

Azienda Usl Toscana centro

La Relazione Sanitaria Aziendale è a cura di

per Lo Stato di Salute

Capitoli 1.1-6.2e7.2

UFC Epidemiologia e UFS CeRIMP

In Staff al Dipartimento Prevenzione – Responsabile: dr. Renzo Berti

ARIANI Filippo

BALZI Daniela

BIFFINO Marco

CIANI PASSERI Antonella

CIPRIANI Francesco

LEVI Miriam

MIGLIETTA Alessandro

MILLANTI Lorenzo

ROMEO Gianpaolo

per La risposta dell'Azienda Sanitaria

Capitoli 6.3-7.1 e 7.3 – 12.2

Area Pianificazione ed Analisi della Performance Sanitaria

In Staff alla Direzione Sanitaria – Responsabile: dr. Roberto Biagini

GHERARDESCHI Chiara

SERGI Alessandro

BOLDRINI Rossella Direzione Servizi Sociali

CAPANNI Claudia SOC Continuità ospedale territorio e pianificazione post acuzie

CERULLO Domenico SOC stabilimenti penitenziari – Pistoia e Prato

EPIFANI Anna Cristina SOS Screening

GIANNASI Gianfranco SOC Medicina d'urgenza Ospedale San Giovanni di Dio GUARRACINO Antonio SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa

LIZZERI Claudio Staff Dipartimento di Prevenzione

LOMBARDI Bruna Dipartimento di Medicina fisica e riabilitazione MORINO Piero UFC Coordinamento aziendale cure palliative

MOSTARDINI Lucia Direzione Servizi Sociali

MUGNANINI Elisabetta SOC Analisi dati attività e programmazione operativa
PAOLINI Piero Area Emergenza 118 Centrale operativa – Empoli e Pistoia

PAVONE Eleonora SOS Appropriatezza prescrittiva

POLI Anna Patrizia SOS Infezioni ospedaliere correlate all'assistenza

RENDO Corradina Patrizia SOC Salute in carcere

ROGIALLI Sandra SOC Salute in carcere stabilimenti – Firenze ROMILIO Mauro SOS Governance dinico assistenziale SPAGHETTI Ilaria SOS Medicina fisica e riabilitativa – Prato

per **Editing**

BEATINI Micaela UFS CeRIMP

Si ringraziano tutti gli operatori delle strutture aziendali che hanno collaborato con dati, informazioni e suggerimenti per la redazione della Relazione Sanitaria Aziendale.

Si ringrazia l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana e il Laboratorio Management e Sanità per il supporto e l'accesso alle banche dati.



La Relazione Sanitaria in breve



LO STATO DI SALUTE

1.	TERRITO	ORIO E DEMOGRAFIA	3
	1.1	Il territorio dell'Azienda USL Toscana Centro	4
	1.2	Contesto demografico	9
		•	
2.	AMBIEN	ΠE	19
	2.1	Aria	20
	2.2	Acqua	28
	2.2	лици	20
^	OTHER	ATTA	04
3.	STILIDI		31
	3.1	Fumo	32
	3.2	Alcol	38
	3.3	Peso corporeo	45
	3.4	Alimentazione	51
	3.5	Attività fisica	53
	3.6	Droghe e gioco d'azzardo	56
4.	MORTA	LITÀ e MORBOSITÀ	61
	4.1	La mortalità generale	62
	4.2	Ospedalizzazione	67
		'	
5.	ALCUN	E PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE	71
	5.1	Malattie cardiovascolari	72
	5.2	Tumori	80
	5.3	Malattie respiratorie e BPCO	88
	5.4	Diabete mellito	92
	5.5	Malattie infettive	95
	5.6	Salute mentale e suicidi	102
	5.7	Malattie professionali	102
	5.8	Traumatismi e awelenamenti	100
	5.0 5.9		111
		Infortuni stradali	
	5.10	Infortuni sul lavoro	115
6.		E DEI GRUPPI DI POPOLAZIONE	121
	6.1	Salute materno infantile	123
	6.2	Salute degli anziani	131
	6.3	Salute in carcere	135

LA RISPOSTA DELL'AZIENDA SANITARIA

7.	PREVEN	NZIONE NZIONE	147
	7.1	Screening oncologici	148
	7.2	Vaccinazioni	152
	7.3	Vigilanza e controllo	158
		-	
8.	OSPED/	ALE	161
	8.1	Indicatori di performance	162
	8.2	Infezioni correlate all'assistenza	171
9.	TERRITO		175
	9.1	Agenzia per la Continuità Ospedale Territorio	
		e Coordinamento Dimissioni Complesse Aziendale	176
	9.2	Assistenza specialistica ambulatoriale	180
	9.3	Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	182
	9.4	Assistenza farmaceutica territoriale	185
	9.5	Riabilitazione	190
	9.6	Assistenza ad anziani non autosufficienti	193
	9.7	Assistenza di fine vita	200
10.	PERCOI	RSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICO ASSISTENZIALI	203
11.	EMERG	ENZA URGENZA	209
	11.1	Servizio 118	210
	11.2	Pronto Soccorso	211
12.	ESITI-P	PERFORMANCE: BERSAGLIO MES	215
	12.1	Gli esiti delle cure	216
	12.2	Performance	228
	GLOSS/	ARIO	231

La Relazione Sanitaria in breve

La Relazione Sanitaria 2018 – come tutti gli anni – fa il punto sullo stato di salute e i problemi dei residenti nella nostra AUSL, sul modo con cui i servizi hanno risposto ai bisogni e sui risultati delle attività. Per fare questo si avvale solo ed esclusivamente di dati certificati e consolidati, escludendo quelli non verificabili perché non documentati. Dal punto di vista territoriale e demografico la nostra AUSL è caratterizzata dalle grandi dimensioni - la seconda in Italia - e dalla natura prevalentemente metropolitana. Più del 70% degli oltre 1,6 milioni di abitanti vive sull'asse delle Province di Firenze, Prato e Pistoia, dove giornalmente si svolge gran parte degli spostamenti. Con tutti i vantaggi – disponibilità di servizi e opportunità di vita – e gli svantaggi – inquinamento, tempi di vita, sicurezza, stress – delle aree metropolitane. Una parte significativa del nostro territorio è rurale o montano e scarsamente abitato. Solo 4 dei 72 comuni dell'AUSL TC però rientrano tra le aree montane svantaggiate (San Godenzo, Marradi, Firenzuola, San Marcello-Piteglio), dove si trovano poco più di 16.000 persone (circa 1% della popolazione AUSL TC).

I residenti nell'AUSL TC vivono sempre più a lungo: in media oltre 86 anni le femmine e quasi 82 i maschi, con le Province di Firenze e Prato sul podio nazionale per aspettativa di vita. E poiché l'Italia è ai primi posti di questa classifica internazionale, chi nasce oggi nel nostro territorio può contare su una durata della vita tra le più alte al mondo, molto vicine al record giapponese.

L'aumento dell'aspettativa di vita è da molti anni in progressiva crescita, sostenuta fino agli Anni '70 dalle migliorate condizioni di vita e lavoro e negli anni più recenti anche da nuove efficaci terapie farmacologiche e innovative tecnologie sanitarie.

ı

L'aumento di aspettativa di vita è oggi dovuto più all'aumento della sopravvivenza per le malattie croniche e degenerative più diffuse – cardiovascolari, tumori, respiratorie – che non ad una reale diminuzione di nuovi casi di queste patologie.

Ci si ammala ancora, ma ci si cura prima e meglio, grazie ad un sistema sanitario universale e tempestivo, anche se in affanno per efficienza e solidità economica. Gran parte degli anni di vita che viviamo in più ed in buona salute dipendono dalle nostre scelte individuali. Il resto è dovuto a fattori genetici – solo parzialmente noti – ed alle condizioni ambientali che ci circondano. Sulla qualità di queste, che certo non possiamo scegliere, vigilano i servizi di prevenzione dell'AUSL – igiene, nutrizione, veterinaria, lavoro -, oltre ad ARPAT e ad alcuni corpi delle Forze dell'ordine.

Un grande volume di controlli, sopralluoghi e campionamenti – oltre 30.000 nella sola AUSL TC – svolti da quasi un migliaio di operatori, che assicura il rispetto dei limiti di legge per la sicurezza e qualità di aria, acqua, cibi e ambienti di vita. L'Italia vanta un sistema di controlli tra i più evoluti e incisivi al mondo e la nostra AUSL è allineata su questi valori. Si può ancora migliorare per ridurre le infezioni ospedaliere, aumentare i controlli per la guida in stato di ebbrezza, contenere l'inquinamento delle acque superficiali, tanto per fare alcuni esempi riferibili al nostro territorio. Oltre a rafforzare i controlli, adesso i servizi di prevenzione dell'AUSL sono chiamati ad un nuovo compito: creare condizioni che spingano i cittadini a scelte sane, riducendo le diseguaglianze sociali di salute, problema emergente nella nostra AUSL come peraltro in tutti i Paesi più evoluti.

A fronte del positivo aumento dell'aspettativa di vita, preoccupa molto, invece, l'inarrestabile calo della natalità nella nostra AUSL, coerente con il dato regionale e nazionale.

Ormai siamo arrivati al record storico negativo di 1,3 figli per donna in età fertile, molto lontano del valore minimo di 2,0 che assicurerebbe il ricambio generazionale. La sfiducia delle italiane sugli scenari futuri, non compensata da efficaci politiche di sostegno alla genitorialità, insieme alla diminuzione del numero di donne in età feconda ed allo spostamento dell'età al primo figlio verso la fine del periodo fertile, spiegano gran parte del trend.

La diminuzione di natalità, insieme alla positiva diminuzione della mortalità, sta creando le condizioni della "tempesta perfetta": sempre più anziani, più malattie cronico-degenerative, più disabilità e non autosufficienza che graveranno sul sistema sanitario.

La nostra AUSL ha indici di invecchiamento tra i più elevati in Italia, con valori massimi nella zona fiorentina. Solo la presenza degli oltre 200.000 stranieri, circa il 13% della popolazione, con più elevati tassi di natalità ha contribuito a rallentare questo processo. Da qualche anno si sta riducendo, però, il valore del saldo migratorio (immigrati – emigrati), che rimane positivo, ancora, solo nell'area pratese e, fatto ancora più preoccupante, è iniziata a diminuire la propensione a fare figli anche nelle giovani coppie di immigrati.

La riduzione della mortalità generale è certamente il dato positivo più rilevante e consolidato da molti anni ed è dovuta a quella per malattie cardiovascolari e tumori, le due principali cause di decesso.

La mortalità cardiovascolare diminuisce oggi grazie a nuovi efficaci farmaci e a tempestivi interventi sanitari per ipercolesterolemia, ipertensione, coagulazione, aritmie, ostruzione delle arterie coronariche e cerebrali. Una parte del merito va alla tempestività del sistema di emergenza-urgenza, dal 118, all'elisoccorso e al Pronto Soccorso che nella nostra AUSL hanno valori di performance molto buoni. La riduzione della mortalità per tumori è legata soprattutto a farmaci innovativi, costosi e personalizzati, ed in parte alle campagne di diagnosi precoce.

Se la mortalità è in diminuzione soprattutto per i miglioramenti delle cure di chi si è ammalato, solo l'acquisizione di stili di vita sani può però far aumentare il numero di chi rimane sano. E su questo i comportamenti della popolazione dell'AUSL TC sembrano meno critici di quelli regionali, italiani ed europei. Il consumo di alcol negli adulti dell'AUSL TC è, infatti, più moderato e tra i giovani si rilevano meno episodi di ubriacatura, in diminuzione negli anni nei maschi, ma non nelle femmine. Tra queste, come anche a livello regionale, è ancora troppo diffusa l'abitudine al bere incontrollato, che le espone a rischi significativi di incidenti e intossicazioni acute.

Rispetto al fumo di tabacco, il big killer responsabile di una grande fetta di anni persi per morte o disabilità, nella nostra AUSL TC ancora 1 adulto su 4 fuma. Troppi, anche se in linea con il valore medio nazionale. Fortunatamente i fumatori sono in diminuzione, soprattutto grazie ai maschi che smettono, piuttosto che a quelli che non iniziano. Tra gli adolescenti, anche nella nostra AUSL TC le ragazze fumano più dei loro coetanei, gettando le basi per seri problemi di salute da adulte. Rispetto al peso corporeo, tra gli adulti più di 1 maschio su 3 ed una femmina su 5 è in sovrappeso, mentre tra i ragazzi di 14-19 anni lo è solo uno su 10. Sono dati in miglioramento nel tempo e meno critici di quelli regionali e nazionali.

Riguardo all'obesità, nella nostra AUSL TC, come in Toscana, non si rileva l'ondata epidemica segnalata dai media, che invece è reale nel sud d'Italia. Si tratta, infatti, di tassi inferiori al 10% negli adulti e al 3% nei ragazzi, in linea con il valore regionale e tra i più bassi a livello europeo e internazionale. Cresce, invece la sedentarietà, che tra gli adulti nella nostra AUSL TC interessa ormai quasi un residente su tre. Rispetto all'alimentazione, sono ancora pochi – circa 12% – quelli che nell'AUSL TC consumano le almeno 5 o più porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno, anche se in aumento negli anni e leggermente maggiori del dato regionale e nazionale.

Rispetto al consumo di droghe e sostanze illegali nell'AUSL TC prevalgono comportamenti globalizzati internazionali, con un ragazzo su tre/quattro che ne ha fatto uso nell'ultimo anno almeno una volta. L'assoluta maggioranza ha usato cannabis, mentre assai più raro – qualche ragazzo ogni 1.000 – chi ha avuto esperienze con droghe più pesanti (eroina, cocaina, allucinogeni, stimolanti). Tra le ragazze non si osserva quella diminuzione che si sta fortunatamente consolidando invece nei maschi negli ultimi anni ed evidente anche a livello internazionale.

Tra le diverse zone, l'area fiorentina è forse più vicina ad agganciare i nuovi trend internazionali per stili di vita salutistici, al momento più evidente tra i più istruiti ed economicamente avvantaggiati.

Come atteso ed evidente in tutti i Paesi più evoluti, le malattie più diffuse nell'AUSL TC sono quelle cronico-degenerative: cardiovascolari, tumori, respiratorie, diabete. Il numero assoluto di chi si ammala di queste patologie cresce per effetto dell'aumento della durata di vita e in numeri assoluti l'AUSL TC sta affrontando una crescita di domanda di cure. Con i tassi standardizzati per età è possibile valutare se le malattie stanno aumentando o diminuendo indipendentemente dall'invecchiamento. A fronte dell'aumento di casi che arrivano ai servizi dell'AUSL, in realtà oggi la probabilità di un residente dell'AUSL TC di ammalarsi di malattie cardiovascolari infarto miocardico, ictus emorragico e trombotico - è in leggera flessione rispetto al passato, mentre è stabile o in leggero aumento quella per tumori. Grazie alle nuove cure, cresce significativamente, invece, il numero di persone che sopravvivono all'evento ed aumenta perciò il numero di persone vive portatrici di un problema cardiovascolare o oncologico cronico.

Si stima che nell'AUSL TC siano presenti oltre 32.000 persone con scompenso cardiaco e quasi 90.000 che hanno avuto una diagnosi di tumore maligno nel corso della loro vita, escluso quelli della pelle.

I tumori più frequenti sono quelli della mammella femminile, del colonretto, del polmone e della prostata. Il tumore del polmone è in significativa diminuzione, da attribuire quasi totalmente alla riduzione dei maschi fumatori. Anche per le malattie respiratorie si assiste ad una riduzione della mortalità, con aumento della sopravvivenza, grazie alle buone cure delle riacutizzazioni. Come nel resto del mondo, è invece in deciso aumento nell'AUSL TC l'incidenza del diabete, questa sì una vera epidemia globalizzata, che origina da un mix di alimentazione non equilibrata, sovrappeso, sedentarietà e, in minore misura, genetica ed inquinamento.

Interventi sanitari tempestivi ed efficaci portano ad un aumento della sopravvivenza, con conseguente incremento del numero di malati di diabete presenti nel territorio dell'AUSL TC, quasi 100.000, il 7% degli adulti.

Tra le malattie infettive è rientrata nei valori attesi nel 2018 l'emergenza dei casi di meningite, grazie anche alla campagna straordinaria di vaccinazione della popolazione generale e dei gruppi a rischio. Sono poi sotto controllo tutte le malattie oggetto di vaccinazione pediatrica, con quote di popolazione vaccinata cresciute nel 2018 rispetto al 2017, anche grazie alla nuova normativa che le ha rese obbligatorie per accedere alle scuole d'infanzia e materne. Pur con un modesto miglioramento, anche nel 2018 sono invece lontane dagli obiettivi target le adolescenti vaccinate per HPV, utile per la prevenzione del tumore dell'utero e di alcune malattie a trasmissione sessuale. Ancora non ottimale anche le vaccinazioni per l'influenza stagionale degli adulti ultra65enni, capaci di ridurre la mortalità e l'aggravamento di molte malattie croniche di cui soffrono gli anziani. Una difficoltà a comune delle regioni italiane.

Tra le malattie infettive non coperte da vaccinazione, migliora di poco l'incidenza di casi di AIDS, di cui ci si continua ad ammalare a causa di un'errata percezione che non vi sia più rischio dovuta ai nuovi farmaci che hanno ridotto la letalità. Come in tutte le aree metropolitane, la tubercolosi è ancora presente nell'AUSL TC, soprattutto nell'area pratese per la presenza di stranieri provenienti da aree ad alta endemia del sud est asiatico. Le nuove efficaci e costose cure per i malati da epatite C, disponibili anche nell'AUSL TC per tutti i casi, sta portando alla guarigione di un'infezione virale – fatto unico e nuovo nella storia della medicina – soprattutto tra chi ha avuto una storia di tossicodipendenza e nei loro contatti.

Grazie a queste cure, nei prossimi anni è attesa una riduzione significativa di casi di cirrosi epatica, tumore del fegato e di altre malattie di cui il virus dell'epatite C ne accresce il rischio.

Traumatismi ed avvelenamenti sono in diminuzione costante nell'AUSL TC, sia in termini di mortalità che di ospedalizzazione. In particolare, gli incidenti stradali sono in diminuzione, ma cresce negli ultimi tre anni la gravità che era invece da molti anni in costante diminuzione. Sulle strade provinciali si verificano meno incidenti stradali, ma più gravi, mentre il contrario accade su quelle comunali. Nell'AUSL TC quelle più interessate da incidenti gravi sono nell'area pistoiese e in misura minore in quella pratese. Prosegue negli anni la riduzione del rischio di incidenti sul lavoro, analogamente al trend regionale e nazionale. Stabili le malattie professionali, tra le quasi le patologie muscolo-scheletriche sono da sempre le più rappresentate. I pochi ed incerti indicatori sulla salute mentale, tra cui i tassi di ospedalizzazione, l'uso di farmaci antidepressivi e la mortalità per suicidio, non evidenziano particolari criticità nel territorio dell'AUSL TC rispetto ai valori regionali e nazionali.

Analizzando lo stato di salute dei gruppi di popolazione non si rilevano importanti scostamenti rispetto all'anno precedente.

In particolare, gli indicatori di salute delle future mamme residenti nell'AUSL TC confermano anche nel 2018 i buoni bassi livelli di parto cesareo (26%), la diminuzione dei ricoveri per aborto spontaneo e per interruzione volontaria di gravidanza, che permane sempre più elevata nell'area pratese. Come a livello regionale, continua invece a crescere, anche se di poco, il tasso di nati vivi pretermine e con basso peso alla nascita. Con l'aumento del numero assoluto di anziani aumenta il numero assoluto di chi ha almeno una malattia cronica. Come accade ovunque, le donne vivono più a lungo dei maschi, ma hanno più problemi di salute da anziane. Nonostante le malattie, la maggioranza degli anziani dichiara di "stare bene".

Meno del 7% di questi ha bisogno di aiuto per svolgere almeno un'attività di base ed 1 su 6 vive solo. Un quadro generale della vecchiaia condizionato dai crescenti problemi biologici e sociali, ma al momento ancora gestito nella maggioranza dei casi con le risorse del servizio sanitario e delle reti familiari.

A tutti questi problemi, anche nel 2018 l'AUSL TC ha risposto mettendo in campo il patrimonio economico fornito dalla Regione Toscana e la professionalità degli oltre 14.000 operatori dei diversi servizi presenti nei 13 ospedali, nelle oltre 220 strutture dei territori, nelle 8 zone-distretto, con iniziative di prevenzione, cura e riabilitazione. I diversi indicatori disponibili su quantità e qualità dei servizi ospedalieri dell'AUSL TC, di cui molti del MeS dell'Università Sant'Anna di Pisa, sono tendenzialmente positivi. In particolare, cresce anche nel 2018 l'uso dell'ospedale quando serve veramente, con riduzione dei ricoveri impropri a favore di modalità alternative più efficienti, come il Day Service.

Le terapie intensive hanno i migliori risultati a livello regionale e l'efficienza dei ricoveri in ambito medico e chirurgico migliorano decisamente nel periodo 2016-2018, con valori ottimi per l'appropriatezza chirurgica. Buona anche la performance relativa all'assistenza materno infantile, con bassi tassi di parti cesarei.

Le infezioni correlate all'assistenza ospedaliera non sono cresciute nel 2018 e sono comunque inferiori al valore nazionale. Insieme alla diffusione dell'antibiotico-resistenza è comunque un problema emergente in tutti i Paesi con sistemi sanitari evoluti. Positivi anche gli indici dei tempi d'intervento nell'area emergenza e urgenza. Sulle quasi 360.000 chiamate al 118, sono partite oltre 255.000 missioni con mezzi di soccorso, con interventi eseguiti entro 13 minuti, il migliore valore regionale e ampiamente entro lo standard internazionale massimo di 18 minuti.

Gli accessi ai Pronto Soccorso dell'AUSL TC sono stati quasi 430.000, con oltre l'80% dei casi con codici di bassa gravità (verdeurgenza differibile: 52,5%; bianco e azzurro-non critico: 29%), a testimonianza delle difficoltà di accesso dei cittadini a servizi territoriali alternativi all'ospedale. E' un problema nazionale, affrontato anche nella nostra AUSL con azioni coordinate in più aree.

Buoni anche gli indicatori di appropriatezza diagnostica rispetto ai valori medi regionali. Nonostante i tempi di attesa rappresentino uno dei maggiori problemi nell'assistenza sanitaria, diversi indicatori sono positivi, come quelli relativi alle prime visite entro 10 giorni per la chirurgia generale e l'otorinolaringoiatria, la TAC addome e del capo e la RMN muscoloscheletrica entro 60 giorni. Diverse, però, ancora le criticità, come quelle per i tempi di attesa per visite ginecologiche, ortopediche e oculistiche e per la colonscopia.

Per migliorare questi indicatori, l'AUSL TC ha organizzato gruppi specifici di lavoro per tutto il 2019. Positivo e molto evidente l'effetto degli interventi concordati negli ultimi anni con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, tra cui il contenimento della spesa pro capite per farmaci ai livelli più bassi nel tempo e rispetto alle altre aree toscane, con evidenti successi nell'uso di biosimilari e dei farmaci a brevetto scaduto. Importante sono i buoni indicatori sull'appropriatezza prescrittiva, come è più evidente nel caso degli inibitori della pompa protonica.

L'AUSL TC è l'unica nel 2018 a raggiungere in Regione gli obiettivi generali di appropriatezza prescrittiva farmaceutica per singolo assistito. Cresce anche nel 2018 la percentuale di pazienti che avviano un tempestivo programma riabilitativo a seguito di ictus o frattura del femore entro 28 giorni, con valori migliori della media regionale. Ed è buono il parametro degli anziani con assistenza domiciliare a seguito di ricovero, superando il valore dello standard minimo di riferimento. Sempre sopra ai valori soglia raccomandati è nel 2018 la presenza dei quasi 7.000 anziani in RSA.

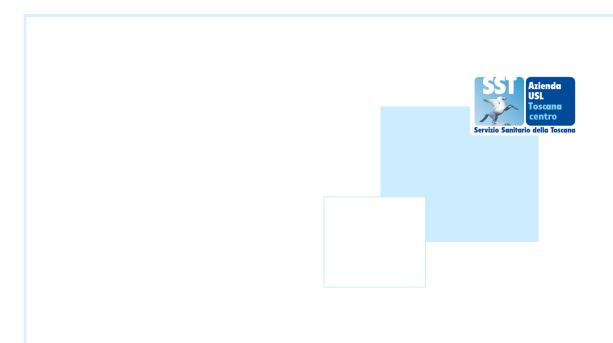
Passando all'esame degli indicatori degli esiti delle cure, forniti dal sistema regionale PrOsE di ARS, emerge nel 2018 un quadro sostanzialmente positivo. In particolare, nei percorsi chirurgici cresce il ricorso alle tecniche endoscopiche, che raggiungono i valori regionali più alti, con picchi di eccellenza in alcuni presidi ospedalieri. La chirurgia vascolare, quella del tumore del colon, del retto e del polmone e dello stomaco ha tassi di mortalità a seguito di un intervento in linea con i valori regionali. La numerosità degli interventi chirurgici per tumore della mammella per presidio ospedaliero, includendo anche l'attività delle equipe chirurgiche itineranti, è sempre al di sopra delle soglie minime di sicurezza indicate dai decreti ministeriali.

Pur con un'eccezione, peraltro in miglioramento dopo specifiche azioni di adeguamento, la quota d'interventi ripetuti entro 120 giorni dopo trattamento conservativo del tumore della mammella è buona in tutti i presidi ospedalieri dell'AUSL TC. La tempestività degli interventi per frattura del femore entro 2 giorni è sufficientemente raggiunta in tutta l'AUSL TC, anche se nel tempo aumenta la variabilità tra i diversi presidi ospedalieri. Prosegue la riduzione della mortalità a 30 giorni dall'intervento per frattura del femore, che nel 2018 ha raggiunto il miglior valore regionale. Anche il rischio di morte, dopo infarto miocardico, è in riduzione in tutta l'AUSL TC e al di sotto del valore medio regionale, mentre la mortalità dopo ictus è assestata sul valore regionale. Gli indicatori di esito per le cure di malattie croniche che prevedono un'integrazione tra ospedale e territorio evidenziano un rischio di decesso, dopo ricovero per BPCO al di sotto della media regionale e di riammissione a 30 giorni dal precedente ricovero in linea con il dato regionale. Il rischio di morte a 30 giorni dopo ricovero per scompenso cardiaco è assestato per la nostra AUSL sul valore medio regionale.

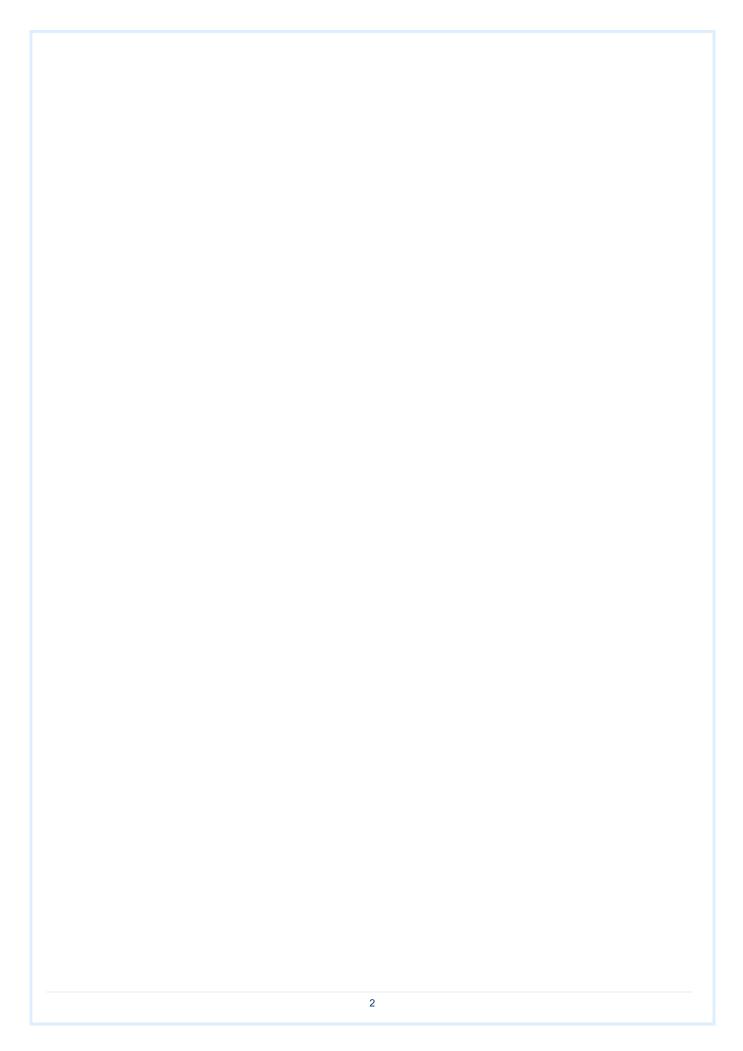
Infine, l'analisi degli indicatori di performance riassunti nel Bersaglio del MeS, mostra per la nostra AUSL TC nel 2018 rispetto agli anni precedenti uno spostamento verso i valori ottimali del centro del bersaglio. In particolare, si evidenzia un'ottima performance nel garantire risposte ai bisogni di salute con percorsi alternativi rispetto al ricovero, nell'appropriatezza chirurgica, nella donazione d'organo, nella efficacia della sicurezza alimentare e nell'equilibrio economico generale. Buone le performance per l'appropriatezza d'uso dei farmaci, l'appropriatezza diagnostica, le terapie intensive, la riabilitazione, l'assistenza al parto, la pediatria, l'appropriatezza e tempestività del sistema emergenza-urgenza.

Buono anche il dato della sostenibilità economica e patrimoniale, con un'unica debolezza nel saldo positivo tra valore economico delle fughe extraregionali rispetto a quello delle attrazioni extraregionali. Con poche eccezioni, le aree che risultavano nella fascia arancione – aree da migliorare – nel 2017 sono effettivamente migliorate nel 2018. Secondo il Bersaglio, le aree su cui porre maggiore attenzione sono quelle della comunicazione e prenotazione web, la sanità digitale e la percentuale di assenza.

In conclusione, come già rilevato nelle Relazioni Sanitari Aziendali degli anni precedenti, i cittadini che vivono nei territori dell'AUSL TC presentano indicatori di salute in linea o migliori di quelli regionali, mai o quasi peggiori. Il lavoro dei professionisti dell'Azienda assicura su tutti i territori il controllo della qualità degli ambienti di vita e cure efficaci anche per problemi sanitari complessi. L'Azienda ha avviato azioni per migliorare le difficoltà che i cittadini talvolta incontrano per accedere ai servizi con tempestività e chiarezza.



LO STATO DI SALUTE



1.1 Il territorio dell'Azienda Usl Toscana centro

Tra affollamento metropolitano e aree spopolate

Il territorio dell'AUSL TC è caratterizzato dalla presenza dell'area metropolitana fiorentina e dalla varietà di zone collinari e montane circostanti, con una superficie di poco più di un quinto dell'intera regione, dove vivono poco meno della metà dei toscani.

La densità di popolazione varia notevolmente fra le otto zone sociosanitarie. È massima nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, e minima in Mugello e, in parte, contribuisce alle differenze territoriali in termini di stili di vita, esposizioni ambientali, profili economici e sociali.

Tabella 1 Caratteristiche del Territorio e Reddito delle Aree Territoriali dell'AUSL TC nel 2018 Fonte: ARS, 2019

Zona	Km2	Densità Popolazione per Km²	% Popolazione che vive in Comuni Montani	Reddito Imponibile Media Pro Capite €. 2016
AT Pistoiese	964	303	5,1	18.986
Pistoiese	699	246	8,6	19.496
Val di Nievole	265	452	0,0	18.108
AT Pratese	365	700	3,6	19.674
AT Fiorentina	2.778	302	9,5	22.918
Fiorentina	102	3.723	0,0	24.937
Fiorentina Nord Ovest	333	627	2,3	20.978
Fiorentina Sud Est	1.212	152	6,0	22.085
Mugello	1.131	57	100,0	19.760
AT Empolese	933	259	0,0	19.888
AUSL TOSCANA CENTRO	5.041	323	6,4	21.286
AUSL TOSCANA NORD OVEST	6.389	200	14,3	20.403
AUSL TOSCANA SUD EST	11.557	72	17,3	19.520
REGIONE TOSCANA	22.987	163	11,5	20.583

Area Territoriale (AT) = ex ASL

L'Area Territoriale (AT) Pistoiese coincide con quello della provincia di Pistoia e comprende nove comuni della zona socio sanitaria Pistoiese e undici di quella della Val di Nievole. Nella zona Pistoiese circa la metà della popolazione vive nel Comune di Pistoia e vi sono rappresentate le caratteristiche aree montane dei comuni Abetone-Cutigliano, Marliana, Sambuca Pistoiese e San Marcello Pistoiese-Piteglio, mentre i comuni della Piana pistoiese (Agliana, Montale, Pistoia, Quarrata, Serravalle Pistoiese) sono in continuità dell'asse metropolitano fiorentino e pratese. Il complesso del Montalbano separa la zona Pistoiese da quella della Val di Nievole, più ricca di aree collinari e pedemontane e con maggiore densità abitativa.

La riserva naturale appenninica di Campolino, le zone palustri del Padule di Fucecchio e l'area delle acque termali di Montecatini e Monsummano caratterizzano l'habitat naturale dell'area pistoiese.

L'AT Empolese coincide con la nuova zona Empolese – Valdarno Inferiore, che dal 2018 risulta dall'unificazione delle precedenti zone Empolese Valdelsa e Valdarno Inferiore. La zona Empolese Valdelsa comprendeva gli undici comuni della Provincia di Firenze (Capraia e Limite, Cerreto Guidi, Empoli, Fucecchio, Montelupo Fiorentino, Montespertoli, Vinci, Val d'Elsa, Castelfiorentino, Certaldo, Gambassi Terme, Montaione) mentre quella del Valdarno Inferiore i quattro comuni pisani (Castelfranco di Sotto, Montopoli in Val d'Arno, San Miniato, Santa Croce sull'Arno). Geograficamente è configurata come un corridoio nella valle dell'Arno tra la Toscana interna e la costa, con territorio pianeggiante con alta densità di mobilità metropolitana.

L'AT Pratese attraversata dalla valle del Bisenzio, coincide con la zona Pratese e con la provincia di Prato, dove si registra la più alta densità abitativa fra le province toscane e tra le più elevate in Italia.

L'80% dei residenti vive nel solo Comune di Prato, il secondo in Toscana dopo Firenze per numerosità. Il rimanente 20% è distribuito negli altri 6 comuni, di cui Cantagallo, Vaiano e Vernio sono collocati sul versante montano, Montemurlo nella piana in continuità dell'asse metropolitano residenziale Firenze-Prato-Pistoia e Poggio a Caiano e Carmignano, detti anche "comuni medicei", sul versante collinare sud, orientati verso l'area fiorentina.

L'AT Fiorentina coincide con il territorio della Provincia di Firenze con esclusione degli undici comuni del comprensorio Empolese Valdelsa. Include quattro zone distretto:

- Fiorentina, con il solo Comune capoluogo regionale è la più antropizzata, con le consolidate caratteristiche positive e negative dei comuni metropolitani per abitudini di vita, relazioni sociali, inquinamento, mobilità, residenzialità, sicurezza, disponibilità ed accessibilità dei servizi.
- Fiorentina Nord Ovest, con i suoi sette comuni della cintura metropolitana (Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa, Vaglia), è storicamente cresciuta grazie all'insediamento di giovani coppie e di immigrati in cerca di residenze economicamente più accessibili rispetto al centro storico e alle fasce residenziali circostanti di Firenze. Con esclusione di Vaglia, tutti i comuni sono collocati nella piana fiorentina, interessata in modo diretto o indiretto da significativi progetti di nuove opere infrastrutturali, anche se non tutte di sicura esecuzione (terza corsia autostradale, tramvia, nuova pista aeroportuale, inceneritore di Case Passerini, nuovo stadio).

L'area è già interessata da un'elevata concentrazione di rete viaria stradale, impianti industriali, aree residenziali e attività commerciali. Occupa gran parte dell'area che si estende fino alla piana lucchese ed è interessata per motivi geomorfologici da un significativo effetto serra, con conseguenti frequenti criticità della qualità dell'aria.

- Fiorentina Sud Est con prevalente carattere collinare, presenta aspetti rurali e al tempo stesso urbani con insediamenti sparsi e agglomerati sulle alture. Comprende il comune collinare di Fiesole, i comuni del Chiantishire, che testimoniano la toscanità nell'immaginario globalizzato (Greve in Chianti, Impruneta), con le dolci colline, i suoi vini rossi, salumi e bistecca, quelli della Val di Pesa (San Casciano, Tavarnelle e Barberino Val d'Elsa), che con coerenza paesaggistica ci accompagnano all'area senese, i comuni del Valdarno superiore (Figline e Incisa, Reggello, Rignano sull'Arno) caratterizzati da alternanza di aree agricole e commerciali in direzione del territorio aretino e quelli della Val di Sieve (Dicomano, Londa, San Godenzo, Pelago, Pontassieve e Rufina) con aree rurali più aspre e montane, in continuità con il Mugello e l'Appennino romagnolo.
- Mugello geograficamente costituito da una larga conca circondata da colline e aree montuose appenniniche, con oltre il 70% di territorio boschivo, ha la più bassa densità abitativa dell'AUSL TC e tutti i suoi otto Comuni sono classificati come totalmente montani.

I grandi lavori per la linea ferroviaria ad alta velocità Roma – Milano e per la variante autostradale di valico, la riattivazione della linea ferroviaria "Faentina", la crescita dell'invaso idrico di Bilancino e del Centro commerciale di Barberino sono le opere che negli ultimi anni hanno maggiormente caratterizzato lo sviluppo infrastrutturale della zona.

Significativo è il pendolarismo per lavoro e studio dei residenti sull'area metropolitana e viceversa dei fiorentini nel week end per attività sportive e ricreative.

1.2 Contesto demografico

Si vive sempre più a lungo. L'invecchiamento è solo in parte compensato dagli stranieri

Secondo le più recenti elaborazioni di ARS, basate su tassi di mortalità disponibili ad oggi e relativi al triennio 2013-2015, i residenti della AUSL TC godono di un'aspettativa di vita alla nascita tra le più alte al mondo, in particolare quelli della zona metropolitana fiorentina, con il picco di 86,5 nelle femmine della zona Fiorentina Sud Est e 82,2 nei maschi della zona Fiorentina Nord Ovest. In leggero ritardo i valori del Mugello.

La speranza di vita a 65 anni si attesta attorno ai 23 anni per le femmine e ai 20 anni per i maschi (Tabella 1).

Tabella 1Numero di Anni di aspettativa di vita alla nascita e a 65 anni nel 2015 nele Zone e Aree Territoriali dell'AUSLTC

Fonte: ARS. 2019

Area		Speranz alla na		Speranza di vita a 65 anni		
Territoriale	Zona distretto	M	F	M	F	
Pistoiese		81,4	86,0	19,6	23.0	
	Pistoiese Val di Nievole	81,4 81,4	86,0 86,0	19,6 19,6	22,9 23,0	
Pratese		81,6	86,1	19,7	23,0	
Fiorentina		81,7	86,3	19,8	23,2	
	Fiorentina Fiorentina Nord Ovest Fiorentina Sud Est Mugello	81,6 82,2 81,4 80,5	86,4 86,3 86,5 85,7	20,0 19,9 19,6 18,8	23,3 23,3 23,0 22,7	
Empolese		81,4	85,9	19,4	22,9	
AUSL TOSCANA CENTRO		81,6	86,2	19,7	23,1	
AUSL TOSCA	80,3	85,0	18,9	22,3		
AUSL TOSCA	81,2	85,6	19,5	22,8		
REGIONE TO	SCANA	81,0	85,6	19,4	22,7	

Area Territoriale (AT) = ex ASL

Le tavole di mortalità ISTAT, aggiornate al 2017 solo a livello provinciale, confermano i livelli elevati dell'aspettativa di vita nei territori dell'AUSL TC, che coincide con la città metropolitana di Firenze, le province di Prato e di Pistoia e i quattro comuni del Valdarno Inferiore facenti parte della provincia di Pisa.

L'ISTAT ha stimato l'aspettativa di vita per l'anno 2017 in 82,1 anni per i maschi e 86,0 per le femmine nella città metropolitana di Firenze; in 81,9 anni per i maschi e 86,1 per le femmine nella provincia di Prato; in 80,9 anni per i maschi e 85,6 per le femmine nella provincia di Pistoia; in 81,1 anni per i maschi e 85,6 per le femmine, nell'intera provincia di Pisa di cui fanno parte i quattro comuni della ex zona Valdarno Inferiore. Infine, l'aspettativa di vita in Regione Toscana, nel 2017, è stata stimata in 81,3 anni per gli uomini e 85,4 anni per le donne.

I residenti al 1° gennaio 2018 nei 73 Comuni dell'AUSL TC sono 1.628.345 (Maschi: 784.418; Femmine: 843.927), di cui 380.948 (23%) risiedono nel Comune di Firenze (Tabella 2).

È la seconda Azienda Sanitaria in Italia per dimensione demografica, dopo quella metropolitana di Milano.

I residenti nell'AUSL TC sono il 43,6% del totale dei toscani e più di un terzo vive nei due Comuni di Firenze e Prato. Oltre metà degli assistiti vivono nell'AT Fiorentina (51,5%), mentre gli altri sono distribuiti in modo piuttosto equilibrato tra le altre AT Pistoiese (17,9%), Pratese (15,7%) ed Empolese (14,9%).

Nel corso del 2017, l'AUSL TC è l'unica in Toscana a segnare un saldo demografico non negativo, anche se di valore trascurabile (+381 residenti; +0,02%). L'immigrazione inizia a faticare a compensare il forte saldo naturale negativo determinato dai decessi di anziani non compensati da nuove nascite (Tabella 3).

