



CONTRATTO DI SERVIZIO
tra
SdS “ Bassa val di Cecina” e Asl 6 di
Livorno
su
**Attività dell’Ospedale di Zona
e percorsi assistenziali Ospedale
territorio e
Territorio ospedale**

**SOCIETA' DELLA SALUTE
DELLA BASSA VAL DI CECINA**
Comuni di: Bibbona, Casale Marittimo,
Castagneto Carducci, Castellina Marittima,
Cecina, Guardistallo, Montescudaio,
Rosignano Marittimo, Riparbella, Santa
Luce – Azienda U.S.L. n. 6 di Livorno



Azienda USL 6 di Livorno –

**Responsabile di Zona Distretto
“Bassa val di Cecina”**
Via Savonarola 82 57023 CECINA (Li)

2012

1. PREMESSA.....	3
2. I SOGGETTI INTERESSATI AL CONTRATTO DI SERVIZIO, CONTESTO E FONTE DEI DATI.....	4
3. L'OGGETTO DEL CONTRATTO.....	4
3.A ATTIVITÀ DI DEGENZA ORDINARIA PER ACUTI	5
<i>Indicatori di appropriatezza di ricovero.....</i>	<i>6</i>
<i>Obiettivi</i>	<i>6</i>
<i>Obiettivi specifici dell'attività ospedaliera di degenza.....</i>	<i>6</i>
3.B PERCORSI ASSISTENZIALI.....	7
<i>Procedure generali di continuità assistenziale ospedale territorio.....</i>	<i>8</i>
<i>Utilizzo dell'Ospedale di Comunità.....</i>	<i>9</i>
<i>Il modello organizzativo di erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale programmabile definito "day service".....</i>	<i>9</i>
<i>Le modalità di comunicazione tra mmg e medico tutor.....</i>	<i>9</i>
<i>La mediazione culturale e linguistica.....</i>	<i>9</i>
<i>Progetto Ospedale e Territorio senza dolore.....</i>	<i>10</i>
3.C ATTIVITÀ SPECIALISTICHE PER ESTERNI: TIPOLOGIA, VOLUMI DI ATTIVITÀ, ATTIVITÀ AMBULATORIALE E DOMICILIARE.....	10
<i>Prestazioni ambulatoriali.....</i>	<i>10</i>
<i>Tempi di attesa.....</i>	<i>13</i>
3.D LA MEDICINA DI INIZIATIVA	134
3.E L'ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE.....	14
3.F L'USO DEL PRONTO SOCCORSO.....	14
3.G GLI SCREENING	14
3.H IL GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA	15
4. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO.....	15
5. PERCORSI CORRETTIVI DI EVENTUALI CRITICITÀ EMERGENTI	16
TABELLE E GRAFICI.....	17

1. Premessa

Il contratto di servizio è uno strumento di negoziazione finalizzato a definire prestazioni e percorsi concordati tra sds e asl finalizzate alla maggiore integrazione possibile tra le attività della sds e quelle ospedaliere erogate nel presidio ospedaliero zonale .

La Società della Salute ha secondo la LR 40 e s.m negli :

Art. 71 bis⁽¹⁾

..... **assicurare il governo dei servizi territoriali** e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;

e

Art. 71 ter⁽¹⁾

Governo della domanda

La società della salute esercita il governo dell'offerta di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali e della domanda complessivamente espressa nel territorio, attraverso:

.....c) *l'analisi dei consumi sanitari e socio-sanitari della popolazione di riferimento relativamente alle tipologie e ai volumi delle prestazioni specialistiche, diagnostiche ed ospedaliere in rapporto al fabbisogno di zona ed alle indicazioni regionali;*

d) *il coordinamento delle funzioni finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale e la definizione di protocolli operativi, in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali, favorendo l'integrazione con i progetti sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali.*

Questa competenza ha necessità di essere ricondotta alla programmazione più ampia regionale e di area vasta considerando le risorse disponibili assicurando *il ...controllo e la certezza dei costi, nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, comunale e aziendale* e gli indirizzi delle conferenze dei sindaci di area vasta e aziendali dove sono state prodotte e discusse.

E' altresì necessario prevedere percorsi definiti e pubblicizzati per chi ha **difficoltà di carattere culturale e organizzativo nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento ai servizi di prevenzione individuale e collettiva e alla medicina generale;**

come previsto dalla LR 40 in ambito di Piano Integrato di Salute.

Il contratto di servizio tra ospedale e sds consente un concreto collegamento tra i servizi erogati in ospedale e quelli sul territorio permettendo di verificare l'efficacia e l'efficienza

Il "contratto di servizio" è senza dubbio uno degli atti rilevanti che la Sds deve approntare per regolamentare i rapporti e la domanda di assistenza che dal territorio si orienta verso la parte ospedaliera espressa nella nostra Zona dal Presidio Ospedaliero della Bassa Val di Cecina che comunque deve essere inserito nell'accezione più ampia della "rete ospedaliera" provinciale e di area vasta che permette di avere una visione dell'offerta più ampia e più appropriata .

Si ritiene comunque che in questa occasione si possa e si debba focalizzare l'attenzione anche su altre opportunità come quella di regolamentare i rapporti per quanto riguarda la tipologia e la qualità di offerta dei servizi territoriali nei confronti delle necessità del presidio Ospedaliero.

Tutto ciò dovrà favorire :

Il buon uso delle risorse

Il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi

L'efficacia dei percorsi a favore del cittadino

La cornice importante di riferimento è comunque l'appropriatezza sia riferita al controllo della domanda sia intesa al consumo delle risorse che dovrà essere esplicitata con protocolli definiti e certi e con percorsi di audit che permettano il monitoraggio delle azioni intraprese sul

territorio per contenere la richiesta inappropriata e sull'ospedale per verificare la corretta applicazione dell'accordo sottoscritto.

Ovviamente il Contratto di Servizio, così come qualsiasi altra programmazione locale, non potrà che tenere conto, anche se nel rispetto delle peculiarità zonali, di quanto previsto dagli atti di programmazione regionale in materia di politica ed organizzazione sanitaria e della programmazione di area vasta. Il Presente contratto di servizio avrà validità annuale dalla data di approvazione.

2. I soggetti interessati al contratto di servizio, contesto e fonte dei dati

Premesso che nel 2010 (Del Assemblea Soci n°1 del 25.1.2010) è stato costituito il Consorzio pubblico denominato "Società della Salute della Bassa val di Cecina" di cui fanno parte i comuni di Bibbona, Casale M.mo, Castellina M.ma, Castagneto C.cci, Cecina, Guardistallo, Montescudaio, Santa Luce, Rosignano M.mmo, Riparbella e l'Azienda sanitaria locale 6 di Livorno e che nella Giunta della SdS è stato dato mandato al Direttore della SdS di elaborare un "Contratto di Servizio" per regolamentare i rapporti con le attività ospedaliere questo sarà sottoscritto tra il Direttore Generale della Asl 6 di Livorno per le attività ospedaliere e il Presidente della Sds della Bassa Val di Cecina per le attività territoriali.

