



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità **Regione Toscana**



GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente



Welfare e salute in Toscana

2021

Welfare e salute in Toscana

2021

Indice degli argomenti

Presentazione	7
Introduzione e temi del rapporto	9
Il contesto sociodemografico	
Popolazione	13
La presenza straniera	16
Minori e giovani	18
Anziani	20
Famiglie	22
Determinanti di salute	
Educazione e istruzione	27
Vulnerabilità delle famiglie e interventi di sostegno	32
Fattori di inclusione ed esclusione sociale	36
Stili di vita	40
Ambiente	54
La salute dei toscani	
Mortalità	59
Mortalità evitabile	62
Aspettativa di vita	64
Tumori	66
Malattie infettive	69
Eventi acuti cardiovascolari	85
Malattie croniche	89
Disabilità	91
Salute mentale	94
Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo	98
Suicidi	106
Incidenti stradali	109
Incidenti domestici	112
Infortuni sul lavoro	115
Salute materno-infantile	118
Salute di genere	124

Violenza di genere	127
Salute della popolazione anziana	131
Salute della popolazione straniera	134
Percezione di salute	138

Le risorse del sistema

Spesa sociale	143
Terzo settore	146
Lavoro domestico di cura	149
Organizzazioni e strutture sportive	151
Ticket e copayment	153
Utilizzo del Sistema sanitario	156
Risorse finanziarie sanitarie	159
Risorse professionali sanitarie e sociali	161
Servizio sociale professionale	169
Consumo di farmaci	173

La qualità delle cure

Assistenza garantita: i Livelli essenziali di assistenza	181
Copertura vaccinale in età pediatrica	184
Screening oncologici	189
Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	192
Cure primarie per la cronicità	195
Assistenza della popolazione anziana	199
Assistenza specialistica per la cronicità	202
Emergenza-urgenza	205
Ricovero ospedaliero	209
Mobilità ospedaliera	213
Esiti	215
Trapianti e donazioni	219
Cure nel fine vita	221
Antibiotico-resistenza	226
Riabilitazione	230
Interventi e sostegni per l'integrazione delle persone con disabilità	232
La percezione dei cittadini sui servizi	238
Gli eventi sentinella nel Servizio sanitario toscano	240
Il sistema di segnalazione e apprendimento degli eventi avversi	244
La gestione del contenzioso	247

Il Sistema di valutazione della performance	
Introduzione al Sistema di valutazione	255
I principi ispiratori del Sistema di valutazione della performance della sanità toscana	257
La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio	258
Il pentagramma come strumento per rappresentare i percorsi clinico-assistenziali	286
La mappa di performance	288
Trasparenza e benchmarking: la consultazione del Sistema di valutazione della performance attraverso il portale	289
I risultati in sintesi della performance complessiva della regione Toscana nel 2020	290
Azienda USL Toscana Centro	293
Azienda USL Toscana Nord Ovest	294
Azienda USL Toscana Sud Est	295
Azienda ospedaliero universitaria Careggi	296
Azienda ospedaliero universitaria Pisana	297
Azienda ospedaliero universitaria Senese	298
Azienda ospedaliero universitaria Meyer	299
Fondazione Toscana G. Monasterio	300
I risultati in sintesi dei percorsi assistenziali attraverso i pentagrammi	301
Il percorso materno-infantile	302
Il percorso oncologico	308
Il percorso assistenza domiciliare e residenziale	314
Il percorso salute mentale	320
Il percorso cronicità	324
Il percorso emergenza-urgenza	330
La valutazione della performance delle Residenze sanitarie assistenziali toscane	334
Acronimi	339

Coordinamento scientifico

- ARS Toscana: F. Profili, F. Voller
- Regione Toscana: M. La Mastra, S. Lomi, A. Salvi
- Federsanità ANCI Toscana: L. Caterino
- Scuola superiore Sant'Anna: M. Vainieri, F. Vola

Curatori dell'edizione

M. Faraoni (Simurg Ricerche per conto di ANCI Toscana), M. La Mastra (Regione Toscana), F. Profili (ARS Toscana), M. Vainieri, F. Vola (Scuola superiore Sant'Anna)

Indice degli autori

- ARS Toscana: E. Andreoni, L. Bachini, F. Collini, S. D'Arienzo, V. Di Fabrizio, M. Falcone, S. Forni, P. Francesconi, G. Galletti, F. Gemmi, R. Gini, G. Hyeraci, F. Ierardi, F. Innocenti, C. Milli, D. Nuvolone, M. Pacifici, F. Profili, M. Puglia, G. Roberto, C. Silvestri
- Regione Toscana: G. Attardo, L. Baggiani, I. Baggelli, S. Brunori, N. Caruso, M. De Luca, M. La Mastra, S. Lomi, S. Madrigali, L. Puccetti, D. Ricotta, A. Salvi, B. Trambusti
- Federsanità Anci Toscana: L. Caterino, B. Giachi, M. Faraoni (Simurg Ricerche)
- Scuola superiore Sant'Anna: S. Barsanti, A. M. Bunea, E. Pardini, A. Vinci, F. Vola
- Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente: E. Beleffi, G. Dagliana, E. Flore, R. Monaco, F. Ranzani, M. Tanzini, G. Toccafondi
- CeRIMP: M. Biffino

Hanno collaborato

- ARS Toscana: C. Bartolini, B. Bellini, A. Berti, S. Bravi, E. Crocetti, V. Dubini, C. Gatteschi, E. Guldani, C. Stasi, C. Szasz, A. Zuppiroli
- Regione Toscana: B. Cigolotti, C. Corezzi, 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: P. Belardi, M. Bonciani, P. Cantarelli, D. Cerasuolo, I. Corazza, A. Da Ros, S. De Rosis, G. D'Orio, F. Ferrè, E. Guidotti, E. Lupi, M. Mavillonio, A. Murante, A. Parenti, F. Pennucci, E. Peruzzo, M. Racis, M. C. Severino, V. Sommati
- Centro regionale infanzia e adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): I. Candeago, M. Parente, 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, M. La Mastra, S. Nottoli, 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): M. Parente, R. Ricciotti
- Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente: E. Flore, F. Ranzani, M. Tanzini

Presentazione

La quarta edizione del rapporto *Welfare e salute in Toscana* giunge in un momento cruciale di ripartenza, contraddistinto dal massimo impegno, a tutti i livelli, per superare l'emergenza pandemica, che tante difficoltà sta determinando a livello sanitario, sociale, umano ed economico.

Il rapporto è uno strumento conoscitivo importante, che ci consente di avere una visione di insieme delle problematiche di salute della nostra comunità, fornendoci la giusta chiave di lettura della realtà che viviamo, per programmare al meglio le nostre prossime azioni di intervento. Un lavoro prezioso che integra relazione sanitaria, profilo sociale e valutazione del servizio sanitario regionale, offrendoci strumenti utili per comprendere meglio la complessità dei nostri sistemi sanitari e socio-sanitari, fronteggiare questa sfida senza precedenti e ripensare in modo strutturato, efficace e proattivo anche il futuro della sanità e del welfare post Covid-19. Quest'ultima edizione del rapporto è di particolare rilievo, perché affronta, per la prima volta, gli effetti della pandemia e le principali risposte messe in campo dal nostro sistema sanitario, a partire dalla sua capacità di resilienza, dalla forte spinta all'innovazione e dalla necessità di potenziare la sanità territoriale.

Di fronte a noi abbiamo le opportunità del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che non è solo realizzazione di nuovi contenitori, ma soprattutto di nuovi contenuti, fondati sulla prossimità e sulla multiprofessionalità. Il PNRR, dopo tanti anni, ci consente anche di tornare a ragionare di espansione dello stato sociale e di costruire una nuova prospettiva alla sanità pubblica e universalistica nel nostro Paese, ridando linfa all'articolo 32 della nostra Costituzione. Le sfide che attendono i servizi socio-sanitari e assistenziali partono proprio da quelle che la pandemia ha evidenziato come le maggiori vulnerabilità del sistema, anche a livello nazionale.

Grazie al PNRR e alla strategia europea del *Next Generation EU*, l'attuale scenario può evolvere in maniera decisiva in una stagione nuova dal punto di vista delle risorse e della possibilità di investire sulle strutture, sul personale e sulle nuove tecnologie, come sul rafforzamento dei servizi territoriali e sulla capacità di integrazione delle risposte ai bisogni di salute e sociali delle persone e delle comunità. Abbiamo molto lavoro da fare, ma la Toscana non parte certo da zero e sono obiettivi che possiamo centrare, continuando a lavorare in sinergia con Enti locali, Servizi sociosanitari e Terzo settore.

Il lavoro presentato è un resoconto regionale sull'anno pandemico realizzato dai diversi soggetti che si occupano di monitorare e valutare la salute, il welfare e i servizi regionali: Osservatorio

sociale regionale, Agenzia regionale di sanità, Laboratorio MeS, Istituto di Management della Scuola superiore Sant'Anna e ANCI Toscana e Centro regionale rischio clinico.

I dati, gli approfondimenti e le analisi in esso contenuti rappresentano oggi più che mai un supporto essenziale alla programmazione, al governo del sistema e alla “rinascita” dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari nella nostra Regione.

Assessore Diritto alla salute e sanità

Assessore Politiche sociali,
edilizia residenziale pubblica
e cooperazione internazionale

Introduzione e temi del rapporto

Il rapporto *Welfare e salute in Toscana* rappresenta 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.

Questa edizione giunge in una fase che tutti auspichiamo essere di piena e rapida ripartenza dei sistemi sociali ed economici, dopo circa due anni dall'inizio della pandemia di Covid-19, che ha messo in crisi a livello globale assetti organizzativi sedimentati nei diversi campi della società, costringendoci a rapidi processi di risposta e adeguamento a situazioni mai sperimentate in epoca recente.

Il Sistema sanitario regionale della Toscana, e con esso le risposte assistenziali organizzate sul fronte sociosanitario e socioassistenziale, hanno retto l'onda d'urto della prima fase epidemica, quella che ha messo maggiormente in crisi i diversi livelli dei servizi perché arrivata a colpire in maniera rapida e con effetti tali da scompaginare le tradizionali modalità di risposta ad eventi avversi. Le diverse indagini nazionali e regionali presentate all'interno di questo lavoro evidenziano la tenuta – la resilienza, per utilizzare un termine forse abusato ma quanto mai adeguato in questa circostanza – del sistema Toscana alla sfida Covid-19, anche grazie alla flessibilità e rapidità con cui le organizzazioni sono riuscite a ri-pensare l'offerta e le risposte assistenziali. La campagna vaccinale, che vede la Toscana tra le primissime regioni per tassi di copertura della popolazione, rappresenta un ulteriore fattore in grado di proiettare i nostri territori verso una prospettiva post-emergenziale, con le enormi sfide che da essa ne conseguono.

Le sfide, appunto, che attendono i servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali partono proprio da quelli che la pandemia ha evidenziato come i maggiori *vulnera* dei sistemi di servizio presenti a livello nazionale e regionale. A questo scenario si accompagna una stagione nuova dal punto di vista delle risorse e della possibilità di investire su strutture ospedaliere e territoriali, sul personale, sulle tecnologie, grazie alle risorse messe a disposizione dalla strategia europea *Next Generation EU* e programmate dal nostro Paese attraverso il Piano nazionale di ripresa e resilienza. Come sempre, le risorse da sole non basteranno se non troveranno “terreno fertile” sul quale attecchire: da questo punto di vista la rinnovata tensione della Toscana verso processi di integrazione sociosanitaria e una *governance* territoriale che vede dialogo e confronto costanti tra Regione e territori, Zone distretto, Società della salute e Comuni, costituiscono

dei pivot attorno a cui far ruotare le future strategie di riorganizzazione e innovazione delle risposte nell'ambito della salute dei cittadini toscani.

Welfare e salute in Toscana rappresenta, al solito, un lavoro corale e integrato, svolto da Istituzioni e Centri di ricerca di riferimento del territorio e coordinato dell'Agenzia regionale di sanità – ARS, con il coinvolgimento della Regione Toscana – con i suoi diversi settori dedicati 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 2021** – 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 sociodemografico e dei determinanti di salute, alla salute della popolazione, alle performance di sistema;
- **Emergenza Covid-19: la sfida del presente tra resilienza, rigenerazione e innovazione** – volume tematico totalmente dedicato alla riorganizzazione e alle risposte sanitarie, sociosanitarie, socioassistenziali e di welfare approntate da Regione e Aziende sanitarie, Società della salute, Comuni e Terzo settore in virtù dell'emergenza Covid-19. Oltre ad indagini specifiche su singoli temi curate dagli Enti che hanno collaborato a questo lavoro, vengono presentate, in maniera non esaustiva, esperienze significative di risposta al periodo pandemico, anche attraverso elementi di forte innovazione: si pensi al ruolo delle USCA o alle Comunità di pratica professionale che hanno consentito un continuo scambio di esperienze tra operatori e amministratori in un periodo caratterizzato dall'emergere di nuovi bisogni e dalle conseguenti difficoltà di darvi voce e risposta.
- **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 sociodemografico

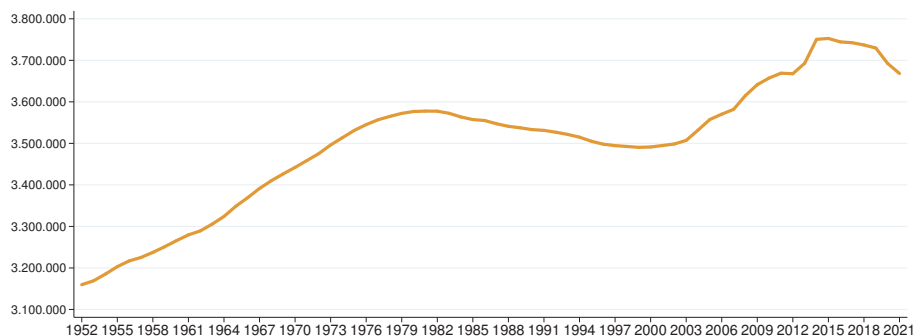
Popolazione

Secondo i dati provvisori ISTAT del bilancio demografico, al 1° gennaio 2021 i residenti in Toscana sono 3.666.833, rappresentano il 6,2% della popolazione italiana e hanno un'età media di 47 anni (media italiana 45,4). Il 51,7% è costituito da donne e gli stranieri rappresentano il 10,7% del totale dei residenti.

Il trend di lungo periodo evidenzia (figura 1) come dal dopoguerra ad oggi ci sia stato un incremento complessivo di circa 510mila residenti (+16%), con un massimo di 3 milioni e 744mila residenti nel 2013. Successivamente si interrompe la dinamica di crescita innescatasi dal 2001 grazie soprattutto al significativo e progressivo incremento della componente straniera. Nel periodo 2013-2020, infatti, si assiste ad una perdita complessiva di circa 76mila residenti (-2% su base 2013) e durante il solo 2020, settimo anno consecutivo di calo della popolazione, di ben 24mila (-0,7% su base annua). Tale andamento è attribuibile a vari fattori:

- il rallentamento (dal 2014 al 2019) e la successiva contrazione (-6mila nel 2020) dei flussi migratori;
- il calo della natalità, in generale e anche tra le donne straniere che pur mantengono valori superiori a quelli delle donne italiane;
- la pandemia da Covid-19, che oltre ad acuire le dinamiche appena esposte ha avuto un deciso impatto sulla mortalità regionale (+8,6% rispetto al quinquennio 2015-2019).

Figura 1. Popolazione residente -Toscana, periodo 1952-2021* - Fonte: ISTAT

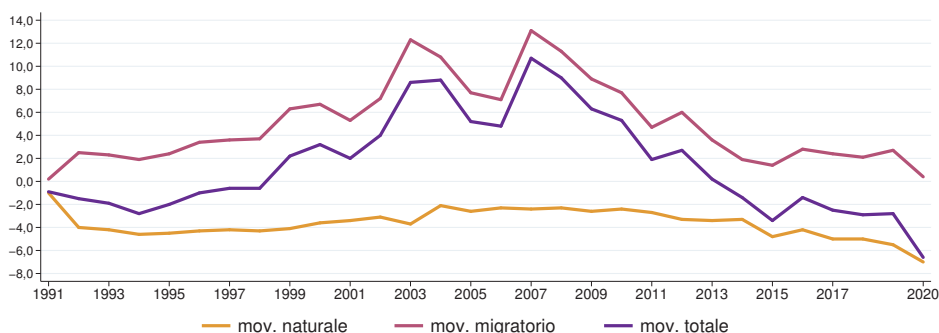


* dati provvisori

Gli indicatori di movimento e di struttura della popolazione mettono in chiara evidenza i fenomeni in atto che stanno causando il progressivo invecchiamento demografico in Toscana, così come, in maniera più o meno intensa da regione a regione, nel resto del territorio italiano. La serie storica del bilancio demografico (figura 2) certifica la continua diminuzione del movimento naturale (differenza tra nascite e morti nell'anno), compensata in parte dal saldo migratorio (differenza tra entrate e uscite in regione nell'anno) fino al 2013, e la lieve ma progressiva erosione di popolazione avvenuta nell'ultimo periodo. In sintesi, il saldo naturale

ormai stabilmente negativo non sembra essere più colmato dal contributo di nuovi arrivi e stabilizzazioni di stranieri, che per molto tempo hanno garantito un saldo positivo di residenti mediamente più giovani degli italiani autoctoni, assicurando così anche un contributo positivo al ricambio generazionale. I dati provvisori del bilancio demografico 2020, sui quali incide ovviamente il fenomeno pandemico in atto, contano 22.334 nuovi nati, un numero ridottissimo se paragonato agli oltre 30mila che si osservavano mediamente tra il 2002 e il 2014, e oltre 48mila morti (media 2002-2019 circa 42mila decessi annui), per un tasso di natalità di 6,1 nati ogni 1.000 residenti (6,8 in Italia) e un tasso di mortalità di 13,1 decessi ogni 1.000 residenti (12,6 in Italia).

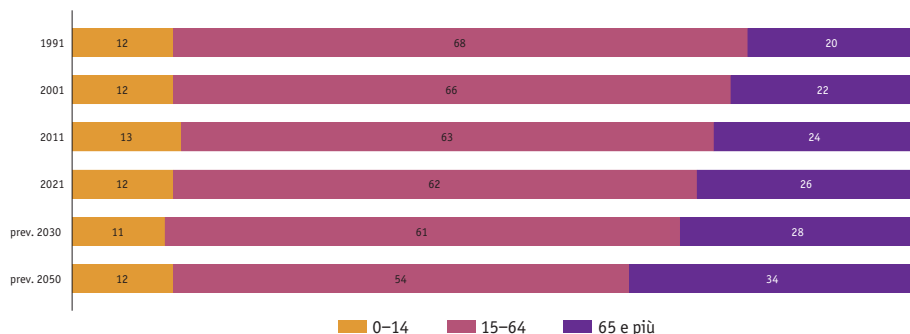
Figura 2. Movimento della popolazione residente - Valori per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 1991-2020* - Fonte: ISTAT



* dati provvisori al 31 dicembre 2020

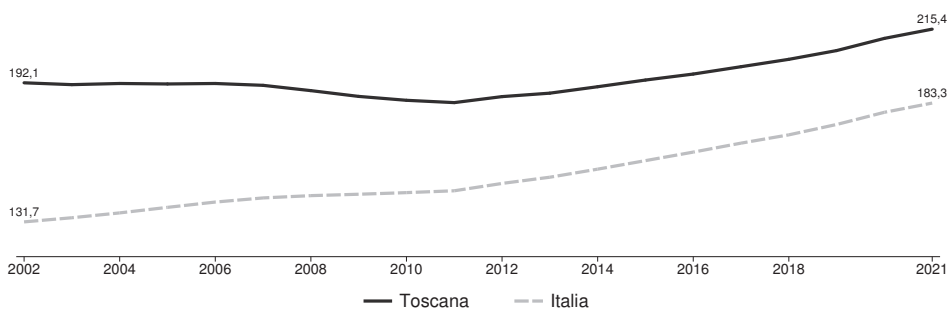
La struttura per età della popolazione residente, combinata con le più recenti previsioni demografiche, fornisce una fotografia abbastanza delineata dello scenario attuale e futuro: a fronte di una stabilità nel tempo dei giovani under 15, si riduce la popolazione in età attiva 15-64 (da 68% del 1991 a 62% del 2021) a vantaggio della componente anziana, ad oggi oltre un quarto della popolazione e destinata a diventare un terzo entro i prossimi 30 anni (figura 3).

Figura 3. Popolazione residente per classe d'età - Distribuzione percentuale - Toscana, anni 1991-2001-2011-2021 e previsione 2030-2050 - Fonte: ISTAT



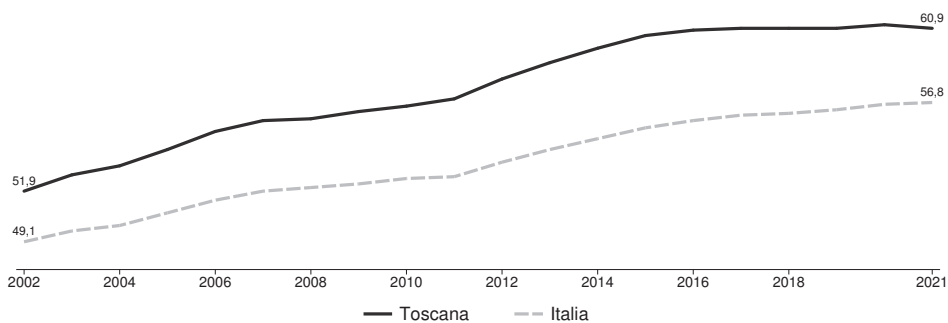
Cresce l'indice di vecchiaia (figura 4), rapporto tra popolazione over 65 e under 15, ormai stabilmente superiore a 2 anziani per ogni giovane, con un trend in incremento dal 2002 anche se più attenuato rispetto a quello medio italiano, trovandosi la nostra regione già nel 2002 tra quelle più anziane. Aumenta anche l'indice di dipendenza strutturale (figura 5), rapporto tra le classi d'età cosiddette non produttive (under 15 e over 64enni) e la popolazione di 15-64 anni, con un andamento parallelo a quello italiano, ma con una forbice che si allarga nel tempo: si contano ad oggi in Toscana circa 6 residenti giovani e anziani ogni 10 residenti 15-64 anni, a certificare la crescente pressione della popolazione "inattiva" su quella "attiva".

Figura 4. Indice di vecchiaia - Anziani (65+ anni) ogni 100 giovani (<15 anni) - Toscana e Italia, periodo 2002-2021* - Fonte: ISTAT



* dati provvisori al 1 gennaio 2021

Figura 5. Indice di dipendenza strutturale - Anziani (65+) e giovani (<15 anni) ogni 100 adulti (15-64 anni) - Toscana e Italia, periodo 2002-2021* - Fonte: ISTAT



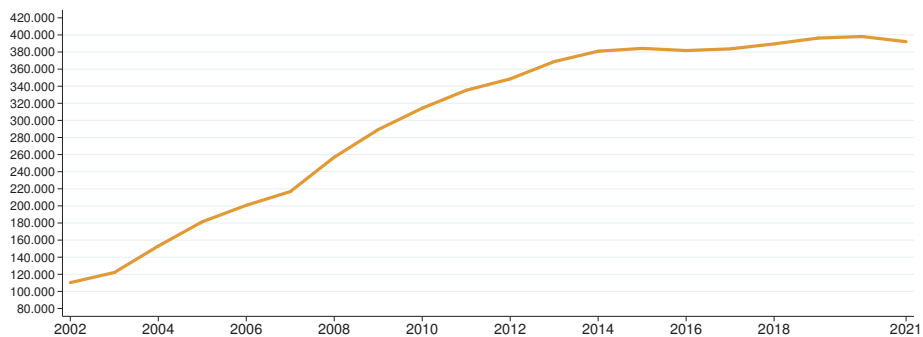
* dati provvisori al 1 gennaio 2021

In conclusione, pur trattandosi di un fenomeno ancora in atto, sono già visibili gli effetti della pandemia da Covid-19 anche sulle dinamiche demografiche: ha acuito tendenze già in atto da alcuni anni (diminuzione dei flussi migratori e calo della natalità) e ha comportato un aumento della mortalità rispetto al recente passato.

La presenza straniera

La presenza straniera sul territorio regionale è ad oggi di circa 392mila residenti, di cui il 53% donne, e rappresenta il 10,7% dell'intera popolazione toscana (media Italia: 8,5%). Tra le 173 nazionalità presenti, le più numerose sono di gran lunga la rumena (20%), la cinese (15%) e l'albanese (14%), seguite dalla marocchina (7%). L'età media della popolazione straniera è molto più bassa di quella degli autoctoni, 36 vs 48 anni, e questo spiega come, unitamente alla numerosità assoluta degli arrivi, il fenomeno migratorio abbia contribuito da inizio anni 2000 alla tenuta demografica regionale e abbia sostenuto buona parte del ricambio generazionale: la crescita dei flussi migratori, infatti, ha portato in 20 anni ad un numero di residenti stranieri più che triplicato (figura 1). Negli ultimi 5 anni però il trend ha avuto un rallentamento e nel 2020, complici gli effetti della pandemia da Covid-19 sugli spostamenti tra Paesi, il saldo è di circa 6mila stranieri residenti in meno rispetto all'anno precedente.

Figura 1. Residenti di cittadinanza straniera - Valori assoluti - Toscana, periodo 2002-2021*
Fonte: ISTAT



* dati provvisori

Gli anni recenti, complici la crisi economica e le dinamiche che hanno coinvolto gli arrivi, hanno visto anche un mutamento nella composizione e nelle caratteristiche dei flussi migratori. È aumentata la componente femminile, così come l'età media, ed è cresciuta la quota di permessi di soggiorno di lungo periodo (dal 47% del 2011 al 65% nel 2019), tipicamente meno legati ai motivi di lavoro. Tra le motivazioni di richiesta, infatti, sono diminuite quelle per lavoro (43% del totale al 2019, tra subordinato e autonomo) e sono cresciute quelle legate alla famiglia (47%), a testimonianza della perdita di appeal lavorativo dei nostri territori. Nonostante queste trasformazioni in atto e le difficoltà legate alle condizioni di svantaggio di partenza, il radicamento delle comunità straniere in Toscana e l'inserimento nelle realtà locali rimane un fattore strutturale, ed è testimoniato da molteplici evidenze. Aumentano le acquisizioni di cittadinanza, tornate nel 2020, con circa 13mila, ai picchi osservati del 2015-2016. Sono cresciute le famiglie di soli stranieri così come quelle con almeno uno straniero, e il numero di minori è quasi quadruplicato con 77mila bambini e ragazzi al 2020 (1/5

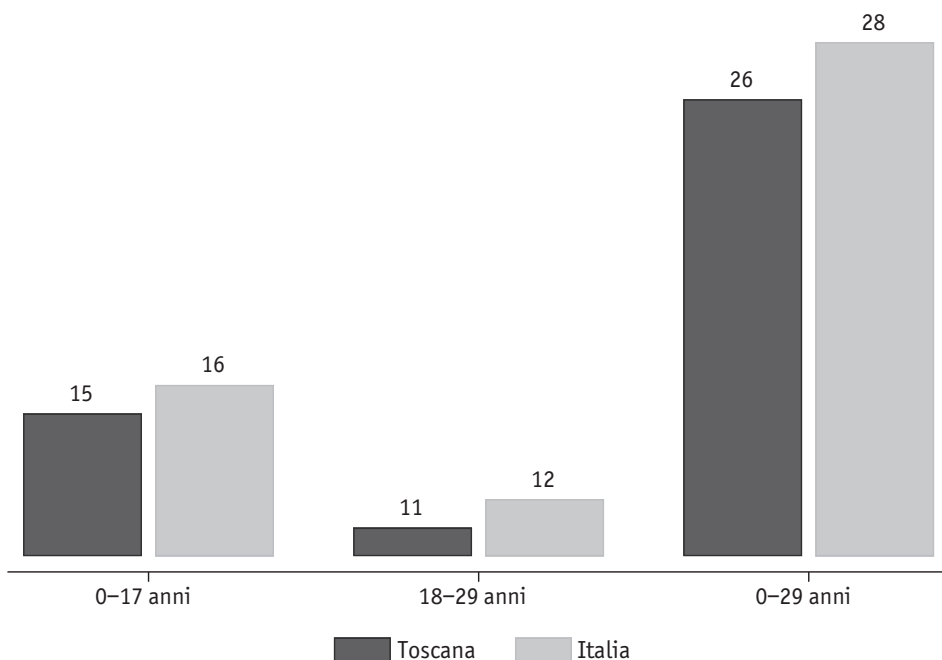
degli stranieri residenti e il 14% del totale dei minori presenti in regione). A fronte di ciò, sono circa 57mila quelli inseriti nel Sistema scolastico regionale (14,5% del totale iscritti, a fronte di una media italiana pari al 9,7% nel 2019 secondo i dati ISTAT), di cui il 63% di seconda generazione. Sono inoltre 5.400 le famiglie straniere assegnatarie di alloggi di Edilizia residenziale pubblica (12% del totale) al 2020 e 5.500 quelle ammesse nelle graduatorie vigenti (37% del totale delle domande ammesse).

Significativo anche il contributo al sistema economico e lavorativo. Il *Rapporto sugli stranieri nel mercato del lavoro 2021* del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali informa che la Toscana è la 1° regione in Italia per percentuale di imprese con titolare di nazionalità extra UE. Sono oltre 38mila, pari al 18,4% del totale imprese (media italiana: 12,5%). I lavoratori dipendenti stranieri extra UE rappresentano in Toscana il 13% del totale, 2° regione in Italia dopo l'Emilia-Romagna, il 15,7% degli uomini e l'11,1% delle donne, rispetto a una media italiana pari al 9,7% (11,5% degli uomini e 7,1% delle donne). Le missioni attivate di rapporti di lavoro in somministrazione di persone straniere nel 2020 sono state circa 10mila (tre quarti delle quali extra UE). L'osservatorio INPS sui lavoratori domestici, infine, certifica che sono circa 55.600 i lavoratori stranieri del comparto (per la gran parte donne), il 70% del totale.

Minori e giovani

Ad oggi in Toscana i residenti under 30 sono quasi 943mila, ovvero 1 residente su 4. I minorenni sono circa 539mila e rappresentano il 14,7% della popolazione regionale. I giovani tra 18 e 29 anni sono invece 403.500 circa, l'11% dei toscani (figura 1). In entrambe le fasce d'età si riscontra una leggera prevalenza dei maschi sulle femmine. Gli stranieri sono circa il 14% dei minorenni (circa 74mila) e il 15% dei 18-29enni (circa 60mila). La presenza di giovani sotto i 30 anni nella popolazione ha subito una riduzione dal 33% del 1991, al 28% del 2001, fino all'attuale 26% (28% in Italia).

Figura 1. Popolazione residente in età 0-17 anni, 18-29 anni e 0-29 anni sul totale residenti Valori per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2021* – Fonte: ISTAT



* dati provvisori

Pur essendo cresciuta la quota di giovani che vivono da soli, il 64% dei 18-34enni toscani (circa 313mila) vive ancora in famiglia con almeno un genitore, nonostante il 36% di questi abbia già un'occupazione lavorativa. 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 la diminuzione delle coppie giovani con figli (figura 2), passate in 30 anni dal 12,7% al 5,1% del totale delle famiglie, e l'aumento dell'età media delle donne al parto, cresciuta di un anno e mezzo nell'ultimo decennio (figura 3).

Figura 2. Coppie giovani (donna under35) con figli – Valori per 100 famiglie mononucleari Toscana e Italia, anni 1991-2001-2011-2020 - Fonte: ISTAT

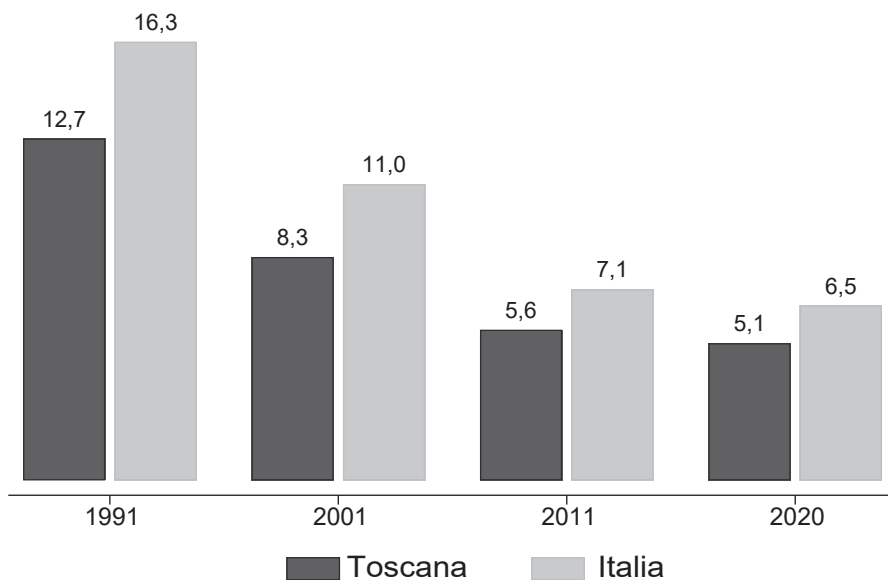
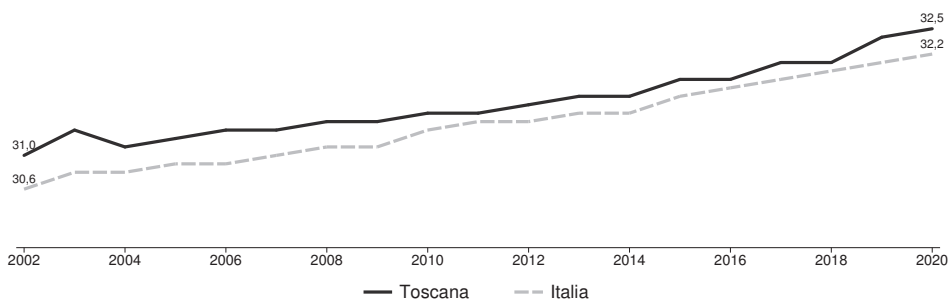


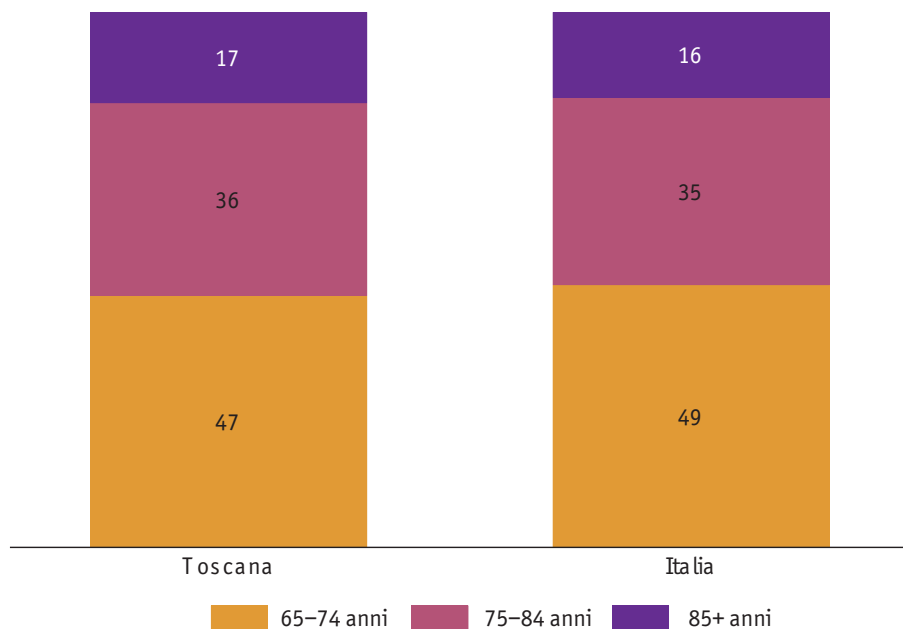
Figura 3. Età media della donna al parto – Toscana e Italia - Periodo 2002-2020 – Fonte: ISTAT



Anziani

Il progressivo invecchiamento della popolazione, ulteriormente accelerato in questi ultimi anni dal rallentamento dei flussi migratori, genera significativi effetti 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. Al 1° gennaio 2021 la Toscana conta circa 948.500 residenti di 65 anni e oltre, di cui il 56% donne, grazie alla maggiore longevità che le contraddistingue rispetto agli uomini. Si tratta del 26% della popolazione totale (media italiana 23%). La nostra è, ormai da tempo, una delle regioni in Europa a maggiore presenza anziana, con un indice di vecchiaia che si attesta a 215 anziani ogni 100 giovani under 15, contro una media nazionale di 183 ed europea di 130. Inoltre, tra gli anziani, si osserva un progressivo aumento delle classi dei 65-74enni (36% del totale anziani) e dei grandi anziani over 84 (17%), che rappresentano insieme oltre 1 anziano su 2 (figura 1).

Figura 1. Anziani residenti per classe di età - Valori percentuali - Toscana e Italia, anno 2021* - Fonte: ISTAT



*dati provvisori

Una questione particolarmente significativa in merito agli anziani riguarda senza dubbio la condizione abitativa e la presenza di reti di relazioni e di supporto, ovvero il fattore isolamento

sociale. Riguardo alla solitudine abitativa, il censimento permanente ISTAT 2019 evidenzia per la Toscana la presenza di 303mila over 60 che vivono da soli (di cui il 73% donne), che rappresentano il 53% delle famiglie unipersonali e il 25,6% del totale dei residenti toscani over 60. La solitudine abitativa non comporta automaticamente l'isolamento dell'anziano, per persone di questa età, infatti, il vivere da soli può essere proprio segnale di buone condizioni di autonomia fisica, relazionale ed economica. Anziani fragili, non autosufficienti o con gravi problemi economici hanno infatti ovvie difficoltà, che nella maggior parte dei casi li costringono a rinunciare a vivere autonomamente. È presente però sicuramente una quota per la quale il vivere solo configura una situazione di mancanza di tessuto relazionale e protettivo. La sorveglianza PASSI d'Argento segnala che il 13,7% degli anziani toscani si dichiara in condizione di isolamento sociale (media Italia: 18,7%). È proprio su questa fascia di popolazione anziana che è necessario concentrare l'attenzione, perché più a rischio di perdere la propria autonomia e scivolare nella non autosufficienza.

Solo a partire dal prossimo anno potremo inoltre misurare l'effetto della pandemia da Covid-19 su questi fenomeni, considerato che gli anziani sono la fascia di popolazione che più ne ha sofferto gli effetti: diretti in termini di salute e indiretti in termini di costrizione dei servizi assistenziali e delle reti di supporto sociale.

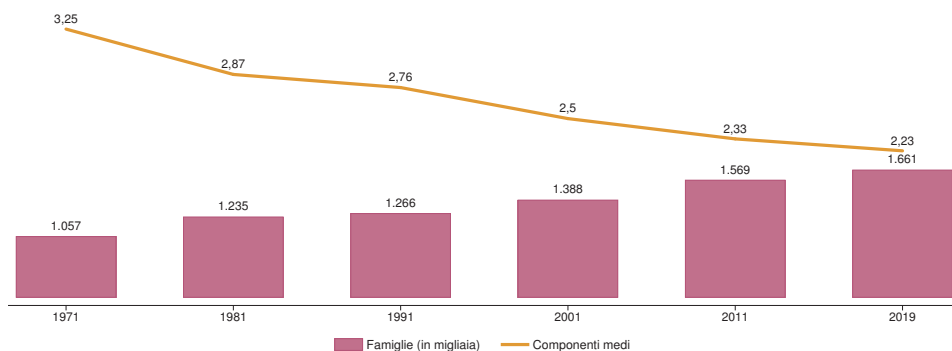
Famiglie

Le famiglie toscane, così come, a vari gradi, quelle delle altre regioni italiane, stanno conoscendo alcuni fenomeni di trasformazione strutturali che ne stanno modificando forma e composizione. Tali dinamiche, ormai note, sono confermate anche dai dati più recenti a disposizione.

Le ragioni che stanno alla base di questi mutamenti sono molteplici e coinvolgono svariati aspetti della vita, quali le dinamiche di formazione e scioglimento delle coppie (calo dei matrimoni, aumento delle convivenze, crescita di separazioni, divorzi e famiglie ricostituite), al ritardo con cui i giovani abbandonano la famiglia di origine per costituirne una propria, ai cambiamenti del ruolo della donna nella società, con la riduzione del tempo dedicato all'ambiente domestico a vantaggio di un maggior impegno nel mondo del lavoro e l'allungamento dell'età di primo concepimento (ad oggi in Toscana l'età media al primo figlio è arrivata a 32,5 anni e in Italia a 32,2).

Il principale effetto che si può riscontrare è dunque il cosiddetto processo di nuclearizzazione, o semplificazione strutturale, ovvero l'aumento dei nuclei familiari e la contemporanea riduzione del numero medio di componenti per famiglia. Gli ultimi dati, provvisori e attualmente sottoposti a revisione dal sistema dei censimenti permanenti ISTAT, parlavano per la Toscana di circa 1 milione e 661mila famiglie presenti al 2019, per un numero medio di 2,23 componenti (media nazionale 2,30). L'analisi di lungo periodo appare chiara: dal 1971 le famiglie toscane sono aumentate di oltre il 50%, mentre il numero medio di componenti è diminuito di circa una unità per famiglia (figura 1). Ad oggi, infatti, i nuclei unipersonali sono circa 574mila e rappresentano oltre 1 famiglia su 3 (erano il 20% nel 1991), oltre la metà delle famiglie è composta al massimo da due persone e si registra un sensibile calo di quelle numerose (5+ componenti).

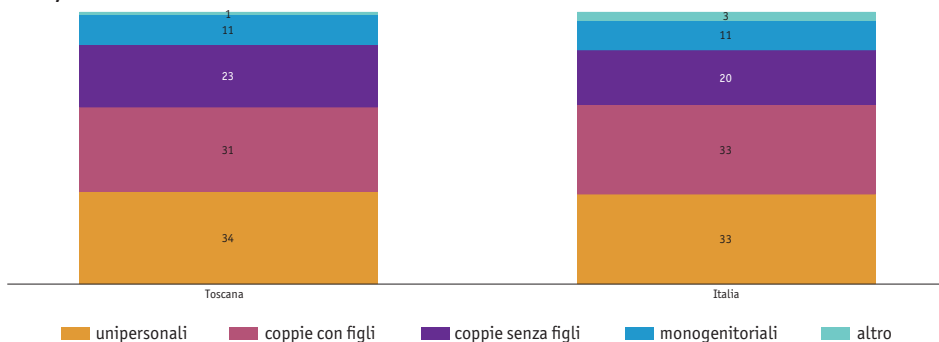
Figura 1. Famiglie residenti - Valori in migliaia e numero medio di componenti - Toscana, periodo 1971-2019* - Fonte: ISTAT



* dati provvisori al 31/12/2019

Oltre che nella numerosità, si riscontrano effetti rilevanti anche in merito alle tipologie e alle composizioni dei nuclei, con una crescita nella complessità delle forme familiari (figura 2). Continua la diminuzione delle coppie con figli, la tipologia più diffusa fino a qualche anno fa, che oggi, con circa 510mila nuclei, rappresenta il 31% del totale (era il 37% nel 2001). Di queste, circa il 53% ha un solo figlio, il 40% ha 2 figli e il 7% ha 3 figli. Crescono invece, come detto, le famiglie unipersonali, per oltre la metà costituite da over 60enni, le coppie senza figli (23% del totale) e le monogenitoriali (11%), con netta prevalenza di madri con figli (81%).

Figura 2. Nuclei familiari residenti per tipologia – Distribuzione percentuale – Toscana e Italia, anno 2019* – Fonte: ISTAT



* dati provvisori al 31/12

Infine, e di conseguenza, mutano anche le forme delle famiglie. Crescono tra le coppie stabili quelle non coniugate, così come aumentano le famiglie ricostituite (nel 2019 in Toscana il 17% degli sposi e il 16% 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 3 ogni 1.000 residenti (era 4,2 nel 2002) e con una previsione di crollo a 1,6 per 1.000 nel 2020, per evidente effetto delle restrizioni emergenziali dovute alla pandemia in corso, che hanno limitato le celebrazioni. Le unioni sono inoltre oggetto di una progressiva posticipazione che ha portato l'età media a oltre 35 anni per gli uomini e oltre 33 anni per le donne.

Il progressivo assottigliamento delle reti familiari rischia di mettere in difficoltà la tenuta di uno degli attori fondamentali del sistema di welfare e di indebolire il suo tradizionale ruolo di protezione sociale.

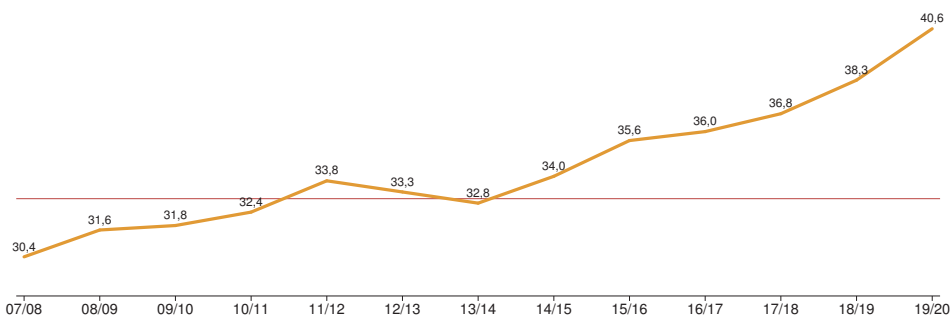
Determinanti di salute

Educazione e istruzione

Educazione ed istruzione hanno un ruolo fondamentale nello sviluppo del capitale umano di una comunità e costituiscono un fattore fondamentale di inclusione e cittadinanza: dallo sviluppo intellettuale e cognitivo, all'inserimento sociale e lavorativo, per la crescita di persone consapevoli orientate a corrette scelte di salute e di uso appropriato dei servizi sociali e sanitari. Sono circa 525mila le bambine ed i bambini, le ragazze ed i ragazzi inseriti nel sistema educativo e dell'istruzione toscano: circa 25mila nei servizi educativi per l'infanzia (3-36 mesi), circa 88mila nella scuola dell'infanzia (3-5 anni) e circa 412mila nel ciclo dell'istruzione (154mila nella scuola primaria, 101mila nella secondaria di primo grado e 157mila in quella di secondo grado). Gli stranieri rappresentano complessivamente il 14% del totale.

Rispetto al livello nazionale, in Toscana i servizi educativi all'infanzia (asili nido e servizi integrativi), che svolgono un ruolo strategico riguardo sia ai percorsi educativi e socializzanti delle bambine e dei bambini che di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro delle famiglie, hanno una diffusione ed una copertura del bisogno tra i più elevati: nel 2018 la percentuale di bambini iscritti sui residenti collocava la Toscana (35%) al quarto posto tra le regioni e nel 2019 (40%) al primo posto (con media nazionale al 28%). Nell'anno educativo 2019/20 la regione aveva un'offerta di 938 strutture, costituite per l'86% da asili nido e per il restante 14% 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 3-36 mesi), è arrivata al 40,6%, ha 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 2007-2020 - Fonte: Regione Toscana

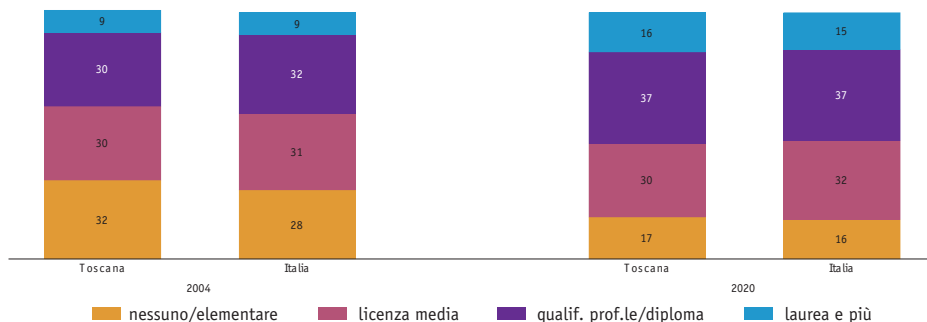


*la linea rossa individua il valore soglia dell'indicatore di Lisbona (33%).

La situazione regionale riguardo il livello di istruzione della popolazione di 15 anni e oltre ricalca in linea di massima quella media nazionale: stanno aumentando i laureati (passati dal 9% del 2004 all'attuale 16%), il 37% ha conseguito il diploma o la qualifica professionale

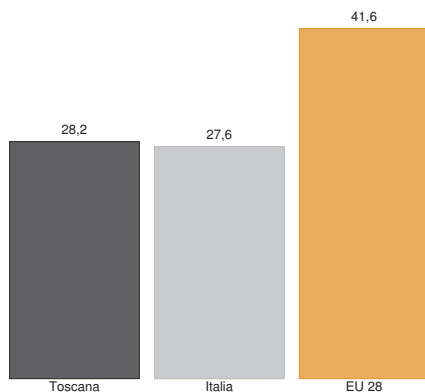
(erano il 32% nel 2004) e si sta riducendo la quota di persone con nessun titolo o licenza media (quasi dimezzata).

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



Nonostante i miglioramenti evidenti, il grado di qualifica dei giovani toscani, in linea con il quadro medio nazionale, risulta ancora inferiore a quello dei coetanei europei. I 30-34enni con istruzione universitaria sono infatti il 28% circa (erano il 16% nel 2004), contro una media europea del 42% (figura 3).

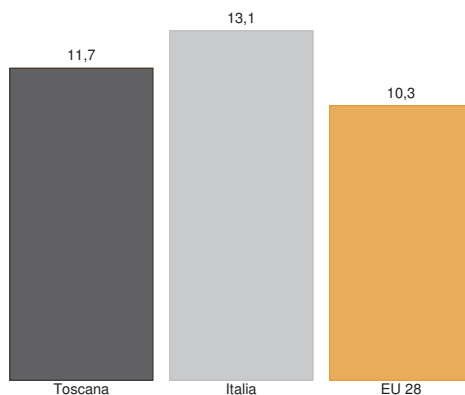
Figura 3. Giovani con istruzione universitaria - Valori per 100 abitanti d'età 30-34 anni Toscana, Italia e media Paesi EU28, anno 2020 - Fonte: ISTAT e EUROSTAT



In sensibile miglioramento anche l'abbandono scolastico, che coinvolge quasi il 12% dei ragazzi toscani dai 18 ai 24 anni, a fronte del 13% nazionale e del 10% medio europeo. Pur in crescita nel 2020 rispetto al 2019, quando era il 10,6%, l'indicatore fa registrare valori quasi dimezzati rispetto al 2004 e avvicina la Toscana alla soglia del 10% fissata dalla Strategia Europa 2020 (figura 4). Sempre sul fronte del disagio scolastico, diminuisce il ritardo degli

studenti rispetto al regolare ciclo di studi (variabile proxy di situazioni di abbandono), fenomeno che nell'anno scolastico 2019/20 ha comunque coinvolto circa 47.700 studenti del ciclo di istruzione primaria e secondaria, ovvero l'11,6% complessivo, con una punta del 22,4% nella secondaria di II grado (quasi 1 studente su 4). In questo frangente si nota ancora una maggiore difficoltà dei ragazzi stranieri (29% complessivo e 53% nella secondaria di II grado), ma con una forbice che si sta restringendo, grazie anche alla crescente presenza di seconde generazioni.

Figura 4. Giovani che abbandonano prematuramente gli studi – Giovani (18-24 anni) senz'atoli 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 e EUROSTAT



Proviamo adesso a valutare i cambiamenti della scuola toscana in tempo di Covid-19. Orientare al meglio l'azione educativa nel cambiamento determinato dalla diffusione dell'epidemia, ha comportato la necessità di strutturare e rimodulare l'attività formativa attraverso l'utilizzo di modalità virtuali e con una didattica a distanza (DAD). Tutto ciò ha rappresentato una sfida importante per assicurare a tutti i giovani in formazione un percorso di apprendimento efficace e di qualità. In un contesto sociale che ha visto l'improvvisa chiusura delle scuole, si è vissuto il repentino passaggio dalla didattica in presenza a quella in remoto e, successivamente, ad un modello misto maggiormente articolato ed efficace. La didattica e-learning da metodologia destinata quasi esclusivamente alle scuole secondarie e all'educazione degli adulti, è diventata l'unica modalità per garantire la prosecuzione dell'attività educativa e scolastica.