Tabella 2Popolazione residente nell'AUSLTC per Comune, Zona e Area Territoriale al 01-01-2018
Fonte: ARS su dati ISTAT, 2019

ZONA DISTRETTO		Comune di Residenza	M	F	Tota
Pistoiese		Abetone-Cutigliano Agliana	1.040 8.760	1.061 9.029	2.1 17.7
		Marliana	1.592	1.582	3.1
		Montale	5.261	5.516	10.7
		Pistoia Quarrata	43.092 12.872	47.103 13.588	90.1 26.4
		Sambuca Pistoiese	820	785	1.6
		San Marcello Pistoiese-Piteglio	3.732	4.201	7.9
	Totale	Serravalle Pistoiese zona Pistoiese	5.697 82.866	5.992 88.857	11.6 171.7
/al di Nievole		Buggiano	4.128	4.554	8.7
		Chiesina Uzzanese	2.244	2.314	4.5
		Lamporecchio Larciano	3.627 3.093	3.866 3.244	7.4 6.3
		Massa e Cozzile	3.791	4.133	7.9
		Monsummano Terme Montecatini Terme	10.277 9.462	10.864 11.078	21.1- 20.5-
		Pescia	9.471	10.113	19.5
		Pieve a Nievole	4.454	4.755	9.2
		Ponte Buggianese Uzzano	4.331 2.753	4.588 2.969	8.9 5.7
	Totale	zona Val di Nievole	57.691	62.478	120.1
AT PISTO	IESE		140.557	151.335	291.8
Pratese		Cantagallo	1.580	1.560	3.1
		Carmignano Montemurlo	7.266 9.253	7.397 9.526	14.6 18.7
		Poggio a Caiano	4.889	5.159	10.0
		Prato	93.754	99.571	193.3
		Vaiano Vernio	4.923 2.985	5.145 3.063	10.0 6.0
AT PRAT	ESE e zo	na Pratese	124.650	131.241	256.0
iorentina		Firenze	178.958	201.990	380.9
	Totale	zona Fiorentina	178.958	201.990	380.9
Fiorentina Nord Ovest		Calenzano Campi Bisenzio	8.752 22.865	9.162 23.831	17.9 46.6
		Lastra a Signa	10.035	10.273	20.3
		Scandicci Sesto Fiorentino	24.258 23.282	26.387 25.809	50.6
		Signa	9.125	9.776	49.0 18.9
	T-4-1-	Vaglia zona Fiorentina Nord Ovest	2.507 100.824	2.627	5.1
Fiorentina Sud Est	Totale	Bagno a Ripoli	12.100	107.865 13.383	208.6 25.4
-iorentina Sud Est		Barberino Val D'Elsa	2.161	2.198	4.3
		Fiesole *	6.748	7.402	14.1
		Figline e Incisa In Valdarno Greve In Chianti	11.386 6.724	12.074 7.090	23.4 13.8
		Impruneta	7.028	7.590	14.6
		Londa Pelago	971 3.773	924 3.978	1.8 7.7
		Pontassieve	9.957	10.650	20.6
		Reggello	8.161	8.382	16.5
		Rignano Sull'Arno Rufina	4.328 3.590	4.390 3.676	8.7 7.2
		San Casciano In Val di Pesa	8.270	8.901	17.1
		San Godenzo	564	565	1.1
	Totale	Tavarnelle Val Di Pesa zona Fiorentina Sud Est	3.855 89.616	3.898 95.101	7.7 184.7
Mugello		Barberino Di Mugello	5.423	5.501	10.9
		Borgo San Lorenzo Dicomano	9.030 2.798	9.389 2.719	18.4 5.5
		Firenzuola	2.279	2.320	4.5
		Marradi	1.529	1.533	3.0
		Palazzuolo Sul Senio Scarperia e San Piero	573 5.991	568 6.179	1.1 12.1
		Vicchio	4.118	4.065	8.1
AT FIORE	Totale	zona Mugello	31.741 401.139	32.274 437.230	64.0 838.3
Empolese – Valdarno Ir	nteriore	Capraia e Limite Castelfiorentino	3.874 8.374	3.908 8.909	7.7 17.2
•			5.336	5.674	11.0
•		Cerreto Guidi			
•		Certaldo	7.851 23.292	8.172 25.334	
		Certaldo Empoli Fucecchio	7.851 23.292 11.389	8.172 25.334 11.886	48.6
		Certaldo Empoli Fucecchio Gambassi Terme	23.292 11.389 2.388	25.334 11.886 2.472	48.6 23.2 4.8
		Certaldo Empoli Fucecchio Gambassi Terme Montaione	23.292 11.389	25.334 11.886	48.6 23.2 4.8 3.6
		Certaldo Empoli Fucecchio Gambassi Terme Montaione Montelupo Fiorentino Montespertoli	23.292 11.389 2.388 1.794 6.898 6.653	25.334 11.886 2.472 1.844 7.349 6.844	48.6 23.2 4.8 3.6 14.2 13.4
		Certaldo Empoli Fucecchio Gambassi Terme Montaione Montelupo Fiorentino Montespertoli Vinci	23.292 11.389 2.388 1.794 6.898 6.653 7.106	25.334 11.886 2.472 1.844 7.349 6.844 7.544	48.6 23.2 4.8 3.6 14.2 13.4 14.6
		Certaldo Empoli Fucecchio Gambassi Terme Montaione Montelupo Fiorentino Montespertoli	23.292 11.389 2.388 1.794 6.898 6.653	25.334 11.886 2.472 1.844 7.349 6.844	48.6 23.2 4.8 3.6 14.2 13.4 14.6 13.3
		Certaldo Empoli Fucecchio Gambassi Terme Montaione Montelupo Fiorentino Montespertoli Vinci Castelfranco Di Sotto Montopoli in Val D'Arno San Miniato	23.292 11.389 2.388 1.794 6.898 6.653 7.106 6.661 5.513	25.334 11.886 2.472 1.844 7.349 6.844 7.544 6.735 5.636 14.314	48.6 23.2 4.8 3.6 14.2 13.4 14.6 13.3 11.1
	LESF a	Certaldo Empoil Fucecchio Gambassi Terme Montalone Montelupo Fiorentino Montespertoli Vinci Castelfranco Di Sotto Montopoli in Val D'Arno San Miniato Santa Croce Sull'Arno	23.292 11.389 2.388 1.794 6.898 6.653 7.106 6.661 5.513 13.636 7.307	25.334 11.886 2.472 1.844 7.349 6.844 7.544 6.735 5.636 14.314 7.320	16.0 48.6 23.2 4.8 3.6 14.2 13.4 14.6 13.3 11.1 27.9 14.6
AT EMPO		Certaldo Empoli Fucecchio Gambassi Terme Montaione Montelupo Fiorentino Montespertoli Vinci Castelfranco Di Sotto Montopoli in Val D'Arno San Miniato	23,292 11,389 2,388 1,794 6,898 6,653 7,106 6,661 5,513 13,636 7,307	25.334 11.886 2.472 1.844 7.349 6.844 7.544 6.735 5.636 14.314 7.320	48.6 23.2 4.8 3.6 14.2 13.4 14.6 13.3 11.1 27.9 14.6 242.0
AT EMPO	ITRO	Certaldo Empoli Fucecchio Gambassi Terme Montaione Montelupo Fiorentino Montespertoli Vinci Castelfranco Di Sotto Montopoli in Val D'Arno San Miniato Santa Croce Sull'Arno zona Empolese Valdarno Inferiore	23.292 11.389 2.388 1.794 6.898 6.653 7.106 6.661 5.513 13.636 7.307 118.072	25.334 11.886 2.472 1.844 7.349 6.844 7.544 6.735 5.636 14.314 7.320 123.941	48.6 23.2 4.8 3.6 14.2 13.4 14.6 13.3 11.1 27.9 14.6 242.0
	I TRO D OVEST	Certaldo Empoli Fucecchio Gambassi Terme Montaione Montelupo Fiorentino Montespertoli Vinci Castelfranco Di Sotto Montopoli in Val D'Arno San Miniato Santa Croce Sull'Arno zona Empolese Valdarno Inferiore	23,292 11,389 2,388 1,794 6,898 6,653 7,106 6,661 5,513 13,636 7,307	25.334 11.886 2.472 1.844 7.349 6.844 7.544 6.735 5.636 14.314 7.320	48.6 23.2 4.8 3.6 14.2 13.4 14.6 13.3 11.1

* Dal 1 gennaio 2018 Fissoleè passata dala zona Forentina Nord Ovest alla zona Forentina Sud Est L'AT Pratese e la cintura dei comuni fiorentini metropolitani sono demograficamente meno regressivi, grazie ad una maggiore mobilità intercomunale e immigratoria dall'estero e ad una maggiore natalità. La provincia di Prato, che coincide con l'AT Pratese, è la seconda in Italia dopo Trieste per saldo migratorio totale (differenza tra iscritti e cancellati) ed è anche la seconda provincia italiana dopo Bolzano per crescita totale (saldo tra crescita naturale e tasso migratorio) grazie all'immigrazione e ad una denatalità meno marcata.

Fra il 1995 e il 2018, i residenti nell'AUSL TC sono cresciuti di circa 130.000 soggetti (+9%), con incrementi maggiori nella zona Pratese (+17%), Empolese e nel Mugello (+15%).

Una diminuzione (-1,9%) si è verificata solo nella zona Fiorentina, coincidente con il territorio del comune di Firenze.

Tabella 3 Indicatori del Blancio demografico dei Residenti nelle Zone e Aree Territoriali nell'AUSL Toscana Centro – 2017 e Incremento percentuale della Popolazione dal 1995 al 2018 Fonte: ARS sudati Istat, 2019

Area Territoriale	Saldo Mig	gratorio	Saldo Naturale		Saldo Totale		Var %
Zona Distretto	Immigrati	x 1.000	Nati	x 1.000	Entrati	x 1.000	Residenti 1995 - 2018
	Emigrati	Abitanti	Morti	Abitanti	Usciti	Abitanti	
AT Pistoiese	1.499	5,1	-1.446	-5,0	53	0,2	9,9
Pistoiese	1.038	6,0	-782	-4,6	256	1,5	9,6
Val di Nievole	461	3,8	-664	-5,5	-203	-1,7	10,4
AT Pratese	1.850	7,2	-387	-1,5	1.463	5,7	16,6
AT Fiorentina	2.580	3,0	-3.682	-4,4	-1.102	-1,3	4,3
Fiorentina	571	1,5	-1.881	-4,9	-1.310	-3,4	-1,9
Fiorentina Nord Ovest	650	2,9	-662	-3,0	-12	-0,1	10,3
Fiorentina Sud Est	971	5,7	-837	-4,9	-134	0,8	8,1
Mugello	388	6,1	-302	-4,7	-86	1,3	15,5
AT Empolese	900	3,7	-933	-3,9	-33	-0,1	14,7
			0.440		004		
AUSL TOSCANA CENTRO	6.829	4,2	-6.448	-4,0	381	0,2	8,6
AUSL TOSCANA NORD OVEST	3.518	2,8	-7.242	-5,7	-3.724	-2,9	2,8
AUSL TOSCANA SUD EST	2.613	3,1	-4.739	-5,7	-2.126	-2,6	6,2
REGIONE TOSCANA	12.960	3,5	-18.429	-4,9	-5.469	-1,5	6,0

Area Territoriale (AT) = ex ASL

La struttura per età non varia molto tra zone ed Area Territoriale (AT = ex ASL) (Tabella 4). Nelle zone Fiorentina Nord Ovest, Pratese e Empolese – Valdarno Inferiore sono più rappresentate le classi giovanili, mentre in quella Fiorentina sono di più gli anziani. Dopo i 50 anni le femmine cominciano a superare in numero assoluto i loro coetanei, a causa della differenza di mortalità per genere e per età, a favore delle femmine, tanto che dopo gli 85 anni sono oltre il doppio dei maschi (femmine: 45.308; maschi: 22.106).

Gli ultra75enni sono aumentati da 267.358 nel 1990 a 399.758 del 2018 (+49,5%). Al primo gennaio 2018, gli ultra90enni sono 19.241 (maschi: 4.954; femmine: 14.287) e gli ultracentenari 561 (71 maschi e 490 femmine). L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno diffuso nei Paesi ad economia avanzata, ma in particolare nell'area europea e mediterranea. Tale fenomeno è sostenuto da un insieme di fattori, tra cui la riduzione della mortalità, soprattutto negli adulti ed anziani e la diminuzione delle nascite, con parziale compensazione sostenuta dall'arrivo di giovani stranieri da Paesi svantaggiati.

Tabella 4Percentuale di residenti per Classe di età e Numero assoluto di residenti nelle zone e Aree Territoriali dell'AUSLTC al 01-01-2018
Fonte: ARS su dati ISTAT, 2019

(AT) Area Territoriale	Classi di Età - %						Totale Popolazione		
	0-4	05-14	15-34	35-54	55-64	65-74	75-84	85+	
AT Pistoiese	3,8	8,8	18,6	30,1	13,6	11,9	9,1	4,1	291.892
Pistoiese	3,8	8,9	18,3	29,9	13,5	12,1	9,3	4,3	171.723
Val di Nievole	3,7	8,7	19,2	30,5	13,6	11,5	8,8	4,0	120.169
AT Pratese	4,3	9,9	20,0	30,8	12,8	10,7	7,9	3,5	256.071
AT Fiorentina	3,8	8,9	19,0	29,7	13,9	11,7	9,3	4,4	838.369
Fiorentina	3,8	8,2	19,1	30,0	13,0	11,4	9,5	4,9	380.948
Fiorentina Nord Ovest	4,0	9,7	19,0	30,4	12,5	11,5	9,1	3,7	208.689
Fiorentina Sud Est	3,6	9,0	18,5	28,7	13,9	12,5	9,4	4,3	184.717
Mugello	3,9	9,3	19,4	29,1	14,1	11,8	8,3	4,1	64.015
AT Empolese	4,2	9,4	19,3	31,2	12,5	11,0	8,5	3,9	242.046
			10.0		40.4	44.5			4 000 0 4 7
AUSL TOSCANA CENTRO	3.9	9,1	19,2	30,1	13,1	, -	8,9	4,1	1.628.345
AUSL TOSCANA NORD OVEST	3,6	8,5	18,3	30,1	13,8	12,3	9,3	4,1	1.274.989
AUSL TOSCANA SUD EST	3,6	8,6	18,8	29,5	13,7	12,1	9,3	4,5	833.634
REGIONE TOSCANA	3,9	8,8	18,8	30,3	13,2	11,8	9,1	4,2	3.742.437

Area Territoriale (AT) = ex ASL

Confrontando gli indicatori demografici per area geografica, si rilevano segnali demograficamente meno regressivi nell'AUSL TC rispetto alla Toscana (Tabella 5).

In particolare, sono un po' più bassi i valori dell'indice di vecchiaia (numero di residenti di età maggiore o uguale a 65 anni per 100 giovani tra 0 e 14 anni) e dell'indice di dipendenza anziani (numero di residenti di età maggiore o uguale a 65 anni per 100 in età produttiva di15-64 anni) e del tasso di mortalità generale.

Tabella 5Alcuni indicatori demografici dell'AUSLTC per zone e Aree Territoriali
Fonte: ARS su dati ISTAT, 2019

TOTIC. AL COSCIGNIO TAT, 2019							
	IN	DICE	TASSO				
Area Territoriale	Vecchiaia	Dipendenza degli Anziani	Mortalità generale	Natalità	Fecondità		
	01/01/2018	01/01/2018	(2017)	(2017)	(2017)		
AT Pistoiese	199,2	40,3	12,0	7,0	1,27		
Pistoiese	201,9	41,7	12,1	7,5	1,39		
Val di Nievole	195,3	38,3	11,9	6,4	1,12		
AT Pratese	156,0	34,8	9,8	8,3	1,41		
AT Fiorentina	200,5	41,1	11,5	7,1	1,26		
Fiorentina	214,4	41,6	12,0	7,0	1,16		
Fiorentina NO	180,3	39,9	10,5	7,5	1,38		
Fiorentina SE	205,9	42,5	11,7	6,9	1,33		
Mugello	184,0	38,6	11,8	7,0	1,35		
AT Empolese	174,4	37,1	11,1	7,3	1,31		
AUSL TC	188,7	39,3	11,3	7,3	1,29		
AUSL TNO	211,7	41,3	12,4	6,7	1,26		
AUSL TSE	212,4	41,9	12,4	6,8	1,24		
RT	201,4	40,6	11,9	7,0	1,27		

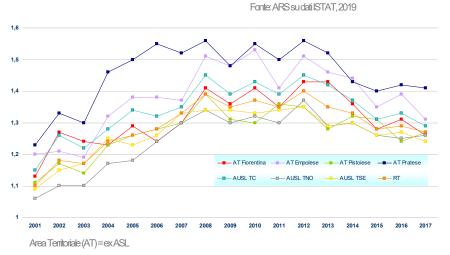
Area Territoriale (AT) = ex ASL

L'AT Pratese ha l'indice di vecchiaia più basso di tutte le zone distretto toscane, grazie alla presenza di giovani coppie straniere ed al maggior numero di nascite. L'AUSL TC e le sue aree territoriali hanno anche i valori regionali più elevati d'incremento della popolazione, dei tassi di natalità e fecondità, sempre per la maggiore presenza di cittadini stranieri.

Nel periodo 2000-2017 la proporzione di donne in età fertile di 15-49 anni si è ridotta dal 45% al meno del 40% e la propensione delle coppie a fare figli è in costante e progressiva diminuzione dal 2008, anno d'inizio della crisi economica. Il numero dei figli per donna feconda è sceso negli ultimi anni fino a 1,3 del 2017, ben lontano dal valore di 2 figli per donna che sarebbe il minimo per assicurare il ricambio generazionale (Figura 1). Nelle altre due Aziende USL i valori sono comunque ancora inferiori a quelli medi toscani, che sono a loro volta minori di quelli dell'AUSL TC.

Figura 1

Andamento del Tasso di Fecondità (numero figli per donna in età feconda di 1549 anni) dal 2001 al 2017 delle residenti nelle ASL toscane e nelle Aree Territoriali dell'AUSLTC



La presenza di cittadini stranieri con regolare residenza nell'AUSL TC raggiunge il 13%, valore più elevato delle altre due Aziende Sanitarie e coerente con la caratteristica metropolitana dell'area, con primato regionale di oltre il 17,5% nell'AT Pratese (Tabella 6), dove l'arrivo di cittadini stranieri non accenna a diminuire, cosa invece che sta accadendo in tutte le altre zone.

Tabella 6Stranieri Regolarmente Residenti nuoviisoitti e nati con Cittadinanza straniera. Proporzione rispetto alla popolazione Residente per zone e Area Tenitoriale – 2017
Fonte: ARS su dati ISTAT, 2019

	Stranieri						
Area Territoriale	Residenti	Nuovi Iscritti	Nati				
	x100 abitanti	x1.000 abitanti	x100 abitanti				
AT Pistoiese	9,5	6,4	18,9				
Pistoiese	8,6	6,5	18,3				
Valdinievole	10,8	6,3	20,0				
AT Pratese	17,5	11,2	33,1				
AT Fiorentina	13,0	7,3	21,6				
Fiorentina	15,8	7,4	25,2				
Fiorentina Nord Ovest	12,3	6,7	21,6				
Fiorentina Sud Est	9,0	7,5	16,5				
Mugello	9,7	7,5	13,5				
AT Empolese	12,7	7,4	24,1				
AUSL TOSCANA CENTRO	13,0	7,7	23,6				
AUSL TOSCANA NORD OVEST	8,4	6,3	14,6				
AUSL TOSCANA SUD EST	10,8	7,4	18,7				
REGIONE TOSCANA	10,9	7,2	19,6				

Area Territoriale (AT) = ex ASL

Importante nell'AUSL TC è anche la presenza di turisti. I dati provvisori dell'Ufficio Regionale di Statistica, indicano oltre 6,5 milioni di turisti arrivati nel 2018 sul territorio dell'AUSL TC, di cui più di due terzi cittadini stranieri (Tabella 7).

Gli arrivi turistici nell'AUSL TC nel 2018 sono il 45% di quelli in Toscana. Il flusso si concentra nell'AT Fiorentina (5,1 milioni di turisti), all'interno della quale la zona Fiorentina, coincidente con il comune di Firenze, ha la maggior capacità attrattiva, con oltre 3,9 milioni.

La permanenza media di un turista nel territorio dell'AUSL TC nel 2018 è di 2,8 giorni, maggiore nella zona Empolese – Valdarno Inferiore (4,6 giorni), seguita da quella Fiorentina Sud Est (3,8 giorni), dall'AT Pistoiese (2,6 giorni) e Pratese (2,2 giorni).

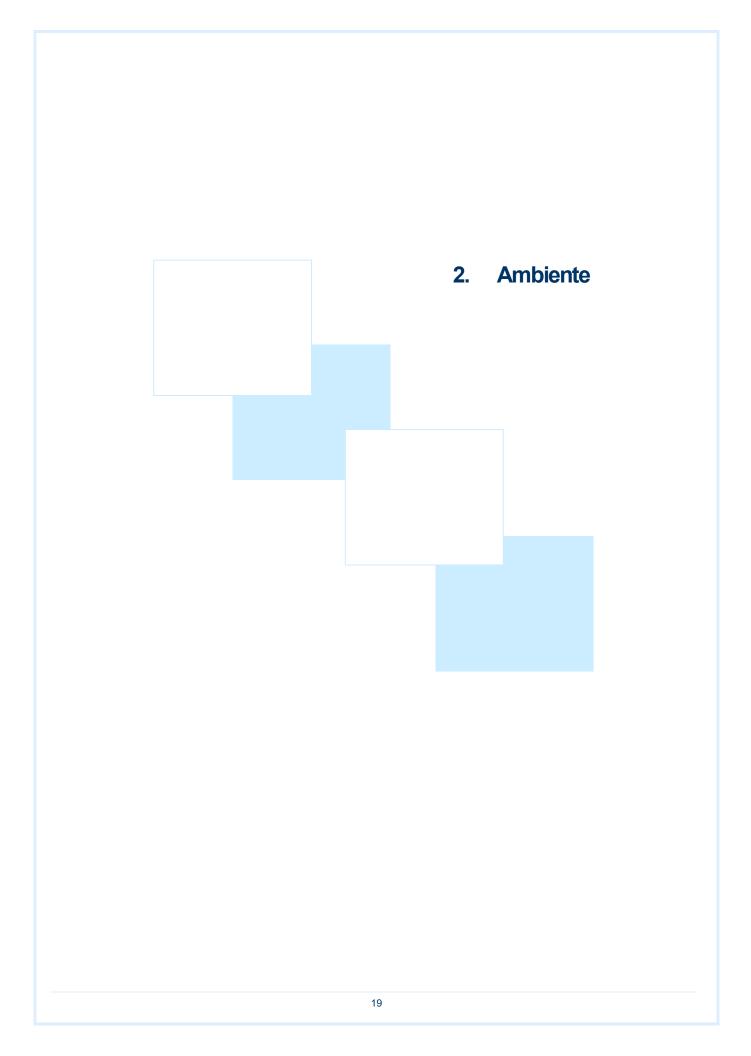
Tabella 7Numero assoluto di arrivi presenze e permanenza media di turisti italiani e stranieri per zona e Area Territoriale—2018
Fonte: Regione Toscana—Ufficio regionale di statistica, 2019

Area Territoriale		ITALIANI		;	STRANIERI		TOTALE		
	Arrivi	Presenze	Giorni	Arrivi	Presenze	Giorni	Arrivi	Presenze	Giorni
Pistoiese	376.216	861.839	2,3	559.828	1.580.615	2,8	936.044	2.442.454	2,6
Pistoiese	113.181	283.554	2,5	47.443	140.277	3,0	160.624	423.831	2,6
Valdinievole	263.035	578.285	2,2	512.385	1.440.338	2,8	775.420	2.018.623	2,6
Pratese	91.161	232.442	2,5	167.895	325.323	1,9	259.056	557.765	2,2
Fiorentina	1.458.154	4.137.341	2,8	3.660.366	10.441.684	2,9	5.118.520	14.579.025	2,8
Fiorentina	1.043.395	2.833.148	2,7	2.902.056	7.868.192	2,7	3.945.451	10.701.340	2,7
Fiorentina NO	183.182	574.342	3,1	293.041	738.729	2,5	476.223	1.313.071	2,8
Fiorentina SE	152.672	530.982	3,5	412.142	1.621.105	3,9	564.814	2.152.087	3,8
Mugello	78.905	198.869	2,5	53.127	213.658	4,0	132.032	412.527	3,1
Empolese	88.138	259.175	2,9	132.464	757.709	5,7	220.602	1.016.884	4,6
AUSL TC	2.013.669	5.490.797	2,7	4.520.553	13.105.331	2,9	6.534.222	18.596.128	2,8
AUSL TNO	2.198.499	9.479.058	4,3	1.818.455	7.426.362	4,1	4.016.954	16.905.420	4,2
AUSL TSE	2.208.718	6.972.728	3,2	1.629.460	5.724.198	3,5	3.838.178	12.696.926	3,3
RT	6.420.886	21.942.583	3,4	7.968.468	26.255.891	3,3	14.389.354	48.198.474	3,3

Area Territoriale (AT) = ex ASL

Arivi: numero di dienli, italiani e stranieri, ospitati negli esercizi ricettivi nel periodo considerato
Presenze: numero delle notti trascorse dai clienli, italiani e stranieri, negli esercizi ricettivi
Giomi: permanenza media in giomi = numero notti trascorse (presenze) / numero dienti arrivati nelle strutture ricettive (arrivi).

LOSTATODISALUTE Territorio e Demografia



2.1 Aria

Aria nella norma e in miglioramento, ma lontana dagli standard OMS

Secondo i dati del Global Burden of Disease Study 2017, in Italia il particolato atmosferico è responsabile di circa il 3% degli anni di vita e in salute che perdiamo per morte prematura, malattia e disabilità. In Toscana ARPAT controlla sistematicamente la qualità dell'aria attraverso 37 centraline, di cui 13 nel territorio dell'AUSL TC.

In particolare:

- 7 nell'agglomerato di Firenze (FI-Boboli, FI-Bassi, FI-Gramsci, FI-Mosse, FI-Scandicci, FI-Signa, FI-Settignano)
- 4 nella zona Pistoia e Prato (PO-Roma; PO-Ferrucci; PT-Signorelli; PT-Montale);
- 1 nella zona del Valdarno aretino e Valdichiana (FI-Figline e Incisa Valdarno)
- 1 nella zona Valdarno Pisano e Piana Lucchese a Santa Croce sull'Arno (PI-Santa-Croce).

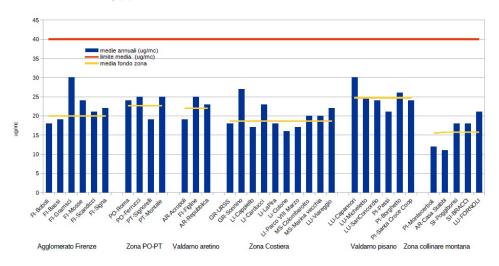
Su 13 centraline:

- 3 sono di traffico ⇒ FI-Gramsci; FI-Mosse; PO-Ferrucci;
- 10 sono di fondo;
- 3 sono suburbane ⇒ FI-Settignano; PT-Montale; PI-Santa-Croce;
- 10 sono urbane.

Con esclusione di FI-Settignano, tutte misurano il PM₁₀, mentre gli altri inquinanti (PM_{2,5}, NO₂, CO, SO₂ o H₂S, Benzene, IPA, O₃, As, Ni, Cd, Pb) sono misurati solo in alcune.

Rispetto al particolato PM_{10} , come già da diversi anni, tutte le stazioni del territorio dell'AUSL TC, così come quelle di tutta la regione, hanno rispettato nel 2018 il valore soglia indicato nel D.Lgs.155/2010 rispetto al parametro "media annuale" - valore limite: $40\mu g/m^3$ - (Figura 1).

Figura 1 Medie annuali di PM₁₀ in Regione Toscana – 2018 Fonte: ARPAT, 2019

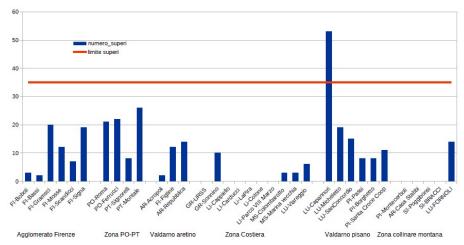


I livelli medi di PM_{10} sono in diminuzione rispetto al 2007 e stabili rispetto al 2017.

Nel 2018 il limite di 35 superamenti della media giornaliera di 50µg/m³ consentiti dalla normativa vigente è stato rispettato in tutte le stazioni situate nel territorio della AUSL Toscana Centro. Lo stesso è vero per tutte le stazioni della rete regionale, con la sola eccezione di quella di fondo del comune di Capannori (Figura 2).

Numeri elevati di superamenti, seppure inferiori al limite di legge, sono stati rilevati nelle zone interne di Firenze (Fi-Gramsci e FI Mosse), nella piana Firenze-Prato Pistoia (FI-Signa, PO-Roma, PO-Ferrucci, PT-Montale) e nella zona del Valdarno (PI – S.Croce). Complessivamente, i superamenti per stazione nel 2018 sono stati inferiori rispetto a quelli dell'anno precedente.

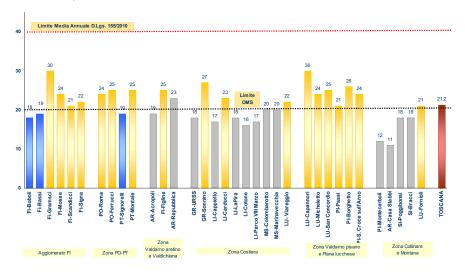
Figura 2Numero di superamenti PM₁₀ in Regione Toscana—2018
Fonte: ARPAT, 2019



In particolare, la stazione PT-Montale, che nel 2017 aveva registrato 36 superamenti, ovvero un superamento annuale in più rispetto al limite di 35 consentiti dalla normativa vigente, nel 2018 ha registrato 26 superamenti, al di sotto del limite di legge.

Quindi, anche nel 2018 si consolida la tendenza alla riduzione dei superamenti di PM_{10} rispetto ai valori del 2007 e degli anni più recenti. Tuttavia, rispetto ai valori guida raccomandati dall'OMS per la salvaguardia della salute (media annua: $20\mu g/m^3$; numero massimo annuale di superamenti della media giornaliera di $50\mu g/m^3$: 3), nel 2018 le stazioni di FI-Gramsci, FI-Mosse, FI-Scandicci e FI-Signa, entrambe le stazioni di Prato, la stazione PT-Montale, la stazione FI – Figline e la stazione PI – S.Croce sull'Arno hanno superato la media annua di concentrazione di $20\mu g/m^3$ per il PM_{10} (Figura 3), e tutte ad eccezione di FI-Bassi e di FI-Boboli, hanno riportato oltre 3 superamenti della media giornaliera di $50\mu g/m^3$.

Figura 3
Medie annuali delle concentrazioni di fondo di PM₁₀ nelle stazioni della Rete Regionale in rapporto alla Soglia stabilita da DLgs.155/2010
e al Valore guida OMS per la salvaguardia della Salute della Popolazione
Fonte: ARPAT, 2019



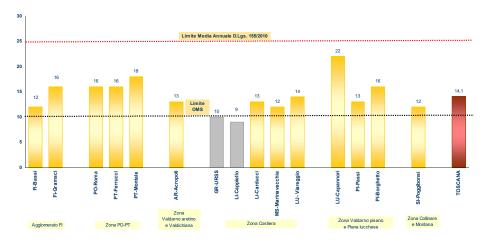
Sono rappresentate:

- in giallo le stazioni che hanno superato il valore guida indicato dall'OMS
- in azzurro le stazioni situate nel territorio dell'AUSLTC che hanno rispettato tale valore

Oltre alle emissioni dei veicoli a motore, quelli diesel in particolare, altre importanti fonti d'inquinamento dell'aria sono rappresentate dal riscaldamento domestico a biomassa legnosa e dallo smaltimento degli scarti vegetali tramite abbruciamento, che contribuiscono, nei giorni di superamento nelle stazioni di fondo della Toscana ai livelli tra il 37% e il 52% del PM₁₀. Di tutti gli impianti a biomassa in Toscana, il 12% si trova a Firenze, il 5,7% a Pistoia, mentre a Prato sono solo lo 0,6%.

Rispetto al particolato $PM_{2,5}$, il valore limite secondo il D.Lgs. 155/2010 riferito alla media annuale ($25\mu g/m^3$) è stato rispettato anche nel 2018 in tutte le stazioni situate nel territorio dell'AUSL TC, così come nelle altre stazioni della Toscana.

Figura 4Medie annuali delle concentrazioni di PMzi in rapporto alla Soglia da non superare stabilita da D. Lgs. 155/2010 e al Valore guida OMS per la salvaguardia della Salute della Popolazione Fonte: ARPAT, 2019



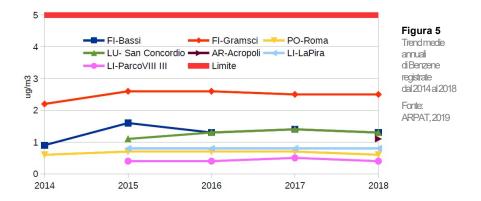
Sono rappresentate in giallo le stazioni che hanno superato il valore guida indicato dall'OWS

Tuttavia, le stazioni dell'agglomerato fiorentino e le zone di Prato e Pistoia hanno registrato concentrazioni di PM_{2,5} maggiori del valore consigliato dall'OMS per la protezione della salute umana (10μg/m³), come peraltro accade, seppure in misura inferiore, in tutte le altre stazioni regionali che misurano i livelli di PM_{2,5}, ad eccezione di due stazioni della zona costiera, GR-URSS e LI-Cappiello (Figura 4).

Rispetto al Biossido di azoto (NO_2), il limite stabilito dal D.Lgs.155/2010 e s.m.i. di 18 superamenti massimi della media oraria di $200\mu g/m^3$ è stato rispettato in tutte le stazioni; il valore limite relativo alla media annuale ($40\mu g/m^3$), in tutta la regione è stato superato solamente nella stazione di traffico Firenze – Gramsci ($60\mu g/m^3$), mentre in tutte le altre stazioni la media è risultata inferiore. Le soglie dell'OMS in questo caso corrispondono a quelle del D.Lgs. 155/2010. Nel corso degli anni l'inquinamento da NO_2 è rimasto piuttosto stabile, in particolare permangono i superamenti dei valori di legge presso le stazioni di traffico.

L'Ozono si conferma una criticità nell'AUSL TC come più in generale in Toscana, con superamenti dei limiti di legge (massimo 25 superamenti come media triennale, della media giornaliera su 8 ore >120 μ g/m³) in tutte le tre stazioni di monitoraggio fiorentine e pistoiese (FI – Settignano; FI – Signa; PT – Montale), con i valori più elevati regionali. Il superamento è ancora più marcato rispetto ai limiti più conservativi per la salute dell'OMS (nessun superamento/anno della massima media mobile giornaliera sulle 8 ore pari a 100μ g/m³), che nessuna delle stazioni della Rete Regionale ha rispettato. Nell'ultimo decennio, i valori dell'Ozono si sono mantenuti elevati e critici in tutte le stazioni regionali. Le cause sono tuttavia da ricercare anche fuori regione.

In tutte le stazioni di monitoraggio toscane, i valori di Monossido di carbonio, Anidride solforosa e Acido solfidrico, nel 2018, così come nell'anno precedente, sono sempre ampiamente al di sotto dei limiti imposti dal D.Lgs. 155/2010 e anche i valori OMS raccomandati per la salute sono stati rispettati. Anche i valori di Benzene sono sempre inferiori ai valori di legge, ma rispetto a quelli OMS raccomandati per la salute sono più bassi solo nelle centraline di fondo urbano, non in quelle di traffico, dove il valore guida di $1,7\mu g/m^3$ è costantemente superato (Figura 5).



Rispetto alle campagne di monitoraggio del Benzo(a)pirene, nel 2018 i valori sono sempre al di sotto al valore obiettivo di 1ng/m³, mentre sono sempre al di sopra di quello raccomandato dall'OMS per la salute (0,12 ng/m³).

Nelle stazioni in cui è effettuato il monitoraggio, nel 2018 tutti i rilievi sono largamente entro i valori obiettivo per Arsenico, Cadmio e Nichel e al di sotto del valore limite per il Piombo.

Tra i vari problemi segnalati nel territorio dell'AUSL TC, sono in corso analisi epidemiologiche per valutare la salute dei residenti in alcune aree. In particolare, in quella pratese a seguito di progetti di viabilità ad alto impatto ambientale (terza corsia autostradale), nonché per l'impianto di depurazione di reflui urbani e incenerimento di Baciacavallo; nell'area pistoiese per l'inceneritore di Montale; nell'area fiorentina per l'ipotesi dell'inceneritore di Case Passerini e della nuova pista dell'Aeroporto di Firenze, oltre alle segnalazioni di criticità per discariche (Vaglia) e impianti di bitumazione (San Piero e Scarperia).

In conclusione, la qualità dell'aria respirata da chi vive e lavora nell'area dell'AUSL TC rispetta per lo più i limiti normativi, ma è ancora lontana dagli standard di qualità raccomandati dall'OMS per la salute. La letteratura scientifica internazionale evidenzia, infatti, come il particolato atmosferico giochi un ruolo non trascurabile nella mortalità e nell'incidenza di patologie cardiovascolari e respiratorie e di tumori, tra cui quelli polmonari. L'inquinamento atmosferico è stato classificato dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) come cancerogeno certo per l'uomo, e pertanto incluso tra le sostanze del Gruppo 1 che sono cancerogene certe per l'uomo.

Ci sono, inoltre, evidenze di una relazione tra inquinamento dell'aria e insorgenza di malattie un tempo non ritenute attribuibili a esposizioni ambientali, quali malattie degenerative neurologiche, diabete, alcuni tipi di disturbi cardiaci, problemi di salute nei neonati da madri esposte in gravidanza. Le maggiori criticità nella qualità dell'aria si confermano anche nel 2018 nell'area della piana Firenze – Prato – Pistoia. Ogni sforzo deve quindi essere indirizzato all'applicazione di politiche di dimostrata efficacia per il miglioramento della qualità dell'aria, con attenzione anche alle fonti di riscaldamento, potenziando i controlli sugli impianti domestici, in particolare quelli a biomassa.

2.2 Acqua

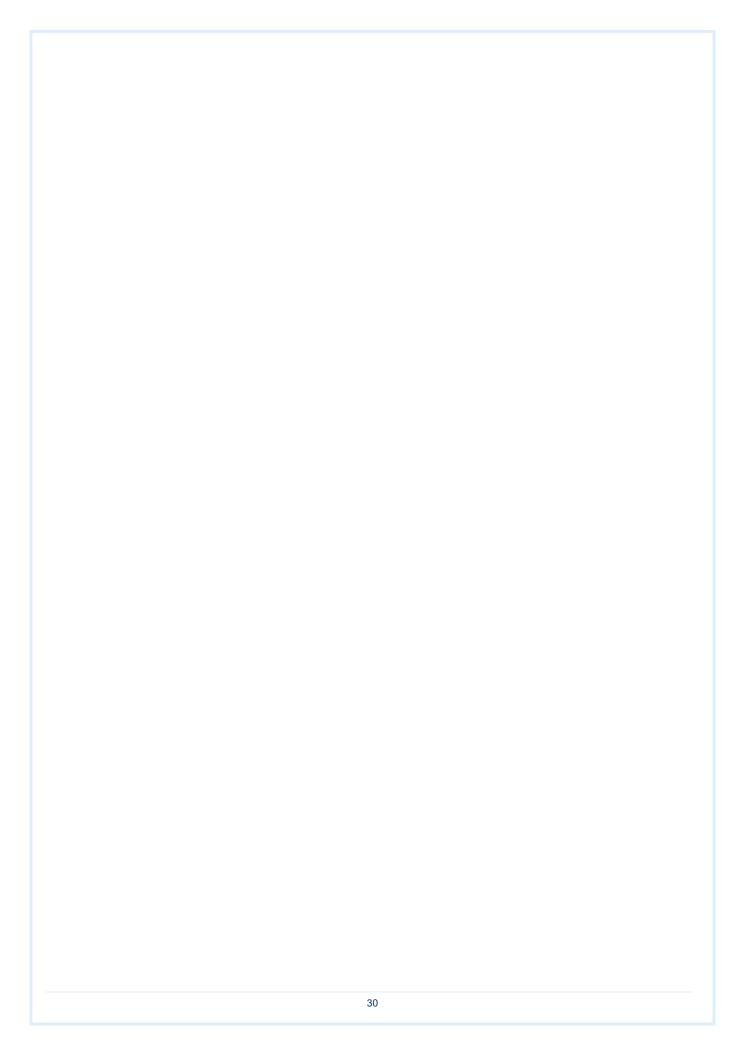
Criticità nelle acque superficiali

Nell'ambito del monitoraggio ambientale di ARPAT sulle acque nell'area del territorio dell'AUSL TC, emerge anche nel 2018 un quadro con diverse criticità per le acque superficiali, mentre quelle profonde sono indenni da problemi significativi e sostanzialmente di buona qualità. Per quanto riguarda il fiume Arno, la qualità sia ecologica che chimica, diventa progressivamente scadente lungo il corso del fiume. Criticità sono segnalate, da tempo, nelle aree Pistoiese e Pratese. In particolare, ARPAT di Pistoia riporta che nel 2017 si è avuto il superamento dello standard di riferimento delle acque superficiali per i pesticidi totali in 9 su 16 stazioni, e il superamento per singolo principio attivo come media annuale in 14 stazioni, 9 dei quali attribuiti esclusivamente al glifosate e/o al suo prodotto di degradazione, l'AMPA. La zona sud est della pianura pistoiese è area d'intensa attività floro-vivaistica ed è quella più interessata dalla presenza di fitofarmaci. In altre zone vi contribuisce significativamente anche l'uso di pesticidi nell'attività agricola. Nel 2019 l'AUSL TC ha avviato un progetto epidemiologico per valutare l'impatto ambientale e sanitario dell'uso di pesticidi nel comparto vivaistico.

ARPAT di Prato ha rilevato nel triennio 2016 – 2018 la presenza d'inquinanti derivati dall'industria tessile ed anche pesticidi.

Anche se la qualità delle acque profonde e destinate al consumo umano è buono e la potabilità dell'acqua dell'acquedotto è garantita ovunque secondo i parametri previsti dalla legge, il perdurare delle criticità riscontrate ormai da diversi anni nelle acque superficiali è fonte di preoccupazione, non essendo escluso che, in assenza di interventi efficaci, col tempo si possa verificare una contaminazione anche di quelle profonde.

Per questo è necessario attivare azioni coerenti e di salvaguardia delle acque con l'azione coordinata dei vari Enti ed Istituzioni che ne hanno competenza. 29

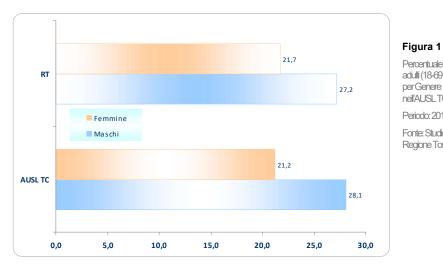


3.1 **Fumo**

In diminuzione, ma ancora troppi fumatori specialmente tra le ragazze

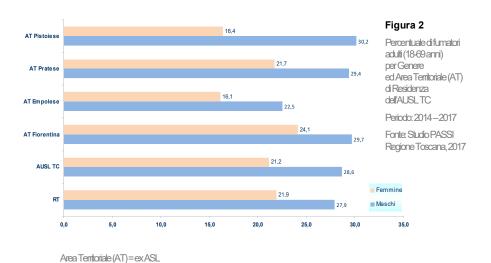
Secondo i dati del GBD Study 2017, il fumo di tabacco è ancora il principale fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronicodegenerative come le malattie cardiovascolari, la broncopneumopatia cronica ostruttiva e i tumori maligni di diversi organi e apparati (polmone, naso e seni paranasali, laringe, faringe, bocca, esofago, vescica, pancreas).

Secondo lo studio PASSI, nel quadriennio 2015-2018 la percentuale di fumatori adulti (18-69 anni) nell'AUSL TC è in linea con quella regionale - AUSL TC 24,6%; Regione Toscana 24,4% - con una proporzione più alta tra i maschi rispetto alle femmine, come si rileva in tutto il mondo (Figura 1).



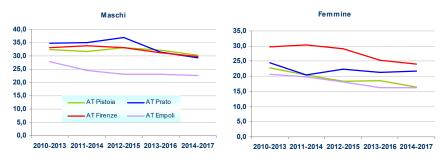
Percentuale di fumatori adulti (18-69 anni) per Genere nell'AUSLTC Periodo: 2015-2018 Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2018

Tra le Aree Territoriali (AT coincidenti con le ex-ASL) dell'AUSL TC, nel periodo 2014-2017, si registrano i valori più elevati di fumatori nei maschi dell'AT pistoiese (30,2%) (Figura 2). Rispetto alla media regionale, la percentuale di maschi fumatori è maggiore nelle AT di Firenze, Prato e Pistoia, anche se in modo statisticamente non significativo. Al contrario, in quella di Empoli i fumatori maschi sono significativamente meno. Lo stesso è vero per le femmine dell'AT di Empoli e di Pistoia.

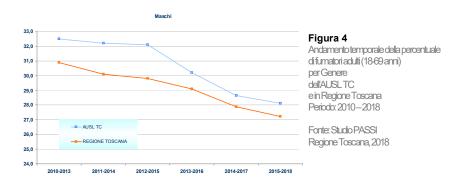


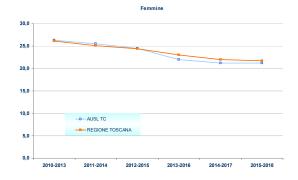
Analogamente a quanto sta accadendo nei Paesi a sviluppo economico avanzato, così come a livello nazionale e regionale, la proporzione di fumatori adulti (maschi e femmine considerati insieme) è in costante e progressiva diminuzione a livello di AUSL TC, scendendo dal 29,3% del 2010-2013 al 24,6% del 2015-2018 (Figura 3 e Figura 4).

Figura 3
Andamento temporale della percentuale di Fumatori Adulti (18:69 anni) per Genere e Area Territoriale nell'AUSLTC
Periodo: 2010–2017 Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2018



I fumatori maschi sono passati dal 32,5% al 28,1%, mentre le femmine fumatrici erano il 26,3% nel periodo 2010-2013 e sono il 21,2% nel 2015-2018.





Focalizzando l'attenzione sull'età giovanile dell'inizio al fumo, i dati 2018 dello studio EDIT di ARS nei ragazzi di 14-19 anni, mostrano una quota di fumatori nell'AUSL TC (17,5%) significativamente inferiore a quella regionale (19,2%) (Tabella 1). L'analisi per genere mostra come in questa fascia di età, rispetto a quella più adulta, siano le femmine a fumare di più: questo pattern è osservabile sia nell'AUSL TC (femmine: 20,1%; maschi: 15,1%) che a livello Regionale (femmine: 21,1%; maschi: 17,4%.).

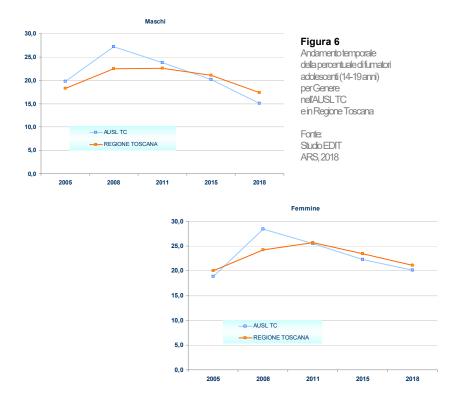
Le zone dove si fuma di più, indipendentemente dal genere, sono la zona Pistoiese ed il Mugello mentre si fuma meno nella Val di Nievole, Pratese, Fiorentina e Fiorentina Nord Ovest.

Tabella 1
Percentuale di Furnatori. Adolescenti (14-19 anni) e Intervalli di confidenza al 95% (I.C. 95%) per Genere e zona di residenza nell'AUSLTC e in Regione Toscana. Anno 2018 Fonte: Studio EDIT ARS, 2018

ZONA	Uomini			Donne			TOTALE		
	%	I.C.	95%	%	I.C.	95%	%	I.C.	95%
Pistoiese	*24,8	23,4	26,2	*25,3	23,9	26,8	*25,1	24,1	26,1
Val di Nievole	8,5	7,4	9,5	**12,1	10,9	13,4	**10,2	9,4	11,1
Pratese	17,4	16,4	18,3	**11,8	11,0	12,6	**14,7	14,1	15,3
Fiorentina	8,2	7,6	8,8	*22,4	21,5	23,4	**15,1	14,5	15,7
Fiorentina NO	**14,6	13,6	15,6	21,4	20,2	22,6	17,9	17,1	18,7
Fiorentina SE	**13,3	12,3	14,4	*25,3	24,0	26,7	19,2	18,4	20,1
Mugello	*28,9	26,6	31,2	*33,3	30,9	35,8	*31	29,3	32,7
Empolese - Vald. Inf.	16,8	15,8	17,7	*22,9	21,8	24,0	19,7	18,9	20,4
AUSL TC	**15,1	14,7	15,4	**20,1	19,7	20,5	**17,5	17,2	17,8
RT	17,4	17,2	17,7	21,1	20,9	21,4	19,2	19,0	19,4

- * significativamente Superiore al valore medio regionale
- ** significativamente Inferiore al valore medio regionale

Nel corso degli anni si rileva una diminuzione dei giovani fumatori di entrambi i generi residenti nell'AUSL TC e in Toscana (Figura 6).



