

Relazione sanitaria

2021



COORDINAMENTO A CURA DI
PAOLA VIVANI
UOC. EPIDEMIOLOGIA

IL GRUPPO DI LAVORO SULLA RELAZIONE SANITARIA È FORMATO DA

GIOVANNA CAMARLINGHI - IGIENE E SANITÀ PUBBLICA AREA NORDG
ROBERTO DELLA CERRA - STAFF DIREZIONE GENERALE
MARCELLA MACI - DIREZIONE SANITARIA PO. LIVORNO
LUCA MOSTI - DIREZIONE SANITARIA PO. MASSA
DONATELLA TALINI - DIPARTIMENTO PREVENZIONE

SOMMARIO

1	DEMOGRAFIA, CARATTERISTICHE DEL TERRITORIO ED ASPETTI SOCIOECONOMICI	1
	1.1 Contesto demografico	1
	1.2. Il territorio della AUSL	9
2	STILI DI VITA: indicatori MeS.	11
3	AMBIENTE	14
4	MORTALITA' – MORBOSITA'	14
	4.1 La mortalità generale e per cause	14
	4.2 Mortalità per tutte le cause (Maschi)	15
	4.3 Mortalità per tutte le cause (Femmine)	16
	4.4 Mortalità per malattie del sistema circolatorio	16
	4.5 Mortalità per infarto del miocardio	17
	4.6 Mortalità per cardiopatia ischemica	17
	4.7 Mortalità per malattie cerebrovascolari	18
	4.8 Mortalità per tumori	18
	4.8.1 Mortalità per tumore del polmone	19
	4.8.2 Mortalità per tumore alla mammella	19
	4.8.3 Mortalità per tumore del colon retto	20
	4.8.4 Mortalità per tumore dello stomaco	20
	4.9 Mortalità per malattie dell' apparato digerente	21
5	ALCUNE PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE - dati anno 2019	22
	5.1. Scompenso cardiaco e ICTUS	22
	5.2. Tumori	23
	5.3. Malattie respiratorie e BPCO	23
	5.4. Diabete	24
	5.5. Malattie infettive	25
	5.6. Infortuni	26
	5.7. La salute mentale	27
	5.8 Malattie rare	28
6	LA SALUTE DEI GRUPPI DI POPOLAZIONE	34
	6.1. Materno infantile.	34
	6.1.1. Gravidanza e parto	34
	6.1.2. Aborti spontanei ed IVG	36
	6.1.3. Difetti congeniti e malformazioni	37
	6.2. Salute dei bambini e degli adolescenti.	38
	6.2.1. Mortalità infantile	38
	6.2.2. Età gestazionale e peso alla nascita	39
	6.3. La salute degli anziani.	41
	6.3.1. La speranza di vita a 65 anni.	41
	6.3.2 Anziani assistiti in domiciliare diretta	42
	6.3.3 Anziani assistiti in Residenza Sanitaria Assistenziale permanente	43

	6.4 La disabilità	44
	6.5 Stranieri	45
7	DIPARTIMENTO E ATTIVITA' DI PREVENZIONE	47
	7.1 Prevenzione rivolta alla persona	47
	7.1.1. Screening Oncologici	47
	7.1.1.1. Screening cervice uterina	48
	7.1.1.2. Screening Mammografico	50
	7.1.1.3. Screening Colon retto	52
	7.2 Prevenzione collettiva	54
	7.3 Vaccinazioni	59
8	OSPEDALE	77
	8.1 Volumi dell'attività ospedaliera.	77
	8.2 Gli indicatori di esito dell'attività ospedaliera	83
	8.3 Mobilità ospedaliera	109
	8.4 Attrazione ospedaliera	112
	8.5 Emergenza e Pronto soccorso	113
9	TERRITORIO	115
	9.1 La rete dei presidi territoriali	115
	9.2 Servizi per la salute mentale	115
	9.3 Volumi dell'attività: alcuni indicatori di performance	116
	9.4 Assistenza specialistica ambulatoriale – dati 2020	122
	9.5 Assistenza farmaceutica territoriale	125
	9.6 Disabilità (si veda paragrafo 6.3.4	125
	9.7 Assistenza anziani non autosufficienti	125
	9.8 Riabilitazione – dati 2020	126
	9.9 Indicatori di attività ospedaliera per condizioni sensibili alle cure territoriali	129

Allegato	La pandemia in Asl Nord Ovest	132
	Le cifre della pandemia nell'Area vasta	133
	La pandemia ed il lavoro, le professioni sanitarie	141
	L'evoluzione pandemica nelle singole zone distretto / sds	145

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 far riferimento alle 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, la indisponibilità di indicatori aggiornati rispetto a quelli già rendicontati più volte, ha determinato la 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.

Tutta la stabilità e la prevedibilità di cui si è parlato sopra, non si è riprodotta, come facilmente intuibile, nel corso dell’anno 2020 caratterizzato dall’avvento della ondata pandemica da Covid 19. Durante il 2020 sono cambiate tutte le premesse e si sono conseguentemente modificati tutti i risultati rispetto all’ordinariamente atteso.

La Relazione Sanitaria della Azienda Toscana Nord Ovest, a rendiconto delle attività riferite all’anno 2020 è stata quindi classicamente prodotta dalla estrazione degli indicatori “obbligatori” riportati nel sito ARS alla sezione dedicata e di alcuni altri pubblicati sul sito MeS. Tali indicatori, a seguito dell’impegno nell’analisi dei dati della pandemia da parte dell’Agenzia e di tutti gli operatori di riferimento, sono stati aggiornati solo su alcuni paragrafi. Tutti gli altri, identici a quelli dell’anno precedente, sono di conseguenza stati riportati tal quali anche nel documento odierno.

Il fenomeno pandemico inatteso, invece, non è ancora stato consolidato nella forma delle misure epidemiologicamente elaborabili in modo stabile e corretto. Tutti i dati a disposizione si trovano ancora nella forma “grezza” ed incompleta. Non è stato ancora possibile, quindi, elaborarli nel dettaglio per portarli alla forma “pulita” necessaria per standardizzarli e trasformarli in indicatori solidi e confrontabili tra loro.

Il limite sopracitato, però, non ha impedito al gruppo di redazione di analizzare comunque i tanti dati a disposizione, di osservarli e di lasciarsi suggestionare dalle immagini e dai ricordi di quanto vissuto ed ancora non del tutto risolto.

Come “cronisti di guerra”, quindi tutti noi abbiamo provato a raccontare gli eventi 2020, consapevoli comunque di non aver ancora a disposizione tutte le informazioni necessarie per fare una “relazione” corretta dal punto di vista scientifico: ci siamo così limitati a descrivere quanto osservabile, oggi, delle misure ancora incomplete relative a quanto successo solo ieri. Consapevoli del fatto che nessuna misura calcolata a carico di una zona o di una provincia è matematicamente “confrontabile” con l’omologa della zona o della provincia vicina, abbiamo comunque descritto gli andamenti ed i numeri “grezzi”, ma non abbiamo ritenuto metodologicamente ammissibile inserire questa approssimazione nel testo della Relazione Sanitaria prodotta, come da buona prassi, utilizzando i dati giusti nel modo giusto.

Abbiamo quindi aggiunto al testo canonico un’appendice dedicata alla rappresentazione del fenomeno Covid nella ATNO.

Le misure che abbiamo utilizzate erano presenti sia sulle banche dati “classiche” per la produzione dei flussi sanitari correnti (ADT) sia su banche già esistenti per altre finalità, ma rimodellate al bisogno nell’intento di dare risposte, in emergenza, all’urgenza di gestire l’inatteso imprevedibile (si veda ad esempio il portale Sispc).

Molte informazioni mancano o sono imprecise. Alcuni esempi:

- il dato anagrafico molto spesso 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 gran parte dei dati relativi alle ospedalizzazioni di cittadini residenti in ATNO, ma ricoverati altrove.
- il numero di morti per causa del covid non è ancora riconoscibile a partire da quello totale dei morti con covid.

Mancano gran parte dei dati relativi ai decessi di cittadini residenti in ATNO, ma avvenuti altrove.

Nel tempo prossimo il consolidamento delle informazioni e l'analisi puntuale delle fonti permetterà sicuramente di ottenere risultati di migliore qualità; attualmente siamo certi che la fotografia proposta saprà suscitare forti emozioni e, talvolta, addirittura un rimodellamento delle primitive percezioni degli eventi di cui siamo stati protagonisti.

A causa della mancanza dei dati di dettaglio, non vogliamo però correre il rischio di non dare la giusta rilevanza alle donne ed agli uomini che, nell'emergenza, hanno saputo trovare le risposte ed hanno saputo caratterizzare l'assistenza adattandola alla nuova presentazione del bisogno:

- tutti gli operatori degli ospedali (non solo sanitari), che si sono reinventati, modificando le attività e cercando, nella prima ondata, di dedicarsi all'assistenza dei malati affetti da un morbo sconosciuto, di cui non si aveva memoria di strumenti diagnostici nè terapeutici, nè di presa in carico efficaci. Nella seconda ondata, gli stessi operatori, hanno lavorato intervenendo sia sui malati Covid +, sia su tutti gli altri, per non trascurarli nella gestione della loro malattia, spesso già nota, talvolta appena riconosciuta.

- gli operatori della sanità territoriale, che hanno stravolto gli assetti della organizzazione delle RSA e delle altre strutture, che hanno proseguito, ove possibile, nella gestione ambulatoriale dei malati cronici e talvolta acuti, che hanno "inventato" alcune risposte fondamentali per la gestione dell'emergenza: le USCA e le Cure Intermedie Covid.

- gli operatori dell'Emergenza e del Dipartimento della Prevenzione, che hanno rappresentato il collante tra mondi divenuti improvvisamente separati ed impossibilitati a comunicare: l'Emergenza, provvedendo alla gestione dei casi indifferibili, ma soprattutto al trasferimento dei malati "da un mondo all'altro". Il Dipartimento della Prevenzione, gestendo tutto il "tracciamento", riconoscendo precocemente le fonti, e, non ultimo, popolando l'unica banca dati completa che, col tempo, sarà in grado di "raccontarci tutta la vera storia".

Tutti i dati estratti sono stati analizzati da un gruppo di lavoro costituito dagli esperti: Roberto Della Cerra (Viareggio), Donatella Talini (PI), Luca Mosti (MS), Marcella Maci (LI), Giovanna Camarlinghi (LU), coordinato dalla dott.ssa Paola Vivani (UO Epidemiologia aziendale). Con il supporto dal valore inestimabile fornito dal dott. Carlo Giontella.

1 DEMOGRAFIA, CARATTERISTICHE DEL TERRITORIO ED ASPETTI SOCIOECONOMICI

1.1 Contesto demografico

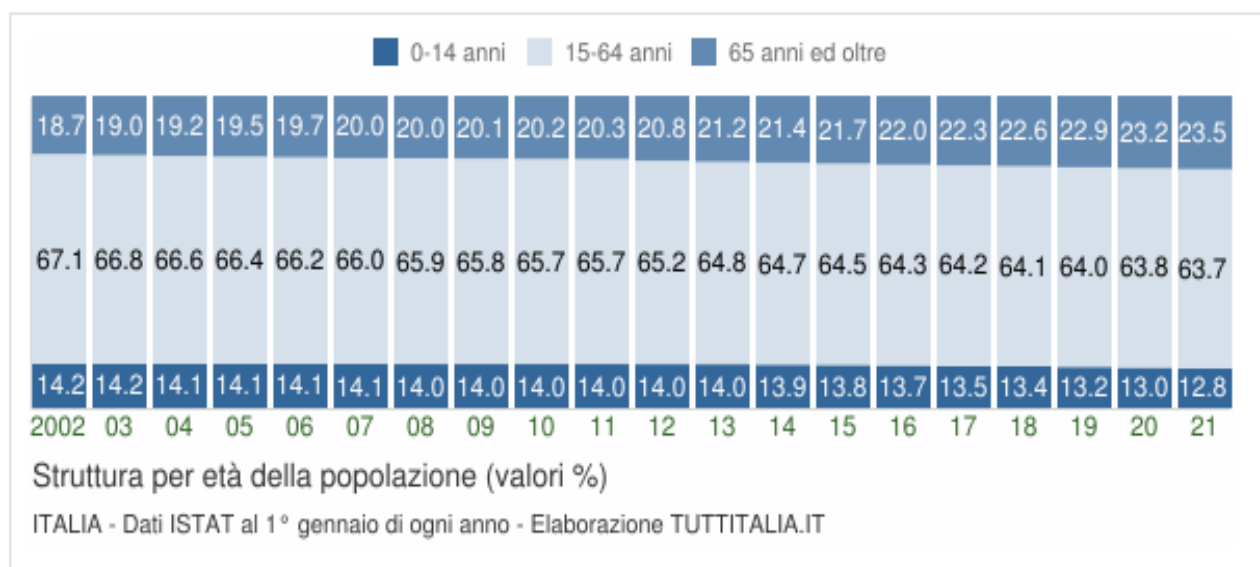
La struttura della popolazione è spesso utilizzata come denominatore per valutare l'offerta dei servizi (numero medio per target). Età e sesso sono, infatti, due determinanti della salute e del ricorso ai servizi della popolazione.

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).

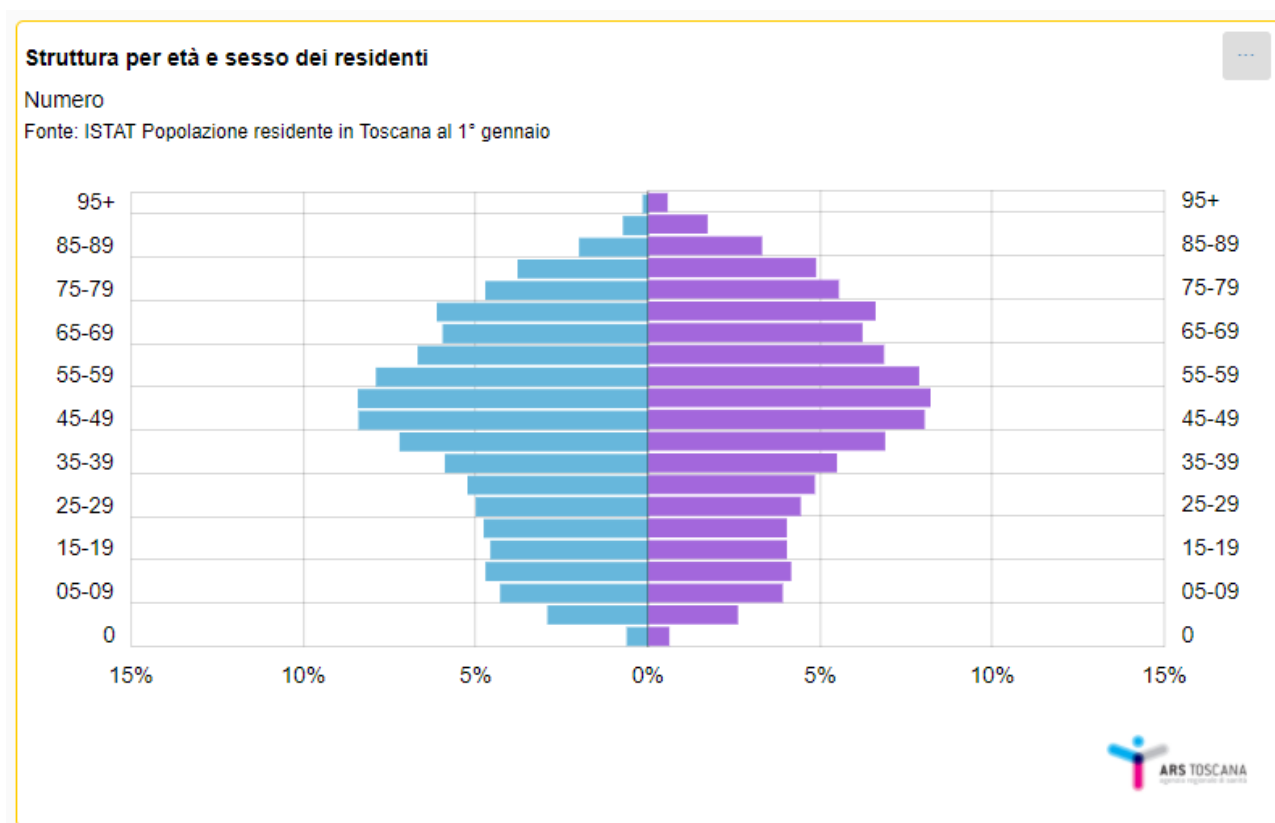
Anche le malattie infettive/trasmissibili sono in qualche modo influenzate dall'età, per l'associazione che quest'ultima ha con abitudini e stili di vita (comportamenti e esposizione a fattori di rischio noti per la trasmissione delle malattie).

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.

Col 2020 si accentuano i valori di regressività giovani/anziani. Nella sequenza qui sotto rappresentata relativa al periodo 2002-2021 assistiamo ad un aumento della % degli over 65 dal 18.7 del 2002 al 23,5 dell'ultima rilevazione. Nello stesso tempo la popolazione in età lavorativa (15-64 anni) diminuisce dal 67.1% fino al 63.7% e si rileva la stessa tendenza anche nella fascia di età 0-14.



Il grafico in basso, detto **Piramide delle Età**, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Toscana per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2020. La popolazione è riportata per **classi quinquennali** di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). La **forma** di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, con variazioni visibili in periodi di forte crescita demografica o di cali delle nascite per guerre o altri eventi. In Toscana ha avuto la forma simile ad una **piramide** fino agli anni '60, cioè fino agli anni del boom demografico. Da notare anche la maggiore longevità femminile **degli ultra-sessantenni**.



Si accentua nel 2020 il saldo in decrescita già registrato negli anni precedenti.

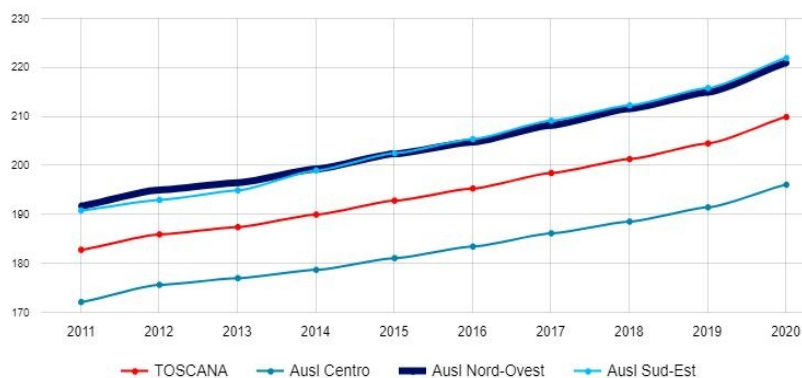
L' **Indice di vecchiaia** (pop 65 + su pop 0-14 anni), è una misura dinamica del livello di invecchiamento di una popolazione e tende a crescere in misura maggiore se ad un'alta presenza di anziani è associato un basso livello di natalità nel territorio, con una conseguente diminuzione del numero di giovani e una tendenza al calo demografico nel lungo periodo, per la mancanza di un sufficiente ricambio generazionale.

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.

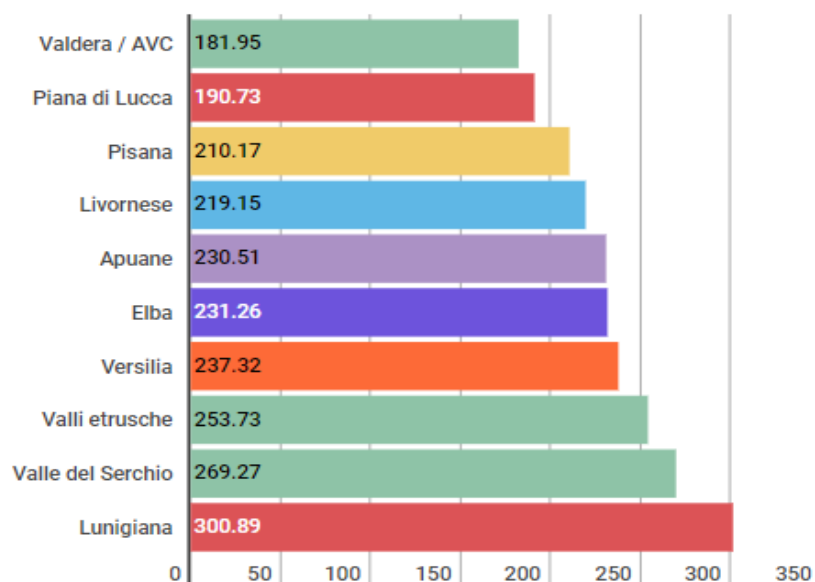
Indice di vecchiaia

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



La comparazione nella dinamica dell'indice per area vastas vede la nostra come più vecchia rispetto al valore medio regionale (210). Essa segue l'andamento dell'area sud est sia come articolazione temporale, sia come livello quantitativo.



Indice di invecchiamento per zona distretto (Residenti > 65 anni / Residenti 0-14 anni)

La zona della Lunigiana supera tutte le altre zone dell'Azienda con un valore di oltre tre volte la popolazione anziana su quella più giovane. Segue la zona della Valle del Serchio. Il valore di invecchiamento medio dell'area vasta nord ovest è di 221,04. Sotto questo valore troviamo le zone di Livorno, Pisa, Lucca e Volterra come le meno vecchie.

Indice di dipendenza anziani (pop. 65+ anni su pop 15-64 anni)

Indice di dipendenza anziani

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

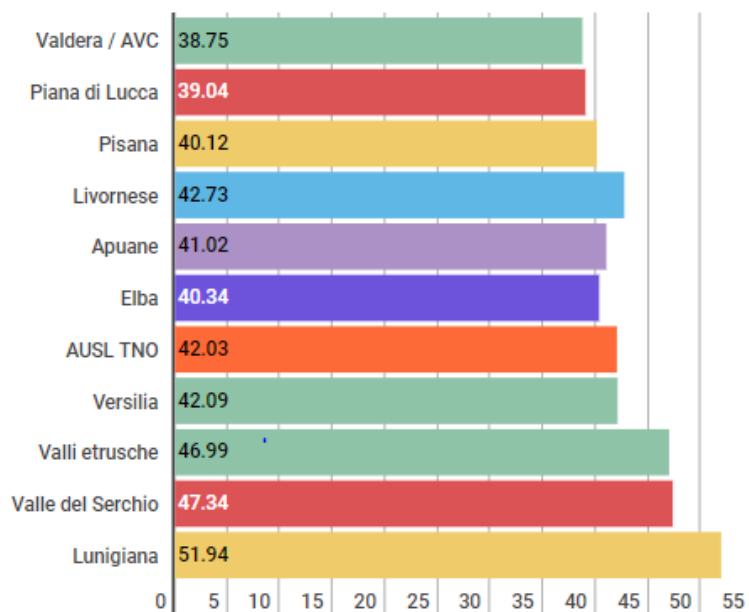


L'indice di dipendenza degli anziani misura quanti ultra64enni ci sono ogni 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni). E' interpretabile come il carico sociale ed economico teorico della popolazione anziana che grava su quella in età attiva: valori elevati segnalano una situazione di squilibrio generazionale.

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).

L'andamento temporale è il solito per le tre aree vaste con peggioramento della dipendenza e con la nostra area al



Indice di dipendenza per zona distretto e media Asl Tno (Residenti > 65 anni / Residenti 15-64 anni)

secondo posto con un indice che si assesta a 42,03 contro una media regionale di 41,21.

Si notano valori significativamente elevati rispetto alla media dell'area (42,03) nelle zone della Lunigiana e della Valle del Serchio.

Tasso di natalità

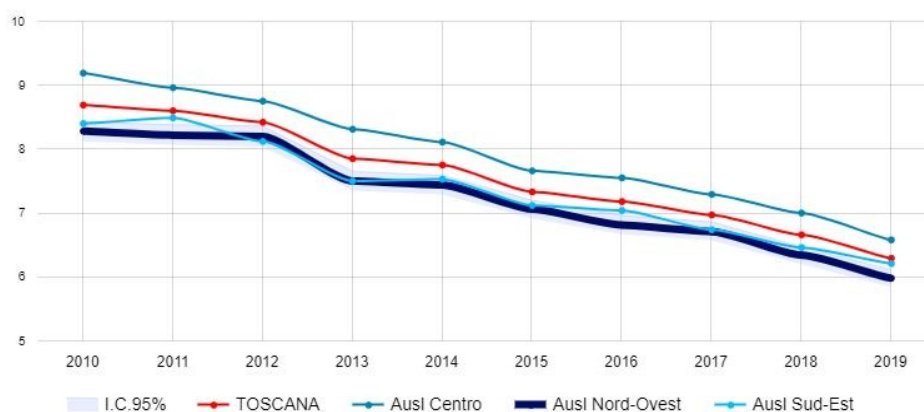
Il tasso di natalità è il rapporto tra il numero delle nascite in una popolazione residente in un determinato territorio in un periodo di tempo e la popolazione media dello stesso periodo e dello stesso territorio. Misura la frequenza delle nascite di una popolazione in un arco di tempo (normalmente 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

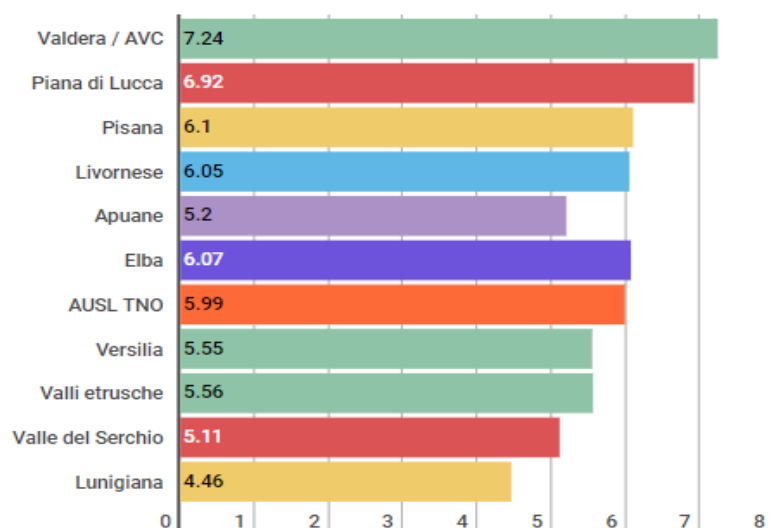
Fonte: ISTAT Popolazione residente - bilancio



La discesa del tasso di natalità è maggiore nella nostra area vasta con un valore di 5,99 contro una media regionale del 6,30.



Come mostrato nel grafico che segue, il tasso di natalità, se osservato nelle varie zone dell'area vasta vede i valori più alti in Alta Val di Cecina e nella Piana di Lucca. Al contrario, i valori più bassi si registrano in Lunigiana, Valle del Serchio e Apuane.



Indice di natalità per zona distretto e media Asl Tno (Nati / Residenti)

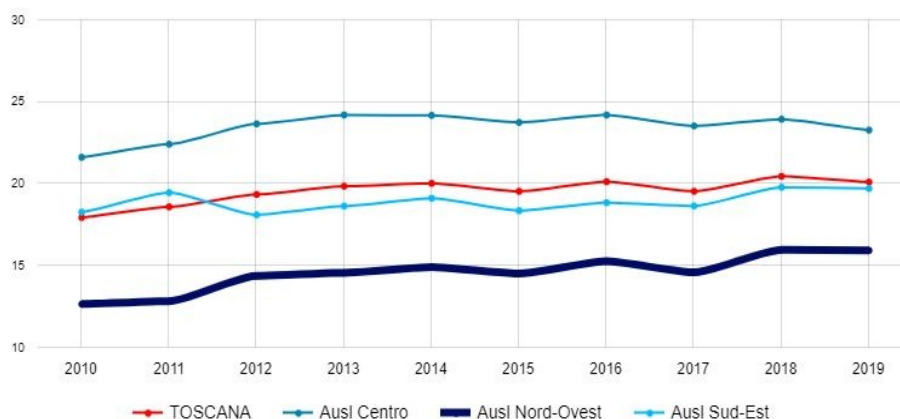
Percentuale nati di cittadinanza non italiana

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

Nati di cittadinanza non italiana

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione straniera residente in Toscana al 1° gennaio

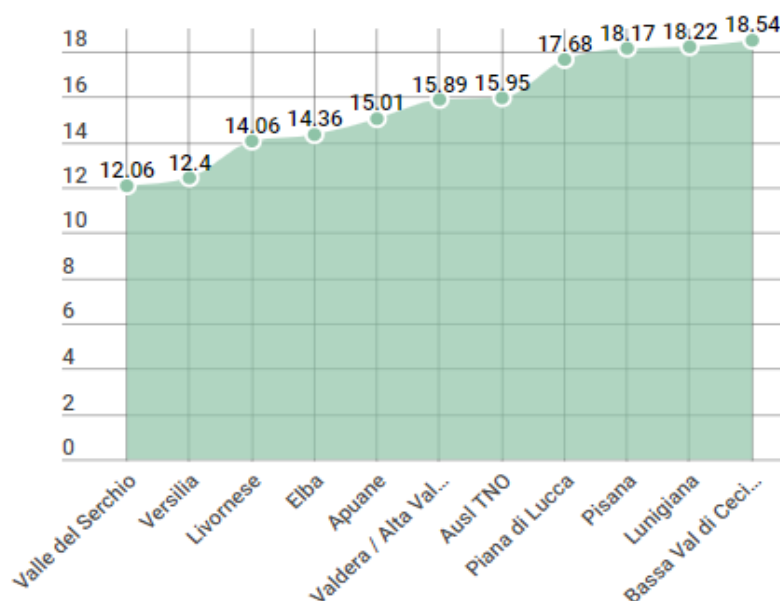


suolo toscano, ma chi è figlio di almeno un genitore italiano. La contrazione delle nascite, che interessa ormai da più di dieci anni le donne italiane, sta iniziando a coinvolgere anche le straniere, in parte per la diminuzione dei flussi femminili in entrata, in parte per le modifiche dovute al costante processo di acculturazione che rende i comportamenti delle donne straniere stabilmente residenti nel nostro territorio

sempre più simili a quelli osservati nelle donne italiane.

Tutti i valori dell'USL Nord Ovest si attestano su valori inferiori a quelli della media regionale. In analogia al dato regionale si osserva un incremento del valore nell'ultimo anno.

Anche per questo indicatore la nostra area vasta si distingue, assestandosi sul valore più basso regionale circa la popolazione residente non italiana con circa 16 cittadini non italiani su 100, contro gli oltre 23 su 100 residenti nella Asl Centro.



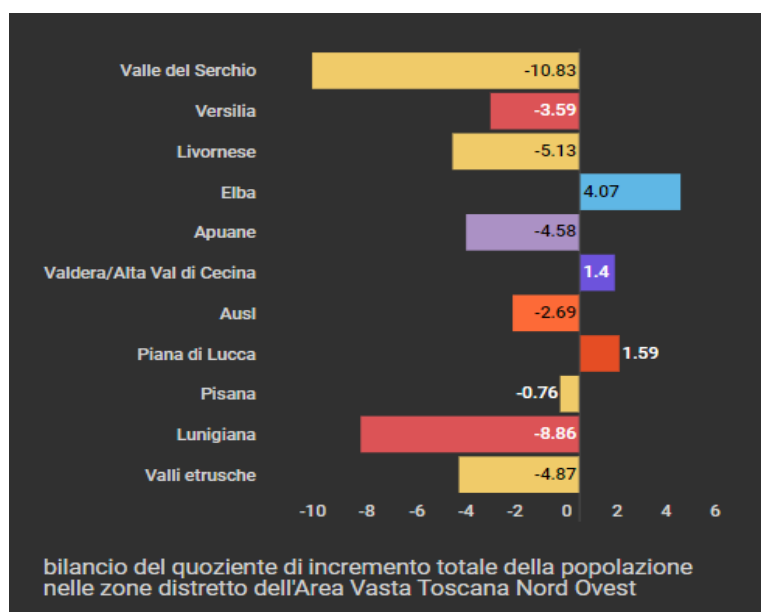
% residenti stranieri sul totale dei residenti per zona distretto (dati 2020)

Non si rilevano differenze statisticamente significative circa valori sopra o sotto la media (15,67%). Le zone distretto col maggior numero di stranieri sono la Zona delle Valli etrusche (Cecina e Piombino), Lunigiana e Zona Pisana che superano il 18% delle presenze straniere sul totale.

Quoziente di incremento totale

La popolazione è quella fotografata da ISTAT, riferita ai presenti al 1° gennaio 2019. 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).

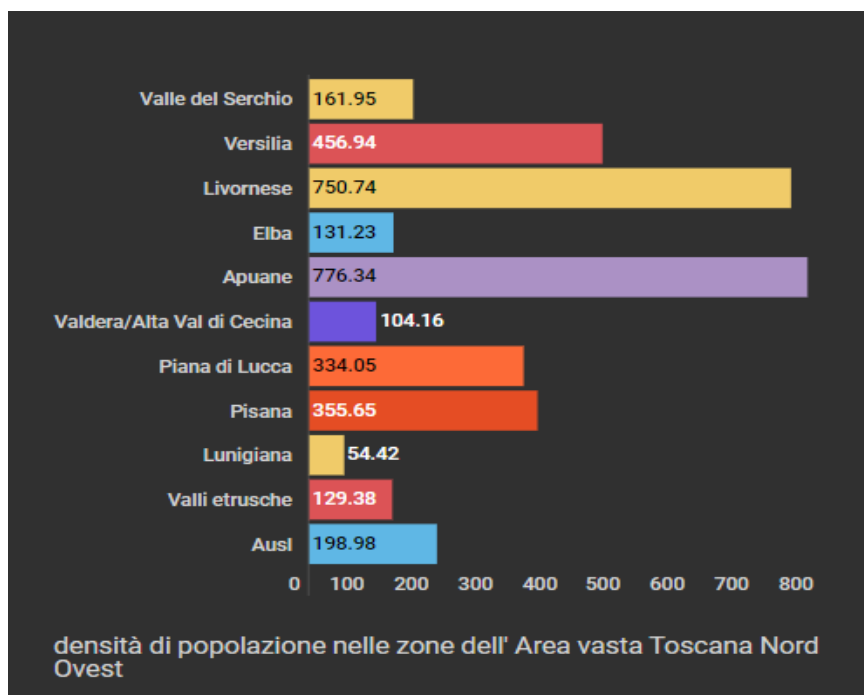
Nell'USL Nord Ovest il valore è in peggioramento rispetto al dato regionale e a quello della Asl Centro, ma migliore rispetto alla Asl Sud Est. Nell'ultimo anno di rilevazione (2019) esso tende a peggiorare.



L'analisi delle varie zone mostra bilanci positivi - incremento della popolazione - nelle zone Elba, Valdera Alta Val di Cecina e Piana di Lucca. Valori fortemente negativi per le zone montane a nord (Valle del Serchio e Lunigiana).

1.2. Il territorio della AUSL

La densità abitativa



La densità abitativa misura il numero di persone che vivono in una determinata area. Può essere considerata un proxy del livello di urbanizzazione di un territorio e tende a diminuire nelle aree rurali, montane o periferiche. L'urbanizzazione può avere effetti diretti e indiretti sulla salute, legati all'ambiente (aria, acque, rumore), ai determinanti sociali e di comunità (reti di comunità, disuguaglianze), all'accesso ai

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

L'eventuale impatto, ovviamente, non è dovuto alla densità abitativa in sé, ma al contesto urbano e sociale alla quale è associata. Tenzialmente, le zone meno abitate sono caratterizzate da una popolazione con pochi giovani e adulti in età lavorativa e un'alta percentuale di anziani (over65enni) e grandi anziani (over75enni). Trattandosi di uno dei parametri che contribuiscono a determinare l'intensità del ricorso ai servizi da parte della popolazione, in sede di programmazione sanitaria e sociosanitaria l'indicatore può rappresentare anche un riferimento per valutare l'adeguatezza dell'offerta (sedi di presidi, tipologia di prestazioni erogate) rispetto alla domanda attesa.

Nella nostra regione i territori delle tre aziende sanitarie si differenziano in maniera evidente, concentrandosi sull'asse est ovest. Infatti si passa dalla Asl Centro con 321,89 abitanti / kmq alla Nord Ovest con 198,98 e terminare con la Sud Est, la meno popolosa con 71,71 abitanti / kmq.

Popolazione residente in comuni montani

Nelle zone della Lunigiana, della Valle del Serchio ed all'Elba si concentra la maggior parte della popolazione residente in contesti montani. In generale nel 2020 l'Area vasta centro vedeva la proporzione più bassa di popolazione residente in aree montane (6,52%), seguita dalla Nord Ovest col 14,3% e dalla Sud Est con 17,41%.

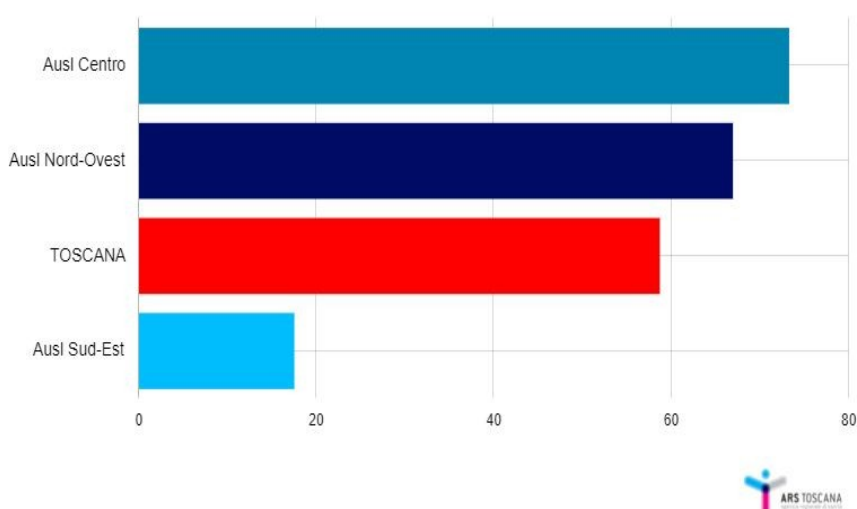
Trattandosi di uno dei parametri che contribuiscono a determinare l'intensità del ricorso ai servizi da parte della popolazione, in sede di programmazione sanitaria e sociosanitaria l'indicatore può rappresentare anche un riferimento per valutare l'adeguatezza dell'offerta (sedi di presidi, tipologia di prestazioni erogate) rispetto alla domanda attesa. Nella nostra USL le aree di Lucca e Massa Carrara presentano una elevata proporzione di popolazione residente nei comuni montani, molto al di sopra della media regionale.

Popolazione residente in comuni urbani

Popolazione residente in comuni urbani

Proporzione (x 100) - Anno 2020 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



La densità urbana si concentra sull'asse est-ovest della regione con le zone nord e sud meno urbanizzate.

Dato complementare al precedente la quota di popolazione residente in aree urbane nell'area Centro si assesta nell'ultimo anno al 73,25% della sua intera popolazione, mentre l'area Nord Ovest presenta il 66,92% e la Sud Est una proporzione molto più bassa (17,5%).

2 STILI DI VITA

L'attenzione agli stili di vita è un punto centrale nell'attività di valutazione e programmazione delle Aziende Sanitarie. I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. 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.

Fonti: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) – ISS
Indicatori del Sistema di Valutazione 2019 - Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore
Sant'Anna (Pisa)

INDICATORE A10 – STILI DI VITA

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori

A10.1.1 - Percentuale di sedentari

A10.2.1 - Percentuale di persone obese o sovrappeso

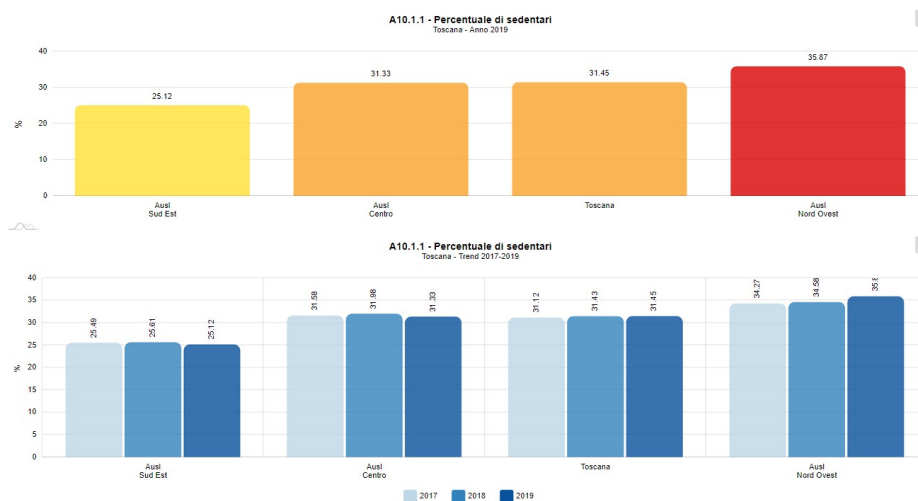
A10.3.1 - Percentuale di binge e fuori pasto

A10.4.1 - Percentuale di fumatori

La valutazione complessiva riferita alla Azienda USL Nord Ovest è positiva ed in linea con la media regionale

INDICATORE A10.1.1 PERCENTUALE DI SEDENTARI

Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per



malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unitamente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione dell'obesità. Per sedentaria, si intende una

persona che non svolge un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

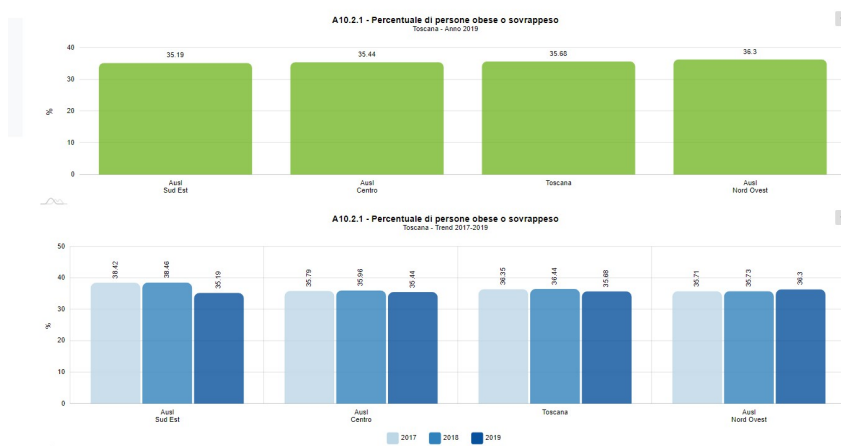
Numeratore: N. di sedentari x100

Denominatore: Totale persone intervistate sedentarie e non

La valutazione riferita alla Azienda USL Nord Ovest è negativa ed è peggiore della media regionale

Il trend 2017 – 2019 mostra un aumento, anche se contenuto, dei sedentari nella nostra USL.

A10.2.1 - Percentuale di persone obese o sovrappeso



L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Imc) o Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al

quadrato. L'Imc descrive le seguenti categorie di peso: grave magrezza ($Imc < 16,00$); sottopeso ($16,00 - 18,49$), normopeso ($18,50 - 24,99$), sovrappeso ($25,00 - 29,99$), obeso ($Imc \geq 30$) con tre gradi di gravità con l'aumentare dell'Imc. L'indicatore si calcola considerando sia le persone obese che quelle sovrappeso.

Numeratore: N. di persone sovrappeso e obese x100

Denominatore: Totale persone obese, sovrappeso, normopeso, sottopeso

La valutazione riferita alla Azienda USL Nord Ovest è positiva ed in linea con la media regionale.

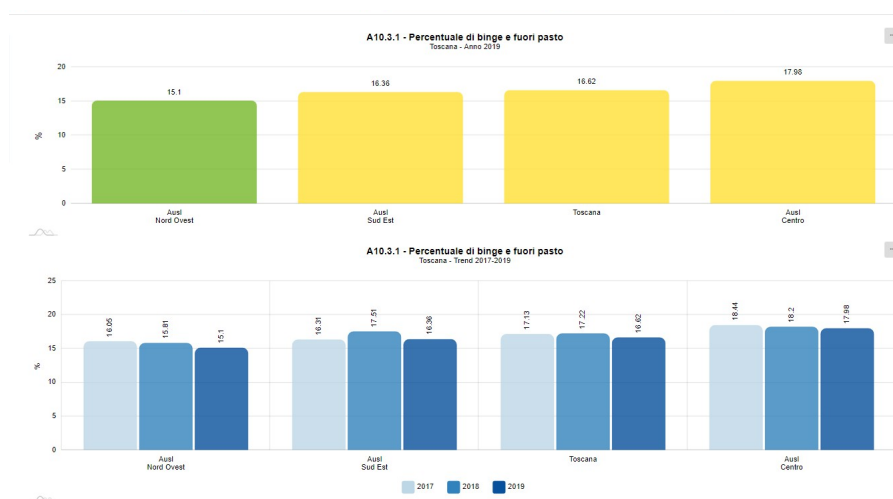
Il trend 2017 – 2019 mostra un aumento, anche se contenuto, delle persone obese e sovrappeso nella nostra USL.

A10.3.1 - Percentuale di binge e fuori pasto

Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma ad essere rilevanti, dal punto di vista degli effetti sulla salute, sono soprattutto le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol

nella popolazione intervistata,

considerando il consumo abituale elevato, il consumo episodico eccessivo (binge drinking), il consumo fuori pasto. Questo indicatore corrisponde alla prevalenza di intervistati che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (> 2 UA



medie giornaliere per gli uomini; > 1 UA per le donne), oppure almeno un episodio di binge drinking (> 4 UA per gli uomini; > 3 UA per le donne), oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto. Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal (definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio non è la somma dei singoli comportamenti.

Numeratore: N. consumatori di alcol a maggior rischio x 100

Denominatore : Totale consumatori di alcol a maggior rischio e non

La valutazione riferita alla Azienda USL Nord Ovest è positiva ed è migliore della media regionale.

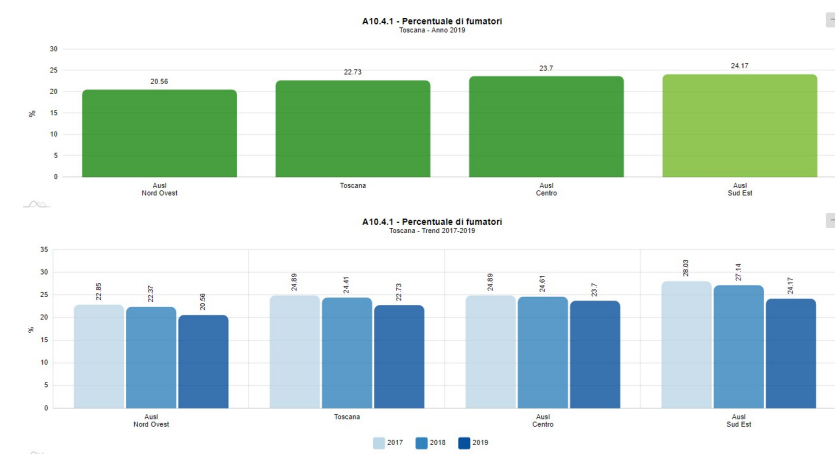
Il trend 2017 – 2019 mostra una diminuzione, anche se contenuta, dei consumatori di alcol a maggior rischio nella nostra USL.

A10.4.1 - Percentuale di fumatori

Gli effetti negativi del fumo ricadono non solo sulle persone che ne sono dipendenti, ma anche su quelle che sono esposte abitualmente al fumo passivo. Per fumatore, secondo la definizione dell'OMS, si intende chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e, attualmente, fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi.

Numeratore: N. fumatori x 100

Denominatore: Totale fumatori e non fumatori



La valutazione riferita alla Azienda USL Nord Ovest è positiva ed è migliore della media regionale.

Il trend 2017 – 2019 mostra una diminuzione dei fumatori nella nostra USL.

3	AMBIENTE dati non disponibili per l'anno 2019
---	---

4	MORTALITA' – MORBOSITA'
---	-------------------------

4.1 La mortalità generale e per cause

La mortalità è, insieme all'ospedalizzazione, una delle due principali fonti utilizzate in epidemiologia per valutare l'impatto delle patologie in una popolazione. Si tratta di una misura che spesso, in fase di lettura e interpretazione dei dati, è messa in relazione al livello di sviluppo di una popolazione (o di un Paese). È noto, infatti, che mediamente progresso sviluppo economico portano vantaggi in termini di salute: migliorano le condizioni igieniche e la qualità delle cure, diminuiscono le morti premature, specialmente quelle dovute a malattie infettive o eventi acuti (ad es. traumatismi, infarto, ictus), e aumenta la sopravvivenza media della popolazione. Nei certificati di morte ci sono informazioni che permettono di misurare in modo più specifico, appropriato ed efficace la diffusione delle singole malattie. Selezionando in fase di analisi la causa di morte principale (codificata secondo la classificazione internazionale Icd9cm), infatti, è possibile calcolare tassi specifici per patologia (o grande gruppo di patologia). In base all'obiettivo è possibile inoltre, laddove più appropriato, restringere l'osservazione a un determinato Comune, Zona Distretto o Asl di residenza. Questo consente di orientare la programmazione sanitaria verso la prevenzione e la presa in carico delle patologie che hanno maggiore impatto sulla mortalità. Attualmente circa due terzi dei decessi mondiali sono dovuti a tumori e malattie cardiocircolatorie, ma tra i giovani, ad esempio, sono gli incidenti stradali la causa principale di decesso. Il tasso di mortalità per una causa specifica 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) 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 seguente capitolo si riportano i dati riferiti all'ultimo triennio disponibile (2014/2016). Relativamente alle prime dieci cause di morte suddivise nel totale (M+F) e specifiche per sesso esposte nelle tabelle immediatamente di seguito, ci riferiamo invece ai dati del triennio 2015/2017. Dall'osservazione delle tavole specifiche per sesso risulta che nei maschi la prima causa di morte è rappresentata dai tumori con una proporzione di poco superiore a quella delle malattie cardiovascolari che restano al primo posto tra le cause di morte in totale (M+F) e per il sesso femminile.

Le prime dieci cause di morte nel territorio della nostra azienda (dati triennio 2015-2017)

AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato digerente	3,92
AUSL NORD-OVEST	Tumori	26,82
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	3,66
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	5,02
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avelenamenti	3,51
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,03
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	35,74
AUSL NORD-OVEST	TOTALE	96,27
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato respiratorio	7,50
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	3,01
AUSL NORD-OVEST	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3,06

4.2 Mortalità per tutte le cause (Maschi)

AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato digerente	3,81
AUSL NORD-OVEST	Tumori	32,47
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	3,14
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	4,14
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avelenamenti	4,42
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3,58
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	32,41
AUSL NORD-OVEST	TOTALE	96,43
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato respiratorio	8,48
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	1,86
AUSL NORD-OVEST	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,12

4.3 Mortalità per tutte le cause (Femmine)

AUSL NORD-OVEST	Malattie dell apparato digerente	4,01
AUSL NORD-OVEST	Tumori	21,91
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	4,12
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	5,78
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avvelenamenti	2,72
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,42
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	38,64
AUSL NORD-OVEST	TOTALE	96,13
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell apparato respiratorio	6,65
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	4,01
AUSL NORD-OVEST	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3,87

4.4 Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - 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	46.185	410,62	290,11	287,43	292,79
AUSL CENTRO	18.728	384,56	274,44	270,46	278,41
AUSL NORD-OVEST	16.483	427,50	307,42	302,67	312,16
AUSL SUD-EST	10.974	435,14	293,38	287,80	298,96

4.5 Mortalità per infarto del miocardio

Mortalità per infarto del miocardio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - Totale

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

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	4.294	38,18	28,19	27,33	29,05
AUSL CENTRO	1.811	37,19	27,73	26,44	29,03
AUSL NORD-OVEST	1.535	39,81	29,77	28,26	31,28
AUSL SUD-EST	948	37,59	26,58	24,85	28,31



4.6 Mortalità per cardiopatia ischemica

Mortalità per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - 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	12.777	113,60	81,06	79,63	82,48
AUSL CENTRO	5.147	105,69	76,23	74,12	78,34
AUSL NORD-OVEST	4.784	124,08	89,99	87,41	92,57
AUSL SUD-EST	2.846	112,85	76,82	73,95	79,70



4.7 Mortalità per malattie cerebrovascolari

18

Mortalità per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - 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	14.011	124,57	86,77	85,31	88,22
AUSL CENTRO	5.585	114,68	80,85	78,70	82,99
AUSL NORD-OVEST	5.206	135,02	95,66	93,04	98,29
AUSL SUD-EST	3.220	127,68	84,74	81,77	87,71



4.8 Mortalità per tumori

Mortalità per tumori

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - 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	36.554	325,00	252	249,38	254,63
AUSL CENTRO	15.373	315,67	249,24	245,24	253,24
AUSL NORD-OVEST	12.964	336,23	259,69	255,16	264,22
AUSL SUD-EST	8.217	325,82	245,17	239,76	250,58



4.8.1 Mortalità per tumore del polmone

Mortalità per tumore del polmone

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - 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	7.020	62,41	49,78	48,60	50,96
AUSL CENTRO	3.084	63,33	51,51	49,67	53,36
AUSL NORD-OVEST	2.456	63,70	50,11	48,10	52,11
AUSL SUD-EST	1.480	58,69	46,11	43,72	48,51



4.8.2 Mortalità per tumore alla mammella

Mortalità per tumore della mammella

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - 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	2.212	19,67	15,57	14,92	16,23
AUSL CENTRO	934	19,18	15,38	14,37	16,38
AUSL NORD-OVEST	826	21,42	16,81	15,65	17,97
AUSL SUD-EST	452	17,92	14,08	12,76	15,40



4.8.3 Mortalità per tumore del colon retto

Mortalità per tumore del colon retto

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - Totale

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

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	4.276	38,02	28,67	27,80	29,55
AUSL CENTRO	1.808	37,13	28,46	27,12	29,79
AUSL NORD-OVEST	1.493	38,72	29,29	27,78	30,79
AUSL SUD-EST	975	38,66	28,07	26,27	29,87



4.8.4 Mortalità per tumore dello stomaco

Mortalità per tumore dello stomaco

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - 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	2.257	20,07	15,32	14,68	15,97
AUSL CENTRO	999	20,51	16,07	15,06	17,08
AUSL NORD-OVEST	609	15,79	12,05	11,08	13,02
AUSL SUD-EST	649	25,73	18,79	17,31	20,26



4.9 Mortalità per malattie dell' apparato digerente

Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2014-2016 - Totale

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

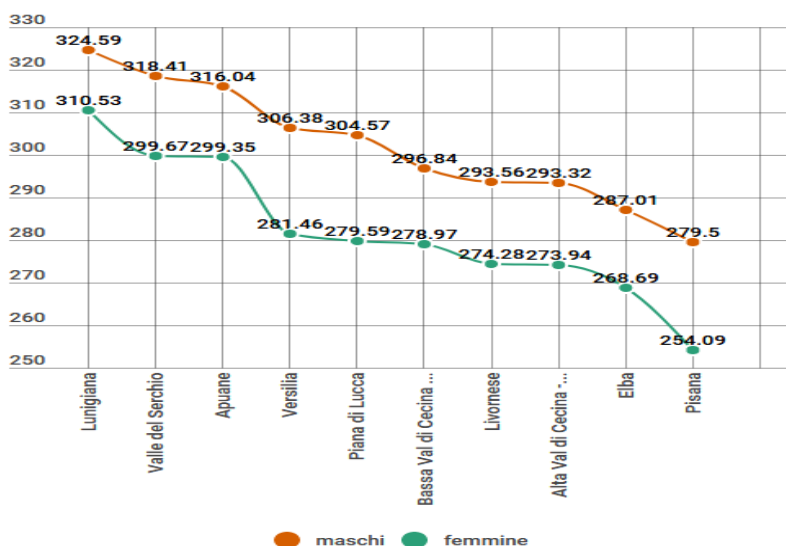
Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	4.653	41,37	30,51	29,62	31,40
AUSL CENTRO	1.798	36,92	27,63	26,33	28,92
AUSL NORD-OVEST	1.810	46,94	34,78	33,15	36,40
AUSL SUD-EST	1.045	41,44	29,42	27,61	31,24

5.1 Malattie cardiovascolari

Malati cronici di ipertensione

Tasso standardizzato per età (x 1000), Zone socio-sanitarie, Anno 2019
Maschi - Femmine

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

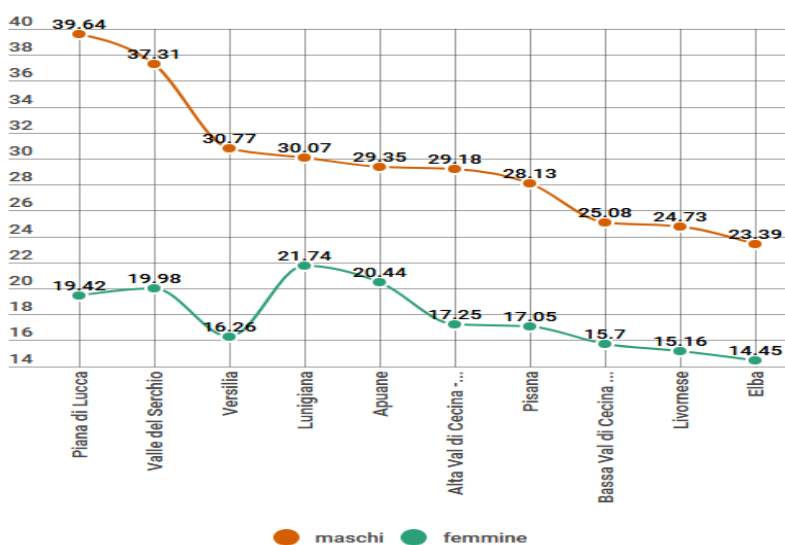


Fra le zone distretto della nostra azienda i malati cronici di ipertensione sono maggiormente presenti nell'ambito nord della regione (Lunigiana, Valle del Serchio e Apuane). Valori di minore entità si rilevano a partire dalla Versilia che registra la più grande differenza nei due sessi.

