



Regione Toscana



Welfare e salute in Toscana

2022

Welfare e salute in Toscana

2022

Indice degli argomenti

Presentazione	7
I temi e la struttura del lavoro	9
Il contesto socio-demografico	11
Popolazione	13
Presenza straniera	16
Minori e giovani	19
Anziani	21
Famiglie	23
Determinanti di salute	25
Educazione e istruzione	27
Vulnerabilità e risorse delle famiglie	31
Inclusione ed esclusione sociale	36
Stili di vita	40
Ambiente	56
La salute dei toscani	61
Mortalità	63
Mortalità evitabile	66
Aspettativa di vita	68
Tumori	71
Malattie infettive	75
Covid-19	90
Eventi acuti cardiovascolari	99
Malattie croniche	103
Disabilità	106
Salute mentale	109
Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo	116
Suicidi	123
Incidenti stradali	126
Incidenti domestici	129
Incidenti sul lavoro	132
Salute materno-infantile	135

Salute di genere	141
Violenza di genere	144
Salute della popolazione anziana	149
Salute della popolazione straniera	153
Percezione di salute	158
Le risorse del sistema	161
Spesa sociale	163
Terzo settore	166
Lavoro domestico di cura	169
Ticket e copayment	171
Utilizzo del Sistema sanitario	173
Risorse finanziarie sanitarie	176
Risorse professionali sanitarie e sociali	178
Servizio sociale professionale	187
Consumo di farmaci e quesiti di farmaco-epidemiologia	192
La qualità delle cure	197
Assistenza garantita: i Livelli essenziali di assistenza	199
Copertura vaccinale in età pediatrica	203
Screening oncologici	208
Consultori	212
Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	215
Cure primarie per la cronicità	218
Televisite specialistiche	223
Assistenza alla popolazione anziana	227
Assistenza specialistica per la cronicità	231
Case della comunità	234
Assistenza domiciliare	236
Cure intermedie	239
Emergenza-urgenza	243
Ricovero ospedaliero	248
Mobilità ospedaliera	254
Esiti	257
Trapianti e donazioni	261
Cure nel fine vita	264
Antibiotico-resistenza	268
Riabilitazione	272
Interventi e sostegni per l'integrazione delle persone con disabilità	275

La percezione dei cittadini sui servizi	282
Eventi sentinella nel Sistema sanitario e buone pratiche promosse	284
La gestione del contenzioso nel Sistema sanitario	289
Il sistema di segnalazione e apprendimento dagli eventi avversi	294
Sicurezza degli hub vaccinali	297
Il Sistema di valutazione della performance	299
Introduzione al Sistema di valutazione 2022	301
I principi ispiratori del Sistema di valutazione della performance della sanità toscana	303
La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio	304
Il pentagramma come strumento per rappresentare i percorsi clinico-assistenziali	336
La mappa di performance	338
Trasparenza e benchmarking: la consultazione del sistema di valutazione della performance attraverso il portale	340
La performance della Regione Toscana nel 2021	341
Azienda Usl Toscana Centro	345
Azienda Usl Toscana Nord-ovest	346
Azienda Usl Toscana Sud-est	347
Azienda ospedaliero-universitaria Careggi	348
Azienda ospedaliero-universitaria Pisana	349
Azienda ospedaliero-universitaria Senese	350
Azienda ospedaliero-universitaria Meyer	351
Fondazione Toscana G. Monasterio	352
I risultati in sintesi dei percorsi assistenziali attraverso i pentagrammi	353
Il percorso materno-infantile	354
Il percorso oncologico	360
Il percorso assistenza domiciliare e residenziale	366
Il percorso salute mentale	372
Il percorso cronicità	376
Il percorso emergenza-urgenza	382
La valutazione della performance delle Residenze sanitarie assistenziali toscane	386
Il punto di vista degli utenti sui servizi sanitari: ritorno alla normalità?	391
Acronimi	397

Coordinamento scientifico

- Ars Toscana: F. Profili, F. Voller
- Regione Toscana: M. La Mastra, A. Salvi
- Federsanità Anci Toscana: L. Caterino
- Scuola superiore Sant'Anna: M. Vainieri, F. Ferrè

Curatori dell'edizione

M. Faraoni (Simurg Ricerche per conto di Anci Toscana), M. La Mastra (Regione Toscana), F. Profili (Ars Toscana), M. Vainieri, F. Ferrè (Scuola superiore Sant'Anna)

Indice degli autori

- Ars Toscana: E. Andreoni, B. Bellini, F. Collini, V. Di Fabrizio, M. Falcone, S. Forni, P. Francesconi, G. Galletti, F. Gemmi, R. Gini, A. Girardi, G. Hyeraci, F. Ierardi, F. Innocenti, C. Milli, D. Nuvolone, M. Pacifici, F. Profili, M. Puglia, G. Roberto, C. Silvestri, C. Szasz
- Regione Toscana: A. Ajello, G. Attardo, L. Baggiani, S. Brunori, N. Caruso, M. De Luca, M. La Mastra, S. Madrigali, D. Ricotta, A. Salvi, M. Tagliaferri, B. Trambusti
- Federsanità Anci Toscana: L. Caterino, M. Faraoni (Simurg Ricerche)
- Scuola superiore Sant'Anna: S. Barsanti, I. Corazza, S. De Rosis, F. Ferrè, R. Novaro, E. Pardini, F. Pennucci, E. Peruzzo, M. C. Severino, A. Vinci
- Centro Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente: E. Beleffi, G. Dagliana, E. Flore, R. Monaco, F. Ranzani, M. Tanzini, G. Toccafondi
- CeRIMP: D. Talini

Hanno collaborato

- Ars Toscana: C. Bartolini, A. Berti, S. Bravi, V. Dubini, E. Gualdani, C. Stasi
- Regione Toscana: P. Bellofiore, B. Cigolotti, C. Corezzi, M. Milani, C. Rizzuti
- Federsanità Anci Toscana: A. Arces, M. Betti, M. Caiolfa, A. De Conno, G. Evangelista, A. Failli, G. Mascagni, M. Mori, S. Rodrigues, E. Valeri
- Scuola superiore Sant'Anna: V. Benedetto, M. Bonciani, A. Caputo, E. De Vita, G. D'Orio, A. Ferrari, M. Furlan, M. F. Furmenti, S. Longhi, B. Lupi, M. S. Mavillonio, G. Moretti, A. M. Murante, G. Papparatto, L. Pirrotta, V. Spataro, F. Vola
- Centro regionale infanzia e adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): I. Candeago, R. Ricciotti
- Irpet: M. L. Maitino, L. Ravagli

Editing e grafica (a cura di Ars Toscana)

C. Baldocchi, R. Berni, S. Fallani, E. Marchini, B. Meoni

Elaborazioni dati

- Ars Toscana: S. Bartolacci, R. Capocchi, L. Gnaulati, M. Monnini, M. Razzanelli
- Regione Toscana: A. Casile, C. Degli Innocenti, D. Harghel, M. La Mastra, F. Nuti
- Federsanità Anci Toscana: L. Caterino, R. Di Gioia, M. Faraoni (Simurg Ricerche)
- Centro regionale infanzia e adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): R. Ricciotti, G. Scarti
- Centro Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente: E. Flore, F. Ranzani, M. Tanzini

Presentazione

La presentazione annuale del rapporto *Welfare e salute* rappresenta una delle occasioni in cui potersi interrogare sulla effettiva capacità delle istituzioni e della collettività di tutelare il benessere di tutte e di tutti e di promuoverne il beneficio più equo e sostenibile possibile.

La salute infatti, ed è un'evidenza scientifica ormai acquisita, è influenzata dal livello socio-economico e dalle condizioni di povertà e di svantaggio sociale che sono associate a una maggiore frequenza di fattori di rischio individuali, a stili di vita meno salubri e ad ambienti di vita deprivati e con minore interazione sociale.

Non sorprende quindi la stretta connessione fra condizione di svantaggio e disuguaglianze di salute, evidenziata dai dati che vengono qui rappresentati grazie alla collaborazione ed alla integrazione di più punti di vista e di responsabilità.

Insieme a tutto questo, l'elemento da cui non si può prescindere è la pandemia che in questi anni ha cambiato le nostre vite ed avuto un impatto, chiaramente, anche sul sistema sanitario.

La prima considerazione che i numeri ci consegnano è che il sistema in Toscana nel suo insieme, seppur tra tante difficoltà, ha tenuto. Numerosi studi a livello nazionale hanno testimoniato la capacità di resilienza del sistema sanitario toscano, e la capacità di garantire qualità che rappresenta, prima di tutto, un risultato di salute per la popolazione.

La lente di ingrandimento in questo quinto rapporto è puntata sul 2021, anno in cui la campagna di vaccinazione ha assorbito la maggior parte delle risorse del sistema. Nonostante ciò è stato fatto il possibile per garantire i livelli essenziali di assistenza e in alcuni ambiti i risultati, misurati in termini di prestazioni erogate, sono stati anche migliori rispetto al periodo pre-pandemico, risultati indicativi da un lato della capacità del sistema di migliorarsi e dall'altro di un appeal del sistema sanitario pubblico che in Toscana rimane forte.

I contributi di Ars, Mes, Grc e dei settori Welfare e innovazione e Integrazione socio-sanitaria e del Centro di documentazione regionale sull'infanzia e l'adolescenza, in collaborazione con Anci Toscana, ben rappresentano la sfida che ci vede come amministratrici e amministratori e come abitanti di questo pianeta, impegnati su più ambiti.

A cominciare dalla salute prima del concepimento e dopo la nascita, fino all'istruzione: tutti i bambini e le bambine, a qualsiasi livello socio-economico appartengano, hanno il diritto di iniziare il proprio percorso di vita avendo a disposizione risorse adeguate ed un'istruzione di "buona qualità" fin dalla frequenza al nido.

Occupazione e condizioni di lavoro favorevoli, insieme ad un reddito adeguato a garantire una vita sana, sono poi le opportunità che un paese attento ai propri cittadini dovrebbe offrire.

Così come una sempre maggiore attenzione, rispondenza ed appropriatezza nelle risposte ai bisogni complessi presenti nelle nostre comunità, attraverso la corretta e tempestiva risposta integrata delle diverse competenze, rimandano al fatto che ciascuno può giocare un ruolo attivo nel promuovere la salute all'interno dell'ambiente lavorativo, nei gruppi professionali, nelle comunità.

Istruzione, cultura, lavoro, ambiente, socialità, tutte condizioni che permettono di fare scelte in libertà, dando a ciascuno il diritto del controllo sulla propria vita.

All'indomani della pandemia, questo lavoro avvia e riprende il ripensamento dei sistemi di servizio sanitari e sociali che, proprio sotto la spinta di quanto accaduto a partire dai primi mesi del 2020, hanno iniziato un progressivo percorso riorganizzativo maggiormente orientato ai principi di proattività, prossimità, inclusione, multidisciplinarietà e integrazione socio-sanitaria.

L'esperienza ci mostra che le disuguaglianze sociali nella salute sono importanti non solo per il danno che producono alla popolazione nel suo complesso, ed in misura ancora maggiore verso chi si trova in condizione di fragilità (persone con disabilità, donne e minori che subiscono violenza, persone senza fissa dimora ecc.), ma anche come indicatore sintetico e sensibile del grado di giustizia sociale di una società, della sua capacità di inclusione e di prendersi cura di tutti e tutte.

Inoltre, l'apporto "sociale" al tema della salute comporta che gli interventi correttivi delle disuguaglianze non si concentrino unicamente sulla parte della popolazione nelle condizioni peggiori, ma si estendano all'intera popolazione, con un'intensità direttamente proporzionale al grado di svantaggio rispetto alla parte della popolazione che gode di condizioni ottimali (principio dell'"universalismo proporzionale").

Questo l'impegno messo in campo da Regione Toscana con politiche ed interventi mirati, attraverso il coordinamento dei diversi livelli di programmazione, in stretta collaborazione con gli Ambiti territoriali ed i Comuni, le Aziende sanitarie locali e gli Enti del Terzo settore per una riassunzione di responsabilità e partecipazione da parte delle cittadine e dei cittadini rispetto ai temi della salute e della qualità della vita nei nostri territori.

In questo senso il rapporto *Welfare e salute in Toscana* rappresenta un importante strumento conoscitivo integrato a disposizione della nostra regione nell'ambito della salute, intesa tanto nella componente sanitaria che in quella sociale: un lavoro che integra relazione sanitaria, profilo sociale e valutazione del servizio sanitario regionale, offrendo uno sguardo globale e complesso delle evidenze di salute che riguardano le nostre comunità.

Assessore al diritto alla salute
Simone Bezzini

Assessora alle politiche sociali
Serena Spinelli

I temi e la struttura del lavoro

Come riportato da molti osservatori ed esperti, in Italia la pandemia è intervenuta a rendere più evidenti gli squilibri del sistema-Paese e le sacche di disuguaglianza presenti lungo l'asse Nord-Sud, tra centro e periferia, generi, generazioni e i diversi strati della popolazione. Da questo punto di vista, la premessa al nostro Piano nazionale di ripresa e resilienza rappresenta con realismo alcuni di quei processi in atto, i quali – più che essere legati alla fase congiunturale connessa al Covid-19 – sembrano assumere molto più i contorni di un rallentamento strutturale del nostro modello di sviluppo, sia in campo economico che sociale: «*Nel 2020, il prodotto interno lordo si è ridotto dell'8,9 per cento, a fronte di un calo nell'Unione Europea del 6,2 e [...] La crisi si è abbattuta su un Paese già fragile dal punto di vista economico, sociale ed ambientale. Tra il 1999 e il 2019, il Pil in Italia è cresciuto in totale del 7,9 per cento. Nello stesso periodo in Germania, Francia e Spagna, l'aumento è stato rispettivamente del 30,2, del 32,4 e del 43,6 per cento. Tra il 2005 e il 2019, il numero di persone sotto la soglia di povertà assoluta è salito dal 3,3 per cento al 7,7 per cento della popolazione – prima di aumentare ulteriormente nel 2020 fino al 9,4 per cento*».

Se nella precedente edizione di questo lavoro il focus principale di attenzione era stato rivolto alla capacità di tenuta e resilienza del sistema sanitario e sociale toscano di fronte alla sfida epocale rappresentata dalla pandemia, quest'anno *Welfare e Salute in Toscana* affronta invece l'altrettanto sfidante tema della ripartenza, o – se si vuole – del ripensamento dei sistemi di servizio sanitari e sociali che, proprio sotto la spinta di quanto accaduto a partire dai primi mesi del 2020, hanno iniziato un progressivo percorso riorganizzativo maggiormente orientato ai principi di proattività, prossimità, inclusione, multidisciplinarietà e integrazione socio-sanitaria.

La strategia europea *Next Generation EU*, da cui discende il Pnrr, ha nei fatti guidato buona parte di questo percorso ricostruttivo e di rilancio del sistema sanitario nazionale e delle politiche sociali, non solo attraverso le risorse economiche previste dalle Missioni 5 (inclusione e coesione) e 6 (salute), ma anche e soprattutto attraverso le riforme, cd. abilitanti degli investimenti, recate dallo stesso Pnrr: il decreto ministeriale n. 77 che fissa modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale; le riforme della disabilità e della non autosufficienza, senza dimenticare la determinazione dei Livelli essenziali delle Prestazioni sociali e gli Obiettivi di servizio introdotti dalla Legge di bilancio per il 2022 e ripresi e ordinati dai Piani nazionali di settore.

Il **rapporto** *Welfare e salute in Toscana* rappresenta così il principale strumento conoscitivo integrato a disposizione della nostra regione nell'ambito della salute, intesa tanto nella componente sanitaria che in quella sociale. Il lavoro, infatti, integra **relazione sanitaria**,

profilo sociale e valutazione del servizio sanitario regionale, offrendo uno sguardo globale e complesso delle evidenze di salute che riguardano le nostre comunità.

Welfare e salute in Toscana rappresenta, al solito, un lavoro corale e integrato svolto da Istituzioni e Centri di ricerca di riferimento del territorio, svolto con il coordinamento dell’Agenzia regionale di sanità – Ars, e con il coinvolgimento di Regione Toscana – con i suoi diversi settori coinvolti e con l’Osservatorio sociale regionale, dei Comuni attraverso Anci Toscana, del Laboratorio Mes della Scuola superiore Sant’Anna di Pisa, del Centro regionale di documentazione e analisi per l’infanzia e l’adolescenza dell’Istituto degli Innocenti, del Centro Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente.

In continuità con le precedenti edizioni, e per fornire informazioni quanto più dettagliate rispetto alla situazione epidemiologica della popolazione toscana e alle performance dei sistemi di servizio, il rapporto è strutturato in tre volumi:

- **Welfare e salute in Toscana 2022:** raccoglie, in forma di schede, le principali evidenze statistiche relative ai temi trattati, fornendo possibili chiavi di lettura rispetto, tra gli altri, all’evoluzione del contesto socio-demografico e dei determinanti di salute, alla salute della popolazione, alle performance di sistema.
- **Le disuguaglianze sociali e di salute e le risposte del Pnrr su coesione, inclusione e salute:** approfondimento tematico dedicato alle disuguaglianze, attraverso la lettura dei fenomeni ad esse correlati sia dal punto di vista sociale – con riferimento a minori e famiglie, persone con disabilità o in condizioni di non autosufficienza, persone senza dimora e in condizioni di estrema vulnerabilità, ... – che sanitario, e delle risposte messe in campo dai diversi livelli per farvi fronte: dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, alle risorse, interventi e riforme previsti dal Pnrr – con i relativi finanziamenti intercettati dalla Toscana.
- **Appendice statistica:** presenta i dati di salute della popolazione toscana, per Zone-distretto, attraverso una selezione di indicatori, la maggior parte dei quali utilizzati per la programmazione così come definiti dalla Dgr 925/2020.

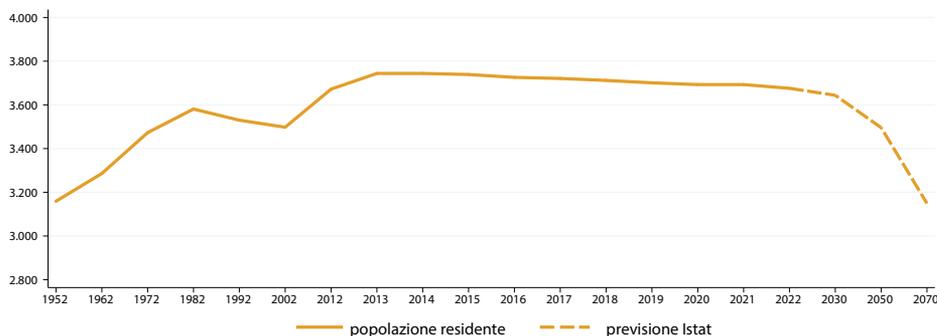
Il contesto socio-demografico

Popolazione

I residenti della Toscana al 1° gennaio 2022 sono 3.676.285 (il 6,2% della popolazione italiana), con una leggera prevalenza di donne (51,6%) e una quota di stranieri pari all'11,5%. Dal dopoguerra ad oggi la popolazione Toscana è cresciuta di oltre 517mila residenti (+16%), ma la dinamica di lungo periodo evidenzia almeno quattro trend differenti: la crescita ininterrotta dal 1952 al 1982 (+13%), il leggero calo fino al 2002 (-2,4%), la ripresa demografica del successivo decennio, sostenuta soprattutto dai flussi migratori in entrata (+5% al 2012), e la progressiva stabilizzazione al ribasso dal 2015 in poi, coincidente con il rallentamento delle immigrazioni, con una leggera, ma costante, perdita di residenti negli ultimi 8 anni (figura 1). Questo trend più recente è caratterizzato, come detto, dal rallentamento dei nuovi ingressi di cittadini stranieri, ma anche dal continuo calo della natalità (per le donne italiane ed anche tra le donne straniere dopo la crisi economica del 2008) e, dal 2020, dalla pandemia da Covid-19, che oltre ad acuire la portata dei fenomeni già descritti, ha avuto un deciso impatto sull'aumento del tasso di mortalità rispetto al periodo precedente.

Guardando allo scenario futuro attraverso le previsioni demografiche Istat su base 2021 (figura 1), si può notare come l'andamento sostanzialmente stabile di questi anni sia destinato a convergere verso un progressivo e consistente calo di popolazione. Tra 50 anni, a meno di un'inversione delle tendenze in atto, la popolazione toscana potrebbe tornare ai livelli del secondo dopoguerra, ma con una struttura per età ben diversa da quella del 1952, prefigurando un vero e proprio declino demografico.

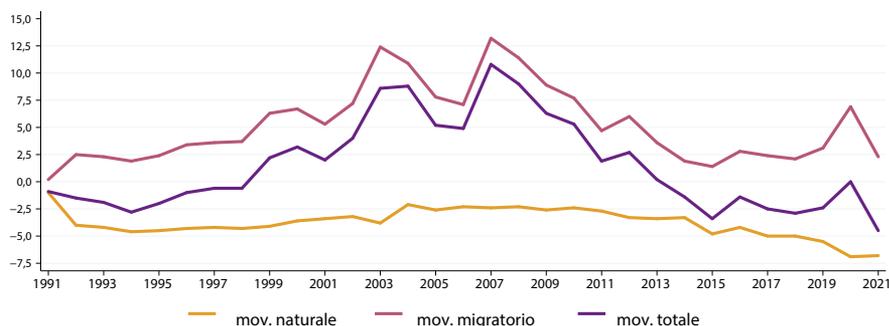
Figura 1. Popolazione residente - Valori in migliaia - Toscana, periodo 1952-2022 e previsioni
Fonte: Istat



L'analisi del bilancio demografico (figura 2) certifica chiaramente come la tenuta della popolazione sia stata garantita dal saldo migratorio positivo (principalmente imputabile all'arrivo della popolazione straniera sul nostro territorio), almeno fino al 2014, e come l'attuale rallentamento dei flussi dall'estero non sia più in grado di controbilanciare il saldo naturale stabilmente negativo, e in peggioramento, della popolazione generale, in particolare

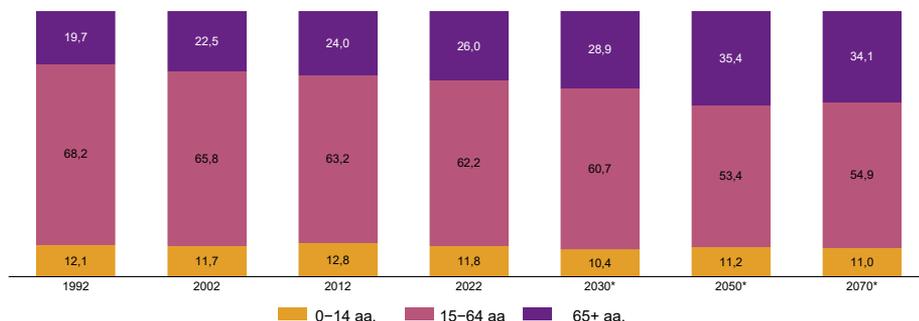
di quella autoctona. Uno scenario che già oggi si mostra deficitario in termini di ricambio generazionale, generando la lieve, ma progressiva, erosione di popolazione dell'ultimo periodo e che sembra destinato ad accentuarsi nei prossimi anni. Del resto i dati 2020-2021, sui quali ovviamente ha avuto un impatto fondamentale la pandemia, segnalano una media annua di circa 22.500 nuovi nati (erano circa 30mila ogni anno mediamente tra il 2002 e il 2014) e di quasi 48mila morti (media 2002-2019 di circa 42mila decessi annui), per un tasso di natalità di 6 nati ogni 1.000 abitanti e un tasso di mortalità di 13 decessi ogni 1.000 abitanti.

Figura 2. Movimento della popolazione residente - Valori per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 1991-2021 - Fonte: Istat



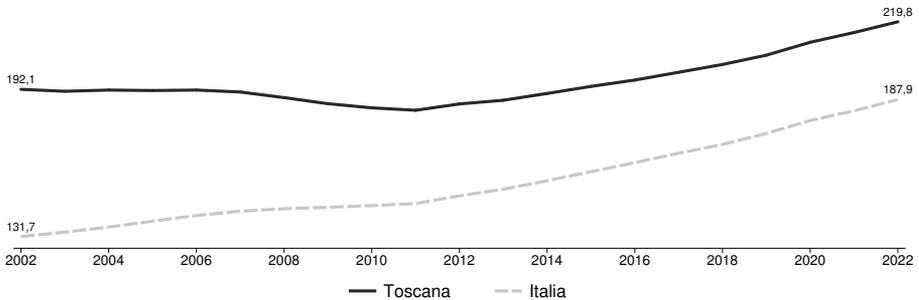
La popolazione toscana, oltre ad essere proiettata verso il calo demografico, sarà caratterizzata nei prossimi anni da un costante processo di invecchiamento, comune a tutto il Paese. La già sbilanciata struttura per età odierna, infatti, combinata con le più recenti previsioni demografiche, fornisce una fotografia abbastanza delineata dello scenario che ci attende: a fronte di una stabilità nel tempo dei giovani under 15, si è ridotta la popolazione in età attiva (dal 68% del 1992 al 62% del 2022, fino al 53% previsto nel 2050) e aumenta il peso relativo degli anziani, che rappresentano oggi oltre un quarto della popolazione e si stima diventeranno un terzo entro i prossimi 30 anni (figura 3).

Figura 3. Popolazione residente per classe d'età - Distribuzione percentuale - Toscana, periodo 1992-2022 e previsioni (*) - Fonte: Istat



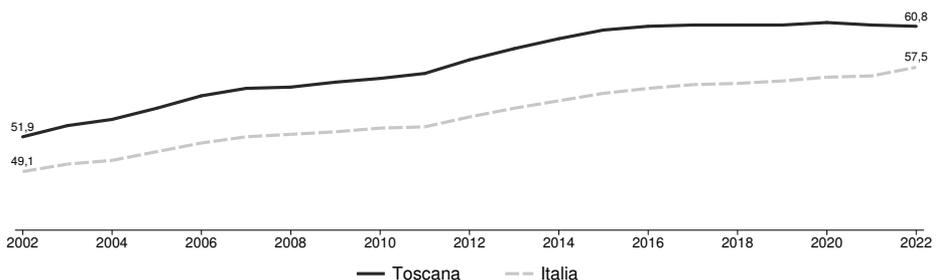
I principali indicatori di struttura demografica confermano lo scenario fin qui descritto. L'indice di vecchiaia, rapporto tra anziani d'età 65+ e giovani under 15, è in forte crescita, con una consistente forbice rispetto al dato medio nazionale, ormai stabilmente oltre i 2 anziani per ogni giovane (figura 4) e con una prospettiva di arrivare oltre i 3 nel 2050. La nostra regione è 6° nella graduatoria delle regioni più anziane, dopo Liguria (indice di vecchiaia pari a 267,4), Sardegna, Molise, Friuli-Venezia Giulia e Umbria.

Figura 4. Indice di vecchiaia - Anziani (65+ anni) ogni 100 giovani (<15 anni) - Toscana e Italia, periodo 2002-2022 - Fonte: Istat



Stesso trend e stessa forbice si hanno anche per l'indice di dipendenza strutturale (figura 5), misura del carico delle classi d'età cosiddette non produttive (under 15 e over 64enni) sulla popolazione di 15-64 anni, che conta ad oggi in Toscana circa 60 giovani e anziani ogni 100 abitanti d'età 15-64 anni (il rapporto diventerà 87 a 100 nel 2050). Nella graduatoria per regione la Toscana è 5°, dopo Liguria (indice di dipendenza strutturale pari a 65,7), Umbria, Piemonte e Friuli-Venezia Giulia.

Figura 5. Indice di dipendenza strutturale - Anziani (65+) e giovani (<15 anni) ogni 100 adulti (15-64 anni) - Toscana e Italia, periodo 2002-2022 - Fonte: Istat

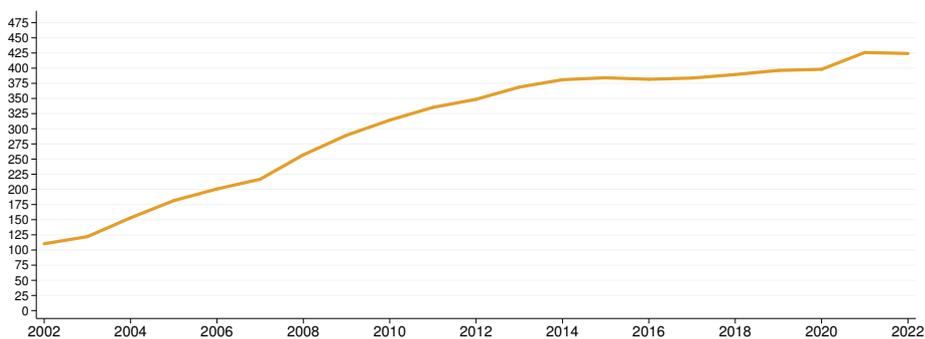


Considerata la latenza che intercorre tra l'attuazione di possibili interventi e i loro effetti sulle dinamiche demografiche, le previsioni Istat sono destinate a concretizzarsi nei prossimi anni. Il progressivo invecchiamento dei residenti e l'assottigliamento della fascia di popolazione in età lavorativa, capace di fornire assistenza a giovani ed anziani, farà plausibilmente crescere la domanda e il carico di lavoro che ricadrà sui servizi previdenziali, sanitari e sociosanitari.

Presenza straniera

La presenza straniera nel Paese, così come in Toscana, è ormai da anni un elemento strutturale della società. Secondo i più recenti dati Istat al 1° gennaio 2022 gli stranieri residenti presenti sul territorio regionale toscano sono 424.215, di cui il 52% donne, e rappresentano l'11,5% del totale dei residenti, valore superiore all'8,8% rilevato complessivamente in Italia. Tra le 179 nazionalità presenti, le più numerose sono di gran lunga la rumena e la cinese (entrambe al 17%), l'albanese (14%) e la marocchina (7%). A questi numeri ufficiali vanno aggiunti circa 43.500 stranieri irregolari in Toscana, ottenuti applicando la stima di prevalenza pari al 9,3% del totale degli stranieri presenti in Italia (regolarmente residenti e non) contenuta nel XXVII Rapporto sulle migrazioni della Fondazione Ismu (519mila irregolari su 5 milioni e 576 stranieri presenti in Italia). Il trend degli ultimi venti anni mostra una sensibile crescita della popolazione straniera residente durante i primi anni 2000 e fino al 2014, un successivo rallentamento fino al 2020 e una nuova crescita nel 2021 (figura 1). Il dato dell'ultimo anno è però in realtà un riallineamento dei dati Istat per ovviare alle difficoltà di campionamento del censimento permanente causate dalla pandemia da Covid-19. Rispetto alla popolazione ottenuta a fine anno in base ai soli dati di flusso della dinamica demografica, gli stranieri censiti sono in aumento per effetto di un aggiustamento statistico, dovuto all'applicazione di una nuova metodologia di calcolo. Il consolidamento di questi dati dovrà quindi essere verificato una volta tornata a regime la metodologia standard prevista dal censimento permanente.

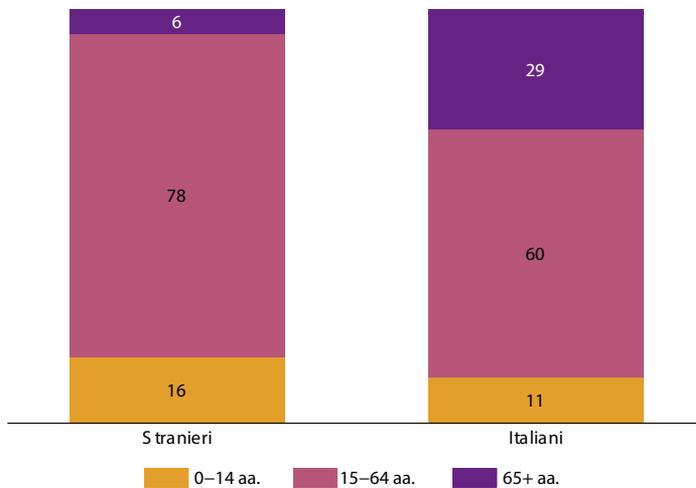
Figura 1. Residenti di cittadinanza straniera - Valori in migliaia - Toscana, periodo 2002-2022 - Fonte: Istat



L'età media della popolazione straniera è molto più bassa di quella degli autoctoni, 36 vs 47 anni, e la distribuzione per età, rispetto a quella degli italiani, si differenzia per una maggiore incidenza delle fasce d'età ≤ 14 anni (16% rispetto all'11% degli italiani) e 15-64 anni (78% vs 60%) e una netta minore presenza di anziani di 65+ anni (6% vs 29% nella popolazione italiana), come ampiamente atteso considerata la storia relativamente recente, rispetto anche ad altri Paesi europei, del fenomeno migratorio in Italia (figura 2). Queste differenze spiegano,

insieme alla consistenza numerica degli nuovi arrivi, come il fenomeno migratorio abbia contribuito da inizio anni 2000 alla tenuta demografica regionale e a una quota importante di ricambio generazionale. Contestualmente, basandoci su questi parametri, si prefigura lo scenario demografico che la Toscana avrà di fronte nel prossimo futuro, contraddistinto dalla progressiva incapacità dei flussi migratori di compensare l'invecchiamento della popolazione, dovuta anche alla diminuzione dei tassi di natalità.

Figura 2. Residenti per nazionalità e classe di età – Valori percentuali – Toscana, anno 2022
Fonte: Istat



Se alcuni fattori legati all'immigrazione in Toscana sono ormai stabili, negli anni più recenti si riscontrano alcuni cambiamenti nelle caratteristiche degli arrivi sul territorio regionale sia per la crisi economica sia per l'impatto della pandemia da Covid-19 sui flussi migratori. Sono aumentate la componente femminile e l'età media, ed è cresciuta la quota di permessi di soggiorno di lungo periodo (dal 47% del 2011 al 65% nel 2021), tipicamente meno legati ai motivi di lavoro. Quest'ultima tipologia scende, infatti, tra le motivazioni locali di richiesta a vantaggio dei motivi familiari e di protezione.

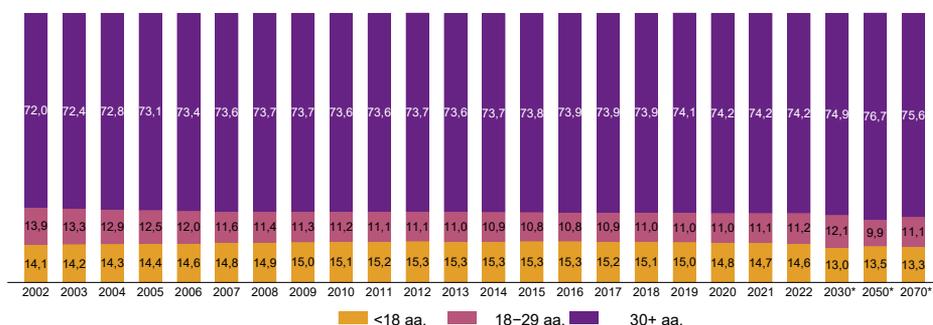
Il radicamento delle comunità straniere in Toscana e l'inserimento nelle realtà restano comunque elementi acquisiti e ben testimoniati. Nel 2020 sono tornate a crescere le acquisizioni di cittadinanza, a livelli simili del biennio 2015-2016. Sono cresciute le famiglie di soli stranieri e quelle con almeno uno straniero e il numero di minori stranieri è quadruplicato con quasi 82mila bambini e ragazzi (1/5 degli stranieri residenti e il 15% del totale minori presenti in regione). A fronte di ciò, sono quasi 62mila quelli inseriti nel sistema scolastico regionale (15% del totale iscritti), di cui 2/3 di seconda generazione. Sono inoltre 5.400 le famiglie straniere assegnatarie di alloggi di edilizia residenziale pubblica (12% del totale) al 2021 e circa 6mila quelle ammesse nelle graduatorie vigenti (37% del totale domande ammesse).

Si tratta di numeri significativi, come quelli relativi al contributo dato dalla popolazione straniera al sistema economico e lavorativo. Il Rapporto sugli stranieri nel mercato del lavoro 2022 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali informa che le imprese con titolare di nazionalità extra Unione europea (Ue) sono in Toscana 38.400 (18,6% del totale imprese, una quota seconda solo a quella della Liguria), e che i lavoratori dipendenti stranieri extra Ue rappresentano in Toscana il 13% del totale. L'osservatorio Inps sui lavoratori domestici, infine, conta circa 60.600 i lavoratori stranieri del comparto (per la gran parte donne), il 71% del totale. La presenza straniera è quindi una realtà stabilmente presente in Toscana e consolidata nel tessuto della società.

Minori e giovani

Al 1° gennaio 2022 i residenti under 30 in Toscana sono circa 947mila e rappresentano il 26% della popolazione totale, quota leggermente inferiore alla media nazionale (28%) e in progressiva e costante diminuzione (erano il 33% nel 1991). I minorenni sono circa 536mila, pari al 14,6% del totale residenti, mentre i 18-29enni (circa 411mila) incidono per l'11,2%. La rilevanza della popolazione giovanile, stando all'ipotesi mediana delle recenti proiezioni demografiche di Istat per i prossimi decenni, qualora non si invertano le tendenze in atto, sembra avviata verso un'ulteriore diminuzione (figura 1). Secondo questi scenari, infatti, gli under 30 toscani nel 2050 saranno circa 815.600, perdendo oltre 130mila residenti (-14%), e rappresenteranno poco più del 23% (contro l'attuale 28%) della popolazione totale. La classe interna dei minorenni vedrà un calo di circa 65mila unità (-12%), quella 18-29 anni di circa 66.500 (-16%), e la loro quota scenderà rispettivamente al 13,5% e al 10%.

Figura 1. Popolazione residente per classe d'età - Valori per 100 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2002-2022 e previsioni (*) - Fonte: Istat



I percorsi di autonomia dei giovani sembrano ormai in stallo da diversi anni. Se è vero che cresce la quota di giovani toscani che vivono da soli e che nel 2021 in Italia l'età media di abbandono della famiglia di origine è scesa sotto la soglia dei 30 anni (restando comunque una delle più alte in Europa), il 65% dei 18-34enni toscani (circa 384mila persone) vive in famiglia con almeno un genitore, pur avendo, nel 46% dei casi, un lavoro (figura 2). L'allungamento della permanenza nella famiglia di origine e dei tempi di acquisizione di autonomia si riflettono ovviamente sulla propensione alla costruzione di nuovi nuclei familiari e sulla natalità: continua, infatti, sia la diminuzione delle coppie giovani con figli, passate dal 12,7% delle famiglie mononucleari del 1991 all'attuale 5,1%, sia l'aumento dell'età media della donna al parto, cresciuta di un anno e mezzo nell'ultimo decennio (figura 3).

Per tentare di scongiurare, o almeno mitigare, gli scenari demografici previsti da Istat per i prossimi decenni saranno necessarie politiche in grado di invertire i trend appena descritti, sostenendo una popolazione giovane sempre più ridotta nei numeri e fragile dal punto di vista dell'inserimento nel "mondo degli adulti" e nel raggiungimento di una piena autonomia rispetto alla famiglia di origine.

Figura 2. Giovani di 18-34 anni d'età che vivono in famiglia – Valori per 100 abitanti d'età 18-34 anni – Toscana e Italia, anni 2001-2021 - Fonte: Istat

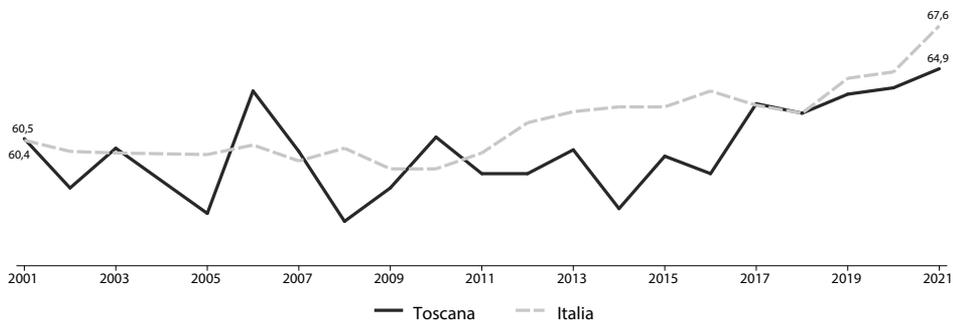
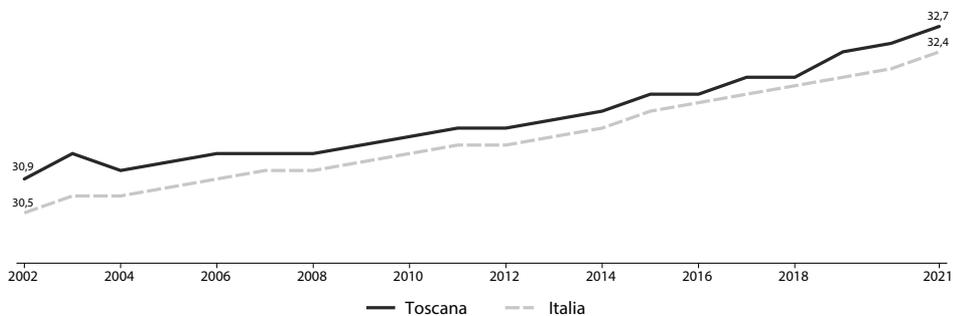


Figura 3. Età media della donna al parto - Valori in anni - Toscana e Italia, periodo 2002-2021 - Fonte: Istat

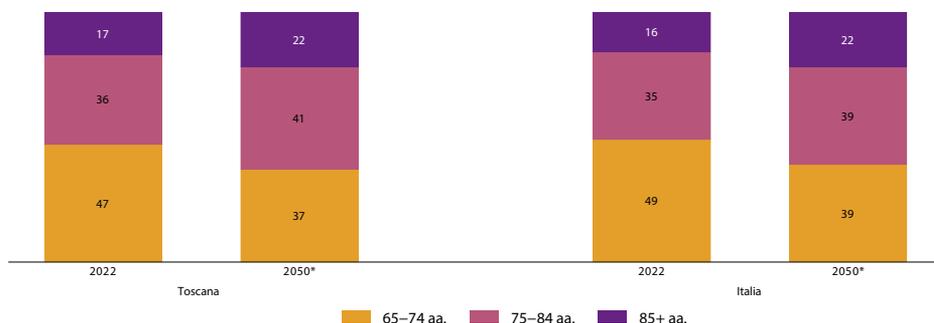


Anziani

Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana e di quella toscana sta generando significativi impatti sul sistema di welfare, in ragione del crescente bisogno di assistenza legato alla cura delle patologie croniche, di aiuto nei casi di fragilità e non autosufficienza, di sostegno in caso di solitudine o isolamento sociale. Considerate le dinamiche demografiche e le previsioni Istat per i prossimi decenni, inoltre, all'orizzonte possiamo attenderci solamente un ulteriore inasprimento della forbice tra bisogno di assistenza e possibilità, da parte delle generazioni più giovani, di rispondere a questo bisogno in famiglia e in termini contributivi. È oltremodo accentuata, infatti, la contrazione delle reti di protezione familiare.

Gli anziani residenti in Toscana al 1° gennaio 2022 sono poco più di 955mila e rappresentano il 26% del totale residenti (media italiana pari al 24%). Grazie alla loro maggiore longevità, le donne sono il 56%. L'indice di vecchiaia (anziani 65+ anni su giovani under15) regionale è ad oggi pari a 220, si contano cioè più di 2 anziani ogni giovane, a fronte di una media italiana di 188, confermando così la Toscana al 6° posto tra le regioni a maggiore presenza anziana del nostro paese. La composizione interna vede oggi una predominanza dei 65-74enni (47%) sui 75-84enni (36%) e sui grandi anziani (17%). Un rapporto che sembra però destinato a cambiare nel corso dei prossimi 30 anni, secondo le previsioni demografiche Istat, con la classe dei 75-84enni che supererà quella dei 65-74enni. Gli over 84 arriveranno a rappresentare più di un anziano su cinque, il 22%.

Figura 1. Anziani residenti in Toscana per classe di età - Valori percentuali - Anno 2022 e previsioni (*) - Fonte: Istat



Il mantenimento dei livelli di salute e di autonomia degli anziani è fortemente influenzato dal grado e dalla qualità dell'inserimento sociale, ossia dai fattori che interessano sia la condizione abitativa sia la presenza di relazioni sociali e reti di supporto. Riguardo a questi fattori la sorveglianza Passi d'argento dell'Istituto superiore di sanità ha rilevato nel biennio 2020-2021 una quota di anziani in condizione di isolamento sociale pari al 14% in Toscana (media italiana pari al 15,5%). Sul tema della solitudine abitativa riferisce invece che il 18% degli anziani

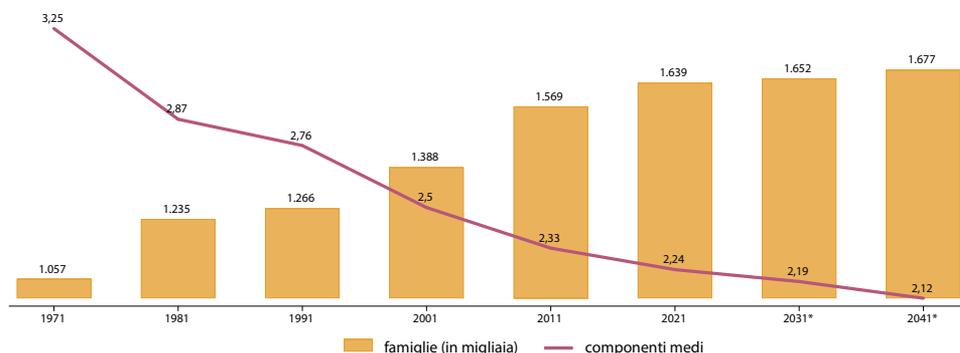
toscani (circa 170mila in termini assoluti) vive da solo, mentre Istat evidenzia la presenza di 290mila famiglie unipersonali composte da over64 (la metà del totale unipersonali). Il 70% delle famiglie unipersonali è composta da donne, più longeve degli uomini e quindi più frequentemente in condizioni di vedovanza. La solitudine abitativa però non comporta automaticamente l'isolamento sociale dell'anziano, c'è infatti una parte di persone per la quale il vivere da soli può, al contrario, essere segnale di buone condizioni di autonomia fisica, relazionale ed economica (sono in condizioni di salute tali da riuscire a vivere da soli senza l'aiuto di terzi): sempre Passi d'argento stima che l'88% degli anziani toscani percepisce positivamente la propria salute, che solo il 3% dichiara molte difficoltà economiche (contro una media Italia del 10%) e che solo il 12% si ritiene insoddisfatto della propria vita (media nazionale 18%). C'è però sicuramente una quota per la quale si configura, insieme alla solitudine abitativa, una situazione di mancanza di tessuto relazionale e protettivo. Ed è su quest'ultimo target che occorre concentrare l'attenzione, perché rappresenta la fascia più a rischio, maggiormente soggetta alla perdita di autonomia e allo scivolamento nell'area della non autosufficienza.

Famiglie

Le principali trasformazioni che stanno attraversando le famiglie italiane e toscane, modificandone struttura e composizione, sono note e studiate da anni. Ci sono però alcune dinamiche recenti che stanno ulteriormente mutando gli scenari, soprattutto quelli del prossimo futuro. Le ragioni che stanno alla base di questi mutamenti sono molteplici e coinvolgono svariati aspetti di vita, quali le dinamiche di formazione e scioglimento delle coppie (calo dei matrimoni, aumento delle convivenze, crescita di separazioni e divorzi e delle famiglie ricostituite), il ritardo con cui i giovani riescono a lasciare la famiglia di origine per costituirne una propria (attorno ai 30 anni, tra le più alte in Europa), il progressivo e crescente ingresso delle donne nel mercato del lavoro e l'aumento dell'età di primo concepimento (ad oggi in Toscana e in Italia l'età media al primo figlio è arrivata a 32,5 anni).

Uno tra i principali e più noti effetti è il cosiddetto processo di nuclearizzazione, ovvero l'aumento dei nuclei familiari, e la contemporanea riduzione del numero medio di componenti per famiglia. Si tratta di una dinamica riscontrabile negli ultimi 50 anni e che sembra non arrestarsi, anche guardando alle previsioni demografiche Istat per i prossimi 20 (figura 1). Dal 1971 la Toscana è passata da poco più di 1 milione di famiglie a oltre 1 milione e 600mila (+55%) e, per contro, da 3,25 a 2,24 componenti medi per famiglia. Le proiezioni demografiche al 2041 prevedono sia una ulteriore crescita dei nuclei (+37mila circa) sia un ulteriore restringimento (2,12 componenti medi).

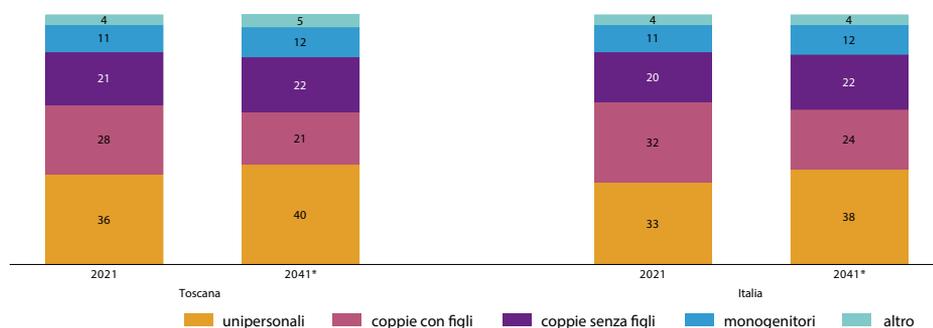
Figura 1. Famiglie residenti - Valori in migliaia e numero medio di componenti - Toscana, periodo 1971-2021 e previsioni (*) - Fonte: Istat



A questo processo di semplificazione strutturale delle famiglie si accompagna una crescita della complessità delle tipologie e delle modalità di composizione dei nuclei. Per quanto riguarda le tipologie (figura 2), si assiste ad un cambiamento delle forme familiari, all'interno delle quali continua la diminuzione delle coppie con figli, la tipologia più diffusa fino a qualche anno fa, oggi scesa al 28% del totale (era il 37% nel 2001). Di queste, circa il 54% ha un solo figlio, il 39% ha due figli e il 7% ne ha tre. Crescono invece le famiglie unipersonali, per il 58%

costituite da over 60enni, e che ormai da qualche anno costituiscono la tipologia prevalente, le coppie senza figli (21% del totale) e le monogenitoriali (11%), con netta prevalenza di madri con figli (81%). Situazione che cambierà ulteriormente nei prossimi 20 anni, secondo le previsioni, in direzione di un'ulteriore diminuzione delle coppie con figli (saranno il 21% nel 2041) a vantaggio delle unipersonali (in aumento al 40%). In merito alla composizione e formazioni dei nuclei, crescono tra le coppie stabili quelle non coniugate, così come aumentano le famiglie ricostituite (nel 2020 in Toscana il 23% degli sposi e il 21% delle spose erano al secondo matrimonio o successivo). L'esperienza matrimoniale, del resto, ha subito anch'essa cambiamenti nel tempo. I matrimoni sono in calo, 11.221 nel 2019 (69% con rito civile), con un indice di nuzialità di 2,9 ogni 1.000 abitanti (era 4,6 nel 2002) e con un crollo a 1,6 per 1.000 nel 2020, per evidente effetto delle restrizioni emergenziali dovute alla pandemia in corso (soltanto 5.894 riti celebrati). Sono inoltre oggetto di una progressiva posticipazione che ha portato l'età media a 35 anni per gli uomini e oltre 33 anni per le donne.

Figura 2. Nuclei familiari residenti per tipologia – Distribuzione percentuale – Toscana e Italia, anno 2021 e previsioni (*) – Fonte: Istat



Tale situazione, e la sua prevista evoluzione futura, tenderà evidentemente a rafforzare il già apprezzabile assottigliamento delle reti familiari e il conseguente indebolimento del loro ruolo di protezione sociale, con potenziali ulteriori difficoltà per la tenuta del sistema di welfare.

Determinanti di salute

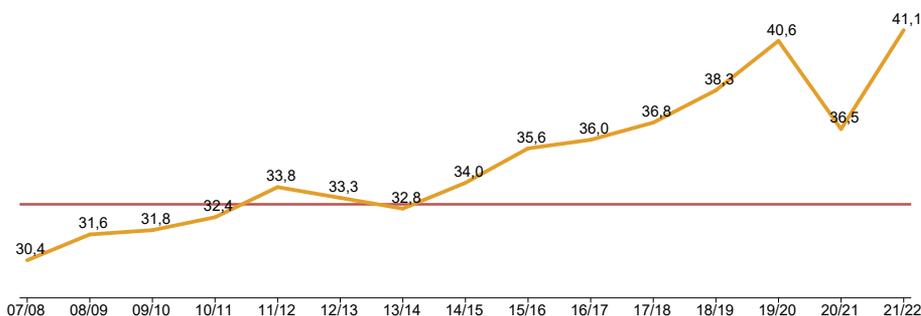
Educazione e istruzione

L'educazione e l'istruzione sono per la Toscana due settori chiave che hanno ricevuto, da sempre, un'attenzione molto significativa, a conferma della riconosciuta importanza del loro ruolo in chiave di sviluppo del capitale umano (sviluppo intellettuale e cognitivo), di inclusione (socialità, inserimento sociale e lavorativo) e di benessere (crescita di persone consapevoli orientate a corrette scelte di salute e di uso appropriato dei servizi sociali e sanitari). Non a caso i principali indicatori di monitoraggio su queste tematiche collocano la nostra regione in posizioni di vertice nel panorama nazionale.

Le bambine, i bambini, le ragazze ed i ragazzi inseriti nel sistema educativo e dell'istruzione toscano sono circa 518mila: circa 23.600 nei servizi educativi per l'infanzia (3-36 mesi), 78.800 nella scuola dell'infanzia (3-5 anni) e 415.500 nel ciclo dell'istruzione (151.800 nella scuola primaria, 101mila nella secondaria di I grado e 162.700 in quella di II grado). Gli stranieri rappresentano complessivamente il 15% degli iscritti: in riferimento ai singoli ordini scolastici, sono il 7% nei servizi all'infanzia, il 12% nella scuola dell'infanzia, il 17% nella primaria, il 16% nella secondaria di I grado e il 14% in quella di II grado.

I servizi educativi all'infanzia (asili nido e servizi integrativi) toscani, che svolgono un ruolo strategico sia riguardo ai percorsi educativi e socializzanti sia per la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro delle famiglie, hanno la più elevata diffusione territoriale e copertura del bisogno in Italia: nel 2020 la percentuale di bambini iscritti sui residenti collocava la Toscana (37,3%) al 1° posto tra le regioni (con media nazionale al 28%) e la percentuale dei comuni che offrono il servizio (87% contro una media nazionale del 59%) tra le prime regioni. Nell'anno educativo 2021/22 la nostra regione ha garantito un'offerta di 889 strutture, costituite per l'89% da asili nido e per il restante 11% da servizi integrativi (spazi gioco, centri per bambini e famiglie, servizi educativi domiciliari). La dotazione del servizio, misurata attraverso l'indicatore di Lisbona (accolti ogni 100 residenti d'età 3-36 mesi), è arrivata al 41%, avendo superato già da alcuni anni l'obiettivo del 33% e si mostra in continua crescita (figura 1).

Figura 1. Accoglienza nei servizi educativi all'infanzia - Bambini accolti nei Servizi educativi all'infanzia per 100 bambini d'età 3-36 mesi (Indicatore di Lisbona) - Toscana, periodo 2007-2022 - Fonte: Regione Toscana

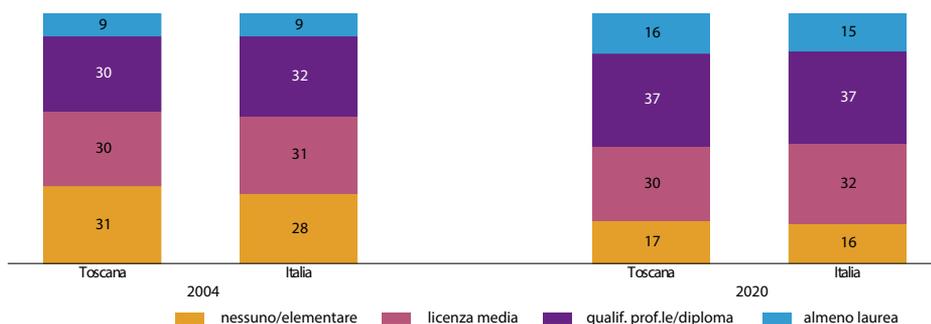


* la linea rossa individua l'obiettivo del 33%.

I livelli di istruzione, quelli di apprendimento e le performance all'interno del sistema scolastico toscano sono in netto e costante miglioramento, ma, pur nella virtuosità all'interno del panorama nazionale, si rivelano ancora deficitari rispetto allo scenario medio europeo.

La situazione regionale riguardo il livello di istruzione della popolazione di 15 anni e oltre si attesta in linea di massima su quella media italiana: stanno aumentando i laureati (passati dal 9% del 2004 all'attuale 16%), il 37% ha conseguito il diploma o la qualifica professionale (era il 32% nel 2004) e si sta riducendo la quota di persone con nessun titolo o licenza media (quasi dimezzata).

Figura 2. Titolo di studio più elevato conseguito - Valori per 100 abitanti d'età 15+ anni - Toscana e Italia, anni 2004 e 2020 - Fonte: Istat



L'abbandono scolastico coinvolge l'11% dei ragazzi toscani tra i 18 e i 24 anni, a fronte del 13% nazionale e del 10% medio europeo, e la quota è quasi dimezzata rispetto al 2004, avvicinando la Toscana alla soglia del 10% fissata dalla Strategia Europa 2020 (figura 3). Sempre sul fronte del disagio scolastico, diminuisce il ritardo degli studenti rispetto al regolare ciclo di studi (variabile proxy di situazioni di abbandono), che nell'anno scolastico 2020/21, con le bocciature di fatto bloccate in conseguenza della pandemia, ha comunque coinvolto circa 40.800 studenti del ciclo di istruzione primaria e secondaria, ovvero il 10% complessivo, con una punta del 19% nella secondaria di II grado (quasi 1 studente su 5).

In questo frangente si nota ancora una maggiore difficoltà dei ragazzi stranieri (27% complessivo e 50% nella secondaria di II grado), ma con una forbice che si sta restringendo, grazie anche alla crescente presenza di seconde generazioni. Al di là dei livelli di istruzione, però, nel livello di qualifica dei giovani toscani, nonostante i miglioramenti evidenti, rimane ancora un sensibile gap rispetto a quello dei coetanei europei. I 30-34enni con istruzione universitaria sono infatti il 29% (erano il 16% nel 2004), contro una media europea del 42% (figura 4). Contestualmente, anche i gradi di apprendimento e competenze nazionali e regionali (quali ad esempio quelle alfabetiche, numeriche e digitali misurate attraverso il sistema Invalsi o l'indagine Ocse-Pisa) si collocano in posizioni deficitarie rispetto agli altri paesi europei.

Figura 3. Giovani che abbandonano prematuramente gli studi – Giovani (18-24 anni) senza titoli superiori alla licenza media/qualifiche professionali (non iscritti a corsi scolastici o attività formative) per 100 abitanti d'età 18-24 anni – Toscana, Italia e media paesi EU28, anno 2020 – Fonte: Istat ed Eurostat

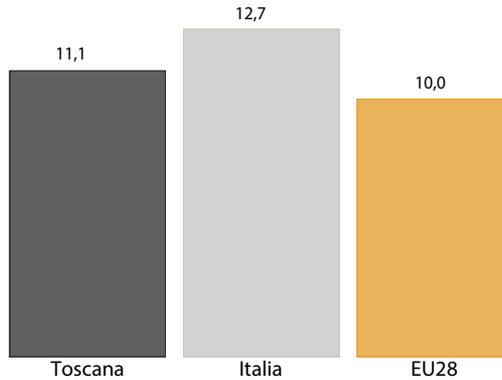
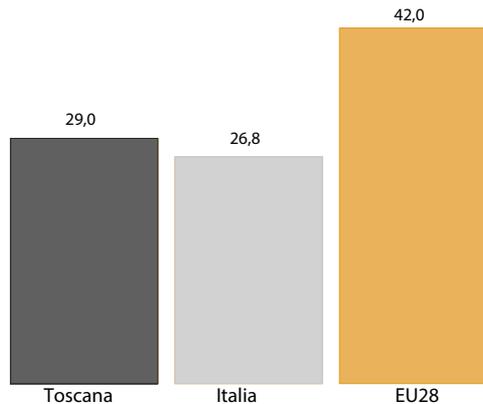


Figura 4. Giovani con istruzione universitaria – Valori per 100 abitanti d'età 30-34 anni – Toscana, Italia e media Paesi EU28, anno 2021 – Fonte: Istat ed Eurostat

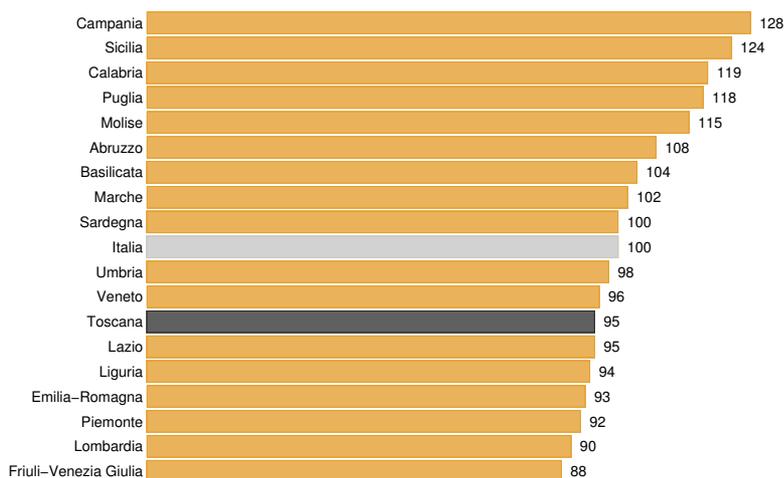


Infine, uno dei temi maggiormente presidiati in questi anni dalla ricerca sul tema dell'istruzione è quello della povertà educativa, che Istat definisce come la privazione, per i bambini e gli adolescenti, dell'opportunità di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni (definizione ripresa anche dal V Piano nazionale di azione ed interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, licenziato nel 2021 dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali).

Tra i molteplici tentativi di misurazione, Istat e Save the Children, insieme a un gruppo di ricerca multidisciplinare, hanno definito l'indice di povertà educativa (Ipe), una misura

sintetica del fenomeno, attraverso quattro dimensioni (relazioni primarie e competenze, attitudine alla resilienza, partecipazione sociale e alla formazione, standard di vita, salute e sicurezza) e 12 indicatori: un indice che varia tra 70 e 130, standardizzato rispetto al valore di riferimento per l'Italia, fissato a 100 (>100: elevati livelli di povertà educativa). Nel tentativo empirico di misurazione, la Toscana (valore 95) si colloca positivamente al di sotto del valore di riferimento nazionale (100), dietro a Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia e Liguria (figura 5). Il posizionamento della Toscana tra le regioni con minori tassi di povertà educativa è un elemento peraltro riscontrabile in pressoché tutti i tentativi di misurazione e valutazione elaborati recentemente in Italia, ovvero quelli del Centro interuniversitario di ricerca e servizi sulla statistica avanzata per lo sviluppo equo e sostenibile “Camilo Dagum” (Università di Pisa, Siena e Firenze), di WeWorld Onlus, della fondazione Open Polis, in collaborazione con l'impresa sociale Con i Bambini, del Gruppo Crc – Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (network composto da più di 100 soggetti del Terzo settore coordinato da Save the Children Italia).

Figura 5. Indice di povertà educativa – Valori standardizzati su media italiana (100 valore soglia, valori maggiori indicano povertà) – Regioni e Italia, anno 2018 – Fonte: Istat e Save the Children



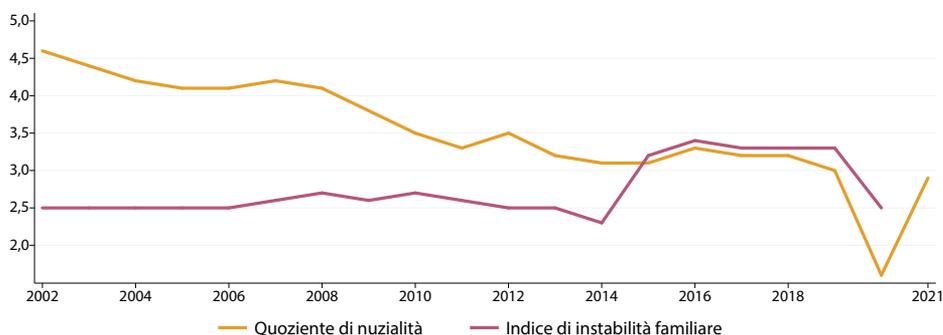
* dato non disponibile per Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta

Vulnerabilità e risorse delle famiglie

Le capacità di tenuta delle famiglie toscane in chiave di protezione sociale sono sottoposte in questi anni a significative tensioni. Da una parte le trasformazioni che le stanno rendendo sempre più instabili e con meno componenti, dall'altra la crescente pressione in termini di cura da parte dei più fragili (minori e anziani in primis), nonché le sempre presenti sacche di disagio abitativo e di fragilità economiche e relazionali.

Dal lato dei mutamenti familiari, oltre al già citato processo di nuclearizzazione (numero medio di componenti passato dai 3,25 del 1971 agli attuali 2,24), si assiste ad una diminuzione dei matrimoni (la nuzialità è passata in venti anni da 4,6 a 2,9 matrimoni ogni 1.000 abitanti) e ad un aumento di separazioni e divorzi (l'eccessivo picco negativo del 2020 è dovuto alle restrizioni per la pandemia).

Figura 1. Quoziente di nuzialità (matrimoni) e di instabilità matrimoniale (separazioni e divorzi) - Valori per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 2002-2021 - Fonte: Istat



Dal punto di vista della condizione abitativa, pur in un quadro di buona solidità (3/4 delle famiglie toscane risiedono in case proprie, il 16% in affitto e il 10% in abitazioni a titolo gratuito o di prestazioni di servizio), si possono osservare alcuni elementi di criticità. Nonostante la dotazione regionale di alloggi di Edilizia residenziale pubblica (Erp), 49.900 alloggi, per circa 46mila famiglie (3% delle famiglie toscane e 17% di quelle in affitto) e 110mila persone, sono presenti sul territorio molte famiglie che mostrano difficoltà nel mantenere stabile la propria condizione abitativa: al 2021 ci sono oltre 16mila famiglie in graduatoria per un alloggio Erp, circa 20mila famiglie che hanno richiesto il contributo economico per il pagamento dell'affitto e, soprattutto, una ripresa degli sfratti dopo una fase di calo (oltre 3mila quelli richiesti e oltre 2.800 quelli emessi nell'anno - figura 2).

Le fragilità e i disagi legati alle responsabilità genitoriali, e le conseguenti difficoltà sociali e educative dei minori coinvolti in tali dinamiche, toccano una serie di aspetti che sono riscontrabili nelle prese in carico dei servizi sociali, negli allontanamenti dalla famiglia di

origine, negli affidamenti temporanei, nei sostegni educativi e domiciliari, negli interventi di assistenza economica. Tutte queste tipologie di supporto alle famiglie e ai minori sono monitorate dal Centro regionale infanzia e adolescenza.

Al 31 dicembre 2021 i minori presi in carico in Toscana dal Servizio sociale territoriale erano circa 25mila (46 ogni 1.000 abitanti minorenni) e quelli per i quali la presa in carico si è conclusa nell'anno circa 3mila (5,5 per 1.000), per un totale di circa 28mila (51,5 per 1.000). Di questi il 35% è rappresentato da bambini e ragazzi stranieri (4% i non accompagnati).

Figura 2. Sfratti richiesti, emessi ed eseguiti - Valori assoluti - Toscana, periodo 2001-2021 - Fonte: Ministero dell'interno

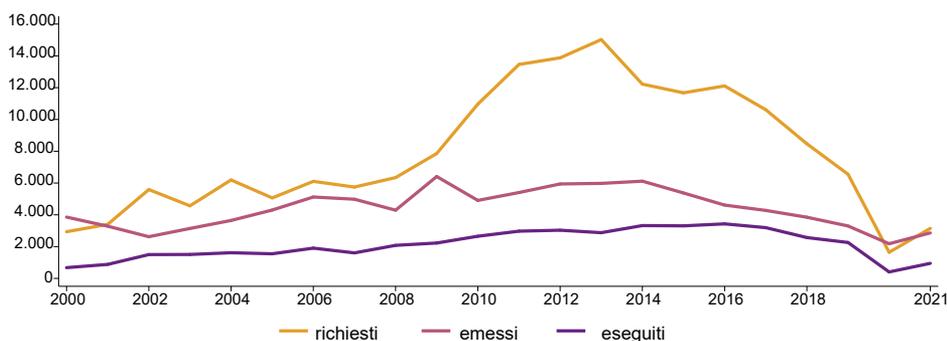
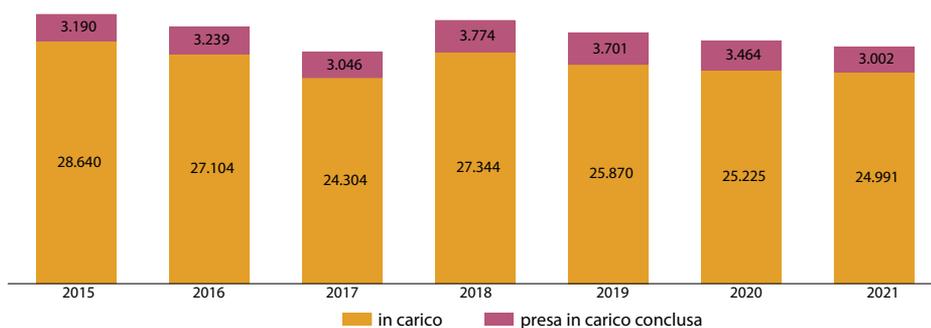


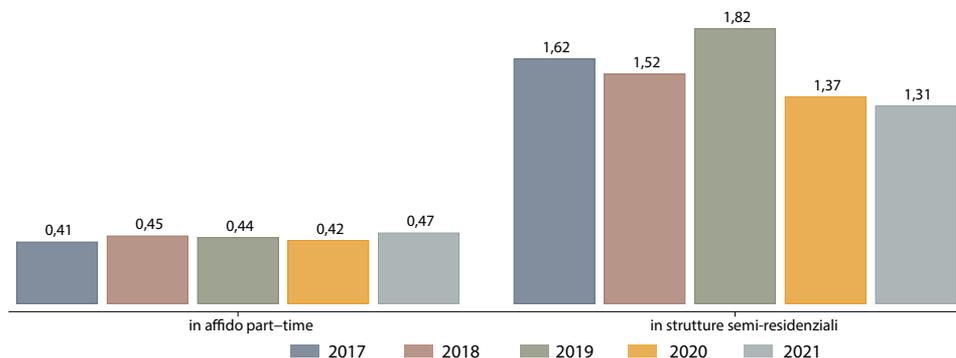
Figura 3. Minori in carico ai Servizi sociali territoriali - Bambini e ragazzi presi in carico al 31/12 o per i quali si è conclusa la presa in carico nel corso dell'anno - Toscana, periodo 2015-2021 - Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale infanzia e adolescenza



Gli interventi e servizi sociali e socio-assistenziali che tentano di mitigare e supportare le vulnerabilità familiari si dividono tra forme di sostegno a bambini e ragazzi all'interno del loro ambiente familiare (a carattere diurno o di supporto alle famiglie) e al di fuori della famiglia di origine (affidamento familiare o in struttura residenziale).

Tra le prime, rimane sostanzialmente invariato il dato degli affidamenti familiari part-time (limitati nel tempo per temporanee situazioni di difficoltà della famiglia di origine), che al 2021 coinvolgono 254 ragazzi (0,45 per 1.000 abitanti nel triennio), di cui il 46% stranieri. Le accoglienze nei servizi semi-residenziali nel 2021 hanno interessato 678 minori, di cui il 40% stranieri, dopo un aumento nel 2019 seguito da un calo nei due anni successivi (figura 4).

Figura 4. Minori in affido part-time e in strutture semi-residenziali - Valori per 1.000 abitanti d'età 0-17 anni - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale infanzia e adolescenza

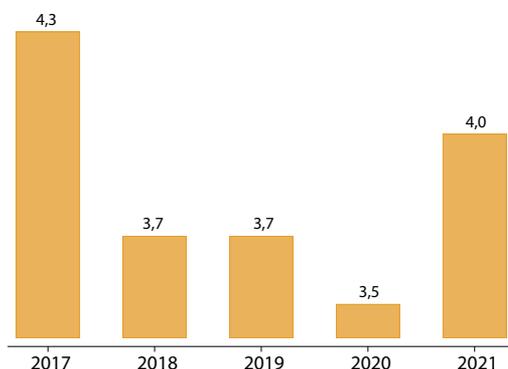


Rimanendo nell'alveo degli interventi all'interno dell'ambito familiare, i minori coinvolti nel sostegno socio-educativo scolastico e territoriale al 2021 sono rispettivamente 4.455 (8,2 per 1.000 abitanti minorenni, trend in aumento) e 2.683 (4,9 per 1.000, anch'essi in crescita), con un'incidenza degli stranieri tra i presi in carico pari rispettivamente al 24% e 30% del totale. L'attività di sostegno socio-educativo domiciliare (per situazioni a rischio di emarginazione) nel 2021 ha interessato 3.724 nuclei familiari con figli minori (4.730 i minori coinvolti, 8,7 ogni 1.000, il 29% dei quali con disabilità). L'assistenza domiciliare socio-assistenziale per persone con autonomia ridotta o a rischio emarginazione (cura e igiene della persona, gestione dell'abitazione, sostegno psicologico, assistenza sociale e/o educativa a domicilio) ha raggiunto 406 nuclei con figli minori (571 i minori interessati, in diminuzione, il 30% dei quali con disabilità certificata). Infine, gli interventi di assistenza economica sono arrivati a 8.277 nuclei familiari, per un totale di 14.777 minori coinvolti, pari a 27 per 1.000 minorenni (mancano nel totale regionale i dati della Zona pisana, che nel 2020 aveva segnalato 1.346 nuclei coinvolti per 2.089 minori complessivi).

Il secondo filone di interventi, quelli che prevedono il ricorso a modalità al di fuori della famiglia di origine, nel 2021 ha coinvolto 2.152 ragazzi, circa 4 ogni 1.000 minori, con un trend che sembra essersi stabilizzato negli ultimi anni. Dei 2.152 il 47% è rappresentato da stranieri e tra questi ultimi il 60% sono minori non accompagnati. La composizione interna di questo spaccato è data dagli affidamenti familiari (non part-time) e dagli inserimenti

in strutture residenziali. I primi al 2021 hanno interessato 1.029 minori, dei quali il 30% stranieri (tra questi 1 su 3 è non accompagnato). Gli accolti in strutture residenziali sociali, socio-assistenziali e ad alta autonomia invece sono stati complessivamente 1.123, con una forte rappresentanza straniera che copre il 62% dei casi ed è costituita in 8 casi su 10 da non accompagnati.

Figura 5. Minori fuori famiglia (in affidamento familiare e in strutture residenziali) - Valori per 1.000 minori - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale infanzia e adolescenza



Come detto in apertura, a tutti questi elementi di possibile tensione, e quindi all'indebolimento delle capacità di protezione da parte delle famiglie, fanno da contraltare le crescenti pressioni delle fasce di popolazione tradizionalmente più bisognose di cure e supporto, che rischiano di sbilanciare e mettere in crisi il rapporto tra care-receiver e care-giver. L'indice di dipendenza strutturale, che calcola quanti individui ci sono in età non attiva (0-14 anni e anziani) ogni 100 in età attiva (15-64 anni) fornendo indirettamente una misura di sostenibilità della struttura di una popolazione, è già oggi di 61 "attivi" ogni 100 "inattivi" (era 53 nel 2003) ed è proiettato verso 65 nei prossimi dieci anni con una prevista crescita al 2050 che porterà ad un rapporto di 87 (figura 6). Contestualmente è previsto un aumento del carico degli anziani potenzialmente fragili e non autosufficienti (over 85) sui potenziali care-giver (50-74enni), che ad oggi vede un indice di circa 13 ogni 100, che diventeranno prima 14 al 2030 e poi addirittura 26 (quindi un raddoppio rispetto ad oggi) al 2050 (figura 7). Tutti fattori che avranno impatti decisamente rilevanti sul sistema di welfare formale (programmazione, tipologie di servizi e destinazione delle risorse, per citarne alcuni) e informale (livelli di tenuta delle reti familiari).

Figura 6. Indice di dipendenza strutturale – Anziani (65+) e giovani (<15 anni) ogni 100 adulti (15-64 anni) – Toscana e Italia, periodo 2001-2021 e previsioni (*) – Fonte: Istat

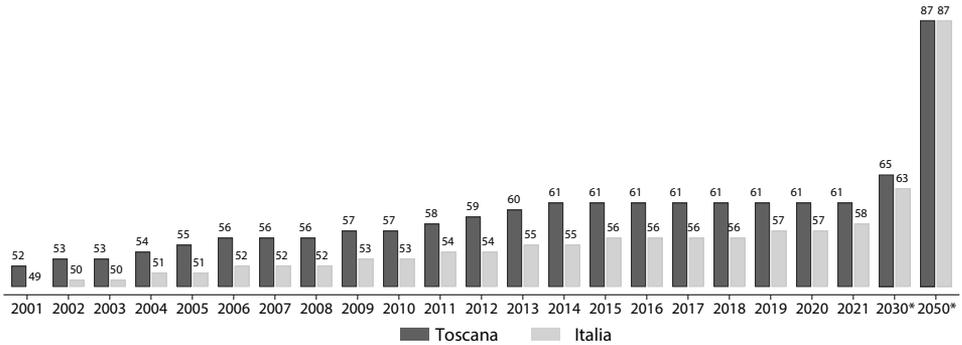
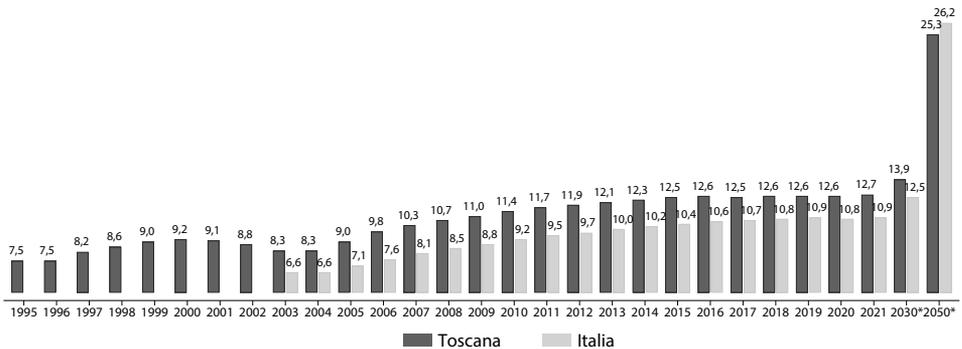


Figura 7. Pressione dei grandi anziani sui potenziali care-giver – Anziani (85+ anni) per 100 abitanti d'età 50-74 anni – Toscana, periodo 2004-2021 e previsioni (*) – Fonte: Istat



Inclusione ed esclusione sociale

Reddito, casa e lavoro, fattori indissolubilmente legati e interagenti, sono tre delle principali dimensioni dell'inclusione e della cittadinanza, nonché tra i determinanti di salute più significativi. Il loro indebolimento, quindi, aumenta il rischio di disagio, impoverimento, marginalizzazione, sofferenza e vulnerabilità, inasprendo le disuguaglianze sociali e di salute. Il posizionamento della Toscana in merito ai livelli reddituali è tradizionalmente migliore rispetto al quadro medio nazionale. Il reddito medio dichiarato Irpef 2020 è pari a 21.062 euro per contribuente (20.851 euro quello medio italiano), il reddito medio disponibile pro-capite 2020 è di 20.117 euro (media Italia 18.804 euro), il reddito netto familiare 2020, somma dei redditi familiari al netto dei trasferimenti, è pari a 34.834 euro per famiglia (32.812 euro in Italia) e l'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'Inps nel 2021 è pari a 1.001 euro (contro i 952 euro medi nazionali).

Anche per quanto riguarda le criticità legate al reddito, cioè le varie declinazioni della povertà economica, il panorama toscano è mediamente migliore di quello italiano, ma rivela alcuni campanelli di allarme (figura 1).

Le persone a rischio di povertà nel 2021 (con reddito netto equivalente inferiore al 60% di quello mediano, ossia 10.519 euro) sono il 12,4%, dato migliore del corrispettivo nazionale ed europeo, ma comunque rilevante, considerando che si tratta di oltre 400mila persone. In attinenza al rischio di povertà, l'istituto regionale Irpet, dai dati dell'indagine sul reddito e le condizioni di vita Eu-Silc (Statistics on income and living conditions), ha stimato la distribuzione della popolazione toscana in base al grado di vulnerabilità alla povertà: 71% non poveri e non vulnerabili, 17% poveri e vulnerabili, 10% non poveri e vulnerabili e 2% non poveri e molto vulnerabili.

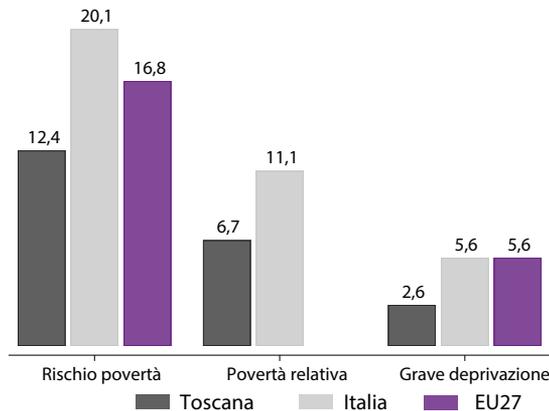
Le famiglie toscane sotto la soglia di povertà relativa (individuata annualmente da Istat sulla base della distribuzione dei consumi in Italia) al 2021 sono circa 97.200 (6,7% del totale, rispetto all'11% di quelle italiane), in aumento rispetto al 2020.

La condizione di deprivazione materiale (misurata in almeno 4 dei 9 sintomi di disagio legati a spese impreviste, arretrati nei pagamenti, possibilità di ferie annuali, pasti adeguati, riscaldamento abitazione, acquisto beni durevoli), invece, riguarda al 2021 circa 80mila residenti toscani (il 2,6% del totale, contro il 5,6% dell'Italia e dell'Ue), in netto miglioramento rispetto al 2019.

Su questo scenario hanno inciso i vari interventi e ristori messi in campo durante l'emergenza da Covid-19. Irpet ha calcolato che nel 2020 in Toscana quasi 1 milione di persone ha ricevuto un intervento di sostegno al reddito, sotto forma di cassa integrazione guadagni, indennità una tantum, reddito di emergenza o reddito di cittadinanza. Si stima che questi interventi abbiano contenuto la percentuale di famiglie in povertà assoluta (non riescono ad acquistare beni e servizi essenziali per uno standard di vita minimo) al 3,3%, rispetto al 5,9% potenziale senza tale aiuto (fonte: Irpet). Il 13% dei toscani definisce comunque la propria condizione economica nel 2021 come povera, l'8% dichiara di avere grandi difficoltà ad arrivare a fine

mezzo e il 9% ha avuto nel 2021 un peggioramento della propria situazione economica rispetto al 2019 (fonte: Indagine sulla vulnerabilità alla povertà e sulle strategie di adattamento delle famiglie toscane).

Figura 1. Persone a rischio povertà, famiglie in condizione di povertà relativa e persone che vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione - Valori percentuali - Toscana, Italia e media Paesi EU27, anno 2021 - Fonte: Istat ed Eurostat



Oltre alle stime campionarie possiamo attingere ai dati amministrativi per valutare altre potenziali problematiche. Al 2021 le famiglie toscane con una soglia Isee ≤ 6.000 euro sono circa 120mila (il 7% delle famiglie totali), corrispondenti a circa 272mila persone, un trend in aumento rispetto al 2017 (erano 93.700 famiglie, il 5,7%). Le famiglie toscane percettrici di reddito o pensione di cittadinanza (rispettivamente 45.671 e 6.646), invece, corrispondono a oltre 106mila persone coinvolte, pari al 3,2% del totale di famiglie e residenti. Infine, focalizzando l'attenzione sulla popolazione anziana, Inps conta circa 34mila anziani (3,5% del totale, media nazionale 5,8%) con una pensione o assegno sociale (prestazione riservata a chi non percepisce reddito o ha redditi molto bassi) e circa 155.700 con una pensione integrata al trattamento minimo (16 ogni 100 anziani, rispetto ai 18 ogni 100 in Italia).

Il mercato del lavoro in Toscana ha mostrato nel 2021 una ripresa evidente in termini di recupero delle posizioni lavorative perse nel corso del 2020, anche se ancora su livelli inferiori rispetto a quelli del 2019. Gli avviamenti al lavoro, dopo un calo del 23% nel 2020 rispetto al 2019 (da quasi 813mila a poco più di 621mila), hanno avuto un aumento del 21% nel 2021 rispetto al 2020, toccando i 751.700, in modo significativo dalla metà del mese di maggio, in corrispondenza della fine delle restrizioni a suo tempo introdotte per limitare il contagio pandemico.

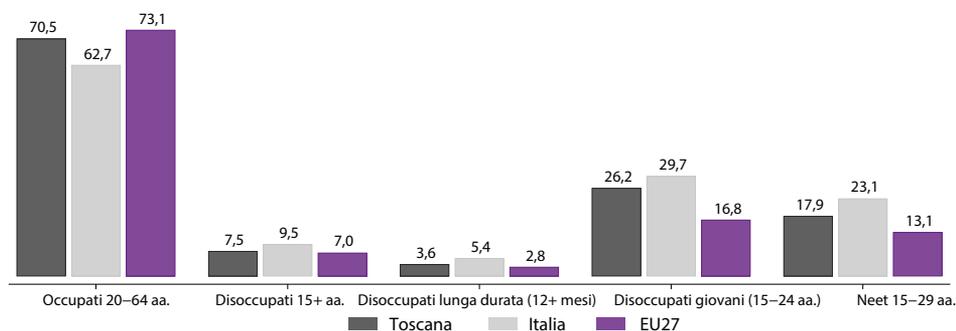
Le forze di lavoro toscane al 2021 ammontano a 1.672.000, delle quali 1.546.000 occupati (il 45% sono donne) - il 70% nel settore servizi, il 27% nell'industria e il 3% in agricoltura - e 126mila in cerca di occupazione (di cui il 56% donne). Il tasso di occupazione regionale tra le persone di 20-64 anni è in leggera crescita (70,5% al 2021), non distante dai livelli

europei (73%) e ben sopra a quelli nazionali (63%). Il tasso di disoccupazione è in calo pressoché costante dal 2015 ed è arrivato al 2020 al 6,6%, per poi risalire nel 2021 al 7,5%, in linea con quello europeo (7%) e ben al di sotto di quello italiano (9,5%). Peggiora, rispetto al 2020, anche la disoccupazione di lunga durata (oltre i 12 mesi), che al 2021 si attesta al 3,6% (2020 al 2,6%), superiore alla media Ue (2,8%) e inferiore a quella nazionale (5,4%), e che rappresenta quasi la metà della disoccupazione totale. La disoccupazione giovanile, dopo il picco del triennio 2014-2016, ha avuto un calo nel biennio 2017-2018, ma è tornata a crescere dal 2019, raggiungendo nel 2020 e 2021 il 26,2%, dato migliore di quello italiano (29,7%), ma ben lontano dai valori medi europei (16,8%). Del resto anche i giovani non impegnati in studio, formazione o lavoro, i cosiddetti Neet (Not in education, employment or training) sono circa 90mila tra i ragazzi toscani di 15-29 anni, in aumento nel 2020 e nel 2021 dopo 5 anni di calo. Si tratta del 17,9% dei giovani 15-29enni, dato inferiore al 23% italiano, ma distante dal 13,1% della media Ue.

I dati del Sistema informativo regionale sul lavoro, ci dicono che dal 2008 i toscani iscritti come disponibili al lavoro presso i Centri per l'impiego regionali (Cpi) sono passati da quasi 286mila a circa 513mila, dei quali il 55% sono over 44enni, il 60% sono donne e circa un quarto sono stranieri. Il rapporto tra iscritti ai Cpi e popolazione in età attiva (15-64 anni), proxy del tasso grezzo di disoccupazione, è pari al 22%, quasi il doppio rispetto al 12% del 2008.

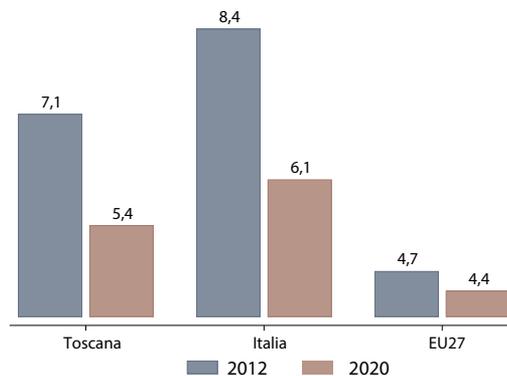
Complessivamente, emergono negli anni almeno tre costanti criticità. La prima è il differenziale di genere che, seppur in miglioramento, evidenzia una forbice ancora significativa. La seconda fa riferimento agli stranieri, che non sembrano riuscire a colmare nel tempo le condizioni di partenza più svantaggiate rispetto agli autoctoni. La terza riguarda invece l'universo giovanile, che si scontra costantemente con la bassa e precaria offerta di lavoro.

Figura 2. Tasso di occupazione (adulti 20-64 anni occupati su adulti 20-64 anni), di disoccupazione (adulti 15+ anni in cerca di occupazione su forze di lavoro), di disoccupazione di lunga durata (adulti 15+ anni in cerca di occupazione da 12+ mesi su forze di lavoro), di disoccupazione giovanile (giovani 15-24 anni in cerca di occupazione su forze di lavoro 15-24 anni) e giovani Neet (giovani 15-29 anni che non studiano né lavorano su giovani 15-29 anni) - Valori percentuali - Toscana, Italia e media Paesi EU27, anno 2021 - Fonte: Istat e Eurostat



Il disagio abitativo, correlato alla crisi economica, è un fattore che incide fortemente sulle capacità di tenuta delle famiglie. L'indice di grave deprivazione abitativa, che stima la percentuale di famiglie in situazioni di sovraffollamento abitativo o in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali (soffitti, infissi, ecc.), colloca la Toscana tra le regioni con i valori più contenuti, al 5,4% nel 2020, a fronte di una media nazionale del 6,1% (figura 3). Il trend dell'indicatore mostra un miglioramento nel medio periodo (era l'8,8% nel 2013), ma una sensibile risalita negli ultimi tre anni (2,6% nel 2017). I numeri degli sfratti e delle domande per l'integrazione economica per gli affitti, proxy della fragilità economica delle famiglie e della vulnerabilità sul versante abitativo, ci dicono invece che i primi (3.148 nel 2021) interessano circa 13 famiglie ogni 1.000 che vivono in affitto (al netto di quelle in alloggi di edilizia residenziale pubblica Erp) e che le seconde (20.383 nel 2021) ne coinvolgono circa 83 ogni 1.000. Si tratta nel complesso di oltre 23mila nuclei familiari in potenziale bisogno abitativo, ai quali vanno aggiunti, presumibilmente con qualche sovrapposizione, le oltre 16mila famiglie in graduatoria Erp, ma non ancora assegnatarie di alloggio.

Figura 3. Indice di grave deprivazione abitativa – Valori per 100 abitanti – Toscana, Italia e EU27, anni 2012 e 2020 – Fonte: Istat ed Eurostat



Stili di vita

La presente parte relativa agli stili di vita è stata realizzata, come nelle passate edizioni, consultando fonti internazionali, nazionali e locali. Le fonti utilizzate per le abitudini alimentari, il peso e l'attività fisica, sono state:

- l'indagine Multiscopo sulle famiglie – aspetti della vita quotidiana di Istat, aggiornata al 2021;
- le sorveglianze dell'Istituto superiore di sanità rivolte a:
 - bambini d'età 6-10 anni: Okkio alla salute, aggiornata al 2019;
 - adulti 18-64enni: Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia), aggiornata al 2021;
 - anziani over 64enni: Passi d'argento, aggiornata al 2021;
- l'indagine Edit (Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana) di Ars Toscana, aggiornata al 2022.

Per il consumo di tabacco, di alcol e di sostanze e l'abitudine al gioco d'azzardo, le precedenti fonti sono state integrate dalla rilevazione Espad (European school survey project on alcohol and other drugs), aggiornata al 2021.

Alimentazione, peso corporeo e attività fisica

Abitudini alimentari

Tra i determinanti della salute l'alimentazione ricopre un ruolo fondamentale in quanto contribuisce alla realizzazione di una buona condizione fisica e aiuta a prevenire l'insorgenza di molte patologie.

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha sempre evidenziato quanto la nutrizione sia un fattore determinante per il benessere e la salute e a giugno 2022 ha pubblicato il documento "Fiscal policies to promote healthy diets: policy brief" dedicato a promuovere politiche fiscali volte a favorire il consumo di cibi salutari.

Lo studio Global burden of disease (Gbd) nel 2020 ha sottolineato, tra i principali fattori di rischio per la salute, l'influenza delle cattive abitudini alimentari come causa o con-causa della comparsa di alcune famiglie di malattie, ad esempio quelle cardiovascolari, il diabete o alcuni tipi di neoplasie. Lo studio indica inoltre come lo scarso consumo di alcuni alimenti, quali frutta, verdura, cereali, noci, fibre, latte, oli, e una dieta caratterizzata dall'elevata presenza di sodio, carne rossa, zuccheri e grassi siano altamente nocivi e aumentino nettamente la probabilità di sviluppare malattie dell'apparato digerente, cardiovascolari, diabete e tumori.

L'Institute for health metric and evaluation (Ihme), istituto che cura il Gbd, stima che nel 2017 la cattiva alimentazione abbia causato 11 milioni di morti (Gbd 2017 diet collaborators, The Lancet 2019).

Considerando che sui comportamenti alimentari incidono abitudini culturali e sociali, è necessaria un'adeguata sensibilizzazione volta a diffondere la consapevolezza in merito alle indicazioni da seguire per adottare una dieta equilibrata e salutare. A tal proposito le linee guida dell'Oms sulla sana alimentazione indicano quali gruppi alimentari sono sconsigliati, quali consigliati e con quale frequenza consumarli. In particolare tra i principali alimenti consigliati si trovano la frutta e la verdura fresca, i cereali, i legumi e il frequente consumo di acqua; mentre è sconsigliato il consumo frequente di alimenti ricchi di grassi, zuccheri e sale.

L'indagine Multiscopo sulle famiglie – aspetti della vita quotidiana di Istat segue l'evoluzione delle abitudini alimentari in Italia e nelle regioni tra le persone d'età maggiore ai 3 anni con aggiornamenti annuali. La tabella 1 descrive l'andamento dei consumi dei principali gruppi alimentari e, osservando l'ultimo dato disponibile (anno 2021), emergono alcuni cambiamenti nelle frequenze di consumo. In particolare, il 75,2% della popolazione toscana ha consumato almeno una volta al giorno pane, pasta e riso, percentuale nettamente diminuita rispetto alla rilevazione precedente (80% nel 2020), tuttavia rimane un gruppo alimentare molto diffuso, che resta al di sopra del dato italiano (74,8%). Allo stesso modo è stata invertita la tendenza di aumento per il consumo settimanale (inteso come “almeno qualche volta a settimana”) di salumi in Toscana, che scende al 58,2% (2020: 59,8%), simile al dato italiano (59,2%). Stabile invece, o lievemente aumentato, il consumo settimanale toscano di carni bianche (84,7%), bovine (64,7%) e di maiale (49,3%), valori superiori alle frequenze italiane (rispettivamente 80,3%, 61,3% e 44,2%).

Il consumo di pesce settimanale continua a registrare un aumento tra i toscani, raggiungendo il 64,6%, risultato di poco maggiore rispetto al dato nazionale, aumentato sensibilmente al 64,2% (60,6% del 2020). I legumi secchi o in scatola si caratterizzano come alimento sempre molto consumato e in aumento (54,3%), simile al dato italiano (53,2%). Relativamente al consumo quotidiano di latte, in Toscana si conferma il trend in calo (51% nel 2021), ma ancora superiore alla stima nazionale (46,9%). Stessa cosa accade per il consumo di formaggi e latticini, ridotto in Toscana di quasi due punti percentuali (dal 21,7% del 2020 al 19,9% del 2021).

Relativamente al consumo giornaliero toscano del gruppo alimentare che comprende verdure in foglia cotte e crude (49,9%), ortaggi (45,5%) e frutta (73,4%), si nota un netto calo rispetto all'edizione del 2020 (rispettivamente 51,8%, 51,3%, 76,8%), percentuali che restano però lievemente più alte rispetto alla media italiana, rispettivamente di 49,7%, 43,7% e 72,6%.

Infine, nell'ambito degli alimenti, aumenta il consumo settimanale di dolci (52,9%), che resta maggiore della percentuale italiana (51,1%), mentre l'utilizzo settimanale toscano di snack salati (24,5%) diminuisce lievemente e si conferma inferiore alla media nazionale, che invece ha registrato un piccolo aumento (30,8%).

In merito alla cottura e al condimento a crudo resta largamente diffuso l'utilizzo di olio di oliva e grassi vegetali sia in Toscana (98,4% e 98,9%) sia in Italia (96% e 97,4%), inoltre si conferma un'elevata attenzione a non consumare troppo sale (71,4%) e, per metà popolazione, al suo contenuto di iodio (49,8%).

Tabella 1. Consumo di alimenti – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana e Italia, periodo 2011-2021 – Fonte: Istat

Alimenti	Toscana						Italia		
	2011	2013	2015	2017	2020	2021	2017	2020	2021
Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno	86,9	86,1	86,0	81,3	80,0	75,2	79,4	76,1	74,8
Salumi almeno qualche volta la settimana	58,6	54,8	59,2	56,8	59,8	58,2	58,1	59,1	59,2
Carni bianche almeno qualche volta la settimana	85,8	83,4	87,0	84,1	84,4	84,7	80,6	79,6	80,3
Carni bovine almeno qualche volta la settimana	72,3	68,0	67,3	62,3	64,7	64,7	62,8	60,9	61,3
Carni di maiale almeno qualche volta la settimana	51,1	46,6	51,7	47,1	47,2	49,3	43,9	44,2	44,2
Latte almeno una volta al giorno	66,0	64,2	61,7	57,7	53,6	51,0	51,0	48,1	46,9
Formaggi, latticini almeno una volta al giorno	20,5	18,5	20,5	21,9	21,7	19,9	20,4	20,4	20,6
Verdure in foglia cotte e crude almeno una volta al giorno	56,7	49,7	57,1	55,3	51,8	49,9	53,1	49,9	49,7
Ortaggi almeno una volta al giorno	51,3	45,0	51,6	51,5	51,3	45,5	46,4	46,3	43,7
Frutta almeno una volta al giorno	78,4	75,6	78,7	76,7	76,8	73,4	74,9	75,1	72,6
Legumi secchi o in scatola almeno qualche volta la settimana	48,1	51,0	57,6	55,5	53,7	54,3	54,4	53,0	53,2
Pesce almeno qualche volta la settimana	58,5	55,0	61,1	59,4	63,4	64,6	59,5	60,6	64,2
Snack salati almeno qualche volta la settimana	17,4	21,7	22,1	23,5	26,4	24,5	28,4	29,5	30,8
Dolci almeno qualche volta la settimana	47,7	51,9	49,5	50,0	52,3	52,9	51,4	50,4	51,1
Cottura con olio di oliva e grassi vegetali	99,5	98,9	98,9	97,9	96,2	98,4	96,4	95,9	96,0
Condimento a crudo con olio di oliva e grassi vegetali	99,1	99,2	99,0	98,2	98,6	98,9	97,7	97,7	97,4
Presta attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	71,1	68,8	67,4	68,9	71,3	71,4	71,1	72,4	72,0
Usa sale arricchito di iodio	43,9	49,2	48,1	49,0	51,5	49,8	46,9	49,0	48,7

Una corretta relazione con il cibo influenza la qualità di vita e il periodo dell'adolescenza è un momento fondamentale per la costruzione di un buono stato di salute, infatti il tipo di alimentazione adottata incide sui cambiamenti psicofisici della crescita, lo sviluppo e determina anche la salute degli anni successivi.

La rilevazione Edit 2022 ha messo in luce che il 43,5% della popolazione adolescente toscana consuma verdura cruda o cotta almeno una volta al giorno (femmine: 47,4%; maschi: 39,7%). Tuttavia è diminuita la percentuale di chi non ne consuma affatto (2018: 14,8%; 2022: 11,8%). Contestualmente solo il 46,3% del campione consuma quotidianamente la frutta fresca (femmine: 48,4%; maschi: 44,2%), percentuale che mostra un calo di 10 punti percentuali rispetto al 2005 (56,4%).

Osservando i risultati degli altri alimenti emerge che il 70,9% del campione adolescente toscano consuma pesce almeno una volta a settimana (maschi: 74,1%; femmine: 67,7%), percentuale aumentata di quasi 7 punti percentuali in 16 anni (2005: 64,1%). Invece gli snack dolci e/o salati sono consumati quotidianamente dal 41,9%, percentuale in aumento, che interrompe il

trend in calo degli anni precedenti (2008: 49,6%; 2018: 38,2%), resta stabile però la minore diffusione tra i maschi (maschi: 38,8%; femmine: 44,9%). Al contrario, il consumo quotidiano delle bibite zuccherate ha registrato una diminuzione significativa fino al 16% (nel 2011 era pari al 42%) e risulta più frequente tra i maschi (maschi: 17,4%; femmine: 14,5%).

Tabella 2. Consumo di bibite, snack, pesce, verdura e frutta – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2005-2022 – Fonte: Edit

Alimento	Frequenza	2005	2008	2011	2015	2018	2022
Bibite	Almeno 1 volta gg	-	-	41,8	21,3	19,9	16,0
	Almeno 1 volta sett	-	-	45,6	51,6	48,3	51,8
	Raramente/mai	-	-	12,5	27,1	31,8	32,2
Snack	Almeno 1 volta gg	-	49,6	51,8	34,8	38,2	41,9
	Almeno 1 volta sett	-	35,5	36,8	54,4	49,4	48,1
	Raramente/mai	-	14,9	11,4	10,9	12,4	10,0
Pesce	Almeno 1 volta gg	6,1	6,7	4,1	6,5	7,1	6,1
	Almeno 1 volta sett	58,1	54,4	52,8	65,2	63,0	64,8
	Raramente/mai	35,8	38,9	43,0	28,3	29,9	29,1
Verdura	Almeno 1 volta gg	42,8	45,5	43,2	40,9	43,6	43,5
	Almeno 1 volta sett	41,7	39,4	42,5	43,7	41,6	44,7
	Raramente/mai	15,5	15,1	14,3	15,4	14,8	11,8
Frutta	Almeno 1 volta gg	56,4	57,0	58,9	47,2	48,3	46,3
	Almeno 1 volta sett	31,6	28,0	30,9	39,4	37,4	39,8
	Raramente/mai	12,1	15,0	10,2	13,4	14,4	13,9

Le linee guida dell'Oms sulla sana alimentazione indicano che la quantità necessaria di frutta o verdura è di almeno cinque porzioni al giorno, raccomandazione confermata anche da Ihme nel documento *Healthy eating saves lives*, che per una corretta alimentazione consiglia un frequente consumo di frutta e verdura e una dieta povera di sale (sodio).

L'elevato consumo di frutta e verdura è perciò molto importante nella definizione di una dieta salutare, ma nel 2021 solo il 6,9% della popolazione toscana maggiore di 3 anni di età ne ha consumata una quantità adeguata, mentre il 75,5% ne ha assunte tra le 2 e le 4 porzioni al giorno (valori simili alle percentuali italiane del 5,8% e del 76,9%).

Osservando le differenze per età si nota che, come già mostrato, la sorveglianza Okkio alla salute, dedicata allo studio delle abitudini dei bambini e delle bambine tra i 6 e i 10 anni, nel 2019 ha rilevato che in Toscana il consumo non quotidiano di frutta e/o verdura registra un valore ancora alto (23%) e poco inferiore a quello italiano (24%).

Anche per la popolazione adolescente, indagata dalla rilevazione Edit 2022, il consumo di verdura e frutta risulta frequente, ma non sufficiente, rispetto alle raccomandazioni, infatti solo il 3% del campione toscano consuma almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno

e il 22,6% ne consuma almeno 3, un'abitudine più diffusa tra le ragazze (femmine: 24,4%; maschi: 20,9%).

Allo stesso modo, la sorveglianza Passi, sugli stili di vita degli adulti tra i 18 e i 69 anni, evidenzia che nel triennio 2018-2021 solo il 10,4% ha consumato 5+ porzioni di frutta e/o verdura al giorno.

Tra le diverse indagini emerge una tendenza trasversale, ovvero che tra le donne è più frequente il consumo della quantità raccomandata di frutta e/o verdura.

Complessivamente le abitudini alimentari toscane sono tendenzialmente sane, con un frequente consumo di pane, pasta, riso, frutta, carne, pesce e olio d'oliva, tuttavia, in linea con i dati nazionali, dovrebbe essere aumentata le quantità di frutta e verdura.

Peso corporeo

La salute è un complesso di benessere fisico, psichico e sociale. Considerando questo, il peso corporeo è uno dei fattori di interesse per valutare le condizioni di salute, soprattutto se messo in relazione ai comportamenti alimentari associati. L'Oms negli ultimi anni ha dedicato molta attenzione al tema dell'obesità poiché negli ultimi 40 anni la sua diffusione è raddoppiata e ha riguardato anche la popolazione più giovane. Inoltre, trattandosi di una condizione che può essere causa e con-causa di alcune patologie, può potenzialmente ridurre l'aspettativa della vita e, come evidenziato da molti studi, abbassarne la qualità. La comprensione di questo fenomeno richiede un'analisi complessiva del benessere e necessita di una lettura articolata, rivolgendo l'attenzione anche alle abitudini e alle attività quotidiane.

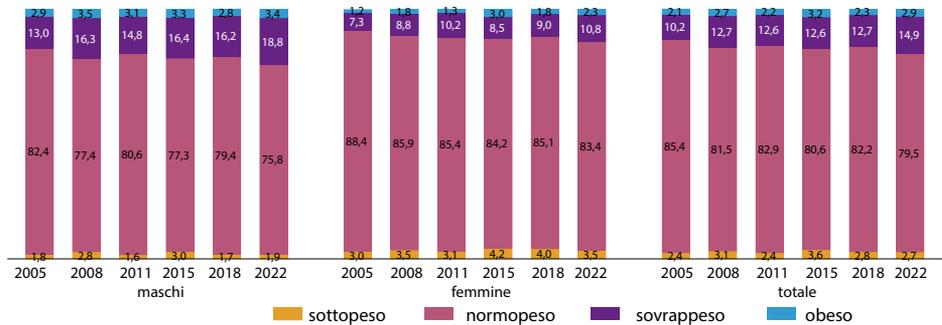
Come anticipato, negli ultimi decenni è stata rivolta attenzione al peso ponderale, non solo in termini di denutrizione, ma anche alla condizione di sovrappeso, sempre più diffusa anche per un'inadeguata educazione alimentare o per la scarsità di mezzi e risorse che impone spesso scelte di alimenti a basso costo ed alto contenuto calorico, ma di scarso e corretto contributo nutrizionale.

Al fine di controllare la diffusione dell'aumento ponderale, sono stati individuati gruppi istituzionali dedicati all'elaborazione di interventi specifici e strategie di prevenzione. Ad esempio, per osservare e controllare gli effetti dell'eccessivo peso corporeo, sono stati istituiti i già noti Action plan on childhood obesity 2014-2020, progetto europeo, e il Tavolo di lavoro per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità, istituito dal Ministero della salute a gennaio 2019. Questi gruppi rivolgono particolare attenzione al fatto che l'obesità riguarda anche la popolazione più giovane e incide perciò sulla qualità di vita di ragazzi e ragazze, determinando così la salute della futura popolazione adulta.

Come già noto, nel 2019 la rilevazione Okkio alla salute ha stimato che il 29,8% di bambini e bambine italiani tra gli 8 e i 9 anni fossero in sovrappeso o obesi: il 20,4% in sovrappeso e il 9,4% obeso. La Toscana registra percentuali migliori, pari rispettivamente a 19,2% e 6,6%. Osservando gli andamenti della popolazione adolescente raccolti da Edit 2022, risulta che in Toscana gli studenti e le studentesse normopeso sono il 79,5%, percentuale in calo (2005: 85,4%), come quella della quota sottopeso (2,7%); mentre è aumentata la parte di adolescenti

in sovrappeso e obesa (rispettivamente 14,9% e 2,9%), fenomeno in linea con le tendenze nazionali. Il dettaglio per genere mostra che le ragazze sono più frequentemente normopeso dei compagni maschi (femmine: 83,4%; maschi: 75,8%) e i maschi risultano più spesso sovrappeso (18,8%) o obesi (3,4%), mentre le femmine si distribuiscono di più nelle classi sovrappeso (10,8%) e sottopeso (3,5%).

Figura 1. Indice di massa corporea, per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2005-2022 – Fonte: Edit



L'indagine Edit ha rilevato, attraverso il questionario Scoff (test di screening di 5 domande che valuta la possibile presenza di un disturbo alimentare), i casi in cui è probabile che sia presente un disturbo alimentare. È importante specificare che non si tratta di uno strumento diagnostico, ma è un primo test utile per rilevare la possibile presenza di relazioni con il cibo problematiche. I casi positivi devono seguire ulteriori screening specifici di approfondimento per chiarire la condizione suggerita. È emerso che il 34% della popolazione adolescente toscana potrebbe soffrire di un problema alimentare, con una marcata differenza tra i generi (femmine: 50,5%; maschi: 18,6%). Si tratta di un risultato che mostra un aumento di 3 punti percentuale rispetto al 2018 (31%).

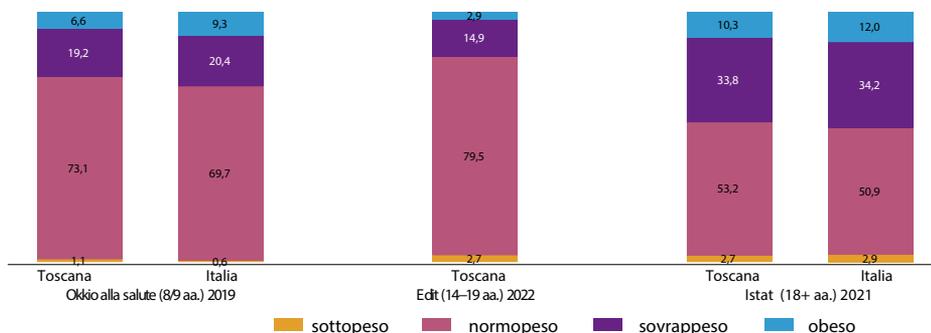
Il fenomeno dell'obesità riguarda sia la popolazione più giovane sia quella adulta. Il fenomeno è diffuso anche secondo i risultati della sorveglianza Passi 2018-2021, che stima il 27,6% della popolazione toscana adulta in sovrappeso e l'8% obesa. Osservando i dati italiani Passi si nota una maggiore frequenza nelle regioni meridionali (47,2%) rispetto a quelle centrali o settentrionali (rispettivamente al 38,2% e 40,2%).

Dalla sorveglianza Passi d'argento 2020-2021 (rivolta agli anziani di 65+ anni d'età) emerge che in Toscana la prevalenza di soggetti anziani in sovrappeso o obesi è pari al 54,1%, quota inferiore rispetto al 57,1% italiano.

Riassumendo, i consumi alimentari della popolazione toscana sono tendenzialmente equilibrati, ma con un consumo di frutta e/o verdura ancora lontano dalle raccomandazioni Oms. Si conferma inoltre, anche nella nostra regione, la tendenza generale all'aumento dei soggetti

in età adulta sovrappeso o obesi (33,8% e 10,3%), mantenendo però risultati leggermente migliori rispetto ai dati nazionali (34,2% e 12%) (Istat 2021). Infine, una dimensione che richiede attenzione è la costruzione di una relazione corretta con il cibo, soprattutto tra la popolazione giovane e femminile.

Figura 2. Indice di massa corporea, per età e genere – Prevalenza per 100 abitanti – Toscana e Italia, anni 2019, 2021 e 2022 – Fonte: Elaborazione Ars su dati Okkio alla salute 2019, Istat 2021, Edit 2022



Attività fisica

I temi appena approfonditi, le abitudini alimentari e l'indice di massa corporea, sono strettamente connessi ai livelli di attività fisica praticati. Questi ultimi contribuiscono alla definizione di uno stile di vita sano e, come noto, aiutano a prevenire l'insorgenza di molte famiglie di malattie, come quelle cardiovascolari, il diabete, alcuni tipi di neoplasie, ecc. Secondo le ultime stime Istat (2021), due soggetti italiani su tre d'età maggiore ai 3 anni hanno praticato sport (in modo continuativo o saltuario), registrando un lieve aumento rispetto alle rilevazioni precedenti, a fronte però di un 33,7% di persone completamente sedentarie. Inoltre emerge che solo il 23,6% pratica sport in modo continuativo.

Da anni l'Oms sottolinea come la quota di soggetti che non praticano attività fisica sia ancora eccessivamente alta, nella popolazione adulta come in quella adolescente, e nel 2018, all'interno del Piano d'azione globale sull'attività fisica 2018-2030, la stessa organizzazione ha posto l'obiettivo di ridurre l'inattività fisica del 15% entro il 2030, individuando interventi di promozione e incentivo. A seguito di ciò, nel 2020 sono state pubblicate le Linee guida dell'Oms con le raccomandazioni, specifiche per età, rispetto alla frequenza e al tipo di attività fisica consigliata e con approfondimenti relativi ai comportamenti sedentari. L'articolazione delle abitudini sportive per età mostra, come noto, che per raggiungere una buona condizione di salute è fondamentale praticare attività fisica sin dall'età dello sviluppo, periodo in cui lo sport contribuisce e determina una sana crescita psicofisica.

In merito alla popolazione giovane italiana sappiamo dalla sorveglianza Okkio alla salute che nel 2019 il 20% dei bambini e delle bambine tra i 6 e i 10 anni non ha svolto attività fisica il giorno precedente alla rilevazione, indicatore utilizzato per rilevare la sedentarietà. Il dato

toscana risulta uniforme, con il 20,3% del campione non sufficientemente attivo.

Per la popolazione adolescente toscana consultiamo invece gli ultimi dati Edit (2022). Questa edizione mostra che nel 2022 il 62,8% della popolazione adolescente toscana ha praticato almeno un'ora al giorno di attività fisica (sport o altre forme di movimento fisico, bicicletta, camminare di buon passo, correre, attività che aumentano il battito del cuore e possono lasciarti senza fiato) per almeno 3 giorni alla settimana e il 24,9% per 1-2 giorni, mentre il 12,6% dei soggetti intervistati si dichiara inattivo. Permane però una differenza tra i sessi, con i maschi che risultano più attivi (il 29,7% dei maschi pratica 5-7 giorni a settimana, rispetto al 18,5% delle femmine) e le femmine più sedentarie (femmine: 17,3%; maschi: 8,2%). L'aumento dell'età si conferma come fattore che favorisce il *drop out*, ovvero l'abbandono precoce della pratica sportiva. Osservando la distribuzione per età dei soggetti che non hanno praticato attività sportiva nei 12 mesi precedenti all'indagine si nota che passano dal 22,8% a 14 anni al 27,8% a 18 anni d'età, percentuale uguale a quella dei soggetti 18enni dell'edizione 2018. Nell'ultima edizione è stato realizzato un focus sugli effetti del periodo di pandemia da Sars-Cov-2 ed è emerso che in Toscana 4 adolescenti su 10 hanno modificato le proprie abitudini e complessivamente il 60% di adolescenti ha praticato sport, con una differenza tra i sessi (maschi: 66%; femmine: 50,3%). Osservando il dettaglio è emerso che il 27,2% del campione ha smesso di praticare attività sportiva e l'11,8% ha iniziato; invece, tra chi non ha cambiato abitudini, il 46,7% ha continuato a praticare sport e il 14,4% ha continuato a non svolgere alcuna attività. Le motivazioni principali che hanno portato a interrompere lo sport sono state la chiusura temporanea o definitiva delle strutture sportive e la demotivazione provocata dalle interruzioni. In sintesi 6 adolescenti su 10 hanno praticato sport durante i periodi di lockdown, con una differenza tra i sessi (maschi: 66%; femmine: 50,3%).

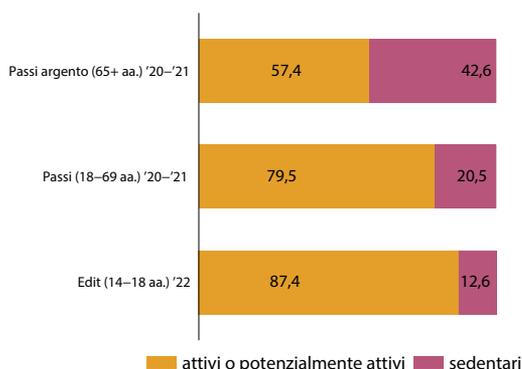
Tuttavia è interessante notare che dopo 2 anni di pandemia l'attività fisica non sia diminuita rispetto al 2018 (sedentari/e 2018: 13,1%; 2022: 12,6%).

Relativamente alla popolazione adulta, la sorveglianza Passi monitora le evoluzioni delle abitudini sportive in Italia e in Toscana e divide il campione di riferimento in persone "attive", se seguono il minimo delle raccomandazioni dell'Oms (almeno 2 ore e mezzo a settimana di movimento moderato o metà del tempo di attività più intensa), "parzialmente attive", che non raggiungono le quantità consigliate, ma praticano qualche tipo di attività fisica, e "sedentarie", che non praticano alcun tipo di esercizio. Secondo le ultime stime (Passi 2020-2021) in Italia i soggetti "attivi" rappresentano il 44,9%, quelli "parzialmente attivi" il 23,6% e gli individui "sedentari" il 31,5%.

La sedentarietà resta più diffusa tra le donne e tra le persone meno istruite o con difficoltà economiche maggiori e aumenta al crescere dell'età. Inoltre, l'assenza di attività fisica è maggiore al sud e nelle isole. Guardando ai dati toscani, si confermano abitudini migliori rispetto ai risultati nazionali, con il 51% di soggetti "attivi", il 28,5% "parzialmente attivi" e il 20,5% di persone sedentarie. I soggetti attivi diminuiscono all'aumentare dell'età e la sorveglianza Passi d'argento stima come in Toscana il 42,6% popolazione anziana d'età 65+ anni sia sedentaria, in linea con i risultati nazionali (42%).

Questi risultati sono leggermente migliori rispetto alle rilevazioni 2016-2019, che avevano registrato in Toscana una quota di persone adulte sedentarie pari al 24,3% e una di soggetti anziani pari al 45,9%.

Figura 3. Persone attive e sedentarie per età - Valori percentuali - Toscana, anni 2020, 2021 e 2022 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati Passi 2020-2021, Passi d'argento 2020-2021, Edit 2022



Per concludere, il quadro toscano relativo all'attività fisica tende a migliorare. Pur rimanendo ancora insufficiente l'esercizio fisico praticato, la quota di soggetti sedentari è diminuita in tutte le fasce d'età. Si tratta di un risultato molto importante considerati gli effetti della pandemia, che rischiavano di interferire notevolmente con le abitudini della popolazione.

Resta comunque importante mantenere l'attenzione sulla quota di soggetti sedentari, che, soprattutto nella popolazione giovane, è ancora alta. Sembra urgente anche approfondire il fattore età come elemento di *drop out*, trovando incentivi che favoriscano il mantenimento e la ri-attivazione delle abitudini sportive. In linea con questo approccio, la consapevolezza che la sedentarietà sia più diffusa in alcune categorie sociali, quali le donne, gli anziani e i soggetti con bassa istruzione o in difficoltà economiche, dovrebbe condurre all'individuazione di interventi ad hoc volti alla riduzione della quota di persone non attive.

Il consumo di bevande alcoliche

L'assunzione di bevande alcoliche è una pratica che può avere effetti negativi non solo sulla salute di chi le consuma, ma anche sul contesto circostante. Infatti, se da un lato l'alcol è spesso causa o con-causa dell'insorgenza di alcune patologie, dall'altro crea condizioni psicofisiche che possono provocare conseguenze e danni su soggetti terzi o alterare i comportamenti sociali influenzando le relazioni.

Il frequente consumo e l'abuso prolungato di bevande alcoliche può contribuire ad esempio allo sviluppo di disturbi psichici o depressivi, malattie epatiche, alcuni tipi di neoplasie,

malattie cardiache e ictus. Può inoltre contribuire a causare incidenti stradali: in Italia nel 2021 ha causato 2.875 decessi e 204.728 persone ferite (Istat, *Rapporto incidenti stradali 2021*).

Il consumo di alcol ha un impatto non solo sulla speranza di vita, ma anche sulla qualità degli anni da vivere, e per questo le organizzazioni internazionali sono chiamate a formulare indirizzi e politiche che ne moderino l'assunzione, individuando misure come la tassazione del prezzo o l'imposizione di limiti per i più giovani.

In questa direzione si muove l'Oms, che ha pubblicato un programma di azione per gli anni 2022-2030 volto all'implementazione di strategie per la prevenzione e il contrasto al consumo di alcol, in un'ottica di tutela dei singoli individui, della comunità e della salute pubblica in generale. Si tratta del *Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*.

Intervenire sul consumo di bevande alcoliche significa mediare anche consuetudini di consumo che affondano nel patrimonio culturale di un paese. In particolare sono noti due modelli prevalenti di consumo, riconosciuti e monitorati da tempo, che identificano differenze legate alle modalità di assunzione: il modello nordico e quello mediterraneo. Il primo aderisce alle caratteristiche del consumo anglosassone, che vede l'assunzione di grandi quantità di alcol in situazioni di socialità, senza che sia associato al momento dei pasti, con la peculiarità di combinare, nella stessa occasione, diversi tipi di bevande con differente gradazione alcolica. Il tipo di consumo mediterraneo, invece, riflette le abitudini tradizionalmente riconosciute come italiane e specificatamente toscane, che prevedono l'assunzione di alcol in situazioni di convivialità domestica, in contesti familiari e prevalentemente durante i pasti, prediligendo la scelta del vino come bevanda alcolica.

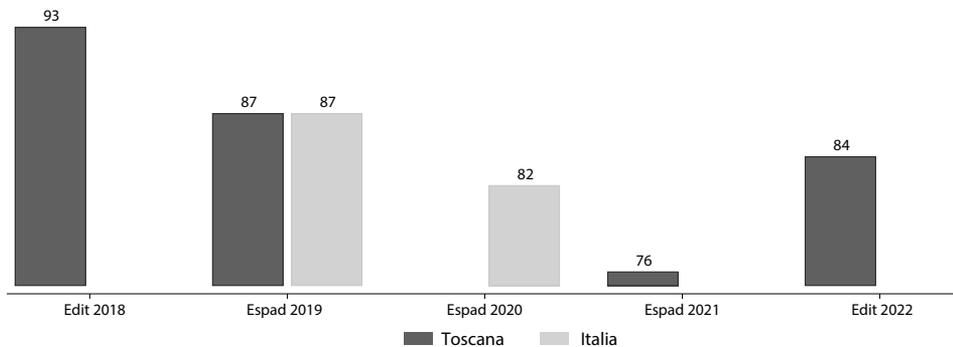
La dimensione aggregativa, legata alla socialità, incide molto sulle modalità di consumo, in particolare sul modo di stare insieme delle persone più giovani. Conoscere le abitudini di consumo tra i giovani è rilevante anche perché, come evidenzia l'Oms, assumerlo nella fase adolescenziale, momento di crescita psicofisica, può avere effetti sulla salute che sarà sviluppata in età adulta. L'abuso di alcol, infatti, può generare problemi legati al benessere psicologico o causare conseguenze sulla formazione fisica.

L'indagine Espad Europa del 2019 aveva messo in luce che 8 adolescenti (16 anni d'età) su 10 in Europa avevano bevuto alcol almeno una volta nella vita e 5 su 10 lo avevano assunto nei 30 giorni precedenti all'intervista. Nel 2019 l'Italia superava la media europea con l'87% di rispondenti che aveva bevuto alcol almeno una volta nella vita, l'81% nell'anno precedente alla rilevazione e il 64% nel mese prima. La popolazione studentesca toscana mostrava percentuali molto simili rispetto a quelle nazionali (87% nella vita; 81% nei 12 mesi precedenti; 65% nei 30 giorni prima).

Anche Edit dal 2005 segue l'andamento dei consumi di alcol, in termini di frequenza di utilizzo e di diffusione dei comportamenti eccedentari. Lo studio monitora l'evoluzione non solo delle ubriacature, ma anche del cosiddetto *binge drinking* (bere elevati quantitativi in un tempo limitato). Dall'indagine del 2022 è emerso che 8 adolescenti su 10 hanno bevuto almeno una volta nella vita, dato inferiore rispetto al 2018 (93%), e che questa abitudine è

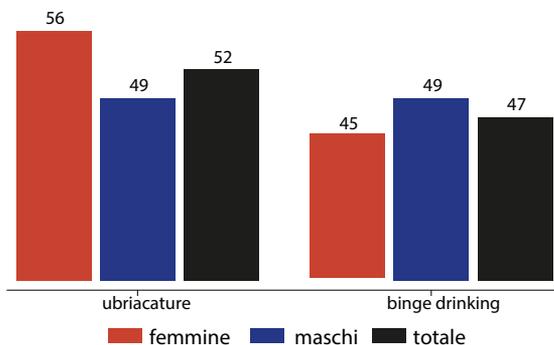
diffusa soprattutto tra le ragazze (femmine: 83,7%; maschi: 80,5%). Le preferenze sul tipo di bevanda consumata una tantum si concentrano anzitutto sugli aperitivi (74,8%), poi sul vino (64,8%), la birra (62,6%) ed infine sui superalcolici (57,8%).

Figura 4. Adolescenti che hanno bevuto alcol almeno una volta nella vita – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana e Italia, periodo 2018-2022 – Fonte: Espad 2019-2021, Edit 2018-2022



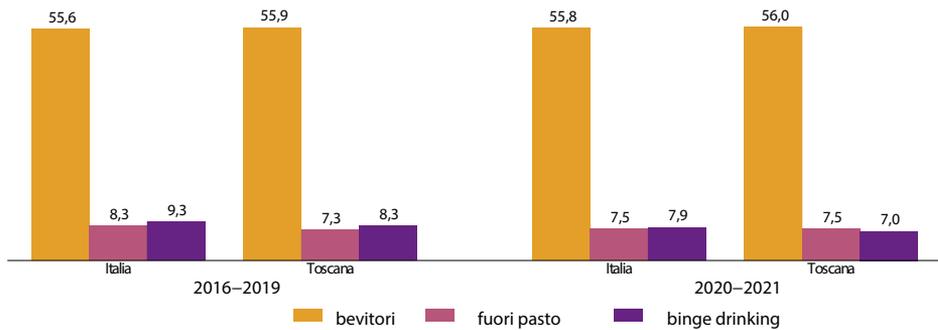
Il 52,2% dei soggetti che hanno bevuto si è ubriacato almeno una volta nei 12 mesi precedenti e il 47,1% ha consumato 5+ bevande alcoliche. Le ubriacature sono più diffuse tra le ragazze (femmine: 55,9%; maschi: 48,5%), ma il *binge drinking* è più frequente tra i ragazzi (maschi: 48,9%; femmine: 45,2%). I risultati delle ubriacature e del *binge drinking* sono sovrapponibili, dimostrando una convergenza dei due modelli di consumo di alcol a favore di quello nordico. La frequenza delle ubriacature e del consumo di 5+ bevande nella stessa occasione, infatti, mostrano prevalenze molto simili, rispettivamente al 36% e al 36,6% del campione è capitato più di 5 volte nei 12 mesi precedenti alla rilevazione.

Figura 5. Consumi eccedentari di alcol nella popolazione adolescente, per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: Edit



Per conoscere le prevalenze del consumo di bevande alcoliche nella popolazione adulta (18-69 anni) riportiamo i risultati della sorveglianza Passi (2020-2021), dai quali emerge che in Italia oltre la metà della popolazione adulta (55,8%) consuma bevande alcoliche, con il 7,5% che le assume fuori dai pasti e il 7,9% che fa esperienza di *binge drinking*. Il 15% delle persone adulte bevitrice assume alcol in quantità o modalità considerate di “maggior rischio” per la salute, e riguarda soprattutto soggetti giovani (18-24 anni: 30%) e maschi (maschi: 19%; femmine: 12%). Per la Toscana sono state registrate percentuali molto simili a quelle italiane, con il 56% che consuma alcol, il 7,5% di soggetti che bevono fuori dal pasto e il 7% che pratica *binge drinking*.

Figura 6. Consumo di alcol, per tipologia - Prevalenza per 100 abitanti d'età 18-69 anni - Toscana e Italia, anni 2016-2019/2020-2021 - Fonte: sorveglianza Passi



Dalla sorveglianza Passi d'argento emerge che negli anni 2020-2021 il 39,8% della popolazione d'età 65+ italiana ha consumato bevande alcoliche, precisamente il 20,9% ne ha fatto un uso moderato, mentre il 18,9% un consumo considerato a rischio, ovvero una media di più di una unità alcolica al giorno. Il consumo a rischio è più diffuso tra gli uomini (maschi: 32%; femmine: 9%), diminuisce con l'avanzare dell'età (65-74 anni: 24%; >85 anni: 10%) e risulta maggiore nelle regioni settentrionali (Nord: 22%; Centro e Sud: 18%). In linea con questi dati, la Toscana registra risultati migliori, con il 34,2% di soggetti che consumano alcol, il 17,9% con uso moderato e il 16,3% a rischio. L'analisi dei risultati ha considerato soggetti consumatori di alcol tutte le persone che hanno dichiarato di bere bevande alcoliche, indipendentemente dalla quantità, e soggetti bevitori a rischio tutte le persone che hanno indicato un consumo medio quotidiano superiore ad 1 Ua (unità alcolica).

Dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2022 è emerso che nel 2021 l'8,3% dei soggetti dipendenti da almeno una sostanza e in carico ai servizi pubblici per le dipendenze patologiche (Serd) consuma alcol come sostanza secondaria. Invece, osservando la distribuzione dell'utenza di comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, comunità alloggio e alloggi protetti, l'alcol ricorre come sostanza primaria per il 24,9%, con una maggiore diffusione tra le donne (maschi: 23,7%; femmine: 30%) e coinvolge

il 24,5% del totale di nuova utenza e il 25,5% dei soggetti già in carico.

In conclusione, osservando il fenomeno del consumo di alcolici nel suo insieme, sembra che i consumi generali siano rimasti simili rispetto alle rilevazioni passate. La Toscana, a fronte di risultati migliori per altri comportamenti determinanti della salute, in merito all'assunzione di alcol presenta abitudini in linea o leggermente migliori rispetto ai dati italiani.

Esiste però una distinzione trasversale nella popolazione generale, caratterizzata da due tendenze diverse rispetto al tipo di consumo per età. Infatti, se la popolazione giovane registra un tipo di consumo affine al modello nordico, con alte percentuali di *binge drinking* e con una maggiore frequenza di assunzione di alcol tra le ragazze, la popolazione adulta e anziana resta fedele al modello mediterraneo, con una maggiore diffusione di consumo tra gli uomini.

Il consumo di tabacco

L'Oms ha stimato che le persone fumatrici nel mondo siano circa un miliardo, l'80% delle quali concentrate in paesi con Prodotto interno lordo medio-basso. Secondo il *Rapporto sul fumo in Italia* del 2022 in Italia 12,4 milioni di persone fumano (24,2% della popolazione), 7,7 milioni hanno smesso (14,9%) e 31,4 milioni non hanno mai fumato (60,9%). Sono circa 800mila in più i fumatori rispetto al 2019, un aumento nel trend che non avveniva dal 2006.

