

Allegato A

RELAZIONE SANITARIA

ASL 6 DI LIVORNO

2014

Dati Anno 2013

Sommario

A. IL QUADRO DEMOGRAFICO DELLA AZIENDA USL 6 DI LIVORNO.....	5
A.1 EVOLUZIONE NELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE	5
B. PROFILI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE	7
B.1 FATTORI CHE INCIDONO SU STATO SALUTE	8
B 1.1 Ambiente e stili di vita.....	8
B.1.2 L'alimentazione	10
B 1.3 L'attività fisica	12
B.2 STATO DI SALUTE (PRINCIPALI INDICATORI)	15
B 2.1 Utilizzo dell'Ospedale da parte dei residenti	15
B.2.2 Mortalità generale e per alcune cause specifiche.....	20
B 2.3 Malattie infettive.....	34
B 2.4 Incidenti sul lavoro.....	36
B. 3 POBLEMATICHE SOCIO-SANITARIE PER GRUPPI DI POPOLAZIONE.....	38
B 3.1. La rete pediatrica ospedaliera ed il percorso nascita	38
B 3.2 L'interruzione volontaria i gravidanza.....	41
B 3.3 Le persone diversamente abili e la non autosufficienza: dimensione e tipologia del bisogno censito.....	44
B.3.4.Attività sanitaria in carcere.....	53
B 3.5 Cooperazione sanitaria internazionale, immigrazione e mediazione culturale.....	54
C. IL QUADRO ECONOMICO DELLA AUSL 6.....	63
C.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI PERSEGUITI ED I RISULTATI RAGGIUNTI.....	63
C.2 IL PROFILO GESTIONALE-ORGANIZZATIVO ED ECONOMICO- FINANZIARIO	64
C.2.1. L'Organizzazione	64
C.2.2 La struttura per livelli di assistenza	64
C.2.3. Gestione del percorso budget e sistema reportistica	64
C.2.4. L'attività	66
L'Ospedale di Comunità.....	71
C 3. LO SVILUPPO DELLA RETE DEI PRESIDI.....	75
C.3.1. Gli interventi finanziati (tabelle n° 8, 9, 10).....	75
C 3.2 Stato di avanzamento del programma per gli interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale di strutture esistenti al 31.12.2013	77
D - LA PERFORMANCE AZIENDALE 2013	78
E. PROFILO DEI SERVIZI AZIENDALI.....	85
E.1 LA PREVENZIONE COLLETTIVA	85
E.1.1 I progetti dipartimentali.....	85
E.1.2 U.O.C. prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.....	86
E.1.3 U.O.C. igiene pubblica e della nutrizione.....	87
E.1.4 U.O.C. sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.....	89
E.1.5 U.O. medicina dello sport	89
E. 2 L'ASSISTENZA TERRITORIALE	91
E 2.1 I servizi sanitari territoriali e il loro sviluppo.....	91
E 2.2 Medicina Generale, Pediatria di Libera scelta e Specialistica ambulatoriale convenzionata ..	96
E 2.3 L'Agenzia Ospedale Territorio	96
E 2.4 Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza: l'attività dei consultori	98
E 2.5 Medicina di Iniziativa	103
E 2.6 Gli screening oncologici.....	105

E 2.7 Il Dipartimento delle dipendenze	107
E.3 LA PATOLOGIA PSICHIATRICA	108
E 3.1 La salute mentale infanzia adolescenza	108
E 3.2 Salute mentale adulti	109
E. 4 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	111
E 4.1 La Rete Ospedaliera e l'intensità di cura	111
E 4.2 Miglioramento delle condizioni di vita dei nefropatici cronici.....	112
E 4.3 Oncologia	114
E 4.4. Programma Donazione e Prelievo di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto: il Contributo della Azienda sanitaria USL 6.....	116
E 4.5 Lotta alle malattie metaboliche e alla fibrosi cistica.....	118
E 4.6 Pediatria.....	121
E 4.7 UTIC: Prevenzione, cura e riabilitazione cardiologica.....	124
E 4.8 Organizzazione dei servizi algologici dell'U.O. Anestesia e Rianimazione del P. O. di Livorno	125
E 4.9 Piano sangue e Plasma	127
E 4.10 Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza	129
E.5 ASSISTENZA SOCIALE	133
E.6 LA RIABILITAZIONE E L'ASSISTENZA PROTESICA.....	144
E. 7 L'UTILIZZO DEI FARMACI.....	149
F. LA QUALITÀ DEI SERVIZI.....	153
F.1- LA COMUNICAZIONE.....	153
F.2 - LA CARTA DEI SERVIZI	154
F.3 - LA PARTECIPAZIONE E LA TUTELA	154
F.4 I TEMPI D'ATTESA	155
F.5 L'ACCREDITAMENTO	158
F.6 LA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE.....	158
F.7 LA BIOETICA.....	161
F.8 POLITICHE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO.....	164
F.9 La promozione della salute.....	164
F.10 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	166
G. CORREDO DOCUMENTALE	167
Tabella n° 1 – La popolazione residente.....	167
Tabella n. 2 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri.....	169
Tabella n. 3 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri dei residenti per tipologia di struttura e confronto con l'anno precedente	170
Tabella 4 I servizi ospedalieri in rete: Posti letto in esercizio	171
Tabella 5: I servizi territoriali e il loro sviluppo: assistenza domiciliare integrata, cure domiciliari, strutture e modalità assistenziali innovative	172
Tabella 6: La struttura della spesa per livelli di assistenza	173
Tabella n. 7 - La struttura della spesa per le convenzioni nazionali	174
Tabella n. 8 – Lo sviluppo della rete dei Presidi: il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) – dato aziendale al 31/12/2013 inclusi interventi di manutenzione straordinaria.....	175
Tabella n. 9 : programma di interventi di mantenimento del patrimonio strutturale e strumentale al 31/12/2013.....	176
Tabella n. 10 : Il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione, di riorganizzazione funzionale, Edilizia extraospedaliera di cui per programma 'accreditamento'	177
Tab.11: Qualità aziendale: i progetti di miglioramento più significativi portati a conclusione nell'anno.....	179

Tab.12: La comunicazione: iniziative di comunicazione interna	179
Tab.13: La comunicazione: iniziative di comunicazione esterna	179
Tab.14: La comunicazione: costi aziendali.....	179
Tab.15: La carta dei servizi: gli impegni dichiarati	179
Tabelle 16-17: La promozione della cultura della salute.....	180
Tabella n. 18: La formazione del personale: tematiche e ambiti formativi dell'azienda.....	183
Tabella n. 19: La formazione del personale: esperienze significative portate a conclusione nell'anno.....	184
Tabella n.20: La formazione del personale: investimento aziendale.....	185
Tabella n.21 : Verifica dei Requisiti di Esercizio - Elenco dei presidi del "Programma accreditamento" di cui si è inviata in RT la autocertificazione entro il 31.12.2013:.....	185
H. indicatori specifici per livello di assistenza	191
H 1. Prevenzione collettiva	191
H 2. Assistenza territoriale.....	192
H 3. Assistenza ospedaliera	198

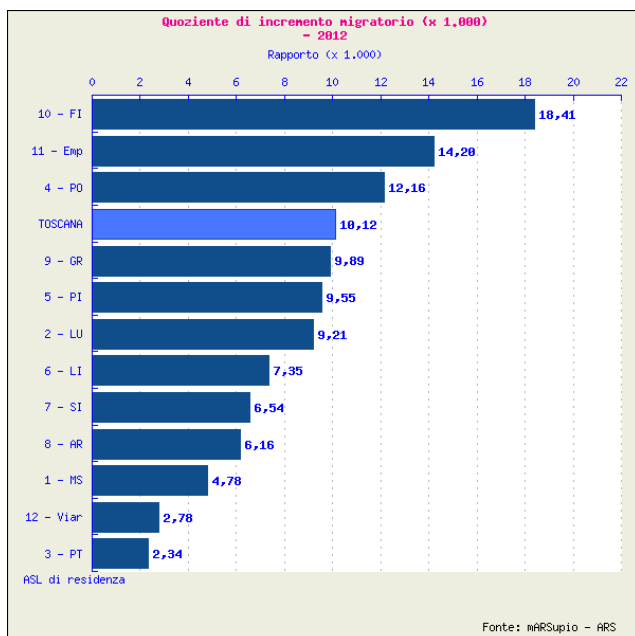
A. IL QUADRO DEMOGRAFICO DELLA AZIENDA USL 6 DI LIVORNO

A.1 EVOLUZIONE NELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

Fonte dei dati: ESTAVNO Dipartimento ICT: aggiornamento al 31/12/2012, ARS toscana

ANDAMENTI DEMOGRAFICI DI PARTICOLARE INTERESSE

SALDO DI POPOLAZIONE



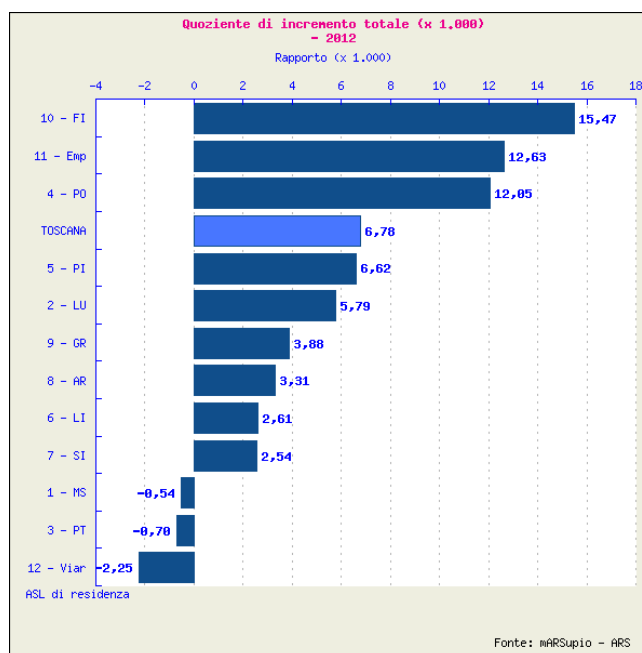
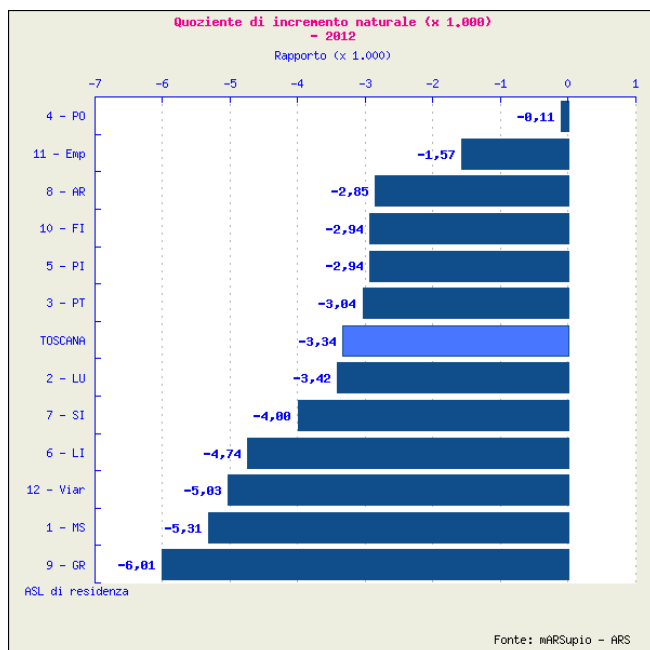
Come è riportato dalle precedenti tabelle, il saldo della popolazione della ASL 6 è complessivamente positivo grazie al saldo migratorio: infatti il saldo naturale è sempre negativo in tutte le zone. Solo la Val di Cornia presenta un saldo migratorio negativo, risultando in diminuzione rispetto al 2011.

Come era già stato evidenziato nella scorsa relazione sanitaria, i dati del censimento 2011 hanno indicato una popolazione inferiore a quella attesa in base all'andamento del decennio: è possibile che tale dato, presente in tutta la regione per circa l'1,5% della popolazione, ma particolarmente evidente nelle Zone Livornese e bassa Val di Cecina ove supera il 3%, sottostimi la popolazione a causa di una incompleta rispondenza al censimento stesso.

In ogni caso dal confronto con il resto della regione, riportato nella tabella a fianco emerge come per l'asl 6 siano inferiori alla media il quoziente di incremento migratorio e quello di incremento naturale:

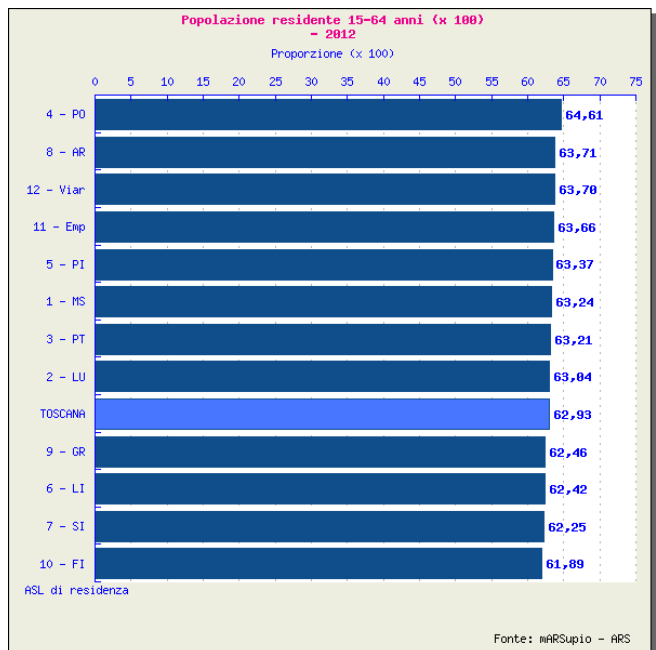
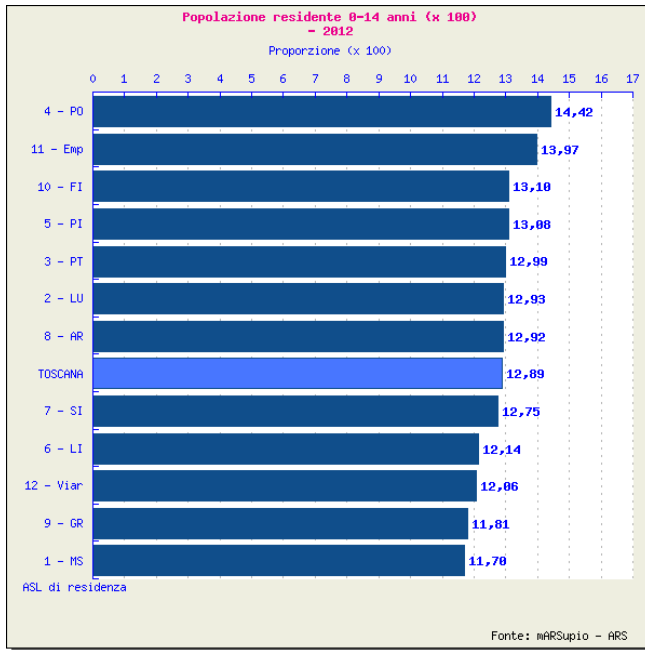
ciò colloca l'azienda fra le più basse in

Toscana per incremento di popolazione, superata in negativo solo dalle ASL di Massa Carrara, Pistoia e Viareggio.

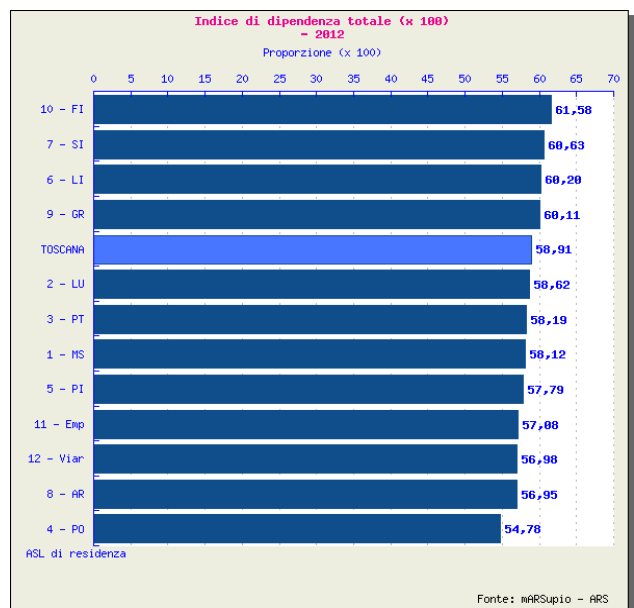
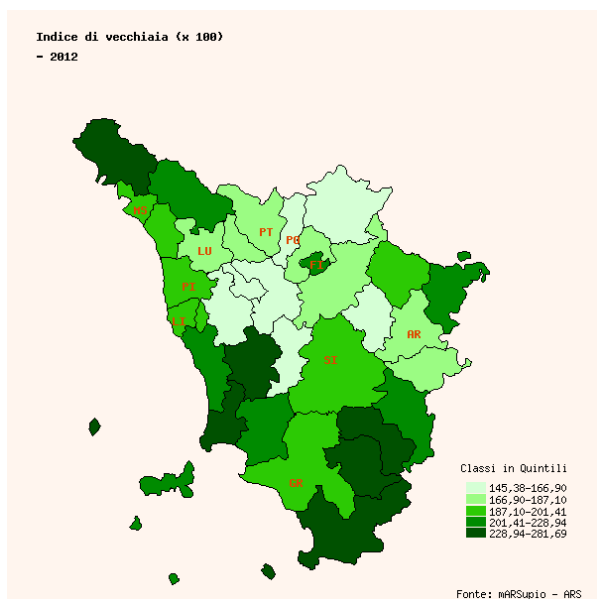


INDICI DI VECCHIAIA E DIPENDENZA DELLA POPOLAZIONE

La popolazione dell'ASL è quindi fra quelle che crescono meno rispetto alla regione sia perché i morti superano i nati sia perché è anche fra le meno attrattive per l'immigrazione, che di solito è popolazione giovane ed in età produttiva. Meriterebbe anche un approfondimento la composizione della popolazione immigrata per individuare un eventuale "effetto Florida" in alcune zone dell'azienda: tale effetto, che deve il suo nome alla particolare predilezione dei pensionati statunitensi a trasferire la propria residenza in bei posti come la Florida appunto, potrebbe essere rilevante ad esempio all'Elba ed in alcune zone della costa, da San Vincenzo a Castiglioncello.



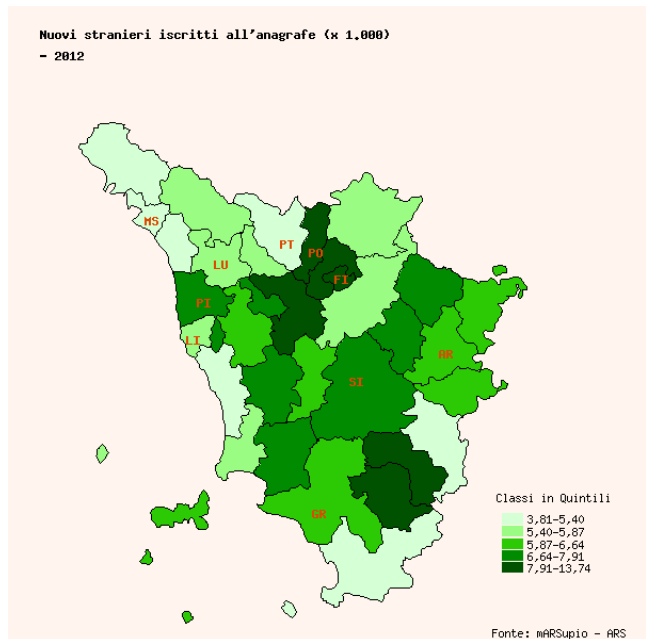
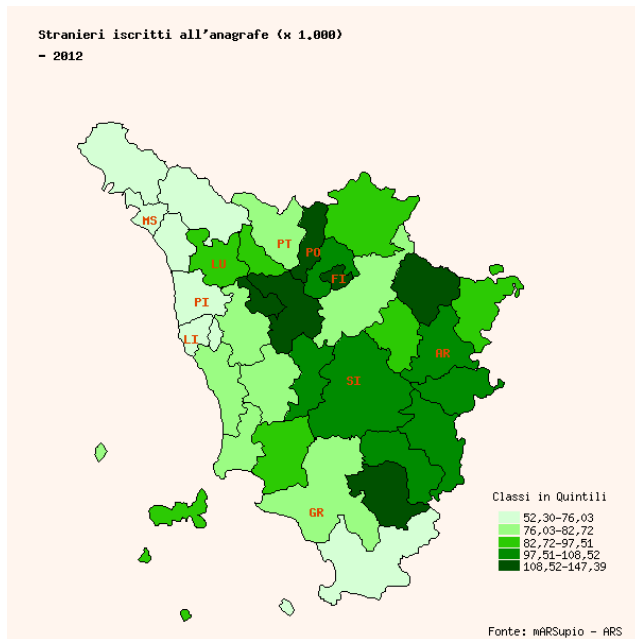
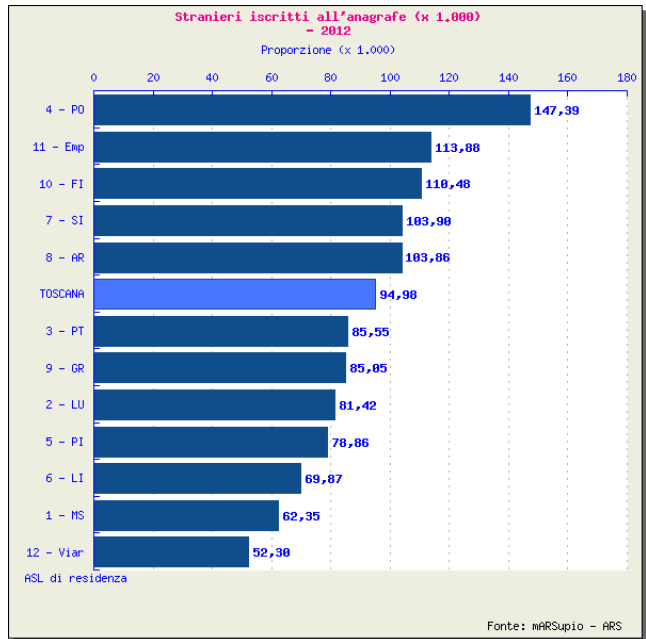
Oltre che a crescere poco la popolazione è anche sopra la media regionale per indice di vecchiaia. Non è difficile a questo punto prevedere come anche l'indice di dipendenza complessivo, che misura la popolazione inattiva (sopra i 65 anni e sotto i 14 anni) sul totale della popolazione sia fra i più alti della Toscana, con prevedibili ripercussioni sul bisogno di servizi sanitari e sulle capacità reddituali, peraltro già messe a dura prova negli ultimi anni dalla crisi economica generale.



LA POPOLAZIONE STRANIERA

E' ovvio che quando si parla di popolazione immigrata non si possa non approfondire l'aspetto della popolazione straniera. Se prima abbiamo visto come l'asl 6 di Livorno abbia uno dei più bassi saldi migratori, e quindi fosse prevedibile che anche il numero dei nuovi iscritti di nazionalità straniera fosse basso, non erano del tutto scontate le differenze fra le zone socio sanitarie: risulta infatti che la Bassa Val di Cecina, almeno nel 2012, sia stata quella meno "scelta" dagli stranieri.

Se invece si analizza il dato degli stranieri complessivamente iscritti al 1.1.13 si nota come vi sia un gradimento che aumenta mano a mano che si va verso il sud della asl, sempre ovviamente in relazione alla popolazione residente e non in valori assoluti. Questo fatto non è trascurabile nella programmazione dei servizi di base.



B. PROFILI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE
B.1 FATTORI CHE INCIDONO SU STATO SALUTE

B 1.1 Ambiente e stili di vita

Senza ombra di dubbio l'ambiente è uno dei determinanti dello stato di salute della popolazione. L'OMS stima in oltre 80 le patologie correlate a fattori ad esso riconducibili. Conoscere le nocività ambientali in un determinato territorio può indirizzare interventi anche di non esclusiva pertinenza dei sistemi sanitari. Ecco che quindi diventa di importanza rilevante la categorizzazione delle noxae ambientali attraverso sistemi di catalogazione, rilevamento – possibilmente strumentale – e mappatura territoriale per effettuare previsioni di impatto sulla salute delle popolazioni e per strutturare, ove possibile, interventi volti alla mitigazione degli effetti. Anche da questo punto di vista il territorio della Azienda Usl 6, esteso da nord a sud fino a comprendere un'isola di grosse dimensioni, può essere schematicamente diviso in 4 macroaree, ognuna con peculiarità salienti da un punto di vista ambientale e riassunte nella tabella seguente:

ZONA	Origine dei fattori di nocività ambientale
Livornese	Grande e piccola/media impresa, urbanizzazione “metropolitana”
Bassa Val di Cecina	Grande e piccola/media impresa, variabilità civile stagionale (turismo)
Val di Cornia	Grande e piccola/media impresa
Elba	Limitata presenza produttiva, Variabilità civile stagionale, rifiuti

Scendendo nello specifico dei temi da affrontare, considerando che le 3 classiche matrici ambientali che possono subire alterazioni sono: aria, acqua e suolo, si può fare la seguente schematizzazione:

ZONA	Matrice ambientale	Problematiche Principali
Livornese	Aria	<p>Nel territorio livornese insistono alcuni rilevanti insediamenti industriali: la raffineria AGIP plas; la Centrale ENEL, l'inceneritore di rifiuti.</p> <p>Oltre a questi il traffico autoveicolare è una fonte di inquinamento non indifferente, specialmente nelle grosse arterie in entrata e in uscita dalla città.</p> <p>La rete di monitoraggio ARPAT attualmente è mirata pressoché esclusivamente sul traffico autoveicolare; occorre valutare come monitorare l'aria in prossimità delle industrie inquinanti.</p> <p>Inquinamento acustico: la fonte principale è il traffico veicolare, cui si aggiungono manifestazioni temporanee, insediamenti produttivi commerciali, concentrati in alcune aree.</p>

la tabella prosegue alla pagina successiva ➔

ZONA	Matrice ambientale	Problematiche Principali
Bassa Val di Cecina	Aria	Lo stato di qualità dell'aria nella bassa val di Cecina è da ritenersi nel complesso soddisfacente come dimostrano le indagini spot effettuate negli anni nei maggiori centri abitati. Fa eccezione la qualità dell'aria nell'abitato di Rosignano M/mo dove permangono rari superamenti dei livelli delle polveri sottili (PM10) oltre il limite di legge nella stazione di rilevazione costiera con un non chiaro rapporto tra cause di origine antropico/industriale e marine (particolato).
	Acqua	Presenza di boro in un unico pozzo adibito all'approvvigionamento idro-potabile nella frazione Collemezzano del Comune di Cecina; presenza di cuneizzazione salina dentro le falde; permane sul confine con il Comune di Montescudaio una contaminazione dei pozzi pubblici da TCE (tricloroetilene) e PCE (percloroetilene), originatasi dall'area industriale di Poggio Gagliardo (attualmente oggetto di azione di bonifica). Attualmente queste acque subiscono un trattamento fisico per eliminare i suddetti inquinanti.
	Suolo	L'inquinamento dei suoli è concentrato nelle aree industriali in essere e in quelle dismesse. Nel corso degli ultimi anni sono stati compiuti studi di caratterizzazione dei siti industriali ed in certi casi sono stati attuati interventi di messa in sicurezza ed in altri siti si sta passando alla fase di bonifica. Continua l'intervento di bonifica nel territorio del comune di Montescudaio.
Val di Cornia	Aria	La presenza di grosse industrie nel territorio della città di Piombino porta alla presenza di inquinanti aereodispersi più rilevanti rispetto ad altre zone. Per esempio nel quartiere denominato Cotone negli anni passati erano presenti alti livelli di IPA nel particolato atmosferico. Attualmente l'attenzione è particolarmente rivolta a un approfondimento sull'impianto "cokeria" visto che nell'ultimo periodo di rilevazione si sono avuti valori al di sopra della soglia di 1 nanogrammo/mcubo;
	Acqua	A fine 2011 è entrato in funzione l'impianto di abbattimento arsenico per il Comune di Suvereto. L'impianto in località Franciana, necessario a servire la rimanenza dell'acquedotto della Val di Cornia – Elba è stato realizzato nei primi mesi del 2012. Nel dicembre 2012 è entrato in funzione l'impianto di abbattimento del boro e da allora sono rientrati nei parametri di legge boro ed arsenico elementi per i quali precedentemente era stata richiesta deroga. presenza di cuneizzazione salina dentro le falde;
	Suolo	Si sono verificati alcuni episodi di inquinamento accidentale localizzato affrontati e risolti con idonei piani di bonifica.
Elba	Acqua	Acque potabili: presenza di livelli elevati di cloruri, ferro; Alterazioni microbiologiche per periodi ripetuti di interruzione e ripristino nella fornitura idrica; Alterazioni microbiologiche molto frequenti nell'isola di Pianosa; Presenza di scarichi civili incontrollati specialmente durante il periodo estivo visto l'aumento notevolissimo del carico urbanistico;
	Suolo	Rifiuti: Problematiche varie da esaurimento della discarica di Literno;

B.1.2 L'alimentazione

COUNSELING NUTRIZIONALE

La salute della popolazione è largamente influenzata dall'alimentazione e dallo stile di vita che rappresentano fattori "modificabili" strategici per la prevenzione delle malattie cronic-degenerative (diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, ecc.). Promuovere una corretta alimentazione e ridurre la sedentarietà attraverso l'attività di Counseling nutrizionale, rappresentano, fin dal 2005, linee strategiche di azione per la promozione della salute. Il Counseling nutrizionale, rivolto a singoli individui o a gruppi di persone, rappresenta uno strumento per favorire la modifica consapevole del proprio stile di vita (favorire scelte alimentari consapevoli, incrementare l'attività fisica quotidiana, ecc.).

Nel Counseling il singolo o il gruppo partecipa attivamente alla ricerca di soluzioni e/o strategie per realizzare gli obiettivi prefissati. Sarebbe auspicabile per migliorare l'efficacia dell'intervento realizzare sinergie con la Medicina di iniziativa e i MMG/PLS. I dati relativi all'anno 2012 sono riportati nelle Tabelle successive.

Dati zona livornese	
Sedute di Counseling nutrizionale individuali	224
Visite individuali effettuate (I Colloquio)	35
Percorsi di Counseling nutrizionale di gruppo	3
Incontri di gruppo condotti	20
Diari alimentari esaminati	2.369

Tabella 1. Distribuzione per classi di età dei soggetti che hanno effettuato la I Visita		
Classe di età	Percentuale soggetti	
	Maschi	Femmine
< 20	1 (17%)	1 (3,5%)
20 – 30	-	4 (13,8%)
31 – 40	1 (17%)	4 (13,8%)
41 – 50	-	2 (7%)
51 - 60	2 (33%)	8 (27,6%)
61 – 70	2 (33%)	7 (24%)
> 70	-	3 (10,3%)
Totale	6 (100%)	29 (100%)

Tabella 2. Body Max Index (BMI) rilevato nel corso della I visita			
BMI		Maschi	Femmine
Normopeso	18.5 – 24.9	-	3 (10,3%)
Sovrappeso	25 - 29.9	1 (17%)	11 (38%)
Obesità di classe I	30 - 34.9	4 (66%)	10 (35%)
Obesità Classe II	35 - 39.9	1 (17%)	4 (13,7%)
Obesità Classe III	>40	-	1 (3%)

PROGETTI E ALTRE INIZIATIVE DI PROMOZIONE CORRETTA ALIMENTAZIONE

Per contrastare la diffusione delle malattie croniche legate allo stile di vita e facilitare scelte alimentari salutari, sono stati realizzati alcuni interventi per promuovere l'adesione da parte dei ristoratori al **Progetto regionale "Pranzo sano fuori casa"**; il progetto, inserito nel programma "Guadagnare salute in Toscana, nasce dalla esigenza di aumentare la possibilità, per chi abitualmente mangia fuori casa, di consumare un pasto nutrizionalmente bilanciato, vario, gustoso e sicuro.

Sono proseguiti gli interventi per favorire l'aumento del consumo della frutta nelle scuole con il **Progetto ".. e Vai con la frutta"** sia attraverso incontri con il personale insegnante e la distribuzione di materiale didattico anche di tipo interattivo.

Come previsto dalle Linee Guida ministeriali e regionali in materia di ristorazione scolastica ed assistenziale è stata programmata ed effettuata l'**attività di Controllo Applicazione Piani nutrizionali** nelle scuole e nelle RSA (20 interventi realizzati in strutture pubbliche e private) allo scopo di garantire, in particolare in queste ultime, il rispetto di quanto previsto nei piani stessi e ridurre il rischio di squilibri nutrizionali in difetto.

E' proseguita su richiesta degli interessati l'attività di **Validazione dei piani nutrizionali** (nel corso dell'anno sono stati validati n.° 2 Piani Nutrizionali, per 1 è in corso la Validazione).

E' proseguita l'attività di valutazione delle certificazioni relative alle diete speciali per patologia al fine di garantire la corretta gestione dei pasti destinati ai soggetti con intolleranza e/o allergia: sono state valutate n.°247 certificazioni.

Nell'ambito del Progetto **"A tavola con la celiachia"** è stato realizzato n.° 1 corso di formazione per Operatori del Settore Alimentare (Delibera R.T. 1036/2005) finalizzato alla preparazione di "pasti sicuri senza glutine".

B 1.3 L'attività fisica

Dalle fonti dei dati ARS(Okkio alla salute, Hbsc, edit, Passi, nIstat-Multiscopio) emerge:

- Forte evidenza dei benefici dell'attività fisica;
- I toscani sono meno sedentari della media italiana e i ragazzi meno obesi e meno in soprappeso;
- Bambini ed adolescenti sono ancora lontani dalle raccomandazioni OMS per l'attività fisica;
- Sono più sedentari: donne, meno istruiti e meno abbienti;
- Le femmine sono meno attive dei maschi;
- L'attività fisica dovrebbe essere incrementata con interventi di prevenzione di documentata efficacia;
- Il numero di iscritti UISP, così come tesserati CONI (dato regionale) sembra in generale incrementato

Alcuni dati:

Indagine EDIT: Nel 2011 svolgono qualche forma di attività fisica (come fare passeggiate, andare in bicicletta) il 31,4% dei toscani (il 27,8% degli italiani). La pratica dell'attività sportiva interessa complessivamente il 32% della popolazione di 3 anni o più (il 32,2% in Italia): il 23,5% la svolge con continuità, mentre l'8,5% saltuariamente.

Non svolgono né attività fisica né attività sportiva il 36,5% dei toscani e il 40% degli italiani: la situazione toscana risulta migliore rispetto al panorama italiano. La non pratica dell'attività fisica segue un gradiente per il quale risulta maggiormente diffusa nei soggetti con titolo di studio più basso e diminuisce al crescere della scolarizzazione (Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT 2011).

Rilevazione Passi: nel 2013, rispetto ai dati 2008-2010, si evidenzia una riduzione della % dei sedentari per la Toscana(da 27.8 del 2010 a 24.68 del 2013), di contro ad una media nazionale attorno a 30.

Sedentari* - Prevalenze per Regione di residenza- Passi 2013			
Regione	%	IC95%	
Piemonte	31,17	29,44	32,94
Valle D'Aosta	24,54	20	29,73
Lombardia	20,56	18,41	22,88
PA Bolzano	6,339	4,278	9,296
PA Trento	14,67	12,07	17,73
Veneto	23,43	22,21	24,69
Friuli-Venezia Giulia	20,54	18,57	22,67
Liguria	27,89	25,53	30,39
Emilia-Romagna	22,23	20,72	23,81
Toscana	24,68	23,54	25,85
Umbria	21,36	19,28	23,6
Marche	22,54	20,18	25,1
Lazio	31,83	30,11	33,59
Abruzzo	31,73	28,93	34,66
Molise	22,3	18,25	26,94
Campania	43,48	40,85	46,16
Puglia	37,07	35,15	39,04
Basilicata	62,13	58,67	65,47
Calabria	44,06	41,52	46,63
Sicilia	41,73	38,77	44,74
Sardegna	28,07	25,85	30,4
Pool di Asl	30,42	29,84	31,01

* In Lombardia e in Basilicata non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione.

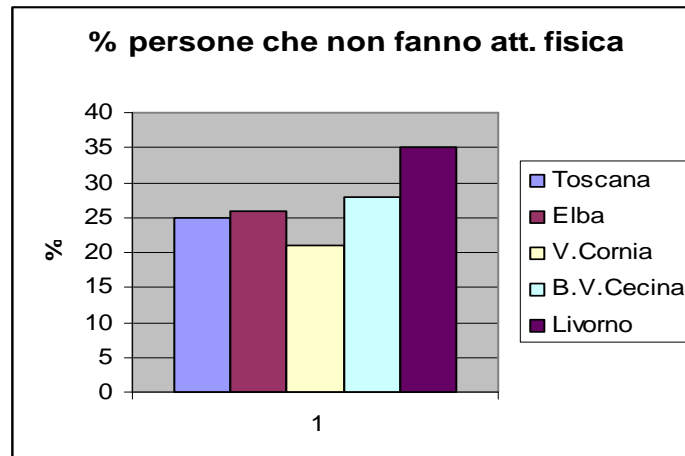
-ARS Toscana e MeS: la popolazione **livornese adulta** (18-65 anni) risulta mediamente più sedentaria rispetto alla media regionale(25%), ma con differenziazioni territoriali:

La Val di Cornia sembra essere la zona più attiva con valori migliori rispetto alla media regionale;

l'Elba e la Bassa Val di Cecina si collocano abbastanza in linea con la media regionale;

La Livornese è la zona che risulta essere meno incline al movimento con il 35% di intervistati che dichiara di non svolgere attività fisica. In generale degli adulti livornesi, 1 su 4 non fa attività fisica.

Tabella adulti 18-64 anni:



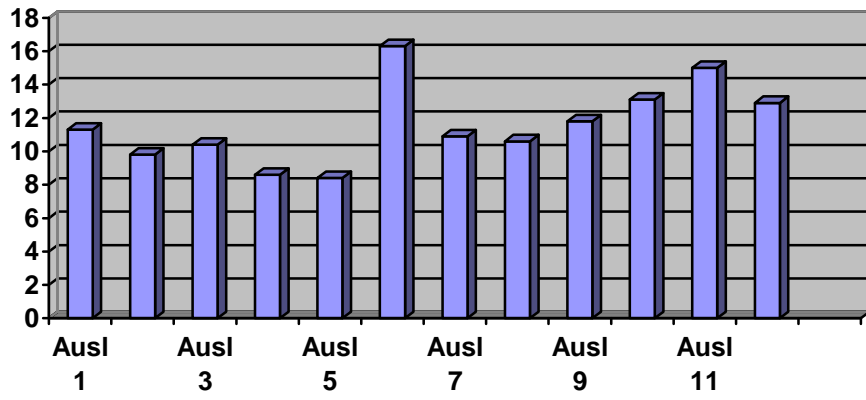
Nella ASL 6 secondo l'Indagine Passi 2010 veniva evidenziata un'elevata presenza di sedentari attorno al 44,3% , su una media toscana di 27,8%.

Per quanto riguarda l'attenzione da parte degli operatori sanitari nei confronti dell'attività fisica, la % delle persone consigliate dal medico nella Asl 6 si pone al 27,6%, su una media toscana del 31,8%(dato 2008: 24,2 su 30,44 regionale)

-Studio HBSC: **l'attività fisica in età giovanile** è in linea con i dati nazionali e contro l'andamento del 2008, secondo il quale dai dati ARS emergeva una riduzione dell'attività fisica dai 13 ai 15 anni. Nella rilevazione 2010 si è mantenuta costante la % dei maschi attivi dagli 11 anni(49%)fino ai 15 anni(54%), mentre nelle femmine, che fanno in generale meno attività dei maschi, si assiste anche a una riduzione di attività fra i 13 e i 15 anni.

-Indagine Okkio: nei bambini i valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari, pur mostrando un miglioramento rispetto al passato, permangono elevati: il 18% dei bambini pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 17% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 44% ha la TV in camera, il 36% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Solo il 40% delle madri dei bambini poco attivi (il 43% nel 2010) ritiene che il figlio svolga attività fisica insufficiente . Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori sull'attività motoria dei propri figli.

L'analisi per AUSL indica per il territorio di Livorno una distribuzione del 16,3% di soggetti che non svolgono attività fisica: questo dato, rispetto a quello del 2008, pari al 20,5%, indica una diminuzione dei soggetti sedentari di questa fascia di età, anche se il valore è sempre superiore alla media regionale, attorno all'11,8% e al dato dell'ASL5, che ha il livello più basso di residenti con inadeguato livello di attività fisica (8,4%).



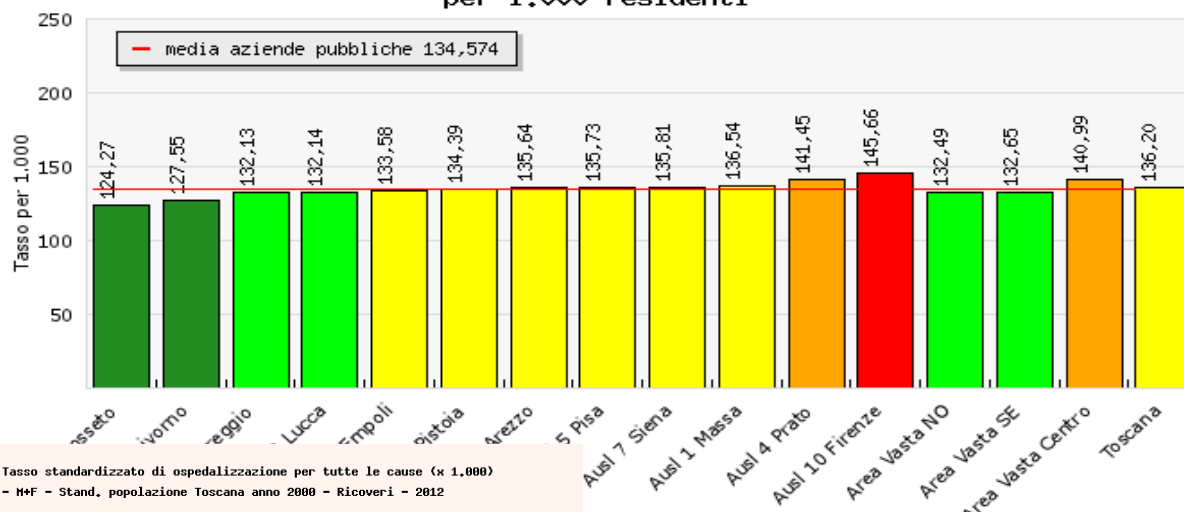
B.2 STATO DI SALUTE (PRINCIPALI INDICATORI)

B.2.1 Utilizzo dell'Ospedale da parte dei residenti

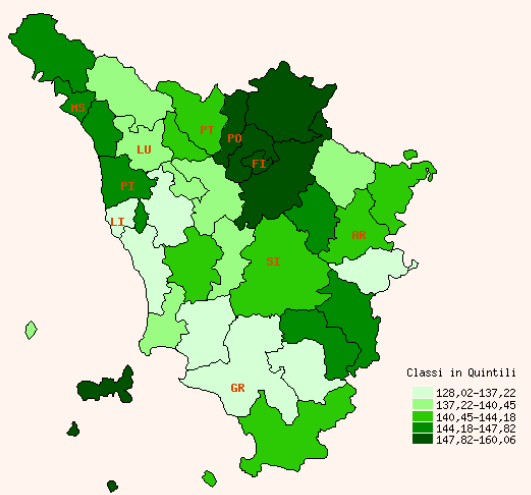
MDC REG	MDC_DESCR	N° DIMISSI 2013	% Su TOT DIMESSI 2013	NR. DIMIS 2012	% Su TOT DIMESSI 2012
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5954	12.98%	6319	13.16%
5	Malattie e disturbi dell'app cardiocircolatorio	5703	12.43%	5985	12.47%
14	Gravidanza, parto e puerperio	3662	7.98%	4077	8.49%
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	3952	8.61%	3926	8.18%
4	Malattie e disturbi dell'app. respiratorio	3504	7.64%	3642	7.59%
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	3061	6.67%	3128	6.52%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	2829	6.17%	2839	5.91%
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	2532	5.52%	2758	5.75%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	1896	4.13%	2155	4.49%
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1837	4%	1786	3.72%
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1648	3.59%	1828	3.81%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1457	3.18%	1590	3.31%
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1294	2.82%	1429	2.98%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1284	2.8%	1257	2.62%
2	Malattie e disturbi dell'occhio	932	2.03%	994	2.07%
19	Malattie e disturbi mentali	992	2.16%	969	2.02%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	725	1.58%	820	1.71%
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	813	1.77%	799	1.66%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	753	1.64%	636	1.32%
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sist. Immunitari	314	0.68%	361	0.75%
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	346	0.75%	317	0.66%
PR		143	0.31%	147	0.31%
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	108	0.24%	86	0.18%
25	Infezioni da h.i.v.	55	0.12%	55	0.11%
24	Traumatismi multipli rilevanti	31	0.07%	39	0.08%
NA		24	0.05%	38	0.08%
22	Ustioni	25	0.05%	26	0.05%

Il numero complessivo dei ricoveri dell'anno 2013 è diminuito rispetto a quelli dell'anno 2012 (45.874 vs 48.006; -5%) per effetto della trasformazione di alcuni ricoveri inappropriati in regime ambulatoriale anche grazie all'attivazione del percorso ambulatoriale del day service. Tale riduzione interessa in modo pressoché uniforme i diversi raggruppamenti MDC; fanno eccezione gli MDC 06 (Malattie disturbi dell'apparato digerente), MDC 1 (Malattie e disturbi del sistema nervoso) l'MDC 17 (Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate) che presentano piccoli incrementi percentuali .

C1.1 – Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti



Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause (x 1.000)
 - M+F - Stand. popolazione Toscana anno 2000 - Ricoveri - 2012



Classi in Quintili
 128,02-137,22
 137,22-140,45
 140,45-144,18
 144,18-147,82
 147,82-160,06

Fonte: MARSupio - ARS

Copyright Laboratorio Mes

La distribuzione percentuale della casistica nei raggruppamenti MDC per l'anno 2013 ricalca a grandi linee quella del 2012.

L'ottimizzazione dell'attività ospedaliera (tabella n. 2 – vedi *corredo documentale*)

Il confronto 2013 vs 2012 evidenzia una riduzione (-5%) della domanda di ricoveri dei residenti Azienda USL 6 ovunque espressa. Tale riduzione si rileva anche nella attività complessiva dei Presidi Ospedalieri Aziendali (-5.3%) e riguarda sia i ricoveri per residenti (-5.6%), che quelli per non residenti (-2.5%). Rispetto al 2012, diminuisce del 9% circa il "Grado di copertura del fabbisogno interno"

Il trend di deospedalizzazione (tabella n. 3 – vedi

corredo documentale)

L'ospedalizzazione complessiva dei residenti in ambito regionale, indipendentemente dalla tipologia di struttura di ricovero e cura (AUSL, AO, etc.), mostra una riduzione del tasso di ospedalizzazione per le funzioni di base (da 125.49 nel 2012 a 121.58 nel 2013), mentre per le funzioni regionali passa rispettivamente da 10.01 a 10.91. Il tasso di ospedalizzazione complessivo è stato pari a 132.49 risultando inferiore al dato 2012 che era del 135.50

Di seguito la valutazione MeS sull'Ospedalizzazione 2013. Il dato differisce da quello risultante dalle fonti aziendali e sopra riportato in quanto il MeS non ha conteggiato i ricoveri dei neonati sani e la popolazione di riferimento per la standardizzazione è ITALIA 2011, mentre quella utilizzata dai sistemi informativi è Toscana 2012.

In ogni caso è evidente come il tasso di ospedalizzazione si mantenga ottimo e confermi il dato 2012, ultimo anno disponibile per verificare il contributo delle varie zone distretto. Come è evidente dalla tabella seguente la zona Bassa Val di Cecina aveva nel 2012 uno dei più bassi tassi di ospedalizzazione a livello regionale.

Interessante è l'andamento dell'ospedalizzazione con l'età: esso è molto superiore alla media fino ai 5 anni d'età, per poi scendere a mano a mano che l'età aumenta, fino a crollare, rispetto alla media regionale, oltre gli 85 anni di età.

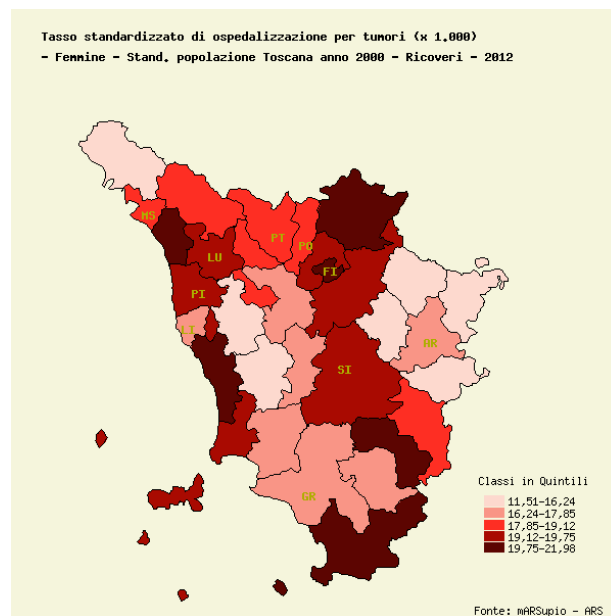
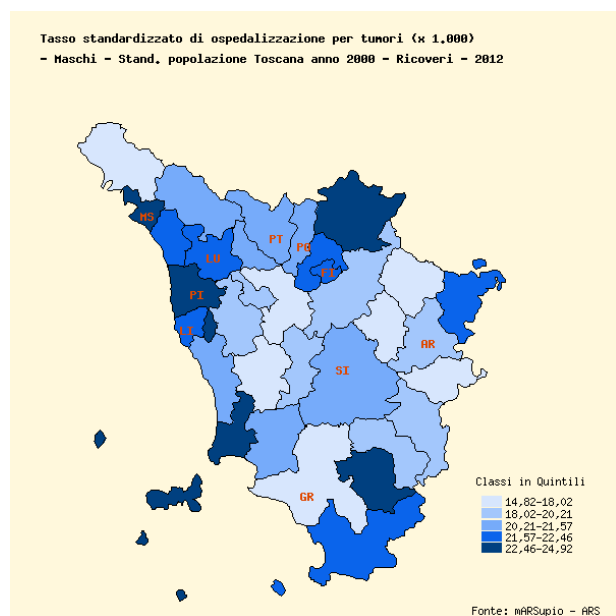
Il più elevato tasso di ospedalizzazione è all'Elba, mentre in Val di Cornia è più basso della media regionale fino ai 65 anni per poi crescere.

Ospedalizzazione totale e per classi di età - tassi specifici per età (x 1.000) - 2012

Residenza	Totale		Fascia d'età							
	N° Casi	Tasso Standard.	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85 e +
AUSL 1 - Massa e Carrara	30739	146,25	400,8	117,41	68,33	97,23	122,28	225,7	336,39	416,68
AUSL 2 - Lucca	32214	139,99	431,67	81,58	66,88	93,98	114,86	226,03	314,86	381,11
AUSL 3 - Pistoia	42271	142,52	308,33	98,8	78,3	93,67	117,67	227,95	317,15	425,35
AUSL 4 - Prato	37890	156	301,44	106,06	83,67	98,57	127,47	244,63	362,79	516,76
AUSL 5 - Pisa	48324	140,9	391,47	96,2	65,32	99,13	113,45	220,21	316,09	386,21
AUSL 6 - Livorno	49443	136,75	494,47	104,71	64,75	94,58	111	215,43	296,36	362,04
Bassa val di cecina	10882	128,26	382,57	116,78	63,88	90,57	103,56	208,95	267,53	305,83
Livornese	24797	137,22	558,02	110,32	61,21	96,51	110,21	207,33	294,22	388,87
Val di cornia	8861	138,78	473,45	72,68	66,64	91,44	118,04	233,37	308,4	337,09
Elba	4903	152,22	491,23	96,81	83,27	99,73	121,12	238,45	364,82	417,88
AUSL 7 - Siena	39867	142,58	514,67	100,15	78,39	100,7	117,76	218,24	302,22	351,36
AUSL 8 - Arezzo	49956	141,55	449,23	110,15	82,34	96,6	115,09	215,37	302,78	401,35
AUSL 9 - Grosseto	30899	133,02	364,23	81,22	60,22	92,37	110,24	206,42	298,3	364,21
AUSL 10 - Firenze	131625	156,09	541,27	112,64	89	105,22	123,56	239,84	346,84	461,25
AUSL 11 - Empoli	33154	138,78	431,34	98,7	71,06	96,83	111,13	212,44	303,81	397,02
AUSL 12 - Viareggio	24898	147,82	469,18	123,74	79,07	104,52	124,77	226,14	308,65	337,09
CENTRO	244940	150,91	438,9	106,83	83,42	100,68	121,25	234,54	337,29	453,16
NORD-OVEST	185618	141,36	436,75	102,22	67,68	97,39	115,98	221,47	312,78	377,68
SUD-EST	120722	139,6	450,02	99,75	75,52	96,84	114,6	213,71	301,37	374,03
REGIONE TOSCANA	551280	145,02	440,69	103,72	76,44	98,68	117,91	225,25	320,35	408,82

Nello specifico alcuni tassi di ospedalizzazione particolarmente significativi.

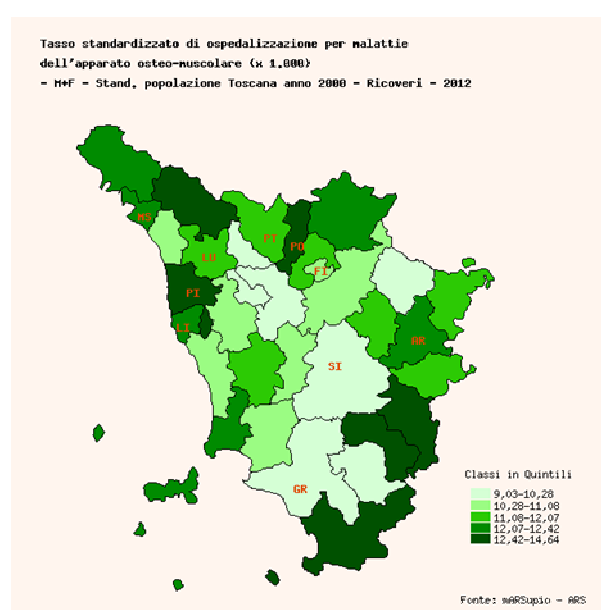
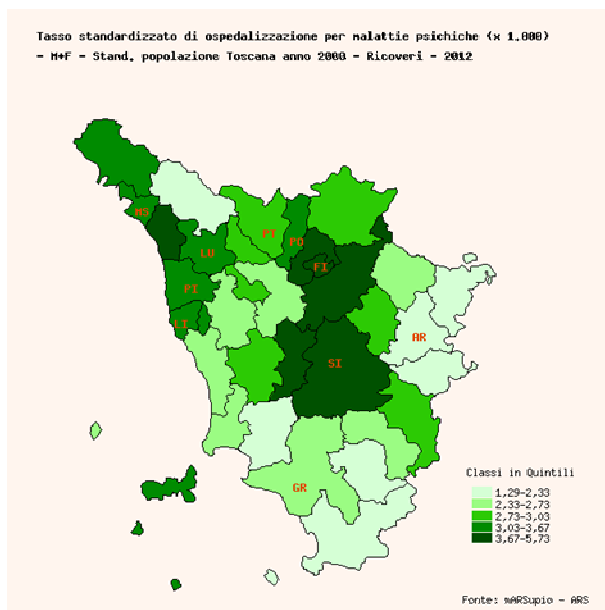
Quello per tumori evidenzia un'eccedenza di ricoveri per le donne nella Bassa Val di Cecina, per gli uomini



in Val di Cornia ed all'Elba, abbastanza in linea con i valori di mortalità.

Altri due tassi di ospedalizzazione interessanti sono quelli per le malattie psichiche e per quelle dell'apparato osteo-muscolare.

In entrambi i casi i valori sono relativamente bassi, soprattutto nella Bassa Val di Cecina.



Per descrivere l'utilizzo dell'ospedale da parte della popolazione è importante anche analizzare la mobilità: essa è intesa come la propensione ad utilizzare gli ospedali nella stessa asl, nella stessa area vasta, nella regione o fuori regione.

Indici di mobilità (x 100) - 2012						
Residenza	Presidio ospedaliero della USL di residenza	Azienda ospedaliera dell'Area Vasta di residenza	Presidio ospedaliero di USL dell'Area Vasta non di residenza	Azienda ospedaliera di Area Vasta non di residenza	Presidio ospedaliero di USL diverso dalla USL di residenza ma della stessa Area Vasta	Fuori Regione
AUSL 1 - Massa e Carrara	65,2	8,94	0,75	2,78	7,81	14,52
AUSL 2 - Lucca	65,59	14,17	6	5,6	4,02	4,63
AUSL 3 - Pistoia	63,23	13,38	2,92	4,98	9,91	5,58
AUSL 4 - Prato	69,29	16,75	1,29	1,58	5,37	5,72
AUSL 5 - Pisa	27,88	55,68	2,68	4,15	5,21	4,4
AUSL 6 - Livorno	62,59	19,41	2,64	4,62	3,82	6,93
Bassa val di cecina	60,94	20,11	3,04	4,87	4,43	6,6
Livornese	61,02	23,13	1,71	3,82	4,18	6,14
Val di cornia	67,75	13,53	4,4	4,89	2,82	6,6
Elba	64,95	9,47	3,25	7,63	2,37	12,33
AUSL 7 - Siena	33,77	47,59	2,84	5,23	2,53	8,04
AUSL 8 - Arezzo	73,17	4,02	3,81	9,29	1,12	8,59
AUSL 9 - Grosseto	66,03	7,56	4,62	7,97	2,52	11,31
AUSL 10 - Firenze	43,9	45,18	2,41	1,28	2,56	4,66
AUSL 11 - Empoli	58,05	13,65	8,16	10,28	5,94	3,91
AUSL 12 - Viareggio	68,59	11,64	1,67	3,5	9,77	4,82
CENTRO	53,09	30,98	3,11	3,2	4,73	4,88
NORD-OVEST	55,27	25,22	2,79	4,22	5,67	6,84
SUD-EST	58,35	19,29	3,7	7,61	1,94	9,1
REGIONE TOSCANA	54,98	26,48	3,13	4,51	4,44	6,47

In generale risulta che i cittadini della ASL di Livorno che utilizzano meno l'ospedale della usl di residenza sono quelli della Bassa Val di Cecina. Di scarso rilievo il confronto con la media regionale, troppo influenzato dalla scelta quasi obbligata dei cittadini delle tre zone distretto ove hanno sede le AOU: è ovvio che in tali asl i cittadini dei capoluoghi di provincia si ricoverano presso le aziende ospedaliere.

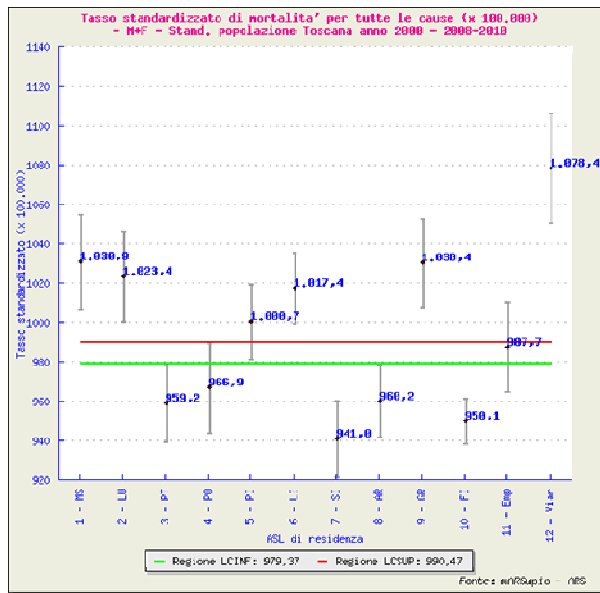
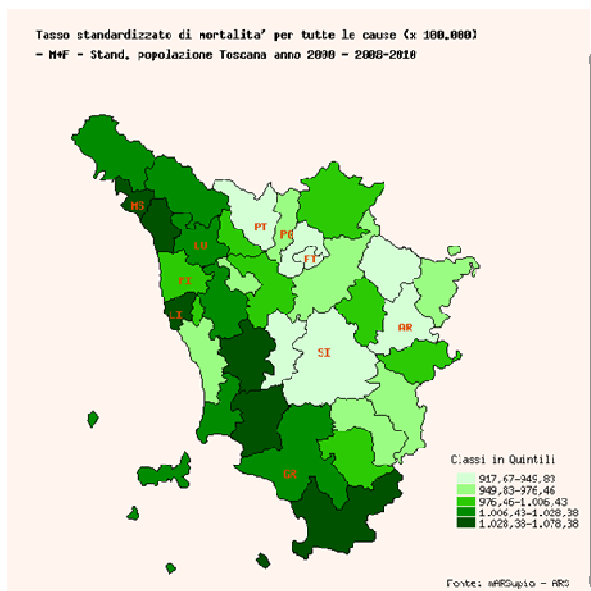
Di seguito due tabelle che indicano la mobilità in relazione al peso del DRG: il significato, a grandi linee, è che la mobilità per DRG di basso peso sono ingiustificati, mentre più appropriati potrebbero essere quelli di peso elevato, indicatori di patologie o interventi più complessi.

Indici di mobilità per ricoveri con DRG di peso < 0,6 (x 100) - 2012						
Residenza	Presidio ospedaliero della USL di residenza	Azienda ospedaliera dell'Area Vasta di residenza	Presidio ospedaliero di USL dell'Area Vasta non di residenza	Azienda ospedaliera di Area Vasta non di residenza	Presidio ospedaliero di USL diverso dalla USL di residenza ma della stessa Area Vasta	Fuori Regione
AUSL 1 - Massa e Carrara	69,09	2,86	0,53	2,71	8,98	15,83
AUSL 2 - Lucca	67,97	9,29	9,63	5,2	5,15	2,76
AUSL 3 - Pistoia	70,02	11,4	2,45	1,65	11,06	3,43
AUSL 4 - Prato	73,1	15,03	1,26	0,44	6,31	3,86
AUSL 5 - Pisa	34,51	46,74	3,44	4,2	7,75	3,36
AUSL 6 - Livorno	70,44	14,29	2,05	3,87	4,22	5,13
Bassa val di cecina	71,3	12,64	2	4,69	4,59	4,78
Livornese	66,73	18,91	1,21	3,02	5,16	4,96
Val di cornia	80,25	7,54	3,54	3,87	2,07	2,74
Elba	70,87	4,83	4,2	6,62	1,91	11,58
AUSL 7 - Siena	45,03	42,53	1,46	3,33	1,65	6
AUSL 8 - Arezzo	76,4	2,41	3	7,02	2,61	8,55
AUSL 10 - Firenze	47,5	42,57	3,03	0,61	2,76	3,53
AUSL 11 - Empoli	63,12	10,5	12,14	5,13	6,76	2,36
AUSL 12 - Viareggio	73,69	4,54	1,17	3,41	13,73	3,46
CENTRO	57,56	28,21	4,06	1,46	5,33	3,38
NORD-OVEST	60,33	19,24	3,42	3,95	7,36	5,69
SUD-EST	65,15	16,59	2,8	5,28	2,52	7,65
REGIONE TOSCANA	60,16	22,7	3,57	3,12	5,36	5,09

Indici di mobilità per ricoveri con DRG di peso > 2 (x 100) - 2012						
Residenza	Presidio ospedaliero della USL di residenza	Azienda ospedaliera dell'Area Vasta di residenza	Presidio ospedaliero di USL dell'Area Vasta non di residenza	ospedaliera di Area Vasta non di residenza	Presidio ospedaliero di USL diverso dalla USL di residenza ma della stessa Area Vasta	Fuori Regione
AUSL 1 - Massa e Carrara	54,97	21,59	0,79	1,64	8,76	12,25
AUSL 2 - Lucca	55,86	24,26	5,76	5,45	4,01	4,67
AUSL 3 - Pistoia	54,38	14,38	4,32	8,56	11,14	7,21
AUSL 4 - Prato	57,98	21,97	1,87	3,32	7,54	7,32
AUSL 5 - Pisa	20,16	65,08	2,74	2,86	4,35	4,82
AUSL 6 - Livorno	58,73	23	3,42	3,45	3,22	8,19
Bassa val di cecina	54,24	25,03	4,55	3,52	4,61	8,06
Livornese	61,3	24,92	1,99	2,18	3,01	6,6
Val di cornia	59,37	18,58	5,66	4,08	2,42	9,89
Elba	53,66	14,84	4,03	10,07	2,38	15,02
AUSL 7 - Siena	22,02	59,5	3,78	3,73	3,92	7,06
AUSL 8 - Arezzo	71,27	8,13	4,01	8,61	0,45	7,53
AUSL 9 - Grosseto	60,78	11,49	5,23	8,51	2,51	11,47
AUSL 10 - Firenze	37,34	49,74	2,29	2,04	3,09	5,5
AUSL 11 - Empoli	53,61	14,98	6,93	14,21	6,38	3,9
AUSL 12 - Viareggio	56,17	24,33	1,93	2,42	9,92	5,23
CENTRO	45,51	34,79	3,23	5,06	5,58	5,83
NORD-OVEST	47,32	33,97	3,02	3,21	5,47	7,01
SUD-EST	52,31	25,9	4,26	6,98	2,14	8,42
REGIONE TOSCANA	47,74	32,43	3,39	4,84	4,74	6,86

B.2.2 Mortalità generale e per alcune cause specifiche

Per rendere più significativi i dati sulla mortalità ed evitare errori legati ad eventi casuali, vengono utilizzate medie di triennio: l'ultima media disponibile dalle banche dati regionali è quella relativa al triennio 2008-2010. Tolta la

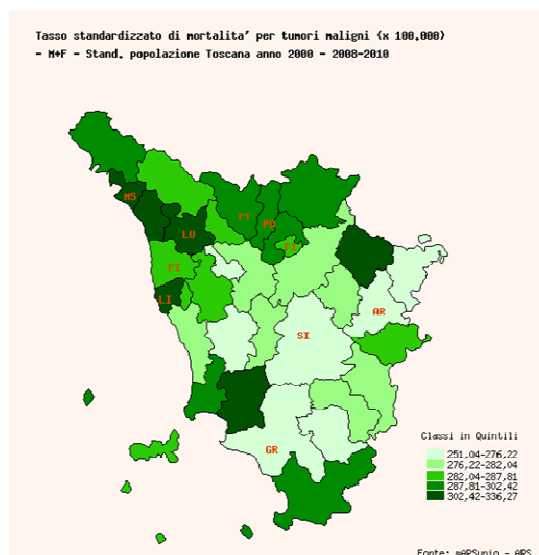
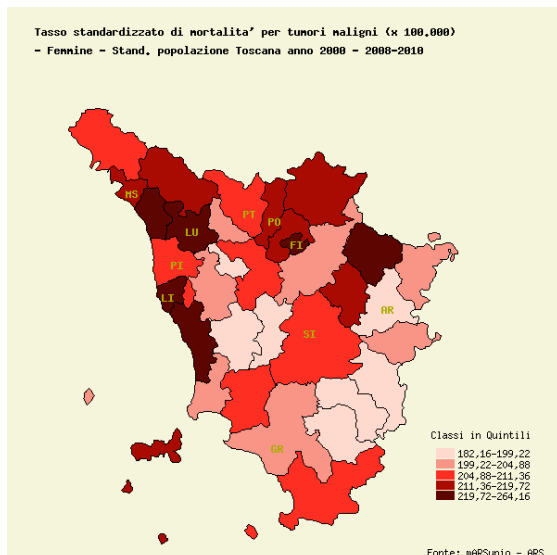


variabile legata all'età della popolazione attraverso la standardizzazione, la mortalità generale è buona per l'asl 6 di Livorno che ha complessivamente valori inferiori alla media regionale. La situazione però non è omogenea sul territorio aziendale, con valori ottimi per la Bassa Val di Cecina, che è fra le zone migliori della regione toscana, nella media regionale per la Zona Livornese ed Elbana e superiori alla media nella Val di Cornia.

Fra le cause più importanti e studiate di mortalità vi è quella determinata dai tumori maligni. Parlando di mortalità è opportuno evidenziare che tale dato è legato non solo all'incidenza della patologia, determinata dalla presenza di determinanti immodificabili (ad es: età, sesso, familiarità, etc.) o modificabili (ad es: ambiente, stili di vita) ma anche alla possibilità di diagnosticarla precocemente ed all'appropriatezza delle cure erogate, ovviamente in entrambi i casi se vi sono protocolli condivisi dalla comunità scientifica.

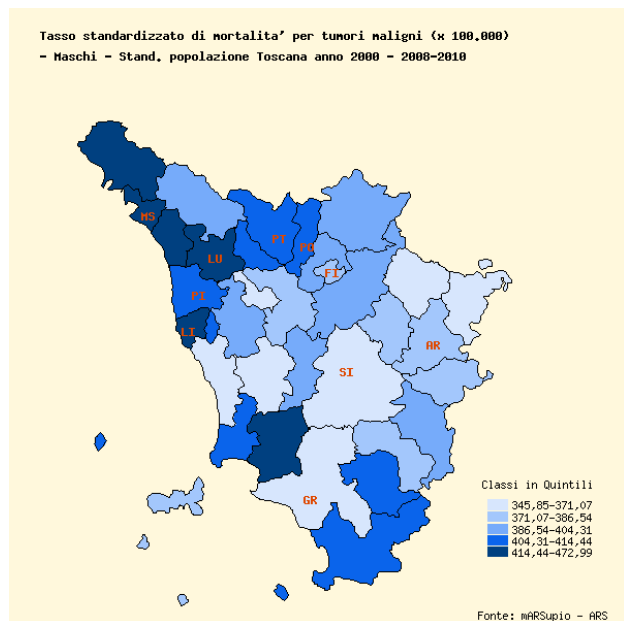
Il tasso standardizzato di mortalità per tumori nella asl 6 di Livorno è del 294,81 casi per 100.000 abitanti, rispetto alla media Toscana di 289,35 casi per 100.000 abitanti.

Nel grafico a lato viene riportata la situazione della mortalità per tumori nelle zone. E' possibile osservare che rispetto alla mortalità generale la situazione è mutata:



mentre la Bassa Val di Cecina e l'Elba mantengono valori relativamente bassi e la Val di Cornia è ancora leggermente più bassa della media, è soprattutto la Zona Livornese ad avere valori più alti (306,83x100.000), risultando terza la zona delle Apuane e Viareggio. L'area Vasta Nord Ovest è comunque quella ad avere la media più alta con oltre 300 morti ogni 100.000 abitanti, mentre l'Area Vasta Sud est supera di poco i 277 morti per 100.000 abitanti.

Ancora più interessante è la mortalità per tumori dopo aver eliminato la variabile legata al sesso oltre a quella già tolta dell'età: da notare che la media regionale nei maschi è di 399,83x100.000, mentre nelle femmine arriva a 214,98x100.00.



Si può vedere come la situazione relativa in entrambi i generi rimanga sostanzialmente invariata nella Zona Livornese, mentre è sostanzialmente diversa nelle altre zone: nelle Zone della Bassa Val di Cecina ed Elba la mortalità migliora sensibilmente nei maschi (la Bassa Val di Cecina è la terza miglior zona regionale e l'Elba è al 13 posto su 34 zone distretto), mentre peggiora sensibilmente nelle femmine (la bassa Val di Cecina è la quinta peggiore zona della regione). Speculare è la situazione della Val di Cornia, ove la mortalità nelle donne (202,04x100.00) è inferiore alla media aziendale e, unica a livello di asl, a quella regionale.

Di seguito una rassegna della mortalità per i principali tumori riportando a fianco i fattori di rischio più comuni (fonte AIRC).

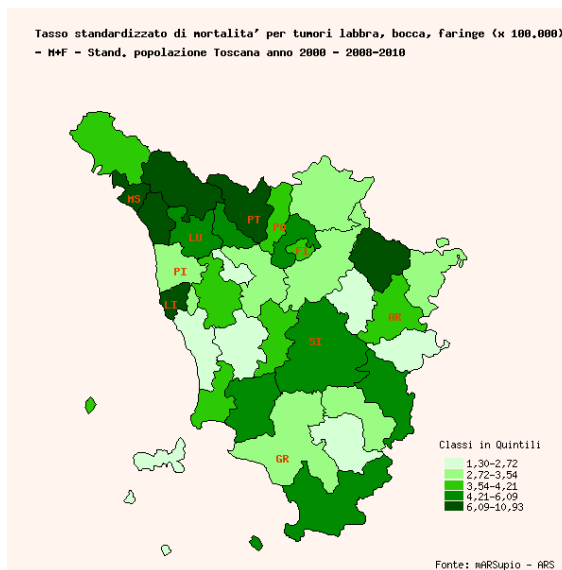
TUMORE LABBRA, BOCCA, FARINGE

FATTORI DI RISCHIO

- Fumo
- Alcol
- Traumatismi ripetuti
- Scarsa igiene orale
- Esposizione al sole (labbra)
- Uso della pipa (labbra)

COMMENTO

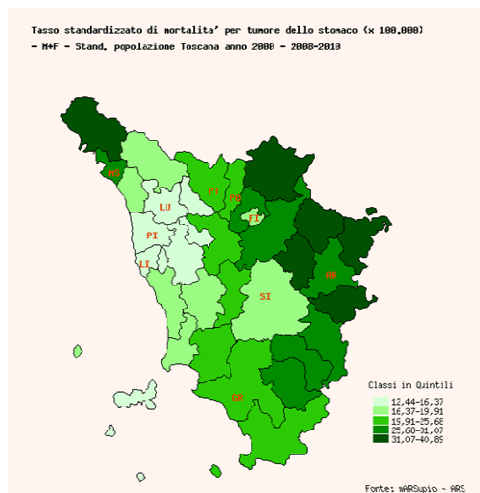
Eccesso di mortalità nella zona Livornese, inferiore alla media all'Elba ed in Bassa Val di Cecina



TUMORE DELLO STOMACO

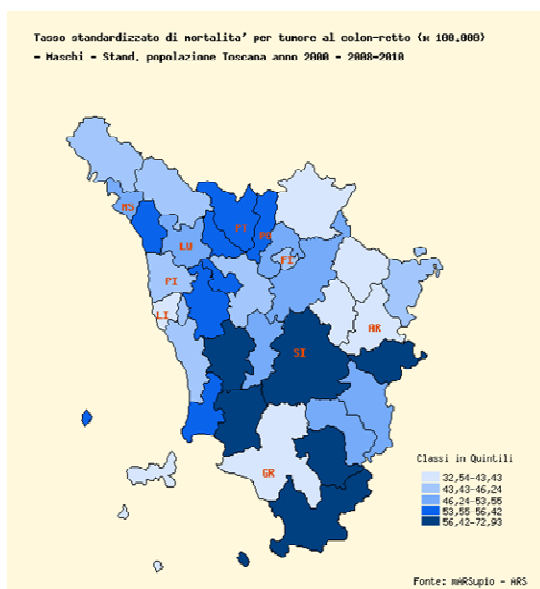
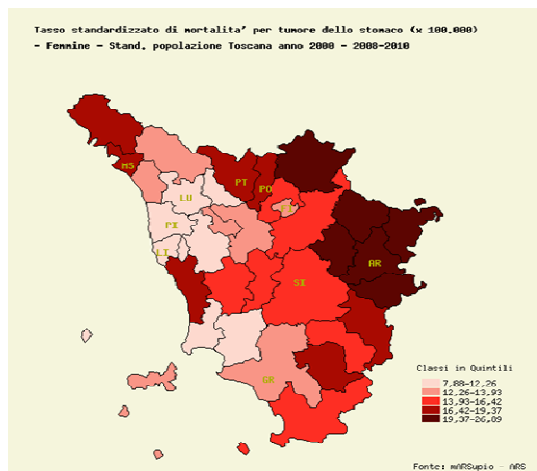
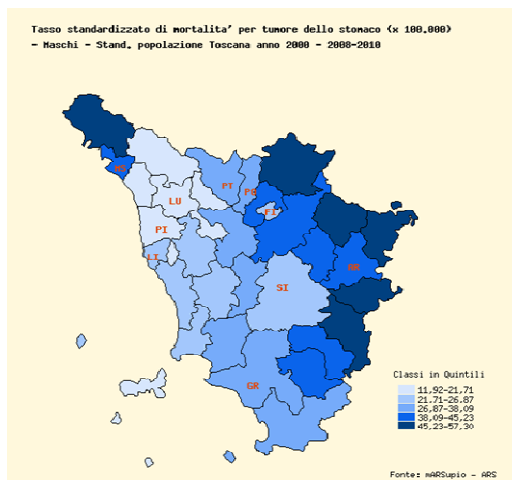
FATTORI DI RISCHIO

- Alimentazione con dieta ricca di amidi, grassi, cibi affumicati o salati
- Fumo
- Alcol
- Helicobacter Pylori
- Predisposizione familiare (geni p53 ed APC)
- Poliposi gastrica



COMMENTO

Da segnalare l'eccesso di mortalità per le donne nella Bassa Val di Cecina.



TUMORI DEL COLON RETTO

FATTORI DI RISCHIO

Fattori nutrizionali: una dieta ad alto contenuto di calorie, ricca di grassi animali e povera di fibre è associata a un aumento dei tumori intestinali.

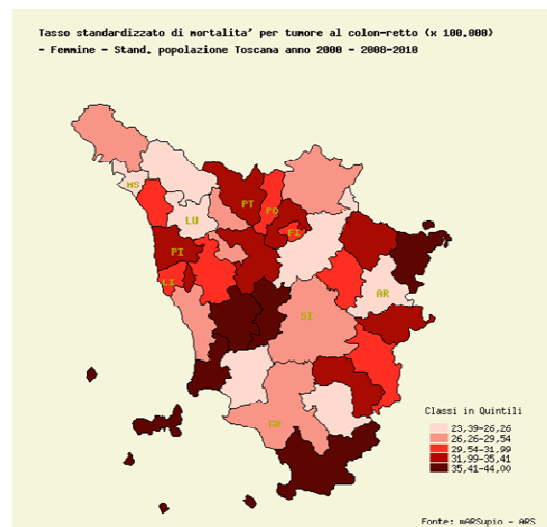
Fattori genetici: presenza nella famiglia d'origine di malattie che predispongono alla formazione di tumori intestinali: poliposi adenomatose ereditarie (tra cui l'adenomatosi poliposa familiare o FAP, la sindrome di Gardner e quella di Turcot) e quella che viene chiamata carcinosi ereditaria del colon-retto su base non poliposica (detta anche HNPCC o sindrome di Lynch).

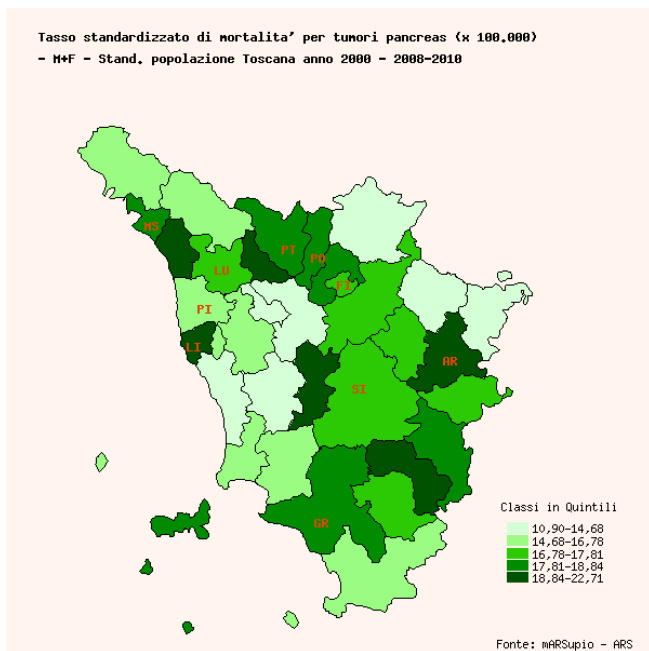
Fattori non ereditari: sono importanti l'età (l'incidenza è 10 volte

superiore tra le persone di età compresa tra i 60 e i 64 anni rispetto a coloro che hanno 40-44 anni), le malattie infiammatorie croniche intestinali (tra le quali la rettocolite ulcerosa e il morbo di Crohn), una storia clinica passata di polipi del colon o di un pregresso tumore del colon-retto. Si stima che il rischio di sviluppare un tumore del colon aumenti di 2 o 3 volte nei parenti di primo grado di una persona affetta da cancro o da polipi del grosso intestino.

COMMENTO

La più bassa mortalità totale si registra nella Bassa Val di Cecina, la più alta nelle donne è in Val di Cornia ed Elba, la più bassa negli uomini della zona Livornese.





soprattutto quando il grasso è stratificato sull'addome e quando sono presenti l'intolleranza al glucosio, la resistenza all'insulina e il diabete.