Malati cronici di insufficienza cardiaca

Assistiti residenti toscani d'età 16+ malati cronici di insufficienza cardiaca al 1/1 dell'anno di riferimento

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

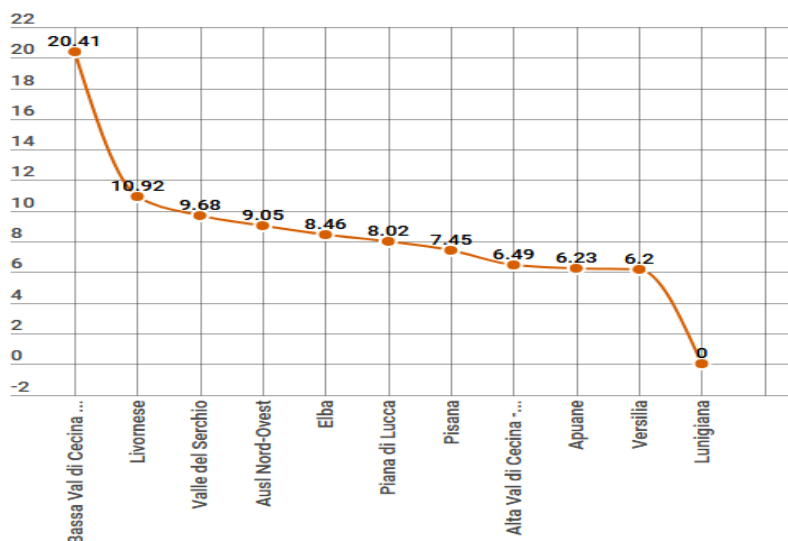


Si noti in particolare la grande differenza nei due sessi per la zona della Piana di Lucca con la punta di 39,64 assistiti maschi ogni 1000 residenti che fanno della provincia di Lucca la più colpita per insufficienza cardiaca. Al contrario il territorio della provincia di Livorno appare da questo punto di vista l'ambito con la più bassa prevalenza.

Ictus ischemico, rischio morte a 30g

Decessi entro 30 giorni dall'evento indice di ictus ischemico ovunque avvenuti

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

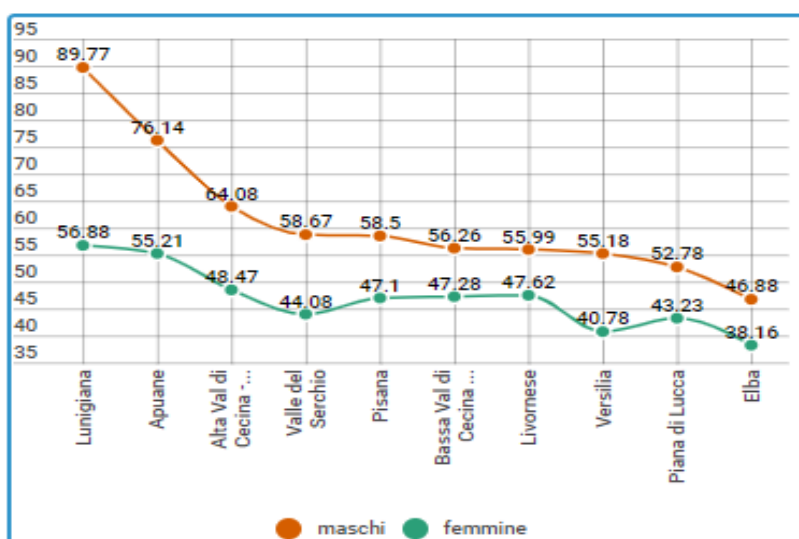


Per quanto riguarda i decessi per ictus ischemico avvenuti entro 30 gg. dall'evento, riscontrati sul totale della popolazione, si nota la punta della Bassa Val di Cecina ed a grande distanza quella livornese e Valle del Serchio che superano la media dell'Area vasta nord ovest. Per quanto attiene le zone meno colpite si evidenzia il valore zero rilevato per la Lunigiana.

5.2 Tumori

Per la specifica patologia si vedano i capitoli 3 e 4.

5.3 Malattie respiratorie e BPCO



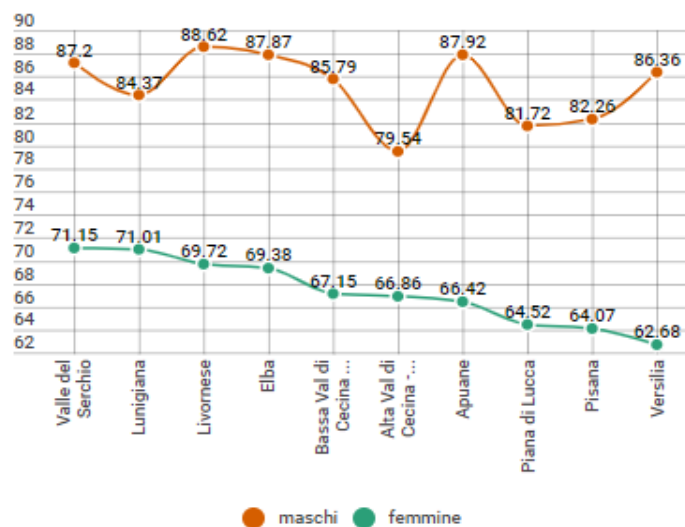
Per la cronicità BPCO rileviamo la grande forbice tra i due sessi nella zona Lunigiana ed in entrambi osserviamo le punte di prevalenza più alte. All'estremo opposto va sottolineata la situazione dell'Elba.

Malati cronici di BPCO

Assistiti residenti toscani d'età 16+ malati cronici di BPCO al 1/1 dell'anno di riferimento

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

5.4 Diabete



Malati cronici di diabete mellito

Assistiti residenti toscani d'età 16+ malati cronici di diabete mellito al 1/1 dell'anno di riferimento

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

Nella tabella seguente viene rappresentata la situazione regionale per aziende sanitarie rispetto alla prevalenza grezza e standardizzata di malati cronici di diabete mellito. L'area vasta nord ovest, come si può osservare, supera le altre due aree vaste.

Malati cronici di diabete mellito

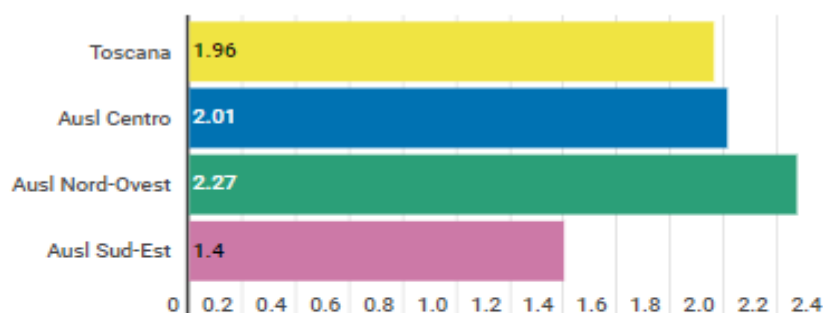
I.C. 95%, Numero, Tasso grezzo (x 1000), Tasso standardizzato per età (x 1000) - Ausl e Toscana - Anno 2019 - Totale

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

Residenza	Prevalenti	Prevalenza grezza	Prevalenza standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	237.446	78,14	71,03	70,74	71,32
AUSL CENTRO	98.064	75,53	69,00	68,57	69,43
AUSL NORD-OVEST	86.442	82,03	74,63	74,13	75,13
AUSL SUD-EST	52.940	77,12	69,35	68,75	69,94

5.5 Malattie infettive

5.5.1 HIV e AIDS



Incidenza dell'AIDS

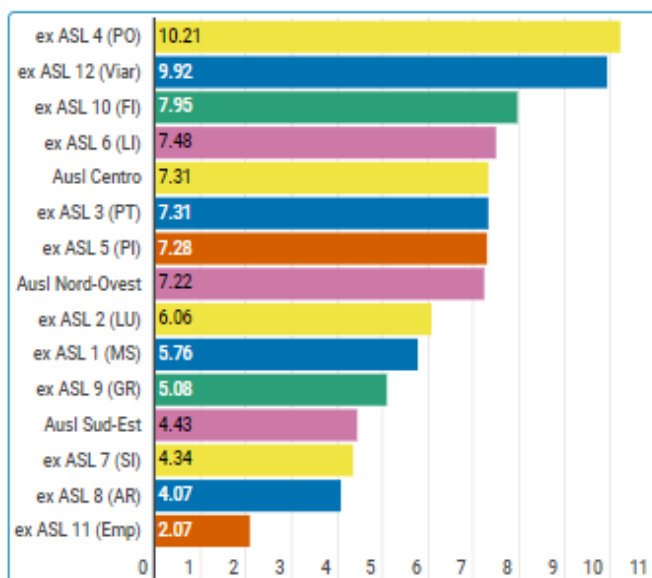
casi di AIDS dei residenti in Toscana nel triennio 2016-2018

Fonte: RT Registro Regionale AIDS, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

L'ambito territoriale nord ovest detiene dal 2006 al 2011 il primato dei casi di AIDS, per mostrare una leggera flessione nel 2014, tornando ad innalzarsi nel periodo successivo. Ultimo dato 2,27 nuovi casi di AIDS ogni 100 mila abitanti.

Per quanto concerne i nuovi casi di sieropositività Hiv la ASL Nord ovest resta al secondo posto fra le aziende sanitarie con 7.22 casi di infezione registrati nel triennio 2016-2018 e con una punta sulla ex Asl 12 Versilia di circa 10 casi incidenti su 100 mila residenti.

Per quanto concerne i nuovi casi di sieropositività Hiv la ASL Nord ovest resta al secondo posto fra le aziende sanitarie con 7.22 casi di infezione registrati nel triennio 2016-2018 e con una punta sulla ex Asl 12 Versilia di circa 10 casi incidenti su 100 mila residenti.



Incidenza HIV

casi di HIV dei residenti in Toscana nel periodo 2016-2018 totale

Fonte: ARS Sistema di sorveglianza HIV, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

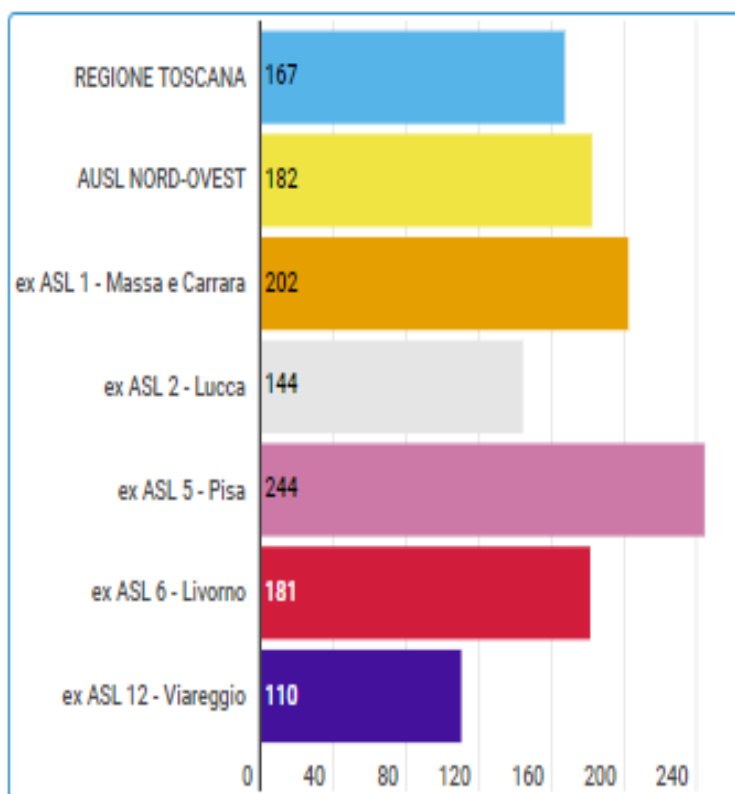
5.6 Infortuni

Incidenti stradali

Rapporto di mortalità per incidenti stradali

Rapporto (x 100), Ausl e Toscana - Anno 2017 - Totale

Fonte: ISTAT Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone



Nell'analisi del numero dei morti a seguito di incidente stradale, definito dal numero dei soggetti deceduti (sul colpo o entro il trentesimo giorno a partire da quello in cui si è verificato l'incidente), si nota come l'ambito nord ovest abbia avuto nel 2017 un rapporto maggiore rispetto al livello regionale. Fra le ex asl quella di Pisa presenta il maggior livello di rischio. Nell'ultimo anno rilevato si sono verificati 5722 incidenti, ovvero il 35,5% di tutti quelli occorsi nella nostra regione.

5.7 Salute mentale

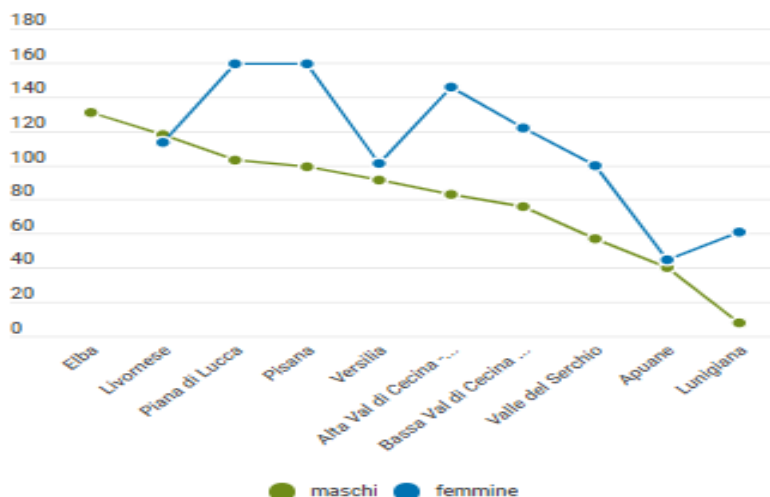
Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 gg. Dalla dimissione

Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 gg dalla dimissione

Soggetti con almeno un ricovero ripetuto in psichiatria (entro 30 gg.)

nell'anno 2018

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



Circa la difficoltà dei servizi di salute mentale di promuovere la salute e il benessere della persona, essa è rappresentata dalle frequenti riammissioni non pianificate.

Come si vede sia la zona lucchese che quella pisana presentano le punte della distribuzione fra le femmine, mentre nel sesso opposto registriamo le situazioni di Elba e Livornese. Migliori le condizioni

dei maschi in Lunigiana e delle femmine nella zona apuana con i valori più bassi di riammissione.

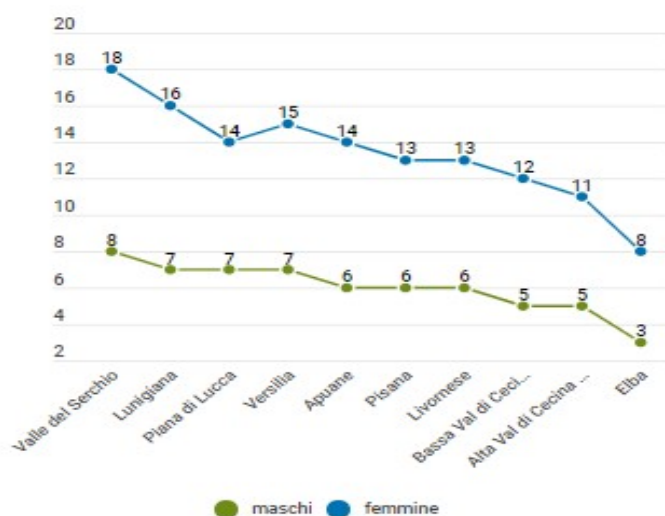
Prevalenza d'uso di farmaci antidepressivi

Prevalenza uso farmaci antidepressivi

numero pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi (codice ATC:

N06A).- 2018

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



La frequenza nella popolazione residente di di pazienti in trattamento farmacologico con antidepressivi può senz'altro fornirci il polso su alcune manifestazioni di disagio sociale presenti nelle varie zone e nei due sessi. Come per i trattamenti ripetuti di salute mentale, anche per l'uso di antidepressivi la donna detiene il primato ovunque. In particolare la punta di maggiore uso si registra in Valle del Serchio ed in misura minore in Lunigiana. La provincia di Livorno appare al contrario nelle sue zone la meno esposta all'uso di tali farmaci.

5.8 Malattie rare

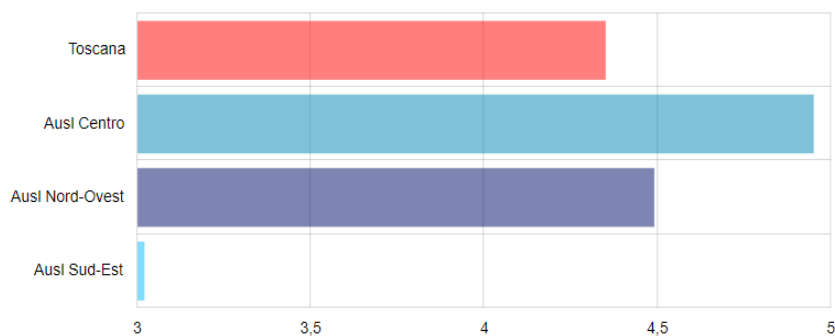
Casi incidenti di malattie rare per gruppo di patologia e genere per valore standard > 10 x 100 mila.

Nei grafici che seguono vengono presi in considerazione i gruppi di patologia presenti nella ASL Nord Ovest per totale e sesso, con valori più alti di quelli regionali.

Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie del sangue e degli organi ematopoietici

- Periodo 2015-2018 - Totale

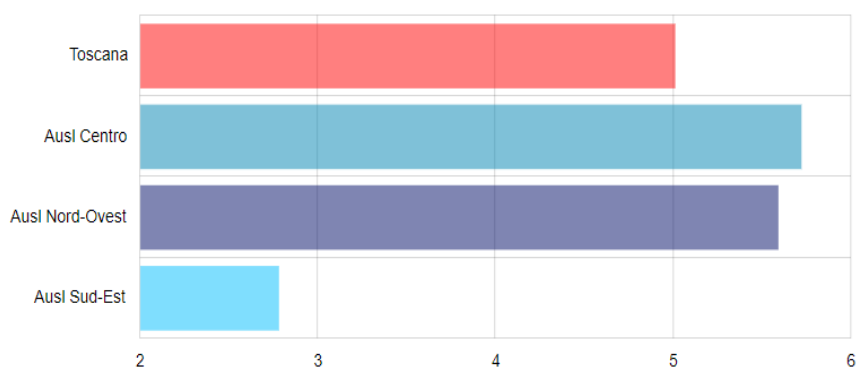
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie del sangue e degli organi ematopoietici

- Periodo 2015-2018 - Femmine

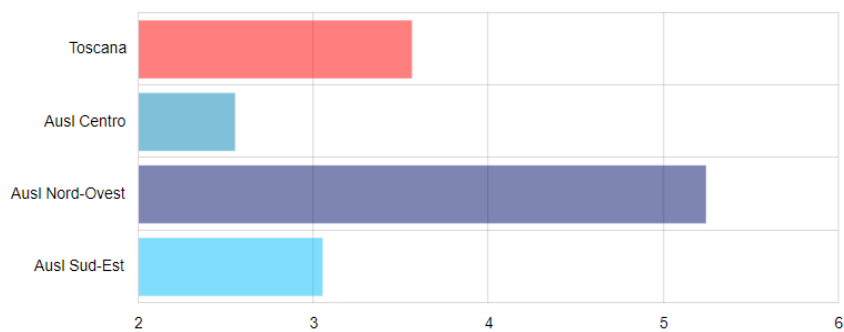
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie apparato digerente

- Periodo 2015-2018 - Totale

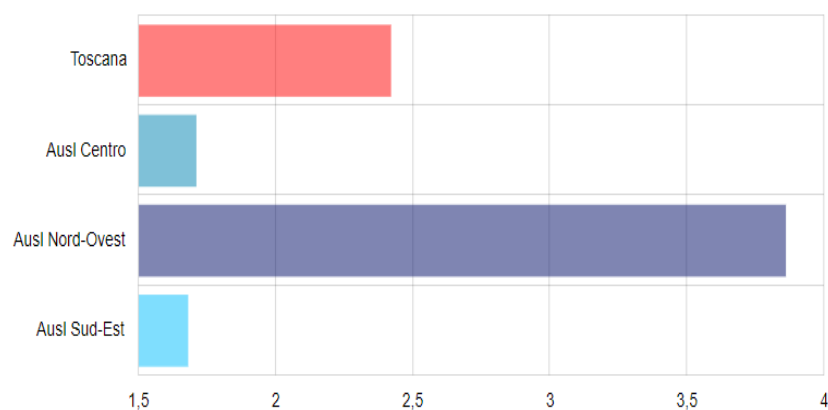
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie apparato digerente

- Periodo 2015-2018 - Maschi

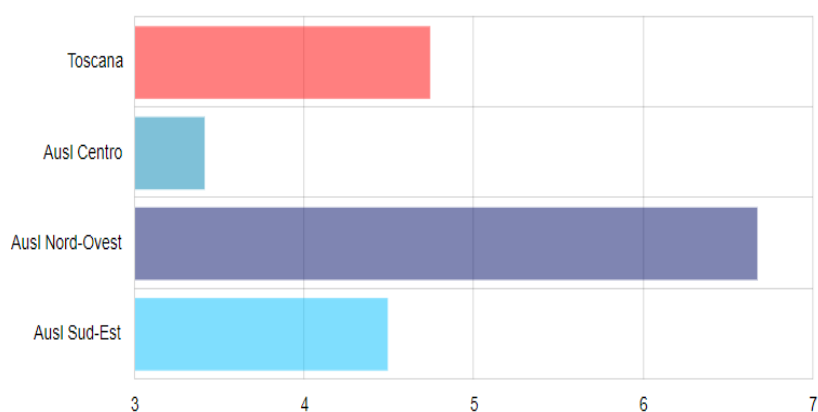
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie apparato digerente

- Periodo 2015-2018 - Femmine

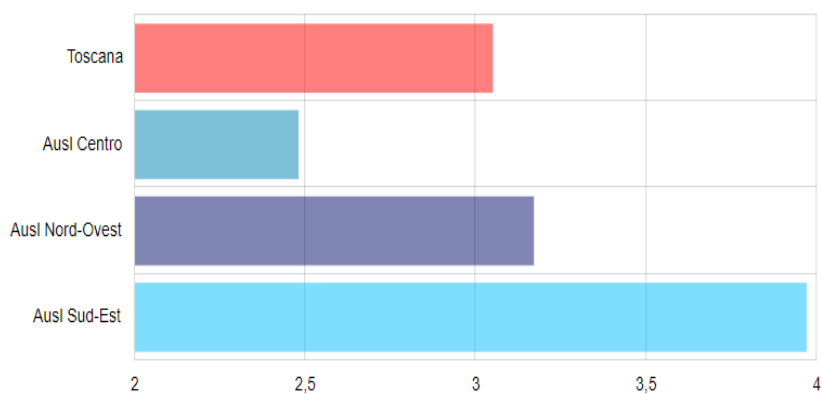
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie apparato visivo

- Periodo 2015-2018 - Maschi

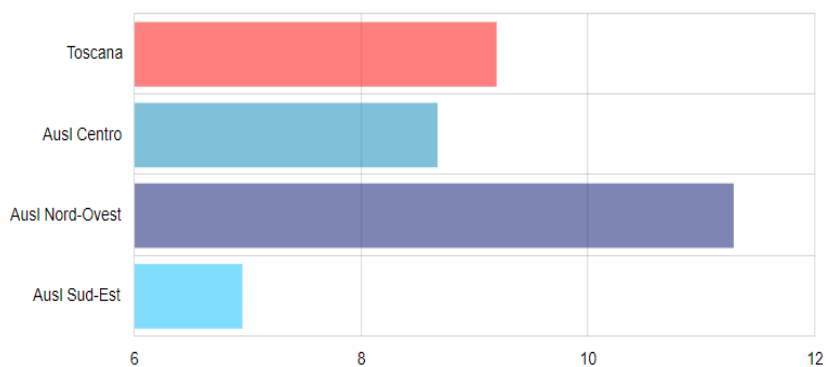
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie del sistema nervoso centrale e periferico

- Periodo 2015-2018 - Totale

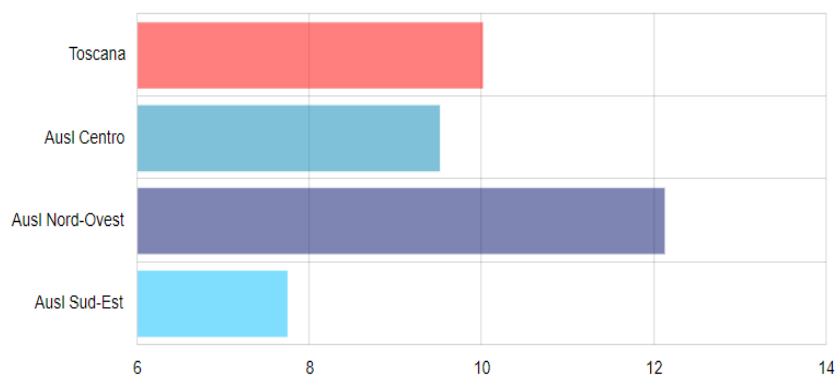
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie del sistema nervoso centrale e periferico

- Periodo 2015-2018 - Maschi

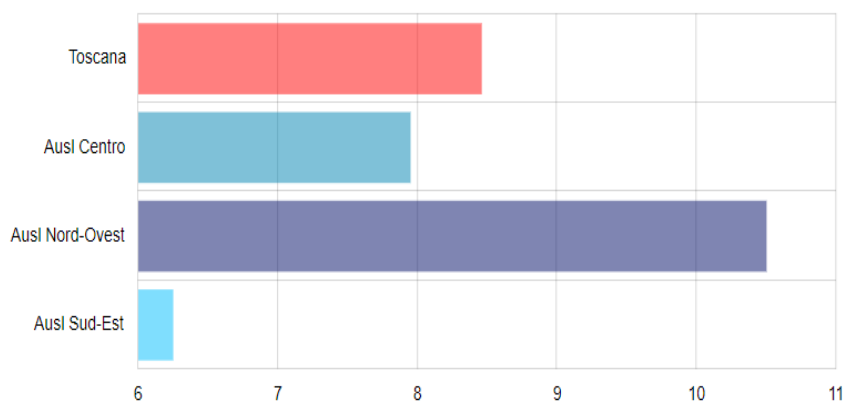
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie del sistema nervoso centrale e periferico

- Periodo 2015-2018 - Femmine

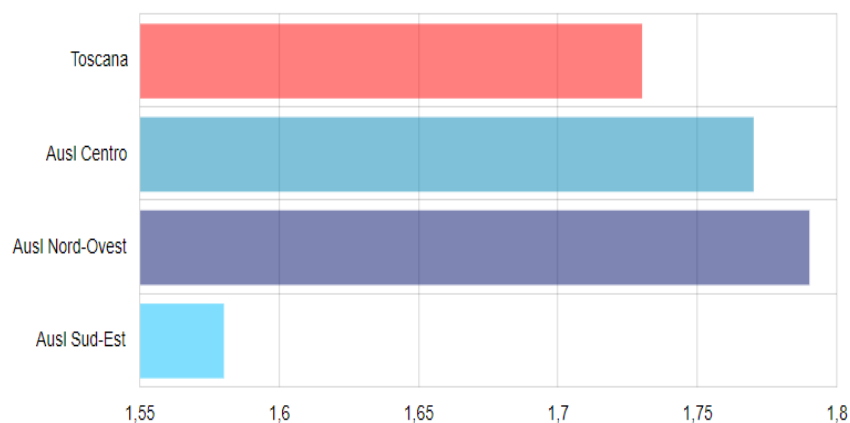
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie del sistema immunitario

- Periodo 2015-2018 - Totale

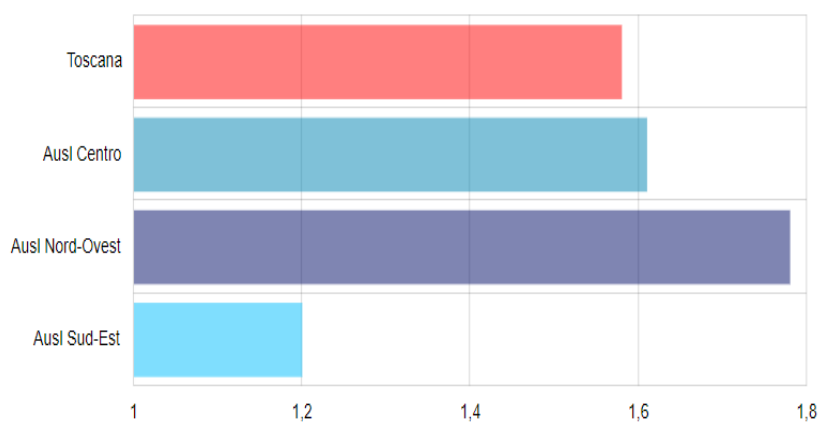
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie del sistema immunitario

- Periodo 2015-2018 - Maschi

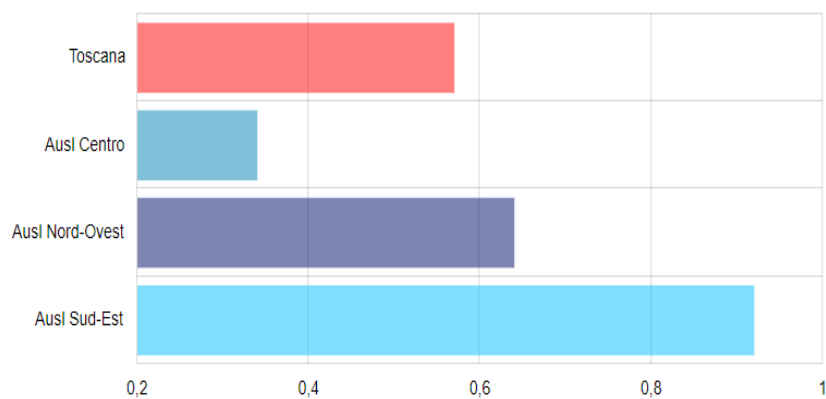
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie del metabolismo

- Periodo 2015-2018 - Totale

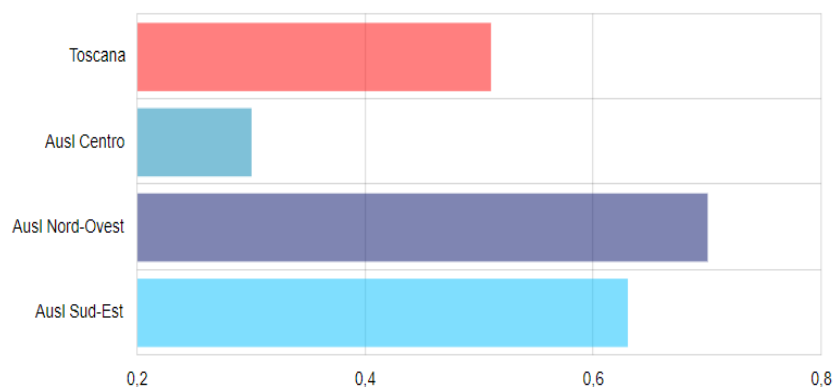
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare del gruppo Malattie del metabolismo

- Periodo 2015-2018 - Femmine

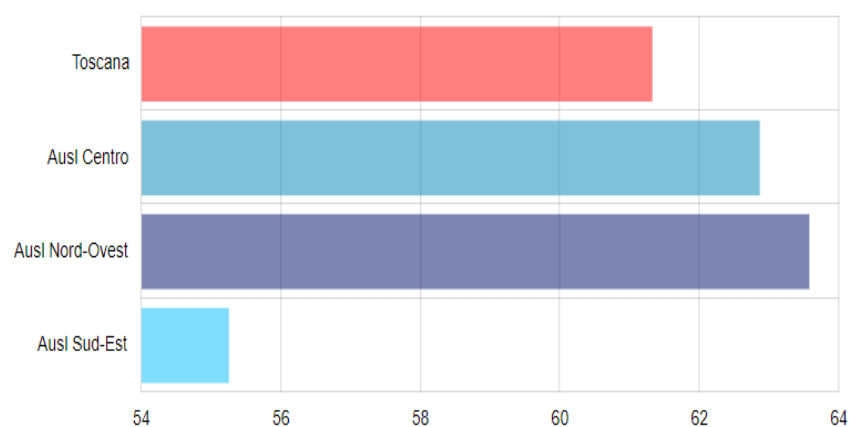
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare totali

- Periodo 2015-2018 - Totale

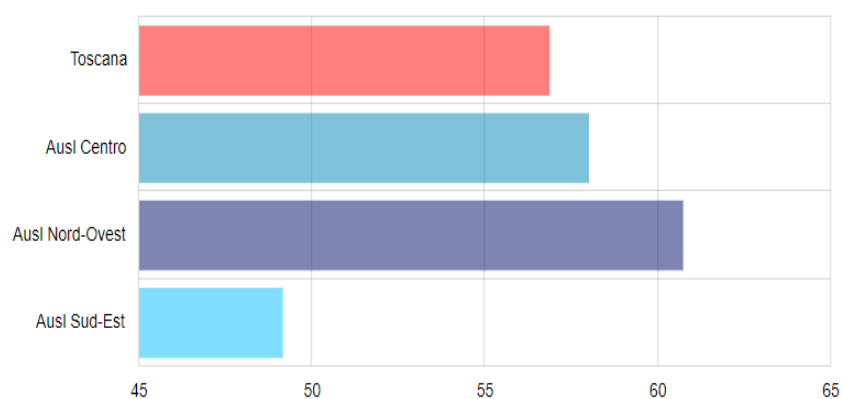
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare totali

- Periodo 2015-2018 - Maschi

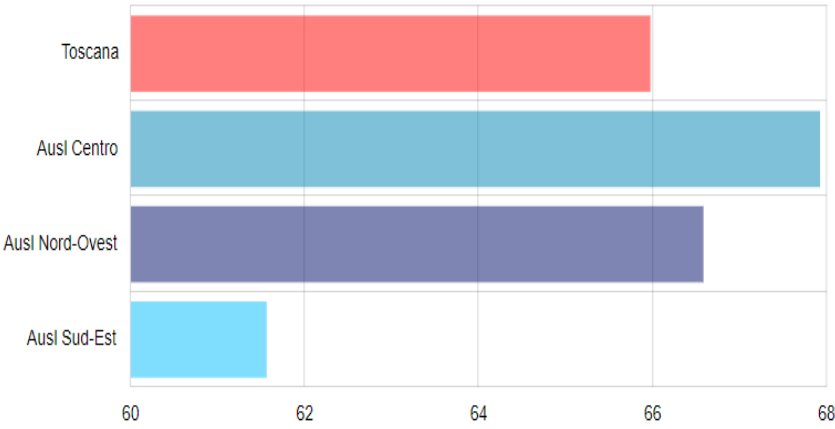
Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Casi incidenti di malattie rare totali

- Periodo 2015-2018 - Femmine

Fonte: RT Registro toscano malattie rare, ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



6 LA SALUTE DEI GRUPPI DI POPOLAZIONE

6.1. Materno infantile

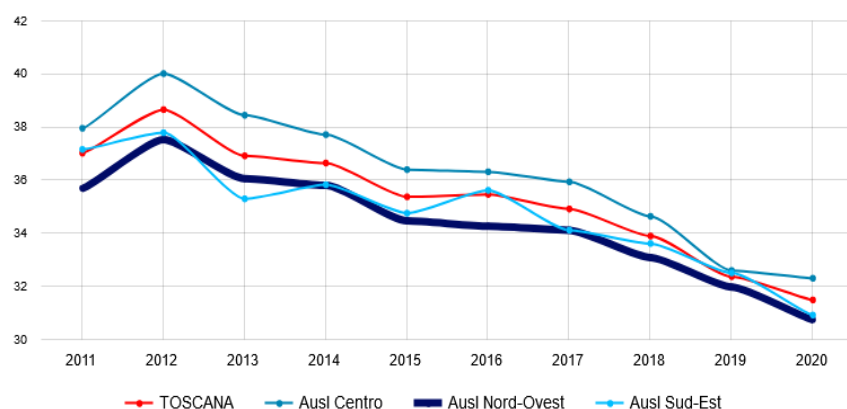
6.1.1. Gravidanza e parto

Soggetti ricoverati per parto

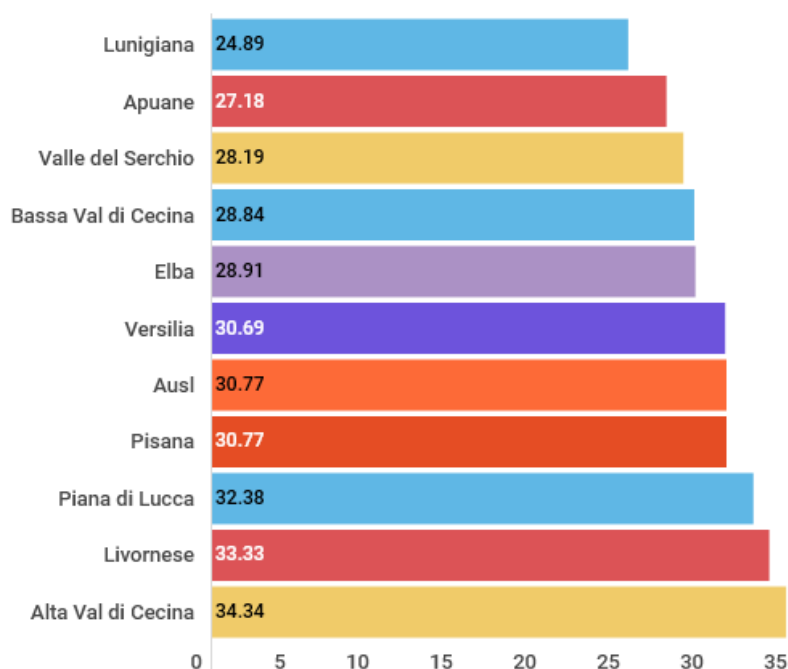
Soggetti ricoverati per parto

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Femmine

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



Continua la flessione nell'ospedalizzazione per parto, ancor più accentuata nella nostra Asl ed in quella Sud Est con i rispettivi valori di 30,77 e 30,94 donne ricoverate per mille residenti. Al di sotto del dato medio regionale (31,51) ed ancor più del dato relativo alla Centro (32,33).



Soggetti ricoverati per parto ogni mille residenti per zona (anno 2020)

Il dato sopra illustrato è stato spalmato per zona distretto ed appare una notevole differenza fra la zona con maggiore ospedalizzazione per parto (Valdera/Alta Val di Cecina) e quella più bassa (Lunigiana).

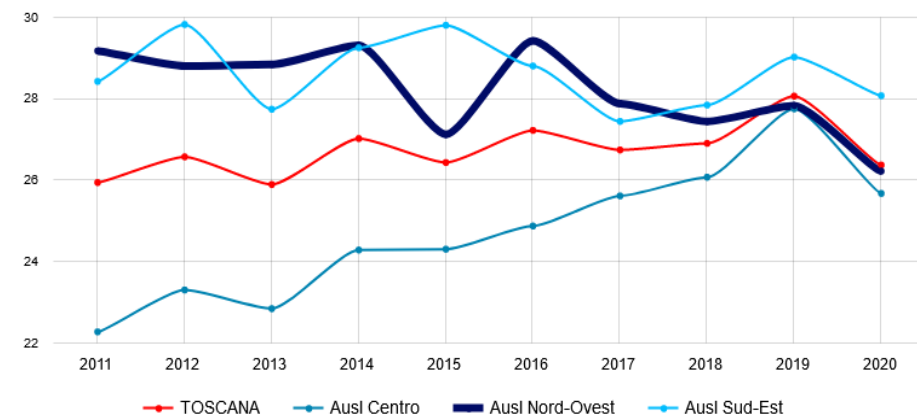
Dimissioni ospedaliere per parto cesareo

Il 2020 segna un'inversione di tendenza, forse a causa della chiusura dei presidi e della tempistica chirurgica. Da un

Dimissioni ospedaliere per parto cesareo

Rapporto (x 100) - Femmine

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



trend in costante crescita che tocca generalmente il suo massimo nel 2019 si passa alla flessione dell'ultimo periodo.

Il dato finale dell'ASL TNO è quasi simile al dato medio regionale (rispettivamente 26,24 e 26,39).

Nella tabella mostrata qui sotto la suddetta statistica viene spalmata per evidenziare il dato per azienda territoriale e ex asl provinciale. Non appaiono differenze significative fra le ex asl.

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	26,39
AUSL CENTRO	25,69
AUSL NORD-OVEST	26,24
ex ASL 1 - Massa e Carrara	25,26
ex ASL 2 - Lucca	28,92
ex ASL 5 - Pisa	24,47
ex ASL 6 - Livorno	25,81
ex ASL 12 - Viareggio	28,61
AUSL SUD-EST	28,09

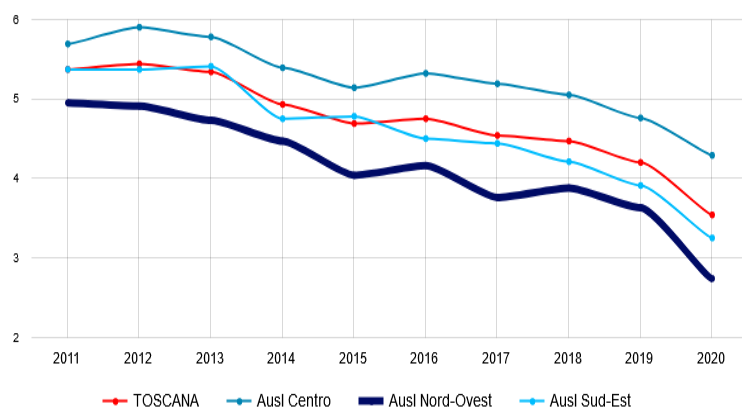
6.1.2. Aborti spontanei ed IVG

Ospedalizzazione per aborto spontaneo

Ospedalizzazione per aborto spontaneo

Tasso grezzo (x 1000) - Femmine

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



Il dato della flessione dei ricoveri per aborto spontaneo apparirebbe sostanzialmente positivo ma esso sottostima il fenomeno perchè 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.

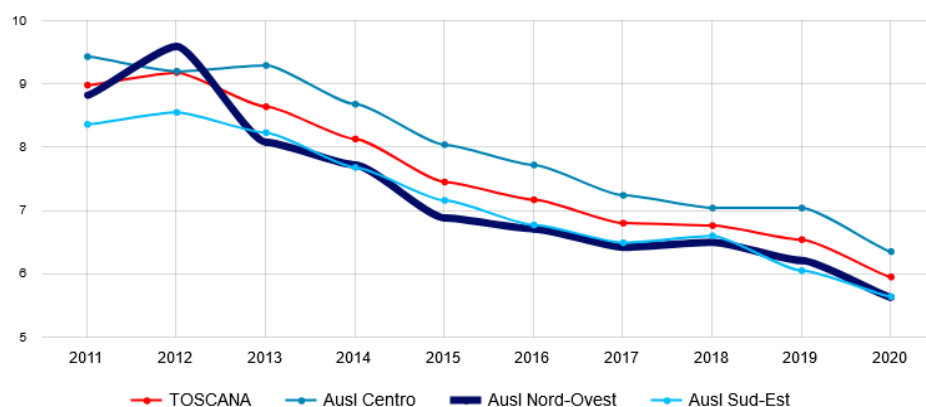
Dimissioni ospedaliere per Interruzione Volontaria di Gravidanza

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

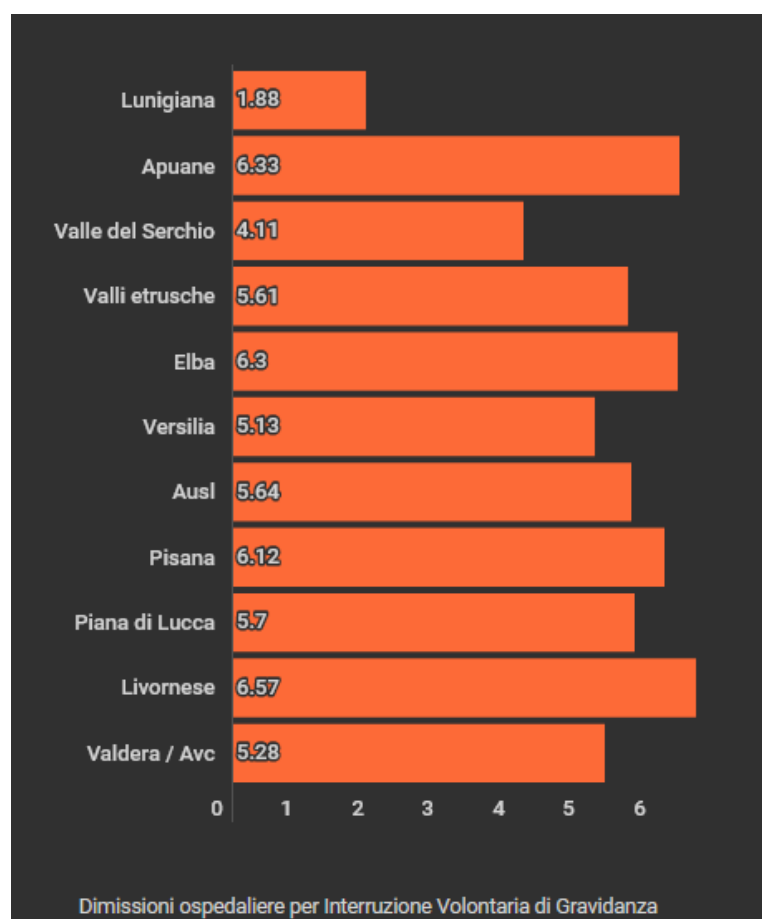
Dimissioni ospedaliere per Interruzione Volontaria di Gravidanza

Tasso grezzo (x 1000) - Totale

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



particolare dai consultori familiari verso la popolazione immigrata o minorenni, il fenomeno delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) è in diminuzione in Toscana, così come in Italia (1-3).



Se l'indicatore viene declinato per zona di residenza notiamo punte nelle zone livornese (6,57 dimissioni per ivg ogni 1000 residenti) e apuane (6,33). Per la tendenza contraria emerge la lunigiana che forse a causa dell'elevato tasso di invecchiamento presenta un tasso di Ivg che non arriva a due dimissioni ogni mille.

6.1.3. Difetti congeniti e malformazioni [dati 2016-2018]

Mortalità per malformazioni congenite

Numero, Tasso grezzo, Tasso standardizzato per età (x 100000), IC 95% - Ausl e Toscana - Periodo 2014-2016 - Totale

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

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	231	2,05	1,96	1,70	2,22
AUSL CENTRO	89	1,83	1,74	1,37	2,10
AUSL NORD-OVEST	87	2,26	2,14	1,68	2,61
ex ASL 1 - Massa e Carrara	19	3,18	2,75	1,45	4,05
ex ASL 2 - Lucca	15	2,20	2,11	1,02	3,20
ex ASL 5 - Pisa	18	1,75	1,64	0,87	2,41
ex ASL 6 - Livorno	27	2,57	2,63	1,61	3,66
ex ASL 12 - Viareggio	8	1,60	1,50	0,42	2,58
AUSL SUD-EST	55	2,18	2,16	1,56	2,75

6.2. Salute dei bambini e degli adolescenti

Natimortalità

Tasso grezzo (x 1000) - Periodo 2018-2020 - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati vivi CAP	Nati morti CAP	Nati morti per 1.000 nati vivi	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	67.807	125	1,84	1,52	2,17
AUSL CENTRO	31.242	53	1,70	1,24	2,15
AUSL NORD-OVEST	21.970	42	1,91	1,33	2,49
ex ASL 1 - Massa e Carrara	2.791	7	2,51	0,65	4,36
ex ASL 2 - Lucca	4.118	7	1,70	0,44	2,96
ex ASL 5 - Pisa	6.533	15	2,30	1,14	3,46
ex ASL 6 - Livorno	5.858	11	1,88	0,77	2,99
ex ASL 12 - Viareggio	2.670	2	0,75	0	1,79
AUSL SUD-EST	14.595	30	2,06	1,32	2,79



6.2.1. Mortalità infantile

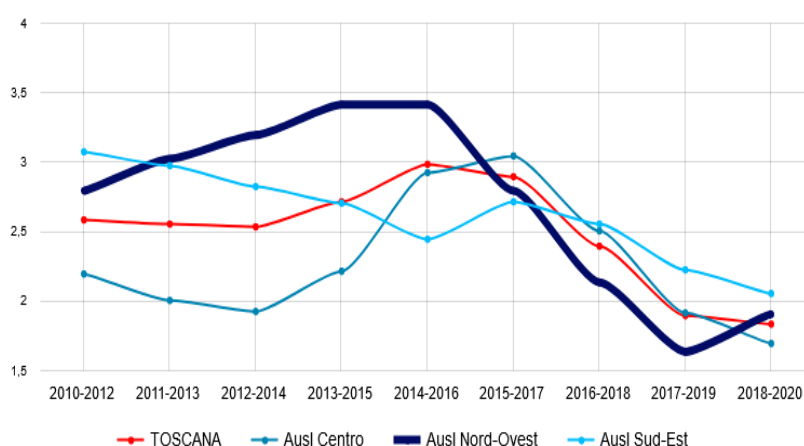
La nati mortalità è il rapporto tra il numero dei nati morti (stillbirth) in un dato intervallo di tempo e il totale dei nati (nati morti e nati vivi) nello stesso intervallo di tempo, moltiplicato per mille. Per i confronti internazionali l'Oms include solo i feti nati morti con un peso alla nascita pari o superiore a 1000 grammi o di 28 o più settimane di gestazione (1). 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

Natimortalità

Tasso grezzo (x 1000) - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)



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 (2-4).

Natimortalità

Tasso grezzo (x 1000) - Periodo 2018-2020 - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati vivi CAP	Nati morti CAP	Nati morti per 1.000 nati vivi	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	67.807	125	1,84	1,52	2,17
AUSL CENTRO	31.242	53	1,70	1,24	2,15
AUSL NORD-OVEST	21.970	42	1,91	1,33	2,49
ex ASL 1 - Massa e Carrara	2.791	7	2,51	0,65	4,36
ex ASL 2 - Lucca	4.118	7	1,70	0,44	2,96
ex ASL 5 - Pisa	6.533	15	2,30	1,14	3,46
ex ASL 6 - Livorno	5.858	11	1,88	0,77	2,99
ex ASL 12 - Viareggio	2.670	2	0,75	0	1,79
AUSL SUD-EST	14.595	30	2,06	1,32	2,79



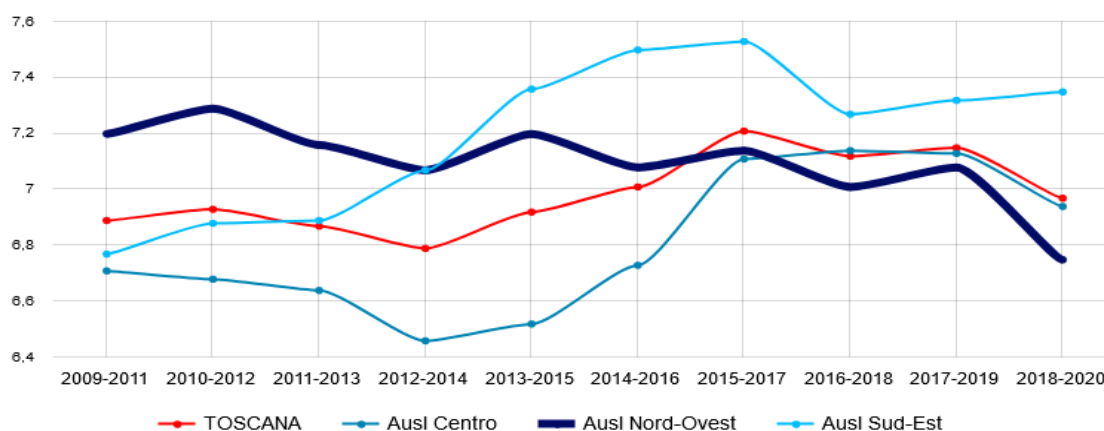
Il dato delle tre aree vaste vede un aumento dell'indicatore nell'ultimo triennio solo nella nostra zona, contro la flessione presente nelle altre due, dopo quattro trienni in cui la flessione appariva evidente ed importante.

Le ex asl dell'area vasta nord ovest che superano la media regionale sono la Asl di Massa Carrara, di Pisa e poco al di sopra del dato medio, la ex asl di Livorno.

6.2.2. Età gestazionale e peso alla nascita**Nati vivi di peso alla nascita basso**

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)



Il rapporto fra i nati vivi di peso alla nascita inferiore a 2.500 gr sul totale dei nati vivi evidenzia il dato positivo per la nostra azienda col valore più basso ed un aumento delle differenze con le altre aziende territoriali, Esso presenta infatti il valore di 6,75 nati sottopeso sul totale, contro il dato medio regionale del 6,97 ed il 7,35 della Sud Est.

Nati vivi di peso alla nascita basso

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

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati prematuri	Proporzione
REGIONE TOSCANA	4.719	6,97
AUSL CENTRO	2.168	6,94
AUSL NORD-OVEST	1.483	6,75
ex ASL 1 - Massa e Carrara	179	6,42
ex ASL 2 - Lucca	253	6,14
ex ASL 5 - Pisa	469	7,18
ex ASL 6 - Livorno	407	6,96
ex ASL 12 - Viareggio	175	6,56
AUSL SUD-EST	1.068	7,35

6.3. La salute degli anziani

6.3.1. La speranza di vita a 65 anni (dato 2019)



Speranza di vita a 65 anni

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - anno 2016

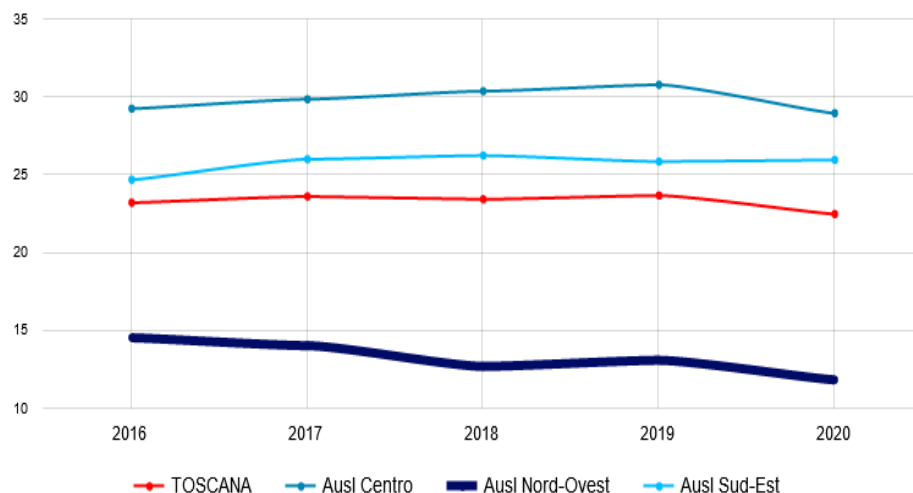
L'indicatore misura il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al compimento dei 65 anni d'età in base ai tassi di mortalità osservati nell'ultimo triennio. Si tratta di uno degli indicatori di salute più utilizzati, perché è riflesso dei livelli di mortalità della popolazione anziana.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

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



ed i circa 7 mila della Sud Est.

6.3.2 Anziani assistiti in domiciliare diretta

La situazione dell'assistenza domiciliare nella Asl Tno tende alla lieve flessione e questo nonostante tale assistenza sia meno praticata qui che altrove in regione.

Sono stati assistiti a domicilio circa 4500 anziani contro gli oltre 14 mila della Asl Centro

Anziani assistiti in domiciliare diretta

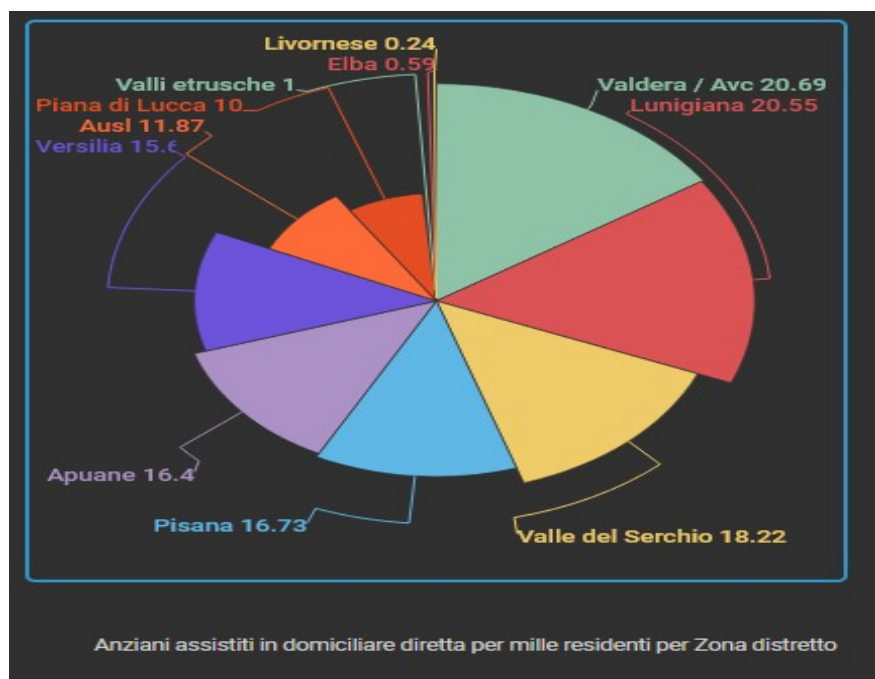
Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2020 - Totale

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

Residenza	Casi	Proporzione grezza	Proporzione standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	25.730	27,07	22,53	22,25	22,80
AUSL CENTRO	14.283	35,46	28,99	28,51	29,47
AUSL NORD-OVEST	4.506	13,67	11,87	11,52	12,22
AUSL SUD-EST	6.943	31,83	26,00	25,38	26,62



Il dato proporzionato alla popolazione residente vede circa 14 anziani su mille con assistenza domiciliare nella nostra Asl contro gli oltre 27 su mille della media regionale.