Anche a livello nazionale, dai dati del Rapporto Osservasalute 2018 emerge come il fenomeno del consumo di tabacco tra i giovani (in questo caso 11-17enni) sia in diminuzione, sia tra i maschi che tra le femmine.

Continua il trend in aumento degli adulti che non consentono di fumare nella propria casa, con un incremento dalla rilevazione 2014-2017 a quella 2015-2018, che passa dall'80,0% all'80,9% nell'AUSL TC e dall'80,4 all'81,4% in Toscana.

In sintesi, quindi è confermato il trend globale in diminuzione di fumatori nell'AUSL TC, in linea con il dato regionale e nazionale.

L'analisi per genere, fascia di età e AT, mostra però differenze che devono essere tenute in considerazione nella pianificazione ed implementazione d'interventi di prevenzione, tra cui, in particolare, i dati sull'elevata proporzione di giovani ragazze fumatrici. Questo dato è in linea con il modello di transizione epidemiologica sul fumo rilevato nei Paesi economicamente più evoluti, secondo il quale le femmine seguono i comportamenti dei maschi con un ritardo di qualche quinquennio. La diminuzione dei maschi fumatori è sostenuta più da quelli che smettono, che sono il 23,1% dei maschi adulti (18-69 anni) residenti, che da quelli che non iniziano: i maschi adulti che non hanno mai fumato sono lievemente diminuiti rispetto alla precedente rilevazione, e sono il 48,7%.

Rispetto ai maschi che non fumano, i fumatori sono più rappresentati nelle classi socio-economiche più svantaggiate. Il contrario è tendenzialmente riscontrato nelle donne, in particolare quelle giovani.

I dati dell'AUSL TC suggeriscono di rinforzare interventi per favorire la cessazione dal fumo di tabacco in tutte le fasce di età e genere, con una particolare attenzione alla prevenzione di chi inizia a fumare in adolescenza, soprattutto tra le ragazze.

E' necessario, inoltre, iniziare a valutare i dati circa il consumo delle sigarette elettroniche.

3.2 Alcol

Stabili gli adulti che bevono troppo. Ancora troppi eccessi alcolici nei giovani, soprattutto tra le ragazze

Si considera bevitore a rischio chi riferisce, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 unità alcoliche medie giornaliere per gli uomini; >1 unità alcolica per le donne), oppure almeno un episodio di binge drinking (>4 unità alcoliche per gli uomini; >3 unità alcoliche per le donne), oppure un consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto. Un'unità alcolica corrisponde a 12gr. di etanolo, ovvero alla quantità contenuta in una lattina di birra da 330ml. o in un bicchiere di vino da 125ml. o in un bicchierino di liquore da 40ml. alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Secondo i dati dello studio PASSI, nell'AUSL TC la percentuale di adulti (18-69 anni) da considerarsi "bevitore a rischio" è sostanzialmente stabile, passando dal 18,5% nel 2010-2013 al 18,2% nel 2015-2018, in linea con il trend regionale (Toscana: da 16,9% a 17,2%). Pur con qualche oscillazione, dal 2010 la stessa stabilità si rileva sia nei maschi che nelle femmine.

Da sempre, comunque, i valori sono più elevati del dato medio regionale.

L'analisi per Aree Territoriali (AT), i cui dati sono aggiornati solo al 2017, mostrano rispetto al 2010 un incremento evidente nell'AT Pratese, una riduzione nell'AT Pistoiese, una riduzione nell'AT Fiorentina nei maschi ma non nelle femmine, e una riduzione nell'AT Empolese nelle femmine ma non nei maschi (Figura 1).

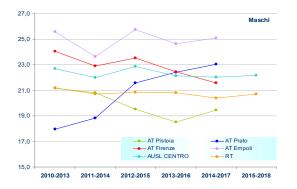
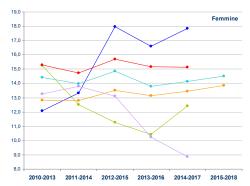


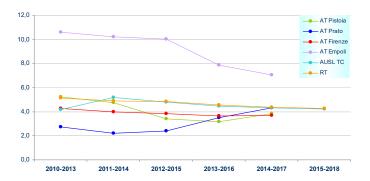
Figura 1
Andamento temporale
Percentuale
di Bevilori a rischio
adulti (18-69 anni)
per Genere e Area Territoriale
di Residenza dell'AUSLTC

Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2018

Area Territoriale (AT)=ex ASL



Anche nella categoria dei forti bevitori adulti, cioè quei soggetti che negli ultimi 30 giorni hanno consumato in media più di due unità alcoliche al giorno, se uomini, e più di una, se donne, si osserva una sostanziale stabilità del valore dell'AUSL TC, in linea con quello regionale (Figura 2).



Andamento temporale della percentuale di Forti Bevitori Adulti (18-69 anni)

Figura 2

di Forti Bevitori Adulti (18-69 anni) e Area Territoriale di Residenza dell'AUSLTC

Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2018 Tra le AT, da sempre i valori più elevati di forti bevitori sono quelli dell'AT Empolese, anche se in sensibile diminuzione rispetto al 2010 (-33%). Pur con andamenti diversi, tutte le altre AT hanno valori in linea o inferiori al dato medio regionale. Da segnalare un incremento nell'AT Pistoiese e nell'AT Pratese negli anni più recenti (Figura 2).

Secondo i dati dell'ultima indagine EDIT di ARS nel 2018, rispetto al 2005 nell'AUSL TC la percentuale di ragazzi di 14-19 anni che ha avuto almeno un episodio di ubriacatura è più o meno stabile tra i maschi (dal 42,1% del 2005 al 44,0% del 2018) e in aumento nelle femmine (dal 42,3% al 47,0%). Questa differenza tra i generi è ancora più evidente a livello regionale, dove i maschi sono passati dal 44,1% al 47,2% e le femmine dal 40,6 al 49,2%.

Il binge drinking, ovvero il consumo in un'unica occasione di bevute alcoliche in numero di 5 o più per gli uomini e di 4 o più per le donne, è correlato con un aumento del rischio di eventi traumatici ed episodi di violenza individuale e collettiva. Secondo lo studio PASSI 2015-2018, nell'AUSL TC il binge drinking è esperienza vissuta dall'8,8% degli adulti (18-69 anni), stabile rispetto alla rilevazione del 2014-2017 (8,9%) e sostanzialmente in linea col dato regionale (8,5%). Il binge drinking è un fenomeno più frequente nella fascia giovanile. Secondo i dati dello studio EDIT, nel 2018 nell'AUSL TC quasi un ragazzo su 3 (31,3%) ha dichiarato di aver avuto almeno un episodio di binge drinking nel mese precedente l'intervista, valore in aumento rispetto al 2005 (27,8%), ma significativamente più basso del valore medio regionale (33,4%).

Il binge drinking tra gli adolescenti è ancora un po' più frequente nei maschi (31,8%) rispetto alle femmine (30,6%), sebbene questa differenza tra i generi sia meno marcata che a livello regionale (maschi: 35,5%; femmine: 31,1%).

Tra le AT, quelle con valori di binge drinking statisticamente superiori al dato medio regionale sono quella Pistoiese in entrambi i generi e tra le zone quella del Mugello, la Fiorentina e la Fiorentina Sud Est tra le ragazze. Viceversa, valori significativamente inferiori a quello regionale si rilevano per i maschi in tutte le zone con esclusione di quella Pistoiese e tra le ragazze in quella Empolese, Pratese e nella Val di Nievole (Tabella 1).

Tabella 1

Proporzione percentuale e Intervalli d'Confidenza al 95% di ragazzi (14-19 anni) che hanno avuto almeno un episodio di binge-drinking nel mese precedente l'intervista effettuata nel 2018 nell'AUSL TC

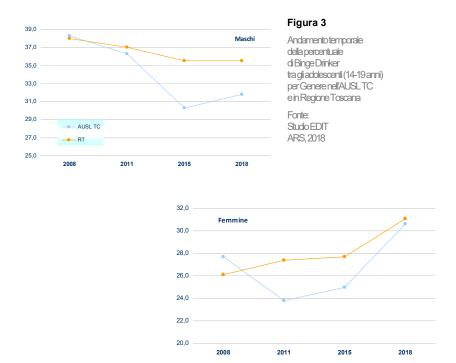
Fonte: Studio EDIT ARS, 2018

ZONA	Uomini			Donne			TOTALE		
	%	I.C. 9	95%	%	I.C. 9	95%	%	I.C. 9	95%
Pistoiese	*52,4	50,8	53,9	*42,4	40,6	44,3	*47,8	46,6	49,0
Val di Nievole	**32,4	30,4	34,3	**23,8	22,2	25,4	**28,2	26,9	29,4
Pratese	**33,0	31,8	34,3	**23,0	21,9	24,2	**28,1	27,3	29,0
Fiorentina	**29,9	28,3	31,4	*32,9	31,5	34,3	**31,3	30,3	32,4
Fiorentina NO	**29,3	28,3	30,2	31,3	30,1	32,5	**30,2	29,5	31,0
Fiorentina SE	**27,8	26,3	29,3	*35,4	33,8	37,0	**31,3	30,2	32,4
Mugello	**31,0	28,9	33,0	*45,8	43,8	47,9	*38,1	36,6	39,5
Empolese - Vald. Inferiore	**33,3	32,1	34,6	**25,3	24,1	26,5	29,6	28,7	30,5
AUSL TC	**31,8	31,4	32,3	30,6	30,1	31,1	**31,3	30,9	31,6
RT	35,5	35,2	35,9	31,1	30,7	31,4	33,4	33,2	33,6

 ^{*} significativamente Superiore al valore medio regionale

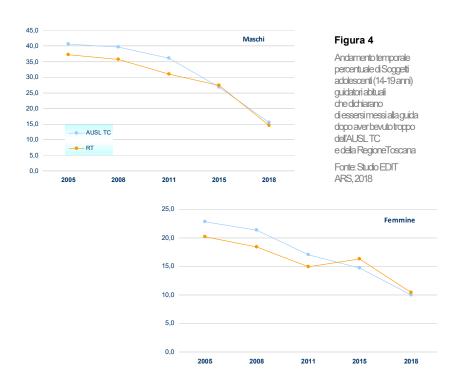
** significativamente Inferiore al valore medio regionale

Dal 2008 il binge drinking è in diminuzione nei maschi e in aumento nelle ragazze sia dell'AUSL TC che della regione (Figura 3)



La guida sotto l'effetto di sostanze alcoliche causa ogni anno in Italia quasi un quarto degli incidenti stradali mortali. Il fenomeno riguarda soprattutto i ragazzi. Secondo l'indagine EDIT di ARS, nel 2018 tra i guidatori abituali, il 15,5% dei ragazzi e il 10,0% delle ragazze (14-19 anni) residenti nell'AUSL TC hanno dichiarato di aver guidato, almeno una volta nell'ultimo anno, dopo aver bevuto troppo.

Rispetto al 2005, il trend è in significativa diminuzione per entrambi i sessi (-42% per i maschi e -32% per le femmine), così come a livello regionale (Figura 4).



Per quanto riguarda gli adulti, secondo lo studio PASSI, relativamente all'ultimo periodo 2015-2018, il 7,4% dei soggetti intervistati di 18-69 anni nell'AUSL TC, contro il 7,0% a livello regionale, hanno dichiarato di essersi messi alla guida di auto o moto sotto l'effetto dell'alcol, ovvero dopo aver bevuto 2 unità alcoliche o più nell'ultima ora. Il fenomeno è tuttavia in riduzione dal 2010 sia a livello regionale, che nell'AUSL TC, con eccezione dell'AT Pratese dove è in costante crescita (Figura 5).

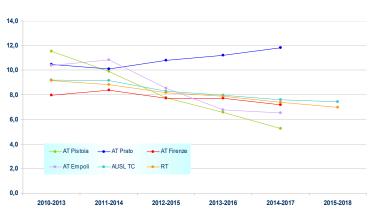


Figura 5
Andamento temporale
percentuale di Soggetti
adulti (18-69 anni)
che dichiarano di averguidato
sotto l'effetto dell'Alcol
per Area Territoriale (AT)
di Residenza dell'AUSLTC

Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2018

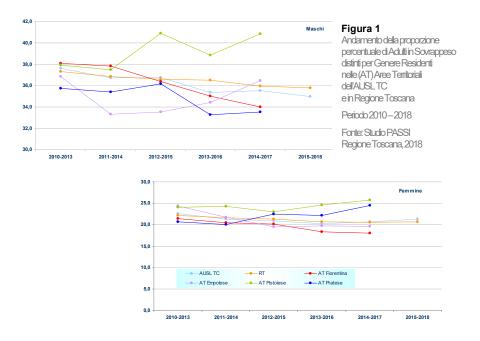
In conclusione, analogamente a quanto registrato a livello regionale, nell'AUSL TC sono stabili gli adulti bevitori a rischio, mentre tra i più giovani non accennano a diminuire gli episodi di ubriacatura e di binge drinking, in particolare nelle ragazze. Il consumo eccessivo e inappropriato di alcol è correlato a oltre 200 patologie e può arrivare a indurre comportamenti violenti, abusi, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e sulla strada.

I dati rilevati nell'AUSL TC suggeriscono interventi di prevenzione integrati con altri fattori di rischio – fumo, sostanze, guida – soprattutto tra i giovani e in particolare con le adolescenti.

3.3 Peso corporeo

Meno soggetti obesi, ma attenzione agli adulti

Secondo i dati dello studio PASSI, nei maschi dell'AUSL TC la percentuale di adulti (18-69 anni) in sovrappeso, ovvero soggetti che hanno un indice di massa corporea (body mass index, BMI) >= 25 e < 30 kg./m.², è in riduzione, con valori intorno al 35% nelle ultime tre rilevazioni, fino a quella relativa al quadriennio 2015-2018. Il trend è in aumento nell'AT Pistoiese, mentre è in diminuzione in quella Fiorentina e in quella Pratese (Figura 1).



Il trend dell'AUSL TC è in linea con quello regionale (35,8%), il minimo si registra nell'AT Pratese (33,5% nell'ultima rilevazione relativa agli anni 2014-2017) e il massimo in quella Pistoiese (40,9%). Le donne sono meno in sovrappeso (21,3%), come accade anche a livello regionale (20,7%), con un minimo nell'AT Fiorentina (18,0%) e un massimo in quella Pistoiese (25,8%).

Il sovrappeso nelle femmine è in diminuzione nell'AT Fiorentina ed Empolese – Valdarno Inferiore ed in aumento in quella Pistoiese e Pratese. I valori medi per la Toscana, a loro volta, sono migliori rispetto ai valori medi per l'Italia, in cui gli uomini e le donne in sovrappeso sono, rispettivamente, il 39,3% e il 24,0%.

Tra i ragazzi di 14-19 anni, il sovrappeso è in diminuzione a livello di AUSL TC dal 2008 nei maschi e dal 2011 nelle femmine, raggiungendo nel 2018 rispettivamente il 13,4% e l'8,1%, valori significativamente inferiori a quelli regionali (16,2% e 9,0% rispettivamente). Nei maschi, valori significativamente inferiori a quello regionale sono registrati in tutte le zone ad eccezione della Val di Nievole, in cui i ragazzi in sovrappeso sono significativamente di più (18,8%) (Tabella 1).

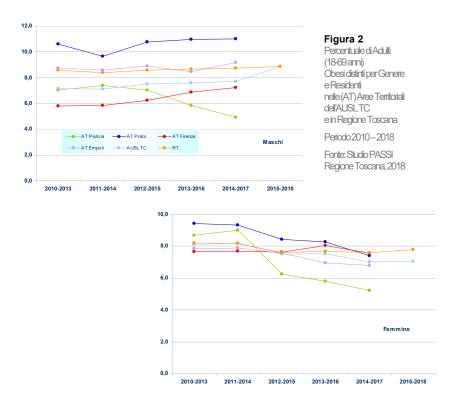
Tra le femmine valori significativamente più bassi di quello regionale sono riportati per la zona Fiorentina Sud Est, Fiorentina Nord Ovest e Val di Nievole, mentre valori significativamente maggiori rispetto alla Toscana si registrano nel Mugello (16,7%) e nella zona Empolese – Valdarno Inferiore (11,4%).

Tabella 1Proporzione percentuale e Intervalli di confidenza al 95% di Ragazzi (14-19 anni) in Sovrappeso e Residenti nell'AUSLTC Fonte: Studio EDIT ARS, 2018

TERRITORIO		Maschi		Femmine			
TERRITORIO	%	I.C. 9	95%	%	I.C. 95%		
Pistoiese	**14,5	13,4	15,6	8,6	7,6	9,5	
Val di Nievole	*18,8	17,3	20,3	**3,1	2,4	3,8	
Pratese	**15,0	14,1	16,0	8,2	7,5	9,0	
Fiorentina	**11,5	10,8	12,3	9,6	8,9	10,3	
Fiorentina Nord Ovest	**13,9	12,9	14,8	**7,5	6,7	8,3	
Fiorentina Sud Est	**10,7	9,7	11,6	**2,7	2,2	3,2	
Mugello	**13,2	11,3	15,0	*16,7	14,6	18,7	
Empolese – Vald. Inferiore	**10,8	10,0	11,6	*11,4	10,5	12,2	
AUSL TOSCANA CENTRO	**13,4	13,1	13,8	**8,1	7,8	8,4	
REGIONE TOSCANA	16,2	15,9	16,4	9,0	8,8	9,2	

- * significativamente Superiore al valore medio regionale
- ** significativamente Inferiore al valore medio regionale

Riguardo all'obesità (BMI uguale o maggiore di 30,0 kg/m2) secondo lo studio PASSI i maschi adulti (18-69 anni) dell'AUSL TC hanno raggiunto i valori medi regionali del 2018 (8,9%), con una lenta ma progressiva crescita (Figura 2).



Al contrario, nelle femmine dell'AUSL TC la prevalenza di obesità è in diminuzione dal 2010, in analogia al trend regionale, rispetto ai cui valori si mantengono più basse (7,1% contro 7,8%). Nel dettaglio per AT, da sempre tra i maschi adulti dell'AT Pratese si registrano i valori più elevati, anche se piuttosto stabili nel tempo (Figura 2), con il dato più aggiornato al 2014-2017 pari all'11,0%. Nell'AT Fiorentina il trend è stabile o in leggero aumento e comunque sempre al di sotto del valore medio regionale (7,2% nella rilevazione del 2014-2017), mentre per quella Pistoiese è in evidente diminuzione (4,9%).

La percentuale di adulti obesi nella AT Empoli è sovrapponibile a quella regionale. Le cose vanno meglio nelle donne, con un trend ovunque in diminuzione più o meno accentuata, con i livelli più bassi raggiunti nelle AT Empolese (6,8%) e Pistoiese (5,2%). Anche per quanto riguarda l'obesità i valori toscani sono a loro volta migliori rispetto ai valori medi per l'Italia, in cui sono obesi l'11,4% degli uomini e il 10,3% delle donne.

Tra i maschi di 14-19 anni intervistati nelle indagini EDIT di ARS residenti nell'AUSL TC, si osserva una tendenza alla stabilità dell'obesità nel periodo 2005-2018 e su livelli inferiori a quelli toscani, mentre tra le ragazze si osserva un trend in diminuzione solo dal 2015 (Figura 3).



Tra i maschi nel 2018 si registrano valori significativamente più bassi di quello medio regionale nelle zone Empolese – Valdarno Inferiore, Pratese e Val di Nievole, e valori più alti nelle zone Fiorentina Sud Est (4,0%) e Mugello (7,9%) (Tabella 2).

Tra le ragazze valori significativamente inferiori alla media regionale sono evidenti nelle zone Fiorentina Nord Ovest, Mugello, Pistoiese e Val di Nievole dove il problema dell'obesità tra le adolescenti sembra non sussistere e nella zona Empolese – Valdarno Inferiore (1,1%), mentre valori significativamente superiori sono riportati per la zona Pratese (2,5%) e per la Fiorentina (5,3%).

TERRITORIO		Maschi		Femmine			
12.11.11.01.11.0	%	I.C.	95%	%	I.C. 95%		
Pistoiese	3,1	2,5	3,6	**0,0	0,0	0,0	
Val di Nievole	**1,4	1,0	1,9	**0,0	0,0	0,0	
Pratese	**1,8	1,4	2,1	*2,5	2,1	2,9	
Fiorentina	2,6	2,2	2,9	*5,3	4,8	5,8	
Fiorentina Nord Ovest	2,5	2,0	2,9	**0,0	0,0	0,0	
Fiorentina Sud Est	*4,0	3,4	4,6	**1,3	1,0	1,7	
Mugello	*7,9	6,4	9,4	**0,0	0,0	0,0	
Empolese Vald. Inferiore	**1,8	1,4	2,1	**1,1	0,8	1,4	
AUSL TC	**2,5	2,3	2,6	**1,4	1,3	1,6	
REGIONE TOSCANA	2,8	2,7	2,9	1,8	1,7	1,9	

Tabella 2
Proporzione
percentuale
e Intervalli
di confidenza al 95%
di Ragazzi (14-19 anni)
Obesi
Residenti
nell'AUSL TC
Fonte:
Studio EDIT
ARS, 2018

In conclusione, nell'AUSL TC, il problema del sovrappeso e dell'obesità riguarda principalmente l'età adulta, sebbene in misura inferiore ai valori medi internazionali e nazionali. Così come in tutta la Toscana, al momento non si registra un'emergenza di obesità nei ragazzi come erroneamente segnalato dai media. Tuttavia, la prevalenza di sovrappeso e obesità interessa maggiormente le fasce socialmente ed economicamente deboli della popolazione, contribuendo significativamente alle diseguaglianze di salute.

 ^{*} significativamente Superiore al valore medio regionale

^{**} significativamente Inferiore al valore medio regionale

Secondo l'OMS, essere in eccesso ponderale è una condizione associata a morte prematura e a pressoché tutte le principali malattie croniche. Sono necessari interventi di prevenzione di dimostrata efficacia sull'alimentazione e sull'attività fisica, con il coinvolgimento di ampi settori della collettività, per ridurre il numero di soggetti in sovrappeso od obesi.

3.4 Alimentazione

Consumo di frutta e verdura in aumento, ma non ancora ottimale

L'alimentazione è tra i fattori che più incidono sugli anni di vita che perdiamo per malattia o disabilità. L'ultima edizione del Global Burden of Disease Study del 2017 ha messo in luce come cattive abitudini alimentari, in particolare il consumo di quantità eccessive di alimenti ad alto contenuto di sodio, e uno scarso consumo di cereali integrali e frutta, siano state responsabili di 11 milioni di morti e di 255 milioni anni di vita in salute persi nel mondo (DALY, disability-adjusted life-years). I dati più recenti dello studio PASSI (2018 per le AUSL e 2017 per le Aree Territoriali), mostrano che nell'AUSL TC sono in aumento gli adulti (18-69 anni) che consumano almeno 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura (400 g), valore raccomandato dall'OMS per una lunga vita in buona salute. Il valore dell'adesione al "five a day" è però ancora insufficiente: 11,7%, anche se migliore di quello nazionale (10,0%) e regionale (10,3%) (Figura 1).

Le differenze territoriali evidenziano valori migliori del dato regionale e di AUSL TC nell'AT Fiorentina (12,7%) e meno buoni nell'AT Empolese (8,8%), Pistoiese (7,8%) e soprattutto Pratese (6,4%) (Figura 2).

Non è ancora disponibile un'indagine sulle abitudini alimentari dei toscani che consenta di valutare i pattern e gli stili nutrizionali rispetto ai parametri della dieta mediterranea, che è quella ad oggi ritenuta più adatta alla prevenzione delle malattie croniche e degenerative.

Da dati della letteratura scientifica nazionale e da studi locali, sappiamo che anche in Toscana, come in tutti i paesi ad economia avanzata, sulle tavole delle persone con maggior reddito e istruzione ci sono cibi con migliore valore nutrizionale.

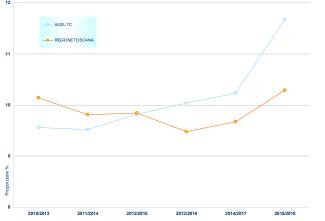
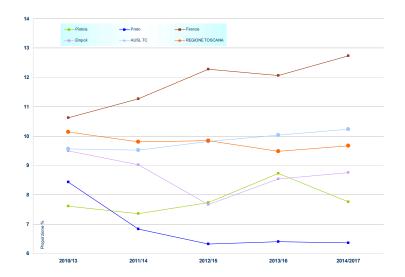


Figura 1
Variazione
della percentuale
di Adulti (18-69 anni)
dhe consumano
5 o più porzioni
di firutta e verdura al giorno
Residenti
Periodo:
2010—2018
nell'AUSLTC
ein Regione Toscana
2010—2017
nelle ex-ASL
Fonte: Studio PASSI,
Regione Toscana, 2018



Servono maggiori sforzi per favorire l'adesione della popolazione alle raccomandazioni dietetiche della Piramide Alimentare Toscana (PAT), che ARS e il Dipartimento di Prevenzione dell'AUSL TC hanno recentemente codificato nel libro "Cucina Toscana. Ricette e Salute. La tradizione regionale e la Piramide Alimentare Toscana", edito da Giunti e distribuito in tutte le librerie d'Italia.

3.5 Attività fisica

Aumentano i sedentari e diminuiscono i fisicamente attivi

Il sistema di sorveglianza PASSI classifica come fisicamente attivi coloro che dichiarano di avere praticato nei 30 giorni precedenti l'intervista 30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana, o di svolgere un lavoro che richiede uno sforzo fisico notevole. I parzialmente attivi praticano attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati e non svolgono un lavoro pesante fisicamente. I sedentari non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono lavori pesanti.

Secondo lo studio PASSI, dal 2010 al 2018 nell'AUSL TC sta aumentando la percentuale di adulti (18-69 anni) sedentari che hanno raggiunto il 29,8% nei maschi e il 34,0% nelle femmine, con valori in linea con quelli regionali. L'incremento della sedentarietà è evidente in tutte le AT, anche se qualche miglioramento si coglie per l'AT Pratese, che partiva da valori più elevati (Figura 1).

I valori più elevati in entrambi i generi sono rilevati nell'AT Pistoiese. I valori migliori sono nell'AT Fiorentina, in cui, in particolare, la proporzione di donne sedentarie è significativamente inferiore al valore medio regionale, anche se una persona su 4 è sedentaria.

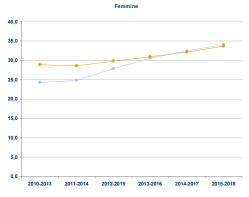
Parallelamente all'aumento delle persone sedentarie, diminuisce la percentuale dei soggetti fisicamente attivi, con un trend in diminuzione osservato fin dalla rilevazione PASSI 2010-2013.

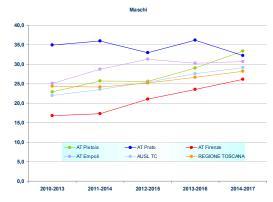
In particolare, la percentuale nell'AUSL TC di attivi scende nel 2015-2018 al 30,2% (31,9% in Toscana), con valori significativamente più bassi nel periodo 2014-2017 nell'AT Pistoiese (23,9%) e in quella di Empolese (26,2%) rispetto al valore regionale (31,7%).

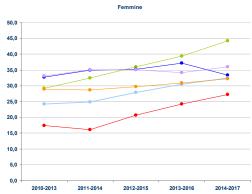


Figura 1 Percentuale di adulti (18-69 anni) Sedentari dell'AUSL TC per Genere dal 2010-2013 al 2015-2018 e anche per AT di residenza fino al 2014—2017

Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2018







Per quanto riguarda la fascia di età 14-19 anni, dai dati dell'ultima rilevazione EDIT del 2018, sono quasi un quinto del campione intervistato (18,9%) gli studenti dell'AUSL TC che riportano di praticare attività fisica per almeno un'ora al giorno tutti i giorni o quasi (5 e 7 giorni alla settimana). Lo sport preferito dai maschi è il calcio, mentre le ragazze si dedicano prevalentemente alla danza. I ragazzi che riferiscono di essere inattivi sono il 14%. Appare in aumento la prevalenza dei sedentari (erano l'11,5% nel 2011) e si osserva una significativa differenza di genere: sono sedentarie il 18,3% delle ragazze contro il 10,1% dei ragazzi.

L'aumento dei sedentari e la riduzione dei fisicamente attivi preoccupa per l'impatto sanitario che si manifesterà nel futuro.

La sedentarietà è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, il diabete di tipo 2 e i tumori più diffusi e un'attività fisica regolare è uno dei determinanti più incisivi per il benessere psico-fisico.

Il trend osservato nell'AUSL TC s'inserisce in una tendenza globalizzata. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, in Italia solo 1 adulto ogni 2 raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati e quasi il 25% dei bambini dedica al massimo un giorno a settimana allo svolgimento, per almeno un'ora, di giochi di movimento.

Maggiori sforzi sono necessari per promuovere l'attività fisica e invertire questa tendenza.

3.6 Droghe e gioco d'azzardo

Meglio dei ragazzi toscani, ma valori ancora elevati

Il consumo di sostanze psicotrope illegali costituisce una minaccia alla salute degli individui che possono transitare dall'iniziale uso saltuario e ricreativo alla dipendenza con conseguenze sanitarie e sociali potenzialmente invalidanti.

Secondo l'indagine EDIT di ARS del 2018, quasi 1 ragazzo di 14-19 anni su 3 nell'AUSL TC dichiara di aver consumato almeno una sostanza stupefacente nei 12 mesi precedenti l'intervista (maschi: 30,1%; femmine: 27,6%) (Tabella 1).

Nd = dato non disponibile

SOSTANZA	ANNO	Mas	schi	Femmine			
JOSTANZA	ANNO	AUSL TC	RT	AUSL TC	RT		
	2005	32,6	29,2	24,5	22,3		
	2008	34,7	31,2	30,6	26,6		
Qualsiasi	2011	28,7	28,6	20,0	21,2		
	2015	34,2	34,5	24,3	25,5		
	2018	30,1	31,3	27,6	28,8		
	2005	30,6	27,6	23,9	21,4		
	2008	30,9	27,8	26,0	22,6		
Cannabis	2011	25,8	25,2	15,9	17,6		
	2015	31,2	32,6	21,5	23,4		
	2018	27,5	29,0	24,3	25,0		
	2005	0,6	0,5	0,1	0,2		
Eroina	2008	0,8	0,7	0,7	0,4		
Lionia	2011	1,4	0,9	0,3	0,2		
	2015	0,3	0,7	0,6	0,3		
	2018	0,1	0,2	0,4	0,2		
	2005	2,3	2,5	0,7	0,8		
	2008	4,0	3,4	2,0	1,8		
Allucinogeni ¹	2011	5,8	4,1	1,9	1,7		
	2015	2,2	3,2	1,3	1,3		
	2018	0,7	0,7	1,1	0,8		
	2005	2,2	2,8	1,4	1,2		
Stimolanti ²	2008	2,4	2,6	2,2	1,6		
	2011	2,7	2,1	0,8	0,8		
	2015	2,3	2,6	1,0	0,9		
	2018	0,9	0,9	1,0	1,0		
	2005	4,2	4,5	2,5	2,3		
	2008	3,9	4,1	3,4	2,7		
Cocaina-Crack	2011	4,7	3,6	1,7	1,6		
	2015	2,4	3,1	1,8	1,6		
	2018	1,6	1,8	1,4	1,5		
	2005	nd	nd	nd	nd		
Cannabinoidi	2008	nd	nd	nd	nd		
sintetici	2011	nd	nd	nd	nd		
	2015	5,5	4,5	3,1	2,6		
	2018	1,6	1,6	0,9	0,8		

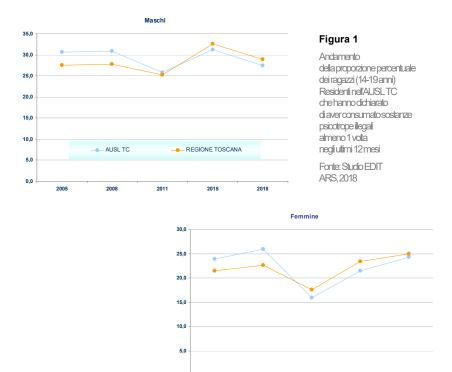
1: Ketamina-Funghi allucinogeni-LSD; 2: Amfetamine-Ecstasy-Ghb; ni: no info

Coerentemente con i rilevi nazionali ed internazionali, le ragazze ne fanno un uso inferiore rispetto ai maschi, anche se il trend temporale è in incremento dal 2005 nelle ragazze e in diminuzione nei maschi (Figura 1).

Tabella 1

Percentuale di ragazzi (14-19 anni) che dichiarano di aver consumato sostanze psicotrope almeno una volta negli ultimi 12 mesi Residenti nell'AUSLTC e in Regione Toscana

Fonte: Studio EDIT ARS, 2018 Nel 2018 i valori dell'AUSL TC sono sostanzialmente in linea con quelli regionali.



La Tabella 1 mostra l'andamento dal 2005 della percentuale di uso di sostanze psicotrope illegali tra i ragazzi per genere e per sostanza. La sostanza più usata è la cannabis, in diminuzione tra i maschi e stabile tra le femmine (24%). Il consumo di cocaina-crack è invece in diminuzione sia tra i maschi (2005: 4,2%; 2018: 1,6%), che tra le femmine (2005: 2,5%; 2018: 1,4%).

2005

2008

2011

2015

2018

Sono in diminuzione in entrambi i sessi anche il consumo di stimolanti (anfetamine, ecstasy, GHB), che nel 2018 riguarda circa l'1% dei maschi e delle e di cannabinoidi sintetici (la rilevazione del consumo di questi ultimi è iniziata nel 2015).

Il consumo di eroina e allucinogeni, pur con oscillazioni dovute alla scarsa numerosità degli utilizzatori, è piuttosto stabile in entrambi i generi.

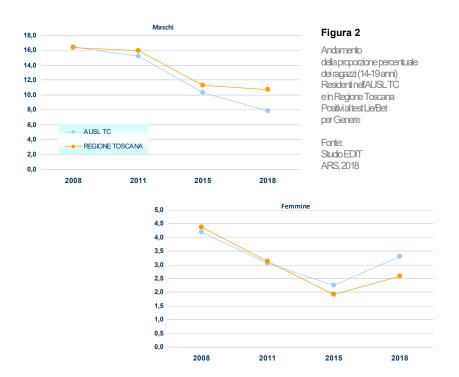
Rispetto ai valori regionali i ragazzi e ragazze dell'AUSL TC sono tendenzialmente meno consumatori di droghe rispetto ai loro coetanei toscani, anche se per alcuni tipi di sostanze le ragazze a volte superano il dato medio regionale.

In conclusione, l'indagine EDIT segnala una persistenza del consumo di sostanze illegali, anche se con qualche segnale di riduzione più evidente nei maschi e una maggiore criticità nelle ragazze. Insieme a fumo e binge drinking, si conferma l'opportunità d'interventi di prevenzione mirati soprattutto alle giovani adolescenti.

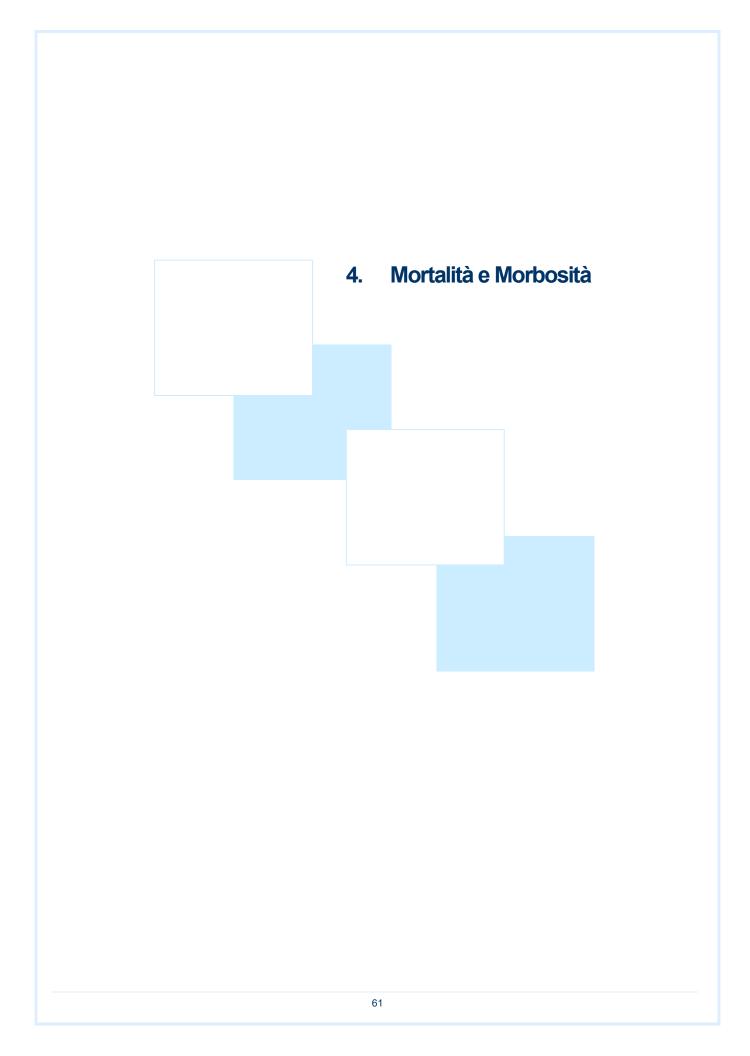
Gioco d'azzardo patologico

Nel questionario EDIT è stato utilizzato il test Lie/Bet che identifica il rischio di sviluppare un disturbo da gioco d'azzardo patologico.

Circa il 7% degli adolescenti (14-19 anni) residenti nell'AUSL TC possono essere definiti "giocatori problematici" (maschi:7,8%; femmine: 3,3%). Sebbene nel 2018 la proporzione di maschi residenti nell'AUSL TC positivi al test Lie/Bet sia un po' più bassa rispetto al valore medio regionale, e sia invece un po' più alta per le femmine, le ragazze, contrariamente a quanto osservato per altri comportamenti a rischio, non mostrano una tendenza alla convergenza nel tempo verso i comportamenti dei coetanei maschi.



Rispetto alla prima rilevazione del 2008, il trend risulta in diminuzione in entrambi i sessi (Figura 2).



4.1 La mortalità generale

Un incremento transitorio nel 2015

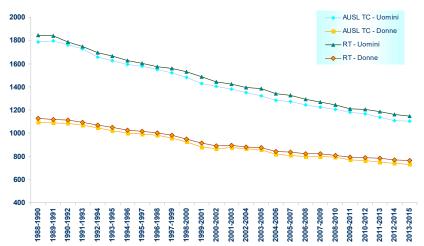
In base ai flussi informativi di ISTAT, i dati sul numero assoluto di decessi sono disponibili a livello di AUSL TC fino al 2017, mentre le cause di decesso sono aggiornate solo fino al 2015.

In Italia ci sono stati picchi significativi della mortalità nel 2015 e nel 2017 e una diminuzione intercorsa nel 2016.

In rapporto al numero di residenti, nel 2018 sono deceduti 10,5 individui ogni mille abitanti, contro i 10,7 del 2017. Nei residenti nell'AUSL TC nel 2016 sono stati registrati 17.436 decessi (8.221 maschi e 9.215 femmine) e nel 2017 18.338 decessi (8.663 maschi e 9.675 femmine).

Nell'ultimo triennio 2013-2015 per il quale è disponibile l'informazione sulle cause di decesso, le principali patologie che hanno determinato il decesso dei residenti dell'AUSL TC sono state in ordine decrescente le malattie cardiocircolatorie, i tumori e le malattie dell'apparato respiratorio, che insieme rappresentano il 73% del totale dei decessi, analogamente a quanto accade in Toscana ed in Italia. I miglioramenti nella prevenzione e nella cura di queste patologie hanno contribuito alla progressiva diminuzione della mortalità specifica per queste cause e quindi anche per quella generale (Figura 1).

Figura 1
Tassi standardzzati per Età (per 100.000 abitanti) di Mortalità Generale dei maschi e femmine residenti nell'AUSLTC e in Toscana Periodo 1988-2015 Fonte: ARS su dati ISPRO, 2018



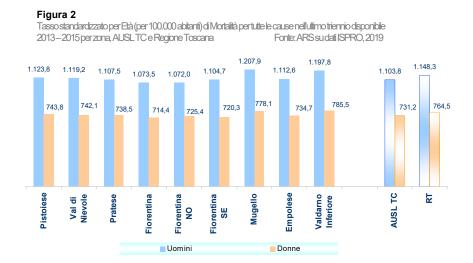
Il calo continuo e progressivo della mortalità generale interessa il genere maschile e femminile e, sebbene i tassi di mortalità per le donne siano da sempre più bassi, la differenza con quelli degli uomini si sta riducendo, dovuta, almeno in parte, ad una progressiva omologazione degli stili di vita tra i generi.

Nel 2015 si è registrato un incremento anomalo di mortalità, con un tasso standardizzato per età di 1.140 ogni 100.000 abitanti, mentre nel 2014 era di 1.044 per 100.000 abitanti. L'aumento di mortalità nel 2015 si è riscontrato in tutta Italia, verosimilmente riconducibile alla virulenza dell'epidemia influenzale invernale, ad una bassa copertura vaccinale contro l'influenza e all'ondata di calore estiva che hanno interessato maggiormente le persone anziane.

In numeri assoluti i decessi dei residenti nell'AUSL TC nel 2015 sono stati 18.528, 1.598 in più del 2014.

Nel triennio 2013-2015, il tasso di mortalità generale standardizzato per età nell'AUSL TC è risultato significativamente inferiore ai valori medi regionali nei maschi (1.104 vs 1.148 per 100.000 abitanti) e nelle femmine (1.091 vs 1.162 per 100.000 abitanti), grazie soprattutto al contributo dei valori significativamente più bassi per i residenti di entrambi i generi delle zone Fiorentina e Fiorentina Nord Ovest e, solo per le femmine, Fiorentina Sud Est. Fa eccezione la zona del Mugello che ha valori più alti della media regionale, anche se non statisticamente significativi (Figura 2).

Il tasso di mortalità dell'AUSL TC è inferiore anche a quello dei residenti delle altre due Aziende USL Toscane.

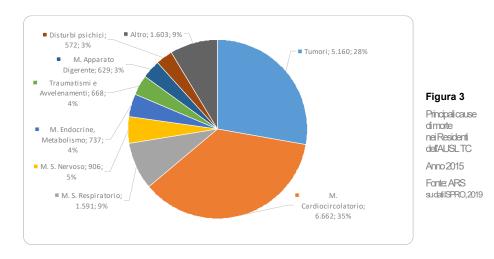


Le malattie cardiocircolatorie, i tumori, le malattie del sistema respiratorio e del sistema nervoso sono state, in ordine decrescente, le prime quattro cause di morte in entrambi i generi (Figura 3). Al quinto posto si collocano negli uomini i traumatismi e gli avvelenamenti, che occupano invece l'ottavo posto nelle donne (Tabella 1). Nelle donne, al quinto posto si trovano le malattie endocrine, del metabolismo e immunitarie.

Tabella 1
Principali cause di morte per Genere nei Residenti dell'AUSLTC-Anno 2015

Rango	Uomini
1	Cardiocircolatorio
2	Tumori
3	Malattie del sistema respiratorio
4	Malattie del sistema nervoso
5	Traumatismi e avvelenamenti
6	Malattie endocrine del metabolismo ed immunitarie
7	Malattie dell'apparato digerente
8	Disturbi psichici
	1 2 3 4 5 6

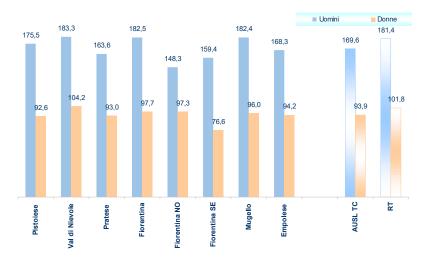
Nei giovani di età 15-29 anni la prima causa di morte è rappresentata dai traumi, che causano il 51,2% dei decessi maschili e il 46,2% di quelli femminili in questa fascia di età.



Le morti premature, convenzionalmente identificate come quelle occorse prima dei 65 anni, nell'AUSL TC sono state 4.885 (3.063 maschi e 1.822 femmine), pari a 130 decessi per 100.000 abitanti, valore inferiore al dato medio regionale (140 per 100.000) nel triennio 2013-2015.

Il tasso standardizzato per età della mortalità prematura è risultato più alto, ma non significativo, del valore medio regionale solo nei residenti maschi e femmine della zona Val di Nievole (Figura 4).