Familiarità. La presenza in famiglia di altri casi o di tumori della mammella o del colon costituisce un fattore di rischio aggiuntivo, in genere riconducibile a specifiche mutazioni genetiche ereditarie, che hanno un ruolo molto importante nello sviluppo della neoplasia.

Alimentazione. La dieta ha un ruolo importante: un'alimentazione ricca di grassi e proteine animali sembra collegata a un aumento di casi.

COMMENTO

Elevata mortalità nella Zona Livornese ed Elba, inferiore alla media in Bassa Val di Cecina.

TUMORE DEL PANCREAS

FATTORI DI RISCHIO

Età: le persone più a rischio sono quelle che si trovano nella fascia d'età compresa tra i **60 e gli 80 anni**: il tumore del pancreas è assai raro tra chi ha meno di 40 anni.

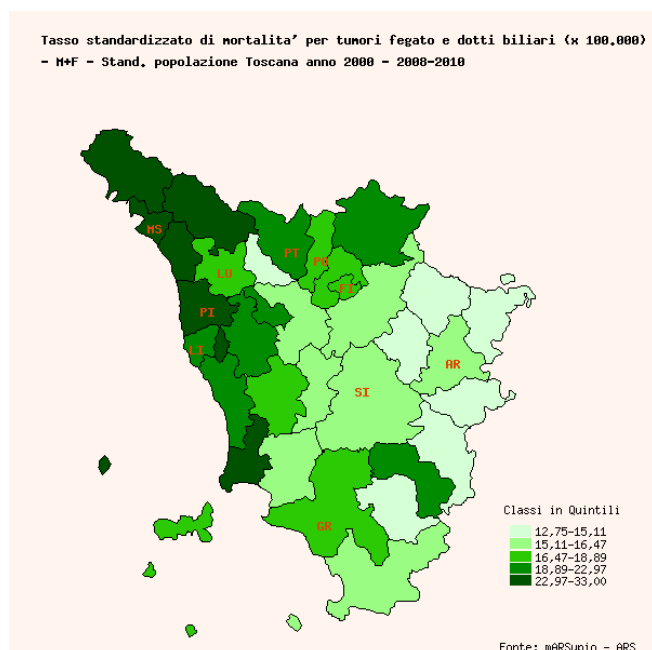
Fumo. I fumatori hanno un rischio che è circa triplo rispetto a quello di chi non fuma.

Diabete tipo II. Un altro fattore di rischio certo, anche se non ancora chiaro nei dettagli, è rappresentato dal **diabete non insulino-dipendente**.

Malattie genetiche rare quali la sindrome di von Hippel-Lindau.

Alcol e caffè sono sospettati di favorirne lo sviluppo. Esposizioni professionali a solventi di uso industriale e agricolo e a derivati della lavorazione del petrolio.

Obesità: una revisione pubblicata dagli epidemiologi del Karolinska Institute di Stoccolma ha dimostrato che esiste una relazione in entrambi i sessi,



TUMORI DEL FEGATO E VIE BILIARI

FATTORI DI RISCHIO

infezioni croniche: rappresentano il più importante fattore di rischio; possono essere date da virus epatitici di tipo B e C, che si trasmettono attraverso il sangue o i rapporti sessuali o dalla madre al figlio durante la gravidanza.

cirrosi: si stima che circa il cinque per cento delle persone con cirrosi sviluppi un tumore del fegato.

aflatossine: si tratta di una classe di sostanze che si sviluppa in alcuni tipi di muffa; sono considerate contaminanti di alcuni alimenti.

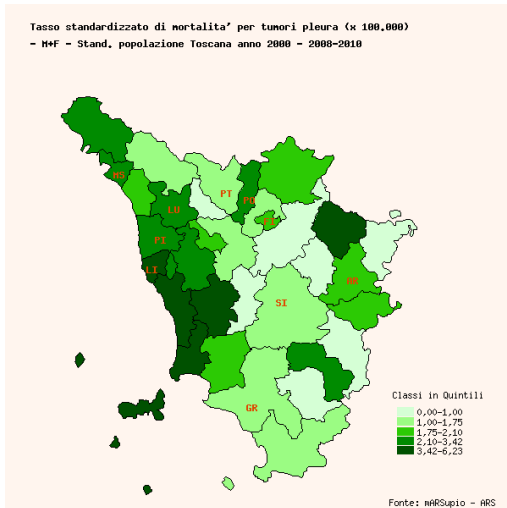
il sesso: gli uomini sono più soggetti ai carcinomi epatici.

la familiarità: chi ha un caso in famiglia ha un rischio maggiore rispetto alla media.

l'età: nella maggior parte dei casi il tumore insorge dopo i 60 anni.

COMMENTO

Eccesso di mortalità in tutta la asl ad eccezione dell'Elba. Il fenomeno è particolarmente diffuso nell'Area Vasta Nord Ovest



TUMORE DELLA PLEURA FATTORI DI RISCHIO

Esposizione all'**amianto**: la maggior parte di questi tumori riguarda infatti persone che sono entrate in contatto con tale sostanza sul posto di lavoro. Il rischio non diminuisce una volta eliminata completamente l'esposizione, ma rimane costante per tutta la vita. Non esiste una soglia oltre la quale si può essere certi della pericolosità dell'amianto: in teoria anche una sola fibra può provocare il cancro. Anche i familiari dei lavoratori sono a rischio, dal momento che le fibre di amianto si potevano attaccare ai vestiti e arrivare dal posto di lavoro fino a casa.

Esposizione agli zeoliti (minerali con caratteristiche chimiche simili a quelle dell'amianto).

Radiazioni a torace e addome

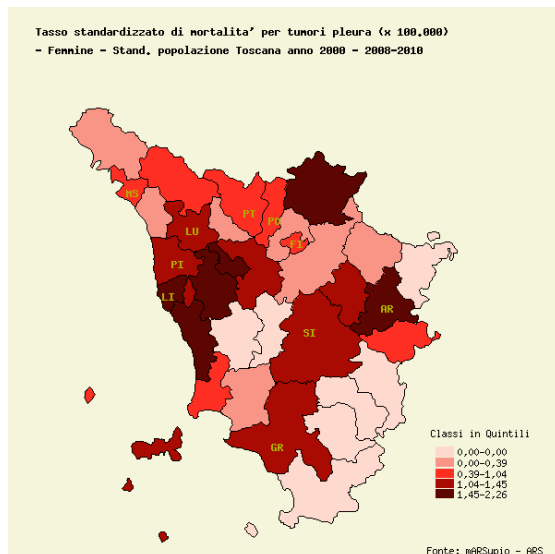
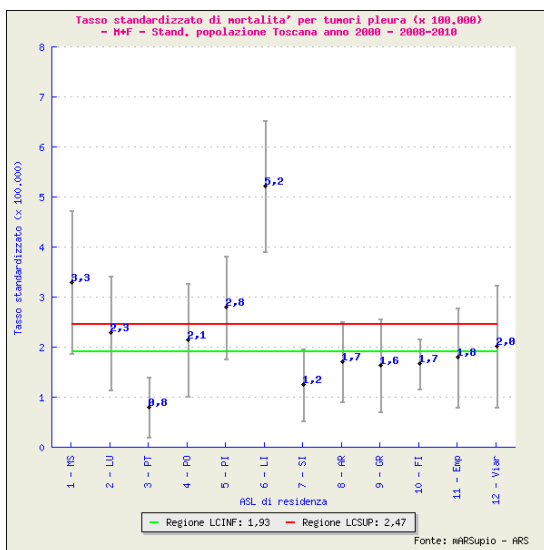
Iniezioni di diossido di torio (utilizzato in medicina fino al 1950)

Infezione da virus SV40.

COMMENTO

Eccesso di mortalità particolarmente evidente in tutta la asl 6 di Livorno e statisticamente significativo (i limiti di confidenza non intersecano quelli della media regionale).

Trattandosi di una patologia prevalentemente lavorativa era scontato che l'eccesso di mortalità fosse fra i maschi. Lo era meno che anche il tasso di mortalità nelle donne, pur su livelli inferiori, registrasse valori ai vertice della Regione Toscana e limitatamente alle Zone Livornese e Bassa Val di Cecina.



TUMORE DELLA LARINGE FATTORI DI RISCHIO

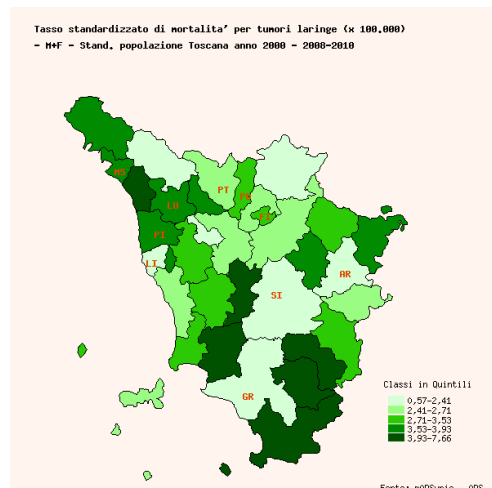
Fumo di sigaretta,
Alcol.

Il 90% circa dei pazienti con queste neoplasie fuma e beve.

L'emergere della casistica legata al **virus HPV** suggerisce anche di tenere conto delle abitudini sessuali e della positività o meno del partner al virus HPV, oltre che dell'eventuale vaccinazione preventiva.

COMMENTO

Situazione sostanzialmente buona nella asl



TUMORE DEL POLMONE

FATTORI DI RISCHIO

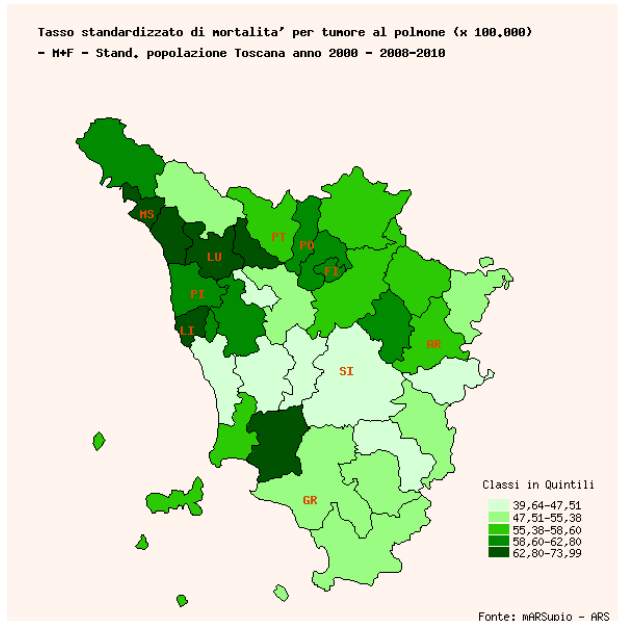
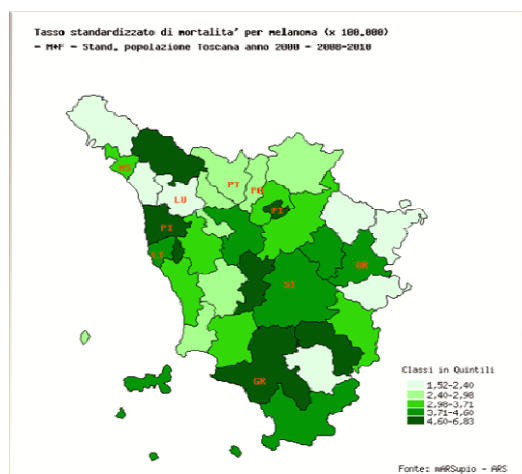
Il più importante fattore di rischio nel tumore del polmone è rappresentato dal fumo di sigaretta: esiste infatti un chiaro rapporto dose-effetto, e questo vale anche per il fumo passivo, tra questa abitudine e la neoplasia. Questa relazione vale in particolare per alcuni sottotipi di cancro al polmone: il carcinoma spinocellulare e il microcitoma.

Cancerogeni diretti: gli idrocarburi aromatici policiclici (tra cui il benzopirene) e le nitrosamine (derivati dell'ammoniaca usati nella lavorazione delle sigarette); **Cancerogeni indiretti:** fenoli e le aldeidi (contenuti per esempio nella carta).

Amianto (asbesto), Radon, Metalli pesanti, Catrame e oli minerali.

COMMENTO

Eccesso di mortalità a Livorno, ai minimi in Bassa Val di Cecina



MELANOMA

FATTORI DI RISCHIO

Esposizione eccessiva alla luce ultravioletta, lampade e lettini solari.

Insufficienza del sistema immunitario (dovuta per esempio a precedenti chemioterapie o a trapianti),

Malattie ereditarie (xeroderma pigmentoso).

Persone con **lentiggini** o con **nei**, in quelle con **occhi, capelli e pelle chiara**

Familiarità.

COMMENTO

Più alta la mortalità a Livorno ed Elba, più bassa in Val di Cornia

TUMORE DELLA MAMMELLA

FATTORI DI RISCHIO

Età : più del 75% dei casi di tumore del seno colpisce donne sopra i 50 anni.

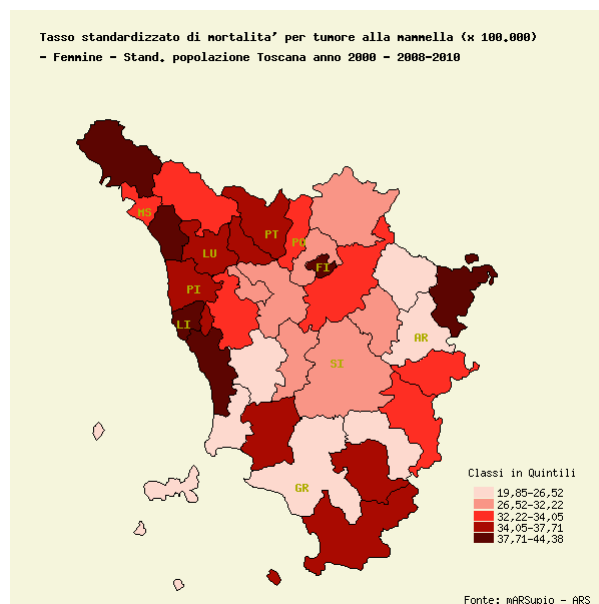
Familiarità : circa il 5-7% delle donne con tumore al seno ha più di un familiare stretto malato (soprattutto nei casi giovanili).

Geni predisponenti: BRCA1 e BRCA2.

Ormoni: uso eccessivo di estrogeni facilitano la comparsa del cancro al seno. Per questo tutti i fattori che ne aumentano la presenza hanno un effetto negativo e viceversa (per esempio, le gravidanze, che riducono la produzione degli estrogeni da parte dell'organismo, hanno un effetto protettivo).

Alterazioni del seno, **cisti** e fibroadenomi

Obesità e il **fumo** hanno effetti negativi.



COMMENTO

La situazione è letteralmente divisa in due a livello aziendale: al nord un notevole eccesso di mortalità, al sud una mortalità molto al di sotto della media.

TUMORE DELL'UTERO (CERVICE E ENDOMETRIO)

FATTORI DI RISCHIO CERVICE UTERINA

Infezione da **HPV**, il **Papilloma virus** umano, che si trasmette per via sessuale. Non tutte le infezioni da HPV provocano il cancro della cervice.

Fumo di sigaretta,

Familiarità

Dieta povera di frutta e verdura,

Obesità

Infezioni da *Clamidia*: allo studio.

Alto numero di gravidanze: allo studio.

FATTORI DI RISCHIO ENDOMETRIO

Età: più frequente dopo 50 anni.

Obesità (spesso legata a una dieta troppo ricca di calorie e grassi)

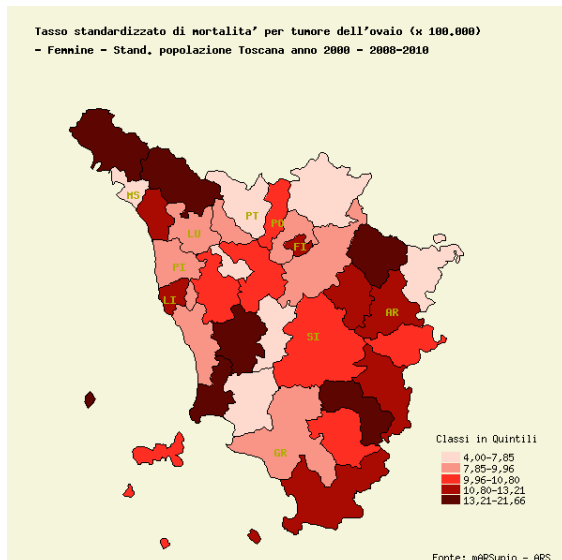
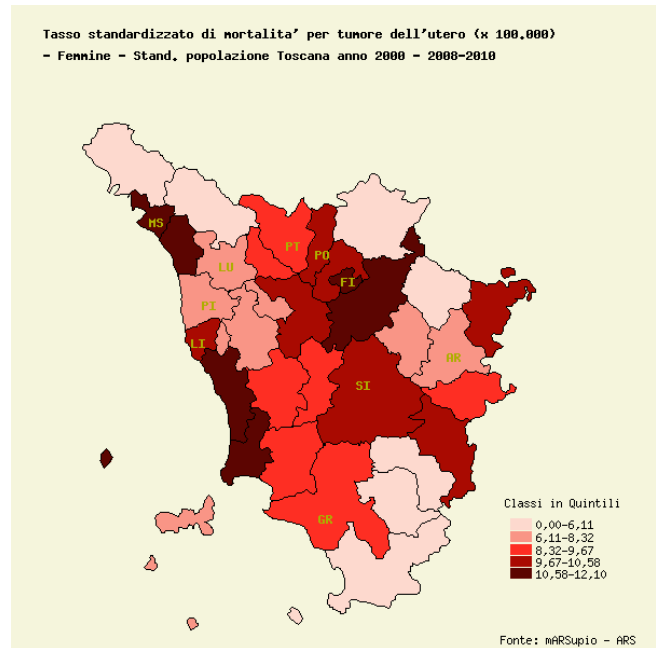
Diabete.

Estrogeni: tutti i fattori che aumentano il numero dei cicli mestruali -inizio precoce del ciclo, menopausa tardiva, assenza di gravidanze, eccetera - aumentano la probabilità di sviluppare tumori endometriali.

Radiazioni (ad es: radioterapia)

COMMENTO

Pur essendo molto ridotta nei valori assoluti, la mortalità per tumori è più alta della media nella Bassa Val di Cecina e Val di Cornia.



TUMORE DELL'OVAIO

FATTORI DI RISCHIO

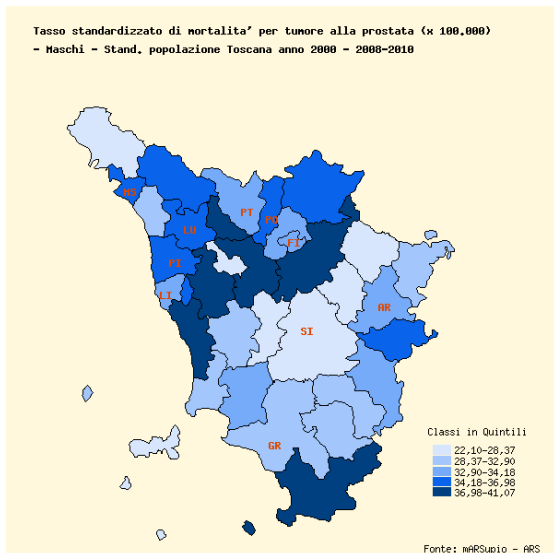
Età: la maggior parte dei casi viene identificata, **tra i 50 e i 69 anni**.

Menarca precoce, la menopausa tardiva e il non aver avuto figli.

Ereditarietà: secondo una stima del National Cancer Institute una percentuale tra il 7% e il 10% di tutti i casi è il risultato di difetti genetici consistenti in [mutazione](#) dei geni BRCA1 e BRCA2 e può verificarsi la presenza contemporanea o in tempi diversi di carcinoma dell'ovaio e carcinoma della mammella.

COMMENTO

Eccesso di mortalità in Val di Cornia



TUMORE DELLA PROSTATA

FATTORI DI RISCHIO

Età : circa due tumori su tre vengono diagnosticati in persone con più di 65 anni. E' dimostrato che tra il 70% e il 90% degli uomini oltre gli 80 anni hanno un tumore della prostata, anche se nella maggior parte dei casi la malattia non dà segni.

Familiarità: il rischio di ammalarsi è pari al doppio
Fattori genetici: presenza di geni come **BRCA1** e **BRCA2**, **HPC1**, può aumentare il rischio di sviluppare un cancro alla prostata.

Alto livello **testosterone** e ormone **IGF1**, simile all'insulina, ma che lavora sulla crescita delle cellule.

Dieta ricca di grassi saturi, obesità, mancanza di esercizio fisico.

COMMENTO

Eccesso di mortalità nella Bassa Val di Cecina.

TUMORE DELLA VESCICA

FATTORI DI RISCHIO

Fumo di sigaretta

Esposizione cronica alle amine aromatiche e nitrosamine (industria tessile, dei coloranti, della gomma e del cuoio),

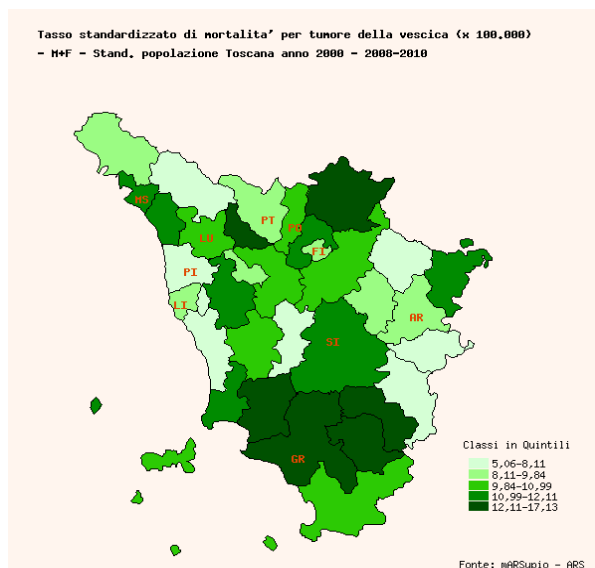
Radioterapie sulla pelvi,

Assunzione di farmaci come la ciclofosfamide e la ifosfamide

Infezione da parassiti come Bilharzia e Schistosoma haematobium.

Dieta ricca di grassi saturi.

Possibile **componente genetica.**



COMMENTO

Situazione al di sotto della media regionale

TUMORE DEL RENE

FATTORI DI RISCHIO

Il sesso maschile ha un rischio quasi doppio del sesso femminile.

Fumo di sigaretta: l'esposizione è direttamente proporzionale all'aumento del rischio.

Esposizione cronica ad alcuni metalli e sostanze particolari: 'asbesto, cadmio, fenacetina e torotrasto.

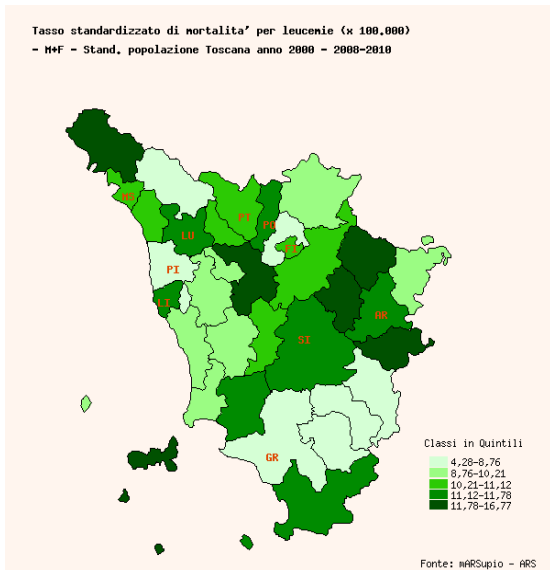
Obesità, l'ipertensione arteriosa e la dialisi di lunga

durata.

Forme ereditarie molto rare quali la **sindrome di von Hippel-Lindau, trasmessa dal gene VHL**

COMMENTO

Particolarmente bassa la mortalità nella Bassa Val di Cecina



LEUCEMIE

FATTORIDI RISCHIO

PEDIATRICHE. Anomalie del DNA, sia a livello dei cromosomi, sia a livello di singoli geni: ad es: nel caso della leucemia mieloide cronica, è presente il cosiddetto **cromosoma "Philadelphia"** che contiene un nuovo gene (BCR-ABL) costituito dalla fusione di due porzioni di DNA che in condizioni normali si trovano su due cromosomi diversi, il 9 e il 22. La sindrome di Down aumenta il rischio da 10 a 20 volte nei primi dieci anni di vita.

ADULTO. Esposizione a dosi massicce di radiazioni.

Esposizione a sostanze come il benzene e la formaldeide.

Età avanzata

Sesso maschile.

COMMENTO

Eccesso di mortalità nella zona dell'Elba

MIELOMA MULTIPLO

Le cause del mieloma multiplo non sono ancora del tutto note anche se recenti studi hanno evidenziato la presenza di anomalie nella struttura dei cromosomi e in alcuni specifici geni nei pazienti affetti dalla patologia.

Età: oltre due terzi delle diagnosi di mieloma riguardano infatti persone di età superiore ai 65 anni.

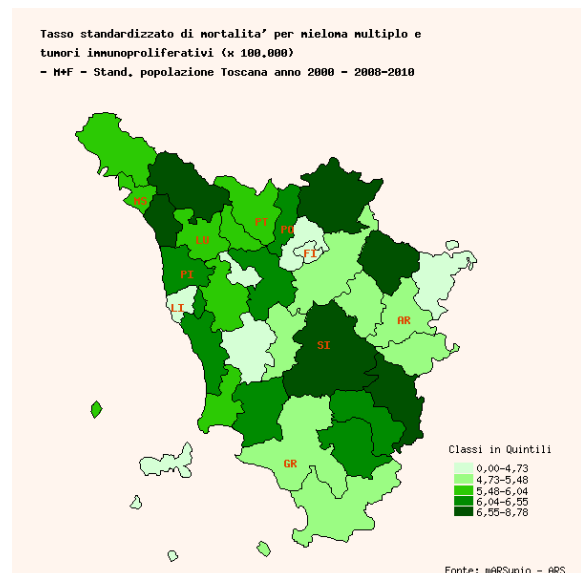
Esposizione a radioattività

Familiarità, obesità e l'esposizione a sostanze presenti nelle lavorazioni dell'industria del petrolio possono costituire fattori di rischio.

Gammopatia monoclonale: la forma più comune, **MGUS** (*monoclonal gammopathy of undetermined significance*) nel 25 per cento dei casi evolve verso il mieloma entro 10 anni dalla diagnosi.

COMMENTO

Più bassa a Livorno ed Elba, nella media altrove.



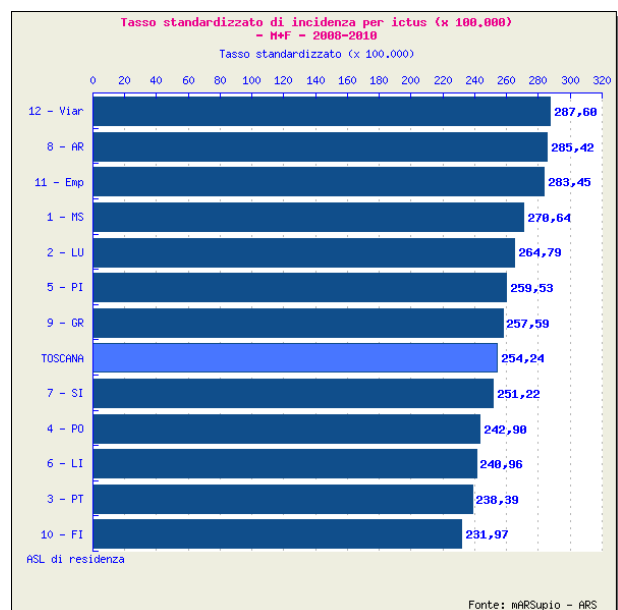
L'ANDAMENTO DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI: MORTALITA' ED OSPEDALIZZAZIONE

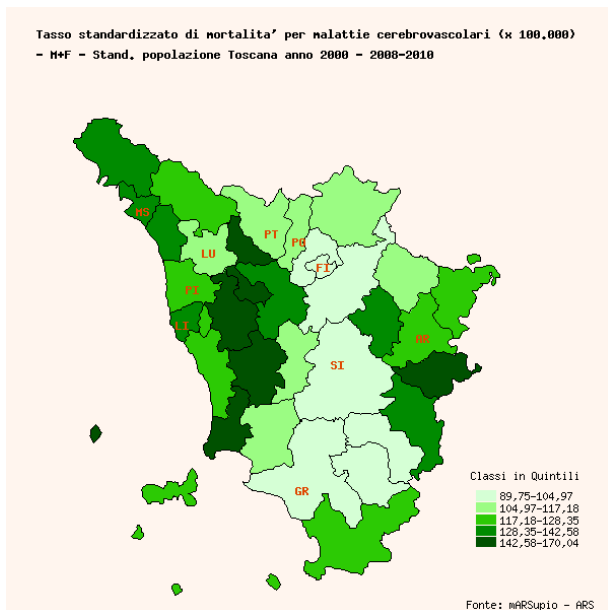
(fonte dati: sito Parsis dell'ARS Toscana)

Una categoria prevalente in termini di mortalità ed ospedalizzazione è quella rappresentata dalle malattie cardiovascolari ed in particolare dall'infarto miocardico ed ictus cerebrale. I grafici seguenti riportano i dati di mortalità disponibili e relativi al triennio 2008-2010, mentre quelli di incidenza sono ricavati sia da una proxy come il ricovero ospedaliero che dalle schede ISTAT

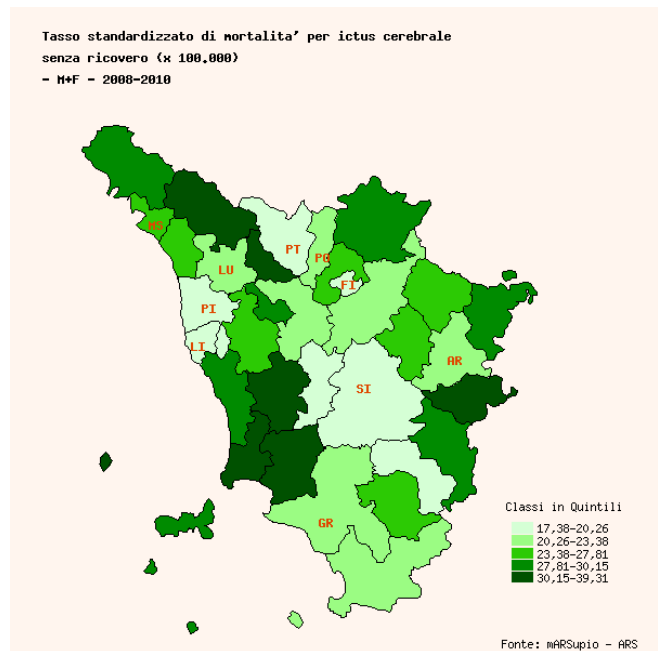
Ictus Cerebrale

Dai grafici seguenti si può notare come nella asl 6 di Livorno vi sia un'eccedenza di mortalità per ictus concentrata nella Zona Val di Cornia e Livornese. Se però analizziamo l'incidenza, che nel grafico a destra riporta sia gli eventi a cui è seguita un'ospedalizzazione sia quelli deceduti senza ricovero, vediamo che complessivamente essa è inferiore alla





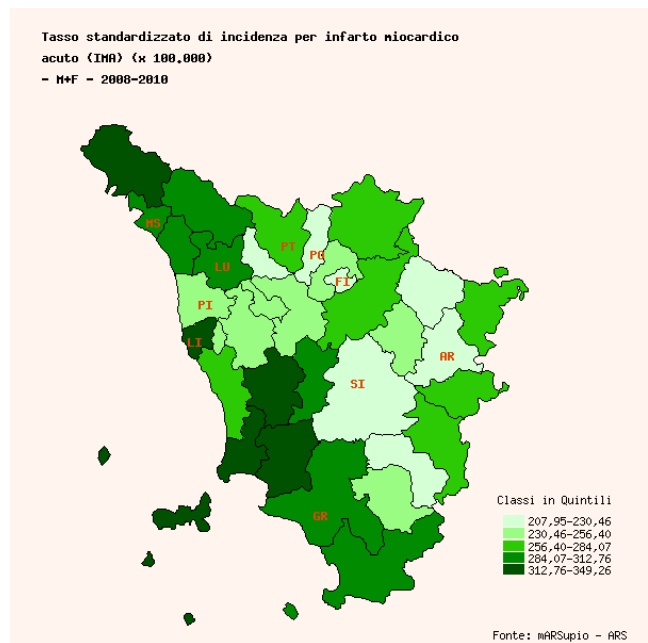
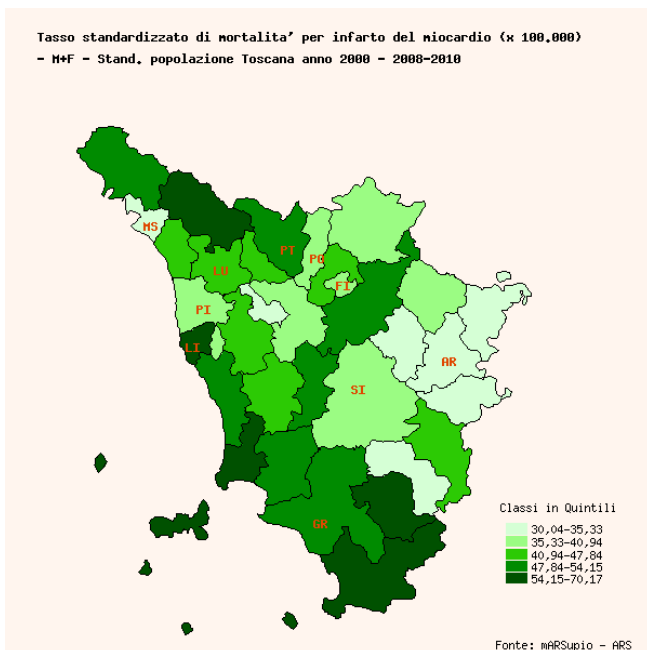
media della Regione Toscana.



A fronte di questo fenomeno è opportuno analizzare anche quanti sono gli eventi ospedalizzati e quelli invece la cui morte è avvenuta senza ricovero. Da questo dato emerge come i morti per ictus cerebrale senza ricovero siano più al di sopra della media regionale nelle zone sud dell'azienda ed in particolare, rispetto alla mortalità complessiva, nelle zone della Bassa Val di Cecina ed Elba.

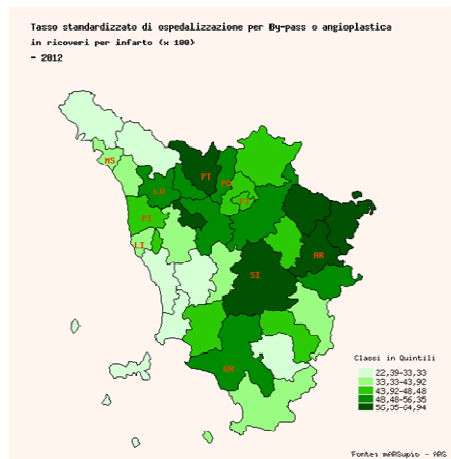
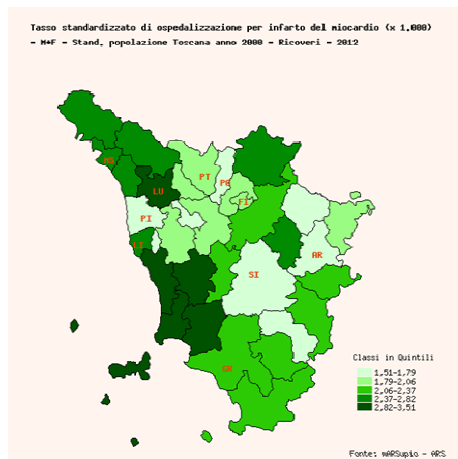
L'infarto del miocardio

Un po' diversa la situazione dell'infarto del miocardio. La mortalità si riferisce come è noto al triennio 2008-2012, mentre l'ospedalizzazione ed i dati relativi alle procedure di angioplastica al 2012. Nell'azienda USL 6 dal 2010 al



2013 sono intervenute sostanziali modifiche organizzative per la gestione dell'infarto miocardico, attraverso la creazione di una rete di emergenza per il suo trattamento precoce nei presidi ospedalieri attrezzati per l'emodinamica. Per avere indicazioni coerenti si dovranno quindi aspettare i dati di mortalità almeno del triennio 2010-2012, ma più sicuramente di quello del 2012-2014.

Complessivamente vi è un eccesso di mortalità per infarto legato ad una incidenza molto alta della patologia.



Il tasso di ospedalizzazione per infarto del miocardio nel 2012 è stato molto più alto rispetto alla media regionale, in linea con le attese della nuova rete di assistenza. Per quanto riguarda le procedure di angioplastica o bypass, il tasso standardizzato evidenzia nel 2012 ancora livelli bassi di intervento, che dovrebbero invece

essere aumentati nel 2013.

MORTALITA' INFANTILE e SALUTE DEI BAMBINI - Triennio 2008 – 2010

Fonte del dato: Registro Mortalità Regionale – ISPO di Firenze, ARS Toscana

Il presente capitolo è stato realizzato attingendo alla pubblicazione ARS 2014 “La salute dei bambini e dei ragazzi in Toscana”)

A partire dal 1980, sia in Toscana che in Italia il tasso di natalità, ossia il numero dei nati vivi sul totale della popolazione, diminuisce fino alla metà degli anni'90 per poi risalire nel 2012 ai valori di trenta anni prima (8,4 nati per 1.000 residenti). La Toscana, rispetto all'Italia, ha sempre registrato valori di natalità inferiori, ma negli ultimi trenta anni il divario si è progressivamente assottigliato, anche grazie alla popolazione straniera residente che è sempre più presente nel territorio toscano e sempre più elevata rispetto alla media italiana (ad esempio, Toscana 9,5% e Italia 7,4% nel 2012).

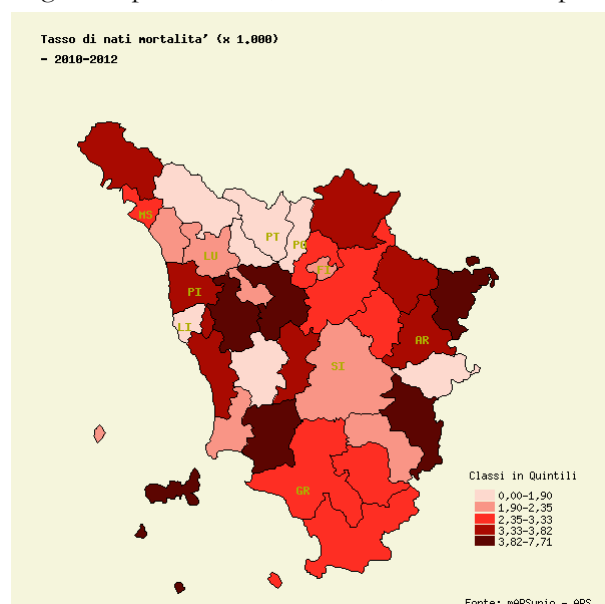
Nel 2012, una donna toscana ha avuto in media 1,4 figli; questo valore risulta inferiore al livello di sostituzione (2 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Per le straniere, il numero medio di figli per donna nella nostra regione è, nel 2012, pari a 2,2 rispetto a 1,2 delle donne toscane.

A partire dal 2008 e fino al dato più recente del 2012, sia in Toscana che in Italia si è assistito ad un nuovo calo delle nascite, probabilmente legato alla crisi economica. Il calo è stato maggiore per i nati da genitori entrambi italiani, con quasi 3mila nati in meno nel 2012 rispetto al 2008. I nati da genitori entrambi stranieri sono invece ancora in aumento, anche se in misura più contenuta rispetto agli anni precedenti e, nel 2012, ammontano a poco più di 6mila (il 19,4% del totale dei nati).

La mortalità infantile

In base ai dati pubblicati nel focus statistico dell'Istat “La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia”, nel 2011 si sono registrati in Italia tassi di mortalità sotto i 5 anni di vita tra i più bassi al mondo e in poco più di un secolo si è passati da 347 decessi per mille nati vivi a circa 4 per mille. Nel 2011 2.084 sono stati i decessi di bambini sotto i 5 anni, nel 1887 se ne contavano 399.505.

In 125 anni si è assistito, oltre all'evidente diminuzione del tasso di mortalità nei primi 5 anni di vita, anche a una profonda trasformazione del quadro nosologico e al cambiamento delle principali cause di morte. Se alla fine dell' '800 i bambini morivano principalmente a causa di malattie infettive (65%), gastroenteriti, appendiciti, febbri tifoidi (26%), influenza, bronchite, polmonite (21%),



tubercolosi (4%); **oggi** il 72% dei decessi è dovuto a condizioni di origine perinatale (48%) e a malformazioni congenite (24%).

Nel 2011, in Italia, l'**85%** dei **decessi sotto i 5 anni** avviene nel **primo anno** di vita e la metà delle morti si concentra nei primi sette giorni. Il tasso di mortalità infantile italiano, ovvero la mortalità entro il primo anno di vita, pari a 3,3 per mille, è inferiore a quello medio europeo.

Sussistono, però, delle differenze territoriali tra il Nord e Sud e tra bambini italiani e stranieri. Infatti, al Sud il tasso di mortalità infantile risulta più alto rispetto a quello del Nord. Inoltre il tasso di mortalità infantile tra i bambini residenti italiani (2,9 per 1.000 nati vivi) è inferiore a quello dei bambini residenti stranieri (4,3). La **Toscana** registra un tasso di mortalità infantile nel periodo 2008-2010 di 2,8 per 1.000.

I nati morti nel 2012 in Toscana sono stati 86, facendo registrare un tasso di natimortalità (nati morti/nati vivi per 1.000) attestandosi a 2,7 per 1.000, in linea con la media nazionale di 2,72 nel 2010. Il tasso di natimortalità in Toscana è stabile da diversi anni. Nel triennio 2010-2012, i nati morti da parto gemellare sono stati 25 facendo registrare un tasso di natimortalità di 7,6 per 1.000, 3 volte superiore rispetto a quello per i nati da parto singolo (2,4 per 1.000), ad indicare il maggior rischio di natimortalità dei nati da gravidanza plurima. Benchè i nati morti siano un numero piccolo, questi rappresentano un problema dal punto di vista epidemiologico, e non solo. L'unica informazione disponibile riguarda di fatto il numero dei nati morti, mentre sarebbe auspicabile disporre anche di altre informazioni, attualmente non disponibili in quanto, tranne che in pochi punti nascita, non vengono fatti accertamenti standard sulla causa di natimortalità e non viene compilata una cartella clinica. La carenza di informazioni non permette di definire interventi appropriati per ridurre la frequenza dell'evento e la sua ricorrenza. L'Emilia-Romagna ha messo a punto una cartella clinica per i nati morti attualmente adottata, in Toscana, anche dall'AOU Careggi di Firenze. Nella tabella seguente vi sono i dati relativi ai principali indicatori sempre relativi al triennio 2008-2010, unici disponibili dall'ARS: nella tabella presente nel paragrafo della prematurità e basso peso alla nascita vi è l'aggiornamento della sola natimortalità.

Mortalità ogni 1.000 nati vivi - Anni 2008 - 2010	perinatale		neonatale totale		infantile		Triennio 2008 - 2010		
	Tasso	Deceduti	Tasso	Deceduti	Tasso	Deceduti	Nati vivi CAP	Nati morti CAP	Nati morti per 1.000 nati vivi
<i>AUSL 1 - Massa e Carrara</i>	4,89	13	2,77	17	3,62	17	4203	14	3,33
Lunigiana	4,63	5	4,64	6	5,57	6	804	2	2,49
Apuane	4,96	8	2,21	11	3,04	11	3399	12	3,53
<i>AUSL 2 - Lucca</i>	3,89	7	1,19	12	2,04	12	5737	19	3,31
Valle del serchio	3,61	1	0,72	1	0,72	1	1342	4	2,98
Piana di lucca	3,98	6	1,33	11	2,44	11	4395	15	3,41
<i>AUSL 3 - Pistoia</i>	2,18	14	1,8	22	2,83	22	7178	9	1,25
Pistoiese	2,43	6	1,33	12	2,65	12	4217	8	1,9
Val di nievole	1,84	8	2,46	10	3,07	10	2961	1	0,34
<i>AUSL 4 - Prato</i>	2,62	12	1,57	15	1,97	15	6981	13	1,86
Pratese	2,62	12	1,57	15	1,97	15	6981	13	1,86
<i>AUSL 5 - Pisa</i>	4,63	26	2,81	37	4	37	9016	29	3,22
Alta val di cecina	9,13	1	2,3	1	2,3	1	411	4	9,73
Val d'era	4,11	10	2,75	11	3,02	11	3548	10	2,82
Pisana	4,62	15	2,9	25	4,83	25	5057	15	2,97
<i>AUSL 6 - Livorno</i>	3,9	16	1,84	23	2,64	23	8372	25	2,99
Bassa val di cecina	4,31	7	3,36	9	4,32	9	2023	5	2,47
Livornese	3,55	6	1,34	9	2	9	4336	13	3
Val di cornia	4,41	3	2,21	5	3,69	5	1297	4	3,08
Elba	3,89	0	0	0	0	0	716	3	4,19
<i>AUSL 7 - Siena</i>	4,87	17	2,37	23	3,21	23	6723	26	3,87
Alta val d'elsa	5,51	0	0	1	0,55	1	1732	10	5,77
Val di chiana senese	3,09	1	0,62	2	1,24	2	1400	4	2,86
Amiata senese e Val d'Orcia	9,06	3	5,46	5	9,11	5	513	3	5,85
Senese	4,68	13	4,07	15	4,69	15	3078	9	2,92
<i>AUSL 8 - Arezzo</i>	4,17	14	1,54	18	1,98	18	8279	26	3,14
Casentino	2,21	0	0	1	1,1	1	869	2	2,3
Val tiberina	2,64	0	0	0	0	0	397	2	5,04
Val di Chiana aretina	0,74	0	0	1	0,74	1	1090	1	0,92
Aretina	5,84	6	1,76	7	2,05	7	3353	15	4,47
Valdarno	4,85	8	2,99	9	3,37	9	2570	6	2,33
<i>AUSL 9 - Grosseto</i>	4,63	14	2,6	20	3,71	20	4812	13	2,7
Colline metallifere	5,6	1	0,94	2	1,88	2	977	6	6,14
Colline dell'albegna	5,08	4	3,39	6	5,09	6	979	2	2,04
Amiata grossetana	0	0	0	0	0	0	374	0	0
Grossetana	4,78	9	3,32	12	4,42	12	2482	5	2,01
<i>AUSL 10 - Firenze</i>	2,78	44	2,01	63	2,88	63	20033	29	1,45
Fiorentina	2,86	24	2,54	37	3,92	37	8442	9	1,07
Fiorentina Nord-Ovest	1,46	6	0,98	9	1,46	9	5697	5	0,88
Fiorentina Sud-Est	4,21	11	2,45	13	2,89	13	4296	11	2,56
Mugello	3,31	3	1,66	4	2,21	4	1598	4	2,5
<i>AUSL 11 - Empoli</i>	4,07	11	1,55	16	2,25	16	6857	21	3,06
Empolese	4,67	10	1,95	15	2,93	15	4925	17	3,45
Valdarno inferiore	2,51	1	0,5	1	0,5	1	1932	4	2,07
<i>AUSL 12 - Viareggio</i>	4,19	5	1,24	7	1,73	7	3937	13	3,3
Versilia	4,19	5	1,24	7	1,73	7	3937	13	3,3
<i>CENTRO</i>	2,86	81	1,82	116	2,61	116	41049	72	1,75
<i>NORD-OVEST</i>	4,28	67	2,06	96	2,95	96	31265	100	3,2
<i>SUD-EST</i>	4,51	45	2,08	61	2,82	61	19814	65	3,28
REGIONE TOSCANA	3,69	193	1,96	273	2,77	273	92128	237	2,57

NB: perinatale: nati morti + morti entro 6 gg; neonatale totale: morti entro 28 gg; infantile: morti nel primo anno di vita

Prematurità e peso alla nascita

La nascita pretermine (<37 settimane di EG) e il basso peso alla nascita (<2.500 grammi) sono importanti indicatori della salute infantile, in quanto associati ad una maggiore morbosità e mortalità. I bambini nati pretermine (in particolare nati gravemente pretermine, ossia con EG <32 settimane) o di basso peso (in particolare di peso molto basso: <1.500 grammi) richiedono un periodo di ricovero più lungo dopo la nascita e hanno più probabilità di sviluppare significative disabilità, in particolare di tipo neuropsicologico e respiratorio, nei primi anni di vita e anche in seguito.

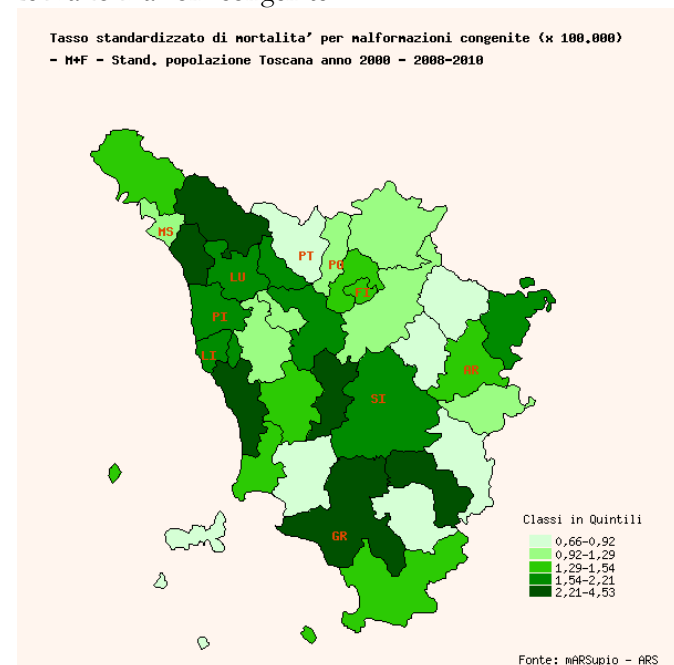
Il rischio di nascita pretermine e di basso peso alla nascita (<2.500 grammi rispetto a 2.500-4.000 grammi) aumenta all'aumentare dell'età della madre; per le donne con titolo di studio medio-basso; per le primipare rispetto alle pluripare; per le mamme con un basso indice di massa corporea (sottopeso) rispetto a quelle normopeso, e per le donne fumatrici, con un effetto ancora maggiore per il basso peso alla nascita pretermine. Al contrario, la cittadinanza straniera è un fattore protettivo nei riguardi del basso peso alla nascita.

Di seguito viene riportata una tabella sinottica dei dati 2010-2012 dei nati vivi, dei nati morti, dei nati pretermine e di peso molto basso alla nascita.

2010 - 2012	Tasso di nati mortalità (x 1.000)			Vivi gravemente prematuri x 100		Vivi con peso alla nascita basso x 100		Nati da parto plurimo x 100	
	Nati vivi CAP	morti CAP	tasso	N°	tasso	N°	tasso	N°	tasso
Residenza									
AUSL 1 - Massa e Carrara	4093	14	3,42	38	0,93	49	1,2	170	4,14
AUSL 2 - Lucca	5619	9	1,6	39	0,69	50	0,89	191	3,39
AUSL 3 - Pistoia	7139	8	1,12	43	0,6	40	0,56	261	3,65
AUSL 4 - Prato	7121	7	0,98	57	0,8	58	0,81	230	3,23
AUSL 5 - Pisa	8838	32	3,62	59	0,67	73	0,83	348	3,92
AUSL 6 - Livorno	8072	22	2,73	59	0,73	64	0,79	299	3,69
Bassa val di Cecina	1931	7	3,63	15	0,78	15	0,78	73	3,77
Livornese	4205	8	1,9	26	0,62	33	0,79	158	3,75
Val di Cornia	1275	3	2,35	14	1,1	13	1,02	41	3,21
Elba	661	4	6,05	4	0,61	3	0,45	27	4,06
AUSL 7 - Siena	6701	19	2,84	59	0,88	57	0,85	210	3,13
AUSL 8 - Arezzo	8168	27	3,31	82	1	72	0,88	296	3,61
AUSL 9 - Grosseto	4647	14	3,01	51	1,1	52	1,12	41	0,88
AUSL 10 - Firenze	20039	51	2,55	184	0,92	210	1,05	736	3,66
AUSL 11 - Empoli	6554	24	3,66	69	1,05	68	1,04	221	3,36
AUSL 12 - Viareggio	3744	8	2,14	31	0,83	36	0,96	136	3,62
CENTRO	40853	90	2,2	353	0,86	376	0,92	1448	3,54
NORD-OVEST	30366	85	2,8	226	0,75	272	0,9	1144	3,76
SUD-EST	19516	60	3,07	192	0,99	181	0,93	547	2,79
REGIONE TOSCANA	90735	235	2,59	771	0,85	829	0,91	3139	3,45

Si può notare come a livello complessivo la natimortalità sia superiore alla media regionale anche se inferiore a quella di AVNO. L'eccedenza di mortalità è nella bassa val di Cecina ed all'Elba: ovviamente, pur trattandosi di medie trimmate, si tratta sempre di numeri molto bassi e quindi suscettibili di alta variabilità. Più bassi della media toscana i valori di peso molto basso alla nascita e di gravi pretermine, soprattutto all'Elba: per una corretta interpretazione dei dati è necessario un ulteriore approfondimento.

Le malformazioni congenite



Si tratta di anomalie metaboliche, funzionali o strutturali di un organo originatesi durante la vita intrauterina e visibili in epoca prenatale, neonatale o postnatale, secondo il tipo di anomalia e le tecniche diagnostiche utilizzate.

Se considerate singolarmente, le malformazioni congenite rappresentano eventi piuttosto rari ma, nel loro insieme, includendo le forme più gravi e quelle più lievi, colpiscono dal 3% al 5% di tutti i nati.

La prevalenza alla nascita del totale dei difetti ha valore puramente indicativo, considerando che le anomalie congenite sono responsabili della maggior parte degli aborti spontanei e rappresentano inoltre una delle principali cause che inducono a ricorrere all'interruzione di gravidanza. Attualmente, nei paesi sviluppati, le malformazioni congenite sono responsabili del 25% della natimortalità (mortalità

fetale tardiva, ossia dopo la 28a settimana di gestazione), del 45% della mortalità perinatale (nati morti e morti entro la prima settimana di vita) e del 3-4% della mortalità infantile (morti entro l'anno di età) (Centro nazionale malattie rare, 2008).

Nel 2011 (ultimo anno disponibile con dati verificati), sono stati registrati in Toscana 718 casi con difetti congeniti su 30.181 nati (vivi e morti) sorvegliati, per una prevalenza alla nascita di 23,8 per 1.000 nati. I casi sono rappresentati da 529 nati vivi (di cui 1 deceduto successivamente), 14 morti fetali (9 nati morti e 5 aborti

spontanei) con età gestazionale superiore alle 20 settimane e 175 interruzioni di gravidanza a seguito di diagnosi prenatale di difetto congenito (Registro toscano difetti congeniti, 2013).

Dal grafico si rileva come la Zona Bassa Val di Cecina presenti i più alti livelli di mortalità per malformazioni congenite, subito seguita dalla zona livornese.

Il dato è confermato anche dai dati presenti nella tabella seguente in cui sono riportate tutte le esenzioni ticket presenti nell'anagrafe assistiti aziendali al 31.5.2014 per malformazioni congenite. Questo dato suggerisce la necessità di approfondimenti specifici anche in merito alla diagnostica prenatale ed agli interventi sulla gravidanza.

GRUPPO ESENZIONI	SOTTO GRUPPO ESENZIONI	ICD9CM	DESCRIZIONE ESENZIONE	NR. ESENTI RESIDENTI IN ZONA BASSA VAL DI CECINA	NR. ESENTI RESIDENTI IN ZONA LIVORNO	NR. ESENTI RESIDENTI IN ZONA VAL DI CORNIA	NR. ESENTI RESIDENTI IN ZONA ELBA	TOTALE
MALFORMAZIONI CONGENITE - TOTALE GRUPPO RN				42	98	20	11	171
RN	0660	758.0	DOWN SINDROME DI	8	6	2	1	17
RN	G040	756.0	ANOMALIE CONGENITE DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA FACCIA	2	8	2	1	13
RN	G060	756.59	OSTEODISTROFIE CONGENITE	3	3	1	2	9
RN	0690	758.7	KLINIEFFELTER SINDROME DI	0	6	1	2	9
RN	1700	757.1	SJOGREN-LARSONN SINDROME DI	1	2	3	1	7
RN	1650	759.89	SINDROME DEL NEVO DISPLASTICO	1	6	0	0	7
RN	0200	751.3	HIRSCHSPRUNG MALATTIA DI	1	6	0	0	7
RN	0680	758.6	TURNER SINDROME DI	1	4	0	1	6
RN	0630	757.39	PSEUDOXANTOMA ELASTICO	1	5	0	0	6
RN	0010	741.00	ARNOLD-CHIARI SINDROME DI	2	4	0	0	6
RN	0190	751.2	ANO IMPERFORATO	1	2	2	0	5
RN	G050	756.4	CONDRODISTROFIE CONGENITE	1	2	1	0	4
RN	1510	759.89	KLIPPEL-TRENAUNAY SINDROME DI	1	2	0	1	4
RN	G090	758.9	SINDROMI DA DUPLICAZIONE/DEFICIENZA CROMOSOMICA	1	2	1	0	4
RN	1330	759.83	SINDROME DA X FRAGILE	2	1	1	0	4
RN	1320	759.82	MARFAN SINDROME DI	0	2	2	0	4
RN	0710	758.89	MELAS SINDROME	1	1	1	0	3
RN	0430	759.7	POLAND SINDROME DI	2	1	0	0	3
RN	0330	756.83	EHLERS-DANLOS SINDROME DI	0	3	0	0	3
RN	G070	757.1	ITTIOSI CONGENITE	1	2	0	0	3
RN	0310	756.16	KLIPPEL-FEIL SINDROME DI	1	2	0	0	3
RN	1010	759.89	NOONAN SINDROME DI	0	3	0	0	3
RN	0820	759.89	BECKWITH-WIEDEMANN SINDROME DI	1	1	0	0	2
RN	1310	759.81	PRADER-WILLI SINDROME DI	1	1	0	0	2
RN	1360	759.89	ALPORT SINDROME DI	1	1	0	0	2
RN	0750	759.5	SCLEROSI TUBEROSA	0	2	0	0	2
RN	0950	759.3	KARTAGENER SINDROME DI	1	1	0	0	2
RN	0250	753.17	RENE CON MIDOLLARE A SPUGNA	0	1	1	0	2
RN	0910	756.0	GOLDENHAR SINDROME DI	0	2	0	0	2
RN	0940	759.89	KABUKI SINDROME DELLA MASCHERA	0	2	0	0	2
RN	0010	741.01	ARNOLD-CHIARI SINDROME DI - Con idrocefalo, regione cervicale	0	1	1	0	2
RN	0210	751.61	ATRESIA BILIARE	0	1	1	0	2
RN	0550	757.39	DARIER MALATTIA DI	0	2	0	0	2
RN	G200		ALTRE ANOMALIE CONGENITE CON SOLO UN CASO IN AZIENDA	7	10	0	2	19

B 2.3 Malattie infettive

Si evidenzia una radicale diminuzione delle notifiche di malattie infettive di classe II, verosimilmente attribuibile al successo delle strategie vaccinali.

Per quanto riguarda la TBC siamo in presenza di una situazione stabile, con un 50% di notifiche attribuibili a fenomeni migratori.

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE 2° Anno 2013

Notifiche	Zone				Azienda USL 6
	BVC	LIV	VDC	ELB	
Blenorragia		1			1
Diarrea infettiva		11		1	12
Epatite A		12	1		13
Epatite B		10			10
Legionellosi		3	1		4
Meningo-encefalite virale		3			3
Morbillo		1	1		2
Parotite epidemica		5			5
Pertosse	1	2			3
Rickettsiosi		2			2
Rosolia		1			1
Salmonellosi non tifoidea	4	10	2	2	18
Scarlattina	5	92	8	4	109
Sifilide		11			11
Varicella	17	80	15	7	119
Totali	27	244	28	14	313

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE 3° Anno 2013

Nazionalità	Notifiche TBC
Italiana	7
Altre	7
Totale	14

B.2.3.1 Le coperture vaccinali

La copertura per le vaccinazioni obbligatorie e facoltative rimane sostanzialmente stabile, come evidenzia il confronto con l'anno precedente:

COPERTURA VACCINALE (al 24° mese)

Zone	2012		2013	
	Facoltative *	Obbligatorie	Facoltative *	Obbligatorie
Livornese	92%	97%	89%	97%
B.V. Cecina	89%	95%	91%	97%
Val di Cornia	92%	97%	93%	98%
Elba	87%	91%	86%	91%
USL 6	91%	96%	90%	97%

* Morbillo – Parotite – Rosolia

Vaccinazione antinfluenzale, campagna 2013-2014

Copertura soggetti ≥ 65 anni
(Popolazione residente: fonte ISTAT)

Zone	Popolazione totale	Popolazione ≥ 65 anni	Soggetti vaccinati ≥ 65 anni	Copertura soggetti ≥ 65 anni
Livornese	174.137	43.115	27.448	64%
B.V. Cecina	81.091	20.706	11.959	58%
Val di Cornia	58.987	16.535	11.268	68%
Elba	32.020	7.702	3.998	52%
USL 6	346.235	88.058	54.673	62%

B 2.4 Incidenti sul lavoro

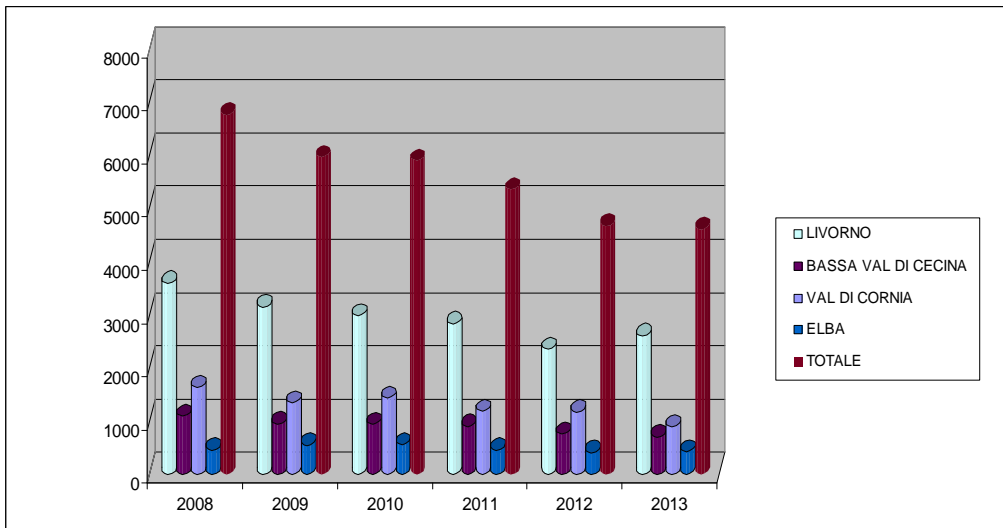
Le U.F. di PISLL Aziendali hanno continuato a monitorare il fenomeno degli infortuni sul lavoro affinando ulteriormente il progetto, iniziato nell'anno precedente, e finalizzato a rendere omogenee in tutto il Dipartimento le modalità di svolgimento delle inchieste infortuni attraverso l'individuazione delle più importanti fasi che ne caratterizzano le attività. Un impulso a tale modalità di comportamento è stata fornita dal protocollo d'intesa firmato, nel dicembre 2011, dai Direttori delle Aziende Usl Regionali presso la Procura Generale di Firenze. Inoltre sono stati fondamentali gli incontri con l'Autorità Giudiziaria, nell'ambito dell'Osservatorio Procura di Livorno - Azienda Usl, per la discussione delle inchieste di infortuni sul lavoro con particolari criticità per quanto riguarda gli aspetti sia tecnici che di procedura penale.

Inoltre sono state condotte, sviluppate e concluse, in tempi rapidi, le istruttorie per il riconoscimento dei benefici previsti dal Fondo di Solidarietà Regionale per i familiari delle vittime di infortuni sul lavoro e, nel contempo, sono state attivate le procedure di segnalazione degli eventi più gravi agli Enti del Ministero del lavoro interessati al fenomeno infortunistico. Tali risultati sono stati possibili grazie alla collaborazione fornita da tutti gli Enti in funzione di un obiettivo condiviso e finalizzato a dimostrare la vicinanza delle istituzioni ai lavoratori cittadini. Anche nel 2013 si è confermata, nelle quattro Zone aziendali, la tendenza degli ultimi anni verso una lieve, ma costante, riduzione degli eventi infortunistici sul lavoro in linea con i dati sia regionali che nazionali (v. tab 2):

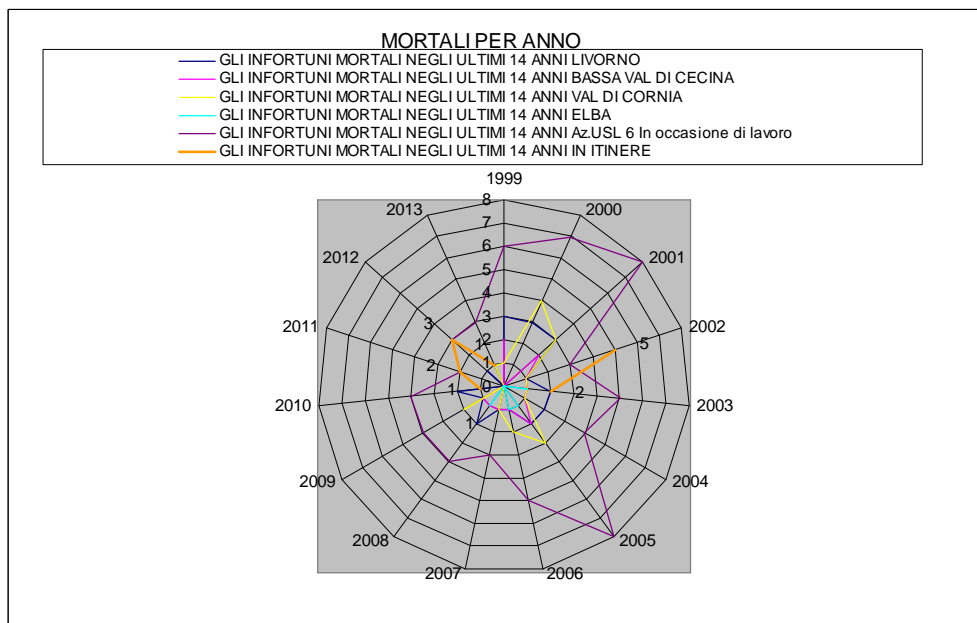
Tab. 2

ZONA	2008	2009	2010	2011	2012	2013
LIVORNO	3582	3139	2971	2820	2343	2599
BASSA V. DI CECINA	1087	936	933	892	754	693
VAL DI CORNIA	1627	1328	1423	1177	1168	887
ELBA	451	541	550	452	398	410
TOTALE	6747	5944	5877	5341	4663	4589

L'analisi degli infortuni sul lavoro permette di rilevare 521 infortuni in itinere e 266 infortuni stradali, mentre la distribuzione degli eventi per comparto produttivo conferma una prevalenza oltre che nel settore agricolo e delle costruzioni anche nelle attività di servizi. Le cause degli eventi avversi sui luoghi di lavoro sembrerebbero sempre più imputabili ai cosiddetti comportamenti inadeguati da parte dei lavoratori che talvolta sono generati sia da una insufficiente organizzazione del lavoro sia da una mancata o incompleta valutazione dei rischi. Le carenze riscontrate appaiono, talvolta, imputabili e favorite dalla necessità di effettuare il lavoro in tempi sempre più ristretti. Le criticità rilevate, e già in precedenza segnalate, sono imputabili alla organizzazione del sistema sicurezza nell'ambito sia dell'impresa in genere che del cantiere edile in particolare: in entrambe le realtà persistono alcune carenze nel coordinamento delle varie fasi di lavoro e, soprattutto, nella comunicazione tra i vari livelli di responsabilità che possono determinare una insufficiente applicazione dei sistemi di salvaguardia della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.



Nel corso del 2013 si sono verificati 5 infortuni sul lavoro mortali di cui 2 nel settore delle costruzioni, 2 in itinere e 1 stradale (v. grafico).



Le informazioni emerse dalle indagini effettuate (236 inchieste per infortunio sul lavoro) verranno utilizzate, a fini preventivi, nel contesto del Piano mirato di Prevenzione nelle Piccole e Medie Imprese che rappresentano, esse stesse, l'anello debole del sistema produttivo, per ciò che riguarda sia l'adeguamento alle disposizioni in materia di salute e sicurezza sia la elevata frequenza degli infortuni sul lavoro. Inoltre, pur persistendo il particolare momento di recessione economico finanziaria, che purtroppo non ha favorito, in questo settore, lo sviluppo di una cultura della salute e sicurezza si è continuato, comunque, a promuovere l'attivazione, da parte delle microimprese, di un modello organizzativo di gestione della prevenzione (messa in sicurezza degli impianti, misure di igiene del lavoro, formazione del personale, valorizzazione del ruolo del RLS e degli altri soggetti della prevenzione).

B. 3 POBLEMATICHE SOCIO-SANITARIE PER GRUPPI DI POPOLAZIONE

B 3.1. La rete pediatrica ospedaliera ed il percorso nascita

LA RETE PEDIATRICA OSPEDALIERA AZIENDALE

ZONA LIVORNESE

L'U.O. di Pediatria nel 2013 ha visto rinnovare alcune sue attività implementando quei settori nei quali le indicazioni della regione, i documenti di budget ed i colleghi della pediatria di Base chiedevano diverso impegno da parte del reparto.

Attività di ricovero

E' stata confermato l'indirizzo a ridurre significativamente i ricoveri ,operazione già iniziata nel 2012 e da 1374 ricoveri del 2011 siamo passati a 616 del 2012 e 516 nel 2013; le brevi osservazioni sono state 580 ,dato sovrapponibile all'anno precedente. Marcata riduzione dei DH risultati quest'anno solo 7. Incremento dei ricoveri di pazienti pediatrici per patologie chirurgiche (273 ricoveri per intervento) non solo di chirurgia generale ma anche di tutte le altre specialistiche chirurgiche, confermando la volontà della Pediatria di Livorno a rappresentare tutta l'Area pediatrica.

I neonati complessivamente sono stati 1057 ,dato che si sovrappone all'anno precedente. I ricoveri presso il reparto di Terapia Sub-Intensiva neonatale sono stati 288 Durante quest'anno sono diminuiti i trasferimenti di neonati verso le strutture di riferimento di 3° livello 5 in totale contro 12 dell'anno precedente.

E' stato dato impulso alla integrazione tra le strutture neonatologiche di area vasta attraverso i corsi di aggiornamento per la rianimazione neonatale e con la presenza di due medici del reparto(il Direttore f.f. ed il Responsabile della patologia neonatale-nido) nel Coordinamento Neonatologico di Area Vasta Nord Ovest. Particolare importanza è stata data al colloquio tra il neonatologo di reparto ed il Pediatra di famiglia , alla dimissione dal reparto di patologia neonatale tramite contatto telefonico diretto

Attività ambulatoriali

Le attività specialistiche hanno riguardato le discipline che una pediatria di secondo livello deve poter garantire e di cui il nostro reparto da anni svolge all'interno delle varie sezioni:

1) allergologia e broncopneumologia; con esecuzione di inquadramento allergologico ,test cutanei ,prove di funzionalità respiratoria, broncoreattività con metacolina , misurazione resistenze polmonare e da quest'anno anche la misurazione di ossido nitrico esalato (marcatore metabolomico della flogosi polmonare)Tale sezione è inserita come le altre nella Rete Regionale Toscana per specialistiche .

2)La Pediatria di Livorno è Centro di supporto (unico in Toscana con Grosseto) per la Fibrosi Cistica , sono stati presi in carico quest'anno 40 pazienti di cui 7 residenti in altre province con una età che varia da 3 mesi a 51 anni. La collaborazione con il Centro Regionale di riferimento di Firenze è continua .

Per la prima volta nel 2013 è stato istituito il Day-Service per i Pazienti con FC , modalità di assistenza che è andata a sostituire completamente il DH.

Continua, per questa patologia, la collaborazione con i reparti di Malattie Infettive , Pneumologia , Nefrologia , Reumatologia ,Chirurgia Generale

3)E'attivo all'interno del reparto un'Ambulatorio di endocrinologia per consulenze auxologiche e per lo studio delle obesità.

4)Grande importanza è stata data allo studio ecografico in risposta alle richieste sopraggiunteci da più parti ,in primis dalla radiologia che desidera alleggerire il proprio carico di richieste per questo tipo di indagine , ma anche dai pediatri di base. Negli ultimi mesi del 2013 abbiamo potuto elaborare un piano concordato con il Direttore della Radiologia e con il rappresentante provinciale dei pediatri di base inerente l'ecografie delle anche al neonato e nei primi 6 mesi di vita per la prevenzione della displasia congenita.

Altre attività

Il nostro reparto è oggi autonomo nella richiesta di esami ultrasonografici: dall'ecografia cerebrale transfontanellare , alla ecografia dei reni e vie urinarie ,addominale ,polmonare oltre a quella dei tessuti molli. Nel Reparto sono attivi nuovi progetti sull'accoglienza e sui percorsi nella gestione della diade madre-bambino

in accordo con il Reparto di Ostetricia. Nei primi mesi dell'anno ha preso avvio un progetto ,concepito unitamente alla U.O. di cardiologia di questa Azienda dall'OPA di Massa e dal nostro reparto per la diagnosi e follow up delle cardiopatie pediatriche congenite ,teso a ridurre le richieste di consulenza alla cardiologia pediatrica di Massa.

Grandi energie assorbono ancora le consulenze per il Pronto Soccorso nel 2013 ne sono state effettuate 6003 facendo della Pediatria la U.O. ospedaliera che di gran lunga presta più consulenze al Pronto Soccorso. A questo numero vanno aggiunte 874 visite su richiesta da esteri.

ZONA BASSA VAL DI CECINA

Nel corso dell'anno 2013, l'attività del Reparto di Pediatria è stata indirizzata all'attuazione di quanto previsto nel Piano di Lavoro annuale e di quanto indicato nel Documento Budget. Ha riguardato i seguenti punti:

Attività di ricovero

I ricoveri ordinari sono risultati 317 (dato provvisorio) (93 sono stati ricoveri di neonati e 18 i ricoveri "in appoggio" di Chirurgia e Ortopedia), ridotti rispetto a quelli dell'anno precedente per l'incremento della Breve Osservazione Pediatrica, che ha comportato soprattutto una riduzione dei ricoveri brevi. E' stata data particolare attenzione alla riduzione dei ricoveri a alto rischio di inappropriatazza e ai ricoveri ripetuti.

E' proseguita la collaborazione con gli altri Reparti e/o Servizi dell'Ospedale (soprattutto visite e/o consulenze con il P. Soccorso, ambulatorio di neuropsichiatria e progetto per i disturbi della condotta alimentare con la Neuropsichiatria infantile).

E' stata mantenuta l'attività di ricovero (ordinario e D.H.) anche per alcuni soggetti in età adolescenziale (soprattutto per affezioni croniche), come da programma.

I ricoveri in day hospital sono risultati 9, in drastica riduzione rispetto al 2013, come indicato in sede di discussione budget.

Le brevi osservazioni sono risultate 303, di cui 54 con esito in ricovero, 3 in trasferimento e 246 in dimissione. Il tempo delle B.O.P. è stato in vari casi protratto fino a 36 ore e a volte fino anche a 48.

I neonati sono stati 634 (128 in meno rispetto all'anno precedente). L'attività riguardante i neonati è riportata nella Sezione Neonatologia.

Attività ambulatoriale

Sono stati effettuati un ambulatorio divisionale e ambulatori specialistici: neonatologia, allergologia, neuropsichiatria, nefrologia, audiologia, cefalee, ecografia. Complessivamente le prestazioni ambulatoriali sono risultate 2495 (2854 nel 2013), di cui 328 per il PS.

E' proseguita l'attività di Deospedalizzazione, come da intesa Aziendale con i P.d.F. Le deospedalizzazioni sono risultate complessivamente 21.

Altre attività

NEONATOLOGIA

Nell'anno 2013, nell'ambito della Sezione di Neonatologia, sono state svolte le seguenti attività:

- Attività di assistenza rivolta ai 634 neonati, sani e patologici, nati nel Reparto O. e G. dell'Ospedale di Cecina. I nati con un peso inferiore a 2500 gr, sono stati 22 e quelli pretermine (< 37 sett.) sono stati 30. I neonati ricoverati per varie patologie sono stati 93 (di cui 2 per Back-transport e 5 per riospedalizzazione dopo dimissione precoce a 48 ore). Quelli trasferiti presso altri Ospedali sono stati 9 (5 in Neonatologia a Pisa, di cui 3 con attivazione dello STEN, 3 al Meyer per problemi chirurgici, 1 a Massa per blocco A-V di II grado avanzato); i neonati dimessi con dimissione concordata con i Pediatri di Famiglia sono stati 27.

ALLERGOLOGIA

L'attività svolta nell'ambito della Sezione di Allergologia è sovrapponibile e quella dell'anno precedente.

Complessivamente sono state effettuate 371 prestazioni (326 nel 2013).

ZONA VAL DI CORNIA

ATTIVITA' DI RICOVERO

I ricoveri sono stati complessivamente così ripartiti

- ricoveri ordinari n° 126 rispetto ai 122 del 2012 con DRG medio: 1,03
- ricoveri in D.H. n° 2, rispetto a 3 del 2012
- ricoveri in B.O. n° 312, rispetto ai 318 del 2012

A questi devono aggiungersi i bambini in “appoggio”: n° 35 ricoveri chirurgici con 98 giorni di degenza e 15 in B.O. chirurgiche

Sono stati trasferiti in centri di 2°-3° livello 7 neonati e 7 bambini che presentavano gravi patologie non assistibili presso il nostro reparto

- E' evidente il calo dei ricoveri ordinari a favore di un aumento considerevole delle B.O. in linea con la politica aziendale di deospedalizzazione

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Complessivamente sono state effettuate 3077 prestazioni ambulatoriali (nel 2012 erano 3393)

tali attività comprendono

E' continuata la collaborazione con il Laboratorio analisi con 335 prelievi effettuati.

E' proseguito l'invio diretto, dopo triage infermieristico, dei bambini che afferiscono al PS generale. L'invio è limitato dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20 e per i bambini a cui è stato assegnato un codice di triage bianco, azzurro o verde; sono esclusi anche i bambini con problemi traumatologici o che richiedono consulenza chirurgica o di altro specialista (esempio corpo estraneo in cavità nasale o nell'occhio) immediata; tale iniziativa è stata molto apprezzata dalla popolazione, dai Pediatri di Famiglia e anche dai colleghi del PS generale

Gli ambulatori specialistici (Allergologia-Fisiopatologia respiratoria e di Neuropediatria) sono funzionanti tutto l'anno e per quanto riguarda quello di Allergologia abbiamo avuto un notevole incremento tale da dovere effettuare di frequente ambulatori aggiuntivi al fine di ridurre le liste di attesa;

Tutti i giorni è funzionante un ambulatorio di Pediatria generalista al quale si accede tramite prenotazione CUP

ALTRE ATTIVITA'

NEONATOLOGIA. E' stata prestata assistenza a n° 312 neonati , - 62 (16,5%) rispetto al 2012

Di questi, 15 (4,8%) sono nati prima della 37° settimana di gestazione

Sono stati trasferiti n° 7 neonati per patologie insorte in periodo neonatale, dopo essere stati stabilizzati e, quindi, idonei per un trasferimento con pochi rischi.

ZONA ELBA

ATTIVITA' DI RICOVERO

I ricoveri sono stati complessivamente 291 così ripartiti

- ricoveri ordinari n° 149 rispetto ai 151 del 2012 con DRG medio: 0,96
- ricoveri in D.H n° 4 rispetto ai 5 del 2012
- ricoveri in B.O. n° 138, rispetto ai 133 del 2012

A questi devono aggiungersi i bambini in “appoggio”: n° 9 ricoveri chirurgici e ortopedici con 24 giorni di degenza Sono stati trasferiti in centri di 2°-3° livello 7 neonati e 9 bambini che presentavano gravi patologie non assistibili presso il nostro reparto

- I ricoveri ordinari sono lievemente diminuiti a favore di un lieve aumento delle B.O. in linea con la politica aziendale di deospedalizzazione

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Complessivamente sono state effettuate 2358 prestazioni ambulatoriali (nel 2012 erano 2559)

tali attività comprendono

- Gli ambulatori specialistici (Allergologia-Fisiopatologia respiratoria e di Ecoencefalografia) sono funzionanti tutto l'anno.
- Tutti i giorni è funzionante un ambulatorio di Pediatria generalista al quale si accede tramite prenotazione CUP

ALTRE ATTIVITA'

NEONATOLOGIA. E' stata prestata assistenza a n° 211 neonati , +31 (+ 18%) rispetto al 2012

Di questi, 13 sono nati prima della 37° settimana di gestazione

Sono stati trasferiti n° 7 neonati per patologie insorte in periodo neonatale, dopo essere stati stabilizzati e, quindi, idonei per un trasferimento con pochi rischi.