Le zone con maggior ricorso a questa forma di assistenza sono l'Alta Val di Cecina / Valdera e la Lunigiana con oltre 20 anziani su mille residenti.

6.3.3 Anziani assistiti in Residenza Sanitaria Assistenziale permanente

Anziani assistiti in Residenza Sanitaria Assistenziale permanente

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2020 - Totale

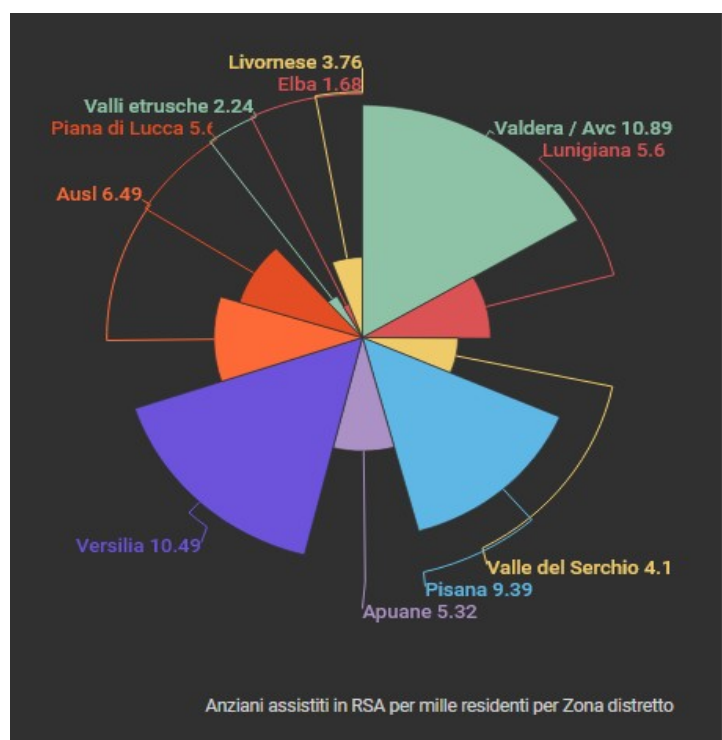
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, RT Assistenza domiciliare (RFC 115), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Proporzione grezza	Proporzione standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	9.223	9,70	8,07	7,90	8,24
AUSL CENTRO	4.101	10,18	8,26	8,01	8,52
AUSL NORD-OVEST	2.445	7,42	6,49	6,23	6,75
AUSL SUD-EST	2.677	12,27	9,94	9,56	10,32



La tendenza dell'ultimo anno resta la sostanziale tenuta dei ricoveri in RSA, con una condizione differenziata fra le tre aziende territoriali. La Asl Tno resta in ultima posizione come ricoveri in Rsa.

Sono stati assistiti in RSA nella nostra azienda circa 2500 anziani contro i 2667 della Sud Est e gli oltre 4 mila della Azienda Usl Centro.



Le zone che presentano valori più alti di assistenza in Rsa ogni mille residenti sono l'Alta Val di Cecina / Valdera e la Versilia.

Queste due zone insieme alla zona Pisana sono le sole ad assestarsi al di sopra della media dell'area vasta (6,49), mentre tutte le altre zone mostrano valori inferiori.

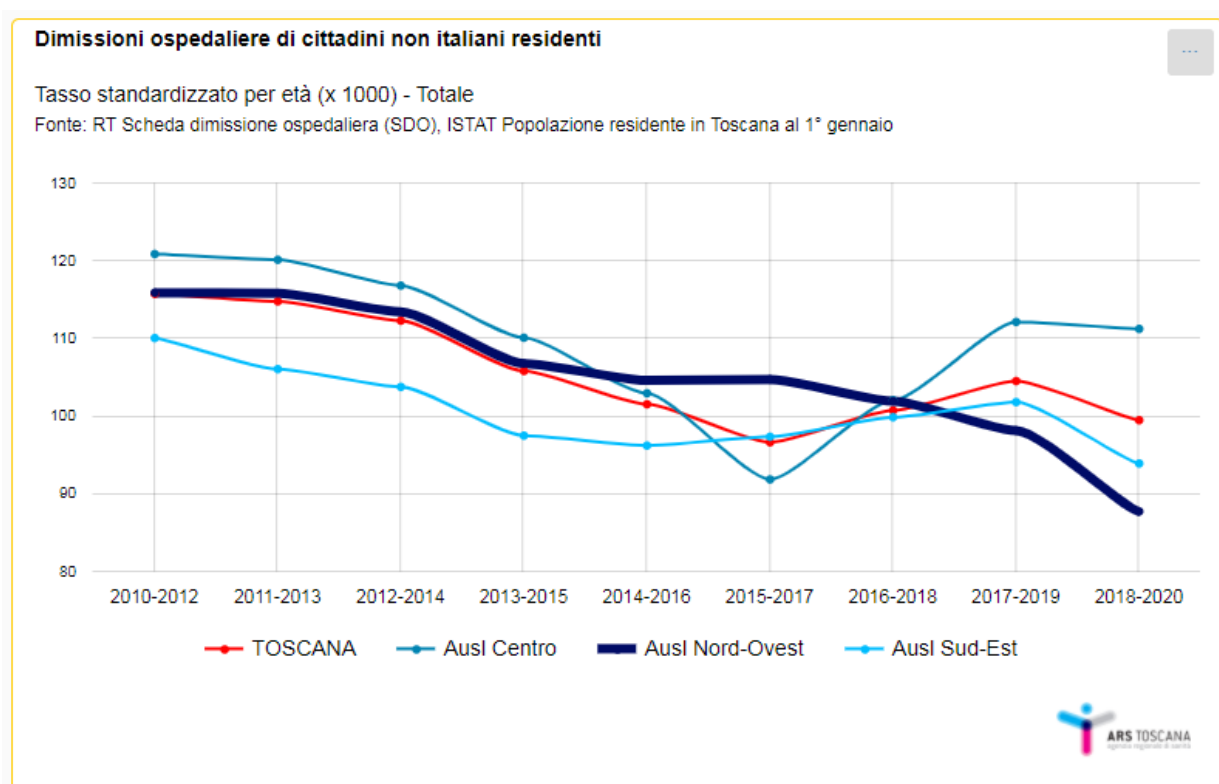
6.3.4 Disabilità – dalla Relazione sanitaria 2018

Una stima dei non autosufficienti d'età 65+ nelle attività di base della vita quotidiana secondo una scala a cinque livelli di isogravità del bisogno assistenziale ci fornisce il dato di 27100 non autosufficienti nell'ATNO, di cui 7500 maschi e 19600 femmine.

6.4 Stranieri

Dimissioni ospedaliere di cittadini non italiani residenti

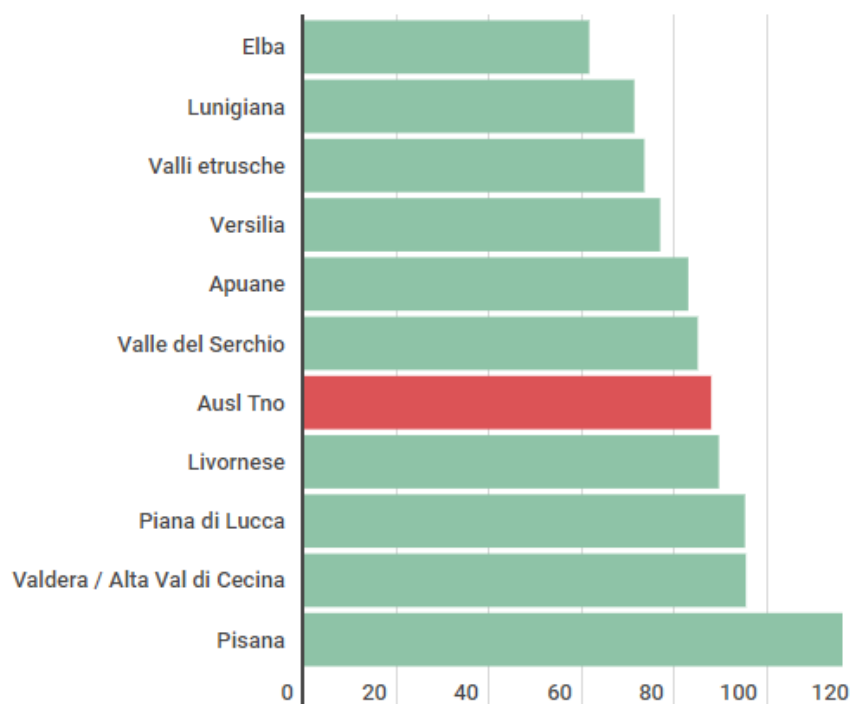
Numerose ricerche svolte nel corso degli ultimi anni, hanno messo in evidenza che la popolazione straniera, rispetto a quella italiana, ricorre in misura inferiore al ricovero ospedaliero, sia in regime ordinario che in di day hospital (1). Tuttavia, trattandosi di una popolazione che in Toscana presenta 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) (2), l'effetto di omologazione "acculturazione" con la popolazione autoctona in termini di stili di vita, potrà portare ad una crescente uniformità nello stato di salute e nel ricorso ai Servizi sanitari. Come per la popolazione italiana, la dimissione ospedaliera e le cause che l'hanno determinata, rappresenta un buon indicatore in grado di raffigurare lo stato di salute della popolazione straniera. In questo caso, per una corretta interpretazione, è importante tener presente che il flusso "Schede di dimissione ospedaliera" non contiene l'informazione in grado di distinguere lo straniero temporaneamente presente sul territorio (STP) da quello residente. Pertanto, i dati a cui si riferisce, sono attribuibili a cittadini stranieri residenti sul territorio regionale. Non possono essere utilizzati per delineare lo stato di salute dei cittadini "migranti" temporaneamente presenti sul nostro territorio. 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%) (3). 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%) (4).



il trend dell'ultimo triennio conferma la flessione nelle dimissioni ospedaliere di cittadini non italiani residenti.

La tendenza è ancor più accentuata nella nostra azienda con 87,81 dimissioni ogni mille residenti contro le 111,32 della Asl Centro.

Dimissioni ospedaliere stranieri per zona distretto (x 1000 residenti)



La distribuzione delle dimissioni ospedaliere a beneficio di stranieri mostra valori superiori alla media dell'area vasta per le zone della provincia di Pisa, della Piana di Lucca e Livornese, dove maggiore è la presenza di cittadini residenti non italiani.

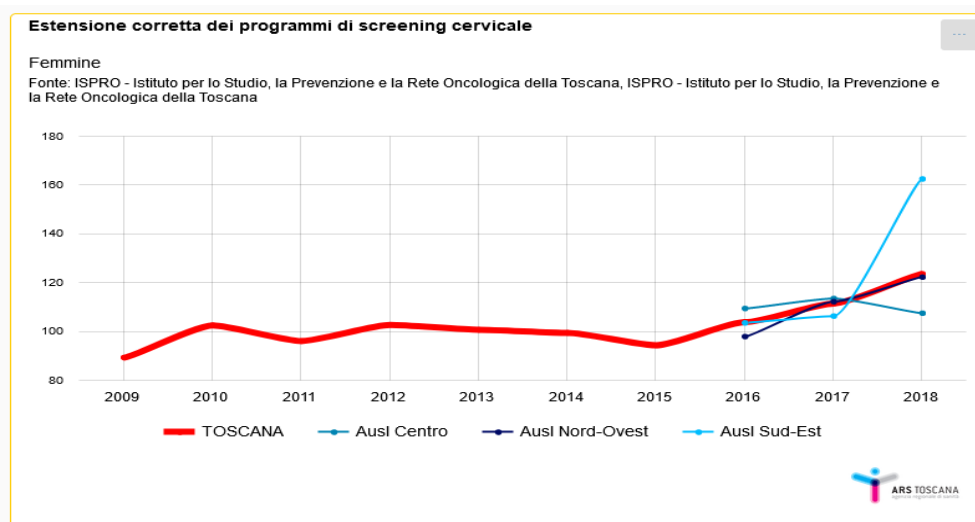
7.1 Prevenzione rivolta alla persona

7.1.1. Screening Oncologici (dati 2018)

L'attivazione di programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colonretto, definiti sulla base di criteri di efficacia e qualità del percorso offerto, è sostenuta sia a livello nazionale che internazionale poiché questi programmi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la mortalità per specifico tumore. Le linee guida nazionali ed internazionali raccomandano fortemente alle donne fra i 50 e i 69 anni di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno. Alla fine del 2016, la Regione Toscana ha deliberato un allargamento delle fasce di età dai 45 (fino ai 49 intervallo annuale) ai 74 anni di età. L'implementazione sarà graduale e pertanto non sarà senz'altro possibile analizzare il dato prima del 2022. Per quanto riguarda lo screening per il tumore del collo dell'utero nella nostra Regione il protocollo di screening 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. 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 screening è la ricerca del sangue occulto fecale. L'obiettivo dello screening di popolazione è ridurre la mortalità, ma nel caso dello screening per il tumore del collo dell'utero e per quello del colon-retto si è potuto osservare anche una riduzione della incidenza della malattia intervenendo sui precursori del cancro, le così dette lesioni pre-cancerose. Per tutti e 3 gli screening, la diagnosi precoce si è dimostrata efficace nel favorire trattamenti (sia chirurgici che farmacologici) meno aggressivi a notevole beneficio 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 organizzati dalla regione Toscana e rappresentano il debito informativo regionale e nazionale che deve essere prodotto entro la fine del primo semestre dell'anno successivo a quello oggetto della rilevazione. I dati si riferiscono all'attività svolta dai programmi di screening mammografico, cervicale e colorettale nell'anno, relativi alle persone invitate. L'estensione aggiustata è calcolata, in riferimento alla popolazione target annuale, sottraendo dal totale dei soggetti invitati quelli con invito inesitato ovvero quei soggetti non raggiungibili (per indirizzo errato o sconosciuto) e le cui lettere di invito sono ritornate al programma di screening. Il razionale di questa scelta è che i soggetti con invito inesitato non possono essere considerati soggetti invitati. È necessario sottolineare che dal 2005, per fini puramente valutativi, si utilizza la popolazione ISTAT come denominatore nel calcolo dell'estensione, mentre la programmazione degli inviti viene fatta sulla base della popolazione aziendale. La popolazione ISTAT permette un migliore confronto fra i programmi e non dipende dalla qualità dell'anagrafe aziendale. L'adesione/partecipazione aggiustata è calcolata considerando i soggetti aderenti sul totale della Relazione sanitaria 2019, popolazione invitata meno gli inviti inesitati e i soggetti esclusi dopo l'invito (ad esempio soggetti che comunicano di aver effettuato un test di recente). Le fluttuazioni degli indicatori sono da considerarsi fisiologiche e sostanzialmente legate alle modalità organizzative attive negli specifici contesti, in altri casi invece sono realmente espressione di situazioni di criticità o di effettivo miglioramento delle performance. Eccezione a questo ragionamento è il calcolo della estensione dello screening per il tumore del collo dell'utero in cui si possono osservare differenze anche sensibili tra i programmi di screening territoriali. Questo è dovuto al differente livello di implementazione dello screening con l'HPV test nelle varie Aziende. Da quando è stato introdotto questo nuovo test è

stata aggiornata la modalità di calcolo della estensione degli inviti mettendo al denominatore la popolazione bersaglio dell'HPV divisa per 5. Per essere più precisi questo aggiornamento prevede che nel periodo di transizione (tuttora in corso per alcune aree) le eleggibili siano le donne 25-64 anni residenti su un terzo della popolazione avente diritto. Per il primo round stabilizzato, le eleggibili sono rappresentate dalle donne in fascia 25-33 anni sul terzo del totale delle residenti in quella fascia più le donne 34-64 anni su un quinto delle residenti in quella stessa fascia.

7.1.1.1. Screening cervice uterina - rassegna trend regione-aziende territoriali e dati estensione ed adesione.



Estensione corretta dei programmi di screening cervicale

Anno 2018 - Femmine
Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana

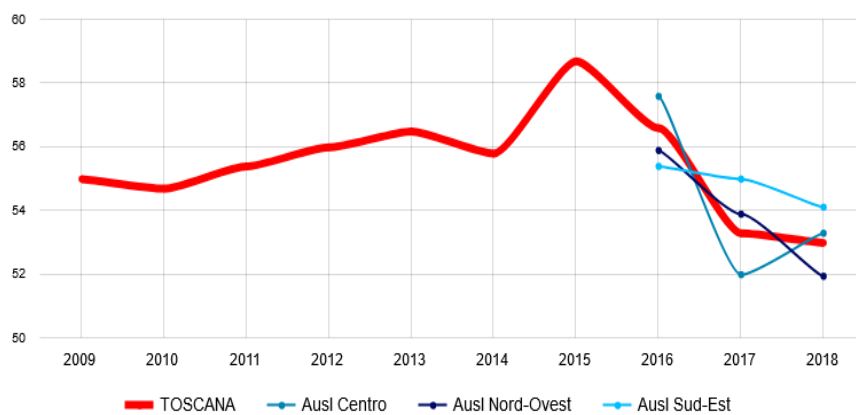
Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	123,80
AUSL CENTRO	107,68
AUSL NORD-OVEST	122,50
AUSL SUD-EST	162,72

ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Adesione corretta dei programmi di screening cervicale

Femmine

Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana



Adesione corretta dei programmi di screening cervicale

Anno 2018 - Femmine

Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	53
AUSL CENTRO	53,30
AUSL NORD-OVEST	51,95
AUSL SUD-EST	54,12

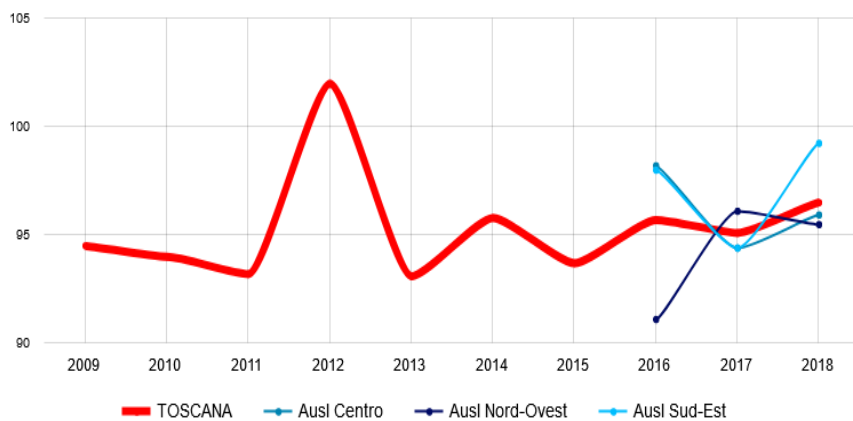


7.1.1.2. Screening Mammografico - rassegna trend regione-aziende territoriali e dati estensione ed adesione.

Estensione corretta dei programmi di screening mammografico

Femmine

Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana



Estensione corretta dei programmi di screening mammografico

Anno 2018 - Femmine

Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana

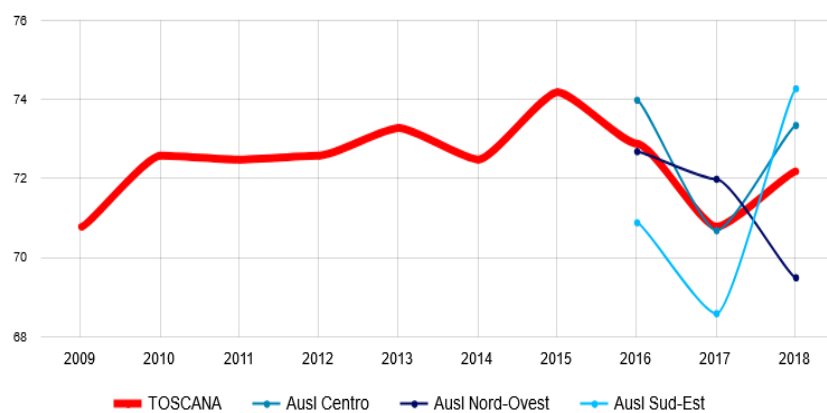
Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	96,50
AUSL CENTRO	95,93
AUSL NORD-OVEST	95,49
AUSL SUD-EST	99,24



Adesione corretta dei programmi di screening mammografico

Femmine

Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana



Adesione corretta dei programmi di screening mammografico

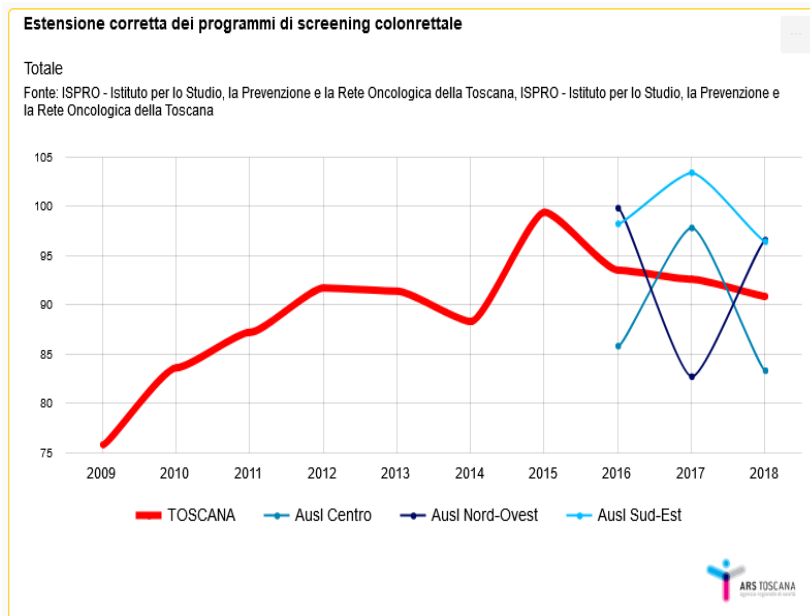
Anno 2018 - Femmine

Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	72,20
AUSL CENTRO	73,36
AUSL NORD-OVEST	69,51
AUSL SUD-EST	74,29



7.1.1.3. Screening Colon retto - rassegna trend regione-aziende territoriali e dati estensione ed adesione.



Estensione corretta dei programmi di screening colonrettale

Anno 2018 - Totale
Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana

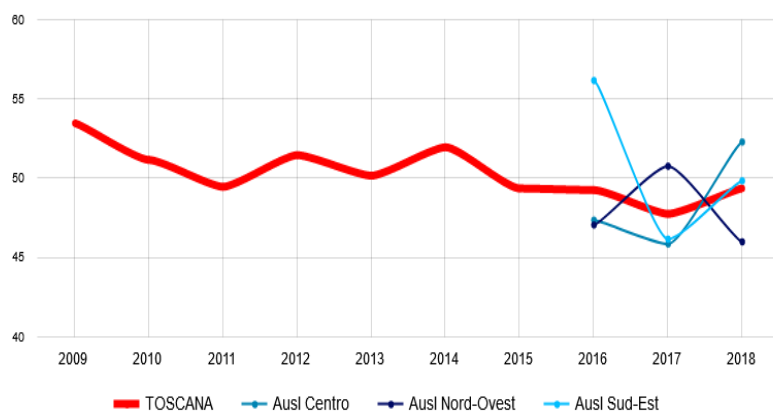
Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	90,95
AUSL CENTRO	83,41
AUSL NORD-OVEST	96,64
AUSL SUD-EST	96,50

ARS TOSCANA

Adesione corretta dei programmi di screening colorettaile

Totale

Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana



Adesione corretta dei programmi di screening colorettaile

Anno 2018 - Totale

Fonte: ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana, ISPRO - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	49,40
AUSL CENTRO	52,33
AUSL NORD-OVEST	46,03
AUSL SUD-EST	49,88



7.2 Prevenzione collettiva - Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)



Attività di vigilanza e controllo: quadro consuntivo 2020 Regione Toscana

	LEA	Cantieri	Agricoltura*
AUSL T NO	9,37 %	101%	100%
AUSL T Ce	9,43 %	177%	77%
AUSL T SE	13,08%	167%	149%
RT	10,18%	149%	116%
TOT	19118 UL	4677 cant.	925 UL agric.
var % sul risultato 2019	+27% (4071 UL)	+15% (613 cant.)	-5% (49 UL agr.)

*dati riferiti a controlli con sopralluogo che non prendono in considerazione eventuali controlli documentali effettuati su aziende del comparto agricoltura

26

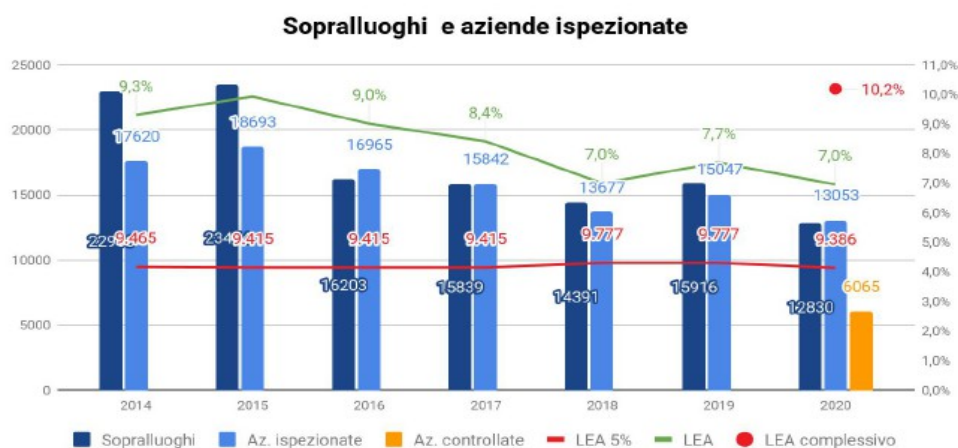
Altre Attività

		Az. USL Toscana No	Az. USL Toscana Ce	Az. USL Toscana Se
2.4.1	Numero aziende con controlli documentali in vigilanza senza sopralluogo (es: valutazione rischi, nomine, formazione, sorveglianza sanitaria e protocollo sanitario etc-)	1207	3956	842
2.10.1	N° Aziende bonificatrici di amianto che hanno inviato i piani OGGETTO DI CONTROLLO	7	40	13
2.12	N° di cantieri bonifica amianto controllati soltanto con sola valutazione del piano	88	1332	466
5.3	Numero di malattie professionali segnalate/denunciate alla ASL nell'anno	2475	556	481
8.3.1	Numero di aziende coinvolte in incontri del punto precedente per il miglioramento della salute e sicurezza	295	/	/
8.3	N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc.) con le figure aziendali per la prevenzione (RSPP, Medici Competenti, Coordinatori per la sicurezza, ecc.)	16	/	/

L'attività di vigilanza svolta dalle UF PISLL dei Dipartimenti della Prevenzione nei confronti delle Aziende oggetto di sopralluogo, si è stabilizzata negli ultimi anni a livello regionale mantenendo buoni livelli di copertura anche nel 2020, anno in cui il fenomeno pandemico ha modificato completamente anche il mondo del lavoro.

Attività di vigilanza - Trend 2014 - 2020

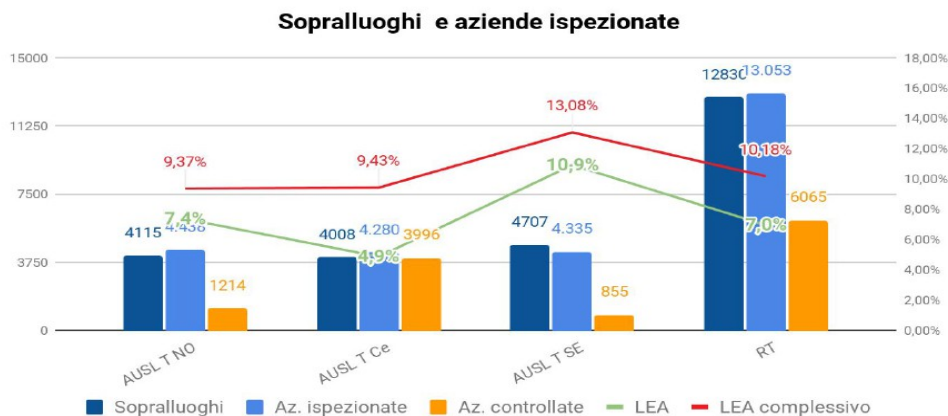
Regione Toscana



Attività di vigilanza svolta dalle UF PISLL dei Dipartimenti della Prevenzione nei confronti delle Aziende oggetto di sopralluogo e non, suddivisa per AUSL, con riferimento ai LEA.

Attività di vigilanza - AUSL 2020

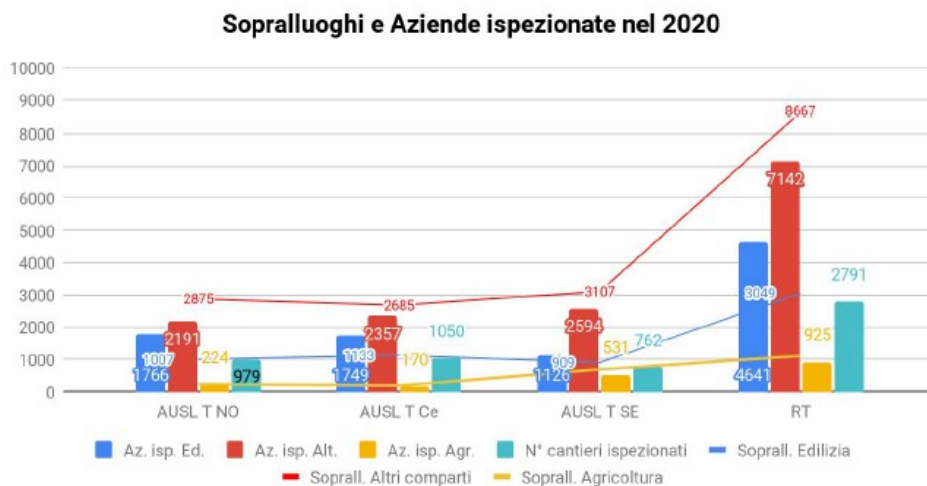
Regione Toscana



Attività di vigilanza svolta dalle UF PISLL dei Dipartimenti della Prevenzione nei confronti delle Aziende oggetto di sopralluogo nei diversi settori lavorativi, suddivisa per AUSL

Attività di vigilanza - Analisi Sopralluoghi 2020

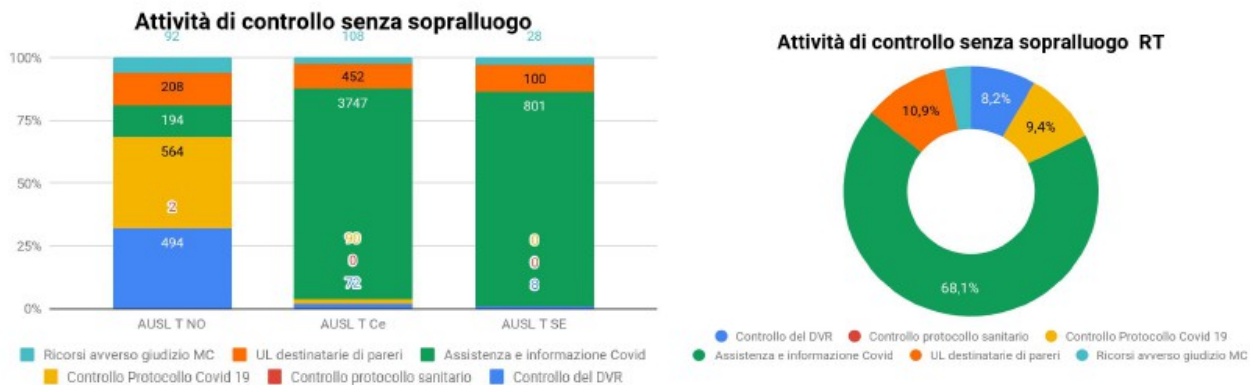
Regione Toscana



Nel 2020 molte delle attività delle UF PISLL sono state orientate alla prevenzione del contagio da Sars-CoV2. Nella AUSL NO notevole, rispetto alle altre AUSL, è stata l'attività di controllo del Protocollo Anticontagio COVID-19 messo in atto nelle aziende, rispetto alle altre tradizionali attività di controllo e assistenza senza sopralluogo.



Controllo documentale e assistenza Covid-19 Regione Toscana

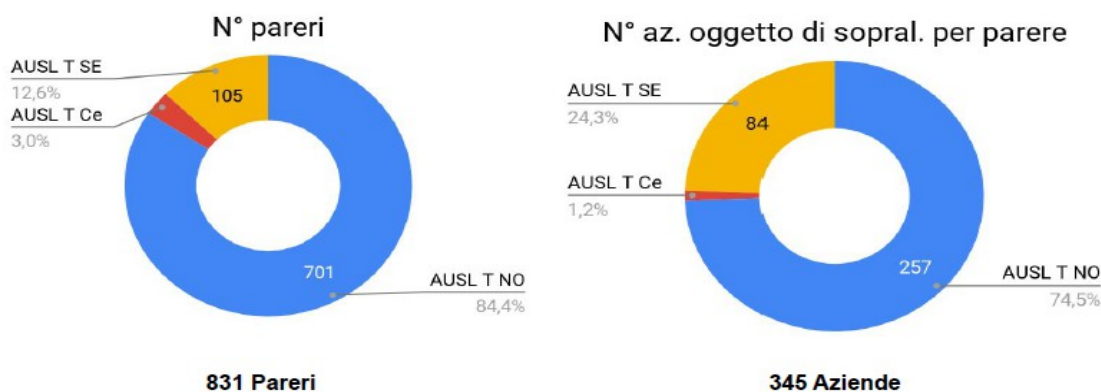


6065 Unità Locali **controllate senza sopralluogo** che corrispondono al LEA 3,2%

Anche le attività di emissione pareri è stata nel 2020 particolarmente sviluppata nell'AUSL NO rispetto alle altre due aziende



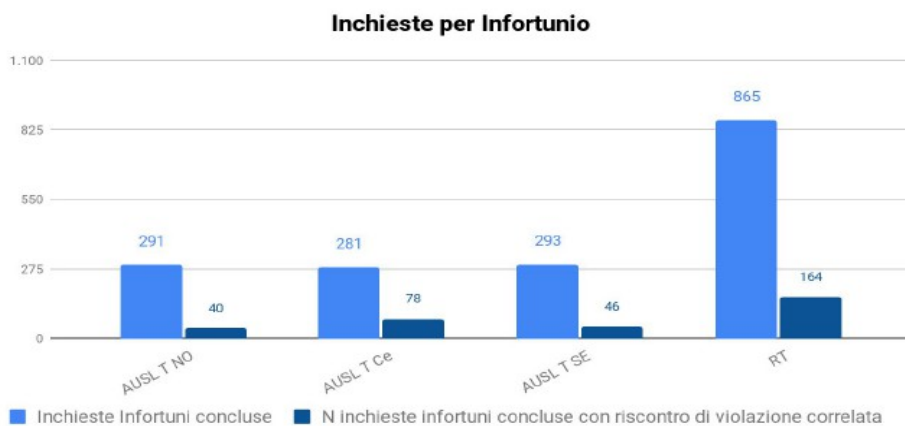
Espressione di pareri Regione Toscana



Le inchieste di Polizia Giudiziaria attivate dalle UF PISLL sono state uniformemente distribuite nelle tre AUSL

Inchieste Infortuni e Malattie Professionali

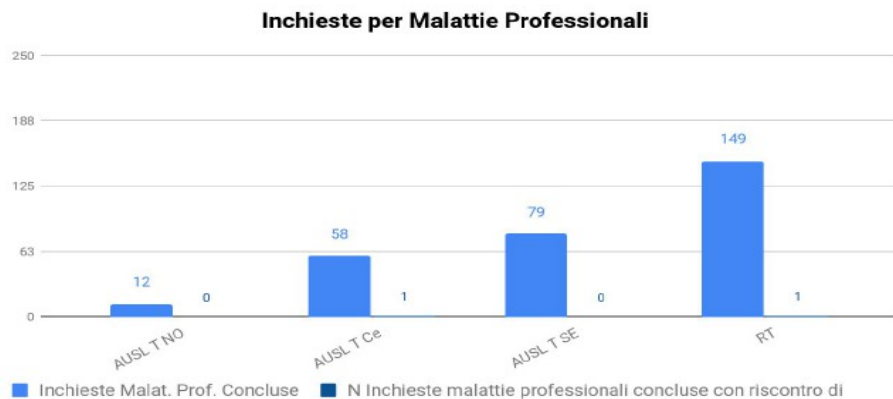
Regione Toscana



Le inchieste di Malattia professionale attivate sono state un numero inferiore nella AUSL NO rispetto alle altre due AUSL

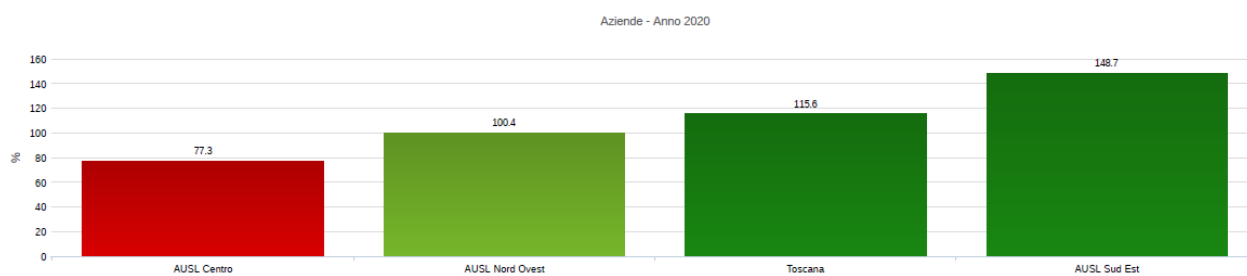
Inchieste Infortuni e Malattie Professionali

Regione Toscana

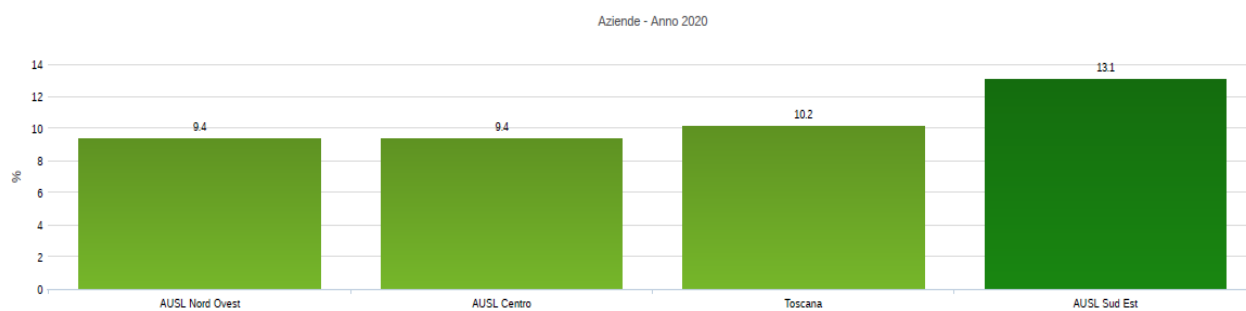


INDICATORI DI PERFORMANCE UF PISLL DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE (VALUTAZIONE MES)

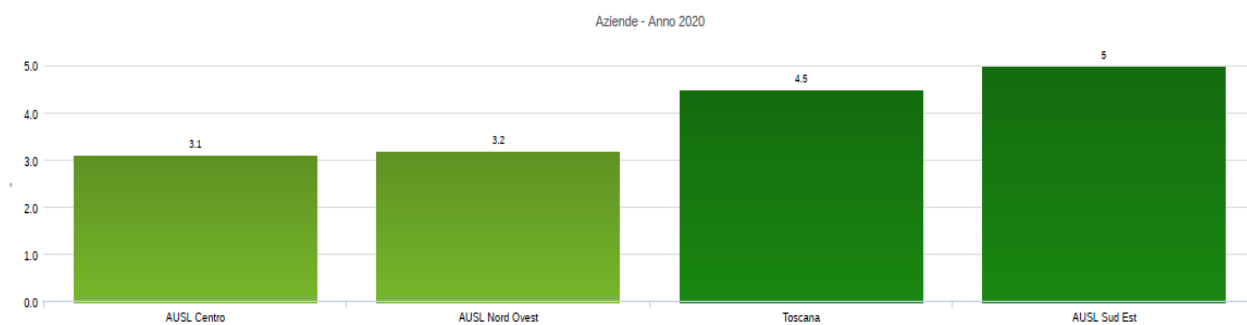
Aziende agricole controllate (%) rispetto all'obiettivo regionale (F15.1.8)



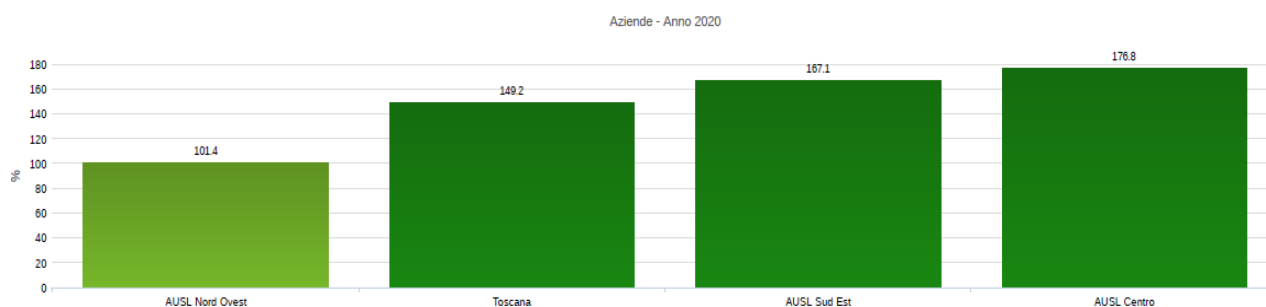
Copertura del territorio (F15.2)



Unità Locali controllate/Tot PAT (F15.2.1)



Totale cantieri edili controllati (F15.2.3)



7.3 Vaccinazioni

La vaccinazione rappresenta un fondamentale strumento a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione ed il controllo di alcune malattie infettive. Si tratta di una forma di immunizzazione artificiale che protegge gli individui da una malattia infettiva prima che questa si manifesti. La procedura prevede la somministrazione per via iniettiva, o talvolta per via orale, di un preparato costituito da virus, batteri o tossine (opportunamente trattati), che viene somministrato nei pazienti con lo scopo di indurre una risposta immunitaria duratura, simile a quella provocata durante le infezioni naturali, ma senza causare malattia. La vaccinazione stimola in maniera attiva il sistema immunitario, pertanto necessita di un lasso di tempo generalmente compreso tra due e quattro settimane, affinché la risposta anticorpale raggiunga un livello tale da rendere il soggetto immune al patogeno. Per conoscere il grado di protezione di una popolazione rispetto a determinate malattie infettive, ed assieme valutare l'efficacia dei programmi di immunizzazione, viene calcolato ogni anno un indicatore, la copertura vaccinale (CV). Questo indicatore rappresenta la proporzione di soggetti vaccinati sul totale dei soggetti candidati alla vaccinazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 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 per ragioni di età, o di un sistema immunitario indebolito, non possono essere vaccinati. Dal 2014 in Italia e dal 2016 in Toscana è stato osservato un costante calo delle dosi somministrate che ha portato tutte le CV pediatriche al di sotto della soglia del 95%. Per contrastare questa tendenza le autorità sanitarie hanno introdotto la Legge 119/2017 che ha previsto in Italia a partire da settembre 2017 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).

COPERTURA VACCINALE A 24 MESI PER ANTIPOLIOMIELITE (CICLO DI BASE)

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Numeratore: Numero di bambini di età inferiore o uguale a 24 mesi, che hanno effettuato un ciclo vaccinale completo (3 dosi) al 31/12 dell'anno di riferimento

Denominatore: Numero di bambini appartenenti alla rispettiva coorte di nascita (nati 2 anni prima dell'anno di riferimento)

Misure disponibili: Rapporto (x 100)

Livello geografico: Toscana, AUSL, ex-AUSL

Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

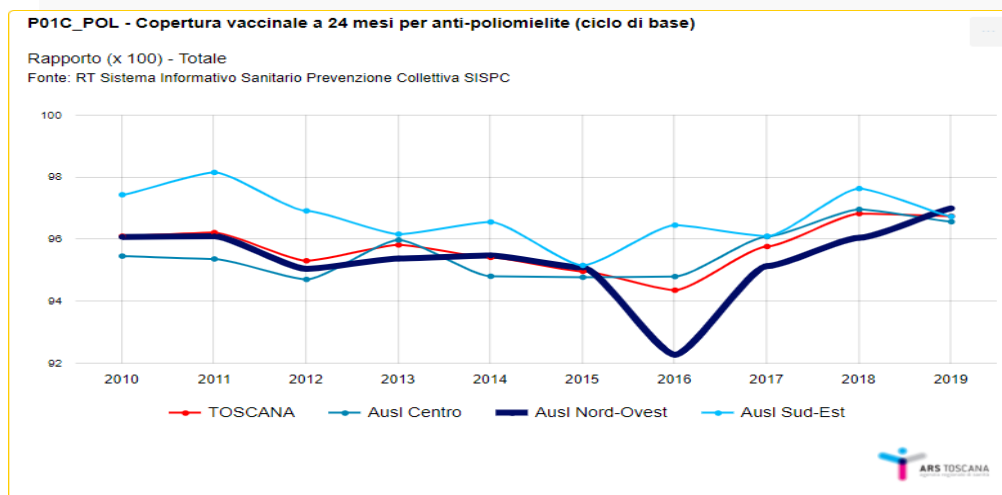
Note

Livello di analisi Popolazione eleggibile per la vaccinazione Note per il calcolo e/o l'interpretazione I dati di copertura vaccinale forniti dalle Regioni devono essere calcolati attraverso una Anagrafe Unica Vaccinale Regionale, dove per Anagrafe Unica Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente e domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dalle successive circolari (in particolare quella del 27/02/2018) deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempienza alle vaccinazioni previste per età. Note/criticità da segnalare Assenza di un sistema informatizzato a livello nazionale

La poliomielite è una grave malattia infettiva a carico del sistema nervoso centrale causata da tre tipi di polio-virus (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 malattia, presente sulla Terra fin dall'antichità, è stata comunque descritta per la prima volta in forma epidemica nell'Europa all'inizio del XIX secolo. La diffusione della polio ha raggiunto il suo picco negli Stati Uniti nel 1952 con oltre 21mila casi registrati. In Italia, nello stesso periodo, venivano notificati nel corso di epidemie oltre 8mila casi l'anno. Grazie alla vaccinazione la malattia è stata completamente eliminata in gran parte del mondo. L'ultimo caso nel continente americano (Perù) risale al 1991 e nel continente europeo (Turchia) al 1998, mentre nel nostro paese l'ultimo caso fu notificato nel 1982. In corso di epidemia fino al 90% delle infezioni passa inosservata manifestandosi con sintomi aspecifici o in maniera del tutto asintomatica. Nella forma più grave, quella bulbare, il virus paralizza i muscoli innervati dai nervi craniali, riducendo perfino la capacità respiratoria. Per questo motivo, negli anni '50, erano molto diffusi a questo scopo i polmoni d'acciaio. Il poliovirus si moltiplica principalmente nella mucosa oro-faringea e nell'intestino e può diffondersi attraverso le feci ben prima che i sintomi della malattia siano evidenti. 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 alla esistenza di un vaccino efficace, rende la poliomielite una malattia eradicabile. L'Italia è stata dichiarata "polio free" nel 2002, così come l'intera regione europea. Tuttavia la sorveglianza epidemiologica rimane essenziale per individuare tempestivamente eventuali casi ed infatti la poliomielite rientra tra le malattie infettive per le quali è obbligatoria la notifica (classe I del SIMI). A questo

scopo, nel 2019 è stato redatto un nuovo “Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite”, volto a definire, predisporre e coordinare le azioni da intraprendere nell’eventualità di un focolaio epidemico da poliovirus selvaggio o vaccino derivato. In Italia il vaccino antipolio orale (OPV) è diventato obbligatorio nel 1966. La vaccinazione di massa con OPV ha permesso l’eliminazione della malattia. Il vaccino OPV, d’altro canto, può accompagnarsi in rari casi (stimati fra 1/600.000 – 1/1.000.000 di dosi somministrate) ad un grave effetto collaterale, la paralisi post-vaccinale (vaccine associated paralytic polio - VAPP), causata da una retromutazione del virus vaccinale (vaccine-derived poliovirus - VDPV) che riacquisisce le sue capacità patogene. Per questo motivo, seguendo le indicazioni dell’OMS valide per tutti i paesi con situazione epidemiologica simile alla nostra, nel 2002 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 n. 119 del 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, sempre utilizzando il vaccino combinato esavalente. 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. La quinta dose di antipolio viene offerta gratuitamente a tutti i ragazzi nati nel o dopo il 1999, che siano stati immunizzati utilizzando il vaccino Salk o Sabin. Le CV presentate sono quelle calcolate a 24 mesi di vita, pertanto per quanto riguarda il vaccino anti poliomielite forniscono un’indicazione sul livello del ciclo completo di vaccinazione. Valori soglia La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%. Nella AUSL NO è evidente un incremento di questa vaccinazione, anche rispetto alle altre due

AUSL, rispetto al 2018.



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

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	96,76
AUSL CENTRO	96,58
AUSL NORD-OVEST	97,01
AUSL SUD-EST	96,75

COPERTURA VACCINALE A 24 MESI PER ANTI-DTP (DIFTERITE/TETANO/PERTOSSE, CICLO DI BASE)

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Numeratore: Numero di bambini di età inferiore o uguale a 24 mesi, che hanno effettuato un ciclo vaccinale completo (3 dosi) al 31/12 dell'anno di riferimento

Denominatore: Numero di bambini appartenenti alla rispettiva coorte di nascita (nati 2 anni prima dell'anno di riferimento)

Misure disponibili: Rapporto (x 100)

Livello geografico: Toscana, AUSL, ex-AUSL

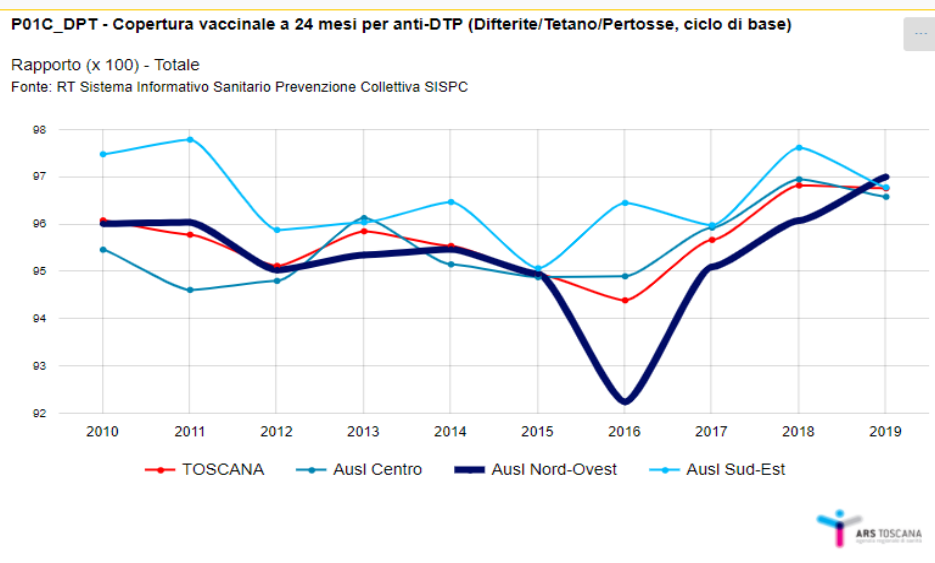
Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

Note

Livello di analisi Popolazione eleggibile per la vaccinazione Note per il calcolo e/o l'interpretazione I dati di copertura vaccinale forniti dalle Regioni devono essere calcolati attraverso una Anagrafe Unica Vaccinale Regionale, dove per Anagrafe Unica Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente e domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dalle successive circolari (in particolare quella del 27/02/2018) deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempienza alle vaccinazioni previste per età. Note/criticità da segnalare Assenza di un sistema informatizzato a livello nazionale

La difterite è una malattia infettiva acuta provocata dal batterio *Corynebacterium diphtheriae*. Una volta entrato nel nostro organismo, l'agente infettivo rilascia una tossina che può arrivare a provocare la necrosi di organi e tessuti. Nella forma classica, quella più diffusa nel mondo occidentale, il batterio colpisce la gola, il naso e le tonsille causando sia danno a livello locale che danni a distanza (principalmente neurologici) a causa del rilascio della tossina. La difterite si trasmette per contatto diretto con una persona infetta o, più raramente, con oggetti contaminati da secrezioni delle lesioni di un paziente. Per quanto la malattia possa colpire a qualsiasi età, la difterite riguarda essenzialmente i bambini non vaccinati. Dal 2000 ad oggi sono stati pochi i casi notificati e, nella maggior parte si trattava di infezioni da ceppi non tossigenici. A livello europeo, il maggior numero di casi si è registrato nei Paesi Baltici, anche se recentemente si è registrato un decesso per difterite in Spagna nel 2015 ed in Belgio nel 2016, entrambi in bambini non vaccinati. Il tetano è una malattia infettiva acuta non contagiosa causata dal batterio *Clostridium tetani*. Si tratta di un bacillo Gram-positivo anaerobio che è presente in natura sia in forma vegetativa sia sotto forma di spore. Il batterio è normalmente presente nell'intestino degli animali (bovini, equini, ovini) e nell'intestino umano e viene eliminato con le feci. Le spore possono sopravvivere nell'ambiente esterno anche per anni e contaminano spesso la polvere e la terra. Possono penetrare nell'organismo umano attraverso ferite dove, in condizioni opportune, si possono trasformare nelle forme vegetative. Il germe in forma vegetativa produce una tossina che è neurotossica e causa i sintomi clinici della malattia. La tossina, infatti, attraverso il sangue e il sistema linfatico raggiunge il sistema nervoso

centrale, interferendo con il rilascio di neurotrasmettitori che regolano la muscolatura, causando contrazioni e spasmi dolorosi diffusi. Grazie al programma di vaccinazione, i casi di tetano in Italia ed Europa sono divenuti rari. L'Italia, comunque, detiene in Europa il triste primato di primo Paese per numero di casi di tetano notificati: in media, oltre un terzo dei casi di tetano nella Unione Europea¹ sono italiani. La pertosse è una malattia infettiva di origine batterica molto contagiosa, causata dal batterio *Bordetella pertussis*. L'uomo è l'unico serbatoio noto del batterio. Un trattamento antibiotico specifico, avviato nelle fasi precoci della malattia, permette la guarigione in una quindicina di giorni. La pertosse è diffusa in tutto il mondo, ma è ormai sotto controllo nei Paesi in cui è stata introdotta la vaccinazione universale nell'infanzia. Nelle popolazioni vaccinate, comunque, un numero importante di casi gravi si osserva ancora nei primi mesi di vita, quando ancora la protezione vaccinale è insufficiente ed i neonati sono esposti al contagio da parte di adulti o anche adolescenti che hanno perso l'immunità e possono facilmente essere portatori della malattia. In Toscana il ciclo di vaccinazione primario per le tre infezioni consta di 3 dosi, la prima al 3° mese di vita, la seconda al 5°-6° mese mentre la terza all'11°-13° mese. Viene raccomandato di iniziare la vaccinazione fra il sessantunesimo e il sessantacinquesimo giorno di vita per dare difese contro la *Bordetella pertussis* il più precocemente possibile. Per queste tre dosi è di norma utilizzato il vaccino esavalente (vaccino antidifterite, tetano, pertosse acellulare, polio, epatite B, *Haemophilus influenzae b*) attualmente disponibile. È poi indicata una quarta dose di difterite/tetano/pertosse/polio a 5-6 anni. Fino al compimento del 7° anno è possibile utilizzare una dose di vaccino DTPa/polio a dose piena di antigeni. Per tutti i bambini che iniziano o completano in ritardo la vaccinazione, il vaccino esavalente può essere utilizzato fino al compimento del 7° anno. Considerato che l'immunità conferita da una prima infezione non è definitiva, ma declina col tempo, il richiamo ogni 10 anni è fortemente raccomandato e da effettuarsi con vaccino trivalente anti-tetano/difterite/pertosse. Le CV presentate sono quelle calcolate a 24 mesi di vita, pertanto per quanto riguarda il vaccino anti-difterite/tetano/pertosse forniscono un'indicazione sul livello del ciclo completo di vaccinazione. Valori soglia La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%. Nella AUSL NO è evidente un incremento di questa vaccinazione, anche rispetto alle altre due AUSL, rispetto al 2018.