Regione Toscana si è interrogata su quali equilibri la pandemia abbia compromesso e quali invece opportunità e possibilità abbia aperto, ottenendo puntuali e stimolanti risposte dall'indagine *Ragazzi e ragazze in Toscana ai tempi del Covid-19*, realizzata dall'Istituto degli Innocenti in collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale della Toscana, per conto del Centro regionale di documentazione infanzia e adolescenza, a partire dal punto di vista delle ragazze e dei ragazzi intervistati.

Gli studenti che hanno seguito da casa il percorso di formazione a distanza, alla domanda su quanto siano state apprezzate le lezioni on-line svolte nei giorni di chiusura della scuola, hanno risposto così: 14% ha risposto “molto”, il 49% “abbastanza”, il 27% “poco” e il restante 10% “per niente”. Indipendentemente dall’età e dal genere, come strumento didattico la DAD introdotta nel primo lockdown è riuscita a superare l’esame ottenendo i voti favorevoli del 63% degli studenti, sebbene non siano numericamente irrilevanti le opinioni di insoddisfazione, che non possono essere sottovalutate in un’ottica di sviluppo e miglioramento continuo del percorso formativo.

Per conoscere con maggiore dettaglio gli elementi di forza e di debolezza del percorso formativo a distanza intrapreso, si è chiesto alle ragazze ed ai ragazzi di indicare su alcuni dei principali aspetti della DAD il livello di soddisfazione, attraverso un punteggio da 1 (minimo) a 10 (massimo), e il miglioramento rispetto alla situazione scolastica antecedente all’emergenza sanitaria.

Come si evince dalle figure 5 e 6, i livelli di insoddisfazione più alti sono legati alla capacità di attenzione durante le lezioni, che ha totalizzato un punteggio medio di 5,8, così come la motivazione allo studio. In entrambi i casi è molto alto il peso degli studenti che segnalano un peggioramento rispetto alla situazione precedente e sono pari rispettivamente al 54% e al 41%.

Figura 5. La valutazione delle ragazze e dei ragazzi sugli aspetti della DAD: confronto con situazione precedente e livello di soddisfazione – Valori per 100 ragazzi intervistati Toscana, anno 2020 – Fonte: Ragazzi e ragazze in Toscana ai tempi del Covid-19

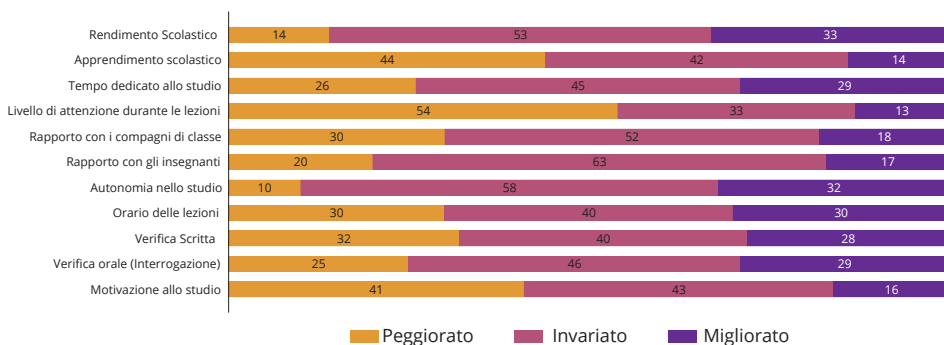
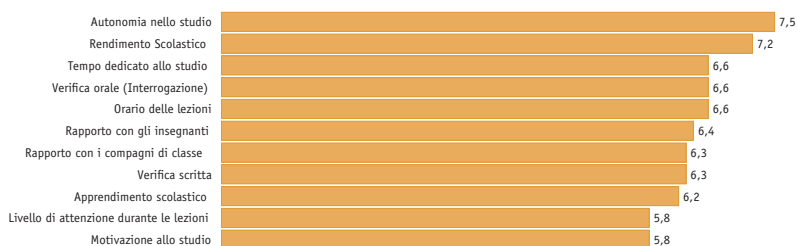


Figura 6. La valutazione delle ragazze e dei ragazzi sugli aspetti della DAD: confronto con situazione precedente e livello di soddisfazione – Voto medio tra i ragazzi intervistati Toscana, anno 2020 – Fonte: Ragazzi e ragazze in Toscana ai tempi del Covid-19



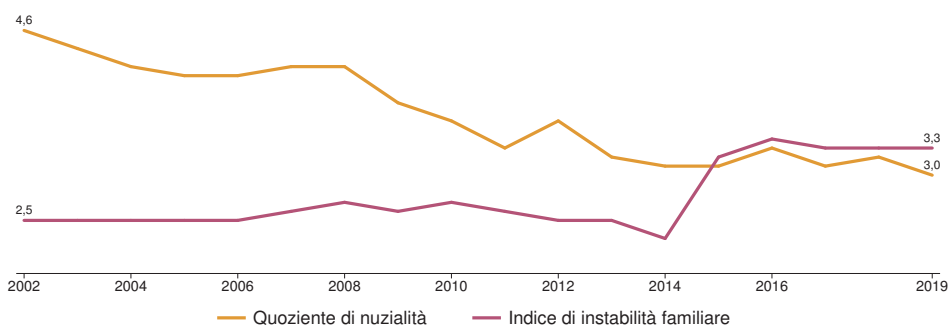
Ai ragazzi e alle ragazze intervistate è stato poi chiesto di esprimere un parere sulla riapertura delle scuole di ogni ordine e grado a partire dal 15 settembre del 2021, giorno di inizio del nuovo anno scolastico.

Con la scelta ministeriale di ripartire con tutte le classi in presenza si è trovato “completamente d’accordo” il 23% degli studenti toscani, “d’accordo” il 28%, “in disaccordo” il 16%, “in completo disaccordo” il 16%, mentre il restante 24% non ha preso una posizione in merito.

Vulnerabilità delle famiglie e interventi di sostegno

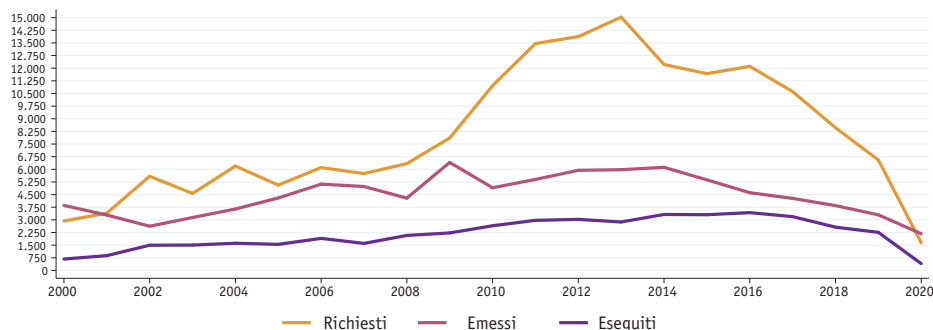
Le tensioni che attraversano le famiglie, sempre più instabili e numericamente ridotte, rischiano di indebolire le reti protettive primarie e la loro funzione di supporto e cura verso i più fragili. Oltre alla diminuzione del numero medio di componenti dei nuclei familiari, passato dai 3,3 del 1971 agli attuali 2,2, si assiste infatti ad una diminuzione dei matrimoni (circa 11.200 nel 2019 per un quoziente di nuzialità del 3 per 1.000) e ad un aumento di separazioni e divorzi (entrambi a quota 6mila annui nel 2019).

Figura 1. Quoziente di nuzialità (matrimoni) e di instabilità matrimoniale (separazioni e divorzi) - Valori per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 2002-2019 - Fonte: ISTAT



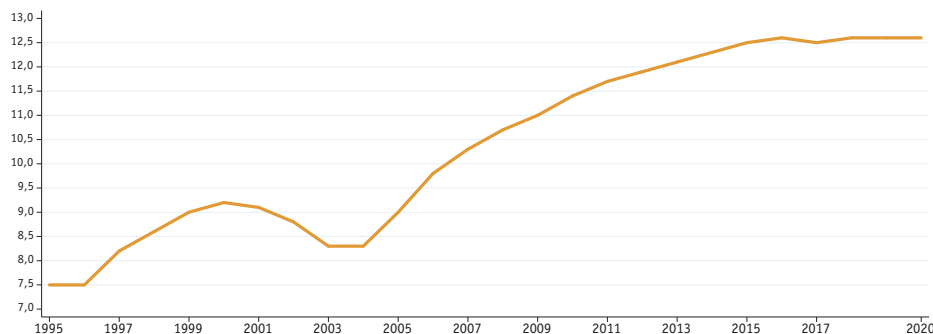
Dal punto di vista della condizione abitativa, la situazione delle famiglie toscane è solida. Il 96% risiede in abitazione, 3 su 4 in case proprie, il 16% in affitto e il 10% in abitazioni a titolo gratuito o di prestazioni di servizio. La dotazione regionale di alloggi di Edilizia residenziale pubblica (ERP) è di circa 50mila, circa il 2,5% delle abitazioni toscane, ovvero 1 ogni 33 famiglie, dove abitano circa 113mila persone in 46.500 diversi nuclei familiari. Il patrimonio ERP, dunque, copre il bisogno del 3% delle famiglie toscane e il 17% di quelle in affitto. Sono comunque presenti alcuni aspetti di fragilità che coinvolgono quelle famiglie che vivono in affitto e che sono interessate dagli sfratti o in difficoltà nel mantenere stabile la propria condizione abitativa. Riguardo alle prime, l'andamento degli sfratti, pur escludendo il dato 2020 evidentemente influenzato dai blocchi dovuti all'emergenza pandemica, evidenzia comunque un calo sia delle richieste (lontano il picco dei 15mila di qualche anno fa), che delle emissioni e delle esecuzioni, anche se restano coinvolte diverse migliaia di famiglie (figura 2). In merito alle seconde, il trend delle domande complessive per il contributo economico per il pagamento dell'affitto è tornato complessivamente a salire nel 2020 dopo alcuni anni di diminuzione, e nell'ultimo periodo sono cresciute soprattutto le domande di fascia A (riguardanti le famiglie con i redditi più bassi), passate da 8.700 nel 2004 a 14.600 nel 2020 (su un totale di circa 19mila). Inoltre, sempre su questo versante, le famiglie in graduatoria per un alloggio ERP a fine 2019 erano circa 16.500.

Figura 2. Sfratti richiesti, emessi ed eseguiti – Valori assoluti – Toscana, periodo 2001-2020
Fonte: Ministero dell'Interno



All'assottigliamento delle reti di cura familiare fa da contraltare l'aumento della fascia di popolazione bisognosa di cure e supporto, che rischia di mettere in crisi il rapporto tra *care receiver* e *caregiver*. Come già affrontato nelle schede demografiche del presente rapporto, crescono infatti le famiglie toscane che hanno al proprio interno over 85enni e con esse anche la pressione dei soggetti in conclamato o potenziale bisogno di assistenza sui potenziali caregiver, perlopiù donne. Ad oggi in Toscana ci sono 12,6 ultra85enni ogni 100 persone 50-74enni (erano 8,3 nel 2004), ed è atteso che il rapporto continuerà a sbilanciarsi (figura 3), in generale e in modo particolare sulla componente femminile dato che ad oggi l'indice di asimmetria del lavoro familiare è ancora fortemente squilibrato a svantaggio delle donne (che al 2019 coprono il 63% dei carichi familiari svolti dalla coppia). Sempre a testimonianza di tale squilibrio, nella sorveglianza PASSI d'Argento 2019 si rileva che il 6% degli anziani intervistati vive con badante (5,6%) o con familiari e badante (0,4%).

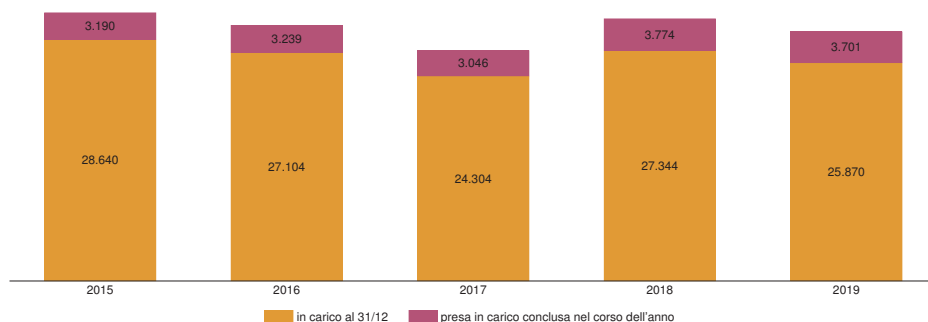
Figura 3. Pressione dei grandi anziani sui potenziali caregiver – Anziani (85+ anni) per 100 abitanti d'età 50-74 anni – Toscana, periodo 1995-2020 – Fonte: ISTAT



Un capitolo a parte riguarda quelle famiglie che vedono, anche temporaneamente, compromesse le loro capacità di esprimere al meglio le responsabilità genitoriali nei confronti delle figlie e dei

figli di minore età: si tratta di quei nuclei familiari in condizione di fragilità, vulnerabilità e/o disagio che trovano un supporto all'interno del sistema dei servizi di prevenzione, promozione e tutela regionale attraverso Comuni e Servizi sociosanitari. A dicembre 2019 erano circa 25.900 i minori presi in carico dal Servizio sociale territoriale (47,2 ogni 1.000 minorenni toscani), ai quali vanno sommate le circa 3.700 prese in carico concluse durante l'anno (figura 4), per un totale di circa 29.600 (54 per 1.000), di cui il 37% straniero (3% i non accompagnati).

Figura 4. 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 2015-2019
Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale infanzia e adolescenza

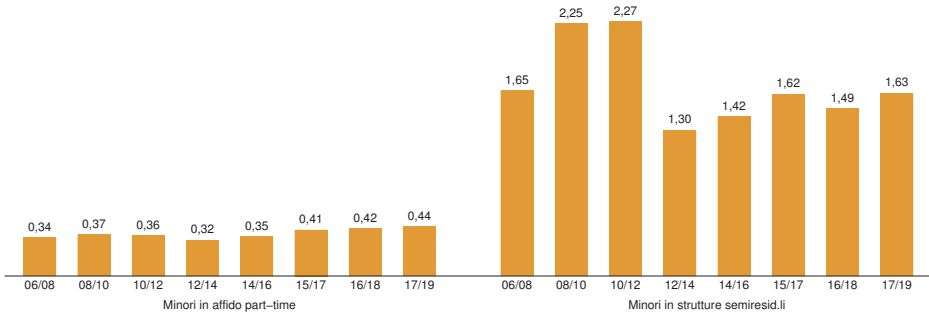


Gli interventi e servizi sociali e socioassistenziali che tentano di mitigare e supportare le vulnerabilità familiari, e che sono al contempo misura e testimonianza delle stesse, si dividono tra forme di sostegno a bambini e ragazzi all'interno del loro ambiente familiare (a carattere diurno o di sostegno alle famiglie) e al di fuori della famiglia di origine (affidamento familiare o in struttura residenziale). Tra le prime, aumenta leggermente il dato medio triennale degli affidamenti familiari part-time (limitati nel tempo per temporanee situazioni di difficoltà della famiglia di origine), che coinvolgono 247 ragazzi nel 2019, per un dato triennale pari a 0,44 ogni 1.000 minorenni toscani, di cui il 43% è straniero. Riprendono dopo un calo anche le accoglienze nei servizi semiresidenziali, che mediamente nel 2017/19 hanno interessato l'1,63 per 1.000 dei minori toscani, con un dato che fa registrare al 2019 poco più di 1.000 casi, di cui un terzo riguardanti stranieri (figura 5).

Sempre nell'alveo degli interventi all'interno dell'ambito familiare, i minori coinvolti dal sostegno socioeducativo scolastico e territoriale al 2019 sono rispettivamente circa 3.200 (5,7 per 1.000) e circa 2.400 (4,3 per 1.000), con un'incidenza degli stranieri pari al 23% nel primo e 29% nel secondo. L'attività di prevenzione del disagio nel periodo prenatale ha coinvolto 175 persone e 122 coppie, il sostegno con l'utilizzo di famiglie di appoggio 32 persone e 52 coppie, il sostegno nel periodo post nascita 389 famiglie e 525 minori. Gli interventi di assistenza economica, in sensibile aumento, sono arrivati a 9.107 nuclei familiari, per un totale di 14.531 minori coinvolti, pari a 26 per 1.000 minorenni. L'attività di sostegno socioeducativo domiciliare (per situazioni a rischio di emarginazione) nel 2019 ha interessato 3.624 nuclei familiari con figli minori (4.589 i minori coinvolti, 8 ogni 1.000, il 29% dei quali con disabilità), in aumento

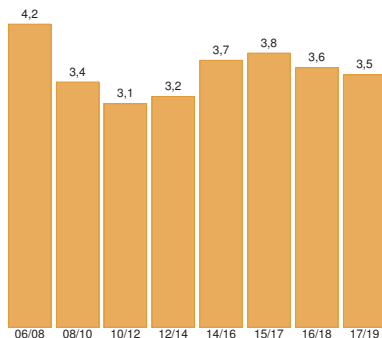
rispetto al 2016. L'assistenza domiciliare socioassistenziale per persone con autonomia ridotta o a rischio emarginazione (cura e igiene della persona, gestione dell'abitazione, sostegno psicologico, assistenza sociale e/o educativa a domicilio) ha raggiunto 402 nuclei con figli minori (584 i minori interessati, in diminuzione rispetto al 2016, il 28% dei quali con disabilità certificata).

Figura 5. Minori in affido part-time e in strutture semi-residenziali - Medie triennali per 1.000 minori - Toscana, periodo 2006-2019 - Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale infanzia e adolescenza



I dati sugli interventi che prevedono il ricorso a modalità al di fuori della famiglia di origine ci dicono che al 2019 erano complessivamente quasi 2mila i ragazzi coinvolti in carico ai servizi territoriali, 3,5 ogni 1.000 minori residenti nell'ultimo triennio e con un trend che sembra essersi stabilizzato negli ultimi anni. Di questi, il 36% è rappresentato da stranieri e tra questi ultimi il 40% sono minori non accompagnati. All'interno di questo spaccato troviamo gli affidamenti familiari (non part-time) e gli inserimenti in strutture residenziali. I primi al 2019 hanno interessato 1.095 minori (2 ogni 1.000 minorenni nel triennio 2017/19), dei quali il 28% stranieri (tra questi 1 su 4 è non accompagnato). Gli accolti in struttura residenziale erano invece 759 (media triennale di 1,5 per 1.000 minori), con una forte rappresentanza straniera che copre il 47% dei casi ed è costituita per la metà da non accompagnati.

Figura 6. Minori fuori famiglia (in affidamento familiare e in strutture residenziali) - Medie triennali per 1.000 minori - Toscana, periodo 2006-2019 - Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale infanzia e adolescenza



Fattori di inclusione ed esclusione sociale

La situazione reddituale, la condizione abitativa e quella lavorativa rappresentano le più importanti dimensioni di inclusione e cittadinanza e quando tali fattori si indeboliscono o vengono meno rischiano di generare disagio, impoverimento, marginalizzazione, sofferenza e vulnerabilità, inasprendo le disuguaglianze sociali e di salute.

Dal punto di vista dei livelli reddituali, la Toscana ha tradizionalmente indicatori superiori a quelli medi nazionali. Il reddito medio dichiarato IRPEF 2019 è pari a 21.357 euro per contribuente (20.991 euro quello medio italiano), il reddito medio disponibile 2019 - reddito da lavoro e capitale al netto di tasse e altri trasferimenti - è pari a 20.782 euro pro capite (media Italia 19.124 euro), il reddito netto familiare 2018 - somma dei redditi familiari al netto dei trasferimenti - è pari a 33.792 euro per famiglia (31.641 euro in Italia) e l'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS è pari a 972 euro (contro i 925 euro medi nazionali).

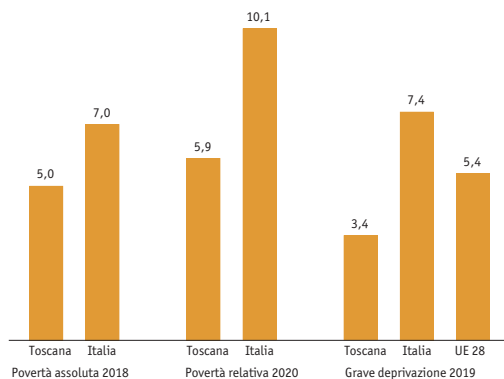
A fronte di ciò, tuttavia, sono presenti fasce di famiglie e cittadini toscani che vivono situazioni di criticità economica. Anche su questo versante il quadro generale è mediamente migliore di quello italiano, ma rivela alcuni campanelli di allarme (figura 1). La povertà relativa (percentuale di famiglie con spesa media mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà relativa), che al 2020 coinvolge circa 97mila famiglie toscane (5,9% del totale, contro il 10,1% di quelle italiane) risulta in linea con il dato 2019, contrariamente alla media del Paese che invece nel 2020 scende (era 11,4% nel 2019). Secondo le stime precedenti al Covid-19 di IRPET, le famiglie toscane in condizione di povertà assoluta (che non riescono ad acquistare beni e servizi essenziali per uno standard di vita minimo), pur inferiori alla media italiana, sono aumentate rispetto al 2008 (anno pre-crisi) dal 2% al 5%. Si tratta di circa 82mila nuclei familiari e 171mila persone. 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, coinvolgevano nel 2019 circa 125mila residenti toscani (il 3,4% del totale, contro il 7,4% dell'Italia e il 5,4% dell'Unione europea).

Ai tradizionali indicatori di povertà derivanti da stime campionarie, se ne affiancano altri di fonte amministrativa, che mettono in luce altrettanta problematicità. Al 2020 le famiglie toscane con una soglia ISEE fino a 6.000 euro sono circa 177mila (il 7% delle famiglie totali), corrispondenti a circa 275mila persone, un trend in aumento costante negli ultimi anni (erano 93.700 famiglie nel 2017, il 5,7%). Ad agosto 2021, inoltre, risultano dagli archivi INPS circa 56.700 famiglie toscane percettrici di Reddito o Pensione di cittadinanza (circa 49.700 per il primo e circa 7mila per la seconda), corrispondenti a circa 117.500 persone coinvolte, ovvero il 3,4% delle famiglie e dei residenti, una quota che è circa la metà della media italiana (6,2%). Infine, focalizzando l'attenzione sulla popolazione anziana, sempre da fonte INPS risultano

in Toscana circa 34mila anziani (3,6% 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 165mila con una pensione integrata al trattamento minimo (17 ogni 100 anziani, contro i 19 del dato italiano).

Questo quadro conoscitivo dovrà ovviamente essere rivalutato alla luce degli effetti della pandemia da Covid-19, una volta che sarà possibile valutarne la portata complessiva, poiché è certo che avrà impatti socioeconomici importanti. Già oggi alcune analisi di livello regionale lasciano intravedere la ricaduta dell'emergenza. IRPET, ad esempio, ha recentemente stimato l'azione di tamponamento esercitata dalle misure contenitive del Governo (bonus e indennità categoriali, Cassa integrazione guadagni (CIG), fondo integrativo salariale, reddito di emergenza e dagli strumenti già vigenti (Nuova assicurazione sociale per l'impiego - NASPI - e reddito di cittadinanza), evidenziando che in Toscana i redditi familiari hanno subito nel 2020 una contrazione di 1.650 euro a famiglia (sarebbero stati 3.400 euro senza le misure di sostegno al reddito), che circa 16mila individui in più, rispetto al 2019, sono transitati nella povertà assoluta (123mila in assenza di misure) e che circa il 17% delle famiglie ed il 21% degli individui ha avuto un arretramento nella scala reddituale. L'accelerazione impressa dalla pandemia alla crescita di nuove povertà sembra confermata anche dai dati Caritas: delle circa 19.300 persone che si sono rivolte ai centri di ascolto regionali nei primi nove mesi del 2020, circa 1/3 non si era mai rivolta al servizio prima del lockdown.

Figura 1. Famiglie in condizione di povertà assoluta, di povertà relativa e persone che vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione - Valori percentuali - Toscana, Italia e media Paesi EU28 - Fonte: ISTAT e IRPET



Sul versante del mercato del lavoro, pur avendo subito una flessione nei livelli occupazionali, la Toscana ha risentito mediamente meno di altre regioni della contrazione dei livelli occupazionali degli ultimi anni.

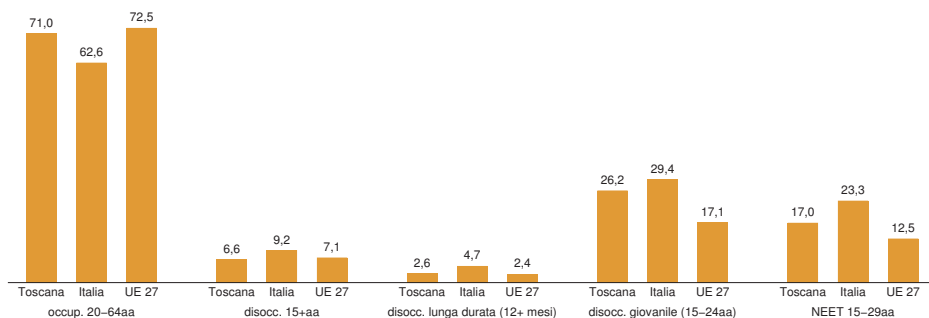
Le forze di lavoro toscane al 2020 ammontano a 1 milione e 694mila persone, delle quali 1 milione e 582mila occupati (il 45% sono donne) - il 70% nel settore servizi, il 27% nell'industria e il 3% in agricoltura - e 112mila in cerca di occupazione (di cui il 53% donne).

Il tasso di occupazione regionale 20-64 anni è in leggera crescita (71% al 2020), quasi ai livelli europei (72,5%) e ben sopra a quelli nazionali (62,6%). Il tasso di disoccupazione è in calo pressoché costante dal 2015 ed è arrivato al 2020 al 6,6%, leggermente inferiore a quello europeo (7,1%) e ben al di sotto di quello italiano (9,2%). Migliora anche la disoccupazione di lunga durata (oltre i 12 mesi), che al 2020 si attesta al 2,6%, anch'essa in linea con la media UE (2,4%) e inferiore a quella nazionale (4,7%), e che rappresenta circa il 40% 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 il 26,2%, migliore di quello italiano (29,4%) ma ben lontano dai valori medi europei (17,1%). Del resto anche la quota di giovani NEET (*Not in Education, Employment or Training*), che coinvolge circa 83mila ragazzi toscani di 15-29 anni, ha avuto una risalita nel 2020 dopo cinque anni ininterrotti in calo, attestandosi al 17%, anche in questo caso più virtuoso del 23% italiano, ma distante dal 12,5% della media UE (figura 2).

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 oltre 546mila, dei quali il 63% sono over39enni, i 2/3 sono donne e circa 1 su 4 è straniero. Il rapporto tra iscritti ai CPI e popolazione in età attiva (15-64 anni), proxy del tasso grezzo di disoccupazione, è del 22,8%, quasi il doppio rispetto al 12% del 2008.

Dalle analisi complessive emergono negli anni almeno tre costanti criticità, riscontrabili in tutti gli indicatori sin qui analizzati. 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 svantaggiose condizioni di partenza rispetto agli autoctoni. La terza riguarda l'universo giovanile, il quale si scontra costantemente con la bassa e precaria offerta di lavoro.

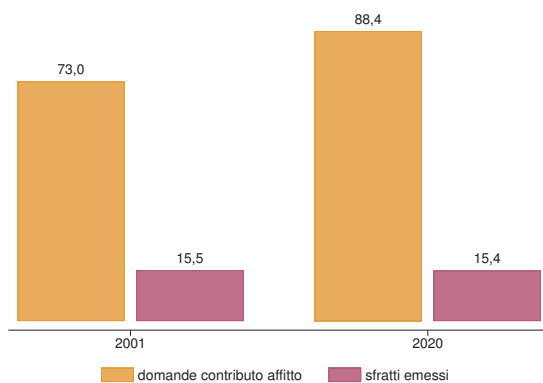
Figura 2. Tasso di occupazione (adulti 20-64 anni occupati su adulti 20-64 anni), di disoccupazione (adulti 15+ anni in cerca di occupazione su forze di lavoro), di disoccupazione di lunga durata (adulti 15+ anni in cerca di occupazione da 12+ mesi su forze di lavoro), di disoccupazione giovanile (giovani 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 UE28, anno 2020 - Fonte: ISTAT e EUROSTAT



Come per la povertà, anche per il fattore lavoro occorre però dire che il quadro delineato avrà bisogno di una lettura compiuta una volta che saranno valutabili a pieno gli effetti della pandemia sul tessuto economico e lavorativo, poiché è presumibile pensare che l'impatto reale delle ricadute sarà visibile solo più avanti nel tempo. Già ad oggi, infatti, le stime regionali di IRPET a un anno dall'emergenza e dal primo lockdown parlano di 117mila dipendenti in meno, di cui 23mila persi e 94mila sospesi, ma non persi grazie alla CIG e alle altre misure emergenziali, corrispondenti a 192 milioni di ore lavoro.

Il disagio abitativo, fortemente correlato alla crisi economica, è un fattore che incide fortemente sulle capacità di tenuta delle famiglie. L'indice di grave deprivazione abitativa elaborato da ISTAT, 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 3,9% nel 2019 a fronte di una media nazionale del 5%. Il trend dell'indicatore mostra un miglioramento nel medio periodo (era l'8,8% nel 2013), ma una risalita negli ultimi due 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 interessano circa 15 famiglie ogni 1.000 che vivono in affitto (al netto di quelle in alloggi ERP [edilizia residenziale pubblica]) e che le seconde ne coinvolgono circa 88 ogni 1.000. Si tratta nel complesso di circa 20mila nuclei familiari in potenziale bisogno abitativo, ai quali vanno aggiunti, presumibilmente con qualche sovrapposizione, le 15mila famiglie in graduatoria ERP, ma non ancora assegnatarie di alloggio (figura 3).

Figura 3. Sfratti emessi e domande delle famiglie ai Comuni per contributi per il pagamento dell'affitto - Valori per 1.000 famiglie in affitto al netto delle famiglie residenti in ERP Toscana, anni 2001 e 2020 - Fonte: Ministero dell'Interno e Regione Toscana



* il valore dell'indicatore 2020 relativo agli sfratti emessi è calcolato inserendo al denominatore la media triennale 2018-2020 in ragione del blocco delle procedure avvenuto a inizio pandemia per motivi emergenziali

Stili di vita

La presente parte relativa agli stili di vita dell'edizione 2021 di *Welfare e salute* è stata realizzata come nelle passate edizioni consultando fonti internazionali, nazionali e locali. Al contrario degli anni passati, molte sorveglianze non sono state aggiornate a causa della pandemia di Covid-19 imponendoci un ridisegno dei capitoli. Le fonti utilizzate per le abitudini alimentari, il peso e l'attività fisica, sono state ISTAT, *Aspetti della vita quotidiana 2020*; OKkio alla Salute 2019; EDIT 2018; PASSI 2017-2020, PASSI d'Argento 2017-2020. Per il consumo di tabacco, consumo di alcol e di sostanze e abitudine al gioco d'azzardo le precedenti fonti sono state integrate dalle rilevazioni ESPAD EU e IT 2019, ESPAD 2020 #iorestoacasa. Ringraziamo il Laboratorio di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari IFC-CNR di Pisa per averci fornito in anteprima i dati delle varie rilevazioni ESPAD.

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.

Lo studio *Global Burden of Disease* (GBD) nella sua ultima edizione pubblicata nel 2020 traccia ancora una volta i principali fattori di rischio per la salute e dedica all'analisi del ruolo dell'alimentazione un'intera sezione, all'interno della quale identifica le cattive abitudini alimentari come causa o con-causa della comparsa di alcune famiglie di malattie, come quelle cardiovascolari, il diabete o alcuni tipi di neoplasie. Ad esempio, lo studio indica 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 come altamente nocive ed un sicuro determinate per sviluppare alcune malattie.

Riconoscendo che le abitudini alimentari risentono di fattori sociali e culturali, tutte le organizzazioni che si occupano di salute si impegnano nella sensibilizzazione e nella diffusione di informazioni relative all'importanza di assumere consapevolmente una dieta sana. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sottolinea quanto la nutrizione sia un elemento fondamentale per il benessere e la salute e rivolge l'attenzione al crescente problema dell'obesità, trattata non solo come condizione che può favorire la presenza di alcune patologie, ma come malattia vera e propria, che abbassa l'aspettativa di vita e la qualità di quest'ultima. Su questo tema è necessario considerare che gli stili di vita, in particolare l'alimentazione, in molti paesi hanno risentito del periodo pandemico da Covid-19, caratterizzato da drastiche modifiche delle abitudini, delle attività e dei consumi.

L'indagine ISTAT *Aspetti della vita quotidiana* consente di osservare l'evoluzione delle abitudini alimentari più diffuse in Italia e in Toscana tra le persone di età maggiore ai 3

anni, poiché fornisce frequenti aggiornamenti relativi ai consumi. La tabella 1 descrive gli andamenti dei consumi dei principali gruppi alimentari. Osservando nel dettaglio si può notare che nel 2020 l'80% della popolazione toscana ha consumato almeno una volta al giorno pane, pasta e riso, percentuale che conferma la tendenza di una riduzione già registrata negli anni precedenti, tuttavia rimane un gruppo alimentare molto diffuso e che si pone al di sopra del dato italiano relativo allo stesso anno (76%). Al contrario, il consumo settimanale di salumi in Toscana è aumentato (circa il 60%), in coerenza con risultato italiano (59%), confermando un andamento irregolare, ma crescente. Un trend simile, ma meno accentuato, è stato registrato per le carni bianche (84%), le carni bovine (65%) e di maiale (47%) consumate settimanalmente in Toscana, che fanno emergere una frequenza maggiore rispetto alla media della popolazione italiana (rispettivamente 80%, 61% e 44%). Il consumo di pesce settimanale registra un aumento tra i toscani, raggiungendo il 63%, risultato maggiore rispetto al dato nazionale che si ferma al 60%. I legumi secchi o in scatola invece si caratterizzano come alimento sempre molto utilizzato, ma in misura minore rispetto agli anni precedenti e con percentuali di diffusione simili in Toscana e in Italia, intorno al 53%. Relativamente al consumo quotidiano di latte, in Toscana si registra un aumento che raggiunge quasi il 65%, questo risultato rivela un'inversione di rotta rispetto alla tendenza degli anni passati (62% nel 2017) e alla percentuale italiana (61%). Invece il consumo di formaggi e latticini è stato lievemente ridotto sia in Toscana che in Italia, raggiungendo rispettivamente il 21% e il 20%. Relativamente al consumo giornaliero toscano del gruppo alimentare che comprende ortaggi (51%) e frutta (77%) si nota un trend stabile rispetto agli anni precedenti, con una diminuzione dell'utilizzo delle verdure in foglia cotte e crude (52%), tuttavia rimangono alimenti che registrano percentuali di consumo maggiori rispetto alla media italiana, rispettivamente di 46%, 75% e 50%.

Inoltre in Toscana aumenta la diffusione dell'abitudine al consumo settimanale di dolci (52%), che supera la percentuale italiana (50%), mentre l'utilizzo settimanale toscano di snack salati (26%) conferma l'aumento registrato negli anni passati, ma non supera il risultato nazionale (29%). In merito alla cottura e al condimento a crudo resta prevalentemente diffuso l'utilizzo di olio di oliva e grassi vegetali sia in Toscana (96% e 99%) che in Italia (96% e 98%), mentre in Toscana si registra una maggiore attenzione al consumo di sale e al suo contenuto di iodio. Le linee guida sulla sana alimentazione indicano che la quantità necessaria di frutta o verdura è di almeno cinque porzioni al giorno, come sottolineato dall'OMS. Il consumo di questo gruppo alimentare è utilizzato come principale indicatore di una nutrizione qualitativamente valida. Confrontando le ultime rilevazioni regionali e nazionali possiamo notare che il consumo di frutta e verdura resta ancora piuttosto ridotto rispetto alle raccomandazioni sovranazionali. In particolare, la sorveglianza OKkio alla Salute, dedicata allo studio delle abitudini di chi ha 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%).

Allo stesso modo, la sorveglianza nazionale PASSI, relativa agli stili di vita di chi ha tra i 18 e i 69 anni, evidenzia che nel triennio 2017-2020 solo il 10% della popolazione toscana ha

consumato 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno, dato di poco superiore a quello nazionale (9%). La percentuale resta bassa, ma aumenta tra le persone anziane toscane, raggiungendo il 16%. Dal quadro generale emerge che consumano la quantità raccomandata di frutta e/o verdura prevalentemente le donne, i soggetti più anziani, le persone più istruite e con maggiori possibilità economiche.

In generale le abitudini alimentari toscane sono tendenzialmente sane e includono un consumo prevalente di pane, pasta, riso, frutta, carne, pesce e olio d'oliva, tuttavia dovrebbero essere migliorati il consumo di frutta o verdura e l'attenzione ai dolci.

Tabella 1. Consumo di alimenti – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana e Italia, periodo 2011-2020 – Fonte: ISTAT

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

Peso corporeo

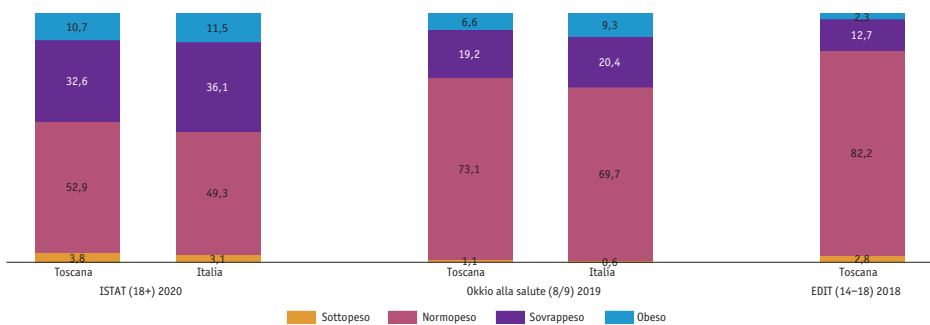
Come anticipato nel paragrafo precedente, negli ultimi decenni l'analisi del fenomeno della cattiva alimentazione, oltre a osservare e studiare la denutrizione, ha diretto l'attenzione anche sulla condizione di sovrappeso (indice di massa corporea, calcolato come peso in kg su altezza in metri al quadrato, compreso tra 25 e 29,9 kg/m²), sempre più diffusa e che colpisce popolazioni con un'adeguata educazione alimentare o con mezzi o risorse limitati.

Negli ultimi 40 anni l'obesità (indice di massa corporea ≥ 30 kg/m²) è aumentata del 200%, diffondendosi anche tra la popolazione più giovane.

L'attenzione all'obesità infantile è alta poiché ha una forte correlazione con lo stato di salute della futura persona adulta. Perciò, accanto all'impegno internazionale per contrastare la denutrizione, sono sorti impegni condivisi tra i paesi e istituzioni nazionali dedicate allo studio delle abitudini alimentari e impegnati nella prevenzione alla cattiva alimentazione, ad esempio l'*Action Plan on Childhood Obesity* 2014-2020 e il Tavolo di lavoro per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità, istituito dal Ministero della Salute a gennaio 2019. 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 erano 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%.

Per la fascia d'età 14-18 anni riportiamo i dati più aggiornati dello studio EDIT, relativi all'edizione 2018. I risultati stimano una prevalenza di soggetti in sovrappeso pari al 12,7% e in stato di obesità pari al 2,3%. Le distribuzioni non sono cambiate nel tempo, nel 2011 erano il 12,6% le persone in sovrappeso e il 2,2% quelle obese. Inoltre, tra gli studenti e le studentesse in condizione di obesità, non si registrano importanti differenze di genere (2,8% di obesi tra i maschi e 1,8% tra le femmine), mentre per quanto riguarda il sovrappeso, i maschi riportano prevalenze quasi doppie rispetto alle coetanee (16,2% rispetto a 9% tra le femmine) e, rispetto alle precedenti rilevazioni, risultano in lieve aumento (erano il 14,7% i maschi sovrappeso nel 2011). Per contro, il sottopeso interessa maggiormente le femmine, che nel 2018 sono stimate in circa il 4% del campione (1,7% tra i maschi).

Figura1. Soggetti per età e categoria dell'indice di massa corporea - Valori percentuali Toscana e Italia - Fonte: Elaborazione ARS su dati EDIT, Okkio alla Salute e ISTAT



Il problema non riguarda soltanto le fasce più giovani, infatti la ricerca presente all'interno della seconda edizione dell'*Italian Obesity Barometer Report*, pubblicato nel 2020, evidenzia che metà della popolazione adulta italiana è in sovrappeso, con una concentrazione tra i soggetti di sesso maschile e tra le persone appartenenti alle classi di età più elevate. Inoltre emerge che in Italia il numero di persone con alto indice di massa corporea è aumentato del 30% negli ultimi 3 decenni, con una distribuzione diversa rispetto al territorio. Il fenomeno

sembra essere confermato dall'Indagine PASSI 2017-2020, dove la condizione di sovrappeso si trova più diffusa nelle regioni meridionali (47%) rispetto a quelle centrali o settentrionali (rispettivamente al 39% e 38%).

Rispetto agli andamenti del 2020, descritti nella figura 1, in Italia è diminuita la proporzione di soggetti di normopeso (49%), ed è aumentata rispetto alle precedenti rilevazioni la condizione di sovrappeso e obesità (rispettivamente al 36% e 12%). Invece la Toscana si conferma come territorio tendenzialmente più sano e registra un trend positivo poiché è aumentata la percentuale di persone di normopeso (53%), ma è cresciuto il numero di persone obese (11%) e in condizione di sottopeso (4%) (ISTAT, 2020).

Attività fisica

Le abitudini alimentari e l'indice di massa corporea sono correlati con la pratica di attività fisica. Quest'ultima contribuisce alla conduzione di uno stile di vita sano e aiuta a prevenire condizioni cliniche, le stesse che abbiamo già discusso precedentemente come conseguenze negative della cattiva alimentazione. Secondo l'ultima indagine ISTAT disponibile nel 2019, ha praticato sport il 64% di italiani di età maggiore ai 3 anni.

Gli ultimi dati aggiornati relativi alla popolazione giovane italiana risalgono al 2019 e al 2018 e sono stati raccolti rispettivamente dalla sorveglianza OKkio alla Salute (6-10 anni) e dallo studio EDIT (14-18 anni). Dalla prima emerge che il 18% dei bambini e delle bambine tra i 6 e i 10 anni sono sedentari e che la maggior parte di loro vive in aree metropolitane.

Relativamente alla popolazione adolescente toscana la quota di soggetti sedentari nel 2018 è pari al 13% (EDIT), in lieve aumento rispetto alla precedente rilevazione (era l'11,8% nel 2015). Le ragazze inattive sono il doppio rispetto ai ragazzi loro coetanei (17,6% rispetto a 8,8%). La pratica di almeno uno sport negli ultimi 12 mesi riguarda circa l'80% (84,6% tra i ragazzi e 74% tra le ragazze).

È importante sottolineare che non conosciamo ancora eventuali cambiamenti dovuti alle restrizioni volte a controllare la diffusione della pandemia, per conoscere i quali rimandiamo ai risultati delle future sorveglianze.

Relativamente alla popolazione adulta, le abitudini quotidiane moderne contribuiscono alla diffusione di stili di vita sedentari e nel 2019 l'OMS ha valutato che un quarto della popolazione globale tra i 18 e i 65 anni non sia sufficientemente attiva e raccomanda di praticare un minimo di esercizio fisico, che può corrispondere ad almeno 2 ore e mezzo a settimana di movimento moderato o alla metà del tempo di attività più intensa.

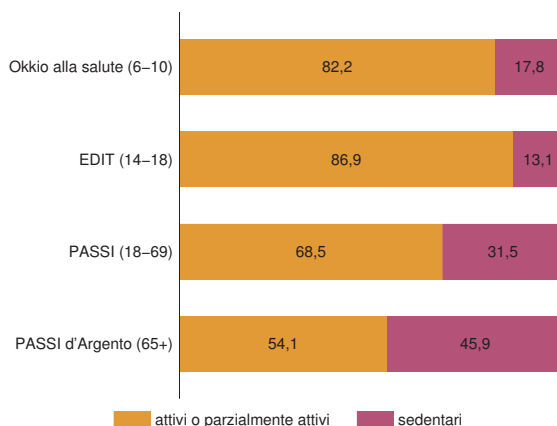
Come per la dieta, anche la pratica sportiva ha risentito delle regole imposte a causa della pandemia di Covid-19. In attesa di capire l'entità dei cambiamenti osserviamo gli ultimi dati aggiornati.

La rilevazione PASSI segue gli andamenti delle abitudini relative alla pratica sportiva in Italia e in Toscana e suddivide la popolazione adulta di riferimento in persone "attive", se seguono il minimo di esercizio fisico raccomandato dall'OMS o se hanno professioni che implicano molto movimento, in persone "parzialmente attive", ovvero coloro che non raggiungono le quantità consigliate ma praticano qualche tipo di attività fisica, e infine in "sedentarie",

che non praticano alcun tipo di esercizio. Secondo le ultime stime (PASSI 2017-2020) in Italia i soggetti “attivi” sono il 31%, quelli “parzialmente attivi” il 32% e gli individui “sedentari” raggiungono il 37% della popolazione nazionale. La sedentarietà è più diffusa tra le donne e tra le persone meno istruite e con difficoltà economiche maggiori e aumenta all’aumentare dell’età. Inoltre l’assenza di esercizio fisico è distribuita territorialmente in modo diverso, con una maggiore incidenza al sud e nelle isole. La popolazione toscana adulta è meno sedentaria rispetto alla media italiana (63%) in quanto i soggetti “attivi o parzialmente attivi” raggiungono il 69% (PASSI) (figura 2), e diminuiscono con l’aumentare dell’età (54%, secondo la rilevazione PASSI d’Argento rivolta alla popolazione anziana d’età 65+ anni). Per la Toscana inoltre si nota una quota di sedentari nella popolazione anziana molto più alta di quella italiana (circa il 46% vs il 40%). Come conseguenza della minor attività fisica dovuto alle restrizioni di movimento contenute nelle misure di contrasto al diffondersi della pandemia da Covid-19, lo stato della sedentarietà sembra essere peggiorato confrontando le rilevazioni PASSI 2016-2019 con quella del 2017-2020: nella prima i soggetti che in Italia dichiaravano di non praticare esercizio fisico erano il 35%, mentre nella seconda quasi il 37%. Con un cambiamento lieve, ma è così anche per la Toscana che nel 2016-2019 presentava circa il 31% di persone sedentarie e nel 2017-2020 il 32%.

Da questi dati appare chiaro che il periodo pandemico abbia influenzato molto sulla quantità e qualità dell’esercizio fisico praticato dalla popolazione italiana e toscana.

Figura 2. Persone attive e sedentarie per età – Valori percentuali – Toscana – Fonte: Elaborazioni ARS su dati EDIT 2018, PASSI 2017-2020, PASSI d’Argento 2017-2020



Per concludere, il quadro toscano relativo alla quantità di attività fisica praticata risulta peggiorato, ma ancora migliore della media nazionale per la popolazione adulta, mentre peggiora per la popolazione anziana, soprattutto rispetto alla media nazionale. Persistono, quindi, ampi margini di miglioramento, nell’ambito della promozione dell’attività fisica, ambito che potrebbe essere ancora particolarmente colpito dagli effetti della pandemia,

soprattutto per la fascia giovanile della popolazione che frequenta sport praticati al chiuso. Ricordiamo che la sedentarietà è maggiormente diffusa tra alcune categorie sociali, quali le donne, le persone anziane e soggetti con bassa istruzione o in difficoltà economiche, e questa consapevolezza deve spingere verso l'ideazione e l'implementazione di interventi ad hoc rivolti a queste fasce sociali ed in particolare in ambito scolastico.

Il consumo delle bevande alcoliche

L'alcol è riconosciuta come una tra le sostanze considerate nocive per la salute umana poiché danneggia chi lo consuma in forti quantità e ha anche effetti sul panorama di relazioni sociali di chi ne abusa. L'uso di alcolici è la principale causa di alcune malattie (disturbi psichici, epatopatia alcolica, avvelenamento da alcol), contribuisce all'insorgenza di alcune patologie (alcune neoplasie, disturbi depressivi, epilessia, malattie cardiache, ictus emorragico e ischemico, cirrosi epatica) e può avere conseguenze su terzi, ad esempio alcune sindromi trasmesse al feto durante la gravidanza (sindrome feto alcolica) o incidenti stradali (causando 17mila vittime ogni anno in Italia). Per questi motivi i governi locali e nazionali insieme alle organizzazioni internazionali, come le Nazioni unite e l'Unione europea, si impegnano nell'individuazione di strategie efficaci per ridurre l'impatto negativo. Questo comporta l'introduzione di restrizioni e di politiche statali specificatamente rivolte a ridurre il fenomeno, attraverso tentativi di controllo rispetto all'accesso alle sostanze, attraverso ad esempio limiti di età per l'acquisto. La discussione dell'efficacia di politiche restrittive sul consumo di alcol è un dibattito ancora molto aperto, e sono molti gli esempi in Europa dove sono i fattori socio culturali e di trasformazione della società che hanno avuto ed hanno tutt'oggi un impatto diretto sull'aumento o sulla riduzione del consumo (come ad esempio in Italia).

L'OMS evidenzia come tra gli studenti e le studentesse una delle due sostanze più comuni di uso o abuso continua a essere l'alcol (l'altra è il tabacco) ed è stato studiato che consumare alcol in giovane età ha conseguenze sullo sviluppo di alcune funzioni cognitive, quali la memoria e l'apprendimento, sul benessere psicologico, poiché causa un aumento dei casi di ansia o depressione, e crea una predisposizione all'abuso di alcol in età adulta. Dall'indagine ESPAD europea del 2019, rivolta esclusivamente alla popolazione studentesca di 16 anni, emerge che il 79% della popolazione adolescente europea ha bevuto alcol almeno una volta nella vita e il 47% nei 30 giorni precedenti all'indagine. L'Italia supera la media di consumo europea con l'84% di rispondenti che dichiara di aver assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita e il 59% nel mese precedente alla rilevazione.

I dati ESPAD Italia del 2019 (popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni) mostrano che l'87% ha bevuto almeno una volta nella vita, con poca differenza tra maschi (88%) e femmine (86%). Inoltre, l'81% ha assunto alcol nei 12 mesi precedenti alla somministrazione del questionario e il 64% nei 30 giorni prima, entrambe le percentuali sono maggiori tra i ragazzi (rispettivamente 82% e 67%) che tra alle ragazze (rispettivamente 79% e 61%).

La popolazione studentesca toscana registra una percentuale di consumatori sostanzialmente nella media rispetto alle percentuali italiane, infatti la rilevazione ESPAD 2019 ha rilevato che

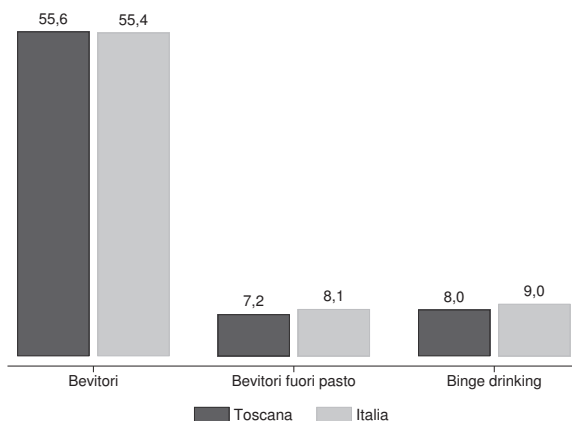
l'87% ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita, l'81% nei 12 mesi precedenti alla rilevazione e il 65% nei 30 giorni prima. Generalmente sono state stimate prevalenze maggiori fra gli studenti maschi maggiorenni, tranne che per il consumo dell'ultimo mese, per il quale i consumi sono equilibrati tra i generi. Tra coloro che hanno assunto alcol nei 30 giorni precedenti allo studio, si nota un consumo più frequente di birra (58%), seguita dal vino (51%). Rispetto alle ubriacature emerge che il 43% delle studentesse e degli studenti in Toscana ha bevuto alcol fino a camminare barcollando, a non riuscire a parlare correttamente, a vomitare e/o di aver dimenticato l'accaduto (contro il 41% italiano); al 33% è successo negli ultimi 12 mesi e al 13% negli ultimi 30 giorni. Inoltre, il 36% dei rispondenti toscani ha dichiarato di aver bevuto 5 o più alcolici di seguito, ovvero di aver sperimentato il binge drinking, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, con percentuali maggiori tra i ragazzi maggiorenni.