Figura 4
Tasso standardizzato per età (per 100.000 abitanti) di mortalità prematura per zona dell'AUSLTC e Regione Toscana
Periodo: 2013–2015 Fonte: ARS su dati ISPRO, 2019

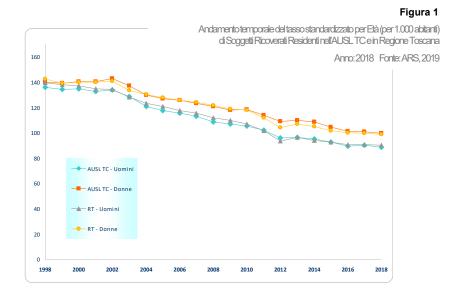


4.2 Ospedalizzazione

Sempre meno ricoveri

Nel corso del 2018 circa 158.000 persone residenti nell'AUSL TC si sono ricoverate in ospedale, 22.000 in meno rispetto al 2010.

Il tasso di ricovero standardizzato per età dai primi anni 2000 è in costante e progressiva diminuzione, coerentemente con l'andamento regionale (Figura 1).



I tassi di ospedalizzazione sono più elevati nelle donne rispetto agli uomini soprattutto per complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio nella fascia di età 20-49 anni (Figura 2).

La curva dell'ospedalizzazione per età mostra un eccesso di ricoveri femminili tra i 20 ed i 49 anni, mentre in tutte le altre classi di età gli uomini si ricoverano più delle donne. Escludendo dall'analisi le cause di ricovero per complicanze della gravidanza e del parto, le curve per età nei due generi non sarebbero, infatti, in quella fascia di età, molto diverse fra loro.

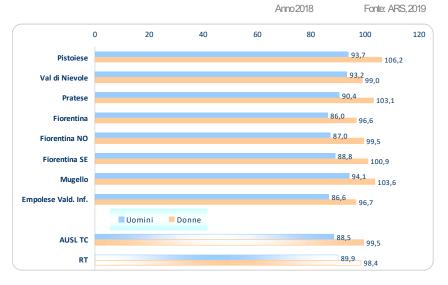
La maggioranza dei ricoveri si concentra dopo i 65 anni.

Figura 2 Tassi specifici per dassi di Età (per 1.000 abitanti) di Soggetti Ricoverati Residenti nell'AUSLTC



Il tasso di primo ricovero nell'AUSL TC nel 2018 (Figura 3) è nelle donne significativamente più elevato rispetto a quello regionale (AUSL TC: 99,5 x 1.000 abitanti; Regione Toscana: 98,4) e negli uomini più basso (AUSL TC: 88,5; Regione Toscana: 89,9).

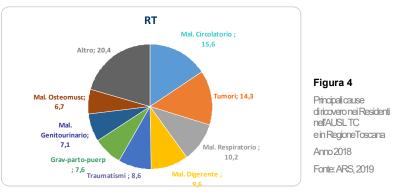
Figura 3
Distribuzione per Zona del tasso del tasso standardizzato per età (per 1.000 abitanti)
di Soggetti Ricoverati Residenti nell'AUSLTCe in Toscana

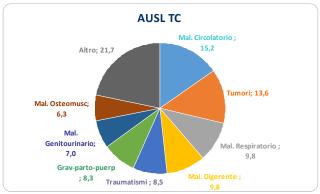


La situazione è, tuttavia, eterogenea nelle varie aree: nei maschi della zona Fiorentina, Fiorentina Nord-Ovest ed Empolese-Valdarno Inferiore, i tassi sono significativamente più bassi rispetto al valore regionale, mentre in quella Pistoiese, della Val di Nievole e del Mugello sono più elevati. Nelle donne si registrano tassi più alti della media regionale nella zona Pistoiese, Pratese e nel Mugello.

Tali differenze possono dipendere sia da reali differenze nello stato di salute delle popolazioni, sia da un uso dell'ospedale come alternativa alla disponibilità dei servizi territoriali.

Nel 2018 le principali cause di ricovero nei residenti dell'AUSL TC e della Toscana sono state le malattie cardiocircolatorie, i tumori, le malattie dell'apparato respiratorio e digerente, che insieme rappresentano quasi il 50% del totale delle cause di ricovero (Figura 4).





Nel confronto con la popolazione generale dell'AUSL TC (cittadini italiani e non italiani), i maschi stranieri si ricoverano di meno (118,6 vs 127,9 per 1.000 abitanti), per un possibile effetto "migrante sano" (le persone che lasciano il Paese di origine sono in migliore stato di salute), mentre le straniere usano di più l'ospedale (156,9 vs 132,7 per 1.000 abitanti) per il maggior numero di gravidanze.

Escludendo l'ospedalizzazione per parto, i ricoveri dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL TC risultano in aumento nel 2018 rispetto ai ricoveri nell'anno precedente (2018: 20.175; 2017: 13.596).

Gli stranieri dell'AUSL TC si ricoverano significativamente di più di quelli residenti in altre aree della Toscana (stranieri AUSL TC: 137,2 per 1.000 abitanti; stranieri in Toscana: 116,5 per 1.000 abitanti).

In conclusione, nonostante l'invecchiamento della popolazione e la maggiore ospedalizzazione degli anziani, nel tempo assistiamo ad una diminuzione del ricorso all'ospedale, probabilmente per un miglioramento dell'appropriatezza nel trattare i casi meno gravi in un setting ambulatoriale.



5.1 Malattie cardiovascolari

Mortalità e ospedalizzazione in diminuzione, ma aumentano i malati cronici

Le malattie cardiovascolari (MCV) sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio e angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico). Chi sopravvive ad una forma acuta diventa un malato cronico con un significativo impatto sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali per la collettività.

Negli ultimi trent'anni la mortalità generale nella nostra AUSL, come in Toscana e nel resto d'Italia, è notevolmente diminuita (-34% tra il 1988 e il 2015), grazie soprattutto alla riduzione (-52%) della mortalità per MCV (Cardiopatia Ischemica: -43%; Malattie Cerebrovascolari: -57%).

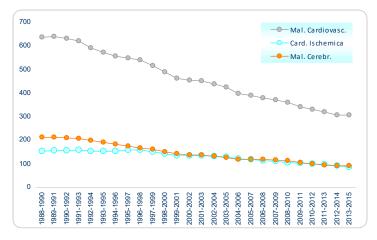


Figura 1

Andamento temporale dela Mortalità
Standardizzata per Età (per 100.000 abitanti) nel'AUSL TC per MCV
Periodo: 1988–2015
Fonte: ARS, 2019

Gli studi longitudinali italiani effettuati nell'ambito del Progetto Nazionale CUORE indicano che circa il 55% di questa diminuzione è dovuto ai cambiamenti nei maggiori fattori di rischio cardiovascolare, principalmente la riduzione e controllo verso valori ottimali della pressione arteriosa (25%) e della colesterolemia totale (23%).

Nella Cardiopatia Ischemica, per l'Infarto Miocardico in particolare, una riduzione del 6% è imputata alla diffusione della rivascolarizzazione percutanea.

Anche il tasso di primo ricovero per MCV (Figura 2) diminuisce nel tempo, avvalorando l'ipotesi di un decremento dell'incidenza legata alla riduzione/controllo dei fattori di rischio nella popolazione.

Secondo recenti studi, i miglioramenti terapeutici hanno portato non solo a una riduzione della mortalità e ad un incremento della sopravvivenza, ma anche a una riduzione della disabilità residua legata alle MCV in entrambi i sessi.

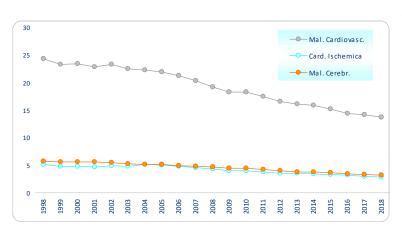


Figura 2

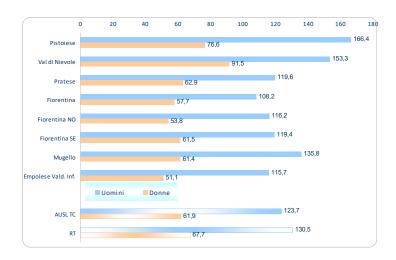
Andamento temporale del tasso di Primo Ricovero nellanno Standardizzato per Età (per 1.000 abitanti) nell'AUSLTC per MCV

Periodo 1998–2018

Fonte: ARS, 2019

Cardiopatia Ischemica e Insufficienza Cardiaca

Nel triennio 2013-2015 si sono verificati 5.258 decessi (2.773 uomini e 2.485 donne) per Cardiopatia Ischemica, con una media annua di 1.750 morti, pari al 28% della mortalità per tutte le MCV. Rispetto al dato medio regionale, l'AUSL TC presenta tassi di mortalità inferiori, statisticamente significativi solo per le donne. La zona Pistoiese presenta tassi più elevati nei maschi, mentre nelle femmine l'eccesso di mortalità è limitato alla Val di Nievole. Valori inferiori di mortalità per MCV si riscontrano invece nella zona Fiorentina in entrambi i generi e nelle donne della Fiorentina Nord Ovest e dell'Empolese (Figura 3).



Distribuzione
perzona
dela Mottalità
Standardizzata peretà
(per 100.000 abitanti)
per Carifonalia, Ischemica

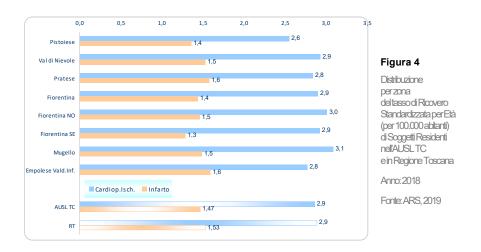
Figura 3

(per100.000 abitanti)
per Cardiopatia Ischemica
nel'AUSLTC
e in Regione Toscana

Periodo: 2013-2015 Fonte: ARS 2019

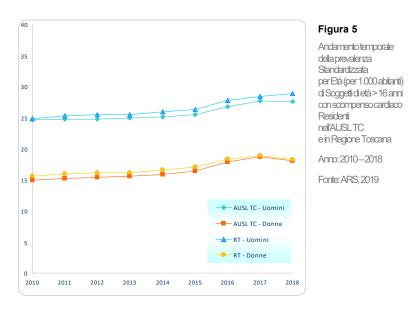
Per quanto riguarda il ricorso all'ospedale, nel 2018 sono state dimesse per Cardiopatia Ischemica 5.176 persone (3.566 uomini e 1.610 donne) equivalenti ad un tasso standardizzato per età di 2,9 per 1.000 abitanti, simile al valore medio regionale (Figura 4).

L'unico tasso statisticamente inferiore alla media regionale è quello relativo alla zona Pistoiese. Il 53% dei ricoveri per Cardiopatia Ischemica riguarda soggetti ricoverati per Infarto miocardico acuto.



Il tasso di ricoverati per Infarto miocardico acuto in AUSL TC non si discosta dal valore medio regionale, anche se si evidenziano valori significativamente più bassi nelle donne della zona Fiorentina Sud Est.

Il netto miglioramento delle cure a seguito di eventi cardiovascolari acuti ha migliorato la sopravvivenza e determinato un aumento delle persone a rischio di Scompenso cardiaco (Figura 5).

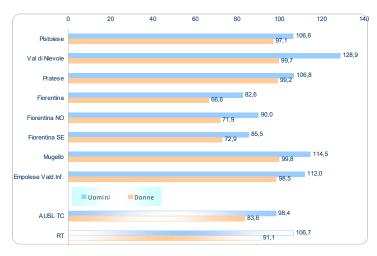


Nel 2018 i soggetti con Scompenso cardiaco stimati nell'AUSL TC sono 32.500 (16.800 maschi e 15.700 femmine). L'andamento crescente sembra subire nell'ultimo anno una battuta d'arresto, soprattutto per le donne.

Malattie cerebrovascolari e Ictus

Nel triennio 2013-2015, si registrano 5.616 decessi (2.209 uomini e 3.407 donne), con una media annua di quasi 1.900 decessi pari al 30% circa della mortalità per MCV.

Rispetto al dato medio regionale, l'AUSL TC nel suo complesso presenta tassi di mortalità inferiori, grazie ai valori molto bassi in entrambi i generi riscontrati nella zona Fiorentina, Fiorentina Nord Ovest e Fiorentina Sud Est. Per gli uomini della zona della Val di Nievole si evidenziano invece tassi significativamente più elevati (Figura 6).



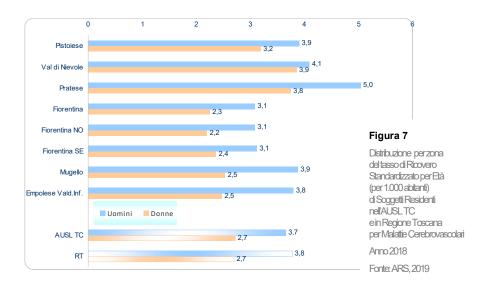
Distribuzione

Figura 6

perzona . della Mortalità Standardizzata per Età (per 100.000 abitanti) per Malattie Cerebrovascolari nell'AUSLTC e in Regione Toscana

Anno: 2013-2015 Fonte: ARS, 2019

Nel 2018, 6.113 persone (2.959 uomini e 3.154 donne) sono state ricoverate per Malattie Cerebrovascolari, con un tasso standardizzato per età di 3,1 per 1.000 abitanti, simile al valore medio regionale. Le donne residenti nelle zone Pistoiese, Val di Nievole e Pratese presentano tassi significativamente più elevati a quello regionale, mentre negli uomini l'unico eccesso si riscontra nella zona Pratese. Le donne delle zone Fiorentina, Fiorentina Nord Ovest e Fiorentina Sud Est (ma non gli uomini) presentano invece tassi significativamente più bassi (Figura 7).



Negli ultimi decenni sono aumentati i soggetti che sono sopravvissuti con esiti più o meno invalidanti ad un ictus: la prevalenza aggiustata per età è passata da 10,3 per 1.000 abitanti nel 2010 a 14,9 nel 2018. Nell'AUSL TC i casi prevalenti, stimati, portatori di pregresso ictus nel 2018 sono circa 21.400 (11.100 uomini e 10.300 donne), concentrati nella fascia di età 65-84 anni (35,2 per 1.000 abitanti) e 85+ (86,1 per 1.000 abitanti), come atteso sulla base dell'incidenza per età della patologia (Figura 8).

Figura 8
Distribuzione per Età e Genere della prevalenza Standardizzata per Età (per 1.000 abitanti) di Soggetti con lotus di età > 16 anni Residenti nell'AUSL.TC



Il tasso di prevalenza di ictus è leggermente più alto negli uomini (18,2 per 1.000 abitanti) rispetto alle donne (12,2 per 1.000 abitanti).

Concludendo, le malattie del sistema circolatorio sono le cause che hanno subito negli ultimi anni un decremento maggiore sia in termini di mortalità che di ospedalizzazione. Tale riduzione è in parte da ricondurre a importanti interventi di prevenzione primaria: riduzione dell'abitudine al fumo, aumento dell'attività fisica, migliore alimentazione. Notevoli sono stati i progressi registrati nelle cure: dalle efficaci terapie farmacologiche anti-ipertensive ipocolesterolemizzanti della prevenzione secondaria e terziaria, a quelle di tempestiva riperfusione cardiaca e cerebrale come il bypass aorto-coronarico, l'angioplastica coronarica, la trombolisi e la trombectomia.

I miglioramenti terapeutici hanno portato a una riduzione della mortalità e al conseguente aumento dei soggetti prevalenti nella popolazione, anche se, con ogni probabilità, si tratta di casi in condizioni meno gravi rispetto al passato.

5.2 Tumori

Tumori genere specifici i più frequenti: tumore della prostata nei maschi e tumore della mammella nelle femmine

Il Registro dei Tumori della Toscana dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) fornisce dati su incidenza, mortalità e sopravvivenza dei tumori nella popolazione residente a Firenze e Prato dal 1985 al 2015 e dal 2013 su tutta la Toscana, anche se al momento per la regione sono disponibili solo i dati del biennio 2013-2014. Attualmente è in corso la rilevazione dei dati di incidenza regionale per il biennio 2015-2016.

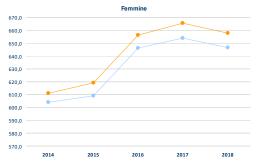
Tuttavia, applicando ai residenti toscani i tassi d'incidenza standardizzati per età rilevati da AIRTUM nel Centro-Nord Italia, ISPRO ha stimato nell'AUSL TC per il 2018 oltre 5.900 nuovi casi di tumore maligno, con esclusione di quelli cutanei diversi dal melanoma, nei maschi e quasi 5.500 nelle femmine, equivalenti rispettivamente a 756 e 646 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Sempre con queste stime, è stato calcolato dal 2014 un trend d'incidenza standardizzata per età in aumento in entrambi i sessi, anche se nell'AUSL TC è sempre inferiore a quella media regionale.

Negli ultimi due anni il trend si è apparentemente stabilizzato o è in leggera flessione (Figura 1). L'incidenza dei tumori cresce linearmente e progressivamente con l'età e perciò cresce il numero assoluto dei soggetti con nuova diagnosi di tumore per il solo effetto dell'invecchiamento della popolazione. Per questo, la standardizzazione per età, che rimuove l'effetto dovuto alla diversa composizione per età delle popolazioni, permette di interpretare appropriatamente differenze geografiche e temporali.



Figura 1
Stima dell'andamento
dei tassi standardizzati per età
(per 100.000 abitanti) dell'incidenza
(per 100.000 abitanti) di tumori maligni
nei residenti dell'AUSLTC
e in Regione Toscana
per Genere

Periodo: 2014-2018 Fonte: ISPRO, 2019



Analogamente al contesto nazionale e regionale, nel 2018 nei maschi dell'AUSL TC il tumore più frequente è quello della prostata – 1.155 nuovi casi – e nelle femmine quello della mammella – 1.535 nuovi casi (Tabella1).

Tabella 1
Numero assoluto di Soggetti con una nuova diagnosi
di Tumore di qualsiasi sede e per le prime 7 sedi
nei Residenti nell'AUSLTC

Anno 2018 In ordine decrescente per Genere Fonte: ARS, 2019

Tumori	N. Casi Maschi
Tutti i tumori escluso cute	5.931
Prostata	1.155
Polmone	904
Colon-retto	765
Vescica	666
Stomaco	278
Cute (melanomi)	270
Rene	261
	N. Casi
Tumori	Femmine
Tumori Tutti i tumori escluso cute	
1 2000	Femmine
Tutti i tumori escluso cute	Femmine 5.456
Tutti i tumori escluso cute Mammella	Femmine 5.456 1.535
Tutti i tumori escluso cute Mammella Colon-retto	Femmine 5.456 1.535 664
Tutti i tumori escluso cute Mammella Colon-retto Polmone	Femmine 5.456 1.535 664 413
Tutti i tumori escluso cute Mammella Colon-retto Polmone Tiroide	Femmine 5.456 1.535 664 413 268
Tutti i tumori escluso cute Mammella Colon-retto Polmone Tiroide Utero corpo	5.456 1.535 664 413 268 234

Nello stesso anno i casi prevalenti stimati di tumore maligno, cioè tutti i soggetti che sono portatori di un tumore che è stato loro diagnosticato nel corso della vita, con esclusione di quelli della cute, sono 88.321 (maschi: 40.611; femmine: 47.710) (Tabella 2).

Tumori	N. Casi Maschi			
Tutti i tumori escluso cute	40.611			
Prostata	10.139			
Colon-retto	7.001			
Vescica	6.729			
Rene	2.786			
Cute (melanomi)	2.095			
Polmone	2.044			
Stomaco	1.609			
Tumori	N. Casi Femmine			
Tumori Tutti i tumori escluso cute				
	Femmine			
Tutti i tumori escluso cute	Femmine 47.710			
Tutti i tumori escluso cute Mammella	Femmine 47.710 20.641			
Tutti i tumori escluso cute Mammella Colon-retto	Femmine 47.710 20.641 6.259			
Tutti i tumori escluso cute Mammella Colon-retto Utero corpo	Femmine 47.710 20.641 6.259 3.674			
Tutti i tumori escluso cute Mammella Colon-retto Utero corpo Cute (melanomi)	Femmine 47.710 20.641 6.259 3.674 2.432			

Tabella 2
Numero assoluto di Soggetti portatori di un Tumore di qualsiasi sede e perle prime 7 sedi Residenti nell'AUSLTC
Anno 2018 In ordine decrescente per Genere
Fonte: ARS, 2019

Poiché in oncologia non esiste un criterio clinico certo di "guarigione", i malati di cancro presenti nell'AUSL TC, così come in Toscana ed in Italia, sono in costante aumento al netto dell'invecchiamento, grazie all'incremento della sopravvivenza dovuta ai progressi nelle terapie con nuovi efficaci farmaci e alla diagnosi precoce dei programmi di screening del tumore del colon-retto nei due sessi e della mammella e del collo dell'utero nelle donne.

In Tabella 3 è mostrata la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per i principali tumori registrata in Toscana e in Italia, ma non disponibile a livello di AUSL.

SEDE	TOSCANA	ITALIA
Tiroide	96	93
Testicolo	93	91
Prostata	92	92
Mammella	88	87
Melanoma	88	87
Utero corpo	76	77
Colon retto	68	65
Cervice	61	68
Ovaio	44	40
Stomaco	32	32
Fegato	18	20
Polmone	16	16
Pancreas	10	8

Tabella 3
Percentuale di soggetti vivi a 5 anni dalla diagnosi di Tumore maligno in Toscana e in Italia
Periodo: 2005–2009
Fonte: ARS, 2019

Nonostante l'incidenza standardizzata sia in leggero aumento, nell'AUSL TC, così come nelle altre due AUSL e in Toscana, il tasso di primi ricoveri standardizzato per età per tumore maligno è rimasto stabile nel periodo dal 2014 al 2018, attorno ai 12 ricoveri per 1.000 residenti, coerentemente con la riduzione dei tassi di ricoveri per tutte le cause, che è dovuto ad una migliore appropriatezza organizzativa nell'uso delle risorse ospedaliere.

Un eccesso significativo di ospedalizzazione per tumori si rileva nel 2018 per gli uomini della zona Pratese rispetto al valore medio regionale (AT Pratese: 14,1 per 1.000 abitanti; Toscana:12,6), mentre si osserva un difetto significativo per gli uomini della zona Fiorentina (11,7 per 1.000 abitanti).

Nel 2018 non è risultato alcun eccesso di ospedalizzazione per i tumori genere-specifici nelle donne, ovvero tumore della mammella, dell'utero e dell'ovaio. Si osserva invece un eccesso di ricoveri nell'AT di Prato per il tumore della prostata. Non ci sono eccessi per quanto riguarda i ricoveri per tumore del polmone, dello stomaco, del colon retto e della vescica in entrambi i generi rispetto al valore regionale.

È bene ricordare che le differenze geografiche dei tassi standardizzati per età di ospedalizzazione possono dipendere da reali differenze nella diffusione delle malattie nelle varie zone, ma anche da una diversa disponibilità di servizi sanitari territoriali alternativi all'ospedale.

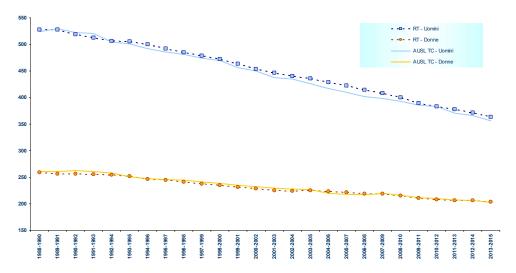
I dati di mortalità per tumori sono una misura che approssima il valore dell'incidenza per quei tumori ad alta letalità e bassa sopravvivenza, ma non per quelli più curabili. Nel triennio 2013-2015 i decessi per tumore maligno nell'AUSL TC sono stati 14.615, rappresentando la seconda causa di morte (29% dei decessi) dopo le malattie del sistema circolatorio (36%), come peraltro avviene anche in Italia e in Toscana. Come la mortalità generale e cardiovascolare, quella per tumori maligni è in progressiva e costante diminuzione da molti anni, sia nei maschi che nelle femmine, coerentemente con il trend e con il valore medio regionale (Figura 2).

Figura 2

Tasso standardizzato peretà di mortalità pertumori maligni (per 100.000 abitanti) nei Residenti dell'AUSLTC

Trienni 1988–2015

Fonte: ARS, 2019



Il gap di genere della mortalità oncologica, storicamente a favore delle femmine, si mantiene negli anni, ma tende a ridursi per la più consistente diminuzione di mortalità maschile. Questa è sostenuta in modo significativo dalla diminuzione di mortalità per tumore polmonare a seguito del forte incremento di maschi che hanno smesso di fumare.

Il tumore del polmone è la prima causa di morte per tumore negli uomini e la mortalità è in diminuzione negli ultimi anni, passando da 112 decessi per 100.000 abitanti nel triennio 2004-2006 a 93 nel triennio 2013-2015. Per questo tumore nelle donne il trend è invece in leggero aumento, passando da 25 a 29 per 100.000 nel triennio 2004-2006 e 2013-2015, rispettivamente. Il fumo di sigaretta spiega la maggioranza assoluta di questi trend.

La Tabella 4 mostra i tassi di mortalità standardizzati per età per sede del tumore, genere e zona. Sono solo due gli eccessi rilevati nell'AUSL TC rispetto al valore medio regionale, entrambi a carico delle donne: quello per tumore del polmone nella zona Fiorentina e quello per tumore gastrico nella zona del Mugello.

L'eccesso femminile per tumore polmonare è attribuibile in larga misura al fumo di tabacco e in misura minore all'inquinamento dell'aria della piana fiorentina, sebbene per questo fattore non si osservi lo stesso effetto nei maschi. L'eccesso per tumore gastrico è noto da molti decenni ed è concentrato in un'area dell'Appennino tra Toscana, Marche ed Emilia Romagna, con valori tra i più elevati del mondo insieme a quelli giapponesi. E' attribuito ad un mix di dieta del passato povera di vitamine, frutta e verdura, poco variata e ricca di salumi e prodotti conservati. Come nel resto del mondo, il tumore dello stomaco è in progressiva diminuzione, anche se in queste aree avviene con una minore velocità.

Rispetto al valore medio regionale, i difetti nei tassi sono più numerosi degli eccessi. In particolare, sono da segnalare difetti significativi per la mortalità maschile per tumore del polmone, del pancreas e di bocca, labbra, faringe nella zona Empolese – Valdarno Inferiore, per tumore del fegato nelle zone Fiorentina Nord Ovest e Fiorentina Sud Est, e per melanoma nella zona Pratese. Difetti significativi nella mortalità femminile si osservano per tumore del fegato e tumore del rene nella zona Fiorentina, e per tumori del sistema nervoso e leucemie nella zona del Mugello.

Tabella 4

Tassi di Mortalità standardizzati per Età (per 100.000 abitanti) di tumore maligno per Genere Periodo 2013 – 2015 Sono mostrati i principali tumori, in ordine decrescente per livello del tasso di mortalità gli eccessi e i difetti dei tassi statisticamente significativi rispetto a quelli regionali Periodo 2013-2015

UOMINI										
		Val di						Empolese	AUSL	
Sede Tumore	PT	Nievole	PO	FI	FI NO	FI SE	Mugello	Vald. Inf.	TC	RT
Polmone	93,0	106,4	100,9	89	97,2	95,1	85,7	**77,9	92,9	92,6
Colon retto	43,0	39,3	40,6	39,4	48,8	36,8	34,4	39,8	40,8	41,7
Prostata	21,8	30,8	27,3	29,3	26,9	26,9	22,2	33,4	28,1	28,2
Fegato	26,6	21,2	25,7	25,9	**18,2	**19,5	38,8	19,7	23,7	26,6
Stomaco	24,9	20,9	28,0	22,8	24,3	27,8	35,9	24,1	24,8	24,3
Pancreas	21,0	16,8	25,8	19,6	20,5	17,1	22,5	**13,8	19,8	20,6
Vescica	20,4	24,2	17,9	18,7	15,9	17,1	13,9	12,9	17,6	18,6
Leucemie	13,1	14,8	16,0	14,3	11,9	15,8	8,6	13,6	13,7	13,1
Sistema nervoso	8,3	12,7	14,9	13,0	17,3	14,1	13,0	13,9	13,4	12,4
Rene	13,1	11,7	8,4	9,7	9,4	6,3	8,8	9,5	9,5	10,0
Linfomi non-Hodgkin	12,0	5,6	10,1	9,4	12,5	8,6	13,8	10,1	10,1	9,6
Mieloma	5,7	7,4	6,9	8,0	8,9	4,4	3,1	9,7	7,2	7,1
Bocca-Labbra-Faringe	7,7	4,3	6,7	7,5	7,6	7,7	6,7	**3,2	6,6	6,2
Melanoma	5,3	6,7	**2,8	6,4	4,3	4,2	3,7	4,1	4,7	5,4
Esofago	4,3	4,6	4,1	5,8	5,4	3,1	4,4	5,4	4,8	5,2

DONNE

		Val di						Empolese	AUSL	
Sede Tumore	PT	Nievole	РО	FI	FI NO	FI SE	Mugello	Vald. Inf.	TC	RT
Mammella	33,4	33,5	25,2	29,3	31,8	27,1	27,0	28,4	29,8	30,1
Polmone	26,4	24,3	22,7	*38,3	32,9	22,4	26,0	22,1	28,6	27,7
Colon retto	25,3	22,9	29,0	24,8	24,9	25,1	25,8	24,3	25,4	25,2
Pancreas	20,4	17,3	15,3	15,7	14,4	15,0	19,9	12,8	15,8	15,7
Fegato	13,2	10,4	11,7	**8,1	11,7	10,9	12,3	10,2	10,7	12,1
Stomaco	15,5	8,6	13,7	10,0	14,9	12,3	**26,3	10,3	12,5	11,8
Ovaio	8,2	12,4	9,2	10,2	7,4	9,7	7,1	7,7	9,4	9,8
Sistema nervoso	6,7	5,9	7,1	8,4	7,2	11,2	**3,2	6,2	7,7	8,2
Utero	9,3	7,9	8,2	6,4	5,7	9,9	6,0	9,0	7,7	8,1
Leucemie	5,9	7,2	8,9	7,6	8,5	6,8	**2,7	9,3	7,7	7,4
Linfomi non-Hodgkin	4,8	6,4	9,0	7,1	5,8	5,0	6,1	5,5	6,5	6,5
Mieloma	4,3	3,6	5,3	4,5	6,4	3,8	3,3	5,3	4,8	4,9
Rene	3,9	4,9	4,8	**2,4	3,2	5,5	3,4	5,3	4,0	4,3
Vescica	4,1	3,5	2,8	2,5	2,3	3,4	1,7	1,8	2,7	3,1
Melanoma	3,7	3,3	2,5	2,5	2,0	3,3	6,2	2,8	2,9	2,7

PT=Pistoiese PO=Pratese

FI = Fiorentina

FINO=Fiorentina Nord Ovest FISE=Fiorentina Sud Est

^{**} significativamente Inferiore al tasso medio regionale * significativamente Superiore al tasso medio regionale

5.3 Malattie respiratorie e BPCO

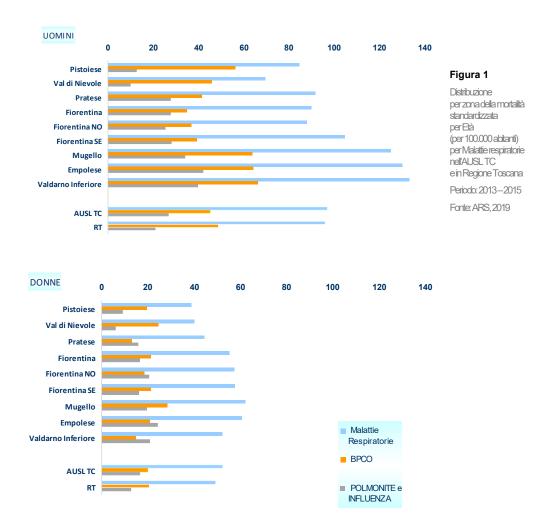
Mortalità in calo, ma carico assistenziale crescente

Le malattie respiratorie croniche (ICD-IX = 460-519) rappresentano una vasta gamma di condizioni patologiche che vanno dall'asma bronchiale alla polmonite, alla broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Rappresentano la terza causa di morte nell'AUSL TC come in Toscana e in Italia, dopo le malattie cardiovascolari e quelle neoplastiche (2013-2015 ultimo periodo disponibile).

Nel triennio 2013-2015, si sono verificati 3.200 decessi medi annui nell'AUSL TC. I tassi di mortalità standardizzati per età dei residenti nell'AUSL TC per malattie respiratorie sono simili ai valori medi regionali sia negli uomini che nelle donne, anche se la mortalità per polmonite ed influenza è significativamente più elevata nell'AUSL TC rispetto al territorio toscano. Nelle zone distretto dell'AUSL TC esiste tuttavia una notevole variabilità (Figura 1).

La zona Pistoiese presenta tassi di mortalità significativamente più bassi del valore medio regionale, soprattutto per la ridotta mortalità per polmonite e influenza. La zona Empolese – Valdarno Inferiore ha tassi più elevati rispetto alla media regionale sia per BPCO - solo nei maschi - che per polmonite e influenza. La mortalità per BPCO è significativamente più bassa nelle donne della zona Pratese e negli uomini della zona Fiorentina e Fiorentina Nord Ovest, dove invece sono più alti i decessi per polmonite ed influenza.

Al netto dell'effetto dell'invecchiamento, nell'AUSL TC si è comunque assistito ad una riduzione della mortalità per malattie respiratorie che riguarda prevalentemente gli uomini (da 145,5 decessi per 100.000 abitanti nel triennio 1989-1991 a 96,8 nell'ultimo periodo disponibile), mentre nelle donne il tasso di mortalità è molto più basso (52,2 per 100.000 abitanti) e abbastanza stabile nel tempo.



A causa dell'invecchiamento della popolazione ed alla migliore sopravvivenza, la prevalenza di tali patologie è destinata inevitabilmente ad aumentare. La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), una delle principali malattie respiratorie croniche, infatti, è in costante aumento nella popolazione residente di età maggiore di 16 anni tra i residenti dell'AUSL TC, e della Regione Toscana (Figura 2).

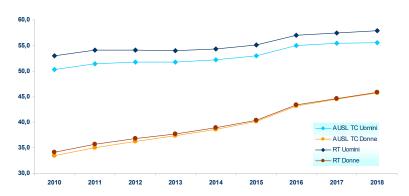


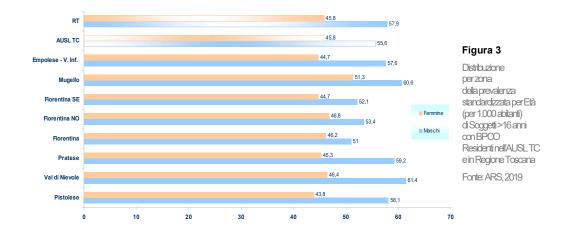
Figura 2

Andamento temporale della prevalenza standardizzata per Età (per 1.000 abitanti) di Soggetti >16 anni con BPCO Residenti nell'AUSLTC e in Regione Toscana Periodo: 2010–2017

Periodo: 2010—2017 Fonte: ARS, 2019

Nella AUSL TC i casi di BPCO nei residenti di età maggiore di 16 anni (maschi e femmine) sono stimati in circa 71.000, con una prevalenza standardizzata per età di 56 casi ogni 1.000 abitanti per i maschi e di 46 casi ogni 1.000 abitanti per le femmine. Il differenziale di genere a favore delle donne si sta riducendo rispetto al 2010.

La diffusione della BPCO nei residenti (totale M+F) dell'AUSL TC è significativamente inferiore alla media regionale, grazie, in particolare, al contributo dei bassi valori tra i residenti delle zone distretto Fiorentina, Fiorentina Sud-Est e Fiorentina Nord-Ovest negli uomini e Pistoiese nelle donne (Figura 3). Un eccesso significativo di casi, invece, risultano negli uomini della Val di Nievole e nelle donne dell'Empolese. Nel 2018 i soggetti ricoverati per patologie respiratorie sono stati 17.280 (9.077 maschi e 8.203 femmine). Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età dell'AUSL TC è sovrapponibile al valore medio regionale (9,2 e 9,0 per 1.000 abitanti, rispettivamente).



I valori di ospedalizzazione sono risultati significativamente più alti nei residenti di entrambi i generi dalla zona Pistoiese e Pratese e negli uomini della zona Mugello.

Queste patologie costituiscono nel loro insieme un serio problema di salute pubblica, con effetti negativi sulla qualità della vita e rilevante impatto economico. La lotta alle malattie respiratorie mediante interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria – lotta al fumo e agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro – sia secondaria – prevenzione delle riacutizzazioni – rappresenta perciò un obiettivo sanitario di cruciale importanza.

5.4 Diabete e mellito

Casi in crescita, ma cure efficaci

Il diabete è una malattia complessa che impegna molti organi e funzioni fondamentali (cuore, reni, fegato, vista). Tra i diabetici si duplica il rischio di mortalità per malattia ipertensiva, così come l'ospedalizzazione per malattie del sistema cardio-circolatorio.

Le complicanze del diabete hanno un impatto rilevante sui costi sanitari e sulla qualità della vita dei cittadini. Secondo le stime di ARS, nel 2018 sarebbero poco più di 99.000 le persone con diabete nell'AUSL TC, il 7,0% dell'intera popolazione sopra i 16 anni (17,7% negli ultra65enni).

La prevalenza standardizzata per età dell'AUSL TC è significativamente inferiore a quella regionale, sia nei maschi che nelle femmine. In entrambi i generi della zona Fiorentina e della Fiorentina Sud Est i valori sono significativamente più bassi di quelli regionali. Lo stesso è vero per i maschi della zona Pistoiese e per le femmine di quella Pratese (Figura 1). Al contrario maggiore del dato regionale è la prevalenza del diabete in entrambi i generi della zona Empolese – Valdarno Inferiore e nei maschi della zona Val di Nievole.

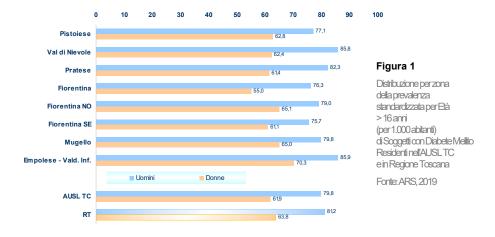
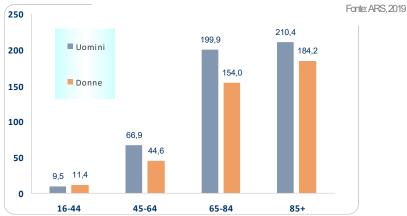


Figura 2
Distribuzione per Età e Genere della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 abitanti)
di Soggetti con Diabete di Età >16 anni Residenti nell'AUSLTC e in Toscana



La frequenza del diabete è maggiore negli uomini (8,0%) rispetto alle donne (6,2%), eccetto che nella fascia di età inferiore a 45 anni (Figura 2). Così come in tutto il mondo, la diffusione del diabete – Figura 3 – è in continua e progressiva crescita (+ 23% dal 2010). In otto anni si sono aggiunte quasi 20.000 persone. Uno stile di vita per lo più sedentario, scarsa attività fisica, una dieta ricca di carboidrati semplici, sovrappeso e obesità sono tra i principali fattori di rischio di questa malattia.

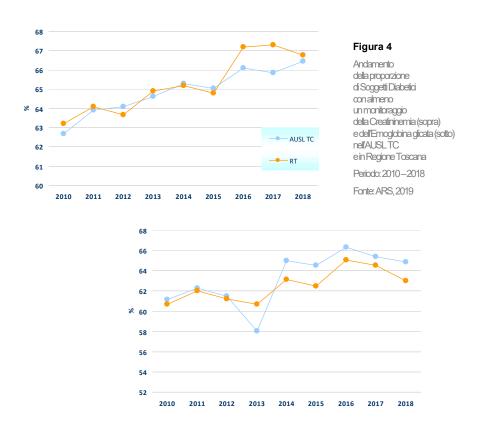


Figura 3

Andamento temporale dela prevalenza standardizzata (per 1.000 abitanti) di Soggetti con Diabete Melito di Età >16 anni Residenti nell'AUSLTC e in Regione Toscana,

Periodo: 2010-2018 Fonte: ARS. 2019 L'aumento di incidenza del diabete, si è accompagnato anche a un aumento della sopravvivenza dei malati. Infatti, la mortalità per diabete, al netto dell'invecchiamento della popolazione, si è ridotta da 31,8 per 100.000 abitanti nel triennio 1999-2001 a 25,8 per 100.000 abitanti nel triennio 2013-2015.

La deospedalizzazione dei casi di diabete e l'incremento degli indicatori di appropriatezza terapeutica, come il controllo dell'emoglobina glicata o il monitoraggio della clearence della creatinina (Figura 4), testimoniano, nella nostra AUSL, una maggiore efficacia della presa in carico dei pazienti nonostante l'aumento del numero di casi.



5.5 Malattie infettive

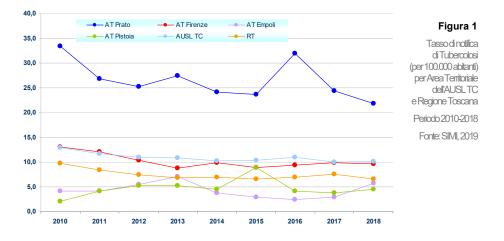
Recenti criticità in fase di risoluzione

Tubercolosi

Stabile, presente di più negli immigrati soprattutto a Prato

Nell'AUSL TC si osserva un trend d'incidenza di Tubercolosi (TB) stabile (Figura 1), con un valore nel 2018 di 10,1 casi per 100.000 abitanti, superiore rispetto al dato regionale (6,6) e nazionale (6,5). L'incidenza è da sempre più elevata nell'AT Pratese, anche se si osserva una riduzione dal 2017 al 2018.

Un leggero incremento è invece osservato nell'AT di Empoli, con un'incidenza che passa da 2,9 nel 2017 a 5,8 nel 2018.



Il tasso d'incidenza è significativamente maggiore negli stranieri rispetto agli italiani residenti nell'AUSL TC: 109,7 e 4,8 per 100.000 abitanti rispettivamente.

Secondo il Ministero della Salute, pilastro della lotta alla Tubercolosi è la completa compliance al trattamento dei casi conclamanti, così come dei casi latenti a rischio di progressione della malattia, capace di interrompere la trasmissibilità del bacillo.

Secondo un recente studio di ECDC, lo screening dell'infezione tubercolare latente negli immigrati è cost-effective, in particolare sui nuovi arrivi provenienti da Paesi ad alta endemia per TB.

Epidemia di Morbillo Casi in diminuzione

Da gennaio 2016 è in corso un'epidemia di morbillo che coinvolge tutti i Paesi dell'Unione Europea. Nonostante non sia ancora conclusa, sia a livello Europeo che Italiano si osserva una riduzione del numero di casi notificati.

Anche nell'AUSL TC, dove l'epidemia è iniziata nel 2017 con 154 casi di morbillo, rispetto ai soli 2 casi del 2016, si osserva una diminuzione con 42 casi del 2018. Come in EU e in Italia, l'età media dei casi dell'AUSL TC è di 29 anni.

Secondo ECDC, al fine d'interrompere l'epidemia, è necessario il raggiungimento e mantenimento di una copertura vaccinale della popolazione generale ≥95% con 2 dosi di vaccino anti-morbillo, attraverso l'implementazione di strategie vaccinali sulla popolazione giovane adulta (catch-up) che affianchino le campagne routinarie nell'infanzia.

Epidemia di Epatite A Casi in diminuzione

A partire da settembre 2016 in alcune regioni italiane è stato registrato un eccesso di casi di epatite A (HAV), cha ha parzialmente coinvolto la comunità di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM). L'incremento di casi in Italia s'inserisce all'interno di un outbreak Europeo che secondo i dati di ECDC ha coinvolto 22 stati membri.

Nel 2018, l'epidemia è in fase di risoluzione si a livello Europeo che Italiano. Nell'AUSL TC i casi sono diminuiti da 182 nel 2017 a 27 nel 2018. Nonostante ciò, il numero di casi è ancora superiore rispetto al periodo pre-epidemico (2016, numero casi = 15).

Gli interventi di controllo e vaccino-profilassi post esposizione implementati tempestivamente dai servizi di Igiene e Sanità Pubblica hanno permesso il controllo dell'oubtreak. Maggiori sforzi sono però necessari per sensibilizzare la popolazione MSM alla vaccinazione, che è gratuita per tale categoria a rischio.

Epatite virale di tipo B e C

HBV stabile e nessun caso clinicamente manifesto di HCV

Il Sistema epidemiologico integrato delle epatiti virali acute-Seieva, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, nei dati 2018 non riscontra modifiche riguardo all'epidemiologia delle epatiti B e C, rispetto agli anni precedenti.

Nell'AUSL TC si osserva un trend stabile, con l'eccezione dell'AT di Prato dove il tasso di notifica (per 100.00 abitanti) per HBV passa da 2,0 nel 2017 a 3,5 nel 2018 (Figura 2).

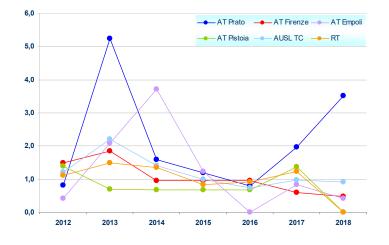


Figura 2
Tasso di notifica
di Epatite B
(per 100,000 abitanti)
per Area Territoriale
nei Residenti
dell'AUSL TC
e Regione Toscana
Periodo 2012-2018
Fonte: SIMI, 2019

Per quanto concerne l'HCV, non sono stati riportati casi conclamati né nel 2017, né nel 2018.