P01C_DPT - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-DTP (Difterite/Tetano/Pertosse, ciclo di base)

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	96,77
AUSL CENTRO	96,59
AUSL NORD-OVEST	97,01
AUSL SUD-EST	96,79



COPERTURA VACCINALE A 24 MESI PER ANTIEPATITE (CICLO DI BASE)

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Numeratore: Numero di bambini di età inferiore o uguale a 24 mesi, che hanno effettuato un ciclo vaccinale completo (3 dosi) al 31/12 dell'anno di riferimento

Denominatore: Numero di bambini appartenenti alla rispettiva coorte di nascita (nati 2 anni prima dell'anno di riferimento)

Misure disponibili: Rapporto (x 100)

Livello geografico: Toscana, AUSL, ex-AUSL

Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

Note

Livello di analisi Popolazione eleggibile per la vaccinazione Note per il calcolo e/o l'interpretazione I dati di copertura vaccinale forniti dalle Regioni devono essere calcolati attraverso una Anagrafe Unica Vaccinale Regionale, dove per Anagrafe Unica Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente e domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dalle successive circolari (in particolare quella del 27/02/2018) deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempienza alle vaccinazioni previste per età. Note/criticità da segnalare Assenza di un sistema informatizzato a livello nazionale

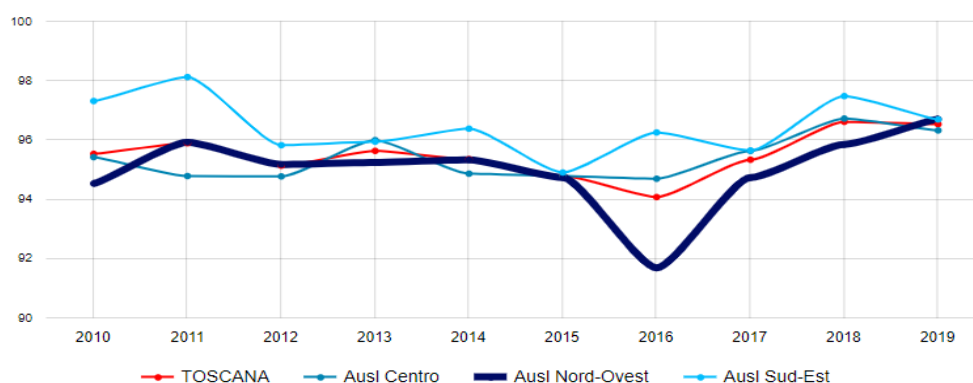
L'epatite B è un'infezione epatica determinata dal virus dell'epatite B (HBV), appartenente alla famiglia degli Hepadnaviridae. La trasmissione avviene per via parenterale apparente (trasfusioni di sangue o emoderivati, attraverso aghi e siringhe contaminati) ed inapparente (attraverso minime lesioni cutanee con oggetti contaminati da sangue infetto come spazzolini da denti, forbicette, rasoi, pettini), attraverso i rapporti sessuali e mediante trasmissione verticale (madre-figlio). L'infezione provoca un'epatopatia che può decorrere in maniera asintomatica o manifestarsi con un'infezione acuta, caratterizzata da segni e sintomi quali: disturbi addominali, nausea, vomito, ittero o subittero, febbre incostante, urine ipercromiche (tipicamente color marsala) e feci ipo-acoliche. L'infezione è sintomatica nel

30-50% degli adulti e nel 10% dei bambini. Nell'adulto la malattia cronicizza in circa il 5-10% dei casi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda la vaccinazione contro HBV a tutti i nuovi nati, ricordando l'importanza che sia effettuata precocemente considerato che il sistema immunitario del neonato fornisce una risposta migliore, prossima al 100%, diversamente da quello degli adulti per i quali esiste invece una probabilità stimata che può raggiungere il 30% di soggetti che non rispondono alla vaccinazione. In Italia la vaccinazione è obbligatoria dal 1991 per tutti i nuovi nati dal primo anno di vita con retroattività per i nati nei 12 anni antecedenti. La vaccinazione è inoltre offerta gratuitamente a tutti i soggetti a rischio come tossicodipendenti, conviventi di portatori cronici di HBV, personale sanitario, detenuti, politrasfusi, emofilici, dializzati, e ad altre categorie a rischio. In Toscana la vaccinazione contro il virus dell'epatite B prevede la somministrazione di 3 dosi per via intramuscolare, di cui la prima al 3° mese, la seconda al 5°- 6° mese e la terza all' 11°-13° mese. Di regola questa vaccinazione è compresa nel vaccino combinato esavalente. Non sono previste dosi di richiamo (booster) in assenza di alcune condizioni di rischio (intervenuta immunodepressione o immunosoppressione iatrogena). Le CV presentate sono quelle calcolate a 24 mesi di vita, pertanto per quanto riguarda il vaccino anti epatite B forniscono un'indicazione sul livello del ciclo completo di vaccinazione. Valori soglia La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%. E' evidente un incremento della vaccinazione rispetto all'anno precedente.

P01C_EPB - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-epatite B (ciclo di base)

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



P01C_EPB - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-epatite B (ciclo di base)

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	96,55
AUSL CENTRO	96,34
AUSL NORD-OVEST	96,72
AUSL SUD-EST	96,71



COPERTURA VACCINALE A 24 MESI PER Anti-hbi (HAEMOPHILUS INFLUENTAE TIPO B, CICLO DI BASE)

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Numeratore: Numero di bambini di età inferiore o uguale a 24 mesi, che hanno effettuato un ciclo vaccinale completo (3 dosi) al 31/12 dell'anno di riferimento

Denominatore: Numero di bambini appartenenti alla rispettiva coorte di nascita (nati 2 anni prima dell'anno di riferimento)

Misure disponibili: Rapporto (x 100)

Livello geografico: Toscana, AUSL, ex-AUSL

Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

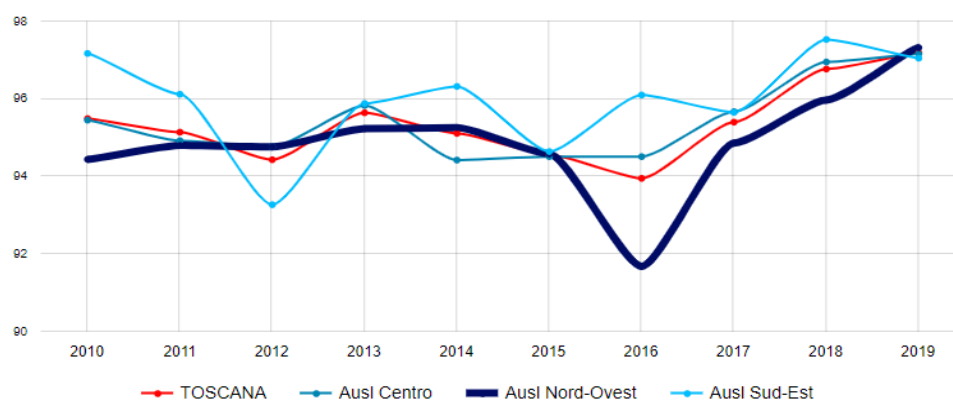
Note

Livello di analisi Popolazione eleggibile per la vaccinazione Note per il calcolo e/o l'interpretazione I dati di copertura vaccinale forniti dalle Regioni devono essere calcolati attraverso una Anagrafe Unica Vaccinale Regionale, dove per Anagrafe Unica Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente e domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dalle successive circolari (in particolare quella del 27/02/2018) deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempienza alle vaccinazioni previste per età. Note/criticità da segnalare Assenza di un sistema informatizzato a livello nazionale L'haemophilus influenzae (HI), meglio conosciuto come emofilo, è un batterio molto diffuso che può colonizzare le prime vie aeree rimanendo nella maggior parte dei casi silente. Il germe si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse con starnuti, tosse o semplicemente parlando o per contatto diretto con materiale contaminato da saliva infetta. Il batterio può essere responsabile di malattie simili all'influenza che si risolvono rapidamente, oppure causare malattie localizzate all'apparato respiratorio o di orecchio e seni paranasali (bronchiti, otiti, sinusiti). In rari casi può però provocare forme gravi (invasive) come polmoniti, meningiti, epiglottiti (gravi infezioni della laringe), artriti, pericarditi, che possono essere mortali o determinare gravi sequele. Si conoscono due gruppi di batteri di HI: i non capsulati, che in genere non provocano malattie invasive, e i capsulati. Gli HI capsulati, che possono essere responsabili di forme invasive, sono classificati in 6 sierotipi (a-f): il sierotipo b, che era responsabile in epoca prevaccinale di gravi forme invasive infantili, è contenuto nel vaccino esavalente e quindi prevenibile mediante vaccinazione. Gli ultimi dati disponibili del sistema di sorveglianza nazionale mostrano che il numero di casi di malattia invasiva da HI (meningiti e sepsi) rimane limitato, sebbene si confermi un aumento di incidenza negli ultimi anni. L'informazione sulla tipizzazione, disponibile per il 60-75% dei casi notificati nel periodo 2016-18, mostra che i ceppi HIB, prevenibili con vaccinazione, siano relativamente rari. In Toscana la vaccinazione contro l'emofilo prevede la somministrazione di 3 dosi per via intramuscolare, di cui la prima al 3° mese, la seconda al 5°- 6° mese e la terza all'11°-13° mese Le CV presentate sono quelle calcolate a 24 mesi di vita, pertanto per quanto riguarda il vaccino anti emofilo forniscono un'indicazione sul raggiungimento del ciclo completo di vaccinazione. Valori soglia La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%. Nella AUSL NO è evidente un incremento della vaccinazione rispetto all'anno precedente, anche rispetto alle altre due AUSL.

P01C_HIB - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-hib (haemophilus influenzae tipo B, ciclo di base)

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



P01C_HIB - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-hib (haemophilus influenzae tipo B, ciclo di base)

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	97,20
AUSL CENTRO	97,17
AUSL NORD-OVEST	97,33
AUSL SUD-EST	97,06



COPERTURA VACCINALE A 24 MESI PER ANTI-MPR (MORBILLO/PAROTITE/ROSOLIA, 1° DOSE)

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Numeratore: Numero di bambini di età inferiore o uguale a 24 mesi, che hanno effettuato la prima dose di vaccino al 31/12 dell'anno di riferimento

Denominatore: Numero di bambini appartenenti alla rispettiva coorte di nascita (nati 2 anni prima dell'anno di riferimento)

Misure disponibili: Rapporto (x 100)

Livello geografico: Toscana, AUSL, ex-AUSL

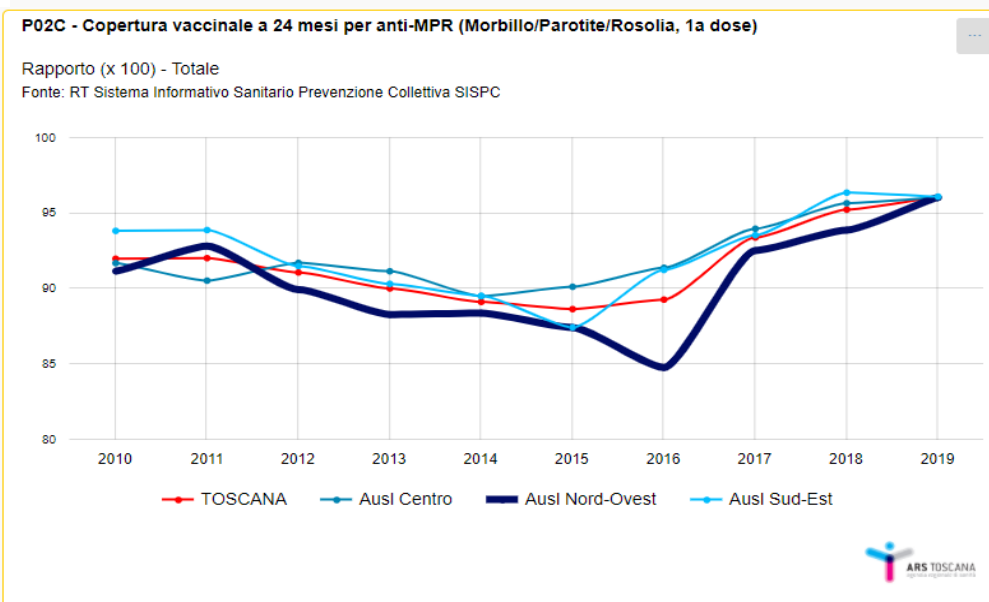
Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

Note

Livello di analisi Popolazione eleggibile per la vaccinazione Note per il calcolo e/o l'interpretazione I dati di copertura vaccinale forniti dalle Regioni devono essere calcolati attraverso una Anagrafe Unica Vaccinale Regionale, dove per Anagrafe Unica Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra imultaneamente il 100% della popolazione residente e domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dalle successive circolari (in particolare quella del 27/02/2018) deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempienza alle vaccinazioni previste per età. Note/criticità da segnalare Assenza di un sistema informatizzato a livello nazionale.

Morbillo, parotite e rosolia sono malattie a trasmissione inter-umana per le quali l'uomo è l'unico serbatoio naturale dell'agente eziologico. 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 singolo infetto dipendono in parte dalle caratteristiche del singolo virus e in misura maggiore dal numero di soggetti suscettibili nella comunità. I nuovi nati rappresentano la fonte più rilevante di soggetti suscettibili nella comunità e quindi costituiscono il target 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. Qualora la copertura vaccinale sia insufficiente, la malattia continua a circolare nella popolazione e colpisce i suscettibili, nelle età in cui essi sono maggiormente rappresentati. L'effetto di una strategia vaccinale incompleta è quello di un allungamento dei periodi interepidemici, con intervalli tra due successive epidemie tanto più lunghi quanto maggiore è la copertura vaccinale. Nel caso della vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia, oltre ad avere un allungamento del periodo compreso tra due epidemie, una strategia vaccinale basata sulla somministrazione di una dose di vaccino nell'intervallo di età compreso tra 12 e 15 mesi, senza il recupero dei soggetti suscettibili nelle fasce di età superiori, produce uno spostamento verso l'alto dell'età dei casi di malattia. Questo effetto è particolarmente evidente quando le coperture vaccinali nel secondo anno di vita sono mediocri: a fronte di una modesta riduzione del numero di casi, si osservano casi di malattia ad età maggiori rispetto a quella tipica, in un'epoca nella quale le potenziali complicazioni sono più gravi. E' quindi comprensibile come, oltre che garantire elevate coperture vaccinali entro il secondo anno di vita, sia indispensabile monitorare continuamente l'accumulo di persone suscettibili nelle varie fasce di età, mettendo in atto in modo permanente strategie di recupero di questi soggetti con la vaccinazione, ed eventualmente effettuando campagne speciali di vaccinazione per i suscettibili nelle età superiori a quella prevista per la vaccinazione di routine. Raggiunta una elevata copertura con la prima dose, e recuperati i suscettibili alle età superiori, i rimanenti suscettibili saranno rappresentati in misura relativamente maggiore dai pochi soggetti che non rispondono alla vaccinazione. La somministrazione di una seconda dose ai non rispondenti consente di recuperare la massima parte dei fallimenti vaccinali. Poiché non è possibile identificare i non rispondenti alla vaccinazione se non con un test di laboratorio, dati i costi e la scarsa fattibilità su larga scala di questi ultimi, l'unica modalità praticabile per il recupero dei non rispondenti è la somministrazione di una seconda dose di routine a tutta la popolazione bersaglio. Considerati i frequenti focolai epidemici della malattia, nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha messo a punto un piano strategico per garantire la riduzione della mortalità da morbillo e compiere progressi significativi verso l'interruzione della sua trasmissione. In particolare, per la Regione Europea dell'OMS l'interruzione della trasmissione indigena era prevista entro il 2007 e la certificazione della eliminazione nel 2010. A settembre 2010 il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa ha stabilito lo spostamento degli obiettivi di eliminazione del morbillo e della rosolia e della riduzione dei casi di rosolia congenita nella Regione al 2015 poi al 2020. Nel nostro Paese la Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, ha approvato nel 2003 il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc). Il Piano fissava come obiettivi finali quelli di raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo a livello nazionale, interrompendone la trasmissione indigena, e ridurre/mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1

caso ogni 100.000 nati vivi entro il 2007. Visto il perdurare dei focolai epidemici di morbillo nel nostro Paese, il Piano viene periodicamente procrastinato. In Toscana la vaccinazione trivalente anti morbillo-parotite-rosolia (o in alternativa la formulazione quadrivalente contenente anche l'antigene contro la varicella) 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. Le CV presentate sono quelle 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. Valori soglia La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%. Nella AUSL NO è evidente un incremento della vaccinazione rispetto all'anno precedente, anche rispetto alle altre due AUSL..



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

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale
Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	96,08
AUSL CENTRO	96,06
AUSL NORD-OVEST	96,06
AUSL SUD-EST	96,13

ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

COPERTURA VACCINALE a 24 mesi per ANTI- MENINGOCOCCO (1° dose)

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Numeratore: Numero di bambini di età inferiore o uguale a 24 mesi, che hanno effettuato la prima dose di vaccino al 31/12 dell'anno di riferimento

Denominatore: Numero di bambini appartenenti alla rispettiva coorte di nascita (nati 2 anni prima dell'anno di riferimento)

Misure disponibili: Rapporto (x 100)

Livello geografico: Toscana, AUSL, ex-AUSL

Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

Note

Livello di analisi Regione e popolazione eleggibile per la vaccinazione Note per il calcolo e/o l'interpretazione I dati di copertura vaccinale forniti dalle Regioni devono essere calcolati attraverso una Anagrafe Unica Vaccinale Regionale, dove per Anagrafe Unica Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente e domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n.119/2017) e dalle successive circolari (in particolare quella del 27/02/2018) deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempienza alle vaccinazioni previste per età. Note/criticità da segnalare Assenza di un sistema informatizzato a livello nazionale

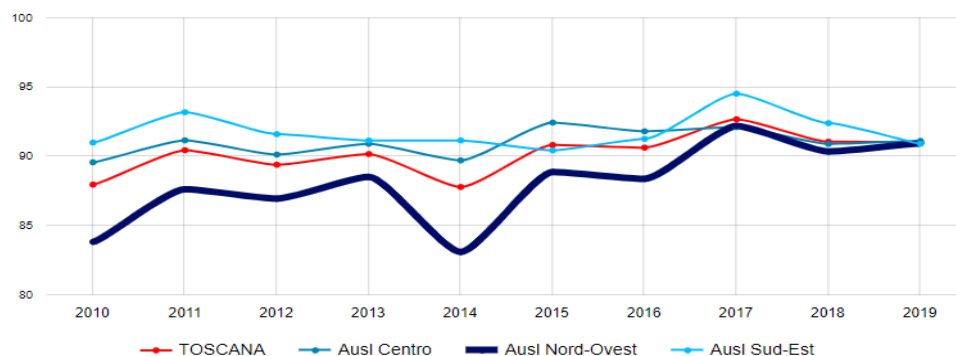
Neisseria meningitidis, o meningococco, è un batterio che vive normalmente nel tratto naso-faringeo degli esseri umani, e che può trasmettersi da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse con starnuti, tosse o semplicemente parlando o per contatto diretto con materiale contaminato da saliva infetta. La trasmissione si verifica soprattutto in caso di contatti ravvicinati in ambienti chiusi e sovraffollati. Nella stragrande maggioranza dei casi la presenza del germe non provoca alcuna conseguenza (soggetti "portatori"), ma in alcuni casi, e per motivi non sempre noti, il meningococco può provocare meningiti oppure altre malattie invasive (sepsi) che possono essere anche mortali o determinare invalidità di vario tipo. Le fasce di età maggiormente interessate dalle malattie batteriche invasive da meningococco sono quelle della prima infanzia e dell'adolescenza o dell'età giovanile adulta. Si conoscono 13 tipi di meningococco, ma solo i tipi A, B, C, W135, X, Y sono responsabili delle forme invasive. In Europa la malattia si presenta soprattutto con casi sporadici, ma sono segnalati anche piccoli focolai epidemici nell'ambito di comunità (scuole, caserme, etc) o "outbreak" a livello di aree territoriali più o meno estese. I tipi prevalentemente circolanti sono il B ed il C ma dal 2013 è stato rilevato un sensibile aumento del W, responsabile di un numero di casi che nel 2017 ha raggiunto quelli causati dal C. Le classi di età maggiormente colpite dalla malattia sono quelle inferiori ai 4 anni; la patologia inoltre ha un'elevata mortalità. In Italia, negli anni 2015-16 si è registrato un incremento del numero di infezioni invasive da meningococco, ascrivibile principalmente all'outbreak di malattia batterica da meningococco C (MenC) che ha interessato la Toscana: negli anni successivi il trend è in diminuzione, rimanendo inferiore alla media Europea. In Toscana la vaccinazione contro il meningococco C, è offerta gratuitamente ai nuovi nati con 3 dosi di cui la prima dal 13° al 15° mese di vita, la seconda dai 6 anni compiuti al 9 non compiuti mentre la terza a 13 anni compiuti.

Le CV presentate sono quelle calcolate a 24 mesi di vita, pertanto per quanto riguarda il vaccino anti meningococco C forniscono un'indicazione sul livello di copertura relativo alla prima dose somministrata. Valori soglia $\geq 95\%$ di copertura, valore che rappresenta l'obiettivo di copertura vaccinale previsto, nel PNPV 2012-2014. Nella AUSLNO si evidenzia un lieve incremento rispetto all'anno precedente, anche rispetto alle altre due AUSL

P04C - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-meningococco C (1a dose)

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



P04C - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-meningococco C (1a dose)

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	91,05
AUSL CENTRO	91,15
AUSL NORD-OVEST	90,97
AUSL SUD-EST	90,96



COPERTURA VACCINALE A 24 MESI PER ANTI – PNEUMOCOCCO (CICLO DI BASE)

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Numeratore: Numero di bambini di età inferiore o uguale a 24 mesi, che hanno effettuato un ciclo di base al 31/12 dell'anno di riferimento

Denominatore: Numero di bambini appartenenti alla rispettiva coorte di nascita (nati 2 anni prima dell'anno di riferimento)

Misure disponibili: Rapporto (x 100)

Livello geografico: Toscana, AUSL, ex-AUSL

Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

Note

Livello di analisi Popolazione eleggibile per la vaccinazione Note per il calcolo e/o l'interpretazione I dati di copertura vaccinale forniti dalle Regioni devono essere calcolati attraverso una Anagrafe Unica Vaccinale Regionale, dove per Anagrafe Unica Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente e domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dalle successive circolari (in particolare quella del 27/02/2018) deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempienza alle vaccinazioni previste per età. Note/criticità da segnalare Assenza di un sistema informatizzato a livello nazionale

La vaccinazione rappresenta un fondamentale strumento a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione ed il controllo di alcune malattie infettive. Si tratta di una forma di immunizzazione artificiale che protegge gli individui da una malattia infettiva prima che questa si manifesti. La procedura prevede la somministrazione per via iniettiva, o talvolta per via orale, di un preparato costituito da virus, batteri o tossine (opportunamente trattati), che viene somministrato nei pazienti con lo scopo di indurre una risposta immunitaria duratura, simile a quella provocata durante le infezioni naturali, ma senza causare malattia. La vaccinazione stimola in maniera attiva il sistema immunitario, pertanto necessita di un lasso di tempo generalmente compreso tra due e quattro settimane, affinché la risposta anticorpale raggiunga un livello tale da rendere il soggetto immune al patogeno. Per conoscere il grado di protezione di una popolazione rispetto a determinate malattie infettive, ed assieme valutare l'efficacia dei programmi di immunizzazione, viene calcolato ogni anno un indicatore, la copertura vaccinale (CV). Questo indicatore rappresenta la proporzione di soggetti vaccinati sul totale dei soggetti candidati alla vaccinazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 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 per ragioni di età, o di un sistema immunitario indebolito, non possono essere vaccinati. Dal 2014 in Italia e dal 2016 in Toscana è stato osservato un costante calo delle dosi somministrate che ha portato tutte le CV pediatriche al di sotto

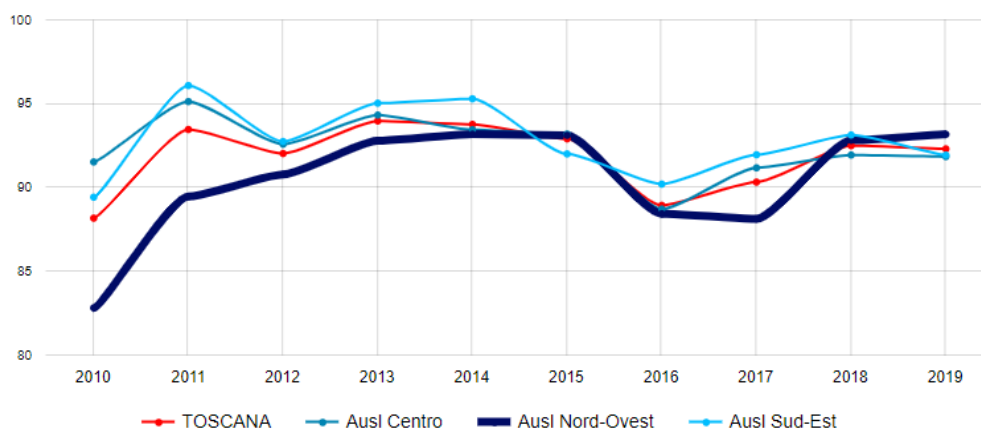
della soglia del 95%. Per contrastare questa tendenza le autorità sanitarie hanno introdotto la Legge 119/2017 che ha previsto in Italia a partire da settembre 2017 l'obbligo di 10 vaccinazioni (anti poliomielite, difterite, tetano, pertosse, haemophilus influenzae di tipo B, epatite B, morbillo, parotite, 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). Lo pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*) è un batterio molto diffuso che comunemente si ritrova nel naso e nella gola delle persone senza provocare alcun disturbo. Sono noti più di 90 tipi diversi (sierotipi) di Pneumococco, che si differenziano per il tipo di capsula di cui sono costituiti. Il germe si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse con starnuti, tosse o semplicemente parlando o per contatto diretto con materiale contaminato da saliva infetta. Lo pneumococco è la causa più comune dell'otite media acuta del bambino. È inoltre responsabile di gravi infezioni invasive quali batteriemia, polmonite e meningite, caratterizzate da un'elevata mortalità. Sono malattie più frequenti nei bambini di età inferiore ai 5 anni, anche se il rischio di contrarre forme gravi è maggiore al di sotto dei 2 anni, e nelle persone di età superiore ai 64 anni. Sono considerate a rischio anche le persone che soffrono di patologie che deprimono il sistema immunitario, persone con malattie croniche, persone a cui è stata asportata la milza, soggetti portatori di protesi auricolari. Dopo l'introduzione del vaccino coniugato contro lo pneumococco si è riscontrata una riduzione dei casi di malattie invasive causate da questo germe, in particolare nei bambini più piccoli (al di sotto di un anno di età). E' importante quindi che i bambini siano vaccinati contro lo pneumococco per proteggere se stessi ma anche la popolazione (in particolare gli anziani) dall'insorgenza di queste malattie che possono causare complicanze molto gravi e a volte letali. In Toscana la vaccinazione contro lo pneumococco, è offerta gratuitamente ai nuovi nati mediante vaccino coniugato 13-valente (PCV13). Viene somministrato in 3 dosi di cui la prima al 3° mese, la seconda al 5°-6° mese (le prime due dosi avvengono generalmente in co-somministrazione con l'esavalente) mentre la terza al 14°-15° mese, preferenzialmente in co-somministrazione con MPRV o MPR. Particolare attenzione viene inoltre posta nell'assicurare l'offerta attiva della vaccinazione antipneumococcica ai soggetti a rischio, di qualunque età, in considerazione del grave rischio per la salute che l'infezione pneumococcica può provocare a tali individui. Le CV presentate sono quelle calcolate a 24 mesi di vita, pertanto per quanto riguarda il vaccino anti-pneumococco forniscono un'indicazione sul livello del ciclo completo di vaccinazione. Valori soglia $\geq 95\%$ di copertura, valore che rappresenta l'obiettivo di copertura vaccinale previsto, nel PNPV 2012-2014.

Nella AUSL Toscana NO il trend è in lieve miglioramento.

P03C - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-pneumococco (ciclo di base)

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



P03C - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-pneumococco (ciclo di base)

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	92,34
AUSL CENTRO	91,88
AUSL NORD-OVEST	93,21
AUSL SUD-EST	91,97



COPERTURA VACCINALE CONTRO L'INFLUENZA STAGIONALE NEGLI ANZIANI

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Numeratore: Numero di soggetti di età maggiore o uguale a 65 anni vaccinati

Denominatore: Popolazione residente in Toscana al 1/1 dell'anno di riferimento di età maggiore o uguale a 65 anni

Misure disponibili: Rapporto (x 100)

Livello geografico: Toscana, AUSL, ex-AUSL

Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

Note

Livello di analisi Popolazione eleggibile per la vaccinazione

persone che hanno malattie croniche (apparato respiratorio: es. asma; apparato cardiovascolare: es. malattie alle arterie coronarie; apparato endocrino: es. diabete; apparato epatico: es. cirrosi al fegato; apparato renale: es. insufficienza renale cronica; condizioni neurologiche/neuromuscolari: es. Parkinson). In Toscana la vaccinazione anti-influenza 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. Le CV presentate sono quelle riferite alla popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni. Valori soglia $\geq 75\%$ come obiettivo minimo perseguibile e $\geq 95\%$ come obiettivo ottimale. —donne incinte; —anziani; —l'influenza rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica colpendo ogni anno circa il 10% della popolazione mondiale e risultando associata ad un numero compreso tra 250.000 e 500.000 decessi. È una malattia provocata da virus del genere Orthomixovirus, che infettano le vie aeree (naso, gola, polmoni). La malattia è molto contagiosa, perché si trasmette facilmente attraverso goccioline di muco e di saliva, con tosse e starnuti, ma anche semplicemente parlando vicino a un'altra persona, o per via indiretta, attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie. Il virus può essere trasmesso per via aerea dal momento del contagio fino ai 3-4 giorni successivi ai primi sintomi che si manifestano a distanza di 1-4 giorni dall'infezione. Questo significa che il virus può essere trasmesso anche da persone apparentemente sane. Si diffonde molto facilmente negli ambienti affollati. I virus influenzali A e B, responsabili di malattia nell'uomo, vanno incontro a frequenti e permanenti cambiamenti del loro assetto genetico, determinando la comparsa di stipti nuovi dal punto di vista antigenico in grado di aggirare la barriera costituita dall'immunità presente nella popolazione con esperienza pregressa di infezione. Ciò spiega perché l'influenza possa ripetutamente colpire la popolazione e causare ricorrenti epidemie. L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) stima che in Europa, ogni anno in media muoiono prematuramente 40.000 persone: il 90% circa hanno un'età maggiore o uguale a 65 anni e tra queste risultano maggiormente colpite quelle che hanno una malattia cronica. La vaccinazione è il principale strumento per prevenire la malattia e le sue complicazioni: a causa dell'elevato impatto della malattia sulla popolazione, il Sistema di sorveglianza dell'influenza realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aggiorna ogni anno la composizione del vaccino, adottando inoltre un monitoraggio costante in grado di segnalare rapidamente i virus influenzali con potenziale pandemico. La vaccinazione è raccomandata per quei soggetti che più di altri potrebbero sviluppare gravi conseguenze della malattia qualora dovessero infettarsi. I gruppi ritenuti a maggior rischio sono: persone che hanno malattie croniche (apparato respiratorio: es. asma; apparato cardiovascolare: es. malattie alle arterie coronarie; apparato endocrino: es. diabete;

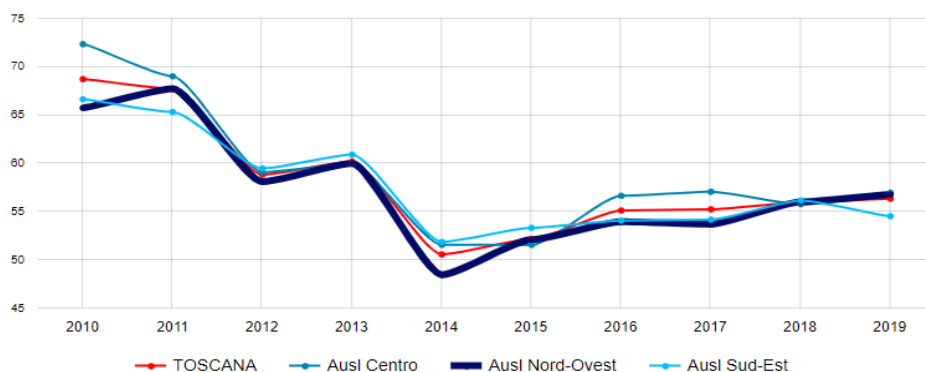
apparato epatico: es. cirrosi al fegato; apparato renale: es. insufficienza renale cronica; condizioni neurologiche/neuromuscolari: es. Parkinson). In Toscana la vaccinazione anti-influenza è offerta gratuitamente agli anziani, ai bambini ed a tutte le persone che rientrano in una delle categorie a rischio per le complicanze della malattia. Le CV presentate sono quelle riferite alla popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni. Valori soglia $\geq 75\%$ come obiettivo minimo perseguibile e $\geq 95\%$ come obiettivo ottimale.

Si nota un lieve incremento rispetto all'anno precedente.

P06C - Copertura vaccinale contro l'influenza stagionale negli anziani

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



P06C - Copertura vaccinale contro l'influenza stagionale negli anziani

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	56,38
AUSL CENTRO	57
AUSL NORD-OVEST	56,81
AUSL SUD-EST	54,56



8 OSPEDALE

8.1 I volumi dell'attività ospedaliera

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO); ultimi dati ARS aggiornati al 2019.

Volume dei ricoveri (ordinarie, DH e per tipo DRG) escluso neonato sano

Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	ricoveri	Ordinari	Day hospital	DRG chirurgici	DRG medici
REGIONE TOSCANA	528.225	403.955	124.270	246.510	281.715
AUSL CENTRO	144.351	117.404	26.947	60.681	83.670
AUSL NORD-OVEST	109.725	88.388	21.337	49.452	60.273
AUSL SUD-EST	83.302	67.176	16.126	40.787	42.515



Volume dei ricoveri (ordinarie, DH e per tipo DRG) escluso neonato sano

Anno 2018 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	ricoveri	Ordinari	Day hospital	DRG chirurgici	DRG medici
REGIONE TOSCANA	537.055	408.698	128.357	249.709	287.346
AUSL CENTRO	145.042	117.005	28.037	59.441	85.601
AUSL NORD-OVEST	112.851	90.816	22.035	51.540	61.311
AUSL SUD-EST	86.679	69.905	16.774	44.147	42.532



Volume dei ricoveri (ordinarie, DH e per tipo DRG) escluso neonato sano

...

Anno 2017 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	ricoveri	Ordinari	Day hospital	DRG chirurgici	DRG medici
REGIONE TOSCANA	542.104	411.925	130.179	249.518	292.586
AUSL CENTRO	145.340	116.772	28.568	58.741	86.599
AUSL NORD-OVEST	113.459	91.246	22.213	52.162	61.297
AUSL SUD-EST	88.278	71.199	17.079	45.218	43.060



L'Azienda nord-ovest riguardo ai volumi di ricovero complessivi nel corso del triennio 2017-2019, si colloca in posizione intermedia tra le aziende centro e sud-est.

Nel complesso in tale periodo, si osserva una riduzione dei ricoveri sia in regime ordinario che in regime diurno. Rivedendo tale tendenza per tipologia di DRG si rileva per i ricoveri con DRG chirurgico una riduzione nell'intero triennio (1,4% nel 2018 vs 2017 e 4,1% nel 2019 vs 2018), mentre per i ricoveri con DRG medico, solo nel biennio 2018-2019, una riduzione di circa il 2% (61311 vs 60273).

Esaminando in particolare l'anno 2019, i ricoveri erogati presso le strutture dell'azienda nord-ovest, in riduzione del 2,8% rispetto al precedente anno, ammontano a 109.725 e costituiscono circa il 21% della produzione regionale; quelli erogati in regime diurno rappresentano il 19,4% dell'intero volume aziendale, valore inferiore alla media regionale (23,5%).

Relativamente alla percentuale di ricoveri con DRG chirurgico (45,1%) questa è poco al di sotto della media regionale (46,8%), superiore all'azienda centro (42%) e inferiore all'azienda sud-est (49%).

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

Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Degenza media totale	Degenza media DRG chirurgici	Degenza media DRG medici
REGIONE TOSCANA	6,98	5,68	7,99
AUSL CENTRO	6,93	5,50	7,73
AUSL NORD-OVEST	7,54	5,45	8,89
AUSL SUD-EST	6,52	4,66	8,05



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

Anno 2018 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Degenza media totale	Degenza media DRG chirurgici	Degenza media DRG medici
REGIONE TOSCANA	7,06	5,64	8,17
AUSL CENTRO	7,43	5,67	8,38
AUSL NORD-OVEST	7,38	5,28	8,76
AUSL SUD-EST	6,32	4,47	7,98



La durata media della degenza a livello aziendale risulta leggermente più alta della media regionale con un delta più evidente per i DRG medici (ovvero quasi un giorno). Il valore registrato (8,89) non evidenzia comunque una significativa variazione rispetto all'anno precedente (8,76).

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


Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Tasso di occupazione
REGIONE TOSCANA	73,04
AUSL CENTRO	70,55
AUSL NORD-OVEST	70,54
AUSL SUD-EST	71,19


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


Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Indice Case Mix
REGIONE TOSCANA	1,00
AUSL CENTRO	0,89
AUSL NORD-OVEST	0,93
AUSL SUD-EST	0,95



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

...

Anno 2018 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Indice Case Mix
REGIONE TOSCANA	1,00
AUSL CENTRO	0,89
AUSL NORD-OVEST	0,94
AUSL SUD-EST	0,95



Il tasso di occupazione dei posti letto in azienda si attesta anche nel 2019, al pari delle altre aziende territoriali, intorno al 70%, valore leggermente inferiore al tasso calcolato a livello regionale.

Relativamente invece all'indice di case mix aziendale, questo si colloca nel 2019 allo stesso livello dell'anno precedente, con valori pressoché costanti anche rispetto alle altre aziende.

Indice comparativo di performance (ICP)

...

Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Indice Case Performance
REGIONE TOSCANA	1,00
AUSL CENTRO	1,65
AUSL NORD-OVEST	1,59
AUSL SUD-EST	1,18



Il valore aziendale dell'indice comparativo di performance pari a 1,59 indica una efficienza aziendale inferiore allo standard regionale; lo stesso dicasi per le aziende centro e sud-est sebbene quest'ultima sia quella più prossima al valore di riferimento.

La tabella riporta i 10 aggregati di diagnosi (ACC) più frequenti dell'anno 2019 in numero di ricoveri assoluto e percentuale rispetto al totale, al fine di evidenziare le priorità attuali di politica sanitaria, per la definizione dei percorsi di diagnosi e cura, in rapporto alle necessità di risposta ottimale al bisogno di assistenza, atteso che il ricovero per acuti è solo una delle possibili risposte.

La successiva tabella riporta invece l'elenco dei 10 aggregati di procedure terapeutiche più frequenti in azienda.

La fonte delle suddette informazioni è la scheda di dimissione ospedaliera. Sono esclusi i ricoveri delle strutture private non accreditate ed i ricoveri relativi a neonati sani (DRG 391 e età inferiore a 28 giorni).

Tipologia delle procedure trattate (ACC)

Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Acc diagnosi	Ricoveri	Proporzione
AUSL NORD-OVEST	231 - Other therapeutic procedures	10.824	2,05
AUSL NORD-OVEST	217 - Other respiratory therapy	2.644	0,50
AUSL NORD-OVEST	183 - Routine chest X-ray	2.773	0,52
AUSL NORD-OVEST	85 - Inguinal and femoral hernia repair	2.810	0,53
AUSL NORD-OVEST	177 - Computerized axial tomography (CT) scan head	2.969	0,56
AUSL NORD-OVEST	202 - Electrocardiogram	1.963	0,37
AUSL NORD-OVEST	137 - Other procedures to assist delivery	3.328	0,63
AUSL NORD-OVEST	153 - Hip replacement, total and partial	2.300	0,44
AUSL NORD-OVEST	224 - Cancer chemotherapy	3.943	0,75
AUSL NORD-OVEST	193 - Diagnostic ultrasound of heart (echocardiogram)	2.472	0,47

8. 2 Indicatori di esito

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO) - ARS

BPCO, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

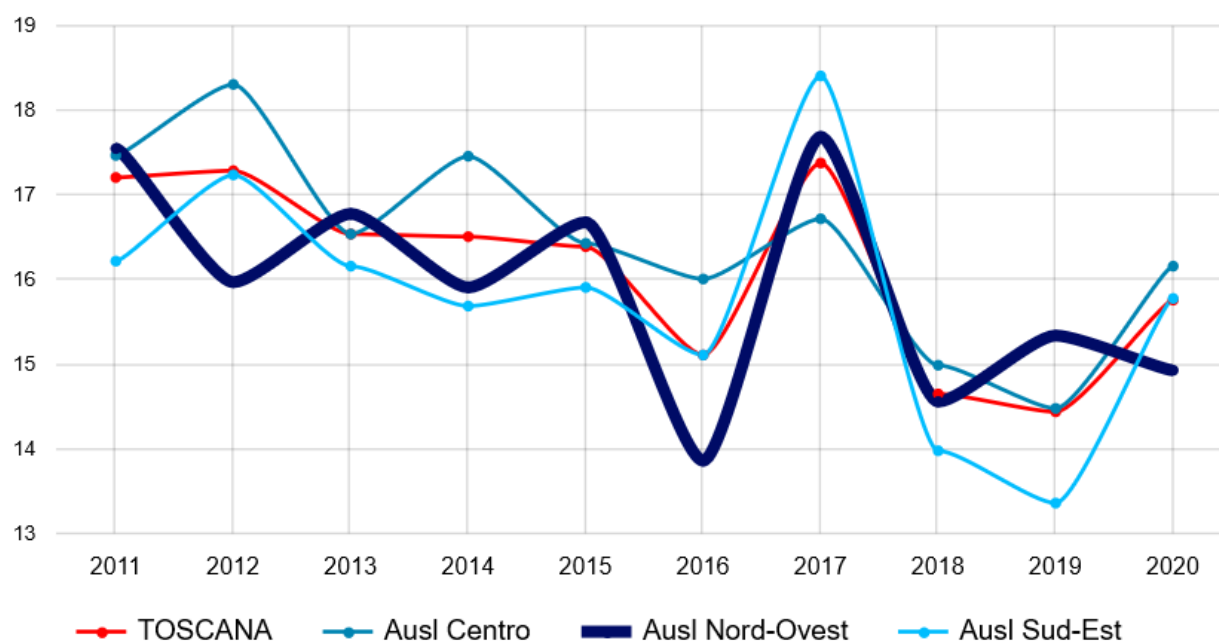
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	478	15,77		14,47	17,07
AUSL CENTRO	258	16,17	16,31	14,36	17,97
AUSL NORD-OVEST	115	14,94	14,57	12,42	17,45
AUSL SUD-EST	105	15,79	15,92	13,02	18,56



BPCO, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

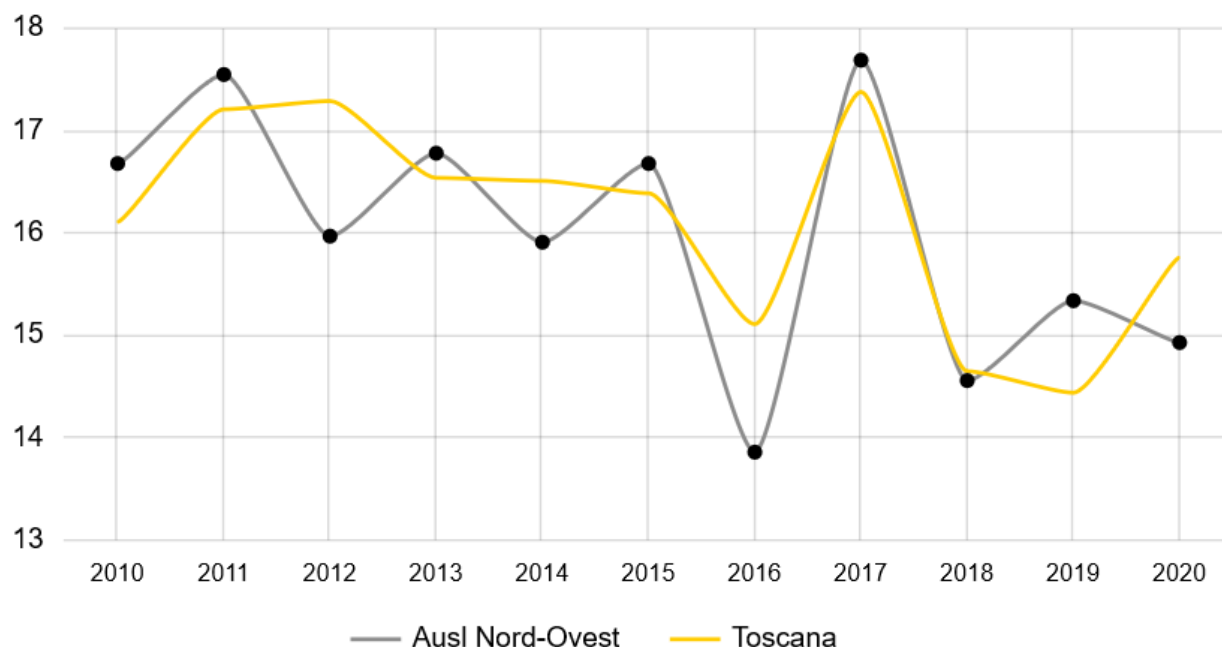
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



BPCO, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



I dati riferiti al tasso grezzo descrivono il rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione per BPCO. L'andamento relativo all'azienda toscana nord-ovest dimostra nel 2020 una leggera riduzione in controtendenza con il trend delle altre aziende e con la media regionale. Il trend riferito al decennio non rileva significativi scostamenti dalla media regionale.

BPCO, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

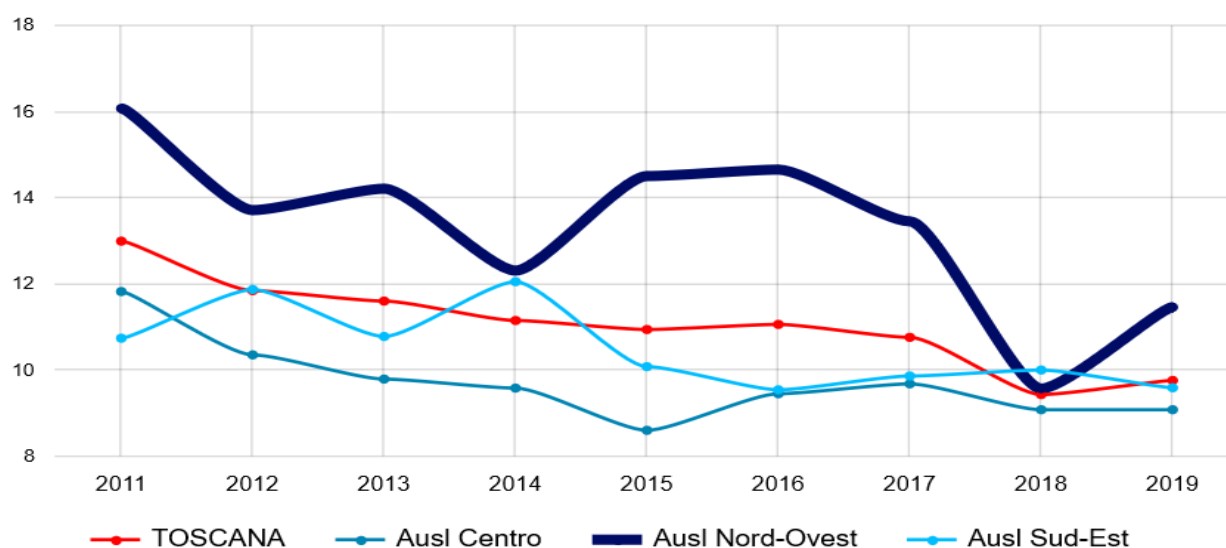
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	num	den	Tasso grezzo	Tasso aggiustato
REGIONE TOSCANA	377	3.367	11,20	
AUSL CENTRO	160	1.724	9,28	9,36
AUSL NORD-OVEST	134	917	14,61	15,23
AUSL SUD-EST	83	726	11,43	10,68

BPCO, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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

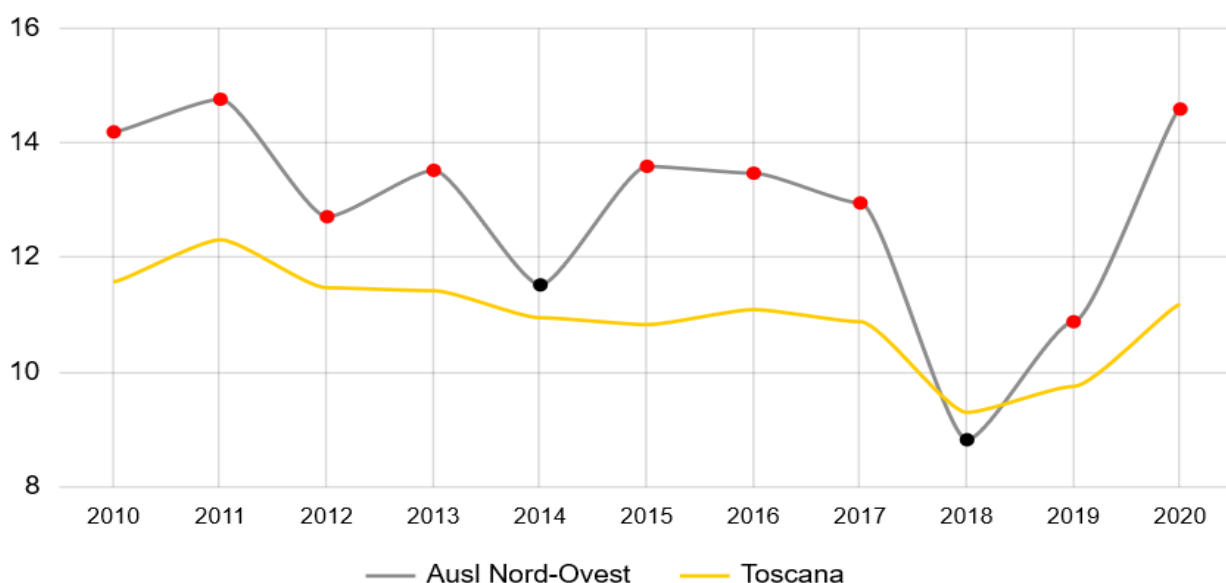


La curva che descrive l'andamento del rischio di morte per BPCO a 30 giorni dall'ammissione al ricovero nel periodo in esame mostra un rischio maggiore nell'azienda toscana nord-ovest. Nel 2016 ha inizio un andamento favorevole fino a giungere a una sovrapposizione con le altre aziende nel 2018. Tuttavia l'analisi del 2019 dimostra una ripresa del trend in aumento che porta il livello a un nuovo scostamento dalla media regionale. Il grafico successivo che analizza il confronto con la media regionale estende l'analisi anche al 2020 e dimostra il mantenimento del trend rilevato nell'anno precedente con un tasso grezzo significativamente al di sopra della suddetta media.

BPCO, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



Polmonite, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

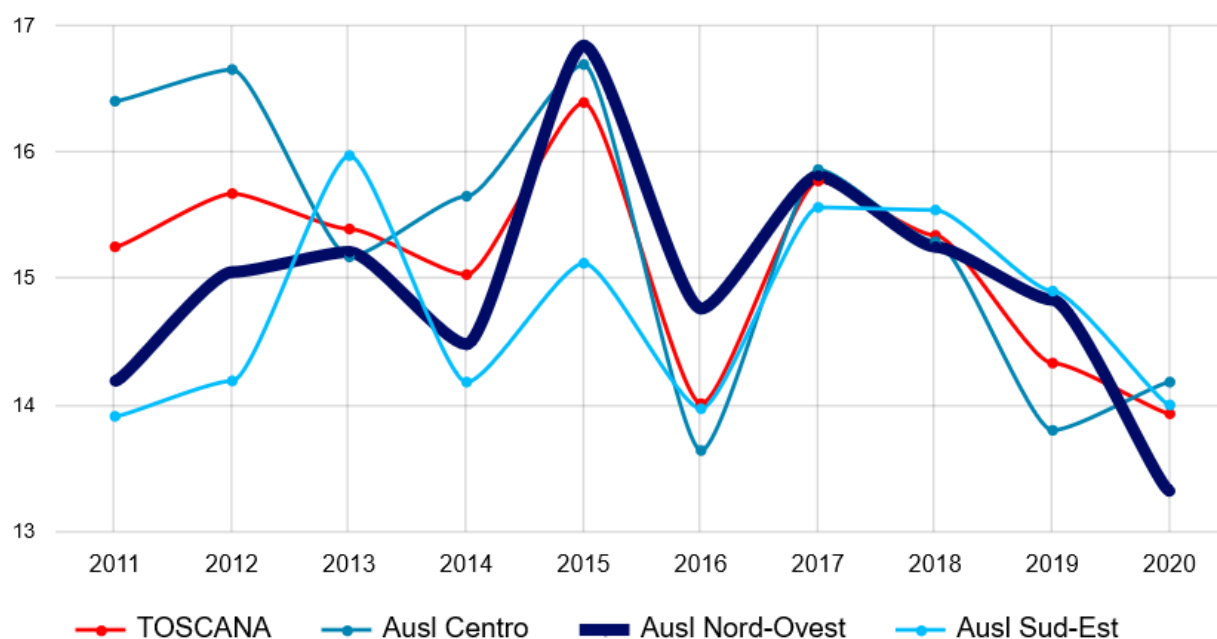
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	791	13,94		13,04	14,84
AUSL CENTRO	418	14,19	14,33	12,93	15,45
AUSL NORD-OVEST	179	13,33	13,45	11,51	15,15
AUSL SUD-EST	194	14,01	13,61	12,18	15,84



Polmonite, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

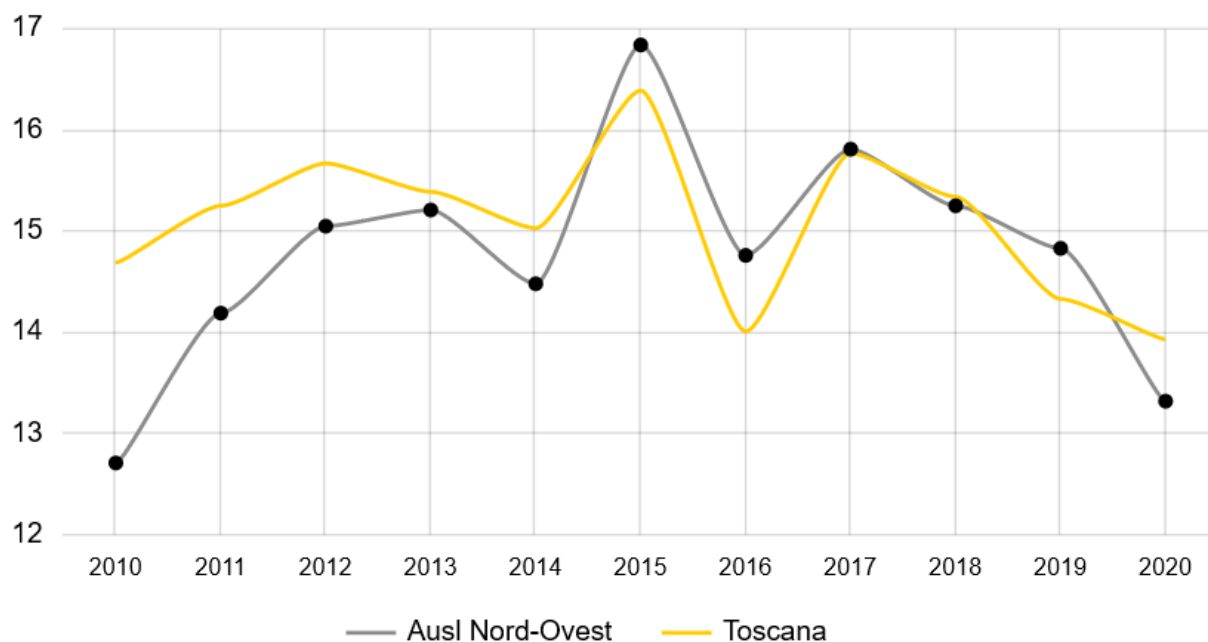
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Polmonite, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Il rischio di riammissione a 30 giorni a seguito di ricovero per polmonite mostra una marcata riduzione nel 2020 che porta l'azienda ad attestarsi al di sotto dei valori delle altre aziende e della media regionale, toccando il punto più basso dell'intero decennio.