Questo tema solleva grande interesse, anche alla luce della confermata presenza di una duplice modalità di consumo di alcol, che converge nell'integrazione di due modelli: nordico e mediterraneo. Lo stile nordico riflette le abitudini anglosassoni e consiste nell'assunzione di grandi quantità di alcol fuori dai pasti e in occasioni di socialità, è prevalentemente diffuso tra la popolazione giovane e la peculiarità di questo modello è la combinazione, nella stessa circostanza, di tipi di bevande alcoliche diverse, ad esempio birra e superalcolici. Lo stile mediterraneo invece descrive la pratica di consumo tipica delle abitudini italiane, e in particolar modo toscane, secondo cui l'alcol, principalmente il vino, si accompagna ai pasti ed è assunto prevalentemente in contesti familiari. I due modelli differiscono per il profilo del consumatore e il pattern, per la modalità di consumo e le combinazioni di alcolici e per le circostanze in cui l'alcol è assunto.

Anche alla luce delle dinamiche appena descritte risultano importanti i risultati dell'indagine ESPAD #iorestoacasa 2020, svolta durante il periodo pandemico, e dedicata a studiare le abitudini della fascia di età di 15-19 anni acquisite durante i primi mesi del 2020, con un focus sul periodo di quarantena dovuto alla pandemia di Covid-19. L'indagine mostra che l'82% ha assunto alcol almeno una volta nella vita, il 76% nei 12 mesi precedenti all'indagine e il 43% nei 30 giorni prima e il consumo di bevande alcoliche è più diffuso tra i soggetti maschi e maggiorenni. Si tratta di percentuali inferiori rispetto a quelle registrate nel 2019. Inoltre la rilevazione stima che in Italia quasi la metà degli studenti e delle studentesse ha consumato bevande alcoliche durante il lockdown e il 16% ne ha abusato. Rispetto alle ubriacature, il 35% del campione ha dichiarato di aver bevuto fino a raggiungere stati psicofisici a capacità ridotta (camminare barcollando, non parlare correttamente, vomitare, avere amnesie) e al 27% è capitato nel corso dei 12 mesi precedenti alla rilevazione (stima inferiore rispetto ai risultati del 2019). Inoltre è stato rilevato che in questa particolare condizione di distanziamento fisico e chiusura domestica alcuni fattori hanno inciso sull'assunzione di alcolici, infatti laddove vi era soddisfazione rispetto al rapporto con il proprio padre e rispetto alla situazione finanziaria della famiglia, i valori sono stati minori. Un ulteriore elemento di protezione è stato avere regole stabilite dai genitori, valide sia dentro casa che fuori.

Gli ultimi dati aggiornati sulla prevalenza di bevitori di alcol in Italia derivano dalla sorveglianza PASSI (2017-2020) e mostrano che l'andamento dei consumi è rimasto costante, con il consumo di bevande alcoliche nei 30 giorni precedenti alla rilevazione che coinvolge più della metà della popolazione (55%), un'assunzione fuori dai pasti stabile (8%) e il fenomeno del binge drinking fermo al 9% (figura 3). Rispetto a queste abitudini risulta che tra le persone adulte bevitrici di alcol il 17% lo assume in quantità o modalità considerate di "maggior rischio" per la salute. Tra queste si ritrovano prevalentemente giovani maschi, istruiti e senza difficoltà economiche. Gli stessi dati per la Toscana mostrano una situazione in linea con le percentuali italiane, registrando che tra la popolazione regionale il 56% consuma alcol, il 7% beve fuori dal pasto e l'8% pratica *binge drinking*.

Figura 3. Consumo di alcol, per tipologia – Prevalenza per 100 abitanti d'età 18-69 anni Toscana e Italia, triennio 2017-2020 - Fonte: sorveglianza PASSI



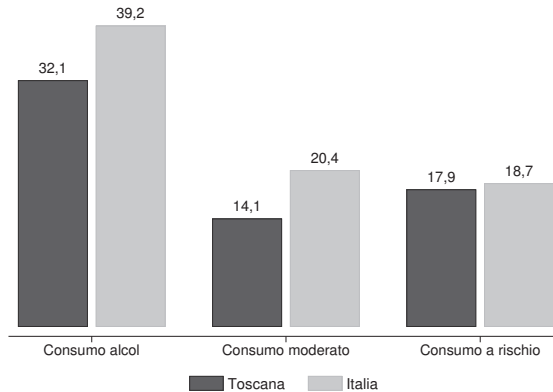
Rispetto ai consumi della popolazione toscana anziana emerge una situazione migliore rispetto alle stime italiane, infatti il 32% del campione ha dichiarato di aver ingerito alcol nei 30 giorni precedenti alla rilevazione (rispetto al 39% italiano). Inoltre il consumo moderato raggiunge il 14% e il consumo a rischio il 18% (a fronte rispettivamente del 20% e del 19% italiani) (figura 4).

Possiamo notare che relativamente agli stili di vita e ai determinanti della salute descritti finora la Toscana presenta valori migliori rispetto alla media italiana, mentre i comportamenti relativi al consumo di alcol toscani si allineano alla media nazionale, registrando un'abitudine diffusa all'assunzione di alcolici. Tuttavia si stanno modificando le situazioni, i contesti e gli stili di consumo di alcol e in merito a questo punto sarà interessante osservare i risultati dei futuri studi sulla popolazione giovane toscana.

L'accesso ai Pronto soccorso (PS) per cause alcol correlate rappresenta una delle conseguenze sanitarie dell'uso e abuso di alcolici. Nel 2020 in Toscana, su un totale di circa 1 milione di

accessi ai PS toscani (diminuiti del 32,7% rispetto al 2019, per effetto della pandemia da Covid-19), si sono verificati circa 3.600 accessi alcol-correlati, -29,5% rispetto al 2019, pari a 98 ogni 100mila abitanti.

Figura 4. Consumo di alcol, per tipologia - Prevalenza per 100 abitanti d'età 65+ anni Toscana e Italia, triennio 2017-2020 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Nel 70% dei casi gli accessi sono stati effettuati da uomini, il tasso di incidenza maschile è pari a 141,7 per 100mila, rispetto al 58 per 100mila osservato tra le donne.

Il 41% aveva cittadinanza straniera (prevalentemente rumena e marocchina, le due nazionalità più frequenti tra gli stranieri residenti). Il dato è in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente, nel 2019 gli stranieri rappresentavano infatti il 45,1% degli accessi. La diminuzione è plausibilmente dovuta alla minore presenza straniera sul territorio toscano, a causa delle limitazioni imposte agli spostamenti tra regioni e paesi durante il 2020.

La causa prevalente di accesso sono gli effetti tossici dell'alcol etilico (95,2%), seguiti dall'alcolemia elevata (1,8%) e dall'abuso di alcool episodico (1,3%).

La classe d'età con il più alto tasso di accessi ai PS è quella compresa tra i 16 e i 17 anni, con 301,8 accessi ogni 100mila abitanti, seguita da quella dei 18-24enni con 362 accessi per 216,5 per 100mila abitanti. Tra i ragazzi di 16-17 anni si rileva una diminuzione del 26% rispetto al 2019, mentre tra i 18-24 la diminuzione è più importante, -44% rispetto al 2019.

In Italia le patologie che causano il maggior numero di eventi sono le epatopatie alcoliche, nel 2016 responsabili del 75% dei decessi direttamente attribuibili all'alcol. Per quanto riguarda la mortalità totalmente attribuibile all'alcol, in Toscana, nell'ultimo anno disponibile (2016) sono stati contati 62 casi (di cui 46 maschi), pari a un tasso standardizzato di 2,7 decessi per 100mila abitanti, inferiore alla media nazionale (4,1 decessi per 100mila abitanti). L'andamento del fenomeno è in aumento, come nel resto del paese. Per quanto riguarda l'utenza in carico presso i Servizi alcolologici della Toscana, nel 2020 erano 5.314 le persone assistite (oltre 5.563 nel 2019), di cui il 71,5% di sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine pari a 2,5, sia tra gli utenti incidenti che prevalenti. La fascia d'età più rappresentata è quella degli over

50 (48,1%) seguita da quella dei 30-49enni (44,4%) e infine dai più giovani under30 con il 7,5%, così come la distribuzione della bevanda d'abuso prevalente. Come per il resto dei soggetti con dipendenza in cura presso i Servizi toscani, l'andamento temporale mantiene un tasso d'incidenza stabile e una prevalenza in costante aumento poiché associata ai lunghi tempi di mantenimento del trattamento.

Osservando il fenomeno del consumo di alcolici nel suo insieme, in Toscana a oggi si mantengono stabili i consumi e le preferenze. Tra i giovani continua, anche se con minor forza, l'avanzata dei comportamenti eccedentari. In particolare a emergere continuano ad essere le ragazze, soprattutto le adolescenti, che negli ultimi anni, e non solo in Toscana, sempre più spesso sono coinvolte in episodi di ubriacature, abbuffate alcoliche e accessi ai PS per intossicazioni da alcol.

Il consumo di tabacco

Il consumo di tabacco è riconosciuto come un'abitudine tra le più nocive per la salute, esso infatti rappresenta secondo l'OMS la maggiore causa di insorgenza di molteplici patologie croniche non trasmissibili, come affezioni broncopulmonari, neoplasie, infarto e cardiopatie. Il Center for Disease Control and Prevention ha individuato 27 malattie correlate al tabagismo e l'OMS calcola circa un miliardo di persone fumatrici al mondo, concentrate prevalentemente (per l'80%) in paesi con PIL medio-bassi, dove contrastare gli effetti negativi del fumo risulta più difficile poiché è più complicato implementare politiche di prevenzione e di dissuasione dal consumo di tabacco. Ciò comporta che circa 8 milioni di persone al mondo muoiono a causa del fumo (OMS).

Inoltre il fumo non provoca effetti negativi solo sui soggetti direttamente interessati, ma anche su chi è esposto al fumo passivo, che causa 1,2 milioni di morti ogni anno. Il fumo, infine, si caratterizza come il principale fattore di rischio evitabile.

In Europa il tabagismo causa circa 700mila decessi ogni anno, mediamente l'aspettativa di vita di un fumatore è minore di circa 14 anni rispetto a quella di un non fumatore. In Italia si stima che il tabacco provochi 93mila morti ogni anno con costi diretti e indiretti che raggiungono i 26 miliardi di euro (fonte: Rapporto *Tobacco Atlas*, 6°ed.). Secondo il rapporto della Direzione generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute (2018) il consumo quotidiano di 20 sigarette riduce di quasi 5 anni la vita media di una persona che inizia a fumare a 25 anni. La popolazione più giovane, come per il consumo di alcol, è la principale destinataria delle politiche volte a contrastare il tabagismo perché la percentuale di coloro che fumano per la prima volta è pressoché sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento.

Dall'indagine ESPAD 2019 europea, rivolta esclusivamente a studentesse e studenti di 16 anni, emerge che il 41% degli studenti e delle studentesse dei paesi europei coinvolti nella rilevazione ha provato a fumare nella propria vita e il 20% aveva consumato sigarette nei 30 giorni precedenti. L'Italia riporta percentuali più alte della media dei paesi ESPAD, con il 55% di rispondenti che dichiara di aver provato a fumare almeno una volta nella vita e il 32% ha consumato tabacco ogni giorno nel mese precedente alla rilevazione. I dati ESPAD del 2019 che coinvolgono la popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni mostrano che in Italia il 58%

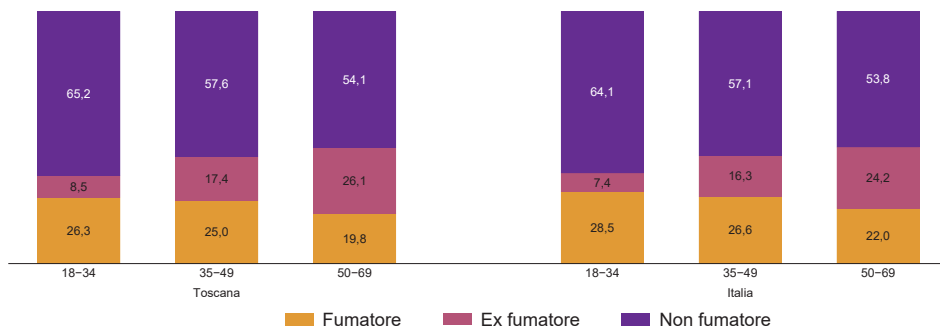
di rispondenti ha provato a fumare almeno una volta nella vita e il 21% ha consumato tabacco ogni giorno nell'anno precedente alla rilevazione, con una maggiore diffusione tra le femmine e tra i soggetti maggiorenni.

Relativamente alla Toscana, dai dati raccolti con l'indagine ESPAD nel 2019, emerge che il 58% della popolazione adolescente ha consumato tabacco almeno una volta nella vita e il 22% ha fumato quotidianamente nei 12 mesi precedenti alla rilevazione. Entrambe le percentuali mostrano una maggiore abitudine al fumo da parte delle ragazze e le frequenze ricalcano la distribuzione nazionale. Tra coloro che hanno dichiarato di aver consumato tabacco ogni giorno negli ultimi 12 mesi il 51% ha fumato tra 1 e 5 sigarette, il 27% tra le 6 e le 10, il 17% più di 10 e il 5% più di 20 sigarette quotidiane. Tra coloro che hanno consumato massimo 5 sigarette al giorno si trovano prevalentemente femmine e minorenni, mentre all'aumentare del consumo di sigarette quotidiane la distribuzione si sposta tra soggetti maschi e maggiorenni. È interessante proporre un confronto con le abitudini rilevate nei primi mesi del 2020. L'indagine ESPAD #iorestoacasa 2020 ha raccolto le risposte di soggetti adolescenti italiani durante il periodo in cui in Italia è stato imposto il lockdown per il contenimento della pandemia da Covid-19 (marzo-maggio). È emerso che il 46% dei ragazzi e delle ragazze ha provato a fumare almeno una volta nella vita (contro il 58% del 2019) e il 32% ha fumato tutti i giorni nell'anno precedente alla rilevazione (contro il 21% del 2019). Rispetto al 2019, sembra che il periodo di restrizioni abbia disincentivato la pratica di provare a fumare per la prima volta, ma abbia aumentato la frequenza di fumo tra coloro che avevano già acquisito l'abitudine, inoltre la distribuzione si è spostata tra le persone di sesso femminile e maggiorenni. Lo studio in questione si è focalizzato sul periodo della quarantena e ha mostrato, come per il consumo di alcol, che alcuni fattori contestuali e relazionali hanno inciso sulla quantità di sigarette fumate durante il periodo di lockdown, in particolare l'aver avuto un buon rapporto con la famiglia, con la madre e con il padre, e l'essere soddisfatti della situazione finanziaria familiare, hanno disincentivato il comportamento nocivo. Esattamente come per l'alcol, un elemento che ha assunto una funzione protettiva è stato quello di avere regole di comportamento da rispettare, sia dentro casa sia fuori, e controllo da parte dei genitori sulla gestione delle spese.

In generale emerge che nel 2020 le misure finalizzate a contrastare la pandemia da Covid-19, e il distanziamento sociale in particolare, hanno influenzato le abitudini di fumo della popolazione adolescente italiana, registrando una riduzione del fenomeno.

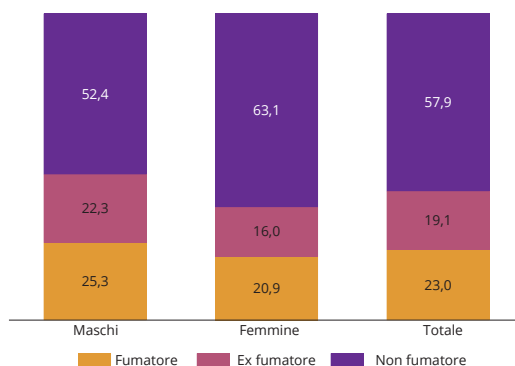
Relativamente alla popolazione adulta, gli ultimi dati PASSI (2017-2020) mostrano che 6 italiani su 10 non fumano e il 18% ha smesso di fumare. La percentuale dei fumatori e delle fumatrici è del 25%. Il tabagismo rimane più diffuso tra i maschi (29%, contro il 21% delle femmine) e si concentra tra i soggetti più giovani, in particolare tra i 18-34 anni (29%) (figura 5). L'abitudine al fumo diminuisce con l'età, tra i 50-69enni solo il 22% fuma, dopo i 35 anni, infatti, sappiamo che aumenta progressivamente la percentuale di persone che smettono di fumare. I soggetti fumatori consumano mediamente 12 sigarette al giorno, ma 1 soggetto fumatore su 4 fuma quotidianamente più di un pacchetto (20 sigarette) e si registra un significativo aumento del 16% del consumo di tabacco trinciato.

Figura 5. Abitudine al fumo per età - Valori percentuali - Toscana e Italia, triennio 2017-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati PASSI



In Italia la più alta concentrazione di persone fumatrici è nelle regioni centrali, ma la Toscana registra una delle percentuali più basse (23%). La diffusione dell'abitudine al fumo in Toscana riflette i trend italiani, con una maggiore concentrazione tra i maschi (25%) e tra le età più giovani (26%). Rispetto agli anni precedenti emerge un trend positivo soprattutto in Toscana, dove è avvenuto un decremento dei soggetti fumatori (passati dal 28% nel periodo 2011-2014 al 23% tra il 2017 e il 2020), a fronte di una proporzione di persone ex fumatrici invece piuttosto stabile (dal 21% nel periodo 2011-2014 al 19% nel periodo 2017-2020), figura 6. Ciò mostra che la riduzione dei soggetti fumatori è dovuta più alla diminuzione del numero di persone che iniziano a fumare, piuttosto che all'aumento di chi smette, un aspetto molto positivo.

Figura 6. Abitudine al fumo per genere - Valori percentuali - Toscana, triennio 2017-2020 Fonte: elaborazioni ARS su dati PASSI



Infine, per concludere il quadro dell'abitudine al fumo, dal 2018 la sorveglianza PASSI ha cominciato a monitorare anche il consumo di sigarette elettroniche e di sigarette con tabacco riscaldato, considerato un prodotto meno dannoso rispetto alle sigarette tradizionali, che per adesso hanno registrato valori di utilizzo molto bassi (rispettivamente 3,2% e 0,9%).

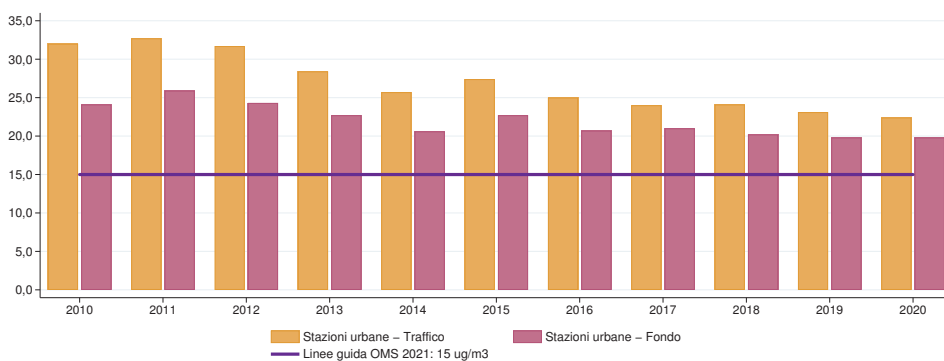
Le informazioni raccolte in occasione dell'ultima rilevazione PASSI d'Argento in merito alle abitudini delle persone ultra 65enni mostrano che in Italia il 63% di loro non fuma, il 27% ha smesso da più di un anno e il 10% consuma ancora tabacco. Tuttavia la distribuzione cambia concentrandosi nei primi 10 anni delle età prese in considerazione, infatti nella fascia d'età 65-74 anni si registra il 14% di soggetti fumatori, percentuale che si riduce al 3% tra gli over 85enni. Oltre all'età avanzata ci sono altri fattori socio economici in cui si trova una minore incidenza di soggetti fumatori, come l'assenza di difficoltà economiche e il livello di istruzione, condizioni che registrano percentuali di consumo di tabacco più basse, vi si trovano rispettivamente il 30% e il 33% (con diploma o laurea) dei soggetti ex-fumatori (contro il 23% per le difficoltà economiche e il 22% per la licenza elementare). I dati PASSI d'Argento mostrano che in Toscana c'è stato un decremento tra gli ex fumatori, che sono passati dal 36% del 2016-2017 al 30% del 2017-2019, a fronte di una stima stabile all'8% per i soggetti fumatori (dati PASSI d'Argento non mostrati).

In generale il consumo di tabacco sta registrando trend in miglioramento sia in Italia che in Toscana, con un lento, ma costante, decremento. Tuttavia, considerate le raccomandazioni dell'OMS, sarebbe auspicabile un'ulteriore riduzione dell'abitudine al fumo, continuando a perseguire gli interventi attivati dal Piano d'azione globale dell'OMS 2013-2020, volti a prevenire l'insorgenza delle patologie derivanti dal tabagismo e intervenire sul rischio evitabile a sostegno anche della gestione sanitaria nazionale.

Ambiente

I dati di qualità dell'aria misurati nel 2020 presso le stazioni di monitoraggio della rete regionale gestita dall'Agenzia regionale per la Protezione ambientale della Toscana (ARPAT) confermano per il particolato atmosferico (PM_{10}) il trend in diminuzione dei valori delle medie annuali (figura 1). Sebbene il limite normativo previsto per questo indicatore ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$, Dlgs 155/2010) sia rispettato in tutte le stazioni di monitoraggio, sia per quelle di fondo che per quelle di traffico i valori misurati sono ancora lontani dalle linee guida raccomandate dall'OMS per la protezione della salute umana. Recentemente l'OMS ha pubblicato un aggiornamento delle linee guida (*WHO global air quality guidelines: particulate matter ($PM_{2.5}$ and PM_{10}), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. 2021*) 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 PM_{10} il limite raccomandato è stato abbassato da 20 a $15 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Solo 4 stazioni (AR-Casa, Stabbi PI-Montecerboli, LI-Cotone e GR-URSS) della rete regionale rispettano la nuova linea guida dell'OMS.

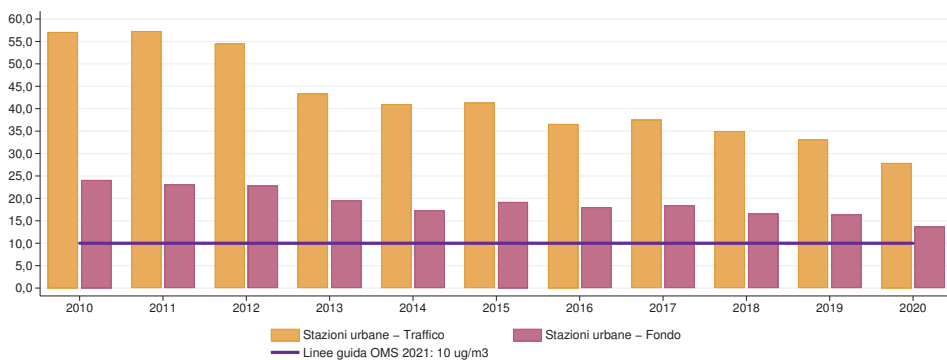
Figura 1. Medie annuali di PM_{10} per tipo di stazione di rilevamento della rete regionale di monitoraggio - Toscana, periodo 2010-2020 - Fonte: ARPAT



Nel 2020 i valori massimi della media annuale di PM_{10} sono stati registrati presso la stazione di fondo del Comune di Capannori ($29 \mu\text{g}/\text{m}^3$), 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 ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 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 AR-Repubblica ($27 \mu\text{g}/\text{m}^3$), mentre presso la stazione di FI-Gramsci la media è pari a $23 \mu\text{g}/\text{m}^3$, nettamente inferiore agli anni precedenti. Per il particolato fine ($PM_{2.5}$) i valori delle medie annuali sono in lieve diminuzione e, come per il PM_{10} , in tutte le stazioni è rispettato il limite normativo ($25 \mu\text{g}/\text{m}^3$), ma i valori sono lontani dalle linee guida OMS, che per il $PM_{2.5}$ ha abbassato il limite raccomandato da 10 a $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$, cioè $1/5$ del limite di legge.

Anche per le medie annuali di biossido di azoto (NO_2) si registra una diminuzione dei valori (figura 2), soprattutto per le stazioni di traffico. Se rispetto al limite normativo ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) si conferma, anche nel 2020 l'unica criticità relativa alla stazione di FI-Gramsci, soltanto in 5 stazioni è rispettata la nuova linea guida dell'OMS, che è stata abbassata a $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Nonostante attualmente in Toscana l'ozono sia il parametro che mostra maggiori criticità relativamente al raggiungimento dei valori obiettivo previsti dalla normativa, le concentrazioni registrate durante il 2020 sono state nettamente migliori di quanto avvenuto negli ultimi anni. Nonostante ciò, l'indicatore per la protezione della salute come media su tre anni è stato superato in 6 stazioni su 10, così come l'indicatore per la protezione della vegetazione.

Figura 2. Medie annuali di NO_2 per tipo di stazione di rilevamento della rete regionale di monitoraggio - Toscana, periodo 2010-2020 - Fonte: ARPAT



Nel 2020 le restrizioni emergenziali alla mobilità e alle attività lavorative imposte, soprattutto nei mesi di marzo e aprile, per il contenimento della pandemia da SARS-CoV-2 hanno rappresentato un'occasione senza precedenti per una valutazione degli impatti di queste misure restrittive sulla qualità dell'aria. Numerosi sono gli studi nazionali ed internazionali condotti e tuttora in corso su questo tema. Anche ARPAT ha fornito una valutazione della qualità dell'aria in Toscana nei mesi di lockdown (*L'andamento dei principali inquinanti in marzo e aprile in Toscana*, ARPAT 2020), evidenziando alcune caratteristiche comuni alle varie zone della regione, ma anche delle disomogeneità tra territori della stessa area. Gli effetti delle disposizioni per l'emergenza Covid-19 si diversificano per inquinante e tipo di sito: gli ossidi di azoto sono quelli per i quali è maggiormente apprezzabile una riduzione che può essere attribuita a fattori diversi da quelli stagionali; per il PM_{10} si osservano variazioni in generale meno rilevanti e non sempre chiaramente riconducibili alla contingente situazione del 2020. Il $\text{PM}_{2.5}$ non mostra variazioni per nessuna delle zone esaminate, mentre per tutte le zone le riduzioni di PM_{10} e NO_2 più rilevanti si riscontrano nei siti di traffico. Questi risultati sono coerenti con quelli riportati nelle valutazioni delle Agenzie di Protezione ambientale delle altre regioni italiane (*La qualità dell'aria in Italia durante il lockdown*, Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente – SNPA 2020).

Relativamente alla produzione di rifiuti urbani, anche nel 2019 la Toscana con 611 kg per abitante conferma il secondo posto nel panorama nazionale, dopo l'Emilia Romagna (663 kg/ab.) e rispetto ad una media italiana di 499 kg/ab. (fonte: ISPRA, *Rapporto Rifiuti Urbani, Edizione 2020*). Seppur in lieve crescita rispetto all'anno precedente, nel 2019 la percentuale di raccolta differenziata si attesta in Toscana al 60,2% (media nazionale: 61,3%; Veneto: 74,7%), e risulta ancora lontana dagli obiettivi fissati dall'Unione europea e dal Piano rifiuti della Regione (70%).

Relativamente alla qualità delle acque destinate alla potabilizzazione, i monitoraggi del triennio 2017-2019 confermano i dati negativi degli anni precedenti. Dal 2004 nessun corpo idrico ha raggiunto la classificazione A1 (qualità buona), nel periodo 2017-2019 il 15% dei punti sono classificati A2, il 53% A3 e il 32% subA3, ovvero categorie che richiedono interventi progressivamente più consistenti per la potabilizzazione. Nel 2019 il 73% dei corpi idrici superficiali monitorati per i fitofarmaci ha registrato la presenza di fitofarmaci in concentrazione misurabile, e il 14% è risultato compromesso per superamenti degli standard di qualità ambientale. Il 96% dei campioni monitorati presenta residui di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) e nel 16% si sono osservati superamenti degli standard di qualità ambientale.

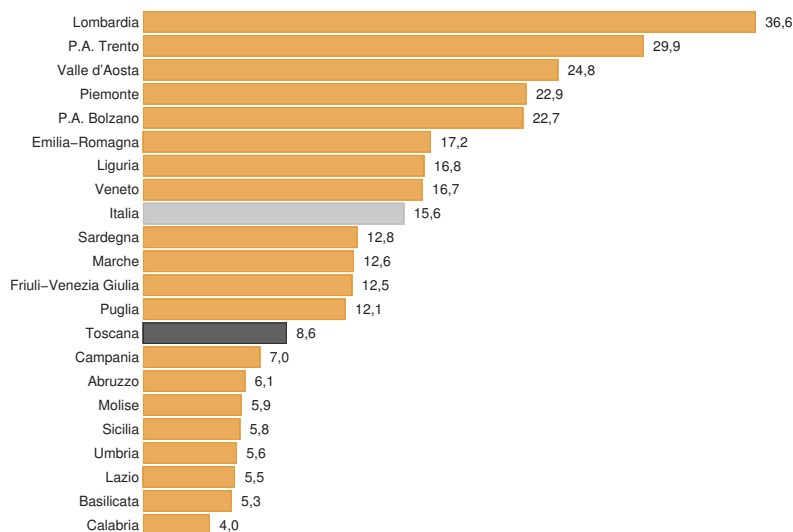
La salute dei toscani

Mortalità

Nel 2020 sono deceduti 48.135 toscani (dato provvisorio ISTAT, a oggi non è ancora disponibile il dato consolidato), 1.310 ogni 100mila abitanti. Rispetto al 2019, quando si registrarono 1.180 deceduti per 100mila abitanti, si tratta di un aumento dell'11%, circa 4.500 decessi in più. L'eccesso di mortalità, pur non avendo ancora a disposizione il dettaglio delle cause di decesso, è riconducibile ovviamente agli effetti della pandemia da Covid-19. I toscani deceduti per Covid-19 nel 2020, rilevati dal sistema di monitoraggio della Protezione civile, sono stati poco meno di 3.700, ma è possibile che nella fase iniziale dell'epidemia (marzo-aprile 2020) in Italia vi sia stata una sotto-notifica dei decessi, a causa della minore probabilità di essere sottoposti ad un tampone molecolare.

Utilizzando il quinquennio 2015-2019 come riferimento (per avere un dato più solido che non risenta di oscillazioni casuali), l'eccesso di mortalità in Toscana nel 2020 è stato pari all'8,6%, a fronte di un +15,6% registrato in Italia (figura 1). Il 94,2% di questo eccesso è attribuibile a Covid-19, rispetto al 75,5% in Italia (fonte: Protezione civile). Per il nostro Paese si tratta del dato di mortalità più alto mai registrato dal secondo dopoguerra (746.146 decessi, +100.526 rispetto alla media 2015-2019). Lombardia, Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino-Alto Adige e Bolzano sono le Regioni/Province autonome più colpite dalla pandemia in termini di mortalità, rispetto al periodo 2015-2019.

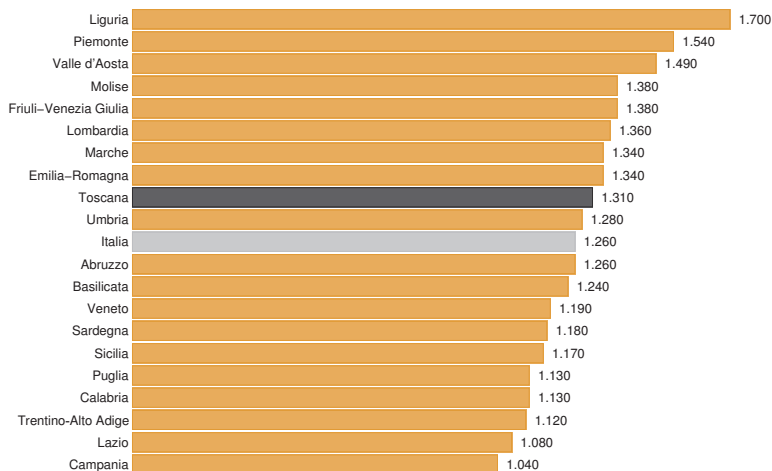
Figura 1. Eccesso di mortalità generale rispetto al periodo 2015-2019 - Differenza % nei deceduti 2020 rispetto al 2015-2019 - Regioni/Province autonome e Italia, anno 2020 - Fonte: ISTAT



L'eccesso di mortalità in Italia aumenta con l'età ed è più accentuato negli uomini rispetto alle donne. L'incremento delle morti della popolazione con 80+ anni spiega il 76,3% dell'eccesso di mortalità complessivo, quello nella classe di età 65-79 anni un altro 20%.

Nella graduatoria per regione la Toscana è 9° per numero di decessi totali rispetto alla popolazione residente, sopra alla media nazionale di 1.260 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.

Figura 2. Mortalità generale - Tasso grezzo per 1.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2020 - Fonte: ISTAT



Il dato standardizzato per età più recente è relativo al 2018. Osservando questi tassi, con 790 deceduti ogni 100mila abitanti, la Toscana è la 5° tra quelle con la mortalità generale più bassa in Italia, dopo Trentino-Alto Adige, Umbria, Marche e Veneto (figura 3), al di sotto quindi della media nazionale, pari a 829 decessi ogni 100mila abitanti.

Nella nostra regione, come in Italia, il gap di mortalità tra uomini e donne continua a ridursi. Rispetto al 1990, quando si osservavano circa 600 decessi di differenza ogni 100mila abitanti, il divario si è quasi dimezzato grazie ad una diminuzione più decisa tra gli uomini, e nel 2018 si attesta su circa 323 decessi di differenza ogni 100mila abitanti.

Tra le cause di morte più frequenti permangono nettamente le malattie del sistema circolatorio (33,4% del totale dei decessi nel 2018) e i tumori (28,3%), seguite dalle malattie del sistema respiratorio (8,6%).

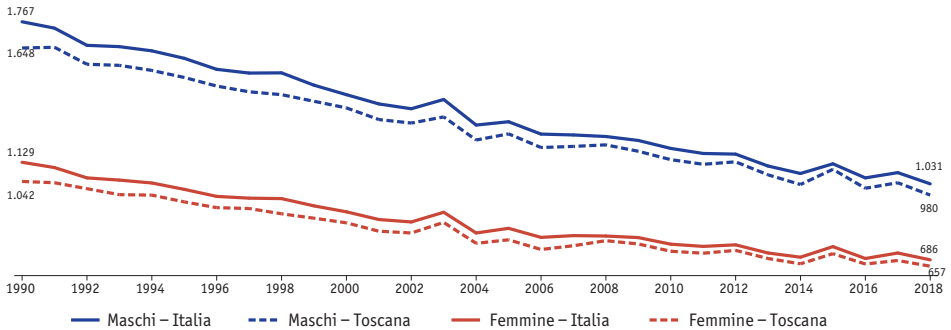
La mortalità generale, nel lungo periodo, è diminuita (figura 4) proprio grazie ai progressi nella prevenzione, diagnosi e cura di patologie cardiocircolatorie e oncologiche, che oggi consentono di prevenire in parte tali patologie o individuarle più precocemente, e di trattarle

con terapie sempre più efficaci, fattori che contribuiscono all'aumento dell'aspettativa di vita alla diagnosi.

Figura 3. Mortalità generale - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2018 - Fonte: ISTAT



Figura 4. Mortalità generale per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 1990-2018 - Fonte: ISTAT

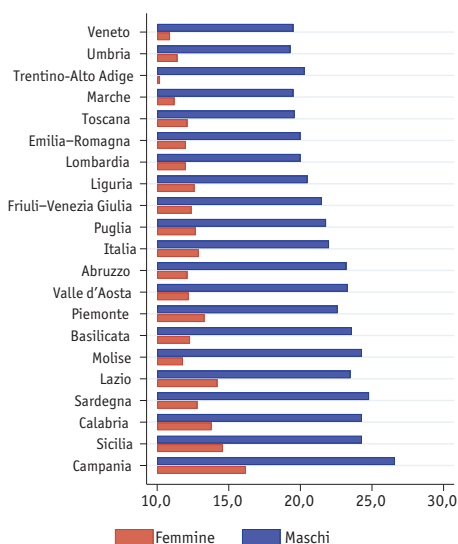


Mortalità evitabile

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 giorno persi, valore più alto in Italia).

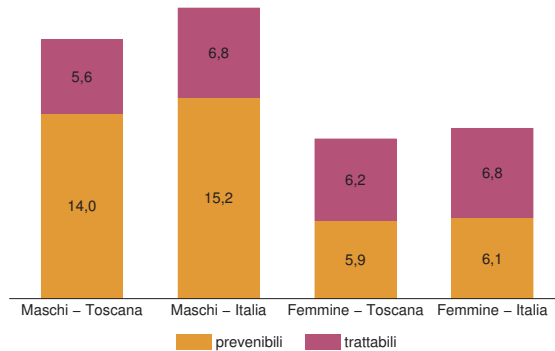
Figura 1. Mortalità evitabile per genere - Giorni di vita persi pro capite per decessi evitabili - Regioni e Italia, periodo 2016-2018 - Fonte: Rapporto MEV(i) su dati ISTAT



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 nella scheda 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 a un'ulteriore diminuzione del fenomeno generale.

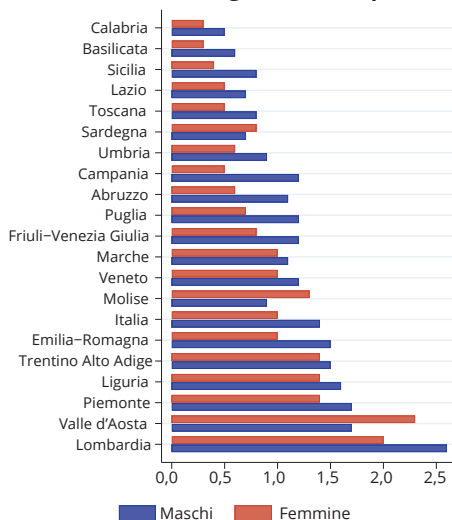
All'interno del territorio regionale permangono differenze a livello provinciale, con la provincia di Firenze che registra il dato più basso (14,6 giorni di vita persi) e le province costiere caratterizzate invece da maggiori criticità: Lucca 17,2, Grosseto e Massa-Carrara 16,9, Livorno 16,8 giorni di 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

A causa dell'eccesso di mortalità provocato dalla pandemia da Covid-19 in tutta Italia, nel 2020 ISTAT stima una netta diminuzione dell'aspettativa di vita alla nascita, che arretra su valori osservati nel 2012. In Toscana l'aspettativa di vita femminile scende a 85,2 anni (da 85,7 dell'anno precedente) e a 80,9 anni quella maschile (da 81,7). L'impatto della pandemia in termini di mortalità è stato più deciso tra gli uomini, rispetto alle donne, specialmente tra gli anziani.

Nello stesso periodo, in Italia, le donne sono passate da 85,4 a 84,4 anni di speranza di vita, gli uomini da 81,1 a 79,7 anni. Rispetto alla media italiana, quindi, in Toscana c'è stato un minore impatto sulle donne, -0,5 anni dal 2019 al 2020 (in Italia -1 anno) e un maggiore impatto sugli uomini, -0,8 anni (-0,4 anni in Italia), ma la nostra regione è tra quelle dove la diminuzione è stata più contenuta, dopo Calabria, Basilicata, Lazio e Sicilia (figura 1). Le regioni che registrano un calo più deciso della speranza di vita alla nascita sono quelle che, in base ai numeri del monitoraggio della Protezione civile, sono state tra le più colpite dalla pandemia da Covid-19 nel 2020 in termini di mortalità: Lombardia (-2,6 anni tra gli uomini e -2 anni tra le donne), Valle d'Aosta (-1,7 e -2,3) e Piemonte (-1,7 e -1,4).

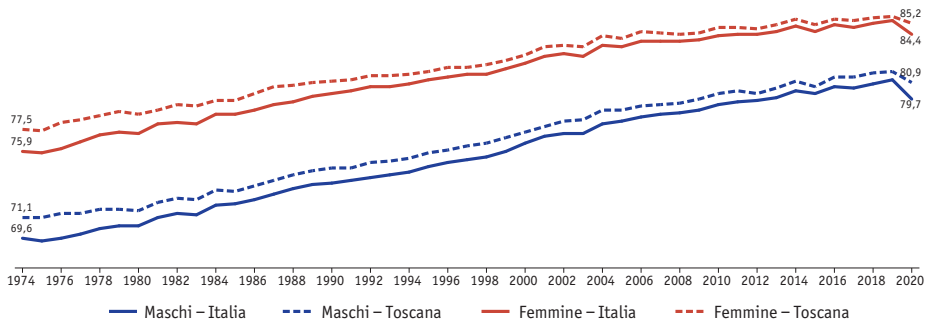
Figura 1. Diminuzione della speranza di vita alla nascita, per genere - Anni di speranza di vita alla nascita persi tra il 2019 e il 2020 - Regioni e Italia, periodo 2019-2020 - Fonte: ISTAT



Rispetto alla media italiana per il 2020, la stima toscana è più alta di 1,2 anni tra gli uomini e 0,8 anni tra le donne e si conferma tra le zone d'Italia con i valori più alti, 2° regione nella graduatoria in entrambi i generi, subito dopo l'Umbria (dove un uomo nato nel 2020 può aspettarsi di vivere 81,1 anni e una donna 85,6 anni).

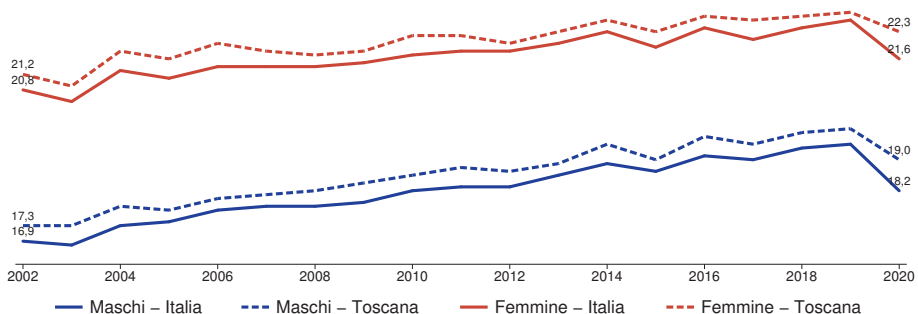
Osservando il trend per genere degli ultimi 40 anni è evidente la forte riduzione osservata nell'ultimo anno, non paragonabile, per intensità, alle lievi flessioni avute recentemente nel 2015 e nel 2017, dovute ad un maggior impatto delle stagioni influenzali e delle ondate di calore estive (figura 2).

Figura 2. Speranza di vita alla nascita per genere - Toscana e Italia, periodo 1974-2020
Fonte: ISTAT



Situazione simile anche per la speranza di vita di un toscano giunto al 65° anno d'età: mediamente può attendersi di vivere altri 19 anni se uomo (+0,8 anni rispetto alla media italiana) e 22,3 anni se donna (+0,7 anni). Nella classifica per regione la Toscana si conferma 2° tra gli uomini (dopo l'Umbria con 19,4 anni di speranza di vita a 65 anni d'età) e 3° tra le donne (dietro a Umbria e Sardegna, rispettivamente con 22,8 e 22,4 anni di speranza di vita). Per la diminuzione osservata nel 2020, se contestualizzata all'interno del trend dell'indicatore, valgono le considerazioni fatte in precedenza per la speranza di vita alla nascita (figura 3). Anche in questo caso si perdono i vantaggi acquisiti negli ultimi 8 anni, tornando sui valori del 2012, con un impatto maggiore tra gli uomini rispetto alle donne. In Toscana, dal 2019 al 2020, si sono persi 0,8 anni di speranza di vita al 65° anno d'età tra gli uomini e 0,5 anni tra le donne, impatto minore della media italiana, che nello stesso periodo ha visto diminuire l'indicatore di 1,2 anni tra gli uomini e 1 anno tra le donne.

Figura 3. Speranza di vita a 65 anni per genere - Toscana e Italia, periodo 2002-2020 - Fonte: ISTAT



Tumori

Nel 2019 (ultimo anno disponibile dai monitoraggi della rete AIRTUM – Associazione italiana registri tumori) 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 dal 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 (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 e 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

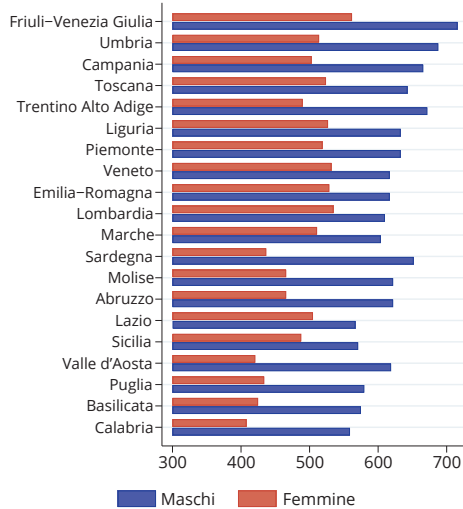


Tabella 2. Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore - Malati vivi a 5 anni dalla diagnosi per 100 malati diagnosticati - Toscana e Italia, periodo 2005-2009 - Fonte: I numeri del cancro in Italia 2019

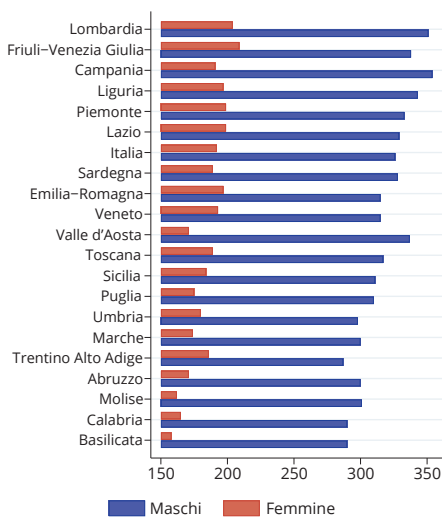
Sede	Toscana	Italia
Tiroide	96	93
Testicolo	93	91
Prostata	92	92
Mammella	88	87
Melanoma	88	87
Utero corpo	76	77
Colon-retto	68	65
Cervice	61	68
Ovaio	44	40
Stomaco	32	32
Fegato	18	20
Polmone	16	16
Pancreas	10	8

Nel 2018, ultimo dato disponibile standardizzato per età, i tumori hanno causato in Toscana 6.683 decessi tra gli uomini e 5.484 tra le donne (ISTAT). Tra gli uomini, poco meno di 1 decesso su 4 è dovuto al tumore del polmone (23% 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%), seguito dal polmone (13%) e colon-retto (11%).

Il tasso della mortalità standardizzato per età per tumore in Toscana è pari a 317 per 100mila

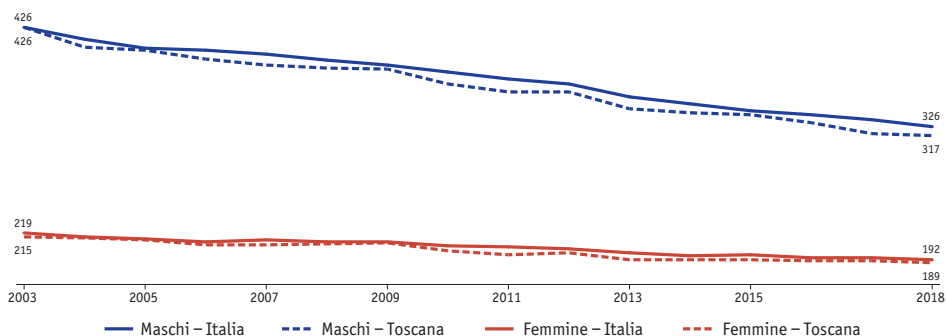
uomini e 189 per 100mila donne (rispettivamente 326 e 192 per 100mila in Italia). In entrambi i generi, la Toscana si colloca circa a metà della graduatoria delle regioni (figura 2).

Figura 2. Mortalità per tumori per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2018 - Fonte: ISTAT



I tumori continuano ad essere la seconda causa di morte nel nostro Paese, dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio. 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 3).

Figura 3. Mortalità per tumori per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2018 - Fonte: ISTAT



Malattie infettive

La pandemia generata dal nuovo coronavirus SARS-CoV-2 è stata responsabile di radicali cambiamenti nei comportamenti della popolazione nella maggior parte dei Paesi del mondo, influenzando anche l'esposizione a numerosi altri patogeni infettivi. I governi hanno infatti adottato varie misure per cercare di controllare la trasmissione della malattia, dai lockdown alla chiusura di scuole ed attività commerciali. Queste misure, abbinate all'adozione di interventi non farmaceutici per prevenire la trasmissione del virus (distanziamento, uso della mascherina e lavaggio frequente delle mani) hanno avuto come conseguenza una riduzione dell'incidenza di numerose malattie infettive, prime fra tutte le infezioni trasmesse per via respiratoria (come l'influenza). La pandemia è stata inoltre responsabile, in numerosi Paesi, di aver interrotto o quantomeno rallentato il processo di segnalazione delle altre malattie infettive, perché l'attività del personale preposto a questo compito è stata stravolta dalla pandemia. In sintesi dunque, è stata osservata in quasi tutti i Paesi un'importante diminuzione dei casi di malattia, da un lato imputabile ad una reale diminuzione delle infezioni dovuta all'applicazione delle misure restrittive anti Covid-19, dall'altro dovuta a interruzioni e ritardi nella segnalazione.

In questo paragrafo sono stati analizzati i dati di sorveglianza relativi ai casi di malattia infettiva segnalati in Toscana per le patologie ritenute di maggiore interesse, per le quali sono disponibili dati registrati su sistemi informativi. Nello specifico sono stati confrontati i casi segnalati nel 2020 con quelli dell'anno precedente e con i tassi grezzi medi del quinquennio 2015-2019. Il virus SARS-CoV-2 sarà trattato nel volume 2 di questo rapporto, dedicato esclusivamente alla pandemia.

È importante ricordare che in Toscana, a partire da gennaio 2019, la sorveglianza delle malattie infettive è stata affidata alla nuova piattaforma di segnalazione PREMAL che, istituita dal Ministero della Salute, raccoglie le linee guida fornite dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Fino al 2018 la sorveglianza utilizzava il 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.

I casi notificati di malattia nel 2020 mostrano una generale riduzione, sia rispetto al 2019 che al quinquennio 2015-2019, per la maggior parte delle infezioni (tabella 1). In particolare, nel confronto tra i tassi grezzi del 2020 e quelli del periodo 2015-2019, sono state rilevate riduzioni superiori al 50% per le seguenti malattie: tetano, pertosse, morbillo, varicella, influenza, tubercolosi, scarlattina, gonorrea, sifilide, HIV, Epatiti acute A e C, MBI da meningococco e pneumococco. Fanno eccezione soltanto due infezioni: la legionellosi e le micobatteriosi da micobatteri non tubercolari. Il numero di infezioni di legionellosi segnalate nel 2020 è inferiore al 2019, ma il tasso grezzo del 2020 è superiore a quello medio dell'intero periodo 2015-2019, grazie alla maggiore attenzione verso il controllo degli ambienti acquatici, potenziali serbatoi del batterio responsabile della malattia, che la Regione Toscana ha mostrato negli ultimi anni, causando un importante aumento dei casi segnalati dal 2017, riconducibili plausibilmente all'emersione di un dato fino ad

allora sommerso. Le micobatteriosi da micobatteri non tubercolari nel 2020 registrano un numero di infezioni maggiore del 2019 (12 casi vs 5 nell'anno precedente), ma il tasso grezzo del 2020 è in linea con quello del periodo 2015-2019.

Questo scenario di generale diminuzione delle infezioni nella nostra regione, che nell'immediato può essere accolto come un segnale positivo, considerato l'impatto minore sul sistema sanitario regionale, può rappresentare in realtà un campanello d'allarme. Sarà assolutamente necessario comprendere più a fondo quale impatto ha avuto, ed avrà ancora, la Covid-19 sugli altri patogeni infettivi, in maniera da disporre dei giusti strumenti conoscitivi per contrastarli nel momento in cui questi dovessero riappropriarsi dei propri spazi.