La popolazione della Bassa Val di Cecina del 2010

	Maschi	Femmine	Totale
Fascia da 0 a 14 anni	4.930	4.779	9.709
Fascia da 15 a 64 anni	26.160	26.770	52.930
Fascia oltre 65 anni	8.854	11.582	20.436
Totale popolazione residente	39.944	42.131	83.075

La popolazione è in costante incremento di circa l'1% all'anno

Le fonti dei dati. I dati presenti nelle tabelle o nei grafici sono riferiti sempre al 2010 salvo quando espressamente indicato e sono ricavati da:

- Reportistica interna aziendale
- Portale Parsis dell'Agenzia regionale della sanità toscana
- Valutazione del Laboratorio MeS della performance delle Zone Distretto della Regione Toscana anno 2010

3. L'oggetto del contratto

3.a Attività di degenza ordinaria per acuti

CHIRURGIA GENERALE
ORTOPEDIA
GINECOLOGIA
OSTETRICIA
CARDIOLOGIA
RIABILITAZIONE
MEDICINA
PEDIATRIA

3.b Percorsi assistenziali

3.c Attività specialistiche per esterni: tipologia, volumi di attività, tempi di attesa

3.d La medicina di Iniziativa

3.e L'Attività di riabilitazione

3.f L'uso del Pronto Soccorso

3.g Gli Screening

3.h Il governo della spesa farmaceutica

3.a Attività di degenza ordinaria per acuti

Domanda di ricovero

Ospedalizzazione per tutte le cause - tasso standardizzato (x 1.000) - anno 2010

Residenza	Tasso Standardizzato
AUSL 6 - Livorno	152,62
Bassa val di cecina	145,66
Livornese	154,35
Val di cornia	148,67
Elba	168,82
NORD-OVEST	157,20
REGIONE TOSCANA	155,11

Nel 2010 il 63,53% (nel 2009 era il 64,97%) dei residenti nella BVC che hanno avuto necessità di un ricovero lo hanno avuto in un presidio dell'azienda usl 6. Il 23,11% (nel 2009 era il 22,85%) si è recato presso un ospedale dell'Area vasta Nord Ovest, il 7,19% (nel 2009 era il 6,26%) in Regione Toscana, il 6,27% (nel 2009 era il 5,92%) fuori Regione Toscana (tab 1). Negli ultimi anni si è registrata la riduzione progressiva del tasso di ospedalizzazione dei ricoveri per acuti fino al raggiungimento del valore di 145,66 ricoveri per mille abitanti nell'anno 2010 (tabella a fianco) comprensivo dei ricoveri extraregionali, buon

Indice di consumo standardizzato per età - anno 2010

Residenza	Tasso standardizzato
AUSL 6 - Livorno	0,208
Bassa val di cecina	0,200
Livornese	0,211
Val di Cornia	0,203
Elba	0,223
CENTRO	0,210
NORD-OVEST	0,220
SUD-EST	0,208
REGIONE TOSCANA	0,213

risultato a livello di azienda, area vasta e regione.

Particolarmente buono il tasso di ospedalizzazione negli ultrasessantacinquenni (tab. 2) in ulteriore miglioramento rispetto al 2009. Un indicatore particolare è l'indice di consumo dell'ospedale standardizzato per età che mette in relazione i ricoveri e la loro complessità per fascia d'età con la popolazione residente della stessa fascia d'età: il valore di tale indicatore è fra i più bassi

della toscana; solo la zona fiorentina sud est ha un valore più basso (0,199).

In particolar modo per la popolazione anziana risultano significativi alcuni indicatori quali la percentuale di pazienti che sono stati sottoposti a by pass aorto coronario (tab.3) o ad angioplastica (tab 4), o di pazienti con frattura di femore operati (tab.5), soprattutto se entro il giorno successivo (tab.6): la situazione per by pass ed angioplastica, fra loro speculari, è nella media aziendale, buona la % degli anziani fratturati ed operati, da migliorare il dato degli interventi per frattura di femore eseguiti entro il giorno successivo.

Da evidenziare l'elevata incidenza delle patologie cardiovascolari nella provincia: particolarmente rilevante come indice prognostico favorevole è la tempestività del trattamento dell'evento acuto (infarto del miocardio)

Attività di ricovero

Triennio 2008 – 2010 (fonte: applicativo aziendale)

ASL	Ord 2008	DH 2008	Tot 2008	Ord 2009	DH 2009	Tot 2009	Ord 2010	DH 2010	Tot 2010
Villa Tirrena	546	639	1.185	762	369	1.131	769	315	1.084
P.O. Elbano	3.119	562	3.681	2.977	408	3.385	2.934	419	3.353
P.O. Villamarina	5.432	2.193	7.625	5.826	1.391	7.217	5.512	1.298	6.810
P.O. Cecina	7.678	2.101	9.779	8.314	1.404	9.718	7.303	1.569	8.872
Spedali Riuniti Livorno	17.087	6.688	23.775	18.089	4.327	22.416	17.723	3.975	21.698
Totale :	33.862	12.183	46.045	35.968	7.899	43.867	34.241	7.576	41.817

L'attività di ricovero del PO è complessivamente diminuita passando da 9.779 ricoveri del 2008 a 8.872 ricoveri del 2010 pari a circa il -9,3% nella media della asl. Da commentare

I ricoveri di tipo psichiatrico vengono effettuati all'interno della UO Medicina attraverso l'utilizzo di 4 posti letto, in media, e con modalità procedurali condivise con l'unità funzionale di psichiatria.

Indicatori di appropriatezza di ricovero

Il sistema di valutazione MeS considera importanti indici di performance i tassi di ospedalizzazione per diabete, scompenso e polmonite. Inoltre viene costantemente monitorato il tasso di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni. Tali indicatori costituiscono anche un indice di buon funzionamento del territorio. Al 2010 la Bassa val di Cecina ha un'ottima performance in tutti e quattro gli indicatori (grafici 1,2,3 e 4). Nel 2011 il dato dei ricoveri superiori a 30 gg risulta in peggioramento. I dati positivi sono da mantenere mentre quello relativo ai ricoveri con degenza superiore ai 30gg è da migliorare.

Obiettivi

Obiettivi comuni ospedale e territorio sono i seguenti:

- mantenimento del tasso di ricovero per diabete, polmonite, scompenso allo stato attuale con rispetto della performance prevista e dei ricoveri > 30gg, possibile grazie alla medicina di iniziativa ed all'aumento dei posti letto in ospedale di comunità dall'aprile 2011;
- utilizzo delle strutture intermedie di ricovero

L'attività del presidio ospedaliero di Cecina è oggi organizzata attraverso la seguente dotazione di posti letto

Descrizione	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE
ALTA INTENSITA'	8		8
MEDIA INTENSITA' CHIRURGICA	30	5	35
MEDIA INTENSITA' MEDICA	40	1	41
MATERNI INFANTILE	24	1	25
CULLE	12		12
LOW CARE	20		20
RIABILITAZIONE COD.56	12		12
ONCOLOGIA		9	9
TOTALE	146	16	162

Obiettivi specifici dell'attività ospedaliera di degenza

AREA CHIRURGICA

- Chirurgia: mantenimento tempi di attesa nei limiti previsti dalla normativa regionale; valutazione quadrimestrale da agende operatorie.
- Oculistica – mantenimento lista d'attesa inferiore a 30gg per la cataratta. Verifica quadrimestrale da agende operatorie
- Ortopedia – mantenimento dell'attività operatoria nelle fratture di femore (>85%); attività protesica programmata: lista d'attesa a 90 gg ; aumento al 50% delle fratture di femore operate entro il giorno successivo. Valutazione trimestrale da SDO.
- Preospedalizzazione: mantenimento attività di preospedalizzazione centralizzata per ospedale di Cecina.
- Ginecologia - mantenimento degli attuali livelli per le attività di laparoscopia e isteroscopia. Dati 2010 da SDO. Valutazione quadrimestrale.