Polmonite, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

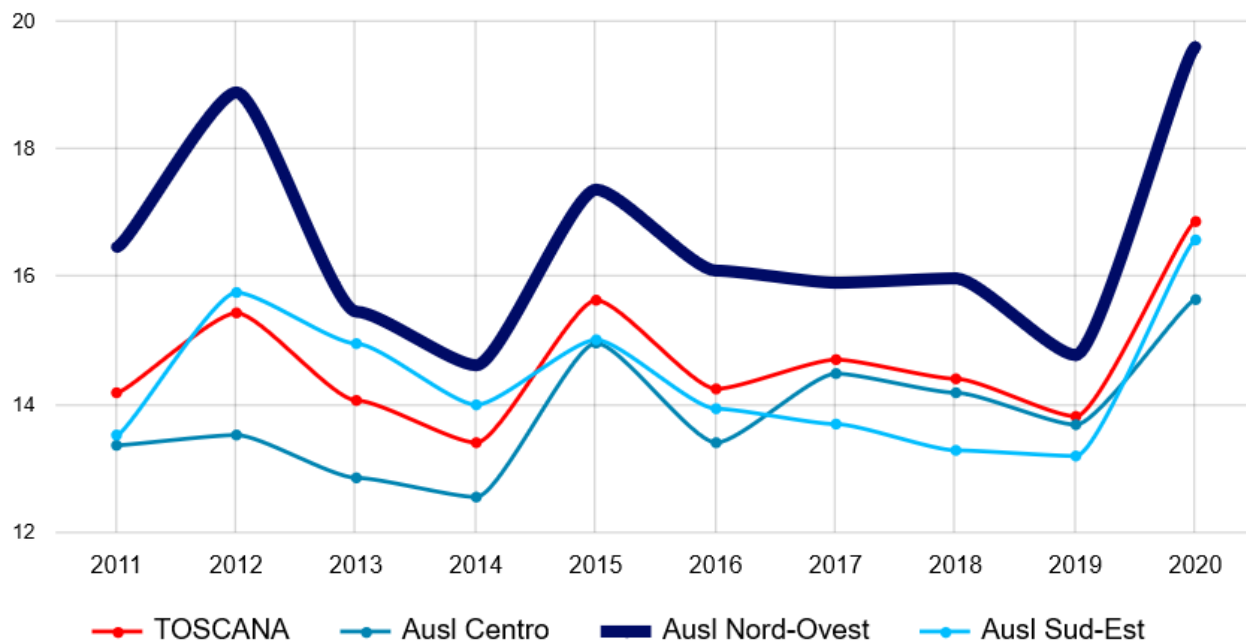
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	1.106	16,88		15,97	17,78
AUSL CENTRO	522	15,66	15,34	14,43	16,90
AUSL NORD-OVEST	323	19,61	20,26	17,69	21,53
AUSL SUD-EST	261	16,59	16,78	14,75	18,43

Polmonite, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

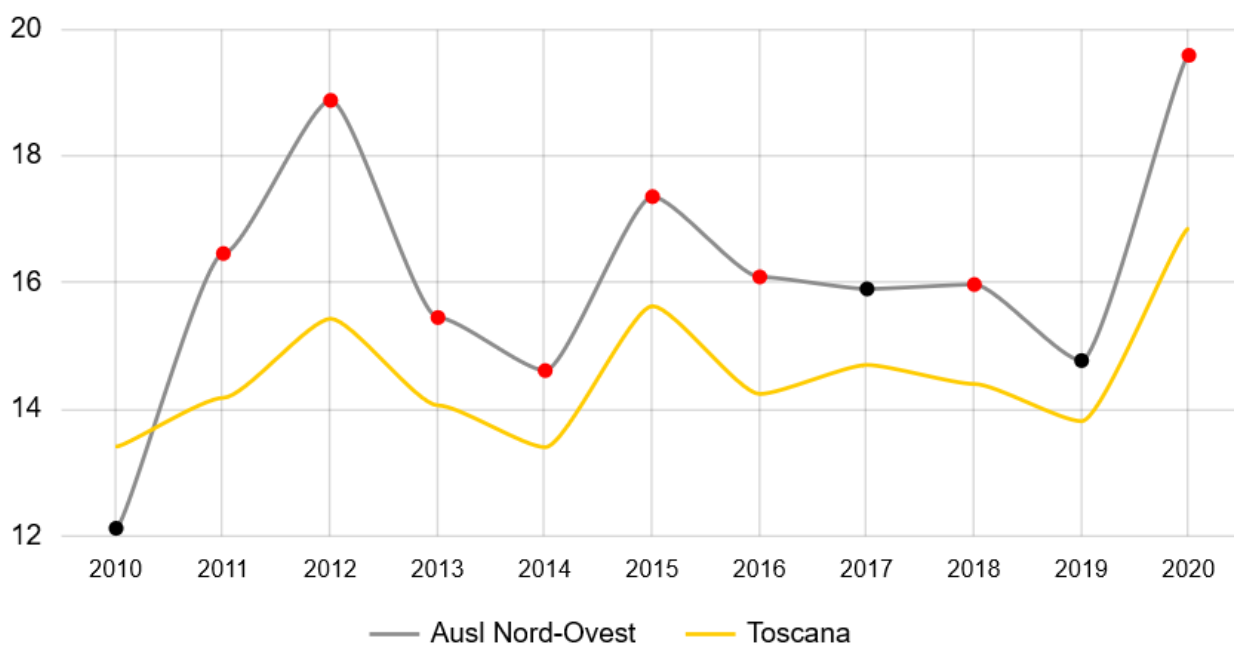
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



Polmonite, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



Esaminando il rischio di morte per polmonite a 30 giorni dall'ammissione al ricovero, si evidenzia che nell'azienda nord-ovest risulta essere costantemente superiore alla media regionale e a quello delle altre aziende. Il grafico di confronto con la media regionale mostra un marcato incremento nel 2020 con significativo aumento del divario rispetto ad essa.

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

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

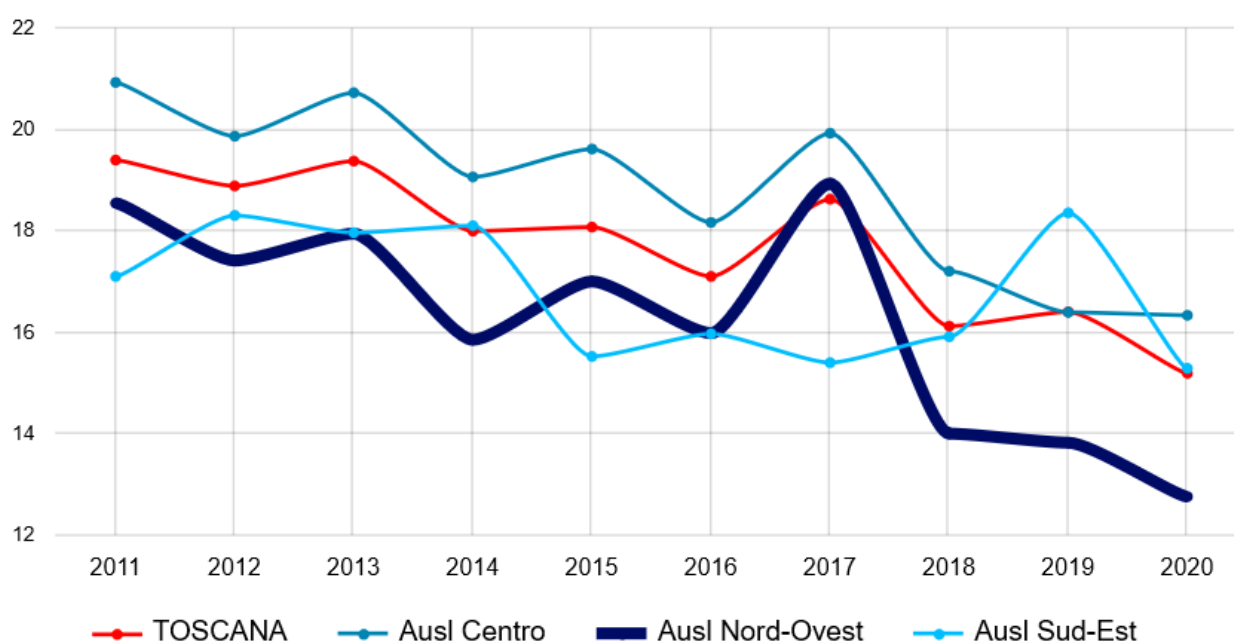
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	824	15,21		14,25	16,16
AUSL CENTRO	414	16,35	16,56	14,91	17,79
AUSL NORD-OVEST	161	12,78	13,16	10,93	14,62
AUSL SUD-EST	249	15,31	14,69	13,56	17,06



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

Tasso grezzo (x 100) - Totale

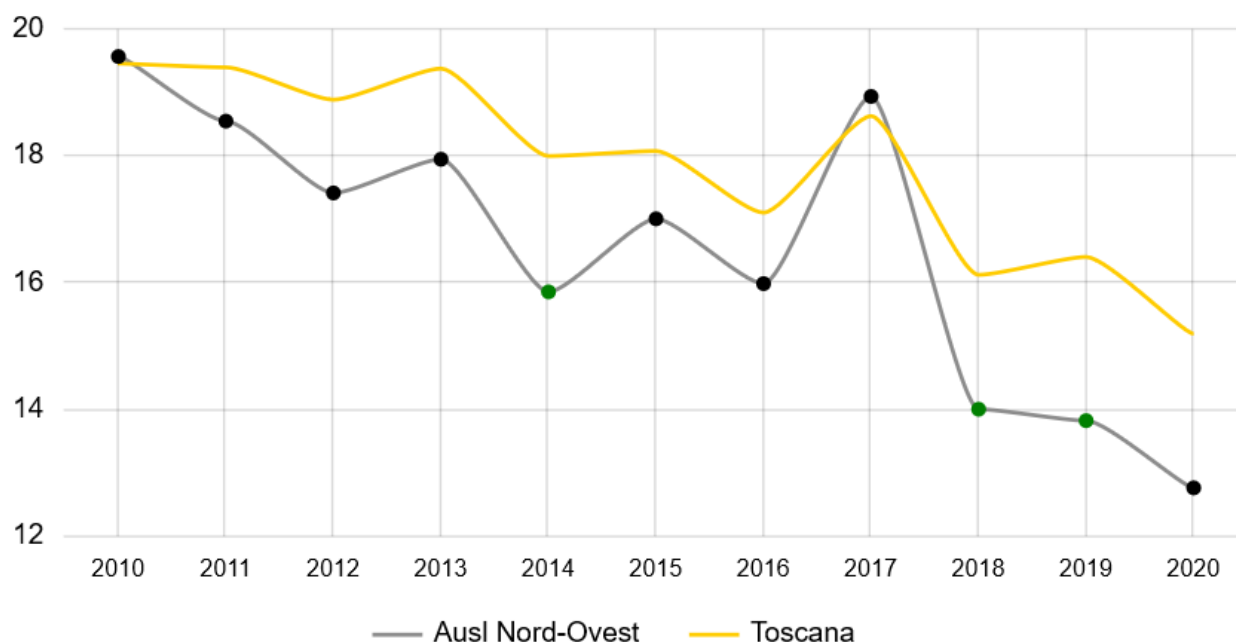
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



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

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Nel grafico che descrive l'andamento del tasso grezzo del rischio di riammissione a 30 giorni a seguito di ricovero per scompenso cardiaco congestizio si evidenzia una decisa riduzione che ha inizio nel 2017 collocandosi questo indicatore significativamente al di sotto della media regionale.

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

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

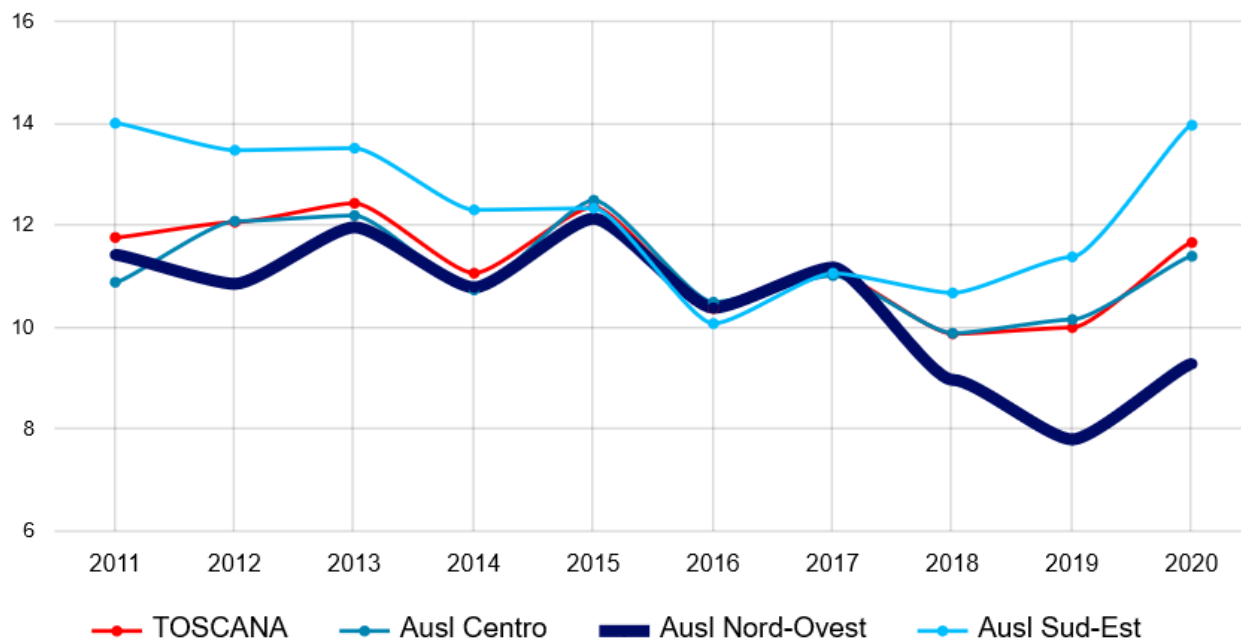
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	696	11,68		10,86	12,49
AUSL CENTRO	314	11,41	11,59	10,22	12,60
AUSL NORD-OVEST	132	9,30	10,50	7,79	10,81
AUSL SUD-EST	250	13,98	12,54	12,37	15,59

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

Tasso grezzo (x 100) - Totale

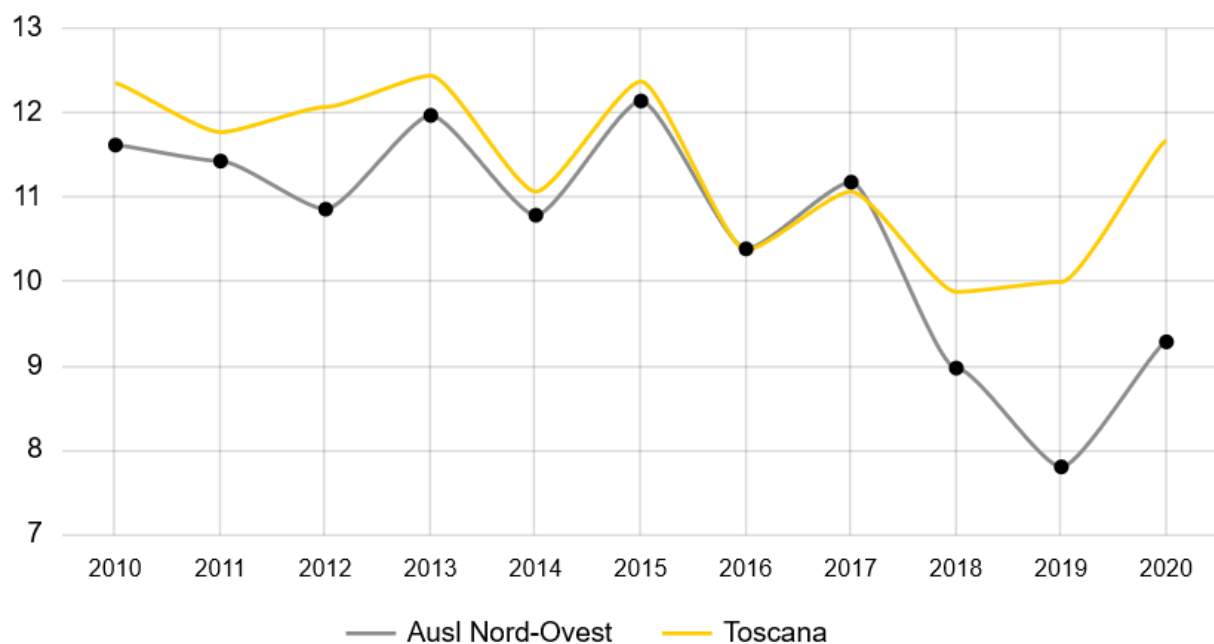
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



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

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



Come per il rischio di riammissione anche il tasso grezzo del rischio di morte per scompenso cardiaco congestizio a 30 giorni dall'ammissione evidenzia un trend favorevole in azienda dal 2017 disponendosi al di sotto del livello delle altre aziende. Nel 2020 si può notare una risalita in concomitanza con analogo andamento del dato complessivo regionale che può essere associato allo stesso trend della mortalità a 30 giorni per IMA come evidenziato nei successivi diagrammi che descrivono il rischio di morte dovuto a infarto.

IMA, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

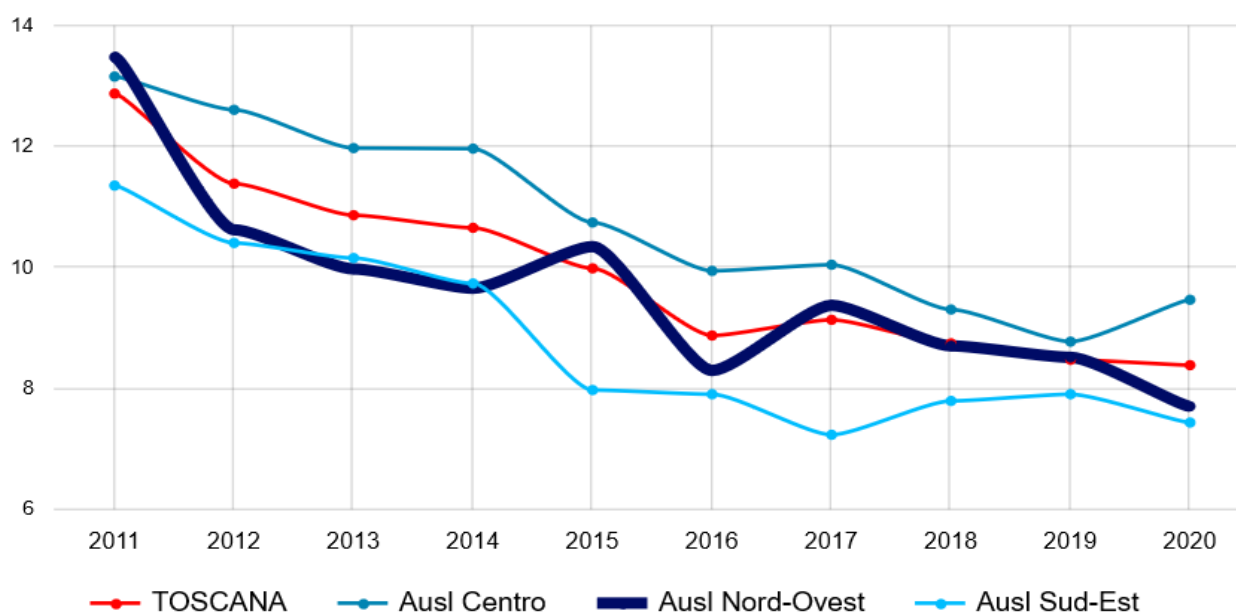
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	380	8,40		7,59	9,21
AUSL CENTRO	180	9,48	9,20	8,16	10,80
AUSL NORD-OVEST	123	7,72	7,89	6,41	9,03
AUSL SUD-EST	77	7,45	7,63	5,85	9,06



IMA, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

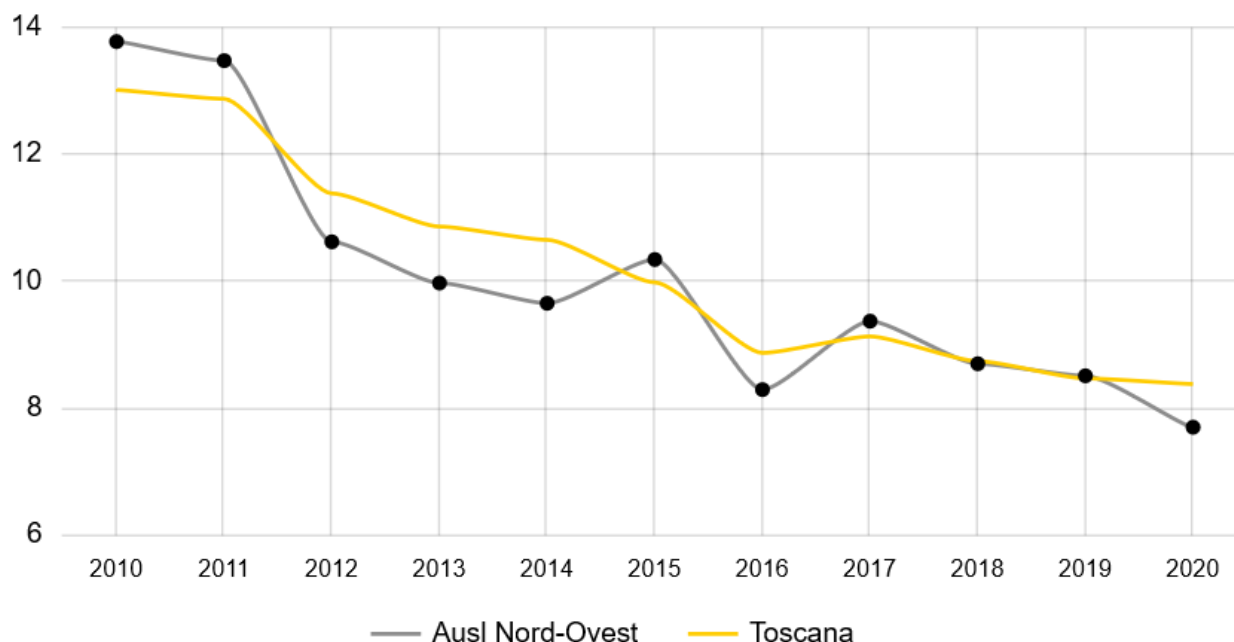
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



IMA, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Il rischio di riammissione a 30 giorni per ricoveri con IMA mostra un andamento sostanzialmente in linea con quello medio regionale collocandosi complessivamente ad un livello intermedio tra le altre 2 aziende. Si rileva un momentaneo lieve disallineamento dalla media regionale nel 2020 per effetto di una più decisa riduzione.

IMA, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

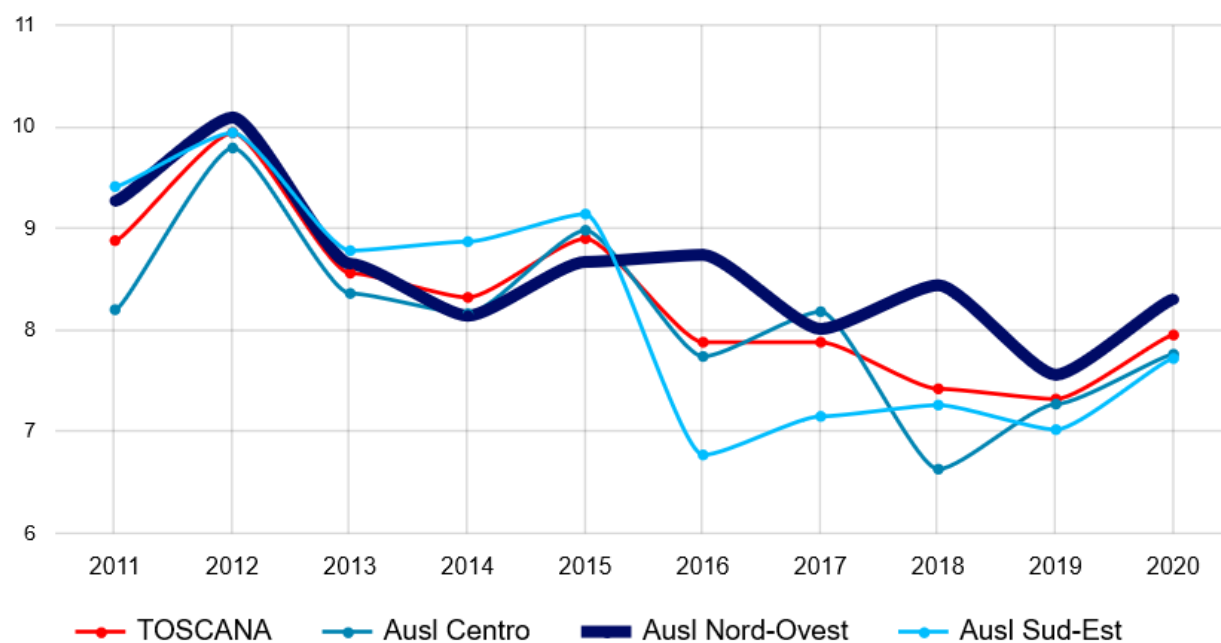
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	439	7,96		7,25	8,68
AUSL CENTRO	172	7,77	7,95	6,65	8,88
AUSL NORD-OVEST	173	8,31	8,45	7,12	9,49
AUSL SUD-EST	94	7,73	7,22	6,23	9,23

IMA, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

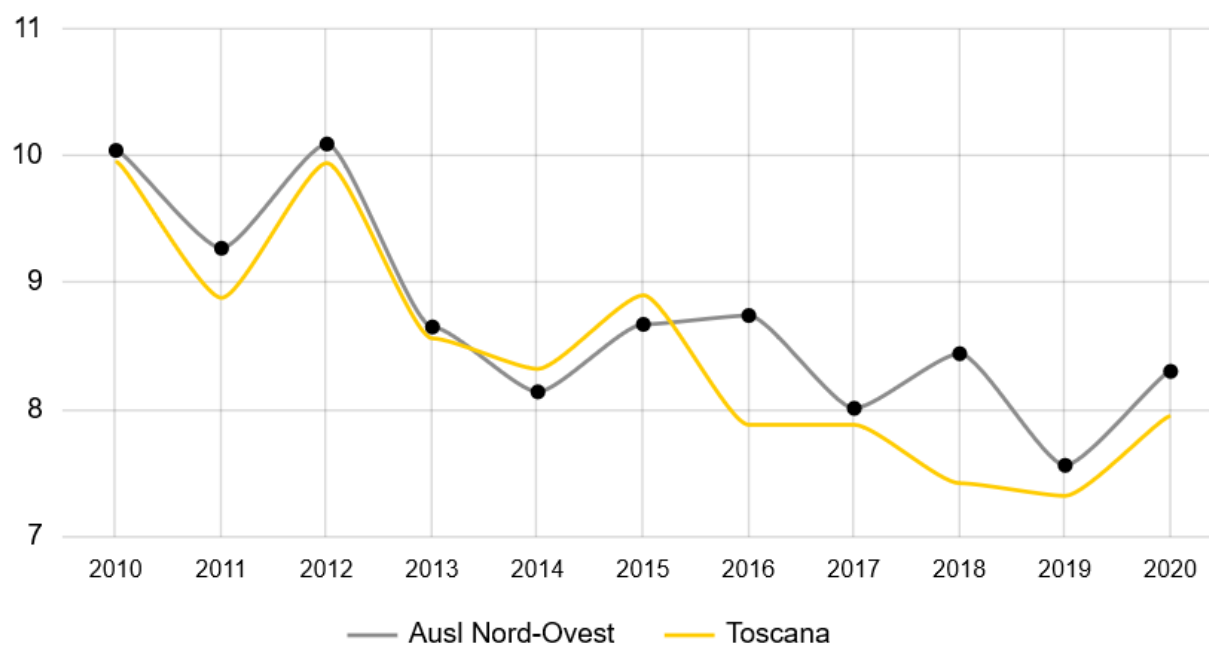
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



IMA, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



Dal confronto tra il 2020 e il 2019 del tasso grezzo del rischio di morte per IMA a 30 giorni si osserva un aumento nell'ASL Toscana nord-ovest, che continua comunque a tenersi leggermente al di sopra del livello medio regionale.

L'andamento complessivo nel decennio in esame dimostra una riduzione dell'indicatore dal 2012 che, nel caso dell'Azienda nord-ovest è più graduale. I valori registrati nel 2020 sono comunque in aumento per tutte le Aziende.

IMA STEMI, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

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

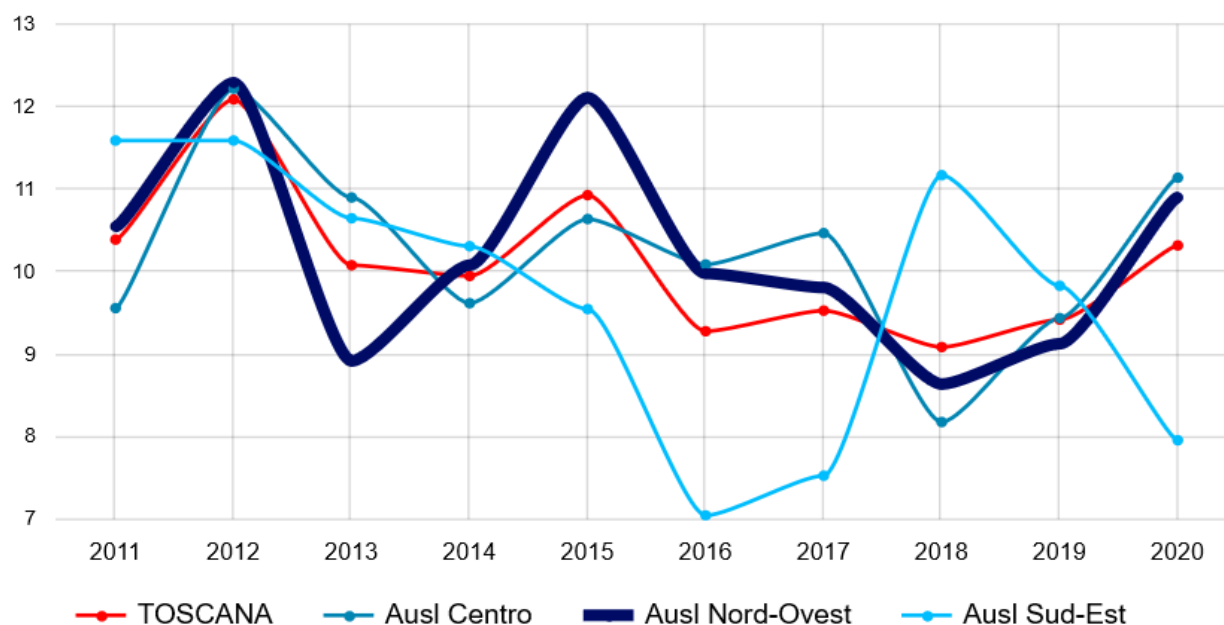
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	239	10,33		9,09	11,57
AUSL CENTRO	101	11,15	11,50	9,10	13,20
AUSL NORD-OVEST	96	10,91	11,22	8,85	12,97
AUSL SUD-EST	42	7,97	7,25	5,66	10,28



IMA STEMI, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

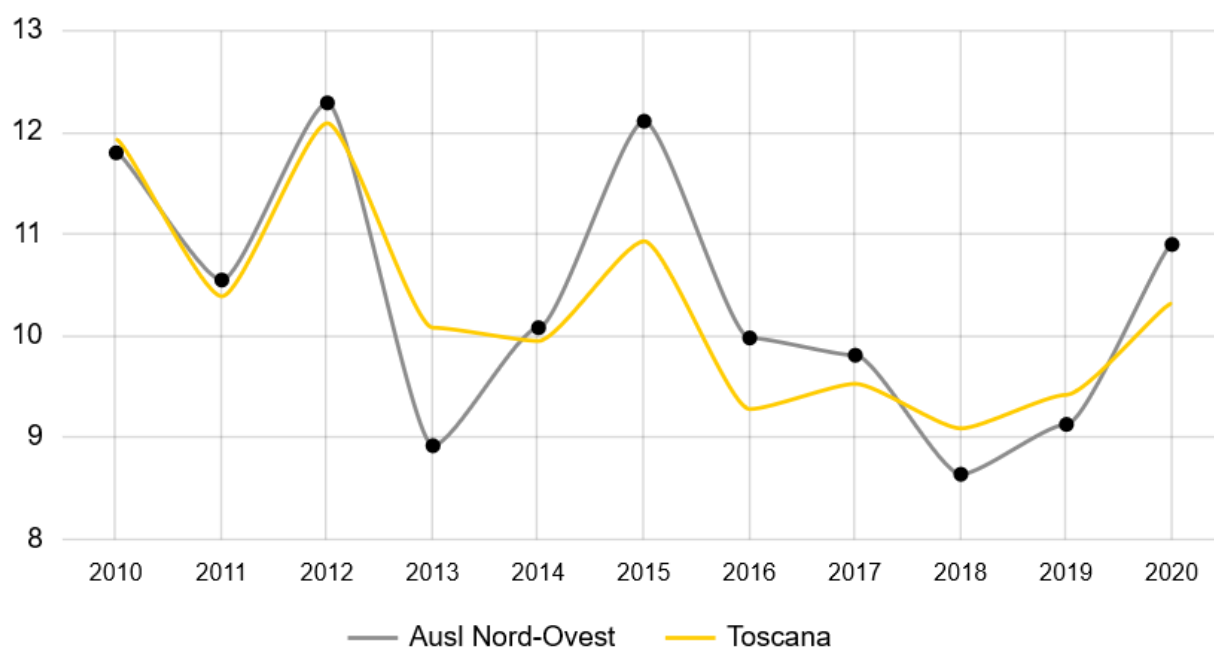
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



IMA STEMI, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



Relativamente all'IMA STEMI si osserva un tasso grezzo del rischio di morte a 30 giorni che nel corso degli anni è oscillante incrociandosi più volte con la media regionale. Dal 2015 il trend è in riduzione ma si nota una risalita nel 2020 che insieme a quella all'ASL centro fa da contrasto alla riduzione riscontrata nell'ASL sud-est.

Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2019 - Totale

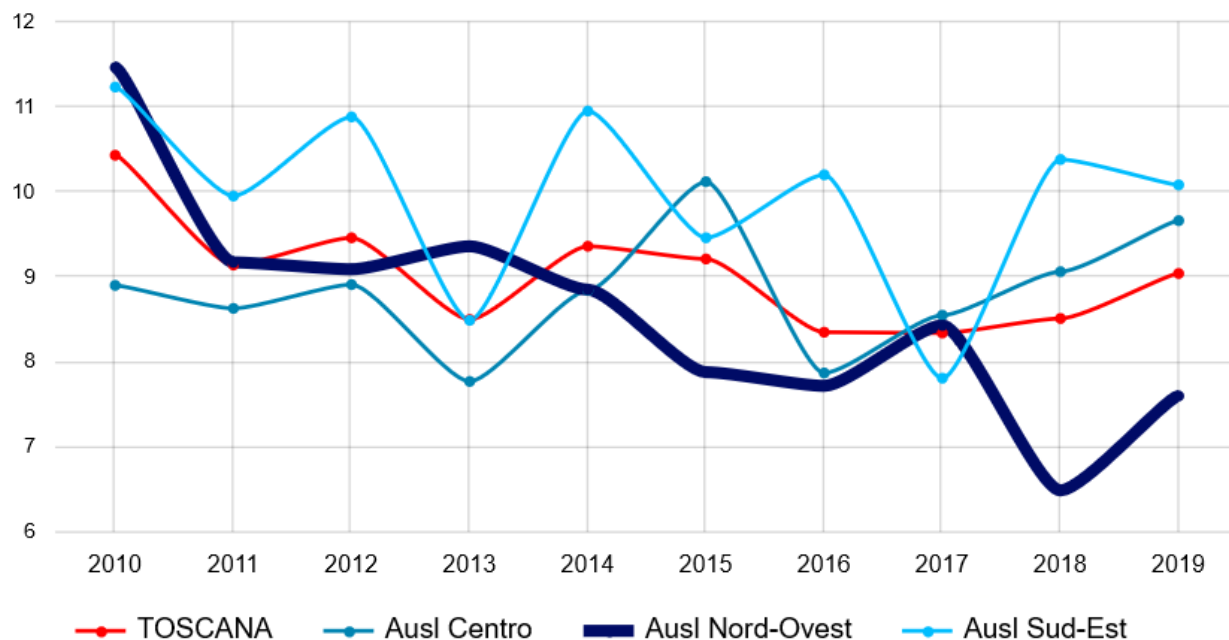
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	353	9,05		8,15	9,95
AUSL CENTRO	153	9,67	9,75	8,21	11,13
AUSL NORD-OVEST	104	7,61	7,62	6,20	9,01
AUSL SUD-EST	96	10,09	9,94	8,18	12,01

Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

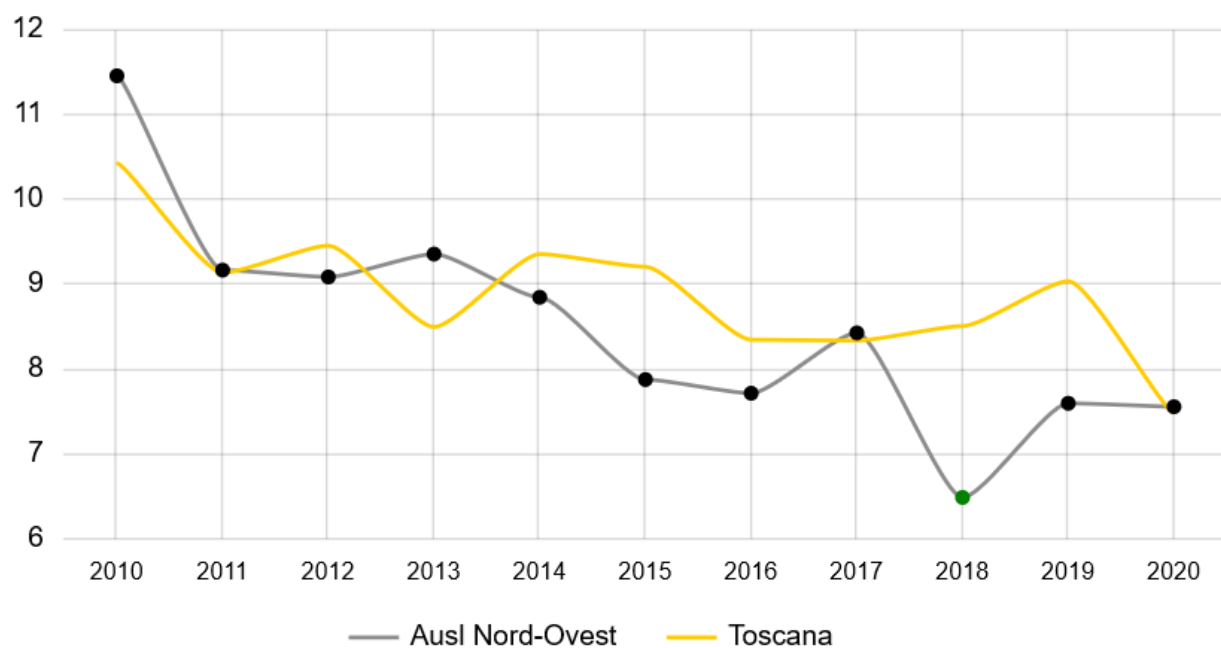
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Il tasso grezzo del rischio di riammissione al ricovero dell'ictus ischemico, evidenzia nel 2019 una parziale risalita con la quale comunque viene mantenuto un tasso di ricovero a 30 giorni decisamente inferiore rispetto al resto della regione. Nel complesso il trend del decennio è in una riduzione più decisa rispetto alle altre aziende. Si rileva comunque una sovrapposizione con la media regionale nel 2020.

Ictus ischemico, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

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

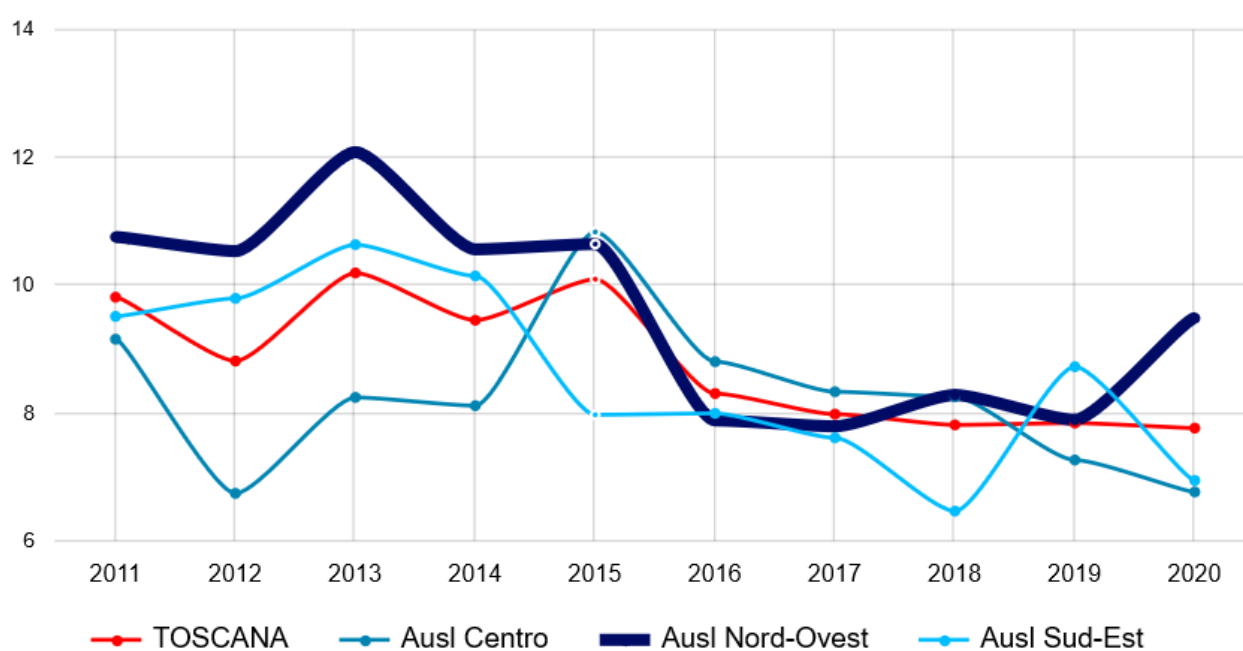
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	284	7,78		6,91	8,65
AUSL CENTRO	101	6,78	6,89	5,50	8,05
AUSL NORD-OVEST	122	9,50	9,72	7,90	11,11
AUSL SUD-EST	61	6,96	6,57	5,28	8,65



Ictus ischemico, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

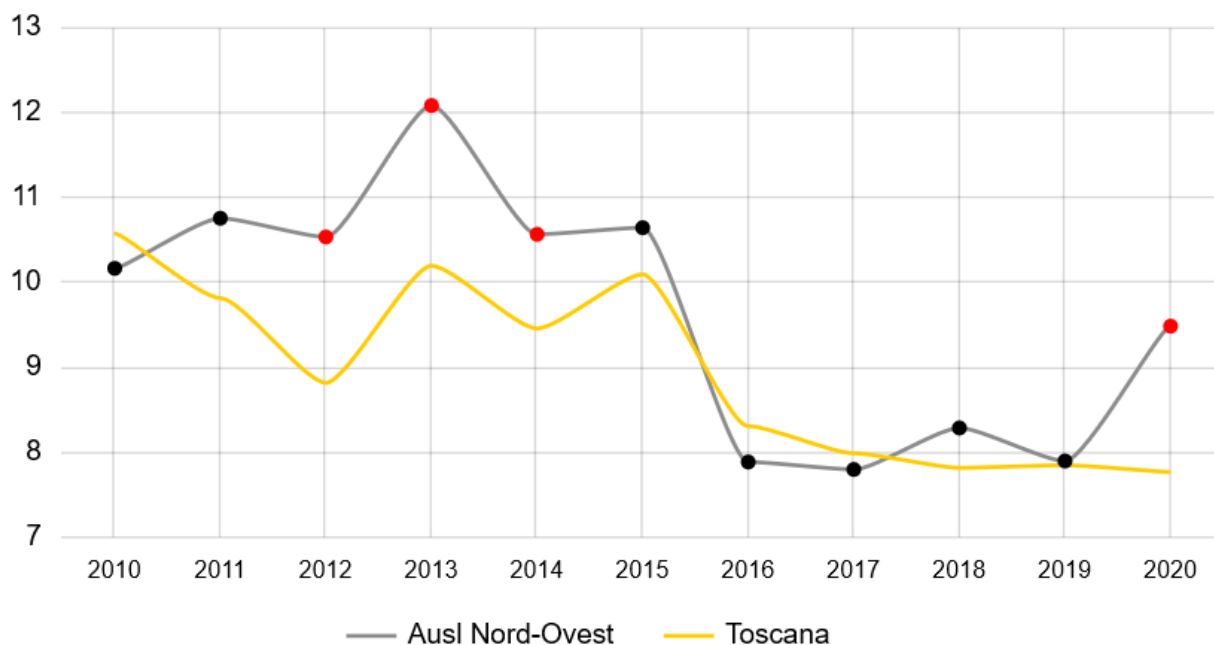
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



Ictus ischemico, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



L'andamento del rischio di morte da ictus ischemico a 30 giorni appare in calo dal 2013. I grafici e la tabella sopra riportati mostrano una risalita dell'indicatore nel 2020 in controtendenza rispetto alle altre due aziende. Questo dato potrebbe essere associato con l'andamento meno favorevole del rischio di riammissione a 30 giorni riscontrato nello stesso anno rispetto alla media regionale.

Tra gli indicatori in ambito chirurgico sono di seguito analizzati:

la colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, rischio di complicanze a 30 giorni;

frattura di femore, interventi a 2 giorni;

fratture di femore, rischio di morte a 30 giorni;

intervento a valvole cardiache, rischio di morte a 30 giorni.

Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, rischio di complicanze a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2019-2020 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	103	1,31		1,06	1,56
AUSL CENTRO	55	1,60	1,62	1,18	2,02
AUSL NORD-OVEST	28	1,05	1,01	0,66	1,43
AUSL SUD-EST	20	1,14	1,17	0,65	1,64


Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, rischio di complicanze a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2017-2018 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

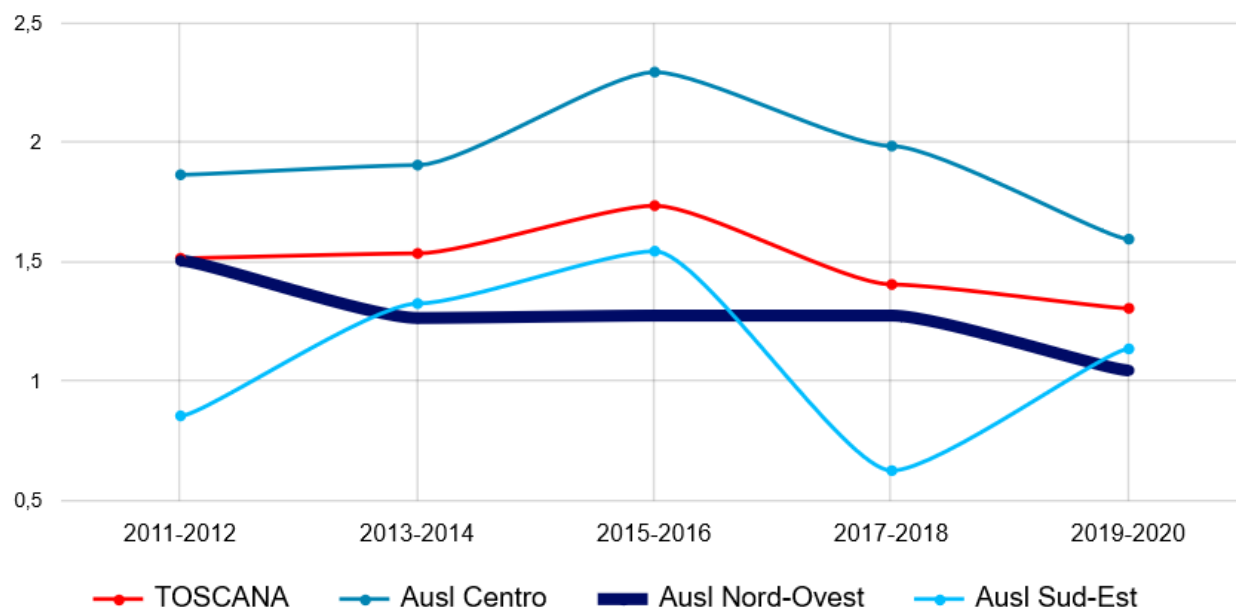
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	133	1,41		1,17	1,65
AUSL CENTRO	76	1,99	1,95	1,55	2,43
AUSL NORD-OVEST	43	1,28	1,28	0,90	1,67
AUSL SUD-EST	14	0,63	0,65	0,30	0,95



Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, rischio di complicanze a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Si conferma l'andamento favorevole del rischio di complicanze a 30 giorni per questa tipologia di intervento, con graduale calo nell'arco del periodo in esame. Nell'ultimo biennio il rischio è inferiore a quello delle altre Asl mentre nel precedente biennio 2017-2018 era superiore a quello dell'azienda sud est.

Frattura femore, interventi entro 2 giorni - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	3.921	70,36		69,16	71,56
AUSL CENTRO	1.505	63,40	63,69	61,46	65,33
AUSL NORD-OVEST	1.582	80,06	80,26	78,30	81,82
AUSL SUD-EST	834	68,19	67,32	65,58	70,80

Frattura femore, interventi entro 2 giorni - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

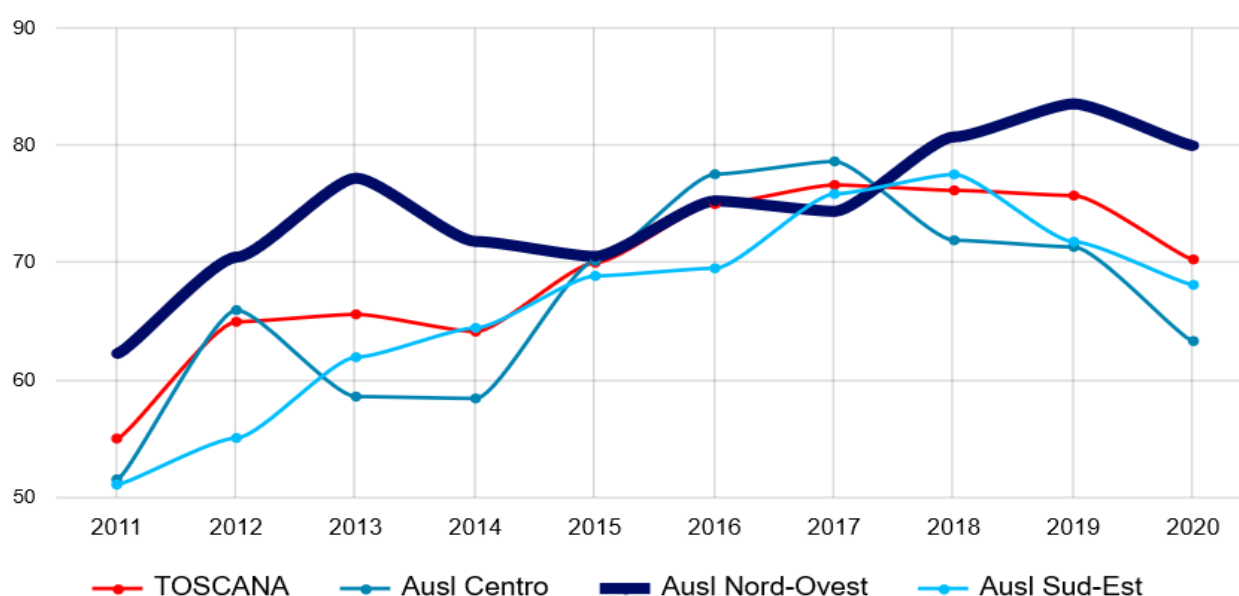
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	4.483	75,80		74,71	76,89
AUSL CENTRO	1.794	71,42	71,60	69,65	73,18
AUSL NORD-OVEST	1.739	83,61	83,29	82,01	85,20
AUSL SUD-EST	950	71,86	71,94	69,44	74,28



Frattura femore, interventi entro 2 giorni - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Riguardo agli interventi per fratture di femore entro 2 giorni dalla diagnosi, l'azienda si colloca quasi costantemente al di sopra delle altre aziende, con lieve riduzione nel 2020, in linea con analogo andamento regionale.

Frattura femore, rischio di morte a 30g - residenza

...

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2020 - Totale

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

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	305	5,65		5,04	6,27
AUSL CENTRO	118	5,08	5,02	4,19	5,98
AUSL NORD-OVEST	121	6,36	6,62	5,26	7,45
AUSL SUD-EST	66	5,65	5,42	4,32	6,97


Frattura femore, rischio di morte a 30g - residenza

...

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2019 - Totale

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

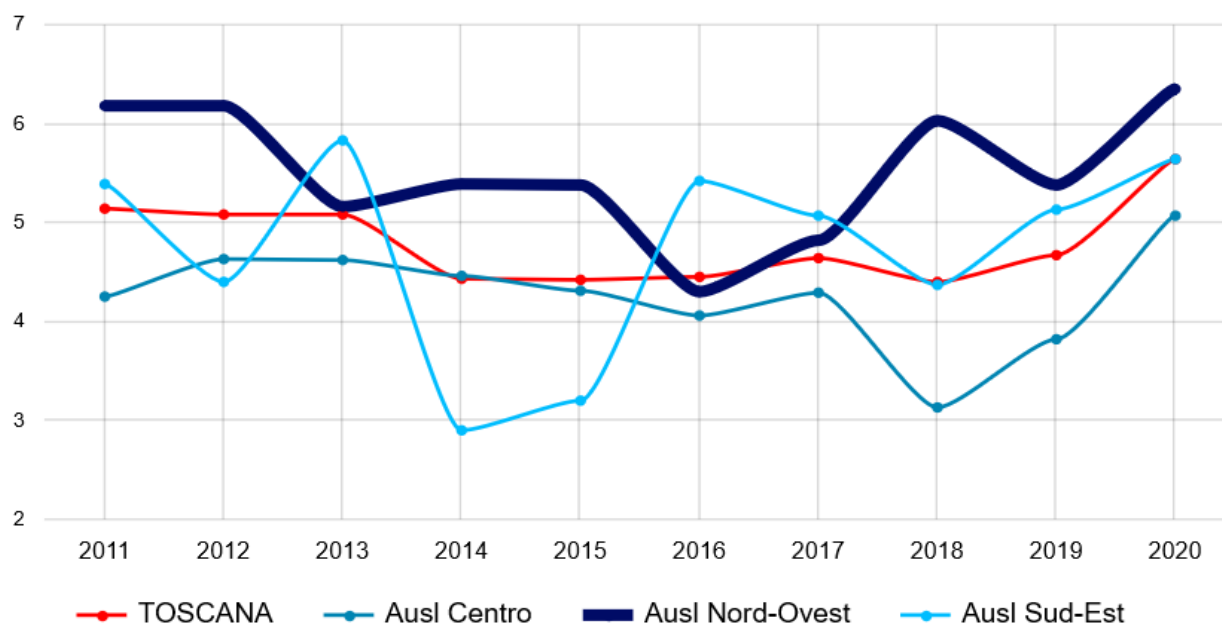
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	283	4,68		4,14	5,21
AUSL CENTRO	98	3,83	3,66	3,09	4,57
AUSL NORD-OVEST	115	5,39	5,67	4,44	6,35
AUSL SUD-EST	70	5,14	5,21	3,97	6,32



Frattura femore, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



Il tasso grezzo del rischio di morte per frattura di femore a 30 giorni nel 2020 è maggiore rispetto a quello delle altre aziende in contrasto con il precedente dato relativo alla tempestività del trattamento. Si precisa che nel confronto tra i due indicatori aziendali quello relativo al rischio di morte si basa su un campione molto meno numeroso, tenendo conto peraltro del maggior rischio aggiustato. L'analisi estesa agli anni 2011-2020 evidenzia un trend che colloca l'azienda complessivamente al di sopra della media regionale.

Intervento a valvole cardiache, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2019-2020 - Totale

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

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	75	2,21		1,72	2,71
AUSL CENTRO	27	2,04	2,15	1,28	2,80
AUSL NORD-OVEST	28	2,15	2,18	1,36	2,94
AUSL SUD-EST	20	2,60	2,35	1,48	3,73

Intervento a valvole cardiache, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2017-2018 - Totale

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

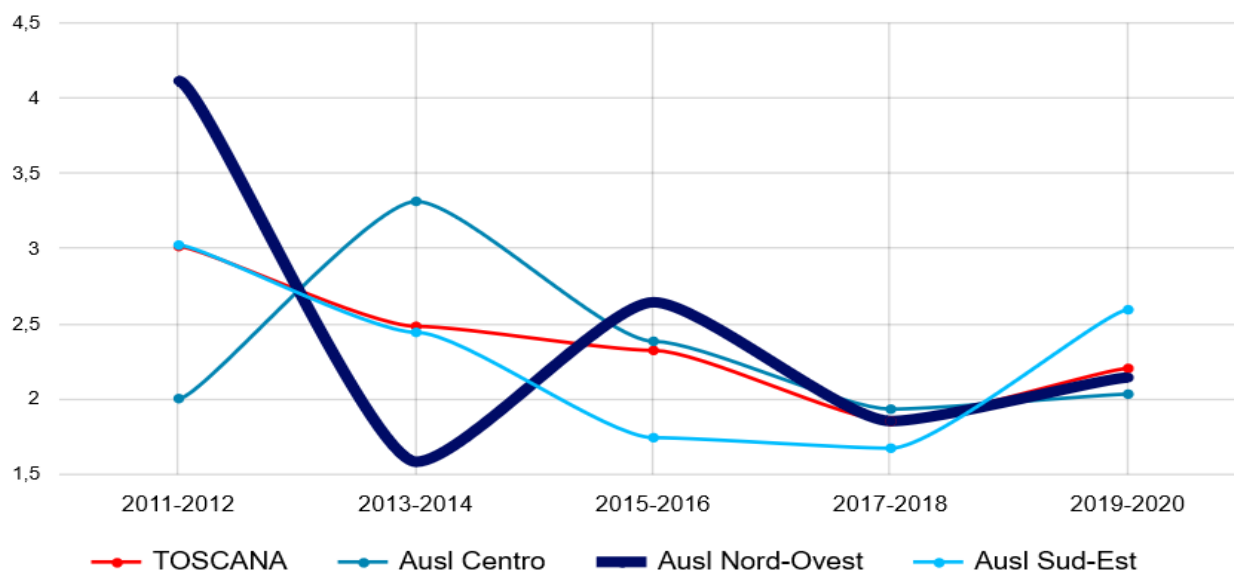
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	61	1,86		1,39	2,32
AUSL CENTRO	26	1,94	1,76	1,20	2,68
AUSL NORD-OVEST	23	1,86	2,20	1,11	2,62
AUSL SUD-EST	12	1,68	1,56	0,74	2,63



Intervento a valvole cardiache, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



Dall'analisi delle tabelle, che riportano i tassi grezzi del rischio di morte nei 30 giorni successivi ad intervento sulle valvole cardiache relativi ai bienni 2019-2020 e 2017-2018, si rileva una sovrapposizione con i livelli medi regionali. Se si osserva il trend esteso a tutto il decennio, come evidenziato nel grafico, ad una iniziale irregolarità che caratterizza il primo quinquennio con significativi scostamenti dalla media

regionale si giunge successivamente ad un allineamento con i dati regionali medi e con quelli delle altre aziende.