Il tabagismo è da tempo riconosciuto come uno dei comportamenti più dannosi per la salute e, secondo l'Oms, è la principale causa di morte evitabile. Il consumo di tabacco infatti è frequentemente associato all'insorgenza di molte famiglie di patologie, tra le principali troviamo le malattie cardiache, polmonari e tumori.

Il fumo causa direttamente circa 8 milioni di decessi al mondo ogni anno, e altri 1,2 milioni di persone ogni anno muoiono per problemi connessi al fumo passivo. In Europa si stima che il fumo provochi circa 700mila decessi all'anno e che riduca l'aspettativa di vita di un fumatore di circa 14 anni rispetto a quella delle persone che non fumano. Si stima che in Italia il consumo di tabacco provochi la morte di circa 93mila persone ogni anno. Secondo il rapporto della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute (2018) fumare dai 25 anni d'età mediamente 20 sigarette al giorno riduce la vita media di circa 5 anni. A tal proposito l'Oms ha stimato che a livello globale 7 soggetti fumatori su 10 abbiano iniziato prima dei 18 anni e la quasi totalità prima dei 25 anni (94%). Restando in tema, Istat ha calcolato che nel 2021 in Italia il 12,8% dei 14-19enni fuma (quota minore di quella registrata nel 2020, pari al 13,5%).

Il tabagismo quindi comincia prevalentemente in età giovane e si diffonde dall'età adolescenziale, perciò gli interventi di prevenzione e le misure volte a dissuadere dal consumo di tabacco spesso sono rivolte alla popolazione giovane.

Per contestualizzare i risultati più recenti è utile sintetizzare gli andamenti rilevati nell'anno precedente alla pandemia da Covid-19 e nei primi mesi del 2020.

Come già noto, lo studio Espad Europa 2019 ha coinvolto soggetti di 16 anni e ha calcolato che il 41% del totale aveva fumato almeno una volta nella propria vita, mentre il 20% aveva fumato

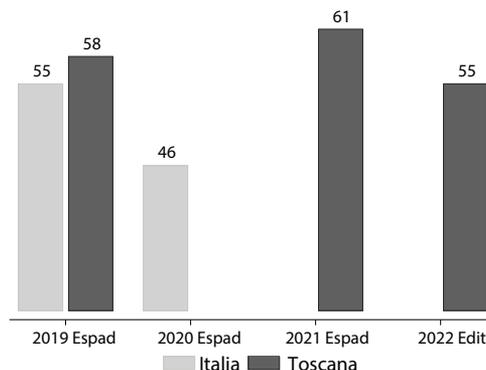
nei 30 giorni precedenti alla rilevazione. La media italiana era maggiore di quella europea, con il 55% di adolescenti che aveva provato a fumare almeno una volta nella vita e il 32% che lo avevano fatto nel mese precedente. L'indagine Espad Italia 2019, rivolta ad adolescenti di 15-19 anni, ha messo in luce percentuali leggermente maggiori, con il 58% del campione italiano e il 58% toscano che aveva provato a fumare.

Osservando gli ultimi dati disponibili Espad, relativi al 2021, emerge che in Toscana il consumo di tabacco è aumentato, con il 61,3% della popolazione adolescente 15-19enne che ha provato a fumare almeno una volta nella vita, percentuale più alta tra le ragazze (66,9% contro il 56,1% dei ragazzi). Inoltre l'indagine ha stimato che il 21,5% del campione ha fumato almeno una sigaretta al giorno nel corso dei 12 mesi precedenti all'indagine (femmine: 21,7%; maschi: 21,3%).

La rilevazione Edit nel 2022 stima che il 54,7% degli studenti e delle studentesse in Toscana abbia provato a fumare nella propria vita, comportamento più diffuso tra le femmine (femmine: 60,2%; maschi: 49,6%). Il 15,7% della popolazione adolescente toscana fuma regolarmente, abitudine più diffusa tra le ragazze (femmine: 18,2%; maschi: 13,2%). La maggioranza dei soggetti fumatori regolari consuma un massimo di 10 sigarette al giorno (≤ 10 : 72,2%; > 10 : 27,8%). Tra le femmine che fumano regolarmente il 24,3% fuma più di 10 sigarette al giorno, tra i maschi il 32,3%.

L'indagine si è concentrata anche sull'utilizzo di sigaretta elettronica ed è emerso che il 45,3% del campione l'ha provata. La metà di questa quota non ha utilizzato la sigaretta elettronica nel mese precedente alla rilevazione, invece il 15,5% l'ha utilizzata quasi quotidianamente (femmine: 18,9%; maschi: 12,4%) e il restante 33,9% tra 1 e 9 giorni.

Figura 7. Adolescenti che hanno provato a fumare – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana e Italia, periodo 2019-2022 – Fonte: Espad 2019-2021, Edit 2022



Dagli ultimi dati della sorveglianza Passi per la popolazione adulta di 18-69 anni, relativi al biennio 2020-2021, emerge che 1 persona su 4 in Italia fuma, mentre il 16,6% ha smesso. In Toscana si confermano queste stime, con il 24,6% di soggetti fumatori e il 18,9% di ex fumatori. Il tabagismo resta più diffuso tra gli uomini, sia in Italia sia in Toscana. Confrontando

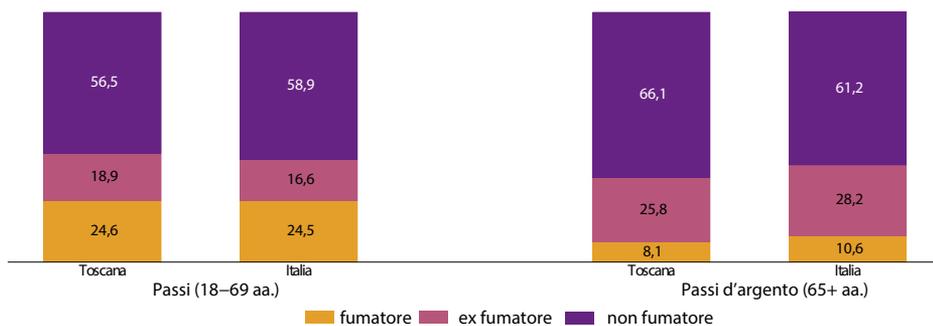
Le diverse edizioni della sorveglianza Passi si nota che in Toscana la percentuale dei soggetti adulti ex fumatori è in diminuzione dal 2011, mentre aumenta il peso relativo delle persone che non hanno mai fumato nella vita (passate dal 51,6% del 2011-2014 al 56,5% del 2020-2021). La diminuzione dei fumatori sembra quindi dipendere più dalla diminuzione delle persone che iniziano a fumare, piuttosto che dall'aumento di chi smette.

Figura 8. Abitudine al fumo - Valori percentuali - Toscana, periodo 2011-2021 - Fonte: sorveglianza Passi



La sorveglianza Passi d'argento invece stima in Italia il 10,6% di anziani (65+ anni) fumatori e il 28,2% di ex fumatori. In Toscana sono state registrate percentuali inferiori, con l'8,1% di anziani fumatori e il 25,8% di ex fumatori. Dai risultati si evince che l'abitudine al fumo diminuisce all'aumentare dell'età.

Figura 9. Abitudine al fumo per età - Valori percentuali - Toscana e Italia, periodo 2020-2021 - Fonte: sorveglianza Passi e Passi d'argento



Infine, per concludere il quadro dell'abitudine al fumo, dal 2018 anche la sorveglianza Passi ha cominciato a monitorare il consumo di sigarette elettroniche e di altri prodotti da fumo, diffusi come alternativa meno nociva rispetto alle sigarette tradizionali, che continuano a mostrare

percentuali di utilizzo basse, sebbene in aumento. Nel 2020-2021 le sigarette elettroniche sono state usate dal 4,5% del campione e le sigarette di tabacco senza combustione dal 2,1%, valori in aumento rispetto al 2016-2019, quando registravano rispettivamente il 2,7% e lo 0,7%.

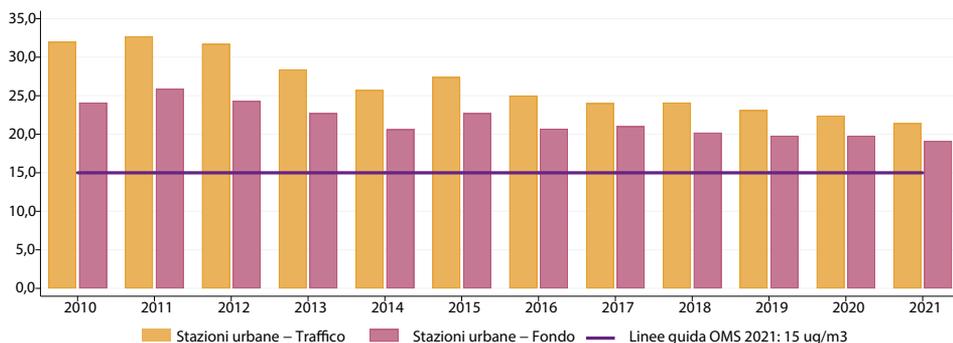
In generale il consumo di tabacco dovrebbe essere limitato il più possibile, essendo riconosciuto da tempo come principale causa evitabile di effetti negativi sulla salute. L'eliminazione del fumo aiuterebbe a prevenire l'insorgenza delle patologie derivanti dal tabagismo e intervenire sul rischio sosterebbe anche la gestione della sanità pubblica.

Tra le misure rivolte alla prevenzione al consumo di tabacco in Italia troviamo il Programma nazionale *Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari*, avviato nel 2018 dal Ministero della salute. Si tratta di un progetto che intende promuovere interventi dedicati agli stili di vita per aumentare la qualità della salute della popolazione attraverso il coinvolgimento delle amministrazioni locali ai vari livelli di governo. Tra le altre, una dimensione di intervento è il disincentivo all'abitudine del fumo e le strategie di azione prevedono diversi obiettivi. In particolare, è stata indicata la definizione di una legislazione che sostenga il controllo della diffusione del tabagismo, a tutela di soggetti fumatori e non fumatori; l'attuazione di disincentivi e di campagne informative dirette a ridurre il numero di persone che consumano tabacco, soprattutto tra i giovani; il sostegno alla diffusione di Centri anti-tabacco e all'attivazione di programmi e progetti che supportino le persone che vogliono smettere di fumare.

Ambiente

I dati di qualità dell'aria misurati nel 2021 presso le stazioni di monitoraggio della rete regionale gestita dall'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (Arpat) confermano per il particolato (PM₁₀) il trend in diminuzione dei valori delle medie annuali (figura 1). Sebbene il limite normativo previsto per questo indicatore (40 µg/m³, Dlgs 155/2010) sia rispettato in tutte le stazioni di monitoraggio, sia per quelle di fondo sia per quelle di traffico, i valori misurati sono lontani dalle linee guida raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per la protezione della salute umana. Nel 2021 l'Oms ha pubblicato un aggiornamento delle linee guida e, alla luce delle evidenze di letteratura sugli effetti avversi degli inquinanti atmosferici su una pluralità di organi, anche a concentrazioni basse, ha ulteriormente abbassato i limiti raccomandati. Per la media annuale di PM₁₀ il limite raccomandato è stato abbassato da 20 a 15 µg/m³. Solo due stazioni (AR-Casa, Stabbi PI-Montecerboli) su 34 della rete regionale rispettano la nuova linea guida dell'Oms.

Figura 1. Medie annuali di PM₁₀ (µg/m³) per tipo di stazione di rilevamento della rete regionale di monitoraggio. Toscana, periodo 2010-2021 - Fonte: Arpat

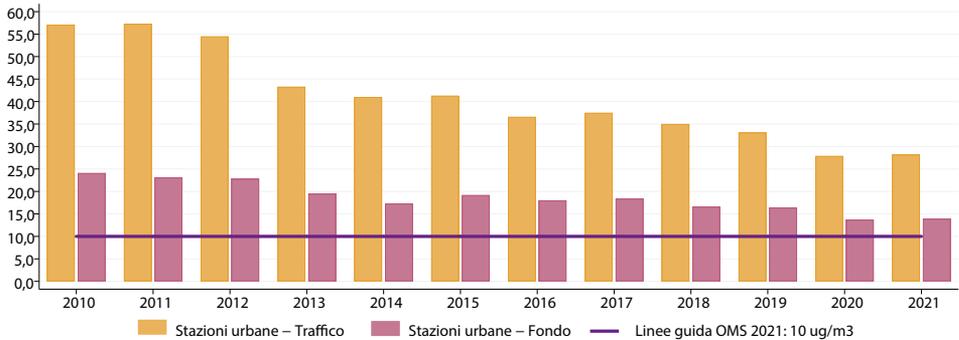


Anche nel 2021 i valori di media annuale di PM₁₀ più alti sono stati registrati presso la stazione di fondo del comune di Capannori (29 µg/m³), che, come accade da diversi anni, è anche l'unica ad aver superato il limite di legge relativo ai giorni di sfioramento della media giornaliera (50 µg/m³ da non superare per più di 35 giorni/anno). Tra le stazioni di traffico la media più elevata è stata registrata presso il sito di LU-Micheletto (26 µg/m³), mentre si conferma il trend in diminuzione presso la stazione di FI-Gramsci (22 µg/m³). Per il PM_{2,5} i valori delle medie annuali sono in lieve diminuzione e, come per il PM₁₀, in tutte le stazioni è rispettato il limite normativo (25 µg/m³), mentre in nessun sito di monitoraggio si rilevano valori al di sotto del nuovo limite Oms (5 µg/m³).

Relativamente alle medie annuali di biossido di azoto (NO₂) nel 2021 si registra una sostanziale stabilità dei valori in entrambe le tipologie di stazioni (figura 2). Rispetto al limite normativo

(40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) si conferma anche nel 2021 l'unica criticità relativa alla stazione di FI-Gramsci (45 $\mu\text{g}/\text{m}^3$), mentre soltanto in 4 stazioni su 35 è rispettata la nuova linea guida dell'Oms, che è stata abbassata a 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Figura 2. Medie annuali di NO_2 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) per tipo di stazione di rilevamento della rete regionale di monitoraggio. Toscana, periodo 2010-2021 - Fonte: Arpat



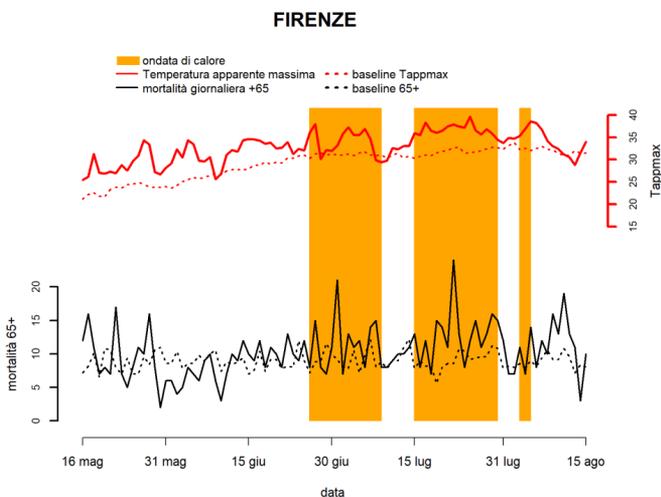
Passando all'ambito delle fonti di produzione di energia, la produzione lorda di energia elettrica da Fer (fonti energia rinnovabili) nel 2020 in Italia è in leggera crescita rispetto al 2019 (+0,9%), e rappresenta il 41,7% della produzione complessiva nazionale. La quota maggiore di energia da fonti rinnovabili è garantita dall'idroelettrico (41% del totale), seguito da solare (21%), bioenergie (17%), eolica (16%) e geotermica (5%) (Gestore servizi energetici - Gse, *Rapporto statistico 2020*). La Lombardia si conferma la regione italiana con la maggiore produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili: 17.923 GWh, pari al 15% del totale nazionale. La Toscana, grazie principalmente allo sfruttamento della risorsa geotermica, è invece la regione con maggior potenza installata e produzione di energia elettrica da Fer (7%) nel Centro Italia. Nel 2020 un quinto (19,9%) dei consumi energetici nel settore termico proviene da fonti rinnovabili. La fonte rinnovabile più impiegata è la biomassa solida, utilizzata soprattutto nel settore domestico in forma di legna da ardere o pellet; assumono grande rilievo anche le pompe di calore, mentre sono ancora relativamente contenuti i contributi delle altre fonti (solare, rifiuti, biogas, geotermia). La regione con il valore più alto di consumi diretti di energia da Fer nel settore termico è la Lombardia (15% del totale nazionale), seguita da Veneto (13,2%), Piemonte (8,9%) ed Emilia-Romagna (7,8%). Il contributo della Toscana si attesta al 5,6% (Gse, *Rapporto statistico 2020*).

È ormai di attualità il tema degli eventi climatici estremi. Nel 2022, l'Italia è risultata tra i Paesi più colpiti. Secondo i dati diffusi dall'Osservatorio Cittàclima di Legambiente, da gennaio a luglio 2022 si sono registrati in Italia ben 132 eventi estremi, numero più alto della media annua degli ultimi decenni. Già il 2021 aveva segnato un aumento del +17,2% rispetto all'anno precedente con un numero totale di 133 eventi estremi, ma il 2022 è destinato a superare il dato del 2021. Gli impatti più rilevanti si sono registrati in 602 comuni

italiani, 95 in più rispetto allo scorso anno (+18%). Anche la situazione della Toscana desta preoccupazione. Secondo i dati climatologici regionali, l'estate 2022 è stata la più calda di sempre, paragonabile solo a quella del 2003: tra il 15 maggio e il 31 luglio 2022 si sono registrate oltre 40 giornate con temperature massime >35 °C. Anche le temperature del mare hanno raggiunto valori anomali e da record, in Toscana sono stati toccati picchi tra i 28 e i 30 gradi. Gli eventi estremi nelle giornate tra il 15 e 18 agosto, con venti che hanno raggiunto i 140 km/h, fulminazioni copiose e grandinate eccezionali, hanno causato due vittime, diversi feriti e danni materiali ingenti.

Il report del Sistema di allarme e della sorveglianza della mortalità giornaliera (Sismg) associata alle ondate di calore, un network nazionale cui partecipa anche il comune di Firenze, mostra che nel mese di luglio l'eccesso di mortalità è stato pari al 29%, ed ha interessato tutte le classi con età superiore a 65 anni. L'effetto maggiore è stato riscontrato nella classe d'età più anziana (85+) nella quale si è registrato un eccesso di mortalità del 41% nelle città del Nord e del 35% nelle città del Centro-Sud. Particolarmente elevato è stato l'impatto sulla mortalità dell'ondata di calore della seconda metà del mese di luglio, con un eccesso del +36% e che ha interessato tutte le aree del Paese, in particolare alcune città del Nord. La città di Firenze, in cui si è avuto un aumento della temperatura massima apparente di 4°C rispetto al periodo 1996-2021, ha registrato nella seconda metà di luglio un eccesso di mortalità del +43% e uno del +22% nei primi 15 giorni di agosto (figura 3).

Figura 3. Andamento giornaliero del numero di decessi osservati e attesi nella popolazione d'età 65+ anni e della temperatura apparente massima - Comune di Firenze, periodo maggio-agosto 2022 - Fonte: Sismg



Infine, concludiamo questo capitolo con alcuni dati sulla produzione di rifiuti urbani. Nel 2020 si osserva una leggera contrazione dovuta alla pandemia e la Toscana con 587 kg per abitante si posiziona al 3° posto nel panorama nazionale, dopo Emilia-Romagna (639 kg/

ab.) e Valle d'Aosta (612 kg/ab.), rispetto ad una media italiana di 488 kg/ab. (fonte: Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale - Ispra, Rapporto Rifiuti Urbani 2021). Seppur in lieve crescita rispetto all'anno precedente, nel 2020 la percentuale di raccolta differenziata si attesta in Toscana al 62,1%, a fronte di una media nazionale pari al 63%. La regione con il valore più alto è il Veneto (76,1%).

La Toscana è la regione che riceve e conferisce in discarica i quantitativi più rilevanti di rifiuti urbani prodotti in territori extraregionali (soprattutto Lazio, Emilia-Romagna e Lombardia), per un totale di 99mila tonnellate, pari al 21,7% del totale. Nel 2020 la percentuale di conferimento in discarica si attesta nella nostra regione su un valore del 30%, ben lontano dall'obiettivo del 10% entro il 2035 fissato dall'Unione europea. Il pro capite regionale di frazione biodegradabile in discarica, la cui riduzione è sinonimo di migliori performance in termini di raccolta differenziata dei rifiuti biodegradabili, risulta, nel 2021, pari a 128 kg/ab. (media nazionale 59 kg/ab. al di sotto dell'obiettivo stabilito dalla normativa italiana per il 2018 di 81 kg/ab.).

La salute dei toscani

Mortalità

La mortalità è un indicatore fondamentale nel monitoraggio della salute pubblica. L'analisi temporale e geografica, in particolare tramite la valutazione degli eccessi rispetto ai valori attesi, permette di individuare fasce di popolazione a maggior rischio e di misurare l'impatto di eventi particolari o dell'esposizione a determinati fattori sulla salute degli abitanti. Convenzionalmente, è considerato l'indicatore principale, insieme alla speranza di vita alla nascita, per valutare la salute della popolazione nel tempo e nello spazio.

Nel 2021 sono deceduti 47.754 toscani, 1.293 ogni 100mila abitanti, circa 400 in meno rispetto al 2020 (-0,8%), quando, per gli effetti della pandemia da Covid-19, toccarono quota 48.135 (1.304 per 100mila toscani). Il 2020, ricordiamo, ha rappresentato per l'Italia l'anno con il dato di mortalità più alto mai registrato dal secondo dopoguerra, con un eccesso di mortalità toscano pari a +11% rispetto al 2019 e +8,6% rispetto alla media del quinquennio 2015-2019 (fonte: Istat). Tornando al dato 2021, quindi, è sì stabile, ma su valori ancora elevati se paragonati al trend pre-pandemico: l'eccesso di mortalità toscano rispetto alla media 2015-2019 è pari a +7,8% (+9,8% in Italia). Le regioni del Nord Italia sono quelle dove si registra il miglioramento più evidente, in termini di eccesso di mortalità rispetto al periodo pre-Covid, nel passaggio dal 2020 al 2021 (figura 1). Nel primo anno di pandemia quella parte del Paese fu la prima ad essere colpita a febbraio 2020, mentre il Centro-Sud venne plausibilmente protetto dall'introduzione delle misure di contenimento come il lockdown nazionale nel mese di marzo. L'eccesso di mortalità osservato nelle regioni del Nord nel 2020 è stato pari a +24,6% (+37% nella sola Lombardia), rispetto al +7,5% del Centro Italia e +7,7% del Sud. Il 2021 è caratterizzato da maggiore omogeneità nella circolazione del virus e quindi anche da un'inversione del trend geografico dell'eccesso. Sono le regioni del Sud, complessivamente, a registrare l'eccesso maggiore (+12,9%), rispetto a +8,6% e +8,2% rilevati al Centro e al Nord. La Toscana registra il 4° valore regionale più basso, dopo Liguria, Valle d'Aosta e Piemonte.

Le prime stime 2022 per la Toscana, relative al solo primo semestre, segnano ancora un +6,2% rispetto al primo semestre 2015-2019 (+6,5% in Italia).

Attingendo ai dati della Protezione civile i toscani deceduti per Covid-19 nel 2021 sono 3.862, circa 150 in più rispetto al 2020, superiori ai circa 3.450 decessi di differenza tra la mortalità totale 2021 e quella 2015-2019.

Considerando il solo dato 2021, nella graduatoria per regione la Toscana è 8° per numero di decessi totali rispetto alla popolazione residente, sopra alla media nazionale pari a 1.197 per 100.000 (figura 2). Il dato non è corretto per l'età della popolazione e può quindi risentire della diversa struttura demografica dei residenti, penalizzando le regioni, come la Toscana, con una maggiore presenza di anziani.

Per avere un confronto corretto per età dobbiamo attingere al dato più recente messo a disposizione da Istat, relativo al 2019. Osservando questi tassi, con 790 deceduti ogni 100mila abitanti, la Toscana è l'8° tra quelle con la mortalità generale più bassa in Italia (figura 3), al di sotto della media nazionale, pari a 825 decessi ogni 100mila abitanti. Rispetto agli anni precedenti arretra di alcune posizioni, fino al 2018 era infatti la 5° regione tra quelle con minore mortalità.

Figura 1. Eccesso di mortalità generale rispetto al periodo 2015-2019 – Differenza % nei deceduti nell'anno rispetto al 2015-2019 – Regioni e Italia, anni 2020 e 2021 - Fonte: Istat

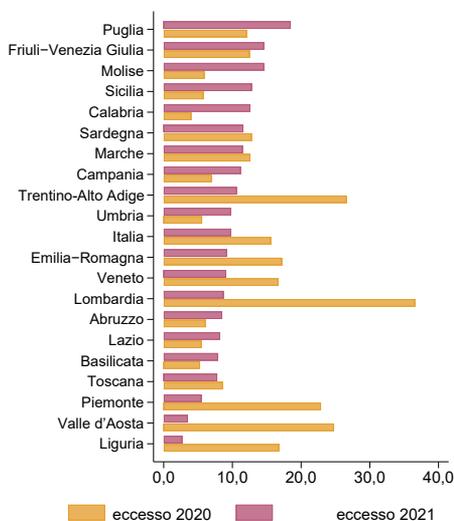


Figura 2. Mortalità generale - Tasso grezzo per 100.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2021 - Fonte: Istat

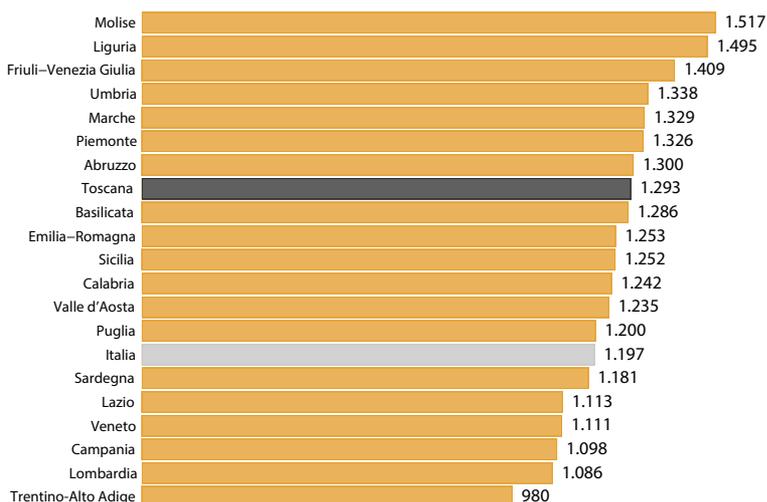
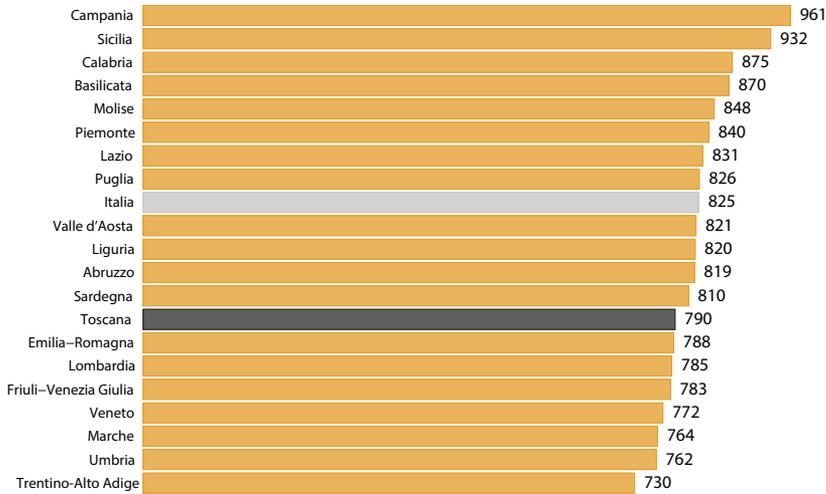


Figura 3. Mortalità generale - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2019 - Fonte: Istat

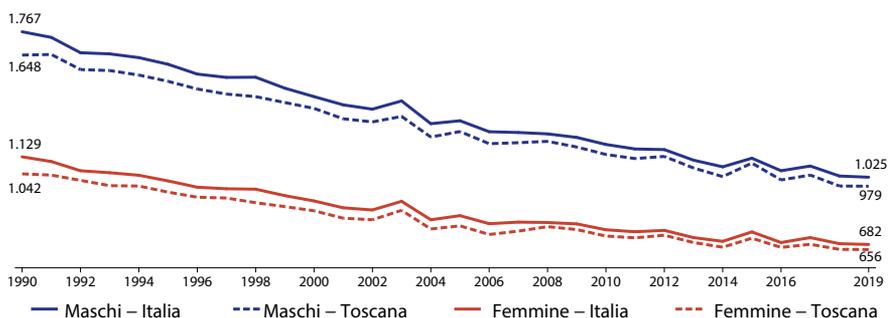


Anche nel 2019 prosegue la riduzione del gap tra uomini e donne, grazie ad una decisa riduzione della mortalità tra i primi (figura 4). Nel 1990 la differenza tra mortalità maschile e femminile era pari a 600 decessi per 100mila abitanti, mentre è scesa al di sotto di 323 decessi per 100mila nel 2019.

Tra le cause di morte più frequenti permangono nettamente le malattie del sistema circolatorio (33,4% del totale dei decessi nel 2019) e i tumori (27,6%), seguite dalle malattie del sistema respiratorio (8,5%).

La mortalità generale, nel lungo periodo (figura 4), è diminuita proprio grazie ai progressi nella prevenzione, diagnosi e cura di patologie cardiocircolatorie e oncologiche, che oggi consentono di prevenire in parte tali patologie o individuarle più precocemente, trattarle con terapie sempre più efficaci, fattori che contribuiscono all'aumento dell'aspettativa di vita alla diagnosi.

Figura 4. Mortalità generale per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 1990-2019 - Fonte: Istat



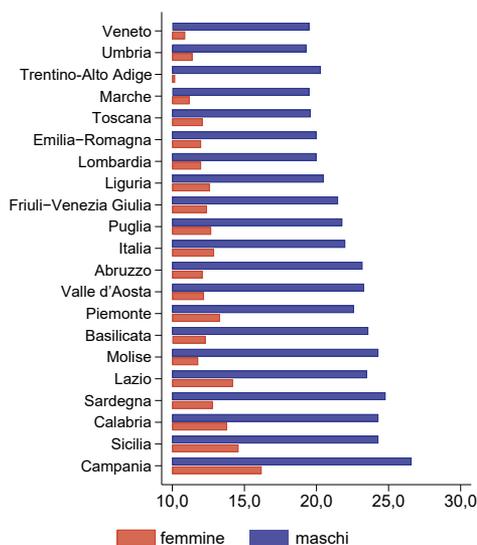
Mortalità evitabile

Quando scriviamo questo documento il gruppo di lavoro nazionale non ha ancora reso disponibili i dati regionali relativi alla mortalità evitabile. Siamo pertanto costretti a mantenere il capitolo della scorsa edizione, per fornire comunque la fotografia basata sugli ultimi dati a noi disponibili, anche se relativi ancora al periodo pre-pandemia.

Nel triennio 2016-2018 (ultimo dato disponibile) la Toscana si conferma la 5° regione italiana tra quelle caratterizzate da un minor numero di decessi che colpiscono prima dei 75 anni, potenzialmente evitabili con azioni di prevenzione primaria (prevenibili) o diagnosi precoce, terapie e assistenza sanitaria efficace (trattabili) (figura 1). Si tratta della definizione adottata da Istat, nella quale ricadono buona parte dei tumori maligni e delle malattie cardiovascolari, diabete, traumatismi, ovvero decessi evitabili con un'assistenza sanitaria più attenta, accessibile e appropriata (prevenzione, diagnosi, terapia, cura, riabilitazione).

A causa di questi decessi i toscani nel triennio 2016-2018 hanno perso in media 15,9 giorni di vita (rispetto alla speranza di vita media). Il dato toscano è inferiore (migliore) di quasi 2 giorni rispetto alla media italiana (17,6 giorni) e di quasi 6 giorni rispetto alla Campania (21,5 giorni persi, valore più alto in Italia).

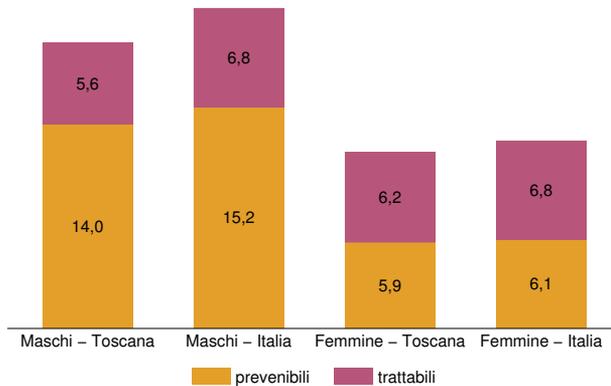
Figura 1. Mortalità evitabile per genere - Giorni di vita persi pro capite per decessi evitabili Regioni e Italia, periodo 2016-2018 - Fonte: Rapporto MEV(i) su dati Istat



Le differenze di genere sono notevoli (figura 2), in Toscana gli uomini e le donne perdono rispettivamente 19,6 e 12,1 giorni di vita (sono rispettivamente 22 e 12,9 in Italia). La causa di questo squilibrio è riconducibile principalmente all'esposizione più frequente a

fattori di rischio occupazionali e a stili di vita non corretti tra gli uomini rispetto alle donne, ma anche a differenze che si generano fin dalla nascita (si veda quanto riportato nel capitolo sulla salute di genere). I decessi prevenibili con azioni di prevenzione primaria hanno infatti un peso notevolmente maggiore tra gli uomini rispetto alle donne: in Toscana causano il 71% dei giorni di vita di persi evitabili tra gli uomini, a fronte del 49% tra le donne. In Italia il dato è simile: 69% tra gli uomini e 47% tra le donne (figura 2).

Figura 2. Mortalità evitabile per genere e tipologia - Giorni di vita persi pro capite per decessi evitabili - Toscana e Italia, triennio 2016-2018 - Fonte: Rapporto MEV(i) su dati Istat



Il dato è in continua diminuzione, quindi in miglioramento, dal 2011 e rispetto al triennio precedente segna un'ulteriore riduzione: da 16,8 giorni di vita persi nel triennio 2013-2015 a 15,9 giorni nel triennio 2016-2018 in Toscana, da 18,6 a 17,6 giorni in Italia. Resta comunque un margine di miglioramento, ottenibile soprattutto con interventi di prevenzione primaria nella popolazione maschile, che potrebbero portare un'ulteriore diminuzione del fenomeno generale.

All'interno del territorio regionale permangono differenze a livello provinciale, con la provincia di Firenze che registra il dato più basso (14,6 giorni di vita persi) e le province costiere caratterizzate invece da maggiori criticità: Lucca 17,2, Grosseto e Massa-Carrara 16,9, Livorno 16,8 giorni di vita persi. Individuare le cause specifiche di questa variabilità territoriale, purtroppo, non è possibile con i dati a nostra disposizione (aggregati a livello di popolazione).

Aspettativa di vita

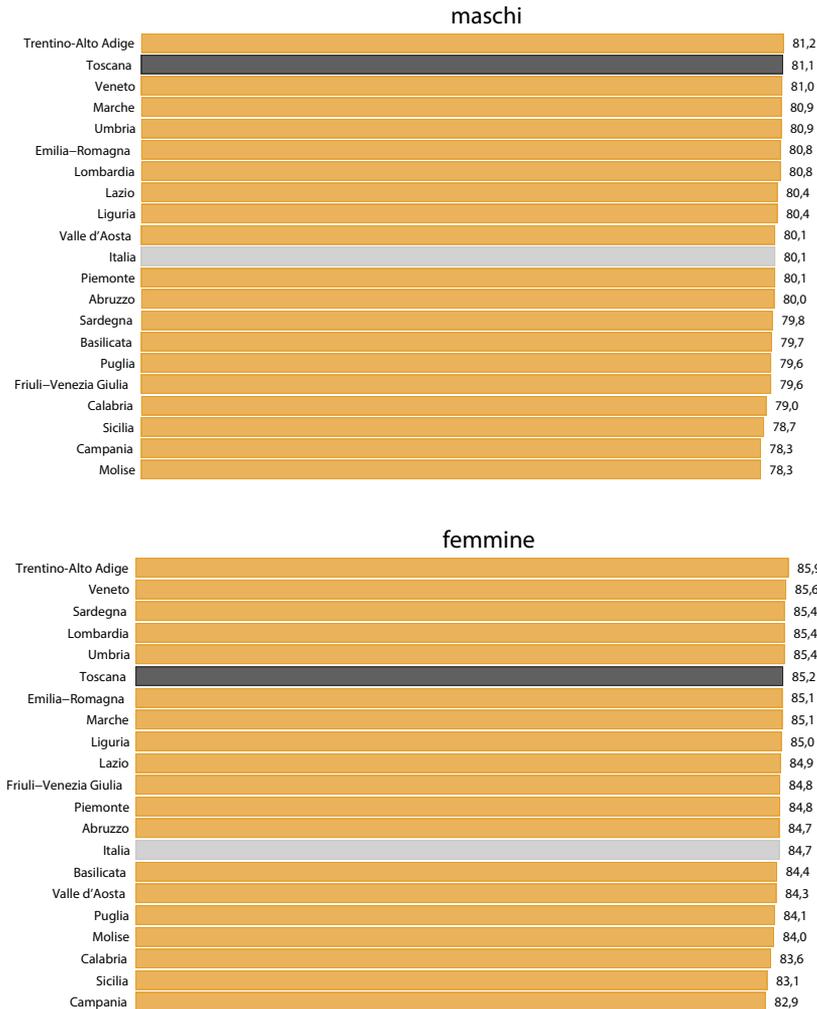
Dopo il netto arretramento della speranza di vita alla nascita osservato nel primo anno di pandemia, che aveva riportato l'indicatore su valori che non si osservavano dal 2012, nel 2021 le stime Istat si stabilizzano su valori pari a 81,1 anni per gli uomini (80,1 anni in Italia) e 85,2 anni per le donne (84,7 anni in Italia). Mentre le stime toscane sono perfettamente sovrapponibili a quelle dell'anno precedente (sempre 81,1 anni per gli uomini e 85,3 anni per le donne), a livello italiano c'è una tendenza ad un lieve miglioramento, considerato che nel 2020 l'indicatore era sceso a 79,8 anni per gli uomini e 84,5 anni per le donne, spinto dalla forte riduzione osservata nelle regioni del Nord Italia. La nostra regione era stata, invece, tra quelle con la diminuzione più contenuta. I dati riportati in tabella 1, relativi alla speranza di vita alla nascita totale (maschi e femmine), mostrano chiaramente come il Nord del Paese abbia in parte recuperato la forte diminuzione osservata nel 2020, mentre al Sud, dove l'impatto della pandemia sulla speranza di vita c'era stato, ma minore, continua il trend di diminuzione anche nel 2021. La Toscana, con le altre regioni del Centro Italia, si colloca a metà tra questi due scenari. Abbiamo più volte ricordato, sia in questo volume sia in analisi ad hoc, come l'andamento della pandemia nel 2020 sia stato caratterizzato da un forte gradiente geografico, con le regioni del Nord colpite inizialmente e il resto d'Italia, in particolare il Sud, maggiormente protetto dagli interventi di mitigazione messi in atto a partire dal mese di marzo. Il 2021 invece è stato caratterizzato da una diffusione ormai omogenea del contagio e della mortalità su tutto il territorio nazionale.

Tabella 1. Diminuzione della speranza di vita alla nascita – Anni di speranza di vita alla nascita persi tra il 2019 e il 2020 e tra il 2020 e il 2021 – Regioni e Italia, periodo 2019-2021 - Fonte: Istat

Regione	2019	2020	2021	2020 vs 2019	2021 vs 2020
Piemonte	82,9	81,4	82,4	-1,5	1,0
Valle d'Aosta	82,7	80,9	82,2	-1,8	1,3
Lombardia	83,6	81,4	83,1	-2,2	1,7
Trentino A.A.	84,2	82,8	83,5	-1,4	0,7
Veneto	83,8	82,9	83,2	-0,9	0,3
Friuli V.G.	83,5	82,6	82,1	-0,9	-0,5
Liguria	83,1	81,7	82,6	-1,4	0,9
Emilia-Romagna	83,6	82,5	82,9	-1,1	0,4
Toscana	83,6	83,1	83,1	-0,5	0,0
Umbria	84,0	83,4	83,1	-0,6	-0,3
Marche	84,0	83,0	83,0	-1,0	0,0
Lazio	83,2	82,6	82,6	-0,6	0,0
Abruzzo	83,3	82,6	82,3	-0,7	-0,3
Molise	83,0	82,2	81,1	-0,8	-1,1
Campania	81,6	80,9	80,6	-0,7	-0,3
Puglia	83,2	82,3	81,8	-0,9	-0,5
Basilicata	82,5	82,2	82,0	-0,3	-0,2
Calabria	82,4	82,1	81,3	-0,3	-0,8
Sicilia	82,0	81,5	80,9	-0,5	-0,6
Sardegna	83,0	82,3	82,5	-0,7	0,2
ITALIA	83,2	82,1	82,4	-1,1	0,3

Rispetto alla media italiana 2021, la stima toscana è più alta di 1 anno tra gli uomini e 0,5 anni tra le donne, ma, mentre tra gli uomini conferma la 2° posizione tra le regioni (dopo il Trentino-Alto Adige), tra le donne perde alcune posizioni, scendendo al 6° posto (figura 1).

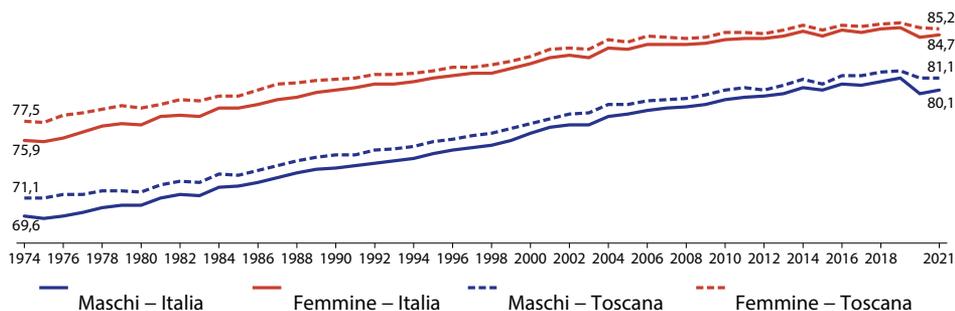
Figura 1. Speranza di vita alla nascita per genere - Regioni e Italia, anno 2021 - Fonte: Istat



Osservando il trend per genere è evidente la forte riduzione osservata nel 2020, solo in parte recuperata nel 2021 (figura 2). Gli uomini in particolare sono stati più colpiti rispetto alle donne, coerentemente con altre analisi che hanno mostrato un impatto maggiore della pandemia tra questi ultimi, plausibilmente dovuto a condizioni di salute pregresse mediamente peggiori rispetto alle donne (che storicamente vivono più a lungo degli uomini), in particolare per quanto

riguarda le malattie a carico del sistema cardiocircolatorio, fortemente associate ad esiti peggiori nel decorso della patologia Covid-19.

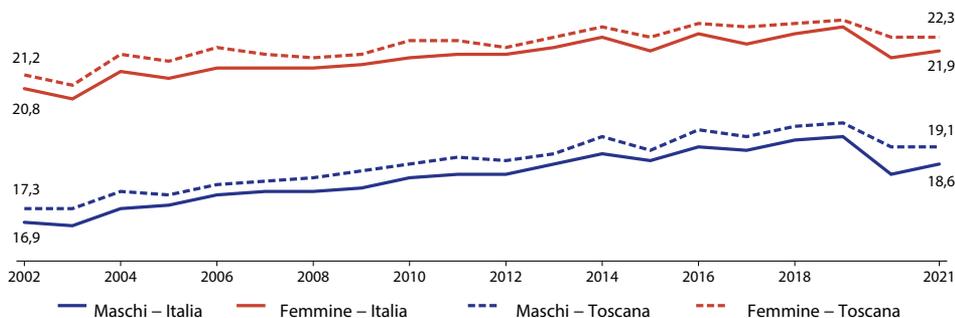
Figura 2. Speranza di vita alla nascita per genere - Toscana e Italia, periodo 1974-2021
Fonte: Istat



Situazione simile anche per la speranza di vita di un toscano giunto al 65° anno d'età, più alta della media italiana, ma in lieve arretramento rispetto alle altre regioni. Mediamente un toscano a 65 anni può attendersi di vivere altri 19,1 anni se uomo (18,6 in Italia) e 22,3 anni se donna (21,9 in Italia). Nella classifica per regione la Toscana scende al 4° tra gli uomini e al 6° tra le donne, fino all'anno precedente si trovava rispettivamente in 2° e 3° posizione. Le regioni che guidano la graduatoria sono le stesse che godono di valori di speranza di vita alla nascita più alti: Trentino Alto Adige, Veneto e Umbria.

Per il trend valgono le considerazioni fatte in precedenza per la speranza di vita alla nascita, con il 2021 che solo in parte recupera il gap 2020 e l'impatto maggiore sugli uomini (figura 3).

Figura 3. Speranza di vita a 65 anni per genere - Toscana e Italia, periodo 2002-2021 - Fonte: Istat



Tumori

A causa di difficoltà organizzative della rete dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum) durante questi due anni e mezzo di pandemia, le ultime stime regionali di prevalenza e incidenza dei tumori sono ancora quelle pubblicate nella scorsa edizione di questo volume, riferite all'anno 2019, quando in Toscana i nuovi casi di tumore attesi erano poco meno di 25mila: 12.900 tra gli uomini (643 ogni 100mila abitanti) e 12mila tra le donne (524 per 100mila). Il tumore più frequente in termini assoluti è quello del colon-retto (2.000 casi nell'anno tra gli uomini e 1.600 tra le donne), seguito dalla mammella (3.500 casi), dalla prostata (2.900) e polmone (1.800 casi tra gli uomini, 850 tra le donne) (tabella 1).

Tabella 1. Tumori attesi per genere e sede principali - Stima dei casi incidenti e tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana, anno 2019 - Fonte: I numeri del cancro in Italia 2019

Sede	uomini		donne	
	N	per 100mila ab.	N	per 100mila ab.
Colon-retto	2.000	86,7	1.600	61,4
Mammella			3.500	172,5
Prostata	2.900	136,2		
Polmone	1.800	90,2	850	34,7
Vescica	1.800	78,3	450	18,0
Stomaco	650	27,9	600	20,6
Cute (melanomi)	600	32,3	500	25,8
Utero			210	11,3
Totale	12.900	643,0	12.000	524,0

Nel contesto nazionale la Toscana si trova in 6° posizione nella graduatoria delle regioni, tra quelle dove i tassi di incidenza standardizzati per età sono maggiori, in entrambi i generi (figura 1). Va sempre tenuto a mente che ad incidere su queste stime potrebbe essere in parte il cosiddetto “effetto screening”, che si verifica quando, a parità di malattia nella popolazione, l'incidenza in alcune zone aumenta grazie alla maggior emersione del problema, dovuta a programmi di prevenzione secondaria più sviluppati e con maggiori livelli di adesione. A tale riguardo, secondo i dati più recenti della sorveglianza Passi dell'Istituto superiore di sanità (2016-2019), la Toscana è tra le regioni con il più alto livello di adesione ai programmi di screening oncologico in Italia: 87,5% di adesione da parte della popolazione target allo screening cervicale (79,9% in Italia), 83,4% allo screening mammografico (74,8% in Italia), 66,7% allo screening colon-rettale (47,6% in Italia).

Diagnosi precoci, terapie efficaci, accessibili e nuovi farmaci hanno contribuito negli anni ad aumentare l'aspettativa di vita di un malato oncologico alla diagnosi. Mediamente in Toscana a 5 anni dalla diagnosi il 56% degli uomini e il 65% delle donne è ancora in vita (54% e 63% in Italia). Il tumore più letale è quello del pancreas, sopravvive a 5 anni 1 toscano su 10, seguito

dal polmone (16%) e fegato (18%) (tabella 2). Purtroppo le stime più recenti per questo dato si fermano al 2009.

Figura 1. Tumori attesi per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Regioni, anno 2019 – Fonte: I numeri del cancro in Italia 2019

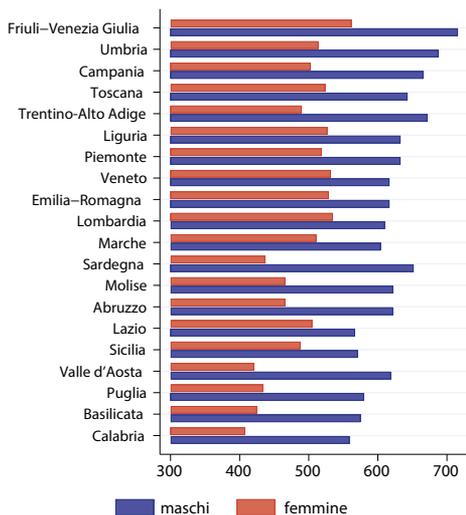


Tabella 2. Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore – Malati vivi a 5 anni dalla diagnosi per 100 malati diagnosticati – Toscana e Italia, periodo 2005-2009 – Fonte: I numeri del cancro in Italia 2019

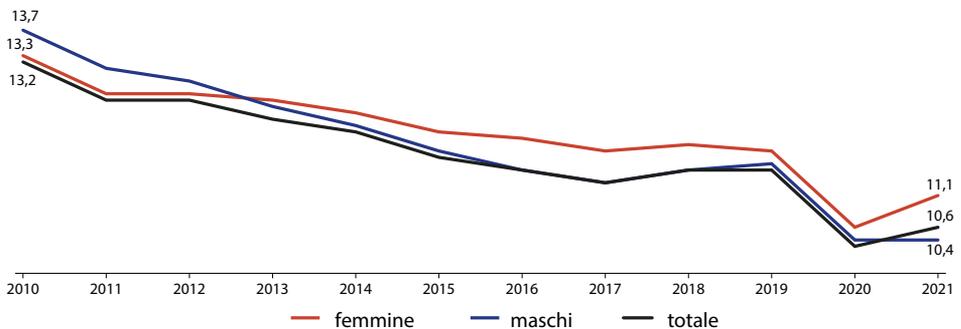
Sede	Toscana	Italia
Tiroide	96	93
Testicolo	93	91
Prostata	92	92
Mammella	88	87
Melanoma	88	87
Utero corpo	76	77
Colon-retto	68	65
Cervice	61	68
Ovaio	44	40
Stomaco	32	32
Fegato	18	20
Polmone	16	16
Pancreas	10	8

Rinunciando al confronto tra la nostra regione e il resto d'Italia possiamo attingere ai dati del flusso regionale delle schede di dimissione ospedaliera per stimare il numero di toscani che convivono con una diagnosi oncologica, utilizzando come indicatore il tasso di pazienti

con almeno un ricovero nell'anno con diagnosi oncologica. Pur consapevoli che non tutti i prevalenti oncologici siano ricoverati ogni anno, l'indicatore, in assenza di fonti migliori, può rappresentare una stima utile ad effettuare valutazioni sul trend dei volumi.

Nel 2021 i toscani ricoverati almeno una volta nell'anno per tumore sono stati 46.682, pari ad un tasso standardizzato per età di 10,6 per 1.000 abitanti: 10,4 per 1.000 uomini e 11,1 per 1.000 donne. Come tutta l'attività ospedaliera, anche i ricoveri per tumore hanno subito una flessione negli ultimi due anni di pandemia (nel 2019 erano stati 50.500 i toscani con almeno un ricovero), a causa della riorganizzazione dei reparti e lo spostamento di tutti i ricoveri programmati e differibili. A questo, nel caso dell'oncologia, può sommarsi una potenziale diminuzione delle nuove diagnosi, per la contrazione osservata anche nella diagnostica territoriale. Il trend rappresentato in figura 2 mostra come la pandemia abbia prodotto una forte diminuzione dell'indicatore, dopo un triennio di sostanziale stabilità seguito a un trend di diminuzione dal 2010 al 2017. Nel 2021 solo in parte si è riusciti a recuperare il gap accumulato nel 2020, specialmente gli uomini mostrano valori simili nei due anni di pandemia, mentre tra le donne l'indicatore torna a salire in maniera abbastanza decisa rispetto al primo anno di pandemia. In generale, se si esclude la particolarità degli ultimi due anni, il trend dell'ospedalizzazione può considerarsi coerente con quello osservato per la mortalità oncologica (figura 4).

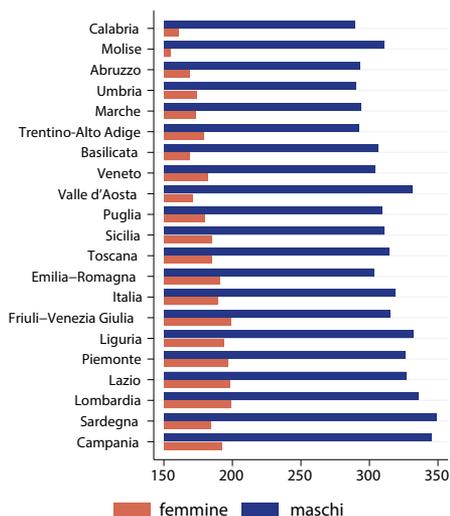
Figura 2. Soggetti ricoverati per tumore, per genere - Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 2010-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Sdo



Grazie ai dati Istat possiamo invece aggiornare il trend della mortalità per tumore per tutte le regioni italiane. Nel 2019, ultimo dato disponibile standardizzato per età, i tumori hanno causato in Toscana 6.694 decessi tra gli uomini (stabili rispetto all'anno precedente) e 5.353 tra le donne (-2% rispetto al 2018). Tra gli uomini, poco meno di 1 decesso su 4 è dovuto al tumore del polmone (24% del totale dei decessi oncologici), seguito dal colon-retto (10%) e prostata (8%). Tra le donne il tumore che incide di più sulla mortalità è quello della mammella (16% dei decessi oncologici), seguito dal polmone (14%) e colon-retto (10%). La distribuzione dei decessi oncologici per singola sede è stabile rispetto agli anni passati.

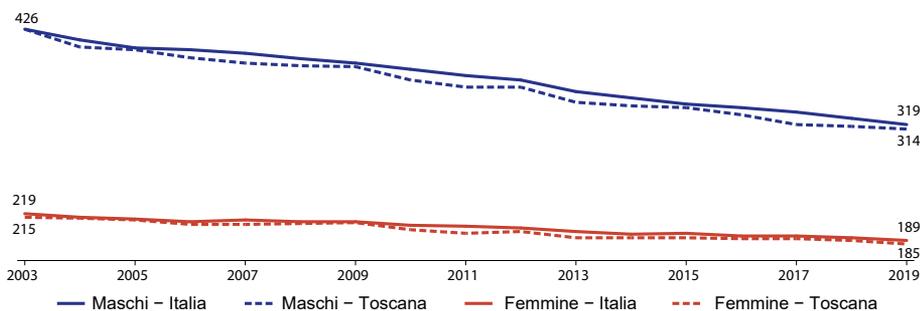
Il tasso della mortalità standardizzato per età per tumore in Toscana è pari a 314 per 100mila uomini e 185 per 100mila donne (rispettivamente 349 e 184 per 100mila in Italia). In entrambi i generi, la Toscana si conferma circa a metà della graduatoria delle regioni (figura 3).

Figura 3. Mortalità per tumori per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2019 - Fonte: Istat



I tumori continuano ad essere la seconda causa di morte nel nostro Paese, dopo le malattie del sistema circolatorio. Il trend della mortalità continua però a diminuire in maniera decisa tra gli uomini, mentre è più stabile tra le donne, che però già avevano valori di incidenza notevolmente più bassi rispetto all'altro genere, grazie, al netto di diverse caratteristiche biologiche, ad una minore esposizione ai principali fattori di rischio lavorativi e a stili di vita potenzialmente dannosi per la salute nelle decadi passate (figura 4).

Figura 4. Mortalità per tumori per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2019 - Fonte: Istat



Malattie infettive

In questo paragrafo sono presentati i principali indicatori riferiti ai casi di malattia infettiva segnalati in Toscana per le patologie ritenute di maggiore interesse, e per le quali sono disponibili dati registrati su supporto digitale. Nello specifico sono stati confrontati i casi segnalati nel 2021 con quelli dell'anno precedente e con i valori medi del quinquennio 2015-2019, utilizzato come indicatore consolidato di riferimento per il periodo pre-pandemia Covid-19. La Covid-19 non sarà trattata in questo capitolo, ma nel successivo, dedicato interamente alla pandemia.

Gli indicatori presentati, riferiti alla Toscana, sono stati calcolati a partire dal 2019 sui dati provenienti dalla piattaforma di segnalazione Premal, istituita dal Ministero della salute, seguendo le linee guida fornite dall'European centre for disease prevention and control (Ecdc). La piattaforma è alimentata dalle segnalazioni inviate dai medici afferenti gli uffici di Igiene delle tre Aziende unità sanitarie locali (Ausl) della Toscana, ed in seguito riviste e consolidate dal settore Prevenzione collettiva di Regione Toscana. Fino al 2018 le segnalazioni provenivano invece dal Sistema informativo delle malattie infettive (Simi) che, nato in Italia nel 1990, è stato integrato nel corso degli anni da alcuni Sistemi di sorveglianza speciale, tutt'ora attivi, quali: Epatiti virali acute (Seieva), Malattie batteriche invasive (Mbi), Integrata morbillo e rosolia, Influenza, Legionellosi ed a Registri nazionali come quelli dell'Hiv e dell'Aids, solo per citare le principali.

L'adozione da parte dei Governi di una serie di misure orientate al controllo della trasmissione del Sars-Cov-2, quali i lockdown, chiusura di scuole ed attività commerciali, abbinate all'adozione di interventi non farmaceutici per prevenire la trasmissione del virus (distanziamento, uso della mascherina e lavaggio frequente delle mani) avevano avuto come conseguenza una riduzione dell'incidenza di numerose malattie infettive nel 2020, prime fra tutte le infezioni trasmesse per via respiratoria (come l'influenza), avendo le misure anti-Covid-19 un impatto diretto verso questo gruppo, all'interno del quale rientra appunto anche il virus Sars-Cov-2.

In generale, i dati del 2021 suggeriscono una complessiva riduzione dei casi relativamente alla maggior parte delle malattie infettive, con decrementi considerevoli per varicella, scarlattina e pertosse, tuttavia è opportuno sottolineare che per malattie come influenza stagionale, tubercolosi e legionellosi sono stati invece osservati sensibili aumenti rispetto all'anno precedente. Entrando nel merito delle singole malattie, i casi di tetano nel 2021 sono stati 8, in aumento rispetto all'anno precedente ma sempre al di sotto delle 10 infezioni, dunque un valore in linea con quelli registrati nell'ultimo decennio. Per quanto riguarda la pertosse, il cui trend ha mostrato una costante diminuzione negli ultimi anni, i casi per anno non erano mai scesi al di sotto delle 30 unità fino al 2019, nel 2020 erano stati 25 mentre nel 2021 non sono stati segnalati casi di questa malattia. Le infezioni di rosolia registrate negli ultimi anni sono sempre state esigue e, nell'ultimo anno, non sono state inviate segnalazioni per questa malattia. Relativamente al morbillo, il cui numero di infezioni è molto variabile, da pochissimi

casi a numerosi a seconda del verificarsi o meno di epidemie di malattia a causa dell'elevata trasmissibilità del virus in sacche suscettibili di popolazione, nell'ultimo anno è stato registrato un solo caso, mentre nell'anno precedente erano stati tre. Sensibili riduzioni di casi sono state osservate per la varicella, 113 nel 2021, nuovo valore di minimo storico della serie per il secondo anno consecutivo dopo che nel 2020 erano stati 227, e per la scarlattina che con 23 casi nel 2021, analogamente alla varicella, ha raggiunto il minimo storico della sua serie per il secondo anno consecutivo, dopo che nel 2020 i casi registrati erano stati 188. Le infezioni riferite alle epatiti acute A, B, C mostrano una lieve diminuzione, ma in generale sono in linea con i valori dell'anno precedente. Per quanto riguarda le malattie batteriche invasive nel 2021 sono stati notificati 13 casi di pneumococco, valore in linea con quelli dell'anno precedente, 1 caso di emofilo (l'anno precedente erano stati 3) e per la prima volta dall'istituzione del sistema di sorveglianza speciale non è stato registrato nel 2021 alcun caso di meningococco. A fronte di queste diminuzioni, o comunque generale stabilità dei casi, per alcune malattie sono stati invece osservati importanti aumenti nel numero delle infezioni. Si tratta dell'influenza, per la quale, se nello scorso anno era stata osservata una bassa circolazione della malattia, come detto per merito dell'adozione di interventi non farmaceutici per prevenire la trasmissione del virus Sars-Cov-2, che hanno permesso di registrare il minor numero di casi di influenza di sempre (circa 144mila), nella stagione influenzale 2021-22 da poco terminata i casi stimati di malattia sono aumentati, raggiungendo il valore di circa 326.500, in linea con la maggior parte delle stagioni influenzali passate. Altri aumenti si riferiscono ai casi di tubercolosi, nel 2021 sono stati 151, 31 in più rispetto all'anno passato, ma comunque con un tasso grezzo ancora al di sotto dei livelli pre-pandemici. Un discorso analogo vale per la legionellosi, per la quale nel 2021 i casi segnalati sono stati 231, +39 rispetto al 2020, il cui tasso grezzo pari a 6,3 per 100mila abitanti è maggiore anche a quello del quinquennio 2015-19, pari a 4,9 ogni 100mila abitanti. Infine, relativamente alle nuove diagnosi di infezione da Hiv, dopo aver mostrato negli ultimi anni un trend in diminuzione, con il raggiungimento del valore di minimo storico nel 2020 (122 casi: 3,3 per 100mila abitanti), nel 2021 è stato registrato un nuovo aumento (141 casi: 3,8 per 100mila abitanti), comunque ancora al di sotto del valore medio del quinquennio 2015-19, pari al 6,3 per 100mila abitanti. Per quanto riguarda i casi di Aids, analogamente, è stata osservata una graduale riduzione delle infezioni, con 47 casi (tasso di 1,3 casi per 100mila abitanti) nel 2021, dato dato in linea con i 46 casi del 2020. Lo scenario di generale diminuzione delle infezioni nella nostra regione, osservato per il secondo anno consecutivo, non deve far comunque abbassare la guardia. Nonostante la riduzione della circolazione osservata delle infezioni, i batteri ed i virus non sono scomparsi e la memoria immunitaria della popolazione, non venendo più in contatto con alcuni di questi patogeni per un lungo periodo di tempo, può dimenticare come difendersi, esponendo così le persone a nuovi contagi nel prossimo futuro. Un possibile scenario di questo tipo è quello dei casi di epatite di origine sconosciuta nei bambini, i quali, nonostante non abbiano ancora una causa certa, in base ai risultati di alcuni studi recentemente pubblicati sembra possano essere associati ad una coinfezione tra adenovirus e Sars-Cov-2. Sarà dunque necessario comprendere più a fondo quale impatto ha avuto, ed avrà ancora, la Covid-19 sugli altri patogeni infettivi,

per disporre degli appropriati strumenti conoscitivi per contrastarli nel momento in cui riprenderanno la loro normale circolazione.

Malattie prevenibili tramite vaccinazione: poliomielite, difterite, tetano, pertosse, morbillo, rosolia, parotite, varicella

Tabella 1. Malattie infettive – Casi e casi per 100mila abitanti (tra parentesi) – Toscana, anno 2021, 2020, 2015-2019 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati Settore prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di Regione Toscana, Sistema di sorveglianza Hiv e Registro regionale Aids, Rete Influnet (Iss), Sorveglianza virologica dell'influenza realizzata dall'Università di Firenze

Malattie	2021	2020	Media annuale 2015-2019
Prevenibili tramite vaccinazione			
Poliomielite	0	0	0
Difterite	0	0	0
Tetano	8 (0,20)	1 (0,03)	4 (0,12)
Pertosse	0	25 (0,68)	63 (1,69)
Morbillo	1 (0,03)	7 (0,19)	115 (3,08)
Parotite	3 (0,08)	18 (0,49)	33 (0,88)
Rosolia	0	1 (0,03)	2 (0,05)
Varicella	113 (3,08)	227 (6,15)	765 (20,45)
Acquisite per via respiratoria			
Influenza	326.477 (8.900,00)	143.847 (3.900,00)	401.573 (10.700,00)
Tubercolosi	151 (4,12)	120 (3,25)	263 (7,04)
Micobatteriosi non tubercolari	19 (0,52)	12 (0,32)	15 (0,39)
Legionellosi	231 (6,30)	192 (5,20)	184 (4,92)
Scarlattina	23 (0,63)	188 (6,50)	739 (19,75)
Trasmesse per via sessuale			
Gonorrea	0 (0)	0 (0)	9 (0,25)
Sifilide	15 (0,41)	17 (0,46)	36 (0,97)
HIV	141 (3,8)	122 (3,3)	234 (6,27)
AIDS	47 (1,30)	46 (1,20)	74 (1,98)
Epatiche acute			
Epatite acuta A	16 (0,44)	21 (0,57)	100 (2,66)
Epatite acuta B	19 (0,52)	23 (0,62)	36 (0,97)
Epatite acuta C	4 (0,11)	1 (0,03)	7 (0,19)
Batteriche invasive			
Da <i>haemophilus influenzae</i>	1 (0,03)	3 (0,08)	5 (0,14)
Da meningococco		3 (0,08)	25 (0,68)
Sierogruppo B	0	2 (0,05)	7 (0,18)
Sierogruppo C	0	1 (0,03)	16 (0,44)
Altri sierogruppi	0	0	2 (0,06)
Da Pneumococco	13 (0,35)	12 (0,32)	50 (1,35)

Di seguito sono descritte alcune patologie che si caratterizzano per un'elevata contagiosità, per le quali la principale difesa è rappresentata dalla vaccinazione. In Italia, con lo scopo di

contrastare il costante calo delle coperture vaccinali (Cv) osservato negli ultimi anni, è stata introdotta la Legge 119/2017, che ha imposto 10 vaccinazioni obbligatorie per i ragazzi fino ai 16 anni d'età. Tra le vaccinazioni previste dalla legge, 8 hanno lo scopo di prevenire le malattie trattate in seguito, mentre sono discusse più avanti l'*Haemophilus influenzae* di tipo B e l'epatite B. Le malattie discusse in questa parte di capitolo possono incidere negativamente sulla fertilità o avere conseguenze sull'esito della gravidanza. Le donne in età fertile, qualora non immuni, dovrebbero pertanto, almeno un mese prima del concepimento, effettuare le due dosi previste dal vaccino quadrivalente morbillo-parotite-rosolia-varicella e il richiamo decennale per il vaccino trivalente difterite-tetano-pertosse.

Poliomielite

La poliomielite è una grave malattia infettiva a carico del sistema nervoso centrale causata da tre tipi di polio-virus (1, 2 e 3), appartenente al genere enterovirus. Il virus invade il sistema nervoso in poche ore, distruggendo le cellule neurali colpite e causando una paralisi flaccida che può diventare, nei casi più gravi, totale. La trasmissione avviene per via oro-fecale, attraverso l'ingestione di acqua o cibi contaminati o per contatto diretto con soggetti ammalati o portatori sani. L'uomo rappresenta l'unico serbatoio naturale del virus e questo, insieme all'esistenza di un vaccino efficace, rende la poliomielite una malattia eradicabile. Grazie alla vaccinazione, infatti, la malattia è stata completamente eliminata in gran parte del mondo. L'Italia è stata dichiarata libera da poliomielite nel 2002, così come l'intera regione europea. In Toscana non sono stati notificati casi in tutto il periodo di sorveglianza per il quale sono disponibili i dati (1994-2021).

Difterite

La difterite è una malattia infettiva acuta provocata dal batterio *Corynebacterium diphtheriae*. Una volta entrato nel nostro organismo, l'agente infettivo rilascia una tossina che può arrivare a provocare la necrosi di organi e tessuti. La difterite si trasmette per contatto diretto con una persona infetta o, più raramente, con oggetti contaminati da secrezioni delle lesioni di un paziente. In passato, anche il latte non pastorizzato poteva rappresentare un veicolo di infezione. Per quanto la malattia possa colpire a qualsiasi età, la difterite riguarda essenzialmente i bambini non vaccinati. In Toscana non sono stati notificati casi di difterite in tutto il periodo di sorveglianza per il quale sono disponibili i dati (1994-2021).

Tetano

Il tetano è una malattia infettiva acuta non contagiosa causata dal batterio *Clostridium tetani*, presente in natura sia in forma vegetativa sia sotto forma di spore. Il batterio è normalmente presente nell'intestino degli animali (bovini, equini, ovini) e nell'intestino umano e viene eliminato con le feci. La somministrazione di tre dosi di vaccinazione antitetanica conferisce una protezione molto elevata, con un'efficacia superiore al 95%. La durata della protezione nel tempo è di almeno 10 anni ed è ulteriormente garantita dall'esecuzione dei richiami. Questa

patologia ogni anno nella nostra regione è responsabile di un numero di casi esiguo, tuttavia, colpendo quasi esclusivamente anziani d'età superiore ai 75 anni (persone quindi con un sistema immunitario compromesso), si caratterizza per un'elevata letalità. Nel 2021 sono stati notificati 8 casi di malattia (0,2 ogni 100mila abitanti) mentre nel 2020 era stato notificato un solo caso, tuttavia non vanno enfatizzati aumenti o diminuzioni, considerato che il trend recente osservato è un numero annuale di infezioni variabile da 3 a 10.

Pertosse

La pertosse è una malattia infettiva di origine batterica molto contagiosa, causata dal batterio *Bordetella pertussis*. L'uomo è l'unico serbatoio noto del batterio. A differenza delle altre malattie infantili, l'immunità conferita da una prima infezione non è definitiva, ma declina col tempo. La pertosse è diffusa in tutto il mondo, ma è ormai sotto controllo nei Paesi in cui è stata introdotta la vaccinazione universale nell'infanzia. Non sono stati notificati casi di pertosse tra i toscani nel 2021 mentre l'anno precedente erano stati 25 (0,7 ogni 100mila abitanti). Per questa malattia stiamo osservando una costante riduzione nel tempo, nel quinquennio 2015-2019 il tasso medio si era attestato a 1,7 ogni 100mila abitanti.

Varicella

La varicella è una malattia infettiva provocata dal virus *Varicella zoster* (Vzv). È altamente contagiosa ed è trasmessa per via aerea e contatto diretto, ma anche per via verticale tra madre e figlio durante la gravidanza. Le complicanze della varicella sono rare nei bambini sani e si verificano per lo più nelle persone immunodepresse, nei neonati e negli adulti. Nel 2021 la varicella è stata responsabile di 113 infezioni tra i toscani (3,1 casi per 100mila abitanti), raggiungendo per il secondo anno consecutivo il valore di minimo storico della serie, proseguendo la generale diminuzione sia rispetto al 2020 (quando i casi erano stati 227, pari a 6,2 ogni 100mila abitanti) sia rispetto al quinquennio 2015-2019, quando il tasso medio d'incidenza era 20,5 ogni 100mila abitanti.

Morbillo

Il virus del morbillo è una delle più frequenti febbri eruttive, si trasmette esclusivamente nell'uomo ed è raramente causa di complicanze. Tuttavia, quando si verificano, le complicanze sono principalmente dovute a infezioni batteriche quali otite media, laringite, diarrea, polmonite o encefaliti. In caso di guarigione dalla malattia si ha un'immunizzazione definitiva. A causa delle basse coperture vaccinali l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha promosso nei Paesi membri un piano strategico per la riduzione della mortalità per morbillo e l'interruzione della sua trasmissione, che in Italia è stato raccolto nel 2003 con la definizione del "1° Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita", poi rinnovato nel 2011. Nonostante tale impegno, nel 2017 si è verificato in Italia e in Europa un *outbreak* di morbillo che ha colpito 4.991 persone in Italia e 363 in Toscana. Il numero più elevato di casi si registra tra gli adulti, in particolare nella fascia compresa tra 25 e i 44 anni, quella più a rischio di

sviluppare gravi complicanze, tuttavia il morbillo colpisce con maggiore frequenza, in termini di incidenza nella popolazione, i bambini sotto i 4 anni d'età. Nel 2021 è stato notificato 1 caso di morbillo tra i residenti toscani, in diminuzione rispetto ai 7 del 2020 ed in forte diminuzione rispetto al quinquennio 2015-2019, quando il tasso medio di incidenza era 3,1 ogni 100mila abitanti.

Parotite

Le infezioni da virus parotitico contratte nel primo trimestre di gravidanza sono associate ad un aumento dell'abortività, mentre non è stato dimostrato un aumento delle malformazioni congenite. Nel 2021 in Toscana sono stati registrati 3 casi di parotite (0,1 ogni 100mila abitanti), in diminuzione rispetto alle 18 del 2020 (0,5 casi ogni 100mila abitanti, in linea con quello del biennio 2015-2019).

Rosolia

La rosolia è solitamente una patologia benigna che presenta raramente complicanze, per lo più artralgie e artriti transitorie. In Toscana nel 2021 non sono stati registrati casi di rosolia, un segnale positivo dopo che era stato segnalato 1 caso di malattia nel 2020 e 2 casi in media nel periodo 2015-2019.

Malattie acquisite per via respiratoria: influenza stagionale, tubercolosi, micobatteriosi da micobatteri non tubercolari, legionellosi, scarlattina

Influenza stagionale

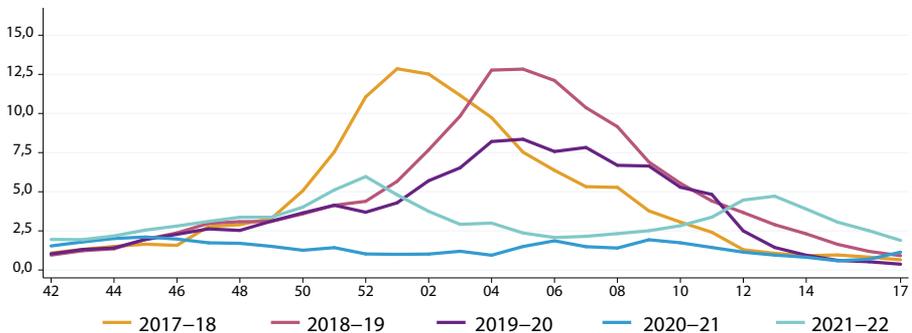
È una malattia stagionale che nel nostro emisfero settentrionale si verifica durante il periodo invernale. I virus influenzali A e B, responsabili di malattia nell'uomo, vanno incontro a frequenti e permanenti cambiamenti del loro assetto genetico, determinando la comparsa di stipiti nuovi dal punto di vista antigenico in grado di aggirare la barriera costituita dall'immunità presente nella popolazione con esperienza pregressa di infezione. Ciò spiega perché l'influenza possa ripetutamente colpire la popolazione e causare ricorrenti epidemie, la cui unica prevenzione è la profilassi vaccinale. La composizione del vaccino deve essere aggiornata tutti gli anni e la sorveglianza è fondamentale per preparare il vaccino per la stagione successiva, in base ai ceppi che hanno avuto maggior diffusione nell'ultimo periodo epidemico.

L'analisi dei dati relativi alle sindromi simil-influenzali o Ili (*Influenza like illness*) rivela che nella stagione 2021-22 i casi stimati di malattia sono stati in Toscana quasi 326mila (tabella 1), pari all'8,9% della popolazione. Le misure adottate per contenere la trasmissione del virus Sars-Cov-2 avevano permesso un'importante riduzione anche della circolazione del virus influenzale nella stagione 2020-21, essendo anche quest'ultimo un patogeno la cui trasmissione avviene principalmente per via aerea. L'allentamento di queste misure, avvenuto a partire dal secondo semestre del 2021, assieme alla percezione di un minor rischio di incorrere in conseguenze

severe della Covid-19 per merito della protezione indotta dalla vaccinazione, hanno portato ad una minore attenzione da parte della popolazione nel mettere in atto comportamenti prudenti, creando così le condizioni per consentire al virus influenzale di riprendere a circolare.

Nella stagione 2021-2022 la curva epidemica dei casi di influenza è stata caratterizzata da due picchi, il primo registrato nella 52-esima settimana del 2021 (6 per 1.000 abitanti), e il secondo, insolitamente tardivo e più basso (4,7 per 1.000 abitanti), nella 13-esima settimana del 2022. L'intensità raggiunta dall'epidemia è stata bassa, sebbene il valore massimo di incidenza registrato sia stato sensibilmente superiore a quello della precedente stagione 2020-21, quando era stato 2,1 casi per 1.000 abitanti (figura 1). Il numero dei casi stimati di malattia, come precedentemente indicato circa 326mila, è inferiore solo al dato delle stagioni 2004/2005 (circa 413mila), 2017/2018 (circa 470mila), 2018/2019 (circa 520mila) e 2019/2020 (circa 396mila). Nel 2022, contrariamente a quanto normalmente registrato da quando è iniziata la sorveglianza InFluNet, i virus influenzali hanno continuato a circolare anche nel mese di aprile, sebbene in maniera più contenuta rispetto alle stagioni pre-pandemiche. Per quanto riguarda le forme gravi d'influenza, le gravi infezioni respiratorie acute (Sari), sindromi da distress respiratorio acuto (Ards), casi che richiedono un ricovero in reparti di Terapia intensiva o Rianimazione e positivi ai virus influenzali, i dati riferiti alla stagione influenzale 2021/22 non riportano per la Toscana alcun caso severo.

Figura 1. Sindromi influenzali segnalate per settimana e stagione influenzale (dal 2017-2018 al 2021-2022) - Casi per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 2017-2022 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati InFluNet dell'Istituto superiore di sanità



Considerata la gravità delle conseguenze sanitarie della malattia in alcuni gruppi di popolazione a maggior rischio, l'Oms raccomanda la vaccinazione per le seguenti categorie: bambini d'età inferiore ai 5 anni, donne in gravidanza, persone d'età superiore ai 65 anni, pazienti con malattie croniche e operatori sanitari. Nonostante le raccomandazioni, la copertura vaccinale per l'influenza negli anziani in Toscana è ancora lontana dal valore minimo raccomandato dall'Oms del 75%: se nella stagione influenzale 2020/2021 aveva raggiunto il 65,5%, rivelando un incremento di quasi 9 punti percentuali rispetto all'anno precedente, nella

stagione influenzale da poco terminata la copertura vaccinale è scesa nuovamente al 58,6% (dato in linea con quello nazionale pari al 58,1%), di poco superiore al valore raggiunto prima della pandemia nella stagione 2019-2020 (56,8%) .

Tubercolosi

La tubercolosi è un'infezione che si trasmette quasi esclusivamente per contagio interumano, per via aerea, attraverso goccioline di saliva (*droplet nuclei*) eliminate nell'ambiente, soprattutto con la tosse, dall'individuo affetto da tubercolosi bacillifera polmonare, bronchiale, tracheale o laringea. Si calcola che solo il 5-10% delle persone infettate dal batterio sviluppi la malattia nel corso della sua vita. Un individuo malato però, se non è sottoposto a cure adeguate, mediamente in un anno può infettare 10-15 persone. Nel 2021 i casi di infezione notificati in Toscana sono stati 151 (4,1 per 100mila abitanti), in aumento rispetto all'anno precedente quando erano stati 120 (3,3 per 100mila), ma ancora inferiori rispetto al periodo pre-pandemia. Nel quinquennio 2015-2019 il tasso medio era circa 7 ogni 100mila abitanti. Tra i maschi i tassi di infezione continuano ad essere circa doppi rispetto alle femmine.

La malattia fino al 2018 colpiva prevalentemente gli stranieri, in particolare persone provenienti da Paesi a forte pressione migratoria, tuttavia nel 2019 si è osservata un'inversione di tendenza, poi confermata nell'ultimo biennio, con frequenze decisamente maggiori riferite a cittadini italiani. La malattia nella nostra regione è responsabile ogni anno del decesso di una percentuale variabile tra il 5% e il 10% di coloro che la contraggono, generalmente anziani che a causa di un sistema immunitario compromesso non rispondono alla terapia antibiotica.

Micobatteriosi da micobatteri non tubercolari

I micobatteri non tubercolari sono batteri presenti nel suolo, nella polvere, nell'acqua, negli alimenti, negli animali domestici e selvatici. Negli ultimi 15 anni sono state descritte la maggior parte delle circa 130 specie conosciute, tra le quali 50 sono state classificate come patogene per l'uomo. Gli anziani sono i più colpiti. Nel 2021 sono stati rilevati 19 casi tra i residenti in Toscana (0,5 ogni 100mila abitanti), in lieve aumento rispetto agli anni precedenti quando i tassi erano leggermente inferiori con valori prossimi allo 0,3 ogni 100mila abitanti.

Legionellosi

“Legionellosi” è la definizione delle forme morbose causate da batteri del genere *Legionella*; questi microrganismi riconoscono come serbatoio gli ambienti acquatici, sia naturali (acqua dolce) sia artificiali (come gli impianti idrici di strutture pubbliche e private). Nel 2020, a fronte di 2.071 casi di malattia (3,5 ogni 100mila abitanti) notificati in Italia, ne sono stati segnalati in Toscana 192 (6,9 ogni 100mila), dunque la nostra regione si caratterizza per un tasso sensibilmente superiore rispetto a quello nazionale. È comunque opportuno precisare che la Toscana, ormai da alcuni anni, monitora questo tipo di infezioni con un'attenzione probabilmente maggiore rispetto ai sistemi di sorveglianza di altre regioni, pertanto la sua elevata incidenza può essere in parte giustificata da questo aspetto. Nel 2021 sono stati registrati 231 casi di malattia (6,3 ogni 100mila abitanti) tra i residenti in Toscana, valore in

sensibile aumento sia rispetto al 2020 (5,2 ogni 100mila), sia rispetto al tasso medio registrato nel periodo pre-pandemia 2015-2019 di 4,9 ogni 100mila abitanti.

Scarlattina

La scarlattina è una malattia tipica dell'infanzia che colpisce prevalentemente i bambini tra i 3 e i 10 anni d'età. Tra le malattie esantematiche è l'unica a non essere di origine virale, essendo causata da un batterio. Le infezioni tra i residenti toscani nel 2021 sono state 23 (0,6 ogni 100mila abitanti), valore di minimo storico per questa patologia per il secondo anno consecutivo, il cui trend nel tempo mostra una decisa riduzione: il tasso di incidenza nel 2020 era 6,5 ogni 100mila, mentre quello medio del quinquennio 2015-2019 era 19,8 ogni 100mila abitanti.

Malattie trasmesse per via sessuale: gonorrea, sifilide, Hiv, Aids

Gonorrea

La gonorrea è un'infezione sessualmente trasmessa (Ist) dovuta al batterio *Neisseria gonorrhoeae* (Ng). La malattia, se non rilevata precocemente, può portare a infezioni complicate del tratto genitale che si presentano come prostatite o epididimite negli uomini e salpingite o malattia infiammatoria pelvica (Pid), infertilità tubarica e gravidanza extrauterina nelle donne. Proprio nelle donne molto spesso la Ng è asintomatica o paucisintomatica, passando inosservata anche per un lungo periodo. La gonorrea è anche nota per facilitare l'acquisizione e la trasmissione dell'Hiv. L'emergenza di ceppi gonococcici resistenti agli antimicrobici, la rendono un'infezione a cui prestare particolare attenzione in ambito di sanità pubblica.

La malattia rappresenta l'infezione a trasmissione sessuale più diffusa, tuttavia, nonostante sia prevista la notifica obbligatoria, la maggior parte dei Paesi, tra cui l'Italia, indicano che i casi di malattia provengono da servizi specialistici dedicati, pertanto una quota elevata di diagnosi sfugge ai sistemi di sorveglianza, causando una sottostima del fenomeno. Nel 2021, così come nell'anno precedente, non sono stati notificati casi di malattia tra i residenti in Toscana, mentre nel periodo 2015-2019 le infezioni erano state in media circa 9 ogni anno (0,25 ogni 100mila abitanti). In seguito al picco massimo della malattia registrato in Toscana nel biennio 2000-2001, con 44 casi notificati ogni anno, l'andamento si è stabilizzato nel periodo successivo. Le frequenze più alte si riferiscono a maschi in età fertile, tuttavia sono stati notificati alcuni casi anche tra i bambini d'età inferiore ad 1 anno, presumibilmente infettati alla nascita dalle madri.

Sifilide

La sifilide, conosciuta anche come Lue, è un'infezione batterica causata dalla spirocheta *Treponema pallidum*. In molti casi l'infezione è asintomatica o paucisintomatica. La forma acquisita avviene esclusivamente per via sessuale, mentre la forma congenita è trasmessa al feto attraverso la placenta. La sifilide non trattata in gravidanza è associata ad un significativo rischio di morte del feto e di morte neonatale. La presenza di ulcere genitali facilita la trasmissione dell'Hiv con un rischio da 3 a 5 volte superiore rispetto a chi non è infetto, inoltre colpisce prevalentemente la popolazione maschile in età fertile. Nel 2021 sono stati notificati 15 casi di malattia tra i toscani (0,5 ogni 100mila abitanti), valore in linea con quello dell'anno precedente ma in diminuzione rispetto al quinquennio 2015-2019 (1 ogni 100mila).

Hiv e Aids

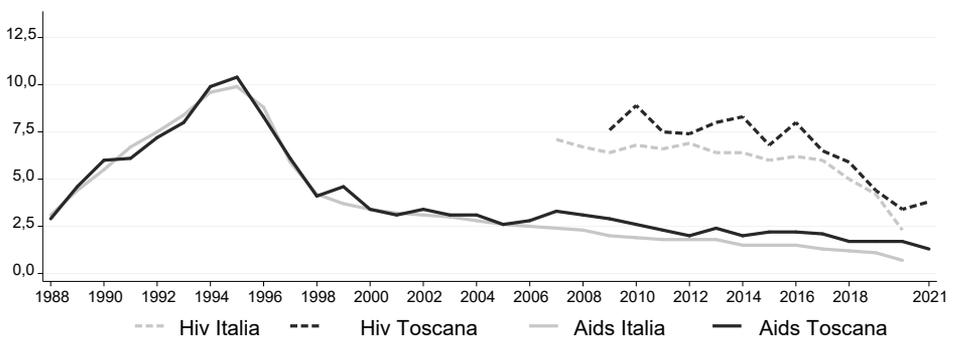
L'Hiv continua a rappresentare un grave problema di sanità pubblica a livello mondiale. Gli obiettivi globali per il 2020 di riduzione dei morti per Aids e delle nuove infezioni da Hiv a meno di 500mila non sono stati raggiunti. Secondo il nuovo rapporto UnAids, nel 2021 vi sono 1 milione e 500 nuove diagnosi di Hiv nel mondo e 650mila persone che sono decedute per malattie correlate all'Aids. In Italia, nel 2020, l'incidenza di Hiv è pari a 2,3 nuove diagnosi per 100mila abitanti. Rispetto all'incidenza riportata dai Paesi dell'Unione europea, l'Italia si posiziona lievemente al di sotto della media, pari a 3,3 nuovi casi per 100mila abitanti. La Toscana continua ad avere tassi di incidenza di Aids e di Hiv maggiori rispetto a quelli nazionali (fonte: Centro operativo Aids) e si colloca tra le regioni italiane con i tassi di incidenza più alti (figura 2).

Le nuove diagnosi di infezione da Hiv notificate in Toscana ai residenti (dati aggiornati al 31 agosto 2022), stabili dal 2009 al 2016, sono in diminuzione negli ultimi anni, in particolare nel 2020 (122 casi: 3,3 per 100mila abitanti), anno in cui la segnalazione delle nuove diagnosi può aver maggiormente risentito dell'emergenza Covid-19. Nel 2021 si ha un leggero aumento delle nuove diagnosi rispetto all'anno precedente (141 casi, pari a 3,8 per 100mila abitanti), tuttavia in diminuzione dell'11% rispetto al 2019, quando i casi erano 159 (4,5 per 100mila). I casi del 2019-2021 potrebbero essere sottostimati a seguito di un ritardo di notifica di alcune schede dai centri clinici, reparti di malattie fortemente impegnati per la cura della Covid-19 e dalle misure necessarie per il contenimento della pandemia, che potrebbero aver ridotto l'accesso ai servizi. Ma una reale diminuzione potrebbe essere il risultato sia di efficienti campagne di prevenzione e di sensibilizzazione sia di nuove terapie come la Profilassi pre-esposizione (Prep), la somministrazione preventiva di farmaci in caso di rischio.

Nel triennio 2019-2021 il 77,7% dei casi di Hiv notificati riguarda il genere maschile (incidenza maschile pari a 6,1 per 100mila, femminile pari a 1,6 per 100mila). I più colpiti sono i 30-39enni, seguiti dai giovani d'età compresa tra 20 e 29 anni e dagli adulti d'età compresa tra 40 e 49 anni, in tutte le fasce d'età si registra una diminuzione dei casi rispetto al triennio precedente. Le donne sono leggermente più giovani dei maschi alla diagnosi, infatti, l'età in cui le donne scoprono la sieropositività è spesso legata alla gravidanza, grazie al fatto che il test per Hiv è uno degli esami previsti nel libretto di gravidanza e quindi offerto gratuitamente a tutte

le gestanti. I casi pediatrici, che presentano quasi tutti modalità di trasmissione verticale tra madre e figlio, sono diventati rari grazie alla terapia antiretrovirale somministrata alla madre sieropositiva e all'introduzione del test per Hiv tra gli esami previsti nel libretto di gravidanza. Non si sono verificati casi pediatrici negli ultimi 6 anni in Toscana. Si consolida negli anni la maggiore rilevanza della trasmissione del virus Hiv per via sessuale, rispetto a quella per tossicodipendenza, dominante negli anni '80-'90. I rapporti sessuali non protetti costituiscono l'88,9% di tutte le segnalazioni, a sottolineare l'abbassamento del livello di guardia e la bassa percezione del rischio nella popolazione. Si sta osservando un graduale aumento dei casi tra gli omosessuali maschi (Msm): la proporzione di casi attribuibili a trasmissione tra Msm è gradualmente aumentata negli anni dal 49,9% nel 2009-2012 al 53,7% nel 2019-2021. Si conferma la bassa percezione del rischio di trasmissione del virus nella popolazione, che arriva tardi ad eseguire il test Hiv, quando il quadro immunologico è già compromesso. Una diagnosi tardiva dell'infezione Hiv comporta un ritardo terapeutico dato da possibili infezioni opportunistiche e un aumento della carica virale, con conseguente rischio di progressione di malattia. La consapevolezza da parte del paziente del proprio stato di sieropositività è un elemento molto importante in quanto permette di accedere tempestivamente alla terapia antiretrovirale e di ridurre la probabilità di trasmissione dell'infezione legata a comportamenti a rischio. Il 31,8% è già in Aids conclamato al momento della diagnosi di sieropositività, percentuale in forte aumento nell'ultimo triennio (erano il 21,1% nel triennio precedente). Si ipotizza che potrebbe esserci stato un ritardo diagnostico a causa della pandemia da Covid-19. L'andamento dei casi di Aids in Toscana è analogo a quello nazionale: si evidenzia un incremento dell'incidenza dall'inizio dell'epidemia sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione dal 1996, anno di introduzione delle nuove terapie antiretrovirali, fino al 2000, e da una successiva costante lieve diminuzione fino ad arrivare a 48 casi nel 2021, corrispondenti ad un tasso di notifica di 1,3 per 100mila abitanti (dati aggiornati al 31 agosto 2022).

Figura 2. Incidenza di Hiv e Aids – Tasso di incidenza per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 1988-2021 – Fonte: Elaborazione Ars su dati Registro Aids, Sorveglianza nuove diagnosi Hiv dell'Istituto superiore di sanità e Registro regionale Hiv-Aids



Sebbene siano necessari ulteriori studi più ampi per chiarire meglio l'impatto dell'infezione da Hiv su Covid-19, i risultati ad oggi suggeriscono che i pazienti positivi al virus Hiv, in trattamento antiretrovirale efficace, con un numero di CD4 maggiore di 500 e con viremia controllata, nel caso contraggano la Covid-19 non avrebbero un aumentato rischio di peggior decorso rispetto a persone Hiv-negative. Altri fattori potrebbero tuttavia essere responsabili di peggiorarne il decorso, tra questi i principali sarebbero: l'anzianità (età > 60/65 anni), la presenza di altre patologie polmonari concomitanti, l'essere fumatori o fumatrici o avere un numero ridotto di CD4. L'Oms suggerisce che le persone con Hiv dovrebbero avere, a livello globale, la priorità per la vaccinazione e un'adeguata disponibilità di farmaci antivirali per prevenire l'immunodeficienza.

Epatiti virali: Epatite A, B, C

L'epatite è una condizione infiammatoria del fegato generalmente causata da virus epatotropi, sebbene vi possano essere altre cause tra cui l'assunzione di farmaci, droghe o sostanze tossiche di vario tipo (ad esempio l'assunzione di alcolici). Sono responsabili di epatite virale acuta almeno 5 virus specifici: epatite A, B, C, D, E. In Italia è attivo dal 1985 il Sistema epidemiologico integrato delle epatiti virali acute (Seieva), sorveglianza speciale delle epatiti virali acute sintomatiche coordinata dal Centro nazionale per la salute globale e dal Dipartimento di malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità (Iss). La segnalazione dei casi di epatite alla piattaforma nazionale Seieva avviene su base volontaria ed avendo rilevato per la nostra regione un sensibile disallineamento tra questi dati, e quelli registrati nella piattaforma regionale Premal, è stato deciso di non inserire in questo documento i dati nazionali.

Epatite A

L'infezione da virus dell'epatite A (Hav) è una delle principali cause di una malattia acuta che non cronicizza. Generalmente la malattia ha un'evoluzione benigna, con un decorso asintomatico sebbene prolungato (dalle 2 alle 10 settimane), mentre in rari casi risulta fatale, specialmente tra gli adulti affetti da patologie concomitanti. Nel 2017 si è verificata un'importante epidemia di epatite A, che ha colpito numerosi paesi europei tra cui l'Italia, in cui i casi di malattia sono stati numerosi, oltre 3.400 (6,9 casi per 100mila abitanti). Nello stesso anno i casi notificati tra i toscani erano stati 274 (7,3 casi per 100mila abitanti). In Toscana l'andamento delle infezioni è decisamente altalenante, passando tra il 1994 ed il 2021 da meno di 20 casi all'anno a quasi 300. I più colpiti sono i maschi di età compresa tra 25 e 44 anni. Nella nostra regione nel 2021 sono stati notificati 16 casi di infezione relativi a toscani (0,4 ogni 100mila abitanti), valore in linea con quello dell'anno precedente, ma in decisa riduzione rispetto al quinquennio 2015-2019, quando il numero medio annuo di casi era circa 100 (2,7 ogni 100mila).

Epatite B

Il virus dell'epatite B (Hbv) appartenente alla famiglia degli *Hepadnaviridae*, è un virus a Dna che presenta 6 genotipi noti (A-F), di cui quello più frequente in Italia è il genotipo D. Tale

agente virale è molto resistente, potendo sopravvivere sulle superfici ambientali per almeno 7 giorni.

L'infezione è sintomatica nel 30-50% degli adulti e nel 10% dei bambini, inoltre nell'adulto la malattia cronicizza in circa il 5-10% dei casi. In Italia, in seguito all'introduzione della vaccinazione obbligatoria avvenuta nel 1991 per tutti i nuovi nati, e fino al 2003 anche per gli adolescenti nel corso del 12° anno, è stata osservata una netta riduzione delle notifiche di infezione (gli italiani d'età superiore a 40 anni non sono quindi coperti dalla vaccinazione). Nel 2021 i nuovi casi di epatite B acuta tra i residenti in Toscana sono stati 19 (0,5 ogni 100mila abitanti), valore in linea con quello del 2020 ed in diminuzione rispetto al periodo 2015-2019, quando in media le infezioni erano state circa 36 ogni anno (1 ogni 100mila). Nella nostra regione fino al 2007 sono stati registrati oltre 100 casi di malattia ogni anno, mentre dal 2008 l'andamento mostra una generale riduzione fino a raggiungere valori prossimi alle 20 infezioni l'anno nell'ultimo triennio. I soggetti più colpiti continuano ad essere i maschi d'età compresa tra i 25 e i 64 anni.

Epatite C

Il virus dell'epatite C (Hcv), appartiene al genere *Hepacivirus* della famiglia dei *Flaviviridae*. Sono stati identificati sei diversi genotipi e differenti sottotipi. La trasmissione avviene principalmente per via parenterale apparente (trasfusioni di sangue o emoderivati, attraverso aghi e siringhe contaminati) ed inapparente (attraverso minime lesioni cutanee con oggetti contaminati da sangue infetto come spazzolini da denti, forbicette, rasoi, pettini). Le trasfusioni di sangue sono state un importante fattore di rischio per l'infezione da Hcv prima dello screening dei donatori per il test del marker surrogato per epatite non-A non-B iniziata a metà degli anni '80, seguita dallo screening per anticorpi anti-Hcv nel 1990. Dopo il 1985, l'incidenza dell'infezione da Hcv post-trasfusionale è notevolmente diminuita escludendo dalle donazioni di sangue le persone sieropositive e dal 1993 la disponibilità di test più sensibili ha ulteriormente ridotto l'incidenza dell'infezione. L'infezione cronica da Hcv è infatti comune tra le persone nate tra il 1946 ed il 1964 (cosiddetti *baby boomers*), anni in cui i fattori nosocomiali o iatrogeni e i rischi comportamentali, quali la sperimentazione dell'uso di droghe iniettabili, tatuaggi non sicuri e comportamenti sessuali ad alto rischio, hanno contribuito alla diffusione dell'infezione. La malattia è solitamente asintomatica: ha raramente un decorso fulminante fatale, mentre in percentuale variabile tra il 60% e l'85% cronicizza. Nel 2021 tra i residenti in Toscana sono stati segnalati 4 nuovi casi di epatite C acuta (0,1 ogni 100mila abitanti), dato in linea con quello degli anni più recenti, quando i casi annuali sono sempre stati al di sotto di 10. La mortalità per le conseguenze dell'infezione cronica da Hcv, nota a partire dal 2010 in seguito all'introduzione del sistema di codifica delle cause di morte Icd10CM, rivela ogni anno circa 150 decessi per l'infezione cronica in Toscana, quasi tutti appartenenti alla coorte dei *baby boomers*.

La bassa numerosità delle notifiche di infezione acuta sintomatica non è assolutamente rappresentativa del reale peso della malattia nella nostra regione, nella quale si registra, in linea con i dati nazionali, un'elevata prevalenza di persone cronicamente infette. A fronte

dell'introduzione degli agenti antivirali ad azione diretta (Daa), farmaci sicuri ed efficaci, è nata l'esigenza di individuare i casi di infezione cronica da Hcv tra la popolazione "non nota", con lo scopo di ridurre drasticamente la diffusione dell'infezione e delle sue complicanze. Per tale motivo Regione Toscana ha deciso nel 2015 (Dgrt n. 647) di sostenere un programma volto all'eradicazione dell'infezione nella popolazione regionale attraverso l'implementazione del trattamento delle persone con infezione cronica, nuovamente sottoscritto nel 2018 (Dgrt 397). Allo scopo di facilitare l'accesso ai Centri epatologici prescrittori era stata anche avviata una campagna informativa rivolta alla popolazione generale e, contemporaneamente, le Aziende sanitarie della Toscana, in collaborazione con la medicina di generale (Mmg), avevano intrapreso un percorso di chiamata attiva rivolto alle persone con esenzione per epatopatia cronica Hcv-correlata, mai trattati con i vecchi farmaci anti-Hcv. In base ai dati provenienti dai flussi sanitari correnti, al 31 dicembre 2021 risultavano noti al Servizio sanitario regionale, ma non ancora trattati con Daa, 13.529 pazienti. La costante riduzione osservata nel corso degli anni (-6.737 dal 2016) sembra confermare il buon esito delle azioni intraprese.

Malattie batteriche invasive (Mbi): da *Haemophilus influenzae*, meningococco e pneumococco

Le malattie batteriche invasive (Mbi), cioè meningiti, sepsi, polmoniti batteriemiche e altri quadri clinici con isolamento di batteri da siti normalmente sterili, sono caratterizzate da frequenze elevate di complicanze gravi e letalità. È tuttavia possibile proteggersi tramite i vaccini realizzati per contrastare la trasmissione dei batteri maggiormente responsabili di malattia, ovvero il meningococco A-C-W-Y, il meningococco B, lo pneumococco 13 e 23-valente e infine l'*Haemophilus influenzae* di tipo B. Dal 2007 in Italia è attiva la sorveglianza speciale delle malattie batteriche invasive che integra la sorveglianza delle meningiti batteriche esistente dal 1994, prevedendo la segnalazione di tutte le forme di malattia invasiva da patogeni per i quali esiste un vaccino disponibile. I dati riportati, derivanti dal Sistema di sorveglianza speciale delle malattie batteriche invasive, non rilevano l'informazione sulla residenza dei pazienti, pertanto il focus delle analisi, diversamente dai paragrafi precedenti, è rappresentato dai casi notificati dalle strutture toscane (riferibili a residenti in Toscana e non).

Mbi da pneumococco

Lo pneumococco è un batterio molto diffuso che generalmente si localizza nelle vie aeree dell'ospite senza arrecare alcun disturbo. Sono noti più di 90 tipi di pneumococco che si differenziano per il tipo di capsula di cui sono costituiti. La trasmissione avviene generalmente per via aerea. Le persone maggiormente a rischio di sviluppare un'infezione grave sono i bambini, prevalentemente sotto l'anno di vita, e gli adulti con più di 65 anni. Sono considerate inoltre a rischio le persone con un sistema immunitario indebolito a causa di malattie croniche come diabete, cardiopatie, malattie del fegato, insufficienza renale, malattie del sangue e, infine, le persone a cui è stata tolta la milza. Come anticipato esistono due

vaccini disponibili: il polisaccaridico 23-valente, utilizzabile soltanto nei bambini sopra i due anni e negli adulti, e quello coniugato 13-valente (Pvc13), che protegge nei confronti dei 13 ceppi responsabili della maggior parte delle infezioni più gravi nei bambini. Lo pneumococco rappresenta la malattia predominante tra le Mbi e in Italia. In Toscana nel 2021 i casi notificati di pneumococco tra i residenti sono stati 13 (0,3 ogni 100mila abitanti), valore in linea con i 12 del 2020, ma in diminuzione rispetto al periodo pre-pandemico 2015-2019, quando il tasso era 1,4 ogni 100mila abitanti. Le persone maggiormente colpite dalla malattia sono gli anziani, per questo nella nostra regione viene raccomandato ed offerto gratuitamente il vaccino anti-pneumococco a partire dal compimento dei 65 anni d'età.

Mbi da *Haemophilus influenzae*

L'*Haemophilus influenzae*, detto anche emofilo, è un batterio che colonizza le mucose delle vie aeree senza causare particolari malattie. La presenza di una capsula polisaccaridica consente di suddividere i ceppi di *Haemophilus influenzae* in due gruppi, quello dei capsulati, classificati a loro volta in 6 sierotipi compresi tra A-F, e quello dei non capsulati che non risultano tipizzabili. Mentre questi ultimi sono raramente causa di malattie invasive, i capsulati, e in particolare il ceppo B, erano responsabili in epoca pre-vaccinale di un'incidenza di circa 10 casi di malattia ogni 100mila bambini al di sotto dei 5 anni. In Toscana nel 2021 è stato notificato 1 caso di malattia (0,03 ogni 100mila abitanti), valore in linea con quello degli anni precedenti quando i casi registrati erano stati 3 nel 2020 e nessuno nel 2019.

Mbi da meningococco

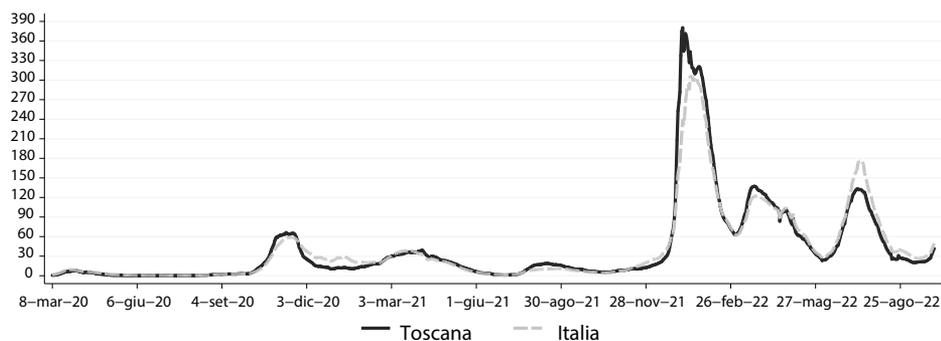
Il meningococco, scientificamente noto come *Neisseria Meningitidis*, è un batterio che generalmente si localizza nella mucosa del tratto naso-faringeo degli esseri umani, per questa ragione la trasmissione avviene generalmente per via aerea attraverso l'inalazione di goccioline di saliva e secrezioni nasali. Sono stati identificati 13 tipi di meningococco, ma solo 5 (A, B, C, W, Y) sono maggiormente responsabili di Mbi. La malattia colpisce più frequentemente i bambini sotto i 5 anni, in particolare quelli sotto i 2 anni di vita, inoltre l'altra fascia d'età interessata è quella degli adolescenti e dei giovani adulti. Come anticipato, i vaccini esistenti offrono una copertura nei confronti dei 5 ceppi maggiormente responsabili di malattia. Analizzando i principali sierogruppi, due sono principalmente quelli che in Italia e Toscana sono responsabili del maggior numero di casi, ovvero il B ed il C. Per entrambi si è osservata un'importante riduzione di casi negli ultimi anni, più marcata per il sierogruppo C che ricordiamo era stato responsabile in Toscana di un *outbreak* di MBI da meningococco C nel biennio 2015-2016 con circa 60 casi notificati; per quest'ultimo sierogruppo infatti, a fronte di 1 caso registrato nel 2020 (0,03 ogni 100mila abitanti) ne risultavano in media circa 16 (0,44 ogni 100mila) ogni anno nel quinquennio 2015-2019. Nel 2021 non sono stati notificati in Toscana casi di meningite e/o sepsi da meningococco, nel 2020 erano stati 3 (0,08 ogni 100mila abitanti), dato in sensibile diminuzione rispetto al quinquennio 2015-2019, quando le infezioni erano state in media 25 l'anno (tasso grezzo di 0,68 casi ogni 100mila abitanti).

Covid-19

Quando scriviamo questo paragrafo la pandemia da Covid-19 ha raggiunto i due anni e mezzo di durata dai primi casi di infezione registrati in alcune regioni del Nord Italia a fine febbraio 2020. Nel mondo le persone contagiate dal virus Sars-Cov-2 hanno oltrepassato i 618 milioni e i deceduti i 6,5 milioni. L'Italia è stata il primo paese a registrare casi di positività al virus in Europa, dopo la scoperta di questo nuovo patogeno in Cina e altri paesi asiatici tra la fine del 2019 e l'inizio del 2020.

A fine settembre 2022 in Toscana, cumulativamente, i contagiati dal virus Sars-Cov-2 sono 1.406.093, pari al 38,1% della popolazione (37,9% in Italia). L'incidenza dei contagi nel tempo ha seguito un andamento contraddistinto da vari picchi epidemici, comuni a tutto il territorio nazionale, con una forte accelerazione osservata durante le festività natalizie di fine 2021, con la diffusione della variante Omicron, caratterizzata da una contagiosità nettamente superiore alle precedenti (figura 1). L'incidenza nell'ondata di gennaio-febbraio 2022 ha raggiunto valori 6-7 volte superiori rispetto a quelle del 2020 e 2021.

Figura 1. Nuovi positivi al Sars-Cov-2 - Media mobile a 7 giorni dell'incidenza giornaliera per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2020 - settembre 2022 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati monitoraggio Protezione civile

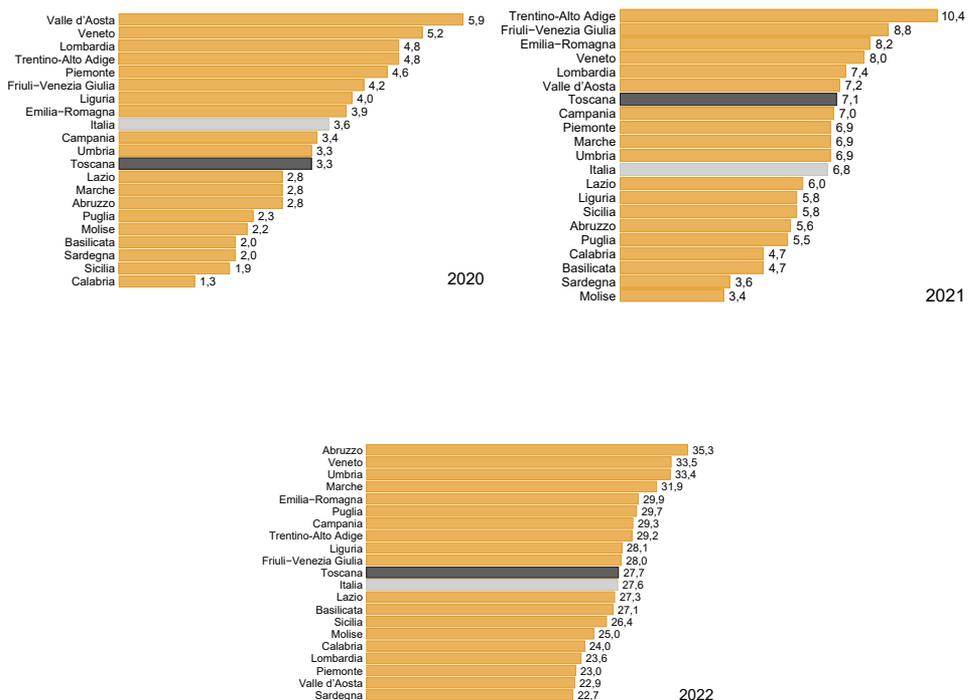


Durante i soli 9 mesi del 2022 i contagi sono stati circa 3 volte quelli osservati durante tutto il biennio 2020-2021 (figura 2). Oltre alla diffusione della variante Omicron, l'altro fattore che può aver contribuito all'emersione di un numero maggiore di infezioni è stata l'autorizzazione all'utilizzo dei test rapidi antigenici per la conferma di caso positivo al virus, fino ad allora invece basata esclusivamente sui tamponi molecolari (più onerosi in termini di tempo e spesa e, nei periodi di recrudescenza dei contagi, di difficile accessibilità). Questa modifica al protocollo di segnalazione ha permesso di aumentare notevolmente l'offerta diagnostica, ottenendo così una maggiore capacità di intercettare i casi positivi in tempi rapidi.

I due anni e mezzo di pandemia sono stati inoltre caratterizzati da differenti andamenti geografici. Durante il 2020 tutte le regioni del Centro e Sud Italia sono state protette dal

contagio grazie al lockdown nazionale e al blocco degli spostamenti tra regioni intervenuti tra marzo e maggio, che hanno consentito di limitare il virus alle regioni del Nord Italia, purtroppo le prime ad essere colpite nelle fasi iniziali e quelle che hanno subito le conseguenze peggiori in termini di salute proprio nel 2020. Già a partire dal 2021, quando ormai il virus si era diffuso su tutto il territorio, si è rilevato un maggior equilibrio tra le regioni e nel 2022 si è perso del tutto quel gradiente nord-sud osservato nel primo anno di pandemia. La Toscana ha mantenuto un'incidenza minore della media italiana, sostenuta dalle regioni del Nord, durante il 2020 (3,3% vs 3,6%), mentre negli anni successivi ha mostrato valori superiori al dato complessivo italiano (7,1% vs 6,8% nel 2021 e 27,7% vs 27,6% nei primi 9 mesi del 2022). Queste graduatorie possono essere ovviamente influenzate dalla capacità di testing delle singole regioni: a parità di diffusione reale dei contagi l'incidenza misurata aumenta in funzione della probabilità di poter eseguire un tampone nasofaringeo diagnostico. La nostra regione ha sempre mantenuto un numero di tamponi pro-capite più alto della media italiana, per tutto il periodo.

Figura 2. Positivi al Sars-Cov-2 – Incidenza cumulativa annuale per 100 abitanti – Italia e regioni, periodo 2020-settembre 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile



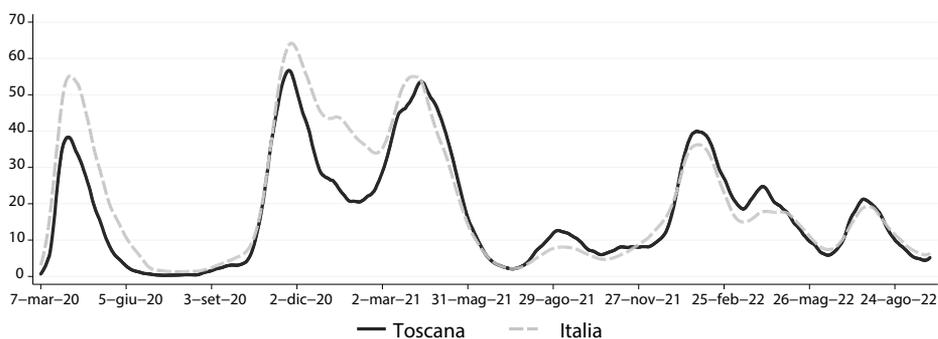
All'interno del territorio regionale possiamo ritrovare un andamento geografico riconducibile a quello osservato nel Paese. Ad inizio pandemia i territori più settentrionali (provincia di Massa-Carrara e in parte Lucca) sono stati quelli più colpiti, con medie simili a quelle delle regioni del Nord Italia. Progressivamente il virus si è esteso invece al resto della regione, una volta venute meno le limitazioni agli spostamenti. La Ausl Nord-ovest ha mantenuto comunque un livello di contagio più alto rispetto alle altre. A oggi il 40,8% degli abitanti della Ausl Nord-ovest è risultato positivo al Sars-Cov-2 da inizio pandemia, rispetto al 37,5% degli abitanti della Ausl Sud-est e al 36,2% degli abitanti della Ausl Centro.

L'impatto sugli ospedali toscani ha seguito, come atteso, un andamento simile a quello dei contagi. Come noto, non esistendo una cura risolutiva per la malattia, a parità di caratteristiche demografiche dei contagiati, l'intensità dell'impatto sugli ospedali segue quella dei contagi. Tutti gli interventi di mitigazione messi in atto hanno cercato di limitare questa associazione diretta tra contagi e ricoveri (o decessi). L'intervento principale è stato senz'altro, dai primi mesi del 2021, la campagna di vaccinazione. I vaccini anti-Sars-Cov-2 approvati dall'Agenzia europea del farmaco (Ema) sono stati più di uno, ma dopo alcuni mesi per varie ragioni si è puntato esclusivamente sui vaccini a tecnologia mRNA Pfizer o Moderna. L'Istituto superiore di sanità ha stimato in Toscana circa 26.500 ricoveri, 3mila ricoveri in Terapia intensiva e 12.500 decessi evitati grazie alla campagna di vaccinazione nel corso del 2021. Si tratta, rispetto agli eventi attesi sulla base dell'andamento dell'epidemia, di una riduzione del 69% delle ospedalizzazioni, del 71% dei ricoveri in Terapia intensiva e del 79% dei decessi (stime in linea con l'impatto a livello italiano). L'adesione al primo ciclo vaccinale (2 dosi) della campagna in Toscana è stata molto alta, in particolare tra gli anziani, coperti quasi al 100%. Il coinvolgimento della popolazione è rimasto abbastanza sostenuto anche quando si è dovuto lanciare la campagna per la terza dose (autunno-inverno 2021), dopo la constatazione della progressiva perdita di efficacia del vaccino a 6 mesi dalla conclusione del ciclo primario. Complice il periodo estivo e la diminuzione dei contagi e del rischio percepito, l'adesione alla quarta dose è invece attualmente

ferma su valori molto bassi. A oggi il 90% dei toscani ha completato il ciclo completo di vaccinazione (2 dosi), il 72% ha anche la terza dose, mentre solamente il 7% ha effettuato la quarta dose. I prossimi mesi daranno indicazioni sulla tenuta dell'efficacia dei vaccini di fronte a potenziali nuove varianti, dopo che si sono dimostrati efficaci nel ridurre il rischio di ricovero e decesso rispetto ai non vaccinati, nonostante l'efficacia nel prevenire il contagio con l'avvento della variante Omicron si sia già dimostrata più bassa rispetto alle varianti precedenti e conseguentemente ai dati rilasciati dalle campagne produttrici in fase di autorizzazione.

In figura 3 si nota come il rapporto tra l'intensità delle diverse ondate di ricoverati ospedalieri sia invertito rispetto a quanto osservato per il trend dei contagi. Nel 2022, a fronte come detto di un'impennata dei contagi pari a circa 6-7 volte rispetto all'anno precedente, l'impatto sugli ospedali è stato invece minore se confrontato con l'anno precedente e con la prima ondata della primavera 2020, segno di un rischio di ricovero, a parità di contagio, notevolmente diminuito rispetto al primo anno di pandemia.

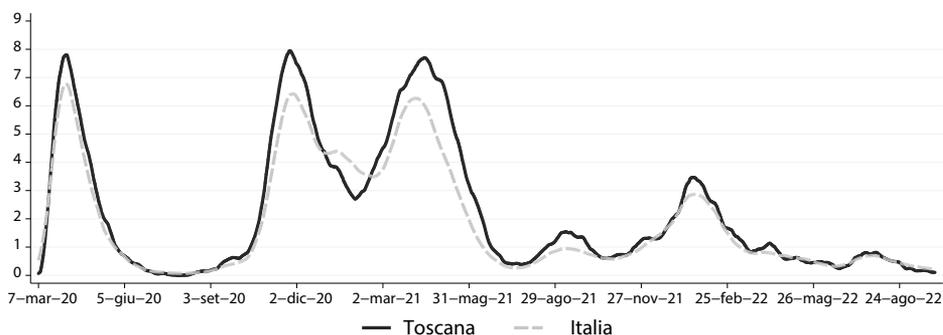
Figura 3. Posti letto ospedalieri occupati da malati Covid-19 - Media mobile a 7 giorni della prevalenza giornaliera per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2020-settembre 2022 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati monitoraggio Protezione civile



Quanto detto per i ricoveri complessivi vale ancora di più se ci limitiamo ai reparti di Terapia intensiva (figura 4). La riduzione del rischio è diminuita ancora di più, in proporzione, nel corso dell'ultimo anno di pandemia. I vaccini, infatti, si sono dimostrati molto efficaci proprio nel ridurre sintomatologie più gravi e decessi. Inoltre, all'efficacia della campagna vaccinale si somma plausibilmente, come dimostrato da studi clinici pubblicati su riviste indicizzate, una minore patogenicità della variante Omicron, meno capace di causare polmoniti e, in generale, una sintomatologia severa.

La Toscana, rispetto alla media italiana, ha sempre mantenuto una propensione maggiore a ricorrere alla Terapia intensiva. Questo può dipendere da aspetti organizzativi interni degli ospedali, legati alla maggiore capacità di isolare i pazienti positivi e creare bolle Covid, oltre che da un diverso modo di considerare i reparti di sub-intensiva, da parte delle regioni, nell'inviare i dati al monitoraggio nazionale.

Figura 4. Posti letto ospedalieri occupati da malati Covid-19 in Terapia intensiva - Media mobile a 7 giorni della prevalenza giornaliera per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2020-settembre 2022 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati monitoraggio Protezione civile



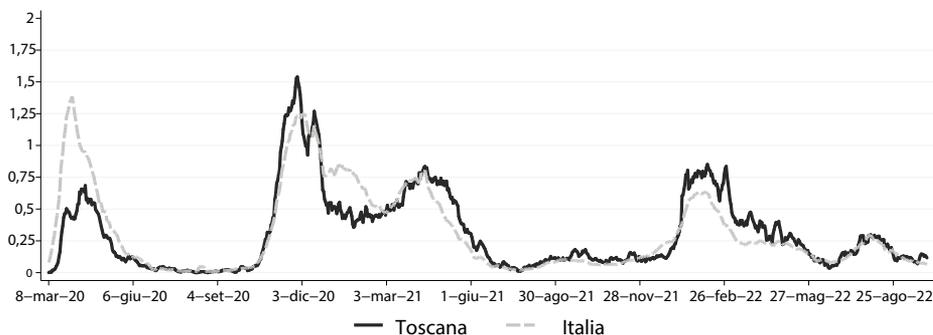
Attingendo ai dati regionali delle schede di dimissione ospedaliera (consolidati fino al 2021), è possibile contare le persone che hanno avuto almeno un ricovero per Covid-19 nei due anni e mezzo di pandemia (non avendo a disposizione la fonte nazionale siamo però limitati nel confronto con le altre regioni e l'Italia). I toscani che si sono ricoverati almeno una volta per Covid-19 nel 2020 sono stati circa 11.200 (pari a 3 ogni 1.000 abitanti), nel 2021 sono stati invece circa 18mila (4,9 per 1.000) e nel 2022, fino a settembre, poco meno di 11mila (3 per 1.000). Il 22,2% dei ricoverati nel 2020 è deceduto durante il ricovero, mentre nel 2021 e 2022 la percentuale è scesa rispettivamente al 17% e al 16,4%, a dimostrazione della maggiore gravità media dei pazienti che arrivavano in ospedale durante le prime fasi della pandemia. La percentuale di deceduti durante il ricovero è più alta tra gli uomini, come vedremo in seguito mediamente più colpiti dalle conseguenze severe del contagio, ma a giocare il ruolo più determinante è l'età, anche se è apprezzabile una netta diminuzione della percentuale di decessi durante il ricovero nel corso dei 3 anni anche nelle fasce d'età più avanzate (tabella 1).

Tabella 1. Ricoverati per Covid-19 e deceduti durante il ricovero – Pazienti ricoverati almeno una volta nell'anno e deceduti (numero assoluto e ogni 100 ricoverati) – Toscana, periodo 2020-settembre 2022 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Sdo

Genere	Età	2020			2021			2022		
		Ricoverati	Deceduti		Ricoverati	Deceduti		Ricoverati	Deceduti	
			n	%		n	%		n	%
Femmine	<50	544	6	1,1	1.235	13	1,1	971	4	0,4
	50-59	514	17	3,3	969	40	4,1	285	18	6,3
	60-69	694	56	8,1	1.293	104	8,0	497	53	10,7
	70-79	1.086	187	17,2	1.664	267	16,0	1.063	148	13,9
	80-89	1.460	428	29,3	2.004	541	27,0	1.741	328	18,8
	>90	604	279	46,2	761	278	36,5	883	230	26,0
	Totale	4.902	973	19,8	7.926	1.243	15,7	5.440	781	14,4
Maschi	<50	712	22	3,1	1.583	20	1,3	631	16	2,5
	50-59	1.047	42	4,0	1.872	107	5,7	526	47	8,9
	60-69	1.265	170	13,4	1.999	257	12,9	818	98	12,0
	70-79	1.505	412	27,4	2.339	549	23,5	1.346	227	16,9
	80-89	1.469	680	46,3	1.910	695	36,4	1.688	447	26,5
	>90	337	201	59,6	419	205	48,9	519	185	35,6
	Totale	6.335	1.527	24,1	10.122	1.833	18,1	5.528	1.020	18,5
Totale	<50	1.256	28	2,2	2.818	33	1,2	1.602	20	1,2
	50-59	1.561	59	3,8	2.841	147	5,2	811	65	8,0
	60-69	1.959	226	11,5	3.292	361	11,0	1.315	151	11,5
	70-79	2.591	599	23,1	4.003	816	20,4	2.409	375	15,6
	80-89	2.929	1.108	37,8	3.914	1.236	31,6	3.429	775	22,6
	>90	941	480	51,0	1.180	483	40,9	1.402	415	29,6
	Totale	11.237	2.500	22,2	18.048	3.076	17,0	10.968	1.801	16,4

A fine settembre 2022 i decessi per Covid-19 rilevati dal sistema di monitoraggio della Protezione civile in Toscana sono 10.779, pari a 291,9 per 100mila abitanti. Il valore è più basso rispetto alla media nazionale, pari a 299 per 100mila. I deceduti sono lo 0,8% dei contagiati totali, sia in Toscana sia in Italia. All'interno della regione la Ausl maggiormente colpita in termini di mortalità è stata la Centro, con 323 decessi ogni 100mila abitanti rilevati ad oggi, seguita dalla Nord-ovest (297 per 100mila) e dalla Sud-est (204 per 100mila). Osservando il trend toscano e italiano possiamo riproporre le considerazioni appena fatte per il trend ospedaliero (figura 5). Si nota, infatti, un impatto maggiore nei primi 2 anni di pandemia, rispetto al 2022, nonostante quest'ultimo sia stato caratterizzato da un numero notevolmente maggiore di contagi. In sintesi, la letalità della malattia, grazie ai diversi fattori richiamati in precedenza (vaccini e variante del virus) è notevolmente diminuita. A questo può aggiungersi, per quanto riguarda i primi mesi della pandemia, un plausibile effetto sorpresa, caratterizzato dall'emersione dei casi più gravi dal punto di vista clinico e una sottostima del livello di contagio nella popolazione, dovuto alla scarsità di test diagnostici, destinati solamente o quasi ai pazienti che arrivavano in ospedale. Se prendiamo in considerazione contagiati e deceduti annuali, pur trattandosi di un confronto approssimato perché non tiene conto della latenza che intercorre tra il contagio e l'eventuale decesso, la letalità (deceduti su contagiati) in Toscana è passata dal 3,1% del 2020 all'1,5% del 2021, fino allo 0,3% del 2022 (rispettivamente 3,5%, 1,6% e 0,2% in Italia).

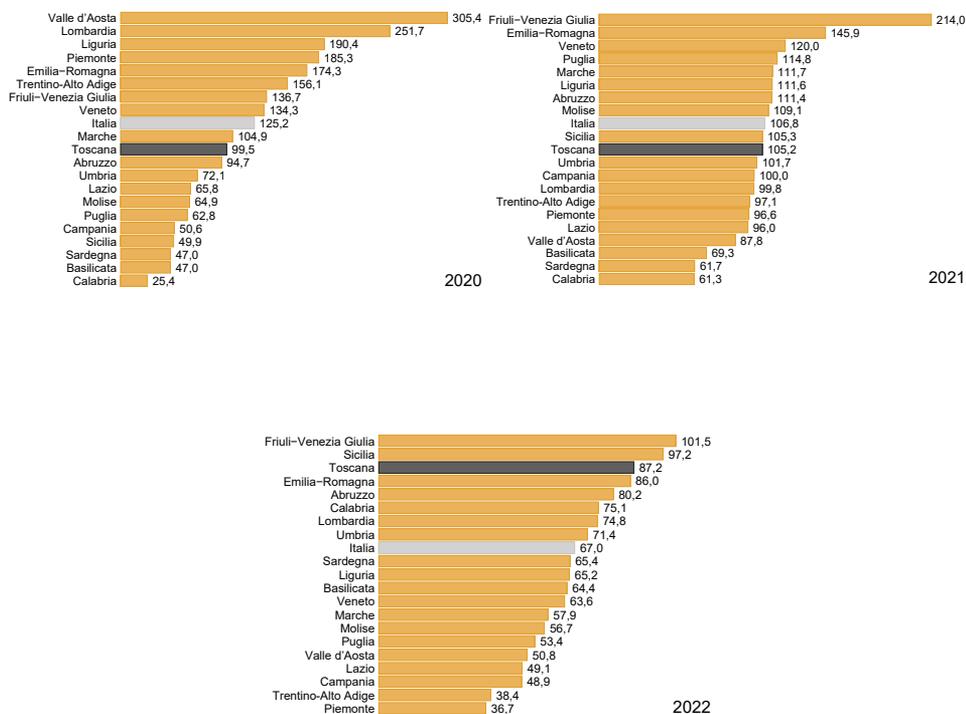
Figura 5. Deceduti per Covid-19 - Media mobile a 7 giorni della mortalità giornaliera per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2020-settembre 2022 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati monitoraggio Protezione civile



Il confronto tra regioni vede la Toscana mantenersi sempre al di sotto della media nazionale, tra le regioni contraddistinte da una mortalità più bassa fino a tutto il 2021, mentre è la 3° regione per mortalità nel 2022 (figura 6). La mortalità regionale è comunque diminuita dal 2020 al 2022 e il riposizionamento in questa graduatoria tra regioni si deve al forte abbassamento della mortalità nelle regioni del Nord Italia, che nel 2020 hanno trainato la media nazionale su valori quasi doppi rispetto a quelli osservati nel 2022. I decessi osservati in Valle d'Aosta e Lombardia, in particolare, rispetto alla popolazione di quelle regioni, erano circa 2-3 volte

quelli osservati mediamente in Italia, 10 volte quelli osservati in Calabria, la regione con la mortalità più bassa durante il 2020. Come detto in premessa di questo paragrafo, nel corso dei quasi tre anni di pandemia si è affievolito progressivamente il forte gradiente geografico nord-sud che aveva contraddistinto la diffusione del virus nelle prime fasi.

Figura 6. Deceduti per Covid-19 – Mortalità cumulativa annuale per 100.000 abitanti – Italia e regioni, periodo 2020-2022 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati monitoraggio Protezione civile



I decessi per Covid-19 hanno colpito maggiormente gli uomini, rispetto alle donne, plausibilmente per le peggiori condizioni di salute pregresse che mediamente li contraddistinguono, a parità d'età. Il tasso di mortalità cumulativo in Toscana a fine settembre 2022 è pari a 329,9 per 100mila uomini e 253,8 per 100mila donne, come mostrato in tabella 2, nella quale sono riportati anche i tassi specifici per età e genere (i valori differiscono leggermente da quelli del monitoraggio nazionale della Protezione civile perché provengono dal sistema di sorveglianza dell'Istituto superiore di sanità). Oltre a quello del genere è evidente l'effetto dell'età. È risultato chiaro fin dalle prime settimane di pandemia, infatti, il rischio maggiore che corrono gli anziani. La letalità (deceduti su

contagiati) comincia ad aumentare dai 60 anni in poi, fino ad oltrepassare il 13% dopo i 90 anni. L'età è ovviamente un fattore associato alle condizioni di salute della persona, quindi solitamente accompagnata dalla presenza di patologie croniche pregresse e progressiva perdita dell'autonomia funzionale. Altre analisi realizzate da Ars hanno misurato l'eccesso di rischio che contraddistingue un malato cronico rispetto ad una persona sana, a parità di altri fattori socio-demografici, stimando un rischio relativo di ricovero pari a 1,62 e un rischio di decesso pari a 2,86. Il tasso di incidenza dei contagi è invece più omogeneo, la probabilità di contagio quindi non risente dell'età anagrafica, ma il rischio di conseguenze peggiori del contagio (sintomi e rischio di ricovero o decesso) sì.