Tabella 1. Malattie infettive - Casi in numero assoluto e per 100mila abitanti, Variazione percentuale 2020 vs media annuale 2015-2019 - Toscana, periodo 2015-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di Regione Toscana, Sistema di sorveglianza HIV e Registro regionale AIDS

Malattie	Casi in numero assoluto e per 100mila abitanti			Variazione % casi 2020 vs media 2015-19
	2020	2019	Media annuale 2015-2019	
Prevenibili tramite vaccinazione				
Poliomielite	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0
Difterite	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0
Tetano	1 (0,03)	6 (0,16)	4,4 (0,12)	-77,3
Pertosse	25 (0,68)	38 (1,02)	63,2 (1,69)	-60,4
Morbillo	7 (0,19)	109 (2,92)	115,4 (3,08)	-93,9
Parotite	18 (0,49)	32 (0,86)	33 (0,88)	-45,5
Rosolia	1 (0,03)	2 (0,05)	1,8 (0,05)	-44,4
Varicella	227 (6,15)	704 (18,88)	765 (20,45)	-70,3
Acquisite per via respiratoria				
Influenza	143.847 (3,9%)	395.574 (10,6%)	401.573 (10,7%)	-64,2
Tubercolosi	120 (3,25)	279 (7,48)	263,4 (7,04)	-54,4
Micobatteriosi non tubercolare	12 (0,32)	5 (0,13)	14,6 (0,39)	-17,8
Legionellosi	192 (6,89)	298 (11,94)	184 (4,92)	+4,3
Scarlattina	188 (6,50)	840 (25,60)	738,8 (19,75)	-74,6
Trasmesse per via sessuale				
Gonorrea	0 (0)	7 (0,19)	9,4 (0,25)	-100,0
Sifilide	17 (0,46)	42 (1,13)	36,4 (0,97)	-53,3
HIV	113 (3,04)	155 (4,16)	227,2 (6,07)	-50,3
AIDS	39 (1,05)	65 (1,74)	70,8 (1,89)	-44,9
Epatiche acute				
Epatite acuta A	21 (0,57)	64 (1,72)	99,6 (2,66)	-78,9
Epatite acuta B	23 (0,62)	26 (0,70)	36,2 (0,97)	-36,5
Epatite acuta C	1 (0,03)	8 (0,21)	7 (0,19)	-85,7
Batteriche invasive				
Da <i>haemophilus influenzae</i>	3 (0,08)	0 (0)	5,4 (0,14)	-44,4
Da meningococco	3 (0,08)	18 (0,48)	25,4 (0,68)	-88,2
Sierogruppo B	2 (0,05)	9 (0,24)	6,8 (0,18)	-70,6
Sierogruppo C	1 (0,03)	7 (0,19)	16,4 (0,44)	-93,9
Altri sierogruppi	0 (0)	2 (0,05)	2,2 (0,06)	-100,0
Da Pneumococco	12 (0,32)	42 (1,13)	50,4 (1,35)	-76,2

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

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 portato a 10 vaccinazioni obbligatorie per i ragazzi di età compresa tra 0 e 16 anni. Tra le vaccinazioni previste dalla legge, 8 hanno lo scopo di prevenire le malattie trattate in questo paragrafo, mentre sono discusse più avanti l'*haemophilus influenzae* di tipo B e l'epatite B. Maggiori dettagli sugli effetti della legge e i dati sulle CV sono riportati nella scheda relativa alle coperture vaccinali nei bambini, all'interno del capitolo sulla qualità delle cure. Le malattie oggetto di questo paragrafo, è importante ricordare, 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. Nella forma più grave, quella bulbare, il virus paralizza i muscoli innervati dai nervi craniali, riducendo la capacità respiratoria. Il poliovirus si moltiplica principalmente nella mucosa oro-faringea e nell'intestino e può diffondersi attraverso le feci ben prima che i sintomi della malattia siano evidenti. 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 "polio free" nel 2002, così come l'intera regione europea. In Toscana non sono stati notificati casi di poliomielite in tutto il periodo di sorveglianza per il quale sono disponibili i dati (1994-2020).

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. Nella forma classica, quella più diffusa nel mondo occidentale, il batterio colpisce la gola, il naso e le tonsille causando sia danno a livello locale che danni a distanza (principalmente neurologici) a causa del rilascio della tossina. Alcuni ceppi di *C. diphtheriae* non producono tossine (non tossigenici), e pertanto non sono considerati particolarmente patogeni. La difterite si trasmette per contatto diretto con una persona infetta o,

più raramente, con oggetti contaminati da secrezioni delle lesioni di un paziente. 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 (1994-2020).

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. Le spore possono sopravvivere nell'ambiente esterno anche per anni e contaminano spesso la polvere e la terra. Possono penetrare nell'organismo umano attraverso ferite dove, in condizioni opportune, si possono trasformare nelle forme vegetative. Il germe in forma vegetativa produce una tossina che è neurotossica e causa i sintomi clinici della malattia. La tossina, infatti, attraverso il sangue e il sistema linfatico raggiunge il sistema nervoso centrale, interferendo con il rilascio di neurotrasmettitori che regolano la muscolatura, causando contrazioni e spasmi dolorosi diffusi. 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 di età superiore ai 75 anni (persone quindi con un sistema immunitario compromesso), si caratterizza per un'elevata letalità. Nel 2020 è stato notificato 1 caso di malattia (0,03 ogni 100mila ab.) mentre nel 2019 erano stati 6 (0,16 ogni 100mila ab.); negli ultimi 10 anni si sono osservati da 3 a 10 casi ogni anno.

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. Nelle popolazioni vaccinate, comunque, un numero importante di casi gravi si osserva ancora nei primi mesi di vita, quando la protezione vaccinale è ancora insufficiente ed i neonati sono esposti al contagio da parte di adulti o adolescenti che hanno perso l'immunità e possono essere portatori della malattia. I casi di pertosse notificati nel 2020 tra i toscani sono stati 25 (0,7 ogni 100mila ab.), in riduzione rispetto al 2019 ed anche al 2015-2019, quando il tasso si è attestato a 1,7 ogni 100mila abitanti. Nella nostra regione il tasso di notifica più elevato si registra tra i bambini sotto l'anno di vita, ed i casi registrati dopo i 14 anni risultano sporadici.

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. Tra gli adulti la complicanza più comune è la polmonite. L'infezione contratta in gravidanza può determinare gravi conseguenze per il feto se acquisita precocemente, per il neonato e per la madre nella fase perinatale. Nel 2020 la varicella è stata responsabile di 227 infezioni tra i toscani in sensibile diminuzione rispetto al 2019, tabella 1. La malattia colpisce più frequentemente i bambini piccoli (entro i quattro anni di età), tuttavia le infezioni si registrano anche nella popolazione adulta, che come anticipato è più a rischio di incorrere in gravi complicanze. Il trend rivela un'imponente diminuzione di casi, passati dai circa 12mila del 1994 a meno di 1.000 infezioni annue dal 2013, fino a raggiungere il valore minimo della serie nel 2020. Questo risultato è stato raggiunto principalmente per merito dell'introduzione del vaccino universale anti-varicella, rispetto al quale la Toscana nel 2008 è stata una tra le prime regioni in Italia ad offrirlo gratuitamente ed attivamente. Le CV per varicella si sono successivamente consolidate su valori elevati tra le coorti dei nuovi nati, in seguito alla Legge nazionale del 2017.

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'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 recepito 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 tassi, i bambini sotto i 4 anni di età. Nel 2020 il numero di infezioni segnalate tra i residenti toscani sono state 7 (0,2 casi ogni 100mila abitanti), in forte diminuzione rispetto al 2019 e 2015-2019, tabella 1.

Parotite

Il segno più evidente della parotite è il rigonfiamento delle ghiandole parotidi, con conseguente dolore durante la masticazione e la deglutizione. La malattia può decorrere in forma asintomatica o subclinica nel 30% dei casi. Negli adulti le complicanze sono più frequenti che nei bambini, tra queste l'orchite, che colpisce il 30-40% dei maschi adulti. Le infezioni da virus parotitico contratte nel primo trimestre di gravidanza sono associate inoltre ad un aumento dell'abortività. Nel 2020 in Toscana sono stati registrati 18 casi di parotite, in diminuzione rispetto al 2019 e al 2015-2019, tabella 1.

Rosolia

La rosolia è solitamente una patologia benigna che presenta raramente complicanze. Nel caso in cui venga contratta in gravidanza, può tuttavia provocare aborto spontaneo o anomalie gravi del feto o dell'embrione. Fino al 90% dei neonati nati da donne con rosolia nel primo trimestre possono avere manifestazioni cliniche transitorie o permanenti, talora misconosciute: sordità, cataratta, glaucoma congenito, cardiopatia congenita, basso peso alla nascita, diarrea cronica, trombocitopenia, ittero, etc. In Toscana nel 2020 è stato segnalato 1 caso di malattia, mentre nel periodo 2015-2019 sono state segnalate 9 infezioni (zero nel solo 2019), tabella 1.

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 stipti nuovi dal punto di vista antigenico, in grado di aggirare l'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. La malattia è molto contagiosa, perché si trasmette facilmente attraverso goccioline di muco e di saliva, con tosse e starnuti, ma anche semplicemente parlando vicino a un'altra persona, o per via indiretta, attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie. Il virus può essere trasmesso per via aerea dal momento del contagio fino ai 3-4 giorni successivi ai primi sintomi che si manifestano a distanza di 1-4 giorni dall'infezione. Questo significa che il virus può essere trasmesso anche da persone apparentemente sane. L'analisi dei dati relativi alle sindromi influenzali (SI) rivela che nella stagione 2020-21 i casi stimati di malattia sono stati in Toscana quasi 144mila (tabella 1), pari al 3,9% della popolazione residente a gennaio 2020. Le misure adottate per contenere la trasmissione del virus SARS-CoV-2, hanno avuto un impatto determinante nel ridurre la circolazione di questo virus. Nel periodo analizzato, la curva epidemica ha raggiunto il valore di picco massimo nella 45esima settimana del 2020 (2,1 per 1.000 abitanti), caratterizzando una situazione epidemica di intensità bassa. Il picco dell'ultima stagione influenzale è sensibilmente inferiore a quello della stagione precedente (8,5 per 1.000 ab.), ma più in generale è il più basso mai rilevato dal 2004/2005, inizio del periodo di sorveglianza, con valori rilevati settimanalmente notevolmente bassi. Il numero dei casi stimati di malattia, come detto circa 144mila, è superiore solo al dato della stagione 2005/2006, quando

furono poco più di 122mila, e decisamente inferiore a quelli di altre stagioni precedenti come 2017-18 (469.664 casi stimati), 2018-2019 (519.607 casi stimati) e 2019-20 (395.574 casi stimati). Per quanto riguarda le “forme gravi d’influenza”, ovvero 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 da poco terminata non riportano alcun caso segnalato. 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 di età inferiore ai 5 anni, donne in gravidanza, persone di età superiore a 65 anni, pazienti con malattie croniche e operatori sanitari. Per quanto riguarda la copertura vaccinale per l’influenza negli anziani, il dato regionale della Toscana è ancora lontano dal valore minimo raccomandato dall’OMS del 75%, nonostante nell’ultima stagione influenzale abbia raggiunto il 65,5%, indicando un incremento di quasi 9 punti percentuali rispetto all’anno precedente ed in linea con quello nazionale pari al 65,3%.

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. La tubercolosi può interessare tutti gli organi e tessuti dell’organismo generando stati diversi, dal silenzio clinico delle fasi iniziali a una notevole varietà di sintomi a seconda della sede e del numero delle localizzazioni e della gravità della forma. La forma più importante è quella polmonare, sia perché più frequente, sia perché è l’unica coinvolta nella diffusione della malattia. Nel 2020 i casi di infezione segnalati in Toscana sono stati 120, in netta riduzione rispetto al 2019, tabella 1; 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 nel 2020. 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. La tubercolosi è una patologia che richiede quasi sempre un ricovero ospedaliero, pertanto può rappresentare una delle infezioni in grado di fornire indicazioni circa la reale diminuzione generale dei casi osservata nel 2020 ed in precedenza descritta. Sulla base dei dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), nel 2020 i residenti ricoverati per tubercolosi sono stati 294 (8 ogni 100mila ab.), valore decisamente inferiore rispetto ai 375 ospedalizzati nel 2019 (10,1 ogni 100mila ab.) e ai 423 ricoverati ogni anno in media nel periodo 2015-2019 (11,3 ogni 100mila ab.), suggerendo che le misure anti Covid-19 hanno realmente avuto un impatto determinante nella riduzione della circolazione di virus e batteri nella popolazione. Notare che la discrepanza osservata nel 2020 per la tubercolosi, tra il numero di casi segnalati e persone

ricoverate (rispettivamente 120 contro 294), considerata la gravità della malattia non deve far pensare ad una sua sotto-notifica (fenomeno questo ampiamente conosciuto che si caratterizza per livelli di grandezza variabili da malattia a malattia), ma più semplicemente che una quota elevata di ricoveri è stata richiesta da persone che avevano ricevuto una diagnosi di malattia negli anni precedenti.

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. Le vie respiratorie sono la sede d'infezione più comune e il solo interessamento polmonare è più frequente delle forme disseminate, tipiche invece dei pazienti immunodepressi. La patologia, nonostante una casistica contenuta a causa di esordi poco eclatanti, tende a essere diagnosticata tardivamente, comportando conseguenze sanitarie gravi e un costo elevato per il sistema sanitario. Gli anziani sono i più colpiti. Nel 2020 sono stati rilevati 12 casi tra i residenti in Toscana, in aumento rispetto al 2019 quando erano stati 5, ma con un tasso grezzo in linea con quello del periodo 2015-2019, tabella 1.

Legionellosi

La legionellosi è causata da batteri del genere *Legionella* che riconoscono come serbatoio gli ambienti acquatici, sia naturali (acqua dolce) sia artificiali (come gli impianti idrici di strutture pubbliche e private). La malattia è normalmente acquisita per via respiratoria mediante inalazione, aspirazione o microaspirazione di aerosol contenente il batterio, oppure di particelle da essi derivate per essiccamento. Questa patologia può manifestarsi come polmonite acuta (legionellosi), oppure in forma simil-influenzale (febbre di Pontiac). In generale la letalità si attesta su valori compresi tra 5-10% ma può arrivare al 40-80% nei pazienti immunodepressi non trattati. Nel 2020, a fronte di 2.071 casi di malattia (3,5 ogni 100mila ab.) notificati in Italia, ne sono stati segnalati in Toscana 192 (6,9 ogni 100mila ab.), 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 “sorveglia” 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. I casi del 2020 risultano in decisa diminuzione rispetto al 2019, mentre in aumento rispetto al periodo 2015-2019, tabella 1.

Scarlattina

La scarlattina è una malattia tipica dell'infanzia che colpisce prevalentemente i bambini tra i 3 e i 10 anni di età; tra le malattie esantematiche è l'unica a non essere di origine virale, ma batterica. Si trasmette per via aerea tramite le goccioline respiratorie emesse con la tosse, gli starnuti o anche semplicemente parlando, o attraverso il contatto diretto con le secrezioni della persona malata, per esempio il muco e la saliva. Non esiste un vaccino in grado di

proteggere la popolazione, tuttavia la facilità con cui sono riconosciuti i sintomi, abbinata al trattamento antibiotico, permettono il suo contenimento. Le infezioni tra i residenti toscani nel 2020 sono state 188, rivelando un'ampia riduzione sia rispetto al 2019 che al quinquennio 2015-2019, tabella 1.

Malattie trasmesse per via sessuale: gonorrea, sifilide, HIV, AIDS

Nel 2020 è stata registrata una diminuzione dei casi relativi a tutte e quattro le malattie a trasmissione sessuale presentate di seguito. Le ragioni di tale riduzione sono molteplici e da ricondurre prevalentemente a: 1) provvedimenti adottati per contrastare la trasmissione del nuovo coronavirus, che di fatto hanno limitato la socialità e dunque la possibilità di incontri; 2) paura associata al rischio di infezione da SARS-CoV-2; 3) potenziali casi positivi non diagnosticati in pazienti che hanno rinviato la visita medica a causa delle restrizioni anti Covid-19.

Il dato 2020 riferito a queste infezioni è in forte contrasto con l'andamento in graduale aumento rilevato negli anni precedenti. La generale disinformazione sulle modalità di trasmissione, infatti, abbinata ad una scarsa consapevolezza dei rischi, hanno avuto come conseguenze principali, la riduzione dei timori nei confronti di una possibile diagnosi di siero-positività (vista l'esistenza dei farmaci anti-retrovirali) e la riduzione dell'uso del profilattico (il mezzo più sicuro per proteggersi da queste malattie), generando così un terreno fertile per la trasmissione delle infezioni. Con lo scopo di contrastare l'aumento dei casi di malattia a trasmissione sessuale, Regione Toscana ha incentivato l'uso di metodi contraccettivi approvando un atto che prevede la distribuzione gratuita di profilattici e altri anticoncezionali ai giovani d'età compresa tra 14 e 25 anni e alle donne fino a 45 anni esenti dal pagamento del ticket per reddito (DGRT 394/2019).

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 maggiormente 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 2020 non sono stati notificati casi di malattia tra i residenti in Toscana, nel 2019 erano stati 7, mentre nel periodo 2015-2019 circa 9, tabella 1. 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 un anno, presumibilmente infettati alla nascita dalle madri.

Sifilide

La sifilide, conosciuta anche come lue, è un'infezione batterica causata dalla *Spirocheta Treponema pallidum*. Classificata come congenita o acquisita, è caratterizzata da 3 fasi cliniche distinte (primaria, secondaria e terziaria) intervallate da periodi di latenza. Ogni stadio è caratterizzato da sintomi e decorso diverso che variano dalla presenza di condizioni cliniche meno severe, come ulcere genitali, lesioni cutanee, ad altre più gravi come meningite, malattie aortiche e sindromi neurologiche. 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 tre a cinque volte superiore rispetto a chi non è infetto, inoltre colpisce prevalentemente la popolazione maschile in età fertile. Nel 2020 sono stati notificati 17 casi di malattia tra i toscani, in sensibile diminuzione sia rispetto al 2019 che al quinquennio 2015-2019, tabella 1.

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 500 mila non sono stati raggiunti. Secondo il nuovo rapporto UNAIDS, nel 2020 vi sono 1 milione e 500 nuove diagnosi di HIV nel mondo e 680 mila persone che sono decedute per malattie correlate all'AIDS. In Italia, nel 2019, l'incidenza HIV è pari a 4 nuove diagnosi per 100mila residenti. Rispetto all'incidenza riportata dai Paesi dell'Unione europea, l'Italia si posiziona lievemente al di sotto della media europea (4,7 per 100mila residenti). La Toscana continua ad avere tassi di incidenza di AIDS e di HIV maggiori rispetto a quelli nazionali (figura 1) ed a collocarsi tra le regioni italiane con i tassi di incidenza più alti.

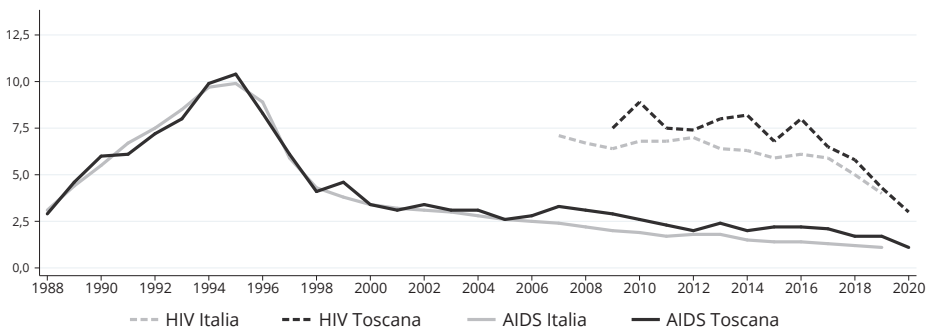
Le nuove diagnosi di infezione da HIV notificate in Toscana ai residenti in Toscana (dati aggiornati al 31 agosto 2021), stabili dal 2009 al 2016, sono in diminuzione negli ultimi anni, in particolare nel 2020 con 113 casi (3 per 100mila residenti), in diminuzione del 27% rispetto al 2019, quando i casi furono 155 (4,2 per 100mila) e del 54% rispetto al 2015 (tasso: 6,6 per 100mila).

I casi del 2019-2020 potrebbero essere sottostimati a seguito di un ritardo di notifica di alcune schede dai centri clinici, reparti fortemente impegnati per la cura di Covid-19, e dalle misure necessarie per il contenimento della pandemia che potrebbero aver ridotto l'accesso ai servizi. Una reale diminuzione potrebbe comunque 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 2018-2020 il 79,7% dei casi di HIV notificati riguarda il genere maschile (incidenza maschi: 7,1 per 100mila; femmine: 1,7 per 100mila). I più colpiti sono i 30-39enni, seguiti

dai giovani di età compresa tra 20 e 29 anni e dagli adulti di età compresa tra 40 e 49 anni, in tutte le fasce di 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 cinque 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'89,1% 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 48,3% nel 2009-2011 al 57,2% nel 2018-2020. 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 27,6% è già in AIDS conclamato al momento della diagnosi di sieropositività, percentuale in aumento nel tempo. 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 39 casi nel 2020, corrispondenti ad un tasso di notifica di 1,1 per 100mila residenti (dati aggiornati al 31 agosto 2021).

Figura 1 Incidenza di HIV e AIDS per anno di diagnosi - Tasso di incidenza per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 1988-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati Registro AIDS e Sorveglianza nuove diagnosi HIV- ISS 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 dati ad oggi dicono che, le PLWHIV (*People Living With HIV*) in trattamento antiretrovirale efficace, con un numero di CD4 maggiore di 500 e con viremia controllata, se contrae Covid-19 non ha un rischio di peggior decorso rispetto a una persona HIV-negativa. Altri fattori potrebbero, però, complicarne il decorso, tra questi: l'età (> di 60/65 anni), la presenza di altre patologie polmonari concomitanti, l'essere fumatori 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 anti SARS-CoV-2 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 almeno 5 virus epatotropi: 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 e, 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. La malattia si trasmette generalmente per via oro-fecale, pertanto l'infezione può avvenire in conseguenza di scarsa igiene (soprattutto durante la preparazione di cibi), uso di acqua contaminata, consumo di alimenti contaminati (ad esempio frutti di mare crudi o poco cotti), stretto contatto con persone infette e per via sessuale (soprattutto pratiche oro-genitali). 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). Nella nostra regione nel 2020 sono stati notificati 21 casi, evidenziando una sensibile riduzione rispetto all'anno precedente ed una diminuzione ancora maggiore rispetto al 2015-2019, tabella 1. In Toscana l'andamento delle infezioni risulta decisamente altalenante, passando nel periodo compreso tra il 1994 ed il 2020, da meno 20 casi a quasi 300 per anno. I più colpiti in termini di tassi sono i maschi di età compresa tra 25 e 44 anni.

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. La trasmissione avviene 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), attraverso i rapporti sessuali e mediante trasmissione verticale (madre-figlio). L'infezione provoca un'epatopatia che può decorrere in maniera asintomatica o manifestarsi con un'infezione acuta.

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 dunque di età superiore a circa 40 anni non sono coperti dalla vaccinazione). Nel 2020 i nuovi casi di epatite B acuta tra i residenti in Toscana sono stati 23, valore in linea con quello del 2019 ed in diminuzione rispetto al periodo 2015-2019, tabella 1. 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 biennio. I soggetti più colpiti sono i maschi di 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 di HCV 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 l'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 2020 tra i residenti in Toscana è stato segnalato 1 nuovo caso di epatite C acuta, dato in diminuzione rispetto al 2019 che era in linea con quello del quinquennio 2015-2019. 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 ICD X-CM, 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 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 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 2020 risultavano noti all'SSR, ma non ancora trattati con DAA, 14.793 pazienti. La quota dei non noti all'SSR, stimata col metodo statistico cattura-ricattura, risultava di 17.625, diminuita di 1.791 persone rispetto al 2019, facendo supporre un 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 da questo sistema di sorveglianza non rilevano l'informazione sulla residenza dei pazienti, pertanto il focus delle analisi successive, diversamente dai paragrafi precedenti, è rappresentato dai casi notificati dalle strutture toscane (riferibili a residenti 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. La malattia si manifesta determinando l'insorgenza di quadri di otite, sinusite o congiuntive, ma, nel caso in cui i batteri si riproducano nel sangue o in altri distretti del corpo dove normalmente non sono presenti, possono essere responsabili

di MBI. Sono noti più di 90 tipi di pneumococco. 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. 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 2020 i casi notificati di pneumococco tra i residenti sono stati 12, nel 2019 le infezioni erano state 42 mentre nel periodo 2015-2019 il tasso era 1,4 ogni 100mila ab., rivelando quindi un'importante riduzione delle infezioni nell'ultimo anno, tabella 1. 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 di 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 maggior parte dei bambini viene in contatto con l'emofilo nei primi 5-6 anni di vita senza riportar alcun danno grave. Altre volte il germe può essere invece responsabile di patologie a carico dell'apparato respiratorio come otiti, bronchiti e sinusiti, mentre in rari casi l'infezione riesce a raggiungere i polmoni e/o il sangue, causando gravi malattie dette forme invasive quali polmonite, meningite, epiglottide, artrite e pericardite, solo per citare le principali. La trasmissione avviene per via aerea. I ceppi di *Haemophilus influenzae* si suddividono in due gruppi, quello dei capsulati, classificati a loro volta in 6 sierotipi compresi tra a-f, e quello dei non capsulati. 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 2020 sono stati notificati 3 casi di malattia, con un'incidenza più bassa rispetto a quella registrata nel periodo 2015-2019, tabella 1.

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 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, 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. I casi di meningite e/o sepsi da meningococco notificati in Toscana nel 2020 sono stati 3, dato in sensibile diminuzione sia

rispetto al 2019 e al quinquennio 2015-2019, tabella 1. Analizzando i principali sierogruppi, due sono principalmente quelli che in Italia e Toscana sono responsabili del maggior numero di casi, il B ed il C. Per entrambi si osserva ovviamente un'importante riduzione di casi, 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. A fronte di 1 caso registrato nel 2020 ne sono risultati infatti in media ogni anno circa 16 nel quinquennio 2015-2019, tabella 1.

Eventi acuti cardiovascolari

Gli eventi acuti cardiovascolari, principalmente infarto miocardico e ictus cerebrale, sono tra le prime cause di morbosità, invalidità e mortalità. Oltre alla loro potenziale letalità, questi eventi lasciano la persona che sopravvive in una condizione di cronicità ad alto rischio di complicazioni e nuovi eventi. Tra il 30% e il 40% delle persone che hanno un evento di questo tipo muore prima di raggiungere l'ospedale (fonte: Rapporto Osservasalute 2020), per questo si propone una lettura separata dei dati di ospedalizzazione e di mortalità.

Nel 2020 la pandemia ha avuto importanti effetti indiretti sul volume di ricoveri per gli eventi cardiovascolari, ampiamente trattati nel volume 2. I trend presentati in questo testo si fermano invece al 2019 anno più recente per il quale sono disponibili dati di confronto nazionali e tra regioni, standardizzati per l'effetto dell'età.

Nel 2019 in Toscana sono avvenuti circa 4.900 ricoveri per infarto tra gli uomini (ricoveri in regime ordinario, reparto per acuti) e 2.700 tra le donne. Il rapporto Osservasalute stima un tasso standardizzato per età, utile ad un confronto tra regioni con strutture per età diverse, di 336,8 ogni 100mila uomini (12° regione in Italia) e 140,3 ogni 100mila donne (6° regione in Italia). Il dato toscano, soprattutto per le donne, è superiore alla media nazionale, pari a 336,3 per 100mila uomini e 128,9 per 100mila donne. Nello stesso anno, sono avvenuti complessivamente circa 5.600 ricoveri per ictus tra gli uomini e 6.400 tra le donne. Il tasso standardizzato per età riportato da Osservasalute è pari a 419 per 100mila uomini (8° regione in Italia), e 340,2 per 100mila donne (6° regione in Italia).

Anche l'incidenza di ricoveri per ictus è superiore alla media nazionale, pari a 390,3 per 100mila uomini e 306,2 per 100mila donne (tabella 1).

Le differenze di genere sono molto marcate nell'incidenza dell'infarto, per il quale il valore maschile è quasi 3 volte quello femminile, meno per l'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 invece l'incidenza degli ictus ischemici è quasi il doppio di quella dell'infarto. La maggior longevità delle donne, dovuta anche alla notevole minore incidenza degli infarti fatali (figura 3), potrebbe spiegare questa differenza, visto che solitamente gli eventi cerebrovascolari si manifestano in età più avanzate.

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).

Dal 2011 al 2018, in Toscana, si è osservata una lieve, ma costante, diminuzione dei ricoveri, che sembra essersi arrestata nel 2019 per quanto riguarda infarto e ictus emorragico (figura

1). Mentre si rilevano, dal 2018 al 2019, circa 36 ricoveri in meno per ictus ischemico ogni 100mila abitanti (complessivamente per uomini e donne), i ricoveri per infarto segnano un +10 per 100mila, mentre quelli per ictus emorragico sono sostanzialmente stabili (-1,8 per 100mila).

La diminuzione di questi ricoveri ha contribuito in maniera sostanziale alla generale diminuzione dell'ospedalizzazione osservata in Toscana negli ultimi anni. 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.

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 2019 - Fonte: Osservasalute su dati ISTAT

Regione	Maschi			Femmine		
	infarto	ictus		infarto	ictus	
		emorragico	ischemico		emorragico	ischemico
Piemonte	338,4	102,8	254,8	129,0	60,5	203,0
Valle d'Aosta	359,7	75,4	478,1	151,7	65,5	480,3
Lombardia	344,9	77,1	237,6	130,3	50,4	194,3
Bolzano	276,5	100,3	305,0	116,1	57,1	276,6
Trento	310,0	91,5	272,5	140,3	54,0	244,6
Veneto	264,4	86,0	269,2	96,6	61,2	223,2
Friuli-Venezia Giulia	366,2	113,2	270,2	157,2	66,3	232,8
Liguria	308,0	100,7	317,5	125,1	59,7	265,6
Emilia-Romagna	342,2	104,6	295,0	133,6	72,0	261,2
Toscana	336,8	112,3	306,7	140,3	78,5	261,7
Umbria	314,9	85,6	340,9	121,5	61,6	250,0
Marche	340,6	107,4	299,2	150,5	78,9	241,6
Lazio	287,4	85,8	272,5	101,4	51,0	220,8
Abruzzo	345,1	107,2	377,8	133,0	64,5	318,6
Molise	235,0	108,6	358,4	101,5	63,3	292,6
Campania	390,9	85,9	410,3	147,6	48,0	325,3
Puglia	341,0	70,9	311,0	138,0	43,4	266,1
Basilicata	289,5	98,9	336,0	117,8	51,3	285,4
Calabria	387,1	99,4	309,8	137,1	54,8	268,8
Sicilia	394,1	78,3	380,1	137,7	48,0	329,1
Sardegna	290,4	79,2	282,8	117,2	48,3	221,6
Italia	336,3	90,4	299,9	128,9	57,2	249,0

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, 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 2018 la mortalità per infarto prosegue il trend in diminuzione, il tasso di mortalità standardizzato per età ha raggiunto i 32,6 decessi per 100mila uomini e 15,2 per 100mila donne (figura 2). La Toscana conferma tassi lievemente inferiori alla media italiana, sia per gli uomini (38,6 per 100mila) che per le donne (18,6 per 100mila) ed è la seconda regione in entrambi i generi tra quelle a minor mortalità in Italia, seconda solo alla Puglia tra gli uomini e all'Umbria tra le donne.

Figura 1. Ospedalizzazione per infarto e ictus (reparti per acuti, regime ordinario) per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana, periodo 2011-2019 - Fonte: Osservasalute su dati ISTAT

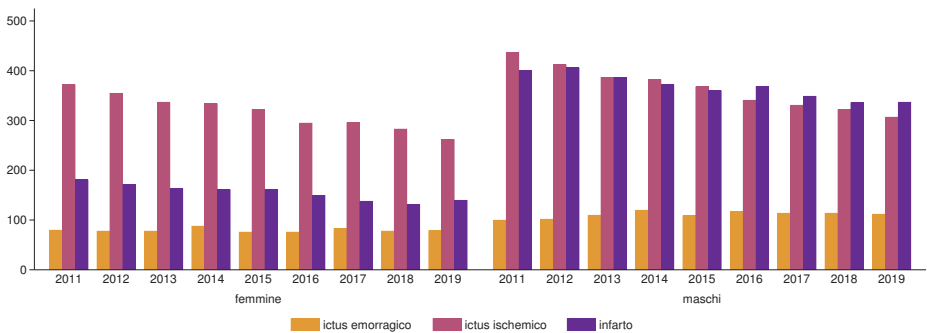
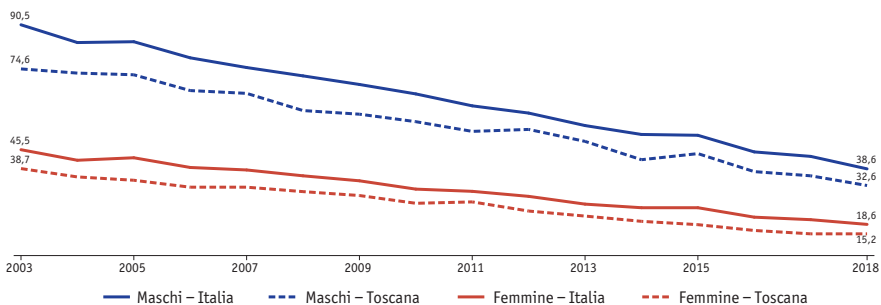


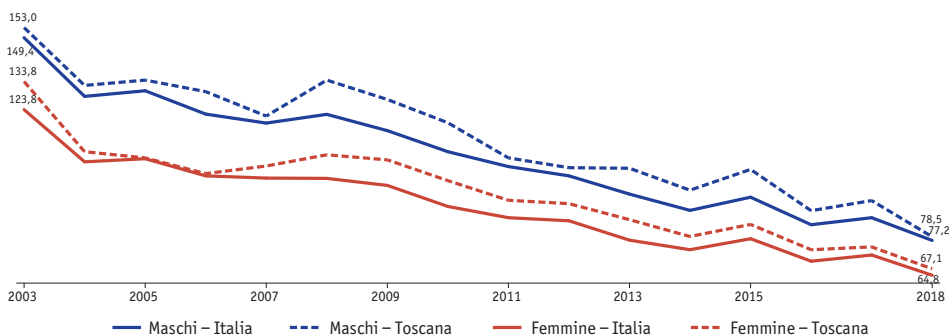
Figura 2. Mortalità per infarto per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2018 - Fonte: ISTAT



Considerazioni analoghe valgono per 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 2018 il tasso di mortalità standardizzato per età è diminuito ancora, raggiungendo i 78,5 decessi per 100mila uomini e 67,1 per 100mila donne (figura 3).

La Toscana in questo caso, però, conferma tassi lievemente superiori alla media italiana, sia per gli uomini (77,2 per 100mila) che per le donne (64,8 per 100mila), ma il divario tra Toscana e Italia tende a ridursi. La nostra regione resta comunque tra quelle dove la mortalità è più elevata in Italia posizionandosi 7° tra quelle più colpite dai decessi per eventi cerebrovascolari.

Figura 3. Mortalità per malattie cerebrovascolari per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2018 - Fonte: ISTAT



Malattie croniche

Il progressivo aumento degli 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.

I malati cronici in Toscana sono poco meno di un milione e mezzo (stime ISTAT da Indagine Multiscopo 2020), pari al 39,7% della popolazione e sostanzialmente in linea con la media italiana (40,9%) (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 15,1%. Si conferma l'aumento delle persone che hanno più di una malattia cronica, rispetto a chi ne ha soltanto una, e la condizione cronica più frequente è ancora la multimorbidità (20,2%). 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.

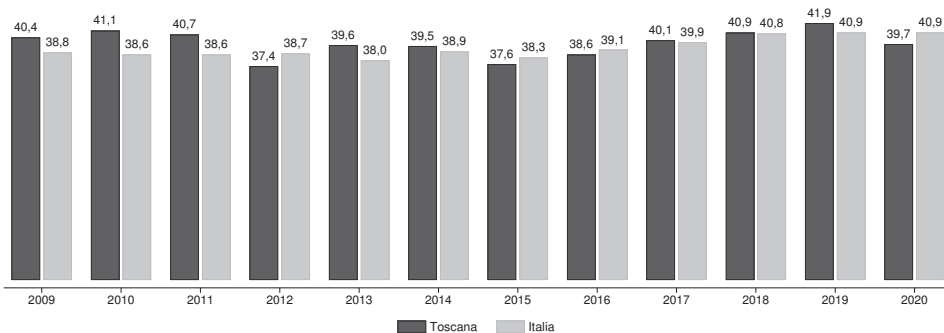
Tabella 1. Malattie croniche - Numero casi e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti - Toscana e Italia, anno 2020 - Fonte: ISTAT

Malattia	Toscana		Italia
	N. malati (in migliaia)	% standardizzata	% standardizzata
Iipertensione	651	17,6	18,3
Artrosi, artrite	556	15,1	14,7
Malattie allergiche	372	10,1	11,6
Osteoporosi	292	7,9	8,1
Diabete	207	5,6	5,9
BPCO	189	5,1	5,8
Malattie del cuore	158	4,3	4,2
Disturbi nervosi	142	3,9	4,7
Ulcere	86	2,3	2,4
Almeno una	1.466	39,7	40,9
Una soltanto	720	19,5	20,1
Almeno due	746	20,2	20,8

Una presenza così elevata di malati cronici nella popolazione si traduce 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). La nostra regione è tra quelle con meno malati rispetto alla popolazione nel 2020, in 5° posizione dopo Trentino-Alto Adige (36,3% di malati cronici), Calabria (37,4%), Campania (38,6%) e Sicilia (39,1%). Come noto, ISTAT raccoglie l'informazione riportando condizioni di salute

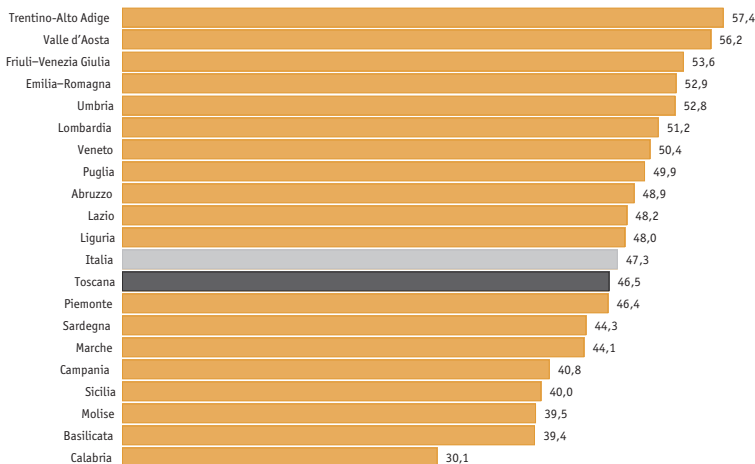
autoriferite dall'intervistato, in assenza della formulazione di una diagnosi clinica, pertanto la precisione delle stime che derivano da questa modalità di rilevazione non consente di interpretare come significative le modeste oscillazioni osservate nel trend recente.

Figura 1. Malati cronici - Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2009-2020 - Fonte: ISTAT



Aumentano del 2% rispetto all'anno precedente i malati che si considerano comunque in buona salute. Nel 2020 il dato sale al 46,5%, leggermente inferiore alla media nazionale (47,3%) (figura 2). Il valore della nostra regione, pur in linea con il dato nazionale, è distante di circa 10 punti percentuali da quello delle regioni che guidano la graduatoria (Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta), evidenza di 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 2020 - Fonte: ISTAT



Disabilità

Nel 2001 l'OMS ha definito la disabilità come la risultante di una relazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali. La malattia è sì origine di menomazioni sul piano delle funzioni e delle strutture corporee, ma i fattori personali e ambientali possono modificarne gli esiti disabilitanti, condizionando le limitazioni nello svolgimento di attività o nella partecipazione sociale. Dal punto di vista assistenziale lo scopo è dare una visione globale della persona mirando al raggiungimento della massima autonomia possibile.

La definizione di disabilità non è universale ed esistono più tipologie di certificazione (con relative banche dati) che non sono mutualmente esclusive. Ad oggi, qualsiasi tentativo di quantificazione del fenomeno deve necessariamente passare attraverso l'integrazione di più fonti. 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 INPS sulle prestazioni agli invalidi civili.

Dai dati ISTAT, è possibile oggi desumere una stima annuale sulle persone con limitazioni funzionali gravi in Toscana e in Italia, nonché i relativi tassi di disabilità per classe d'età. In tabella 1 è possibile osservare la stima delle persone con limitazioni funzionali gravi in Toscana dal 2015 al 2019. 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. Si osserva che tale universo, complice il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento delle persone che convivono con patologie potenzialmente invalidanti, è in crescita negli anni e nel 2019 ha raggiunto quasi le 200mila unità. Applicando i tassi di limitazione funzionale grave per classe di età osservati nel 2019 alla popolazione toscana residente al 1° gennaio 2021, si ottiene una stima di 196mila persone con disabilità attese (circa il 5,3% della popolazione) residenti a domicilio. Una stima ottenuta in maniera analoga per l'Italia è pari a circa 3 milioni e 150mila (il 5,2% della popolazione). Attingendo alla stessa fonte, è possibile descrivere la popolazione con disabilità nel 2019. Innanzitutto, è necessario evidenziare una netta prevalenza femminile - il 56% in Toscana e il 58% in Italia - e un'età piuttosto avanzata, dato che nella nostra regione circa il 68% sono over 65 e oltre la metà ha 75 anni o più (tabella 2).

Tabella 1. Persone con limitazioni funzionali gravi di 6+ anni - Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti e stima dei prevalenti - Confronto Toscana-Italia - Anni 2015-2017-2019 - Fonte: ISTAT

Anno	Prevalenza standardizzata x100 ab.		Persone con limitazioni funzionali in Toscana (in migliaia)
	Italia	Toscana	
2015	5,1	5,0	189
2017	5,2	5,1	191
2019	5,2	5,3	196

Tabella 2. Persone con limitazioni funzionali gravi di 6+ anni per classe di età – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti e stima dei prevalenti – Confronto Toscana-Italia – Anno 2019 – Fonte: ISTAT

Classe d'età	Prevalenza standardizzata x100 ab.		Persone con limitazioni funzionali (in migliaia)	
	Toscana	Italia	Toscana	Italia
6-44	1,3	1,4	22	393
45-64	3,9	4,2	43	750
65-74	6,7	7,7	31	516
75+	21,1	21,9	100	1.492
Totale	5,3	5,2	196	3.150

Ribadiamo che si tratta di soggetti che hanno auto-dichiarato la loro condizione di difficoltà rispetto allo svolgimento di alcune attività o nella partecipazione sociale, non necessariamente certificati ai sensi della L.104/92 (assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone handicappate) o L.118/71 (norme in favore dei mutilati ed invalidi civili).

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 2020 sono erogate in Toscana oltre 109.700 indennità di accompagnamento a invalidi totali e parziali, di cui circa 101mila a invalidi totali. Tra queste ultime, l'80% (81.256 persone) sono destinate ad anziani e il 19,6% a 0-64enni (19.749). Trattandosi di invalidi totali, dunque di un'accezione di disabilità teoricamente più ristretta di quella adottata da ISTAT, possiamo assumere questa come una buona misura di approssimazione, almeno per quelle gravi (tabella 3).

Tabella 3. Beneficiari di indennità di accompagnamento INPS in Toscana per categoria di beneficiari e classe d'età – Valori assoluti e valori percentuali – Anni 2020 – Fonte: INPS

Beneficiari indennità	Valori assoluti			Valori percentuali		
	0-64 anni	65+ anni	Totale	0-64 anni	65+ anni	Totale
Ciechi civili	1.556	5.792	7.348	21,2	78,8	100,0
Sordomuti	1.621	639	2.260	71,7	28,3	100,0
Invalidi totali	19.749	81.256	101.005	19,6	80,4	100,0
Invalidi parziali	7.987	249	8.236	97,0	3,0	100,0
Totale	30.913	87.936	118.849	26,0	74,0	100,0

Per fornire anche un quadro dei flussi annuali, l'archivio INPS dell'invalidità civile riferisce di circa 9-10mila accertamenti annuali nel periodo 2015-2020, per un totale di oltre 58mila soggetti 0-64 anni accertati, oltre un terzo dei quali in situazione di gravità (21.689 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 crisi epidemiologica da Covid-19.

La classe d'età più rappresentata è quella dei 40-64enni (che incide per oltre il 60%) e la quota di minori è in aumento nel tempo (dal 25% del 2015 al 27,6% del 2020). La tipologia di minorazione maggiormente presente è quella fisica (50%), seguita da quella psichica (16%) e dal pluri-handicap (14%), mentre risulta residuale la disabilità sensoriale (2%).

Tabella 4. Accertamenti di invalidità L. 104/92 in Toscana per classe di età e accertamenti in gravità - Toscana, periodo 2015-2020 - Fonte: INPS

Anno	Persone accertate						In gravità	
	0-3 anni	4-18 anni	19-25 anni	26-39 anni	40-64 anni	Totale	n	Per 100 accertati
2015	562	1.828	262	918	5.980	9.550	3.393	36
2016	617	1.917	246	822	5.932	9.534	3.518	37
2017	658	2.070	228	879	6.379	10.214	3.708	36
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	39
2020	448	1.837	230	638	5.141	8.294	3.262	39

Infine, la rilevazione sulle persone con disabilità in carico al servizio sociale professionale svolta da Regione Toscana (Osservatorio sociale regionale) presso le Zone distretto restituisce al 31 dicembre 2019 un valore complessivo di 30.651 persone in età 0-64 anni certificate 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.

Salute mentale

La natura pandemica dell'infezione da SARS-CoV-2 e le misure di allontanamento sociale adottate hanno portato nel 2020 a un incremento dei disturbi psicologici (Galea et al., 2020; Qiu et al., 2020).

In Italia, i risultati dello studio *COvid Mental hEalth Trial* (COMET), svolto su popolazione adulta (≥ 18 anni) attraverso l'utilizzo di scale cliniche autosomministrate via web (Fiorillo et al. 2020), hanno mostrato che il 36,5% dei partecipanti presentava sintomi di depressione moderata e sintomi gravi o estremamente gravi nel 12,4%. I sintomi di ansia erano moderati nel 16,7% e gravi o estremamente gravi nel 17,6%, mentre i sintomi di stress erano almeno moderati nel 41,6%.

Nello stesso periodo ARS, in collaborazione con le Università di Firenze, Pisa e Siena, ha condotto uno studio di prevalenza sulla diffusione del disturbo mentale fra i cittadini residenti in Toscana. Lo studio, condotto tra febbraio e luglio 2020, ha sottoposto all'intervista *Mini-International Neuropsychiatric Interview* un campione rappresentativo della popolazione adulta (≥ 18 anni) rilevando valori superiori a quanto precedentemente pubblicato in uno studio di popolazione svolto sul territorio regionale da Faravelli et al. (2004). Quest'ultimo, infatti, utilizzando lo stesso strumento diagnostico, aveva rilevato che il 24,4% delle persone intervistate aveva sofferto di almeno un disturbo psichiatrico nella vita (uomini: 15,7%; donne: 31,7%) mentre, nel nostro studio, la prevalenza di coloro che avevano sofferto di un disturbo psichiatrico nella vita ha raggiunto ben il 34,1%, con un grosso incremento osservato soprattutto a carico del genere maschile (uomini: 29,7%; donne: 38,9%). I disturbi psichiatrici più rappresentati sono stati l'episodio depressivo maggiore (19,6%), il disturbo depressivo maggiore - MDD (15,4%) e il disturbo di panico (10,0%), più frequenti nel genere femminile rispetto al genere maschile. Una maggiore prevalenza nel gruppo maschile è stata osservata per la dipendenza da alcol (3,2% vs. 0,5%). I risultati sono attualmente in fase di pubblicazione.

Oltre alle indagini e agli studi di popolazione, la diffusione dei disturbi psichici è monitorata anche attraverso i dati provenienti dai Dipartimenti di Salute mentale (DSM) territoriale che però, purtroppo, presentano alcune incompletezze soprattutto nella compilazione della diagnosi dell'utente che si rivolge ai servizi. I dati tratti dal Sistema informativo per la salute mentale (SISM) indicano che nel corso del 2020, 71.435 persone hanno ricevuto almeno una prestazione presso i DSM territoriali (-11.494 rispetto al 2019) con un tasso grezzo pari a 193,4 persone ogni 10mila abitanti (in diminuzione rispetto al 2019 dove il tasso grezzo era di 225 persone per 10mila abitanti). Di questi, 39.393 hanno effettuato almeno 4 prestazioni nel corso dell'anno (55,1% del totale) e pertanto sono considerati "presi in carico" (106,7 utenti ogni 10mila abitanti), mentre i nuovi utenti, cioè coloro che hanno effettuato un primo accesso ai DSM nel corso del 2020, sono stati 13.978 (-5.155 rispetto al 2019) corrispondenti ad un tasso grezzo di 37,8 ogni 10mila residenti (2019: 51,8 per 10mila residenti). Nonostante la forte contrazione dei nuovi accessi, la percentuale di pazienti presi in carico (con almeno 4 prestazioni nel 2020) rimane stabile al 38%.

Suddividendo la popolazione in due grandi gruppi in base ai servizi di presa in carico (adulti e minori), si confermano valori di gran lunga superiori nella fascia di età ≤ 19 anni. In linea con le specificità di genere tipiche delle patologie che si presentano in età infantile, i maschi sono prevalenti rispetto al genere femminile. Al contrario, nell'età adulta, il rapporto s'inverte mantenendo, comunque, una maggior similitudine fra i due generi (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 residenti - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SALM

Classe di età	Prevalenti percorso aperto e almeno 1 prestazione nell'anno		Incidenti con almeno 1 prestazione nell'anno		Incidenti con 4+ prestazioni nell'anno (presi in carico)	
	Maschi (N=35.614)	Femmine (N=35.029)	Maschi (N=6.688)	Femmine (N=7.248)	Maschi (N= 2.660)	Femmine (N=2.902)
≤ 19 anni	531,5	341,3	105,6	84,2	50,0	41,0
≥ 20 anni	128,0	154,5	22,8	29,7	7,3	10,4
Totale	199,6	183,6	37,5	38,0	14,9	15,2

Premettendo che le informazioni riferite alle diagnosi risultano ancora incomplete (percentuale di compilazione campo diagnosi: 52,9%), fra i minori le principali diagnosi che interessano il genere maschile appartengono prevalentemente ai disturbi evolutivi specifici del linguaggio (26,7% delle diagnosi inserite) e ai disturbi specifici delle abilità scolastiche (21,1%), seguiti dai disturbi evolutivi globali (8,9% delle diagnosi inserite) e dai disturbi ipercinetici (8,2% delle diagnosi inserite). Nel genere femminile le diagnosi principali si invertono (26,3% disturbi delle abilità scolastiche e 19,9% dell'eloquio e del linguaggio) e a queste fanno seguito i disturbi della sfera emozionale (4,8% delle diagnosi inserite) e il ritardo mentale lieve (4,6% delle diagnosi inserite). In accordo con le principali categorie diagnostiche che interessano l'infanzia-adolescenza, suddividendo i presi in carico (almeno 4 prestazioni nell'anno) per classe d'età, si conferma il maggior interessamento della fascia 6-13 anni con valori più elevati nel genere maschile (figura 1), sottolineando l'importanza delle azioni attivate sul territorio regionale grazie alla collaborazione dei due principali settori coinvolti: scolastico e sanitario.

Nel caso degli adulti, in entrambi i generi, le principali diagnosi si confermano essere i disturbi nevrotici (maschi: 24,5%; femmine: 34,1%) e le psicosi affettive (maschi: 20,3%; femmine: 22,2%) seguite dai disturbi di adattamento (maschi: 12,4%; femmine: 13,6%), dalle psicosi schizofreniche nei maschi (6% delle diagnosi inserite) e dai disturbi di personalità nelle femmine (4,1% delle diagnosi inserite).

Ancor più di altre patologie, l'ambito territoriale rappresenta sicuramente la modalità privilegiata per la presa in carico del disturbo mentale. Quest'affermazione è confermata dal fatto che, nel corso degli ultimi anni, il ricorso al ricovero ospedaliero per questa causa, ha mostrato un andamento tendenzialmente stabile interrotto dall'anno 2020, che ha fatto registrare una lieve riduzione raggiungendo un tasso standardizzato per età di ricovero

pari a 30,6 ricoveri per 10.000 abitanti (2019: 37,6 per 10mila abitanti). L'analisi per genere conferma l'inversione di tendenza in atto da alcuni anni con valori più elevati nel genere maschile (uomini:34,6; donne: 28,8 per 10mila ab.). Il trattamento in regime di day hospital rappresenta il 36% del totale dei ricoveri (2019: 33,5%).