IL PERCORSO NASCITA

(Fonte: Flusso CAP)

MES -% parti cesarei NTSV

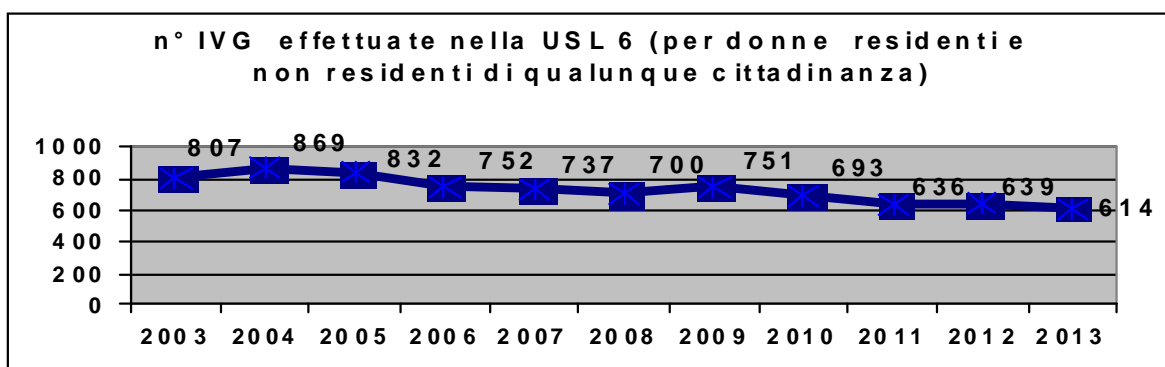
Ospedale di Parto	N° parti NTSV	N° Parti Cesarei NTSV	% Parti Cesarei NTSV
Cecina	284	60	21%
Livorno	467	114	24%
Piombino	149	33	22%
Portoferraio	91	12	13%
TOTALE	991	219	22%

Partoanalgesia (Presidio di Livorno. Fonte Dati: registri di reparto)

Partoanalgesia %	Anno 2013
N° 265/883 parti elegibili	30%

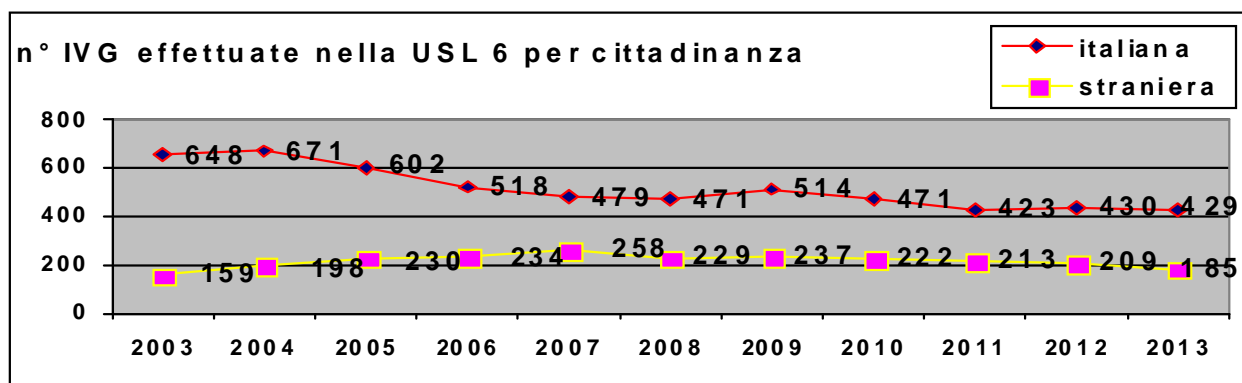
B 3.2 L'interruzione volontaria i gravidanza

Nella nostra Azienda il fenomeno dell'Interruzione di gravidanza (IVG) ha mostrato, complessivamente, nel corso degli anni, un trend in diminuzione con una riduzione del numero assoluto. Il fenomeno, infatti, per poter essere valutato correttamente, al di là delle oscillazioni annuali, va analizzato nell'arco di almeno un quinquennio e tenendo comunque conto anche della mobilità interaziendale. Nel 2013 il dato è in diminuzione rispetto all'anno precedente, anche il trend decennale mostra complessivamente una tendenza alla riduzione. Il numero complessivo di interruzioni effettuate nei presidi ospedalieri dell'Azienda, per donne sia residenti che non residenti, di qualunque cittadinanza, nel 2013 ha presentato una diminuzione del 29% rispetto al 2004, anno in cui si è registrato il picco massimo di interruzioni da quando è possibile una corretta rilevazione (da 869 a 614), con un trend negativo annuo medio del 3%.



Il 52% delle IVG effettuate nei presidi aziendali è stato effettuato presso il P.O. di Livorno. Presso i presidi ospedalieri aziendali le IVG sono state effettuate in larga prevalenza da donne residenti nella nostra USL (89%), in percentuale nettamente minore da residenti in altre USL della Toscana, in altre regioni italiane o all'estero.

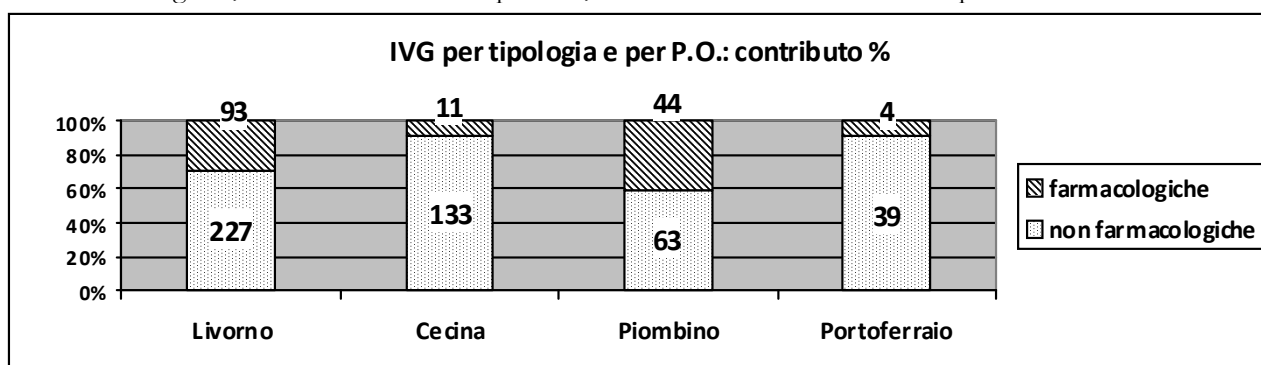
Analizzando il dato per cittadinanza si nota come la diminuzione per le donne italiane rispetto al 2004 sia stata del 36%. Negli ultimi anni infatti il fenomeno dell'immigrazione ha parzialmente mascherato l'entità del decremento delle IVG; il contributo della popolazione femminile straniera, la cui numerosità è aumentata di anno in anno e che è comunque caratterizzata da un tasso di abortività superiore rispetto a quello della popolazione femminile italiana, tra i più bassi a livello internazionale, e da un maggiore ricorso alle IVG ripetute, ha modificato negli anni la composizione percentuale per cittadinanza, che è passata per le straniere dal 23% del 2004 al 30% del 2013. La nazionalità prevalente è stata quella rumena, seguita dalla moldava, dalla peruviana e dalla ucraina. La prevalenza della nazionalità varia comunque nei diversi territori a seconda della rilevanza numerica delle comunità presenti.



È interessante però notare che dal 2010 si è cominciato ad assistere, dopo costanti aumenti, a un fenomeno di riduzione anche in questa fascia di popolazione dove molteplici sono stati gli interventi di prevenzione. Dal 2012 al 2013 assistiamo addirittura a una riduzione tra le straniere dell'11% rispetto a una stabilità tra le italiane.

Prendendo in esame le fasce d'età si evidenzia come il 48% delle interruzioni effettuate in Azienda riguardi la fascia d'età tra 25 e 35 anni, il 29% oltre i 35 anni, il 21% tra 18 e 24 anni, il 2% in minorenni. Nel corso degli anni aumenta il ricorso all'IVG nella fascia di età oltre i 35 anni rispetto alla fascia di età fino a 24 anni. Differenziando le IVG per nazionalità appare evidente la netta prevalenza nelle fasce più giovani (18-35) per le donne straniere. Il numero di IVG nelle minorenni (2,2% vs 3,4% dato nazionale) ha presentato nel tempo complessivamente una tendenza alla stabilità dal punto di vista numerico oscillando dai 15 ai 24 casi l'anno: nel 2013 si sono registrati 14 casi. Non c'è stata necessità di ricorrere al giudice tutelare, in controtendenza con il dato nazionale (25%).

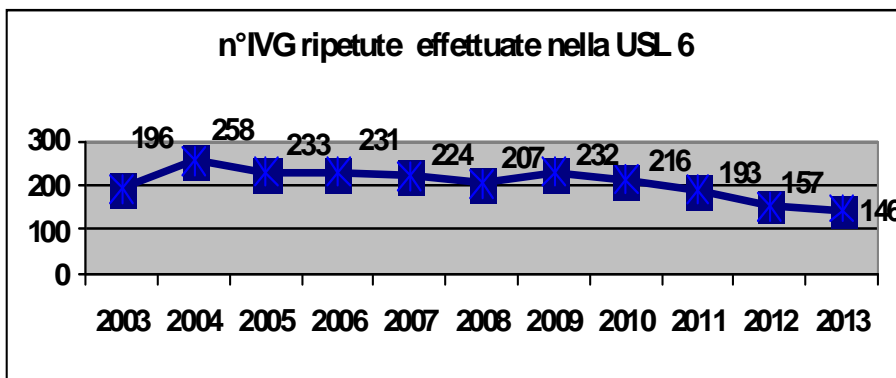
L'IVG farmacologica è garantita in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda. Nel 2013 sono state effettuate 152 IVG farmacologiche, il 25% delle IVG complessive, con forti differenze tra i diversi presidi.



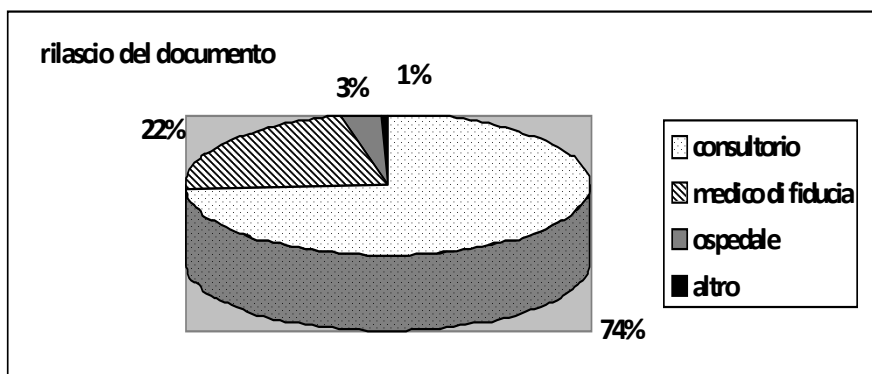
Le IVG ripetute sono state complessivamente 146 ed hanno rappresentato il 24% delle IVG effettuate in Azienda, il 21% per le italiane e il 31% per le straniere. La differenza tra italiane e straniere appare ancora più evidente considerando il n° di IVG precedenti, ma si evidenzia dal 2010 una costante diminuzione complessiva delle IVG ripetute anche nelle donne straniere. La percentuale di IVG ripetute, che nella nostra realtà è sempre stata nettamente superiore al dato nazionale, nel 2012 si è attestata invece al di sotto di questo (27%), fenomeno confermato nel 2013, con un risultato positivo particolarmente positivo proprio nelle donne straniere (italiane 21% vs 21% ; straniere 31% vs 37,9%).

Esaminando per fascia d'età le IVG ripetute, la percentuale maggiore si ha nella fascia d'età tra 25 e 35 anni (57%), da evidenziare anche il 17% di IVG ripetute fino a 24 anni ed il 26% nelle donne di età superiore a 35 anni. Un'ulteriore conferma che le strategie di prevenzione devono quindi necessariamente differenziarsi tenendo conto anche del fattore età, spesso sottovalutato.

Il Consultorio è il soggetto a cui le donne si sono rivolte prevalentemente per il rilascio del documento ai fini IVG. La percentuale del 74% (84% per le straniere e 70% per le italiane) è molto elevata rispetto alla media nazionale (40%) e regionale (48%) e indica che il Consultorio



rappresenta un punto di riferimento per le donne: questo costituisce un importante fattore per la possibilità di presa in carico multi professionale, l'attivazione di reti di sostegno, la prevenzione.



In particolare l'attività di prevenzione sia primaria sia verso le IVG ripetute, si è sviluppata attraverso accoglienza multiprofessionale nel percorso IVG (36%) attivata nelle Zone Elba, Livornese e soprattutto Bassa Val di Cecina (70%) consulenza per la procreazione responsabile (4086 donne di cui 1646 minori di 25

anni e 795 straniere) educazione alla sessualità ed affettività nella fascia adolescenziale sia all'interno dei Consultori che nelle Scuole (circa 2500 giovani) sostegno alla maternità ed alla genitorialità (oltre 6000 persone) progetti specifici per la popolazione straniera

I dati complessivi sulla tematica IVG impongono una riflessione sulle strategie da adottare, secondo le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Salute, esplicitate nella relazione ministeriale 2013.

Solo in questo modo sarà possibile evitare di perdere i risultati positivi raggiunti nel corso degli anni e che emergono in modo evidente dai dati nonché far fronte ai cambiamenti che si stanno verificando a livello culturale e sociale.

L'attuazione della DGRT 1227/11, in base alla quale nel 2014 sarà attivato il Progetto "Dalle esperienze alle buone pratiche: percorso per una cultura della qualità nell'ambito materno-infantile", costituirà un'occasione importante con

la definizione del percorso IVG a livello aziendale con protocollo integrato per un miglioramento dell'accesso, della fruibilità dei servizi e della continuità Ospedale/Territorio

la formazione condivisa

la strutturazione dell'attività di informazione e di sensibilizzazione

il consolidamento delle attività di prevenzione e di sostegno svolte dai Consultori, da perseguire non solo nelle fasce di popolazione più a rischio (giovani e straniere), ma anche in quelle in cui forse è minore l'attenzione, con una modulazione e una flessibilità degli interventi che, tenendo conto del proprio territorio di riferimento, li renda sempre più efficaci.

B 3.3 Le persone diversamente abili e la non autosufficienza: dimensione e tipologia del bisogno censito

L'attività delle 4 Commissioni zonali di accertamento dell'handicap a norma dell'art. 4, L.104/92 si è caratterizzata nel 2013 con i seguenti dati quantitativi:

- I soggetti riconosciuti ai sensi della normativa sopra citata presenti nelle 4 Zone dell'Azienda nel 2013 e nuovi riconoscimenti nell'anno, distinti per fascia d'età (minori di 65 anni) sono indicati nella Tabella seguente:

Tabella. Persone accertate in situazione di handicap dalle Commissioni (minori di 65 anni): numero totale e nuovi accertamenti nel 2013, suddivise per fasce d'età

età	0- 3 anni		4-18		19-25		26-39		40-64		TOTALE	
	tot	nuovi	tot	Nuovi	tot	nuovi	tot	nuovi	tot	nuovi	tot	nuovi
Livornese	NR	24	NR	103	NR	30	NR	55	NR	383	3495	595
Bassa Val di Cecina	NR	17	NR	70	NR	7	NR	36	NR	168	NR	130
Val di Cornia	12	5	279	27	102	6	168	18	935	140	1496	196
Elba	31	7	255	35	93	3	122	34	606	88	1105	137

- Dai dati presentati è possibile calcolare dei tassi di incidenza e prevalenza. Il tasso di prevalenza mostra una maggior presenza di soggetti conosciuti nelle Zone Val di Cornia e, soprattutto, Elba. Anche l'incidenza è superiore nella Zona Elba. Il dato di prevalenza può essere influenzato, oltre che da una reale maggior prevalenza, da fattori di rilevazione. Il dato di incidenza oltre a quanto sopra, può essere influenzato, nelle Zone a dimensioni limitate dai piccoli numeri.

Tabella. Tasso prevalenza e incidenza handicap accertato*1000 ab.< 65 anni per Zona nel 2013

Zona	Livornese		Bassa Val di Cecina		Val di Cornia		Elba	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Tasso prevalenza*1000 abitanti	29,7	26,7	NR*		32,6	35,2	40,8	45,4
Tasso incidenza*1.000 abitanti	5,4	4,5	2,1		6,4	4,6	6,9	5,6
*nel 2010 era 18,9								

- La tipologia dell'handicap riconosciuto (distinto secondo la normativa in fisico, psichico, sensoriale e plurihandicap) è indicata nelle Tabelle seguenti, distinte per Zone (NB.: per le Zone Livornese e Bassa Val di Cecina i dati fanno riferimento all'anno 2011, per le altre al 2013):

Zona Livornese		2013			2011			
dati 2013	N. Tot	- di cui nuovi soggetti nell'anno	% Tot	% di nuovi soggetti nell'anno	N. Tot	- di cui nuovi soggetti nell'anno	% Tot	% di nuovi soggetti nell'anno
Psichico	NR	112	NR	34,4	863	274	26,5	34,4
Fisico	NR	362	NR	45,1	1.332	359	40,9	45,1
Sensoriale	NR	26	NR	2	122	16	3,7	2
Plurihandicap	NR	95	NR	18,5	939	147	28,8	18,5
TOTALE	NR	595	NR	100	3.256	796	100	100

Zona Bassa Val di Cecina					2011			
dati 2013	N. Tot	- di cui nuovi soggetti nell'anno	% Tot	% di nuovi soggetti nell'anno	N. Tot	- di cui nuovi soggetti nell'anno	% Tot	% di nuovi soggetti nell'anno
Psichico	NR	59	NR	25,5				
Fisico	NR	115	NR	49,8				
Sensoriale	NR	8	NR	3,5				
Plurihandicap	NR	49	NR	21,2				
TOTALE		231	NR	100				

Zona Val di Cornia		2013			2012			
	N. Tot	- di cui nuovi soggetti nell'anno	% Tot	% di nuovi soggetti nell'anno	N. Tot	- di cui nuovi soggetti nell'anno	% Tot	% di nuovi soggetti nell'anno
Psichico	390	32	26,1	16,3	365	52	26,2	19,0
Fisico	1001	161	66,9	82,1	928	210	66,6	76,9
Sensoriale	29	1	1,9	0,5	27	1	1,9	0,4
Plurihandicap	76	2	5,1	1,0	73	10	5,2	3,7
TOTALE	1.496	196	100,0	100,0	1.393	273	100	100,0

Zona Elba		2013			2012			
dati 2013	N. Tot	- di cui nuovi soggetti nell'anno	% Tot	% di nuovi soggetti nell'anno	N. Tot	- di cui nuovi soggetti nell'anno	% Tot	% di nuovi soggetti nell'anno
Psichico	494	62	44,6	45,3	432	66	44,4	40,0
Fisico	231	33	20,9	24,1	198	33	20,3	20,0
Sensoriale	70	11	6,3	8,0	59	16	6,1	9,7
Plurihandicap	312	31	28,2	22,6	172	50	17,7	30,3

L'handicap fisico è quello maggiormente rappresentato sia tra i casi incidenti che prevalenti in tutte le Zone (in particolare in Val di Cornia) mentre nella Zona Elba, le varie tipologie sono rappresentate in modo diverso, con l'handicap psichico ed il plurihandicap maggiormente rappresentati sia tra i casi incidenti che prevalenti.

La non autosufficienza: dimensione del bisogno rilevato; tipologia del bisogno:

L'Agenzia Regionale di Sanità ha stimato il bisogno legato alla non autosufficienza nelle Zone attraverso la metodologia descritta di seguito:

Le prevalenze sono stimate dai dati dell'indagine campionaria Bi.S.S. (Bisogno Socio Sanitario dell'anziano), svoltasi tra Aprile e Maggio 2009 sull'intero territorio regionale, con il coinvolgimento di tutte le 34 zone.

Criteri di definizione: Il livello di isogravità del bisogno assistenziale è definito sulla base del livello di dipendenza nelle BADL, di compromissione cognitiva e di disturbi comportamentali o dell'umore.

Dipendenza BADL

1° livello: anziani pienamente collaboranti, senza problemi di memoria né disturbi del comportamento, in grado di compiere le attività di base della vita quotidiana con un aiuto fisico leggero non continuo.

2° livello: anziani che, oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attività di base, presentano un leggero decadimento della funzione cognitiva e/o moderati disturbi del comportamento che li rendono parzialmente collaboranti o che comportano interventi correttivi poco impegnativi. Oppure persone pienamente collaboranti che necessitano di aiuto fisico pesante per compiere le attività di base.

3° livello: anziani che, oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attività di base, presentano un grave decadimento della funzione cognitiva o gravi disturbi del comportamento che rendono l'assistenza più difficile. Anziani che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base, poco collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato/grave.

4° livello: anziani che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base, poco collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato/grave, che necessitano di interventi correttivi mediamente impegnativi a causa di moderati disturbi del comportamento. Anziani che necessitano di assistenza pesante o totale nello svolgimento delle attività di base.

5° livello: anziani che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base, per niente collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato/grave, ma, soprattutto, a causa di gravi disturbi del comportamento richiedenti peraltro sorveglianza continua.

Sulla base di tali criteri il bisogno stimato nell'Azienda 6 e nelle Zone Distretto è rappresentato nella seguente Tabella:

Livello di isogravità del bisogno assistenziale - Classe età 65+						
Stima anno 2013						
Residenza	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5	Totale
<i>AUSL 6 - Livorno</i>	<i>1248</i>	<i>758</i>	<i>1594</i>	<i>2489</i>	<i>730</i>	<i>6819</i>
Bassa val di cecina	299	178	381	592	174	1624
Livornese	617	381	797	1246	368	3409
Val di cornia	231	139	290	450	131	1241
Elba	101	60	126	201	57	545
NORD-OVEST	4439	2725	5698	8930	2644	24436
REGIONE TOSCANA	12974	7996	16912	26340	7861	72083

ATTENZIONE: Le cifre per Azienda USL e Zona socio-sanitaria sono da considerare esclusivamente come indicazione di un ordine di grandezza, utile alla pianificazione dei servizi.

Fonte del dato: Le cifre derivano dall'applicazione di prevalenze strato-specifiche (per sesso e classe d'età) alla popolazione Istat al 1° Gennaio 2013 per zona socio-sanitaria di residenza e si riferiscono esclusivamente agli ultra65enni residenti non istituzionalizzati in RSA.

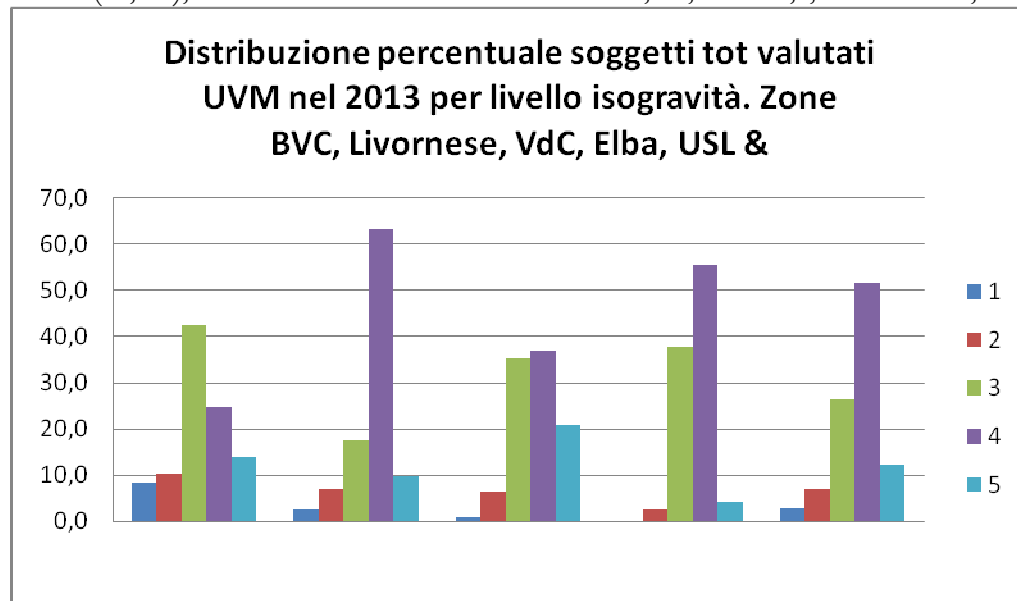
Il dato effettivo delle persone valutate dalle Unità di Valutazione Multidimensionali delle 4 Zone dell'Azienda 6 è mostrato nella Tabella seguente:

Tabella. Persone inserite nella rete nell'anno 2013 (nuovi casi) e persone in carico alla rete dei servizi per la non autosufficienza (tot) e suddivise per livello di isogravità del bisogno

Liv. Isogravità	Zona Bassa Val di Cecina				Zona Livorno				Zona Val di Cornia				Zona Elba				ASL 6			
	Nuovi	%	TOT	%	Nuovi	%	TOT	%	Nuovi	%	TOT	%	Nuovi	%	TOT	%	Nuovi	%	TOT	%
1	54	8,5	65	8,5	49	3,0	75	2,5	7	1,4	9	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	110	3,6	149	2,8
2	70	11,0	80	10,4	116	7,1	209	6,9	48	9,4	70	6,3	10	3,7	11	2,5	244	8,0	370	6,9
3	270	42,3	327	42,5	316	19,4	537	17,6	178	35,0	392	35,3	101	37,8	167	37,8	865	28,5	1423	26,5
4	152	23,8	191	24,8	988	60,8	1933	63,4	179	35,2	409	36,8	143	53,6	245	55,4	1462	48,1	2778	51,7
5	93	14,6	106	13,8	157	9,7	295	9,7	96	18,9	231	20,8	13	4,9	19	4,3	359	11,8	651	12,1
TOT	639	100,0	769	100,0	1626	100	3049	100	508	100	1111	100	267	100	442	100	3040	100	5371	100

Fonte del dato: *Applicativo GESTI (UFA ICT Estan NO)*

Relativamente ai casi totali presi in carico si evidenzia (V.grafico) una distribuzione diversa tra le Zone dei soggetti valutati per livello di isogravità; i livelli più gravi (4 e 5) hanno una frequenza inferiore nella Bassa Val di Cecina (38,6%), e crescente nelle Zone Val di Cornia 57,6%, Elba 59,7, Livornese 73,1%.



E' possibile effettuare un confronto tra la stima ARS e i dati effettivi di presa in carico dalla rete dei servizi, a titolo orientativo (v.Tabella seguente). Il confronto è fatto sia in termini assoluti che in percentuale.

Il dato percentuale è chiaramente influenzato da quanto sopra; infatti la elevata prevalenza di soggetti con isogravità 4 nella Zona Livornese ed Elba, e con isogravità 5 nella Zona Val di Cornia, fa sì che la copertura assistenziale di queste fasce di isogravità sia addirittura superiore al 100% (v.Tabella seguente).

Quanto sopra indica la necessità di un lavoro di revisione ed omogeneizzazione dell'applicazione delle procedure valutative tra le diverse Unità di Valutazione Multidimensionale.

Relativamente al totale dei soggetti in carico, la percentuale di "copertura" del bisogno appare massima in Val di Cornia e nella Zona Livornese (89,4 e 89,5%), mentre è dell'81% all'Elba e del 47,4% in Bassa Val di Cecina. Da sottolineare che tra i soggetti presi in carico vi sono anche persone inserite in RSA, mentre nella stima del fabbisogno l'ARS esclude queste persone.

Tabella. Persone in carico alla rete dei servizi per la non autosufficienza (tot) e stima ARS sul numero di persone non autosufficienti (maggiore di 65 anni) suddivise per livello di isogravità del bisogno

Zone Liv. Isogr avità	Bassa Val di Cecina			Livornese			Val di Cornia			Elba			Azienda USL 6		
	TOT	stima ARS	%	TOT	stima ARS	%	TOT	stima ARS	%	TOT	stima ARS	%		stima ARS	%
1	65	299	21,7	75	617	12,2	9	231	3,9		101	0,0	149	1248	0,0
2	80	178	44,9	209	381	54,9	70	139	50,4	11	60	18,3	370	758	18,3
3	327	381	85,8	537	797	67,4	392	290	135,2	167	126	132,5	1423	1594	132,5
4	191	592	32,3	1933	1246	155,1	409	450	90,9	245	201	121,9	2778	2489	121,9
5	106	174	60,9	295	368	80,2	231	131	176,3	19	57	33,3	651	730	33,3

Infine sulla base dei casi valutati e presi in carico dalle Unità di Valutazione Multidimensionale nel 2012, è possibile descrivere la risposta attivata, anche in questo caso in termini assoluti ed in percentuale.

Tabella. Persone prese in carico dalla rete dei servizi per la non autosufficienza nel 2013 per tipologia di risposta (numero assoluto e percentuale sul totale)

Piani attivati anno 2013	Zona Bassa Val di Cecina		Zona Livorno		Zona Val di Cornia		Zona Elba		ASL 6	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
AD diretta	80	30,2	340	50,1	94	44,5	51	44,7	565	44,6
AD indiretta/integrativa	46	17,4	118	17,4	29	13,7	25	21,9	218	17,2
AD/CD/RSA	10	3,8	70	10,3	8	3,8	4	3,5	92	7,3
CD	48	18,1	8	1,2	19	9,0	7	6,1	82	6,5
CDA	25	9,4	5	0,7		0,0		0,0	30	2,4
RSA permanente	22	8,3	114	16,8	50	23,7	19	16,7	205	16,2
RSA temporanea	34	12,8	23	3,4	11	5,2	8	7,0	76	6,0
Totale complessivo	265		678		211		114		1268	

Dai dati evidenziati emerge un ricorso all'ammissione in RSA superiore nelle Zone Val di Cornia ed Elba (rispettivamente 28,9% e 23,7%) al 21,1% nella Zona Bassa Val di Cecina e al 20,2% nella Zona Livornese. Da rilevare che in questa percentuale incidono in modo diversificato le ammissioni temporanee che sono in percentuale maggiore nella Bassa Val di Cecina (12,8%) mentre sono rispettivamente al 7%, 5,2 e 3,4% all'Elba, Val di Cornia e Zona Livornese.

CRONICITA': Prevalenza delle condizioni principali

La banca dati delle malattie croniche MaCro è un archivio che riassume tutti i dati presenti nel database dell'ARS riguardo alle patologie croniche di cui soffrono gli assistibili toscani, utilizzando gli algoritmi più documentati in letteratura per ottenere dai flussi informativi correnti informazioni sulla numerosità delle persone affette da una determinata condizione (prevalenza) e valutare indicatori di aderenza alle linee guida diagnostico-terapeutiche. Le patologie considerate nella MaCro sono

diabete

insufficienza cardiaca

pregresso ictus

cardiopatía ischemica

BPCO

demenza

parkinsonismo

I dati più aggiornati sono quelli relativi al 2011. I seguito vengono presentate le Tabelle relative alle prime 6 condizioni, per l'Azienda 6 e la Regione Toscana.

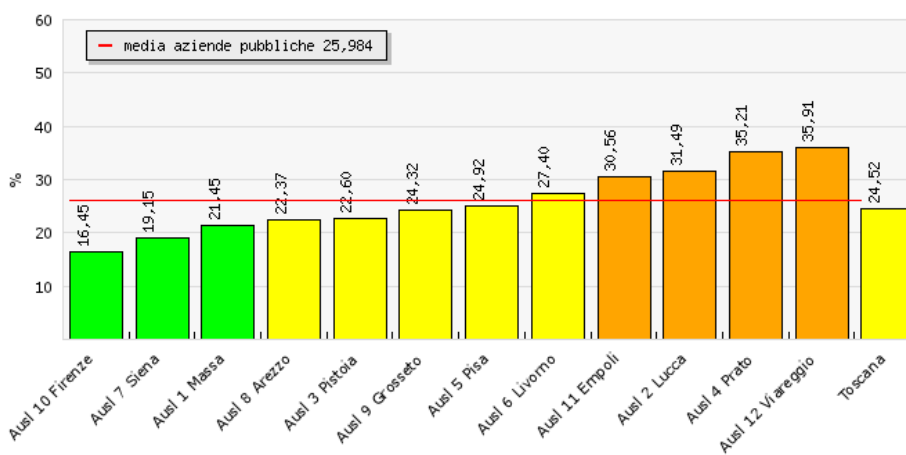
Prevalenza MaCro di diabete mellito in Azienda 6. Per fasce d'età, con numeratori, denominatori e valori specifici. Valori totali, grezzi e standardizzati per età per 1000 residenti di età 16+, con IC al 95%. Popolazione standard: prevalenti MaCro diabete mellito 2006. Anno 2011.

Prevalenza di diabete mellito in Azienda 6, e Regione Toscana per fascia d'età. Anno 2011

Classi di età	Azienda 6					Regione Toscana				
	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%
16-44	919	121840	7,5			10338	1326421	7,8		
45-64	5888	100114	58,8			56238	1043882	53,9		
65-84	13172	73757	178,6			115858	740041	156,6		
85+	2340	12653	184,9			20461	132725	154,2		
16+	22319	308364	72,4	68,9	(68,0-69,7)	202895	3243069	62,6	61,3	(61,1-61,6)

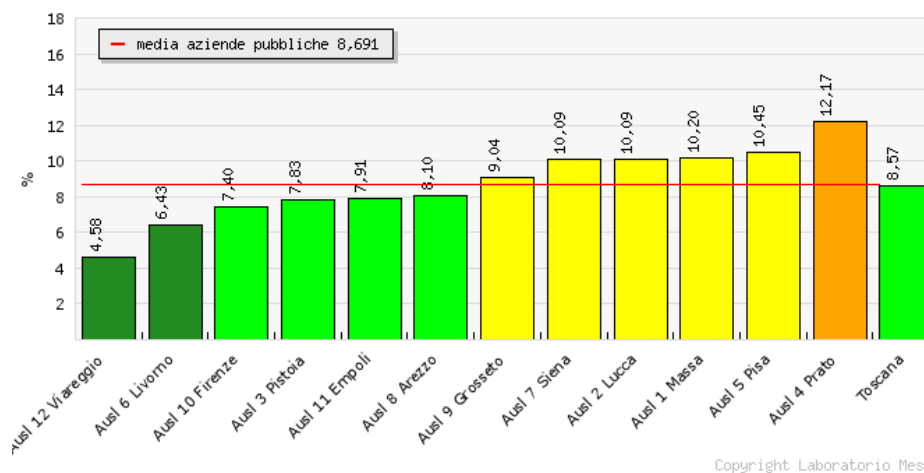
Dalla tabella si desume una maggior prevalenza stimata di diabete nell'Azienda USL 6 rispetto alla Regione Toscana. La differenza è statisticamente significativa. Una maggior prevalenza di diabete nella popolazione può essere attribuita ad una maggior distribuzione dei fattori di rischio (in particolare stile di vita) o ad una maggior propensione alla ricerca attiva da parte dei medici di medicina generale/sistema sanitario, o ad entrambi i fenomeni. Peraltro, il sistema di rilevazione PASSI sugli stili di vita non indica per l'Azienda USL 6 una performance peggiore della media Toscana per prevalenza di sedentari o di persone in sovrappeso/obese. Inoltre, il fatto che il database di basi su flussi correnti, può mettere in evidenza differenze legate ad un maggior ricorso a farmaci, prestazioni diagnostiche, ricoveri e in generale a tutte le prestazioni che i flussi utilizzati nel database tracciano.

B2.1.1 - Percentuale di sedentari



Copyright Laboratorio Mes

B2.2.1 - Percentuale di persone obese



Prevalenza MaCro di pregresso ictus in Toscana. Per fasce d'età, con numeratori, denominatori e valori specifici. Valori totali, grezzi e standardizzati per età per 1000 residenti di età 16+, con IC al 95%. Popolazione standard: prevalenti MaCro pregresso ictus 2006. Anno 2011.

Prevalenza di pregresso ictus in Azienda 6, e Regione Toscana per fascia d'età. Anno 2011

Classi di età	Azienda 6					Regione Toscana				
	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%
16-44	99	121840	0,8			1146	1326421	0,9		
45-64	559	100114	5,6			6376	1043882	6,1		
65-84	2232	73757	30,3			23731	740041	32,1		
85+	820	12653	64,8			10121	132725	76,3		
16+	3710	308364	12	11,2	(10,9-11,6)	41374	3243069	12,8	12,2	(12,1-12,3)

Dalla tabella si desume una minor prevalenza stimata di ictus nell'Azienda USL 6 rispetto alla Regione Toscana. La differenza è statisticamente significativa. Come già indicato per il diabete le possibili spiegazioni di questa differenza riguardano: a) una reale minor prevalenza per minor incidenza di eventi (o minor sopravvivenza dei soggetti colpiti da ictus); b) minor ricorso a farmaci, prestazioni diagnostiche, ricoveri e in generale a tutte le prestazioni che i flussi utilizzati nel database tracciano.

I dati desunti dal registro regionale Toscano dell'Ictus Cerebrale per il periodo 2008-2010 mostrano effettivamente una incidenza significativamente inferiore di ictus nella popolazione dell'ASL 6 nei confronti della Regione Toscana (v.tabella seguente).

Tasso di incidenza ictus standardizzato per età (x 100.000) - 2008-2010

Residenza	Totale				
	N° Casi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 6 - Livorno	2930	278,5	241	232,1	249,8
Bassa val di cecina	741	302,1	258,5	239,6	277,4
Livornese	1328	248,8	218,7	206,7	230,7
Val di cornia	618	347,1	282,6	260	305,3
Elba	243	256	238,2	207,9	268,5
NORD-OVEST	11186	291,7	260,6	255,7	265,6
REGIONE TOSCANA	31692	285,1	254,2	251,4	257,1

FONTE: Elaborazioni ARS su Registro Regionale Toscano dell'Ictus Cerebrale-Periodo 2008-2010

Da rilevare che una differenza significativa in senso positivo per l'Azienda 6 verso la regione Toscana è presente anche per l'ipertensione (fattore di rischio per l'ictus), e riguarda soprattutto le età più avanzate.

Prevalenza MaCro di ipertensione in Azienda 6. Per fasce d'età, con numeratori, denominatori e valori specifici. Valori totali, grezzi e standardizzati per età per 1000 residenti di età 16+, con IC al 95%. Popolazione standard: prevalenti MaCro ipertensione 2006. Anno 2011.

Prevalenza di ipertensione in Azienda 6 e Regione Toscana, per fascia d'età. Anno 2011										
Classi di età	Azienda 6					Regione Toscana				
	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%
16-44	475	121840	3,9			4431	1326421	3,3		
45-64	5619	100114	56,1			53479	1043882	51,2		
65-84	8286	73757	112,3			96088	740041	129,8		
85+	1337	12653	105,7			16535	132725	124,6		
16+	15717	308364	51	48,4	(47,7-49,1)	170533	3243069	52,6	51,4	(51,2-51,6)

Prevalenza MaCro di insufficienza cardiaca in Toscana. Per fasce d'età, con numeratori, denominatori e valori specifici. Valori totali, grezzi e standardizzati per età per 1000 residenti di età 16+, con IC al 95%. Popolazione standard: prevalenti MaCro insufficienza cardiaca 2006. Anno 2011.

Prevalenza di insufficienza cardiaca in Azienda 6, e Regione Toscana per fascia d'età. Anno 2011										
Classi di età	Azienda 6					Regione Toscana				
	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%
16-44	36	121840	0,3			338	1326421	0,3		
45-64	445	100114	4,4			5273	1043882	5,1		
65-84	3842	73757	52,1			39146	740041	52,9		
85+	2041	12653	161,3			20143	132725	151,8		
16+	6364	308364	20,6	18,9	(18,4-19,3)	64900	3243069	20	18,9	(18,8-19,1)

Nel caso dell'insufficienza cardiaca la prevalenza in ASL 6 è perfettamente sovrapponibile a quella registrata in Regione Toscana. La prevalenza di cardiopatia ischemica è invece significativamente superiore, come rilevato anche da altri fonti di dati (v Tasso di incidenza calcolato da ARS su dati del registro Infarto Miocardico Acuto)

Prevalenza MaCro di cardiopatia ischemica in Azienda 6. Per fasce d'età, con numeratori, denominatori e valori specifici. Valori totali, grezzi e standardizzati per età per 1000 residenti di età 16+, con IC al 95%. Popolazione standard: prevalenti MaCro cardiopatia ischemica 2006. Anno 2011.

Prevalenza di cardiopatia ischemica in Azienda 6 e Regione Toscana, per fascia d'età. Anno 2011										
Classi di età	Entrambi i sessi					Entrambi i sessi				
	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%
16-44	68	121840	0,6			732	1326421	0,6		
45-64	1075	100114	10,7			12885	1043882	12,3		
65-84	9253	73757	125,5			88551	740041	119,7		
85+	4334	12653	342,5			38391	132725	289,3		
16+	14730	308364	47,8	43,9	(43,3-44,6)	140559	3243069	43,3	41,4	(41,2-41,6)

Tasso di incidenza infarto miocardico acuto (IMA) standardizzato per età (x 100.000) - 2008-2010					
Residenza	Totale				
	N° Casi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 6 - Livorno	3894	370,1	321,9	311,7	332,2
Bassa val di cecina	800	326,1	284,1	264,1	304
Livornese	1987	372,2	328	313,3	342,7
Val di cornia	768	431,4	349,3	324,2	374,3
Elba	339	357,2	333,4	297,5	369,3
NORD-OVEST	12381	322,8	292,8	287,6	298
REGIONE TOSCANA	31970	287,6	261,8	258,9	264,7

FONTE: Elaborazioni ARS su Registro Regionale Toscano dell'Infarto Miocardico Acuto -Periodo 2008-2010

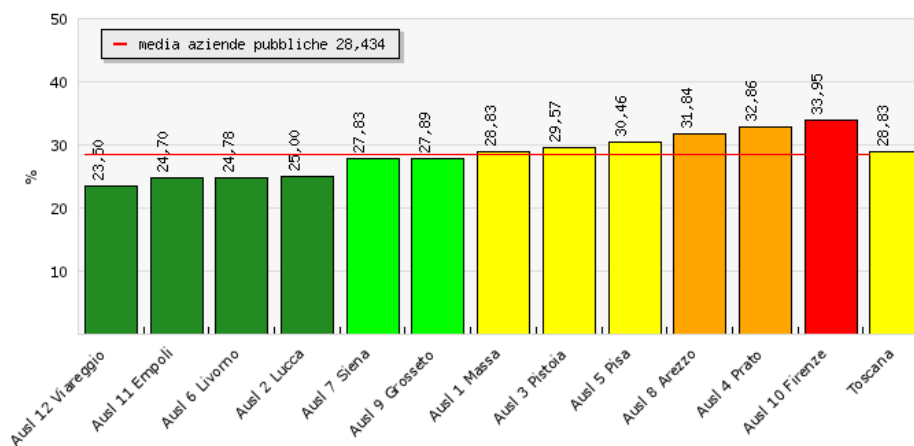
Nessuna differenza invece si registra per la prevalenza della BPCO.

Prevalenza MaCro di BPCO in Azienda 6. Per fasce d'età, con numeratori, denominatori e valori specifici. Valori totali, grezzi e standardizzati per età per 1000 residenti di età 16+, con IC al 95%. Popolazione standard: prevalenti MaCro BPCO 2006. Anno 2011.

Prevalenza di BPCO in Azienda 6 e Regione Toscana, per fascia d'età. Anno 2011										
Classi di età	Azienda 6					Regione Toscana				
	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%	Num.	Denom	Tasso per 1000 ab	Tasso standard per 1000 ab	IC 95%
16-44	821	121840	6,7			7389	1326421	5,6		
45-64	4496	100114	44,9			42266	1043882	40,5		
65-84	8386	73757	113,7			89613	740041	121,1		
85+	2210	12653	174,7			25788	132725	194,3		
16+	15913	308364	51,6	48,8	(48,1-49,5)	165056	3243069	50,9	49,3	(49,1-49,5)

Il fattore di rischio principale per la BPCO (il fumo di sigaretta) è rilevato nell'indagine PASSI; nel grafico seguente è indicata la percentuale di fumatori che, nell'Azienda 6 è inferiore alla media toscana.

B2.4.1 - Percentuale di fumatori



B.3.4. Attività sanitaria in carcere

Obiettivi: Miglioramento dell'assistenza sanitaria nei confronti della popolazione detenuta; Indipendenza della tutela della salute dalla gestione custodiale; leale collaborazione interistituzionale

Fondamenti Normativi:

DPCM 1 Aprile 2008 (trasferimento al SSN di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.);

Determinazioni DG ASL 6;

Protocolli operativi locali.

Nell'azienda ASL 6 insistono tre strutture penitenziarie (Livorno, Gorgona e Portoazzurro) di diversa tipologia e diverse esigenze.

Casa Circondariale di Livorno: 140 detenuti in media; turnover di 700 detenuti l'anno; 27 ore/die di guardia medica; 20 ore/die di assistenza infermieristica; Servizio specialistico (psichiatra, odontoiatra, radiologo, ortopedico, cardiologo). Organico: 10 medici; 10 infermieri; circa 200 visite esterne l'anno; circa 2000 visite interne l'anno.

Dal dicembre 2011 la capienza è scesa a circa 140 detenuti ed è stata soppressa la sezione femminile per l'inagibilità di due padiglioni. È in fase di ultimazione la consegna di un nuovo padiglione che ospiterà circa 250 detenuti.

Casa Reclusione di Gorgona: 60 detenuti in media; struttura a custodia attenuata; 24 ore/die di guardia medica (di cui 12 in Continuità assistenziale); 12 ore di infermieri; Servizio specialistico (psichiatra, odontoiatra, ortopedico); omeopatia. Servizio Veterinario. Organico: 5 medici; 3 infermieri. 1 veterinario.

2 ricoveri l'anno circa; circa 100 visite esterne l'anno; condizioni logistiche disagiate.

Casa Reclusione Portoazzurro: 440 detenuti nel 2013 in media causa principalmente il trasferimento di detenuti dalle Sezioni dismesse a Livorno; istituto penale in passato, oggi riceve anche detenuti "comuni" a pena breve. Basso turnover; 27 ore/die di guardia medica; 30 ore di assistenza infermieristica; servizio specialistico (psichiatra, infettivologo, odontoiatra, ORL, ortopedico, urologo, cardiologo, dermatologo). Organico: 9 medici; 12 infermieri; 1200 visite esterne l'anno, 2300 visite interne l'anno; 10 ricoveri circa.

Situazione detenuti complessiva: Circa il 35% dei detenuti sono extracomunitari; circa il 20% dei detenuti sono tossicodipendenti; 1 sezione di OPG nel Carcere di Livorno per l'osservazione psichiatrica riservata alla criminalità organizzata.

Prestazioni: Circa 50 interventi/anno del medico per ogni detenuto pari a 125.000 visite l'anno di varia tipologia: a) Visite all'ingresso; b) Visite alla scarcerazione; c) Visite disposte dai Magistrati; d) Visite su richiesta; e) Visite su iniziativa; f) Visite di "surroga".

Cosa è già stato realizzato: Attivazione dei Protocolli Operativi locali.

Protocollo suicidi e grandi sorveglianze; Protocollo per la gestione delle emergenze urgenze; Attivate buone prassi per la fornitura delle protesi dentarie (a Livorno); Procedura per la distribuzione dei farmaci; Procedura per la gestione dei farmaci oppiacei anche a Portoazzurro (SERT); Attivazione di rapporti di collaborazione con il garante dei detenuti ed il volontariato per la definizione di percorsi di miglioramento dei servizi; Produzione della carta dei servizi sanitari.

Formazione del personale per la compilazione della cartella clinica informatizzata, per l'autocontrollo in materia alimentare (HACCP) al fine di formare i detenuti che operano nelle cucine, formazione per la Gestione del Rischio Clinico, corsi ACLS per i Medici e corsi BLS per il Personale di custodia.

Quasi tutte le prestazioni specialistiche sono state internalizzate, ad eccezione delle odontoiatriche, con l'intervento in orario istituzionale di specialisti della USL.

Sono stati ordinati strumenti necessari per la specialistica ambulatoriale e per la piena attuazione della telemedicina.

È stato realizzato il collegamento ADSL per il Carcere di Gorgona, di PortoAzzurro e di Livorno ed è in corso la realizzazione della messa in rete degli ambulatori di Livorno e di PortoAzzurro.

Prossimi obiettivi: Piena applicazione della informatizzazione cartella clinica

Uniformità dell'erogazione delle prestazioni odontoiatriche/odontoprotesiche nei 3 Istituti;

Attuazione di azioni di miglioramento delle condizioni igieniche delle strutture;

Messa a norma dei locali sotto il profilo impiantistico.

Telemedicina.

B 3.5 Cooperazione sanitaria internazionale, immigrazione e mediazione culturale

B 3.5.1 Cooperazione sanitaria Internazionale

L'Azienda fa parte del sistema regionale di Cooperazione Sanitaria Internazionale (CSI) della Regione Toscana, coordinato dal Centro Regionale per la Salute Globale creato nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze. Il referente aziendale è anche referente del Coordinamento di Area Vasta Nord Ovest, che comprende anche le ASL 1 (Massa Carrara), 2 (Lucca), 5 (Pisa) 12 (Viareggio), l'Azienda Ospedaliera pisana, l'IFC-CNR e la Fondazione Monasterio di Pisa. Elenchiamo di seguito i progetti all'estero di cui l'Azienda è stata capofila o partner nel 2013.

Tabella 1. Progetti gestiti in qualità di capofila

Titolo progetto	Ente finanziatore e natura del progetto	Periodo attività
Supporto al sistema sanitario senegalese per la riduzione della mortalità materno-infantile (Regioni di Louga e Diourbel)	Regione Toscana (Progetto interesse regionale – PIR 2012)	25.10.2012-31.03.2014
La ricerca sanitaria a sostegno delle comunità locali: risorsa acqua e diritto alla salute (Municipio di Larreynaga, Dipartimento di León –Nicaragua)	Regione Toscana (Progetto strutturante biennale 2012) con cofinanziamento Associaz. Ita-Nica	15.03.2013-14.03.2015
La salute e i diritti delle donne per sconfiggere la povertà (Repubblica Democratica del Congo, Tanzania e Senegal)	Provincia di Livorno (bando cooperazione 2012)	12.06.2012-15.11.2013
Rafforzamento dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali senegalesi per la riduzione della mortalità materno-infantile	Regione Toscana (Progetto interesse regionale – PIR 2012)	25.02.2014-24.02.2015

Tabella 2. Partecipazione a progetti in qualità di partner

Titolo progetto	Ente finanziatore e natura del progetto	Ente Capofila	Ruolo svolto
Miglioramento dei servizi di primary health care e della salute della donna nel Bajo Atrato (Colombia)	Progetto semplice Reg. Toscana	Medu (Medici per i diritti umani)	Consulenza professionale PHC
“Salute, cura e assistenza”. Sostegno ai servizi sanitari di Mont' Ngafula e Ukulungu- Rep. Democratica del Congo	Regione Toscana (Progetto interesse regionale – PIR 2012)	ASL 5 Pisa	Gestione azione su Ukulungu
La Toscana Contro La Cecità In Africa – Burkina Faso		ASL 2 Lucca	Supporto alla gestione
Lotta alla cecità prevenibile ed evitabile		AOU Pisa	Supporto alla gestione
Attività sanitarie integrate di formazione al personale e rafforzamento delle strutture in Albania e Kosovo		ASL 1 Massa Carrara	Supporto alla gestione
“Prima le donne e i bambini”: potenziamento dell'Assistenza Sanitaria nelle Cliniche di Shrebraber e Zizencho nel Guraghe, Etiopia		Fondazione Monasterio	Supporto alla gestione
Cooperazione sanitaria toscana in Palestina in ambito pediatrico		Fondazione Monasterio	Supporto alla gestione
Cuore-Toscana. La cardiocirurgia pediatrica toscana per i bambini cardiopatici del mondo.		Regione Toscana (Progetto strutturante 2012)	CMSR

Attività sul territorio

Formazione per operatori stranieri

Nel quadro del progetto “La salute e i diritti delle donne per sconfiggere la povertà” (vedi tabella 1) si è tenuto presso il Presidio Ospedaliero di Livorno un periodo di formazione di tre mesi sulle ecografie (con particolare riferimento alle problematiche della gravidanza) a cui ha partecipato la dr.ssa Mary Felice, in servizio presso l’Ospedale di Lukolela (Repubblica Democratica del Congo).

Ricoveri umanitari

Il sistema di CSI della Regione Toscana prevede per ogni Area Vasta un fondo per i ricoveri umanitari di cui possono usufruire pazienti di Paesi partner. In collaborazione con l’AOUP sono stati rivisti i criteri di ammissibilità, privilegiando i minori.

Scuole

In collaborazione con la U. O. Educazione alla Salute sono stati effettuati incontri sulla salute globale e sulla solidarietà internazionale in scuole cittadine (2 classi di scuole primarie e 6 di scuole medie superiori).

Eventi informativi

Sono state realizzate numerose iniziative di carattere divulgativo sui temi della CSI, salute globale e dell’accoglienza agli immigrati quali trasmissioni televisive, incontri pubblici, relazioni a convegni e corsi di formazione, diretti sia al personale aziendale che ad altri soggetti quali volontari, mediatori culturali, comunità straniere. Nel mese di novembre 2013 si è svolto un incontro con gli operatori dell’Ospedale Hellenikò di Atene.

Partecipazione a gruppi di lavoro regionali e provinciali

L’Azienda tramite il suo referente per la CSI partecipa al tavolo regionale di coordinamento delle attività internazionali, al Tavolo America Latina, al Tavolo Africa e al Gris (Gruppo regionale Immigrati e Salute, promosso dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni). Fa parte del Comitato Tecnico del Forum per la Cooperazione e la Pace della Provincia di Livorno.

Gestione attrezzature in dismissione

È stata predisposta una procedura secondo la quale le strutture che gestiscono la dismissione di beni dell’Azienda (arredi, elettromedicali, veicoli, attrezzature informatiche) comunicano al referente per la CSI la richiesta di fuori uso in modo che possa essere valutata la possibilità di inviare tali beni all’estero o donati ad associazioni di volontariato presenti sul territorio. Nel 2013 questa procedura ha permesso il riutilizzo di alcune attrezzature informatiche ed elettromedicali, inoltre è stato fornito supporto per l’invio in Senegal di un’ambulanza della Società Volontaria di Soccorso di Livorno.

Corso AVIS (progettazione)

In collaborazione con l’AVIS è stato presentato al CESVOT il progetto per il corso di formazione “Dono, fratellanza e solidarietà”, che è stato approvato e finanziato (periodo attività febbraio-maggio 2014).

Collaborazione con altre strutture per la gestione di progetti

Il referente per la CSI è disponibile a supportare altre strutture aziendali nella gestione di progetti finalizzati regionali o finanziati da altre istituzioni. Nel 2013 questo supporto è stato fornito alla Zona Livornese (Assistenza Sociale) per la gestione del progetto Vis Network (progetto europeo con capofila Provincia di Livorno).

Partecipazione di operatori aziendali a progetti di cooperazione all’estero

Il referente per la CSI cura l’applicazione della Delibera della Giunta Regionale toscana n. 300/2008, che riconosce agli operatori del sistema sanitario un mese di aspettativa per la partecipazione a missioni all’estero nel quadro di progetti approvati e/o finanziati dalla Regione. Nel corso del 2013 hanno usufruito delle disposizioni della DGR 300 quattro operatori dell’Azienda USL 6.

B 3.5.2 Ricoveri di cittadini stranieri nei Presidi Ospedalieri dell'ASL 6 di Livorno

Nel corso del 2013 nei Presidi Ospedalieri dell'ASL 6 di Livorno sono stati ricoverati 2.138 cittadini stranieri di 100 diverse nazionalità, di cui quasi la metà (46,4%) presso il P. O. di Livorno. L'area geografica di provenienza più rappresentata è quella dell'Europa Orientale, con 940 pazienti, tra i quali 342 con cittadinanza di Bulgaria e Romania, Paesi entrati di recente a far parte dell'Unione Europea ma con una particolare situazione amministrativa (vedi tabelle 1 e 2).

La maggioranza dei ricoveri (50,98%) si riferisce al percorso materno-infantile, a seguire la chirurgia (12,63%). I nuovi nati sono 400 di 40 diverse nazionalità (tabella 5). Sono state erogate prestazioni relative a 300 diversi DRG, le più frequenti (tabella 5) riguardano il parto vaginale senza complicazioni e l'aborto con dilatazione e raschiamento.

Tabella 1: Ricoveri di cittadini stranieri nei Presidi Ospedalieri dell'ASL 6 di Livorno (per area geografica di provenienza)

Area	C	E	P	L	V	Totale
Unione Europea	48	76	59	91	8	282
Nuovi Paesi UE (Bulgaria, Romania)	53	39	72	169	9	342
Europa Occidentale non UE	15	8	4	13	0	40
Europa Orientale	157	77	107	246	11	598
Asia e Medio Oriente	35	14	22	135	1	207
Nordafrica	62	43	71	120	0	296
Africa Subsahariana	39	3	33	61	0	136
America Latina	32	17	15	140	7	211
Nordamerica (Canada e USA)	2	1	2	13	0	18
Oceania	0	0	0	2	0	2
Nazionalità non nota o apolidi	1	0	3	2	0	6
TOTALE	444	278	388	992	36	2138

Legenda: C=P. O. Cecina, E=P. O. Portoferraio, P=P. O. Piombino, L=P.O. Livorno, V=Villa Tirrena

Tabella 2: Ricoveri di cittadini stranieri nei Presidi Ospedalieri dell'ASL 6 di Livorno: prime dieci nazionalità.

Paese	C	E	P	L	V	Totale
1. Romania	50	39	71	159	8	327
2. Albania	70	26	31	114	5	246
3. Marocco	51	30	61	65		207
4. Ucraina	35	12	42	58	4	151
5. Moldavia	23	34	12	25	1	95
6. Germania	10	38	24	11	1	84
7. Perù	9		1	72		82
8. Senegal	25		22	29		76
9. Tunisia	9	8	10	45		72
10. Polonia	13	6	10	26	2	57

Tabella 3: Reparti di ricovero dei cittadini stranieri per P. O.

Reparto	C	E	P	L	V	Totale	%
CARDIOLOGIA	20		10	34		64	2,99
CHIRURGIA	34	50	46	115	25	270	12,63
CHIRURGIA VASCOLARE				11		11	0,51
DERMATOLOGIA				2		2	0,09
EMATOLOGIA				15		15	0,7
LUNGODEGENTI					3	3	0,14
MALATTIE INFETTIVE				45		45	2,1
MEDICINA GENERALE	22	58	49	48		177	8,28
NEFROLOGIA				12		12	0,56
NEONATOLOGIA				31		31	1,45
NEUROCHIRURGIA				41		41	1,92
NEUROLOGIA				14		14	0,65
NIDO	27	15	16	32		90	4,21
OCULISTICA			2	5		7	0,33
ONCOLOGIA	12		8	25		45	2,1
ORTOPEDIA	42	32	62	67	6	209	9,78
OSTETRICIA	229	90	145	321	2	787	36,81
OTORINO			17	21		38	1,78
PEDIATRIA	54	33	24	71		182	8,51
PNEUMOLOGIA				10		10	0,47
PSICHIATRIA				34		34	1,59
RIABILITAZIONE	1					1	0,05
TERAPIA INTENSIVA			2	13		15	0,7
UNITA' CORONARICA	3		2	14		19	0,89
UROLOGIA			5	11		16	0,75
TOTALE	444	278	388	992	36	2138	99,99
Materno-inf.	310	138	185	455	2	1090	50,98

Tabella 4: Nuovi nati da cittadini stranieri (prime dieci nazionalità)

Paese	C	E	P	L	Totale
1. Romania	16	9	8	25	58
2. Marocco	18	7	16	18	55
3. Albania	22	5	7	19	53
4. Ucraina	6	3	8	11	28
5. Moldavia	5	8	1	7	21
6. Cina	2	2	3	11	18
6. Senegal	11		4	3	18
8. Polonia	4	1	3	6	13
8. Tunisia	4	2	3	4	13
9. Rep. Dominicana	1	1	1	6	9

Tabella 5: DRG più frequenti

Descrizione DRG	Tot.
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	264
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	186
Parto cesareo senza CC	110
Neonato normale	89
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	68
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	48
Aborto senza dilatazione e raschiamento	44
Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	44
Neonati con altre affezioni significative	35
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	34
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	30
Psicosi	30

3.5.3 Dati sulla mediazione linguistica e culturale

a) Presidio Ospedaliero LIVORNO

TAB. 1- INTERVENTI DI MEDIAZIONE PER MESE

MESE	INTERVENTI
Gennaio	16
Febbraio	17
Marzo	19
Aprile	21
Maggio	29
Giugno	10
Luglio	27
Agosto	12
Settembre	43
Ottobre	22
Novembre	19
Dicembre	16
Totale	251

TAB. 2 - INTERVENTI PER MEDIAZIONE PER PAESE DI PROVENIENZA

PAESE	INTERVENTI	%
CINA	200	79,7
ALGERIA	13	5,2
SENEGAL	11	4,4
BANGLADESH	6	2,4
MAROCCO	6	2,4
GERMANIA	4	1,6
ALBANIA	2	0,8
SPAGNA	2	0,8
TURCHIA	2	0,8
UCRAINA	2	0,8
REPUBBLICA CECA	1	0,4
EGITTO	1	0,4
PORTOGALLO	1	0,4
TOTALE	251	

TAB. 3 – INTERVENTI DI MEDIAZIONE PER REPARTO

REPARTO	REPARTO	UTENTE	Totale	%
ENDOCRINOLOGIA	1	36	37	14,7
1° PADIGLIONE	4	22	26	10,4
MALATTIE INFETTIVE	15	21	36	14,3
5° PADIGLIONE	5	18	23	9,2
RADIOLOGIA	4	16	20	8,0
6° PAGIGLIONE		11	11	4,4
GINECOLOGIA/OSTETRICIA	9	10	19	7,6
ODONTOSTOMATOLOGIA		7	7	2,8
NEUROLOGIA/NEUOCHIRURGIA	4	6	10	4,0
PRONTO SOCCORSO	3	6	9	3,6
UTIC	4	5	9	3,6
4° PADIGLIONE	2	5	7	2,8
MALATTIE INFANTILI		4	4	1,6
ONCOLOGIA	2	3	5	2,0
DERMATOLOGIA	1	3	4	1,6
20° PADIGLIONE	4	2	6	2,4
MEDICINA GENERALE	2	2	4	1,6
PEDIATRIA/NIDO		2	2	0,8
SENOLOGIA		2	2	0,8
OCULISTICA	1	1	2	0,8
ORTOPEDIA	2	1	3	1,2
7° PADIGLIONE		1	1	0,4
15° PADIGLIONE		1	1	0,4
PREOSPEDALIZZAZIONE		1	1	0,4
RADIOTERAPIA		1	1	0,4
NEFROLOGIA	1		1	0,4
TOTALE	64	187	251	
TOTALE %	25,5%	74,5%		

b) CONSULTORI FAMILIARI

MEDIAZIONE PER MESE

Mese	Fisso	Su richiesta	Totale	%
Gennaio	103	33	136	10,3
Febbraio	106	36	142	10,7
Marzo	95	23	118	8,9
Aprile	116	23	140	10,6
Maggio	97	17	114	8,6
Giugno	49	8	57	4,3
Luglio	47	8	55	4,1
Agosto	64	30	94	7,1
Settembre	101	24	125	9,4
Ottobre	117	18	135	10,2
Novembre	89	12	101	7,6
Dicembre	102	8	110	8,3
Totale	1086	240	1326	
%	81,9	18,1		

UBICAZIONE DELLA PRESTAZIONE

	Fisso	Su richiesta	Totale	Totale%
*Abitazione		19	19	1,4
Salviano		1	1	0,1
Fiorentina		1	1	0,1
Ospedale/ginecologia		129	129	9,7
**Ospedale/altri reparti		11	11	0,8
Via del Mare		1	1	0,1
Domicilio		2	2	0,2
Centro	1086	76	1162	87,6
Totale	1086	240	1326	

* traduzione dei libretti di vaccinazione

**prestazioni legate alla gravidanza: poliambulatorio, p.soccorso, cardiologia, diabetologia, ematologia

TIPO DI PRESTAZIONE*

Fisso	Su richiesta	Totale
1086	240	1326
81,9%	18,1%	

Fisso = martedì e mercoledì al distretto E. Rossi e Via Piave, Fiorentina e Centro.

Su richiesta = tutti gli altri giorni a seconda della richiesta dell'utenza e del servizio

PER PAESE PROVENIENZA

Cina	559	42,2%
Marocco	290	21,9%
Tunisia	152	11,5%
Albania	112	8,4%
Ucraina	82	6,2%
Nigeria	40	3%
Bangladesh	21	1,6%
Algeria	17	1,3%
Siria	16	1,2%
Romania	15	1,1%
Senegal	5	0,4%
Perù	4	0,3%
Russia	4	0,3%
Dominicana	2	0,2%
Filippine	2	0,2%
Bulgaria	1	0,1%
Colombia	1	0,1%
Etiope	1	0,1%
Italiana	1	0,1%
Polonia	1	0,1%
Totale	1326	

C. IL QUADRO ECONOMICO DELLA AUSL 6

C.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI PERSEGUITI ED I RISULTATI RAGGIUNTI

L'anno 2013 ha visto la prosecuzione di numerose iniziative, già avviate negli esercizi precedenti, nonché l'introduzione di altre attività di razionalizzazione e sviluppo organizzativo che hanno portato delle novità gestionali e che hanno avuto, ovviamente, degli effetti sul Bilancio d'Esercizio, effetti di cui si parla diffusamente più in dettaglio nella relazione al Bilancio stesso.

Relativamente alle principali iniziative ed attività, che hanno avuto come oggetto sia interventi sul settore assistenziale sia sull'organizzazione tecnica ed amministrativa, è importante segnalare che l'azienda aggiorna costantemente una relazione sul trend della gestione dove si evidenziano le principali iniziative e riorganizzazioni, nonché gli effetti delle stesse¹.

A titolo esemplificativo le principali aree di intervento sono:

- ✓ proseguimento della riorganizzazione e del potenziamento dell'offerta chirurgica, con particolare riferimento alla chirurgia oculistica, all'urologia, all'ortopedia e all'emodinamica, quest'ultima attiva h24;
- ✓ riassetto del settore oncologico, con costituzione di un centro di ematologia aziendale e del polo oncologico presso il PO di Livorno;
- ✓ sviluppo della organizzazione dell'assistenza ospedaliera per intensità di cure ed attivazione degli ospedali di comunità ed hospice (Livorno – Cecina – Piombino)
- ✓ attivazione nei 4 presidi ospedalieri di centrali uniche di preospitalizzazione ed informatizzazione delle liste di attesa, nonché avvio della informatizzazione completa delle sale operatorie;
- ✓ contenimento delle liste di attesa attraverso l'acquisizione di tre nuove apparecchiature RMN, ed attivazione di accessi prioritari cosiddetti H72 ed accessi differenziati;
- ✓ attivazione a livello di intera azienda del metodo di prenotazione telefonica (CUP – TEL) e del CUP di Area Vasta per alcune prestazioni specialistiche e di tutta la diagnostica per immagini;
- ✓ proseguimento del processo di razionalizzazione ed accentramento dei laboratori diagnostici;
- ✓ messa in atto del piano di complessiva rifunionalizzazione della rete delle strutture territoriali di offerta di servizi socio-sanitari nell'ottica della sanità d'iniziativa e del chronic care model, con l'apertura del nuovo Centro Socio Sanitario presso il Poliambulatorio del PO di Livorno ed apertura del Distretto Livorno Est;
- ✓ riorganizzazione dei servizi di Diabetologia ed attivazione del "Day Service" con prenotazione di pacchetti di prestazioni in modo da evitare ricoveri inappropriati;

¹ La relazione è molto corposa ed è quindi disponibile, se richiesta, in allegato. La stessa parte dalla situazione all'anno 2009 fino all'ultimo aggiornamento che solitamente avviene trimestralmente.

- ✓ proseguimento del processo di riorganizzazione su base dipartimentale di tutte le attività dell'azienda con costituzione di strutture amministrative/gestionali direttamente collocate presso i Dipartimenti Sanitari;
- ✓ completamento della riorganizzazione dell'attività libero professionale intramoenia;
- ✓ proseguimento dei processi di razionalizzazione e monitoraggio degli investimenti, nell'ottica sia del recupero della solidità strutturale dell'azienda che del progetto di realizzazione del Nuovo P.O. di Livorno;
- ✓ miglioramento dell'efficienza tecnico-amministrativa e, in generale, dell'affidabilità del sistema informativo contabile dell'Azienda anche nell'ottica della revisione di bilancio;
- ✓ proseguimento delle azioni previste dal piano di contenimento dei costi e di incremento dei ricavi al fine dell'equilibrio di bilancio.

C.2 IL PROFILO GESTIONALE-ORGANIZZATIVO ED ECONOMICO- FINANZIARIO

C.2.1. L'Organizzazione

La nuova organizzazione, già definita nel corso del 2010 con Determinazione DG n° 518/2010, ha iniziato a mostrare i primi risultati. In particolare i Dipartimenti ospedalieri, in forma coordinata con il Dipartimento Infermieristico ostetrico e delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e prevenzione, rappresentano strutture gestionali e/o di coordinamento tecnico-scientifico finalizzate ad assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché a garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate in regimi diversi e le professionalità in che in esso esercitano la propria attività lavorativa.

Per i risultati in termini di performance si rinvia alla sezione dedicata.

C.2.2 La struttura per livelli di assistenza

La struttura per livelli di assistenza è quella che si riporta nella tabella relativa (**Tabella n. 6**), alla quale si rimanda. Si evidenzia uno spostamento dei costi sui livelli territoriali, coerentemente con il percorso di deospedalizzazione in atto.

C.2.3. Gestione del percorso budget e sistema reportistica

Per l'area del Controllo di gestione è stato completato tutto il sistema di assegnazione degli obiettivi, di monitoraggio ed impostato il sistema di verifica e valutazione dei risultati. In particolare si è ritenuto opportuno ridefinire le linee di responsabilità, i livelli di responsabilità, gli strumenti del sistema formalizzandoli in una procedura di "Budget, monitoraggio e valutazione". Gli obiettivi sono stati definiti, come già nel 2009 e 2010 sia in senso verticale che orizzontale.

Verticalmente si considerano i centri responsabilità con relazione di gerarchia, ovvero i Dipartimenti ospedalieri, le Zone distretto, le unità operative. Orizzontalmente, per quanto riguarda gli obiettivi economici, si rileva la necessità di confermare ed estendere l'attribuzione della responsabilità nella gestione delle risorse anche

alle strutture di supporto tecnico amministrativo, definite attualmente “gestori dei conti” e rinominati “Responsabili del budget trasversale”.

Nelle schede budget sono stati riportati gli obiettivi assegnati ai vari centri di responsabilità, con particolare riferimento alle azioni necessarie alla realizzazione del piano di rientro già definito nel corso del 2009.

In particolare, le schede budget delle strutture tecnico – amministrative, comprendono l’obiettivo “budget trasversale” scisso in tre tipologie:

1. una che richiama i responsabili stessi al rispetto del vincolo economico assegnato;
2. l’altra che li impegna a segnalare mensilmente al Controllo di gestione le eventuali proiezioni di sfioramento;
3. ed infine, obiettivi specifici su specifiche azioni di rientro.

A livello di monitoraggio è in corso di perfezionamento un sistema di report per la direzione e per i centri di responsabilità che garantisca il ritorno delle informazioni alle strutture in maniera tempestiva. Da questo punto di vista delicato è il rapporto con ESTAV, al quale sono definitivamente transitate le strutture informative ed informatiche. Con ESTAV stiamo definendo gli standard di servizio necessari per garantire all’azienda:

- ✓ da un lato la completa, tempestiva ed agevole disponibilità degli archivi informativi;
- ✓ dall’altro la garanzia di analisi su alcuni indicatori strutturati e la copertura del debito informativo aziendale verso la Regione.

Particolare attenzione è stata data al monitoraggio di quella che si può definire “dotazione organica equivalente” ossia alla costruzione di una reportistica mensile sulla consistenza numerica del personale operante presso le strutture aziendali che ricomprende non solo il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, ma anche gli Specialisti Ambulatoriali Interni, il personale con contratto di lavoro autonomo, il personale in convenzione proveniente da altre Aziende Sanitarie nonché le prestazioni in libera professione per conto dell’Azienda (cosiddetta art. 55). Tutto ciò al fine di permettere alla Direzione di avere sotto controllo l’effettiva situazione dell’impiego di risorse umane nelle strutture aziendali.

In particolar modo, il *Cruscotto direzionale mensile* permette alla direzione di avere le principali informazioni in quel momento rilevanti ed in forma sintetica, allo stesso tempo una reportistica più dettagliata per le strutture di linee permetterà alle stesse di operare avendo ben presente qual è il loro posizionamento rispetto agli obiettivi concordati.

Gli obiettivi assegnati alle strutture, declinati sulla base della programmazione aziendale, sono stati quindi gestiti unitariamente, definiti entro i primi mesi dell’anno e saranno monitorati mensilmente e rivisti eventualmente in corso d’anno.

Anche la valutazione delle performance è garantita in progress, ovvero mensilmente è reso disponibile alle strutture in dettaglio ed alla direzione aziendale in sintesi l’andamento delle valutazioni derivante dalle performance in corso di realizzazione.

C.2.4. L'attività

Nel complesso il trend 2012 – 2013 è in linea con gli orientamenti aziendali di progressiva deospedalizzazione.

○ L'Attività chirurgica

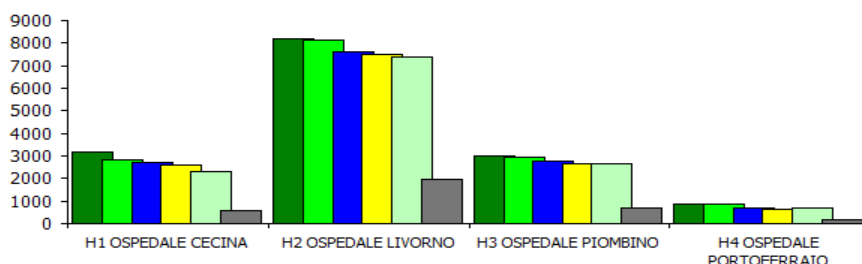
L'attività Chirurgica complessiva è in lieve diminuzione nel trend di lungo periodo, fenomeno legato in particolare a recupero in termini di appropriatezza:

gennaio-dicembre

aggiornato al: 31/03/2014

10

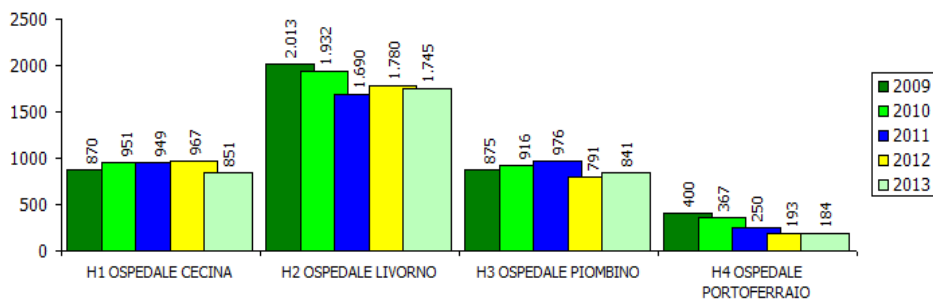
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
H1 OSPEDALE CECINA	3.150	2.817	2.731	2.575	2.333	604
H2 OSPEDALE LIVORNO	8.210	8.144	7.640	7.523	7.389	1.935
H3 OSPEDALE PIOMBINO	3.000	2.945	2.787	2.680	2.636	701
H4 OSPEDALE PORTOFERRAIO	868	844	687	654	685	163
Somma:	15.228	14.750	13.845	13.432	13.043	3.403



○ Ortopedie

ORTOPEDIA

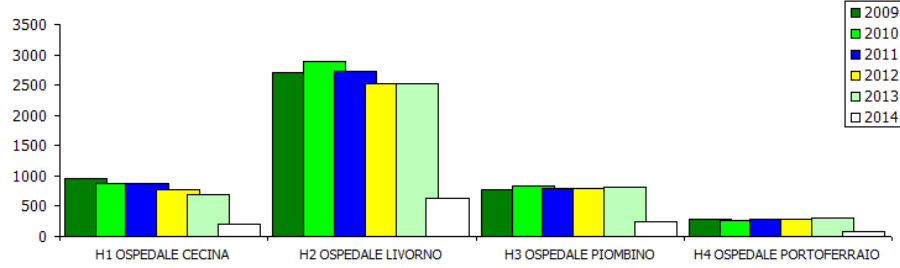
	2009	2010	2011	2012	2013
H1 OSPEDALE CECINA	870	951	949	967	851
H2 OSPEDALE LIVORNO	2.013	1.932	1.690	1.780	1.745
H3 OSPEDALE PIOMBINO	875	916	976	791	841
H4 OSPEDALE PORTOFERRAIO	400	367	250	193	184
Somma:	4.158	4.166	3.865	3.731	3.621



○ Chirurgie

CHIRURGIE (compresa la Vascolare)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
H1 OSPEDALE CECINA	954	875	880	766	692	196
H2 OSPEDALE LIVORNO	2.697	2.888	2.723	2.520	2.525	623
H3 OSPEDALE PIOMBINO	771	838	785	801	824	237
H4 OSPEDALE PORTOFERRAIO	281	269	282	281	304	79
Somma:	4.703	4.870	4.670	4.368	4.345	1.135



○ Specialistiche

NEUROCHIRURGIA

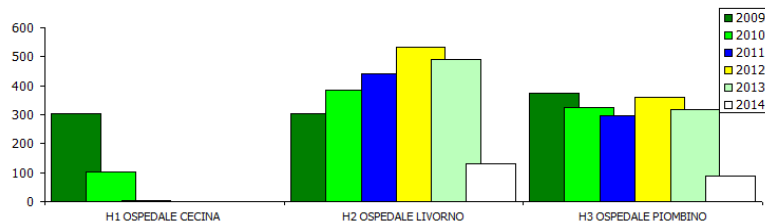
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
H2 OSPEDALE LIVORNO	830	811	864	854	850	205
Somma:	830	811	864	854	850	205



Si mantiene stabile la Neurochirurgia, mentre incrementa l'Urologia. Sostanzialmente stabile anche la Ginecologia.