MATERNI INFANTILE

- Accreditemento punto nascita in relazione alle indicazioni del nuovo PSSR: verifica al 31.12.12

Ospedale di parto	Parti NTSV	PArta Cesarei NTSV	% Cesarei NTSV
Cecina	286	89	31,12
Livorno	363	95	26,17
Piombino	145	29	20
Portoferraio	65	9	13,85
Totale :	859	222	25,84

- Predisposizione di progetto per favorire il parto naturale e sviluppo del percorso nascita con particolare riferimento al pre e post partum in collaborazione con il consultorio. Entro 30.6.12
- Attività della breve osservazione pediatrica: monitoraggio trimestrale e riduzione ricoveri impropri legati a

brucopolmoniti, otiti, gastroenteriti

- Rispetto dell'Accordo Integrativo Aziendale per la pediatria di famiglia: dimissioni neonato patologico, deospedalizzazione: verifica trimestrale sul trend;
- mantenimento del protocollo per i Disturbi della Condotta Alimentare insieme a UF SMA e UF SMIA (All. 11) ed individuazione locale idoneo per degenza adolescenti.
- Mantenimento protocollo di ricovero in urgenza per bambini con problemi neuropsichiatrici. Verifica congiunta trimestrale
- Percorsi di ricovero in urgenza per bambini psicotici con Stella Maris. Attivazione protocollo entro 30.6.2012

RIABILITAZIONE

Attività di ricovero pari ad almeno 140 pazienti. Valutazione trimestrale da SDO.

Mantenimento dell'attività di riabilitazione cardiologica: verifica trimestrale su attività 2010

AREA MEDICA

- mantenimento del tasso di ricovero per diabete, polmonite, scompenso allo stato attuale con rispetto della performance prevista e miglioramento per quello dei ricoveri > 30gg. Analisi trimestrale dati MeS, monitoraggio mensile ricoveri > 30gg. Trasmissione dei ricoveri superiori a 30gg da parte del Presidio Ospedaliero.
- attività day service per l'anemia: monitoraggio trimestrale.

DIALISI

La Dialisi effettua attività ambulatoriale e di trattamento dialitico; possono essere trattati al massimo 44 pazienti attraverso l'utilizzo completo dei 12 posti letto tecnici della struttura. Viene continuato il progetto "Dialisi Vacanze" secondo indicazioni regionali.

Dialisi peritoneale: mantenimento dell'attività.

DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

Mantenimento dell'attività di ricovero ed ambulatoriale. Mantenimento delle funzioni di COD. Attivazione Day Service oncologico specifico entro 30.6.2012. Rispetto dei tempi di attesa per gli accertamenti diagnostici. Verifica trimestrale da SDO.

Definizione percorsi nella rete aziendale per patologia. Entro 30.6.12

3.b Percorsi assistenziali

- Procedure generali di continuità assistenziale ospedale territorio
- L'utilizzo dell'Ospedale di comunità
- La modalità organizzativa definita con il day service
- Le modalità di comunicazione tra mmg e medico tutor
- La mediazione culturale e linguistica
- L'applicazione della Del GRT 1038/05 in materia di prescrizione di prestazioni specialistiche e terapia da parte di medici specialisti e di medicina generale
- Progetto Ospedale e territorio senza dolore

Procedure generali di continuità assistenziale ospedale territorio

Al fine di garantire la continuità assistenziale ospedale territorio al momento della dimissione di pazienti che, pur avendo terminato la fase acuta, hanno sia necessità di proseguire in ambito territoriale terapie o trattamenti riabilitativi di una intensità elevata o necessità assistenziali elevate, a causa di perdita temporanea o definitiva dell'autonomia residua, senza che il nucleo familiare sia in grado di fornirle in maniera autonoma, si concorda l'osservanza delle seguenti procedure:

- a) **Applicazione regolamento Agenzia Ospedale Territorio (ACOT): Det DG 246/11 (All.1)** .
- b) Invio da parte della direzione sanitaria del presidio ospedaliero della segnalazione dei ricoveri over 20gg anche all'agenzia ospedale territorio. Analisi quadrimestrale delle segnalazioni.
- c) **Sviluppo dell'organizzazione di erogazione delle prestazioni in modalità day service (All. 2)** Vedi infra.
- d) **Protesi ed ausili necessari per la gestione domiciliare.** Applicazione del Protocollo sulla prescrizione delle Protesi ed Ausili: Det. DG 322/07. Elaborazione dati da gestionale protesi su prescrittore.
- e) **Terapia farmacologica.** Distribuzione diretta dei farmaci al momento della dimissione o prescrizione degli stessi da parte dei medici ospedalieri su ricettario SSR, in modo da evitare il ricorso al MMG ed alla Continuità Assistenziale per la sola trascrizione di terapie. Per la prescrizione di farmaci a pagamento del paziente o utilizzati al di fuori delle indicazioni terapeutiche verranno utilizzati i ricettari prestampati all'uopo predisposti **(All.3 e 4)**. Verifica quadrimestrale dati di prescrizione specialisti ospedalieri da gestionale farmaceutico.
- f) **Percorsi diagnostico terapeutici.** Vengono applicati i percorsi diagnostico terapeutici concordati a livello aziendale fra Specialisti ospedalieri e MMG e PLS. Almeno un incontro annuale fra UUOO ospedaliera e MMG su farmaceutica
- g) **Altre terapie, accertamenti e visite di controllo.** Applicazione della Del GRT 1038/05 e Del GRT 493/11, in merito alla prescrizione e prenotazione diretta da parte dei medici ospedalieri su ricettario SSR di esami diagnostici, terapie non farmacologiche e visite specialistiche di follow up o di controllo a distanza o di post ricovero, in modo da evitare il ricorso al MMG ed alla Continuità Assistenziale per la sola trascrizione. Andamento segnalazioni delle inosservanze.
- h) **Prescrizione visite specialistiche da parte dei MMG** con indicato sempre il sospetto diagnostico (eccetto il laboratorio analisi per cui è prevista anche la sola dizione "controllo"): non prenotabilità a CUP senza il sospetto diagnostico.
- i) **Necessità riabilitative post ricovero.** Applicazione dei protocolli concordati per l'invio a strutture interne ed esterne, pubbliche accreditate, di riabilitazione intensiva ospedaliera (cod.56) e territoriale (ex art.26) **(All.5 e 6)** e della Del GRT 595/05 per le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione.
- j) **Assistenza soggetti stomizzati.** Applicazione del protocollo per la gestione delle stomie **(All.7)**. Relazione annuale su attività.
- k) **Trasporti sanitari** correlati a cicli di trattamenti prescritti dalla struttura ospedaliera. Applicazione protocolli e disposizioni della direzione sanitaria **(All.8)**. Monitoraggio quadrimestrale andamento trasporti ordinari con contenimento costi secondo indicazioni aziendali.
- l) **Nutrizione Artificiale Domiciliare.** Applicazione del protocollo aziendale (in via di definizione). Approvazione protocollo entro 30.6.12
- m) **Ferite difficili.** Attivazione protocollo aziendale ferite difficili **(All. 9)**. Entro 31.3.12

Inoltre si concorda che:

- le dimissioni con necessità assistenziali sanitarie o socio sanitarie tali da richiedere l'attivazione di ADI, Ospedale di Comunità, strutture residenziali e semiresidenziali, non vengono effettuate nei giorni prefestivi o festivi, salvo diversi e specifici accordi con il responsabile del servizio delle Cure domiciliari.
- Il servizio di cure domiciliari è attivo 7 giorni su sette sulle 12 ore diurne: dal lunedì al sabato ed i festivi al mattino in servizio attivo, nei festivi pomeridiani in regime di reperibilità (quando sarà attivata). Entro 30.6.12

- Il servizio di cure di cure domiciliari e di riabilitazione è disponibile per ogni supporto o consulenza nei reparti al fine di favorire la presa in carico del paziente. A tal fine, come da regolamento ACOT, sarà garantita la presenza di personale infermieristico territoriale all'interno dei reparti per la presa visione e valutazione dei casi a rischio segnalati e l'attivazione delle procedure di gestione delle dimissioni difficili.
- L'attività di valutazione da parte dei gruppi di progetto territoriali (di base, cure palliative, ospedale di comunità) avviene, se necessario, quotidianamente dal lunedì al venerdì.

Utilizzo dell'Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità è stato ampliato, da Aprile 2011, a 18 posti letto complessivi di cui quattro dedicati a malati oncologici terminali.