Tabella 2. Positivi al Sars-Cov-2 e deceduti per Covid-19, per genere e classe d'età - Positivi per 100 abitanti, decessi per 100.000 abitanti e per 100 positivi - Toscana e Italia, periodo 2020- settembre 2022 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sistema di sorveglianza integrata IIS

Genere	Età	positivi x100 ab.		decessi x100mila ab.		decessi per 100 positivi	
		Italia	Toscana	Italia	Toscana	Italia	Toscana
Femmine	<50	46,3	50,1	5,1	4,3	0,0	0,0
	50-59	40,1	43,0	38,7	36,7	0,1	0,1
	60-69	32,1	33,5	132,5	111,4	0,4	0,3
	70-79	26,5	28,0	440,8	351,5	1,7	1,3
	80-89	24,8	26,2	1.459,4	1.275,1	5,9	4,9
	>90	32,0	31,5	3.888,9	3.659,5	12,2	11,6
	Totale		39,6	41,8	253,1	253,8	0,6
Maschi	<50	40,5	44,4	9,3	8,5	0,0	0,0
	50-59	35,4	38,2	94,1	80,7	0,3	0,2
	60-69	30,7	31,9	344,2	288,7	1,1	0,9
	70-79	28,7	29,3	1.016,1	778,9	3,5	2,7
	80-89	28,2	29,6	2.567,0	2.345,5	9,1	7,9
	>90	32,0	33,0	5.744,5	5.630,5	17,9	17,0
	Totale		36,7	39,2	334,5	329,9	0,9
Totale	<50	43,4	47,2	7,2	6,4	0,0	0,0
	50-59	37,8	40,6	65,9	58,3	0,2	0,1
	60-69	31,4	32,7	233,9	196,0	0,7	0,6
	70-79	27,5	28,6	705,0	547,6	2,6	1,9
	80-89	26,2	27,5	1.901,4	1.707,9	7,3	6,2
	>90	32,0	31,9	4.404,7	4.214,3	13,8	13,2
	Totale		38,2	40,6	292,7	290,7	0,8

L'impatto sulla mortalità della pandemia è misurato da Istat anche con un indicatore complessivo che considera l'eccesso di mortalità generale (tutte le cause) osservato rispetto al periodo pre-pandemico (2015-2019). Come riportato anche nel capitolo dedicato alla

mortalità di questo volume, la Toscana ha fatto registrare un +8,6% nel 2020, un +7,8% nel 2021 ed un +6,2% nel primo semestre 2022 (rispetto al primo semestre 2015-2019). A livello italiano le stime sono +15,6% per il 2020, +9,8% per il 2021 e +6,5% per il primo semestre 2022. Il forte incremento del 2020 è stato sostenuto quasi esclusivamente dalle regioni del nord Italia: +36,6% in Lombardia, +26,6 in Trentino-Alto Adige, +24,8% in Valle d'Aosta e +22,9% in Piemonte. L'indicatore conferma inoltre le differenze di genere già discusse in precedenza, con un eccesso maggiore tra gli uomini rispetto alle donne e l'aumento della mortalità ha fatto arretrare la speranza di vita alla nascita sui valori del 2012, perdendo così circa 8 anni di progressi.

A metà settembre 2022 i livelli di contagio erano scesi su valori inferiori ai 200 casi settimanali per 100mila abitanti e il livello di saturazione dei reparti ospedalieri era molto basso. Quando scriviamo questo paragrafo (inizio ottobre 2022) sono meno di 300 i toscani ricoverati in ospedale per Covid-19 in Toscana, di cui 10 in terapia intensiva, ma l'incidenza dei nuovi casi è tornata a salire e il Paese sembra avviato verso una nuova ondata. Sono appena stati approvati da Ema nuovi vaccini in grado di proteggere anche dalla nuova variante Omicron e sostanzialmente sono state tolte tutte le limitazioni, oltre all'obbligo di indossare la mascherina (per il momento mantenuta fino a fine ottobre solo nei luoghi sanitari). I prossimi mesi saranno perciò decisivi per valutare l'evoluzione della circolazione del virus in un contesto pressoché di normalità pre pandemica.

Eventi acuti cardiovascolari

Tra le prime cause di morbosità, invalidità e mortalità nella popolazione troviamo gli eventi acuti cardiovascolari (infarto miocardico e ictus cerebrale) che, oltre alla loro potenziale letalità, lasciano spesso la persona che sopravvive in una condizione di cronicità ad alto rischio di complicazioni e nuovi eventi. Come riportato nelle passate edizioni, considerato che il 30%-40% delle persone che hanno un evento di questo tipo muore prima di raggiungere l'ospedale (fonte: Rapporto *Osservasalute 2021*), è preferibile una lettura separata dei dati di ospedalizzazione e di mortalità.

Gli ultimi dati ospedalieri disponibili e utili ad un confronto corretto tra regioni (perché standardizzati per età), si riferiscono al 2020, quando a causa della pandemia, o meglio della riorganizzazione dell'attività ospedaliera e specialistica che questa ha comportato per concentrare le risorse sull'assistenza ai malati Covid-19, si è osservata una netta diminuzione dei ricoveri non riconducibili al contagio da Sars-Cov-2. I ricoveri ordinari, in reparti per acuti, nella popolazione toscana residente sono diminuiti del 16% rispetto al 2019 (l'attività di ricovero complessiva è diminuita del 18%).

Nel 2020 sono stati circa 4.300 i ricoveri per infarto tra gli uomini toscani (regime ordinario, reparto per acuti) e 2.100 tra le donne, una diminuzione del 13% tra gli uomini e del 22% tra le donne rispetto ai poco più di 4.900 e 2.700 avvenuti nel 2019 (fonte: Ars Toscana). Il rapporto *Osservasalute* stima un tasso standardizzato per età di 289,9 ricoveri ogni 100mila uomini (11° regione in Italia per incidenza) e 109,3 ogni 100mila donne (7° regione in Italia). Il tasso femminile toscano è superiore alla media nazionale, pari a 104,4 ricoveri per 100mila donne, mentre quello maschile è leggermente inferiore ai 291,5 ricoveri per 100mila uomini in Italia.

Nello stesso anno, sono avvenuti circa 5.400 ricoveri per ictus tra gli uomini e 5.900 tra le donne, rispettivamente -9% e -8% rispetto al 2019. Il tasso standardizzato per età è pari a 386,7 per 100mila uomini e 315,6 per 100mila donne (3° regione in Italia in entrambi i generi). L'incidenza di ricoveri per ictus è superiore alla media nazionale, pari a 324,9 per 100mila uomini e 250,7 per 100mila donne (tabella 1).

Dalla figura 1 si evincono chiaramente le riduzioni nei volumi di ricovero per infarto e ictus ischemico, mentre resta stabile, nel confronto 2019-2020, l'incidenza dei ricoveri per ictus emorragico. Non è escluso che l'entità della riduzione che ha riguardato l'attività ospedaliera sia associata alla gravità dei sintomi con cui si presentano gli eventi acuti. A parità di incidenza reale rispetto agli anni precedenti, considerati i timori della popolazione nel recarsi presso ospedali e ambulatori medici per il rischio di contagio, le difficoltà di accesso alle visite specialistiche nella prima metà dell'anno e la riduzione dell'attività clinica degli ospedali, non possiamo escludere la potenziale sotto-diagnosi di eventi dai sintomi meno evidenti, come talvolta possono essere alcuni tipi di infarto o di ischemia.

Tabella 1. Ospedalizzazione per infarto e ictus (reparti per acuti, regime ordinario) per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2020Fonte: *Osservasalute* su dati Istat

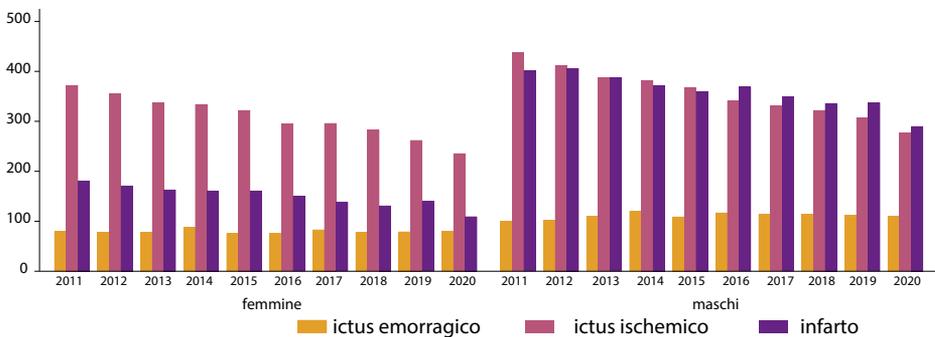
Regione	Maschi			Femmine		
	infarto	ictus		infarto	ictus	
		emorragico	ischemico		emorragico	ischemico
Piemonte	286,0	89,9	215,2	99,8	53,6	168,9
Valle d'Aosta	271,8	64,7	387,9	113,2	49,2	330,5
Lombardia	294,5	69,2	196,6	101,3	44,7	152,0
Bolzano	263,5	90,8	268,0	104,7	66,4	219,7
Trento	262,5	59,1	244,7	94,1	39,9	211,2
Veneto	234,0	82,8	228,0	83,5	53,4	192,3
Friuli-Venezia Giulia	313,5	82,5	233,1	141,7	64,1	193,5
Liguria	276,2	87,4	252,0	103,7	58,4	200,2
Emilia-Romagna	300,0	96,2	261,8	112,6	64,7	221,9
Toscana	289,9	110,1	276,6	109,3	80,0	235,6
Umbria	296,9	89,5	292,1	94,5	55,3	223,8
Marche	292,9	101,6	225,0	112,2	63,3	187,1
Lazio	258,1	82,5	240,7	86,5	53,7	197,8
Abruzzo	304,2	102,4	313,1	108,9	57,6	271,8
Molise	234,1	75,3	297,2	79,9	43,4	235,3
Campania	333,4	73,1	285,2	122,3	43,0	230,3
Puglia	300,6	60,7	237,6	106,4	39,1	190,9
Basilicata	229,7	77,4	233,5	107,4	37,0	231,9
Calabria	313,6	69,8	262,7	99,6	43,3	208,4
Sicilia	340,2	65,0	271,4	114,5	37,4	222,4
Sardegna	266,1	71,2	242,3	106,2	48,2	187,4
Italia	291,5	80,8	244,1	104,4	51,9	198,8

Pur nella diminuzione generale dei ricoveri, si confermano le differenze di genere più volte discusse anche nelle passate edizioni di questo volume. I tassi di incidenza maschili e femminili sono molto diversi per l'infarto, con gli uomini che hanno un rischio quasi 3 volte superiore a quello delle donne. Meno marcate invece le differenze nel caso dell'incidenza dei ricoveri per ictus (figura 1). Il rapporto tra le patologie, inoltre, è diverso nei due generi. Se tra gli uomini i ricoveri per infarto sono quelli più frequenti, tra le donne l'incidenza degli ictus ischemici è quasi il doppio di quella dell'infarto. La maggior longevità delle donne, dovuta anche al minor rischio di infarti fatali (figura 3), potrebbe spiegare questa differenza, visto che gli eventi cerebrovascolari si manifestano più frequentemente in età avanzata.

Molte abitudini e stili di vita incidono sul rischio di andare incontro a questi eventi. Dieta ricca di sale, grassi e zuccheri, consumo di alcol, fumo di sigarette, scarsa attività fisica, sono tutti fattori di rischio noti per la salute di cuore e arterie. Gli infarti causano circa il 50% del

totale dei ricoveri per malattie ischemiche del cuore, l'ictus, ischemico o emorragico, circa il 75% dei ricoveri per eventi cerebrovascolari. Monitorarne i ricoveri consente di stimarne l'incidenza nella popolazione, poiché in condizioni normali gli unici eventi per i quali il paziente non raggiunge l'ospedale sono quelli letali o fulminanti (che valuteremo in seguito con il trend della mortalità).

Figura 1. Ospedalizzazione per infarto e ictus (reparti per acuti, regime ordinario) per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana, periodo 2011-2020
Fonte: *Osservasalute* su dati Istat



In generale, il dato potenzialmente distorto dalla pandemia del 2020, si inserisce comunque in una tendenza di diminuzione che questi ricoveri hanno da alcuni decenni, che contribuisce in maniera sostanziale alla generale diminuzione dell'ospedalizzazione osservata in Toscana negli ultimi anni. A questi risultati hanno contribuito le attività di prevenzione primaria, per la diminuzione della diffusione dei principali fattori di rischio citati precedentemente, e secondaria, con piani terapeutici secondo linee guida per la corretta prescrizione dei farmaci cardiovascolari e il monitoraggio dei valori ematici e pressori.

Nel loro complesso, le malattie afferenti al grande gruppo del sistema circolatorio causano il decesso di 1 italiano su 3 e la Toscana non fa eccezione (33,4% dei morti totali). Infarto e ictus costituiscono quasi la metà di questi casi. Tuttavia, come detto, i progressi nella tempestività e nell'efficacia degli interventi di gestione di questi eventi stanno continuando a portare benefici nel tempo, contribuendo alla diminuzione generale dei decessi.

Nel 2019, ultimo anno disponibile, la mortalità per infarto prosegue il trend in diminuzione, il tasso di mortalità standardizzato per età ha raggiunto i 31,3 decessi per 100mila uomini e 13,2 per 100mila donne (figura 2). La Toscana conferma tassi lievemente inferiori alla media italiana, sia per gli uomini (37,4 per 100mila) sia per le donne (17,3 per 100mila) ed è la prima regione tra le donne e la terza tra gli uomini (dopo Molise e Puglia) tra quelle a minor mortalità in Italia.

Più stabile, invece, nell'ultimo biennio osservato il trend della mortalità per malattie cerebrovascolari (che oltre all'ictus comprendono le occlusioni e stenosi delle arterie pre-cerebrali e i postumi delle malattie cerebrovascolari). Nel 2019 il tasso di mortalità standardizzato per età è pari a 79,9 decessi per 100mila uomini e 67,1 per 100mila donne (era rispettivamente 78,5 e 67,1 per 100mila nel 2019) (figura 3). Si conferma inoltre il leggero svantaggio in termini di salute rispetto alla media italiana, sia per gli uomini (75,6 per 100mila) che per le donne (62,8 per 100mila). La nostra regione resta tra quelle dove la mortalità è più elevata in Italia posizionandosi 8° tra le donne e 6° tra gli uomini tra quelle più colpite dai decessi per eventi cerebrovascolari.

Figura 2. Mortalità per infarto per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2019 - Fonte: Istat

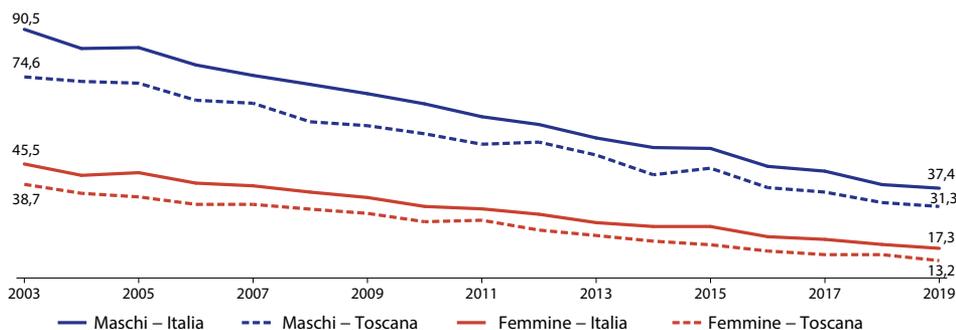
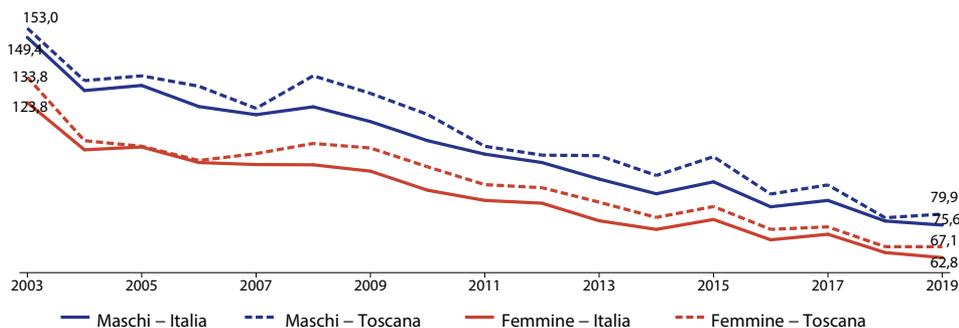


Figura 3. Mortalità per malattie cerebrovascolari per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2019 - Fonte: Istat



Malattie croniche

Il progressivo aumento del numero di anziani e i miglioramenti ottenuti nell'aspettativa di vita di un malato, grazie all'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici, hanno fatto sì che il numero di malati cronici nella popolazione sia progressivamente aumentato negli anni passati e sia destinato ad aumentare, in termini assoluti, con il progressivo invecchiamento della struttura per età italiana.

I malati cronici in Toscana sono poco meno di un milione e mezzo (stime Istat da Indagine Multiscopo 2020), pari al 41,6% della popolazione e sostanzialmente in linea con la media italiana (39,9%) (tabella 1). Le patologie più frequenti in Toscana, tra quelle censite, sono l'ipertensione arteriosa e l'artrosi/artrite, rispettivamente al 17,6% e al 15,4%. Le persone che hanno più di una malattia cronica sono ormai stabilmente di più di quelle che ne hanno soltanto una, 21,2% vs 20,4%. Il Ministero della salute, già dal 2016, con il Piano nazionale della cronicità, ha modificato i criteri e le linee guida di presa in carico della cronicità, riorientando i servizi sanitari e sociosanitari alla complessità clinica complessiva della persona, piuttosto che alla gestione delle singole patologie.

Tabella 1. Malattie croniche – Numero casi e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2021 – Fonte: Istat

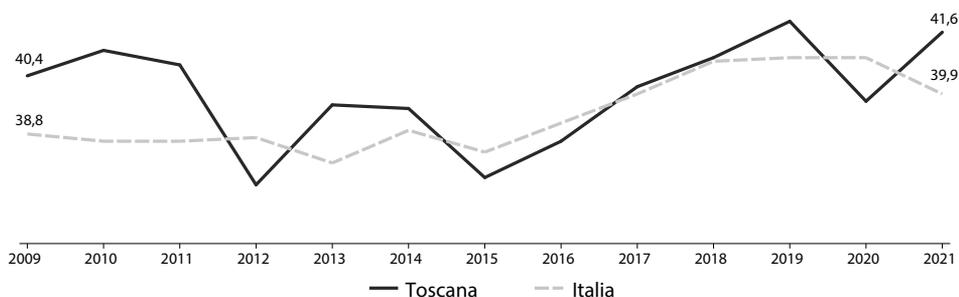
Malattia	Toscana		Italia
	N. malati (in migliaia)	% standardizzata	% standardizzata
Ipertensione	646	17,6	18,8
Artrosi, artrite	565	15,4	14,8
Malattie allergiche	420	11,4	11,0
Osteoporosi	311	8,5	7,8
Diabete	200	5,4	6,3
BPCO	233	6,3	5,7
Malattie del cuore	185	5,0	4,3
Disturbi nervosi	169	4,6	4,6
Ulcere	77	2,1	2,2
Almeno una	1.530	41,6	39,9
Una soltanto	751	20,4	19,0
Almeno due	779	21,2	20,9

Una presenza così elevata di malati cronici nella popolazione si traduce necessariamente in un maggior impegno, soprattutto da parte dei servizi territoriali, nella gestione quotidiana della malattia.

Standardizzando il dato per età, il trend degli ultimi 12 anni è comunque abbastanza stabile (figura 1), con il dato toscano che oscilla intorno alla media nazionale (più stabile). Questa maggiore stabilità del dato standardizzato, rispetto a quello grezzo, lascia supporre che sia

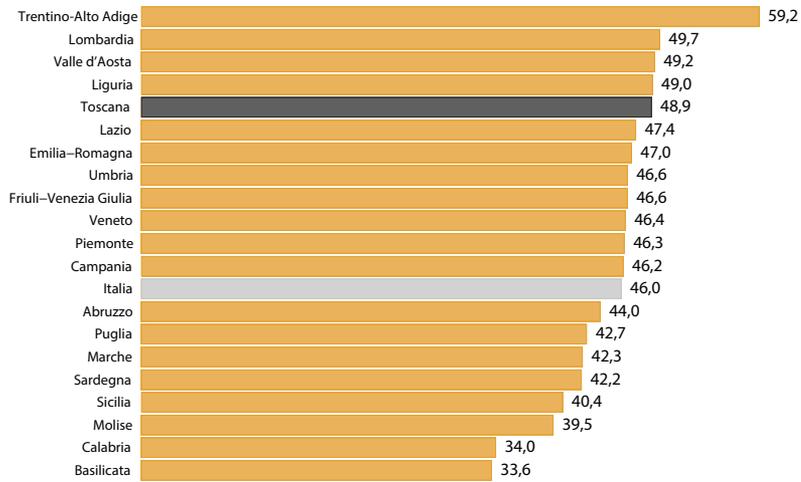
proprio il generale invecchiamento della popolazione a determinare l'aumento delle persone che convivono con una o più patologie, piuttosto che un aumento delle nuove diagnosi nelle fasce d'età più giovani. Rispetto al 2020, quando in Toscana si osservava una tra le prevalenze più basse in Italia, nel 2021 la nostra regione è tra quelle con più malati rispetto alla popolazione, in 4° posizione dopo Umbria (44,5% di malati cronici), Liguria (42,9%) e Sardegna (42,9%). Va detto che le differenze tra regioni sono molto ridotte e che, come noto, Istat raccoglie un'informazione campionaria (tramite l'indagine Multiscopo) riportando condizioni di salute autoriferite dall'intervistato, in assenza della formulazione di una diagnosi clinica, pertanto la precisione delle stime che derivano da questa modalità di rilevazione non consente di interpretare come significative le modeste oscillazioni osservate tra regioni e nel trend recente.

Figura 1. Malati cronici – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2009-2021 – Fonte: Istat



Aumentano i malati che si considerano comunque in buona salute. Nel 2021 il dato sale al 48,9% (dal 46,5% dell'anno precedente), leggermente inferiore alla media nazionale (46%) (figura 2). Resta la distanza tra le regioni con i valori più alti, tra le quali figura anche la Toscana, e il Trentino-Alto Adige, dove l'indicatore raggiunge il 59,2%. Ciò potrebbe evidenziare un ampio margine di miglioramento possibile nell'assistenza alla cronicità volta a migliorare la convivenza con la malattia e la qualità della vita delle persone.

Figura 2. Malati cronici in buona salute – Persone che si dichiarano comunque in buona salute nonostante la malattia per 100 malati cronici – Regioni e Italia, anno 2021 – Fonte: Istat



Disabilità

Nel 2001 l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha definito la disabilità come il risultato di una relazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali. Le malattie possono essere origine di menomazioni sul piano delle funzioni e delle strutture corporee, ma i fattori personali e ambientali possono modificarne gli esiti disabilitanti, caratterizzando le limitazioni nello svolgimento di attività o nella partecipazione sociale. Dal punto di vista assistenziale lo scopo è dare una visione globale della persona con disabilità, mirando al raggiungimento della massima autonomia possibile. Ad oggi, qualsiasi tentativo di quantificazione del fenomeno deve necessariamente passare attraverso l'integrazione di più fonti, nate nel tempo sulla base dei servizi offerti alla platea di soggetti con disabilità. In questo senso si procederà partendo dal numero dei soggetti con disabilità attesi in Toscana (sulla base delle stime Istat ed Eurostat), per poi raffrontare questa misura con i dati elaborati dall'Istituto nazionale di previdenza sociale (Inps) relativi alle prestazioni rivolte agli invalidi civili. Dai dati Istat è possibile ottenere una stima annuale delle persone con limitazioni funzionali gravi in Toscana e in Italia, nonché la prevalenza di disabilità per classe d'età. Nella tabella 1 sono riportate le stime dei toscani con limitazioni funzionali gravi. È utile precisare che sono considerate con disabilità le persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni gravi, a causa di motivi di salute, perduranti da almeno 6 mesi, nelle attività svolte abitualmente. Questo universo è in crescita negli anni e nel 2019 si attesta lievemente al di sotto delle 200mila unità. Applicando le stime di prevalenza di limitazione funzionale grave per classe d'età osservate nel 2019 alla popolazione toscana residente al 1° gennaio 2020, si ottiene una stima di 196mila individui (pari al 5,3% della popolazione) residenti a domicilio. La stessa proiezione sulla popolazione nazionale stima circa 3 milioni e 150mila (pari al 5,2% della popolazione).

Tabella 1. Persone con limitazioni funzionali gravi di 6+ anni d'età - Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti d'età 6+ anni e stima dei prevalenti in numero assoluto Toscana e Italia, periodo 2017-2019 - Fonte: Istat

Anno	Prevalenza per 100 ab.		persone con limitazioni funzionali stimate in Toscana (valori in migliaia)
	Italia	Toscana	
2015	5,1	5,0	189
2017	5,2	5,1	191
2019	5,2	5,3	196

Tra i prevalenti toscani con disabilità nel 2019 il 56% sono donne (58% in Italia) e circa il 68% ha almeno 65 anni d'età, oltre la metà 75 anni e più (tabella 2).

Sottolineiamo ancora una volta che il dato Istat considera i soggetti che hanno dichiarato la loro condizione di difficoltà rispetto allo svolgimento di alcune attività o nella partecipazione sociale, non necessariamente certificati ai sensi delle leggi n° 104/92 o n° 118/71.

Tabella 2. Persone con limitazioni funzionali gravi per classe di età - Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti e stima dei prevalenti in numero assoluto - Toscana e Italia, anno 2019 - Fonte: Istat

Classe d'età	Toscana		Italia	
	n (in migliaia)	x100 ab.	n (in migliaia)	x100 ab.
6-44 anni	22	1,3	393	1,4
45-64 anni	43	3,9	750	4,2
65-74 anni	31	6,7	516	7,7
75 anni e più	100	21,1	1.492	21,9
Totale	196	5,3	3.150	5,2

Oltre alle stime campionarie, alcune importanti informazioni sulla disabilità possono essere acquisite da fonti amministrative, tra le quali la più adeguata e attendibile è quella delle indennità di accompagnamento Inps per gli invalidi civili totali e parziali (ex l. 118/71). Al 31 dicembre 2021 sono erogate in Toscana oltre 114mila indennità di accompagnamento a invalidi totali e parziali, di cui circa 97mila a invalidi totali. Tra queste ultime, 77.073 (pari al 79,6%) sono destinate ad anziani. Trattandosi di invalidi totali, dunque di un'accezione di disabilità presumibilmente più ristretta di quella adottata da Istat, possiamo considerare questa platea una stima delle disabilità gravi (tabella 3).

Tabella 3. Beneficiari di indennità di accompagnamento Inps per categoria e classe d'età - Valori assoluti e percentuali - Toscana, anno 2021 - Fonte: Inps

Beneficiari indennità	0-64 anni		65+ anni		Totale	
	n	%	n	%	n	%
Ciechi civili	1.504	21,2	5.599	78,8	7.103	100,0
Sordomuti	1.631	71,8	641	28,2	2.272	100,0
Invalidi totali	19.784	20,4	77.073	79,6	96.857	100,0
Invalidi parziali	8.059	96,9	255	3,1	8.314	100,0
Totale	30.978	27,0	83.568	73,0	114.546	100,0

Per fornire anche un quadro dei flussi annuali, l'archivio Inps relativo all'invalidità civile riferisce di circa 9/10mila accertamenti annuali dal 2015 al 2021, per un totale di oltre 68mila soggetti 0-64 anni accertati nel periodo, oltre un terzo dei quali in situazione di gravità (25.533 complessivi). Da notare che il calo registrato nel 2020 (tabella 4) è dovuto ad un periodo di sospensione delle visite per l'accertamento sanitario degli stati di invalidità e disabilità, determinata dalla fase emergenziale legata alla pandemia da Covid-19.

La classe d'età maggiormente rappresentata è quella dei 40-64enni (che incide per circa il 60%), mentre si sottolinea l'aumento della quota di minori nel tempo (dal 25% del 2015 al 30% del 2021). La tipologia di minorazione più presente è quella fisica (56%), seguita da quella psichica (23%) e dal pluri-handicap (19%), mentre risulta residuale la disabilità sensoriale (2%).

Tabella 4. Accertamenti di invalidità L. 104/92 per classe d'età e accertamenti in gravità. Valori assoluti e percentuale di accertamenti in gravità sul totale - Toscana, periodo 2015-2021 - Fonte: Inps

Anno	Persone accertate						Accertate in gravità	
	Classe d'età					Totale	n	% su accertati
	0-3	4-18	19-25	26-39	40-64			
2015	562	1.828	262	918	5.980	9.550	3.393	35,5
2016	617	1.917	246	822	5.932	9.534	3.518	36,9
2017	658	2.070	228	879	6.379	10.214	3.708	36,3
2018	720	2.257	242	826	6.309	10.354	3.836	37
2019	600	2.265	237	819	6.292	10.213	3.972	38,9
2020	448	1.837	230	638	5.141	8.294	3.262	39,3
2021	659	2.426	271	754	6.063	10.173	3.844	37,8

Infine, l'indagine sulle persone con disabilità in carico al servizio sociale professionale svolta da Regione Toscana (Osservatorio sociale regionale) presso le Zone-distretto al 31 dicembre 2020 ha rilevato 31.625 soggetti in età 0-64 anni certificati ai sensi della L. 104/92 o L. 118/71 con cartella sociale attiva, che hanno ricevuto nell'anno almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale. Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento del 3,2% (974 assistiti in più), verosimilmente riconducibili ad una parte dei nuovi accertamenti avvenuti nell'anno ai sensi della L. 104/92.

Come detto in apertura, descrivere la popolazione che convive con disabilità non è semplice, a causa della mancanza di un unico registro di tipo censuario. In questa sede abbiamo tentato di quantificare il fenomeno, consapevoli dei limiti dovuti alla sola disponibilità di dati di ricorso ai servizi pubblici di assistenza, che, per definizione, non misurano l'intera platea eleggibile, ma solamente la parte che ha richiesto ed ottenuto una certificazione o un determinato contributo.

Salute mentale

La pandemia da Covid-19 ha colpito quasi ogni aspetto della vita quotidiana, tantoché, i professionisti sanitari e le comunità in generale hanno lanciato l'allarme sul potenziale impatto di quest'ultima sulla salute mentale.

Una recente revisione sistematica condotta su dati 2020 (Santomauro et al., 2021) ha stimato che rispetto all'atteso (calcolato su dati degli anni precedenti al 2020), la pandemia da Covid-19 abbia prodotto, nel mondo, un incremento del 27,6% del disturbo depressivo maggiore (Mdd) e del 25,6% dei disturbi d'ansia (Ad). Le femmine, rispetto ai maschi, e le persone più giovani, in particolare quelle d'età compresa tra i 20 e i 24 anni, sono i gruppi più colpiti. Sulla base di tali risultati, il Global burden of disease (Gbd) 2020 stima che la pandemia abbia causato un aumento di 137,1 anni di vita persi (Daly) per 100.000 abitanti per Mdd e 116,1 Daly per 100.000 abitanti per Ad. Il Daly misura il numero di anni di vita persi per disabilità o per morte prematura a causa di una malattia. I maggiori aumenti di Mdd e Ad sono stati riscontrati in luoghi altamente colpiti da Covid-19 (fonte: Organizzazione mondiale sanità, 2022). Questo risultato è confermato anche dall'aumento osservato in Europa dove, rispetto all'atteso, si stima che il disturbo depressivo maggiore abbia avuto un incremento del 29,4% e il disturbo d'ansia del 30% (Santamauro et al., 2021).

In Italia, studi di popolazione svolti tramite l'autosomministrazione di scale cliniche, hanno rilevato che già nella prima fase pandemica (febbraio-maggio 2020), il 36,5% dei partecipanti presentava sintomi di depressione moderata e il 12,4% sintomi gravi o estremamente gravi (Fiorillo et al., 2020). Uno studio più recente, oltre a confermare che i sintomi psicopatologici e il benessere psicologico variavano in base all'intensità della fase pandemica e alle restrizioni sociali ad essa associate, hanno evidenziato la presenza di fattori predittivi della salute psicologica nel corso della pandemia, rappresentati, in particolare, dal genere femminile e dalla giovane età (Fioravanti et al., 2022). Su quest'ultimo tema, l'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, in un documento pubblicato a maggio 2022, segnala che nel 2020 si è verificato un aumento del 46% rispetto al 2019 di richieste di supporto psicologico da parte di minori pervenute ai Centri di ascolto psicologico gestiti dal servizio Telefono azzurro, ed un incremento del 30% dei disturbi del comportamento alimentare durante i mesi del lockdown da marzo a maggio 2020 (Istituto superiore sanità, 2022).

La diffusione dei disturbi psichici nella popolazione è monitorata anche tramite l'analisi dei dati provenienti dai Dipartimenti di salute mentale (Dsm) territoriale, raccolti nel Flusso regionale della Salute mentale (Salm) che purtroppo, come più volte segnalato anche in analisi precedenti svolte dalla nostra Agenzia, presenta ancora alcune incompletezze nella compilazione, in particolare tra le diagnosi dell'utente che si rivolge ai servizi.

In Italia, i dati 2020 tratti dal Sistema informativo salute mentale (Sism), hanno evidenziato una riduzione del numero di utenti assistiti presso i Servizi di salute mentale territoriali che supera le 98mila unità (-11,9% rispetto al 2019). Tale differenza, osservabile in tutte le regioni, non sembra arrestarsi nel 2021. Dall'analisi dei dati regionali del flusso Salm, in Toscana il

numero di persone che hanno effettuato almeno una visita nell'anno presso i Dsm, è in costante diminuzione. Nel 2021 sono 65.286 gli utenti che hanno fatto almeno un accesso (tasso grezzo 176,8 per 10mila abitanti), 6.149 persone in meno rispetto al 2020 (-8,6%) e 17.643 in meno rispetto al 2019 (-21,3%).

Dei 65.286 utenti il 59,5% (38.851 persone) ha effettuato almeno 4 visite nel 2021 e pertanto possono considerarsi "presi in carico", cioè con un percorso di presa in carico attivo e continuo nel tempo (105,2 utenti ogni 10mila abitanti).

L'aumento del malessere psicologico più volte descritto attraverso studi di popolazione, lasciava presupporre un incremento del ricorso ai Servizi territoriali da parte di nuovi utenti con sintomatologia afferente all'area psichiatrica. Ciò nonostante, i casi incidenti osservati nel 2021 smentiscono questa previsione e si mantengono in linea con il 2020. Nel 2021, infatti, le persone che per la prima volta si sono rivolte ai servizi territoriali sono state 13.275 (erano state 19.133 nel 2019), pari a 35,9 ogni 10mila abitanti. Di queste, 5.756 (43,3%) hanno effettuato almeno 4 prestazioni nel 2021 (15,6 per 10mila abitanti).

La riduzione nell'accesso ai servizi di salute mentale territoriali è presente in entrambi i grandi gruppi d'età: infanzia-adolescenza (≤ 19 anni) e adulti (20+ anni). Tuttavia, nella popolazione d'età ≤ 19 anni, nonostante la diminuzione complessiva dei casi incidenti (nuovi casi), si osserva un incremento della presa in carico.

In linea con le specificità di genere tipiche delle patologie che si presentano in età infantile, i maschi sono prevalenti rispetto alle femmine, mentre nella popolazione adulta non è osservabile una differenza di genere significativa (tabella 1).

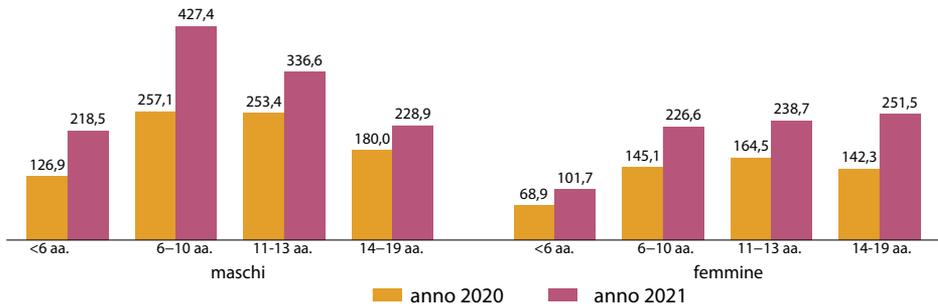
Tabella 1. Pazienti in carico presso i Dipartimenti di salute mentale per genere e classe d'età – Prevalenti e incidenti per 10.000 abitanti – Toscana, anno 2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Salm

Classe d'età	Prevalenti percorso aperto e 1+ prestazioni nell'anno		Prevalenti percorso aperto e 4+ prestazioni nell'anno		Incidenti con 1+ prestazioni nell'anno		Incidenti con 4+ prestazioni nell'anno (presi in carico)	
	Maschi (n: 32.275)	Femmine (n: 32.417)	Maschi (n: 19.579)	Femmine (n: 18.947)	Maschi (n: 6.078)	Femmine (n: 7.065)	Maschi (n: 2.691)	Femmine (n: 2.999)
≤ 19 aa.	492,6	341,7	294,7	205,1	104,4	95,9	53,1	49,4
≥ 20 aa.	113,9	104,4	70,0	80,1	19,0	17,4	6,9	9,6
Totale	180,5	170,2	109,5	99,5	34,0	37,1	15,0	15,7

Analizzando i minori (≤ 19 anni) presi in carico per classe d'età, e confrontando l'ultimo anno con il 2020, si osserva un incremento significativo in tutte le fasce d'età, con valori particolarmente elevati a carico dei maschi nella fascia d'età 6-13 anni (figura 1). Tra le femmine, il valore più elevato si registra nella fascia d'età 14-19 anni.

Nonostante la compilazione del flusso Salm abbia visto un progressivo miglioramento, come detto in precedenza, l'informazione sulla diagnosi è ancora incompleta, solo il 53,2% della casistica, infatti, contiene un dato corretto. Per questo motivo le informazioni presentate in seguito non sono riferibili all'intera popolazione in carico, ma al totale delle diagnosi inserite correttamente.

Figura 1. Minori presi in carico (almeno 4 prestazioni nell'anno) presso i Dipartimenti di salute mentale per genere e classe d'età - Prevalenti per 10.000 abitanti - Toscana, periodo 2020-21 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Salm



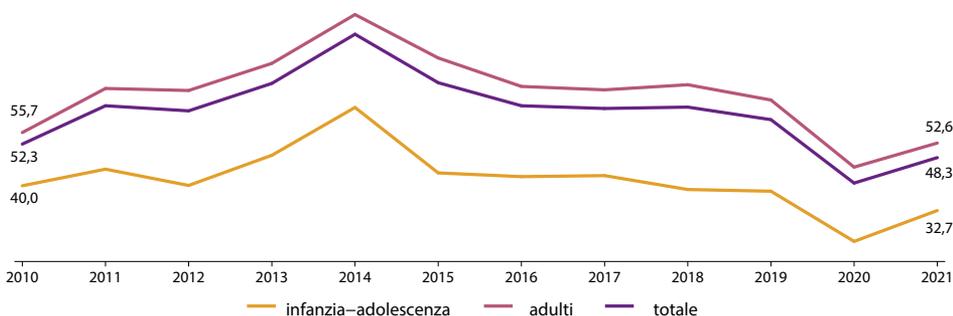
Tra i minori, nei maschi le principali diagnosi si confermano i disturbi evolutivi specifici del linguaggio (27,1% delle diagnosi inserite), i disturbi specifici delle abilità scolastiche (che scendono dal 21,1% del 2020 al 16,3% del 2021), i disturbi evolutivi globali (che salgono dall'8,9% del 2020 al 13,5% del 2021) e i disturbi ipercinetici (9,2%). Anche tra le femmine si osserva una riduzione delle diagnosi riferite ai disturbi delle abilità scolastiche (2021:21,5%; 2020: 26,3%) mentre rimangono stabili i disturbi dell'eloquio e del linguaggio (19,3%). In lieve incremento i disturbi della sfera emozionale (2021: 5,9%; 2020: 4,8%) e il ritardo mentale (2021: 5,7%; 2020: 4,6%).

Nella popolazione adulta che ha avuto accesso ai Servizi di salute mentale almeno una volta nel corso del 2021, i disturbi nevrotici e le psicosi affettive continuano a rappresentare i principali gruppi diagnostici in entrambi i generi. Tra gli uomini prevalgono le psicosi affettive (22,9% delle diagnosi inserite) seguite dai disturbi nevrotici (20,1%) e le psicosi schizofreniche (13,7%), mentre tra le donne i disturbi nevrotici rappresentano il 28,8% delle diagnosi inserite, seguiti dalle psicosi affettive (25,2%) e dalle reazioni di adattamento (12,3%).

Se l'accesso ai servizi territoriali non conferma un incremento della diffusione dei disturbi psichici nella popolazione, l'altra fonte informativa da prendere in esame è il flusso regionale del Pronto soccorso (Ps). Durante la fase pandemica, l'insorgenza di un disturbo psichico non ben definito o la riacutizzazione di una patologia già presente, potrebbe aver indotto i cittadini a rivolgersi al Ps come porta di accesso al sistema sanitario regionale.

Analizzando gli accessi in Pronto soccorso per causa psichiatrica (Icd9cm 290-319) nel periodo 2010-2021 possiamo osservare che, anche nel caso dei disturbi psichici, il 2020 è caratterizzato da una riduzione degli accessi (figura 2) seguito da una ripresa nel 2021. Il timore nell'accesso ha interessato entrambi i gruppi di popolazione (adulti e minori) e, compatibilmente con le differenze di genere legate alle patologie psichiatriche, entrambi i generi.

Figura 2. Soggetti con almeno un accesso al Pronto soccorso per causa psichiatrica (Icd9cm 290-319) per età - Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti - Toscana, periodo 2010-2021 - Fonte: elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ps



Per quanto riguarda il disturbo alimentare (Icd9cm 307.1 e 307.5), il cui incremento è stato più volte descritto in report di carattere nazionale, gli accessi al Ps mostrano una contrazione nel 2020 (4,4 per 10mila) e un aumento nel 2021 (7,2 per 10mila), che supera il dato registrato nel 2019 (6,4 per 10mila). Non possiamo considerare il dato 2021 stabile, perché potenzialmente influenzato da un recupero di mancati accessi del 2020, pertanto l'incremento osservato in questo gruppo diagnostico dovrà essere oggetto di osservazioni future.

Per quanto riguarda il ricovero ospedaliero, le informazioni provenienti dal flusso delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo), confermano quanto più volte sottolineato e cioè che il trattamento di questo gruppo di patologie in regime di ricovero rappresenta una forma residuale del fenomeno.

In Italia, i dati Istat riferiti alle dimissioni dai reparti ospedalieri (pubblici e privati) con diagnosi di disturbo psichiatrico nel 2020 registravano un tasso pari a 26,9 per 10mila abitanti, con valori che oscillavano dal 41,5 per 10mila abitanti della Liguria al 18 per 10mila registrato in Basilicata. La Toscana si posizionava poco al di sopra della media nazionale con 31 dimissioni ogni 10mila abitanti. Il dato 2021 per la nostra regione, ricavabile dal flusso Sdo regionale, dopo la riduzione osservata nel 2020 che, come sappiamo, ha interessato tutti i ricoveri, tende a riallinearsi ai valori precedenti con un tasso di ricovero standardizzato per età pari a 35,3 per 10mila abitanti (anno 2019: 37,6 per 10mila ab.).

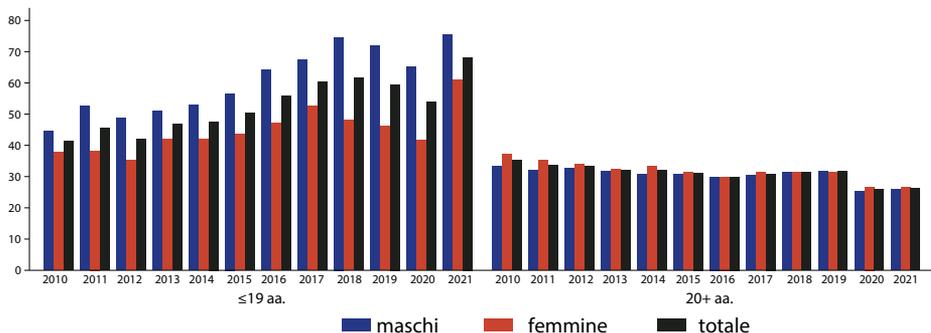
Se nel 2020 il confronto di genere indicava gli uomini come i maggior fruitori del trattamento ospedaliero per causa psichiatrica (uomini: 34,6; donne: 28,8 per 10mila ab.), nel 2021 i dati tendono nuovamente ad uniformarsi, con tassi pressoché sovrapponibili (uomini: 36,6; donne: 34, per 10mila ab.) a seguito della ripresa dei ricoveri tra le donne.

Il ricovero con diagnosi psichiatrica è caratterizzato anche dal trattamento in regime di day hospital, spesso utilizzato per l'esecuzione di accertamenti diagnostici non eseguibili in ambito ambulatoriale, oppure per trattamenti specifici. Nel 2021, il 37,1% dei ricoveri psichiatrici è stato effettuato in regime di day hospital di cui il 65,9% ha interessato la popolazione minorenni (≤ 19 anni), valori pressoché stabili rispetto alle annualità precedenti.

In ambito sanitario il fenomeno del *revolving-door* (o riammissione del paziente a 30 giorni dalla dimissione) è spesso utilizzato come indicatore della non corretta presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale (un ricovero efficace dovrebbe infatti prevenire un nuovo ricovero a breve termine). Nello specifico, nel caso di pazienti dimessi con diagnosi psichiatrica, il ricovero ripetuto entro 30 giorni dalla dimissione può rappresentare non soltanto una mancata aderenza al trattamento terapeutico prescritto, ma anche un "fallimento" nella presa in carico territoriale. Nel corso degli ultimi anni, in Toscana, i ricoveri psichiatrici ripetuti a 30 giorni dalla dimissione sono andati progressivamente riducendosi raggiungendo nel 2021 il valore di 10,6%. L'ultimo dato confrontabile con l'Italia è relativo al 2020: Toscana 12%, Italia 13,5%. Il confronto per azienda sanitaria (anno 2021) individua l'Ausl Toscana Nord-ovest come il territorio in cui si verificano il maggior numero di riammissioni con diagnosi psichiatrica a 30 giorni dalla dimissione (12,4 ogni 100 dimissioni per causa psichiatrica) seguita dall'Ausl Toscana Centro (11,4%) e infine dalla Sud-est (9,8%).

L'analisi per età continua a mostrare andamenti molto diversi. Mentre fra gli adulti il ricorso al ricovero ospedaliero è pressoché stabile (26,2 per 10mila ab.), fra i minori (≤ 19 anni) il dato è ancora molto elevato (68,2 per 10mila ab.) e mostra un significativo incremento nel 2021 (figura 3). Dobbiamo precisare che nella popolazione under 20 il 69,3% dei ricoveri (anno 2021) è avvenuto in regime di day hospital (≥ 20 anni: 19,5%), valore stabile nel corso degli ultimi dieci anni.

Figura 3. Ospedalizzazione per disturbi psichici (Icd9cm 290-319) per genere e classe d'età Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti - Toscana, periodo 2010-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Sdo

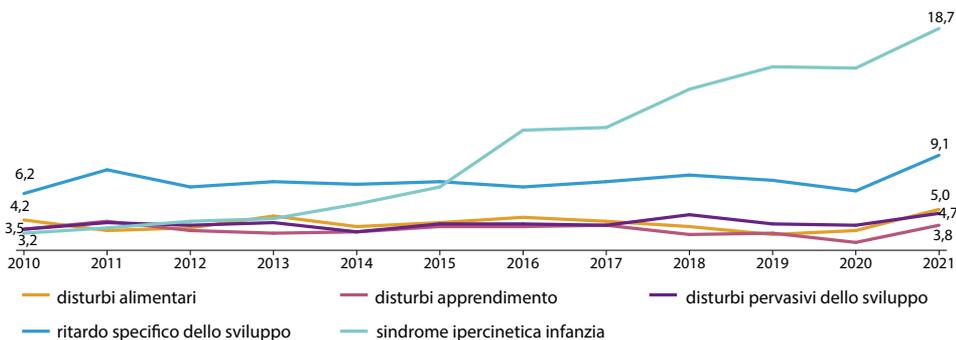


Nella popolazione adulta (≥ 20 anni) la principale causa di ricovero continua ad essere il disturbo bipolare (9,7 per 10mila ab.) che torna su valori registrati nel 2019 (11 per 10mila ab.). A questo segue il disturbo schizofrenico, con 5,3 ricoveri ogni 10mila residenti, i disturbi psico-organici (2,5 per 10mila res.) e le sindromi depressive (2,2 per 10mila ab.), pressoché stabili rispetto al 2019.

Andamento molto diverso emerge dall'analisi della popolazione minorenni (≤ 19 anni) dove i ricoveri per disturbi specifici dell'infanzia sono passati da 14,1 ricoveri per 10mila abitanti registrati nel 2010 a 34 per 10mila del 2021.

In particolare, sono molto elevati i ricoveri per disturbo ipercinetico dell'infanzia (18,7 per 10mila ab.) che mostrano un incremento rispetto al 2019 (15,8 per 10mila ab.) e i ricoveri per disturbi legati al ritardo nello sviluppo con 9,1 ricoveri per 10mila abitanti (7,2 per 10mila ab. nel 2019).

Figura 4. Ospedalizzazione per disturbi specifici dell'infanzia (Icd9cm 290-319) per tipologia Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti d'età 0-19 anni - Toscana, periodo 2010-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Sdo



Se il ricorso ai servizi (sia ambulatoriali sia in regime di ricovero) non rimanda l'immagine di un aumento dei disturbi di salute mentale nella popolazione generale, potremmo ipotizzare che la difficoltà di accesso dovuta alla pandemia possa aver favorito un incremento nell'uso di farmaci specifici.

Secondo quanto pubblicato dal Ministero della salute nel Rapporto salute mentale 2020, in Italia il dosaggio medio di antidepressivi assunto quotidianamente (Ddd) tra i maggiorenni (18+ anni d'età) è pari a 44,1 per 1.000 abitanti/die, in linea con il dato 2019, pari a 43,3 per 1.000 abitanti/die. La Toscana, da molti anni, è la regione italiana che mostra i valori più elevati, nel 2020 il valore di Ddd giornaliero è pari a 69,8 per 1.000 abitanti/die (67,7 per 1.000 abitanti/die nel 2019). Le persone trattate con antidepressivi nell'anno (almeno un'erogazione di un qualsiasi farmaco antidepressivo) in Toscana sono circa 370mila (fonte: Elaborazioni Ars su flusso informativo Spf 2021), in linea con il dato dell'anno precedente e del 2019 (369mila). La prevalenza standardizzata per età è pari all'8,3% degli abitanti (0+ anni d'età), era l'8,1% nel 2020 e l'8,3% nel 2019. La prevalenza femminile è doppia rispetto a quella maschile. Tra le donne, infatti, si rileva il 10,7% in terapia con antidepressivi, tra gli uomini il 5,7%. Queste differenze di genere sono stabili nel tempo.

Sfortunatamente, il retaggio culturale di cui la salute mentale ancora risente, rende difficile valutare il peso reale che queste patologie ricoprono nella popolazione generale. Parte del fenomeno sfugge alle nostre analisi a causa del ricorso alla sanità privata (non monitorata

dai flussi amministrativi regionali) che, soprattutto in un periodo di grande sofferenza come quello che stiamo attraversando, può aver sopperito alle difficoltà di accesso al servizio pubblico. Possiamo soltanto ipotizzare che l'incremento della presa in carico della popolazione minorenni osservata nel 2021, sia dovuto ad una maggior appropriatezza nell'invio da parte della medicina territoriale e non ad un incremento generale della casistica e della gravità. Purtroppo la parziale compilazione del campo diagnosi registrata, ancora oggi, nel flusso Salm (solo il 53,2% dei casi ha il campo diagnosi compilato), impedisce di analizzare correttamente il fenomeno, rimandando la valutazione di una parte così importante della salute dei cittadini a studi che molte volte rappresentano specifiche realtà e non l'intera popolazione.

Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo

Sostanze illegali

L'uso di sostanze psicotrope illegali ha coinvolto nel 2020 circa il 5,6% della popolazione globale tra i 15 e i 64 anni secondo il *World Drug Report 2022*. Si tratta di una percentuale in linea con l'anno precedente (5,5%), nonostante il contesto pandemico abbia avuto un grande impatto sulle abitudini quotidiane dei Paesi occidentali. Il valore del 2020 è 0,6 punti percentuali più alto rispetto a quello del 2010 (5%), il numero di persone che fanno uso di sostanze, infatti, è passato da circa 226 milioni a 284 milioni, anche se parte di questo aumento è da attribuire alla crescita della popolazione mondiale.

Il *World Drug Report 2022* inoltre mostra come le sostanze psicotrope siano la 3° causa di perdita di anni di vita per disabilità o morte prematura (31 milioni di anni, dopo il tabacco e alcol con rispettivamente 230 e 93 milioni di anni). L'uso di droghe può comportare diverse conseguenze negative per la salute, in termini di disturbi fisici e mentali, tra le altre la condizione di dipendenza, l'infezione da virus Hiv, le malattie epatiche, overdose e, come anticipato, morte prematura. Considerando che è complesso conoscere il numero esatto delle conseguenze psicofisiche dell'uso e dell'abuso, è stato stimato che, dei 284 milioni di persone che hanno consumato sostanze nei 12 mesi precedenti alla rilevazione, circa il 13,6% soffre di disturbi causati dall'uso di droga (in aumento dal 2019), pari allo 0,8% della popolazione globale tra i 15 e i 64 anni. Si tratta di stime superiori rispetto a quella del 2010 (2010: circa 27 milioni; 2020: 38,6 milioni), sia per la crescita della popolazione mondiale sia per la migliore qualità dei dati.

Il rapporto evidenzia la necessità di interventi specifici rivolti al trattamento di chi fa uso di sostanze, alla prevenzione al consumo e al contrasto al mercato illegale, soprattutto nei Paesi a reddito più basso.

Osservando il dettaglio delle sostanze più diffuse nella popolazione europea tra 15 e i 64 anni nel 2020 si trovano la cannabis (5,4%), seguita da cocaina (1%), oppioidi e ecstasy (entrambi allo 0,7%), oppiacei (0,6%) e infine da anfetamine e stimolanti (0,5%). La cannabis resta la sostanza più usata in Europa e nel mondo e il suo consumo è ancora globalmente aumentato nel 2020 (da 200 a 209 milioni di persone consumatrici dal 2019 al 2020). Questo aumento sembra causato anche dai periodi di lockdown, che potrebbero aver influenzato la diffusione e la frequenza d'uso, soprattutto tra la popolazione giovane (il 12,6% consuma cannabis).

L'adolescenza è un periodo spesso dinamico e di sperimentazione, ma anche un momento di delicato sviluppo psicofisico, perciò la diffusione del consumo di sostanze psicotrope in questa fase richiede approfondimenti e strumenti di cautela e monitoraggio.

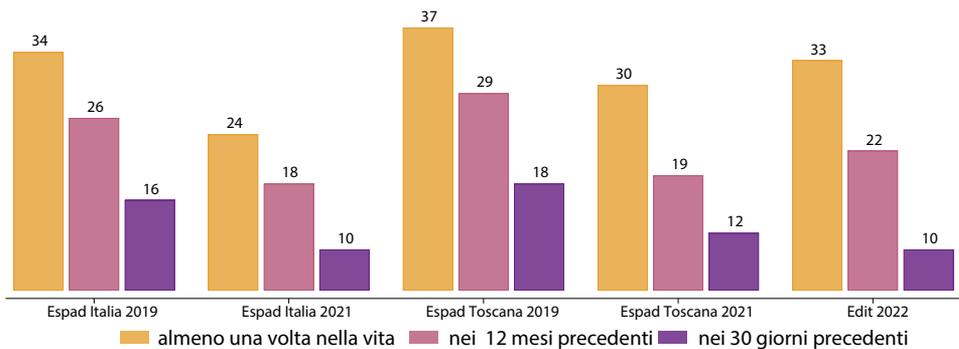
Dai risultati dell'indagine Espad (European school survey project on alcohol and other drugs, sorveglianza campionaria rivolta agli studenti delle scuole secondarie di II grado) è emerso che in Italia nel 2021 il 24,1% della popolazione studentesca (621mila 15-19enni) ha consumato almeno una volta nella vita una sostanza illegale, il 17,8% nei 12 mesi precedenti

alla rilevazione (circa 459mila), il 10,4% nei 30 giorni precedenti all'indagine. Si tratta di comportamenti più diffusi tra i ragazzi, che registrano percentuali più alte (rispettivamente il 27,1% di consumo almeno una volta nella vita, il 20,2% nell'anno precedente e 12,2% nel mese precedente) rispetto alle loro coetanee femmine (rispettivamente 20,9% nella vita, 15,3% nell'ultimo anno e 8,5% nell'ultimo mese).

Nel dettaglio, 9 consumatori su 10 hanno assunto solo una sostanza, il rimanente 10% ne ha assunta più di una (poliutilizzo).

Anche l'ultima edizione della rilevazione Edit (Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana, sorveglianza campionaria realizzata da Ars sempre nelle scuole secondarie di II grado regionali) nel 2022 ha misurato i consumi della popolazione adolescente toscana. È emerso che il 32,9% del campione ha consumato una sostanza psicotropa illegale almeno una volta nella vita (maschi: 34%; femmine: 31,8%), il 22,2% nei 12 mesi precedenti alla rilevazione (maschi: 23,3%; femmine: 21%) e il 9,6% nei 30 giorni prima. Il consumo risulta diverso tra i generi, con una maggiore frequenza tra i maschi rispetto alle femmine.

Figura 1. Consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale per periodo nella popolazione adolescente (15-19 anni) - Valori per 100 intervistati - Toscana e Italia, anni 2019, 2021 e 2022 - Fonte: sorveglianze Espad 2019-2021 e Edit 2022



Come nelle scorse edizioni di Edit, la sostanza illegale più utilizzata tra gli adolescenti toscani si conferma la cannabis, assunta almeno una volta nella vita da 3 adolescenti su 10, nei 12 mesi precedenti allo studio dal 19% e nei 30 giorni prima dall'11,8%. Come per le altre sostanze, è utilizzata prevalentemente in modo sporadico, ma quasi 1 consumatore/consumatrice di cannabis su 5 ne fa un uso quasi quotidiano. Il consumo di cannabis è diffuso equamente tra ragazzi e ragazze e si caratterizza come prima sostanza psicotropa illegale utilizzata tra tutte le altre. Osservando le prevalenze dei 30 giorni precedenti alla rilevazione si nota che le sostanze illegali più consumate dopo la cannabis sono state gli psicofarmaci senza prescrizione medica (2%), i cannabinoidi e la cocaina (entrambi 1,1%), mentre tutte le altre registrano percentuali inferiori all'1%.

Tabella 1. Consumo di sostanze psicoattive illegali per periodo e tipologia di sostanza nella popolazione adolescente (15-19 anni) – Valori per 100 intervistati – Toscana, anno 2022 – Fonte: sorveglianza Edit

	Nei 30 giorni prima	Nei 12 mesi prima	Nella vita
Cannabis (Hashish, Marijuana)	11,8	19,0	29,3
Psicofarmaci senza prescrizione medica	2,0	3,0	5,4
Cannabinoidi sintetici	1,1	1,9	3,3
Cocaina	1,1	1,5	2,5
Oppiacei	0,5	1,0	2,2
Funghi allucinogeni	0,5	0,8	2,0
MD (MDMA)	0,3	0,8	1,6
Anabolizzanti e/o testosterone	0,4	0,7	1,6
Ecstasy	0,7	1,0	1,5
Inalanti volatili (popper, colla)	0,8	1,1	1,4
Amfetamine	0,5	0,7	1,4
Crack	0,5	0,7	1,4
LSD	0,4	0,7	1,4
Ketamina	0,4	0,6	1,4
Eroina	0,3	0,6	1,3
Metamfetamine	0,2	0,5	1,2
NPS (Nuove sostanze psicoattive)	0,3	0,5	1,1
GHB	0,4	0,6	0,8
Spanglers	0,3	0,4	0,8

L'indagine Edit ha misurato anche il consumo di energy drink e integratori e la spesa mensile, un ulteriore aspetto per comprendere le abitudini di consumo delle sostanze. Comprendendo tutte le sostanze è emerso che il 40,8% della popolazione adolescente toscana ha speso più di 10 euro nei 30 giorni precedenti.

Un ulteriore indicatore utile per comprendere la diffusione dei consumi è legato al numero di segnalazioni per detenzione di sostanze illegali per uso personale. Nella Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2022 si legge che nel 2021 i casi segnalati sono stati 31.914, distribuiti in prevalenza al Sud (40%; 34% nel Nord e 26% nel Centro Italia), soprattutto per cannabis e derivati (72,8%), seguiti dalla cocaina (20,2%).

Come abbiamo accennato, l'abuso di alcune di queste sostanze causa problemi psicofisici, fino a provocare talvolta la morte prematura.

Attraverso la piattaforma geoverdose.it possiamo consultare i dati di mortalità per overdose. Nel 2021 in Italia ci siano stati 163 decessi, pari a 4,2 decessi per milione di abitanti, un numero inferiore rispetto ai 212 del 2020. L'89,6% delle persone decedute era di sesso maschile

e la causa principale è stata l'eroina. Nello stesso anno in Toscana si contano 18 morti, pari a 7,7 per milione di abitanti. Come per i dati nazionali i casi di overdose riguardano prevalentemente uomini con un'età media di 39 anni, e anche questi decessi sono dovuti soprattutto al consumo di eroina.

L'analisi sopra descritta evidenzia la necessità di interventi specifici e a tal proposito le regioni italiane hanno istituito strutture dedicate al fenomeno. A esempio sono stati attivati Osservatori regionali sulle dipendenze e tavoli o comitati tecnici rivolti al monitoraggio della dimensione di interesse e alla definizione di strategie di prevenzione e di riduzione del danno.

Altri servizi rivolti all'abuso sono i presidi ambulatoriali per le dipendenze, 568 in Italia e 39 in Toscana. Inoltre sul territorio nazionale si contano 574 Servizi pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema sanitario (Serd), con 6.365 operatori/operatrici specializzati/e sul fenomeno delle dipendenze. La Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2022 stima che nel corso del 2021 i Serd abbiano assistito 123.871 persone con una dipendenza da sostanze illegali, di cui il 13% erano pazienti nuovi. L'86% dell'utenza è di genere maschile e il 68% ha tra i 30 e i 54 anni, mentre il 15% ha meno di 30 anni.

Gioco d'azzardo

Il disturbo da gioco d'azzardo (Dga) è riconosciuto come uno dei disturbi del controllo degli impulsi e risulta connesso con la tossicodipendenza e spesso correlato a patologie psichiatriche, infatti nella V edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali è indicato tra le «dipendenze comportamentali», che influenzano negativamente la qualità della vita e, di riflesso, hanno impatto sulla salute pubblica.

Sebbene nel 2020 il gioco d'azzardo abbia registrato un calo a causa della pandemia, l'attenzione rivolta alla sua diffusione è rimasta alta e nel Piano nazionale di prevenzione 2020-2025, approvato il 6 agosto 2020, è stata dedicata una sezione alle dipendenze con la definizione di interventi specifici in cui, tra le altre, si trova il disturbo da gioco d'azzardo. Il dato italiano evidenzia che nel 2021 una piccola parte (0,4%) dell'utenza delle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, le comunità alloggio e gli alloggi protetti è stato preso in carico per il Dga.

Come noto, la dimensione economica può aiutare a conoscere la situazione del gioco d'azzardo e nel Libro Blu dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli di stato (Aams) si legge che in Italia la raccolta, che equivale alla spesa prima di erogare la vincita, nel 2020 è stata di quasi 88,4 miliardi di euro (2019: 110,54 miliardi di euro). In Toscana nel 2020 sono stati spesi circa 2,4 miliardi di euro per il gioco fisico (2019: 4,9); mentre sono 572.400 i conti attivi e 188.706 aperti per il gioco online. La contrazione del volume di spesa dipende sicuramente dalla limitazione, durante il periodo Covid, dell'accesso alla tipologia di esercizi dove si scommette.

Per fronteggiare il fenomeno nel 2021 è stato approvato il decreto 136, dedicato alla definizione delle linee di azione per la prevenzione, la cura e la riabilitazione per i soggetti affetti dal disturbo da gioco d'azzardo. All'interno del decreto sono definite le condizioni e le misure

di intervento per disincentivare la diffusione del Dga ed è stato previsto un fondo dedicato ai problemi ad esso connessi distribuito tra le regioni. Anche nella Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2022 sono elencate iniziative di prevenzione istituzionali introdotte a livello regionale, come la realizzazione di osservatori e tavoli tecnici sul gioco d'azzardo.

Il contrasto alla ludopatia si scontra con due aspetti che rendono l'accesso al gioco più semplice, da un lato la facile fruibilità e la molteplicità di proposte di giochi e piattaforme, dall'altro la resistenza, spesso diffusa, a riconoscere il gioco d'azzardo come un disturbo patologico invece di un'attività di svago. Inoltre le possibilità tecnologiche, sempre più sviluppate, permettono una sempre maggiore diffusione del fenomeno e la realizzazione di molteplici offerta di giochi e soluzioni di gioco.

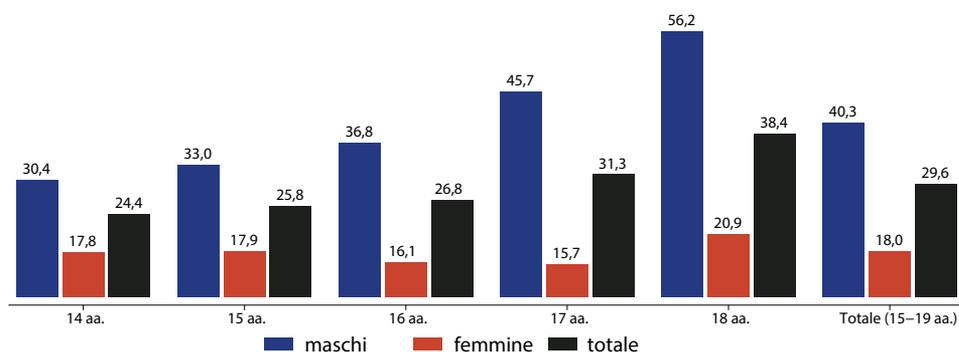
Il Dga negli ultimi decenni si è diffuso molto, trasversalmente in tutte le fasce d'età. Tuttavia frequentemente l'abitudine al gioco inizia in età giovane, per questo la popolazione adolescente è spesso il target prediletto per gli studi di prevalenza e per le misure di intervento. Ad esempio nel Libro blu dell'Aams si legge che "L'Agenzia ha inoltre garantito l'attività di controllo sul divieto di gioco ai minori, anche in cooperazione con le Forze dell'ordine. A tal fine sono stati incrementati i meccanismi idonei ad impedire ai minori di età l'accesso al gioco, quali l'utilizzo della tessera sanitaria". Inoltre, come per gli altri stili di vita, la popolazione adolescente e le persone con difficoltà socioeconomiche sono categorie sociali più a rischio di altre. In particolare la popolazione giovane è molto esposta e vulnerabile, sia per le dinamiche caratteristiche del fenomeno, sia per la familiarità che essa ha con i mezzi attraverso i quali il gioco d'azzardo si diffonde. Per questo è più probabile che si inneschino comportamenti problematici legati al gioco rispetto alla popolazione generale (5-6% di giovani rispetto alla stima di 1-2%).

Come già noto, dall'indagine Espad europea del 2019 rivolta esclusivamente ad adolescenti di 16 anni è emerso che 2 rispondenti su 10 del campione europeo hanno giocato d'azzardo nei 12 mesi precedenti alla rilevazione, in Italia la quota saliva a 3 su 10. A entrambi i livelli è stata registrata una differenza tra i generi che vedeva una maggiore diffusione del gioco d'azzardo tra i ragazzi (rispettivamente al 29% in Europa e al 41% in Italia) rispetto alle ragazze (rispettivamente al 15% in Europa e al 22% in Italia).

L'indagine Espad 2020 #iorestoacasa aveva rilevato che in Italia la metà dei ragazzi e delle ragazze tra i 15 e i 19 anni intervistati durante il periodo di lockdown aveva giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e il 44% nei 12 mesi precedenti alla somministrazione del questionario. Le percentuali maggiori si registravano tra i ragazzi e i soggetti maggiorenni.

Anche l'indagine Edit misura l'andamento delle abitudini di gioco d'azzardo nella popolazione adolescente toscana. L'ultima edizione (2022) ha stimato percentuali diverse dai risultati di Espad Toscana 2021, ci riserviamo di comprenderne l'origine in prossimi approfondimenti. In particolare è molto inferiore la quota di giovani che nel 2022 ha giocato d'azzardo, pari al 29,6%, mentre sono coerenti i risultati circa la differenza tra i due generi, con il 40,3% di ragazzi giocatori contro il 18% delle compagne. Si conferma inoltre il crescere dell'età come un fattore che influenza la diffusione del fenomeno.

Figura 2. Giocatori di azzardo almeno una volta nella vita nella popolazione adolescente (15-19 anni), per età e genere - Valori per 100 intervistati - Toscana, anno 2022 - Fonte: sorveglianza Edit

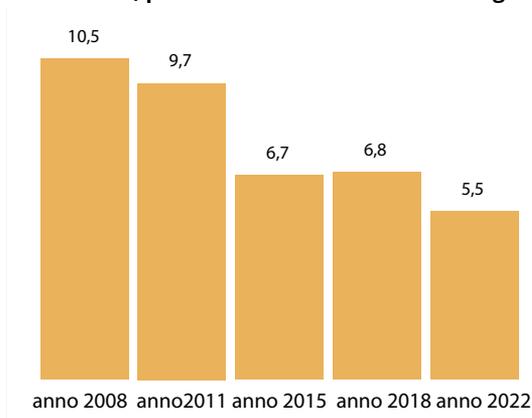


Edit 2022 ha approfondito anche le tipologie di gioco più diffuse ed è emerso che nella popolazione adolescente toscana il Gratta e vinci si conferma il gioco più frequente (73,9%), soprattutto tra le ragazze (femmine: 89,3%; maschi: 67,6%), seguito dalle scommesse sportive legali e non (50%; maschi: 64,4%; femmine: 14,3%). Restano molto diffusi anche altri giochi con le carte (38,1%), biliardo o altro gioco di abilità (31,9%) e, come nella scorsa edizione, il bingo (o la tombola) (31,3%) e Lotto/SuperEnalotto (27,3%), apprezzati in particolare tra le femmine. Seguono le preferenze per le slot machine (New Slot, video poker, ecc. con il 19,9%), le scommesse su altri eventi (17,6%), Totocalcio, Totogol (17,2%) e altri giochi (14,2%), concentrate soprattutto tra i ragazzi. Infine, il Poker texano (9,9%) e il Lotto istantaneo (8,2%) registrano meno preferenze e restano più diffusi tra i ragazzi.

Relativamente ai luoghi in cui il gioco d'azzardo è più frequente si segnalano le ricevitorie e le sale da gioco, ma è frequente anche l'abitudine a scommettere online e talvolta in una casa privata o in un circolo.

Il 17% della popolazione adolescente toscana che ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita ha speso nei 30 giorni precedenti alla rilevazione più di 10 euro, percentuale aumentata (2018: 12%); inoltre lo strumento di screening Lie/Bet Questionnaire (test che non diagnostica la ludopatia, ma ne individua la potenzialità, riconoscendo il profilo problematico di chi gioca) ha rilevato che il 5,5% del campione toscano potrebbe avere un problema con il gioco d'azzardo, più tra i maschi rispetto alle femmine (maschi: 8,8%; femmine: 2,1%). Si tratta di un risultato che registra un calo dal 2008 (10,5%).

Figura 3. Soggetti positivi al Lie/Bet Q tra gli adolescenti (15-19 anni) - Valori per 100 studenti intervistati - Toscana, periodo 2008-2022 - Fonte: sorveglianza Edit



In conclusione il Dga è ormai riconosciuto come una dipendenza e un problema di salute pubblica, perciò un fenomeno da monitorare e contrastare. Per questo Regione Toscana, oltre alle indagini offre la possibilità di rivolgersi, in caso di necessità legate al Dga a un numero verde o a un contatto mail (800 88 15 15; contatto mail: ascolto.giocodazzardo@regione.toscana.it). Rispetto agli interventi da introdurre si sottolinea la necessità di rivolgere attenzione alla diffusione di gioco d'azzardo nella popolazione adolescente, soprattutto tra i maschi.

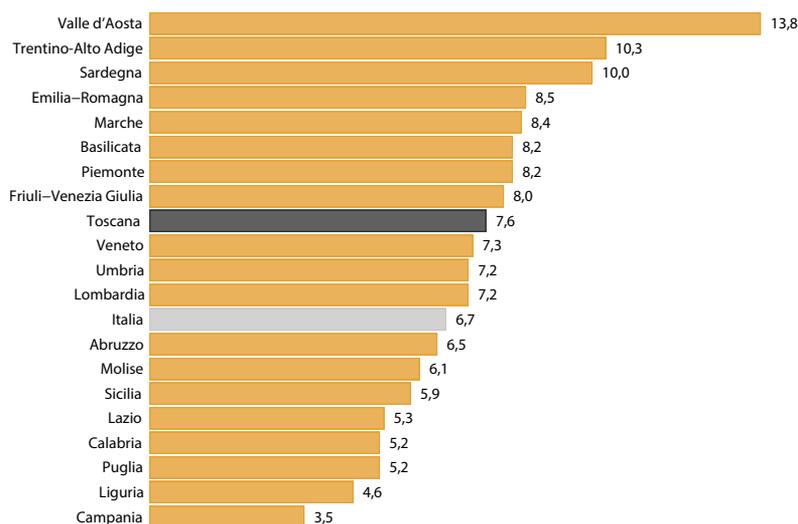
Suicidi

Le statistiche più recenti disponibili (anno 2019) indicano che dal 2000 il tasso globale di suicidio standardizzato per età è diminuito del 36%, con una riduzione che varia dal 17% nella regione del Mediterraneo orientale al 47% nella regione europea. Nonostante i dati confortanti, la mortalità per suicidio è ancora molto elevata. Nel 2019, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha stimato un tasso di suicidio pari a 9 decessi ogni 100mila abitanti, corrispondenti a 703mila persone. La differenza fra i Paesi è molto ampia con un range che varia da pochi casi all'anno a oltre 80 per 100mila abitanti. Il genere maschile risulta il più interessato dal fenomeno, con un tasso standardizzato per età pari a 12,6 decessi per 100mila, rispetto a 5,4 per 100mila registrato tra le femmine (*Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: Who; 2021).

In Europa (dati 2019) il tasso grezzo di suicidio calcolato sull'intera popolazione è di 13 decessi ogni 100mila abitanti, con valori che variano dal 2,3 per 100mila della Turchia al 21,6 per 100mila registrato nella Federazione Russa. L'Italia, con un tasso grezzo di 6,7 per 100mila abitanti si colloca fra i Paesi europei con i valori più bassi.

Per confrontare il tasso di suicidio nelle diverse regioni italiane, Istat calcola il tasso standardizzato sulla popolazione residente d'età uguale o superiore ai 15 anni. Nel 2019, in Italia, il tasso standardizzato per età era di 6,7 suicidi per 100mila abitanti di 15+ anni d'età, con valori che variano da 13,8 per 100mila registrato in Valle d'Aosta a 3,5 per 100mila della Campania (figura 1). La Toscana, con un tasso di 7,6 per 100mila, si posiziona al di sopra della media nazionale (Istat, 2019).

Figura 1. Mortalità per suicidio – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 15+ anni – Regioni e Italia, anno 2019 – Fonte: Istat



Per analizzare con maggior dettaglio il fenomeno suicidario sul territorio regionale, dobbiamo far riferimento al Registro di mortalità regionale con annualità 2018 (Rmr). Come è osservabile dal trend mostrato in figura 2, l'andamento in Toscana è pressoché stabile da molti anni con oscillazioni non statisticamente significative.

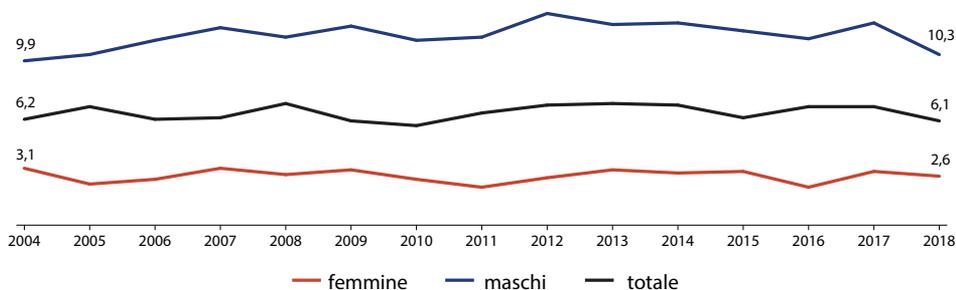
Il lieve incremento osservato nel 2012 è andato riducendosi tornando a valori registrati nel 2005.

Il genere maschile si conferma il più coinvolto con un tasso di mortalità per questa causa di 10,3 decessi ogni 100mila abitanti rispetto al 2,6 per 100mila registrato nel genere femminile.

La forte disparità di genere è spesso attribuita alle modalità di messa in atto che vede le donne maggiormente inclini all'utilizzo di modalità meno cruente (con conseguente riduzione della mortalità). Tuttavia, l'assenza di dati affidabili sul tentato suicidio, non ci permette di valutare il fenomeno nella sua completezza.

Scomponendo i decessi per suicidio in base alla modalità di messa in atto, l'impiccagione si conferma come la principale modalità di esecuzione in entrambi i generi (periodo 2016 – 2018) con un tasso standardizzato per età di 5,2 per 100mila abitanti negli uomini e di 0,9 per 100mila abitanti nelle donne (totale: 2,9 per 100mila abitanti). Negli uomini la seconda causa è l'utilizzo di arma da fuoco (2,4 per 100mila abitanti) mentre tra le donne si conferma la precipitazione (0,7 per 100mila abitanti).

Figura 2. Mortalità per suicidio per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana periodo 2004-2018 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati Rmr



L'analisi per classe d'età tende a confermare quanto più volte affermato circa la stabilità del fenomeno. Tuttavia, confrontando il triennio 2016-2018 con quello 2010-2012, considerato come la fase centrale della crisi economica del 2008, è possibile osservare una diminuzione della mortalità negli uomini over 65enni che si contrappone all'aumento registrato nel genere femminile della stessa fascia d'età. Per quanto riguarda la classe d'età cosiddetta "produttiva" (20-64 anni), invece, i dati rafforzano quanto più volte affermato circa il mancato incremento, in Toscana, della mortalità per suicidio durante il periodo della crisi economica (tabella 1).

Tabella 1. Mortalità per suicidio per genere e classe d'età – Tasso triennale standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana, confronto periodo 2010-2012 e 2016-2018 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati Rmr

Età	Triennio 2010-2012			Triennio 2016-2018		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0 -- 19	0,6	0,3	0,5	0,6	0,3	0,5
20 -- 34	7,6	1,3	4,5	7,3	1,2	4,3
35 -- 49	10,1	2,9	6,5	11,4	2,6	6,9
50 -- 64	14,5	3,9	9,0	14,5	3,3	8,7
65 -- 74	19,7	2,9	10,7	16,5	5,7	10,8
75 -- 79	27,3	2,0	13,2	20,0	4,3	11,3
80+	43,8	3,7	16,8	40,9	4,2	17,2
20 -- 64	10,8	2,7	6,7	11,1	2,4	6,7
Totale	11,9	2,3	6,6	11,3	2,5	6,5

Analizzare il fenomeno suicidario in relazione ai più recenti accadimenti sanitari, politici ed economici che interessano l'intera popolazione mondiale, è molto difficile a causa del ritardo nell'acquisizione dei dati.

Tuttavia, in base a quanto recentemente pubblicato in uno studio sull'incidenza del fenomeno suicidario nei primi mesi della pandemia (Pirkis et al.,2021), l'andamento del suicidio è pressoché invariato, o in diminuzione, rispetto ai livelli attesi sulla base del periodo pre-pandemico. Si tratta di risultati preliminari che richiedono ulteriore conferma attraverso un attento monitoraggio, ma gli autori ipotizzano che l'attivazione di politiche di sostegno finanziario, la tenuta della rete sociale e familiare a supporto dei più deboli e la speranza nei vaccini, abbiano rappresentato importanti fattori protettivi in grado di ridurre l'incremento della mortalità per questa causa.

Incidenti stradali

I dati preliminari pubblicati dalla Commissione europea a marzo 2022 stimano che nel 2021 i decessi in conseguenza degli Incidenti stradali (Is) siano stati 19.800 nei Paesi membri dell'Unione europea (Ue), circa 1.000 in più rispetto al 2020 (+5%). Nonostante tale aumento, confrontando l'ultimo dato disponibile con quello del 2019, anno pre-pandemia in cui i decessi erano stati circa 23mila, si continua a rilevare una significativa riduzione (-13%). È importante ricordare che l'obiettivo generale di dimezzare il numero di decessi entro il 2030 ha tratto beneficio dalla riduzione della circolazione dei veicoli indotta dalle restrizioni attuate in conseguenza della pandemia da Sars-Cov-2, consentendo ai Paesi Ue di ottenere una riduzione dei decessi per incidente stradale del 36% circa nell'ultimo decennio. Nel nostro Paese il numero di vittime si è attestato nel 2021 a 48 morti ogni milione di abitanti, valore in aumento rispetto al 2020 (40 morti ogni milione di ab.) e superiore alla media della Ue di 44 morti ogni milione di ab. (a sua volta in aumento rispetto all'anno precedente quando erano state registrate 42 morti ogni milione di ab.).

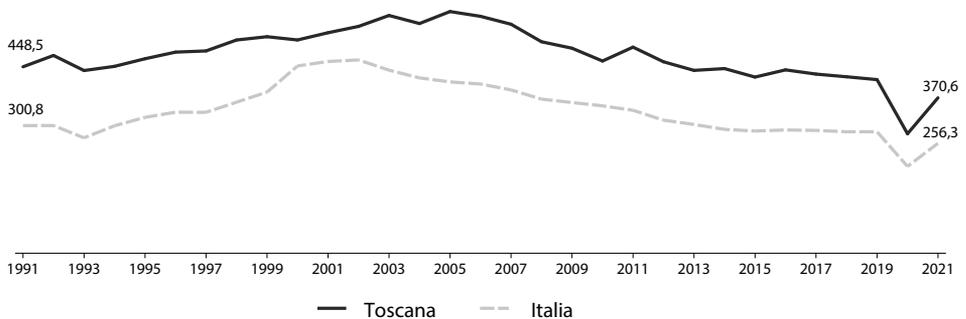
In Italia le misure restrittive messe in atto nel 2020 per contenere la pandemia (primo lockdown ed altre azioni successivamente imposte dal Governo durante i mesi autunnali) hanno influito in maniera preponderante sulla riduzione degli incidenti stradali, permettendo in questo anno di raggiungere il valore di minimo storico dal 1991. Nell'anno successivo tuttavia, l'Italia ha fatto registrare un aumento superiore alla media della Ue, collocando il nostro Paese al 13° posto della classifica europea (l'anno precedente si trovava al 12°).

Sulla base dei dati Istat nel 2021 sono stati segnalati in Italia 151.785 Is con lesioni a persone (+28,4% rispetto al 2020), che hanno provocato 204.728 feriti (+28,6% rispetto al 2020) e 2.875 morti (+20% rispetto al 2020). Sulla base del confronto con il 2020, incidenti e feriti diminuiscono nei mesi di gennaio e febbraio del 2021 (negli stessi mesi del 2020 non era ancora iniziata l'epidemia e non erano ancora state introdotte le limitazioni conseguenti) e aumentano sensibilmente nel periodo marzo-giugno (negli stessi mesi del 2020 l'Italia era in lockdown). Nella seconda parte dell'anno tornano su livelli molto vicini a quelli osservati nel 2019. Ad eccezione degli autocarri, per i quali nel 2021 si osserva una riduzione, le vittime di Is aumentano rispetto al 2020 per tutti gli utenti della strada: +13,6% ciclomotori, +15,2% pedoni, +17,1% autovetture, +18,6% motociclisti, +30,1% biciclette/monopattini, +44,4% mezzi pesanti. La categoria dei monopattini elettrici, la cui frequenza di utilizzo è in aumento, è quella che mostra gli aumenti maggiori: dal 2020 al 2021 gli Is che li vedono coinvolti passano da 564 a 2.101, i feriti da 518 a 1.980, mentre i morti a 30 giorni da 0 a 9, enfatizzando quindi l'urgenza di definire un'adeguata legislazione che ne regoli l'utilizzo su strada. L'analisi delle distrazioni alla guida conferma che le cause più frequenti sono le stesse registrate negli anni precedenti, ovvero la distrazione, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata (39,7% complessivamente). La violazione al codice della strada più sanzionata è risultata l'eccesso di velocità (36%) mentre sono in diminuzione le sanzioni per mancato uso delle cinture di sicurezza, dei sistemi di ritenuta per bambini e del casco; rimane

infine elevato il numero di sanzioni per uso improprio di dispositivi in auto, in particolare dello smartphone.

In Toscana nel 2021, così come rilevato in Italia, si osserva un aumento generalizzato di tutti gli indicatori riferiti all'infortunistica stradale rispetto all'anno precedente. Le percentuali di variazione riferite a tali aumenti sono risultate maggiori nella nostra regione rispetto a quelle osservate nel panorama nazionale: sono stati infatti registrati 13.596 Is con lesioni a persone (+31,4% rispetto al 2020, Italia +28,4%), che hanno provocato 17.510 feriti (+32,8% rispetto al 2020, Italia +28,6%) e 190 morti (+25% rispetto al 2020, Italia +20%). Il tasso grezzo di incidenti stradali in Toscana nel 2021 (370,6 per 100mila ab.) si mantiene più alto di quello medio italiano (256,3 per 100mila ab.) (figura 1), confermando che la nostra regione è una di quelle in cui si verifica il maggior numero di incidenti stradali, così come di feriti (Toscana 477,3 per 100mila ab., Italia 345,5 per 100mila ab.), mentre sono allineati i tassi di mortalità (Toscana 5,2 per 100mila ab., Italia 4,9 per 100mila ab.). La figura 1 mostra l'impatto che le restrizioni anti-Covid-19 hanno avuto sulla riduzione della circolazione stradale e dunque degli Is in Toscana e Italia: essendo state queste più stringenti nel 2020 hanno permesso di raggiungere i valori di minimo storico per quell'anno, mentre nel 2021, come detto, è stato registrato un nuovo aumento dei tassi, con valori comunque ancora inferiori ai livelli pre-pandemia del 2019.

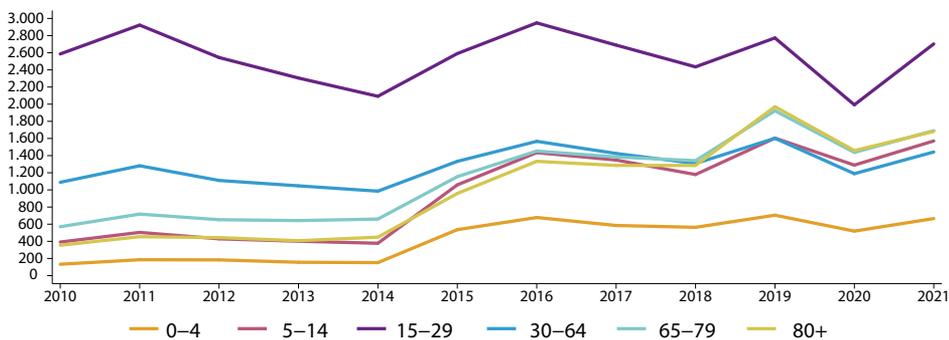
Figura 1. Incidenti stradali - Tasso grezzo per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 1991-2021. Fonte: Elaborazioni Ars su dati Istat e Osservatorio regionale della sicurezza stradale della Toscana



L'analisi delle conseguenze sanitarie dei sinistri stradali, rivela che nel 2021 nella nostra regione gli accessi ai Pronto soccorso (Ps) per Is con diagnosi di tipo traumatico effettuati da residenti sono stati 61.467 (tasso grezzo: 1.664,5 per 100mila abitanti), in forte aumento rispetto al 2020 quando erano stati circa 50mila (+23,3%). I dati confermano, come osservato negli anni precedenti, che il maggior numero di accessi è effettuato dai maschi (55,3%), la classe d'età più coinvolta è quella compresa tra 15 e 29 anni (tasso grezzo: 2.703,5 per 100mila ab.) e la causa prevalente è il trauma (oltre il 90% del totale), in particolare "traumi agli arti" (55,3%), "traumi cranici" (15,3%), "traumi vertebrali" (9,1%) e traumi toracici" (6,4%) mentre le "ferite" sono riportate nel 6,8% degli accessi.

L'andamento nel tempo (figura 2) mostra una sostanziale stabilità degli accessi per Is nella fascia d'età 15-29 anni (se si esclude il minimo del 2020), gruppo maggiormente coinvolto in episodi infortunistici, mentre anziani (65+ anni) e grandi anziani (80+ anni), peraltro in sensibile aumento nella popolazione generale, fanno registrare un andamento in costante crescita, ancora distante in termini di tassi grezzi dalla classe a maggior rischio, ma in lento avvicinamento anno dopo anno (figura 2).

Figura 2. Accessi ai Pronto soccorso per infortuni stradali per classe d'età - Tasso per 100.000 abitanti - Toscana, periodo 2010-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ps



Infine, l'analisi infine degli eventi di maggiore gravità, valutata sulla base dei dati del flusso delle schede di dimissione ospedaliera, mostra che nel 2021 i ricoveri traumatici per incidente stradale di residenti in Toscana sono stati 2.536 (tasso grezzo: 68,7 per 100mila ab.), valore in aumento rispetto all'anno precedente, quando il tasso si era attestato al 63,4 per 100mila ab., ma ancora inferiore rispetto al 2019 (quando invece era l'80,9 per 100mila abitanti). Il 67% dei ricoveri è stato effettuato da maschi, mentre i tassi di ricovero più elevati in termini di età si riferiscono, come osservato anche per gli accessi ai Ps, alle classi 15-29 anni (94,5 per 100mila ab.), 65-79 anni (84,9 per 100mila ab.) e 80+ anni (77,7 per 100mila ab.).

In conclusione, i principali indicatori di monitoraggio degli incidenti e dell'infortunistica stradale sono in aumento rispetto al 2020, dopo il progressivo allentamento delle misure di limitazione più rigide introdotte nell'ambito della lotta alla pandemia. Il quadro si mantiene però ancora migliore rispetto al periodo pre-Covid, considerato che buona parte del 2021 è stata comunque caratterizzata da provvedimenti che hanno continuato a limitare, direttamente o indirettamente, gli spostamenti della popolazione. Il 2022, in questo senso, rappresenterà il primo anno sostanzialmente libero da divieti e limiti all'uso del mezzo privato dopo i primi due anni di pandemia e sarà utile a valutare il consolidamento o meno della riduzione osservata nei volumi di incidenti, feriti e decessi.

Incidenti domestici

Gli incidenti domestici (Id) sono eventi accidentali che avvengono nelle abitazioni, verificandosi prevalentemente in conseguenza di cadute, avvelenamenti, ustioni, tagli, ferite e comportando la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona a causa di lesioni di vario tipo. Le persone maggiormente esposte al rischio di incorrere in Id sono dunque coloro che trascorrono molto tempo in casa, ovvero le casalinghe, i bambini e gli anziani.

In base all'indagine campionaria Istat Multiscopo *Aspetti della vita quotidiana*, in Italia nel 2021 è stato stimato che 633mila persone (pari a 10,6 ogni 1.000 abitanti) hanno subito un incidente domestico negli ultimi 3 mesi. Gli incidenti totali sono stati 743mila, ogni individuo mediamente ha quindi avuto 1,2 incidenti. Nel 2019 le persone con almeno un infortunio nell'anno erano state 12,5 per 1.000. Le persone prevalentemente coinvolte continuano ad essere nel 2021 coloro che hanno un'età maggiore o uguale a 80 anni (30,1 persone ogni 1.000), seguite dai 70-74 anni (13,8 persone ogni 1.000) e 75-79 anni (12,9 persone ogni 1.000); le categorie per le quali l'incidenza è maggiore sono invece i pensionati (16,3 persone ogni 1.000) e le casalinghe (14,9 persone ogni 1.000).

I dati sopra riportati forniscono stime affidabili a livello nazionale, tuttavia sono meno precise a livello regionale. Gli archivi amministrativi regionali, ed in particolare le schede di dimissione ospedaliera (Sdo) ed i registri di mortalità, offrono un importante valore aggiunto permettendo una integrazione di queste banche dati. Oltre ai due archivi citati in precedenza, in Toscana e poche altre regioni, sono disponibili anche informazioni riferite agli accessi effettuati ai Pronto soccorso (Ps) per infortunio domestico.

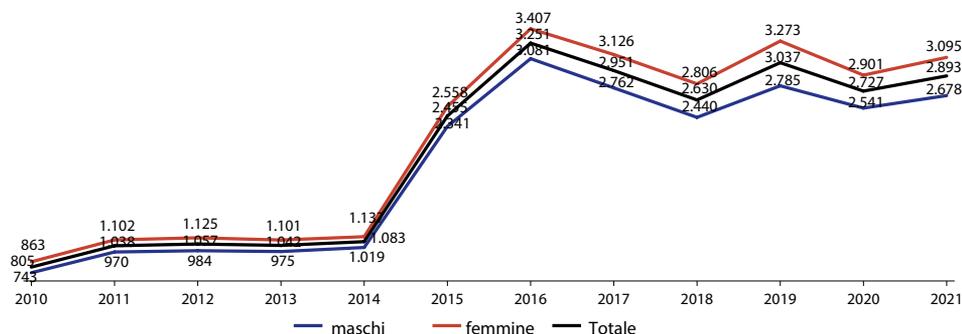
Come anticipato gli Id sono una tipologia di eventi per i quali l'intensità della casistica è fortemente associata al tempo di esposizione, nel caso specifico la permanenza in casa. Considerato che le restrizioni adottate in Italia in conseguenza della pandemia hanno avuto come effetto una maggiore presenza di persone nelle proprie abitazioni, nel 2020 durante il primo lockdown tra marzo e maggio e in seguito con la diffusione del lavoro in regime di smart working, era atteso un incremento di questi eventi, che tuttavia non emerge dall'analisi dei dati di accesso ai Ps. Contestualmente alle limitazioni sopra citate, infatti, si sono susseguiti fin dall'inizio della pandemia gli inviti a non recarsi in Pronto soccorso se non per reali urgenze e gli accessi totali in queste strutture sono di conseguenza diminuiti in maniera decisa nel 2020 (-35% rispetto al 2019) e nel 2021 (-24% rispetto al 2019). È plausibile quindi che l'aumento atteso per la maggiore esposizione domestica sia stato del tutto annullato dalla riduzione degli accessi per casi meno urgenti: dal 2019 al 2020 la riduzione degli accessi totali per codice triage non urgente è stata del 62% (confermata a -60% nel 2021), mentre quella per le emergenze e le urgenze indifferibili del 28% (-26% nel 2021). Coerentemente con questo scenario, tornando agli accessi per incidente domestico, aumentano proporzionalmente gli accessi cui consegue un ricovero (indice di una maggiore gravità): il 10% degli accessi per incidente domestico nel 2021 è stato ricoverato (era stato il 10,4% anche nel 2020), rispetto all'8% negli anni pre-pandemici.

Gli accessi ai Ps per incidente domestico con diagnosi traumatica nel 2021 sono stati circa 106.800 in Toscana (2.893 ogni 100mila abitanti), in aumento del 6,1% rispetto al 2020, quando erano stati circa 100.700 (2.726 ogni 100mila), valori complessivamente in linea con quelli degli anni precedenti. La frequenza maggiore si osserva per il genere femminile con 3.095 accessi ogni 100mila abitanti, rispetto ai 2.678 ogni 100mila tra i maschi (figura 1). Il sensibile aumento di accessi osservato tra il 2014 e il 2016, è in larga parte da imputare al miglioramento della compilazione della variabile che identifica la tipologia di incidente, piuttosto che ad un aumento reale della casistica.

I grandi anziani, ovvero le persone di almeno 80 anni d'età, sono responsabili di circa un quarto degli accessi e sono il gruppo con il tasso grezzo più elevato (8.491 accessi per 100mila abitanti), seguito dai bambini (5.894 per 100mila). L'età media delle persone che hanno avuto almeno un accesso al Ps è di 55 anni, con importanti differenze di genere: 61 anni per le femmine, 48 anni per i maschi. L'incidenza maschile è sempre superiore a quella femminile fino ai 65 anni d'età, soglia oltre la quale il gradiente di genere si inverte. Si contano 2 donne per ogni uomo con un accesso al Ps per incidente domestico (19.584 donne e 8.076 uomini) dopo gli 80 anni d'età, soglia oltre la quale le donne rappresentano il 62% della popolazione residente.

Le principali cause di accesso al Ps a seguito di incidente domestico sono le fratture (30,9%), le contusioni (20,9%), le ferite aperte (18,5%) ed i traumatismi intracranici (15,1%).

Figura 1. Accessi al Pronto soccorso per incidente domestico con diagnosi di dimissione traumatica per genere - Tasso per 100mila abitanti - Toscana, periodo 2010-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ps

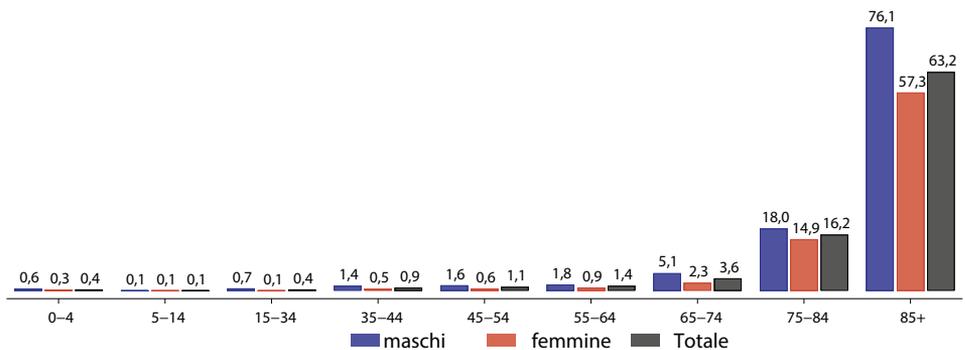


I ricoveri per incidente domestico con diagnosi traumatica effettuati in Toscana nel 2021 sono stati circa 8.800 (237,5 ogni 100mila abitanti), valore in diminuzione rispetto al 2020 quando erano stati circa 10mila. Il 65,5% dei ricoveri ha riguardato donne, inoltre, come osservato per la casistica degli accessi ai Ps, anche in questo contesto la fascia d'età prevalentemente coinvolta è quella degli anziani (80+ anni), con 4.859 ricoveri (il 55% del totale, corrispondenti ad un tasso grezzo di 1.492 per 100mila abitanti), dei quali il 75% ha riguardato donne, come detto

nettamente prevalenti in questa fascia d'età. La seconda fascia d'età per frequenza è quella dei 65-79enni (350 per 100mila abitanti), valore sensibilmente distante dal precedente, mentre la terza è relativa ai più piccoli, bambini tra 0 e 4 anni (112 per 100mila).

Infine, il trend della mortalità dal 2010 al 2018 (ultimo anno disponibile) rileva in media ogni anno circa 180 decessi a seguito di incidente domestico tra i residenti toscani, con un tasso di mortalità pari a 5 decessi ogni 100mila abitanti. I dati non mostrano un evidente gradiente di genere, mentre, come atteso, l'età è il fattore determinante per la severità delle conseguenze di questi eventi (figura 2)

Figura 2. Mortalità per incidente domestico, per genere e classe d'età - Media annuale del tasso per 100mila abitanti - Toscana, periodo 2010-2018 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati Rmr



Incidenti sul lavoro

Nel 2021 sono state inoltrate a Inail 43.539 denunce di infortunio sul lavoro (escludendo studenti, sportivi e colf), di cui 36.435 (83,6%) relative a infortuni avvenuti in occasione di lavoro e 7.104 (16,3%) relative a infortuni in itinere, che ricordiamo rappresenta l'infortunio occorso al lavoratore durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, oppure durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro, se il lavoratore ha più rapporti di lavoro (tabella 1).

Gli infortuni riconosciuti (indennizzati) da Inail sono stati 27.958 (64,2%), di cui 23.660 (84,6%) sono casi di infortuni accaduti in occasione di lavoro e 4.298 (15,4%) occorsi in itinere.

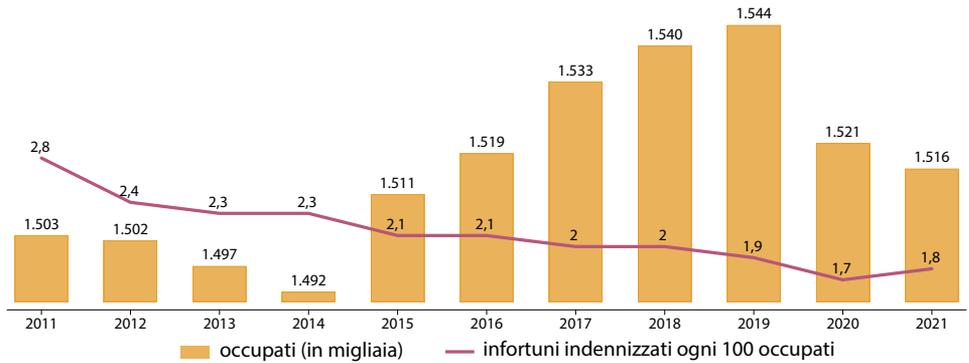
Tabella 1. Infortuni sul lavoro denunciati e indennizzati (esclusi studenti, sportivi e colf) - Valori assoluti e percentuali - Toscana, periodo 2011-2021 - Fonte: Flussi informativi Inail-Regione Toscana e Open Data semestrali Inail

Anno	Denunce di infortunio						Infortuni indennizzati						Infortuni mortali indennizzati			
	Totali	sul lavoro		in itinere		Totali	sul lavoro		in itinere		Totali	sul lavoro		in itinere		
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
2011	59.385	50.751	85,5	8.634	14,5	42.097	35.483	84,3	6.614	15,7	57	41	71,9	16	28,1	
2012	53.419	45.729	85,6	7.690	14,4	36.758	30.933	84,2	5.825	15,8	64	44	68,8	20	31,3	
2013	50.080	41.936	83,7	8.144	16,3	34.626	29.338	84,7	5.288	15,3	57	39	68,4	18	31,6	
2014	48.217	40.320	83,6	7.897	16,4	33.615	28.435	84,6	5.180	15,4	54	32	59,3	22	40,7	
2015	45.848	38.239	83,4	7.609	16,6	31.418	26.542	84,5	4.876	15,5	78	55	70,5	23	29,5	
2016	45.273	37.125	82,0	8.148	18,0	31.388	26.198	83,5	5.190	16,5	46	27	58,7	19	41,3	
2017	44.748	36.712	82,0	8.036	18,0	30.740	25.613	83,3	5.127	16,7	50	32	64,0	18	36,0	
2018	44.047	35.971	81,7	8.076	18,3	30.175	25.071	83,1	5.104	16,9	51	34	66,7	17	33,3	
2019	44.235	35.677	80,7	8.558	19,3	29.950	24.668	82,4	5.282	17,6	45	24	53,3	21	46,7	
2020	39.045	33.963	87,0	5.082	13,0	26.253	22.986	87,6	3.267	12,4	49	42	85,7	7	14,3	
2021	43.539	36.435	83,7	7.104	16,3	27.958	23.660	84,6	4.298	15,4	35	28	80,0	7	20,0	

La tabella 1 e la figura 1 evidenziano la progressiva diminuzione degli infortuni sul lavoro, con una riduzione meno marcata negli anni più recenti 2016-2021. Gli infortuni in occasione di lavoro, che rispetto a quelli in itinere esprimono meglio la pericolosità negli ambienti di lavoro, dal 2011 al 2021 si riducono di oltre il 25% (tabella 1).

La riduzione degli infortuni, rapportata al numero di occupati (fonte: Istat), suggerisce che complessivamente il rischio infortunistico da lavoro (numero di incidenti su numero di occupati), nella sua complessità, tende a ridursi (figura 1).

Figura 1. Infortuni indennizzati totali (esclusi studenti, sportivi e colf) e stima Istat del numero medio annuo di occupati – Occupati in migliaia e infortuni ogni 100 occupati – Toscana, periodo 2011-2021 – Fonte: Flussi Inal-Regione Toscana e Open Data Inail, Rilevazione Forze di lavoro Istat



In base ai dati dei flussi informativi Inail-Regione Toscana, nel 2021 il numero di accessi ai Pronto soccorso (Ps) per infortunio sul lavoro con diagnosi traumatica effettuati da residenti toscani d'età 15-67 anni sono stati 22.334 (604,8 per 100mila abitanti), in aumento del 18,8% rispetto al 2020, quando erano stati 18.794 (valore di minimo storico della serie, da imputare soprattutto alle misure adottate per il contenimento della pandemia, come la chiusura di molte aziende durante il lockdown ed il diffuso ricorso allo smart working), valore comunque ancora leggermente inferiore rispetto ai 24.560 accessi avvenuti nel 2019. Gli accessi ai Ps per questa causa mostrano un trend in generale diminuzione dal 2011 al 2021, confermando l'andamento osservato per i dati Inail. L'età media dei lavoratori infortunati con accesso al Ps continua ad essere stabilmente prossima a 45 anni, confermandosi anche nel 2021 lievemente più elevata per le femmine (47 anni) rispetto ai maschi (43 anni). La percentuale di accessi effettuati da cittadini non residenti in Italia si attesta nel 2021 al 14,8% del totale, valore superiore al 13% osservato in media negli anni immediatamente precedenti. Le diagnosi più frequenti rilevate sono quelle attese, ovvero "contusioni agli arti inferiori e superiori", "ferite delle dita della mano", "distorsioni e distrazioni della caviglia e del ginocchio".

Il numero di accessi effettuati dai maschi continua ad essere maggiore rispetto alle femmine, nel 2021 il 70,3% del totale degli accessi erano uomini, notoriamente più esposti a lavori a rischio di infortunio rispetto alle donne. I tassi di infortunio per fascia d'età mostrano una complessiva omogeneità tra le diverse categorie ad esclusione dei più giovani (15-24 anni), per i quali l'incidenza risulta sensibilmente più bassa. La gravità degli eventi, valutata sulla base del campo "esito della dimissione", indica che il 93,9% degli utenti che accedono ai Ps in seguito ad un incidente sul lavoro viene dimesso a domicilio, mentre il 2,5% ha richiesto un ricovero ospedaliero. Entrambi questi valori sono in linea con quelli osservati negli anni precedenti, cosa che caratterizza questa tipologia di infortuni come meno gravi

se confrontati con gli infortuni in casa e stradali, per i quali le percentuali di pazienti ricoverati è maggiore (6-7% in media per gli infortuni in strada, 8-10% in media per gli infortuni in casa).

L'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo), rivela che nel 2021 sono stati 492 i ricoveri per incidente sul lavoro con diagnosi di dimissione traumatica effettuati da residenti in Toscana d'età 15-67 anni, valore in linea con quello dell'anno precedente, quando erano stati 494, 20,2 per 100mila abitanti. Il trend generale mostra una forte diminuzione dei ricoveri dal 2000 al 2009, mentre dal 2010 al 2021 si osservano oscillazioni nel dato, ma complessivamente l'andamento mostra una minima riduzione nel tempo. In linea con gli anni precedenti anche l'età media dei ricoverati, che si è attestata a 46 anni (femmine: 52 anni; maschi: 45 anni). I maschi sono stati responsabili di oltre tre quarti delle ospedalizzazioni (81,7%).

Una fonte ulteriore per gli infortuni in ambito lavorativo è data dal flusso Sispc/Ps, dal quale si può notare che la quota mensile di eventi gravi (ovvero quelli con prime prognosi di almeno 20gg o fratture, amputazioni e politraumi indipendentemente dai gg. attribuiti, o di grado "severo") raggiunge valori compresi tra 14% e 20% (figura 2).

Figura 2. Infortuni gravi in occasione di lavoro, esclusi gli studenti – Valori ogni 100 infortuni in occasione di lavoro – Toscana, periodo 2015-2022 – Fonte: Sispc



Gli infortuni mortali infine risultano in diminuzione e raggiungono il minimo nel 2021, con 35 casi in occasione di lavoro, sebbene la riduzione sia meno evidente rispetto a quella degli infortuni in generale, perché statisticamente basata su numeri più contenuti e variabili di anno in anno.

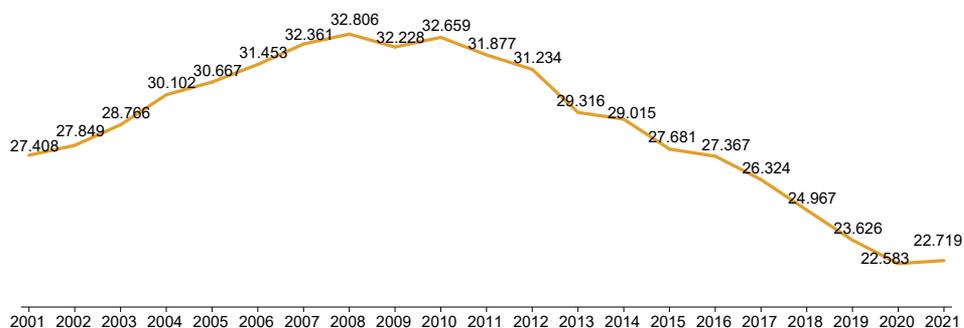
Una particolare attenzione dovrà essere mantenuta nel monitorare questi scenari alla luce dei cambiamenti dei tassi di occupazione e delle tipologie dei contratti di lavoro.

Salute materno-infantile

Nel 2021 nelle strutture toscane sono avvenuti 22.719 parti (figura 1), 136 parti in più rispetto al 2020. Si tratta di un incremento dello 0,6% dopo il minimo storico del 2020, che sarà da confermare nei prossimi anni, ma che interrompe per la prima volta dal 2008 la lunga stagione della denatalità, avviatasi dall'inizio della crisi economica e accentuata dall'avvento e dalle conseguenze socio-economiche della pandemia da Covid-19.

L'aumento dei parti è tutto a carico della popolazione italiana che nel 2021 registra un +2,1%, rispetto al 2020 (16.960 parti nel 2021 rispetto a 16.604 nel 2020). Per le donne di nazionalità straniera si conferma la tendenza alla diminuzione della natalità, iniziata nel 2013, in parte dovuta alla diminuzione dei flussi femminili in entrata, accentuata durante il periodo in cui in Italia è stato vietato l'ingresso a causa della pandemia, in parte per le modifiche dovute al costante processo di acculturazione che rende i comportamenti delle donne straniere stabilmente residenti sul nostro territorio sempre più simili a quelli osservati nelle donne italiane, con la conseguente riduzione della natalità. Dal 2013 il tasso di fecondità delle donne straniere è sceso sotto le due unità, valore che permetterebbe di garantire il ricambio generazionale, pur rimanendo ampiamente al di sopra di quello delle donne italiane. Nel 2021 nelle strutture toscane hanno partorito 5.651 straniere, in calo del 5,3% rispetto al 2020.

Figura 1. Parti – Numero di parti in strutture regionali – Toscana, periodo 2011-2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Cap



Stabile, ma comunque elevata, l'età al parto (32,7 anni) e si conferma l'incremento delle mamme over40enni, che nel 2021 rappresentano il 9,6% del totale. Negli ultimi anni aumentano progressivamente le donne che ottengono una gravidanza ricorrendo a tecniche di fecondazione assistita: il 3,9% dei parti è avvenuto con una di queste tecniche, il 15,4% tra le donne sopra ai 40 anni e il 34,5% tra quelle sopra i 43 anni. Tale aumento è fondamentalmente correlato alla fecondazione eterologa e alle tecniche omologhe con crioconservazione di gameti (fonte: relazione annuale trasmessa al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 40/2004 in materia di Procreazione medicalmente assistita).

La pandemia da Sars-Cov-2, negli ultimi 2 anni, è stata l'evento che ha maggiormente inciso non solo sulla salute, ma anche sulle abitudini di vita, i servizi sanitari e la vita pubblica in generale. Ne ha risentito l'osservanza di buone pratiche, quali la presenza di una persona a supporto della donna in sala parto, il contatto pelle a pelle subito dopo il parto e la promozione dell'allattamento al seno, che hanno rappresentato un problema nelle prime fasi della pandemia per le donne positive al virus. Alcuni dati preliminari di uno studio promosso dal Gruppo di lavoro dell'Associazione italiana di epidemiologia *Salute della donna e dei primi 1000 giorni*, basato sia sui dati regionali del Certificato di assistenza al parto (Cedap) sia su interviste al personale medico dei reparti di neonatologia dei singoli ospedali, suggeriscono che la presenza di una persona a supporto della donna in sala parto ha subito un calo durante la prima ondata pandemica, senza un ritorno ai livelli precedenti al Covid-19 (Rusconi F., Brescianini S. *Nascere in Italia durante la pandemia Covid-19, E&C 2022, 46 (3) maggio-giugno*, p. 219-220). Anche in Toscana, nel 2021 le donne sole al momento del parto sono state il doppio rispetto al 2019 (il 14,5% vs il 7%).

Il Covid-19 non sembra invece avere influenzato la buona pratica dell'allattamento esclusivo, che nel 2021 ritorna ai livelli del 2019 (l'82,4% dei neonati è allattato al seno in modo esclusivo nel punto nascita).

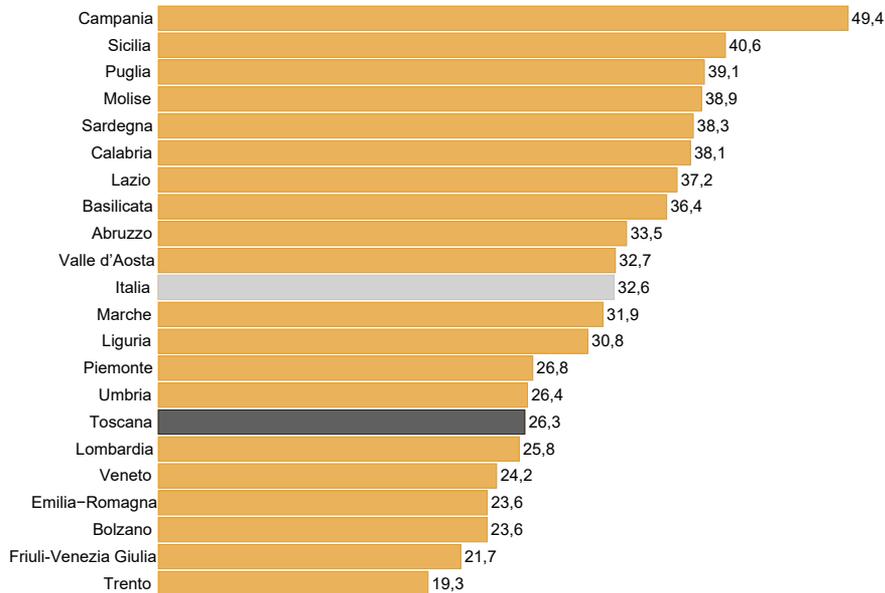
L'assistenza in gravidanza in Toscana si mantiene di alto livello: il 95,4% delle donne con gravidanza fisiologica effettua gli esami previsti dal libretto di gravidanza e il protocollo regionale.

Dal 1° marzo 2019 la Regione Toscana ha introdotto all'interno del percorso nascita il Nipt (Non invasive prenatal testing) un test non invasivo di screening per determinare il rischio di gravidanza con anomalie cromosomiche, effettuato mediante un prelievo di sangue alla madre a partire dalla fine della 10° settimana di gestazione. Il test è offerto, con pagamento di una quota di partecipazione alla spesa, alle gestanti che hanno un referto di rischio intermedio di anomalie cromosomiche al test combinato, a prezzo intero per le donne con rischio basso (rischio alto: 1/2-1/300; rischio intermedio: 1/301-1/1.000; rischio basso: <1/1.000). L'obiettivo dell'utilizzo del test Nipt insieme al test combinato, già largamente utilizzato, è quello di ridurre il ricorso inappropriato alla diagnosi prenatale invasiva (amniocentesi, villocentesi), soprattutto nelle fasce di rischio intermedie. Negli ultimi anni il ricorso all'amniocentesi o alla villocentesi in Toscana si è ridotto (dal 36,5% al 3,9% delle gestanti dal 2003 al 2021), grazie al test combinato che è offerto gratuitamente a tutte le gestanti e sempre più utilizzato (dal 35,4% delle gestanti nel 2003 all'82,9% nel 2021). Sicuramente anche il Nipt sta contribuendo a questo risultato. Nel 2019, primo anno di introduzione, già l'8% delle gestanti ha usufruito del Nipt, percentuale che ha raggiunto il 12,3% nel 2021 (fonte: elaborazioni Ars su dati flusso Specialistica ambulatoriale). Il 70,2% delle gestanti lo ha effettuato a tariffa ridotta, ad indicare l'appropriatezza di utilizzo motivata dall'alto o moderato rischio emerso dal test combinato precedentemente effettuato.

In diminuzione negli anni la percentuale di donne che affrontano un travaglio spontaneo (dal 65,8% del 2010 al 56,9% del 2021), mentre aumenta l'induzione al travaglio dal 16,8% al 24,5%.

Secondo gli ultimi dati riportati nel Rapporto sull'attività ospedaliera del Ministero della salute, la Toscana con un trend in costante diminuzione negli anni è tra le regioni italiane con il più basso tasso di cesarei (figura 2), ma ancora lontana dalla soglia del 19% stabilita dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), oltre la quale non si associa una riduzione del tasso di mortalità materna e infantile.

Figura 2. Parti con taglio cesareo – Casi per 100 parti – Regioni e Italia, anno 2020 – Fonte: Ministero della salute

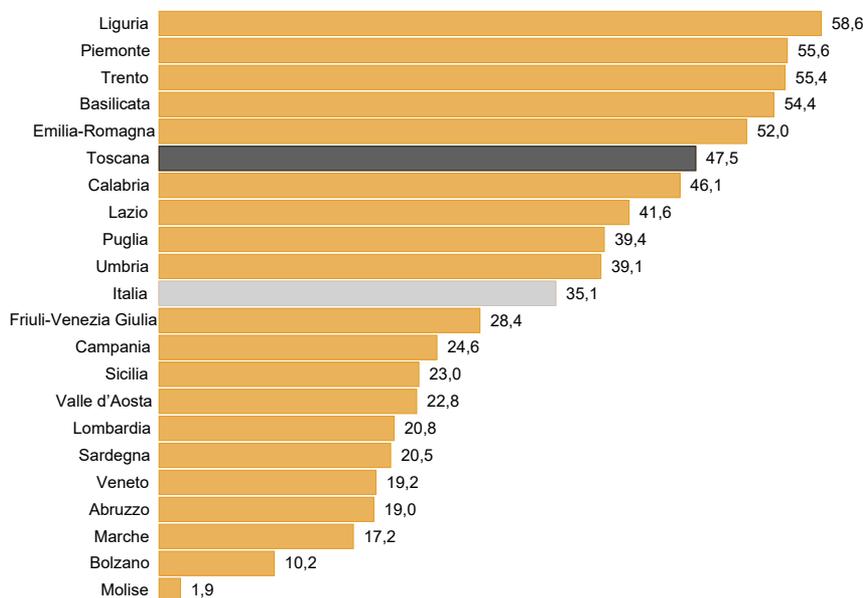


Grazie agli sforzi fatti in questi anni per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate e a diffondere l'informazione sulla procreazione responsabile, in particolare dai consultori familiari verso la popolazione immigrata o minorenni, il fenomeno delle interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) in Italia è in diminuzione e il tasso di abortività nel nostro Paese è fra i più bassi tra quelli occidentali. Anche in Toscana, pur con un tasso di abortività che si mantiene sempre superiore alla media nazionale (6,6 vs 5,4 per 1.000, fonte: Ministero della salute), si osserva una diminuzione. Nel 2021 in Toscana si è registrato il numero più basso dell'intero periodo, plausibilmente anche per la riduzione delle donne in gravidanza: 4.284 Ivg con una riduzione del 10,5% rispetto al 2020 e del 44,1% rispetto al 2010, diminuzione che ha riguardato sia le donne italiane sia le straniere.

Durante la pandemia da Covid-19, l'Ivg è stata inserita da decreto ministeriale tra le procedure "indifferibili" e quindi garantite anche durante lo stato di emergenza.

In Toscana le Ivg sono effettuate in 28 strutture pubbliche. Nessuna struttura privata è stata accreditata per l'effettuazione della prestazione.

Figura 3. Ivg farmacologica – Casi per 100 parti – Regioni e Italia, anno 2020 – Fonte: Sistema di sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza, Istituto superiore di sanità



Da ormai oltre 10 anni è stato autorizzato anche in Italia l'aborto farmacologico con mifepristone (Ru486) e prostaglandine in alternativa all'aborto chirurgico, così come presente in altri paesi e come raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guide Oms e internazionali. Nel 2020 e nel 2021, per tutelare la salute e i diritti delle donne anche in piena emergenza pandemica, le società scientifiche di ginecologia e ostetricia hanno incoraggiato l'utilizzo dell'aborto farmacologico che si svolge sostanzialmente con modalità ambulatoriale, evitando così l'accesso alla sala operatoria. L'Ivg farmacologica è in aumento negli anni e in Toscana nel 2021 è stata utilizzata nel 56,9% dei casi (con proporzioni superiori all'80% in alcuni presidi ospedalieri), valore più alto della media italiana (35,1% nel 2020, ultimo dato disponibile) (figura 3).

Con la delibera n. 827 del 29 giugno 2020 Regione Toscana ha approvato il *Protocollo operativo per l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) farmacologica*, per garantire sul territorio regionale l'offerta dell'Ivg farmacologica come prestazione ambulatoriale anche presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione. Tra la fine del 2020 e nel corso del 2021 le aziende si sono organizzate per somministrare l'Ivg farmacologica in ambito ambulatoriale. Nel 2021 il 65% delle Ivg farmacologiche sono state effettuate in regime ambulatoriale.

Nelle strutture ospedaliere della Toscana che praticano Ivg la proporzione dell'obiezione di coscienza riguarda più della metà dei ginecologi (52,6%), con grande variabilità tra i presidi. Tuttavia la proporzione toscana è nettamente più bassa rispetto al 64,6% rilevato in Italia

nel 2020. I ginecologi non obiettori effettuano mediamente meno di 1 Ivg alla settimana (0,66), carico di lavoro pro capite in leggera diminuzione negli anni e più basso del valore nazionale pari a 1 nel 2020. Il numero complessivo dei ginecologi che non esercita il diritto all'obiezione di coscienza è quindi congruo con il numero di interventi di Ivg e non emerge un problema che rappresenti un ostacolo alla piena applicazione della legge 194.

In Toscana ci sono 152 consultori, che sono diventati negli anni un punto di riferimento del percorso nascita del Servizio sanitario regionale, ad esempio per la consegna dei libretti di gravidanza e per i corsi di accompagnamento alla nascita. Negli ultimi anni, sempre più donne preferiscono essere seguite prevalentemente dal consultorio durante la gravidanza, a differenza di quello che succedeva fino a pochi anni fa, quando gli studi privati erano i principali punti di riferimento in gravidanza. Il consultorio svolge anche un ruolo importante nella prevenzione dell'Ivg e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, dal counselling prima della procedura, ai controlli medici, al counselling contraccettivo post-ivg. Nel 2021 il 54,6% dei certificati di interruzione di gravidanza sono stati rilasciati dal consultorio. Nei 106 consultori familiari pubblici in cui si pratica attività Ivg (colloqui pre-ivg, colloqui post-ivg, rilascio di certificazione) la proporzione degli obiettori di coscienza (36,1%) è più bassa rispetto a quella registrata nelle strutture ospedaliere.

Nel 2021 i nuovi nati vivi in Toscana sono stati 23.024, il -27,5% rispetto al 2010, ma, come detto, in leggero aumento rispetto al 2020 (+0,6%). I nati morti nel 2021 sono stati 61, facendo registrare, nell'ultimo triennio, un tasso di natimortalità di 2,2 decessi ogni 1.000 nati, andamento stabile da diversi anni e tra i più bassi d'Europa.

Il rapporto maschi/femmine alla nascita è 1,04. In aumento i nati da procreazione medicalmente assistita (Pma) che nel 2021 costituiscono il 4,1% di tutti i nati, erano il 3,2% nel 2012. Il 94,7% dei nati è venuto alla luce in posizione vertice e il 99,4% con un punteggio Apgar (punteggio che valuta le condizioni di vitalità del neonato alla nascita) elevato, cioè tra 7 e 10. La nascita pretermine (<37 settimane), il basso peso (<2.500 grammi) e la macrosomia (>4.000 grammi) alla nascita sono importanti indicatori della salute infantile, in quanto associati ad una maggiore morbosità e mortalità. In particolare i nati gravemente pretermine (<32 settimane) e i nati di peso molto basso (<1.500 grammi) richiedono un periodo di ricovero molto più lungo dopo la nascita e hanno più probabilità di sviluppare disabilità di tipo neuropsicologico e respiratorio nei primi anni di vita, ma anche in seguito. Nel 2021 i nati prematuri rappresentano il 6,8% dei nati vivi, i gravemente prematuri lo 0,7%, i basso peso il 6,6% e i nati di peso molto basso lo 0,7%.

Anche la macrosomia è associata a diverse complicanze materne e perinatali quali la morte fetale, il parto distocico, l'asfissia, l'aspirazione di meconio, l'ipoglicemia, che ne giustificano il monitoraggio. Questi bambini inoltre sono esposti a un maggior rischio di sovrappeso e obesità nell'età adulta e a conseguenti problemi di ipertensione e diabete. In Toscana la proporzione di neonati macrosomi nel 2021 è pari al 5,1%, stabile rispetto agli anni precedenti.

Negli ultimi anni particolare attenzione è stata posta nella salute dei primi 1.000 giorni di vita, a sottolineare l'importanza di crescere in contesti di vita sani. Il periodo che va dal concepimento ai 2 anni di età è particolarmente importante per la salute del bambino, con effetti che si possono ripercuotere nel corso di tutta la vita. L'esposizione precoce a fattori di rischio ambientali ha un effetto sulla salute: epigenetica, fumo, inquinamento atmosferico e verde urbano sono al centro degli studi sulla salute nei primi 1.000 giorni di vita. In Toscana, le donne in gravidanza mantengono uno stile di vita sano: solo l'8% fuma in gravidanza e solo il 7,5% è obesa.

Salute di genere

Le evidenze scientifiche dimostrano che il genere maschile e quello femminile, nonostante siano colpiti dalle stesse patologie, possono presentare sintomi, progressione delle malattie e risposta ai trattamenti, diversi. Per questa ragione è ormai sviluppata una sensibilità medica genere-specifica, definita “salute di genere”, che studia la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, psicologiche e culturali. Riconoscere rapidamente i diversi sintomi di una stessa patologia nei due generi, permette di scegliere il trattamento di cura più appropriato, pertanto un’adeguata formazione del personale medico è lo strumento alla base per ottenere i risultati più efficaci. Nel panorama nazionale la Toscana è tra le regioni che ha più sviluppato una sensibilità nei confronti della salute orientata al genere, istituendo commissioni regionali e aziendali volte a costruire percorsi di cura e di approfondimento clinico ponendo al centro la tematica delle differenze di genere.

Il beneficio a favore delle donne si accumula fin dalla presenza in utero del bambino. La speranza di vita alla nascita nel 2021, dopo l’arretramento subito nel 2020 a causa della pandemia da Covid-19, si stabilizza, ma non recupera il gap accumulato nel primo anno di pandemia. Si conferma comunque il netto vantaggio del genere femminile rispetto a quello maschile: 85,2 anni rispetto agli 81,1 anni dei maschi (84,7 e 80,1 in Italia). Come sottolineato più volte in questo volume e in altre analisi specifiche, la stessa Covid-19 ha colpito in maniera più severa gli uomini, rispetto alle donne: il tasso cumulativo di mortalità per Covid-19 da marzo 2020 al 30 settembre 2022 (ultimo dato disponibile quando scriviamo questo documento), standardizzato per età, è pari a 268,9 per 100mila uomini, rispetto a 139,2 per 100mila donne (rispettivamente 309 per 100mila e 160,2 per 100mila in Italia) (fonte: elaborazioni Ars su dati monitoraggio della Protezione civile e sorveglianza integrata dell’Istituto superiore di sanità).

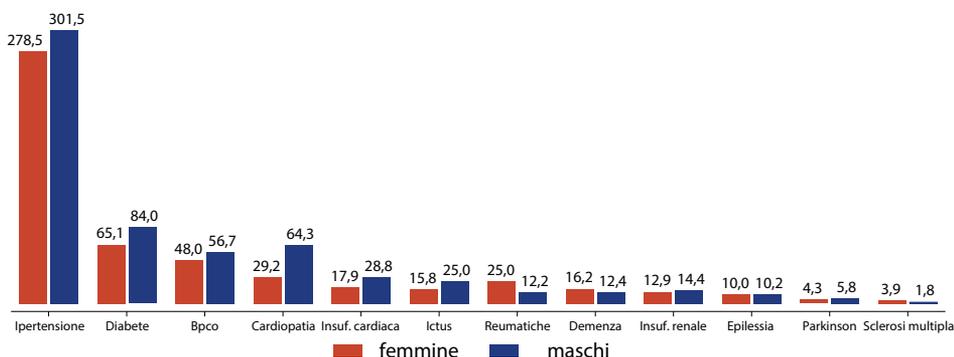
I principali indicatori sugli stili di vita (fonte: sorveglianza Passi dell’Istituto superiore di sanità, età 18-69 anni) rivelano che le donne toscane sono più virtuose rispetto agli uomini: sono meno fumatrici, meno bevitrice a rischio e meno in sovrappeso o obese, consumano più frutta e verdura, ma sono più sedentarie (tabella 1).

Tabella 1. Stili di vita per genere – Prevalenza per 100 abitanti – Toscana, periodo 2018-2021
Fonte: Elaborazioni Ars su dati sorveglianza Passi dell’Istituto superiore di sanità

Descrizione stile	18-69 anni (Passi)	
	Maschi	Femmine
Consumo di tabacco	25,0	20,8
Binge drinking	9,3	5,8
Sedentarietà	28,4	34,1
Sovrappeso	35,2	20,1
Obesità	8,3	7,7
Consumo di 5+ di frutta e/o verdura	8,2	12,6

L'analisi di alcune patologie croniche rilevanti conferma nel 2021 prevalenze riferite ai maschi superiori a quelle osservate nelle femmine per quanto riguarda le malattie cardiovascolari (ictus, insufficienza cardiaca, cardiopatia ischemica e ipertensione), diabete, broncopneumopatia cronico ostruttiva (Bpco), mentre le prevalenze sono invertite per le demenze, le malattie reumatiche e la sclerosi multipla (figura 1).

Figura 1. Malattie croniche per genere - Prevalenza standardizzata per età per 1.000 abitanti d'età 16+ anni - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Per quanto riguarda invece il numero di ricoverati, l'utilizzo di farmaci (in particolare antidepressivi), e il ricorso a indagini di diagnostica per immagini (radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RMN), le prevalenze femminili risultano decisamente superiori a quelle maschili (figura 2). Su questo andamento può incidere il fatto che le donne mediamente hanno una speranza di vita a 65 anni superiore a quella degli uomini, ma convivono con problemi di salute per due terzi degli anni che restano da vivere. La speranza di vita a 65 anni di una donna toscana è pari a 22,3 anni, 19,1 anni per gli uomini, ma la speranza di vita in buona salute a 65 anni è pari a 8,1 anni per le donne e 9,4 anni per gli uomini (Istat).

Nel triennio 2016-2018, ultimo dato disponibile, le cause di morte aggregate in base ai grandi gruppi di patologia, mostrano ai primi posti in entrambi i generi le malattie cardiovascolari e i tumori, seguiti dalle malattie dell'apparato respiratorio. Si rilevano tuttavia alcune sensibili differenze. Mentre tra gli uomini i tumori e le malattie del sistema circolatorio sono pressoché equivalenti in termini di numerosità, rispettivamente al 32,9% e al 31,4%, tra le donne le malattie del sistema circolatorio rappresentano il 37% della casistica mentre i tumori rivelano una percentuale sensibilmente inferiore, circa il 23,7% (figura 3). In questa classifica tra le donne al 4° posto troviamo le malattie del sistema nervoso e al 5° le malattie endocrine del metabolismo e immunitarie; mentre tra gli uomini i traumatismi ed avvelenamenti e le malattie del sistema nervoso.