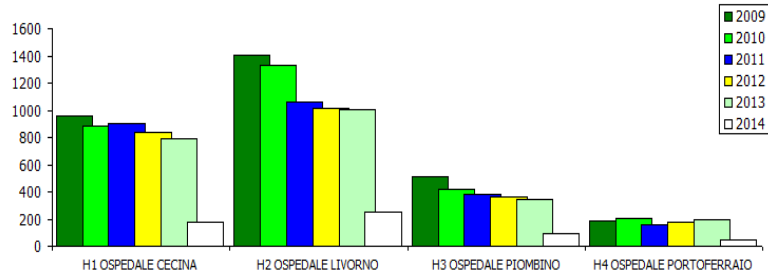
UROLOGIA

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
H1 OSPEDALE CECINA	303	104	2	1		
H2 OSPEDALE LIVORNO	304	384	440	534	490	131
H3 OSPEDALE PIOMBINO	374	323	298	361	318	88
Somma:	981	811	740	896	808	219



GINECOLOGIA

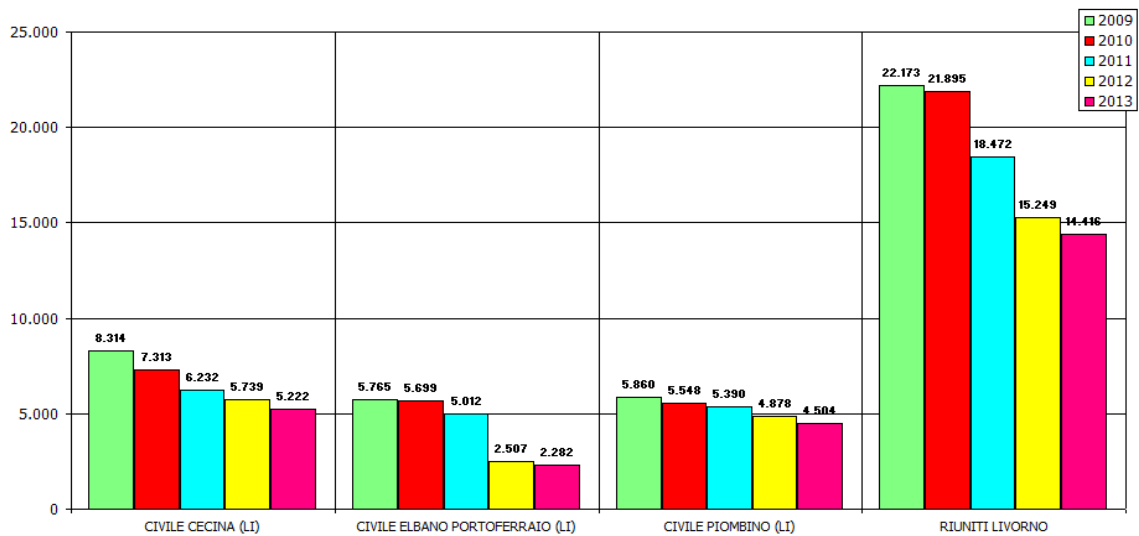
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
H1 OSPEDALE CECINA	957	887	900	841	790	173
H2 OSPEDALE LIVORNO	1.402	1.334	1.059	1.017	1.009	251
H3 OSPEDALE PIOMBINO	509	420	384	365	342	89
H4 OSPEDALE PORTOFERRAIO	187	208	155	180	197	48
Somma:	3.055	2.849	2.498	2.403	2.338	561



La Degenza

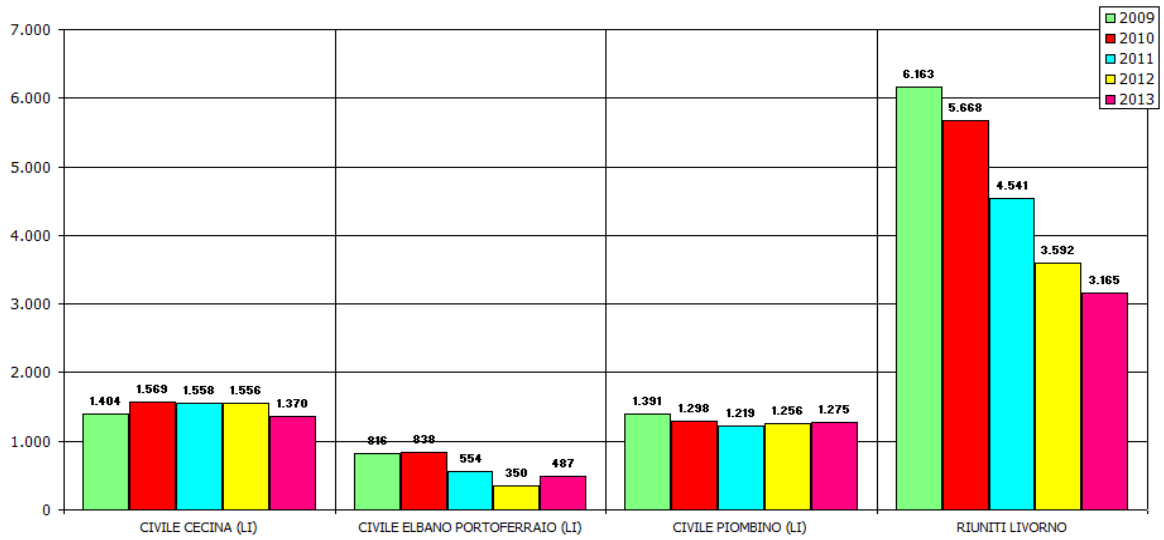
Il numero di ricoveri è in diminuzione, ciò coerentemente con il recupero di appropriatezza legato ai DRG a rischio di in appropriatezza in regime di degenza ordinario che è migliorato sensibilmente:

Ordinari



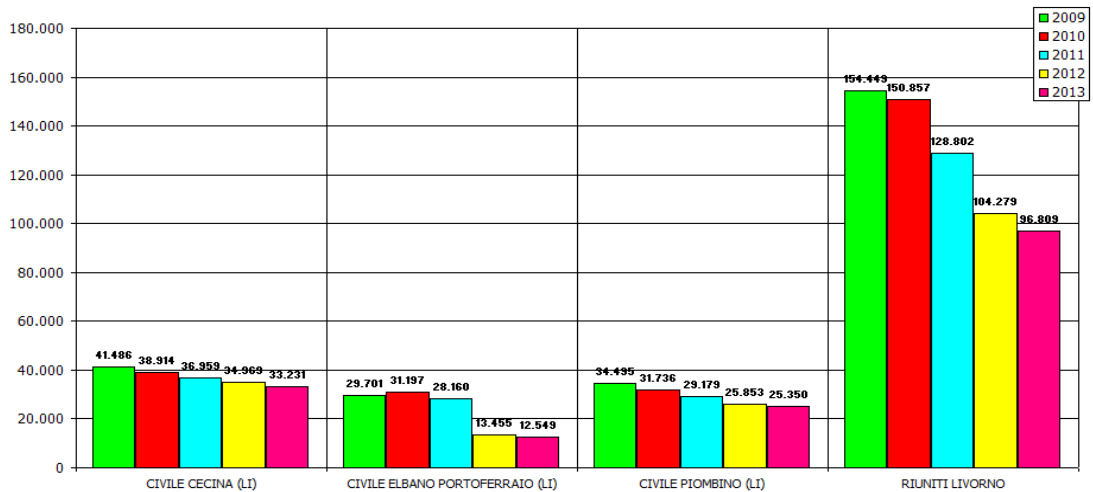
Stessa considerazione per i DH, che hanno visto un calo sensibile dei DH con finalità diagnostica:

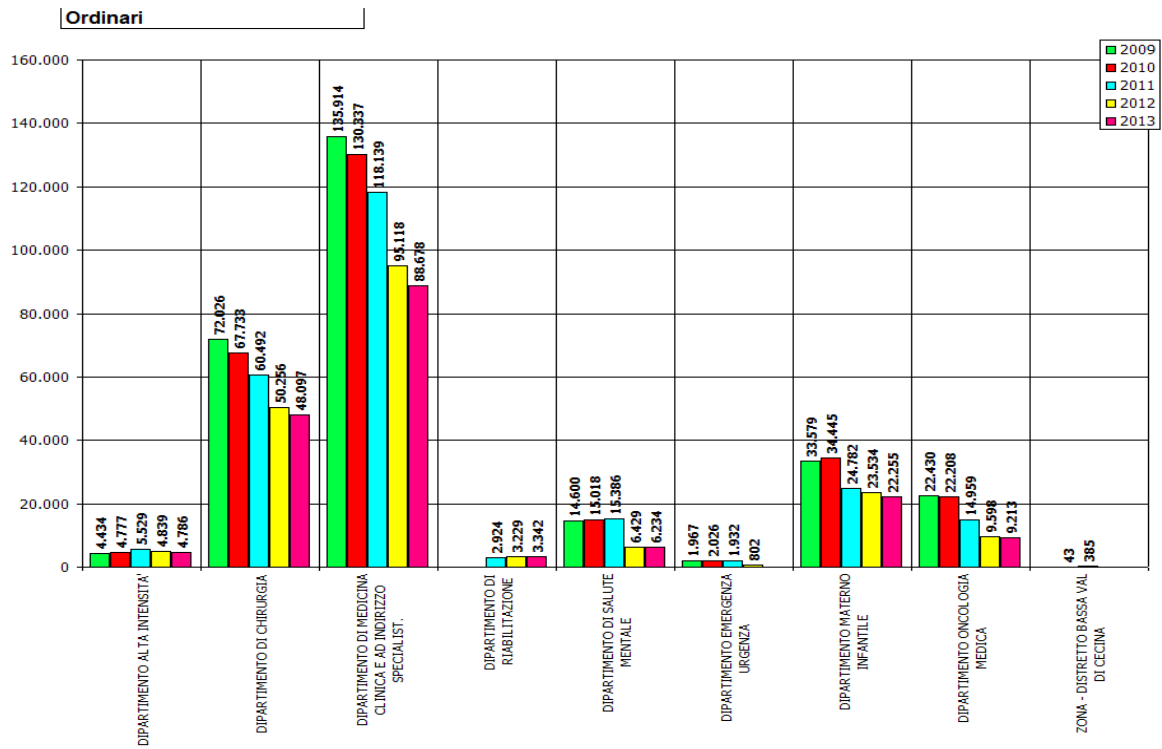
Day Hospital



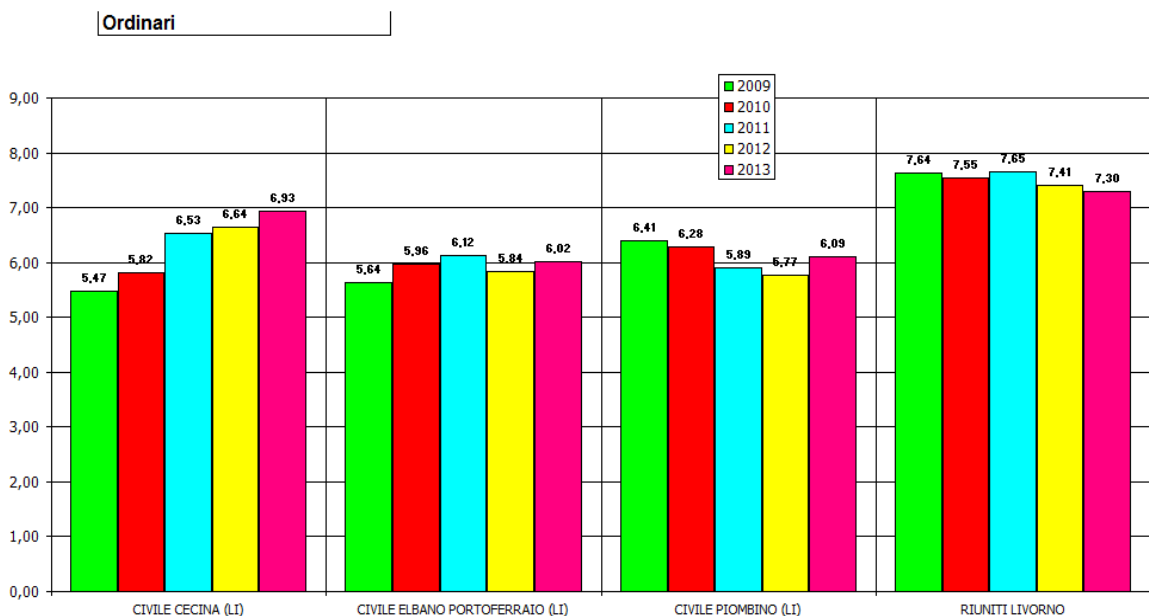
Anche le giornate di degenza hanno visto una positiva razionalizzazione:

Ordinari



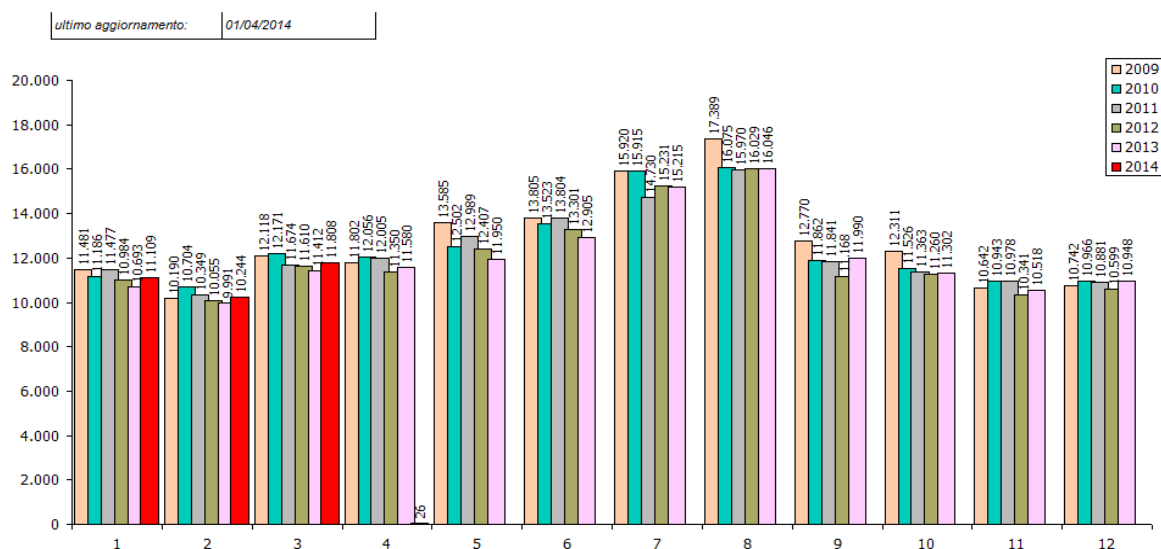


L'effetto è complessivamente stabile anche in termini di degenza media, pur se ancora la degenza media aziendale rimane superiore agli standard regionali, il dato 2013 si attesta su **6,22** contro i 6,15 del 2012, comunque in miglioramento rispetto al 2011 (6,38). Nel trend di breve periodo i tre presidi periferici sono in peggioramento, mentre migliora Livorno:



Gli accessi al Pronto Soccorso

Fino al 2013 diminuiscono sensibilmente gli accessi al Pronto soccorso, ed al tempo stesso aumenta la capacità di filtro del PS; nei primi mesi del 2014 stiamo registrando una inversione di tendenza, che comporta il rischio di un potenziale inappropriato utilizzo del PS:



La capacità di filtro del PS nel corso degli anni è costantemente in crescita, soprattutto dal 2012:

aggregazione centri	accessi in OBI 2007	accessi in OBI 2008	accessi in OBI 2009	accessi in OBI 2010	accessi in OBI 2011	accessi in OBI 2012	accessi in OBI 2013	scostam. % 2013 vs. 2012 (sul periodo)
P.S. CECINA	5	2	1		1.197	2.392	2.492	4,18 %
P.S. ELBA	1557	2011	1643	1.558	1.490	1.456	1.297	-10,92 %
P.S. LIVORNO	3923	4062	4688	4.892	4.590	4.836	4.778	-1,20 %
P.S. PIOMBINO	1889	2025	1940	1.791	1.477	1.815	2.021	11,35 %
	7374	8100	8272	8.241	8.754	10.499	10.588	0,85 %

L'Ospedale di Comunità

Nel corso del 2012 è stato sviluppata questa forma di cura intermedia, ancora insufficiente secondo standard regionali.

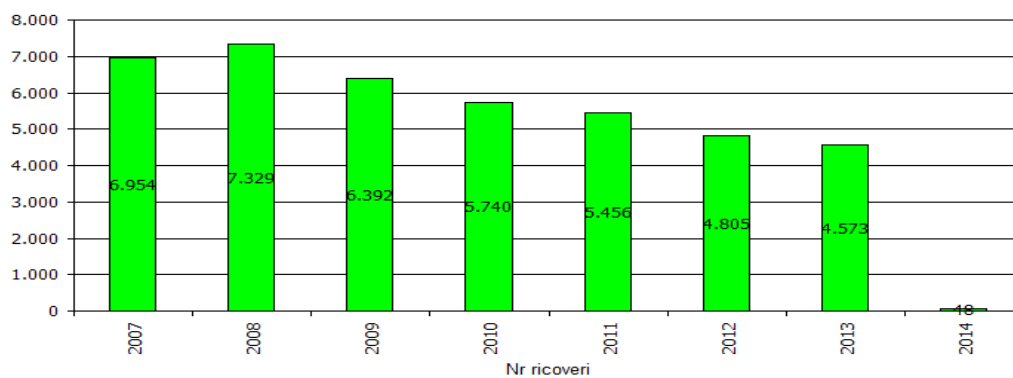
Nel 2013 l'attività registra un forte incremento:

O.d.C.	Pazienti	Ammissioni	Dimissioni	Posti Letto Medi	Degenza Media	Tasso di Occupazione	Turn-Over (intervallo dimissione - ammissione espresso in giorni)	Rotazione (numero pazienti che ruotano all'interno del posto letto)
OdC Cecina	240	240	223	17,7	21,6	80,0%	5,4	13,5
OdC Livorno	481	480	472	21,0	13,3	83,4%	2,7	22,9
OdC Piombino	258	244	249	15,0	16,5	77,7%	4,7	17,2
OdC Elba	141	141	141	8,0	15,4	74,2%	5,3	17,6

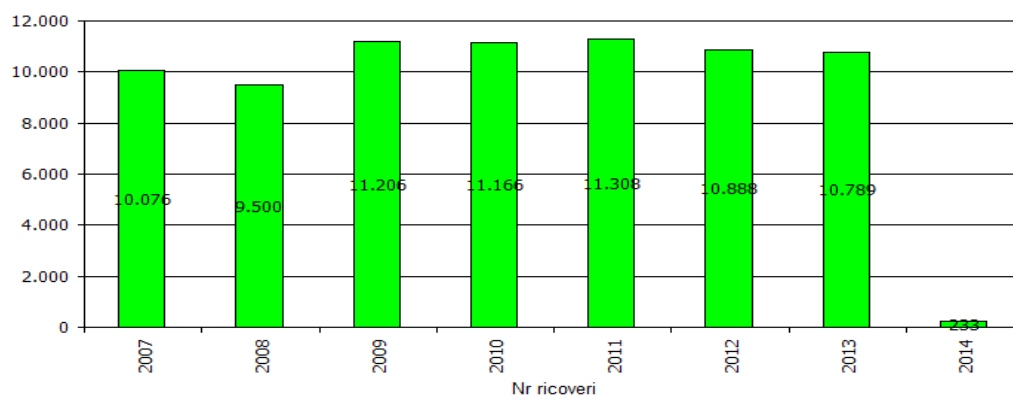
Fughe regionali ricoveri ordinari

La contrazione di ricoveri ed in alcuni casi anche di interventi chirurgici non si è tradotta in aumenti di fughe. Questo conferma il recupero di appropriatezza ottenuto.

Day Hospital

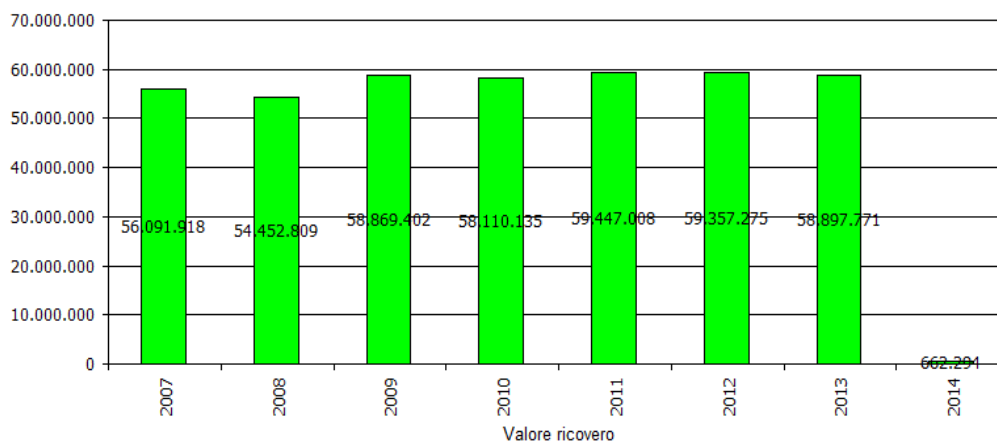


Ordinari



Anche da un punto di vista economico si conferma il trend positivo (da notare che l'incremento dal 2008 al 2009 è concomitante rispetto ad una revisione sostanziale delle tariffe e codifiche DRG).

Ultimo aggiornamento: 01/04/2014



Fughe extra regionali ricoveri

L'attività di ricovero per nostri residenti erogata da presidi di altre Regioni ha subito una positiva riduzione nel corso dell'ultimo anno di cui è possibile valutare a pieno il trend, ovvero il 2012, e lo stesso trend si registra su dati ancora parziale del 2013:

Riepilogo Fughe Extra-Regione trend anni 2007 - 2012 (Ricoveri)

	2011	2012	var 2012-2011
	Importo	Importo	
Abruzzo	95.132	47.105	-48.028
Alto Adige	124.954	114.541	-10.413
Basilicata	18.818	6.565	-12.253
Calabria	48.812	7.500	-41.311
Campania	167.073	292.020	124.947
Emilia Romagna	4.795.719	4.174.407	-621.312
Friuli Venezia Giulia	39.329	47.765	8.436
Lazio	784.346	737.201	-47.145
Liguria	1.195.857	1.129.749	-66.109
Lombardia	4.796.714	3.708.580	-1.088.134
Marche	47.283	40.530	-6.752
Molise	12.003	7.100	-4.903
Piemonte	641.851	581.860	-59.991
Puglia	134.073	95.110	-38.963
Sardegna	146.561	95.754	-50.807
Sicilia	136.291	321.168	184.877
Trentino	72.265	175.384	103.118
Umbria	272.202	185.676	-86.526
Valle d'Aosta	13.885	11.165	-2.720
Veneto	528.777	438.806	-89.971
	350.313	28.325	-321.988
	14.422.259	12.246.309	-2.175.949

C 3. LO SVILUPPO DELLA RETE DEI PRESIDI

C.3.1. Gli interventi finanziati (tabelle n° 8, 9, 10)

a.1) Zona Livornese

Presidio Ospedaliero di Livorno

Nel corso dell'anno 2013, sono stati ultimati i seguenti interventi, tutti finanziati con una specifica voce del programma annuale lavori :

- Proseguimento delle opere di adeguamento alle norme di sicurezza impianti ascensori
- Trasferimento attività di ambulatori di dermatologia dal 4° padiglione al 20° padiglione e dal 4° pad. Al 1° pad. Primo piano
- Miglioramento del Pronto Soccorso - Cantiere C2
- Sostituzione batterie UPS di alcune utenze preferenziali
- Nuovo Ospedale di Livorno – graduatoria provvisoria di aggiudicazione
- Trasferimento uffici Direzionali dalla sede di Monterotondo al Palazzo Amministrazione di viale Alfieri

Territorio

- Isola di Capraia – realizzazione nuovo Presidio Ambulatoriale
- Nuovo Distretto Socio Sanitario Collesalveti

Gli interventi che risultano ancora in corso di realizzazione sono :

- Lotto 3 – Ristrutturazione e riqualificazione PO di Livorno (completamento 2° Padiglione, piani 1°, 2°, 3°.
- Padiglione 2° Piano Terreno : esecuzione degli interventi di ristrutturazione
- Nuova cabina elettrica 3
- Miglioramento del Pronto Soccorso - Cantiere C2 – opere di completamento
- Nuovo Ospedale di Livorno
- Traferimento CED da Monterotondo al PO di Livorno

a.2) Zona Bassa Val di Cecina

Nel corso dell'anno 2013, sono stati ultimati i seguenti interventi, tutti finanziati con una specifica voce del programma annuale lavori :

Presidio Ospedaliero di Cecina

- Nessun intervento

Gli interventi che risultano in corso di realizzazione sono :

Territorio

- MS Distretto Rosignano -(progettazione completata di interventi di manutenzione straordinaria nell'attuale distretto Rosignano Solvay, per la messa a norma antincendio dell'edificio); in attesa gara per l'esecuzione dei lavori.
- Nuovo Distretto del Comune di Rosignano Marittimo (è stato conferito l'incarico di progettazione preliminare e relazione geologica)

a.3) Zona Val di Cornia

Presidio Ospedaliero di Villamarina

Nel corso dell'anno 2013, sono stati ultimati i seguenti interventi, tutti finanziati con una specifica voce del programma annuale lavori :

- Prima tranche adeguamento impianti gas medicali

Gli interventi che risultano ancora in corso di realizzazione sono :

- Nessun intervento

Non si segnalano interventi nel Territorio della zona Val di Cornia

a.4) Zona Elba

Presidio ospedaliero di Portoferraio

Nel corso dell'anno 2013, sono stati ultimati i seguenti interventi, tutti finanziati con una specifica voce del programma annuale lavori :

- Nessun intervento

Territorio

Non si segnalano interventi nel Territorio della zona Elba

Gli interventi che risultano ancora in corso di realizzazione sono :

Distretto S.S. Rio Marina, ristrutturazione (lavori appaltati, in attesa di valutazione opportunità realizzazione intervento)

C 3.2 Stato di avanzamento del programma per gli interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale di strutture esistenti al 31.12.2013

Zona di Livorno

P.O. LIVORNO – sostituzione batterie UPS : avanzamento al 100 %

P.O. LIVORNO - PADIGLIONE 2° P.T. : realizzazione con avanzamento al 20%

P.O. LIVORNO – Nuova cabina elettrica 3 : in fase di realizzazione con avanzamento al 70 %

P.O. LIVORNO – interventi di ristrutturazione per trasferimenti di uffici al Palazzo Amm.ne, realizzato al 100%.

P.O. LIVORNO – adeguamento nuove norme di sicurezza impianti ascensori : lavori ultimati

P.O. LIVORNO – Interventi di ristrutturazione - Lotto 3: lavori in corso con avanzamento all'85%

P.O. LIVORNO - MIGLIORAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO Cantiere C2: realizzato al 100 % - lavori di completamento con avanzamento al 70 %

Nuovo Distretto Socio Sanitario Collesalveti : lavori realizzati al 100%

Isola di Capraia: lavori realizzati al 100 %, da effettuare collaudo tecnico-amministrativo

Nuovo Ospedale di Livorno : effettuata graduatoria provvisoria, in corso fase pre aggiudicazione

Trasferimento attività di ambulatori di dermatologia dal 4° padiglione al 20° padiglione e dal 4° pad. Al 1° pad. Primo piano, realizzato al 100 %

Traferimento CED da Monterotondo al PO di Livorno, realizzazione al 20 %

Zona Bassa Val di Cecina

Nessun intervento di Nuove Opere, Ristrutturazione/Manutenzione Straordinaria concluso o in fase di realizzazione

Zona Val di Cornia

PO PIOMBINO - adeguamento impianti gas medicali : prima tranche realizzata al 90 %

Nessun altro intervento di Nuove Opere, Ristrutturazione/Manutenzione Straordinaria concluso o in fase di realizzazione nel PO e/o nel territorio.

Zona Elba

Distretto S.S. Rio Marina, ristrutturazione : (lavori appaltati, in attesa di valutazione opportunità realizzazione intervento), stato di avanzamento 0 %

Nessun intervento di Nuove Opere, Ristrutturazione/Manutenzione Straordinaria concluso o in fase di realizzazione.

D - LA PERFORMANCE AZIENDALE 2013

Per il 2013 la performance complessiva mostra un ulteriore significativo miglioramento sebbene il bersaglio mostri ancora i principali punti di debolezza del 2012. Il trend di lungo periodo è comunque positivo; infatti, già nel 2010-2011-2012 rispetto al 2009 l'azienda aveva migliorato le performance complessive.

Nell'ambito dell'area ospedaliera l'Azienda raggiunge nel complesso buoni risultati, dimostrando un utilizzo appropriato dei setting assistenziali, come emerge dagli indicatori di appropriatezza in area medica e chirurgica: l'Azienda migliora la percentuale di standard raggiunti relativamente agli interventi da effettuare in regime di day surgery, che passa da 77 del 2012 a 77,83% del 2013 (era 74 nel 2011) e amplia significativamente la percentuale di standard raggiunti per i LEA medici, che aumenta da 89% del 2012 al 90% del 2013 (era 77 nel 2011), con un miglioramento del 16% circa nel biennio. Positivo il bilancio su tutti gli indicatori di appropriatezza chirurgica e medica,

Positivo anche il bilancio sulla qualità di processo, cresce la percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni, da 66% del 2012 a 69,75% (nel 2011 era il 52%), mentre i risultati relativi al Piano Nazionale Esiti di Agenas (PNE, dati 2012) mostrano margini di miglioramento.

Nonostante gli sforzi e le azioni messe in campo dall'Azienda, che certamente hanno segnato anno dopo anno tappe importanti nel percorso di miglioramento intrapreso, i dati mostrano il bisogno di rafforzare ulteriormente la fiducia e il rapporto con i cittadini. Se consideriamo come proxy della soddisfazione i dati sugli abbandoni da Pronto Soccorso e sui pazienti che si dimettono volontariamente durante un ricovero ospedaliero, pur migliorando molto rispetto agli anni precedenti, risultano tuttavia tra i più elevati a livello regionale, attestandosi rispettivamente al 3,64% (erano a 5,6% nel 2011 e 4,3% nel 2012), e a 1,26% (nel 2011 arrivavano a 2,15% e 1,70% nel 2012).

Sul fronte della valutazione interna, la percentuale di assenza e di infortuni risultano tra i più elevati in Toscana e fanno registrare un ulteriore trend in crescita rispetto al 2011 ed al 2012 (assenza da 7,29 del 2011 a 8,39 del 2012 e 9,05 del 2013 e infortuni da 5,51 del 2011 e 5,74 del 2012 al 6,07 del 2013). I dati derivanti dall'indagine di clima organizzativo aziendale tendono a confermare le ipotesi di un contesto più problematico di altre aziende.

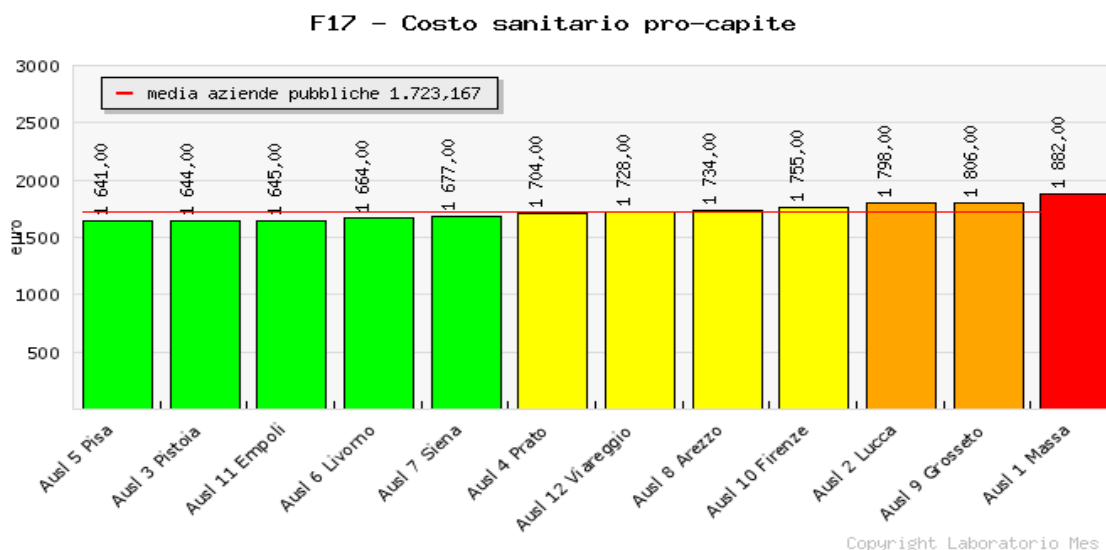
Sul versante territoriale il quadro è variegato, l'Azienda presenta un basso tasso di ospedalizzazione evitabile per le patologie croniche scompenso, diabete e BPCO. Si confermano positivi la percentuale di ricoveri superiori ai 30 giorni (C8a.1), in ulteriore calo rispetto al 2011 e 2012, passa da 1 del 2011 a 0,7% del 2012 al 0,58% del 2013. Peggiora il tasso di accesso per residenti al Pronto soccorso, passando dal 312/1000 del 2012 al 325/1000 del 2013.

Stazionario il numero di corsi AFA attivati in particolare per la alta disabilità, dati che confermano i risultati non completamente soddisfacenti della sanità di iniziativa. Positivo, ma in peggioramento il tasso di

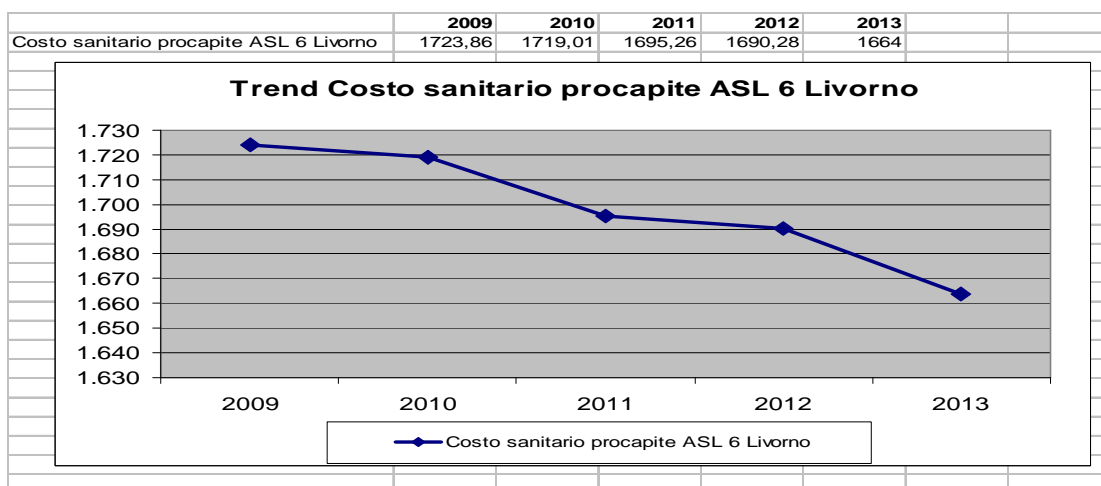
risonanze magnetiche muscolo scheletriche per gli oltre 65 anni, prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza, 21,68 nel 2013 contro 18,76 del 2012.

L'area della farmaceutica mostra un trend positivo in molti tra gli indicatori monitorati: la spesa farmaceutica territoriale ad esempio si riduce rispetto al 2011 e 2012 e risulta in linea con la media regionale, passando da 217 a 198 euro pro capite rispettivamente dei 2011 e 2012 a 195,71 del 2013.

A livello complessivo è tra i più positivi della Toscana il Costo sanitario Pro-capite, attestandosi ad un livello di 1664, in fascia verde nel confronto con le altre aziende della Toscana:



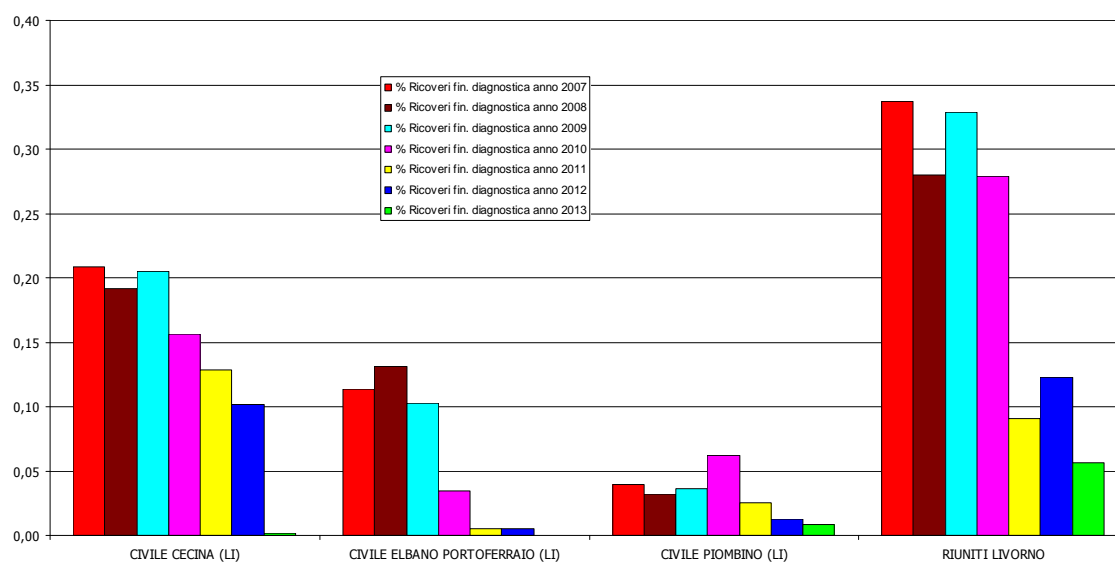
Ed in ulteriore significativo miglioramento nel trend di lungo periodo:



VALUTAZIONE SANITARIA

DH medici con finalità diagnostica (C14.2)

Osp. Descr	ANNO 2012				ANNO 2013			
	Ricoveri anno 2012	Ricoveri fin. diagnostic a anno 2012	% Ricoveri fin. diagnostic a anno 2012	VALUTAZIONE ANNO 2012	Ricoveri anno 2013	Ricoveri fin. diagnostic a anno 2013	% Ricoveri fin. diagnostic a anno 2013	VALUTAZIONE ANNO 2013
CIVILE CECINA (LI)	715	73	10,21 %	☹	611	1	0,16 %	☺
CIVILE ELBANO PORTOFERRAIO (LI)	187	1	0,53 %	☺	178			
CIVILE PIOMBINO (LI)	473	6	1,27 %	☺	498	4	0,80 %	☺
RIUNITI LIVORNO	1.359	167	12,29 %	☹	1.207	68	5,63 %	☺
	2.734	247	9,03 %	☺	2.494	73	2,93 %	☺

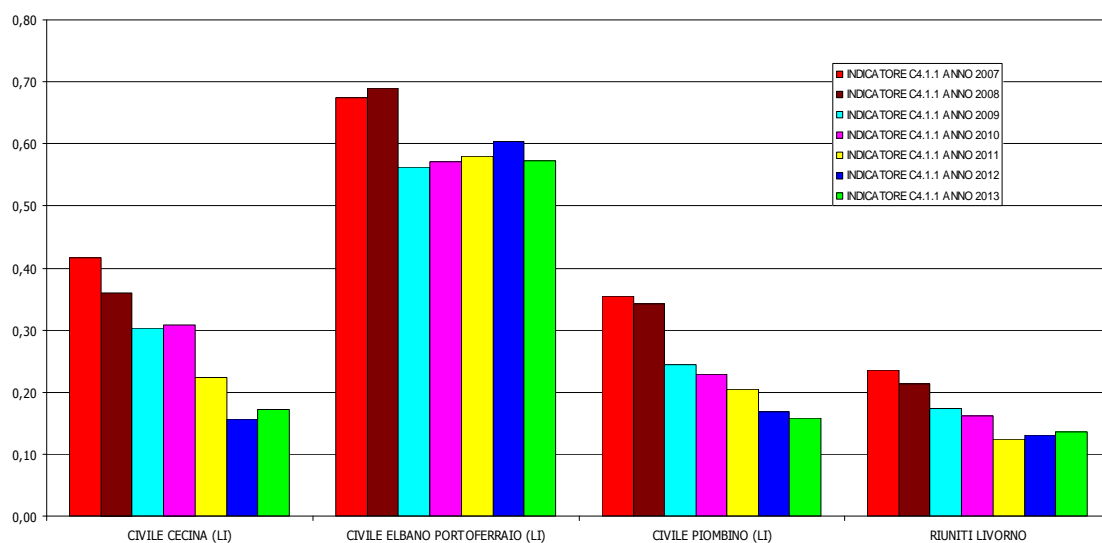


Come si vede dal grafico di lungo periodo tutti i presidi hanno migliorato sensibilmente l'indicatore salvo Piombino, che aveva già dal 2007 una buon livello di performance. Erogare una percentuale di prestazioni in Day Hospital medico solo per finalità diagnostiche, comportava l'utilizzo di un setting assistenziale non appropriato, con spreco di risorse dal punto di vista dei costi e mancati ricavi da un punto di vista dei ticket persi.

DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari (C4.1.1)

I DRG medici dimessi da reparti chirurgici indicano indirettamente la proporzione di attività di tipo chirurgico erogata dalle chirurgie:

DIPARTIMENTI	RICOVERI ANNO 2012	RICOVERI DRG MEDICI ANNO 2012	INDICATORE C4.1.1 ANNO 2012	PERFORMANCE ANNO 2012	RICOVERI ANNO 2013	RICOVERI DRG MEDICI ANNO 2013	INDICATORE C4.1.1 ANNO 2013	PERFORMANCE ANNO 2013
CIVILE CECINA (LI)	1.296	203	15,66 %	😊	1.185	203	17,13 %	😊
CIVILE ELBANO PORTOFERRAIO (LI)	916	553	60,37 %	😞	564	323	57,27 %	😞
CIVILE PIOMBINO (LI)	1.834	310	16,90 %	😊	1.832	290	15,83 %	😊
RIUNITI LIVORNO	4.713	620	13,16 %	😊	4.807	652	13,56 %	😊



Anche questo indicatore vede un trend positivo in tre presidi, mentre Portoferraio presentava già nel 2007 uno squilibrio evidente che ha addirittura accentuato nel corso del tempo.

Ricoveri con degenza maggiore di 30 giorni per residenza (C8a.1)

A livello di presidio Livorno, Cecina peggiora, in miglioramento tutti gli altri:

Osp. Descr	RICOVERI ANNO 2012	RICOVERI 2012 GG. DEG. + 30	INDICATORE C8a.1 (2012)	PERFORMANCE 2012	RICOVERI ANNO 2013	RICOVERI 2013 GG. DEG. + 30	INDICATORE C8a.1 (2013)	PERFORMANCE 2013
CIVILE CECINA (LI)	3.997	31	0,78 %	😊	3.650	33	0,90 %	😞
CIVILE ELBANO PORTOFERRAIO (LI)	1.930	24	1,24 %	😞	1.745	18	1,03 %	😞
CIVILE PIOMBINO (LI)	3.771	20	0,53 %	😊	3.479	16	0,46 %	😊
RIUNITI LIVORNO	11.484	97	0,84 %	😊	10.649	88	0,83 %	😞
	21.182	172	0,81 %	😊	19.523	155	0,79 %	😞

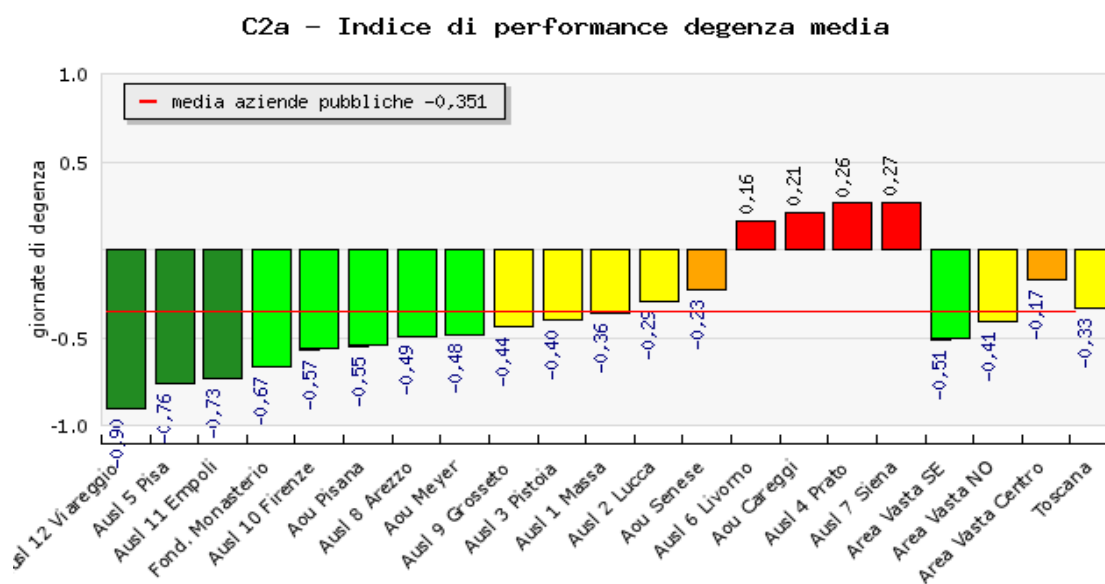
L'indicatore 2013 è comunemente segnalato come in criticità perché l'obiettivo era stato abbassato sensibilmente.

Performance degenza media per acuti (C2.a)

L'indicatore misura la distanza tra la degenza media dei singoli ricoveri e la degenza standard regionale. La performance è in miglioramento, anche se ancora l'azienda si colloca sopra lo standard, ma di poco:

Anno Invio	2010	2011	2012	2013
Nr ricoveri	40.291	34.967	28.228	26.289
Nr gg degenza/presenza dh	274.979	241.604	190.576	179.263
GG Degenza Attese	266.370	235.554	190.326	180.862
Indice di Performance degenza media	0,22	0,17	0,01	-0,06

Le altre Aziende della Toscana fanno registrare in media performance significativamente più elevate:

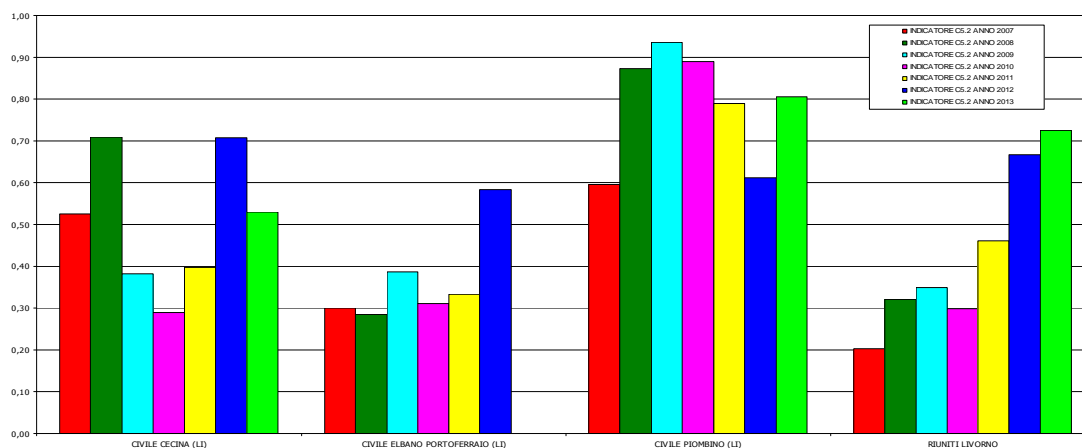


Frattura del femore con degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni (C5.2)

E' uno degli indicatori che presentano un netto miglioramento rispetto ad una situazione negativa del 2011: la Performance del 2013 non è completamente soddisfacente in quanto l'obiettivo è stato elevato significativamente:

RICOVERI ANNO 2012	663
FRATTURE OPER. 2 GG ANNO 2012	440
INDICATORE C5.2 ANNO 2012	66,37 %
PERFORMANCE 2012	☺
RICOVERI PERIODO 2012	663
FRATTURE OPER. 2 GG PERIODO 2012	440
INDICATORE C5.2 PERIODO 2012	66,37 %
	☺
RICOVERI ANNO 2013	680
FRATTURE OPER. 2 GG ANNO 2013	475
INDICATORE C5.2 ANNO 2013	69,85 %
OBIETTIVO 2013	>=80 %
	☹

DIPARTIMENTI	RICOVERI ANNO 2012	FRATTURE OPER. 2 GG ANNO 2012	INDICATORE C5.2 ANNO 2012	PERFORMANCE 2012	RICOVERI ANNO 2013	FRATTURE OPER. 2 GG ANNO 2013	INDICATORE C5.2 ANNO 2013	PERFORMANCE 2013
CIVILE CECINA (LI)	164	116	70,73 %	☺	168	89	52,98 %	☹
CIVILE ELBANO PORTOFERRAIO (LI)	24	14	58,33 %	☹				
CIVILE PIOMBINO (LI)	129	79	61,24 %	☹	180	145	80,56 %	☺
RIUNITI LIVORNO	346	231	66,76 %	☺	332	241	72,59 %	☹
	663	440	66,37 %	☺	680	475	69,85 %	☹



In controtendenza Portoferraio, ma nel complesso manca pochissimo al pieno raggiungimento dell'obiettivo. Si evidenzia comunque un forte miglioramento rispetto al 2009-2010-2011 da parte del Presidio di Livorno.

Standard Chirurgici: Percentuale standard raggiunti per Day Surgery (c4.12)

Il trend complessivo è positivo, pur con le criticità di Cecina e Piombino:

Standard	2011		2012		2013	
	% raggiungimento standard	INDICATORE C4.12	% raggiungimento standard	INDICATORE C4.12	% raggiungimento standard	INDICATORE C4.12
CIVILE CECINA (LI)	73,26 %	☹	71,16 %	☹	70,98 %	☹
CIVILE ELBANO PORTOFERRAIO (LI)	65,93 %	☹	66,75 %	☹	89,93 %	☺
CIVILE PIOMBINO (LI)	66,15 %	☹	80,35 %	☺	71,46 %	☹
RIUNITI LIVORNO	80,80 %	☺	86,24 %	☺	77,08 %	☹
ASL 6	72,95 %	☹	77,19 %	☹	78,47 %	☺

DRG ad alto rischio di non appropriatezza

Si evidenzia un ulteriore netto miglioramento nel corso del 2013, una diminuzione dei DRG non appropriati di oltre il 11% (il 2012 rispetto al 2011 aveva visto un miglioramento del 40%):

DIPARTIMENTI	Ricoveri anno 2012	Ricoveri anno 2013	Trend Volumi 2013Vs.2012
DIPARTIMENTO ALTA INTENSITA'	36	9	-75,00 %
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	1.532	1.443	-5,81 %
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E AD INDIRIZZO SPECIALIST.	448	402	-10,27 %
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE	1		-100,00 %
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA	6		-100,00 %
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	331	209	-36,86 %
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA MEDICA	142	126	-11,27 %
ZONA-DISTRETTO DELL'ELBA			
ZONA - DISTRETTO DI LIVORNO	40	49	22,50 %
	2.536	2.238	-11,75 %

A livello di presidio migliora anche il PO di Portoferraio, che era segnalato come in criticità nei precedenti periodi. Il trend di lungo periodo è fortemente positivo, l'azienda ha quindi recuperato in termini di appropriatezza dei ricoveri praticamente in tutto il triennio considerato:

PRESIDIO :	Trend Volumi 2009Vs.2008	Trend Volumi 2010Vs.2009	Trend Volumi 2011Vs.2010	Trend Volumi 2012Vs.2011	Trend Volumi 2013Vs.2012
CIVILE CECINA (LI)	52,52 %	-27,66 %	-18,49 %	-38,24 %	-27,44 %
CIVILE ELBANO PORTOFERRAIO (LI)	24,19 %	-23,16 %	-1,27 %	-60,06 %	-17,50 %
CIVILE PIOMBINO (LI)	78,96 %	-0,54 %	-13,12 %	-28,09 %	-11,81 %
RIUNITI LIVORNO	30,67 %	-4,59 %	-33,90 %	-39,88 %	-4,84 %
	38,91 %	-11,12 %	-23,98 %	-40,71 %	-11,75 %

E. PROFILO DEI SERVIZI AZIENDALI

E.1 LA PREVENZIONE COLLETTIVA

Il **Dipartimento della Prevenzione** è la struttura organizzativa dell'Azienda Sanitaria che ha come obiettivi la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, il miglioramento della qualità della vita, la crescita della cultura della prevenzione e della salute.

Tali obiettivi si conseguono attraverso le seguenti azioni:

- la tutela dai rischi di malattie e infortuni sui luoghi di lavoro e di vita;
- la prevenzione dalle malattie infettive;
- la prevenzione dalle tossi-infezioni derivanti dall'ingestione di alimenti di origine animale e non;
- la prevenzione dell'insorgenza di problemi nutrizionali nella popolazione;
- la prevenzione dell'insorgenza delle malattie diffuse e delle zoonosi negli animali
- la salvaguardia del benessere animale;
- gli interventi di prevenzione dagli effetti dei fattori ambientali sulla salute della popolazione;
- gli interventi mirati al benessere psico-fisico attraverso la promozione e tutela delle attività sportive;
- gli interventi di educazione alla salute e la formazione;
- la vigilanza sul rispetto delle normative di prevenzione.

Le strutture organizzative (Unità Operative Complesse) che erogano tali prestazioni su tutto il territorio aziendale e che sviluppano i processi sopra indicati sono:

U.O.C. Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro
U.O.C. Igiene Pubblica e della Nutrizione
U.O.C. Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
U.O. Medicina dello Sport

E.1.1 I progetti dipartimentali

E.1.1.1 Il miglioramento della qualità e il nuovo website

Nell'anno 2013 il Dipartimento ha implementato e sperimentato, nell'ambito di un percorso di Miglioramento Continuo della Qualità delle prestazioni erogate, un Sistema di Gestione fondato sui principi della norma UNI EN ISO 9001:2008. Il percorso, che si concluderà nel secondo semestre 2014, ha coinvolto tutte le articolazioni organizzative del Dipartimento.

Nell'ambito del suddetto percorso è stato inoltre pubblicato il nuovo sito web del Dipartimento, un utile strumento per facilitare l'accesso alle informazioni ed alle prestazioni erogate da parte dell'utenza, ed un utile mezzo di comunicazione per la distribuzione e condivisione di documentazione tra il personale in forza al Dipartimento stesso.

E.1.1.2 SISPC: il Sistema Informativo Sanitario per la Prevenzione Collettiva

Il progetto regionale prevede la realizzazione di un'applicazione web-based per la registrazione delle attività del Dipartimento, il soddisfacimento dei debiti informativi verso i livelli sovraordinati, l'accesso diretto a talune prestazioni da parte di cittadini, aziende, professionisti e altre pubbliche amministrazioni.

I primi moduli sono entrati in produzione proprio a partire dal 2013:

modulo	vantaggi
anagrafe canina	registrazione e variazioni anagrafiche on-line, gestite direttamente anche dai veterinari liberi professionisti
notifiche cantieri edili	in ottemperanza al d.lgs. 81/08, i professionisti inviano le notifiche direttamente on-line;
SUAP	i SUAP (Sportelli unici per le attività produttive) dei Comuni trasmettono le SCIA (segnalazioni certificate di inizio attività) on-line direttamente alla ASL

E.1.2 U.O.C. prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro

L'attività di controllo nei luoghi di lavoro è finalizzata alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro con l'obiettivo, tra l'altro, di migliorare il livello qualitativo degli interventi dei soggetti della prevenzione, con particolare riferimento ai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ai Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione e ai Medici Competenti anche attraverso una migliore conoscenza del fenomeno infortunistico e dello stato di salute dei lavoratori del comparto. Inoltre il modello di intervento congiunto nei luoghi di lavoro ha permesso di mettere in campo un impegno convergente tra gli Enti di Controllo appartenenti all'Organismo Territoriale Provinciale (ex art 2 comma 3 del DPCM 21/12/2007) finalizzato, tra l'altro, a contrastare eventuali "patologie" di irregolarità contributiva, previdenziale, contrattuale e antinfortunistica.

Le attività di controllo (v. Tab 1) hanno interessato i vari settori produttivi tra i quali l'edilizia e l'agricoltura anche al fine di soddisfare, per quanto attiene questi ultimi due comparti, i mandati regionali nell'ambito dei piani di intervento nazionale.

ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO 2013	Edilizia	Agricoltura	Altri settori	Totale
N° complessivo di cantieri ispezionati	445			
- di cui non a norma al I sopralluogo	85			
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	786	84	951	1821
N° sopralluoghi complessivamente effettuati	592	116	1263	1971
N° totale verbali emessi	114	5	108	227

A tale riguardo, nel corso del 2013, sono stati concluse 236 inchieste per infortunio sul lavoro e 45 per malattie professionali.

Sebbene la Provincia di Livorno sia caratterizzata dalla presenza di alcune grosse realtà produttive (Raffineria ENI, Stabilimento Solvay, Acciaierie ex Lucchini), le piccole imprese rappresentano, come nel rimanente sistema produttivo toscano, una parte molto rilevante.

Le informazioni che le strutture di PISLL aziendali hanno ricavato dalle attività effettuate nel settore delle piccole imprese negli anni precedenti, consentono di individuare, a tutt'oggi, i seguenti motivi di debolezza:

- scarsa conoscenza di rischi e normative,
- carenze nella formazione professionale,
- minor tempo e risorse dedicati alla prevenzione,
- ridotti contatti con organi di controllo e esperti istituzionali nella prevenzione sui luoghi di lavoro,
- assenza di un'efficace organizzazione per la prevenzione,
- non adeguata stima del fenomeno degli infortuni e delle malattie professionali e dei loro costi diretti e indiretti;
- adempimento spesso solo formale degli obblighi normativi, con conseguente produzione di documentazione ridondante ma inefficace;
- inadeguata assistenza da parte di consulenti esterni, orientata per lo più ad adempimenti amministrativi e burocratici piuttosto che ad efficaci azioni di tipo preventivo.

Le attività per la prevenzione nei luoghi di lavoro sono considerate dalle piccole imprese più come costo che come un vero e proprio beneficio, anche se in esse il datore di lavoro è spesso esposto ai medesimi rischi del lavoratore dipendente.

Persistendo tali criticità la Regione Toscana ha dato mandato alle U.F. di Pisll di sviluppare il Progetto di Informazione e assistenza alle piccole imprese con lo scopo di fornire ai soggetti aziendali della prevenzione, in particolare, ai datori di lavoro alcuni strumenti necessari a individuare e gestire in maniera autonoma i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori nei diversi luoghi di lavoro. Per i motivi sopra elencati è stato attivato un

piano mirato che, oltre alle normali attività, preveda, anche in sinergia con altri enti ed istituzioni, l'attuazione di adeguate iniziative, quali ad esempio:

- attività di informazione diretta alle piccole imprese
- attività di assistenza diretta alle stesse
- produzione di materiale informativo.

Gli obiettivi generali perseguiti dal progetto sono finalizzati a migliorare la conoscenza delle norme e l'applicazione delle misure di prevenzione nelle piccole imprese al fine di favorire azioni di promozione per il miglioramento della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e, in particolare, si prefiggono di:

- instaurare un rapporto con i datori di lavoro delle piccole aziende anche per supportarli nella costruzione di un sistema di sicurezza sostanziale (non legato solo ad adempimenti formali);
- migliorare il livello qualitativo degli interventi dei soggetti della prevenzione, con particolare riferimento ai RSPP e ai Medici Competenti, anche attraverso una maggiore conoscenza del fenomeno infortunistico e dello stato di salute dei lavoratori del comparto;
- attivare coordinamenti e interscambi con gli altri enti preposti alla vigilanza o all'assistenza alle imprese;
- attivare o migliorare i rapporti con le parti sociali rappresentative di queste realtà (datoriali e sindacali) al fine di accrescere i livelli di tutela dei lavoratori;
- acquisire le informazioni utili per conoscere e monitorare nel tempo alcuni comparti significativi nelle nostre aree

Inoltre la constatazione che, negli ultimi anni, sempre più frequentemente appaiono emergere le patologie osteoarticolari e tendinee che presentano una relazione causale con l'esposizione lavorativa (a sforzi intensi, ripetizione dei movimenti, posture scomode e vibrazioni) ha consigliato la progettazione di un **Piano di Ricerca attiva delle malattie professionali** in particolari settori ampiamente diffusi sia nel territorio regionale che in quello locale. La situazione attuale è caratterizzata da una forte disomogeneità degli interventi realizzati: sono ancora sporadiche le esperienze sia di reinserimento al lavoro dopo guarigione dei lavoratori sia di bonifica delle operazioni a rischio così com'è ancora elevato il peso delle invalidità residue e il rischio di perdita del posto di lavoro.

Dall'analisi delle segnalazioni pervenute negli ultimi 5 anni appare che i settori produttivi prevalentemente interessati nel nostro territorio sono quelli della grande distribuzione commerciale, dei servizi in generale (pulizie, assistenza alla persona, mense, ecc.) e della componentistica auto.

Il Progetto di Ricerca attiva delle Malattie professionali” è in accordo con quanto indicato nel PSR 2008-2010 al punto 6.11: i rischi emergenti ed è finalizzato a:

- definire ampiezza e distribuzione delle malattie da lavoro tra gli addetti monitorando l'andamento del fenomeno in modo da avere a disposizione un sia pur rudimentale strumento di misura dell'efficacia o inefficacia delle iniziative di prevenzione.
- identificare tecnopatie, fattori di rischio e specifici luoghi di lavoro che richiedono interventi di prevenzione.

ed in particolare a far emergere le patologie muscolo-scheletriche da sovraccarico biomeccanico contribuendo sia ad aumentare la percezione del rischio da movimentazione manuale dei carichi e movimenti ripetitivi nei luoghi di lavoro sia a promuovere gli adeguati interventi di prevenzione.

Tale progetto dovrà permettere di favorire sia l'incremento del livello di formazione specifica del personale delle nostre strutture sia di diffondere l'informazione fra tutti gli addetti ai lavori (MC, MMG, Medici ospedalieri, Universitari, Patronati ecc) sviluppando, nel contempo, meccanismi di collaborazione tra i vari soggetti attivi tra cui i medici INAIL finalizzati al riconoscimento delle malattie professionali attraverso percorsi specifici che assicurino la diagnosi delle malattie da lavoro..

Inoltre il sottoprogetto “Prevenzione delle patologie muscoloscheletriche da sovraccarico biomeccanico” dovrà favorire la segnalazione di patologie muscolo-scheletriche lavoro correlate rendendo omogenei i livelli e le modalità sia degli interventi di prevenzione, sia dei percorsi diagnostici e di riconoscimento delle malattie professionali cercando di uniformare gli interventi di controllo e vigilanza nei vari comparti produttivi.

E.1.3 U.O.C. igiene pubblica e della nutrizione

I principali compiti della U.O.C. di Igiene, Sanità Pubblica e Nutrizione sono:

1. La profilassi delle malattie infettive e parassitarie

2. La tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
3. La sorveglianza e prevenzione nutrizionale
4. Le attività di prevenzione rivolte alla persona e le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

Principali ambiti d'intervento

- Attività vaccinale
- Indagini epidemiologiche malattie infettive
- Pareri edilizi, abitabilità/agibilità, pareri GONIP
- Segnalazione inconvenienti igienico sanitari
- Monitoraggio acque destinate al consumo umano
- Vigilanza strutture recettive
- Vigilanza strutture estetiste, tatuatori e piercing, parrucchieri
- Vigilanza piscine
- Vigilanza strutture sportive
- Vigilanza studi odontoiatrici e medici
- Autorizzazione e vigilanza strutture sanitarie private
- Vigilanza e controllo sul commercio e deposito dei prodotti fitosanitari
- Counselling nutrizionale
- Valutazione e validazione piani nutrizionali e diete speciali
- Supporto Direzione medica ospedaliera

E.1.3.1 Principali attività svolte nel 2013

In altri capitoli di questa relazione sono già stati trattati, in modo analitico, quelli che sono i temi classici della prevenzione “ambientale” relativamente alle matrici aria, acqua e suolo; parimenti è stato fatto il punto sulla situazione relativamente a malattie infettive e coperture vaccinali.

Riepilogo attività Igiene Pubblica e della Nutrizione - Anno 2013	
N° interventi di vigilanza	629
Pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	342
Indagini epidemiologiche effettuate in seguito a riscontro di malattie infettive	175
N° campioni acque destinate al consumo umano	976
N° campioni acque di dialisi	129
Piani nutrizionali valutati/validati in strutture di ristorazione collettiva	34
Counseling nutrizionali individuali	80

E.1.3.2 Progetti e altre iniziative di promozione sulla corretta alimentazione

Per contrastare la diffusione delle malattie croniche legate allo stile di vita e facilitare scelte alimentari salutari, sono stati effettuati incontri con le Associazioni di categoria per la realizzazioni delle azioni previste dal Progetto regionale **Pranzo sano fuori casa**; il progetto, inserito nel programma “Guadagnare salute in Toscana” nasce dalla esigenza di aumentare la possibilità, per chi abitualmente mangia fuori casa, di consumare un pasto nutrizionalmente bilanciato, vario, gustoso e sicuro. Inoltre sono stati presentati alle scuole i risultati del Progetto nazionale **Okkio alla salute 2012**.

Come previsto dalle Linee Guida ministeriali e regionali in materia di ristorazione scolastica ed assistenziale è stata programmata ed effettuata **l'attività di Controllo Applicazione Piani nutrizionali** nelle scuole e nelle RSA allo scopo di garantire, in particolare in queste ultime, il rispetto di quanto previsto nei piani stessi e ridurre il rischio di squilibri nutrizionali in difetto.

È proseguita su richiesta degli interessati l'attività di Valutazione e **Validazione dei piani nutrizionali**.

È proseguita l'attività di valutazione delle certificazioni relative alle diete speciali per patologia al fine di garantire la corretta gestione dei pasti destinati ai soggetti con intolleranza e/o allergia. Infine è proseguita l'attività di counseling nutrizionale.

E.1.4 U.O.C. sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Le funzioni di cui è titolare l'U.O.C. possono essere suddivise in tre settori relativamente omogenei:

- Vigilanza e controllo degli alimenti in applicazione della normativa comunitaria del così detto "Pacchetto Igiene"
- Vigilanza e controllo sulle malattie infettive degli animali domestici da produzione e compagnia e sulle zoonosi.
- Igiene urbana, lotta al randagismo, anagrafe canina e benessere animale.

Le attività di cui al punto 1. si attua tramite controlli programmati su tutta la filiera agro-alimentare e zootecnica e comprendono tutti quegli interventi da parte dei Produttori che in qualche modo possano influire sulla salubrità degli alimenti: dall' utilizzo dei fitofarmaci in agricoltura ai farmaci in zootecnia, dalla produzione primaria alla commercializzazione, trasporto, lavorazione, trasformazione, vendita e somministrazione.

Al punto 2. fanno capo tutte quelle attività di più stretta competenza veterinaria quali: la bonifica sanitaria degli allevamenti bovini da TBC, Brucellosi e Leucosi, degli allevamenti Ovi-caprini da Brucellosi, suini da Malattia Vesicolare etc., i controlli sui focolai di malattie infettive di tutti gli animali e l'applicazione delle misure igienico-sanitarie atte a contrastarle per la salvaguardia del patrimonio zootecnico e per evitare la diffusione di pericolose zoonosi; il controllo e la gestione delle Anagrafi Animali a verifica degli spostamenti in ambito nazionali ed internazionale per evitare rischi commessi all'introduzione di animali portatori di patologie infettive in aree indenni; i controlli sul benessere animale all'interno degli allevamenti e durante il trasporto sulla scia di una nuova attenzione nei confronti degli animali quali esseri sensibili alle situazioni di dolore e di stress.

Al punto 3. si hanno tutte quelle attività legate al rapporto uomo/animale/ambiente: la vigilanza ed il controllo del randagismo, delle popolazioni feline, degli animali sinantropi, per evitare situazioni di rischio per i cittadini e per gli stessi animali; la gestione dell'anagrafe canina, dello spostamento di animali d'affezione e del loro benessere; la vigilanza sulle strutture di cura, di detenzione, di allevamento ed il commercio degli animali d'affezione, sugli spettacoli, mostre, fiere e gare nei quali siano coinvolti animali.

E.1.4.1 Principali particolari svolti nel 2013

Nell'anno 2013 la nostra ASL, con altre tre della costa, è stata interessata al programma attuativo regionale di monitoraggio dei contaminanti ambientali in alimenti di origine animale prodotti nei siti di interesse nazionale. Il programma ha previsto una serie di campioni per la ricerca di diossine, PCB ed altri contaminanti ambientali nella filiera ittica e in alimenti di origine animale prodotti in territori a rischio.

E.1.5 U.O. medicina dello sport

La UOS di Medicina dello sport si occupa di

- Accertamenti iniziali, periodici e di controllo finalizzati al rilascio delle certificazioni di idoneità specifica per coloro che praticano attività sportive agonistiche
- Interventi di consulenza, nonché accertamenti sanitari richiesti dai medici e pediatri per il rilascio di certificazione di idoneità allo sport non agonistico
- Prestazioni cardiologiche integrative obbligatorie e facoltative su dubbio diagnostico finalizzate alla tutela sanitaria delle attività sportive
- Accertamenti sanitari richiesti dalla Commissione Regionale d'Appello
- Interventi e prestazioni ai soggetti disabili, riconoscendo lo sport come mezzo privilegiato di educazione, rieducazione, valorizzazione del tempo libero, integrazione sociale
- Vigilanza nei riguardi degli ambulatori privati che operano in medicina dello sport, attraverso controlli sulla qualità degli attestati di idoneità sportiva rilasciati dalle strutture ambulatoriali private accreditate, anche in rapporto alla effettiva presenza dei medici specialisti
- Vigilanza sul corretto rilascio e utilizzo delle certificazioni allo sport agonistico
- Vigilanza igienico sanitaria sugli impianti sportivi Distribuzione dei libretti sanitari

- Interventi di educazione sanitaria indirizzati in modo particolare alla promozione dello sport, alla diffusione di una cultura che attribuisca alla pratica regolare dell'attività fisica un ruolo essenziale nell'adozione di stili di vita sani, alla prevenzione e lotta al doping attraverso l'informazione nelle scuole e negli ambienti sportivi in conformità alla legge 14 dicembre 2000, n. 376. Progetti realizzati: "Stretching in classe" e "Ragazzi in movimento".

Nel corso del 2013 la UOS Medicina Sportiva ha iniziato il percorso di qualità ISO 9000 con la fase sperimentale nel giugno. La Medicina Sportiva fino al 2013 era strutturata in una Unità Funzionale a Livorno e tre ambulatori a Cecina, Piombino e Portoferraio tutti e tre dipendenti dall'Igiene e Sanità Pubblica.

PROGETTI DELL'ANNO 2013

Il piano di lavoro annuale 2013 monitorato durante l'anno ha previsto obiettivi basati su progetti di capacità perseguimento orientamenti regionali, valutazione interna, valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa in maniera conforme agli obiettivi dipartimentali.

È stata effettuata la omogeneizzazione dei tempi visita su tutte le zone in cui è articolata la Medicina dello Sport con tempistica di visita uniformata, è stato rispettato l'obiettivo della vigilanza igienico sanitaria del 5% degli impianti sportivi, sono state controllate le strutture sanitarie private accreditate operanti all'interno dell'Asl 6, ovvero due strutture nella zona di Livorno, una rispettivamente a Cecina, Piombino, Portoferraio.

Il controllo è avvenuto direttamente in loco e successivamente nelle sedi della Medicina Sportiva ove le strutture private inviano i report di attività.

Per quanto riguarda le visite di idoneità allo sport agonistico, si è provveduto, anche a causa di una riduzione delle ore di specialistica ambulatoriale nella Zona di Livorno, ad una riorganizzazione dell'attività per il 2013, riducendo le visite non LEA ed avviando una riprogrammazione delle visite di idoneità sulla base della capacità di risposta di tutte le Zone. Come emerge dalla tabella seguente, nel 2013 il numero di visite LEA è rimasto comunque in linea col 2012

Tab. 1 – Visite di idoneità allo sport agonistico per atleti LEA

Anno	Totale	Idonei	Non Idonei
2013	7017	7009	8
2012	6978	6976	2

Tab. 2 – Visite di idoneità allo sport agonistico 2012-2013 per atleti non LEA (> 18 anni)

Anno	Totale	Idonei	Non Idonei
2013	1453	1452	1
2012	1931	1929	2

E. 2 L'ASSISTENZA TERRITORIALE

E.2.1 I servizi sanitari territoriali e il loro sviluppo

E.2.1.1 La rete dei centri socio sanitari

Il territorio dell'ASL 6 di Livorno comprende 27 Comuni con una popolazione che va dai 381 abitanti di Capraia ai circa 160.000 di Livorno (tabella 1), un'ampia variabilità che, insieme alla distanza tra i vari centri urbani, condiziona l'organizzazione dei servizi primari. A ciò si aggiunge il forte incremento stagionale correlato ai flussi turistici, che impatta fortemente sulla domanda di servizi. La popolazione complessiva è di 345.330 abitanti di cui 86.651 (il 25%) maggiore di 65 anni. La medicina generale e la pediatria di famiglia sono presenti in maniera capillare sul territorio: 259 Medici di Medicina Generale e 39 Pediatri di Famiglia, articolati in forme associative (tabella 3) non diffuse in maniera omogenea sul territorio e in ambulatori per la grande maggioranza privati.

La Continuità Assistenziale conta 12 postazioni complessive.

Si sono costituite 10 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina Generale comprendenti Medici a rapporto fiduciario (MMG) e Medici a rapporto orario (ex Guardia medica): 4 a Livorno, 1 a Collesalveti, 1 in Val di Fine, 1 in Val di Cecina e Castagneto C.cci, 1 in Val di Cornia Nord, 1 a Piombino ed 1 all'Elba. E' in costituzione una AFT per la Capraia.

ZONA DISTRETTO	popolazione	Postazione competenza	Abitanti serviti/postazione	Kmq	Kmq coperti/postazione	N° medici a rapporto orario diurni	N° medici a rapporto orario notturni	N° medici a rapporto fiduciario					
Livornese													
Livorno	160.545	LIVORNO, CSS Ospedale di Livorno	160.545	104,7	104,7	4	4	119					
Capraia	381	CAPRAIA	381	19	19								
Collesalveti	15.952	COLLESALVETTI, CSS	15.952	107	107	1	1	13					
	176.878												
Bassa Val di Cecina													
Castellina M.ma	2.046	ROSIGNANO, CSS	36.195	45,72	233,25	2	2	1					
Rosignano M.mo	32.463			120,81				24					
Santa Luce	1.686			66,72				1					
Bibbona	3.262			65,56				2					
Casale M.mo	1.072			14,32				1					
Cecina	28.370			42,58				21					
Guardistallo	1.294			23,79				1					
Montescudaio	1.901			19,91				1					
Riparbella	1.645			CECINA, CSS Ospedale di Cecina				37.544	58,83	224,99	2	1	1
Castagneto C.cci	8.882			DONORATICO, CSS				8.882	142,28	142,28	1	1	9
Val di Cornia													
Campiglia M.ma	12.780	VENTURINA,	15.760	83,2	175,37	1	1	8					
Suvereto	2.980			92,17				3					
Piombino	34.370			PIOMBINO				34.370	130,35	130,35	2	1	29
S.Vincenzo	6.914	S.VINCENZO	6.914	33,14	33,14	1	1	5					
Sassetta	568	MONTEVERDI	1.317	28	126,35	1	1	1					
Monteverdi	749			98,35				1					
Elba													
Campo nell'Elba	4.350	MARINA DI CAMPO	16000	55,66	132,06	1	1	2					
Marciana	2.266			45,29				3					
Marciana Marina	1.911			5,76				1					
Portoferraio	12.033			50,35				6					
Porto Azzurro	3.437			13,36				3					
Capoliveri	3.531			39,51				3					
Rio Marina	2.164			19,54				2					
Rio Nell'Elba	1.183	RIO MARINA	16000	16,78	114,19	1	1	1					

Sul territorio della ASL 6 i servizi territoriali sono attualmente erogati presso 34 sedi di diverso livello e complessità in relazione alle dimensioni del bacino di utenza. Nella Tabella n° 4 sono indicate le singole sedi distinte per tipologia :

- Ambulatorio MMG: sede a gestione del MMG ed in cui vengono effettuati servizi di base da parte della ASL come ad es: prelievi ematici;
- CSS di base: presidi a gestione ASL dove vengono erogate prestazioni come ad esempio MMG, prelievi, vaccinazioni, screening, attività amministrative, non continuative;
- CSS complessi: presidi a gestione ASL, dove vengono svolte, oltre alle attività di base, anche attività specialistiche o specifiche (ad esempio Centro Salute Mentale, Riabilitazione, Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza) e con apertura almeno per cinque giorni alla settimana



La distribuzione dei presidi sul territorio ha visto nel corso degli anni una progressiva, ed ancora in corso, aggregazione in strutture multifunzionali per rispondere alle mutate esigenze di qualità degli stessi, nel rispetto della normativa regionale sui requisiti di esercizio e accreditamento (Figura a fianco).

La presenza di un presidio ospedaliero in ogni zona distretto dell'azienda sanitaria porta come conseguenza l'opportunità di considerare questi presidi non solo come luoghi dedicati ad attività di natura ospedaliera, ma anche come luoghi dove sviluppare una stretta relazione con il territorio o collocare servizi di ambito territoriale.

E 2.1.2 Le cure domiciliari, intermedie e la non autosufficienza

Secondo la classificazione di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n.262/2010 si possono distinguere 5 percorsi informativi ai quali vanno aggiunti quello dell' ADI Demenze/Alzheimer e quello dell' ospedale di comunità non previsti da tale delibera:

- 1) Percorso UVM
- 2) Percorso Assistenza Domiciliare;
- 3) Percorso Assistenza Medico Medicina Generale di cui all' allegato G ed H della Convenzione (Assistenza Domiciliare Programmata –Assistenza Domiciliare Integrata) e della Convenzione Regionale (Assistenza Domiciliare in residenze sanitarie)
- 4) Percorso Cure Palliative

- 5) Continuità Assistenziale Ospedale Territorio
- 6) ADI Demenze/Alzheimer
- 7) Ospedale di Comunità.

Vengono riportati sinteticamente anche i dati della residenzialità e semiresidenzialità

	Livornese	Ba Val di Cecina	Val di Cornia	Elba	USL 6
Popolazione residente (2012)	174.137	81.091	58.987	32.020	346.235
Popolazione >65 anni (2012)	43.115	20.706	16.535	7.681	88.037
Segnalazioni Punti Insieme (fonte: flusso RFC 115)					
casi semplici	5.269	2.432	2.759	862	11.322
casi complessi	735	431	360	186	1.712
	6.004	2.863	3.119	1.048	13.034
Valutazioni UVM (fonte: flusso RFC 115)					
N° valutazioni	1.487	333	532	237	2.589
Assistenza domiciliare (fonte: GESTI)					
Assistenza Domiciliare Programmata MMG: casi	2154	613	570	348	3685
Assistenza Domiciliare Programmata MMG: accessi	18.586	6.991	11.505	3.925	41.007
Prestazioni Particolare impegno fatte dai MMG	9.215	5.248	6.247	3.326	24.036
Assistenza domiciliare Infermieristica	1.145	829	1.336	175	3485
Prelievi domiciliari	32.008	16.444	11.373	4.933	64.758
ADI					
<i>casi</i>	787	463	339	177	1766
<i>accessi MMG</i>	1.519	2.723	2.656	3.043	9.941
<i>accessi medici uf cure domiciliari</i>	788				788
Cure palliative	607	139	0	0	746
Ospedale di Comunità					
Posti letto	21	18	15	8	62
Ricoveri	481	240	244	142	1.107
Tasso di occupazione ppll	83%	80%	78%	75%	80%
Provenienza da Ospedale per acuti	276	169	147	99	691
Provenienza da Territorio	205	71	97	43	369
Accssi MMG	3.072	2.283	1.806	1.181	8.342
Decessi	42	49	59	29	179
Residenzialità e Semiresidenzialità					
Nuovi ingressi modulo base Temporaneo	24	27	3	7	61
Nuovi ingressi modulo base Definitivo	97	15	23	3	138
Nuovi ingressi mod. 3 (cognitivo) Temporaneo	6	6	0	0	12
Nuovi ingressi modulo 3 (cognitivo) Permanente	8	2	0	2	12
Nuovi ingressi mod. 4 (vegetativo) Permanente	4	2	3	0	9
Nuovi ingressi Centro Diurno	22	33	4	4	63
Nuovi ingressi Centro Diurno Alzheimer	24	29	9	0	62
Accessi in RSA dei MMG	6.426	1.958	1.880	463	10.727

Nel corso del 2013 l'evento più rilevante è stata la piena funzionalità per tutto l'anno dei quattro ospedali di comunità e l'ulteriore consolidamento del nuovo sistema gestionale dell'assistenza domiciliare, sanitaria e sociale, della residenzialità (RSA) e semiresidenzialità. Questo secondo evento, reso obbligatorio dal 1.1.2012 dalla Regione Toscana per adempiere agli obblighi informativi ministeriali ed evitare decurtazioni del FSN, ha comportato il passaggio da una logica di flusso mensile ad una di trasmissione delle informazioni ad evento, che in futuro saranno consultabili nel fascicolo sanitario elettronico.

Tutti gli eventi, dalla segnalazione al punto insieme, alla valutazione, alla presa in carico, alla redazione del PAP, vengono registrate ed inviate in regione in tempo pressochè reale: nel 2013 sono state inserite anche le valutazioni di tutti i casi di ADI ed ADP con oltre 7.000 schede compilate.

Nella tabella sono consultabili i dati di segnalazione e valutazione.

Nella tabella sono messi a confronto i dati più significativi dell'attività territoriale relativa ad assistenza domiciliare, comprese le cure palliative nelle zone Bassa Val di Cecina, Val di Cornia ed Elba dell'Azienda, ospedale di comunità, residenzialità e semiresidenzialità, in quanto segmenti importanti del percorso assistenziale territoriale.

Nella Zona Livornese da rilevare l'attività dell'ambulatorio Ferite Difficili attivato sulla base della delibera aziendale con percorso di 1° livello a gestione esclusivamente infermieristica e di 2° livello a gestione medico-infermieristica.

AMBULATORIO FERITE DIFFICILI	PRIME VISITE (2° LIVELLO) 340	MEDICAZIONI (1° LIVELLO) 4.182
---------------------------------	---	--

Di seguito un approfondimento per le cure palliative della Zona Distretto Livornese, su cui insiste anche l'Hospice per malati terminali.

E 2.1 c Le Cure Palliative

Nella zona di Livorno è proseguita nel 2013 l'attività dedicata alle Cure Palliative attraverso un'assistenza residenziale, ambulatoriale e domiciliare svolta dall'U.F. Cure Palliative direttamente ed attraverso una convenzione con l'Associazione Cure Palliative, con l'equipe multiprofessionale (medici, infermieri, fisioterapista, psicologa, musicoterapista).

