



RELAZIONE SANITARIA
Anno 2017

La Relazione Sanitaria Aziendale è stata redatta a cura di

per **Lo Stato di Salute**
e il paragrafo Vaccinazioni

UFC Epidemiologia
UFS CeRIMP
In Staff al Dipartimento Prevenzione – Responsabile: dr. Renzo Berti
ARIANI Filippo
BALDASSERONI Alberto
BALZI Daniela
BIFFINO Marco
CIANI PASSERI Antonella
CIPRIANI Francesco
MIGLIETTA Alessandro
ROMEO Gianpaolo

per **La risposta dell’Azienda Sanitaria**

Area Pianificazione ed Analisi della Performance Sanitaria
In Staff alla Direzione Sanitaria – Responsabile: dr. Roberto Biagini
SOC Pianificazione e Valutazione Servizi Sanitari Aziendali
GHERARDESCHI Chiara
RAPANÀ Maurizio

SOC Monitoraggio e Programmazione performance clinico – assistenziale
Pistoia, Prato, Empoli e relazioni con Agenzie esterne
SERGI Alessandro

per **Editing** BEATINI Micaela UFS CeRIMP
UFC Epidemiologia
In Staff al Dipartimento Prevenzione

Si ringraziano tutti gli operatori delle strutture aziendali che hanno inviato dati, informazioni e suggerimenti per la redazione della Relazione Sanitaria Aziendale e l’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana per il prezioso supporto e l’accesso alle banche dati.

LO STATO DI SALUTE

1. CARATTERISTICHE DEL TERRITORIO E DEMOGRAFIA		
1.1	Il territorio dell'Azienda USL Toscana Centro	2
1.2	Contesto demografico	6
2. AMBIENTE		
2.1	L'ambiente	14
3. STILI DI VITA		
3.1	Fumo	20
3.2	Alcol	24
3.3	Peso corporeo	29
3.4	Alimentazione	32
3.5	Attività fisica	34
3.6	Tossicodipendenze: uso di sostanze psicotrope illegali	36
4. MORTALITÀ – MORBOSITÀ		
4.1	La mortalità generale, prematura e per cause principali	40
4.2	Ospedalizzazione generale e per cause principali	45
5. ALCUNE PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE		
5.1	Malattie cardiovascolari	50
5.2	Tumori	58
5.3	Malattie respiratorie e BPCO	62
5.4	Diabete mellito	66
5.5	Malattie infettive	69
5.6	Salute mentale e suicidi	85
5.7	Malattie professionali	89
5.8	Traumatismi e avvelenamenti	91
5.9	Infortuni stradali	93
5.10	Infortuni sul lavoro	99
6. SALUTE DEI GRUPPI DI POPOLAZIONE		
6.1	Salute materno – infantile	104
6.2	Salute degli anziani	109
6.3	Salute in carcere	112

LA RISPOSTA DELL'AZIENDA SANITARIA

7.	ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RIVOLTA ALLA PERSONA	
7.1	Screening oncologici	118
7.2	Vaccinazioni	120
8.	OSPEDALE	
8.1	I volumi dell'attività ospedaliera	124
8.2	Mobilità ospedaliera, indicatori di attività ospedaliera	128
9.	TERRITORIO	
9.1	Agenzia per la Continuità Ospedale Territorio	132
9.2	Assistenza specialistica ambulatoriale	135
9.3	Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	137
9.4	Assistenza farmaceutica territoriale	140
9.5	Riabilitazione	142
9.6	Assistenza ad anziani non autosufficienti	144
9.7	Assistenza di fine vita	146
10.	EMERGENZA URGENZA	
10.1	Servizio 118	150
10.2	Pronto Soccorso	151
11.	ESITI – PERFORMANCE: BERSAGLIO MES	
11.1	Gli esiti delle cure	154
11.2	Performance	166



LO STATO DI SALUTE

RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE

Anno 2017



1. Territorio e Demografia

1.1 Il territorio dell'Azienda USL Toscana Centro

Tra affollamento metropolitano e aree spopolate

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

La densità abitativa, che ha il suo picco massimo nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, varia significativamente tra le nove zone socio-sanitarie, contribuendo alle differenze nelle caratteristiche degli stili di vita, esposizioni ambientali e profili economici e sociali di chi lì vive (Tabella 1).

Tabella 1

Caratteristiche del Territorio e Reddito delle zone distretto e delle AT sanitarie dell'Azienda USL TC con dati aggiornati al 2017

Fonte: ARS, 2018

Zona	Km2	Densità Popolazione per Km ²	% Popolazione che vive in Comuni Montani	Reddito Imponibile Media Pro Capite €. 2015
AT Pistoiese	964	303	5,1	18.790
Pistoiese	699	245	8,7	19.250
Val di Nievole	265	453	0,0	18.121
AT Pratese	365	696	3,6	19.191
AT Fiorentina	3.513	302	9,5	22.681
Fiorentina	102	3.736	0,0	24.630
Fiorentina Nord Ovest	375	594	2,3	21.217
Fiorentina Sud Est	1.905	146	6,0	21.439
Mugello	1.131	57	100	19.544
AT Empolese	933	259	0,0	19.510
Empolese	735	238	0,0	19.266
Valdarno Inferiore	198	339	0,0	20.171
AUSL TOSCANA CENTRO	5.041	323	6,3	20.970
AUSL TOSCANA NORD OVEST	6.389	200	14,4	20.251
AUSL TOSCANA SUD EST	11.557	72	17,4	19.330
REGIONE TOSCANA	22.987	163	11,6	20.355

L'ambito territoriale (AT) Pistoiese coincide con quello della provincia di Pistoia e comprende 9 comuni della zona socio sanitaria Pistoiese e 11 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 toscane dei comuni di Abetone-Cutigliano, Marliana, Sambuca Pistoiese e San Marcello Pistoiese-Piteglio, mentre i comuni della Piana pistoiese (Aglia, 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 Pratese, attraversata dalla valle del Bisenzio, coincide con la zona distretto Pratese e con la provincia di Prato, dove si registra la più alta densità abitativa toscana 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 Empolese comprende gli 11 comuni della zona Empolese Valdelsa (Empolese: Capraia e Limite, Cerreto Guidi, Empoli, Fucecchio, Montelupo Fiorentino, Montespertoli, Vinci; Val d'Elsa: Castelfiorentino, Certaldo, Gambassi Terme, Montaione) della provincia di Firenze e i 4 comuni pisani della zona Valdarno Inferiore (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 Fiorentina coincide con il territorio della Provincia di Firenze con esclusione degli undici comuni del comprensorio Empolese Valdelsa.

Include 4 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 7 comuni (Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa, Vaglia) della cintura metropolitana, 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 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, domestici e attività commerciali. Occupa gran parte dell'area che si estende fino alla piana lucchese interessata per motivi geomorfologici da un significativo effetto serra, con conseguenti frequenti criticità della qualità dell'aria.
- **Mugello**, geograficamente costituito da una larga conca circondata da colline e aree montuose appenniniche, oltre il cui crinale si arriva nella Romagna Toscana, con oltre il 70% di territorio boschivo, ha la più bassa densità abitativa della AUSL Toscana Centro e tutti i suoi 8 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.

- **Fiorentina Sud Est**, con prevalente carattere collinare, presenta aspetti rurali e al tempo stesso urbani con insediamenti sparsi e agglomerati sulle alture. Comprende i comuni del *Chiantishire*, che testimoniano la toscanità nell’immaginario collettivo globalizzato (Greve in Chianti, Impruneta), con le dolci colline, i suoi vini rossi, salumi e bistecca, insieme a quelli della Val di Pesa (San Casciano, Tavarnelle e Barberino Val d’Elsa), che con coerenza paesaggistica ci accompagnano all’area senese. Include anche i comuni del Valdarno superiore (Figline e Incisa, Reggello, Rignano sull’Arno), caratterizzato 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.

1.2 Contesto Demografico

*Siamo sempre di più e si vive sempre più a lungo.
L'invecchiamento solo in parte compensato dagli stranieri*

Continua a crescere l'aspettativa di vita dei residenti nell'AUSL TC, così come in Toscana ed in Italia, anche se nel 2013 e 2015 si è registrata una flessione, recuperata poi negli anni successivi.

Il nostro territorio nel 2015 occupa ancora il vertice della classifica regionale: 86,2 anni nelle femmine e 81,6 nei maschi. Siamo sui livelli tra i più alti nel mondo, in particolare quelli della zona metropolitana tra Firenze, Prato ed Empoli, con il picco di 86,5 nelle femmine della zona Fiorentina Sud Est. In leggero ritardo i valori del Mugello.

Sempre secondo i dati ARS, non è cresciuta invece nel 2015 la speranza di vita a 65 anni, che pure era stata in continua ascesa negli anni precedenti ed è assestata – nel 2015 – a 23 anni per le femmine e di 20 per i maschi.

I dati di ISTAT già disponibili anche per il 2016, ma solo a livello provinciale, confermano l'ulteriore incremento dell'aspettativa di vita nei territori dell'AUSL TC che, con eccezione dei 4 comuni dell'area pisana, sono riconducibili alla Provincia di Firenze (maschi 82,0; femmine: 86,3), Prato (maschi: 81,2; femmine: 85,9) e Pistoia (maschi: 81,1; femmine: 85,8).

Le femmine dell'AT Fiorentina e i maschi dell'AT Fiorentina Nord Ovest vivono più a lungo, quasi un anno più della media regionale, le prime e oltre un anno, i secondi.

I residenti al 1 gennaio 2017 nei 73 Comuni dell'AUSL TC sono 1.627.964 (Maschi: 782.854; Femmine: 845.110), di cui 382.258 (23%) risiedono nel Comune di Firenze (Tabella 2).

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

Tabella 1

Numero di anni di aspettativa di vita alla nascita e a 65 anni nel 2015
calcolati in base ai tassi di mortalità del triennio 2013-2015

Fonte: ARS, 2018

(AT) Area Territoriale	Zona distretto	Speranza di vita alla nascita		Speranza di vita a 65 anni	
		M	F	M	F
Pistoiese		81,4	86,0	19,6	23
	Pistoiese	81,4	86,0	19,6	22,9
	Val di Nievole	81,4	86,0	19,6	23
Pratese		81,6	86,1	19,7	23
Fiorentina		81,7	86,3	19,8	23,2
	Fiorentina	81,6	86,4	20,0	23,3
	Fiorentina Nord Ovest	82,2	86,3	19,9	23,3
	Fiorentina Sud Est	81,4	86,5	19,6	23
	Mugello	80,5	85,7	18,8	22,7
Empolese		81,4	85,9	19,4	22,9
	Empolese	81,6	86,2	19,5	22,9
	Valdarno Inferiore	81,0	85,3	19,1	22,7
AUSL TOSCANA CENTRO		81,6	86,2	19,7	23,1
AUSL TOSCANA NORD OVEST		80,3	85	18,9	22,3
AUSL TOSCANA SUD EST		81,2	85,6	19,5	22,8
REGIONE TOSCANA		81	85,6	19,4	22,7

I residenti nell'AUSL TC sono il 43,4% del totale dei toscani ed oltre 1 su 3 vive nei due Comuni di Firenze e Prato. L'AT Pratese è anche la zona distretto più popolosa con oltre 250.000 abitanti.

Oltre metà degli assistiti vivono nel territorio della precedente Azienda USL Fiorentina (51,6%) mentre gli altri sono distribuiti in modo piuttosto equilibrato tra le altre AT Pistoiese (18,0%), Pratese (15,6%) ed Empolese (19,9%).

Nel 2017, l'Azienda Sanitaria Toscana Centro è l'unica in Toscana a segnare un saldo demografico non negativo, grazie all'immigrazione che ha compensato il forte saldo naturale negativo che è sostenuto dai decessi di anziani non bilanciati dalle nuove nascite (Tabella 3).

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, nel 2017, dall'anagrafe: 7,2 per 1.000 residenti).

Tabella 2

Popolazione residente nell'Azienda USL TC per Comune Zona Distretto al 01.01.2017

Fonte: ARS su dati ISTAT, 2018

ZONA DISTRETTO	Comune di Residenza	M	F	Totale	
Pistoiese	Abetone-Cutigliano	1.007	1.077	2.084	
	Aglia	8.669	8.999	17.668	
	Marliana	1.599	1.616	3.215	
	Montale	5.244	5.514	10.758	
	Pistoia	43.049	47.156	90.205	
	Quarrata	12.790	13.477	26.267	
	Sambuca Pistoiese	803	767	1.570	
	San Marcello Pistoiese-Piteglio	3.753	4.281	8.034	
	Serravalle Pistoiese	5.694	5.972	11.666	
	Totale zona Pistoiese	82.608	88.859	171.467	
Val di Nievole	Buggiano	4.198	4.570	8.768	
	Chiesina Uzzanese	2.268	2.313	4.581	
	Lamporecchio	3.627	3.867	7.494	
	Larciano	3.091	3.275	6.366	
	Massa e Cozzile	3.816	4.160	7.976	
	Monsummano Terme	10.354	10.994	21.348	
	Montecatini Terme	9.385	11.073	20.458	
	Pescia	9.412	10.119	19.531	
	Pieve A Nievole	4.487	4.766	9.253	
	Ponte Buggianese	4.282	4.562	8.844	
	Uzzano	2.783	2.970	5.753	
Totale zona Val di Nievole	57.703	62.669	120.372		
AT PISTOIESE		140.311	151.528	291.839	
Empolese	Capraia e Limite	3.832	3.885	7.717	
	Castelfiorentino	8.446	9.004	17.450	
	Cerreto Guidi	5.292	5.637	10.929	
	Certaldo	7.891	8.268	16.159	
	Empoli	23.146	25.296	48.442	
	Fucecchio	11.443	11.960	23.403	
	Gambassi Terme	2.364	2.488	4.852	
	Montaione	1.817	1.872	3.689	
	Montelupo Fiorentino	6.893	7.343	14.236	
	Montespertoli	6.661	6.850	13.511	
	Vinci	7.043	7.521	14.564	
	Totale zona Empolese	84.828	90.124	174.952	
	Valdarno Inferiore	Castelfranco Di Sotto	6.631	6.719	13.350
		Montopoli In Val D'Arno	5.481	5.634	11.115
San Miniato		13.596	14.278	27.874	
Santa Croce Sull'Arno		7.386	7.369	14.755	
Totale zona Valdarno Inferiore	33.094	34.000	67.094		
AT EMPOLESE		117.922	124.124	242.046	
Pratese	Cantagallo	1.551	1.569	3.120	
	Carmignano	7.140	7.318	14.458	
	Montemurlo	9.187	9.423	18.610	
	Poggio a Caiano	4.856	5.140	9.996	
	Prato	93.079	99.390	192.469	
	Vaiano	4.814	5.100	9.914	
	Vernio	2.977	3.064	6.041	
AT PRATESE		123.604	131.004	254.608	
Fiorentina	Firenze	179.225	203.033	382.258	
Fiorentina Nord Ovest	Calenzano	8.637	9.066	17.703	
	Campi Bisenzio	22.951	23.927	46.878	
	Fiesole *	6.665	7.344	14.009	
	Lastra a Signa	9.991	10.321	20.312	
	Scandicci	24.202	26.313	50.515	
	Sesto Fiorentino	23.230	25.830	49.060	
	Signa	9.349	9.886	19.235	
	Vaglia	2.500	2.639	5.139	
	Totale zona Fiorentina NO	107.525	115.326	222.851	
Fiorentina Sud Est	Bagno a Ripoli	12.132	13.437	25.569	
	Barberino Val D'Elsa	2.177	2.229	4.406	
	Figline e Incisa In Valdarno	6.716	7.103	13.819	
	Greve In Chianti	11.318	12.102	23.420	
	Impruneta	7.065	7.570	14.635	
	Londa	945	907	1.852	
	Pelago	3.757	3.978	7.735	
	Pontassieve	9.933	10.674	20.607	
	Reggello	8.022	8.318	16.340	
	Rignano Sull'Arno	4.305	4.401	8.706	
	Rufina	3.588	3.703	7.291	
	San Casciano In Val di Pesa	8.247	8.878	17.125	
	San Godenzo	568	574	1.142	
	Tavarnelle Val Di Pesa	3.858	3.928	7.786	
	Totale zona Fiorentina SE	82.631	87.802	170.433	
Mugello	Barberino Di Mugello	5.384	5.456	10.840	
	Borgo San Lorenzo	8.950	9.438	18.388	
	Dicomano	2.824	2.739	5.563	
	Firenzuola	2.321	2.339	4.660	
	Marradi	1.538	1.549	3.087	
	Palazzuolo Sul Senio	570	561	1.131	
	Scarperia e San Piero	5.987	6.163	12.150	
	Vicchio	4.062	4.048	8.110	
	Totale zona Mugello	35.081	35.839	70.920	
AT FIORENTINA		401.407	438.454	839.471	
AUSL TOSCANA CENTRO		782.854	845.110	1.627.964	
AUSL TOSCANA NORD OVEST		403.278	432.482	835.760	
AUSL TOSCANA SUD EST		616.752	661.961	1.278.713	
REGIONE TOSCANA		1.802.884	1.939.553	3.742.437	

* Dal 1 gennaio 2018
Fiesole passerà
dalla Zona fiorentina
Nord Ovest
alla Zona fiorentina
Sud Est

Grazie all'immigrazione e ad una denatalità meno marcata, è anche la seconda Provincia italiana dopo Bolzano per crescita totale (saldo tra crescita naturale e del tasso migratorio: 5,7 per 1.000 abitanti).

Dai primi anni '90 i residenti nell'AUSL TC sono cresciuti di circa 130.000 soggetti (+9%), con incrementi maggiori nella zona Pratese (+16%), Valdarno Inferiore e nel Mugello (+15%).

Una diminuzione (-1,6%) si è verificata solo nell'AT Fiorentina.

Tabella 3

Percentuale di Residenti per Classe di Età nell'Azienda USL Toscana Centro – 2017
 Fonte: ARS, su dati Istat, 2018

Aree Territoriali Zona Distretto	Saldo Migratorio		Saldo Naturale		Saldo Totale		Var % Residenti 1995 - 2017
	Immigrati	x1.000	Nati	x 1.000	Entrati	x 1.000	
	Emigrati	Abitanti	Morti	Abitanti	Usciti	Abitanti	
AT Pistoiese	1.499	5,1	-1.446	-4,9	53	0,2	9,9
Pistoiese	1.038	6	-782	-4,6	256	1,5	9,4
Val di Nievole	461	3,8	-664	-5,5	-203	-1,7	10,6
AT Pratese	1.850	7,2	-387	-1,5	1.463	5,7	15,9
AT Empolese	900	3,7	-933	-3,9	-33	-0,1	4,5
Empolese	708	4,1	-769	-4,4	-61	-0,4	-1,6
Valdarno Inferiore	192	2,9	-164	-2,4	28	0,4	10,3
AT Fiorentina	2.580	3,1	-3.682	-4,4	-1.102	-1,3	8,0
Fiorentina	571	1,5	-1.881	-4,9	-1.310	-3,4	15,4
Fiorentina Nord Ovest	650	2,9	-662	-3	-12	-0,1	14,7
Fiorentina Sud Est	971	5,7	-837	-4,9	134	0,8	14,4
Mugello	388	6,1	-302	-4,7	86	1,3	15,5
AUSL TOSCANA CENTRO	6.829	4,2	-6.448	-4	381	0,2	8,5
AUSL TOSCANA NORD OVEST	3.518	2,8	-7.242	-5,7	-3.724	-2,9	
AUSL TOSCANA SUD EST	2.613	3,1	-4.739	-5,7	-2.126	-2,6	
REGIONE TOSCANA	12.960	3,5	-18.429	-4,9	-5.469	-1,5	

La struttura per età non varia molto tra zone distretto ed AT (Tabella 4). Nelle zone Fiorentina Nord Ovest, Pratese e 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 i loro coetanei, a causa della differenza di mortalità per genere e per età, tanto che dopo gli 85 anni sono oltre il doppio dei maschi (femmine: 44.982; maschi: 21.847).

Gli ultra64enni sono aumentati da 267.358 nel 1990 a 398.032 del 2017 (+49 %). Nello stesso anno 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.

Confrontando gli indicatori demografici per area geografica, si rilevano segnali demograficamente meno regressivi nell'AUSL TC rispetto al resto della Toscana (Tabella 5). In particolare sono un po' più bassi i valori dell'indice di vecchiaia (numero di ultra64enni per 100 giovani tra 0 e 14 anni) e dell'indice di dipendenza anziani (numero di ultra64enni per 100 in età produttiva – 15/64 anni) e del tasso di mortalità generale.

Tabella 4

Indicatori demografici dell'Azienda USL Toscana Centro – 2017 Fonte: ARS su dati ISTAT

(AT) Aree Territoriali Zone Distretto	Classi di Età - %								Totale Popolazione
	0-4	05-14	15-34	35-54	55-64	65-74	75-84	85+	
AT Pistoiese	3,9	8,8	18,6	30,5	13,3	11,8	9,1	4,1	291.839
Pistoiese	3,9	8,9	18,2	30,2	13,3	12	9,3	4,2	171.467
Val di Nievole	3,8	8,8	19,2	30,9	13,3	11,4	8,8	3,9	120.372
AT Pratese	4,4	9,9	20,0	31,0	12,6	10,7	7,9	3,5	254.608
AT Fiorentina	3,9	8,9	18,9	30,1	12,9	11,7	9,3	4,4	839.471
Fiorentina	3,8	8,2	19,3	30,2	12,7	11,4	9,5	4,9	382.258
Fiorentina Nord Ovest	4,2	9,7	18,7	30,6	12,2	11,7	9,2	3,7	222.851
Fiorentina Sud Est	3,6	9,2	18,4	29,3	13,7	12,3	9,3	4,2	170.433
Mugello	4,0	9,3	19,3	29,6	14,0	11,5	8,3	4,0	63.929
AT Empolese	4,2	9,4	19,3	31,2	12,5	11,0	8,5	3,9	242.046
Empolese	4,1	9,4	19,1	31,3	12,5	11,1	8,7	4,0	174.952
Valdarno Inferiore	4,5	9,5	19,9	31,1	12,7	10,7	8,1	3,5	67.094
AUSL TOSCANA CENTRO	4	9,1	19,1	30,5	12,9	11,4	8,9	4,1	1.627.964
REGIONE TOSCANA	3,9	8,8	18,8	30,3	13,2	11,8	9,1	4,2	3.742.437

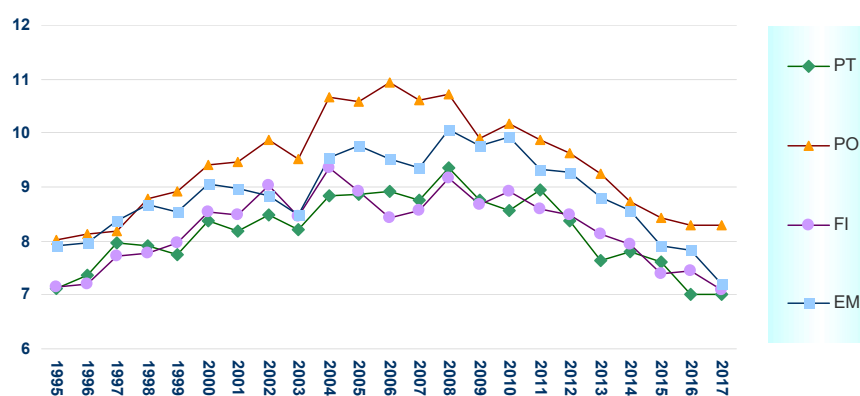
L'AT Pratese ha l'indice di vecchiaia più basso di tutte le zone distretto toscane, grazie alla presenza di giovani coppie straniere ed al maggior numero di nascite. L'AUSL TC e le sue aree territoriali hanno anche i valori più elevati di incremento della popolazione, dei tassi di natalità e fecondità 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 40% e la propensione delle coppie a fare figli è in costante e progressiva diminuzione dal 2008, anno di 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 Natalità (nuovi nati su popolazione residente per 1.000 abitanti) nel periodo 1995-2017 per AT di Residenza

Fonte: ARS su dati ISTAT



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% 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 6

Stranieri Regolarmente Residenti – 2017

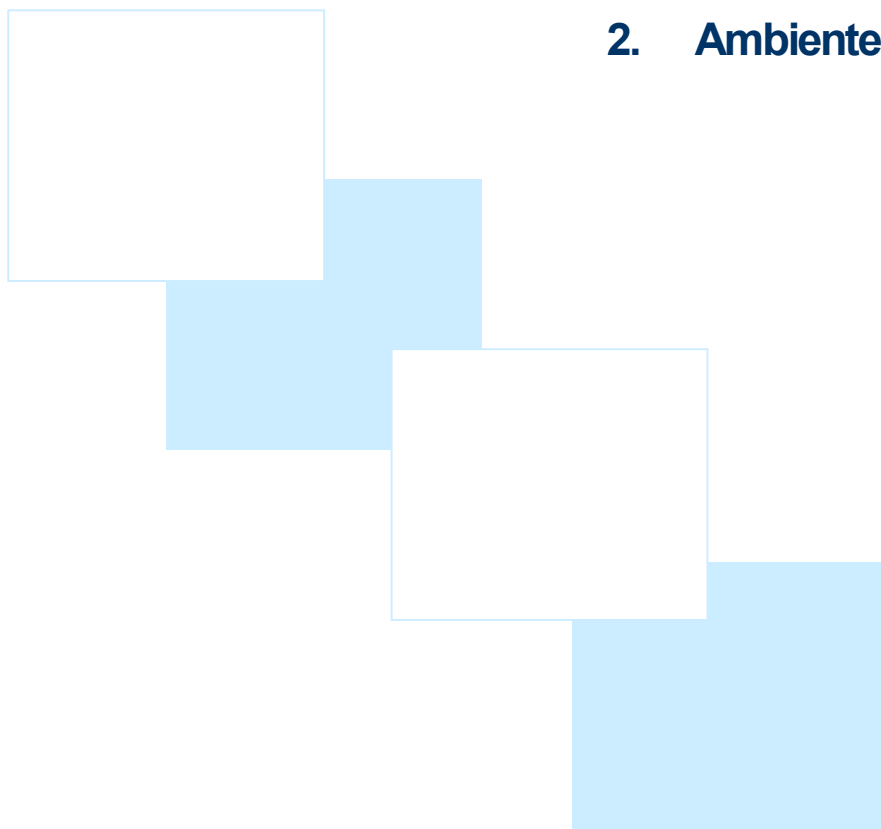
Fonte: ARS su dati ISTAT

(AT) Aree Territoriali Zone Distretto	Stranieri				
	Presenti		Nuovi Iscritti		Nuovi Nati
	N	x 100	N	x 1.000	x 100
AT Pistoiese	27.634	9,5	1.870	6,4	18,9
Pistoiese	14721	8,6	1.114	6,5	18,3
Valdinievole	12913	10,8	756	6,3	20
AT Pratese	44.728	17,5	2.872	11,2	33,1
AT Empolese	30.814	12,7	1.789	7,4	24,1
Empolese	22.412	12,8	1.410	8,1	23
Valdarno Inferiore	8.402	12,5	379	5,6	26,7
AT Fiorentina	108.910	13	6.091	7,3	21,6
Fiorentina	59.992	15,8	2.817	7,4	25,2
Fiorentina Nord Ovest	27.329	12,3	1.505	6,7	21,6
Fiorentina Sud Est	15.399	9	1.288	7,5	16,5
Mugello	6.190	9,7	481	7,5	13,5
AUSL TOSCANA CENTRO	212.086	13	12.622	7,7	23,6
AUSL TOSCANA NORD OVEST	106.443	8,4	7.981	6,3	14,6
AUSL TOSCANA SUD EST	89.934	10,8	6.191	7,4	18,7
REGIONE TOSCANA	408.463	10,9	26.794	7,2	19,6

Tra i nuovi nati nell'AUSL TC la proporzione di stranieri è passata dal 16% del 2005 a circa il 24% del 2017, con valori molto elevati nell'AT Pratese (33%).

Tra le donne straniere si comincia a registrare una nuova tendenza alla riduzione nella propensione a fare figli, analogamente a quanto già sta accadendo da molti anni nelle italiane, anche se con un'intensità al momento moderata.

2. Ambiente



2.1 L'ambiente

*Stabile e nei limiti della norma la qualità dell'aria.
Parametri OMS di salute ancora non raggiunti*

L'inquinamento ambientale è responsabile in Italia di circa il 7% degli anni di vita e in salute che perdiamo per morte prematura, malattia e disabilità e di questi circa il 5% è causato dalla cattiva qualità dell'aria. Le centraline di ARPAT per il monitoraggio dell'aria in Toscana sono 37, di cui 12 nel territorio dell'AUSL TC:

- 7 dell'agglomerato di Firenze (FI-Boboli, FI-Bassi, FI-Gramsci, FI-Mosse, FI-Settignano, FI-Scandicci, FI-Signa);
- 4 della zona Pistoia e Prato (PO-Roma; PO-Ferrucci; PT-Signorelli; PT-Montale);
- 1 della zona Valdarno aretino e Valdichiana (FI-Figline).

I valori di questa, attivata nel 2016, sono stati esclusi perché la centralina non ha superato gli standard operativi.

Delle 12:

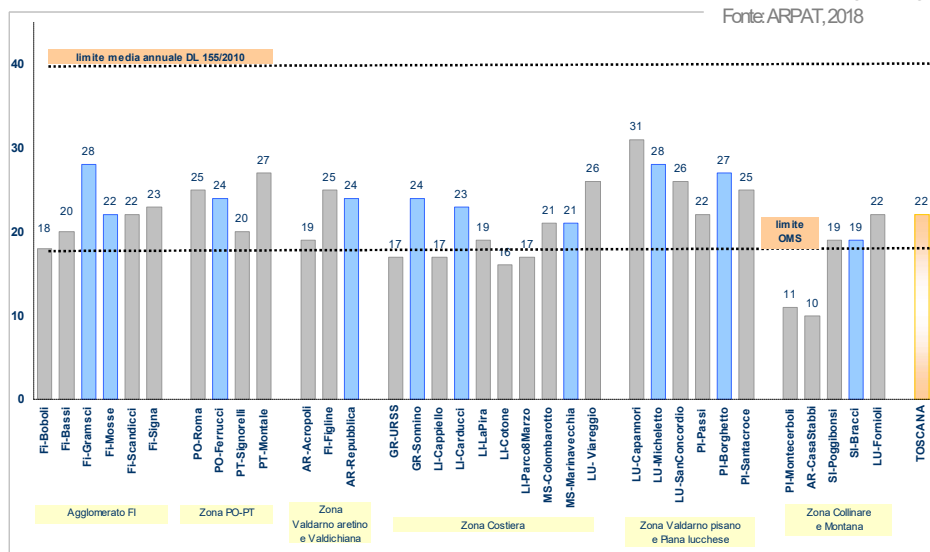
- 3 sono di traffico (FI-Gramsci; FI-Mosse; PO-Ferrucci)
- 9 sono di fondo
- 2 sono suburbane (FI-Settignano; PT-Montale)
- 10 sono urbane

Con esclusione di FI-Settignano, tutte misurano il PM10, mentre gli altri inquinanti (PM2,5, NO2, CO, Benzene, IPA, O3, As, Ni, Cd, Pb) sono misurati solo in alcune. Rispetto al particolato PM10, tutte le stazioni del territorio dell'AUSL TC, così come quelle di tutta la regione, hanno rispettato nel 2017 il limite di legge (D.L. n.155/2010) rispetto al parametro "media annuale" (valore limite: 40µg/m3).

Le medie sono in diminuzione rispetto al 2007, ma stabili rispetto all'anno precedente.

La stazione PT-Montale ha registrato un solo superamento/anno delle medie giornaliere $>50\mu\text{g}/\text{m}^3$ rispetto al limite di 35 superamenti/anno consentiti dalla normativa vigente (nel 2016 erano stati 43); le stazioni di PO-Roma e PO-Ferrucci hanno registrato un numero di superamenti, rispettivamente con 23 e 25, entrambi inferiori a tale limite. I dati relativi alle stazioni di fondo confermano lo stato di debolezza della qualità dell'aria nella pianura Prato – Pistoia. Complessivamente anche nel 2017 si rafforza la tendenza alla riduzione dei superamenti rispetto ai valori del 2007, ma anche degli anni più recenti. Rispetto ai valori guida raccomandati dall'OMS per la salvaguardia della salute (media annua: $20\mu\text{g}/\text{m}^3$; numero superamenti giornalieri/anno: 3), tutte le stazioni della zona Prato – Pistoia e dell'agglomerato fiorentino superano la media annua, con l'eccezione di quella di fondo FI-Boboli.

Figura 1
Medie annuali PM10, Anno 2017
Fonte: ARPAT, 2018



Considerando il monitoraggio del PM_{2,5}, il valore limite di legge della media annuale (26µg/m³) è stato rispettato in tutte le stazioni della regione, comprese quindi quelle dell'agglomerato fiorentino e della zona Prato-Pistoia.

Il trend temporale della media annuale è stabile da almeno 5 anni. Anche nel caso del PM_{2,5} – nel 2016 – non è stato rispettato il limite raccomandato dall'OMS per la protezione della salute (26µg/m³), come peraltro accade, seppure in misura inferiore, in tutte le altre stazioni regionali.

Rispetto all'NO₂, il valore limite di legge relativo alla media annuale (40µg/m³), in tutta la regione è stato superato nelle stazioni di traffico di Firenze (FI-Gramsci: 64µg/m³; Firenze-Mosse: 42µg/m³), come già accaduto nel 2016. Lo stesso è vero per la soglia dell'OMS raccomandata per la salute fissata sempre a 40µg/m³. Nel corso degli anni l'inquinamento da NO₂ è piuttosto stabile, anche se si è ridotto maggiormente nell'agglomerato fiorentino che partiva da valori più elevati e dove, comunque, permangono i superamenti dei valori di legge.

L'Ozono si conferma una criticità nell'AUSL TC come in Toscana, con superamenti dei limiti di legge (massimo 25 superamenti come media triennale, della media giornaliera di 8 ore >120µg/m³) in tutte le tre stazioni di monitoraggio fiorentine e pistoiesi (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 di media giornaliera su 8 ore >120µg/m³).

Nell'ultimo decennio, i valori di Ozono si sono mantenuti elevati e critici in tutte le stazioni regionali.

In tutte le stazioni di monitoraggio toscane, i valori di CO, SO₂ e H₂S nel 2017, così come nell'anno precedente, sono sempre molto al di sotto dei limiti di legge ed anche dei valori OMS raccomandati per la salute. 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, ma non in quelle traffico, dove si supera costantemente il valore raccomandato.

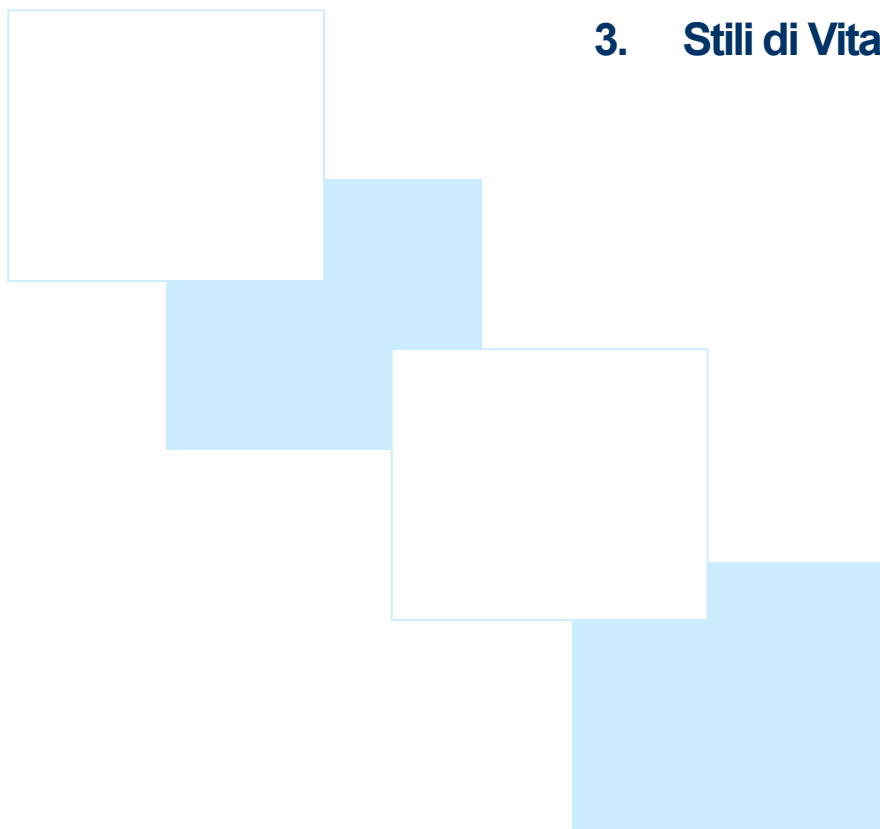
Rispetto alle campagne di monitoraggio del Benzo(a)pirene, nel 2017 i valori sono sempre al di sotto del limite di legge, mentre sono sempre al di sopra di quello raccomandato dall'OMS per la salute. Nelle stazioni di misura, nel 2017 tutti i rilievi sono largamente entro i valori obiettivo per Arsenico, Cadmio e Nichel ed al di sotto del valore limite del Piombo.

Ancora poco valorizzato è il contributo della combustione di biomasse rispetto all'inquinamento da polveri sottili PM₁₀ - PM_{2,5} - PM₁, che si aggira sul 30%-40% del totale, decisamente superiore a quello dovuto ai riscaldamenti domestici a gas, al traffico veicolare e alle polveri naturali. La crisi economica è la causa principale della diffusione esponenziale dei sistemi di riscaldamento a legna.

In conclusione, la qualità dell'aria respirata da chi vive e lavora nell'area dell'AUSL TC rispetta perlopiù i limiti normativi, ma è ancora lontana dagli standard di qualità raccomandati dall'OMS per la salute. Criticità maggiori si confermano anche nel 2017 nell'area della piana tra Pistoia e Lucca.

Ogni sforzo deve essere indirizzato all'applicazione di politiche di dimostrata efficacia per il miglioramento della qualità dell'aria, con attenzione anche alle nuove fonti di inquinamento dovuto alla combustione di biomasse.

3. Stili di Vita



3.1 Fumo

Trend complessivo in diminuzione, ma incrementano i giovani fumatori, soprattutto femmine

Secondo i dati dello studio PASSI, la percentuale di fumatori adulti (18-69 anni) nell'AUSL TC è in linea con il dato regionale – entrambe 26.0% – con la ben nota maggiore proporzione di fumatori maschi (Figura 1). Tra le AT dell'AUSL TC, nel periodo 2013-2016, si registrano più fumatori maschi nell'AT Pistoiese (32.1%).