È bene ricordare come la maggioranza delle infezioni da HBV e HCV non sia associata ad un esordio clinico manifesto e passa senza essere diagnosticata. Gran parte dei casi di HBV e HCV sono perciò scoperti occasionalmente con i test ematologici specifici per i virus o per il danno epatico, in fase più o meno precoce di progressione cronica, talvolta come reperto occasionale di indagini cliniche generali. I recenti efficaci e costosi farmaci sono capaci di eradicare l'infezione da epatite C. Regione Toscana ha avviato un programma di controllo dell'epatite cronica da virus C, invitando a terapia i casi che sono positivi per il virus. Secondo i dati regionali, nel 2015, si stima che vi siano in Toscana circa 26.000 soggetti affetti da HCV. Nel triennio 2015-2017 sono stati trattati, con le nuove terapie, 6.615 pazienti. Il progetto prevede di trattare gli attuali 18.500 entro la fine del 2020.

Neisseria meningitidis e focolaio epidemico di meningococco C Casi di meningite rientrati nella norma

A partire da gennaio 2015 in Toscana si è assistito ad un importante eccesso di casi di meningococco C (MenC), che è in fase di risoluzione nel 2017-2018. L'AUSL TC è stata attivamente coinvolta nelle indagini regionali con l'Istituto Superiore di Sanità e l'ARS.

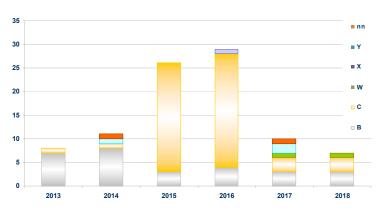
L'analisi epidemiologica e microbiologica dell'outbreak ha permesso di capire che esso si è inserito all'interno di un insieme di clusters europei causati da un particolare ceppo di meningococco C (ST-11/cc11), che ha prevalentemente colpito la popolazione di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM) e i suoi contatti stretti.

Come osservabile dalla Figura 3, il numero di casi di MenC nel 2018 si è riallineato a quello degli anni pre-focolaio. Gli altri sierogruppi di Neisseria meningitidis (Nm) sono invece rimasti stabili prima, durante e dopo il focolaio.

Figura 3

Numero di casi di malattia batterica invasiva da Neisseria meningilidis per serogruppo notificati nell'AUSLTC
Periodo: 2013–2018

Fonte: SIMI, 2019



Il controllo delle infezioni da Nm passa attraverso alte coperture vaccinali, ed in particolare, la prevenzione di focolai come quello del biennio 2015-2016, attraverso la vaccinazione massiva della popolazione giovane adulta, nonché dei gruppi di popolazione a rischio come gli MSM. Il decesso a giugno 2019 di una turista in Toscana causato da Nm di serogruppo C ST-11, indica però che l'episodio Toscano deve ancora essere tenuto sotto controllo.

Stagione influenzale 2018-2019 In aumento i casi gravi, ma si riduce la letalità

Dalla stagione influenzale 2009-10 è attiva in Italia la sorveglianza dei casi gravi e complicati d'influenza confermata. La sorveglianza riguarda tutte le forme gravi e complicate d'influenza, le cui condizioni prevedano il ricovero in Unità di terapia intensiva e il ricorso alla terapia in ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation - Ossigenazione Extracorporea a Membrana). L'epidemiologia dei casi gravi d'influenza è utilizzata come proxy dell'andamento della stagione influenzale.

Per la stagione influenzale 2018-2019 vengono riportati nell'AUSL TC un totale di 75 casi gravi e 9 decessi (letalità:12%), in confronto ai 45 casi con 18 decessi (letalità: 45%) riportati nella stagione 2017-2018. In linea con il dato nazionale, nella maggior parte dei casi gravi (62,2%) è stata isolata la variante virale A/H1N1. Dodici casi erano vaccinati.

Secondo un recente studio di ECDC, l'influenza rappresenta in Europa la malattia infettiva col più alto carico di conseguenze (81.8 Disability-Adjusted Life Year -DALY- per 100,000). Essendo malattia prevenibile con vaccinazione, occorre che soprattutto i soggetti con condizioni di rischio, le donne in gravidanza, i bambini di età 6-59 mesi, le persone anziane e i sanitari, siano sistematicamente vaccinati attraverso strategie d'identificazione e promozione attiva.

AIDS In lieve costante diminuzione

I dati più recenti del 2017 dell'ISS riportano a livello nazionale 690 nuovi casi di AIDS, equivalenti ad un'incidenza di 1,1 per 100.000 residenti. L'incidenza di AIDS è in lieve costante diminuzione negli ultimi quattro anni. La riduzione è modesta perché ci si continua ad infettare a causa della errata percezione nella popolazione che il virus HIV sia quasi scomparso. Le efficaci cure hanno, infatti, prolungato la sopravvivenza dei malati al punto che l'AIDS non è più all'attenzione dei media pure essendo l'infezione da HIV ancora diffusa.

Secondo i dati ARS, anche nell'AUSL TC si osserva questo trend di AIDS, con un'incidenza che passa da 2,1 nel periodo 2013-2015, a 2,0 nel triennio 2014-2016, a 1,9 nell'ultimo triennio 2015-2017.

La diagnosi precoce attraverso il test-HIV, unita a strategie mirate a modificare comportamenti a rischio e a promuovere buone pratiche per la prevenzione dell'infezione, rappresentano gli strumenti per la lotta all'HIV, in particolare se implementati in popolazioni a rischio.

5.6 Salute mentale e suicidi

Suicidio: seconda causa di mortalità nei giovani

Secondo i dati di ARS basati sui sistemi informativi che registrano le prestazioni presso i Servizi di salute mentale territoriali, i residenti che in Toscana hanno avuto almeno un contatto nel corso del 2017, ultimo anno disponibile, sono stati 81.869 – 218,8 persone ogni 10.000 abitanti – e poco più della metà (56,6%) di questi sono stati presi in carico.

Non essendo questi dati disponibili a livello di Azienda Sanitaria, per la stima della diffusione del problema nell'AUSL TC si utilizzano i ricoveri ospedalieri, che esprimono però solo le forme più complesse e gravi. L'ospedalizzazione per disturbi mentali dei residenti nell'AUSL TC è in costante e continua diminuzione e si è stabilizzata solo negli ultimi anni su valori simili a quelli delle altre AUSL e in Toscana. Si osserva un valore leggermente inferiore negli uomini dell'AUSL TC rispetto a quello regionale nel 2018 (Figura 1).

Figura 1

Tasso standardizzalo per età di ospedalizzazione per disturbi psichici (ICD-CM 209-319) per 1.000 residenti nelle zone dell'AUSLTCe Regione Toscana Periodo 2000-2018 Fonte: ARS, 2019

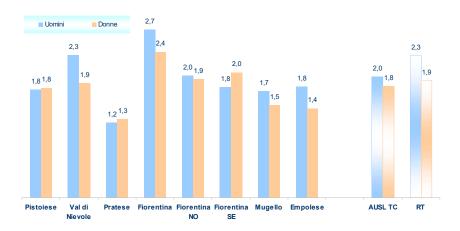


La politica di deospedalizzazione in corso da anni per tutte le cause e in particolare per quelle psichiatriche, potrebbe essere il vero determinate del trend storico in diminuzione dei ricoveri per malattia mentale, piuttosto che la riduzione dei problemi nella popolazione generale.

Figura 2

Tasso standardizzato per Età (per 1.000 abitanti) di ricovero in reparti psichiatrici per genere e zona di residenza dell'AUSLTC e in Regione Toscana. Anno 2018

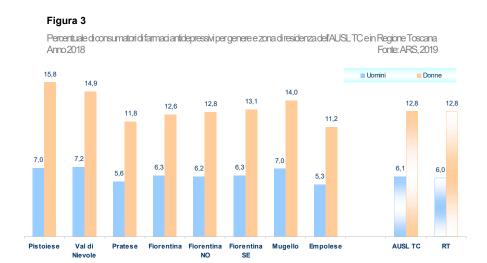
Fonte: ARS, 2019



La depressione è uno dei disturbi psichici più rilevanti per frequenza e per impatto sulla qualità della vita. Nel 2018, la proporzione nella popolazione residente di pazienti in trattamento farmacologico con antidepressivi (codice ATC: N06A) è più alta, come atteso anche in base ai dati di letteratura, nel genere femminile. La frequenza di uso degli antidepressivi tra i residenti nell'AUSL TC è sovrapponibile al valore medio regionale per entrambi i generi, mentre nelle zone Pistoiese, Val di Nievole e Mugello le proporzioni d'uso sono più alte sia nei maschi che nelle femmine (Figura 3).

Nell'ultimo decennio la proporzione d'uso è rimasta costante nel tempo e sovrapponibile al valore regionale in entrambi i generi.

Da segnalare che i farmaci antidepressivi possono però essere usati anche nella cura di altre patologie (terapia del dolore neuropatico, cefalea) e non necessariamente sono perciò una misura diretta dei problemi di salute mentale.



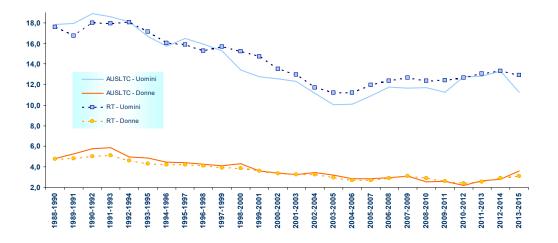
Il suicidio rappresenta un evento estremo di disagio psichico. Secondo l'OMS, nel mondo il suicidio è la seconda principale causa di morte nei giovani tra 15-29 anni. Nel triennio più recente disponibile 2013-2015, si sono verificati 353 suicidi in residenti dell'AUSL TC: 257 maschi (72,8%) e 96 femmine (27,2%). Negli anni del picco della crisi economica (2010-2013) si era osservato un lieve incremento dei suicidi in Toscana e nell'AUSL TC, per poi stabilizzarsi nel periodo successivo.

In particolare, nell'AUSL TC si è osservato una diminuzione dei suicidi negli uomini e un lieve incremento nelle donne nell'ultimo triennio disponibile 2013-2015 (Figura 4).

Il genere maschile presenta comunque tassi di suicidio sempre più elevati del genere femminile. I tassi di suicidio standardizzati per età negli uomini dell'AUSL TC (11,2 per 100.000 abitanti) sono inferiori a quelli dei toscani (12,9 per 100.000 abitanti), mentre nelle donne i valori sono lievemente maggiori (3,6 per 100.000 abitanti) del dato regionale (3,1 per 100.000 abitanti).

Non risultano differenze significative fra le zone dell'AUSL TC.

Figura 4
Tasso standardizzato per Età (per 100.000 abitanti) di Mortalità per suicidio periodo 1988–2015 Fonte: ARS, 2019



5.7 Malattie professionali

Stabili e sempre dominate dai problemi muscoloscheletrici

La fonte informativa principale delle malattie professionali (MP) è l'archivio open-data INAIL che riporta i casi riconosciuti ed indennizzati rispetto a quelli pervenuti con le denunce raccolte dalle diverse sedi provinciali di competenza (normalmente intorno al 50% delle denunce). Il riferimento geografico dei casi indennizzati è la Provincia della sede INAIL dove è stata inoltrata la pratica per la richiesta di risarcimento e può non coincidere con la residenza del lavoratore o la sede lavorativa. Di qui la difficoltà a identificare con precisione la popolazione di riferimento per calcolare i tassi d'incidenza. Poiché i dati INAIL sono disponibili solo su base provinciale e la nostra AUSL Toscana include anche quattro Comuni della Provincia di Pisa, oltre a tutti quelli delle Province di Firenze, Pistoia e Prato, i dati sulle MP dell'AUSL Toscana sono sottostimati per la quota dei quattro Comuni (circa 4% del totale dei residenti nell'AUSL TC).

Tabella 1

Malattie professionali indemizzate per sede INAIL di competenza Province di Firenze, Prato, Pistoia				Periodo: 2013—2017 Fonte: Open-data, INAIL		
Sede INAIL	2013	2014	2015	2016	2017	
Firenze	248	264	231	275	287	
Pistoia	88	69	78	70	45	
Prato	82	64	56	62	80	

Più di 2 MP su 3 sono di competenza della Provincia di Firenze, con un incremento di casi, dai 248 del 2013 ai 287 del 2017 (Tabella 1). A Prato e Pistoia si registrano circa 70 casi all'anno, stabili nel quinquennio a Prato e dimezzati nel 2017 a Pistoia.

Poiché le patologie hanno tempi di definizione variabili e negli ultimi anni può residuare una quota di denunce non ancora definite, è possibile una sotto-stima dei casi indennizzati totali. Anche la modifica periodica dell'elenco di patologie per le quali INAIL riconosce l'indennizzabilità può condizionare la stima dei trend.

In Tabella 2 è mostrata la distribuzione delle MP indennizzate e classificate secondo i criteri ICD10. Considerando il totale delle MP indennizzate delle Province di Firenze, Pistoia e Prato, nel 2017 circa 3 su 4 sono dovute a patologie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (63%), perlopiù dovute a lesioni della spalla e della colonna vertebrale, in aumento costante nel corso degli anni. Seguono i disturbi del sistema nervoso (12%), per la quasi totalità riferibili alla sindrome del tunnel carpale, le ipoacusie (circa 9%) ed i tumori (8%), dei quali più di un terzo dovuti ai mesoteliomi (16 casi indennizzati nel 2017).

Rispetto al totale delle MP, i tumori rappresentano nell'AUSL TC una quota maggiore di quanto si osserva a livello regionale (3%), mentre il contrario accade per le patologie muscolo-scheletriche (AUSL TC: 63%; RT: 71%).

In ogni caso, queste proporzioni sono coerenti con quelle nazionali.

Tabella 2Numero assoluto di Malattie Professionali indemizzate per categoria diagnostica e per Provincia di appartenenza dell'AUSLTC e in Regione Toscana e distribuzione percentuale delle cause nel 2017
Periodo: 2013–2017

Fonte: Open-data, INAIL

Sede INAIL	Diagnosi ICD10	2013	2014	2015	2016	2017	% 2017
	Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	6	4	5	3	7	1,7
	M. del sistema circolatorio (I00-I99)	5	4	0	2	3	0,7
0	M. del sistema nervoso (G00-G99)	70	69	52	66	48	11,7
•	M. sistema osteomuscolare e tessuto connett (M00-M99)	231	228	216	233	259	62,9
PT	M. del sistema respiratorio (J00-J99)	13	19	15	10	12	2,9
Œ	M. dell'apparato digerente (K00-K93)	0	4	0	0	2	0,5
	M. dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (H60-H95)	43	24	38	44	37	9,0
Provincia	M. della cute e del tessuto sottocutaneo (L00-L99)	16	17	14	19	9	2,2
Ž.	Non Determinato	0	0	1	6	0	0,0
Pre	Traumatismi avvelenamenti altre conseguenze di cause est. (S00-T98)	1	0	0	0	0	0,0
	Tumori (C00-D48)	33	28	24	24	35	8,5
	TOTALE	418	397	365	407	412	100,0
	Alcune malattie infettive e parassitarie (A00-B99)	1	0	0	0	1	0,0
	Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	11	7	8	6	9	0,2
	M. del sistema circolatorio (I00-I99)	22	28	12	20	18	0,5
	M. del sistema nervoso (G00-G99)	838	743	649	676	575	15,6
	M. sistema osteomuscolare e tessuto connett (M00-M99)	2.194	2.577	2.556	2.702	2.614	71,1
	M. del sistema respiratorio (J00-J99)	161	178	137	124	96	2,6
Toscana	M. dell'apparato digerente (K00-K93)	0	4	0	0	2	0,1
SC	M. dell'occhio e degli annessi oculari (H00-H59)	4	3	3	3	0	0,0
Ĕ	M. dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (H60-H95)	240	200	250	287	220	6,0
	M. della cute e del tessuto sottocutaneo (L00-L99)	62	59	39	51	29	0,8
	Non Determinato	2	3	11	32	1	0,0
	Traumatismi avvelenamenti altre conseguenze di cause est. (S00-T98)	1	0	0	0	0	0,0
	Tumori (C00-D48)	128	114	108	107	114	3,1
	TOTALE	3.664	3.916	3.773	4.008	3.679	100,0

5.8 Traumatismi e avvelenamenti

Un importante problema di sanità pubblica

I principali dati sui traumatismi ed avvelenamenti occorsi nel territorio dell'AUSL TC sono riassunti nella Tabella 1.

ANNO	Numero A	nnuo De	ecessi	Tas Standar		to Sogg		icoverat	ti
	media nel t sull'anno	riennio ce di riferime			x 100.000 rif. Toscana 2000		% per traumatismi ed avvelenamenti		
	Totale	M	F	M	F				
2018							16.518	10.5	
2017							16.616	10.4	
2016							16.508	10.4	
2015	668	364	304	n.d.	n.d.		16.946	10.4	
2014	650	361	290	48,0	24,0		16.758	10.0	erat
2013	651	368	283	50,4	23,6		17.247	10.4	300
2012	647	361	286	50,3	24,1		16.691	10.2	Ë
2011	658	364	294	51,2	25,1	rati	17.685	10.1	e de
2010	661	364	297	51,7	26,1	ricover	18.538	10.3	otal
2009	668	378	289	54,5	26,1		18.373	10.2	프
2008	666	377	289	55,5	26,8	Numero soggetti	18.125	10.0	Ricoverati per traumatismi sul totale dei ricoverat
2007	657	369	288	55,6	27,3	ogo	18.772	10.2	atisı
2006	650	354	296	54,2	29,1	0.	19.166	10.3	ű,
2005	650	354	296	55,0	30,2	III e	19.457	10.3	tra
2004	671	360	311	56,8	32,3	ž	19.740	10.3	per
2003	677	369	308	59,1	32,1		20.287	10.2	rati
2002	696	387	309	62,4	32,1		21.219	10.3	OVE
2001	701	389	311	63,6	32,8		21.656	10.6	Ric
2000	758	419	339	69,0	36,2		21.618	10.6	
1999	770	423	348	70,2	38,3		23.239	11.5	
1998	785	439	346	73,3	39,4		24.078	11.9	
1997	762	423	339	71,2	39,7				
1996	751	418	333	71,2	40,1				
1995	719	401	318	67,9	38,4				
1994	697	397	300	67,3	37,1				
1993	717	415	303	69,9	37,9				
1992	753	442	311	74,8	39,9				
1991	760	459	301	78,8	39,1				
1990	734	450	283	78,3	37,3				
1989	740	452	288	81,7	38,9				

Tabella 1

Decessi e ricoveri pertraumatismi ed awelenamenti ovunque occorsi dei Residenti nell'AUSLTC

Periodo: 1989-2018 Fonte: ARS, 2019 Relativamente alla mortalità, i dati più recenti del triennio 2013-2015 indicano che i suicidi rappresentano il 18,1% dei decessi traumatici, gli incidenti stradali il 12,7%, gli avvelenamenti il 2,2% e gli omicidi 1,1%. Non sono disponibili dati di dettaglio sulle altre tipologie di traumatismi.

Nei maschi dell'AUSL TC il tasso standardizzato per età di mortalità per traumatismi (48.0 per 100.000 abitanti) è inferiore a quello delle altre due AUSL toscane, mentre nelle femmine il tasso (24,0) è superiore.

I ricoveri per traumatismi si sono ridotti in numero assoluto dai circa 24.000 del 1998 ai circa 16.600 del 2018, rappresentando circa il 10% del totale dei ricoveri.

Lo studio Global Burden of Disease – GBD indica che nel 2017 i traumatismi e gli avvelenamenti rappresentano il 7,2% degli effetti avversi per la salute imputabili alla totalità delle patologie, e che nell'ambito dei traumatismi le prime tre voci per importanza sono costituite dalle cadute, seguite dagli incidenti stradali e dall'autolesionismo.

5.9 Infortuni stradali

Meno incidenti, ma più letali

I dati ACI-ISTAT elaborati da ARS indicano che il numero di incidenti stradali (IS) occorsi nel territorio dell'AUSL TC è cresciuto dai primi anni '90 raggiungendo il valore più elevato nel 2005-2006, per poi diminuire fino ai circa 7.600 del 2017 (Tabella 1).

ANNO	INO IS in generale			IS "in itinere" e sul lavoro	
	Numero IS	Numero Feriti	Numero Decessi	Infortuni Infortuni Decessi	
		per IS	per IS	IS IS IS IS lav + in itinere sul lavoro itinere	
2017	7.576	9.833	94	2.212 723 10)
2016	7.675	9.892	78	2.032 712	3
2015	7.251	9.306	83	2.020 711 12	2
2014	7.742	9.844	82	2.044 763	7
2013	7.350	9.606	69	1.997 789 11	1
2012	7.680	10.098	73	2.302 854	7
2011	8.326	10.916	76	2.631 1.028 10)
2010	8.043	10.663	89	2.753 1.168	5
2009	8.842	11.428	95	2.751 1.289 16	3
2008	9.032	11.803	93	2.755 1.374 19)
2007	10.290	13.076	96	2.922 1.340 10)
2006	10.483	13.652	108	2.682 1.369 15	5
2005	10.452	13.351	141	2.460 1.376 21	ı
2004	10.324	13.159	137		
2003	10.474	13.468	137		
2002	10.142	13.184	132		
2001	9.828	12.701	148		
2000	9.823	12.636	125		
1999	9.804	12.797	155		
1998	10.171	13.243	138		
1997	9.257	12.079	148		
1996	8.759	11.396	139		
1995	9.002	11.814	175		
1994	8.481	10.821	170		
1993	8.559	11.178	164		
1992	8.678	11.479	154		
1991	8.804	11.698	191		

Tabella 1
Incidenti stradali
nell'AUSLTC.
Numero IS
Feriti per IS
Decessi per IS
in totale e di quelli cocorsi
sul lavoro
Fonti:
ARS, ACI, IHME,
INAIL, ISTAT

Incidenti Stradali = IS

Un andamento analogo è evidente per il tasso di IS rapportato alla popolazione presente (Figura 1), misura proxy delle persone che guidano o dei veicoli effettivamente in circolazione nell'area di riferimento, che sarebbero i denominatori adeguati su cui costruire il tasso di incidentalità. L'informazione sul luogo di accadimento degli IS è utilizzata per valutare il rischio per tratta stradale, mentre quella sul comportamento alla guida (consumo di alcol, droghe, eccesso di velocità, errata manovra) è utilizzata per valutare il rischio correlato alle caratteristiche del conducente e dei passeggeri.

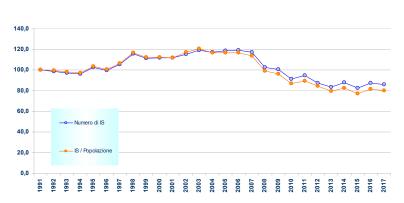


Figura 1

Andamento temporale del numero di IS e del tasso di IS rispetto alla popolazione residente utilizzando il dato del 1991 come riferimento iniziale 1991=100

Fonte:

Fonte: Elaborazioni su dati ARS e ACI

IS = incidenti stradali

I decessi per IS occorsi nel 2017 sulle strade dell'AUSL TC sono 94, con un incremento del 20% rispetto all'anno precedente, in controtendenza rispetto alla riduzione progressiva del 3% all'anno rilevata fin dal 1991. Probabilmente questo recente aumento è frutto della variabilità casuale per eventi piuttosto rari, ma non si può escludere che sia il segnale di un'iniziale inversione di tendenza da confermare negli anni successivi.

Gli indici di lesività (numero di feriti per ogni IS) e di mortalità (numero decessi per ogni IS) esprimono la gravità in termini di conseguenze sanitarie degli IS. Nel 2017, l'indice di lesività nell'AUSL TC è di 1.298 feriti ogni 1.000 IS, sostanzialmente costante rispetto ai 27 anni di osservazione.

L'indice di mortalità nel 2017 è di 12,4 decessi ogni 1.000 IS, con una costante e significativa riduzione nel corso degli anni fino al 2007, con successiva stabilizzazione e leggero peggioramento negli anni successivi al 2014 (Figura 2).



dei decessi per IS indice di lesività (numero feriti/numero IS) ed indice di mortalità (numero decessi/numero IS) 1991 = 100 nell'AUSL TC Fonte: Elaborazioni su dafi ARS e ACI

Figura 2

Andamento temporale

Questo recente peggioramento è rilevato anche a livello nazionale, seppure in misura minore, nell'ultimo Rapporto ACI-ISTAT 2017, dove si sottolinea l'importanza dell'aumento della mobilità di merci e della circolazione autostradale di mezzi pesanti. Il Rapporto rileva la criticità toscana, seconda in Italia dopo la Liguria per incidentalità ed indice di lesività rispetto al numero di abitanti.

I dati sono solo lievemente meno negativi (terza posizione) in riferimento alla mortalità. I dati ARS evidenziano che le zone più critiche per IS riguardano la viabilità dell'AUSL Sud Est, dove il rapporto di mortalità è doppio rispetto a quella dell'AUSL TC.

Nella nostra AUSL l'analisi della distribuzione territoriale degli IS evidenzia:

- un elevato tasso di incidentalità motociclistica nella provincia di Firenze, dove il numero di motocicli coinvolti in IS è oltre una volta e mezzo il valore regionale. Per le caratteristiche della viabilità e traffico locale, Firenze è ai primi posti della classifica nazionale per motocicli circolanti;
- una elevata mortalità per IS nell'area pistoiese, con un tasso più che doppio rispetto a Firenze e Prato. Il dato è probabilmente legato alla maggiore quota di strade extraurbane dell'area pistoiese. E' osservazione consolidata ed ubiquitaria, infatti, che gli IS sono di meno ma più gravi nelle strade extraurbane, mentre in quelle urbane sono di più e meno gravi. Tra i tratti stradali con maggior numero di IS in Provincia di Pistoia, si segnalano nel triennio 2015-2017 il tratto dell'autostrada A11 (circa 45 IS e 70 feriti per anno), la SS435 Lucchese (circa 90 IS e 120 feriti per anno), la SS436 Pistoiese (circa 45 IS e 60 feriti per anno) e la SS436 Francesca (circa 35 IS e 50 feriti per anno).Gli IS "in itinere" riconosciuti da INAIL costituiscono il 29% circa degli IS totali, mentre quelli occorsi durante il vero e proprio svolgimento del lavoro sono un ulteriore 10% circa.

5.10 Infortuni sul lavoro

Un fenomeno in diminuzione

I dati 2010-2017 dell'ente assicuratore INAIL evidenziano una sostanziale riduzione del numero di eventi indennizzati in quanto accaduti in occasione di lavoro (Tabella 1).

Tabella 1 Infortuni sullavoro indennizzati per Zona, AUSLe Regione Toscana				Periodo 2	010-2017	Fonte: INA	JL, 2018	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pistoiese	1.603	1.447	1.269	1.206	1.081	1.152	1.059	1.178
Val di Nievole	777	725	626	587	575	537	462	472
Pratese	1.725	1.625	1.484	139	1.328	1.357	1.383	1.339
Fiorentina	4.166	3.709	3.369	3.194	307	2.916	3.051	2.882
Fiorentina NO	1.531	1.422	1.318	1.258	1.269	1.214	1.210	1.258
Fiorentina SE	1.506	1.398	1.159	1.149	1.018	999	1.105	1.058
Mugello	774	642	556	506	506	513	497	428
Empolese V. Inf.	2.035	1.871	1.574	1.615	1.561	1.433	1.366	1.313
AUSL TC	14.117	12.839	11.355	10.905	10.408	10.121	10.133	9.928
AUSL TNO	14.639	13.608	11.804	11.112	10.706	11.300	10.935	10.652
AUSL TSE	9.332	8.798	7.557	7.106	6.997	6.475	6.365	6.170
RT	38.088	35.245	30.716	29.123	28.111	27.896	27.433	26.750

Tra il 2010 ed il 2017 il numero di infortuni sul lavoro si è ridotto di circa il 30%. La riduzione degli infortuni è stata più intensa nel triennio 2010-2013, in coincidenza con le fasi più acute della crisi economico-produttiva, ed è stata seguita da un periodo di riduzioni sempre meno pronunciate. La situazione è diversificata sul territorio.

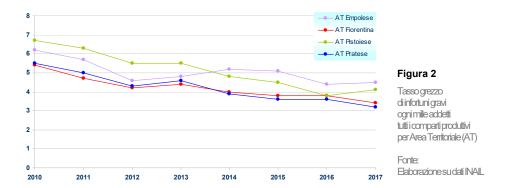
Le contrazioni più intense e prolungate hanno riguardato il Mugello, la Val di Nievole e l'Empolese. In tali zone la riduzione degli infortuni è stata dell'ordine del 40% ed è proseguita con valori sensibili (10% circa) anche nell'ultimo triennio 2015-2017, quando altrove la situazione era tendenzialmente stabilizzata.

I minori decrementi si sono registrati nella zona Fiorentina Nord-Ovest e in quella Pratese, con una riduzione del 20% circa. Buona parte della riduzione degli infortuni è attribuibile all'effettiva riduzione dei rischi. L'andamento temporale del tasso grezzo d'infortuni è riportato nel grafico in Figura 1.



I dati sugli infortuni disaggregati per Area Territoriale (AT = ex-ASL) sono affetti da alcune distorsioni. Il 20-25% degli infortuni occorsi nel territorio dell'AUSL, infatti, è attribuito ad un territorio di un'altra AUSL regionale o nazionale, coincidente con quello dove l'Azienda ha la sua sede giuridica. Viceversa, un 11-14% d'infortuni pur riguardando lavoratori di Aziende del posto, avviene mentre gli stessi operano in altri territori. Pur con questi limiti, la tendenza alla progressiva riduzione del rischio d'infortunio resta evidente, seppure meno intensa negli ultimi tre anni. In periodi di crisi economica, il numero d'infortuni sul lavoro può essere sottostimato per effetto del "presenteismo", che è la tendenza dei lavoratori a rinunciare a giorni di assenza per infortuni lievi, rientrando al più presto in azienda e riducendo così gli oneri per il datore di lavoro per il timore di licenziamento.

Per rimuovere questa possibile distorsione dei dati, si limita l'analisi ai casi con assenza dal lavoro di almeno 30 giorni o postumi permanenti (Figura 2).



Anche per gli infortuni gravi si conferma la tendenza alla progressiva riduzione del rischio, anche se in alcune zone meno evidente dal 2016.

L'analisi per comparti produttivi evidenzia il rischio per chi ci lavora ed i volumi degli eventi. Ci sono settori, quali tipicamente i servizi, con rischi bassi ma elevatissimo numero di addetti e conseguente elevato volume di danno. In altri casi, all'opposto, esistono settori tuttora caratterizzati da rischi elevati che interessano un limitato numero di lavoratori.

Le Tabelle 2-5 riportano per tutti i comparti produttivi le quantità medie annue di danno per la salute complessivamente causato da infortuni, espresse in Giornate Convenzionali UNI 7249 e relative quattro AT.

Questo indicatore tiene conto delle assenze dal lavoro per inabilità temporanea, della valutazione pesata delle invalidità permanenti e del tempo perso per eventi mortali.

Nelle Tabelle è anche riportato il rischio individuale, espresso dal rapporto tra danno causato e numero di addetti per comparto e territorio. Al momento, la disaggregazione dei dati è possibile soltanto a livello di AT. Inoltre, in assenza di dati INAIL attendibili sugli addetti nel comparto agricolo, sono stati usati i dati ISTAT dello stesso comparto opportunamente corretti, che sono però aggiornati solo fino al 2016 ed hanno un dettaglio geografico provinciale, che impone di valutare insieme i territori delle AT di Firenze ed Empoli. Il dato riferito a Prato è stato omesso perché poco attendibile.

Tabella 2Danno espresso in Giornale Convenzionali UNI 7249 e rischio infortunistico/Giornale Convenzionali/humero di addetti per comparto ed Area Territoriale Fiorentina dell'AUSLTC
Periodo 2015-2017
Elaborazioni su dati INAIL e ISTAT

Comparti produttivi	Valori medi danno e rischio triennio 2015-2017				
AT Fiorentina	Danno medio annuale	Rischio individuale			
	G.C. UNI 7249	G.C. UNI per addetto			
20 Servizi	446.595	1.0			
16 Costruzioni	315.581	4.8			
Agricoltura (dati riferiti al 2014-2016)	183.987	10.9			
12 Metalmeccanica	133.332	2.5			
18 Trasporti	123.930	5.3			
19 Sanità	116.419	1.7			
17 Commercio	113.634	1.4			
99 Comparto non determinabile	104.073	ND			
06 Industria Legno	34.789	4.6			
01 Agrindustria e pesca	25.854	12.0			
04 Industria Tessile	23.658	0.5			
08 Industria Chimica e Petrolio	21.775	1.4			
03 Industria Alimentare	19.154	1.9			
14 Altre Industrie	12.489	1.1			
10 Ind.Trasf. non Metalliferi	10.828	2.7			
07 Industria Carta	9.408	1.4			
13 Industria Elettrica	5.445	0.7			
11 Industria Metalli	5.415	3.6			
05 Industria Conciaria	5.339	0.6			
15 Elettricità Gas Acqua	4.648	2.1			
09 Industria Gomma	4.265	4.5			
02 Estrazioni minerali	408	4.6			

Comparti produttivi	Valori medi danno e rischio triennio 2015-2017				
AT Empolese	Danno medio annuale	Rischio individuale			
	G.C. UNI 7249	G.C. UNI per addetto			
20 Servizi	105.219	1.6			
Agricoltura (dati riferiti al 2014-2016)	57.445	10.9			
05 Industria Conciaria	44.951	1.9			
12 Metalmeccanica	42.959	3.8			
99 Comparto non determinabile	29.365	ND			
18 Trasporti	26.271	5.5			
17 Commercio	25.520	1.5			
19 Sanità	23.518	1.9			
06 Industria Legno	19.679	5.3			
03 Industria Alimentare	15.762	2.4			
04 Industria Tessile	15.577	0.6			
08 Industria Chimica e Petrolio	15.169	4.0			
07 Industria Carta	8.697	2.3			
10 Ind.Trasf. non Metalliferi	7.953	2.8			
01 Agrindustria e pesca	7.027	7.8			
14 Altre Industrie	3.608	1.7			
15 Elettricità Gas Acqua	2.621	3.8			
11 Industria Metalli	1.501	5.8			
09 Industria Gomma	1.328	2.8			
13 Industria Elettrica	778	0.7			
02 Estrazioni minerali	26	0.8			

Tabella 3

Danno espresso in Giornate Convenzionali UNI 7249 e rischio infortunistico/Giornate Convenzionali/numero di addetti) per comparto ed Area Territoriale Empolese dell'AUSLTC

Periodo 2015-2017

Elaborazioni su dati INAIL e ISTAT

Comparti produttivi	Valori med e rischio trienni	
AT Pratese	Danno medio annuale	Rischio individuale
	G.C. UNI 7249	G.C. UNI per addetto
16 Costruzioni	122.372	5.9
04 Industria Tessile	83.888	1.1
20 Servizi	80.793	1.0
99 Comparto non determinabile	40.653	ND
12 Metalmeccanica	29.199	2.6
18 Trasporti	25.458	3.9
19 Sanità	21.945	1.4
17 Commercio	21.818	1.1
Gestione Agricoltura (2014-2016)	18.776	ND
01 Agrindustria e pesca	6.185	9.7
06 Industria Legno	5.827	3.8
08 Industria Chimica e Petrolio	5.421	2.9
03 Industria Alimentare	2.617	0.9
15 Elettricità Gas Acqua	2.572	10.5
14 Altre Industrie	2.369	1.1
10 Ind.Trasf. non Metalliferi	1.975	4.7
13 Industria Elettrica	1.624	1.3
05 Industria Conciaria	1.599	2.6
09 Industria Gomma	1.366	6.4
07 Industria Carta	871	0.5
11 Industria Metalli	22	0.6

Tabella 4

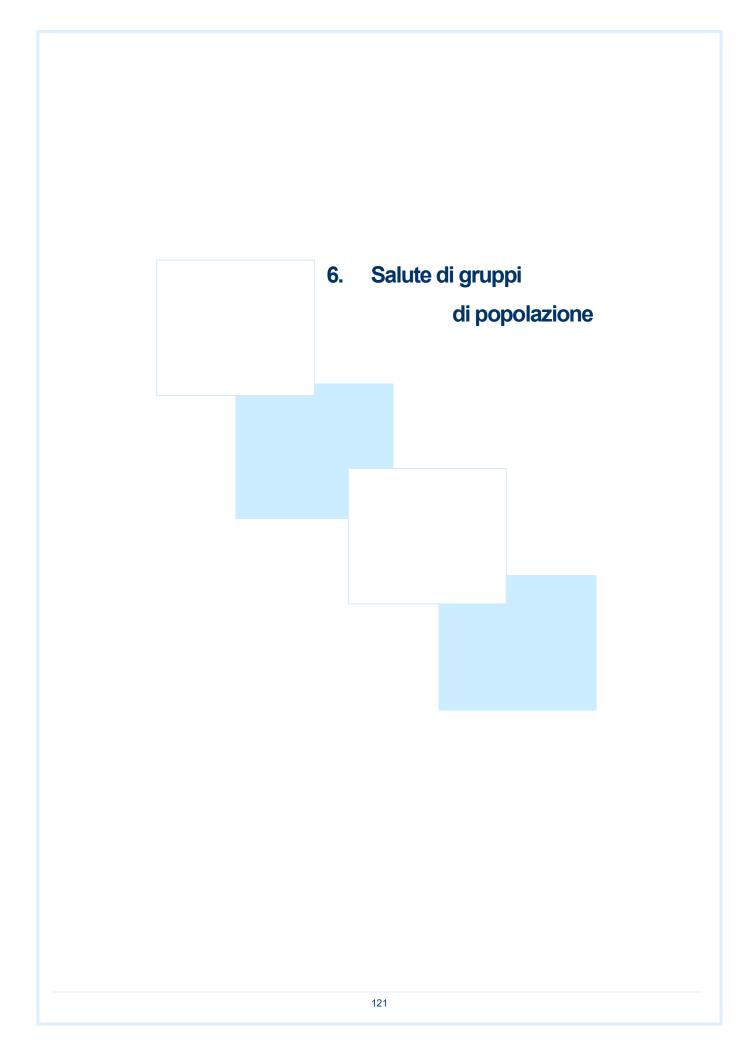
Danno espresso
in Giornale Convenzionali
UNI 7249
e rischio
infortunistico/Giornale
Convenzionali/humero di
addetti) per comparto
ed Area Territoriale Pratese
dell'AUSLTC

Periodo 2015-2017

Elaborazioni su dati INAIL e ISTAT

Tabella 5 Danno espresso in Giornale Convenzionali UNI 7249 e rischio infortunistico/Giornale Convenzionali/numero di addetti) per comparto ed Area Territoriale Pistoiese dell'AUSL TC Periodo 2015-2017 Elaborazioni su dati INAIL e ISTAT

Comparti produttivi	Valori medi danno e rischio triennio 2015-2017			
AT Pistoiese	Danno medio annuale	Rischio individuale		
	G.C. UNI 7249	G.C. UNI per addetto		
16 Costruzioni	124.109	4.4		
20 Servizi	101.815	1.3		
Agricoltura (2014-2016)	85.467	6.5		
12 Metalmeccanica	46.878	2.8		
17 Commercio	33.839	1.7		
18 Trasporti	29.947	3.7		
19 Sanità	27.871	1.6		
04 Industria Tessile	25.895	1.1		
99 Comparto non determinabile	25.383	ND		
06 Industria Legno	16.495	5.3		
03 Industria Alimentare	12.955	2.4		
07 Industria Carta	10.750	2.4		
01 Agrindustria e pesca	8.403	5.2		
08 Industria Chimica e Petrolio	4.613	1.5		
10 Ind.Trasf. non Metalliferi	2.629	4.5		
14 Altre Industrie	1.986	0.7		
13 Industria Elettrica	1.551	0.9		
09 Industria Gomma	750	3.0		
15 Elettricità Gas Acqua	521	1.6		
11 Industria Metalli	233	1.4		
02 Estrazioni minerali	29	1.5		
05 Industria conciaria	13	0.0		



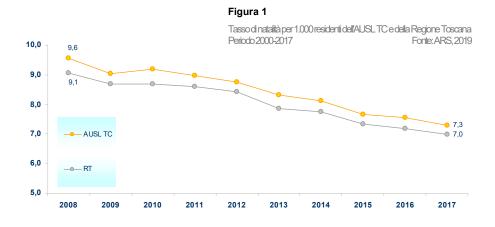
6.1 Salute materno infantile

2018 record negativo per le nascite

Nel 2018 a livello nazionale sono stati iscritti in anagrafe per nascita 439.747 bambini/e, oltre 18 mila in meno rispetto al 2017 (- 4,0%), raggiungendo il minimo storico di nascite. Secondo ISTAT, la diminuzione delle nascite è dovuta a fattori strutturali. Si osserva, infatti, una progressiva riduzione delle potenziali madri per l'uscita dall'età fertile delle numerose generazioni nate durante il baby boom da una parte, e per l'ingresso invece di quote meno numerose a causa della diminuzione delle nascite a partire dalla metà degli anni Settanta, dall'altra.

Nell'AUSL TC sono stati iscritti in anagrafe nel 2017, ultimo aggiornamento disponibile, 11.890 bambini (6.144 maschi e 5.746 femmine), 410 in meno rispetto all'anno precedente e 3.292 in meno rispetto al 2008. Nel decennio 2008 – 2017 il trend del tasso di natalità dei residenti dell'AUSL TC è in calo in sintonia con quello dei residenti toscani (Figura 1).

Nello stesso periodo nell'AT Pratese la natalità è stata più alta di quella dell'AUSL TC e della media regionale, grazie al contributo degli stranieri residenti, ma comunque in diminuzione coerente con il trend regionale ed aziendale.



Nel 2018 le donne in età fertile (15-49 anni) residenti nell'AUSL TC erano il 39,6% della popolazione femminile, mentre nel 1997 erano 46,3% (Tabella 1).

Zona di Residenza	Totale Donne	Donne in età fertile	%
Pistoiese	88.857	34.333	38,6
Val di Nievole	62.478	25.172	40,3
Pratese	131.421	54.309	41,3
Fiorentina	201.990	78.941	39,1
Fiorentina Nord Ovest	115.267	45.754	39,7
Fiorentina Sud Est	87.699	33.234	37,9
Mugello	32.274	12.600	39,0
Empolese – Valdarno Inferiore	123.941	50.163	40,5
AUSL TOSCANA CENTRO	843.927	334.506	39,6
REGIONE TOSCANA	1.933.765	753.553	39,0

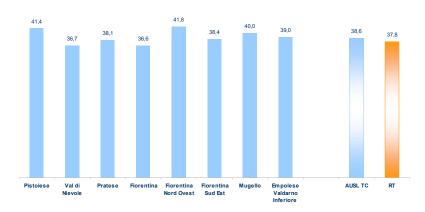
Tabella 1
Donne in Età fertile
(15-49 anni)
Residenti
nelle zone dell'AUSLTC
Anno 2018
Fonte: ARS. 2019

La stima per il 2018 del tasso di fecondità totale delle donne dell'AUSL TC si attesta su una media di 1,32 figli per donna (Toscana: 1,29) in linea con il 2017, valore sensibilmente inferiore alla cosiddetta "soglia di rimpiazzo" che garantirebbe il ricambio generazionale. L'età media al parto rimane invariata rispetto all'anno precedente e sempre molto avanzata (31,9 anni).

Le donne residenti nell'AUSL TC che hanno partorito in strutture sanitarie pubbliche o convenzionate nel 2018 sono state 10.840, in diminuzione rispetto al 2017 (11.453).

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per parto delle donne residenti nell'AUSL TC è di poco superiore al valore medio regionale (AUSL TC: 38,6 per 1.000 donne in età fertile; Regione Toscana: 37,8), con valori più elevati nelle zone Pistoiese (41,4) e Fiorentina Nord Ovest (41,8) (Figura 2).

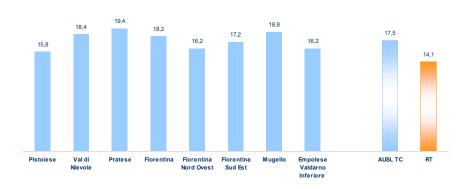
Figura 2
Tasso standardizzato per Età di ospedalizzazione per parto per zone di residenza (per 1.000 abitanti)
Anno 2018
Fonte: ARS. 2019



La proporzione di future mamme che si sono ricoverate almeno una volta durante la gravidanza prima del parto è stata più alta nelle residenti dell'AUSL Toscana Centro (17,5%) rispetto alle toscane (14,1%) ed alle residenti nell'AUSL Toscana Nord Ovest (12,5 %) ed AUSL Toscana Sud Est (9,4%). Tutte le zone dell'AUSL TC hanno valori più alti di quello regionale e in particolare per le pratesi (19,4%) (Figura 3).

Figura 3

Proporzione percentuale di donne che si sono ricoverate almeno una volta durante la gravidanza perzone di residenza Anno 2018 Fonte: ARS, 2019



Il 26% delle donne dimesse per parto nell'AUSL TC ha subito un cesareo, in proporzione inferiore rispetto a quelle delle AUSL TNO (27,7%) e AUSL TSE (28,2%) e della Regione Toscana (27%). Le zone Fiorentina ed Empolese, invece, presentano proporzioni più elevate (28,6% e 28,4% rispettivamente) del valore regionale.