Figura 2. Ricorso ai servizi sanitari per genere – Tasso di incidenza di diagnostica strumentale e tasso di prevalenza (soggetti con almeno un ricovero o con almeno un farmaco assunto) standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

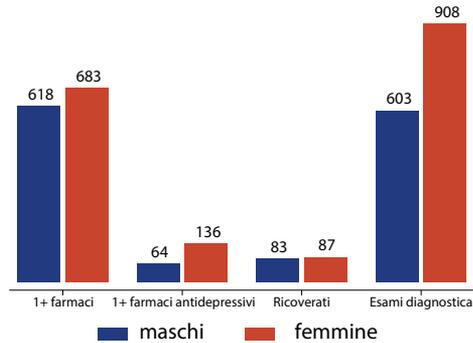
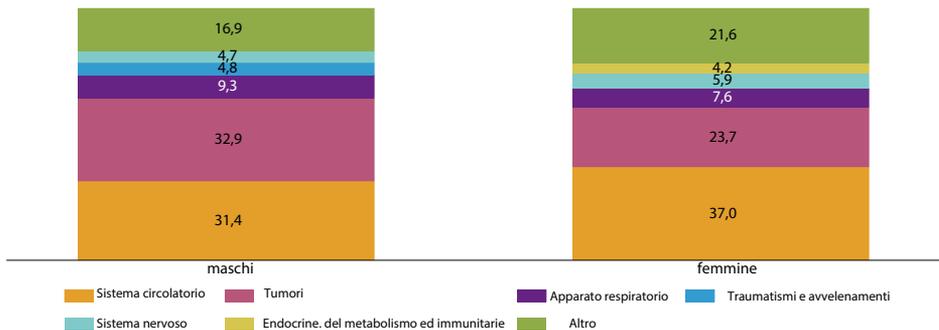


Figura 3. Decessi per grande gruppo di patologia e genere – Distribuzione percentuale – Toscana, periodo 2016-2018 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati Rmr



Queste differenze sono in parte determinate dalla diversa esposizione a comportamenti e stili di vita dannosi per la salute durante la vita, come dieta scorretta, fumo di tabacco e scarsa attività fisica, che, come noto, aumentano il rischio di varie neoplasie e sono storicamente più frequenti tra gli uomini, rispetto alle donne. Queste ultime, inoltre, raggiungendo mediamente età più avanzate rispetto agli uomini (la cui speranza di vita è condizionata dalla maggiore incidenza di eventi cardiovascolari acuti e fatali in età adulta), muoiono più frequentemente per malattie neurodegenerative (come la demenza) associate proprio all'invecchiamento.

Violenza di genere

Dal 2009 l'Osservatorio sociale regionale (Osr) della Toscana ha avviato un sistema di monitoraggio del fenomeno della violenza di genere che, a partire dai dati dei Centri antiviolenza (Cav), si è via via allargato ad altri soggetti che prendono in carico donne e minori vittime di violenza o gli uomini che la agiscono: Codice rosa, Consultori, Case rifugio, Istituto degli Innocenti, Centri per autori di violenza. La sistematicità e continuità di tale monitoraggio ha consentito negli anni di offrire un quadro sempre più dettagliato relativo al fenomeno, con riferimento anche alle politiche che, dal livello nazionale, a quello regionale e locale, sono state messe in campo per la prevenzione e il contrasto.

Oggetto delle rilevazioni dell'Osr in questo ambito è anche il numero di femminicidi, ovvero quei casi in cui la morte violenta di una donna è dipesa da "motivi di genere", per tali intendendosi il rifiuto della vittima del modello o del ruolo sociale impostole da un uomo per il solo fatto di essere una donna oppure la condizione di totale soggezione a cui era stata sempre costretta. Dal 2006 al 2021 in Toscana ci sono state 128 vittime di femminicidio, 6 delle quali nel 2021. Sempre nello stesso periodo sono stati 43 i minori orfani di femminicidio, i cosiddetti orfani speciali. Ciò che accomuna la maggior parte dei femminicidi è il contesto in cui si sono verificati: la relazione di coppia, presente oppure passata (86 casi). Una parte minore, ma non meno importante, di femminicidi avviene invece all'interno di relazioni parentali, in particolari quella madre/figlio (14 casi).

I dati dei Centri antiviolenza, relativi alle strutture, ai servizi e all'utenza sono raccolti secondo i modelli di rilevazione predisposti da Istat nell'ambito del Piano nazionale di statistica, omogenei per tutto il territorio nazionale. In Toscana le diverse rilevazioni sono comunque coordinate da Regione Toscana, che si occupa della raccolta dei dati (attraverso il portale Sivg2.0), della verifica della qualità degli stessi e della trasmissione all'Istituto nazionale di statistica.

L'emersione del fenomeno dipende in larga parte anche dalla presenza e riconoscibilità dei servizi presenti sul territorio. In Toscana, da questo punto di vista, i Cav hanno negli anni implementato una strategia volta a moltiplicare i punti di accesso (circa 100 quelli presenti ad oggi) attraverso sportelli territoriali, in modo da poter garantire una presenza sempre più vicina ai bisogni delle donne vittime di violenza.

Nel 2021 sono 25 Cav e 22 Case rifugio le strutture attive in Toscana: l'indice di presenza rispetto alla popolazione target di riferimento vede per la nostra regione numeri più alti rispetto al contesto nazionale per quanto riguarda i Centri (1,5 *vs* 1,3) e del tutto simili per quanto concerne invece le strutture di protezione (1,3).

Nel 2021 le donne che si sono rivolte per la prima volta a un Centro antiviolenza in Toscana sono state 2.972, un dato sostanzialmente in linea con quello registrato nell'anno precedente (3.066), ma più basso rispetto al biennio pre-pandemia, quando si erano registrati circa 3.600 nuovi accessi l'anno. Il numero di donne complessivo che si è rivolto a un Cav toscano nel

2021, comprendendo quindi anche coloro che erano già in carico negli anni precedenti, è di 3.587. La tabella 2 mostra i dati relativi alla residenza delle donne che si sono rivolte a un Cav della Toscana (primi accessi) per Zona-distretto.

Tabella 1. Centri antiviolenza e case rifugio presenti sul territorio - Strutture per 100.000 donne residenti di 14+ anni - Toscana anno 2021 e Italia 2020 - Fonte: Istat

Regione	Centri antiviolenza		Case rifugio		Totale	
	n	x100mila	n	x100mila	n	x100mila
Toscana	25	1,5	22	1,3	47	2,8
Italia	350	1,3	366	1,3	716	2,6

I dati socio-demografici relativi alle donne vittime di violenze che si sono rivolte ai Centri antiviolenza confermano la trasversalità del fenomeno per fascia d'età, titolo di studio, professione e condizioni socio-economiche. Vediamo nel dettaglio alcune caratteristiche:

- Il 72,3% è rappresentato da donne italiane e il 27,7% da straniere.
- Il 54,6% è concentrato nella fascia d'età 30-49 anni.
- Il 35,8% ha un'occupazione stabile, il 14,3% un lavoro precario e il 6,2% è pensionata. Il restante 43,6% non può contare, dunque, su un proprio reddito.
- L'87,8% delle donne (primi accessi e ricontatti) dichiara di aver subito violenza psicologica, che si conferma il tipo di violenza maggiormente indicato dalle donne e che, nella maggior parte dei casi, si presenta congiuntamente ad altri tipi di violenza. La violenza economica ricorre in oltre un quarto delle donne (27,8%), mentre diminuisce leggermente la percentuale degli stupri subiti, che passa dal 6,2% al 5,5%. Le minacce, altro tipo di violenza rilevato con questa rilevazione, vengono indicate dal 21,8% delle donne.
- La violenza viene agita in maniera prevalente all'interno delle relazioni intimo/affettive. Nel 52,1% dei casi, infatti, l'autore della violenza è il partner attuale, convivente o meno, in circa un quarto si tratta dell'ex partner di un membro della famiglia di origine. Guardando il dato per nazionalità, vediamo come sia decisamente più alta la percentuale di donne straniere che vive situazioni di violenza con il partner attuale, 68,6% rispetto al 45,7%, mentre tra le donne italiane sono più diffuse le situazioni in cui l'autore è l'ex partner, un conoscente o un parente, 52,1% rispetto al 30%.
- Nel corso del 2021, il percorso di uscita dalla violenza è stato avviato o è proseguito da 2.806 donne, pari al 78,2% di quelle che hanno contattato o ricontattato il Cav. In proporzione analoga a quanto rilevato negli anni 2010-2020, nel 61,6% dei casi il progetto è stato avviato direttamente dal Centro antiviolenza a cui si è rivolta la donna, nel 16,6% dei casi, in collaborazione con altre strutture.

Tabella 2. Donne che hanno effettuato primo accesso a un Cav, per Zona distretto di residenza – Numeri assoluti e distribuzione percentuale – Toscana, anno 2021 - Fonte: Osservatorio sociale regionale

Zona distretto	n	%
Firenze	303	10,2
Livornese	219	7,4
Piana di Lucca	219	7,4
Pisana	209	7,0
Empolese-Valdarno-Valdelsa	200	6,7
Pratese	195	6,6
Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana	137	4,6
Versilia	138	4,6
Apuane	135	4,5
Aretina	127	4,3
Fiorentina Nord-ovest	128	4,3
Pistoiese	124	4,2
Fiorentina Sud-est	91	3,1
Val di Nievole	85	2,9
Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese	72	2,4
Valdera-Alta Val di Cecina	65	2,2
Valli Etrusche	63	2,1
Alta Val d'Elsa	53	1,8
Senese	52	1,7
Valle del Serchio	46	1,5
Mugello	41	1,4
Valdarno	36	1,2
Val di Chiana Aretina	29	1,0
Lunigiana	24	0,8
Colline dell'Albegna	21	0,7
Casentino	12	0,4
Val Tiberina	10	0,3
Elba	7	0,2
Altra regione	131	4,4
Totale	2.972	100,0

I dati mostrati in tabella 3 riguardano invece il Codice rosa, Rete clinica tempo-dipendente in grado di attivare connessioni tempestive ed efficaci per fornire risposte immediate alle esigenze di cura delle persone. Definisce le modalità di accesso ed il percorso socio-sanitario, in particolare nei servizi di emergenza urgenza delle donne vittime di violenza di genere (Percorso donna) e delle vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione (Percorso per le vittime di crimini d'odio - implementazione della direttiva 2012/29/Eu sugli standard minimi di diritti, supporto e protezione delle vittime di crimini d'odio - *hate crimes*). Definisce inoltre le modalità di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale.

Dal 1° gennaio 2012 al 31 dicembre 2021 nei Pronto soccorso della Toscana si sono registrati 25.704 accessi in "Codice rosa". Per l'ultima annualità considerata, si osserva un aumento delle evidenze rispetto ai 12 mesi precedenti (1.918, +14,6%), portando il dato vicino a quanto osservato invece nel 2019. Su questo andamento potrebbe aver influito il calo deciso degli accessi ai presidi di Pronto soccorso osservato nel 2020 a causa delle restrizioni agli accessi legate alla pandemia da Covid-19. Il calo degli accessi per Codice rosa è comunque più contenuto, rispetto al generale calo degli accessi al Ps durante il 2020. Gli accessi di persone adulte sono stati 1.646, mentre quelli da parte di minori 272, pari al 14,2% del totale.

Tra coloro che nel 2021 hanno effettuato un accesso per uno dei due percorsi – Percorso donna o Percorso per le persone vittime di odio – prevale il genere femminile, in misura più marcata nella popolazione adulta (80,7%), anche se questo dato risulta inferiore di quasi 4 punti rispetto all'anno precedente. Tra i/le minori l'accesso per genere risulta meno sbilanciato, comunque con una prevalenza femminile (57,4%), anche in questo caso in decremento di circa 5 punti percentuali sui 12 mesi precedenti.

Per quanto riguarda le donne adulte, il numero di accessi nel 2021 è stato di 1.328, in crescita dell'8,2% rispetto al 2020. Tale incremento è stato determinato principalmente dai dati di accesso in Codice rosa dell'Azienda Usl Toscana Sud-est, mentre sia l'Ausl Centro che Nord-ovest registrano un leggero calo nei numeri assoluti.

Gli accessi di minori nel 2021 sono cresciuti del 21,4% su base annua, tendenza che ha riguardato tutte le aziende ospedaliere coinvolte, con l'unica eccezione del Meyer.

Gli utenti del servizio consultoriale nel 2021 sono stati 741, un numero sostanzialmente in linea con quello dell'anno precedente, tuttavia ancora al di sotto dell'anno pre-pandemia. Le prestazioni complessive erogate dai consultori toscani sono state oltre 540mila; di queste, 3.554 fanno riferimento all'area abuso e maltrattamento (0,7%).

I 741 utenti che si sono rivolti ai consultori per problematiche legate a casi di abuso e maltrattamento hanno effettuato 3.554 prestazioni, con una media di quasi 5 accessi per persona. L'area di problematicità più ricorrente è quella dei maltrattamenti fisici (43,9% dell'utenza e 40,4% delle prestazioni). Circa un terzo dell'utenza è riferita a casi di negligenza genitoriale, mentre tra le prestazioni una quota analoga (31,2%) riguarda la violenza psicologica.

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'utenza, sempre con riferimento all'area Abuso e maltrattamento, il 77,6% di chi si rivolge al servizio è di genere femminile, mentre i minori, sia maschi sia femmine, rappresentano il 25,9% del totale.

Tabella 3. Accessi "Codice rosa" ai Pronto soccorso per fascia d'età - Toscana, periodo 2012-2021 - Fonte: Regione Toscana

Asl/Aou coinvolte	Anno	Adulti	Minori	Totale
ex-Ausl Lucca, Prato, Arezzo, Grosseto, Viareggio	2012	1.314	141	1.455
ex-Ausl Lucca, Prato, Pisa, Livorno, Arezzo, Grosseto, Empoli, Viareggio, Aou Careggi e Meyer	2013	2.646	352	2.998
Tutte le ex-Ausl, Aou Careggi, Meyer, Senese, Pisana	2014	2.827	441	3.268
	2015	2.623	426	3.049
	2016	2.938	513	3.451
	2017	2.592	550	3.142
Tutte le ex-Ausl e Aou	2018	2.365	434	2.799
	2019	1.645	305	1.950
	2020	1.450	224	1.674
	2021	1.646	272	1.918
Totale		22.046	3.658	25.704

Tabella 4. Utenti a accessi ai consultori per Ausl e area - Valori assoluti e distribuzione percentuale - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Osr su dati Flusso informativo Spc

Ausl	Centro*		Nord-ovest		Sud-est		Totale				
	Utenti	Accessi	Utenti	Accessi	Utenti	Accessi	Utenti		Accessi		
							n	%	n	%	
Maltrattamenti	fisici	17	26	269	1.274	39	135	325	43,9	1.435	40,4
	sessuali	10	21	29	107	9	38	48	6,5	166	4,7
	psicologici	11	19	121	431	97	658	229	30,9	1.108	31,2
Negligenza genitoriale (bambini trascurati)			209	716	32	129	241	32,5	845	23,8	
Totale	36	66	555	2.528	151	960	741	100,0	3.554	100,0	

* I dati relativi alla Azienda UsI Toscana Centro non sono stati registrati nel flusso Spc, poiché confluiscono in specifici applicativi di As-Terr "psicologia" e "servizio territoriale" e non è stato possibile estrapolarli nello specifico dell'attività svolta in ambito consultoriale.

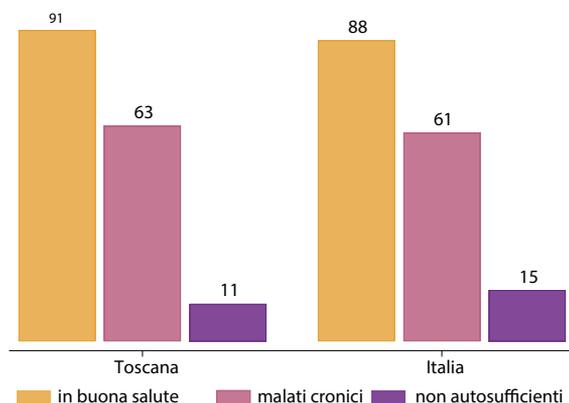
Salute della popolazione anziana

In Toscana un cittadino su quattro ha almeno 65 anni (26%), un rapporto tra i più alti in Italia, dove si va dal 20,2% della Campania al 28,9% della Liguria. Si tratta di circa 955mila persone, delle quali il 56% sono donne, in virtù della loro maggior longevità (dati Istat al 1° gennaio 2022).

Dai dati raccolti in Toscana dal sistema di sorveglianza Passi d'argento (Istituto superiore di sanità), emerge che il 63,2% soffre di almeno una malattia cronica tra diabete, broncopneumopatia cronico ostruttiva (Bpco), tumori, malattie cardiovascolari, artriti e artrosi, malattie del fegato, insufficienza renale, circa 590mila persone. Le malattie censite dalla sorveglianza non rappresentano l'intero spettro delle cronicità. Mancano ad esempio tutte le malattie neurodegenerative, l'ipertensione, le dislipidemie, le malattie reumatiche e le malattie intestinali. Se attingiamo alla banca dati delle malattie croniche (MaCro) di Ars, che invece censisce tutte queste patologie con algoritmi che analizzano i dati dei flussi informativi sanitari, la stima di malati cronici sale all'86% tra gli over 64enni toscani. Vale la pena ricordare che tra quelle considerate vi sono malattie molto comuni (come l'ipertensione o la dislipidemia), non necessariamente invalidanti, che permettono di condurre una vita sostanzialmente normale, ma prevedono che la persona assuma regolarmente farmaci, come ad esempio antipertensivi o anticolesterolo.

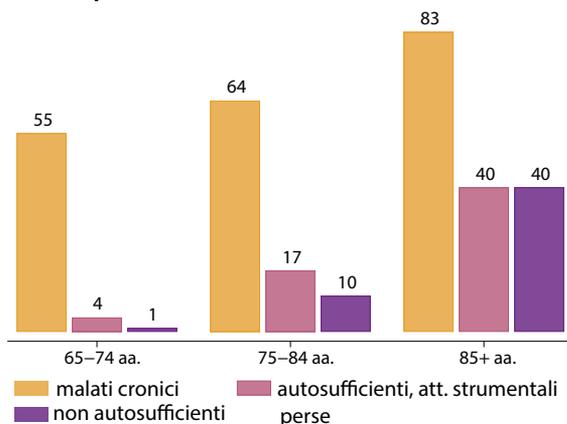
Nonostante non rappresenti l'intera popolazione di malati cronici, Passi d'argento consente di confrontare il dato toscano con quello italiano (la sorveglianza coinvolge tutte le regioni), mettendo in risalto una sostanziale analogia tra le stime toscane e nazionali (figura 1). Il 90,6% degli over64enni dichiara di avere una salute discreta o buona, ciò significa che buona parte dei malati cronici si ritiene soddisfatta di come riesce a convivere con la propria patologia. Il 10,7% degli anziani, invece, ha perso la propria autonomia nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, nutrirsi, ecc.).

Figura 1. Condizioni di salute degli anziani – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti d'età 65+ anni – Toscana e Italia, periodo 2017-2020 – Fonte: Sorveglianza Passi d'argento, Istituto superiore di sanità



Gli anziani autosufficienti, ma che non riescono più a svolgere attività strumentali (usare il telefono, prendere le medicine, ecc.) sono circa 135mila, pari al 14,6%. Come detto, un ulteriore 10,7% si trova invece in una condizione di non autosufficienza. Si tratta di poco più di 100mila anziani non più autonomi nelle attività di base della vita quotidiana, ma da questa stima sono esclusi gli ospiti in Residenza sanitaria assistenziale (non coinvolti nella rilevazione), che in Toscana sono circa 14mila e portano così la stima totale a circa 120mila anziani non autosufficienti. Analizzando il dato per classe d'età notiamo come sia raro ormai che un anziano perda la propria autonomia prima dei 75 anni, soglia oltre la quale invece il bisogno di assistenza per svolgere le proprie attività quotidiane aumenta in maniera decisa (figura 2). La soglia d'età convenzionalmente utilizzata per monitorare lo stato di salute della popolazione anziana e il bisogno di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, è rappresentata dai 65 anni, ma grazie ai progressi delle ultime decadi in termini proprio di salute e qualità della vita, nella realtà osserviamo lo scivolamento di tale soglia verso i 75 anni. Circa il 99% degli anziani tra i 65 e i 74 anni, infatti, è ancora pienamente autonomo, pur convivendo in un caso su due con una malattia cronica.

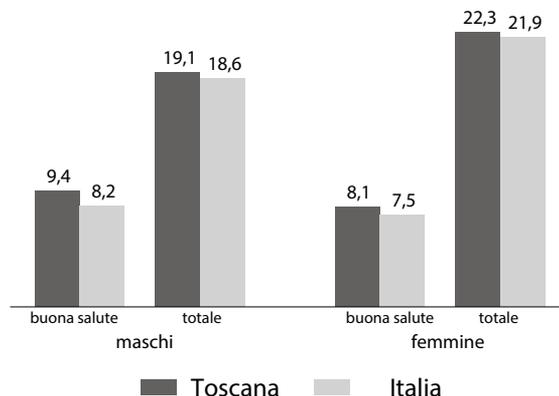
Figura 2. Condizioni di salute degli anziani per classe d'età – Prevalenza per 100 abitanti d'età 65+ anni – Toscana, periodo 2017-2020 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati sorveglianza Passi d'argento, Istituto superiore di sanità



In merito alla speranza di vita al compimento del 65° anno d'età, gli anziani toscani confermano anche nel 2021 un dato migliore della media italiana, ma in lieve arretramento rispetto alle altre regioni. Mediamente un toscano può attendersi di vivere altri 19,1 anni se uomo (18,6 in Italia) e 22,3 anni se donna (21,9 in Italia). Nella classifica per regione la Toscana scende al 4° tra gli uomini e 6° tra le donne (fonte: Istat), fino all'anno precedente si trovava rispettivamente in 2° e 3° posizione. L'indicatore si stabilizza rispetto al 2020, anno in cui aveva subito una netta riduzione a causa dell'eccesso di mortalità provocato dalla pandemia da Covid-19. Nell'ultimo anno il trend torna lievemente a salire, ma senza recuperare il gap accumulato nell'anno precedente, che aveva riportato la stima a valori osservati nel 2012.

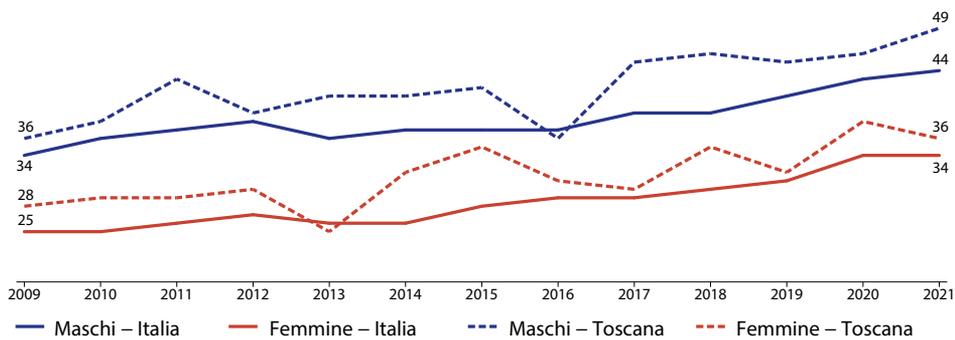
I deceduti per Covid-19 tra gli anziani toscani, secondo i dati del monitoraggio della Protezione civile, nel 2021 sono stati 3.518 (pari a 3,7 ogni 1.000 abitanti d'età 65+). Nel 2020 erano stati 3.442, pari a 3,6 per 1.000, mentre nei primi 9 mesi del 2022 hanno raggiunto i 2.970, pari al 3,1 per 1.000 (i dati possono differire leggermente da quelli dell'Istituto superiore di sanità perché si riferiscono alla data di notifica, non di morte effettiva, e non sono puliti da eventuali residenti di regioni limitrofe deceduti in Toscana, che comunque rappresentano una percentuale trascurabile). Gli anziani toscani ricoverati almeno una volta nel 2021 per Covid-19 sono stati 10.600, pari all'11,1 per 1.000, in aumento rispetto ai 7.440 del 2020 (7,8 per 1.000), quando l'epidemia (iniziata nel mese di marzo) era meno diffusa e caratterizzata da una variante meno contagiosa rispetto a quelle che si sono succedute nell'anno successivo. Nei primi 9 mesi del 2022 i ricoverati sono stati 7.880, pari all'8,3 per 1.000 anziani residenti. Sia i decessi sia i ricoveri hanno colpito maggiormente gli uomini, che a parità di contagio si sono dimostrati a maggior rischio di sviluppare sintomi severi o morire rispetto alle donne, plausibilmente a causa delle peggiori condizioni di salute pregresse di cui soffrono. A oggi, attingendo ai dati ospedalieri e anagrafici, risultano circa 15mila anziani vivi con almeno un ricovero per Covid-19 in questi due anni e mezzo di pandemia, equamente distribuiti nei due generi, che potrebbero convivere con conseguenze croniche del contagio o comunque rappresentare un target di popolazione a rischio di sviluppare sintomi invalidanti prolungati nel tempo (cosiddetta long Covid). Si rimanda al capitolo sull'epidemia da Covid-19 per un'analisi più dettagliata dell'andamento per età dell'epidemia, completa di un confronto tra Toscana e Italia. In generale è necessario tenere in considerazione in quali condizioni di salute gli anziani trascorrono gli anni che gli restano da vivere. Osservando la speranza di vita in buona salute per un anziano giunto ai 65 anni d'età, che Istat stima utilizzando dati campionari, il confronto per genere si inverte. La stima 2021 per la Toscana è pari a 9,4 anni tra gli uomini (3° in Italia tra le regioni con valori più alti) e 8,1 anni tra le donne (8° valore tra le regioni). Il dato italiano è rispettivamente pari a 8,2 e 7,5 anni. Le donne quindi vivono più a lungo degli uomini, ma convivono con problemi di salute per quasi due terzi degli anni che possono attendersi di vivere.

Figura 3. Speranza di vita a 65 anni totale e in buona salute, per genere - Toscana e Italia, anno 2021 - Fonte: Istat



Il trend dal 2009 (primo anno disponibile) del rapporto tra speranza di vita in buona salute e totale a 65 anni è comunque in aumento, sia in Toscana (dove l'indicatore subisce maggiori oscillazioni a causa della minore numerosità campionaria) sia in Italia. Si è passati dal 36% al 49% di anni di speranza di vita in buona salute sul totale a 65 anni tra i maschi toscani (dal 34% al 44% in Italia) e dal 28% al 36% tra le femmine (dal 25% al 34% in Italia). Nel tempo quindi stiamo aggiungendo anni da vivere e sta aumentando la parte di questi anni vissuta in buona salute.

Figura 4. Speranza di vita a 65 anni, per genere - Percentuale di anni vissuti in buona salute sul totale degli anni di speranza di vita a 65 anni d'età - Toscana e Italia, periodo 2009-2021
- Fonte: Istat



Salute della popolazione straniera

La pandemia da Covid-19 ha posto nuovamente in evidenza la forte connessione esistente tra salute e migrazione e ha sottolineato quanto sia importante includere la popolazione migrante e rifugiata nei piani sanitari di preparazione e di risposta globali alle emergenze di salute pubblica.

Proprio a causa dell'emergenza pandemica, a metà del 2020, il flusso globale di migranti internazionali è diminuito di circa 2 milioni: un calo del 27% rispetto alla crescita attesa tra luglio 2019 e giugno 2020 secondo le stime dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni (fonte: Iom, *World migration report 2020*).

In Italia, i cittadini stranieri regolarmente presenti sono una realtà ormai consolidata, sebbene in misura più contenuta rispetto a molti altri Paesi europei. È quindi importante conoscere le dimensioni e le caratteristiche di questa popolazione per poter attuare politiche sociali e sanitarie inclusive.

Al 1° gennaio 2022 risiedono in Italia circa 5,2 milioni di cittadini stranieri, che costituiscono l'8,8% della popolazione residente, dato stabile rispetto alle annualità precedenti (fonte: Istat). Nonostante la scarsa mobilità registrata sul territorio nazionale durante i due anni di pandemia, il numero di irregolari non iscritti all'anagrafe resta invariato rispetto all'anno precedente, attestandosi attorno ai 519mila immigrati irregolari (fonte: Rapporto Fondazione Ismu – Iniziative e studi sulla multietnicità).

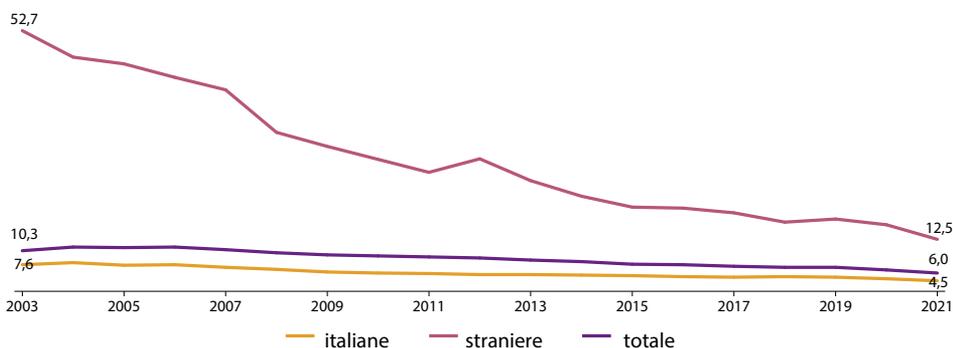
La pandemia ha avuto un impatto diverso nella popolazione straniera, rispetto a quella italiana autocona. Uno studio condotto dall'Istituto nazionale salute migrazione e povertà (Inmp) ha mostrato che il trend di nuovi positivi per nazionalità (italiana vs non italiana) ha avuto un andamento simile, ma di intensità diversa: le ondate si sono susseguite con la stessa cadenza nelle due popolazioni, ma la curva di incidenza degli stranieri è stata leggermente inferiore a quella degli italiani per quasi tutto il periodo. Parte di questa differenza, difficilmente quantificabile, può essere imputata alla diversa frequenza di testing (esecuzione di tamponi nasofaringei diagnostici) tra le due popolazioni. Tra gli stranieri, infatti, si è osservato un tasso di testing inferiore rispetto agli italiani, compatibile con il generale minore ricorso ai servizi sanitari territoriali da parte di questa popolazione. Solo durante i periodi estivi, seguiti all'allentamento delle misure introdotte per limitare i contagi (lockdown della primavera 2020 e zone rosse del 2021), gli stranieri hanno avuto un'incidenza superiore a quella degli italiani. Gli autori dello studio ipotizzano che questa popolazione, più soggetta a spostamenti e ricongiungimenti con familiari provenienti dall'estero, sia stata caratterizzata da una maggiore esposizione al virus nei periodi di riapertura delle frontiere o dei confini regionali.

Nel 2022, la Toscana si riconferma come una tra le regioni italiane con la maggiore presenza straniera sul proprio territorio. Al 1° gennaio 2022 sono 424.215 i residenti stranieri presenti, l'11,5% della popolazione complessiva residente in Toscana. Il dato è in lieve aumento rispetto al 2021, quando la presenza straniera, plausibilmente per gli effetti indiretti della pandemia, era diminuita rispetto agli anni precedenti (fonte: Istat). I residenti stranieri

presenti in Toscana sono mediamente molto più giovani rispetto alla popolazione autoctona (età media stranieri: 35,7 anni; italiani: 46,9 anni) con una distribuzione omogenea per genere (fonte: Istat). I paesi di provenienza più frequenti tra i cittadini stranieri sono rappresentati da Romania (17,4%), Repubblica popolare cinese (17,3%) e Albania (13,9%).

Per quanto riguarda la natalità, nel 2021 si rileva una contrazione delle nascite tra le donne straniere rispetto al 2020, in linea con il trend degli ultimi 10 anni, durante i quali la popolazione straniera residente è stata progressivamente sempre più soggetta ad un effetto di acculturamento, uniformandosi pertanto alle abitudini della popolazione residente toscana (meno figli e età media al parto che aumenta), oltre ad aver registrato un minor flusso di donne straniere in entrata. Inoltre, come per la parte di popolazione autoctona con un livello socio economico più basso, forte è stato l'impatto anche della recessione economica post crisi del 2008 che ha portato ad una maggiore attenzione rispetto alle gravidanze. Nel 2021 sono stati 5.651 i parti di donne straniere presso le strutture della Toscana, in diminuzione rispetto ai 5.968 del 2020 (-5,3%). Al contrario, nel 2021 si registra un lieve aumento del numero di parti delle donne italiane: 16.960, +2,1% rispetto ai 16.604 rilevati nel primo anno di pandemia. I parti tra le donne italiane tornano sui livelli pre-Covid: nel 2019 furono 16.997. L'Interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), anche se in progressiva diminuzione in entrambe le popolazioni, continua ad interessare maggiormente le donne straniere, con un tasso di Ivg pari a 12,5 per 1.000 donne straniere in età fertile, rispetto al 4,5 per 1.000 tra le donne italiane autoctone nel 2021 (figura 1).

Figura 1. Interruzioni volontarie di gravidanza per cittadinanza - Tasso per 1.000 donne d'età 15-49 anni - Toscana, periodo 2011-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati Flusso D12 Istat



Per quanto riguarda gli accessi alle cure in Pronto soccorso (Ps), i dati del 2021 mostrano dei tassi pressoché sovrapponibili tra le due popolazioni (stranieri: 284,78 x1.000; italiani: 287,9 x1.000). Il dato è in diminuzione in entrambe le popolazioni rispetto al periodo pre-Covid. Nel 2019 si registrarono 363,6 accessi ogni 1.000 residenti stranieri e 368,6 ogni 1.000 italiani autoctoni. La pandemia da Covid-19 ha ridotto sensibilmente gli accessi in Pronto

soccorso, sia per la contrazione della disponibilità de servizi sanitari, dovuto anche all'invito a recarsi ai presidi di Pronto soccorso solo per urgenze, sia per un comprensibile timore della popolazione nell'accedere a presidi sanitari (luoghi fin da subito caratterizzati a maggior rischio di contagio), sia, infine, per una generale diminuzione del rischio di eventi traumatici dovuto alla riduzione della mobilità nella popolazione sempre a causa delle limitazioni legate al Covid.

Considerata l'età mediamente più giovane della popolazione straniera residente rispetto a quella italiana, il fatto che i due tassi di accesso al Pronto soccorso abbiano valori simili suggerisce un utilizzo più elevato da parte della popolazione straniera del Pronto soccorso in età giovanile, indice del fatto che tendano ad identificarlo maggiormente come primo accesso alle cure sanitarie nel territorio, anche a causa di maggiori difficoltà di accesso alla medicina generale territoriale.

Tabella 1. Ospedalizzazione per causa e cittadinanza – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, anni 2020-2021 e media 2015-2019 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Sdo

Grande gruppo ICDIX cm	2021		2020		2015-2019	
	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani
Complicanze della gravidanza	13,1	9,4	15,3	9,5	17,8	10,8
Tumori	10,4	14,0	9,3	13,2	11,6	16,1
Malattie del sistema circolatorio	9,4	13,3	8,9	12,7	13,1	16,7
Malattie dell'apparato respiratorio	10,3	10,2	6,9	9,2	8,2	10,6
Malattie dell'apparato digerente	7,2	9,1	6,2	8,3	9,9	12,1
Traumatismi e avvelenamenti	6,1	9,0	6,0	8,5	7,6	10,4
Malattie dell'apparato genito-urinario	5,8	7,1	5,4	6,3	7,1	8,6
Malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	3,9	6,9	3,3	6,3	5,3	10,3
Disturbi del sistema nervoso	3,2	4,3	3,1	3,8	4,7	6,1
Disturbi psichici	2,2	3,7	2,0	3,2	2,3	3,9
Malattie infettive	2,3	2,0	1,9	1,8	2,6	2,5
Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	1,8	2,2	1,8	2,1	2,7	3,4
Malformazioni congenite	0,9	1,3	1,0	1,2	1,3	2,1
Malattie del sangue	0,7	0,7	0,8	0,6	1,0	0,9
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0,5	0,8	0,4	0,9	0,9	1,5
Totale	84,0	101,7	78,0	94,3	103,7	125,8

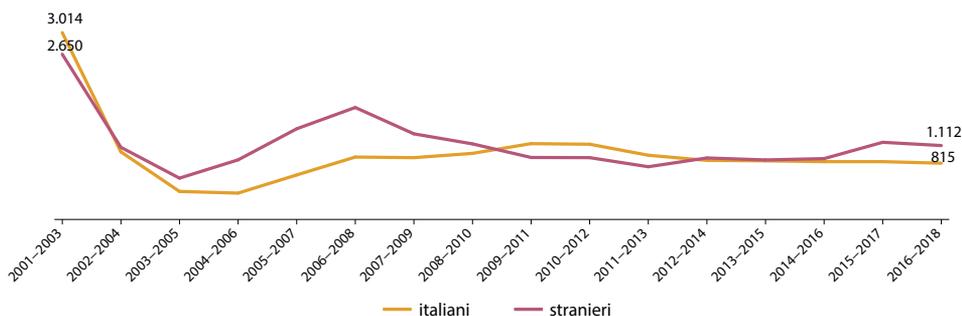
L'analisi dell'ospedalizzazione per causa e cittadinanza mostra dei tassi simili nelle due popolazioni seppur con alcune differenze fra le principali cause di ricovero. Le complicanze

da gravidanza permangono come causa primaria di ricovero nella popolazione residente straniera (13,1 per 1.000), in continua diminuzione però rispetto a quanto osservato negli anni precedenti (15,3 per 1.000 nel 2020). Al contrario, nel 2021 si registra un lieve aumento dei ricoveri per malattie del sistema circolatorio e per tumori nella popolazione residente straniera, dato che si sta progressivamente allineando con quello della popolazione toscana residente.

Complessivamente nel 2021 è aumentato il tasso di ricovero generale sia nella popolazione straniera residente sia in quella autoctona: 84 ricoveri per 1.000 residenti stranieri e 101,7 ricoveri per 1.000 italiani autoctoni. Entrambi i tassi fanno registrare un +7,8% rispetto al 2020 (tabella 1), quando i ricoveri hanno subito una forte contrazione per l'avvento della pandemia che, specialmente nel primo semestre, ha stravolto completamente l'attività ospedaliera (rinvio di tutti gli interventi programmati e differibili, conversione dei reparti a reparti Covid). Nel 2021 l'attività, pur ancora condizionata in molti periodi dell'anno, è ritornata progressivamente ad una quasi normalità, dovendo plausibilmente recuperare anche parte degli interventi rimandati durante l'anno precedente. Può quindi trattarsi di un lieve effetto rimbalzo nel trend, ma i valori di ospedalizzazione restano comunque ancora inferiori ai dati pre-Covid (fonte: elaborazione Ars su dati flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera).

Il trend del tasso di mortalità standardizzato per età, disponibile fino al 2018, evidenzia un progressivo allineamento tra le popolazioni straniera ed italiana a partire dal 2012. L'aggiustamento per età è necessario ad un confronto corretto, considerata la differenza nelle due strutture per età.

Figura 2. Mortalità per cittadinanza - Tasso triennale standardizzato per età per 10.000 abitanti - Toscana, periodo 2001-2018 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati Rmr



Nonostante un picco registrato nel 2017 a carico della popolazione residente straniera, i dati disponibili sembrerebbero confermare come la curva di mortalità della popolazione straniera si attesti su valori quasi equivalenti a quelli della popolazione italiana autoctona residente.

Un'analisi più dettagliata delle principali cause di morte per grandi gruppi di patologie ha però evidenziato un incremento nel 2017 dei decessi per malattie infettive intestinali nella popolazione residente straniera, probabile causa dell'inversione del trend in quell'anno, le quali includono patologie come l'adenovirus, la salmonella e l'*Escherichia Coli*.

Successivi approfondimenti nelle annualità a venire permetteranno di confermare l'andamento della mortalità in queste due popolazioni (fonte: elaborazione Ars su dati Registro di mortalità regionale).

In conclusione, l'analisi delle caratteristiche sanitarie della popolazione straniera residente in Toscana evidenzia un progressivo allineamento dello stato di salute di questa popolazione con quella autoctona. Permangono delle differenze per quanto riguarda le principali cause di ospedalizzazione, che vedono maggiormente interessate le donne straniere nelle complicanze da gravidanza e dal numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate rispetto alle donne italiane residenti. Analogamente, la popolazione autoctona risulta più affetta da patologie quali i tumori e le malattie del sistema circolatorio, plausibilmente per l'età media superiore rispetto alla popolazione straniera residente.

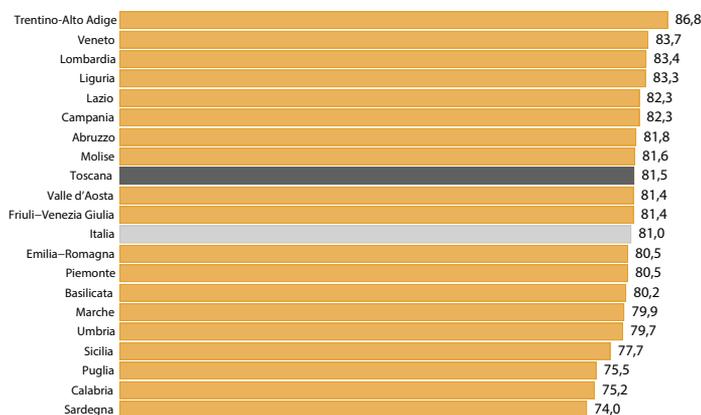
Ciononostante, il radicamento degli stranieri nel territorio della Toscana continua gradualmente a ridurre le differenze fra le due popolazioni, comprovando stili di vita e comportamenti preventivi sempre più simili.

Restano ancora alcuni gap da colmare riguardo le politiche sanitarie in atto nella nostra regione, così come nell'intero territorio nazionale. L'emergenza sanitaria, infatti, ha dimostrato la necessità di un'inclusione più capillare e strutturata della popolazione straniera nelle politiche sanitarie, per favorire un miglior accesso alle cure a tutti i cittadini.

Percezione di salute

L'indagine Multiscopo Istat registra tra il 2020 e il 2021 una sostanziale stabilità nella percezione dello stato di salute da parte degli italiani: rispettivamente l'81,6% e l'81% degli over14enni giudica positivamente il proprio stato di salute.

Figura 1. Stato di salute percepito positivamente - Prevalenza per 100 abitanti - Regioni e Italia, anno 2021 - Fonte: Istat

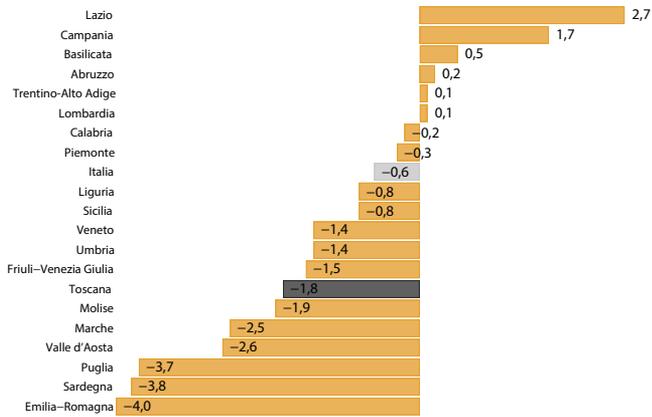


Il confronto non è però omogeneo quando si osservano i valori regionali. Il dato toscano diminuisce dall'83,3% all'81,5% nei due anni (figura 2). Molte regioni mostrano un peggioramento nella percezione di salute dei propri cittadini, in particolare Emilia-Romagna, Sardegna, Puglia, Valle D'Aosta e Marche registrano una inflessione di oltre il 2%. Al contrario, poche sono le regioni che mostrano un miglioramento nella percezione della salute, tra le quali solo il Lazio registra un punteggio di poco inferiore al 3%. Il Trentino-Alto Adige continua a guida la graduatoria per regione.

La soddisfazione rispetto al proprio stato di salute è una valutazione soggettiva, che può risentire quindi di vari fattori contestuali, tra cui la percezione del proprio benessere in base alle circostanze e alle aspettative personali e risultate dal confronto con gli altri.

Indubbiamente le difficoltà insorte dal 2020 con la pandemia hanno colpito varie dimensioni del benessere degli italiani, tra cui ai primi posti quello mentale e fisico. Il 2021, secondo anno di circolazione della Sars-Cov-2, ha avuto comprensibilmente un peso maggiore nella percezione della salute degli italiani; infatti il virus, con le sue varianti, ha continuato a circolare interessando un numero di persone sempre più ampio e di ogni età, provocando un impatto sulla percezione della salute fisica. Contestualmente anche il benessere mentale ha subito uno shock, dopo due anni di restrizioni sociali e di imprevedibilità su prospettive e pianificazioni del futuro.

Figura 2. Stato di salute percepito positivamente - Differenza in punti percentuali 2021-2020 - Regioni e Italia, anni 2020 e 2021 - Fonte: Istat



Le risorse del sistema

Spesa sociale

Il comparto degli interventi e dei servizi socio-assistenziali, regolato principalmente dalla Legge quadro n.328 del 2000, è fortemente decentrato a livello locale: i comuni e le associazioni sovra-comunali gestiscono la spesa sociale attraverso un ventaglio di prestazioni variabile sul territorio, mentre le Regioni hanno in capo funzioni di programmazione, con propri assetti normativi e organizzativi per l'offerta dei servizi socio-assistenziali.

I dati per l'analisi della spesa sociale sul territorio toscano fanno riferimento alla Rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati, svolta a livello comunale su tutto il territorio italiano dal 2003. L'indagine rileva gli impegni di spesa in conto corrente di competenza dei comuni e associazioni di comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. La spesa considerata è quella effettivamente sostenuta dai comuni, dunque al netto delle compartecipazioni degli utenti e del Servizio sanitario nazionale (Ssn), e vi sono incluse le spese per personale, affitto di immobili/attrezzature e acquisto di beni e servizi. Le spese riguardano tre differenti macro-aree:

- interventi e servizi: servizio sociale professionale, integrazione sociale, interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, assistenza domiciliare, servizi di supporto;
- trasferimenti in denaro: contributi economici erogati direttamente agli utenti o ad altri soggetti affinché forniscano servizi;
- strutture: spese per le strutture residenziali o semiresidenziali gestite direttamente dal comune o affidate in convenzione a soggetti esterni.

Tali dati hanno il pregio di fornire una vasta panoramica degli interventi sociali e sociosanitari e delle risorse attivate e disponibili sul territorio regionale, ma hanno il limite, dovuto alla complessità della rilevazione e al conseguente volume di necessari controlli, di essere rilasciati con una tempistica assai dilatata rispetto al momento della raccolta.

Secondo gli ultimi dati ufficiali disponibili, relativi al 2019, la spesa per interventi e servizi sociali dei comuni della Toscana ammonta a 513 milioni di euro, il 6,8% di ciò che viene speso complessivamente in Italia (7,5 miliardi di euro). L'andamento nel tempo mostra una pressoché costante crescita nel periodo 2003-2010, con un picco di 513 milioni di euro ed una successiva diminuzione. Il confronto 2003-2019 lascia comunque un saldo positivo di quasi 100 milioni di euro (415 contro 513 milioni di euro). L'incidenza della spesa sulla popolazione di riferimento colloca la Toscana costantemente al di sopra della media italiana (figura 1). Con 139 euro pro capite nel 2019 (media Italia 126 euro), la nostra regione si posiziona al centro di un'ipotetica graduatoria tra le regioni, in un vasto range che va dai 399 euro pro capite del Trentino-Alto Adige ai 24 euro pro capite della Calabria.

L'area di utenza famiglia e minori assorbe il 39,9% delle risorse (205 milioni di euro), seguita dagli anziani (22,4%, 115 milioni di euro) e dalla disabilità (21,6%, 111 milioni di euro). Su

questi tre ambiti, in sostanza, viene concentrato quasi l'84% della spesa totale; il restante è impegnato nelle aree di utenza povertà e disagio adulti (7,2%, 37 milioni di euro), multiutenza (5%, 25,7 milioni di euro), immigrati e nomadi (3,7%, 19 milioni di euro) e dipendenze (0,2%, 0,8 milioni di euro).

Figura 1. Spesa dei comuni per interventi e servizi sociali – Euro spesi per abitante – Toscana e Italia, periodo 2003-2019 – Fonte: Istat

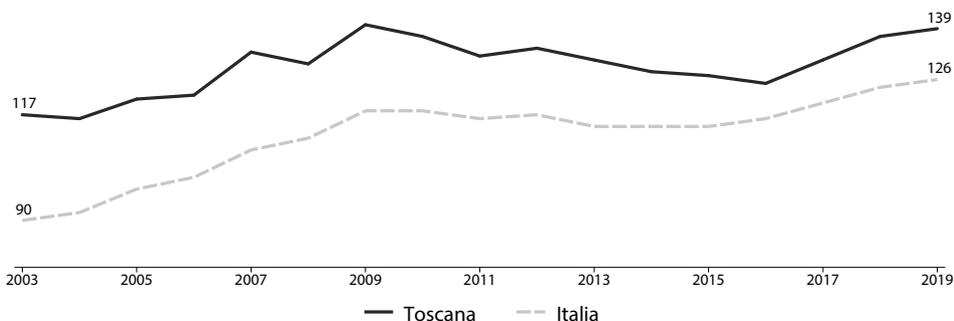
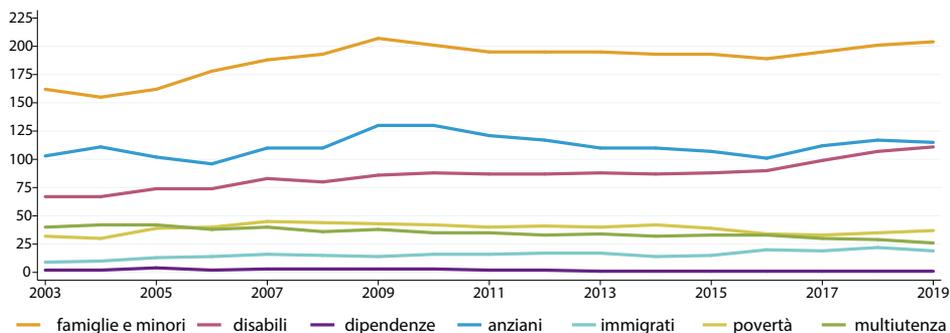


Figura 2. Spesa dei comuni per interventi e servizi sociali per area di utenza – Milioni di euro spesi – Toscana, periodo 2003-2019 – Fonte: Istat



L'incidenza della spesa sui target di riferimento evidenzia alcuni aspetti:

- La Toscana si rivela virtuosa, nel confronto con la media nazionale, per le risorse messe in campo nelle aree di utenza “famiglia e minori” e, soprattutto, “anziani”, mentre in quelle relative alla disabilità, all’immigrazione e alla povertà le percentuali di impiego scendono sotto il dato medio italiano.
- Sono largamente visibili gli impegni sui target “famiglia e minori” (371 euro per ogni residente d’età ≤ 17 anni) e “anziani” (121 di euro pro capite), i due principali comparti della spesa sociale, aree nelle quali la Toscana si discosta in maniera vistosa dal dato italiano.

- La spesa per la disabilità, data anche la complessità degli interventi e la multidisciplinarietà/multiprofessionalità che insiste sugli stessi, ha di gran lunga il valore relativo più elevato (1.705 di euro per persona con disabilità) e mostra un'evidente crescita rispetto al 2003 sia come entità totale (da 67 a 110 milioni di euro) che come valore pro capite.
- La spesa per immigrati, pur aumentata in valore assoluto da 9 a 19 milioni di euro, ha visto diminuire il proprio impatto pro capite (da 63 a 48 euro) date la crescita della popolazione di riferimento negli ultimi anni e quella dei servizi di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo.

Tabella 1. Spesa dei comuni per interventi e servizi sociali per area di utenza - Euro spesi per abitante* - Toscana e Italia, anno 2019 - Fonte: Istat

Territorio	famiglie e minori	disabili	anziani	immigrati	povertà	multiutenza
Toscana	371	1.705	121	48	17	7
Italia	301	1.829	92	66	15	7

* I valori pro capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza. "Famiglia e minori": numero di residenti di età compresa fra 0 e 17 anni. "Disabilità": numero di persone con età inferiore di 65 anni con "gravi limitazioni", che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone svolgono abitualmente (da indagine "Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana"). "Dipendenze": popolazione residente over 15. "Anziani": popolazione residente >= 65. "Immigrati e nomadi": n. stranieri residenti. "Povertà e disagio adulti": popolazione residente 18-64 anni. "Multiutenza": popolazione residente.

Nel 2019 il 53,9% delle risorse per il welfare locale è stata gestita da singoli comuni toscani; una percentuale in continua riduzione negli anni (era il 70,9% nel 2006 e mai era scesa sotto il 60% prima del 2017) a riprova dell'avanzare del fenomeno dell'associazionismo tra enti. In particolare, nel tempo si è rafforzata in Toscana la quota gestita dai consorzi (dal 10,6% del 2009 al 31,7% del 2019), a scapito anche di quella gestita dalle Ausl, che nell'ultimo anno si è attestata al 5,7%.

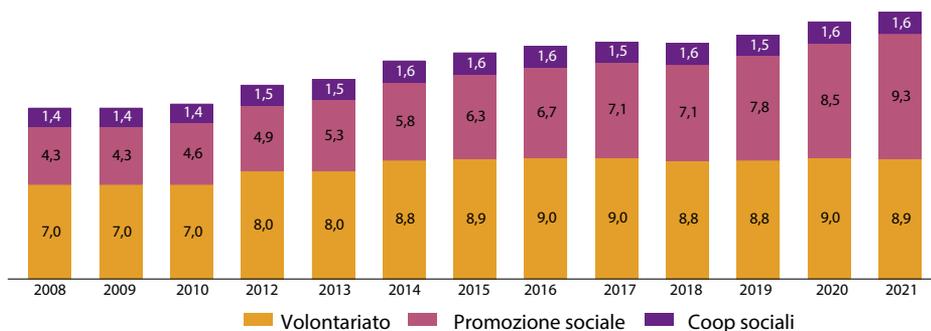
In sintesi, nel 2019 (prima dell'inizio della pandemia e della conseguente emergenza sanitaria) si è rilevato un aumento della spesa sociale dei comuni rispetto all'anno precedente (+0,2%), che rappresenta un valore inferiore al tasso di inflazione. A livello nazionale, il complesso della spesa resta pari allo 0,42% del Prodotto interno lordo, che arriva a 0,7% con le compartecipazioni degli utenti e del Servizio sanitario nazionale, di fatto soltanto un terzo di quanto impegnano nel medesimo settore i bilanci pubblici di altri Paesi europei (intorno al 2,1%-2,2%). Una spesa che, pur crescente nell'ultimo periodo, resta simile a quella reale di 10 anni prima, nonostante l'aumento della domanda sociale, con persistenti marcate divergenze regionali e, questo l'elemento che emerge con maggiore chiarezza nel 2019, anche all'interno delle stesse regioni. In tal senso, si evidenzia anche in Toscana la notevole distanza tra la zona che ha una spesa pro capite più alta (Firenze, con 254 euro pro capite) e quella che si attesta sui valori più bassi (Valle del Serchio, 75 euro pro capite).

Terzo settore

La diffusione del Terzo settore rappresenta una misura del capitale sociale disponibile sui territori e in Toscana quel capitale sociale è da sempre una presenza rilevante e sostanziale in termini di coesione sociale e solidarietà. La recente riforma del Terzo settore (d.lgs. 117/2017 e d.lgs. 112/2017), disciplinata e attuata ulteriormente in Toscana con le leggi regionali n. 65/2020 e n.53/2021, in uno scenario ormai consolidato di *welfare mix*, ha consolidato il ruolo pubblico delle organizzazioni che operano nelle economie sociali e solidali, rafforzando il loro spazio strategico nelle politiche pubbliche, sia in termini di costruzione delle scelte (co-programmazione) sia di sviluppo di progetti, interventi e servizi (co-progettazione). D'altro canto, le trasformazioni in atto rappresentano anche una forte sfida per le organizzazioni stesse, chiamate a strutturarsi e riorganizzarsi per poter assumere in maniera adeguata proprio quel ruolo di corresponsabilità alla quale sono chiamate.

I dati del sistema informativo regionale sul Terzo settore, che raccoglie l'anagrafica delle organizzazioni iscritte ai registri regionali di volontariato e promozione sociale e all'albo regionale delle cooperative sociali, rilevano 7.320 soggetti attivi al 31 dicembre 2021: 3.448 associazioni di promozione sociale (47% del totale), 3.299 organizzazioni di volontariato (45%) e 573 cooperative sociali (8%). Per la prima volta dunque nel 2021 i numeri della promozione sociale superano quelli del volontariato. Si tratta di un settore in forte e continua espansione ormai da molti anni (figura 1), che vede ad oggi la presenza di quasi 20 organizzazioni ogni 10mila residenti (erano 13 per 10mila nel 2008). L'andamento temporale mostra inoltre il significativo impulso della promozione sociale (da 4,3 a 9,3 organizzazioni per 10mila abitanti), l'incremento del volontariato (da 7 a 8,9) e la sostanziale stabilità della cooperazione sociale (da 1,4 a 1,6).

Figura 1. Indice di presenza Terzo settore formalizzato – Organizzazioni iscritte ai registri regionali per 10.000 abitanti – Toscana, periodo 2008-2021 – Fonte: Regione Toscana



Le associazioni di promozione sociale sono attive principalmente nel settore culturale-educativo (47%), seguito da quello sociale (21%), da quello sportivo-ricreativo (15%) e da quello ambientale-turistico (10%). Le organizzazioni di volontariato operano prevalentemente nei settori sanitario (33%) e sociale (31%), seguiti dai settori culturale (10%), ambientale e sociosanitario (entrambi all'8%), protezione civile (6%). La cooperazione sociale, che rappresenta i soggetti del terzo settore maggiormente strutturati, professionalizzati e attivi nell'erogazione di servizi, è impegnata soprattutto nel settore socio-sanitario e educativo (tipo A, 52%), seguito dall'integrazione lavorativa di soggetti svantaggiati (tipo B, 35%), mentre le cooperative iscritte contemporaneamente alle sezioni A e B e i consorzi di cooperative rappresentano rispettivamente il 7% e il 6%.

L'universo non profit inteso in senso lato, ovvero tutti quei soggetti che fanno parte del mondo delle economie sociali a prescindere dal loro grado di formalizzazione, è però molto più vasto dello spaccato "formalizzato". Il censimento permanente Istat delle istituzioni non profit, infatti, ha rilevato al 2019 circa 362.600 istituzioni in Italia e circa 28.200 in Toscana, una cifra che a livello regionale è circa quattro volte il numero di organizzazioni iscritte ai registri. Il confronto con il Censimento 2001 evidenzia un chiaro e costante aumento in tutti gli aspetti che interessano il non profit toscano, così come il virtuoso posizionamento della Toscana nel panorama nazionale (tabella 1). La consistenza del non profit è infatti passata da 18.344 a 28.182 istituzioni e la presenza sul territorio regionale da 52 a 76 istituzioni ogni 10mila residenti (Italia 61 per 10mila). Per quanto riguarda il settore di attività, ci sono tre comparti che ricoprono circa 2/3 delle istituzioni toscane: il 33% opera nell'ambito delle "attività sportive", il 18% nelle "attività culturali e artistiche" e il 14% nelle "attività ricreative e di socializzazione". Seguono poi le attività di "assistenza sociale e protezione civile", "relazioni sindacali e rappresentanza di interessi", "sanità" e "religione".

Tabella 1. Istituzioni non profit censite - Numero e valore per 10.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2001-2019 - Fonte: Istat

Anno	Toscana		Italia	
	n	x10mila ab.	n	x10mila ab.
2001	18.344	52,5	235.232	41,8
2011	23.899	65,1	301.191	50,7
2015	26.588	71,0	336.275	55,4
2016	26.869	71,8	343.432	56,7
2017	27.534	73,7	350.492	57,9
2018	27.802	74,5	359.574	59,6
2019	28.182	76,3	362.634	60,8

Infine, due elementi di analisi sulle caratteristiche del non profit toscano, che riflettono in massima parte anche il complessivo dato nazionale. Il primo riguarda l'informalità e la scarsa strutturazione organizzativa dei soggetti, desumibile dal fatto che la forma giuridica

prevalente è l'associazione non riconosciuta. Il secondo, coerente con il primo, è il sotto-dimensionamento in termini di organico dipendente e la preponderanza del ruolo del corpo volontario (figure 2 e 3). Infatti, i lavoratori dipendenti, pur essendo cresciuti nel tempo (dai 28mila del 2001 agli attuali 52.800 circa), hanno una presenza in linea con il dato nazionale (14 ogni 1.000 abitanti), mentre i volontari (circa 469.500) hanno una rilevanza ben superiore alla media italiana (125 ogni 1.000 abitanti contro 91).

Figura 2. Addetti delle organizzazioni non profit censite - Valore per 1.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2001-2019- Fonte: Istat

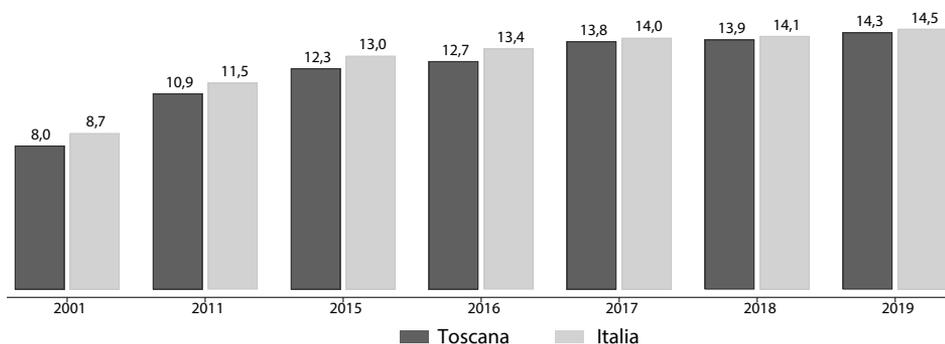
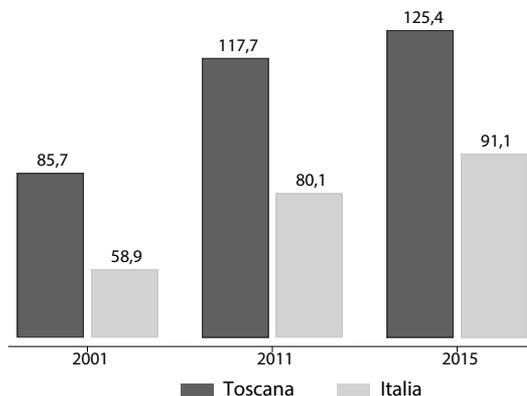


Figura 3. Volontari delle organizzazioni non profit censite - Valore per 1.000 abitanti - Toscana e Italia, anni 2001, 2011 e 2015 - Fonte: Istat



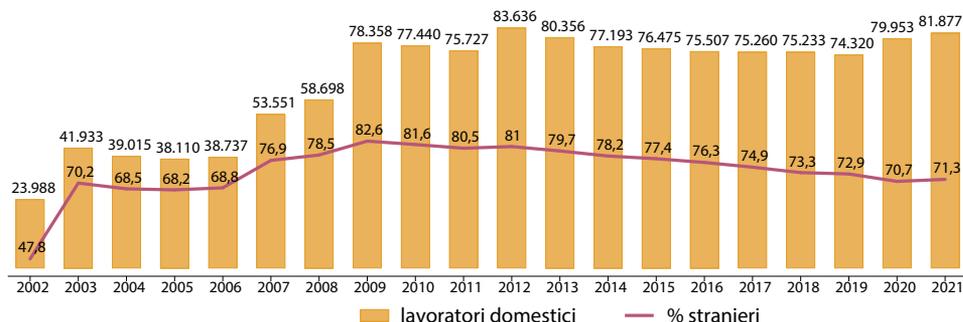
Lavoro domestico di cura

Negli ultimi venti anni l'aumento e la differenziazione dei bisogni nella sfera della cura ha stimolato sempre più il ricorso ai collaboratori familiari privati, nel Paese così come in Toscana, facendo crescere il settore del cosiddetto lavoro domestico di cura. Si tratta di un comparto che comprende una vasta tipologia di servizi e che coinvolge diverse professionalità: dall'assistenza di alta soglia a persone non più autosufficienti al supporto nelle attività domestiche e quotidiane (faccende domestiche, servizio di compagnia, babysitteraggio). Un supporto diventato ormai fondamentale per le famiglie, sia in termini di assistenza alla persona sia nella conciliazione dei tempi di vita, soprattutto in una fase storica di progressivo aumento del bisogno della popolazione più anziana, di quello delle famiglie per l'accudimento dei figli e per le attività domestiche quotidiane, e in un panorama di contrazione delle risorse economiche per l'organizzazione dei servizi pubblici.

Quantificare il settore, però, è molto difficile, poiché una quota di queste collaborazioni fanno ancora parte del sommerso, nonostante i recenti percorsi di regolarizzazione dei cittadini stranieri e le numerose progettualità di accreditamento delle competenze, di incontro domanda-offerta e di interventi di domiciliarità indiretta (ad esempio contributi per assistenti familiari o titoli per l'acquisto di servizi) abbiano contribuito a farne emergere alcuni spaccati. L'emersione del lavoro sommerso degli assistenti familiari, del resto, è anche uno degli obiettivi del Fondo regionale per la non autosufficienza fin dalla sua costituzione, e a questo scopo sono destinate circa 1/3 delle risorse.

I dati dell'Osservatorio Inps sui lavoratori domestici dicono che al 2021 sono stati quasi 82mila quelli con almeno un contributo per prestazione lavorativa domestica versato nell'anno (22 ogni 1.000 abitanti, rispetto ad una media nazionale di 16 per 1.000), ovvero il 9% del totale nazionale. La parte visibile del fenomeno, infatti, mostra un notevole incremento della domanda dal 2002 al 2009, con valori più che triplicati in pochi anni (da circa 24mila a oltre 78mila lavoratori), ed una progressiva stabilizzazione fino ad oggi, con alcune oscillazioni annuali.

Figura 1. Lavoratori domestici con almeno un contributo Inps nell'anno - Lavoratori e stranieri per 100 lavoratori - Toscana, periodo 2002-2021 - Fonte: Inps



Il lavoro domestico è storicamente caratterizzato da una forte connotazione di genere e nazionalità: la predominanza della presenza femminile e straniera è infatti una caratteristica che si mantiene nel tempo, pur con alcune trasformazioni. Nel 2021 la componente femminile è pari all'86% del totale e quella straniera al 71%, ma, mentre la prevalenza femminile è ormai da anni stabilizzata su questo valore, quella della nazionalità vede negli ultimi 10 anni un avanzamento degli italiani (dal 19% del 2012 al 29% attuale). Le lavoratrici e i lavoratori domestici stranieri provengono principalmente dall'Est Europa (53% del totale stranieri), seguita da Filippine e Sud America (entrambe attorno al 10%), Asia Medio-Orientale e Asia Orientale (8%) e Africa del Nord (6%).

La tipologia di rapporto di lavoro è rappresentata per il 55% dalla qualifica di badante e per il restante 45% da quella di colf, ma la consistente crescita della qualifica di badante (era il 18% nel 2002) fa capire come i servizi richiesti in questa area si stiano sempre più spostando verso i bisogni dell'area ad alta soglia di assistenza.

Questi numeri, come già detto, non esauriscono la quantificazione del settore, data la significativa quota di sommerso ancora presente. La sorveglianza Passi d'argento dell'Istituto superiore di sanità, ad esempio, nel biennio 2020-2021 ha stimato che il 21,5% degli anziani fragili e il 49% degli anziani non autosufficienti in Toscana, quindi circa 80mila persone in termini assoluti, riceve assistenza da personale privato individuato e pagato in proprio. Se a questi si aggiungono le persone d'età <65 anni con disabilità che si rivolgono a lavoratori domestici di cura, e le famiglie coadiuvate nelle attività domestiche, si evince quanto i numeri ufficiali possano essere distanti dalla reale portata del fenomeno.

Ticket e copayment

L'analisi delle risorse finanziarie raccolte dalla compartecipazione effettuata per le attività di specialistica ambulatoriale, relativamente ai ticket versati dagli utenti toscani nel 2021 per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, riporta un valore di circa 114 milioni di euro. Tale importo, il più alto della serie quinquennale riportata in tabella 1, sembra compensare in parte il forte calo registrato nel 2020, primo anno della pandemia, quando la compartecipazione nella specialistica ambulatoriale risultava inferiore di quasi 30 milioni di euro, per il generale calo dei volumi di erogazione.

Se si osservano le percentuali di variazione annuale e sull'intero periodo considerato, come riportato in tabella 2, si osserva che l'incremento della compartecipazione nel quinquennio sfiora il 6%, mentre, focalizzandosi sul periodo pandemico, si nota come la diminuzione del 23% osservata dal 2019 al 2020 sia compensata dal +32% misurato dal 2020 al 2021. In altri termini, a fronte della diminuzione attesa del 2020, considerata la generale contrazione delle prestazioni erogate per le limitazioni dovute alla riorganizzazione dei servizi per la pandemia, nonché per il comprensibile timore della popolazione nel recarsi presso strutture sanitarie, specialmente nei mesi caratterizzati dal rigido lockdown nazionale, l'incremento del 2021 mostra come il Servizio sanitario regionale (Ssr) sia stato in grado di riportare l'erogazione delle attività specialistiche sui livelli pre-pandemici. Le tabelle, infatti, riportano i valori della compartecipazione raccolta dai 5 principali settori di attività specialistica: l'attività clinica (visite mediche specialistiche), la diagnostica per immagini (ecografie, scintigrafia, RM, PET, medicina nucleare), la diagnostica di laboratorio (esami sangue, esami urine), la diagnostica strumentale (endoscopie, eco-doppler, eco-cardiografia, EEG, EMG, fluorangiografie) e le procedure (biopsie, chirurgia ambulatoriale, PMA).

Queste attività specialistiche, pur parzialmente condizionate dalla situazione pandemica dei primi mesi dell'anno del 2020, hanno raccolto importi che, se escludiamo la diagnostica di laboratorio, risultano inferiori ai valori del 2017 per percentuali che oscillano tendenzialmente tra il 2% e il 6%.

Se la percentuale di incremento totale rispetto al 2017 è però positiva, questo si deve esclusivamente all'importo di compartecipazione raccolto dalla diagnostica di laboratorio, il cui valore del 2021 non solo compensa con un +38% il decremento del 20% dell'anno precedente (il minor decremento tra i settori considerati), ma rappresenta addirittura un +17% rispetto al valore del 2017.

L'attività specialistica quindi nel 2021 è tornata su volumi di entrate, in termini di compartecipazione, simili o addirittura superiori al periodo 2017-2019. Questo si deve plausibilmente anche a un effetto rimbalzo, causato dallo scivolamento di una parte delle prestazioni previste nel 2020 al 2021, per la riprogrammazione dell'attività e il recupero di visite ed esami rimandati nel primo anno di pandemia.

Tabella 1. Importi di compartecipazione per settore di attività specialistica - Valori in milioni di euro - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Spa

Settore	2017	2018	2019	2020	2021
Clinica	22,129	21,369	21,834	15,93	20,837
Diagnostica immagini	20,968	20,428	21,73	17,073	20,585
Diagnostica laboratorio	50,557	51,533	53,789	43,095	59,338
Diagnostica strumentale	8,814	8,805	9,051	6,383	8,246
Procedure	4,974	4,841	5,24	3,515	4,711
Totale	107,442	106,976	111,644	85,996	113,717

Tabella 2. Importi di compartecipazione per settore di attività specialistica - Variazioni percentuali - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Spa

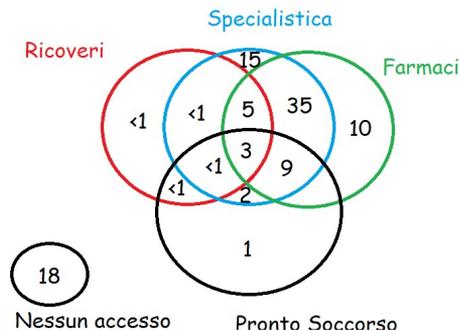
Settore	2018 vs 2017	2019 vs 2018	2020 vs 2019	2021 vs 2020	2021 vs 2017
Clinica	-3,4	2,2	-27,0	+30,8	-5,8
Diagnostica immagini	-2,6	6,4	-21,4	+20,6	-1,8
Diagnostica laboratorio	+1,9	4,4	-19,9	+37,7	+17,4
Diagnostica strumentale	-0,1	2,8	-29,5	+29,2	-6,4
Procedure	-2,7	8,2	-32,9	+34,0	-5,3
Totale	-0,4	4,4	-23,0	+32,2	+5,8

Utilizzo del Sistema sanitario

Nel 2021 mediamente l'82% dei toscani ha avuto un contatto con il Servizio sanitario regionale in almeno uno dei grandi capitoli di assistenza: Pronto soccorso, ricovero ospedaliero, farmaceutica o assistenza specialistica (visite, diagnostica o prelievi). Tra i servizi non è contemplato il ricorso al medico di medicina generale. Si tratta di accessi a prestazioni offerte dal servizio pubblico o privato convenzionato, in presidi toscani. La percentuale cresce ovviamente con l'età e dopo i 65 anni d'età il 95% dei toscani ha almeno un contatto nell'anno (97% dopo i 75 anni).

Analizzando come questi quattro capitoli si combinano tra loro, si osserva che il 10% dei toscani ha assunto almeno un farmaco nell'anno (su prescrizione medica), senza però accedere ad altre prestazioni. Il 15% invece ha fatto solo a prestazioni specialistiche, mentre il 35% dei toscani ha usufruito di entrambe le prestazioni, senza accedere a presidi ospedalieri. Un ulteriore 9%, oltre ad assumere farmaci e fare prestazioni specialistiche, durante l'anno ha avuto anche almeno un accesso al Pronto soccorso (al quale non ha fatto seguito un ricovero) (figura 1).

Figura 1. Fruizione dei servizi sanitari - Distribuzione percentuale per capitolo di servizio - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



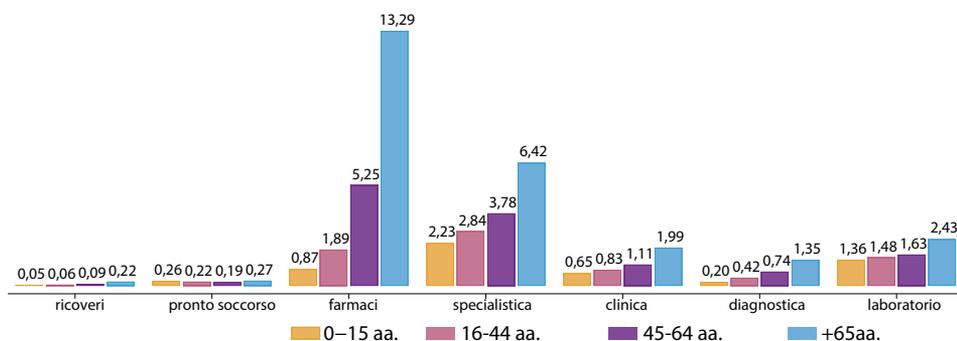
Le altre possibili combinazioni fra capitoli sono quantitativamente modeste. Indipendentemente dalle combinazioni, l'8,1% dei toscani si è ricoverato almeno una volta nell'anno, il 16,4% si è recato almeno una volta al Pronto soccorso (accesso al quale non è seguito un ricovero), il 62,8% ha assunto almeno un farmaco su prescrizione, il 68,4% ha usufruito di almeno una prestazione specialistica.

In termini di frequenza, mediamente ogni toscano nel 2021 si è recato in farmacia per ricevere un farmaco poco meno di 6 volte, 4 volte si è recato ad un ambulatorio per una prestazione specialistica, ha avuto accesso meno di 1 volta all'anno ad un Pronto soccorso o ad un ospedale per un ricovero (rispettivamente 0,2 e 0,1 volte in un anno). Queste medie tengono conto anche di chi non ha effettuato alcuna prestazione.

Gli accessi al Pronto soccorso sono gli unici per i quali non si osserva un trend per età, probabilmente perché svincolati da criteri di appropriatezza prescrittiva (figura 2). Chiunque può recarsi in Pronto soccorso senza indicazione medica e di conseguenza la probabilità di accedere è meno influenzata dall'età, proxy del bisogno di salute della persona. A questo in parte può aggiungersi, pur trattandosi di accessi cui non consegue un ricovero, anche l'effetto dei traumatismi, in particolare di quelli dovuti ad incidenti stradali che coinvolgono solitamente i più giovani.

In figura 2 le prestazioni specialistiche sono rappresentate anche nel dettaglio dei settori principali, ne fanno parte: clinica, diagnostica strumentale e per immagini, diagnostica di laboratorio.

Figura 2. Giorni con un accesso per capitolo di prestazione e classe d'età - Media pro capite per residente - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Anche il 2021, come l'anno precedente, risente degli effetti della pandemia da Covid-19, ed in particolare delle misure e limitazioni messe in atto nel tentativo di rallentare il contagio da Sars-Cov-2. Durante le ondate pandemiche gli ospedali, i Pronto soccorso ed in generale le strutture sanitarie sedi di ambulatori, sono stati interessati da rigide misure che ne hanno limitato l'accessibilità. L'attività ospedaliera programmata non urgente è stata sospesa, così come parte dell'attività ambulatoriale procrastinabile. L'accesso ai presidi di Pronto soccorso era filtrato tramite un pre-triage che, unito all'appello di recarsi al Ps solo per casi urgenti, ha sicuramente ridotto gli accessi con triage più lieve. In tabella 1 sono riportati gli indicatori fin qui discussi per il 2021 a confronto con il 2020 e la media del periodo 2015-2019 (utilizziamo un quinquennio per avere un riferimento più stabile).

Rispetto al 2020 si osserva una lieve ripresa dei ricoveri e degli accessi al Pronto soccorso. Si mantiene stabile invece la farmaceutica, mentre aumenta notevolmente la specialistica ambulatoriale, che supera anche i livelli medi 2015-2019 (tabella 1). L'aumento degli accessi ai presidi ospedalieri non riesce comunque a colmare il gap accumulato nel 2020, rispetto alla media 2015-2019, i ricoveri, infatti, si mantengono su livelli inferiori del 7,2% rispetto al

periodo pre-Covid, gli accessi al Pronto soccorso -20,2%. La farmaceutica, stabile rispetto al 2020, è anche quella che aveva fatto segnare la riduzione minore nel primo anno di pandemia, rispetto al periodo pre-Covid. Anche grazie alla diffusione della ricetta dematerializzata, infatti, gli assistiti toscani hanno potuto continuare le proprie terapie facilmente. La specialistica ambulatoriale segna un +11,1% rispetto al 2019 ed è possibile che si tratti di un effetto rimbalzo, dopo il primo anno di pandemia, durante il quale molti pazienti potrebbero aver dovuto rinunciare ad esami e prestazioni previste che hanno poi dovuto recuperare nell'ultima parte dell'anno e, in maniera più diffusa, nel 2021.

Tabella 1. Consumi sanitari nei 4 grandi capitoli – Persone con almeno una prestazione ogni 100 abitanti e media pro capite di accessi nell'anno, differenza 2020 vs 2015-2019 Toscana, periodo 2015-2020 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

Capitolo	Indicatore	2021	2020	2015-2019	Differenza % 2021 vs 2015-2019	Differenza % 2020 vs 2015-2019
Ricoverati	persone con 1+ ricoveri	8,1%	7,6%	8,8%	-7,2%	-13,6%
	ricoveri p.c.	0,11	0,10	0,12	-10,2%	-15,8%
Farmaci	persone con 1+ farmaci	62,8%	62,5%	67,9%	-7,6%	-8,0%
	accessi in farmacia p.c.	5,74	5,64	6,08	-5,6%	-7,3%
Specialistica	persone con 1+ prestazioni	68,4%	59,6%	61,6%	+11,1%	-3,3%
	accessi in ambulatori p.c.	3,98	3,07	3,58	+11%	-14,2%
Pronto soccorso	persone con 1+ accessi	16,4%	14,5%	20,5%	-20,2%	-29,3%
	accessi in PS p.c.	0,23	0,20	0,29	-21,8%	-32,9%

Risorse finanziarie sanitarie

Il più recente rapporto della Ragioneria generale dello Stato sul monitoraggio della spesa sanitaria pubblicato sul sito web del Ministero dell'economia e delle finanze risale al settembre del 2021, e riporta gli aggregati di spesa riferiti al 2020. Gli aggregati di spesa indicati, rilevati dai modelli di Conto economico degli enti sanitari locali, presi a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio, rendono possibile una pur sommaria valutazione dell'impatto della pandemia sulle risorse finanziarie del sistema sanitario e sono utili per descrivere il quadro all'interno del quale le Aziende del Servizio sanitario nazionale e regionale hanno affrontato l'emergenza da Covid-19.

I dati riportati in tabella 1 evidenziano come la spesa sanitaria corrente di Conto economico (Ce) della Toscana si sia attestata per il 2020 intorno agli 8 milioni di euro, con un incremento di quasi il 7% rispetto all'anno precedente. Tale dato eccede di un punto e mezzo il +5,6% registrato a livello nazionale e rappresenta il 5° maggior incremento a livello nazionale.

Considerando la spesa sanitaria corrente in relazione ai cittadini residenti in Toscana nell'anno 2020, la spesa pro capite risulta di 2.174 euro, superiore di quasi 100 euro alla media nazionale, all'interno di un range che va dai 1.931 euro della Campania agli oltre 2.600 della Provincia autonoma di Bolzano.

Il risultato economico d'esercizio della Toscana è ancora negativo, con un valore pari a -68,8 milioni di euro, superiore ad una media nazionale che si attesta intorno al -43,5 milioni di euro. Dal valore del risultato economico pro capite si evince come la Toscana riporti una prestazione economica inferiore a quella delle grandi regioni del Nord, con l'esclusione del Friuli-Venezia Giulia.

Questo tipo di rendicontazione non tiene tuttavia conto di quanto erogato dai Servizi sanitari regionali con le risorse a loro disposizione, per cui, ai fini di ottenere uno spunto valutativo più "qualitativo" della spesa sanitaria corrente, è stata messa in relazione con i punteggi Lea (misura della garanzia di erogazione dei livelli essenziali di assistenza previsti a livello nazionale) conseguiti dalle regioni nel 2019, secondo il Ministero della salute.

Con un esercizio puramente speculativo sulla correlazione tra andamenti degli investimenti e delle performance, e nella consapevolezza della sostanziale disomogeneità delle grandezze che si vanno a confrontare, si può provare a calcolare quello che si potrebbe definire il valore di ogni singolo punto Lea in spesa sanitaria corrente pro capite sostenuta a livello complessivo (e non quindi per le singole prestazioni Lea) dalle regioni. Il valore potrebbe costituire un indicatore, con tutte le limitazioni del caso dovute alla selezione delle variabili di interesse, dell'efficienza degli investimenti regionali nel produrre i livelli essenziali di assistenza.

Per la Toscana, il valore pro capite di un punto Lea risulta quindi in linea rispetto ai dati del Veneto, che affianca al primo posto la Toscana nella classifica dei punteggi, e dell'Emilia-Romagna, che segue ad un punto di distanza.

Il valore toscano di 9,8 euro appare peraltro decisamente inferiore agli 11,2 euro di spesa sanitaria corrente pro capite per punto Lea che costituisce la media nazionale, ma soprattutto

risulta il terzo valore inferiore a livello nazionale, subito dopo i 9,4 euro del Veneto e 9,5 euro delle Marche, ma prima dei 9,8 euro della Lombardia e i 10,3 euro dell'Emilia-Romagna.

Tabella 1. Spesa sanitaria corrente, risultati di esercizio e punteggi Lea - Valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali, valori pro capite e per punto Lea - Regioni e Italia, anno 2020 - Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali

Regioni	Spesa sanitaria corrente 2020 di Ce		Spesa sanitaria pro capite	Risultato d'esercizio 2020		Punteggi Lea 2019	Spesa sanitaria pro capite per punto Lea
	milioni di euro	2020 vs 2019 %		milioni di euro	pro capite		
Piemonte	9.015	5,63	2.109	-54,1	-12,7	188	11,2
Valle d'Aosta	287	9,5	2.314	-22,3	-179,7	160	14,5
Lombardia	21.075	5,08	2.111	-28,1	-2,8	215	9,8
Pa Bolzano	1.408	10,22	2.632	-329,0	-615,1	157	16,8
Pa Trento	1.306	7,64	2.408	-210,6	-388,4	187	12,9
Veneto	10.108	6,75	2.076	153,5	31,5	222	9,4
Friuli-Venezia Giulia	2.622	2,13	2.182	-107,3	-89,3	205	10,7
Liguria	3.376	3,83	2.223	-30,7	-20,2	206	10,8
Emilia-Romagna	10.089	9,34	2.273	92,9	20,9	221	10,3
Toscana	8.027	6,95	2.174	-68,8	-18,6	222	9,8
Umbria	1.836	6,77	2.122	0,4	0,5	211	10,1
Marche	3.005	3,92	2.005	5,5	3,7	212	9,5
Lazio	11.592	7,42	2.023	-3,7	-0,7	203	10,0
Abruzzo	2.595	4,4	2.026	-13,2	-10,3	204	9,9
Molise	680	-8,42	2.309	-29,2	-99,2	150	15,4
Campania	10.859	4,46	1.931	73,3	13,0	168	11,5
Puglia	7.704	3,25	1.959	-22,6	-5,8	193	10,2
Basilicata	1.083	3,03	1.987	10,2	18,7	172	11,6
Calabria	3.619	2,29	1.945	-86,4	-46,4	125	15,6
Sicilia	9.691	5,51	2.005	4,2	0,9	173	11,6
Sardegna	3.482	5,45	2.190	-246,7	-155,2	111	19,7
Italia	123.459	5,59	2.084	-912,7	-15,4	186	11,2

Risorse professionali sanitarie e sociali

Le risorse sanitarie

Le risorse professionali del Servizio sanitario regionale (Ssr) a dicembre 2021, con un dettaglio per profilo professionale, comprensive anche del personale tecnico e amministrativo, possono essere desunte dalle informazioni della banca dati del Ruolo nominativo regionale (tabella 1). Queste informazioni, seppur non contestualizzate rispetto alle prestazioni erogate o a soglie o a limiti standard di riferimento rispetto alla popolazione residente o a quella che ricorre ad un servizio sanitario e sociale, aiutano a comprendere i movimenti in termini percentuali tra un anno e l'altro; del personale impiegato nei sistemi di cura ed accompagnamento. Dal 2020 al 2021 il personale di ruolo è diminuito di circa 700 unità (-1,3%), 147 dirigenti e 547 operatori del comparto in meno. Nell'ultimo anno quindi il personale di ruolo è tornato sui livelli del 2019, dopo che nel 2020, per fronteggiare la pandemia da Covid-19, era aumentato di circa 750 unità rispetto all'anno precedente (424 dirigenti e 328 operatori del comparto in più).

Gli ultimi dati utili a un confronto tra regioni si riferiscono al 2019 (fonte: Rapporto *Osservasalute* 2021), quando operavano nel Ssr 8.433 medici (+4,7% rispetto al 2016, 357 unità in più), pari a 2,3 ogni 1.000 abitanti, dato superiore alla media italiana, pari a 1,9 per 1.000 abitanti. Gli infermieri assunti dal Ssr erano 21.094 nel 2019 (-0,6% rispetto al 2016, 222 unità in meno), pari a 5,6 ogni 1.000 abitanti, anche in questo caso più della media italiana pari a 4,4 per 1.000.

Oltre ai dati appena citati, il servizio sanitario si avvale di medici in convenzione che operano sul territorio: pediatri e medici di famiglia. I pediatri di libera scelta (Pls) al 31 dicembre 2021 sono 406 (9,3 ogni 10mila abitanti d'età 0-14 anni), mentre i medici di medicina generale (Mmg) sono 2.398 (6,5 ogni 10mila abitanti) (fonte: Regione Toscana). Gli ultimi dati utili a un confronto con le altre regioni si riferiscono sempre al 2020 (fonte: Istat), quando in Toscana si contavano 7,2 Mmg ogni 10mila abitanti (7,0 in Italia) e 9,7 Pls ogni 10mila abitanti d'età 0-14 anni (9,5 in Italia).

Per quanto riguarda i posti letto ospedalieri, attingendo ai dati Istat, dal 2019 al 2020 (ultimo anno disponibile) si rileva un trend in lieve aumento, se consideriamo l'offerta in relazione alla popolazione residente. I posti letto in degenza ordinaria si sono mantenuti stabili a 2,78 per 1.000 abitanti toscani (da 3,13 a 3,10 per 1.000 in Italia), mentre i posti letto in day hospital sono passati da 0,41 a 0,42 per 1.000 toscani (stabili a 0,34 per 1.000 in Italia). In numeri assoluti si tratta di 10.254 posti letto ordinari e 1.536 in day hospital.

Dalla fonte regionale (più aggiornata, ma che non consente un confronto con le altre regioni) al 1° gennaio 2022 si rilevano 10.818 posti letto ordinari (2,94 ogni 1.000 abitanti) e 1.568 posti letto in day hospital (0,43 per 1.000 abitanti), pubblici o privati convenzionati, con 66 presidi ospedalieri (81 stabilimenti). Rispetto all'anno precedente, sempre attingendo alla fonte regionale, i posti letto ordinari sono diminuiti di 239 unità (-2,2%), quelli in day hospital di 38 unità (-2,4%). Oltre ai presidi ospedalieri l'offerta regionale conta 25 hospice, con 163 posti letto residenziali.

Tabella 1. Personale del Servizio sanitario regionale – Personale di ruolo al 31 dicembre dell'anno e differenze 2021 vs 2020 e 2020 vs 2019 - Toscana, periodo 2019-2021 – Fonte: Ruolo nominativo regionale

Personale	2021		2020	2019	2021 vs 2020		2020 vs 2019			
	n	x 1000 ab.			n	%	n	%		
Totale	53.263	14,5	53.957	53.205	-694	-1,3	752	1,4		
Dirigenti	10.198	2,8	10.345	9.921	-147	-1,4	424	4,3		
Sanitari	Medici	8.699	2,4	8.822	8.501	-123	-1,4	321	3,8	
	Altro (biologi, chimici, farmacisti, ecc.)	1.157		1.173	1.079	-16	-1,4	94	8,7	
Amministrativi		172		178	182	-6	-3,4	-4	-2,2	
Professionali (architetti, avvocati, geologi, ingegneri)		122		123	109	-1	-0,8	14	12,8	
Tecnici (analisti, sociologi, statistici)		48		49	50	-1	-2,0	-1	-2,0	
Comparto	43.065	11,7	43.612	43.284	-547	-1,3	328	0,8		
Infermieri		21.263	5,8	21.443	21.779	-180	-0,8	-336	-1,5	
Ostetriche		1.037		1.050	1.060	-13	-1,2	-10	-0,9	
Operatori socio sanitari		7.366		7.418	7.233	-52	-0,7	185	2,6	
Personale Tecnico sanitario	Tecnici di radiologia		1.322		1.341	1.368	-19	-1,4	-27	-2,0
	Tecnici di laboratorio		1.459		1.468	1.315	-9	-0,6	153	11,6
	Altro (neurofisiopatologi, dietisti, ecc.)		320		325	294	-5	-1,5	31	10,5
Prevenzione	Tecnici della prevenzione		829		856	851	-27	-3,2	5	0,6
	Assistenti sanitari e vigilanza		150		155	158	-5	-3,2	-3	-1,9
	Fisioterapisti		862		896	805	-34	-3,8	91	11,3
Riabilitazione	Educatori professionali		294		304	299	-10	-3,3	5	1,7
	Logopedisti		193		201	205	-8	-4,0	-4	-2,0
	Altro (massaggiatori, terapisti, ecc.)		188		191	181	-3	-1,6	10	5,5
Personale tecnico	Tecnici e programmatori		694		704	667	-10	-1,4	37	5,5
	Assistenti tecnici		285		286	208	-1	-0,3	78	37,5
	Collaboratori amministrativi		1.726		1.788	1.831	-62	-3,5	-43	-2,3
	Tecnici e collaboratori tecnici		1.675		1.706	1.706	-31	-1,8	0	0,0
Amministrativi, assistenti	Assistenti amministrativi		1.512		1.553	1.437	-41	-2,6	116	8,1
	Coadiutori amministrativi		1.040		1.059	1.069	-19	-1,8	-10	-0,9
	Ausiliari specializzati		311		318	338	-7	-2,2	-20	-5,9
	Assistenti sociali		444		453	378	-9	-2,0	75	19,8
	Altro		95		97	102	-2	-2,1	-5	-4,9

Il sistema degli interventi e dei servizi sociali offerti

Tabella 2. Zone-distretto che offrono il servizio/intervento nel proprio territorio – Toscana, 1 gennaio 2022 – Fonte: Sioss

Interventi e servizi sociali	Aree assistenziali					
	Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Disabili	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti, dipendenze
A. Accesso valutazione e progettazione						
A.1. Segretariato sociale	28	28	28	28	28	28
A.2. Servizio sociale professionale	28	28	28	28	28	28
A.3. Centri anti violenza						20
B. Misure per il sostegno e l'inclusione sociale						
B.1. Integrazioni al reddito	28	28	27	27	28	27
B.2. Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	28		27			25
B.3. Sostegno socio-educativo scolastico	20		26			
B.4. Supporto alle famiglie e alle reti familiari	28					
B.5. Attività di mediazione	27	15	17	15	21	21
B.6. Sostegno all'inserimento lavorativo	20		28		27	27
B.7. Pronto intervento sociale e Interventi per le povertà estreme	21	19	18	17	23	22
B.8. Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale	24	23	26	21	22	24
C. Interventi per favorire la domiciliarità						
C.1. Assistenza domiciliare socio-assistenziale	24	28	26	21		23
C.2. Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari	9	9	26	26		14
C.3. Altri interventi per la domiciliarità	16	21	19	21	17	21
C.4. Trasporto sociale	17	20	28	22	12	15
D. Centri servizi, diurni e semi-residenziali						
D.1. Centri con funzione socio-educativa-ricreativa	23	17	22			11
D.2. Centri con funzione socio-assistenziale	14	13	16	9		5
D.3. Centri e attività a carattere socio-sanitario	4	4	19	24		9
D.4. Centri servizi per povertà estrema					17	12
D.5. Integrazione retta/voucher per centri diurni	14	13	21	21	8	8
E. Strutture comunitarie e residenziali						
E.1. Alloggi per accoglienza di emergenza	20				21	19
E.2. Alloggi protetti	11	9	22		10	20
E.3. Strutture per minori a carattere familiare	15					
E.4. Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale	21	19	10	5	15	15
E.5. Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario	7	12	23	24		11
E.6. Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema					16	
E.7. Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom, sinti e caminanti						4
E.8. Integrazione retta/voucher per strutture residenziali	20	23	26	27	17	20

Dal 2021 per la prima volta è possibile fornire un quadro completo del sistema degli interventi e dei servizi sociali offerti all'interno del territorio toscano, poiché sono implementate dai territori le due banche dati (la banca dati dei servizi attivati e banca dati delle professioni e degli operatori sociali) previste all'interno del sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (Sioss). Il Sioss rappresenta la componente più innovativa del Sistema informativo unitario dei servizi sociali ed è gestita dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Dalla banca dati dei servizi attivati, si può delineare il sistema degli interventi e dei servizi sociali offerti, evidenziando per tutti gli interventi e/o servizi previsti dal nomenclatore se sono stati attivati in ognuna delle 28 Zone-distretto toscane (tabella 2).

Si nota come al 1° gennaio 2022, alcuni servizi universali (quali il Segretariato sociale e il Servizio sociale professionale) siano presenti in tutto il territorio e servano tutte le aree di utenza, così alcune misure per il sostegno e l'inclusione sociale (Integrazioni al reddito, Sostegno socio-educativo territoriale/domiciliare o scolastico) che possono essere attivate in quasi tutti gli ambiti toscani. Viceversa, nell'ambito dei servizi residenziali e semi-residenziali ci sono servizi che hanno una diffusione molto meno capillare sul territorio.

Gli operatori del Servizio sociale professionale

Tabella 3. Operatori del Servizio sociale professionale – Numero e monte ore settimanale totale e esternalizzato (contrattualizzato con soggetti diversi dagli enti titolari della funzione socio-assistenziale esercitata in forma singola o associata) – Toscana, 1° gennaio 2022 - Fonte: Sioss

Figura professionale	Numero operatori del Servizio sociale professionale			Monte ore settimanale		
	Totale	di cui esternalizzati		Totale	di cui esternalizzati	
		n	%		n	%
Assistente sociale	1.306	362	27,7	42.982	10.690	24,9
Educatore	1.646	1.545	93,9	37.891	34.988	92,3
Mediatore culturale / Operatore interculturale	244	243	99,6	1.139	1.139	100,0
Psicologo	206	185	89,8	3.925	3.415	87,0
Pedagogista	8	7	87,5	162	126	77,8
Sociologo	3	3	100,0	48	48	100,0
Oss / AdB / Ota	2.815	2.668	94,8	75.367	70.275	93,2
Infermiere	347	314	90,5	10.557	9.547	90,4
Altro	484	447	92,4	11.671	10.663	91,4
Totale	7.059	5.774	81,8	183.742	140.891	76,7

Dalla banca dati delle professioni e degli operatori sociali, che è articolata in specifici profili professionali, si può evincere il numero degli operatori occupati all'interno dei servizi sociali

professionali degli ambiti territoriali toscani, nonché informazioni relative al tipo di rapporto di lavoro e al monte ore settimanale. Tali informazioni sono aggregate nella tabella 3 a livello regionale e sono riferite a tutte le Zone-distretto ed a tutti gli enti che nel territorio di competenza, indipendentemente dall'esercizio in forma singola o associata, sono titolari della funzione socio-assistenziale.

Si nota che i 1.306 assistenti sociali al 1° gennaio 2022 (il cui numero è aumentato del 13% circa rispetto all'anno precedente) sono contrattualizzati per oltre il 70% dai soggetti titolari della funzione socio-assistenziale, mentre le altre figure presenti tra gli operatori del Servizio sociale professionale (educatori, mediatori culturali, psicologi, Oss/Adb/Ota, infermieri) registrano percentuali di esternalizzazione che superano l'85%.

Il segretariato sociale

Il Segretariato sociale è un servizio rivolto a tutti i cittadini, che fornisce informazioni sul complesso dei servizi e delle prestazioni sociali presenti sul territorio, è articolazione funzionale dei Servizi sociali professionali ed orienta il cittadino verso gli stessi, quando il problema rilevato lo rende necessario. Il Segretariato sociale rappresenta la porta unitaria di accesso al sistema dei servizi territoriali integrati e svolge principalmente le funzioni di accoglienza ed analisi della domanda del cittadino/utente, informazioni sull'offerta dei servizi e sulle procedure di accesso, orientamento e accompagnamento all'utilizzo dei servizi e delle risorse territoriali, segnalazione e trasmissione delle richieste ai servizi competenti e invio ai servizi sociali per la presa in carico.

Il Segretariato sociale è un livello essenziale di assistenza istituito in ogni ambito territoriale toscano e si caratterizza per l'elevata prossimità al cittadino, poiché sono presenti all'interno della regione ben 279 sedi fisiche di accesso, di cui 209 (75%) gestiscono in forma strutturata anche richieste relative a bisogni socio-sanitari. Nel 39% dei casi, i servizi hanno operatori esclusivamente dedicati ai punti di accesso e complessivamente il monte ore svolto dagli operatori coinvolti nell'attività di segretariato sociale in Toscana è di 2.752 ore (mediamente si tratta di oltre 98 ore settimanali per ogni Zona-distretto). I punti di accesso sono complessivamente aperti per 2.957 ore settimanali (con una media zonale di 105 ore), con molti sportelli che assicurano il funzionamento per 5 giorni o più durante la settimana.

Va inoltre sottolineato che solo il 25% dei soggetti gestori ha tutti i punti di accesso informatizzati, il 32% ne ha alcuni, mentre il 43% non ha nessun punto di accesso che prevede la registrazione telematica delle domande degli utenti.

Gli sportelli PuntoInsieme: assistenza continua alla persona non autosufficiente

Il PuntoInsieme è un servizio rivolto alle persone anziane non autosufficienti e ai loro familiari e, di fatto, costituisce la porta d'ingresso ai servizi ed alle prestazioni in favore delle persone che non sono più in grado di provvedere autonomamente alle necessità di tutti i giorni. A dicembre 2021 si contano circa 300 gli sportelli diffusi su tutto il territorio regionale, che costituiscono una rete capillare alla quale rivolgersi per segnalare il bisogno di assistenza.

Le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) attive sono 339 (29% pubblico), per un totale di 15.595 posti letto (16,3 per 1.000 anziani residenti), di cui 14.191 per non autosufficienti (91% dei posti disponibili). L'offerta semi-residenziale conta 146 Centri diurni (49% pubblico), di cui 102 per non autosufficienti e 26 dedicati agli anziani con demenza. I posti per non autosufficienti sono 1.540 (1,6 per 1.000 anziani), quelli per anziani con demenza 341 (0,4 per 1.000).

A completamento del quadro, l'offerta regionale comprende anche 1.404 posti letto per autosufficienti in Rsa (oltre ai 1.278 posti letto presenti nelle 46 Residenze sociali assistite) e 18 Centri diurni (332 posti) per anziani autosufficienti.

L'affidamento familiare

Per l'area minori e famiglia, la rilevazione Sioss prevede tra gli approfondimenti una scheda che riguarda l'affidamento familiare e che si articola su sezioni informative volte a analizzare le caratteristiche e le modalità organizzative del servizio nelle Zone-distretto toscane. L'affidamento familiare prevede l'accoglienza temporanea di un minore in una famiglia diversa da quella naturale, per il tempo necessario affinché la sua famiglia possa risolvere i problemi che sono all'origine dell'allontanamento. L'allontanamento ha come obiettivo il rientro del minore nella sua famiglia e prevede un progetto nel quale sono indicati compiti, ruoli, obiettivi e tempi d'intervento.

Il primo set di informazioni, con dati aggiornati al 31 dicembre 2021, riguarda le modalità di attuazione del servizio a livello di ambito. In Toscana all'interno delle 28 Zone-distretto sono compresi 38 enti titolari della funzione in materia di affidamento familiare e 54 soggetti attuatori, di cui 33 Comuni singoli (facenti parti di 7 Zone-distretto diverse), 14 Consorzi Società della salute (Sds), 4 Convenzioni per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria, 2 Unioni di comuni e 1 Zona-distretto. In contrasto con tale frammentazione, va comunque segnalato che in 21 Zone-distretto su 28, il servizio è gestito in maniera unitaria a livello di ambito (e che questo avviene in tutte le zone che hanno la Sds).

Considerando i 53 soggetti che hanno indicato la forma di gestione del servizio, la modalità prevalente è quella diretta (77%), mentre meno ricorrenti sono quella mista (19%) e quella esternalizzata (4%).

Riguardo alle attività espletate dal servizio, di seguito si elencano i soggetti attuatori che ne segnalano l'attivazione: colloqui informativi con gli aspiranti affidatari (83%), regolamentazione dell'affidamento (79%), azioni di promozione dell'affido (75%), coordinamento e gestione in rete del progetto e preparazione/formazione/sostegno della famiglia affidataria (74%), analisi e valutazione dei requisiti della famiglia affidataria (70%), preparazione/sostegno del minore (68%), promozione della messa in rete tra i soggetti pubblici e privati che operano nell'affido (64%), preparazione/sostegno della famiglia di origine (58%), analisi del rischio evolutivo del minorenne (57%), valutazione dell'idoneità genitoriale del nucleo di origine (55%).

La presenza di un Centro affidi, servizio dedicato esclusivamente all'affidamento familiare, è stata segnalata da 21 soggetti attuatori, di cui 16 hanno anche un regolamento che disciplina

l'affidamento familiare nel territorio di pertinenza. Sono 15 i soggetti attuatori che presso il Centro affidi dispongono di una banca dati informatizzata delle famiglie disponibili all'affidamento familiare e/o degli affidamenti familiari.

Riguardo alle modalità di accesso al servizio, prevale l'attivazione da parte del servizio sociale e per invio da altri servizi (95%), seguita dall'attivazione su segnalazione/richiesta di altri soggetti (86%) e dalla richiesta della famiglia (81%). Sono 34 i soggetti attuatori che dichiarano la presenza di una équipe permanente per la gestione dell'affidamento familiare, che non è presente in 4 Zone socio-sanitarie.

Oltre all'affidamento residenziale per almeno 5 notti alla settimana, 43 soggetti attuatori dichiarano di promuovere ulteriori forme di affidamento che sono attivate nelle seguenti modalità: a tempo parziale (93%), diurno (77%), in situazioni di emergenza (56%) e che possono riguardare varie categorie di utenza, quali adolescenti in prosecuzione oltre i 18 anni (65%), bambini piccoli di 0-24 mesi (51%), bambini di particolare complessità quali disabilità, disturbi psichiatrici o problemi sanitari (51%), famiglie affidatarie appartenenti ad una rete di famiglie (49%), accoglienza genitore-bambino (42%), affidamento professionale (33%), minorenni stranieri non accompagnati (44%).

La redazione di un "progetto quadro" comprensivo degli interventi rivolti al bambino e alla sua famiglia di origine è predisposta "sempre" in 42 assetti, "spesso" in 6, "a volte" in 3, "raramente" in 1 e "mai" in 1, e su di essi vengono svolti momenti di monitoraggio e valutazione "a cadenza prestabilita" in 33 assetti, "al bisogno" in 20.

La presenza di un contratto di affidamento familiare col servizio è segnalata da 35 soggetti attuatori del servizio di affidamento familiare e sono sempre 35 quelli che prevedono l'erogazione di un contributo economico alle famiglie affidatarie. Nell'ambito dei 53 assetti che hanno fornito il dato, oltre al progetto quadro viene redatto anche il progetto educativo individuale "sempre" in 40 assetti, "spesso" in 7, "a volte" in 5, e "mai" in 1.

Ai bambini e ai ragazzi in affidamento familiare i servizi sociali territoriali assicurano anche altri sostegni: il rimborso spese per interventi e servizi (79%), contributi indiretti (75%) e agevolazioni (66%) prevalentemente in ambito sanitario o scolastico/educativo e contributi economici (66%). Solamente 2 soggetti attuatori prevedono che i contributi economici siano corrisposti sulla base dell'Indicatore della situazione economica equivalente (Isee).

Va segnalato anche che sono 30 i soggetti attuatori (presenti in 22 Zone-distretto) che promuovono progetti di post-accoglienza.

Al 31 dicembre 2021 sono 2.137 i bambini/e e i ragazzi/e d'età ≤ 18 anni in carico al servizio di affidamento familiare.

Le strutture residenziali per minori

Negli ultimi anni lo scenario dell'accoglienza residenziale dei minori in Toscana ha avuto una profonda trasformazione, sia in termini quantitativi, arrivando a contare al 31 dicembre 2021 ben 186 strutture, sia in termini di tipologia dell'offerta, includendo anche gli appartamenti per l'autonomia, che si confermano la tipologia di struttura più numerosa (64 strutture),

seguita dalle Comunità familiari per minori (43) e dalle Comunità socio-educative (37 strutture).

Sul territorio regionale, si distingue la Zona-distretto di Firenze con 51 strutture (il numero più alto in assoluto tra i territori), a cui segue la Pisana con 21 strutture, la Piana di Lucca con 17, le Apuane con 10 strutture. Tra le 28 Zone-distretto solo l'Elba e la Val Tiberina non hanno nessuna struttura residenziali per minori.

Tabella 4. Strutture residenziali e posti letto per minori per tipologia - Numero di strutture e posti letto totali, distribuzione dei posti letto, posti letto medi per struttura in ogni tipologia - Toscana, 31 dicembre 2021 - Fonte: SioSS

Tipologia	Strutture	Posti letto		
		n	%	Media per struttura
Comunità familiare per minori	43	351	26,7	8,2
Alloggio alta autonomia	62	327	24,9	5,3
Comunità socio educativa	37	289	22,0	7,8
Accoglienza bambino/genitore	31	253	19,3	8,2
Multiutenza	9	69	5,3	7,7
Pronta accoglienza	3	23	1,8	7,7
Educativo e psicologico	1	1	0,1	1,0
Totale	186	1.313	100,0	7,1

In termini di posti letto, sono 1.313 quelli complessivamente disponibili (tabella 4). Rispetto a questi, la maggior parte (26,7%) si concentra nelle Comunità familiari per minori; seguono gli alloggi alta autonomia (24,9%) e le Comunità socio-educative (22%). Ogni singola struttura è quindi in grado di mettere a disposizione mediamente circa 7 posti letto. Rispetto a questo valore medio, quasi tutte le tipologie di struttura si collocano tra i 7 e gli 8 posti letto, mentre è lievemente minore il dato relativo agli alloggi alta autonomia, con 5,3 posti letto.

In Toscana il sistema delle accoglienze è disciplinato da regolamenti regionali in tema di autorizzazione al funzionamento, di comunicazione di inizio attività e di accreditamento e, tranne rarissime eccezioni, gli enti gestori dei servizi residenziali presenti sul territorio sono dotati di Carta dei servizi.

I soggetti attuatori sono complessivamente 61, di cui 38 sono Comuni singoli, 14 Consorzi Società della salute (legge regionale 40/2005 - art. 71 bis), 4 Comuni convenzionati per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria (legge regionale 40/2005 - art. 70 bis), 4 Unioni di Comuni e 1 Zona-distretto (Elba).

Riguardo all'accesso al servizio, di seguito si elencano in ordine di peso percentuale decrescente i soggetti coinvolti: servizi sociali territoriali su provvedimento dell'Autorità giudiziaria (74%), servizi sociali territoriali per applicazione art. 403 cc. (69%), Autorità giudiziaria (67%), Forze dell'ordine e servizi sociali territoriali per affidamento consensuale (49%), richiesta della famiglia (26%).

Dei 61 soggetti attuatori, in 36 segnalano la presenza di un'equipe permanente per la gestione del minore accolto nel servizio residenziale, mentre la redazione di un "progetto quadro" viene svolta "sempre" da 49 soggetti attuatori, "spesso" da 7, "a volte" da 3 e "raramente" da 1. Il monitoraggio del progetto quadro avviene prevalentemente a cadenza prestabilita (43) piuttosto che al bisogno (16). La quasi totalità dei 61 soggetti attuatori redige "sempre" il progetto educativo (57); una quota residuale (3) lo redige "spesso" o "a volte". Sono 34 i soggetti attuatori che predispongono e promuovono progetti di post accoglienza.

Al 31 dicembre 2021 sono 990 i minori 0-17 anni in carico ai servizi residenziali del servizio sociale, di cui 57% accolti in strutture di accoglienza per minorenni situate al di fuori dell'ambito zonale che li ha in carico.

Servizio sociale professionale

La Toscana da tempo persegue gli obiettivi dell'integrazione tra servizio sociale e sanitario, potenziando il coordinamento efficace delle risorse con l'obiettivo di fare della prevenzione il cardine della progettazione e della valutazione di politiche, servizi e interventi.

Per rispondere in modo efficace alle esigenze della comunità e in particolare di quella quota di popolazione che vive in condizioni di marginalità, gli operatori sociali e sanitari, in particolar modo gli Assistenti sociali, rappresentano i nodi di una rete a cui i cittadini possono riferirsi per trovare professionisti in grado di fornire loro un sostegno, a partire dalle informazioni in merito ai diritti, alle prestazioni ed alle modalità di accesso ai servizi, e attraverso l'attivazione e il coordinamento delle risorse disponibili, assicurando un contributo essenziale alla realizzazione delle diverse politiche integrate di inclusione sociale.

La legge 328/2000 all'art. 22 colloca il Servizio sociale professionale all'interno del sistema degli interventi e dei servizi alla persona erogati dalla Pubblica amministrazione tra i Livelli essenziali di assistenza (Lea). In particolare, per quanto riguarda la Toscana, all'art. 2 della legge regionale n. 41/2005 si specifica che per "servizi sociali si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita...". La stessa legge regionale assegna all'art. 7 all'Assistente sociale responsabile del caso i compiti di valutazione professionale del bisogno, di definizione del percorso assistenziale personalizzato e della sua attuazione in termini di appropriatezza ed efficacia, sostenendo, al successivo comma, la necessità dell'integrazione multi-professionale con altri operatori sociali e sanitari. Inoltre la legge regionale n. 40/2015 prevede la figura dell'Assistente sociale come parte integrante del sistema dei servizi alla persona, nei compiti di rapporto con i cittadini, nello svolgimento di azioni di programmazione operativa e nel ruolo di responsabilità delle strutture organizzative professionali.

Gli iscritti all'Ordine degli Assistenti sociali

Per quantificare il numero di operatori presenti in Toscana possiamo avvalerci degli iscritti all'Ordine (istituito con la legge 84/1993 che ha sancito l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo professionale per poter svolgere la professione di assistente sociale sia in regime di lavoro autonomo, sia in regime di lavoro dipendente) nel triennio 2019-2021: il totale degli iscritti si mantiene costantemente oltre le 2.200 unità, arrivando nell'ultimo anno a 2.284 iscritti (in larga prevalenza donne), dei quali il 44% impiegati all'interno della Pubblica amministrazione. In riferimento all'ambito lavorativo, gli assistenti sociali iscritti all'Ordine si concentrano sugli enti locali e la sanità da una parte e all'interno del variegato mondo del Terzo settore (cooperative, associazioni, fondazioni e imprese sociali).

Tabella 1. Assistenti sociali iscritti all'ordine, per genere, sezione, classe d'età e ambito lavorativo – Toscana, periodo 2019-2021 – Fonte: Ordine degli Assistenti sociali della Toscana

	2019				2020				2021			
	M	F	Totale		M	F	Totale		M	F	Totale	
	n	n	n	%	n	n	n	%	n	n	n	%
Totale Iscritti	132	2.101	2.233	100,0	133	2.120	2.253	100,0	138	2.146	2.284	100,0
Sezione												
A. sociale specialista	50	1.006	1.056	47,3	50	980	1.030	45,7	47	932	979	42,9
A. sociale	82	1.095	1.177	52,7	83	1.140	1.223	54,3	91	1.214	1.305	57,1
Classe d'età												
<35 aa.	33	599	632	28,3	32	617	649	28,8	36	631	667	29,2
35-65 aa.	96	1.450	1.546	69,2	98	1.450	1.548	68,7	100	1.463	1.563	68,4
>65 aa.	3	52	55	2,5	3	53	56	2,5	2	52	54	2,4
Ambito lavorativo												
Ente locale			681	30,5			671	29,8			661	28,9
Sanità			492	22,0			468	20,8			451	19,7
Ministeri (Lavoro – Giustizia – Interno)			136	6,1			132	5,9			128	5,6
Inail-Inps			10	0,4			7	0,3			9	0,4
Associazioni			50	2,2			54	2,4			53	2,3
Cooperative			364	16,3			404	17,9			439	19,2
Fondazioni			24	1,1			25	1,1			26	1,1
Imprese sociali			8	0,4			10	0,4			9	0,4
Libera professione			16	0,7			18	0,8			18	0,8
Docente			26	1,2			24	1,1			18	0,8
Collaborazioni			11	0,5			11	0,5			15	0,7
Inoccupato			200	9,0			222	9,9			248	10,9
Pensionato			15	0,7			12	0,5			5	0,2
Altro			161	7,2			167	7,4			173	7,6
Non dichiarato			39	1,7			28	1,2			31	1,4

Gli Assistenti sociali impiegati nel Servizio sociale professionale

In riferimento alla recente implementazione da parte delle Zone-distretto dei prospetti previsti all'interno di Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (Sioss), la banca dati delle

professioni e degli operatori sociali, che individua le caratteristiche quantitative e qualitative del lavoro professionale impiegato all'interno del Servizio sociale professionale, al 31 dicembre 2021 registra in Toscana 1.306 Assistenti sociali (+13% rispetto all'anno precedente) per un monte ore settimanale di 42.982. Si tratta prevalentemente di donne (91,6%) con un'età superiore ai 35 anni (77%). Sono invece 362 (il 27,7% del totale) gli assistenti sociali esternalizzati, ovvero contrattualizzati con soggetti diversi dagli enti titolari della funzione socio-assistenziale esercitata in forma singola o associata.

Il database permette di distinguere le ore dedicate ai diversi ambiti di attività: il 6,6% è dedicato al "segretariato sociale", il 26,9% nell'area "famiglia/minori/anziani autosufficienti", il 20,5% per quella della "disabilità/non autosufficienza" e il 16,5% viene impiegato all'interno dell'area "povertà/disagio adulti". Il restante 29,5% del monte ore è imputato nell'area "Servizio sociale professionale", che comprende sia le attività di coordinamento, programmazione e progettazione, sia le funzioni che non possono essere riferite a specifici target, laddove (soprattutto nei comuni di piccole dimensioni), il servizio non è organizzato per aree di utenza dedicate.

Le nuove assunzioni: il potenziamento dei servizi sociali

Il 2021 si è aperto con un'opportunità importante per le politiche sociali e, più specificatamente, per il servizio sociale professionale, che ha posto le basi per costruire una rete di supporto per i cittadini più strutturale. La Legge di bilancio 2021 ha introdotto, infatti, rilevanti novità volte a potenziare e rendere ancora più efficaci gli interventi dei servizi sociali comunali, introducendo nuove norme volte ad ampliare e rafforzare gli organici degli assistenti sociali, sottolineando l'importanza del tempo pieno e dell'assunzione a tempo indeterminato, anche attraverso la stabilizzazione di quanti già operano, in diverse modalità, a favore dei servizi. La Legge ha fissato, inoltre, precisi livelli essenziali e obiettivi di servizio: in particolare, sono stati indicati sia il livello essenziale nella misura di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti, sia il nuovo obiettivo di servizio (1/4.000 abitanti) e prevedendo finanziamenti nella misura di 180 milioni di euro a valere sul Fondo povertà.

L'accesso ai contributi si basa sul raggiungimento di soglie definite dell'organico in servizio: a tale scopo possono essere conteggiati solo gli assistenti sociali con contratto di lavoro a tempo indeterminato che operano nell'ambito del servizio sociale o nella programmazione, anche in funzioni amministrative e di rendicontazione, ma sempre in ambito sociale. Dalla rilevazione Sioss sopramenzionata, si evidenzia come solo il 60% degli assistenti sociali che operano all'interno del servizio sociale professionale abbia un contratto a tempo indeterminato.

Le somme attribuite agli ambiti territoriali sono a copertura dei costi per gli assistenti sociali assunti in organico a tempo indeterminato (e non solo per nuove assunzioni) tra la soglia di accesso ai finanziamenti di 1 assistente sociale ogni 6.500 abitanti e fino alla soglia dell'obiettivo di servizio di 1 assistente sociale ogni 4.000 abitanti (con un contributo di 40mila euro annui ad assistente sociale in numero eccedente il rapporto di 1:6.500 fino al raggiungimento del

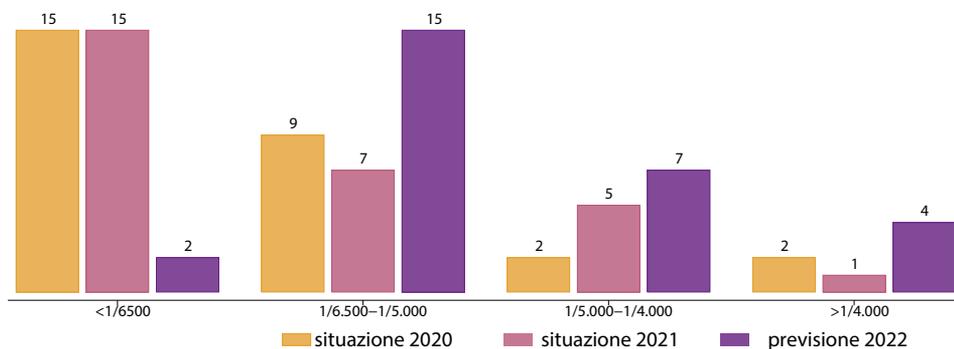
rapporto 1:5000, e di 20mila euro annui ad assistente sociale in numero eccedente il rapporto 1:5.000 fino al raggiungimento del rapporto di 1:4.000).

I dati a nostra disposizione ci permettono di ricostruire il quadro della situazione toscana per l'anno 2021 e quello previsionale 2022, in riferimento sia al livello essenziale dei servizi sociali costituito dal raggiungimento di un rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5.000, sia all'ulteriore obiettivo di servizio di 1:4.000 fissato dalla legge, provando a stimare anche le risorse che dovrebbero arrivare nel 2023 agli ambiti territoriali toscani a copertura dei costi per gli assistenti sociali assunti in organico a tempo indeterminato.

Analizzando i 28 prospetti relativi ai dati dell'anno 2021 che gli ambiti toscani hanno finalizzato all'interno di Sioss, abbiamo un dato sintetico degli assistenti sociali in servizio a tempo indeterminato pari a 568 (secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno, per la quale un dipendente assunto per un mese nell'anno vale 1/12), corrispondenti in media a oltre 20 Assistenti sociali per Zona-distretto. Tale contingente è costituito per il 56% (317,1 assunti a tempo indeterminato) da personale in servizio presso i singoli comuni e per il restante 44% in carico agli ambiti territoriali per lo svolgimento di funzioni sociali in modalità associata. La misura in oggetto, parametrata alla situazione certificata dagli Ambiti per l'anno 2021, ha portato ad un contributo pari a 2,6 milioni di euro per i 13 Ambiti che sono risultati sopra la soglia di 1 assistente sociale ogni 6.500 abitanti che dà diritto ai finanziamenti (15 Ambiti non hanno ricevuto alcun finanziamento per il 2021).

Spostando lo sguardo all'anno in corso, e quindi ai livelli che gli Ambiti prevedono di ottenere con le nuove assunzioni per il 2022 (dato previsionale) inseriti ai fini della prenotazione delle risorse, in Toscana dovremmo avere 732,8 assistenti sociali assunti a tempo indeterminato (sempre secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno), con un incremento del 29% del personale (+165 assunzioni full time equivalenti). Se tali previsioni verranno rispettate (il dato dovrà essere consolidato a febbraio 2023), nel territorio toscano arriveranno oltre 5 milioni di euro di fondi strutturali, fintantoché nei vari Ambiti il numero di assistenti sociali in proporzione ai residenti si manterrà sopra le soglie previste dalla normativa.

Figura 1. Situazione degli ambiti territoriali toscani alle annualità per le soglie previste dalla legge di bilancio 2021 - Toscana, periodo 2020-2021 e previsione - Fonte: Sioss



In riferimento ai dati consolidati dell'annualità 2021 e a quelli previsionali del 2022 (figura 1), abbiamo il 78% degli Ambiti (22 su 28) sotto il livello essenziale dei servizi sociali (Lep) costituito dal raggiungimento di un rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5.000 e solo 1 (Firenze) che raggiunge l'ulteriore obiettivo di servizio di 1:4.000 fissato dalla legge 178/2020 (Legge di bilancio per il 2021).

Se venissero confermati i dati previsionali per l'anno in corso, la situazione al 31 dicembre 2022 sarebbe ampiamente migliorata, con 11 Ambiti che raggiungerebbero il Lep del rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5.000 (4 dei quali che si posizionerebbero sopra l'obiettivo di servizio di 1:4.000). In tale scenario, 26 Ambiti riceverebbero comunque risorse strutturali per il potenziamento dei Servizi sociali ed è quindi presumibile che nei successivi anni la situazione relativa al personale assunto a tempo indeterminato migliorerà ulteriormente grazie alle recenti normative, che hanno determinato un significativo investimento sulla figura dell'assistente sociale, avendo incentivato il potenziamento del sistema dei servizi sociali comunali e zonali attraverso i meccanismi premiali descritti.

Consumo di farmaci e quesiti di farmaco-epidemiologia

In questo capitolo descriveremo l'andamento del consumo e della spesa farmaceutica a carico del Servizio sanitario nazionale (Ssn) in Toscana dal 2017 al 2021 attraverso l'utilizzo del Cruscotto direzionale toscano. Dalle analisi presentate di seguito sono esclusi i farmaci acquistati privatamente dai cittadini, non rilevabili dai flussi informativi sanitari. Il Cruscotto è un applicativo web disegnato e realizzato dall'Agenzia regionale di sanità Toscana insieme a Regione Toscana e all'Ente di supporto tecnico amministrativo regionale (Estar) nel 2021 per facilitare il monitoraggio di spesa e consumo dei farmaci rimborsati dal Ssn attraverso la misurazione di una serie di indicatori prestabiliti, e messo a disposizione delle Aziende sanitarie. I dati che alimentano il Cruscotto direzionale riguardano i seguenti flussi di dati amministrativi regionali: i farmaci erogati in convenzione, cioè i farmaci per uso domiciliare dispensati ai pazienti dalle farmacie territoriali (flusso Spf), i farmaci erogati ai pazienti dalle strutture sanitarie (flusso Fed) e i farmaci per uso ospedaliero erogati ai reparti (flusso Fes), dove, diversamente da quanto accade negli altri due flussi, le erogazioni non sono tracciate a livello individuale (del singolo paziente), ma complessivamente come quantità totale per singola tipologia di farmaco erogata a ciascun reparto o struttura sanitaria. Le erogazioni registrate nel flusso Fed possono essere ulteriormente distinte in farmaci per uso domiciliare, dispensati ai pazienti sia direttamente dalle farmacie ospedaliere (Fed-erogazione diretta) sia dalle farmacie territoriali per conto dell'Azienda territoriale di competenza (distribuzione per conto - Dpc), e farmaci per uso ospedaliero, che comprendono quelli ad uso ambulatoriale, le terapie oncologiche, le terapie CAR-T (terapie geniche avanzate) e i farmaci per l'emofilia somministrati a pazienti ospedalizzati.

In figura 1 è riportato il numero di dosi definite giornaliere (Ddd – dall'inglese Defined Daily Dose) erogate in Toscana a carico del Ssn. Le Ddd rappresentano un'unità di misura standard convenzionalmente utilizzata in farmacoepidemiologia per il monitoraggio del consumo di farmaci. Si può osservare come l'andamento annuale dei consumi sia rimasto sostanzialmente invariato negli anni 2017-2019 con una media di circa 2 miliardi di Ddd/anno. Successivamente, i dati mostrano una lieve diminuzione del consumo totale osservata nel biennio 2020-2021 in concomitanza del periodo di emergenza pandemica (-6% rispetto al triennio 2017-2019). In generale, la maggior parte delle Ddd sono state dispensate dalle tre Aziende unità sanitarie locali (Ausl), con una media di circa 1,9 miliardi di Ddd totali dispensate annualmente. In particolare, l'Ausl Toscana Centro, che rappresenta l'erogatore regionale con il maggior bacino d'utenza, ha erogato il maggior numero di Ddd nel periodo di osservazione considerato (media 2017-2021: 839 milioni di Ddd/anno), seguita dall'Ausl Nord-ovest (674 milioni di Ddd/anno) e dalla Ausl Sud-est (437 milioni di Ddd/anno).

In figura 2 si riporta il numero di Ddd pro capite/anno erogate per Ausl di residenza del paziente. Il consumo dei medicinali dispensati a carico del Ssn dalle farmacie territoriali

ha subito un calo piuttosto marcato negli anni 2020-2021 in concomitanza del periodo di emergenza sanitaria. Al contrario, nello stesso periodo, il consumo pro capite annuo dei farmaci erogati attraverso il canale della distribuzione per conto ai residenti di ciascuna delle tre Aisl è aumentato rispetto al periodo 2017-2019 (Ddd pro capite/anno nel 2019 in Dpc: Centro=27, Nord-ovest=28, Sud-est=21; Ddd pro capite/anno nel 2021 in Dpc: Centro=32, Nord-ovest=34, Sud-est=24). In particolare, l'incremento marcato del consumo pro capite annuo dei farmaci in Dpc osservato nel biennio 2020-2021 è da ascrivere alla riallocazione in Dpc di diversi farmaci in precedenza erogati esclusivamente dalle farmacie ospedaliere, al fine di limitare la circolazione dei cittadini e gli accessi alle strutture ospedaliere durante l'emergenza sanitaria da Covid-19. L'andamento toscano trova riscontro in quello nazionale, caratterizzato da un'analogia flessione dei consumi generali dei farmaci di fascia-A in assistenza convenzionata durante il periodo 2020-2021 rispetto al periodo pre-pandemico, sebbene accompagnata da un aumento delle Ddd erogate attraverso il canale della Dpc (Fonte: Rapporto Osmed 2021).

Figura 1 - Dosi giornaliere (Ddd) totali erogate, per Azienda di erogazione - Valori in milioni di Ddd - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Cruscotto direzionale toscano della farmaceutica su dati flussi informativi Spf, Fed, Fes

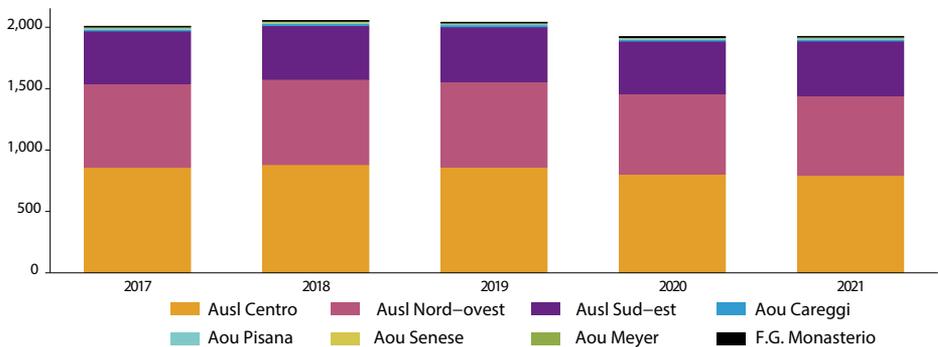
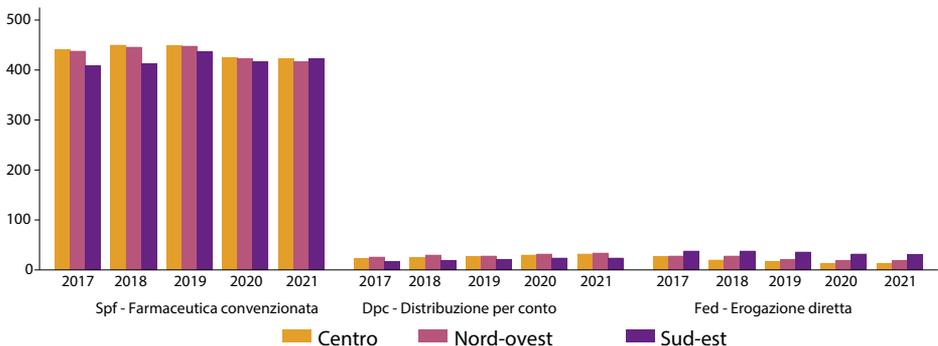


Figura 2. Dosi giornaliere (Ddd) erogate per uso domiciliare, per Aisl di erogazione e canale di distribuzione - Valori in Ddd pro capite - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Cruscotto direzionale toscano della farmaceutica su dati flussi informativi Spf, Dpc, Fed



La figura 3 mostra invece l'andamento della spesa regionale per i farmaci a carico del Ssn, per canale di distribuzione. Come osservato per i consumi, anche la spesa farmaceutica generale è risultata in lieve calo durante il periodo di osservazione (-4% dal 2017 al 2021), con un aumento in controtendenza limitato alla spesa per i farmaci in Dpc (+48% dal 2017 al 2021). Tale andamento trova riscontro a livello nazionale, dove la spesa dei farmaci erogati in distribuzione per conto nel periodo 2017-2021 ha mostrato un costante aumento, a differenza invece di quanto osservato per i farmaci erogati in distribuzione diretta e farmaceutica territoriale (Rapporto Osmed 2021).