Rispetto alla media regionale, la percentuale di maschi fumatori è maggiore in tutte le AT dell'AUSL TC, ad eccezione di quella Empolese. Viceversa la percentuale di fumatrici nell'AUSL TC rispetto alla media regionale è inferiore in tutte le AT ad eccezione di quella Fiorentina.

Da segnalare la bassa proporzione di fumatori di entrambi i generi nell'AT Empolese.

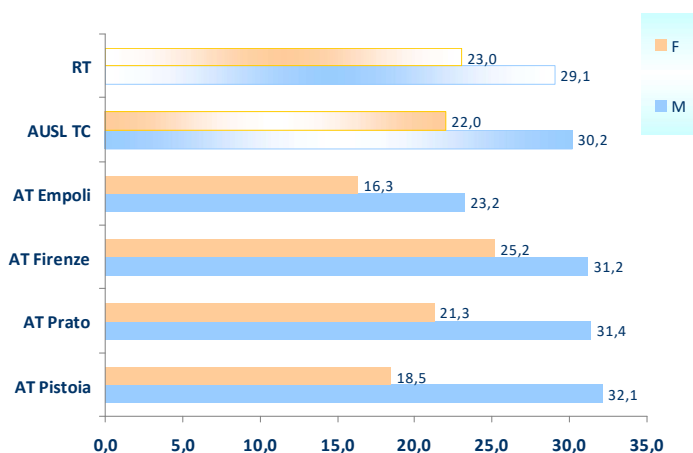
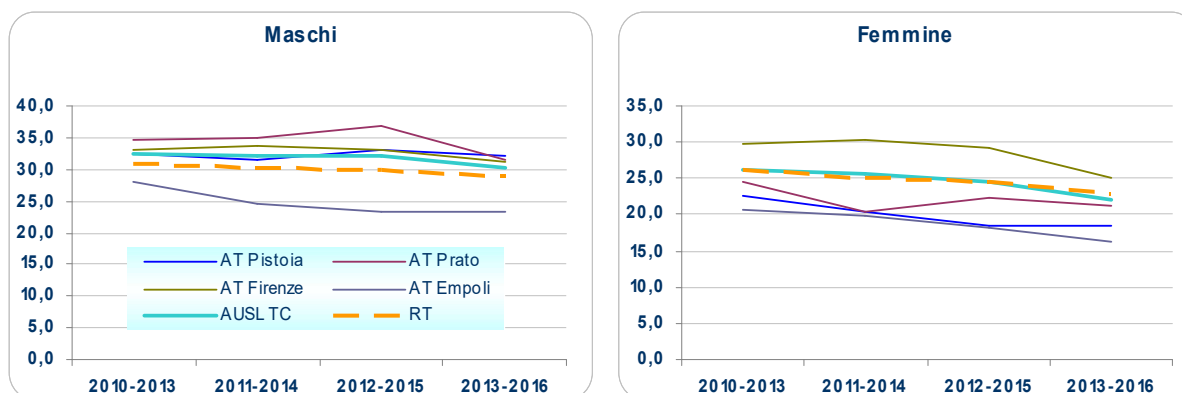


Figura 1

Percentuale di fumatori adulti (18-69 anni) per Genere ed Area Territoriale di Residenza dell'Azienda USL Toscana Centro
Periodo: 2013-2016
Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2017

Analogamente a quanto sta accadendo nei paesi a sviluppo economico avanzato, la proporzione di fumatori adulti è in costante e progressiva diminuzione a livello di AUSL TC scendendo dal 28.2% - del 2012-2015 - al 26.0% - del 2013-2016 - (Figura 2).

Figura 2
Andamento temporale della percentuale di fumatori adulti (18-69 anni) per Genere ed AT di Residenza dell'AUSL TC
Fonte: Studio PASSI, Regione Toscana, 2017



Focalizzando l'attenzione sull'età giovanile dell'inizio al fumo, i dati 2015 dello studio EDIT di ARS negli adolescenti di età 14-19 anni (Figura 3), mostrano una quota di fumatori nell'AUSL TC in linea con il dato regionale.

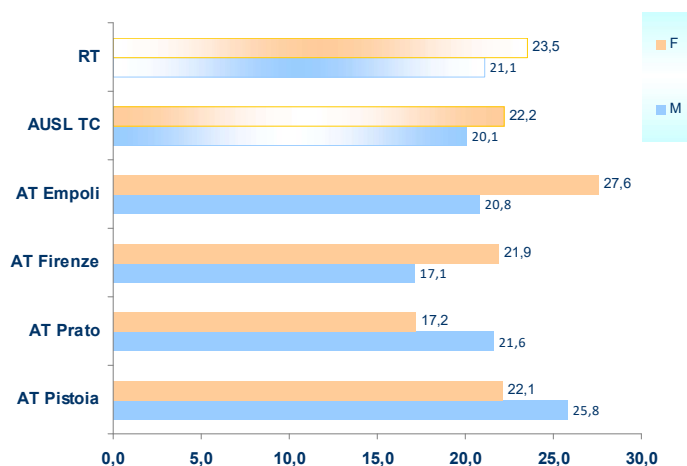


Figura 3
Percentuale di fumatori adolescenti (14-19 anni) per Genere ed Area Territoriale (AT) di Residenza dell'Azienda USL Toscana Centro
Fonte: Studio PASSI Regione Toscana, 2015

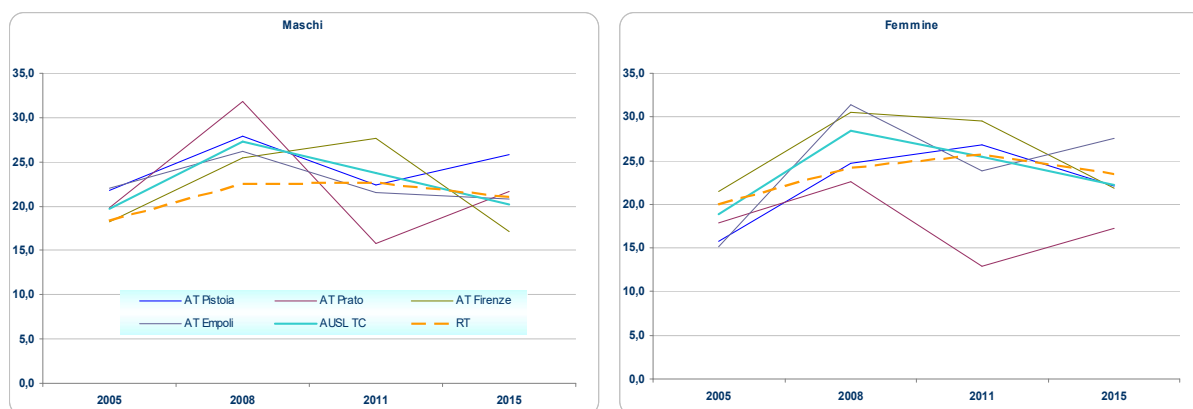
Nelle AT Empolese e Pistoiese si rilevano quote maggiori di giovani fumatori rispetto alla media regionale (24.1% e 24.0%, rispettivamente). L'analisi per genere mostra come in questa fascia di età, rispetto a quella più adulta, siano le femmine a fumare di più. Questo pattern è osservabile sia a livello regionale (23.5% vs 22.2%) che di AUSL TC (22.2% vs 21.2%) e di AT Fiorentina ed Empolese, ma non in quella Pratese e Pistoiese. Da rilevare come nell'AT Empolese le ragazze fumatrici siano il doppio di quelle adulte (27.6% vs. 16.3%).

Nel corso degli anni si rileva un decremento dei giovani fumatori a livello di AUSL TC e di Regione Toscana, ma sono osservabili differenze territoriali e di genere (Figura 4).

Infatti, un trend in crescita si registra sia per i maschi che per le femmine nell'AT Pratese, solo per i maschi nell'AT Pistoiese e solo per le femmine nell'AT Empolese, dove vi è il maggiore incremento percentuale (da 23.8% nel 2011 a 27.6% nel 2015).

Figura 4

Andamento temporale della proporzione di fumatori adolescenti (14-19 anni) per Genere ed AT di Residenza dell'Azienda USL TC
 Fonte: Studio EDIT, ARS, 2015



Continua il trend in aumento degli adulti che non consentono di fumare nella propria casa, con un incremento dalla rilevazione 2012-2015 a quella 2013-2016, così distribuito:

- Toscana da 77.4% ⇨ a 79.1%
- AUSL TC da 76.7% ⇨ a 78.6%
- AT Pratese da 80.6% ⇨ a 82.4%
- AT Pistoiese da 77.9% ⇨ a 80.0%
- AT Fiorentina da 73.6% ⇨ a 75.4%
- AT Empolese da 81.6% ⇨ a 84.0%

In conclusione, viene 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 area territoriale, 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 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 da quelli che non iniziano. Rispetto ai maschi che non fumano, i fumatori sono più rappresentati nelle classi socio-economiche più basse. Il contrario è tendenzialmente riscontrato nelle donne, in particolare quelle giovani. Nell'AUSL TC, l'insieme delle evidenze sottolinea la necessità di rinforzare interventi per far smettere di fumare in tutte le fasce di età e genere e d'implementare interventi di prevenzione dell'inizio al fumo mirati agli adolescenti e ragazzi con modalità mutate dalle evidenze scientifiche secondo i criteri della *evidence based prevention*.

3.2 Alcol

Diminuisce negli adulti, ma con differenze territoriali e incrementa nelle giovani femmine

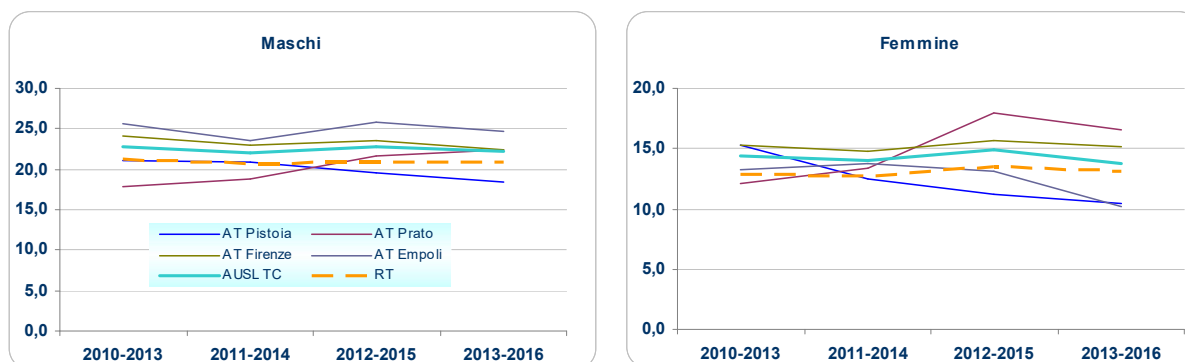
Secondo i dati dello studio PASSI, nell'AUSL TC la percentuale di adulti (18-69 anni) da considerarsi "bevitore a rischio" scende dal 18.8% nel 2012-2015, al 17.9% nel 2013-2016, in linea con il trend regionale (Figura 5). Si considera bevitore a rischio chi ha un consumo abituale maggiore di due bevute alcoliche al giorno se maschio e uno se femmina, o un consumo di oltre 5 bevute in una sola occasione o chi beve solo o prevalentemente fuori pasto.

In tutte le aree territoriali, il trend è in leggera diminuzione, ad eccezione di quella Pratese, dove si conferma l'incremento osservato fin dalla rilevazione 2010-2015 (15.0%) registrando il valore più elevato nella rilevazione 2013-2016 (19.5%).

L'analisi per genere mostra che l'incremento negli adulti dell'AT Pratese è legato ad un incremento dei bevitori a rischio nel genere maschile che passa dal 21.6% nel 2012-2015, al 22.4% nel 2013-2016. La maggior parte dei bevitori a rischio tra i maschi si registra però nell'AT Empolese (24.6%), mentre tra le femmine nell'AT Pratese (16.6%).

Figura 5

Andamento temporale percentuale di bevitori a rischio adulti (18-69 anni) per Genere e AT di Residenza dell'Azienda USL TC
Fonte: Studio PASSI, Regione Toscana



Nella categoria dei forti bevitori, cioè quei soggetti che consumano più di 2 unità alcoliche al giorno, se uomini, e più di 1, se donne, nonostante il trend in diminuzione, l'AT Empolese mostra i valori più elevati (Figura 6).

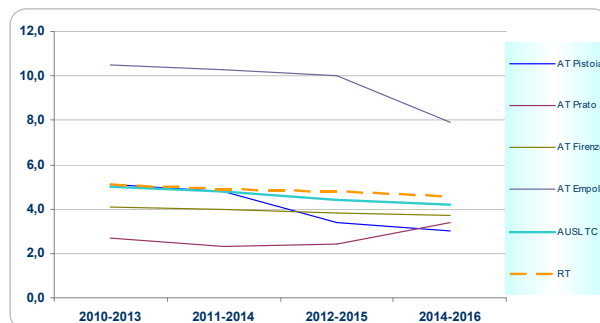


Figura 6

Andamento temporale della percentuale di forti bevitori adulti (18-69 anni) per Genere e Area Territoriale di Residenza dell'Azienda USL TC
Fonte: Studio PASSI, Regione Toscana

Un modesto incremento è osservato nell'AT Pratese, da 2.4% nel 2012-2015 a 3.5% nel 2013-2016. Globalmente, l'AUSL TC mostra valori percentuali in linea con la media regionale.

Secondo i dati dello studio EDIT 2015 di ARS, nell'AUSL TC la percentuale di giovani 14-19 anni che ha avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno è scesa in entrambi i generi con un decremento globale dal 50.7% nel 2011, al 46.8% nel 2015. Questo trend è in contrasto con quello regionale, dove invece si osserva un incremento dal 48.7% del 2011, al 50.7% del 2015.

Differenze sono osservate per aree territoriali, con quella Pistoiese ed Empolese che riportano un incremento dal 2011 al 2015 sia nei maschi (AT Pistoiese: da 51.5% a 57.7%; AT Empolese: da 47.7% a 48.1%) che nelle femmine (AT Pistoiese: da 40.2% a 42.2%; AT Empolese: da 40.8% a 41.9%).

La diminuzione generale è sostenuta soprattutto nell'AT Fiorentina (da 55,7% a 46,8%), in particolare nei maschi, e in minore misura in quella Pratese (da 45,8 % a 44,7 %).

Il *binge drinking*, ovvero il consumo di 5 o più bevute alcoliche in un'unica occasione, è correlato con un incrementato rischio di eventi traumatici ed episodi di violenza individuale e collettiva. Secondo lo studio PASSI 2013-2016, nell'AUSL TC il *binge drinking* è esperienza vissuta dall'8.6% degli adulti di età 18-69, stabile rispetto alla rilevazione del 2012-2015 (8.8%) e sostanzialmente in linea col dato regionale (8.3%). Tutte le aree territoriali mostrano un trend in diminuzione degli episodi di *binge drinking*, con quella Pistoiese ed Empolese che riportano percentuali inferiori rispetto al livello regionale (5.2% e 7.4% rispettivamente). Da rilevare invece il modesto incremento osservato nell'AT Pratese (da 9.5% al 10.2%).

Nella fascia di età 14-19, il *binge drinking* è un fenomeno più frequente e secondo i dati dello studio EDIT di ARS 2015, nell'AUSL TC è un'esperienza vissuta da quasi un ragazzo su 3 (28.9%), in diminuzione rispetto al valore del 2011 (33.1%) e più basso del valore medio regionale (33.5%).

Il *binge drinking* è più frequente nei maschi (31.5%) che nelle femmine (26.1%), come del resto accade nell'intera regione (maschi: 37.5%; femmine: 29.1%). In modo abbastanza simile al trend temporale regionale dove la percentuale di episodi di *binge drinking* scende sia nei maschi sia nelle femmine, a livello di AUSL TC si registra un dato stabile, in quest'ultime (da 25,9% a 26,1%), e un trend in forte diminuzione per i maschi (da 39.8% a 31.5%).

Sono presenti differenze per AT, con quella Empolese che riporta un trend in crescita nei maschi (da 38.8% a 41.2%), mostrando la più ampia forbice percentuale per genere (maschi: 41.2%; femmine: 19.8%). Il trend in diminuzione è particolarmente marcato nei maschi dell'AT Fiorentina (da 43.9% a 29.1%). Il *binge drinking* aumenta invece nelle ragazze dell'AT Pratese (+3.5%) ed Empolese (+7.8%), mentre diminuisce in quella Pistoiese (-4.3%) e Fiorentina (-4.2%).

La guida sotto l'effetto di sostanze alcoliche causa ogni anno in Italia il 30-35% degli incidenti mortali.

Secondo lo studio PASSI, la proporzione di soggetti di 18-69 anni che dichiarano di essersi messi alla guida di un veicolo a motore – auto o moto – dopo aver bevuto 2 unità alcoliche o più nell'ultima ora, è in riduzione sia a livello regionale che nell'AUSL TC (Figura 7).

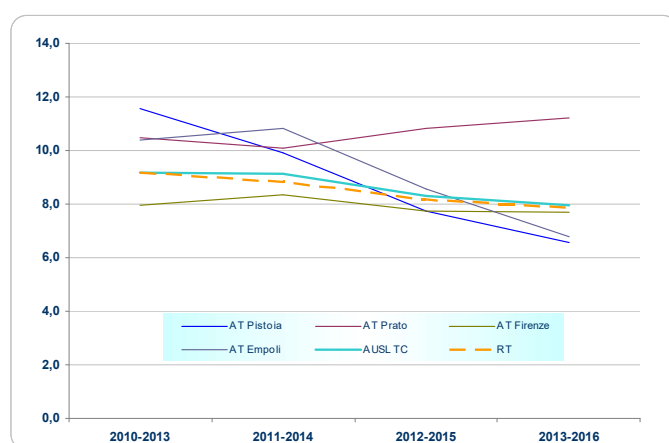


Figura 7

Andamento temporale percentuale di soggetti adulti (18-69 anni) che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'Alcol per Area Territoriale (AT) di Residenza dell'Azienda USL TC

Fonte: Studio PASSI, Regione Toscana

Differenze geografiche sono osservabili nell'AT Pratese con livelli superiori ed un trend in crescita.

In conclusione, analogamente a quanto registrato a livello nazionale e regionale, nell'AUSL TC diminuiscono sia gli adulti bevitori a rischio, sia gli episodi di ubriacatura e di *binge drinking* nei ragazzi. L'AT Fiorentina ed il genere maschile guidano il trend favorevole, con le femmine ed i residenti delle AT Empolese, Pratese e Pistoiese in leggero ritardo sui cambiamenti. Qualche maggior grado di difficoltà, al momento, si rileva nelle ragazze più giovani e nei residenti dell'AT Pratese.

Il consumo eccessivo e inappropriato di alcol è correlato a oltre 60 patologie e può arrivare ad 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, pur andando nella direzione favorevole, suggeriscono di implementare interventi di prevenzione integrati con altri fattori di rischio – fumo, sostanze, guida – soprattutto tra i giovani.

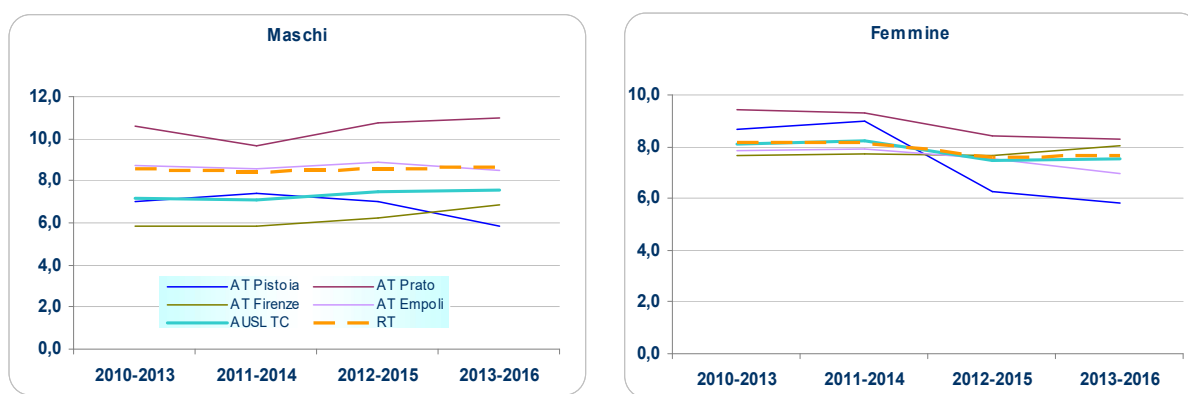
3.3 Peso corporeo

Meno soggetti obesi e in sovrappeso, ma attenzione alle giovani ragazze

Secondo lo studio PASSI, nell'AUSL TC la percentuale di adulti (18-69 anni) in sovrappeso, ovvero soggetti che hanno un BMI ≥ 25 e < 30 kg/m², è in leggera diminuzione nei maschi (2012-2015: 36.7%; 2013-2016: 35.3%), con un range che va dal minimo dell'AT Pratese (33.3%) al massimo di quella Pistoiese (38.8%), mentre è stabile nelle femmine (2012-2015: 20.9% e 2013-2016: 20.3%), con un minimo nell'AT Fiorentina (18.4%) ed un massimo in quella Pistoiese (24.6%). Anche a livello regionale si osserva una riduzione della percentuale di adulti in sovrappeso, con un valore che si attesta nella rilevazione 2013-2016 al 36.5% nei maschi e 20.7% nelle femmine. Il sovrappeso è in diminuzione anche tra i ragazzi di 14-19 anni, scendendo a livello di AUSL TC dal 17.4% del 2011, al 15.8% del 2015 (range: 12.8% nell'AT Fiorentina - 19.2% nell'AT Pratese) e nelle ragazze dal 14.3% al 9.6% (range: 8.9% nell'AT Fiorentina; 10.6% nell'AT Pratese). Anche a livello regionale si osserva un trend in discesa con un valore che si attesta, nel 2015, al 15.7% nei maschi e 8.4% nelle femmine.

Figura 8

Percentuale di adulti (18-69 anni) obesi per Genere ed AT di Residenza dell'Azienda USL TC
Fonte: Studio Passi, Regione Toscana, 2017

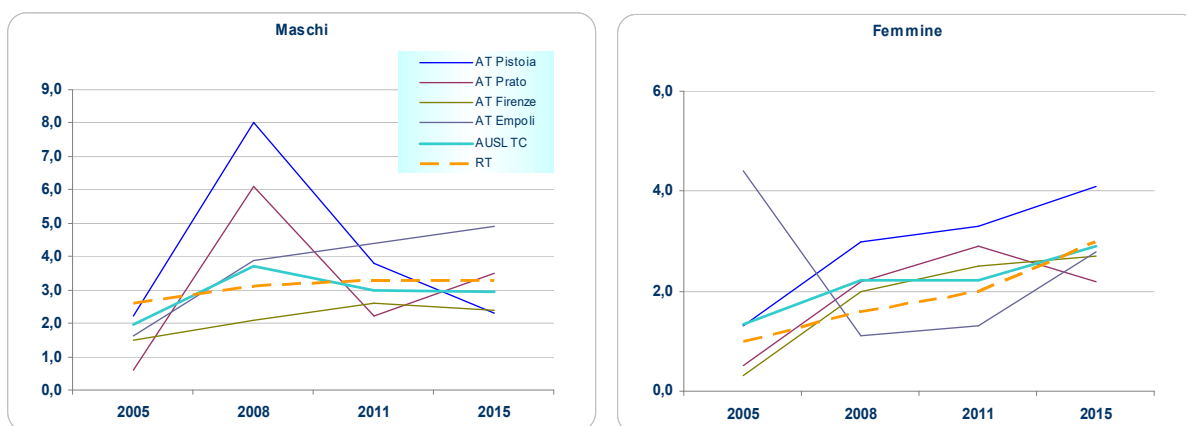


La Figura 8 mostra il trend temporale della proporzione di adulti (18-69 anni), per genere ed AT, che rientrano nella categoria degli obesi (BMI uguale o maggiore di 30,0 kg/m²). L'obesità è in leggera diminuzione nelle femmine e perlopiù stabile nei maschi. A livello di AUSL TC, nell'ultima rilevazione 2013-2016, la percentuale di maschi obesi è al di sotto della media regionale (7.6% vs. 8.7%), con il valore più elevato (11%) nell'AT Pratese e quello più basso (6,9%) nell'AT Fiorentina. Anche nel genere femminile, nell'AUSL TC si osservano percentuali di obese di poco inferiori al livello regionale (7.5% vs. 7.7%), con i valori più alti (8.3%) nell'AT Pratese e quelli più bassi (5.8%) nell'AT Pistoiese.

Tra i ragazzi di 14-19 anni intervistati nelle indagini EDIT di ARS residenti nell'AUSL TC – Figura 9 – non si osservano cambiamenti sostanziali negli anni nel genere maschile (2011 = 3.0%; 2015 = 2,9%), con valori minimi nell'AT Pistoiese (2,3%) e massimi in quella Empolese (4.9%), in linea con il dato medio regionale (3.3%).

Figura 9

Percentuale di ragazzi (14-19 anni) obesi per Genere ed AT di Residenza dell'Azienda USL TC
Fonte: Studio EDIT, ARS, 2015



Di poco in aumento la quota di obese nell'AUSL TC (2,2% e 2,9% rispettivamente) con valori al minimo nell'AT Pratese (2,2%) e più elevati in quella Pistoiese (4,1%), tendenzialmente in linea con il valore regionale (3.0%).

Analogamente a quanto accadde a livello regionale e nazionale, sono in aumento nell'AUSL TC, invece, i ragazzi di entrambi i generi sottopeso, con i maschi che passano da 1.2% nel 2011 a 2.4% nel 2015 (minimo: 1.4% AT Pistoiese; massimo: 3.3% AT Empolese) e le femmine che salgono dal 3.1% al 4.8% (minimo: 2.5% AT Empolese; massimo : 6.2% AT Fiorentina).

In conclusione, nella nostra AUSL TC il problema del sovrappeso ed obesità riguarda l'età adulta in una misura inferiore ai valori medi internazionali ed in linea con quelli migliori italiani. Per ridurre l'eccesso di peso sono necessari interventi di prevenzione di dimostrata efficacia e specifici per questa fascia di età, improntati a stili alimentari sani e ad una maggiore attività fisica. Così come in tutta la Toscana, al momento non si registra alcuna emergenza né epidemia di obesità nei ragazzi, come impropriamente segnalato spesso sui media, mentre preoccupa di più l'incremento delle ragazze sottopeso soprattutto dell'area fiorentina.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), obesità e sovrappeso sono condizioni associate a morte prematura e ormai universalmente riconosciute come fattori di rischio per le principali malattie croniche. Il quadro emerso conferma la stabilizzazione dei comportamenti e degli esiti legati al movimento e al peso corporeo e la necessità d'interventi di prevenzione mirati in condizioni non emergenziali.

3.4 Alimentazione

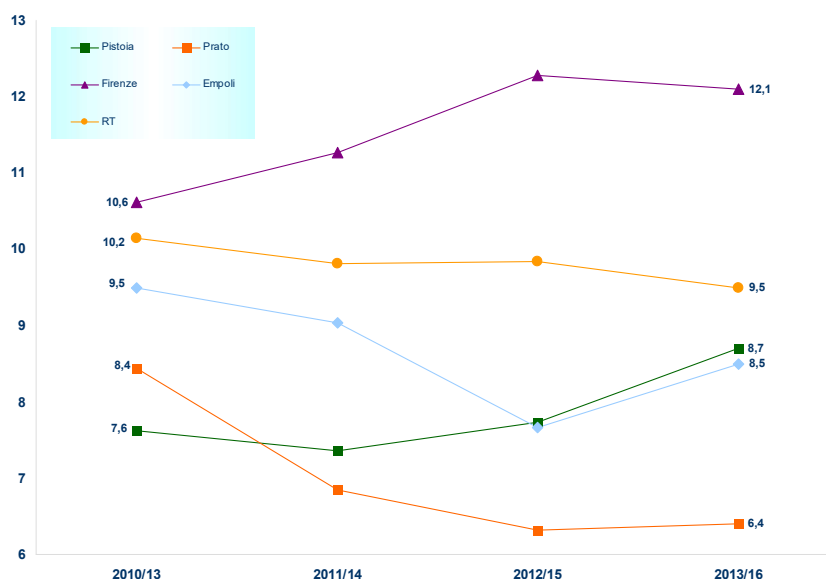
Consumo di frutta e verdura ancora in ritardo sulle raccomandazioni

L'alimentazione occupa il primo posto della classifica dei fattori che più incidono sugli anni di vita che perdiamo per malattia o disabilità, seguita dal fumo, dal peso eccessivo e dalla sedentarietà.

Secondo lo studio PASSI, nel 2013-2016 nell'AUSL TC gli adulti (18-69 anni) che ogni giorno consumano 5 o più porzioni al giorno di frutta e verdura, valore raccomandato dall'OMS per un aumento della durata della vita in buona salute, sono uno su dieci e senza sostanziali cambiamenti dal 2010. Modeste le differenze territoriali per questo indicatore, con valori migliori nell'AT Fiorentina e più bassi in quella Pratese.

Figura 10

Variazione della percentuale di adulti (18-69 anni) che consumano 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno nel periodo 2010-2016
 Fonte: Studio PASSI, Regione Toscana, 2017



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 di letteratura e 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 e nello specifico dei nostri territori, più in linea con le indicazioni della Piramide Alimentare Toscana (PAT).

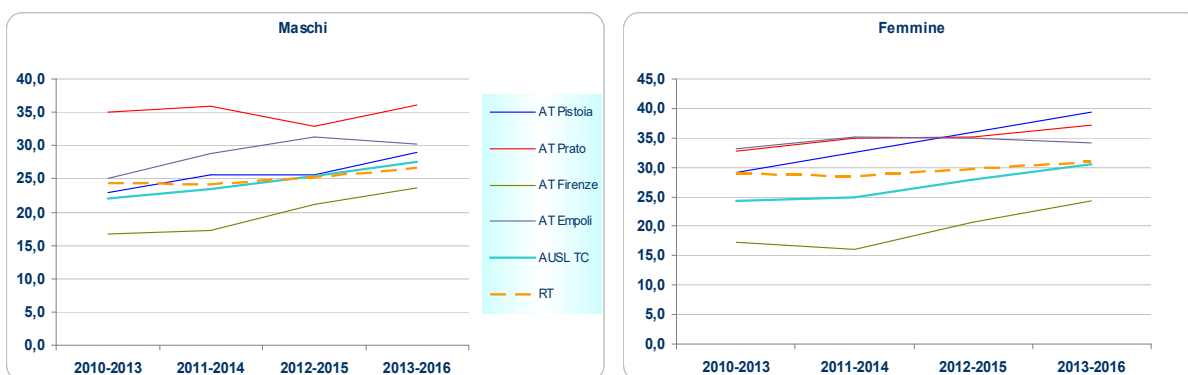
3.5 Attività fisica

In aumento i sedentari e diminuiscono i fisicamente attivi

Sono definiti fisicamente attivi coloro che dichiarano di praticare attività fisica in linea con le raccomandazioni: 30 minuti di attività fisica moderata per 5 giorni alla settimana, o 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana, o attività lavorativa con grande sforzo fisico. I parzialmente attivi praticano attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati e senza avere un lavoro fisicamente pesante. I sedentari non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono lavori pesanti.

Secondo lo studio PASSI sta aumentando nell'AUSL TC la percentuale di adulti (18-69 anni) sedentari dalla rilevazione 2012-2015 a quella 2013-2016: da 25.4% a 27.6% nei maschi e da 27.9% a 30.5% nelle femmine, con valori piuttosto vicini a quelli regionali. L'incremento della sedentarietà è evidente in tutte le aree territoriali, con l'eccezione di quella Empolese.

Figura 12
 Percentuale di adulti (18-69 anni) sedentari per AT di Residenza dell'Azienda USL TC
 Fonte: Studio PASSI, ARS, 2017



Parallelamente diminuisce la percentuale dei fisicamente attivi, con un trend in diminuzione osservato fin dalla prima rilevazione PASSI 2010-2013. In particolare, la percentuale scende dal 32.9% del 2012-2015 al 31.4% del 2013-2016 con valori più bassi nell'AT Pistoiese (24,6%) e più alti in quella Fiorentina (35,9%), in confronto ad un valore regionale del 32.6%.

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 e i tumori, e un'attività fisica regolare è uno dei determinanti più importanti per mantenere una buona salute.

Maggiori sforzi sono necessari per promuovere l'attività fisica ed invertire il trend osservato nell'AUSL TC che s'inserisce comunque in una tendenza globalizzata.

3.6 Tossicodipendenze

Uso di sostanze psicotrope illegali

Diminuisce l'utilizzo nei maschi, ma aumenta nelle femmine

Il consumo di droga costituisce una minaccia alla sicurezza e alla salute degli individui che possono transitare dall'iniziale uso saltuario e ricreativo alla dipendenza con conseguenze sanitarie e sociali permanenti.

Secondo l'indagine EDIT di ARS del 2015 su un campione di studenti toscani di 14-19 anni, circa 1 su 5 dei ragazzi dell'AUSL TC dichiara di aver consumato almeno una sostanza stupefacente nell'ultimo mese (Tabella 1 e 2).

La Tabella 1 mostra la percentuale di soggetti di genere maschile che hanno dichiarato di aver consumato sostanze stupefacenti nell'ultimo mese. A livello di AUSL TC si osservano valori inferiori rispetto al dato regionale per tutte le sostanze con un trend temporale in diminuzione. Il dato riflette quello prevalente dell'AT Fiorentina.

Sono da sottolineare le differenze territoriali: l'uso di cannabis è in aumento dal 2011 al 2015 nell'AT Pistoiese (+3.5%), Pratese (+5.3%) ed Empolese (+8.2%) ed in significativa diminuzione a Fiorentina (-9.4%).

Nell'AT Empolese sono più della media regionale i maschi che dichiarano di aver consumato qualsiasi sostanza (26.9%) e cannabis (24.9%) nei 30 giorni precedenti l'intervista.

Coerentemente con i rilevamenti nazionali ed internazionali, le ragazze fanno un utilizzo inferiore di tutte le sostanze rispetto ai maschi (Tabella 2).

Tabella 1

Percentuale di Maschi di età 14-19 anni per consumo di sostanze stupefacenti almeno una volta negli ultimi 30 giorni per Area Territoriale di Residenza nell'Azienda USL TC

Fonte: Studio EDIT, ARS, 2015

MASCHI							
SOSTANZA	ANNO	AREA TERRITORIALE				AUSL	RT
		Pistoia	Prato	Firenze	Empoli		
Qualsiasi	2005	21,0	25,1	22,8	42,4	25,9	22,9
	2008	23,2	34,5	26,9	31,2	28,2	24,6
	2011	25,1	18,5	38,3	24,3	25,5	23,7
	2015	24,5	21,5	25,0	26,9	24,6	25,6
Cannabis	2005	18,5	23,0	21,3	40,0	24,0	21,7
	2008	20,3	26,6	26,0	26,4	25,1	21,9
	2011	18,8	14,6	31,5	16,7	23,3	21,2
	2015	22,3	20,1	22,1	24,9	22,2	24,0
Eroina	2005	1,0	1,1	0,0	0,0	0,4	0,3
	2008	0,8	0,0	0,2	0,4	0,3	0,3
	2011	0,7	0,0	1,4	0,0	0,8	0,4
	2015	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Allucinogeni ¹	2005	1,7	0,4	0,4	6,0	1,5	1,2
	2008	0,8	0,7	1,5	1,0	1,1	1,3
	2011	1,9	0,4	4,8	2,0	3,1	2,2
	2015	0,3	1,1	0,8	0,9	0,8	1,6
Stimolanti ²	2005	0,6	0,9	0,4	7,3	1,5	1,8
	2008	2,6	1,8	0,4	0,5	1,0	1,4
	2011	1,1	0,6	3,4	2,2	2,2	1,4
	2015	2,0	1,9	0,5	1,2	1,1	1,6
Cocaina-Crack	2005	4,3	3,1	0,8	2,6	2,1	2,3
	2008	3,1	5,2	1,1	2,7	2,4	2,8
	2011	4,0	1,8	4,5	2,4	3,6	2,8
	2015	1,3	1,2	1,2	0,9	1,2	2,1
Cannabinoidi sintetici	2005	ni	ni	ni	ni	ni	ni
	2008	ni	ni	ni	ni	ni	ni
	2011	ni	ni	ni	ni	ni	ni
	2015	4,6	3,4	2,4	2,4	2,9	2,4

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

Come per i maschi, anche per le femmine l'AUSL TC mostra valori inferiori o simili rispetto al dato regionale per tutte le sostanze, con l'eccezione della cocaina (1.3% vs 1.0%). A differenza dei coetanei maschi, dalla rilevazione del 2011 a quella del 2015 si registra un lieve incremento di ragazze che dichiarano di aver utilizzato una qualsiasi sostanza nel mese precedente l'intervista (16% e 17.4% rispettivamente); con marcate differenze territoriali.

In aumento anche l'utilizzo di cannabis, che è la sostanza più utilizzata. Da rilevare anche il modesto incremento a livello di AUSL TC dell'utilizzo di cocaina tra le ragazze che passa dallo 0.6% del 2011 all'1.3% del 2015.