Attualmente l'U.F. di Cure Palliative di Livorno svolge l'attività in vari setting di cura:

1. Ambulatorio a Livorno;
2. Consulenze mediche nei Reparti Ospedalieri;
3. Consulenze mediche a domicilio;
4. Assistenza domiciliare (ADI 2° livello con presa in carico);
5. Ricovero in Hospice (n. 10 posti letto)

Nel corso dell'anno 2013 l'U.f. Cure palliative per l'assistenza domiciliare ha ricevuto 549 segnalazioni, di questi, 126 sono state consulenze svolte dal Medico specialista Palliativista (A.D.I. di 1° livello), mentre 330 pazienti sono stati presi in carico come assistenza domiciliare di 2° livello.

Le patologie tumorali prevalenti sono state per i ricoverati in Hospice le neoplasie del polmone, a seguire del colon e poi della mammella.

Assistenza residenziale

Nell'anno 2013 sono stati segnalati 280 pazienti di cui i ricoveri effettuati in Hospice sono stati 256. Le giornate di degenza sono state 3502, l'occupazione dei posti letto è stata del 90%, la degenza media è stata di 13.6 giorni.

Dei pazienti ricoverati 198 sono deceduti. Le patologie neoplastiche sono state 181 (le più frequenti etp polmone, etp colon, etp mammella ed encefalo) le non oncologiche sono state 17 (cirrosi, vasculopatia cerebrale)

Assistenza Ambulatoriale

Sono state effettuate 333 visite presso l'ambulatorio coordinato dal CORD di Livorno.

Consulenze

Sono state fornite dai medici dell'U.F. Cure Palliative 445 consulenze a pazienti ricoverati in vari reparti del presidio ospedaliero.

Assistenza domiciliare

Sono stati assistiti a domicilio 330 pazienti, di cui il 52% di sesso maschile ed il 48% di sesso femminile; il 77% aveva un'età uguale o superiore ai 70 anni.

Dei pazienti seguiti a domicilio il 63% è deceduto a casa, il 28% in Hospice, il 8% in ospedale.

Le patologie oncologiche sono state 265 e le non oncologiche 22. Le neoplasie più frequenti sono state: etp polmone, etp mammella e etp colon.

INDICATORI DI ACCESSIBILITA' ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE

ü	Numero pz in lista di attesa/pz in ambulatorio	0
ü	Numero pz in lista di attesa/pz in assistenza domiciliare	0
ü	Tempo medio di attesa tra la segnalazione di un caso e l'inizio dell'assistenza domiciliare	1.5
ü	Tempo medio di attesa tra la segnalazione di un caso e la visita	1,5

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

Percentuale di pz in carico al domicilio con Karnofsky PS ≤ 50	85%
--	-----

L'attuale organizzazione dell'offerta residenziale attraverso le RSA è definita per moduli secondo quanto previsto dalla delibera GRT 402 /2004 che prevede quattro moduli con differenziati livelli di assistenza (moduli: 1 – base, 2- disabilità motoria, 3- disabilità cognitivo comportamentale, 4 - stati vegetativi).

L'invecchiamento della popolazione e la differenziazione dei bisogni nell'ambito della non autosufficienza richiedono una rivalutazione dei livelli di offerta assistenziale declinata per intensità, sia nell'ambito dei servizi erogati, che nell'ambito della dotazione di personale, in particolare nei moduli base e nei moduli per la disabilità cognitivo comportamentale.

La strategia regionale necessita di un aggiornamento per offrire risposte più appropriate che tengano conto sia dei livelli di assistenza adeguati che del rispetto della sostenibilità economica.

La differenziazione dei moduli risponde alla necessità di fornire prestazioni sociali e sanitarie diversificate all'interno di un percorso terapeutico assistenziale per persone con problematiche generali di non autosufficienza (Modulo 1 Base) o con demenza (Modulo 3 Disturbo cognitivo – comportamentale).

Zona	Popolazione >65 anni	Posti letto RSA convenzionati					% popolazione >65 anni x1000
		Modulo 1 base	Modulo 2 motorio	Modulo 3 cognitivo comporta mentale	Modulo 4 stati vegetativi *	Posti letto complessivi	
Livornese	42407	315	-	14		329	7,76
Bassa Val di Cecina	20439	153	-	10	10	173	7,97
Val di Cornia	16350	86	-	4		90	5,5
Elba	7455	22	-	8		30	4,02
TOTALE	86651	576	-	36	10	622	7,18

* p.l. modulo 4 esclusi dalla % zonale in quanto a valenza aziendale

E 2.2 Medicina Generale, Pediatria di Libera scelta e Specialistica ambulatoriale convenzionata

Nella Tabella seguente sono riportati i dati relativi al numero dei Medici di medicina generale (MMG) attivi nell'Azienda Usl 6 nel 2013 e le scelte a loro attribuite Non vi sono state sostanziali variazioni rispetto al 2012.

	Zona Livornese			Zona Bassa Val di Cecina			Zona Val di Cornia			Zona Elba			TOTALE
	N°	% su azienda	% su zona	N°	% su azienda	% su zona	N°	% su azienda	% su zona	N°	% su azienda	% su zona	N°
MMG TOTALI	132	50,19		61	23,19		48	18,25		22	8,37		263
Assistiti TOTALI	157461	51,72		69945	22,97		51686	16,98		25354	8,33		304446
MMG in associazione semplice	39	49,37	29,55	31	39,24	50,82	4	5,06	8,33	5	6,33	22,73	79
Assistiti in associazione semplice	43081	48,75	27,36	33687	38,12	48,16	5491	6,21	10,62	6116	6,92	24,12	88375
n° associazioni in rete	0	0,00		1	50,00		0	0,00		1	50,00		2
medici in rete	0	0,00	0,00	5	33,33	8,20	0	0,00	0,00	10	66,67	45,45	15
assistiti in rete	0	0,00	0,00	6433	33,34	9,20	0	0,00	0,00	12865	66,66	50,74	19298
n° gruppi	14	42,42		4	12,12		15	45,45		0	0,00		33
medici in gruppo	67	54,47	50,76	19	15,45	31,15	37	30,08	77,08	0	0,00	0,00	123
assistiti in gruppo	86087	56,10	54,67	25104	16,36	35,89	42263	27,54	81,77	0	0,00	0,00	153454
associazioni complesse	2	100,00		0	0,00		0	0,00		0	0,00		2
medici in associazione complessa	17	100,00	12,88	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	17
assistiti in associazione complessa	21332	100,00	13,55	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	21332
TOTALE MMG IN FORME ASSOCIATIVE	123	52,56	93,18	55	23,50	90,16	41	17,52	85,42	15	6,41	68,18	234
TOTALE ASSISTITI MMG IN FORME ASSOCIATIVE	150500	53,28	95,58	65224	23,09	93,25	47754	16,91	92,39	18981	6,72	74,86	282459
MMG con collaboratore di studio	38	43,18	28,79	26	29,55	42,62	23	26,14	47,92	1	1,14	4,55	88
Assistiti di MMG con collaboratore di studio	50658	43,80	32,17	34452	29,79	49,26	29047	25,11	56,20	1500	1,30	5,92	115657
MMG con infermiere	16	37,21	12,12	19	44,19	31,15	8	18,60	16,67	0	0,00	0,00	43
Assistiti di MMG con infermiere	20139	35,75	12,79	25104	44,56	35,89	11096	19,70	21,47	0	0,00	0,00	56339

L'Azienda nell'accordo aziendale 2013/2014 ha previsto l'estensione al 100% dell'indennità informatica ai medici: al 31.12.13 i medici con indennità informatica erano: 49 in Bassa Val di Cecina (80,03%), 18 all'Elba (81,81%), 106 a Livorno (80,30%) e 39 in Val di Cornia (81,25%).

Le postazioni di c.a. dopo la riduzione della postazione sull'Elba non hanno subito ulteriori variazioni.

I medici di medicina generale sono leggermente calati nel numero ma con la dichiarazione di zona carente del II semestre 2013 il numero tornerà pressoché stabile.

Novità assoluta e rilevante, la costituzione delle dieci Aggregazioni Funzionali Territoriali nell'ASL in cui sono confluiti.

Anche per la pediatria di famiglia la situazione è rimasta pressoché immutata rispetto al 2012.

Zona Distretto	IND. INFORMATICA	COLL. STUDIO	INFERM.	NUMERO BAMBINI MESE	PED.ASSOC.1 LIVELLO	PED.GRUPPO 1° LIVELLO	PED.GRUPPO 2° LIVELLO	Totale complessivo
Livornese	17	15679	11967	18180	6782	7599	3219	63443
Bassa Val di Cecina	9	7343	6375	8299		7343		29369
Val di Cornia	7	2735		5806	1939	3388		13875
Elba	4	1574		3041	3040			7659
Totale complessivo	37	27331	18342	35326	11761	18330	3219	114346

E 2.3 L'Agenzia Ospedale Territorio

Ospedale e Territorio hanno l'obiettivo comune di rispondere alla domanda di salute e cura della persona attraverso un circuito assistenziale che accompagna l'evolversi dei bisogni, fornendo interventi diversificati e flessibili, con un'offerta componibile in base alle necessità in cui il coinvolgimento del paziente e dei familiari è centrale.

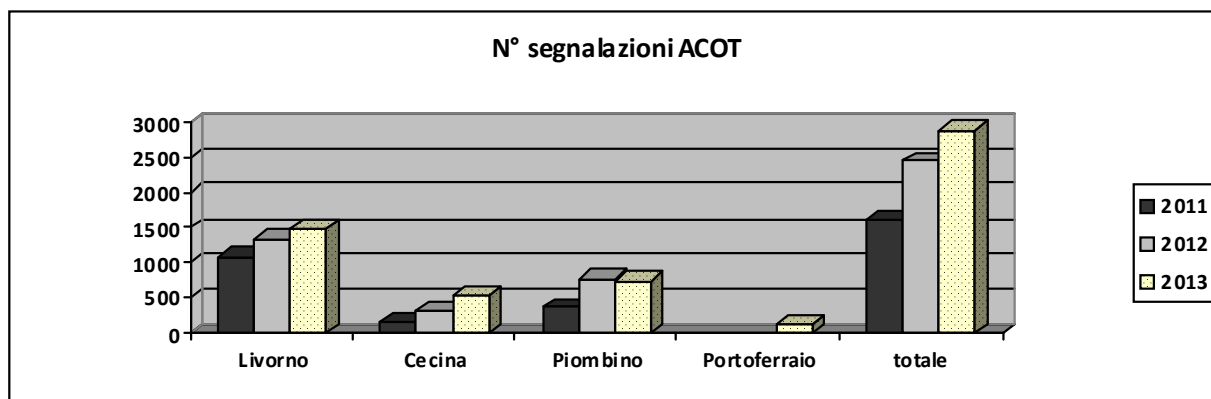
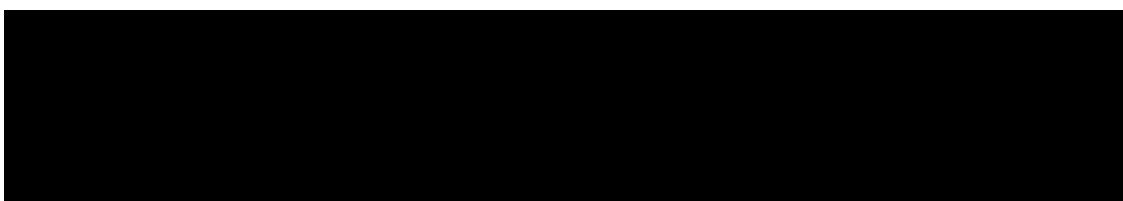
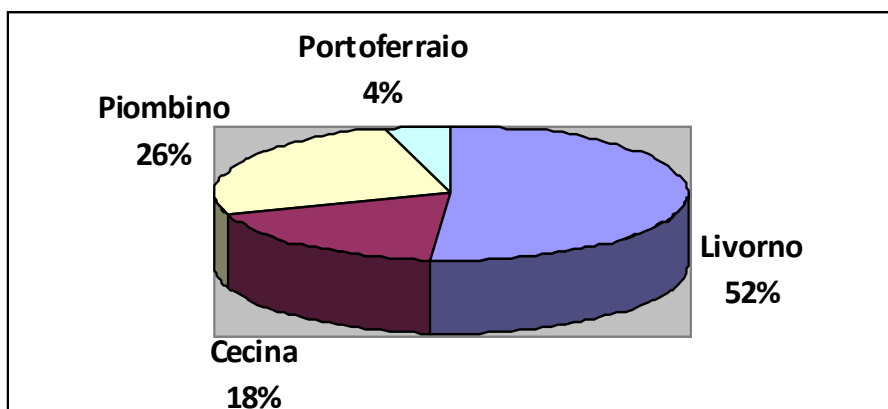
Uno dei momenti critici è rappresentato dalla dimissione, in particolare per i pazienti che non necessitano di un'intensità di cure tale da giustificare il trattenimento in reparti di degenza, ma sono comunque difficilmente assistibili a domicilio per ragioni sociali o sociosanitarie e che richiedono pertanto un accompagnamento nel percorso: la dimissione è infatti un processo e non un evento isolato in cui devono essere attuate modalità operative orientate a coniugare dimissibilità clinica e sociale lavorando per piani individualizzati basati sui bisogni e costruiti su un processo di valutazione, garantiti indipendentemente dalle competenze e dai confini della singola organizzazione. Si supera il concetto di integrazione come principio e strumento per un lavoro condiviso evolvendo in quello di continuità assistenziale con una visione centrata sulla persona.

A tale scopo con la determinazione 246 del 17 maggio 2011, l'Azienda USL 6 ha istituito, come da DGRT 1010/2008, le Agenzie per la Continuità assistenziale Ospedale Territorio (ACOT) come garanzia, nella dimissione protetta, del mantenimento della continuità assistenziale e della presa in carico del paziente con

situazione clinico assistenziale a medio-alta complessità. L'ACOT, costituita da una équipe multiprofessionale e interdisciplinare, ha un ruolo di “facilitatore”, attraverso l'informazione, l'orientamento, la verifica, l'integrazione di professionalità e servizi, in quanto si interfaccia tra le realtà ospedaliere e territoriali, coniugandone le esigenze, è il punto in cui si concentrano le segnalazioni dei reparti e vengono valutati i bisogni in relazione alla potenzialità dell'offerta. I pazienti da segnalare all'ACOT sono identificati attraverso criteri oggettivi (scala di Brass) e segnalati nei primi giorni del ricovero per fornire il tempo utile per la valutazione e per l'attivazione dei percorsi limitando così il ricovero alle effettive necessità. L'ACOT è operante nella Zona Livornese, per l'Area Medica (Medicine I° e II°, Pneumologia, Neurologia), dal giugno 2011 e nelle Zone Bassa Val di Cecina e Val di Cornia dal mese di luglio 2011.

Nel 2013 c'è stato un ampliamento dell'attività dell'ACOT con estensione progressiva alle UU.OO. di Cardiologia, Nefrologia, Ortopedia e Malattie infettive nella Zona Livornese e attivazione del percorso nella Zona Elba.

Complessivamente sono pervenute dai reparti 2.885 segnalazioni di cui il 52% dal Presidio Ospedaliero di Livorno, il 26% da Piombino, il 18% da Cecina e il 4% da Portoferraio.



Dove necessario, è stato attivato il percorso all'accesso al sistema delle Cure Intermedie (ADI, Ospedale di Comunità, Hospice...) o l'orientamento ai percorsi della non autosufficienza.

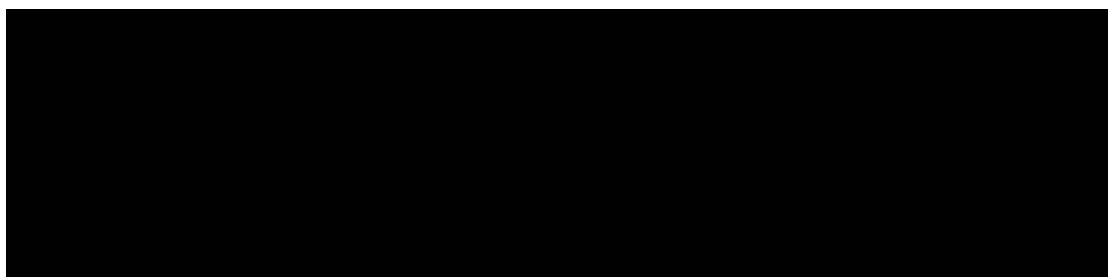
E 2.4 Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza: l'attività dei consultori

E 2.4.1 I consultori

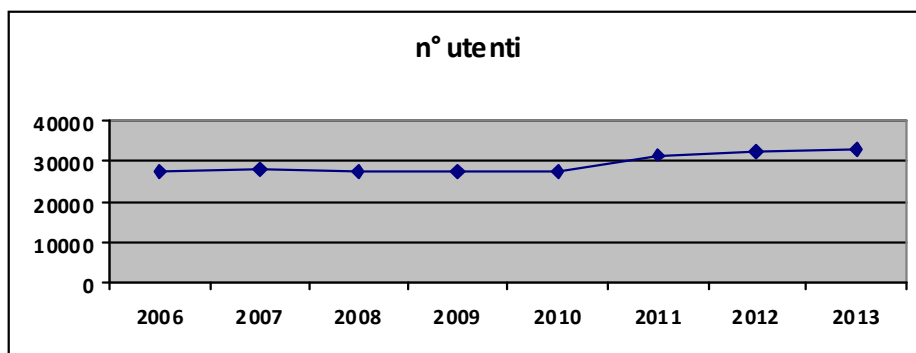
I **Consultori** hanno intrapreso da alcuni anni secondo le indicazioni dei P.S.R. e delle specifiche D.G.R. adottate dalla Regione, un percorso di riqualificazione, da una parte per riprendere il ruolo e i compiti che erano stati loro assegnati dalla legge istitutiva del 1975, dall'altra per adattarsi alle nuove esigenze della popolazione. Infatti i Consultori si occupano di tutte le tematiche inerenti la tutela della salute della donna, dell'infanzia e dell'adolescenza, in un'ottica basata non solo sulla diagnosi, cura e presa in carico, ma anche principalmente sulla prevenzione e sulla lettura dei bisogni della comunità in cui operano, con la necessità di un continuo adattamento alle modifiche del contesto socio-culturale di riferimento che diversifica la domanda dell'utenza polarizzandola in nuove aree problematiche. L'evoluzione della famiglia e della società ha portato a un ampliamento dei compiti dei Consultori verso tematiche emergenti (giovani, stranieri, violenza, infertilità, conflittualità familiare) oltre ai percorsi "storici" come la nascita, l'IVG e la procreazione responsabile. La fisionomia dei Consultori si è quindi modificata nel tempo: ad essi si rivolgono sempre più persone con bisogni molto complessi ed è ancora più necessario, rispetto al passato, lavorare in un'ottica di "sanità di iniziativa".

Nell'Azienda USL 6 la costituzione sin dal 2000 delle Unità Funzionali consultoriali in tutte le Zone, con personale assegnato e gestito dalle stesse, ha favorito questo processo, riuscendo, pur con diversità dovute alle peculiarità di ciascun territorio e a situazioni "storiche", a condividere una base comune per quanto riguarda l'organizzazione funzionale, la progettualità, le linee di indirizzo dell'attività, i percorsi formativi, l'attivazione dei percorsi assistenziali più rilevanti. Manca però ancora un coordinamento formalizzato e sussistono disomogeneità tra le varie Zone. Con l'impulso dato dalla DGRT 259/06 era stata creata una Rete di Consultori, diffusa su tutto il territorio, fortemente integrata con esso e con un'offerta diversificata in base alla tipologia di utenza, ma questa si sta modificando nel tempo con trasferimento delle sedi all'interno dei Presidi Ospedalieri, diminuzione della stabilità del personale e soprattutto difficoltà nel garantire il mantenimento e la gestione delle equipe multi professionali, elemento indispensabile per poter affrontare la complessità delle situazioni. La ASL 6 ha scelto di inserire nel documento di riorganizzazione delle attività territoriali (DGRT 1235/12) anche i Consultori, con la prospettiva di garantire gli specifici standard, in particolare la presenza di un'equipe completa, multiprofessionale, almeno in un consultorio principale per Zona, così come previsto dalla DGRT 259/06. Tale scelta è molto importante perché ribadisce la connotazione territoriale dei Consultori il cui sviluppo futuro non può non essere connesso a quello delle Cure Primarie e delle Case della Salute.

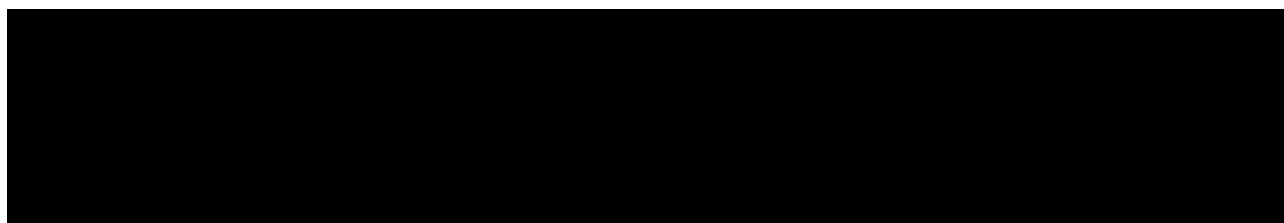
L'attività dei Consultori è significativa a livello aziendale (ogni anno vengono attivati oltre 37.000 percorsi per più di 30.000 utenti) e ha sviluppato interessanti e innovative progettualità, riconosciute anche a livello regionale. Esperienze di progetti condivisi con i Comuni, le Associazioni, le Scuole, sono presenti in tutte le Zone e consentono uno stretto raccordo con la realtà territoriale.



Nel 2013, escludendo le attività vaccinali, si sono rivolte ai Consultori dell'Azienda **33.208** utenti, di cui il 32% "nuovi", continuando il trend positivo del triennio che nell'ultimo anno ha interessato in particolare le zone sud, per un totale di **37.922** percorsi attivati e **62.978** prestazioni, la maggior parte delle quali multiprofessionali.



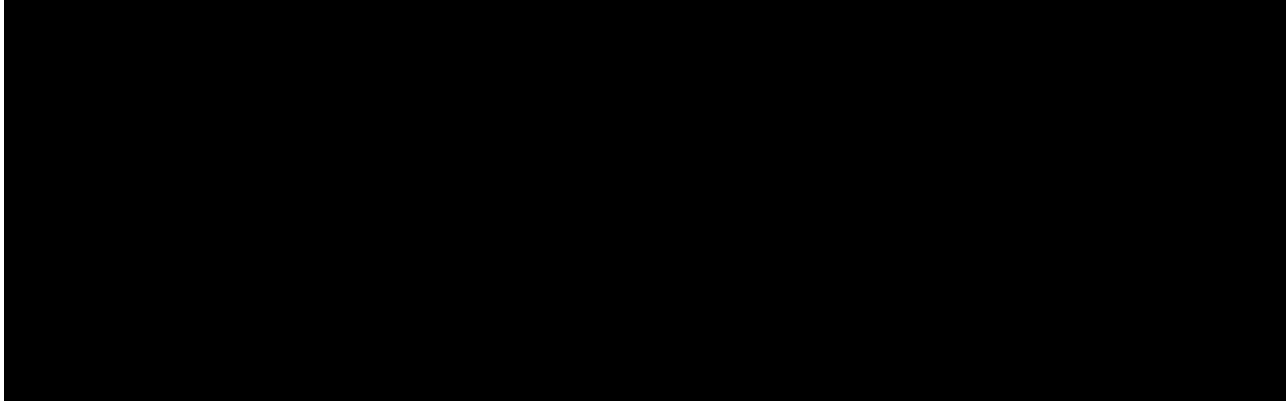
La fascia d'età maggiormente rappresentata è quella tra 30 e 39 anni (26%), seguita da quelle 50-64 (24%) e 40-49 (23%). L'indice di accesso al Consultorio per le donne in età fertile è stato del 27%, con un impatto del 30% nella Bassa Val di Cecina.



I percorsi maggiormente attivati sono stati quelli della prevenzione oncologica (45%), della ginecologia ambulatoriale (16%), della maternità (15%) e della procreazione responsabile (11%). Tutte le Zone nella programmazione della loro attività hanno dato priorità alle aree più specificamente consultoriali quali la procreazione responsabile, il percorso nascita, l'interruzione di gravidanza, così come è in via di sviluppo l'attività rivolta al sostegno alla genitorialità, alla tutela della famiglia e delle vittime di violenza.

Il **percorso nascita**, in particolare, è il settore delle attività consultoriali che in questi anni è stato maggiormente potenziato con un'offerta che va dal periodo preconcezionale al post-partum, fino al primo anno di vita del bambino.

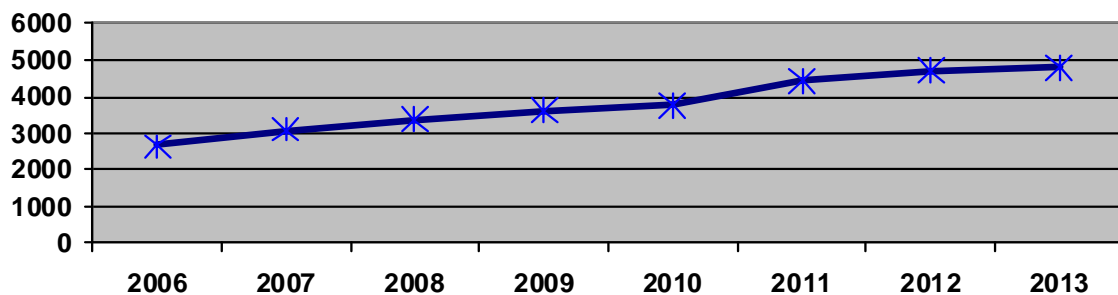
Il numero di donne che sono state seguite durante la gravidanza nei consultori aziendali rappresenta attualmente il 53% delle gestanti (52% nel 2012) ed è oltre il 60% nella Zona Bassa Val di Cecina. I Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), svolti dall'equipe del Consultorio, in integrazione con il Punto Nascita ed i Pediatri di Libera Scelta, sono un momento centrale nell'ambito del percorso nascita in quanto aumentano la consapevolezza e la capacità di scelta delle donne attraverso la partecipazione attiva ed il confronto. I CAN nel 2013 hanno interessato complessivamente 1282 donne, il 44% delle gestanti residenti, con valori nettamente superiori alla media italiana, la frequenza è particolarmente elevata nella Zona Livornese dove è coinvolta più della metà delle gestanti. Il confronto con gli anni precedenti impone però una riflessione: si evidenzia infatti rispetto al 2012 una significativa flessione nella Zona Livornese (6%) e nella Zona Elba (8%), mentre la Zona Val di Cornia rimane stabile sul 28% e non riesce a ritornare ai livelli degli anni precedenti (39% nel 2011). Il 61% delle puerpere residenti ha avuto interventi di sostegno nel post-partum, ma la situazione è fortemente disomogenea tra le Zone: in particolare la percentuale è molto elevata nella Zona Livornese (73%) dove dal 2011 è stato attivato un percorso di continuità assistenziale con il Punto Nascita attraverso lo "Spazio Mamma" del Consultorio Est. Il sostegno per l'allattamento materno viene attuato nell'ambito di una progettualità condivisa con il Comitato Italiano Unicef, attraverso varie metodologie: consulenze individuali, consulenze telefoniche, offerta attiva, attivazione di gruppi, interventi di comunità, formazione di "peer counsellors".



La **popolazione giovanile** (14-24 anni) rappresenta circa l' 11% dell'utenza dei Consultori (giovani). L'indice di accesso per la popolazione giovanile residente è stato dell'11%.

L'area tematica più rappresentata come richiesta di intervento è quella della contraccezione (1646 giovani), seguita dalle problematiche ginecologiche e affettivo-relazionali, con un'ampia variabilità tra Zona e Zona. 3540 giovani 14-24 anni si sono rivolti ai Consultori, la maggior parte dei quali (il 74%) accede al servizio attraverso i Consultori Giovani, uno spazio specifico dedicato a questa fascia d'utenza caratterizzato dalla facile accessibilità e dalla compresenza degli operatori dell'equipe, non garantita però in tutte le Zone. Ai Consultori Giovani accedono anche ragazzi di età inferiore a 14 anni e giovani tra 25 e 29 anni, inoltre viene svolta una consulenza ad adulti di riferimento per un totale di più di 3500 utenti. Dei giovani che vi afferiscono circa metà è di età inferiore ai 20 anni, risultato frutto del capillare e costante lavoro di informazione e sensibilizzazione svolto in questi anni, in particolare nelle scuole.

La **popolazione straniera** rappresenta l' 14% dell'utenza dei Consultori (4809 utenti) con un trend in continua crescita (3% in più rispetto al 2011).



Rispecchiando le caratteristiche della popolazione immigrata, sono prevalenti le fasce d'età più giovani rispetto a quelle degli utenti italiani, con maggiore attivazione di percorsi legati alla sfera riproduttiva. Sono stati costituiti "Spazi migranti", specifici per la popolazione straniera, con percorsi di accoglienza facilitati e progetti innovativi, come ad esempio il *Gruppo delle mamme altrove*, uno spazio pensato per dar voce a donne che voce non hanno, per ascoltare, ma anche per apprendere, attraverso i racconti, i vissuti, le angosce e le speranze modi diversi di essere madri e di allevare i figli. La presenza dei mediatori culturali è difforme tra le Zone mentre rappresenta un elemento fondamentale per garantire percorsi efficaci in questa fascia di popolazione.

E 2.4.2 Azioni contro la violenza nei confronti delle fasce deboli della popolazione

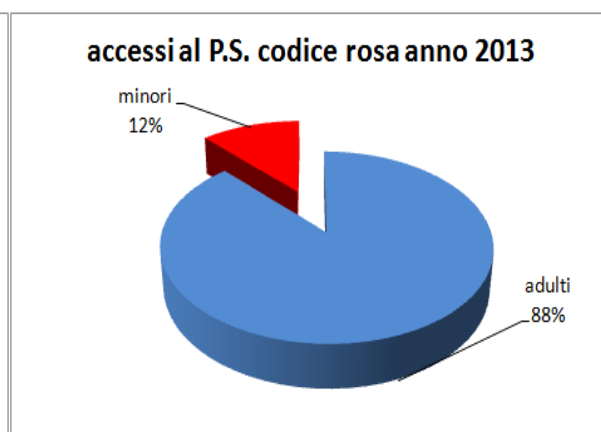
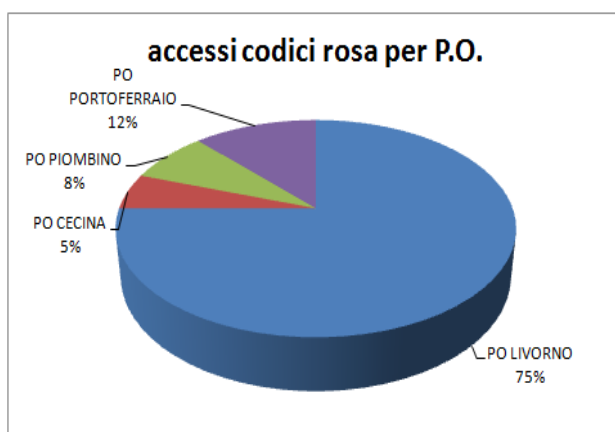
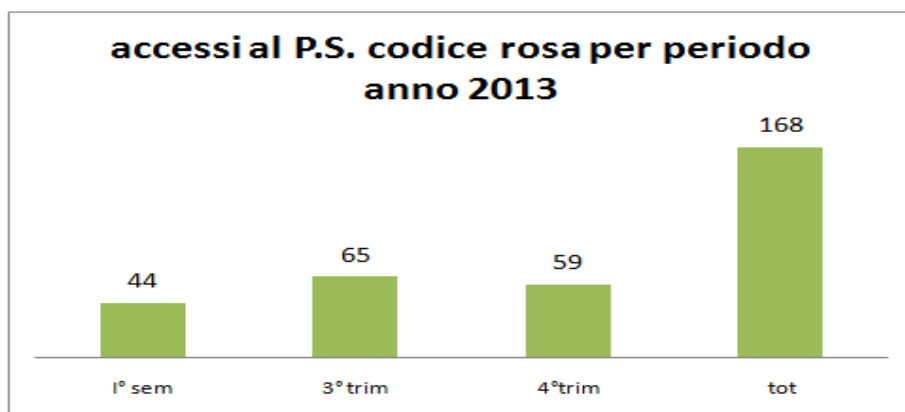
Nel 2013 è stato attivato nella AUSL 6 il progetto regionale "Codice Rosa" (DGRT 330/13) che si è innestato su una realtà in cui la tematica della violenza era stata già affrontata e su cui si erano sviluppati negli anni eventi formativi, procedure, protocolli e progettualità specifiche.

Sussistevano però diverse criticità come la difformità tra le varie Zone per quanto riguarda l'organizzazione e le procedure, il lavoro per settori con abitudini consolidate, uno scarso coinvolgimento dei Presidi Ospedalieri, la mancanza di dati certi sul fenomeno. E' stato quindi importante muoversi prima di tutto dentro una cornice ben definita costituita dal Protocollo d'intesa ASL – Procura della Repubblica – Questura – Comando Provinciale dei Carabinieri (20/11/2012) e dalla determinazione aziendale 586/12 con cui è stato adottato il "Protocollo azioni contro la violenza nei confronti delle fasce deboli della popolazione" che ha disegnato l'organizzazione

complessiva e previsto azioni specifiche, nei Presidi Ospedalieri e a livello territoriale, per individuare le vittime e attivare il percorso, con particolare attenzione all'accoglienza e all'ascolto.

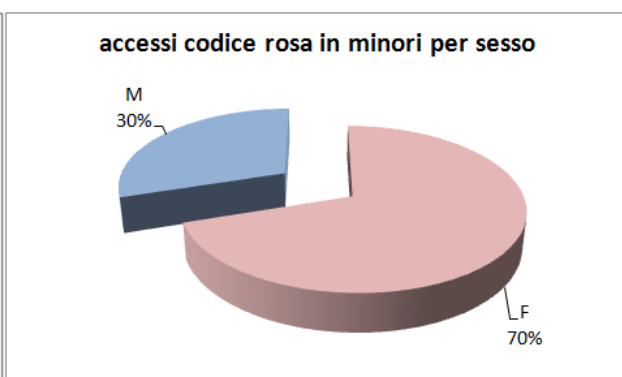
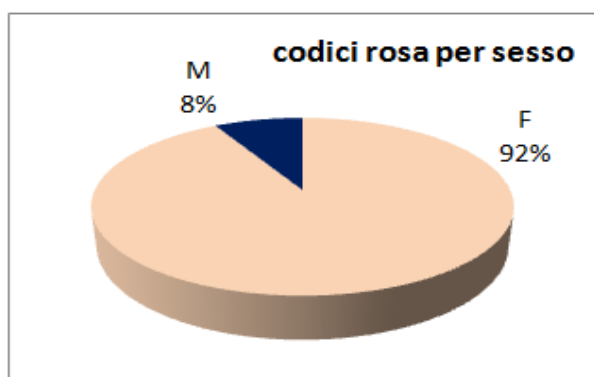
Nel corso del 2013 è stato costituito il Centro di Coordinamento aziendale (Determinazione 3/13) con valenza di programmazione e di coordinamento delle azioni previste, con presenza di tutti i referenti dei settori coinvolti e sono stati attivati i quattro Centri di Coordinamento zionali, uno per Zona, nei Consultori Principali, con valenza operativa.

Dal mese di aprile 2013 il "codice rosa" è stato attivato ufficialmente presso il Pronto Soccorso di Livorno e progressivamente esteso a tutti gli altri Presidi Ospedalieri.

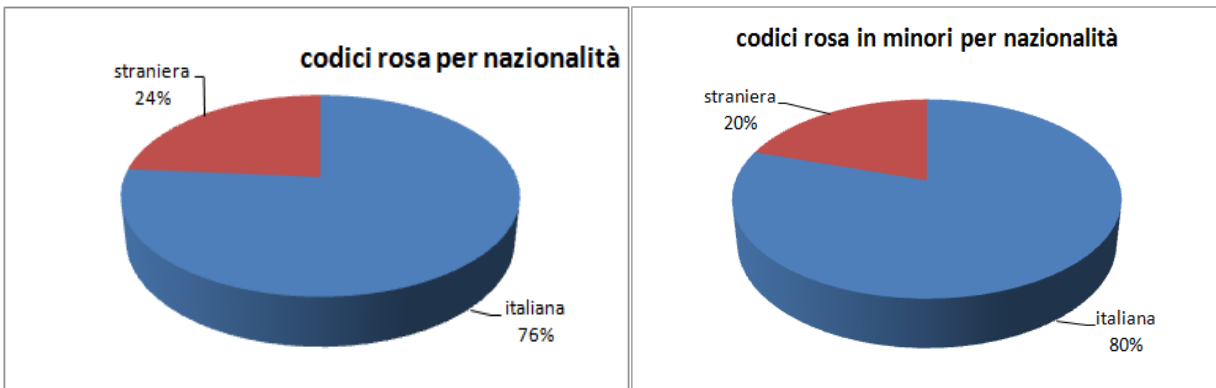


Nel 2013 sono stati segnalati dal Pronto Soccorso 168 accessi di "codice rosa" di cui il 74% nel secondo semestre, quando l'attivazione del progetto era consolidata. Il 75% delle segnalazioni è partita dal P.S. di Livorno. L'88% degli accessi riguardava maggiorenni, il 12% minori.

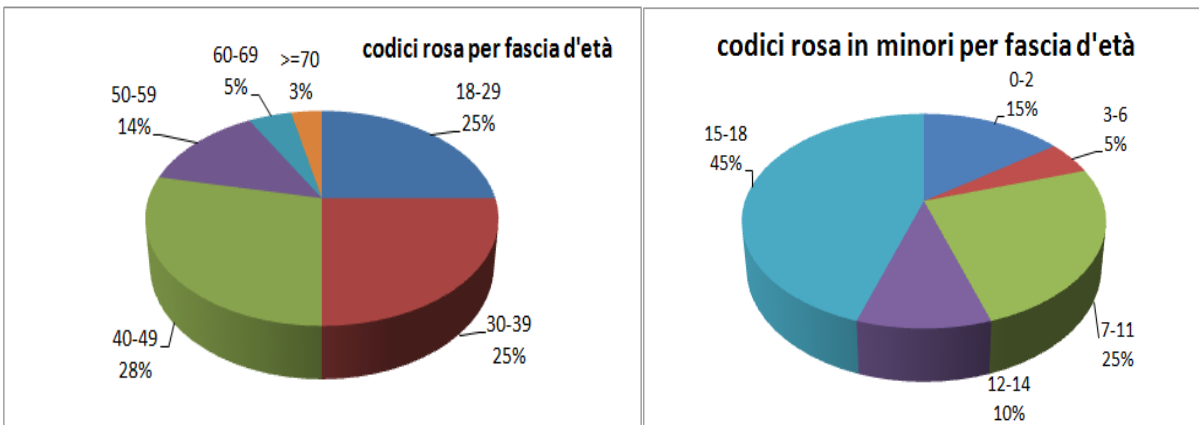
Il codice rosa è rivolto a tutti i soggetti "deboli" e non solo alle donne, ma queste ne costituiscono la parte più rilevante (il 92% negli adulti e il 70% nei minori)



Il 76% degli accessi negli adulti e l'80% degli accessi nei minori riguardava soggetti di nazionalità italiana.



Sono rappresentate tutte le fasce d'età, in particolare la 18-49 per gli adulti e la 15-18 per i minori. L'accesso è avvenuto prevalentemente per maltrattamenti (91% negli adulti e 85% nei minori).



Dopo l'esperienza di questi mesi si evidenziano i seguenti punti di forza:

- L'organizzazione aziendale a rete che consente di superare diverse difficoltà organizzative (quattro Zone e quattro Presidi Ospedalieri) e garantisce la diffusione omogenea di procedure, informazioni, materiali, formazione nonché l'opportunità di riferimenti certi
- Il coinvolgimento sin dall'inizio di tutti i soggetti interessati, ospedalieri e territoriali, e i diversi ambiti aziendali (es. Comunicazione, Formazione, Educazione alla Salute) nonché il raccordo con gli Enti e le Associazioni
- L'inserimento del Progetto "Codice Rosa" all'interno dell'organizzazione in modo da non creare scollamenti o difficoltà di interazione
- La formazione, con vari livelli di approfondimento, avviata seguendo il principio della massima condivisione possibile (più persone, più professionalità, più Strutture Organizzative, più soggetti istituzionali) e non concentrata su pochi soggetti
- La possibilità di inserire i dati del "Codice Rosa" direttamente nell'applicativo del Pronto Soccorso con interfaccia informatizzata diretta, in tempo reale, con il Centro di Coordinamento zonale per l'attivazione del percorso successivo
- La comunicazione: attraverso il sito aziendale e la stampa di materiale informativo

Il progetto ha trovato un buon livello di sensibilità e di collaborazione degli Operatori e ha consentito una crescita nell'approccio al fenomeno della violenza per il coinvolgimento del Presidio Ospedaliero, il consolidarsi dei rapporti tra le Istituzioni, la possibilità di confronto e condivisione a livello regionale. I dati mostrano con evidenza come l'avvio del progetto ha consentito di rendere visibili, attraverso una maggiore attenzione da parte degli Operatori, situazioni di violenza che sarebbero rimaste altrimenti non conosciute. La riflessione che scaturisce dall'esperienza di questo primo anno è relativa all'importanza di avere una organizzazione complessiva e coordinata a livello aziendale, relativa agli interventi sulla violenza, che coinvolge tutti i settori e

tutte le Zone, con un piano ben definito, all'interno del quale il progetto "Codice Rosa" può costituire un valore aggiunto e trovare così la migliore possibilità di esprimersi.

E 2.5 Medicina di Iniziativa

La Regione Toscana aveva posto come obiettivo aziendale per il 2013, l'estensione del progetto ad almeno il 60% della popolazione residente di età superiore ai 16 anni: gli assistiti in azienda ≥ 16 anni sono circa 299.033 (al 31.12.12).

	Zona Livornese	Zona Bassa Val di Cecina	Zona Val di Cornia	Zona Elba	ASL 6
Popolazione 16 anni	149.724	70.177	51.168	27.964	299.033
MMG convenzionati	140	60	49	22	271
Moduli fase pilota	1	1	1	1	4
Medici MMG coinvolti	8	11	10	6	35
Assistiti fase pilota	8.901	14.540	11.218	7.440	42.099
% copertura popolazione	5,94%	20,71%	21,92%	26,60%	14,08%
Moduli fase estensione I	0	1	1	1	3
Medici MMG coinvolti	0	8	8	7	23
Assistiti fase estensione	0	10.761	7.979	7.082	25.822
% copertura popolazione cumulativa	5,94%	36,05%	37,52%	51,93%	22,71%
Moduli fase estensione II	2	1	0	0	3
Medici MMG coinvolti	15	9	0	0	24
Assistiti fase estensione	18.843	11.065	0	0	29.908
% copertura popolazione cumulativa	18,53%	51,82%	37,52%	51,93%	32,72%
Totale assistiti nei moduli	27.744	36.366	19.197	14.522	97.829
Totale MMG coinvolti	23	28	18	13	82
% MMG coinvolti	16,43%	46,66%	36,73%	59,09%	30,25%

Per l'Azienda USL 6 di Livorno, il target era rappresentato da 123.343 assistiti.

Gli assistiti già coinvolti nelle fasi pilota e di estensione (fase 1) erano 68.556 .

Il numero di assistiti da coinvolgere per l'obiettivo del 30% è di 25.399

I Moduli già attivati alla fine del 2010 furono: Zona Livornese : uno - Zona BVC : due - Zona VdC : due - Zona Elba : due , per un totale di sette a livello aziendale.

Nel 2011, per raggiungere l'obiettivo regionale del 30% era stato necessario prevedere moduli aggiuntivi: estensione 2.

A fianco il riepilogo aziendale con 97.829 assistiti arruolati

Nel 2012 non è stato possibile attivare nessun altro modulo e quindi l'obiettivo non è stato raggiunto.

Ad oggi ognuno dei 10 moduli ha un proprio coordinatore, un infermiere dedicato, alcune ore di OSS ed un referente medico di comunità.

Le attività dei dieci moduli attivi sono in linea con gli obiettivi ed al 31.12.13 la situazione era la seguente:

- moduli fase pilota:
- percorso diabete e scompenso: terminato il terzo anno di attività (T4)
- percorso BPCO ed Ictus: terminato il secondo anno di attività (T4)
- moduli estensione I:
- percorso diabete e scompenso: terminato il secondo anno di attività (T4)
- percorso BPCO ed Ictus: terminato il primo anno di attività (T4)
- moduli estensione II:
- percorso diabete e scompenso: terminato il primo anno di attività (T4)

Punti di forza del progetto

- Coordinamento aziendale dei coordinatori e referenti dei moduli, degli infermieri e loro responsabili, il referente amministrativo del progetto e il referente del sistema informativo
- Forte condivisione sia dei percorsi fra i vari attori del modulo sia della gestione operativa del progetto: acquisti attrezzature, applicazione percorsi, programmazione attività, confronto sui risultati con omogeneità in tutta l'azienda
- Sistema informativo creato ad hoc, con vari livelli di accesso in relazione al profilo dell'utente: coordinatore, infermiere, medico di comunità, responsabile del progetto. Il programma contiene anche una scheda infermieristica per informazioni aggiuntive. Tempestività della trasmissione delle informazioni attraverso il MARSUPIO regionale e della reportistica di monitoraggio interna.
- Appartenenza degli infermieri ai servizi territoriali pubblici, fatto che favorisce il passaggio di informazioni fra professionisti del territorio
- Individuazione degli infermieri attraverso un bando che ha consentito la selezione di persone particolarmente motivate
- “Scoperta” delle competenze reciproche ed instaurazione di un clima di fiducia fra MMG e infermieri: “sono una squadra” che esiste all'interno della rete territoriale con una governance esercitata dalla medicina di comunità
- Rapporto fiduciario fra paziente ed infermiere. Notevole apprezzamento da parte dei cittadini per le attività dell'infermiere e del medico Counseling di gruppo con il progetto paziente esperto: accreditamento alla Stanford University: formazione di un medico di comunità (direttamente negli USA) e di 16 operatori aziendali per conduttori di gruppi
- Condivisione dei percorsi con le Associazioni di Volontariato

Punti di debolezza

- Livelli bassi delle percentuali di reclutamento, con il rischio di ridurre la funzione di garanzia di equità dell'accesso: ciò implica una relativa facilità di raggiungimento per alcuni indicatori del diabete e scompenso (NA/K, ace/sartani) avendo selezionato i pazienti.
- Problemi medico legali inerenti l'esecuzione di esami strumentali presso l'ambulatorio MMG: ECG, spirometria
- Poco oggettivo il rilevamento degli indicatori relativi al counseling
- Pericolo di finalizzare le azioni al semplice raggiungimento del valore dell'indicatore
- Scarsa disponibilità di accessi specialistici: in parte per carenza di risorse, in parte per minore priorità percepita da parte degli specialisti
- Pericolo di separazione fra infermieri che operano nella medicina di iniziativa ed infermieri delle attività domiciliari: pur essendo presente il passaggio di informazioni, l'intervento su un paziente con comorbilità rischia di essere parcellizzato
- Difficoltà nell'impiego operativo del volontariato
- Difficoltà nel ritorno dei dati ai MMG
- Difficoltà acquisti tramite ESTAV

E 2.6 Gli screening oncologici

Struttura: Centro Aziendale Screening

Fonte del dato: ESTAV – Report da Programma informatizzato aziendale per la gestione dei programmi – Popolazione target Residenti da ISTAT al 01/01/2013

Dati di estensione e adesione ai programmi

Tabella 1

Dati 2013	SCREENING MAMMELLA (50-69 aa)				
	A. USL 6	LIVORNO	B.V. CECINA	V.D. CORNIA	ELBA
Popolazione invitata	22.312	12.258	4.256	3.684	2.114
Popolazione rispondente	16.162	8.730	3.333	2.863	1.236
T. estensione corretto O.N.S.	92,9%	100,3%	78,6%	87,5%	98,2%
T. adesione corretto	76,6%	75,0%	80,8%	85,5%	62,1%

	SCREENING COLON RETTO (50-70 aa)				
	A. USL 6	LIVORNO	B.V. CECINA	V.D. CORNIA	ELBA
Popolazione invitata	48.723	24.321	11.396	8.496	4.510
Popolazione rispondente	24.353	12.034	5.332	4.584	2.403
T. estensione corretto O.N.S.	102,1%	102,0%	103,5%	100,7%	101,1%
T. adesione corretto	51,7%	51,1%	47,6%	56,8%	55,5%

	SCREENING COLLO UTERO (25-64 aa)				
	A. USL 6	LIVORNO	B.V. CECINA	V.D. CORNIA	ELBA
Popolazione invitata	32.736	17.162	7.252	5.337	2.985
Popolazione rispondente	15.540	7.393	3.908	2.843	1.396
T. estensione corretto O.N.S.	101,4%	104,5%	97,0%	98,7%	100,2%
T. adesione corretto	53,5%	50,3%	56,1%	61,4%	50,4

Tabella 2

Confronto 2013 vs 2012		MAMMELLA	CERVICIE UTERINA	COLON-RETTO
Az. USL 6	Inviti esportati 2013	22.312	32.736	48.723
Az. USL 6	Inviti esportati 2012	23.043	33.243	48.506

		MAMMELLA	CERVICIE UTERINA	COLON-RETTO
Az. USL 6	Rispondenti 2013	16.162	15.540	24.353
Az. USL 6	Rispondenti 2012	16.093	14.592	23.632

Commento dei dati:

Estensione degli screening:

per quanto riguarda lo screening della mammella, nel 2013 si evidenzia una certa flessione dell'estensione rispetto al 2012 (92,9% vs 97,5%) dovuta a difficoltà nella capacità di erogazione dell'esame mammografico in BVC e VDC. Per gli altri due screening i valori risultano anche per quest'anno ben superiori al previsto 100% (102,1% e 101,4%)

Adesione agli screening:

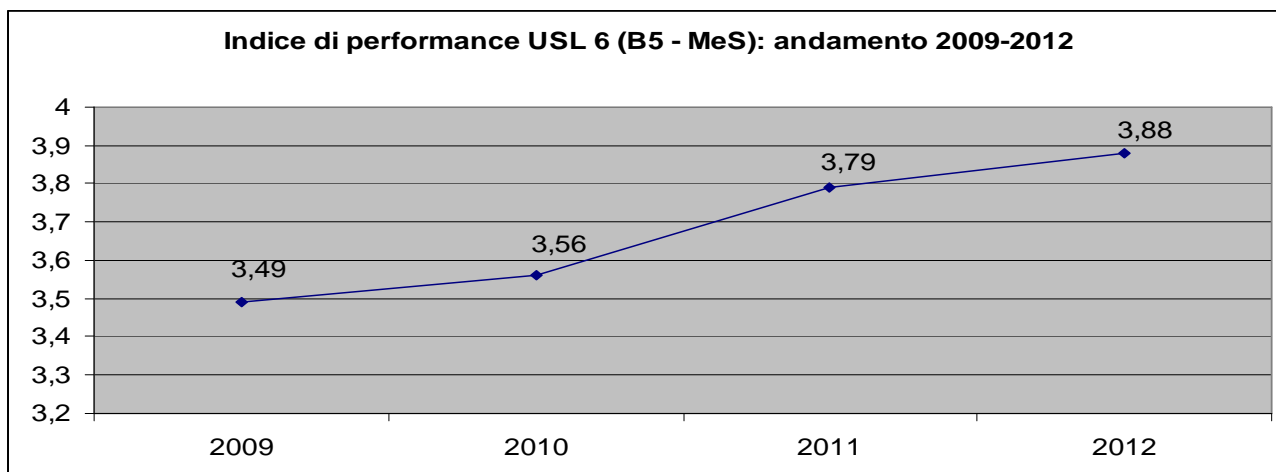
nel 2013 per lo screening mammografico si osserva un buon incremento dell'adesione rispetto al 2012 (76,6% vs 74,3%), solo in parte sostenuto dalla diminuzione dell'estensione. La performance si attesta ancora una volta al di sopra della media regionale. Per quanto riguarda lo screening del colon retto si osserva per quest'anno un aumento di più di un punto percentuale di adesione rispetto al 2012 (51,7% vs 50,5%). Decisamente consistente (oltre il 5%) l'aumento dell'adesione allo screening della cervice uterina (53,5% vs 48,2%).

Tabella 3

	Tasso di Adesione		
	ASL 6 Livorno		Media regione toscana (Anno 2012)
	Anno 2013	Anno 2012	
MAMMELLA	76,6%	74,3	72,6%
CERVICE UTERINA	53,5%	48,2	56,0%
COLON RETTO	51,7%	50,5	51,5%

Infine, relativamente all'andamento dell'indice di performance generale degli screening oncologici della USL 6 per quanto riguarda l'estensione e l'adesione (Indicatore B5, elaborato dal MeS), riportiamo di seguito l'osservazione degli ultimi quattro anni in cui risulta evidente un consolidato miglioramento nel tempo. I dati MeS, aggiornati al 2013, non risultano ancora disponibili.

Anno	Performance
2012	3,88
2011	3,79
2010	3,56
2009	3,49



E 2.7 Il Dipartimento delle dipendenze

I servizi ambulatoriali

Nel 2013 i 4 SerT hanno preso in carico 1692 utenti le cui patologie sono evidenziate nelle tabella successiva. I trend degli anni precedenti si confermano con un flusso in costante aumento di consumatori di cocaina sia in modo esclusivo che insieme ad altre sostanze. Il numero di giocatori patologici è anche esso in costante aumento con delle situazioni di estrema gravità sul piano sociale così come il numero di minorenni che accedono al servizio spesso inviati per problemi con la giustizia.

	Livorno	Cecina	Piombino	Portoferraio	Totale
N° utenti eroinomani presi in carico	789	175	142	104	1210
N° utenti cocainomani presi in carico ¹	55	11	3	4	73
N° utenti con problemi di alcool presi in carico	176	21	58	31	286
N° utenti con patologia del gioco presi in carico	51	7	12	3	73
N° utenti con età compresa tra 15 e 19 anni presi in carico ²	17	9	5	7	38
Altri	35	0	1	0	36
Totale	1106	223	221	142	1692

¹ Il numero di utenti che consumano cocaina insieme all'eroina non può essere evidenziato in modo attendibile con il nostro sistema di rilevamento.

² Il numero di utenti di età compresa tra i 15 e 19 anni è già ricompreso nelle altre categorie (la maggiore parte vengono per problemi con l'eroina o per problematiche legali).

I programmi comunitari

Nell'anno 2013 sono state chiuse 2 comunità pubbliche: Pian di Rena a Livorno e Le Pianacce a Piombino per cui attualmente abbiamo a disposizione una sola comunità pubblica a Rosignano Marittimo.

Questa struttura ha accolto l'anno 2013: -- utenti

Livorno	Cecina	Piombino	Portoferraio	Totale
32	3	2	2	39

I Sert hanno inviato nelle comunità residenziali convenzionate regionali ed extraregionali --- utenti nel 2013

Livorno	Cecina	Piombino	Portoferraio	Totale
71	2	4	2	79

Sono stati inviati inoltre 8 utenti nella comunità Orthos per giocatori patologici aperta su progetto esclusivo della Regione Toscana.

La prevenzione

Tutti i SerT attuano programmi di prevenzione in collaborazione con l'UF Educazione alla Salute.

Oltre a queste attività che si svolgono generalmente nelle scuole (incontri con gli alunni o formazione di pari) un progetto di prevenzione nei confronti della popolazione che frequenta i luoghi del divertimento è attivo da anni nelle zone di Livorno (Okkio bimbi) e dell'Elba (progetto camper).

E.3 LA PATOLOGIA PSICHIATRICA

E 3.1 La salute mentale infanzia adolescenza

Nel 2013 la prevalenza è stata di 3.439 minori. I tassi variano a seconda della età, del genere e delle zone. I maschi rappresentano ogni anno circa il 60% sia dell'utenza totale che della nuova utenza: il tasso medio di accesso dei maschi è del 8,6%, quello delle femmine del 6,2%. I tassi delle specifiche classi di età crescono fino ai 10 anni per i maschi (che nella fascia di età 6-10 anni superano l'11% per poi scendere), fino ai 13 anni per le femmine (8,9%). La differenza di genere tende a crescere fino ai 10 anni, si assottiglia nel triennio 11-13 e si annulla con la adolescenza.

Le variazioni nei Tassi di Accesso delle 4 Zone sembrano dovute al tipo di rapporto esistente tra Comunità e Servizi e alla riduzione del numero di operatori impegnati per blocco del turn over e mancate sostituzioni. L'Accesso non è in ogni caso sinonimo di Patologia ma di Attenzione: moltissimi dei bambini visitati infatti non riporta una diagnosi di "Disturbo categoriale". Il tasso di accesso si è perciò ridotto dal 8 al 6,9%. Il tasso di patologie ha subito variazioni non rilevanti. Le differenze di genere rimangono sostanzialmente invariate, i tassi nelle varie età accentuano il proprio andamento "a piramide" con apice nella fascia 6-10 anni.

Similmente a quanto registrato a livello regionale, benché i tassi della classe di età 14-17 siano in aumento risultano ancora più bassi di quanto ci si aspetterebbe. Almeno in teoria, si dovrebbe verificare il sommarsi di due popolazioni di utenza: quella per cui l'inizio della presa in carico è avvenuta nell'età "infantile" e che ancora ha bisogno di trattamento e quella con esordio "adolescenziale" che arriva al servizio per la prima volta dopo i 14 anni.

Anche nei Casi Nuovi si conferma la percentuale rappresentata dalle classi di età superiori a 13 anni (che già da due anni si è attestata sul 10% rispetto all'8% del decennio precedente). Il basso accesso di adolescenti potrebbe essere correlato alle particolarità della psicopatologia di questa età in cui sintomi significativi e normale varianza del comportamento spesso si confondono, ritardando o addirittura impedendo l'invio da parte di famiglia, scuola, altre agenzie più impegnate nella prevenzione (pediatri, consultori).

Per quello che riguarda le diagnosi: anche per effetto della migliore qualità dei dati forniti dal sistema informativo, i casi che a fine anno non presentano diagnosi psicopatologiche precise ma solo quadri di sofferenza rappresentano nel 2013 meno dell'1% sia del totale (nel 2008 erano il 15%) che dei Nuovi Casi (nel 2008 rappresentavano addirittura il 30%).

Le diagnosi principali, come negli anni precedenti, sono quelle tipiche dell'esordio infantile: "Disordini dello sviluppo psicologico" (in cui sono compresi sia le patologie dello spettro autistico che i disturbi dell'apprendimento e del linguaggio), le "Sindromi con esordio abituale nell'infanzia" (in cui sono registrate le patologie psichiatriche prevalenti nell'età infantile sia a livello comportamentale che emotivo) e il "Ritardo mentale" sono le più rappresentate tanto nella prevalenza che nell'incidenza.

CASI TOTALI SMIA DEL 2013 SUDDIVISI PER DIAGNOSI, GENERE E CLASSE DI ETÀ

Raggruppamenti diagnostici	Totale	0 - 2			3 - 5			6 - 10			11 - 13			14 - 17			> 17			% Maschi	% Femm.
		T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F		
(F10-F19) SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DOVUTI ALL'USO DI SOSTA	2												2		2					0	100
(F20-F29) SCHIZOFRENIA, SINDROME SCHIZOTIPICA E SINDROMI DELIRANTI	1												1	1						100	0
(F30-F39) SINDROMI AFFETTIVE	35							2	2		10	7	3	12	4	8	11	7	4	57,14	42,86
(F40-F49) SINDROMI NEVROTICHE LEGATE A STRESS E SOMATOPFORMI	98				3	1	2	11	6	5	31	13	18	45	16	29	8	2	6	38,78	61,22
(F50-F59) SINDROMI E DISTURBI COMPORTAMENTALI	42							5	2	3	8	2	6	20	1	19	9		9	11,9	88,1
(F60-F69) DISTURBI DELLA PERSONALITÀ E DEL COMPORTAMENTO	20				1		1	1	1		5	2	3	11	8	3	2	1	1	60	40
(F70-F79) RITARDO MENTALE	361	4	4		17	8	9	104	65	39	88	40	48	114	50	64	34	18	16	51,25	48,75
(F80-F89) SINDROMI E DISORDINI DI SVILUPPO PSICOLOGICO	1474	43	25	18	330	231	99	635	442	193	280	182	98	162	104	58	24	19	5	68,05	31,95
(F90-F99) SINDROMI COMPORTAMENTALI ED EMOZIONALI CON ESORDIO ABITUALE NELL'INFA	645	4	3	1	59	47	12	231	172	59	233	128	105	108	69	39	10	3	7	65,43	34,57
(E00-E09) MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	6	2	1	1	2	1	1	2	1	1										50	50
(G00-G09) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO IN AGGIUNTA (A81), (B22), (C00-C72), (D32)	177	16	10	6	23	13	10	45	23	22	39	21	18	40	22	18	14	8	6	54,8	45,2
(J00-J99) MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1							1		1										0	100
(H00-H59) MALATTIE DELL'OCCHIO E ANNESSI	11	2		2	2	2		3		3	2	1	1	1	1				1	36,36	63,64
(H60-H95) MALATTIE DELL'ORECCHIO E DEL PROCESSO MASTOIDEO	23	3	1	2	9	8	1	5	4	1	1	1		4	3	1	1		1	73,91	26,09
(M20-M25) DISTURBI ARTICOLARI	2				1		1	1	1											50	50
(Q00-Q18) MALFORMAZIONI CONGENITE DEL SISTEMA NERVOSO, OCCHIO, ORECCHIO	16	1		1	4	4		4	2	2	2	1	1	1	1		4	3	1	68,75	31,25
(P00-P99) CONDIZIONI MORBOSE CHE HANNO ORIGINE NEL PERIODO PERINATALE	102	89	49	40	3	1	2	6	4	2	1		1	1	1		2	2		55,88	44,12
(Q35-Q45) MALFORMAZIONI LABBRO, PALATO, APPARATO DIGERENTE	2				2	2														100	0
(Q05-Q70) MALFORMAZIONI E DEFORMAZIONI CONGENITE SISTEMA OSTEOMUSCOLARE	15	9	5	4	2	2		2	1	1	1	1		1		1				60	40
(Q80-Q99) ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE E ANOMALIE CROMOSOMICHE	58	10	5	5	7	3	4	21	12	9	12	5	7	5	3	2	3	3		53,45	46,55
(R00-R99) SINTOMI CHE INTERESSANO L'APPARATO RESPIRATORIO, DEL MOVIMENTO, DELLA	3							2	1	1	1	1								66,67	33,33
(S00-S99) TRAUMATISMI DELLA TESTA, OGLIO, TORACE, COLONNA	4	1	1		1	1		1	1										1	100	0
(S40-S90) TRAUMATISMI DELLA SPALLA, ANGA E ARTI	6	1	1		2	1	1					3	2	1						66,67	33,33
(Z55-Z85) PERSONE CON POTENZIALI PROBLEMI DI SALUTE LEGATI A CONDIZIONI SOCIOLOGICO	166	9	5	4	18	11	7	55	32	23	50	25	25	31	13	18	3		3	51,81	48,19
(X00-X84) AUTOLESIONI INTENZIONALE	3													2		2	1	1		33,33	66,67
OSSERVAZIONE INSUFFICIENTE	59	2	1	1	12	6	6	16	10	6	9	2	7	9	6	3	11	8	3	55,93	44,07
ALTRO	107	61	33	28	4	2	2	17	8	9	10	6	4	14	7	7	1	1		53,27	46,73
TOTALE	3439	257	144	113	502	344	158	1170	790	380	786	440	346	584	310	274	140	77	63	61,21	38,79

NUOVI CASI SMIA DEL 2013 SUDDIVISI PER DIAGNOSI, GENERE E CLASSE DI ETA'

Raggruppamenti diagnostici	Totale	0 - 2			3 - 5			6 - 10			11 - 13			14 - 17			> 17			% Maschi	% Femm.
		T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F		
(F10-F19) SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DOVUTI ALL'USO DI SOSTA	1																			0	100
(F30-F39) SINDROMI AFFETTIVE	15							2	2		4	3	1	6	6	3	2	1		46,67	53,33
(F40-F49) SINDROMI NEVROTICHE LEGATE A STRESS E SOMATOFORMI	51				3	1	2	7	4	3	18	6	12	22	7	15	1	1		37,25	62,75
(F50-F59) SINDROMI E DISTURBI COMPORTAMENTALI	20							3	1	2	5	2	3	11	1	10	1			20	80
(F60-F69) DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL COMPORTAMENTO	5															1	1			20	80
(F70-F79) RITARDO MENTALE	21	3	3		1			1	10	4	6	4	2	2	1			2		42,86	57,14
(F80-F89) SINDROMI E DISORDINI DI SVILUPPO PSICOLOGICO	442	34	18	16	158	108	50	175	111	64	52	33	19	21	13	8	2	1	1	64,25	35,75
(F90-F99) SINDROMI COMPORTAMENTALI ED EMOSIONALI CON ESORDIO ABITUALE NELL'INFA	249	3	2	1	32	24	8	74	49	25	112	48	64	25	11	14	3	1	2	54,22	45,78
(E00-E09) MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	3	2	1	1					1		1									33,33	66,67
(G00-G09) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO IN AGGIUNTA (A81), (E22), (C00-C72), (D32)	54	9	5	4	8	2	6	11	5	6	14	5	9	10	7	3	2		2	44,44	55,56
(H00-H09) MALATTIE DELL'OCCHIO E ANNESSI	3	2		2	1	1														33,33	66,67
(H40-H49) MALATTIE DELL'ORECCHIO E DEL PROCESSO MASTOIDEO	4	2	1	1	2	2														75	25
(M20-M29) DISATURBI ARTICOLARI	1							1	1											100	0
(Q00-Q19) MALFORMAZIONI CONGENITE DEL SISTEMA NERVOSO, OCCHIO, ORECCHIO	1				1	1														100	0
(P00-P09) CONDIZIONI MORBOSE CHE HANNO ORIGINE NEL PERIODO PERINATALE	70	68	40	28	1		1										1	1		58,57	41,43
(Q33-Q45) MALFORMAZIONI LABBRO, PALATO, APPARATO DIGERENTE	2				2	2														100	0
(Q65-Q79) MALFORMAZIONI E DEFORMAZIONI CONGENITE SISTEMA OSTEOMUSCOLARE	9	8	4	4								1	1							55,56	44,44
(Q80-Q99) ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE E ANOMALIE CROMOSOMICHE	6	4	1	3	1	1		1		1										33,33	66,67
(R00-R99) SINTOMI CHE INTERESSANO L'APPARATO RESPIRATORIO, DEL MOVIMENTO, DELLA	1							1	1											100	0
(S00-S39) TRAUMATISMI DELLA TESTA, COLLO, TORACE, COLONNA	2	1	1		1	1														100	0
(S40-S99) TRAUMATISMI DELLA SPALLA, ANGA E ARTI	6	1	1		2	1	1					3	2	1						66,67	33,33
(Z35-Z39) PERSONE CON POTENZIALI PROBLEMI DI SALUTE LEGATI A CONDIZIONI SOCIOECO	41	7	3	4	6	4	2	12	4	8	7	3	4	8	6	2	1		1	48,78	51,22
OSSERVAZIONE INSUFFICIENTE	14	2	1	1	5	2	3	5	1	4	1		1	1	1					35,71	64,29
ALTRO	75	47	24	23	3	1	2	14	6	8	4	2	2	7	3	4				48	52
TOTALE	1096	193	105	88	227	151	76	317	189	128	228	107	121	115	50	65	16	6	10	55,47	44,53

E 3.2 Salute mentale adulti

Le persone con più di 18 anni che nel corso del 2013 hanno ricevuto a qualsiasi titolo delle prestazioni dai Servizi di Salute Mentale Adulti della USL di Livorno sono state 5.661, con un tasso di accesso intorno al 2,0% della popolazione maggiorenne: poiché le persone senza diagnosi sono molto poche i Tassi di Accesso e quelli di Prevalenza praticamente coincidono. Il tasso rimane molto stabile in tutte le fasce di età e in tutte le zone della USL6. A differenza dei minori tra i maggiorenni la prevalenza complessiva è composta, come da letteratura, al 60% da utenza femminile con piccole differenze tra le zone .

Utenti Totali SMA del 2013 divisi per Genere, Classe di età e Diagnosi

Raggruppamenti diagnostici	Totale			0 - 17			18 - 24			25 - 34			35 - 44			45 - 64			> 64			% Maschi	% Fem
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F		
PSICOSI ORGANICA	315	125	190				2	1	1	2	1	1	11	5	6	32	20	12	268	98	170	39,68	60,32
DISTURBI PSICHICI ALCOL-CORRELATI	69	47	22				3	2	1	10	6	4	19	13	6	28	20	8	9	6	3	68,12	31,88
DISTURBI PSICHICI DA FARMACO DIPENDENZA	72	49	23	1		1	11	5	6	28	18	10	12	10	2	18	14	4	2	2		68,06	31,94
DISTURBI DELLO SPETTRO SCHIZOFRENICO	607	389	218	2	2		24	21	3	60	40	20	128	90	38	290	189	101	103	47	56	64,09	35,91
DISTURBI AFFETTIVI PSICOTICI	1288	532	756	1		1	44	24	20	111	68	43	260	116	144	560	228	332	312	96	216	41,3	58,7
DISTURBI DEPRESSIVI NON PSICOTICI	1028	274	754	1		1	21	4	17	65	20	45	154	36	118	410	118	292	377	96	281	26,65	73,35
DISTURBI NEVROTICI E REAZIONI DI ADATTAMENTO	1239	439	800	9	1	8	109	37	72	186	70	116	272	106	166	427	157	270	236	68	168	35,43	64,57
DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL COMPORTAMENTO	328	155	173				44	21	28	53	29	24	82	34	48	106	48	58	43	23	20	47,26	52,74
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	94	6	88	3		3	28	4	24	27	1	26	23	1	22	12				1	1	6,38	93,62
OLIGOFRENIE E RITARDO MENTALE	216	132	84				41	25	16	32	19	13	70	47	23	65	37	28	8	4	4	61,11	38,89
ALTRO	71	31	40	1		1	4		4	9	3	6	12	6	6	21	10	11	24	12	12	43,66	56,34
NON DISTURBI PSICOPATOLOGICI IN ATTO	200	90	110	2	1	1	19	8	11	20	7	13	45	21	24	70	33	37	44	20	24	45	55
OSSERVAZIONE INSUFFICIENTE	112	55	57	1		1	15	11	4	12	4	8	15	9	6	34	19	15	35	12	23	49,11	50,89
null	22	12	10	14	5	9	8	7	1													54,55	45,45
TOTALE	5661	2336	3325	35	9	26	373	170	203	615	286	329	1103	494	609	2073	893	1180	1462	484	978	41,26	58,74

Nuovi Utenti SMA 2013 divisi per Genere, Classe di età e Categoria Diagnostica

Raggruppamenti diagnostici	Totale			0 - 17			18 - 24			25 - 34			35 - 44			45 - 64			> 64			% Maschi	% Fem
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F		
PSICOSI ORGANICA	132	48	84										2	2	6	4	2	124	44	80	36,36	63,64	
DISTURBI PSICHICI ALCOL-CORRELATI	34	23	11				3	2	1	5	4	1	10	6	4	12	10	2	4	1	3	67,65	32,35
DISTURBI PSICHICI DA FARMACO DIPENDENZA	34	21	13	2		2	8	3	5	11	7	4	7	6	1	5	4	1	1	1		61,76	38,24
DISTURBI DELLO SPETTRO SCHIZOFRENICO	27	14	13				7	5	2	7	4	3	6	2	4	6	3	3	1		1	51,85	48,15
DISTURBI AFFETTIVI PSICOTICI	108	77	31	3		3	15	10	5	20	10	10	26	13	13	65	28	37	39	16	23	45,83	54,17
DISTURBI DEPRESSIVI NON PSICOTICI	346	102	244	2		2	14	4	10	39	12	27	57	14	43	115	39	76	119	33	86	29,48	70,52
DISTURBI NEVROTICI E REAZIONI DI ADATTAMENTO	510	182	328	13	1	12	75	22	53	78	27	51	107	37	70	151	70	81	86	25	61	35,09	64,91
DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL COMPORTAMENTO	69	36	33	2	1	1	19	9	10	18	8	10	11	6	5	11	6	5	8	6	2	52,17	47,83
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	35	4	31	2		2	17	2	15	7	1	6	9	1	8							11,43	88,57
OLIGOFRENIE E RITARDO MENTALE	34	22	12				23	14	9	2	2		4	3	1	5	3	2				64,71	35,29
ALTRO	25	11	14	1		1	4		4	4	1	3	3	2	1	5	4	1	8	4	4	44	56
NON DISTURBI PSICOPATOLOGICI IN ATTO	105	46	59	2	1	1	15	5	10	10	1	9	23	11	12	33	17	16	22	11	11	43,81	56,19
OSSERVAZIONE INSUFFICIENTE	57	31	26	1		1	11	8	3	7	2	5	6	5	1	15	9	6	17	7	10	54,39	45,61
null	32	14	18	11	1	10	21	13	8													43,75	56,25
TOTALE	1608	631	977	39	4	35	232	97	135	208	79	129	271	106	165	429	197	232	429	148	281	39,24	60,76

Le variazioni rispetto al 2012 sono quantitative e dovute interamente al peggioramento della qualità delle registrazioni per le consulenze ospedaliere del PO di Livorno a seguito della doppia registrazione a cui i medici di guardia sono ora costretti. Per quel che riguarda l'accesso e la presa in carico rispetto al genere, all'età ed alla categoria diagnostica non ci sono invece cambi importanti. L'analisi delle diagnosi dei casi prevalenti conferma una tendenza ben consolidata di un accesso aperto a tutto il ventaglio della patologia psichiatrica senza preconstituire un servizio per i soli pazienti gravi. La classe diagnostica più rappresentata (23,2%) è quella dei "Disturbi Nevrotici", seguita dai "Disturbi affettivi psicotici" (21,4%) e dai "Disturbi Depressivi non psicotici" (18,4%). I "Disturbi dello spettro schizofrenico" sono al 4° posto (11,5%). Nell'incidenza nuovi utenti le percentuali sono ancora più spostate verso la piccola patologia e compare una significativa casistica (7,3%) di utenza con diagnosi di "Non disturbi psicopatologici in atto" dovuta principalmente al lavoro di consulenza presso i pronto soccorsi dei PO.

Utenti totali SMA 2013 per ogni livello LEA

A livello aziendale il DSM ha garantito tutti i regimi di erogazione delle prestazioni previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza; non altrettanto in ciascuna Zona Distretto (SPDC centralizzato a Livorno e assenza di una struttura residenziale riabilitativa a 24 ore nella Zona Distretto BVdC). In linea con quanto previsto dalla Legge 180, i trattamenti sono stati di norma volontari e non ospedalieri. Solo il 6,6% degli utenti adulti ha avuto un trattamento ospedaliero con ricovero per motivi di salute mentale e meno dell'1% del totale ha avuto un trattamento obbligatorio. Circa il 28% (delle persone ricoverate ha utilizzato Posti Letto nelle Medicine dei Presidi Ospedalieri di Cecina e di Piombino. Da segnalare una forte qualificazione dei percorsi di cura in una connotazione che non si limita all'ambulatorio e non induce un trend di aumento della quota residenziale grazie alla presenza di una consistente offerta di percorsi semiresidenziali.

Utenti SMA 2013 in alcuni percorsi terapeutici specifici

REGIME	B.V. di CECINA			LIVORNESE			VAL di CORNIA			ELBANA			FOURI USL			TOTALE		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F
RESIDENZIALE	13	9	4	55	41	14	10	8	2	11	7	4	0	0	0	89	65	24
ACCOGLIENZA 24H	0	0	0	22	16	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	16	6
RICOVERI UFSMA	78	30	48	221	111	110	56	17	39	33	15	18	36	18	18	424	191	233
AMBULATORIALE	1137	425	712	2358	1012	1346	861	349	512	682	263	419	254	118	196	5292	2167	3125
CONSULENZE A REPARTI	40	18	22	96	42	54	83	30	53	100	38	62	34	15	19	353	143	210
SEMIRESIDENZIALE	71	38	33	270	156	114	26	18	8	38	21	17	2	0	2	407	233	174
TOTALE	1180	446	734	2542	1107	1435	923	371	552	721	279	442	290	131	159	5656	2334	3322
DOMICILIARE	137	76	61	440	210	230	152	76	76	108	44	64	15	5	10	852	411	441
ATTIVITA CON FAMIGLIE	470	194	276	879	422	457	169	62	107	204	79	125	69	23	46	1791	780	1011
PROGETTI INSERIMENTO LAVORATIVO	47	31	16	230	143	87	41	27	14	20	14	6	1	0	1	339	215	124

A conferma di ciò la tabella precedente mostra il numero dei casi di utenti che nel 2013 hanno goduto di particolari percorsi:

- Come nel 2012 anche nel 2013 un utente su 6 (circa il 17%) ha ricevuto almeno una prestazione a domicilio
- La famiglia è stata coinvolta, con varia intensità, nel 31% dei casi
- Il 5,5% ha fatto esperienza di un qualche tipo di percorso di inserimento al lavoro

SUPERAMENTO DELL'OPG DI MONTELUPO FIORENTINO

Discorso a parte merita la partecipazione del DSM al progetto della Regione Toscana di superamento dell'OPG di Montelupo Fiorentino. Nel 2013 il DSM ha completato la dimissione dei suoi internati e al 31 dicembre presentava un'unica presenza in attesa di dimissione per inserimento in CT.

Il lavoro di presa in carico di utenti autori di reato è consistito nella progettazione di 40 percorsi individualizzati così ripartiti:

Utenti autori di reato in carico al DSM Livorno al 23 maggio 2014	ABITAZIONE SUPPORTATA	INSERIMENTO IN SR PRIVATA	INSERIMENTO IN SR USL6	RIENTRO A CASA CON CSM	FREQUENZA QUOTIDIANA CSM	Tot
UFSMA BASSA VAL DI CECINA	1	3	2	2	2	10
UFSMA ELBA			1			1
UFSMA LIVORNO	2	2	7	8	1	20
UFSMA VAL DI CORNIA	1	2	3	3		1
Totale complessivo	4	7	12	11	3	40

E. 4 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

E 4.1 La Rete Ospedaliera e l'intensità di cura

Nel PO di Cecina il percorso di riorganizzazione per intensità di cure avviato a fine 2010, e proseguito per tutto l'anno 2011 e parte del 2012 ha portato alla realizzazione di due aree di degenza comuni di livello 2-media intensità di cure- (rispettivamente medica e chirurgica) unificando le degenze specifiche delle singole unità operative complesse afferenti: chirurgia generale e ortopedia per l'area chirurgica, medicina generale e cardiologia per l'area medica.

Per quanto riguarda il livello 1 – alta intensità di cure- era stata costituita una specifica area di degenza intensiva e subintensiva per accogliere pazienti di competenza anestesiologicala e cardiologica.

Per quanto riguarda il livello 3 - bassa intensità di cure- era stata realizzata un'area di degenza low-care ed un'area di degenza riabilitativa neurologica, ortopedica e cardiologica cod.56.

A seguito dell'applicazione del suddetto modello organizzativo e del relativo monitoraggio sono emerse le seguenti criticità:

- Per la cardiologia un incremento delle giornate di degenza maturate in livello 1 (UTIC) con la riduzione di quelle maturate in degenza livello 2; un incremento del tasso di occupazione dei letti di livello 1 (UTIC) con valori anche superiori all'80% rispetto ai valori inferiori al 50% registrati negli anni precedenti il 2011; ciò in conseguenza di un accesso diretto prevalente al livello 1 dei pazienti cardiologici e/o per una permanenza più prolungata nell'area stessa;
- momenti di saturazione dei posti letto di livello 1 con difficoltà a riaccogliere pazienti precedentemente inviati ai centri HUB di riferimento (emodinamica di Livorno ecc);
- difficoltà a accogliere pazienti in un setting assistenziale adeguato i pazienti cardiooperati trasferiti dalle cardiocirurgie in fase precoce.

In base alle criticità emerse ed in base alla necessità di completare il processo di riorganizzazione previsto dalla normativa regionale è stato predisposto a fine 2013 un progetto di attivazione di una nuova area di degenza di 14 PL a medio-alta intensità di cure (livello 2a) in contiguità con l'area di degenza di livello 1.

Nel corso del 2013 il PO di Cecina ha partecipato alla sperimentazione del progetto AGENAS 2013 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo le prospettive del cittadino"; ciò in relazione alle politiche complessive aziendali che individuano per ciascun ospedale dell'ASL una missione specifica. In tale contesto il PO di Cecina viene individuato come "laboratorio" dove creare e sperimentare pratiche assistenziali, innovazioni tecnologiche ecc e come "motore" del cambiamento organizzativo per gli altri presidi ospedalieri dell'azienda.