Figura 3. Spesa farmaceutica, per canale di distribuzione - Valori in milioni di euro - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Cruscotto direzionale toscano della farmaceutica su dati flussi informativi Spf, Fed, Fes, Dpc

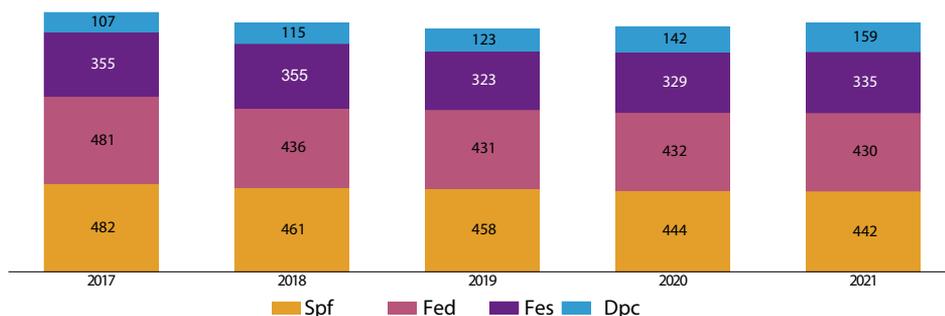
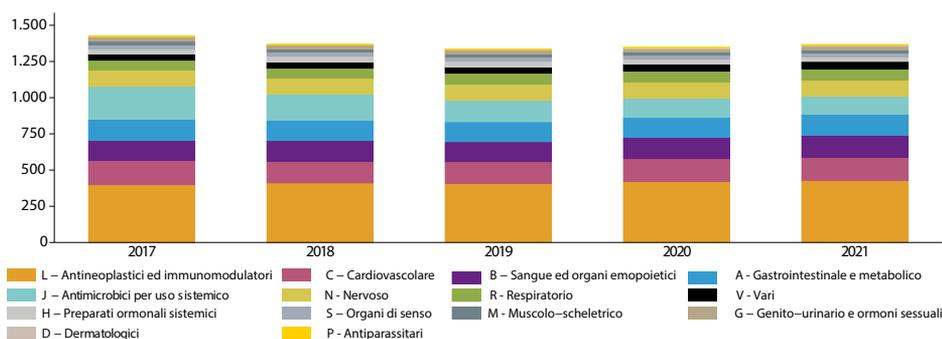


Figura 4. Spesa farmaceutica cumulativa, per classe Atc di livello I - Valori in milioni di euro - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Cruscotto direzionale toscano della farmaceutica su dati flussi informativi Spf, Fed, Fes

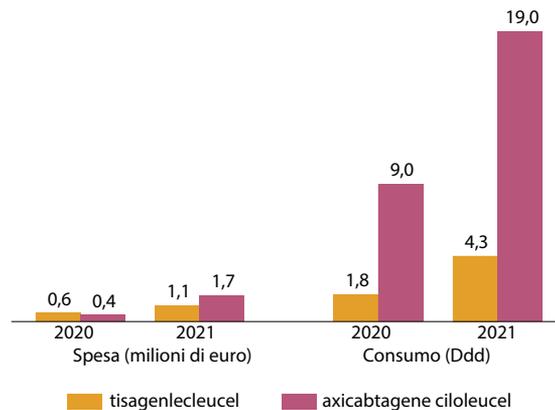


Il grafico della spesa divisa primo livello della classificazione Atc (Anatomica terapeutica chimica, classificazione adottata per individuare e classificare la tipologia di farmaco) mostra come i farmaci antineoplastici e immunomodulatori (Atc L) abbiano rappresentato la classe di farmaci a maggior spesa durante tutto il periodo di osservazione, assorbendo in media

circa il 30% della spesa farmaceutica totale a carico del Ssn (figura 4). Tale dato, in linea con quanto riportato a livello nazionale (Rapporto Osmed 2021), è riconducibile ai diversi farmaci innovativi, ad elevato costo, appartenenti a questa categoria. I farmaci antimicrobici per uso sistemico, classe J, hanno fatto registrare una sensibile riduzione della spesa (2017: 227 milioni di euro; 2021: 122 milioni di euro) che è da ricondursi principalmente alla diminuzione del consumo di antibiotici osservato in Italia durante il periodo (Rapporto Osmed 2021). Tra le classi di farmaci a maggior spesa, i farmaci cardiovascolari, classe C, si sono collocati rispettivamente al 3° posto negli anni 2017-2018 e al 2° posto nel triennio 2019-2021. Nonostante si tratti del gruppo Atc a maggior consumo anche a livello nazionale, i farmaci innovativi e ad alto costo rientranti in questa categoria (ad esempio inibitori del Pcsk9 alirocumab ed evolocumab e l'associazione sacubitril/valsartan) sono di numero limitato e utilizzati da un numero relativamente basso di pazienti (Rapporto Osmed 2021).

Infine, di seguito è riportato un esempio di analisi a livello di principio attivo, V livello della classificazione Atc. L'esempio riguarda le terapie geniche CAR-T, cioè axicabtagene ciloleucel e tisagenlecleucel, essendo la Toscana, con Lombardia Piemonte e Lazio, tra le quattro regioni che contano oltre la metà dei centri qualificati per la somministrazione di queste terapie. Vista la loro commercializzazione a partire dal 2019, i dati di spesa e consumo si riferiscono al biennio 2020-2021. Dalla figura 5 si nota come il consumo sia raddoppiato, passando dalle 11 Ddd dispensate nel 2020 alle 23 nel 2021 e, di conseguenza, anche il valore della spesa ha fatto registrare un incremento notevole, da 1 a 2,7 milioni di euro.

Figura 5. Consumo e spesa per terapie geniche CAR-T - Valori in Ddd e milioni di euro - Toscana, periodo 2020-2021 - Fonte: Cruschetto direzionale toscano della farmaceutica



In conclusione, durante il periodo 2017-2021 sia il consumo sia la spesa per i farmaci rimborsati dal Ssr toscano hanno mostrato un lieve calo in concomitanza dell'emergenza pandemica. Nello stesso periodo, 2020-2021, si è osservato un andamento in controtendenza sia del

consumo sia della spesa per i farmaci erogati in Dpc, principalmente dovuto agli interventi di tipo organizzativo del servizio sanitario finalizzati al contenimento dell'epidemia. Circa il 30% della spesa farmaceutica totale è stata dedicata ai farmaci antineoplastici e immunomodulatori tra i quali vi rientrano medicinali innovati e ad alto costo come le terapie CAR-T. Per queste ultime, il consumo nel 2021 è raddoppiato rispetto all'anno precedente, facendo registrare una spesa totale nel biennio 2020-2021 di circa 3,8 milioni di euro a fronte di sole 34 Ddd erogate.

La qualità delle cure

Assistenza garantita: i Livelli essenziali di assistenza

Tabella 1. Indicatori Core del Nuovo sistema di garanzia Lea – Valore indicatore e punteggio Lea – Toscana, periodo 2019-2021 – Fonte: Prolea Ars

	Soglia		Valore indicatore			Punteggio Lea
	Suf.	Max	2019	2020	2021	
Indicatori Core Nsg - Assistenza ospedaliera						
Ospedalizzazione ordinaria e diurna (x1.000)	<160	<160	120,3	98,5	99,2	100
Interventi tumore maligno mammella eseguiti in reparti con volumi >150 (con 10% tolleranza) interventi annui (%)	≥70	≥90	96,5	90,9	87,3	92
Rapporto tra ricoveri ordinari con Drg ad alto rischio di inappropriata e non a rischio di inappropriata		<0,15	0,2	0,1	0,1	100
Pazienti 65+ con frattura del collo del femore operati entro 2gg in regime ordinario (%)		≥80	75,4	69,9	66,7	77
Parti cesarei primari in maternità di I livello (%)		≤15	18,6	19,3	16,6	86
Parti cesarei primari in maternità di II livello (%)		≤20	21,7	19,6	19,7	100
Colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria <3gg (%)		≥90	85,6	82,2	84,2	86
Indicatori core Nsg - Assistenza distrettuale						
Ricoveri adulti per complicanze a breve e lungo termine per diabete, Bpco e scompenso cardiaco (x100.000)		<343	220,9	177,8	187,6	100
Ricoveri pediatrici per asma e gastroenterite (x100.000)		<109	41,4	16,5	22,1	100
Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti)		<18	13,7	15,3	16,3	100
Prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (%)		>90	74,8	75,0	80,0	86
Consumo di antibiotici (Ddd x1.000/anno)		<5.652	5.507	4.047	3.794	100
Pazienti trattati in Adi con Cia 1-2-3 (x1.000)			25,0	27,7	30,1	100
Re-ricoveri a 8-30gg in psichiatria (%)		<4	7,1	5,7	5,6	87
Deceduti per tumore assistiti da rete di cure palliative (%)		≥55	37,1	37,7	34,4	57
Anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale (x1.000)		≥41	36,4	30,7	25,1	61
Indicatori Core Nsg – Prevenzione (copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi)						
Anti Dtp (difterite, tetano, pertosse), ciclo base (%)		>95	96,8	96,8	96,9	100
Anti Hib, ciclo base (%)		>95	96,8	97,2	97,1	100
Anti epatite B, ciclo base (%)		>95	96,6	96,6	96,8	100
Anti poliomielite, ciclo base (%)		>95	95,8	96,8	96,9	100
Anti Mpr (morbillo, parotite, rosolia), prima dose (%)		>95	95,3	96,1	95,7	100

*rosso: peggioramento, verde: miglioramento, bianco: stabile

Il primo gennaio 2020 in Italia entrava in vigore il Nuovo sistema di garanzia (Nsg) che avrebbe sostituito la vecchia griglia per valutare gli adempimenti regionali dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) a partire dai dati del 2020. I Lea sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di ticket, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. I tre grandi livelli sono: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera (fonte: Ministero della salute). Il 6 giugno 2020 il Ministero della salute rendeva pubblici i dati della sperimentazione, condotta nel corso del 2019, del calcolo dei nuovi indicatori proposto dal Nsg, testando la nuova metodologia sui dati del 2017 e predisponendo le basi informative sanitarie al loro calcolo.

Nel contesto di questa valutazione sperimentale, la Toscana otteneva punteggi piuttosto soddisfacenti poiché in tutte le aree raggiungeva punteggi superiori all'80%: 87% l'area della prevenzione, 82,6% l'area del distretto e 94% quella dell'ospedale.

Una simulazione analoga condotta da Ars su dati che arrivavano ad abbracciare il triennio 2017-2019 confermava tali risultati positivi, rendendo evidente come la Toscana in quel periodo avesse sostenuto la prevenzione, lavorando in particolar modo sulle coperture vaccinali nei bambini, avesse presidiato con continuità l'assistenza ospedaliera con alcuni risultati più che soddisfacenti in termini di appropriatezza ed efficacia, mentre necessitasse di interventi più mirati per ridurre la variabilità territoriale dell'assistenza.

A giugno 2020, dopo la prima ondata pandemica e nell'incertezza per il futuro più immediato, leggere i numeri di queste simulazioni lasciava ben poco tempo ad approfondimenti analitici di un contesto assistenziale che nel frattempo era bruscamente mutato. Ciò che ci si domandava di fronte a quei valori dei Lea era piuttosto se sarebbe stato possibile mantenerli in futuro.

Oggi, dopo due anni e mezzo di pandemia, è possibile monitorare l'andamento degli indicatori inclusi nei Lea in anticipo rispetto alle tempistiche nazionali con riferimento alle aree ospedaliera e distrettuale per il triennio 2019-2021 (tabella 1).

L'area ospedaliera: bassi tassi di ospedalizzazione e ricoveri appropriati, con alcuni interventi da monitorare

Nel triennio 2019-2021 l'ospedalizzazione si conferma su valori contenuti, con una sensibile diminuzione nel biennio 2020-2021, come noto, rispetto all'anno pre-pandemico. In questo periodo, in particolare, si sono ridotti i ricoveri chirurgici, ma non gli interventi oncologici, le giornate di degenza in area medica e gli accessi per condizioni acute come infarto e ictus ischemico. Con i dati disponibili non possiamo valutare se la riduzione abbia portato ad una maggior appropriatezza, sulla spinta del calo degli accessi per le restrizioni dello stato d'emergenza (ipotizzando che la riduzione abbia riguardato in primis i ricoveri a maggior rischio di inappropriatezza), o se invece sconti le difficoltà di accesso adeguato nelle condizioni critiche connesse all'organizzazione dei reparti Covid-19. Il rapporto tra ricoveri in regime ordinario attribuiti a Drg ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a Drg non a rischio di

inappropriatezza, basato su classificazioni amministrative, rimane comunque sotto soglia.

La situazione generale porta tuttavia al peggioramento di alcuni indicatori:

- interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui, la cui percentuale si abbassa dal 97% circa del 2019 all'87% del 2021;
- operazione di pazienti d'età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore entro 2 giorni dall'evento, in regime ordinario, che passano dal 76% del 2019 al 67% del 2021; colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni, la cui percentuale si riduce di due soli punti percentuali tra 2019 e 2021, ma che nell'anno pre-pandemico riportava già valori inferiori alla soglia del 90%, pari all'84%.

Il miglioramento, invece, riguarda gli indicatori dei parti cesarei primari in maternità sia di primo che di secondo livello.

L'area distrettuale: miglioramenti diffusi, ma attenzione ad allarmi target, cure palliative ed Rsa

La tempistica per le prestazioni ambulatoriali, l'uso degli antibiotici, l'assistenza domiciliare e i re-ricoveri in psichiatria sono sicuramente gli ambiti dove il Servizio sanitario regionale (Ssr) riesce ad ottenere risultati positivi nella griglia di valutazione Lea simulata. Vediamoli nel dettaglio:

- la percentuale delle prestazioni di classe di priorità B che vengono garantite entro i tempi, pur mantenendosi ben al di sotto del valore soglia del 90% in rapporto al totale di prestazioni di questa classe, passano comunque dal 75% del 2019 all'80% del 2021;
- le dosi giornaliere (Ddd per 1.000 abitanti/anno grezze) di antibiotici consumate, già inferiori al valore soglia di 5.653 nel 2019, si riducono a quasi 3.800 unità nel 2021;
- i pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata (con un coefficiente di intensità assistenziale, proxy della frequenza di accesso da parte dell'operatore, alto) aumentano dal 18 per 1.000 del 2019 al 30 per 1.000 del 2021;
- il valore dell'indicatore sui re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria nel triennio considerato riduce in modo considerevole lo scarto dalla soglia del 4%, passando dal 7,1% del 2019 al 5,6% del 2021.

Se l'area distrettuale mostra quindi diversi miglioramenti in un contesto dove si conferma la bassa ospedalizzazione a rischio di inappropriatezza, costantemente sotto i valori soglia, alcuni indicatori richiedono una particolare attenzione visto il peggioramento registrato nel triennio:

- l'intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso, che nel 2019 aveva un valore inferiore di 5 minuti rispetto alla soglia di 18 minuti medi, mostra un aumento di 3 minuti nel 2021;
- la percentuale dei deceduti per tumore assistiti dalla rete di cure palliative, pur non diminuendo drasticamente durante il triennio (34,4% nel 2021) resta lontana dalla soglia del 55%;

- gli anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale, a fronte di un valore soglia di 41 per 1.000, passano dal 36,6 per 1.000 del 2019 al 25,1 per 1.000 nel 2021.

Gli indicatori Lea e l'impatto della pandemia sui comportamenti organizzativi e assistenziali

Per comprendere l'impatto della pandemia sui Lea è necessario leggere gli indicatori calcolati alla luce dei diversi comportamenti adottati sia dal lato della domanda sia da quello dell'offerta di assistenza durante la pandemia. Dal lato dell'offerta dovremmo quindi considerare i cambiamenti organizzativi degli ospedali finalizzati ad organizzare la gestione di pazienti Covid-19 e quelli che, in questo contesto di risorse più limitate, possano aver favorito maggiore attenzione all'appropriatezza assistenziale. Dal lato della domanda, invece, la pandemia ha probabilmente condizionato molte persone nel recarsi a presidi sanitari ed accedere a cure che avessero comportato un maggior rischio di contagio. È un esempio in questo senso l'indicatore relativo alla presa in carico residenziale degli anziani non autosufficienti: da un lato la riorganizzazione delle Residenze sanitarie assistite (Rsa), molto colpite da contagi e decessi nelle prime fasi della pandemia, ha limitato l'attività e introdotto restrizioni o divieto totale di visita da parte dei familiari, restringendo in generale il canale di accesso, dall'altro lato le stesse famiglie, proprio per non esporre il proprio familiare al rischio di contagiarsi, possono aver fatto uno sforzo maggiore per mantenerlo al proprio domicilio.

Il 2022, in questo senso, potrebbe rappresentare il primo anno di ritorno ad una quasi normalità nell'accesso e nell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, auspicando una progressiva riduzione dell'impatto dei contagi da Sars-Cov-2 sui servizi e nella popolazione.

Copertura vaccinale in età pediatrica

Negli ultimi decenni la vaccinazione ha consentito di ottenere un'importante diminuzione del numero dei casi di malattia infettiva, permettendo inoltre l'eradicazione di alcune patologie in quei territori dove le coperture vaccinali (Cv) hanno raggiunto i valori target. Sono tuttavia numerosi i Paesi, prevalentemente quelli più avvantaggiati dal punto di vista economico, in cui alcune "sacche" di popolazione, per ragioni che vanno dalla scarsa conoscenza/scetticismo al totale rifiuto della vaccinazione, decidono di non vaccinarsi o non vaccinare i propri figli, alimentando l'ormai noto fenomeno della "esitazione vaccinale", che si caratterizza per il ritardo nell'aderire all'offerta vaccinale e/o il rifiuto della vaccinazione stessa.

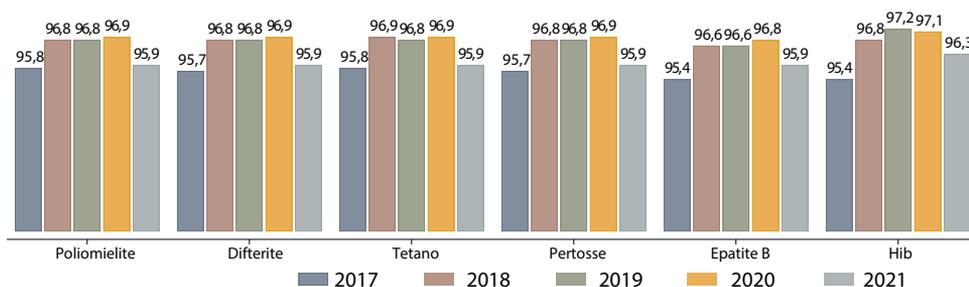
L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) raccomanda di raggiungere per tutti gli antigeni previsti dai calendari vaccinali dei vari Paesi una Cv minima del 95% per limitare la circolazione dei virus e batteri nella collettività, con lo scopo di raggiungere la cosiddetta "immunità di gregge", forma di protezione indiretta per coloro che non possono essere vaccinati a causa di un sistema immunitario non in grado di rispondere correttamente alla vaccinazione.

In Italia, così come in altri Paesi europei, è stato osservato un costante calo delle Cv dal 2014, in Toscana dal 2016, e si è raggiunto il minimo storico per tutti gli indicatori riferiti a tutte le vaccinazioni pediatriche, con valori al di sotto del 95%. Per contrastare tale riduzione, il Governo italiano ha approvato la legge n. 119 del 2017, che impone 10 vaccinazioni obbligatorie (anti difterite, tetano, pertosse, poliomielite, *Haemophilus influenzae* B, epatite B, morbillo, parotite, rosolia, varicella) e 4 raccomandate (anti meningococco B, meningococco C, pneumococco, rotavirus) per i bambini e ragazzi d'età compresa tra 0 e 16 anni. Gli effetti della legge nazionale hanno permesso un aumento delle Cv già a partire dall'anno successivo della loro introduzione.

Nel 2021, ultimo dato disponibile nel momento in cui viene scritto questo documento, le Cv a 24 mesi si sono attestate in Italia su valori prossimi al 94% per il vaccino esavalente (anti-poliomielite, tetano, pertosse, difterite, *Haemophilus influenzae* B ed epatite B), con una riduzione media di un punto percentuale rispetto al 2019. Per quanto riguarda invece gli altri quattro antigeni previsti dalla legge dell'obbligo, morbillo, parotite e rosolia hanno fatto registrare un aumento di oltre il 2% rispetto all'anno precedente, tornando su valori simili a quelli del 2019, mentre la varicella ha raggiunto un valore del 92% circa, 2,5 punti percentuali superiore a quello del 2020.

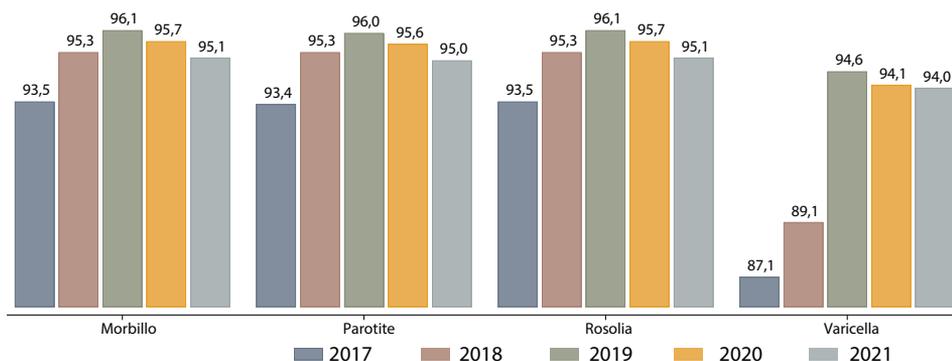
In Toscana, regione in cui storicamente le Cv sono superiori alla media nazionale, tutte le vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi di vita, ad eccezione della varicella, in seguito all'introduzione della legge nazionale sull'obbligo vaccinale hanno superato nel 2018 la soglia raccomandata dall'Oms del 95%, confermandosi su valori decisamente elevati negli anni successivi ed in particolare nel 2021, prossimi al 96% per il vaccino esavalente, poco superiori al 95% per il trivalente morbillo, parotite, rosolia mentre la varicella si è fermata al 94% circa (figura 1).

Figura 1. Coperture vaccinali a 24 mesi di vita per difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, *Haemophilus influenzae* B - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana



La Cv relativa al vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia, dopo aver mostrato negli anni valori generalmente compresi tra l'87 ed il 92%, ha superato per la prima volta il 95% nel 2018, attestandosi su valori prossimi al 96% nel 2019, per poi diminuire nuovamente nel biennio successivo, sino a raggiungere valori di poco superiori al 95% nel 2021 (figura 2). La varicella invece, dopo una sensibile crescita dal 75,3% del 2016 all'87,1% del 2017, ha fatto rilevare un ulteriore importante aumento nell'ultimo triennio 2019-2021 con valori superiori al 94%.

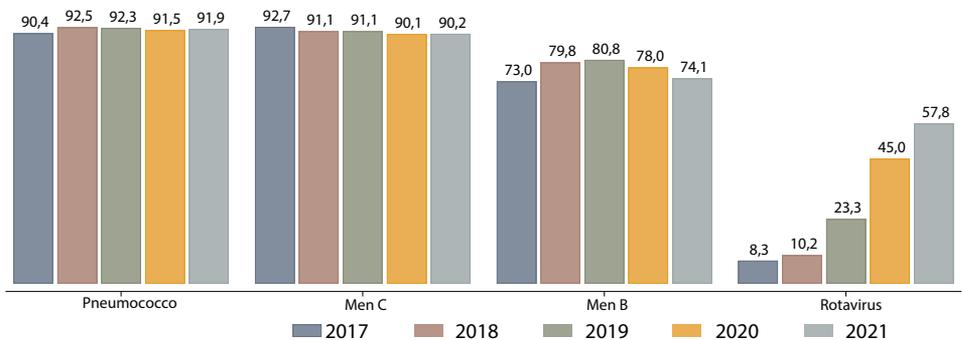
Figura 2. Coperture vaccinali a 24 mesi di vita per morbillo, parotite, rosolia, varicella - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana



Passando invece alle quattro vaccinazioni raccomandate dalla legge nazionale (figura 3), lo pneumococco mostra valori stabili nell'ultimo quinquennio, compresi tra il 90,4% del

2017 ed il 92,5% del 2018, attestandosi al 91,9% nel 2021. Un discorso analogo vale per il meningococco C, antigene per il quale negli ultimi cinque anni i valori sono oscillati tra il 90,1% del 2018 ed il 92,7% del 2017, attestandosi poi nel 2021 al 90,2%. Il meningococco B, dopo una sensibile crescita che gli ha permesso di passare da una Cv di 54,8% nel 2016 a valori prossimi all'80% nel 2019, nell'ultimo biennio ha mostrato una progressiva diminuzione, fino ad attestarsi al 74,1% nel 2021. L'ultima Cv, relativa al rotavirus, mostra i valori più bassi tra tutti i 14 antigeni previsti dalla Legge, raggiungendo comunque nel 2021 un valore prossimo al 57,8%, in sensibile aumento rispetto all'anno precedente, confermando un trend di veloce e costante crescita.

Figura 3. Coperture vaccinali a 24 mesi di vita per pneumococco, meningococco B, meningococco C e rotavirus - Toscana, periodo 2017-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana



Nell'ambito delle Cv pediatriche è opportuno menzionare, infine, quella contro i papilloma virus umani (*Human Papilloma Virus - Hpv*), gruppo di patogeni che si trasmettono principalmente per via sessuale. Secondo l'Oms ne esistono più di 100 tipologie delle quali almeno 13 sono ritenute ad alto rischio di causare malattie oncologiche. In particolare le specie 16 e 18 sono responsabili del 70% dei tumori della cervice uterina. Il danno economico e sociale causato dal carcinoma della cervice uterina è rilevante considerato che è il secondo tumore più diffuso nelle donne e colpisce ogni anno in Italia circa 3.500 persone, causando circa 1.000 decessi. La diagnosi precoce realizzata attraverso i programmi di screening (Pap test) negli ultimi venti anni ha permesso di ridurre notevolmente la mortalità per questo tumore. Affiancare dunque allo screening la vaccinazione anti-Hpv contribuisce efficacemente a ridurre l'impatto del cancro del collo dell'utero, che rappresenta la prima forma tumorale riconosciuta come totalmente riconducibile ad un'infezione, quella da papilloma virus umano.

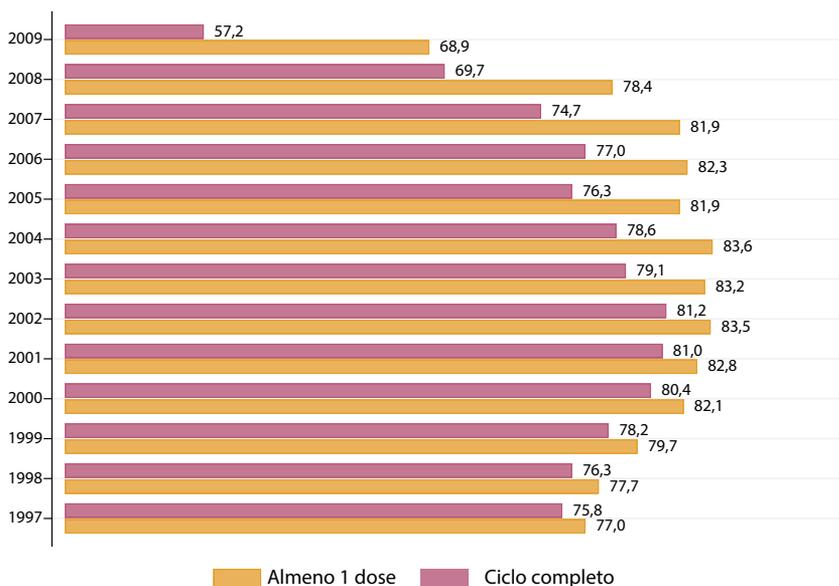
Il virus è responsabile di molte patologie anche negli uomini, dai comuni condilomi fino a malattie più serie, come i tumori nel cavo orale e gli organi genitali. Studi recenti hanno rivelato

l'efficacia della vaccinazione anti-Hpv nel prevenire l'insorgenza delle patologie in precedenza menzionate, e ne raccomandano pertanto la somministrazione prima dell'inizio dell'attività sessuale.

L'introduzione di questa vaccinazione è piuttosto recente, in Italia è avvenuta per le donne nel 2008 (coorte di nate nel 1997) e per gli uomini nel 2017 (coorte di nati nel 2006). La popolazione target è rappresentata dalle ragazze e dai ragazzi ai quali, nel corso del 12° anno di vita (11 anni compiuti), la vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente.

In Toscana i valori di Cv per Hpv calcolati al 31 dicembre 2021 tra le ragazze (figura 4), mostrano come atteso il dato più basso per l'ultima coorte di vaccinati, quella del 2009, mentre per le coorti precedenti, per le quali l'offerta vaccinale si mantiene gratuita fino al compimento del 18° anno d'età, i valori sono decisamente superiori, raggiungendo Cv di 83,6% per almeno una dose di vaccino e 81,2% per il ciclo completo. La Cv media per Hpv in Toscana si colloca tra i livelli più alti in Italia, ma comunque decisamente lontana dalla soglia ottimale prevista dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale (95%).

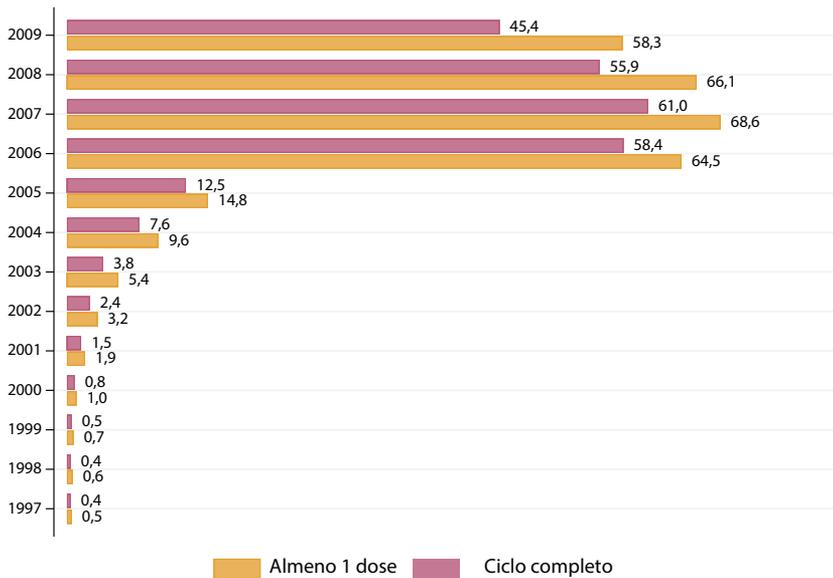
Figura 4. Coperture vaccinali per papilloma virus (almeno 1 dose e ciclo completo) nelle femmine per coorte di nascita (1997-2009) - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana



Il dato di Cv anti-Hpv tra i maschi toscani calcolato al 31 dicembre 2021, relativo all'ultima coorte di nati nel 2009, è il 58,3% per almeno una dose e il 45,4% per ciclo completo, valori sensibilmente inferiori rispetto a quelli delle tre coorti precedenti (2006-2008), per le

quali invece sono stati registrati valori compresi tra il 65% e il 69% per almeno una dose e 56%-61% per il ciclo completo (figura 5). I valori relativi alle coorti di nati prima del 2006 sono invece molto più bassi, perché la vaccinazione è diventata gratuita proprio a partire da quell'anno. La Cv calcolata al 31 dicembre 2020 per i maschi toscani e riferita alla coorte di nati nel 2008 è tra le più alte d'Italia. Le Cv per Hpv tra i ragazzi sono ancora molto lontane dagli obiettivi previsti dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019, che identifica una soglia graduale del 60% per il 2017 fino al 95% nel 2019.

Figura 5. Coperture vaccinali per papilloma virus (almeno 1 dose e ciclo completo) nei maschi per coorte di nascita (1997-2009) - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana



In conclusione è doveroso ricordare come complessivamente il sistema sanitario della Toscana sia riuscito a trovare le risorse, sia in termini di personale sia organizzative, per continuare a garantire un'offerta vaccinale congrua con le indicazioni previste dal calendario regionale delle vaccinazioni. Le Cv si sono infatti mantenute su valori alti, risultato questo tutt'altro che scontato, che deve essere riconosciuto, specialmente nel difficile biennio 2020-21, quando l'emergenza legata alla pandemia in corso ha richiesto al sistema un impegno decisamente superiore rispetto al passato.

Screening oncologici

L'attivazione di programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, definiti sulla base di criteri di efficacia e qualità del percorso offerto, è sostenuta sia a livello nazionale sia internazionale, perché questi programmi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la mortalità per specifico tumore. Le linee guide nazionali ed internazionali raccomandano alle donne fra i 50 e i 69 anni di sottoporsi a mammografia ogni due anni per intercettare precocemente eventuali tumori al seno, alle donne tra i 25 e i 64 anni di sottoporsi allo screening cervicale (Pap test o Hpv test) ogni tre anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina e alle persone nella fascia d'età 50-69 anni di eseguire uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali (ricerca del sangue occulto fecale - Sof, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni). Riguardo allo screening mammografico la Regione Toscana dal 2016 (Dgrt n. 875/2016) ha deciso di ampliare la fascia d'età elegibile accogliendo le donne dai 45 anni ai 74 anni e le Aziende toscane si stanno organizzando per adempiere all'offerta di questo servizio.

In generale, un esame di screening ha l'obiettivo di evitare l'insorgenza del tumore o, eventualmente, di favorire una diagnosi precoce che permetterebbe di ricorrere a interventi chirurgici e terapie meno aggressive, a notevole beneficio della qualità di vita dei pazienti.

Nel lockdown di marzo-aprile 2020, come in tutto il Paese, anche la Toscana ha interrotto gli inviti allo screening oncologico per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, per poi adoperarsi, a partire da maggio 2020, per la ripartenza, in linea con quanto indicato dall'Osservatorio nazionale screening (Ons). Come nel resto d'Italia, però, non tutti i programmi di screening sono ripartiti con le medesime tempistiche e ciò è imputabile alle specificità organizzative ed infrastrutturali delle varie zone, ma vi è stata, in ambito di Comitato di coordinamento regionale dello screening, un'ampia condivisione sulla gestione della sospensione delle attività durante il lockdown e sulle modalità di ripartenza. Sempre all'interno del Comitato di coordinamento, sono stati periodicamente analizzati i dati inclusi nei report di monitoraggio dell'Ons. Le principali scelte organizzative operate dopo il lockdown del 2020 hanno riguardato le modalità di invito, che hanno puntato sul contatto telefonico diretto per garantire gli appuntamenti in primis a chi aveva avuto una sospensione degli inviti. Nei mesi successivi è stata riattivata la modalità di invito con lettera con appuntamento prefissato e, in alcuni casi, anche con appuntamento aperto. Per quanto riguarda lo screening del colon-retto alcuni programmi sono ricorsi all'invio postale del kit per la ricerca del sangue occulto fecale.

I dati della sorveglianza dell'Istituto superiore di sanità Passi 2017-2020 evidenziano che in Toscana l'85,6% delle donne fra i 50 e i 69 anni si sottopone a scopo preventivo allo screening mammografico (tabella 1): il 76,1% effettua la mammografia nell'ambito di programmi organizzati dalle Ausl e il 9,4% per iniziativa personale. L'adesione totale risulta leggermente in aumento rispetto all'83,4% del periodo 2016-2019 e maggiore della media italiana (74,6%). L'88,2% delle donne fra i 25 e i 64 anni d'età si sottopone in Toscana allo screening cervicale

(Pap test o Hpv test), per lo più nell'ambito di programmi organizzati dalle Ausl (71,8%), mentre una quota inferiore di donne (16,2%) fa prevenzione per iniziativa personale, fuori dai programmi organizzati dalle Ausl, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame. L'adesione totale è maggiore sia del valore del periodo 2016-2019 (87,5%) sia della media italiana (79,4%).

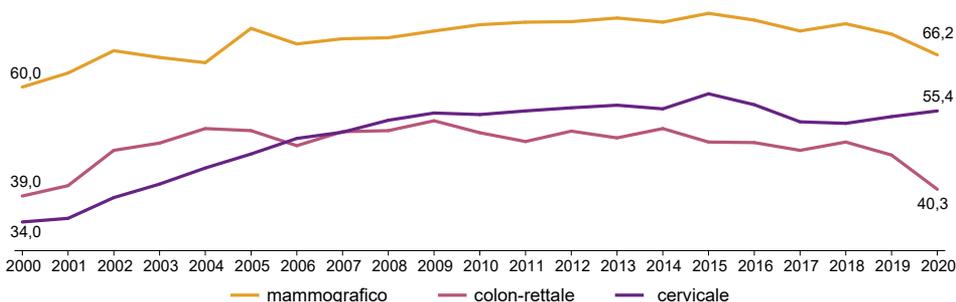
La copertura allo screening colon-rettale in Toscana è più bassa rispetto agli altri due screening (69%), sebbene sia in leggero aumento nel tempo e nettamente superiore al valore medio nazionale (47%). La gran parte delle persone che ha effettuato lo screening lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle Ausl, mentre quello spontaneo, è poco frequente (5%).

Tabella 1. Screening mammografico, colon-rettale e cervicale – Persone che hanno eseguito l'esame ogni 100 residenti target* - Regioni e Italia, periodo 2017-2020 – Fonte: Sorveglianza Passi, Istituto superiore di sanità

Regioni	Mammografico	Colon-rettale	Cervicale
Abruzzo	64,3	43,0	75,7
Basilicata	79,5	58,4	73,6
Calabria	58,4	12,1	61,7
Campania	54,1	28,0	64,9
Emilia-Romagna	85,8	67,4	89,3
Friuli V.G.	89,6	72,9	89,5
Lazio	80,7	47,7	85,9
Liguria	85,1	53,0	86,4
Lombardia (2016-2019)	84,8	74,7	83,4
Marche	80,1	58,5	84,6
Molise	69,6	34,9	64,9
Pa Bolzano	77,0	68,9	89,6
Pa Trento	86,4	70,1	85,1
Piemonte	76,8	n.d.	84,5
Puglia	68,2	10,6	75,4
Sardegna	66,0	45,5	73,3
Sicilia	65,5	33,0	69,5
Toscana	85,6	69,0	88,2
Umbria	85,6	62,3	87,3
Valle d'Aosta	84,4	68,0	84,1
Veneto	86,7	69,3	88,4
Italia	74,6	47,0	79,4

*mammografico: donne 50-69 anni; colon-rettale: popolazione 50-69 anni, cervicale: donne 25-64 anni

Figura 1. Screening mammografico, colon-rettale e cervicale – Adesione ogni 100 inviti (esclusi inesitati e esclusioni dopo invito) – Toscana, periodo 2000-2020 – Fonte: Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica della Toscana (Ispro)



Secondo i dati dell'Istituto toscano per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (Ispro), in Toscana nel 2020 (ultimo anno disponibile) la partecipazione (aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo invito) allo screening mammografico è stata pari al 66,2% (figura 1), in calo di 4 punti percentuali rispetto al 2019 (70,2%) e valore più basso degli ultimi 10 anni. Relativamente a questo indicatore il range varia dal 52% di Pisa (comunque in lieve calo rispetto al 2019) al 78,6% di Livorno. Alcuni programmi presentano variazioni importanti rispetto all'anno precedente: Massa e Carrara, Prato, Grosseto e Firenze presentano riduzioni di 16, 10, 8 e 6 punti percentuali. Il calo di adesione era atteso data l'emergenza pandemica, ma è comunque complessivamente contenuto. Le differenze percentuali, anche sensibili tra i vari programmi, sono anche da attribuirsi alle scelte di invito effettuate: nel 2020 tutti i programmi hanno rinunciato ad effettuare i solleciti, alcuni poi hanno preferito garantire l'invito a chi aveva già risposto in precedenza, mentre altri non hanno effettuato scelte di priorità. A questo si aggiunge probabilmente il timore, da parte della popolazione, di recarsi in presidi sanitari vissuti come pericolosi ai fini del contagio. È verosimile che questo timore abbia afflitto maggiormente le classi d'età più anziane, considerate più fragili.

Per quanto riguarda lo screening colon-rettale, in Toscana l'adesione media all'invito nel 2020 è stata pari al 40,3%, in riduzione di 6,6 punti percentuali rispetto al 2019. Il range varia dal 20,9% di Viareggio al 49,1% di Livorno. I programmi di Prato, Grosseto e Viareggio mostrano sensibili riduzioni di adesione rispetto all'anno precedente e precisamente di 11, 21 e 30 punti percentuali. Nel caso di Viareggio tale riduzione non è da attribuirsi solo alla mancata effettuazione dei solleciti e ad una minore propensione alla partecipazione, ma anche al fatto che nell'effettuare il recupero della copertura sono stati verosimilmente invitati molti soggetti che non avevano risposto ai precedenti inviti.

A differenza degli altri due screening quello cervicale nel 2020 presenta un leggero aumento di copertura rispetto ai due anni precedenti (55,4% rispetto al 54,3% e al 53% degli anni 2018 e 2019).

La Toscana, in sintonia con quanto stabilito nel Piano nazionale prevenzione 2014-2019, ha introdotto lo screening con test Hpv primario per le donne in fascia d'età 34-64 anni dalla fine del 2012. Al di sotto di tale età continua l'invito al Pap test ogni 3 anni. Nel 2020 tutti i 12 programmi aziendali (secondo il vecchio ordinamento a 12 Ausl) risultano aver adottato lo screening con test Hpv a partire dai 34 anni, ma considerato che l'implementazione si è realizzata con tempistiche molto diverse, al momento attuale solo i programmi di Grosseto, Firenze e Viareggio sono già al secondo round.

Come in tutte le regioni italiane, anche lo screening oncologico toscano ha subito dei ritardi importanti nell'erogazione dei test di primo livello. La ripresa, ancorché non omogenea su tutto il territorio regionale, ha però registrato una capacità di resilienza di notevole rilevanza. Per lo screening cervicale e mammografico i ritardi rispetto al 2019 sono stati contenuti, ma certamente vi sono alcune realtà che necessitano di cure ed impegno per ritornare ad una condizione di normalità. La situazione più critica sembra riguardare lo screening colon-rettale, con il protrarsi dei ritardi per tutto il 2021.

Consultori

Il decreto ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” conferma l’importanza del Consultorio familiare (Cf) per l’assistenza sanitaria territoriale e lo definisce come struttura aziendale ad accesso libero e gratuito, deputato alla prevenzione, alla cura ed alla promozione della salute delle donne, dei ragazzi e delle famiglie. L’equipe multidisciplinare (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale), che caratterizza l’approccio olistico delle attività consultoriali, deve garantire prestazioni, tutte previste nei Livelli essenziali d’assistenza (Lea), come da art. 25 del decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri 2017, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative, da erogare anche a livello domiciliare.

Le aree principali di attività sono quelle tradizionali di prevenzione, promozione e tutela della salute sessuale e riproduttiva della donna, dei ragazzi e delle loro famiglie; dell’assistenza alla donna in stato di gravidanza e durante il puerperio, della tutela della salute del bambino nascituro e nei primi 1.000 giorni di vita; del supporto psicologico e dell’assistenza necessaria alla donna durante tutto il percorso per l’interruzione volontaria della gravidanza; dell’educazione alla procreazione responsabile e dell’accesso ai programmi per la contraccezione; della procreazione medicalmente assistita. Tra i nuovi bisogni di salute, sono affidati alla consulenza, al supporto ed alle cure dei professionisti consultoriali in percorsi integrati con altri servizi territoriali ed ospedalieri, anche lo stato di disagio sociale, di maltrattamento, violenza ed abuso sia delle donne sia dei bambini e dei ragazzi, così come le problematiche relative alla genitorialità affidataria o adottiva, alla genitorialità vulnerabile, attraverso interventi di supporto psicologico e sociale a nuclei familiari, gruppi di sostegno tra famiglie e tra genitori e bambini; interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità. È raccomandato un approccio multidisciplinare e olistico (Planetary Health), da svolgersi favorendo una maggiore e reale integrazione con i servizi della Zona-distretto e con i servizi scolastici e per il welfare che partecipano ai percorsi di cura e presa in carico.

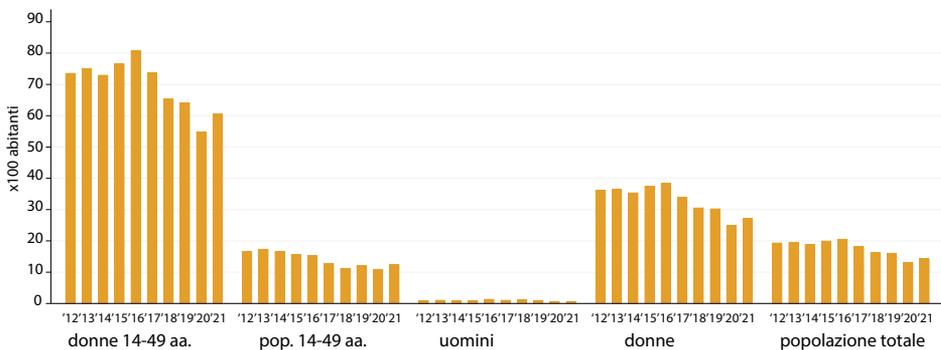
Il decreto ministeriale n. 77/2022 sottolinea, infine, il carattere di prossimità che deve avere l’assistenza consultoriale, rivedendo in parte gli standard stabiliti nel 1999 con il Programma obiettivo materno infantile (Pomi), quindi raccomandando almeno 1 consultorio ogni 20mila abitanti in area urbana, 1 consultorio ogni 10mila abitanti nelle aree interne e rurali, la presenza dei consultori o di proiezioni del servizio consultoriale nelle Case di comunità.

In realtà, molti degli indirizzi del decreto erano già presenti nella normativa regionale e nella programmazione sociale e sanitaria. Si pensi ad esempio alla presenza di flussi informativi consultoriali che, in Toscana e in pochissime altre regioni italiane, già dal 2009 documentavano le diverse articolazioni e specificità delle attività dei consultori. Il riordino dell’attività consultoriale, quale si configura attualmente, è avvenuto con la Dgr n. 259/2006. I consultori sono diventati così negli anni un punto di riferimento del servizio sanitario, in particolare per le fasce deboli della popolazione, soprattutto per il percorso nascita, per il

percorso dell'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), per i programmi di screening e per l'accesso alla contraccezione, gratuita dal 2018 (delibere regionali n. 1251/2018 e 394/2019). Peraltro, con la delibera n. 827 del 29 giugno 2020, la Regione Toscana ha approvato il "Protocollo operativo per l'Interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) farmacologica", che garantisce l'offerta dell'Ivg farmacologica come prestazione ambulatoriale anche presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione, in stretto collegamento con le attività consultoriali.

In Toscana al 31 dicembre 2021 i consultori familiari pubblici attivi sono 152 (1 ogni 24.295 abitanti), con una distribuzione sul territorio superiore alla media nazionale (1 ogni 32.325 abitanti) e in linea con il gold standard di riferimento stabilito nel Dm 77/2022. In base alla presenza o meno delle 4 figure professionali che compongono l'equipe consultoriale, secondo la Dgr n. 259/2006, un consultorio familiare può essere attualmente classificato in: principale (sono presenti tutte le 4 figure professionali di base), secondario (sono presenti almeno 2 figure professionali, il ginecologo o l'ostetrica più un'altra delle 4 figure professionali di base), proiezione (sede distaccata in cui opera almeno 1 delle figure professionali di base). Dei 152 consultori toscani 42 sono principali (28% del totale), 73 secondari (48%) e 37 proiezioni (24%). Tra le 4 figure professionali di base la più frequente è l'ostetrica, seguita dal ginecologo, dallo psicologo e dall'assistente sociale. Inoltre, si rileva la presenza di altre figure professionali: il mediatore culturale, il pediatra, l'infermiere professionale, l'urologo, il dietista e, in rari casi, il neuropsichiatra infantile, l'educatore professionale e il consulente legale.

Figura 1. Prestazioni consultoriali, per target – Tasso di incidenza per 100 abitanti – Toscana, periodo 2012-2021. Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Spc



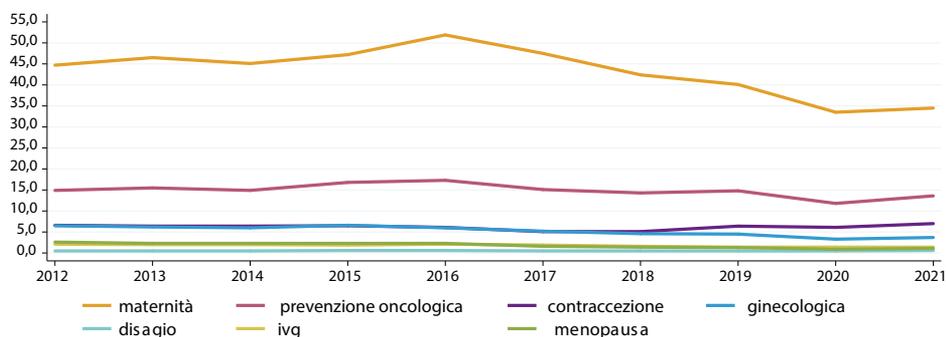
Il numero di prestazioni erogate rispetto alla popolazione residente rappresenta il volume di attività dei Cf ed indirettamente misura l'apporto che danno nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale. Nel 2021 sono state erogate dai consultori familiari 529.867 prestazioni (14,4 prestazioni ogni 100 abitanti), in linea con il valore medio nazionale (15,1 per 100 nel 2018-2019) e in ripresa rispetto ai valori pre-Covid-19 (figura 1). Il 98% delle

prestazioni è rivolta alla popolazione femminile (27,3 prestazioni ogni 100 donne e 0,5 ogni 100 uomini) e soprattutto a quella in età feconda (15-49 anni), in particolare per il percorso nascita (60,7 prestazioni ogni 100 donne in età feconda).

La capacità attrattiva dei consultori rispetto ai giovani risulta pari a 12,5 prestazioni ogni 100 giovani di 14-19 anni ed in aumento rispetto agli anni precedenti, grazie soprattutto al programma di educazione alla salute sessuale e di contraccezione gratuita, attivato nel 2020.

Il 47,1% delle prestazioni riguarda l'area maternità, il 25,5% l'area della prevenzione oncologica, il 9,5% la contraccezione, l'8,1% l'area della ginecologia. Seguono, significativamente per questi ultimi anni, le problematiche psico-relazionali e del disagio (4,4%). Per ciascuna area di attività si osserva un andamento costante nel tempo, con una flessione nel primo anno di pandemia, che ha ridotto l'accesso a tutti i servizi (figura 2), solo in parte compensata nel 2021.

Figura 2. Prestazioni consultoriali, per area - Tasso di incidenza per 100 abitanti - Toscana, periodo 2012-2021. Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Spc



* sulle seguenti popolazioni per area: maternità (donne 14-49 anni), oncologica (donne 15-49 anni), contraccezione e IVG (donne 25-64 anni), ginecologica (donne 15-64 anni), disagio (residenti), menopausa (donne 45-64 anni)

È attualmente in elaborazione una revisione dell'organizzazione dell'attività consultoriale in Toscana, cui si vuole dare ulteriore impulso ed efficacia, coerentemente con le indicazioni e le prospettive dell'assistenza territoriale disegnate dal Dm 77/2022. I nuovi indirizzi regionali conterranno un aggiornamento della classificazione, della tipologia e dei bacini di utenza dei consultori, l'organizzazione aziendale e l'articolazione della rete locale, gli standard previsti per la presenza del personale, il lavoro di equipe, gli orari di apertura dei servizi e più in generale, per i requisiti di accreditamento, la documentazione dell'attività nei flussi informativi regionali. Particolare attenzione sarà rivolta alle nuove generazioni con l'organizzazione dei consultori giovani quali luoghi di salute dedicati ai ragazzi, con programmi di informazione, prevenzione e promozione della salute, con particolare riguardo alla salute sessuale e riproduttiva, ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, alla promozione di corretti stili di vita e, più in generale, a bisogni specifici, emergenti da indagini periodiche. Saranno attivati inoltre nuovi strumenti informativi, grazie anche ai programmi della sanità digitale.

Tempi di attesa specialistica ambulatoriale

Per la valutazione della garanzia dei tempi di attesa si fa convenzionalmente riferimento alla differenza in giorni tra la data della prenotazione di una prestazione specialistica ambulatoriale e la prima data utile proposta all'utente al momento della prenotazione. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato per il primo accesso di tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali, in base a quanto definito dai codici di priorità (urgente, breve, differibile e programmata). Il tempo di attesa si intende soddisfatto quando l'Azienda sanitaria garantisce la prima disponibilità, entro il tempo massimo stabilito, in almeno un punto di erogazione dell'ambito di garanzia (direttamente in presidi aziendali, presso l'Azienda ospedaliera di riferimento, in uno dei presidi privati convenzionati).

La tabella 1 mostra la percentuale di visite di primo accesso prenotate entro i tempi massimi previsti dal Piano regionale di gestione delle liste di attesa (Pr gla) 2019-21 (15 giorni) e dai riferimenti nazionali (30 giorni) per gli anni 2020 e 2021. I tre colori, da rosso a verde, corrispondono a delle soglie di visite erogate entro i tempi (<75%, tra 75% e 89%, ≥90%).

Tabella 1. Visite specialistiche erogate, totali ed entro i tempi fissati da obiettivo regionale e nazionale, per specialità - Valori assoluti e per 100 visite erogate - Toscana, periodo 2020-2021 - Fonte: Regione Toscana

Specialità	2020			2021		
	Prestazioni erogate	% entro tempi regionali	% entro tempi nazionali	Prestazioni erogate	% entro tempi regionali	% entro tempi nazionali
Cardiologica	79.001	87,0	90,3	117.690	77,0	86,4
Chirurgia generale	24.636	89,5	94,5	37.508	95,1	98,0
Dermatologica	79.681	86,6	90,3	131.196	81,2	88,9
Ginecologica	30.266	79,7	86,7	49.363	80,1	87,4
Neurologica	34.189	89,2	94,7	49.210	87,3	94,2
Oculistica	116.968	89,0	92,1	171.419	80,6	88,1
Ortopedica	59.075	89,0	93,7	89.498	87,0	93,8
Otorinolaringoiatrica	66.440	84,5	91,6	100.622	82,9	92,4
Urologica	27.904	83,7	90,4	43.448	78,8	87,7

* Rosso: <75%, Giallo: 75%-89%, Verde: ≥90%

Dal 2020 al 2021 la Regione Toscana mantiene la fascia gialla (tra il 75% e l'89% delle visite erogate entro i 15 giorni stabiliti dal Pr gla) per tutte le specialità, migliorando il dato per la visita chirurgica generale. Pur mantenendo la stessa fascia di colore, la percentuale di visite garantite entro i tempi tende però a diminuire, con l'eccezione della sola ginecologia.

Anche la percentuale di prenotazioni garantite nei 30 giorni stabiliti a livello nazionale diminuisce per quasi tutte le specialità, ad eccezione della

chirurgia generale, della ginecologia, dell'ortopedia e dell'otorinolaringoiatria. In questo caso 5 specialità su 9 scendono in fascia gialla, dalla verde. La tabella 2 mostra la percentuale di prestazioni diagnostiche (tra quelle con i volumi di erogazione più elevati e solitamente utilizzate come "prestazioni traccianti" dei tempi d'attesa nella diagnostica) di primo accesso prenotate entro i tempi massimi previsti dal Prgla 2019-21 per gli anni 2020 e 2021.

Tabella 2. Esami di diagnostica per immagini erogati, totali ed entro i tempi fissati da obiettivo regionale e nazionale, per tipologia - Valori assoluti e per 100 esami erogati - Toscana, periodo 2020-2021 - Fonte: Regione Toscana

Esame	2020			2021		
	Prestazioni erogate	% entro i tempi regionali	% entro i tempi nazionali	Prestazioni erogate	% entro i tempi regionali	% entro i tempi nazionali
Ecografia capo e collo	34.982	93,8	96,4	43.141	83,6	89,4
Eco(Color)Doppler tronchi sovra aortici	55.712	92,6	92,6	65.791	88,8	88,8
Eco(Color)Dopplergrafia arti, fetoplacentare arteriosa o venosa	48.458	94,9	94,9	58.913	92,7	92,7
Eco(Color)Dopplergrafia cardiaca	41.125	96,6	98,8	52.325	91,7	95,1
Ecografia addome	76.910	96,1	98,4	97.538	86,8	92,1
Ecografia mammella	19.384	91,4	95,1	23.949	88,3	92,7
Ecografia ginecologica	1.479	52,2	65,1	1.056	86,6	96,2
Ecografia ostetrica	22.708	94,5	97,0	32.648	84,7	90,7
Rm addome inferiore	1.851	97,0	97,0	2.165	91,0	91,0
Rm colonna	38.630	97,1	97,1	50.596	93,2	93,2
Rm encefalo	19.035	95,7	95,7	24.839	91,4	91,4
Rm muscoloscheletrica	33.186	98,4	98,4	41.473	94,8	94,8
Tc addome	26.930	92,7	98,2	33.244	84,8	94,1
Tc capo	16.586	99,0	99,0	21.813	97,2	97,2
Tc bacino e articolazioni sacroiliache	540	99,8	99,8	726	98,1	98,1
Tc rachide e speco vertebrale	6.458	99,1	99,1	8.698	98,7	98,7
Tc torace	29.325	97,8	97,8	41.642	93,3	93,3

* Rosso: <75%, Giallo: 75%-89%, Verde: ≥90%

Nel passaggio dal 2020 al 2021 la nostra regione diminuisce moderatamente la propria capacità di raggiungimento dell'obiettivo regionale per alcune prestazioni di diagnostica, riuscendo però a rispettare i tempi nazionali, ad esclusione dell'ecografia del capo e del collo e dell'eco(color)doppler dei tronchi sovra aortici.

Nonostante le difficoltà dovute al rinvio della prenotazione di prestazioni temporaneamente sospese durante l'emergenza pandemica, la Toscana sembra riuscire a mantenere buoni risultati nel rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni diagnostiche, mentre mostra alcune difficoltà per diverse discipline di visita specialistica. Solo 4 si mantengono in fascia verde secondo i tempi nazionali nel 2021, mentre tutte le altre arretrano in fascia gialla.

Cure primarie per la cronicità

Secondo il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale individuato dal Dm 77/2022, la Sanità di iniziativa è “un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità”. In Toscana, la Sanità d'iniziativa, secondo i suddetti principi, è stata avviata già a fine 2009 implementando il “Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale (Psr 2008-2010, punto 4.3.1)”, approvato con la Dgr 716/2009. Si tratta di un modello ispirato al Chronic care model (Ccm), al quale i medici di medicina generale (Mmg), organizzati prima in “Moduli” poi nelle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft), aderiscono su base volontaria, ricevendo una remunerazione aggiuntiva secondo un sistema incentivante condiviso, che prevede l'arruolamento ed il follow-up proattivo, in collaborazione con gli infermieri distrettuali, dei pazienti con diabete, broncopneumopatia cronico-ostruttiva (Bpco), insufficienza cardiaca e pregresso ictus, secondo specifici Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta). Negli anni, questo modello è stato attuato dalle Aziende UsI con un numero crescente di Mmg aderenti (fino a circa il 60%) e, almeno per i primi anni di attività, con significativi impatto sui processi di cura e sugli esiti di salute. Nel 2021 questo modello risulta pienamente attivo solo nella AusI Sud-est, mentre nelle AusI Centro e Nord-ovest le attività sono continuate solo in alcune Aft, senza remunerazione aggiuntiva e senza il sistematico contributo degli infermieri distrettuali, richiamati su altri servizi a causa della pandemia.

Secondo gli “indirizzi per l'implementazione del nuovo modello” della Sanità d'iniziativa, approvati con Dgr 650/2016, e lo “Schema di accordo regionale con la Medicina generale per l'attuazione della Sanità d'iniziativa di cui alla Dgr 650/2016”, approvato con Dgr 930/2017, si sarebbe dovuto superare l'impianto per “silos”, focalizzandosi su tre target: a) pazienti complessi, da prendere in carico con percorsi di care management da parte di team multidisciplinari con la definizione di piani individualizzati di cura; b) pazienti ad alto rischio cardiovascolare, da prendere in carico con il *Chronic care model*; c) assistiti a basso rischio, prevedendo specifici interventi di promozione della salute da definire nei Piani integrati di salute (Pis) delle Zone-distretto. Soprattutto a causa di problematiche legate alla tutela della privacy, con l'eccezione dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, presi in carico nella AusI Sud-est, questo nuovo modello non è ancora stato implementato.

Con la Dgr 826/2018, Regione Toscana ha recepito il Piano nazionale cronicità (Pnc) e a marzo 2020, con la Dgr 273/20 “Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del

PSSR 2018-2020”, è stata approvata la scheda operativa “La rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico” e, anche per superare le problematiche legate alla tutela della privacy, è stata promulgata la legge regionale 20/2020 “Promozione della medicina di iniziativa. Modifiche alla lr 40/2005”. Ad oggi, soprattutto a causa della pandemia da Covid-19, questi ultimi atti non hanno avuto significativi impatti sull’organizzazione e sulla gestione dei servizi territoriali per la gestione delle cronicità.

In questa scheda, per valutare processi, esiti e costi, presentiamo un aggiornamento di tre indicatori sintetici, misurandone non solo la variazione nel tempo e, con tutte le cautele di cui sopra, stratificando per aderenza o meno dei Mmg alla Sanità d’iniziativa (Sdi), ma anche la variabilità interna alle singole Aft, per verificare che l’aggregazione dei Mmg assicuri maggiore omogeneità di assistenza.

Per quanto concerne l’implementazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) e delle prescrizioni del Dm 77/2022 anche in tema di sanità d’iniziativa e gestione delle cronicità, si rimanda allo specifico capitolo nel secondo volume di questa pubblicazione.

Gli indicatori di monitoraggio che presentiamo in questa scheda risentono ancora degli effetti indiretti della pandemia e delle limitazioni introdotte per cercare di contenere i contagi, che hanno giocato un ruolo decisivo nella riduzione di accessibilità, ma anche di domanda, ai servizi sanitari ospedalieri e ambulatoriali durante gli ultimi 2 anni. Per questo motivo proponiamo i dati del periodo 2019-2021, al fine di misurare l’eventuale differenza tra periodo Covid e pre-Covid.

Un indicatore proxy di appropriatezza delle cure erogate è rappresentato dalla percentuale di raccomandazioni cliniche recepite nei Pdta seguite dai malati cronici toscani: nel 2021 il valore è in ripresa, dopo la diminuzione osservata nel primo anno di pandemia, e torna al 44% delle raccomandazioni seguite tra quelle recepite nei Pdta. Sale leggermente anche il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario e in area medica, tradizionalmente proxy di esito di salute negativo, pari 50,4 ricoveri ogni 1.000 assistiti d’età 16+ nel 2021, superiore ai 48,5 per 1.000 del 2020, ma ancora inferiore al 56,4 per 1.000 del 2019. L’andamento è fortemente condizionato dalla contrazione generale dell’attività ospedaliera osservata in questi ultimi due anni. Infine, per quanto riguarda la spesa territoriale complessiva, il dato 2021 torna e anzi supera i valori pre-Covid, 532 euro di spesa pro capite nel 2021, contro i 493 euro del 2020 e i 520 euro del 2019 (tabella 1).

Anche nel 2021 si conferma un livello di assistenza leggermente migliore tra gli assistiti da Mmg ancora almeno formalmente aderenti alla Sdi: meno ricoveri ospedalieri a fronte di una maggiore adesione alle raccomandazioni e una minore spesa territoriale. Analogamente, nella Ausl Sud-est, l’unica con la Sdi ancora sistematicamente attiva, l’adesione alle raccomandazioni è leggermente più elevata ed il tasso di ricovero leggermente più basso rispetto alle altre due Ausl, a fronte però di una spesa territoriale leggermente più alta. Si conferma contestualmente l’assottigliamento delle differenze tra medici aderenti alla Sdi e non, rispetto al periodo iniziale di avvio del progetto, a conferma del deterioramento dell’effetto propulsivo iniziale. In questo senso, come più volte ricordato in documenti tematici, si rende sempre più necessaria l’implementazione di quanto previsto dalla legge regionale 20/2020 - Promozione

della medicina di iniziativa - e dalla scheda operativa del vigente Piano integrato sanitario e sociale regionale (Pissr) “La rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico”, approvata con la Dgr 273/2020: stratificazione della popolazione per profilo di rischio di eventi avversi, presa in carico dei pazienti con interventi personalizzati che tengano conto della condizione clinica e socio-economica, definizione di un piano assistenziale individuale che aiuti anche nell’auto-cura, multi-professionalità del team di presa in carico, continuità di cura tra i vari livelli di assistenza, integrazione sanitaria e sociosanitaria, formazione continua del personale e dei pazienti e loro famiglie.

Tabella 1. Indicatori di appropriatezza, spesa ed esiti tra gli assistiti residenti – Toscana, periodo 2019-2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

Indicatore	Ausl	2019			2020			2021		
		Tutti	Sdi	No Sdi	Tutti	Sdi	No Sdi	Tutti	Sdi	No Sdi
Raccomandazioni seguite per cura malattie croniche (%)	Centro	44,6	45,3	43,9	40,7	41,0	40,3	44,1	44,3	44,0
	Nord-ovest	43,2	44,1	41,7	38,6	39,1	37,7	42,1	42,3	41,7
	Sud-est	47,8	49,8	45,1	42,5	43,6	40,2	46,7	47,5	45,2
	Toscana	44,9	45,8	43,5	40,4	41,0	39,5	44,0	44,5	43,5
Tasso di ricovero (ordinario, rep. acuti, Drg medico) x1.000	Centro	59,4	57,5	61,5	51,9	50,3	53,5	52,6	51,0	54,0
	Nord-ovest	53,5	52,7	54,7	46,0	45,5	46,9	48,9	48,0	50,0
	Sud-Est	55,2	55,5	54,7	45,4	45,0	46,1	48,3	47,9	49,0
	Toscana	56,4	55,2	58,1	48,5	47,2	50,2	50,4	49,1	51,9
Spesa per assistenza territoriale pro capite	Centro	501 €	500 €	501 €	487 €	483 €	491 €	517 €	509 €	523 €
	Nord-ovest	534 €	524 €	553 €	499 €	490 €	512 €	538 €	529 €	550 €
	Sud-est	536 €	540 €	531 €	499 €	498 €	499 €	552 €	551 €	553 €
	Toscana	520 €	518 €	523 €	493 €	489 €	499 €	532 €	528 €	537 €

* Sdi: medici aderenti alla sanità d’iniziativa

Nelle successive figure (1-3), le Aft sono rappresentate in base alla variazione percentuale 2020-2021 dell’indicatore (media dei valori dei Mmg che compongono l’Aft) e della variabilità tra Mmg all’interno stessa Aft, misurata come dispersione intorno al valore medio (deviazione standard).

Rimane notevole la variabilità di comportamento tra le varie Aft e al loro interno.

La percentuale media di raccomandazioni seguite per la cura delle malattie croniche torna a salire in quasi tutte le Aft (106 su 117), mentre solo in 46 è diminuita la variabilità interna tra Mmg (figura 1). Il tasso di ricovero, proxy di esiti di salute avversi, è aumentato in 83 Aft su 117 e in 60 Aft è diminuita la variabilità tra Mmg (figura 2). La spesa media pro capite per l’assistenza territoriale è aumentata in 102 Aft su 117, la variabilità interna si è ridotta in 55 Aft (figura 3). L’aumento dei valori dei tre indicatori osservato a livello generale riguarda

quindi la quasi totalità delle Aft, a seguito della fine delle misure messe in campo per ridurre al minimo il rischio di contagio nelle strutture sanitarie. Il 2021 fa segnare un ritorno ad uno scenario pre-Covid per quanto riguarda l'assistenza territoriale alla cronicità, ad eccezione dei ricoveri (ancora meno dell'atteso), che però rappresentano teoricamente un esito negativo dell'assistenza.

Figura 1. Raccomandazioni seguite dai malati cronici ogni 100 raccomandazioni previste dalle linee guida - Posizionamento delle Aft per combinazione della variazione annuale dell'indicatore e della variazione annuale di variabilità interna - Aft toscane, anni 2020 e 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

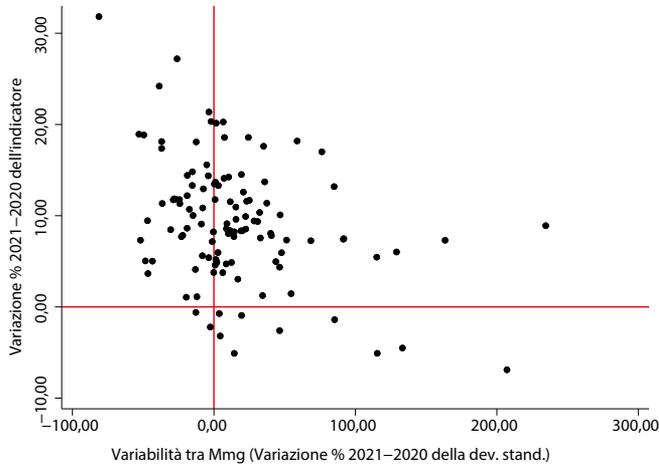


Figura 2. Ospedalizzazione in regime ordinario, reparti per acuti, Drg medico, tra gli assistiti d'età 16+ - Posizionamento delle Aft per combinazione della variazione annuale dell'indicatore e della variazione annuale di variabilità interna - Aft toscane, anni 2020 e 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

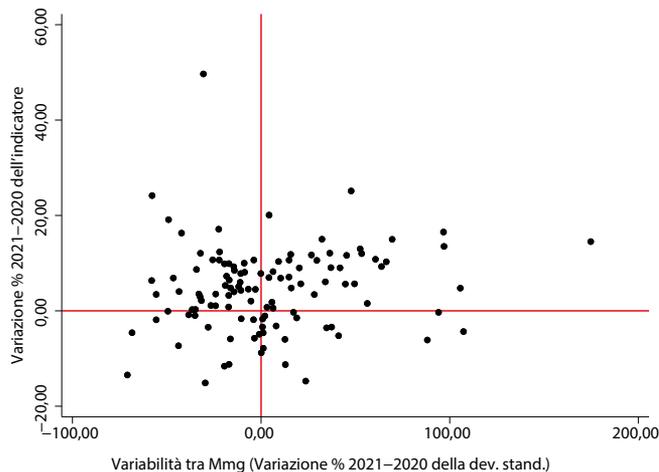
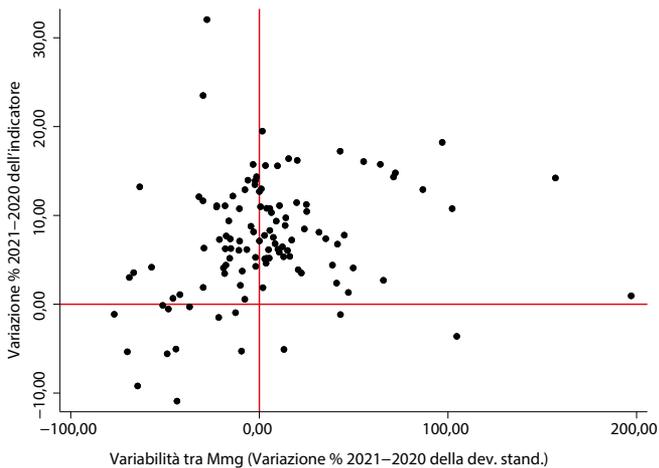


Figura 3. Spesa pro capite per assistenza territoriale tra gli assistiti d'età 16+ - Posizionamento delle Aft per combinazione della variazione annuale dell'indicatore e della variazione annuale di variabilità interna - Aft toscane, anni 2020 e 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Televisite specialistiche

Il decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 definisce la telemedicina “una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell’informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario)”. Dispone inoltre che “i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina seguano le finalità di aumento dell’accessibilità, riduzione delle disuguaglianze e garanzia di omogeneità territoriale delle cure”.

Le televisite sono una componente sostanziale della “telemedicina professionista sanitario – assistito”. Per rispondere alle problematiche legate alla pandemia, già ad aprile 2020 con la delibera di Giunta regionale n. 464, Regione Toscana ha fornito tempestivamente alle Aziende sanitarie indicazioni sulle modalità di prescrizione, accesso, erogazione, registrazione e individuazione della spesa per le attività di televisita relative a 83 prestazioni sanitarie. Si mirava a potenziare meccanismi di continuità assistenziale dei pazienti cronici che fossero coerenti con le misure finalizzate al contenimento del contagio.

Capire quanto effettivamente si sia usufruito della via alternativa alla classica visita in presenza è fondamentale per intraprendere azioni volte a migliorarne l’implementazione e aumentarne l’utilizzo.

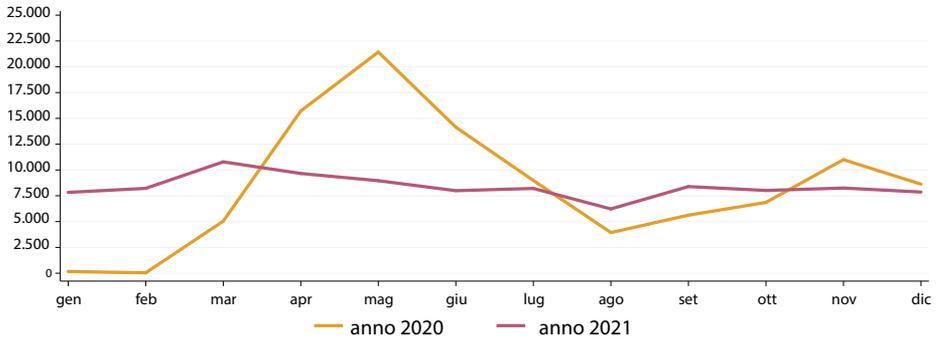
Nel 2021 in Toscana sono state registrate 100.433 televisite di controllo (tabella 1), 1.137 in meno rispetto al 2020, anno in cui, tra l’altro, le erogazioni di tali prestazioni sono iniziate solo a partire dal mese di marzo. In entrambi gli anni circa 1 televisita su 4 è stata di tipo diabetologico, seguita da quelle in ambito psichiatrico e psicologico (tra l’11% e il 12%). Nel secondo anno di pandemia sono state molto più frequenti le televisite per coagulopatie (4,9% vs 0,4%), di medicina trasfusionale (4,3% vs 0,6%) e anestesilogiche (1,6% vs <0,1%). La percentuale di televisite erogate sul totale di visite di controllo è stata molto elevata, con valori più alti nel 2020, per le specialità di ortognatodonzia (77% nel 2020 e 58,5% nel 2021), genetica medica (47,9% e 34,1%), nutrizione (33,3% e 24,5%), odontostomatologia (25,5% e 24,5%), geriatria (21,6% e 10%) e diabetologia (20,5% e 19,4%).

Nonostante i minori volumi complessivi, le erogazioni di televisite hanno avuto un andamento mensile più regolare nel 2021 rispetto a quelle dell’anno precedente (figura 1). Nel 2020, come detto, le televisite sono state introdotte con legge regionale solo a partire dal mese di aprile e sono state plausibilmente molto utilizzate per ovviare ai limiti agli spostamenti e alle chiusure degli ambulatori specialistici durante il periodo di lockdown (fino a maggio). A partire dall’estate 2020 i valori tendono a normalizzarsi su numeri sostanzialmente simili a quelli poi osservati nell’anno successivo. In generale il trend mensile è ovviamente influenzato dall’andamento dell’epidemia, con un aumento di televisite atteso nei periodi di maggiore recrudescenza del contagio.

Tabella 1. Televisite di controllo erogate per tipologia – Numero assoluto, valori per 100 televisite di controllo erogate, valori per 100 visite totali (visite e televisite) erogate per la tipologia, differenza (assoluta e percentuale) 2021 vs 2020 – Toscana, anni 2020 e 2021
Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativo Spa

Televisita specialistica di controllo	Anno 2020			Anno 2021			Differenza 2021-2020	
	n	%	% su visite di controllo in disciplina	n	%	% su visite di controllo in disciplina	n	%
Diabetologia	25.409	25,0	19,4	24.052	23,9	20,5	-1.357	-5,3
Psichiatria	5.842	5,8	4,6	5.738	5,7	4,6	-104	-1,8
Psicologia clinica	6.062	6,0	4,5	5.325	5,3	4,6	-737	-12,2
Ematologia	4.171	4,1	7,5	5.016	5,0	10,0	845	20,3
Coagulopatie	417	0,4	1,0	4.888	4,9	12,1	4.471	1.072,2
Medicina trasfusionale	615	0,6	0,8	4.289	4,3	5,5	3.674	597,4
Geriatria	1.374	1,4	10,0	3.630	3,6	21,6	2.256	164,2
Infettivologia	2.051	2,0	6,5	3.409	3,4	11,5	1.358	66,2
Cardiologia	4.381	4,3	3,2	3.312	3,3	2,9	-1.069	-24,4
Endocrinologia	5.454	5,4	5,9	3.033	3,0	4,2	-2.421	-44,4
Nefrologia	3.188	3,1	4,3	2.914	2,9	4,1	-274	-8,6
Gastroenterologia	1.973	1,9	6,9	2.606	2,6	10,7	633	32,1
Oncologia	6.979	6,9	3,9	2.398	2,4	1,5	-4.581	-65,6
Neurologia	3.999	3,9	5,3	2.337	2,3	3,9	-1.662	-41,6
Dermatologia	2.014	2,0	2,6	2.250	2,2	3,5	236	11,7
Algologia	1.284	1,3	6,8	2.096	2,1	12,1	812	63,2
Odontostomatologia	2.808	2,8	24,5	1.988	2,0	25,5	-820	-29,2
Anestesiologia	7	<0,1	1,0	1.577	1,6	57,0	1.570	22.428,6
Epatologia	576	0,6	5,1	1.520	1,5	14,5	944	163,9
Nutrizionale	1.659	1,6	24,5	1.487	1,5	33,3	-172	-10,4
Genetica medica	995	1,0	34,1	1.452	1,4	47,9	457	45,9
Ginecologia	1.601	1,6	3,0	1.296	1,3	2,9	-305	-19,1
Medicina interna	1.568	1,5	7,2	1.196	1,2	5,6	-372	-23,7
Reumatologia	2.664	2,6	4,7	1.165	1,2	2,7	-1.499	-56,3
Ortognatodonzia	1.331	1,3	58,5	1.159	1,2	77,0	-172	-12,9
Altro	13.148	12,9		10.300	10,3		-2.848	-21,7
Totale	101.570	100,0	0,2	100.433	100,0	0,2	-1.137	-1,1

Figura 1. Televisite di controllo erogate per mese – Numero assoluto – Toscana, anni 2020 e 2021- Fonte: Elaborazione Ars su dati flusso informativo Spa

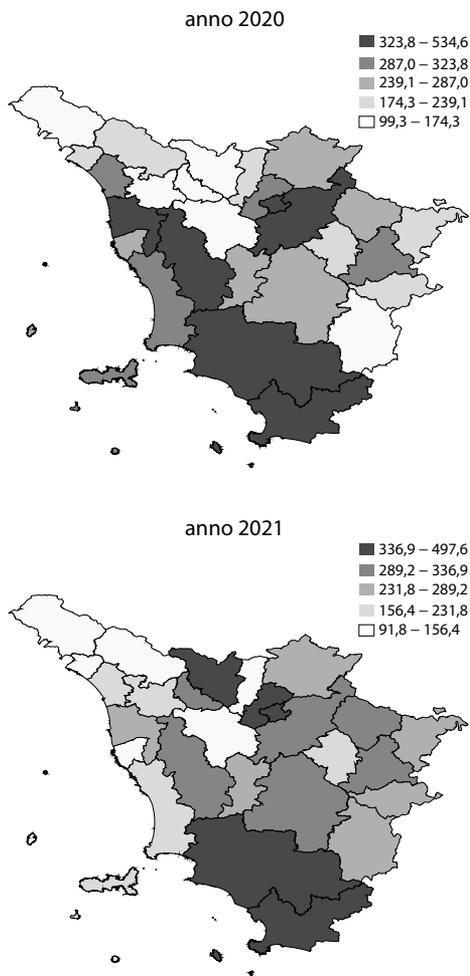


Le aziende sanitarie che hanno erogato più televisite nel 2020 e nel 2021 sono state rispettivamente l'Ausl Toscana Sud-est (19.062, pari al 18,8% del totale dell'anno) e l'Aou Careggi (23.226, pari al 23,1% del totale dell'anno). Nel secondo anno di pandemia le prestazioni sono aumentate nell'Ausl Centro (+14,8%), diminuite nell'Ausl Nord-ovest (-28,9%) e nella Aou Pisana (-38,6%), rimaste più o meno costanti altrove (tabella 2). Per entrambi gli anni è stato molto variabile il tasso di erogazione per Zona-distretto di residenza degli assistiti (figura 2).

Tabella 2. Televisite di controllo erogate per Azienda sanitaria – Numero assoluto e distribuzione percentuale – Toscana, anni 2020 e 2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Spa

Azienda sanitaria	Anno 2020		Anno 2021	
	n	%	n	%
Ausl Centro	14.968	14,5	16.874	16,8
Ausl Nord-ovest	15.199	15,0	10.806	10,8
Ausl Sud-est	19.062	18,8	19.737	19,7
Aou Pisana	17.795	17,5	10.918	10,9
Aou Senese	5.798	5,7	6.690	6,7
Aou Careggi	14.769	14,5	23.226	23,1
Aou Meyer	9.450	9,3	10.758	10,7
Ifc-Cnr	4.110	4,0	1.150	1,1
Ispro	689	0,7	274	0,3
Totale	101.570	100,0	100.433	100,0

Figura 2. Televisite di controllo erogate per Zona-distretto di residenza – Tasso per 10.000 abitanti – Toscana, anni 2020 e 2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Spa



Regione Toscana ha tempestivamente normato le televisite per mitigare la riduzione dei volumi di erogazione avvenuta con l'inizio dell'epidemia da Covid-19. La diabetologia è la disciplina che ha fruito maggiormente di questa modalità assistenziale, anche grazie al fatto che la visita diabetologica, in gran parte basata sulla valutazione di esami di laboratorio, si presta bene al controllo per via telematica. Dopo un picco di erogazione di televisite durante il periodo del lockdown del 2020 i volumi sembrano essersi stabilizzati nell'ultimo anno. Non appena saranno consolidati i dati 2022 sarà possibile valutare, anche se in una situazione ancora non del tutto paragonabile a quella pre-Covid, l'andamento dell'erogazione di queste prestazioni ed eventuali disegualianze nell'accesso legate alle risorse individuali.

Assistenza alla popolazione anziana

Il percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in Toscana inizia con la segnalazione del bisogno socio-sanitario al PuntoInsieme, sportello di prima accoglienza e di ascolto per le persone non autosufficienti e le loro famiglie. In seguito è effettuata una valutazione complessiva, sia sociale sia sanitaria, da parte dell'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (Uvm), a cui segue la predisposizione e condivisione con il cittadino di un progetto personalizzato assistenziale (Pap) in cui sono indicati i bisogni sociosanitari rilevati e il servizio che può essere erogato: domiciliare diretto o indiretto, semiresidenziale (Centro diurno), residenziale (Residenza sanitaria assistenziale - Rsa) temporaneo o permanente (lr 66/2018). A partire dal febbraio 2020, con l'inizio della pandemia da Covid-19, le Rsa sono state, insieme agli ospedali, le strutture sanitarie/sociosanitarie maggiormente colpite dagli effetti diretti ed indiretti, da un lato con le drammatiche conseguenze di salute per gli ospiti, già in fragili condizioni di salute, contagiati dal virus, dall'altro per le azioni di contenimento del contagio messe in atto che hanno limitato gli accessi, le visite parentali e rivoluzionato i protocolli di sicurezza interni.

Nel 2021 sono state 169.299 le schede di presa in carico di persone anziane di 65+ anni d'età, pari a 17,7 ogni 100 anziani residenti (una persona può aver avuto più prese in carico nell'anno). Le persone in carico, contando quindi coloro con almeno un giorno di assistenza nell'anno, nel 2021 sono state 103.759, pari a 10,9 ogni 100 anziani. Delle 169.299 prestazioni, l'1,2% era caratterizzato da un bisogno socio-sanitario complesso che ha portato ad una valutazione da parte della Uvm, con relativa stesura di un Pap, per un totale di 11.923 Pap redatti (comprensivi di nuovi Pap e percorsi già in essere). Ad eccezione delle prese in carico residenziali, si tratta di un sostegno che si affianca a quello fornito dalle famiglie. Praticamente tutti gli anziani toscani non autosufficienti che ancora risiedono al domicilio, infatti, hanno a disposizione almeno un familiare che può occuparsene (fonte: sorveglianza Passi d'argento). Le restanti prese in carico hanno portato ad una risposta assistenziale di tipo sociale o sanitario semplice. Nel corso dell'anno una persona può aver ricevuto più di un Pap, a seconda dei cambiamenti emersi nel proprio profilo valutativo.

La tipologia "residenzialità assistenziale intermedia – cure intermedie in Rsa" comprende, tra le 10.327 persone che hanno usufruito del servizio nell'anno, anche gli ospiti positivi al Sars-Cov-2 che sono stati ricoverati nei setting assistenziali costituiti dalla Rsa ai sensi dell'ordinanza n. 89/2020. Si tratta di anziani che si trovavano già in carico ai servizi residenziali.

Nel confronto con il 2020 si nota una diminuzione delle persone assistite a domicilio o in strutture residenziali e semiresidenziali. Plausibilmente si tratta dell'effetto delle restrizioni introdotte nell'ambito del contenimento della pandemia da Covid-19, in particolare per quanto riguarda le strutture, che purtroppo si sono rivelate essere tra i luoghi a maggior rischio di contagio, per la convivenza tra personale sanitario/sociosanitario e ospiti, oltre che per le condizioni di salute pregresse di questi ultimi.

Tabella 1. Anziani in carico ai servizi territoriali per tipologia – Nuovi Pap nell’anno, anziani in carico e per 100 abitanti d’età 65+ anni – Toscana, periodo 2019-2021 – Fonte: Regione Toscana

Tipologia	2019			2020			2021		
	nuovi Pap	anziani in carico		nuovi Pap	anziani in carico		nuovi Pap	anziani in carico	
		n	x1.000		n	x1.000		n	x1.000
Interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico	5.311	78.632	83,4	5.592	82.272	86,6	n. d.	77.812	81,7
Interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l’acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali	1.690	6.806	7,2	1.674	7.380	7,8	1.659	6.821	7,2
Inserimenti in strutture semiresidenziali	424	2.123	2,3	403	1.673	1,8	177	774	0,8
Residenzialità assistenziale intermedia in Rsa				2.879	2.879	3,0	n.d.	10.327	10,8
Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	1.837	3.406	3,6	1.817	3.468	3,6	1.774	3.412	3,6
Inserimenti permanenti in residenza	1.393	14.575	15,5	1.502	13.760	14,5	1.596	11.783	12,4
Interventi misti in forma diretta e residenziale	4.685			4.789			3.157		
Totale	15.340	105.542	111,9	18.656	108.553	114,2	n. d.	103.759	108,9

*per alcune tipologie di intervento non è disponibile il dettaglio sui nuovi Pap redatti

Nella nostra regione a dicembre 2021 risultano attive 339 Rsa, per un totale di 15.595 posti letto, di cui 14.191, pari a 14,9 ogni 1.000 anziani toscani, sono quelli destinati alla non autosufficienza (91%). Circa una struttura su tre è di proprietà pubblica (29%). L’indice di copertura dei posti letto per non autosufficienti sui toscani ultra64enni è pari all’1,5%.

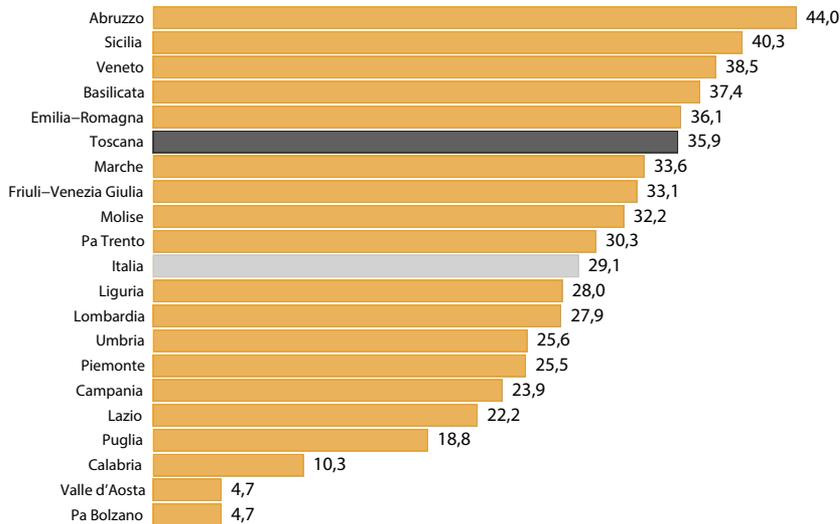
L’offerta semiresidenziale (Centri diurni) conta 146 strutture, di cui 102 per non autosufficienti e 26 per anziani con demenza. Il 49% di questi Centri diurni è pubblico. I posti per non autosufficienti sono 1.540 (1,6 per 1.000 anziani), quelli per anziani con demenza 364 (0,4 per 1.000 anziani).

A completamento del quadro, l’offerta regionale comprende anche 1.404 posti letto per autosufficienti in Rsa (oltre ai 1.278 posti letto presenti nelle 46 residenze sociali assistite – Ra) e 18 Centri diurni (332 posti) per anziani autosufficienti.

Per fare un tentativo di confronto con le altre regioni d’Italia è necessario ricorrere ai dati ministeriali riportati nell’ultimo Rapporto *Osservasalute*, aggiornati al 2020, che rilevano il numero totale di anziani con almeno un’erogazione in Assistenza domiciliare integrata (Adi) o un inserimento in Rsa nell’anno. Le due tipologie non sono mutualmente esclusive, può succedere, infatti, che un anziano nel corso dell’anno sia preso in carico prima nell’una e poi nell’altra modalità.

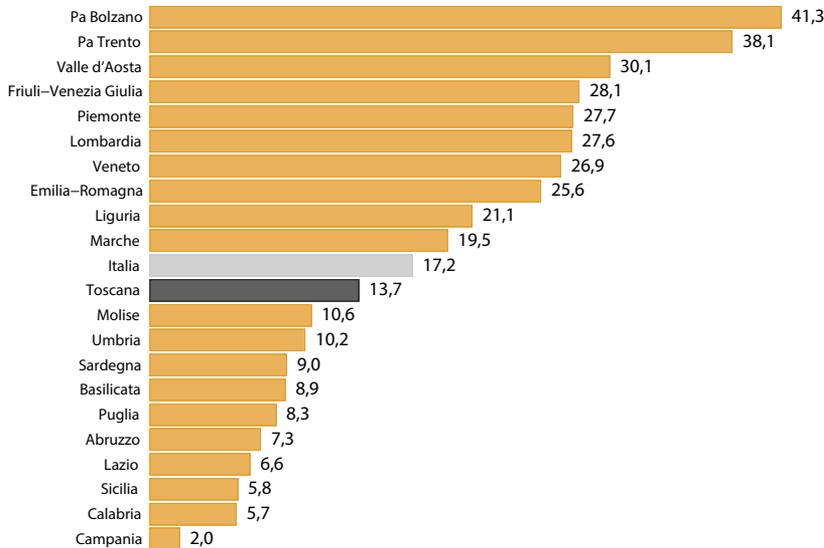
Poco più di 1 anziano su 30 in Toscana nel 2020 ha avuto almeno un’erogazione di Adi (35,9 ogni 1.000 anziani), valore leggermente superiore alla media italiana (figura 1), pari al 29,1 per 1.000 anziani, e in aumento rispetto al 2019, quando il valore era pari a 30,4 per 1.000. Nello stesso periodo, invece, la media italiana è rimasta stabile.

Figura1. Assistenza domiciliare integrata – Anziani (età 65+) in Adi ogni 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2020 – Fonte: Rapporto Osservasalute 2021



*dato della Sardegna non disponibile

Figura2. Assistenza in Rsa – Anziani (età 65+) in Rsa ogni 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2019 – Fonte: Rapporto Osservasalute 2021



L'ultimo dato disponibile, a livello nazionale, per gli anziani ospiti di Rsa risale invece al 2019, quando in Toscana era inferiore alla media italiana: 13,7 ospiti in Rsa ogni 1.000 anziani (stabile rispetto all'anno precedente) a fronte di una media italiana di 17,2 per 1.000, anche quest'ultima stabile rispetto al 2018 (figura 2).

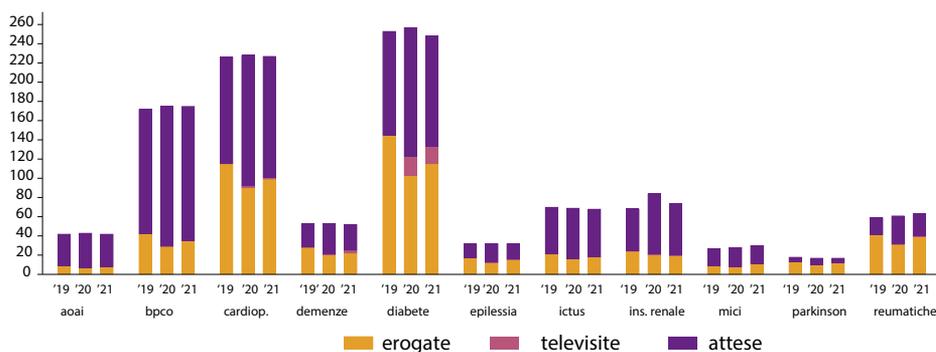
Assistenza specialistica per la cronicità

Le persone con almeno una patologia cronica costituiscono ormai circa un terzo della popolazione adulta e contribuiscono al progressivo aumento della domanda di assistenza, in particolare di quella territoriale, legata alla medicina di base e alla specialistica ambulatoriale.

Come nelle edizioni passate, per valutare se la risposta specialistica ambulatoriale sia adeguata alla domanda, proponiamo un confronto tra il numero di visite specialistiche attese per gli assistiti con le più comuni condizioni croniche (cardiopatie, bronco pneumopatia cronico ostruttiva (Bpco), diabete, ictus, malattie neurodegenerative, malattie reumatiche croniche, malattie intestinali croniche, insufficienza renale cronica e arteriopatie degli arti inferiori) e le visite erogate nel corso del 2021. Assumiamo che ogni malato cronico abbia la necessità di almeno una visita specialistica durante l'anno e includiamo tra le visite erogate quelle prescritte su ricettario Ssr (per diabete anche visite ad accesso diretto), erogate in Pronto soccorso nei casi senza conseguente ricovero ospedaliero e erogate in regime di intramoenia.

Dopo la forte diminuzione osservata nel 2020, a causa degli stravolgimenti che la pandemia ha comportato nei servizi territoriali e, in generale, nell'accesso alle strutture sanitarie, il numero di visite erogate torna a salire, anche se ancora non ai livelli pre-pandemici (figura 1). Le televisite, modalità di erogazione introdotta con la Dgr n. 464 del 6 aprile 2020 per contenere gli effetti della pandemia sulla contrazione delle prestazioni erogate, riescono solo in parte a colmare il gap rispetto ai volumi attesi, in poche patologie, diabete e cardiopatie in primis. Sono proprio la diabetologia e la cardiologia, infatti, le specialità che hanno visto un uso più frequente delle televisite.

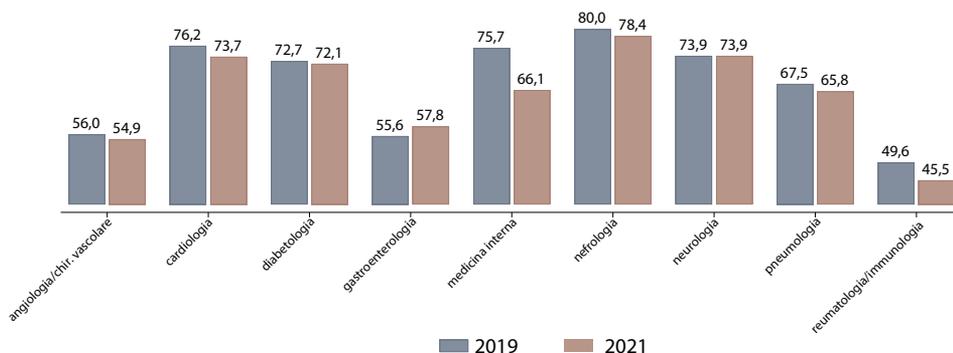
Figura 1. Visite specialistiche attese e erogate per patologie croniche - Numero di visite erogate rispetto alle visite attese (valori in migliaia) - Toscana, periodo 2019-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Sono escluse da questo grafico circa 20mila visite di medicina interna erogate a questi pazienti (18.702 nel 2020). È possibile che una parte delle visite attese nelle specialità mediche abbia trovato una risposta in questa disciplina. Nell'anno antecedente alla pandemia furono erogate circa 35mila visite di medicina interna.

La percentuale delle visite erogate da presidi localizzati nella stessa Zona-distretto di residenza degli assistiti varia da specialità a specialità, dal 45% per le visite reumatologiche o immunologiche al 78% per le visite nefrologiche (figura 2). Dall'analisi sono ovviamente escluse le televisite. La percentuale è stabile rispetto al 2020 (per questo omesso dal grafico), ma anche osservando il confronto 2019 vs 2021, per valutare eventuali scostamenti dovuti alla pandemia, non si osservano particolari differenze, fatta eccezione per le visite di medicina interna, che subiscono una riduzione di circa 10 punti percentuali. Oltre ad aver subito una generale diminuzione nei volumi, per queste visite è diminuita anche la probabilità di riuscire ad ottenere un consulto presso uno dei presidi della propria Zona-distretto.

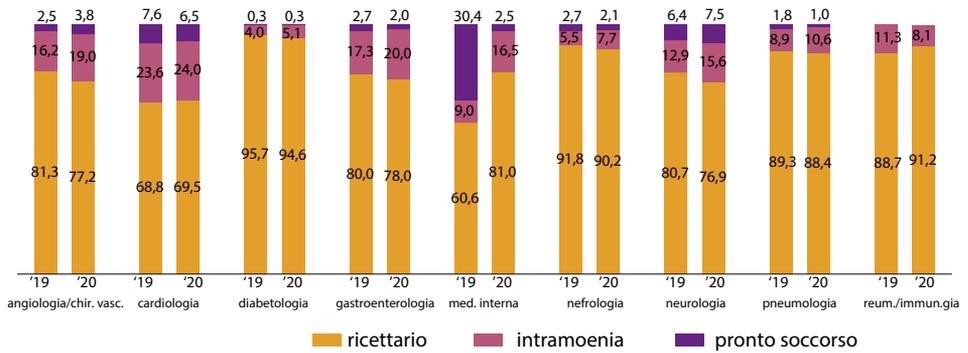
Figura 2. Visite specialistiche per patologie croniche per Zona-distretto di erogazione - Numero di visite fatte entro o fuori Zona-distretto di residenza per 100 visite fatte - Toscana, anni 2019 e 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Come atteso, la modalità di accesso prevalente è quella su prescrizione da ricettario Ssr, variabile dal 70% per la cardiologia alla quasi totalità dei casi per la diabetologia (tra i quali sono compresi anche gli accessi diretti ai centri diabetologici). L'intramoenia contribuisce in modo significativo per alcune specialità in particolare, come la cardiologia (1 visita su 4), la gastroenterologia e l'angiologia (quasi 1 visita su 5) (figura 3). Da questi indicatori ovviamente sono escluse, perché non rilevabili dai flussi di dati amministrativi del Ssr, tutte le visite fatte privatamente dai pazienti.

Anche la distribuzione delle visite per modalità d'accesso è in linea con quella del 2020, mentre rispetto al periodo pre-pandemico si osserva una generale riduzione degli accessi tramite il Pronto soccorso, fortemente condizionati dalle limitazioni introdotte per limitare il contagio. I presidi di emergenza-urgenza, come noto, sono stati i primi ad avere un sistema di filtraggio molto rigido degli accessi e nei periodi più intensi della pandemia hanno sospeso l'attività specialistica su prenotazione. Il calo più deciso di questa setting di erogazione riguarda anche in questo caso le visite di medicina interna, evidentemente la specialità più colpita dalla riorganizzazione dei servizi territoriali e di emergenza-urgenza.

Figura 3. Visite specialistiche per patologie croniche per modalità di accesso – Numero di visite fatte per modalità di accesso per 100 visite fatte – Toscana, anni 2019 e 2021
 Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Case della comunità

La Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) prevede un considerevole finanziamento per il “potenziamento dell’assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale” con la “Casa della comunità (Cdc) al centro del territorio”. Il Dm 77/2022 definisce la Cdc come “il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Cdc lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”. Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, il Dm prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub (aperte 24 ore al giorno, 7 giorni su 7) e spoke (aperte 12 ore al giorno, 6 giorni su 7). La Cdc hub è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Le Cdc spoke sono invece sue articolazioni territoriali con dotazione di servizi più ridotta, il cui numero sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni. Gli standard indicati prevedono una Cdc hub ogni 40-50mila abitanti e Cdc spoke e ambulatori di medici di medicina generale (Mmg) e pediatri di libera scelta (Pls). Inoltre, è auspicato che tutte le aggregazioni di Mmg e Pls (le Aggregazioni funzionali territoriali – Aft e le Unità complesse di cure primarie – Uccp) siano ricomprese nelle Cdc, avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

In Toscana, la Lr 29/2019 ha definito la Casa della salute (Cds) come “una struttura polivalente che opera nell’ambito della Zona-distretto, facente parte integrante dell’organizzazione del servizio sanitario regionale” e con la Dgr 273/2020 “Determinazioni in merito alle azioni per l’attuazione del Pssir 2018-2020” già si programmava di “realizzare almeno una Cds in ciascuna Zona distretto/Società della salute della Regione Toscana, con l’obiettivo a tendere ad almeno una Cds per ogni Aft”. Il nuovo “Atto di indirizzo sulle Case della salute”, approvato dalla Dgr 770/2020, in applicazione alla suddetta legge regionale, recependo i risultati di un ampio percorso di consensus conference, ribadiva che “l’elemento che contraddistingue la Cds, differenziandola dagli altri presidi territoriali, è l’integrazione professionale e multidisciplinare che si identifica nel team multiprofessionale”; il team deve prevedere: Mmg (singoli o in associazionismo, con il personale di supporto, previsto dall’Accordo collettivo nazionale), Pls, specialisti del Servizio sanitario regionale (Ssr) in regime di attività istituzionale, infermieri delle cure territoriali, assistenti sociali (laddove possibile con presenza fisica, altrimenti con raccordo funzionale), personale amministrativo.

A fine 2021, secondo l’aggiornamento effettuato da Ars Toscana con la collaborazione dei medici di comunità delle Zone-distretto (Zd), le Cds già attive in Toscana erano 72, così ripartite nel territorio regionale: 26 nella Ausl Nord-ovest, 21 nella Sud-est e 25 nella Centro. Alla stessa data, le Case della salute con ambulatorio di Mmg erano 69 (sono 2 Cds nella Ausl Nord-ovest e 1 nella Ausl Centro quelle senza ambulatorio dei Mmg). Gli Mmg con ambulatorio in Cds erano 408, il 17% del totale dei medici di medicina generale. Rispetto a fine 2020, la percentuale di Mmg in Cds è aumentata del 2% circa, ritornando sul valore di fine 2018, nonostante il numero totale di Mmg sia stato in costante decrescita negli ultimi anni (tabella 1).

Tabella 1. Medici di medicina generale (Mmg) e Case della salute (Cds) per Ausl – Toscana, periodo 2016-2021 – Fonte: Regione Toscana

Ausl	Mmg e Cds	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Centro	Mmg	1.141	1.147	1.122	1.100	1.065	1.041
	di cui in Cds (%)	99 (8,7)	107 (9,3)	113 (10,1)	114 (10,4)	124 (11,6)	127 (12,2)
	Cds con Mmg	16	18	22	23	24	24
Nord-ovest	Mmg	907	882	858	829	837	825
	di cui in Cds (%)	139 (15,3)	136 (15,4)	154 (17,9)	147 (17,7)	118 (14,1)	144 (17,5)
	Cds con Mmg	21	22	25	25	25	24
Sud-est	Mmg	598	592	562	555	551	530
	di cui in Cds (%)	143 (23,9)	144 (24,3)	163 (29,0)	154 (27,7)	121 (22,0)	137 (25,8)
	Cds con Mmg	21	21	25	23	20	21
Totale	Mmg	2.646	2.621	2.542	2.484	2.453	2.396
	di cui in Cds (%)	381 (14,4)	387 (14,8)	430 (16,9)	415 (16,7)	363 (14,8)	408 (17,0)
	Cds con Mmg	58	61	72	71	69	69

A fine 2021 sono 5 le Zone distretto in cui non risulta alcuna Cds attiva: Pisana (Ausl Nord-ovest), Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana e Colline dell'Albegna (Ausl Sud-est), Fiorentina Sud-est e Mugello (Ausl Centro).

Alla stessa data, le Aft che avevano almeno alcuni Mmg con ambulatorio in Cds erano 20 su 45 Aft (44,4%) nella Ausl Centro, 19 su 40 Aft (47,5%) nella Ausl Nord-ovest e 15 su 21 Aft (71,4%) nella Ausl Sud-est. Le percentuali di Mmg in Aft che avevano ambulatorio in Cds erano rispettivamente il 12,2%, il 17,5% e il 25,8% nelle tre Ausl.

Per lo sviluppo delle Cdc programmato secondo il Pnrr si rimanda al secondo volume di questa pubblicazione.

Assistenza domiciliare

La Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) prevede tra gli investimenti il “potenziamento dell’assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale”. Il Dm 77/2022, all’interno del capitolo 10, definisce “la casa come primo luogo di cura” e viene individuata all’interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell’assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell’ambito dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità assistenziale (trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici) nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. L’indicatore di monitoraggio individuato nel Dm 77 è il raggiungimento della presa in carico in assistenza domiciliare (Ad) del 10% di pazienti di 65 anni o più, considerando tutti gli assistiti d’età 65+ anni presi in carico indipendentemente dalla classe di coefficiente di intensità assistenziale – Cia, un indice che misura la frequenza di accesso domiciliare da parte degli operatori durante il periodo di presa in carico su una scala da 0 (mai) a 1 (ogni giorno).

Con la Dgr 660/2015 Regione Toscana ha approvato il “Progetto di riorganizzazione assistenza domiciliare (Prad)”, nella quale si afferma che l’Ad rappresenta la risposta ai bisogni primari della persona costretta a domicilio e delinea il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio. Il processo assistenziale in cui si articola il percorso inizia con la segnalazione del bisogno assistenziale, che può essere effettuata dal medico di medicina generale (Mmg), dal pediatra di libera scelta (Pls) o da specialisti convenzionati, da operatori dei servizi distrettuali, dall’ospedale, dalla struttura residenziale extra-ospedaliera che dimette la persona, dai servizi sociali, dall’utente o suo familiare oppure da parte del mondo del volontariato. Successivamente alla segnalazione segue la valutazione dell’assistito con la quale si rilevano i bisogni assistenziali, anche in riferimento alle patologie, con conseguente definizione di un piano assistenziale e l’erogazione delle prestazioni previste dal piano stesso. I percorsi di Ad oggetto delle osservazioni della presente scheda sono i seguenti: il percorso della presa in carico della persona non autosufficiente, in cui l’Unità di valutazione multidimensionale (Uvm) definisce un Progetto assistenziale personalizzato (Pap), l’Ad caratterizzata da prestazioni sanitarie infermieristiche, attivata generalmente dal Mmg e gestita dall’infermiere (Ad solo sanitaria), l’Ad programmata (Adp), che consiste nella programmazione di visite a domicilio del paziente da parte dell’Mmg che ha in carico l’assistito, in accordo con il distretto, e l’Ad integrata (Adi) che prevede la presa in carico secondo un progetto multi-professionale, come da Accordo collettivo nazionale degli Mmg. Sintetizziamo i dati al 2021, distinguendo tra accessi domiciliari effettuati ad assistiti positivi al Sars-Cov-2 e non. Per quanto concerne l’implementazione del Pnrr e delle prescrizioni del Dm 77/2022 in tema di Ad, si rimanda allo specifico capitolo nel secondo volume di questa pubblicazione.

Complessivamente gli assistiti residenti in Toscana con almeno un accesso domiciliare nel 2021 sono stati il 4,9% della popolazione generale e l’11,4% della popolazione d’età 65+ (figura 1). La soglia del 10% di anziani con almeno un accesso domiciliare è raggiunta a livello regionale, anche escludendo i positivi al Sars-Cov-2, ma la Ausl Nord-ovest presenta un valore inferiore.

Figura 1. Assistiti con almeno un accesso domiciliare nell'anno, per età e Ausl di residenza - Valori ogni 100 abitanti - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ad e sistema di sorveglianza Covid-19 dell'Istituto superiore di sanità

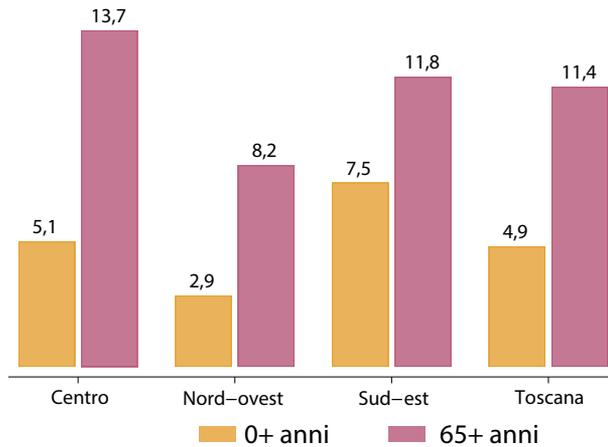
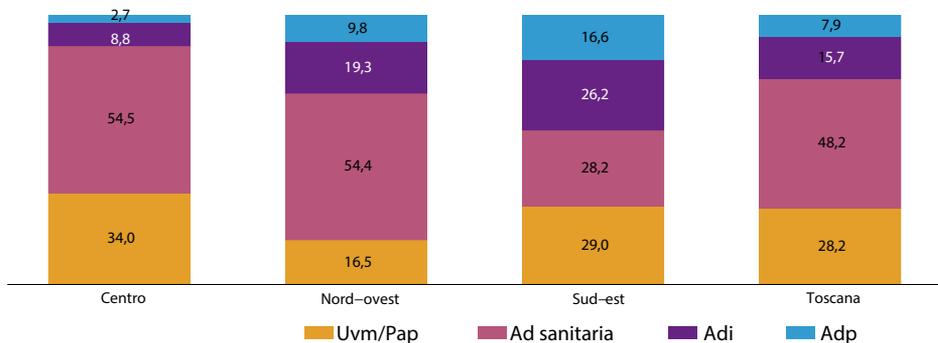


Figura 2. Assistiti (mai positivi al Sars-Cov-2) presi in carico in Ad, per percorso e Ausl di residenza - Valori percentuali - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ad e sistema di sorveglianza Covid-19 dell'Istituto superiore di sanità



Attingendo ai dati Iss, possiamo dividere gli assistiti tra positivi al Sars-Cov-2 e non. Ha ricevuto almeno un accesso domiciliare il 24,1% dei positivi e il 3,7% dei non positivi in Toscana. Tra gli ultra64enni le percentuali salgono rispettivamente al 34,8% dei positivi e al 10,4% dei non positivi. La prevalenza di assistiti positivi al Sars-Cov-2 presi in carico in assistenza domiciliare è sicuramente sottostimata a causa della mancata completezza dei dati di attività registrati delle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca). Possiamo però considerare attendibili le informazioni inserite per gli assistiti censiti correttamente, presentate in seguito.

Considerando i soli assistiti in Ad senza evidenza di positività al Sars-Cov-2, nel 2021 il 48,3% ha ricevuto Ad solo sanitaria, il 28,2% è stato preso in carico nel percorso Uvm-Pap, il 15,7% in Adi ed il 7,9% in Adp. La distribuzione per tipologia è relativamente equilibrata nella Ausl Sud-est, mentre nelle altre due Ausl prevale l'Ad solo sanitaria (figura 2).

Complessivamente durante il 2021 in Toscana, 206.494 residenti hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare da parte di un operatore. Gli accessi domiciliari totali sono stati 1.772.240. Per i cittadini positivi al Sars-Cov-2 la durata della presa in carico è andata da un minimo di un giorno ad un massimo di 30 giorni, con un valore mediano di 2 giorni. Il numero di accessi varia invece da 1 a 6, con un valore mediano di 2 accessi. Per i cittadini senza evidenza di positività al Sars-Cov-2 la durata della presa in carico è andata da un minimo di un giorno ad un massimo di 353, con un valore mediano di 19 giorni. Il numero di accessi varia da 1 a 26, con un valore mediano di 3 accessi. Per la popolazione generale la durata della presa in carico è andata da un minimo di un giorno ad un massimo di 210 giorni, con un valore mediano di 14 giorni. Il numero di accessi da 1 a 21, con un valore mediano di 3 accessi (tabella 1).

Tabella 1. Assistiti in domiciliare, per positività al Sars-Cov-2 - Mediana della durata di presa in carico (in giorni) e del numero di accessi domiciliari durante la presa in carico, totale assistiti con almeno un accesso nell'anno - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ad e sistema di sorveglianza Covid-19 dell'Istituto superiore di sanità

Positività al Sars-Cov-2	Durata presa in carico (mediana)	Accessi domiciliari (mediana)	Assistiti con 1+ accessi domiciliari nell'anno
Positivi	2gg	2	62.044
Non positivi	19gg	3	159.551
Totale	14gg	3	206.494

Sebbene la presa in carico in Ad, come durata e numero di accessi, sia ancora molto contenuta, la Toscana nel 2021 ha raggiunto lo standard del 10% di presi in carico tra gli anziani di 65 anni o più, anche senza considerare gli assistiti presi in carico a seguito di una positività al Sars-Cov-2.

Cure intermedie

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), tra le risorse messe a disposizione, ha previsto un investimento per rafforzare l'assistenza sanitaria intermedia fornita dagli Ospedali di comunità (Odc). Il Dm 77/2022 ribadisce che "l'Odc è una struttura che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio". Gli standard stabiliti dal Dm 77 sono il raggiungimento di 0,2 posti letto per 1.000 abitanti (da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale) e un ospedale di comunità dotato di 20 posti letto ogni 100mila abitanti.

Regione Toscana ha individuato risposte denominate "Cure intermedie (Ci)" già a partire dal 2005 (Dgr 1002/2005). Il decreto del presidente della Giunta regionale 79/2016 ha normato due distinte tipologie di offerta con riferimento alle strutture residenziali, con diversi requisiti strutturali ed organizzativi: un setting ad alta intensità assistenziale con presenza di medico di struttura, individuato poi come *Low care*, e un setting a media intensità assistenziale, con presenza medico specialistica in stretto raccordo col medico di medicina generale (Mmg), individuato poi come "Residenzialità sanitaria intermedia". La Dgr 909/2017 formalizza l'organizzazione delle suddette tipologie di offerta, prevedendo anche un terzo setting a bassa intensità assistenziale - "Residenzialità assistenziale intermedia" - con responsabilità affidata al Mmg, che si avvale di consulenze specialistiche programmate, e con interventi del medico di continuità assistenziale. La Dgr 818/2020, ha successivamente posto come livello standard di assistenza il graduale raggiungimento del parametro di 0,4 posti letto di Ci ogni 1.000 residenti per Area vasta, da realizzare presso le strutture individuate come *Low care* e Residenzialità sanitaria intermedia dalla programmazione di settore. Per quanto concerne l'implementazione del Pnrr e delle prescrizioni del Dm 77/22 in tema di Odc, si rimanda allo specifico capitolo nel secondo volume di questa pubblicazione.

Nel 2021, 70 strutture di Ci in Toscana hanno registrato un totale di 17.315 ingressi; 9 Zone-distretto (Zd) toscane hanno registrato ingressi in tutti e tre i setting di Ci (*Low care*, Residenzialità sanitaria intermedia e Residenzialità assistenziale intermedia), 10 Zd in due setting, 7 Zd in un solo setting (Residenzialità sanitaria intermedia o assistenziale intermedia), mentre in due Zd non è stato registrato alcun ingresso (tabella 1).

Tabella 1. Strutture che hanno registrato ingressi in cure intermedie, per setting e Zona-distretto di erogazione – Numeri assoluti – Toscana, anno 2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ad

Zona distretto	Tipologia di setting			
	Strutture con ingressi	Residenzialità assistenziale intermedia	Residenzialità sanitaria intermedia	Low care
Fiorentina	5		1	5
Val di Nievole	2	2		
Pratese	5	4	2	3
Pistoiese	3	3	2	1
Fiorentina Nord-ovest	0			
Fiorentina Sud-est	3		2	3
Mugello	1		1	
Empolese Valdelsa Valdarno	2	2		
Lunigiana	1		1	1
Apuane	3		2	3
Valle del Serchio	3	3	2	
Piana di Lucca	5	2	5	3
Pisana	1	1	1	1
Elba	1		1	
Versilia	7	6	2	3
Livornese	0			
Alta Val di Cecina - Val d'Era	5	3	2	1
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	2		2	
Alta Val d'Elsa	1	1	1	
Senese	4	3	1	1
Casentino	2	2		
Val Tiberina	1	1		
Val di Chiana Aretina	2	2		2
Aretina	3	1	1	2
Valdarno	1	1	1	
Colline dell'Albegna	2	2		1
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	2	2		1
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	3	3	2	1
Totale	70	44	32	32

Il 52,7% degli accessi è avvenuto in *Low care*, il 29% nel setting di Residenzialità sanitaria intermedia e il 18,3% nel setting di Residenzialità assistenziale intermedia. Nelle Ausl Centro e Nord-ovest il setting più frequentemente utilizzato è stato il *Low care* (rispettivamente 55,8% e 60,3%) mentre nella Ausl Sud-est il setting di Residenzialità assistenziale intermedia (63,5%) (tabella 2).

Tabella 2. Ingressi in strutture di Cure intermedie, per setting e Ausl di erogazione - Casi e valori ogni 100 ingressi - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ad

Ausl	Tipologia di setting							
	Residenzialità assistenziale intermedia		Residenzialità sanitaria intermedia		Low care		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	426	5,2	3.187	39,0	4.567	55,8	8.180	100,0
Nord-ovest	506	9,0	1.721	30,7	3.385	60,3	5.612	100,0
Sud-est	2.239	63,5	105	3,0	1.179	33,5	3.523	100,0
Totale	3.171	18,3	5.013	29,0	9.131	52,7	17.315	100,0

Stando ai dati registrati nel periodo 2019-2021, in Toscana gli ingressi nelle strutture di Ci sono quasi raddoppiati passando da 9.067 nel 2019, a 12.101 nel 2020, fino a raggiungere un totale di 17.315 ingressi nel 2021. Questa crescita, in parte, è dovuta alle ammissioni di pazienti positivi al Sars-Cov-2. Gli ingressi con tampone naso-faringeo positivo nei 14 giorni precedenti l'ammissione in struttura e nei giorni immediatamente successivi rappresentano l'11,6% del totale degli ingressi nel 2020 e il 14,2% nel 2021. Tuttavia, al netto degli ingressi di assistiti positivi al Sars-Cov-2, il tasso di crescita degli ingressi in strutture di Ci è pari a +18,1% tra 2019 e 2020 e +40,4% tra 2020 e 2021.

Nel biennio 2020-2021, per far fronte all'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia, nelle zone con alte percentuali di accesso da parte di pazienti positivi al Sars-CoV-2, in un contesto di programmazione regionale dello specifico settore ancora in forte evoluzione, il diffuso utilizzo di posti letto in tutti e tre i setting di Ci può aver determinato situazioni locali di difficoltà nella rilevazione puntuale degli interventi effettuati. Tale criticità ha riguardato anche l'allestimento, nelle varie realtà aziendali, di reparti di Ci con valenza "temporanea", derivanti da riconversione di reparti afferenti ad altri setting extra-ospedalieri, i quali sono stati riassegnati all'originaria destinazione al termine dell'emergenza.

Prendendo in considerazione le tipologie di setting, le percentuali di ingressi di assistiti positivi al Sars-Cov-2 registrate nel biennio 2020-2021 sono state rispettivamente: 5,2% e 3,9% nel setting di Residenzialità assistenziale intermedia, 6,7% e 9,6% nel setting di Residenzialità sanitaria intermedia e 22% e 20,1% nel *Low care*.

L'85,3% degli assistiti entrati in Ci proveniva da una struttura ospedaliera, il 2,8% dalla propria abitazione. Delle 16.278 dimissioni avvenute nel 2021, invece, il 49,6% è stato

effettuato al domicilio dell'assistito senza attivare alcuna assistenza, il 9,8% al domicilio con assistenza, il 27% è stato trasferito ad altra struttura residenziale/semiresidenziale, il 4,9% ad altra tipologia di residenza, mentre il 4,2% è stato ricoverato in ospedale, mentre il 4,5% è deceduto (tabella 3).

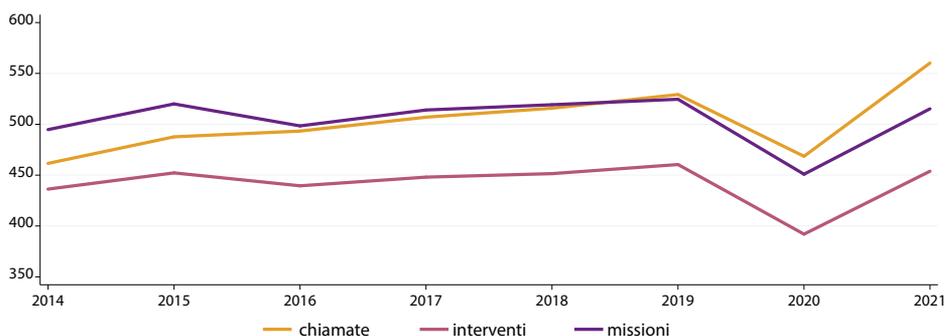
Tabella 3. Ammissioni e dimissioni in Cure intermedie, per tipologia e Ausl di erogazione - Casi e valori ogni 100 ammissioni o dimissioni - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ad

	Centro		Nord-ovest		Sud-est		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Provenienza delle ammissioni								
Struttura ospedaliera	7.931	97,0	3.881	69,1	2.959	84,0	14.771	85,4
Abitazione	20	0,2	234	4,2	230	6,5	484	2,8
Struttura protetta socio-sanitaria	13	0,2	76	1,4	51	1,4	140	0,8
Struttura di riabilitazione	11	0,1	31	0,6	28	0,8	70	0,4
Struttura sociale	3	0,0	23	0,4	48	1,4	74	0,4
Altro	202	2,5	1.367	24,3	207	5,9	1.776	10,2
Totale ammissioni	8.180	100,0	5.612	100,0	3.523	100,0	17.315	100,0
Modalità di dimissione								
A domicilio senza assistenza	2.818	36,2	3.169	60,6	2.092	64,0	8.079	49,6
Ad altra struttura residenziale/semiresidenziale	3.876	49,8	245	4,7	267	8,2	4.388	27,0
A domicilio con assistenza	351	4,5	761	14,5	484	14,8	1.596	9,8
Ad altra tipologia di residenza	114	1,5	522	10,0	169	5,2	805	4,9
Decesso	436	5,6	180	3,4	111	3,4	727	4,5
A struttura ospedaliera per acuti	183	2,4	355	6,8	145	4,4	683	4,2
Totale dimissioni	7.778	100,0	5.232	100,0	3.268	100,0	16.278	100,0

Emergenza-urgenza

Il sistema dell'emergenza-urgenza territoriale si compone di 6 Centrali operative (Co), 2 in ogni Ausl: Firenze-Prato, Pistoia-Empoli, Alta Toscana (Viareggio-Massa-Lucca), Livorno-Pisa, Siena-Grosseto e Arezzo. Da aprile 2021 è ufficialmente attivo il Numero unico europeo per le emergenze (Nue 112), il servizio che consente ai cittadini di richiedere l'intervento della Polizia di stato, dei Carabinieri, dei Vigili del fuoco o il soccorso sanitario componendo un unico numero telefonico (112). Il nuovo numero unico rappresenta uno strumento di coordinamento e filtro attivo per fornire una prima risposta a tutte le chiamate di soccorso di chiunque si trovi nel territorio regionale, finalizzato a ottimizzare la tempestività della risposta, indirizzando correttamente i cittadini verso la struttura più appropriata di pronto intervento. L'attività e le performance del sistema toscano dell'emergenza-urgenza, Centrali operative 118 (Co) e Pronto soccorso (Ps), ha risentito ovviamente degli effetti diretti ed indiretti dell'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Covid-19. Dopo il 2019, anno in cui le Co del 118 hanno registrato i volumi di attività più alti a partire dal 2014, nel 2020 si è raggiunto il minimo storico per numero di chiamate per soccorso (-11%), di interventi (-15%) e di missioni (-14%). Nel 2021 si è quasi ripristinata la normale attività, con un trend in crescita rispetto agli anni precedenti delle chiamate per soccorso. Queste ultime risultano 560.218, in aumento del 19,6% rispetto all'anno precedente e del 6% circa rispetto al 2019. Gli interventi sono stati 453.866, +15,8% rispetto al 2020, ma ancora -1,4% rispetto al 2019. Infine, le missioni (515.224) sono aumentate del 14,3% rispetto al 2020, ma ancora non raggiungono la numerosità del 2019 (-1,8%) (figura 1).

Figura 1. Chiamate per soccorso, interventi e missioni – Valori in migliaia – Toscana, periodo 2014-2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso Rfc 134



L'analisi dell'andamento degli interventi, declinato per classe di patologia presunta, mostra in alcune classi degli scostamenti rispetto al fenomeno generale. Dal 2019 al 2020 si osserva una riduzione di casistica per tutte le classi di patologia, con una variazione percentuale che oscilla tra il -32% e il -8%, ad eccezione della patologia infettiva (+116%) che comprende gli

interventi per Covid-19. Nel 2021 si registra un incremento di interventi per tutte le classi patologia rispetto all'anno precedente, ma solo 7 di queste superano il valore del 2019. Rispetto all'anno pre-pandemia si confermano in aumento gli interventi per patologia infettiva (quasi 29mila interventi, +146%) e cardiocircolatoria (85.500 interventi, +4%), seguono le patologie urologiche e osterico-ginecologiche (rispettivamente 15.600 e 5mila interventi, +8,8%) e psichiatriche (12.400 interventi, +7%). Tra le patologie che invece ancora non raggiungono i livelli pre-pandemici vi sono le neurologiche (73.800 interventi, -8%) e i traumi (104mila interventi, -3%), patologie che insieme alla cardiocircolatoria rappresentano quasi il 60% degli interventi.

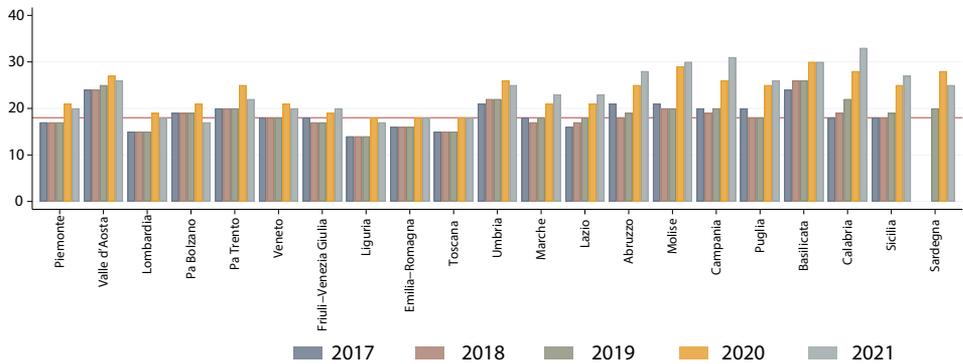
Le tre basi operative di elisoccorso (Firenze, Grosseto e Massa-Carrara), coordinate dalla Centrale unica regionale "Toscana Soccorso", hanno effettuato 2.583 missioni nel 2021, in aumento rispetto all'anno precedente (+6,9%), quando si era registrata una riduzione del 15% circa rispetto al 2019, a causa della generale diminuzione dell'esposizione al rischio nella popolazione, per il lockdown prima e per le limitazioni generali agli spostamenti poi. Si tratta di segnali di una lenta ripresa delle attività, ancora inferiori al periodo pre-pandemico (2.700 missioni in elisoccorso nel 2019).

I sistemi dell'emergenza territoriali regionali sono messi a confronto tra loro, fin dal 2010, dal sistema di valutazione degli adempimenti previsti dai Livelli essenziali di assistenza (Lea) attraverso l'indicatore "intervallo allarme-target" dei mezzi di soccorso. Questo indicatore misura l'efficacia e la rapidità dell'organizzazione del 118 attraverso la valutazione del 75° percentile della distribuzione del tempo trascorso (in minuti) tra la ricezione della chiamata da parte della centrale e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso, per tutte le missioni con codice di criticità presunta, rosso o giallo nell'anno. L'indicatore è stato confermato anche nel Nuovo sistema di garanzia (Nsg), incluso tra gli indicatori cosiddetti "Core" che sostituiscono la precedente griglia Lea, ed è entrato in vigore a partire dal 2020. Dal 2020 cambia anche la formula di calcolo che prevede il computo dell'allarme-target solo per i codici di priorità rossi. Di seguito, però, sono riportati i dati calcolati con la precedente modalità di calcolo in modo da poter confrontare le regioni anche per il biennio 2020-2021 (dato reperito dalla reportistica del Nuovo sistema informativo sanitario – Nsis). La soglia fissata nella valutazione è pari a 18 minuti.

La Toscana continua a rispettare la soglia prevista dall'adempimento Lea, nonostante l'inevitabile aumento medio dei tempi dovuto all'introduzione di protocolli di prevenzione del contagio da Sars-Cov-2, come la sanificazione dei mezzi e la vestizione degli operatori. L'indicatore per la Toscana passa da 15 minuti, costante dal 2013, a 18 minuti nel biennio 2020-2021 (figura 2).

Solo 5 regioni/province autonome nel 2021, e 3 nel 2020, rispettano il target dei 18 minuti. Nel 2020 si sono registrati incrementi che oscillano tra 2 e 9 minuti rispetto al valore 2019 (entro 3 minuti per 8 regioni/province autonome) e nel 2021 un ulteriore aumento del tempo di soccorso per 9 regioni/province autonome. Liguria e la Provincia autonoma di Bolzano hanno raggiunto il risultato migliore del 2021 (17 minuti), seguite da Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana a 18 minuti.

Figura 2. Indicatore “Intervallo allarme-target” – Tempo in minuti – Regioni italiane, periodo 2017-2021 – Fonte: Ministero della salute e Nsis



* in rosso la soglia Lea di 18 minuti

Ridurre i tempi di attesa, evitare ricoveri inappropriati e aumentare la sicurezza delle dimissioni sono gli obiettivi alla base dei tre documenti relativi al Pronto soccorso approvati ad agosto 2019 in Conferenza Stato-Regioni (“Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull’osservazione breve intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso”). La Toscana, con la Dgr n. 806/2017 “Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto soccorso. Linee di indirizzo” e la Dgr n.974/2017 “Piani aziendali per la Gestione del sovraffollamento in Pronto soccorso (Pgsa). Linee di indirizzo”, aveva, già introdotto le innovazioni organizzative proposte nei documenti nazionali.

Con l’istituzione del nuovo modello di Ps, il paziente è inviato al percorso più idoneo già dalla fase di *triage*, attraverso la valutazione del bisogno clinico, della complessità assistenziale, del rischio evolutivo e dall’impegno di risorse stimato per il trattamento. Si è passati dai codici di priorità definiti con colore a numeri da 1 a 5, dove alla cifra più bassa corrisponde la priorità più alta.

Il Ps lavora su tre linee di attività: alta, media e bassa complessità. Quest’ultima è articolata in codici minori, gestiti dal medico, *See & Treat* gestito da infermieri appositamente formati e *Fast track*, che prevede l’invio diretto dal *triage* al medico specialistico. Il Ps è così un servizio adattativo, che attiva meccanismi continui e tempestivi di adeguamento delle risorse rispetto alla tipologia e numerosità dei pazienti che vi accedono. I Piani aziendali per la gestione del sovraffollamento prevedono la predisposizione preventiva, da parte di ciascuna Azienda, di un piano dettagliato delle azioni specifiche per singolo ospedale da applicare al momento del verificarsi di un afflusso elevato. Tale programmazione ha consentito alle Aziende di pianificare le risorse necessarie nell’anno e applicare tempestivamente quanto definito nel piano stesso.