Infine tra gli indicatori di esito in ambito oncologico sono riportati quelli a maggior prevalenza: intervento per TM dello stomaco, rischio di morte a 30 giorni e intervento per TM del colon, rischio di morte a 30 giorni.

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

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2018-2020 - Totale

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

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	85	6,85		5,44	8,25
AUSL CENTRO	35	6,55	6,67	4,46	8,65
AUSL NORD-OVEST	23	7,08	6,99	4,29	9,86
AUSL SUD-EST	27	7,07	6,97	4,50	9,64



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

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2015-2017 - Totale

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

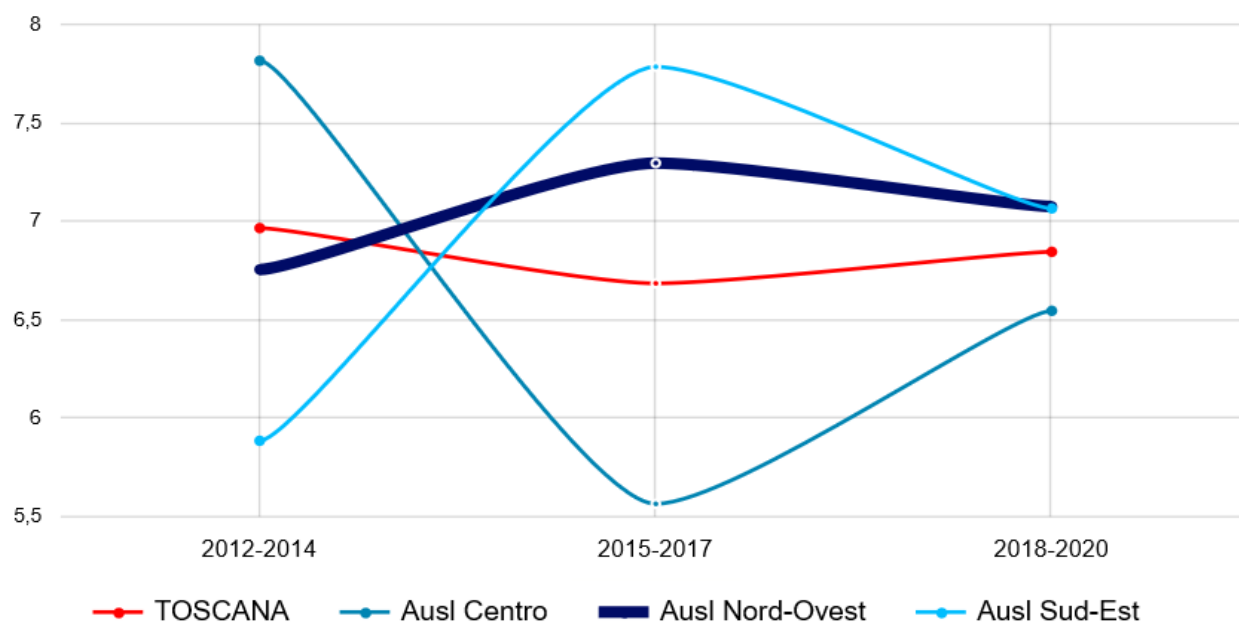
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	100	6,69		5,42	7,96
AUSL CENTRO	37	5,57	5,99	3,83	7,32
AUSL NORD-OVEST	26	7,30	7,01	4,60	10,01
AUSL SUD-EST	37	7,79	7,31	5,38	10,20



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



Il rischio grezzo di morte a 30 giorni da intervento per TM dello stomaco risulta essere, nel periodo esaminato dalle tabelle, superiore alla media regionale assumendo comunque nel corso del periodo in esame un andamento regolare, mantenendosi più vicino alla media regionale, se confrontato con quello delle altre aziende. Si nota dal 2015 una leggera riduzione con avvicinamento alla media regionale.

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

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2019-2020 - Totale

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

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	162	5,01		4,26	5,77
AUSL CENTRO	74	5,53	5,59	4,30	6,75
AUSL NORD-OVEST	62	5,18	5,17	3,92	6,43
AUSL SUD-EST	26	3,75	3,67	2,33	5,16

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

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2017-2018 - Totale

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

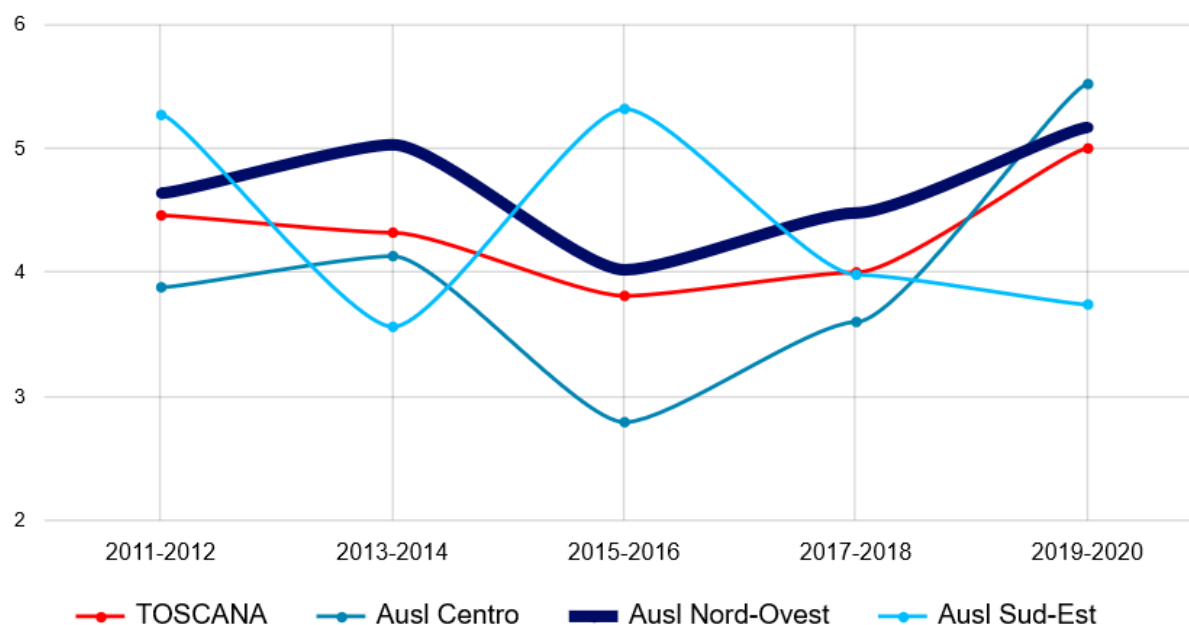
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	144	4,01		3,37	4,65
AUSL CENTRO	55	3,61	3,91	2,67	4,55
AUSL NORD-OVEST	58	4,49	4,09	3,36	5,61
AUSL SUD-EST	31	3,99	4,05	2,62	5,37



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



Esaminando le tabelle e il grafico si nota che il tasso grezzo di rischio di morte per il TM del colon a 30 giorni dall'intervento è sostanzialmente in linea con la media regionale nei 2 bienni dal 2017 al 2020. L'andamento complessivo rispetto a questa, espresso nel grafico, descrive un rischio solo leggermente aumentato.

8.3 MOBILITA' OSPEDALIERA

Dati aggiornati al 2019. - Per quanto riguarda la mobilità dei residenti in azienda per luogo di erogazione del ricovero, nelle tabelle sottostanti il confronto 2019 vs 2018 riporta la proporzione di ricoveri per peso DRG (alto, medio e basso peso).

Nel 2019 si rileva a livello aziendale, per i ricoveri dei residenti con DRG ad alto peso, il mantenimento in percentuale sulla stessa media regionale dei ricoveri avvenuti in strutture extraregionali, pur riducendosi la mobilità rispetto all'anno precedente; per i residenti che si sono ricoverati fuori area vasta il confronto tra i due anni in esame non mostra una significativa differenza. Intorno alla media regionale la proporzione di ricoveri in zona e in area vasta.

Mobilità ospedaliera (ricoveri con DRG di peso alto)

Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in area vasta)	% Residenti fuori area vasta	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	49,11	33,72	8,23	8,93	100
AUSL CENTRO	46,11	37,75	7,52	8,61	100
AUSL NORD-OVEST	50,37	33,85	6,84	8,94	100
AUSL SUD-EST	52,61	26,19	11,68	9,51	100



Mobilità ospedaliera (ricoveri con DRG di peso alto)

Anno 2018 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in area vasta)	% Residenti fuori area vasta	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	49,51	33,46	8,34	8,69	100
AUSL CENTRO	47,31	37,87	7,63	7,19	100
AUSL NORD-OVEST	50,58	33,32	6,72	9,37	100
AUSL SUD-EST	51,83	25,70	12,13	10,33	100



Mobilità ospedaliera (ricoveri con DRG di peso medio)

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	% Ricoveri nella zona	% Ricoveri fuori zona (in area vasta)	% Ricoveri fuori area vasta	% Ricoveri fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	57,93	27,29	7,76	7,02	100
AUSL CENTRO	53,83	34,21	6,34	5,63	100
AUSL NORD-OVEST	60,96	23,78	7,50	7,76	100
AUSL SUD-EST	61,46	19,06	10,84	8,64	100


Mobilità ospedaliera (ricoveri con DRG di peso medio)

Rapporto (x 100) - Anno 2018 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	% Ricoveri nella zona	% Ricoveri fuori zona (in area vasta)	% Ricoveri fuori area vasta	% Ricoveri fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	58,09	26,67	7,82	7,42	100
AUSL CENTRO	54,33	33,81	6,18	5,67	100
AUSL NORD-OVEST	61,09	23,03	7,68	8,21	100
AUSL SUD-EST	60,96	18,20	11,20	9,65	100



Per quanto riguarda i ricoveri con DRG di peso medio dei residenti in azienda possiamo osservare nel 2019 vs il 2018 una leggera riduzione del ricorso dei residenti a strutture di ricovero fuori regione. Per i ricoveri dei residenti fuori area vasta non si evidenzia un significativo scostamento nei due anni in esame né rispetto alla media della regione; inoltre il valore è sicuramente più vicino alla media regionale rispetto alle altre aziende. L'azienda mantiene sostanzialmente invariato nel biennio il grado di copertura della domanda di ricovero dei residenti nel proprio ambito territoriale.

Mobilità ospedaliera (ricoveri con DRG di peso basso)

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in area vasta)	% Residenti fuori area vasta	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	60,34	27,83	7,26	4,57	100
AUSL CENTRO	54,12	36,47	5,69	3,72	100
AUSL NORD-OVEST	64,91	22,13	8,42	4,54	100
AUSL SUD-EST	66,08	18,89	8,69	6,34	100


Mobilità ospedaliera (ricoveri con DRG di peso basso)

Rapporto (x 100) - Anno 2018 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in area vasta)	% Residenti fuori area vasta	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	60,42	27,76	7,12	4,70	100
AUSL CENTRO	54,42	36,20	5,77	3,61	100
AUSL NORD-OVEST	64,89	22,56	7,86	4,69	100
AUSL SUD-EST	65,75	18,66	8,71	6,87	100



Per i ricoveri con DRG di basso peso, l'azienda mantiene nel 2019 la copertura osservata nel proprio ambito territoriale nel 2018, con un livello di ricovero dei residenti negli ospedali di zona superiore alla media regionale. Per quanto riguarda la proporzione dei residenti ricoverati fuori zona in area vasta si rileva un mantenimento dei valori rispetto al 2018 ma a un livello inferiore alla media regionale. La mobilità all'esterno dell'area vasta e fuori regione non si discosta sostanzialmente dalla media regionale.

8.4 ATTRAZIONE OSPEDALIERA - Dati aggiornati al 2020

Nelle tabelle sottostanti il confronto 2020 vs 2019 riporta la proporzione di ricoveri per luogo di residenza dei pazienti. Il livello geografico dell'indicatore è di Area Vasta. Sebbene una riduzione soprattutto dei ricoveri per residenti fuori regione sia osservabile in AVNO già nel 2019 rispetto al 2018, il dato 2020 ulteriormente ridotto e confermato in analoga misura a livello regionale, risente delle restrizioni agli spostamenti legate alla pandemia da SARS-Cov-2. La stessa riduzione seppure in minor misura è evidente anche per il dato dell'attrazione relativa ai residenti fuori Area Vasta.

Attrazione ospedaliera

Rapporto (x 100) - Anno 2020 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in area vasta)	% Residenti fuori area vasta	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	55,46	28,33	6,97	9,24	100
AV CENTRO	50,56	33,62	7,94	7,88	100
AV NORD-OVEST	59,38	25,69	6,25	8,69	100
AV SUD-EST	59,57	21,49	6,07	12,87	100



Attrazione ospedaliera

Rapporto (x 100) - Anno 2019 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in area vasta)	% Residenti fuori area vasta	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	54,31	27,22	7,42	11,05	100
AV CENTRO	49,08	32,77	8,64	9,52	100
AV NORD-OVEST	57,62	24,49	6,81	11,09	100
AV SUD-EST	59,99	20,06	5,85	14,10	100

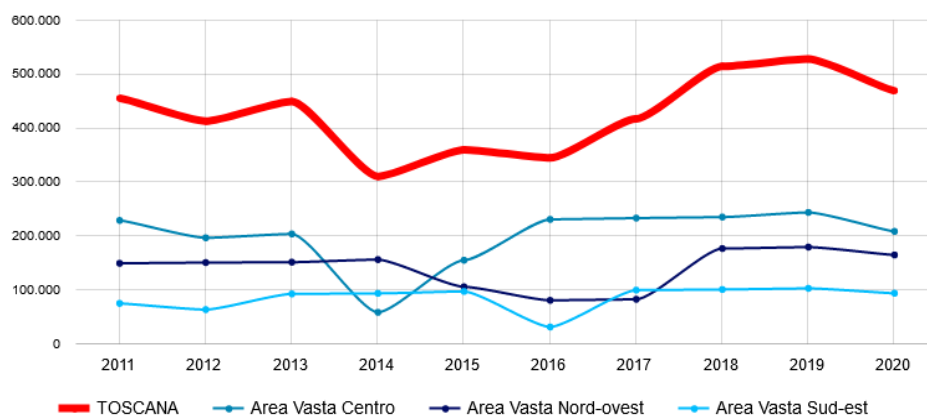


8.5 Emergenza e pronto soccorso

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 2020 - Totale

Fonte: RT prestazioni 118 (RFC 134)

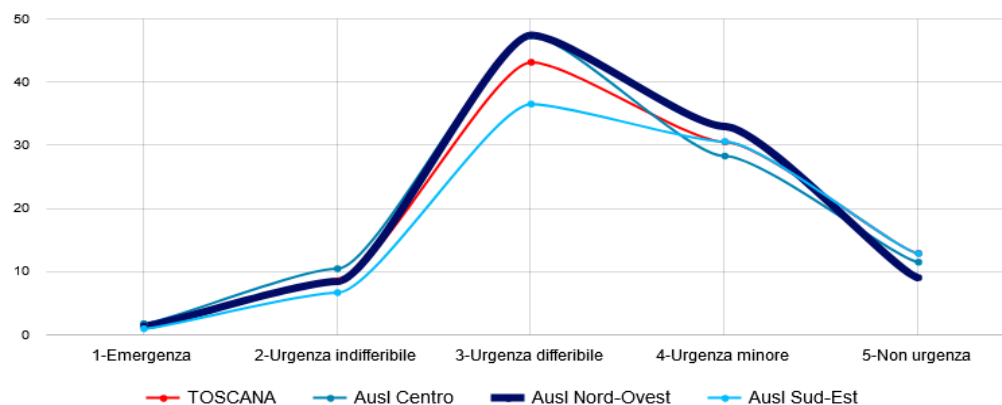
Centrale Operativa	Interventi ad alta priorità
REGIONE TOSCANA	470.729
AV CENTRO	209.747
AV NORD-OVEST	166.003
AV SUD-EST	94.979
CO ex ASL 8 - Arezzo	34.313
C.O. unificata AUSL 1 + AUSL 2 + AUSL 12 - Viareggio	77.895
C.O. unificata AUSL 4 + AUSL 10 - Firenze	139.099
C.O. unificata AUSL 3 + AUSL 11 - Pistoia	70.648
C.O. unificata AUSL 5 + AUSL 6 - Livorno	88.108
C.O. unificata AUSL 9 + AUSL 7 - Siena	60.666



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

Anno 2020 - Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)

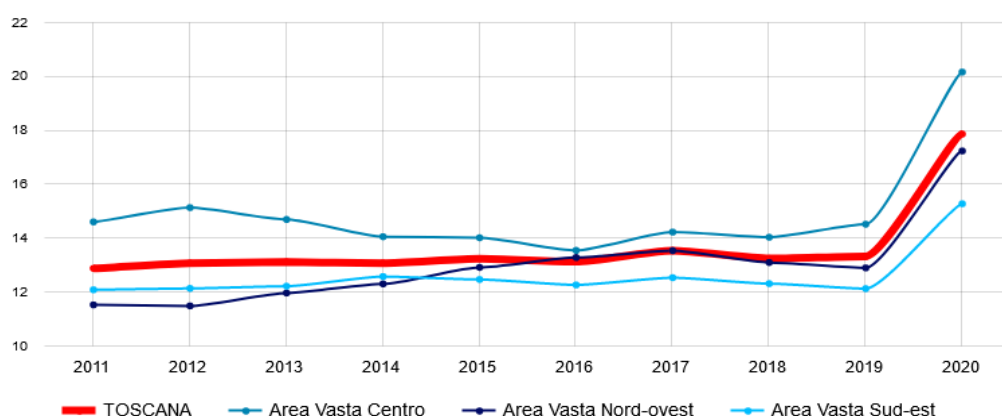


Tendenza nel 2020 all'aumento dei casi di accesso in Ps che esita in un ricovero.

Accessi ai PS della Toscana che esitano in un ricovero

Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



Accessi ai PS della Toscana che esitano in un ricovero

Anno 2020 - Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)

Luogo	Proporzione
REGIONE TOSCANA	17,89
AV CENTRO	20,19
AV NORD-OVEST	17,26
AV SUD-EST	15,30



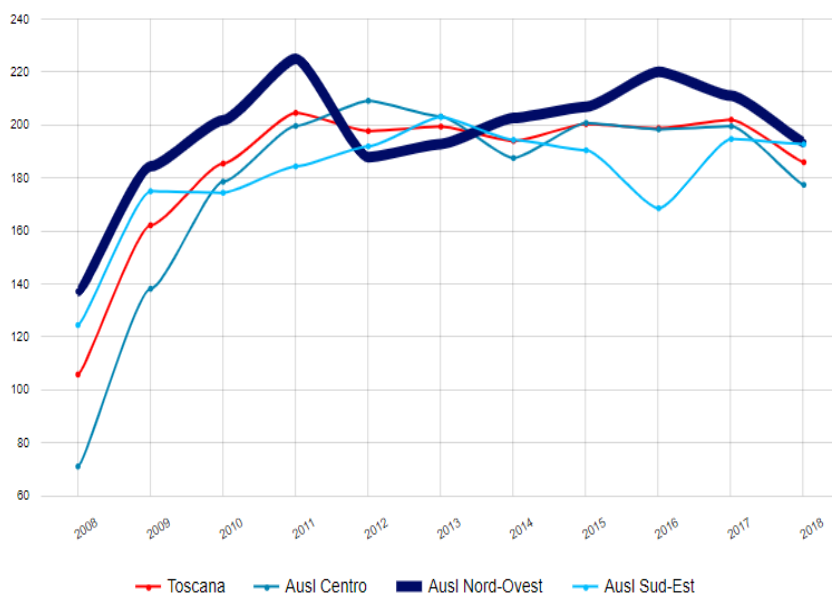
9.1 La rete dei presidi territoriali

Accesso ai consultori di donne in età fertile

Accesso al consultorio di donne in età fertile

Tasso grezzo (x 1000) - Totale

Fonte: RT Attività consultoriale (SPC), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



L'accesso ai consultori nella sequenza statistica decennale vede la nostra ASL molto ben posizionata ed anche nell'ultimo anno considerato (2018) essa resta al primo posto in tutta la regione.

In negativo si evidenzia per tutte le aree regionali una flessione negli accessi a partire dal 2016 e che sta continuando.

La focalizzazione degli accessi per zona mostra come le zone al di sopra del punto medio regionale nel 2018 siano state quella di Volterra e tutti i territori della provincia di Livorno. Più in basso troviamo le zone Apuana e Pisana.

9.2 Servizi per la salute mentale

Si veda elencazione dei servizi in relazione sanitaria 2018.

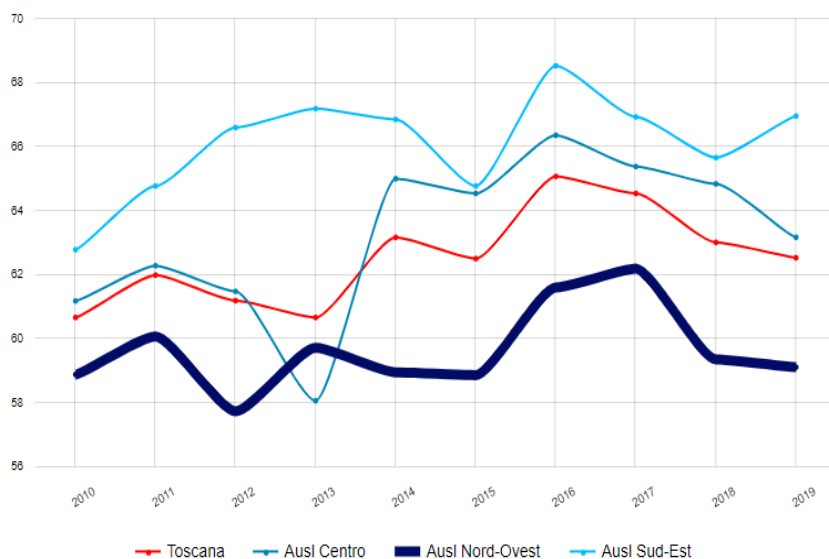
9.3 Volumi dell'attività: alcuni indicatori di performance

Presentando la rassegna dei monitoraggi relativi al 2019 sulle patologie croniche, ci preme evidenziare per ognuno dei principali monitoraggi le zone dell'area vasta nord ovest che stanno al di sotto del punto centrale medio e che quindi costituiscono criticità da affrontare.

Monitoraggio dell'emoglobina glicata tra malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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



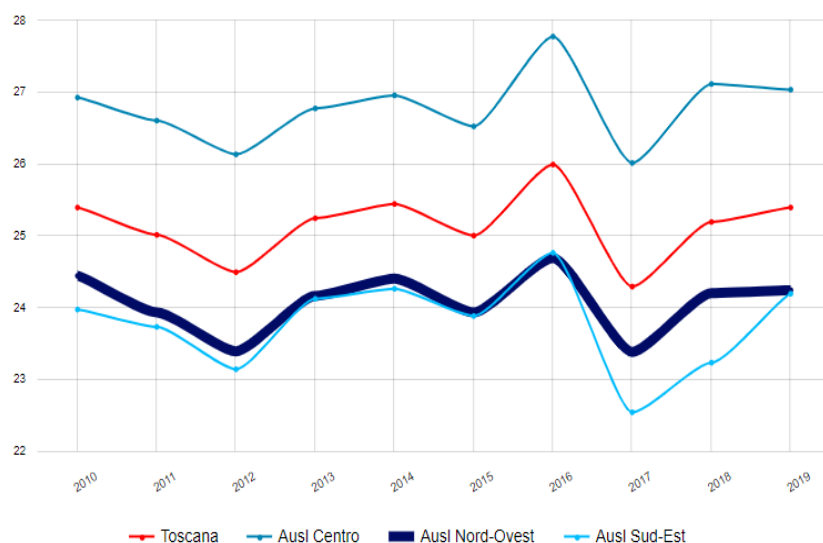
Circa il monitoraggio dell'emoglobina glicata l'intera azienda nord ovest risulta averne attivati meno rispetto alla media regionale (tasso <60 pazienti, con media regionale 62,54). La peggiore performance risulta quella della zona pisana (42,05), con le zone Lunigiana, Piana di Lucca e Versilia che mostrano valori < 60.

Anche nel caso della diffusione di terapia con broncodilatatori tra i pazienti cronici con bpc, la zona Nord

Terapia con broncodilatatori tra malati cronici di BPCO

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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



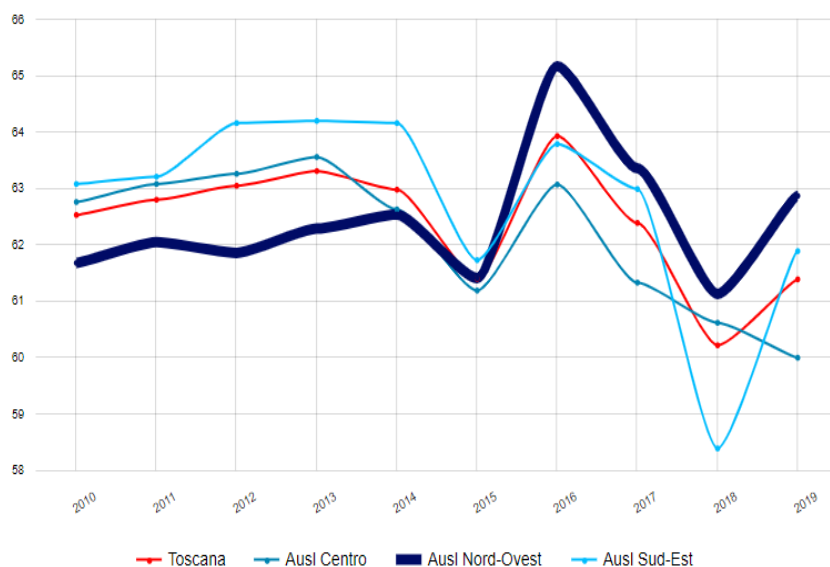
ovest risulta al di sotto della media regionale, seppure con un margine più ristretto rispetto al caso precedente (24,25 contro 25,4 / 100). Le zone con peggiore performance risultano la Lunigiana (14,77) e più in alto Apuane, Valle del Serchio, Elba e Piana di Lucca. La modestia dei risultati forse potrebbe essere imputata dalla particolare organizzazione dei servizi in zone disagiate

e montane.

Terapia antitrombotica tra malati cronici di pregresso ictus

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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

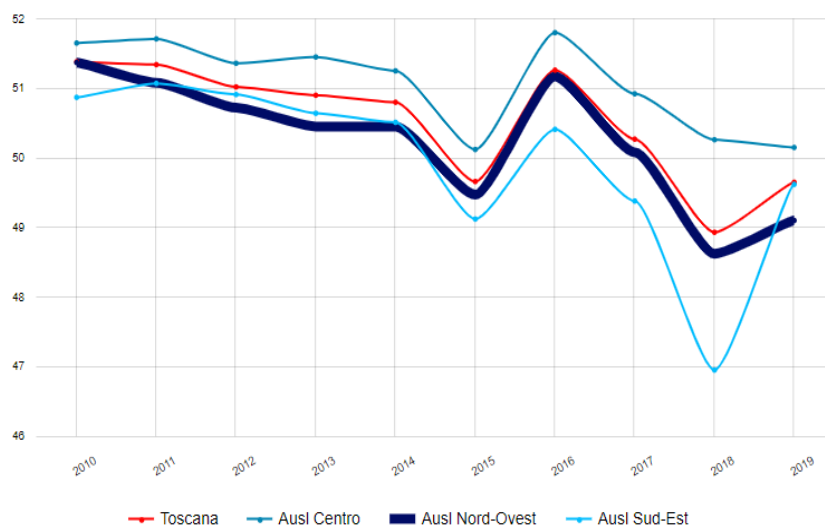


performance nella Bassa Val di Cecina (59,83), Elba (59,85) e zona Pisana (60,14).

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

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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



e regione. Nell' ultimo anno (2019) i tassi standardizzati appaiono simili (49,11 asl e 49,66 regione). Le zone meno virtuose appaiono Elba (45,04), Piana di Lucca (45,59), Pisana (47,42), Alta Val di Cecina (48,98) e Bassa Val di Cecina (49,15).

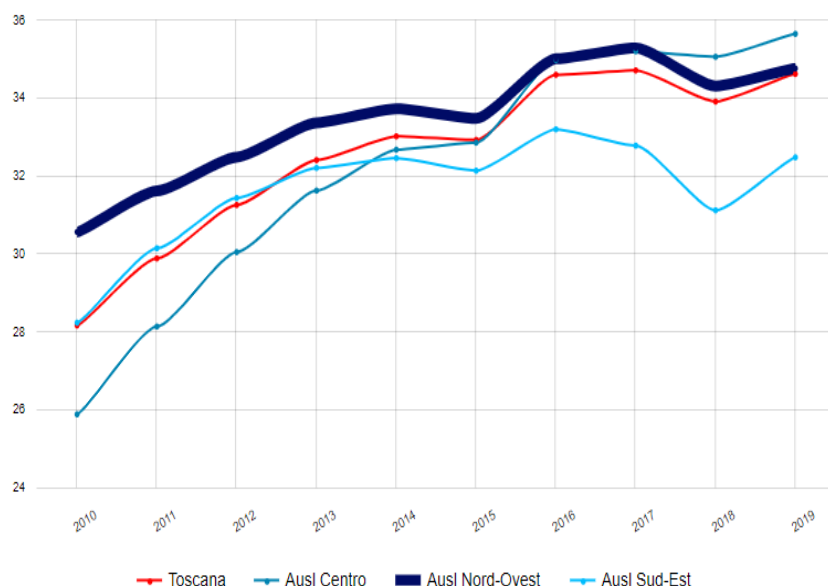
Evidente il miglioramento attuato dalla asl tno per quanto attiene la gestione della terapia antitrombotica con soggetti cronici di pregresso ictus. Dal 2015 in avanti l'azienda passa alla prima posizione regionale e mantiene il primato nonostante la flessione generalizzata dal 2017 e la ripresa dell'intero panorama verificatasi del 2019. L'analisi per zona mostra le peggiori

Per quanto attiene la terapia con Ace inibitori, ovvero farmaci di prima scelta per i quali viene dimostrata la loro efficacia nel prevenire o rallentare la progressione della nefropatia diabetica e soprattutto nel ridurre sia la morbilità che la mortalità per eventi cardiovascolari, la sua diffusione segue un trend simile tra asl nord ovest

Terapia con statine tra malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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

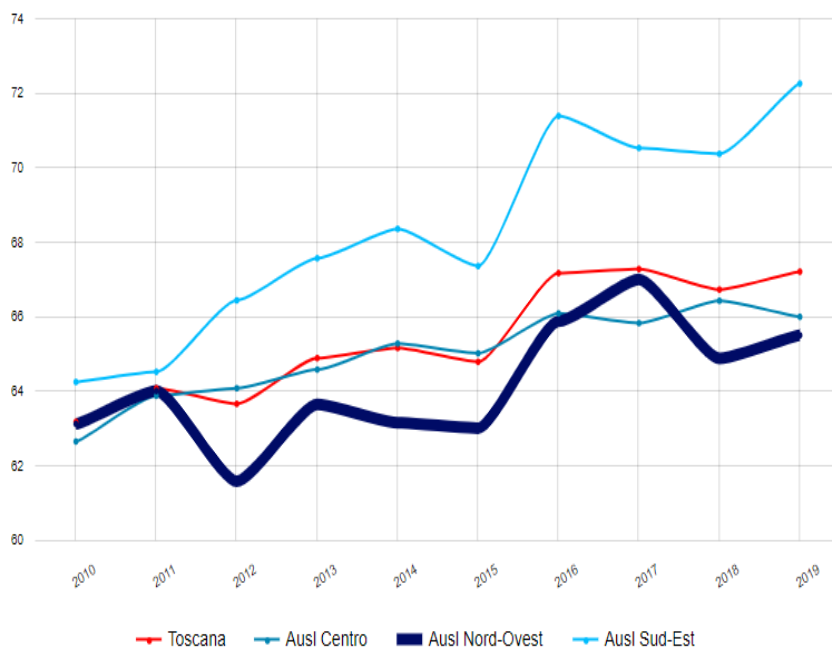


Il trend decennale sulla diffusione della terapia con statine nel diabete vede la asl nord o vest al primo posto dal 2010 al 2017 per superare la media regionale nell'ultimo periodo.(asl 34,17 contro 34,63 regione). Le performance più scarse sono localizzate in Versilia (29,77), Elba (31,03), Alta Val di Cecina (32,71) e Pisana (33,09).

Monitoraggio di creatinina o clearance 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)

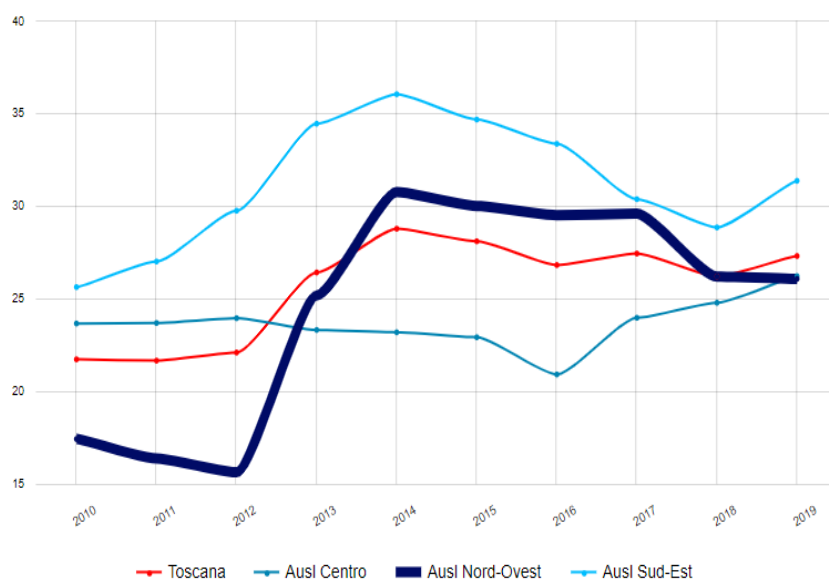


Per il monitoraggio della creatinina nel diabete al contrario la nostra azienda appare in posizione defilata risultando però una ripresa che senz'altro la riporterà nelle prime posizioni. Nell'ultimo periodo il tasso standardizzato per la nostra azienda risulta inferiore a quello regionale medio (65,52 contro 67,23). Nelle ultime posizioni la zona Pisana (53,14), la Lunigiana (60,27), Piana di Lucca (62,52), Versilia (63,31) e Apuane (65,95).

Monitoraggio di microalbuminuria tra malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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



La presenza di piccole quantità di albumina nelle urine può comparire negli stadi molto precoci della nefropatia diabetica e può fungere quindi da campanello d'allarme per questa temibile complicanza.

La diffusione del monitoraggio della microalbuminuria nel diabete nella nostra azienda ha avuto un grande balzo dal 2013 per assestarsi su un alto livello dall'anno successivo.

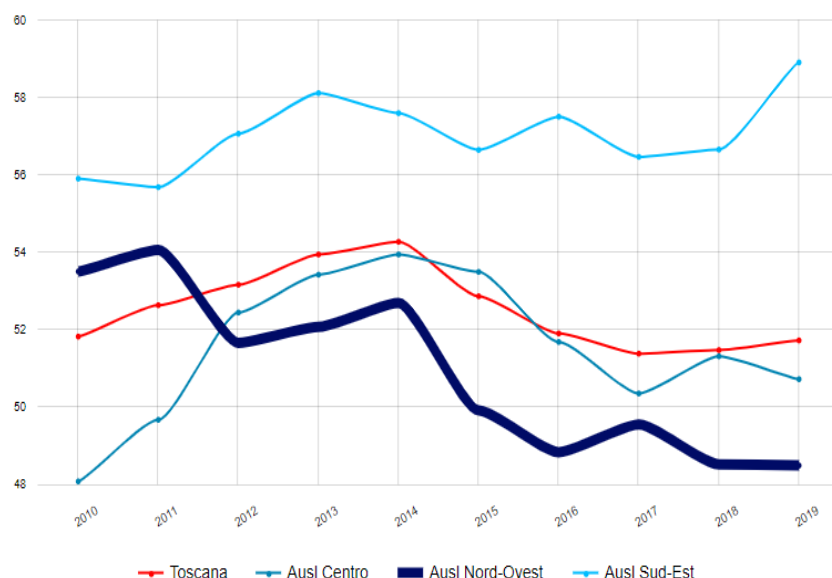
Mostra comunque un arresto dal 2017 ed il trend appare in flessione nell'ultimo anno. Nel 2019 scende leggermente sotto la media regionale con tasso di 26,11 contro quello medio regionale del 27,35.

L'articolazione zonale vede ancora una scarsa diffusione per la zona pisana (7,26), per la Lunigiana (13,06), Apuane (20,25), Piana di Lucca (20,68), Alta Val di Cecina (22,47) e Versilia (26,42).

Misurazione del profilo lipidico 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)



Il trattamento dell'ipercolesterolemia oggi non è fine a se stesso poiché l'obiettivo terapeutico è la riduzione del rischio cardiovascolare globale. Infatti, i fattori di rischio agiscono in sinergia, amplificando la probabilità di comparsa di un evento cardiovascolare e ciò è tanto più vero nei pazienti diabetici.

IL trend per la nostra azienda risulta in netto peggioramento e

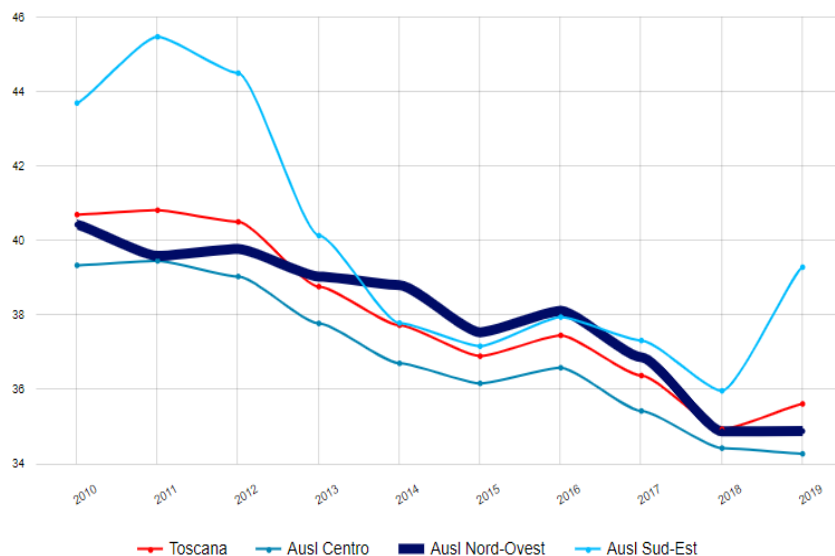
nell'ultimo anno raggiunge il valore più basso (48,51 contro 51,74 media regionale). Valori sotto la soglia media risultano per Piana di Lucca (38,17), zona Pisana (38,25). Lunigiana (39,25), Versilia (47)

e Apuane (51,42).

Visita oculistica 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)



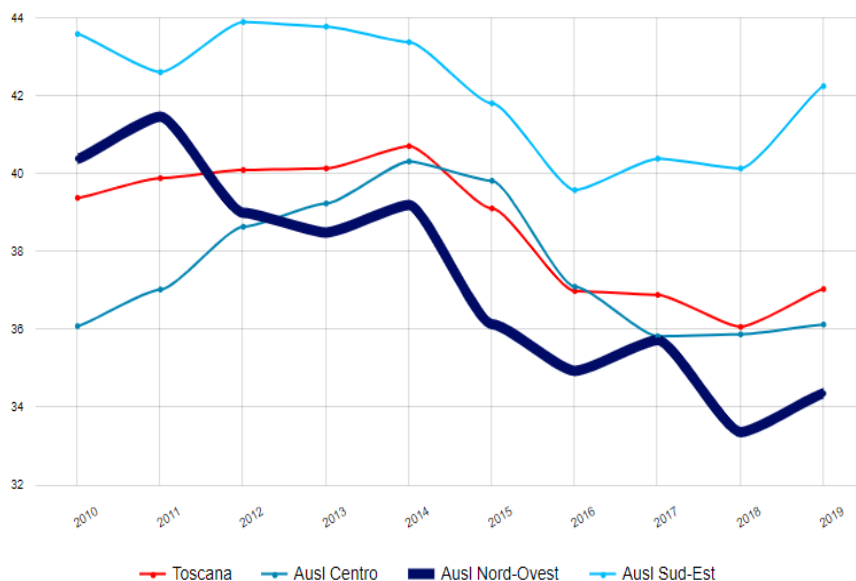
Il rischio di contrarre una retinopatia anche asintomatica cresce proporzionalmente con l'aumento del numero di anni dalla diagnosi di diabete mellito. A questo proposito è di fondamentale importanza la prevenzione tramite un primo controllo oftalmologico completo, da ripetersi almeno una volta all'anno durante il corso

della malattia: gli esami cardine sono rappresentati dall' oftalmoscopia binoculare indiretta e la fluoroangiografia retinica per l'esplorazione di retina, nervo ottico e coroide. Per questo tipo di monitoraggio tutte le aziende tranne la Sud est seguono un forte declino. La Asl nord ovest resta leggermente sotto la media regionale (34,9 contro 35,63) con diverse situazioni di performance non soddisfacenti come quello della Piana di Lucca (19,71), zona Pisana (31,33), Valle del Serchio (33,78) e Apuane (33,87).

Misurazione del profilo lipidico tra malati cronici di pregresso ictus

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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



Nella nostra azienda assistiamo alla maggiore diffusione della terapia con beta-bloccanti nelle patologie di insufficienza cardiaca.

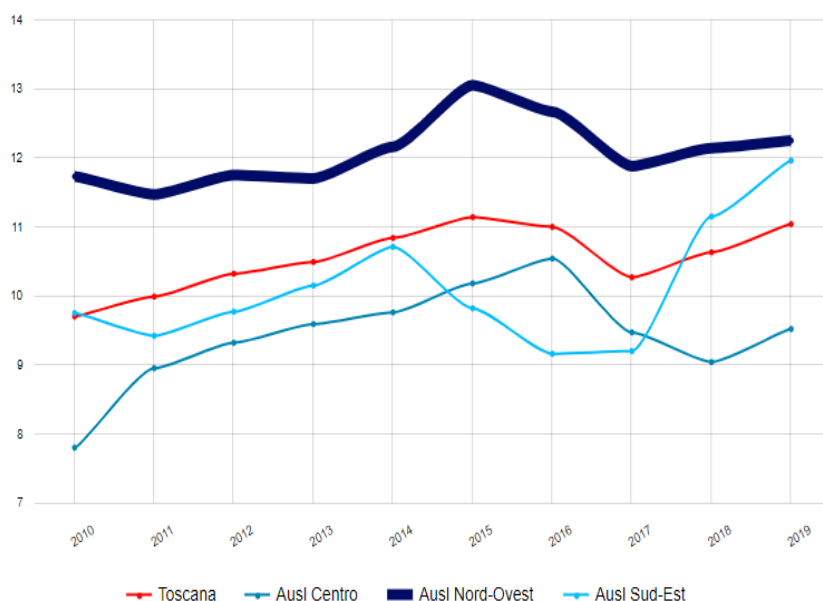
Il trend generale è dal 2010 in ascesa. La nostra posizione nel 2019 assume un tasso di 62,85 contro la media regionale di 59,32. I valori più bassi sono assegnati alla zona Pisana (55,69), alla Bassa Val di Cecina (57,46) ed

all' Alta Val di Cecina (58,45).

Misurazione spirometrica tra malati cronici di BPCO

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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



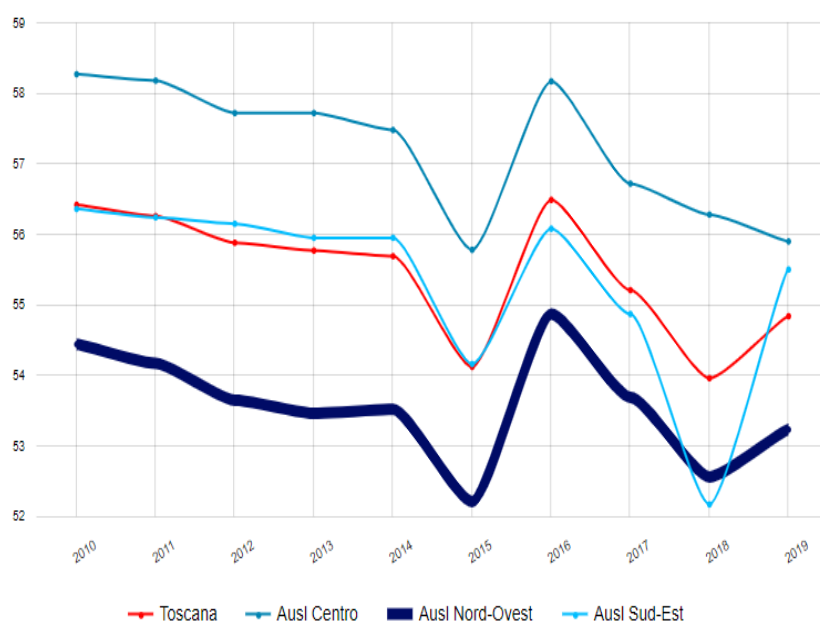
La spirometria costituisce non solo il principale strumento diagnostico nella diagnosi di BPCO, poichè permette di misurare la capacità polmonare residua, ma anche il necessario strumento di valutazione funzionale polmonare durante il follow-up del paziente, che andrebbe effettuato almeno una volta l'anno, se non almeno due nel paziente più grave.

Anche per questo monitoraggio l'Asl Toscana Nord ovest presenta la più alta diffusione con un tasso standardizzato di 12,26 contro l'11,05 del dato regionale. Valori sotto la media e tutti minori di 10 misurazioni ogni 100 residenti in età ultra 16 sono registrati per Lunigiana, Valle del Serchio, Piana di Lucca, Elba e Apuane.

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

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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



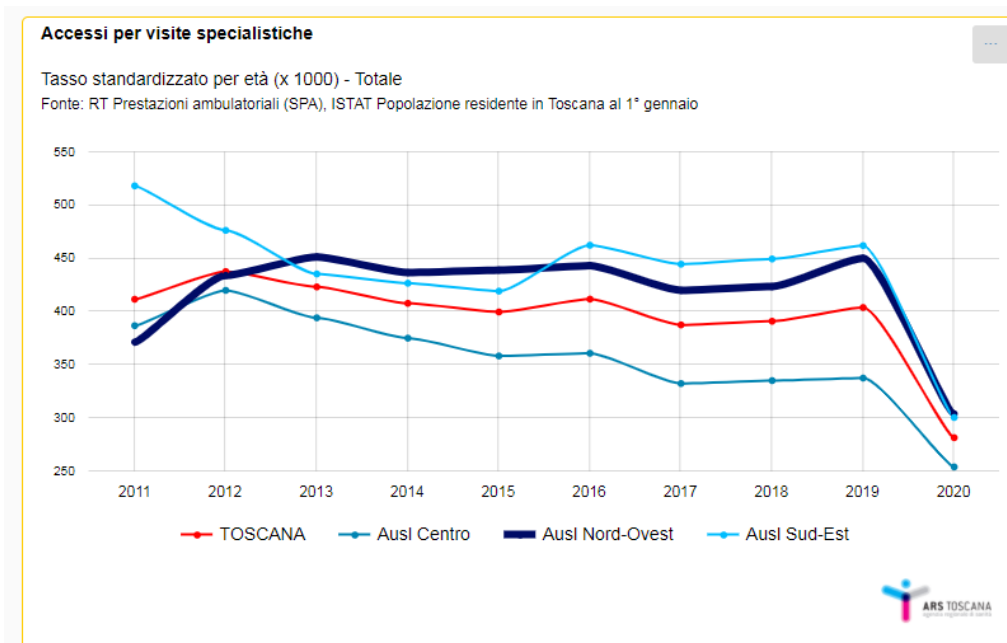
Risale anche il dato sulla diffusione della terapia con ACE inibitori per cardiopatia ischemica. Dopo un quinquennio di flessione ed una caduta nel sesto anno gli ultimi due anni sono all'insegna della ripresa della diffusione della terapia.

La nostra azienda per quasi tutta la serie storica è rimasta nell'ultima posizione regionale e nell'ultimo periodo, nonostante un cambio di marcia presenta un tasso di 53,24 contro il dato medio di 54,85. La serie dei tassi per zona vede in ultima posizione Piana di Lucca con 46,4 e davanti Elba

(49,43), Bassa Val di Cecina (52,06), Valle del Serchio (52,69), zona Pisana (52,88), Versilia (53,51), Lunigiana (54,37) e Alta Val di Cecina (54,75).

9.4 Assistenza specialistica ambulatoriale – dati 2020

Come evidenziato dal grafico qui accanto il crollo delle prestazioni ambulatoriali nel 2020 è netto e ben evidente. Nella nostra asl il crollo nel tasso di visite è del 32,5% contro il 30,3 del dato medio regionale.



Accessi per visite specialistiche

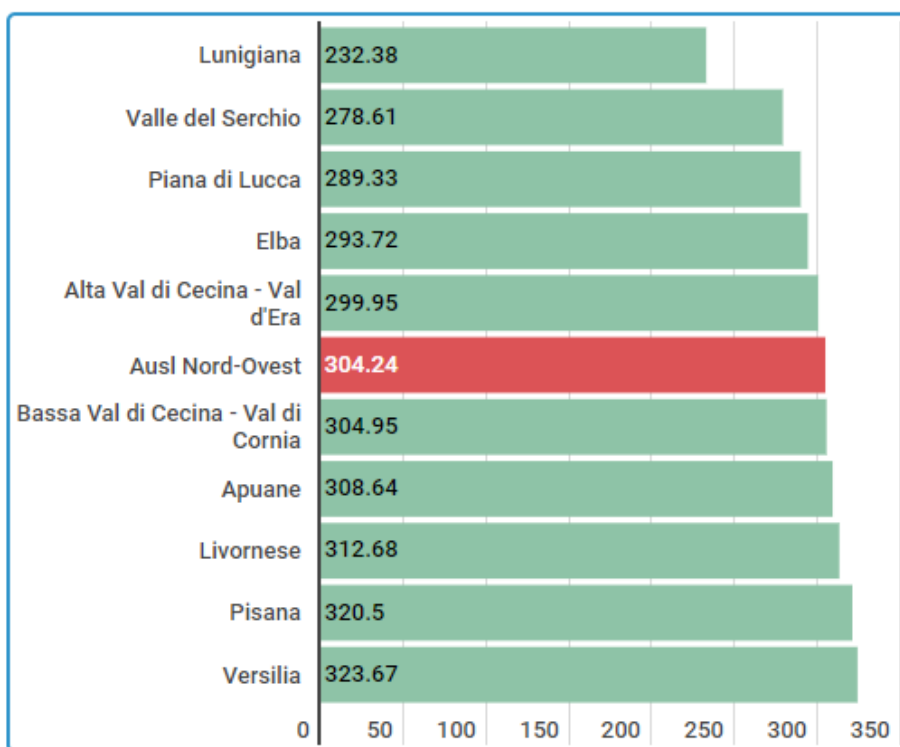
Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2020 - Totale
Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Accessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	1.108.215	300,12	281,82	281,28	282,36
AUSL CENTRO	430.136	267,03	254,30	253,52	255,08
AUSL NORD-OVEST	412.249	327,77	304,24	303,28	305,20
ex ASL 1 - Massa e Carrara	60.468	315,46	287,78	285,38	290,18
ex ASL 2 - Lucca	68.997	309,36	287,08	284,87	289,29
ex ASL 5 - Pisa	112.431	329,35	311,85	309,98	313,72
ex ASL 6 - Livorno	114.088	333,47	307,85	305,98	309,71
ex ASL 12 - Viareggio	56.265	352,74	323,67	320,88	326,45
AUSL SUD-EST	265.830	322,59	300,76	299,58	301,94

ARS TOSCANA

Il volume degli accessi alla specialistica ambulatoriale per la nostra Asl presenta ancora il valore più importante in rapporto alla popolazione residente.

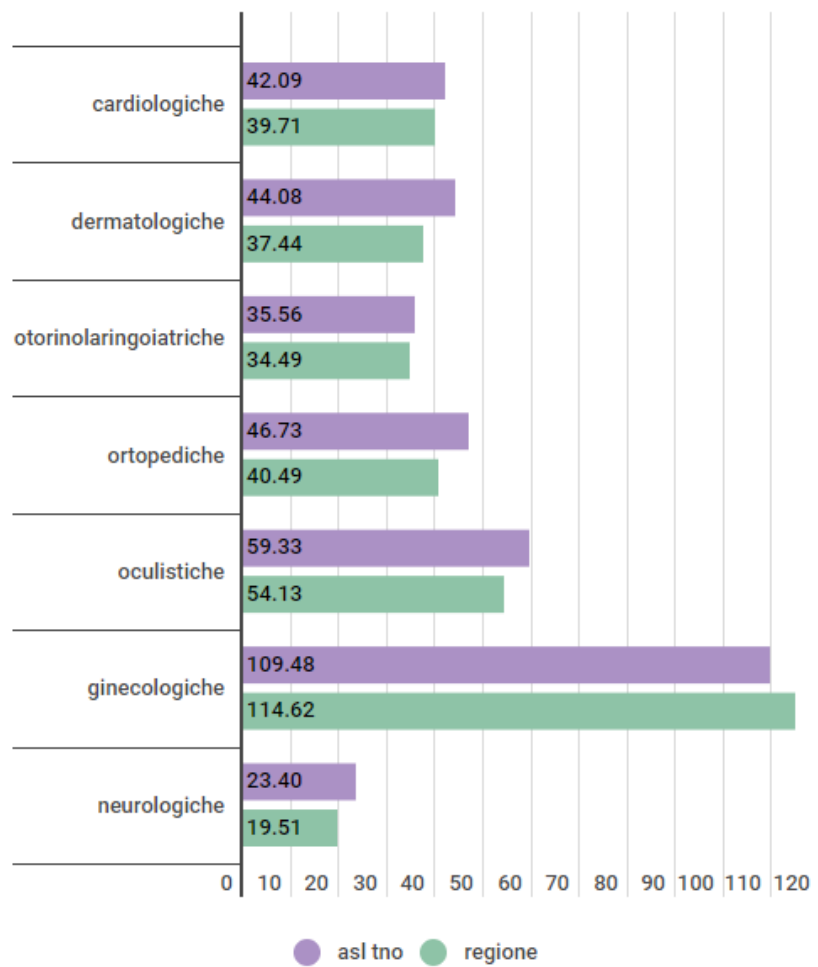
**Tasso grezzo di accessi per visite specialistiche ambulatoriali per zona distretto
(dati 2020)**



A dominare fra le ex asl abbiamo nel nostro territorio la Versilia con il tasso di 352,74 accessi più alto anche rispetto al dato regionale medio (300,12).

Spiccano inoltre le zone Pisana, Livornese, Apuane e Valli etrusche che superano la media di area vasta.

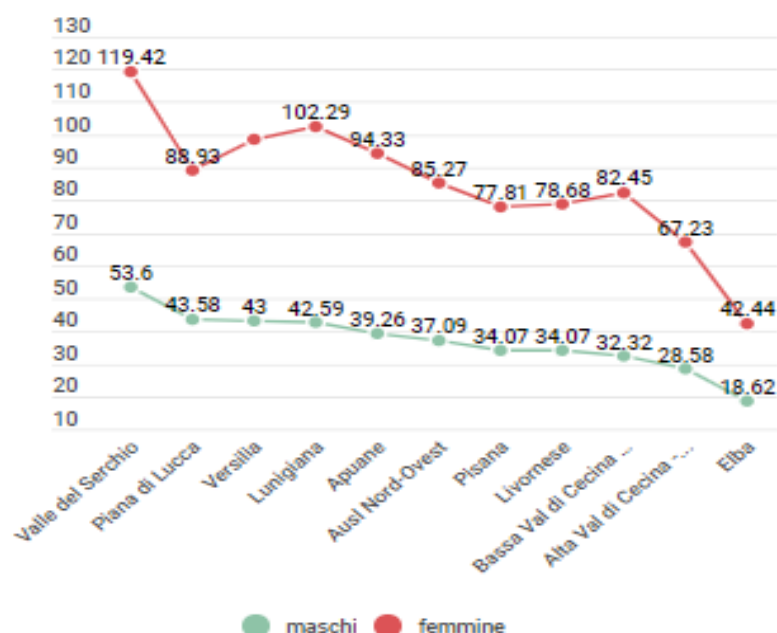
Come mostrato nel grafico seguente, l'analisi dei tassi di accesso alle visite ambulatoriali, ottenuto comparando il dato aziendale con quello medio regionale, vede una significativa differenza positiva per l'asl per quanto riguarda le visite dermatologiche, ortopediche, oculistiche effettuate nel 2020. Dati negativi per quanto attiene le visite ginecologiche.



Accessi visite ambulatoriali per branca specialistica, confronto dato regionale / dato aziendale (2020)

9.5 Assistenza farmaceutica territoriale

Consumo pro-capite di farmaci antidepressivi



L'indicatore misura il rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della Regione al fine di valutare il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo farmaceutico. Si confronti a tale proposito l'altro indicatore circa la prevalenza dei pazienti in cura con antidepressivi, presso la salute mentale (paragrafo 5.7).