Fra gli indicatori utilizzati per valutare la corretta presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale, si fa riferimento al valore dei ricoveri ripetuti a 30 e a 7 giorni dalla dimissione. Nel primo caso (30 giorni dalla dimissione), il 2020 ha fatto registrare una riduzione del valore osservato che passa dal 12,6% del 2019 al 10,2% nel 2020 (Italia: 14,6% nel 2019), mentre a 7 giorni costituiscono il 5,8% del totale (2019: ,2%) verso il 7,9% italiano (anno 2019).

Come più volte sottolineato nel corso degli ultimi anni, suddividendo la popolazione in adulti e minori, i due trend presentano andamenti diversi con una inversione della tendenza osservabile, a partire dal 2018, in particolare fra i minori di genere maschile (figura 2).

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 10000 residenti - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SALM

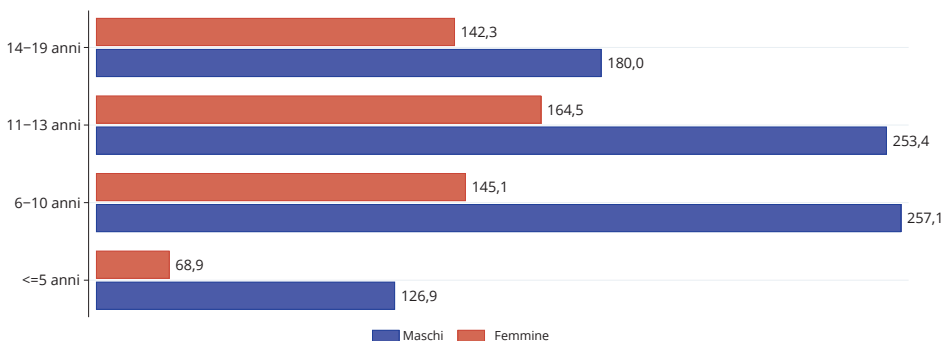
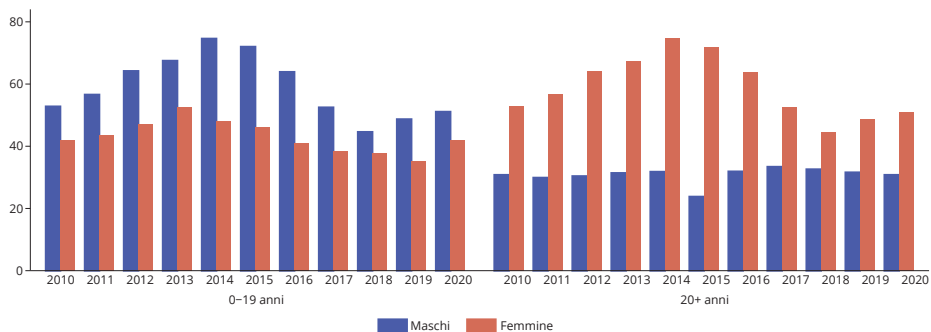


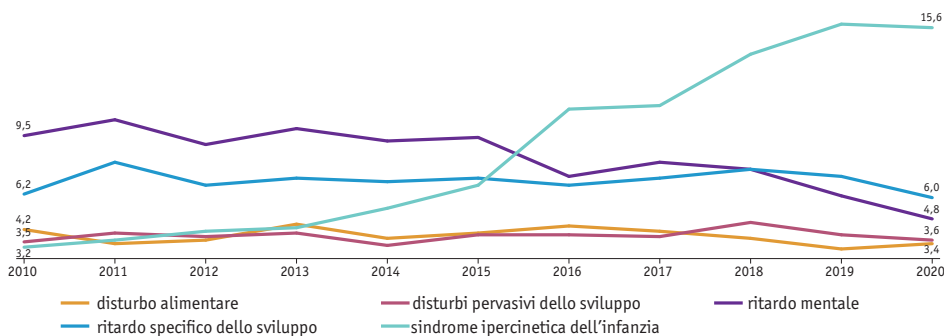
Figura 2. Ospedalizzazione per disturbi psichici (ICDIX-CM 290-319) per genere e classe d'età - Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti - Toscana, periodo 2010-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



Per quanto riguarda le cause di ricovero, nella popolazione adulta (≥ 20 anni), il disturbo bipolare si conferma come il principale con un tasso di 8,7 per 10mila abitanti (2019: 11 per 10mila ab.) seguito dal disturbo schizofrenico con 5 ricoveri per 10mila abitanti (2019: 6,7 per 10mila ab.). A questi seguono i disturbi psico-organici (2,2 per 10mila ab.) e le sindromi depressive (2 per 10mila ab.).

Andamento molto diverso emerge dall'analisi della popolazione minorenni (≤ 19 anni) dove i ricoveri per disturbi dell'infanzia, nel corso degli ultimi 10 anni, sono passati da 14,1 per 10mila abitanti a 26,8 per 10mila. In particolare, si mantengono molto elevati i ricoveri per disturbo ipercinetico dell'infanzia che dal 2010 al 2020 sono aumentati di circa 5 volte passando da 3,2 a 15,6 ricoveri per 10mila abitanti (stabili rispetto al 2019). Sempre elevati anche i ricoveri per ritardo specifico dello sviluppo (6 per 10mila ab.) e ritardo mentale (4,8 per 10mila ab.) (figura 3). Nei maschi, dove si registra la prevalenza maggiore, il disturbo ipercinetico dell'infanzia raggiunge un tasso di 26,4 per 10mila abitanti, mentre, nel genere femminile, è il disturbo alimentare, la patologia che maggiormente necessita di ricovero ospedaliero (6,4 per 10mila ab.).

Figura 3. Ospedalizzazione per disturbi specifici dell'infanzia (ICDIX-CM 290-319) per tipologia - Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti d'età 0-19 anni - Toscana, periodo 2010-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



Possiamo concludere mettendo in risalto come, nonostante gli effetti che la pandemia da SARS-CoV-2 ha avuto sulla salute mentale, dall'analisi del ricorso al Servizio sanitario regionale per patologie di natura psichiatrica, appare evidente che nel 2020 la paura legata alla malattia Covid-19 ha fatto sì che molte persone, pur in presenza di sintomi rilevanti, non si siano rivolte a specialisti del settore pubblico rimandando la presa in carico con un possibile aggravamento della patologia.

Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo

Sostanze illegali

Secondo quanto riportato nel rapporto *World Drug Report 2021* dell'OMS la prevalenza mondiale di soggetti interessati dal fenomeno dell'uso di sostanze illegali nel 2019 permane al 5,5% della popolazione mondiale d'età compresa tra 15 e 64 anni. Tra il 2010 e il 2019, il numero stimato di consumatori di qualsiasi droga nell'ultimo anno a livello globale è aumentato del 22%, in parte a causa della crescita della popolazione mondiale di soggetti tra i 15 e i 64 anni nei paesi a forte sviluppo. Inoltre più di 36 milioni di persone (oltre 1 ogni 10 consumatori di sostanze, quasi il 13% del totale) soffrono di disturbi correlati all'uso di droghe e nel 2019 sono stati stimati un totale di 494mila decessi correlati al loro consumo, valore cresciuto stabilmente dal 2010. Sebbene il quadro della domanda di sostanze sia oramai consolidato, destano preoccupazione i dati dell'offerta. Il mercato a livello globale sembra essere molto dinamico, in particolare la produzione mondiale di oppio nel 2020 aumenta del 24% rispetto all'anno precedente (raggiungendo le 7.410 tonnellate nel 2020), restando comunque inferiore del 29% rispetto al picco del 2017. Questo aumento è stato principalmente il risultato di un aumento della coltivazione del papavero da oppio del 37% in Afghanistan (prima del ritorno al governo dei talebani), maggior produttore di tale sostanza (85% dell'oppio globalmente prodotto). Anche la produzione di cocaina, dopo il picco del 2016, ha visto una lieve diminuzione, raggiungendo nel 2019 le 1.784 tonnellate. Anche l'uso non medico dei farmaci oppioidi è in aumento, in particolare in Nord America, dove l'uso di fentanyl in associazione all'eroina sta continuando a provocare un aumento dei decessi da overdose. In Europa, l'oppiaceo più diffuso rimane l'eroina, e permangono le segnalazioni, seppur residuali, relative all'uso di metadone (non a scopi medici), buprenorfina e fentanyl.

Le operazioni antidroga condotte nel 2020 in Italia sono state 22.695, considerando solo quelle di rilevanza penale, -13% rispetto al 2019, e in Toscana sono state 1.134, la variazione, stavolta in positivo, rispetto all'anno precedente è stata minima, +0,2%. Circa 1 operazione toscana su 3 è stata condotta nella provincia di Firenze. A seguito di tali operazioni, sono state sequestrate in Italia quasi 59 tonnellate di sostanze stupefacenti (prevalentemente cannabinoidi), +7,4% rispetto al 2019; i quantitativi sequestrati nella nostra regione sono stati circa 4.327 Kg, il 7% del totale italiano.

Passando ai consumatori, l'adolescenza e la prima età adulta sono un periodo importante di transizione, è un momento di evoluzioni fisiche e psicologiche, con cambiamenti che si verificano nello sviluppo cognitivo ed emotivo. Per questo l'adolescenza rappresenta un periodo critico, e spesso frequente nelle vite di chi consuma sostanze, come inizio dell'assunzione di droghe.

Gli ultimi dati aggiornati in merito al consumo di sostanze illegali risalgono al 2019 e sono stati raccolti dalla rilevazione ESPAD, perciò si riferiscono alla popolazione studentesca europea, italiana e toscana. L'indagine ESPAD europea, rivolta esclusivamente a studentesse e studenti di 16 anni, rileva che il 17% della popolazione adolescente in esame ha fatto uso di droghe illecite almeno una volta nella vita, con una frequenza maggiore tra i maschi (19%) rispetto alle femmine (14%). Le persone 16enni italiane registrano una percentuale molto più elevata, con il 28% di 16enni che ha consumato sostanze almeno una volta nella vita: 31% tra i maschi e 24% tra le femmine. Guardando ai dati ESPAD Italia del 2019, che coinvolgono la popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni, emerge che in Italia il 34% ha fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illegale almeno una volta nella vita, il 26% nei 12 mesi precedenti la rilevazione e il 16% nei 30 giorni prima (tabella 1). In tutti i casi si riscontra un uso nettamente più frequente tra i maschi (rispettivamente 37%, 29% e 19%) che tra le femmine (rispettivamente 30%, 22% e 12%). La Toscana registra percentuali più elevate di utilizzo rispetto a tutti i comportamenti e ricalca la distribuzione italiana rispetto alle tendenze di genere, con un consumo prevalente tra i maschi. L'indagine ESPAD 2019 stima che in Toscana il 37% degli studenti e delle studentesse abbia consumato almeno una sostanza almeno una volta nella vita, il 29% di averne fatto uso nel corso degli 12 mesi precedenti all'indagine e il 18% nei 30 giorni prima.

Tabella 1. Consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale per periodo, genere ed età - Valori percentuali - Toscana e Italia, anni 2018 e 2019 - Fonte: ESPAD Italia

Periodo	Gruppo	Toscana 2019	Italia 2018
Nella vita	Maschi	39,6	37,3
	Femmine	34,1	29,6
	15-17 anni	26,1	-
	18-19 anni	52,8	-
	Totale	36,9	33,6
Nell'ultimo anno	Maschi	31,5	29,2
	Femmine	25,9	21,8
	15-17 anni	21,5	-
	18-19 anni	39,5	-
	Totale	28,8	25,6
Nell'ultimo mese	Maschi	20,3	18,5
	Femmine	15,7	12,3
	Totale	18,1	15,5

La cannabis rimane, come per le sorveglianze degli anni precedenti, la sostanza psicoattiva illegale più diffusa, seguita dai cannabinoidi sintetici, dalla cocaina, dagli stimolanti, dagli allucinogeni e infine dagli oppiacei (dati non mostrati).

Concentrandosi brevemente sul dettaglio dei consumi emerge che in Toscana la cannabis è stata assunta dal 36% del campione intervistato almeno una volta nella vita (contro il 33%

italiano) e il 29% ne ha fatto uso nei 12 mesi precedenti alla rilevazione (percentuale superiore anche qui al dato italiano, pari al 26%) (tabella 2). Entrambi i consumi, sia quello regionale che nazionale, registrano una frequenza maggiore tra i maschi e i soggetti maggiorenti.

Tabella 2. Consumo di cannabis per periodo, genere ed età - Valori percentuali - Toscana e Italia, anni 2018 e 2019 - Fonte: ESPAD Italia

Periodo	Gruppo	Toscana 2019	Italia 2018
Nella vita	Maschi	39,1	36,8
	Femmine	33,6	29,4
	15-17 anni	25,6	23,9
	18-19 anni	52,4	46,9
	Totale	36,4	33,2
Nell'ultimo anno	Maschi	31,1	29,2
	Femmine	25,7	21,7
	15-17 anni	21,1	19,5
	18-19 anni	39,2	34,5
	Totale	28,5	25,5

Il 18% della popolazione studentesca toscana ha inoltre dichiarato di aver fatto uso di cannabis nei 30 giorni precedenti alla rilevazione e il 4% di averla assunta 20 o più volte nel mese (dati ESPAD 2019 non mostrati). Il consumo di questa sostanza è prevalentemente occasionale e limitato tra 1 e 9 episodi annuali per il 58% della popolazione intervistata, è invece più frequente per il 29% di essa, raggiungendo più di 20 assunzioni durante l'anno (dati ESPAD 2019 non mostrati). Inoltre l'89% di coloro che hanno consumato cannabis nei 12 mesi precedenti alla rilevazione non ha assunto altre sostanze illegali, il 5% un'altra, il 6% almeno altre due. Relativamente ai cannabinoidi sintetici (il c.d. spice), seconda sostanza illegale più diffusa, dalla rilevazione ESPAD emerge che nel 2019 il 6% delle studentesse e degli studenti in Toscana ne ha fatto uso almeno una volta nella vita (proporzione minore rispetto al 9% italiano), il 3% nei 12 mesi precedenti all'indagine (contro il 5% nazionale) e l'1% nei 30 giorni prima (a fronte del 2% italiano) (dati non mostrati). La cocaina risulta provata almeno una volta nella vita dal 3% del campione studentesco toscano e consumata dal 2% di esso nei 12 mesi precedenti all'indagine e lo 0,4% nei 30 giorni prima, con una maggiore frequenza tra i ragazzi e i maggiorenti. Si tratta di percentuali perfettamente sovrapponibili a quelle del consumo nazionale. Rispetto alle sostanze stimolanti (quali amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA) emerge che in Toscana sono stati consumati almeno una volta nella vita da quasi il 3% della popolazione studentesca e durante i 12 mesi precedenti alla rilevazione dal 2% di essa, proporzioni molto simili a quelle italiane. In Toscana il 2% dei soggetti adolescenti ha provato almeno una volta nella vita allucinogeni, l'1% di loro li ha consumati nei 12 mesi precedenti alla rilevazione e meno dell'1% nei 30 giorni prima. Tutte queste percentuali sono aderenti alle stime nazionali. Il consumo di queste sostanze riguarda soprattutto ragazzi e soggetti maggiorenti. Infine le percentuali di consumo di oppiacei risultano molto basse e

in Toscana ESPAD stima che l'1% del campione li abbia provati almeno una volta nella vita e meno dell'1% ne abbia fatto uso nei 12 mesi precedenti all'indagine e ancora meno nei 30 giorni prima, proporzioni di poco inferiori a quelle italiane.

Tabella 3. Consumo di sostanze almeno una volta nella vita, per genere - Valori ogni 100 ragazzi tra i 15 e i 19 anni d'età - Toscana, anno 2019 - Fonte: ESPAD Italia

Sostanza	Maschi	Femmine	Totale
Cannabis	39,1	33,6	36,4
Cocaina	3,7	2,1	2,9
Eroina	1,4	0,7	1,1
Allucinogeni	2,7	1,4	2,1
Stimolanti	2,9	2,0	2,5
Almeno una illegale	39,6	34,1	36,9
NPS	11,7	8,0	9,9
Cannabinoidi sintetici	6,8	4,6	5,7
Sostanze sconosciute	1,7	1,1	1,4
Alcol	86,9	86,6	86,7
Energy drink	75,8	63,2	69,6
Ubriacature	41,6	44,2	42,9
Tabacco	54,7	60,4	57,5
Sigarette elettroniche	49,9	34,5	42,4
Psicofarmaci (totale)	7,8	17,9	12,7
Farmaci attenzione	2,7	5,9	4,2
Farmaci diete	0,8	4,4	2,6
Farmaci dormire	5,6	12,8	9,1
Farmaci umore	1,7	4,4	3,0
Gioco d'azzardo	54,0	36,5	45,5
Videogame	97,4	89,5	93,5

Guardando alla sostanza illegale più assunta, la cannabis, possiamo notare dai risultati dell'indagine ESPAD #iorestocasa 2020 che ne ha fatto uso durante il lockdown il 6% della popolazione studentesca italiana. Il consumo è stato più diffuso tra i ragazzi (7%) rispetto alle ragazze (6%) e l'assunzione è stata più frequente tra i soggetti maggiorenni (8%) rispetto a quelli minorenni (4%). L'1% del campione intervistato durante il lockdown tra maggio e marzo 2020 ha dichiarato, inoltre, di consumare frequentemente cannabis (10 o più volte in un mese).

L'abuso, l'uso prolungato e la dipendenza da sostanze psicotrope provocano conseguenze sanitarie per patologie sia acute che croniche, con conseguenti accessi nei Pronto soccorso, ricoveri, trattamenti sanitari o decessi per overdose.

Riguardo gli eventi acuti correlati alla droga, gli accessi ai PS nel 2020 da parte di persone under 65enni sono stati 646 (su un totale di 1 milione di accessi l'anno). Il dato è in calo del 32% rispetto al 2019, quando gli accessi furono 948, ma l'entità della diminuzione è in linea

con il calo generale degli accessi in PS registrato durante la pandemia (un terzo di accessi in meno nel 2020 rispetto al 2019). Il 70% degli accessi è effettuato da uomini e il 13% ha esitato in un ricovero. Il tasso di accessi ai PS diminuisce dal 2011, quando era pari al 35,5 per 100mila abitanti, e tocca nel 2020, complice l'effetto della pandemia, il 17,5 per 100mila. Il tasso di accesso limitato alla sola popolazione under 65 è pari a 23,6 per 100mila, i tassi più elevati si rilevano nella fascia d'età compresa tra i 20 e i 40 anni, con poco più di 40 accessi ogni 100mila abitanti, seguono i 40-49enni con 24 accessi per 100mila.

Le diagnosi più frequenti sono l'abuso di droghe senza dipendenza (33,8%, tra i maschi 36,6% e tra le femmine 27,2%) e l'avvelenamento da sostanze psicotrope (31,1%, tra i maschi 25,5% e tra le femmine 44,2%). L'avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici si è verificato nel 15,9% dei casi, tra gli uomini 16,4%, tra le donne il 14,9% (figura 1).

I ricoveri attribuibili a sostanze psicotrope nel 2020 sono stati 1.247. Si tratta di una riduzione del 17% dai 1.496 ricoveri osservati nel 2019, in linea con la riduzione osservata tra i ricoveri in regime ordinario negli ospedali toscani (esclusa lungodegenza) per effetto della pandemia da Covid-19, anch'essa pari al 17%. Il 66% dei ricoveri riguarda uomini. L'età media è stabile nel tempo e nel 2020 è pari a 38,8 anni, in entrambi i generi. Nell'insieme, i ricoveri per queste cause concentrano nell'abuso di droghe senza dipendenza (42,8% dei ricoveri) e nella dipendenza da droghe (41,4%) la maggior parte delle diagnosi di dimissione, in linea con quanto osservato nel periodo 2015-2019. Se rapportati alla popolazione residente tra i 15 e i 64 anni, i ricoveri per cause correlate all'uso di droghe sono stati 54 ogni 100mila abitanti d'età 15-64 anni. Standardizzando il dato per età (utilizzando la popolazione standard europea come riferimento), rileviamo una diminuzione generale del trend dal 2014 (quando era pari a 82 ricoveri ogni 100mila) al 2020, quando il tasso standardizzato è stato pari a 57 per 100mila, complice la pandemia da Covid-19 (nel 2019 era 67 per 100mila).

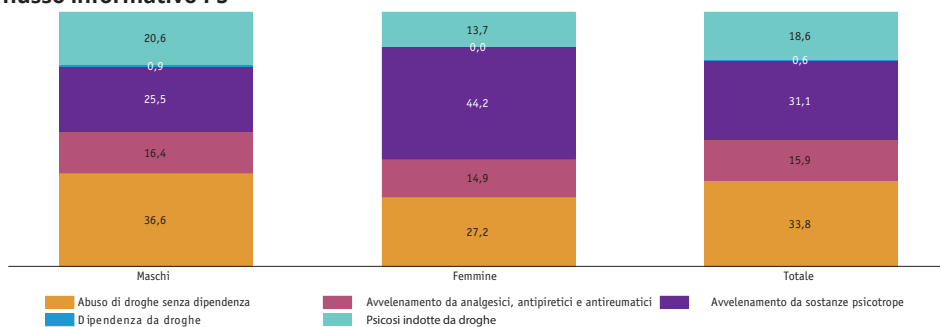
Dalla piattaforma geoverdose.it possiamo estrarre i dati di mortalità per overdose. Nel 2020 in Toscana si sono verificati 18 decessi, l'8,5% dei decessi per overdose avvenuti in Italia, pari a 7,7 per milione di abitanti, rispetto alla media italiana di 5,4 per milione di abitanti. I decessi toscani 2020 sono il 28% in meno rispetto all'anno precedente (-18% in Italia). Il 94,4% dei deceduti erano uomini e l'età media è pari a 38,4 anni, in linea con i dati italiani. La sostanza più frequentemente responsabile dell'overdose è l'eroina (33,3% dei casi), seguita da cocaina (27,8%), come in Italia. Inoltre, il 16,7% dei deceduti era di origine straniera (18,5% in Italia), il 61,1% è deceduto da solo (63% in Italia) e il 56% al momento della morte si trovava in un luogo chiuso (76% in Italia).

In Italia nel 2017 (ultimo anno disponibile) gli utenti in carico presso i servizi per le dipendenze (SerD) erano poco meno di 130mila. Di questi l'utenza incidente (nuovi utenti) era pari al 16% e il 14% erano femmine. In Toscana nel 2020 i soggetti in trattamento per tossicodipendenza presso i SerD sono stati 16.410 (2019: 17.269) con una quota di utenza incidente pari al 14,3% del totale, inferiore a quella del 2019, pari al 19,3%. Le donne sono il 18,7% del totale (20% fra i prevalenti; 19,2% fra gli incidenti). L'utenza in carico è composta per il 21% da persone di età inferiore ai 30 anni, per il 54% da 30-49enni e il 25%

da over50enni. Nel 2020 il 17,3% degli utenti è rappresentato da cittadini stranieri (2.839 persone) rispetto al 12,3% registrato nel 2019 (2.121 persone).

Per quanto riguarda le conseguenze sanitarie si osserva una riduzione importante nel 2020 degli eventi infausti droga correlati, causata dal periodo di restrizioni dovute al contenimento della diffusione della pandemia di Covid-19. Per lo stesso motivo sia gli ingressi ai Pronto soccorso che l'utenza dei SerD registrano nel 2020 un decremento sostanziale rispetto all'anno precedente.

Figura 1. Accessi al Pronto soccorso per cause correlate alla droga e genere - Distribuzione percentuale degli accessi per causa - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo PS



Gioco d'azzardo

La dimensione economica può essere considerata un indicatore dell'andamento del fenomeno gioco d'azzardo. Secondo i più recenti dati pubblicati dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli di Stato (AAMS) nel *Libro Blu* del 2020, in Italia l'ammontare della raccolta (la spesa prima di erogare la vincita), dopo la battuta d'arresto verificatasi nel 2012 e la successiva ripresa dal 2014, durata fino al 2019 con 110,54 miliardi di euro (il 3,5% in più del 2018), ha registrato un nuovo calo, raggiungendo nel 2020 un totale di quasi 88,4 miliardi di euro. La raccolta si divide tra il gioco fisico (39,1 miliardi di euro) e il gioco a distanza (49,2 miliardi di euro), che per la prima volta ha registrato valori superiori al primo (rispetto al 2019 la raccolta dal gioco fisico è diminuita del 47% e quella del gioco a distanza è aumentata del 35%). Le modalità di gioco appaiono cambiate, favorite dal periodo di lockdown e dalle restrizioni per contenere la pandemia di Covid-19. La vincita ha seguito lo stesso andamento, aumentando fino al 2019 (91,06 miliardi di euro) e decrescendo nel 2020 con 75,36 miliardi (-17%). La spesa dei giocatori ha raggiunto i 19,45 miliardi nel 2019, per scendere a 13 nel 2020. Tra i giochi più diffusi nella modalità a distanza ci sono quelli a base sportiva (27%) e quelli di carte non in torneo né di sorte a quota fissa (21%).

I volumi di gioco stimati per la Toscana, sempre nel 2020, ammontano a una raccolta di denaro pari a circa 2,4 miliardi di euro per il gioco fisico (rispetto ai 4,9 del 2019), una vincita di circa 1,8 miliardi di euro (rispetto ai 3,8 del 2019) e una spesa di 0,6 miliardi (dimezzato

rispetto all'1,2 del 2019). Invece, relativamente al gioco online, in Toscana vi sono 572.400 conti online attivi e 188.706 aperti.

La maggiore facilità di accesso ai giochi a pagamento e la bassa consapevolezza del rischio che questo comportamento, più spesso confuso con un passatempo, fa sì che tale attività possa svilupparsi in un disturbo compulsivo. La forte espansione del gioco d'azzardo negli ultimi 20 anni si è recentemente ridimensionata dalle restrizioni a causa della pandemia di Covid-19. A questo va aggiunto il ruolo dei nuovi social media e dei moderni supporti tecnologici, che hanno favorito la capillare diffusione delle diverse forme di gioco d'azzardo (Macey, 2018), consentendo un'alternativa al gioco fisico.

Secondo la letteratura scientifica, esistono segmenti di popolazione più vulnerabili, come le persone a forte svantaggio socio-economico o gli adolescenti. In particolare, tra i 15 e i 25 anni d'età, i comportamenti problematici legati al gioco sono più frequenti rispetto alla popolazione generale, 5-6% rispetto alla stima di 1-2% in tutta la popolazione (Slutske, 2009). Dall'indagine ESPAD europea del 2019, rivolta esclusivamente a studentesse e studenti di 16 anni, emerge che il 22% degli studenti e delle studentesse dei paesi europei coinvolti nella rilevazione ha giocato d'azzardo nei 12 mesi precedenti alla rilevazione, l'Italia raggiunge il 32%, stima molto superiore. Le prevalenze europee e italiane sono maggiori tra i maschi (rispettivamente al 29% e al 41%) rispetto alle femmine (rispettivamente al 15% e al 22%). Dall'indagine ESPAD Italia 2019 rivolta agli studenti e alle studentesse (15-19 anni) emerge che in Toscana il 45% ha dichiarato di aver giocato d'azzardo almeno una volta nel corso della propria vita e il 43% lo ha fatto nei 12 mesi antecedenti alla rilevazione, stime poco inferiori a quelle nazionali (rispettivamente 48% e 45%). Le differenze di genere sono significative, la proporzione di studenti maschi toscani che ha giocato almeno una volta nella vita è nettamente superiore a quella delle coetanee, rispettivamente 54% e 36%, dati che rispettano le differenze italiane (57% dei ragazzi contro il 38% delle ragazze). Inoltre si tratta di un comportamento diffuso in particolare tra i maggiorenni, sia in Toscana (52% contro il 41% dei soggetti minorenni) che in Italia (53% contro il 44%). In una giornata tipo, il 73% dei soggetti studenti-giocatori durante l'anno ha giocato mediamente meno di 30 minuti, soprattutto le ragazze e le persone minorenni, il 14% da 30 a 60 minuti, il 7% da 1 a 2 ore e il 6% 2 ore o più, quest'ultima è stata una risposta più frequente tra i maschi. Per quanto riguarda i giochi praticati in Toscana, come nelle precedenti edizioni ESPAD, il Gratta e Vinci resta al primo posto (78%), in particolar modo tra le ragazze (89%), seguito dalle scommesse sportive (61%), in questo caso preferite dai ragazzi (88%).

Il 28% ha praticato altri giochi con le carte, il 22% ha giocato alle New slot machine/ Videolottery, il 18% ha giocato al Bingo. Il 16% e il 15% hanno giocato rispettivamente a Lotto e Superenalotto e il 14% a Poker texano, con percentuali che risultano superiori tra le ragazze, nel primo caso e tra i ragazzi nel secondo.

Inoltre il 9% ha giocato d'azzardo on-line, dinamica più frequente tra i maschi (14% rispetto al 4% delle femmine) e tra i soggetti maggiorenni (12% contro il 7% delle persone minorenni).

All'interno del questionario ESPAD®Italia è inserito un test di screening sul gioco d'azzardo specificatamente rivolto alla popolazione adolescente, il test SOGS-RA - *South Oaks Gambling*

Screen, Revised for Adolescents (Winters et al., 1993; Poulin, 2002; validazione italiana: Colasante et al., 2014), che permette di definire il grado potenziale di problematicità del comportamento di gioco.

Il test ha evidenziato che tra la popolazione studentesca toscana che ha giocato durante l'anno precedente l'81% ha un comportamento non problematico, il 13% è definibile "a rischio" e il 6% risulta "problematico". Le percentuali con più alto grado di problematicità o di rischio si trovano prevalentemente tra i soggetti maschi maggiorenni.

L'indagine ESPAD 2020 #iorestoacasa ha rilevato le abitudini della popolazione studentesca italiana compresa tra i 15 e i 19 anni durante il periodo di lockdown. Circa la metà ha dichiarato di aver giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e il 44% lo ha fatto nei 12 mesi antecedenti alla somministrazione del questionario. In generale il comportamento è più frequente tra i ragazzi e i maggiorenni. Tuttavia, la diffusione anche tra adolescenti minorenni è elevata (il 44% ha giocato almeno una volta nella vita e il 43% nei 12 mesi precedenti). Il 17% gioca abitualmente 2-4 volte al mese e il 2% più di 6 volte alla settimana. L'8% di coloro che giocano usano piattaforme online. Durante il lockdown il 33% ha speso più di 10 euro giocando onsite e il 46% giocando online. I giocatori considerati "a rischio" o "problematici" hanno speso somme generalmente più elevate. Il gioco d'azzardo, nonostante sia vietato ai minori di 18 anni, è una pratica piuttosto diffusa nella popolazione adolescente italiana.

Il disturbo del gioco d'azzardo (DGA) rappresenta una vera e propria dipendenza, oramai ampiamente riconosciuta come un importante problema di salute pubblica, associata a un'alta comorbidità psichiatrica, una scarsa salute fisica, alti tassi di suicidio e sostanziali costi individuali e sociali. Secondo la relazione annuale al Parlamento del Dipartimento Politiche antidroga, nel 2016 (ultimo anno in cui il dato era disponibile), erano più di 13mila i pazienti in carico ai Servizi per GAP sul territorio nazionale.

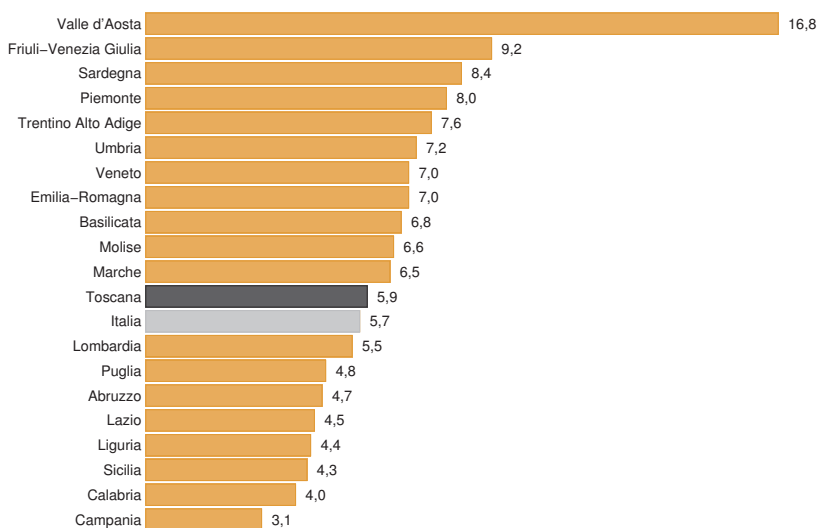
I dati forniti da Regione Toscana in merito all'utenza in trattamento per DGA, presso i SerD mostrano un aumento dal 2013 al 2019, registrando un cambiamento del numero degli utenti che sono passati da 1.165 a 1713. Invece nel 2020, nonostante la continua diffusione del gioco d'azzardo on line, favorito anche dal periodo di lockdown vissuto nei mesi di marzo-maggio, l'utenza in trattamento per DGA presso i SerD mostra una diminuzione e raggiunge 1.497 pazienti. Nel 2020 il rapporto tra uomini e donne è di circa 4:1 (1.212 maschi e 285 femmine), senza importanti variazioni rispetto agli anni precedenti. L'età più rappresentata si conferma quella degli over50 che sono il 50% del totale, l'11% ha un'età uguale o inferiore ai 29 anni e il 39% è tra i 30 e i 49 anni. Fra gli utenti in carico per DGA gli stranieri rappresentano l'8,5%.

Suicidi

Secondo quanto pubblicato dall'OMS, nel 2016 oltre 800mila persone si sono tolte la vita (10,5 per 100mila abitanti) con un rapporto maschio:femmina di 3:1 nei Paesi ad alto reddito. In Europa (28 Paesi) il tasso di suicidio si attesta su 12,9 decessi per 100mila abitanti (OMS, 2016) con un'ampia variabilità fra i diversi paesi che vede ai suoi estremi la Grecia con 3,8 decessi per 100mila abitanti e la Lituania con 25,7 decessi per 100mila abitanti. L'Italia, con un tasso standardizzato per età pari a 5,7 per 100mila abitanti (ISTAT, 2018) si colloca fra i Paesi europei con i valori più bassi.

Nel corso degli ultimi anni, i dati nazionali mostrano un trend in diminuzione comune alla maggior parte delle regioni ad eccezione della Valle d'Aosta dove, rispetto al 2016, si è passati da 12,4 a 16,8 decessi per suicidio ogni 100mila abitanti. All'estremo opposto si conferma la Campania con 3,1 suicidi ogni 100mila abitanti (figura 1). La Toscana, con un tasso pari a 5,9 per 100mila, si posiziona poco sopra la media nazionale.

Figura 1. Mortalità per suicidio - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2018 - Fonte: ISTAT

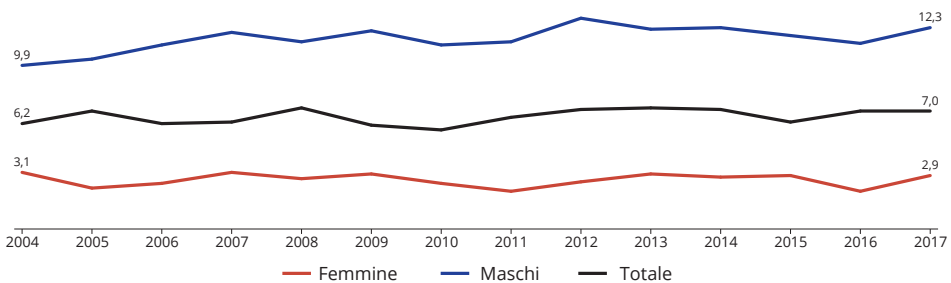


Complessivamente, la Toscana (Registro di mortalità regionale, anno 2017) mostra un trend tendenzialmente stabile con lievi modifiche annuali (figura 2). Considerata la bassa numerosità della casistica, in termini assoluti, ogni anno si verificano in media 270 decessi per suicidio, con forti oscillazioni da un anno all'altro, che non rappresentano, però, differenze statisticamente significative.

Tuttavia, analizzando i dati per genere, possiamo osservare come il lieve aumento registrato nel corso degli anni, sia da attribuirsi interamente al genere maschile che nel 2017 ha mostrato un tasso di mortalità, per questa causa, pari a 12,3 per 100mila abitanti rispetto al 2,9 per 100mila abitanti registrato nelle donne.

L'impiccagione rappresenta la principale modalità di esecuzione in entrambi i generi (periodo 2015-2017) con un tasso standardizzato per età di 5,4 per 100mila abitanti negli uomini e di 1 per 100mila abitanti nelle donne (totale: 3 per 100mila abitanti) seguita dall'arma da fuoco nel genere maschile (2,4 per 100mila abitanti) e la precipitazione nelle donne (0,7 per 100mila abitanti).

Figura 2. Mortalità per suicidio per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana periodo 2004-2017 - Fonte: ARS su dati RMR



L'analisi per classe di età richiede un'aggregazione triennale in grado di garantire una maggior stabilità al dato statistico. A seguito della crisi economica (anni 2008-2014), l'analisi del fenomeno suicidario ha puntato l'accento sul possibile incremento dei casi legato al crollo economico e alle conseguenze che da questo sono derivate. Il triennio 2009-2011 costituisce un periodo che possiamo definire "rappresentativo" della crisi economica e pertanto costituisce un valido confronto con il dato associato alla ripresa che ha avuto inizio nel 2014. Come si osserva dai dati riportati in tabella 1, nella fascia di età produttiva (20-64 anni) i valori a carico del genere maschile sono inferiori nel periodo 2009-2011 rispetto al 2015-2017, confronto che s'inverte in tutte le classi over65. Al contrario, nel genere femminile, a fronte di una certa stabilità nelle classi di età 20-64 anni, si assiste ad un aumento della mortalità fra le over 65enni nel triennio 2015-2017.

Trattandosi di un fenomeno ad eziologia multifattoriale, individuarne la causa specifica è molto complesso. Indubbiamente, guardando i dati, possiamo concludere che, in Toscana, la crisi economica non ha prodotto un aumento dei casi di suicidio nelle classi produttive più colpite dalla perdita del lavoro, ma ha fortemente interessato la fascia più anziana facendo supporre una causalità di carattere endogeno e/o sociale.

Tabella 1. Mortalità per suicidio per genere e classe di età – tasso standardizzato triennale per età per 100.000 abitanti – Toscana, confronto periodo 2009-2011 e 2015-2017 – Fonte: ARS su dati RMR

Età	Triennio 2009-2011			Triennio 2015-2017		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0 -- 19	0,5	0,3	0,4	0,8	0,2	0,5
20 -- 34	6,4	1,2	3,8	8,3	1,2	4,8
35 -- 49	9,2	3,1	6,1	12,3	2,9	7,5
50 -- 64	13,5	4,1	8,6	13,9	3,5	8,5
65 -- 74	20,8	3,4	11,5	18,1	5,3	11,3
75 -- 79	31,8	3,0	15,4	22,1	5,2	12,7
80+	45,7	4,0	17,7	39,7	4,7	17,1
Totale	12,0	2,7	6,5	12,7	3,0	7,6

Incidenti stradali

Nel 2020 il contesto di crisi economico-sanitaria innescato dalla pandemia da SARS-CoV-2 ha avuto un impatto radicale sulla mobilità stradale, essendo responsabile di una riduzione degli incidenti stradali (IS) mai rilevata in precedenza, a causa delle limitazioni introdotte negli spostamenti della popolazione.

Nell'Unione europea (27 Paesi) il numero delle vittime di IS è diminuito nel 2020 del 17,2% rispetto all'anno precedente, passando da 22.763 a quasi 19mila deceduti. Il confronto tra il dato del 2010 (anno di *benchmark* per la sicurezza stradale) ed il 2020 evidenzia una riduzione dei decessi del 36,5% in Europa e del 41,8% in Italia. In particolare il numero di decessi si attesta nel 2020 a 42,3 morti ogni milione di abitanti nella UE27 e a 40,3 ogni milione di abitanti nel nostro Paese, permettendo all'Italia di passare nella graduatoria europea dal 16° al 12° posto nella classifica dei paesi con minor vittime.

In Italia, le misure restrittive messe in atto per contenere la pandemia, in particolare il primo lockdown, che ha determinato un blocco pressoché totale della circolazione nel periodo compreso tra marzo e maggio 2020, e in misura minore anche altre azioni successivamente imposte dal Governo durante i mesi autunnali dello stesso anno, hanno influito in maniera preponderante sulla riduzione degli IS. È importante enfatizzare l'aumentata anzianità del parco veicolare nel nostro Paese registrata nel 2020 in conseguenza delle diminuzioni rispetto al 2019 delle prime iscrizioni di autovetture (-26%), dei veicoli per il trasporto merci (16%), e delle prime iscrizioni di motocicli (6,4%): una riduzione complessiva del 22%. Il mercato dei mezzi *green* ha invece mostrato, anche per merito degli incentivi statali, un deciso aumento delle vendite di biciclette (+17% rispetto al 2019 con oltre 2 milioni di velocipedi venduti), biciclette elettriche (+44%) e monopattini elettrici (+140% nei primi 7 mesi del 2020).

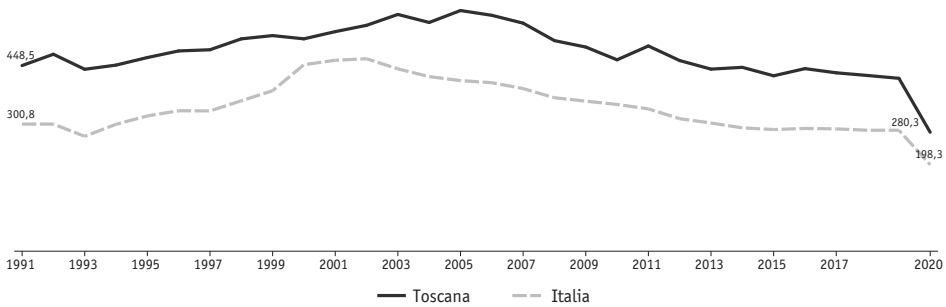
Nel 2020 in Italia sono stati segnalati 118.298 IS con lesioni a persone (-31,3% rispetto al 2019), che hanno provocato 159.249 feriti (-34% rispetto al 2019) e 2.395 morti (-24,5% rispetto al 2019). I feriti gravi, misurati sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, sono stati 14.102, in diminuzione del 20% rispetto al 2019 mentre il rapporto tra feriti gravi e decessi è risultato 5,9, dato lievemente superiore rispetto ai valori medi registrati nei cinque anni precedenti l'inizio della pandemia. Le vittime di IS si sono ridotte per tutti gli utenti della strada: -33% ciclomotori, -30,4% ciclisti, -27,9% autovetture, -23,4% pedoni, -16% motociclisti. L'analisi delle distrazioni alla guida conferma che le cause più frequenti sono le stesse registrate negli anni precedenti: il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata (40,2% complessivamente). Le violazioni al codice della strada risultano anch'esse in diminuzione rispetto al 2019: le più sanzionate sono risultate l'eccesso di velocità, l'inosservanza della segnaletica, l'uso del casco e delle cinture, infine la trasgressione di norme di comportamento dei ciclisti.

Analizzando il contesto toscano, nel 2020 le diminuzioni in termini percentuali degli IS e delle loro conseguenze, sono lievemente maggiori rispetto al quadro nazionale: sono stati

infatti registrati 10.350 IS con lesioni a persone (-33,3% rispetto al 2019, Italia: -31,3%), che hanno provocato 13.187 feriti (-35,3% rispetto al 2019, Italia: -34%) e 152 morti (-27,3% rispetto al 2019, Italia: -24,5%).

Anche nel 2020 il tasso grezzo di IS in Toscana (280,3 per 100mila abitanti) è risultato decisamente superiore a quello medio nazionale (198,3 per 100mila abitanti) (figura 1), confermando che la nostra regione è una di quelle dove si verifica il maggior numero di IS così come di feriti (Toscana: 357,1 per 100mila ab., Italia: 267 per 100mila ab.), mentre i tassi di mortalità sono risultati pressoché allineati (Toscana: 4,1 per 100mila ab., Italia: 4 per 100mila ab.). La figura 1 mostra come le restrizioni anti Covid-19 abbiano permesso di raggiungere i valori di minimo storico per quanto riguarda i tassi di IS sia in Italia che in Toscana.

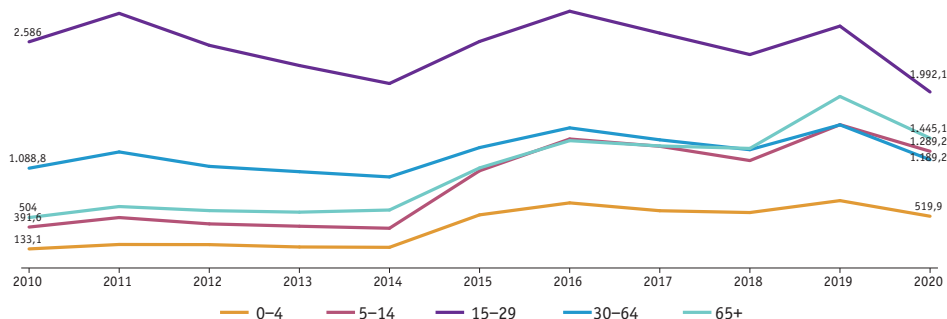
Figura 1. Incidenti stradali - Tasso grezzo per 100.000 abitanti - Italia e Toscana, anni 1991-2020. Fonte: ARS su dati Istat e Osservatorio regionale della sicurezza stradale (SIRSS) della Toscana



L'analisi delle conseguenze sanitarie dei sinistri stradali rivela che nel 2020 nella nostra regione gli accessi ai Pronto soccorso (PS) per IS con diagnosi di tipo traumatico effettuati da residenti sono stati 49.847 (tasso grezzo: 1.349,9 per 100mila residenti; -26,4% rispetto al 2019). Si osserva una prevalenza di accessi da parte degli uomini (54,6%) e la classe d'età maggiormente coinvolta è, come di consueto, quella compresa tra 15 e 29 anni (tasso grezzo: 1.992,1 per 100mila residenti). La causa rilevata nella maggior parte degli accessi è il trauma (90% circa del totale), in particolare "traumi agli arti" (55,5%), "traumi cranici" (15,5%), "traumi vertebrali" (8,7%) e "traumi toracici" (6%).

Ad eccezione dell'ultimo anno di osservazione, per il quale è stata registrata una sensibile diminuzione degli accessi in tutte le fasce d'età, l'andamento negli anni precedenti mostra una sostanziale stabilità degli accessi per IS nella fascia di età 15-29 anni, che come anticipato, si caratterizza da sempre per la maggior frequenza di episodi infortunistici, mentre è quella degli anziani, peraltro in sensibile aumento nella popolazione generale, a far registrare un andamento in costante crescita nel tempo, ancora distante dalla classe a maggior rischio, ma in lento avvicinamento anno dopo anno (figura 2).

Figura 2. Accessi ai PS per infortuni stradali - Tasso grezzo per 100.000 abitanti - Toscana, anni 2010-2020. Fonte: ARS su dati flusso informativo PS



Infine, l'analisi degli eventi di maggiore gravità, valutata sulla base dei dati del flusso delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), indica che nel 2020 i ricoveri traumatici per IS di residenti in Toscana sono stati 2.402 (tasso grezzo: 65 per 100mila abitanti), valore in diminuzione del 20,4% rispetto al 2019. Il 70,1% 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 e 65+ anni (tassi di ricovero rispettivamente dell'81,6 e 80,5 per 100mila abitanti).

Incidenti domestici

Gli incidenti domestici (ID) sono eventi accidentali che avvengono nelle abitazioni, comportando la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona a causa di lesioni di vario tipo. Accadono prevalentemente in conseguenza di cadute, avvelenamenti, ustioni, tagli e ferite. Le persone maggiormente esposte al rischio di ID sono, ovviamente, quelle che trascorrono molto tempo in casa, come casalinghe, bambini e anziani. Le strategie di prevenzione mirate al contenimento di questo fenomeno sono raramente adottate, da un lato per la difficoltà a raggiungere le categorie target di un potenziale intervento, dall'altro per la carenza di dati e statistiche.

In Italia nel 2019 è stato stimato che 12,5 persone ogni 1.000 abbiano avuto un incidente in ambiente domestico (ISTAT). Le persone prevalentemente coinvolte sono gli anziani, ed in particolare gli over 80enni (37,5 incidenti ogni 1.000 abitanti) e i 75-79enni (22,7 per 1.000). Le casalinghe ed i pensionati, come detto, sono le categorie più a rischio.

Le stime sopra citate provengono dall'indagine ISTAT Multiscopo *Aspetti della vita quotidiana* (indagine campionaria), che permette di ottenere stime robuste a livello nazionale, ma meno precise quando le aree di interesse sono le regioni, inoltre soffrono di un ritardo di circa due anni nella pubblicazione. Al fine di ottenere analisi più informative, è utile perciò integrare i dati pubblicati da ISTAT con quelli degli archivi amministrativi regionali, in particolare le schede di dimissione ospedaliera (SDO) ed i registri di mortalità. Oltre a questi, in Toscana (così come in Piemonte, Sardegna e Abruzzo), sono disponibili anche gli accessi effettuati ai PS per infortunio domestico (registrati durante la fase di triage infermieristico).

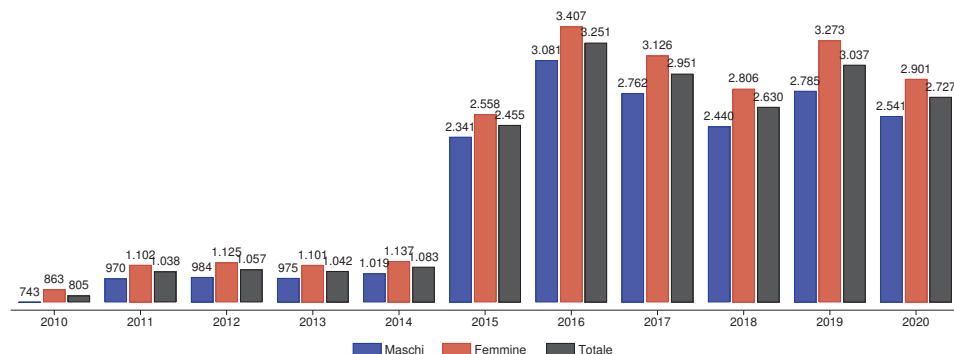
Prima di entrare nel merito dei dati, è opportuno fare una breve premessa ai risultati. Gli effetti delle misure adottate nel nostro Paese in seguito alla pandemia, in particolare il lockdown avvenuto nei mesi compresi tra marzo e maggio 2020 ed altre azioni successive indirizzate al contenimento della trasmissione del virus SARS-CoV-2, hanno avuto ripercussioni diverse in ogni sfera della nostra vita. Per quanto riguarda gli ID, essendo una tipologia di eventi per i quali l'intensità della casistica è fortemente associata con il tempo di esposizione, nel caso specifico la permanenza in casa, considerato che questo aspetto nel 2020 è stato decisamente superiore rispetto agli anni precedenti per una larga quota di popolazione, ci saremmo aspettati un loro aumento (così come era lecito attendersi una sensibile diminuzione degli incidenti stradali, poi confermata dai dati). Al contrario è stata osservata una diminuzione, in particolare per quanto riguarda gli accessi ai PS ed i ricoveri ospedalieri. Una delle possibili considerazioni è quella di ritenere che gli ID siano realmente aumentati, ma questo risultato non possa essere direttamente osservato sulla base dei dati sanitari. Per quasi tutto il 2020, infatti, sono state date indicazioni di recarsi in ospedale solo in situazioni di reale emergenza. È plausibile che laddove si siano verificati eventi di entità minore, si sia preferito non ricorrere ai servizi del personale sanitario.

Gli accessi ai PS per incidente domestico con diagnosi traumatica effettuati da residenti toscani sono stati nel 2020 circa 100.700 (2.727 ogni 100mila abitanti), in diminuzione dell'11,1%

rispetto al 2019, quando erano stati circa 113.300 (3.037 ogni 100mila ab.). La frequenza maggiore si osserva nel genere femminile con 2.901 accessi ogni 100mila ab. contro i 2.541 per 100mila tra i maschi (figura 1). Nello stesso anno gli accessi generali al PS, per tutte le cause, sono diminuiti del 34,5% in Toscana, l'entità della riduzione degli accessi per incidente domestico con diagnosi traumatica è stata quindi meno di un terzo rispetto a quella generale. Va segnalato che il sensibile aumento di accessi osservato tra il 2014 e il 2016 è in larga parte imputabile al miglioramento della compilazione della variabile che identifica la tipologia di incidente.