Ospedale e territorio applicano il regolamento vigente: Det DG

A settembre 2011 erano stati effettuati 157 ricoveri: in proiezione a fine anno sono attesi circa 210 ricoveri.

Alcune note:

- il 70% dei pazienti in continuità ospedale territorio
- il 27% è costituito da malati oncologici terminali
- Quasi il 60% è dimesso a domicilio, prevalentemente con attivazione del servizio ADI, l'8% in RSA;
- Il 50% dei ricoveri proviene dall'area medica

L'Ospedale di Comunità effettuerà a regime circa 270 ricoveri annui: garantirà alle aree di degenza circa 150 ricoveri/anno per l'area medica e 55 ricoveri/anno per l'area chirurgica.

Il modello organizzativo di erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale programmabile definito "day service"

Il day service è una modalità organizzativa centrata sulle necessità cliniche del paziente esterno ed è funzionale alla gestione di situazioni complesse per le quali risulta inappropriato il ricovero, ma che richiedono una presa in carico per un inquadramento globale e la necessaria definizione della gestione assistenziale in tempi brevi. Per tale motivo il day service, per quadri patologici ben definiti, prevede interventi articolati ed interdisciplinari e che si sviluppa in ambito ospedaliero o territoriale.

Nel 2012 verrà sviluppato il day service nei seguenti settori: diabetologico, cardiologico, oncologico, pediatrico. Entro il 30.6.2012

Le modalità di comunicazione tra mmg e medico tutor

L'organizzazione dell'ospedale per intensità di cure prevede fra i suoi elementi caratterizzanti la presenza del medico tutor per ogni paziente. E' da considerare un valore il rapporto bidirezionale fra tale medico ed il MMG dell'assistito. Al fine di agevolare tale rapporto saranno resi disponibili:

- Ad ogni reparto il numero di cellulare e indirizzo e-mail di ogni medico di medicina generale della Zona Distretto Bassa Val di Cecina;
- Ad ogni medico di medicina generale un numero di riferimento interno e un indirizzo di posta elettronica del reparto;

Inoltre il programma gestionale dell'assistenza domiciliare, al momento della segnalazione dal reparto di un caso di pertinenza dell'agenzia ospedale territorio, genererà in automatico una mail al MMG dell'assistito ricoverato al fine di allertare il medico curante.

Anche tutte le UUFF territoriali renderanno disponibili le mail per eventuali contatti.

I MMG potranno accedere ai reparti dalle ore 7,00 alle ore 22,00 di tutti i giorni: a tale scopo saranno dotati di cartellini identificativi

Entro il 31.3.12

La mediazione culturale e linguistica

L'aumento della presenza di stranieri extracomunitari che trovano il loro riferimento nell'ospedale di Cecina impone l'adeguamento allo standard aziendale di un sistema di consulenza di mediatori linguistici in grado di fornire supporto ai reparti.

Attualmente è presente solo una presenza in ambito consultoriale di mediatori culturali.

Progetto Ospedale e Territorio senza dolore (All.14)

1. Individuazione gruppi di lavoro con referente per ciascun gruppo
2. Attivazione degli stessi formalizzata con delibera nella determinazione di programma della Direzione Generale, da inviare ai Direttori di P.O. e delle U.O. Infermieristiche.
3. Assegnazione ad ogni gruppo della stesura di un protocollo:
 1. **Livorno:** dolore post operatorio
 2. **Cecina:** dolore oncologico ed area medica
 3. **Piombino/Elba:** Pronto Soccorso e procedure dolorose
 4. **Dipartimento pediatrico:** dolore nel bambino
4. Realizzazione di un work shop di condivisione dei protocolli.
5. Divulgazione ed applicazione dei protocolli da parte dei coordinatori dei gruppi zionali unitamente ad un refreshment della terapia antalgica (n° 8 incontri per n° 8 partecipanti -2 per ogni zona-) dopo valutazione tramite test dei bisogni formativi degli operatori
6. I gruppi presenteranno i protocolli e pianificheranno autonomamente le attività ed il modus operandi della loro zona:
 1. Rilevazione del dolore con indicazione precisa degli strumenti
 2. Terapia
 3. Valutazione quantitativa del consumo di farmaci antidolore (in particolare Oppiacei).
7. Attuazione dei protocolli
8. Follow-up periodici di valutazione andamento progetto

Attuazione del progetto entro 31.12.12

3.c Attività specialistiche per esterni: tipologia, volumi di attività, attività ambulatoriale e domiciliare.

Prestazioni ambulatoriali

Di seguito vengono analizzate le singole branche specialistiche sia in termini di prestazioni specialistiche che di applicazioni i protocolli o procedure.

Da evidenziare che i volumi di attività concordate sono al netto delle prestazioni urgenti, per cui sono i posti disponibili in agenda, che determinano di fatto il tempo di attesa per le prestazioni di routine.

UO Ortopedia

- Mantenimento del tempo di attesa per le prive visite entro 15 gg insieme a territorio
- Integrazione con ortopedia territoriale: logistica e di percorsi. Entro 31.3.12.

UO Cardiologia

- Riattivazione ambulatorio di filtro cardiologico nella modalità day service con tempo di attesa inferiore ai 15gg. (90%) Entro 30.6.12
- Elaborazione di un protocollo con i MMG finalizzato alla riduzione delle richieste inappropriate di esami diagnostici
- Prestazioni specialistiche nei tempi previsti dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali dello scompenso e dell'ipertensione (medicina di iniziativa). Entro 31.3.12

- Priorità per bambini di età inferiore a 3 mesi per esami ecocardiografici: anche a livello aziendale. Entro 28.2.12
- Prestazioni di diagnostica cardiologica annuali: posti prenotabili da agenda CUP per:

PRESTAZIONI	gennaio-settembre			TOT 2009	TOT 2010	Stima TOT 2011	Obiettivo 2012
	2009	2010	2011				
88.72.3 - ecocolordopplergrafia cardiaca	1934	1902	1130	2689	2302	1571	1600
89.01 - anamnesi e valutazione, definite brevi	612	981	901	936	1196	1378	1400
89.43 - test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	601	644	564	820	843	770	820
89.48.1 - controllo e programmazione pace-maker	403	452	497	523	580	645	650
89.50 - elettrocardiogramma dinamico	801	725	731	1079	963	985	1100
89.61.1 - monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa	136	193	205	208	250	314	300
89.7 - visita generale	1514	1275	613	2011	1516	814	2000

UO Chirurgia

- Assistenza soggetti stomizzati. Applicazione del protocollo per la gestione delle stomie **(Al. 7)**
- Attività di Endoscopia: 6 colonscopie settimanali per screening con il più breve tempo di attesa possibile e comunque non oltre i 30 gg.
- Esecuzione di stomie enterali percutanee in collaborazione con UO di Anestesia ed in relazione alla necessità di alimentazione artificiale domiciliare nell'ambito del protocollo aziendale in corso di definizione.

Entro 31.3.12

UO Urologia - aziendale

- Definizione percorsi assistenziali aziendali per la presa in carico dei pazienti ambulatoriali (riferimenti, presa in carico, prenotazione). Definizione percorsi entro 28.2.12
- Potenziamento attività urologica finalizzata al completamento del percorso diagnostico e di follow up nel presidio ospedaliero di Cecina, per i pazienti residenti (polo diagnostico: cistoscopia, ecografia, biopsia). Entro 30.9.12
- Percorsi organizzati in day service. Entro 31.12.12

UO Oculistica

- Effettuazione di 230 ambulatori annuali presso i poliambulatori distrettuali (5 ambulatori settimanali, pari ad almeno 25 ore settimanali, x 46 settimane) equivalenti a circa 4600 pazienti prenotabili all'anno nelle agende CUP. Report quadrimestrale flusso specialistica.
- Mantenimento del tempo di attesa per le prime visite entro 15 gg insieme a territorio. Report aziendale quadrimestrale.