Il passaggio al nuovo modello di Ps si è concluso a giugno 2020, dopo un processo pluriennale e graduale avviato a metà 2018. Questa novità comporta alcune difficoltà nel confronto tra

strutture durante tutta la fase di transizione, a cui sono seguiti e si sono aggiunti gli effetti della pandemia e la scarsità di risorse di personale, elementi che stanno caratterizzando tutto il Paese. Dopo anni di crescita del numero di accessi in Ps, che in Toscana hanno superato il milione e mezzo nel 2018 e raggiunto nel 2019 l'affluenza massima con 1.537.191 ingressi, con l'avvento della pandemia si è interrotta questa tendenza, con una riduzione del 34% dell'attività (-531 mila accessi) nel 2020 e del 24% nel 2021, rispetto al 2019.

Nel biennio pandemico l'andamento mensile degli accessi è stato sostanzialmente condizionato dalle ondate pandemiche. Il picco in negativo si è raggiunto nei mesi della prima ondata, -63% ad aprile 2020, e successivamente tra novembre e dicembre, con una riduzione che ha sfiorato il 50%. Nel 2021, si è assistito ad un lento e graduale ritorno verso la normalità, anche se a dicembre 2021, in corrispondenza dell'arrivo della variante Omicron, si è osservato un nuovo calo degli accessi rispetto al periodo pre-pandemico (-15%).

L'età infantile, che solitamente rappresenta il 16% dell'attività di Ps, è quella che ha mostrato una riduzione maggiore degli accessi (-50% nel 2020 e -38% nel 2021 rispetto al 2019), mentre per gli adulti e gli anziani (65+ anni) il calo di presentazioni è del 31% nel 2020 (per entrambi) e rispettivamente dell'11% e del 14% nel 2021. Tra le principali cause di accesso attribuite in fase di triage ai pazienti, rispetto al 2019, hanno subito una maggior riduzione le "manifestazioni cutanee" (-46% nel 2020 e -34% nel 2021), "altri disturbi o sintomi" (-44% nel 2020 e -38% nel 2021), "dolori addominali" (-37% nel 2020 e -30% nel 2021), "sintomi o disturbi oculistici" (-35% nel 2020 e -27% nel 2021) ed i traumatismi (-34% nel 2020 e -22% nel 2021). Come atteso, si sono ridotti di più gli accessi per motivi più lievi/aspecifici: c'è stata una forte riduzione dei codici di triage minori soprattutto nel 2020 (-23%), quando nei mesi di lockdown si sono raggiunte riduzioni mensili che oscillavano tra 40% e il 58%, mentre nell'anno successivo la casistica è gradualmente incrementata, superando quella degli anni precedenti (+8%). Durante il lockdown e sostanzialmente per tutto il primo anno di pandemia la popolazione è stata fortemente scoraggiata dal recarsi in Pronto soccorso, se non per reali urgenze.

In figura 3 si riporta l'andamento del numero di accessi (complessivi e da residenti in Toscana). La variazione temporale è strettamente legata al comportamento dei cittadini toscani, mentre la quota di accessi dei non residenti si è attestata al 10% nel triennio 2017-2019 e 7-8% nel biennio 2020-2021, anni in cui si sono alternati periodi di chiusura e divieto di spostamenti tra regioni e nazioni.

Come per la Toscana, anche a livello nazionale il 2019 rappresenta l'anno con maggior numero di accessi in Pronto soccorso, oltre 21 milioni di presentazioni ed un tasso di accesso pari a 354 per 1.000 abitanti, seguito poi nel 2020 da una riduzione di attività del 37%, con il tasso di accesso che scende a 221 per 1.000, e da un incremento nel 2021, pur mantenendo livelli inferiori rispetto agli anni precedenti alla pandemia (14,5 milioni di accessi, ridotti del 30% rispetto al 2019, pari a 245 per 1.000 abitanti). Questo andamento, seppur con intensità differenti, caratterizza tutte le regioni, ad eccezione della Campania e Sardegna, per le quali anche nel 2021 prosegue la riduzione (figura 4). La Toscana presenta un tasso di accessi al Ps di 310 per 1.000 abitanti, 2° regione con il tasso più alto nel 2021 dopo la Pa di Bolzano.

Figura 3. Accessi in Pronto soccorso, per residenza - Valori in migliaia - Toscana, periodo 2011-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ps

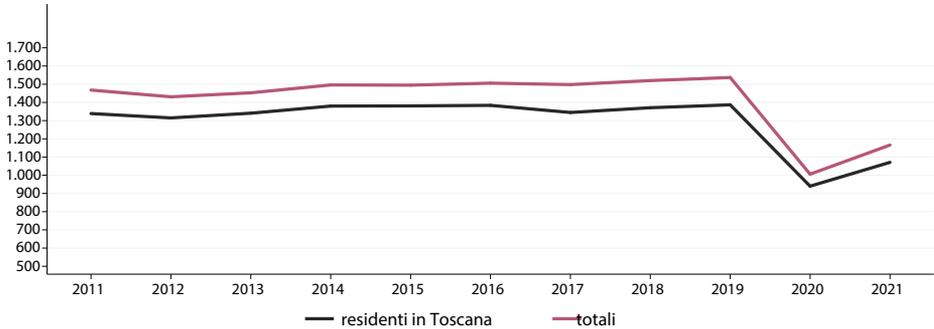
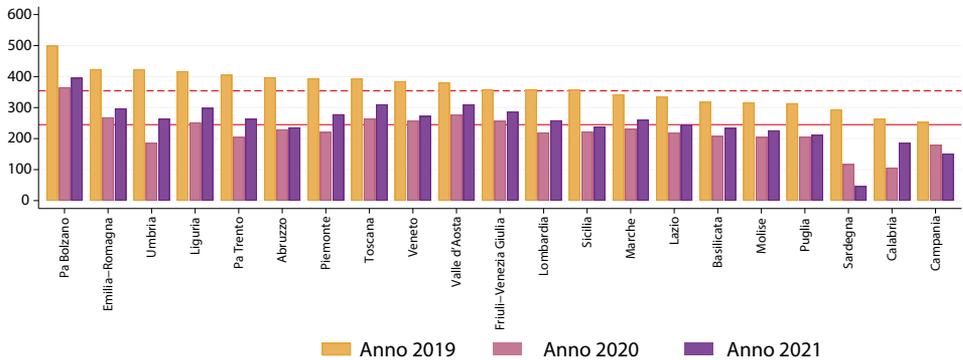


Figura 4. Accessi in Pronto soccorso - Tasso di accesso per 1.000 abitanti - Regioni e Italia, periodo 2019-2021 - Fonte: Ministero della Salute e Nsis



*linea rossa tratteggiata: Italia 2019, linea rossa continua: Italia 2021

Ricovero ospedaliero

L'assistenza ospedaliera già negli anni precedenti alla pandemia è stata oggetto di molti interventi di rimodellamento, basati su indicazioni nazionali e regionali, che hanno prodotto effetti con latenza diversa nelle regioni. Il Servizio sanitario regionale (Ssr) toscano è stato riorganizzato con l'obiettivo di aumentare l'appropriatezza e la sicurezza delle cure.

Il Decreto ministeriale n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" è sicuramente il documento di programmazione ospedaliera più importante e completo degli ultimi dieci anni. Al suo interno ha formalizzato standard quantitativi di qualità ed efficienza basati sulle evidenze scientifiche disponibili, da raggiungere mediante la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera. Nello stesso anno la Toscana ha riformato il proprio assetto organizzativo, avviando un percorso che ha portato all'accorpamento delle 12 ex Aziende Unità sanitarie locali (Ausl) in 3: Centro, Nord-ovest e Sud-est (Lr n.84 del 28 dicembre 2015 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla Lr 40/2005"). Questa riforma ha contribuito a favorire le dinamiche di rete e l'accessibilità alle competenze specialistiche ed ha permesso di avviare processi di riorganizzazione e miglioramento estesi all'intera rete assistenziale.

Altre sfide hanno inciso sull'organizzazione delle regioni: il Piano nazionale della cronicità (Pnc), il Piano nazionale sulla mobilità sanitaria, i Piani di rientro per le Aziende, il Dpcm 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" e la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 ("legge Gelli - Bianco") sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Il Dpcm del 2017, in particolare, intervenendo su diversi ambiti dell'assistenza ospedaliera, ha fatto un primo aggiornamento ed integrazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), prestazioni minime che il servizio sanitario pubblico deve garantire ai cittadini in tutte le regioni. Successivamente, il "Nuovo sistema di garanzia nazionale dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza" (Dpcm 19 marzo 2019), la cui entrata in vigore è stata prevista per l'anno di valutazione 2020, ha sostituito il precedente sistema di monitoraggio Lea.

Gli equilibri raggiunti dai servizi regionali sono stati poi sottoposti a stravolgimenti con l'avvento della pandemia da Covid-19. In risposta a questo evento è stato necessario rivedere i modelli di governance e di assistenza ospedaliera e territoriale. Il 2020 è stato caratterizzato da indicazioni nazionali e regionali, come le Linee di indirizzo del Ministero della salute del 16 marzo 2020 e successive circolari, volte a limitare il rischio di contagio, che hanno rinviato le attività chirurgiche programmate e ambulatoriali, riorganizzato le strutture di assistenza e riallocato il personale. Oltre a fornire indicazioni su come selezionare e riallocare l'offerta sanitaria, si è cercato di ridurre l'impatto sull'assistenza alle patologie non Covid-19, dando indicazioni sulle attività considerate non differibili e non procrastinabili (circolare del Ministero della salute n. 7422 del 16 marzo 2020 e successivi chiarimenti, circolare n. 8076 del 30 marzo 2020).

In questo quadro così complesso, fotografare l'assistenza ospedaliera toscana e porla a confronto con le altre regioni, dove le iniziative di risposta alla pandemia sono state anche funzione dell'andamento stesso dei contagi, non è semplice. Inoltre, quando scriviamo questo documento, non sono ancora disponibili gli aggiornamenti del Rapporto Sdo del Ministero della salute per il biennio 2020-2021. Dovremo perciò utilizzare altre informazioni e report per valutare l'anno 2020, limitando invece l'osservazione degli indicatori più consolidati in materia al 2019.

Le riforme citate in apertura hanno avviato un processo di deospedalizzazione in tutto il Paese, provocando la riduzione dei ricoveri e delle giornate di degenza. In Toscana si assiste ad un trend in calo a partire dal 2002, con una riduzione del 25% dei ricoveri e del 30% delle giornate di degenza fino al 2019. La pandemia, come noto, ha poi drasticamente ridotto l'ospedalizzazione. Nel 2020 i ricoveri si riducono del 18% rispetto all'anno precedente, da 551.098 a 449.117, le giornate di degenza del 13%. Nel 2021 l'attività di ricovero segna una ripresa, con 479.554 ricoveri (+6,8% ricoveri e +6,1% giornate di degenza rispetto al 2020), senza però riportare l'attività ai livelli precedenti (ancora -13% di ricoveri e -7,8% di giornate di degenza rispetto al 2019). I ricoveri in day hospital (Dh), che rappresentano il 23% dell'attività di ricovero totale, mostrano, rispetto agli ordinari, una maggiore riduzione nel 2020 (rispettivamente -24% e -16%) e una maggiore ripresa nell'anno successivo (+11% e + 6%). Tra questi ricoveri, infatti, si concentrano maggiormente quelli differibili e non urgenti. Dal report "Impatto dell'epidemia Covid-19 sul sistema ospedaliero italiano, anno 2020" (Agenas e Istat) si legge che in Italia nel 2020 sono state circa 6,5 milioni le dimissioni ospedaliere (esclusi neonati sani), rispetto agli 8,4 milioni medi del triennio 2017-2019 (-22,1%). L'80,4% è stato effettuato in regime ordinario e il 19,6% in Dh. Anche a livello nazionale la diminuzione è stata più consistente per i Dh (-29,4%).

La degenza media, calcolata su tutti i ricoveri ordinari, nel trend di diminuzione, ha trovato una stabilità a 6,7 giorni nel quinquennio 2012-2016, per poi risalire ed oscillare tra 6,8 e 6,9 nel triennio successivo e raggiungere i 7,1 giorni nel biennio pandemico, segno di una complessità maggiore della casistica assistita dovuta in parte alla presenza dei casi Covid-19 e in parte all'aver dato precedenza ai ricoveri urgenti e a quelli non differibili (l'esclusione dei ricoveri non urgenti e differibili, mediamente più brevi, ha contribuito ad alzare la degenza media dei ricoveri effettuati). A livello nazionale la durata media della degenza è passata da 8,2 a 8,9 giorni (elaborazione Ars su dati Istat).

I ricoveri ordinari acuti con diagnosi di Covid-19, individuati secondo le indicazioni fornite dal Ministero della salute con decreto del 28 ottobre 2020 e precedenti linee guida di codifica, sono stati 13.799 nel 2020 e 20.366 nel 2021, rispettivamente 4% e 6,6% dei ricoveri ordinari acuti totali. Dal 2020 al 2021 i ricoveri Covid-19 sono praticamente raddoppiati (+47%) ed il loro andamento ha seguito ovviamente quello delle ondate dei contagi. I ricoveri in Terapia intensiva rappresentano il 13% dei ricoveri Covid-19 del 2020 e il 12% di quelli del 2021. Secondo il report "Impatto dell'epidemia Covid-19 sul sistema ospedaliero italiano, anno 2020" in Italia le dimissioni in regime ordinario connesse a Covid-19 sono state 286.530 pari al 5,5% del totale dei ricoveri. In entrambi gli anni vi è stata la necessità di riservare risorse

(reparti ospedalieri, strutture di area critica e personale) da destinare alla gestione di questa nuova malattia. Progressivamente, grazie agli effetti protettivi della campagna di vaccinazione e all'emergere di nuove varianti meno capaci di produrre sintomatologie severe come quelle osservate nei primi mesi di pandemia, si è potuto ridurre la rigidità delle scelte organizzative intraprese e, ad oggi, tornare ad una condizione di quasi normalità, pur con la consapevolezza di trovarsi ancora all'interno di una pandemia.

Il ricorso all'ospedale, solitamente letto come l'espressione della domanda sanitaria, cioè del bisogno di cure da parte dei cittadini, nel periodo osservato ha in parte perso questo significato. La riduzione dei ricoveri sopra descritta non è la risultante di un nuovo quadro epidemiologico caratterizzato da una riduzione della domanda di cure, ma è la risposta a scelte organizzative che hanno dato priorità alla Covid-19, riprogrammando l'attività già definita e rimodulando l'offerta sanitaria, e a scelte individuali del cittadino indotte dalla paura di contagio, proprio o dei propri cari. Tutto questo incide sull'assistenza ospedaliera fornita per le patologie diverse da Covid-19. Tra le attività ospedaliere individuate come non procrastinabili dal Ministero della salute vi sono i ricoveri in regime di urgenza, gli elettivi oncologici e non oncologici con classe di priorità A. Per una selezione di queste attività si riporta di seguito la variazione percentuale dei volumi di ricovero 2020 e 2021 rispetto alla media dei volumi registrati nel biennio 2018-2019 (tabella 1). I ricoveri non attribuiti a Covid-19 mostrano un andamento generale sovrapponibile a quelli totali: una riduzione di attività al primo anno pandemico e una ripresa nell'anno successivo, spesso senza però raggiungere i livelli di attività pre-pandemici. I ricoveri ordinari in acuto, pur aumentati nel 2021 (+6% rispetto al 2020, 359.355 vs 339.262), sono ancora inferiori alla media del biennio pre-pandemico (-14%). Con riferimento all'area di ricovero, quella chirurgica nel 2021 mantiene una riduzione di -17% rispetto alla media dei due anni pre-pandemia (oltre 151mila giornate di degenza e oltre 31mila ricoveri in meno), mentre la medica e quella critica recuperano attività, fino a superare il biennio precedente per i ricoverati in area critica. Tra i ricoveri con Drg chirurgico i programmati mostrano la maggiore riduzione (-22% nel 2020 e -12% nel 2021), con una inversione di tendenza a maggio 2021, mentre gli urgenti presentano invece un calo di attività inferiore (-12% e -9%). Per quanto riguarda l'infarto con sopraslivellamento del tratto St (Ima St) e l'ictus ischemico, nulla si è modificato nel passaggio dal 2020 al 2021, anzi si assiste ad un ulteriore diminuzione dei volumi di ricovero. I ricoveri con almeno un intervento di Bypass aortocoronarico e angioplastica (Ptca) rappresentano gli interventi con la maggior riduzione di volumi nel 2020, -22% e -15% rispettivamente, che recuperano in parte nel 2021. Il volume degli interventi di natura oncologica mostra un aumento nel 2021 rispetto al biennio 2018-19 per il tumore al retto, alla tiroide, alla mammella e all'utero, fanno eccezione i tumori del polmone, colon e prostata. Per la chirurgia ortopedica (dati non in tabella) si è osservato un ritorno a volumi paragonabili ai precedenti. Infine, la riduzione ha caratterizzato fortemente interventi in classe di priorità inferiore, come colecistectomie laparoscopiche e tonsillectomie, per le quali non si sono ripristinati i precedenti volumi: si osservano riduzioni del -31% e -18% per la prima nei due anni e di almeno il 53% in entrambi gli anni per la seconda.

Tabella 1. Ricoveri ospedalieri – Variazioni percentuali nei volumi annuali rispetto alla media del biennio 2018-2019 – Toscana, periodo 2020-2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Sdo

Tipologia di ricoveri	Variazione % media 2018-19	
	2020	2021
Ordinari acuti	-18	-14
Area chirurgica	-21	-17
Area medica	-13	-7
Area critica	-6	1
Programmati chirurgici	-22	-12
Urgenti chirurgici	-12	-9
IMA-ST	-8	-9
Ictus ischemico	-5	-6
Almeno un intervento di bypass	-22	-11
Almeno un intervento di Ptca	-15	-10
Tumore al polmone	-8	-2
Tumore al colon	-14	-6
Tumore al retto	-7	6
Tumore alla tiroide	-7	9
Tumore alla mammella	-5	4
Tumore all'utero	1	6
Tumore alla prostata	-12	-12

Nel 2018 e 2019 (ultimo anno disponibile) la Toscana, con il più alto indice di case mix (1,07), associato al più basso indice di case performance (0,88), confermava nuovamente buoni risultati rispetto alle altre regioni in termini di appropriatezza ed efficienza (figura 1), nonostante l'incremento della degenza media del triennio 2017-2019 (fonte: Rapporto Sdo 2020, Ministero della salute). L'indice di case mix misura la complessità della casistica, l'indice di case performance misura la capacità, a parità di complessità, di contenere la durata della degenza. Sarà interessante, studiare l'evoluzione di questi indici per le varie regioni nel periodo pandemico, come detto però ancora non disponibile nei rapporti nazionali.

Nel 2019 la Toscana ha mantenuto diversi obiettivi definiti dalla normativa nazionale:

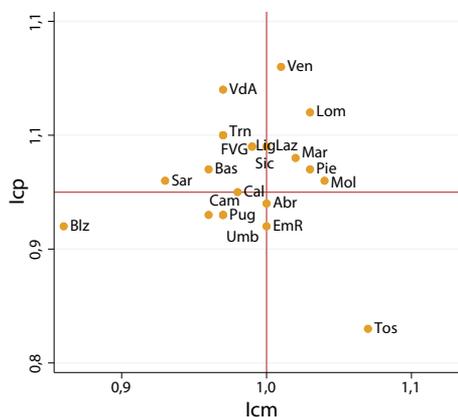
- posti letto per mille abitanti (standard: 3,7 per 1.000 residenti);
- tasso di ospedalizzazione complessivo standardizzato per età e genere (standard: 160 per 1.000 residenti), obiettivo già raggiunto nel 2012 con un tasso di 149 per 1.000 residenti (fonte Ministero della salute, Rapporto Sdo) e ulteriormente in calo negli anni fino a raggiungere nel 2019 il valore 126,6 per 1.000 e nel 2020 di 103,3 per 1.000, eguagliando

il dato nazionale, storicamente più alto rispetto alla Toscana (Rapporto Osservasalute 2021), (figura 2). L'obiettivo, peraltro, è raggiunto da alcuni anni da tutte le regioni e nel 2020 si assiste ad un ulteriore calo dell'ospedalizzazione indotto dalla pandemia. Rispetto all'anno precedente il tasso si è ridotto del 20% in Italia e del 18% in Toscana, le variazioni oscillano tra l'11% del Lazio e il 29% della Calabria. Mentre nel 2019 risultavamo la 5° regione con il tasso più basso, dopo Sicilia, Puglia, Veneto e Lombardia, nel 2020 scendiamo al 7° posto, dopo Piemonte, Lombardia, Puglia, Calabria, Sicilia e Basilicata (figura 3);

- rapporto tra ricoveri attribuiti a Drg ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B del Patto per la salute 2010-2012 e riconfermati nel Patto per la salute 2014-2016) e ricoveri attribuiti a Drg non a rischio di inappropriatelyzza, valutato nell'ambito degli indicatori Lea (standard: <0,21), dal 2015 già adempienti con un valore di 0,15, passati poi nel 2019 a 0,13, 3° dato nazionale insieme alla Calabria, dopo Sicilia e Abruzzo: rispettivamente 0,12 e 0,11. Nel 2019 solo il Friuli-Venezia Giulia è ancora inadempiente.

Queste informazioni mostrano un progressivo miglioramento nel tempo della scelta del setting assistenziale, confermato anche dalla riduzione dei ricoveri in day hospital nel triennio 2017-2019 (-4%).

Figura 1. Indice di case mix (lcm) e indice di case performance (lcp) dei ricoveri per acuti in regime ordinario – Posizionamento per combinazione dei due indicatori – Regioni italiane, anno 2019 – Fonte: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2020, Ministero della salute



La Toscana da anni ha raggiunto i principali standard di programmazione, i vincoli e le soglie imposte a livello nazionale sull'assistenza ospedaliera, nonostante ciò ha proseguito il suo processo di miglioramento, mostrando così un livello di produzione ed efficienza tale da garantire l'assistenza e la tutela degli assistiti. Nel 2019 (ultimo anno di valutazione disponibile) anche altre regioni hanno raggiunto un buon livello di performance. L'avvento della pandemia, però, ha messo in crisi il Sistema sanitario nazionale e stravolto completamente l'organizzazione

dell'assistenza ospedaliera, facendo passare in secondo piano la necessità di confrontare indicatori di efficienza, la cui lettura ed interpretazione, seppur importante, deve essere contestualizzata alla contingenza del momento. Dalla fotografia sopra fornita per l'ultimo biennio emerge come la Toscana sia riuscita prontamente a riorganizzare le proprie strutture di ricovero ed il personale per rispondere alle nuove esigenze assistenziali, dando priorità ai pazienti affetti da Covid-19 e alle patologie non procrastinabili. Queste scelte potenzialmente potranno portare, in Toscana come nelle altre regioni, degli effetti sulla salute dei cittadini, soprattutto per i pazienti fragili e gli anziani, che hanno subito un ritardo nella presa in carico o nella gestione della propria malattia. Una nuova riorganizzazione ci attende per recuperare questo gap assistenziale, pur trovandoci ancora a gestire i pazienti Covid-19.

Figura 2. Ospedalizzazione generale - Tasso standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2015-2020 - Fonte: Rapporto Osservasalute 2021

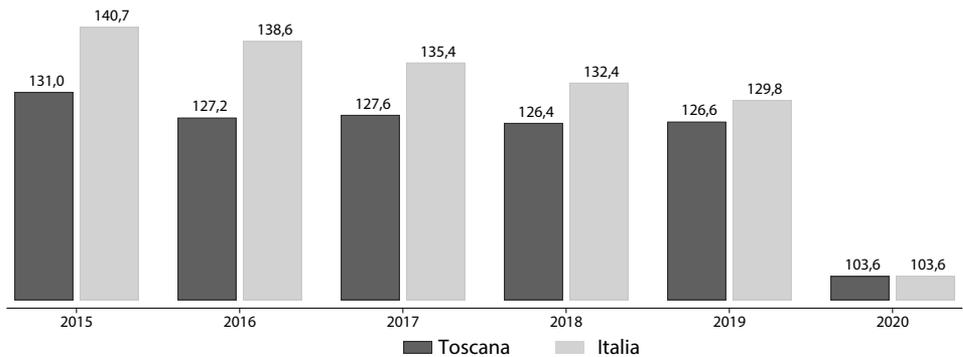
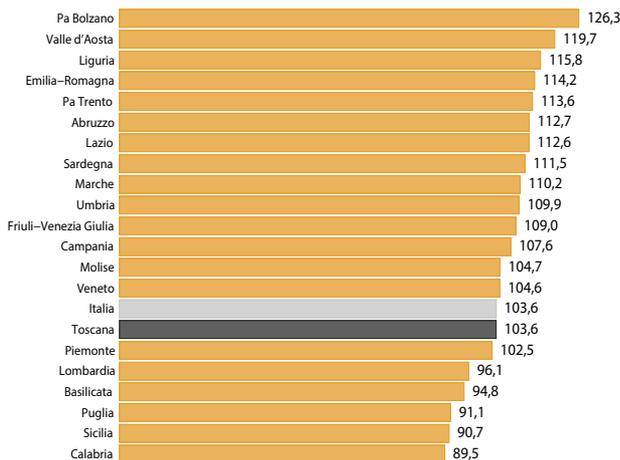


Figura 3. Ospedalizzazione generale - Tasso standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2020 - Fonte: Rapporto Osservasalute 2021



Mobilità ospedaliera

La mobilità sanitaria interregionale è un fenomeno che interessa circa un milione di persone in Italia, per un valore complessivo di 4,6 miliardi di euro, pari al 4,1% della spesa sanitaria totale (fonte: La mobilità interregionale nel 2018, Report Osservatorio Gimbe 2/2020). Il 97% del valore del saldo attivo (situazioni in cui gli ingressi da altre regioni superano residenti che si curano altrove) si concentra in quattro regioni: Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana. Il saldo negativo presenta una maggiore frammentazione tra le regioni del Centro-Sud, l'84,4% si concentra in 6 regioni: Campania, Calabria, Lazio, Sicilia, Puglia e Abruzzo. Secondo il Rapporto Bes 2021, basato su dati Istat e Ministero della salute, nel 2020 il 7,3% delle persone si è spostato in un'altra regione per effettuare un ricovero, percentuale in calo rispetto al 2019 (8,3%) e agli anni precedenti, quando il fenomeno oscillava intorno all'8%. Non si registrava un valore così basso dal 2005. L'indicatore considera i ricoveri ospedalieri in regime ordinario per acuti, è esclusa perciò l'attività associata alle specialità di riabilitazione, lungodegenza e unità spinale. Inoltre, il rapporto si diversifica molto sul territorio: nel Nord e nelle Isole il valore dell'indicatore è rispettivamente 5,6% e 5,8%, nel Centro è 7,5% mentre nel Sud arriva all'11,4%.

Anche nell'ultimo Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2019, pubblicato dal Ministero della salute nel 2020 (ultimo a disposizione), si evince come la mobilità interregionale nel 2019 sia rimasta invariata per l'attività ospedaliera in reparti per acuti e in regime ordinario (8,3%, dato riportato anche sopra), mentre si sia ridotta per l'attività di riabilitazione in regime ordinario (da 16,4% a 15,9%). Per quanto riguarda il regime diurno, si osserva un aumento dell'attività in reparti per acuti (da 9,3% a 9,5%), per la riabilitazione (da 9,8% a 10,8%) e per la lungodegenza (da 5,2% a 5,9%). Si confermano inoltre solamente 9 regioni su 21 con un saldo positivo, vale a dire, come detto, regioni in cui il numero di ricoveri erogati a soggetti residenti fuori regione (mobilità attiva) è superiore al numero dei ricoveri che i propri residenti sostengono in altre regioni italiane (mobilità passiva). Considerando i ricoveri fuori regione in regime ordinario e reparto per acuti (esclusi quindi i day hospital, le lungodegenze/riabilitazioni e neonati sani) si rileva il tasso maggiore tra i residenti del Molise (27,8 ricoveri ogni 1.000 abitanti), il minore in Lombardia (4,1 per 1.000), mentre per la Toscana la mobilità passiva è pari a 5,9 ricoveri ogni 1.000 abitanti, -0,3 per 1.000 rispetto al 2017.

Il saldo 2019 dei ricoveri acuti ordinari in Toscana resta saldamente in positivo (+12.820 ricoveri), perché la mobilità attiva della nostra regione (36.670 ricoveri), nonostante un calo di poco più di 8.800 ricoveri rispetto ai due anni precedenti, supera nettamente la mobilità passiva (23.850 ricoveri).

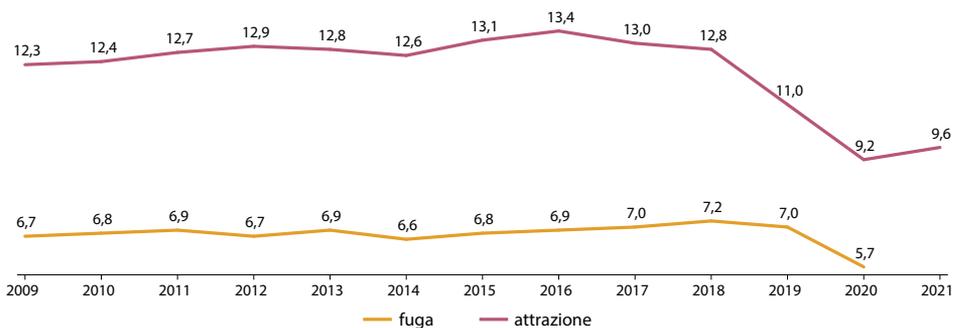
Sarà interessante studiare l'evoluzione nazionale di questi fenomeni nel biennio 2020-21 quando i sistemi regionali hanno rimodulato la propria offerta ospedaliera per rispondere da un lato alla necessità di contrastare la diffusione della pandemia e dall'altro di destinare maggiore servizi/spazi all'assistenza dei pazienti affetti da Covid-19. In tutto questo hanno

sicuramente giocato un ruolo importante anche le restrizioni imposte a livello nazionale sugli spostamenti durante i periodi di lockdown, oltre alla paura del contagio, che hanno frenato la propensione dei cittadini a spostarsi per effettuare ricoveri.

Il processo di de-ospedalizzazione, che ha visto coinvolti sia i toscani che i non toscani, ma anche le politiche nazionali e regionali volte a contenere la mobilità interregionale imputabile a scarsa accessibilità (lunghezza delle liste di attesa) o alla qualità delle cure, oltre agli elementi introdotti sopra sugli effetti della pandemia, ha portato e continua a portare ad una riduzione dei ricoveri toscani (ordinari e day hospital, tutte le specialità) e della mobilità attiva e passiva. Elaborando i dati del flusso regionale delle schede di dimissione ospedaliera, possiamo analizzare l'andamento fino al 2021, per le attrazioni di residenti fuori regione, e fino al 2020, per le fughe di toscani ricoverati fuori regione.

Il saldo si mantiene sempre positivo, poiché le attrazioni (non toscani ricoverati in regione, 9,2% del totale dei ricoveri in regione) continuano ad essere di almeno tre punti percentuali più alti delle fughe (toscani ricoverati fuori regione, 5,7% del totale dei ricoveri dei toscani). La relazione tra la capacità attrattiva e fughe regionali è stata stabile nel tempo fino al 2017, quasi una il doppio dell'altra, dopodiché si è assistito ad un decremento della mobilità attiva fino 2020 (9,2%) e contestualmente un lieve incremento della mobilità passiva nel 2018 seguito poi da un trend in graduale calo fino al 2020, quando la pandemia ha bloccato gli spostamenti dei cittadini, nel 2021 ci aspettiamo però una inversione di tendenza del fenomeno esattamente come avvenuto per le attrazioni (9,6%) che comunque si sono mantenute al di sotto dei livelli precedentemente raggiunti (figura 1).

Figura 1. Fughe e attrazioni ospedaliere - Residenti fuori Toscana ogni 100 ricoverati in Toscana (attrazione), ricoverati fuori Toscana ogni 100 residenti in Toscana, ricoverati ovunque (fuga) - Toscana, periodo 2009-2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo Sdo



**il dato delle "fughe" 2021 non è ancora disponibile*

I flussi di mobilità passiva sono caratterizzati da una componente "fisiologica" legata alla presenza di regioni confinanti. In Toscana nel 2020 questo fenomeno rappresenta il 63% della mobilità passiva, in crescita di 2 punti percentuali rispetto all'anno precedente, anche se in termini assoluti il volume di ricoveri si è ridotto (contestualmente alla riduzione generale dei

volumi ospedalieri), passando da quasi 22.600 a 15.650, valore più basso della serie storica. Nel passato questo fenomeno è stato caratterizzato da un trend in calo, dal 68% del 2011 al 60% del 2017, per poi risalire di un punto percentuale nei due anni successivi.

Sempre nel 2020 il 53% della mobilità attiva proveniva invece da regioni geograficamente lontane (un punto in più rispetto all'anno precedente), mostrando una capacità attrattiva della nostra regione che esula dalla logica dei confini. Tale dato è stabile negli anni, con un incremento di 3 punti percentuali nel 2019 ed il ritorno al dato storico nel 2020. Tra le regioni non confinanti, sono i residenti di Campania, Sicilia e Calabria a ricoverarsi maggiormente nei presidi toscani (16% di mobilità attiva), mentre a risultare particolarmente attrattive per i cittadini toscani, oltre alle regioni confinanti, sono le strutture della Lombardia (20% della mobilità passiva).

Tra le prime cause di mobilità del 2020, sulla base dei codici Drg, vi sono i ricoveri ortopedici, prevalentemente interventi chirurgici, che continuano a rappresentare la principale causa di mobilità attiva e passiva (13% e 20% rispettivamente). Nel primo anno di pandemia sono praticamente azzerati i ricoveri nei presidi toscani dei non residenti per la chirurgia della tiroide (da circa 2.400 interventi annui a 30) e per psicosi, attività che tornano ad essere attrattive nel 2021, con quasi 1.700 e 1.500 ricoveri rispettivamente, secondo e terzo Drg in ordine di frequenza.

Sembra quindi che già nel secondo anno di pandemia l'attività attrattiva della nostra regione abbia ricominciato ad aumentare, pur non raggiungendo ancora i volumi del periodo pre-pandemico. Nel 2022 dovremo valutare se, senza più restrizioni agli spostamenti tra regioni e con il progressivo allentamento della pressione dei malati Covid-19 sugli ospedali, i flussi di mobilità tra regioni torneranno sui valori attesi o se invece la pandemia avrà modificato in maniera permanente alcune abitudini di cura che sembravano consolidate fino al 2019.

Esiti

Gli indicatori riportati nel Piano nazionale esiti (Pne) 2021 descrivono gli esiti clinici dei ricoveri degli ospedali italiani. Questi dati sono indispensabili per monitorare i volumi di attività per una serie di ambiti nosologici e procedure diagnostico-terapeutiche, in particolare in relazione alle soglie minime di attività individuate dal Dm 70 del 2005, per valutare la tempestività di quelle condizioni per cui esiste indicazione specifica di legame tra tempo ed esito del trattamento, per valutare gli esiti, in particolare la mortalità a 30 giorni per specifiche condizioni o procedure. Gli ultimi dati disponibili a livello nazionale fanno riferimento al 2020. Tali dati mostrano come durante il primo anno della pandemia i volumi di prestazioni erogate in Toscana abbiano risentito, come in altre regioni, della necessità di riorganizzare i reparti ospedalieri per fronteggiare i ricoveri di pazienti con Covid-19. Il secondo anno di pandemia ha visto la necessità di organizzare gli ospedali, mantenendo la capacità di rispondere alle peculiari necessità di cura della nuova patologia. Inoltre, nel corso del 2021, il quadro epidemiologico e clinico di questi pazienti è mutato notevolmente per gli effetti protettivi della campagna vaccinale e per la diversa patogenicità delle nuove varianti del virus. Tutto questo è avvenuto contestualmente alla necessità di farsi carico dei bisogni di cura e assistenza che erano stati rimandati nelle fasi più acute della pandemia del 2020. Di seguito si farà riferimento a sei macro aree, attingendo agli indicatori del Programma di osservazione esiti della Toscana (Prose) aggiornati al 2021.

Con riferimento alle patologie tempo-dipendenti, si nota come nel 2021 i volumi di ricovero per infarto miocardico acuto e per ictus ischemico in Toscana siano rimasti su valori simili a quelli del primo anno della pandemia, in cui si era osservata un'importante riduzione dei ricoveri per entrambe queste condizioni. I valori di mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto nel 2021 sono tornati a scendere, passando dall'8% a 7,2%, valore in linea con quello osservato nel 2019. In particolare, con riferimento alla mortalità a 30 giorni per Stemi (infarto con soprallivellamento del tratto ST), si nota un andamento sostanzialmente stabile fino al 2019, attorno al 9%, un rialzo nel 2020 e una riduzione all'8,8% nel 2021. La tempestività di trattamento, cioè la quota di Stemi trattati con angioplastica percutanea (Ptca) entro 90 minuti dall'accesso in ospedale, in costante aumento dal 2018, nel 2021 è aumentata di oltre 3 punti percentuali, raggiungendo il 63,7% della casistica.

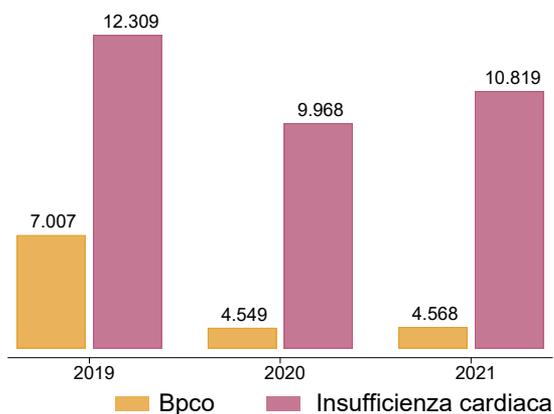
Il rischio di morte a 30 giorni da ictus ischemico, dopo anni di sostanziale stabilità attorno al 7,8%, nel corso del 2021 è salito all'8,7%. La diagnosi di Covid-19 era presente nell'1,6% dei casi ricoverati con ictus ischemico nel 2021 e questi pazienti hanno mostrato una mortalità oltre 3 volte maggiore dei pazienti non positivi al virus. Escludendo questa casistica, la mortalità per ictus ischemico osservata nel 2021 resta più alta di quella osservata nel 2019, ma non si tratta di una differenza statisticamente significativa.

Le patologie considerate per la valutazione dei ricoveri in area medica sono l'insufficienza cardiaca congestizia, la polmonite e la riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco). I ricoveri per queste cause, stabili fino al 2019, hanno visto una netta riduzione durante

il 2020, confermata anche nel 2021, ad eccezione dell'insufficienza cardiaca. Le ammissioni in ospedale con diagnosi di riacutizzazione di Bpco nel 2021 sono state 4.568, valore in linea con quello osservato nel 2020 e inferiore del 35% rispetto agli oltre 7mila osservati prima della pandemia (figura 1). I ricoveri per insufficienza cardiaca invece, dopo una riduzione del 20% tra il 2019 e il 2020, sono risaliti a 10.819 nel 2021.

La mortalità a 30 giorni dal ricovero per Bpco nel 2021 è pari a 12,5%, valore superiore a quello osservato nel 2019, anche al netto di differenze nella casistica. L'indicatore di esito a 30 giorni dell'insufficienza cardiaca, invece, dopo un aumento di quasi due punti percentuali nel 2020 è tornato al 10,3% nel 2021, valore coerente con quello osservato nell'ultimo anno pre-pandemia.

Figura 1. Ricoveri per Bpco e insufficienza cardiaca - Toscana, periodo 2019-2021 - Fonte: Prose



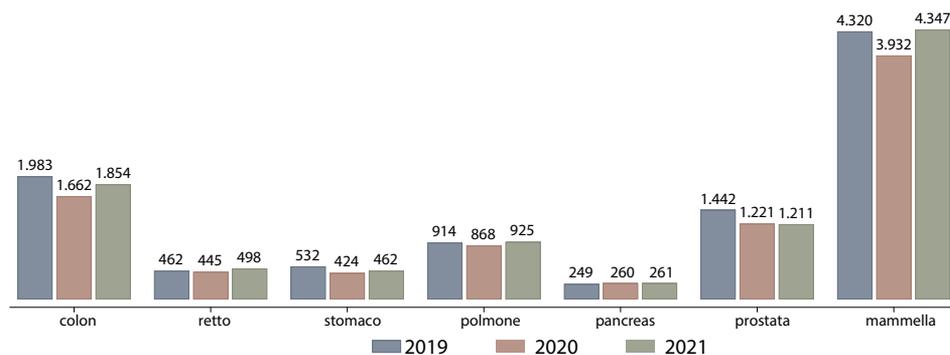
La diagnosi di Covid-19 nel 2021 era presente nel 3,4% dei ricoveri per Bpco e nell'1,4% dei pazienti con insufficienza cardiaca.

Analizzando la mortalità a 30 giorni tra pazienti con Covid-19, rispetto a chi non aveva contratto il virus, si nota come la mortalità dei primi sia stata doppia nei pazienti con Bpco, di 3 volte più alta in pazienti con insufficienza cardiaca, rispetto ai pazienti non risultati positivi al virus. Se si escludessero i pazienti con Covid-19 dalle analisi sugli esiti, la mortalità a 30 giorni nel 2021, così come nel 2020, sarebbe più vicina a quella del 2019, ma comunque più alta durante gli anni della pandemia nei pazienti ricoverati con Bpco. Tra i pazienti con insufficienza cardiaca, invece, una volta esclusi i malati Covid-19, il valore 2021 è in linea con quello pre-pandemico. Passando all'area chirurgica oncologica, dopo la generale diminuzione dei volumi di interventi osservata nel 2020, nel 2021 si è osservata una ripresa che ha coinvolto praticamente tutte le condizioni e, in molti casi, ha riportato il volume di ricoveri vicino a quello osservato nell'ultimo anno prima della pandemia (figura 2). Fanno eccezione gli interventi per tumore al pancreas e alla prostata, stabili nel 2021 rispetto al 2020.

Va dunque sottolineato come nel corso del 2021 l'assistenza ospedaliera è per lo più riuscita a farsi carico dei trattamenti non ritardabili, come gli interventi oncologici.

Negli interventi per tumore al polmone, al colon e al retto, la mortalità a 30 giorni ha visto un aumento nel 2020 seguito da una riduzione nel 2021, Andamento opposto mostra invece lo stesso indicatore per interventi a stomaco, retto e pancreas, per cui la mortalità è cresciuta nel 2021 rispetto all'anno precedente in cui era diminuita, seppur in modo non significativo. Si conferma inoltre un andamento stabile negli ultimi anni della percentuale di re-interventi a 120 giorni da intervento conservativo, attorno al 5,5%.

Figura 2. Ricoveri per interventi chirurgici oncologici per sede - Toscana, periodo 2019-2021
Fonte: Prose



In area ortopedica i volumi di interventi per protesi di anca, spalla, tibia, perone e ginocchio sono diminuiti nel primo anno della pandemia per poi tornare, nel 2021, su valori simili a quelli del 2019, ad eccezione delle protesi di ginocchio, per cui si conferma la riduzione osservata nel 2020. Questa ripresa mostra la capacità del nostro sistema ospedaliero di organizzarsi per farsi carico anche della chirurgia che nel corso del 2020 aveva risentito delle indicazioni a rimandare gli interventi differibili, come quelli ortopedici. Con riferimento invece agli interventi per fratture del femore si osserva per il secondo anno di seguito una lieve riduzione della tempestività dell'intervento dopo frattura (la quota degli interventi effettuati entro 48 ore dall'ammissione passano dal 63% del 2020 a 58% del 2021). Si riduce invece la mortalità a 30 giorni che era notevolmente aumentata nel corso del 2020.

In area cardiocirurgica nel 2021 va evidenziato un rialzo del numero di interventi per bypass aorto-coronarico, rispetto al 2020, a fronte di una mortalità in riduzione. Questo dato va letto contestualmente alla ripresa di interventi chirurgici non differibili. Con riferimento alle valvuloplastiche, nel 2021, si conferma la riduzione degli interventi osservata nel 2020, che ha invertito il trend in costante crescita dei volumi dal 2010. Si riscontra nel 2021 una riduzione nella mortalità a 30 giorni da interventi di valvuloplastica con valori che passano da 2,2% del 2020 all'1,9%.

Nel 2021 i parti tornano ad aumentare dopo il minimo storico toccato nel 2020, anche se il trend di lungo periodo è comunque in diminuzione. Per il secondo anno consecutivo si riduce la percentuale di tagli cesarei primari, pari al 18,4% nel 2021.

Tabella 1. Indicatori di esito – Valori percentuali – Toscana, periodo 2019-2021 – Fonte: Prose

Indicatore di esito	Valori percentuali		
	2019	2020	2021
STEMI, mortalità a 30 giorni	9,4	10,3	8,8
STEMI, angioplastica a 90 minuti	59,8	60,7	63,7
Ictus ischemico, mortalità a 30 giorni	7,9	7,8	8,8
Riacutizzazione di BPCO, mortalità a 30 giorni	9,8	11,2	12,5
Scompenso Cardiaco Congestizio, mortalità a 30 giorni	10	11,7	10,3
Polmonite, mortalità a 30 giorni	13,8	16,9	15,2
TM polmone, mortalità a 30 giorni	0,7	0,8	0,6
TM colon , mortalità a 30 giorni	4,2	6,1	5,3
TM stomaco , mortalità a 30 giorni	7,7	5,9	7,4
TM pancreas, mortalità a 30 giorni	5,5	4,2	5,0
TM retto, mortalità a 30 giorni	2,8	2	2,2
TM mammella, reinterventi entro 120g	5	5,6	5,5
TM prostata, riammissioni a 30 giorni	5	3,8	3,5
Frattura del femore mortalità a 30 giorni	4,7	5,7	5,1
Frattura del femore, interventi entro 48h dall'ingresso	68,9	63,3	58,2
Protesi ginocchio, riammissioni a 30 giorni	1,5	1,7	1,3
Protesi anca, riammissioni a 30 giorni	2,1	2,3	2,2
BPAC, mortalità a 30 giorni	1,5	2,5	2,1
Interventi valvole cardiache , mortalità a 30 giorni	2,2	2,2	1,9
Parto, % tagli cesarei	20,6	19,5	18,4

Nel complesso nel corso del 2021 l'assistenza ospedaliera in Toscana ha fatto fronte alle necessità di assistenza acuta dei pazienti Covid-19 durante le varie fasi della pandemia. Fortunatamente, con la campagna vaccinale e l'emergenza di nuove varianti capaci di dare sintomi meno severi, dal mese di luglio anche la pressione sugli ospedali si è sensibilmente ridotta. In questo contesto il sistema ha fatto fronte alle emergenze e ai trattamenti non ritardabili, come interventi oncologici o traumatologici. Anche attività chirurgiche rimandate durante l'anno precedente come l'attività protesica, hanno visto una ripresa nel corso del 2021. Tutto questo è avvenuto a fronte di esiti clinici che, in buona parte, mostrano andamenti in miglioramento rispetto all'anno precedente. Si osserva invece un peggioramento degli esiti per ictus ischemico, riacutizzazioni da Bpco, interventi per tumore a stomaco.

Trapianti e donazioni

Nel corso del 2021, dopo la flessione registrata nel primo anno della pandemia, la Toscana si riporta ai livelli pre-Covid relativamente all'utilizzo di organi da donatore, con 49 “donatori utilizzati” per milione di abitanti. Il valore, che doppia abbondantemente la media nazionale, consente alla nostra regione di rimanere quella con la migliore prestazione in Italia.

L'aumento dei donatori utilizzati in Toscana tra 2020 e 2021 fa peraltro leva anche sulla diminuzione di 1,7 punti percentuali dei valori delle opposizioni alla donazione, in linea con il dato nazionale, mentre sicuramente vanno prese in considerazione le dinamiche dei ricoveri ospedalieri, in particolar modo quelle legate ai tassi di occupazione delle terapie intensive, che nel 2021 hanno risentito in misura minore della pressione subita durante il primo anno di pandemia, potendo così tornare a lavorare in una condizione di quasi normalità.

Tabella 1. Donatori utilizzati e opposizioni – Donatori per milione di abitanti e percentuale di opposizioni – Regioni e Italia, periodo 2020-2021 – Fonte: Attività annuale Rete nazionale trapianti, Report 2021

Regioni	Donatori utilizzati			% di opposizione		
	2020	2021	2021 vs 2020	2020	2021	2021 vs 2020
Piemonte	32,4	31,3	-1,1	26,8	28,3	1,5
Valle d'Aosta	47,7	56,0	8,3	14,3	33,3	19,0
Lombardia	20,8	20,0	-0,8	26,3	25,5	-0,8
Pa Bolzano	3,8	11,3	7,5	33,3	27,3	-6,0
Pa Trento	12,5	18,2	5,7	12,5	18,2	5,7
Veneto	30,4	30,1	-0,3	23,2	18,9	-4,3
Friuli-Venezia Giulia	33,7	30,7	-3,0	23,1	23,1	0,0
Liguria	13,5	23,0	9,5	31,6	21,6	-10,0
Emilia-Romagna	32,1	37,2	5,1	21,7	32,9	11,2
Toscana	42,6	49,0	6,4	32,6	30,9	-1,7
Umbria	10,2	11,5	1,3	36,8	20,0	-16,8
Marche	25,6	27,1	1,5	24,3	25,4	1,1
Lazio	15,8	18,8	3,0	34,0	35,8	1,8
Abruzzo	9,9	18,5	8,6	46,4	36,6	-9,8
Molise	0,0	3,3	3,3	0,0	0,0	0,0
Campania	8,3	9,3	1,0	37,7	31,1	-6,6
Puglia	7,2	13,4	6,2	42,0	42,0	0,0
Basilicata	5,3	16,3	11,0	62,5	50,0	-12,5
Calabria	12,3	13,7	1,4	49,3	49,3	0,0
Sicilia	9,0	14,8	5,8	45,5	38,6	-6,9
Sardegna	26,2	36,0	9,8	22,5	22,9	0,4
Italia	20,5	23,3	2,8	30,2	28,6	-1,6

Tabella 2. Potenziali donatori segnalati, effettivi (con prelievo di almeno un organo), utilizzati e opposizioni, per presidio ospedaliero – Valori assoluti e percentuale di opposizioni – Toscana, periodo 2020-2021 – Fonte: Attività annuale Rete nazionale trapianti, Report 2021

Azienda	Ospedale	Procurati		Effettivi		Utilizzati		% opposizioni	
		2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ausl Centro	S. M. Annunziata	8	4	8	4	7	4	33	17
	Borgo S. Lorenzo	4	2	3	2	2	2	0	67
	S. Giuseppe	4	7	4	6	3	6	57	30
	S. M. Nuova	2	7	1	6	1	5	50	0
	Nuovo S. Giovanni di Dio	1	5	1	5	1	5	67	25
	Valdinievole	4	4	4	3	4	2	38	17
	S. Jacopo	7	8	7	8	7	8	44	29
	S. Stefano	8	12	7	10	5	10	43	32
Totale Ausl Centro		38	49	35	44	30	42		
Ausl Nord-ovest	Versilia	4	4	4	3	3	3	33	56
	Riuniti Livorno	24	19	22	16	20	15	23	27
	Campo di Marte	8	13	6	13	4	12	18	22
	SS. Giacomo e Cristoforo	6	7	6	6	4	6	40	20
	G. Pasquinucci	2	3	2	2	1	2	50	50
	Piombino	13	5	12	2	11	2	0	33
	Felice Lotti - Pontedera	2	4	2	4	2	3	60	29
	S. Antonino Abate - Pontremoli								
Totale Ausl Nord-ovest		59	55	54	46	45	43		
Ausl Sud-est	Area aretina nord	8	4	5	3	4	2	33	44
	Della misericordia	8	9	4	4	4	3	14	29
	Riuniti della Val di Chiana	0	1	0	1	0	1		33
	Nuovo Valdarno	1	5	1	5	1	5	50	0
	Orbetello - S. Giovanni di Dio	0	1	0	1	0	1		50
	Dell'alta Val d'Elsa	1	1	1	1	1	1	50	0
Totale Ausl Sud-est		18	21	11	15	10	13		
Aou Careggi		54	53	50	43	39	40	29	35
Aou Pisana		19	23	17	22	16	18	31	32
Aou Senese		23	35	19	30	18	25	43	32
Aou Meyer		2	0	1	0	1	0	0	100
Totale Aou		98	111	87	95	74	83		
Totale Regione Toscana		213	236	187	200	159	181	33	31

Focalizzandosi sull'attività delle Aziende toscane, i dati del Report 2021 sull'attività della Rete nazionale trapianti mostrano come il sistema regionale abbia sostanzialmente reagito positivamente all'impatto della pandemia del 2020, con un incremento tendenzialmente generalizzato dei numeri di segnalazione, prelievo e utilizzo di organi. Queste attività continuano a rimanere concentrate, per quasi la metà dei casi toscani, nelle Aziende ospedaliero-universitarie (tabella 2), tra le quali l'Aou di Careggi, in continuità con lo scorso anno, incide sull'attività regionale per poco più di un quinto, con 40 donatori segnalati nel 2021, 43 prelievi di almeno un organo effettuati e 40 organi utilizzati su 181 complessivi per la Toscana.

Quanto alle opposizioni alla donazione di organi, al già menzionato leggero decremento della percentuale regionale continuano a manifestarsi dinamiche diverse tra le Aziende ospedaliere. Tra queste, in particolare, la decisa riduzione delle opposizioni registrata nell'Aou Senese (dal 43% al 32%) si contrappone all'incremento dal 29% al 35% registratosi a Careggi.

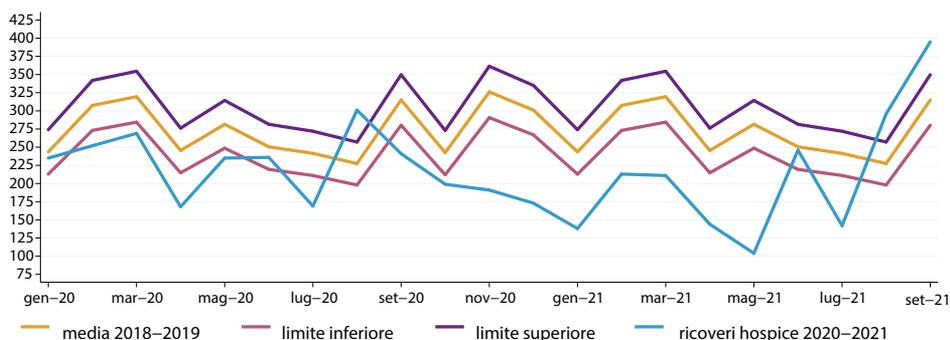
Cure nel fine vita

Dall'inizio del 2020 il nostro Servizio sanitario è stato sottoposto a cambiamenti e restrizioni repentini in risposta alla diffusione del virus Sars-Cov-2. La necessaria riorganizzazione dei servizi ha riguardato anche l'offerta di assistenza e cure per le persone giunte al termine della propria vita.

Da gennaio 2019 a settembre 2021 (ultimo dato disponibile ad oggi), è cresciuto il numero di hospice residenziali presenti sul territorio toscano, da 19 a 25, con un aumento di posti letto dai 137 del 2019 ai 148 del 2020, fino ai 163 del 2021. Alla maggiore disponibilità di posti letto, però, non ha fatto seguito un maggior numero di prese in carico: nel 2020 se ne sono registrate 2.669, il 20% in meno rispetto al biennio 2018-2019 (quando mediamente erano state 3.302 ogni anno). Nei primi 9 mesi del 2021 il dato è pari a 1.889 prese in carico.

La figura 1 mostra come la pandemia abbia condizionato il numero di ingressi in hospice tra il 2020 e il 2021 (primi 9 mesi). Il loro andamento ricalca la curva pandemica con i relativi picchi, durante i quali il volume di attività delle strutture è sensibilmente ridotto rispetto alla media del biennio 2018-2019.

Figura 1. Ricoveri in hospice, per mese - Valori assoluti e media 2018-2019 (con intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Hsp

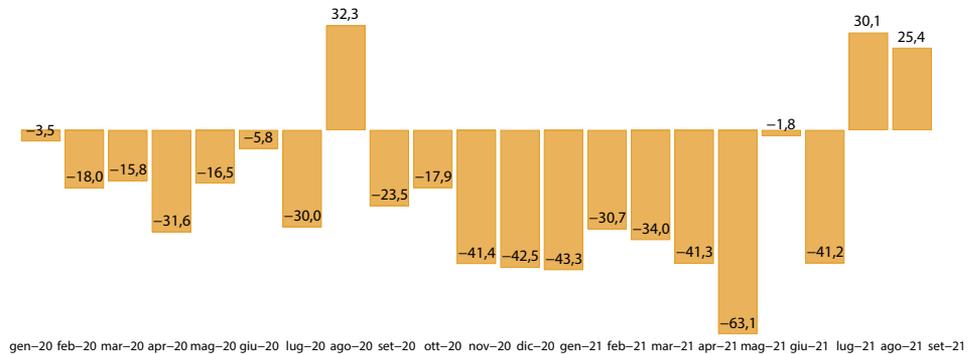


Osservando la figura 2, con il dettaglio delle differenze percentuali rispetto al periodo pre-pandemico, si nota come i ricoveri tendano a ridurre il gap e addirittura aumentare nei periodi estivi, in concomitanza con il calo dei contagi da Sars-Cov-2.

Nel 2018-2019 più della metà degli accessi in hospice provenivano dall'ospedale, a seguito di una dimissione da un reparto per acuti (56,4%). Nel 2020 si consolida questa tendenza, il valore raggiunge il 59,9% degli accessi, con lo scoppio della pandemia, infatti, c'è stata una risposta di tipo ospedaliero più accentuata, anche per quei malati che tendenzialmente dovrebbero accedere in hospice attraverso altri percorsi assistenziali. Sono soprattutto i

pazienti con patologia cronica ad accedere tramite l'ospedale (68,2% nel biennio 2018-2019 e 69,5% nel 2020) rispetto ai pazienti oncologici (53,9% nel biennio 2018-2019 e 57,6% nel 2020). I dati relativi ai primi 9 mesi del 2021 confermano un 57,8% di accessi provenienti dall'ospedale (non avendo a disposizione il dato consolidato non è possibile ancora stratificare l'indicatore per tipologia di paziente).

Figura 2. Ricoveri in hospice, per mese - Variazione percentuale rispetto alla media 2018-2019 - Toscana, periodo 2020-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Hsp



Circa un quarto degli accessi proviene invece dal domicilio, dove si trovava in cure palliative, o da una residenza socio-sanitaria: 25% nel biennio 2018-2019 e 24% nel 2020. Nei primi 9 mesi del 2021 il dato è pari al 26,6%. Rimane stabile nel tempo, invece, la percentuale dei pazienti che provengono dal domicilio senza cure palliative domiciliari attive (circa il 10%). Il tempo medio di attesa per entrare in hospice, già molto basso nel 2019 (1,3 giorni), nel 2020 raggiunge il valore di 1,1 giorni. Sono i pazienti oncologici ad avere un'attesa di ingresso minore (1,2 giorni per il 2019 e 1,1 giorni per il 2020) rispetto ai malati non oncologici (1,4 giorni per il 2019 e 1,3 giorni per il 2020). Confrontando invece i primi 9 mesi del 2021 con quelli del 2018-2019, aumenta il tempo medio di attesa per entrare in struttura, pari a 1,5 giorni.

Nel biennio 2018-2019 l'84% degli ospiti è deceduto durante la permanenza in struttura, percentuale salita all'86% nel 2020. La quota rimanente ha concluso invece il proprio percorso con una dimissione domiciliare (con attivazione di assistenza) o in strutture extra-ospedaliere. I dati relativi ai primi 9 mesi del 2021 sono in linea con quelli degli anni precedenti. La metà dei ricoveri ha una durata di 6 giorni (valore mediano), se il paziente ha una diagnosi oncologica, di 5 giorni per i non oncologici. Dato stabile nel tempo. Le degenze superiori a 7 giorni sono però in lieve aumento nel 2021 (45% dei ricoveri), rispetto al 2020 e al biennio 2018-2019 (rispettivamente 43% e 42%). Diminuiscono quindi i ricoveri brevi, coerentemente con la diminuzione dei pazienti deceduti in hospice e ricoverati solo nell'ultima settimana di vita, dai 1.499 del biennio 2018-2019 ai 1.113 del 2020), che comunque continuano a rappresentare oltre la metà dei ricoveri totali nelle strutture (54,3% per il biennio 2018-19 e il 53,8% per il 2020). Nei primi 9 mesi del 2021, il numero di pazienti deceduti in hospice e ricoverati solo

nell'ultima settimana di vita è pari a 557 e continua a rappresentare una percentuale molto alta del totale, il 50,2%.

La lettura di questi dati suggerisce che con la pandemia vi sia stato un aumento dei decessi a domicilio. Gli hospice, già di per sé scarsamente utilizzati, continuano ad essere impiegati per i ricoveri brevi: non migliora così neanche l'appropriatezza dei ricoveri, che in un caso su due avvengono nell'ultima settimana di vita.

Questo scenario è confermato da alcuni indicatori del Nuovo sistema di garanzia (Nsg), set di indicatori per monitorare l'applicazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), che prevede misure per monitorare le cure palliative, purtroppo ancora riferite solo ai pazienti oncologici.

Un primo indicatore misura il rapporto tra numero di ricoveri di malati oncologici (provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito) con degenza ≤ 7 giorni, e il numero di ricoveri di malati con patologia oncologica.

Come per gli anni precedenti, l'indicatore si mantiene lontano dalla soglia ministeriale prevista, $\leq 25\%$.

Tabella 1. Indicatore Nsg-Dr2z) ricoveri in hospice effettuati da pazienti oncologici con degenza ≤ 7 giorni - Numero assoluto e valore ogni 100 ricoveri di pazienti oncologici Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: Nuovo sistema di garanzia Lea

Casistica	2018	2019	2020	2021
Ricoveri Hospice pazienti oncologici	2.372	2.562	2.004	919
di cui degenza <7 giorni	813	932	710	311
Valore indicatore	34,3%	36,4%	35,4%	33,8%

Un secondo indicatore permette invece di valutare se la rete di cure palliative abbia compensato questo calo attraverso un aumento delle prese in carico a domicilio. L'indicatore misura l'efficacia della rete delle cure palliative nella presa in carico dei pazienti oncologici fino alla fine della loro vita, sia che questa avvenga a domicilio sia in hospice. Per questa misura la soglia ministeriale è $\geq 35\%$. Dopo una costante crescita, che dal 2019 ha portato a superare il valore soglia, l'indicatore subisce un'evidente riduzione nel 2021, scendendo al di sotto della soglia ministeriale. Ciò suggerisce che nel corso di questo anno si sia ridotta la capacità di presa in carico domiciliare, già di per sé non sufficiente nemmeno negli anni precedenti a coprire il bisogno dei pazienti considerati.

Tabella 2. Pazienti deceduti per tumore assistiti della Rete delle cure palliative - Numero assoluto e valore ogni 100 deceduti per tumore - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: Nuovo sistema di garanzia Lea

Casistica	2018	2019	2020	2021
Deceduti per tumore	11.626	11.626	11.626	11.626
di cui in cure palliative	4.045	4.307	4.371	3.998
Valore indicatore	34,8%	37,1%	37,6%	34,4%

La lettura congiunta dei dati presentati restituisce l'immagine di una rete di cure palliative inconsistente nel fornire risposte ai bisogni di pazienti e familiari, che la pandemia ha contribuito, ancora più apertamente, a manifestare nelle sue difficoltà culturali e strutturali.

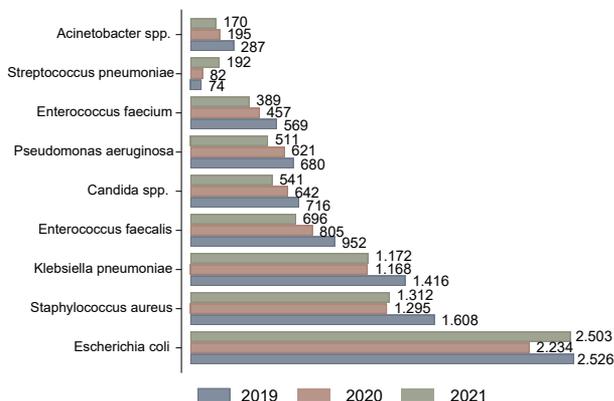
Antibiotico-resistenza

Ogni aspetto riguardante la salute e i servizi sanitari è stato toccato dalla pandemia. Le restrizioni di mobilità e di attività, la protezione sistematica delle vie respiratorie, l'uso del gel disinfettante e, almeno in una prima fase, la maggiore attenzione all'igiene delle mani, la selezione dei ricoveri, la costituzione di aree di degenza per isolare i malati infettivi, l'uso degli antibiotici, sono solo alcuni esempi dei fattori che possono aver inciso sul fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Sono ormai varie le pubblicazioni che segnalano come tutto ciò abbia impattato sulla diffusione di alcuni batteri e sulle percentuali di germi multi resistenti (Mdr, l'acronimo in lingua inglese) (Venkatesan P, 2022).

Nel 2021 gli isolamenti di microrganismi oggetto di monitoraggio della rete di sorveglianza microbiologica e dell'antibiotico-resistenza in Toscana (Smart) dal sangue sono stati 8.604, un numero notevolmente aumentato, sia rispetto ai 7.499 del primo anno pandemico (+14,7%), sia in confronto agli anni immediatamente precedenti la pandemia (7.486 nel 2019 e 7.624 nel 2018). Nel 36,3% dei casi è stato isolato un Gram+, nel 55,6% un Gram- (il Gram è un metodo utilizzato per classificare i batteri in funzione delle caratteristiche della loro parete cellulare) mentre l'8,1% è dato da *Candida spp.*

E. coli è risultata la specie più frequente, con il 28,5% degli isolamenti: il numero di isolati di questa specie è superiore al 2019, ma inferiore rispetto agli anni precedenti. Con la sola eccezione di *Streptococcus pneumoniae*, risultano aumentati gli isolamenti di tutte le specie monitorate (figura 1). La diminuzione delle sepsi da pneumococco nei due anni pandemici merita ulteriori approfondimenti: potrebbe essere un effetto indiretto delle misure di contenimento del contagio attuate in corso di pandemia (Lastrucci et al, 2021). Le emocolture con isolati polimicrobici costituiscono il 10% del totale. La frequenza risulta minore per *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* e *Escherichia coli*, mentre è più alta negli enterococchi, in *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas* e *Acinetobacter*.

Figura 1. Emocolture, numero di isolati non ripetuti per batterio - Toscana periodo 2019-2021
Fonte: Ars-Smart



I profili di resistenza rilevati nel 2021 in Toscana confermano le criticità osservate negli anni precedenti nella nostra regione: pur osservandosi una riduzione nelle resistenze a cefalosporine di terza generazione e a fluorochinoloni in *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*, così come una riduzione delle resistenze a vancomicina negli enterococchi (Vre) le resistenze in Toscana restano in linea con quelle italiane e tra le più alte in Europa (tabella 1).

Tabella 1. Profili di antibiotico-resistenza - Valori percentuali - Toscana, Italia e Paesi europei, periodo 2017-2021, Fonte: Smart e Ecdc

Profili di resistenza	Toscana					Italia	Germania	Francia	Spagna	Grecia	Romania
	2017	2018	2019	2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021
<i>Acinetobacter spp.</i> - carbapenemi	78,0	76,9	63,9	65,8	82,6	86,9	4,3	3,1	57,0	96,9	93,5
<i>E. coli</i> - multiresistente	17,2	15,6	13,2	10,2	11,2	8,3	2,2	2,6	5,4	11,9	5,0
<i>E. coli</i> - fluorochinoloni	51,0	48,0	45,8	41,7	35,0	32,5	14,7	14,8	26,7	33,9	24,7
<i>E. coli</i> - cefalosporine III gen.	39,0	37,0	32,8	28,3	22,0	23,8	9,1	8,3	13,2	21,7	18,8
<i>K. pneumoniae</i> - multiresistente	38,9	33,0	40,1	38,2	43,4	27,5	2,7	14,9	18,2	67,4	48,4
<i>K. pneumoniae</i> - fluorochinoloni	65,4	61,9	63,1	58,1	57,8	50,0	10,9	25,0	28,1	80,0	61,2
<i>K. pneumoniae</i> - cefalosporine III gen.	63,9	61,5	64,2	58,7	59,2	53,3	10,4	25,4	27,9	80,4	70,8
<i>K. pneumoniae</i> - carbapenemi	35,5	29,1	33,0	27,2	23,5	26,7	0,8	0,8	5,9	73,7	54,5
<i>P. aeruginosa</i> - multiresistente	17,5	12,5	8,6	7,3	10,3		6,8	8,2	11,4	31,7	42,1
<i>P. aeruginosa</i> - carbapenemi	14,7	8,7	5,7	6,0	13,2	16,4	14,8	12,1	17,2	33,3	45,9
<i>S. aureus</i> - Mrsa	30,8	30,8	26,0	27,5	23,4	30,0	4,9	11,0	24,2	41,9	41,0
<i>E. faecium</i> - Vancomicina Vre	24,5	23,1	15,7	10,5	16,3	28,2	21,6	0,5	1,0	41,1	44,5

*sono mostrati i valori dei Paesi europei simili all'Italia per dimensioni e caratteristiche del servizio sanitario (Germania, Francia e Spagna) o che hanno valori estremi in Europa (Grecia e Romania)

Con riferimento all'antibiotico resistenza in *Staphylococcus aureus*, nel 2021 in Toscana lo stafilococco aureo è stato isolato in 1.572 emocolture. Il profilo di antibiotico-resistenza di maggior rilevanza è quello connesso alla resistenza alla meticillina (Mrsa - *Methicillin resistant Staphylococcus aureus*): in Toscana nel 2021 la percentuale di Mrsa è del 23,4% con una netta riduzione dal 2015 e inferiore al dato italiano (30% nel 2021).

Gli enterococchi sono Gram+ commensali dell'intestino umano. Possono essere agenti di infezioni, incluse endocarditi, infezioni urinarie, prostatiti, celluliti, infezioni intra addominali, di ferite e sepsi. Le specie più importanti in patologia umana sono *Enterococcus faecalis* e *Enterococcus faecium*. In Toscana nel 2021 *E. faecalis* è stato isolato in 917 emocolture, mentre

E. faecium è stato isolato dal sangue in 560 pazienti. Il profilo di resistenza clinicamente più rilevante negli enterococchi è verso la vancomicina (Vre). In Europa la resistenza alla vancomicina in *E. faecium* si riscontra in percentuali superiori al 20% nel 2021 in Germania, Irlanda e in quasi tutti i Paesi dell'Europa orientale. In Italia la percentuale è del 21,6%. In Toscana, nel 2021 la percentuale di *E. faecium* vancomicino resistente nelle emocolture è 16,3% (tornata a valori simili al 2019, dopo una riduzione statisticamente significativa nel 2020 (10,5%).

Con il termine enterobatteri si indicano le specie comprese nell'ordine *Enterobacterales*, che comprende molte specie di batteri Gram-. La famiglia comprende molti generi, tra i quali *Klebsiella*, *Escherichia*, *Salmonella*, *Shigella*, *Citrobacter*, *Enterobacter*. Le specie di *Enterobacterales* oggetto di monitoraggio sono *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*. La resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce attualmente uno dei maggiori problemi per l'*infection prevention and control* in Italia e in Toscana. La specie più frequentemente coinvolta è *Klebsiella pneumoniae*.

K. pneumoniae è stata isolata in emocolture nel 2021 in 1.389 casi. *K. pneumoniae* produttrice di carbapenemasi (Kpc) è poco frequente in Europa centro settentrionale e in Spagna, mentre raggiunge percentuali preoccupanti in Italia, Romania, e Grecia. In Italia si è avuta una crescita continua dal 2009 al 2013; dal 2016 si rilevava un valore che oscilla attorno al 26,7%. In Toscana la percentuale di Kpc nelle emocolture è in leggera diminuzione rispetto alla media nazionale del 2021, con un andamento in diminuzione dal 2017 al 2019, una marcata riduzione nel 2020 (29,4%) e ancora di più nel 2021 (23,5%).

Il numero di isolamenti di *E. coli* nel sangue nel 2021 è 2.450. La resistenza ai carbapenemi è riscontrata in meno dell'1% degli isolati in tutta Europa. In Italia la percentuale nel 2021 è pari a 0,4%. In Toscana, nel 2020 la resistenza era presente nello 0,2% dei casi, ma è salita a 1,1% nel 2021. La resistenza alle cefalosporine di III generazione nelle emocolture è diffusa in Europa con livelli superiori al 5% degli isolati, ma raggiunge le percentuali ben più elevate in Italia (26,4%) con un trend in continua crescita dal 2001 al 2019. La situazione in Toscana è severa, ma il trend è in diminuzione dal 2017 al 2019 (32,8%), con una riduzione marcata nel 2020 (28,3%); nel 2021 la riduzione registrata è ancora più sensibile (21,5%). La resistenza ai fluorochinoloni in Toscana nel 2021 continua a essere presente nel 34,9% delle emocolture, con un trend in diminuzione (41,7% nel 2020; 45,8% nel 2019). Anche per l'Italia il trend appare in riduzione dal 2017: nel 2020 il dato era 37,9%, superato da Cipro (48,2%) e Bulgaria (37,6%).

La diffusione di cloni resistenti nelle strutture sanitarie anche nel corso del 2021 indicano, in molti Paesi/aree, le gravi limitazioni nelle opzioni di trattamento per i pazienti con infezioni causate da questi agenti patogeni.

La resistenza agli antibiotici di ultima linea, come la vancomicina e quelli del gruppo dei carbapenemi, è un problema importante. Quando questi antibiotici non sono più efficaci, ci sono opzioni di trattamento molto limitate che potrebbero non funzionare in tutte le situazioni, portando a volte a esiti fatali. La resistenza agli antibiotici di ultima linea compromette anche l'efficacia di interventi medici salvavita, come il trattamento del cancro e il trapianto di

organi. Sono urgentemente necessari interventi per affrontare la resistenza antimicrobica, che avrebbero un impatto positivo significativo sulla salute della popolazione e sulla futura spesa sanitaria nella regione. A tal proposito il Ministero ha recentemente redatto il nuovo Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (Pncar) 2022-2025 che individua tre azioni fondamentali: 1) sorveglianza e monitoraggio integrato dell'antibiotico-resistenza, dell'utilizzo di antibiotici, delle infezioni correlate all'assistenza (Ica) e monitoraggio ambientale; 2) prevenzione delle Ica in ambito ospedaliero e comunitario e delle malattie infettive e zoonosi; 3) uso appropriato degli antibiotici sia in ambito umano sia veterinario e corretta gestione e smaltimento degli antibiotici e dei materiali contaminati.

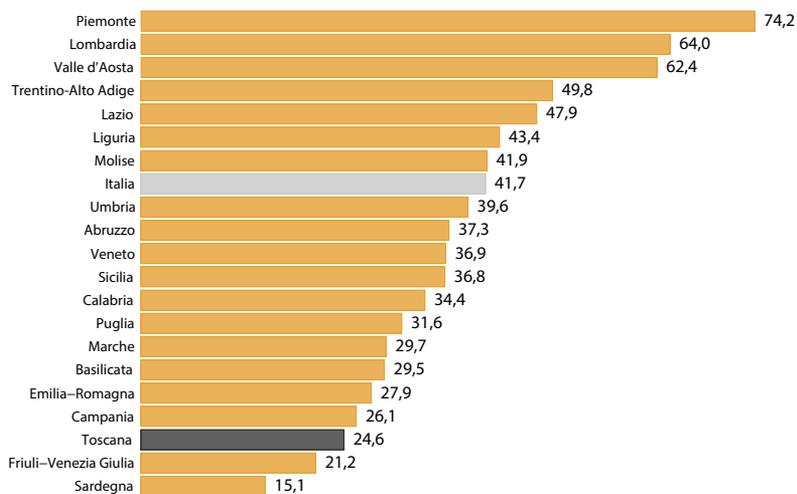
Riabilitazione

La fase di riabilitazione a seguito di una frattura, un ictus o di un qualsiasi altro evento che modifichi le capacità motorie della persona (come, ad esempio, l'inserimento di una protesi ortopedica), ha l'obiettivo di far riguadagnare alla persona l'autonomia e la salute precedente all'evento, ed agevolare il ritorno ai livelli di qualità della vita più alti possibili. Vista la varietà delle prestazioni disponibili, di diversa appropriatezza a seconda del tipo di evento e del bisogno di recupero, va letta come un percorso in cui il paziente ha la possibilità di usufruire di una o più prestazioni in uno o più setting (dall'ospedale, alla residenzialità extra-ospedaliera, all'ambulatorio, fino al proprio domicilio), identificabili come nodi della rete territoriale e ospedaliera dei servizi di riabilitazione.

A causa dell'assenza di flussi informativi sanitari nazionali sulle prestazioni di riabilitazione erogate in setting extra-ospedalieri, gli indicatori classici a livello nazionale sono focalizzati sull'assistenza ospedaliera, che non sempre però rappresenta la componente principale dei percorsi di riabilitazione, soprattutto per quelli ortopedici.

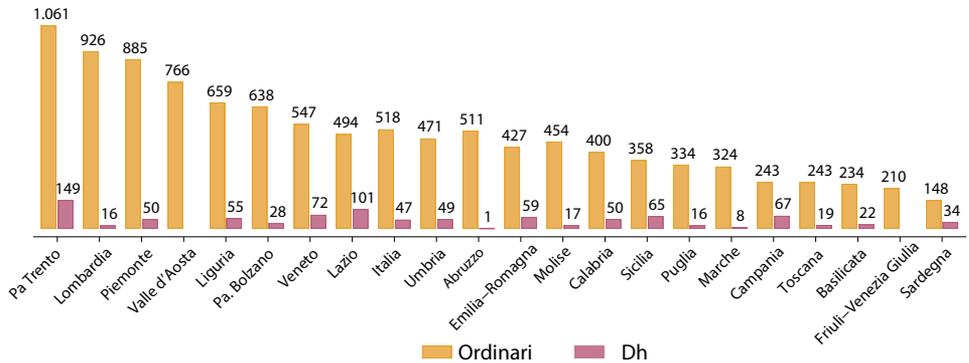
La Toscana è tra le regioni con il rapporto posti letto ordinari in riabilitazione per abitante tra i più bassi in Italia: 24,6 posti letto ogni 100mila abitanti, solamente Sardegna e Friuli-Venezia Giulia hanno un valore più basso (figura 1). In totale sono 908 i posti letto ordinari in regione nel 2020, sostanzialmente stabili rispetto ai 904 rilevati del 2019.

Figura 1. Posti letto in riabilitazione – Posti per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2020 - Fonte: Istat



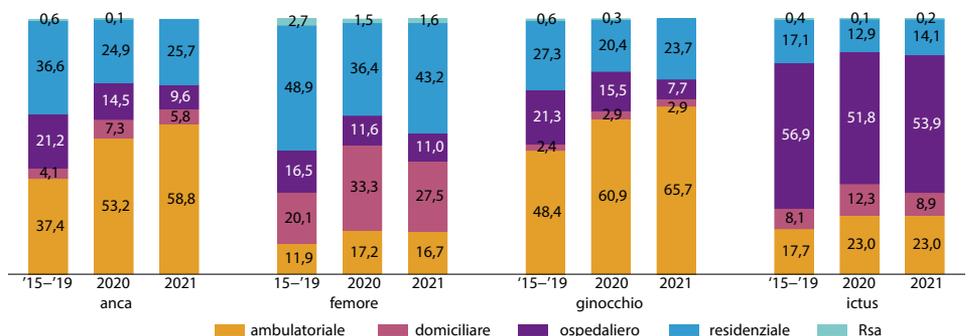
Contestualmente, e in conseguenza di questa dotazione, la Toscana è anche tra le regioni dove si effettuano meno ricoveri ospedalieri in reparti di riabilitazione: 9.762 ricoveri nel 2019, pari a 262 ogni 100mila abitanti, il 92,7% dei quali avvenuto in regime ordinario (figura 2).

Figura 2. Ospedalizzazione in riabilitazione per regime - Tasso per 100.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2019 - Fonte: Rapporto Sdo 2019, Ministero della salute



Quello ospedaliero, come detto, è solo uno dei setting riabilitativi possibili e non necessariamente il più appropriato. In Toscana, in molti percorsi post acuzie, come quelli ortopedici, sono le residenze extra-ospedaliere (cosiddette ex art. 26), o i presidi ambulatoriali, le strutture più utilizzate per far svolgere il percorso riabilitativo al paziente. Tra i vari setting possibili, oltre a quello ospedaliero, residenziale e ambulatoriale, troviamo inoltre il domiciliare e l’inserimento in moduli motori di Rsa. I dati regionali riferiti agli anziani (65+ anni) riabilitati entro 28 giorni dalla dimissione per uno dei quattro eventi contraddistinti da un’elevata numerosità nella pratica quotidiana (frattura del femore, ictus, protesi d’anca o ginocchio) mostrano che solo dopo un ictus si fa ricorso prevalentemente al setting ospedaliero (5 volte su 10), mentre negli altri percorsi vi si ricorre al massimo 1 volta su 10 per privilegiare invece setting residenziali o ambulatoriali (figura 3).

Figura 3. Riabilitati a 28 giorni da un evento acuto per tipo evento e setting assistenziale - Riabilitati per setting ogni 100 residenti d’età 65+ riabilitati a seguito di evento acuto - Toscana, periodo 2015-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

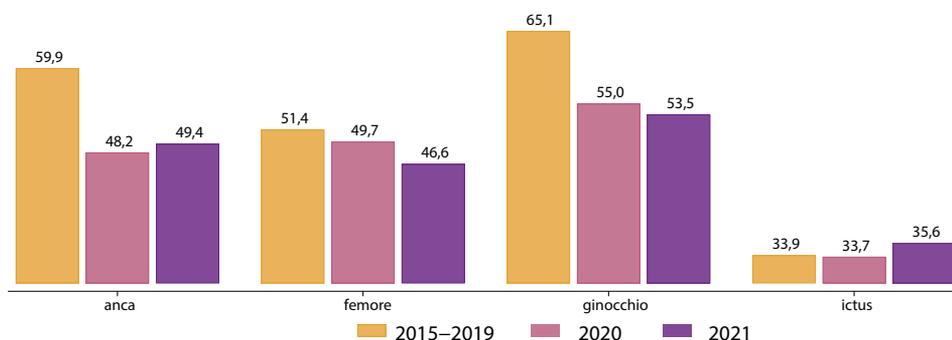


Persiste comunque molta variabilità tra i pattern di setting riabilitativi tra diversi ambiti di residenza, ponendo questioni di appropriatezza organizzativa. Inoltre, il trend degli ultimi 2 anni, confrontato con la media del quinquennio 2015-2019, evidenzia un aumento dell'attività ambulatoriale (specialmente per anca e ginocchio) a discapito del setting ospedaliero e residenziale. In generale il setting ospedaliero può essere stato in parte ostacolato dalla riorganizzazione dei servizi ospedalieri per fronteggiare la pandemia, ma sembra aver comunque garantito l'assistenza ai pazienti dimessi per ictus, che necessariamente hanno bisogno di avviare il loro percorso riabilitativo in ospedale.

In totale, a prescindere dal setting, il 46,6% degli anziani dimessi per frattura del femore accede ad un percorso riabilitativo entro 28 giorni, il 35,6% dei dimessi per ictus, il 49,4% dei dimessi a seguito di un intervento di protesi d'anca e il 53,5% dei dimessi a seguito di un intervento di protesi di ginocchio (figura 4). Rispetto al 2020, anno in cui la probabilità di accedere ad un percorso riabilitativo era diminuita per i percorsi ortopedici, plausibilmente a causa delle difficoltà logistiche legate alla pandemia, nel 2021 si osserva una lieve ripresa dell'indicatore per ictus e protesi d'anca, mentre protesi del ginocchio e frattura di femore segnano un ulteriore lieve diminuzione dei valori.

Pernangono, evidentemente, difficoltà nell'accesso al percorso di riabilitazione.

Figura 4. Riabilitati a 28 giorni da un evento acuto per tipo evento – Riabilitati ogni 100 residenti d'età 65+ dimessi a seguito di un evento acuto – Toscana, periodo 2015-2021
Fonte: Elaborazioni Ars su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



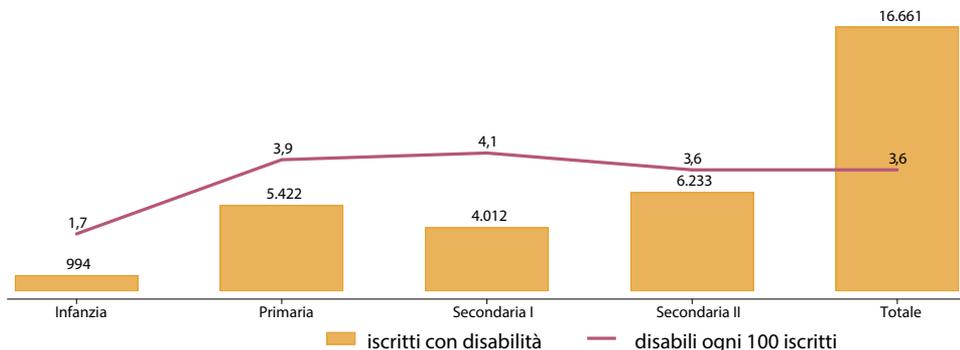
Interventi e sostegni per l'integrazione delle persone con disabilità

In questo paragrafo si cerca di offrire un quadro conoscitivo in merito all'inserimento scolastico, formativo e lavorativo delle persone con disabilità e di ricostruire un quadro minimo dei servizi di assistenza, in particolar modo quelli erogati tramite le strutture residenziali e attraverso gli interventi sociali, sociosanitari e socio-assistenziali degli enti locali toscani.

Per quanto riguarda la scuola, l'anno scolastico 2020/2021 si è chiuso con una campagna vaccinale in pieno svolgimento e con la diffusa sensazione che le fasi di didattica a distanza, pur avendo consentito di mantenere viva la relazione nei momenti più critici, abbiano comunque impattato in maniera negativa sia sulla socialità sia sull'apprendimento degli studenti. Tali elementi hanno portato a prediligere il ritorno in presenza delle attività, relegando lo strumento della didattica a distanza a circostanze codificate dal sistema di monitoraggio nazionale legato alla pandemia. In merito all'inserimento scolastico occorre dire che il sistema italiano, fondato sul cosiddetto "modello inclusivo" (inserimento totalitario, o largamente maggioritario, degli alunni con disabilità nel sistema scolastico ordinario), fa sì che il nostro sia il Paese europeo con il più alto livello di inclusione (la quasi totalità degli studenti con disabilità è accolta nelle scuole comuni), con dati ben diversi rispetto a Paesi che adottano "modelli misti" (in cui coesistono un percorso ordinario e uno speciale) o "modelli con distinzione" (studenti con disabilità inseriti esclusivamente in scuole o classi speciali). Nell'anno scolastico 2020/2021 risultano complessivamente inseriti all'interno del sistema educativo e scolastico toscano oltre 16mila bambini e ragazzi con disabilità, certificati ai sensi della legge n. 104/1992, secondo le procedure riviste con il Dlgs n. 66/2017.

All'interno della scuola dell'infanzia la quota di bambini con disabilità sugli iscritti è pari all'1,7%, misura che cresce all'interno dell'obbligo formativo nelle scuole primaria (3,9%), secondaria di I grado (4,1%) e secondaria di II grado (3,6%). L'inserimento scolastico di bambini e ragazzi con disabilità è cresciuto nel tempo ed è arrivato a coinvolgere il 3,6% del totale degli iscritti (il dato nazionale si assesta per l'anno scolastico 2021/2022 al 3,8%). La dotazione di posti di sostegno, pur corrispondente alle prescrizioni normative vigenti, appare invece sottostimata rispetto al bisogno presente, anche se va rilevata una maggiore disponibilità in Toscana rispetto a quanto mediamente rilevato per l'intero Paese: il numero di posti è comunque cresciuto ed arrivato nel 2021 a 13.274. Di particolare interesse è il rapporto "alunni con disabilità su posti di sostegno", in quanto indice dell'effettiva disponibilità relativa dell'organico di sostegno; per come è costruito, valori più bassi mostrano una maggiore disponibilità di posti di sostegno per gli alunni con disabilità presenti in un determinato contesto territoriale, e viceversa. La Toscana nel suo complesso mostra un valore pari a 1,3, con lievi oscillazioni a livello provinciale e il confronto con il dato nazionale evidenzia un valore inferiore, che necessita tuttavia di essere valutato considerando anche i diversi momenti di rilevazione delle informazioni.

Figura 1. Studenti con disabilità iscritti per ordine di istruzione – Volumi e valori per 100 iscritti – Toscana, anno scolastico 2021/2022 – Fonte: Regione Toscana



Va quindi evidenziata la prosecuzione dei trend di significativa crescita degli alunni con disabilità, che nel corso degli ultimi cinque anni sono aumentati di circa 3mila unità (+21% circa), nonostante la popolazione scolastica regionale, contestualmente, si sia contratta di oltre 16mila studenti. Al momento è dunque possibile solo formulare alcune ipotesi, tra le quali: una maggiore capacità di riconoscimento di alcune patologie anche tra i giovani, un più agevole accesso procedurale alle certificazioni, una maggiore domanda di assistenza da parte delle famiglie, un miglioramento nelle capacità inclusive della scuola (ad esse naturalmente potrebbero aggiungersi ulteriori motivi di natura sanitaria, sociologica o di altro genere).

I dati della rilevazione zonale effettuata dall'Osservatorio sociale regionale sulle persone d'età 0-64 anni con disabilità forniscono informazioni riguardo ad altri interventi afferenti la fase educativa. Gli interventi di sostegno socio-educativo scolastico nell'anno 2020 hanno coinvolto 6mila alunni e sono in continua crescita nell'ultimo decennio. Il trasporto scolastico, pur con alcune oscillazioni, evidenzia un trend di crescita (la contrazione per l'anno 2020 è evidentemente dovuta all'emergenza sanitaria) ed è arrivato a servire circa 800 alunni.

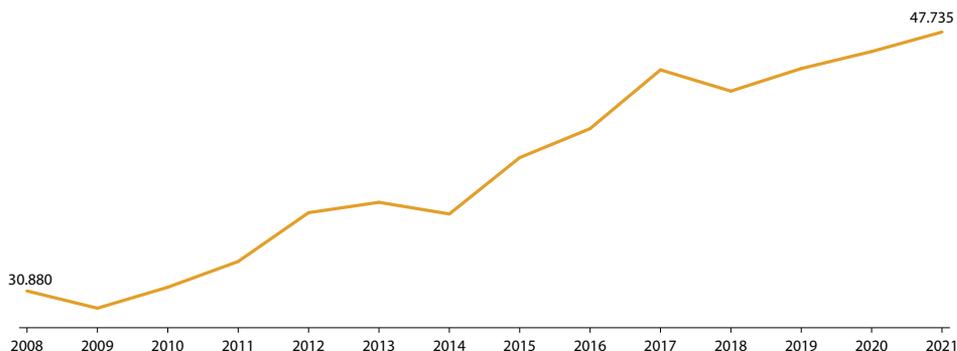
Tabella 1. Persone 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di altri interventi in ambito educativo per tipologia – Toscana, periodo 2012-2020 – Fonte: Regione Toscana

Tipo di intervento	Sostegno socio-educativo scolastico	Trasporto scolastico
2012	3.590	663
2013	3.786	720
2014	3.850	794
2015	4.289	776
2016	4.679	878
2017	5.003	751
2018	5.470	814
2019	5.694	812
2020	6.002	789

In relazione all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, la legge n. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (riformata dalla legge delega n. 183/2014) ha introdotto il concetto di "collocamento mirato", definito come "l'insieme degli strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi di lavoro e di relazione".

La gestione del collocamento mirato è demandata ai Centri per l'impiego (Cpi), che gestiscono operativamente l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, il quale avviene tramite assunzione nominativa o avviamento numerico presso i datori di lavoro privati o pubblici soggetti (in prevalenza tra coloro che sono soggetti all'obbligo di assunzione). I dati riferiscono di 47.735 iscritti al collocamento mirato presso i Cpi toscani al 31 dicembre 2021. Un dato che è aumentato nel tempo, cresciuto di quasi 17mila unità dal 2008 (+55%), che potrebbe essere spiegato, oltre che con l'aumento del bisogno lavorativo, con la crescente efficacia dei percorsi scolastici e/o formativi dedicati alle persone con disabilità e con una maggiore capacità dei Servizi di intercettare l'utenza di riferimento.

Figura 2. Residenti in Toscana iscritti al collocamento mirato (legge n. 68/99) presso i Centri per l'impiego - Toscana, periodo 2008-2021 - Fonte: Regione Toscana



Dalla rilevazione zonale delle persone con disabilità emerge che gli interventi di sostegno all'inserimento lavorativo hanno manifestato un trend oscillante negli ultimi 10 anni, tra i 2.500 e i 3.200 soggetti coinvolti, comunque rappresentativo di una percentuale sostanzialmente stabile in rapporto alla popolazione 0-64 anni (considerando la contrazione nel 2020 dovuta all'emergenza sanitaria).

In tema di assistenza, la rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati (tabella 3), fornisce dati sugli interventi di integrazione sociale (quasi 900 utenti), sulle attività ricreative-sociali-culturali (oltre 1.100 utenti) e sul trasporto sociale (servizio utilizzato negli anni da circa 2.800 persone).

Tabella 2. Persone 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di interventi di sostegno all'inserimento lavorativo - Utenti e utenti per 1.000 abitanti d'età 0-64 anni - Toscana, periodo 2010-2020 - Fonte: Regione Toscana

Anno	Utenti	Utenti per 1.000 abitanti 0-64 aa.
2010	2.512	0,90
2011	3.094	1,11
2012	3.193	1,14
2013	2.721	0,96
2014	3.251	1,15
2015	2.905	1,03
2016	3.051	1,09
2017	2.820	1,01
2018	2.851	1,02
2019	3.133	1,13
2020	2.638	0,96

Tabella 3. Utenti dei servizi e interventi sociali dei Comuni singoli o associati nell'area di utenza "Disabilità" - Toscana, periodo 2010-2019 - Fonte: Istat

Anno	Interventi integrazione sociale soggetti deboli o a rischio	Attività ricreative, sociali, culturali	Trasporto sociale
2010	1.038	1.889	3.926
2011	1.162	1.558	3.503
2012	1.084	1.588	3.447
2013	848	1.260	3.317
2014	625	1.348	2.827
2015	800	1.197	2.942
2016	994	1.038	2.534
2017	981	1.022	2.957
2018	895	1.474	2.842
2019	867	1.126	2.774

Sempre dalla rilevazione zonale curata dall'Osservatorio sociale regionale sulle persone con disabilità si ottengono altre informazioni riguardanti i servizi di assistenza: al 31 dicembre 2020 sono 31.625 i soggetti di 0-64 anni certificati ai sensi delle leggi n. 04/92 o n. 118/71 con cartella sociale attiva, che hanno ricevuto nell'anno almeno

una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale (11,5 ogni 1.000 abitanti d'età 0-64 anni), oltre 2.800 le persone con assistenza domiciliare socio-assistenziale, 1.455 quelle con assistenza domiciliare integrata (Adi), oltre 5.300 quelle inserite in strutture, di cui 2.269 nelle residenziali e 3.086 in strutture semiresidenziali.

Tabella 4. Persone di 0-64 anni d'età con disabilità che hanno usufruito di interventi di assistenza – Utenti e utenti per 1.000 abitanti d'età 0-64 anni e per 100 soggetti in carico – Toscana, anno 2020 – Fonte: Regione Toscana

Servizi/interventi	Utenti	Utenti per 1.000 abitanti 0-64 anni
In carico al servizio sociale professionale	31.625	11,5
	Utenti	Utenti per 100 soggetti con disabilità in carico al servizio sociale
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	2.831	9,0
Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari	1.455	4,6
Inseriti in strutture residenziali	2.269	7,2
Inseriti in strutture semiresidenziali	3.086	9,8

Nel 2021, inoltre, vi sono oltre 3.000 beneficiari di contributi per il sostegno alla permanenza al proprio domicilio e per la vita indipendente.

In relazione all'attività di sostegno indiretto finalizzato alla domiciliarità, si evidenzia che, attraverso le Unità di valutazione multidimensionale per la disabilità (Uvmd) delle Società della salute/Zone-distretto, sono stati attivati nel triennio 2019-2021 complessivamente quasi 8.700 interventi (tabella 5).

Tabella 5. Persone 0-64 anni con disabilità che hanno beneficiato di interventi di assistenza indiretta per il sostegno alla domiciliarità e per la vita indipendente – Toscana, anni 2019-2021 – Fonte: Regione Toscana

Tipologia intervento	2019	2020	2021
Gravissime disabilità e Sla	1.829	1.924	2.066
Progetto Vita indipendente	812	996	1.068

In attuazione dei principi previsti dalla legge n. 112/2016 (“Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”), Regione Toscana, con il programma definito nel 2017 attraverso la Dgr n. 753, ha finanziato 26 progetti approvati nel 2018 (articolati su 28 ambiti territoriali) da svilupparsi lungo un triennio di attività. I progetti riguardano azioni afferenti a diversi ambiti di intervento, con l'obiettivo di costruire percorsi di graduale consapevolezza delle proprie abilità, di integrazione sociale e di autonomia personale:

- ambito A) Sviluppo delle competenze finalizzate all'autonomia e distacco dal nucleo familiare;
- ambito B) Individuazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare o di *co-housing*;
- ambito C) Laboratori innovativi, acquisizione di competenze spendibili in ambito occupazionale, deistituzionalizzazione, informazione, accompagnamento e sostegno ai familiari.

I progetti triennali predisposti dalle Società della salute/Zone-distretto, sono il risultato di un percorso di co-programmazione e co-progettazione con il Terzo settore (prevalentemente associazioni e fondazioni di comprovata esperienza pluriennale in tale ambito). I progetti sono cofinanziati da parte del soggetto pubblico e anche dai soggetti privati attuatori delle azioni previste. L'insorgere della pandemia da Covid-19 ha notevolmente condizionato lo sviluppo delle attività, proprio nelle fasi in cui, dopo la progettazione e la costruzione delle condizioni preliminari al coinvolgimento delle persone e delle famiglie, i servizi dovevano attivare le misure e gli interventi personalizzati, soprattutto in riferimento alla sperimentazione di forme di *co-housing* e di coabitazione. A partire dalla seconda metà del 2021 si sono apprezzati segni di ripresa delle attività a regime completo, sostenute anche dalla continuità che è stato possibile assicurare alle progettualità: dal 2020 i finanziamenti ministeriali della prima fase triennale sono stati infatti reiterati annualmente ed implementati.

Il monitoraggio quali-quantitativo attivato nel secondo semestre 2021 segna un buon livello di ripresa delle attività, compromesse, come si è ricordato, nella prima parte dell'anno, dall'emergenza Covid-19. Si è infatti assistito ad un incremento di ulteriori 182 persone che hanno presentato richiesta rispetto al primo semestre 2021. Sono 1.739 le persone con disabilità grave che hanno inviato l'istanza di accesso alle misure del programma; di questi 1.566 sono risultati in possesso dei requisiti e per 1.244 di loro si è concretizzata la possibilità di realizzare, a seguito di valutazione multidimensionale, il proprio progetto di vita personalizzato attraverso una delle azioni progettuali afferenti agli ambiti di intervento del percorso "Dopo di noi". Per quanto riguarda il ruolo del case manager, anche il secondo semestre 2021 vede l'assistente sociale quale figura professionale predominante (su 1.168 casi), seguita dallo psicologo (33 casi). L'88% dei progetti, corrispondenti a 1.099 in termini assoluti, presenta sostegni diversi da quelli a valere sul fondo, afferenti dunque ad altre aree di intervento, in particolare di carattere sociale, socio sanitario e lavorativo.

La condizione predominante tra i beneficiari continua ad essere quella di persone che, pur in presenza di risorse economiche adeguate e/o genitori ancora in grado di garantire un sostegno, necessitano di esigenze abitative extra-familiari, 720 nel secondo semestre 2021, ovvero 94 persone in più rispetto al primo semestre, seguiti da coloro i cui genitori non sono più nella condizione di continuare a garantire il sostegno genitoriale: 315, con 40 unità in più rispetto al primo semestre 2021. Le persone prive di genitori e di risorse economiche adeguate sono invece 120 nel secondo semestre 2021, con un incremento di 24 unità. Riguardo alla tipologia di interventi attivati si può osservare come, sempre nel secondo semestre 2021, 572 persone siano coinvolte in percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare

di origine, 557 aderiscano a programmi di accrescimento e sviluppo dei livelli di autonomia e di competenze per la gestione della vita quotidiana, mentre 157 persone stiano sperimentando forme di convivenza in soluzioni alloggiative alternative alle strutture istituzionalizzanti. Il 56% dei beneficiari sono maschi, di cui il 69% appartiene alla fascia di età 18-45 anni.

Tabella 6. Persone 0-64 anni con disabilità che hanno beneficiato di interventi del “Dopo di noi”, per genere e classe d’età – Toscana, periodo 2019-2021 - Fonte: Regione Toscana

Classe d’età	2019			2020			2021		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
18-25	97	66	163	98	66	164	126	86	212
26-35	124	113	237	135	134	269	155	141	296
36-45	135	109	244	143	115	258	177	141	318
46-55	122	91	213	127	95	222	152	113	265
56-64	32	29	61	33	31	64	47	36	83
65+	5	0	5	4	1	5	6	1	7
Totale	515	408	923	539	442	982	663	518	1.181

Rispetto al primo semestre 2021, però, dove era stata inserita solamente una donna, nel secondo semestre si registra un incremento maggiore delle beneficiarie (+75), a fronte di un aumento degli uomini pari al 13% in più rispetto al primo semestre 2021.

La percezione dei cittadini sui servizi

Il nostro sistema sanitario dal 2020 ad oggi sta attraversando un periodo di forte criticità a causa della pandemia. I forti cambiamenti degli ultimi due anni e mezzo in molti servizi territoriali e in tutti gli ospedali possono aver condizionato l'andamento della soddisfazione per l'assistenza medica e infermieristica da parte dei pazienti, nonostante i valori si siano comunque mantenuti su buoni livelli, sia in Toscana sia in Italia.

Se il 2020 ha registrato un netto miglioramento nella soddisfazione per l'assistenza medica e infermieristica, nazionale e regionale, nel 2021 in Toscana rileviamo un arretramento sui valori del 2019 (figure 1 e 2). È possibile che l'andamento rifletta, almeno in parte, le conseguenze dell'epidemia sui servizi nella nostra regione. Nel 2020 gli ospedali toscani non si trovarono in situazioni di criticità simili a quelle delle regioni settentrionali più colpite dalla pandemia e, gradualmente, la situazione dei servizi è tornata ad una condizione di quasi normalità a partire dall'estate. Contestualmente, però, per tutto il 2021 hanno continuato ad essere in vigore alcune limitazioni nell'accesso sia ai presidi territoriali, per l'esecuzione di esami e visite specialistiche, sia a quelli ospedalieri e residenziali, per quanto riguarda gli accompagnatori. È possibile quindi che il dato del 2021 rifletta la stanchezza accumulata dalle persone, che continuano a vedere alcuni servizi condizionati, nell'accesso e nell'erogazione, dai cambiamenti introdotti dalle misure di contenimento del contagio. A questo potrebbe aggiungersi anche il giudizio sulla gestione della campagna di vaccinazione anti-Sars-Cov-2, che, nonostante in Toscana abbia raggiunto ottimi livelli di copertura in tutte le fasce d'età, nei primi mesi è stata condizionata dall'arrivo a singhiozzo delle forniture dei vaccini e quindi da una maggiore attesa, per le persone mediamente più giovani, di poter accedere al percorso vaccinale. Va comunque ribadito che la diminuzione osservata nel 2021 non porta la nostra regione su valori bassi, ma sugli stessi osservati nel periodo pre-Covid.

Figura 1. Soddisfazione per l'assistenza medica ricevuta - Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, periodo 2019-2021 - Fonte: Indagine Multiscopo Istat

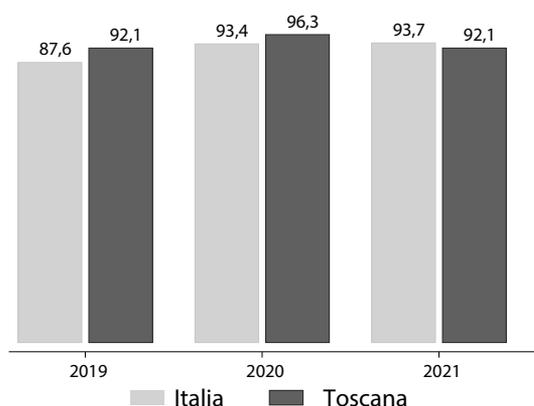
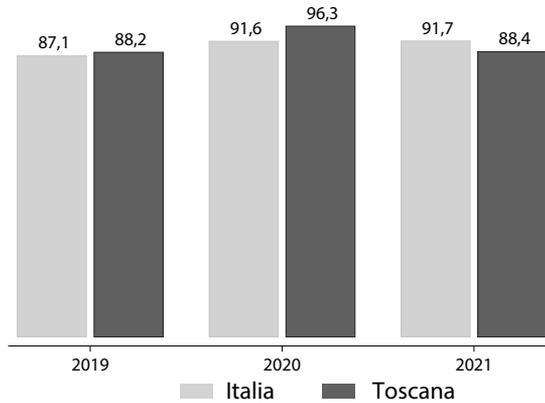


Figura 2. Soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta – Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, periodo 2019-2021 – Fonte: Indagine Multiscopo Istat



La soddisfazione per gli aspetti alberghieri dei ricoveri ospedalieri mostra una percezione soddisfacente per i pazienti intervistati, italiani e toscani, in particolare sui servizi igienici, ma, limitatamente alla Toscana, non sul vitto (tabella 1).

Tabella 1. Soddisfazione per vitto e servizi igienici durante il ricovero – Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, periodo 2019-2021 – Fonte: Indagine Multiscopo Istat

Anno	Vitto		Servizi igienici	
	Italia	Toscana	Italia	Toscana
2019	69,7	67,4	78,8	83,5
2020	75,5	60,1	84,4	85,3
2021	74,7	62,8	84,0	84,1

Il giudizio complessivo sui dati 2020-2021 si conferma quindi mediamente buono per la nostra regione, nonostante la lieve flessione rilevata nel secondo anno di pandemia. Quest'ultima sta sicuramente condizionando, oltre ai servizi sanitari stessi, la percezione della qualità e il livello di soddisfazione dei pazienti, che si trovano in un contesto diverso rispetto agli anni pre-pandemici e possono quindi aver subito uno stress dovuto al cambio di abitudini di cura e accesso ai servizi, in particolare territoriali, consolidate nel tempo. Monitorare questi indicatori nei prossimi anni, quando auspicabilmente la situazione sarà gradualmente tornata alla normalità e si vedranno i primi effetti del decreto ministeriale n. 77/2022, che introdurrà novità importanti in tutti gli ambiti dell'assistenza territoriale (Case della comunità, infermieri territoriali, cure domiciliari potenziate), sarà fondamentale per verificare il superamento dei disagi causati dalla pandemia.

Eventi sentinella nel Sistema sanitario e buone pratiche promosse

I sistemi di segnalazione e apprendimento degli eventi avversi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti il possibile verificarsi di tali accadimenti. In tale ambito il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica che ha lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare il decesso o un grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive.

Sono da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale, come di seguito indicato: morte; disabilità permanente; coma; stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione; trauma maggiore conseguente a caduta di paziente; trasferimento a un'unità semintensiva o di terapia intensiva; re-intervento chirurgico; rianimazione cardiorespiratoria; richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio; violenza subita nell'ambito della struttura; reazione trasfusionale conseguente a incompatibilità ABO.

Nel 2009 è stato emanato dal Ministero della salute il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella (decreto Simes). Il protocollo prevede l'attivazione di tre livelli di intervento, tra loro complementari e rispondenti ai criteri di priorità nazionale:

- il monitoraggio, che consente la raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella e dei sinistri per la valutazione dei rischi;
- le raccomandazioni, che permettono l'elaborazione delle informazioni raccolte tramite il monitoraggio, allo scopo di fornire indicazioni agli operatori sulle azioni da intraprendere per migliorare la qualità dell'assistenza;
- la formazione del personale, per incrementare la conoscenza degli operatori rispetto a metodi e strumenti per il miglioramento della sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure.

Il Ministero della salute fornisce alle regioni e alle aziende sanitarie un protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella che stabilisce i tempi, celeri, sia per la segnalazione sia per l'analisi del caso. Al verificarsi di un evento sentinella viene organizzato un audit clinico nel quale vengono coinvolti gli operatori presenti nel momento in cui si è verificata la criticità. In un incontro dedicato e con un confronto aperto e collaborativo vengono analizzati tutti quegli elementi organizzativi che possono aver rappresentato dei fattori contribuenti al

verificarsi l'accadimento grazie a un approccio di tipo sistemico: fattori relativi al compito e alla tecnologia (ad esempio natura del compito e chiarezza della procedura, disponibilità e uso di protocolli, supporti al *decision making*), all'individuo o allo staff (conoscenze e capacità, competenza, salute fisica e mentale), al team (comunicazioni verbali, comunicazioni scritte, supervisione e ricerca di aiuto reciproco, modalità di rapporti all'interno del team: equilibrio, coesione, affiatamento, leadership), all'ambiente di lavoro (carichi di lavoro e turni di lavoro, caratteristiche degli ambienti di lavoro, pianificazione, disponibilità e manutenzione dell'equipaggiamento, supporti amministrativi e manageriali), al paziente (condizioni cliniche - complessità e gravità, linguaggio e comunicazione, personalità e fattori sociali), all'organizzazione e al management (risorse e vincoli finanziari, struttura organizzativa, cultura della sicurezza e priorità), al contesto istituzionale (contesto economico e normativo, direttive del Servizio sanitario nazionale, legami con organizzazioni esterne).

La segnalazione di un evento sentinella viene comunicata al Ministero attraverso la piattaforma dedicata del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis).

Con la legge Gelli-Bianco dell'8 marzo 2017, n.24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" le attività di segnalazione del rischio sanitario diventano parte integrante dell'attività degli operatori sanitari e i Centri del rischio clinico assumono un ruolo di coordinamento e supporto per la raccolta e il loro approfondimento. L'art.2 "Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute del Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente" stabilisce, infatti, che il centro Gestione rischio clinico e la sicurezza del paziente raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmetta annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali).

Le Aziende sanitarie toscane segnalano questa tipologia di eventi sin dal 2006, prima che fosse emanato il decreto ministeriale Simes del 2009. Il sistema utilizzato per la segnalazione degli eventi sentinella in Toscana è il Sistema integrato per la gestione del rischio clinico (Si-Grc), che conferisce periodicamente i dati all'applicativo nazionale Nsis.

Nel corso del 2021 sono stati segnalati e gestiti mediante il Si-Grc 76 eventi sentinella (Es), di cui 71 sono stati validati come tali al termine dell'analisi del caso clinico, dando quindi origine ad altrettanti report di analisi approfondita con piano di miglioramento. Nello stesso anno gli eventi segnalati dalle strutture private sono stati 11. Il trend ha continuato a riportare un miglioramento come nel 2020 (figura 1).

In merito al tipo di incidente, secondo la tassonomia del protocollo Simes, le cadute gravi sono l'evento segnalato con più frequenza nel 2021 (33), seguite dalla tipologia generica che comprende ogni evento avverso, non riconducibile a cause specifiche, che causa morte o grave danno al paziente (9) e dagli errori nelle terapie farmacologiche (7).

Figura 1. Segnalazioni eventi sentinella – Toscana periodo 2006-2021 – Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana

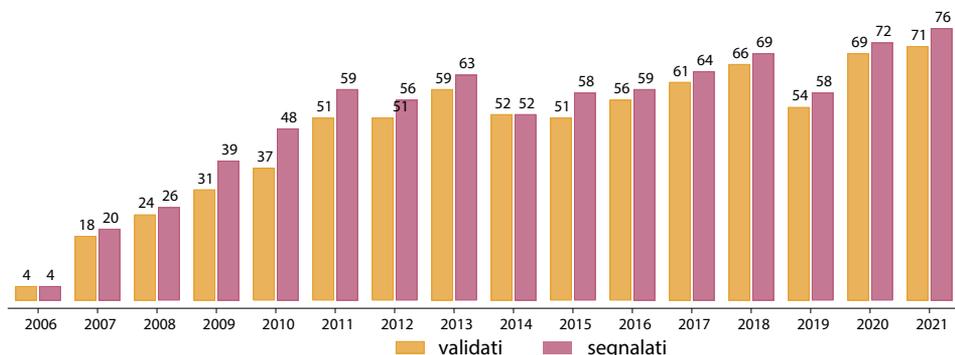


Tabella 1. Segnalazioni eventi sentinella, per categoria della tassonomia del protocollo Simes – Toscana periodo 2006-2021– Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana

Tipo	2021	2006-2021
Morte o grave danno per caduta del paziente	33	198
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	9	154
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	7	25
Atto di violenza a danno di operatore	5	74
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	4	100
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	2	12
Errata procedura in un paziente corretto	2	12
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	2	38
Morte in neonato sano di peso >2,5kg non correlata a malattia congenita	2	50
Procedura in paziente sbagliato	1	7
Violenza su paziente	1	6
Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e /o all'interno del Pronto soccorso	1	3
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	1	42
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità abo		15
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento		15
Del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)		3

Per quanto riguarda, invece, il totale delle segnalazioni fatte dal 2006 al 2021, la distribuzione per tipologia non ha subito cambiamenti: la tipologia morte o grave danno per caduta di paziente si conferma come la più segnalata (199). Anche quest'anno si sono riscontrate un numero importante di segnalazioni riguardanti suicidio o tentato suicidio da parte del paziente (4), ma meno della metà rispetto al 2020 (10) (tabella 2).

Tabella 2. Tipologia eventi sentinella, per Azienda segnalatrice - Toscana, anno 2021 - Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana

Tipo*	Asl			Aou Careggi	Auxilium Vitae	Cdc S. Giuseppe	Cdc Ulivella e Glicini	Cdc Val di Sieve	Rsa Le Vele
	Centro	N-o	S-e						
1	3	13	5	1	3		6	1	1
2	2	4	3						
3	2	4	1						
4		3	2						
5	1	2					1		
6						1			
7	1		1						
8	1		1						
9				2					
10		1		1					
11			1						
12		1							
13						1			

1: Morte o grave danno per caduta del paziente

2: Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

3: Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica

4: Atto di violenza a danno di operatore

5: Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

6: Procedura in paziente sbagliato

7: Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)

8: Errata procedura su paziente corretto

9: Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure

10: Morte in neonato sano di peso >2,5kg non correlata a malattia congenita

11: Violenza su paziente

12: Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e /o all'interno del Pronto soccorso

13: Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico

Gli eventi sentinella nel percorso vaccinale anti Sars-Cov-2

Nel 2021 il Centro Gestione rischio clinico (Grc), in accordo con la rete dei referenti aziendali del rischio clinico, ha deciso di analizzare le prime segnalazioni riguardanti eventi avversi relativi alla gestione del processo vaccinale anti Sars-Cov-2 come eventi sentinella, approfondendo quindi le criticità organizzative correlate alla gestione di questa delicata attività, non priva di rischi, visto l'investimento di risorse nella gestione del processo vaccinale e l'importanza che ha avuto nella prevenzione. Sul sistema regionale Si-Grc, e conseguentemente sul sistema ministeriale Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), sono stati inseriti 9 eventi sentinella, di cui 7 attribuibili alla tipologia "morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" e 2 alla tipologia "errata procedura su paziente corretto".

La scelta di classificare questi ultimi come eventi legati a errori di terapia non è dovuta alla gravità di danno sul paziente, ma alla scelta di uniformare l'analisi e l'approfondimento di tutte le segnalazioni associabili al processo vaccinale.

I 9 eventi sentinella analizzati da maggio a dicembre 2021 hanno coinvolto un totale di 33 utenti, senza mai provocare nessuna evidenza di danno.

La scelta di procedere alla segnalazione di questi eventi come eventi sentinella è legata alla seconda parte della sua definizione, ovvero evitare l'eventuale perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario, più che all'entità del danno sul paziente, in questa specifica casistica. Le criticità rilevate nell'analisi sono state ricondotte a scambio di vaccino (4 casi), sovra o sotto dosaggio (4 casi), scambio di formulazione (pediatrica/adulti) (1 caso).

Tra i fattori che hanno contribuito sono stati individuati: criticità dovute a interruzione; lavoro in solitudine (gestione di attività che richiedono una elevata attenzione per un lungo periodo senza il supporto di un collega che potesse svolgere una attività di doppio controllo); scarsità risorse; assenza, in alcuni casi, di strumenti a supporto del tracciamento delle attività svolte e da fare.

Le azioni di miglioramento sono state individuate non solo dall'analisi di questi eventi, ma anche dalle visite negli hub vaccinali, con focus sulle diverse fasi del processo di vaccinazione, e hanno riguardato:

- la creazione e diffusione della raccomandazione regionale specifica sulle indicazioni dell'organizzazione e gestione degli hub vaccinali;
- l'esigenza di mantenere le linee vaccinali suddivise per tipologia di vaccino e fisicamente separate per tipo di vaccino, oppure la suddivisione per fasce orarie distinte o, ancora meglio, per giorni;
- l'adozione di procedure da adattare allo specifico contesto di lavoro;
- l'introduzione di check list a supporto della gestione dell'attività di preparazione e somministrazione del vaccino, riportando, per ciascun flacone, il numero progressivo, il tipo di vaccino, il lotto e il numero dosi allestite;
- l'auspicabile attivazione di un doppio controllo nelle fasi di preparazione e somministrazione.

La gestione del contenzioso nel Sistema sanitario

A seguito delle Dgrt 1203/2009 e 1234/2011 è stata disposta l'assunzione diretta dei rischi per responsabilità civile verso terzi e operatori (Rct/o) da parte delle singole aziende sanitarie pubbliche, con l'unica rilevante eccezione costituita dalla Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, che possiede una polizza assicurativa senza franchigia. L'internalizzazione del rischio per responsabilità civile prevede che le aziende ospedaliere e territoriali del Servizio sanitario regionale (Ssr) non lo trasferiscano più alle compagnie di assicurazione e curino direttamente tutte le fasi della gestione e liquidazione dei sinistri, con totale copertura dei risarcimenti da parte del fondo sanitario regionale finanziato dal Ministero della salute.

A livello aziendale, sono i Comitati gestione sinistri (Cgs), organismi multidisciplinari in cui confluiscono le competenze di affari generali e legali, medicina legale e gestione del rischio, a coordinare e a svolgere gli adempimenti istruttori necessari al fine di valutare la sussistenza di eventuali elementi di responsabilità a carico dell'azienda nonché a indicare possibili azioni di prevenzione per evitare il ripetersi degli eventi.

La stretta collaborazione delle figure professionali aziendali coinvolte nella gestione dei sinistri determina una celere presa in carico delle richieste di risarcimento e consente alle aziende sanitarie di avere maggiore consapevolezza e controllo dei tempi di gestione delle pratiche; ciò si realizza soprattutto nel caso delle richieste stragiudiziali che, compatibilmente con la complessità degli approfondimenti di carattere clinico e medico legale del caso concreto, consentono generalmente di pervenire a una rapida definizione, sia in caso di accoglimento che di reiezione del sinistro, e di contenere i costi a carico delle parti.

A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 24/2017 (cosiddetta legge Gelli-Bianco) recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", sono state introdotte nel nostro ordinamento delle novità in materia di gestione dei sinistri da parte delle aziende sanitarie. Segnaliamo, in particolare, alcuni articoli.

Ai sensi dell'art.13 legge n. 24/2017 si prevede uno specifico obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria che, dall'istruttoria condotta, risulti coinvolto nell'evento oggetto della richiesta di risarcimento. In particolare, tale comunicazione è inviata dagli uffici aziendali (affari generali o legali) entro 45 giorni dall'avvio di una trattativa stragiudiziale con il danneggiato per tentare una definizione bonaria della vertenza ovvero dall'avvio di un procedimento di mediazione se vi è da parte dell'azienda la volontà di transigere in tale sede ovvero ancora dal ricevimento di un atto giudiziario contenente una richiesta di risarcimento Rct/o. Questa comunicazione contiene l'invito a prendere visione degli atti istruttori e a partecipare alle trattative e, nell'interesse del professionista coinvolto, dovrà essere trasmessa dal destinatario alla compagnia assicurativa presso la quale ha stipulato specifica polizza Rct Colpa grave in modo da essere manlevato

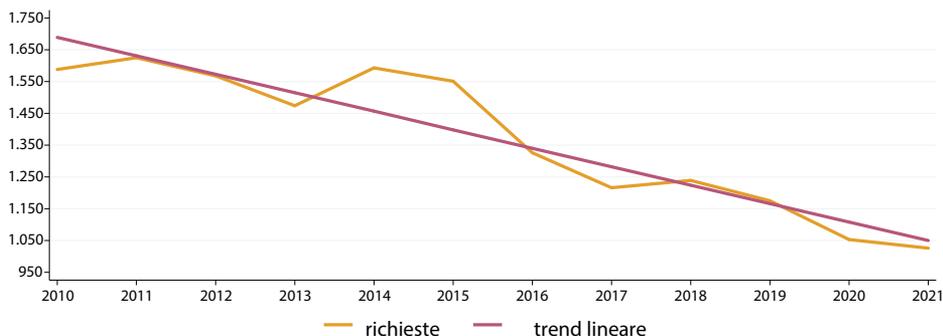
in caso di eventuale futura responsabilità per danno erariale accertata dalla Corte dei conti. Non costituisce invece un preventivo giudizio di responsabilità a carico dell'operatore destinatario della comunicazione.

Ai sensi degli artt. 2 e 3 della legge n. 24/2017, resta in carico ai centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente l'invio dei dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso, trasmessi annualmente all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, gestita attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (Simes) di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009.

Mentre, ai sensi dell'art. 4 della legge n. 24/2017, è onere delle strutture sanitarie pubbliche e private rendere disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

Di seguito presentiamo i dati complessivi (figura 1), che mostrano la tendenza decrescente del numero complessivo di richieste di risarcimento per i sinistri.

Figura 1. Richieste di risarcimento – Toscana, periodo 2010-2021 – Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana



Nella tabella 1 è riportato il numero di richieste di risarcimento pervenute a ciascuna Azienda dal 2010 al 2021. Nel corso del 2021 sono stati aperti complessivamente 1.026 sinistri.

Nella tabella 2 è riportato il dettaglio della tipologia di danno suddiviso per azienda dal 2010 al 2021. Si precisa che contestazioni inerenti il trattamento dei dati o il consenso possono essere presenti anche nelle richieste danni che lamentano principalmente lesioni personali o decesso, mentre il dato relativo alla tipologia di danno per privacy/consenso riguarda contestazioni esclusive di questo profilo di danno, non associato ad altri.

Tabella 1. Richieste di risarcimento, per Azienda - Toscana, periodo 2010-2021 - Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana

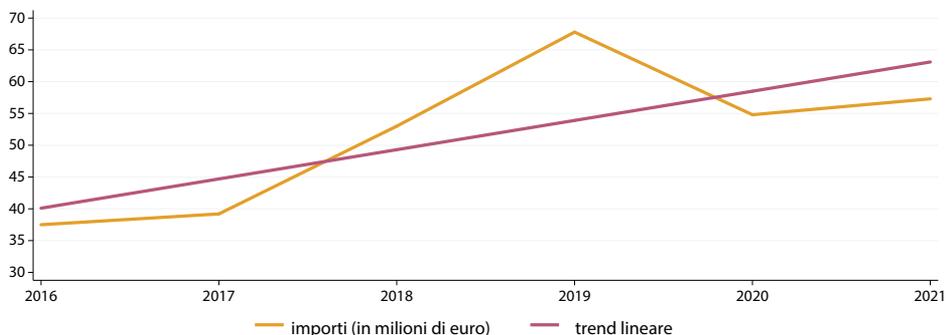
Anno	Ausl			Aou				F.G. Monasterio	Totale
	Nord-ovest	Centro	Sud-est	Pisana	Senese	Careggi	Meyer		
2010	492	357	266	175	83	190	13	8	1.584
2011	477	410	258	185	91	188	9	5	1.623
2012	453	398	223	179	68	222	13	11	1.567
2013	433	365	232	161	82	174	16	11	1.474
2014	432	363	296	215	93	170	14	8	1.591
2015	440	369	249	169	100	194	20	9	1.550
2016	392	298	214	147	80	163	19	10	1.323
2017	339	256	200	154	90	154	7	15	1.215
2018	342	270	207	166	74	147	18	14	1.238
2019	334	285	178	128	71	153	15	10	1.174
2020	275	223	183	143	78	124	11	14	1.051
2021	293	241	150	121	73	131	11	6	1.026
Totale	4.702	3.835	2.656	1.943	983	2.010	166	121	16.416
Media	392	320	221	162	82	168	14	10	1.368

Tabella 2. Richieste di risarcimento per tipologia di danno e Azienda - Toscana, periodo 2010-2021- Fonte Centro Gestione rischio clinico Toscana

Azienda	Lesioni personali	Decessi	Danno a cose	Lesione privacy / consenso	Altro	Non specificato o non interpretabile	
Ausl	Nord-ovest	3.642	529	397	24	84	7
	Centro	2.889	404	447	41	45	7
	Sud-est	2.070	263	249	22	52	0
Aou	Pisana	1.523	215	136	13	53	4
	Senese	684	133	122	14	28	4
	Careggi	1.577	204	176	15	33	4
	Meyer	137	16	5	4	3	1
F.G. Monasterio	65	34	13	5	2	2	
Ispro	17	1	0	0	0	0	
Totale	12.604	1.799	1.545	138	300	29	

Per quanto concerne i dati di natura economica delle richieste di risarcimento in gestione diretta, la tendenza degli importi complessivamente liquidati per ciascun anno di pagamento appare crescente (figura 2). Si tratta di un andamento atteso, conseguenza del maggior numero di sinistri trattati negli anni col supporto multidisciplinare e multiprofessionale dei Comitati gestione sinistri (Cgs) aziendali e della accresciuta capacità ed esperienza del sistema nella definizione dei casi.

Figura 2. Importi liquidati per richieste di risarcimento in gestione diretta - Valori in milioni di euro - Toscana, periodo 2016-2021 - Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana



Dalle ultime elaborazioni effettuate annualmente, sappiamo che circa il 50% delle richieste pervenute ogni anno alle Aziende vengono accolte e liquidate. Allo stato attuale, nell'applicativo Si-Grc è ancora aperto il 15% dei sinistri pervenuti dal 2010 al 2021, il 40% è stato liquidato, mentre il 45% è stato respinto o non ha avuto seguito. Il modello è concepito per dare ampio spazio alla gestione stragiudiziale delle pratiche, che consente una maggiore rapidità nella chiusura delle richieste di risarcimento, maggiore contenimento delle spese legali e, soprattutto, un contatto più diretto con i danneggiati, volto anche a rinsaldare il rapporto di fiducia con il Ssr.

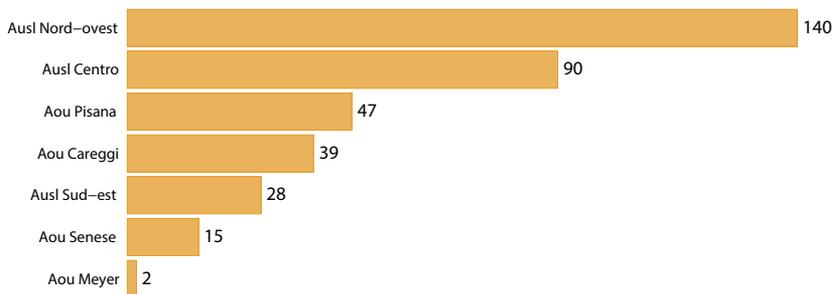
Resta fermo che i dati sui sinistri sono affidabili nella misura in cui le Aziende sanitarie inseriscono in modo puntuale e corretto su Si-Grc le informazioni richieste per le analisi su riserve, valutazioni dei Cgs, importi liquidati e relative date, con un aggiornamento continuo delle pratiche. Si tratta di un lavoro esteso e complesso, di fondamentale importanza sia nei confronti dei danneggiati sia delle istituzioni regionali che stilano i bilanci.

Dopo i primi anni di applicazione del modello di gestione diretta delle richieste di risarcimento Rct/o da parte delle singole aziende sanitarie, è stata avvertita l'esigenza di avere una sede di confronto regionale sui sinistri, pertanto, a livello centralizzato, è fornito un supporto ai Comitati Gestione sinistri aziendali dal Comitato regionale valutazione sinistri (Crvs), al quale le aziende sottopongono i casi più complessi o per i quali si prevedono risarcimenti di notevole entità, anche al fine di uniformare i criteri di liquidazione e perseguire una maggiore equità e prevedibilità dei risarcimenti. In particolare, la Dgrt 62/2014 prevede l'obbligatorietà del ricorso al Crvs per i sinistri che, in seguito all'istruttoria aziendale, appaiano meritevoli di accoglimento per un importo uguale o superiore a 500mila euro e discrezionale per quelli superiori a 100mila euro o che, per motivi di particolare complessità o altre opportunità, le aziende ritengono comunque di sottoporre ai

colleghi del Comitato regionale. Del Crvs, coordinato dal Centro Grc che si occupa anche degli aspetti organizzativi degli incontri, fanno parte di diritto il responsabile del Centro regionale per la Gestione del rischio clinico, o suo delegato, il dirigente del settore competente in materia giuridica della Direzione sanità, welfare e coesione sociale o suo delegato, il dirigente del settore competente in materia di Contabilità della Direzione sanità, welfare e coesione sociale o suo delegato e, quali componenti esperti, quattro specialisti in medicina legale e quattro dirigenti di area giuridico-amministrativa scelti in modo da essere rappresentativi delle varie aziende sanitarie. Il parere espresso dal Crvs, che si riunisce con cadenza mensile, o più frequentemente secondo le necessità, è consultivo e non vincolante, non comporta tempi aggiuntivi rispetto a quelli previsti per la trattazione e definizione dei sinistri e avviene nella fase istruttoria del caso o in previsione di un'offerta formale al danneggiato.

Il ruolo del Crvs non è limitato alla trattazione degli aspetti economici dei casi, poiché mira anche a dare maggior forza e coerenza al sistema, con raccomandazioni tese a migliorare la gestione del rischio (prevenzione degli eventi avversi, piani di miglioramento della sicurezza delle cure) ed evitare modalità eterogenee nella gestione dei sinistri, con particolare riferimento a quelli di più rilevante entità, cercando di limitare le possibili difformità dei vari ambiti territoriali e dei diversi contesti locali, sia tramite l'attività di controllo e indirizzo del Crvs, sia attivando periodici percorsi di formazione specifica in favore degli operatori del sistema che si occupano della gestione dei sinistri. Dal 2013 al 2021 il Crvs ha esaminato oltre 360 casi e se ne raccomanda il ricorso anche al fine di standardizzare a livello regionale le valutazioni dei sinistri più significativi, come importi o come casistica (figura 3).

Figura 3. Richieste di risarcimento danni analizzate dal Crvs, per Azienda – Toscana, periodo 2013-2021 – Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana



**Non tutta la casistica è superiore a 500mila euro.*

Gli incontri del Crvs, che anche nel 2021 si sono svolti in videoconferenza e tuttora proseguono con questa modalità, sono stati una frequente occasione di confronto anche su altri aspetti della gestione diretta; fra questi, si auspica l'introduzione di meccanismi di premialità e incentivazione per i Cgs che liquidano con più velocità ed efficienza o per le aziende che aumentano i livelli di prevenzione anche a seguito di analisi e azioni intraprese per le criticità emerse dai sinistri, con un ruolo fondamentale svolto dai medici legali e dai clinical risk manager e patient safety manager aziendali.