FEMMINE							
SOSTANZA	ANNO	AREA TERRITORIALE				AUSL	RT
		Pistoia	Prato	Firenze	Empoli		
Qualsiasi	2005	10,4	15,2	22,7	10,9	17,3	15,3
	2008	21,7	18,7	26,4	20,5	23,4	19,8
	2011	18,7	15,3	23,7	9,7	16,0	16,6
	2015	15,6	17,4	17,5	19,2	17,4	17,9
Cannabis	2005	10,4	13,7	22,4	10,2	16,8	15,0
	2008	15,2	17,1	24,8	17,7	20,7	17,1
	2011	11,0	11,8	16,2	6,7	13,0	13,7
	2015	14,2	14,3	15,0	18,6	15,3	16,3
Eroina	2005	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3	0,4
	2008	0,0	0,4	0,2	0,4	0,2	0,2
	2011	0,7	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1
	2015	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1
Allucinogeni ¹	2005	0,0	0,0	0,0	0,8	0,1	0,6
	2008	0,4	0,7	1,6	1,0	1,1	0,9
	2011	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4	0,8
	2015	0,0	0,0	0,6	0,4	0,3	0,4
Stimolanti ²	2005	0,5	1,2	0,8	1,1	0,9	0,8
	2008	1,3	0,7	1,8	1,8	1,5	1,0
	2011	0,0	0,0	0,7	0,0	0,3	0,3
	2015	0,0	0,4	1,0	0,3	0,6	0,6
Cocaina-Crack	2005	0,5	0,6	1,9	1,1	1,3	0,9
	2008	1,8	2,3	2,7	2,8	2,5	1,7
	2011	0,6	0,5	0,7	0,5	0,6	1,0
	2015	0,8	0,4	1,7	1,1	1,3	1,0
Cannabinoidi sintetici	2005	ni	ni	ni	ni	ni	ni
	2008	ni	ni	ni	ni	ni	ni
	2011	ni	ni	ni	ni	ni	ni
	2015	1,4	2,6	2,4	0,9	2,0	1,7

Tabella 2

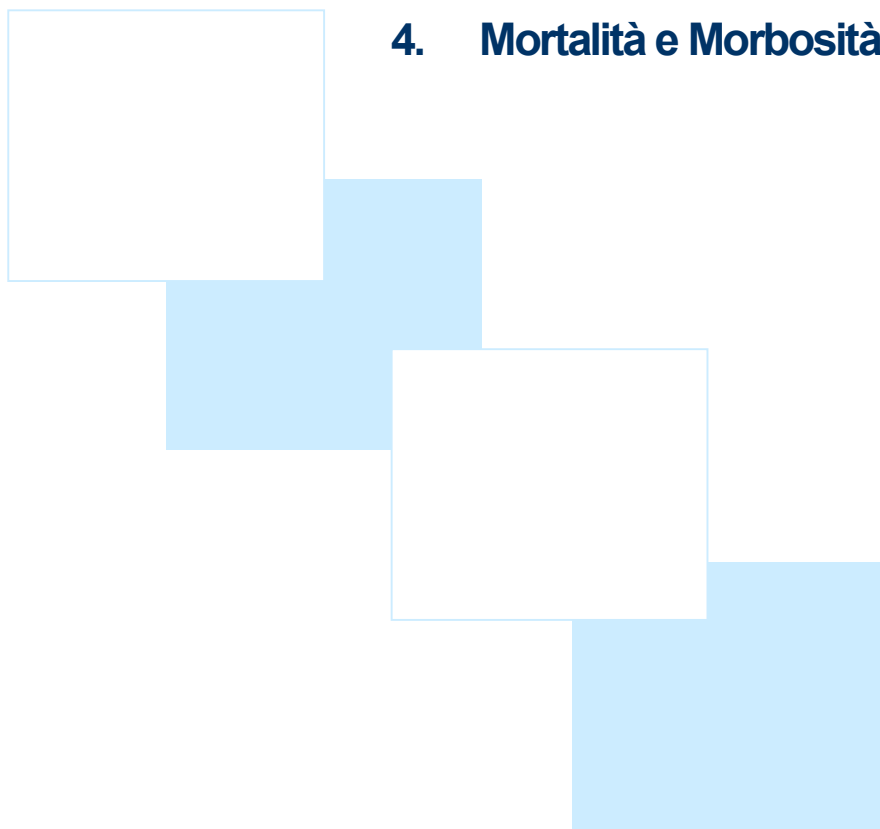
Percentuale di Femmine di età 14-19 anni per consumo di sostanze stupefacenti almeno una volta negli ultimi 30 giorni per Area Territoriale di Residenza nell'Azienda USL TC

Fonte: Studio EDIT, ARS, 2015

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

In conclusione, si registrano differenze per genere ed area territoriale. In particolare, i maschi da sempre usano sostanze più delle loro coetanee, anche se sono in diminuzione i consumatori negli anni più recenti, a differenza delle femmine che hanno comportamenti stabili o in leggero aumento. Solo per la cannabis si registra un incremento in entrambi i generi. L'incremento dell'utilizzo di cannabis e cocaina tra le ragazze s'inserisce in un peggioramento di stili di vita non salutari – fumo, obesità, consumo di alcol – rilevato tra quest'ultime, ma non tra i coetanei maschi. Si conferma anche in questa rilevazione, l'opportunità d'interventi di prevenzione mirati alle giovani adolescenti.

4. Mortalità e Morbosità



4.1 La mortalità generale

Picco di mortalità nel 2015

Nel 2017 sono deceduti circa 18.338 residenti nell'AUSL TC, pari a 11,3 per 1.000 abitanti (Fonte: Demo.Istat). 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. 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).

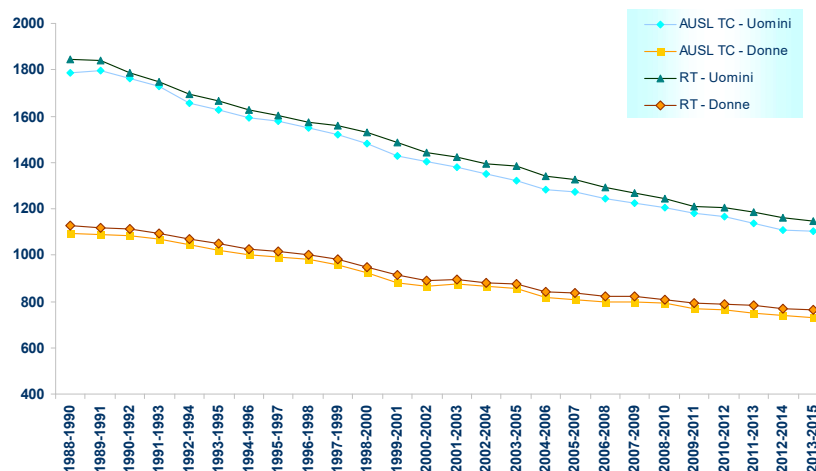
Il calo della mortalità generale interessa il genere maschile e femminile e, sebbene i tassi di mortalità per le donne siano da sempre più bassi, la differenza con quelli degli uomini si sta riducendo, dovuta, almeno in parte, ad una progressiva omologazione degli stili di vita tra i due generi.

Tuttavia, nel 2015 si è registrato un picco anomalo di mortalità, con un tasso di 1.140 ogni 100.000 abitanti, mentre nel 2014 era risultato di 1.044 per 100.000 abitanti. (Fonte: RMR, ISPRO 2018). L'aumento di mortalità nel 2015 si è riscontrato in tutta Italia, verosimilmente riconducibile alla virulenza dell'epidemia influenzale e all'ondata di calore che hanno colpito in particolare le persone più anziane (*"Welfare e salute in Toscana"*, ARS 2018).

I dati sui decessi del 2016 e 2017, disponibili in numeri assoluti per regione, ma non ancora per causa di decesso, confermano la ripresa del trend in diminuzione.

Figura 1

Tassi standardizzati per età (per 100.000 abitanti) di mortalità generale dei maschi e femmine Residenti nell'Azienda USL TC e in Toscana Periodo 1988-2015 Fonte: ARS su Dati ISTAT, 2018



Nell'ultimo triennio disponibile 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.

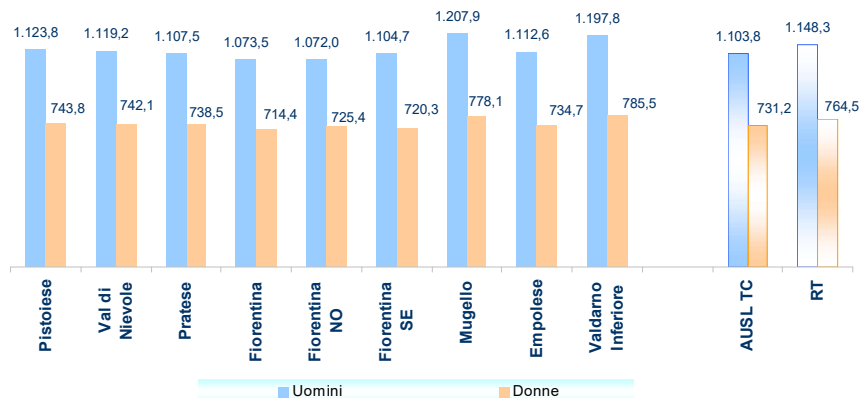
Fa eccezione la zona del Mugello che ha valori più alti della media regionale, anche se non statisticamente significativi (Figura 2).

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

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

Figura 2

Mortalità per tutte le cause Tasso standardizzato per Et  (per 100.000 abitanti) nell'ultimo triennio disponibile 2013-2015 per zona distretto – AUSL TC – Regione Toscana. Fonte: ARS su Dati RMR (ISPRO) -2018



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

Tabella 1

Principali cause di morte per Genere nei Residenti dell'Azienda USL TC – Anno 2015

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

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 quella fascia di età.

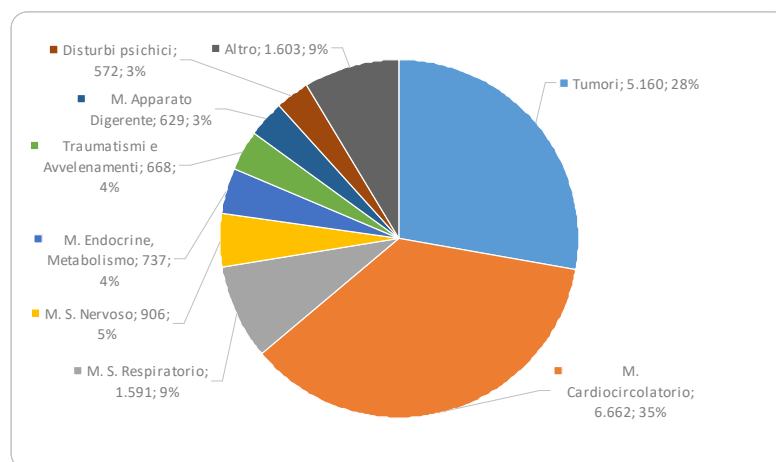


Figura 3

Principali cause di morte nei Residenti dell'Azienda USL Toscana Centro Anno 2015

Fonte: ARS su Dati RMR (SPRO), 2018

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.

Un altro indicatore di mortalità prematura è il tasso standardizzato di PYLL – *potential years of life lost* o anni potenziali di vita persi – che tiene conto degli anni potenziali di vita persi rispetto ad un'età di riferimento come soglia, che qui è identificata nei 75 anni. Valori bassi di PYLL sono un buon segnale, indicando un basso numero di persone che non raggiungono la soglia dei 75 anni.

Nel triennio 2013-2015 i residenti nell'AUSL TC hanno valori di PYLL significativamente inferiori alla media regionale sia nei maschi (43,0 vs 46,2) che nelle femmine (23,7 vs 25,7).

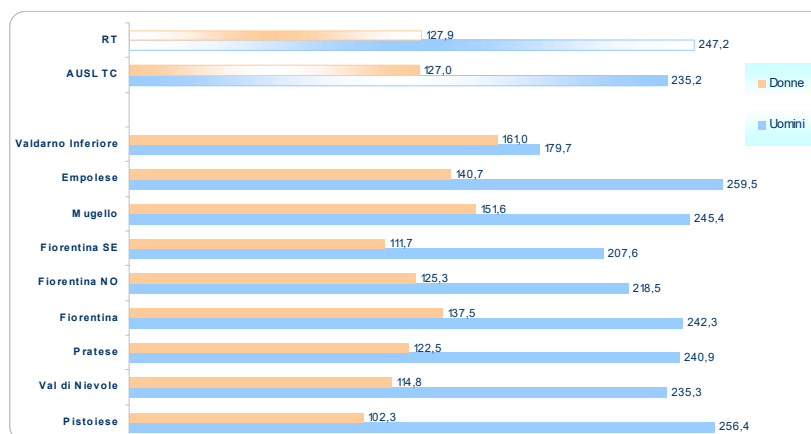
Tra le zone dell'AUSL TC, fanno eccezione il Mugello e la Fiorentina con valori significativamente più alti in entrambi i generi rispetto al dato medio di AUSL TC.

Nel 2015 i decessi prevenibili con adeguate misure di prevenzione primaria e secondaria avvenuti prima di 75 anni di età sono stati 2.553: 1.591 nei maschi (62,3%) e 967 nelle femmine (37,7%). (Figura 4).

Figura 4

Mortalità evitabile generale, decessi evitabili, tasso standardizzato per Età (per 100.000 abitanti)

Anno 2015 Fonte: ARS su Dati RMR (SPRO), 2018

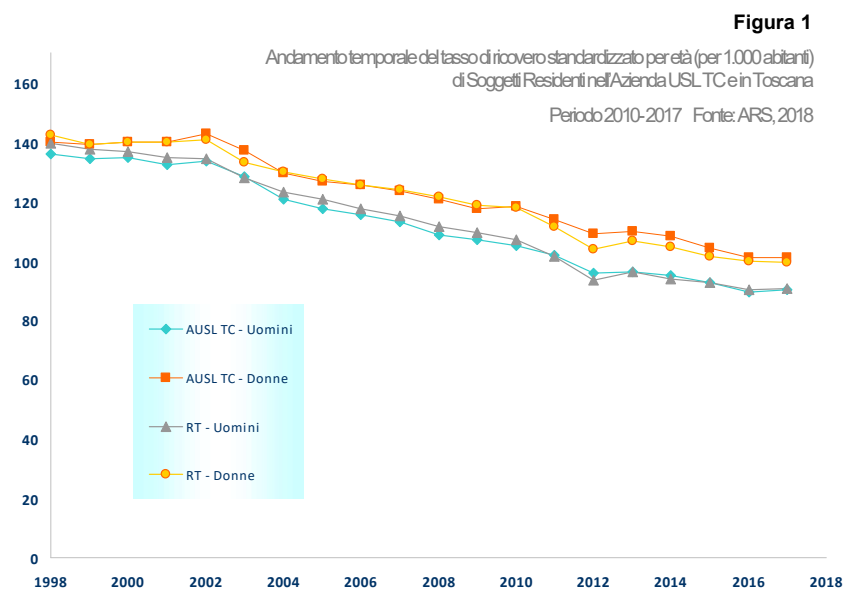


Queste differenze di genere sono spiegate con l'esposizione più frequente a fattori di rischio occupazionali e stili di vita non corretti negli uomini. Complessivamente sono 178 i decessi prevenibili ogni 100.000 residenti, valore inferiore, ma non statisticamente significativo, rispetto al dato regionale (184,5 per 100.000 abitanti).

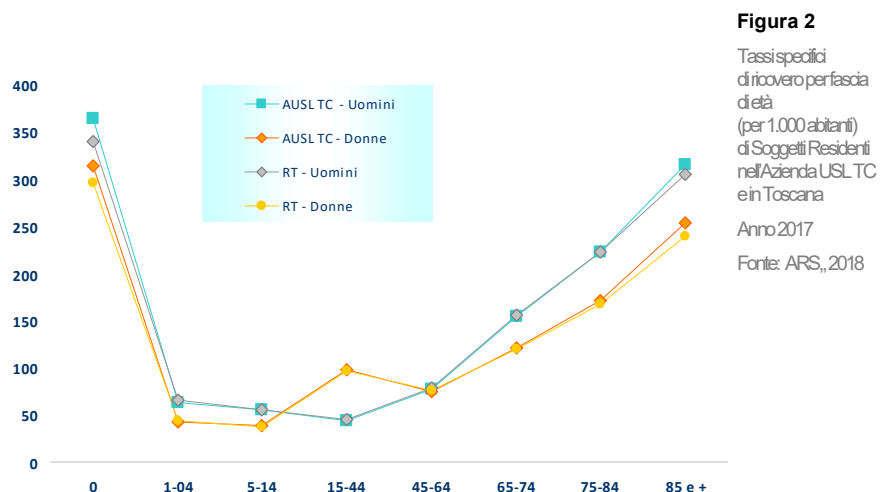
4.2 Ospedalizzazione

Continua a diminuire il numero dei soggetti che si ricoverano in ospedale nonostante l'invecchiamento della popolazione

Nel corso del 2017, circa 160.000 persone residenti nell'AUSL Toscana Centro hanno avuto almeno un ricovero in ospedale, 20.000 in meno rispetto al 2010. Il relativo tasso standardizzato per età dei soggetti ricoverati è, dai primi anni del 2000, in costante diminuzione nell'AUSL TC, come in Toscana – Figura 1 – ed è più elevato nelle donne (2017: 100,9 per 1.000 abitanti) rispetto agli uomini (2017: 90,3 per 1.000 abitanti).

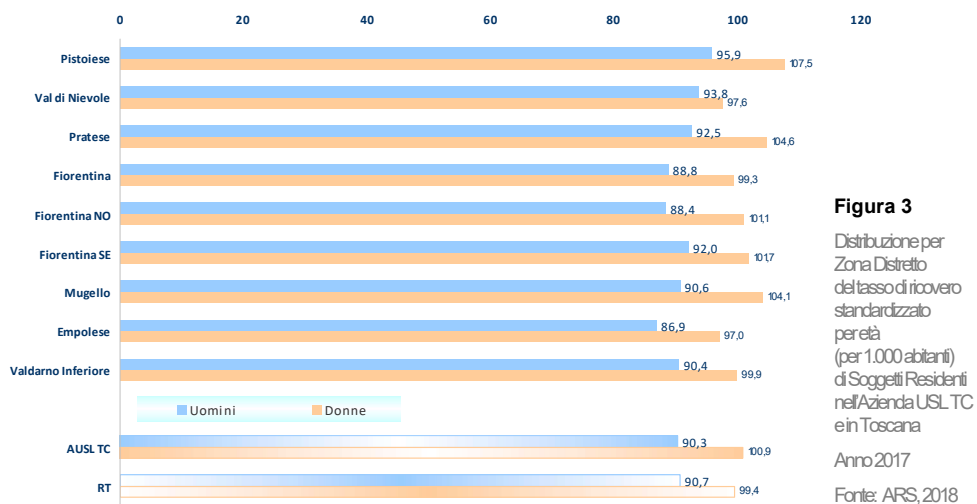


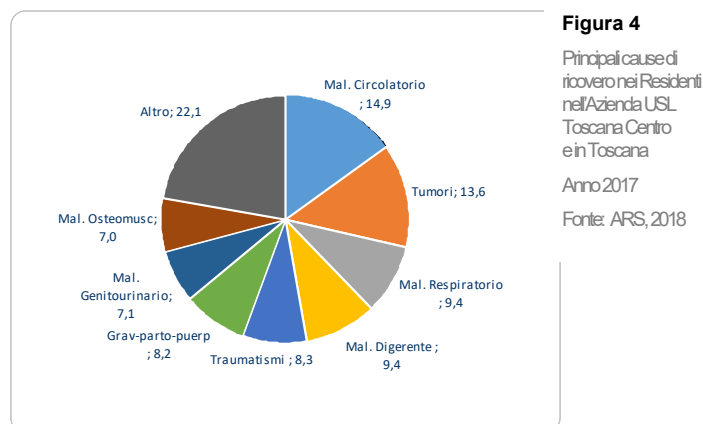
Escludendo i ricoveri per nascita da parto in ospedale, la maggioranza dei ricoveri si concentra dopo i 65 anni. A tutte le età gli uomini si ricoverano più delle donne, eccetto che tra i 15-44 anni, fascia di età in cui le donne hanno più accessi all'ospedale per eventi legati al parto ed alla gravidanza (Figura 2).



Il tasso di primo ricovero nell'AUSL TC è simile (90,3 per 1.000 abitanti) a quello medio regionale sia negli uomini (90,7 per 1.000 abitanti), che nelle donne (100,9 vs 99,4).

La situazione (Figura 3) è, tuttavia, eterogenea nelle varie aree che compongono l'AUSL TC: nella zona distretto Empolese i tassi sono significativamente più bassi in entrambi i generi, mentre in quella Pistoiese sono più elevati. Nella Val di Nievole i tassi sono più alti negli uomini e più bassi nelle donne, mentre nell'AT Pratese sono più alti nelle donne. In realtà tali differenze possono derivare, oltre che da differenze nello stato di salute delle popolazioni, anche da un utilizzo dell'ospedale correlato alla disponibilità di servizi territoriali non ancora omogenea su tutto il territorio dell'USL TC.





Nel 2017 le principali cause di ricovero nei residenti dell'AUSL TC e della Regione Toscana sono state le malattie cardiocircolatorie, i tumori, le malattie dell'apparato respiratorio e digerente, che insieme rappresentano quasi il 50% del totale dei ricoveri (Figura 4).

Anche i ricoveri della popolazione straniera, residente nell'AUSL TC, escludendo quelli sostenuti da nascite in ospedale senza problemi, risultano in diminuzione nel 2017: 13.599 rispetto ai 16.500 ricoveri nell'anno precedente.

Il principale motivo di ricorso all'ospedale tra gli stranieri residenti continua ad essere il parto o le complicanze della gravidanza.

I tassi di ricovero aggiustati per età degli stranieri sono significativamente inferiori in AUSL TC (79,1 ricoveri per 1.000 abitanti) rispetto alla media regionale (92,8 ricoveri per 1.000 abitanti).

I tassi sono più bassi nell'AT Pistoiese e Fiorentina – in tutte le zone distretto – sia nei maschi che nelle donne. Tassi più elevati negli stranieri si evidenziano invece a Prato, solo nel genere femminile (127,9 per 1.000 abitanti).



5. Alcune patologie di particolare interesse

5.1 Malattie cardiovascolari

Mortalità in diminuzione, ma aumentano i malati cronici

Le malattie cardiovascolari sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Negli ultimi 30 anni la mortalità generale nell'AUSL TC, come in Toscana e nel resto d'Italia, è notevolmente diminuita (-34% tra il 1988 e il 2015) e il contributo delle malattie cardiovascolari è stato quello che più ha influito sul trend in discesa della mortalità generale.

Dalla fine degli Anni '80 ad oggi infatti la mortalità per malattie Cardiovascolari (Figura 1) si è ridotta del 52% (cardiopatia ischemica 43%; malattie cerebrovascolari 57%).

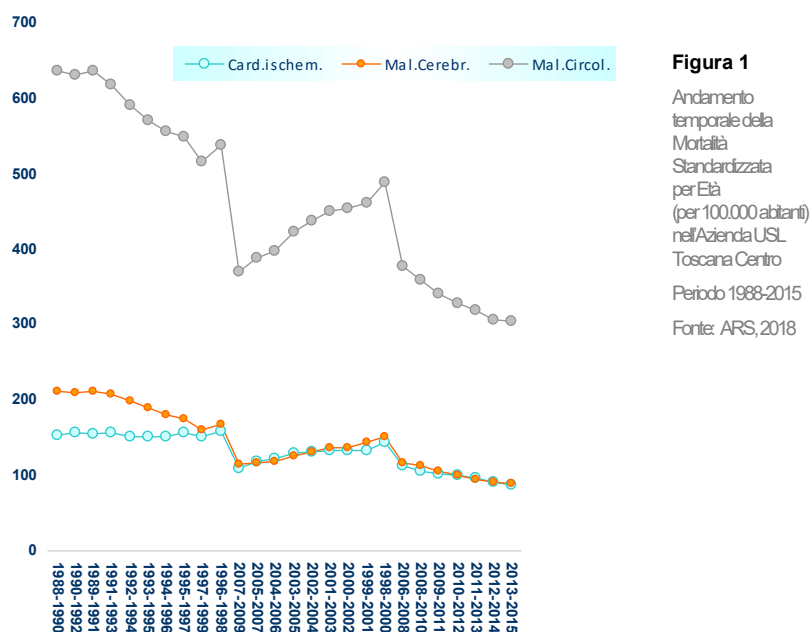


Figura 1
Andamento temporale della Mortalità Standardizzata per Età (per 100.000 abitanti) nell'Azienda USL Toscana Centro
Periodo 1988-2015
Fonte: ARS, 2018

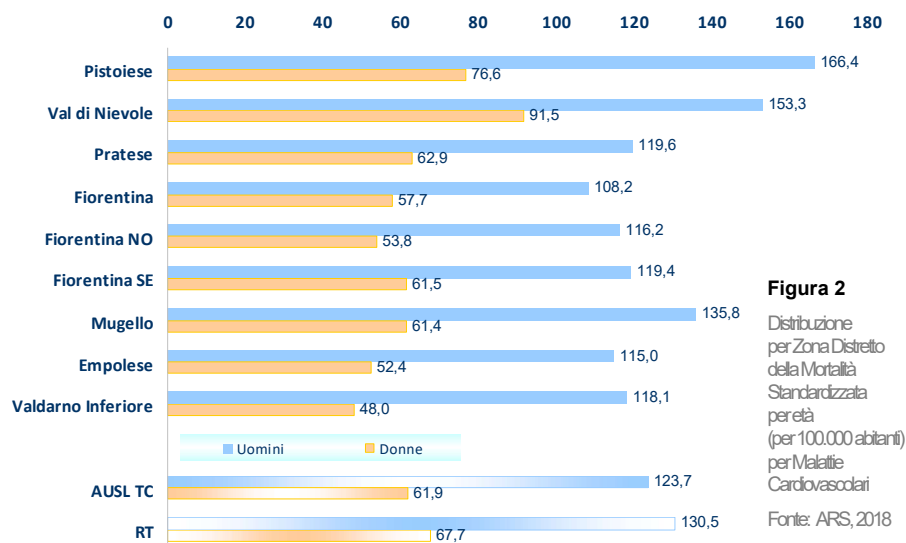
Gli studi longitudinali italiani effettuati nel progetto nazionale CUORE indicano che circa il 55% di questa diminuzione è dovuto ai cambiamenti nei maggiori fattori di rischio cardiovascolare, principalmente la riduzione della pressione arteriosa (25%) e della colesterolemia totale (23%).

Nella cardiopatia ischemica, per l'infarto miocardico in particolare, una riduzione del 6% è imputata alla diffusione della rivascolarizzazione percutanea.

5.1.1 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 malattie cardiovascolari.

Rispetto al dato medio regionale, l'AUSL TC presenta tassi di mortalità inferiori, statisticamente significativi però solo per le donne. All'interno dell'AUSL TC, le zone distretto dell'AT Pistoiese presentano tassi più elevati nei maschi, mentre nelle femmine l'eccesso di mortalità è limitato alla Val di Nievole. Valori inferiori si riscontrano invece nella zona Fiorentina in entrambi i generi e nelle donne della Fiorentina Nord Ovest e dell'AT Empolese (Figura 2)



Per quanto riguarda il ricorso all'ospedale, nel 2017 sono state dimesse per cardiopatia ischemica 5.448 persone (3.726 uomini e 1.722 donne) con un tasso standardizzato per età di 3,0 per 1.000 abitanti, simile al valore medio regionale (Figura 3). La zona distretto del Mugello ha il valore più elevato (3,6 per 1.000 abitanti) e quella Pratese il più basso (2,7 per 1.000 abitanti), entrambi con valori statisticamente significativi. Un tasso elevato si riscontra anche nella Fiorentina Sud Est (3,3 per 1000 abitanti), ma statisticamente significativo solo per le donne. Il 51% dei ricoveri per cardiopatia ischemica riguarda soggetti ricoverati per Infarto miocardico acuto.

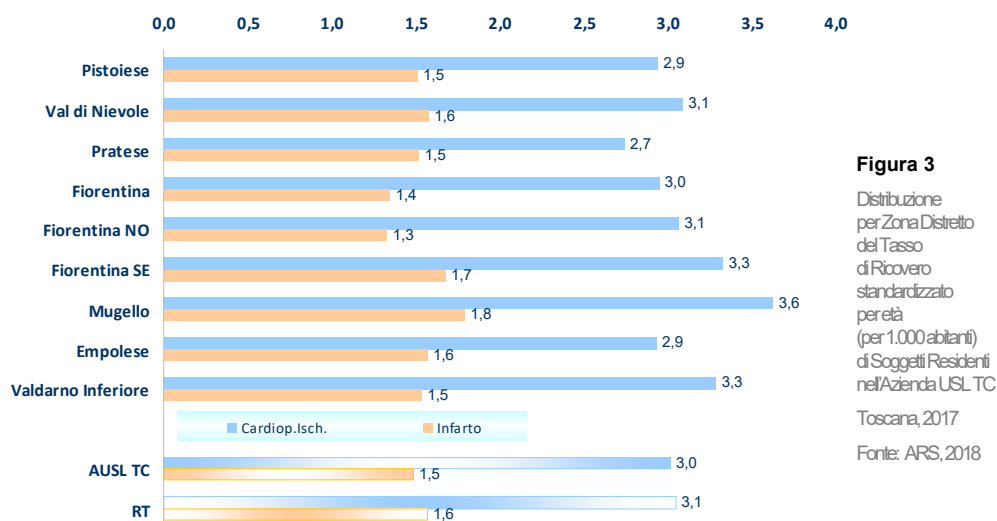


Figura 3

Distribuzione per Zona Distretto del Tasso di Ricovero standardizzato per età (per 1.000 abitanti) di Soggetti Residenti nell'Azienda USL TC Toscana, 2017
Fonte: ARS, 2018

Il tasso di soggetti ricoverati per infarto miocardico acuto in AUSL TC non si discosta dal valore medio regionale, anche se si evidenziano valori significativamente più bassi per la zona distretto Fiorentina e Fiorentina Nord Ovest. Il netto miglioramento delle cure negli eventi cardiovascolari acuti, che favoriscono la sopravvivenza e l'invecchiamento della popolazione, ha determinato un aumento delle persone a rischio di scompenso cardiaco.

L'incremento di prevalenza per Scompenso cardiaco stimato fra il 2010 e il 2017, al netto della quota legata all'età, è del 18,7% – 12,4% nei maschi e 25,0% nelle femmine – (Figura 4).

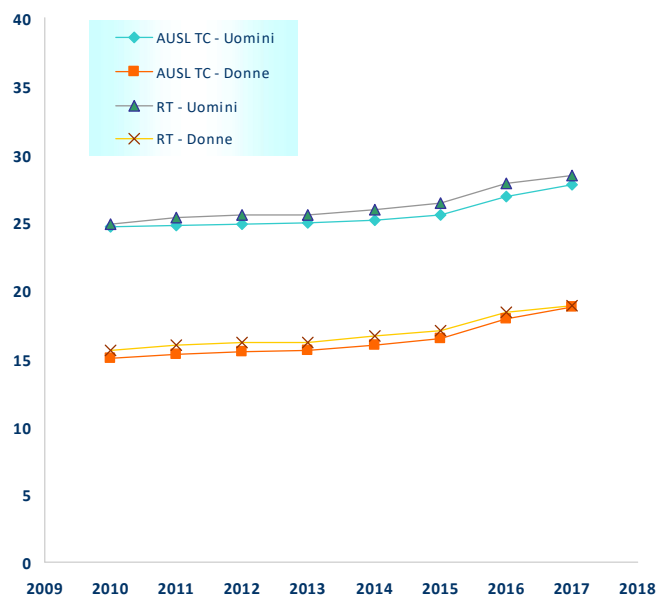


Figura 4

Andamento temporale della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 abitanti) di Soggetti > 16 anni Residenti nell'Azienda USL TC e in Toscana con Scompenso Cardiaco
Periodo 2010-2017
Fonte: MaCro, ARS, 2018

Nel 2017 i soggetti con scompenso cardiaco stimati nell'AUSL TC sono 32.800 (16.600 maschi e 16.200 femmine).

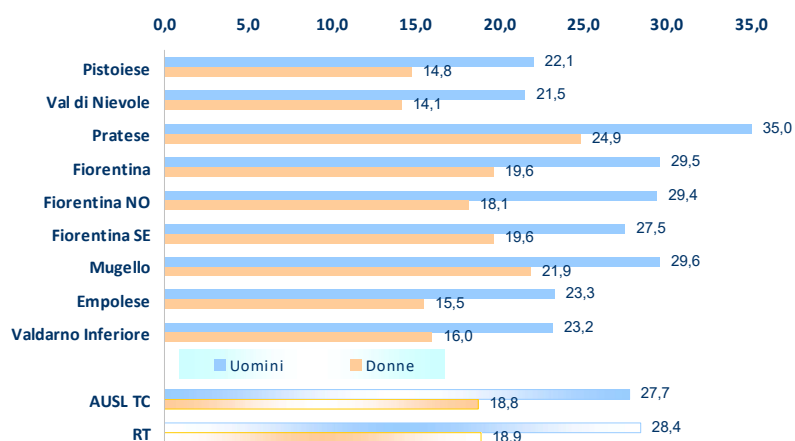


Figura 5

Distribuzione per Zona Distretto della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 abitanti) di Soggetti > 16 anni con Scompenso Cardiaco Residenti nell'Azienda USL TC e in Toscana
Anno 2017
Fonte: MaCro, ARS, 2018

La prevalenza aggiustata per età è leggermente inferiore rispetto alla media regionale (Figura 5), ma con una situazione eterogenea al suo interno:

- valori molto bassi nelle zone distretto dell'AT Pistoiese ed Empolese;
- valori elevati nelle zone distretto Pratese, Fiorentina e Fiorentina Nord Ovest (quest'ultima solo nei maschi), e Mugello (significativa solo per le femmine).

5.1.2 Malattie cerebrovascolari e Ictus

Per le malattie cerebrovascolari si registrano, nel triennio 2013-2015, 5.616 decessi (2.209 uomini e 3.407 donne), con una media annua di quasi 1.900 morti pari al 30% circa della mortalità per malattie cardiovascolari.

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 distretto Fiorentina, Fiorentina Nord Ovest e Fiorentina Sud Est.

Per gli uomini della zona-distretto della Val di Nievole e per entrambi i generi della zona Valdarno Inferiore si evidenziano invece tassi significativamente più elevati (Figura 6).

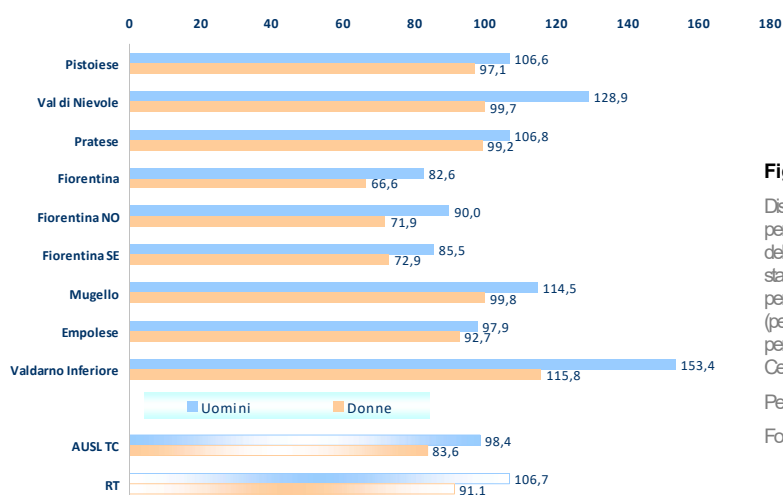
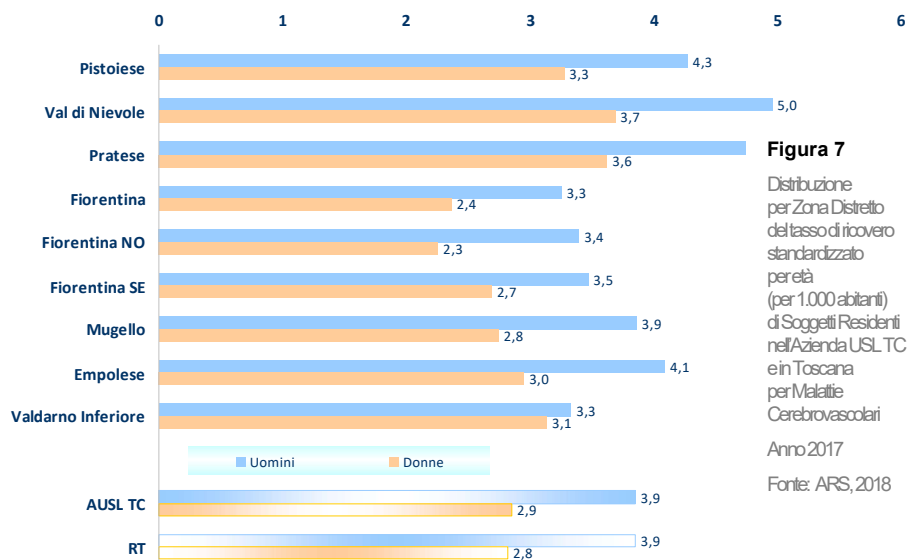


Figura 6
Distribuzione per Zona Distretto della Mortalità standardizzata per età (per 100.000 abitanti) per Malattie Cerebrovascolari
Periodo 2013-2015
Fonte: ARS, 2018

Nel 2017, 6.327 persone (di cui 3.091 uomini e 3.236 donne) sono state ricoverate per malattie cerebrovascolari, con un tasso standardizzato per età di 3,3 per 1.000 abitanti, simile al valore medio regionale (Figura 7).

Le zone distretto Pistoiese (solo donne), Val di Nievole e Pratese presentano tassi significativamente più elevati rispetto al dato medio regionale, mentre la Fiorentina e la Fiorentina Nord Ovest presentano tassi più bassi.



Negli ultimi decenni sono aumentati i soggetti che hanno avuto un ictus e sono sopravvissuti con esiti più o meno invalidanti: la prevalenza aggiustata per età è passata da 10,3 per 1.000 abitanti nel 2010 a 14,6 per 1.000 abitanti nel 2017.

Nell'AUSL TC i casi prevalenti stimati sono circa 20.800 (10.800 uomini e 10.000 donne); si concentrano (Figura 8), coerentemente con quella che è l'incidenza della patologia, nella fascia di età: 65-84 anni (35,0 per 1.000 abitanti) e oltre gli 85 anni (86,1 per 1.000 abitanti).

Il tasso di prevalenza di ictus è leggermente più alto negli uomini (17,8 per 1000 abitanti) rispetto alle donne (12,6 per 1000 abitanti).

Valori significativamente più elevati si stimano nella zona distretto della Val di Nievole, Pratese e Valdarno Inferiore (maschi) e più bassi nella Fiorentina.

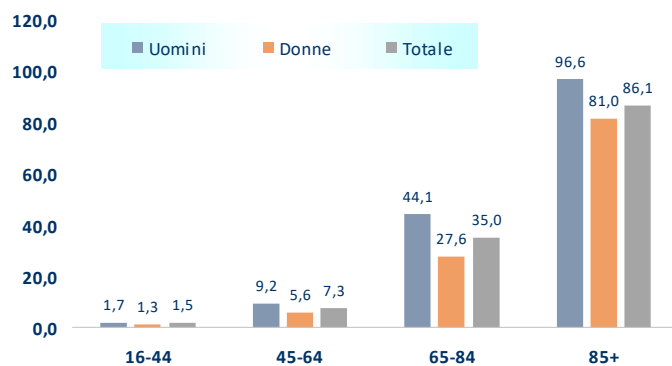


Figura 8

Distribuzione per Età e Genere della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 abitanti) di Soggetti > 16 anni con Ictus Residenti nell'Azienda USL TC e in Toscana

Anno 2017

Fonte:
MaCro, ARS, 2018

5.2 Tumori

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

Nel 2017 sono stati diagnosticati 5.890 nuovi casi di tumore maligno (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma) nei maschi e 5.524 nelle femmine residenti nell'AUSL TC.