I ricoveri per aborto spontaneo sono stati complessivamente 1.686, ovvero 5 per 1.000 donne in età fertile (15-49 anni), residenti nei comuni dell'AUSL TC, valore più alto della media regionale (4,5 per 1.000 donne in età fertile). Le zone Fiorentina (5,6) e Fiorentina Nord-Ovest (5,7) hanno i valori più alti dell'AUSL TC, mentre il valore più basso è risultato a Prato (3,9) (Tabella 2).

Zona di Residenza	Aborto spontaneo N.	Tasso x1.000 donne in età fertile
Pistoiese	182	5,3
Val di Nievole	123	4,9
Pratese	213	3,9
Fiorentina	445	5,6
Fiorentina Nord Ovest	261	5,7
Fiorentina Sud Est	154	4,6
Mugello	64	5,1
Empolese – Valdarno Inferiore	244	4,9
AUSL TOSCANA CENTRO	1.686	5,0
REGIONE TOSCANA	3.385	4,5

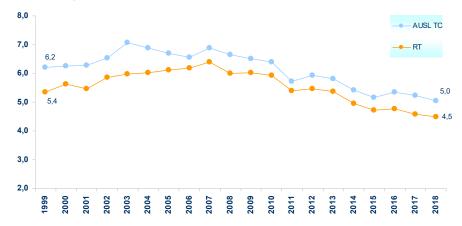
Tabella 2

Numero assoluto
e tasso di ospedalizzazione
per Aborto Spontaneo
(per 1.000 donne
in Età 15-49anni)
per zone di residenza
Anno 2018

Fonte: ARS, 2019

Dal 2000 il trend dell'ospedalizzazione per aborto spontaneo è in calo nell'AUSL TC, in sintonia con l'andamento regionale (Figura 4).

Figura 4 Tasso di Ospedalizzazione per Aborto Spontaneo (per 1.000 donne in età fertile) di Residenti nell'AUSLTC e in Regione Toscana Periodo: 1999-2018 Fonte: ARS, 2019



Nel 2018 i ricoveri per interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) sono stati 2.573 nelle donne residenti nell'AUSL TC. Sono risultati poco più numerosi della media regionale (AUSL TC: 7,7 per 1.000 donne residenti in età fertile; Regione Toscana: 7,2). Anche nel 2018, come osservato da tempo, i valori più alti di ospedalizzazione per IVG hanno interessato le donne residenti nella zona Pratese (9,9) (Tabella 3).

Zona di Residenza	IVG N.	Tasso x1.000 donne in età fertile
Pistoiese	207	6,0
Val di Nievole	136	5,4
Pratese	536	9,9
Fiorentina	682	8,6
Fiorentina Nord Ovest	362	7,9
Fiorentina Sud Est	213	6,4
Mugello	84	6,7
Empolese – Valdarno Inferiore	353	7,0
AUSL TOSCANA CENTRO	2.573	7,7
REGIONE TOSCANA	5.390	7,2

Numero assoluto e tasso di Ospedalizzazione

per Interruzione Volontaria di Gravidanza (per 1.000 donne in Età feconda) perzone di residenza Anno 2018

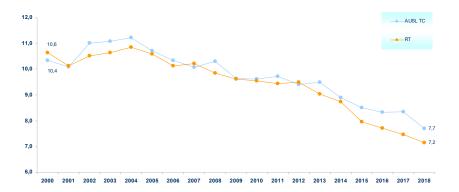
Fonte: ARS, 2019

Tabella 3

Nell'ultimo decennio i tassi grezzi di ospedalizzazione per IVG nell'AUSL TC mostrano un trend in calo, in linea con l'andamento regionale (Figura 5).

Figura 5

Tasso di Ospedalizzazione per Interruzione Volontaria di Gravidanza (per 1.000 donne in età fetile) di Residenti in AUSLTC e in Regione Toscana Periodo: 1999–2018 Fonte: ARS, 2019



Nel triennio 2016–2018 gli indicatori degli esiti del parto nei residenti dell'AUSL TC sono risultati in generale sovrapponibili ai valori medi regionali. In particolare si registrano:

- 34.288 nati vivi e 86 nati morti (2,5 nati morti ogni 1.000 bambini nati vivi);
- 57 bambini sono deceduti nel primo anno di vita nel triennio 2013-2015, ultimo periodo disponibile, equivalenti ad un tasso di mortalità di 1,5 ogni 1.000 nati vivi, valore più basso della media regionale (2,1 per 1.000 nati vivi);
- 432 nati vivi affetti da almeno una malformazione congenita, escludendo i difetti minori, (12,1 per 1.000 nati vivi), valore più basso del dato medio regionale (16,1 per 1.000 nati vivi) nell'ultimo periodo disponibile 2015 – 2017;

- nel triennio sono nati da parto plurimo 1.364 neonati. La proporzione sui nati nel triennio è quasi sovrapponibile al dato medio regionale (AUSL TC: 4,0%: Regione Toscana: 3,8%). I parti multipli nel periodo 2001-2018 sono aumentati, in coerenza con l'andamento regionale.
- 2.447 nati vivi con basso peso alla nascita (<2.500 gr), pari al 7,1% del totale dei nati vivi. La zona Val di Nievole (8,4%) ha la proporzione più alta dell'AUSL TC. 290 (0,9% dei nati vivi) sono quelli con un peso molto basso alla nascita (<1.500 gr) (Tabella 4).</p>

TERRITORIO	Nati di peso basso		Nati di peso molto basso	
	N	x 100 nati vivi	N	x 100 nati vivi
B:	274	7.0	27	0.0
Pistoiese	2/4	7,6	21	0,8
Val di Nievole	201	8,4	25	1,1
Pratese	391	6,7	48	0,8
Fiorentina	537	6,8	66	0,8
Fiorentina Nord Ovest	356	7,3	46	0,9
Fiorentina Sud Est	203	6,3	21	0,7
Mugello	91	7,2	6	0,5
Empolese – Valdarno Inferiore	394	7,7	51	1,0
AUSL TOSCANA CENTRO	2.447	7,1	290	0,9
REGIONE TOSCANA	5.310	7,1	664	0,9

Tabella 4
Nativivi di Basso
e Molto Basso peso
alla nasota
Numero assoluto
e proporzione
per 100 nativivi
per zone di residenza
Periodo: 2016–2018
Fonte: ARS, 2019

- 2.735 (8,0% dei nati vivi) prematuri (entro le 37 settimane di gestazione). Le zone Empolese – Valdarno Inferiore (9,6%) e Val di Nievole (9.0%) hanno le proporzioni più alte di immaturi dell'AUSL TC.
 - $305\ (0,9\%)$ nati vivi erano immaturi gravi (entro le 32 settimane di gestazione) (Tabella 5).

	Nati prematuri		Nati gravemente	
TERRITORIO				
	N	%	N	%
Pistoiese	283	7,9	24	0,7
Val di Nievole	215	9,0	28	1,2
Pratese	454	7,8	58	1,0
Fiorentina	614	7,7	66	0,8
Fiorentina Nord Ovest	364	7,4	48	1,0
Fiorentina Sud Est	228	7,0	23	0,7
Mugello	101	8,0	4	0,3
Empolese – Valdarno Inferiore	476	9,3	54	1,1
AUSL TOSCANA CENTRO	2.735	8,0	305	0,9
REGIONE TOSCANA	5799	7,8	684	0,9

Tabella 5
Nati Prematuri
e Gravemente Prematuri
alla nascita
Numero assoluto
e proporzione
per 100 nativivi
per zone di residenza
Periodo: 2016—2018

Fonte: ARS. 2019

La proporzione dei nati pretermine e di basso peso alla nascita è aumentata in questi ultimi anni al crescere dei fattori di rischio, quali l'età materna più avanzata al parto, il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, i parti plurimi e della contemporanea diminuzione delle nascite (Figure 6 e 7).

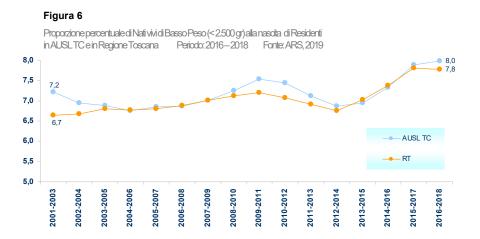
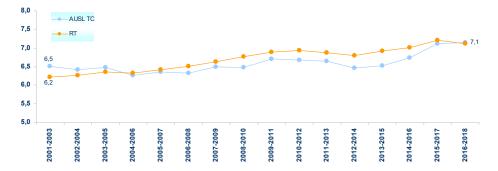


Figura 7
Proporzione percentuale di Nativivi Prematuri (entro le 37 settimane di gestazione)
Periodo: 2016–2018 Fonte: ARS, 2019



6.2 Salute degli anziani

Terza età: più anni da vivere, ma anche più malattie

La popolazione dell'Azienda USL Toscana Centro (AUSL TC), come quella regionale, è sottoposta ad un progressivo invecchiamento per una serie di fattori congiunti (bassa natalità, contenuta fecondità e allungamento della vita media). Gli ultra64enni residenti nell'AUSL TC sono nel 2018 circa 400.000 - 24,6% della popolazione totale – il 57% dei quali sono donne. Mentre la proporzione della popolazione di 65-74 anni rimane abbastanza costante nel tempo (11% circa dal 1991 al 2018), l'incremento si concentra oltre i 75 anni (da 8,6% nel 1991 a 13,0% nel 2018). La pressione degli ultra84enni – potenziali care-receiver – sui 45-64enni – potenziali care-giver – è in costante crescita (da 6,3% nel 1990 a 14,1% nel 2018).

La speranza di vita dei 65enni nella nostra AUSL ha raggiunto, nel 2015, i 19,7 anni per gli uomini e i 23,1 anni nelle donne, in media 4 mesi in più rispetto ai loro coetanei toscani (Figura 1). Particolarmente elevata è la speranza di vita nella zona Fiorentina, dove per la prima volta vengono superati i 20 anni di speranza di vita anche per gli uomini.



Figura 1
Speranza di vita
a 65 anni
nel 2015
peri Residenti
nele zone
dell'AUSLTC
e in Regione Toscana
Fonte: ARS, 2019

Negli ultimi venti anni l'incremento dell'aspettativa di vita a 65 anni è stato di circa 3 anni, maggiore negli uomini, con una riduzione della differenza di genere: il vantaggio femminile che nel 1995 era di 4 anni, si riduce infatti a meno di 3 anni e mezzo nel 2015. La maggiore sopravvivenza delle donne permane anche nelle età più avanzate: +2,4 anni negli ultra74enni e +1,3 anni negli ultra84enni.

Secondo l'indagine nazionale Passi d'Argento condotta sugli ultra64enni, nella nostra AUSL, un anziano su 6 (17%) vive da solo, mentre la maggioranza (77%) abita con familiari, talvolta con l'ausilio di badanti (1,2%) e il 5% vive da solo con badante. La situazione si modifica per gli ultra74enni: il 22,3% vive da solo e l'11% usufruisce dell'aiuto di una badante.

La maggior parte delle persone ultra64enni (67%) dichiara di arrivare a fine mese senza difficoltà economiche (12% molto facilmente, 55% abbastanza facilmente), mentre il 30% indica qualche difficoltà e l'1% molta difficoltà.

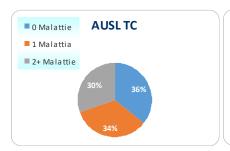
La percentuale di coloro che hanno difficoltà economiche aumenta con l'età (55% negli ultra84enni) e sale a quasi l'80% tra gli anziani che devono sostenere le spese per una badante.

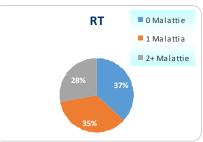
La metà degli anziani intervistati nello studio Passi d'Argento dichiara di stare bene, nonostante uno stato di salute non ottimale.

E' possibile, infatti, la malattia e/o alcune limitazioni funzionali, in presenza di una rete familiare o sociale di supporto, non influenzino negativamente la percezione del proprio "star bene".

La maggioranza degli anziani dello studio Passi d'Argento (64,3%) riferisce di avere almeno una malattia cronica diagnosticata da un medico (Figura 2). Questo dato è probabilmente più basso di quello reale perché i soggetti ospedalizzati o residenti in RSA sono esclusi dall'indagine Passi. La percentuale di anziani con patologie aumenta con l'età: negli ultra85enni, il 40% ha una patologia cronica e il 43% due o più malattie.

Figura 2
Prevalenza percentuale di ultra 64 enni malafi cronici nell'AUSL TC e in Regione Toscana (RT) Indegine Passi D'Argento 2017
Fonte: ARS. 2019





Altra condizione da valutare quando si parla di salute degli anziani è il loro "stato funzionale".

Secondo lo studio Passi d'Argento gli ultra64enni dipendenti dall'aiuto di altri nello svolgimento di almeno un'attività di base (ADL) della vita quotidiana sono il 6,7% (donne: 8,7%; uomini: 4,0%). La diagnosi di disabilità si basa sulle risposte fornite dall'anziano o da un suo parente, pertanto anche in questo caso è probabile che i valori siano leggermente sottostimati. Se valutiamo lo stato funzionale per fascia di età (Figura 3), al di sotto dei 75 anni (dato non riportato), è molto raro intercettare anziani disabili, mentre la proporzione di soggetti con perdita di 4 o più attività di base della vita quotidiana (disabilità grave) si quintuplica passando dai 75-84 anni (2,7%) agli 85+ (13,8%).

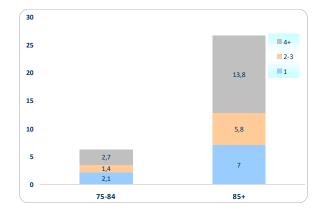


Figura 3
Prevalenza percentuale di ultra 74enni nell'AUSLTC per numero di attività di base della vita quotidiana perse Indagine Passi D'Argento 2017
Fonte: ARS, 2019

Oltre agli anziani disabili, vi è un ulteriore 17% di ultra64enni autonomi nelle ADL, ma incapaci di svolgere da soli 2 o più attività strumentali (IADL) della vita quotidiana (uso del telefono, gestione delle medicine, cucinare, fare il bucato). Si tratta quindi di soggetti che possono essere considerati a tutti gli effetti in una condizione di fragilità e a maggior rischio di deterioramento cognitivo e disabilità.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, oltre 70.000 anziani sopra 64 anni si sono ricoverati in ospedale nel 2018 e di questi il 26% sono ultra84enni. Le cause di ricovero più frequenti sono le malattie circolatorie (23%), respiratorie (14%), tumori (12%) ed i traumatismi (10%). Da evidenziare anche che quasi 3.400 soggetti ultra64enni si sono ricoverati per polmonite ed influenza. Nonostante la vaccinazione sia la forma più efficace per prevenire l'influenza, la copertura vaccinale negli anziani dell'AUSL TC è ancora lontana dal valore minimo raccomandato del 75%, attestandosi nel 2018-2019 intorno al 55,8% (Regione Toscana: 56,0%).

All'aumentare della longevità della nostra popolazione assistiamo ad un aumento della proporzione di soggetti con patologie croniche e/o in condizione di disabilità. La riduzione della mortalità estende, infatti, il periodo durante il quale si possono manifestare malattie invalidanti legate all'invecchiamento.

6.3 Salute in carcere

Assistenza sanitaria del detenuto, programmi di educazione alla salute

Il Sistema Sanitario Regionale garantisce alle persone detenute nelle carceri di tutta la regione, al pari degli altri cittadini liberi residenti in Toscana, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'assistenza sanitaria ai detenuti è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

L'eguaglianza del diritto alla salute fra i detenuti e i cittadini liberi non significa solo uguaglianza nell'offerta dei servizi sanitari; una buona rete di servizi sanitari è uno strumento, necessario, ma non sufficiente per raggiungere l'uguaglianza sui livelli di salute.

È importante assicurare alle persone detenute pari opportunità nell'accesso al bene salute, tenendo conto delle particolari condizioni di vita in un regime di privazione della libertà, che di per sé rappresenta un ostacolo al conseguimento dell'obiettivo salute.

L'erogazione dei servizi di cura e l'adeguamento dell'offerta sanitaria della specificità penitenziaria, punta anche alla prevenzione sia sotto l'aspetto della responsabilizzazione individuale (programmi di educazione sanitaria per promuovere abitudini salutari) che della responsabilizzazione collettiva (salubrità degli ambienti) anche attraverso un rapporto di controllo/collaborazione/verifica fra gli Enti coinvolti.

Fermo restando gli obiettivi di salute e i LEA, si pone l'accento sulla necessità di una completa presa in carico del cittadino detenuto dal momento del suo ingresso in carcere, così da garantire una continuità diagnostico-terapeutica al pari del cittadino libero, con la creazione di un rapporto di fiducia medico/paziente auspicato dall'OMS anche in ambito penitenziario. La sanità d'iniziativa in ambito carcerario costituisce un approccio di particolare rilevanza.

La risposta ai bisogni di salute dei detenuti è assicurata dai servizi sanitari penitenziari integrati con la rete dei servizi territoriali e ospedalieri della regione.

Le prestazioni da garantire, anche se con modalità di attuazione diversa in base alle caratteristiche dei singoli istituti, sono:

- 1. Medicina generale
- 2. Assistenza infermieristica
- 3. Risposta alle urgenze
- 4. Prestazioni specialistiche
- 5. Prevenzione e cura delle patologie infettive
- 6. Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche
- 7. Prevenzione, cura e riabilitazione per la salute mentale
- 8. Tutela della salute delle donne detenute e relativa prole
- 9. Telemedicina
- 10. Assistenza farmaceutica
- 11. Ausili sanitari
- 12. Informazione

1 – Medicina generale

L'attività di medicina generale è presente in tutti gli istituti con articolazioni legate alle peculiarità degli stessi, con orario e numero di medici variabile in rapporto alle presenze medie annue. La funzione della medicina generale in carcere è assimilata alla medicina di base del cittadino libero e assicura gli stessi obiettivi di salute. Rappresenta il cardine dell'assistenza sanitaria, con la quale viene preso in carico il soggetto ristretto nella sua globalità con la creazione di un rapporto di fiducia medico/paziente. Viene individuata una figura professionale di riferimento per il singolo detenuto, in analogia a quanto succede all'esterno, fra i medici operanti all'interno dell'istituto. Viene garantita tutti i giorni, festivi esclusi, con orario variabile e numero di medici variabile in rapporto alle presenze medie annue. Questa figura professionale si raccorda con tutte le altre professionalità presenti all'interno del presidio per una corretta gestione clinica del paziente in carico e rappresenta l'anello di congiunzione di tutti gli altri operatori sanitari del presidio.

In taluni istituti (Prato-Pistoia) al detenuto viene offerta la possibilità di scelta, ancorché limitata, del medico, analogamente al cittadino libero e quindi può effettuare la scelta fra i medici che operano nell'istituto, compatibilmente con un'idonea organizzazione. Questo facilita l'instaurarsi del rapporto di fiducia medico/paziente.

In alternativa, (Sollicciano-Gozzini_Meucci) e in relazione alle specificità di ogni presidio sanitario, la presa in carico dei bisogni sanitari del detenuto può essere realizzata con il Medico casemanager del Reparto (inteso come gruppo di sezioni penitenziarie) ovvero attraverso la ripartizione della responsabilità medica delle sezioni a singoli medici. Questo è il principio generale valido per tutti gli istituti per garantire le prestazioni di medicina generale, richiamate più volte fra le priorità programmatiche. Nei Presidi è garantita la copertura medica nelle 24h da parte dei medici delle Continuità Assistenziale. L'intera attività è coordinata dal Responsabile del Presidio.

2-Assistenza infermieristica

Nei presidi sanitari è presente un servizio di assistenza infermieristica e di assistenza di supporto, idoneo alle esigenze organizzative.

Il personale di assistenza infermieristica assicura le funzioni inerenti il proprio profilo professionale nelle fasi di prevenzione, cura e riabilitazione. L'infermiere partecipa all'individuazione dei bisogni di salute finalizzata alla presa in carico della persona, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico in collaborazione con gli altri operatori sanitari, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche (P.A.I.).

Le competenze infermieristiche garantiscono la continuità dei processi sanitari attraverso il coordinamento, la pianificazione, l'erogazione e la verifica di interventi autonomi e integrati a garanzia della globalità del percorso assistenziale.

3 – La risposta alle urgenze

La risposta alle urgenze avviene in tutti i presidi sanitari e all'interno degli istituti penitenziari nell'intero arco delle 24 ore, anche se con soluzioni diverse e legate all'organizzazione interna. È garantita dal medico della Continuità assistenziale (ove presente) all'interno dell'istituto e/o dall'attivazione della centrale operativa (CO) del 118, ove ritenuto necessario.

Per ottimizzare i tempi e le modalità operative, affinché il primo intervento sia efficace ed efficiente anche negli istituti dove non sia presente personale sanitario H24, è attivo un protocollo di intervento per le emergenze che coinvolge tutti gli attori presenti (operatori sanitari, personale di sorveglianza, CO 118 e personale ospedaliero).

5 - Patologie infettive

Le patologie infettive costituiscono una percentuale elevata sulle patologie presenti negli istituti penitenziari, evidenziate da esami che vengono offerti a tutti i nuovi giunti. E' da riconoscere il particolare impegno delle articolazioni organizzative aziendali competenti per la cura e prevenzione di tali patologie all'interno degli istituti penitenziari. L'attività è svolta in stretta collaborazione col Responsabile del presidio e con il medico di riferimento.

6 – Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche

Le dipendenze patologiche interessano un'alta percentuale della popolazione detenuta.

Negli istituti penitenziari ospitanti soggetti con dipendenza è presente all'interno del presidio sanitario una proiezione del SerD territoriale, che prende in carico la persona in collaborazione con le altre figure sanitarie, garantendo gli stessi standard del servizio offerto ai cittadini liberi.

7 – Prevenzione, cura e riabilitazione per la salute mentale

Le patologie psichiatriche, secondo i risultati delle indagini epidemiologiche condotte negli istituti penitenziari della Toscana, dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) rappresentano la prevalenza delle patologie riscontrate nei detenuti (il 41% nell'anno 2012 e il 35% nel 2014 del totale delle patologie riscontrate).

L'AUSL, attraverso il servizio competente, si fa carico complessivamente della salute mentale delle persone detenute.

In ogni istituto è presente un servizio psichiatrico interno, gestito direttamente dal suddetto servizio, allo scopo di garantire:

- individuazione precoce del disagio dei detenuti per la prevenzione e riduzione del rischio di suicidio e di auto/eterolesionismo in ambito penitenziario;
- precoce individuazione delle forme di patologia psichiatrica o di disagio psichico che possa evolvere in un quadro psicopatologico;
- interventi di cura e riabilitazione delle persone sottoposte a misure di detenzione e presa in carico di pazienti che necessitino di interventi integrati;
- interventi mirati a prevenire l'insorgenza di patologie psichiatriche;
- assistenza psicologica;
- integrazione con gli altri servizi medici dell'AUSL, per i casi complessi a diagnosi multipla, e con i servizi sociali per pazienti con bisogno di intervento sociale;
- collaborazione con l'Area Trattamentale dell'istituto, per attivare percorsi di assistenza e cura, sia all'interno dell'istituto, che all'esterno, tramite l'attivazione di misure alternative;
- continuità terapeutica con i servizi ed i presidi del territorio sia durante la detenzione che nella fase di uscita dal carcere, al termine della pena detentiva o nel corso delle misure alternative alla detenzione.

In ogni istituto penitenziario il servizio aziendale competente in materia di salute mentale, mediante il proprio personale specialistico, mette in essere interventi di collaborazione con l'Autorità Giudiziaria competente, nel corso delle fasi processuali o nella fase di esecuzione della pena, atte ad individuare precocemente percorsi di cura e riabilitazione attivabili nel territorio e nelle strutture terapeutiche della rete della salute mentale, al fine di evitare il ricorso a misure di sicurezza detentive improprie.

La collaborazione tra l'Autorità Giudiziaria competente e il competente servizio aziendale in materia di salute mentale è favorita mediante appositi accordi interistituzionali, così da consentire l'attivazione del percorso di cura più adeguato alle esigenze del paziente e alle necessità di sicurezza.

Il servizio di salute mentale si interfaccia con gli altri operatori sanitari in particolare col Responsabile del presidio e medico di riferimento del detenuto.

8 – La tutela della salute delle donne detenute e della prole

Nel Presidio Sanitari all'interno di Sollicciano vi è un Reparto Femminile nel quale viene assicurata l'assistenza sanitaria alle donne e alla relativa prole, promosse le attività dei consultori territoriali e garantita l'attività di screening oncologico.

Nello stesso reparto vi è una sezione dedicata ai Transessuali, una delle poche in Italia.

9-Telemedicina

Il processo d'introduzione delle nuove tecnologie e della telemedicina non è ancora stato attuato in tutti i presidi sanitari penitenziari e la promozione di tale situazione sarà un obiettivo da perseguire.

10 - Assistenza farmaceutica

Nei presidi sanitari all'interno degli istituti penitenziari è garantita una idonea assistenza farmaceutica a seguito di prescrizione degli operatori sanitari. Sono erogati i farmaci presenti nei prontuari terapeutici ESTAR. Sono concedibili anche i farmaci di fascia C su prescrizione medica presenti all'interno del prontuario terapeutico ESTAR.

È compito del medico specialista, qualora richiesta, la prescrizione e la compilazione del piano terapeutico, se previsto; in questo caso il farmaco è fornito direttamente dalla farmacia aziendale competente per AUSL. I farmaci antiretrovirali sono forniti dalla farmacia aziendale su esclusiva prescrizione dei medici dell'U.O. di Malattie Infettive.

11 - Ausili sanitari

Tutti i presidi sanitari penitenziari forniscono ai detenuti gli ausili sanitari prescritti dagli specialisti competenti con le stesse modalità valide per i cittadini liberi (DM 332 del 27-08-1999).

Nell'ambito dell'AUSL TC i presidi sanitari penitenziari aziendali sono ubicati nei seguenti Istituti:

- Casa Circondariale di Pistoia
- Casa Circondariale Prato
- Casa Circondariale Firenze Sollicciano
- Casa Circondariale Firenze Gozzini
- IPM di Firenze

Nel corso del 2018 la programmazione in questo settore dell'AUSL TC è stata orientata a definire un nuovo assetto organizzativo.

Con la Delibera 788 del 31-05-2018 è stata istituita l'*Area Direzione Sanitaria di Presidio degli Istituti di detenzione* finalizzata alla migliore organizzazione e gestione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nelle carceri di Prato, Pistoia e Firenze.

All'interno di quest'Area sono state istituite la "SOC Direzione degli Stabilimenti Penitenziari di Firenze e Prevenzione del rischio suicidario" e la "SOC Tutela sanitaria negli istituti di detenzione di Pistoia e Prato".

Queste strutture sono titolari delle funzioni relative al D.L. 230/1999 e al DPCM 1 Aprile 2008 consistenti nell'operare affinché alle persone soggette a misure di sicurezza - uomini, donne e minorenni - nelle carceri di Firenze, Prato e Pistoia siano fornite le stesse cure e la stessa assistenza che l'AUSL TC assicura ai cittadini liberi, in termini di LEA e di organizzazione tecnico-scientifica della risposta, tenendo conto della peculiarità della situazione detentiva e quindi dei maggiori bisogni che, semmai, questa comporta. Allo scopo garantiscono che sia messa a disposizione la corretta risposta medica di base, di urgenza, specialistica, di salute mentale e nel campo delle dipendenze attraverso l'erogazione dei servizi tramite i dipartimenti assistenziali e coordinano la risposta medica con quella infermieristica, tecnica e sociale.

La S.O.C. "Direzione degli Stabilimenti Penitenziari di Firenze e Prevenzione del rischio suicidario" svolge inoltre un'attività trasversale di programmazione e prevenzione del suicidio in tutti gli istituti carcerari e cura l'organizzazione di un servizio d'intervento efficace come misura utile non solo per i detenuti, al fine di preservarne salute e sicurezza, ma anche per l'intero istituto dove questi vengono implementati.

Tassello importante di questa riorganizzazione è stato il completamento, nell'autunno del 2018, della selezione finalizzate all'individuazione di Responsabile dei Presidi sanitari degli Istituti penitenziari che insistono nell'ambito territoriale dell'AUSL TC.

In particolare, sono state definite le funzioni che il Responsabile del Presidio Sanitario deve assicurare all'interno del Presidio Sanitario Penitenziario:

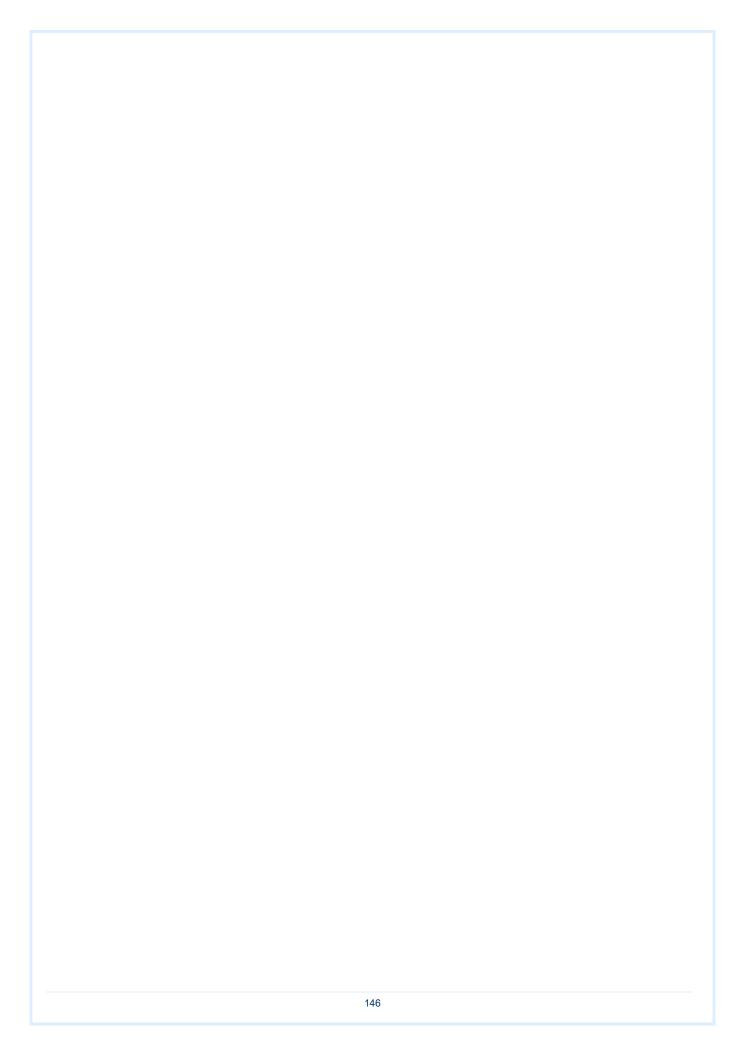
 omogeneizzare i percorsi condivisi per le attività sanitarie all'interno dell'istituto penitenziario e in eventuale raccordo con le strutture ospedaliere e territoriali;

- produrre documentazione e procedure in linea con l'accreditamento istituzionale;
- collaborare con la Direzione all'applicazione delle direttive sulla raccolta dei dati e sul raggiungimento obiettivi MeS;
- coordinare e organizzare le attività di cure primarie e specialistiche interne alla struttura carceraria;
- collaborare con il territorio per il percorso di "uscita" dei detenuti in caso di problematiche sia sanitarie che sociali;
- assicurare le prestazioni medico legali eventualmente necessarie nei confronti della polizia penitenziaria.

Parallelamente a questo complesso processo di riorganizzazione, l'attività delle strutture afferenti alla Salute in Carcere si è concentrata nel corso dell'anno alla realizzazione dei Piani locali per la prevenzione delle condotte autolesive e suicidarie previste dalla Legge Regionale 451 del 24-04-2018: tali Piani sono risultati dal lavoro condiviso con le direzioni degli istituti penitenziari che insistono nel territorio dell'AUSL TC.



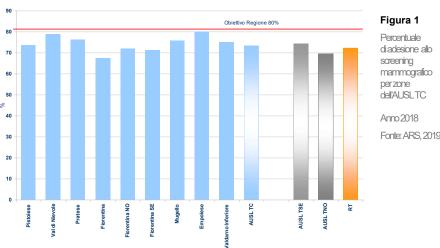




Screening oncologici 7.1

Buoni indicatori per lo screening del tumore della cervice e della mammella, non ottimale quelli del colon-retto

Nel biennio 2017-2018 sono state invitate nel programma di screening mammografico 220.854 donne, residenti nell'AUSL TC pari al 96,9% della popolazione target (media regionale 94,6%), valore in crescita rispetto alla rilevazione precedente (94,7%). Si riscontra una accentuata variabilità nelle diverse zone (range: Fiorentina SE 130,7% - Fiorentina NO 55,2%), in gran parte legate alle modalità organizzative del programma. In alcune aree periferiche a bassa densità abitativa, infatti, si preferisce concentrare gli inviti della popolazione bersaglio in un unico anno, con conseguente valore d'estensione superiore al 100% e, viceversa, un valore inferiore nell'anno successivo. La corretta valutazione dell'estensione richiede in questi casi di considerare l'intero round di screening.



Fonte: ARS. 2019

La partecipazione aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo l'invito è risultata pari al 73,4%, lievemente superiore al valore medio regionale (72,2%) ed allo standard giudicato accettabile (60%) dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico e vicino all'obiettivo regionale (80%).

Anche per questo indicatore si osserva una discreta variabilità tra le zone (range: zona Empolese 80,2% e Fiorentina 67,4%).

Nel triennio 2016-2018 sono state invitate a sottoporsi al test di screening cervicale (PAP test o HPV test) 351.660 donne, pari al 110,7% della popolazione bersaglio dello screening. Il valore è in crescita rispetto al periodo precedente per l'introduzione del test HPV ad intervalli quinquennale, con conseguente riduzione del numero annuale di donne eleggibili. L'indicatore mostra una grande variabilità tra le diverse zone (range: Empolese 145,3% - Pistoiese 113,7%).

Hanno risposto all'invito 186.750 donne, pari a un'adesione aggiustata del 55,1%, vicina all'obiettivo fissato dalla Regione (60%) e superiore allo standard "accettabile" del Gruppo Italiano per lo Screening Cervicale (50%). Anche per questo indicatore, considerando le diverse zone distretto si osserva una discreta variabilità (range: Val di Nievole 60,0% - Fiorentina 45,8%).

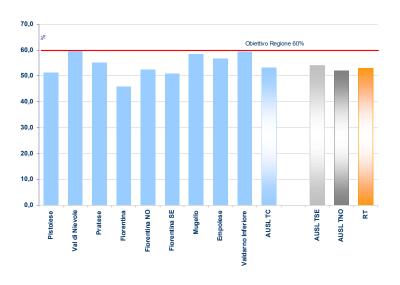


Figura 2
Percentuale
di adesione allo
screening
per il turmore della
cervice uterina
per zone
dell'AUSLTC
Anno 2018

Fonte: ARS. 2019

Nel biennio 2017-2018 sono stati invitati allo screening per i tumori del colon-retto 382.049 cittadini dell'AUSL TC che corrispondono all'81,5% della popolazione target aziendale;

la performance, inferiore alla media regionale (90,9%), è fortemente diversificata nelle zone (range: Fiorentina NO 135,8% - Val di Nievole 50,0%) con una copertura della popolazione target nell'Ambito Pistoiese (51,5%) e Pratese (51,1%) soltanto del 50%, come già noto. Viceversa valori in linea o molto vicini allo standard raccomandato dalla Regione si sono osservati a Firenze (100,6%). Empoli, per una temporanea criticità superata nel corso dell'anno, ha presentato nel 2018 un valore di estensione minore (79%) rispetto alle buone performance costantemente raggiunte negli anni precedenti.

L'adesione aggiustata all'invito è stata pari al 52,3%, minore rispetto al biennio precedente ma superiore al valore medio della regione Toscana (valore medio 49,4%) e delle altre Aziende toscane. Anche per questo indicatore vi è una notevole variabilità tra le diverse zone (range: Prato 65,5% - Fiorentina 45,5%).

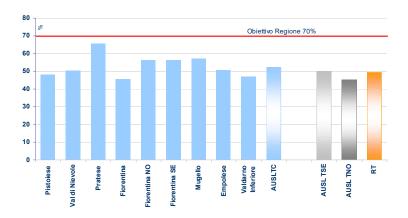


Figura 3
Percentuale
di adesione allo screening
del Colon Retto
perzone dell'AUSL TC
Anno 2018
Fonte: ARS. 2019

In conclusione le performance raggiunte nell'adesione ed estensione degli screening della mammella e della cervice uterina nell'AUSL TC sono abbastanza buone con valori tra i più alti della Regione.

Persistono invece le difficoltà nel programma di screening colon rettale, forse il più efficace tra i programmi di screening, determinate in gran parte dagli scarsi risultati raggiunti dai programmi pratese e pistoiese che, anche quest'anno, non sono stati in grado di invitare tutta la popolazione bersaglio. Anche per questo indicatore vi è una notevole variabilità tra le diverse zone (range: Prato 65,5% - Fiorentina 45,5%).

7.2 Vaccinazioni

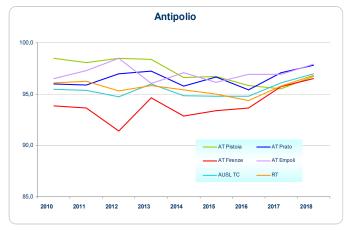
Crescono nell'infanzia, ma ancora insufficienti nell'adolescenza e negli anziani

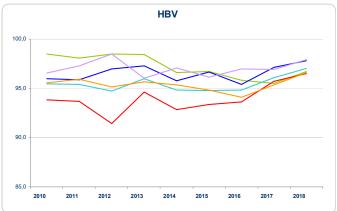
Il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV), definisce gli obiettivi di copertura vaccinale che ogni Regione deve raggiungere, per tipologia di vaccino e fascia di età.

Nell'AUSL TC le coperture vaccinali a 24 mesi di vita del 2018 (Figura 1) sono in aumento rispetto al 2017, verosimilmente come conseguenza dei nuovi obblighi imposti nel 2017 a livello nazionale per accedere alle scuole d'infanzia, materne e dell'obbligo (D.L. 73 del 07-06-2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale"). Le coperture vaccinali Antipolio, DPT, HBV, MPR e Hib superano gli obiettivi definiti dal PNPV.

In calo invece la vaccinazione antimenigococcica (MenC), che passa da 92,2% del 2017 a 90,9% nel 2018, non raggiungendo l'obiettivo del PNPV del 95%, insieme a Pneumococco (92,5%) e Varicella (89,1%) anch'esse con obiettivo del 95%.

L'anti-meningococco B invece, introdotto in Toscana nel 2014, mostra nel 2018 una copertura del 74% rispetto all'obiettivo PNPV del 75%. A livello di Area Territoriale (AT = ex ASL), a Pistoia, Prato ed Empoli si supera la soglia del 75% (rispettivamente: 86,1%; 80,5% e 89,2%), mentre l'AT di Firenze ha una copertura decisamente più bassa (63,7%).





Hib 100,0 95,0 90,0 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018

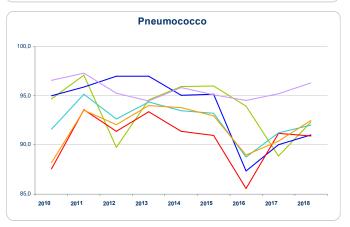


Figura 1

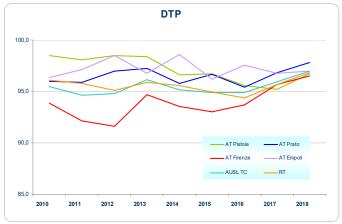
Trend temporale 2010-2018 della copertura vaccinale a 24 mesi (cicil completi) per Area Territoriale di Residenza dell'Azienda USL Toscana Centro

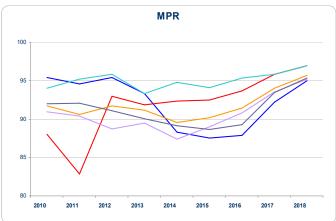
Antipolo Antiepatite B (HBV) Haemophilus Influenzale b (Hb) Pneumocccco

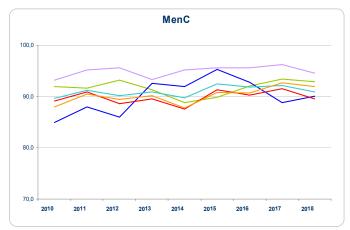
Diferite-Tetano-Pertosse (DTP) Morbilo-Parotite-Rosofa (MPR) Meningoccoco C (MenC) Variceta

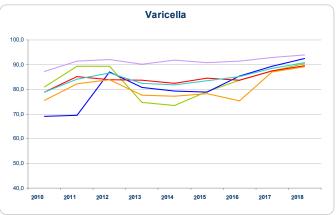
Fonte: ARS Su Dalidel Settore prevenzione esicurezza in ambienti divita edilavoro, alimenti e veterinaria

Regione Toscana, 2019









Per quanto concerne la vaccinazione HPV, le coperture 2018 per ciclo completo nelle ragazze al dodicesimo anno di vita (Figura 2), dopo un trend in calo dal 2015, mostrano una leggera ripresa nel 2018 (nell' AT di Firenze e Prato, ma non ad Empoli e Pistoia), con la AUSL TC che si attesta su un valore del 52,9%, ancora lontana dall'obbiettivo di copertura del 95% definito dal PNPV.

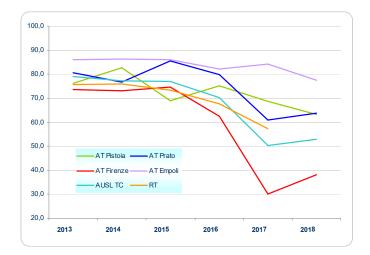


Figura 2
Trend 2013-2018
della copertura vaccinale
Anti-HPV (ciclocompleto)
nelle Ragazze
del 12' Anno di Vila
per Area Territoriale (AT)
di Residenza
dell'AUSLTC
Fonte: ARS, 2019

La Tabella 1 mostra le coperture vaccinali negli adolescenti per cicli completi di DTP (5a dose), MPR (2a dose) e anti-meningococco ACWY (almeno 1 dose). Per quanto concerne i richiami di DTP, le coperture sono lontane dal valore del 90% definito dal PNPV, attestandosi intorno al 66%.

Buona invece la copertura ACWY (89,8%) e MPR (88,2%) rispetto ad altre realtà regionali e nazionali, anche se non viene raggiunto il valore del 95% (indicatore PNPV).

Tabella 1

Coperture vaccinali negli adolescenti (11-18 anni) perla V dose di Ditterite, Tetano, Pertosse almeno 1 dose di anti-meningoccoco ACWY e almeno 2 dosi di anti-MPR per Area Territoriale nel 2018

Fonte: SISPC, 2019

	AT Firenze	AT Empoli	AT Prato	AT Pistoia	AUSL TC	Indicatore PNPV
Difterite	61,5	86,6	44,9	82,1	66,1	90%
Tetano	60,5	86,1	43,6	81,2	65,2	90%
Pertosse	61,9	86,7	45,0	82,4	66,4	90%
MPR	87,0	93,7	81,8	92,9	88,2	95%
ACWY	89,6	95,9	80,8	93,4	89,8	95%

PNPV=Piano Nazionale prevenzione Vaccinale

Per quanto concerne la copertura vaccinale antinfluenzale nei soggetti di età >65 anni, la Figura 3 mostra il trend per stagione influenzale. Dopo un decremento progressivo dal 2011 al 2015, si osserva una stabilizzazione o leggera ripresa positiva del trend, il quale non raggiunge comunque l'obiettivo minimo del 75%, attestandosi nel 2018 al 55,8% nell'AUSL TC.

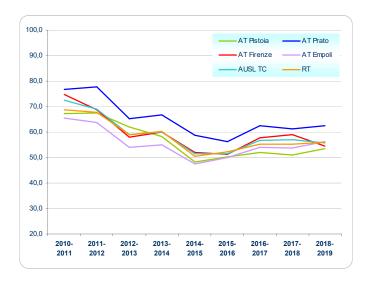


Figura 3
Trend 2010-2019
di copertura vaccinale
Antinfluenza
negli Anziani > 65 anni
per Area Territoriale (AT)
dell'AUSLTC

Fonte: ARS, 2019

In conclusione, nell'AUSL TC si riscontrano livelli di copertura vaccinale a 24 mesi per Antipolio, DTP, HBV, MPR e HIV maggiori rispetto agli obiettivi definiti dal PNPV, anche a livello di singola AT, ma non per quella di pneumococco e varicella che mostrano comunque un trend in leggero aumento.

Da rilevare invece il calo di copertura vaccinale di 2 punti percentuali per anti-meningococco di tipo C, segnale di un possibile calo dell'attenzione dopo la fine dell'evento epidemico che ha riguardato la Toscana nel 2015-2016.

I richiami negli adolescenti, incluse le coperture vaccinali anti-HPV, mostrano invece valori lontani dagli obiettivi del PNPV. Al fine d'incrementare le coperture vaccinali in questa fascia di età, è opportuno attivare una strategia di chiamata attiva e/o di utilizzo di unità mobili posizionate nei luoghi di vita di tali soggetti.