UO Otorinolaringoiatria

- Mantenimento del tempo di attesa per le prime visite entro 15 gg. Report aziendale
- Condivisione di protocollo prescrittivo aziendale delle protesi acustiche ed applicazione della Det.DG 322/07.
- Esecuzione delle prestazioni mediche specialistiche necessarie al mantenimento a domicilio dei pazienti con tracheostomia (sostituzione della cannula tracheale) in collaborazione con UO Anestesia.

Entro 31.3.12

UO Radiologia

- Formalizzazione del polo diagnostico e pieno utilizzo attrezzature.
- Organizzazione di reportistica per MMG delle prestazioni di diagnostica pesante (TC e RMN). Flussi SPA
- Condivisione di percorsi con MMG per diagnostica pesante
- Collegamento fra archivio RIS delle donne che hanno eseguito mammografia clinica e CORAT per ripulitura elenchi.
- Volumi di attività concordata (posti in agende CUP):

PRESTAZIONI	stima tot 2011	Obiettivo 2012
87.37.1 - mammografia screening	3200	4000
ECOGRAFIE cecina*	10.200	12.700
ECOGRAFIE rosignano*	847	
88.73.5 – 88.77.2 eco(color)doppler **	600	150

*Cecina: Riconversione ecografie delle anche dei neonati e riduzione ecocolordoppler vascolare. Rosignano: riconversione da refertazione radiografie.
** Trasferimento degli ecocolordoppler vascolari alla medicina ad eccezione dei doppler sui vasi addominali.

UO Laboratorio analisi

- Gestione territoriale di tutti i punti prelievi zionali
- Percorso pazienti in Terapia anticoagulante Orale (TAO): applicazione protocollo aziendale (All.13)

UO Ginecologia

- Aumento della diagnostica ecografia in gravidanza: condivisione con UF Consultoriale di ecografo.
- Attivazione di un ambulatorio gestione gravidanze a rischio in collaborazione con il consultorio. Entro 30.4.12
- Riduzione del tasso di tagli cesarei a meno del 27% come valore medio per l'anno 2012.
- Attivazione ambulatorio ginecologico divisionale anche per le attività pre e post chirurgiche Entro 30.4.12

UO Diabetologia - aziendale

- Prestazioni previste nell'ambito dei PDTA per diabete. Entro 28.2.12
- Mantenimento ambulatorio podologico
- Mantenimento ore di ambulatorio con proiezioni su Donoratico e Rosignano. Entro 30.6.12
- Attivazione day service diabetologico. Entro 30.6.12

UO Medicina

- Mantenimento tempi di attesa per ecocolordoppler vascolare non differibile inferiore ai 3 giorni: (U) Urgente con tempo di erogazione entro 72 ore. Report aziendale quadrimestrale.
- Applicazione protocolli per malattie vascolari e patologia tiroidea (All.10, 10 bis)
- Prestazioni previste nell'ambito dei PDTA per la BPCO (medicina di iniziativa). Entro 28.2.12.
- Applicazione del protocollo per i Disturbi della Condotta Alimentare insieme a UF SMA e UF SMIA (All. 11). Report quadrimestrale dei casi gestiti.
- Prosecuzione del rapporto fra UO Medicina e UF Salute Mentale Adulti per la gestione di quattro posti letto in media per malati con disturbi psichiatrici (All.12). Andamento SDO e riduzione ricoveri impropri.
- Applicazione regolamento Agenzia Continuità Ospedale Territorio
- Definizione protocollo fra UO Medicina e UF Sert per pazienti con patologie alcol-correlate. Protocollo entro il 31.3.12

UO Pediatria

- Prosecuzione dell'attività di valutazione e presa in carico congiunta con UF SMIA per i neonati a rischio. Valutazione congiunta.
- Mantenimento attività vaccinale nei presidi ospedalieri. Valutazione distrettuale.
- Percorso con UF Sert per segnalazione neonati in astinenza. Entro 31.3.12
- Attivazione day service pediatrico. Entro 30.6.12
- Percorso prevenzione displasia dell'anca (percorso privilegiato, ecografie fatte dai pediatri, ruolo del pediatra nella valutazione post prima ecografia) da concordare entro il 28.2.2012.

UO Anestesia

- Assistenza a pazienti in terapia ventilatoria domiciliare ed in RSA: nella RSA di via Montanara sono attivi 10 posti letto per stati vegetativi persistenti e sul territorio 4-5 pazienti: complessivamente stimate in 200 ore annue di risorsa di medico anestesista. Entro il 30.6.12
- Esecuzione delle prestazioni mediche specialistiche necessarie al mantenimento a domicilio dei pazienti con tracheotomia o stomia enterica percutanea (sostituzione della cannula tracheale, predisposizione e gestione di PEG, etc) in collaborazione con UO Chirurgia e UO Otorinolaringoiatria. Inserimento di cateteri venosi centrali PICC, etc. entro 30.6.12
- Nutrizione Artificiale Domiciliare. Applicazione del protocollo aziendale (in via di definizione). Entro 30.9.12

Il centro trasfusionale

Potenziamento attività di raccolta sangue con sedute aggiuntive secondo la programmazione regionale in accordo con associazioni del volontariato AVIS FRATES

Il Territorio garantisce l'effettuazione delle consulenze specialistiche ai pazienti degenti presso i reparti ospedalieri per le specialistiche non presenti nel presidio: Dermatologia, Odontoiatria, Neurologia (parzialmente), Psichiatria e Dipendenze.

Tempi di attesa

Prescrizione ed effettuazione delle prestazioni specialistiche in applicazione della Del.DG 445/11 (All. 15) in applicazione della Del GRT 493/11. Le necessità cliniche che possono richiedere una prestazione urgente vengono inviate al Pronto Soccorso per valutazione e successivo eventuale invio: deve essere richiesta dal MMG solo la consulenza urgente al PS (barrando la U sulla ricetta SSR) con le modalità previste nel capitolo specifico. La condivisione e l'applicazione da parte delle strutture ospedaliere e dei MMG e PLS di specifici percorsi di priorità di accesso ed effettuazione rappresenta un aspetto qualitativo importante: sarà applicata la Del-DG 445/11 con definizione dello "standard di prodotto" (tempo massimo di attesa) per le varie priorità:

- (U) Urgente: da eseguire entro 72 ore
- (B) Breve: da eseguire entro 10 gg
- (D) Differibili: da eseguire in **15/30** giorni per le visite e **30/60** giorni per diagnostica
- (P) Programmabili: escluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up

I MMG attueranno le indicazioni concordate.

Verranno applicate le disposizioni e rispettata la tempistica della sopra citata regolamentazione aziendale.

Secondo i tempi di applicazione previsti dall'azienda

3.d La medicina di iniziativa

- Attivazione di almeno 3 moduli di medicina di iniziativa nel territorio della Bassa Val di Cecina per almeno 30.000 assistiti;
- Garanzia da parte del PO dei volumi di prestazioni specialistiche previste dai Percorsi Diagnostici Terapeutici Aziendali. Entro 31.3.12

- Raggiungimento degli obiettivi regionali da parte dei moduli zonali. Valutazione periodica.

3.e L'attività di riabilitazione

L'attività residenziale: apertura 10 posti letto di ex art 26 nel presidio ospedaliero. Entro 31.12.12
Percorsi riabilitativi condivisi fra reparto di codice 56 e territorio finalizzati alla prosecuzione della riabilitazione sul territorio. Integrazione del personale con quello territoriale al fine di garantire continuità al servizio.