I bambini di età 0-4 anni sono il gruppo che presenta il tasso grezzo più elevato (5.823 ogni 100mila abitanti), gli ultra64enni hanno effettuato in totale circa 45mila accessi (quasi la metà del totale degli accessi per ID) corrispondenti ad un tasso grezzo di 4.717 ogni 100mila abitanti d'età 65+. In questa fascia d'età si osserva un rapporto di genere di 2 a 1 a sfavore del genere femminile (tassi grezzi rispettivamente di 5.555 e 3.626 accessi ogni 100mila abitanti per femmine e maschi). Le principali cause di accesso al PS sono state le fratture (31,1%), le contusioni (19,9%) e le ferite aperte (19,6%). Il 10,4% degli accessi al PS per incidente domestico ha avuto come esito un ricovero (dato in aumento rispetto al 2019 quando il dato si attestava a 8,3%).

Figura 1. Accessi al Pronto Soccorso per incidente domestico con diagnosi di dimissione traumatica per genere - Tasso per 100mila abitanti - Toscana, periodo 2010-2020
Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo PS

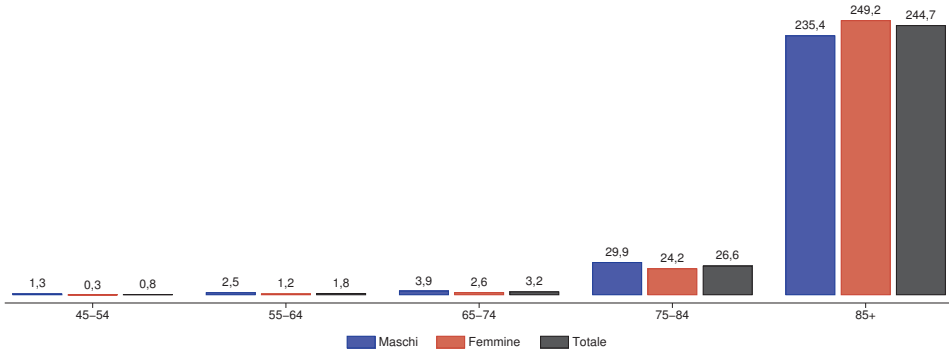


Sulla base delle SDO, i ricoveri per incidente domestico con diagnosi traumatica effettuati in Toscana nel 2020 sono stati circa 10mila (273 ogni 100mila abitanti), di cui il 66% ha riguardato donne. La fascia d'età prevalentemente coinvolta è quella degli anziani 65+, con circa 8mila ricoveri (80% del totale), di cui 5.715 ricoveri (70,7% della classe di riferimento) riportati dalle donne.

Analizzando infine gli esiti più gravi degli incidenti domestici, ovvero i decessi, si osserva che nella nostra regione nel 2017 (ultimo anno disponibile) si sono verificati 504 decessi tra i residenti (in diminuzione rispetto al 2016, quando erano stati 877), corrispondenti a 13,5 decessi ogni 100mila abitanti, di cui il 36,3% riferiti a uomini. La mortalità per incidente domestico è un

evento raro al di sotto dei 45 anni (due decessi nel 2017) mentre le persone più colpite sono i “grandi anziani”: quasi il 76% dei morti ha infatti 85 anni o più. Il tasso di incidenza negli anziani cresce in maniera sensibile a partire dalla fascia di età 75-84 (26,6 per 100mila ab.) per poi raggiungere il valore massimo di 244,7 morti ogni 100mila abitanti nella classe di età 85+ anni (figura 2).

Figura 2. Mortalità per incidente domestico per genere e classe d'età – Tasso per 100.000 abitanti – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR



Infortunati sul lavoro

Escludendo gli studenti, nel 2019 sono state presentate all'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro (INAIL) 44.988 denunce di infortunio sul lavoro in Toscana, di cui 36.306 (81%) relative a infortuni avvenuti in occasione di lavoro e 8.180 (19%) relative a infortuni in itinere (tabella 1). Gli infortuni indennizzati da INAIL sono stati 30.322 (69%): di cui 25.018 (83%) sono casi di infortuni accaduti in occasione di lavoro e 5.304 (16%) occorsi in itinere.

I dati relativi all'anno 2020 sono provvisori, aggiornati ad aprile 2021, e non è possibile escludere degli infortuni degli studenti a causa delle restrizioni imposte per la pandemia.

Tabella 1. Infortuni denunciati e indennizzati (esclusi gli studenti) – Valori assoluti – Toscana, periodo 2011-2020* – Fonte: Elaborazioni CERIMP su dati flussi INAIL-Regione Toscana e Open Data INAIL; ISTAT-Rilevazione Forze di Lavoro

Indicatore	Tipo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Denunce di infortunio	In occ. lavoro	50.757	45.735	41.936	40.356	38.868	37.748	37.324	36.626	36.306	36.037
	In itinere	8.635	7.690	8.143	7.905	7.731	8.292	9.193	8.222	8.682	5.241
	Totale	59.392	53.425	50.079	48.261	46.599	46.040	45.517	44.848	44.988	41.278
Infortunati indennizzati	In occ. lavoro	35.484	30.933	29.332	28.368	27.021	26.679	26.069	25.518	25.018	23.544
	In itinere	6.615	5.824	5.287	5.161	4.938	5.272	5.215	5.189	5.304	3.233
	Totale	42.099	36.757	34.619	33.529	31.959	31.951	31.284	30.707	30.322	26.777
Infortunati mortali indennizzati	In occ. lavoro	41	44	39	31	55	26	31	33	26	41
	In itinere	16	19	18	22	23	19	18	17	19	7
	Totale	57	63	57	53	78	45	49	50	45	48

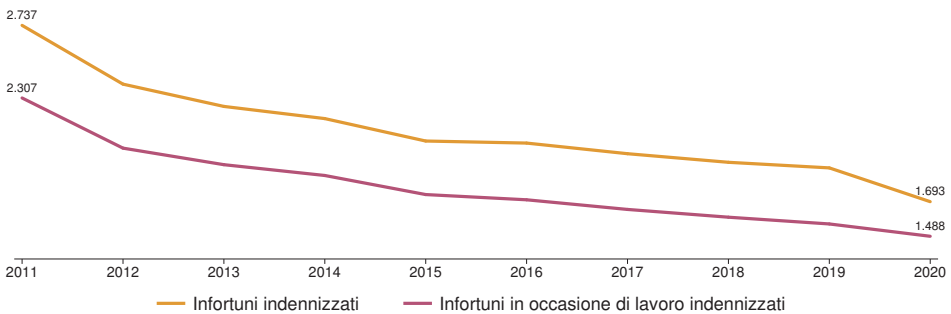
*dati provvisori, inclusi gli studenti

La tabella 1 e la figura 1 evidenziano la progressiva diminuzione negli anni degli infortuni sul lavoro sia in termini assoluti, sia rispetto alla popolazione residente (tassi).

Gli infortuni in occasione di lavoro, che rispetto a quelli in itinere esprimono meglio la pericolosità negli ambienti di lavoro, dal 2011 al 2019 si sono ridotti del 24% circa in termini assoluti. Rispetto alla popolazione residente in ogni anno, i tassi del 2019 sono inferiori di circa un terzo a quelli del 2011.

Escludendo il 2020, condizionato dalla pandemia da Covid-19 e ancora non completo dal punto di vista della raccolta dati, l'andamento dei tassi suggerisce che complessivamente anche il rischio infortunistico da lavoro (numero di incidenti su numero di occupati) si stia riducendo, soprattutto considerando che il numero di occupati in Toscana nel periodo mostrava una crescita continua.

Figura 1. Infortuni indennizzati totali e in occasione di lavoro - Infortuni per 100.000 occupati - Toscana, periodo 2011-2020* - Fonte: Elaborazioni CERIMP su dati flussi INAIL-Regione Toscana e Open Data INAIL; ISTAT-Rilevazione Forze di Lavoro



*dati provvisori, inclusi gli studenti

L'analisi delle conseguenze sanitarie rivela che nel 2020 gli accessi ai presidi di Pronto soccorso (PS) per incidente sul lavoro, con diagnosi traumatica, effettuati da residenti toscani di età 15-67 anni, sono stati 18.798, valore in netta diminuzione (-23,5%) rispetto al 2019.

L'andamento dei tassi di accesso a partire dal primo anno disponibile, il 2010, è stabile fino al 2019, mentre solo nell'ultimo anno è stata osservata una sensibile riduzione degli eventi infortunistici, certamente in larga parte dovuta alle misure adottate per il contenimento della pandemia da Covid-19, nel rispetto delle quali una larga quota di lavoratori non si è potuta recare sul posto di lavoro per alcuni mesi, non risultando in questa maniera esposta a potenziali pericoli. L'età media all'accesso è invece stabile in tutto il periodo e prossima a 44-45 anni, anche nel 2020 lievemente più elevata per le femmine (48 anni) rispetto ai maschi (44 anni), in linea con gli anni precedenti. La percentuale di accessi effettuati da cittadini aventi residenza non italiana anche nell'ultimo anno si attesta al 13%, così come osservato nel 2019 e 2018. Le diagnosi più frequentemente rilevate sono quelle note, 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 da parte dei maschi è, come di consueto, maggiore rispetto alle femmine, nel 2020 il 69,9% del totale. Le età comprese tra 15 e 34 anni sono quelle che sulla base dei tassi di accesso risultano più colpite dagli infortuni. Il campo "esito della dimissione", proxy della gravità dell'evento, indica infine che il 93,9% degli utenti che accedono ai PS in seguito ad un incidente sul lavoro è dimesso a domicilio, mentre il 2,5% ricorre al ricovero ospedaliero, valore che sale fino al 3% nella fascia d'età maggiore o uguale a 55 anni. Si tratta dunque di eventi la cui entità, in termini di esiti gravi, è inferiore rispetto a quella di altri infortuni quali gli stradali (7,2% esitano in ricovero) e domestici (10,4% esitano in ricovero). Il trend dei tassi di ricovero mostra una costante ed importante riduzione dei valori dal 2000 al 2009, mentre dall'anno successivo si osserva una generale stabilità, fino alla riduzione osservata nel 2020 a causa della pandemia. I ricoveri per incidente sul lavoro con diagnosi di

dimissione traumatica effettuati da residenti in Toscana di età 15-67 anni sono stati 472 nel 2020 (19,5 per 100mila abitanti d'età 15-67 anni), -21% rispetto ai 598 precedente (24,6 per 100mila abitanti). L'età media dei ricoverati è di 47 anni (femmine: 52 anni; maschi: 46 anni). L'83,5% dei ricoveri è effettuato da uomini.

Gli infortuni mortali totali, dopo il 2015, risultano pressoché stabili su un livello di circa 50 infortuni mortali l'anno. Circa 30 casi l'anno sono infortuni in occasione di lavoro.

Una particolare attenzione dovrà essere mantenuta nel monitorare il fenomeno degli infortuni mortali a partire dal 2020. Gli effetti della pandemia non sono ancora chiari. I dati provvisori indicano un drastico aumento dei casi in occasione di lavoro e una drastica riduzione di quelli in itinere.

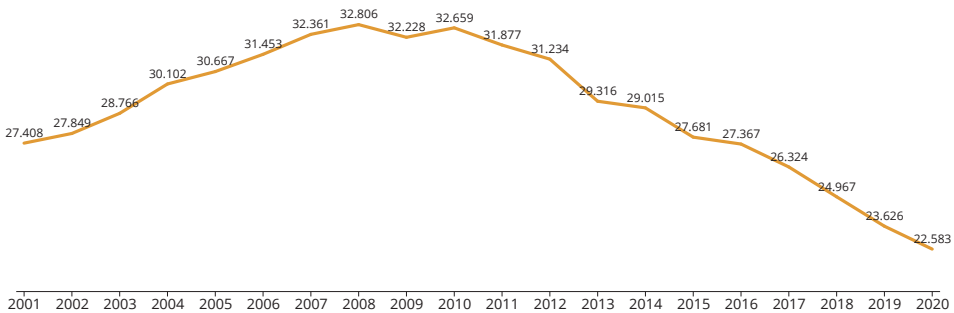
Salute materno-infantile

Nel 2020 prosegue la diminuzione della natalità avviatasi dall'inizio della crisi economica del 2010, accentuata dall'avvento e dalle conseguenze socio-economiche della pandemia da Covid-19, in Toscana come in Italia. Nel 2020 nelle strutture toscane sono avvenuti 22.583 parti (figura 1), registrando un calo del 4,4% rispetto al 2019 e del 30,9% rispetto al 2010. Il fenomeno è in parte riconducibile a un effetto strutturale della popolazione: sono uscite dall'esperienza riproduttiva le generazioni di donne nate a metà degli anni '60, molto più numerose delle generazioni nate nelle decadi successive, che hanno appena raggiunto o stanno raggiungendo le età feconde. Le cittadine straniere, che avevano compensato questo squilibrio strutturale fino al 2010, hanno diminuito negli ultimi 10 anni la loro fecondità, in parte anche per la diminuzione dei flussi femminili in entrata. Questo fenomeno è stato particolarmente rilevante nel 2020, considerato il divieto di ingresso in Italia a seguito delle restrizioni per il contenimento della pandemia. Altro fattore che sta giocando un ruolo importante nella riduzione della fecondità è il 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 autoctone: una ricerca di maggiore emancipazione, economica innanzitutto, che porta alla riduzione della natalità su livelli simili a quelli delle coetanee italiane. Nel 2020 nelle strutture toscane hanno partorito 5.968 donne straniere, -9,7% rispetto al 2019.

La diminuzione della natalità è particolarmente evidente nel periodo ottobre-dicembre 2020 (-12% rispetto allo stesso periodo del 2019), primi mesi in cui si possono iniziare ad apprezzare eventuali effetti negativi della prima ondata epidemica, che saranno però probabilmente maggiori a partire dal 2021. Sebbene i dati a disposizione sembrino escludere la trasmissione verticale, cioè il passaggio dalla madre al feto dell'infezione da SARS-CoV-2, e non vi siano segnalazioni che evidenzino specifiche preoccupazioni per le donne in gravidanza, il clima di paura e incertezza e le crescenti difficoltà di natura materiale (legate a occupazione e reddito) potrebbero aver giocato un ruolo determinante sulla decisione di rinviare la scelta di avere un figlio. A questo si aggiunge la riduzione del numero dei parti da procreazione medicalmente assistita (PMA) a causa della sospensione di alcuni trattamenti per la chiusura di molti centri durante il periodo di lockdown più rigido (marzo-maggio 2020).

Stabile, ma comunque elevata, l'età al parto (32,5 anni) e si conferma l'incremento delle mamme over40enni (nel 2020 il 10% del totale). Negli ultimi anni sono aumentate progressivamente le donne che hanno ottenuto una gravidanza ricorrendo a tecniche di fecondazione assistita: il 3,8% dei parti è avvenuto con una di queste tecniche, il 14,6% tra le donne sopra i 40 anni e il 33% 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).

Figura 1. Parti - Numero di parti in strutture regionali - Toscana, periodo 2011-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo CAP



L'assistenza in gravidanza si mantiene buona: il 95,6% delle donne con gravidanza fisiologica effettua gli esami previsti dal libretto di gravidanza e il protocollo regionale.

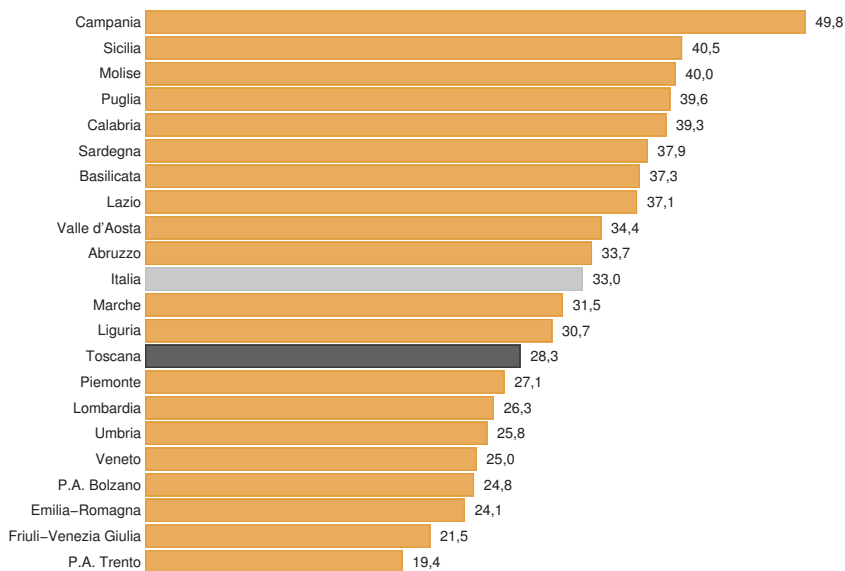
Anche nel 2020, nonostante la paura del possibile contagio da SARS-CoV-2 e delle conseguenti possibili ripercussioni sulla salute del bambino e la restrizione degli accessi alle visite ai padri, la maggior parte dei servizi di assistenza in gravidanza ha continuato a funzionare e il numero di visite e di ecografie effettuate dalle donne in gravidanza nel 2020 si è mantenuto sugli stessi livelli degli anni precedenti. L'assistenza in gravidanza ha raggiunto un ottimo livello anche fra le donne straniere e le italiane di livello sociale più basso.

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 dalla fine della decima settimana di gestazione. Il test viene offerto con pagamento di una quota di partecipazione alla spesa di 200 euro e non della tariffa intera di 400 euro, alle gestanti che hanno un referto di rischio medio-alto di anomalie cromosomiche al test combinato. 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 (1/301 e 1/1.000). Negli ultimi anni il ricorso all'amniocentesi o alla villocentesi in Toscana si è ridotto (dal 36,5% al 4,3% delle gestanti dal 2003 al 2020), grazie al test combinato che è offerto gratuitamente a tutte le gestanti e sempre più utilizzato (dal 35,4% delle gestanti nel 2003 al 78,7% nel 2020). Sicuramente anche il NIPT sta contribuendo a questo risultato. Nel 2019, primo anno di introduzione del NIPT, già l'8% delle gestanti ha usufruito di questo test, percentuale che ha raggiunto il 10,6% nel 2020 (fonte: elaborazioni ARS su dati flusso Specialistica ambulatoriale). Il 78% 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.

La quasi totalità dei parti avviene in uno dei 24 Punti nascita della Toscana, 23 dei quali sono pubblici. Partorire in epoca Covid-19 ha implicato che una quota maggiore di donne sia stata

sola al momento del parto (il 16% vs il 7% del 2019): in sala parto era ammessa la presenza del padre del bambino o di un'altra persona di fiducia della partoriente, previo accertamento della loro negatività al virus.

Figura 2. Parti con taglio cesareo – Casi per 100 parti – Regioni e Italia, anno 2019 – Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - ISTAT. Demografia in cifre per la popolazione



In diminuzione negli anni la percentuale di donne che affrontano un travaglio spontaneo (dal 65,8% del 2010 al 58,1% del 2020), mentre aumenta l'induzione al travaglio dal 16,8% al 23,6%. È aumentato anche l'utilizzo di farmaci per alleviare il dolore durante il parto, in particolare l'analgesia peridurale, passata dal 10,5% al 18,6%. Si riduce, invece, in tutti i Punti Nascita, il ricorso all'episiotomia, intervento oggi non considerato più di routine ma utilizzato solamente per motivi di salute fetale, così come la manovra di Kristeller (dal 10,5% del 2010 al 2,8% del 2020), modalità che i clinici preferiscono evitare, ritenendola superata sulla base delle evidenze scientifiche.

Il ricorso al taglio cesareo è stabile negli anni (26,6% nel 2020: dato da Certificato di assistenza al parto - CEDAP, Toscana). Secondo gli ultimi dati riportati nel Rapporto sull'attività ospedaliera del Ministero della Salute, la Toscana è tra le regioni italiane con il più basso tasso di cesarei (figura 2), ma ancora lontana dalla soglia del 19% stabilita dall'OMS, oltre la quale l'utilizzo del taglio cesareo non si associa a una riduzione del tasso di mortalità materna e infantile.

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) è in diminuzione in Toscana, così come in Italia. A questo ha contribuito sicuramente anche il fatto che le donne maggiorenti possono ritirare i farmaci per la contraccezione d'emergenza (l'Ulipristal acetato - ellaOne - "pillola dei 5 giorni dopo" e il Levonorgestrel - Norlevo - "pillola del giorno dopo") senza ricetta medica. In Toscana le IVG vengono effettuate in 26 strutture pubbliche. Nessuna struttura privata è stata accreditata per l'effettuazione della prestazione.

Nel 2020 anche i servizi e il personale impegnati nello svolgimento delle interruzioni volontarie di gravidanza sono stati coinvolti dall'emergenza pandemica da Covid-19. Il Ministero della Salute, fin dall'inizio della pandemia, nelle linee guida per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da Covid-19, ha identificato l'interruzione volontaria di gravidanza tra le prestazioni indifferibili in ambito ginecologico. Nel 2020 in Toscana si è registrato il numero più basso dell'intero periodo, plausibilmente proprio per la pandemia e la riduzione delle donne in gravidanza: 4.789 IVG (dato provvisorio) con una riduzione del 9% rispetto al 2019 e del 37,5% rispetto al 2010, diminuzione che ha riguardato sia le donne italiane che le straniere. Il tasso di abortività in Toscana che nel 2020 scende a 6,8 per 1.000 donne in età feconda, si mantiene più alto rispetto alla media italiana del 2020 (dato stimato dal Ministero della Salute - 5,5 per 1.000).

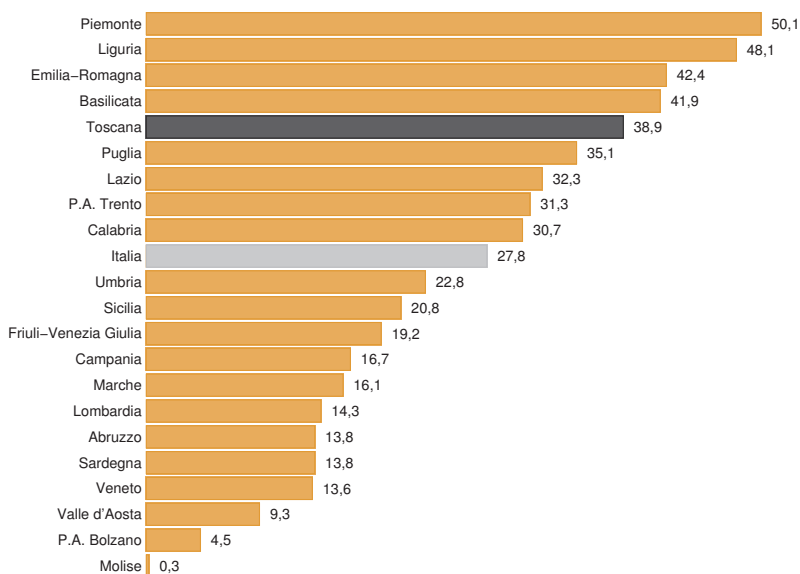
Da ormai oltre 10 anni, è stato autorizzato anche in Italia l'aborto farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine in alternativa all'aborto chirurgico, così come presente in altri paesi e come raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guide OMS e internazionali. Nel 2020 per tutelare 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 2020 è stata utilizzata nel 45,9% dei casi (con proporzioni intorno al 70% in alcuni presidi ospedalieri), valore più alto della media italiana (27,8% nel 2019, ultimo dato disponibile) (figura 3).

Nelle strutture ospedaliere della Toscana che praticano IVG la proporzione dell'obiezione di coscienza riguarda più della metà dei ginecologi (55,2%) con grande variabilità tra i presidi. Tuttavia la proporzione toscana è nettamente più bassa rispetto al 67% rilevato in Italia nel 2019. I ginecologi non obiettori effettuano mediamente meno di una IVG alla settimana. 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 vi sono 183 consultori, che sono diventati negli anni un punto di riferimento del percorso nascita del servizio sanitario della Toscana, 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 (28,6% nel 2020, rispetto al 25,4% nel 2010), ma gli studi privati restano 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 2020 il 53,4% dei certificati di interruzione di gravidanza sono stati rilasciati dal consultorio. Nei 116 consultori familiari pubblici in cui si pratica attività IVG (colloqui pre-IVG, colloqui post-IVG, rilascio di certificazione) la proporzione degli obiettori di coscienza (29,4%) è più bassa rispetto a quella registrata nelle strutture ospedaliere.

Figura 3. IVG farmacologica - Casi per 100 parti - Regioni e Italia, anno 2019 - Fonte: Sistema di sorveglianza delle Interruzioni volontarie di gravidanza, Istituto superiore di sanità



I bambini nati vivi nel 2020 sono stati 22.883 (51,2% maschi), con una riduzione del 30,9% rispetto al 2010 e del 4,7% rispetto al 2019. Il 3,1% è nato da parto gemellare, il 6,6% è nato di peso inferiore a 2.500 grammi e il 6,6% pretermine (<37 settimane di età gestazionale). Nel 2020, a fronte di 22.883 nati vivi, sono stati censiti 53 bambini nati morti, per un tasso di natimortalità di 2,3 decessi ogni 1.000 nati nell'ultimo triennio (andamento stabile da diversi anni e tra i più bassi d'Europa).

Il latte materno è universalmente considerato l'alimento di prima scelta per tutti i neonati. Durante il ricovero nel punto nascita l'82,5% dei neonati è allattato al seno in modo esclusivo. 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 il 7,3% fuma in gravidanza e solo il 7% è obesa.

I bambini sono risultati meno suscettibili degli adulti al SARS-CoV-2 e, anche quando si sono ammalati, l'infezione non si è presentata nella grande maggioranza dei casi con una sintomatologia grave. Tuttavia durante la pandemia, e soprattutto nel periodo del lockdown, i bambini hanno sperimentato cambiamenti sostanziali negli ambienti di vita, nelle routine quotidiane e nelle reti relazionali, educative e sociali (distanziamento sociale, chiusura delle scuole e delle attività sportive, didattica a distanza) che hanno impattato sulla loro salute psicofisica (disturbi del sonno, attacchi d'ansia, aumento dell'irritabilità). Vanno inoltre tenuti in considerazione, oltre all'inevitabile impatto psicologico complessivo che la pandemia ha avuto sui bambini e sugli adolescenti, altri problemi specifici relativi alla mancanza di attività fisica, alla sedentarietà e ai cambiamenti delle abitudini alimentari, i cui effetti potenziali sulla crescita e la salute emergeranno nei prossimi anni.

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.

Il beneficio a favore delle donne si accumula fin dalla presenza in utero del bambino. La speranza di vita alla nascita nel 2020, nonostante una flessione dovuta all’eccesso di mortalità causato dalla pandemia da Covid-19, conferma il netto vantaggio del genere femminile rispetto a quello maschile: 85,2 anni rispetto agli 80,9 anni dei maschi. 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 2021 (ultimo dato disponibile quando scriviamo questo documento), standardizzato per età, è pari a 234,5 per 100mila uomini, rispetto a 120,5 per 100mila donne (rispettivamente 305,5 per 100mila e 158,2 per 100mila in Italia) (fonte: elaborazioni ARS su dati banca dati Covid-19 ISS).

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

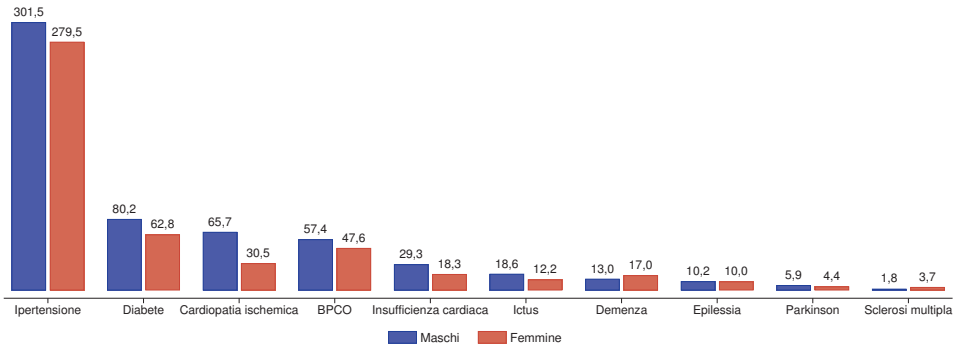
Tabella 1. Stili di vita per genere - Prevalenza per 100 abitanti - Toscana, periodo 2017-2020
Fonte: Elaborazioni ARS su dati PASSI e EDIT

Descrizione stile	18-69 anni (PASSI)	
	Maschi	Femmine
Consumo di tabacco	25,3	20,9
Binge drinking	9,8	6,2
Sedentarietà	29,1	33,7
Sovrappeso	34,7	20,0
Obesità	8,6	7,9
Consumo di 5+ di frutta e/o verdura	7,9	12,4

L’analisi di alcune patologie croniche rilevanti conferma nel 2020 prevalenze riferite ai maschi superiori a quelle osservate nelle femmine per quanto riguarda le malattie cardiovascolari (ictus,

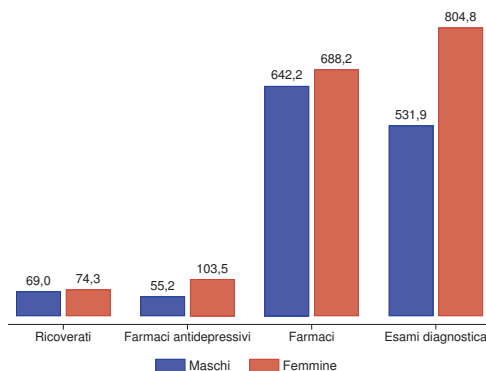
insufficienza cardiaca, cardiopatia ischemica e ipertensione), diabete, BPCO e Parkinson, mentre le prevalenze sono invertite per le demenze e la sclerosi multipla (figura 1).

Figura 1. Malattie croniche per genere - Prevalenza standardizzata per età per 1.000 abitanti d'età 16+ anni - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



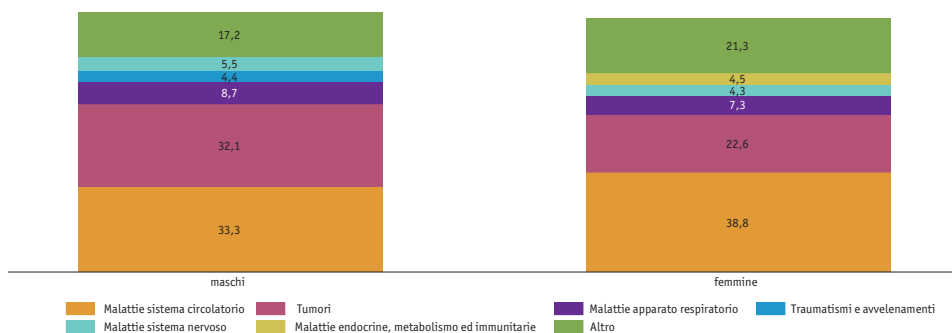
Per quanto riguarda invece il numero di ricoverati, l'utilizzo di farmaci (in particolare antidepressivi), e il ricorso a indagini di diagnostica per immagini (radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RMN), le prevalenze femminili risultano decisamente superiori a quelle maschili (figura 2). Su questo 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 anni per gli uomini, ma la speranza di vita in buona salute a 65 anni è pari a 7,2 anni per le donne e 9 anni per gli uomini (ISTAT).

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 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Nel triennio 2015-2017, 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, entrambi poco superiori al 32%, tra le donne le malattie del sistema circolatorio rappresentano il 38,8% della casistica mentre i tumori rivelano una percentuale sensibilmente inferiore, circa il 22% (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 3. Decessi per grande gruppo di patologia e genere - Distribuzione percentuale Toscana, periodo 2015-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR



L'analisi delle singole cause di morte (tabella 2) indica invece tra gli uomini al 1° posto i tumori di bronchi e polmone (7,8%), seguiti da problemi circolatori quali cardiopatia ischemica e infarto (rispettivamente 4,1% e 3,8%), mentre tra le donne troviamo al primo posto la cardiopatia ischemica (3,9%), al 2° posto il tumore alla mammella (3,3%) e al 3° posto il tumore di bronchi e polmone (3%). 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.

Tabella 2. Decessi per causa e genere - Deceduti per le prime 5 cause ogni 100 deceduti - Toscana, periodo 2015-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR

Posizione	Maschi		Femmine	
	Causa	%	Causa	%
1° causa	Tumore bronchi e polmone	7,8	Cardiopatia ischemica cronica	3,9
2°	Cardiopatia ischemica cronica	4,1	Tumore mammella	3,3
3°	Infarto miocardico acuto	3,8	Tumore bronchi e polmone	3,0
4°	Altre pneumopatie ostruttive croniche	2,8	Malattia di Alzheimer	2,6
5°	Tumore stomaco	1,9	Infarto miocardico acuto	2,4

Violenza di genere

Regione Toscana, con la sua legge n. 59 del 2007, ha anticipato il dettame della Convenzione di Istanbul, che definisce la violenza contro le donne basata sul genere “una violazione di diritti umani o una forma di discriminazione nei confronti delle donne comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provochino o rischino di provocare danni o sofferenze di carattere fisico, sessuale, psicologico o economico, inclusi i casi di minacce di simili condotte, coercizione o privazione arbitraria della libertà, occorsi nella sfera pubblica o nella sfera privata”. Da allora il quadro regionale, anche in conseguenza degli aggiornamenti a livello nazionale, si è notevolmente modificato in termini di quantità e di qualità di servizi offerti per favorire la fuoruscita delle donne e delle figlie e figli da situazioni di violenza domestica, aumentando i processi di empowerment. Tale crescita è testimoniata dall’incremento delle richieste di aiuto ai diversi nodi delle reti antiviolenza territoriali, a conferma della maggiore presenza e riconoscibilità dei servizi resi dalle Istituzioni e dai Centri antiviolenza.

Tuttavia il fenomeno esiste e resiste, anche nelle sue manifestazioni più gravi: dal 2006 al 2020 in Toscana ci sono state 121 vittime di femminicidio, 4 delle quali nel 2020. Sempre nello stesso periodo, 41 sono stati i minori orfani di femminicidio: 16 da madre di cittadinanza non italiana. Non è possibile rilevare delle caratteristiche che permettono di stilare un profilo tipico delle donne uccise per motivi di genere in Toscana, né degli autori di questi omicidi, quantomeno secondo le classiche variabili socio-economiche: quello che accomuna la maggior parte dei femminicidi è piuttosto il “luogo” entro cui essi si sono verificati: la relazione di coppia, presente oppure passata (87 casi). Una parte minore, ma non meno importante, di femminicidi avviene invece all’interno di relazioni parentali, in particolari quella madre/figlio (13 casi).

Il pluriennale impegno dell’Osservatorio sociale regionale, grazie al supporto di tutti i soggetti che collaborano alla raccolta dei dati, ha contribuito a delineare un quadro abbastanza preciso del fenomeno e delle sue caratteristiche. La Toscana, sin dal 2009, si è dotata di strumenti di monitoraggio della violenza di genere attraverso la rilevazione degli accessi e delle utenti ai principali nodi delle reti antiviolenza territoriali - Centri antiviolenza (CAV), Codice Rosa, Consultori – ampliando inoltre l’osservazione anche ai Centri per uomini autori di violenza, soggetti che attuano programmi volti al recupero degli uomini che agiscono violenza, così come auspicato anche dalla Convenzione di Istanbul.

Dal punto di vista di storicità e “profondità” dei dati a disposizione, i Centri antiviolenza rappresentano la fonte probabilmente più dettagliata rispetto alle caratteristiche e bisogni delle donne che decidono di intraprendere un percorso di uscita dalla violenza. Dal 2020 è stata chiusa l’esperienza dello “storico” sistema informativo toscano sulla violenza di genere (VGRT), per fare spazio al nuovo SIVG (Sistema informativo violenza di genere), e ai nuovi strumenti di rilevazione nazionale predisposti da ISTAT nell’ambito del Piano nazionale di statistica. La vera novità introdotta dalla rilevazione ISTAT è data dal fatto che questa monitora nel tempo non solo i primi accessi ai CAV da parte delle donne, ma anche i percorsi di presa in

carico, restituendo in questo modo una maggiore ricchezza informativa rispetto a bisogni ed esigenze delle donne che subiscono violenza, ma anche di come le risposte organizzate seguano il tortuoso percorso di empowerment e autonomia delle donne.

Prima di guardare le evidenze più recenti relative all'utenza dei Centri antiviolenza, è utile osservare anche la dotazione infrastrutturale di questi servizi sul territorio toscano, che è rimasta sostanzialmente stabile negli ultimi anni, grazie a una già forte e radicata presenza di CAV e Case rifugio, ma che si è potuta ulteriormente rafforzare, ad esempio, attraverso l'apertura di nuove sedi decentrate dei CAV (circa 100 i punti di accesso ai Centri oggi presenti in regione), in modo da rendere la loro presenza sempre più capillare e vicina tanto nei territori urbanizzati che nelle aree più periferiche.

Grazie alla crescita del numero di CAV e Case rifugio osservata sul territorio nazionale negli ultimi anni, dovuta soprattutto alla crescita dei finanziamenti a tale scopo destinati dal Dipartimento delle Pari Opportunità, gli indici toscani restano ancora superiori a quelli nazionali (Tabella 1), con 1,4 Centri e 1,3 Case ogni 100mila donne con età superiore a 14 anni (1,3 e 1,1 gli omologhi dati italiani).

Tabella 1. Centri antiviolenza e case rifugio presenti sul territorio – Strutture totali e per 100.000 donne residenti di 14+ anni – Toscana e Italia, anno 2020 – Fonte: ISTAT

Regione	Valori assoluti			per 100.000 donne 14+ anni		
	Centri antiviolenza	Case Rifugio	Totale	Centri antiviolenza	Case Rifugio	Totale
Toscana	24	20	44	1,4	1,2	2,6
Italia	355	308	663	1,3	1,1	2,5

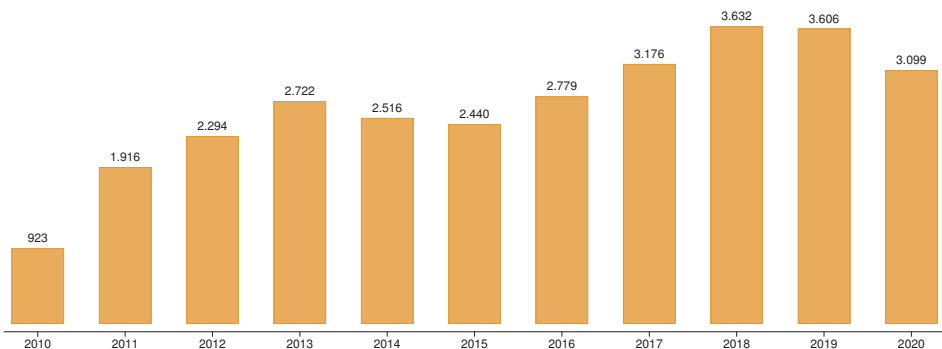
Nel 2020 le donne che si sono rivolte per la prima volta a un Centro antiviolenza in Toscana sono state 3.099, un dato che evidenzia la crescita del dato nel lungo periodo della serie storica mostrata in figura 1, anche se risulta più basso dei dati del triennio 2017 (3.176), 2018 (3.632) e 2019 (3.606). Questo dato potrebbe essere attribuito in parte al lockdown nazionale da Covid-19 che ha caratterizzato i primi mesi del 2020. Stando ai risultati diffusi da ISTAT, nel mese di marzo 2020 si registra un calo del 14,4% rispetto al marzo 2019, sebbene in generale, il confronto tra i primi cinque mesi delle annualità 2019-2020, confermino un leggero aumento complessivo nel 2020, già a partire dal mese di aprile, in corrispondenza delle nuove strategie poste in essere dai Centri per accogliere le donne durante la pandemia.

Il fenomeno della violenza di genere è del tutto trasversale rispetto alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione, confermando come il problema assuma caratteristiche di natura strutturale e chiami in causa tratti culturali di una società in cui il *gap* di genere è ancora fortemente presente su diverse dimensioni. Di seguito si richiamano comunque le principali caratteristiche delle donne che si sono rivolte ai CAV toscani nel 2020, specificando che queste rappresentano comunque soltanto una parte, non sappiamo ancora quanto sommersa, dell'iceberg rappresentato dal fenomeno *in toto*:

- il 71,6% sono italiane ed il 28,4% straniera.
- Il 60% è concentrato nella fascia di età 30-49 anni.

- Il 33% ha un'occupazione stabile, il 16% un lavoro precario e il 5,4% è pensionata; la quota restante non può contare, dunque, su un proprio reddito.
- L'85% delle donne dichiara di aver subito violenza psicologica, che si conferma il tipo di violenza maggiormente rilevato tra le donne e che, nella maggior parte dei casi, si presenta congiuntamente ad altri tipi di violenza; aumenta di quasi 4 punti percentuali la violenza economica, mentre si contrae la percentuale degli stupri subiti che passa dal 9,1% al 6,2%; le minacce, altro tipo di violenza rilevato con questa rilevazione, vengono indicate dal 21% delle donne.
- La violenza viene agita in maniera prevalente all'interno delle relazioni intimo/affettive. Nel 55% dei casi, infatti, l'autore della violenza è il partner attuale, convivente o meno, in circa un quarto si tratta dell'ex partner e nel 12% 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, 67,9% vs 50,3%, mentre tra le donne italiane sono più diffuse le situazioni in cui l'autore è l'ex partner, un conoscente o un parente.
- La percezione di pericolo per la propria vita e/o per quella dei propri figli, riguarda la metà delle donne su cui l'informazione è stata rilevata e chiaramente aumenta in situazioni di ricovero o di accesso al pronto soccorso. Tuttavia, circa il 30% delle donne, benché dichiarati di non essere mai stata ricoverata o aver avuto accesso al Pronto soccorso, percepisce comunque un pericolo per la propria vita o per quella delle proprie figlie e figli.
- Nel corso del 2020, il percorso di uscita dalla violenza è stato avviato o proseguito da 2.473 donne, pari al 79% di quelle che hanno contattato o ricontattato il CAV. In proporzione analoga a quanto riscontrato nel periodo 2010-2019, per il 64% dei casi il progetto è stato avviato direttamente dal Centro antiviolenza a cui si è rivolta la donna, nel 15% dei casi, in collaborazione con altre strutture.

Figura 1. Donne che si sono rivolte ai centri antiviolenza, Toscana, periodo 2010-2020
Fonte: Regione Toscana



I dati mostrati in tabella 2 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 - *HateCrimes*). Definisce inoltre le modalità di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale.

Il numero di accessi totali ai Pronto soccorso toscani per Codice Rosa, dal 2013 al 2020 è di 17.948 persone, di cui il 10,2% costituito da minori. È importante sottolineare che, a causa di problemi legati al cambio dell'applicativo, gli interi totali riferiti al 2020 potrebbero essere sottostimati, con la conseguente impossibilità di effettuare un confronto diacronico con le annualità precedenti. Inoltre, è opportuno precisare che, con l'insorgere dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, le modalità con cui le donne e gli uomini che hanno subito violenza si sono rivolti ai servizi per l'assistenza hanno subito dei cambiamenti. In tal senso, a fronte di un aumento dei casi di violenza contro le donne a causa del maggior rischio dovuto al confinamento forzato al proprio domicilio (lockdown), potrebbe essersi registrato un numero inferiore di accessi al Pronto soccorso in favore degli altri nodi di accesso alle reti territoriali antiviolenza.

Tabella 2. Accessi "Codice Rosa" ai Pronto soccorso di donne per fascia d'età - Toscana, periodo 2013-2020 - Fonte: Regione Toscana

Età	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Totale
Adulte	1.817	2.301	2.305	2.625	2.325	2.048	1.469	1.227	16.117
Minori	200	236	239	302	288	253	173	140	1.831
Totale	2.017	2.537	2.544	2.927	2.613	2.301	1.642	1.367	17.948

Anche i dati dei consultori, per l'area "abuso e maltrattamento", caratterizzati principalmente da maltrattamenti fisici e psicologici, seguiti dalla negligenza genitoriale, mostrano un calo di utenti nel 2020 rispetto all'anno precedente (-22,3%), ma in linea con i dati del triennio 2016-2018 (tabella 3).

Tabella 3. Utenti donne dei consultori nell'area 'abusi e maltrattamenti' per fascia d'età -Toscana, periodo 2013-2020 - Fonte: Regione Toscana

Età	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Totale
Adulte	567	797	728	511	454	482	663	486	4.688
Minori	79	121	100	81	106	84	91	100	762
Totale	646	918	828*	592	560	566**	754	586	5.450

* gli accessi del 2015 sono 830 ma per due donne non si conosce la fascia d'età

** gli accessi del 2018 sono 568 ma per 8 donne non si conosce la fascia d'età

Salute della popolazione anziana

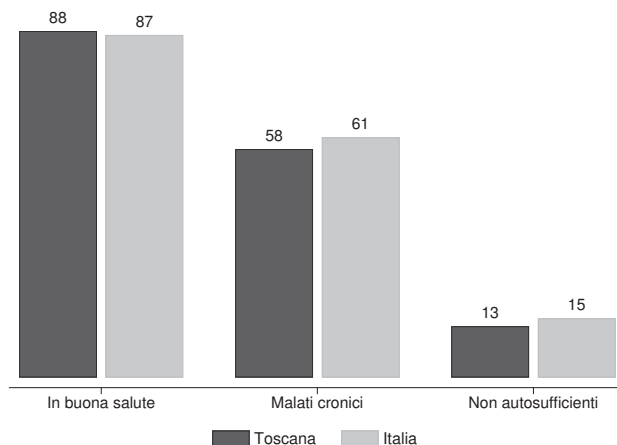
In Toscana, un cittadino su quattro ha più di 65 anni, un rapporto tra i più alti in Italia dove si va dal 19,7% della Campania al 28,7% della Liguria. Si tratta di circa 950mila persone, delle quali il 56% sono donne, in virtù della loro maggior longevità (dati ISTAT al 1° gennaio 2021).

Dai dati raccolti in Toscana dal sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (Istituto superiore di sanità), emerge che più della metà (58%) hanno almeno una malattia cronica, circa 550mila persone. Nonostante questo, l'88% degli ultra64enni dichiara comunque di avere una salute discreta o buona, evidenziando che una parte dei malati cronici si ritiene comunque soddisfatta di come riesce a convivere con la propria patologia. Nel complesso, il 13% degli anziani non sono autosufficienti nelle attività della vita quotidiana (figura 1).

Sempre secondo l'indagine PASSI d'Argento, le patologie croniche più frequenti sono quelle cardio cerebrovascolari (34%) e respiratorie (18%), seguite dal diabete (16%) e dall'insufficienza renale (8%). Il 24% degli anziani ha due o più malattie croniche.

La distribuzione delle malattie è in linea con quella osservata in Italia, con una percentuale di anziani non autosufficienti leggermente inferiore.

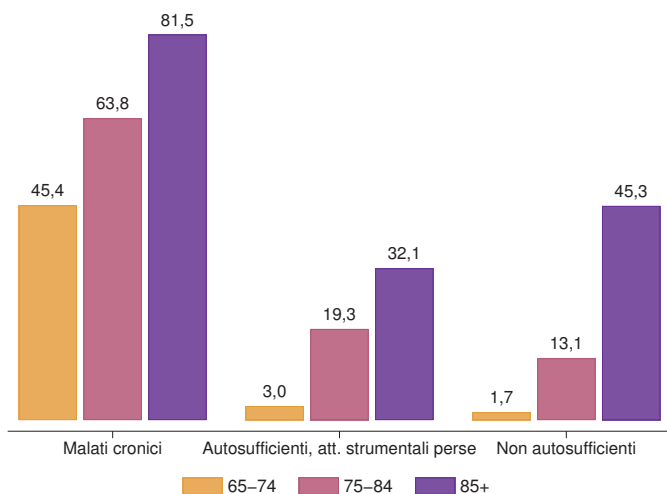
Figura 1. Condizioni di salute degli anziani – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti di età 65+ anni – Toscana e Italia, periodo 2016-2019 – Fonte: Indagine PASSI d'Argento, Istituto superiore di sanità



Gli anziani autosufficienti, ma che non riescono più a svolgere attività strumentali (usare il telefono, prendere le medicine, ecc.) sono circa 130mila, pari al 13,8%. Come detto, un ulteriore 13% si trova invece in una condizione di non autosufficienza, avendo perso la propria autonomia nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana (vestirsi, lavarsi,

nutrirsi, ecc.). Si tratta di circa 120mila anziani, ma da questa stima sono esclusi i residenti in RSA (non coinvolti nella rilevazione), che in Toscana sono circa 14mila e portano così la stima totale a circa 130mila anziani non autosufficienti. È raro che un anziano perda la propria autonomia prima dei 75 anni d'età, soglia oltre la quale invece il bisogno di assistenza per svolgere le proprie attività quotidiane aumenta in maniera decisa (figura 2). Circa il 95% degli anziani tra i 65 e i 74 anni è ancora pienamente autonomo, pur convivendo in quasi un caso su due con una malattia cronica.

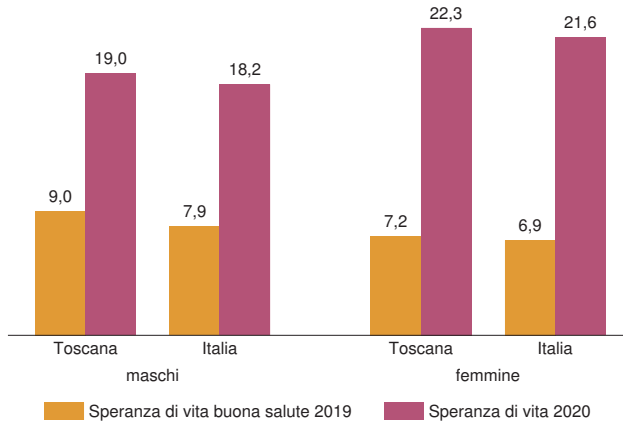
Figura 2. Condizioni di salute degli anziani per classe d'età - Prevalenza per 100 abitanti d'età 65+ anni - Toscana, periodo 2016-2019 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati indagine PASSI d'Argento, Istituto superiore di sanità



In merito all'attesa di vita al compimento del 65° anno d'età, gli anziani toscani confermano anche nel 2020 un dato migliore della media italiana, ma in tutto il paese nell'ultimo anno si è assistito ad un netto calo dell'indicatore a causa dell'eccesso di mortalità provocato dalla pandemia da Covid-19. I valori della speranza di vita, alla nascita e al 65° anno d'età, sono ritornati a quelli di circa 8 anni fa. In Toscana la stima è pari a 22,3 anni per le donne (21,6 in Italia) e 19 anni per gli uomini (18,2 in Italia) (fonte: ISTAT).

È necessario però 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 (indicatore che da ISTAT è disponibile fino al 2019) il confronto per genere si inverte. La stima 2019 per la Toscana è pari a 9 anni tra gli uomini (4° in Italia tra le regioni con valori più alti) e 7,2 anni tra le donne (11° valore tra le regioni). Il dato italiano è rispettivamente 7,9 e 6,9 anni. Le donne toscane quindi vivono più a lungo degli uomini (e la Toscana è la 4° regione in Italia per speranza di vita a 65 anni femminile), ma convivono con problemi di salute per 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, anni 2019 e 2020 - Fonte: ISTAT



Gli anziani rappresentano la fascia di popolazione più colpita, in termini di esiti di salute, dal contagio da SARS-CoV-2. Prima dei 40 anni d'età è praticamente assente il rischio di morte tra i contagiati. Successivamente la probabilità di morire aumenta gradualmente, fino a raggiungere valori molto alti tra i grandi anziani: quasi un ultra90enne su tre che si contagia con il Sars-CoV-2 è andato incontro a decesso durante la pandemia. L'impatto del contagio in questa popolazione è ampiamente discusso nel volume 2.

Salute della popolazione straniera

In un momento di emergenza sanitaria come quello che stiamo attraversando, il fenomeno migratorio costituisce una tematica centrale nel discorso mediatico. Soprattutto nelle sue fasi iniziali, la pandemia da SARS-CoV-2 è stata associata alla presenza, sul territorio nazionale, di alcuni gruppi etnici vissuti come portatori della malattia e pertanto vittime di un allontanamento sociale che può aver favorito un peggioramento delle loro condizioni di vita e di salute.