Gli strumenti che verranno utilizzati saranno:

- l'accreditamento volontario di eccellenza secondo la metodologia Joint Commission International;
- sistema di gestione della qualità della Regione Toscana (accreditamento istituzionale, accreditamento all'eccellenza, buone pratiche, valutazione dei risultati –Mes).

E 4.2 Miglioramento delle condizioni di vita dei nefropatici cronici

La creazione di una rete nefrologica aziendale composta dalla U.O. di Piombino-Cecina-Portoferraio, in piena ed articolata integrazione con la UO Nefrologia e Dialisi di Livorno, permette di ottenere:

- Produzione dell'assistenza di maggior complessità nel centro di riferimento (Livorno)
- Organizzazione del sistema di assistenza in centri periferici con esso coordinati con compiti di assistenza, selezione e invio di pazienti al centro di riferimento quando una determinata soglia di complessità viene superata
- Il legame tra attività delle Unità Operative di Nefrologia che esercitano una determinata funzione in diversi ospedali è più forte rispetto al legame con altri Servizi dello stesso ospedale che svolgono funzioni non identiche
- Assicurare a tutti i pazienti uniformità e qualità di cura
- Assicurare le cure il più vicino possibile alla residenza del paziente compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento

Nel 2013 l'assistenza ai nefropatici cronici offerta dalla nostra Azienda si è articolata nel modo seguente:

Attività di Degenza Nefrologica:

Presso la UO Nefrologia e Dialisi di Livorno sono state effettuate 3204 giornate di degenza (vs 2957 del 2012) in regime ordinario e 125 vs 600 in regime di day hospital . Il tasso di occupazione è risultato del 87,8% L'indice di degenza media di 9,8 (vs 9,2) . Il peso medio dei ricoveri ordinari a Livorno è stato di 1.7.

Presso la UO Nefrologia e Dialisi di Piombino-Cecina-Portoferraio (Presidio Ospedaliero di Piombino) sono stati seguiti in regime di ricovero ordinario n.....

Trattamento dell'uremia terminale:

1. Dialisi tradizionale.

- Il numero dei pazienti trattati (prevalenti) è di 248 . Il numero dei trattamenti dialitici è risultato:
 - Cod 39.95.4 8819 (Area Livornese) + 14892 (Area SUD)
 - Cod 39.95.5 5438 8819 (Area Livornese) + 1471 (Area SUD)
 - Cod 39.95.7 218 (Area Livornese) + 1275 (Area SUD)Sono a disposizione le principali metodiche dialitiche (HD bicarbonato, AFB, HDF on Line) . Una cartella clinica informatizzata su tutta la rete aziendale permette una più efficiente gestione clinico organizzativa del paziente in dialisi
- Il numero dei pazienti incidenti è stato di 60

2. Trattamento dialitico in area critica .

sono a disposizione diverse metodiche dialitiche CVVHD, CVVHF,CVVHDF, HF, CPFA (metodica di filtrazione ed adsorbimento contemporanea da utilizzare nei pazienti affetti da sepsi) Questa attività viene svolta presso il P.O. di Livorno in relazione al ruolo Hub della U.O. di Nefrologia e Dialisi di Livorno sia presso il PO di Piombino , dove l'organizzazione e la tipologia di P.O. permettono l'implementazione delle metodiche in accordo con il livello di complessità clinica del paziente trattato

3. Attività Chirurgica:

La U.O. è autonoma per ciò che riguarda il confezionamento di fistole artero-venose native prossimali e distali e per l'impianto di cateteri venosi centrali temporanei ed a permanenza per emodialisi . Questa attività viene svolta presso i P.O. di Livorno per ciò che riguarda l'attività chirurgica e presso tutti i P.O. per ciò che riguarda il posizionamento di CVC per emodialisi. Attività

chirurgica complessiva conta di circa 200 interventi/anno che vengono effettuati in parte in Day Surgery (fistole e CVC permanenza) in parte in regime ordinario di ricovero (CVC temporanei)

4. **Dialisi peritoneale:** L'attività interessa 30 pazienti, si svolge sia in ambito ospedaliero attraverso l'ambulatorio esterno che provvede alla gestione dei vari esami ematochimici e strumentali di cui il paziente necessita, alla organizzazione delle visite ambulatoriali e all'addestramento dei nuovi pazienti, sia attraverso un monitoraggio territoriale con una reperibilità tramite un numero telefonico dedicato svolgendo anche attività di sorveglianza ed intervento domiciliare. Per i pazienti che scelgono di eseguire questa metodica o ne sono obbligati per motivi clinici, ma non possono, per motivi organizzativi, eseguire il trattamento a domicilio, abbiamo attivato un servizio di trattamento peritoneale notturno intra-ospedaliero aperto tutto l'anno.

- Cod 54.98.2 (CAPD) 4325 trattamenti (Area Livornese) + 2169 (Area SUD)
- Cod 54.98.1 (APD) 1450 (Area Livornese) + 1646 (Area SUD)

5. **Dialisi vacanze:** Nell'anno 2013, sono stati eseguiti trattamenti dialitici a pazienti emodializzati in vacanza per un totale di circa 900 trattamenti

N. L'attività ambulatoriale di prevenzione dell'insufficienza renale: Ha compreso le seguenti attività:

- Diagnostica renale ultrasonografica, (Presso P.O di Livorno)
- Diagnostica di ecodoppler renale, (Presso P.O. di Livorno)
- Ambulatorio nefrologico. (Presso tutti i P.O. aziendali):
 - Prime visite:
 - Altre visite ambulatoriali:
 - Ambulatorio pazienti nefropatici cronici
 - Ambulatorio nefrologico per il paziente in pre-dialisi con lo scopo di ottimizzare l'ingresso in trattamento sostitutivo dei nuovi pazienti attraverso anche una migliore azione di informazione e conseguentemente un ricorso sempre meno a interventi depurativi in urgenza. Questa attività comprende anche l'opera di prelievo per esami ematochimici e programmazione di esami strumentali. (Presso tutti i P.O. aziendali)
 - Ambulatorio per il follow up del paziente trapiantato renale cronico. (presso P.O: di Livorno)
 - Nel 2012 abbiamo continuato in collaborazione con la U.O. Diabetologia Aziendale un programma di controllo ambulatoriale congiunto dei pazienti diabetici con danno renale

I tempi di attesa per le prime visite nefrologiche sono state nel 2013 :

Per la zona di Livorno di giorni 48 a Gennaio e 30 a Dicembre

Per Cecina,

Per Piombino

Per L'Elba

6. Trapianto renale:

Nel 2013: 4 nuovi pazienti sono stati trapiantati. 25 pazienti sono tuttora in lista trapianto. Il loro mantenimento in lista viene garantito, dal nostro personale, attraverso una specifica attività periodica ambulatoriale di controllo clinico, laboratoristico e strumentale.

6. Rapporti con il Territorio:

Nel 2012 lo screening per il paziente nefropatico è entrato nei programmi territoriali di medicina di iniziativa. In collaborazione con il Settore della Cure Primarie è partita una campagna di identificazione del nefropatico cronico (esame di funzione renale, esame urina, misurazione dei valori pressori) che al momento interessa la zona sud (Cecina, Piombino e Portoferraio). Nel 2013 il programma è stato esteso alla popolazione della Zona Livornese.

E 4.3 Oncologia

L'Asl 6 ha perseguito, nel corso del 2013, l'obiettivo di fornire la migliore assistenza possibile ai malati neoplastici, attraverso una offerta di servizi articolata principalmente nelle seguenti branche di attività:

CORD

Il CORD costituisce per il cittadino utente un momento unitario di accoglienza ed accesso alla Azienda Sanitaria e svolge tutte le funzioni di programmazione e di raccordo dei percorsi diagnostici e/o terapeutici del malato oncologico. Il CORD ha valenza Aziendale e pertanto comprende anche le sedi distaccate dei Presidi Ospedalieri di Cecina, Piombino e Portoferraio.

L'attivazione del CORD si pone come obiettivi principali:

- offrire al paziente oncologico un punto di riferimento unico e chiaramente identificabile di accesso al Dipartimento Oncologico
- promuovere ed organizzare il programma diagnostico, terapeutico e di follow-up secondo linee guida validate e con adeguata razionalizzazione e semplificazione della procedura garantire, all'interno di percorsi preferenziali, una tempestiva valutazione multidisciplinare con contemporanea integrazione delle competenze necessarie, garantendo efficacia ed efficienza nell'erogazione dei servizi
- valutare le esigenze e le aspettative degli utenti, che vengono sempre posti al centro del servizio.

L'attività del CORD nel corso del 2013 è stata la seguente:

	LIVORNO	CECINA	PIOMBINO	ELBA	TOTALE
PRIME VISITE ONCOLOGIA	1095*	247	296	203	1841
PRIME VISITE ALTRE DISCIPLINE	1725*	5	387		2117
FOLLOW UP ONCOLOGIA	4638*	2892	1825	517	9872
FOLLOW UP ALTRE DISCIPLINE	4020*	343	989		5352
TOTALE	11478*	3487	3497	720	19182

* dato proiettato a Dicembre 2013

GOM

Particolare importanza rivestono i G.O.M. (gruppi oncologici multidisciplinari) con i quali si realizza a pieno la strategia della MULTIDISCIPLINARIETÀ : fin dall'inizio del percorso assistenziale è previsto il coinvolgimento di tutte le figure professionali interessate. In tal modo è possibile attuare una piena sinergia tra gli operatori, volta a definire in modo coordinato ed in un tempo unico il percorso ottimale per ogni singolo paziente.

I GOM nell'azienda USL 6 di Livorno sono stati attivati da circa 10 anni, in ottemperanza alla normativa regionale, con Delibera del Direttore Generale N. 206 del 31 marzo 2003; da allora l'attività è stata sempre incrementata.

Nel marzo 2012 è stato intrapreso un percorso di riorganizzazione dei GOM e nomine dei nuovi coordinatori di attività, operanti secondo le linee guida fornite dall'I.T.T..

Si riportano in tabella i dati relativi all'anno 2013 ottenuti dalla valutazione dei registri cartacei archiviati presso il CORD:

DESCRIZIONE G.O.M.	2013 N°
Torace, Polmone, Testa -Collo, Urogenitale	259
Other (Gastrointestinale, Mammella, Sistema Nervoso Centrale)	333
Totale complessivo	592

ATTIVITA' DI RICOVERO

L'attività di assistenza oncologica ha subito un sensibile miglioramento qualitativo in seguito alla adozione della cartella clinica informatizzata, con la quale è possibile archiviare le informazioni cliniche ed avere una immediata disponibilità delle stesse; ciò ha consentito anche la prescrizione informatizzata dei farmaci chemioterapici prodotti all'interno del presidio Ospedaliero di Livorno, con un incremento della sicurezza trasmissione del dato, tracciato in maniera informatica, riducendo pertanto il margine di errore umano.

Di seguito l'attività di ricovero della U.O. Oncologia medica a Valenza aziendale, compresa Ematologia:

	2012		2013		variazione %	
	DAY HOSPITAL	ORDINA RI	DAY HOSPITAL	ORDINA RI	DAY HOSPITAL	ORDINA RI
LIVORNO	738	475	796	410	8	-14
CECINA	478		444		-7	
PIOMBINO	307		323		5	
ELBA	159		149		-6	
	1682	475	1712	410	2	-14

I ricoveri in regime ordinario vengono erogati solo nel Presidio di Livorno, mentre negli altri presidi aziendali vengono effettuati solo ricoveri in regime di day hospital.

Continua la proficua collaborazione con i laboratori della divisione di anatomia patologica dell'AOPI, disciplinata da apposita Convenzione, per effettuare in tempi rapidi le indagini biomolecolari per l'identificazione di marcatori diagnostici e predittivi, necessarie per l'impostazione di un corretto programma terapeutico.

Essenziale per la lotta ai tumori è l'attività di ricerca, che consente il progresso delle conoscenze e la possibilità di utilizzare le cure più innovative; il reparto di oncologia aderisce a numerosi studi clinici, mediante apposita unità costituita un medico oncologo, una infermiera di ricerca ed un data manager. I dati prodotti dall'attività scientifica sono stati presentati ai principali congressi del settore.

E 4.4. Programma Donazione e Prelievo di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto: il Contributo della Azienda sanitaria USL 6

Fonte dei dati : Programma Regionale Qualità della Organizzazione toscana Trapianti (OTT)-Ufficio del Coordinamento della Rete Aziendale Donazione e Trapianto (U.O.Medicina delle Donazioni-Staff Direzione Aziendale)

Tab.1 : Procurement dei donatori -Risultati di attività dell'anno 2013

Donatori a cuore battente (organi)	Donatori segnalati 32 (59%,ob.vo50%)	Donatori effettivi 16 (50%)	Donatori utilizzati 12	Opposizioni 6/25 (24%)	Riceventi 19
Donatori a cuore fermo di cornee	Donatori di cornee procurati 59 (118 cornee)	Numero cornee idonee al trapianto 79	Cornee trapiantate 66		
Donatori a cuore fermo di altri tessuti	Donatori effettivi 5	Donatori utilizzati 5			
Donazioni di sangue cordonale	Prelievi effettuati 312	Unità bancate 25			

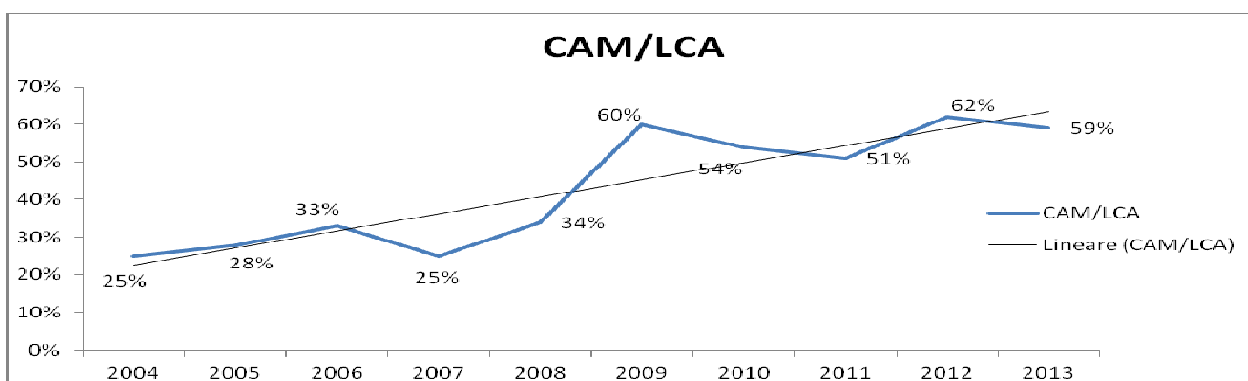
I dati in tabella mostrano nel complesso un consolidamento, e per alcuni programmi (donatori di organo e donatori di cornea) un miglioramento, dei risultati conseguiti nell'anno precedente. Da notare l'alto indice di segnalazione dei potenziali donatori a cuore battente rispetto all'obiettivo regionale.

Si riportano di seguito, per facilità di lettura, alcuni grafici.

Si osserva il miglioramento dei risultati del programma di prelievo corneale (66 trapianti corneali da donatori procurati in AUSL 6); stabili i risultati del programma di procurement di donatori di altri tessuti e del programma di raccolta del sangue cordonale per uso eterologo (il numero di unità di sangue raccolte oscilla ogni anno intorno alle 300 unità delle quali una parte viene "bancata" e resa disponibile ai centri trapianto,(la percentuale nel 2013 è lievemente inferiore allo standard regionale).

DE = donatori effettivi (donatori sottoposti a prelievo d'organo) ; DU = donatori utilizzati (donatori sottoposti a prelievo d'organo successivamente utilizzato per trapianto)

Graf. 1 : Procurement donatori d'organo : segnalazione dei potenziali donatori a CUORE



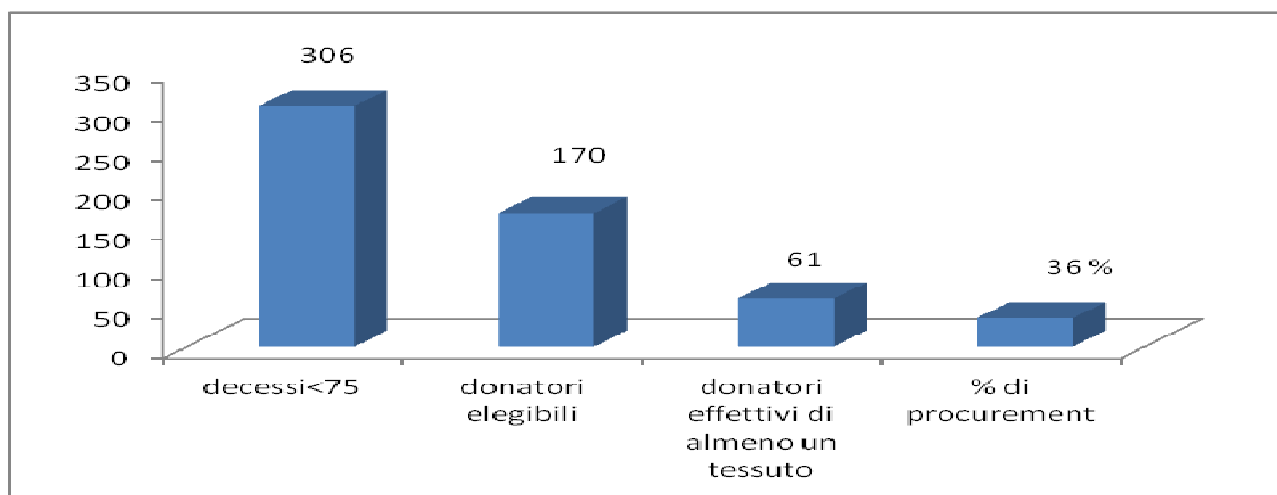
La segnalazione di morte cerebrale (CAM) in rapporto ai decessi con lesioni cerebrali acute in terapia intensiva (LCA). La linea di tendenza evidenzia l'aumento progressivo negli anni del numero di casi in cui viene posta la diagnosi di morte cerebrale, a cui segue la segnalazione al coordinamento trapianti. Dall'anno 2009 l'Azienda fa registrare tassi di segnalazione superiori all'obiettivo regionale (50%).

Graf. 2 : Percentuale di Opposizione al prelievo (numero di opposizioni/numero di



La curva evidenzia negli anni un netto calo della percentuale di opposizione al prelievo da parte delle famiglie dei pazienti deceduti per lesione cerebrale acuta, indicando una maggior sensibilità della popolazione alla donazione e al trapianto, frutto dell'azione programmatica di promozione in corso da anni ma anche della esperienza maturata dagli Operatori sanitari negli aspetti relazionali del percorso assistenziale.

Graf. 3 : Procurement dei donatori a cuore fermo di almeno un tessuto



L'istogramma evidenzia l'attività di valutazione dei decessi accolti presso l'obitorio ospedaliero a cui corrisponde una efficace azione di procurement.

Donatori elegibili: decessi in fascia d'età al netto delle controindicazioni mediche (sec. linee guida CNT) e dei casi per i quali si registra l'assenza di congiunti aventi diritto all'autorizzazione (sec. normativa).

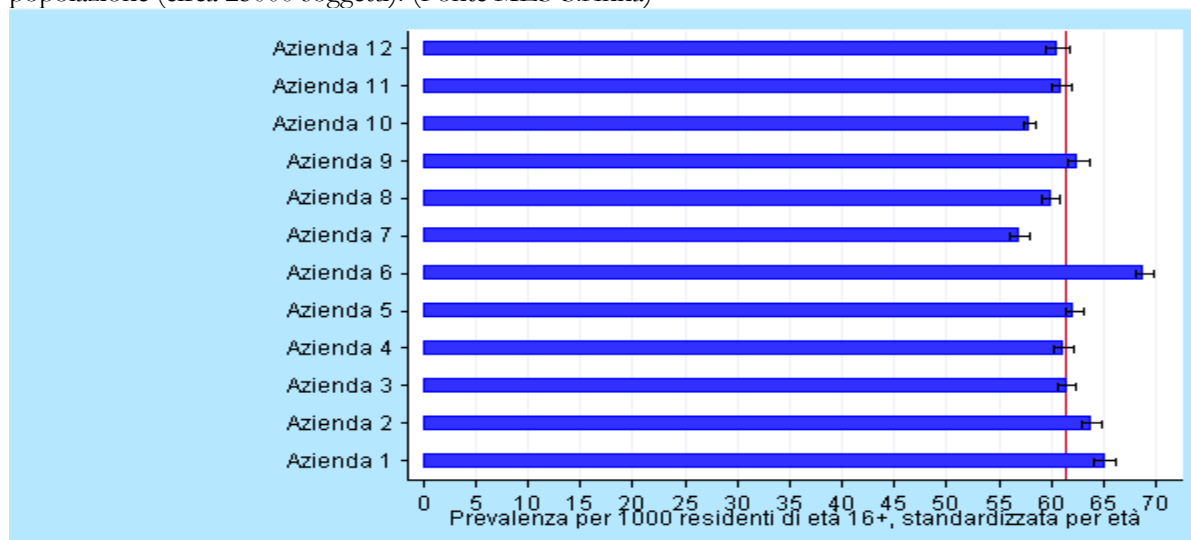
Donatori effettivi di almeno un tessuto: donatori per i quali si è potuto procedere al prelievo di almeno un tessuto.

E 4.5 Lotta alle malattie metaboliche e alla fibrosi cistica

E 4.5.1 La malattia diabetica. Livelli di assistenza e integrazione delle competenze

Epidemiologia del Diabete

Il diabete, in particolare il diabete tipo 2 è una malattia ormai assai frequente nella popolazione, la cui prevalenza va aumentando progressivamente in ragione dell'invecchiamento e della diffusione di stili vita favorevoli la patologia. Questo fenomeno si registra anche nella nostra Regione dove risultano affetti da diabete 202.895 residenti con età maggiore di 16 anni, pari al 6,26% della popolazione. Questo tasso di prevalenza è ancora maggiore nell'ASL6 di Livorno, dove, nella stessa fascia di età, risulta affetta da questa patologia il 7,2% della popolazione (circa 25000 soggetti). (Fonte MES-S.Anna)



Prevenire questa condizione, oltre che ottimizzare la cura del diabete, è il compito cui è chiamata L'UOC di Diabetologia a valenza aziendale. Per entrambi questi scopi, l'UOC di Diabetologia persegue fin dalla sua fondazione, l'integrazione non solo con altre figure specialistiche presenti in ambito ospedaliero, ma anche con tutte le strutture sanitarie presenti sul territorio, con le associazioni di volontariato, con le istituzioni locali.

Prevenzione del diabete

L'UOC di Diabetologia, in collaborazione con l'Associazioni dei pazienti diabetici, il Comune di Livorno e le Farmacie Comunali ha promosso anche nel 2013 la campagna di prevenzione e conoscenza del diabete, denominata "Forse non sai che...", giunta alla IV Edizione. Attraverso questa campagna, che come al solito si è svolta nel mese di novembre, mese in cui è presente la "giornata mondiale del diabete", sono stati sottoposti a screening per il diabete oltre 1200 soggetti che hanno permesso la diagnosi di dodici casi di diabete non noto. Interventi di promozione dei corretti stili di vita sono state condotti anche in quattro scuole medie inferiori e superiori della città di Livorno e in un circolo per anziani. Analoghe campagne di screening sono state svolte anche in altri centri dell'ASL (Cecina, Donoratico, Piombino, Portoferraio), dove sono stati valutati complessivamente oltre 1200 soggetti.

Attività Clinico- Assistenziale

L'attività clinico-assistenziale erogata dalle strutture diabetologiche dell'ASL (vedi tabella 1) documenta un flusso crescente di pazienti che vengono valutati sia dal punto di vista metabolico che per lo studio delle complicanze. I pazienti che si sono rivolti per la prima volta alle nostre strutture (prime visite) nel corso del 2013 sono stati 1746 e oltre 26000 le visite di controllo erogate a oltre 10.000 pazienti, per un totale di circa 80.000 prestazioni.

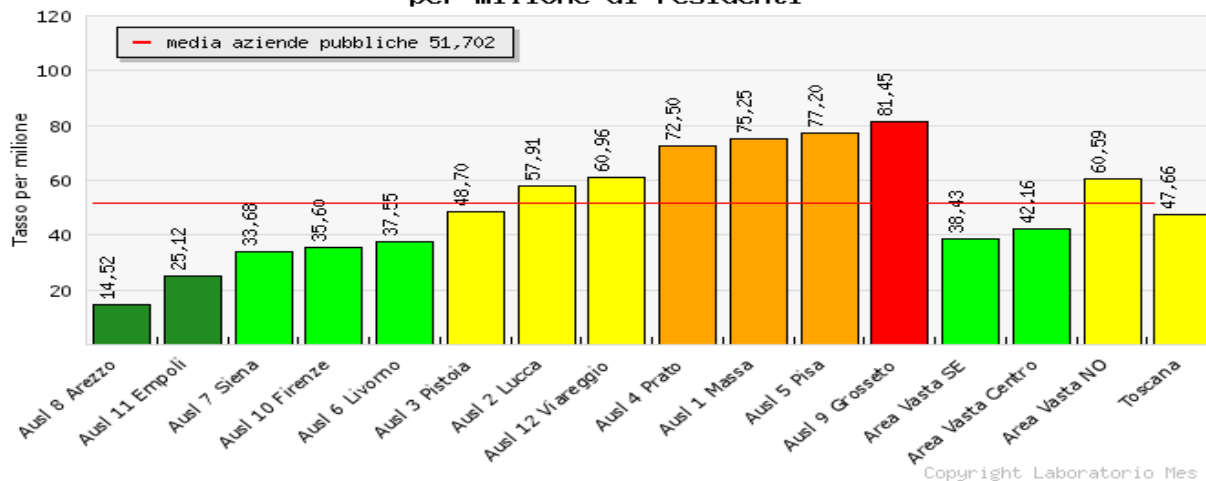
Day service diabetologico – studio delle complicanze croniche

L'anno 2013 ha visto l'attivazione in tutte le sedi del day service diabetologico, strumento utile per raggruppare in un arco di tempo ristretto tutte le indagini clinico-strumentali di primo livello (ECG, screening neuropatia diabetica e del piede diabetico, esame del fundus oculi) direttamente erogate in ambito diabetologico e avere la possibilità di un accesso diretto per le indagini di secondo livello presso le altre specialistiche (cardiologia, nefrologia, neurologia, oculistica, ecc). Sono stati 1194 i day service attivati, oltre il doppio di quelli dell'anno precedente.

Piede diabetico

L'attività per la prevenzione e cura del piede diabetico, ha fatto registrare un significativo incremento con l'apertura di specifici ambulatori presso tutti i preside delle zone, tra loro collegati in rete con la sede di Livorno. L'identificazione precoce delle lesioni e delle condizioni a rischio di ulcerazione, nonché l'intervento tempestivo da parte di tutto il team dedicato (diabetologo, infermiere esperto, podologo) è stata indirizzata ad oltre 1200 pazienti per un totale di 5829 visite. Questo ha permesso di ridurre ulteriormente il numero delle amputazioni maggiori a carico dei pazienti diabetici residenti nella nostra ASL, il cui tasso di incidenza è sceso a 37,55 per milione di residenti, meno della metà di quello registrato nel 2010. I dati riportati dal laboratorio MES evidenziano come tale attività nella nostra ASL abbia raggiunto livelli di eccellenza in ambito regionale con la migliore performance nell'Area vasta nord-ovest.

C11a.2.4 – Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti



Diabete e gravidanza

Raccogliendo le indicazioni regionali, nella nostra ASL, prima fra tutte le ASL della Toscana, sono stati attivati ambulatori congiunti diabetologico-ostetrico presso i punti nascita di Livorno e Piombino. Le donne con diabete gestazionale eseguono nell'arco della stessa mattina tutte le indagini e consulenze necessarie e vengono valutate da tutte le figure del team (diabetologo, ginecologo, ostetrica, dietista, infermiere esperto). L'attivazione di questo nuovo servizio ha fatto registrare un'elevata soddisfazione dell'utenza che ha ricondotto presso i nostri ambulatori la quasi totalità di donne con diabete gestazionale, riducendo le fughe per questa patologia verso altre aziende sanitarie. Sono state 1122 le visite per il diabete in gravidanza, rivolte a circa 400 donne.

Diabete tipo 1 (diabete giovanile)

In collaborazione con la Diabetologia Pediatrica, la Diabetologia Aziendale ha incrementato l'attività assistenziale verso questa popolazione, dedicando nuovi spazi ambulatoriali per i giovani diabetici che transitano dalla pediatria alla diabetologia dell'adulto. Significativo è stato l'impulso per l'applicazione di nuove tecnologie (sensori glicemici e microinfusori insulinici). A tutt'oggi sono 68 i giovani diabetici con microinfusore insulinico seguiti presso i nostri ambulatori. Da segnalare l'attività di educazione-formazione rivolta ai giovani diabetici, con 8 edizioni di sedute di gruppo per il conteggio dei carboidrati e, per il secondo anno consecutivo, l'attivazione di un campo estivo residenziale, finanziato dalla Regione Toscana.

Obesità

Nell'anno 2013 è stata definita la procedura aziendale per il PDTA per l'obesità grave, che prevede la presa in carico del paziente obeso da parte del team multidisciplinare composto da medici diabetologi, nutrizionisti, dietiste, psicologo, medico sportivo. L'avvio del nuovo PDTA è avvenuto nell'aprile del 2014. L'anno 2013 ha fatto da "esperienza pilota", per il nuovo PDTA, che ha avuto avvio nel marzo 2014. nel corso dell'anno sono state eseguite 850 visite per pazienti grandi obesi.

Attività di Formazione Istituzionale/Attività Accademica/Organizzazione di Convegni

a) Formazione

Per Medici

Dipartimento di Medicina.: complicanze acute del diabete

Specialisti Ginecologi Territoriali: il PDTA aziendale del Diabete Gestazionale

MMG : terapia insulinica

Medici Continuità Assistenziale. Emergenze metaboliche

Per Personale del Comparto

Gestione della terapia insulinica nei reparti chirurgici
 Corso teorico pratico per infermieri della medicina d'iniziativa
Per pazienti
 Corso Regionale per la formazione del "Diabetico Guida"
Per studenti Scuole Superiori della città di Livorno
 Orientamento e tutoraggio per una scelta universitaria responsabile

a)Attività accademica

Corso di Laurea Scienze Infermieristica: ADE "la malattia diabetica"
 Tirocinio pratico per studenti del 3° anno del corso di Laurea in Scienze infermieristiche
 Tesi di Laurea Specialistica in Scienza della Riabilitazione:Organizzazione dell'assistenza per il piede diabetico nell'ASL6 di Livorno
 Tesi di Laurea Scienze Infermieristica. Morbilità materno.fetale legata al diabete gestazionale La cura nell'ASL di Livorno

a)Organizzazione di Convegni scientifici Interregionali

Il trattamento del diabete e delle sue complicanze (Livorno, 1 febbraio 2013)
 Efficacia, safety, impatto farmaco-economico della terapia del diabete (Livorno 30 settembre 2013)

U.O.C. DIABETOLOGIA AZIENDALE – SINTESI ATTIVITA' 2013

	Livorno	Cecina	Piombino	Portoferraio	Collesalveti	Donoratico*	Totale
Prime visite	847	225	454	220			1746
Visite di controllo	17056	3416	3004	2589	150	90	26305
Visite per piede diabetico (Visite/medicazioni/curettage)	4015	775	436	603			5829
Visita per gravidanza	571	252	131	168			1122
ECG	632	184	241	/			1057
Fundus oculi	855	/	/	/			855
Biotesiometria	806	154	260	/			1220
Ecocolordoppler arti inferiori e vasi collo	/	/	254	/			254
Holter pressorio	95	/	/	/			95
Holter glicemico	30						30
Applicazione e sostituzione microinfusori	20						20
Day Service diabetologico	691	134	317	52			1194
Terapia educativa singola e collettiva	10877	2787	178	754			14596
Valutazione e terapia dietetica	1794	262	26**	37			2119
Visite per obesità	850	/	/	/			850
Visite per dislipidemia	174	/	/	/			174
Certificazione patente guida	516	216	182	89			1003
Numero totale prestazioni	61138	11921	3199	3661			79919
Importo	877254	164012	48773	31337			1.176.541

E 4.5.2 Servizio di supporto per la fibrosi cistica

Sono stati presi in carico 40 pazienti con Fibrosi Cistica di cui 7 residenti in altre province: l'età va da 4 mesi a 51 anni.

- Quattro pazienti adulti hanno subito trapianto bipolmonare .
- Continua la collaborazione con il Centro Regionale di Riferimento di Firenze per consentire linee guida e protocolli comuni. Continua la collaborazione con gli altri Centri di Riferimento del Nord Italia (Verona, Genova).
- Viene eseguito settimanalmente un ambulatorio con visite programmate in base alla colonizzazione polmonare dei pazienti che si avvale della contemporanea presenza del medico, dell'infermiere professionale, del fisioterapista e della psicologa per consentire una visione plurispecialistica.
- Vengono eseguite prove spirometriche per la valutazione della funzionalità respiratoria e le prove di resistenza polmonare.
- E' stato attuato un progetto di assistenza individualizzato per i pazienti con F.C. tra il Pediatra di Fiducia, il Servizio di Supporto ed il Centro di Riferimento regionale di Firenze.
- Sono stati attuati protocolli e linee guida per la disinfezione in Reparto e a domicilio seguendo le linee guida americane e francesi.
- Sono state acquistate apparecchiature per la valutazione dello stato nutrizionale e per la funzionalità respiratoria dei pazienti con Fibrosi Cistica.
- Nell'ambito del Reparto di Pediatria sono stati verificati e discussi tra i medici e gli infermieri professionali i protocolli per l'emergenza in Fibrosi Cistica.
- Continua la collaborazione con i reparti di Reparti di Malattie Infettive, di Pneumologia , Nefrologia, Reumatologia per la gestione dei pazienti adulti con F.C.
- Continua la collaborazione con una dietista per verificare e supplementare le carenze nutrizionali dei pazienti.
- I pazienti hanno iniziato il percorso del Day Service presso il 6° Padiglione

Sono state eseguite nell'anno 2013 290 visite, 240 spirometrie, 45 infusioni endovenose, 250 prestazioni fisioterapiche, 40 vaccinazioni, 3 DH.terapeutici, 3 ricoveri, 2 Day Service

E 4.6 Pediatria

(Autore: Direttore Dipartimento Materno Infantile – Dott.S.Gagnani)

ZONA LIVORNESE

L'U.O. di Pediatria NEL 2013 ha visto rinnovare alcune sue attività implementando quei settori nei quali le indicazioni della regione, i documenti di budget ed i colleghi della pediatria di Base chiedevano diverso impegno da parte del reparto.

ATTIVITA' DI RICOVERO

E' stata confermato l'indirizzo a ridurre significativamente i ricoveri ,operazione già iniziata nel 2012 e da 1374 ricoveri del 2011 siamo passati a 616 del 2012 e 516 nel 2013; le brevi osservazioni sono state 580 ,dato sovrapponibile all'anno precedente. Marcata riduzione dei DH risultati quest'anno solo 7. Incremento dei ricoveri di pazienti pediatrici per patologie chirurgiche (273 ricoveri per intervento) non solo di chirurgia generale ma anche di tutte le altre specialistiche chirurgiche, confermando la volontà della Pediatria di Livorno a rappresentare tutta l'Area pediatrica.

I neonati complessivamente sono stati 1057 ,dato che si sovrappone all'anno precedente. I ricoveri presso il reparto di Terapia Sub-Intensiva neonatale sono stati 288 Durante quest'anno sono diminuiti i trasferimenti di neonati verso le strutture di riferimento di 3° livello 5 in totale contro 12 dell'anno precedente.

E' stato dato impulso alla integrazione tra le strutture neonatologiche di area vasta attraverso i corsi di aggiornamento per la rianimazione neonatale e con la presenza di due medici del reparto (il Direttore f.f. ed il Responsabile della patologia neonatale-nido) nel Coordinamento Neonatologico di Area Vasta Nord Ovest. Particolare importanza è stata data al colloquio tra il neonatologo di reparto ed il Pediatra di famiglia , alla dimissione dal reparto di patologia neonatale tramite contatto telefonico diretto

ATTIVITA' AMBULATORIALI

Le attività specialistiche hanno riguardato le discipline che una pediatria di secondo livello deve poter garantire e di cui il nostro reparto da anni svolge all'interno delle varie sezioni:

1) allergologia e broncopneumologia; con esecuzione di inquadramento allergologico ,test cutanei ,prove di funzionalità respiratoria, broncoreattività con metacolina , misurazione resistenze polmonare e da quest'anno anche la misurazione di ossido nitrico esalato (marcatore metabolomico della flogosi polmonare)Tale sezione è inserita come le altre nella Rete Regionale Toscana per specialistiche .

2)La Pediatria di Livorno è Centro di supporto (unico in Toscana con Grosseto) per la Fibrosi Cistica , sono stati presi in carico quest'anno 40 pazienti di cui 7 residenti in altre province con una età che varia da 3 mesi a 51 anni. La collaborazione con il Centro Regionale di riferimento di Firenze è continua .

Per la prima volta nel 2013 è stato istituito il Day-Service per i Pazienti con FC , modalità di assistenza che è andata a sostituire completamente il DH.

Continua, per questa patologia, la collaborazione con i reparti di Malattie Infettive , Pneumologia , Nefrologia , Reumatologia ,Chirurgia Generale

3)E'attivo all'interno del reparto un'Ambulatorio di endocrinologia per consulenze auxologiche e per lo studio delle obesità.

4)Grande importanza è stata data allo studio ecografico in risposta alle richieste sopraggiunte da più parti ,in primis dalla radiologia che desidera alleggerire il proprio carico di richieste per questo tipo di indagine , ma anche dai pediatri di base. Negli ultimi mesi del 2013 abbiamo potuto elaborare un piano concordato con il Direttore della Radiologia e con il rappresentante provinciale dei pediatri di base inerente l'ecografie delle anche al neonato e nei primi 6 mesi di vita per la prevenzione della displasia congenita.

ALTRE ATTIVITA'

Il nostro reparto è oggi autonomo nella richiesta di esami ultrasonografici: dall'ecografia cerebrale transfontanellare , alla ecografia dei reni e vie urinarie ,addominale ,polmonare oltre a quella dei tessuti molli. Nel Reparto sono attivi nuovi progetti sull'accoglienza e sui percorsi nella gestione della diade madre-bambino in accordo con il Reparto di Ostetricia. Nei primi mesi dell'anno ha preso avvio un progetto ,concepito unitamente alla U.O. di cardiologia di questa Azienda dall'OPA di Massa e dal nostro reparto per la diagnosi e follow up delle cardiopatie pediatriche congenite ,teso a ridurre le richieste di consulenza alla cardiologia pediatrica di Massa.

Grandi energie assorbono ancora le consulenze per il Pronto Soccorso nel 2013 ne sono state effettuate 6003 facendo della Pediatria la U.O. ospedaliera che di gran lunga presta più consulenze al Pronto Soccorso. A questo numero vanno aggiunte 874 visite su richiesta da esteni.

ZONA BASSA VAL DI CECINA

Nel corso dell'anno 2013, l'attività del Reparto di Pediatria è stata indirizzata all'attuazione di quanto previsto nel Piano di Lavoro annuale e di quanto indicato nel Documento Budget. Ha riguardato i seguenti punti:

ATTIVITA' DI RICOVERO

I ricoveri ordinari sono risultati 317 (dato provvisorio) (93 sono stati ricoveri di neonati e 18 i ricoveri "in appoggio" di Chirurgia e Ortopedia), ridotti rispetto a quelli dell'anno precedente per l'incremento della Breve Osservazione Pediatrica, che ha comportato soprattutto una riduzione dei ricoveri brevi. E' stata data particolare attenzione alla riduzione dei ricoveri a alto rischio di inappropriatelyzza e ai ricoveri ripetuti.

E' proseguita la collaborazione con gli altri Reparti e/o Servizi dell'Ospedale (soprattutto visite e/o consulenze con il P. Soccorso, ambulatorio di neuropsichiatria e progetto per i disturbi della condotta alimentare con la Neuropsichiatria infantile).

E' stata mantenuta l'attività di ricovero (ordinario e D.H.) anche per alcuni soggetti in età adolescenziale (soprattutto per affezioni croniche), come da programma.

I ricoveri in day hospital sono risultati 9, in drastica riduzione rispetto al 2013, come indicato in sede di discussione budget.

Le brevi osservazioni sono risultate 303, di cui 54 con esito in ricovero, 3 in trasferimento e 246 in dimissione. Il tempo delle B.O.P. è stato in vari casi protratto fino a 36 ore e a volte fino anche a 48.

I neonati sono stati 634 (128 in meno rispetto all'anno precedente). L'attività riguardante i neonati è riportata nella Sezione Neonatologia.

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Sono stati effettuati un ambulatorio divisionale e ambulatori specialistici: neonatologia, allergologia, neuropsichiatria, nefrologia, auxologia, cefalee, ecografia. Complessivamente le prestazioni ambulatoriali sono risultate 2495 (2854 nel 2013), di cui 328 per il PS.

E' proseguita l'attività di Deospedalizzazione, come da intesa Aziendale con i P.d.F. Le deospedalizzazioni sono risultate complessivamente 21.

ALTRE ATTIVITA'

NEONATOLOGIA

Nell'anno 2013, nell'ambito della Sezione di Neonatologia, sono state svolte le seguenti attività:

- Attività di assistenza rivolta ai 634 neonati, sani e patologici, nati nel Reparto O. e G. dell'Ospedale di Cecina. I nati con un peso inferiore a 2500 gr, sono stati 22 e quelli pretermine (< 37 sett.) sono stati 30. I neonati ricoverati per varie patologie sono stati 93 (di cui 2 per Back-transport e 5 per riospedalizzazione dopo dimissione precoce a 48 ore). Quelli trasferiti presso altri Ospedali sono stati 9 (5 in Neonatologia a Pisa, di cui 3 con attivazione dello STEN, 3 al Meyer per problemi chirurgici, 1 a Massa per blocco A-V di II grado avanzato); i neonati dimessi con dimissione concordata con i Pediatri di Famiglia sono stati 27.

ALLERGOLOGIA

L'attività svolta nell'ambito della Sezione di Allergologia è sovrapponibile e quella dell'anno precedente.

Complessivamente sono state effettuate 371 prestazioni (326 nel 2013).

ZONA VAL DI CORNIA

ATTIVITA' DI RICOVERO

I ricoveri sono stati complessivamente così ripartiti

- ricoveri ordinari n° 126 rispetto ai 122 del 2012 con DRG medio: 1,03

- ricoveri in D.H. n° 2, rispetto a 3 del 2012

- ricoveri in B.O. n° 312, rispetto ai 318 del 2012

A questi devono aggiungersi i bambini in "appoggio": n° 35 ricoveri chirurgici con 98 giorni di degenza e 15 in B.O. chirurgiche

Sono stati trasferiti in centri di 2°-3° livello 7 neonati e 7 bambini che presentavano gravi patologie non assistibili presso il nostro reparto

- E' evidente il calo dei ricoveri ordinari a favore di un aumento considerevole delle B.O. in linea con la politica aziendale di deospedalizzazione

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Complessivamente sono state effettuate 3077 prestazioni ambulatoriali (nel 2012 erano 3393)

tali attività comprendono

E' continuata la collaborazione con il Laboratorio analisi con 335 prelievi effettuati.

E' proseguito l'invio diretto, dopo triage infermieristico, dei bambini che afferiscono al PS generale. L'invio è limitato dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20 e per i bambini a cui è stato assegnato un codice di triage bianco, azzurro o verde; sono esclusi anche i bambini con problemi traumatologici o che richiedono consulenza chirurgica o di altro specialista (esempio corpo estraneo in cavità nasale o nell'occhio) immediata; tale iniziativa è stata molto apprezzata dalla popolazione, dai Pediatri di Famiglia e anche dai colleghi del PS generale

Gli ambulatori specialistici (Allergologia-Fisiopatologia respiratoria e di Neuropediatria) sono funzionanti tutto l'anno e per quanto riguarda quello di Allergologia abbiamo avuto un notevole incremento tale da dovere effettuare di frequente ambulatori aggiuntivi al fine di ridurre le liste di attesa;

Tutti i giorni è funzionante un ambulatorio di Pediatria generalista al quale si accede tramite prenotazione CUP

ALTRE ATTIVITA'

NEONATOLOGIA. E' stata prestata assistenza a n° 312 neonati, - 62 (16,5%) rispetto al 2012

Di questi, 15 (4,8%) sono nati prima della 37° settimana di gestazione

Sono stati trasferiti n° 7 neonati per patologie insorte in periodo neonatale, dopo essere stati stabilizzati e, quindi, idonei per un trasferimento con pochi rischi.

ZONA ELBA

ATTIVITA' DI RICOVERO

I ricoveri sono stati complessivamente 291 così ripartiti

- ricoveri ordinari n° 149 rispetto ai 151 del 2012 con DRG medio: 0,96

-ricoveri in D.H n° 4 rispetto ai 5 del 2012

- ricoveri in B.O. n° 138, rispetto ai 133 del 2012

A questi devono aggiungersi i bambini in "appoggio": n° 9 ricoveri chirurgici e ortopedici con 24 giorni di degenza Sono stati trasferiti in centri di 2°-3° livello 7 neonati e 9 bambini che presentavano gravi patologie non assistibili presso il nostro reparto

- I ricoveri ordinari sono lievemente diminuiti a favore di un lieve aumento delle B.O. in linea con la politica aziendale di deospedalizzazione

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Complessivamente sono state effettuate 2358 prestazioni ambulatoriali (nel 2012 erano 2559) tali attività comprendono

- Gli ambulatori specialistici (Allergologia-Fisiopatologia respiratoria e di Ecoencefalografia) sono funzionanti tutto l'anno.
- Tutti i giorni è funzionante un ambulatorio di Pediatria generalista al quale si accede tramite prenotazione CUP

ALTRE ATTIVITA'

NEONATOLOGIA. E' stata prestata assistenza a n° 211 neonati , +31 (+ 18%) rispetto al 2012

Di questi, 13 sono nati prima della 37° settimana di gestazione

Sono stati trasferiti n° 7 neonati per patologie insorte in periodo neonatale, dopo essere stati stabilizzati e, quindi, idonei per un trasferimento con pochi rischi.

E 4.7 UTIC: Prevenzione, cura e riabilitazione cardiologica

Anche il 2013 ha visto la prosecuzione delle azioni intraprese negli anni precedenti: potenziamento dell'emodinamica diagnostica ed interventistica, dell'elettrofisiologia e dell'ecocardiografia con sensibile influenza su tutta l'attività divisionale ed in particolare su quella relativa alla assistenza dei pazienti ricoverati, aumentando l'incidenza di casi complessi e velocizzando discretamente il turn over. Alto il volume di ricoveri, costante dal 2011 intorno a 1400 pazienti

L'attività di emodinamica su 24 ore, attivata dagli ultimi mesi del 2010, ha mostrato notevole stabilità dei parametri di efficienza ed efficacia, ed ha conservato un ottimo livello quantitativo con un alto numero di procedure di angioplastica coronarica applicata al trattamento dei paziente con infarto miocardico acuto, espressione della progressiva implementazione della "RETE IMA".

Le angioplastiche coronariche complessive sono cresciute dal 2011 di 56 unità con le attuali 660 e le angioplastiche primarie sono aumentate nello stesso periodo da 199 a 246 mentre il numero totale di procedure di emodinamica è sostanzialmente stabile ad un plateau superiore a 1100.

E' proseguita l'attività di Telecardiologia comprendente la telerefertazione ECG all'interno del Presidio Ospedaliero di Livorno e dell'Isola d'Elba e la trasmissione alla Cardiologia di Livorno dell'ECG di pazienti con sospetto Infarto Miocardico direttamente dal loro domicilio nel territorio Aziendale. Alla fine dell'anno è in corso l'estensione di questa importante pratica assistenziale anche alla zona Livornese, essendo stata data la precedenza ai distretti più periferici della provincia.

Si sta così definitivamente colmando un anacronistico ritardo e si sono anche introdotte caratteristiche distintive quali la possibilità della "trombolisi preospedaliera" rendendo disponibile per i pazienti livornesi, affetti da sindrome coronarica acuta, il trattamento ritenuto più efficace, offerto in tempi ottimali e, senza necessità di trasferimento ad altre strutture extra aziendali, riducendo così anche il carico per il 118.

Per inciso lo sviluppo della organizzazione in RETE della Cardiologia Aziendale contribuirà al potenziamento di tutto il sistema dell'emergenza la cui importanza e criticità non richiedono sottolineature.

Lo sforzo organizzativo per perfezionare la "Rete Cardiologica Aziendale", affrontato con la consapevolezza che da questa opera deriverà un ulteriore miglioramento delle possibilità di cura in contesti clinici spesso severi, è proseguito nel corso del 2013 anche per quanto riguarda le procedure più complesso di elettrofisiologia e di ecocardiografia.

Il Laboratorio di elettrofisiologia e elettrostimolazione ha mantenuto, negli anni considerati, ottimi livelli di attività espressa da circa 250 nuovi impianti di Pacemaker per anno. Le procedure di ablazione sono di esecuzione sporadica: circa 10 per anno, mentre hanno presentato un notevole incremento le stimolazioni biventricolari in genere associate all'impianto di defibrillatore: complessivamente circa 120 nel 2013 contro i 35 del 2009. Dal mese di ottobre tutta l'interventistica di elettrofisiologia ed elettrostimolazione si svolge a Livorno mentre i controlli degli apparecchi impiantati sono effettuati, dagli specialisti della U.O. nei quattro Presidi aziendali.

Le procedure diagnostiche di ECO-stress farmacologico e ECO trans-esofageo si eseguono, al momento, a Livorno per tutta l'azienda e, nel corso del 2013 è proseguito il potenziamento della diagnostica ecocardiografia in corso di stress fisico (ECO sforzo).

Proseguendo la concentrazione su Livorno degli esami ECO pediatrici ed attuando una maggiore integrazione con la Cardiologia Pediatrica dell'O.P.A. finalizzata alla formazione di nostri specialisti, si è potuto avviare un ambulatorio dedicato di Ecocardiografia pediatrica che ampio consenso sta ottenendo tra gli specialisti pediatri della AUSL6.

Questi risultati sono stati raggiunti conservando le caratteristiche positive che da sempre connotano l'U.O. Cardiologia: ottima integrazione con il Pronto Soccorso, tutte le UU.OO. del Presidio e di tutta la Rete Aziendale; elevatissimo livello di disponibilità professionale ed umana tra le varie componenti dell'organico, con mantenimento o incremento dei livelli di attività ricoveriale e delle branche specialistiche sopra enumerate con sostanziale rispetto degli obiettivi di budget.

D'altra parte la riduzione di organico medico che si è verificata nel corso dell'anno per pensionamenti infortuni e lunghe malattie, riducendo la forza lavoro, ha reso inevitabile la eliminazione di alcuni turni ambulatoriali ritenuti, anche se a malincuore, pregiudicabili in cambio della salvaguardia delle attività per pazienti ricoverati o comunque acuti, il tutto nella fiduciosa attesa che maggiori disponibilità possano presto consentire il ripristino della piena offerta assistenziale.

E 4.8 Organizzazione dei servizi algologici dell'U.O. Anestesia e Rianimazione del P. O. di Livorno

L'attività svolta nel campo algologico nell'anno 2013 dalla U.O. di Anestesia e Rianimazione, diretta dal Dr. Paolo Roncucci, è sovrapponibile a quella degli ultimi anni, descritta nei report inviati regolarmente ogni anno confermando il trend positivo.

L'offerta algologica è costituita da trattamenti antalgici rivolti a pazienti affetti da dolore acuto e/o cronico (con patologie degenerative e oncologiche), al controllo del dolore acuto postoperatorio, al controllo della grave spasticità (cerebrale e spinale), al controllo del dolore nel travaglio di parto.

Il trattamento del dolore acuto e/o cronico avviene sia con terapie mediche che con metodi invasivi (blocchi peridurali, impianti di sistemi per l'infusione intratecale di farmaci, infiltrazioni intraarticolari, blocchi nervosi periferici).

Il trattamento del dolore postoperatorio si avvale della somministrazione per via sistemica di farmaci analgesici, di somministrazione di miscele con analgesici e anestetici locali attraverso cateteri peridurali e cateteri perinervosi posizionati prima dell'intervento chirurgico.

Ciascun paziente, sottoposto ad intervento chirurgico, ha quindi la sua prescrizione analgesica e nel reparto di degenza sarà rilevata l'intensità del dolore come previsto dall'art. 5 della legge 38/10.

Il trattamento del dolore nel travaglio di parto avviene attraverso i blocchi perimidollari con il posizionamento di cateteri peridurali che attraverso varie metodiche garantiscono alla donna una analgesia completa durante tutto il travaglio (fase di dilatazione, fase espulsiva).

Il servizio di parto analgesia, presente dal febbraio 2010, garantisce a tutte le donne che ne fanno richiesta la prestazione stessa, attraverso un anestesista funzionalmente dedicato operante h 24 .

L'accesso alla prestazione avviene dopo una valutazione anestesiologicala entro la 38° settimana di gestazione effettuata ogni Lunedì, Martedì e Mercoledì presso il reparto di Ostetricia.

Attività ambulatoriale

Il nostro ambulatorio è aperto 3 giorni alla settimana (lunedì, mercoledì e venerdì) per un totale di 18 ore/sett. ed è rivolto ai pazienti affetti da dolore acuto e/o cronico.

Pertanto nel rispetto della legge 38/10, i servizi erogati in campo algologico rispettano i requisiti di Centro Spoke (art. 5 legge 38/10 "La struttura di livello Spoke è preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite in regime ambulatoriale, garantendo la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi").

Vengono qui sotto riportate le prestazioni di terapia antalgica erogate nell'anno 2013

(Ambulatorio Terapia Antalgica):

Pazienti trattati: 512

Totale prestazioni : 1658 diversificate in:

Visite 1024

Blocchi peridurali 499

Blocchi periferici 20

Infiltrazioni intrarticolari 65

Ricariche pompe per l'infusione intratecale di farmaci 50

Partoanalgesia anno 2013:

Visite 708

Partoanalgesie effettuate 265 con percentuale del 30% su parti vaginali.

E 4.9 Piano sangue e Plasma

2013: EMOCOMPONENTI distribuiti NELL'AZIENDA USL N° 6
I consumi nelle quattro zone espressi in numero di unità

ZONA	Emazie '12 / Emazie '13	Piastrine '12 / Piastrine '13	Plasma '12 / Plasma '13
LIVORNO	7005 / 7074	405 / 351	291 / 305
CECINA	2836 / 2445	166 / 76	83 / 40
PIOMBINO	2142 / 2126	124 / 84	66 / 55
PORTOFERR AIO	740 / 1053	2 / 12	23 / 21
TOTALE	12723 / 12698	697 * / 523	463 / 421

* Concentrati piastrinici da separatore + singole unità da buffy coat

Nel corso del 2013 i consumi delle unità di sangue ed emocomponenti si sono mantenuti pressochè in linea con l'anno precedente in linea con una politica trasfusionale aderente agli standard previsti dalle regole del Buon Uso del Sangue ed alla corretta appropriatezza nell'assegnazione degli emocomponenti.

2013: OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE SANGUE E RISULTATI RAGGIUNTI

Autosufficienza regionale di sangue e plasma – Risultati raggiunti

ZONA	EMAZIE '12/'13	PLASMAFER ESI '12/'13	CONC. PIASTRIN CI '12/'13	COMP.RE G. EMOCOM P. '12/'13
LIVORNO	7959 / 7672	5803 / 5443	395 / 519	3581/3345 (- 6,6 %)
CECINA	3807 / 4047	1776 / 1946		
PIOMBINO	3293 / 3340	1631 / 1695		
PORTOFERRA IO	1501 / 1442	434 / 409		
TOTALE	16560 / 16501 (- 0.35 %)	9644 / 9493 (- 1.5 %)	442 / 519 (+17 %)	

Il risultato ottenuto complessivamente dall'UO SIMT raggiunge l'obiettivo regionale aziendale. Anche quest'anno tale risultato ha contribuito pesantemente al riequilibrio delle risorse trasfusionali regionali e pesato positivamente sul Settore Bilancio aziendale per i conteggi relativi alla mobilità sanitaria regionale "Settore Trasfusionale". L'U.O. di Immunoematologia e Servizio Trasfusionale ha mantenuto la sua posizione di primo produttore di plasma da aferesi della Regione Toscana con un indice di donazione per plasmaderesi di 41 donatori su 1000 abitanti (il migliore della regione), consentendo alla Azienda l'acquisizione di plasmaderivati in "conto lavorazione" a costi ben inferiori a quelli di mercato, con conseguenti risparmi sui costi farmaceutici.

Al raggiungimento degli Obiettivi Regionali ha contribuito in modo determinante l'opera instancabile delle Associazioni di Volontariato delle 4 Zone, cui spetta il compito di coordinamento dei donatori e di sensibilizzazione della cittadinanza. In particolare, grazie alla loro opera di promozione, sono state portate avanti anche nel 2013 numerose iniziative di formazione e sensibilizzazione alla donazione del sangue con ottimi risultati in termini di immagine e di donazioni.

MODIFICHE TECNICO ORGANIZZATIVE

La realizzazione delle Officine Trasfusionali per l'accantonamento della lavorazione del sangue intero su ciascun Area Vasta è slittata al 2014 e, nelle more di tale riorganizzazione, il SIMT ha continuato a mantenere durante tutto il 2013 il proprio assetto di frazionamento centralizzato con redistribuzione dei prodotti lavorati ai centri periferici. Siamo in grado da subito di trasferire le unità quotidianamente

raccolte da Portoferraio a Livorno presso la prevista Officina di Area Vasta secondo il piano della delibera regionale 1235 .

Il progetto di validazione a distanza delle unità di sangue e di emocomponenti richiesti in urgenza con l'integrazione della televalidazione pomeridiana dei prefestivi, ha confermato la sua piena efficacia con garanzia di pari sicurezza e qualità nell'erogazione degli emocomponenti su tutta l'area aziendale. La validazione da casa da parte del Dirigente resta l'ultimo step da percorrere che sarà completato non appena il carico di lavoro del frazionamento sarà trasferito sull'Officina Trasfusionale di Area Vasta.

Tutta l'U.O. SIMT ha superato la verifica di Certificazione UNI EN ISO 9001:2000. Il laboratorio HLA è stato di nuovo ricertificato EFI (European Federation for Immunogenetics) per DMO e correlazione HLA e malattie. A novembre 2013 abbiamo superato la verifica ispettiva di accreditamento regionale, tappa fondamentale per mantenere i requisiti operativi previsti dalle normative europee.

E 4.10 Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza

Il Dipartimento di emergenza urgenza è la cerniera che unisce la parte territoriale rappresentata dal sistema 118 e la parte ospedaliera costituita da pronto soccorso e medicina d'urgenza.

Per quanto attiene al braccio operativo territoriale abbiamo mantenuto le postazioni di emergenza medica storicamente attivate che hanno garantito anche quest'anno l'operatività consueta .

Al riguardo è in corso , sotto l'egida della Regione Toscana , una revisione dei modelli operativi e delle allocazioni territoriali in considerazione di una estensione del sistema a livello di area vasta .

Da segnalare anche per l'anno 2013 lo storico rinforzo estivo delle 2 postazioni Elbane e di Marina di Castagneto Carducci in appoggio alla guardia turistica che ha contribuito non solo a rafforzare la copertura sanitaria in emergenza ma, attivati come punti di primo soccorso, sono serviti anche a decongestionare i P.S. della nostra azienda soprattutto quello di Cecina.

E' continuata la ricerca della appropriatezza della prestazione di trasporto a mezzo ambulanza vigilando sulla applicazione di uno specifico progetto che ha portato alla notevole riduzione della spesa per trasferimenti extraregionali ed ad una quasi totale concentrazione di quelli interaziendali nell'area vasta di riferimento.

E' finalmente definita la questione dell'allestimento delle piste di atterraggio per l'elisoccorso operative h 24 in tutto il territorio continentale e per le isole principalmente isola d'Elba con l'attivazione della piattaforma sita sopra l'ospedale di Portoferraio.

E' continuata la collaborazione con l'Assessorato alla Salute regionale sui temi emergenziali con particolare impegno per il tema specifico Nbc e maxiemergenze.

Abbiamo affrontato come di consueto insieme alla Regione i temi riguardanti il progetto Estate Sicura, la prevenzione degli incidenti stradali, la Protezione civile, l'estensione del progetto defibrillazione precoce con centinaia di nuovi formati , la prosecuzione della collaborazione per attivita' di pronto soccorso in tutti i Presidi Aziendali , i rapporti fra 118 e società della salute .

ORGANIZZAZIONE PUNTI EMERGENZA TERRITORIALE MEDICALIZZATI Complessivamente le postazioni aziendali territoriali 118 medicalizzate (emt) sono :

2 a Livorno h 24, una a sud della città attiva h 12 ed una a Collesalveti sempre h 12, con una attività globale pari a circa 26 servizi al giorno contro i 26,7 dell'anno precedente .

2 nella zona Bassa Val di Cecina, una a Cecina una a Rosignano, con una attività giornaliera di 8,9 servizi contro i 9,12 dello scorso anno.

La postazione straordinaria estiva di Castagneto-Donoratico h 24 ha svolto in media 3,6 servizi al di' contro i 2,8 del 2012.

2 nella zona Val di Cornia, una a Piombino ed una nella zona nord alternativamente fra San Vincenzo, Campiglia e Venturina , con una operatività quotidiana rispettivamente di 3,7 contro i 4,1 a Piombino nello scorso anno e 2,4 nella zona nord come nel 2012.

1 nella zona Elba a Portoferraio con una media die pari a 2,9 come nello scorso anno .

Le postazioni straordinarie estive elbane hanno avuto una attività nelle 12 ore diurne di operatività pari a 2,0 nella zona ovest e 1 nella zona est come per lo scorso anno .

STATISTICHE

Nel 2013 a fronte di oltre 300.000 contatti telefonici (compreso il trasporto ordinario ospedaliero ed istituzionale) abbiamo effettuato un totale di 55545 missioni .

Entrando nel merito i servizi in emergenza-urgenza territoriali sono stati 40914 per assistere 38290 pazienti di cui 20281 femmine e 18009 maschi contro i 39842 pazienti (di cui 18849 maschi e 20993 femmine.) del 2012.

Scomponendo ulteriormente i dati si nota come i servizi medicalizzati sono stati 16659 contro 17192 dell'anno precedente mentre quelli senza medico sono stati 24255 contro 24500 dello scorso anno .

Si sottolinea come esista una disomogeneità aziendale importante fra le zone ove si passa da postazioni ad alta attività (Livorno centro 1 e 2 eseguono oltre 11 servizi di in emergenza), a postazioni a media attività (Cecina, Rosignano, Piombino sono sotto i 5-6 servizi al giorno) e a quelle postazioni a bassa attività come Portoferraio e Nord Val di Cornia con circa 3 servizi).

TRASPORTI MEDICALIZZATI OSPEDALIERI

Nel corso del 2013 abbiamo organizzato 850 trasporti medicalizzati contro gli 667 dell'anno precedente con un incremento di attività che abbiamo registrato in alcuni settori primo fra tutto quello cardiologico legato alla centralizzazione di patologie legate alla elettrostimolazione e alla incrementata attività del progetto "rete ima" e della rete stroke .

Da segnalare anche quest'anno che l'eventuale introduzione di un infermiere reperibile per questo servizio anche a Cecina e Livorno consentirebbe una ulteriore netta riduzione dei trasporti medicalizzati oltre a garantire una stabilità di organico ai p.s. dal momento che sono proprio i medici di p.s. a svolgere in gran maggioranza questi servizi.

Merita inoltre notare come sia sempre più frequentemente necessario attivare per la zona livornese la postazione di emergenza territoriale ai fini dei trasferimenti medicalizzati verso altri ospedali per indisponibilità dei medici ospedalieri strutturati soprattutto per il trasporto pediatrico all'ospedale Meyer di Firenze.

TRASPORTO INTRAOSPEDALIERO NON MEDICALIZZATO

Nel corso del 2013 abbiamo gestito per i presidi ospedalieri 13781 trasporti contro i 13646 dell'anno precedente con una sostanziale stabilità.

Tale risultato trova giustificazione nella opera continua a fronte della crescita di richieste di servizi svolta in collaborazione con le direzioni dei Presidi Ospedalieri , della ricerca della appropriatezza e tutto questo nonostante una maggiore dinamicità di gestione dei posti letto e la necessità di usufruire con maggiore frequenza di strutture diagnostiche specialistiche non presenti in tutti i presidi o di sopperire a eventuali interruzioni di quelle presenti .

La compilazione di un report statistico mensile per ogni reparto ospedaliero, (che attualmente inviamo alle direzioni di presidio perché monitorizzino il fenomeno con la sottolineatura di quelle U.O. che superano la media del loro consolidato storico) rappresenta a nostro giudizio un possibile strumento per rendere il sistema ancora più virtuoso .

La soluzione ideale a mio giudizio è quella di budgetizzare la spesa dei trasporti così da indurre tutti ad una maggiore attenzione.

Nel 2013 abbiamo gestito 10775 dimissioni contro le 11120 del 2012 così suddivise per presidi ospedalieri:

LIVORNO	5748
CECINA	2437
PIOMBINO	1896
PORTOFERRAIO	684

DATI GENERALI ATTIVITA' EMERGENZA

Siamo in grado di aggregare gli interventi di urgenza territoriale per patologia e per luogo di accadimento e possiamo affermare che non vi sono sostanziali variazioni rispetto agli altri anni attestandosi le prestazioni “esterne” intorno al 20-30%, contro il 70-80% di quelle che avvengono all'interno dei vari ambienti con l'assoluta prevalenza di quelli domestici.

Infatti i 40914 servizi eseguiti in emergenza-urgenza nel corso del 2013 sono così ripartiti secondo luogo di intervento come previsto dallo specifico Decreto Ministeriale :

K (casa)	26791
L (impianti lavorativi)	589
P (uffici ed esercizi)	1787
Q (scuole)	358
S (strada)	7827
Y (impianti sportivi)	460
Z (altri luoghi)	3102

Gli interventi esitati in scampo ricovero sono stati nel 2013 3496 , mentre i trasportati in P.S. sono stati 37418

Gli scherzi telefonici sono praticamente scomparsi dimostrando una migliorata capacità degli operatori di identificarli ed un migliorato rapporto dei cittadini con il servizio.

Le chiamate esitate con l'allontanamento spontaneo del paziente senza attendere il soccorso sono state 306 che non sono molte se teniamo anche conto della facilitazione della comunicazione grazie alla diffusione dei cellulari e quindi ad allertamenti anche di “persone di passaggio” .

Per quanto riguarda poi l'ipotesi patologica prevalente delle nostre 40914 schede aperte nel 2013 riportiamo i seguenti dati :

C1 traumatica	10970
C2 cardiocircolatoria	4702
C3 respiratoria	3685
C4 neurologica	2451

C5 psichiatrica	870
C6 neoplastica	375
C7 intossicazione	376
C8 altra patologia	14652
C9 patologia non identificata	2411
C10 etilista	602

L'analisi poi dei codici colore attribuite alle chiamate giunte in centrale operativa conferma sostanzialmente quanto registrato l'anno precedente ed in linea con i dati regionali anche se la mancanza di verifica con i dati del P.S. non ci consente di esprimere un giudizio sicuramente attendibile.

Occorre sempre considerare come "fisiologico" l'overtriage telefonico sia per la frequente scarsa collaborazione dell'allertante sia perchè spesso vi è una sovrastima di chi è presente sullo scenario .

Su un totale di 40914 schede aperte i codici appaiono così ripartiti :

	2013
CODICE ROSSO (per gravità o mancanza di informazioni)	15965
CODICE GIALLO	16063
CODICE VERDE	8020
CODICE BIANCO	866

I deceduti sono stati 656, ma si tratta di un dato di scarso valore statistico poiché in oltre il 70% dei casi siamo chiamati a svolgere constatazioni di decesso perché altre figure professionali mediche non sono rintracciabili.

ELISOCORSO

Già nel corso del 2012 abbiamo avuto a disposizione finalmente tutte le piazzole di atterraggio per l'elisoccorso 118 operative h 24 .

Livorno e Portoferraio , ed è una novità regionale, hanno una pista sul tetto del padiglione della emergenza che ci consente di garantire tempi assistenziali eccellenti.

Siamo inoltre stati dotati di uno schermo collegato con le piazzole aziendali grazie al quale oltre che a monitorizzare i servizi possiamo attuare una attenta sorveglianza delle stesse.

Nel 2013 abbiamo attivato 280 servizi contro i 214 del 2012 .

Di questi 280, 12 sono stati annullati, prevalentemente per impegni in altri servizi o condizioni meteo ostili .

Dei residui 268 voli effettivamente attivati 14 sono stati interventi primari e 254 secondari.

Per i secondari , dalle isole sono stati effettuati 202 voli (contro i 146 dello corso anno) di cui 184 dall'Elba, 17da Capraia e 1 da Pianosa.

Per quanto attiene invece la attività dei Ps Aziendali abbiamo registrato nel corso del 2013 i seguenti dati confrontati con quelli del 2012:

	2012	2013
a Livorno abbiamo avuto	69787 accessi	68080 accessi
a Cecina ""	30900 ""	30860 ""
a Piombino ""	21895 ""	21259 ""
a Portoferraio ""	13157 ""	14590 ""

I ricoveri dei vari PS aziendali mostrano dati molto soddisfacenti attestandosi sotto al 10% complessivo in tutti i presidi ospedalieri

a Livorno	6958
a Cecina	2509
a Piombino	2401
a Portoferraio	1261 + 1296 in OBI non DEA

E.5 ASSISTENZA SOCIALE

Zona/Distretto e SdS Livornese

Il Servizio di Assistenza Sociale nella Zona Livornese, nella complessiva operatività nell'ambito della Azienda Sanitaria, realizza, attraverso l' Unità Funzionale molteplici interventi e attività che si caratterizzano sugli aspetti sociosanitari e sono in interfaccia con il complesso sistema dei Servizi Sociali di matrice comunale.

Nell'anno 2013 il Servizio Sociale Aziendale, alla luce delle più complessive strategie di intensità di cura della nostra Azienda, si è fortemente attivato sui sistemi di carattere territoriale, realizzando azioni di prevenzione e supporto sugli aspetti relativi alle insorgenze di criticità sociale che tendono a gravare i percorsi di ottimizzazione delle cure intensive.

Possiamo altresì sottolineare che il recente D.G.R. 754/2012 rinforza strategie di “potenziamento di modalità assistenziali extraospedaliere”.

In tal senso, nel corso dello stesso anno 2013, si sono perfezionati tutti i sistemi di intercettazione del bisogno e di valorizzazione delle risorse territoriali legati alla fragilità ed alla non autosufficienza correlata al prolungamento complessivo della vita.

La legge regionale n. 66 del 2008 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza” pone il Servizio Sociale dell'Azienda in un'ottica di forte sinergia con il complessivo sistema sanitario, garantendo tutte quelle prestazioni che necessitano un programma assistenziale personalizzato e si pongono in una strategia di continuità assistenziale che può garantire l'intero sistema. Da sottolineare in particolare il ruolo organizzativo e di gestione del Gruppo multidisciplinare UVM da parte del Servizio di Assistenza Sociale.

L'Agenzia Continuità Ospedale Territorio (ACOT) con la presenza al suo interno del Servizio Sociale si caratterizza sempre più in una logica di facilitazione delle dimissioni ospedaliere con l'attivazione di percorsi guidati dall'Assistente Sociale di riferimento della stessa ACOT che può rapidamente interpretare i bisogni ed velocizzare l'attivazione delle dimissioni in ambito ospedaliero. L'esperienza in atto sta dimostrando che va dedicata una maggiore presenza in tale ambito anche al fine di corrispondere agli obiettivi di riduzione dei tempi di ricovero rispondendo così anche alle esigenze dei reparti ospedalieri. L'Assistente Sociale dell'ACOT svolge la sua attività anche nell'ambito dell'Ospedale di comunità come facilitatore nei percorsi di dimissione “difficile”.

La operatività nell'ambito della Salute mentale è essenziale nell'organizzazione di percorsi di cura e supporto nell'ambito della disabilità psichica. Strutturalmente la fragilità psichica comporta la messa in crisi di sistemi di supporto familiare e sociale che devono trovare una risposta sulle reti territoriali. Nell'esperienza degli ultimi anni si è verificata una sostanziale presenza del Servizio Sociale grazie al quale si sono alleggerite presenze e ricoveri in SPDC, costruendo sistemi di supporto ed accoglienza alternativi o di sostegno all'ambito familiare.

Sul Dipartimento delle Dipendenze il ruolo del Servizio Sociale si articola sulla fase della prevenzione, dell'assistenza territoriale e sulla necessaria attivazione dell'accoglienza in comunità terapeutica e successivi progetti di riabilitazione. Anche in tale ambito la fortissima articolazione con gli aspetti sanitari garantisce una essenziale azione di contenimento del fenomeno dipendenze che vede estendere la sua complessità specie su fasce di popolazione più giovani che in passato.

L'articolata funzione del Servizio Sociale Aziendale sulle attività consultoriali si è efficacemente realizzata in azioni ed interventi finalizzati alla prevenzione ed alla precoce intercettazione di bisogni che automaticamente, se non compresi in tempi utili, sono destinati ad appesantire i costi sanitari. Vale la pena citare nell'anno 2013 soprattutto lo sviluppo nell'ambito del Consultorio migranti di interventi, anche innovativi, di sostegno alla genitorialità. In particolare va sottolineato che l'azione consultoriale verso la popolazione migrante assume una straordinaria e immediata valenza di prevenzione primaria salvaguardando il sistema sanitario da frequentissimi e prevedibili accessi del tutto impropri. L'azione della Mediazione Familiare, gli interventi all'interno dello Spazio Famiglie, l'attività professionale all'interno Consultorio adolescenti, gli interventi nell'ambito dell'applicazione della legge 194/78, sono stati condotti dalle Assistenti Sociali in una forte sinergia ed una logica multi professionale.

La permanenza del Servizio di Assistenza Sociale all'interno del Gruppo di prevenzione e di intervento sugli abusi ed il maltrattamento nei confronti dei minori ha favorito il consolidamento dell'esperienza multidisciplinare che caratterizza l'UFSMIA.

Nel corso del 2013 si è strutturata l'attività dell'Assistenza Sociale aziendale sul progetto Codice Rosa, che congiuntamente al più complesso sistema della rete antiviolenza, svolge interventi ed azioni di carattere preventivo e di tutela delle vittime di violenza di genere e comunque nei confronti delle situazioni di fragilità

sociale.

Nell'osservanza e nella operatività prevista della legge 104 sulla tutela delle disabilità, il Servizio di Assistenza Sociale della Azienda ha partecipato alle commissioni integrate della U.O. Medicina Legale per l'accertamento dell'handicap e l'inserimento al lavoro per i disabili (legge 68/99).

Nell'ambito della disabilità le funzioni del GOM minori (Gruppo operativo multidisciplinare) e corresponsabilità nel GOM adulti oltre al GICO (Gruppo Interistituzionale Collocamento Obbligatorio) hanno visto il Servizio Sociale Aziendale fortemente impegnato in azioni di pianificazione di programmi di inclusione sociale con forte valenza sociosanitaria.

Si è nel corso dell'anno 2013 rafforzata la flessibilità degli aspetti operativi ed organizzativi e la prosecuzione della attività dei tre coordinamenti, istituiti nel 2012, nello spirito delle strategie di supporto al sistema sanitario, (Area anziani e non autosufficienza, Area disabilità ed Area Consultoriale) hanno sempre più potenziato meccanismi di appartenenza e di spirito di equipe nel personale.

Nelle competenze della U.F. Assistenza Sociale (Zona Livornese) la presidenza della Commissione Multidisciplinare è stata resa più funzionale ed efficace grazie alla modifica del comma 3 dell'art. 20 della LR 41 che con la LR 23 del 14/06/2011 che attribuisce valenza aziendale alla Commissione stessa. Su tali coordinate normative, la Commissione agisce con operatività più flessibile, anche in relazione alla opportunità, per la stessa, di deliberare validamente anche in presenza di non tutti i membri della commissione. Si contempla infatti la possibilità di delegare per lo svolgimento dei sopralluoghi alcuni dei suoi componenti. In sostanza si possono garantire azioni di vigilanza e controllo organizzando al meglio la funzione di verifica non necessariamente coinvolgendo sempre e comunque tutti i membri effettivi previsti ed agendo così in termini di maggiore economicità anche attraverso supplenti con la caratteristica di essere referenti per zona. L'impostazione data alla operatività nel corso del 2013 si è caratterizzata effettuando un incremento del numero delle azioni di vigilanza riducendo le ore di riunione dedicate alla verbalizzazione e alla ratifica delle prescrizioni. Il verbale con le prescrizioni viene sempre redatto nella struttura ed in sede di vigilanza, con un sostanziale vantaggio sui tempi e sulla efficacia dell'azione di controllo e di trasmissione degli atti. Nel 2013 è continuata la forte collaborazione con il Comando dei NAS di Livorno che ha consentito un'azione più mirata della Commissione in situazioni critiche. In sintesi, grazie alla collaborazione con lo stesso Comando si è potuto spesso, pur nel rispetto delle specifiche competenze, ridurre tempi e presenza dei membri della Commissione rafforzando l'operatività della stessa.

Zona/Distretto e SdS Bassa Val di Cecina

Il Servizio di Assistenza Sociale della Zona Bassa Val di Cecina è composto da 18 assistenti sociali, (7 dipendenti comunali, 7 dipendenti ASL e 4 con rapporto convenzionale) e da un operatore tecnico (dipendente ASL). La Responsabile dell'U.F. Assistenza Sociale è dipendente Comunale.

I dieci Comuni della Zona, che hanno delegato alla Società della Salute la gestione dei servizi socio-assistenziali, adottano un unico regolamento per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale

Il campo d'azione del Servizio Sociale Professionale è riferibile ad aree di intervento socio-assistenziale e ad aree di integrazione socio-sanitaria :

- 1) Responsabilità familiari
- 2) Diritti dei minori
- 3) Area disabilità
- 4) Area Salute Mentale
- 5) Area Dipendenze (Sert)
- 6) Area anziani autosufficienti e non autosufficienti
- 7) Contrasto alla povertà ed inclusione sociale

AUTONOMIA PERSONE ANZIANE	
	<i>n° ore</i>
Assistenza domiciliare diretta	20939
	<i>n° utenti</i>
Ass.domicilire indiretta :contributi	157
	<i>n° ricoveri</i>
Ricoveri in RSA definitivi	104
Ricoveri in RSA temporanei	33
presenze in Centri Diurni	92
	<i>n° utenti</i>
Contributi economici per "anziani fragili"	17
SOSTEGNO CITTADINI CON DISABILITA'	
	<i>n° utenti</i>
Terapia occupazionale	29
inserimenti lavorativi	34
presenze in Centri Diurni	30
	<i>n° ore</i>
Assistenza domiciliare diretta	22234
	<i>n° utenti</i>
Progetto vita indipendente	15
Legge 104 contributi economici	39
DIRITTI DEI MINORI	
	<i>n° utenti</i>
rette istituti	14
	<i>n° fam.affid</i>
affidi	35
	<i>n° utenti</i>
educativa domiciliare	36
	<i>n° utenti</i>
presenze in Centri Diurni	83
AZIONI CONTRASTO ALLA POVERTA'	
	<i>n° interventi</i>
contributi economici popolazione stato di bisogno (PSB)	576
emergenza abitativa	138

vacanze estive.

Nella Tabella seguente sono dettagliate le azioni relative alle persone disabili da 0 a 64 anni nel 2013.

Politiche di contrasto alla povertà ed inclusione sociale

Nell'anno 2013 sono stati erogati 576 contributi economici per un importo di 110.000 euro circa.

Sono stati garantiti gli " Sportelli Immigrati" ed è stato mantenuto il centro Accoglienza per immigrati e soggetti in situazione di disagio socio-economico.