Percorsi ospedale territorio: mantenimento dei percorsi riabilitativi ospedale territorio nei seguenti ambiti (**all.16**):

- percorso ortopedico
- percorso ictus
- percorso donne mastectomizzate
- Mantenimento protocollo placche e viti
- Progetto e successiva attivazione del percorso malati respiratori

Riabilitazione cardiologica: attivazione percorsi AFA speciale per post infartuati con consulenza cardiologica programmata. Entro 30.4.12

3.f L'uso del Pronto Soccorso

Mantenimento Breve Osservazione con 6 posti letto tecnici e attivazione di 2 posti letto di OBI

Predisposizione di un progetto, previa valutazione generale dell'incremento nel fine settimana degli accessi al PS come invii da parte della guardia medica, teso a identificare un tipo ACAP per MMG

Si concordano inoltre le seguenti azioni:

- **mantenimento della rete territoriale** di assistenza medica ed infermieristica nel periodo estivo con presenza di assistenza medica ed infermieristica nelle postazioni di Marina di Castagneto C.cci, Marina di Bibbona, Marina di Cecina, Vada e Rosignano.
- **invio del paziente** da parte dei MMG, PLS e medici della Continuità Assistenziale solo in caso di effettiva emergenza o sospetto diagnostico comprovato: sono da escludere invii finalizzati alla sola esecuzione di esami diagnostici urgenti, per i quali sono operativi protocolli specifici di accesso. L'invio avverrà mediante richiesta SSR con indicato il sospetto diagnostico e/o l'eventuale sintomatologia, senza alcuna indicazione di esami diagnostici da eseguire, che verranno decisi dai sanitari della struttura. Valutazione congiunta.
- **Terapia farmacologica.** Distribuzione diretta dei farmaci necessari al ciclo di trattamento dell'evento acuto al momento della dimissione o prescrizione degli stessi da parte dei medici su ricettario SSR, in modo da evitare il ricorso al MMG ed alla Continuità Assistenziale per la sola trascrizione di terapie. Per la prescrizione di farmaci a pagamento del paziente o utilizzati al di fuori delle indicazioni terapeutiche verranno utilizzati i ricettari prestampati all'uopo predisposti (**all.3 e 4**).
- **Percorsi diagnostico terapeutici.** Vengono applicati i percorsi diagnostico terapeutici concordati a livello aziendale e locale fra Specialisti ospedalieri e MMG e PLS.
- Al paziente, al momento della dimissione, non verrà prescritta **terapia cronica**, né modificata quella cronica preesistente. Valutazione congiunta.

Sviluppo della rete dell'emergenza territoriale nell'ottica del trattamento tempestivo dell'evento acuto miocardio.

3.g Gli Screening

Mammografico per tumore della mammella femminile

Vedi UO radiologia

Sangue occulto nelle feci per tumore del Colon retto

Effettuazione di 6.000 esami di ricerca del sangue occulto nelle feci da screening all'anno

Tempi di risposta inferiori ai 7 gg

Esecuzione 6 colonscopie settimanali per screening con il più breve tempo di attesa possibile e comunque non oltre i 30 gg.

Pap test per cervicocarcinoma uterino

Effettuazione di 3.600 pap test all'anno da screening

Tempi di risposta dell'UO Anatomia patologica inferiori ai 20 gg

3.h Il Governo della spesa farmaceutica

- Attuazione dell'accordo aziendale in materia di spesa farmaceutica ed individuazione del MMG facilitatore assegnato alla Zona Distretto con compiti di incontro con MMG e reparti
- Incontri di monitoraggio dell'andamento della spesa: tutti i medici devono aver partecipato ad almeno un incontro annuale per il monitoraggio della spesa farmaceutica. I medici con spesa maggiore della media aziendale devono partecipare ad almeno due incontri annuali.
- Almeno un incontro annuale con i reparti ospedalieri per condivisione dei protocolli terapeutici, analisi dei problemi ed individuazione delle modifiche necessarie. Inserimento nei budget delle UO ospedaliere degli obiettivi regionali di governo della spesa farmaceutica coerenti con quelli per la medicina generale.
- Rispetto da parte degli specialisti del PTAV (Prontuario Terapeutico di Area Vasta). Valutazione del servizio farmaceutico.

4. Il Sistema di monitoraggio

a) Sviluppo di un portale aziendale con accesso esterno da parte dei MMG in modalità protetta (carta operatore) con informazioni disponibili per il medico circa la propria situazione e performance. Ad es:

- anagrafe assistiti ed esenzioni patologia e reddito;
- spesa farmaceutica dei propri assistiti
- alcune prestazioni specialistiche prescritte ai propri assistiti
- accessi al PS
- ricoveri in ospedali aziendali

Predisposizione progetto entro 30.6.12.

b) Al fine di monitorare l'applicazione del presente contratto di servizio, viene istituita una commissione locale di verifica di cui fanno parte di diritto per il volume delle problematiche di pertinenza:

- Direttore tecnico SdS
- Direttore Presidio Ospedaliero di Cecina
- Coordinatore delle Attività Sanitarie della SdS
- Coordinatore delle Attività Sociali della SdS
- Resp. UF Distrettuale o del servizio di cure domiciliari
- Direttore UO Medicina
- Direttore UO Pronto Soccorso
- Direttore UO Farmaceutica
- Due MMG
- Un PLS
- Un segretario verbalizzante

La commissione si riunisce con cadenza almeno QUADRIMESTRALE , ad esclusione del trimestre giugno- luglio-agosto, su convocazione del Direttore Tecnico della SdS.

La commissione valuta lo stato di attuazione del presente contratto di servizio secondo gli indicatori allegati al seguente contratto di servizio.

La commissione propone azioni di miglioramento coerenti e all'interno delle risorse assegnate attraverso un verbale che, firmato dal Direttore tecnico della SdS, dal Direttore del PO, dai fiduciari locali delle OOSS maggiormente rappresentative dei MMG e PLS, verrà inviato per opportuna conoscenza al direttore sanitario aziendale.

La commissione, attraverso il Direttore Tecnico della SDS, per la parte territoriale, ed il Direttore del PO, per la parte ospedaliera, invieranno segnalazioni ed inviti alle UUOO, Sez.,UUFF, MMG e PLS che non avranno applicato il presente contratto di servizio, ed eventualmente emaneranno delle disposizioni di servizio, là ove possibile e previsto. Trimestralmente verrà inviata relazione alla Giunta della SdS.

5. Percorsi correttivi di eventuali criticità emergenti

L'evidenziazione di una criticità condivisa dalla commissione di verifica e valutazione deve produrre una revisione del sistema ai vari livelli di responsabilità siano essi sul territorio che sull'ospedale individuando il punto critico oggetto di "disagio assistenziale" e ponendo correttivi possibili e coerenti con la pianificazione delle risorse assegnate siano essi strutturali,organizzativi, e/o gestionali idonei e condivisi con le strutture coinvolte nel percorso assistenziale oggetto di criticità.

L'eventuale azione correttiva sarà successivamente oggetto di ulteriore verifica per controllo del superamento della criticità evidenziata .