Il sistema di segnalazione e apprendimento dagli eventi avversi

Dal 2015 la fonte per raccogliere le segnalazioni degli eventi avversi è il Sistema integrato per la gestione del rischio clinico (Si-Grc). Le aziende sono invitate a segnalare i quasi eventi (*near miss*), cioè gli accadimenti che non hanno determinato un danno perché intercettati in tempo e gestiti correttamente. Questi eventi rappresentano un'importante fonte di apprendimento di tipo organizzativo e devono diventare un'opportunità per mappare il rischio e implementare azioni preventive ad un loro possibile riaccadimento potenzialmente con esito molto più grave. In media, negli anni precedenti la pandemia, le segnalazioni inserite nell'applicativo regionale si aggiravano a 9-10mila unità. Nel biennio 2020-2021, nonostante il grande impegno di tutto il sistema sanitario alla gestione dello stato di emergenza dovuto alla pandemia, sono state inserite rispettivamente 5.426 e 6.394 segnalazioni, evidenziando già una ripresa nel secondo anno di pandemia. Questi eventi possono avere tre diverse modalità di esito:

- archiviazione;
- *Mortality and Morbidity Review* (M&M), un'iniziativa periodica, almeno mensile, a livello di struttura semplice o complessa, dove si discutano i casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che hanno avuto un esito inatteso di mortalità o morbilità;
- audit clinico, nei casi che necessitano una riflessione più approfondita di tipo organizzativo.

Per il 2021, come detto, sono state inserite complessivamente 6.394 segnalazioni (figura 1 e tabella 1). Il mese di accadimento degli eventi si riferisce all'anno 2021, ma l'inserimento può essere avvenuto fino al primo mese del 2022. Delle 6.394 segnalazioni, 474 (7,4%) non hanno ancora un esito attribuito (archiviazione, M&M, audit) e, quindi, sono eventi che devono ancora essere analizzati. Sono invece 5.885 le segnalazioni con un esito attribuito (92%), di cui 424 segnalazioni con esito archiviazione (7,2%).

Figura 1. Segnalazioni, per mese di inserimento e azienda di riferimento - Toscana, anno 2021 - Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana

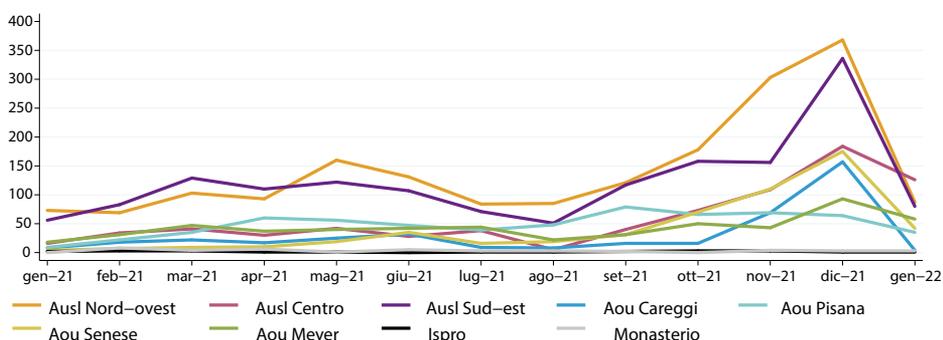


Tabella 1. Segnalazioni, per mese di inserimento e Azienda/zona di riferimento – Toscana, anno 2021 – Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana

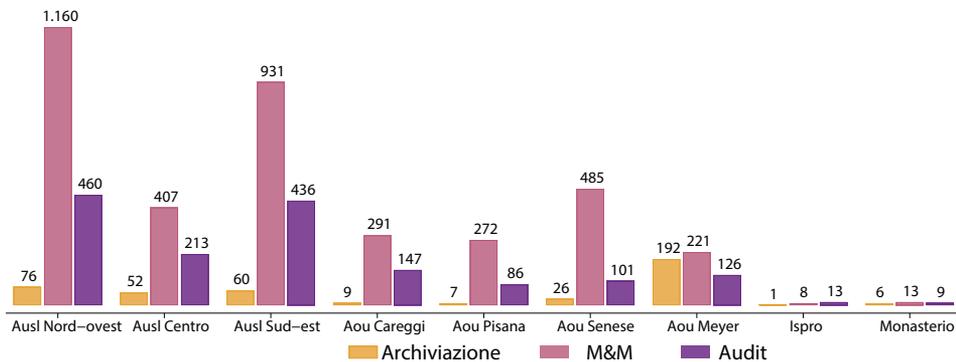
Azienda e Zona	2021												2022	Totale
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	
AusI Nord-ovest	73	69	103	93	160	131	84	85	121	178	303	368	87	1.855
<i>Massa Carrara</i>	5	4	11	12	32	16	12	5	13	41	71	61	14	297
<i>Lucca</i>	10	9	27	22	23	27	12	16	27	33	60	84	19	369
<i>Pisa</i>	31	24	27	36	46	36	27	25	18	46	55	68	19	458
<i>Livorno</i>	23	25	30	17	44	29	27	19	40	34	70	96	24	478
<i>Viareggio</i>	4	7	8	6	15	23	6	20	23	24	47	59	11	253
AusI Centro	16	34	41	30	42	28	38	5	40	73	109	184	126	766
<i>Pistoia</i>	3	3	8	9	13	6	4	1	8	21	19	23	38	156
<i>Prato</i>	4	5	16	9	5	7	24	1	10	18	37	30	21	187
<i>Firenze</i>	8	21	9	10	17	8	6	3	14	19	39	79	60	293
<i>Empoli</i>	1	5	8	2	7	7	4	0	8	15	14	52	7	130
AusI Sud-est	56	83	129	110	122	107	71	51	117	158	156	336	80	1.576
<i>Siena</i>	14	26	33	27	38	30	18	10	40	49	36	79	10	410
<i>Arezzo</i>	24	43	77	54	54	49	27	20	38	70	82	109	35	652
<i>Grosseto</i>	18	14	19	29	30	28	26	21	39	39	38	148	35	484
Aou Careggi	8	18	22	17	25	32	9	8	16	16	69	157	4	401
Aou Pisana	9	22	35	60	56	47	39	48	79	66	69	64	35	629
Aou Senese	4	7	9	10	19	35	16	19	31	70	110	175	42	547
Aou Meyer	18	31	47	37	40	42	44	22	31	50	43	93	58	556
Ispro	2	3	3	1	1	0	1	1	2	3	3	1	1	22
F.G. Monasterio	0	8	4	6	1	5	3	3	2	0	4	3	3	42
Regione Toscana	186	275	393	364	466	427	305	242	439	614	866	1.381	436	6.394

* l'anno di accadimento degli eventi si riferisce al solo anno 2021, anche se la segnalazione può essere avvenuta entro il primo mese dell'anno successivo.

Sono 4.558 i processi inseriti e conclusi, quindi approfonditi e analizzati, con esito M&M e Audit (84%), di cui 3.252 M&M (71,3%) e 1.306 Audit (28,7%) (figura 2).

Sono invece 277 i processi con esito M&M e Audit che devono ancora essere conclusi su SI-Grc (9,9%), di cui 111 M&M da concludere (40,1% sul totale da concludere) e 166 audit da concludere (59,9% sul totale da concludere).

Figura 2. Segnalazioni inserite e concluse con esito M&M e Audit, per Azienda di riferimento - Toscana, anno 2021 - Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana



Sicurezza degli hub vaccinali

Nel mese di giugno 2021 si sono svolti i giri per la sicurezza nei punti vaccinali anti Sars-Cov-2 della Toscana. Le visite sono state organizzate e coordinate dal Centro Gestione rischio clinico, in collaborazione con la rete del rischio clinico aziendale, risk manager e patient safety manager, e il personale delle Ausl al fine di supportare il miglioramento continuo del processo vaccinale.

I giri per la sicurezza avevano lo scopo di rilevare eventuali vulnerabilità e potenziali aree di rischio e attuare strategie di prevenzione condivise a livello di sistema per garantire la sicurezza dell'attività per la salute dei cittadini e degli operatori. Sono stati costituiti gruppi di osservatori esperti che hanno condotto i giri per la sicurezza in 6 punti vaccinali distribuiti sul territorio regionale. Le figure professionali coinvolte sono state: farmacista, infermiere, medico vaccinatore, Crm aziendale, componente staff Centro Grc. Gli strumenti utilizzati per l'osservazione sono stati:

- Un questionario per un'intervista strutturata realizzata con il responsabile del punto vaccinale e con il team aziendale coinvolto;
- una griglia di osservazione.

Gli aspetti osservati e discussi nei giri della sicurezza hanno riguardato:

- le modalità organizzative delle aziende nella gestione del processo vaccinale;
- l'identificazione delle eventuali criticità organizzative;
- la formazione degli operatori sanitari coinvolti nella vaccinazione;
- le modalità di stoccaggio e corretta gestione dei vaccini;
- la progettazione della segnaletica per facilitare l'orientamento dell'utenza nella linea vaccinale corretta.

Figura 1. Stoccaggio documentazione e flaconi negli hub vaccinali anti Sars-Cov-2 - Toscana, anno 2021 - Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana



Il report conclusivo realizzato ha identificato azioni di miglioramento riguardanti le diverse fasi della vaccinazione. Tali proposte si sono poste l'obiettivo di supportare gli operatori nello svolgimento dei loro compiti in modo tale da garantire una maggiore sicurezza. Si riportano le principali linee di indirizzo condivise:

- mantenere le linee vaccinali suddivise per tipologia di vaccino e fisicamente separate per tipo di vaccino oppure la suddivisione per fasce orarie distinte o, ancora meglio, per giorni;
- prevedere la presenza di postazioni informatizzate in fase di accettazione, anamnesi e uscita dal percorso dell'utente per intercettare eventuali eventi avversi;
- favorire il maggior livello di comfort ambientale possibile in termini di regolazione e controllo della temperatura e del livello di rumorosità;
- inserire nei contesti operativi frigoriferi medicali con controllo e tracciamento della temperatura anche da remoto (inclusi i relativi alert);
- introdurre check list a supporto della gestione dell'attività di preparazione e somministrazione del vaccino, riportando, per ciascun flacone, il numero progressivo, il tipo di vaccino, il lotto e il numero dosi allestite;
- attivare un doppio controllo nelle fasi di preparazione e somministrazione, ove possibile;
- attuare un'identificazione di tipo attivo del vaccinando in ingresso (enunciazione del nome e cognome e verifica con documento d'identità e tessera sanitaria), del tipo di vaccino e di dose;
- formare i vaccinatori sulla gestione del processo vaccinale e sulla gestione delle reazioni avverse (uso adrenalina);
- programmare la turnistica e garantire la presenza di operatori con certificazione *Basic life support defibrillation* (Blsd);
- identificare con chiarezza le funzioni e le mansioni in modo da garantire la piena sinergia e cooperazione fra ruoli di supporto al processo vaccinale, ruoli infermieristici e ruoli medici.

Figura 2. Linee vaccinali negli hub vaccinali anti Sars-Cov-2 – Toscana, anno 2021 – Fonte: Centro Gestione rischio clinico Toscana



Il Sistema di valutazione della performance

Introduzione al Sistema di valutazione 2022

Questa sezione del volume presenta i risultati di sintesi del Sistema di valutazione della performance della sanità toscana, sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità (Istituto di management) della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa.

Il Sistema di valutazione, si dirama su due principali direttrici. In prima battuta, è dal 2005, infatti, che la Regione Toscana si avvale – dopo la sperimentazione in 4 aziende sanitarie nel 2004 – del Sistema di valutazione della performance, promosso e sviluppato dal Laboratorio per monitorare i risultati conseguiti dal Sistema sanitario regionale.

Nel 2008, invece, vede la luce il Network delle Regioni, un'aggregazione di Regioni che, su base volontaria, hanno scelto di confrontare la performance dei propri sistemi sanitari regionali avvalendosi del Sistema di valutazione. Questo ha permesso alla Regione Toscana di ampliare il perimetro del confronto, stimolando le aziende e i professionisti a prendere spunto dalle esperienze migliori maturate anche al di fuori dei confini regionali. Le regioni che, ad oggi, fanno parte del Network sono: Basilicata, Provincia autonoma di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Provincia autonoma di Trento, Umbria e Veneto, oltre, naturalmente, a Regione Toscana. Alle dieci Regioni e due Province autonome si è aggiunta nel 2022 anche l'Aou Sant'Andrea (Roma).

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio sanitario nazionale. Misurare le performance delle Aziende sanitarie nel 2021 ha significato un continuo sforzo di adattamento e sviluppo dell'architettura del Sistema di valutazione, in modo tale che potesse contribuire a intercettare e correttamente rappresentare il valore prodotto dai nostri professionisti e dalle nostre organizzazioni. A guidare concettualmente questo processo di arricchimento del Sistema di valutazione è stata la definizione del termine “resilienza” messa a punto dall'Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH) della Commissione europea: “la capacità di (a) prevedere in modo proattivo, (b) assorbire e (c) adattarsi a shock e cambiamenti strutturali in modo da consentire di (i) continuare nelle attività richieste, (ii) riprendere le prestazioni ai livelli ottimali il più rapidamente possibile, (iii) trasformare la sua struttura e le sue attività per rafforzare il sistema e (possibilmente) (iv) ridurre la sua vulnerabilità a shock simili e cambiamenti strutturali in futuro” (EXPH, 2020).

In questa logica, il Sistema di valutazione ha visto un rafforzamento e ampliamento nel monitoraggio di determinati ambiti legati alla ripresa nei servizi e prestazioni, in linea con quanto era già stato proposto nell'edizione dello scorso anno, e nuovi ambiti – come quelli legati alla digitalizzazione – più rivolti al rilancio.

Valutare la capacità mostrata dal sistema toscano di rispondere allo shock pandemico e di riprendere le prestazioni ai livelli ottimali è di fondamentale importanza sia per la valorizzazione degli sforzi profusi dai professionisti toscani, sia per il corretto indirizzamento del processo di rilancio del sistema, all'interno della più ampia cornice del Piano nazionale di ripresa e resilienza e – in prospettiva – del Nuovo patto per la salute.

Attraverso il Sistema di valutazione, è possibile monitorare nel tempo il valore prodotto per il cittadino, in termini di efficienza, efficacia e appropriatezza. I risultati - sia in forma sintetica, mediante la rappresentazione a “bersaglio” e a “pentagramma”, sia in forma analitica - sono consultabili attraverso la piattaforma ad accesso pubblico www.performance.santannapisa.it.

I principi ispiratori del Sistema di valutazione della performance della sanità toscana

Storicamente, i principi che hanno guidato i ricercatori del Laboratorio Management e Sanità nello sviluppo del Sistema di valutazione della performance sono stati:

- l'utilizzo delle evidenze più solide per analizzare e comprendere i fenomeni, a supporto delle scelte organizzative;
- il ricorso alla valutazione delle performance per attivare processi di responsabilizzazione (*accountability*) nei confronti della collettività;
- il ricorso a più dimensioni di analisi, per cogliere la complessità e agire sulle determinanti dei risultati;
- la trasparenza, per rispondere alla missione del sistema pubblico con una gestione responsabile;
- il confronto sistematico (*benchmarking*), per superare l'autoreferenzialità;
- la dinamicità, per riflettere i mutamenti del contesto e dei fenomeni oggetto di valutazione;
- la tempestività, per garantire una ricaduta operativa delle evidenze prodotte.

Il Sistema di valutazione è stato disegnato con i professionisti delle Aziende sanitarie e i dirigenti regionali ed è tuttora in continua evoluzione, sulla base degli stimoli forniti dai vari attori del sistema sanitario.

I risultati riportati nel presente volume provengono dall'analisi dei flussi amministrativi aggiornati a giugno 2022. L'elaborazione è il risultato della stretta collaborazione tra il Laboratorio MeS e Ars Toscana. I dati sono pressoché tutti aggiornati al 31/12/2021, eccezion fatta per alcune specificità relative all'ambito economico-finanziario (quarto trimestre 2021) e alla percentuale di assenza (questa si riferisce al 2020).

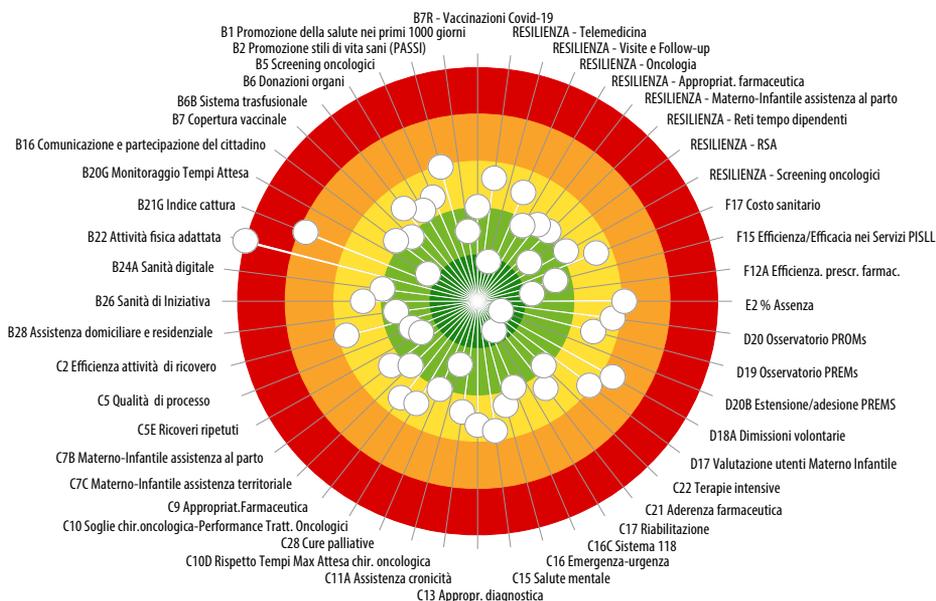
Una caratteristica chiave del Sistema di valutazione è la sua capacità di rappresentare graficamente, in modo accurato e sintetico, la performance di istituzioni complesse quali le Aziende sanitarie. In questa sezione vengono riportate e descritte quattro soluzioni di sintesi e di analisi sviluppate dal Laboratorio MeS:

1. la sintesi della valutazione della performance della Regione Toscana e delle Aziende sanitarie attraverso il bersaglio;
2. l'analisi dell'andamento della capacità di riduzione della variabilità in relazione alla dinamica temporale della performance;
3. la visualizzazione analitica dei percorsi assistenziali, mediante i pentagrammi;
4. l'analisi combinata del trend temporale e della valutazione della performance mediante la "mappa della performance", in riferimento ai percorsi assistenziali di cui al punto precedente.

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Il bersaglio offre una rappresentazione semplice e chiara, che è diventata il simbolo del Sistema di valutazione del Laboratorio. Il bersaglio, con le cinque fasce concentriche che corrispondono alle fasce di valutazione, è stato usato, fin dalla nascita del Sistema di valutazione, come rappresentazione sintetica dei risultati raggiunti da ogni soggetto del sistema monitorato (dapprima le Aziende, poi le Zone, gli stabilimenti e le Aggregazioni funzionali territoriali). Il bersaglio, infatti è in grado di evidenziare con immediatezza lo stato dell'arte della performance dell'Azienda o soggetto analizzato e ha in sé una valenza positiva: l'Azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse aree avrà i propri risultati riportati vicino al centro, in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più esterne (vedi figura 1).

Figura 1. Esempio di un bersaglio



La valutazione delle performance è organizzata in cinque fasce, cui sono associati i colori e i valori (da 0 a 5) di seguito elencati (vedi figura 2):

- fascia verde scuro, al centro del bersaglio, corrisponde a una performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;

- fascia gialla, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma presenta spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione critica;
- fascia rossa, con valutazione fra 0 ed 1: la performance è molto critica.

Figura 2. Fasce di valutazione

VALUTAZIONE	COLORE FASCIA	PERFORMANCE
4 - 5	VERDE SCURO	OTTIMA
3 - 4	VERDE	BUONA
2 - 3	GIALLO	MEDIA
1 - 2	ARANCIONE	SCARSA
0 - 1	ROSSO	MOLTO SCARSA

La definizione, per ciascun indicatore, delle cinque fasce di valutazione dipende dalla presenza di uno standard nazionale o internazionale riconosciuto (ad esempio: la proporzione massima di cesarei, auspicata dall'Oms) o regionale (una delibera o il piano socio-sanitario). In assenza di un parametro di riferimento esogeno, la valutazione è attribuita sulla base della distribuzione dei valori tra i soggetti valutati.

Il Sistema conta più di 700 indicatori; di questi, circa la metà è di osservazione: non vengono per questi previste delle fasce di valutazione, ma servono a fornire dettagli o indicazioni aggiuntive, per completare le informazioni relative alla valutazione. Tutti gli indicatori del Sistema di valutazione sono raggruppati in 50 indicatori di sintesi, rappresentati dai “pallini” del bersaglio. Questi, dunque, rappresentano un numero variabile di sotto-indicatori, organizzati in una struttura gerarchica, ad “albero”. Il processo di “composizione” dei singoli indicatori negli indicatori di sintesi avviene attraverso una media – semplice o pesata – delle valutazioni associate ai singoli indicatori.

Il numero degli indicatori varia in relazione alle richieste regionali e dei professionisti del Sistema sanitario toscano, e alla sistematicità con cui vengono effettuate le indagini rivolte agli utenti e ai dipendenti del Sistema sanitario regionale. Alcuni indicatori saranno inoltre introdotti successivamente, in relazione alla loro disponibilità; pertanto, la rappresentazione del bersaglio 2021, qui pubblicata, potrebbe subire ancora qualche minima variazione.

Una delle caratteristiche fondamentali del Sistema di valutazione è la sua multidimensionalità. Il raggruppamento dei risultati di performance permette di evidenziare gli aspetti che caratterizzano un sistema complesso come quello sanitario. Fino a qualche anno fa le dimensioni analizzate erano 6, ciascuna identificata da una lettera dell'alfabeto:

- lo stato di salute della popolazione (codice indicatori iniziante con la lettera A);
- la capacità di perseguimento delle strategie sanitarie regionali (B);
- la valutazione socio-sanitaria, ovvero il governo e la qualità dell'offerta, la presa in carico

- dell'emergenza-urgenza e l'assistenza farmaceutica (C);
- la soddisfazione dell'utenza (D), quella del personale e i processi di comunicazione (E);
- l'efficienza, la sostenibilità e la prevenzione collettiva (F).

Dopo i primi anni, il Laboratorio ha deciso di spostare lo stato di salute della popolazione al di sopra il bersaglio, perché analizza i prerequisiti “di partenza” e lo stato “di arrivo” del sistema sanitario. Le misure incluse in questa dimensione, monitorate nel lungo periodo, permettono di comprendere la capacità della regione di migliorare la salute dei cittadini, finalità ultima del sistema sanitario.

Negli ultimi report, le dimensioni di analisi sono state riviste:

- Efficienza e sostenibilità, dimensione che include gli indicatori relativi all'utilizzo delle risorse economiche, alla struttura finanziaria delle aziende e alla gestione delle risorse umane;
- Strategie sanitarie regionali, che include gli indicatori volti a monitorare la capacità dell'azienda di conseguire e applicare i programmi sanitari ritenuti strategici dal livello regionale (come, ad esempio, la Sanità d'iniziativa e la copertura vaccinale);
- Emergenza-urgenza, che include gli indicatori che misurano l'appropriatezza e la tempestività nel rispondere alle richieste di soccorso da parte degli utenti in Pronto soccorso e sul territorio (112);
- Prevenzione collettiva, che include gli indicatori riferiti ai servizi di sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare, nutrizione e medicina dello sport;
- Governo e qualità dell'offerta, che include gli indicatori volti a controllare il governo della domanda, l'appropriatezza e gli aspetti della qualità di esito e di processo dei servizi offerti dal sistema sanitario;
- Equità, che include gli indicatori che misurano l'equità di accesso ad alcuni servizi ospedalieri per genere e titolo di studio;
- *Responsiveness* e comunicazione, che ricomprende gli indicatori per monitorare i processi organizzativi che costituiscono la chiave di congiunzione fra i cittadini e l'azienda (come, ad esempio, la Carta dei servizi e i tempi di attesa);
- Valutazione dell'utenza, che riprende gli indicatori della valutazione esterna;
- Assistenza farmaceutica e dispositivi medici, che comprende gli indicatori relativi all'utilizzo appropriato ed efficiente dei farmaci e dei dispositivi medici, sia in ambito territoriale, sia in ambito ospedaliero.

Dal 2020 è stata introdotta una ulteriore dimensione, specificamente volta ad analizzare la capacità dei sistemi regionali e aziendali di rispondere in modo resiliente alla sfida della pandemia. L'ambito della Resilienza include circa 150 indicatori che misurano la capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni della popolazione in pandemia valutando la contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non Covid. Questa sezione fa luce sia sull'attività di prevenzione (screening oncologici), sia sul *setting* territoriale (assistenza

residenziale e domiciliare, presa in carico farmaceutica, diagnostica, ambulatoriale, percorso materno-infantile, cronicità, salute mentale), sia sull'offerta in senso stretto ospedaliera (volumi per chirurgia oncologica e cardio-circolatoria, reti tempo-dipendenti, donazioni di organi, assistenza al parto, e Pronto soccorso). Sono inclusi anche gli indicatori sulla copertura vaccinale anti Covid-19 e sull'utilizzo della telemedicina per le visite di controllo. La dimensione della Resilienza trova una collocazione precisa nei bersagli, nel quadrante in alto a destra, per favorirne la veloce individuazione.

Nella tabella 1 è riportato l'elenco degli indicatori di valutazione e di osservazione, calcolati per misurare la performance dell'anno 2020. Per ciascun indicatore viene riportato il valore e la valutazione regionale del 2020.

Maggiori informazioni e aggiornamenti sono consultabili attraverso la piattaforma web, accessibile all'indirizzo www.performance.santannapisa.it, dove è possibile compulsare l'analisi dettagliata di ciascun indicatore (misure, valutazione, rappresentazione grafica, schede di calcolo).

Tabella 1. Gli indicatori del Sistema di valutazione - Anno 2021

LEGENDA

Valutazione regionale	Significato	Valore Regione	Significato
	<i>Indicatore di osservazione</i>	N.D.	<i>Dato caricato ma non disponibile a livello regionale</i>
	<i>Valutazione molto scarsa</i>		
	<i>Valutazione scarsa</i>		
	<i>Valutazione media</i>		
	<i>Valutazione buona</i>		
	<i>Valutazione ottima</i>		

In *corsivo*, gli indicatori di osservazione.

In **grassetto**, gli indicatori di sintesi, la cui valutazione è pari alla media semplice o pesata dei propri sotto-indicatori.

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ			
E2	Percentuale di assenza	12,082	2,945
<i>E2A</i>	<i>Indice assenza donne vs. uomini</i>	1,668	
<i>E2B</i>	<i>Indice soffitto di cristallo</i>	2,071	
F1	Equilibrio economico reddituale		
<i>F1.1</i>	<i>Equilibrio economico generale</i>	-1,061	
<i>F1.2</i>	<i>Equilibrio economico sanitario</i>	2,796	
<i>F1.3</i>	<i>ROI</i>	3,192	
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario		
<i>F3.1</i>	<i>Indice di disponibilità</i>	1,089	
<i>F3.2.1</i>	<i>Incidenza canoni leasing e noleggio</i>	25,013	
<i>F3.2.2</i>	<i>Percentuale di obsolescenza tecnica</i>	86,743	
<i>F3.2.3</i>	<i>Indice rinnovo investimenti</i>	4,428	
<i>F3.4.1</i>	<i>Indice di onerosità</i>	3,374	
<i>F3.4.2</i>	<i>Dilazione dei debiti</i>	99,024	
<i>F11</i>	<i>Indice di compensazione</i>	0,658	
F17	Costo sanitario pro capite	2288,008	2,372
F19A	Costo medio per punto Drg	5715,213	
<i>F19A.3</i>	<i>Costo totale medio per punto DRG</i>	N.D.	
STRATEGIE SANITARIE REGIONALI			
B1	Promozione della salute nei primi 1000 giorni		3,397

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
B1.1	Assunzione corretta acido folico in periodo periconcezionale	39,186	3,352
B1.2.1	<i>Fumo in gravidanza</i>	6,368	
B1.2.2	<i>Fumo in allattamento</i>	6,204	
B1.3.1	<i>Consumo di alcol in gravidanza</i>	23,849	
B1.3.2	<i>Consumo di alcol in allattamento</i>	52,963	
B1.4	Posizione corretta in culla	82	3,557
B1.5	Lettura ad alta voce	60,633	3,281
B2	Promozione stili di vita sani (PASSI)		3,009
B2.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	32,87	2,885
B2.2.2	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	46,78	2,261
B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	43,67	3,021
B2.3.2	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	7,82	3,486
B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	56,32	3,393
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici		2,784
B5.1	Screening mammografico		2,772
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	91,945	3,389
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	67,715	2,154
B5.1.7	<i>Proporzione di cancro in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza</i>		
P15CB	<i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella</i>	64,3	
B5.2	Screening cervice uterina		3,588
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	64,056	3,588
B5.3	Screening coloretale		1,993
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale	90,48	3,096
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale	44,507	0,89
P15CC	<i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto</i>	45,864	
B6	Donazioni		2,783
B6.1.7	<i>Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute</i>	3,625	
B6.1.1A	Efficienza di segnalazione	51,642	3,26
B6.1.6	<i>Segnalazioni di morti encefaliche</i>	2,593	
B6.1.2	Percentuale di donatori procurati	61,85	3,385
B6.1.4	Percentuale donatori utilizzati	80,841	3,042
B6.1.15	<i>Conversion rate</i>	55,128	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
B6.1.8	<i>Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo</i>	21,737	
B6.1.5A	Percentuale donatori di tessuti effettivi	14,459	1,446
B6.1.9	<i>Opposizione alla donazione</i>		
B6.1.10	<i>Donazione di organi a cuore fermo</i>	4,564	
B6B	Sistema trasfusionale		1,397
B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per mille residenti	93,97	1,397
B6.2.2.1	Tasso di donazioni di plasma per mille residenti	18,974	1,356
B6.2.2.2	<i>Tasso di donazioni di emazie per mille residenti</i>	72,11	
B6.2.3	<i>Scadenza Emazie Concentrate</i>	0,33	
B7	Copertura vaccinale		3,158
B7.1	Copertura per vaccino MPR	95,087	3,029
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	58,56	1,505
B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	57,226	0,723
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	58,023	5
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	91,497	1,832
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	93,208	2,403
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	96,301	3,434
B7.8	Copertura vaccinale varicella	94,046	4,905
B11	Complessità della casistica		
B11.1	<i>Peso medio dei DRG</i>	1,361	
B11.1.1	<i>Peso medio dei DRG medici</i>	0,735	
B11.1.2	<i>Peso medio dei DRG chirurgici</i>	1,908	
B11.1.2.1	<i>Percentuale DRG chirurgici ad alta complessità</i>	20,446	
B11.1.2.2	<i>Peso medio dei DRG chirurgici ad alta complessità</i>	5,001	
B12	Mobilità		
B12.1	<i>Fughe</i>		
B12.1.2.1	<i>Percentuale di fughe extra regionali totali</i>		
B17A.2	<i>Percentuale di fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)</i>		
B17.3	<i>Percentuale di fughe extraregionali alta specialità chirurgica (AOU)</i>		
B12.2	<i>Attrazioni</i>		
B12.2.1	<i>Attrazioni extra Area vasta per DRG ad alta complessità</i>	12,62	
B12.2.2.1	<i>Percentuale attrazioni extra-regione</i>	13,174	
B12.2.2.2	<i>Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità</i>	N.D.	
B12.2.2.2.1	<i>Percentuale attrazioni extra-regioni - DRG alta complessità (IRCCS, AOU monospécialistiche, Aziende Ospedaliere, ecc)</i>		
B12.2.2.3	<i>Volumi attrazioni extra-regione - DRG alta complessità</i>	7551	
B20G	Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)		3,585

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
B20G.1	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)	82,705	3,271
B20G.2	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)	88,991	3,899
B21G	Indice di cattura (Catchment index)		1,532
B21G.1	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)	64,092	1,818
B21G.2	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)	61,227	1,245
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)		0,434
B22.1	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	0,983	
B22.2	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	0,868	0,868
B22.3	<i>Anziani che partecipano ad un corso AFA bassa disabilità ogni 1.000 residenti</i>	12,471	
B22.4	<i>Anziani che partecipano ad un corso AFA alta disabilità ogni 1.000 residenti</i>	0,463	
B22.5	<i>Corsi AFA B Otago 15.000 residenti => 65 anni</i>	0,457	
B24A	Sanità digitale		2,858
B24B	<i>ePrescription</i>		3,015
B24B.1.1	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	95,053	5
B24B.1.2	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	90,892	5
B24B.3.1	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	61,266	1,232
B24B.3.2	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	69,708	2,549
B24B.5	Diffusione libretto di gravidanza digitale	6,883	1,294
B24C	Fascicolo Sanitario Elettronico		2,701
B24C.1C	<i>Stato di avanzamento circa la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico</i>	100	
B24C.2C	Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico		2,701
B24C.2C.1	Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni	27,786	1,389
B24C.2C.2	Aziende Sanitarie che alimentano e utilizzano il FSE		4,995
B24C.2C.2.1	Operatori sanitari abilitati al FSE	100	5
B24C.2C.2.2	Aziende sanitarie che alimentano il FSE	99,808	4,99
B24C.2C.3	Medici che alimentano ed utilizzano il FSE		1,718
B24C.2C.3.1	Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE	34,361	1,718
B24C.2C.3.2	<i>Medici che alimentano il FSE con il Profilo Sanitario Sintetico del paziente</i>	0	
B26	Sanità di Iniziativa		2,427
B26.1	Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa	54,27	2,427
EMERGENZA-URGENZA			
C16	Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza		2,651

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C16A.T1.BIS	Percentuale di accessi codice 1 ricoverati, trasferiti, o ammessi in OBI	84,256	
C16A.T2.BIS	Percentuale di accessi codice 2 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	57,016	
C16A.T3.BIS	Percentuale di accessi codice 3 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	25,666	
C16A.T4.BIS	Percentuale di accessi codice 4 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	4,056	
C16A.T5.BIS	Percentuale di accessi codice 5 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	5,233	
C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve	5,445	
C16.5.1A	Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore	18,381	
C16.5.1A2	Percentuale di ricoveri seguiti ad ammissione in OBI >48 ore	40,726	
C16.4.1	Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore	89,044	0,022
C16.6	Percentuale di accessi in Osservazione breve inviati a ricovero	37,886	
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	75,896	4,09
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	5,437	3,945
D9A	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	2,862	2,545
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	3,892	
C16C	Sistema 118		2,888
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	18,45	2,888
PREVENZIONE COLLETTIVA			
F15	Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)		3,581
F15.2	Copertura del territorio		4,413
F15.2.1T	N.aziende controllate/N.PAT INAIL	8,983	3,448
F15.2.3T	N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione	135,793	4,79
F15.1.8	Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole	144,25	5
F15.3	Efficienza produttiva		2,749
F15.3.1T	N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL	52,728	2,749
F15.3.2	N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL	43,593	
F15.1.1S	Efficienza strutturale riferita al numero di unità locali (PAT) rispetto al personale qualificato	586,985	
F15.1.4S	Efficienza strutturale riferita al numero di lavoratori occupati (ISTAT) rispetto al personale qualificato	4629,59	
F15.1.3	Inchieste per infortunio sul lavoro	855	
F15.1.4	Inchieste per malattie professionali	137	
GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA			
B15	Capacità attività di ricerca		
B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti	N.D.	
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti	N.D.	
C18	Variabilità chirurgia elettiva		

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C18.2	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti	134,054	
C18.3	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti	123,838	
C18.4	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti	171,568	
C18.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti	346,685	
C18.7	Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti	47,577	
C18.8	Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna standardizzato per 100.000 residenti	116,07	
C18.9	Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti	103,456	
C18.12	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colectomia standardizzato per 100.000 residenti	27,777	
C18.10	Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti	114,698	
B28	Assistenza Domiciliare e Residenziale		3,517
B28.1	Assistenza Domiciliare		3,752
B28.1.1B	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare	42,69	
B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	11,846	4,387
B28.1.3	Tempo medio in gg tra la segnalazione e la prima erogazione	6,102	
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	13,621	3,811
B28.2.2	Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	8,453	3,226
B28.2.5	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	10,742	3,935
B28.2.5A	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (CIA > 0.5)	41,231	
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	40,07	
B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	43,992	2,933
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	3,336	3,887
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	18,203	3,852
B28.2.13	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente	13,919	
B28.2.14	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente	2,812	
D22Z.1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	10,328	5
D22Z.2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	6,001	5
D22Z.3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	4,74	4,74

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
B28.3	Assistenza Residenziale		3,282
B28.3.1	Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	75,011	3,751
B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	56,245	2,812
B28.4	Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	126,332	3,817
B28.3.10	Tasso std di anziani over 65 ammessi in RSA	4,358	
B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	14,622	2,911
B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	19,468	2,567
B28.3.19	Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA	87,234	2,723
D33ZA.R1	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R1	0,066	
D33ZA.R2	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R2	3,893	
D33ZA.R3	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	22,468	
B28.3.14	Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti		
B28.3.15	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 10 giorni dall'ammissione		
B28.3.16	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 90 giorni dall'ammissione		
C1	Capacità di governo della domanda		
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	99,211	
C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	108,979	
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	25,456	
C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti	80,678	
C1.1.1.2	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti	47,928	
C1.1.1.3	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti	30,53	
C1.1.2.2.1	Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale	390,471	
C1.5	Indice di case mix	1,178	
C2	Efficienza attività di ricovero		2,491
C2A.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	0,305	2,104
C2A.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	-0,539	2,877
C2A.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0,427	2,871
C2A.3	Degenza media ricoveri ordinari	7,377	
C14	Appropriatezza medica		
C4.9	DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	94,286	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	1,538	
C14.2B	Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica		
C14.2.1	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti	9,889	
C14.2.2	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici	34,013	
C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)	2,456	
C14.5	Tasso di accessi DH medico standardizzato per età per 1.000 residenti	54,291	
C4	Appropriatezza chirurgica		
C4.7	Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery	70,663	
C4.12	Drg LEA Chirurgici: Percentuale standard raggiunti per Percentuale DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	89,262	
C4.13	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA)	0,105	
C1.6	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)	45,005	
C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti	34,075	
C5	Qualità clinica/Qualità di processo		2,842
C5.1	Percentuale Ricoveri ripetuti entro 30 giorni	4,828	
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni	71,294	2,328
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	87,757	3,276
C5.7	Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale	59,432	2,943
C5.8	Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie	97,049	
C5.10	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	73,82	4,921
C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	94,196	3,839
C5.17	Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati	10,534	2,707
C5.18.1	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti	2,164	
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati	9,273	
C5.19	Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna	3,842	3,079
C5.20	Trombolisi endovenosa per ictus ischemico	5,213	
C5.21	Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' dal primo contatto con il servizio sanitario (118, PS o struttura di ricovero)	41,135	
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	54,858	
C5.30	Percentuale fratture operate entro 48 ore	64,988	
C5.13	Chirurgia ginecologica mini-invasiva		
C5.13.1	Percentuale di isterectomie erogate laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica) per patologie ginecologiche benigne	44,426	

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C5.13.2	Percentuale di interventi per prolasso degli organi pelvici erogati laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica)	22,438	
C4.4	Percentuale di colecistomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	74,851	3,993
C5E	Ricoveri ripetuti		3,208
C5.1E	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	7,881	3,899
C5.1E.1	Percentuale di riammissioni con drg medico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa	10,447	
C5.1E.2	Percentuale di riammissioni con drg chirurgico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa	4,52	
C5.2E	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri programmati	4,967	2,516
C5.2E.1	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri medici programmati	12,169	
C5.2E.2	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ric. chirurgici programmati	3,385	
C6	Rischio clinico		
C6.1	Indice di richieste di risarcimento		
C6.1.7	Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	3,14	
C6.1.8	Indice triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	10,785	
C6.2	Sviluppo del sistema di incident reporting		
C6.2.1A	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	0,635	
C6.2.1B	Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	37,756	
C6.2.2A	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere	3,776	
C6.2.2B	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture territoriali	3,174	
C6.2.6	Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità (MM) su casi clinici	1,328	
C6.4	Sicurezza del paziente		
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione	2,816	
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	1,384	
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	2,369	
C6.6A	Incidenza delle cadute	0,791	
C7B	Materno-Infantile assistenza al parto		2,95
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	18,429	3,143
C7.1.2	Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)	7,816	
C7.1.3	Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)	20,622	
C7.1.4	Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati	4,213	
C7.1.1	Percentuale di parti cesarei grezzi	25,937	
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti	16,01	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
H18C	<i>Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti</i>	19,507	
C7.0.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	94,339	3,868
C7.26	<i>Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN</i>	12,048	
C7.2	<i>Percentuale di parti indotti</i>	28,539	
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	11,052	4,119
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	7,866	1,854
C7.20	<i>Asfissie gravi peri/intra-partum</i>		
C7.21	<i>Percentuale di neonati che rientrano in ospedale entro 7 giorni dalla dimissione del ricovero per la nascita</i>		
C7.12.1A	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	75,191	2,519
C7.12.2	Percentuale di donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle	62,203	2,746
C7C	Materno-Infantile assistenza territoriale		2,375
D17.1.6	Percentuale di donne con prenotazione degli esami in gravidanza da parte del personale del percorso	30,356	3,113
C7.15	<i>Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile</i>	182,92	
C7.17	<i>Percentuale primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita</i>		
C7.17.1	<i>Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio</i>		
C7.27	<i>Percentuale donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza</i>	44,516	
C7.12.3	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	62,611	2,556
C7.12.4	Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi	15,971	2,662
D17.3.7	<i>Proattività del sistema</i>	65,748	
C7.1B.1	<i>Tasso di concepimento per minorenni</i>	0,803	
C7.10	Tasso di IVG 1.000 residenti	4,975	5
C7.10.2	<i>Percentuale di donne che ritornano al consultorio nel post-IVG</i>	28,924	
C7.10.3	<i>Percentuale di donne con certificazione consultoriale che ritornano al consultorio nel post-IVG</i>	25,803	
C7.11	<i>Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute</i>	27,008	
C7.19	<i>Tasso di accesso al consultorio giovani</i>	48,166	
C7.29	Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti	22,033	2,505
C7.13	Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	13,636	1,875
C7.14	Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	21,011	0,331
C7.16A	<i>Accesso area maternità del consultorio</i>	22,767	
C7.25	Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti	10,393	3,788
C7D	Pediatria		
C7.7R	<i>Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario</i>	4,107	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C7.7.1R	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	35,876	
C7D.7	Percentuale pazienti pediatrici in reparti non pediatrici	17,478	
C7D.19.3	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per polmonite per 100.000 residenti minorenni	16,55	
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	82,107	
C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici		3,271
C10.1	Volumi Oncologia		3,641
C10.1A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella		4,05
C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	84,985	
C10.1.4	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	19,535	
C10.1.7	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella	32,432	
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10Percentuale tolleranza) interventi annui	90,499	4,05
C10.1.12	Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale ai 50 interventi annui	82,495	
C10.1B	Volumi interventi tumore maligno alla prostata		3,232
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	80,049	3,005
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	18,117	3,459
C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	14,286	
C10.1.1A	Volumi interventi tumore maligno al polmone	928	
C10.1.2A	Volumi interventi tumore maligno alla prostata	1286	
C10.1.3A	Volumi interventi per tumore maligno allo stomaco	461	
C10.1.4A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella	4306	
C10.1.5A	Volumi interventi tumore maligno al pancreas	287	
C10.1.6A	Volumi interventi per tumore maligno dell'esofago	49	
C10.1.7A	Volumi interventi per tumore maligno del surrene	27	
C10.1.8A	Volumi interventi per tumore maligno al colon	1830	
C10.1.9A	Volumi interventi per tumore maligno al retto	496	
C10.1.10A	Volumi interventi per tumore maligno al fegato	445	
C10.1.11A	Volumi interventi per tumore maligno alla vescica	421	
C10.1.12A	Volumi interventi per tumore maligno al rene	1108	
C10.2	Percorso tumore alla mammella		3,468
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	86,907	4,691
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	78,307	4,215

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C10.2.2.1	Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	17,051	
C10.2.3	Percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro 120 giorni dall'intervento conservativo (triennale)	2,246	2,363
C10.2.4A	Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 6 mesi dall'intervento conservativo	69,444	
C10.2.5	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante	75,332	
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	74,886	2,601
C10.2.10	Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella	34,014	
C10.2.7	Percentuale di interventi ricostruttivi o inserzione di espansore nel ricovero indice sugli interventi demolitivi per tumore alla mammella	58,741	
C10.3	Percorso tumore al colon-retto		2,544
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3,109	3,12
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3,839	1,968
C10.3.3	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante	57,874	
C10.3.5	Percentuale di pazienti che hanno eseguito almeno una colonscopia entro 18 mesi dall'intervento per tumore maligno al colon o al retto	60,579	
C10.7	Trattamento diagnostico		
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	501,247	
C10.8	Fine vita oncologico		2,478
C10.8.1	Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita	25,741	2,572
C10.8.1.1	Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica	9,925	2,383
C10.8.2	Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	4,973	
C28	Cure Palliative		2,822
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	42,061	
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	33,426	2,843
C28.2	Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	93,127	
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	92,783	3,797
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	10,921	3,816
C28.4	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricoveri ospedaliero o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	35,1	
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg	34,515	0,774

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C10D	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore		3,727
C10.4.7	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	90,351	4,07
C10.4.8	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	64,097	2,871
C10.4.9	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	90,235	4,024
C10.4.10	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	90,724	4,145
C10.4.11	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	87,443	3,489
C10.4.12	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	84,958	2,992
C10.4.13	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	93,58	4,358
C10.4.14	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	88,664	3,866
C11A	Efficacia assistenziale territoriale		2,699
C11A.1	Scompenso Cardiaco		2,325
C11A.1.1	<i>Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)</i>	130,705	
D03CC	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco</i>	246,811	
C11A.1.2A	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	67,055	2,921
C11A.1.2B	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	53,154	2,596
C11A.1.2C	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno un ECG		
C11A.1.3	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ace-inibitori-sartani	57,213	1,268
C11A.1.4	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	62,193	2,516
C11A.2	Diabete		2,23
C11A.2.1	<i>Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)</i>	11,521	
D03CA	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete</i>	13,752	
C11A.2.2	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	58,389	2,199
C11A.2.3	Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	28,041	0,801
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	18,713	3,691
C11A.2.4.4	<i>Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti</i>		
C11A.2.9	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica		

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C11A.3	BPCO		
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	17,102	
D03CB	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO	18,035	
C11A.3.2A	Residenti con BPCO con almeno almeno una spirometria		
C11A.5	Ictus		3,542
C11A.5.1	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	70,838	3,542
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	5,559	
C8A	Integrazione ospedale territorio		
C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	0,487	
C8A.2	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC	6,095	
C8A.12	Tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di ADI per 100.000 abitanti		
C14.4A	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri medici oltre soglia	0,93	
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	282,743	
C8C.1.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D05C)	60,033	
C8C.2.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D06C)	54,833	
C8C.3.N	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Ca)	51,533	
D07C.P.N	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Cb)	68,137	
C13	Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica		2,289
C13.1	Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti	2696,314	
C13.2	Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini	584,573	
C13.2.1	Tasso di prestazioni TC erogate, extra PS, per 1.000 residenti	66,836	
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM erogate, extra PS, per 1.000 residenti	63,389	
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	18,971	3,206
C13T.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	5,802	1,371
C13A.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	10,58	
C13.4	Tempi di attesa		
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	79,278	
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	76,553	
C15	Salute mentale		2,141
C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni	95,728	
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	40,171	0,908
C15A.13A	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	5,603	2,871

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C15A.13B	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria	5,745	
C15A.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	6,146	0,908
C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche		
C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	34,819	3,422
C15A.5A	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	204,246	
C15A.5.1A	Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni	50,673	
C15A.5.2A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni	55,284	
C15A.5.3A	Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni	23,645	
C15A.5.4A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni	6,679	
C15A.5.5A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni	20,528	
C15A.5.8A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni	26,023	
C15A.5.6A	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni	21,414	
C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali	37,801	2,505
C15.17	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti	54,843	2,964
C15.17.1	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	57,653	2,386
C15.17.2	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	49,572	2,906
C17	Riabilitazione		3,862
C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	1,626	
C17.1.1.1	Tasso di ospedalizzazione in ricovero ordinario std per 1.000 residenti in specialità 56	1,548	
C17.1.1.2	Tasso di ospedalizzazione in day hospital std per 1.000 residenti in specialità 56	0,078	
C8A.20	Percentuale ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	11,385	3,862
C17.1.4	Durata della degenza in reparti di riabilitazione		
C17.1.4.1	Percentuale ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni	5,476	
C17.1.4.2	Percentuale ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza superiore a 40 giorni	21,364	
C17.1.4.3	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni	48,111	
C17.1.4.4	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni	6,297	
C17.1.4.5	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni	57,169	
C17.1.4.6	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni	2,941	
C17.1.4.7	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni	15,126	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C17.1.4.8	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni	5,602	
C22	Terapie Intensive		3,104
C22.21A	Validazione dati Progetti GiVITI	70,67	3,045
C22.21.1	Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE	85,67	4,045
C22.21.2	Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni	81,67	3,778
C22.21.3	Validazione dati Progetto StART	71	3,067
C22.1	Standardized Mortality Ratio (SMR)	0,95	2,933
C22.1.C	Standardized Mortality Ratio (SMR) nei pazienti COVID	1,04	2,333
C22.5	Incidenza di sepsi e/o shock settico	14,08	2,123
C22.6	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza	16,06	3,594
C22.6.C	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza nei pazienti COVID	27,56	2,902
C22.7	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	5,458	3,271
C22.8	Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi	1,668	4,166
C22.10	Percentuale di turni in difetto di risorse	22,69	
C22.11	Percentuale di turni in eccesso di risorse	42,79	
C22.4	Percentuale di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza	7,78	4,28
C22.12	Percentuale di shock settici provenienti dai reparti di degenza	52,69	2,397
C13.R3.16	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Pneumologica)	2,157	
EQUITÀ			
B9A	Equità		
B9A.1	Genere		
C5.4	Equità di accesso ad intervento di angioplastica (PTCA) post infarto Miocardico acuto (IMA) per genere		
C5.4.1	Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 90 minuti ricoverati per IMA STEMI	0,837	
C5.4.2	Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 96 ore ricoverati per IMA NSTEMI		
B9A.2	Titolo di studio		
B9.6	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio	0,757	
C8D.1.1	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per titolo di studio	0,763	
C8D.1.2	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per diabete, scompenso e BPCO per titolo di studio	0,672	2,144
RESPONSIVENESS E COMUNICAZIONE			
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino	N.D.	
B16.1	Carta dei Servizi	N.D.	
B16.1.1	Percentuale impegni raggiunti	N.D.	
B16.1.2	Comitato di partecipazione	N.D.	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
B16.2	Front office telefonico	N.D.	
B40	Programmazione della formazione		
B40.1	Coerenza del piano formativo alle indicazioni regionali	N.D.	
B40.2	Dossier formativo	N.D.	
VALUTAZIONE DELL'UTENZA			
D17	Valutazione utenti Materno Infantile		1,947
D17.1	Gravidanza		2,298
D17.1.7	Qualità incontro consegna libretto di gravidanza	84,96	3,496
D17.1.8	Esperienza con l'ostetrica alla consegna del libretto	74,93	2,493
D17.1.1A	Utilità del CAN (Corso di Accompagnamento alla Nascita)	49,62	
D17.1.1GR	Utilità del CAN per la gravidanza	49,05	
D17.1.1PA	Utilità del CAN per il parto	51,65	
D17.1.1AL	Utilità del CAN per l'allattamento	53,31	
D17.1.1NE	Utilità del CAN per la gestione del neonato	44,43	
D17.1.9	Coinvolgimento nelle scelte in gravidanza	51,38	0,713
D17.1.5A	Willingness to recommend il consultorio	87,44	2,488
D17.2	Parto		2,026
D17.2.13	Libertà di gestione di travaglio e parto	70,11	2,011
D17.2.14	Rispetto e dignità da parte dei professionisti in travaglio e parto	87,15	2,43
D17.2.15	Continuità assistenziale in travaglio e parto	83,54	1,708
D17.2.7A	Gestione del dolore in travaglio e parto	71,79	2,179
D17.2.8	Gestione del dolore dopo il parto	73,07	2,307
D17.2.9	Lavoro di squadra	81,31	1,262
D17.2.11A	Supporto del personale al punto nascita	81,43	1,286
D17.2.4A	Informazioni concordanti	73,43	2,343
D17.2.5	Pulizia ambienti	68,26	1,826
D17.2.16	Chiarezza informazioni alla dimissione	72,39	2,239
D17.2.17	Qualità assistenza al punto nascita	83,1	1,62
D17.2.18	Esperienza con il personale del punto nascita	72,86	2,286
D17.2.10	Willingness to recommend il punto nascita	89,2	2,84
D17.3	Primo anno di vita		1,764
D17.3A	Assistenza Pediatra di Famiglia		2,059
D17.3A.1	Facilità contatto con PLS	90,4	3,08
D17.3A.2	Informazioni concordanti sull'allattamento del PLS	80,24	1,048
D17.3A.3	Esperienza con il PLS	73,93	2,393
D17.3A.4	Willingness to recommend il PLS	83,57	1,714
D17.3B	Assistenza del consultorio		1,076
D17.3B.2	Esperienza con il personale del consultorio	62,43	1,243

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
D17.3B.3	Willingness to recommend il consultorio	76,32	0,908
D17.3C	Vaccinazioni		2,156
D17.3C.1	Informazioni del PLS su vaccinazioni	69,99	1,999
D17.3C.2	Informazioni concordanti sulle vaccinazioni	85,07	3,507
D17.3C.3	Consapevolezza su vaccinazioni	58,89	0,963
D17.4	Bilancio del percorso		1,7
D17.4.1	Accesso ai servizi	76,47	2,647
D17.4.2	Coordinamento tra professionisti	53,18	0,659
D17.4.3	Soddisfazione complessiva	59,76	0,988
D17.4.4	Esperienza positiva in gravidanza	73,6	2,36
D17.4.5	Esperienza positiva al parto	67,04	1,704
D17.4.6	Esperienza positiva nel primo anno	68,43	1,843
D18A	Dimissioni volontarie		2,091
D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0,711	2,969
D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	2,015	1,212
D20	PROMs		1,969
D20.1	Percentuale pazienti arruolati al progetto PROMs		0,511
D20.1.1	Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica	24,551	0,455
D20.1.1.1	<i>Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica urologica</i>	21,409	
D20.1.1.2	<i>Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica toracica</i>	50	
D20.1.1.3	<i>Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica coloretta</i>	24,479	
D20.1.2	Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica	16,467	
D20.1.2.1	<i>Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione d'anca</i>	18,036	
D20.1.2.2	<i>Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio</i>	14,667	
D20.1.3	Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	30,78	1,078
D20.1.3.1	<i>Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella</i>	30,78	
D20.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs		3,427
D20.2.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica	61,364	4,136
D20.2.1.1	<i>Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica urologica</i>	69,658	
D20.2.1.2	<i>Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica toracica</i>	54,412	
D20.2.1.3	<i>Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica coloretta</i>	45,745	

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
D20.2.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica	42,42	2,242
D20.2.2.1	<i>Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di anca</i>	44,076	
D20.2.2.2	<i>Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio</i>	40,067	
D20.2.3	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	59,031	3,903
D20.2.3.1	<i>Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella</i>	59,031	
D19	Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario		2,802
D19.1	Rispetto per la persona		3,305
D19.1.1	Rispetto e dignità per la persona - personale medico	94,995	3,999
D19.1.2	Rispetto e dignità per la persona - personale infermieristico	93,289	3,658
D19.1.3	<i>Rispetto e dignità per la persona - OSS</i>	91,915	
D19.1.4F	<i>Rispetto e dignità per la persona - Fisioterapisti</i>		
D19.1.5	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Medici	89,321	2,864
D19.1.6	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Infermieri	88,492	2,698
D19.1.7	<i>Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS</i>	90,498	
D19.1.8F	<i>Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Fisioterapisti</i>		
D19.2	Supporto alla persona		1,534
D19.2.1	Gestione paure ed ansie - personale medico	82,99	1,598
D19.2.2	Gestione paure ed ansie - personale infermieristico	82,35	1,47
D19.2.3F	<i>Gestione paure ed ansie - Fisioterapisti</i>		
D19.3	Comunicazione e relazione		2,793
D19.3.1	Risposte chiare - personale medico	92,184	3,437
D19.3.2	Risposte chiare - personale infermieristico	90,455	3,091
D19.3.3	Colloqui con i familiari	83,003	1,601
D19.3.4	Coinvolgimento del paziente	84,661	1,932
D19.3.5	Accoglienza in ospedale	94,519	3,904
D19.3.6F	<i>Risposte chiare - Fisioterapisti</i>		
D19.4	Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management		2,44
D19.4.1	Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management	84,095	1,819
D19.4.2	Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici	90,304	3,061
D19.5	Comfort ospedaliero		2,723
D19.5.1	<i>Silenziosità del reparto</i>	37,043	
D19.5.2	Pulizia del reparto	77,227	2,723
D19.8	Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero	90,601	3,12
D19.9	Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta	89,34	2,868
D19.9.3	Lavoro di squadra	87,042	2,408

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
D19.10	Willingness to recommend	93,15	3,63
D20B	Estensione ed adesione PREMs		2,949
D20B.1.1	Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario	69,692	3,485
D20B.2.1	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	24,132	2,413
ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI			
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica		2,501
B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore		1,698
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	2,075	1,95
B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio	4,522	2,153
B4.1.3	Consumo territoriale di morfina	3,088	1,392
B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio	5,179	1,295
C9.10.1	Polypharmacy sul territorio	18,482	3,373
C9.6.1	Ipolipemizzanti		3,339
C9.6.1.1	Iperprescrizione di statine	2,435	4,565
C9.6.1.2	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio	51,133	2,113
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione	330,379	
C9.6.1.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine	28232,526	
C9.6.2.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi	7920,101	
C9.6.1.6	Consumo annuo di farmaci a base di omega-3 (UP per 100 residenti maggiorenni) sul territorio	255,225	
C9.6B	Antiipertensivi		
C9.3.1	Percentuale aderenza pazienti trattati con farmaci antiipertensivi agenti sul sistema regina-angiotensina (ATC C09) sul territorio	59,437	
C9.7	Gastrointestinali		2,605
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	26,578	2,605
C9.8	Antimicrobici		3,909
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	9,998	5
C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	1,003	3,994
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	6,151	5
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	1,014	3,897
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	1,972	1,656
C9.8.1.3	Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina ac. clavulanico sul territorio	19,148	
C9.8.1.4	Percentuale DDD antibiotici fluorochinoloni sul totale degli antibiotici sul territorio	10,028	
C9.8.1.5	Percentuale DDD di antibiotici macrolidi sul totale antibiotici sul territorio	20,975	
C9.8.1.6	Percentuale DDD antibiotici cefalosporine III generazione sul totale degli antibiotici sul territorio	10,006	
C9.8.1.7	Proporzione di antibiotici Access	52,286	
C9.12C	N.Utenti con erogazione farmaci in fascia H iniettabili sul territorio	634	

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C9.9	<i>Farmaci in Salute Mentale</i>		
C9.4	<i>Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio</i>	47,718	
C9.5	<i>Consumo di altri antidepressivi sul territorio</i>	14,768	
C9.5.1	<i>Percentuale DDD di altri antidepressivi sul totale degli antidepressivi sul territorio</i>	23,112	
C9.5.2	<i>Percentuale DDD di medicinali a base di vortioxetina sul totale altri antidepressivi sul territorio</i>	12,885	
C9.5.3	<i>Consumo di Antidepressivi nei giovani</i>	1,147	
C9.9.1	<i>Iperprescrizioni di antidepressivi</i>	11,78	
C9.9.2	<i>Consumo di antipsicotici sul territorio</i>	7,475	
C9.9.4	<i>Polypharmacy (salute mentale)</i>	17,219	
C9.17	<i>Ospedaliera</i>		2,169
D14C	<i>Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici</i>	3804,047	
C9.12	<i>Consumo di antibiotici nei reparti</i>	70,932	
C9.12A	<i>Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)</i>	35,488	
C9.12B	<i>Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)</i>	34,527	
C9.13	<i>Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti</i>	70,46	2,169
C9.20	<i>Percentuale pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica</i>		
C9.22	<i>Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare (EBPM) ogni 100 residenti sul territorio</i>	5,293	
C9.22.1	<i>Consumo ospedaliero di antifungini triazolici per 1000 giornate di degenza</i>		
C9.22.2	<i>Consumo ospedaliero di antifungini echinocandine per 1000 giornate di degenza</i>		
C9.22.3	<i>Percentuale di antifungini caspofungin (R.O.)</i>		
C9.20.3	<i>Consumo di albumina</i>		
C9.20.4	<i>Albumina per giornata degenza</i>		
C9.19	<i>Farmaci respiratori</i>		
C9.19.1	<i>Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie</i>	69,866	
C9.19.2	<i>Incidenza Salmeterolo associato sul territorio</i>	49,801	
C9.19.3	<i>Confezioni di adrenergici sul territorio</i>	6,678	
C9.19.4	<i>Spesa pro capite per farmaci adrenergici</i>	7,947	
C21.2	<i>Terapia post IMA</i>		2,918
C21.2.1	<i>Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione</i>	72,155	2,627
C21.2.2	<i>Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ace-inibitori o sartani alla dimissione</i>	66,946	2,695
C21.2.3	<i>Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione</i>	77,324	3,432
C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)		3,016

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	11,579	1,881
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	21,069	3,144
C21.3	Compliance terapia post IMA		4,024
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	85,687	3,569
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ace-inibitori o sartani (90-180 giorni)	86,626	3,663
C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	98,407	4,841
F10A	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi		
F10.1A	Spesa farmaceutica complessiva		
F10.1B	Spesa farmaceutica per acquisti diretti		
F10.1C	Spesa farmaceutica convenzionata		
F10.1D	Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA		
F10.2.2	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa		
F10.2.3	Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV	4514,129	
F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici	5553,222	
F10.3	Spesa dispositivi (ospedaliera)		
F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	34,016	
F10.3.1A	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (ASL)	80,037	
F10.3.2	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (AOU)	219,484	
F10.3.3	Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero		
F10.3.4	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico		
F10.3.5	Spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale	8,263	
F12A	Efficienza prescrittiva farmaceutica		3,719
F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	83,605	3,361
F12A.14A	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto		
F12A.19	Ospedaliera		3,957
F20.11	Percentuale Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara	94,899	3,98
F20.12	Percentuale Adalimumab biosimilare o vincitore di gara	94,398	4,491
F20.13	Percentuale Follitropina biosimilare o vincitore di gara	86,486	4,324
F20.14	Percentuale Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara	87,592	2,765
F20.15	Percentuale Somatropina biosimilare o vincitore di gara	52,194	4,203
F20.16	Percentuale Epoietina biosimilare o vincitore di gara	94,619	4,402
F20.17	Percentuale Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara	98,98	4,49
F20.17.1	Percentuale Fattori di crescita delle colonie short activity su totale	99,522	
F20.18	Percentuale Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara	100	5

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
F20.19	Percentuale Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara	75,448	4,693
F20.20	Percentuale Teriparatide biosimilare o vincitore di gara	54,422	2,961
F20.21.1	Percentuale di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 5 molecole	91,357	
F20.21.2	Percentuale di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 13 molecole	35,253	
F12A.20	Cura dell'osteoporosi		
F12A.21.1	Colecalciferolo. Costo medio per 12,5 DDD (pari a 10.000 UI) sul territorio	0,466	
F12A.21.2	Consumo di colecalciferolo sul territorio	112,464	
F12A.25	Distribuzione Diretta e Per Conto		
F12A.25.1	Percentuale Dimessi da ricovero con erogazione in Distribuzione Diretta	47,334	
F12A.25.2	Percentuale Dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in Distribuzione Diretta	19,149	
F12A.25.3	Incidenza spesa medicinali dell'elenco DPC erogati tramite distribuzione convenzionata		
F20.7	Percentuale Imatinib equivalente	87,001	4,133
F20.8	Percentuale Etanercept biosimilare o vincitore di gara	94,318	4,432
F20.9	Percentuale Infliximab biosimilare o vincitore di gara	79,765	1,628
F20.10	Percentuale Rituximab biosimilare o vincitore di gara	92,317	3,902
F12C	Dispositivi medici		
F12C.3.1A	Consumo di siringhe per giornata di degenza	6,568	
F12C.3.2B	Spesa per siringhe per giornata di degenza	1,003	
F12C.4.1B	Spesa per guanti per giornata di degenza		
F12C.3.1	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza (ASL)	10,046	
F12C.3.2	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza (AOU)	7,721	
RESILIENZA			
B5R	RESILIENZA - Screening oncologici		3,133
B5.1.2.R	Variazione nei volumi per lo screening mammografico	4,207	
B5.2.2.R	Variazione nei volumi per lo screening cervice uterina	-4,895	
B5.3.2.R	Variazione nei volumi per lo screening coloretale	9,676	
B5.1.2.M	Variazione media nei volumi per lo screening mammografico	-6,536	3,346
B5.2.2.M	Variazione media nei volumi per lo screening cervice uterina	-9,023	3,098
B5.3.2.M	Variazione media nei volumi per lo screening coloretale	-10,456	2,954
B6.R	RESILIENZA - Donazioni di organi		
B6.1.1A.R	Differenza Percentuale efficienza di segnalazione	2,907	
B6.1.6.R	Differenza Percentuale segnalazione Morti Encefaliche		
B6.1.15.R	Differenza Percentuale conversion rate	4,585	
B283R	RESILIENZA - Setting Residenziale, Domiciliare e Intermedio		3,455

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
B283R.3	Soddisfazione RSA e ASL		3,455
B283R.3.1	Coordinamento generale con ASL	70,557	3,528
B283R.3.3	Supporto per la presa in carico positivi	73,848	3,692
B283R.3.4	Indicazioni ricevute	62,892	3,145
CC.R	RESILIENZA - Ambito Cardio Circolatorio		
S.M13.R	<i>Variazione nei volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica</i>	-12,758	
S.M16.R	<i>Variazione nei volumi per ricoveri per interventi di bypass aorto-coronarico</i>	-17,391	
S.M13.M	<i>Variazione media nei volumi per per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica</i>	-15,417	
S.M16.M	<i>Variazione media nei volumi per per ricoveri per interventi di bypass aorto-coronarico</i>	-20,877	
TD.R	RESILIENZA - Reti tempo-dipendenti		3,376
S.M12.R	<i>Variazione nei volumi per ricoveri per IMA STEMI</i>	-11,813	
S.M14.R	<i>Variazione nei volumi per ricoveri per ictus ischemico</i>	-6,002	
S.M12.M	<i>Variazione media nei volumi per per ricoveri per IMA STEMI</i>	-11,841	2,485
S.M14.M	<i>Variazione media nei volumi per per ricoveri per ictus ischemico</i>	-5,192	4,267
C7B.R	RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto		2,409
C7.28.1.R	Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio	23,004	1,849
C7.28.2.R	Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto	10,322	2,968
C7C.R	RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza territoriale		
MI.1	<i>Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali</i>		
MI.1.1	<i>Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali dell'area salute riproduttiva (maternità, sterilità, IVG e contraccezione)</i>		
MI.1.2	<i>Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali dell'area disagio e abusi/maltrattamenti</i>		
MI.2	<i>Differenza della quota di nuovi utenti dei servizi consultoriali</i>		
MI.3	<i>Differenza delle Percentuale di gestanti seguite dal consultorio</i>		
C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	58,429	2,975
C7.10.1	<i>Percentuale di IVG con certificazione consultoriale</i>	53,911	
C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	25,339	2,542
C7.16	Accesso area maternità del consultorio di donne straniere		
C9R	RESILIENZA - Farmaceutica		3,03
F.M1.R	<i>Variazione nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio</i>	2,334	
F.M2.R	<i>Variazione nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio</i>	-3,296	
F.M3.R	<i>Variazione nel consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale sul territorio</i>	2,626	

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
F.M1.M	Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	1,529	4,438
F.M2.M	Variazione media nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	-2,805	1,622
F.M3.M	<i>Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale</i>	2,453	
C10R	RESILIENZA - Oncologia		3,439
S.M3.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A</i>	-3,05	
S.M4.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A</i>	-26,913	
S.M5.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A</i>	-5,032	
S.M6.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A</i>	0,748	
S.M7.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A</i>	11,757	
S.M8.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A</i>	7,808	
S.M9.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A</i>	26,601	
S.M10.R	<i>Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A</i>	-20,304	
F.M4.R	<i>Variazione nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici</i>	11,507	
S.M3.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	-6,634	2,386
S.M4.M	<i>Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A</i>	-21,362	
S.M5.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	-11,574	2,705
S.M6.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	-3,925	5
S.M7.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	6,574	4,274
S.M8.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	3,378	3,789
S.M9.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	24,261	5
S.M10.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla tiroide	-25,224	1,094
F.M4.M	Variazione media nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	8,986	3,261
C11R	RESILIENZA - Efficiacia assistenziale territoriale		
C11A.1.3.R	<i>Variazione Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con ace-inibitori - sartani</i>	-0,741	
C11A.1.4.R	<i>Variazione Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante</i>	4,843	
C11A.1.2C.R	<i>Variazione Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno un ECG</i>		

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C11A.2.2.R	Variazione Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	-6,637	
C11A.2.3.R	Variazione Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni		
C11A.2.9.R	Variazione Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica		
C11A.3.2A.R	Variazione Residenti con BPCO con almeno una spirometria		
C11A.5.1.R	Variazione Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	-0,62	
C13.R1	RESILIENZA - Ambulatoriale e Diagnostica		
A.M1.R	Variazione nei volumi prestazioni ambulatoriali	-7,342	
A.M2.R	Variazione nei volumi diagnostica per immagini	-9,152	
A.M1.M	Variazione media nei volumi per prestazioni ambulatoriali	-15,335	
A.M2.M	Variazione media nei volumi per diagnostica per immagini	-15,287	
C13.R2	RESILIENZA - Visite e Follow-up		3,847
A.M3.R	Variazione nei volumi per prima visita cardiologica	2,034	
A.M4.R	Variazione nei volumi per prima visita chirurgia vascolare	-14,677	
A.M5.R	Variazione nei volumi per prima visita endocrinologica	-0,474	
A.M6.R	Variazione nei volumi per prima visita neurologica	-14,828	
A.M7.R	Variazione nei volumi per prima visita oculistica	-23,857	
A.M8.R	Variazione nei volumi per prima visita ortopedica	-11,372	
A.M9.R	Variazione nei volumi per prima visita ginecologica	8,889	
A.M10.R	Variazione nei volumi per prima visita otorinolaringoiatrica	-18,328	
A.M11.R	Variazione nei volumi per prima visita urologica	-6,068	
A.M12.R	Variazione nei volumi per prima visita dermatologica	-10,541	
A.M13.R	Variazione nei volumi per prima visita fisiatrica	-15,625	
A.M14.R	Variazione nei volumi per prima visita gastroenterologica	8,162	
A.M15.R	Variazione nei volumi per prima visita oncologica	-16,346	
A.M16.R	Variazione nei volumi per prima visita pneumologica	-6,619	
A.M17.R	Variazione nei volumi per visita di controllo cardiologica	-1,204	
A.M18.R	Variazione nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare	13,012	
A.M19.R	Variazione nei volumi per visita di controllo endocrinologica	-7,307	
A.M20.R	Variazione nei volumi per visita di controllo neurologica	-3,155	
A.M21.R	Variazione nei volumi per visita di controllo oculistica	-12,838	
A.M22.R	Variazione nei volumi per visita di controllo ortopedica	-16,37	
A.M23.R	Variazione nei volumi per visita di controllo ginecologica	4,17	
A.M24.R	Variazione nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica	-15,395	
A.M25.R	Variazione nei volumi per visita di controllo urologica	-4,589	
A.M26.R	Variazione nei volumi per visita di controllo dermatologica	-7,907	
A.M27.R	Variazione nei volumi per visita di controllo fisiatrica	-16,419	
A.M28.R	Variazione nei volumi per visita di controllo gastroenterologica	-4,428	

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
A.M29.R	<i>Variazione nei volumi per visita di controllo oncologica</i>	5,848	
A.M30.R	<i>Variazione nei volumi per visita di controllo pneumologica</i>	-13,946	
A.M3.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita cardiologica</i>	-9,992	
A.M4.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita chirurgia vascolare</i>	-23,34	
A.M5.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita endocrinologica</i>	-13,558	
A.M6.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita neurologica</i>	-21,522	
A.M7.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita oculistica</i>	-30,283	
A.M8.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita ortopedica</i>	-21,028	
A.M9.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita ginecologica</i>	-5,276	
A.M10.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita otorinolaringoiatrica</i>	-27,247	
A.M11.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita urologica</i>	-14,395	
A.M12.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita dermatologica</i>	-21,777	
A.M13.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita fisiatrica</i>	-21,167	
A.M14.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita gastroenterologica</i>	-5,802	
A.M15.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita oncologica</i>	-23,71	
A.M16.M	<i>Variazione media nei volumi per prima visita pneumologica</i>	-18,135	
A.M17.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo cardiologica	-8,953	4,478
A.M18.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare	-4,65	5
A.M19.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo endocrinologica	-15,881	3,68
A.M20.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo neurologica	-11,217	3,498
A.M21.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo oculistica	-21,479	4,282
A.M22.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo ortopedica	-21,74	3,333
A.M23.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo ginecologica	-3,571	3,722
A.M24.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica	-25,793	3,74
A.M25.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo urologica	-12,201	3,981
A.M26.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo dermatologica	-16,194	4,787
A.M27.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo fisiatrica	-20,164	2,725
A.M28.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo gastroenterologica	-13,324	2,903
A.M29.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo oncologica	2,016	3,496
A.M30.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo pneumologica	-21,137	4,226
C13.R3	RESILIENZA - Telemedicina		2,502
C13.R3.1	<i>Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Reumatologica)</i>	2,116	
C13.R3.2	<i>Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)</i>	4,547	
C13.R3.3	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	1,365	2,06
C13.R3.4	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)	3,225	2,229

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Valore Regione	Valutazione regionale
C13.R3.5	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Infettivologica)	10,364	
C13.R3.6	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Immunologica)	4,79	
C13.R3.7	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Geriatrica)	22,675	
C13.R3.8	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Gastroenterologica)	8,904	
C13.R3.9	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Endocrinologica)	4,139	
C13.R3.10	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	8,874	2,839
C13.R3.11	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	18,563	2,874
C13.R3.12	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Nutrizionale)	22,558	
C13.R3.13	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)	2,887	2,51
C13.R3.14	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Allergologica)	5,817	
C13.R3.15	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Algologica)	10,662	
C15R	RESILIENZA - Salute Mentale		
C15.2.R	Variazione pazienti psichiatrici maggiorenni con contatto con il DSM entro 7 gg dal ricovero ospedaliero	-19,534	
C15A.13A.R	Variazione ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	-16,758	
C15.4.R	Variazione appropriatezza psicoterapia	-4,039	
C15.17.R	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti - variazione	-2,596	
SM.M1.R	Variazione nei volumi prestazioni domiciliari	-25,559	
SM.M2.R	Variazione nei volumi prestazioni erogate nel territorio	-28,351	
SM.M1.M	Variazione media nei volumi per prestazioni domiciliari	-18,724	
SM.M2.M	Variazione media nei volumi per prestazioni erogate nel territorio	-24,293	
C16R	RESILIENZA - Pronto soccorso		
PS.M1.R	Variazione nei volumi accessi in Pronto soccorso	-24,208	
PS.M2.R	Variazione del tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero	1,91	
PS.M1.M	Variazione media nei volumi per accessi in Pronto soccorso	-27,134	
PS.M2.M	Variazione media nel tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero	-2,926	
B7R	RESILIENZA - Vaccinazioni COVID-19		3,304
B7.9	Vaccinazioni Covid-19 - Popolazione		3,123
B7.9.1	Copertura per vaccino COVID 19 - Ciclo completo	78,487	3,123
B283R.7	Vaccinazioni Covid-19 - RSA		4,933
B283R.7.1	Copertura vaccinale Covid-19 assistiti in RSA	88,663	4,866
B283R.7.2	Copertura vaccinale Covid-19 operatori in RSA	94,418	5

Il pentagramma come strumento per rappresentare i percorsi clinico-assistenziali

Il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata in Toscana per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema sanitario. Il punto di forza del bersaglio è quella di fornire all'organizzazione un quadro immediato e chiaro dei propri punti di forza e di debolezza. Tuttavia, questa rappresentazione rispecchia una visione della valutazione ristretta al *setting* assistenziale e all'organizzazione sanitaria, mostrando quello che va bene o va male all'interno dei confini organizzativi.

Al contrario, il percorso dei pazienti è molto più complesso e attraversa diversi *setting* assistenziali, prevedendo interazioni con diversi soggetti che operano nel sistema. Nell'ottica di misurare il valore prodotto per l'utente dall'insieme di tutte le organizzazioni che erogano servizi sanitari e con lo scopo di fornire uno strumento di lavoro in grado di produrre un cambiamento coerente con le strategie regionali, il Laboratorio MeS ha ideato uno strumento di rappresentazione in grado di superare la visione per *setting* e per soggetto erogatore e di suggerire una visione integrata di percorso (Nuti et al., 2018).

Dal 2016, è stato quindi introdotto il pentagramma: uno strumento di rappresentazione dei risultati di performance capace di offrire una lettura diversa dei dati presenti nel bersaglio, una lettura basata sulla logica dei percorsi in una prospettiva più vicina a quella degli utenti.

Nel pentagramma, le note rappresentano gli indicatori di performance del percorso assistenziale, organizzati lungo le fasi del percorso, a loro volta rappresentate dalle battute del pentagramma. Gli indicatori sono disposti su una delle cinque fasce di valutazione, come nel bersaglio, a seconda della performance ottenuta.

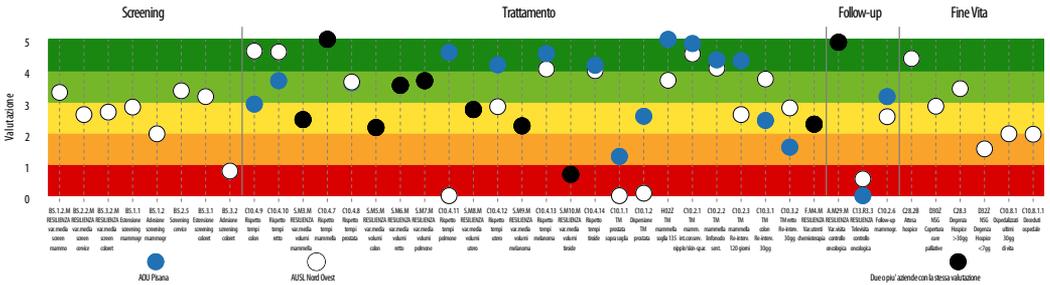
In una logica di superamento dei confini organizzativi, a favore della continuità e integrazione dei servizi, i pentagrammi sono stati realizzati non solo a livello di Area vasta ma anche di Zona-distretto, per fornire una rappresentazione più vicina alla realtà territoriale in cui vivono i Toscani.

Ad oggi, i percorsi rappresentati sotto forma di pentagramma sono il percorso oncologico, il percorso salute mentale, il percorso materno-infantile, il percorso cronicità, il percorso emergenza-urgenza, il percorso di assistenza domiciliare e residenziale per la popolazione anziana non-autosufficiente.

Il pentagramma dà una visione immediata della qualità dei servizi erogati lungo il percorso dei pazienti, indipendentemente dall'organizzazione che ha erogato il servizio. Per questo, nello stesso pentagramma possono apparire erogatori diversi e, nel dettaglio, lo stesso indicatore può apparire più volte, valutato per ciascuno dei provider che erogano un servizio del percorso per la popolazione considerata. Ad esempio, nel percorso oncologico la presenza dello stesso indicatore per più organizzazioni riguarda la fase del trattamento, che include prevalentemente

indicatori relativi agli interventi chirurgici per tumore, interventi che possono essere effettuati da diverse organizzazioni sanitarie nella stessa area geografica (segnatamente, presidi a gestione diretta della Azienda territoriale e Aou) (figura 3).

Figura 3. Esempio di pentagramma



I pentagrammi 2021, così come i bersagli, sono stati integrati dagli indicatori di resilienza, nelle rispettive fasi.

La mappa di performance

Tra gli strumenti del Sistema di valutazione, la mappa di performance è un ottimo strumento per evidenziare lo sforzo di miglioramento fatto nell'anno dai soggetti del sistema. La mappa di performance incrocia la dimensione della performance con quella del trend, per fornire il quadro dinamico di come si sta muovendo l'azienda o la regione (o il soggetto analizzato).

La mappa di performance indica, da un lato, la performance dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente. Nelle mappe di performance (vedi figura 4), la capacità di miglioramento (rappresentata sull'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale fra due anni e riproporzionata in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica che il soggetto in esame è quello peggiorato di più, mentre +2, specularmente, indica che il soggetto è stato quello capace di maggiore miglioramento). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione, per ciascun indicatore, nell'anno in esame. Si possono, quindi, individuare 4 quadranti di riferimento, considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio medio regionale (2.5). Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta una ottima performance, sia in termini di posizionamento, sia in termini di capacità di miglioramento. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che il soggetto è migliorato ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di performance e si colloca, pertanto, "sulla strada giusta". Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2021 ma registra un trend in peggioramento e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, risulta un'"area da migliorare", perché la valutazione non è soddisfacente e con trend in peggioramento.

La mappa di performance può essere applicata a diversi ambiti, attraverso la selezione di specifici indicatori: per questo volume, le mappe sono state utilizzate per rappresentare l'andamento dei percorsi assistenziali descritti nel paragrafo precedente. Contribuiscono quindi a integrare le informazioni dei pentagrammi con una rappresentazione dell'andamento temporale dei soggetti del sistema, rispetto ai percorsi assistenziali in esame.

Trasparenza e benchmarking: la consultazione del sistema di valutazione della performance attraverso il portale

Il patrimonio informativo collezionato negli anni con il Sistema di valutazione delle performance delle Aziende sanitarie della Toscana è una risorsa che il Laboratorio MeS mette a disposizione del management aziendale, dei professionisti, degli studiosi e del pubblico. I dati del Sistema di valutazione sono consultabili liberamente online, previa registrazione gratuita, all'indirizzo web www.performance.santannapisa.it. Sul portale web è possibile consultare tutti gli indicatori del Sistema di valutazione, rispetto ai diversi livelli in cui il sistema sanitario toscano si articola:

- Aziende territoriali;
- Zone-distretto;
- Stabilimenti ospedalieri (sia pubblici, sia privati);
- Percorsi assistenziali;
- Aggregazioni funzionali territoriali.

Tramite le funzionalità presenti nel portale è possibile visualizzare le performance dell'azienda selezionata e navigare nella rappresentazione grafica del “bersaglio” o del “pentagramma”. È sempre possibile visualizzare e navigare tra gli “alberi” (la struttura gerarchica che schematizza gli indicatori) per visualizzare i sotto-indicatori.

Tutti gli indicatori sono presentati in benchmarking tra le diverse unità di analisi. In tutte le sezioni di visualizzazione dei dati è possibile consultare e scaricare in formato elettronico la “scheda indicatore”, che riporta le specifiche di calcolo dell'indicatore: la fonte dei dati, la modalità di calcolo del numeratore, la modalità di calcolo del denominatore, eventuali note di approfondimento, il nome del referente o dei referenti che all'interno del Laboratorio elaborano e presidiano l'indicatore e altre informazioni collegate all'indicatore e anche gli estremi delle fasce di valutazione, per agevolare i sistemi interni aziendali nell'eventuale utilizzo di questi parametri per i propri centri di responsabilità.

In questo volume vengono riportate le rappresentazioni di sintesi: bersaglio, pentagramma e mappa di performance, con l'intenzione di fornire all'utente/utilizzatore finale uno strumento operativo orientato a una consultazione semplice e rapida, rinviando al portale web per eventuali approfondimenti.

La performance della Regione Toscana nel 2021

Il bersaglio riportato nella figura 5 sintetizza la performance registrata dalla Regione Toscana nel 2021. Dei 217 indicatori di valutazione, la Regione Toscana registra, complessivamente, una performance buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce più centrali del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 46% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 23% rimane stabile e il 31% peggiora.

Attraverso una fotografia delle principali aree di indagine sulla valutazione della performance è possibile sintetizzare l'andamento degli indicatori contenuti all'interno del bersaglio di Regione Toscana. Se lo scorso anno è stato caratterizzato dalla resilienza dei sistemi sanitari, in risposta allo shock pandemico, il 2021 è, invece, caratterizzato dalla ripresa dei servizi. Nello specifico sulle politiche di prevenzione e promozione di salute, nei programmi di screening oncologici è osservabile un sostanziale aumento dei volumi, con una contestuale ripresa nei tassi di adesione da parte della popolazione. Le vaccinazioni pediatriche continuano a registrare una buona copertura su tutto il territorio, cala invece la copertura antinfluenzale, sia per gli anziani che per i professionisti sanitari, dopo una maggiore propensione registrata nel corso del 2020. Il Sistema sanitario regionale ha anche mostrato una buona capacità di gestione della campagna vaccinale anti Covid-19 con il raggiungimento di un ottimo livello di copertura della popolazione con ciclo completo al 31/12/2021 (78,5%).

La gestione dell'emergenza pandemica ha accresciuto l'attenzione sulle potenzialità della sanità digitale (B24A). In continuità con i dati del 2020, migliora la quota di ricette dematerializzate, che coprono oltre il 90% delle prescrizioni elettroniche farmaceutiche e specialistiche. In crescita anche l'incremento nell'adozione del libretto di gravidanza digitale. È aumentata l'attenzione da parte delle aziende nell'alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), sebbene l'uso da parte dei cittadini risulti ancora limitato.

Il ricorso alla telemedicina – in particolare della televisita di controllo – ha registrato una tenuta dei livelli raggiunti nel 2020 su alcune discipline quali l'ematologia, la diabetologia, la psichiatrica, la gastroenterologia e un aumento d'utilizzo nell'infettivologia e geriatria.

Continua il trend positivo sull'efficienza prescrittiva farmaceutica (F12), rappresentata dal ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, e sull'ambito meno performante relativo all'uso appropriato dei farmaci (C9). Per questo gruppo di indicatori vi sono segnali positivi soprattutto per la riduzione dell'uso degli antibiotici sul territorio: nell'ultimo triennio si passa da 15 Ddd per 1000 abitanti del 2019 a 10 Ddd per 1000 abitanti/die del 2021; in particolare, si sono ridotti quelli in età pediatrica: da 13 a 6 Ddd per 1000 abitanti, segnale positivo per la lotta all'antibiotico-resistenza. Si mantengono, o migliorano, i livelli di aderenza

farmaceutica (C21) per i pazienti con infarto del miocardio, con riferimento a beta-bloccanti, ace-inibitori o sartani e antiaggreganti e statine. Il sistema trasfusionale (B6B) mostra invece una performance in peggioramento, con una diminuzione nel tasso delle donazioni di sangue e tessuti.

A livello ospedaliero, gli indici di performance della degenza media (C2) segnalano due andamenti diversificati per l'ambito medico e quello chirurgico: continua l'aumento della durata media della degenza per i Drg medici, mentre i Drg chirurgici confermano una degenza media pari ai livelli del 2020.

Si mantiene buona la qualità dei processi clinici, sebbene continui a ridursi la percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni, che passa da 79% nel 2019 a 71% nel 2021, una contrazione registrata anche in molte altre regioni.

L'appropriatezza clinica – misurata ad esempio in termini di proporzioni di parti cesarei – registra un miglioramento (riduzione di un punto percentuale rispetto al 2020).

Sull'ambulatoriale, peggiorano i tempi d'attesa sulla specialistica e ambulatoriale, coerentemente con un aumento della domanda. L'indice di cattura (B21G), ovvero il rapporto tra i volumi di prestazioni prescritte e quelle prenotate, peggiora rispetto allo scorso anno, soprattutto per le prestazioni di diagnostica, passando da 80% a 61%. L'appropriatezza diagnostica (C13), misurata come percentuale di Rm lombari ripetute entro 12 mesi, è stabile.

L'attenzione per la continuità tra ospedale e territorio è rimasta alta anche nel corso del 2021. Si registra una certa stabilità nella percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasessantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (10,7% nel 2021 contro un 10,9% nel 2020). Sul territorio, è in costante aumento il tasso di segnalazioni per l'avvio di un percorso in Adi assistenza domiciliare o residenziale per la popolazione anziana over 65 anni, aumenta la percentuale di anziani in cure domiciliari con valutazione e il livello di intensità assistenziale delle stesse.

Un'eredità della pandemia è sicuramente la crescita nel costo pro-capite sanitario, che passa da 2.177 euro pro-capite nel 2020 a 2.288 nel 2021 (un incremento del 5%). Sul lato del personale, si coglie la necessità di una maggiore valorizzazione e investimento, laddove la percentuale di assenza dei dipendenti cresce anche nel 2020, a sottolineare lo stress a cui il personale del Ssr è sottoposto.

I pentagrammi dei percorsi assistenziali e le relative mappe di performance offrono un'ulteriore lente di ingrandimento per leggere l'andamento del sistema sanitario di Regione Toscana nell'anno 2021.

In particolare, il percorso materno-infantile si avvale di molti indicatori provenienti dalle indagini alle utenti. Complessivamente si posizionano nelle fasce più alte (verde scuro e verde) i risultati sulle determinanti di salute (assunzione di acido folico, posizionamento in culla, lettura ad alta voce) e sulla qualità nella consegna del libretto e nelle prenotazioni in fase di gravidanza. In fascia arancione si posizionano la qualità complessiva del punto nascita percepita dall'utente e l'esperienza del consultorio. Rimangono critici la consapevolezza e il coinvolgimento in gravidanza e la consapevolezza sulle vaccinazioni. Anche quest'anno, il punto di forza è nella percentuale di episiotomie e una riduzione della percentuale di parti cesarei, soprattutto nelle Aziende ospedaliero-universitarie. Da registrare però forti criticità riportate dalle utenti rispetto alle limitazioni d'accesso ai partner durante il travaglio.

La performance regionale sul percorso oncologico è complessivamente buona nella fase dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e radioterapici, con molti indicatori che si posizionano nella fascia più alta (verde scuro) del pentagramma. In particolare, spiccano gli indicatori sui volumi di interventi e sul rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi con priorità A per il tumore al retto e melanoma, si mantengono buoni i risultati sull'appropriatezza dei volumi di interventi per tumore maligno della mammella e gli interventi conservativi nipple/skin-sparing. L'area degli screening vede un forte miglioramento nell'estensione degli inviti rispetto allo scorso anno, anche se il livello di partecipazione agli stessi non è ancora ritornato ai livelli pre-Covid. Nel follow-up rimane stabile la quota di donne con mammografia post-intervento per tumore alla mammella e la quota complessiva di visite di controllo. Diminuisce invece rispetto al 2020 la percentuale di visite di controllo in tele visita. Permangono margini di miglioramento per la gestione delle cure palliative, in particolare per la degenza in hospice minore o uguale a 7 giorni.

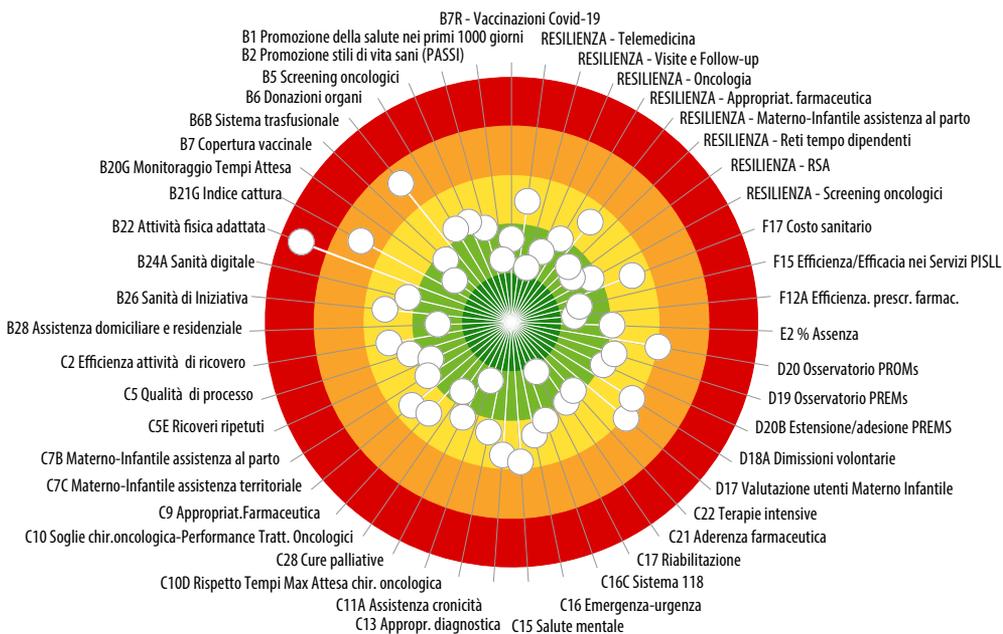
L'assistenza domiciliare e residenziale mostra un livello di performance buono, lungo tutte le quattro fasi del percorso, con diversi indicatori che si collocano nella parte alta del pentagramma. Attraverso la mappa di performance è possibile osservare una complessiva riconferma o un miglioramento dei risultati ottenuti nel 2020. Rispetto allo scorso anno, si segnala tuttavia un lieve incremento degli assistiti in Rsa e Adi con almeno un accesso al Ps e un peggioramento nella tempestività della presa in carico entro 30 gg.

Rispetto alla presa in carico della salute mentale, il pentagramma mostra ambiti di miglioramento nella qualità dell'assistenza, messa fortemente sotto pressione durante la pandemia e post-pandemia. Anche gli indicatori posizionati sulla fascia più alta (verde) vedono un peggioramento rispetto al risultato del 2020, in particolare quelli riferiti all'appropriatezza psicoterapeutica e agli abbandoni in terapia con antidepressivi. Permane critica la gestione ospedaliera della casistica psichiatrica e la presa in carico tempestiva sul territorio da parte dei Dsm.

Il pentagramma del percorso cronicità riporta una performance regionale complessivamente buona nell'efficienza (*polypharmacy* e iper-prescrizione di statine) e negli esiti (percentuale di amputazioni maggiori per diabete). Mostra invece margini di miglioramento nella promozione degli stili di vita e della presa in carico. Ridotti sono i corsi di Afa, sia a bassa che ad alta disabilità, attivati per gli over 65 anni e peggiora la percentuale di assistiti da Mmg aderenti ai moduli di sanità di iniziativa. Nella fase di presa in carico si riduce la performance sull'aderenza farmacologica e ai controlli, in particolare peggiora la percentuale di pazienti con scompenso cardiaco aderenti alla terapia con ace-inibitori, la compliance di pazienti in terapia con statine e la quota di pazienti con diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni.

L'emergenza-urgenza nel 2021 si registra un contraccolpo nel tempo di permanenza in pronto soccorso e negli abbandoni non presidiati. In particolare, diminuisce la percentuale di dimessi con permanenza in pronto soccorso inferiore alle 6 ore e di accessi al Ps inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore. Questi due elementi riaffermano la necessità di una continua attenzione e investimento per garantire una presa in carico efficace e tempestiva degli accessi in Ps.

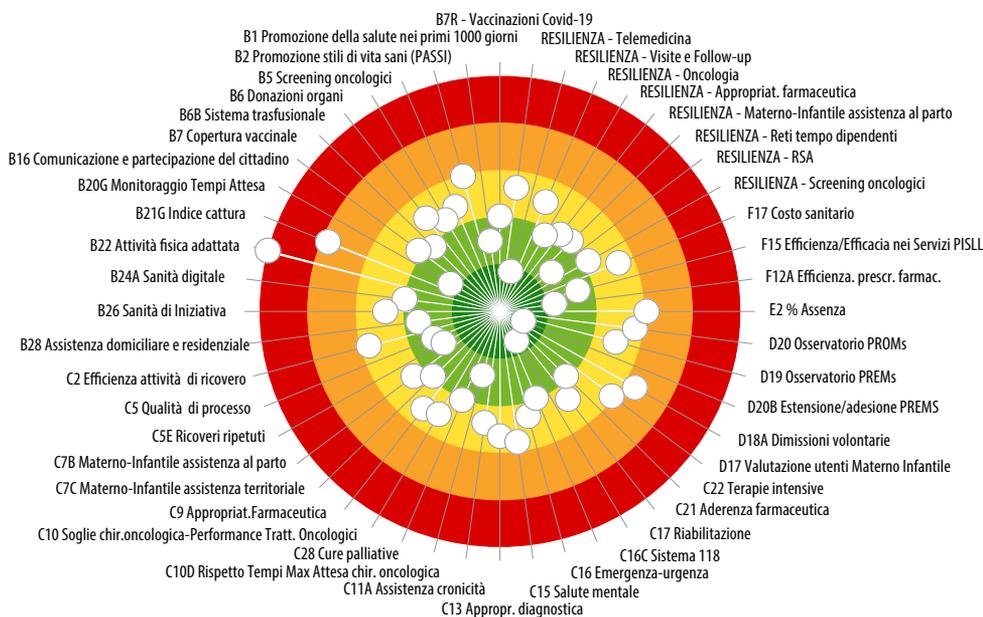
Figura 5. Rappresentazione sintetica dei risultati 2021 attraverso il bersaglio della regione Toscana



Azienda UsI Toscana Nord-ovest

Il bersaglio 2021 dell'Azienda Toscana Nord-ovest (figura 7) si presenta sufficientemente concentrato, ed evidenzia un miglioramento del 44,6% degli indicatori di valutazione (su un totale di 251). Gran parte degli indicatori, infatti, conquistano le fasce più centrali. L'unica eccezione è data dall'attività fisica adattata (B22) che si posiziona, invece, in fascia rossa. Inoltre, risulta ancora poco performante, rispetto allo scorso anno, il *catchment index* (B21G) che si pone a cavallo tra la performance bassa e quella critica. Nella fascia più centrale del bersaglio trovano posto gli indicatori come la riabilitazione (C17) e l'estensione e l'adesione ai PREMs (D20B). Buona anche la performance relativa alla promozione della salute nei primi 1000 giorni (B1), l'efficienza ed efficacia nei servizi di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (F15) e la qualità di processo (C5), che testimonia la capacità di fornire prestazioni di elevata qualità nell'assistenza ai pazienti. Altre aree di buona performance sono rappresentate dagli indicatori afferenti alle cure domiciliari (B28) e alla sanità digitale (B24A). Leggermente in peggioramento rispetto al 2020, la performance relativa alle cure palliative (C28). Nella sezione dedicata alla misurazione della capacità di resilienza, la maggior parte degli indicatori conquista la fascia gialla, senza alcuna evidente criticità (fascia rossa). Sono anche osservabili alcuni indicatori di resilienza che presentano un livello di valutazione della performance eccellente: è questo il caso di visite e follow-up (C13. R2), che restituisce l'immagine di una buona tenuta e ripresa dei volumi a seguito della pandemia. Buona anche la performance del *setting* residenziale, domiciliare e intermedio (B283R), suggerendo una buona soddisfazione da parte dei responsabili delle Rsa.

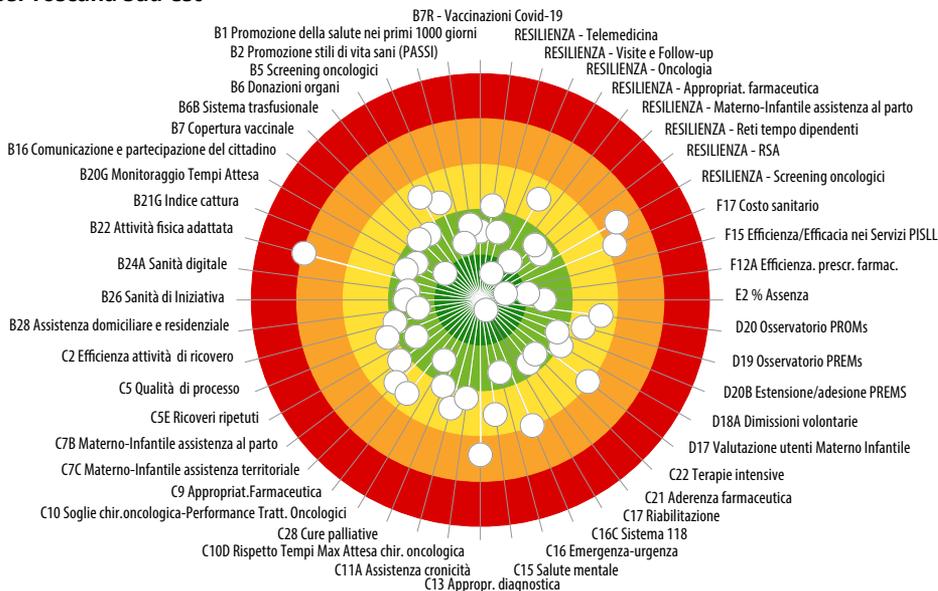
Figura 7. Rappresentazione sintetica dei risultati 2021 attraverso il bersaglio dell'Azienda UsI Toscana Nord-ovest



Azienda Usl Toscana Sud-est

La quasi totalità degli indicatori presenti nel bersaglio 2021 dell'Azienda Toscana Sud-est (figura 8) è posizionata nella zona più interna del bersaglio (buona o ottima performance). Su 251 indicatori di valutazione, il 45,8% migliora rispetto al bersaglio dello scorso anno, a fronte di un peggioramento del 34,7% di essi. Non si evidenziano comunque per il 2021 aree di criticità o su cui porre particolare attenzione, se non per gli indicatori relativi all'attività fisica adattata (B22) e all'appropriatezza diagnostica (C13) che trovano posto nella fascia arancione del bersaglio relativa ad una performance scarsa. A cavallo tra la fascia arancione e gialla il costo sanitario pro capite (F17), la valutazione degli utenti del percorso materno-infantile (D17) e la performance del sistema 118 (C16C). Numerosi indicatori occupano la fascia verde del bersaglio: tra questi si ritrovano gli indicatori sull'efficienza prescrittiva farmaceutica (F12A), e sulla promozione di vita sani, che raccoglie i dati provenienti dall'indagine Passi (B2). Ottima anche la performance relativa alla comunicazione e partecipazione del cittadino che evidenzia una chiara diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti verso gli utenti e la loro partecipazione consapevole al proprio percorso di cura. Anche la sanità d'iniziativa (B26) ottiene una buona valutazione, evidenziando l'ottima gestione dei pazienti cronici da parte dell'Azienda Sud-est. Relativamente alla dimensione di analisi della resilienza, la maggior parte degli indicatori si colloca tra la fascia di valutazione media e quella buona, con alcuni casi di performance ottima. Tra questi, l'indicatore di resilienza relativo ai volumi per interventi oncologici (C10R), che si riconferma, anche questo al centro del bersaglio. Un'area da attenzionare fa, invece, riferimento agli screening oncologici (B5R) suggerendo la necessità di una maggior sensibilizzazione verso la ripresa dei programmi di screening.

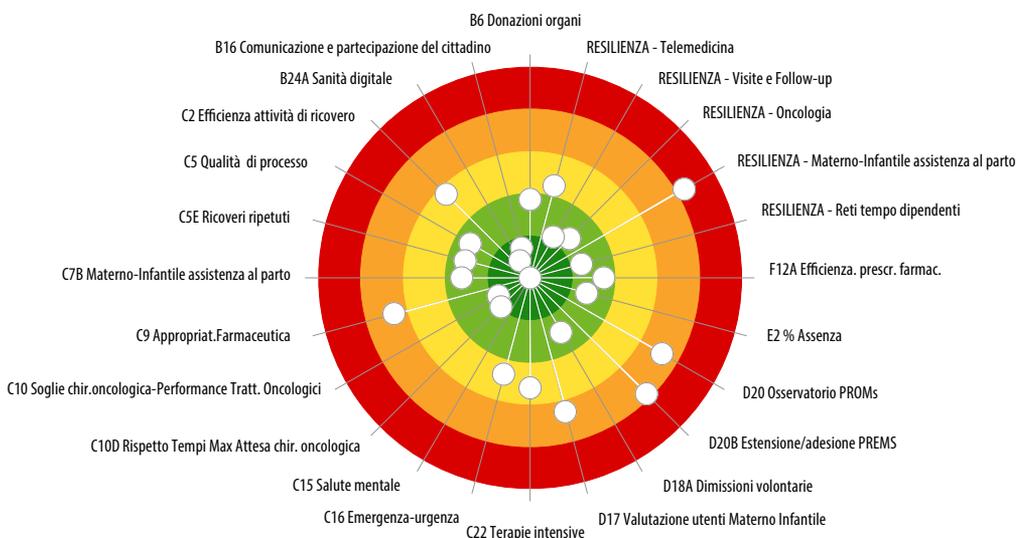
Figura 8. Rappresentazione sintetica dei risultati 2021 attraverso il bersaglio dell'Azienda Usl Toscana Sud-est



Azienda ospedaliero-universitaria Careggi

Il bersaglio 2021 dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi (figura 9) presenta un buon numero di indicatori posizionati nelle fasce più interne del bersaglio. Su un totale di 95 indicatori di valutazione, migliora il 41,1% di essi, con un peggioramento, invece, del 37,9% rispetto allo scorso anno. Spiccano, in particolar modo, per ottima performance l'area relativa alla salute mentale (C15), che effettua un grande passo in avanti rispetto allo scorso anno e la sanità digitale (B24A), suggerendo un ottimo adeguamento alle più importanti sfide dell'innovazione digitale in sanità. Spicca anche la bassa percentuale di assenza (E2), che suggerisce una buona gestione del clima interno aziendale anche per l'anno 2021. In area più critica, invece, si posizionano gli indicatori relativi all'osservatorio PROMs (D20), in continuità con lo scorso anno e all'estensione e adesione ai PREMs (D20B). Da attenzionare anche l'area relativa all'appropriatezza farmaceutica (C9). Relativamente alla dimensione della resilienza, la gran parte degli indicatori occupa l'area più interna del bersaglio: tra questi, gli interventi oncologici (C10R), gli interventi per patologie cardiovascolari tempo-dipendenti (TD.R), la telemedicina (C13.R2), a riprova della capacità dell'Azienda non solo di resistere di fronte allo tsunami pandemico, ma di rinnovare e rilanciare i propri processi di lavoro.

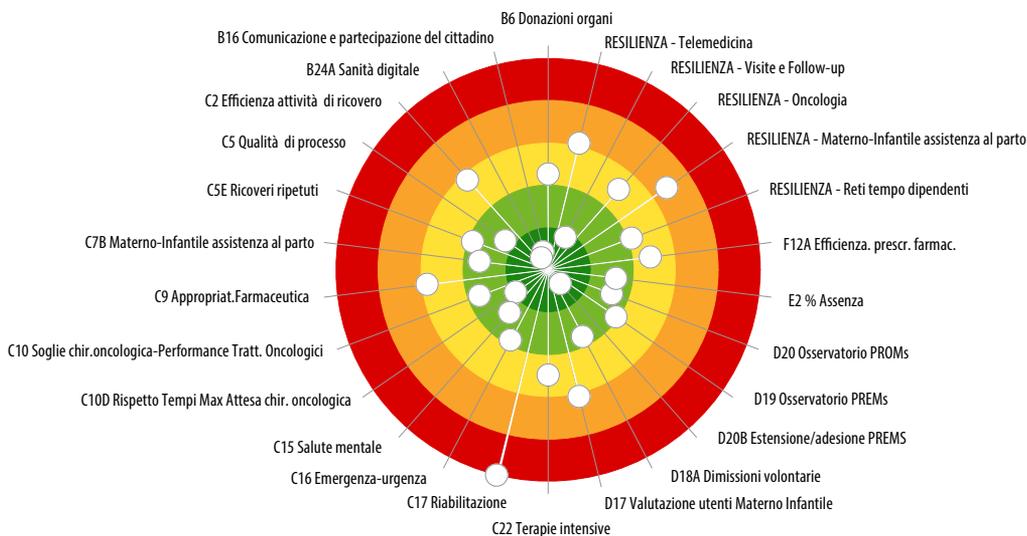
Figura 9. Rappresentazione sintetica dei risultati 2021 attraverso il bersaglio dell'Aou Careggi



Azienda ospedaliero-universitaria Pisana

Nel bersaglio 2021 dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana (figura 10) è possibile osservare un buon numero di indicatori nelle aree più interne del bersaglio. A fronte di un totale di 120 indicatori valutati, il 55% migliora rispetto allo scorso anno mentre il 30% osserva un peggioramento. Sono diversi gli indicatori che si posizionano nelle fasce più centrali del bersaglio, tra questi: la sanità digitale (B24A), l'estensione e adesione ai PREMs (D20B) e l'area relativa alla comunicazione e partecipazione del cittadino (B16), a riprova di un'ottima gestione circa la diffusione delle informazioni, sui servizi sanitari offerti. Buona anche la performance della qualità dei processi (C5), che unita alla bassa percentuale di assenza (E2) e di dimissioni volontarie (D18A), suggerisce un'ottima gestione e coordinamento delle strutture. Da segnalare ancora, però, la criticità sulla riabilitazione (C17) che continua a posizionarsi sulla fascia più esterna del bersaglio suggerendo la necessità di un intervento migliorativo. Stessa situazione per quanto riguarda l'indicatore di resilienza inerente al percorso materno-infantile e assistenza al parto (C7B.R) che, seppure in miglioramento rispetto allo scorso anno, rimane da attenzionare. L'area della resilienza restituisce complessivamente una performance media, soprattutto per quanto riguarda la telemedicina (C13.R3), che si pone a cavallo tra la fascia gialla e quella arancione, molto buono il risultato sulle visite e follow-up (C13.R2), che restituisce l'immagine di una ottima tenuta e ripresa dei volumi a seguito della pandemia.

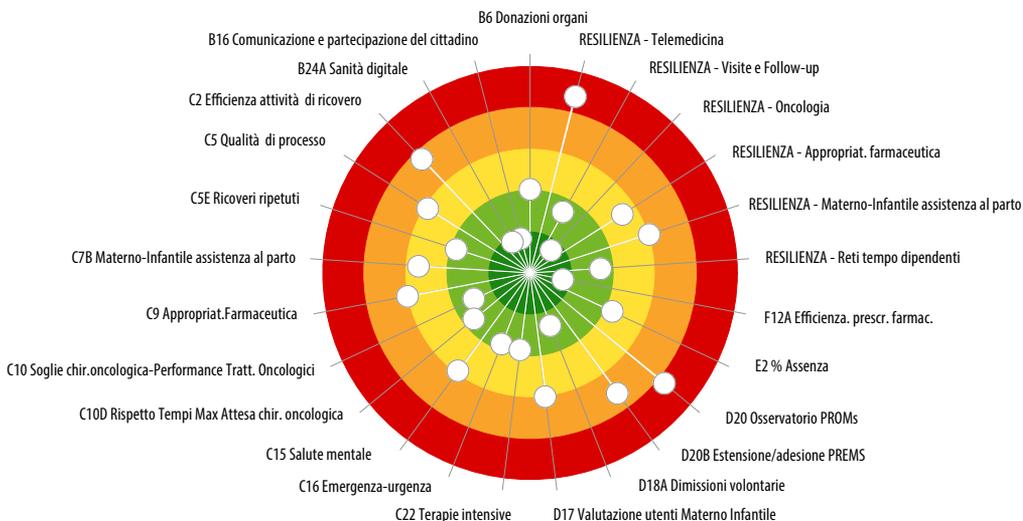
Figura 10. Rappresentazione sintetica dei risultati 2021 attraverso il bersaglio dell'Aou Pisana



Azienda ospedaliero-universitaria Senese

Il bersaglio 2021 dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese (figura 11) presenta una marcata eterogeneità, con indicatori che spaziano dalle fasce più esterne a quelle più interne: di 102 indicatori di valutazione, il 38,2% migliora, mentre il 45,1% peggiora. Anche per quest'anno la performance più critica pertiene i risultati associati all'osservatorio PROMs (D20). Scarsa anche la performance dell'efficienza dell'attività di ricovero (C2) che potrebbe, quindi, essere oggetto di attenzione da parte dell'Azienda. D'altro canto, invece, indicatori di performance eccellente si ritrovano nella comunicazione e partecipazione del cittadino (B16) e nella sanità digitale (B24A), in continuità con i già ottimi risultati raggiunti lo scorso anno. Eccellente anche l'efficienza prescrittiva farmaceutica (F12A). Buoni anche gli indicatori riferiti alla qualità dell'attività chirurgica in oncologia, come la performance dei trattamenti oncologici (C10) e al governo e qualità dell'offerta, come il rispetto dei tempi massimi di attesa per la chirurgia oncologica (C10D). Basso la percentuale di dimissioni volontarie (D18A) e che, quindi, riconferma la buona performance già registrata lo scorso anno. Si collocano, invece, nelle aree più esterne diversi indicatori afferenti all'area della resilienza: da segnalare, in particolare, il posizionamento della telemedicina (C.13.R3), che peggiora dalla fascia arancione del 2020 a quella rossa di quest'anno.

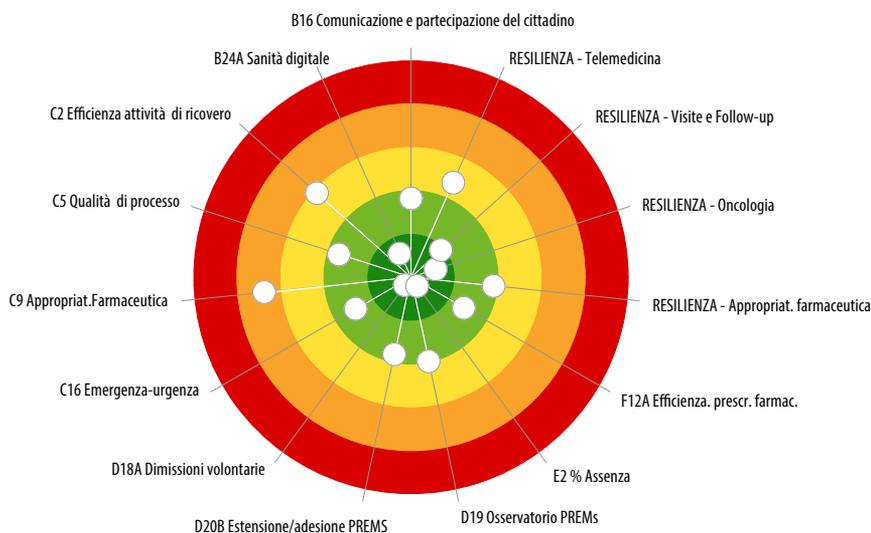
Figura 11. Rappresentazione sintetica dei risultati 2021 attraverso il bersaglio dell'Aou Senese



Azienda ospedaliero-universitaria Meyer

Il bersaglio 2021 dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer (figura 12) presenta una situazione di stabilità rispetto al bersaglio dell'anno precedente (30% degli indicatori valutati migliorano, a fronte del 35% di indicatori stabili e del 35% di indicatori peggiorati). Anche quest'anno, il numero degli indicatori è ridotto rispetto ai bersagli delle altre aziende (poiché vengono misurati solo indicatori relativi all'ambito su cui è specializzata: 40 indicatori di valutazione). Quasi tutti gli indicatori si trovano nelle zone centrali del bersaglio. Molteplici gli esempi che denotano un'ottima performance: dall'attenzione dedicata alla sanità digitale (B24A) passando per la bassa percentuale di assenza (E2), che rappresentava un'area critica nello scorso anno e arrivando, infine, a una contenuta percentuale di dimissioni volontarie (D18A). Buona anche la performance dell'emergenza urgenza (C16) e della qualità dei processi (C5), sinonimo della capacità fornire prestazione di elevata qualità nell'assistenza ai pazienti, nonché una buona efficienza prescrittiva dei farmaci (F12A). Poche le aree su cui porre attenzione: solo l'appropriatezza farmaceutica (C9), infatti, si colloca in posizione di scarsa performance, mentre, l'efficienza dell'attività di ricovero (C2) è a cavallo tra la fascia gialla e quella arancione. Anche per quanto riguarda l'area della resilienza, l'azienda performa bene, con tutti gli indicatori all'interno delle fasce verdi (unica eccezione, l'indicatore C13.R3, riferito alla telemedicina, che si posiziona in fascia gialla).

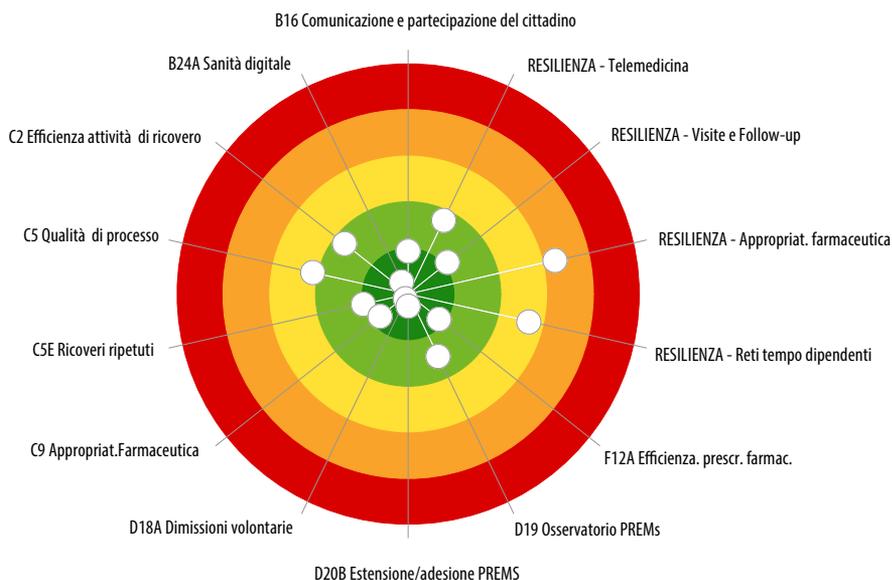
Figura 12. Rappresentazione sintetica dei risultati 2021 attraverso il bersaglio dell'Aou Meyer



Fondazione Toscana G. Monasterio

Il bersaglio 2021 della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (figura 13) prevede, come per l'anno precedente, meno indicatori rispetto alle altre realtà del sistema sanitario toscano, riferendosi ad un'Azienda altamente specializzata. Per questo, si confronta con le altre Aziende solo sugli indicatori di pertinenza della propria specialità: 41 indicatori di valutazione. Anche per quest'anno, raggiungono il centro del bersaglio gli indicatori di sanità digitale (B24A) e di comunicazione e partecipazione del cittadino (B16), denotando una persistenza nella chiarezza dell'informazione rispetto ai servizi offerti, oltre a una marcata consapevolezza da parte degli utenti. Eccellente anche il risultato sulle dimissioni volontarie (D18A). Unica nota è rappresentata dalla qualità dei processi (C5) che si pone a cavallo tra la fascia verde chiaro e quella gialla, in peggioramento rispetto allo scorso anno. Anche la dimensione della resilienza conferma una buona performance, con gli indicatori di telemedicina (C13.R3) e di tenuta delle visite ambulatoriali (prime visite e follow-up - indicatore C13.R2) che raggiungono le fasce più interne del bersaglio. Da attenzionare solo l'area dell'appropriatezza farmaceutica (C9R) che raggiunge una performance tra media e scarsa.

Figura 13. Rappresentazione sintetica dei risultati 2021 attraverso il bersaglio della Fondazione Toscana G. Monasterio



I risultati in sintesi dei percorsi assistenziali attraverso i pentagrammi

Il pentagramma offre una visione immediata della qualità dei servizi erogati complessivamente dal sistema sanitario, lungo il percorso di cura dei pazienti, indipendentemente dall'organizzazione che ha erogato il servizio. Nel 2021 vengono rappresentati attraverso il pentagramma i seguenti percorsi di cura:

- il percorso materno-infantile;
- il percorso oncologico;
- il percorso salute mentale;
- il percorso di assistenza domiciliare e residenziale per la popolazione anziana non-autosufficiente;
- il percorso cronicità;
- il percorso emergenza-urgenza.

Dopo la descrizione, per ciascun percorso sono proposti i pentagrammi per Area vasta (Av), nei quali è possibile visualizzare indicatori riferiti alle diverse Aziende che insistono ed erogano servizi su quel territorio. I pentagrammi per zona distretto sono, invece, disponibili sulla piattaforma web www.performance.santannapisa.it.

Gli stessi indicatori presenti sui pentagrammi sono, inoltre, mostrati nella mappa di performance, allo scopo di mostrare come vadano rispetto alla performance 2021 e al trend 2020-2021. Lungo l'asse delle ascisse, infatti, viene indicata la performance raggiunta nel 2021, mentre lungo l'asse delle ordinate è mostrato l'andamento nei due anni, con i risultati di miglioramento riportati nei due quadranti in alto.

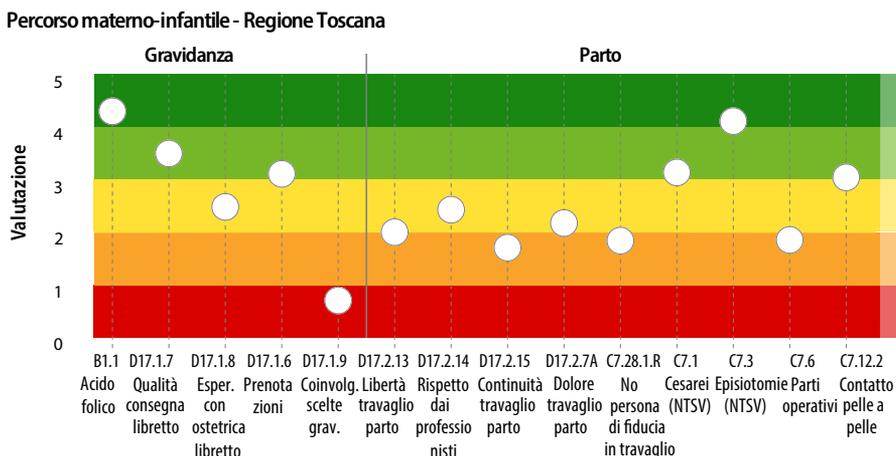
Il percorso materno-infantile

Gli approfondimenti fatti negli anni dal Laboratorio MeS in riferimento al percorso materno-infantile hanno permesso di strutturare la lettura degli indicatori nella logica del percorso seguito dall'utente (Murante et al., 2014), in modo da metterne in evidenza le diverse fasi (dalla gravidanza, al parto, fino ad un anno di vita del bambino) e i diversi *setting* assistenziali coinvolti, in primis i servizi consultoriali e i punti nascita presenti nel territorio regionale.

Per il 2021, la composizione del pentagramma ha subito dei cambiamenti rispetto all'anno precedente. Gli indicatori di resilienza introdotti nel 2020, che misurano la capacità di tenuta dei servizi consultoriali e la possibilità di aver avuto una persona di fiducia in travaglio, pur essendo stati calcolati anche per l'anno corrente, sono stati rimossi dal pentagramma. Allo stesso modo, anche gli indicatori relativi ai corsi di accompagnamento alla nascita e quello relativo alle ospedalizzazioni nel primo anno di vita, che non erano stati inseriti nella valutazione 2020 per l'importante contrazione determinata dalle restrizioni per il Covid-19, non sono stati inclusi nel pentagramma dell'anno 2021.

Attualmente, a caratterizzare il pentagramma di questo percorso, concorrono vari indicatori derivanti dai flussi amministrativi propri dell'area materno-infantile e altri indicatori costruiti con i dati della rilevazione sistematica rivolta alle utenti, implementata in maniera longitudinale lungo il percorso materno-infantile, attraverso la somministrazione online di questionari a cadenza periodica. Sfortunatamente, il flusso delle prestazioni consultoriali ha subito dei ritardi nel processo di compilazione e controllo qualità; di conseguenza, gli indicatori relativi non sono stati inclusi nel pentagramma a causa di questa limitazione. Dunque, le due principali fonti per il calcolo degli indicatori compresi nel pentagramma dell'anno corrente sono state il certificato di assistenza al parto (Cap) e l'indagine sistematica sul percorso materno-infantile.

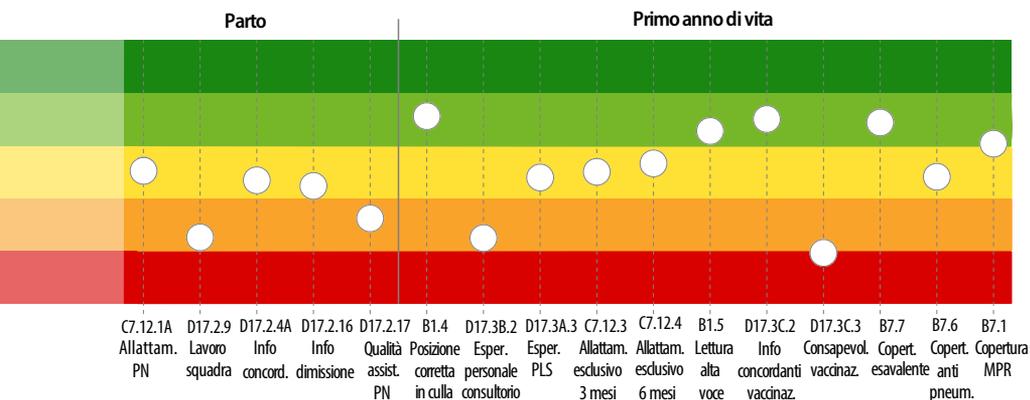
Figura 14. Pentagrammi del percorso materno-infantile in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2021



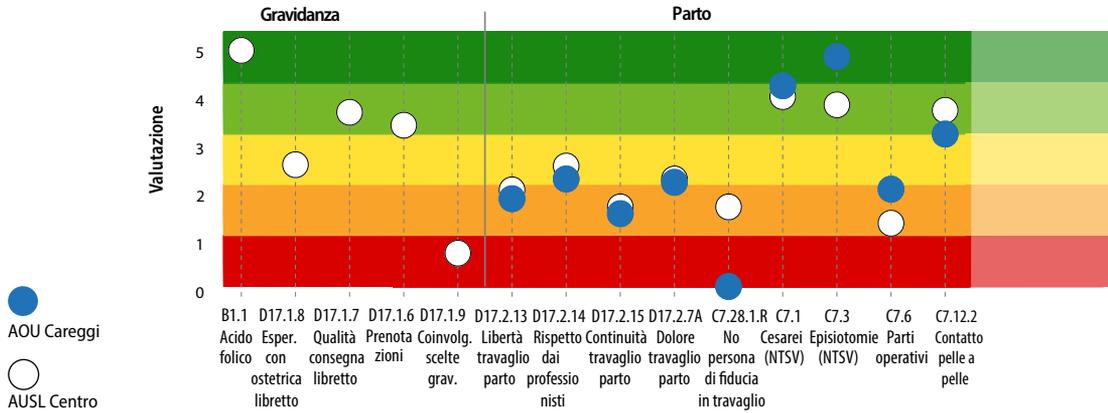
Gli indicatori calcolati tramite il Cap consentono di valutare la qualità clinico-assistenziale al punto nascita, attraverso gli indicatori sui cesarei, i parti operativi e le episiotomie. D'altro lato, la possibilità di raccogliere dati nel tempo, direttamente dalla donna, tramite l'indagine sistematica, permette di monitorare aspetti che non potrebbero essere misurati attraverso i flussi amministrativi e che offrono un ulteriore sguardo sul percorso, a partire dalla prospettiva delle donne che vivono l'esperienza della maternità.

In particolare, l'indagine all'utenza del percorso materno-infantile permette infatti di valutare la qualità dell'incontro relativo alla consegna del libretto di gravidanza e l'esperienza avuta dalla donna nella relazione con l'ostetrica che le ha consegnato il libretto, la possibilità di prenotare le prestazioni previste dal protocollo della gravidanza attraverso il personale del percorso e il coinvolgimento della stessa donna nelle scelte in gravidanza. In riferimento all'assistenza al punto nascita, attraverso l'indagine vengono valutati aspetti di rilievo che caratterizzano l'esperienza durante il travaglio e il parto, ma anche la successiva degenza e dimissione: libertà nel gestire il travaglio e il parto, rispetto e dignità da parte dei professionisti, continuità assistenziale, gestione del dolore, lavoro di squadra, concordanza e chiarezza delle informazioni ricevute, in particolare nella fase di dimissione e indirizzamento ai servizi territoriali, e la qualità percepita dell'assistenza ricevuta al punto nascita. Per la fase relativa al primo anno di vita, sono presenti indicatori che valutano l'esperienza delle utenti in riferimento all'assistenza del pediatra di famiglia e ricevuta presso il consultorio, nonché alle informazioni ricevute sulle vaccinazioni e al livello di consapevolezza che si ritiene di aver raggiunto sul tema.

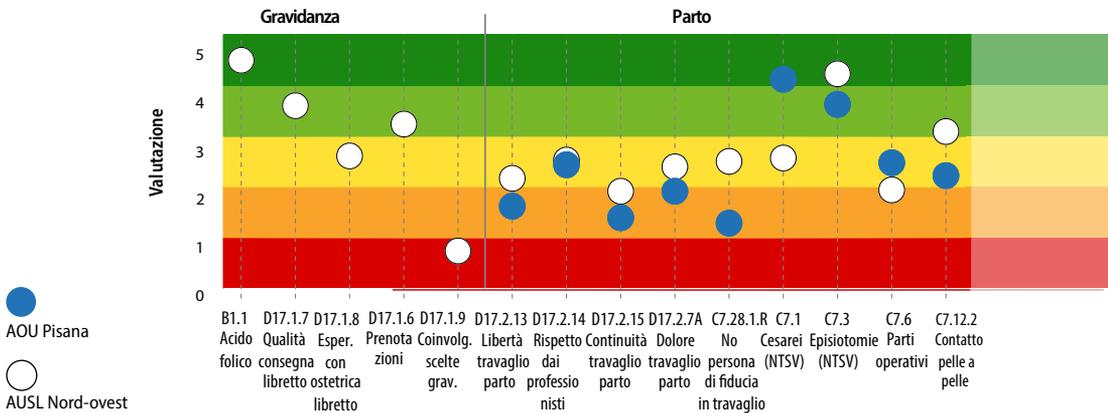
Grazie all'utilizzo dei dati dell'indagine, il pentagramma permette anche di valorizzare indicatori che misurano alcuni determinanti di salute relativi ai primi mille giorni di vita, quali l'allattamento esclusivo a tre e sei mesi, l'assunzione di acido folico da prima del concepimento e per i primi mesi della gravidanza, la posizione in culla a pancia in su e la lettura ad alta voce per i bambini di sei mesi.