L'organizzazione per aree si articola in tre presidi : Rosignano Solvay, Cecina e Donoratico

Inoltre il servizio garantisce:

- La presenza di un'assistente sociale in tutte le Commissioni per l'accertamento dell'handicap ai sensi della L. 104/92 e per l'inserimento al lavoro dei disabili (legge 68/99)
- Un operatore tecnico, appositamente formato per i Punti Insieme per la non autosufficienza e disabilità grave
- La presenza di n. 2 assistenti sociali per circa 500 ore annue nel Servizio di Mediazione Familiare (zonale)
- La presenza di 2 assistenti sociali per circa 1000 ore annue nel Centro Affidi (zonale)
- La presenza nell'Agenzia Continuità Ospedale Territorio (ACOT)

Politiche per gli anziani non autosufficienti (si rimanda al capitolo specifico sulla non autosufficienza)

Politiche per i disabili

Gli interventi per i minori disabili sono assicurati in maniera globale e integrata. Viene garantita la presa in carico da parte delle competenti strutture territoriali. Viene garantito un percorso assistenziale certo e continuativo con interventi relativi alla fornitura di protesi e ausili, sostegni scolastici ed extrascolastici, trasporto sia per scuola che extra scuola, preformazione professionale, aiuto personale, tempo libero, gioco e attività motorie,

SCHEMA B - Dati relativi all'attività - Anno 2013

Azienda USL	6		
Zona	BASSA VAL DI CECINA		
	Soggetti	Spesa Totale €	-di cui su bilancio comunale
Soggetti inseriti in strutture educative (asili nido-scuole materne)	18		
Soggetti inseriti in strutture scolastiche	81		
- Scuola primaria e secondaria I grado	51		
- Scuola secondaria II grado			
- Università			
Soggetti inseriti in attività di preformazione	2		
Soggetti inseriti in attività formativa	/		
Soggetti che hanno usufruito dell'assistenza alla persona nell'ambito scolastico	70	€ 540.182,00	€ 540.182,00
Soggetti che hanno usufruito di ausili per gli apprendimenti nell'ambito scolastico	10	€ 34.633,36	€ 34.633,36
Soggetti che hanno usufruito di ausili e sostegni per gli apprendimenti in ambito extrascolastico	16	€ 26.000,00	€ 26.000,00
Soggetti che hanno usufruito di aiuto domestico	53	€ 455.775,00	€ 455.775,00
Soggetti che hanno usufruito di aiuto personale	39	€ 124.716,00	€ 124.716,00
Soggetti che hanno usufruito di inserimenti socio-terapeutici o borse lavoro	63	€ 138.207,00	€ 138.207,00
Soggetti inseriti al lavoro	2		
Soggetti che hanno usufruito del trasporto	107	€ 275.141,33	€ 275.141,33
- di cui per trasporto scolastico	24	€ 47.370,00	€ 47.370,00
Soggetti inseriti in strutture residenziali	/		
Soggetti inseriti in Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A)	21	€ 235.746,00	€ 235.746,00
Soggetti inseriti in strutture semiresidenziali con costo a carico del fondo sociale	30	€ 360.981,00	€ 360.981,00
Soggetti che hanno usufruito di interventi per vacanze estive	52	€ 54.394,00	€ 54.394,00
Soggetti ai quali non è stata data risposta:			
a) per mancanza di risorse	12		
b) per richiesta impropria	/		
Non hanno fornito i dati i Comuni di Guardistallo e Montescudaio			

Il Coordinatore Sociale

IL RESPONSABILE S.A.S.
 Ass. Soc. Le Corni
 Via S. Lorenzo, 20 - 52014 Cornia



Zona Distretto e SdS Val di Cornia

Il Servizio di Assistenza Sociale della Zona Val di Cornia è composto da 12 assistenti sociali, 7 delle quali dipendenti ASL 6. Le altre 5 sono dipendenti rispettivamente: 2 Comune di S. Vincenzo, 2 Comune di Piombino, 1 Comune di Campiglia Marittima.

Le aree di intervento di cui si occupa PUFAS della Val di Cornia sono tutte, in quanto, storicamente, i Comuni della Zona hanno delegato le funzioni.

- 8) Area Popolazione (Multiutenza e disagio)
- 9) Area Anziani
- 10) Area Disabili
- 11) Area Minori e famiglia
- 12) Area Salute Mentale

13) Area Dipendenze (Sert)

L'organizzazione del SAS è articolata secondo il territorio, con una differenziazione tra Piombino e i Comuni della parte Nord.

Nella città di Piombino, il nucleo delle Assistenti Sociali è suddiviso su due settori

- popolazione ultra 65 enne (1 AS dedicata)
- popolazione 0-64 anni (compresa area minori e famiglia) e disabili non gravi (2 AS dedicate con funzioni anche alle Commissioni a livello comunale -per alloggi, contributi scolastici, esenzione ticket,...).

Nella parte Nord il nucleo è suddiviso per settori geografici di competenza:

1 assistente sociale a S. Vincenzo (con proiezione Sassetta, co-gestione PUA)

1 assistente sociale a Campiglia (con proiezione Monteverdi M.mo)

2 assistenti sociali a Venturina (con proiezione Riotorto)

1 assistente sociale a Suvereto (con incarico anche di co-gestione PUA, non autosufficienza, raccordo UVM Zona nord-zona sud, handicap grave Piombino)

Inoltre il servizio garantisce:

- 1 assistente sociale al Sert
- tutte le assistenti sociali (eccetto due di Piombino) sono impegnate nella Commissione per l'accertamento dell'handicap ai sensi della L. 104/92 e L. 68/99 che impegna il SAS per 3 giorni settimanali, mattina o pomeriggio.
- Una referente – in secondo livello – nell'area salute mentale con riferimento alle persone ospiti di strutture psichiatriche quali case famiglia, RSA, programmazione, ecc.
- Una referente per il Punto Unico Accesso per la non autosufficienza e disabilità grave
- Una referente per casi complessi minori (Adozioni, Centro affidi, attività consultoriali, Codice rosa, Tribunale per i Minorenni, Tribunale Ordinario, Mediazione familiare, ecc.)

Coerentemente con le Azioni di Piano indicate dalla Regione Toscana, il SAS espleta le proprie funzioni – oltre che nell'area prettamente socio assistenziale per delega – nella seguenti aree:

- Sostegno alle responsabilità familiari
- Minori in famiglia e fuori dalla famiglia: affidamento a famiglie e affidamento a strutture socio educative.
- Adozione nazionale e internazionale
- Minori vittime di maltrattamento e abuso
- Interventi per minori non accompagnati

Servizi in favore dell'area diritti dei minori e della famiglia

I Servizi si rivolgono in particolare ai minori in situazione di criticità e rischio sotto vari aspetti:

- Minori la cui famiglia si trovi in difficoltà temporanea ad esercitare la funzione educativo-genitoriale
- Minori la cui famiglia sia portatrice di problematiche tali da comportare condizioni di emarginazione di disadattamento
- Minori con difficoltà di integrazione e progressione in ambito scolastico
- Minori appartenenti a nuclei in cui sia presente una situazione di conflittualità tra i genitori e/o contenziosi relativi all'affidamento dei figli.
- Minori appartenenti a famiglia in cui uno o entrambi i genitori siano portatori di disagio psichico o altra patologia

Rispetto alle situazioni di minori connotate dalle criticità sopra esposte, l'USL 6 Zona Val di Cornia, da anni ha posto in essere un Progetto che prevede Servizi educativi domiciliari, attività di osservazione delle relazioni genitori/figli, incontri protetti tra minori e genitori non affidatari in situazione di forte criticità relazionale.

I servizi vengono effettuati mediante appalto pubblico a Cooperativa Sociale che mette a disposizione le sedi per i laboratori ed il personale in possesso di qualifica di Educatore Professionale oltre che da educatori dipendenti della ASL.

Inoltre, l'articolata funzione del Servizio Sociale Aziendale sulle attività consultoriali si è realizzata in azioni ed interventi:

- finalizzati alla prevenzione ed alla precoce intercettazione di bisogni tramite la consulenza sociale, nelle ore di apertura del consultorio familiare e adolescenti (interruzione volontaria di gravidanza adulti, interruzione di gravidanza minori, Percorso Nascita);
- previsti dalla normativa per Adozione e affidamento pre-adoattivo;
- di mediazione familiare tramite il Centro di Mediazione Familiare.
- I mediatori, tre assistenti sociali, sono state formate dalla Scuola di Mediazione Genovese con un progetto Aziendale.
- Compiti previsti dalla normativa per l'affidamento familiare tramite il Centro Affidi di tutela per Minori in situazione di abuso, maltrattamento e grave trascuratezza tramite assistenti sociali dedicate che hanno operato in una forte sinergia con le colleghe del territorio ed una logica multi professionale con le UF coinvolte;
- per donne vittime di violenza; nel corso dell'anno si è avviata
- l'attività dell'Assistenza Sociale aziendale sul Codice Rosa, che congiuntamente al più complesso sistema della rete antiviolenza, svolge interventi ed azioni di carattere preventivo e di tutela delle vittime di violenza di genere e comunque nei confronti delle situazioni di fragilità sociale.

DATI INTERVENTI PER MINORI relativi al 2013

PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA (MATERIA CIVILE)	96
PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA (MATERIA PENALE)	10
INCONTRI PROTETTI	7
VITTIME DI ABUSI E/O MALTRATTAMENTI	36
MINORI PRESENTI IN STRUTTURE AL 31/12/2013	19
AFFIDI PART-TIME	5
AFFIDAMENTI FAMILIARI	21
MINORI ADOTTATI	N.C.
FAMIGLIE DISPONIBILI ALL'AFFIDO IN BANCA DATI	19

Mediazione Culturale

E' attivo un servizio di supporto per gli stranieri extracomunitari e non, mediante convenzione con ARCI PIOMBINO.

Il servizio garantisce segretariato per pratiche varie, sportello accoglienza, mediazione linguistica sia per bambini nelle scuole che per adulti ricoverati in ospedale, donne in gravidanza ecc.

Politiche per gli anziani non autosufficienti

L'obiettivo principale delle strategie zionali degli interventi socio-sanitari riguardanti la popolazione anziana ha a che fare con due fenomeni correlati e interdipendenti, la cronicità e la non autosufficienza, fenomeni che sono fonte rilevante di sofferenze e costi, sanitari e sociali. A tale proposito, nella nostra zona, al fine di garantire l'obiettivo di migliorare la qualità di vita, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziani, è stato garantito a livello locale:

- le modalità di funzionamento dei *Punti Insieme* che, secondo quanto previsto dalla normativa, garantiscono l'accesso al sistema dei servizi,
- l'operatività delle *Unità di Valutazione Multidisciplinari* (UVM), che rappresentano la sede della valutazione della situazione di bisogno e dell'elaborazione delle risposte,
- i *percorsi di presa in carico* per le persone anziane non autosufficienti.
- il funzionamento dell'Agenzia Continuità Ospedale Territorio (ACOT) che, con la presenza del Servizio Sociale si è caratterizzata sempre più in una logica di facilitazione delle dimissioni ospedaliere con l'attivazione di percorsi guidati dall'Assistente Sociale di riferimento della stessa ACOT che, con la segnalazione immediata ai punti insieme del territorio, può rapidamente interpretare i bisogni ed velocizzare l'attivazione delle dimissioni in ambito ospedaliero.

I punti insieme si trovano:

- 1 Punto Insieme a Piombino
- 2 Punti insieme zona nord (Venturina e S. Vincenzo).

Le prestazioni a carico del Fondo sono destinate all'erogazione delle prestazioni previste dal PAP approvate dal PUA (a sua volta valutate dall'UVM):

- Interventi domiciliare sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
- Interventi in forma indiretta domiciliare (contributi per assistenti familiari); l'erogazione del contributo è legata al bisogno assistenziale definito dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) secondo una scala di 5 livelli di isogratità, di cui al Piano di Assistenza Personalizzato (PAP). Nell'anno 2013 sono stati attivati n. 57 .
- Inserimenti in strutture semiresidenziali (CD) (una a S. Rocco CDA e una a S. Vincenzo)
- Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza (RSA Campiglia, RSA S. Rocco)
- Inserimenti permanenti in residenza (RSA Campiglia, RSA S. Rocco)

Nell'anno 2013 sono state effettuate:

- n. 249 segnalazioni ai vari Punti Insieme;
- n. 203 casi valutati a T0;
- n. 330 rivalutazioni

Politiche per i disabili

Si rimanda al paragrafo specifico della Relazione Sanitaria (Handicap, Non autosufficienza, Cronicità) per quanto riguarda il numero dei portatori di handicap 0-64 anni riconosciuti tali dalla Commissione L. 104/1992.

Gli interventi per i minori disabili sono assicurati in maniera globale e integrata. Viene garantita la presa in carico da parte delle competenti strutture territoriali. Viene garantito un percorso assistenziale certo e continuativo con interventi relativi alla fornitura di protesi e ausili, sostegni scolastici ed extrascolastici, trasporto sia per scuola che extra scuola, preformazione professionale, aiuto personale, tempo libero, gioco e attività motorie, vacanze estive. Nella Tabella seguente sono dettagliate le azioni relative alle persone disabili da 0 a 64 anni nel 2013, con riferimento a coloro per i quali è attivo il PARG (Progetto abilitativo riabilitativo globale) in carico ai servizi socio sanitari.

Regione Toscana - Giunta Regionale
Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

SCHEDA B - Dati relativi all'attività - Anno 2013

Azienda USL	6		
Zona	VAL DI CORNIA		
	Soggetti	Spesa Totale €	-di cui su bilancio comunale
Soggetti inseriti in strutture educative (asili nido-scuole materne)	18		
Soggetti inseriti in strutture scolastiche			
- Scuola primaria e secondaria I grado	121		
- Scuola secondaria II grado	62		
- Università	0		
Soggetti inseriti in attività di preformazione	7	0	
Soggetti inseriti in attività formativa	3	0	
Soggetti che hanno usufruito dell'assistenza alla persona nell'ambito scolastico	4	3013,78	3013,78
Soggetti che hanno usufruito di ausili per gli apprendimenti nell'ambito scolastico	17	21925,6	21925,6
Soggetti che hanno usufruito di ausili e sostegni per gli apprendimenti in ambito extrascolastico	18	16000	16000
Soggetti che hanno usufruito di aiuto domestico	12	22252	22252
Soggetti che hanno usufruito di aiuto personale	35	75128	75128
Soggetti che hanno usufruito di inserimenti socio-terapeutici o borse lavoro	52	26876	24076
Soggetti inseriti al lavoro	0	0	0
Soggetti che hanno usufruito del trasporto	16	27645,2	27645,2
- di cui per trasporto scolastico	9	15159,54	15159,54
Soggetti inseriti in strutture residenziali	15	240252,5	240252,5
Soggetti inseriti in Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A)	9	188359,17	47152,52
Soggetti inseriti in strutture semiresidenziali con costo a carico del fondo sociale	48	452302,44	452302,44
Soggetti che hanno usufruito di interventi per vacanze estive	55	0	0
Soggetti ai quali non è stata data risposta:			
a) per mancanza di risorse	0		
b) per richiesta impropria	0		

Sono state messe in atto azioni tese a contrastare processi di esclusione o istituzionalizzazione, nonché tutti gli interventi tesi a rimuovere gli ostacoli di ordine culturale, strutturale e materiale per il raggiungimento del più alto grado di autonomia, assicurando la presa in carico unitaria, globale, integrata e flessibile del soggetto con disabilità garantendo un processo di integrazione.

Sono stati effettuati interventi nell'ambito della formazione, degli inserimenti socio terapeutici, ausili e sostegni socio educativi sul territorio, assistenza domiciliare, trasporto, interventi per la semiresidenzialità, interventi per la residenzialità compreso il "Sempre con noi"; interventi per la Vita Indipendente.

Sul territorio della Val di Cornia vi sono due Centri diurni per disabili (Nuvole e Colori S., Vincenzo 15 posti) e Fior di Loto a Venturina con 21 posti full time e 9 posti part time).

E' presente una Casa Famiglia/Dopo di Noi/Sempre con noi convenzionata con Asl per disabili (8 posti).

Zona Distretto Elba

Il Servizio Assistenza Sociale della Zona Elba, consta di n° 5 Assistenti Sociali che svolgono attività lavorativa territoriale, di 1 Assistente Sociale assegnata al Ser.t zonale, di 1 Assistente Sociale dipendente del Comune di Capoliveri e di 1 Responsabile del Servizio stesso.

La Zona, con una popolazione residente di circa 32.000 abitanti, è suddivisa in 8 Comuni che hanno delegato la gestione del sociale alla Zona Socio Sanitaria, in maniera quasi totale.

Il servizio di Assistenza Sociale ha competenza professionale e gestionale nell'ambito delle seguenti aree di intervento:

- Responsabilità familiari
- Tutela e diritti dei minori
- Area Disabilità
- Area Salute Mentale
- Area Dipendenze (Ser.t)
- Area anziani autosufficienti e non autosufficienti
- Contrasto della povertà ed inclusione sociale

SERVIZI ATTIVI IN FAVORE DEI MINORI E DELLE FAMIGLIE

I Servizi si rivolgono in particolare ai minori in situazione di criticità e rischio sotto vari aspetti:

- Minori la cui famiglia si trovi in difficoltà temporanea ad esercitare la funzione Educativo-genitoriale
- Minori la cui famiglia sia portatrice di problematiche tali da comportare condizioni di emarginazione e disadattamento
- Minori con difficoltà di integrazione e progressione in ambito scolastico
- Minori appartenenti a nuclei in cui sia presente una situazione di conflittualità tra i genitori e/o contenziosi relativi all'affidamento dei figli
- Minori appartenenti a famiglia in cui uno o entrambi i genitori siano portatori di disagio psichico o altra patologia

Rispetto alle situazioni di minori connotate dalle criticità sopra esposte, l'USL 6 Zona Elba, da anni ha posto in essere un **Progetto Polivalente** che prevede **Servizi educativi domiciliari, attività di osservazione delle relazioni genitori/figli, incontri protetti tra minori e genitori non affidatari** in situazione di forte criticità relazionale

I servizi vengono effettuati mediante appalto pubblico a Cooperativa Sociale che mette a disposizione il personale in possesso di qualifica di Educatore Professionale.

Nell'anno 2013, sono stati inseriti nelle attività sopra citate n. 23 minori, in carico ai servizi di Assistenza Sociale. La casistica in carico ai servizi, afferente all'area del disagio minorile è notevolmente aumentata negli ultimi anni, ivi compresa l'attività relativa al servizio di mediazione familiare, attivo da diversi anni in questa zona.

Risulta di fondamentale importanza il costante rapporto con la Magistratura Minorile per ciò che concerne l'ambito degli affidamenti minorili a valenza intrafamiliare ed eterofamiliare, l'adozione e gli interventi di tutela urgente a favore di minori in condizioni di trascuratezza o abbandono. Intensa è stata nell'arco dell'anno, la collaborazione con le forze dell'ordine in materia di maltrattamenti, abusi e situazioni di adolescenti che si erano volontariamente allontanati dal nucleo familiare.

SERVIZI ATTIVI IN FAVORE DELL'AREA DELLA DISABILITA'

Nell'area della disabilità afferiscono tutte le persone in età compresa tra 0 e 64 anni, portatrici di disabilità a livello fisico psichico o sensoriale, in possesso del riconoscimento specifico. Il Servizio Assistenza Sociale, mediante il suo Responsabile, garantisce la presenza costante alle Commissioni di valutazione della disabilità, ai sensi della Legge 104/92.

In tale area, oltre alle consulenze professionali ed alla progettualità individualizzata a livello multidisciplinare mediante presa in carico precoce, sostegno alle famiglie ecc., il Servizio Assistenza Sociale ha attivato da molti anni i seguenti progetti:

Centro Diurno di Socializzazione per disabili gravi, con sede in Portoferraio aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00, presso struttura di proprietà dall'USL 6 zona Elba, realizzata all'uopo, frequentata da circa 20 disabili residenti sull'intero territorio dell'Elba. Ogni utente raggiunge la struttura mediante servizio di accompagnamento strutturato e nell'arco della giornata svolge attività prevalentemente di gruppo, mirate al mantenimento e/o al miglioramento delle proprie capacità di autonomia, nonché attività ludico- ricreative-socializzanti. All'interno della struttura opera personale qualificato addetto all'assistenza alla persona e alle attività educative messo a disposizione dal produttore esterno che si è aggiudicato l'appalto.

Servizio Piscina

Il servizio viene effettuato su 24 settimane all'anno, in considerazione dei periodi di apertura della piscina comunale; gli utenti, disabili adulti e minori, svolgono l'attività in acqua divisi in piccoli gruppi nell'arco della settimana, sono affiancati da operatori esperti che vengono messi a disposizione da una Cooperativa sociale; il servizio comprende anche l'accompagnamento dall'abitazione alla piscina e ritorno, mediante mezzi idonei; il servizio è completamente gratuito per gli utenti.

Servizio di supporto socio educativo per il periodo estivo

Tale servizio prevede l'affiancamento dei bambini disabili gravi inseriti nella varie attività educative e ludiche attive sul territorio nel periodo estivo. Il Servizio Assistenza Sociale, in collaborazione con altri operatori che hanno in carico i singoli casi, propongono il monte ore di supporto educativo per ogni singolo bambino e le attività specifiche da svolgere in maniera individuale: Il monte ore complessivo, pari a 780 ore per i mesi di luglio e agosto.

Inserimenti Socio lavorativi a carattere terapeutico: si tratta di opportunità di inserimento in ambito lavorativo di varia tipologia, sia pubblico che privato, con coperture assicurative e gettone di presenza a carico della USL

Sul bilancio di parte sociale. Tali inserimenti prevedono orari di presenza nell'ambiente di lavoro di poche ore giornaliere, massimo tre, con compiti semplici e supervisionati costantemente da personale addetto. Tali esperienze lavorative sortiscono sempre risultati estremamente positivi, sia sotto l'aspetto dell'assunzione di impegni, sia sotto l'aspetto dell'autostima.

Interventi economici di "aiuto personale"

All'interno di tale tipologia di interventi rientrano azioni di sostegno economico una tantum in favore di disabili adulti e minori, in situazione di particolare gravità, ad integrazione di costi sostenuti dalla famiglia per interventi assistenziali agiuntivi e specifici.

SERVIZI ATTIVI IN FAVORE DELL'AREA DEGLI ANZIANI PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTI E NON AUTOSUFFICIENTI

L'area della non autosufficienza assume al momento attuale una valenza importante a fronte di un potenziamento della casistica conseguente ad un innalzamento dell'aspettativa di vita; i vari progetti tendono a garantire risposte adeguate alle diverse esigenze individuali ed ai vari livelli di intensità assistenziale richiesta, al fine di garantire il diritto alla certezza di prestazioni socio sanitarie appropriate alla persona non autosufficiente.

Gli interventi in essere sono mirati altresì alla promozione di azioni di prevenzione e tutela dell'area della "fragilità" ovvero verso quelle persone che presentano condizioni di debolezza sotto il profilo della salute, delle autonomie e sulla base delle condizioni socio/relazionali/abitative.

I progetti sono altresì finalizzati a sostenere i familiari impegnati nell'assistenza del congiunto non autosufficiente. Nell'anno 2013 sono stati valutati dall'UVM della Zona Elba n° 150 casi nuovi. Il numero delle valutazioni complessive nell'arco dell'anno, tra nuovi casi e rivalutazione di utenti già in carico, il numero delle UVM ammonta a circa 350. Una risorsa importante al fine di garantire risposte adeguate ai bisogni della popolazione non autosufficiente ed in particolar modo ai sempre più numerosi casi complessi, è rappresentata dall'Ospedale di Comunità, soprattutto per le situazioni di emergenza e per i casi in cui la rete familiare risulti connotata da fragilità o assenza. L'attivazione dell'Agenzia Ospedale Territorio ha garantito una presa in carico precoce delle situazioni di particolare rischio, evitando, sia i ricoveri ospedalieri impropri, sia le dimissioni non programmate.

I principali servizi attivati nell'area della non autosufficienza sono:

Interventi urgenti di assistenza domiciliare all'anziano non autosufficiente

Interventi domiciliari specialistici in favore dei pazienti con Alzheimer

Interventi di supporto alla domiciliarità (consegna pasti a domicilio, servizio di accompagnamento, cura e igiene della persona)

Centro Diurno “Blu Argento” – servizio attivo dal Lunedì al Venerdì dalle 9,00 alle ore 17,00 rivolto ad utenti parzialmente e non autosufficienti.

Nell'anno 2013 hanno frequentato il Centro diurno n° 21 utenti

4) **Assistenza domiciliare in forma indiretta**, trattasi di contributi economici a favore degli anziani non autosufficienti che hanno provveduto all'assunzione di personale privato per l'assistenza; l'importo mensile è diversificato in base ai livelli di isogravità. Il servizio è stato attivato a luglio 2009. Nell'anno 2013 hanno usufruito di tale servizio 37 anziani, con una spesa complessiva di Euro 91.000,00

5) **Servizio di “Telesoccorso e di Telecompagnia”** – Tale servizio consente all'utente di poter contattare rapidamente la sede centrale per un eventuale intervento; il servizio, a valenza socio/sanitaria è attivo 24/24. Hanno usufruito del Servizio n° 65 utenti.

7) **Residenza Sanitaria Assistenziale**, dedicata all'accoglienza di persone in condizioni di non autosufficienza, a tempo determinato o indeterminato. La RSA, struttura a valenza residenziale, è un servizio della ASL, affidata per la gestione a produttore esterno; dispone in totale di 30 posti letto, di cui n° 8 sono dedicati agli utenti più gravi, portatori di disturbi cognitivo –comportamentali.

Rispetto a tale settore, in virtù degli accordi interistituzionali, le singole Amministrazioni Comunali provvedono all' erogazione del servizio di assistenza domiciliare di base, tenuto conto dei vari piani individuali (PAP) predisposti dall'Unità di Valutazione Multidimensionale di questa ASL.

SERVIZI ATTIVI IN FAVORE DEGLI STRANIERI

Nell'ambito dell'area degli stranieri e degli immigrati è attivo da anni un servizio, affidato in gestione a produttore esterno, diretto alla realizzazione di attività che promuovano e diffondano la cultura dell'accoglienza e dell'inclusione; a tale scopo è attivo un servizio di accoglienza e ascolto in favore del cittadino straniero al fine di supportarlo nei seguenti percorsi:

sostegno operativo a tutte le pratiche amministrative che lo straniero deve attuare sul territorio italiano

Richiesta nullaosta al lavoro in relazione ai flussi di ingresso sul territorio italiano

Richiesta di ricongiungimento familiare

Richiesta di permesso di soggiorno, rinnovo permesso, richiesta carta di soggiorno,

Richiesta di cittadinanza

Rinnovo tessera sanitaria

Altre pratiche amministrative complesse

Richiesta permessi di soggiorno per specifiche motivazioni

Attività di informazione ed invio ai servizi preposti

Altra attività posta in essere è quella relativa alla mediazione linguistico culturale nell'ambito dei servizi gestiti dal servizio assistenza sociale e dall'U.F. Consultoriale.

Il servizio gestisce un flusso mensile di circa 200 accessi.

SERVIZIO CONTRASTO DELLA POVERTA'

Tale servizio si rivolge alle persone in situazione di estrema precarietà economica e a coloro che vivono in condizioni di povertà estrema; a favore di tali fasce deboli della popolazione, il servizio Assistenza Sociale interviene mediante sostegno economico mensile o straordinario, con un costo che per l'anno 2013 è ammontato a 209,600,00 Euro

A tali interventi si aggiungono oltre 200 interventi relativi all' erogazione di contributi straordinari urgenti nell'anno, autorizzati da Fondo Cassa Economale, per un importo di circa a Euro 22.000,00 finalizzati al soddisfacimento delle esigenze di primaria necessità.

Rilevazione sui soggetti portatori di handicap - Anno 2013

Dati relativi all'attività - Anno 2013			
	Soggetti	Spesa Totale	- di cui su bilancio comunale
Soggetti inseriti in strutture educative (asili nido-scuole materne)	9		
Soggetti inseriti in strutture scolastiche			
- Scuola primaria e secondaria I grado	50		
- Scuola secondaria II grado	38		
- Università			
Soggetti inseriti in attività di preformazione			
Soggetti inseriti in attività formativa	14		
Soggetti che hanno usufruito dell'assistenza alla persona nell'ambito scolastico	25	€ 150.955,78	€ 150.955,78
Soggetti che hanno usufruito di ausili per gli apprendimenti nell'ambito scolastico	1	€ 2.000,00	
Soggetti che hanno usufruito di ausili e sostegni per gli apprendimenti in ambito extrascolastico	1		
Soggetti che hanno usufruito di aiuto domestico	85	€ 264.004,96	€ 264.004,96
Soggetti che hanno usufruito di aiuto personale	22	€ 20.200,00	
Soggetti che hanno usufruito di inserimenti socio-terapeutici o borse lavoro	46	€ 78.660,00	€ 7.880,00
Soggetti inseriti al lavoro	2		
Soggetti che hanno usufruito del trasporto	48	€ 149.471,73	€ 149.471,73
- di cui per trasporto scolastico	6	€ 38.550,21	€ 38.550,21
Soggetti inseriti in strutture residenziali	2	€ 43.627,34	
Soggetti inseriti in Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A)	8	€ 204.948,69	€ 50.832,41
Soggetti inseriti in strutture semiresidenziali con costo a carico del fondo sociale	20	€ 258.882,56	
Soggetti che hanno usufruito di interventi per vacanze estive	7	€ 23.000,00	

INTERVENTI IN FAVORE DELLA VIOLENZA DI GENERE

A favore della violenza di genere, nell'anno 2010 è stato attivato un protocollo tra l'U.F. Servizio Assistenza Sociale e U.F. Attività Consultoriali con il Pronto Soccorso, per l'immediata segnalazione alla Responsabile U.F. Assistenza Sociale, mediante FAX, dei casi di donne che sono ricorse al Pronto Soccorso, per una presa in carico immediata della situazione. Dal 2013 è stato attivato il Codice Rosa .

E.6 LA RIABILITAZIONE E L'ASSISTENZA PROTESICA

ATTIVITA' FISICA ADATTATA ASL 6 LIVORNO

Zona	Comuni in cui è attivata AFA	Gruppi attivati	Partecipanti
Livornese	Livorno	89	1393
Bassa Val di Cecina	Cecina, Castagneto C.cci, Rosignano M.mo, Guardistallo.	47 2 (alta dis.)	784
VAL DI CORNIA	Piombino, Campiglia M.ma, S. Vincenzo. Suvereto	55 2 (alta dis.)	771 20
Elba	Rio Marina(Cavo), Rio Elba, Portoferraio, Marciana Marina, Campo nell'Elba, Porto Azzurro	14 1 (alta dis.)	288
		155	3256

Il servizio del Laboratorio Ausili ASL6(L.A.C.A.Us16)

Il Laboratorio Ausili per la Comunicazione, l'Apprendimento e l'Autonomia della ASL 6, con sede in Via San Gaetano, è il servizio che si occupa di valutare, scegliere, far provare ed assegnare ausili per l'autonomia come le carrozzine, strumenti tecnologici di bassa, media ed alta tecnologia per promuovere la comunicazione, l'apprendimento ed autonomia in pazienti sia adulti che bambini affetti da patologie acquisite, congenite e/o degenerative. Il servizio prevede un'equipe costituita da due fisioterapisti, una logopedista, un'ortottista a tempo parziale e un ingegnere esperto in consulenze tecnologiche.

Il Laboratorio Ausili inoltre esplica attività di formazione e informazione a operatori sanitari, caregivers e insegnanti.

Nell'anno 2013 il Centro Ausili ha valutato ed assistito nel percorso protesico 160 pazienti in tutta la Provincia di Livorno compresa l'isola d'Elba, così distribuiti: 103 adulti e 57 bambini.

ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE DEL CENTRO DI CAMPIGLIA M.MA

Nell'anno 2013 sono stati ricoverati presso la struttura di Campiglia M.ma N° 264 pazienti con patologie neurologiche, ortopediche e con problematiche di amputazione di arto inferiore. Questi i dati:

MDC 1 Patologia Neurologica – N° 58 pz. (1357 gg.)

MDC 8 Patologia Ortopedica - N° 206 Pz. (3955 gg.) 15pz amputati

Attività UORF Zona Val di Cornia 2013

Riabilitazione Funzionale motoria ambulatoriale

Nei presidi ambulatoriali di Campiglia M.ma e Piombino nell'anno 2013 sono stati presi in carico riabilitativo N° 1057 pazienti di cui: N° 613 del percorso 2 specialistico N° 439 del percorso 3 riabilitativo.

Percorso 2

UTENTI	PACCHETTI
613	877

L'attività comprende patologie motorie e del linguaggio:

Piombino - I soggetti trattati nel percorso 2 sono stati 425, i pacchetti effettuati nell'anno 530

Campiglia -. I soggetti trattati nel percorso 2 sono stati 188, i pacchetti effettuati nell'anno 347

Percorso 3

UTENTI	PRESTAZIONI
439	9427

L'attività comprende disabilità motorie, delle funzioni cognitive/linguaggio e post-mastectomia:

Piombino – Sono stati trattati N°302 soggetti per un totale di N°5519 prestazioni riabilitative.

Campiglia - Sono stati presi in carico N° 105 soggetti con Piano di Trattamento per un totale di N° 3577 giornate di trattamento per il recupero motorio e delle Funzioni cognitive pari a prestazioni riabilitative

Cord/Corat – Sono stati trattati 32 soggetti per un totale di 331 prestazioni. A questi dati, relativi di attività riabilitativa in soggetti con mastectomia, quadrantectomia di linfodrenaggio, bendaggio e/o sedute di

riabilitazione vanno aggiunte le ore di un operatore (3 a settimana) che partecipa alle valutazioni multidisciplinari svolte nell'ambulatorio chirurgico (150 ore circa).

Attività "Gruppo Paraplegici" - Sono stati trattati 9 soggetti in fase cronica per un totale di 257 prestazioni
Attività di riabilitazione nei reparti del P.O. di Villamarina

UTENTI	PRESTAZIONI
433	1878

Attività Cardiologia fase 2 (regime Day Hospital)

UTENTI	PRESTAZIONI
16	83

Attività Domiciliare:

	UTENTI	PRESTAZIONI
Fratt. femore	104	238
UVM/ Ausili	97	112
Ospedale comunità	12	41

L'attività per le fratture di femore trattate con osteosintesi o non trattate hanno riguardato n° 104 soggetti per un totale di 238 accessi domiciliari.

L'attività UVM/ consulenza ausili è rivolta a informare operatori addetti all'assistenza, familiari e/o care-giver sulla movimentazione e gestione della persona non autosufficiente, consulenza per ausili e barriere architettoniche:

Piombino: n° 54 soggetti per n° 67 accessi **Zona Nord:** n° 43 soggetti per n° 45 accessi

A questa attività sono state dedicate anche 30 ore per la partecipazione alle Riunioni UVM e 98 ore di spostamenti.

All'interno dell'attività Ausili sono state dedicate anche 42 ore per i controlli (verifiche, rottamazioni, prove) nel magazzino del Parco Ausili c/o la Ditta Ortopedia Bindi.

L'ufficio protesi ha rilasciato nell'anno 2013 N. 1148 autorizzazioni per una spesa complessiva di € 650.258,72 .

Sono state effettuate circa 700 visite fisiatriche e circa 100 consulenze nel PO do Piombino

Attività UORF Zona LIVORNO 2013

Riabilitazione Funzionale motoria ambulatoriale Nei presidi ambulatoriali di fisioterapia ambulatoriale 3° terreno e 7° secondo del PO LIVORNO nell'anno 2013 (comprensiva dalla logopedia) sono stati presi in carico riabilitativo n° 2756 pazienti di cui: n° 1238 del percorso 2, n° 1518 del percorso 3 riabilitativo.

Percorso 2

UTENTI	PACCHETTI
1238	1754

L'attività comprende patologie motorie e del linguaggio:

fisioterapia 3° terreno - I soggetti trattati nel percorso 2 sono stati n° 259, i pacchetti effettuati nell'anno 2013 n° 525

fisioterapia 7° secondo-. I soggetti trattati nel percorso 2 sono stati n° 758, i pacchetti effettuati nell'anno 2013 n° 1221

Attività logopedica ambulatoriale percorso 2 : n° 207 utenti trattati per n° 1272 prestazioni

riabilitazione ufsmia I soggetti trattati nel percorso 2 sono stati n° 14 ,i pacchetti iniziati nel periodo n° 10, terminati nell'anno 2013 n° 8

Percorso 3

UTENTI	PRESTAZIONI
1518	32398

L'attività comprende disabilità motorie, delle funzioni cognitive/linguaggio e post-mastectomia:

Fisioterapia 3° terreno – Sono stati presi in carico n°119 soggetti con Piano di Trattamento per un totale n° 4056 prestazioni riabilitative.

Fisioterapia 7° secondo- Sono stati presi in carico n° 1047 soggetti con Piano di Trattamento per un totale di n° 21200 prestazioni riabilitative .valutati n°52 utenti

Attività logopedica ambulatoriale percorso 3 n° 722 utenti valutati , n° 352 utenti trattati per un totale di n° 7142 prestazioni .

CERION – Sono stati trattati n° 136 utenti, valutati n°13 soggetti per un totale di n° 1806 prestazioni di percorso 3

ATTIVITA' DOMICILIARE :

UTENTI	PRESTAZIONI
69	317

Attività di riabilitazione nei reparti del P.O. di LIVORNO

	UTENTI	PRESTAZIONI
Utenti ortop.motori	641	2585
Utenti neur.motori	629	3653
Utenti logop.	179	312

Sono state effettuate circa 1800 visite specialistiche fisiatriche e circa 300 consulenze nel PO.

SPESA PROTESICA ANNO 2013

Anno 2013 spesa complessiva **2.005.506,35** così ripartita;

Conto Patrimoniale 780.270,35 (Es. letti-carrozzine-deambulatori- montascale etc etc, in pratica tutto ciò che fa parte dell'allegato 2 ed in parte del 3 relativo solo ai montascale, che in pratica è riciclabile e quindi patrimonio dell'Azienda)

Conto Economico 1.225.236,30 (Es. busti-scarpe-plantari-protesi arto etc etc, in sostanza tutto ciò che è contemplato nell'allegato 1 e quindi personalizzato e non riciclabile).

Per un totale di 3381 pratiche

ZONA BASSA VAL DI CECINA

Riabilitazione codice 56 PO di Cecina: sono stati ricoverati 137 pazienti di cui n° 52 per MDC 5; n°61 per MDC 1; n° 24 per MDC 8 con degenza media complessiva di 23, 7.

Sono state effettuate circa 400 visite specialistiche fisiatriche e circa 200 consulenze nel PO.

Attività UORF Zona Bassa Val di Cecina 2013

Presidi ambulatoriali di Cecina e Rosignano

Percorso 2

Attività per patologie motorie e del linguaggio

UTENTI	PACCHETTI
393	867

Percorso 3

Attività per disabilità delle funzioni motorie per patologie neurologiche ortopediche, oncologiche, reumatologiche .

UTENTI	PRESTAZIONI
468	22300

Attività per disabilità delle funzioni cognitive e del linguaggio

UTENTI	PRESTAZIONI
40	2024

Attività di riabilitazione nei reparti del P.O. di Cecina

UTENTI	PRESTAZIONI
739	4700

Attività Cardiologia fase 2 (regime Day Hospital)

UTENTI	PRESTAZIONI (attività di gruppo)
71	182

Attività Domiciliare:

	UTENTI	PRESTAZIONI
Fratt. femore	74	1184
Valutazione ausili /barriere architettoniche	58	116
Altre patologie (gca..sla..ospedalizzazione domicilio)	8	920 motorie 137 logopediche
Ospedale comunità	32	Conteggiate percorso 3

All'interno del servizio di riabilitazione funzionale è presente il Parco ausili zonale che ha avuto contatti **con 951 utenti ed erogato n.1427 ausili.**

All'interno dell'attività del parco ausili sono state inoltre dedicate 100 ore per verifiche, rottamazioni, prove..

Attività UORF Zona Elba 2013

Attività Motorio/ Linguaggio ambulatoriale

Percorso 2

UTENTI	PACCHETTI	PRESTAZIONI
449	585	7857

Percorso 3

Patol. Neurologiche	52	1490
Linfodrenaggio	15	221
Patologie Ortopediche	87	4372
logopedia	10	187
Accessi Domiciliari(adulti)	189	468

o

Attività svolta all'interno dei reparti ospedalieri: Utenti 190; prestazioni n°1750

Assistenza protesica

Il settore protesico, configurato sotto le rispettive UU.OO.T.A. dell'Azienda, ha svolto le seguenti attività suddivise nelle quattro zone :

Ufficio Protesi Elba:

I dati di attività per l'anno 2013 sono i seguenti:

Parco Ausili Zona Elba N. **189** ausili

Attività di consulenza domiciliare

Valutazioni domiciliari e contatti con operatori e familiari:

utenti n. **189**

Visite specialistiche fisiatriche: N° 372 e N° 20 consulenze nel PO.

E. 7 L'UTILIZZO DEI FARMACI

La politica del farmaco

La politica del farmaco è stata caratterizzata nell'anno 2013 dal mantenimento dell'impegno di revisione dei percorsi assistenziali sia ospedalieri che territoriali in un'ottica di integrazione mirata ad una razionalizzazione delle risorse. Si è consolidato il percorso di verifica delle modalità di acquisizione di beni farmaceutici, in particolare per i dispositivi medici, protesici e diagnostici, con sostanziale diminuzione degli acquisti in economia, nell'ottica di un deciso ridimensionamento del ricorso ad acquisti per unici e in privata e con adesione alle gare regionali.

Nell'ambito del farmaco, le azioni principali sono state indirizzate alla ricerca dell'appropriatezza prescrittiva sia in ambito territoriale che ospedaliero, alla diffusione e al confronto finalizzato alla condivisione degli obiettivi e indicatori regionali sulla farmaceutica sia a livello dei MMG che degli specialisti ospedalieri.

Complessivamente la voce "farmaci" nel suo insieme, comprensiva anche della spesa farmaceutica convenzionata, è rimasta praticamente stabile sui valori dell'anno precedente.

Allo scopo di consentire la continuità assistenziale ospedale-territorio e nell'ottica di un contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, le azioni sono state volte al mantenimento degli stessi volumi di erogazione diretta dei farmaci presso i quattro punti farmaceutici aziendali, a seguito di dimissione ospedaliera, di visita ambulatoriale e nei confronti di assistiti domiciliari con situazioni complesse di natura farmaco terapeutica, come disciplinato dalla legge 405/2001 e dalla DGRT 358/2011.

Inoltre si è mantenuto un alto livello di attenzione nella implementazione delle anagrafiche dei prodotti farmaceutici al fine di assicurare la correttezza delle informazioni contenute nei flussi informativi verso la RT inerenti i consumi dei farmaci (flussi FED e FES) e dei dispositivi medici (flusso DES).

Infine, particolare impegno è stato rivolto anche alle attività di farmacovigilanza con azioni di sensibilizzazione nei confronti dei MMG e degli specialisti ospedalieri che hanno fatto registrare, nel corso dell'anno, un trend costante di segnalazioni di reazioni avverse con superamento del valore previsto come gold standard OMS.

I dati economici

I dati riportati nella **Tabella 1** rappresentano la sintesi aziendale, in termini di consumi diretti anno 2013 e di scostamento di questi, per conto economico, rispetto all'anno 2012.

Tabella 1 – consumi interni

anno 2013 confronto anno 2012

	€ Anno 2012	€ Anno 2013	Diff. 2013/2012	Diff % 2013/2012
Prodotti farmaceutici per uso umano	45.857.060	47.684.099	1.827.039	3,98%
Ossigeno e gas terapeutici	1.543.504	1.636.209	92.705	6,01%
Plasmaderivati	3.567.677	3.377.941	-189.736	-5,32%
Prodotti dietetici	310.814	370.758	59.944	19,29%
Materiali diagnostici e prodotti chimici	5.133.328	4.934.185	-199.143	-3,88%
Mezzi di contrasto	466.121	469.953	3.832	0,82%
Materiali per emodialisi	1.644.157	1.458.371	-185.786	-11,30%
Vaccini	1.799.640	1.782.163	-17.477	-0,97%
Materiale per disinfezione	124.080	135.274	11.194	9,02%
Materiali protesici	7.799.799	7.156.395	-643.404	-8,25%
Presidi medico- sanitari (dispositivi)	10.225.372	9.640.114	-585.258	-5,72%
Farmaci uso veterinario	2.784	3.690	906	32,54%
Ausili per incontinenza assorbenti	1.702.077	1.766.626	64.549	3,79%
Totale	80.176.413	80.415.778	239.365	0,30%

Possiamo commentare i dati disaggregandoli, in estrema sintesi, come di seguito riportato:

- Incremento del **3,98%** del consumo dei farmaci ad acquisto diretto per un totale di + **€ 1.827.039**, dovuto ad un incremento del 3% del consumo di reparto, modesto incremento dell'1,83% della Distribuzione per Conto (**Tabella 2**) causato prevalentemente dall'introduzione dei nuovi anticoagulanti orali, ma soprattutto dovuto all'incremento del **9,36%** (oltre il milione e mezzo) di farmaci a

distribuzione diretta istituzionale (H) motivato dall'ingresso di nuovi farmaci biologici ad alto costo destinati alla cura di patologie oncologiche e reumatologiche.

- incremento di consumo di ossigeno e gas terapeutici (92.705 €), dovuto ad aumento delle terapie domiciliari con ossigeno liquido.
- riduzione del consumo di emoderivati di - € 189.736 (pari a -5,32%).
- diminuzione di spesa per i materiali per emodialisi di - € 185.786 (pari a -11,3%), per i materiali diagnostici di - €-199.143 (pari a -3,88%), per materiali protesici di - € 643.404 (pari a -8,25%) e per i presidi medico-sanitari di - € 585.258 (pari a -5,72%).

Per quanto riguarda i prodotti farmaceutici, la **Tabella 2**, riporta il dettaglio dei dati della erogazione diretta dei farmaci comprensiva della alternativa alla convenzionata (farmacia di fascia A), della Distribuzione per Conto operata dalle farmacie convenzionate e della Distribuzione istituzionale (comprensiva dei farmaci H). Sono riportati anche i dati di confronto con l'anno precedente. Complessivamente si registra un incremento del 5,13%.

Tabella 2 - Erogazione diretta prodotti farmaceutici uso umano - anno 2013 confronto anno 2012

	Anno 2012	Anno 2013	Diff. anno 2013 Vs 2012	Diff.% anno 2013 Vs 2012
Distribuzione diretta alternativa alla convenzionata	6.994.000	6.920.000	- 74.000	-1,06%
Distribuzione per Conto	8.870.000	9.032.000	162.000	1,83%
Distribuzione diretta istituzionale	17.207.000	18.817.000	1.610.000	9,36%
TOTALE	33.071.000	34.769.000	1.698.054	5,13%

La Farmaceutica Convenzionata

La Spesa Farmaceutica Convenzionata netta della ASL 6 di Livorno tramite le farmacie del territorio, nel corso dell'anno 2013, ha avuto una riduzione del **-4,36%** pari a **€ 2.162.000**. La corrispondente spesa regionale si è ridotta di -3,73%: ne consegue un andamento migliore per la ASL 6 di 0,63 punti percentuali (**Tab. n. 3**).

Tabella 3 – dati comparativi di spesa farmaceutica convenzionata anno 2013 Vs 2012

	Spesa Lorda anno 2012	Spesa Lorda anno 2013	Diff. 2013 Vs 2012	Diff. %	Spesa Netta anno 2012	Spesa Netta anno 2013	Diff. 2013 Vs 2012	Diff. %
Azienda Usl 6	58.396.000	56.417.000	-1.979.000	-3,39%	49.536.000	47.374.000	-2.162.000	-4,36%
REGIONE	614.815.000	598.144.000	16.671.000	-2,71%	519.831.000	500.440.000	19.391.000	-3,73%

Nella **Tabella n. 4** sono riportati i principali indicatori della Spesa Farmaceutica Convenzionata per l'anno 2013 per zona.

Tabella 4 - Farmaceutica Convenzionata - anno 2013 – parametri di spesa

Descrizione	Livorno	Cecina	Piombino	Elba	Azienda Usl 6
Spesa Lorda	28.132.372	13.647.342	10.130.268	4.507.221	56.417.204
Spesa Netto SSN	23.390.455	11.584.791	8.588.937	3.809.714	47.373.897
N° Ricette	1.861.690	879.705	660.956	289.284	3.691.635
Spesa media lorda per ricetta	15,11	15,51	15,33	15,58	15,28
Spesa media netta per ricetta	12,56	13,17	12,99	13,17	12,83
Spesa lorda procapite pesata	155,61	159,30	155,99	141,46	155,31
Scostamento % da parametro regionale spesa lorda procapite pesata	-2,45%	-0,13%	-2,21%	-11,31%	-2,64%
Spesa netta procapite pesata	129,38	135,23	132,25	119,57	130,41
Scostamento % da parametro regionale di spesa netta procapite pesata	-3,05%	1,33%	-0,90%	-10,40%	-2,28%
Numero ricette procapite	10,2978	10,2686	10,1775	9,0795	10,16

Si evidenzia, in particolare, che lo scostamento % della spesa netta procapite pesata dalla media regionale è pari al **-2,28%**, pertanto la spesa farmaceutica convenzionata della ASL 6 di Livorno continua ad essere nel 2013 al di sotto della media regionale: infatti si registra una diminuzione nello scostamento della spesa netta pro-capite pesata dalla media regionale di 0,65 punti % rispetto all'anno 2012 (scostamento% anno 2012 = -1,63%).

Nell'anno 2013, **le azioni** sono state orientate principalmente verso una maggiore aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva regionali, all'incremento della prescrizione delle molecole off patent, essendo scaduti i brevetti di molte molecole di largo impiego in particolar modo nel campo cardiovascolare e ad una riduzione della prescrizione di quelle ancora coperte da brevetto nell'ambito delle corrispondenti categorie terapeutiche omogenee, riducendo il possibile fenomeno di shift terapeutico: tutto questo ha contribuito considerevolmente al risparmio complessivo ottenuto per la farmaceutica convenzionata.

Le categorie farmacologiche maggiormente prese in considerazione sono state quelle individuate dalla Regione per il piano di rientro per l'anno 2013 (IPP, Statine, Sartani, Antidepressivi, Fluorochinoloni).

Come risultato rispetto agli **indicatori di appropriatezza regionali**, l'ASL 6 ha raggiunto una performance alquanto soddisfacente, considerato che su 24 indicatori territoriali, per n. 15 di essi si riscontra un andamento progressivo migliore rispetto al valore medio regionale e per n. 4 il risultato è stato di poco peggiore rispetto a questo.

Infatti la ASL 6 si posiziona al terzo posto come andamento complessivo di tutti gli indicatori di appropriatezza territoriali (dopo Empoli e Massa Carrara); in particolare emerge l'indicatore sulle statine a brevetto scaduto, dove l'ASL 6, con 89,9% ha raggiunto la migliore performance in ambito regionale. Anche per l'obiettivo che fissa il tetto alla prescrizione degli antibiotici iniettabili, con promozione di quelli orali, la ASL 6 con 22,7% è stata insieme a Grosseto, la ASL che ha fatto registrare il più basso consumo di iniettabili; da menzionare anche gli obiettivi "incidenza bifosfonati a brevetto scaduto" e "incidenza della morfina nella terapia del dolore", dove la ASL 6 si posiziona tra le aziende con migliore performance.

Gli indicatori che restano ancora lontani dal raggiungimento sono: incidenza farmaci coperti da brevetto nella categoria "altri antidepressivi" (alta prescrizione farmaci coperti da brevetto quali Duloxetina, antidepressivo indicato anche nel dolore neuropatico, con incid.% del 19,6% vs 15,8% che è il valore medio regionale) e "DDD/1000 abitanti die degli antibiotici", a causa dell'esposizione elevata agli antibiotici della popolazione aziendale.

Come risultati rispetto agli indicatori ospedalieri, si rileva il buon incremento del consumo di eritropoietina biosimilare rispetto al 2012 (risultato inferiore al valore medio regionale, ma con sensibile incremento vs il 2012, passando come consumo dal 23,7% al 52,2%) e il raggiungimento degli obiettivi sul consumo dei fattori di stimolazione delle colonie biosimilari. Mentre l'obiettivo sul consumo della somatropina biosimilare, resta effettivamente ancora distante dal raggiungimento.

La **Tabella 5** riporta il totale delle risorse assorbite per erogazione diretta di fascia A, inclusa la DPC, e della farmaceutica convenzionata netta ed evidenzia come nel 2013 si sia registrata una riduzione dell'assorbimento di risorse territoriali per un valore di **- € 2.074.000 (- 3,17%)**.

Tabella 5 – Spesa Farmaceutica Territoriale

	Anno 2012 €	Anno 2013 €	Diff. 2013 Vs 2012 €	Diff.% 2013 Vs 2012
Erogazione Diretta con DPC	15.864.000	15.952.000	88.000	0,55%
Farmaceutica Convenzionata	49.536.000	47.374.000	-2.162.000	-4,36%
TOTALE	65.400.000	63.326.000	-2.074.000	-3,17%

Analisi dei consumi prevalenti della Farmaceutica Territoriale

La connotazione che l'assistenza farmaceutica ha assunto negli ultimi anni, dovuta al peso rilevante della distribuzione diretta, richiede una valutazione della **farmaceutica "territoriale" nel suo insieme** (convenzionata, "per conto", diretta classe A). Nel complesso la spesa tende a ridursi per effetto della decrescita dei prezzi e di varie misure a carico delle farmacie e dell'industria, tuttavia i consumi, espressi come confezioni dispensate, tendono alla crescita.

Dal rapporto statistico messo a disposizione dalla ditta di lettura ottica delle ricette, emerge che per l'ASL 6, l'incidenza delle **confezioni genericabili** nel 2013 è stata pari al **73,8%**.

Inoltre un aspetto meritevole di rilievo è quello che evidenzia la tendenza all'aumento del numero degli **anziani politrattati**, ovvero dei soggetti con età maggiore/uguale 65 anni a cui siano stati dispensati farmaci afferenti a non meno di 5 gruppi terapeutici distinti, per un totale di D.D.D. doppie rispetto ai giorni dell'anno. Essi sono stati n. 40.979 nel 2013 pari ad un'incidenza del 46,5% rispetto al totale degli anziani presenti (dato comunque in linea rispetto a quelli rilevati nelle altre aziende di AVNO).

Per quanto riguarda la **popolazione trattata in relazione alle principali patologie**, si riportano di seguito le categorie farmacologiche ove si riscontra una maggiore esposizione rispetto alle altre aziende dell' AVNO, informazioni queste di rilievo epidemiologico.

- **Inibitori di Pompa Protonica**, farmaci usati per l'ulcera peptica, il reflusso e la gastroprotezione, dove i soggetti trattati sono stati n. 60.055 con una prevalenza d'uso del 17,2% (incidenza dei trattati/assistibili);
- **antibiotici per le infezioni intestinali**, ove i soggetti trattati sono stati n. 15.698 con una media di 46,8 pezzi/trattato e con una prevalenza d'uso del 4,5%, la più alta in AVNO;
- farmaci per **terapia del Diabete**, ove i soggetti trattati sono stati n. 21.543 con una prevalenza d'uso del 6,2% la più elevata in AVNO. Di questi, n. 4.841 trattati con Insuline e analoghi. Merita menzionare anche il dato relativo al numero di soggetti che hanno ricevuto strisce per l'autocontrollo della glicemia, che sono stati a livello aziendale n. 15.860.
- **ACE inibitori e i Sartani** in cui i soggetti trattati sono stati n. 65.963 con una prevalenza d'uso del 18,9%, di cui con Sartani associati e non, n. 27.719 trattati con una prevalenza d'uso del 7,9%;
- **Statine**, con n. 33.667 soggetti trattati con una prevalenza d'uso del 9,6% (seconda solo a Massa C.);
- farmaci per **ipertrofia prostatica benigna**, con n. 13.686 trattati e con prevalenza d'uso dell' 8,2%, che è la più alta in AVNO;
- **farmaci per gli stati di ipotiroidismo** ove i soggetti trattati sono stati n.18.466 con una prevalenza d'uso di 5,3% e, come nelle altre aziende, la maggiore esposizione riguarda il genere femminile;
- **Antibiotici**, ove i soggetti trattati sono stati n. 161.403 con una prevalenza d'uso del 46,2% che è la più elevata in AVNO, di cui 37.535 trattati con Cefalosporine;
- **FANS** ove i trattati sono stati n. 76.719 con una prevalenza d'uso del 22%, la più elevata in AVNO.

Inoltre meritano menzione anche i farmaci del trattamento e prevenzione delle affezioni tromboemboliche, con 54.891 soggetti trattati, gli oppioidi, i farmaci dell'epilessia, i farmaci per l'asma e la BPCO, il farmaci per il trattamento della iperuricemia.

Mentre per quanto riguarda i **farmaci per il trattamento delle sindromi depressive**, si riscontra una prevalenza d'uso dell'8,8% che risulta fra le più basse in AVNO con n. 30.870 soggetti trattati.

Per quanto attiene ai soggetti "trattati" rispetto alla popolazione assistibile, si osserva un'alta esposizione dei trattati tra gli **assistibili in carico ai PLS** nel confronto con le altre aziende di AVNO (analisi effettuata con esclusione dei farmaci soggetti a piano terapeutico e del PHT). In particolare, i trattati sono stati **22.621** con un'incidenza sugli assistibili del **64%** (la più elevata dopo ASL 2 di Lucca). Questo aspetto è ancora più evidente se si considerano i trattati tra gli **assistibili in carico ai MMG**, con n. **227.665** soggetti trattati ed un' incidenza sugli assistibili pari al **74,6%** che costituisce la più elevata in AVNO.

Infine, nel confronto con le altre aziende di A.V.emerge che la popolazione assistibile ASL 6 ha una **spesa pro-capite** per il genere femminile, nelle varie fasce d'età, tra le maggiori fino a 64 anni, età oltre la quale i dati di spesa tendono ad allinearsi rispetto a quelli delle altre aziende di AVNO. Nel genere maschile, permane la stessa caratteristica, ma la spesa pro-capite resta la più alta anche oltre i 75 anni.

F. LA QUALITÀ DEI SERVIZI

F.1- LA COMUNICAZIONE

Il 2013 ha visto la conferma del trend costante di crescita significativa del numero di iniziative finalizzate alla comunicazione esterna dei servizi sanitari: attività che ha permesso una visibilità crescente e una conoscenza sempre più approfondita dei percorsi offerti dall'Azienda alla propria cittadinanza. In questo sono stati sicuramente determinanti le iniziative volte alla sensibilizzazione dei cittadini su tematiche di promozione svolte in collaborazione con le farmacie comunali livornesi, ma anche alcuni eventi di prevenzione realizzati in sedi pubbliche come il “mercato centrale”, l’ipercoop la settimana di eventi”, la settimana dedicata alla prevenzione della donna.

Le linee portanti di questa strategia di comunicazione sono state:

la continuità, la capillarità e la puntualità nella redazione e diffusione di notizie inerenti i servizi aziendali.

L’Ufficio stampa nell’anno solare 2013 ha realizzato complessivamente:

- 285 comunicati (circa 2 per ogni giorno lavorativo) di proposta ai giornali
- 85 note stampa (circa 1 ogni 2 giorni lavorativi) in risposta ai giornali
- 20 conferenze stampa (circa 1 ogni 15 giorni lavorativi)

2) la radicata presenza sul territorio per inaugurare e valorizzare i nuovi servizi con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholders* del territorio. In particolare si ricorda, a titolo di esempio:

- Eventi di sensibilizzazione “Festa della Donna” (marzo 2013, Livorno-Cecina – Piombino - Elba)
- Giornate Sicurezza Stradale (aprile 2013, Livorno)
- AFA Days (maggio 2013, Livorno-Cecina-Piombino-Portoferraio)
- Giornata del Dolore (Livorno)
- Inaugurazione pet (ottobre 2013, Livorno)
- Skin Cancer Week (maggio 2013, Livorno)
- Festa dell’infermiere (maggio 2013, Livorno)
- Attivazione tessera Ipercoop (giugno –luglio-settembre 2013, Livorno)
- Ventennale Fondazione Cassa di Risparmio di Livorno (giugno 2013, Livorno)
- La settimana di Prevenzione del Tumore al polmone (ottobre 2014)
- Giornata contro la violenza (ottobre 2014)

- il consolidamento di un rapporto di partnership con l'emittente locale Granducato TV che ha portato alla realizzazione di:
 - 13 trasmissioni serali tematiche;
 - 40 passaggi da 30 minuti in trasmissioni pomeridiane;
 - 26 cicli settimanali di “Pillole televisive” da 1 minuto con intervento di moltissimi professionisti in forza alla nostra Azienda;
 - 100 pagine pubblicate sul nuovo servizio televideo con news, numeri utili, servizi, eventi e molto altro
- È stato poi impegno dell’Ufficio stampa (in collaborazione con Dipartimento Tecnologie Informatiche e Sistema Informativo - ESTAV Nord Ovest), curare il trasferimento dei dati al nuovo sito aziendale (attivato nel giugno 2012) con conseguente aggiornamento dei contenuti e della organizzazione di uno strumento che resta una delle fonti di informazioni più consultate dai cittadini. In particolare sono stati inseriti:
 - oltre 300 comunicati stampa
 - Amministrazione trasparente
 - (es. Vaccinazione HPV, Prelievi domiciliari...)
 - nuovi banner (es. Servizi Sanitari Sicuri, Esenzioni Ticket ...)
 - nuove voci (es. Codice rosa, ...)
 - nuovi materiali (es. Documenti Fac-simile, Campagne regionali,...)

F.2 - LA CARTA DEI SERVIZI

Nel 2013 non vi è stato il rilascio “formale” di una nuova Carta dei Servizi, ma si è proceduto a un aggiornamento sistematico delle informazioni a disposizione sul sito web in considerazione della rapidità di cambiamento dei servizi offerti sia in termine di sede, sia di orari che avrebbero reso immediatamente obsoleta la produzione di un documento in formato cartaceo.

I messaggi veicolati dalla carta dei servizi sono stati comunque fortemente potenziati, attraverso la produzione coordinata di numerose brochure sui percorsi principali (con capillare diffusione a medici di famiglia, farmacie, associazioni, istituzioni), la realizzazione di trasmissioni televisive, l'installazione di totem informativi e di schermi televisivi nelle principali aree di transito degli utenti (hall ospedali, distretti), la realizzazione del nuovo sito web con l'introduzione di sezioni di orientamento e di domande frequenti.

F.3 - LA PARTECIPAZIONE E LA TUTELA

Nel 2013 i reclami formalizzati dalla rete URP al sistema regionale GRS sono stati oltre 100, mentre le prese in carico circa 320. Tra le tipologie di reclami e segnalazioni più frequenti si riscontrano problemi di aspetti burocratici, aspetti tecnico professionali ma anche lamentele sui tempi di attesa per alcune prestazioni. Sempre più importante e apprezzata la nuova funzione di “recall” avviata contestualmente con la creazione del numero verde unico di Informazioni (800.03.08.08) avvenuta nel 2011 che prevede la gestione dei casi più complessi attraverso la richiamata da parte degli operatori Urp. Circa il 50% dei casi segnalati per “aspetti burocratici amministrativi” sono stati risolti in tempi rapidi mentre il dato degli aspetti relazionali rimane invariato rispetto al 2012.

La Commissione Mista Conciliativa nel 2013 si è riunita 12 volte (circa una volta al mese) affrontando casi di particolare complessità e proponendo alla Direzione Aziendale possibili soluzioni.

La Consulta delle Associazioni (le cui adesioni sono passate hanno superato le 80 unità) si è riunita in sessione plenaria 3 volte e arrivando all'approvazione del nuovo Regolamento dei Gruppi di lavoro che prevede una maggiore responsabilizzazione da parte delle Associazioni nella proposizione delle problematiche da affrontare e nelle soluzioni da indicare. Tra i temi discussi anche quelli relativi alla partecipazione, l'accoglienza, l'informazione, la pubblica tutela, l'umanizzazione e il continuo miglioramento della qualità dei servizi.

F.4 I TEMPI D'ATTESA

I TEMPI DI ATTESA

SI NO

E' stato attivato un sistema di prenotazione in grado di gestire l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate da tutti i presidi e i servizi delle aziende medesime (con riferimento a quanto riportato nell'allegato 3 della delibera n. 851/98 "Articolo 3, comma 10 del D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124. Criteri per la determinazione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni"):	X
In particolare	
sistema è facilmente accessibile sotto il profilo logistico e procedurale, con regole di accesso identiche per ogni punto di prenotazione della stessa azienda	X
Il sistema è adeguatamente pubblicizzato	X
Il sistema è adeguatamente controllabile da parte del cittadino	X
La prenotazione delle prestazioni viene rilasciata contestualmente alla presentazione della richiesta da parte del cittadino	X
Le prenotazioni sono registrate su agende aperte a scorrimento	X
Gli appuntamenti sono personalizzati, con indicazione dell'orario e della struttura di esecuzione della prestazione	X
Gli appuntamenti sono adeguatamente scaglionati al fine di evitare affollamenti nelle sale di attesa.	X
E' prevista l'integrazione delle prenotazioni in relazione alla Programmazione di prestazioni multiple	X

* L'utilizzo delle farmacie per le prenotazioni è disomogeneo nelle quattro Zone

Le 10 prestazioni specialistiche (tra le prestazioni specialistiche ambulatoriali e le prestazioni specialistiche in D.H. di cui agli allegati 1 e 2 della D.G.R. 851 del 27/07/98) con i maggiori tempi di attesa sono le seguenti:

Prestazioni critiche (ritenute tali in base alla rilevanza dell'attività e allo scostamento dal tempo massimo prefissato) al mese di dicembre 2013².

MAMMOGRAFIA	349 gg	(30 gg)
ECOGRAFIA CUTE E SOTTOCUTE	189 gg	(")
RMN ENCEFALO con m.d.c.	180 gg	(")
RMN COLONNA VERTEBRALE	171 gg	(")
ECOGRAFIA CUTE, SOTTOCUTE MUSC-TENDINEA	160 gg	(")
ECOCOLORDOPPLER VASCOLARE	178 gg	(")

² Tra parentesi è indicato il tempo massimo prefissato dall'Azienda

ECODOPPLER (COLOR) CARDIACO	123 gg	(“)
ECO ADDOME	161 gg	(“)
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME	83 gg	(“)
ECG HOLTER	91 gg	(“)
ECG SFORZO	77 gg	(“)

I dati rilevati si riferiscono al tempo di attesa medio aziendale rilevato nell'anno 2013 e sono stati calcolati sulla base della data effettivamente prenotata. Le “mammografie cliniche”, prestazioni con maggior tempo medio di attesa, non comprendono quelle eseguite nel programma di screening aziendale che vengono erogate attraverso un percorso dedicato. Nessuna prestazione registra, per il ritiro del referto, un tempo di attesa superiore a 5 gg. Nel corso dell'anno 2013 sono state erogate dagli specialisti interni, dagli specialisti convenzionati e dagli istituti convenzionati 6.071.903 prestazioni ambulatoriali in regime istituzionale

Nel corso dell'anno 2013 le iniziative relative alla gestione delle liste di attesa hanno riguardato le indicazioni contenute nella delibera di GRT n. 493/2011, e la Delibera GRT n. 1045/11, riguardante la organizzazione del Day Service.

Del GRT 493/11

La delibera regionale affronta i tempi di attesa come una problematica che coinvolge nel suo complesso il sistema della domanda e dell'offerta dei tre setting assistenziali: pronto soccorso, attività in regime di ricovero, attività ambulatoriali

Punti cardine della delibera sono:

- Distinzione dell'offerta ambulatoriale in prestazioni di primo contatto e di contatto successivo
- Organizzazione delle prestazioni di primo contatto per “priorità accesso”
- **U (Urgente)** da eseguire entro 72 ore;
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;
- **D (Differibile)** da eseguire entro 15 o 30 giorni per le visite e 30 o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)** *In questa classe sono escluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up e comunque inserite in un PDT*
- Percorsi diagnostico terapeutici (PDT).

Nel corso dell'anno 2013 l'Azienda USL 6 Livorno, ha contribuito a livello di Area Vasta allo sviluppo dei criteri di priorità per le prestazioni contenute nella delibera regionale. Inoltre, per la prestazione di ecocolordoppler vascolare, limitatamente alla zona di Livorno, è stata avviata una fase sperimentale di gestione della prescrizione per priorità di accesso.

Delibera GRT n. 1045/2011

Il Day Service è un modello organizzativo che prevede l'erogazione di pacchetti (PACC) complessi e integrati di prestazioni ambulatoriali, finalizzati a dare risposte rapide a situazioni cliniche specifiche in quanto a complessità o necessità di avere un rapido inquadramento. La modalità organizzativa del day service, che nell'Azienda USL 6 era già stata avviata dall'inizio del 2011, ha visto nel corso del 2012 e successivamente nel 2013 la implementazione di nuovi PACC relativi anche a patologia oncologica.

Nel corso del 2013 sono stati arruolati con questi percorsi oltre 378 pazienti (+21% rispetto al 2011)

Nel 2013, inoltre, l'Azienda USL 6 Livorno, ha contribuito alla omogeneizzazione di tre PACC a livello di Area Vasta:

Prevenzione delle complicanze del diabete
Disturbi del comportamento alimentare
BPCO

Radiodiagnostica

L'Azienda, al dopo aver acquisito nuove tecnologie, nel corso del 2012 e 2013 ha provveduto alla integrazione delle risorse umane delle UU.OO di diagnostica per immagini. Inoltre, nell'ottica della ottimizzazione delle risorse e del conseguente incremento dell'offerta è stato, inoltre, ulteriormente aumentato il ricorso alla telerefertazione per alcune prestazioni di radiodiagnostica. Nel corso del 2013 è stato impostato un nuovo progetto per il recupero delle liste di attesa e la riduzione dei tempi di attesa che dovrebbe essere avviato nel corso del 2014

Cardiologia:

E' stata implementata la telecardiologia, oggi attiva anche per le Case Circondariali, ed il percorso aziendale per l'IMA.

F.5 L'ACCREDITAMENTO

Stato di attuazione del programma accreditamento. Il percorso di accreditamento della Azienda USL 6 di Livorno, nell'anno 2013 ha portato all'accREDITAMENTO (secondo la modalità della legislazione vigente denominata **Verifica dei Requisiti di Esercizio**) dei seguenti edifici e per le seguenti attività (vedi Tabella 21).

Alla luce della L.51/2008 ed il successivo regolamento attuativo 61/r del 28/12/2010 e smi si è provveduto a dare supporto alle strutture da sottoporre a verifica dei requisiti di esercizio attraverso riunioni informative/formative e verifiche interne sui requisiti organizzativi. Inoltre, per gli aspetti strutturali, c'è stato un costante collegamento con il referente dell'Area Tecnica per l'AccREDITAMENTO.

- E' stato utilizzato "Il manuale per la verifica dei requisiti generali e specifici per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private" ai fini della autovalutazione interna:

NO SI X

- Specificare: N° strutture organizzative coinvolte nel programma di autovalutazione / N° totale strutture organizzative X100 (riportare numeratore, denominatore e indicatore calcolato)

$$(54/54) \times 100 = 100\%$$

Anche per queste attività sono state eseguite verifiche interne per un totale di 105 incontri di autovalutazione.

Relativamente al programma di **accREDITAMENTO istituzionale**, sono già state inviate le domande di accREDITAMENTO (entro il 31/12/2011) per tutti i percorsi di interesse delle diverse SOF. Nel Corso nell'anno 2013 sono state sottoposte a verifica ispettiva per l'accREDITAMENTO, i seguenti percorsi:

- Percorso 1: PERCORSO ORGANIZZATIVO AREA CHIRURGICA
- Percorso 3: PERCORSO ORGANIZZATIVO AREA MEDICA
- Percorso 5: PERCORSO ORGANIZZATIVO AREA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA
- Percorso11:PERCORSO ORGANIZZATIVO AREA RIABILITAZIONE

F.6 LA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE

Nel corso dell'anno 2013 il sistema di acquisizione di autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive può dirsi ormai di uso routinario da parte delle strutture aziendali.

Analogamente tutte le strutture, laddove rilascino certificazioni, provvedono ad inserire l'apposita clausola, prevista dalla normativa vigente, per segnalare il divieto di produrre la certificazione ad altre pubbliche amministrazioni.

Protocollo informatico, flussi documentali ed archivi:

Il sistema di protocollo informatico di cui al D.P.R. 445/2000 è in uso presso tutte le Strutture Aziendali raggruppate in un Area Organizzativa Omogenea unica. Sono stati aboliti i protocolli di settore. Il sistema permette, oltre alla registrazione di protocollo anche la dematerializzazione del documento cartaceo tramite scanner e la sua assegnazione in formato elettronico al soggetto destinatario; anche la corrispondenza interna può essere assoggettata a registrazione di protocollo ed inviata al destinatario di posta elettronica. La corrispondenza in arrivo viene smistata dai punti di protocollo generale che sono gli unici competenti a registrarla mentre la posta in partenza verso l'esterno può essere protocollata direttamente dagli utenti aziendali abilitati.

Dal 2009 si è provveduto al passaggio dell'applicativo in uso in modalità WEB con possibilità di gestione della FD sulla corrispondenza in transito.

Sempre dal 2009 è stata anche attivata la casella aziendale di posta elettronica certificata (PEC) con seguente indirizzo “asl6livorno@postacert.toscana.it”. Il numero delle caselle di posta elettronica certificata presenti sul sito è stato implementato ed oggi sono presenti numerosi indirizzi PEC, attivati dalle strutture che gestiscono flussi di corrispondenza da/verso altri enti pubblici.

Oltre all'indirizzo istituzionale asl6livorno@postacert.toscana.it, sono attualmente attivi in azienda i seguenti indirizzi:

indirizzo PEC	struttura interessata
uo.appaltiasl6@postacert.toscana.it	AMM.VO DIP.TECN
formazioneasl6@postacert.toscana.it	FORMAZIONE
medicinalegalevdcasl6@postacert.toscana.it	PREVENZIONE
medicinalegaleliasl6@postacert.toscana.it	PREVENZIONE
medicinalegaleelbaasl6@postacert.toscana.it	PREVENZIONE
medicinalegalelbaasl6@postacert.toscana.it	PREVENZIONE
serviziappaltiasl6@postacert.toscana.it	SERVIZI H/T
convenzioninternazionaliasl6@postacert.toscana.it	SERVIZI H/T
uo.sppli@postacert.toscana.it	SPP
prevenzionevdc.asl6@postacert.toscana.it	PREVENZIONE
prevenzioneli.asl6@postacert.toscana.it	PREVENZIONE
prevenzioncelba.asl6@postacert.toscana.it	PREVENZIONE
verifiche.asl6@postacert.toscana.it	PREVENZIONE
gestecofin.asl6@pec.it	GEF
cun.asl6@postacert.it	CUN
urp.asl6@postacert.it	URP
affarilegali.asl6@pec.it	AALL
dipprevenzione.asl6@postacert.toscana.it	DIP PREV
diptecnico.asl6@postacert.toscana.it	DIP TECN
personale.asl6@postacert.toscana.it	GRU
zonacecina.asl6@postacert.toscana.it	ZONA CE
zonalba.asl6@postacert.toscana.it	ZONA ELBA
zonaliivorno.asl6@postacert.toscana.it	ZONA LI
zonapiombino.asl6@postacert.toscana.it	ZONA VDC

L'Azienda, dal 2010, ha provveduto ad accreditarsi presso l'Indice delle Pubbliche Amministrazioni col seguente codice IPA: **asl6_li**

Per quanto concerne la produzione e gestione degli atti aziendali (Determinazioni del Direttore Generale e Decreti Dirigenziali) le azioni effettuate sono state:

- passaggio completo all'uso di un applicativo web per la gestione delle determinazioni del Direttore Generale;
- passaggio completo al medesimo applicativo anche del processo di creazione e gestione dei Decreti Dirigenziali (con creazione di ulteriori utenti ormai in numero superiore al centinaio);
- pubblicazione sul sito esterno (Albo Pretorio Digitale) degli atti aziendali adottati dalla Direzione Generale e dai Dirigenti aziendali.

L'Azienda presidia in modo continuativo la corretta conservazione degli archivi cartacei attivando le procedure di scarto del materiale documentale per il quale siano decorsi i termini di conservazione minimi previsti dal vigente Massimario di Selezione.

L'Azienda ha proseguito sulla strada dell'implementazione della collaborazione con Enti locali, terzo settore, farmacie pubbliche e grande distribuzione finalizzati all'attivazione di punti esterni per prenotazioni CUP,

attivazione Carta Sanitarie e ritiro referti; a tale scopo, con la Determinazione n° 94/2013 a firma del Direttore Generale, è stata approvato un testo di Convenzione aperta ad adesione per l'attivazione di punti CUP decentrati.

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Nel corso del 2013 l'Azienda ha provveduto alla nomina dei Responsabili Anticorruzione e Trasparenza. L'attività del Responsabile Prevenzione della Corruzione è stata relazionata come previsto dalla normativa e la relativa relazione è visionabile sul sito web aziendale.

Nel corso dell'ultimo trimestre dell'anno si è avviato il lavoro di stesura dei Piani Anticorruzione e Trasparenza per le scadenze di legge.

CERTIFICAZIONE ISO 9001:2008 DEL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Nel terzo trimestre del 2013 ha preso avvio il lavoro finalizzato alla certificazione ISO 9001:2008 del dipartimento amministrativo.

Questa attività, si colloca all'interno di un più ampio disegno di analisi, revisione e semplificazione delle procedure amministrative, di analisi dei processi e dei tempi procedurali, nonché di crescita di una cultura aziendale fondata sull'etica, sull'analisi e prevenzione dei rischi corruttivi e sulla piena attuazione del principio della trasparenza.

F.7 LA BIOETICA

1. Premessa

Il Comitato Etico per la Sperimentazione clinica dei Farmaci (CESF), ricostituito con Delibera DG n. 182 del 11/03/2010, con mandato fino al 10/03/2013, ha operato in regime di *prorogatio* fino al 30/06/2013 in base alla DGRT 85/2013, così come la Segreteria, sia con funzione amministrativa (Dott.ssa Elena De Santi Sarri, U.O. Affari Legali- Ufficio Assicurazioni), che tecnico-Scientifica, sotto la responsabilità della Dott.ssa Barbara Meini, dirigente farmacista presso l'U.O. Farmaceutica Ospedaliera di Livorno. A sostegno delle attività del CESF è prevista una borsa di studio finanziata dai proventi derivanti dagli importi dovuti dai Promotori per l'attività di valutazione degli studi interventistici ed osservazionali (Delibera DG 529/2010).

Atti deliberativi nel corso dell'anno 2013 di interesse per il CESF:

- DGRT 85/2013 *prorogatio* delle attività fino al 30/06/2013 di tutti i CESF in scadenza nell'anno in attesa di riorganizzazione della rete regionale.
- DGRT 418 del 03/06/2013: Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la riorganizzazione dei comitati etici toscani per la sperimentazione clinica. Disposizioni attuative del Decreto Legge 13 settembre 2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189. Il nuovo modello organizzativo toscano prevede un unico comitato etico regionale per la sperimentazione clinica, articolato in 4 sezioni, che assumono in via permanente la competenza autonoma ed esclusiva per gli ambiti di pertinenza. Tenuto conto di ciò l'Azienda USL 6 di Livorno afferisce al Comitato Etico di Area Vasta Nord Ovest (indicato di seguito come CEAVNO) con sede presso la AOU Pisana e per le sole sperimentazioni in ambito pediatrico al Comitato Etico Pediatrico (indicato di seguito come CEPR), con ubicazione presso l'AOU Meyer.

2. Composizione del CESF fino al 30/06/2013

Il CESF era costituito da 12 componenti, di cui 7 esterni. Le cariche direttive erano rivestite dal Dr. Marco Cei in qualità di Presidente, la carica di vice-Presidente viene ricoperta come da regolamento interno dal DS o suo delegato oppure in caso di impossibilità dalla Dott.ssa Barbara Meini.

Funzioni SCS	Nominativo	Qualifica	
Esperto Materie Infermieristiche	Dr.ssa Chiara Pini	Direttore Inf.co Aziendale	interno c.d.v.
Rappr. Med. Pediatri di libera scelta	Dr. Luigi Boni	Medico pediatra di libera scelta	esterno c.d.v.
Rappr. Medici medicina generale	Dr. Dino Samaritani	Medico di medicina Generale	esterno c.d.v.
Rappresentante Volontariato	Dr Filippo Alberto La Marca	Cittadinanza Attiva Livorno	esterno c.d.v.
Esperto Clinico	Dr. Marco Cei	Direttore UO Medicina Generale PO Livorno	interno c.d.v.

Funzioni SCS	Nominativo	Qualifica	
Direzione Sanitaria	Dr. Giuseppe Paladino	Staff Aziendale – A.S.L. 6 Livorno; Delegato Permanente del Direttore Sanitario	interno c.d.v.
Esperto Clinico	Prof. Aligi Carnicelli	Medico internista – ex Direttore U.O. Medicina Bassa Val di Cecina	esterno c.d.v.
Esperto in Biostatistica ed Epidemiologia	Dr. Fabrizio Bianchi	Dirigente di Ricerca - Dipartimento Epidemiologia - Istituto di Fisiologia Clinica - CNR Pisa	esterno c.d.v.
Esperto in Bioetica	Dr.ssa Gaia Marsico	Docente di Bioetica - Università di Padova	esterno c.d.v.
Farmacologo	Dr. Antonello Di Paolo	Ricercatore Universitario – Dipartimento di Medicina Interna – Università di Pisa	esterno c.d.v.
Farmacista	Dr.ssa Barbara Meini	Dirigente farmacista ASL 6 Livorno	interno c.d.v.
Esperto in Materie Giuridiche	Dr. Carlo Emilio Di Spigno	Funzionario Azienda U.S.L. 6 Livorno	interno c.d.v.

3. Modalità Operative

Il CESF opera secondo il Regolamento vigente (Delibera DG 529/2010).