Infine, l'anti-influenzale negli anziani mostra storicamente un dato distante dalla soglia del 75% definita nei PNPV. In un aggiornamento della revisione Cochrane relativa agli interventi evidence-based per incrementare le coperture vaccinali anti-influenza negli anziani, vengono indicati come strategie efficaci l'invio di solleciti per posta a casa, contatti telefonici personalizzati e visite dirette a casa.

7.3 Vigilanza e controllo

Più sicurezza per i cittadini

Le evidenze scientifiche di decenni di ricerche confermano che la maggioranza delle malattie cronico-degenerative sono legate a comportamenti individuali non salutari: fumo, troppo alcol, dieta non equilibrata, poca attività fisica. Sono scelte di vita decise da ciascuno di noi. Ma ci sono altri fattori importanti per la salute che non dipendono da nostre scelte, ma dalla qualità degli ambienti dove viviamo. Il Dipartimento di Prevenzione, oltre alle vaccinazioni - si veda il Capitolo 7.2 - svolge un'attività sistematica di vigilanza e controllo per garantire ai cittadini il rispetto degli standard di legge della qualità e sicurezza dell'acqua potabile, degli alimenti, degli ambienti di vita e dei luoghi di lavoro. Lo fa con il lavoro programmato quotidiano degli oltre 800 operatori delle Aree di Igiene Pubblica e della Nutrizione (IPN), di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro (PISLL) e di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (SPVSA), oltre alle Strutture in Staff al Dipartimento stesso.

In ambito IPN, oltre alle vaccinazioni per la prevenzione delle malattie infettive e alla sorveglianza epidemiologica, nel 2018 sono stati effettuati:

- quasi 3.700 campionamenti e monitoraggi delle acque potabili;
- oltre 900 controlli relativi a strutture recettive, scuole, piscine, istituti penitenziari, rivendite di fitosanitari, ed estetisti tatuatori;
- oltre 600 interventi a seguito di esposti e/o segnalazioni.

Tra le molte iniziative del PISLL, si segnalano nel 2018:

- quasi 1.300 controlli nei cantieri edili;
- oltre 3.400 controlli in unità locali produttive e oltre 2.400 in quelle a conduzione cinese;
- 200 controlli in aziende agricole;
- quasi 470 inchieste per infortuni e malattie professionali.

Nel 2018 i servizi di SPVSA tra le altre iniziative hanno effettuato quasi 5.000 controlli per assicurare la qualità dei cibi, con ispezioni in esercizi pubblici e allevamenti, con oltre 1.800 campioni di alimenti, bevande o matrici direttamente su animali in allevamento, di cui solo circa l'1% sono risultati non conformi.

A questi numeri si aggiungono le attività delle altre strutture in Staff al Dipartimento di Prevenzione, tra cui: oltre 24.000 visite di idoneità agonistica e non agonistica ed i controlli in 37 impianti sportivi effettuati dalla Medicina dello Sport; oltre 12.000 campioni di acque e alimenti analizzati dal Laboratorio di Sanità Pubblica; circa 5.000 controlli di macchinari, ascensori ed impianti effettuati dalla Verifica Impianti e Macchine; oltre 500 interventi nelle scuole effettuati dalla Promozione della Salute.

Complessivamente, il numero dei controlli e campionamenti effettuati nei diversi ambienti di vita sono numericamente molto consistenti ed in grado di assicurare, insieme a quelli sostenuti dagli altri Enti preposti (ARPAT, alcune Forze dell'Ordine), il controllo dei principali rischi per la salute dei cittadini. In particolare, sono significativi i numeri delle ispezioni condotte nella filiera alimentare, coerenti con quelli regionali e nazionali e che da sempre fanno del cibo italiano e toscano un'eccellenza per gusto e sicurezza di prodotto.

LA RISPOSTA DELL'AZIENDA SANITARIA Prevenzione

8.1 Indicatori di performance

Corretto utilizzo degli ospedali da parte dei cittadini

Ospedalizzazione

Nel triennio 2016-2018 il tasso di ospedalizzazione dell'indicatore Mes (C22: numero di ricoveri ospedalieri esclusi quelli dei neonati sani e delle strutture private accreditate, ovunque effettuati, relativi ai soggetti residenti nel territorio della AUSL TC) è in costante riduzione (Figura 1). Questo risultato positivo è legato ad un appropriato e migliore utilizzo dell'offerta assistenziale ospedaliera e territoriale.

Un contributo significativo deriva dall'incremento della modalità di presa in carico tramite il Day Service.

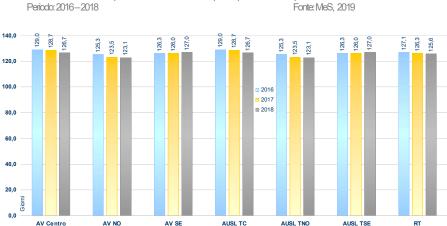


Figura 1

Andamento del tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per ASL toscane per 1.000 residenti
Periodo: 2016 – 2018

Fonte: MeS, 2019

Emergenza/Urgenza

L'indicatore di sintesi MeS C16 Pronto Soccorso-Percorso Emergenza/Urgenza assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: accessi in Pronto Soccorso con codice rosso ricoverati, deceduti o trasferiti (20%);

ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione; accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (20%); dimessi con permanenza in Pronto Soccorso < 6 ore (20%); abbandoni dal Pronto Soccorso (20%).

Nell'AUSL TC risulta una buona risposta in Emergenza – Urgenza (Figura 2).

Figura 2 Pronto Soccoso: Percorso Emergenza – Urgenza nel 2018 Fonte: MeS, 2019



L'indicatore "Intervallo Allarme – Target dei mezzi di soccorso" (MeS: C 16.11) considera il 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso (escluso elisoccorso) sul posto (target).

Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con Codice Criticità presunta valorizzato con Rosso o Giallo. I tempi di arrivo sono stati di 13.1 minuti per la Centrale Operativa di Firenze e di 13.8 per la Centrale Operativa di Pistoia/Empoli, inferiore al valore medio regionale (15 minuti). Tale positivo risultato è stabile negli ultimi tre anni (2016-2018).

La percentuale di accessi ripetuti ai Pronto Soccorso dell'AUSL TC entro 72 ore (indicatore MeS: C16.10) risulta inferiore alla media della Regione Toscana e questo andamento è costante nel tempo (Figura 3). Possiamo quindi affermare che è stata molto buona la capacità di diagnosi dei Pronto Soccorso Aziendali.

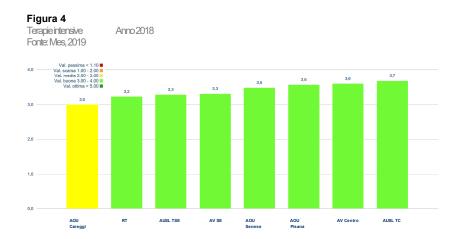
Figura 3
Percentuali di accessi ripetuti in Pronto soccorso entro 72 ore nel 2018
Fonte: Mes, 2019



Terapie intensive

L'indicatore di sintesi (MeS: C22) sulle terapie intensive assume una valutazione pari alla media del punteggio di altri indicatori in ambito clinico ed organizzativo. Si ricorda la partecipazione alla rete di collaborazione delle Terapie Intensive tramite il progetto Margherita ProSAFE ed il Progetto StART. Inoltre, è da sottolineare il buon tasso standardizzato di mortalità alla dimissione e la bassa incidenza di sepsi e/o shock settico. L'indicatore che valuta le ore di visita concesse ai parenti è risultato ottimo.

Complessivamente le Terapie Intensive presentano ottimi risultati (Figura 4).



Attività di ricovero DRG Medici e Chirurgici

Nel triennio 2016 – 2018 risulta un'ottima efficienza della attività di ricovero in ambito medico (DRG Medici) (Figura 5).

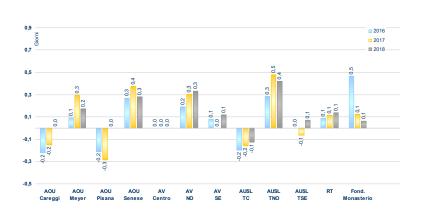
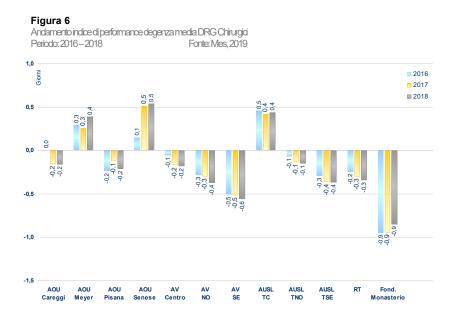


Figura 5 Andamento indice di performance degenza media DRG Medici Periodo: 2016–2018 Fonte: Mes, 2019

L'indicatore (MeS: C2A.M) è calcolato come rapporto tra la sommatoria delle giornate di degenza osservate e le giornate di degenza attese) per DRG Medici e il numero di dimissioni per DRG Medici.

Nello stesso periodo si osservano segni di miglioramento in ambito chirurgico (DRG Chirurgici) (Figura 6). L'indicatore (MeS: C2A.C) è calcolato come rapporto tra la sommatoria delle giornate di degenza osservate e le giornate di degenza attese) per DRG Chirurgici e il numero di dimissioni per DRG Chirurgici.



Tempi di attesa della Chirurgia Oncologica

L'indicatore di sintesi (MeS: C10C) valuta i tempi di attesa chirurgica relativi al tumore della mammella, colon, retto, polmone ed utero. Nel 2018 i tempi medi di attesa della chirurgia oncologica sono stati 28,9 giorni nell'AUSL TC rispetto ai 30,9 della Regione Toscana. L'andamento nel triennio 2016-2018 mette in mostra un evidente miglioramento nell'ultimo anno, ma è ancora da potenziare la risposta per il tumore del retto e dell'utero (Figura 7).

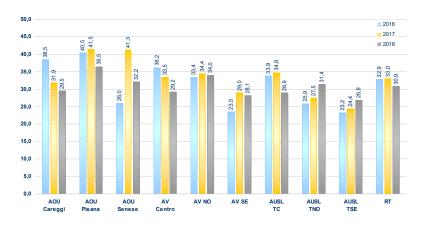


Figura 7 Tempi di attesa per la chirurgia oncologica Periodo: 2016–2018

Fonte: MeS, 2019

Appropriatezza in ambito medico

L'indicatore di sintesi (MeS: C14) sull'appropriatezza delle prestazioni mediche è valutato tenendo conto dei tassi di ospedalizzazione per i LEA medici, dei ricoveri medici con finalità diagnostica, dei ricoveri medici troppo lunghi e degli accessi in DH. Sono risultati buoni il tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA), la percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti e pediatrici e la percentuale di ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012).

Invece, è da migliorare la percentuale DRG LEA Medici rispetto agli standard regionali (Patto per la Salute 2010 / DGRT 1140/2014). L'appropriatezza in ambito medico dell'AUSL TC è risultata in media (Figura 8).

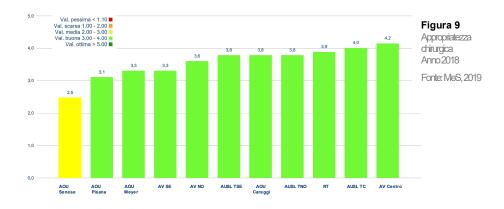


Figura 8 Tempi di attesa per la chirurgia oncologica Periodo: 2016–2018 Fonte: MeS, 2019

Appropriatezza in ambito chirurgico

L'indicatore di sintesi (MeS: C4) sulla approriatezza chirurgica valuta: DRG LEA Chirurgici % ricoveri in Day-Surgery; % colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno; DRG LEA Chirurgici % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 – DGRT 1140/2014) e tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping standardizzato per 100.000 residenti.

L'appropriatezza in ambito chirurgico delle strutture AUSL TC è risultata ottima (Figura 9).



Assistenza materno infantile alla nascita

L'indicatore di sintesi (MeS: C7B) sull'assistenza materno infantile al parto valuta: la percentuale di parti cesarei depurati (NTSV); la percentuale di ricoveri sopra soglia per parti; la percentuale di parti indotti; la percentuale di episiotomie depurate (NTSV); la percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa); la percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine e la percentuale di donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle. L'assistenza materno infantile alla nascita nelle strutture dell'AUSL TC è risultata buona (Figura 10).



Figura 10
Matemo infantile
assistenza
alla nasoita
Anno 2018
Fonte: MeS, 2019

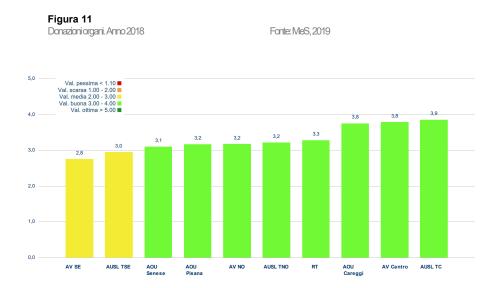
Donazioni organi

L'indicatore di sintesi (MeS: B6) sulla donazione degli organi valuta: le segnalazioni di morti encefaliche; la percentuale dei donatori procurati; la percentuale donatori utilizzati.

Scopo dell'indicatore è quello di monitorare in termini di efficienza e organizzazione i processi di donazione degli organi e dei tessuti.

La donazione degli organi delle strutture ospedaliere dell'AUSL TC registra ottimi risultati (Figura 11).

La donazione degli organi delle strutture ospedaliere dell'AUSL TC registra ottimi risultati (Figura 11).



8.2 Infezioni correlate all'assistenza

Sotto controllo, ma antibiotico – resistenza critica

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Si definiscono così le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale o dopo le dimissioni del paziente che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Hanno un elevato impatto clinico ed economico e sono evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia. Tra le dieci minacce alla salute globale dichiarate dall'OMS, vi è l'antibiotico-resistenza (AMR), definita come la capacità di un microrganismo di bloccare l'azione di un antibiotico, determinando l'inefficacia del trattamento, la persistenza dell'infezione e il rischio di diffusione di profili resistenti.

Nell'ambito dei Piani Nazionali e Internazionali per il contrasto alle ICA e all'AMR, l'AUSL TC, attraverso la SOSD Infezioni Correlate all'Assistenza, effettua un'attività di sorveglianza, prevenzione e controllo in collaborazione con l'Epidemiologia e i Laboratori.

In particolare, sono attuati cinque tipi di sorveglianza:

- Report Microbiologici prodotti dai Laboratori
- Alert Organisms
- Clostriduim Difficilis
- Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) mediante protocollo ECDC
- Indagine di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza e uso degli antibiotici mediante protocollo ECDC.

I dati relativi agli Alert Organisms e al Clostriduim Difficilis sono limitati al territorio della ex-ASL di Firenze e non sono presentati.

L'indagine di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza e uso degli antibiotici è stata condotta nel periodo maggio-giugno 2018 in tutti gli 11 ospedali dell'AUSL TC. Sono stati raccolti dati su un campione di oltre 1.100 ricoverati. La prevalenza di pazienti con almeno un trattamento antibiotico è del 53,2%.

La prevalenza di pazienti con almeno un ICA (infezioni del sito chirurgico) è del 2,7% (31/1.154), con il tratto urinario che è la sede maggiormente coinvolta (n=8; 25,8%). A livello di presidio ospedaliero, il Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano ha riportato la prevalenza di ICA più elevata (4,4%). Il microorganismo maggiormente isolato è lo Staphylococcus aureus (16,3%), seguito da Acinetobacter baumannii (12,9%).

I dati mostrano una prevalenza di ICA simile a quella del 2017 (2,6%). A livello nazionale, si stima una prevalenza di ICA tra il 5 e l'8%, mentre a livello europeo è del 6,5%.

Per quanto concerne le infezioni del sito chirurgico (ISC), gli ultimi dati disponibili per la USL TC sono quelli relativi al 2017. Durante il periodo ottobre-dicembre sono stati sottoposti a follow-up 239 interventi chirurgici e sono state identificate 19 ISC, equivalenti a 7,9 ogni 100 interventi, in confronto a 1,4 ISC ogni 100 interventi rilevate nello studio del 2016.

L'Ospedale di Santa Maria Nuova ha riportato la proporzione di ISC più elevata (33,3%). La chirurgia del colon ha rappresentato l'intervento col maggior numero di ISC (11/19=57,9%), seguite dalle ISC correlate ad interventi di chirurgia rettale (8/19=42,1%). Il 58% delle infezioni è risultato di tipo superficiale, il 26% di tipo profondo e il 16% ha coinvolto organi e spazi.

In Italia sono stati condotti alcuni studi che riportano una frequenza di ISC tra 1,2% e 13,6%. In Europa, secondo ECDC, la frequenza varia fra lo 0,5% e il 9,0%. Il dato complessivo dell'AUSL TC s'inserisce pertanto in tale range (7,9%).

I report microbiologici dei laboratori rappresentano la principale fonte informativa dell'AMR e hanno cadenza semestrale. Il dato a livello di AUSL TC è disponibile solo dal 2018, quando sono stati isolati oltre 16.000 microrganismi da campioni di sangue, urine e respiratori.

Tra i microrganismi sotto sorveglianza isolati, la maggior parte (22,5%) erano Escherica Coli. Per quanto concerne le AMR, i dati più significativi evidenziano che:

- circa la metà (50%) degli isolati di Escherica Coli è risultata resistente a ciprofloxacina, amoxicillina/clavulanato e cotrimossazolo;
- più della metà (60% circa) delle Klebsiella pneumoniae è risultata resistente a amoxicillina/clavulanato, ciprofloxacina, cefepime e piperacillina/tazobactam;
- la resistenza agli antibiotici di Acinetobacter ha superato il 90%;
- il 90% dei Enterococcus faecium è risultato resistente a amoxicillina/clavulanato e levofloxacina;
- il 40% di Enterococcus fecalis è risultato resistente a levofloxacina.

I dati di AMR riscontrati sono in linea con quelli medi toscani riportati nei report di ARS e con i dati Italiani del sistema di sorveglianza Ar-ISS. Il confronto col dato europeo, però, pone sia l'AUSL TC, che la Toscana e l'Italia a valori di AMR significativamente maggiori.

In conclusione, l'AUSL TC, mostra dati rassicuranti per quanto concerne le ICA attestandosi al di sotto dei valori nazionali ed internazionali. Più complicata invece la situazione dell'AMR, il cui fenomeno anche a livello Italiano solleva la necessità di interventi specifici. Una severa valutazione di ECDC del 2016 indicava la scarsa sensibilità al problema alle AMR nel nostro Paese.

Nel 2017, il Ministero della Salute ha presentato il nuovo Piano nazionale di contrasto all'AMR con indicazioni ad azioni efficaci, integrando tutti i settori interessati secondo l'approccio «One Health».

9.1 Agenzia per la Continuità Ospedale TerritorioCoordinamento Dimissioni Complesse Aziendale

Governance di buone cure dopo il ricovero

Nel corso del 2017 è stato sviluppato il percorso organizzativo e la formazione delle persone. L'impegno del 2018 è stato quello di monitorare il processo tenendo a riferimento i punti cardine condivisi negli atti aziendali e durante gli incontri formativi:

- ACOT punto unico di riferimento per la continuità dai Presidi Ospedalieri
- Strumento di lavoro riconosciuto nella scheda di valutazione multidimensionale
- Contatti per i percorsi aziendali tenuti tra ACOT e CDCA
- Suddivisione tra percorsi zonali e aziendali
- Sviluppo dell'informatizzazione di tutto il sistema

Le linee guida definite sono applicate; alcuni aggiustamenti sono stati necessari per l'opportuna gradualità d'implementazione del modello. Lo strumento di valutazione è essenzialmente la scheda multidimensionale della DGRT 679/2016. Vi sono ancora situazioni in cui le segnalazioni di continuità sono raccolte e processate con altri strumenti. Questi casi riguardano o i percorsi riabilitativi o le dimissioni "semplici" (invio del paziente a domicilio con attivazione di un solo servizio). Si ritiene che l'informatizzazione (presente solo in parte) potrà svolgere un ruolo importate per condurre ad una sola modalità operativa lasciando aperta la possibilità di discutere di alcuni percorsi di dimissione semplice.

Le differenze sostanziali si rilevano nei percorsi sociali e sociosanitari in conseguenza alle differenti articolazioni dei servizi sociali nelle zone e alle risorse a disposizione degli stessi. La possibilità di utilizzare buoni servizi in sostegno alla domiciliarità (finanziamento Fondo Sociale Europeo – FSE messo a disposizione delle zone dalla Regione Toscana) ha aumentato la gamma delle risposte possibili in uscita da un ricovero per acuti. L'utilizzo è iniziato gradualmente nel corso dell'anno, i pacchetti assegnati sono solitamente di base/minimi. La disponibilità dei posti letto per la residenzialità FSE è stata critica in un primo momento, ma è andata aumentando nel tempo.

La Tabella 1 descrive i percorsi attivati dal CDCA e dalle ACOT.

Tabella 1
Percorsi attivati da CDCA e ACOT – Anno 2018.
* Percorsi attivati con collaborazione CDCA

Fonte: SW SINS DO2 e ACOT territoriali In azzurro: Attività svolta da CDCA per conto delle ACOT

	Coordinamento Aziendale Dimissioni Complesse							
PERCORSI			z	ONE A	AUSL .	гс		
	Fiorentina	ForentinaNO	Forentina SE	OlleguM	Pratese	Pistoiese	Val di Nievole	Empolese
Cure intermedie setting 2/setting 3		1.2	242		638	592	212	333
Lungodegenza/cure intermedie setting 1		2.0)58		15*	0	21*	177
Riabilitazione intensiva ospedaliera		1.6	671		404	8*	38	247
Riabilitazione intensiva extra-ospedaliera		1.4	101		13*	405	118*	25*
Assitenza territoriale/ADI		3.8	378		118	654	1.753	660
Segnalazioni UVM	498	5	423	26	363	186	113	481
Buoni sostegno domiciliarità	183	79	28	41	191	108	117	189

Uno dei percorsi di continuità, dopo evento acuto, di maggior rilievo è quello della gestione dei pazienti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA). Il CDCA riceve le segnalazioni di tutti gli assistiti dell'AUSL TC, ovunque ricoverati, con diagnosi di GCA che nella fase post acuta richiedono percorso di continuità in dimissione dall'ospedale. La maggioranza delle segnalazioni proviene dall'AOU Careggi (50%) e dai Presidi Ospedalieri dell'AUSL TC (41%).

E' eseguita la valutazione della completezza della documentazione ed attività di supporto per il corretto inquadramento del percorso del paziente spesso molto complessi. E' gestita centralmente la lista di attesa. In collaborazione con il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione sono stati eseguiti i monitoraggi clinici previsti dalla procedura presso il cod. 75 (neuroriabilitazione) adulti e presso i setting osservazionali: 6 monitoraggi presso il cod. 75 e 4 monitoraggi presso i setting osservazionali.

Le rivalutazioni condotte hanno permesso di ricollocare i pazienti nel setting di ricovero più appropriato e di individuare i pazienti clinicamente dimissibili da segnalare alle ACOT di residenza.

I monitoraggi effettuati presso il cod. 75 hanno permesso di favorire la prosecuzione del percorso riabilitativo verso setting a minor intensità assistenziale, di ridurre la degenza media e aumentare il turnover dei posti letto rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Nei setting osservazionali è condotto un monitoraggio neurofisiologico in conformità a un protocollo stilato dalla neurofisiologia aziendale. A conclusione del percorso, si riscontra frequentemente la difficoltà nell'uscita dei pazienti, sia verso il domicilio sia verso soluzioni residenziali socio-sanitarie, e il turnover dei posti letto è prevalentemente legato ai decessi che rappresentano, al momento, circa il 60% delle dimissioni.

La Tabella 2 (a pagina seguente) descrive l'attività svolta per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite.

NUOVI CASI 2018	
AOU Careggi	104
PO SGD	7
PO SMA	8
PO SMN	2
PO MUGELLO	3
PO EMPOLI	29
PO Prato	19
PO Pistoia	10
PO Pescia	6
Strutture convenzionate ATC	7
Strutture fuori ATC	11
TOTALE	206
USCITI PERCORSO	
Decesso intraH	19
Indirizzati altro percorso	44
Trasferiti fuori AUSL "fughe"	9
TOTALE	72
Setting di primo ricovero dopo H	
Neuroriabilitazione cod 75	85
Setting osservazionali	49
TOTALE	150
Dimissioni dalla neuroriabilitazione	
Riabilitazione neurologica cod 56	27
Riabilitazione neurologica res ex 26	4
Setting osservazionali	32
Domicilio	4
Decesso	5
•••	13
Altro	10

Tabella 2

Gravi cerebrolesioni acquisite

Fonte: Registri CDCA

9.2 Assistenza specialistica ambulatoriale

Costanti oltre i 6 milioni le prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti

Le prestazioni ambulatoriali erogate in Toscana per gli assistiti dalla AUSL TC nel 2018 sono state complessivamente 6.212.932 – al netto delle prestazioni del Laboratorio analisi – in leggero calo rispetto all'anno 2017 nel quale sono state 6.281.234 (-1% circa). Complessivamente il 10% delle prestazioni ambulatoriali sono rese dal privato accreditato e il 5% sono fruite fuori della AUSL TC.

Le prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica sono state 1.036.833 ed il tasso standardizzato di prestazioni diagnostiche (fonte MeS, indicatore C13.2) è il più basso della Toscana (AUSL TC: 604.1; Regione Toscana: 636.2).

Il MeS attesta che la performance relativa all'appropriatezza diagnostica misurata dall'indicatore C13, che considera il tasso di RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti > o = a 65 anni e la percentuale di pazienti che ripete le RM lombari entro 12 mesi, è la migliore della Toscana.

Tabella 1Volume prestazioni-numero prestazioni. Anno 2018

Fonte: ARS, 2019

	Fuori AUSL	TC in RT	AUSI	TOTALE	
Residenza	Totale	Di cui privato	Totale	Di cui privato	Prestazioni
Pistoiese	21.480	513	571.313	60.059	592.793
Val di Nievole	37.763	1.342	375.696	29.316	413.459
Pratese	18.631	542	801.934	126.070	820.565
Fiorentina	33.561	578	1.545.577	125.458	1.579.138
Fiorentina Nord Ovest	14.706	475	836.618	101.231	851.324
Fiorentina Sud Est	47.306	1.234	625.686	58.407	672.992
Mugello	2.396	104	279.827	34.141	282.223
Empolese	145.634	2.446	854.804	78.289	1.000.438
AUSL TOSCANA CENTRO	321.477	7.234	5.891.455	612.971	6.212.932

Le visite specialistiche relative alle 7 specialità del Piano Regionale Sanitario (cardiologia, ginecologia, oculistica, neurologia, dermatologia, ortopedia e otorinolaringoiatria) sono state 573.843, in aumento rispetto al 2017 in cui sono state 565.039 (+ 1%).

Residenza	Accessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard	Limite Inf.	Limite Sup.		
TOTALE							
AUSL TC	573.843	352,4	348	347,1	348,9		
RT	1.548.263	414,3	404,7	404	405,3		
		MASO	СНІ				
AUSL TC	222.631	283,8	278,9	277,8	280,1		
RT	612.725	339,8	330,5	329,7	331,3		
FEMMINE							
AUSL TC	351.212	416,2	417,4	415,9	418,8		
RT	935.538	483,8	480,5	479,5	481,5		

Tabella 2

Numero assoluto tasso grezzo estandardizzato per età (per 1.000 abitanti) e Intervali di confidenza al 95% di visite specialistiche dei Residenti nell'AUSILTC ein Regione Toscana per il totale delle 7 specialità PSR nel 2018

Fonte: ARS, 2019

Nell'AUSL TC i valori del tasso standardizzato è significativamente inferiore nei maschi e nelle femmine rispetto al dato medio regionale.

9.3 Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le azioni per garantire risposte in tempi appropriati al bisogno

L'AUSL TC individua l'abbattimento delle liste di attesa fra gli obiettivi strategici prioritari. La riorganizzazione del settore specialistico si fonda sul governo unitario del sistema, comprendente la parte ospedaliera, territoriale e del privato accreditato convenzionato.

La strategia aziendale è finalizzata a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui tempi di attesa, puntando alla massima efficienza delle risorse disponibili.

Nel corso del 2018 si è proseguito nell'acquisizione dei dati riferibili alla domanda di prestazioni ambulatoriali espressa a livello zonale e laddove si è verificato un disallineamento con l'offerta, sono state azioni correttive provvedendo. tra l'altro, all'acquisizione da privato accreditato delle prestazioni necessarie, secondo un modello basato sulla libera scelta del paziente, con superamento del criterio di assegnazione di budget predeterminato alle singole strutture convenzionate. E' proseguita, inoltre, in tutti gli ambiti territoriali dell'AUSL TC, la rilettura dell'offerta in un'ottica di sistema, articolato per linee differenziate a seconda della tipologia della richiesta, in un'ottica di riprogrammazione di risposte organizzate e differenziate in base alla priorità (Classe priorità U: prestazioni da eseguire entro 72 ore, Classe B: entro 10 giorni, Classe D: entro 30-60 giorni), complessità e caratteristiche del bisogno espresso.

Nel corso di quest'anno sono stati poi consolidati i sistemi di monitoraggio in tempo reale delle attese effettive per una lista di prestazioni critiche, su tutti gli ambiti territoriali, in modo da poter tempestivamente assumere le conseguenti azioni correttive. Complessivamente le attese sia per le prime visite specialistiche che per la diagnostica strumentale sono risultate in linea nell'AUSL TC rispetto a quelle medie toscane 2018.

La percentuale di prime visite effettuate entro 10 giorni (fonte Flusso TAT relativo al mese di dicembre 2018) registra nella nostra Azienda performance positive per la Chirurgia Generale (96%) e l'Otorinolaringoiatria (86%); attese maggiori si riscontrano invece per le visite Ginecologiche (64%), Ortopediche (63%) ed Oculistiche (63%). I tempi di attesa correlati alle prestazioni diagnostiche presentano performance molto positive per alcuni processi produttivi, con elevate percentuali di prestazioni che vengono effettuate entro 60 giorni dalla richiesta (TAC addome completo con e senza mezzo di contrasto 96%; TAC del capo senza e con mdc 95%; RMN muscoloscheletrica 85%). Non mancano, però, ambiti dove si sono riscontrate criticità con performance al di sotto della media regionale (la Colonscopia viene effettuata entro 30 giorni dalla richiesta solo nel 50% dei casi).

Proprio con l'intento di aggredire gli ambiti particolarmente complessi in termini di tempi di attesa, nella seconda metà del 2018, l'AUSL TC, nel recepire la DGRT 750/2018, ha istituito una nuova funzione aziendale denominata Gestione Operativa con l'obiettivo di supportare la pianificazione e la programmazione degli asset produttivi (ambulatori, sale operatorie). Sono state definite le linee d'indirizzo per la gestione dell'attività e degli spazi ambulatoriali.

Tali strategie si basano su obiettivi specifici che prevedono il rispetto dei tempi di attesa previsti dalla normativa vigente, massimizzando l'efficienza delle risorse a disposizione attraverso anche l'utilizzo di tecniche derivanti dall'operations management, applicate con l'intento di perseguire il perfetto allineamento domanda-offerta.

A partire da novembre 2018, sono stati infatti attivati una serie di progetti specifici di produttività aggiuntiva (DA 1623/2018, recepimento DGRT 914/2018) volti ad aumentare l'offerta su segmenti di produzione (visite specialistiche di primo accesso ed esami diagnostici) che, analizzata la domanda, presentavano particolare necessità, con risultati subito significativi che hanno visto la disponibilità alla partecipazione ai progetti di più di 500 professionisti aziendali.

Visto il successo e i primi riscontri positivi, tali progettualità incentivanti proseguiranno anche per l'intero anno 2019, coinvolgendo tutte le prestazioni che dovessero riscontrare un disallineamento tra domanda e offerta.

9.4 Assistenza farmaceutica territoriale

Coinvolgimento e responsabilizzazione dei clinici nel governo della spesa farmaceutica

I risultati conseguiti nel 2018 dall'AUSL TC relativamente alla spesa farmaceutica sono derivati da una stretta collaborazione fra l'Azienda e i propri medici per aumentare il livello di appropriatezza prescrittiva, al fine di garantire agli assistiti tutta l'assistenza farmaceutica necessaria nel rispetto delle risorse disponibili.

L'implementazione dell'appropriatezza prescrittiva è stata ricercata attraverso azioni di informazione e formazione rivolte ai clinici prescrittori, nel tentativo sia di abbattere costi e sprechi dovuti alla mancanza di appropriatezza, sia di incentivare il consumo dei farmaci che a parità di efficacia e di sicurezza avessero un costo più sostenibile per il SSR (ad esempio generici e biosimilari).

Sono stati coinvolti in questo percorso tutti i medici, siano essi di Medicina Generale, piuttosto che Pediatri di Famiglia ma anche Specialisti dipendenti. Con la Medicina Generale e con la Pediatria di Famiglia l'obiettivo è stato quello di ridurre il più possibile la variabilità dei risultati esistente fra i singoli medici, piuttosto che fra le varie Zone Sanitarie o ex-ASL e, prendendo a riferimento la best-practice in un sistema complesso di benchmarking su indicatori fondamentali di spesa, si è cercato di migliorare le performance individuali.

Il percorso, iniziato nel 2017, è continuato nel 2018 e verrà mantenuto anche nel 2019, in quanto i risultati derivanti da questo tipo di azioni sono lenti nell'essere raggiunti ed ancora più difficili da mantenersi nel tempo. Le azioni di appropriatezza prescrittiva proposte ai medici hanno individuato come strumento fondamentale per la loro realizzazione il confronto fra pari (audit) con l'obiettivo di mettere in condizione i clinici di individuare le opportunità di miglioramento ed introdurle nella propria pratica prescrittiva.

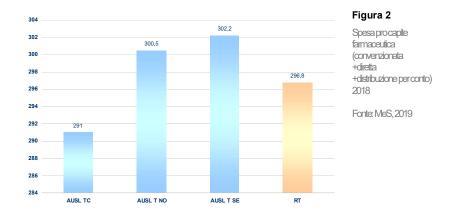
La metodica adottata per la conduzione degli audit si riconduce al cosiddetto metodo della teoria dei "nudge" per il quale, illustrando graficamente i risultati conseguiti da ogni prescrittore in merito ad obiettivi comuni di appropriatezza prescrittiva, si stimola un confronto fra pari e si incentiva la migliore pratica supportando ogni decisione attraverso studi scientifici e linee guida. Questo percorso è chiaramente complesso, viste le dimensioni della AUSL TC e del numero dei clinici coinvolti, e rischia di esaurirsi velocemente se non correttamente alimentato e mantenuto nel tempo. I dati MeS 2018, che analizzano diversi indicatori relativi alla spesa farmaceutica e all'appropriatezza prescrittiva di alcune categorie terapeutiche, ben rappresentano l'efficacia della scelta strategica effettuata dall'AUSL TC ma, nello stesso tempo, evidenziano criticità sui cui intervenire nel corso del 2019.

Il monitoraggio dell'indicatore MeS che si riferisce alla spesa convenzionata pro capite per assistito pesato residente nel 2018 (Figura 1), relativa ai farmaci che vengono distribuiti dalle farmacie convenzionate pubbliche e private del territorio, evidenzia l'ottima performance dell'AUSL TC che, avendo realizzato la spesa pro capite più bassa della Toscana, rappresenta la best practice in questo settore.



Visto però che molti farmaci, prevalentemente quelli ad alto costo, vengono acquistati direttamente dalle Aziende Sanitarie per essere distribuiti o attraverso le farmacie ospedaliere o per conto attraverso le farmacie convenzionate pubbliche e private del territorio, per avere un visone complessiva della spesa territoriale è corretto analizzare l'obiettivo MeS che monitora tutti e tre i canali distributivi.

Il monitoraggio dell'indicatore MeS relativo alla spesa pro capite territoriale complessiva (convenzionata + diretta + distribuzione per conto) realizzata nelle tre Aziende Sanitarie nel 2018 (Figura 2), evidenzia l'ottimo risultato della AUSL TC che chiude l'anno con un valore di 291 euro pro capite, il miglior risultato in Toscana, inferiore di 5,8 euro (pari al -1,95%) rispetto alla media regionale.



Si evidenzia inoltre che nel 2018, a fronte di una riduzione media regionale dell'11,3% della spesa pro capite rispetto al 2017, l'AUSL TC riduce la propria spesa del 12,7% (Figura 3).

I risultati ottenuti sono derivati da un maggior utilizzo dei biosimilari (ad es: infliximab, eritropoietine, fattori della crescita, etanercept, enoxaparina) e dei farmaci a brevetto scaduto, ma anche da scelte mirate ad aumentare il livello di appropriatezza nelle prescrizioni farmaceutiche.

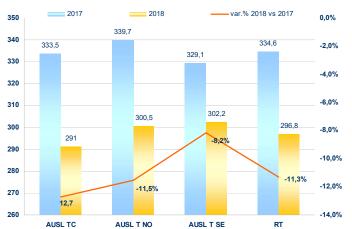


Figura 3

Spesa farmaceutica pro capile (convenzionata +distribuzione diretta

+distribuzione direita +distribuzione per conto): confronto 2018 verso 2017

Fonte: MeS, 2019

Un esempio per tutti è quello dei risultati raggiunti nella categoria terapeutica dei farmaci inibitori di pompa protonica (PPI), una delle classi con maggiore impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata, a seguito di una condivisione di strategie e obiettivi tra Medici di Medicina Generale e Specialisti per ridurne i consumi eccessivi e minimizzarne i costi.



Figura 4

Consumo farmaci inibitori di pompa protonica espresso in UP annue ogni assistito pesato 2018

Fonte: MeS, 2019

I dati MeS del 2018 riferiti ai consumi dei PPI a livello regionale evidenziano l'ottima performance dell'AUSL TC, in quanto unica azienda che, con un consumo di 24,7 UP per assistito pesato, riesce a raggiungere l'obiettivo di appropriatezza prescrittiva assegnato dalla Regione Toscana (DGRT 929/2018), che prevedeva un consumo dei PPI <25 up per assistito pesato/anno.

9.5 Riabilitazione

Buona tenuta del sistema

La Regione Toscana è tradizionalmente fra le regioni che effettuano meno ricoveri ospedalieri di riabilitazione, garantendo ai suoi cittadini un'adeguata e puntuale risposta riabilitativa territoriale.

Nel complesso nell'anno 2018 si sono registrati 2,1 ricoveri in codice 56 (recupero e riabilitazione funzionale) per 1.000 abitanti.

L'AUSL TC ha sostenuto un tasso di ospedalizzazione in codice 56 di 2,0 per 1.000 abitanti, oltre il 97% dei quali avvenuto in regime ordinario, realizzando la migliore performance toscana.

La nostra Regione è tra quelle che dispone del minor numero di posti letto (pl) in regime riabilitativo: 0,25 per 1.000 abitanti.

La maggior offerta di pl riabilitativi tende a concentrarsi nelle città sedi di Azienda Ospedaliera Universitaria (FI, PI, SI).

Nel triennio 2016-2018, entro 28 giorni hanno avviato il percorso riabilitativo il 66,5% degli ultra65enni con frattura del femore ed il 36,6% degli ultra65enni con pregresso ictus. In entrambi i casi, le percentuali sono più elevate che nel triennio precedente 2015-2017 e non si riscontrano differenze di genere.

Tabella 1
Numero assoluto percentuale grezza e standardizzata
peretà di casi di età > di 65 anni
con frattura del femore e idus
avviati a riabilitazione entro 28 giorni

B : 1 00100010							
Periodo: 2016-2018		FRAT	TURE FE	MORE		ICTUS	
Fonte: ARS, 2019	Residenza	Proporzione				Propo	orzione
		Casi	Grezza	Standard	Casi	Grezza	Standard
	AUSL TC	5.200	65,7	66,5	2.066	36,4	36,6
	AUSL TNO	2.052	34,5	34,8	1.262	31,0	31,6
	AUSL TSE	2.009	50,1	50,5	1.094	38,2	40,0
	RT	9.261	51,8	51,8	4.422	35,1	35,6

L'AUSL TC si caratterizza per una buona performance rispetto alla media regionale, facendo registrare valori significativamente migliori in particolare per le fratture di femore.

Il dettaglio per zona, pur nella buona performance complessiva, conferma un'elevata variabilità in termini di percentuale di pazienti riabilitati e di tipo di riabilitazione effettuata.

Tabella 2
Numero assoluto e percentuale standardizzata peretà di soggetti di Età>di 65 anni con firattura del femore e ictus avviati a riabilitazione entro 28 giorni per zona di residenza nell'AUSLTC

Fonte: ARS, 2019

	FRATT	URE FEMORE		ICTUS
Residenza	Casi	% Standardizzata per età	Casi	% Standardizzata per età
Val di Nievole	341	61,6	163	28,1
Pistoiese	717	83,0	326	51,9
Pratese	585	63,3	216	27,0
Fiorentina NO	753	72,9	225	35,6
Mugello	166	72,7	88	42,9
Fiorentina	1.615	72,4	494	39,9
Fiorentina SE	676	77,4	258	38,2
Empolese	347	35,0	296	34,6
AUSL TC	5.200	66,5	2.066	36,6
RT	9.261	51,8	4.422	35,6

All'interno dell'AUSL TC i valori sono in massima parte migliori dei valori medi regionali.

Un'analisi del trend temporale effettuata attraverso le medie mobili dei tassi triennali per smussare eventuali picchi casuali, mostra sostanzialmente un trend in aumento della percentuale di riabilitati per fratture femore in AUSL TC, mentre per la riabilitazione a seguito d'ictus si evidenzia un primo periodo (2010-2015) in decremento e un miglioramento a partire dal triennio 2014-2016 (Figura 1 e Figura 2).

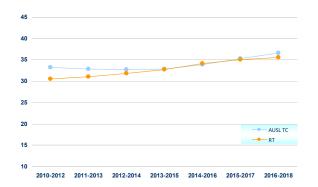
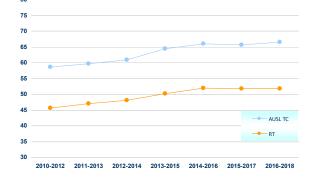


Figura 1 Percentuale di casi con lotus con riabilitazione entro 28 giorni (pop. 65+) Medie mobili: 2010-2018

Tasso standardizzato per 1.000



Tasso standardizzato per 1.000



9.6 Assistenza ad anziani non autosufficienti

Una prospettiva socio sanitaria

Questa relazione è redatta in collaborazione con i Direttori delle Zone Distretto (ZD) e Direttori della Società della Salute (SdS). Infatti, sono le SdS e, laddove assenti, le ZD attraverso la Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio sanitaria ex art. 70 bis L.R. 40/2005 ss.mm.ii., a rappresentare il soggetto pubblico deputato alla organizzazione ed alla gestione dei servizi dedicati agli anziani auto e non autosufficienti. L'obiettivo primario è di prevenire e rimuovere le cause che limitano l'autonomia della persona, arginando i processi di istituzionalizzazione o marginalizzazione e operando per mantenerla nel proprio ambiente di vita anche tramite il sostegno all'azione di cura della famiglia.

Le principali prestazioni erogate sui territori per l'assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente riguardano il Progetto Non Autosufficienza, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'inserimento in Residenza Sanitaria Assistita (RSA), con un ruolo centrale dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) per l'accertamento della condizione di non autosufficienza, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona sia dal punto di vista sanitario che sociale, e l'elaborazione di Piano di Assistenza Personalizzati (PAP).

Progetto non autosufficienza

Con L.R. 66/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza" e con la DGRT 370/2010 "Approvazione progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" la Regione Toscana ha delineato le linee guida per l'assistenza territoriale alle persone non autosufficienti.

Ha implementato nuove forme di assistenza e potenziando quelle già attive, con l'obiettivo di realizzare un sistema di assistenza di tipo universalistico che consenta il pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza e prestazioni socio-sanitarie appropriate al bisogno della persona anziana o disabile attraverso i seguenti strumenti:

- gli sportelli "Punti insieme", presenti su tutto il territorio, che garantiscono accoglienza, informazione, orientamento e accesso alle diverse opportunità e tipologie di assistenza;
- le UVM;
- il PAP, nel quale sono individuati gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, in condivisione con la persona e la famiglia;
- il governo pubblico dei servizi attraverso la SdS/ZD al fine di garantire omogeneità nell'accesso ai servizi e nella presa in carico del bisogno della persona e della sua famiglia.

Ogni SdS/ZD ha approvato il proprio "Progetto per l'assistenza continua della persona non autosufficiente" che prevede i seguenti servizi a sostegno della domiciliarità:

- assistenza domiciliare diretta (AD);
- contributi per l'assistente familiare;
- contributi per il care giver;
- contributi per l'accesso ai servizi semiresidenziali;
- contributi per l'accesso ai servizi residenziali temporanei.

I progetti per la non autosufficienza vengono gestiti a livello zonale con una forte integrazione con l'AUSL TC, anche sotto il profilo delle risorse.

ADI

L'ADI è un insieme di servizi e interventi socio sanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. Avviene attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, operatori socio sanitari, fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.). Ha l'obiettivo di evitare, per quanto possibile, il ricovero del paziente in ospedale o la sua collocazione in una struttura residenziale oltre il tempo strettamente necessario.

Inserimento in RSA

Nei casi in cui la valutazione dell'UVM esiti in un PAP residenziale la persona anziana viene collocata in lista di attesa per l'assegnazione della quota sanitaria spendibile, secondo quanto stabilito dalla DGRT 995/2016, in una RSA accreditata. La quota sociale o alberghiera della retta è a carico dell'utenza, con integrazione da parte dei Comuni determinata in base all'ISEE.