TABELLE E GRAFICI

Tab 1 Mobilità – anni 2008 - 2010

Indici di mobilità (x 100)

- Presidio ospedaliero della USL di residenza -

Residenza	2010	2009	2008
AUSL 6 – Livorno	64,55	64,62	66,32
Bassa val di cecina	63,43	64,97	67,06
Livornese	63,58	63,65	65,20
Val di cornia	68,33	66,46	68,04
Elba	65,73	65,64	67,51
NORD-OVEST	56,51	56,93	57,86
REGIONE TOSCANA	55,28	55,68	56,53

- Azienda ospedaliera dell'Area Vasta di residenza -

Residenza	2010	2009	2008
AUSL 6 – Livorno	18,61	18,84	18,16
Bassa val di cecina	18,10	17,77	17,39
Livornese	21,53	21,88	20,99
Val di cornia	14,99	15,23	14,66
Elba	10,76	11,48	10,93
NORD-OVEST	24,84	24,87	24,07
REGIONE TOSCANA	26,12	25,87	25,21

- Presidio ospedaliero di USL dell'Area Vasta non di residenza -

Residenza	2010	2009	2008
AUSL 6 – Livorno	2,34	2,46	2,38
Bassa val di cecina	2,68	2,53	2,39
Livornese	1,58	1,64	1,61
Val di cornia	3,52	4,51	4,42
Elba	3,51	2,93	2,84
NORD-OVEST	2,64	2,65	2,79
REGIONE TOSCANA	3,22	3,30	3,39

- Azienda ospedaliera di Area Vasta non di residenza -

Residenza	2010	2009	2008
AUSL 6 – Livorno	3,97	3,73	3,03
Bassa val di cecina	4,51	3,73	2,80
Livornese	3,04	2,99	2,24
Val di cornia	4,54	4,40	4,06
Elba	6,64	6,52	5,98
NORD-OVEST	3,44	3,10	2,49
REGIONE TOSCANA	4,31	4,15	3,71

- Presidio ospedaliero di USL diverso dalla USL di residenza ma della stessa Area Vasta -

Residenza	2010	2009	2008
AUSL 6 – Livorno	4,13	4,10	3,96
Bassa val di cecina	5,01	5,08	4,93
Livornese	4,54	4,45	4,28
Val di cornia	2,55	2,72	2,37
Elba	2,68	2,35	2,76
NORD-OVEST	5,89	5,91	6,10
REGIONE TOSCANA	4,48	4,47	4,66

- Fuori Regione -

Residenza	2010	2009	2008
AUSL 6 – Livorno	6,39	6,25	6,16
Bassa val di cecina	6,27	5,92	5,43
Livornese	5,73	5,38	5,69
Val di cornia	6,06	6,67	6,45
Elba	10,68	11,07	9,97
NORD-OVEST	6,67	6,54	6,69
REGIONE TOSCANA	6,58	6,53	6,50

Tab. 2

Ospedalizzazione per classi di età - tassi specifici per età (x 1.000) – anno 2009								
	Fascia d'età							
	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85 e +
AUSL 6 – Livorno	478,00	107,93	72,17	107,46	138,24	248,64	347,86	445,35
Bassa val di cecina	529,24	107,19	76,17	110,42	130,45	242,43	332,39	389,33
Livornese	431,13	113,92	71,73	107,73	138,36	246,47	351,13	472,06
Val di cornia	552,92	74,05	64,15	105,22	142,22	253,68	349,76	417,04
Elba	471,70	136,23	78,69	102,31	150,09	265,74	369,68	496,48
NORD-OVEST	407,03	109,64	72,18	108,40	144,51	260,90	359,00	428,56
REGIONE TOSCANA	407,27	105,10	74,81	104,71	135,75	249,28	350,79	440,59

Ospedalizzazione per classi di età - tassi specifici per età (x 1.000) - anno 2010								
	Fascia d'età							
	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85 e +
AUSL 6 – Livorno	472,40	115,73	71,19	103,33	132,24	236,72	327,61	416,37
Bassa val di cecina	465,75	106,86	64,73	98,96	132,07	222,79	300,15	366,89
Livornese	447,91	130,60	72,70	104,81	130,63	236,49	332,69	449,73
Val di cornia	488,84	82,13	71,71	101,77	131,99	232,11	327,54	368,75
Elba	620,69	112,38	77,52	109,13	141,98	283,89	379,28	448,72
NORD-OVEST	448,54	108,40	72,02	105,66	136,87	249,37	340,77	422,71
REGIONE TOSCANA	461,97	110,41	81,66	103,70	131,13	241,03	340,75	433,51

Tab. 3

Ospedalizzazione per By-pass coronarico (x 1.000) - 2008-2010		
Residenza	Totale	
	N° Casi	Tasso Standard.
AUSL 6 - Livorno	330	1,33
Bassa val di cecina	97	1,69
Livornese	140	1,16
Val di cornia	68	1,42
Elba	25	1,13
NORD-OVEST	1439	1,62
REGIONE TOSCANA	3685	1,45

Tab 4

Ospedalizzazione per Angioplastica (x 1.000) - 2008-2010		
Residenza	Totale	
	N° Casi	Tasso Standard.
AUSL 6 - Livorno	1109	4,34
Bassa val di cecina	227	3,85
Livornese	546	4,34
Val di cornia	233	4,76
Elba	103	4,79
NORD-OVEST	4558	5,06
REGIONE TOSCANA	15045	5,84

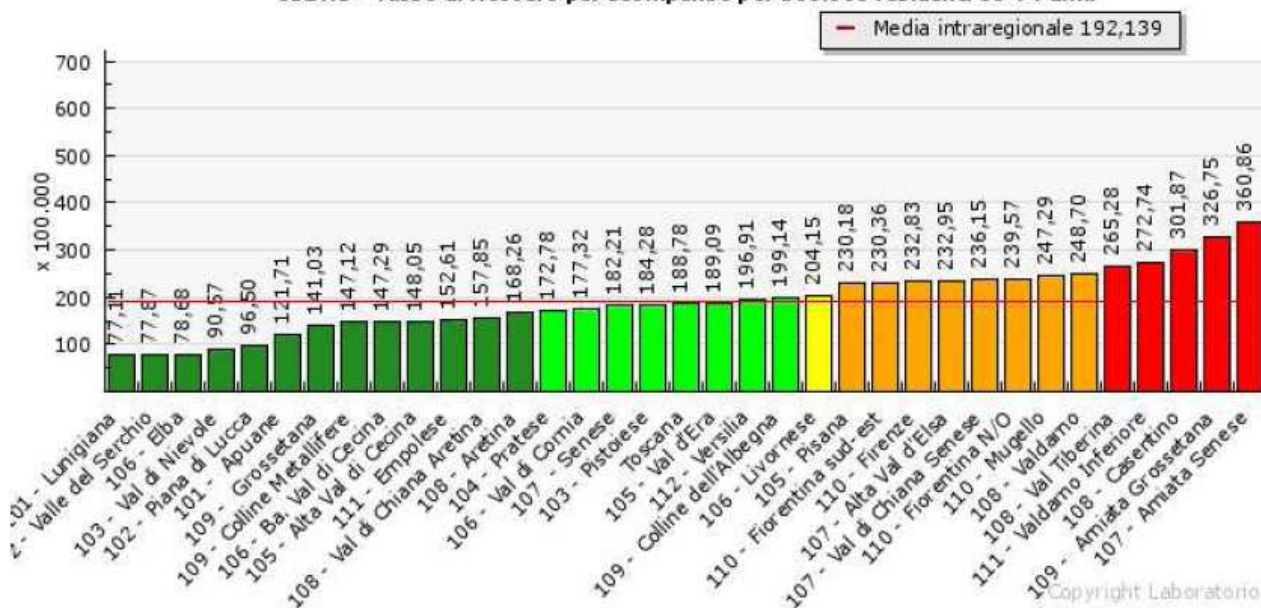
Tab 5

Anziani fratturati operati per frattura del femore (x 100) - 2010			
Residenza	Maschi	Femmine	Totale
AUSL 6 - Livorno	79,33	88,1	86,05
Bassa val di cecina	82,5	91,22	89,36
Livornese	80,9	85,88	84,62
Val di cornia	64,29	90,2	84,62
Elba	86,36	86,84	86,73
NORD-OVEST	86,16	88,05	87,62
REGIONE TOSCANA	87,19	87,57	87,48