Nei maschi il tumore più frequente è quello della prostata – 1.116 nuovi casi – e nelle femmine quello della mammella – 1.505 nuovi casi – (Tabella 1).

Tumori	N. Casi Maschi
Tutti i tumori, escl. cute	5.890
Prostata	1.116
Polmone	752
Colon-retto	728
Vescica	614
Cute (melanomi)	404
Rene	305
Stomaco	244

Tumori	N. Casi Femmine
Tutti i tumori, escl. cute	5.524
Mammella	1.505
Colon-retto	638
Polmone	421
Utero corpo	345
Tiroide	342
Cute (melanomi)	302
Vescica	171

Tabella 1

Incidenza di tumore maligno di tutte le sedi e delle prime 5 sedi nei Residenti nell'Azienda USL TC Anno 2017
Fonte: ARS, 2018

Nello stesso anno i casi prevalenti di tumore maligno, cioè tutti i soggetti portatori di un tumore diagnosticato nel corso della vita, con esclusione di quelli della cute, sono 87.779: nei maschi 40.369 e nelle femmine 47.410 (Tabella 2).

I malati oncologici sono in aumento grazie all'aumento della sopravvivenza da attribuire ai progressi nella terapia ed alla diagnosi precoce sostenuta dai programmi di prevenzione secondaria (screening) del tumore del colon-retto nei due sessi e della mammella e dell'utero nelle donne.

Tumori	N. Casi Maschi
Tutti i tumori, escl. cute	40.369
Prostata	10.079
Colon-retto	6.959
Vescica	6.689
Rene	2.769
Cute (melanomi)	2.083
Polmone	2.032
Stomaco	1.599

Tumori	N. Casi Femmine
Tutti i tumori, escl. Cute	47.410
Mammella	20.511
Colon-retto	6.220
Utero corpo	3.651
Cute (melanomi)	2.417
Tiroide	2.337
Vescica	1.684
Polmone	847

Tabella 2

Prevalenza di tumore maligno di tutte sedi e delle prime 5 sedi nei Residenti nell'Azienda USL TC

Anno 2017

Fonte: ARS, 2018

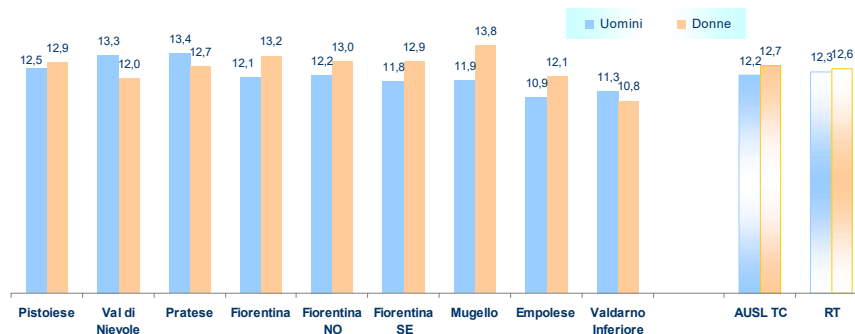
Dal 2000 l'ospedalizzazione per tumore è in diminuzione nell'AUSL TC, così come nelle altre due Aziende USL e in Toscana.

Un eccesso significativo di ospedalizzazione per tumori, dipendente dall'età, si è realizzato per le donne della zona Fiorentina rispetto a quello delle donne toscane – 13,2 vs 12,6 per 1.000 – (Figura 1).

Figura 1

Ospedalizzazione per tumori maligni, tasso standardizzato per età (per 1.000 abitanti) nei Residenti Uomini e Donne. Anno 2017

Fonte: ARS, 2018



Nel 2017 non è risultato alcun eccesso di ospedalizzazione dei residenti nell'AUSL TC rispetto alla media regionale per i principali tumori genere specifici, come il tumore della mammella e della prostata.

Si osserva, invece, un eccesso significativo di ospedalizzazione per il tumore del polmone nei residenti maschi e femmine delle zone Pistoiese, Pratese e solo per le donne della zona Mugello – al limite della significatività statistica – per il tumore dello stomaco delle zone Fiorentina Sud Est e Mugello solo nei maschi. Non ci sono eccessi per il tumore del colon retto e per il tumore della vescica in entrambi i generi rispetto al valore regionale.

Nel 2015 i decessi per tumore maligno nell'AUSL TC sono stati 4.956 (305 decessi per 100.000 abitanti). I tumori rappresentano la seconda causa di morte – 28% dei decessi – nei residenti dell'AUSL TC dopo le malattie del sistema circolatorio, come avviene anche in Italia e in Toscana (Fonte: RMR ISPRO).

La mortalità per tumori è in diminuzione nei maschi e nelle femmine e il trend è coerente con quello regionale (Figura 2). Il gap di genere storicamente a favore delle femmine si mantiene negli anni, ma tende a ridursi per la più consistente diminuzione di mortalità maschile.

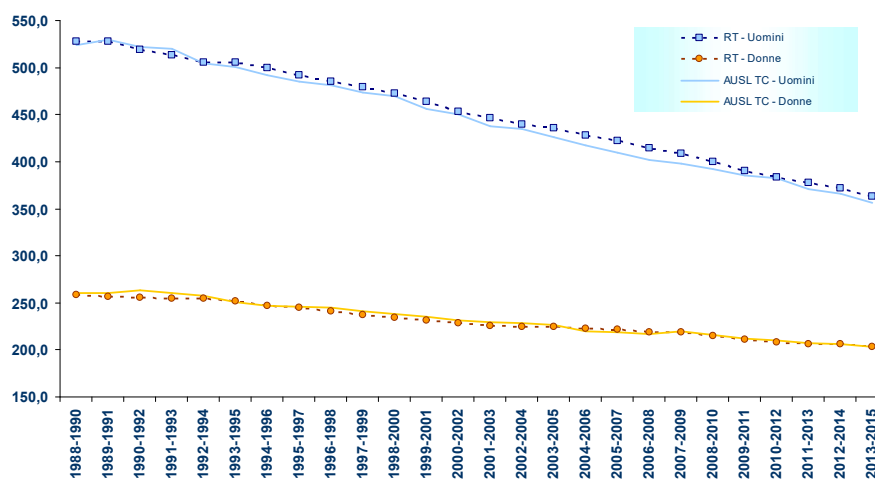
La mortalità per tumore maligno nel triennio 2013-2015 nei residenti maschi e femmine dell'AUSL TC è inferiore al valore medio regionale, anche se a livelli non statisticamente significativi e tra le zone distretto non emergono differenze significative.

Il tumore del polmone è la prima causa di morte negli uomini e la mortalità è in diminuzione negli ultimi anni, passando da 112 decessi per 100.000 nel triennio 2004-2006 a 93 per 100.000 nel triennio 2013-2015. Nelle donne il trend è invece in aumento, passando da 25 a 29 per 100.000 nel triennio 2004-2006 e 2013-2015, rispettivamente.

Gli andamenti riflettono con qualche anno di latenza quelli opposti dell'abitudine al fumo registrati fino a qualche anno fa: in diminuzione nei maschi ed in aumento nelle femmine.

Figura 2

Mortalità per tumori maligni, tasso standardizzato per età (per 100.000 abitanti) nei Residenti Uomini e Donne
Trienni 1988-2015 Fonte: ARS, 2018



5.3 Malattie respiratorie e BPCO

Mortalità in calo, ma carico assistenziale crescente

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

Nel triennio 2013-2015, si sono verificati 3.200 decessi medi annui nell'AUSL TC. I tassi di mortalità 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):

- AT Pistoiese presenta tassi di mortalità significativamente più bassi, soprattutto per la ridotta mortalità per polmonite e influenza;
- AT Empolese presenta tassi di mortalità più elevati rispetto alla media regionale sia per BPCO (solo maschi) che per polmonite e influenza;
- la mortalità per BPCO è significativamente più bassa nelle donne dell'AT Pratese e negli uomini della zona Fiorentina e Fiorentina Nord Ovest, dove invece sono più alti i decessi per polmonite ed influenza.

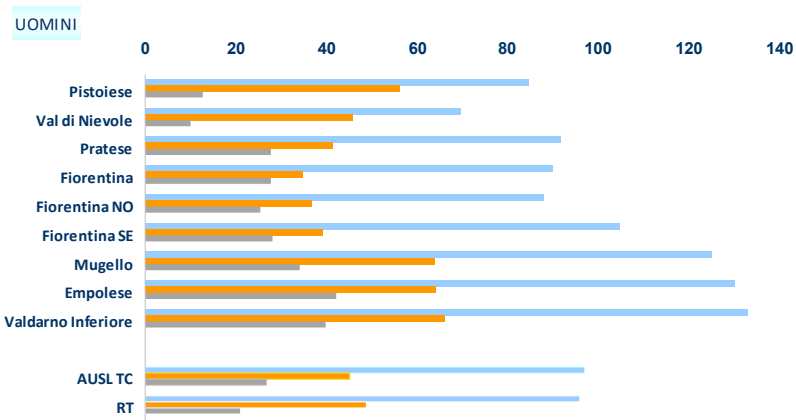
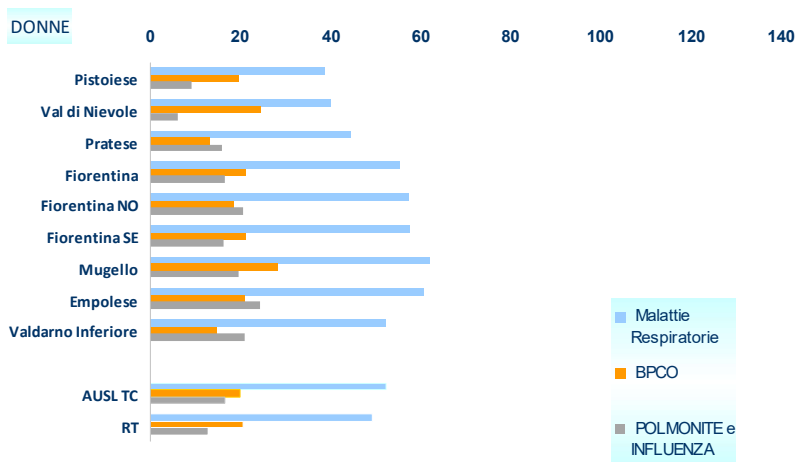


Figura 1

Distribuzione per zona-distretto della mortalità standardizzata per età (per 100.000 abitanti) per malattie respiratorie nell'Azienda USL TC e in Toscana

Periodo 2013-2015

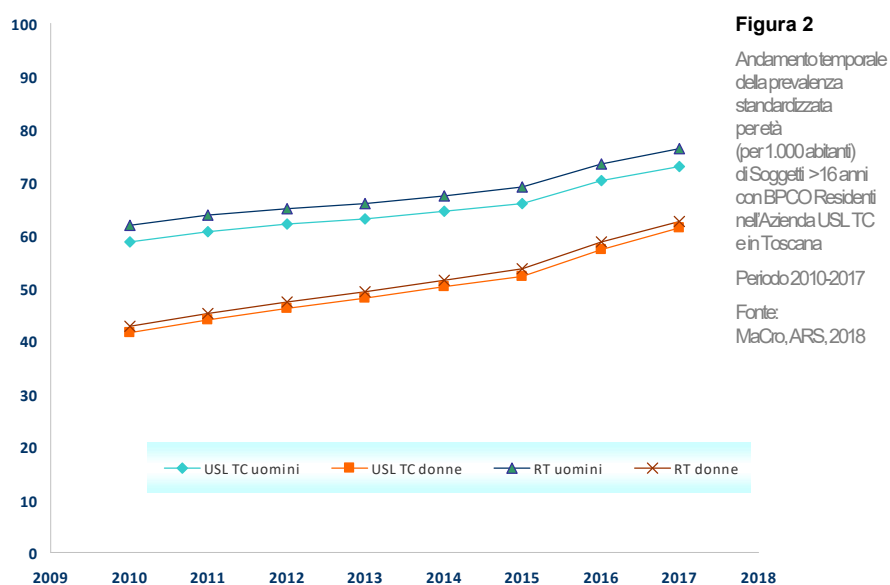
Fonte: ARS, 2018



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), ma abbastanza stabile nel tempo.

Tuttavia, a causa dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di tali patologie è destinata 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).

Nella AUSL TC i casi di BPCO nei residenti di età maggiore di 16 anni (maschi e femmine) sono stimati in circa 90.000 con una prevalenza standardizzata per età di 73 casi ogni 1.000 abitanti per i maschi e di 61 casi ogni 1.000 abitanti per le femmine. Il differenziale di genere si sta riducendo rispetto al 2010.



La diffusione della BPCO nei residenti dell'AUSL TC è significativamente inferiore alla media regionale, grazie al contributo dei bassi valori tra i residenti delle zone distretto Pistoiese e Fiorentina – in entrambi i generi – della Val di Nievole e Pratese (solo donne) e della Fiorentina Nord-Ovest e Valdarno Inferiore (solo uomini). I valori più alti negli uomini della Val di Nievole non sono significativi (Figura 3).

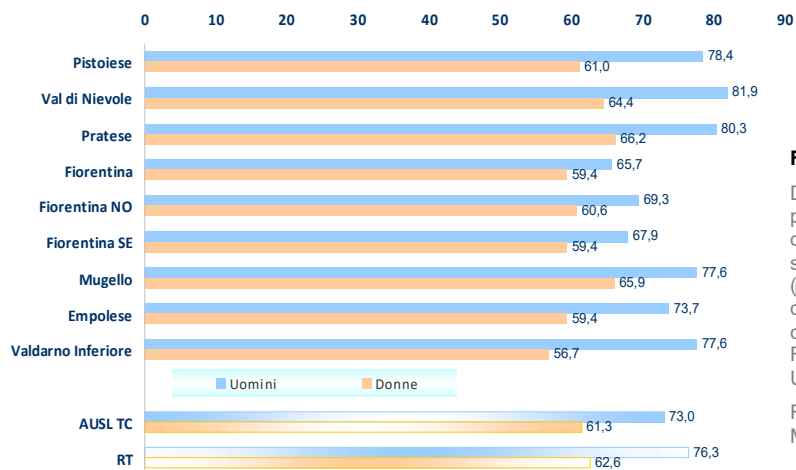


Figura 3

Distribuzione per Zona Distretto della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 abitanti) di Soggetti >16 anni con BPCO Residenti nell'Azienda USL TC e in Toscana

Fonte: MaCro, ARS, 2018

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

Numero dei casi in crescita, ma la malattia è sotto controllo

Il diabete è una malattia complessa che impegna molti organi 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 quindi un impatto rilevante, sia sui costi sanitari che sulla qualità della vita dei cittadini.

Nel 2017, sono oltre 100.000 le persone affette da diabete nell'AUSL TC, il 7,9% dell'intera popolazione sopra i 16 anni (18% negli ultra-65enni).

La prevalenza standardizzata per età dell'AUSL TC è significativamente inferiore a quella Toscana sia nei maschi che nelle femmine.

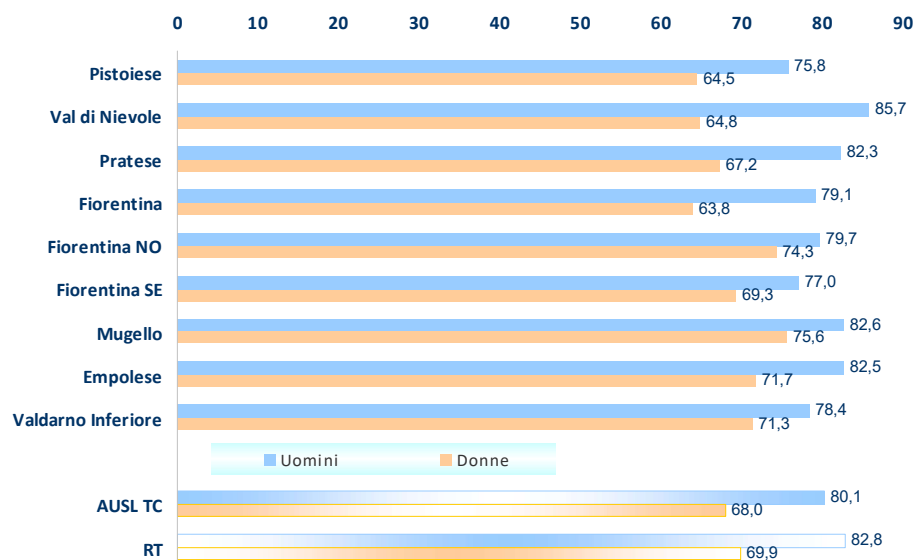


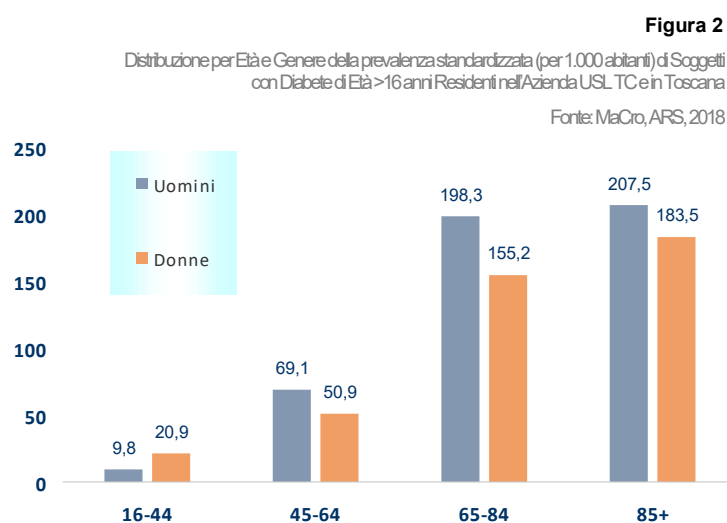
Figura 1

Distribuzione per zona-distretto della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 abitanti) di Soggetti con Diabete Mellito di Età > 16 anni residenti nell'Azienda USL TC e in Toscana

Fonte: MaCro, ARS, 2018

Significativamente più bassi sono i valori per le donne nell'AT Pistoiese, Pratese e nella zona distretto Fiorentina e per gli uomini nelle zone Pistoiese, Fiorentina, Fiorentina Nord Ovest e Valdarno Inferiore (Figura 1).

La frequenza è maggiore negli uomini (8,0%) rispetto alle donne (6,8%), eccetto che nella fascia di età inferiore a 45 anni (Figura 2).



La diffusione del diabete – Figura 3 – è aumentata del 13% negli ultimi 7 anni (coinvolgeva il 6,7% della popolazione nel 2010).

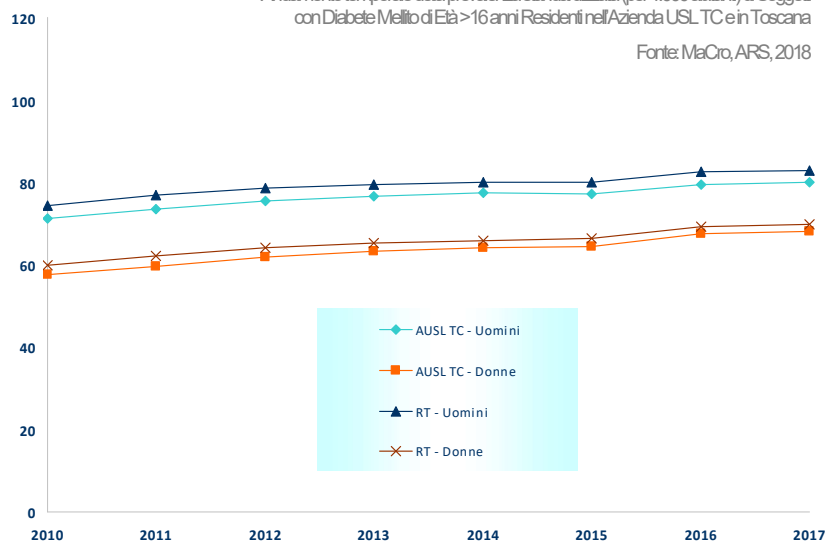
In sette anni si sono aggiunte 13.000 persone a causa dell'invecchiamento della popolazione, ma anche grazie all'anticipazione delle diagnosi, che porta in evidenza casi prima sconosciuti, e all'aumento della sopravvivenza dei malati di diabete.

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.

Figura 3

Andamento temporale della prevalenza standardizzata (per 1.000 abitanti) di Soggetti con Diabete Mellito di Et  >16 anni Residenti nell'Azienda USL TC e in Toscana

Fonte: MaCro, ARS, 2018



La deospedalizzazione dei casi di diabete e l'incremento degli indicatori di appropriatezza, come il controllo Hb glicata e prescrizione di statine, testimoniano una maggiore efficacia della presa in carico dei pazienti nonostante l'aumento del numero di casi.

5.5 Malattie infettive

Sotto controllo, ma alcune ancora sensibili

La sorveglianza delle malattie infettive (MI) è affidata al Sistema Informativo delle Malattie Infettive. Nell'AUSL TC è stato appena implementato un sistema di sorveglianza delle MI con un network che prevede l'invio dei dati dai servizi di Igiene all'Epidemiologia. Vengono di seguito riportati i principali eventi che hanno caratterizzato il 2017 e quelle patologie ad alto carico sanitario.

5.5.1 Tubercolosi

Stabile, di più negli immigrati, soprattutto a Prato

Secondo l'OMS la Tubercolosi rappresenta la malattia infettiva col più alto carico sanitario, economico e sociale. Nell'AUSL TC si osserva un trend storico d'incidenza stabile (Figura 1) con un valore nel 2017 di 8.9 casi per 100.000 abitanti, leggermente maggiore del dato regionale (7.6) e nazionale (6.6).

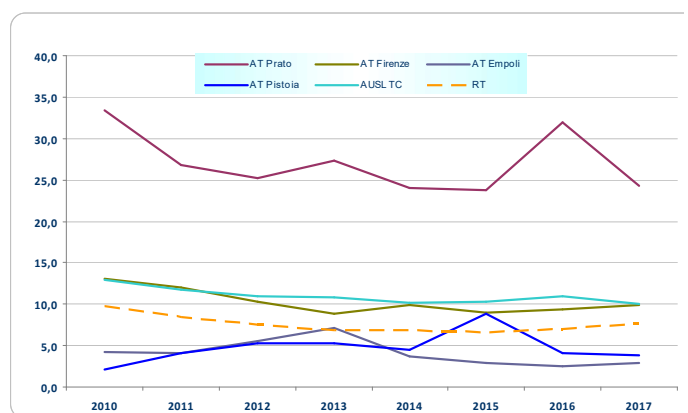


Figura 1
Tasso di notifica di Tubercolosi (per 100,000 abitanti) per Area Territoriale, Azienda USL TC, Regione Toscana
Periodo 2010-2017

L'incidenza è da sempre significativamente più elevata nell'AT Pratese (17.3). L'incremento osservato nell'AT Pratese a partire dal 2015 è legato verosimilmente ad un progetto di ricerca attiva dei casi di TBC nella popolazione migrante implementato solo in questa area territoriale.

La tubercolosi continua ad essere una patologia che colpisce prevalentemente soggetti immigrati. Sul totale dei 145 casi riportati nell'Azienda USL Toscana Centro nel 2017, 97 (66.9%) provenivano da Paesi endemici, di cui la maggior parte (n=28; 28.9%) dal continente Asiatico. L'incidenza maggiore si è registrata in soggetti giovani adulti di genere maschile, tale dato riflette le caratteristiche demografiche della popolazione immigrata.

Il fenomeno dei flussi migratori da aree endemiche si pone come un'importante sfida per la sanità pubblica.

5.5.2 Morbillo

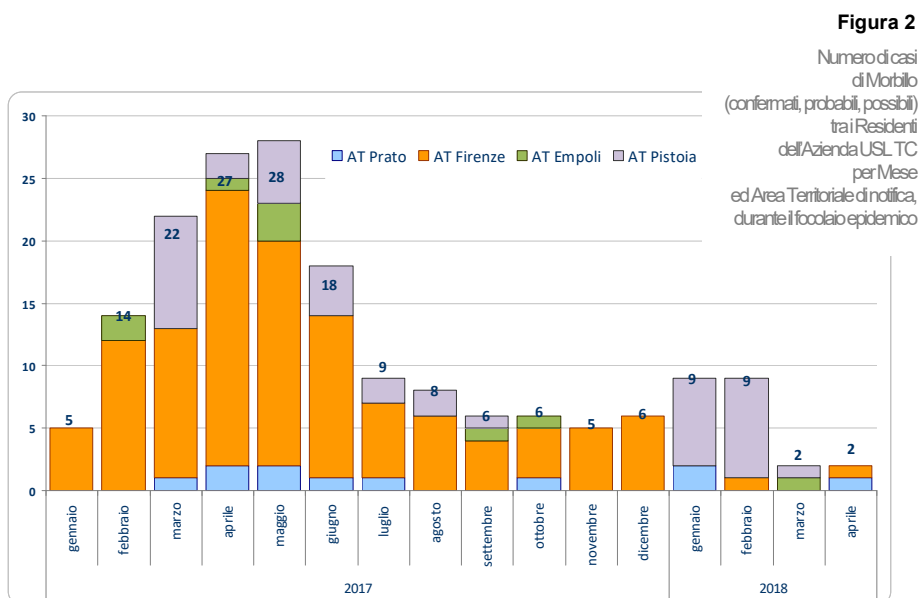
Epidemia nel 2017, adesso casi in diminuzione

Secondo il Centro Europeo per il Controllo delle Malattie Infettive (ECDC), a partire da gennaio 2016 si è manifestata un'epidemia di morbillo in Europa che è tutt'oggi in corso. I Paesi col più alto tasso di notifica sono stati Romania (283.8 casi per milione), Grecia (89.7 casi per milione), Italia (84.0 casi per milione) e Belgio (32.5 casi per milione). Nel nostro Paese, secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2017 sono stati segnalati 4,991 casi di morbillo da 21 Regioni, inclusi 4 decessi. Con un'incidenza di 9.9 per 100,000 abitanti, la Toscana si è collocata al quarto posto, preceduta da Lazio (28.8), Piemonte (14.3) e Abruzzo (13.1).

Nell'AUSL TC sono stati 154 i casi di morbillo segnalati tra i residenti, con un tasso d'incidenza di 9.5 per 100.000 (range: 3.1 nell'AT Pratese - 13.5 AT Firenze).

La Figura 2 mostra l'andamento temporale del focolaio epidemico di morbillo nelle quattro aree territoriali. La curva epidemica ha seguito il trend temporale osservato a livello italiano, con il picco di casi nei mesi invernali, una successiva riduzione fino a dicembre e un'ulteriore ripresa nei primi mesi del 2018. Il focolaio ha colpito prevalentemente soggetti giovani-adulti – età media 26 anni – e 111 casi (72.1%) avevano più di 20 anni. Non si sono osservate differenze per genere (52% maschi vs. 48% femmine) e la maggior parte era di nazionalità Italiana (n=150; 97.5%). Sessantanove casi (44.8%) sono stati ricoverati e l'80.5% non era vaccinato, mentre per il restante 19.5% non è noto se avesse ricevuto 2 dosi di vaccino anti-morbillo (ciclo vaccinale completo).

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



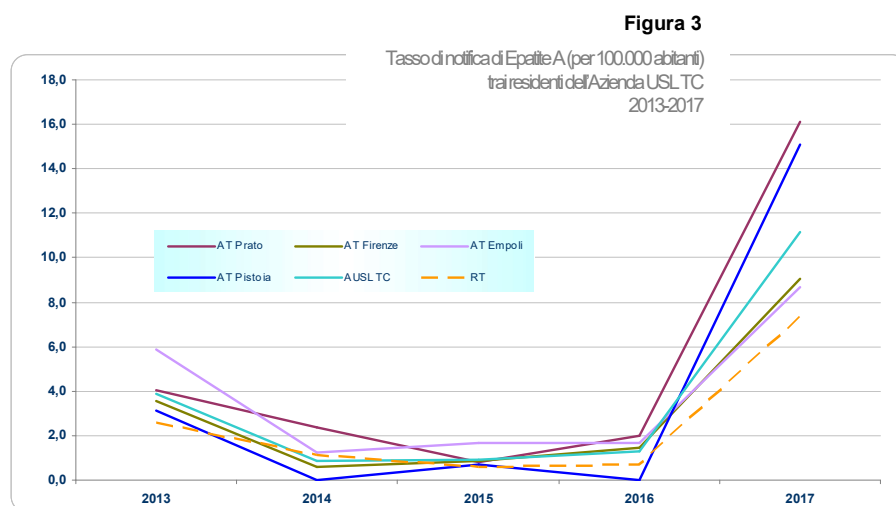
5.5.3 Epatite A

Casi in diminuzione

A partire da settembre 2016 in alcune regioni italiane è stato registrato un eccesso di casi di epatite A (HAV) tra 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 con 4,101 casi outbreak-correlati riportati nel periodo 1 giugno 2016 – 19 marzo 2018.

La Figura 3 mostra come nell'AUSL TC e in Toscana, dopo un periodo di bassa incidenza si sia registrato a partire dal 2017 un importante incremento, con un tasso di notifica tra i residenti dell'AUSL TC di 11.2 per 100.000 abitanti rispetto ai 7.3 per 100.000 a livello regionale.

Le aree territoriali più colpite sono state quella Pratese (16.1) e Pistoiese (15.0). Dei 182 casi notificati a livello di AUSL TC nel 2017, 163 erano maschi (89.6%), Italiani (95.6%) e con un'età media di 35.4 anni. Tali caratteristiche sono allineate con quelle riportate tra i casi MSM dei clusters Europei e in una rapida valutazione del rischio dell'epidemia di Epatite A tra MSM pubblicata dall'osservatorio epidemiologico regionale della Puglia.



Nei primi quattro mesi del 2018 il numero di casi di HAV è in diminuzione attestandosi a 11 casi, di cui 9 maschi. Gli interventi di controllo e vaccino-profilassi post esposizione implementati tempestivamente dalle UF ISP stanno permettendo il controllo del focolaio.

Maggiori sforzi sono però necessari per sensibilizzare la popolazione MSM alla vaccinazione, che è gratuita per tale categoria a rischio.

Al fine di un'indagine più approfondita sulle caratteristiche del focolaio nell'AUSL TC, sarebbero utili informazioni sul comportamento sessuale dei casi ed in particolare dati molecolari al fine d'identificare il genotipo di HAV circolante.

5.5.4 Epatite virale di tipo B e C

HBV stabile

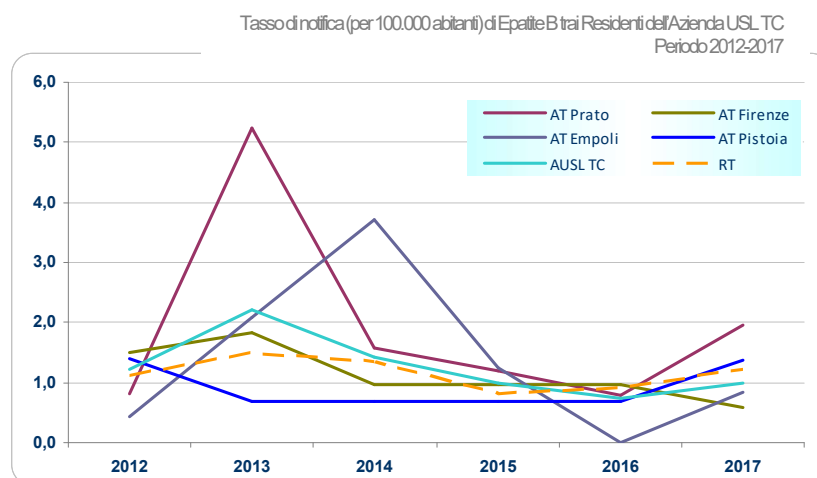
Il Sistema epidemiologico integrato delle epatiti virali acute-Seieva, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, è stato istituito con lo scopo di descrivere l'epidemiologia dell'epatite acuta in Italia differenziata per tipo specifico, con particolare riferimento all'incidenza e ai fattori di rischio associati alla malattia.

I dati nazionali, regionali ed a livello di AUSL TC evidenziano un trend in riduzione delle notifiche di HBV (Figura 4), nonostante sia da rilevare un lieve incremento nel 2017.

Dei 16 casi HBV notificati nel 2017, 14 erano di genere maschile e solo 2 di nazionalità straniera, con un'età media di 44 anni. Non sono disponibili dati su fattori di rischio specifici; nessuno dei casi era stato vaccinato.

Secondo un recente studio di ECDC, al quale hanno contribuito l'UFC Epidemiologia e la SOS Assistenza Sanitaria in Ambito Preventivo dell'AUSL TC, il controllo dell'HBV deve passare attraverso alte coperture vaccinali nell'infanzia ($\geq 95\%$) e strategie di catch-up nella popolazione giovane adulta e con caratteristiche di rischio, al fine d'identificare e vaccinare soggetti suscettibili.

Figura 4



Anche per quanto concerne l'HCV, si osserva a livello nazionale un trend in decremento con un tasso di notifica di 0.1 per 100.000 nel 2017. Tra i residenti dell'AUSL TC non sono stati riportati casi di HCV nel 2017, in confronto ai 4 riportati a livello regionale.

Nel 2016 a livello di AUSL TC era stato riportato un solo caso di HCV, e nel 2015 due casi.

E' bene ricordare come la maggioranza delle infezioni da HBV e HCV non sia associata ad un esordio clinico manifesto, e durante la fase acuta la maggioranza non è diagnosticata. Gran parte dei casi di HBV e HCV sono 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 casuale.

Perciò il sistema di sorveglianza per HBV e HCV basato sulle notifiche non è lo strumento idoneo per quantificare la vera incidenza e prevalenza dei casi di HBV e HCV.

5.5.5 *Neisseria meningitidis*

Meningococco C: il focolaio 2015/2016 adesso sotto controllo

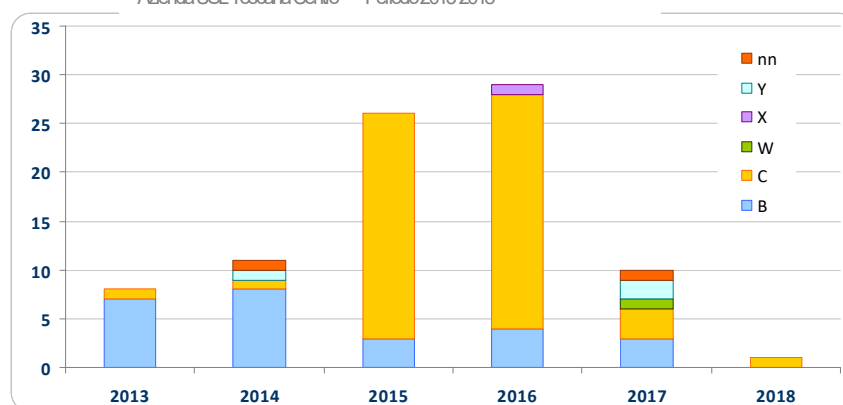
A partire da gennaio 2015 la Toscana è stata l'unica regione in Italia nella quale si è assistito ad un importante focolaio epidemico di meningococco C (MenC), che è in fase di risoluzione nel 2017-2018. L'AUSL TC è stata attivamente coinvolta nelle indagini regionali, in collaborazione con ARS.

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 lineage di meningococco C (ST-11/cc11), che ha prevalentemente colpito la popolazione MSM e i suoi contatti stretti. Come osservabile dalla Figura 5, il numero di casi di MenC nel 2017 e nei primi 6 mesi del 2018 si è riallineato a quello degli anni pre-focolaio. Gli altri serogruppi di *Neisseria meningitidis* (Nm) sono invece rimasti stabili prima, durante e dopo il focolaio.

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, soprattutto della fascia 20-30 anni, nonché dei gruppi di popolazione a rischio come gli MSM.

Figura 5

Casi di malattia batterica invasiva da *Neisseria Meningitidis* per Serogruppo
Azienda USL Toscana Centro Periodo 2013-2018



5.5.6 Altre malattie batteriche invasive

HAEMOPHILUS INFLUENZAE: uno-due casi annui

Grazie alla vaccinazione, è praticamente scomparsa la malattia nell'infanzia. Rimangono casi sporadici negli anziani. Nel 2017 sono stati riportati 2 casi di cui uno in una bambina di passaggio dagli USA non vaccinata, ed uno in un soggetto di 83 anni anch'egli non vaccinato.

PNEUMOCOCCO: casi in calo, che riguardano prevalentemente anziani; alta però la letalità

Si nota una riduzione delle infezioni da pneumococco che passano da 49 nel 2016 a 27 nel 2017, in linea con la riduzione registrata anche a livello regionale. La maggior parte dei casi è notificata nell'AT Fiorentina (74.1%). Anche le infezioni da pneumococco sono scomparse nell'infanzia e riguardano prevalentemente soggetti anziani e/o adulti con patologie di base.

Da sottolineare però l'alta letalità: 17 casi (62.9%) sono infatti deceduti, con età media di 61 anni e nessuno era vaccinato.

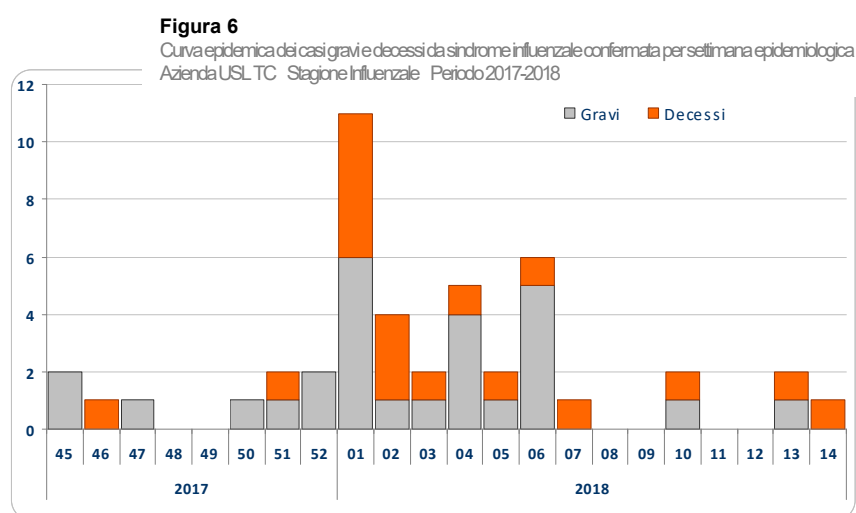
5.5.7 Stagione influenzale 2017-2018: casi gravi

In diminuzione, ma ancora alta la mortalità. Protetti i vaccinati

Dalla stagione influenzale 2009-2010, in seguito all'influenza pandemica, 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 (UTI) 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.