I recenti dati ISTAT (2021) rilevano che, in Italia, l'8,5% della popolazione residente, circa 5 milioni di persone, proviene da un paese straniero. Si registra un aumento della presenza straniera sul territorio nazionale rispetto all'annualità precedente (+0.9%), consolidando un trend progressivamente in crescita. Oltre agli stranieri residenti, dobbiamo aggiungere circa 350mila stranieri regolari non iscritti all'anagrafe mentre, secondo quanto riportato nel XXVI Rapporto ISMU sulle migrazioni 2020, sarebbero oltre 500mila gli irregolari presenti sul territorio nazionale (l'8% in meno rispetto all'anno precedente).

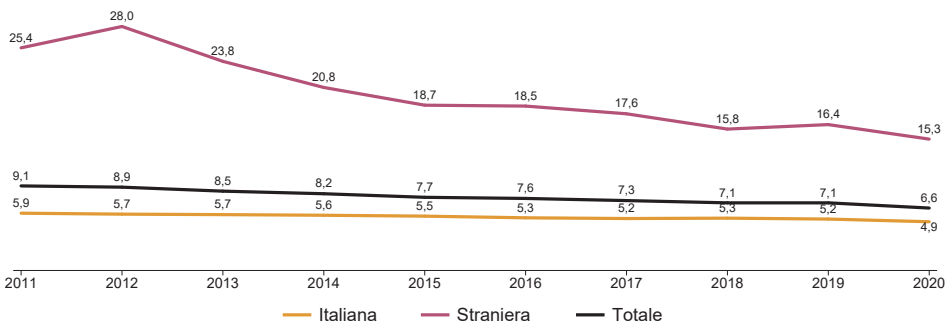
Nonostante la presenza, ormai radicata, sul nostro territorio, quando parliamo di stato di salute della popolazione straniera ci riferiamo esclusivamente alla popolazione residente, che pertanto non include la quota di cittadini rifugiati o richiedenti asilo presenti nei centri di accoglienza. In questo caso, infatti, i dati provengono da rilevazioni ad hoc svolte in specifici contesti e che pertanto non sempre forniscono un quadro esaustivo. Come in Italia, anche nella nostra regione, quando parliamo di "salute degli stranieri" ci riferiamo principalmente a persone residenti in modo stabile sul nostro territorio, soggette al cosiddetto "effetto di acculturazione": l'adozione di modalità comportamentali e sanitarie simili a quelle della popolazione italiana residente. Questi dati non permettono di includere gli stranieri temporaneamente presenti, il cui stato fisico e psicologico, a differenza dei residenti, può risentire del processo migratorio e delle difficoltà che ancora stanno attraversando (cosiddetto "effetto migrante esausto").

Nel 2021 gli stranieri residenti rappresentano il 10,7% della popolazione residente in Toscana (oltre 390mila persone) (ISTAT 2021). Rispetto all'incremento registrato sul territorio nazionale, in Toscana si segnala una lieve riduzione della presenza straniera rispetto alle annualità precedenti. Si tratta una popolazione mediamente molto giovane (età media 36,1) proveniente prevalentemente dalla Romania (20%), dalla Repubblica Popolare Cinese (14,5%) e dall'Albania (14%).

Proprio a causa del sopra citato "effetto di acculturazione" e alla diminuzione dei flussi femminili in entrata, fenomeno particolarmente rilevante quest'ultimo anno a seguito della chiusura delle frontiere, oltre agli oramai ben conosciuti effetti della crisi economica che ha colpito il nostro paese dal 2008 ad oggi, la contrazione delle nascite, che interessa proprio da quello stesso anno le italiane, coinvolge sempre di più anche le donne straniere. Nel 2020 nelle strutture toscane hanno partorito 5.968 straniere, in calo del 9,7% rispetto al 2019.

Le donne straniere continuano ad avere un maggior rischio di abortire volontariamente rispetto alle italiane (figura 1) ed hanno una maggior tendenza a ripetere l'interruzione volontaria di gravidanza anche a distanza di pochi anni l'una dall'altra. Tuttavia si osserva che il tasso di abortività, sebbene si mantenga tre volte più alto di quello delle italiane, si è ridotto del 40% negli ultimi 10 anni, ad indicare una sempre maggiore integrazione delle donne straniere ed una modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, anche grazie ai numerosi gli interventi di prevenzione delle gravidanze indesiderate e sulla contraccezione consapevole.

Figura 1. Interruzioni volontarie di gravidanza per cittadinanza – Tasso per 1.000 donne d'età 15-49 anni – Toscana, periodo 2011-2020 – Fonte: Flusso D12 ISTAT



2020: dato provvisorio.

Per quanto riguarda gli accessi alle cure di Pronto soccorso, il disallineamento più volte descritto tra le due popolazioni, è andato progressivamente uniformandosi con valori che, pur mostrando oscillazioni annuali, sembrano indicare un maggior utilizzo, da parte dei cittadini stranieri, dei servizi territoriali dovuto, in parte, alla permanenza stanziale sul territorio regionale.

Infatti, i dati mostrano che non solo nel 2020 il tasso di accesso in Pronto soccorso appare sovrapponibile (stranieri: 250,3 per 1.000 residenti; italiani: 249,5 per 1.000 residenti) ma, già nel 2019, il rapporto si era invertito con un tasso di accesso maggiore fra gli italiani rispetto agli stranieri (italiani: 368,6 per 1.000 residenti; stranieri: 363,6 per 1.000 residenti). Nonostante la riduzione complessiva dei ricoveri già descritta in altri capitoli, rispetto alle annualità precedenti in cui si era registrato un progressivo allineamento del tasso di ricoveri tra la popolazione straniera e quella italiana, nel 2020 si assiste ad un lieve aumento del gap fra le due popolazioni con 78 ricoveri ogni 1.000 stranieri residenti rispetto a 94,3 ogni 1.000 italiani con una riduzione dei tassi di ricovero lievemente superiore nella popolazione straniera.

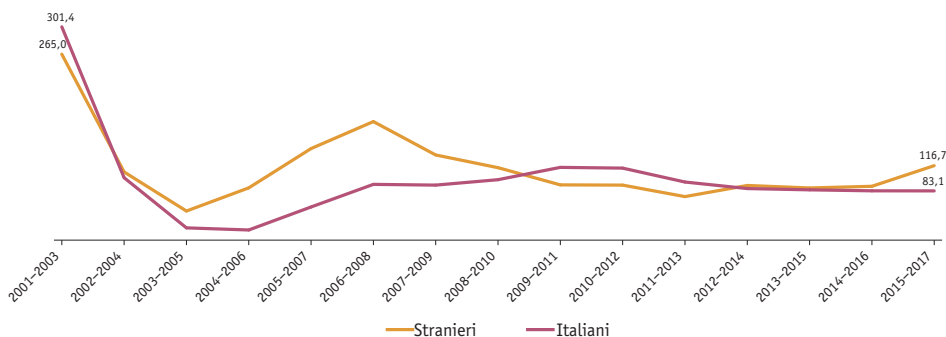
Tra gli stranieri la principale causa di ricovero si conferma essere quella legata alle complicanze della gravidanza, parto e puerperio (15,2 per 1.000 stranieri residenti), in diminuzione però rispetto ai valori osservati nel 2019 (17,1 per 1.000 residenti). In forte diminuzione anche i ricoveri per malattie del sistema circolatorio che passano da 14,2 per 1.000 residenti osservati nel 2019 a 8,9 per 1.000 residenti registrati nel 2020 e quelli dovuti a patologie oncologiche (2020: 9,3 per 1.000 vs. 12,5 del 2019).

Tabella 1. Ospedalizzazione per causa e cittadinanza - Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO

Grande gruppo ICDIX cm	Stranieri	Italiani
Complicanze della gravidanza	15,27	9,45
Tumori	9,34	13,17
Malattie del sistema circolatorio	8,94	12,68
Malattie dell'apparato respiratorio	6,85	9,19
Malattie dell'apparato digerente	6,22	8,28
Traumatismi e avvelenamenti	6,03	8,46
Malattie dell'apparato genito-urinario	5,43	6,27
Malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	3,3	6,26
Disturbi del sistema nervoso	3,08	3,83
Disturbi psichici	1,98	3,22
Malattie infettive	1,88	1,76
Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	1,84	2,12
Malformazioni congenite	0,96	1,18
Malattie del sangue	0,76	0,62
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0,44	0,87
Totale	78,02	94,29

Per quanto riguarda la mortalità, nel periodo 2001-2017 (ultimo anno disponibile) i dati mostrano un andamento molto simile fra le due popolazioni (straniera residente e autoctona), con valori pressoché sovrapponibili a partire dal 2012. È da sottolineare un lieve rialzo, a carico degli stranieri, nell'anno 2017 che sarà oggetto di osservazione futura (figura 2). Per una corretta lettura del dato, dobbiamo anche ricordare che il tasso di mortalità osservato nella popolazione straniera può risentire della consuetudine di far ritorno nel proprio paese di origine quando le proprie condizioni di salute peggiorano (cosiddetto “effetto salmone”).

Figura 2. Mortalità per cittadinanza - Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti - Toscana, periodo 2001-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR



Il confronto fra le due popolazioni evidenzia come la continua omologazione dei comportamenti renda lo stato di salute dei cittadini stranieri residenti sempre più simile a quello osservato nella popolazione autoctona. Trattandosi di gruppi ormai radicati sul territorio, le differenze in termini di ricoveri sono da imputarsi maggiormente ad aspetti di carattere demografico (come la giovane età) e che, pertanto, andranno a poco a poco riducendosi nel corso degli anni.

Ciò che ancora non riusciamo a monitorare riguarda lo stato di salute dei cittadini “non residenti”.

L'emergenza sanitaria, che interessa tutto il territorio nazionale, ha ulteriormente accentuato le problematiche legate all'accesso alle cure da parte di questi cittadini, rimarcando la necessità di intraprendere azioni ed interventi specifici volti a favorire una maggiore equità.

Percezione di salute

L'indagine Multiscopo ISTAT registra tra il 2019 e il 2020 un miglioramento nella percezione dello stato di salute come positivo da parte degli italiani (dall'80,2% all'81,6% degli over14enni) (figura 1) e soprattutto dei toscani (dall'81,4 % all'83,3% degli over14enni) (figura 2), informandoci così sulla tenuta del sistema sanitario nazionale e regionale nel garantire un livello apprezzato di tutela della salute nell'anno in cui la pandemia ha pesantemente colpito in tutto il mondo.

Figura 1. Stato di salute percepito positivamente - Prevalenza per 100 abitanti - Regioni e Italia, anno 2020 - Fonte: ISTAT



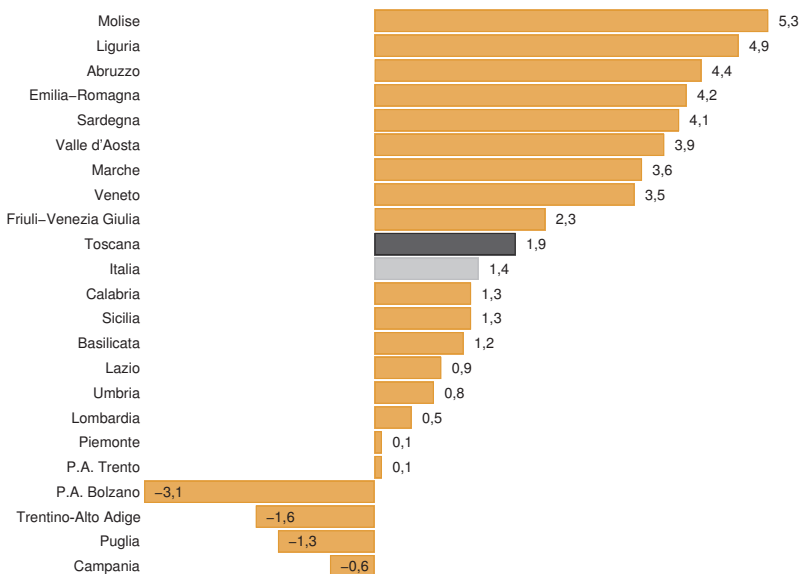
Tra il 2019 e il 2020 buona parte delle regioni, compresa la Toscana, mostra un miglioramento nella percezione che i cittadini hanno della propria salute (figura 2). Si discostano il Trentino-Alto Adige, anche se nel 2020 è tra le regioni con la migliore valutazione, la Puglia e la Campania, che al contrario occupano una posizione bassa nella graduatoria generale (figura 1).

La soddisfazione del 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 a quelle risultate dal confronto con gli altri.

È plausibile che i cittadini italiani abbiano apprezzato più che negli anni passati il proprio benessere mentale e fisico, forse abbassando le aspettative o le pretese nei confronti dei servizi,

sensibilizzati dal contesto pandemico, che ha fortemente messo a rischio la salute individuale e pubblica e sfidato la tenuta dei sistemi sanitari mondiali. In questa ottica sembra andare anche la valutazione della soddisfazione per la salute per fasce di età: dal 2019 al 2020 questo dato rimane pressoché stabile per gli under 35, ma migliora dagli over 35 per ogni *range* (dato non riportato).

Figura 2. Stato di salute percepito positivamente - Differenza in punti percentuali 2020-2019 - Regioni e Italia, anni 2019 e 2020 - Fonte: ISTAT



Le risorse del sistema

Spesa sociale

I dati per l'analisi della spesa sociale sul territorio regionale 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, 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 2018, la spesa per interventi e servizi sociali dei comuni della Toscana ammontava a 511 milioni di euro, il 6,8% di ciò che viene speso complessivamente in Italia (7,4 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 2003-2018 lascia comunque un saldo positivo di quasi 100 milioni di euro (415 contro 511 mln di euro). L'incidenza della spesa sulla popolazione di riferimento colloca la Toscana costantemente al di sopra della media italiana e con 137 euro pro capite nel 2018 (media Italia: 124 euro) la nostra regione si posiziona al centro di un'ipotetica graduatoria tra le regioni, in un vasto range che va dai 392 euro pro capite del Trentino-Alto Adige ai 22 euro pro capite della Calabria.

L'area di utenza famiglia e minori assorbe il 39,3% delle risorse (201 mln di euro), seguita dagli anziani (22,9%, 117 mln di euro) e dalla disabilità (20,8%, 106,5 mln di euro). Su questi tre ambiti, in sostanza, viene concentrato l'83% della spesa totale; il restante è impegnato nelle aree di utenza povertà e disagio adulti (6,9%, 35 mln di euro), multiutenza (5,7%, 29 mln di euro), immigrati e nomadi (4,2%, 22 mln di euro) e dipendenze (0,2%, 1 mln di euro).

Figura 1. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali - Euro spesi per abitante - Toscana e Italia, periodo 2003-2018 - Fonte: ISTAT

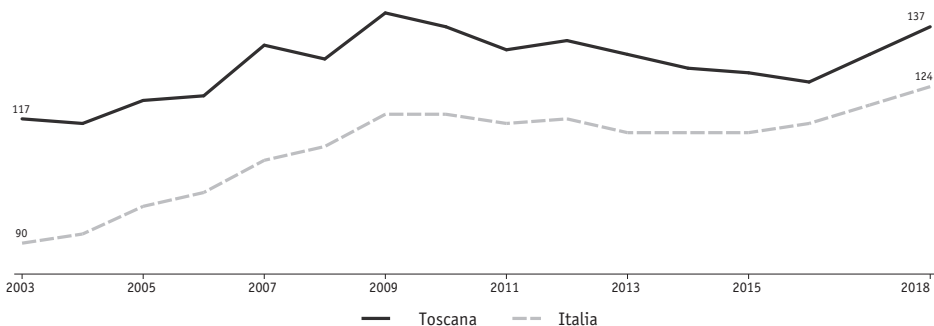
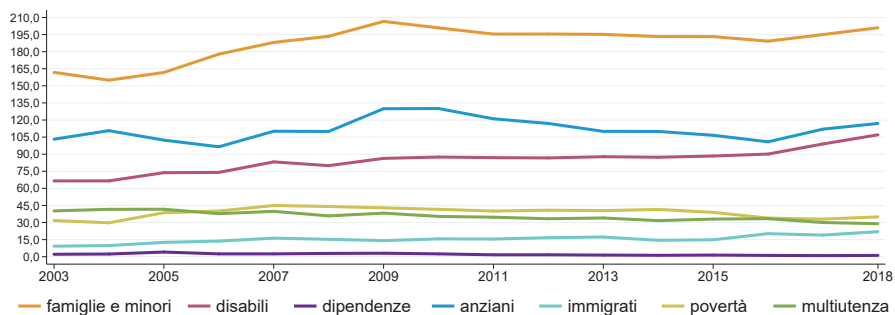


Figura 2. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per area di utenza - Milioni di euro spesi - Toscana, periodo 2003-2018 - Fonte: ISTAT



L'incidenza della spesa sui target di riferimento evidenzia alcuni aspetti (tabella 1):

- 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 e alla povertà le percentuali di impiego sono leggermente al di sotto del dato medio italiano.
- Sono largamente visibili gli impegni sui target “famiglia e minori” (231 euro pro capite) e “anziani” (124 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 insita negli stessi, ha di gran lunga il valore relativo più elevato (3.243 euro per persona con disabilità) e mostra un'evidente crescita rispetto al 2003 sia come entità totale (da 67 a 107 milioni di euro) che come valore pro capite.
- La spesa per immigrati, pur aumentata in valore assoluto da 9 a 20 milioni di euro, ha visto diminuire il proprio impatto pro capite (da 63 a 53 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 2018 - Fonte: ISTAT

Territorio	Famiglie e minori	Disabili	Anziani	Immigrati	Povertà	Multituenza
Toscana	231	3.243	124	53	16	8
Italia	184	3.212	94	68	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": n. componenti di famiglie con almeno un minore al Censimento. "Disabilità": n. persone con disabilità che vivono in famiglia (da Indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari") e ospiti nelle strutture residenziali (da "Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali"). "Dipendenze": popolazione residente over 15. "Anziani": popolazione residente over 65. "Immigrati e nomadi": n. stranieri residenti. "Povertà e disagio adulti": popolazione residente 18-65 anni. "Multituenza": popolazione residente.

La principale fonte di finanziamento della spesa sociale degli enti territoriali toscani sono le risorse proprie dei Comuni e delle associazioni di Comuni, pari al 62,3% (dato nazionale 57,1%). Seguono, in ordine di importanza, i fondi regionali vincolati per le politiche sociali, che finanziano il 13,6% della spesa sociale dei Comuni, il fondo indistinto per le politiche sociali (8,7%), i fondi vincolati statali o dell'Unione europea (8,5%), gli altri enti pubblici (4,9%) e i privati (0,8%). Sommando quindi le quote relative al fondo indistinto per le politiche sociali ai fondi statali ed europei si deduce che solo il 17,2% della spesa impiegata per i servizi sociali è finanziata a livello centrale, mentre la maggior parte delle risorse provengono direttamente dal livello regionale o sub-regionale.

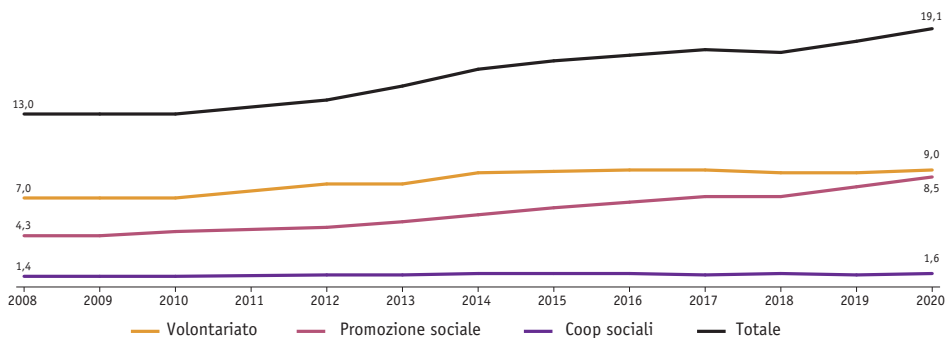
Nel 2018 il 55,4% delle risorse per il welfare locale è stata gestita da singoli Comuni toscani; una percentuale in continua riduzione negli anni (era il 70,9% nel 2006 e mai era scesa sotto il 60% prima del 2017) a riprova dell'avanzare del fenomeno dell'associazionismo tra enti. In particolare, nel tempo si è rafforzata in Toscana la quota gestita dai Consorzi (dal 10,6% del 2009 al 21,3% del 2018) e quella gestita dalle AUSL, che nell'ultimo anno si è attestata al 13,6%.

Terzo settore

I moderni sistemi di welfare sono ormai orientati verso il cosiddetto welfare mix, un modello che mette al centro le comunità locali, all'interno del quale il Terzo settore affianca il settore pubblico e il privato convenzionato nel potenziamento della rete di servizi di protezione sociale e sanitaria dei cittadini. La recente riforma del Terzo settore (d.lgs. 117/2017 e d.lgs. 112/2017), inoltre, ha consolidato il ruolo pubblico dei soggetti che operano nelle economie sociali e solidali, assicurando loro uno spazio strategico nelle politiche pubbliche, sia in termini di costruzione delle scelte (co-programmazione) che di sviluppo di progetti, interventi e servizi (co-progettazione). Tutto questo, che per la Toscana significa in sostanza formalizzare una prassi amministrativa già conosciuta e applicata, comporta un positivo ampliamento ed irrobustimento dell'offerta sociale e sanitaria, consolida modalità collaborative e di corresponsabilità, ed è il presupposto essenziale per promuovere la cultura della solidarietà e della socialità. 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.

Il volontariato, la promozione sociale, la cooperazione sociale, gli altri soggetti appartenenti al variegato mondo del non profit, sono realtà consolidate in Toscana. Esplorando il mondo del cosiddetto Terzo settore formalizzato, si evince che al 2020 erano circa 7mila le organizzazioni iscritte ai registri del volontariato e della promozione sociale o all'albo regionale delle cooperative sociali: 3.313 organizzazioni di volontariato, (9 ogni 10mila abitanti), 3.132 associazioni di promozione sociale (8,5 per 10mila abitanti), 570 cooperative sociali (1,6 per 10mila), per un totale di 19 organizzazioni ogni 10mila abitanti, con un trend in crescita (figura 1).

Figura 1. Indice di presenza Terzo settore formalizzato - Organizzazioni iscritte ai registri regionali per 10.000 abitanti - Toscana, periodo 2008-2020 - Fonte: Regione Toscana



Le organizzazioni di volontariato sono attive principalmente (circa 3 su 4) nell'ambito di attività di più diretta attinenza con le politiche sociali e sanitarie. Le attività prevalenti e i

target di riferimento sono la disabilità, l'assistenza di anziani, immigrati e profughi, minori e giovani. Nell'associazionismo di promozione sociale invece domina in maniera evidente il settore culturale-educativo (44%), seguito da quello sociale (21%) e da quello sportivo/ricreativo (20%). Le cooperative sociali sono impegnate prioritariamente nel settore socio-sanitario e educativo (tipo A, 51%), che prevale su quello relativo all'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%. Questa ultime rappresentano senza dubbio i soggetti più strutturati, professionalizzati e attivi nell'erogazione di servizi sociali e sociosanitari, e non a caso la recente riforma identifica la cooperativa sociale come un'impresa sociale che opera nell'interesse generale, con l'offerta di servizi qualificati e flessibili.

Se si allarga l'analisi al più vasto mondo delle economie sociali, e dunque a tutti quei soggetti che indipendentemente dal loro grado di formalizzazione fanno parte dell'universo non profit, si può notare che la rete di organizzazioni è molto più vasta di quanto non dicano i dati dei registri regionali. Il censimento ISTAT delle istituzioni non profit, infatti, rileva in Toscana per il 2018 la presenza di circa 27.800 organizzazioni, ovvero circa 4 volte quelle iscritte ai registri regionali sopra indicati (tabella 1). La diffusione è di 74,5 organizzazioni ogni 10mila abitanti, più elevata del dato medio nazionale (60 per 10mila), e colloca la Toscana come 6° regione in Italia per capillarità. L'incremento nel tempo, come già mostrato dai registri regionali, è costante ed ha portato una crescita di circa 9.500 istituzioni rispetto al 2001 (+51%) e di 3.900 rispetto al 2011 (+16%). Circa 7 istituzioni su 10 operano nell'ambito del settore "cultura, sport e ricreazione", seguito a notevole distanza da "assistenza sociale e protezione civile", "relazioni sindacali e rappresentanza di interessi", "sanità" e "religione", tutte attorno al 5-7% della rappresentatività.

Tabella 1. Istituzioni non profit - Numero e valore per 10.000 abitanti - Toscana e Italia, anni 2001, 2011, 2015-2018 - Fonte: ISTAT

Territorio	Istituzioni non profit censite						Istituzioni non profit per 10.000 ab.					
	2001	2011	2015	2016	2017	2018	2001	2011	2015	2016	2017	2018
Toscana	18.344	23.899	26.588	26.869	27.534	27.802	52,5	65,1	71,0	71,8	73,7	74,5
Italia	235.232	30.191	336.275	343.432	350.492	359.574	41,8	50,7	55,4	56,7	57,9	59,6

La forma giuridica nettamente prevalente è quella dell'associazione (in gran parte non riconosciuta), che rappresenta l'87% delle istituzioni non profit censite, residuali invece la cooperativa sociale (3%) e la fondazione (2%). Questo testimonia come, non solo in Toscana, la gran parte del non profit sia ancora caratterizzato da informalità e scarsa strutturazione organizzativa. Gli addetti impiegati nel non profit toscano sono circa 51.800, 14 ogni 1.000 residenti (in linea con la media italiana), per una dotazione media di 1,9 addetti per istituzione contro un dato nazionale di 2,4. Da ciò la constatazione che tale universo, in Toscana più che altrove, si regga soprattutto sull'attività dei volontari. L'ultimo dato disponibile, sempre derivato dal censimento ISTAT, parla per il 2015 di circa 470mila volontari nelle istituzioni

non profit toscane, circa 125 ogni 1.000 residenti (in pratica oltre 1 toscano su 10 è attivo nel volontariato), 5ª regione in Italia e ben sopra alla media nazionale (91 per 1.000). Dal confronto con il dato nazionale, dunque, la Toscana ne esce con l'evidenza di una maggiore presenza del settore, una maggiore incisività del capitale sociale che esprime, una più spiccata propensione al volontariato, ma un livello di strutturazione delle istituzioni toscane sottodimensionato in termini di organico dipendente (figure 2 e 3).

Figura 2. Addetti delle organizzazioni non profit censite - Valore per 1.000 abitanti - Toscana e Italia, anni 2001, 2011, 2015-2018 - Fonte: ISTAT

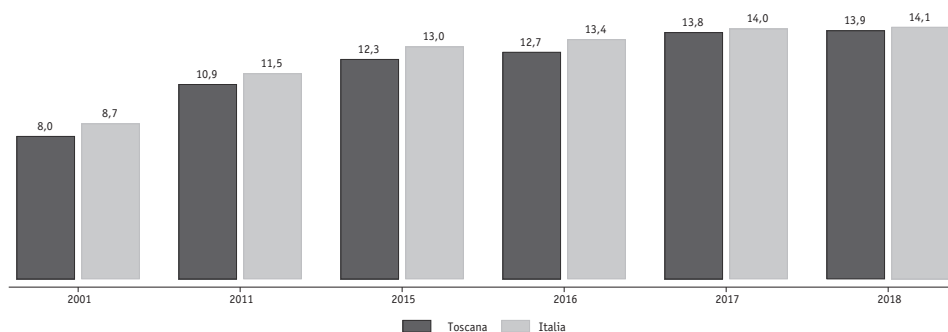
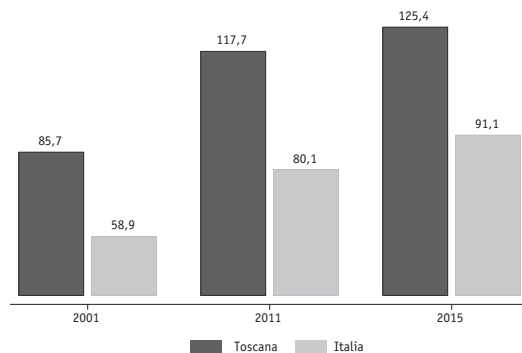


Figura 3. Volontari delle organizzazioni non profit censite - Valore per 1.000 abitanti - Toscana e Italia, anni 2001, 2011, 2015 - Fonte: ISTAT



Lavoro domestico di cura

Il settore del lavoro domestico di cura comprende una vasta tipologia di servizi che va dall'assistenza di alta soglia a persone non più autosufficienti al supporto nelle attività domestiche e quotidiane (quali, ad esempio, le faccende domestiche, il servizio di compagnia ed il babysitteraggio). Si tratta di un settore che rappresenta sempre di più un supporto fondamentale per le famiglie sia in termini di assistenza alla persona che nella conciliazione dei tempi di vita: le ragioni della sua crescita sono da ricercare nell'aumento del bisogno della popolazione più anziana (con maggiori problemi cronici di autonomia), di quello delle famiglie per l'accudimento dei figli (complice l'assottigliamento e l'instabilità delle reti primarie di prossimità) e per le attività domestiche quotidiane (si pensi al maggior impegno femminile nel mondo del lavoro), e, infine, nella contrazione delle risorse economiche per l'organizzazione dei servizi pubblici.

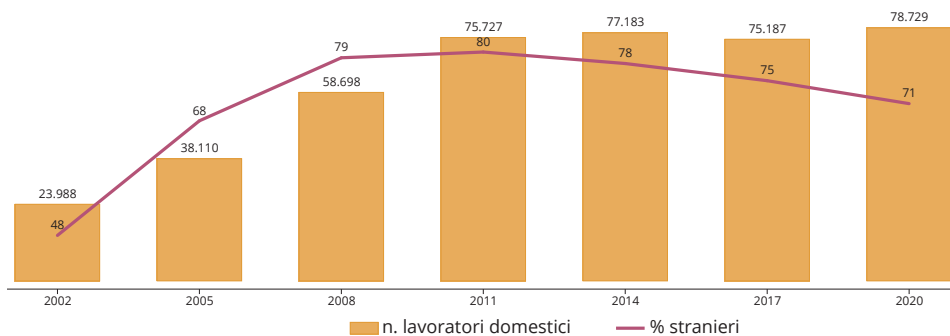
Il ricorso al privato per badanti è sempre più frequente in Toscana come in Italia e una buona parte di queste collaborazioni fanno ancora parte del sommerso, anche se i recenti percorsi di regolarizzazione dei cittadini stranieri hanno contribuito a farne emergere una parte. L'emersione del lavoro sommerso degli assistenti familiari è, fin dalla sua costituzione, uno degli obiettivi del Fondo regionale per la non autosufficienza. Sostenere le funzioni assistenziali della famiglia attraverso figure di assistenza regolarmente assunte, tramite titoli per l'acquisto di servizi, in coerenza con la programmazione regionale, è una delle prestazioni previste dal Fondo che assorbe oltre il 33% delle risorse annualmente stanziare. Nel 2020, grazie al Fondo, il contributo per interventi in forma indiretta domiciliare è stato erogato a 7.380 anziani non autosufficienti ultra64enni e a 935 persone con disabilità, per una spesa complessiva di oltre 18 milioni e mezzo di euro. Le assistenti familiari assunte e finanziate grazie al suddetto fondo, devono per legge (LR 82/2009) essere accreditate presso i Comuni e, a tal fine, devono possedere l'attestato e/o il titolo in materia assistenziale previsto dalla normativa vigente o essere in grado di dimostrare un'esperienza professionale in campo assistenziale, attualmente di almeno 3 mesi, o l'iscrizione all'INPS. Il possesso di uno dei tre requisiti suddetti ha l'obiettivo di garantire da un lato la regolarità del contratto, dall'altro la formazione e competenza delle assistenti familiari, almeno quando vi è un finanziamento pubblico per tale finalità.

L'Osservatorio INPS sui lavoratori domestici ha censito in Toscana al 2020 circa 78.700 lavoratori domestici con almeno un contributo per prestazione lavorativa domestica versato nell'anno. Dal 2002 quindi, stando ai dati della parte emersa del fenomeno, appare chiaro come la domanda di tali servizi sia notevolmente aumentata, con valori più che triplicati (figura 1). Nella nostra regione si concentra quasi il 9% del totale dei lavoratori domestici rilevati in Italia da INPS; la Toscana è quarta dopo Lombardia, Lazio ed Emilia-Romagna.

Il trend dell'ultimo decennio è però caratterizzato da una certa stabilizzazione dei numeri, a parte lievi oscillazioni annuali, e questo può essere in parte dovuto al calo della quota

di stranieri (la perdita di attrattività lavorativa che ha generato il rallentamento dei flussi migratori complessivi si riflette evidentemente anche sul segmento dei domestici) e in parte anche ad una minor capacità reddituale delle famiglie che ha stabilizzato la domanda.

Figura 1. Lavoratori domestici con almeno un contributo INPS nell'anno - Lavoratori e stranieri per 100 lavoratori - Toscana, periodo 2002-2020 - Fonte: INPS



Il settore del lavoro domestico è da sempre caratterizzato da una forte presenza femminile e straniera: nel 2020 le donne rappresentano l'89% del totale e la componente straniera il 71%. Ma mentre la quota femminile sembra rimanere abbastanza stabile nel tempo, come detto la quota straniera ha avuto una diminuzione di quasi 10 punti percentuali nell'ultimo decennio (erano l'80% nel 2011), anche per una crescita di interesse lavorativo da parte degli italiani, che sono aumentati di circa 4.400 unità dal 2017 (+23%). Le lavoratrici e i lavoratori domestici stranieri provengono principalmente dall'Europa orientale (57% del totale stranieri), seguita dalle Filippine e dal Sud America (entrambe attorno al 10%), dall'Asia medio-orientale (7%) e dall'Asia orientale (6%). La tipologia di rapporto (suddiviso tra la figura di colf e quella di badante) ha visto una consistente crescita della qualifica di badante, arrivata a rappresentare il 55% dei casi nel 2020 (era il 18% nel 2002), a testimonianza del crescente bisogno nelle famiglie toscane della connotazione più assistenziale del servizio domestico.

Questo primo quadro conoscitivo costituisce ovviamente una misura della parte nota del fenomeno, che ha ancora significative quote di sommerso. L'indagine PASSI d'Argento, ad esempio, nel 2019 ha rilevato che il 6% degli anziani (circa 57mila persone) vive con una badante o con familiari e badante. La stessa indagine, inoltre, stima oltre 100mila anziani fragili e non autosufficienti che ricevono assistenza da personale privato individuato e pagato in proprio (non sempre convivente). Se a questi si aggiungono le persone 0-64 anni con disabilità che si rivolgono a lavoratori domestici di cura, e anche le famiglie coadiuvate nelle attività domestiche, si evince quanto i numeri "in chiaro" possano essere distanti dalla reale portata del fenomeno.

Organizzazioni e strutture sportive

L'attività ludico-motoria e quella sportiva hanno una rilevante importanza per lo sviluppo fisico-intellettuale, l'inclusione sociale e la salute. Anche per questo l'attività sportiva è una delle leve prioritarie nella riduzione delle disuguaglianze, nella prevenzione, nell'adozione di corretti stili di vita e nella promozione del benessere a tutte le età.

Uno dei fattori che spingono e incoraggiano l'attività motoria e sportiva è senza dubbio l'offerta di impianti e spazi di attività. Da questo punto di vista la Toscana presenta una dotazione molto corposa, sfaccettata e multidisciplinare. Il censimento e monitoraggio degli impianti sportivi – iniziato nel 2015 con un progetto pilota coordinato dall'allora CONI Servizi (oggi Sport e Salute SpA) su quattro regioni (tra cui la Toscana), e completato nel 2020 su tutto il territorio nazionale – ha rilevato tutte le strutture sportive pubbliche e private con utilizzo di interesse pubblico, incluse quelle in ambito scolastico, di oratorio, turistico-alberghiero e militare. Sono state incluse, inoltre, le strutture all'aperto, di proprietà pubblica e con libero accesso collocate all'interno di parchi e giardini purché fisse e ben identificabili (spazi elementari o playground).

La mappatura ha registrato in Toscana la presenza di quasi 5.800 impianti funzionanti (strutture costituite da uno o più spazi di attività dello stesso tipo o di tipo diverso), con un'età media di circa 35 anni, e circa 10.700 spazi attività (spazi conformati per la pratica di una o più attività sportive). Ad ogni impianto toscano sono quindi mediamente associati circa 2 spazi attività. La dotazione regionale che ne deriva è di 1,55 impianti ogni 1.000 residenti (ovvero 1 ogni 647 residenti) e di 2,9 spazi attività ogni 1.000 residenti (1 ogni 349 residenti), in linea con il dato medio nazionale. Gli impianti sportivi funzionanti sono equamente suddivisi tra monovalenti e polivalenti, mentre per quanto riguarda la proprietà circa 2/3 sono pubblici (principalmente di matrice comunale) e 1/3 di proprietà privata (in gran parte di privati singoli o associati e enti morali/associazioni religiose). La gestione degli spazi attività presenti in impianti funzionanti evidenzia invece una netta prevalenza della componente privata (73%), principalmente in capo a società o associazioni sportive, rispetto a quella pubblica (27%), anch'essa per la gran parte appannaggio di amministrazioni comunali. L'offerta sportiva disponibile all'interno degli spazi attività, ovvero le attività per le quali gli spazi sono conformati, vede prevalere il calcio a 5 e a 11 (sommati danno il 19% del totale), seguito da attività ginnico motoria, tennis, fitness, pallavolo e pallacanestro (tutti tra il 10 e l'8% del totale).

Tabella 1. Impianti sportivi e spazi di attività censiti – Valori assoluti, valori per 1.000 abitanti e abitanti per impianto - Toscana, anno 2015 (e successivi aggiornamenti) – Fonte: Sport e Salute SpA

Tipologia	numero	per 1.000 abitanti	Abitanti per impianto/spazio
Impianti sportivi	5.775	1,55	647
Spazi attività	10.715	2,87	349

Un'ulteriore ed importante risorsa del movimento sportivo è senza dubbio rappresentata dalla categoria dei collaboratori sportivi. Una recente indagine nazionale di Sport e Salute SpA nell'ambito della quale è stato realizzato un focus regionale in collaborazione con l'Osservatorio sociale regionale, ha rilevato per la Toscana un universo di circa 15mila collaboratori sportivi (quasi 210mila a livello nazionale), equamente distribuiti tra maschi e femmine (contrariamente al 10% di gender gap a livello nazionale) e con un'età media di circa 34 anni. La categoria allenatori/tecnici/istruttori è la più diffusa e copre circa il 57% del totale, seguita dagli atleti dilettanti (16%) e dai collaboratori amministrativi (9%). Circa 7 collaboratori su 10 sono affiliati a Federazioni sportive nazionali (principalmente FIGC su tutte, poi FIN, FIPAV e FIP), il 28% ad Enti di Promozione sportiva (UISP su tutte). Infine, riguardo alle qualifiche sportive, quella più diffusa è quella di primo livello (posseduta da un quarto dei collaboratori), seguita dalla laurea in Scienze motorie e dalla qualifica di secondo livello (entrambe attorno al 12%), mentre il 20% dichiara di non possedere alcuna qualifica.

Ticket e copayment

Specialistica ambulatoriale

Per le attività di Specialistica ambulatoriale le risorse finanziarie raccolte dalla compartecipazione (ticket versati dagli utenti per prestazioni sanitarie e sociosanitarie) in Toscana nel 2020 ammontano a circa 82,5 milioni di euro, a fronte dei 773,7 milioni di euro di spesa lorda per le attività specialistiche. L'anno appena concluso registra un deciso decremento (-25,5%) degli importi complessivi della compartecipazione rispetto ai valori del 2019. Si tratta di una diminuzione attesa, considerata la generale contrazione delle prestazioni erogate, a causa delle limitazioni e della riorganizzazione dei servizi a seguito della pandemia da Covid-19 e del comprensibile timore della popolazione nel recarsi presso strutture sanitarie, specialmente nei mesi di marzo-maggio 2020, caratterizzati dal rigido lockdown nazionale.

Gli importi da compartecipazione e le variazioni da un anno all'altro, a partire dal 2016, sono riassunti in tabella 1.

Tabella 1. Importi di compartecipazione per settore di attività specialistica - Valori in milioni di euro e variazione percentuale rispetto all'anno precedente - Toscana, periodo 2016-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo Specialistica ambulatoriale

Settore	2016			2017			2018			2019			2020		
	Valore anno	Valore anno	var. % vs 2016	Valore anno	var. % vs 2017	Valore anno	var. % vs 2018	Valore anno	var. % vs 2019	Valore anno	var. % vs 2019	Valore anno	var. % vs 2019	var. % vs 2016	
Clinica	21,858	22,364	+2,31	21,613	-3,36	22,088	+2,20	15,503	-29,81	-29,07					
Diagnostica immagini	21,105	21,438	+1,58	20,924	-2,40	22,181	+6,01	17,055	-23,11	-19,19					
Diagnostica laboratorio	48,89	49,343	+0,93	50,036	+1,40	52,003	+3,93	40,143	-22,81	-17,89					
Diagnostica strumentale	9,193	8,948	-2,67	8,947	-0,01	9,202	+2,85	6,37	-30,78	-30,71					
Procedure	5,901	5,048	-14,46	4,941	-2,12	5,346	+8,20	3,48	-34,9	-41,03					
Totale	106,947	107,141	+0,18	106,461	-0,63	110,82	+4,09	82,551	-25,51	-22,81					

Gli importi dei ticket versati sono divisi per i 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).

La diagnostica di laboratorio pesa da sola per quasi la metà del totale di compartecipazione versata nel 2020 (48,6%) e, assieme alla diagnostica per immagini, è tra i settori che diminuisce meno dal 2019: rispettivamente -23,11% e -22,81%, rispetto al -25,51% totale. Sempre la diagnostica di laboratorio e per immagini sono anche gli unici due settori che, nel confronto con il 2016, hanno contenuto il decremento sotto il livello del 20%: -19,19% della diagnostica per immagini e -17,89% per la diagnostica di laboratorio (figura 1).

Le prestazioni ambulatoriali erogate in Toscana nel 2020 sono circa 40,8 milioni, un volume che registra una contrazione del 16,7% rispetto al 2019, che accentua il trend in diminuzione dal 2016. Il quinquennio 2016-2020 ha visto una contrazione del 19,49%. Nel 2020 il 78,71% delle prestazioni erogate sono state di diagnostica di laboratorio pari a 32,1 milioni. (tabella 2).

Figura 1. Importi di compartecipazione per settore di attività specialistica - Valori percentuali rispetto al 2016 - Toscana, periodo 2016-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA

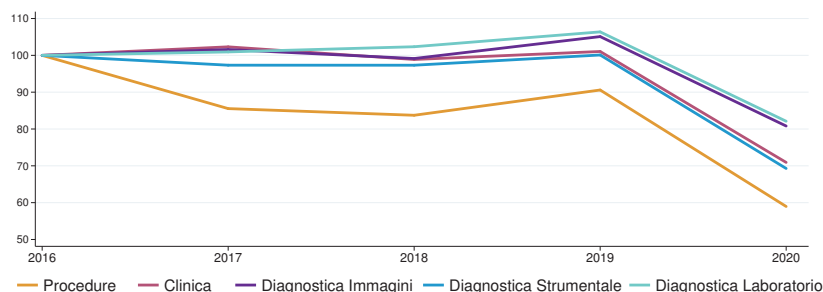
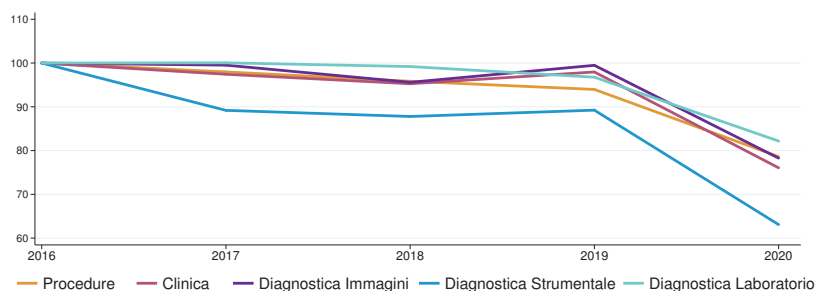


Tabella 2. Prestazioni erogate per settore di attività specialistica - Volumi in milioni e variazione percentuale rispetto all'anno precedente- Toscana, periodo 2016-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo Specialistica ambulatoriale

Settore	2016		2017		2018		2019		2020	
	Valore anno	Valore anno	var. % vs 2016	Valore anno	var. % vs 2017	Valore anno	var. % vs 2018	Valore anno	var. % vs 2019	var. % vs 2016
Clinica	5,349	5,212	-2,56	5,096	-2,23	5,24	2,83	4,069	-22,35	-23,93
Diagnostica immagini	2,477	2,465	-0,48	2,368	-3,94	2,464	4,05	1,939	-21,31	-21,72
Diagnostica laboratorio	39,11	39,131	0,05	38,798	-0,85	37,848	-2,45	32,141	-15,08	-17,82
Diagnostica strumentale	1,859	1,658	-10,81	1,632	-1,57	1,659	1,65	1,173	-29,29	-36,9
Procedure	1,923	1,884	-2,03	1,843	-2,18	1,807	-1,95	1,512	-16,33	-21,37
Totale	50,718	50,35	-0,73	49,737	-1,22	49,018	-1,45	40,834	-16,7	-19,49

Figura 2. Prestazioni erogate per settore di attività specialistica - Variazioni percentuali rispetto al 2016 - Toscana, periodo 2016-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA



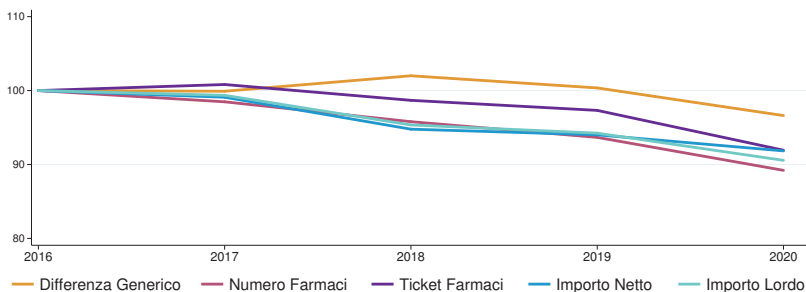
Il maggior decremento percentuale (-36,9%) si osserva nella diagnostica strumentale, che passa da 1,9 milioni di prestazioni fornite nel 2016 a 1,5 milioni nel 2020 che tuttavia rappresentano solo il 2,9% delle prestazioni specialistiche erogate. Il minor decremento percentuale (17,8%) è rappresentato dalla diagnostica di laboratorio che passa da 39,1 milioni di prestazioni nel 2016 a 32,1 nel 2020 come riportato in tabella 2 e per il confronto con il 2016 in figura 2.

Prestazioni farmaceutiche

Anche per quanto riguarda i farmaci erogati ai cittadini Toscani nel 2020 si osserva una lieve riduzione nell'importo che gli assistiti sono disposti a pagare di tasca propria per avere un farmaco con un brand rispetto al generico, passando dai 53,1 milioni di euro del 2019 ai 51,1 del 2020. In figura 3 sono rappresentati i trend temporali dell'ultimo quinquennio, delle principali grandezze economiche legate all'assistenza farmaceutica: a) *differenza generico*: è l'importo in euro che un assistito è disposto a pagare per avere un farmaco con un brand al posto del farmaco generico, b) *numero farmaci*: la quantità di farmaci prescritta da ricetta rossa, c) *ticket farmaci*: l'importo in euro di ticket applicato ad una confezione di farmaci (soppresso ad agosto 2020, il dato complessivo del 2020 è attenuto come stima), d) *importo netto*: è il valore monetario dei farmaci erogati al netto degli sconti applicati, e del ticket, e) *importo lordo*: rappresenta il valore tariffario di un farmaco.

Notiamo che fatto 100 il valore del 2016, per la differenza corrisposta dagli assistiti (52,9 milioni di euro), dopo una lieve crescita nel 2018 (+2,0%) e 2019 (+0,4%), il 2020 rappresenta un ritorno ai valori pre-2016 (51,1 milioni di euro), pari al 96,6% del valore 2016. A tale lieve decremento in valore assoluto corrisponde un decremento maggiore nel numero di farmaci erogati che del corrispondente valore dei ticket versati. I farmaci erogati passano da 68,4 milioni del 2016 ai 64,1 del 2019 e 61,0 del 2020.

Figura 3. Numero di farmaci e importi di compartecipazione, per tipologia - Valori percentuali rispetto al 2016 - Toscana, periodo 2016-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPF-FED

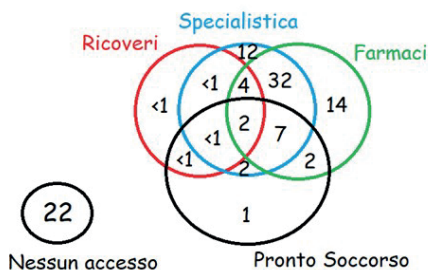


Utilizzo del Sistema sanitario

Nel 2020 mediamente poco meno di 8 toscani su 10 durante l'anno hanno 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). 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.

Analizzando come questi quattro capitoli si combinano tra loro, si osserva che il 14% dei toscani ha assunto almeno un farmaco nell'anno (su prescrizione medica), senza però accedere ad altre prestazioni. Il 12% invece ha fatto solo a prestazioni specialistiche, mentre il 32% dei toscani ha usufruito di entrambe le prestazioni. Un ulteriore 7%, 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 2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Le altre possibili combinazioni fra capitoli sono quantitativamente modeste. Indipendentemente dalle combinazioni, il 7,6% dei toscani si è ricoverato almeno una volta nell'anno, il 14,5% si è recato almeno una volta al Pronto soccorso (accesso al quale non è seguito un ricovero), il 62,5% ha assunto almeno un farmaco su prescrizione, il 59,6% ha usufruito di almeno una prestazione specialistica.

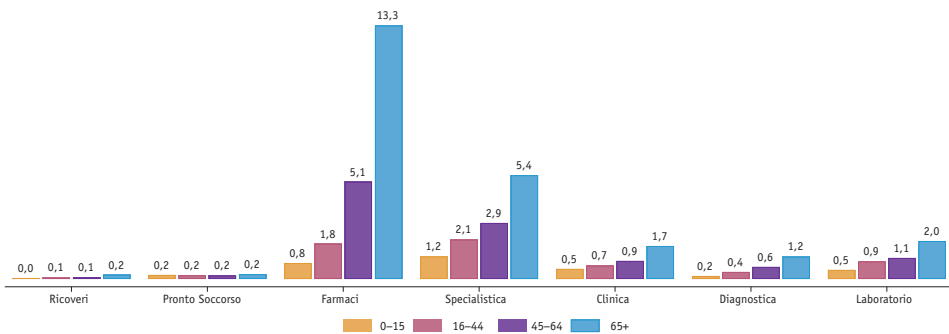
In termini di frequenza, mediamente ogni toscano nel 2020 si è recato in farmacia per ricevere un farmaco poco meno di 6 volte, 3 volte si è recato ad un ambulatorio per una prestazione specialistica, si è ritrovato invece meno di 1 volta all'anno ad accedere ad un Pronto soccorso o ad un ospedale per un ricovero (rispettivamente 0,2 e 0,1 volte in un anno). Queste medie tengono conto anche di chi non effettua 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 e degli incidenti 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 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



La fotografia del 2020 risente però 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. Nel primo semestre dell'anno per alcuni mesi 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 2020 a confronto con la media del periodo 2015-2019 (utilizziamo un quinquennio per avere un riferimento più stabile). Tutti gli indicatori hanno subito una netta diminuzione. Le persone ricoverate nell'anno sono diminuite del 13,6%, quelle con un accesso al Pronto soccorso poi dimesse al domicilio del 29,3%. Le attività territoriali hanno mostrato riduzioni minori, ma comunque le persone che hanno assunto farmaci sono diminuite dell'8% e quelle che hanno eseguito prestazioni specialistiche del 3,3%. Sull'attività territoriale (farmaceutica e specialistica) possono aver influito le limitazioni che hanno riguardato agli studi dei medici di famiglia, canale di accesso principale a tali prestazioni (tramite ricettario SSR).

Anche le frequenze di accesso ai servizi mostrano riduzioni importanti, in alcuni casi anche superiori a quelle osservate per l'indicatore di popolazione (persone con 1+ accessi sul totale).

Nel 2020 quindi meno persone hanno usufruito delle prestazioni sanitarie del servizio regionale e lo hanno fatto in meno occasioni rispetto al passato.