La Segreteria Tecnico-scientifica:

- mantiene i rapporti con gli sperimentatori, gli Sponsor e/o CRO, gli altri CESF.
- trasmette per via telematica ad AIFA i dati delle approvazioni tramite Osservatorio Nazionale AIFA per la Sperimentazione Clinica ed il Registro degli Studi Osservazionali
- trasmette per via telematica all'Osservatorio Regionale sulle sperimentazioni cliniche i dati delle approvazioni ed i tempi di stipula dei contratti tramite il COMET
- invia mensilmente la relazione attività e rendicontazione delle tempistiche di approvazione e contrattualizzazione per le Sperimentazioni cliniche (risposta al prot. AOO-GRT 204536 del 24/07/2008) in attesa di entrata a regime dell'invio telematico all'Osservatorio Regionale.
- predispone i pareri su tutte le tipologie di studi, sugli emendamenti e le prese d'atto
- predispone le istruttorie per le richieste di polizza assicurativa per gli studi clinici no-profit.

A novembre 2012 è stata attivata all'interno del sito esterno dell'Azienda un'area riservata per la trasmissione della documentazione ai membri del CESF esclusivamente per via telematica.

La Segreteria Tecnico-scientifica partecipa alle riunioni regionali del Gruppo di Studio Tavolo di lavoro DGRT 552/2005

4. Attività svolta

- Numero delle sedute del SCS: 7
- Numero complessivo di studi esaminati: 22 (vedi tabella)
- Numero complessivo di pareri unici: 0
- Numero complessivo di pareri negativi: 2
- Numero complessivo di pareri sospensivi (al 31/12/2013): 1
- Numero complessivo di studi ritirati: 1 (studio sospeso e centro escluso a causa dell'arruolamento competitivo)

	Studi Clinici AUTORIZZATI dalle Aziende/Enti SSR per tipologia □ (dal 1/01/2013 al 30/06/2013)	B "NON PROFIT"		Tot. Gen.	A Con Promotore "PROFIT"		B "NON PROFIT"		Tot. Gen.
		b.1 FINANZIAT A°	b.2 NON FINANZIATA°		b.1 FINANZIAT A°	b.2 NON FINANZIATA°			
1	Sperimentali di cui			0					0
1,1	Farmacologici	6	3	3	15	1	0	1	2
1,2	Dispositivi medici	0	0	0	0	0	1	0	1
1,3	Altro	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Osservazionali di cui			0					0
2,1	Raccolte dati epidemiologici (inclusi i registri)	3	1	3	8	0	0	0	0
2,2	Studi farmacologici	0	0	0	0	0	0	0	0
2,3	Dispositivi medici	0	0	0	0	0	0	0	0
2,4	Studi genetici^	0	0	0	0	0	0	0	0
2,5	Altro	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Totale Generale^^	9	4	6	9 ¹	1	1	1	3

5. Considerazioni sull'attività svolta

L'attività svolta nel 2013 dal CESF è diminuita rispetto al 2012 e 2011 (rispettivamente Anno 2013 23 pareri; Anno 2012 34 pareri; Anno 2011 37 pareri) ma di fatto le attività sono state interrotte al 30/06/2013 in seguito alla Legge 8 novembre 2012, n. 189. Come riportato nella tabella al punto 4, gli studi clinici sono prevalentemente di tipo profit a causa delle difficoltà di stipula della polizza assicurativa per i no-profit; al contrario, gli osservazionali sono prevalentemente no-profit. Anche nel 2012 si nota complessivamente che il maggior numero degli studi è condotto nell' U.O. Oncologia Medica (30%), mentre per il resto si nota una crescita significativa dell' Area Medica e di nuovo la presenza di nuove richieste da parte della Cardiologia. I presidi ospedalieri coinvolti sono solo Livorno e Cecina. Le tempistiche medie di espressione parere CESF si sono prolungate a causa del non rispetto delle linee guida aziendali in materia di consenso informato sulla sperimentazione clinica da parte dei Promotori (Delibera DG n. 427 del 10/08/2011), nonostante le azioni informative messe in campo verso gli Sponsor e/o CRO tramite la pubblicazione sulla bacheca dell'OsSC delle linee guida e la nota informativa. Il risultato ed il bilancio delle attività complessivamente svolte fino a decadenza del CESF è positivo e sostanzialmente mantenuto sotto il profilo della qualità nonostante la sofferenza indotta dal prolungarsi delle tempistiche di riattivazione della borsa di studio a sostegno delle attività del CESF

F.8 POLITICHE DI INNOVAZIONE E SVILUPPO

L'Azienda USL 6 di Livorno continua il suo percorso di miglioramento dell'accesso e del livello qualitativo dell'assistenza sanitaria utilizzando le tecnologie dell'informazione e comunicazione (ICT) quale risorsa essenziale per il governo dell'organizzazione e l'utilizzo efficace ed efficiente delle risorse.

Nel corso del 2013, sono stati messi a regime alcuni progetti ed avviate nuove progettualità che, sfruttando sempre le innovazioni tecnologiche, hanno a fattori comuni la semplificazione dei processi lavorativi nella loro organizzazione e svolgimento, il miglioramento della qualità dei servizi offerti e la maggiore qualità e quantità di dati utili al governo e controllo dei processi stessi sempre nell'ottica del miglioramento.

Servizi di accesso all'offerta

- HELP DESK : potenziamento dell'attività di Help Desk nei percorsi di ricovero e ambulatoriali con attivazione di strumenti informatici per il controllo delle liste di attesa per gli interventi programmati.
- Progettazione per sistema di gestione intelligente delle sale di attesa sala agli sportelli.

Servizi di governo della domanda

- REFERTAZIONE DIGITALE E CONSERVAZIONE SOSTITUTIVA : attivazione del percorso di introduzione della firma digitale nell'ambito del sistema LIS e conseguente attivazione della conservazione sostitutiva a norma, dei referti firmati digitalmente.
- Completamento configurazione e monitoraggio e delle funzionalità dell'integrazione CUP LIS prima dell'attivazione prevista per il 2014
- Studio fattibilità per integrazione tra CUP e RIS
- Studio di fattibilità per integrazione tra CUP e Anatomia Patologica

Telemedicina

Nel quarto trimestre del 2013 è iniziato lo studio del progetto Servizi Sanitari Isole Minori ASL6, che si propone di individuare e organizzare, in una logica di rete, soluzioni innovative che favoriscano, per le isole di Capraia e dell'Elba, l'accesso e la fruizione del cittadino ai servizi, secondo un modello che ne garantisca la qualità e l'appropriatezza.

L'integrazione fra i diversi presidi territoriali ed ospedalieri, insulari ed extra insulari, con i rispettivi punti e livelli di erogazione di servizi e prestazioni è, nell'ottica del progetto, l'elemento strategico che garantisce la presa in carico dei bisogni e il governo dei percorsi assistenziali.

È di fondamentale importanza, nella progettazione di un sistema di rete integrata di servizi, l'ausilio delle soluzioni innovative che troviamo nell'ambito della telemedicina e che l'e-health offre, si rivela indispensabile

F.9 La promozione della salute

L'U.O.S Educazione alla Salute nell'anno 2013 ha realizzato azioni di promozione ed educazione alla salute su tutto il territorio aziendale rivolte alla popolazione scolastica e alla popolazione adulta.

Gli obiettivi dell'U.O.S Educazione alla Salute prevedevano:

- promozione e sviluppo della cultura della salute e del benessere, della prevenzione delle malattie croniche attraverso la lotta ai quattro principali fattori di rischio: sedentarietà, alimentazione scorretta, fumo, abuso di alcol, della promozione della solidarietà, della donazione, della prevenzione del disagio, della consapevolezza del rischio in ambiente familiare, di lavoro, di vita
- sviluppo della metodologia di progettazione intersettoriale e interdisciplinare in collaborazione con le Istituzioni e le Associazioni del territorio, nel rispetto dei bisogni emersi, nell'ottica della salute in tutte le politiche;
- diffusione delle metodologie di social learning e di peer education;
- promozione della consapevolezza nel fare scelte salutari attraverso processi cognitivo - comportamentali finalizzati a rendere gli individui protagonisti della propria salute.

Uno dei programmi sperimentati è quello delle life skill education (*O.M.S. 1994*), finalizzato alla promozione del benessere e alla prevenzione del disagio attraverso l'apprendimento di competenze ed abilità atte a gestire efficacemente l'emotività e le relazioni sociali. L'altra forma educativa potenziata in quest'anno è la Peer Education (Educazione tra pari), utilizzata in particolar modo con gli adolescenti. Infatti, secondo alcuni autori, il gruppo dei pari ha una funzione comunicativa e di appartenenza più rilevante della famiglia stessa, tanto da, in alcuni casi, sostituirsi ad essa (*Charmet, 1990*).

- realizzazione di laboratori formativi, seminari, iniziative educative di promozione della salute rivolte alla popolazione adulta (docenti, genitori, anziani, ecc.) e di punti informativi con distribuzione di materiale specifico
- miglioramento e incremento dell'integrazione fra UOS Educazione alla Salute, UO dell'Azienda USL 6, Enti, Istituzioni e Associazioni di Volontariato del territorio, che già collaborano nelle attività di educazione alla salute.

Per le **strutture aziendali**, nell'anno scolastico 2012-2013 hanno partecipato e collaborato alle attività dell'Ed.Salute i seguenti servizi: Dipartimento di Prevenzione (U.F. Igiene e nutrizione degli alimenti, U.F. Medicina dello Sport, S.P.I.S.L.L.), Sezione diabetologica ed endocrinologia pediatrica dell'U.O. Pediatria Medica, Ser.T, UFSMA, UFSMIA, Sezione malattie endocrine e metaboliche, DEU 118 e Pronto Soccorso, U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, U.O. Comunicazione, UUFF Attività Consultoriali, U.O. Malattie Infettive, U.F. Stomatologia, Coordinamento donazione organi e trapianti, Cooperazione Internazionale Sanitaria, U.O. Dermatologia, Distretti Sanitari, U.O. Veterinaria; U.O. Cardiologia; U.F. Servizio Assistenza Sociale

Per gli Enti, le Istituzioni e le Associazioni di Volontariato hanno collaborato: Regione Toscana, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana Ufficio XII Ambito territoriale della provincia di Livorno, Provincia di Livorno, Comuni, Forze dell'Ordine, Polizia Municipale, Capitaneria di porto, Farmacie Comunali, Farma. LI., Università di Pisa, Associazioni di Volontariato (AVIS, AIDO, AIL, AIC, Croce Verde A.N.P.A.S., AGD, AGDAL, SVS, CRI, I.P.F., Amici del cuore, Venerabile Arciconfraternità Misericordia, P24, Mediterraneo, Fede per la Vita, Familiari Vittime della Strada, Società Nazionale Salvamento, Il gabbiano, DTM Health Promoting Guys, Paraplegici), Associazioni Comunità Straniere, FIMMG, SIMG, ACI, Di Liberti Ricambi, Gruppo Bientinesi, UniCoop – Tirreno, Centrale del Latte - Mukki, Gruppi cinofili, Compagnie Teatrali, Oasi WWF Padule di Bolgheri "Marchese Mario Incisa della Rocchetta", Federazione Motociclistica Italiana; FRATRES Sez. Piombino; Centro Antiviolenza – Comuni della Val di Cornia; Ass. Culturale "F.O.B." – Piombino; Ass. Diabetici "Il nuovo Millennio" – Piombino; Ass. "Il Gabbiano" - Piombino; Ass. "I.P.F." - Follonica; Soroptimist - Club di Piombino

F.10 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'Azienda, nel corso del 2013 ha attivato i percorsi formativi programmati nel Piano di formazione aziendale e basati sulla rilevazione dei bisogni formativi effettuata dalla rete degli animatori di formazione e dall'UO Formazione.

Sono stati realizzati interventi formativi con risorse aziendali in tutti i settori, in prevalenza per adeguamento di conoscenze e capacità professionali ma anche rivolti a tematiche inerenti la prevenzione ed a tematiche orientate complessivamente allo sviluppo e al miglioramento dell'organizzazione e dei servizi ed alla assicurazione della qualità (vedi tabella 18). Particolare attenzione è stata posta alle tematiche riguardanti la sicurezza sul lavoro, il rischio clinico e le innovazioni tecnologiche ed organizzative anche attraverso iniziative svolte in modalità FAD. Nella programmazione annuale, le attività programmate sono state 423 di cui 301 condotte a termine per una percentuale di oltre il 70% di eventi realizzati su programmati.

Le ore di formazione che hanno impegnato il personale sono state complessivamente 73.969.

Il personale coinvolto in attività formative è di 3.596 unità, su un totale di circa 4.341 dipendenti di ruolo e convenzionati.

Le percentuali di personale coinvolto in attività formative sono state del 82,14% per i dipendenti e del 88,62% per i convenzionati.

L'analisi dei dati sugli eventi accreditati ECM forniti dal sistema regionale di accreditamento e rilevati dal database aziendale della Formazione evidenzia che i corsi realizzati sono stati prevalentemente a carattere multiprofessionale (87,37%) e di formazione sul campo (50,49%).

Gli interventi formativi a carattere collettivo hanno rappresentato il 81% dei costi aziendali per la formazione; l'aggiornamento individuale obbligatorio invece ha assorbito il 18% delle risorse e l'aggiornamento individuale facoltativo meno del 1%. Nei costi sono comprese le spese di missione rimborsate al personale in formazione (Tabella 20).

Con il Piano di formazione del 2013 sono state incrementate le attività aziendali con contenuti innovativi e trasversali nonché le attività inerenti il rischio clinico e la sicurezza sui luoghi di lavoro.

Le modalità di aggiornamento descritte nel Piano come Riunioni di reparto, hanno consentito un coinvolgimento di tutti gli operatori con un minor impegno economico, pur garantendo il rispetto dei criteri indicati dalla Regione per l'accreditamento degli eventi.

L'aggiornamento individuale sia obbligatorio che facoltativo è stato riservato ad eventi ed organizzatori sempre più qualificati e mirati a settori ed ambiti specifici e di alta specializzazione.

G. CORREDO DOCUMENTALE

Tabella n° 1 – La popolazione residente

Residenza	Maschi	Femmine	Totale	Totale 2011
Capraia Isola	221	183	404	394
Collesalveti	8.229	8.506	16.735	16.685
Livorno	74.651	82.347	156.998	156.779
Zona Livorno	83.101	91.036	174.137	173.858
Bibbona	1.596	1.582	3.178	3.205
Castagneto Carducci	4.083	4.373	8.456	8.467
Cecina	13.251	14.776	28.027	27.907
Rosignano M.mo	15.062	16.513	31.575	31.761
Casale M.mo	547	564	1.111	1.092
Castellina M.ma	1.031	1.015	2.046	1.984
Guardistallo	584	665	1.249	1.249
Montescudaio	1.036	1.062	2.098	1.969
Riparbella	803	819	1.622	1.638
S. Luce	878	851	1.729	1.752
Zona B. V. di Cecina	38.871	42.220	81.091	81.024
Campiglia Marittima	6.380	6.883	13.263	13.227
Monteverdi Marittimo	391	358	749	776
Piombino	16.383	17.937	34.320	34.435
San Vincenzo	3.291	3.701	6.992	7.019
Sassetta	250	284	534	537
Suvereto	1.524	1.605	3.129	3.137
Zona V. di Cornia	28.219	30.768	58.987	59.131
Campo nell'Elba	2.311	2.368	4.679	4.540
Capoliveri	1.911	1.935	3.846	3.772
Marciana	1.051	1.141	2.192	2.192
Marciana Marina	980	995	1.975	1.943
Porto Azzurro	2.087	1.798	3.885	3.833
Portoferraio	5.725	6.304	12.029	11.643
Rio Marina	1.067	1.166	2.233	2.220
Rio nell'Elba	598	583	1.181	1.174
Zona Elba	15.730	16.290	32.020	31.317
USL 6 LIVORNO	165.921	180.314	346.235	345.330

Speranza di vita a 65 anni - 2010

Residenza	Maschi	Femmine
AUSL 6 - Livorno	18,57	21,64
Bassa Val di Cecina	18,88	21,97
Livornese	18,38	21,42
Val di Cornia	18,44	21,77
Elba	18,97	21,82
NORD-OVEST	18,23	21,78
REGIONE TOSCANA	18,56	22,04

Speranza di vita alla nascita - 2010

Residenza	Maschi	Femmine
AUSL 6 - Livorno	79,72	84,33
Bassa Val di Cecina	80,34	84,54
Livornese	79,7	84,2
Val di Cornia	79,12	84,14
Elba	79,33	84,76
NORD-OVEST	79,34	84,37
REGIONE TOSCANA	79,99	84,72

01 Fascia di età da 0 a 14 anni

Comune	Maschi	Femmine	Totale
Bibbona	201	160	361
Casale Marittimo	66	51	117
Castagneto Carducci	505	539	1.044
Castellina Marittima	114	116	230
Cecina	1.710	1.639	3.349
Guardistallo	74	63	137
Montescudaio	149	152	301
Riparbella	105	106	211
Rosignano Marittimo	1.890	1.807	3.697
Santa Luce	130	80	210

Totale zona sanitaria 4.944 4.713 9.657

Capraia Isola	19	11	30
Collesalveti	1.178	1.081	2.259
Livorno	9.953	9.409	19.362

Totale zona sanitaria 11.150 10.501 21.651

Campiglia Marittima	821	796	1.617
Monteverdi Marittimo	46	39	85
Piombino	2.045	1.937	3.982
San Vincenzo	389	390	779
Sassetta	38	34	72
Suvereto	204	197	401

Totale zona sanitaria 3.543 3.393 6.936

Campo nell'Elba	287	307	594
Capoliveri	247	216	463
Marciana	106	108	214
Marciana Marina	103	107	210
Porto Azzurro	248	235	483
Portoferraio	781	728	1.509
Rio Marina	91	114	205
Rio nell'Elba	57	65	122

Totale zona sanitaria 1.920 1.880 3.800

03 Fascia di età da 45 a 64 anni

Comune	Maschi	Femmine	Totale
Bibbona	464	475	939
Casale Marittimo	138	156	294
Castagneto Carducci	1.145	1.202	2.347
Castellina Marittima	297	315	612
Cecina	3.781	4.197	7.978
Guardistallo	177	195	372
Montescudaio	310	287	597
Riparbella	223	237	460
Rosignano Marittimo	4.335	4.660	8.995
Santa Luce	262	240	502

Totale zona sanitaria 11.132 11.964 23.096

Capraia Isola	75	62	137
Collesalveti	2.362	2.467	4.829
Livorno	21.319	23.179	44.498

Totale zona sanitaria 23.756 25.708 49.464

Campiglia Marittima	1.780	1.894	3.674
Monteverdi Marittimo	123	108	231
Piombino	4.676	4.984	9.660
San Vincenzo	961	1.054	2.015
Sassetta	77	88	165
Suvereto	398	428	826

Totale zona sanitaria 8.015 8.556 16.571

Campo nell'Elba	658	670	1.328
Capoliveri	569	584	1.153
Marciana	347	322	669
Marciana Marina	311	282	593
Porto Azzurro	646	512	1.158
Portoferraio	1.688	1.859	3.547
Rio Marina	339	332	671
Rio nell'Elba	199	167	366

Totale zona sanitaria 4.757 4.728 9.485

02 Fascia di età da 15 a 44 anni

Comune	Maschi	Femmine	Totale
Bibbona	558	546	1.104
Casale Marittimo	200	193	393
Castagneto Carducci	1.431	1.382	2.813
Castellina Marittima	397	334	731
Cecina	4.838	4.893	9.731
Guardistallo	200	227	427
Montescudaio	406	400	806
Riparbella	276	282	558
Rosignano Marittimo	5.184	5.279	10.463
Santa Luce	292	314	606

Totale zona sanitaria 13.782 13.850 27.632

Capraia Isola	69	64	133
Collesalveti	2.967	2.955	5.922
Livorno	27.068	26.784	53.852

Totale zona sanitaria 30.104 29.803 59.907

Campiglia Marittima	2.262	2.241	4.503
Monteverdi Marittimo	121	113	234
Piombino	5.483	5.358	10.841
San Vincenzo	1.060	1.108	2.168
Sassetta	82	89	171
Suvereto	522	506	1.028

Totale zona sanitaria 9.530 9.415 18.945

Campo nell'Elba	856	813	1.669
Capoliveri	682	667	1.349
Marciana	308	332	640
Marciana Marina	318	310	628
Porto Azzurro	814	672	1.486
Portoferraio	2.037	2.117	4.154
Rio Marina	344	362	706
Rio nell'Elba	213	188	401

Totale zona sanitaria 5.572 5.461 11.033

04 Fascia di età Oltre 65 anni

Comune	Maschi	Femmine	Totale
Bibbona	373	401	774
Casale Marittimo	143	164	307
Castagneto Carducci	1.002	1.250	2.252
Castellina Marittima	223	250	473
Cecina	2.922	4.047	6.969
Guardistallo	133	180	313
Montescudaio	171	223	394
Riparbella	199	194	393
Rosignano Marittimo	3.653	4.767	8.420
Santa Luce	194	217	411

Totale zona sanitaria 9.013 11.693 20.706

Capraia Isola	58	46	104
Collesalveti	1.722	2.003	3.725
Livorno	16.311	22.975	39.286

Totale zona sanitaria 18.091 25.024 43.115

Campiglia Marittima	1.517	1.952	3.469
Monteverdi Marittimo	101	98	199
Piombino	4.179	5.658	9.837
San Vincenzo	881	1.149	2.030
Sassetta	53	73	126
Suvereto	400	474	874

Totale zona sanitaria 7.131 9.404 16.535

Campo nell'Elba	510	578	1.088
Capoliveri	413	468	881
Marciana	290	379	669
Marciana Marina	248	296	544
Porto Azzurro	379	379	758
Portoferraio	1.219	1.600	2.819
Rio Marina	293	358	651
Rio nell'Elba	129	163	292

Totale zona sanitaria 3.481 4.221 7.702

Tabella n. 2 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri

Ricoveri per residenti ovunque ricoverati	45874 (48006 nel 2012)
--	---------------------------

Ricoveri nei propri presidi

Ricoveri per residenti ricoverati nei propri presidi	30457 (32284 nel 2012)
Ricoveri per non residenti	3611 (3704 nel 2012)
Totale	34068 (35988 nel 2012)

Grado di copertura del fabbisogno interno	66,39 (67,29 nel 2012)
Indice di attrazione	10,59 (10,29 nel 2012)

Indici di efficienza relativi ai propri presidi

		Durata media della degenza o del ciclo	Tasso di occupazione %	Indice di rotazione
Ricoveri per acuti	Ciclo continuo	6,86 (6,75 nel 2012)	71,70 (70,19 nel 2012)	38,10 (37,94 nel 2012)
	DH	3,25 (3,31 nel 2012)	88,08 (79,94 nel 2012)	0,88 (0,79 nel 2012)
Riabilitazione	Ciclo continuo	24,75 (22,26 nel 2012)	76,30 (73,72 nel 2012)	11,25 (12,08 nel 2012)
	DH	0	0	0

Tabella n. 3 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri dei residenti per tipologia di struttura e confronto con l'anno precedente

anno di riferimento N° ricoveri per residenti	USL	AO	PRIVAT O	ALTRO	TOTAL E	Anno 2013
Funzioni di base	30975	9477	1297	348	42097	121,58
Funzioni regionali	1282	2101	99	295	3777	10,91
Totale	32257	11578	1396	643	45874	132,49

anno di riferimento N° ricoveri per residenti	USL	AO	PRIVAT O	ALTRO	TOTAL E	Anno 2012
Funzioni di base	33072	9644	1417	324	44457	125,49
Funzioni regionali	1015	2137	116	281	3549	10,01
Totale	34087	11781	1533	605	48006	135,50

Tabella 4 I servizi ospedalieri in rete: Posti letto in esercizio

Presidi di Zona	area medica		area chirurgica		area terapie intensive		area materno infantile		totale		riabilitazione	
	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.
Livorno	188	23	118	21	22	0	54	7	382	51		
Cecina	60	10	27	3	8	0	36	4	131	17	12	0
Piombino	49	8	40	7	10	0	20	2	119	17		
Elba	30	5	21	3	0	0	16	2	67	10		
Totale Aziendale	327	46	206	34	40	0	126	15	699	95	12	0

Villa Tirrena - P.L. per attività accreditate	0	0	8	6			1	1	9	7		
Villa Tirrena - P.L. per attività non accreditate	10	0	2	2			1	1	13	3	10	0

Tabella 5: I servizi territoriali e il loro sviluppo: assistenza domiciliare integrata, cure domiciliari, strutture e modalità assistenziali innovative

	Livornese	Ba Val di Cecina	Val di Cornia	Elba	USL 6
Popolazione residente (2012)	174.137	81.091	58.987	32.020	346.235
Popolazione >65 anni (2012)	43.115	20.706	16.535	7.681	88.037
Segnalazioni Punti Insieme (fonte: flusso RFC 115)					
casi semplici	5.269	2.432	2.759	862	11.322
casi complessi	735	431	360	186	1.712
	6.004	2.863	3.119	1.048	13.034
Valutazioni UVM (fonte: flusso RFC 115)					
N° valutazioni	1.487	333	532	237	2.589
Assistenza domiciliare (fonte: GESTI)					
Assistenza Domiciliare Programmata MMG: casi	2154	613	570	348	3685
Assistenza Domiciliare Programmata MMG: accessi	18.586	6.991	11.505	3.925	41.007
Prestazioni Particolare impegno fatte dai MMG	9.215	5.248	6.247	3.326	24.036
Assistenza domiciliare Infermieristica	1.145	829	1.336	175	3485
Prelievi domiciliari	32.008	16.444	11.373	4.933	64.758
ADI					
<i>casi</i>	787	463	339	177	1766
<i>accessi MMG</i>	1.519	2.723	2.656	3.043	9.941
<i>accessi medici uf cure domiciliari</i>	788				788
Cure palliative	607	139	0	0	746
Ospedale di Comunità					
Posti letto	21	18	15	8	62
Ricoveri	481	240	244	142	1.107
Tasso di occupazione ppil	83%	80%	78%	75%	80%
Provenienza da Ospedale per acuti	276	169	147	99	691
Provenienza da Territorio	205	71	97	43	369
Accessi MMG	3.072	2.283	1.806	1.181	8.342
Decessi	42	49	59	29	179
Residenzialità e Semiresidenzialità					
Nuovi ingressi modulo base Temporaneo	24	27	3	7	61
Nuovi ingressi modulo base Definitivo	97	15	23	3	138
Nuovi ingressi mod. 3 (cognitivo) Temporaneo	6	6	0	0	12
Nuovi ingressi modulo 3 (cognitivo) Permanente	8	2	0	2	12
Nuovi ingressi mod. 4 (vegetativo) Permanente	4	2	3	0	9
Nuovi ingressi Centro Diurno	22	33	4	4	63
Nuovi ingressi Centro Diurno Alzheimer	24	29	9	0	62
Accessi in RSA dei MMG	6.426	1.958	1.880	463	10.727

Tabella 6: La struttura della spesa per livelli di assistenza

	2013			2012		
	totali parziali	totali di gruppo 2009	2009 %	totali parziali	totali di gruppo 2010	2009 %
Prevenzione	29.875.628	29.875.628	4,85%	29.848.411	29.848.411	4,75%
Assistenza territoriale						
assistenza sanitaria di base		36.273.069	5,89%		37.586.367	5,98%
Medicina generale	25.713.722			26.626.137		
Pediatria di libera scelta	6.684.702			6.921.931		
Attività di continuità assistenziale	3.874.644			4.038.299		
Farmaceutica	99.320.485	99.320.485	16,12%	100.654.220	100.654.220	16,01%
Distrettuale		30.213.681	4,90%		30.452.698	4,84%
Attività distrettuali	19.763.910			19.798.204		
Emergenza sanitaria territoriale	10.449.771			10.654.494		
Riabilitazione		34.578.748	5,61%		35.392.547	5,63%
Riabilitazione funzionale	18.034.285			18.470.835		
Handicap						
Assistenza protesica e integrativa	15.482.163			15.817.016		
Assistenza termale	1.062.300			1.104.696		
Anziani		12.738.152	2,07%		13.212.167	2,10%
Residenziale	10.357.766			10.732.098		
Semiresidenziale	2.380.386			2.480.069		
Specialistica		86.250.817	14,00%		86.299.020	13,72%
Specialistica	45.340.877			45.784.723		
Diagnostica strumentale	40.909.940			40.514.297		
Salute mentale		31.922.995	5,18%		32.150.475	5,11%
SPDC., semiresidenziale, e ambulatoriale	25.178.139			25.312.139		
Residenziale	6.744.857			6.838.335		
Dipendenze ed alcolismo		7.530.161	1,22%		7.567.693	1,20%
Ambulatoriale	6.891.371			6.903.367		
Residenziale	638.789			664.326		
Hospice ed Ospedale di comunità	4.895.221	4.895.221	0,79%	7.458.606	7.458.606	1,19%
Totale assistenza territoriale		343.723.328	55,78%		350.773.793	55,79%
Assistenza ospedaliera		242.668.605	39,38%		248.157.833	39,47%
Ricovero ospedaliero	221.889.431			227.476.568		
Emergenza urgenza****	20.779.174			20.681.265		
Totale		616.267.562	100%		628.780.037	100%

Tabella n. 7 - La struttura della spesa per le convenzioni nazionali

Convenzioni mediche nazionali

2013

Totali parziali totali di gruppo

1. Medicina generale (ACN/2005_MMG)		32.465.204
di cui -1.1. Medicina generale	25.851.952	
-1.2. Medicina emergenza sanitaria territoriale	3.160.605	
-1.3. Medicina continuità assistenziale	2.663.276	
-1.4. Medicina dei servizi	789.371	
2. Pediatria di libera scelta (ACN/2005_PDF)		6.390.995
3. Specialistica ambulatoriale (ACN/2005_ Spec. Amb.e altre profess.)		4.242.349
TOTALE		43.098.548

Tabella n. 7/a - La struttura della spesa per i trasporti sanitari

2013

Trasporti sanitari:

Totali parziali totali di gruppo

Trasporti sanitari ordinari*	5.879.485	
Trasporti sanitari di emergenza**	2.169.664	
TOTALE		8.049.149

* Comprende anche trasporti per dializzati

**Comprende i trasporti di emergenza, urgenza e elisoccorso

Tabella n. 8 – Lo sviluppo della rete dei Presidi: il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) – dato aziendale al 31/12/2013 inclusi interventi di manutenzione straordinaria

	INTERVENTI DI MANTENIMENTO STRUTTURE (INTERVENTI FINANZIATI)	
	Flusso di spesa previsto	Spesa effettiva
SETTORE INTERVENTO		
OSPEDALI		€ 4.404.942,69
ANZIANI/DISABILI		
DISTRETTI		€ 890.405,98
ALTRO		
TOTALE		5.295.348,79

Tabella n. 9 : programma di interventi di mantenimento del patrimonio strutturale e strumentale al 31/12/2013

EDILIZIA OSPEDALIERA ED EXTRA	PROGRAMMA DI INTERVENTI DI MANTENIMENTO DEL PATRIMONIO STRUTTURALE E STRUMENTALE	
	Flusso di spesa previsto	Spesa effettiva
SETTORE INTERVENTO		
Mantenimento strutture (immobili e impianti)		€ 4.906.601,07
Mantenimento impianti tecnologici		€ 458.963,26
Acquisizione e manutenzione straordinaria apparecchiature elettromedicali		€ 994.883,92
TOTALE		€ 6.360.448,25

Tabella n. 10 : Il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione, di riorganizzazione funzionale, Edilizia extraospedaliera di cui per programma 'accreditamento'

Quadro investimenti alla data 31/12/2013 del programma di nuova edificazione e
 mantenimento Patrimonio Strutturale

Settore di intervento	Ospedali/Zone	spesa effettiva
OSPEDALI	OSPEDALE DI LIVORNO	€ 2.358.094,72
	OSPEDALE DI CECINA	€ 65.680,94
	OSPEDALE DI PIOMBINO	€ 75.892,74
	OSPEDALE DI PORTOFERRAIO	€ 1.755.274,41
	NUOVO OSPEDALE LIVORNO	€ 150.00,00
ANZIANI/DISABILI	ZONA LIVORNO	
	ZONA BASSA VAL DI CECINA	
	ZONA VAL DI CORNIA	
	ZONA ELBA	
DISTRETTI	ZONA LIVORNO	€ 821.178,44
	ZONA BASSA VAL DI CECINA	
	ZONA VAL DI CORNIA	€ 69.227,54
	ZONA ELBA	

Mantenimento del patrimonio strutturale e strumentale (immobili e impianti)		
zona	Livorno	€ 1.821.832,27
	Cecina	€ 1.201.300,44
	Piombino	€ 1.199.342,98
	Elba	€ 684.125,38
	Totale	€ 4.906.601,07

Mantenimento impianti tecnologici		
zona	Livorno	€ 250.942,75
	Cecina	€ 105.059,62
	Piombino	€ 92.024,68
	Elba	€ 10.936,26
	Totale	€ 458.963,26

Acquisizione e manutenzione straordinaria apparecchiature elettromedicali		
zona	Livorno	€ 427.714,52
	Cecina	€ 52.987,57
	Piombino	€ 81.715,82
	Elba	€ 52.966,00
	Totale	€ 615.383,91
Grandi Macchine		
zona	Livorno	€ 379.500,01
	Cecina	€ -
	Piombino	€ -
		€ 379.500,01
	Totale complessivo	€ 994.883,92

Mantenimento apparecchiature elettromedicali		
zona	Livorno	€ 2.194.588,86
	Cecina	€ 831.728,41
	Piombino	€ 758.649,91
	Elba	€ 430.778,39
	Totale	€ 4.215.745,57

Rinnovo parco apparecchiature informatiche e affini	€ 359.133,87
Arredi sanitari e non	€ 326.523,00
Totale	€ 685.656,87

Tab.11: Qualità aziendale: i progetti di miglioramento più significativi portati a conclusione nell'anno

Estensione Stampa "fai-da-te" dei referti alle Zone della Val di Cornia ed Elba
Promozione attività tramite eventi di inaugurazione dei servizi (Acceleratore, Pet, ecc)
Consolidamento rapporto con realtà locali come Farmacie Comunali
Eventi di promozione della conoscenza dell'AFA

Tab.12: La comunicazione: iniziative di comunicazione interna

Utilizzo dello strumento <i>email all-users</i> e riorganizzazione Intranet aziendale
Invio Rassegna Stampa aziendale a circa 400 destinatari
Utilizzo spazio di informazione sul format della busta paga
Eventi di condivisione delle strategie aziendali nelle Zone-Distretto

Tab.13: La comunicazione: iniziative di comunicazione esterna

Sistematica redazione e diffusione di comunicati stampa sui servizi aziendali
Produzione e diffusione di brochure informative sui nuovi servizi
Produzione di trasmissioni televisive sui servizi aziendali
Aggiornamento continuo Sito Web aziendale e Totem
Organizzazione di eventi istituzionali su inaugurazione nuovi servizi

Tab.14: La comunicazione: costi aziendali

Service Rassegna Stampa	10.000 euro circa
Produzione di Trasmissioni su Granducato TV	25.000 euro circa
Produzione "Pillole di Salute" su Granducato TV	25.000 euro circa
Produzione Televideo	5.000 euro circa
Organizzazione di Eventi istituzionali su inaugurazione nuovi servizi	5.000 euro circa
TOTALE: 70.000 euro circa	

Tab.15: La carta dei servizi: gli impegni dichiarati

Rafforzamento percorsi di tutela e partecipazione
Semplificazione dell'accesso ai percorsi assistenziali
Sviluppo campagne per la prevenzione e diffusione degli stili di vita
Consolidamento e delocalizzazione sul territorio dei servizi

Tabella 16-17: La promozione della cultura della salute

Nido e Scuola dell'infanzia					
Progetto	Studenti Livorno	Studenti Bassa Val di Cecina	Studenti Val di Cornia	Studenti Elba	Totale
Educazione alimentare			106		106
Educazione alla corretta convivenza uomo animale			107		107
Educazione alla corretta igiene personale	161				161
Educazione al Primo Soccorso	217	213			430
Prevenzione incidenti in acqua		444			444
Prevenzione incidenti stradali	160	373			533
Progetto Regionale "Tutor della salute"		328			328
Supporto alla genitorialità			402		402
Totale	538	1358	615	0	2511
Scuola Primaria					
Progetto	Studenti Livorno	Studenti Bassa Val di Cecina	Studenti Val di Cornia	Studenti Elba	Totale
Educazione alimentare e movimento		304	130		434
Educazione ambientale	293				293
Educazione alla corretta convivenza uomo animale	121		50		171
Educazione alla cooperazione san/internazionale	32				32
Educazione al corretto uso del computer		93			93
Educazione alla donazione sangue	246				246
Educazione al Primo Soccorso		60			60
Counseling pedagogico			22		22
Due domande al cuore		342			342
Informazione e sensibilizzazione celiachia	173				173
Prevenzione incidenti in acqua	64	292			356
Prevenzione incidenti stradali	138	308			446
Progetto Regionale "Tutor della salute"	472	332			804
Prevenzione violenza			456		456
Totale	1539	1731	658	0	3928

Scuola Secondaria di Primo Grado					
Progetto	Studenti Livorno	Studenti Bassa Val di Cecina	Studenti Val di Cornia	Studenti Elba	Totale
Educazione affettività e sessualità		405	207	107	719
Educazione alimentare e movimento		536	177		713
Educazione alimentare, movimento e prevenzione doping				116	116
Educazione ambientale (Forestale)		307			307
Educazione al consumo consapevole/alimentazione		143	96		239
Educazione al corretto uso del casco	156				156
Educazione al corretto uso del computer	153	562			715
Educazione al corretto uso del farmaco		532			532
Educazione alla donazione sangue	202				202
Educazione alla legalità		297	196		493
Educazione al Primo Soccorso	114	384	199	107	804
Informazione per la vaccinazione HPV	132		446		578
Counseling pedagogico			16		16
Prevenzione incidenti in acqua		337			337
Prevenzione incidenti stradali	141	340			481
Progetto Regionale "Creatività è salute"		23	42		42
Totale	898	3866	1379	330	6450
Scuola Secondaria di Secondo Grado					
Progetto	Studenti Livorno	Studenti Bassa Val di Cecina	Studenti Val di Cornia	Studenti Elba	Totale
Educazione affettività e sessualità	1544			27	1571
Educazione alimentare e movimento				79	79
Educazione alla cooperazione san/internazionale	149				149
Educazione al corretto uso del casco	407				407
Educazione alla donazione sangue	742		520	44	1306
Educazione alla donazione organi e tessuti	325				325
Donazione sangue da parte degli studenti scuola s. di II grado	73				73
Educazione al primo soccorso	497	103	252	52	904
Educazione alla salute ed integrazione sociale	35		20		55
Counseling psicologico			474		474
Educazione al corretto uso del computer	119	12			131
Prevenzione AIDS e malattie sess.trasmesse	970			186	1156
Prevenzione dipendenze	295				295
Prevenzione doping		117	250	81	448
Prevenzione incidenti stradali	838				838
Prevenzione Incidenti in acqua		117			
Progetto Regionale "Creatività è salute"		45	14		14
Progetto Regionale "Tutor della salute" – Gruppo peer	26	40			66
Promozione della salute e life skills		6	6		6
Crescere in benessere		23	22		22
Totale	6020	463	1558	469	8319

Popolazione adulta (docenti, genitori, personale ATA, popolazione)					
Progetto	Livorno	Bassa Val di Cecina	Val di Cornia	Elba	Totale
Educazione alimentare e al movimento			110		110
Educazione alla genitorialità			305		305
Counseling pedagogico			165		165
Igiene del bambino	17				17
Paziente esperto	14		18		
Prevenzione degli incidenti in età pediatrica		30			30
Protocollo somministrazione farmaci a scuola	21				21
Totale	52	30	598	0	670

Tabella n. 18: La formazione del personale: tematiche e ambiti formativi dell'azienda

Tematiche e ambiti formativi	N. Interventi in Sede
Metodologia del lavoro ed organizzazione dei servizi	49
Formazione manageriale	10
Orientamento, inserimento lavorativo, valutazione potenziale neo-assunti	0
Procedure di assicurazione qualità	14
Procedure controllo di gestione	4
Tematiche inerenti la prevenzione	25
Sviluppo delle conoscenze in campo bioetico	22
Sicurezza sul lavoro	33
Rischio clinico	89
Miglioramento dei rapporti con i cittadini-utenti	20
Innovazioni tecnologiche e organizzative	22

Tabella n. 19: La formazione del personale: esperienze significative portate a conclusione nell'anno

Bisogno/finalità	Settori/figure	Obiettivi	Indicatori	Ore	Spesa	Verifiche	Risultati	Valutazione
Acquisire le abilità nella pratica dell'Ecografia Ostetrica utilizzando le nozioni acquisite nella formazione teorica di base ricevuta nel percorso universitario	Ostetriche di tutte le strutture del Dipartimento Materno Infantile	Esperienza diretta per acquisire capacità nel rilevare BCF, valutare la quantità di liquido amniotico e la posizione del feto, con l'uso della sonda ecografia.	Assenza eventi critici nell'esecuzione corretta delle Ecografie	Tirocinio di 35 o 21 ore a seconda della Zona	0	Esecuzione di un minimo di 60 ECO OFFICE	Esecuzione alla perfezione dell'ECO Office - Introduzione sistematica dell'ECO Office	A distanza di tempo – 6 mesi
Sviluppare negli infermieri le conoscenze e le competenze relative alla comprensione psicopatologica e al processo diagnostico clinico e assistenziale secondo modelli internazionali (DSM, ICD, N.A.N.D.A. North America Nursing Diagnosis Association).	setting assistenziale del SPDC – Salute Mentale	Acquisire competenze sulla fenomenologia della psicopatologia delle funzioni psichiche e conoscenze e competenze specifiche sui Disturbi e relativa pianificazione assistenziale Saper individuare aspetti della psicopatologia delle funzioni psichiche e utilizzare Diagnosi Catoriale, Dimensionale e Funzionale	adozione la nuova cartella integrata comprensiva dell'accertamento inf e pianificazione NANDA nonchè della griglia di ICA strumenti costruiti durante il corso	Un corso di 18 ore per 2 edizioni ed un corso di 12 ore per 6 edizioni	1700	Apprendimento e analisi della sezione infermieristica cartella clinica integrata	Presenza in carico personalizzata delle persone con problemi di Salute Mentale, con accertamento infermieristico diagnostico NANDA	A distanza di tempo – fine 2013
Implementare le conoscenze relative alla prevenzione della malpractice in ambito infermieristico in area chirurgica	Infermieri Area Chirurgica PO di Livorno Setting con degenza	Conoscere gli aspetti di Nursing Malpractice Saper Individuare aspetti di Malpractice in casi clinici tipici Saper individuare strategie di miglioramento al fine di evitare episodi di malpractice	Assenza di eventi critici connessi a malpractice	Giornata di studio di 4 ore per 5 edizioni	400	Apprendimento – esercitazioni pratiche	Individuazione di problematiche di malpractice e degli elementi di corretta gestione/prevenzione nel lavoro di gruppo rispetto casi assegnati	A distanza di tempo – 6 mesi

Tabella n.20: La formazione del personale: investimento aziendale

Costi Aziendali:

	Costi previsti per il 2013	Costi sostenuti nel 2013	Costi sostenuti: % sul costo totale aziendale
Interventi formativi	657.000	263.476	
Personale: struttura " formato - costo indiretto	600.000 Non preventivato	582.803 2.545.273	
Totale		2.808.749	1,193

Copertura con fondi non afferenti al F.S.R. :

	Importi in Euro
Fondi U.E.	0
Fondi derivanti dalle quote di iscrizione	0
Fondi finalizzati Regione Toscana	124.103

Utilizzo Fondi aziendali:

Costi sostenuti per interventi formativi per tipologia	Importi in Euro
Formazione obbligatoria aziendale	213.300
Formazione obbligatoria individuale	49.165
Formazione a carattere facoltativo	1.011
Materiale bibliografico e multimediale	0
Totale interventi	263.476

Tabella n.21 : Verifica dei Requisiti di Esercizio - Elenco dei presidi del "Programma accreditamento" di cui si è inviata in RT la autocertificazione entro il 31.12.2013:

Zona	Edificio	Sub Edificio	Tipologia di erogazione delle prestazioni	Disciplina	Attività	Posti letto	Liste autovalutaz	SOF
Cecina	Edificio di Via Savonarola		Prevenzione	Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	/	/	A1, A2, Br	Dipartimento della Prevenzione
Cecina	Edificio di Via Savonarola		Prevenzione	Epidemiologia	/	/	A1, A2, Br	Dipartimento della Prevenzione
Cecina	Edificio di Via Montanara (C/o PO Cecina)		Prevenzione	Medicina dello sport	B1.12.b	/	A1, A2, B, B1_12	Dipartimento della Prevenzione
Elba	Edificio Largo Torchiana (c/o Presidio Ospedaliero)		Prevenzione	Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	/	/	A1, A2, B	Dipartimento della Prevenzione

Elba	Edificio Largo Torchiana (c/o Presidio Ospedaliero)		Prevenzione	Epidemiologia	/	/	A1, A2, B	Dipartimento della Prevenzione
Livorno	CSS Capraia		CSS	Igiene e medicina preventiva, Patologia clinica	B1.1.d	/	A1, A2, B, B1.1	Zona Distretto
Livorno	Distretto		CSS	Patologia clinica (lab.di analisi chimico - cliniche e microbiologia	B1.1.d	/	A1, A2, B, B1_1	Zona Distretto
Livorno	Distretto		CSS	Pediatria, Neuropsichiatria Infantile Diabetologia, Psicologia, Neurologia	/	/	A1, A2, B	Zona Distretto
Livorno	Distretto		CSS	Ostetricia e Ginecologia	/	/	A1, A2, B, B2_3	Zona Distretto
Livorno	Distretto		Poliambulatorio	Patologia clinica (lab.di analisi chimico - cliniche e microbiologia	B1.1.d	/	A1, A2, B, B1_1	Zona Distretto
Livorno	Distretto		Poliambulatorio	Pediatria, Neuropsichiatria Infantile	/	/	A1, A2, B	Zona Distretto
Livorno	Distretto		Poliambulatorio	Ostetricia e Ginecologia	/	/	A1, A2, B, B2_3	Zona Distretto
Livorno	Villa Magnolia		CSM	Psichiatria	D1_1.b	10	A1, A2, D1, D1_3	Zona Distretto
Livorno	CSS Stagno		CSS	Epidemiologia	/	/	B	Zona Distretto
Livorno	Presidio Ospedaliero	III Padiglione	Ospedale	Neurochirurgia		27 RO	A1, A2, C, C1_3	Dipartimento di Chirurgia
Livorno	Presidio Ospedaliero	IX Padiglione	Ospedale	Malattie Infettive	/	/	A1, A2, B	Dipartimento Oncologia Medica
Livorno	Presidio Ospedaliero	IX Padiglione	Ospedale	Malattie Infettive	C1_3b, C1_4	1 RDH + 18 RO	A1, A2, C, C1_3, C1_4	Dipartimento Oncologia Medica

Zona	Edificio	Sub Edificio	Tipologia di erogazione delle prestazioni	Disciplina	Attività	Posti letto	Liste autovalutaz .	SOF
Livorno	Frediani		CSM	Psichiatria	B2.1.b	/	A1, A2, B, B2_2	Zona Distretto
Livorno	Edificio di Viale Alfieri	XXIV Padiglione	CSS	Dermatologia		/	A1, A2, Br	Zona Distretto
Livorno	Edificio di Viale Alfieri	XXIV Padiglione	CSS	Ostetricia e Ginecologia		/	A1, A2, Br, B2_3	Zona Distretto
Livorno	CSS Nord		CSS	Patologia clinica (lab.di analisi chimico - cliniche e microbiologia)	B1.1.d	/	A1, A2, Br, B1_1	Zona Distretto
Livorno	CSS Nord		CSS	Neuropsichiatria Infantile	B2.1.d	/	A1, A2, Br, B2_1	Zona Distretto
Livorno	CSS Nord		CSS	Ostetricia e Ginecologia	/	/	A1, A2, Br, B2_3	Zona Distretto
Livorno	CSS Sud		CSS	Ginecologia Ostetricia Pediatria Psicologia	/	/	A1,A2, Br, Br, B2.3	Zona Distretto
Livorno	CSS Sud		CSS	Patologia clinica (lab.di analisi chimico - cliniche e microbiologia)	B1.1.d	/	A1, A2, Br, B1.1	Zona Distretto
Livorno	Villa Graziani		Residenza Psichiatrica	Psichiatria	D1.1.b	10	A1, A2, D, D1_3	Zona Distretto
Livorno	Via Scali		SERT	Farmacologia e Tossicologia Clinica	/	/	A1, A2, B, B2_4	Zona Distretto
Livorno	Edificio di Viale Alfieri	VIII Padiglione	UFSMIA	Neuropsichiatria Infantile	B2.1d	/	A1, A2, Br, B2_1	Zona Distretto
Livorno	Presidio Ospedaliero	I Padiglione	Ospedale	Oncologia	C1.4	10 RO + 14 DH	A1, A2, C, C1_3, C1_4	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	III Padiglione	Ospedale	Ortopedia e Traumatologia	C1_5.b	29 RO + 3 DS	A1, A2, C, C1_3, C1_5	Dipartimento di Chirurgia
Livorno	Presidio Ospedaliero	V Padiglione	Ospedale	Gastroenterologia	B_5	/	A1, A2, B, B1_5	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	V Padiglione	Ospedale	Medicina Interna, Cardiologia	B1.4c, B1.4e	/	A1, A2, B, B1_4	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	V Padiglione	Ospedale	Medicina Interna	C1_4	43 RO + 2 DH	A1, A2, C, C1_3, C1_4	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	V Padiglione	Ospedale	Medicina Interna, Reumatologia, Angiologia	B1_2a	/	A1, A2, B, B1_2	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	V Padiglione	Ospedale	Medicina Interna	C1_4	41 RO + 2 DH	A1, A2, C, C1_3, C1_4	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Zona	Edificio	Sub Edificio	Tipologia di	Disciplina	Attività	Posti letto	Liste	SOF

			erogazione delle prestazioni				autovalutaz	
Livorno	Presidio Ospedaliero	V Padiglione	Ospedale	Neurologia		15 RO	A1, A2, C, C1_3,	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	VIII Padiglione	Ospedale	Allergologia, Endocrinologia, Pediatria, Neonatologia, Malattie dell'apparato respiratorio	/	/	A1, A2, B	Dipartimento Materno Infantile
Livorno	Presidio Ospedaliero	VIII Padiglione	Ospedale	Pediatria	C1_3a	13 RO	A1, A2, C, C1_3	Dipartimento Materno Infantile
Livorno	Presidio Ospedaliero	VIII Padiglione	Ospedale	Ginecologia e Ostetricia	B1.2a	/	A1, A2, B, B1_2	Dipartimento Materno Infantile
Livorno	Presidio Ospedaliero	VIII Padiglione	Ospedale	Ginecologia e Ostetricia	C1_4, C1_5c	20 RO + 6 DH/DS	A1, A2, C, C1_3, C1_4, C1_5, C1_6	Dipartimento Materno Infantile
Livorno	Presidio Ospedaliero	XI Padiglione	Ospedale	Nefrologia	B1_7b, B1_8	/	A1, A2, B, B1_7, B1_8	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	XI Padiglione	Ospedale	Nefrologia	C1_4	10 RO + 1 DH	A1, A2, C, C1_3, C1_4	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	XV Padiglione	Ospedale	Anestesia e Rianimazione	/	/	A1, A2, B	Dipartimento Alta Intensità
Livorno	Presidio Ospedaliero	XV Padiglione	Ospedale	Anestesia e Rianimazione	/	14 RO	A1, A2, C, C1_2	Dipartimento Alta Intensità
Livorno	Basaglia		Residenza Psichiatrica	Psichiatria	D1.1.b	20	A1, A2, D1, D1_3	Zona Distretto
Livorno	Blu Cammello		CSM	Psichiatria	D1.1.b	/	A1, A2, D, D1_2	Zona Distretto
Livorno	Poggiali		CSM	Psichiatria	B2.1.b		A1, A2, B, B2_2	Zona Distretto
Livorno	Proviacomoci		CSM	Psichiatria	D1.1.b		A1, A2, D1, D1_2	Zona Distretto
Livorno	Sonnino		Residenza Psichiatrica	Psichiatria	D1_1.b	5	A1, A2, D1, D1_3	Zona Distretto
Livorno	Villa Porcelli		Residenza Psichiatrica	Psichiatria	D1_1.b	/	A1, A2, D1, D1_2	Zona Distretto
Livorno	Villa Porcelli		Residenza Psichiatrica	Neuropsichiatria Infantile	D1_1.d; D1_1.e	/	A1, A2, D1, D1_2	Zona Distretto
Livorno	Edificio di Viale Alfieri	III Padiglione	Riabilitazione Territoriale	Medicina fisica e riabilitazione	B1.9, B2.1.a	/	A1, A2, B, B1_9, B2_1	Zona Distretto
Livorno	Edificio di Viale Alfieri	VII Padiglione	Riabilitazione Territoriale	Medicina fisica e riabilitazione	B1.9, B2.1.a	/	A1, A2, B, B1_9, B2_1	Zona Distretto
Livorno	La Rotondina	XXX Padiglione	SERT	Farmacologia e Tossicologia Clinica			A1, A2, B, B2_4	Zona Distretto
Zona	Edificio	Sub Edificio	Tipologia di erogazione delle prestazioni	Disciplina	Attività	Posti letto	Liste autovalutaz	SOF

Livorno	Edificio di Viale Alfieri	X Padiglione	SPDC	Psichiatria	C1_3.d	16	A1, A2, B, C1, C1.18	Zona Distretto
Livorno	Presidio Ospedaliero	IV Padiglione	Ospedale	Oftalmologia	B1_7d	/	A1, A2, B1, B1_7	Dipartimento di Chirurgia
Livorno	Presidio Ospedaliero	IV Padiglione	Ospedale	Dermatologia	B1_7d	/	A1, A2, B1, B1_7	Dipartimento di Chirurgia
Livorno	Presidio Ospedaliero	IV Padiglione	Ospedale	Otorinolaringoiatria	B1_7d	/	A1, A2, B1, B1_7	Dipartimento di Chirurgia
Livorno	Presidio Ospedaliero	V Padiglione	Ospedale	Malattie dell'apparato respiratorio	B1.5	/	A1, A2, B, B1_5	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	V Padiglione	Ospedale	Malattie dell'apparato respiratorio	/	13	A1, A2, C, C1_3	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	VII Padiglione	Ospedale	Direzione medica di Presidio Ospedaliero	B1.2a	/	A1, A2, B, B1_2	/
Livorno	Presidio Ospedaliero	X Padiglione	Ospedale	Neurologia	/	/	A1, A2, B	Dipartimento di Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico
Livorno	Presidio Ospedaliero	X Padiglione	Ospedale	Neurochirurgia	/	/	A1, A2, B	Dipartimento di Chirurgia
Livorno	Presidio Ospedaliero	XX Padiglione	Ospedale	Oncologia	/	/	A1, A2, B	Dipartimento Oncologia Medica
Livorno	Presidio Ospedaliero	XX Padiglione	Ospedale	Dermatologia e venerologia	/	/	A1, A2, B	Dipartimento di Chirurgia
Livorno	Presidio Ospedaliero	XX Padiglione	Ospedale	Ematologia	/	/	A1, A2, B	Dipartimento Oncologia Medica
Livorno	Presidio Ospedaliero	XXII Padiglione	Ospedale	Radioterapia	/	/	A1, A2, B, B1_6	Dipartimento Oncologia Medica
Livorno	Edificio di Viale Alfieri	I Padiglione	Hospice	Oncologia	D1_1.a	12	A1, A2, D1	Zona Distretto
Livorno	Edificio di Viale Alfieri	X Padiglione	H di Comunità	Medicina Interna	D1_1.d	21	A1, A2, D1	Zona Distretto
Piombino	CSS Venturina		CSS	Patologia Clinica	B1.1.a	/	A1, A2, B, B1.1	Zona Distretto di Piombino
Piombino	CSS Venturina		CSS	Epidemiologia	/	/	A1, A2, B	Zona Distretto di Piombino
Piombino	CSS Venturina		CSS	Ginecologia e Ostetricia	/	/	A1, A2, B, B2.3	Zona Distretto di Piombino
Piombino	CSS Monteverdi		CSS	Patologia Clinica	B1.1.a	/	A1, A2, B, B1.1	Zona Distretto di Piombino
Piombino	Edificio di Via Forlanini (C/o Presidio Ospedaliero)		CSM	Psichiatria	/	/	A1, A2, B, B2.2	Zona Distretto di Piombino
Piombino	CSS Perticale		CSS	Patologia Clinica	B1.1.a	/	A1, A2, B, B1.1	Zona Distretto di Piombino
Piombino	CSS Perticale		CSS	Odontoiatria	/	/	A1, A2, B	Zona Distretto di Piombino
Piombino	CSS Perticale		CSS	Ginecologia e Ostetricia	/	/	A1, A2, B, B2.3	Zona Distretto di Piombino
Zona	Edificio	Sub Edificio	Tipologia di erogazione delle prestazioni	Disciplina	Attività	Posti letto	Liste autovalutaz	SOF
Piombino	CSS Riotorto		CSS	Patologia Clinica	B1.1.a	/	A1, A2, B,	Zona Distretto

							B1.1	di Piombino
Piombino	Edificio di Via Forlanini (C/o Presidio Ospedaliero)		Hospice	Medicina Interna, Geriatria	D1.1.a, D1.1.d	15	A1, A2, D1	Zona Distretto di Piombino
Piombino	CSS Città Vecchia		SERT	Farmacologia e Tossicologia Clinica	/	/	A1, A2, B, B2_4	Zona Distretto Piombino
Piombino	CSS Sassetta		CSS	Patologia Clinica	B1.1.a	/	A1, A2, B, B1.1	Zona Distretto di Piombino
Piombino	CSS Suvereto		CSS	Patologia Clinica	B1.1.a	/	A1, A2, B, B1.1	Zona Distretto di Piombino

H. indicatori specifici per livello di assistenza

Legenda: (1) numeratore; (2) denominatore (3) Indicatore calcolato

H 1. Prevenzione collettiva

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3			ZONA 4		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1 - N° insediamenti produttivi censiti compresi gli esercizi ed i laboratori di produzione e preparazione di sostanze alimentari	6.765		6.765	2.040		2.040	2.775		2.775	971		971	979		979
2 - N°aziende di alimenti di origine animale soggette al riconoscimento CEE o regionale	68		68	15		15	28		28	18		18	7		7
3 - N° altre imprese (oltre quelle individuate nell'indicatore 2 che trattano alimenti di origine animale															
4 - Costo per le attività del dipartimento di prevenzione/Popolazione residente	28.875.628	346.235	83,40	17.771.677	81.091	219,16	4.901.834	174.137	28,15	5.185.890	58.987	87,92	2.016.228	32.020	62,97
5 - Indice di copertura vaccinale al 24° mese			96%			97%			97%			98%			91%
6 - N° casi nuovi di mal. infettive intestinali compresa epatite virale A/Popolazione residente X 10000	44	346.235	0,00		81.091	0,00		174.137	0,00		58.987	0,00		32.020	0,00
7 - N° aziende +cantieri oggetto di interventi "complessi" controllate per la prima volta	1.914		1.914	392		392	861		861	617		617	44		44
8 -N° casi di infortunio sul lavoro	4.589		4.589	693		693	2.599		2.599	887		887	410		410
9 - N° Procedure integrate nel SUP (Sportello unico per la prevenzione)/ Totale procedure dip. prevenzione X100	0	0	#DIV/0!												
10 -N. Punti di accesso (fisici+telematici) al SUP/ n. distretti	5	6	83%	1	1	100%	2	3	67%	1	1	100%	11	1	100%

H 2. Assistenza territoriale

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3			ZONA 4		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
11 - Percentuale di popolazione target** coperta dai programmi, per tipo di screening CERVICALE A	32.736	31.919	101,4%	17.162	16.169	104,5%	7.252	7.521	97,0%	5.337	5.272	98,7%	2.985	2.957	100,2%
11 - Percentuale di popolazione target coperta dai programmi, per tipo di screening CERVICALE B*	15.540	32.736	53,5%	7.393	17.162	50,3%	3.908	7.252	56,1%	2.843	5.337	61,4%	1.396	2.985	50,4%
11 - Percentuale di popolazione target** coperta dai programmi, per tipo di screening MAMMOGRAFICO A	22.312	24.361	92,9%	12.258	12.279	100,3%	4.256	5.699	78,6%	3.684	4.203	87,5%	2.114	2.180	98,2%
11 - Percentuale di popolazione target coperta dai programmi, per tipo di screening MAMMOGRAFICO B*	16.162	22.312	76,6%	8.730	12.258	75,0%	3.333	4.256	80,8%	2.863	3.684	85,5%	1.236	2.114	62,1%
11 - Percentuale di popolazione target** coperta dai programmi, per tipo di screening COLON-RETTO A	48.723	48.637	102,1%	24.321	24.385	102,0%	11.396	11.376	103,5%	8.496	8.349	100,7%	4.510	4.527	101,1%
11 - Percentuale di popolazione target coperta dai programmi, per tipo di screening COLON-RETTO B*	24.353	48.723	51,7%	12.034	24.321	51,1%	5.332	11.396	47,6%	4.584	8.496	56,8%	2.403	4.510	55,5%
12 - Spesa per assistenza medico generica + pediatria / Popolazione residente	32.398.424	346.235	93,57	16.568.216	81.091	204,32	7.547.242	174.137	174,14	5.829.204	58.987	98,82	2.453.763	32.020	76,63
13 - N° medici di medicina generale convenzionati / popolazione residente di età >= 14 anni x 1.000	263	306.875	0,86	59	72.040	0,82	134	153.833	0,87	48	52.542	0,91	22	28.460	0,77
14 - N° pediatri di libera scelta / popolazione residente di età < 14 anni x 1000	39	39.360	0,99	9	9.051	0,99	19	20.304	0,94	7	6.445	1,09	4	3.560	1,12
15 - Spesa per il servizio di continuità assistenziale /Popolazione residente	3.874.644	346.235	11,19	1.311.860	81.091	16,18	945.551	174.137	5,43	1.032.418	58.987	17,50	584.815	32.020	18,26

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3			ZONA 4		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
16 - N° richieste di intervento / N° punti di continuità assistenziale		12	0,00		3	0,00		3	0,00		3	0,00		3	0,00
17 - Spesa netta per assistenza farmaceutica /Popolazione residente	56.914.664	346.235	164,38	28.065.700	81.091	357,20	13.757.659	174.137	79,00	10.452.135	58.987	1771,19	4.639.171	32.020	144,88
18 - Spesa netta per assistenza farmaceutica/ n. ricette	56.914.664	3.545.371	16,05	28.065.700	843.617	33,27	13.757.659	1.792.232	7,68	10.452.135	633.173	16,51	4.639.171	276.349	16,79
19 - N° ricette / N° residenti	3.545.371	346.235	10,24	843.617	81.091	10,40	1.792.232	174.137	10,29	633.173	58.987	10,73	276.349	32.020	8,63
20 - N° punti di accesso per l'assistenza integrativa / Popolazione residente x 1000		346.235	0,00		81.091	0,00		174.137	0,00		58.987	0,00		32.020	0,00
21 - N° ricoveri da interventi 118/N° totale ricoveri X 100	8.668	33.229	26,09	1.632	6.620	24,65	4.733	17.953	26,36	1.516	5.853	25,90	787	2.803	28,08
22 - N° interventi 118 / popolazione residente x 1000	32.129	346.235	92,80	7.004	81.091	86,37	17.375	174.137	99,78	5.085	58.987	86,21	2.665	32.020	83,23
23 - Spesa per 118 / Popolazione residente		346.235	0,00		81.091	0,00		174.137	0,00		58.987	0,00		32.020	0,00
24a - N° Prestazioni domiciliari di riabilitazione / popolazione residente X 1000	0	346.235	0	0	81.091	0	0	174.137	0	0	58.987	0	0	32.020	0
24b - N° Prestazioni domiciliari di riabilitazione usufruite dai cittadini residenti / popolazione residente X 1000	64	346.235	0,18	46	81.091	0,57	0	174.137	0,00	18	58.987	0,31	0	32.020	0,00
25a - N. prestazioni ambulatoriali di riabilitazione/popolazione residente X 1000	18.447	346.235	53,28	2.293	81.091	28,28	14.488	174.137	83,20	1.666	58.987	28,24	0	32.020	0,00
25b - N° prestazioni ambulatoriali di riabilitazione usufruite dai cittadini residenti / popolazione residente x 1000	21.521	346.235	62,16	2.501	81.091	30,84	17.069	174.137	98,18	1.865	58.987	31,62	86	32.020	2,69
26 - N° posti letto residenziali e diurni in strutture extraospedaliere per attività di riabilitazione intensiva / popolazione residente X 1000	127	346.235	0,37	0	81.091	0,00	100	174.137	0,57	27	58.987	0,46	0	32.020	0

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3			ZONA 4		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
27 - N° posti letto residenziali e diurni in strutture extraospedaliere per attività di riabilitazione per l'età evolutiva e per le disabilità neuropsichiche / popolazione residente X 1000	0	346.235	0	0	81.091	0	0	174.137	0	0	58.987	0	0	32.020	0
28 - Degenza media dei ricoveri di riabilitazione intensiva in strutture extraospedaliere	16.574	896	18,50	1.449	77	18,82	10.832	590	18,36	3.554	188	18,90	739	41	18,02
29 - N. soggetti accertati con handicap (L.104/92) in situazione di gravità di età 0-64 anni /tot. soggetti accertati con handicap X 100	484	2.168	22,32	39	283	13,78	301	1.101	27,34	73	554	13,18	71	230	30,87
30 - N. soggetti in situazione di gravità con interventi di aiuto alla persona / N. soggetti accertati in situazione di gravità X 100	266	1.243	21,40	52	151	34,44	171	725	23,59	16	279	5,73	27	98	27,55
31 - Spesa per assistenza protesica/popolazione residente		346.235	0,00		81.091	0,00		174.137	0,00		58.987	0,00		32.020	0,00
32a - N° casi seguiti con assist. domic. integrata / Popolazione residente totale X 1.000	1.766	346.235	5,10	463	81.091	5,71	787	174.137	4,52	339	58.987	5,75	177	32.020	5,53
32b - N° casi di età >= 65 anni seguiti con assist. domic. integrata / Popolazione residente per la classe di età >=65 anni X 1.000	1.552	88.058	17,62	424	20.706	20,48	704	43.115	16,33	272	16.535	16,45	152	7.702	19,74
33 - N° non autosufficienti valutati nell'anno >= 65 anni / Popolazione residente >= 65 anni X 1.000	1.226	88.058	13,92	258	20.706	12,46	656	43.115	15,22	211	16.535	12,76	101	7.702	13,11
34 - N° posti letto in RSA / Popolazione residente >= 65 anni X 1.000	713	88.058	8,10	262	20.706	12,65	331	43.115	7,68	90	16.535	5,44	30	7.702	3,90
35 - N° soggetti residenti >= 65 anni non autosufficienti presenti in RSA il 1° Gennaio / Popolazione residente >= 65 anni X 1.000	461	88.058	5,24	81	20.706	3,91	277	43.115	6,42	74	16.535	4,48	29	7.702	3,77

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3			ZONA 4		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
36 - N° soggetti residenti >= 65 anni non autosufficienti nuovi ingressi in RSA nell'anno / Popolazione residente >= 65 anni X 1.000	80	88.058	0,91	10	20.706	0,48	44	43.115	1,02	15	16.535	0,91	11	7.702	1,43
37a - Spesa sanitaria per assistenza residenziale per popolazione >= 65 anni per presidi pubblici / Spesa sanitaria X100		88.058	0,00		20.706	0,00		43.115	0,00		16.535	0,00		7.702	0,00
37b - Spesa sanitaria per assistenza residenziale per popolazione >= 65 anni per strutture private convenzionate / Spesa sanitaria X100			#DIV/0!									#DIV/0!			#DIV/0!
38 - Spesa per prestazioni residenziali (RSA) per abitante >65 anni		88.058	0,00		20.706	0,00		43.115	0,00		16.535	0,00		7.702	0,00
39 - Numero ricoveri temporanei per non autosufficienti in RSA / Popolazione residente >= 65 anni	63	88.058	0,0007	31	20.706	0,0015	12	43.115	0,00028	12	16.535	0,0007	8	7.702	0,00
40a - Spesa per attività specialistica e diagnostica ambulatoriale per presidi pubblici / Popolazione residente		346.235	0,00		81.091	0,00		174.137	0,00		58.987	0,00		32.020	0,00
40b - Spesa per attività specialistica e diagnostica ambulatoriale per strutture private accreditate / Popolazione residente		346.235	0,00		81.091	0,00		174.137	0,00		58.987	0,00		32.020	0,00
41 - Costo attività specialistica e diagnostica ambulatoriale su totale costi azienda (costo presidi dell'azienda+costo strutture private accreditate+saldo compensazioni)X100			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
42a - N° totale delle prestazioni specialistiche effettuate in presidi pubblici/ Popolazione residente	4.583.937	346.235	13,24	1.054.808	81.091	13,01	2.344.512	174.137	13,46	788.917	58.987	13,37	395.700	32.020	12,36

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3			ZONA 4		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
42b - N° totale delle prestazioni specialistiche effettuate in strutture private accreditate \ Popolazione residente	19.437	346.235	0,06	2.940	81.091	0,04	14.954	174.137	0,09	921	58.987	0,02	1.543	32.020	0,05
43a - N° utenti >= 18 anni/ Popolazione residente > = 18 anni X 1000	5.764	296.029	19,47	1.239	69.537	17,82	2.785	148.336	18,77	967	50.745	19,06	773	27.411	28,20
43b - N° utenti <18 anni/ Popolazione residente < 18 anni X1000	3.501	50.206	69,73	1.033	11.554	89,41	1.588	25.801	61,55	640	8.242	77,65	240	4.609	52,07
44a - N°nuovi utenti nell'anno >=18 anni / Popolazione residente >= 18 anni X 1000	1.673	296.029	5,65	360	69.537	5,18	720	148.336	4,85	344	50.745	6,78	249	27.411	9,08
44b - N°nuovi utenti nell'anno <18 anni/ Popolazione residente< 18 anni X 1000	1.147	50.206	22,85	377	11.554	32,63	476	25.801	18,45	220	8.242	26,69	74	4.609	16,06
45 - N° punti di accoglienza della domanda aperti per 12 ore / N°zone	8	4	2,00	3	1	3,00	3	1	3,00	1	1	1,00	1	1	1,00
46 - N. operatori addetti alla salute mentale (escluso Sta)/popolazione residenteX10000	271	346.235	7,83	48	81.091	5,92	162	174.537	9,28	38	58.987	6,44	23	32.020	7,18
47 - Spesa per salute mentale / Popolazione residente		346.235	0,00		81.091	0,00		174.537	0,00		58.987	0,00		32.020	0,00
48 - N° posti strutture semiresidenziali / Popolazione residente X 10.000	145	346.235	4,19	18	81.091	2,22	109	174.537	6,25	10	58.987	1,70	8	32.020	2,50
49 - N° posti strutture residenziali / Popolazione residente X 10.000	84	346.235	2,43	12	81.091	1,48	45	174.537	2,58	18	58.987	3,05	9	32.020	2,81
50 - N° posti letto SPDC/ popolazione residente X10.000	16	346.235	0,46	0	81.091	0,00	16	174.537	0,92	0	58.987	0,00	0	32.020	0,00
51 - N° totale posti letto per acuti in DH/ popolazione residente X10.000	0	346.235	0,00	0	81.091	0,00	0	174.537	0,00	0	58.987	0,00	0	32.020	0,00
52a - N° utenti complessivi dei SERT / Popolazione residente di età tra 15 e 44 anni X 1.000	1.705	117.517	14,51	227	27.632	8,22	1.115	59.907	18,61	221	18.945	11,67	142	11.033	12,87

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3			ZONA 4		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
52b - N° nuovi utenti complessivi dei SERT / Popolazione residente di età tra 15 e 44 anni X 1.000	263	117.517	2,24	44	27.632	1,59	144	59.907	2,40	34	18.945	1,79	41	11.033	3,72
53 - Spesa corrente per assistenza ai tossicodipendenti in comunità terapeutiche pubbliche e private accreditate / Popolazione residente di età tra 15 e 44 anni		117.517	0,00		27.632	0,00		59.907	0,00		18.945	0,00		11.033	0,00
54 - Numero nuovi utenti dei SERT / Numero utenti dei SERTX100	263	1.705	15,43	44	227	19,38	144	1.115	12,91	34	221	15,38	41	142	28,87
55 - N. utenti dei SERT che hanno interrotto il trattamento/ N. utenti dei SERT X100	102	1.705	5,98	18	227	7,93	54	1.115	4,84	14	221	6,33	16	142	11,27
56 - N° utenti dei SERT inviati in comunità terapeutiche / N° utenti dei SERT X 100	72	1.705	4,22	6	227	2,64	47	1.115	4,22	18	221	8,14	1	142	0,70
57 - N° di punti informativi localizzati in presidi territoriali ed ospedalieri, collegati all'URP /popolazione residente X1000		346.235	0,00		81.091	0,00		174.537	0,00		58.987	0,00		32.020	0,00

H 3. Assistenza ospedaliera

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3	ZONA 4				
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
58a - N° posti letto totali / Popolazione residente X 1000	810	346.235	2,34	148	81.091	1,83	449	174.137	2,58	136	58.987	2,31	77	32.020	2,40
58b - N° posti letto per area medica / popolazione residente X 1000	373	346.235	1,08	70	81.091	0,86	211	174.137	1,21	57	58.987	0,97	35	32.020	1,09
58c - N° posti letto per area chirurgica / popolazione residente X 1000	254	346.235	0,73	30	81.091	0,37	153	174.137	0,88	47	58.987	0,80	24	32.020	0,75
58d - N° posti letto per area terapie intensive / popolazione residente X 1000	40	346.235	0,12	8	81.091	0,10	22	174.137	0,13	10	58.987	0,17	0	32.020	0,00
58e - N° posti letto per area maternoinfantile / popolazione residente X 1000	143	346.235	0,41	40	81.091	0,49	63	174.137	0,36	22	58.987	0,37	18	32.020	0,56
59 - N° posti letto day hospital / N° posti letto X 100	95	794	11,96	17	148	11,49	51	433	11,78	17	136	12,50	10	77	12,99
60 - N° posti letto nelle case di cura private / N° posti letto negli istituti pubblici X 100	42	794	5,29	0	148	0,00	42	433	9,70	0	163	0,00	0	77	0,00
61a - N° dimissioni residenti totali / Popolazione residente X 1.000	45.874	346.235	132,49	10.022	81.091	123,59	23.193	174.137	133,19	8.127	58.987	137,78	4.532	32.020	141,54
61b - N° dimissioni residenti per area medica / Popolazione residente X 1.000	20.216	346.235	58,39	4.519	81.091	55,7	9.765	174.137	56,08	3.777	58.987	64,03	2.155	32.020	67,30
61c - N° dimissioni residenti per area chirurgica / Popolazione residente X 1.000	16.366	346.235	47,27	3.441	81.091	42,4	8.445	174.137	48,50	2.968	58.987	50,32	1.512	32.020	47,22
61d - N° dimissioni residenti per area terapie intensive / Popolazione residente X 1.000	730	346.235	2,11	148	81.091	1,8	387	174.137	2,22	130	58.987	2,20	65	32.020	2,03

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3	ZONA 4				
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
61e - N° dimissioni residenti per area materno infantile / Popolazione residente X 1000	8.562	346.235	24,73	1.914	81.091	23,6	4.596	174.137	26,39	1.252	58.987	21,23	800	32.020	24,98
62 - Indice di ospedalizzazione per ricover con durata di degenza superiore o uguale a 2 gg/popolazione residente x 1000	28.631	346.235	82,69	6.126	81.091	75,5	14.808	174.137	85,04	4.875	58.987	82,65	2.822	32.020	88,13
63 - Indice di ospedalizzazione per ricoveri con durata di degenza inferiore a 2gg / popolazione residente X1000	19.375	346.235	55,96	4.531	81.091	55,9	9.508	174.137	54,60	3.713	58.987	62,95	1.623	32.020	50,69
64 - Indice di ospedalizzazione per day hospital medici /popolazione residente X1000	4.613	346.235	13,32	1.182	81.091	14,6	2.226	174.137	12,78	839	58.987	14,22	366	32.020	11,43
65 - Indice di ospedalizzazione per day hospital chirurgici/ popolazione residente x 1000	5.905	346.235	17,05	1.277	81.091	15,7	3.099	174.137	17,80	1.039	58.987	17,61	490	32.020	15,30
66a - Tasso di occupazione dei posti letto in regime di degenza ordinaria (complessivo presidi pubblici)	183.793	256.335	0,72	32.981	51.264	0,64	109.174	137.181	0,80	27.769	43.800	0,63	13.869	24.090	0,58
66b - Tasso di occupazione dei posti letto in regime di degenza ordinaria (complessivo strutture private)	2.422	5.840	0,41	0	0	0,00	2.422	5.840	0,41	0	0	0,00	0	0	0,00
67a - Tasso di rotazione dei posti letto in regime di degenza ordinaria (complessivo presidi pubblici)	26.764	702,00	38,13	5.109	140,00	36,49	14.773	375,84	39,31	4.578	120	38,15	2.304	66	34,91

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3	ZONA 4				
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
67b - Tasso di rotazione dei posti letto in regime di degenza ordinaria (complessivo strutture private)	369	16	23,06	0	0	0	369	16	23,06	0	0	0	0	0	0
68 - Tasso di occupazione dei posti letto in regime di day hospital (complessivo presidi pubblici)	20.953	23.786	88,09	4.106	3.828	107,26	10.684	14.198	75,25	4.453	3.840	115,96	1.710	1.920	89,06
69 - Indice di rotazione dei posti letto in regime di day hospital (complessivo presidi pubblici)	20.953	23.786	0,88	4.106	3.828	1,07	10.684	14.198	0,75	4.453	3.840	1,16	1.710	1.920	0,89
70 - N° posti letto ospedalieri per attività ordinaria di riabilitazione a ciclo continuativo e diurno / popolazione residente X 1000	12	346.235	0,03	12	81.091	0,15	0	174.137	0,00	0	58.987	0	0	32.020	0
71 - N° posti letto ospedalieri per attività di alta specialità a ciclo continuativo e diurno / popolazione residente X 1000	0	346.235	0	0	81.091	0	0	174.137	0	0	58.987	0	0	32.020	0
72a - Tasso di occupazione dei posti letto in regime di degenza ordinaria (presidi pubblici)	3.342	4.380	0,76	3.342	4.380	0,76	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72b - Tasso di occupazione dei posti letto in regime di degenza ordinaria (strutture private)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73 - N° parti cesarei/N° totale parti X 100	616	2.161	28,51	187	627	29,82	297	1.010	29,41	78	313	24,92	54	211	25,59
74 - N° interruzioni volontarie di gravidanza / N° donne residenti di età tra 15 e 49 anni X 1.000	549	73.100	7,51	133	17.215	7,73	288	37.222	7,74	89	11.771	7,56	39	6.892	5,66
75 - N° interruzioni volontarie di gravidanza ripetute / N° donne residenti di età tra 15 e 49 anni X 1.000	132	73.100	1,81	26	17.215	1,51	72	37.222	1,93	24	11.771	2,04	10	6.892	1,45

INDICATORI	TOTALE VALORE AZIENDALE			ZONA 1			ZONA 2			ZONA 3	ZONA 4				
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
76 - N° donazioni di organi e tessuti															
77 - Spesa per assistenza ospedaliera per acuti / Popolazione residente	245.231.379	346.235	708,28	136.914.791	81.091	1.688.41	49.095.749	174.137	281,94	40.263.152	58.987	682,58	18.957.688	32.020	592,06
78 - costo attività di ricovero su totale costi azienda (costo presidi propri + costo strutture private accreditate + saldo compensazioni) x100	245.231.379	616.267.562	39,79	136.914.791	336.885.937	40,64	49.095.749	123.340.701	39,80	40.263.152	106.185.569	37,92	18.957.688	18.957.688	100
79 - Numero strutture organizzative di degenza nelle quali è stata effettuata almeno una indagine di soddisfazione degli utenti/ totale numero strutture organizzative di degenza X100			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!		7	0,00
80 - N° strutture organizzative di degenza nelle quali sono operative procedure sistematiche di comunicazione al medico di medicina generale, che garantiscono la continuità terapeutica dopo le dimissioni / N° totale strutture organizzative degenza X100			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!		7	0,00
81 - N° strutture organizzative di degenza nelle quali è stata predisposta una procedura definita per l'acquisizione di notizie cliniche, da parte dei familiari del ricoverato / N° totale strutture di degenza X 100			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!		7	0,00
82 - N° giorni entro i quali viene consegnata la cartella clinica al paziente dal giorno della richiesta															#DIV/0!