La Figura 6 riporta i dati disponibili sui casi gravi d'influenza a livello di AUSL TC. Sono stati riportati un totale di 45 casi gravi, la cui curva epidemica ripercorre l'incidenza dell'influenza generale con un picco nel mese di gennaio.



L'età media dei casi gravi è di 57 anni; tre soggetti, di cui due deceduti, avevano meno di 5 anni di vita, mentre i restanti cinquantaquattro casi più di 20 anni, tra i quali si registrano sedici decessi, per un totale di 18 decessi (40%).

Un caso grave si è verificato in una donna in gravidanza.

La maggior parte dei casi gravi (89%) presentava almeno una condizione di rischio predisponente il complicarsi delle condizioni cliniche (diabete, tumori, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche, ecc).

Nella passata stagione influenzale si erano contati 57 casi gravi a livello di AUSL TC.

In linea con il dato nazionale, nella maggior parte dei casi gravi (57.7%) è stata isolata la variante virale A/H1N1, seguita dal tipo B (24.4%) e A/H3N3 (2.2); 5 casi sono stati identificati come 'A/non sottotipizzato'.

Otto dei 45 casi gravi si erano vaccinati nella stagione influenzale appena conclusa con vaccino trivalente, il quale contiene i ceppi A/H1N1, A/H3N2 e B-Brisbane.

E' interessante notare come in tutti gli 8 casi vaccinati sia stata isolata solo la variante B. Non sono disponibili informazioni sul lineage di ceppo B isolato in tali soggetti vaccinali, ma, tenendo conto del fatto che in più dell'80% dei casi Italiani di ceppo B è stato isolato il lineage B-Yamagata, è possibile che la vaccinazione abbia protetto tali soggetti dai ceppi maggiormente circolanti (in particolare A/H1N1), ma non dal ceppo B-Yagamata, non contenuto appunto nel vaccino trivalente. Altro dato interessante da rilevare tra i soggetti vaccinati è che nessuno di loro è deceduto.

Secondo un recente studio di ECDC, l'influenza rappresenta in Europa la malattia infettiva col più alto carico di conseguenze (81.8 DALYs per 100.000 abitanti). Essa è una malattia prevenibile con vaccinazione ed 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.

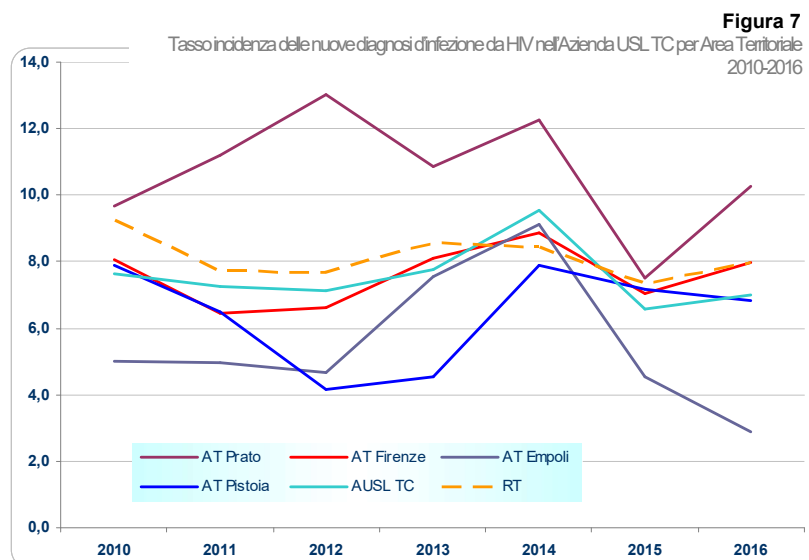
5.5.8 HIV e AIDS

Stabile, con i maschi ancora più a rischio

Secondo i dati di ISS, l'incidenza delle nuove diagnosi d'infezione da HIV rimane stabile in Italia, attestandosi nel 2016 su 5.7 per 100.000 abitanti. L'incidenza più elevata è stata osservata nel Lazio (8.5) seguito dalle Marche (8.2) e dalla Toscana (8.0). Il tasso nell'AUSL TC (7.0) è leggermente inferiore rispetto al livello regionale, con l'eccezione dell'AT Pratese la quale mostra un'incidenza più elevata durante tutto il periodo in considerazione (Figura 7).

Anche nel 2016 i maschi mostrano tassi d'incidenza di nuove diagnosi di HIV superiori rispetto alle femmine:

- AT Pistoiese 12.1 vs 2.0
- AT Pratese 19.5 vs 1.5
- AT Fiorentina 14.5 vs 2.1
- AT Empolese 5.9 vs 0.0



Per quanto concerne le nuove diagnosi di AIDS, i dati ISS riportano a livello nazionale un tasso in diminuzione che si attesta nel 2016 sul valore di 1.3 per 100.000. L'incidenza più elevata è in Liguria, Marche, Umbria e Molise e Toscana (2.0). Secondo i dati ARS, a livello regionale e di AUSL TC si osserva un trend temporale stabile delle nuove diagnosi di AIDS (Figura 8). Dopo un periodo nel quale l'incidenza maggiore era osservata nell'AT Pratese, si è registrato nel 2016 una riduzione in tale area territoriale ed un incremento nell'AT Pistoiese che ha il valore più elevato nel 2016 (3.1). Anche per quanto riguarda l'AIDS sono osservabili incidenze maggiori nel genere maschile, seppur con una forbice ridotta rispetto alle infezioni da HIV (AT Pistoiese: 6.42 vs 0.00; AT Pratese 3.25 vs 0.77; AT Fiorentina 2.75 vs 0.68; AT Empolese 1.70 vs 0.81).

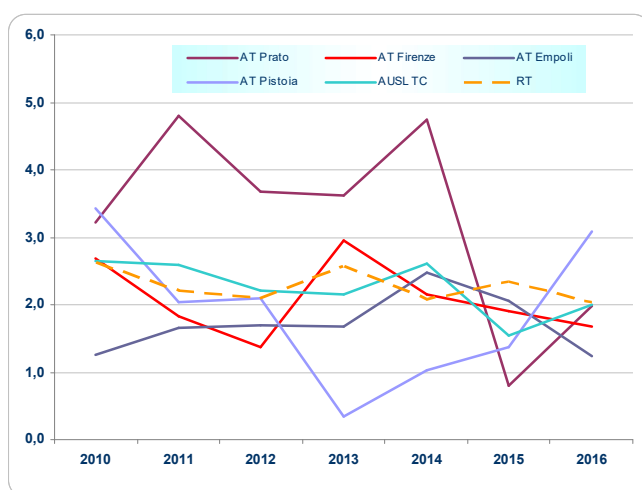


Figura 8
Tasso incidenza delle nuove diagnosi di Sindrome da Immunodeficienza acquisita (AIDS) nell'Azienda USL TC per Area Territoriale
Periodo 2010-2016

La diagnosi precoce attraverso il test-HIV, unita a strategie evidence-based 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. In linea con ciò, l'AUSL TC attuerà un progetto (chiamato "safe-sex"), nelle scuole superiori ed in altri setting, per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e per favorire azioni di sensibilizzazione e campagne informative contro HIV e AIDS.

5.5.9 Altre malattie soggette a notifica

ROSOLIA

Casi praticamente scomparsi, ma devono rimanere alte le coperture e la sorveglianza

Dal 2013 al 2015 non sono stati riportati casi nell'AUSL TC. Nel 2016, viene invece registrato un caso di rosolia congenita nell'AT Fiorentina e nel 2018 un caso in un soggetto di 8 anni non vaccinato sempre nell'AT Fiorentina. In Italia a giugno 2018 sono stati segnalati 11 casi di rosolia. L'eliminazione della rosolia congenita passa attraverso lo screening routinario delle donne gravide e/o in età fertile, e la vaccinazione di quelle suscettibili immediatamente dopo il parto. Il fenomeno della vaccine hesitancy, invece, può contribuire al verificarsi di casi di malattie prevenibili con vaccinazione, come la rosolia, in età più avanzate e necessita di azioni di contrasto e il raggiungimento di coperture $\geq 95\%$ con due dosi di vaccino MPR.

PAROTITE

Casi stabili

I casi di parotite rimangono stabili nell'AUSL TC:

- 14 nel 2015
- 18 nel 2016
- 13 nel 2017
- 7 nei primi 6 mesi del 2018

In Toscana nel 2017 si sono contati 32 casi di Parotite, pertanto l'AUSL TC ha contribuito per il 40% di tutti i casi Toscani. Dei 13 casi, 10 sono stati segnalati dall'AT Fiorentina. L'età media è di 19 anni (range: 4-42 anni), quattro avevano meno di 10 anni di età e nessuno aveva ricevuto 2 dosi di MPR. Come per la rosolia, l'eliminazione della parotite passa attraverso il raggiungimento e mantenimento di coperture $\geq 95\%$ con due dosi di vaccino MPR.

VARICELLA

Casi in aumento

Si osserva un incremento dei casi di varicella a livello di AUSL TC, i quali, dopo un periodo stabile (325 nel 2014; 350 nel 2015; 352 nel 2016) salgono a 416 nel 2017 con un incremento registrato in tutte le Aree Territoriali.

Lo stesso trend si osserva a livello regionale, con i casi che passano da 812 nel 2016 a 935 nel 2017.

Tra i casi dell'AUSL TC del 2017 l'età media è di 21 anni e la metà aveva meno di 10 anni. Dei 416 casi del 2017, solo due avevano ricevuto due dosi di vaccino anti-varicella.

Diversi studi hanno riportato fallimenti vaccinali nella finestra tra la prima dose e il richiamo dei 5-6 anni, suggerendo la necessità di ridurre tale intervallo. I ricoveri sono stati 39, e l'età media dei casi ricoverati era di 38 anni.

E' interessante sottolineare come nessuno dei soggetti ricoverati aveva ricevuto una dose di vaccino anti-varicella.

Sono ritenute cost-effective strategie di catch-up per vaccinare giovani adulti e soprattutto donne in età fertile. Anche per la varicella, il raggiungimento e mantenimento di coperture $\geq 95\%$ con due dosi è necessario per l'eliminazione della malattia.

PERTOSSE

Raddoppiano i casi nel 2017, occorre implementare strategie vaccinali cocoon

A livello di AUSL TC si è osservato un incremento dei casi di pertosse che passano da 21 nel 2015 a 27 nel 2016 e raddoppiano nel 2017 con 48 casi. L'incremento dei casi è osservato nell'AT Fiorentina ed Empolese. Nella prima passano da 12 del 2016 a 33 del 2017 e nella seconda da 1 a 7 casi. Anche a livello regionale si osserva un incremento dei casi che passano da 54 nel 2016 a 117 nel 2017.

La pertosse si conferma una malattia dell'infanzia: tra i casi del 2017 l'età media è di 8 anni (41 dei 48 casi avevano meno di 10 anni; e 16 casi meno di un 1 anno). Solo in un caso viene riportato un ciclo vaccinale completo. Sui 48 casi del 2017, 11 sono stati ricoverati ed erano tutti bambini sotto l'anno di vita non completamente vaccinati.

Il raggiungimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ con 3 dosi di vaccino DTP e le strategie vaccinali di catch-up nell'adolescenza rappresentano il cardine per l'eliminazione della malattia, assieme alle strategie cocoon, ovvero alla protezione dei bambini sotto l'anno di vita mediante la vaccinazione dei genitori e degli adulti contatti stretti.

LEGIONELLOSI

Incremento dei casi

A partire dal 2015 si osserva un incremento nell'AUSL TC con i casi che passano da 38 nel 2015, a 58 nel 2016, a 92 nel 2017.

L'incremento è osservato in tutte le aree territoriali e s'inserisce all'interno di un incremento regionale con i casi che in Toscana passano da 118 nel 2015, a 133 nel 2016, a 180 nel 2017.

L'età media è elevata (63 anni) con netta prevalenza del genere maschile (72.8%). Non sono disponibili informazioni su fattori di rischio specifici i quali necessitano quindi di essere integrati nel sistema di sorveglianza AUSL TC al fine d'identificare possibili fonti comuni di contagio e/o specifici determinati.

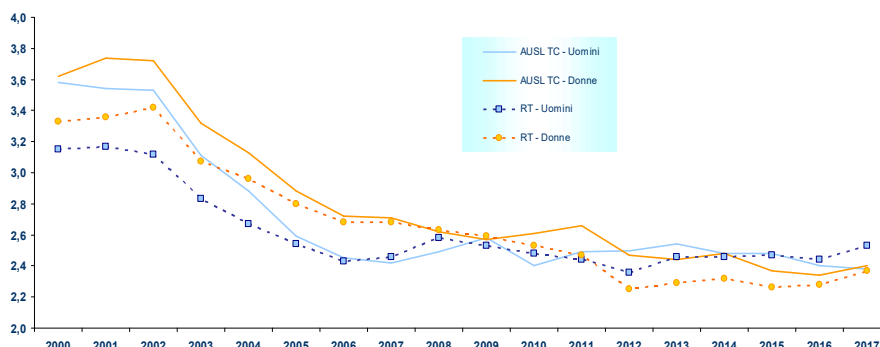
5.6 Salute mentale e suicidi

Meno suicidi negli uomini

Secondo i sistemi informativi che registrano le prestazioni presso i Servizi di salute mentale territoriali (DSM), i residenti che in Toscana hanno usato almeno un contatto, nel corso del 2017, 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 (Fonte: ARS). 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 (Figura 1).

Figura 1

Tasso standardizzato per età di ospedalizzazione per disturbi psichici (ICD-CM 209-319) (per 1.000 abitanti) Fonte: ARS, 2018

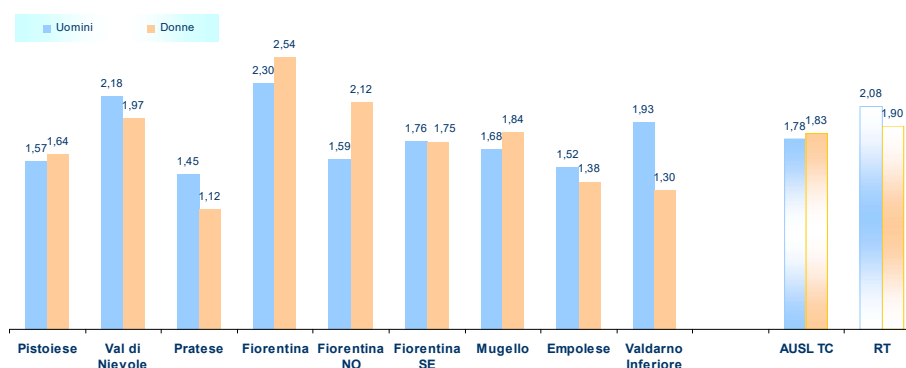


Nel 2017, sono stati ricoverati per disturbi psichici (ICD-CM 209-319) 4.036 residenti nell'AUSL TC, per un totale di 5.981 ricoveri, valore uguale a quello dell'anno precedente e sovrapponibile al valore medio regionale.

Un eccesso significativo di ospedalizzazione rispetto alla media regionale risulta nella zona Fiorentina, sia per i maschi che per le femmine (rispettivamente 3 e 3,1 ricoverati per 1.000 abitanti). L'ospedalizzazione nei reparti psichiatrici ha interessato 2.919 residenti nell'AUSL TC (1,8 per 1.000 abitanti), con un valore simile a quello regionale (Figura 2). I ricoveri ripetuti entro 30 giorni in reparti di psichiatria nel 2017 sono stati più frequenti tra i residenti della zona Fiorentina.

Figura 2

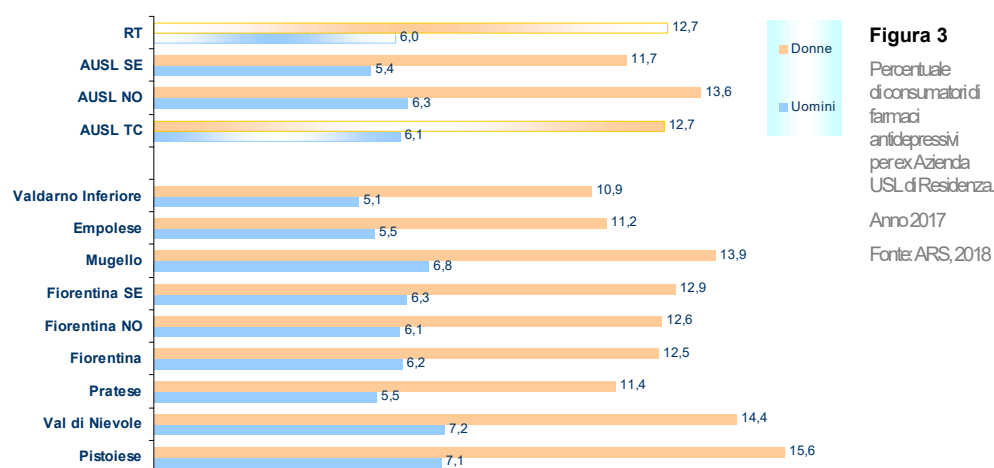
Ricoverati maschi e femmine in reparti psichiatrici, tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti. Anno 2017 Fonte: ARS, 2018



La depressione è uno dei disturbi psichici più rilevanti per frequenza e per impatto sulla qualità della vita. Nel 2017, 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 (Figura 3).

L'uso tra i residenti nell'AUSL TC è sovrapponibile alla media regionale per entrambi i generi, mentre nelle due zone dell'AT Pistoiese le percentuali d'uso sono più alte della media regionale in entrambi i generi.

Da segnalare che i farmaci antidepressivi possono essere usati anche nella cura di altre patologie (terapia del dolore neuropatico, cefalea).

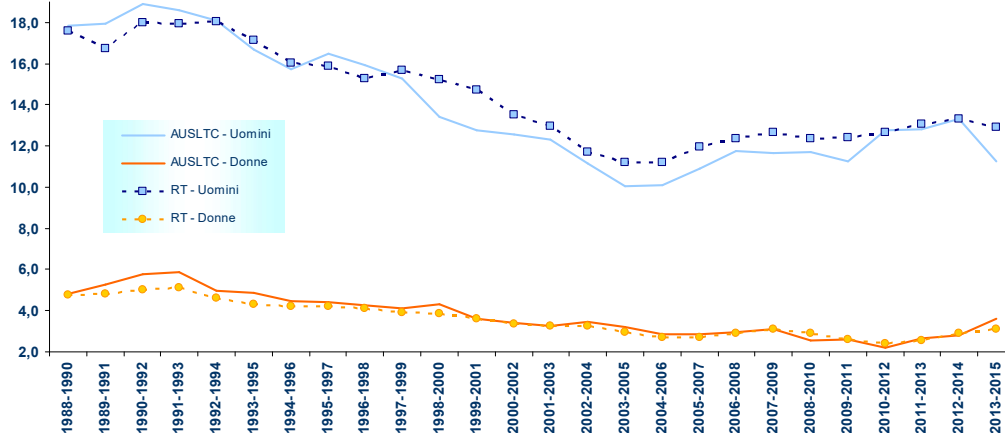


Il suicidio rappresenta un evento estremo di disagio psichico.

Nel triennio 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)

Figura 4

Tasso standardizzato per età (per 100.000 abitanti) di mortalità per suicidio periodo 1988-2015. Fonte: ARS, 2018



Il genere maschile presenta i valori più elevati di suicidio: 11,2 per 100.000 abitanti rispetto 3,6 per 100.000 abitanti nel genere femminile.

I tassi di suicidio standardizzati per età negli uomini dell'AUSL TC sono inferiori a quelli dei toscani (12,9 per 100.000 abitanti), mentre nelle donne i valori sono lievemente maggiori del dato regionale (3,1 per 100.000 abitanti).

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

5.7 Malattie professionali

Stabili, ma attenzione ai tumori

Le malattie professionali riconosciute e indennizzate (MP) dall'ente assicuratore INAIL, tra i lavoratori residenti nella AUSL TC si sono mantenute sostanzialmente invariate lungo tutto il periodo di osservazione, fluttuando tra un massimo di 592 casi nel 2013 e un minimo di 480 nel 2015 (Tabella 1).

Su base regionale si registra invece una tendenza ad un netto incremento, quasi tutto da attribuire a quanto avvenuto nell'area dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest. Va ricordato che le MP hanno tempi di definizione più lunghi che quindi inducono a cautele nel considerare i dati degli ultimi due anni. E' possibile che un certo numero di MP manifestatesi nel corso del 2015 e del 2016 non siano ancora state definite o che definizioni negative in prima battuta possano essere modificate nel corso del tempo portando quindi a un incremento nel numero definitivo di MP indennizzate.

Tabella 1
Malattie professionali indennizzate
per Comune – Zona – Azienda USL – Azienda USL TC
Periodo 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pistoiese	39	35	41	40	36	32	32
Val di Nievole	55	43	34	42	30	33	24
Pratese	72	43	57	67	47	49	48
Fiorentina	94	78	90	84	87	80	95
Fiorentina Nord Ovest	121	86	81	79	65	65	80
Fiorentina Sud Est	47	49	45	61	51	35	42
Mugello	8	25	13	15	29	29	41
Empolese	56	43	57	55	50	41	46
Valdarno Inferiore	55	84	133	149	134	116	139
AUSL TOSCANA CENTRO	547	486	551	592	529	480	547
AUSL TOSCANA NORD OVEST	1.318	2.027	2.011	2.287	2.455	2.372	2.440
AUSL TOSCANA SUD EST	376	376	400	459	501	654	563
REGIONE TOSCANA	2.241	2.889	2.962	3.338	3.485	2.991	3.550

In Tabella 2 viene mostrata, per la sola AUSL TC, la distribuzione per tipo di MP.

Tabella 2
Malattie professionali indennizzate distribuite per Tipologia – Azienda USL TC
Periodo 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
01 Mesoteliomi	3	7	11	14	9	13	13
02 Tumori maligni dell'apparato respiratorio	6	10	12	8	17	12	14
03 Tumori maligni dell'apparato urinario	4	6	1	8	1	5	3
04 Tumori maligni della cute				3	2		1
05 Altri tumori (non inclusi nelle precedenti classificazioni)	1		1	2			
06 Ipoacusia da rumore	77	56	51	47	34	41	48
07 Patologia non neoplastica apparato respiratorio	24	8	30	14	23	15	13
08 Patologia non neoplastica della cute	27	16	15	17	15	16	20
09 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	288	274	306	338	337	295	334
10 Malattie del sistema nervoso periferico	107	103	119	139	99	78	92
90 Altre patologie	12	11	9	11	11	5	4
MISSING					1		5
TOTALE	549	491	555	601	549	480	547

Prevalgono in maniera netta le malattie muscolo-scheletriche a cui vanno anche aggiunte quelle del sistema nervoso periferico, la maggioranza delle quali è riconducibile alla sindrome del tunnel carpale.

E' da notare come la patologia che dominava in precedenza, l'ipoacusia da rumore, sia ormai residuale, limitata a poche decine di casi. Non trascurabile invece la patologia tumorale.

I mesoteliomi da amianto sono costantemente presenti e in apparente crescita come numero, mentre sono anche numerosi i casi di tumori dell'apparato respiratorio, come laringe, bronchi, cavità nasali e seni paranasali.

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.

Tabella 1

Decessi e ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti ovunque occorsi dei Residenti nell'Azienda USL TC

Fonte: ARS

ANNO	Numero Annuo Decessi			Tasso Standardizzato		Soggetti Ricoverati	
	media nel triennio centrato sull'anno di riferimento			x100.000 rif. Toscana 2000		% per traumatismi ed avvelenamenti	
	Totale	M	F	M	F		
2017						16616	10.4
2016						16508	10.4
2015	668	364	304	n.d.	n.d.	16946	10.4
2014	650	361	290	48,0	24,0	16758	10.0
2013	651	368	283	50,4	23,6	17247	10.4
2012	647	361	286	50,3	24,1	16691	10.2
2011	658	364	294	51,2	25,1	17685	10.1
2010	661	364	297	51,7	26,1	18538	10.3
2009	668	378	289	54,5	26,1	18373	10.2
2008	666	377	289	55,5	26,8	18125	10.0
2007	657	369	288	55,6	27,3	18772	10.2
2006	650	354	296	54,2	29,1	19166	10.3
2005	650	354	296	55,0	30,2	19457	10.3
2004	671	360	311	56,8	32,3	19740	10.3
2003	677	369	308	59,1	32,1	20287	10.2
2002	696	387	309	62,4	32,1	21219	10.3
2001	701	389	311	63,6	32,8	21656	10.6
2000	758	419	339	69,0	36,2	21618	10.6
1999	770	423	348	70,2	38,3	23239	11.5
1998	785	439	346	73,3	39,4	24078	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		

Numero soggetti ricoverati

Ricoverati per traumatismi sul totale dei ricoverati

Nello specifico, per il quinquennio 2010-2014 i dati ARS indicano che i suicidi rappresentano il 17,6% dei decessi traumatici, gli incidenti stradali il 12,7%, gli avvelenamenti il 2,1% e gli omicidi il 1,1%.

Per quanto riguarda le cause di ricovero, i traumatismi si sono ridotti in numero assoluto dai circa 24.000 ricoveri/anno del 1998, a circa 16.500 nel 2017. Tale riduzione è distribuita pressoché linearmente nel ventennio esaminato.

Passando a considerare l'importanza relativa rispetto alle altre cause di ricovero, la variazione è stata minore. Nel quinquennio iniziale (1998-2002) la proporzione di soggetti ricoverati per traumatismi è rapidamente diminuita da circa 12% a circa 10,3% del totale dei ricoverati. Invece nel successivo quindicennio (2003-2017) le variazioni sono state molto più contenute e con un andamento incerto.

La media del periodo è stata di 10,3% circa, con oscillazioni in ambedue i sensi e trend temporale non significativo.

Alcune ulteriori indicazioni sulla disaggregazione dei traumatismi per singole tipologie sono offerte dallo studio *Global Burden of Disease – GBD*. I dati 2016 riferiti alla media italiana, suggeriscono traumatismi e gli avvelenamenti corrispondono al 7,6% circa del totale degli effetti avversi per la salute, e che le prime tre voci per importanza siano costituite dalle cadute, genericamente intese, seguite dagli incidenti stradali e dall'autolesionismo.

5.9 Infortuni stradali

Meno e meno gravi

I dati ACI-ISTAT elaborati da ARS indicano che gli incidenti stradali (IS) nel territorio dell'AUSL TC sono cresciuti dai primi anni '90 raggiungendo il valore più elevato nel 2005-2006, per poi diminuire fino ai circa 7.600 del 2016 (Tabella 1). Il numero di feriti e decessi causati dagli IS sono espressi rispettivamente dagli indici di lesività e di mortalità, e ne esprimono la gravità in termini di conseguenze sanitarie. Nel 2016, l'indice di lesività è stato di 1.288 feriti ogni 1.000 IS, ed è rimasto praticamente costante lungo tutti i 26 anni del periodo di osservazione. L'indice di mortalità nello stesso anno è di 10,2 decessi ogni 1.000 IS, con una diminuzione del 3% per ogni anno dal 1990, a testimonianza che gli IS oggi sono decisamente meno gravi del passato.

Il numero dei decessi per Incidenti Stradali (IS) nell'AUSL TC è più che dimezzato dal 1991 al 2016.

Secondo lo studio Global Burden of Disease – GBD, che misura sistematicamente l'impatto sanitario delle malattie e dei fattori di rischio, nel 2016 si rileva una diminuzione del GBD per IS (Tabella 1). Anche la misura dei danni espressa in anni perduti aggiustati per la disabilità (DALY¹) dovuta ad IS si è ridotta dal 3,6% del 1991 al 2,4% del 2016.

Per quanto riguarda gli IS direttamente od indirettamente legati alle attività produttive, il numero di infortuni per IS avvenuti durante gli spostamenti casa-lavoro (c.d. "in itinere") costituisce il 20% del numero totale di IS censiti da ACI, mentre gli infortuni dovuti ad IS occorsi durante il vero e proprio svolgimento del lavoro corrispondono ad un ulteriore 10% circa.

¹ DALY: acronimo riferito agli anni perduti aggiustati per la disabilità. Corrisponde alla somma degli anni di vita persi (YLL) per decesso prematuro causato dall'evento, più l'equivalente in anni perduti (YLD) delle riduzioni di utilità causate ai sopravvissuti dalla disabilità, v. DALY (wikipedia), DALY (WHO).

I DALY perduti connessi a tali eventi, corrispondono a circa un terzo di quelli attribuibili alla generalità degli IS.

ANNO	IS in generale				IS "in itinere" e sul lavoro			
	Numero IS	Numero Feriti per IS	Numero Decessi per IS	DALY Causati da IS	Infortuni IS in itinere	Infortuni IS sul lavoro	Decessi IS lav + itinere	DALY IS Lav. +itinere
2016	7675	9892	78	3791	2032	712	6	
2015	7251	9306	83	3798	2020	711	12	1128
2014	7742	9844	82	3828	2044	763	7	1056
2013	7350	9606	69	3860	1997	789	11	1254
2012	7680	10098	73	3889	2302	854	7	1142
2011	8326	10916	76	3921	2631	1028	10	1311
2010	8043	10663	89	3959	2753	1168	5	1228
2009	8842	11428	95	4102	2751	1289	16	1727
2008	9032	11803	93	4241	2755	1374	19	1877
2007	10290	13076	96	4392	2922	1340	10	1571
2006	10483	13652	108	4547	2682	1369	15	1558
2005	10452	13351	141	4528	2460	1376	21	1911
2004	10324	13159	137	4756				
2003	10474	13468	137	5050				
2002	10142	13184	132	5313				
2001	9828	12701	148	5550				
2000	9823	12636	125	5791				
1999	9804	12797	155	6011				
1998	10171	13243	138	6224				
1997	9257	12079	148	6438				
1996	8759	11396	139	6646				
1995	9002	11814	175	6658				
1994	8481	10821	170	6909				
1993	8559	11178	164	7216				
1992	8678	11479	154	7416				
1991	8804	11698	191	7596				

Tabella 1

Incidenti stradali nell'Azienda USL TC. Numero IS, feriti per IS, decessi per IS, DALY degli IS in totale e di quelli occorsi sul lavoro nel 2016

Fonti: ARS, ACI, IHME, INAIL, ISTAT

Incidenti Stradali = IS

Il numero assoluto di IS, così come il tasso di questi rispetto alla popolazione residente o al numero di veicoli immatricolati, sono cresciuti nell'AUSL TC negli Anni '90, hanno raggiunto il valore massimo nella prima metà degli anni 2000 e sono tornati poi a diminuire. Nella Figura 1 è evidente l'andamento, posto uguale a 100 il valore raggiunto nel 2003, cioè l'anno col più alto valore del tasso di incidentalità (IS/popolazione).

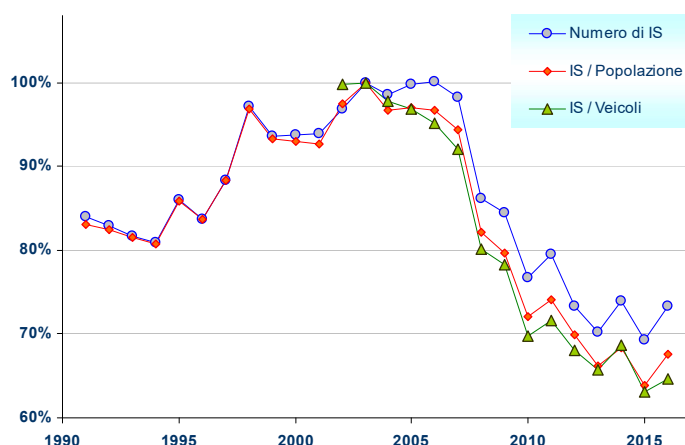


Figura 1

Andamento del numero di IS e dei tassi di IS rispetto alla popolazione ed all'entità del parco veicoli
2003 = 1000

Elaborazioni su Fonte: ARS, ACI

Passando invece a considerare il danni in termini di numero di decessi o di DALY perduti rispetto alla popolazione, l'andamento risulta costantemente decrescente.

In Figura 2 si riporta l'andamento di tali indici, essendo uguale a 100 il valore corrispondente al 2003.

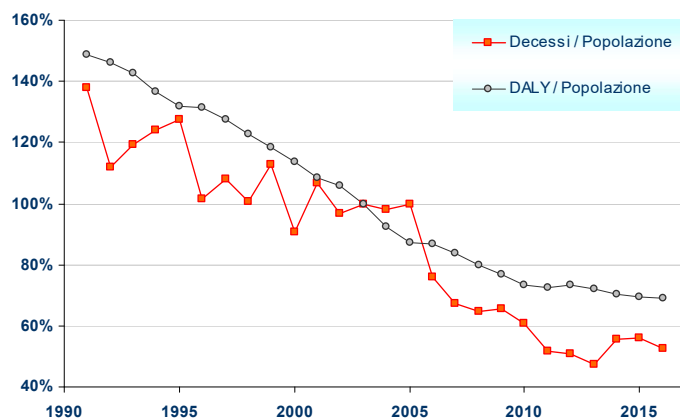


Figura 2

Andamento del numero di IS e dei DALY per IS rispetto alla popolazione presente
2003 = 100

Elaborazioni su Fonte: ARS, ACI

Nei primi Anni '90, in media, si verificava un decesso ogni cinquanta IS, ed ogni IS causava la perdita di circa 0,85 anni aggiustati per la disabilità (DALY).

Nell'ultimo triennio esaminato, invece, i decessi sono diminuiti ad uno ogni cento IS, ed analogamente la perdita mediamente causata si è ridotta a 0,5 DALY. Complessivamente, si rileva che:

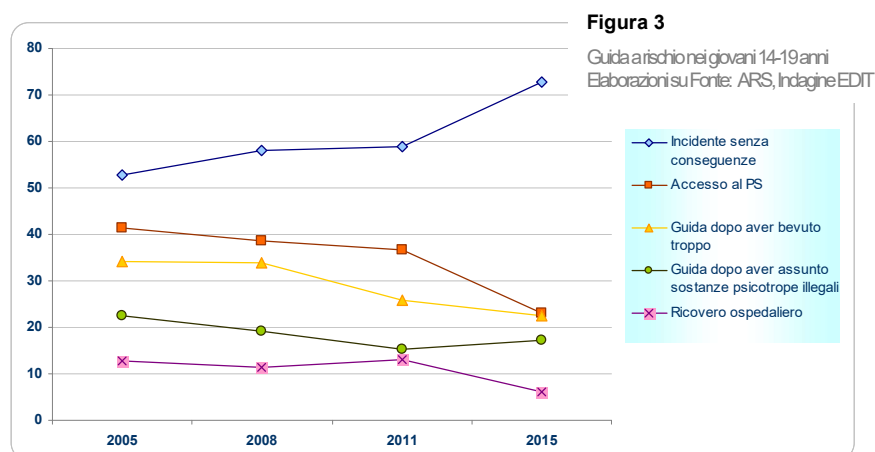
- nei primi 15 anni, quando l'incidentalità cresceva, la riduzione delle conseguenze sanitarie era sostenuta verosimilmente dalla diffusione progressiva di tecnologie di protezione passiva (airbag, cinture di sicurezza, casco per i motocicli, ecc.);
- nello stesso periodo, mentre i decessi diminuivano, gli eventi più lievi costituiti dai semplici ferimenti restavano invece strettamente proporzionali al numero di IS. Ciò suggerisce che le tecnologie di protezione passiva prima citate siano state efficaci soprattutto nel limitare le conseguenze più gravi, anziché le lesioni in generale;
- a partire dal 2007-2008, i progressi nella riduzione delle conseguenze medie per ogni IS si sono stabilizzati su valori costanti e non si sono ulteriormente ridotti. Pertanto, il fatto che nello stesso periodo i danni totali abbiano comunque continuato a ridursi, è attribuibile in modo prevalente se non esclusivo, alla riduzione del numero di IS.

Non è chiaro se, per il futuro, siano ipotizzabili mutamenti tecnologici tali da migliorare ancora sensibilmente la protezione passiva, ovvero se l'unica strada percorribile per ridurre ulteriormente i danni sia quella di riuscire a diminuire ancora il numero di eventi. Sicuramente quest'ultimo aspetto costituisce una sfida importante: come si può rilevare dalla Figura 1, dal 2012-2013 in poi anche la riduzione del numero di IS rispetto alla popolazione ed ai veicoli, presenta un andamento meno favorevole. Questo perciò è il terreno su cui probabilmente si deciderà l'entità dei futuri progressi.

Da un lato, ciò richiederebbe opportune politiche di pianificazione dei trasporti, così come apre il campo al tema delle tecnologie di assistenza alla guida. Dall'altro, evidenzia la permanente importanza dei comportamenti individuali.

Per quest'ultimo aspetto, alcuni indicatori sulla guida a rischio nella fascia 14-19 anni, è offerto dallo studio EDIT sui comportamenti giovanili.

Nello stesso, vengono considerati sia gli eventi, quali l'aver genericamente subito un IS, ovvero un IS con conseguenze mediche serie, sia i comportamenti a rischio legati alla guida dopo aver assunto alcol od altre sostanze psicoattive. I dati principali estratti da tale studio sono riassunti nel grafico in Figura 3.



Premesso che l'indagine, di cui è in corso l'aggiornamento, è basata su comportamenti riferiti dagli interessati anziché rilevati oggettivamente, desta un qualche allarme il dato, in aumento, circa il fatto di aver subito almeno un IS nell'anno antecedente l'intervista. Risultano però in diminuzione gli IS con conseguenze gravi ed i comportamenti a rischio.

Sia l'ambito degli eventi sia quello dei comportamenti, sono in generale più favorevoli per le femmine.

Riguardo alla componente lavorativa costituita dagli IS "in itinere" più quelli occorsi durante il vero e proprio svolgimento del lavoro, gli indicatori sono più incerti. La probabilità di subire un generico infortunio per IS legato al lavoro oscilla tra 1,01 ed 1,46 volte quella di incorrere in un IS di altra origine. Il rischio di decesso per IS correlato al lavoro è minore, tra 0,33 e 0,46 volte quello connesso ad IS avvenuti in altri contesti.