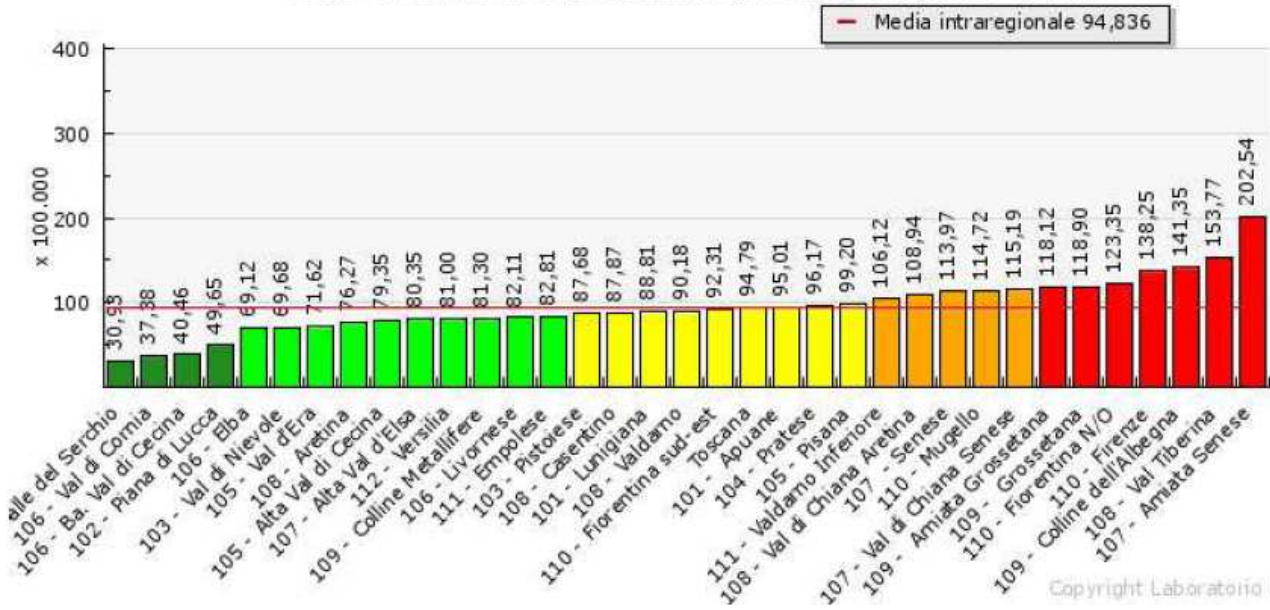
Tab 6

Anziani operati entro il giorno successivo al ricovero per frattura del femore (x 100) - 2010			
Residenza	Maschi	Femmine	Totale
AUSL 6 - Livorno	25,35	29,15	28,33
Bassa val di cecina	12,12	16,3	15,48
Livornese	8,33	10,22	9,76
Val di cornia	77,78	76,09	76,36
Elba	63,16	54,55	56,47
NORD-OVEST	34,4	37,33	36,68
REGIONE TOSCANA	26,38	28,75	28,19

C12T.1 - Tasso di ricovero per scoppio per 100.000 residenti 50-74 anni

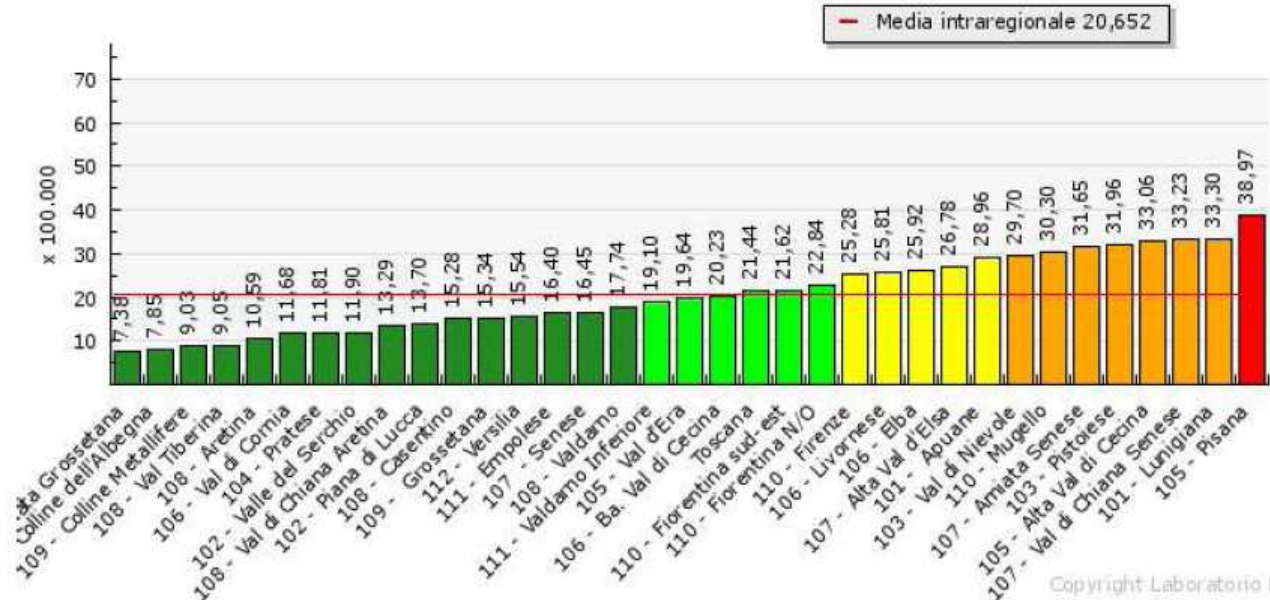


C13T.1 - Tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni



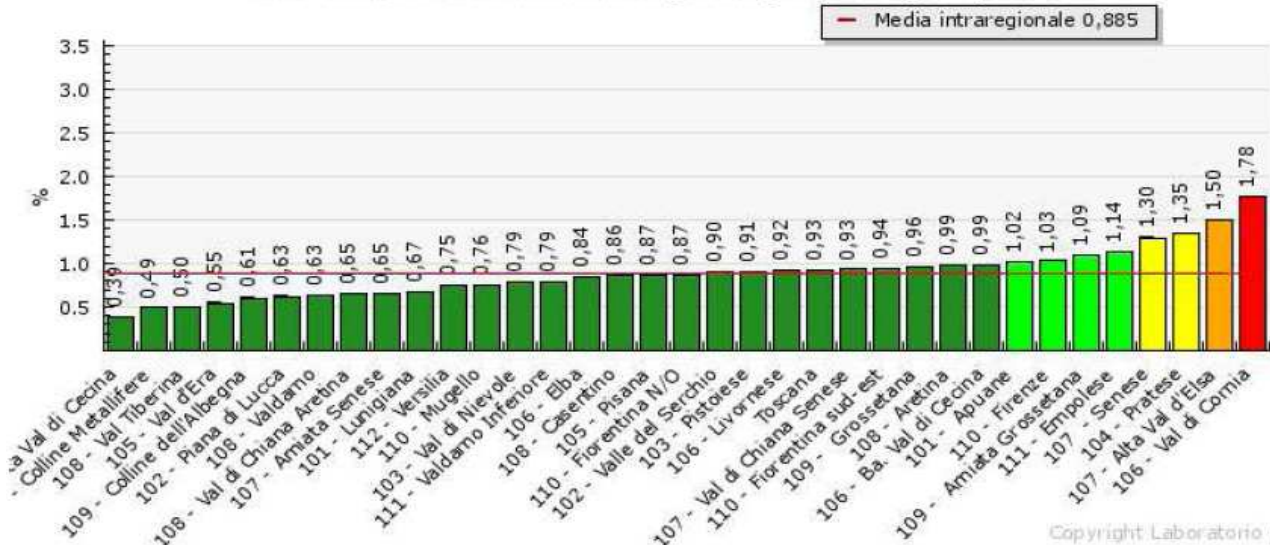
Copyright Laboratorio M...

C14T.1 - Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 20-74 anni



Copyright Laboratorio M...

C16T.1 - Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per residenza



Copyright Laboratorio M...