	Segna	lazioni	di cui pres	e in carico	e in carico di cui valutazioni UVN		
Residenza	N	% su pop >65	N	% su pop >65	N	% su pop >65	
SdS Valdinievole	5.927	20,3	5.046	17,3	255	0,9	
SdS Mugello	2.628	16,9	1.462	9,4	235	1,5	
ex SdS Valdarno Inf.*	2.013	13,4	795	5,3	221	1,5	
ex SdS Empoli*	7.274	17,4	2.861	6,9	1.043	2,5	
SdS Nord Ovest	7.431	13,5	3.305	6	705	1,3	
ZD Sud Est	4.733	10,7	2.350	5,3	738	1,7	
SdS Firenze	17.897	18,2	8.247	8,4	2.402	2,4	
SdS Pistoiese	6.354	14,4	5.401	12,2	463	1	
SdS Pratese	8.065	14,2	5.318	9,4	885	1,6	
AUSL TC	62.323	15,6	34.786	8,7	6.948	1,7	

Tabella 1
Volume di attività in base al Progetto non autosufficienza per SdS/ZD nel'anno 2018
Numero casi stimati 2017

La Tabella 1 riporta il volume di attività del progetto non autosufficienza nelle singole SdS/ZD, con riferimento alle richieste di valutazione (segnalazione del bisogno) e prese in carico da parte della popolazione anziana ultra65enne nell'anno 2018.

^{*} Le SdS di Empoli e Valdamo Inferiore costituiscono dal 01/07/2018 un'unica SdS denominata Empolese Valdamo Valdelsa pereffetto dell'unificazione zonale ex L.R. 11/2017 e della fusione delle due SdS.

Con riferimento specifico alle prestazioni di assistenza domiciliare erogate complessivamente dalle SdS/ZD sul territorio dell'AUSL TC, la Tabella 2 indica il numero di accessi domiciliari suddivisi per tipologia di servizio domiciliare.

Tabella 2
Numero assoluto di prese in carico per ADI e tipo di percorso nel 2018

AD	l	ADP		AD solo Sa	nitaria
Erogazioni	di cui anziani	Erogazioni	di cui anziani	Erogazioni	di cui anziani
2.628	16.98	1.462	945	235	152

Le prestazioni di ADI complessivamente intese generano il flusso informativo AD RSA (RFC 115) sulla base del quale viene calcolato l'indicatore della griglia LEA "numero di casi in carico in assistenza domiciliare con data di dimissione nell'anno 2018/totale dei casi in carico (PIC) con dimissione nell'anno 2018". L'AUSL TC supera il valore atteso dell'80% previsto dal Ministero per l'indicatore LEA suddetto (Tabella 3).

 N. PIC concluse
 N. PIC concluse e trattate

 16.865
 13.964
 2.901
 82,80%

Tabella 3

Indicatore L.E.A numero di casi in carico in assistenza domidilare con data di dimissione nell'anno 2018/totale dei casi in carico con dimissione nel 2018

Nell'anno 2018 le nuove ammissioni in RSA sono state complessivamente 6.944 nell'AUSL TC (Tabella 4).

	Anno 2018				
	Ammissioni RSA	Giornate di degenza			
SdS Valdinievole	306	113.341			
SdS Mugello	181	55.958			
Ex SdS Vald Inferiore*	972	35.180			
Ex SdS Empoli*	411	99.041			
SdS Nord Ovest	231	108.084			
ZD Sud Est	1.525	71.182			
SdS Firenze	2.578	337.108			
SdS Pistoiese	492	74.416			
SdS Pratese	248	115.770			
AUSL TC	6.944	1.010.395			

Tabella 4

Ammissioni RSA nel 2018

*Le SdS di Empoli e Valdamo Inferiore costituiscomo dal 01/107/2018 un'unica SdS denominata Empolese Valdamo Valdelsa per effetto dell'unificazione zonale ex.LR 11/2017 e della fusione delle due SdS. L'indicatore della griglia LEA "numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti" (E. 9.1) vede un buon posizionamento dell'AUSL TC che supera nel 2018 il valore di soglia previsto del 9.8 (Tabella 5).

Tabella 5 Indicatore LEA residenzialità

Giornate di assistenza a fine anno	Posti letti equivalenti a fine anno	Popolazione anziana	Indicatore LEA
			E. 9.1
1.691.555	4.634,40	399.758	11,59

Ulteriori progettualità attivate sul territorio

L'assistenza alla persona anziana non autosufficiente prevede, oltre a quanto sopra descritto, ulteriori progettualità, azioni e prestazioni, gestite e organizzate dalle SdS/ZD. Di seguito se ne descrive brevemente i contenuti.

Progetto Home Care Premium

Il progetto Home Care Premium (HCP), promosso e finanziato da INPS, viene realizzato in tutte le SdS che hanno colto in esso un'occasione per integrare i servizi "ordinari" destinati alle persone con disabilità o a quelle anziane in condizione di non autosufficienza. Ciò che viene richiesto alle SdS è di organizzare e gestire la fase di accesso e informativa al progetto (front office), di garantire la realizzazione delle attività propedeutiche alla valutazione dei casi successiva all'ammissione al contributo (di competenza dell'INPS) e di erogare i servizi concordati nel Piano Assistenziale Personalizzato (PAI).

Progetto regionale gravissime disabilità

La Regione Toscana, attraverso risorse del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze dedicato alle disabilità gravissime, sostiene da molti anni i percorsi domiciliari, di assistenza e cura per le persone con disabilità grave e gravissima. Si tratta d'interventi, integrativi e aggiuntivi rispetto a quanto già previsto dai LEA, che prevedono l'erogazione di un contributo economico mensile che va da 700 €. a 1.000 €. mensili per consentire alla persona con disabilità gravissima di poter assumere un assistente personale.

I beneficiari di questo progetto possono essere anziani non autosufficienti ma anche minori e adulti con grave disabilità.

Progetti Alzheimer

La demenza e l'Alzheimer sono tra le cause a maggior rilevanza epidemiologica di disabilità delle persone, prevalentemente anziane e rappresentano una grave condizione patologica, spesso associata alla presenza contemporanea di disturbi cognitivi e comportamentali con importanti implicazioni sociali.

Oltre alla rete dei servizi semiresidenziali e residenziali già attivi a livello locale le SdS/ZD hanno aderito al progetto regionale per la sperimentazione di Caffè Alzheimer e l'Atelier Alzheimer.

Voucher domiciliari FSE

Nell'ambito dei Progetti Organizzativi Regionali di utilizzo del Fondo Sociale Europeo, finanziamento del POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà, la Regione Toscana ha pubblicato nel 2017 l'avviso pubblico per il "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità".

A seguito di tale avviso le SdS/ZD della Toscana hanno indetto manifestazioni di interesse per la predisposizione di un elenco di soggetti economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi. L'erogazione dei voucher domiciliari è demandata alle ACOT per la continuità Ospedale – Territorio, che gestiscono, oltre ai voucher, gli ingressi nei posti Letto Cure intermedie censiti nel GSS Ministeriale. Le giornate di assistenza nei posti letto delle cure intermedie confluiscono nel RFC 118.

Pronto Badante

Il progetto regionale sperimentale "Pronto Badante" garantisce, attraverso soggetti del terzo settore, un'attività di orientamento e sostegno per le famiglie che per la prima volta si trovano ad affrontare l'emergenza di gestire in famiglia un anziano fragile.

I positivi risultati conseguiti della sperimentazione consentono di confermare e dare stabilità nel futuro alle azioni intraprese, con una sempre maggiore integrazione con i percorsi volti a favorire la domiciliarità degli anziani.

9.7 Assistenza di fine vita

Una delle grandi sfide di oggi

"La qualità dell'assistenza fornita nel fine vita alle persone affette da patologie a prognosi infausta è una delle grandi sfide di oggi, visto il crescente numero di persone che soffrono di una o più patologie croniche" (Sarmento et al. – 2016; Gomes & Higginson – 2008).

Le malattie croniche, specie quelle non tumorali, sono caratterizzate dal lento degradare della funzionalità, con un andamento associato però a picchi di riacutizzazioni della malattia. Per tale ragione esiste una maggior difficoltà a individuare il momento della vicinanza alla terminalità.

Il riconoscimento della condizione di terminalità per queste malattie è inoltre reso difficile da forti resistenze di natura culturale, sia da parte dei professionisti sanitari che da parte della famiglia. Recenti studi mostrano come l'assistenza nel fine vita per queste malattie sia caratterizzata da un ricorso a cure intensive sensibilmente più elevato rispetto alle patologie di natura oncologica, e da un minor ricorso alle cure palliative. Tuttavia, una pianificazione anticipata delle cure palliative (Cure Palliative Precoci) è possibile anche in questi soggetti.

I riferimenti normativi in tema di Cure Palliative (inserimento nei LEA), sia a livello nazionale che regionale, offrono la possibilità concreta di un'inversione di tendenza, che ci viene richiesta non solo dagli standard di appropriatezza clinica, ma anche e soprattutto da esigenze etiche.

La Legge 219/2017 riguardante le Disposizioni Anticipate di Trattamento, all'art.2 ha ribadito la garanzia di un'appropriata terapia del dolore e l'erogazione di cure palliative nonché della sedazione palliativa profonda di fronte a sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari.

La UFC Coordinamento Cure Palliative, afferente al Dipartimento Rete Territoriale dell'AUSL TC, riunisce le esperienze già presenti nelle ex-ASL e rappresenta un'aggregazione funzionale ed integrata dei soggetti costituenti la Rete Aziendale delle attività di Cure Palliative garantite nei diversi setting assistenziali (Domicilio, Hospice, Ospedale, Strutture Socio-Sanitarie e ambulatori) e si organizza tenendo conto delle modalità più consone a ciascuna realtà locale.

Assolve alle funzioni di cui all'Accordo CSR del 16 dicembre 2010:

- garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di cure palliative per i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative e le loro famiglie, assicurando la necessaria continuità delle cure, la tempestività della risposta e la flessibilità nell'individuazione del setting assistenziale appropriato;
- garantire la continuità delle cure palliative attraverso l'integrazione fra l'assistenza in ospedale, l'assistenza in Hospice e l'assistenza domiciliare di base e specialistica, anche al fine di ridurre gli accessi in DEA ed i ricoveri ospedalieri inappropriati;
- definire e attuare, nell'ambito della rete, i percorsi di presa in carico e di assistenza in Cure Palliative per i malati di cui all'art.2, comma 1, della Legge 38/2010;

- promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate;
- definire e monitorare un sistema di indicatori quali-quantitativi della rete di CP, ivi inclusi gli standard della rete di CP di cui al Decreto 43 del 22 febbraio 2007;
- promuovere ed attuare i programmi di formazione continua, rivolti a tutte le figure professionali operanti nella Rete, su percorsi assistenziali.

I posti disponibili negli Hospice dell'AUSL TC sono riportati nella Tabella 1. Nell'anno 2019 è prevista l'inaugurazione dell'hospice di Empoli con 10 posti letto.

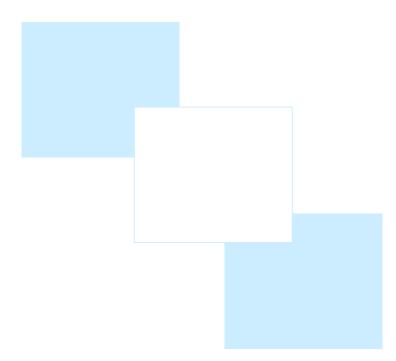
HOSPICE – AUSL TC		
Descrizione	N. Posti	
Ex Convento delle Oblate – Firenze	11	
San Felice ad Ema – Firenze	10	
Ospedale San Giovanni di Dio – Firenze	10	
Prato	10	
Pistoia	11	

Tabella 1

Numero di posti disponibili negli Hospice dell'AUSLTC nel 2017



10. PercorsiDiagnosticoTerapeuticiAssistenziali



10. La gestione dei PDTA

Migliorare la qualità ed efficienza delle cure

I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare. Da diversi anni, i PDTA vengono utilizzati per migliorare la qualità ed efficienza delle cure, ridurne la variabilità e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti.

Aver agito sull'appropriatezza degli interventi terapeuticoassistenziali, riorganizzando e standardizzando i processi di cura e monitorandone l'impatto non solo clinico ma anche organizzativo ed economico, ha consentito, non solo di migliorare la qualità delle cure ma anche di affrontare il tema generale della limitatezza delle risorse attraverso una razionalizzazione dell'offerta e non solo una loro riduzione.

Lo strumento PDTA, è stato utilizzato, per promuovere percorsi di miglioramento delle cure ed assicurare l'effettiva presa in carico di determinate categorie di pazienti unitamente alla maggiore integrazione dei servizi. Si è iniziato inoltre, a sviluppare altresì sistemi di valutazione che hanno consentito di monitorare e valutare l'impatto clinico ed economico dei percorsi implementati.

Le strategie utilizzate, nella loro elaborazione, sono state:

- la piena valorizzazione della rete assistenziale, con riorganizzazione delle strutture e servizi disponibili e riqualificazione della rete dei professionisti.
 La rifunzionalizzazione, è stata soprattutto indirizzata verso una visione di continuità assistenziale, modulata per ciascun paziente sulla base dello stadio evolutivo, sul grado di complessità della patologia e sui relativi bisogni socioassistenziali;
- una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi, che ha previsto una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria.
- l'approccio integrato sin dalle fasi iniziali della presa in carico, con l'ingresso precoce nel percorso diagnostico-terapeuticoassistenziale e nel percorso di welfare integrato al quale partecipano tutti gli attori coinvolti, con l'attivazione di setting diversi in funzione del diverso grado di complessità assistenziale e delle necessità del paziente;
- una stadiazione in base al grado di sviluppo della patologia e dei relativi bisogni socio-assistenziali, utilizzando PDTA, protocolli e piani di cura personalizzati, monitorabili attraverso indicatori di processo e di esito, multidimensionali e centrati sul paziente, gestiti con approccio proattivo;
- l'empowerment, l'ability to cope, ed il self-care, leve fondamentali per l'efficacia e l'efficienza del sistema cui hanno per altro contribuito, molte Associazioni di tutela dei malati e del volontariato attivo, attraverso programmi di educazione documentabili e monitorabili, nel presupposto che pazienti consapevoli ed esperti fossero in grado di gestire la propria qualità di vita al massimo delle loro potenzialità.

La gestione integrata si è rivelata uno strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti nei campi dell'efficacia degli interventi, dell'efficienza delle cure, della salute e della qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata.

Essa ha previsto, tra l'altro, l'attivazione di PDTA e/o documenti affini, (condivisi e codificati per i vari stadi di patologia) ed un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito (indispensabili a innescare il circolo virtuoso della qualità) e gli indicatori di risultato intermedio e finale (finalizzati a valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi).

Nella gestione delle Patologie, i documenti sanitari di programmazione, che sono stati elaborati all'interno dell'AUSL TC, nella loro redazione hanno tenuto presente i seguenti aspetti:

- Medicina delle Prove di Efficacia (MePE, Evidence Based Medicine, EBM): integrazione dell'esperienza clinica del medico con la migliore evidenza scientifica disponibile;
- La dimostrazione della responsabilità (accountability): individuazione univoca dei responsabili degli atti clinici;
- L'audit clinico: valutazione sistematica della propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti;
- Misurazione della performance clinica: monitoraggio sistematico dei risultati della pratica clinica in termini di efficacia, appropriatezza, efficienza, qualità e tempi;
- La valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA Health Technology Assessment): valutazione integrata sulla base di analisi di impatto economico, sociale, etico, legale e culturale delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi) impiegate o da adottare;

- La valutazione ed il miglioramento continuo delle attività cliniche: un sistema che, attraverso la tecnica del problemsolving, tenda a verificare sempre la qualità tecnico professionale e percepita e sia orientato al continuo miglioramento della stessa;
- Risk Management: identificazione degli errori prevenibili commessi durante la pratica clinica ed analisi e gestione del rischio clinico volta alla prevenzione degli eventi avversi prevenibili;
- Empowerment del cittadino-paziente: rafforzamento della partecipazione del cittadino alle decisioni cliniche.

Nell'elaborazione dei documenti, si è tenuto conto dei seguenti elementi:

- Rendere fruibili a tutti i professionisti i documenti delle ex ASL in modo da favorire il confronto.
- Mantenere la validità dei documenti ex ASL, nei rispettivi territori di riferimento.
- Favorire la rielaborazione anche locale di documenti, inseriti però nella nuova organizzazione aziendale.
- Sviluppare nuovi documenti nell'AUSL TC in modo, per quanto possibile, di integrare i comportamenti professionali.

Di seguito sono elencati gli ambiti dei PDTA/Percorsi clinici, sviluppati ed in uso nell'AUSL TC.

In ogni PDTA\Percorso è previsto il monitoraggio e controllo, in cui vengono definiti i criteri di verifica relativi ai dati di adesione al documento, gli obiettivi, anche attraverso l'utilizzo di indicatori. Nell'AUSL TC è in fase di sviluppo un sistema di performance aziendale informatizzato, comprendente il controllo di PDTA e percorsi, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

malattie cardiovascolari, patologia diabetica, ictus e altre malattie neurologiche, malattie nefrologiche, percorsi riabilitativi, infortuni, malattie respiratorie, malattie infettive, malattie rare, salute mentale, dipendenze, odontoiatria, algologia, chirurgia, ostetricia, tumori, neuropsichiatria, pediatria, emergenza, disabilità.

In ogni PDTA percorso è previsto il monitoraggio e controllo, in cui vengono definiti i criteri di verifica relativi ai dati di adesione al documento, gli obiettivi, anche attraverso l'utilizzo di indicatori. Nell'AUSL TC è in fase di sviluppo un sistema di performance aziendale informatizzato, comprendente il controllo di PDTA e percorsi.

11.1 Servizio 118

Un servizio che arriva in tempo

Nel corso del 2018 le chiamate per soccorso pervenute alle due Centrali Operative 118 dell'AUSL TC (Firenze-Prato e Pistoia-Empoli) sono state 358.349 (1.842 in meno rispetto all'anno precedente).

Sono state eseguite complessivamente 255.398 missioni di mezzi di soccorso, in leggero calo rispetto al 2017 (-1,2%).

Efficacia e rapidità dell'organizzazione del 118 sono monitorate con l'indicatore "intervallo allarme-target" dei mezzi di soccorso, misura che consente anche un confronto con altre realtà dal momento che si tratta di un adempimento LEA. L'indicatore valuta il tempo necessario tra la ricezione della chiamata da parte della centrale e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso per tutte le missioni con colore criticità rosso o giallo nell'anno. Lo standard da raggiungere è un tempo inferiore a 18 minuti nei 3/4 dei casi.

L'AUSL TC ha un sistema di emergenza territoriale che conferma la sua efficienza rispettando l'adempimento LEA con l'intervallo allarmetarget di 13 minuti nei tre quarti dei casi; tale performance risulta la migliore in Toscana che, nell'emergenza territoriale, è tra le regioni più virtuose a livello nazionale (Regione Toscana: 15 minuti; AUSL Nord Ovest: 16 minuti; AUSL Sud Est: 18 minuti).

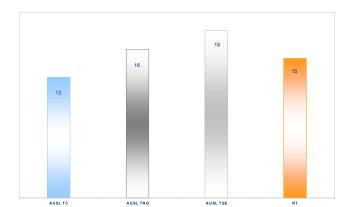


Figura 1
Intervallo allarme target espresso in minuti dalla chiamata all'arrivo del primo mezzo di soccorso—75° percentile della distribuzione dei tempinel 2018
Fonte: ARS, 2019

11.2 Pronto Soccorso

Oltre mezzo milione di accessi in un anno: un problema di sistema

Il volume complessivo di accessi registrati nei Pronto Soccorso (PS) presenti sul territorio dell'Area Vasta Centro (AVC) è stato nel 2018 di 584.737 (nel 2017 erano stati 586.532).

E' importante rilevare che si è assistito ad una riduzione di accessi presso i centri di secondo livello Meyer (43.178 nel 2017, 42059 nel 2018) e Azienda Universitaria Careggi (118.971 nel 2017, 114.007 nel 2018), con un aumento invece nei PS dell'AUSL TC che da 424.383 sono passati a 428.671 accessi.

Il tasso di accesso dell'AUSL TC è di 360 per 1.000 abitanti, ben al di sotto del tasso medio regionale che è di 407

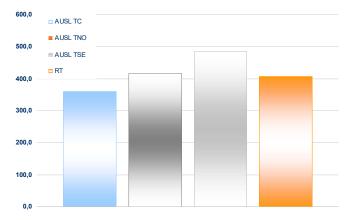
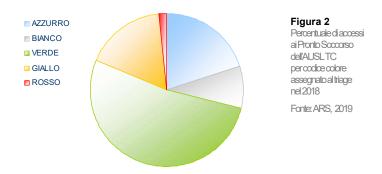


Figura 1
Tasso di accesso (x1.000 abitanti)
ai Pronto Soccosso delle ALUSL toscane. Inciascuna AUSL soconidusi gli accessi ai PS delle AOU di riferimento (per AUSL TC: Meyer e Careggi) nel 2018
Fonte: ARS. 2019

La distribuzione per gravità al triage evidenzia la netta prevalenza nelle strutture presenti sul territorio dell'AUSL TC, ma anche nelle strutture regionali, di codici verde di urgenza differibile (52,5%) e dei codici non critici bianco ed azzurro (29%), mentre i codici rosso e giallo, che segnalano una vera condizione di urgenza ed emergenza, costituiscono il 18,5% degli accessi.



I tempi di attesa medi in PS sono inversamente proporzionali alla gravità: un codice giallo attende mediamente 25,2 minuti nelle strutture che sono sul territorio dell'AUSL TC (27,6 minuti in Regione) e un codice rosso 10 minuti (8,5 minuti in Regione).

Per contro, il 4,7% dei casi accede nuovamente al PS entro 72 ore dalla dimissione (valore medio regionale: 5,0%). Il 62% dei pazienti inviati in Osservazione Breve Intensiva vengono dimessi a domicilio (valore pressoché omogeneo in tutte le varie Aziende Sanitarie della Regione).

Le difficoltà del PS, come il sovraffollamento, sono espressione di problemi di funzionamento di "sistema", risentendo di criticità nella gestione dei bisogni di bassa complessità al di fuori dell'ospedale.

Inoltre in quest'anno le difficoltà nella gestione degli accessi sono aumentate anche per la carenza di personale sanitario dedicato al DEA.

Tale carenza di personale è da ascriversi ad una programmazione nazionale insufficiente, anche per mancanza di vocazione di medici nella branca di medicina e chirurgia di urgenza e di accettazione, probabilmente dovuto ad un compenso mensile non molto dissimile da coloro che fanno attività prevalentemente ambulatoriale, dalla impossibilità di svolgere attività libero professionale intramoenia, da un impegno orario gravato da molte notti e festivi, oltre che da un carico di lavoro sempre più oneroso e faticoso da sostenere nonché da un elevato contenzioso medico legale.

Si è cercato, all'interno dei PS, di rendere più fluidi i percorsi.

La DGRT 806 del 24-07-2017 ha cercato di facilitare i percorsi di Fast Track e di accorciare i tempi di attesa convertendo i codici colore in codici numerici ed inserendo nella priorità di accesso non solo le condizioni cliniche del paziente (parametri vitali), ma anche le risorse che dovranno essere impiegate per la completa presa in carico, durante il tempo di permanenza in PS.

Infine, ha stabilito per la prima volta, che nella nostra regione, esiste un unico applicativo informatico in modo che tutti gli operatori di pronto soccorso abbiano la possibilità di comportarsi allo stesso modo. Ancora molto rimane da fare sul territorio che appare l'anello debole del sistema, in modo che i pazienti destinati agli accessi in PS siano sempre più appropriati per agevolare e ridurre i carichi di lavoro, in alcuni giorni, come il lunedì, e valorizzare così il compito di tutti gli operatori sanitari dell'emergenza.

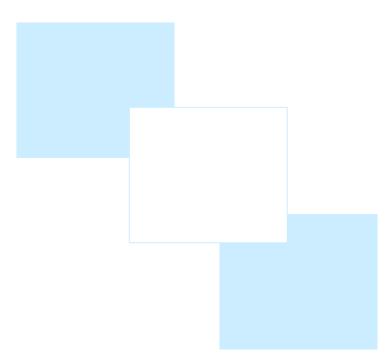
Alcune regioni, la Lombardia ed il Veneto, in particolare, per tale motivo, stanno studiando un sistema di presa in carico del paziente con la possibilità di affiancare uno specialista ospedaliero al medico curante, o con la creazione di un ente gestore che elabora un PAI (Piano Assistenziale Individuale). Questo al fine di prevedere tutta la programmazione degli esami strumentali e dei controlli ambulatoriali con la lista delle prescrizioni farmacologiche necessarie all'assistenza domiciliare ed un ente erogatore che è di fatto l'ospedale, o un centro convenzionato dal SSN, deputato alla esecuzione delle richieste strumentali.

Tutto questo perché con l'aumento dell'età media della popolazione sono sempre più i pazienti anziani con pluripatologie croniche che al momento della riacutizzazione di una delle malattie di base culminano con un accesso in PS e nell'80% dei casi con un ricovero in un reparto ospedaliero.

Il poter intercettare le riacutizzazioni, tramite controlli ambulatoriali specialistici programmati ed eventualmente la possibilità di gestire i pazienti stessi presso il loro domicilio, da parte del medico curante con la collaborazione di uno specialista di riferimento ospedaliero, potrebbe ridurre molto il ricorso ai reparti di Medicina di Urgenza con una riduzione della spesa sanitaria ed una maggiore appropriatezza di ricorso al PS.

A valle del PS, invece le criticità si concentrano nell'elevato "boarding" che è legato alla difficoltà di avviare i pazienti verso i reparti di ricovero, soprattutto in Medicina Interna, comportando di per sé un aumento del carico di lavoro degli operatori del PS.





12.1 Gli esiti delle cure

Si conferma la tendenza: sempre buoni gli esiti delle cure

Per avere una lettura del sistema più tempestiva, abbiamo scelto come riferimento le informazioni che derivano dal Piano Regionale di Osservazione degli Esiti PrOsE dell'ARS, che coerentemente al nostro obiettivo, si propone di realizzare una cultura organizzativa pragmatica e costruttiva che dipende da tutti i professionisti sanitari.

Per descrivere il sistema si utilizzano tre tipologie di misure di esito:

- cure ospedaliere, che è prevalentemente descrittore di percorsi chirurgici e che coinvolge, oltre alla parte chirurgica, quella infermieristica, la parte anestesiologica, così come la componente gestionale di tipo direzionale;
- reti integrate, capaci di dare risposte sui percorsi tempo dipendenti, che coinvolgono il sistema dell'emergenza urgenza con la parte ospedaliera;
- integrazione ospedale territorio:
 - malattie cronico degenerative, l'intera filiera ha la corresponsabilità dagli esiti delle cure
 - l'unità ospedaliero consultoriale ha il governo del risultato percorso nascita

Cure ospedaliere – percorsi chirurgici

La capacità di garantire buoni standard tecnologici e di expertise è dimostrata dal fatto di assistere ad un costante incremento delle tecniche endoscopiche che raggiungono valori superiori al 94% per le colecistectomie e di oltre il 54% per il tumore del colon, migliore performance regionale. Come si può vedere dai funnel plot delle Figure 1 e 2, l'Ospedale S. Stefano di Prato ha la miglior performance della AUSL TC, con una variabilità tra ospedali ridotta.

Solo una struttura, l'Ospedale S. Giuseppe di Empoli, si discosta in modo significativo (Figura 1 e Figura 2).



Periodo: 2010-2018 Fonte: ARS, 2019

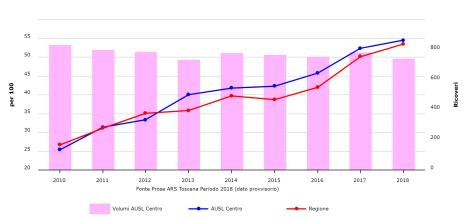
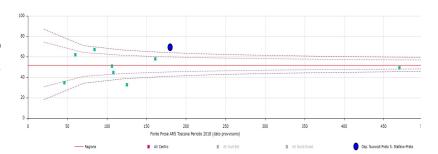


Figura 2

Intervento K colon proporzione endo per 100 Osp. Nuovo di Prato S. Stefano-Prato Periodo: 2017-2018 Fonte: ARS, 2019

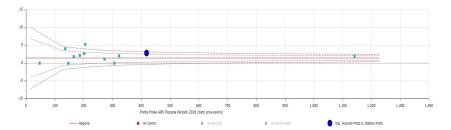


Per quanto riguarda la condotta e gestione della chirurgia a maggior frequenza, osservando l'occorrenza delle complicanze a 30 giorni per colecistectomia laparoscopica, si evidenzia uno scostamento verso l'alto, al di fuori del IC 95%, cioè statisticamente significativo, per gli Ospedali di Santa Maria Nuova di Firenze, Prato e Borgo San Lorenzo (Figura 3). L'indicatore misura anche gli esiti non chirurgici ed è in fase di miglioramento.

Figura 3

Colecistectomia laparoscopia in ordinario rischio complicanze 30gg. per 100
Osp. Nuovo di Prato S. Stefano-Prato Periodo: 2017-2018

Fonte: ARS, 2019



Gli indicatori PrOsE della chirurgia vascolare, calcolati sui valori cumulati 2017 e 2018, evidenziano andamenti in media rispetto alla regione per la mortalità a 30 giorni dall'intervento sia con approccio open che endovascolare nell'intervento per aneurisma non rotto. Anche la percentuale di riammissione a 30 giorni dall'intervento è compresa nella media regionale.

Nell'attività per la chirurgia oncologica nei principali interventi, tumore del colon, del retto e polmone i valori di mortalità per tutti gli ospedali erogatori sono tutti ricompresi nella media regionale.

Per il tumore dello stomaco solo l'Ospedale Santa Maria Annunziata presenta un dato triennale più elevato di mortalità, ma con un trend nel 2018 che si è già significativamente ridotto. Degli ospedali dell'AUSL TC solo l'Ospedale S. Giuseppe di Empoli ha eseguito interventi per tumore del Pancreas, peraltro con una mortalità a 30 giorni dall'intervento non differente dalla media regionale. Egualmente l'Ospedale S. Stefano di Prato è l'unico ad avere eseguito interventi per tumore alla prostata e polmone.

Ancora non completamente conclusa la concentrazione delle casistiche oncologiche, ma con una tendenza in netto miglioramento rispetto all'anno precedente.

I volumi della chirurgia senologica per il trattamento della neoplasia della mammella presentano ancora un elemento di criticità per la numerosità degli interventi effettuati nell'ospedale di Borgo San Lorenzo, che con 45 casi è ampliamente sotto la soglia prevista dal Decreto Ministeriale 70/2015.

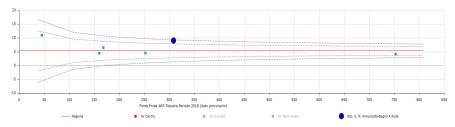
Si sottolinea però, che la relazione tra volumi ed esiti è stata garantita dalle equipe chirurgiche itineranti e da percorsi di cura e GOM comuni e coordinati.

Interventi conservativi Kmammella

Figura 4

Re interventi 120gg. per 100 Osp. S. M. Annunziata Bagno a Ripoli Periodo: 2017-2018

Fonte: ARS, 2019



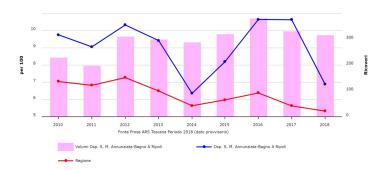


Figura 5

Interventi conservativi K mammella Re interventi 120gg. per 100 Osp. S.M. Annunziata Bagnoa Ripoli Periodo: 2017-2018

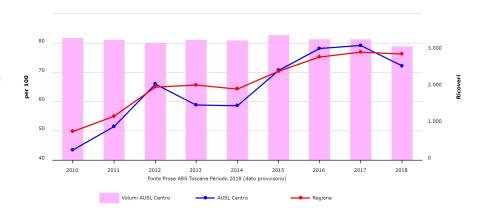
Fonte: ARS, 2019

Ortopedia e Traumatologia

I due traccianti per leggere la traumatologia, ma che leggono anche il livello di organizzazione ospedaliera e il livello di attuazione dell'integrazione professionale, sono rappresentati dalla tempestività e dalla mortalità per intervento per frattura del femore (Figura 6).

Figura 6
Percentuale
di interventi
entro 2gg,
dalla firattura di femore
negli Ospedali
dell'AUSLTC
Periodo: 2010-2018

Fonte: ARS, 2019



Pur garantendo l'Azienda, ancora nel suo insieme, un buon livello di tempestività, si evidenzia un modesto declino, ma soprattutto un ampliamento della variabilità (Figura 7).

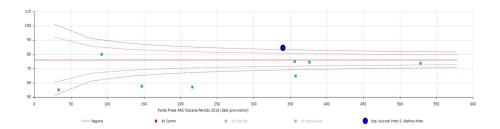
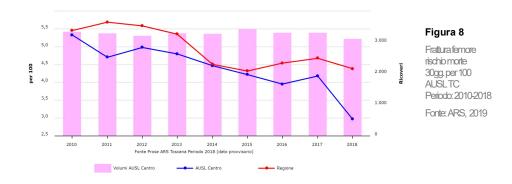


Figura 7
Frattura femore, percentuale interventi 2gg. per 100. Osp. Nuovo di Prato S. Stefano—Prato
Periodo: 2018
Fonte: ARS, 2019

Gli ospedali che presentano maggiori difficoltà sono l'Ospedale Serristori (bassi volumi e performance meno brillante), Ospedale S.Jacopo di Pistoia, Ospedale Cosma e Damiano di Pescia, Ospedale S. Maria Annunziata di Firenze. Per una corretta lettura del precedente indicatore è opportuno valutare la corretta selezione dei pazienti su cui intervenire tempestivamente e questo si evidenzia dal rischio di morte a 30 giorni, che nel 2018 risulta ulteriormente ridotto e statisticamente inferiore alla media regionale (Figura 8).



La variabilità tra ospedali è contenuta e tutti gli ospedali della AUSL TC hanno tassi di mortalità inferiori alla media regionale (Figura 9).

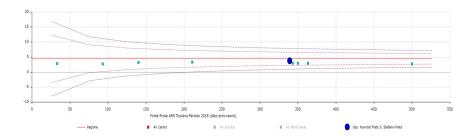
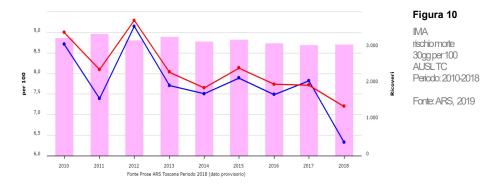


Figura 9
Frattura femore, rischio morte 30gg per 100
Periodo: 2018
Osp. Nuovo di Prato S. Stefano-Prato
Periodo: 2018
Fonte: ARS, 2019

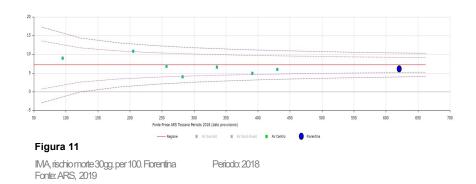
Percorsi tempo dipendenti

La lettura delle reti tempo dipendenti si effettua con prospettiva residenti, poiché i criteri di centralizzazione selezionano i pazienti più gravi in determinate strutture. Se utilizzassimo una prospettiva per ospedale di erogazione, anche applicando sistemi di aggiustamento statistico delle casistiche non si riuscirebbe a contenere tale distorsione dovuta alla corretta applicazione dei criteri clinici di attribuzione dei casi alle diverse strutture. Nella valutazione delle reti tempo dipendenti viene esplorato il sistema dell'emergenza urgenza territoriale, in taluni casi il Pronto Soccorso, e la parte ospedaliera che comprende le unità coronariche, per l'infarto del miocardio, le stroke unit, per l'ictus, ed i setting di degenza ordinaria.

Il rischio di morte dopo infarto del miocardio (IMA) è ampliamente al di sotto della media regionale e da anni evidenzia una tendenza costante alla riduzione (Figura 10).

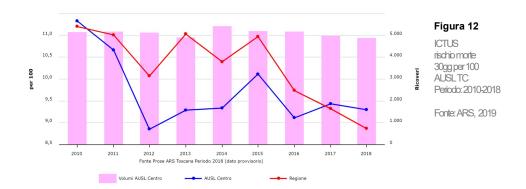


La variabilità, contenuta nelle nostre zone, è sempre al di sotto o prossima alla media regionale, fatto salva la Val di Nievole (Figura 11).

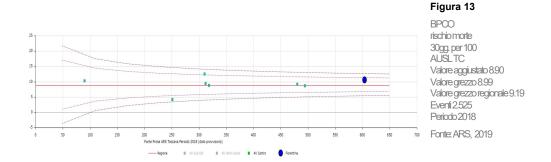


Tale fenomeno è coerente rispetto all'Ospedale di Pescia, ospedale di zona, ma non si conferma se guardiamo il sottogruppo degli infarti Stemi, che è in perfetta media regionale. Tale incoerenza ci orienta nell'effettuare una ri-analisi delle codifiche utilizzate per la dimissione da setting a bassa intensità di cura.

Per quanto concerne l'Ictus si osservano risultati in media regionale, sostanzialmente stabili nel tempo (Figura 12).



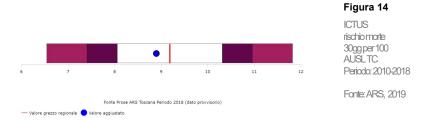
L'analisi della variabilità evidenzia una sola zona ai limiti alti rispetto alla media regionale, comunque coerente con l'ospedale di riferimento. In questo caso è prevista l'attivazione di una specifica analisi delle casistiche (Figura 13).



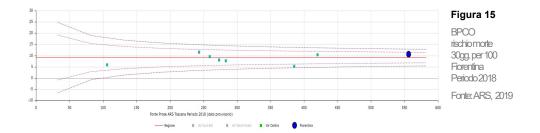
Integrazione ospedale territorio - malattie croniche

Il percorso di cura di tipo medico ha essenzialmente uno sviluppo ad alta integrazione con le cure territoriali, con le cure primarie per le patologie cronico degenerative, con il sistema dell'emergenza territoriale per le patologie tempo dipendenti. A causa di queste due considerazioni la prospettiva di analisi per i percorsi medici sarà basata sulla prospettiva residenti e non sulla prospettiva ospedaliera (di erogazione).

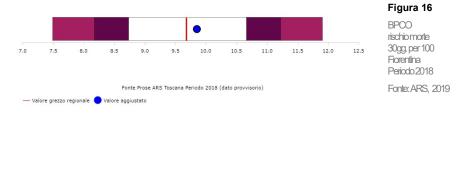
Il rischio di morte a 30 giorni dopo ricovero per BPCO è al di sotto della media regionale. La variabilità di questa performance sugli esiti è contenuta per tutte le zone distretto entro la media regionale (I.C.95%) (Figura 14).

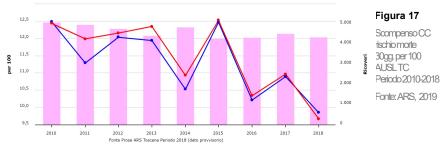


Le riammissioni a 30 giorni da precedente ricovero sono nella media regionale, con un eccesso di riammissioni solo per la zona Empolese – Valdarno Inferiore (Figura 15).

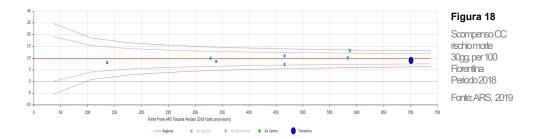


Per il rischio di morte a 30 giorni dopo ricovero per scompenso cardiaco, la performance dell'AUSL TC è in media regionale, con una costante tendenza al miglioramento (Figura 16 e Figura 17).

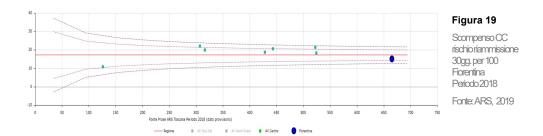




Tutte le zone sono in media regionale, con un eccesso solo per la zona Empolese – Valdarno Inferiore (Figura 18).

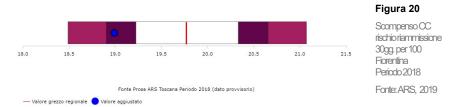


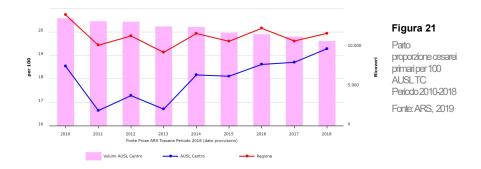
Le riammissioni per scompenso cardiaco sono più alte della media regionale e tutte le zone sono concentrate nella parte alta del funnel plot, fatto salva la zona del Mugello (Figura 19).



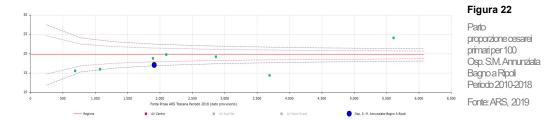
Integrazione ospedale territorio – percorso nascita

L'AUSL TC si conferma con un tasso di parti cesarei primari da anni al di sotto della media regionale, anche se con una tendenza all'aumento, con una differenza statisticamente significativa (Figura 20 e Figura 21).





La variabilità tra i diversi punti nascita è ridotta e sempre al di sotto della media regionale (Figura 22).



12.2 Sintesi della Performance

L'Azienda Sanitaria Toscana Centro è sempre più al centro

Il bersaglio 2018 dell'AUSL TC (Figura 1) presenta un bersaglio più concentrato rispetto all'anno precedente.

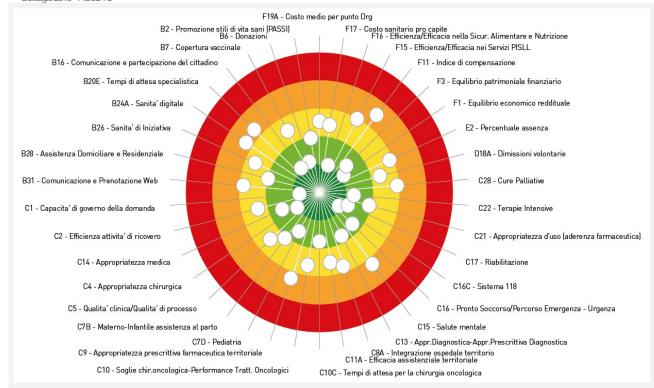
In particolare si evidenzia un'ottima performance per quanto riguarda gli indicatori relativi all'appropriatezza chirurgica (C4a) e la capacità di contenimento dell'ospedalizzazione come risposta ai bisogni di salute (C1). Molto positive le performance aziendali anche per le donazioni d'organi (B6); l'efficacia nella sicurezza alimentare (F16) e l'equilibrio economico generale (F1).

Buone le performance relativa all'appropriatezza anche in altri ambiti quali l'appropriatezza d'uso dei farmaci (C21) e l'appropriatezza diagnostica. Buona anche la performance degli indicatori delle terapie intensive (C22), della riabilitazione (C17); del percorso materno infantile relativi al parto (C7b) e alla pediatria (C7d) ed anche del percorso di emergenza urgenza rappresentato da indicatori relativi all'appropriatezza (C16) ed alla tempestività per l'emergenza territoriale del sistema del 118 (C16C).

La sostenibilità economica e patrimoniale è positiva come rappresentato dal costo sanitario procapite (F17), l'unico segnale di attenzione sul lato economico riguarda il saldo delle compensazioni extraregionali (F11) in quanto il valore economico delle cosiddette fughe extraregione) risulta essere superiore al valore economico delle cosiddette attrazioni extraregionali. Le aree da migliorare che figuravano nella fascia arancione nel 2017 sono complessivamente migliorate ad eccezione dell'indice di compensazione e degli indicatori di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (F15) e dei tempi di attesa specialistica (B20E).

Nel 2018, invece, si evidenziano come aree su cui porre attenzione: la comunicazione e prenotazione web (B31); la sanità digitale (B24A) ed è al limite la percentuale di assenza (E2).

Figura 1 Bersaglio 2018-AUSLTC



LA RISPOSTA DELL'AZIENDA SANITARIA Esti-Performance: Bersagfo MES

Glossario

AUSL TC Azienda USL Toscana Centro

AUSL TNO Azienda USL Toscana Nord Ovest

AUSL TSE Azienda USL Toscana Sud Est

AV Area Vasta

AT Area Territoriale (= ex ASL)

SdS Società della Salute

ZD Zona Distretto

ACOT Agenzia per la Continuità Ospedale Territorio

CDCA Coordinamento Dimissioni Complesse Aziendale

ADI Assistenza Domiciliare Integrata

RSA Residenza Sanitaria Assistita

PDTA Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali

PS Pronto Soccorso

DEA Dipartimento d'Emergenza e Accettazione

detto anche DEU Dipartimento d'Emergenza Urgenza

PAI Piano Assistenziale Individuale

ARS Agenzia Regionale di Sanità

RT Regione Toscana

LR Legge Regionale

DGRT Delibera di Giunta della Regione Toscana

SSR Sistema Sanitario Regionale

SSN Sistema Sanitario Nazionale

LEA Livelli Essenziali di Assistenza

RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE Anno 2019

Versione aggiornata al 02-09-2019

RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE Anno 2019