Una fonte di incertezza è connessa al fatto che, al momento, i dati sugli IS in itinere e lavorativi sono estraibili solo da INAIL, per cui resta sconosciuto ciò che riguarda gli eventi occorsi a lavoratori estranei a tale copertura assicurativa. Analogamente, non sappiamo se il denominatore di riferimento più corretto sia costituito dalla totalità degli occupati ISTAT ovvero dai soli lavoratori subordinati.

Infine, un ulteriore confondimento potrebbe derivare da possibili diversità di copertura dei ferimenti lievi tra dati ACI ed INAIL, dal momento che le statistiche INAIL includono anche eventi con conseguenze molto lievi, fino a soli 4 giorni di inabilità temporanea.

5.10 Infortuni sul lavoro

Un fenomeno in progressiva diminuzione

Prendendo in considerazione l'ultimo periodo disponibile, 2010-2016, dai dati dell'ente assicuratore INAIL si nota una sostanziale riduzione del numero di eventi complessivi indennizzati in quanto accaduti in occasione di lavoro. In tale periodo la riduzione del 28.6% verificatasi nell'AUSL TC è sostanzialmente in linea con quella dell'intera regione (-31,1%). Più correttamente il confronto va fatto fra i dati dell'AUSL TC verso quelli delle altre due Aziende USL e in questo caso le differenze sono lievemente più accentuate (-32,5%).

Commentando l'andamento nelle singole aree che compongono il territorio dell'AUSL TC, la zona Pistoiese è quella che ha registrato la contrazione più marcata del fenomeno infortunistico con un -40.9%, mentre le zone Fiorentina Nord Ovest e Pratese sono quelle con il minor decremento (-19.7%).

Il secondo criterio di lettura scelto per descrivere il fenomeno è stato quello della gravità delle lesioni riportate. Il criterio scelto, coerente con le indicazioni nazionali, prevede di definire "gravi" quegli eventi che abbiano comportato un'assenza dal lavoro di almeno 30 giorni, oppure una invalidità permanente di qualsiasi grado. In questo modo, limitando l'analisi a tali casi, si può ritenere di eliminare il fenomeno del cosiddetto "presenteismo", ovvero la tendenza da parte dei lavoratori nei momenti di crisi economica e minacce per il posto di lavoro a rinunciare a giorni di assenza per infortuni lievi, rientrando al più presto in azienda e evitando così di andare "in infortunio" a carico dell'INAIL, con conseguenti maggiori oneri per il datore di lavoro.

Nel caso di infortuni gravi questo fenomeno risulta ininfluenza.

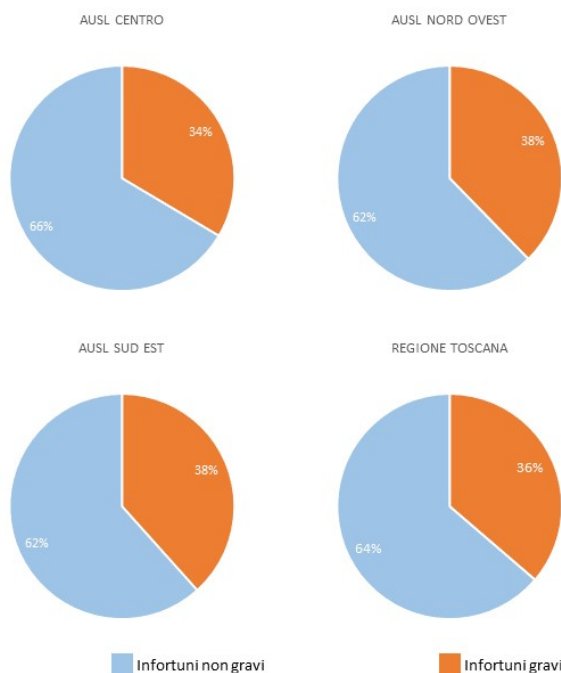


Figura 1

Percentuale di infortuni gravi* su Totali indennizzati per Comune—Zona—Ex Azienda USL e Regione
Periodo 2010-2016

Fonte: Flussi INAIL-Regione Toscana

*Infortuni che danno esito a morte, a danno permanente di qualunque grado o ad un periodo di inabilità temporanea di almeno trenta giorni (Infortuni gravi T30).

In Figura 1 sono riportate le proporzioni di infortuni gravi sul totale degli infortuni registrati nelle aree territoriali (AT) che compongono il territorio della AUSL TC. Si può rilevare come siano le AT Pratese ed Empolese quelle con la proporzione di infortuni gravi più elevata (33% e 35% rispettivamente) mentre tale proporzione risulta più bassa nella AT Fiorentina (27%).

Tabella 1

Infortuni sul lavoro indennizzati per Zona/ex ASL/ASL e Regione Periodo 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pistoiese	1.603	1.447	1.269	1.206	1.081	1.015	935
Val di Nievole	777	725	626	587	575	554	472
Pratese	1.725	1.625	1.484	1.390	1.328	1.367	1.386
Fiorentina	4.166	3.709	3.369	3.194	3.070	2.943	3.074
Fiorentina Nord Ovest	1.531	1.422	1.318	1.258	1.269	1.213	1.196
Fiorentina Sud Est	1.506	1.398	1.159	1.149	1.018	1.007	1.109
Mugello	774	642	556	506	506	514	497
Empolese	1.293	1.167	1.001	988	980	886	900
Valdarno Inferiore	742	704	573	627	581	574	504
AUSL TOSCANA CENTRO	14.117	12.839	11.355	10.905	10.408	10.073	10.073
AUSL TOSCANA NORD OVEST	14.639	13.608	11.804	11.112	10.706	10.147	9.832
AUSL TOSCANA SUD EST	9.332	8.798	7.557	7.106	6.997	6.506	6.338
REGIONE TOSCANA	38.088	35.245	30.716	29.123	28.111	26.726	26.243

Fonte: Flussi INAIL-Regione Toscana

Per quanto riguarda il decremento complessivo di tale tipologia questo risulta leggermente meno accentuato che per l'intero insieme degli infortuni (-27.1% contro -32.5%), mentre sostanzialmente gli andamenti territoriali risultano simili a quelli visti per tutti gli infortuni. Nella Tabella 2 viene riportata la distribuzione dei DALY, cioè gli anni di vita perduti per morte precoce o destinati ad essere vissuti in disabilità a causa di infortunio sul lavoro. Questa unità di misura consente un confronto corretto con l'insieme del BOD (Burden of Diseases) dell'AUSL TC ed è quindi più informativa del semplice conteggio dei casi verificatisi. Complessivamente si può notare come l'anno 2015 abbia registrato una momentanea interruzione del trend in diminuzione che durava fin da 2010.

Tabella 2

Disability Adjusted Life Years (DALYs) per infortuni sul lavoro nell'Azienda USL TC secondo ex-Azienda USL, Zone e Anno di accadimento

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pistoiese	350	315	170	206	201	130	96
Val di Nievole	194	147	106	157	92	127	41
Pratese	309	427	205	615	183	266	187
Fiorentina	660	550	377	589	407	449	276
Fiorentina Nord Ovest	283	275	152	249	233	249	200
Fiorentina Sud Est	187	304	292	192	117	216	108
Mugello	246	119	172	127	157	75	57
Empolese	299	314	258	176	229	259	153
Valdarno Inferiore	120	121	136	112	119	107	78
AUSL TOSCANA CENTRO	2.647	2.571	1.869	2.423	1.737	1.879	1.197
AUSL TOSCANA NORD OVEST	2.943	2.556	2.602	2.072	2.188	2.092	1.461
AUSL TOSCANA SUD EST	2.465	2.172	2.139	1.718	1.581	1.971	1.016
REGIONE TOSCANA	8.055	7.299	6.610	6.214	5.506	5.942	3.674

I dati del 2016 soffrono di notevoli incompletezze nella definizione dei casi più gravi, quelli che più influiscono nel calcolo dei DALY e quindi non consentono ancora valutazioni affidabili.

I dati a disposizione evidenziano come il "carico" di danni dovuto agli infortuni sul lavoro grava in misura superiore nel territorio dell'AT Fiorentina, mentre è sostanzialmente distribuito in maniera uguale nel territorio delle altre tre aree territoriali.



6. Salute dei gruppi di popolazione

6.1 Salute materno infantile

Sempre meno nascite e sempre più elevata l'età media al parto

Nel 2017 le donne in età fertile (15-49 anni) residenti nell'AUSL TC erano 339.172 e rappresentavano il 40,1% della popolazione femminile, nel 2007 erano il 43,3% e nel 1997 il 46,3%. La riduzione delle donne in età fertile si accompagna alla riduzione dell'indice di fecondità. Nel 2016, ISTAT ha stimato 1,3 figli in media per donna toscana in età fertile, valore che non assicura il ricambio generazionale salvaguardato con almeno 2,1 figli per donna.

L'età media al parto, secondo ISTAT, è in continuo aumento a livello nazionale, arrivando a 31,8 anni nel 2017.

Le donne residenti nell'AUSL TC che hanno partorito in strutture sanitarie pubbliche o convenzionate² nel 2017 sono state 11.453.

Il tasso di ospedalizzazione – standardizzato per età – per parto delle donne residenti nelle zone Pistoiese, Pratese e Fiorentina Nord Ovest è più alto del valore medio regionale (Figura 1).

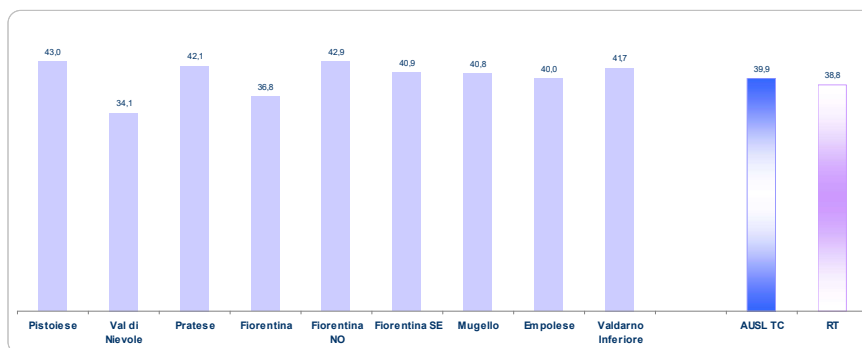
Il 25,7% delle donne dimesse per parto nell'AUSL TC ha subito un cesareo³, in proporzione inferiore a confronto con quelle delle Azienda USL Nord Ovest (27,9%) e Azienda USL Sud Est (27,6%) e della regione Toscana (26,8%). La zona distretto Mugello invece, presenta un valore più elevato (30,5%) della media regionale.

² Da ARS: Per il 2017 le prestazioni erogate fuori Toscana da residenti Toscani (passivo extraregionale) non sono ancora disponibili. I dati 2017 sono pertanto una STIMA calcolata sulla base di quanto accaduto nell'anno 2016 per la quota passiva.

³ L'OMS fissa al 19% la soglia per la quale un aumento di parto cesareo non è associato ad una diminuzione della mortalità materna e infantile.

Figura 1

Ospedalizzazione per parto – Tasso standardizzato per età, IC95% (per 1.000 abitanti)
Anno 2017 Fonte: ARS, 2018



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 TC (15,9%) rispetto alle toscane (14%) ed alle residenti nell'Azienda USL Nord Ovest (13,6%) e Azienda USL Sud Est (10,7%).

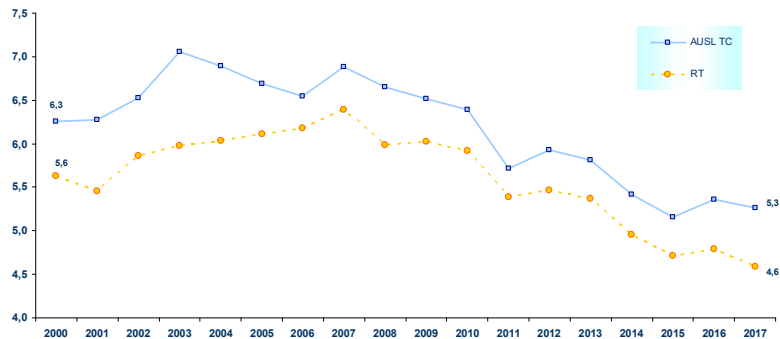
I ricoveri per aborto spontaneo sono stati complessivamente 1.783, ovvero 5,3 per 1.000 donne in età fertile (15-49 anni), residenti nei Comuni dell'AUSL TC, valore più alto della media regionale e delle Aziende USL Nord Ovest e Sud Est (rispettivamente 4,6 e 3,8 e 4,5 per 1.000 donne in età fertile).

Dal 2000 il trend dell'ospedalizzazione per aborto spontaneo è in calo nell'AUSL TC, in sintonia con l'andamento del valore medio regionale. Si segnala, invece, per la sola zona distretto Pratese, un modesto aumento (da 4,2 a 5,1 per 1.000 donne in età fertile) dal 2016 al 2017. (Figura 2)

Anche i ricoveri per le interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) nel 2017 sono più numerosi nell'AUSL TC (n= 2.832), 8,4 per 1.000 donne residenti in età fertile rispetto alla media regionale e alle Aziende USL Nord Ovest e Sud Est (rispettivamente 7,5 e 6,9 e 6,6 per 1.000 donne residenti in età fertile).

Figura 2

Ospedalizzazione per aborto spontaneo – Tasso grezzo (per 1.000 abitanti). Periodo 2000-2017
Fonte: ARS, 2018

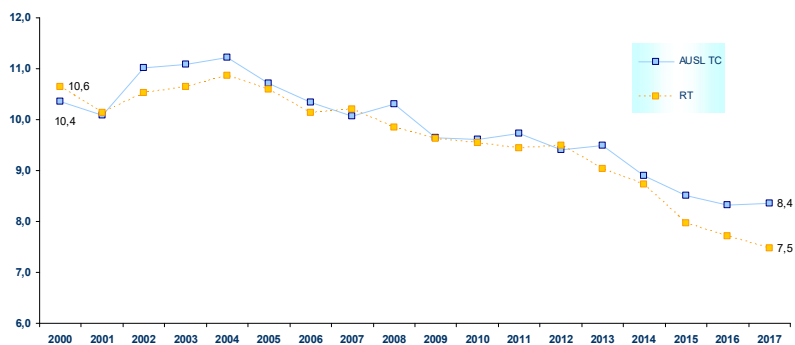


In particolare, per le donne residenti nella zona distretto Pratese l'ospedalizzazione per IVG è più alta (10,7 per 1.000 donne in età fertile). La quota di IVG effettuate da donne di cittadinanza non italiana nell'AUSL TC è del 48,4%, che a Prato sale al 61,7% (valore medio regionale 40,2%).

Nell'ultimo decennio i tassi grezzi di ospedalizzazione per IVG nell'AUSL TC mostrano un trend in calo in linea con quello medio regionale, con eccezione della zona Pratese dove c'è un trend in aumento nel triennio 2015-2017, passando da 8,9 a 9,9 a 10,7 dimissioni per IVG per 1.000 donne in età fertile.

Figura 3

Ospedalizzazione per IVG – Tasso grezzo (per 1.000 abitanti). Periodo 2000-2017
Fonte: ARS, 2018

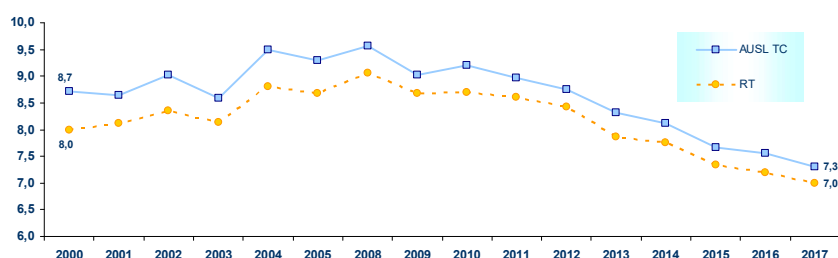


Nel 2017 sono nati 6.144 maschi (51,7%) e 5.746 femmine (48,3%) figli di residenti nei Comuni dell'AUSL TC, con una riduzione del 3,3% rispetto al 2016.

La diminuzione delle nascite, come in Toscana, è dovuta ad una riduzione di donne in età fertile, insieme ad una minor propensione alla genitorialità delle giovani coppie. Nell'AT Pratese i valori di natalità dei residenti sono più elevati della media dell'AUSL TC, grazie al contributo dei residenti stranieri, ma in diminuzione in linea con i tassi di natalità nazionali e regionali (Figura 4).

Figura 4

Tasso di natalità (per 1.000 abitanti). Periodo 2000-2017
Fonte: ARS, 2018



Nei residenti dell'AUSL TC gli indicatori degli esiti neonatali nel triennio 2015–2017 sono risultati in generale sovrapponibili ai valori medi regionali. In particolare:

- **108** nati morti, cioè 3 nati morti ogni 1.000 bambini nati vivi, con valori più elevati nelle zone del Mugello, Valdarno inferiore e Empolese (rispettivamente 4,6 , 4,3 e 4,0);
- **57** bambini sono deceduti nel primo anno di vita, nel triennio 2013-2015, cioè 1,5 soggetto per 1.000 nati vivi, la mortalità più bassa della media regionale (2,1 per 1.000 nati vivi);

- **458** nati affetti da almeno una malformazione congenita (16,6 per 1.000 nati vivi), escludendo i difetti minori, nel triennio 2014 – 2016 (ultimo periodo disponibile), valore più basso del dato medio regionale (12,4). Se vengono incluse le malformazioni congenite delle IVG, il valore sale a 648 affetti da almeno una malformazione congenita (17,5 per 1.000 nati vivi);

- **2.518** nati vivi con basso peso alla nascita (<2.500 gr), pari al 7,1% del totale dei nati vivi. Le zone distretto Valdarno inferiore (9,4%) e Val di Nievole (8,8%) hanno le proporzioni più alte dell'AUSL TC.
307 (0,9%) nati vivi avevano un peso molto basso alla nascita (<1.500 gr);

- **2.796** (7,9%) immaturi nati vivi (entro le 37 settimane di gestazione). Le zone distretto Valdarno Inferiore (9,6%) e Val di Nievole (8,9%) hanno le proporzioni più alte di immaturi dell'AUSL TC.
321 (0,9%) nati vivi erano immaturi gravi (entro le 32 settimane di gestazione). La proporzione dei nati pretermine (<37 settimane di età gestazionale) e di basso peso alla nascita (<2.500 gr) è aumentata in questi ultimi anni al crescere dei fattori di rischio quali l'età materna al parto più avanzata, il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, i parti plurimi e alla contemporanea diminuzione delle nascite;

- **1.429** (4,0%) nati da parto gemellare. I parti multipli sono in aumento, nel triennio 2014-2106 sono stati 1.364 (3,7%).

6.2 Salute degli anziani

Si vive sempre più a lungo, ma un terzo degli ultra85enni non è autosufficiente

Gli anziani ultra-64enni residenti nell'AUSL TC sono circa 398.000 (+3 mila rispetto all'anno precedente) e di questi il 57% sono donne.

In questa fascia di popolazione la speranza di vita 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 distretto Fiorentina dove per la prima volta vengono superati i 20 anni di speranza di vita anche per gli uomini anziani.

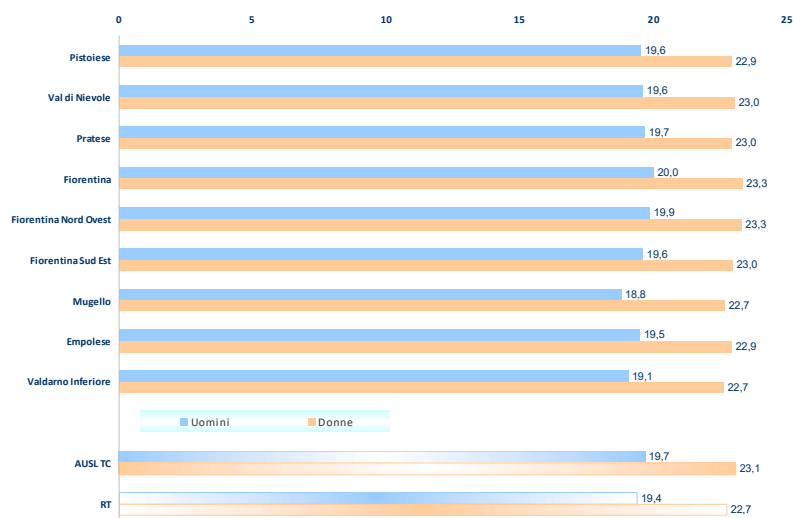


Figura 1

Speranza di vita a 65 anni nel 2015 per i Residenti nell'Azienda USL TC e in Toscana
Fonte: ARS, 2018

Negli ultimi venti anni l'incremento dell'aspettativa di vita a 65 anni è stato di circa 3 anni; l'incremento è stato maggiore nei maschi rispetto alle femmine, con riduzione delle differenze di genere: il vantaggio femminile che nel 1995 era di 4 anni rispetto ai maschi, si riduce a meno di 3 anni e mezzo nel 2015.

Altro parametro da valutare quando si parla di salute degli anziani è il loro “stato funzionale”.

In Toscana circa un terzo degli anziani dichiara di stare bene o molto bene e 87 anziani su 100 dichiarano di sentirsi “almeno discretamente” (ARS su dati Multiscopo ISTAT 2016).

Tuttavia a causa del numero crescente di anziani nella popolazione, aumentano le persone che possono essere in condizione di dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana, come vestirsi, lavarsi, mangiare, alzarsi dal letto. Sono infatti oltre 34.000 (8,6% degli ultra-65enni) gli anziani residenti in AUSL TC che ARS stima essere non-autosufficienti.

Le donne hanno una prevalenza quasi doppia di non autosufficienza (10,8%) rispetto ai coetanei uomini (5,7%) e presentano una proporzioni più elevate di non-autosufficienza grave (Figura 2).

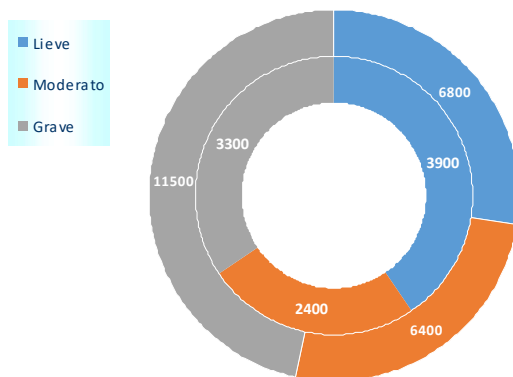


Figura 2

Numerosità di anziani non autosufficienti residenti nell'Azienda USL TC stimati per livello di gravità e genere

L'anello interno rappresenta i maschi e quello esterno le femmine

Anno 2017

Fonte: ARS, 2018

La proporzione di non autosufficienti aumenta con l'età e nella fascia di età superiore a 84 anni raggiunge il 31%, mantenendo una differenza di genere a sfavore delle donne (34,7% nelle femmine e 23,8% nei maschi).

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, quasi 72.000 anziani si sono ricoverati in ospedale nel 2017, di questi il 25% sono grandi anziani (ultra84enni). Le cause di ricovero più frequenti sono le malattie circolatorie (26%), respiratorie (16%), tumori (14%), traumatismi (13%).

Da evidenziare anche che 3.400 soggetti anziani 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 2016-17 intorno al 56,7% (in Regione Toscana 55,2%).

6.3 Salute in carcere

Assistenza socio-sanitaria personalizzata

Le aziende sanitarie sono titolari di tutte le attività dedicate alla tutela della salute della popolazione detenuta e dei bambini al seguito delle madri detenute e devono orientare le modalità di erogazione di assistenza sanitaria in carcere nel rispetto dei principi di:

- parità di trattamenti Lea;
- collaborazione interistituzionale (TAR, magistratura, amministrazione penitenziaria, centri per la giustizia minorile)
- organizzazione dell'assistenza sanitaria secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- continuità terapeutica;
- condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona.

Quindi ogni servizio sanitario penitenziario altro non è che una sede territoriale dell'Azienda USL Toscana Centro (ATC) che eroga assistenza sanitaria ai detenuti.

All'interno di ogni Istituto Penitenziario è presente un Presidio Sanitario con operatori socio-sanitari in parte dipendenti dell'ATC in parte riconducibili a fornitori esterni che collaborano col personale del SSN e con la Direzione dell'istituto per la tutela della salute in carcere. Per ogni persona detenuta viene elaborato un piano assistenziale individuale compilato con la partecipazione della persona stessa nella fase iniziale della detenzione.

In quest'occasione, sono stabiliti dei programmi assistenziali differenziati secondo che si tratti di un soggetto sano, di uno che presenti fattori di rischio per lo sviluppo di una patologia cronica o che ne sia già affetto, anche in presenza di comorbidità importanti.

L'impegno aziendale è quindi quello di garantire uguaglianza, gratuità, continuità e riservatezza nelle prestazioni sanitarie, rendendo l'applicazione dei determinanti di salute omogenea a quella della popolazione non detenuta.

Un importante capitolo è quello dedicato alla tutela delle malattie psichiatriche di cui l'Azienda si fa carico. Il detenuto viene, infatti, seguito dall'individuazione della patologia o del disagio psichico che può sbocciare in patologia all'assistenza psicologica, dall'integrazione con altri servizi medici alla collaborazione con l'Area Trattamento dell'Istituto allo scopo di attivare percorsi di assistenza e cura sia all'interno che all'esterno anche tramite l'avvio di misure alternative.

In estrema sintesi la valutazione dello stato di salute psicofisica prevede che venga realizzata una valutazione medica e psicologica di tutti i nuovi ingressi. Tale valutazione si effettua con il supporto degli accertamenti specialistici del caso e con l'adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà.

Per i soggetti individuati a rischio viene posto in atto un protocollo per avviare interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo mettendo a punto risposte appropriate per i quadri clinici riscontrati.

Viene inoltre predisposta una valutazione periodica dell'efficacia degli interventi sempre in collaborazione con gli specialisti.

Se il soggetto si dichiara tossicodipendente e/o alcool dipendente viene indirizzato al medico del SerD Penitenziario che avvia il percorso diagnostico-terapeutico specifico, attualizza la diagnosi o la formula se il soggetto non è conosciuto al Servizio territoriale di competenza e dettaglia la presa in carico.

Al fine dell'adeguamento dei servizi sanitari penitenziari agli standard previsti dalle normative vigenti spetta alla ATC il compito di garantire i requisiti organizzativi e tecnologici previsti dai requisiti dal percorso per l'accreditamento, mentre all'Istituto Penitenziario afferisce la responsabilità di quelli strutturali e impiantistici previsti dal procedimento autorizzativo.



**LA RISPOSTA
DELL'AZIENDA SANITARIA**

RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE
Anno 2017



7. Attività di prevenzione rivolta alla persona

7.1 Screening oncologici

Alta la partecipazione agli screening del tumore della cervice e della mammella, ma ancora non ottimale per il colon-retto

Nel biennio 2016-2017 gli inviti allo screening mammografico sono stati 213.941 donne pari al 97,1% della popolazione target (media regionale 95,4); il valore è in crescita rispetto alla rilevazione precedente (94,7%); si riscontra una accentuata variabilità nelle zone (range: Val di Nievole 101,6% - Pistoiese 64,4%). La partecipazione aggiustata è risultata pari al 72%, superiore al valore medio regionale (70,8%) ed allo standard giudicato accettabile (60%) dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico; anche in questo indicatore si riscontra una discreta variabilità tra le zone (range: Val di Nievole 78,6% - Fiorentina 66,4%).

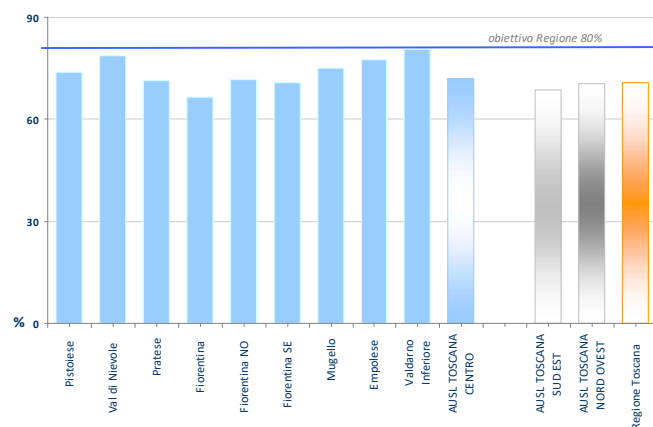


Figura 1

Adesione
Mammografie per
Area Territoriale

Anno 2017

Fonte: ARS, 2018

Nel triennio 2015-2017 sono state invitate a sottoporsi al test di screening cervicale (PAP test o HPV test) 328.028 donne, pari al 104,0% della popolazione bersaglio dello screening. Il valore è in crescita rispetto al periodo precedente anche 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 ex-Aziende (range: Empolese 145,0% - Pistoiese 90,3%).

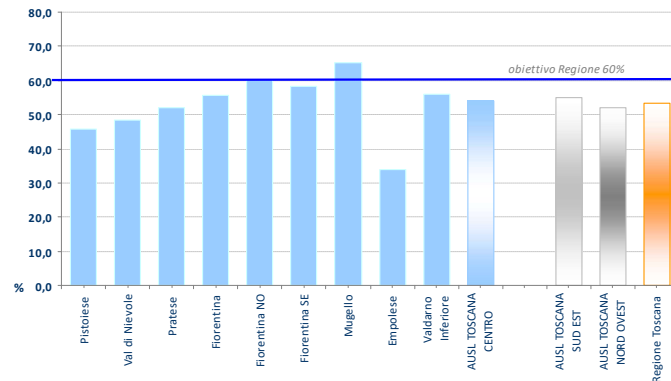


Figura 2

Adesione Cervicale per Area Territoriale
Anno 2017
Fonte: ARS, 2018

Hanno risposto all'invito 209.910 donne, pari ad una adesione aggiustata del 58,2%, vicina all'obiettivo fissato dalla Regione (60%) e 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: zona Pistoiese 45,6% - Mugello 65,1%). Nel biennio 2016-2017 sono stati invitati allo screening per i tumori del colon-retto 364.575 cittadini dell'AUSL TC che corrispondono all'84,3% della popolazione target; la performance, inferiore alla media regionale (93,1%), è fortemente diversificata nelle zone (range: Fiorentina 103,1% - Pistoies 46,3%).

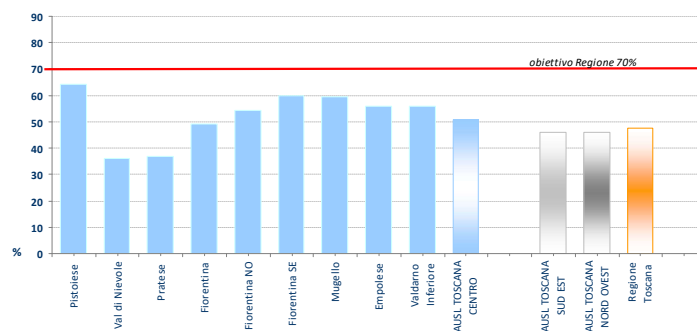


Figura 3

Adesione Colon Retto per Area Territoriale
Anno 2017
Fonte: ARS, 2018

L'adesione aggiustata all'invito è stata pari al 57,8% il miglior risultato nella regione Toscana (valore medio 47,8%). Il dato medio aziendale risente della difficoltà di alcuni programmi di screening nelle zone di Val di Nievole, Pratese e Fiorentina dove si registrano valori di adesione inferiori al 50%.

7.2 Vaccinazioni

Migliorano nell'infanzia, ma in calo anti-HPV nelle ragazze e l'anti-influenzale 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.

Le coperture vaccinali sono calcolate come la proporzione di soggetti vaccinati sulla popolazione target della vaccinazione.

Vengono di seguito riportati i trend temporali delle coperture vaccinali per le quali vi è disponibilità ufficiale del dato da parte della Regione Toscana.

Nel 2017, le coperture vaccinali a 24 mesi di vita sono complessivamente in aumento rispetto al 2016, in larga misura verosimilmente attribuibili alle nuove disposizioni ministeriali che hanno reso obbligatorie tali vaccinazioni (Legge n.119 del 31/07/2017 – ex D.L. n.73 del 07/06/2017).

A livello di AUSL TC, le vaccinazioni oggetto della normativa incrementano dal 2016 al 2017 nel seguente modo:

- Anti-Polio: 94.8% ⇒ 96.1% (obiettivo PNPV: ≥ 95%)
- Anti-DTP: 94.9% ⇒ 95.9% (obiettivo PNPV: ≥ 95%)
- Anti-HBV: 94.7% ⇒ 95.7% (obiettivo PNPV: ≥ 95%)
- Anti-MPR: 91.4% ⇒ 94.0% (obiettivo PNPV: ≥ 95%)
- Anti-Hib: 94.5% ⇒ 95.7% (obiettivo PNPV: ≥ 95%)
- Anti-Varicella: 85.2% ⇒ 88.6% (obiettivo PNPV: ≥ 60%)

Un incremento si osserva anche per Anti-MenC e Anti-pneumococco, vaccinazioni raccomandate ma non obbligatorie per legge:

- Anti-MenC: 91.8% ⇒ 92.2% (obiettivo PNPV: ≥ 95%)
- Anti-Pneumococco:
88.8% ⇒ 91.2% (obiettivo PNPV: ≥ 95%)

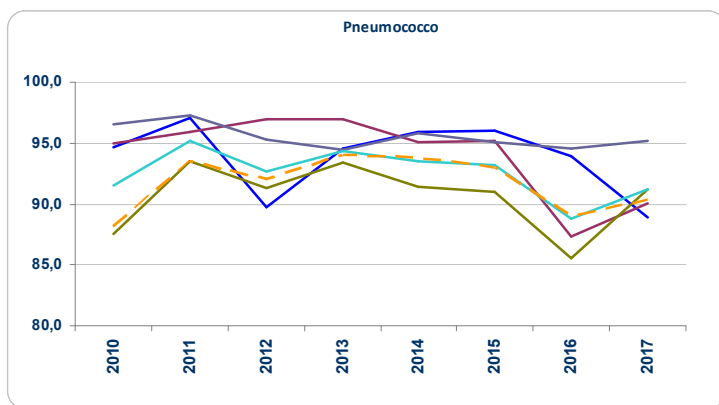
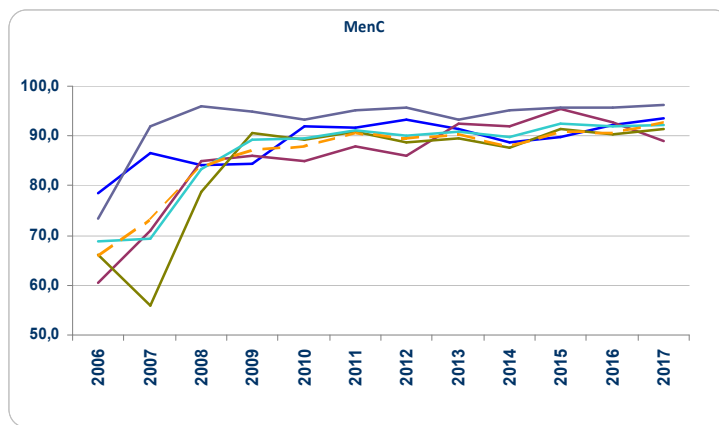
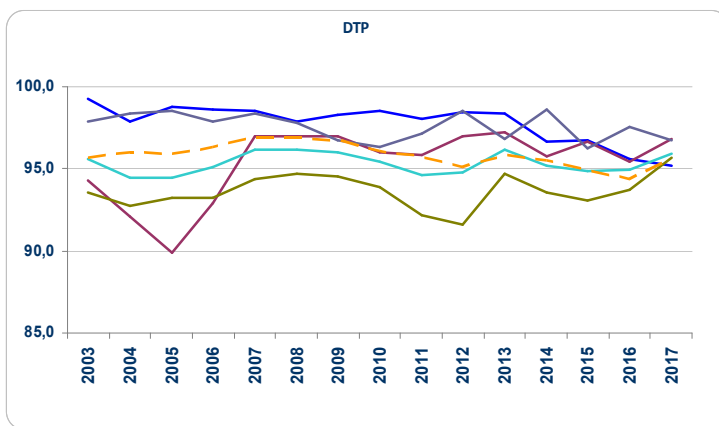
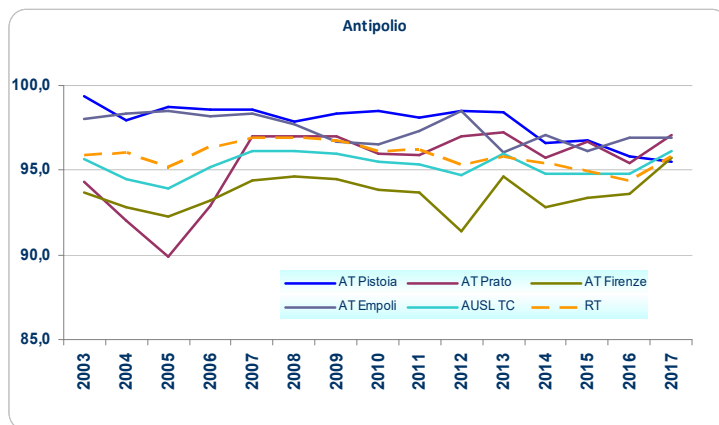
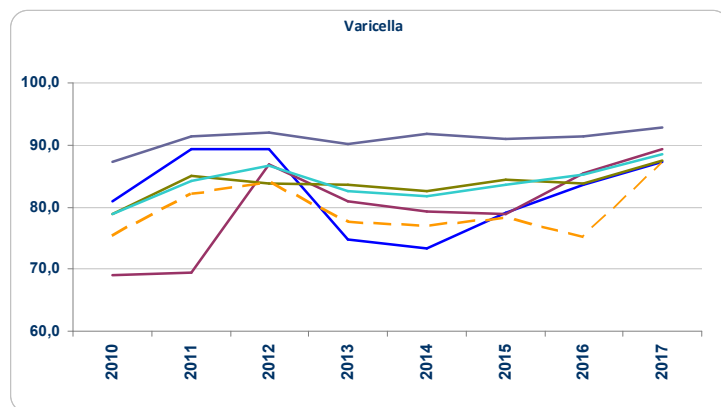
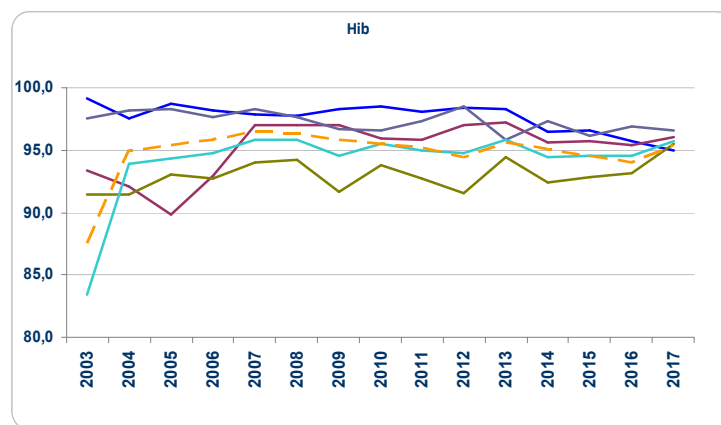
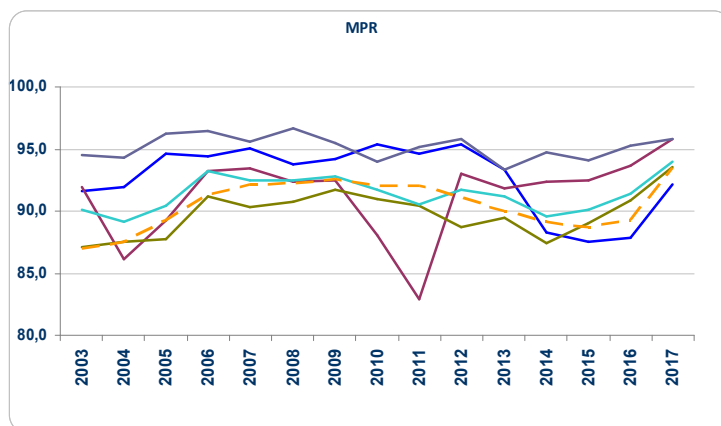
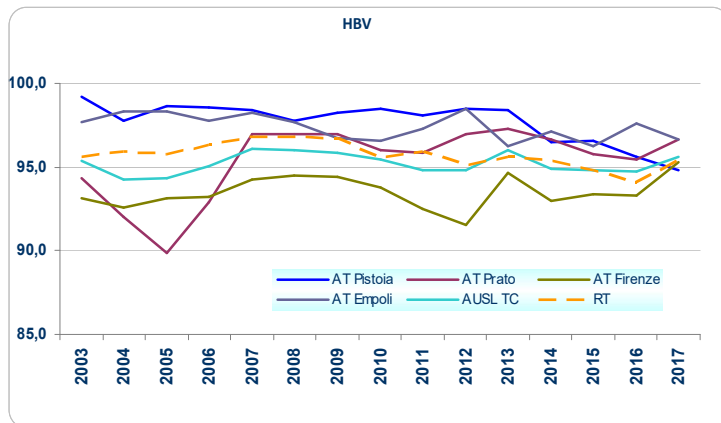


Figura 1

Copertura vaccinale a 24 mesi (dici completi) per Area Territoriale di Residenza dell'Azienda USL Toscana Centro

Antipolio
Difterite-Tetano-Perosse (DTP)
Antipolio B (HBV)
Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR)
Haemophilus influenzae b (Hib)
Meningococco C (MenC)
Pneumococco
Varicella

Fonte: ARS
Su Dati del Settore prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, alimenti e veterinaria
Regione Toscana, 2018



Il quadro mostra un netto miglioramento delle coperture e l'AUSL TC, ad eccezione di Anti-MPR, Anti-Pneumococco e Anti-MenC, raggiunge gli obiettivi del PNPV.