Consumo pro-capite di farmaci antidepressivi

Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente
Denominatore: Popolazione residente in Toscana nell'anno di riferimento

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - anno 2019

D15C - Consumo pro-capite di farmaci antidepressivi

DDD ab/die grezze (x 1000), Numero - Ausl e Toscana - Anno 2019 - Totale

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

Residenza	Casi	Rapporto	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	230.267	61,74	61,50	61,98
AUSL CENTRO	102.426	62,89	62,52	63,26
AUSL NORD-OVEST	78.699	61,99	61,57	62,41
AUSL SUD-EST	49.142	59,10	58,60	59,61

9.6 Disabilità (si veda paragrafo 6.3.4)

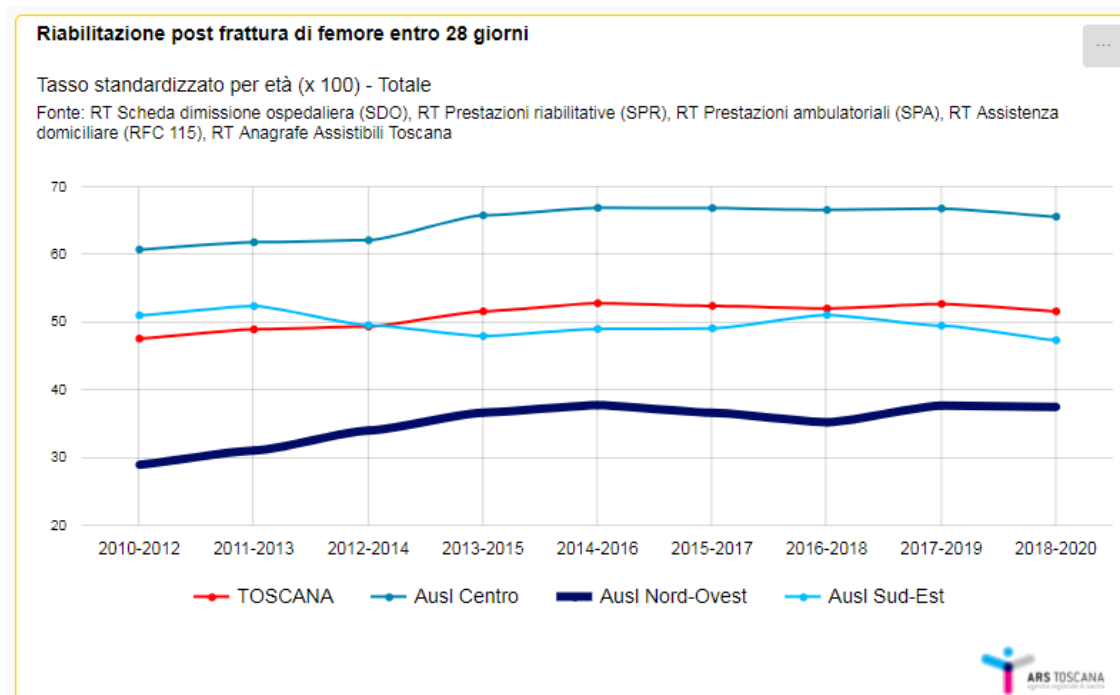
9.7 Assistenza anziani non autosufficienti

Prevalenza assistiti in AD (dato già presente al paragrafo 6.3)

Prevalenza assistiti in RSA (dato già presente al paragrafo 6.3)

9.8 Riabilitazione – dati 2020

Riabilitazione post frattura di femore entro 28 giorni



Il dato aziendale resta col valore più basso nell'intero panorama regionale. Il 37,97% dei soggetti dimessi per frattura al femore ha ricevuto almeno un evento riabilitativo entro 28 giorni. Il valore medio regionale è del 51,69% e quello migliore rappresentato dalla Asl Centro è del 65,67%.

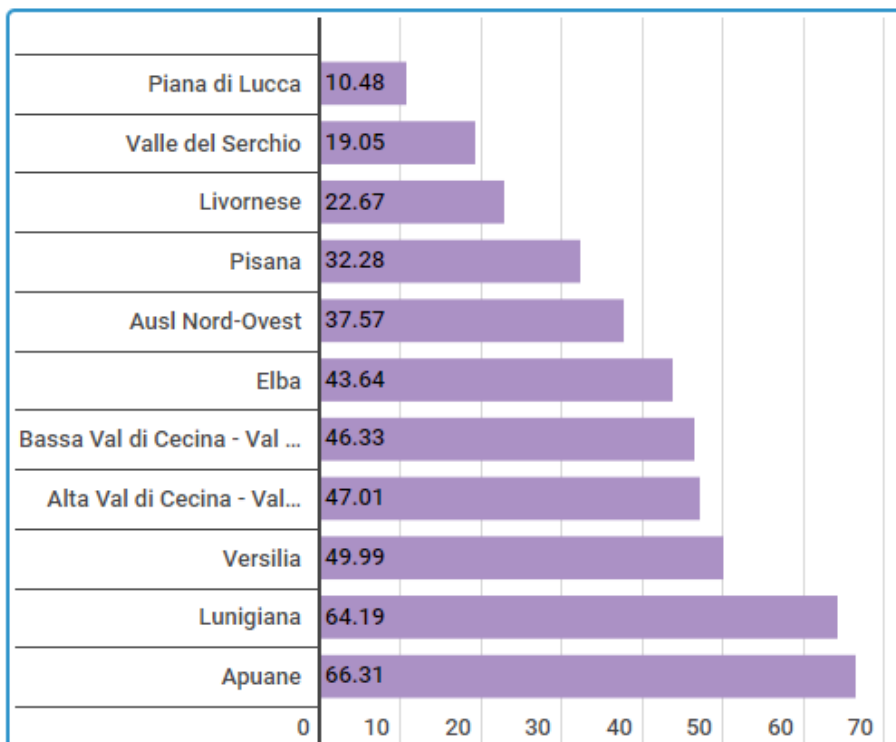
Riabilitazione post frattura di femore entro 28 giorni

Tasso standardizzato per età (x 100) - Periodo 2018-2020 - Totale
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Prestazioni riabilitative (SPR), RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Assistenza domiciliare (RFC 115), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Proporzione grezza	Proporzione standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	8.819	50,09	51,69	49,87	53,50
AUSL CENTRO	4.803	62,84	65,67	62,52	68,82
AUSL NORD-OVEST	2.212	36,51	37,57	35,01	40,12
AUSL SUD-EST	1.804	46,21	47,43	43,71	51,14

ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

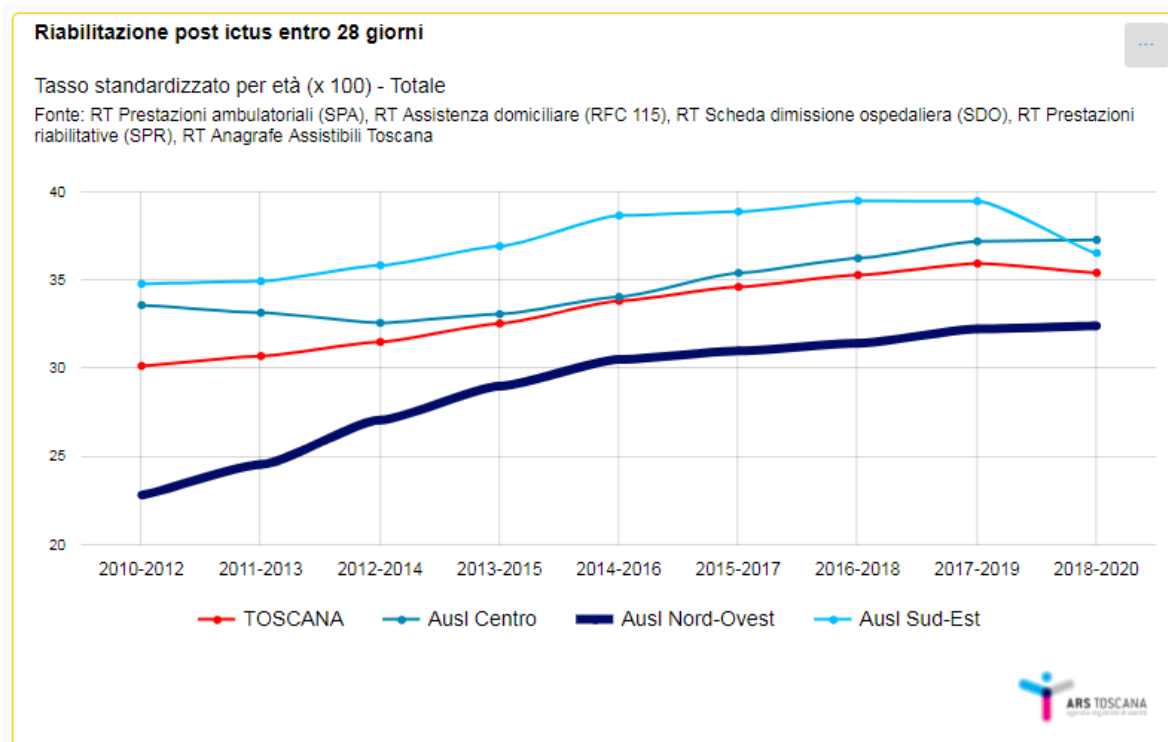
Riabilitazione post frattura femore per zona distretto (dati 2020)



Il dato è qui spalmato per zona distretto. La zona Apuane con una percentuale del 66,31% presenta il dato migliore fra tutte le zone dell' area vasta.

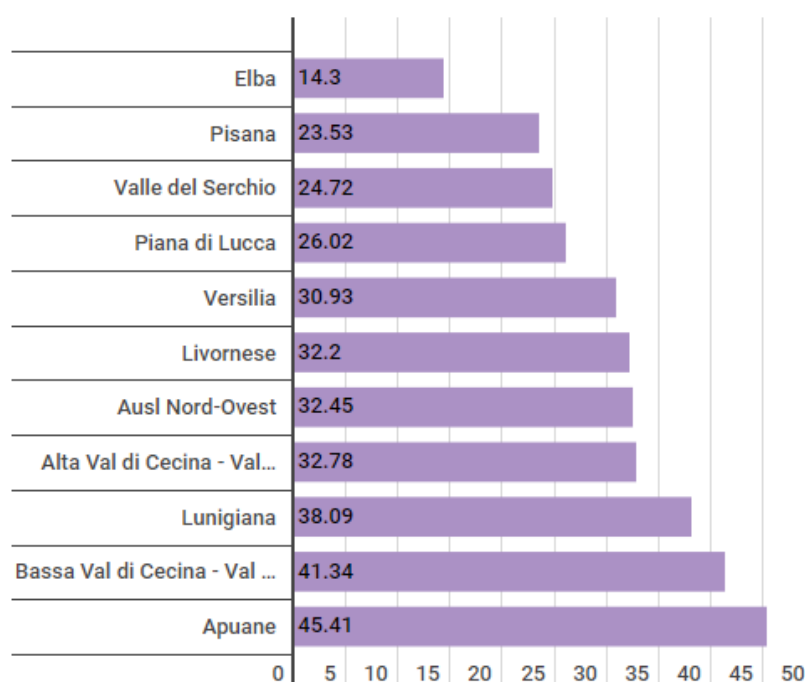
Riabilitazione post ictus entro 28 giorni

Nonostante la riduzione dei tassi di mortalità e di incidenza osservata da alcuni decenni in molti paesi sviluppati, l'ictus è ancora una delle principali cause di disabilità e mortalità tra gli anziani.[1] Dati internazionali dimostrano che a 3-6 mesi dall'evento, nei pazienti sopravvissuti permane comunque un'elevata frequenza di disabilità in almeno una attività della vita quotidiana. A un anno dall'evento circa un quarto dei pazienti ha una disabilità moderata o severa.[2-3] Circa un paziente su quattro muore entro 30 giorni dall'evento.[4] In totale le malattie cerebrovascolari sono responsabili di circa il 10% dei decessi totali in Italia (fonte: ISTAT). L'obiettivo della riabilitazione nel paziente è quello di agevolare il recupero della funzionalità neuromotoria per tornare in condizione di completa autonomia e sicurezza o comunque raggiungere il più alto livello di recupero possibile ed evitare il progredire della perdita di autonomia o il decesso.



Nella nostra azienda anche per quanto attiene la capacità di attivazione delle prestazioni riabilitative in fase post ictus il tasso resta al di sotto delle altre aziende territoriali, benché il trend sia in rapida crescita a partire dall'inizio della serie storica. Nell'ultimo triennio la asl tno pare recuperare il gap che potrebbe arrivare ad eguagliare le altre realtà entro 2-3 trienni. Nel grafico seguente osserviamo l'articolazione per zona.

Riabilitazione post ictus per zona distretto (dati 2020)

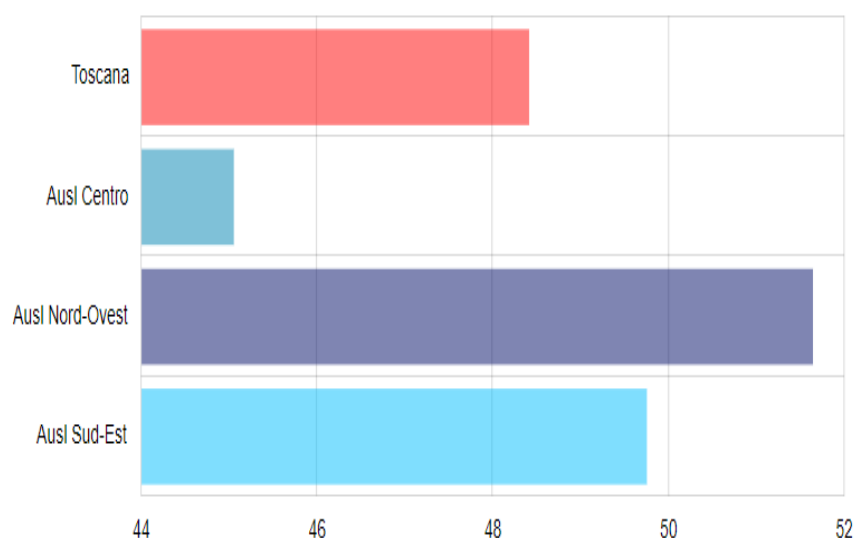


9.9 Indicatori di attività ospedaliera per condizioni sensibili alle cure territoriali (non sono presenti indicatori obbligatori per lo specifico ambito) – dati 2018 tranne ove segnalato in specifico indicatore.

Angina pectoris senza interventi, ospedalizzazione

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Anno 2018 - Totale

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



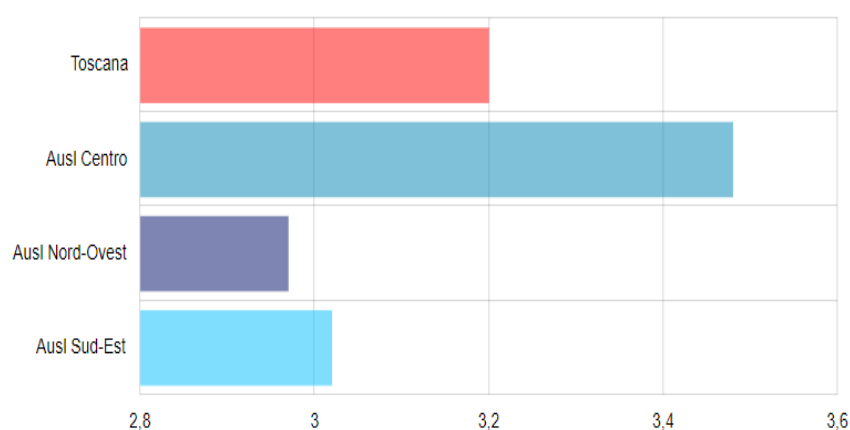
La Asl Nord Ovest ha il primato per l'ospedalizzazione di pazienti con angina pectoris senza intervento cardiologico con un tasso di 51,4 casi per 100 mila, contro la media regionale del 48,41..

Restano al di sotto di tale media la zona apuana (24,2), Alta Val di Cecina (34,72), Livornese (43,56) e Piana di Lucca (45,06).

Tasso di ospedalizzazione per asma negli adulti.

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Anno 2018 - Totale

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



Le linee guida evidenziano che l'asma è una patologia cronica facilmente trattabile ed efficacemente gestibile in ambito extra-ospedaliero. La stima dei ricoveri per asma negli adulti può pertanto rappresentare un indicatore dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza e di gestione del soggetto affetto da questa patologia in uno specifico

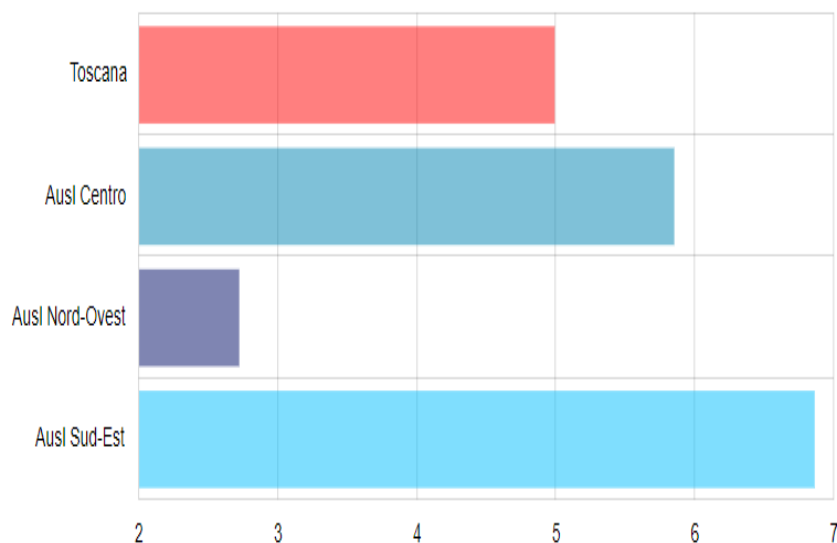
territorio, anche in termini di educazione sanitaria e di accesso alle cure.

Dal grafico qui sopra rappresentato si evidenzia il primato dell'Asl Nord ovest nel trattamento extraospedaliero dell'asma. Come per il precedente indicatore anche questo tende al netto miglioramento ovunque. Le zone dove si tende invece ad ospedalizzare oltre la misura media (3,2 ogni 100 mila abitanti) sono la zona Pisana (6,08), Versilia (4,36) e Bassa Val di Cecina (4,26).

Diabete, complicanze a breve termine, ospedalizzazione

- Anno 2018 - Totale

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



Le ospedalizzazioni per complicanze del diabete sono considerate un evento evitabile in quanto prevenibili con una adeguata assistenza ambulatoriale. In questo caso la nord ovest detiene anche qui il primato con 2,72 ricoveri contro un dato medio regionale di 4,99. Tendono ad ospedalizzare maggiormente nelle zone di Piana di Lucca (6,4), Elba (5,77) e zona Pisana (5,00).

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per infezioni del tratto urinario – dato 2020

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per infezioni del tratto urinario

Tasso standardizzato per età (x 10000) - Anno 2020 - Totale

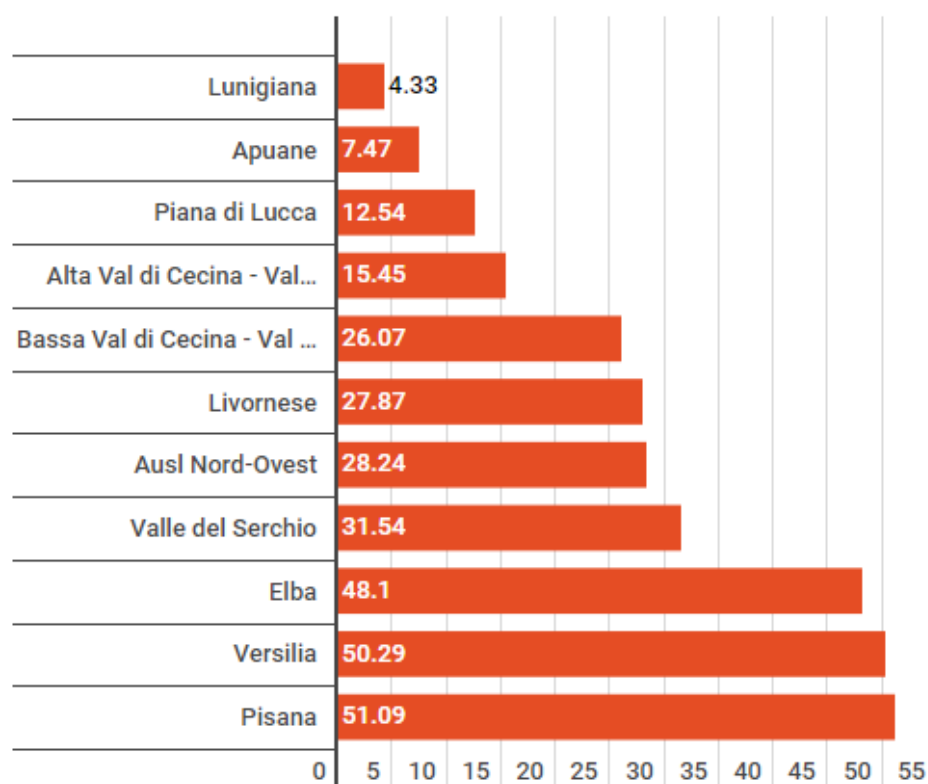
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Ricoveri	Popolazione residente	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	1.719	3.144.823	54,66	54,66	37,93	41,89
AUSL CENTRO	833	1.362.542	61,14	61,14	41,42	47,73
AUSL NORD-OVEST	414	1.077.174	38,43	38,43	25,37	31,11
AUSL SUD-EST	472	705.107	66,94	66,94	43,77	53,06



Anche per quanto riguarda la tendenza a ricoverare per infezioni del tratto urinario, la Asl Tno appare con la migliore performance in quanto mostra un tasso grezzo di 38,43, molto inferiore al dato regionale ed ai tassi delle altre asl territoriali. Si veda nel grafico seguente l'articolazione dell'indicatore nella varie zone.

Tasso di ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario per zona distretto (dati 2020)



Relazione sanitaria

2021

I dati COVID

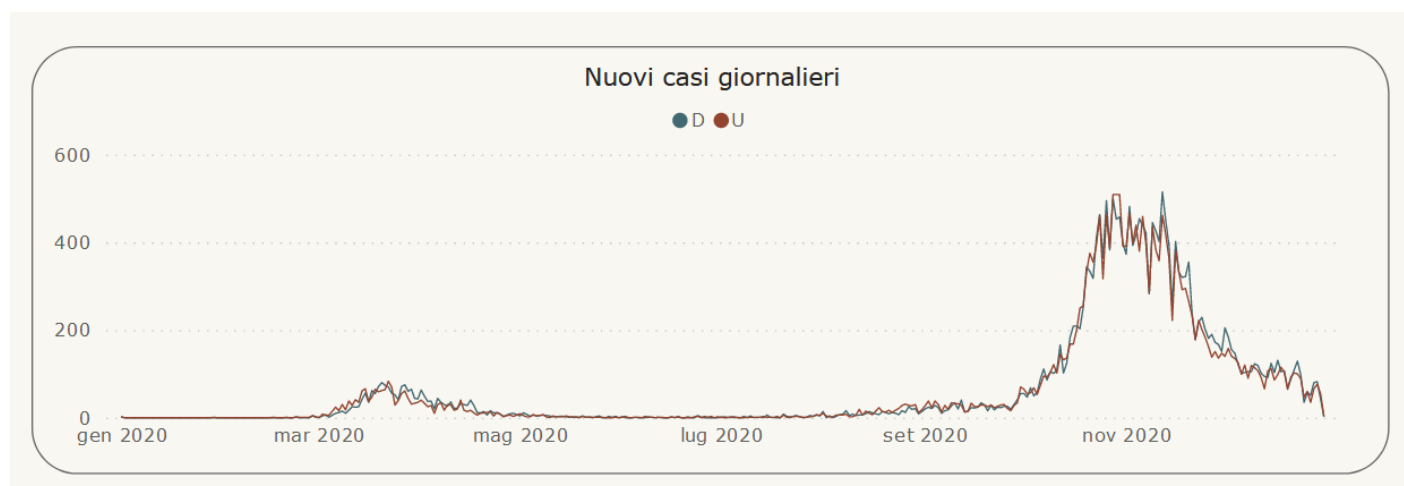
2020



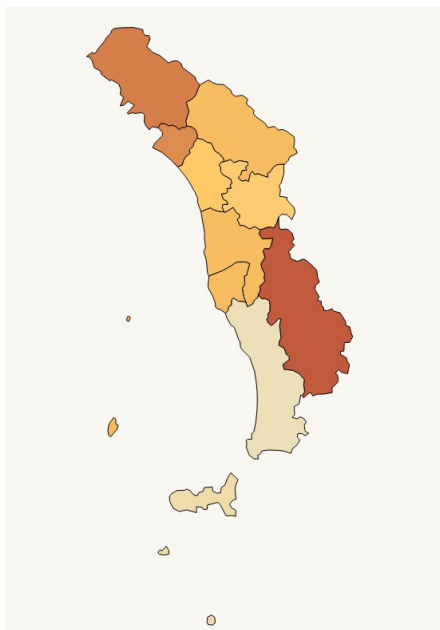
ALLEGATO**LA SITUAZIONE COVID ANNO 2020 IN ASL
NORD OVEST**

Nell'anno 2020 si sono registrati nel territorio della nostra ASL TNO 45952 casi totali, di cui il 50,9% femmine e 49,1% maschi.

Questa la progressione giornaliera cui abbiamo assistito nel periodo:

**Positivi per 100.000 residenti**

Zona	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	135.419	2.149	1.586,9
Elba	31.540	604	1.915,0
Piana di Lucca	167.631	5.642	3.365,7
Versilia	158.637	5.798	3.654,9
Pisana	201.025	7.721	3.840,8
Valle del Serchio	54.408	2.091	3.843,2
Livornese	172.804	6.648	3.847,1
Apuane	137.707	6.035	4.382,5
Lunigiana	52.134	2.369	4.544,1
Alta Val di Cecina - Val d'Era	138.846	6.895	4.965,9
Totale	1.250.151	45.952	3.675,7



La prevalenza dei positivi al virus nelle zone distretto della nostra Asl rilevati nell'arco del 2020 si presenta con una ampia gamma di situazioni diverse, passando da circa cinque positivi ad uno e mezzo ogni 100 mila residenti con media di oltre tre e mezzo.

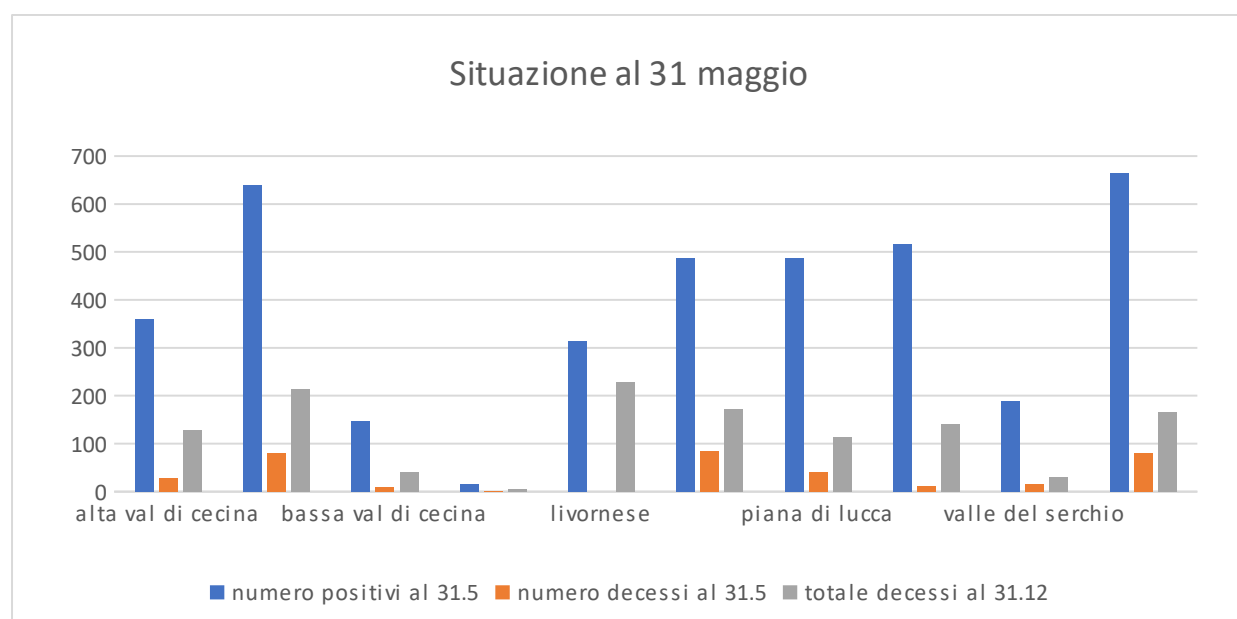
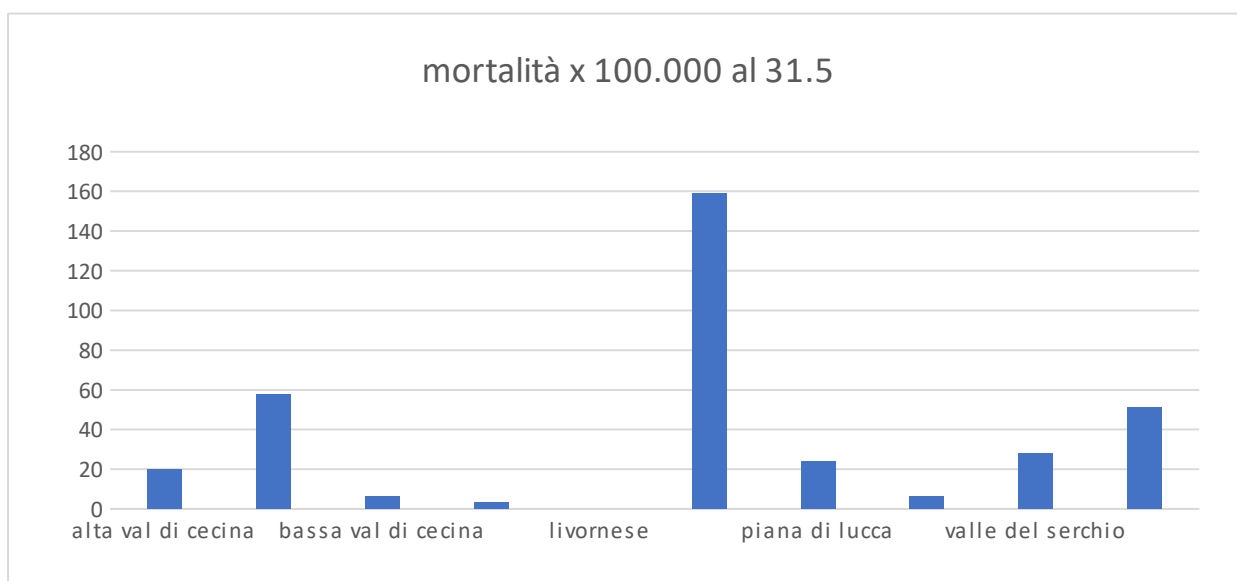
Decessi per 100.000 residenti

Zona	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Elba	31.540	5	15,9
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	135.419	41	30,3
Valle del Serchio	54.408	31	57,0
Piana di Lucca	167.631	114	68,0
Pisana	201.025	141	70,1
Alta Val di Cecina - Val d'Era	138.846	127	91,5
Versilia	158.637	166	104,6
Livornese	172.804	229	132,5
Apuane	137.707	213	154,7
Lunigiana	52.134	172	329,9
Totale	1.250.151	1.239	99,1

Il tasso di decessi rapportato alla popolazione residente vede la Lunigiana come la zona più colpita dell'intera area vasta con circa 330 deceduti per 100 mila residenti. Segue una fascia consistente nelle zone costiere apuana, livornese e versiliese con valori sopra la media (> 100 decessi).

Tabella riassuntiva calcolo mortalità per zone

	numero positivi al 31.5	numero decessi al 31.5	totale decessi al 31.12	popolazione	mortalità x 100.000 al 31.5
alta val di cecina	359	28	127	138.846	20
apuane	639	80	213	137.707	58
bassa val di cecina	147	8	41	135.419	6
elba	15	1	5	31.540	3
livornese	313	0	229	172.804	0
lunigiana	486	83	172	52.134	159
piana di lucca	488	41	114	167.631	24
pisana	516	12	141	201.025	6
valle del serchio	189	15	31	54.408	28
versilia	665	81	166	158.637	51



Dalla tabella di cui sopra, si evince chiaramente come l'andamento della prima ondata epidemica non abbia colpito uniformemente tutta l'ATNO, ma abbia prediletto in particolare la provincia di Massa Carrara ed la Versilia. La Lunigiana è stata la zona più colpita.

Forse nel tempo gli approfondimenti in corso riusciranno a chiarire i motivi che hanno prodotto un andamento tanto particolare.

Stato clinico al tampone per provincia

Stato Clinico al tampone per provincia

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sorveglianza attiva COVID-19

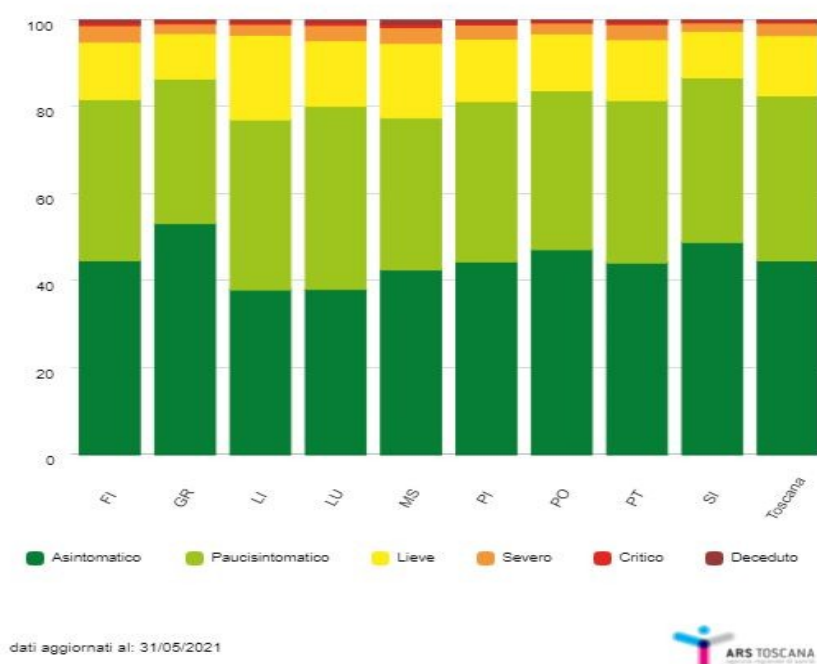
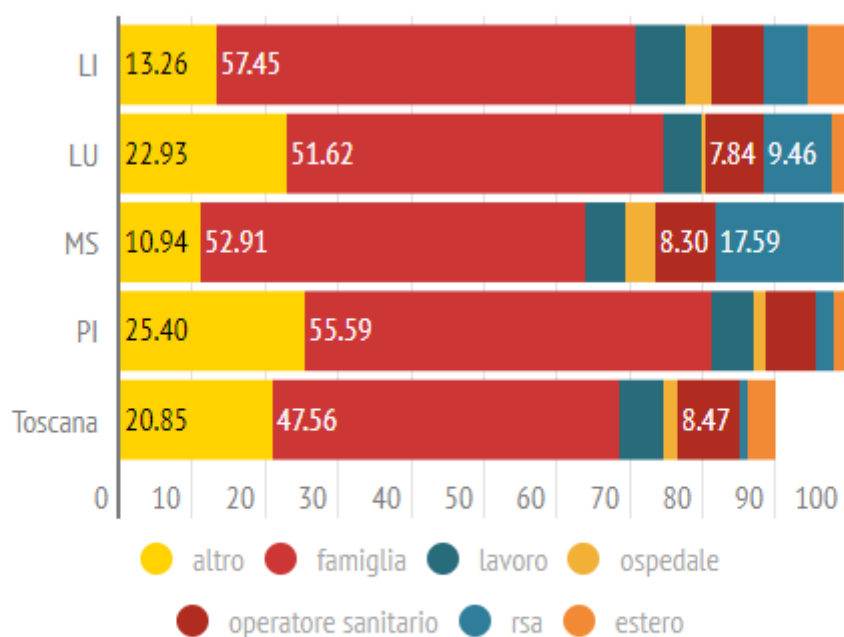


Tabella. Stato clinico al tampone per provincia Asl Tno (x 100), aggiornato al 31/05/2021

ascissa	asintomatico	paucisintomatico	lieve	severo	critico	deceduto
LI	38,00	39,10	19,46	2,50	0,57	0,38
LU	38,11	42,09	15,07	3,52	0,65	0,56
MS	43,00	34,93	17,12	3,67	0,71	0,97
PI	44,46	36,85	14,37	3,23	0,53	0,57
Toscana	44,71	37,89	13,84	2,89	0,49	0,19

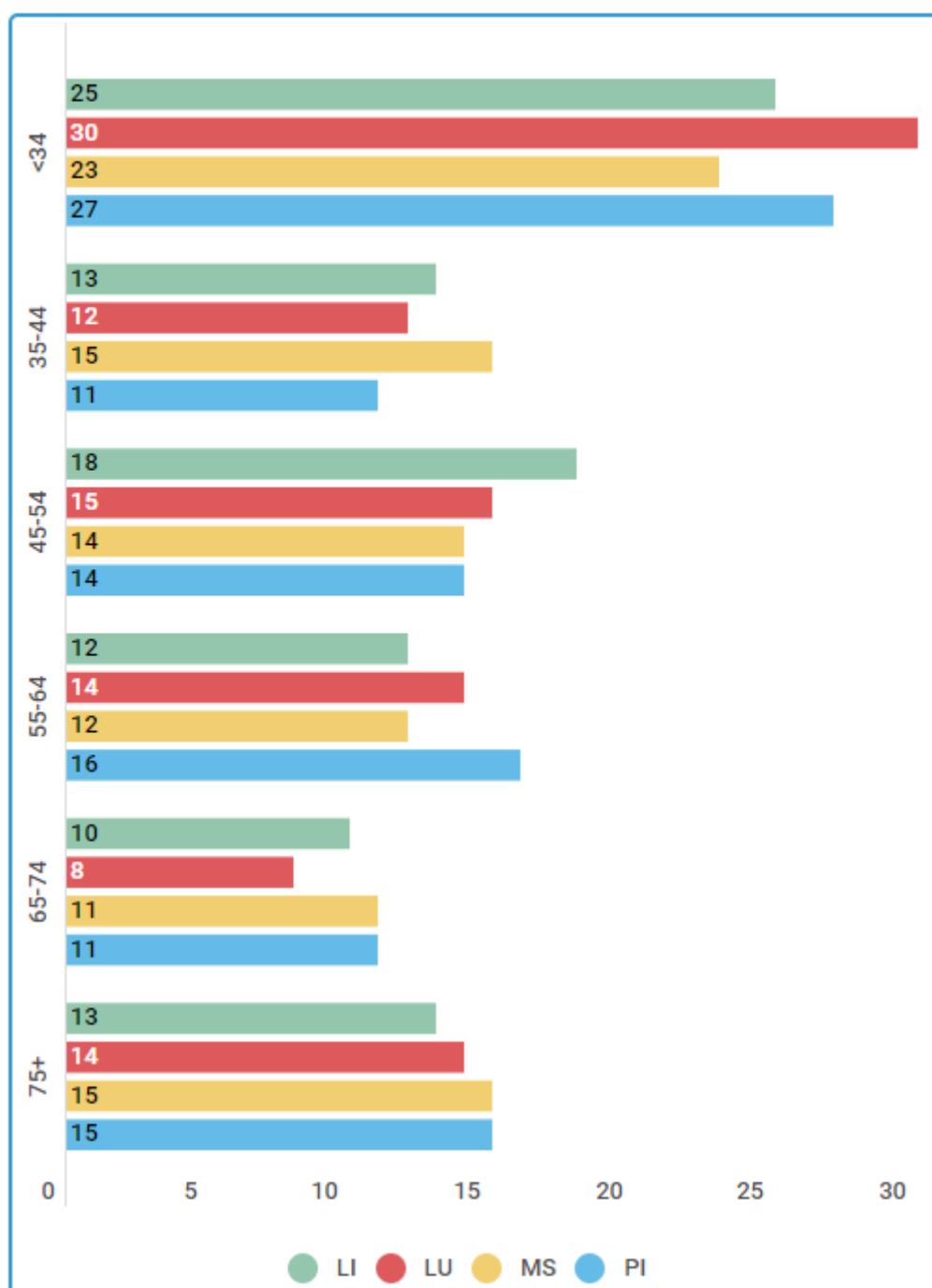
Luogo del contagio per provincia Asl Tno, aggiornato al 01/11/2020

	altro	famiglia	lavoro	ospedale	operatore	rsa	estero
LI	13,26	57,45	6,85	3,53	7,13	6,19	5,59
LU	22,93	51,62	5,20	0,63	7,84	9,46	2,32
MS	10,94	52,91	5,32	4,29	8,30	17,59	0,67
PI	25,40	55,59	5,87	1,54	6,94	2,57	2,43
Toscana	20,85	47,56	6,07	2,00	8,47	1,05	3,96

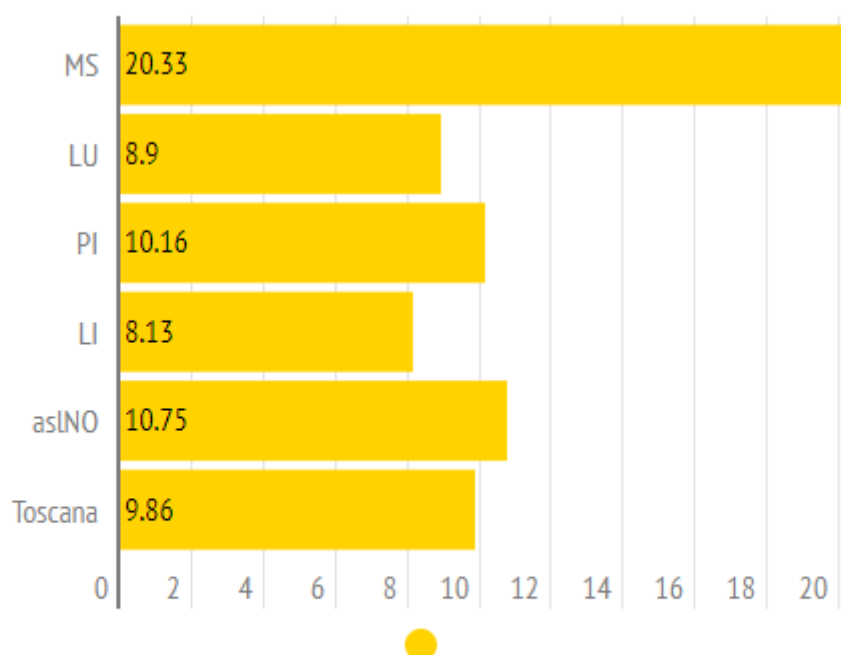
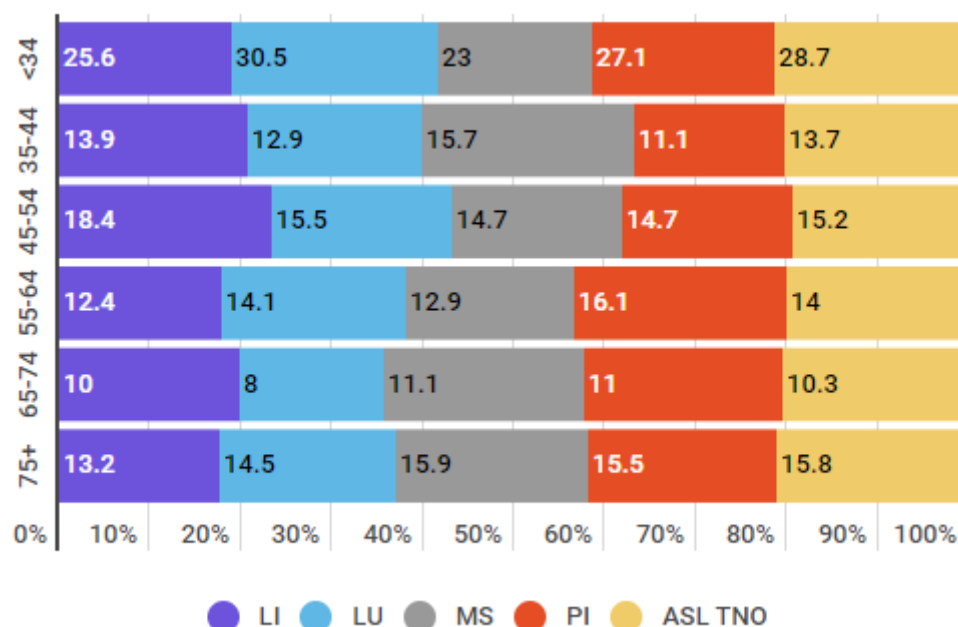


Luogo del contagio per provincia Asl Tno, aggiornato al 01/11/2020

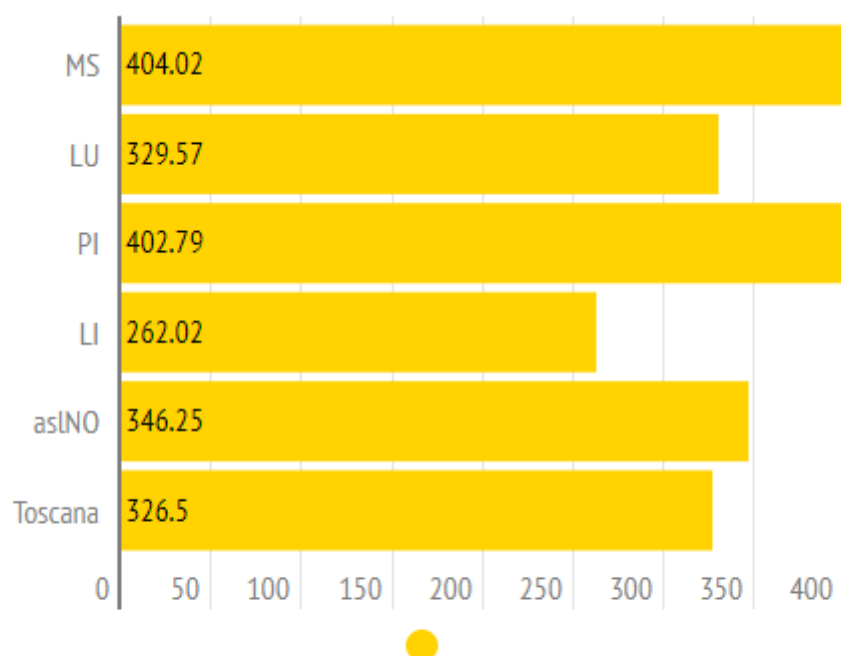
Comparazione fra province area vasta nord ovest nelle medie annuali di positivi covid per classi di età



**Medie annuali di positività Covid 19 per classi di età nelle province dell' Area Vasta Nord Ovest
(settimane dal 25/02 al 31/12/2020)**



Decessi per covid 19 per 10.000 residenti nelle province dell'Area Vasta Nord Ovest (24/02-31/12/2020)



Casi di positività covid 19 per 10.000 residenti nelle province dell'Area Vasta Nord Ovest (24/02-31/12/2020)

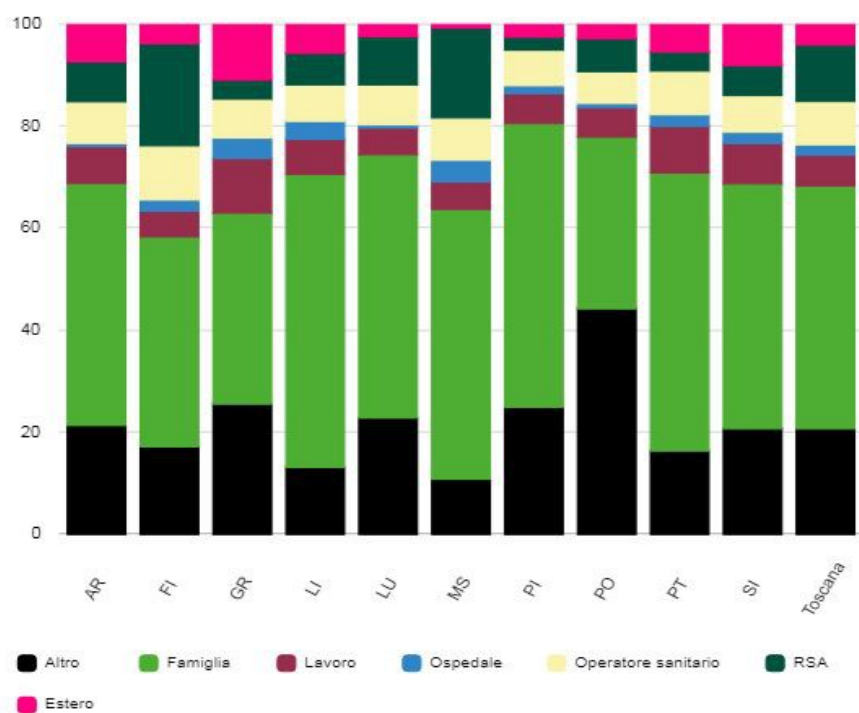
COVID E LAVORO

L'ARS nel suo Bollettino Giornaliero su “I dati del Covid-19 in Toscana e in Italia” riporta (Fonte ISS-Sorveglianza attiva casi COVID-19) anche il luogo di contagio, suddiviso per provincia. La Figura 1 riporta la voce “lavoro” persistente per tutto il 2020, compreso il periodo della prima ondata quando buona parte delle aziende erano chiuse, così come la voce “operatore sanitario”.

Luogo del contagio per provincia

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sorveglianza attiva COVID-19



dati aggiornati al: 01/11/2020

I casi di infezione da Coronavirus (SARS-CoV-2) in occasione di lavoro (Fonte report Regionale INAIL al 31/04/2021)

L'articolo 42, comma 2, del Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 dispone che nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS-CoV-2) in occasione di lavoro, il medico certificatore redige il consueto certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'Inail che assicura, ai sensi delle vigenti disposizioni, la relativa tutela dell'infortunato. Le prestazioni Inail nei casi accertati di infezioni da coronavirus in occasione di lavoro sono erogate anche per il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria dell'infortunato con la conseguente astensione dal lavoro. Si precisa che, secondo l'indirizzo vigente in materia di trattazione dei casi di malattie infettive e parassitarie (come appunto il Covid-19, ma anche ad esempio l'aids, la tubercolosi, il tetano, la malaria, le epatiti virali), l'Inail tutela tali affezioni morbose, inquadrando, per l'aspetto assicurativo, nella categoria degli infortuni sul lavoro: in questi casi, infatti, la causa virulenta è equiparata a quella violenta. Sono destinatari di tale tutela, quindi, quasi tutti i lavoratori dipendenti e assimilati, in presenza dei requisiti soggettivi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, nonché gli altri soggetti previsti dal decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 (lavoratori parasubordinati, sportivi professionisti dipendenti e lavoratori appartenenti all'area dirigenziale) e dalle altre norme speciali in tema di obbligo e tutela assicurativa Inail. Il datore di lavoro agisce, secondo le regole prescritte per l'infortunio sul lavoro, con l'invio della denuncia di infortunio ma, per l'ammissione del caso alla tutela Inail, è necessario il certificato medico che attesti la conferma diagnostica del contagio. Nell'attuale situazione pandemica, l'ambito della tutela riguarda innanzitutto gli operatori sanitari esposti a un elevato rischio di contagio. A una condizione di elevato rischio di contagio possono essere ricondotte anche altre attività lavorative che comportano il costante contatto con il pubblico/l'utenza. In via esemplificativa, ma non esaustiva, si indicano: lavoratori che operano in front-office, alla cassa, addetti alle vendite/banconisti, personale non sanitario operante all'interno degli ospedali con mansioni tecniche, di supporto, di pulizie, operatori del trasporto infermi, etc. Le predette categorie non esauriscono, però, l'ambito di intervento in quanto residuano casi, anch'essi meritevoli di tutela.

I dati sulle denunce di infortunio da Covid-19 che l'Inail mette a disposizione sono provvisori e il loro confronto con quelli osservati a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) richiede cautele, innanzitutto per la più ampia platea rilevata dall'ISS - relativa all'intera popolazione italiana e quindi comprensiva anche delle persone non più in età lavorativa - rispetto a quella Inail riferita ai soli lavoratori assicurati, e poi per la trattazione degli infortuni, in particolare quelli con esito mortale, per i quali la procedura presenta maggiore complessità dato anche l'attuale contesto, del tutto eccezionale e senza precedenti. Numerosi infortuni, infatti, sono entrati negli archivi statistici dell'Istituto solo dal mese di aprile 2020 data la circostanza, emersa soprattutto agli inizi della pandemia e prima dell'emanazione della circolare Inail del 3 aprile 2020 n. 13, non sempre chiara di ricondurre la natura dei contagi da Covid-19 a infortunio sul lavoro (in quanto la causa virulenta è equiparata alla causa violenta) e non a malattia professionale. Per quantificare il fenomeno, comprensivo anche dei casi accertati positivamente dall'Inail, sarà comunque necessario attendere il consolidamento dei dati, con la conclusione dell'iter amministrativo e sanitario relativo a ogni denuncia. Inoltre, giova ribadire che i dati Inail sono un sottoinsieme del fenomeno osservato a livello epidemiologico dall'ISS, non essendo oggetto della tutela assicurativa Inail, ad esempio, una specifica platea, anche particolarmente esposta al rischio contagio, come quella dei medici di famiglia e dei medici liberi professionisti.

Si precisa che:

- la rilevazione delle denunce di infortunio da Covid-19 è per mese e luogo del contagio;
- l'analisi delle denunce di infortunio con esito mortale da Covid-19 è per mese di decesso dell'infortunato e luogo del contagio.

REGIONE TOSCANA

Denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 pervenute all'Inail

(periodo di accadimento gennaio 2020 – 30 aprile 2021)

	TOSCANA	ITALIA	% TOSCANA
Denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19	9.282	171.804	5,4%
di cui con esito mortale	20	600	3,3%

Genere	AREZZO	FIRENZE	GROSSETO	LIVORNO	LUCCA	MASSA-CARRARA	PISA	PISTOIA	PRATO	SIENA	TOSCANA	%
Donne	416	2.458	195	510	656	528	721	475	650	196	6.805	73,3%
Uomini	141	962	81	196	242	157	303	122	196	77	2.477	26,7%
Classe di età												
fino a 34 anni	108	729	41	109	197	92	192	92	154	50	1.764	19,0%
da 35 a 49 anni	200	1.287	84	232	310	256	375	202	348	105	3.399	36,6%
da 50 a 64 anni	235	1.332	144	343	371	322	442	294	330	113	3.926	42,3%
oltre i 64 anni	14	72	7	22	20	15	15	9	14	5	193	2,1%
Totale	557	3.420	276	706	898	685	1.024	597	846	273	9.282	100,0%
Incidenza sul totale	6,0%	36,9%	3,0%	7,6%	9,7%	7,4%	11,0%	6,4%	9,1%	2,9%	100,0%	
Variazione % rispetto rilevazione mese precedente	5,5%	9,3%	8,7%	5,1%	8,5%	1,2%	4,6%	2,1%	1,9%	3,0%	6,1%	
di cui con esito mortale	-	9	1	2	-	3	2	-	3	-	20	

Nota: i dati al 30 aprile 2021 aggiornano, integrano e in alcuni casi rettificano i dati elaborati precedentemente. La rilevazione delle denunce di infortunio da Covid-19 è per mese e luogo del contagio. L'analisi delle denunce di infortunio con esito mortale da Covid-19 è per mese di decesso dell'infortunato e luogo del contagio.

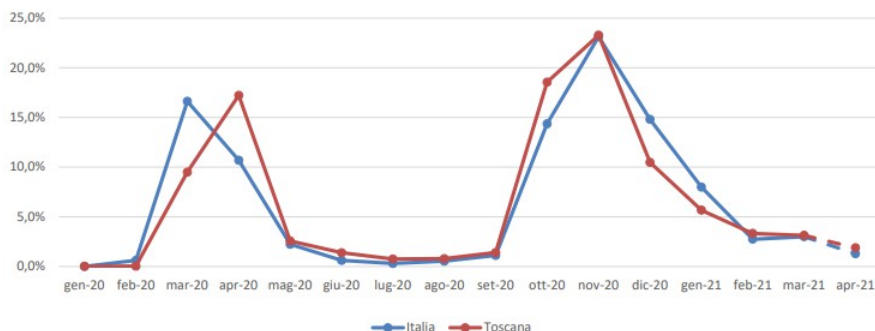
Le professioni

- tra i tecnici della salute l'83,6% sono infermieri, il 4,3% fisioterapisti, il 4,2% assistenti sanitari;
- tra le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali il 99,9% sono operatori socio-sanitari;
- tra le professioni qualificate nei servizi personali ed assimilati il 78,1% sono operatori socioassistenziali;
- tra gli impiegati addetti alla segreteria e agli affari generali il 60,0% sono impiegati amministrativi;
- tra il personale non qualificato nei servizi di istruzione e sanitari il 47,9% sono ausiliari ospedalieri, il 27,0% sono inservienti addetti al trasporto di ammalati e il 13,5% sono ausiliari sanitari e portantini.