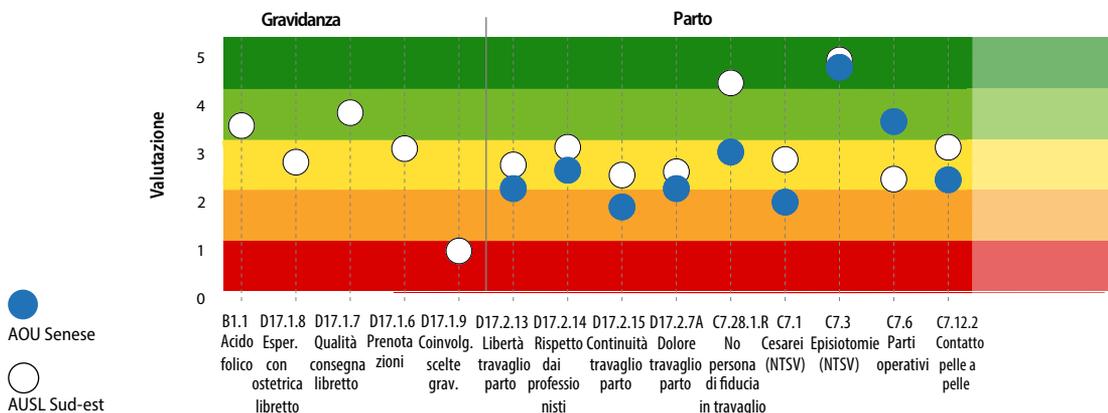
Percorso materno-infantile - Area vasta Centro



Percorso materno-infantile - Area vasta Nord-ovest



Percorso materno-infantile - Area vasta Sud-est



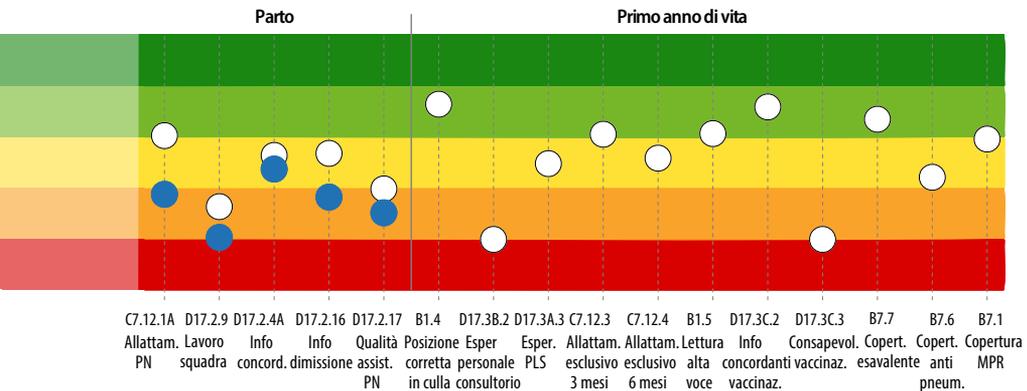
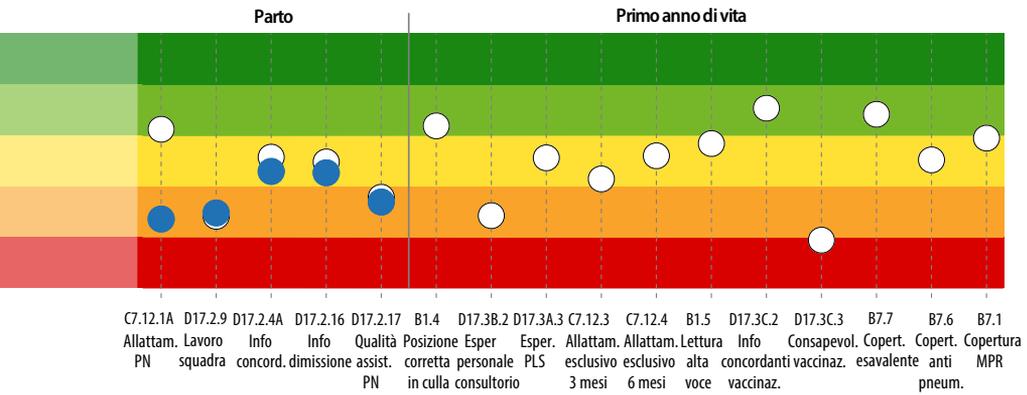
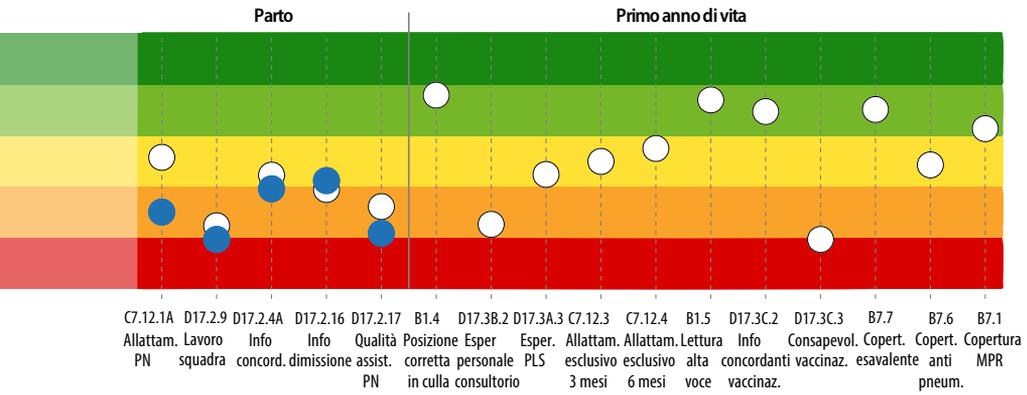
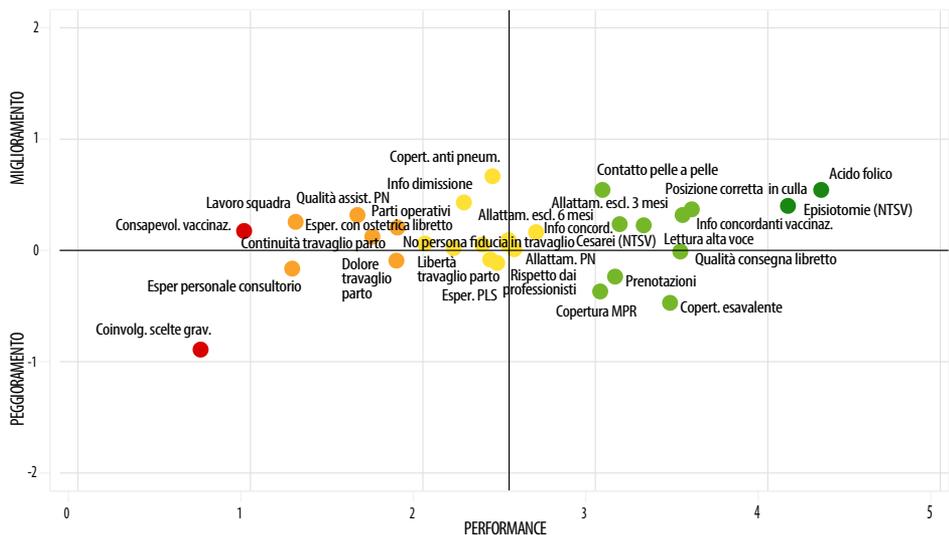
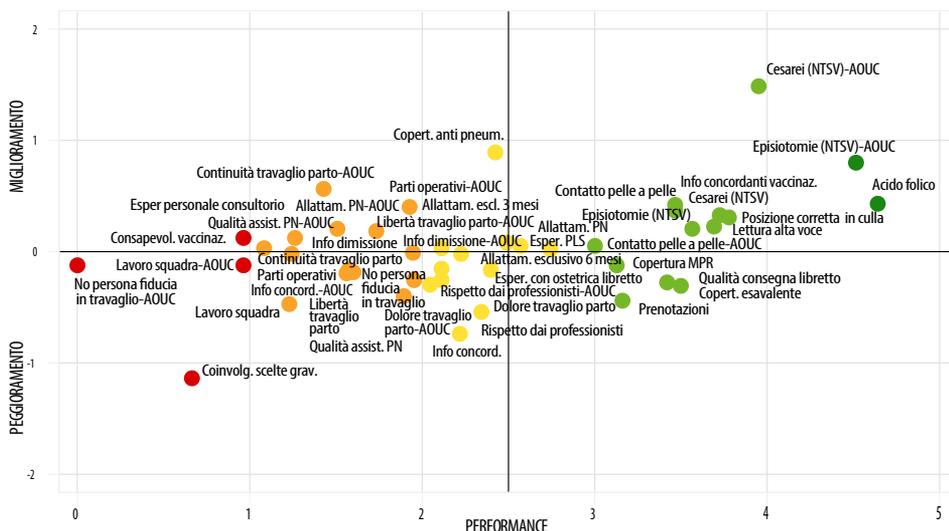


Figura 15. Mappe di performance del percorso materno-infantile in Toscana e nelle Aree vaste – anno 2021

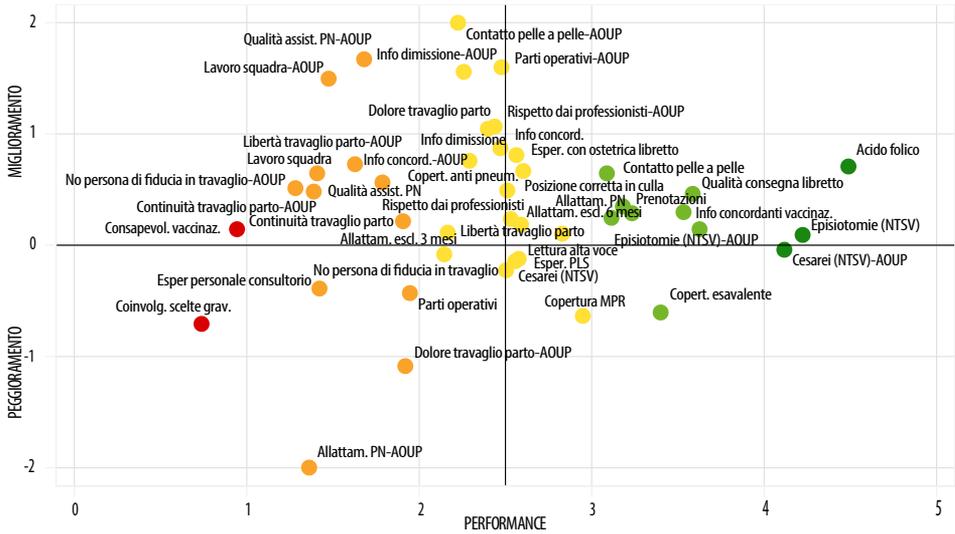
Percorso materno-infantile - Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021



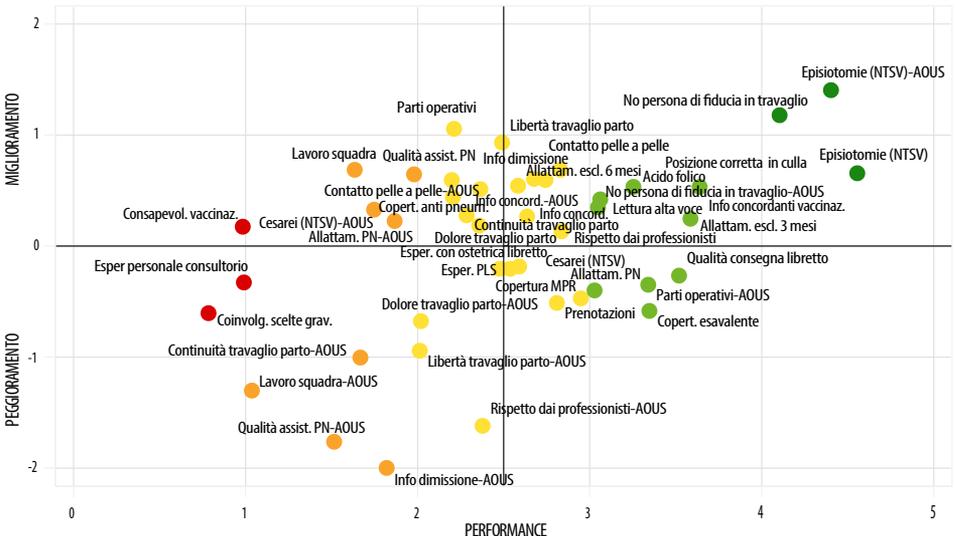
Percorso materno-infantile - Mappa Performance/Trend - Area vasta Centro - Anno 2021



Percorso materno-infantile - Mappa Performance/Trend - Area vasta Nord-ovest - Anno 2021



Percorso materno-infantile - Mappa Performance/Trend - Area vasta Sud-est - Anno 2021

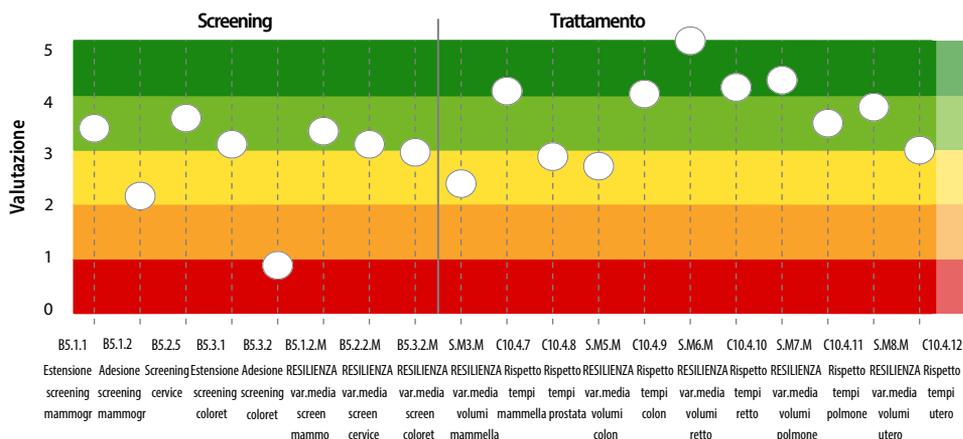


Il percorso oncologico

Il percorso oncologico riguarda la prevenzione, diagnosi e gestione dei tumori secondo una lettura integrata degli indicatori di accessibilità, tempestività e qualità delle cure lungo le principali fasi del percorso assistenziale. Tra le fasi del percorso oncologico, la prima è quella dello screening, che presenta indicatori che misurano l'estensione e l'adesione ai programmi di screening oncologico (mammella, cervice e colon retto) per la diagnosi precoce.

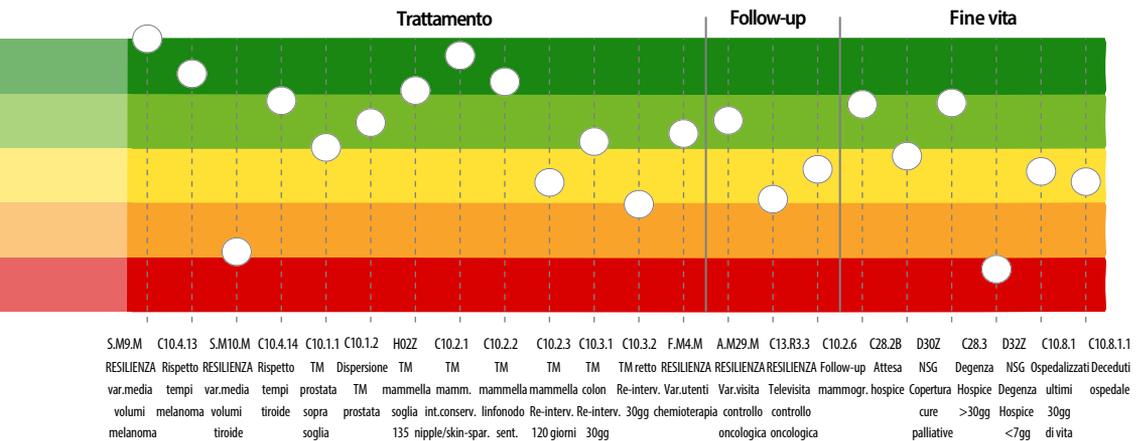
Le fasi centrali del percorso oncologico comprendono: diagnosi, trattamento, follow-up e fine vita. La fase di diagnosi è analizzata da un solo indicatore sull'appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali, che anche per l'anno corrente è di osservazione e dunque non incluso nel pentagramma. La fase di trattamento monitora gli indicatori relativi ai tempi d'attesa per la chirurgia oncologica, seguendo l'impostazione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (Pngla) per il triennio 2019-2021. Sempre nella fase di trattamento, sono inclusi gli indicatori relativi ai volumi d'intervento e alla concentrazione (dispersione) della casistica per il tumore maligno alla mammella e alla prostata, seguendo l'impostazione delle comunità scientifiche di settore e della normativa ministeriale (Dm 70 del 2015 - aggiornato con l'applicazione della tolleranza al 10% della casistica per il tumore maligno alla mammella) e dalle delibere regionali (Dgr Toscana 272/2014 e Dgr Toscana 982/2014). Sono presenti indicatori di qualità del percorso chirurgico per le pazienti con tumore maligno al seno e indicatori di outcome per i pazienti con tumore maligno al retto e colon. La fase del follow-up prevede il monitoraggio delle donne che ricevono una mammografia tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento chirurgico primario. L'indicatore, tuttavia, potrebbe sottostimare l'aderenza al follow-up visto che non include la diagnostica effettuata presso le strutture private.

Figura 16. Pentagrammi del percorso oncologico in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2021



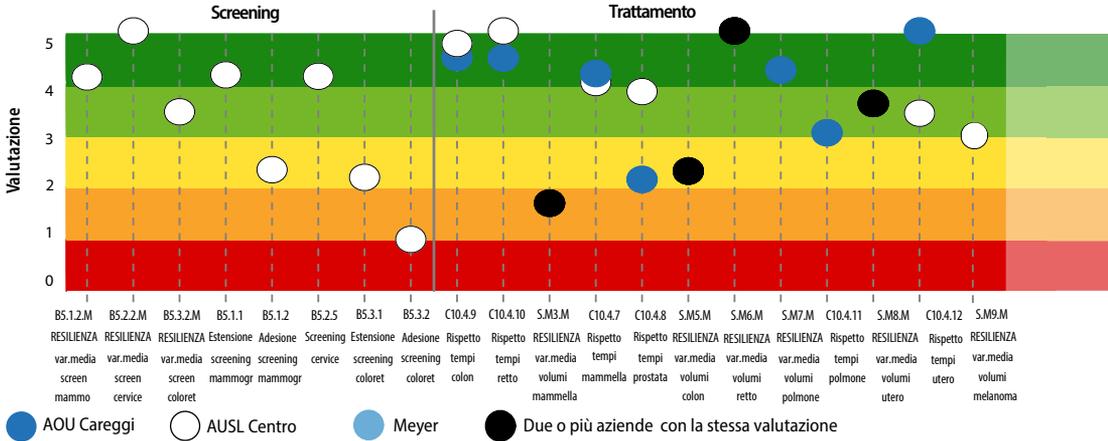
Completano la valutazione del percorso gli indicatori del fine vita e delle cure palliative, valutando l'efficienza dei servizi, secondo le linee guida ministeriali (Dm 43 del 2007 e da quanto introdotto dal Nuovo sistema di garanzia), per i pazienti in fase terminale (assistenza domiciliare, capacità di presa in carico degli hospice e appropriatezza). Si aggiungono in questa edizione due indicatori sulla qualità del fine vita, con il monitoraggio della percentuale di pazienti oncologici con accesso in ospedale nell'ultimo mese di vita e della percentuale che decede in ospedale.

Si riconfermano gli indicatori di resilienza che monitorano la capacità della rete oncologica di mantenere l'erogazione dei servizi in periodo di emergenza pandemica. Si tratta di indicatori sui volumi di attività erogata per gli screening, gli interventi chirurgici, le visite oncologiche di controllo, nonché i farmaci chemioterapici.

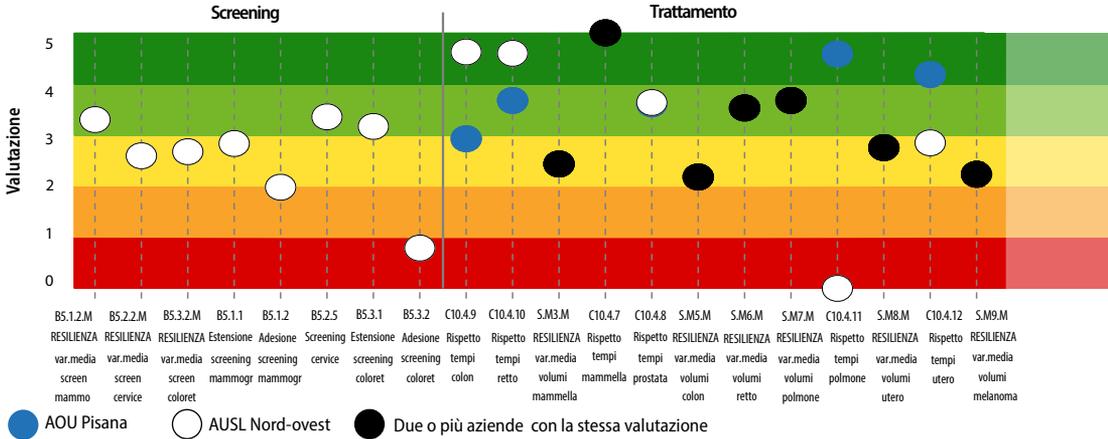


I risultati in sintesi dei percorsi assistenziali attraverso i pentagrammi

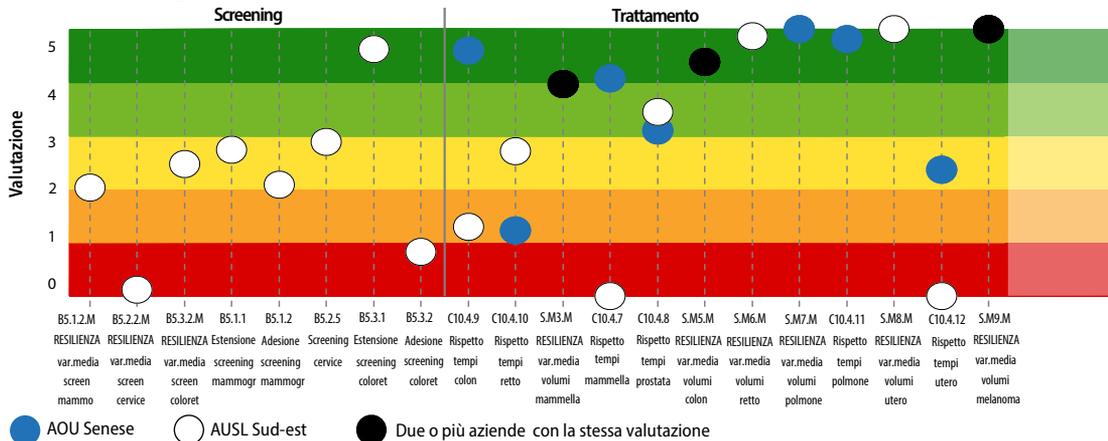
Percorso oncologico - Area vasta Centro

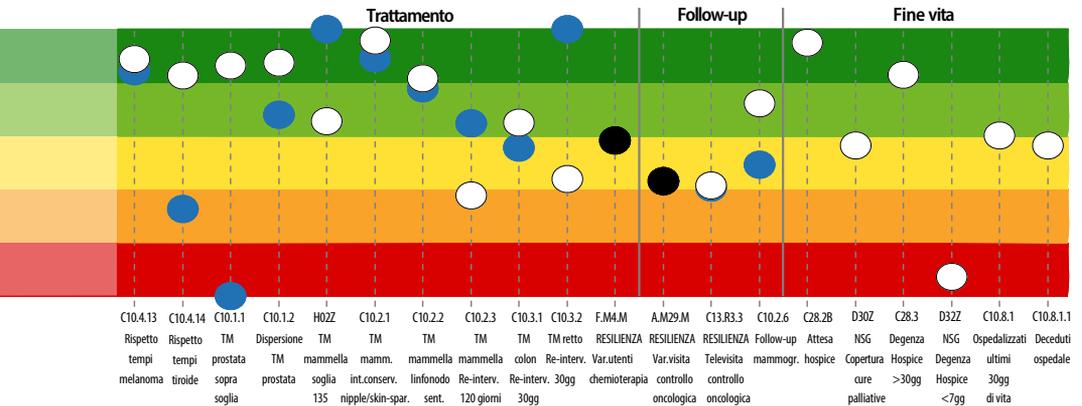
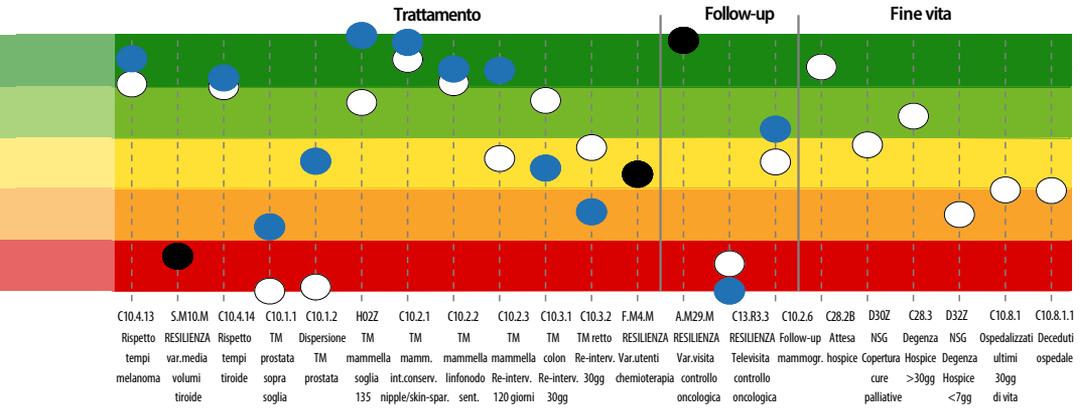
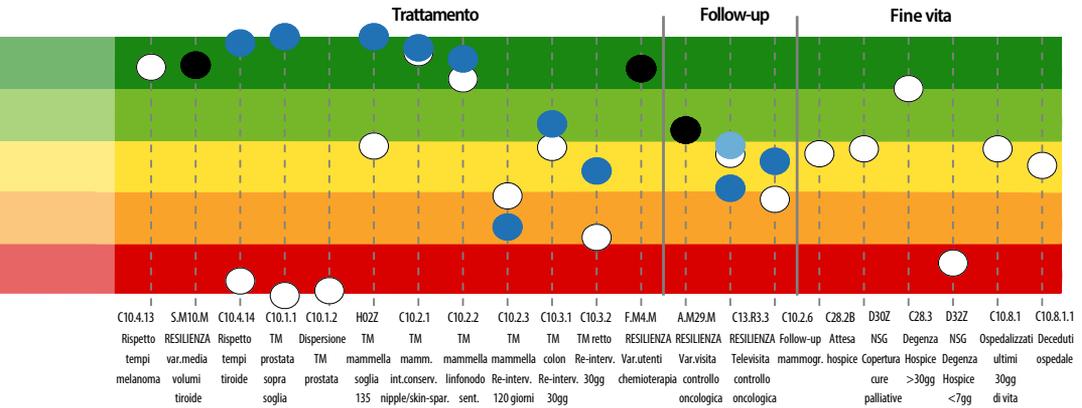


Percorso oncologico - Area vasta Nord-ovest

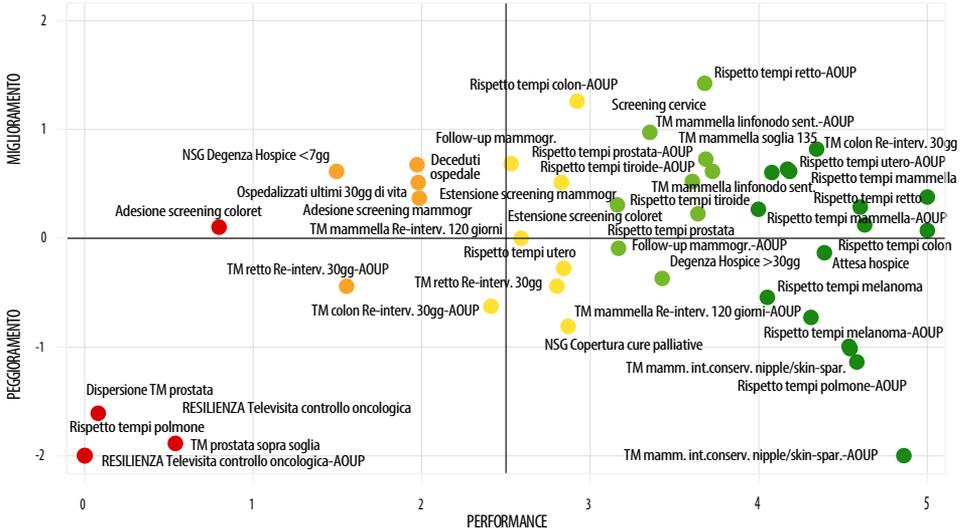


Percorso oncologico - Area vasta Sud-est

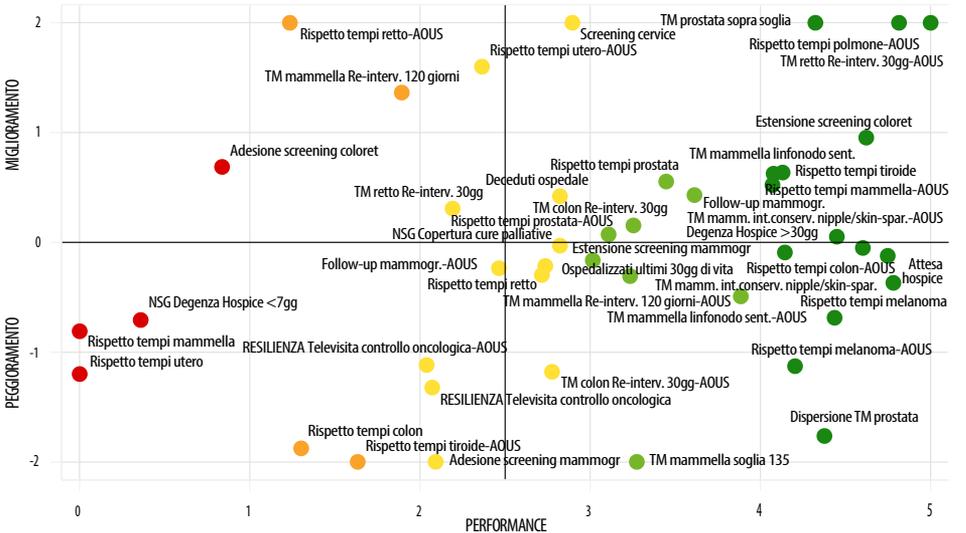




Percorso oncologico - Mappa Performance/Trend - Area vasta Nord-ovest - Anno 2021



Percorso oncologico - Mappa Performance/Trend - Area vasta Sud-est - Anno 2021

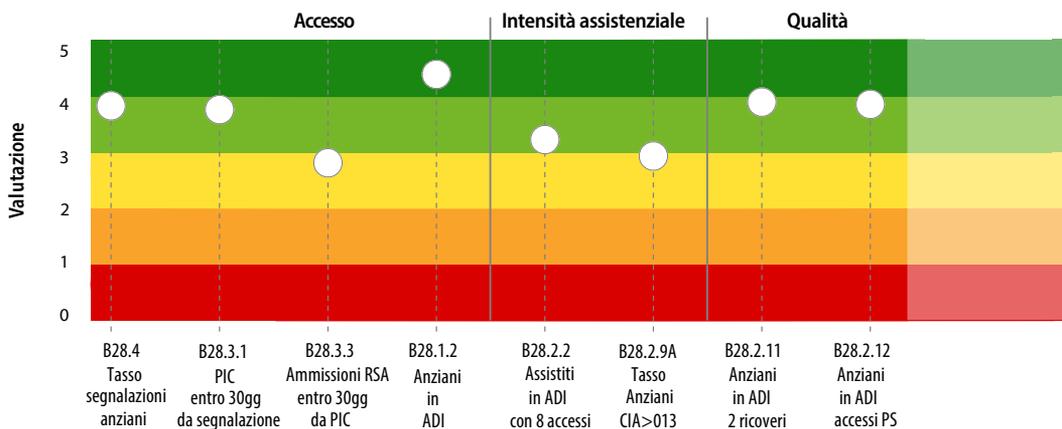


Il percorso assistenza domiciliare e residenziale

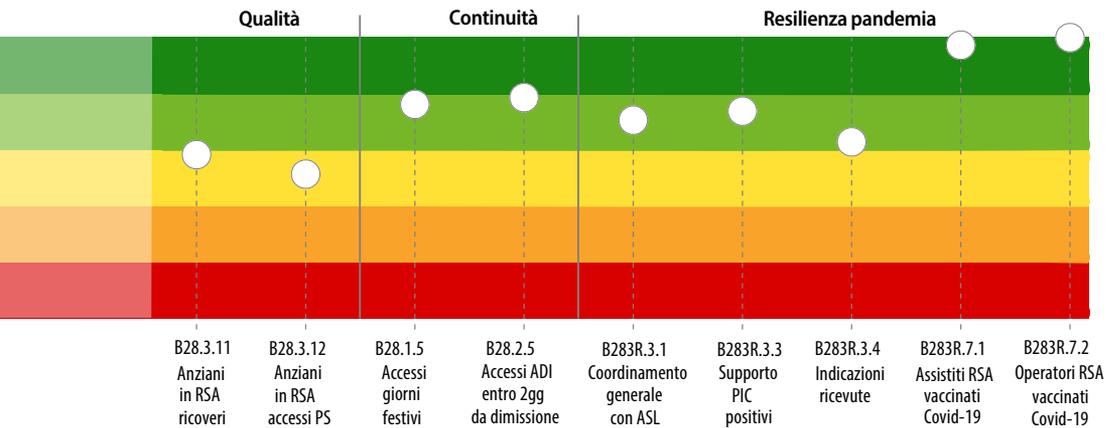
Il percorso riguarda le cure domiciliari sanitarie e sociosanitarie (si esclude quindi l'assistenza sociale, perché non rilevata dai flussi amministrativi) e l'assistenza residenziale nelle Rsa per i moduli base temporanei e permanenti, erogata dal servizio socio-sanitario regionale (solo posti letto convenzionati).

Il percorso si articola lungo le seguenti fasi: 1. l'accesso, misurato in termini di copertura delle segnalazioni e dell'assistenza domiciliare e residenziale, comprensiva anche dei tempi previsti dalla legge regionale 66/2008; 2. l'intensità assistenziale nell'erogazione, in termini di numero di accessi domiciliari, sia in valori assoluti che in relazione alla presa in carico; 3. la qualità del percorso, attraverso indicatori proxy; 4. la continuità della presa in carico, considerando la tempestività della presa in carico tra *setting* diversi e 5. la resilienza rispetto alla pandemia. Ad eccezione della fase dedicata alla resilienza, gli indicatori sono alimentati dai flussi amministrativi relativi all'assistenza domiciliare e residenziale (RFC115 e 118) e fanno riferimento alla popolazione anziana.

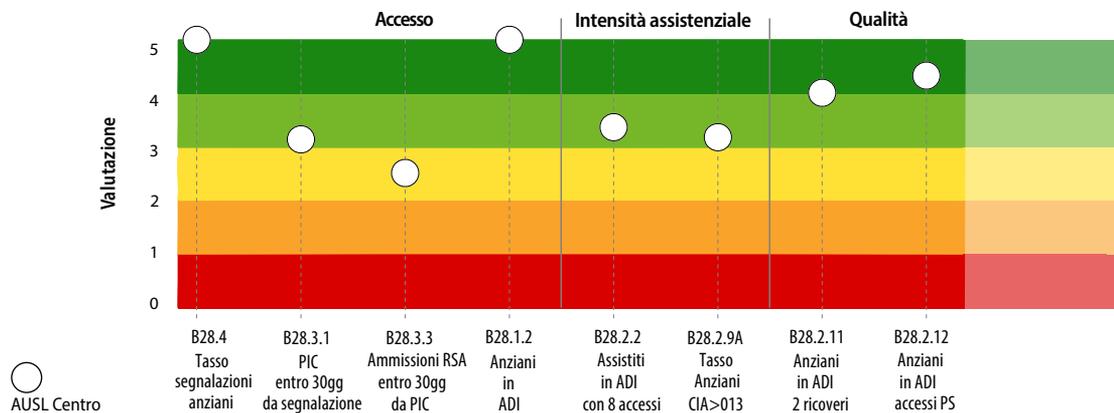
Figura 18. Pentagrammi del percorso assistenza domiciliare e residenziale in Toscana e nelle Ausl – anno 2021



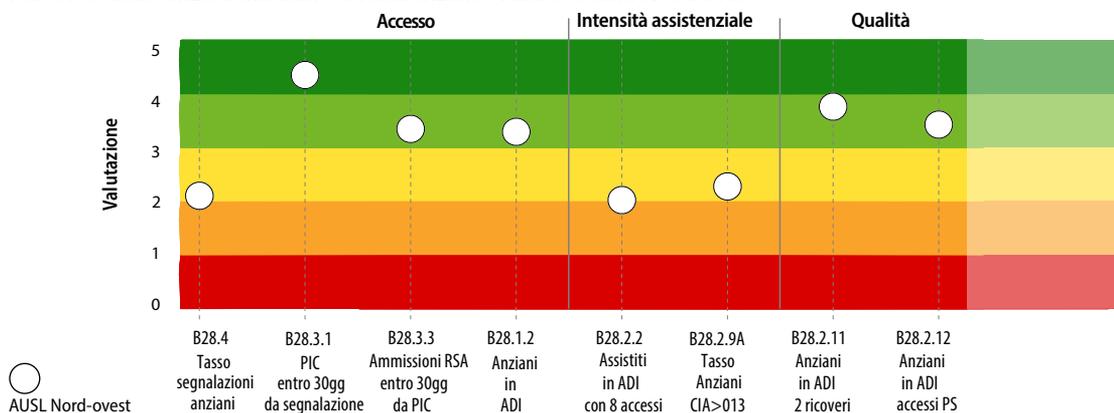
Tale percorso presenta alcune particolarità rispetto agli altri. In primis, non è un percorso “patologia-dipendente”, ma fa riferimento alle diverse fasi e dimensioni di cura che riflettono i macro-snodi per la riuscita di un percorso efficiente e di qualità. Inoltre, il livello di governo, che è garantito nelle sue componenti e fasi principali dalle Zone-distretto. Gli indicatori sono calcolati per Zona-distretto di presa in carico, in maniera tale da monitorare il percorso attraverso il servizio che sta programmando e gestendo il caso. Altra particolarità che lo contraddistingue, in questa edizione, è la presenza di una fase interamente dedicata alla resilienza del sistema rispetto alla pandemia. Gli indicatori di resilienza inseriti nel percorso riguardano l'assistenza residenziale e sono alimentati dalla sezione Covid-19, predisposta dal Laboratorio MeS nell'ambito della mappatura Rsa 2020/21 (prevista dalla dgr Toscana n. 496 del 2013). Gli aspetti presi in considerazione dagli indicatori di resilienza riguardano la capacità di tenere sotto controllo l'andamento della pandemia, in termini sia di soddisfazione da parte dei responsabili delle Rsa del supporto ricevuto dalle Asl e dal dipartimento regionale sulla tempestività, chiarezza e completezza delle indicazioni ricevute.



Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Ausl Toscana Centro



Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Ausl Toscana Nord-ovest



Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Ausl Toscana Sud-est

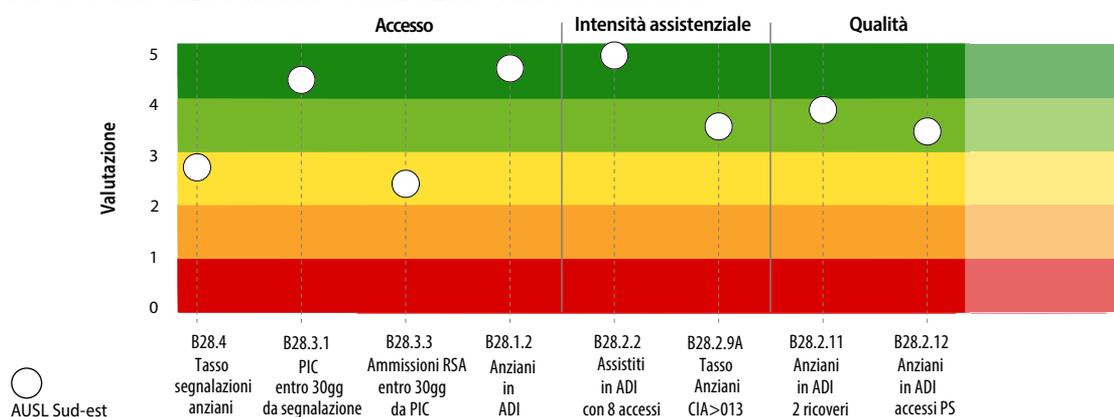
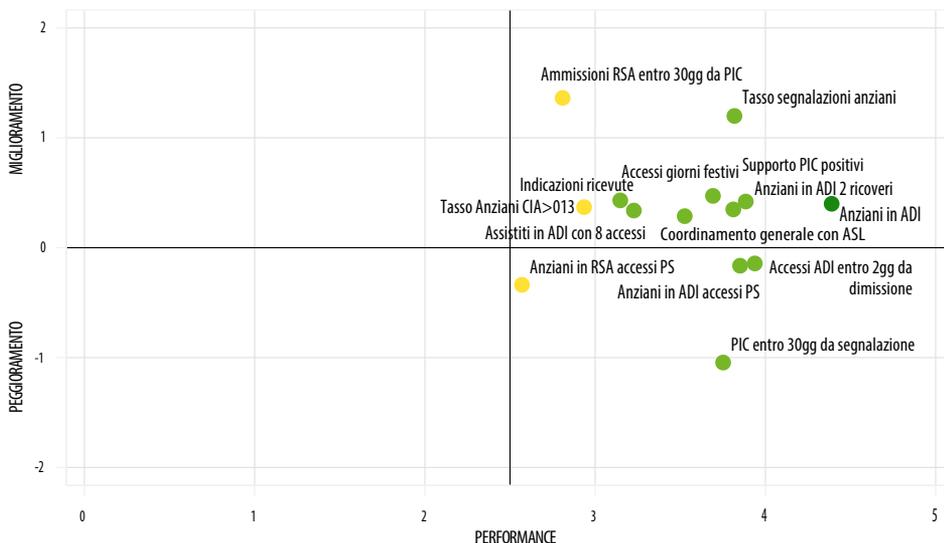
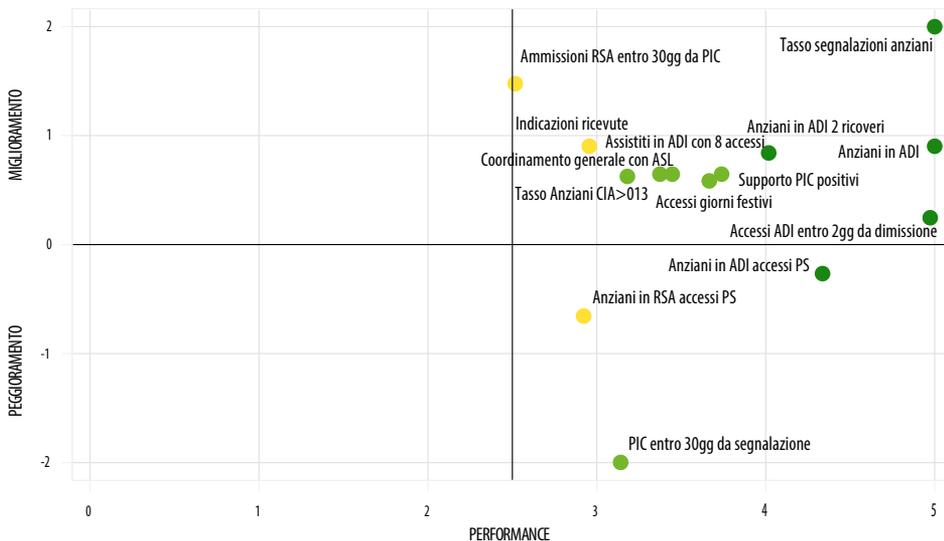


Figura 19. Mappe di performance del percorso assistenza domiciliare in Toscana e nelle Ausl - anno 2021

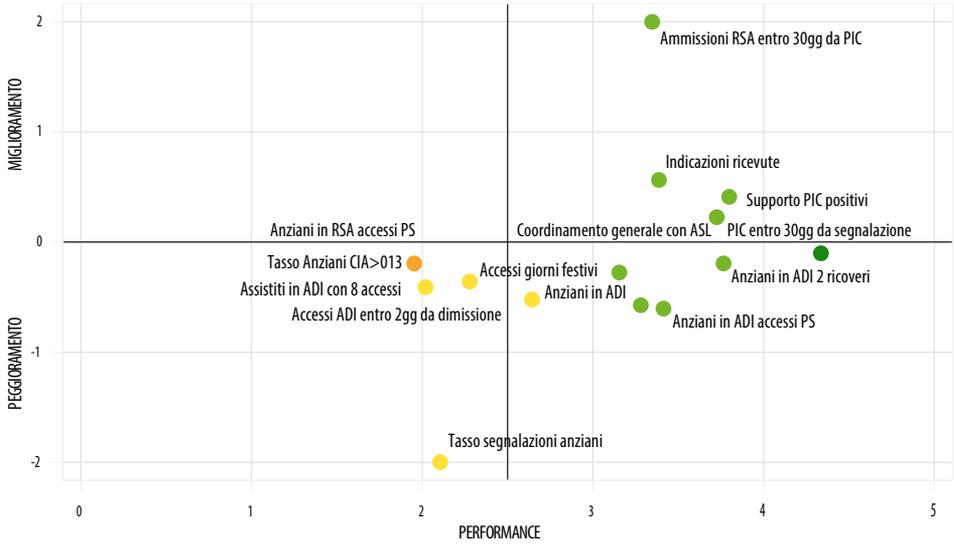
Percorso assistenza domiciliare - Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021



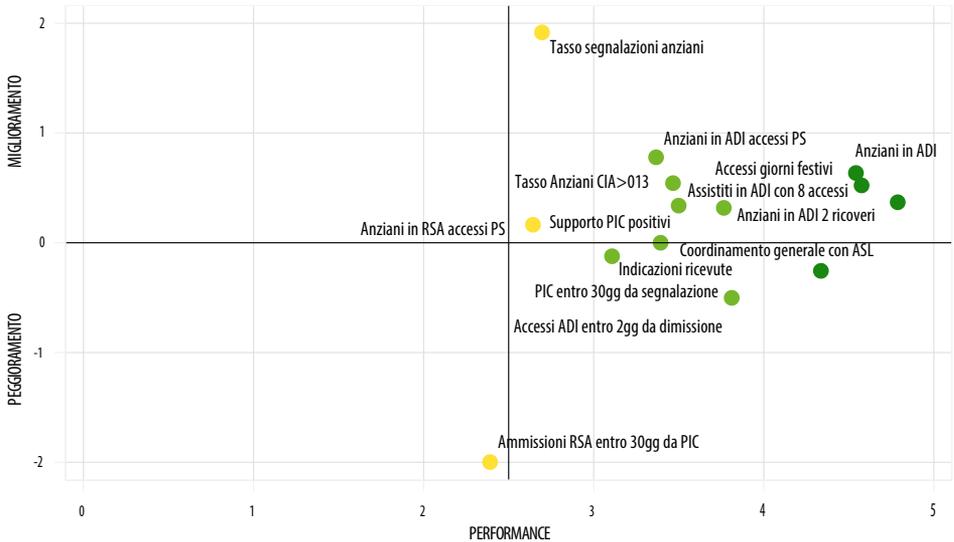
Percorso assistenza domiciliare - Mappa Performance/Trend - Ausl Centro - Anno 2021



Percorso assistenza domiciliare - Mappa Performance/Trend - Ausl Nord-ovest - Anno 2021



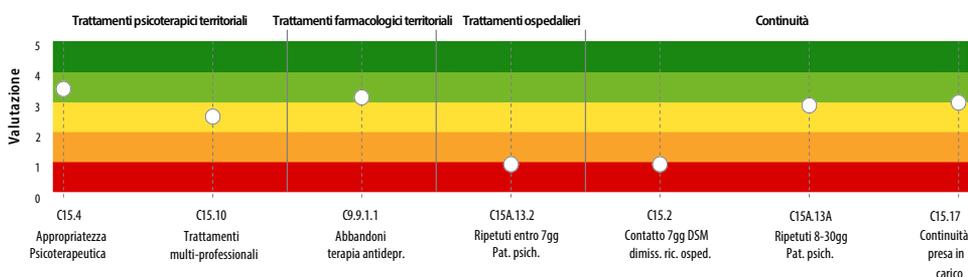
Percorso assistenza domiciliare - Mappa Performance/Trend - Ausl Sud-est - Anno 2021



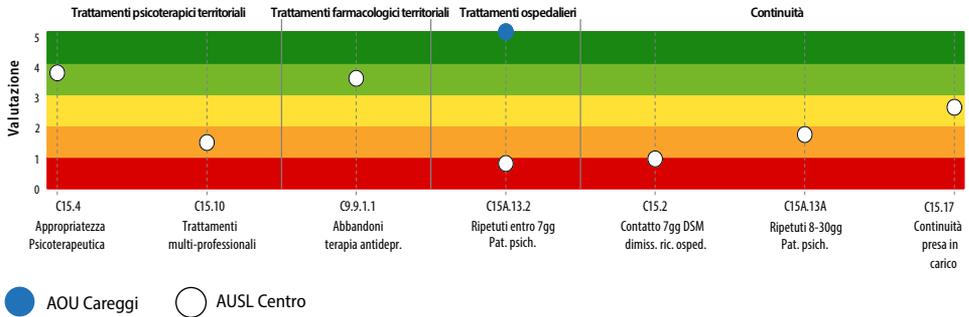
Il percorso salute mentale

La presa in carico dei pazienti con disturbi di salute mentale necessita di una fondamentale collaborazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali. Inoltre, lo status di cronicità dei pazienti e la complessità associata ad alcuni percorsi assistenziali implicano tempistiche e modalità di intervento, coordinamento e integrazione da parte dell'assistenza territoriale e quella ospedaliera diversificate a seconda del profilo di salute dei pazienti (multimorbilità, fase cronica o acuta, etc.) e del profilo sociale. Ciascun paziente può essere sottoposto a trattamenti farmacologici o psicoterapici, o entrambi, e può vivere momenti di acuzie durante il percorso. Alla luce di tali caratteristiche, il set di indicatori ricompresi per la valutazione del percorso salute mentale è organizzato per macro-fasi della presa in carico (trattamenti psicoterapici territoriali, trattamenti farmacologici territoriali, trattamenti ospedalieri, continuità). Vengono incluse misure di valutazione della performance ospedaliera nella fase acuta e del coordinamento con i servizi territoriali per la garanzia di presa in carico della persona e della continuità assistenziale per coloro che passano dalla fase acuta a quella post-acuta. Anche per quest'anno gli indicatori sulle ospedalizzazioni sono esclusi dalla valutazione a causa dei bias legati alla diffusione della pandemia da Covid-19. Sono state, invece, aggiunte misure di valutazione sulla continuità della presa in carico intesa in termini di percorso individuale del paziente.

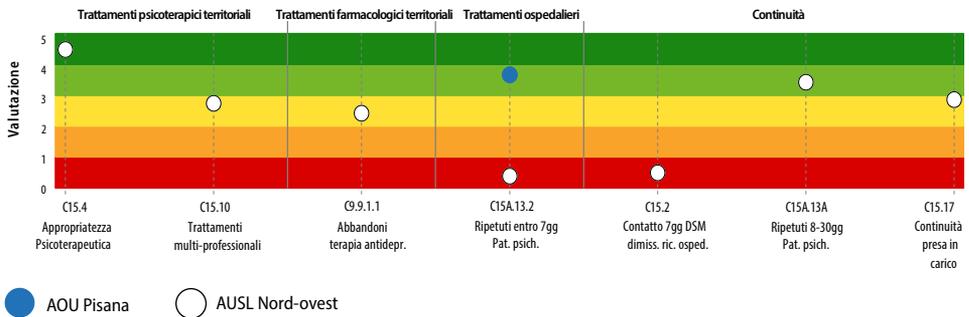
Figura 20. Pentagrammi del percorso salute mentale in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2021



Percorso salute mentale - Area vasta Centro



Percorso salute mentale - Area vasta Nord-ovest



Percorso salute mentale - Area vasta Sud-est

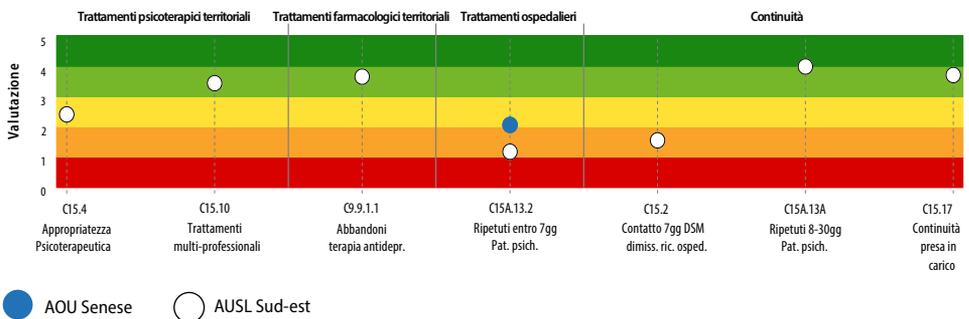
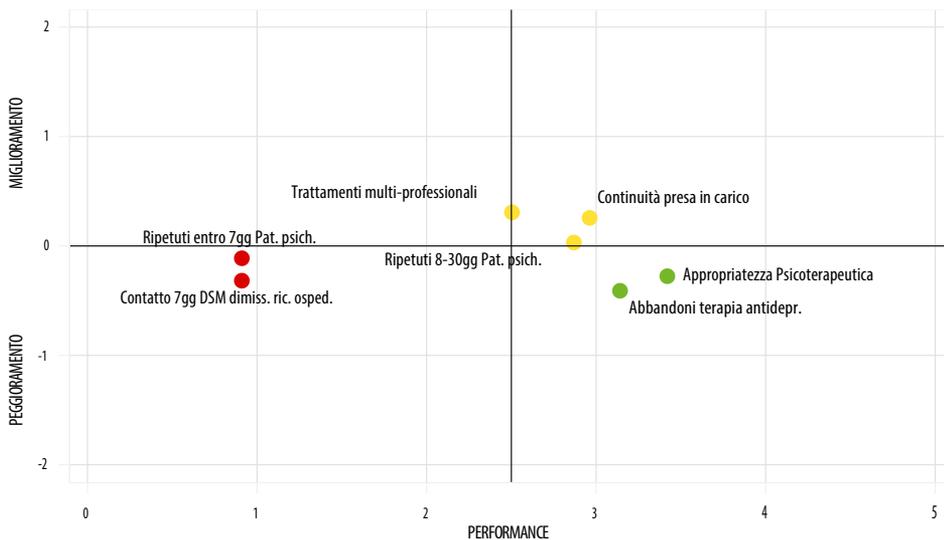
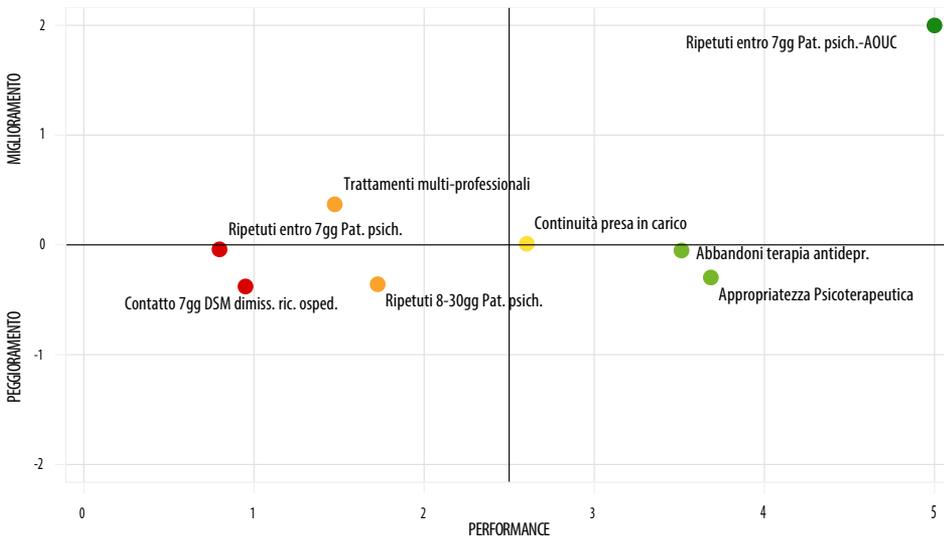


Figura 21. Mappe di performance del percorso salute mentale in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2021

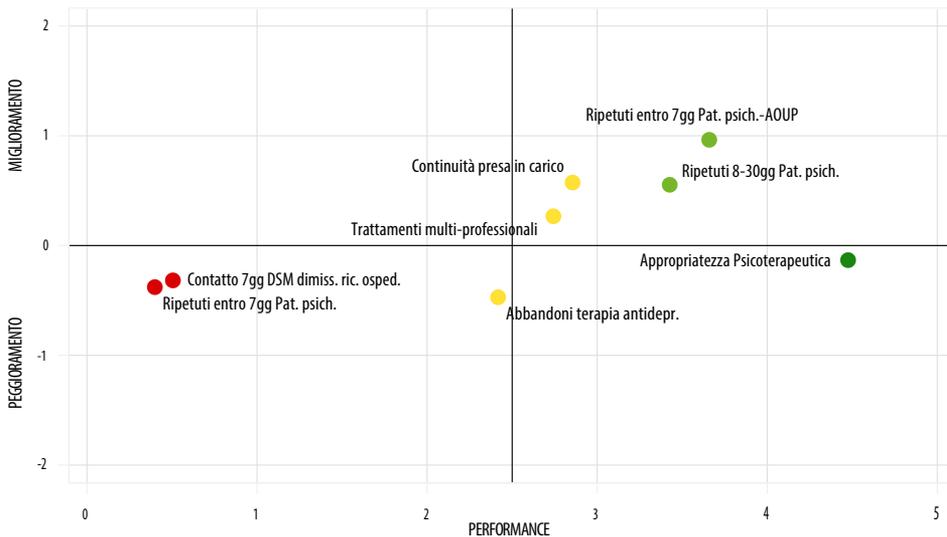
Percorso salute mentale - Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021



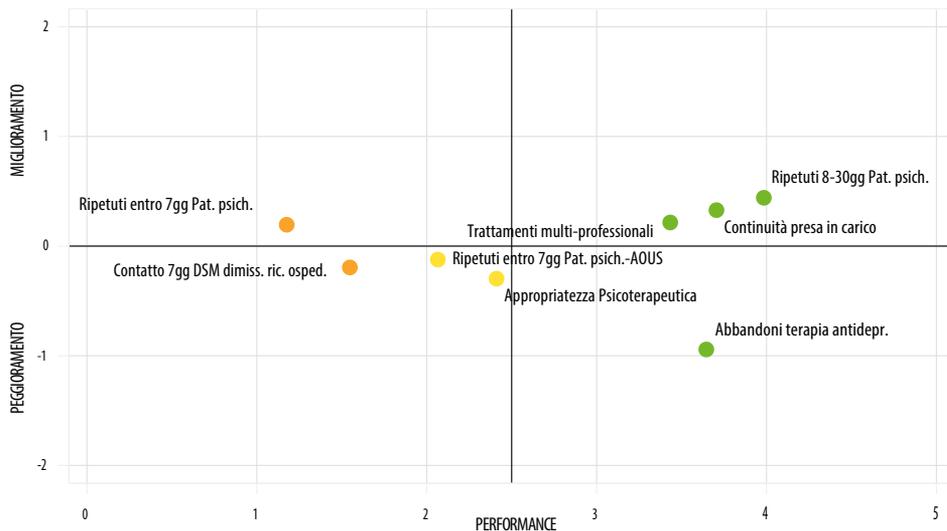
Percorso salute mentale - Mappa Performance/Trend - Area vasta Centro - Anno 2021



Percorso salute mentale - Mappa Performance/Trend - Area vasta Nord-ovest - Anno 2021



Percorso salute mentale - Mappa Performance/Trend - Area vasta Sud-est - Anno 2021

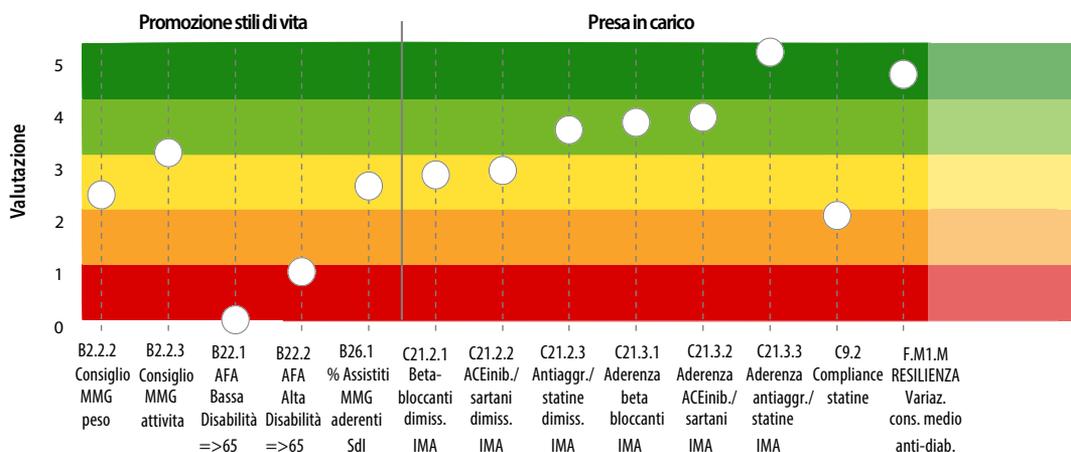


Il percorso cronicità

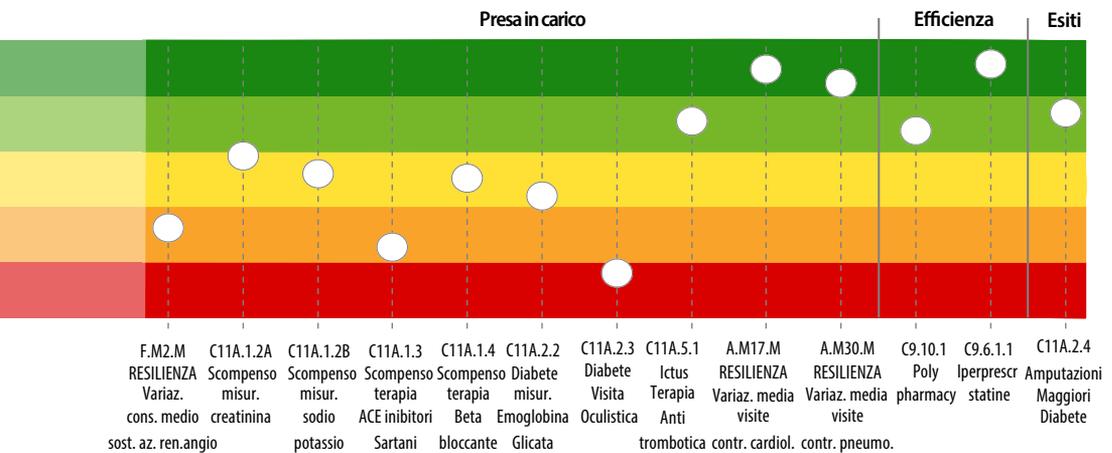
Il percorso cronicità raggruppa un set di indicatori con l'obiettivo di sottolineare la visione di un sistema di cure incentrato sulla persona con patologia cronica e sulle diverse fasi di presa in carico assistenziale. L'ambito della cronicità è in progressiva crescita e richiede sempre più una continuità dell'assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari. Tale complessità è emersa ancor più chiaramente a seguito delle difficoltà intervenute dopo l'avvento della pandemia di Covid-19 rispetto alla gestione delle patologie croniche. Come sottolineato nel Piano nazionale della cronicità (Pnc), la formulazione dei percorsi di presa in carico di tali patologie ha l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i diversi e classici livelli assistenziali (prevenzione, assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera, riabilitazione), "dando origine a un continuum che include l'individuazione di specifici snodi (clinici e non clinici) da parte di ogni attore assistenziale o del team in rapporto all'obiettivo di salute prefissato".

Gli indicatori qui raccolti fanno riferimento ad alcune tra le principali patologie croniche, ovvero diabete mellito, scompenso cardiaco, ictus, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco), e sono suddivisi in 4 fasi: promozione degli stili di vita, presa in carico, efficienza ed esiti. In questa edizione del rapporto non viene inclusa la fase delle ospedalizzazioni evitabili in quanto gli indicatori legati alle attività di ricovero ospedaliero sono considerati di osservazione dato l'impatto della pandemia da Covid-19.

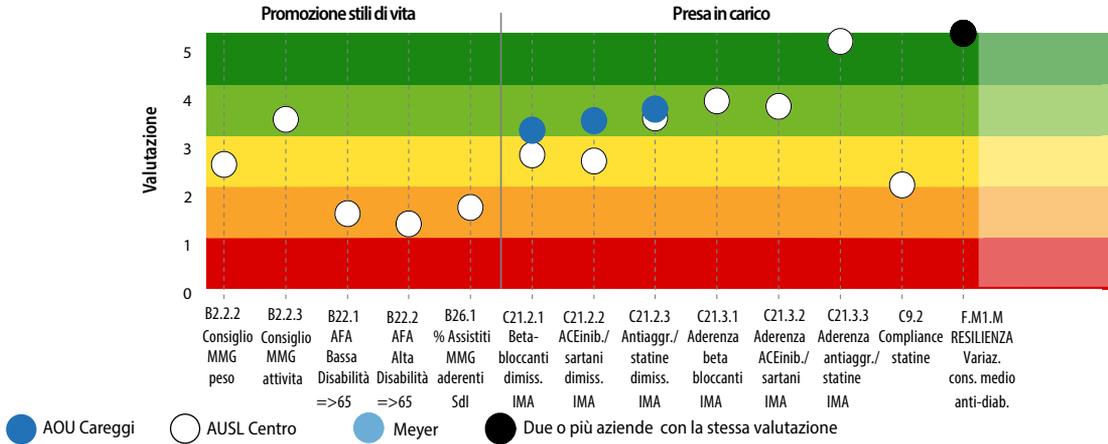
Figura 22. Pentagrammi del percorso cronicità in Toscana e nelle Aree vaste – anno 2021



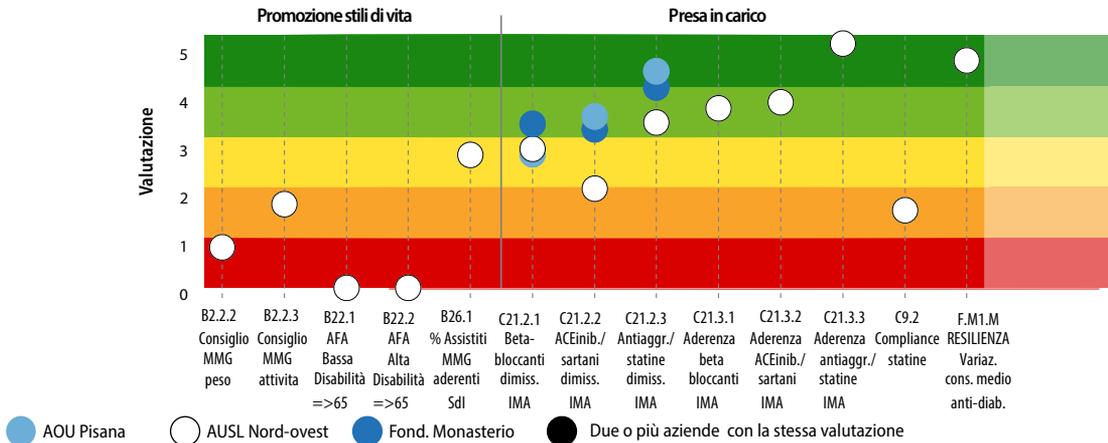
La fase di promozione degli stili di vita è rappresentata dagli indicatori relativi al ruolo del medico di medicina generale (Mmg) nella promozione degli stili di vita, dagli indicatori sull'attività fisica adattata (Afa) e dall'indicatore che monitora la percentuale di assistiti che sono in carico a Mmg aderenti ai moduli della Sanità d'iniziativa. La fase di presa in carico comprende indicatori di processo di alcuni percorsi cronici (scompenso cardiaco, diabete mellito, ictus) che misurano l'adesione alle principali terapie (beta-bloccanti, ace-inibitori/sartani, antiaggreganti/statine), visite ed esami di follow-up secondo le linee guida cliniche di patologia; la fase di presa in carico include inoltre gli indicatori di resilienza, al fine di monitorare la capacità di mantenimento dei livelli di erogazione del 2019 (pre-pandemia) nel corso del 2021. La fase dell'efficienza comprende: l'indicatore "Polypharmacy", che valuta l'assunzione da parte di un medesimo paziente (over 75) di più di 5 classi farmaceutiche contemporaneamente in un mese indice e l'indicatore sull'iperprescrizione di statine, volto a misurare l'appropriatezza prescrittiva di queste molecole, ampiamente usate per il trattamento delle patologie considerate. La fase degli esiti comprende l'indicatore che valuta il tasso di amputazioni maggiori in diabete mellito complicato al fine di valutare l'organizzazione complessiva del percorso assistenziale e la tempestività delle cure.



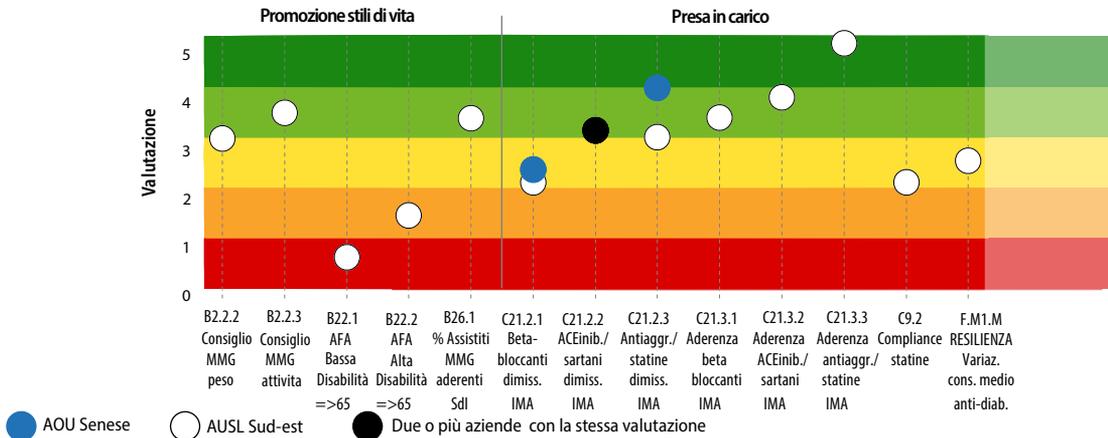
Percorso cronicità - Area vasta Centro



Percorso cronicità - Area vasta Nord-ovest



Percorso cronicità - Area vasta Sud-est



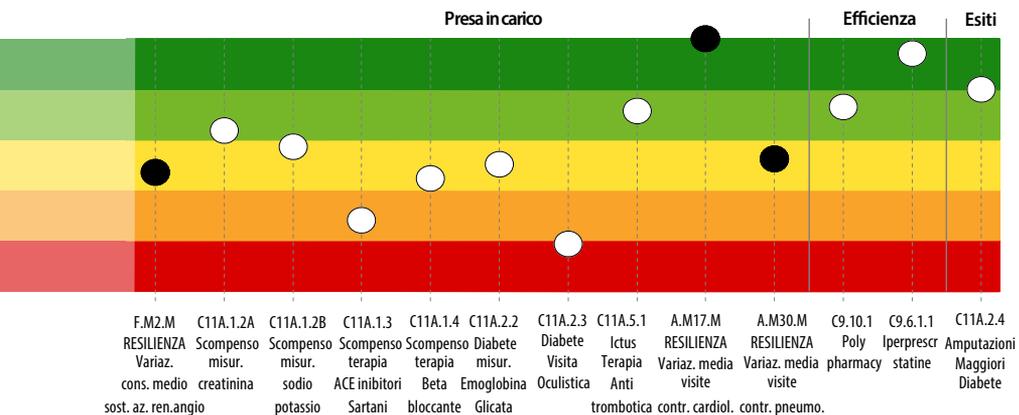
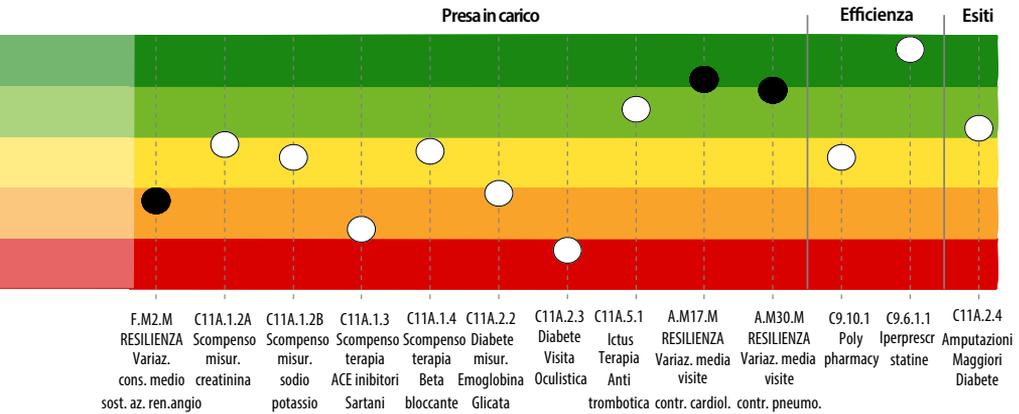
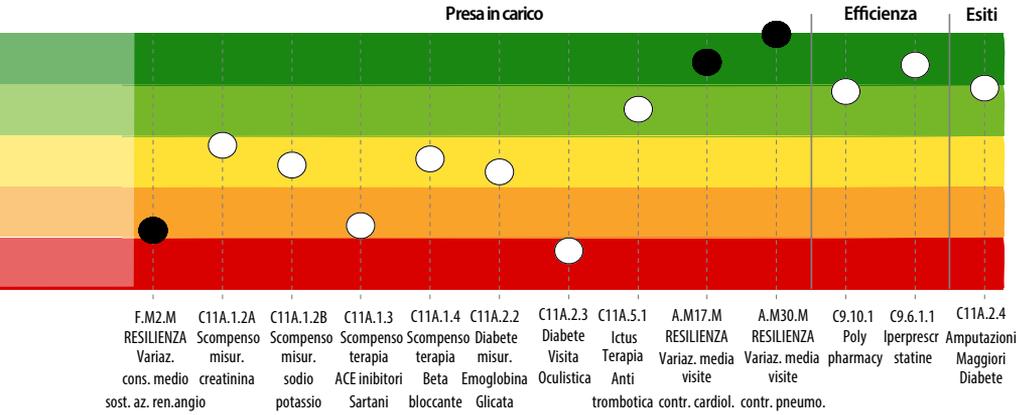
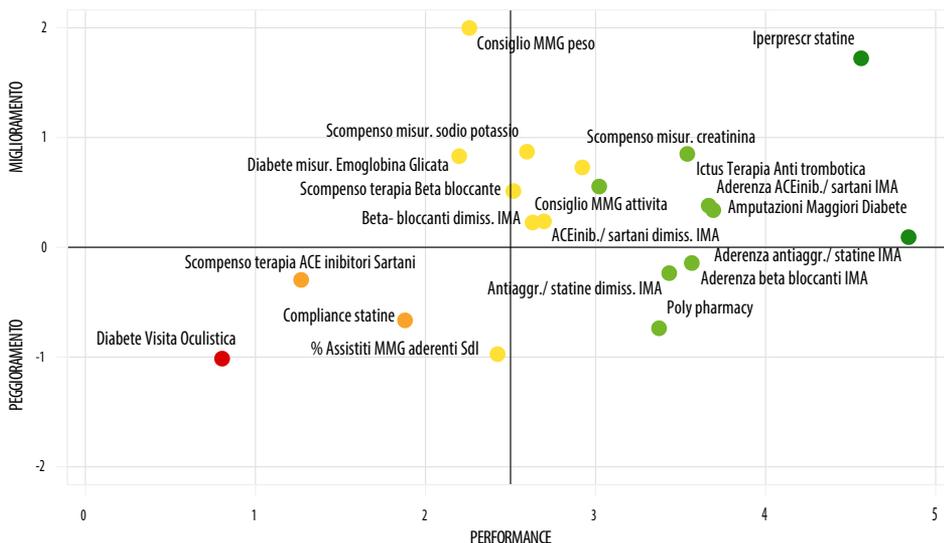
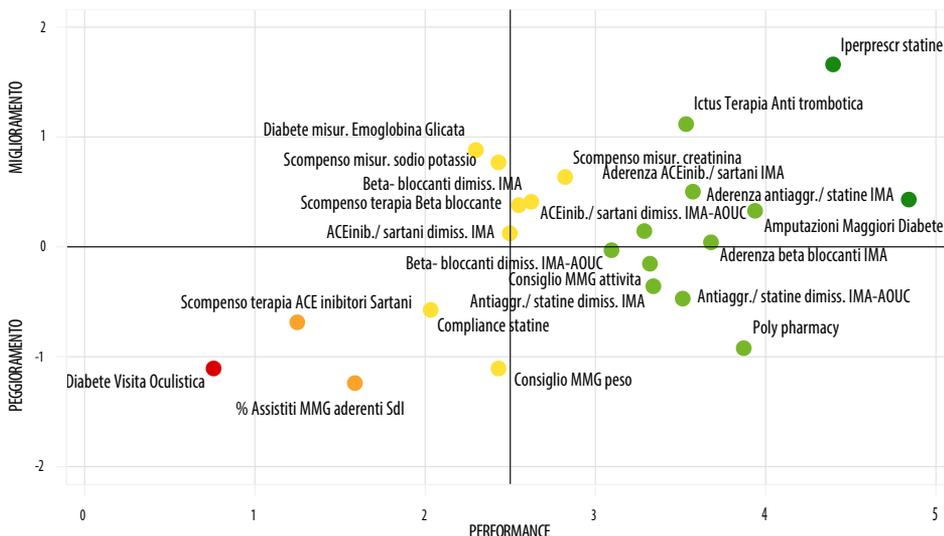


Figura 23. Mappe di performance del percorso cronicità in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2021

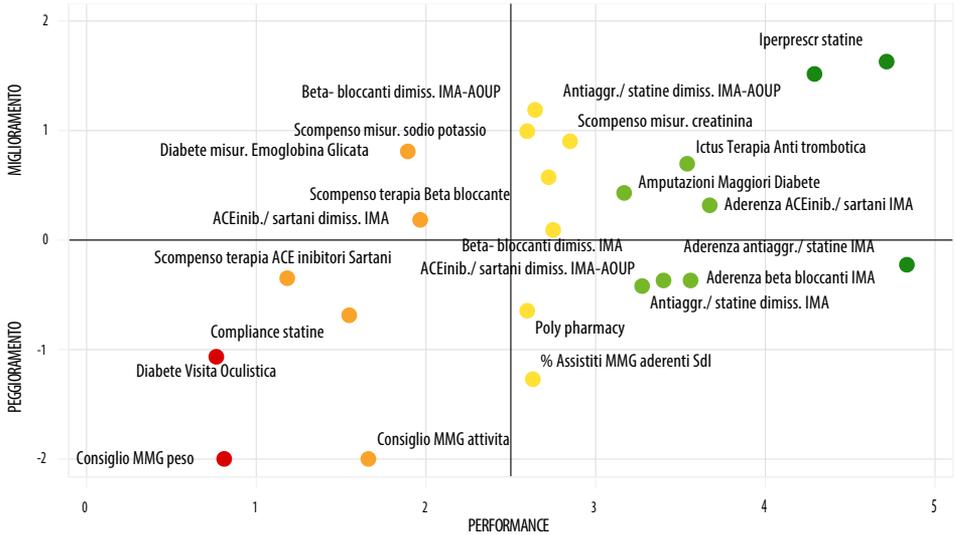
Percorso cronicità - Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021



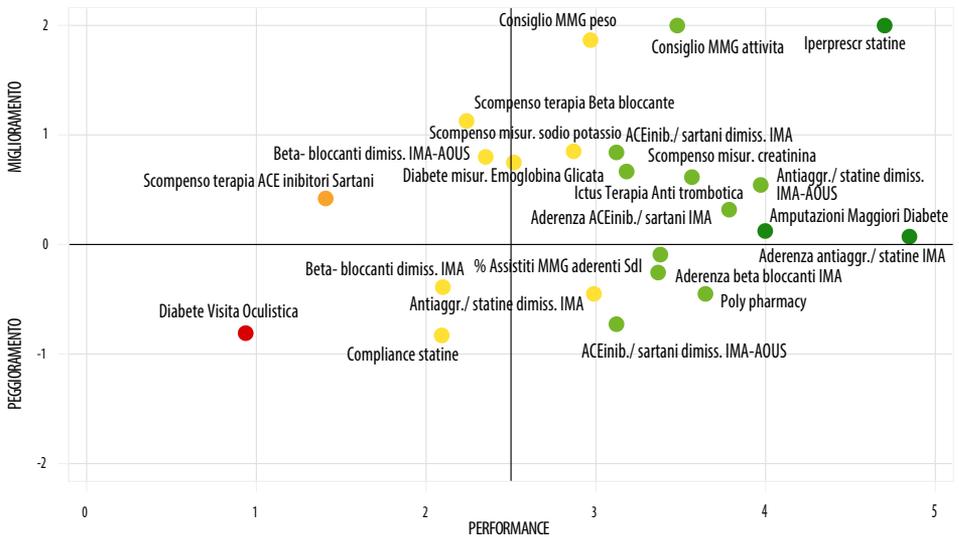
Percorso cronicità - Mappa Performance/Trend - Area vasta Centro - Anno 2021



Percorso cronicità - Mappa Performance/Trend - Area vasta Nord-ovest - Anno 2021



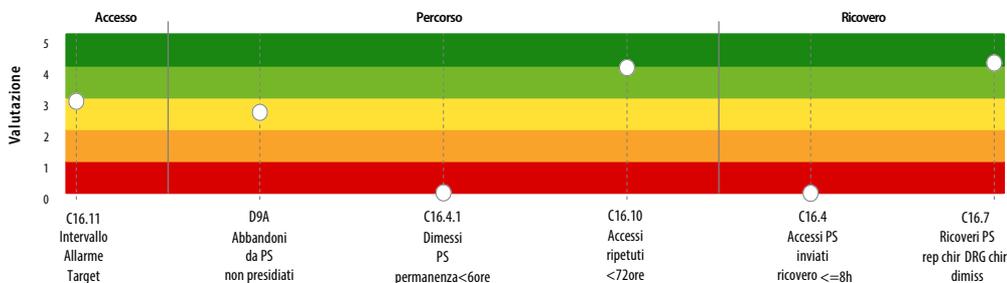
Percorso cronicità - Mappa Performance/Trend - Area vasta Sud-est - Anno 2021



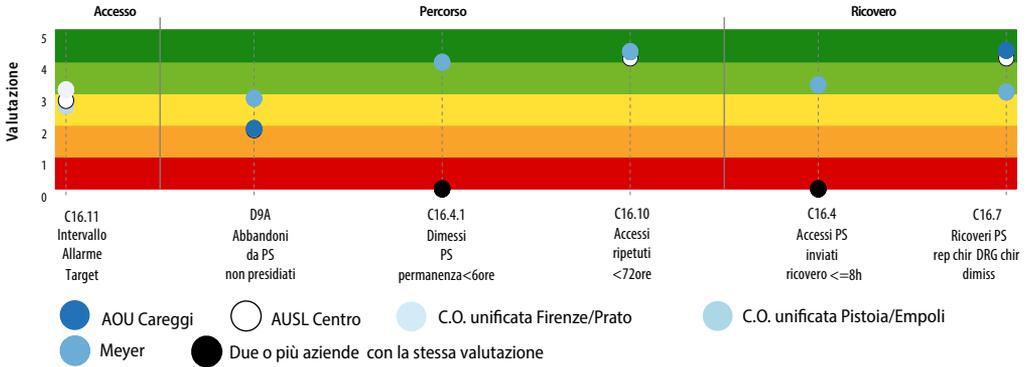
Il percorso emergenza-urgenza

Il servizio di emergenza-urgenza mira a garantire agli utenti interventi sanitari immediati (emergenza) e interventi sanitari pronti (urgenza) in caso di necessità. Nel pentagramma dedicato al percorso dell'emergenza-urgenza vengono ripercorse dunque le fasi vissute dal cittadino, che si trova a usufruire di tale servizio sanitario, valutandone alcuni elementi cruciali, quali: l'accesso, il percorso di cura all'interno del Ps e l'eventuale ricovero. Nella fase di accesso, attraverso l'indicatore "intervallo allarme-target", è misurata la tempestività di arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto. Gli indicatori sulla percentuale degli abbandoni non presidiati prima o dopo la visita medica, sulla percentuale di pazienti dimessi a domicilio o verso strutture ambulatoriali entro 6 ore e sulla percentuale di pazienti che effettuano un nuovo accesso in Ps entro 72 ore sono utilizzati per monitorare la qualità del percorso assistenziale nel suo complesso. Infine, per i pazienti inviati a ricovero, si valuta quanti hanno avuto un tempo di permanenza in Ps inferiore alle 8 ore e qual è la percentuale di ricoveri da Ps in reparti chirurgici con Drg chirurgico alla dimissione, indicatori che riguardano l'organizzazione dell'ospedale (e non solo del pronto soccorso) per il percorso d'emergenza-urgenza. Pertanto, il pentagramma dell'emergenza-urgenza non valuta solo l'attività svolta dal Ps, bensì l'attività dell'intero sistema: dall'attività territoriale del 112 a quella ospedaliera.

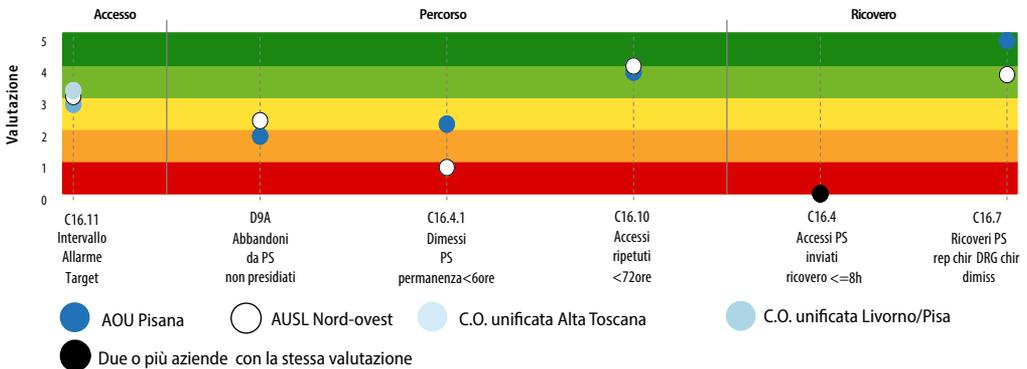
Figura 24. Pentagrammi del percorso emergenza-urgenza in Toscana e nelle Aree vaste – anno 2021



Percorso emergenza-urgenza - Area vasta Centro



Percorso emergenza-urgenza - Area vasta Nord-ovest



Percorso emergenza-urgenza - Area vasta Sud-est

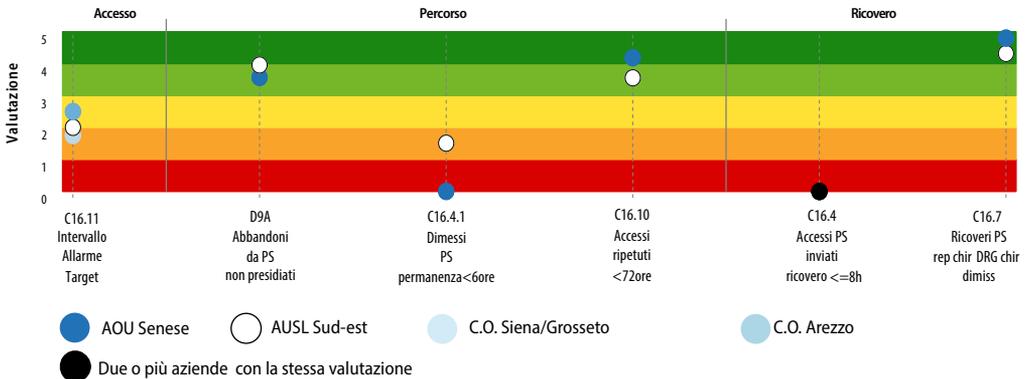
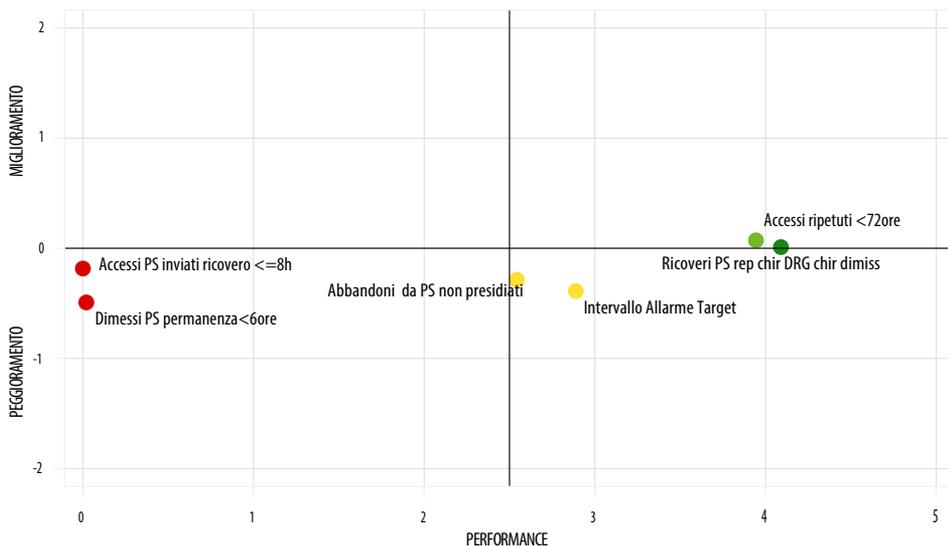
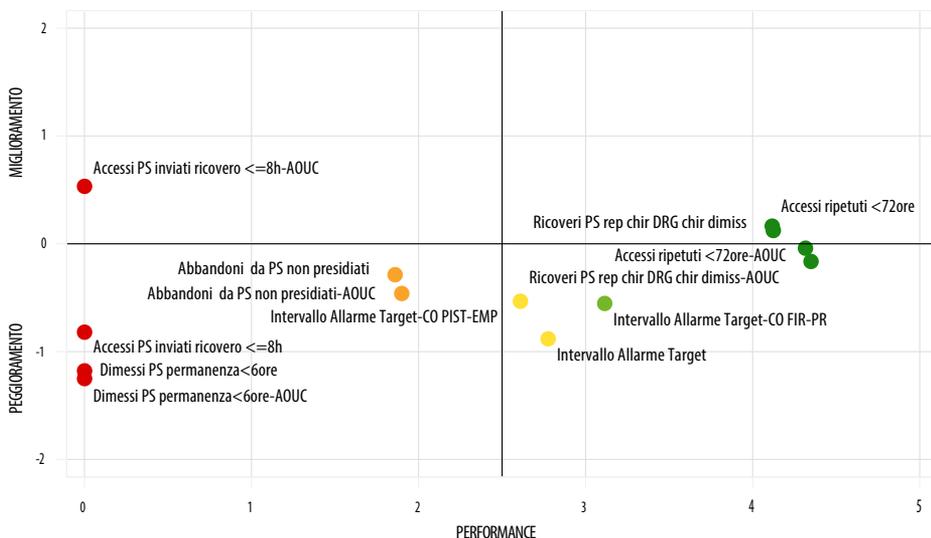


Figura 25. Mappe di performance del percorso emergenza-urgenza in Toscana e nelle Aree vaste – anno 2021

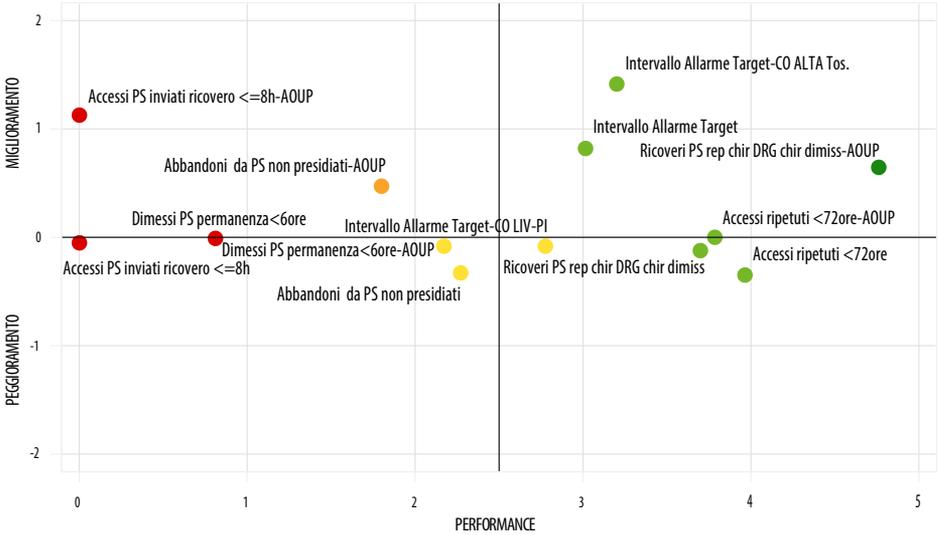
Percorso emergenza-urgenza - Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021



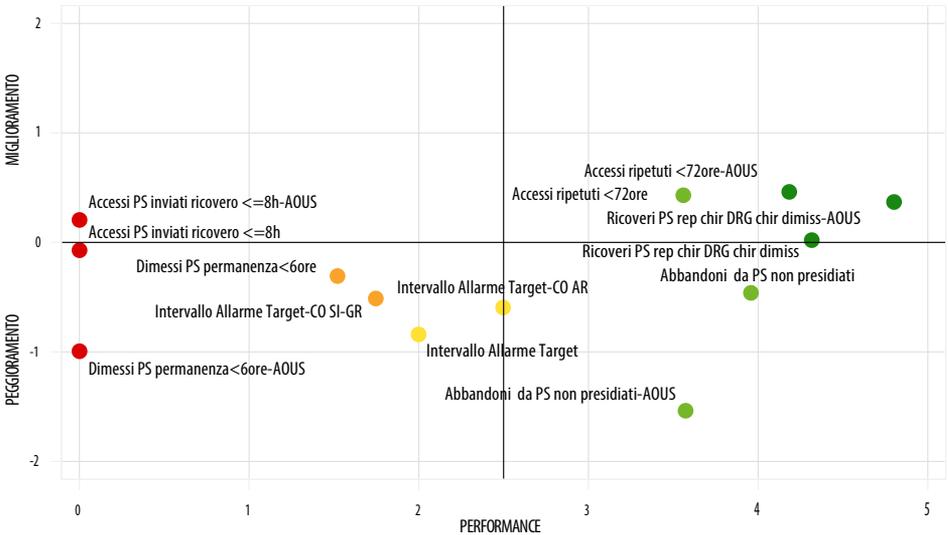
Percorso emergenza-urgenza - Mappa Performance/Trend - Area vasta Centro - Anno 2021



Percorso emergenza-urgenza - Mappa Performance/Trend - Area vasta Nord-ovest - Anno 2021



Percorso emergenza-urgenza - Mappa Performance/Trend - Area vasta Sud-est - Anno 2021



La valutazione della performance delle Residenze sanitarie assistenziali toscane

A partire dal 2011 il Sistema di valutazione della performance della sanità toscana è stato adottato volontariamente da un gruppo di Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), con l'obiettivo di misurare, attraverso un confronto in benchmarking e un set di indicatori comuni, la qualità, l'appropriatezza e l'efficienza di tali strutture.

Le dimensioni di valutazione della performance per le Rsa sono così sintetizzate:

- organizzazione dei servizi assistenziali, con indicatori sulla gestione del “fine vita”, sulla riabilitazione, sull'utilizzo di strumenti validati scientificamente per la valutazione multidimensionale delle condizioni di salute degli assistiti e sulla capacità di risposta al fabbisogno informativo;
- assistenza socio-sanitaria, che comprende indicatori tra cui cadute, presenza ed evoluzione delle ulcere e infezioni, utilizzo di diversi mezzi di contenzione;
- soddisfazione degli assistiti e familiari, che fa riferimento all'esperienza e alla soddisfazione degli assistiti e dei familiari sui principali aspetti inerenti alla vita nelle residenze, misurati attraverso indagini ad hoc (l'ultima edizione risale al 2019);
- valutazione clima organizzativo, che fa riferimento all'esperienza e alla soddisfazione dei professionisti che lavorano nelle strutture in termini di qualità dell'ambiente lavorativo e prevede indicatori sulla formazione, sugli infortuni, sulle assenze e sul turnover del personale;
- efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria, relativa agli indicatori più prettamente economici e di efficienza, tra cui il tasso di occupazione dei posti letto autorizzati.

Al momento della pubblicazione del presente report, sono disponibili per il commento i dati di valutazione relativi all'anno 2020.

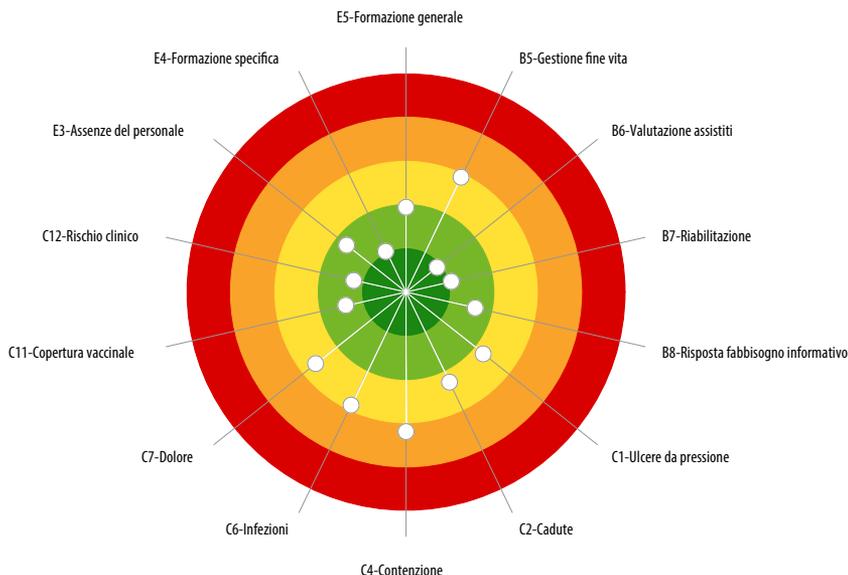
È doveroso ricordare che, a causa della pandemia legata al Covid-19, il 2020 rappresenta un anno particolarmente complesso per queste strutture, sia per la diffusione del virus, sia l'isolamento che i residenti hanno vissuto.

A livello regionale, delle 287 Rsa per cui è stato raccolto il dato, il 35,2% non ha avuto casi positivi (101 Rsa); il 16,7% ha avuto casi positivi solo tra gli operatori (48 Rsa); il 3,1% ha avuto casi positivi solo tra gli assistiti (9 Rsa) e infine il 44,9% ha avuto casi positivi sia tra gli operatori che tra gli assistiti (129 Rsa).

Nell'anno della pandemia, hanno aderito volontariamente alla valutazione 94 Rsa pubbliche e private, che rappresentano circa il 30% dell'offerta di servizi residenziali per anziani non

autosufficienti in Toscana in termini di posti letto autorizzati. Di seguito (figura 26), il bersaglio della performance delle 94 Rsa aderenti per l'anno 2020.

Figura 26. Bersaglio della performance delle 94 Rsa aderenti per l'anno 2020



Gli indicatori legati alla copertura vaccinale antinfluenzale mostrano che nel 2020 il vaccino antinfluenzale è stato somministrato all'81,9% degli assistiti, percentuale elevata se si confronta con la media degli anziani che non risiede in struttura. Più critico invece è il dato relativo alla copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori: solo il 31,2% degli operatori, infatti, risulta vaccinato contro l'influenza nel corso dell'anno 2020; si tratta, comunque, di una percentuale più che doppia rispetto a quella registrata per l'anno precedente (14,7%). Per quanto riguarda la gestione del rischio clinico, nel 67% delle residenze che aderiscono al sistema di valutazione è presente una procedura scritta per la raccolta strutturata di segnalazioni di eventi avversi e mancati incidenti; mentre, il 72% delle Rsa partecipanti dispone di un protocollo per la comunicazione agli ospiti e/o parenti di eventi avversi.

La formazione degli operatori è un altro indicatore legato alla qualità del servizio socio-assistenziale che risulta in costante miglioramento nel tempo. Ad esempio, la formazione sull'igiene delle mani è passata dal coinvolgere il 32% degli operatori nel 2018, al 46% nel 2019 e si attesta al 68% per il 2020. Inoltre, più del 90% degli operatori addetti all'assistenza che hanno collaborato con la struttura per almeno 6 mesi ha partecipato ad almeno un corso di formazione sulla gestione dell'emergenza Covid-19.

Il sistema di sorveglianza Covid-19 predisposto dall'Iss, in collaborazione con il Ministero della salute, prevedeva che le strutture residenziali partecipassero inviando schede trimestrali con informazioni sui posti letto, sul personale impiegato e sull'utilizzo dei Dpi e schede settimanali con informazioni relative ai residenti, agli operatori, ad eventuali criticità sulla disponibilità di Dpi e sul verificarsi di eventi avversi. Considerando il periodo compreso tra l'ottobre e il dicembre 2020, complessivamente, risulta inviato l'88,3% delle schede trimestrali attese e il 79,3% delle schede settimanali previste per le residenze che partecipano al Sistema di valutazione.

Migliorano rispetto al 2019 tutti gli indicatori relativi alla somministrazione delle scale utilizzate per la valutazione multidimensionale degli assistiti. In particolare, all'87% degli assistiti non autosufficienti negli ultimi 6 mesi è stato somministrato un test Mini mental state examination, al fine di valutarne il livello di degrado cognitivo; l'83% degli assistiti non autosufficienti ha una valutazione del rischio di insorgenza delle lesioni da pressione aggiornata, effettuata mediante l'utilizzo della scala Braden; l'81% ha un indice di Barthel aggiornato (l'indice definisce il grado di indipendenza della persona nello svolgimento delle attività quotidiane di base); mentre, il 75,9% presenta un punteggio aggiornato della scala Tinetti, utile per valutare il rischio di caduta.

Considerando la performance regionale 2020 e il trend rispetto al 2019 è infine possibile costruire una mappa di performance (figura 27) in cui si confrontano sull'asse orizzontale i risultati di performance e sull'asse verticale il trend, considerando il miglioramento o peggioramento in termini percentuali dell'indicatore tra i due anni.

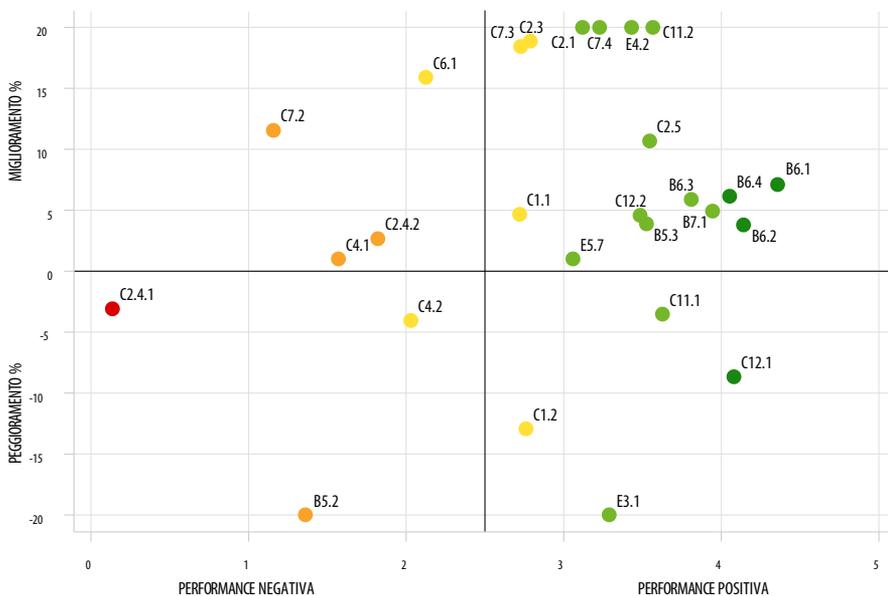
In particolare, si individuano quattro diversi quadranti a seconda dell'andamento degli indicatori; in senso orario:

1. il primo quadrante fa riferimento agli indicatori con una buona performance e in miglioramento;
2. il secondo quadrante fa riferimento agli indicatori con una buona performance ma in peggioramento;
3. il terzo quadrante fa riferimento agli indicatori con una scarsa performance e in peggioramento;
4. il quarto quadrante fa riferimento agli indicatori con una scarsa performance ma in miglioramento.

Considerando la complessità della situazione pandemica, le performance registrate nel 2020 dalle Rsa sono nel complesso buone e mostrano due principali traiettorie.

La prima riguarda un miglioramento degli indicatori legati alle cadute in confronto al 2019. Ciò può essere in parte un effetto dell'isolamento a cui i residenti sono stati sottoposti e quindi a minori spostamenti. Se quindi sono diminuite le cadute, bisogna tenere in considerazione che gli ospiti possono averne risentito in termini di benessere e socialità. È vero, infatti, che è aumentato l'utilizzo di mezzi di contenzione diversi dalle spondine.

Figura 27. Mappa della performance delle Rsa a livello regionale, relativa all'anno 2020



La seconda riguarda gli indicatori relativi alla gestione del personale, che sono quasi tutti migliorati. In particolare, migliora la formazione del personale, ad eccezione del fine vita. Ciò segnala un passo in avanti rispetto al tema della formazione e competenze del personale in Rsa, fattori che la pandemia hanno messo in risalto quali elementi su cui investire. Nettamente in crescita anche la copertura del vaccino antinfluenzale per gli addetti, altro tema sensibile per la gestione della pandemia.

Da ultimo preme sottolineare, da parte di chi scrive, l'impegno delle Rsa aderenti al Sistema di valutazione della performance, l'impegno costante verso il confronto in termini di qualità che hanno mostrato mantenendo l'impegno a fornire i dati in un momento così complesso. Segno di una buona capacità di governo delle strutture.

Legenda delle mappe di performance delle Rsa a livello regionale

Indicatori con performance positiva e trend in miglioramento

B5.3 - Protocollo di fine vita

B6.1 - Assistiti non autosufficienti con MMSE aggiornato

B6.2 - Assistiti non autosufficienti con Braden aggiornato

B6.3 - Assistiti non autosufficienti con Tinetti aggiornato

B6.4 - Assistiti non autosufficienti con Barthel Index (BIM) aggiornato

B7.1 - Assistiti che svolgono attività di riabilitazione

C1.1 - Assistiti non autosufficienti con ulcere da pressione in RSA

C2.1 - Cadute con accesso al Ps ricovero o decesso dell'assistito

C2.3 - Cadute in Rsa

C2.5 - Assistiti a rischio di caduta caduti nel corso dell'anno

C7.3 - Assistiti non autosufficienti con valutazione del dolore sopra soglia

C7.4 - Assistiti non autosufficienti con valutazione del dolore

C11.2 - Operatori a cui è stato somministrato il vaccino antinfluenzale

C12.2 - Protocollo comunicazione eventi avversi

E4.2 - Formazione degli operatori sull'igiene delle mani

E5.7 - Formazione obbligatoria degli operatori addetti all'assistenza

Indicatori con performance positiva e trend in peggioramento

C1.2 - Miglioramento delle ulcere da pressione

C11.1 - Assistiti a cui è stato somministrato il vaccino antinfluenzale

C12.1 - Incident reporting e near miss

E3.1 - Assenze del personale per malattia

Indicatori con performance negativa e trend in peggioramento

B5.2 - Formazione operatori sul fine vita

C2.4.1 - Assistiti con valutazione del rischio di caduta

C4.2 - Assistiti non autosufficienti sottoposti a mezzi di contenzione fisica diversi dalle spondine

Indicatori con performance negativa e trend in miglioramento

C2.4.2 - Piani di prevenzione per le cadute

C4.1 - Assistiti non autosufficienti sottoposti a contenzione fisica

C6.1 - Assistiti non autosufficienti con infezioni del tratto urinario

C7.2 - Formazione degli operatori sulla gestione del dolore

Il punto di vista degli utenti sui servizi sanitari: ritorno alla normalità?

Il Sistema sanitario toscano ha sempre promosso la partecipazione del cittadino nella valutazione della qualità dei servizi erogati. L'ascolto costante della voce dei pazienti ed utenti del sistema sanitario è uno strumento fondamentale per orientare il sistema verso un approccio sempre più *patient-centered*. In questo contesto, tra gli strumenti principali a disposizione della sanità toscana, vi sono le indagini di esperienza (Patient-reported experience measures - PREMs) e le indagini di esito (Patient-reported outcome measures - PROMs) realizzate con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna. Queste pongono al centro dell'attenzione la voce degli utenti, in quanto protagonisti attivi del proprio percorso di cura e stakeholder importanti per la definizione di strategie di miglioramento e di innovazione dei sistemi sanitari.

L'innovazione introdotta negli scorsi anni dal Laboratorio MeS, con il passaggio dalle indagini campionarie agli Osservatori permanenti per i pazienti adulti (De Rosis et al., 2019) e pediatrici (Corazza et al., 2021), è stata fondamentale per aprire un canale di ascolto continuo, in grado di raccogliere la valutazione e le esperienze dei pazienti e dei caregiver rispetto all'esperienza di ricovero ordinario, così come lungo i percorsi di salute come il materno-infantile (Bonciani, De Rosis, Vainieri, 2021) e di cura, come i percorsi oncologici e ortopedici (De Rosis et al., 2021; Ferrè et al., 2021), dove il ruolo di assistiti e caregiver è sempre più centrale. Lo strumento di raccolta continua permette oggi di valutare come la partecipazione degli utenti e la loro percezione della qualità dei servizi sia cambiata a valle della pandemia da Covid-19, con l'avvento della cosiddetta "nuova normalità".

I paragrafi successivi illustrano i principali risultati dell'Osservatorio PREMs sul ricovero ordinario, dell'indagine longitudinale sul percorso materno-infantile e delle indagini PROMs sui percorsi della chirurgia elettiva ortopedica e chirurgia per tumore alla mammella.

L'indagine di esperienza sul ricovero ordinario

Nel 2021, l'Osservatorio permanente PREMs ha registrato una crescita del +8,5% nell'adesione all'indagine da parte dei pazienti: l'adesione complessiva in Toscana è passata dal 15,6% dei pazienti ricoverati in regime ordinario nel 2020 a 24,1% nel 2021, superando così anche il dato del 2019 (21,9%). In numeri assoluti, nel 2021 più di 63.400 pazienti adulti dimessi e 2.100 pazienti pediatrici, o loro caregiver, hanno deciso di partecipare all'indagine e di lasciare i propri contatti per ricevere il questionario ed esprimere il proprio punto di vista rispetto all'esperienza di ricovero in ospedale. Nel primo semestre 2022, invece, si registrano più di 47.000 pazienti adulti arruolabili e 1.700 pazienti pediatrici o caregiver. L'innalzamento del tasso di adesione è dovuto a diversi fattori: (i) riorganizzazione di alcuni reparti e presidi come nel periodo pre-pandemico; (ii) disponibilità maggiore di tempo e risorse da dedicare

nell'informare, comunicare e arruolare i pazienti all'iniziativa da parte dei professionisti; (iii) avvio di strategie aziendali, quali l'inserimento di obiettivi collegati a target da raggiungere relativamente ai PREMs, l'attivazione di corsi di formazione al personale sanitario in merito all'importanza di raccogliere feedback e storie dei pazienti per migliorare le cure offerte, l'attività di comunicazione interna tramite poster, flyer e campagne di sensibilizzazione ed esterna tramite pubblicazione dei risultati di esperienza nei siti internet aziendali. La partecipazione dei pazienti è rimasta stabile (in media 30% circa) con più di 17.000 questionari raccolti dai pazienti adulti nel 2021, oltre 13.000 nel primo semestre 2022, oltre 800 dai pazienti pediatrici nel 2021 e più di 700 nei primi sei mesi del 2022.

Anche nel corso del periodo post-pandemico, i pazienti riportano complessivamente una valutazione positiva dell'esperienza di ospedalizzazione: nel 2021 quasi il 90% dichiara di essere soddisfatto rispetto l'assistenza ricevuta [indicatore D19.9] e più del 93% raccomanderebbe il reparto di dimissione a parenti/amici/conoscenti con lo stesso problema di salute [indicatore D19.10]. La maggior parte degli indicatori di esperienza si mantiene stabile quindi con risultati positivi. L'indicatore relativo alla pulizia del reparto [indicatore D19.5.2, tabella 2], migliorato durante il 2020 (+3%), si mantiene tale anche per il 2021. Al contrario, i colloqui con i familiari [indicatore D19.3.3, tabella 3], peggiorati nel 2020 per le limitazioni imposte per ridurre la diffusione dell'infezione da Covid-19 (-3,9%), presentano un ulteriore calo nel 2021 rispetto al periodo pre-pandemico (-6,1%) (De Rosi, Spataro, 2022).

Tabella 2. D19.5.2 Pulizia del reparto

D19.5.2 Pulizia del reparto	2019	2020	2021
Meyer	72,8	73,8	73,4
Ausl Sud-est	0,0	77,2	75,9
Ausl Nord-ovest	74,9	76,8	77,0
Toscana	74,5	77,5	77,2
Aou Pisana	75,4	75,5	77,4
FTGM	80,6	82,4	83,0
Privato accreditato	0,0	85,0	84,9

Tabella 3. D19.3.3 Colloqui con i familiari

D19.3.3 Colloqui con i familiari	2019	2020	2021
Ausl Sud-est	0,0	82,3	80,9
Ausl Nord-ovest	88,9	85,8	81,0
Toscana	89,1	85,2	83,0
Aou Pisana	89,0	84,9	85,0
Privato accreditato	0,0	88,3	85,2
FTGM	92,2	85,5	86,9

Le comparazioni presentate non sono applicabili per le Aziende che, per l'anno 2021, non presentano un tasso di adesione [D20b.2] uguale o superiore alla media regionale.

L'andamento del percorso nascita

A partire da marzo 2019 ad oggi, l'implementazione dell'indagine materno-infantile in Toscana ha prodotto 66.463 adesioni su 90.130 donne eleggibili, con un tasso pari al 74%. Di queste donne, 48.772 hanno effettivamente risposto alle indagini, con un tasso di risposta pari al 73%.

L'indagine sul percorso nascita in Toscana è un'indagine longitudinale che integra misure di esperienza ed esito riportate dalle donne lungo il percorso nascita.

In termini di esperienza riportata, la pandemia di Covid-19 ha messo in evidenza l'importanza per la donna di avere a fianco un accompagnatore di fiducia durante i momenti del travaglio e del parto. Purtroppo, le restrizioni imposte a partire dal 2020 per il contenimento della pandemia di Covid-19 hanno comportato l'adozione di misure particolarmente severe, che si sono tradotte in primis nell'impossibilità del partner della donna di assisterla durante le visite in gravidanza e la degenza in reparto al punto nascita.

Questa situazione si sta perpetrando, in parte, ancora oggi, nonostante il graduale processo di ritorno alla normalità, che abbiamo vissuto a partire dalla massiccia operazione di campagna vaccinale. I grafici riportati di seguito (tabella 4 e tabella 5) illustrano come la situazione sia quasi completamente rientrata relativamente al momento del parto, ma si mantenga tutt'ora critica relativamente al momento del travaglio, con ampia variabilità interaziendale.

Tabella 4. C7.28.1.R % donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio

C7.28.1.R % donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio			
	2019	2020	2021
Ausl Sud-est	3,6	12,6	7,5
Area vasta Sud-est	2,8	14,1	9,6
Aou Senese	0,0	21,2	16,9
Ausl Nord-ovest	6,0	15,3	18,5
Area vasta Nord-ovest	6,4	19,4	20,6
Toscana	3,5	21,3	23,0
Ausl Centro	1,4	21,2	25,0
Aou Pisana	7,8	32,7	26,9
Area vasta Centro	1,8	26,0	30,9
Aou Careggi	2,7	38,3	42,6

Tabella 5. C7.28.2.R % donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto

C7.28.2.R % donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto			
	2019	2020	2021
Ausl Sud-est	6,8	12,1	6,3
Ausl Centro	8,3	8,1	7,7
Ausl Nord-ovest	12,3	9,5	8,3
Area vasta Sud-est	9,5	14,1	9,2
Area vasta Nord-ovest	13,6	12,7	10,1
Toscana	11,5	13,6	10,3
Area vasta Centro	10,9	13,9	10,9
Aou Pisana	18,1	22,8	15,7
Aou Careggi	16,9	28,6	17,3
Aou Senese	18,6	23,6	19,3

A seguito di ciò, un aspetto che merita particolare attenzione riguarda la soddisfazione complessiva [indicatore D17.4.3] da parte delle donne sul percorso nascita che ha subito un calo pari al -10,9% dal 2019 al 2021.

L'indagine sugli esiti riportati dai pazienti nell'ambito della chirurgia elettiva ortopedica e chirurgia per il tumore alla mammella

Di seguito presentiamo alcuni dei risultati più significativi delle indagini PROMs, che includono informazioni sia relative agli score (valori che sintetizzano l'andamento degli esiti secondo alcune dimensioni psico-fisiche), sia riferite all'esperienza del percorso assistenziale.

Per quanto riguarda le indagini rivolte alle pazienti con diagnosi di tumore alla mammella, nel corso del 2021 sono state coinvolte complessivamente 480 pazienti nei due sotto-percorsi esplorati (chirurgia conservativa e ricostruttiva). Il tasso di risposta per il questionario pre-intervento è del 50,2%. Confrontando lo score Breast-Q al baseline con i valori dei follow-up a 3 e 12 mesi si evidenzia come l'operazione chirurgica abbia impatti differenti a seconda delle dimensioni analizzate. Infatti, mentre vi è un miglioramento percepito sulla soddisfazione con il proprio seno e sul benessere psico-sociale, elementi come il benessere sessuale e il benessere fisico del petto mostrano una riduzione nella fase post-intervento.

In merito all'esperienza riportata dalle pazienti, in fase ospedaliera e post-ospedaliera, rispetto ai servizi ricevuti emergono sia elementi positivi, sia aspetti critici. Si conferma una generale fiducia in fase di diagnosi (3 pazienti su 4 non hanno sentito il bisogno di richiedere una seconda opinione) e la tempestività nell'avvio delle attività di fisioterapia post-intervento.

Un elemento che invece merita attenzione riguarda la carenza di informazioni presentate alle pazienti sull'esistenza di servizi di supporto, tra cui la psico-oncologia e la medicina complementare integrata, considerata l'importanza di questi elementi per garantire una migliore qualità di vita.

Riguardo il percorso di chirurgia ortopedica, nel corso del 2021 sono stati coinvolti 728 pazienti per i due sotto-percorsi indagati (sostituzione totale di anca e di ginocchio con protesi artificiale). In questo caso rispettivamente il 44,1% ed il 40,1% dei pazienti ha poi risposto al primo questionario. Per queste indagini vengono utilizzati l'Oxford hip score e l'Oxford knee score, che indagano aspetti relativi al benessere fisico ed alla qualità della vita percepita dai pazienti. Rispetto alla fase pre-operatoria, emerge ai follow-up un miglioramento costante dell'outcome riportato dai pazienti, pur confermandosi una ripresa più lenta degli esiti per i pazienti che vengono operati al ginocchio (52% di miglioramenti versus 60% per gli operati all'anca).

Le informazioni sull'esperienza riportate raccontano alcuni elementi interessanti. La maggior parte dei pazienti dichiara di effettuare le visite di controllo presso la struttura in cui è stata operata. Un aspetto che merita attenzione alla luce delle risposte fornite riguarda l'eventuale utilizzo di servizi a pagamento a seguito dell'intervento chirurgico: si riscontra un maggiore utilizzo di tali servizi da parte di chi è stato operato al ginocchio rispetto a chi ha subito un intervento all'anca, sia a 6 mesi (rispettivamente 70% e 40% dei pazienti) sia a 12 mesi dall'intervento (40% e 20%).

Conclusioni

Da un'analisi quantitativa che riguarda tutte le principali indagini ad utenti e caregiver nel Sistema sanitario toscano, emerge complessivamente una valutazione positiva dei servizi sanitari toscani, con una criticità relativamente alla soddisfazione delle donne nel percorso materno-infantile. La spiegazione è da rintracciare in alcuni aspetti critici emersi durante la gestione della pandemia e che sembra abbiano un effetto o perdurino ancora nella “*new normality*”. Tra queste, la difficoltà nel tornare a far partecipare i caregiver, o il partner nel caso delle donne, nel percorso di cura. Gli aspetti relazionali restano centrali nella percezione degli utenti, così come la dimensione del coinvolgimento nelle decisioni sulle cure e la qualità della comunicazione. Tuttavia, sembra ci sia un chiaro bisogno da parte degli utenti di cercare delle soluzioni efficaci perché anche familiari, amici, accompagnatori, badanti siano inclusi nei processi di *engagement* ed *empowerment*.

Nonostante questo, i pazienti e le pazienti hanno saputo apprezzare la gentilezza, la professionalità e l'umanità dimostrata dal personale ospedaliero, riconoscendone l'impegno e il peso di garantire la continuità delle cure durante e dopo la pandemia. Lo dimostrano i dati provenienti dai commenti aperti, inclusi nei report delle indagini citati in bibliografia (Vainieri et al., 2022).

I dati emersi e riportati confermano l'importanza e l'impegno costante da rivolgere alla voce dei pazienti per identificare i punti di forza e di debolezza della propria organizzazione, per

migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti e per migliorare anche la percezione che gli utenti hanno della sanità pubblica.

Bibliografia

- Bonciani M., De Rosis S., Vainieri M. (2021). Mobile Health Intervention in the Maternal Care Pathway: Protocol for the Impact Evaluation of hAPPyMamma. *JMIR Research Protocols*, 10(1), e19073. <https://doi.org/10.2196/19073>
- Corazza I., Gilmore K.J., Menegazzo F., Abols V. (2021). Benchmarking experience to improve paediatric healthcare: listening to the voices of families from two European Children's University Hospitals. *BMC health services research*, 21(1), 1-13.
- De Rosis S., Cerasuolo D., Nuti S. (2019). Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. *BMC health services research*, 20, 1-17.
- De Rosis S., Pennucci F., Lungu D.A., Manca M., Nuti S. (2021). A continuous PREMs and PROMs Observatory for elective hip and knee arthroplasty: study protocol. *BMJ Open*, 11(9), e049826. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049826>
- De Rosis S., Spataro V. (2022). How did the user perception of healthcare services changed during the pandemic? The patient experience of hospitalization in Tuscany region (Italy), presented at the International Marketing Trends Conference, 20-22 January 2022, Rome. <http://archives.marketing-trends-congress.com/2022/pages/PDF/119.pdf>
- Ferrè F., De Rosis, S., Murante A.M., Gilmore K.J., Ghilli M., Mariniello D., Nuti S., Roncella M. (2021). Systematic and continuous collection of patient-reported outcomes and experience in women with cancer undergoing mastectomy and immediate breast reconstruction: A study protocol for the Tuscany Region (Italy). *BMJ Open*, 11(1), e042235. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042235>
- Vainieri M., Venturi G., Spataro V., Severino M.C., Peruzzo E., Pennucci F., Gentile F., Dini I., D'Orio G., De Rosis S., Corazza I., Cerasuolo D., Bonciani M. (2022), Indagine PREMs Patient-reported experience measures. Rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti adulti e pediatrici nella sanità toscana. Disponibile al link: <https://www.iris.ssup.it/handle/11382/548271>
- Vainieri M., Severino M.C., Pennucci F., Novaro R., Manetti S., Gentile F., Ferrè F., De Rosis S., D'Orio G., Cerasuolo D. (2022), Indagine PROMs Patient-reported outcome measures. Rilevazione sistematica dell'esperienza e degli esiti riportati dai pazienti nella sanità toscana. Disponibile al link: <https://www.iris.ssup.it/handle/11382/548671>

Acronimi

- **Adi** = Assistenza domiciliare integrata
- **Aft** = Aggregazioni funzionali territoriali
- **Aifa** = Agenzia italiana del farmaco
- **Airtum** = Associazione italiana registri tumori
- **Anci** = Associazione nazionale comuni italiani
- **Anpr** = Anagrafe nazionale popolazione residente
- **Asl/Ausl** = Azienda sanitaria locale/Azienda unità sanitaria locale
- **Aou** = Azienda ospedaliero-universitaria
- **Arsd** = sindrome da distress respiratorio acuto (*Acute Respiratory Distress Syndrome*)
- **Arpat** = Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana
- **Ats** = ambiti territoriali sociali
- **Bpco** = bronco-pneumopatia cronica ostruttiva
- **Cav** = Centri anti violenza
- **Cdc** = *Centers for Disease Control and Prevention* (Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie)
- **Cdp/Cp** = Comunità di pratica
- **Cdm** = Consiglio dei ministri
- **Cds** = Carta dei servizi
- **Ce** = Conto economico
- **Cedap** = Certificato di assistenza al parto
- **Cesvot** = Centro servizi volontariato Toscana
- **Cerimp** = Centro regionale infortuni e malattie professionali
- **Cgs** = Comitato gestione sinistri
- **Cig** = Cassa integrazione guadagni
- **Coc** = Centro operativi comunali
- **Cot** = Centrale operativa territoriale
- **Cpi** = Centro per l'impiego
- **Crea Sanità** = Centro per la ricerca economica applicata in sanità
- **Crvs** = Comitato regionale valutazione sinistri
- **Cv** = coperture vaccinali
- **Dad** = didattica a distanza
- **Ddd** = *Defined Daily Dose*
- **Dga** = disturbo da gioco d'azzardo
- **Dgr** = delibera di Giunta regionale
- **Dh** = *Day Hospital*
- **DL** = decreto legge
- **Dlgs** = decreto legislativo

- **Dm** = decreto ministeriale
- **Dpi** = dispositivi di protezione individuale
- **Drg** = *Diagnosis Related Groups*
- **Dsm** = Dipartimenti di Salute mentale
- **Ecdc** = *European Centre for Disease Prevention and Control* (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie)
- **Eeg** = elettro-encefalogramma
- **Eige** = Istituto europeo per l'uguaglianza di genere
- **Em** = Equipe multiprofessionali
- **Ema** = *European Medicines Agency* (Agenzia europea per i medicinali)
- **Emg** = elettromiografia
- **Erp** = Edilizia residenziale pubblica
- **Espad** = *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*
- **Fead** = Fondo di aiuti europei agli indigenti
- **Figc** = Federazione italiana giuoco calcio
- **Fin** = Federazione italiana nuoto
- **fi.Psd** = Federazione italiana organismi per le persone senza dimora
- **Fip** = Federazione italiana pallacanestro
- **Fipav** = Federazione italiana pallavolo
- **Fsc** = Fondo per lo sviluppo e la coesione
- **Fse** = Fondo sociale europeo
- **Giscor** = Gruppo italiano per lo screening colon-rettale
- **Gisma** = Gruppo italiano per lo screening mammografico
- **Grc** = Centro Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente
- **Hpv** = *Human Papilloma Virus*
- **Ifc-Cnr** = Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche
- **Id** = incidenti domestici
- **Ima** = infarto del miocardio
- **Inail** = Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro
- **Inps** = Istituto nazionale di previdenza sociale
- **Ipe** = indice di povertà educativa
- **Irpef** = Imposta sul reddito delle persone fisiche
- **Irpet** = Istituto regionale per la programmazione economica della Toscana
- **Irs** = Istituto per la ricerca sociale
- **Is** = incidenti stradali
- **Isee** = Indicatore della situazione economica equivalente
- **Ispra** = Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale
- **Ispro** = Istituto regionale per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica
- **Iss** = Istituto superiore di sanità
- **Ist** = infezione sessualmente trasmessa
- **Istat** = Istituto nazionale di statistica
- **Ivg** = interruzioni volontarie di gravidanza

- **Lea** = livelli essenziali di assistenza
- **Lepts** = livello essenziale delle prestazioni sociali
- **Lr** = legge regionale
- **Mbi** = malattie batteriche invasive
- **Mmg** = medici di medicina generale
- **Msm** = omosessuali (*Men who have Sex with Men*)
- **Naspi** = Nuova assicurazione sociale per l'impiego
- **Neet** = Not in Education, Employment or Training
- **Nipt** = *Non Invasive Prenatal Testing*
- **Odc** = Ospedale di comunità
- **Onds** = Osservatorio nazionale della solidarietà nelle stazioni italiane
- **Ons** = Osservatorio nazionale screening
- **Or** = *odds ratio*
- **Pa** = Pubblica amministrazione
- **Pangi** = Piano di azione nazionale per l'attuazione della garanzia infanzia
- **Pap** = progetto personalizzato assistenziale
- **Pdta** = Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali
- **Pet** = *Positron Emission Tomography* (tomografia a emissione di positroni)
- **Pic** = Piano individualizzato di cura
- **Pid** = malattia infiammatoria pelvica (*Pelvic Inflammatory Disease*)
- **Pil** = Prodotto interno lordo
- **Pinqua** = Programma innovativo nazionale per la qualità dell'abitare
- **Pippi** = Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione
- **Pis** = Piano integrato di salute
- **Pissr** = Piano sanitario e sociale integrato regionale
- **Piz** = Piano di inclusione zonale
- **Pls** = pediatri di libera scelta
- **Plwhiv** = *People Living With Hiv*
- **Pma** = procreazione medicalmente assistita
- **Pnc** = Piano nazionale della cronicità
- **Pne** = Piano nazionale esiti
- **Pngla** = Piano nazionale di gestione delle liste di attesa
- **Pnna** = Piano nazionale per la non autosufficienza
- **Pnrr** = Piano nazionale di ripresa e resilienza
- **Poa** = Programmazione operativa annuale
- **Pon** = Programma operativo nazionale
- **Por** = Programma operativo regionale
- **Prad** = progetto di riorganizzazione assistenza domiciliare
- **PREMs** = *Patient-Reported Experience Measures*
- **Prins** = progetto di intervento sociale
- **Prgla** = Piano regionale di gestione delle liste di attesa
- **PROMs** = *Patient-Reported Outcome Measures*

- **Prose** = Programma di osservazione esiti della Toscana
- **Prep** = profilassi pre-esposizione
- **Ps** = Pronto soccorso
- **Psr** = Piano sanitario regionale
- **Ptca** = angioplastica coronarica percutanea transluminale
- **Pua** = Punto unico di accesso
- **Rdc** = Reddito di cittadinanza
- **Rei** = Reddito d'inclusione
- **RM** = risonanza magnetica
- **RMN** = risonanza magnetica nucleare
- **Rmr** = Registro di mortalità regionale
- **Rr** = rischi relativi
- **Rsa** = Residenze sanitarie assistenziali
- **Sari** = infezione respiratoria acuta grave (*Severe Acute Respiratory Infection*)
- **Sdi** = Sanità d'iniziativa
- **Sdo** = schede di dimissione ospedaliera
- **Sds** = Società della salute
- **Seieva** = Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta
- **Serd** = Servizi per le dipendenze
- **Seus** = Sistema emergenza urgenza sociale
- **Sia** = Sostegno per l'inclusione attiva
- **Si-Grc** = Sistema integrato per la gestione del rischio clinico
- **Simes** = Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- **Simi** = Sistema informativo delle malattie infettive
- **Sioos** = Sistema informativo dell'offerta e dei servizi sociali
- **Sirss** = Sistema integrato regionale per la sicurezza stradale
- **Sism** = Sistema informativo nazionale per il monitoraggio e la tutela della Salute mentale
- **Sivg** = Sistema informativo violenza di genere
- **Snps** = Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici
- **Ssn** = Sistema sanitario nazionale
- **Ssr** = Sistema sanitario regionale
- **Stemi** = *ST-segment Elevation Myocardial Infarction* (infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST)
- **Ti** = terapia intensiva
- **Uca** = Unità di continuità assistenziale
- **Ue** = Unione europea
- **Usca** = Unità speciali di continuità assistenziale
- **Usr** = Ufficio scolastico regionale
- **Uisp** = Unione italiana sport per tutti
- **Unaids** = *Joint United Nations Programme on Hiv/Aids*
- **Uvmd** = Unità di valutazione multidimensionale per la disabilità
- **Zd** = Zone-distretto