Differenze territoriali sono evidenti e nel 2017, non tutte le Aree Territoriali centrano gli obiettivi definiti dal PNPV, in particolare:

- Anti-HBV
Pistoia ⇨ 94.8%
- Anti-MPR
Pistoia ⇨ 92.2%
Firenze⇨ 93.5%
- Anti-MenC
Pistoia ⇨ 93.5%
Prato ⇨ 88.9%
Firenze⇨ 91.5%
- Anti-Pneumococco:
Pistoia ⇨ 88.9%
Prato ⇨ 90.0%
Firenze⇨ 91.2%

Per quanto concerne la vaccinazione Anti-HPV, le coperture vaccinali per ciclo completo nelle ragazze al dodicesimo anno di vita (Figura 2) sono in calo nell'AUSL TC e in regione nel suo complesso.

Fa eccezione l'AT Empolese dove la copertura passa da 82.2% nel 2016 a 84.1% nel 2017.

Questi dati indicano la necessità d'implementare azioni correttive per raggiungere l'obiettivo del 95% del PNPV.

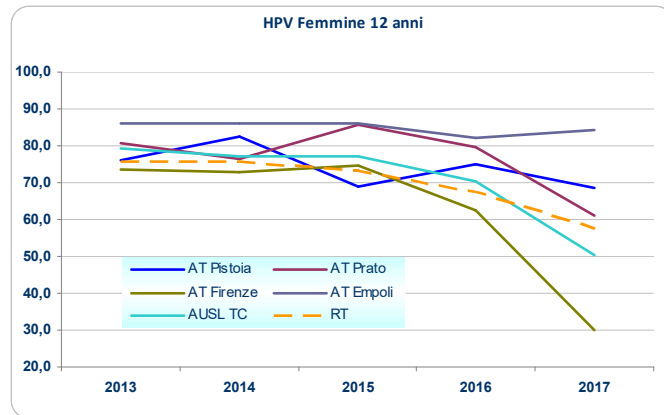


Figura 2

Copertura vaccinale Anti-HPV (ciclo completo) nelle Ragazze del 12° Anno di Vita per Area Territoriale (AT) di Residenza dell'Azienda USL Toscana Centro

Fonte: ARS
Su Dati del Settore prevenzione e sicurezza in ambienti di vita ed lavoro, alimenti e veterinaria
Regione Toscana, 2018

Per quanto concerne la copertura vaccinale antinfluenzale nei soggetti di età maggiore di 65 anni, nel 2017 non è raggiunto l'indicatore del 75%, né a livello regionale, né di AUSL TC ed AT (Figura 3).

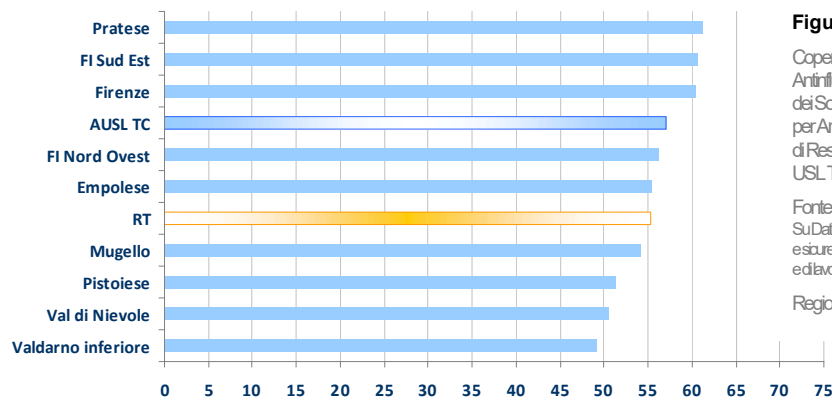


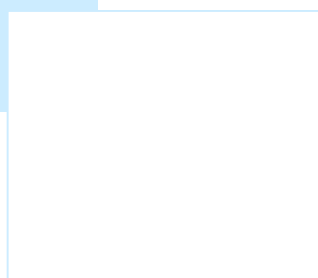
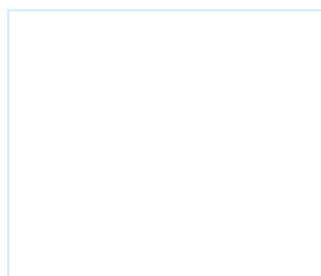
Figura 3

Copertura vaccinale Antinfluenzale dei Soggetti >65 anni per Area Territoriale (AT) di Residenza dell'Azienda USL Toscana Centro

Fonte: ARS
Su Dati del Settore prevenzione e sicurezza in ambienti di vita ed lavoro, alimenti e veterinaria
Regione Toscana, 2018

In conclusione, nell'AUSL TC, si riscontrano buoni livelli di copertura vaccinale per quanto riguarda le vaccinazioni dell'infanzia, con differenze territoriali che devono essere opportunamente sorvegliate. Per quanto riguarda l'HPV nelle femmine 12enni e l'anti-influenzale nei soggetti di oltre 65 anni, si rende necessaria l'individuazione ed attuazione di interventi evidence-based per incrementare le relative coperture vaccinali.

8. Ospedale



8.1 I volumi dell'attività ospedaliera e performance

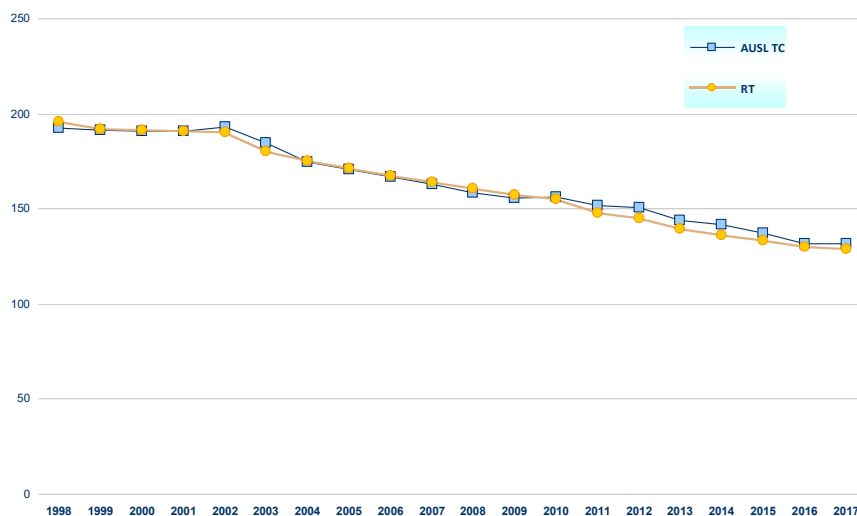
Il tasso di ospedalizzazione tende a stabilizzarsi

I ricoveri ospedalieri dei residenti nell'AUSL TC ovunque ricoverati, con esclusione dei ricoveri per "neonati sani", sono stati 222.520; il relativo tasso di ospedalizzazione standardizzato per età risulta pari a 128,8 dimissioni ogni 1.000 residenti e risulta sostanzialmente stabile rispetto al 128,9 relativo all'anno precedente (Fonte: MeS). Si fa comunque presente che rispetto al 1998 il tasso di ospedalizzazione si è ridotto del 48%, al netto dell'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

Si consolida quindi la caratterizzazione dell'Ospedale come risposta assistenziale a problemi acuti in sinergia con il potenziamento dell'attività ambulatoriale e territoriale.

Figura 1

Tasso di ricovero standardizzato per Età per 1.000 abitanti dei Residenti nell'Azienda USL TC
Fonte: ARS, 2018



Nel 2017 il tasso di ricovero dei residenti nell'AUSL TC è sostanzialmente in linea con quello regionale (rispettivamente 128,8 e 126,5 ricoveri ogni 1.000 residenti); si riscontrano comunque situazioni geograficamente differenziate: dai 123,02 per 1.000 residenti nell'AT Empolese – in ulteriore calo rispetto al 2016 – ai 134,9 per 1.000 residenti nell'AT Pistoiese – in ulteriore incremento rispetto al 2016 – (Fonte: ARS, 2018). Nel corso del 2017 la produzione delle strutture ospedaliere pubbliche ed accreditate dell'AUSL TC è stata pari a 145.340 ricoveri, al netto ricoveri relativi ai neonati sani. Nella Tabella 1 la ripartizione della produzione di ricovero 2017 negli ambiti territoriali aziendali. (Fonte: ARS - Indicatori di attività ospedaliera).

Tabella 1

Volumi di ricovero 2017 in presidi ospedalieri aziendali (esclusi neonati sani)
Fonte: ARS, 2018

Area Territoriale	Ricoveri	Ordinari	% Ordinari	DH	% DH	DGR Chirurgici	%DGR Chirurgici	DGR Medici	%DGR Medici
AT Pistoiese	28.996	24.651	85	4.345	15	9.185	31,7	19.811	68,3
AT Pratese	32.421	25.077	77,3	7.344	22,7	12.961	40	19.460	60
AT Fiorentina	62.368	49.551	79,4	12.817	20,6	26.334	42,2	36.034	57,8
AT Empolese	21.555	17.493	81,2	4.062	18,8	10.261	47,6	11.294	52,4
AUSL TC	145.340	116.772	80,3	28.568	19,7	58.741	40,4	86.599	59,6

I ricoveri in regime ordinario sono stati 116.772 – 80,3% del totale dei ricoveri – con una degenza media di 7,3 giorni in leggera flessione rispetto all'anno precedente.

I ricoveri in regime di Day Hospital rappresentano il 19,7% del totale; si registrano buone performance sia in quelli chirurgici (Day Surgery) che in quelli medici. Il ricorso a questi ultimi per finalità diagnostiche si riduce costantemente in conseguenza del potenziamento dell'attività ambulatoriale e del Day Service. Particolarmente elevata risulta la percentuale degli interventi chirurgici che nell'AUSL TC sono effettuati in regime di Day Surgery.

Nella Tabella 2 le principali cause di ricovero dell'AUSL TC a confronto con quelle toscane.

Tabella 2

Le principali cause di ricovero dell'AUSL TC a confronto con quelle toscane

CAUSA	AUSL TC		Toscana	
	N. Ricoveri	%	N. Ricoveri	%
Malattie del sistema circolatorio	33.487	14,9	77.832	15,2
Tumori	30.608	13,6	71.180	13,9
Malattie dell'apparato respiratorio	21.100	9,4	46.556	9,1
Malattie dell'apparato digerente	21.082	9,4	50.577	9,9
Traumatismi e avvelenamenti	18.765	8,3	43.210	8,5
Complicanze della gravidanza: parto e puerperio	18.389	8,2	38.723	7,6
Malattie dell'apparato genitourinario	15.889	7,1	35.405	6,9
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	15.714	7	39.365	7,7

Per quanto attiene la performance della rete ospedaliera dell'AUSL TC si ritiene opportuno riportare i seguenti aspetti:

- nel percorso oncologico si riscontra buona rispondenza della rete oncologica alle indicazioni nazionali e regionali con riduzione della dispersione della casistica rispetto al 2016 e margini di miglioramento a riguardo sussistono per i tumori della prostata; i tempi attesa per la chirurgia oncologica sono contenuti entro i 30 giorni per i tumori del polmone e del colon, superiore ai 30 giorni per tumori della prostata, del retto e dell'utero; l'attesa media aziendale per intervento chirurgico per tumore della mammella è di 33 giorni, in miglioramento;
- buona performance delle terapie intensive polivalenti sia per capacità professionali espresse che per aspetti organizzativi e di integrazione;

- ottima la performance relativa ai DRG chirurgici ad elevato rischio di inappropriately, meno brillante risulta quella relativa ai DRG medici ad elevato rischio di inappropriately;
- da migliorare le percentuali di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalle dimissioni per qualsiasi causa e di ricoveri di durata elevata; entrambe sono da porre in relazione alle difficoltà nell'integrazione tra ospedale e territorio nella continuità assistenziale.

8.2 Mobilità ospedaliera e indicatori di attività

Elevata stanzialità ospedaliera

Nel 2017 i residenti si sono ricoverati nell'ambito della Area Vasta Centro (AVC) nell'88,3% dei casi, di questi il 30,1% presso le AAUUOO Careggi-Meyer; i residenti che sono stati ricoverati fuori AVC sono stati il 6,3% del totale, quelli fuori regione il 5,4%.

Come atteso, la proporzione di ricoveri al di fuori della Area Vasta Centro è maggiore per i DRG a peso elevato rispetto a quelli più "leggeri" (14,5% vs 8,9%).

Presso i Presidi Ospedalieri aziendali i ricoveri effettuati da non residenti in AUSL TC sono stati 12,10% del totale, di questi il 7,8% sono relativi a residenti fuori regione. Anche in questo caso la proporzione di ricoveri di residenti al di fuori dell'Area Vasta Centro è maggiore per i DRG più "pesanti" (18,4% vs 12,4%).

Il 58,3% dei ricoveri dei residenti nell'AUSL TC è avvenuto nei presidi ospedalieri aziendali ed il 30,9% nelle Aziende Ospedaliero Universitarie dell'area di residenza, valore più elevato rispetto alle altre Aziende Sanitarie (26,4% nella Nord-Ovest e 19,2% nella Sud-Est).

L'elevato ricorso alle cure ospedaliere nelle Aziende Ospedaliero Universitarie fiorentine è in parte giustificato dalla collaborazione "governata" tra azienda territoriale e aziende ospedaliere per una serie di patologie, fra cui quelle tempo-dipendenti (ad es. infarto, ictus o trauma maggiore) per le quali è prevista la massima sincronizzazione degli interventi. Tuttavia quel 30,9% di ricoveri avvenuti nelle Aziende Ospedaliero Universitarie dell'area non riguarda solo i casi più gravi.

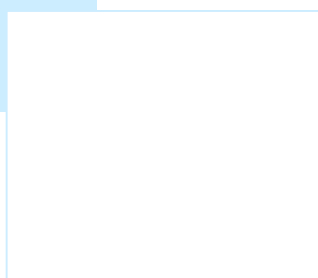
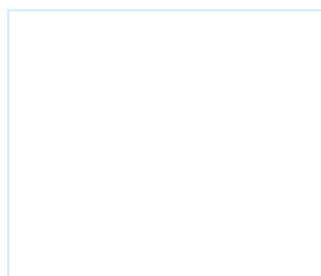
Nella Tabella 1 è riportata la distribuzione dei ricoveri per luogo di erogazione per l'insieme delle patologie a bassa gravità – DRG a basso peso – e indica soprattutto per i residenti nella ex Azienda Sanitaria di Firenze un utilizzo importante delle Aziende Ospedaliere Universitarie.

Tabella 2

DRG a basso peso: proporzione di ricoveri nei Residenti dell'AUSL TC per Luogo di Erogazione
Fonte: ARS, 2018

Indice di fuga per DRG a basso peso					
Residenza	PO ASL Residenza	AO AV Residenza	PO Altra AV	AO Altra AV	Fuori Regione
AUSL TOSCANA NORD OVEST	66,6	21,3	2,5	4,8	4,8
AUSL TOSCANA SUD EST	68,6	15,7	3,4	5,4	6,8
AUSL TOSCANA CENTRO	61,2	29,8	3,8	1,8	3,4
REGIONE TOSCANA	64,7	23,8	3,3	3,6	4,6

9. Territorio



9.1 Agenzia per la Continuità Ospedale Territorio

Governance di buone cure dopo il ricovero

Le zone che compongono l'AUSL TC hanno sviluppato nel tempo specifici percorsi di continuità ospedale-territorio. Nel corso del 2017 l'AUSL TC ha implementato un modello organizzativo più omogeneo, con l'obiettivo di garantire la continuità di cura e un percorso ospedale territorio strutturato, con il coinvolgimento delle figure professionali necessarie per la presa in carico e per un appropriato utilizzo delle risorse. E' quindi stata creata in ciascuna Zona l'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT).

Nel corso del 2017 sono stati nominati i componenti delle ACOT, che ad oggi sono attive dunque su tutte le zone. La sfida dell'intero processo è quella di coordinare servizi e strutture diverse dislocate su un ampio territorio, con l'obiettivo di garantire l'equità di accesso alle cure a tutti i residenti della AUSL TC.

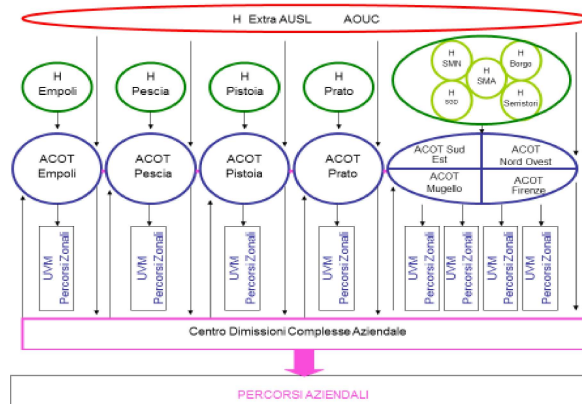
I percorsi gestiti a livello zonale riguardano i servizi di assistenza domiciliare, riabilitazione ambulatoriale e domiciliare, Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Cure Intermedie Tipo B, Cure Intermedie Tipo A, Low Care; quelli Aziendali comprendono la lungodegenza (Cod.60), la riabilitazione residenziale (cod.75, Cod. 56 e ex art. 26) ed il percorso post-acuzie "Gravi Cerebrolesioni Acquisite". L'Agenzia di Continuità è coordinata da un responsabile che si avvale di un team multidisciplinare per una valutazione strutturata e una presa in carico precoce dell'utente in dimissione da strutture ospedaliere, con l'attivazione, ove necessario, di prestazioni socio- sanitarie. Il bisogno dell'utente viene rilevato attraverso una valutazione con uno strumento condiviso per la valutazione clinica, infermieristica, sociale e riabilitativa; dalla valutazione multidisciplinare viene redatto un progetto assistenziale e attivati i servizi zonali. Qualora vi sia la necessità di attivare percorsi aziendali il personale dell'ACOT trasmette la richiesta al Centro Dimissioni Complesse Aziendale (CDCA).

Il Coordinamento Dimissioni Complesse Aziendale, nominato dalla Direzione Sanitaria Aziendale, lavora in sinergia con le ACOT Zonali e gestisce i percorsi di continuità H-T aziendali. Ne fanno parte il personale infermieristico, medico di comunità, referenti del servizio sociale, della geriatria e della riabilitazione. In particolare, come struttura della direzione, presidia i percorsi di continuità ospedale-territorio, facendosi garante di una omogeneità di approccio ai bisogni e di gestione dei percorsi. Inoltre gestisce i percorsi post-acuzie Gravi Cerebrolesioni Acquisite e dei casi complessi in uscita dai presidi per acuti che necessitano di percorsi di lungodegenza (cod. 60) o riabilitativi (cod.75, cod.56 e ex art.26), gestisce i posti letto di cure intermedie (tipo A) – DGR 431/2013 – e di low care (D.6 della DPR 77R/2016) messi a disposizione dalle singole zone per una loro utilizzazione a livello aziendale. Per le quattro Zone di Firenze svolge parte delle funzioni proprie dell'ACOT.

Nel caso in cui emerga un bisogno socio sanitario complesso, le agenzie di continuità possono attivare l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) al fine di procedere ad una valutazione più completa dei bisogni e all'elaborazione di un progetto a lungo termine. Nelle zone Empolese, Pescia, Pistoiese e Pratese le Agenzie di Continuità valutano i casi segnalati presso i presidi/stabilimenti Zonali, diversamente nelle zone Fiorentine le schede di valutazione vengono gestite dal Coordinamento Dimissioni Complesse Aziendale.

Questo coordinamento centrale attiva i percorsi sanitari e trasmette alle ACOT i progetti. Per quanto riguarda i bisogni socio-sanitari, le segnalazioni vengono inviate alle ACOT di residenza dell'utente.

Figura 1



9.2 Assistenza specialistica ambulatoriale

Oltre 6 milioni le prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti

Le prestazioni ambulatoriali nel 2017 sono state complessivamente 6.281.234 – al netto delle prestazioni del Laboratorio analisi – con incremento del 12,6% rispetto all'anno precedente; nei relativi tassi si riscontra una variabilità nelle zone della nostra Azienda (Tabella 1). Complessivamente il 9,5% delle prestazioni ambulatoriali sono rese dal privato accreditato.

Tabella 1
Numero assoluto di prestazioni ambulatoriali ovunque sostenute dai Residenti nell'Azienda USL TC nel 2017

Residenza	Fuori AUSL TC in RT		AUSL TC		TOTALE
	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Prestazioni
AT Pistoiese	2.427	55.606	75.551	865.589	999.192
AT Pratese	905	17.963	124.089	662.079	805.108
AT Fiorentina	2.817	98.964	315.794	3.052.653	3.472.830
AT Empolese	3.057	142.795	73.129	785.012	1.004.104
AUSL TOSCANA CENTRO	9.206	315.328	588.563	5.365.333	6.281.234

Le prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica sono state 1.352.635, il relativo tasso, standardizzato per età (per 1.000 abitanti) risulta sensibilmente inferiore a quello medio regionale (806,9 vs 859,9); si rileva una significativa variabilità tra le zone.

Tabella 2
Numero assoluto di prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica

Residenza	TOTALE			
	Accessi	Tasso Standard	Limite Inf	Limite Sup
AT Pistoiese	234.263	771,35	768,15	774,55
AT Pratese	158.161	626,87	623,73	630,01
AT Fiorentina	742.182	849,19	847,21	851,17
AT Empolese	218.029	887,65	883,84	891,47
AUSL TOSCANA CENTRO	1.352.635	806,92	805,52	808,31
REGIONE TOSCANA	3.354.618	859,89	858,94	860,83

Il MeS attesta che la performance relativa all'appropriatezza diagnostica – indicatore C13: tasso di RM muscolo-scheletriche e RM lombari ripetute entro 12 mesi – è la migliore della regione Toscana. Le visite specialistiche relative alle 7 specialità del PRS sono state 565.039 in flessione rispetto al 2016 (-7,9%).

Tabella 3
Tasso standardizzato delle visite specialistiche (7 specialità da PSR)
Anno 2017

Residenza	TOTALE			
	Accessi	Tasso Standard	Limite Inf	Limite Sup
AT Pistoiese	108.727	365,27	363,04	367,5
AT Pratese	91.841	367,04	364,63	369,46
AT Fiorentina	264.025	314,1	312,87	315,33
AT Empolese	100.446	413,67	411,05	416,3
AUSL TOSCANA CENTRO	565.039	345,52	344,59	346,44
REGIONE TOSCANA	1.527.876	401,64	400,98	402,29

Complessivamente le attese sia per le prime visite specialistiche che per la diagnostica strumentale sono più brevi nell'AUSL TC rispetto a quelle medie toscane (Indicatore MeS: B20a).

9.3 Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le azioni per garantire risposte in tempi appropriati al bisogno

La riorganizzazione del settore specialistico si fonda sul governo unitario del sistema, comprendente la parte ospedaliera, territoriale e del privato accreditato convenzionato; la strategia prevede la separazione dell'offerta su criteri di bisogno del paziente, ovvero sulla priorità clinica per le prestazioni di primo contatto, e sulla definizione di percorsi diagnostico/terapeutici coinvolgendo il mondo delle Cure Primarie.

Nel corso dell'anno 2017, è proseguita in tutti gli ambiti territoriali confluiti nell'AUSL TC, la rilettura dell'offerta in un'ottica di sistema, articolato per linee differenziate a seconda della tipologia di bisogno, in un'ottica di riprogrammazione di risposte organizzate e differenziate in base alla priorità, complessità e caratteristiche del bisogno espresso. Si è provveduto alla mappatura delle agende CUP, alla verifica del sistema di gestione, ovvero dell'apertura a scorrimento delle agende in tutti i territori dell'Azienda, dei meccanismi di blocco/sblocco automatici e dei livelli autorizzativi per le chiusure programmate, ricercando le modalità di gestione più efficienti ed uniformarle in tutto il territorio aziendale.

Il percorso attuato si riferisce alla seguente articolazione.

Urgenze: è stato definito un pacchetto di prestazioni prenotabili direttamente dai medici di medicina generale, telefonando ad un numero unico. Con questo servizio si accede a prestazioni diagnostiche in urgenza territoriale per: traumi, dolore acuto, sinusiti acute, patologia acuta del polmone, patologia della mammella, coliche renali, epatiche ed addominali di ndd, dolori pelvici, ematuria, etc. Risultato secondario atteso è la riduzione di accessi al DEA.

Il concetto d'urgenza può essere legato sia ad una patologia sia ad un contesto (es. anziano che vive solo che non ha possibilità di prenotare).

Percorsi assistenziali (PDTA): definizione di modelli di gestione di patologie ad alta prevalenza e incidenza, che necessitano di integrazione fra la medicina del territorio e la specialistica, sia territoriale che ospedaliera. Sono in via di definizione i seguenti PDTA: ematuria, colica renale, artropatie, fibrillazione atriale, paziente nefropatico. Tali percorsi hanno visto compiuta la fase di programmazione e condivisione nel corso del 2017.

PDTA in fast track: questi percorsi assistenziali, come le urgenze, sono direttamente avviati dal medico di medicina generale; il PDTA per Trombosi venosa profonda e ischemia critica degli arti inferiori è già utilizzato su tutto il territorio dell'AUSL TC; altri saranno individuati e condivisi con tutti i soggetti interessati.

Criteri di priorità: in fase di prima attuazione della DGRT 1080/2016, ci si prefiggono tempi di risposta di tutte le richieste di esami strumentali e di consulenze specialistiche di primo contatto, articolati in 3 categorie:

- U ⇒ entro 72 ore
- B ⇒ entro 10 giorni
- D ⇒ entro 30-60 giorni

I criteri di priorità sono stati condivisi con medici prescrittori, attraverso la rete delle AFT. Ridefinizione dell'offerta e dei tempi di attesa nell'ambito delle zone distretto: ci si prefigge di dare risposta alle richieste di primo contatto nei tempi della DGRT 493/2011 in un ambito territoriale corrispondente alla zone distretto per le seguenti prestazioni: visita oculistica, ortopedica, cardiologica, dermatologica, ORL, neurologica; ecografia addome, Rx scheletro e diretta d'organo.

Nel corso del 2017 si è provveduto all'acquisizione dei dati riferibili alla domanda espressa a livello zonale e laddove si è verificato un disallineamento con l'offerta, sono state adottate azioni correttive provvedendo, tra l'altro, anche l'acquisizione da privato accreditato delle prestazioni necessarie, secondo un innovativo modello basato sulla libera scelta del paziente, con superamento del criterio di assegnazione di budget predeterminato alle singole strutture convenzionate. Nel corso del 2017 sono stati messi a punto 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 più brevi nell'AUSL TC rispetto a quelle medie toscane (indicatore MeS B20a). La percentuale di prime visite effettuate entro 15 giorni registra nella nostra Azienda performance medie per ortopedia (82%), dermatologia (80%) ed otorinolaringoiatria (85%); attese maggiori si riscontrano per cardiologia (72%), neurologia (67%) ed oculistica (69%). Le TAC con e senza mezzo di contrasto vengono effettuate entro 60 giorni rispettivamente nel 90% e 95% dei casi, performance buona e migliore della media regionale; anche le RM con e senza mezzo di contrasto registrano attese inferiori alla media toscana anche se la percentuale di accertamenti effettuati a 60 giorni scenda ad un insoddisfacente 74% e 77%; critica è la percentuale (63%) di ecografie addome effettuate entro 30 giorni.

9.4 Assistenza farmaceutica territoriale

Sotto controllo i costi e gli sprechi

Ad un anno dalla sua costituzione, l'AUSL TC riesce a chiudere il 2017 con dei risultati molto positivi in termini di governo della spesa farmaceutica convenzionata, corrispondente al costo dei farmaci dispensati dalle farmacie pubbliche e private del territorio e rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale.

In uno scenario territoriale complesso caratterizzato da un invecchiamento della popolazione e da un aumento delle patologie cronico degenerative spesso con comorbidità, è difficile assicurare l'innovazione terapeutica e quindi una migliore cura, garantendo contemporaneamente la sostenibilità del sistema.

E' stata questa la sfida che nel 2017 l'AUSL TC ha voluto sostenere in stretta collaborazione con i propri medici di Medicina Generale al fine di garantire ai propri assistiti tutta l'assistenza farmaceutica necessaria pur rispettando le risorse economiche disponibili.

Di fatto, nella prima metà del 2017, l'AUSL TC sembrava non riuscire nell'obiettivo, registrando il valore di spesa pro capite più alto nella regione Toscana; ma a seguito di percorsi condivisi con la Medicina Generale nel perseguire l'appropriatezza prescrittiva dei trattamenti farmacologici, l'Azienda è riuscita a concludere l'anno positivamente, andando addirittura a rappresentare la *best practice* regionale con una spesa pro capite pari a 123,20 €. e a fronte di una media toscana di 124,78 €.

Un forte contributo all'abbattimento dei costi è derivato dal maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto e dall'aver privilegiato nei trattamenti terapeutici le cure che, a parità di efficacia e di sicurezza per gli assistiti, garantissero un corretto utilizzo delle risorse.

Anche i dati del primo trimestre 2018 dimostrano il buon stato di salute della farmaceutica convenzionata dell'AUSL TC, che continua a registrare i migliori risultati della regione.

Pur in un sistema così complesso e vasto quale è quello dell'AUSL TC che comprende le quattro ex ASL di Pistoia, Prato, Firenze ed Empoli – con una popolazione in carico pari 1.625.544 assistiti – il coinvolgimento dei clinici nel processo di governance farmaceutica e di appropriatezza delle cure ha generato dei risultati che si stanno consolidando nel tempo.

Nel 2018 lo stesso percorso seguito con la Medicina Generale è stato intrapreso anche con i medici specialisti più strettamente coinvolti nei trattamenti ad alto costo che riguardano le patologie oncologiche piuttosto che le malattie neurologiche o reumatologiche.

Ad oggi, se vogliamo garantire ad ogni assistito gli adeguati e necessari trattamenti farmacologici è indispensabile evitare ogni forma di spreco o di inappropriatezza, questo obiettivo è raggiungibile.

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 una adeguata e puntuale risposta riabilitativa territoriale.

Nel complesso si sono registrati 2,14 ricoveri in codice 56 per 1.000 abitanti. L'AUSL TC ha avuto un tasso di ospedalizzazione in codice 56 di 2,08 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 dispongono di un minor numero di posti letto 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 2017, entro 28 giorni sono hanno avviato il percorso riabilitativo il 63,5% degli ultra-65enni con frattura di femore ed il 35,2% degli ultra65enni con pregresso ictus; in entrambi i casi le percentuali sono più elevate che nell'anno precedente e non si riscontrano differenze di genere.

Tabella 1
Percentuale Fratture di Femore in ultra-65enni con riabilitazione entro 28 giorni

Residenza	Maschi e Femmine				
	Casi	Proporzione Grezza	Proporzione Standard	Limite Inf	Limite Sup
AT Pistoiese	326	72,4	73	66,6	79,4
AT Pratese	178	57,2	61,2	52,4	70
AT Fiorentina	932	70,9	71,7	67,4	76
AT Empolese	105	27,5	29,6	22,3	36,8
AUSL TOSCANA CENTRO	1.541	62,7	63,5	60,3	66,7
REGIONE TOSCANA	2.720	49	48,8	46,7	50,9

La variabilità per Azienda Sanitaria di residenza in termini di percentuale di pazienti riabilitati e di tipo di riabilitazione effettuata rimane elevata.

All'interno dell'Area Vasta Toscana Centro i valori sono in massima parte migliori dei valori medi regionali.

Tabella 2

Percentuale di Fratture Idus in ultra-65enni con riabilitazione entro 28 giorni

Residenza	TOTALE				
	Casi	Proporzione Grezza	Proporzione Standard	Limite Inf	Limite Sup
AT Pistoiese	172	44	44,1	38	50,2
AT Pratese	56	21,9	23,4	17	29,8
AT Fiorentina	301	38,3	38,7	34,1	43,2
AT Empolese	85	30,5	30,1	23,4	36,8
AUSL TOSCANA CENTRO	614	35,9	36,1	33,2	39
REGIONE TOSCANA	1327	34,2	34,5	32,6	36,4

9.6 L'assistenza all'anziano non autosufficiente

Assistenza domiciliare: l'opzione più frequente nell'assistenza all'anziano

Una conseguenza diretta dell'invecchiamento della popolazione è certamente l'aumento almeno in termini assoluti di quel segmento di anziani con bisogni sanitari e socio-assistenziali che richiedono una assistenza continuativa. Nella Tabella 1 la stima effettuata da ARS sulla consistenza numerica dei soggetti non autosufficienti per livello di gravità.

Tabella 1

Stima dei non autosufficienti nelle BADL di età 65+ per livello di isogravità del bisogno

Residenza	Maschi e Femmine					TOTALE
	Classe età 65+					
	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5	
AT Pistoiese	1.100	700	1.450	2.250	700	6.150
AT Pratese	800	500	1.050	1.650	500	4.600
AT Fiorentina	3.250	2.100	4.400	6.850	2.100	18.700
AT Empolese	850	550	1.150	1.750	550	4.800
AUSL TOSCANA CENTRO	6.000	3.800	8.100	12.500	3.900	34.300
AUSL TOSCANA NORD OVEST	4.800	3.000	6.300	9.900	3.000	27.100
AUSL TOSCANA SUD EST	3.300	2.100	4.400	6.800	2.100	18.800
REGIONE TOSCANA	14.100	9.000	18.800	29.200	9.000	80.200

L'assistenza territoriale fornita a queste persone può essere di tipo domiciliare – Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – o prevedere il ricovero presso residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Nel 2017 nell'AUSL TC le prestazioni di Cure Domiciliari con valutazione erogate a soggetti anziani sono state 43.900. La percentuale standardizzata di anziani in assistenza domiciliare è del 29,7%, la più elevata in Toscana; si rileva una variabilità negli ambiti territoriali dell'azienda (range Pistoia 17,8% - Empoli 34,7%).

Nel 2017 il 12% degli ultra75enni hanno ricevuto un accesso domiciliare entro 48 ore dalla dimissione ospedaliera, la miglior performance regionale (Fonte: MeS, 2017).

Il ricorso all'istituzionalizzazione in RSA riguarda 9,20 anziani su 1.000 abitanti (4.276 persone), di cui il 73% sono donne.

Anche questo valore è più elevato rispetto al dato medio regionale – 8,7 per 1.000 abitanti – ed è particolarmente alto nella ex ASL di Firenze – 11,6 per 1.000 abitanti – dove la condizione di “anziano solo”, e quindi la mancanza di supporto familiare, è più comune.

Per quanto attiene i tempi di risposta si registra che il 60,5% delle segnalazioni sono state prese in carico entro 30 giorni, ma solo il 31,1% dei soggetti sono stato inseriti in RSA entro 30 giorni dalla presa in carico a fronte di un dato medio regionale del 46,7% (Fonte: MeS, 2017).

9.7 Assistenza di fine vita

*Qualità dell'assistenza di fine vita:
rimane 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” (Sarmiento 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 (Barnato et al. – 2015). Per queste ragioni 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 (Hyasat et al, 2015; Lyngaa et al. – 2015). Tuttavia, una pianificazione anticipata delle cure palliative (Cure Palliative Precoci) è possibile anche in questi soggetti” (Documento: La qualità dell'assistenza nelle cure di fine vita, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2017).