REGIONE TOSCANA

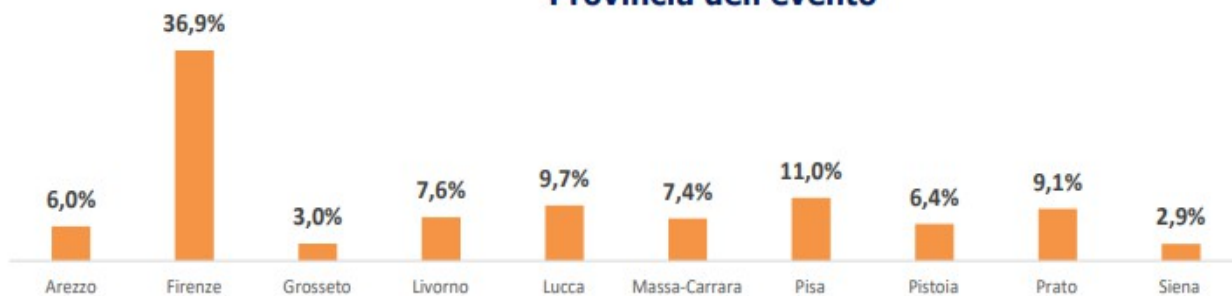
(Denunce in complesso: 9.282, periodo di accadimento gennaio 2020 – 30 aprile 2021)

Mese evento



Nota: il valore di aprile 2021 è da intendersi provvisorio e soggetto ad aumentare nelle prossime rilevazioni per effetto del consolidamento particolarmente influente sull'ultimo mese della serie.

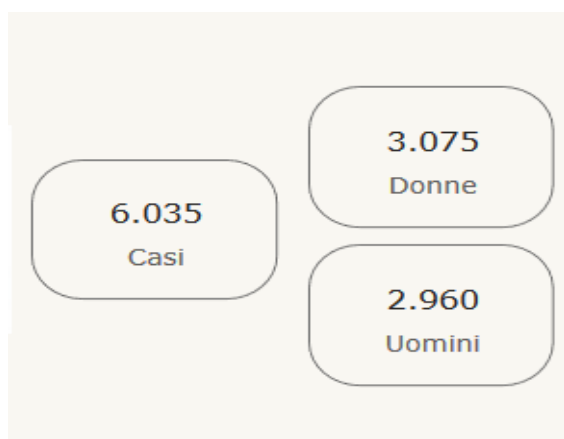
Provincia dell'evento



Industria e Servizi - principali settori Ateco (casi codificati)



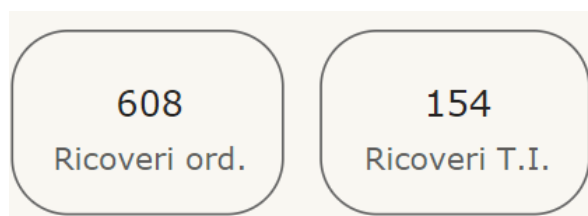
ZONA APUANA



Il **50,9%** dei casi ha interessato soggetti di sesso femminile.

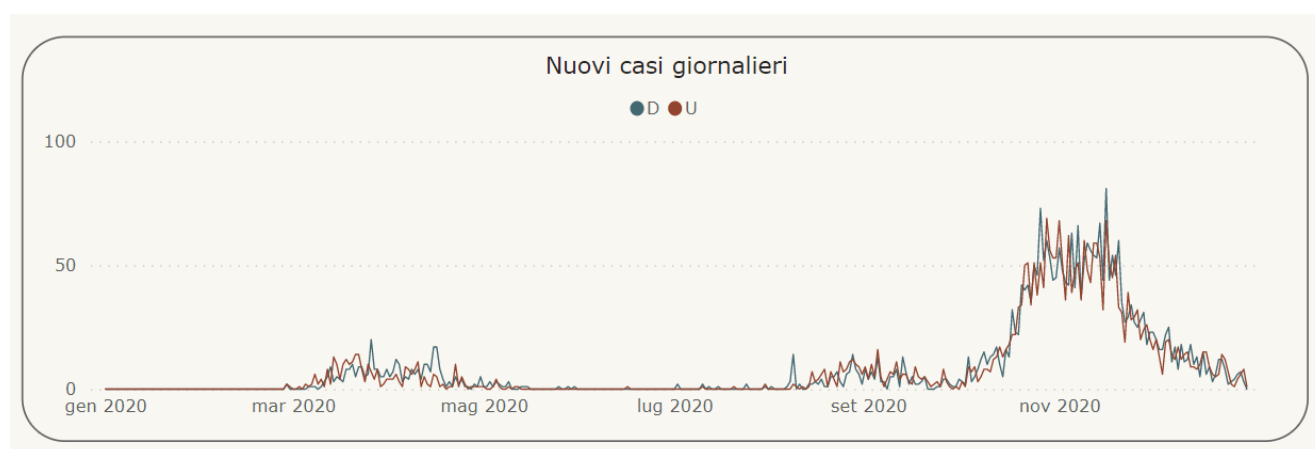


RICOVERI ORDINARI E IN TERAPIA INTENSIVA



Rapporto del **25,3%** dei ricoveri in terapia intensiva sui ricoveri ordinari.

NUOVI CASI GIORNALIERI PER SESSO



Si notano ben tre periodi di esplosione dell'espansione virale, oltre alla prima del marzo, abbiamo un anticipo della maggiore diffusione situata fra l'8/08 ed il 25/09 ed infine quella di maggiori dimensioni che ha il suo massimo il 16/11.

DECESSI SU POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI APPARTENENTI ALLA ZONA

Il numero assoluto di deceduti per Covid nella Zona delle Apuane rappresenta il 17,1% del totale della ATNO e il 55,3 % del totale dei deceduti per Covid in tutto il territorio della ex ASL 1 Massa Carrara. Confrontando il numero di decessi per 100.000 residenti la zona delle Apuane risulta la terza più colpita nell'intera area geografica della ATNO dopo quelle della Zona Livornese e della Lunigiana.

Nella tabella di seguito sono messi a confronto i deceduti totali su 100.000 residenti nei comuni della Zona delle Apuane.

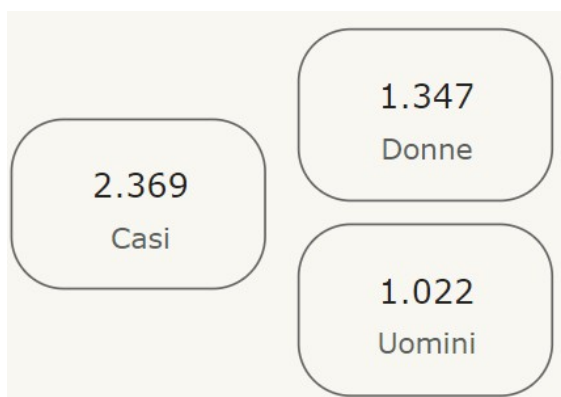
Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Massa	66.886	153	228,7
Carrara	60.685	52	85,7
Montignoso	10.136	8	78,9

POSITIVI SU POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI APPARTENENTI ALLA ZONA

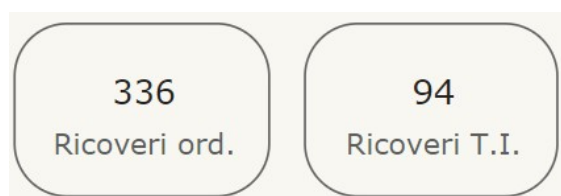
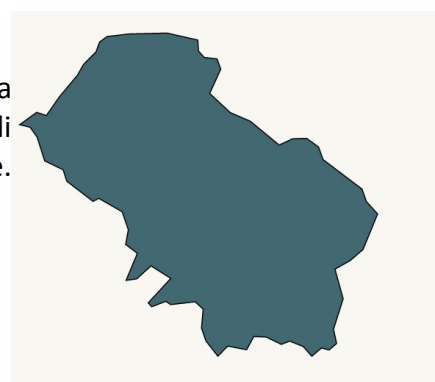
Nella tabella di seguito sono messi a confronto i positivi totali su 100.000 residenti nei comuni della Zona delle Apuane.

Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Massa	66.886	3.226	4.823,1
Carrara	60.685	2.458	4.050,4
Montignoso	10.136	351	3.462,9

ZONA DISTRETTO – SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA



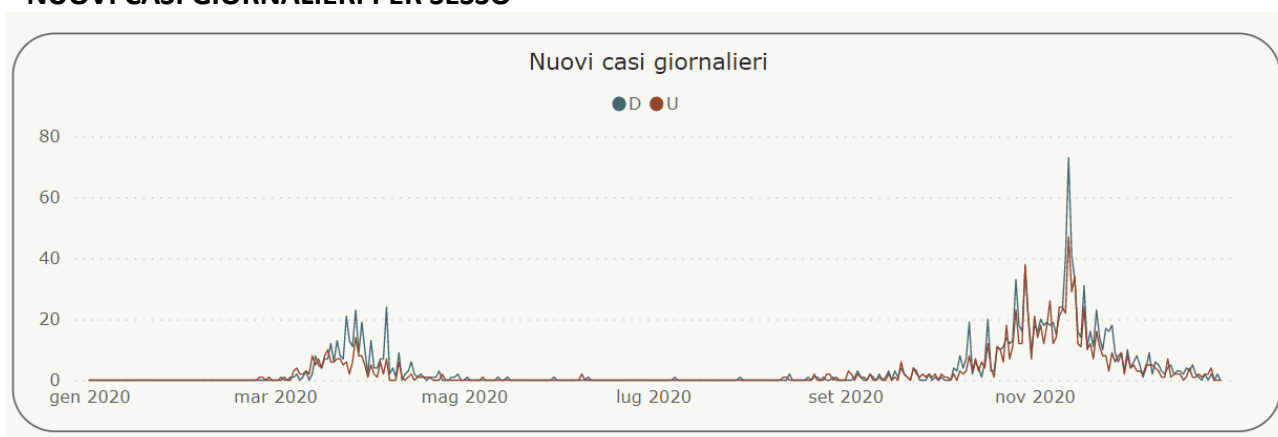
Il **56,9%** dei casi ha interessato soggetti di sesso femminile.



RICOVERI ORDINARI E IN TERAPIA INTENSIVA

Rapporto del **17,1%** dei ricoveri in terapia intensiva sui ricoveri ordinari.

NUOVI CASI GIORNALIERI PER SESSO



Si registrano punte accentuate fra le donne dal 19/03 fino al 23/04 per la prima ondata con un massimo toccato nella giornata del 06/04 con 24 donne e 7 uomini. Durante il picco pandemico autunnale e precisamente il 12/11 si arriva a 73 casi fra le donne mentre anche fra gli uomini si tocca il massimo con 47 casi.

DECESSI SU POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI APPARTENENTI ALLA ZONA

Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Comano	669	13	1.943,2
Bagnone	1.779	21	1.180,4
Fivizzano	7.410	39	526,3
Mulazzo	2.282	12	525,9
Podenzana	2.098	11	524,3
Licciana Nardi	4.819	16	332,0
Pontremoli	7.028	21	298,8
Aulla	10.621	23	216,6
Tresana	1.938	3	154,8
Filattiera	2.231	3	134,5
Villafranca in Lunigiana	4.628	5	108,0
Zeri	995	1	100,5
Fosdinovo	4.657	4	85,9
Casola in Lunigiana	979	0	0,0

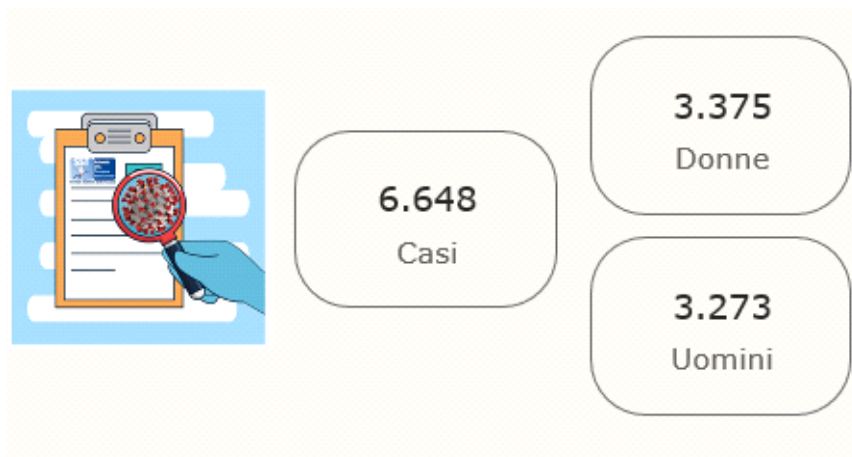
POSITIVI SU POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI APPARTENENTI ALLA ZONA

Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Comano	669	104	15.545,6
Bagnone	1.779	115	6.464,3
Podenzana	2.098	131	6.244,0
Aulla	10.621	603	5.677,4
Fivizzano	7.410	408	5.506,1
Licciana Nardi	4.819	246	5.104,8
Filattiera	2.231	77	3.451,4
Tresana	1.938	65	3.354,0
Villafranca in Lunigiana	4.628	152	3.284,4
Mulazzo	2.282	73	3.198,9
Pontremoli	7.028	223	3.173,0
Fosdinovo	4.657	131	2.813,0
Casola in Lunigiana	979	21	2.145,0
Zeri	995	20	2.010,1

Il numero complessivo di positivi per la Zona della Lunigiana rappresenta il 5,1% del totale riferito all'intera Asl TNO ed il 31,4% del totale del territorio della ex Asl 1 Di Massa Carrara. Il dato relativo al sesso mostra una prevalenza del sesso femminile in entrambe le Zone prese in esame, mantenendo la tendenza generale dell'ATNO. Tutti i valori percentuali, come per altro la prevalenza di un sesso sull'altro, vanno riferiti al totale della popolazione residente.

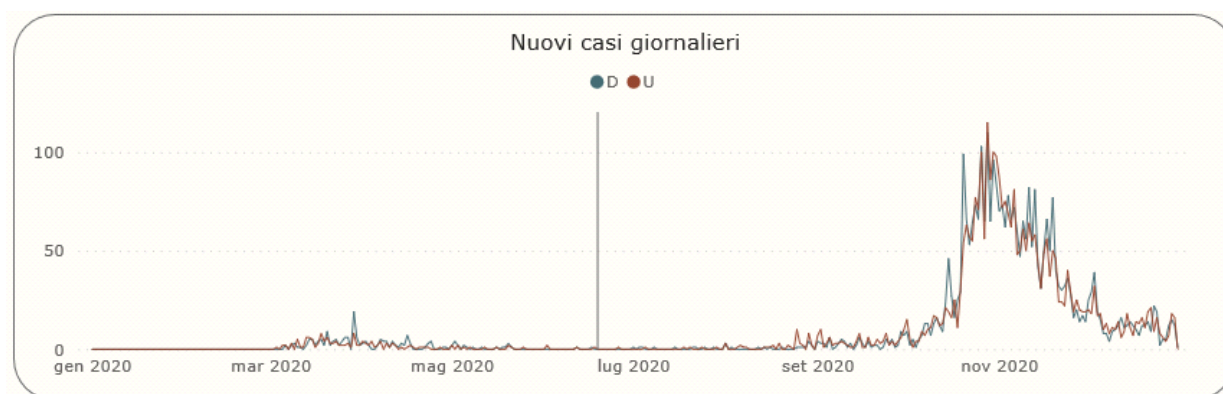
SINTESI ANDAMENTO PANDEMIA ZONA LIVORNESE (ANNO 2020)

CASI TOTALI



Premesso che i dati evidenziati nei grafici sono riferiti alla popolazione residente a livello zonale, si osserva che il numero totale di positivi per la zona Livornese è pari a 6648 ovvero il 14,5% del totale aziendale. La distribuzione per sesso dimostra una prevalenza per quello femminile del 50,8%.

Di seguito è riportato il grafico relativo all'andamento dei nuovi casi giornalieri nel corso dell'anno con evidenza dell'effetto delle diverse ondate epidemiche.



RICOVERI ORDINARI E IN TERAPIA INTENSIVA



Sul totale di ricoverati residenti nella zona Livornese, la proporzione di ammessi in terapia intensiva è del 10,8%; lo stesso numero rapportato al numero di ricoverati in terapia intensiva a livello aziendale corrisponde a una percentuale del 9%.

DECEDUTI per 100.000 residenti

Zona	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	138.846	127	91,5
Apuane	137.707	213	154,7
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	135.419	41	30,3
Elba	31.540	5	15,9
Livornese	172.804	229	132,5
Lunigiana	52.134	172	329,9
Piana di Lucca	167.631	114	68,0
Pisana	201.025	141	70,1
Valle del Serchio	54.408	31	57,0
Versilia	158.637	166	104,6
Totale	1.250.151	1.239	99,1

Il numero assoluto di deceduti riportato nella zona Livornese equivale al 18.5% del totale aziendale. Nel confronto dei decessi per 100.000 residenti tra le diverse zone appartenenti all'azienda, la zona Livornese si colloca al terzo posto dopo la zona Lunigiana e la zona delle Apuane. Nella tabella che segue sono rappresentati i deceduti del periodo in esame nei comuni della zona livornese.

Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Livorno	156.031	218	139,7
Collesalveti	16.385	11	67,1
Capraia Isola	388	0	0,0

POSITIVI per 100.000 residenti

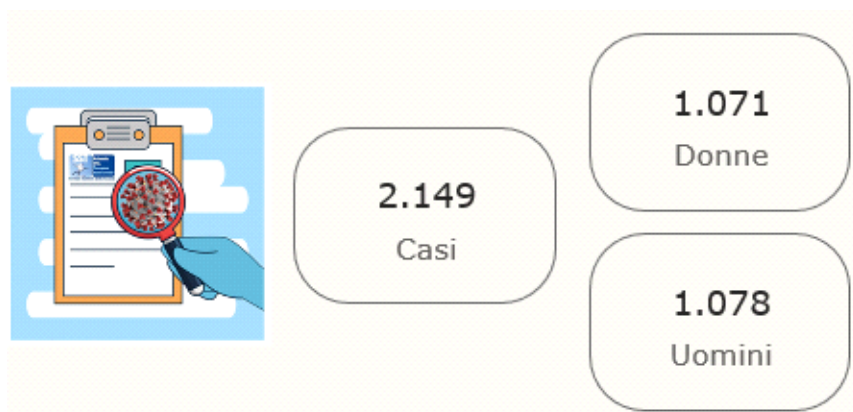
Zona	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	138.846	6.895	4.965,9
Lunigiana	52.134	2.369	4.544,1
Apuane	137.707	6.035	4.382,5
Livornese	172.804	6.648	3.847,1
Valle del Serchio	54.408	2.091	3.843,2
Pisana	201.025	7.721	3.840,8
Versilia	158.637	5.798	3.654,9
Piana di Lucca	167.631	5.642	3.365,7
Elba	31.540	604	1.915,0
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	135.419	2.149	1.586,9
Totale	1.250.151	45.952	3.675,7

Nella tabella sotto riportata sono elencati i dati dei positivi totali su 100.000 residenti nei comuni della zona Livornese.

Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Livorno	156.031	6.053	3.879,4
Collesalveti	16.385	583	3.558,1
Capraia Isola	388	12	3.092,8

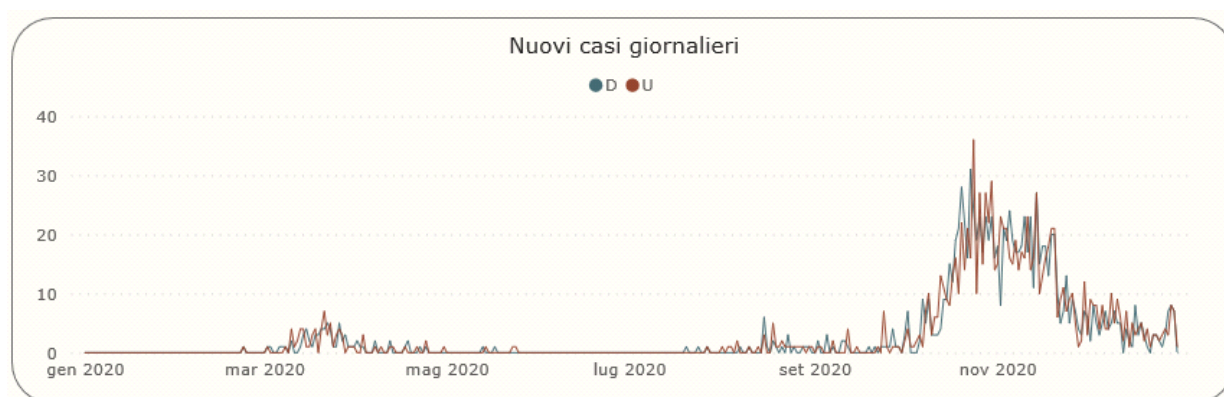
SINTESI ANDAMENTO PANDEMIA ZONA BASSA VAL DI CECINA – VAL DI CORNIA (ANNO 2020)

CASI TOTALI



Premesso che i dati evidenziati nei grafici sono riferiti alla popolazione residente a livello zonale, si osserva che il numero totale di positivi per la zona Bassa Val di Cecina – Val di Cornia pari a 2149 equivale al 4,7% del totale aziendale. La distribuzione per sesso non mostra una chiara prevalenza per l'uno o per l'altro.

Di seguito è rappresentato l'andamento dei nuovi casi giornalieri nel corso dell'anno e l'incidenza delle ondate epidemiche.



RICOVERI ORDINARI E IN TERAPIA INTENSIVA



Sul totale di ricoverati della zona Bassa Val di Cecina - Val di Cornia, gli ammessi in terapia intensiva sono stati il 17,7% che, rapportati ai ricoverati in terapia intensiva a livello aziendale corrispondono a circa il 5%.

DECEDUTI per 100.000 residenti

Zona	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	138.846	127	91,5
Apuane	137.707	213	154,7
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	135.419	41	30,3
Elba	31.540	5	15,9
Livornese	172.804	229	132,5
Lunigiana	52.134	172	329,9
Piana di Lucca	167.631	114	68,0
Pisana	201.025	141	70,1
Valle del Serchio	54.408	31	57,0
Versilia	158.637	166	104,6
Totale	1.250.151	1.239	99,1

Il numero assoluto di deceduti è pari al 3,3% del totale aziendale. Il confronto dei decessi per 100.000 residenti tra le diverse zone appartenenti all'azienda rileva una minore proporzione nella zona Bassa Val di Cecina - Val di Cornia. Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi ai comuni dell'ambito territoriale in esame.

Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Riparbella	1.585	3	189,3
Santa Luce	1.627	3	184,4
Cecina	27.850	17	61,0
Castellina Marittima	1.870	1	53,5
Rosignano Marittimo	30.084	10	33,2
Piombino	32.638	5	15,3
Castagneto Carducci	8.729	1	11,5
Campiglia Marittima	12.693	1	7,9
Bibbona	3.188	0	0,0
Casale Marittimo	1.068	0	0,0
Guardistallo	1.175	0	0,0
Montescudaio	2.108	0	0,0
Monteverdi Marittimo	740	0	0,0
San Vincenzo	6.553	0	0,0
Sassetta	477	0	0,0
Suvereto	3.034	0	0,0

POSITIVI per 100.000 residenti

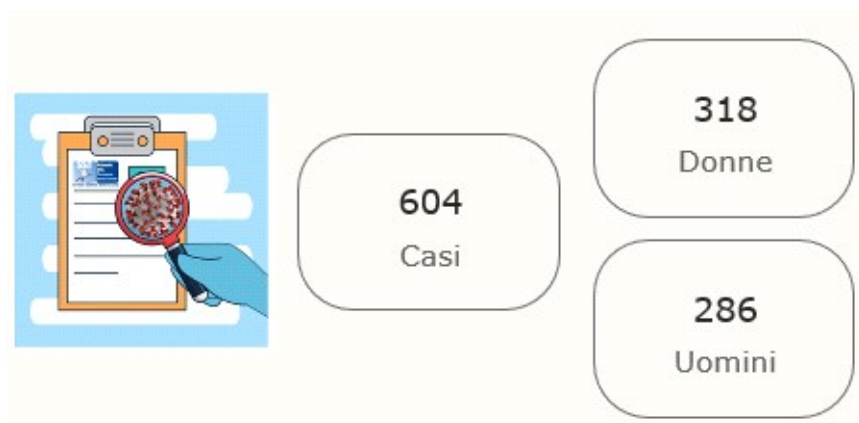
Zona	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	138.846	6.895	4.965,9
Lunigiana	52.134	2.369	4.544,1
Apuane	137.707	6.035	4.382,5
Livornese	172.804	6.648	3.847,1
Valle del Serchio	54.408	2.091	3.843,2
Pisana	201.025	7.721	3.840,8
Versilia	158.637	5.798	3.654,9
Piana di Lucca	167.631	5.642	3.365,7
Elba	31.540	604	1.915,0
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	135.419	2.149	1.586,9
Totale	1.250.151	45.952	3.675,7

Nella tabella sottostante il confronto tra i comuni della zona Bassa Val di Cecina – Val di Cornia sui casi positivi per 100.000 abitanti che evidenzia una maggiore proporzione di casi nei comuni dell'area nord.

Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Guardistallo	1.175	39	3.319,1
Bibbona	3.188	94	2.948,6
Riparbella	1.585	46	2.902,2
Cecina	27.850	568	2.039,5
Rosignano Marittimo	30.084	561	1.864,8
Montescudaio	2.108	39	1.850,1
Santa Luce	1.627	28	1.721,0
Castellina Marittima	1.870	25	1.336,9
Castagneto Carducci	8.729	110	1.260,2
Piombino	32.638	411	1.259,3
Casale Marittimo	1.068	13	1.217,2
San Vincenzo	6.553	73	1.114,0
Campiglia Marittima	12.693	121	953,3
Suvereto	3.034	20	659,2
Monteverdi Marittimo	740	1	135,1
Sassetta	477	0	0,0

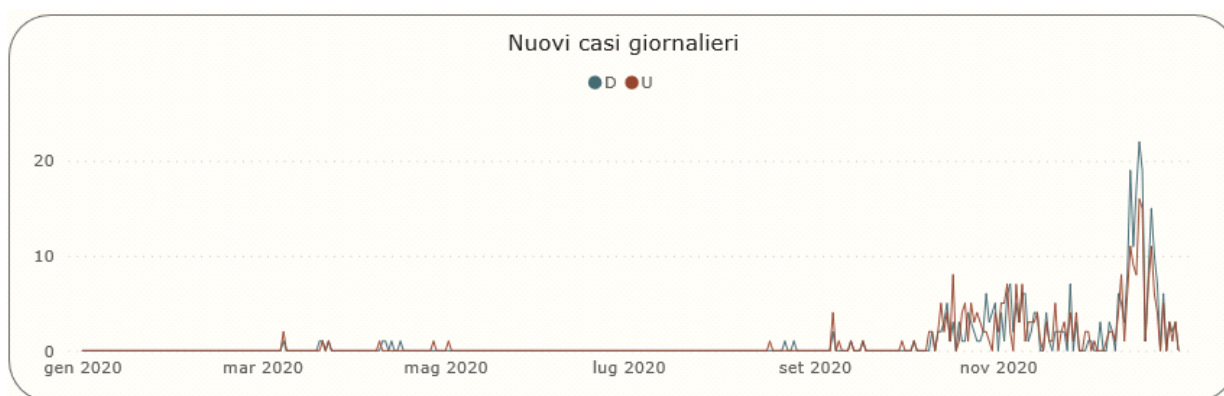
SINTESI ANDAMENTO PANDEMIA ZONA ELBA (ANNO 2020)

CASI TOTALI



Premesso che i dati evidenziati nei grafici sono riferiti alla popolazione residente a livello zonale, si osserva che il numero totale di positivi per la zona Elba è pari a 604 ovvero l'1,3% del totale aziendale. Riguardo alla distribuzione per sesso, quello femminile è prevalente in ragione del 52,6%.

Di seguito è riportato il grafico relativo all'andamento dei nuovi casi giornalieri nel corso dell'anno con evidenza della consistenza nelle diverse ondate.



RICOVERI ORDINARI E IN TERAPIA INTENSIVA



Sul totale dei ricoverati della zona Elba, la proporzione di casi ammessi in terapia intensiva è del 10%; lo stesso numero di ricoverati in terapia intensiva (5) è pari allo 0,6 % dei ricoverati in terapia intensiva a livello aziendale (843).

DECEDUTI per 100.000 residenti

Zona	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	138.846	127	91,5
Apuane	137.707	213	154,7
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	135.419	41	30,3
Elba	31.540	5	15,9
Livornese	172.804	229	132,5
Lunigiana	52.134	172	329,9
Piana di Lucca	167.631	114	68,0
Pisana	201.025	141	70,1
Valle del Serchio	54.408	31	57,0
Versilia	158.637	166	104,6
Totale	1.250.151	1.239	99,1

Il numero assoluto di deceduti riportato nella zona Elba equivale allo 0,4% del totale aziendale. Dal confronto dei decessi per 100.000 residenti tra le diverse zone appartenenti all'azienda, la zona Elba è quella con il valore più basso. Di seguito sono elencati i comuni con i relativi decessi avvenuti nel periodo in esame.

Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Portoferraio	11.915	4	33,6
Rio	3.357	1	29,8
Campo nell'Elba	4.636	0	0,0
Capoliveri	4.024	0	0,0
Marciana	2.085	0	0,0
Marciana Marina	1.909	0	0,0
Porto Azzurro	3.614	0	0,0

POSITIVI per 100.000 residenti

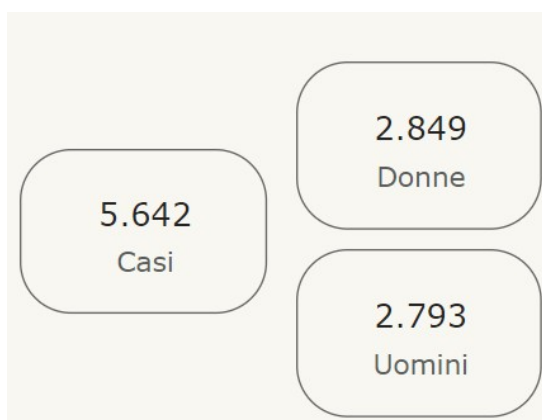
Zona	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	138.846	6.895	4.965,9
Lunigiana	52.134	2.369	4.544,1
Apuane	137.707	6.035	4.382,5
Livornese	172.804	6.648	3.847,1
Valle del Serchio	54.408	2.091	3.843,2
Pisana	201.025	7.721	3.840,8
Versilia	158.637	5.798	3.654,9
Piana di Lucca	167.631	5.642	3.365,7
Elba	31.540	604	1.915,0
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	135.419	2.149	1.586,9
Totale	1.250.151	45.952	3.675,7

Nella tabella di seguito il confronto tra i positivi totali su 100.000 residenti nei comuni rientranti nella zona Elba.

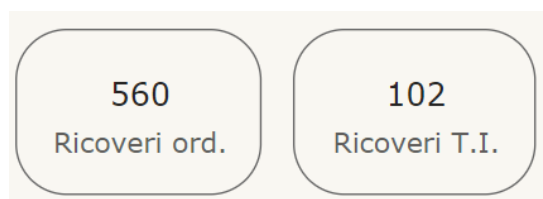
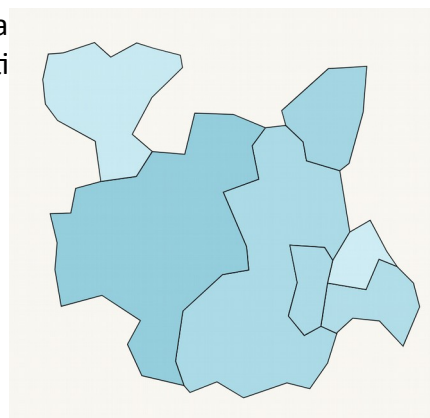
Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Campo nell'Elba	4.636	154	3.321,8
Rio	3.357	71	2.115,0
Porto Azzurro	3.614	73	2.019,9
Portoferraio	11.915	218	1.829,6
Marciana	2.085	28	1.342,9
Marciana Marina	1.909	20	1.047,7
Capoliveri	4.024	40	994,0

ZONA DISTRETTO PIANA DI LUCCA

CASI DI COVID ANNO 2020 PER TOTALE E PER SESSO

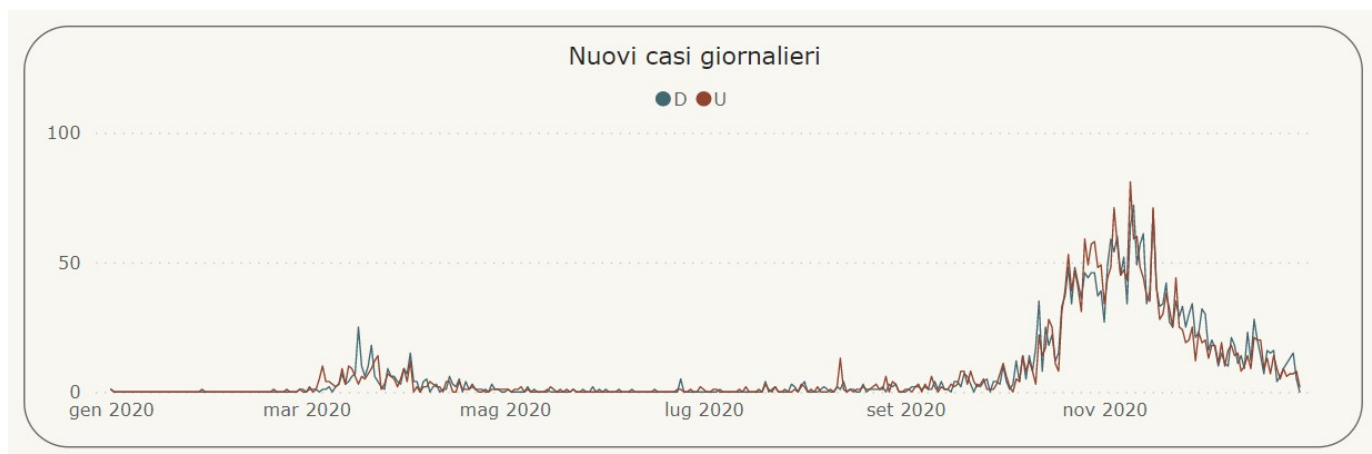


Il **50,5%** dei casi ha interessato soggetti di sesso femminile



Rapporto del **18,2%** dei ricoveri in terapia intensiva sui ricoveri ordinari

CASI GIORNALIERI PER SESSO



DECESSI SU POPOLAZIONE RESIDENTE

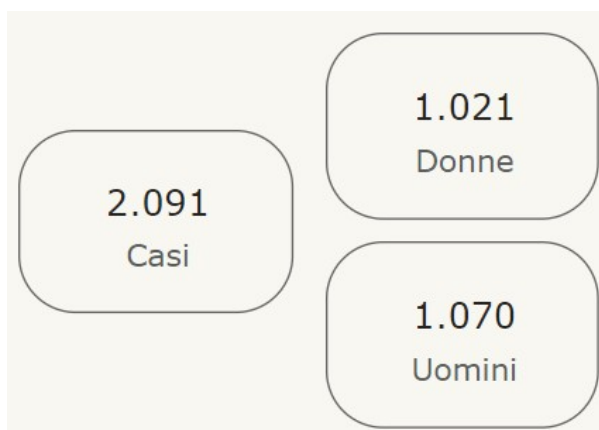
Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res. ▼
Lucca	88.822	72	81,1
Villa Basilica	1.515	1	66,0
Capannori	45.196	26	57,5
Porcari	8.771	5	57,0
Altopascio	15.529	8	51,5
Pescaglia	3.405	1	29,4
Montecarlo	4.393	1	22,8

POSITIVI SU SU POPOLAZIONE RESIDENTE

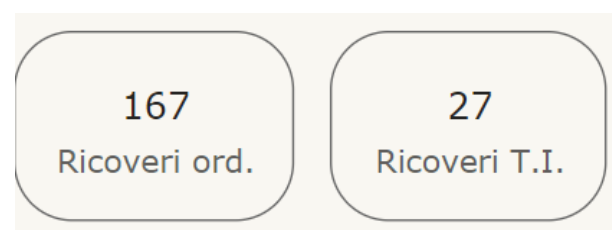
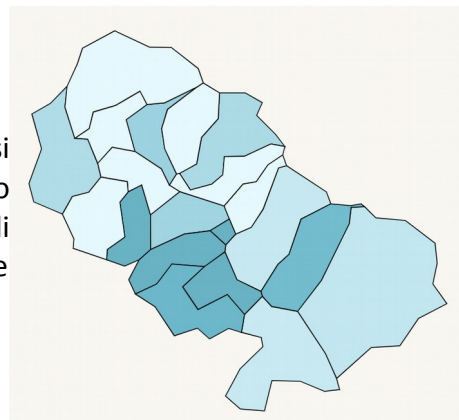
Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res. ▼
Altopascio	15.529	631	4.063,4
Pescaglia	3.405	130	3.817,9
Lucca	88.822	3.021	3.401,2
Capannori	45.196	1.428	3.159,6
Porcari	8.771	273	3.112,5
Montecarlo	4.393	122	2.777,1
Villa Basilica	1.515	37	2.442,2

ZONA DISTRETTO VALLE DEL SERCHIO

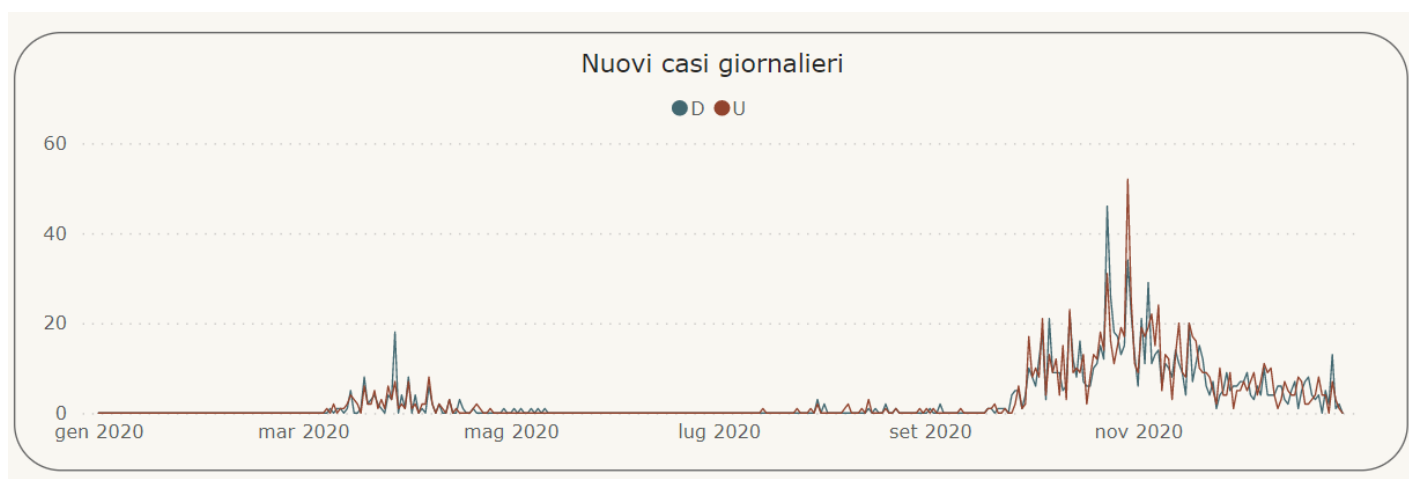
CASI DI COVID ANNO 2020 PER TOTALE E PER SESSO



Il **48,8%** dei casi ha interessato soggetti di sesso femminile



Rapporto del **16,2%** dei ricoveri in terapia intensiva sui ricoveri ordinari.



Si osservino le due punte più alte presenti nel grafico corrispondenti alla data del 23/10, quando sono stati rilevati nella giornata 46 casi di donne e 31 di uomini. Ancora più evidente la punta corrispondente alla data del 29/10, quando vi sono stati 34 casi di donne e 52 di uomini.

DECESSI SU POPOLAZIONE RESIDENTE

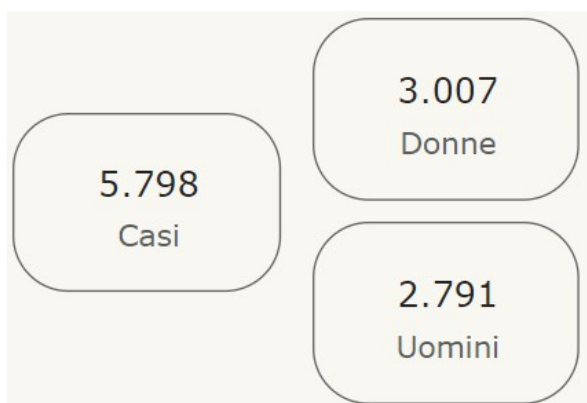
Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Galliciano	3.615	7	193,6
Molazzana	1.038	2	192,7
Careggine	521	1	191,9
Fabbriche di Vergemoli	723	1	138,3
Coreglia Antelminelli	5.211	6	115,1
San Romano in Garfagnana	1.374	1	72,8
Castelnuovo di Garfagnana	5.756	4	69,5
Castiglione di Garfagnana	1.733	1	57,7
Minucciano	1.886	1	53,0
Bagni di Lucca	5.751	2	34,8
Barga	9.569	3	31,4
Borgo a Mozzano	6.877	2	29,1
Camporgiano	2.073	0	0,0
Fosciandora	561	0	0,0
Piazza al Serchio	2.214	0	0,0
Pieve Fosciana	2.355	0	0,0
Sillano Giuncugnano	1.011	0	0,0
Vagli Sotto	874	0	0,0
Villa Collemandina	1.266	0	0,0

POSITIVI SU POPOLAZIONE RESIDENTE

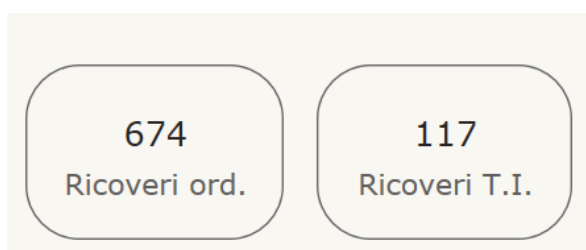
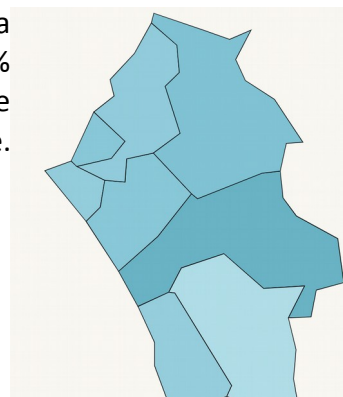
Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Fabbriche di Vergemoli	723	38	5.255,9
Coreglia Antelminelli	5.211	258	4.951,1
Camporgiano	2.073	99	4.775,7
Barga	9.569	438	4.577,3
Galliciano	3.615	155	4.287,7
Borgo a Mozzano	6.877	285	4.144,2
Minucciano	1.886	73	3.870,6
San Romano in Garfagnana	1.374	53	3.857,4
Castelnuovo di Garfagnana	5.756	210	3.648,4
Sillano Giuncugnano	1.011	36	3.560,8
Bagni di Lucca	5.751	186	3.234,2
Pieve Fosciana	2.355	74	3.142,3
Villa Collemandina	1.266	38	3.001,6
Careggine	521	14	2.687,1
Castiglione di Garfagnana	1.733	46	2.654,4
Vagli Sotto	874	19	2.173,9
Piazza al Serchio	2.214	46	2.077,7
Molazzana	1.038	17	1.637,8
Fosciandora	561	6	1.069,5

ZONA DISTRETTO VERSILIA

CASI DI COVID ANNO 2020 PER TOTALE E PER SESSO

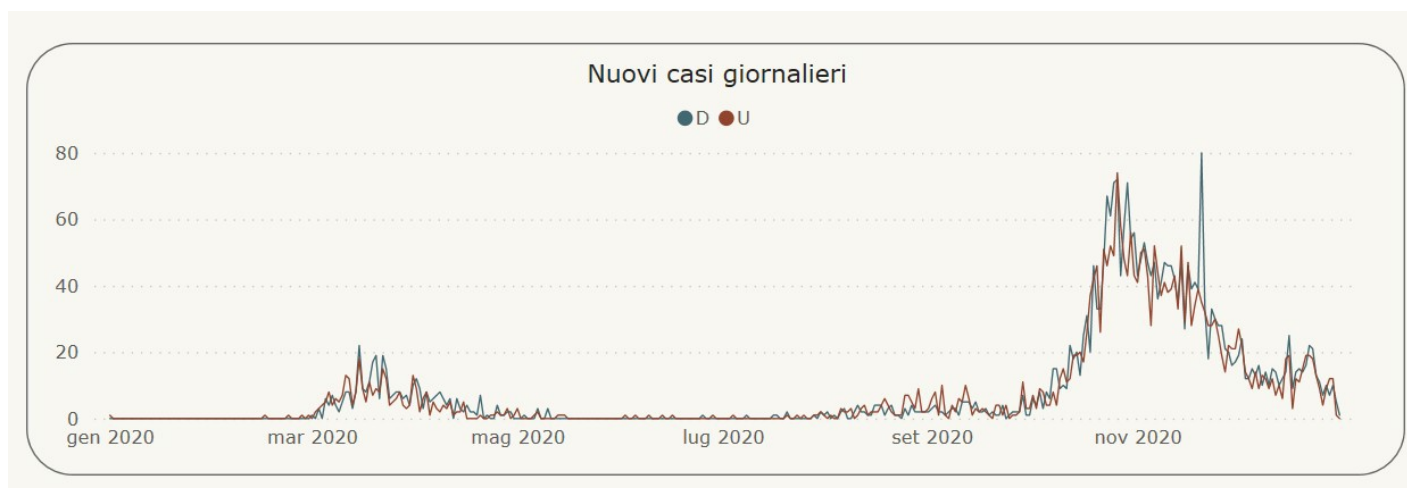


I casi di covid 19 in Versilia nel 2020 hanno visto una % del **51,8%** di donne colpite sul totale.



Rapporto del **17,4%** dei ricoveri in terapia intensiva sui ricoveri ordinari.

CASI GIORNALIERI PER SESSO



Da segnalare una punta molto sostenuta nella prima fase della pandemia e si osservi la punta dei casi registrati il 20/11 quando si rilevano 80 casi di donne e 35 di uomini e che potrebbe corrispondere ad una refertazione in RSA.

DECESSI SU POPOLAZIONE RESIDENTE

Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Camaione	31.521	62	196,7
Stazzema	2.867	3	104,6
Pietrasanta	22.892	22	96,1
Seravezza	12.658	11	86,9
Forte dei Marmi	7.044	6	85,2
Viareggio	60.144	50	83,1
Massarosa	21.511	12	55,8

Si rileva una grande differenza tra i due comuni con maggior numero di decessi per covid (Camaione e Stazzema) ed il resto dei comuni della Versilia.

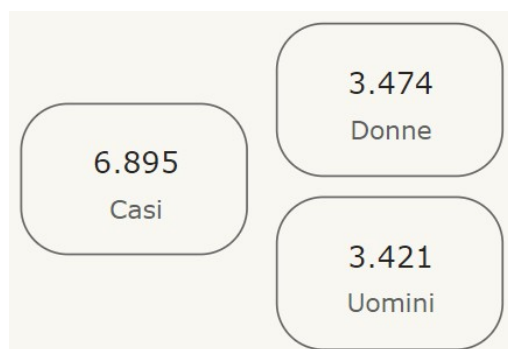
La spiegazione può esser data sulla base della presenza di popolazione anziana in questi comuni, rispetto agli altri. Il dato dovrebbe essere correlato con l'indice di vecchiaia registrato nei singoli comuni.

POSITIVI SU SU POPOLAZIONE RESIDENTE

Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Camaione	31.521	1.348	4.276,5
Stazzema	2.867	113	3.941,4
Pietrasanta	22.892	885	3.866,0
Massarosa	21.511	820	3.812,0
Seravezza	12.658	476	3.760,5
Forte dei Marmi	7.044	253	3.591,7
Viareggio	60.144	1.903	3.164,1

Società della salute Valdera / Alta Val di Cecina

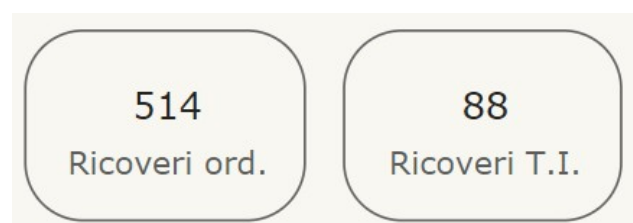
CASI DI COVID ANNO 2020 PER TOTALE E PER SESSO



Il **50,4%** dei casi ha interessato soggetti di sesso femminile.

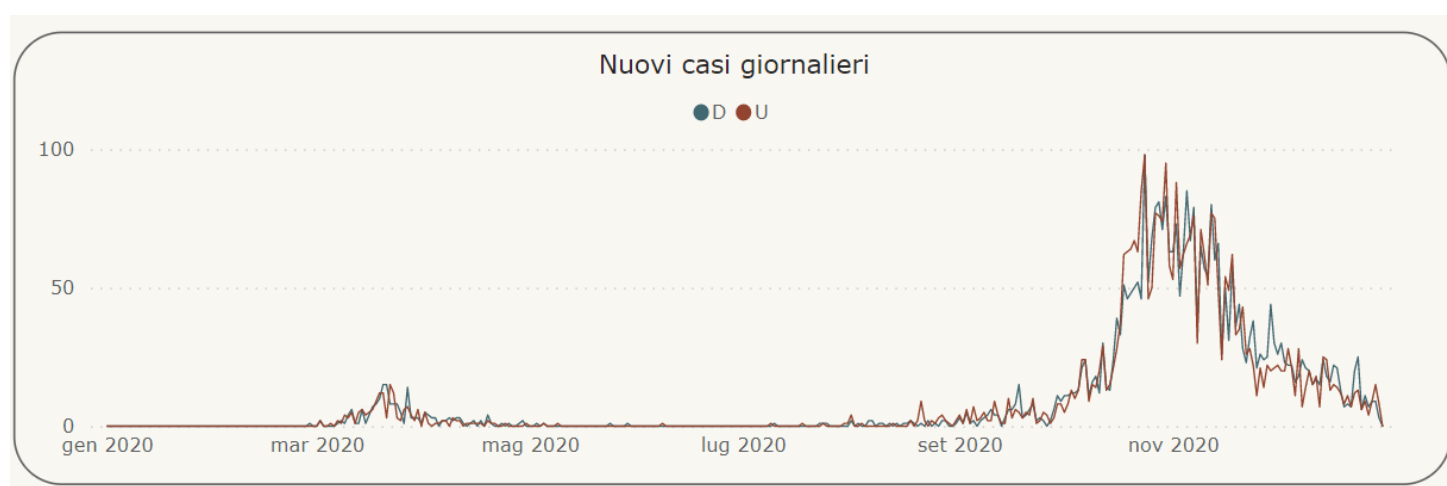


RICOVERI ORDINARI E IN TERAPIA INTENSIVA



Rapporto del **17,1%** dei ricoveri in terapia intensiva sui ricoveri ordinari.

NUOVI CASI GIORNALIERI PER SESSO



DECESSI SU POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI APPARTENENTI ALLA ZONA

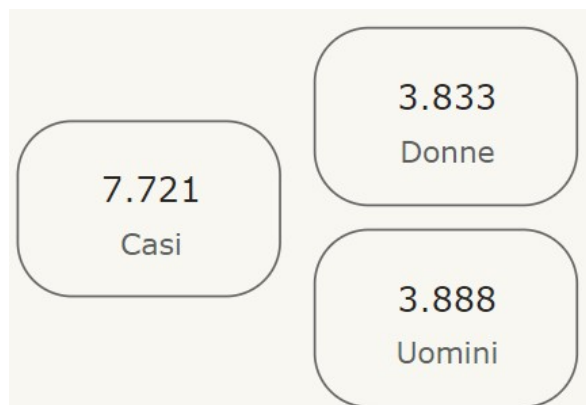
Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res.
Casciana Terme Lari	12.330	28	227,1
Pontedera	29.243	49	167,6
Palaia	4.549	7	153,9
Chianni	1.337	2	149,6
Terricciola	4.461	4	89,7
Peccioli	4.649	4	86,0
Lajatico	1.274	1	78,5
Ponsacco	15.517	10	64,4
Buti	5.573	3	53,8
Santa Maria a Monte	13.243	7	52,9
Volterra	9.824	4	40,7
Pomarance	5.513	2	36,3
Calcinaia	12.623	4	31,7
Bientina	8.511	2	23,5
Capannoli	6.378	0	0,0
Castelnuovo di Val di Cecina	2.125	0	0,0
Montecatini Val di Cecina	1.696	0	0,0

POSITIVI SU POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI APPARTENENTI ALLA ZONA

Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res.
Palaia	4.549	310	6.814,7
Bientina	8.511	574	6.744,2
Buti	5.573	342	6.136,7
Pontedera	29.243	1.745	5.967,2
Lajatico	1.274	75	5.887,0
Santa Maria a Monte	13.243	770	5.814,4
Casciana Terme Lari	12.330	611	4.955,4
Calcinaia	12.623	602	4.769,1
Ponsacco	15.517	737	4.749,6
Terricciola	4.461	178	3.990,1
Capannoli	6.378	251	3.935,4
Volterra	9.824	372	3.786,6
Peccioli	4.649	159	3.420,1
Chianni	1.337	41	3.066,6
Pomarance	5.513	82	1.487,4
Castelnuovo di Val di Cecina	2.125	29	1.364,7
Montecatini Val di Cecina	1.696	17	1.002,4

Zona distretto Pisana, Società della salute

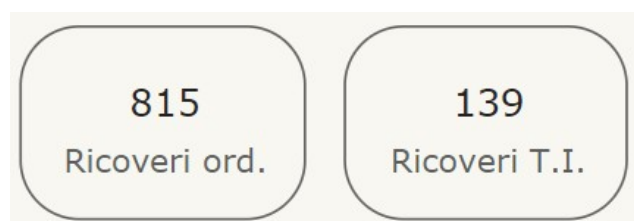
CASI DI COVID ANNO 2020 PER TOTALE E PER SESSO



Il **49,6%** dei casi ha interessato soggetti di sesso femminile

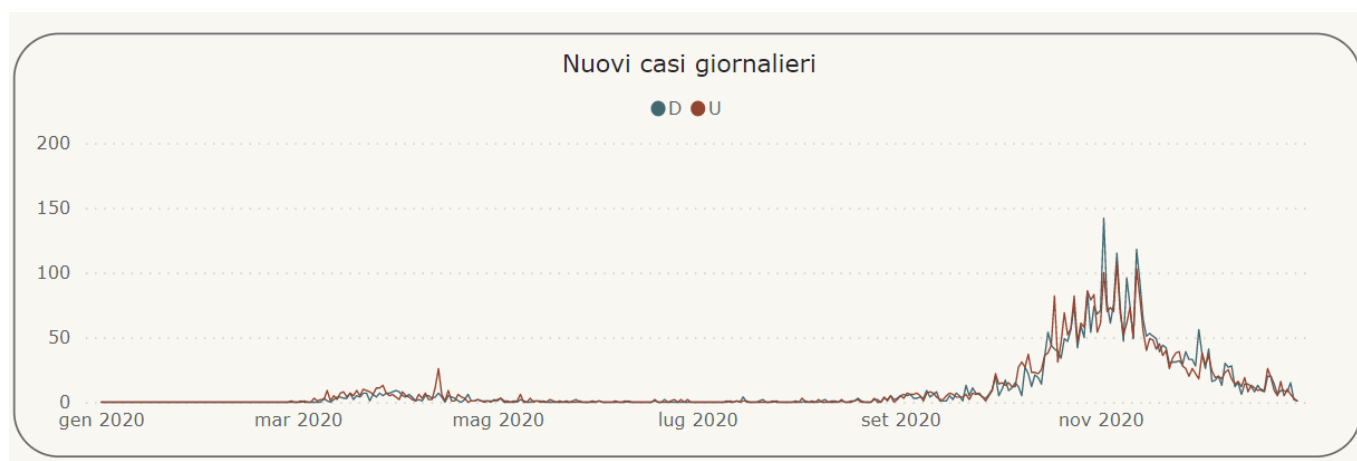


RICOVERI ORDINARI E IN TERAPIA INTENSIVA



Rapporto del 17,0% dei ricoveri in terapia intensiva sui ricoveri ordinari.

NUOVI CASI GIORNALIERI PER SESSO



Netta suddivisione fra prima e seconda ondata per quanto concerne i picchi dei contagi. Se per il primo periodo sono riportati casi di 7 donne e 26 uomini nella giornata del 13/04, per la seconda ondata si rileva nella data del 02/11 una quota di 142 donne e 100 uomini risultati positivi.

DECESSI SU POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI APPARTENENTI ALLA ZONA

Comune	Pop.	Totale deceduti	Decessi per 100.000 res. ▼
Orciano Pisano	629	1	159,0
Pisa	89.155	96	107,7
Vicopisano	8.580	8	93,2
Fauglia	3.655	2	54,7
Cascina	44.565	23	51,6
Crespina Lorenzana	5.395	2	37,1
Calci	6.359	2	31,5
Vecchiano	11.916	2	16,8
San Giuliano Terme	30.771	5	16,2

POSITIVI SU POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI APPARTENENTI ALLA ZONA

Comune	Pop.	Positivi Totali	Positivi per 100.000 res. ▼
Vicopisano	8.580	444	5.174,8
Fauglia	3.655	167	4.569,1
Crespina Lorenzana	5.395	245	4.541,2
Cascina	44.565	1.771	3.974,0
Pisa	89.155	3.526	3.954,9
Vecchiano	11.916	412	3.457,5
San Giuliano Terme	30.771	980	3.184,8
Calci	6.359	164	2.579,0
Orciano Pisano	629	12	1.907,8