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; la UFC CP è 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), 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 n.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 22 febbraio 2007, n.43.
- 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

Tabella 1
Numero assoluto di posti disponibili negli Hospice dell'Azienda USL TC nel 2017

HOSPICE – Azienda USL Toscana Centro	
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



10. Emergenza Urgenza

10.1 Servizio 118

Un servizio che arriva in tempo

Nel corso del 2017 le chiamate per soccorso pervenute alle due Centrali Operative 118 dell'AUSL TC (Firenze-Prato e Pistoia-Empoli) sono state 234.224 (+5% rispetto all'anno precedente); in 214.805 casi – pari al 91,7% – è stato necessario attivare un intervento.

Sono state effettuate complessivamente 258.618 missioni di mezzi di soccorso con una media pari a 1,2 per ciascun intervento.

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 allarme-target 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 (Azienda USL Nord Ovest: 16 minuti; Azienda USL Sud Est: 18 minuti).

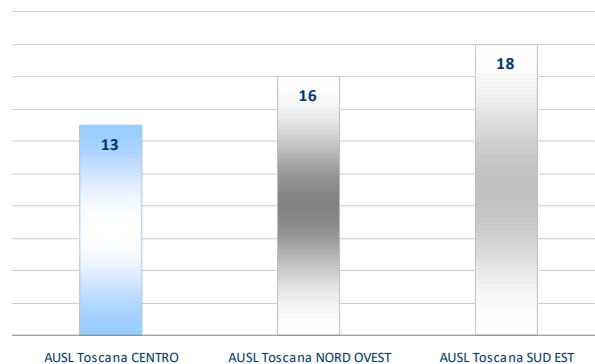


Figura 1

Distribuzione dell'Indicatore
"Intervallo Allarme-Target"
espresso in minuti

Fonte: ARS, 2018

10.2 Pronto Soccorso

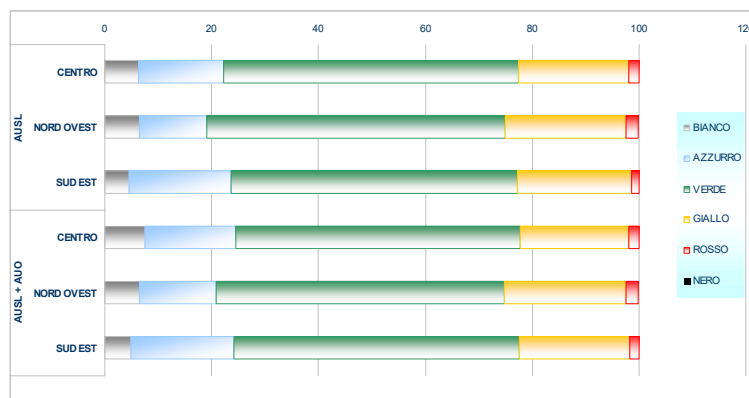
*Oltre mezzo milione di accessi in un anno:
un problema di “sistema”*

Il volume complessivo di accessi registrati nei Pronto Soccorso (PS) presenti sul territorio della Area Vasta Centro (AVC) è stato nel 2017 di 586.532 (1,9% in meno rispetto al 2016). Il 72,4% degli accessi avvengono negli ospedali dell'AUSL TC (424.383 accessi), il 20,3% nella Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (118.971 accessi) e il 7,4% nella Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer (43.178 accessi). Se tutti gli accessi fossero riconducibili ai residenti, l'AUSL TC sarebbe l'Azienda sanitaria con il tasso di accesso più basso: 360 per 1.000 abitanti, rispetto ad un tasso medio regionale di 400 per 1.000.

La distribuzione per gravità al triage evidenzia la netta prevalenza, nelle strutture presenti sul territorio dell'AUSL TC, ma anche nelle altre strutture regionali, di codici verde di urgenza differibile (53,3%) e dei codici non critici bianco e azzurro (24,4%), mentre i codici rosso e giallo, che segnalano una vera condizione di urgenza ed emergenza, costituiscono il 22,3% degli accessi (Figura 1).

Figura 1

Percentuale di accessi ai PS presenti sul territorio di ciascuna Azienda Sanitaria per Codice Colore assegnato al triage – Proporzioni (per 100)
Fonte: ARS, 2018

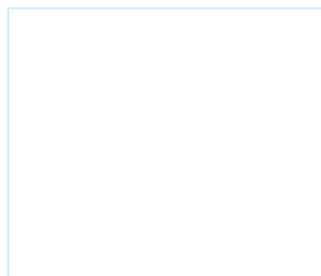


I tempi di attesa medi in PS sono inversamente proporzionali alla gravità: un codice giallo attende mediamente 26.2 minuti nelle strutture che sono sul territorio dell'AUSL TC – 29.8 minuti in Regione – e un codice rosso 10 minuti (9 minuti in Regione).

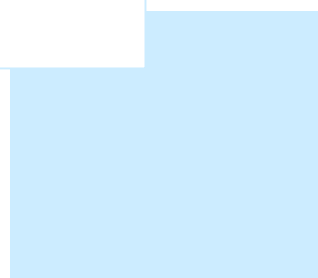
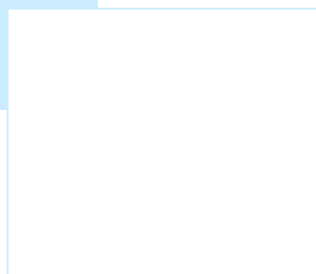
Per contro, il 4,98% dei casi accede nuovamente al PS entro 72 ore dalla dimissione – valore medio regionale: 5,4% – il 61,3% dei pazienti inviati in Osservazione Breve Intensiva vengono dimessi a domicilio (valore omogeneo nelle varie Aziende Sanitarie della Regione).

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. All'interno del PS già molto è stato fatto per rendere più fluidi i percorsi: il fast track, ad esempio, ha migliorato i percorsi selezionando in modo adeguato le problematiche.

A valle del PS, invece, le criticità si concentrano nella difficoltà di “assorbire” i pazienti da parte dei reparti.



11. Esiti – Performance: Bersaglio MES



11.1 Gli esiti delle cure

A due anni dalla riorganizzazione, si confermano buoni gli esiti delle cure

Monitoraggio degli esiti clinico – assistenziali

E' importante evidenziare le aree di erogazione clinico assistenziali che necessitano di una analisi approfondita per comprendere se gli scostamenti dalla media dipendono da:

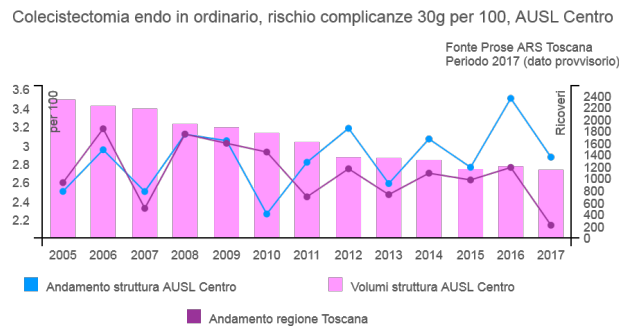
- elementi di codifica
- elementi di selezione del campione
- scelte organizzative (elementi di selezione del campione)
- caratteristiche epidemiologiche

Le informazioni derivano dal Piano Regionale di Osservazione degli Esiti PrOsE, che coerentemente al nostro obiettivo, si propone di realizzare una cultura organizzativa pragmatica e costruttiva che dipende dai professionisti clinici. Questa cultura organizzativa consiste dei valori e norme dominanti, delle pratiche adottate dagli operatori nelle interazioni con i pazienti, i colleghi, e la società in generale, e dai comportamenti indicati come modelli da seguire (tratto da: Policy PrOsE). Come traccianti abbiamo scelto set di indicatori che ci consentono di trarre informazioni nei diversi ambiti di erogazione delle cure rappresentativi dell'offerta nell'AUSL TC.

CHIRURGICO	Chirurgia Generale Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario complicitanze a 30gg
	Chirurgia Vascolare Aneurisma Aorta addominale non rotto, rischio di morte a 30gg CEA, rischio di morte o ictus a 30gg
	Chirurgia Oncologica K colon proporzione interventi in laparoscopia e rischio di morte a 30gg K pancreas rischio di morte a 30gg K Stomaco rischio di morte a 30gg K retto rischio di morte a 30gg K polmone rischio di morte a 30gg Re interventi a 120gg negli interventi conservativi del K mammella
	Ortopedia e Traumatologia Frattura del femore, quota di pazienti operati entro 2gg Frattura del femore, rischio di morte a 30gg
MEDICO	Medico ad alta integrazione con il sistema di cure primarie BPCO rischio di morte a 30gg Scompenso cardiaco rischio di morte a 30gg Polmonite rischio di morte a 30gg
	Medico ad alta integrazione con il sistema dell'emergenza – urgenza IMA rischio di morte a 30gg ICTUS rischio di morte a 30gg
MATERNI E INFANTILI	Parto, proporzione parti cesarei primari Parto naturale e cesareo, complicitanze severe

Esiti delle cure in Chirurgia Generale

Nella nostra Azienda il 94.2% di colecistectomie sono eseguite per via laparoscopica, con una variabilità ridotta, infatti l'ospedale con la quota più bassa arriva al 86.5%, questo a testimonianza di un buon grado di penetrazione della tecnica.

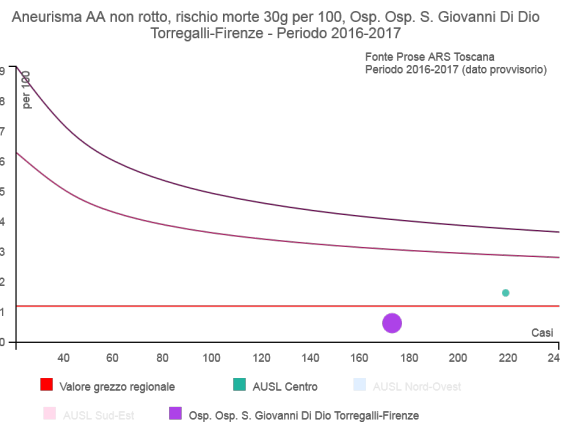


Per quanto riguarda le complicanze a 30 giorni dopo colecistectomia laparoscopica in regime ordinario si evidenzia un netto miglioramento del tasso di complicanze che scende da 3.5 al 2.8%, con una variabilità, seppur contenuta, tra i diversi ospedali della nostra azienda.

La linea di intervento sviluppata in questo momento si propone di analizzare e intervenire sui determinanti di questa variabilità.

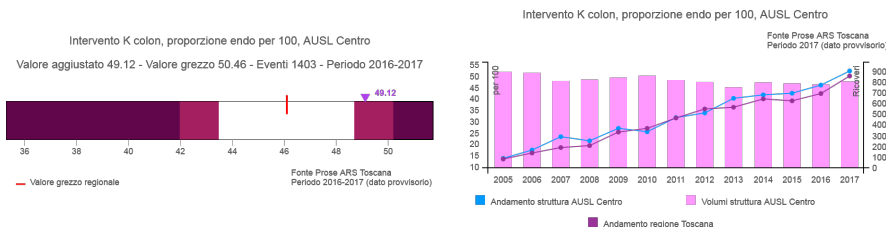
Chirurgia Vascolare

La mortalità dopo intervento per Aneurisma Aorta addominale non rotto, si attesta nella media regionale, seppur con valori più bassi, con un'unica struttura organizzativa di erogazione. Anche per l'intervento di endo arterectomia carotidea il rischio di morte o ictus a 30 giorni è in media.



Chirurgia Oncologica

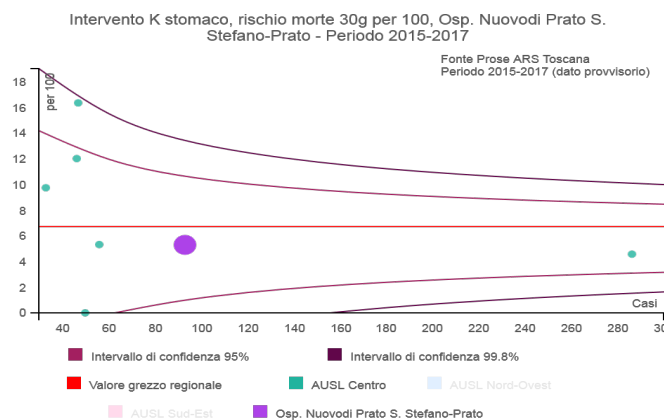
Nella nostra azienda la proporzione interventi in laparoscopia K colon è di poco inferiore al %0% con una costante tendenza all'incremento. Tale dato si differenzia in modo statisticamente significativo rispetto alla media regionale ed è particolarmente espresso nelle aree di Pistoia e Prato.



Questi dati sono a testimonianza di un buon grado di penetrazione di questa tecnica nel trattamento del tumore del colon. Il rischio di morte a 30gg. dopo interventi di K colon è in media regionale con una variabilità che è contenuta all'interno della media in tutti i nostri ospedali di erogazione.

Il rischio di morte a 30gg. dopo intervento per K pancreas è anch'esso in media regionale, con qualche azione da porre in essere in relazione al volume degli interventi effettuati nei diversi punti di erogazione.

Nel K Stomaco rischio di morte a 30gg dopo intervento è in media, seppur sui suoi valori più bassi.

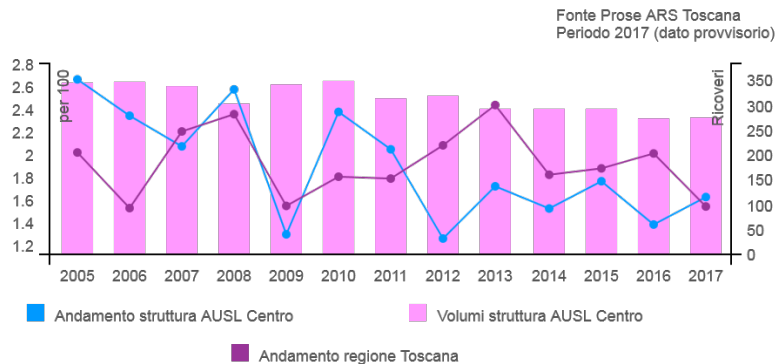


Emergono due aspetti da esplorare:

- il primo si riferisce alla dispersione delle casistiche (tema che interessa 4 strutture);
- il secondo è sulla variabilità degli esiti che su di una singola struttura dovrebbero essere indagata, con un controllo sulla correttezza delle codifiche, e attraverso la revisione del percorso di cura, in particolare sui criteri di eleggibilità.

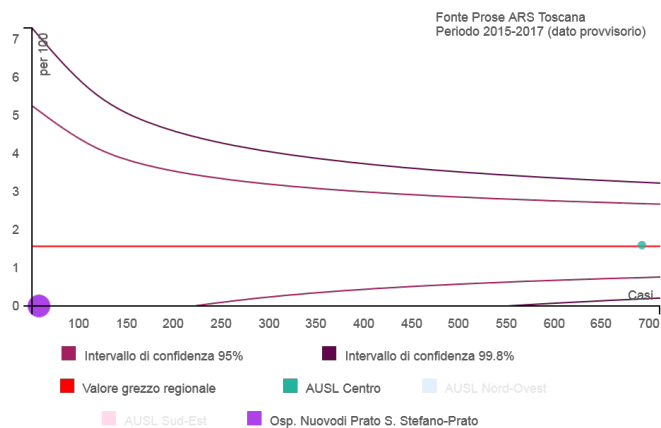
Performance sotto la media regionale (cioè con buoni risultati) per Pistoia, Prato ed Empoli. Il rischio di morte a 30 giorni nell'intervento per K retto è caratterizzato da mortalità allineata alla media regionale con un trend, negli ultimi anni, in progressiva riduzione. Nonostante il fenomeno sia sotto controllo, si evidenziano alcuni elementi meritevoli di approfondimento in relazione alle dispersioni delle casistiche.

Intervento K retto, rischio morte 30g per 100, AUSL Centro



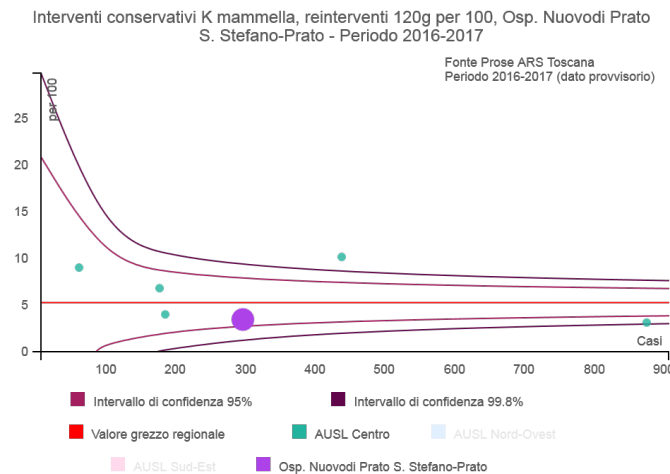
Nell'Area Vasta Centro solo due strutture hanno effettuato interventi per K del polmone. La struttura di pertinenza aziendale ha un tasso di mortalità pari a zero, ma la scarsa numerosità non consente di effettuare qualsivoglia inferenza. L'altra struttura è rappresentata dall'Azienda Ospedaliera Universitaria. Anche in questo caso la valutazione sulla dispersione delle casistiche dovrà essere sviluppata in relazione a pianificate sinergie di rete.

Intervento K polmone, rischio morte 30g per 100, Osp. Nuovodi Prato S. Stefano-Prato - Periodo 2015-2017



La qualità delle cure nella neoplasia della mammella viene valutato usando come tracciante la quota di interventi a 120 giorni dopo trattamento conservativo del K mammella.

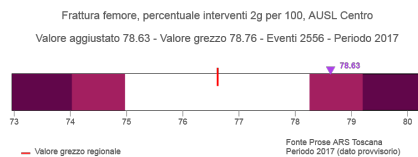
L'andamento della nostra azienda è in media regionale e negli ultimi anni è caratterizzato da una costante e progressiva riduzione di re interventi per questa tipologia di neoplasia.



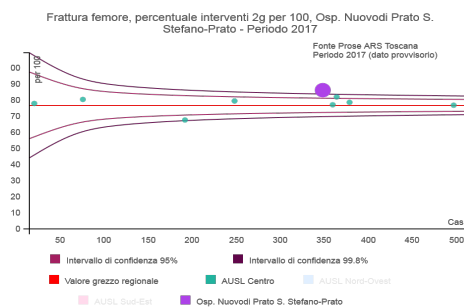
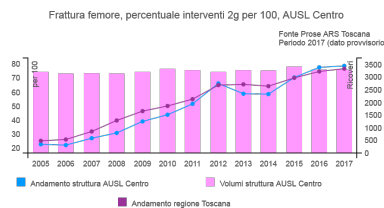
A fronte di questo positivo andamento, si osserva una certa variabilità nelle diverse strutture. L'erogatore della nostra azienda che ha maggiori volumi ha il maggior numero di re interventi è anche quello che ha i maggiori volumi, e sta in quest'anno acquisendo il background tecnologico per correggere questo disallineamento. Sempre dal funnel plot si può osservare una dispersione della casistica, ma in realtà superato dalle equipe chirurgiche itineranti, da percorsi di cura e realizzazione di GOM comuni e coordinati.

Ortopedia e Traumatologia

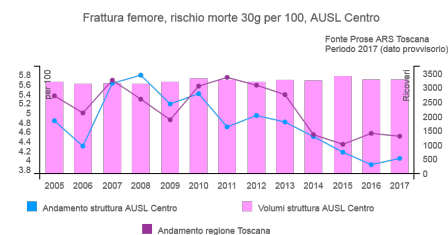
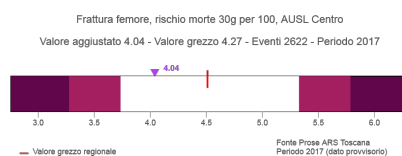
I due traccianti per leggere la traumatologia, ma che leggono anche il livello di organizzazione ospedaliera e integrazione professionale, estendendosi dalla gestione dell'emergenza sino alla fase riabilitativa, si riferiscono alla frattura di femore e riguardano la tempestività e mortalità dell'intervento. L'AUSL TC ha la migliore tempestività di intervento a livello regionale, ed anche una delle migliori prestazioni a livello nazionale.



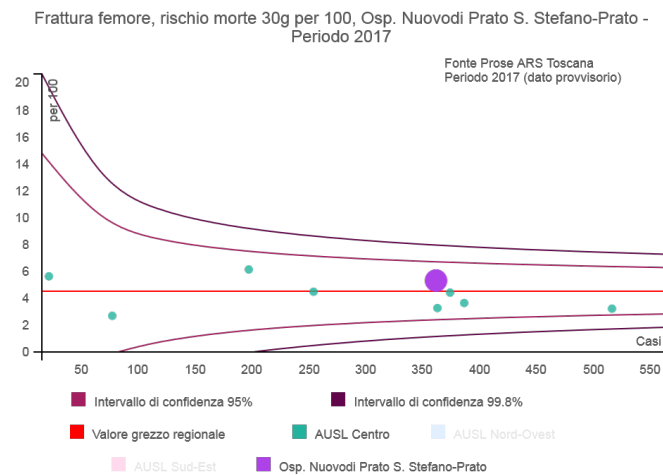
Tale dato è incostante e stabile miglioramento da un decennio, arrivando oramai quasi a plateau.



Soltanto uno stabilimento di erogazione è significativamente più basso rispetto alla media regionale, comunque con un valore pari al 67.6%. Due pazienti su 3 sono comunque operati entro le 48 ore.



La buona selezione dei pazienti da operare tempestivamente è evidenziata dal fatto che il rischio di morte a 30 giorni dopo intervento per frattura del femore è in media regionale seppur nella parte più bassa della forbice, fenomeno fra l'altro con un trend positivo negli anni. La variabilità delle mortalità tra i diversi presidi di erogazione è contenuta all'interno della media regionale.



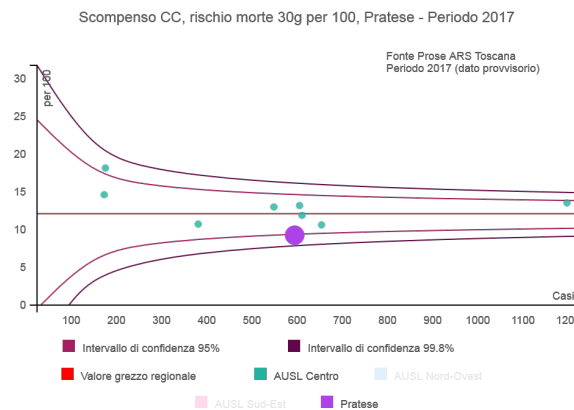
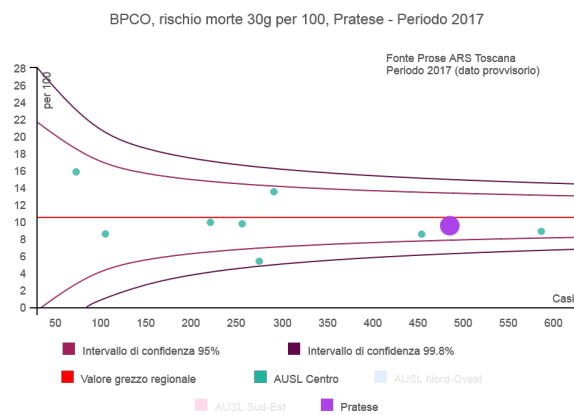
Medico

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 cronic 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).

Medico ad alta integrazione con il sistema di cure primarie

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



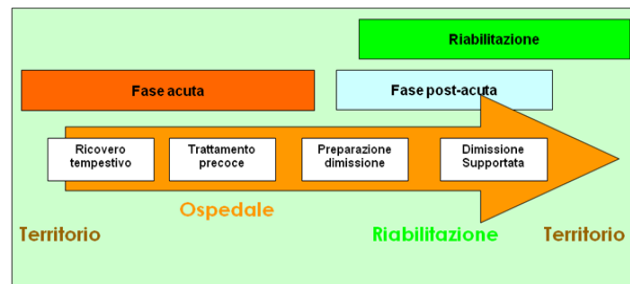
Per il rischio di morte a 30 giorni dopo ricovero per scompenso cardiaco la performance dell'azienda è in media regionale, ma in questo caso vi è una maggiore variabilità degli esiti.

A fronte di una zona con prestazioni migliori del dato regionale abbiamo due zone distretto sopra la media, zona distretto Fiorentina e del Valdarno Inferiore (nel 2018 accorpata alla zona distretto Empolese).

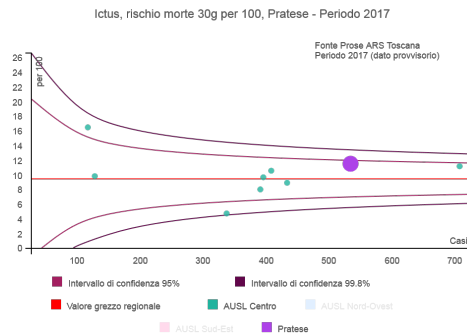
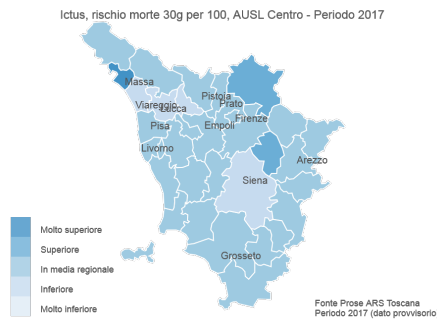
Sono in corso gli approfondimenti per comprendere i determinanti di questi fenomeni che potrebbero essere sia di natura epidemiologica, oppure legati alla maggior appropriatezza del ricovero e quindi alla selezione di pazienti più gravi, infine si potrebbe evidenziare la necessità di rivedere il percorso di cura nel suo insieme. Inoltre, per meglio comprendere il fenomeno l'azienda sta predisponendo l'analisi congiunta con indicatori di mortalità costruiti sulla stima della popolazione residente. In merito al rischio di morte a 30 giorni dopo ricovero per polmonite, la nostra azienda è in media regionali, con due erogatori con tassi di mortalità significativamente inferiori alla media regionale.

Medico ad alta integrazione con il sistema dell'emergenza – Urgenza

Il rischio di morte a 30 giorni dopo ricovero per Ictus è un tracciante debole poiché il vero esito dell'ictus è il recupero funzionale, ma al momento da flussi correnti non sono disponibili tali informazioni.

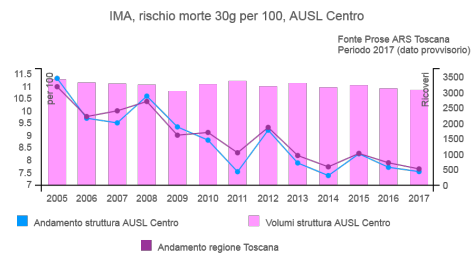
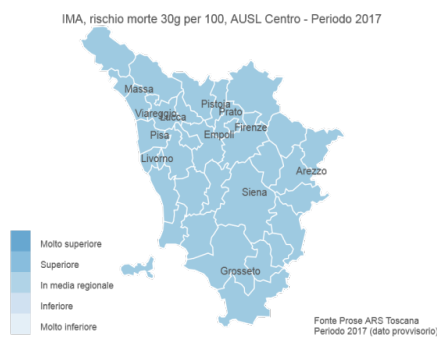


Tale tracciante, come quello dell'IMA, evidenzia il buon funzionamento della filiera che va dall'educazione al paziente alla fase di rientro al domicilio caratterizzata da aspetti sia sanitari che sociali. In ogni modo, il rischio di morte a 30 giorni è compreso nella media regionale, con una sola zona che ha valore significativamente sopra la media.



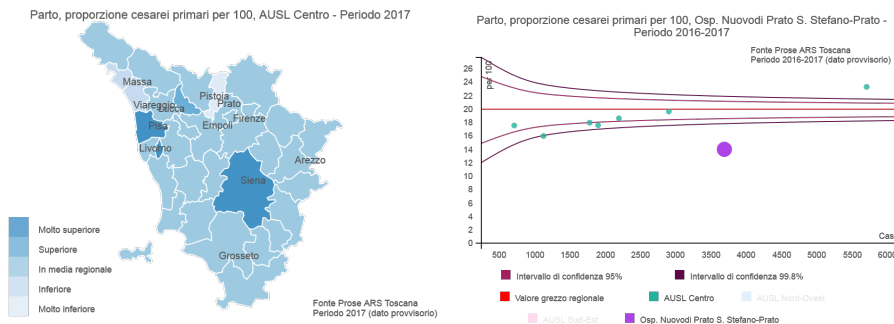
E' in corso di predisposizione cuna revisione che mira ed esplorare tutti fattori critici del buon esito, ed essendo una zona montana, diviene cruciale la lettura sistemica del fenomeno, non ultima la selezione dei pazienti che spesso è determinante nella misura dell'esito.

Il rischio di morte a 30 giorni per IMA è in media regionale, non vi è variabilità rispetto alla media nelle differenti zone distretto, inoltre si osserva un costante trend al miglioramento negli ultimi 10 anni.

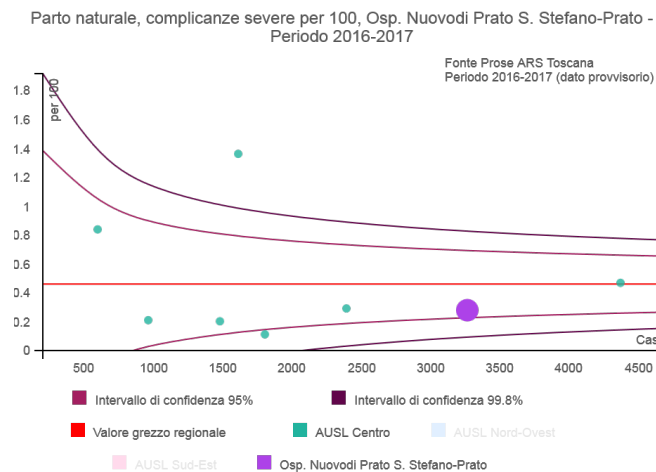


Materno Infantile

L'AUSL TC presenta un tasso di parti cesarei primari da anni al di sotto della media regionale. In alcune strutture, ai primi posti a livello nazionale, anche di molto inferiori rispetto alla media regionale.



Tali prestazioni, naturalmente vengono sostenute dal fatto che si osserva anche un tasso di complicanze nel parto naturale in media regionale, ma con una struttura che presenta valori più alti in modo significativo. I punti nascita dell'AUSL TC per quanto concerne le complicanze in parto cesareo sono in media regionale. E' presente una variabilità geografica nel territorio della zona distretto Fiorentina che si prevede di esplorare con una revisione della casistica.



11.2 Performance

Anche quest'anno Indicatori positivi

Le performance delle aziende sanitarie toscane sono valutate, su mandato regionale, dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore S. Anna di Pisa; a tal fine sono utilizzati vari indicatori aggiornati di anno in anno. Tali indicatori sono utili anche per confrontare la Toscana con altre regione italiane. Il fine è quello di rilevare e comprendere l'andamento delle performance della sanità toscana per migliorarne i risultati.

Il Bersaglio è la rappresentazione grafica e sintetica delle performance ottenute: gli indicatori prescelti sono collocati in una delle cinque fasce di colore presenti ed a ciascuna fascia è associata una valutazione: rossa per performance molto scarsa, arancio per performance scarsa, gialla per performance media, verde chiaro per performance buona e verde scuro per performance ottima. I pallini bianchi rappresentano ciascuno un indicatore (semplice o composto) ed il rispettivo posizionamento è determinato dalla performance ottenuta nell'anno di riferimento.

Gli indicatori utilizzati dal MeS di Pisa per valutare la performance 2017 delle Aziende del SSR toscano sono 40 (al 12 giugno 2017).

La quasi totalità di tali indicatori sono composti e si articolano in un numero variabile di sub-indicatori.

Tabella 1

La distribuzione per fascia di performance degli indicatori 2017 nell'Azienda USL Toscana Centro

Performance 2017	N.	%
OTTIMA	2	4,9
BUONA	12	29,3
MEDIA	20	48,8
SCARSA	6	14,6
MOLTO SCARSA	1	2,4
TOTALE	41	100

Dei 40 indicatori utilizzati 39 erano presenti anche nel 2016; nella tabella seguente l'andamento di tali indicatori.

Tabella 2
 Andamento degli indicatori di performance
 dell'Azienda USL Toscana Centro tra il 2016 ed il 2017

Andamento 2016 – 2017	N.	%
Stabile	27	67,5
Miglioramento	5	12,5
Peggioramento	8	20
TOTALE	39	100

Tutti gli indicatori che hanno confermato la performance del 2016 erano in fascia gialla o verde; le uniche eccezioni sono date dai ricoveri ripetuti (fascia rossa) e l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (fascia arancio); sono allo studio ulteriori interventi mirati, nel primo caso, a migliorare il processo di dimissione dall'ospedale e presa in carico nel territorio.

Per l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica si mira ad incrementare, ad esempio, la prescrizione di alcune classi di farmaci (es. oppioidi per il controllo del dolore), ridurre quella di altre (es. inibitori pompa protonica ed antidepressivi), favorire forme di distribuzioni economicamente più vantaggiose, impostare una corretta terapia a lungo termine già al momento della dimissione.

Indicatori in peggioramento

Area Critica - Percorso Emergenza Urgenza (C16b)

La flessione della performance è essenzialmente da porre in relazione con i tempi di risposta del Pronto Soccorso che risultano sostanzialmente stabili per i codici rossi, in leggera flessione per i gialli ed in aumento per i rimanti codici colore che rappresentano la parte numericamente più consistente dell'attività.

Tabella 3
 Tempi di attesa media in minuti per Codice Colore
 Fonte: ARS, 2018

ANNO	BIANCO	AZZURRO	VERDE	GIALLO	ROSSO
2016	53,76	73,47	53,05	27,49	9,98
2017	58,64	74,87	53,72	26,21	9,97

E' opportuno evidenziare la riduzione della quota di soggetti con un nuovo accesso al PS entro 72 da un precedente accesso. Si fa presente che l'indicatore non prende in considerazione alcun aspetto legato all'attività del 118, che risulta positiva nell'AUSL TC.

Terapie Intensive (C22)

L'indicatore C22 è un indicatore composito, nel 2016 comprendeva solo l'adesione delle Terapie Intensive a progetti di qualità nazionali; sotto questo aspetto la performance dell'AUSL TC continua ad essere ottima o buona; nel 2017 sono stati valutati anche sub indicatori di esito, processo, appropriatezza del setting:

le relative performance aziendali risultano tutte buone o medie, queste ultime hanno comunque determinato un passaggio alla fascia media.

Percentuale assenze E2

L'incremento delle assenze al netto delle ferie godute riscontrato nell'AUSL TC si iscrive in un trend generalizzato che, con l'eccezione di ISPO, coinvolge tutte le Aziende del SSR toscano.

Appropriatezza diagnostica C12

La performance relativa al tasso di RM muscolo-scheletriche permane, anche nel 2017, la migliore della regione; in peggioramento invece la percentuale di pazienti che ripetono la RM lombare entro 6 mesi; tale tendenza, comune a tutta la Toscana, rende necessario che migliori ulteriormente l'appropriatezza prescrittiva.

Costo medio pro-capite F17

Nel 2016 la performance dell'AUSL TC era la migliore in Toscana e tutte le Aziende risultavano in fascia verde; nel 2017 il costo pro-capite si è ridotto in tutte le Aziende, la performance della nostra Azienda è sempre la migliore e tutte le Aziende sono in fascia gialla.

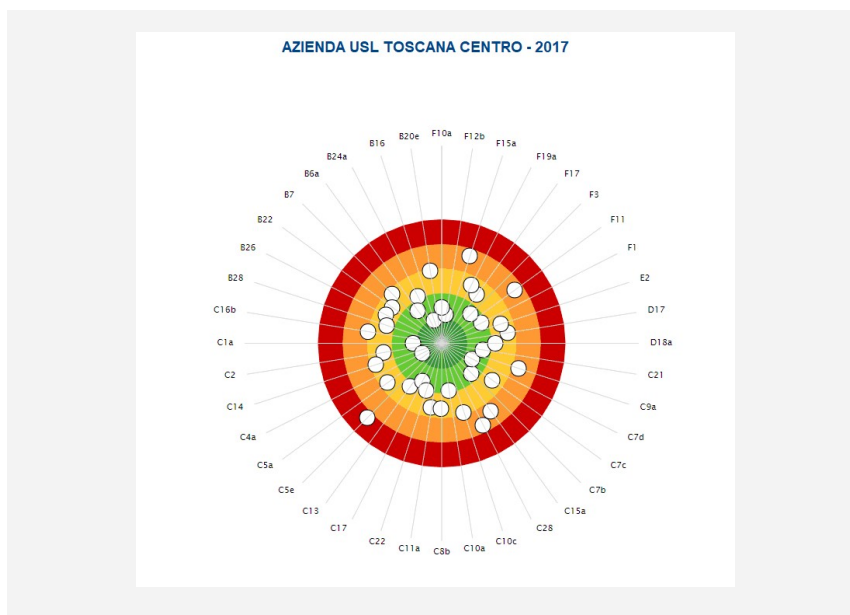
Efficienza ed Efficacia dei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza dei Luoghi di lavoro F15a

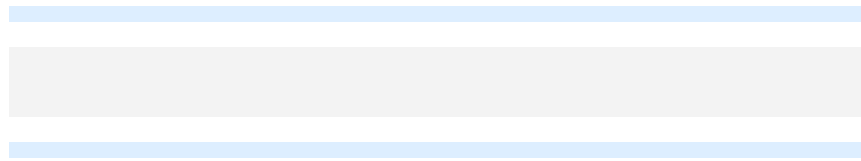
Il flettere della performance riflette difficoltà organizzative verificatesi nel Dipartimento della Prevenzione che sono state affrontate nel corso dell'anno.

Salute Mentale C15a

La riduzione del ricorso all'ospedalizzazione per malattie psichiatriche registra una positiva riduzione, gli altri sub-indicatori registrano un trend negativo che rende necessaria l'adozione di azioni correttive. Dei cinque indicatori in miglioramento quattro sono relativi a situazioni critiche nel 2016: copertura vaccinale, appropriatezza di uso farmaceutica, dimissioni volontarie e sanità digitale. Gli indicatori precedente sono integrati da indicatori di risultato/contesto che nel 2017 sono cinque, tutti stabili rispetto dell'anno precedente; quattro indicatori – mortalità infantile, per malattie cardiovascolari, per suicidi e tasso di anni di vita potenzialmente persi – hanno performance ottime o buone, la mortalità per tumori si pone poco al di sotto del valore medio regionale.

Grafico 1
Il Bersaglio relativo all'anno 2017





Didascalia

AUSL TC Azienda USL Toscana Centro

AT Area Territoriale

ARS Agenzia Regionale di Sanità

Versione aggiornata al 27-02-2019