Tabella 1. Consumi sanitari nei 4 grandi capitoli - Persone con almeno una prestazione ogni 100 abitanti e media pro capite (p.c.) 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	2020	2015-2019	Differenza % 2020 vs 2015-2019
Ricoverati	persone con 1+ ricoveri	7,6%	8,8%	-13,6%
	ricoveri p.c.	0,10	0,12	-15,8%
Farmaci	persone con 1+ farmaci	62,5%	67,9%	-8,0%
	accessi in farmacia p.c.	5,64	6,08	-7,3%
Specialistica	persone con 1+ prestazioni	59,6%	61,6%	-3,3%
	accessi in ambulatori p.c.	3,07	3,58	-14,2%
Pronto Soccorso	persone con 1+ accessi	14,5%	20,5%	-29,3%
	accessi in PS p.c.	0,20	0,29	-32,9%

Risorse finanziarie sanitarie

L'ultimo rapporto della Ragioneria generale dello Stato sul monitoraggio della spesa sanitaria pubblicato sul sito del Ministero dell'Economia e delle Finanze risale all'agosto del 2020 e riporta gli aggregati di spesa riferiti al 2019. Gli aggregati di spesa indicati, rilevati dai modelli di Conto economico (CE) degli enti sanitari locali, presi a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio, pur non rendendo possibile la valutazione dell'impatto della pandemia sulle risorse finanziarie del sistema sanitario, sono tuttavia utili per descrivere il quadro all'interno del quale le Aziende del Servizio sanitario nazionale in generale, e le Aziende toscane in particolare, si sarebbero trovate ad affrontare l'emergenza per la Covid-19.

Tabella 1. Spesa sanitaria corrente, risultati di esercizio nazionali e regionali e punteggi LEA - Valori assoluti e percentuale di variazione. Spesa sanitaria corrente pro capite per punto LEA - Regioni e Italia, anno 2019 - Fonte: Conto economico (CE) degli enti sanitari locali (1) in euro, (2) in milioni di euro

Regioni	Spesa sanitaria corrente 2019 di CE (valore in milioni di euro)	variaz. % su 2018	Spesa sanitaria pro capite (1)	Risultato d'esercizio 2019 (valore in milioni di euro)	Risultato d'esercizio pro capite (2)	Punteggi LEA 2019	Spesa sanitaria pro capite per punto LEA (€)
Piemonte	8.592,6	2,20%	1.993	-51,3	-11,89	188	10,60
Valle d'Aosta	266,4	2,37%	2.131	-18,8	-150,24	160	13,32
Lombardia	20.092,3	1,06%	2.004	3,0	0,30	215	9,32
Bolzano	1.284,9	0,47%	2.412	-266,3	-499,90	157	15,36
Trento	1.232,1	2,29%	2.259	-184,7	-338,66	187	12,08
Veneto	9.576,8	2,25%	1.963	10,5	2,16	222	8,84
Friuli-Venezia Giulia	2.585,6	2,78%	2.144	-143,3	-118,84	205	10,46
Liguria	3.274,9	1,19%	2.148	-64,2	-42,12	206	10,43
Emilia-Romagna	9.267,6	0,82%	2.076	1,6	0,35	221	9,39
Toscana	7.531,9	1,50%	2.040	-28,2	-7,63	222	9,19
Umbria	1.725,4	-1,51%	1.983	0,1	0,13	211	9,40
Marche	2.897,3	1,40%	1.915	0,4	0,29	212	9,03
Lazio	10.869,3	1,33%	1.888	55,6	9,65	203	9,30
Abruzzo	2.487,2	0,51%	1.922	-13,1	-10,16	204	9,42
Molise	729,6	11,40%	2.428	-82,7	-275,33	150	16,19
Campania	10.378,7	0,69%	1.817	38,3	6,70	168	10,82
Puglia	7.460,6	0,96%	1.887	-39,3	-9,94	193	9,78
Basilicata	1.049,9	-1,03%	1.898	-6,3	-11,35	172	11,03
Calabria	3.502,9	-0,41%	1.849	-116,7	-61,62	125	14,79
Sicilia	9.203,5	-0,21%	1.888	0,5	0,10	173	10,91
Sardegna	3.328,2	1,83%	2.065	-192,3	-119,31	111	18,60
ITALIA	117.337,8	1,17%	1.937	-1.097,3	-18	3.905	12,54

I dati riportati in tabella 1 evidenziano come la spesa sanitaria corrente di CE della Toscana si sia attestata per il 2019 intorno ai 7,5 milioni di euro, con un incremento dell'1,5% rispetto all'anno precedente, valore che eccede di pochi decimali il +1,17% registrato a livello nazionale. Considerando la spesa sanitaria corrente in relazione ai residenti toscani sempre nell'anno 2019 (fonte: noi-italia.istat.it), la spesa pro capite risulta di 2.040 euro, con una media nazionale inferiore di più di cento euro (1.937 euro pro capite), all'interno di un *range* che va dai 1.817 euro della Campania ai 2.428 del Molise.

Il risultato economico d'esercizio della Toscana è negativo, ma il valore di poco superiore ai 28 milioni di euro è in ogni caso molto inferiore alla media nazionale attestata sui 52,25 milioni di euro.

La tabella 1 riporta anche i punteggi dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), conseguiti dalle regioni italiane nel 2019 (fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2019. Ministero della salute, maggio 2021). 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, è possibile 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 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 9,19 euro appare peraltro decisamente inferiore ai 12,54 euro di spesa sanitaria corrente pro capite per punto LEA che costituisce la media nazionale.

Risorse professionali sanitarie e sociali

Le risorse professionali dell'SSR a dicembre 2020, 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. Quest'anno il confronto è più interessante perché le direzioni generali delle AOU e delle AUSL sono state chiamate a reperire, urgentemente, il personale causa Covid-19. Dal 2019 al 2020 il personale è aumentato di 3.665 unità (+7,3%), 242 dirigenti e 3.423 operatori del comparto in più. Lo sforzo necessario a fronteggiare l'emergenza sanitaria per la pandemia da Covid-19 ha ovviamente contribuito a questo aumento. Non a caso, oltre che tra dirigenti medici (+3,3%) ed infermieri (+9,3%), incrementi significativi si rilevano tra operatori socio sanitari (+26,9%) e assistenti sanitari operanti nel settore della prevenzione (+54,3%), altre due figure professionali molto impegnate durante la pandemia: i primi nell'assistenza ospedaliera e residenziale (RSA) agli anziani, i secondi nelle attività di tracciamento e indagine epidemiologica dei contagiati da SARS-CoV-2 durante la pandemia da Covid-19.

Gli ultimi dati utili a un confronto tra regioni si riferiscono al 2018 (fonte: *Rapporto Osservasalute 2020*), quando operavano nell'SSR 8.568 medici (+3,5% rispetto al 2015, 287 unità in più), pari a 2,3 ogni 1.000 abitanti, dato superiore alla media italiana, pari a 1,8 per 1.000 abitanti. Gli infermieri assunti dal SSR erano 21.589 nel 2018 (+0,1% rispetto al 2013, 26 unità in più), pari a 5,8 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 1° gennaio 2021 sono 476 (10,81 ogni 10mila abitanti d'età 0-14 anni), mentre i medici di medicina generale (MMG) sono 2.474 (6,74 ogni 10mila abitanti) (fonte: Regione Toscana). Gli ultimi dati utili a un confronto con le altre regioni si riferiscono sempre al 2018 (fonte: ISTAT), quando in Toscana si contavano 7,09 MMG ogni 10mila abitanti (7,11 in Italia) e 9,56 PLS ogni 10mila abitanti d'età 0-14 anni (9,35 in Italia).

Tabella 1. Personale dell'SSR – Toscana, 31 dicembre 2020 – Fonte: Ruolo nominativo regionale

Personale	Personale 2020		Differenza vs 2019		
	n	x1.000 ab.	n	%	
Totale	53.829	14,6	3.665	7,3	
Dirigenti	10.038	2,7	242	2,5	
Sanitari	Medici	8.600	2,3	271	3,3
	Altro (biologi, chimici, farmacisti, ecc.)	1.095		-18	-1,6
Amministrativi	Dirigenti amministrativi	184		-1	-0,5
Professionali	(architetti, avvocati, geologi, ingegneri)	109		-9	-7,6
Tecnici	(analisti, sociologi, statistici)	50		-1	-2,0
Comparto		43.791	11,9	3.423	8,5
Infermieri		21.984	6,0	1.873	9,3
Ostetriche		1.085		0	0,0
Operatori socio sanitari		7.283		1.542	26,9
Personale tecnico sanitario	Tecnici di radiologia	1.381		15	1,1
	Tecnici di laboratorio	1.326		-48	-3,5
	Altro (neurofisiopatologi, dietisti, ecc.)	293		-4	-1,3
Prevenzione	Tecnici della prevenzione	859		34	4,1
	Assistenti sanitari e vigilanza	162		57	54,3
Riabilitazione	Fisioterapisti	796		-5	-0,6
	Educatori professionali	305		8	2,7
	Logopedisti	213		1	0,5
	Altro (massaggiatori, podologi, terapisti, ecc.)	182		24	15,2
Personale tecnico	Tecnici e programmatori	304		-27	-8,2
	Assistenti tecnici	211		-6	-2,8
Amministrativi, assistenti	Collaboratori amministrativi	1.852		61	3,4
	Tecnici e collaboratori tecnici	2.115		-85	-3,9
	Assistenti amministrativi	1.464		40	2,8
	Coadiutori amministrativi	1.092		17	1,6
	Ausiliari specializzati	344		-45	-11,6
	Assistenti sociali	395		-33	-7,7
	Altro	145		4	2,8

Per quanto riguarda i posti letto ospedalieri, attingendo ai dati ISTAT, dal 2018 al 2019 (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 sono passati da 2,76 a 2,78 per 1.000 abitanti toscani (da 3,12 a 3,13 per 1.000 in Italia), mentre i posti letto in day hospital si sono mantenuti stabili a 0,41 per 1.000 toscani (passano invece da 0,35 a 0,34 per 1.000 in Italia).

Dalla fonte regionale (più aggiornata, ma che non consente un confronto con le altre regioni) al 1° gennaio 2021 si rilevano 11.053 posti letto ordinari (3,01 ogni 1.000 abitanti) e 1.601 posti letto in day hospital (0,44 per 1.000 abitanti), pubblici o privati convenzionati, con 66 presidi ospedalieri (81 stabilimenti).

Oltre ai presidi ospedalieri l'offerta regionale conta 20 hospice, con 148 posti letto.

Il sistema degli interventi e dei servizi sociali offerti

Tabella 2. Numero di Zone distretto tra le 26 presenti in Toscana che offrono il servizio/intervento nel proprio territorio al 1 gennaio 2021 - Fonte: SIOSS

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

Per la prima volta   possibile fornire un quadro completo del sistema degli interventi e dei servizi sociali offerti all'interno del territorio toscano, poich  sono attive 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 pi  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 delinearne 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 26 Zone distretto toscane (tabella 2).

Gli operatori del Servizio sociale professionale

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.

Tabella 3. Operatori del Servizio sociale professionale (numero e monte ore settimanale) – 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 2021 - Fonte: SIOSS

Figura professionale	Operatori		Monte ore settimanale	
	Totale	Di cui esternalizzati	Totale	Di cui esternalizzati
Assistente sociale	1.156	328	39.709	328
Educatore	1.260	1.150	37.400	1.150
Culturale/Operatore interculturale	103	103	1.224	103
Psicologo	125	96	2.474	96
Pedagogista	8	6	147	6
Sociologo	0	0	0	0
OSS/AdB/OTA	2.427	2.270	69.763	2.270
Infermiere	284	277	8.639	277
Altro	209	204	5.035	204
Totale	5.572	4.434	164.391	4.434

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 287 sedi fisiche di accesso, il 75% delle quali gestiscono in forma strutturata anche richieste relative a bisogni socio-sanitari. Nel 40% dei casi i servizi hanno operatori esclusivamente dedicati ai punti di accesso e complessivamente il monte ore settimanale svolto dagli operatori coinvolti nell'attività di segretariato sociale in Toscana è di 2.376 ore (mediamente si tratta di oltre 90 ore per ogni Zona distretto). I punti di accesso sono complessivamente aperti per 2.255 ore settimanali (con una media zonale di 85 ore), con molti sportelli che assicurano il funzionamento per 5 giorni o più durante la settimana (da segnalare che in 2 Zone distretto ci sono punti di accesso aperti tutti i giorni). Va inoltre sottolineato che solo il 23,5% dei soggetti gestori ha tutti i punti di accesso informatizzati, mentre il 33,8% ne ha alcuni, mentre la maggioranza (42,6%) 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. Ad agosto 2021 si contano 239 gli sportelli diffusi su tutto il territorio regionale, che costituiscono una rete capillare (sono presenti in 200 comuni) alla quale rivolgersi per segnalare il bisogno di assistenza.

Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) attive sono 335 (31% pubblico), per un totale di 15.293 posti letto (16,1 per 1.000 anziani residenti), di cui 13.831 per non autosufficienti (90% dei posti disponibili). L'offerta semiresidenziale conta 146 Centri diurni (49% pubblico), di cui 101 per non autosufficienti e 25 dedicati agli anziani con demenza. I posti per non autosufficienti sono 1.188 (1,2 per 1.000 anziani), quelli per anziani con demenza 341 (0,4 per 1.000).

A completamento del quadro, l'offerta regionale comprende anche 1.462 posti letto per autosufficienti in RSA (oltre ai 1.294 posti letto presenti nelle 46 Residenze sociali assistite) e 20 Centri diurni (346 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 presenti 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 riguarda le modalità di attuazione del servizio a livello di ambito. Ricomponendo sul livello regionale il dato zonale, in Toscana all'interno delle 26 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 6 Zone distretto), 14 consorzi Società della salute, 4 convenzioni per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, 2 unione di Comuni e 1 Zona distretto. In contrasto con tale frammentazione, va comunque segnalato che in 20 zone su 26 il servizio è gestito in maniera unitaria a livello di ambito (e che questo avviene in tutte le zone che hanno la Società della salute).

Considerando i 53 soggetti che hanno indicato la forma di gestione del servizio, la modalità prevalente è quella diretta e riguarda il 79% dei soggetti attuatori, mentre meno ricorrenti sono quella mista (19%) e quella esternalizzata (2%).

Riguardo alle attività espletate dal servizio, di seguito si elencano in ordine decrescente la percentuale di soggetti attuatori che ne segnalano l'attivazione: colloqui informativi con gli aspiranti affidatari (89%), regolamentazione dell'affidamento (80%), azioni di promozione dell'affido (76%), analisi e valutazione dei requisiti della famiglia affidataria (74%), coordinamento e gestione in rete del progetto (74%), preparazione/formazione/sostegno della famiglia affidataria (70%), promozione della messa in rete tra i soggetti pubblici e privati che operano nell'affido (67%), valutazione dell'idoneità genitoriale del nucleo di origine (60%), analisi del rischio evolutivo del minore (58%), preparazione/sostegno del minore (57%), preparazione/sostegno della famiglia di origine (48%).

La presenza di un Centro affidi, ovvero di servizio dedicato esclusivamente all'affidamento familiare, è stata segnalata da 29 soggetti attuatori, di cui 24 hanno anche un regolamento che disciplina l'affidamento familiare nel territorio di pertinenza. Sono inoltre 20 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, di seguito si riportano le modalità secondo il peso decrescente della percentuale di soggetti attuatori segnalanti: attivazione da parte del servizio sociale (87%), richiesta della famiglia di origine e/o affidataria (80%), attivazione su segnalazione/richiesta di altri soggetti (76%), attivazione per invio da altri servizi (76%). Sono 37 i soggetti attuatori che dichiarano la presenza di una équipe permanente per la gestione dell'affidamento familiare, che non è presente in 3 zone sociosanitarie.

Oltre all'affidamento residenziale per almeno 5 notti alla settimana, 40 soggetti attuatori dichiarano di promuovere ulteriori forme di affidamento che sono attivati nelle seguenti modalità: a tempo parziale (93%), diurno (75%), in situazioni di emergenza (63%) e che possono riguardare varie categorie di utenza, quali adolescenti in prosecuzione oltre i 18 anni (73%), bambini piccoli di 0-24 mesi (60%), di particolare complessità quali disabilità, disturbi psichiatrici o problemi sanitari (55%), a famiglia affidataria appartenenti ad una rete di famiglie

(53%), accoglienza genitore-bambino (48%), affidamento professionale (38%), minorenni stranieri non accompagnati (33%).

La redazione di un “progetto quadro” comprensivo degli interventi rivolti al bambino e alla sua famiglia di origine è operativa “sempre” in 42 assetti, “spesso” in 6, “a volte” in 3 e “mai” in 1, e su di essi vengono svolti momenti di monitoraggio e valutazione “a cadenza prestabilita” in 38 assetti “al bisogno” in 15.

La presenza di un contratto di affidamento familiare col servizio è segnalata da 39 soggetti attuatori del servizio di affidamento familiare e sono 36 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 44 assetti, “spesso” in 3, “a volte” in 3, “raramente” in 1 e “mai” in 2, e su di essi vengono svolti momenti di monitoraggio e valutazione “a cadenza prestabilita” in 38 assetti e “al bisogno” in 15. Ai bambini e ai ragazzi in affidamento familiare i servizi sociali territoriali assicurano anche altri sostegni: il rimborso spese per interventi e servizi (78%), contributi indiretti (76%) e agevolazioni (69%) prevalentemente in ambito sanitario o scolastico/educativo.

Va segnalato anche che sono 32 i soggetti attuatori (presenti in 21 Zone distretto) che promuovono progetti di post-accoglienza.

In Toscana, al 31 dicembre 2020 sono 2.173 i bambini/e e i ragazzi/e di età compresa tra 0 e 18 anni che sono 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 contarne al 31 dicembre 2020 ben 185 e sia in termini di tipologia dell'offerta (tabella 4) includendo anche gli appartamenti per l'autonomia. Di quest'ultimi, sempre al 31 dicembre 2020, si contano 73 strutture e diventano la tipologia di struttura più numerosa. A queste seguono la comunità a dimensione familiare (53) e le case di accoglienza per minori con il proprio genitore e gruppo appartamento (le vecchie case della gestante e della madre con figlio) con 22 strutture.

Tabella 4. Strutture residenziali per minori in Toscana al 31 dicembre 2020 per tipologia - Fonte: Regione Toscana – Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

Tipologia	n
Comunità a dimensione familiare	53
Appartamento per l'autonomia	73
Casi di accoglienza per minori con il proprio genitore e gruppo appartamento	22
Comunità educativa	11
Casa famiglia multiutenza complementare	13
Comunità familiare	6
Centro di pronto accoglimento	5
Casa di accoglienza per l'infanzia	2
Totale	185

Alle 185 strutture fanno riferimento 76 soggetti titolari prevalentemente con natura giuridica di cooperativa o consorzio di cooperativa sociale (27 soggetti titolari), seguono 16 enti religiosi, 12 associazioni di volontariato, 8 fondazioni, 4 comuni e altre tipologie non sempre chiaramente indicate dalle strutture. Sul territorio regionale, si distingue la Zona distretto di Firenze con 53 strutture (il numero più alto in assoluto tra i territori), a cui segue la Piana di Lucca con 16 strutture, le Apuane e la Senese con 9, la Versilia, la Fiorentina Sud-Est, la Pistoiese, la Pratese e la Pisana con 8 strutture. Tra le 26 Zone distretto solo l'Elba non ha nessuna struttura residenziali per minori.

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, eccetto qualche eccezione, gli enti gestori dei servizi residenziali presenti sul territorio sono dotati di Carta dei servizi.

Riguardo alle modalità di accesso, di seguito si elencano le forme più ricorrenti in ordine di peso percentuale decrescente: servizi sociali territoriali su provvedimento Autorità giudiziaria (63%), Autorità giudiziaria (56%), Servizi sociali territoriali per applicazione art. 403 cc. (55%), Servizi sociali territoriali per affidamento consensuale (39%), Forze dell'ordine (37%), richiesta della famiglia (24%).

La presenza di un'équipe permanente per la gestione del minorenni accolto nel servizio residenziale viene segnalata da 34 soggetti attuatori, mentre la redazione di un "progetto quadro" viene svolta "sempre" da 49 soggetti attuatori, "spesso" da 8, "a volte" da 3 e "raramente" da 1 ed il monitoraggio del progetto avviene in maggioranza a cadenza prestabilita (45) piuttosto che al bisogno (15). Il progetto educativo viene invece sempre redatto, salvo una eccezione che lo redige "a volte", ma scendono a 34 i servizi che predispongono e promuovono progetti di post accoglienza.

Come dato di sintesi conclusivo, in Toscana, al 31 dicembre 2020 sono 935 i minori 0-17 anni in carico ai servizi residenziali del servizio sociale, di cui 518 (55,4%) 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 il settore sanitario e quello sociale, potenziando un sempre più efficace coordinamento delle risorse con l'obiettivo di fare della prevenzione il cardine della progettazione e della valutazione di politiche, servizi e interventi.

Gli operatori sociali e sanitari – in particolar modo gli assistenti sociali – rappresentano i nodi di una rete a cui la comunità, e in particolare quella quota di popolazione che vive in condizioni di marginalità, può riferirsi e trovare professionisti in grado di fornire un sostegno, a partire dalle informazioni in merito ai diritti, alle prestazioni ed alle modalità di accesso ai Servizi, 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 LR 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 nell'art. 7 all'assistente sociale responsabile del caso i compiti di valutazione professionale del bisogno, la definizione del percorso assistenziale personalizzato e la 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 LR 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 n. 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: si può osservare che la cifra si mantiene costantemente oltre le 2mila unità, arrivando nell'ultimo anno a 2.287 iscritti (in larga prevalenza donne), dei quali 1.190 lavorano all'interno della Pubblica amministrazione.

Tabella 1. Assistenti sociali Iscritti all'ordine suddivisi per anno e sesso - Periodo 2019-2021
- Fonte: Ordine degli assistenti sociali della Toscana

Tipologia	2019			2020			2021		
	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F
Iscritti	2.182	125	2.057	2.292	136	2.156	2.287	144	2.143
Sez. A - Assistente sociale specialista	n. d.	n. d.	n. d.	1.059	52	1.007	1.002	51	951
Sez. B - Assistente sociale	n. d.	n. d.	n. d.	1.223	84	1.149	1.285	93	1.192

Condizione lavorativa	
1.190	Pubblica amministrazione
507	Privato
19	Libera professione
232	Impiegati di altro settore
266	Inoccupati o disoccupati
16	Pensionati
57	n.d.

Gli assistenti sociali impiegati nel Servizio sociale professionale

In riferimento alla recente implementazione da parte delle Zone distretto dei prospetti previsti all'interno di 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, rileva in Toscana 1.156 assistenti sociali per un monte ore settimanale di 39.709. Si tratta prevalentemente di donne (94% del totale) con un'età superiore ai 35 anni (80%). Il 28,4% degli assistenti sociali rilevati (pari a 328 persone) sono esternalizzati, cioè 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 25,2% nell'area "famiglia/minori/anziani autosufficienti", il 18,1% a quella della "disabilità/non autosufficienza" e il 17,7% è impiegato all'interno dell'area "povertà/disagio adulti". Il restante 32,3% del monte ore, imputato alla generica area "Servizio sociale professionale", comprende le attività di coordinamento, programmazione e progettazione, ma anche l'attività che non può essere riferita 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 pone le basi per costruire una rete di supporto per i cittadini più strutturata. La Legge di Bilancio 2021 contiene 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 di “tempo pieno” e “assunzione a tempo indeterminato” – anche attraverso la stabilizzazione di quanti già operano, in diverse modalità, a favore dei servizi. La Legge, inoltre, fissa precisi livelli essenziali e obiettivi di servizio: sono 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 si prevedono 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 considerati 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 recente rilevazione SIOSS, solo il 60% degli assistenti sociali che operano all'interno del servizio sociale professionale ha 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 40.000 euro annui ad assistente sociale in numero eccedente il rapporto di 1/6.500, fino al raggiungimento del rapporto 1/5.000, e di 20.000 euro annui ad assistente sociale in numero eccedente il rapporto 1/5.000 fino al raggiungimento del rapporto di 1/4.000).

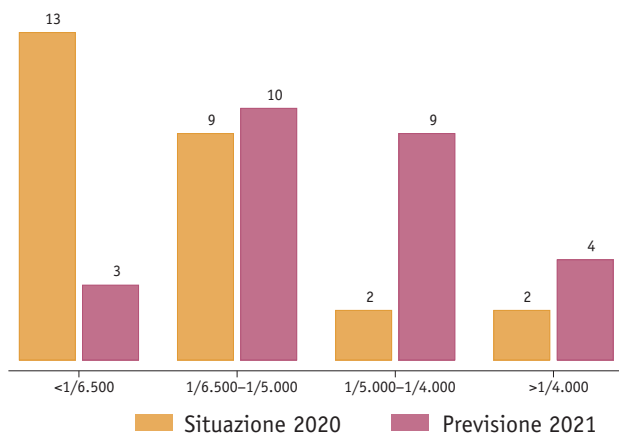
I dati a nostra disposizione ci permettono di ricostruire il quadro della situazione toscana, in riferimento sia al livello essenziale dei servizi sociali costituito dal raggiungimento di un rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1/5.000 che all'ulteriore obiettivo di servizio di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

Analizzando i 26 prospetti relativi all'anno 2020 che gli ambiti toscani hanno finalizzato all'interno di SIOSS, abbiamo un dato sintetico degli assistenti sociali in servizio a tempo indeterminato pari a 546,1 (secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno), corrispondenti in media a oltre 21 assistenti sociali per Zona distretto. Tale contingente è costituito per il 35% (190,8 assunti a tempo indeterminato) da personale in servizio presso i singoli Comuni e per il restante 65% in carico agli ambiti territoriali per lo svolgimento di funzioni sociali in modalità associata.

Spostando lo sguardo all'anno in corso, e quindi ai livelli che gli Ambiti prevedono di ottenere con le nuove assunzioni per il 2021 (dato previsionale) inseriti ai fini della prenotazione delle risorse, in Toscana dovremmo avere 719,5 assistenti sociali assunti a tempo indeterminato (sempre secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno), con un incremento di oltre il 30% del personale (+173 assunzioni full time equivalenti). Se tali previsioni verranno rispettate (il dato dovrà essere consolidato a febbraio 2022), nel territorio toscano arriveranno oltre 5,1 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.

In riferimento ai dati comunicati relativi al 2020 (figura 1), abbiamo l'85% degli Ambiti (22) 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 2 che raggiungono l'ulteriore obiettivo di servizio di 1/4.000 fissato dalla Legge 178/2020 (Legge di bilancio per il 2021).

Figura 1. Situazione degli ambiti territoriali toscani alle annualità 2020 (dato consolidato) e 2021 (dato previsionale) in riferimento alle soglie previste dalla legge di bilancio 2021 - Fonte: SIOSS

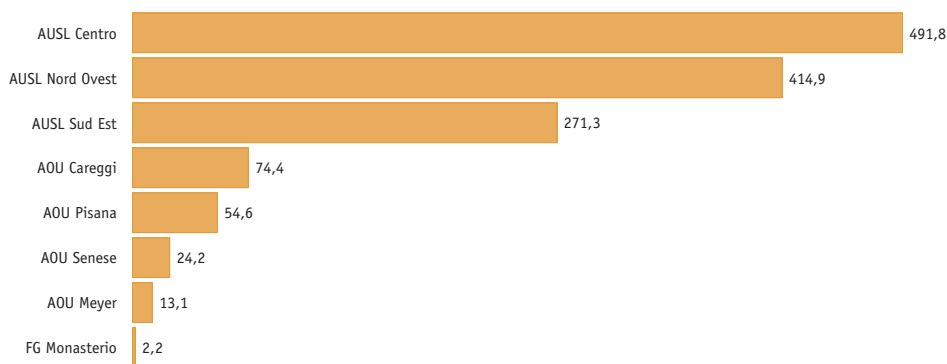


Se venissero confermati i dati previsionali per l'anno in corso, la situazione al 31 dicembre 2021 sarebbe ampiamente migliorata, con 13 Ambiti che raggiungerebbero il LEP del rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1/5.000 (3 dei quali che si posizionerebbero sopra l'obiettivo di servizio di 1/4.000). In tale scenario, 23 Ambiti riceverebbero comunque risorse strutturali per il potenziamento dei Servizi Sociali ed è quindi presumibile che nei prossimi 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 zionali attraverso i meccanismi premiali descritti.

Consumo di farmaci

In questa scheda sono riportati i dati di spesa e consumo dei farmaci a carico del (SSN) dispensati in Toscana nel 2020 suddivisi per classe di farmaci e tipologia di erogatore. Per questa analisi è stato utilizzato il Cruscotto direzionale Toscana, il nuovo applicativo web disegnato e realizzato dall'Agenzia regionale di sanità Toscana insieme alla Regione Toscana e all'Ente di supporto tecnico amministrativo regionale (ESTAR) per facilitare il monitoraggio di spesa e consumo dei farmaci rimborsati dal SSN attraverso la misurazione di una serie di indicatori prestabiliti. Per la stima dei volumi, sia di spesa che di consumo, i farmaci sono stati raggruppati secondo il primo livello della classificazione Anatomica-Terapeutica-Chimica (ATC). L'unità di misura utilizzata per la misura dei volumi di consumo è stata la Dose Definita Giornaliera (DDD). Nella figura 1 è riportata la spesa farmaceutica per azienda di erogazione in cui sono inclusi tutti i farmaci rimborsati dal SSN in Toscana nel 2020 separati in base alla struttura presso la quale sono stati erogati.

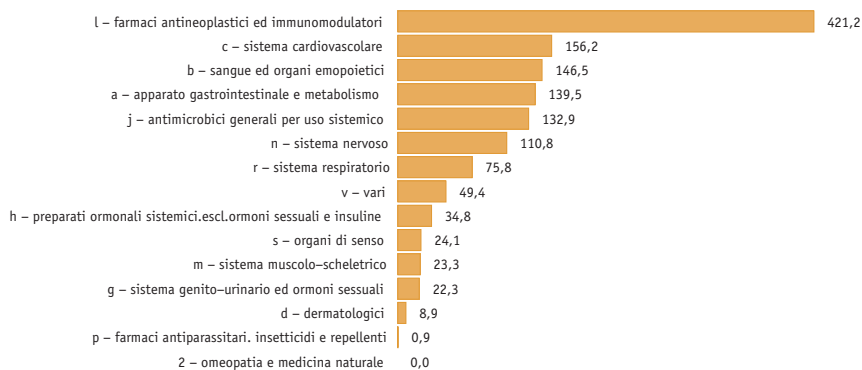
Figura 1. Spesa farmaceutica per Azienda di erogazione – Valori in milioni di euro – Toscana, anno 2020 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi informativi FES, FED, SPF



Dalla figura 1 si evince che, come atteso, la maggior parte della spesa farmaceutica è riconducibile alle tre Aziende territoriali (87%), con l'AUSL Centro che contribuisce per il 37% alla spesa farmaceutica totale. Tra le Aziende ospedaliere, l'AOU Careggi ha fatto registrare la maggiore spesa (6% della spesa farmaceutica totale).

Nel Cruscotto direzionale è disponibile inoltre un'analisi della spesa farmaceutica suddivisa per classi ATC di primo livello (figura 2). Le tre classi di farmaci a maggior spesa nel 2020 in Toscana secondo la classificazione ATC di primo livello sono state: antineoplastici e immunomodulatori (ATC I° livello=L; spesa=421 milioni di euro), farmaci cardiovascolari (ATC I° livello=C; spesa=156 milioni), e farmaci per le malattie del sangue e degli organi emopoietici (ATC I° livello=B; spesa=147 milioni).

Figura 2. Spesa farmaceutica per ATC di primo livello – Valori in milioni di euro – Toscana, anno 2020 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi informativi FES, FED, SPF



Analogamente a quanto osservato a livello nazionale (Rapporto OsMed 2020), in Toscana tra i farmaci erogati attraverso il canale dell'assistenza farmaceutica convenzionata quelli cardiovascolari hanno rappresentato la classe terapeutica a maggiore spesa (132 miliardi di euro) e consumo (AUSL Centro=183 DDD pro capite; AUSL NO=169 DDD pro capite; AUSL SE=171 DDD pro capite), tra i farmaci acquistati dalle strutture pubbliche (i.e. FED+DPC) gli antineoplastici e immunomodulatori sono stati quelli a maggiore spesa (ATC L=235 milioni di euro per il canale della distribuzione di retta e 17 milioni di euro per la distribuzione per conto) mentre i farmaci del sangue e organi emopoietici sono risultati essere quelli a maggior consumo (ATC B= FED e DPC: AUSL Centro=3,6 e 13,4 DDD pro capite; AUSL NO=4,9 e 15,5 DDD pro capite; AUSL SE=8,5 e 11,4 DDD pro capite).

Analizzando più in dettaglio l'andamento mensile dei consumi espressi in DDD delle classi ATC I° livello=C, L e B (figura 3) in Toscana si è osservato un picco dei consumi dei farmaci ad uso domiciliare (convenzionata + DPC) nel mese di marzo rispetto al precedente mese di febbraio (DDD marzo 2020 vs febbraio 2020 ATC L=+26%; ATC C=22%; ATC B=+11%). Tale andamento pare suggerire che l'inizio del periodo di lockdown nazionale, imposto dalla rapida diffusione della pandemia da SARS-CoV-2, abbia spinto la popolazione ad una corsa all'approvvigionamento dei farmaci. Per entrambe le classi di farmaci analizzate, dopo un calo generale dei consumi nei mesi di lockdown nazionale (aprile-maggio 2020), i valori di DDD erogate sono tornate ad essere pressoché sovrapponibili all'anno precedente. In particolare, all'interno della classe dei farmaci del sangue e organi emopoietici (ATC I° livello=B), è interessante notare come il consumo dei farmaci eparinici (ATC=B01AB) abbia mostrato un andamento in controtendenza con una flessione nei mesi marzo e aprile probabilmente dovuto alla diminuzione delle attività chirurgiche per le quali è prevista la profilassi trombo embolica con questi farmaci (Rapporto OSMED 2020, Rapporto uso farmaci durante la pandemia Covid-19 AIFA).

L'andamento dei consumi delle classi ATC I° livello= B e C osservato in Toscana trova riscontro nei dati registrati a livello nazionale nel "Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia Covid-19" pubblicato da AIFA. Relativamente ai farmaci indicati per le affezioni del sistema cardiocircolatorio, il Rapporto AIFA ha evidenziato una riduzione dei consumi nel mese di febbraio 2020, seguita da un apprezzabile incremento nel mese di marzo (i.e. farmaci antiipertensivi marzo 2020 vs febbraio 2020=+14%). Tuttavia, nei mesi successivi, i volumi dei consumi rientrano nella media, ad eccezione delle eparine che hanno fatto registrare anche a livello nazionale una riduzione dei consumi analoga a quella osservata in Toscana (Galimberti F, *Conseguenze della pandemia di Covid-19 sull'accesso e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie*).

Per quanto riguarda il consumo dei farmaci nelle AOU toscane (figura 4), nel mese di marzo 2020 è stata osservata una diminuzione dei consumi dei farmaci del sangue e organi emopoietici (ATC I° livello=B) in tutte le tre AOU toscane rispetto allo stesso mese dell'anno precedente (DDD erogate nel mese di marzo 2020 vs 2019: AOU Careggi=345mila vs 411mila, AOU senese=147mila vs 170mila, AOU Pisana=231mila vs 272mila). Il consumo dei farmaci cardiovascolari (ATC I° livello=C) è diminuito nell'AOU Careggi e nell'AOU Pisana durante tutti e tre i mesi di lockdown nazionale (marzo-maggio 2020). Infine, per quanto riguarda i farmaci oncologici e immunosoppressori (ATC I° livello=L) in corrispondenza della prima ondata da Sars-Cov-2 (marzo-maggio 2020) è stata osservata una riduzione dei consumi più marcata nelle AOU di Careggi (maggio 2020 vs maggio 2019: -14%) e Pisa (maggio 2020 vs maggio 2019: -23%). Questo andamento potrebbe riflettere la riorganizzazione delle risorse e delle attività che ha avuto un maggiore impatto in questo ospedale toscano durante i periodi di massima difficoltà a causa dell'emergenza sanitaria.

Infine, è interessante osservare che nell'AOU Careggi si sia verificato un aumento dei consumi di farmaci per le malattie del sangue e organi emopoietici (ATC I° livello=B) nel mese di ottobre 2020 rispetto al precedente mese di settembre (DDD ottobre 2020 vs settembre 2020: +30%). Il picco osservato potrebbe essere riconducibile alla gestione dei pazienti ospedalizzati durante la seconda ondata da SARS-Cov-2 che investì l'Italia nell'autunno 2020. Infatti, parte dell'incremento osservato è probabilmente riconducibile all'aumentato consumo di eparine e, in generale, di antitrombotici utilizzati nella prevenzione delle complicanze conseguenti allo stato iperinflammatorio nei pazienti affetti da Covid-19.

Figura 3. Consumo dei farmaci in Toscana per ATC e AUSL di erogazione - Dosi medie giornaliere (media calcolata sul mese) - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi informativi FES, FED, SPF

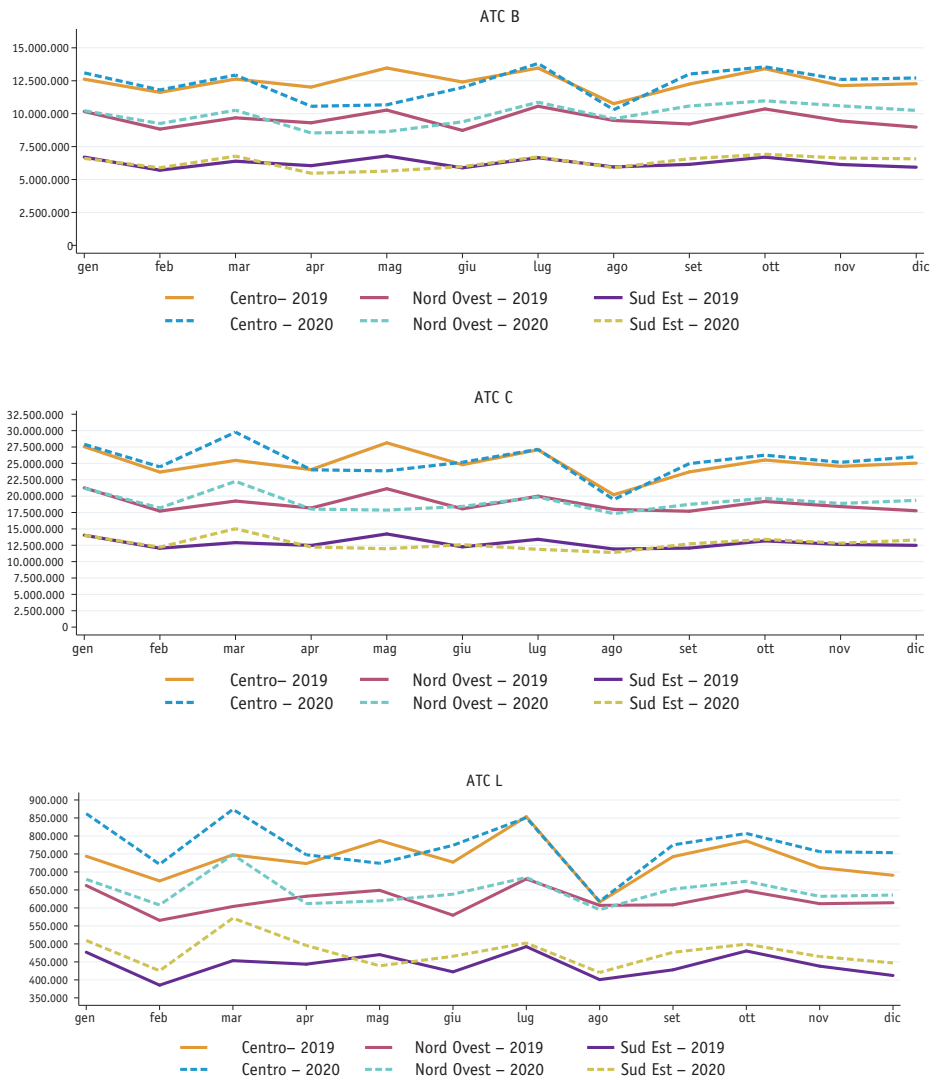
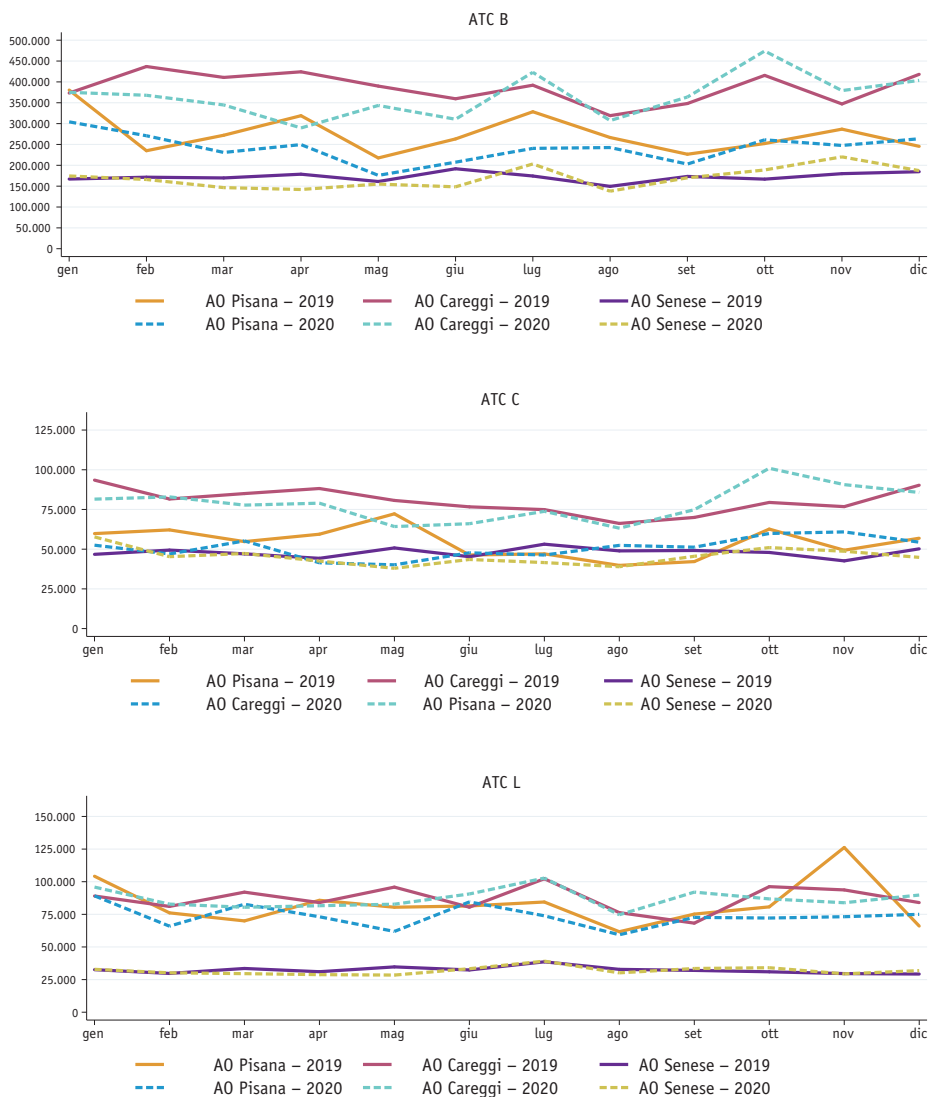


Figura 4. Consumo dei farmaci in Toscana per ATC e AUSL di erogazione - Dosi medie giornaliere (media calcolata sul mese) - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi informativi FES, FED, SPF



La qualità delle cure

Assistenza garantita: i Livelli essenziali di assistenza

Il 2019 è l'anno che ha preceduto la più grande crisi sanitaria, sociale ed economica verificatasi dopo la Seconda Guerra Mondiale. Riflettere adesso sulle valutazioni relative a quell'anno è necessario, per reinterpretare molti indicatori e introdurre nuove dimensioni della qualità. Consideriamo quindi il 2019 come "l'anno zero".

Il Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei conti, uscito il 28 maggio 2020, ma riferito al 2019, conferma la Toscana, insieme a Veneto ed Emilia-Romagna, fra le regioni che meglio hanno garantito ai propri cittadini i Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il sistema della griglia LEA stabilisce come punteggio minimo da raggiungere il valore di 160 e la Toscana raggiunge il punteggio complessivo di 222.

Complessivamente la rete ospedaliera toscana conserva buone performance rispetto all'anno precedente, anche in termini di appropriatezza, qualità e sicurezza dell'assistenza. Continua a essere sopra soglia l'ospedalizzazione degli over 75 (tasso di ospedalizzazione pari a 272,6 ogni 1.000 abitanti vs soglia $\leq 255,5$), e la percentuale di parti cesarei primari eseguiti in strutture di I livello, che è anch'essa troppo alta (17,6% vs soglia massima del 15%) (tavola 11 pag.273 Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica).

Al contempo, il mantenimento della performance ospedaliera non è stato accompagnato da un rafforzamento dell'assistenza territoriale, specialmente per le attività per la parte più debole della popolazione, cioè anziani, disabili e malati terminali. La Toscana raggiunge la sufficienza sia nei servizi domiciliari che residenziali, anche se viene posta attenzione alla diminuzione dei posti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tavola 12 pag.276 *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*).

Le coperture vaccinali dei bambini sono a livelli ottimali, poiché raggiungono, e in alcuni casi superano, la soglia del 95%, come gli screening oncologici, che superano largamente la soglia (13 vs soglia minima pari a 9). Solo la vaccinazione antinfluenzale negli over 65 risulta ancora molto bassa (56% vs soglia minima 75%).

ARS, attraverso PROLEA (il Programma regionale di osservazione dei LEA) ha già reso disponibili i risultati 2020 per la Toscana secondo il Nuovo sistema di garanzia (NSG). Consci della particolarità dell'anno che andiamo a descrivere, per il 2020 focalizzeremo l'attenzione sui 22 indicatori *core*, attraverso i quali le Regioni verranno valutate dal prossimo anno (tabella 1).

Nel 2020 l'ospedalizzazione ordinaria e diurna dei residenti toscani risulta molto sotto soglia (92,6; soglia <160 per 1.000 abitanti) e diminuisce ampiamente rispetto al 2019 (-23%). Infatti, seppure i ricoveri per Covid-19 siano stati oltre 13mila in Toscana, sappiamo bene che gli ospedali per far fronte alle ondate pandemiche hanno dovuto interrompere gran parte dell'attività programmata e che molti pazienti hanno evitato di recarsi in ospedale per paura di contrarre il SARS-CoV-2. Ad esempio è diminuita drasticamente l'ospedalizzazione dei pazienti in età pediatrica per asma e gastroenterite (-61,5%) e sensibilmente diminuita l'ospedalizzazione degli adulti con diabete, BPCO e scompenso cardiaco, per complicanze a breve e lungo termine (-19,6%).

Per quanto riguarda l'appropriatezza delle cure, emerge che il rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatazza e DRG non a rischio di inappropriatazza è diminuito del 12,5% e gli interventi per colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni riguardano l'84,3% dei casi, superando la soglia minima di garanzia (70%).

In seguito alla riorganizzazione delle attività ospedaliere per il contrasto alla pandemia, è invece diminuita la percentuale di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui, che passa da 96,5% a 90,9%, e la percentuale di interventi per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti entro 2 giorni dalla diagnosi, che sono passati da 75,8% al 70,4%. Entrambe le stime rientrano nei parametri soglia scelti dal Ministero, ma l'avvento della pandemia ha inevitabilmente spostato attenzione e risorse. Aumentano i tagli cesarei nei primi parti, come già evidenziato dal report della Corte dei conti, in molte regioni e anche in Toscana: in particolare i cesarei avvenuti in maternità di I livello sono oltre misura e ancora in aumento (19,3% vs soglia <15%, variazione: +4,8% rispetto al 2019).

La media dei tempi di intervento dei mezzi di soccorso (intervallo allarme – target) è aumentata di circa 2 minuti e mezzo rispetto all'anno precedente, pur rimanendo sempre entro soglia (17,57 minuti vs soglia 19 minuti).

Per le attività ambulatoriali, l'SSR ha continuato a garantire, entro 10 giorni dalla prescrizione, le prestazioni di classe B nel 75,6% dei casi. Il consumo di antibiotici è diminuito del 26,5%. Nel 2020 è aumentato il numero di pazienti trattati in Assistenza domiciliare integrata (+57,6%), passando da 68.351 pazienti a 106.628, segno di un'aumentata offerta del servizio di assistenza domiciliare.























Diminuisce invece l'offerta di strutture semiresidenziali e residenziali extra ospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale della popolazione con più di 75 anni (-13,6% semiresidenziale, -14,7% residenziale).

Resta pressoché invariata la presa in carico dei pazienti oncologici da parte della rete di cure palliative nel momento del fine vita, che riguarda il 36,6% dei casi.

Da questa prima analisi emerge che l'SSR è riuscito a mantenere su buoni livelli gli indicatori dei LEA, in periodo di pandemia. Le stime suggeriscono che anche il Nuovo sistema di garanzia dei LEA valuterà positivamente la Toscana, ma è innegabile che alcuni indicatori mostrino criticità e lievi peggioramenti, che dovranno essere monitorati nell'anno in corso.

Ormai molti professionisti autorevoli affermano che i servizi offerti dal territorio debbano essere ripensati o almeno rafforzati, e una conferma emerge largamente anche da questo pool di indicatori. Andrà monitorata con grande attenzione la diminuzione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per gli over 75: potrebbe essere solo espressione di un anno critico, in cui le difficoltà vissute dalle RSA e i Centri diurni, le aperture e chiusure a singhiozzo e la paura di ammalarsi di Covid-19 per poi morire soli, abbiano portato a questo risultato, oppure essere una criticità strutturale che necessita di cambiamenti organizzativi.

Tabella 1. Stima 2020 indicatori CORE del Nuovo sistema di garanzia LEA

INDICATORI CORE NSG - ASSISTENZA OSPEDALIERA	2019	2020	VARIAZIONE	SOGLIA
Ospedalizzazione ordinaria e diurna (tasso per 1.000 ab)	120,3	92,6	-23,0%	 < 160 per 1.000 ab
Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui (percentuale)	96,5	90,9	-5,8%	 TENDERE AL 100%
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	0,16	0,14	-12,5%	
Pazienti over 65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (percentuale)	75,8	70,4	-7,2%	 ≥ 60%
Parti cesarei primari in maternità di I livello (percentuale)	18,5	19,3	4,8%	 ≤ 15%
Parti cesarei primari in maternità di II livello (percentuale)	21,6	19,6	-9,5%	 ≤ 25%
	2017-18	2019-20	VARIAZIONE	SOGLIA
Colectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (percentuale)	82,9	84,3	1,7%	 ≥ 70%
INDICATORI CORE NSG - ASSISTENZA DISTRETTUALE	2019	2020	VARIAZIONE	SOGLIA
Ospedalizzazione negli adulti per complicanze a breve e lungo termine per diabete, BPCO e scompenso cardiaco (tasso standardizzato per 100.000 ab)	220,9	177,7	-19,6%	
Ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite (tasso standardizzato per 100.000 ab)	41,4	16,0	-61,5%	
Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti)	15	17,57	17,1%	 <19
Prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B (percentuale)	75,1	75,6	0,7%	 >50%
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici (DDD ab/anno grezze)	5.507,3	4.047,3	-26,5%	
Pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata CIA 1-2-3 (tasso per 1.000 ab)	18,3	28,9	57,6%	
Re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (percentuale)	7,1	5,7	-19,5%	
Deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative (percentuale)	36,0	36,6	1,6%	 > 35%
Anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale (tasso per 1.000 ab)	30,6	26,1	-14,7%	
Anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale (tasso per 1.000 ab)	5,1	4,4	-13,6%	
INDICATORI CORE NSG - PREVENZIONE	2018	2019	VARIAZIONE	SOGLIA
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per anti DTP (difterite, tetano, pertosse), ciclo base (percentuale)	96,83	96,8	-0,06%	 > 95%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per anti HIB, ciclo base (percentuale)	96,8	97,2	0,43%	 > 95%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per anti epatite B, ciclo base (percentuale)	96,63	96,6	-0,08%	 > 95%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per anti poliomielite, ciclo base (percentuale)	96,84	96,8	-0,08%	 > 95%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (percentuale)	95,27	96,1	0,85%	 > 95%

Copertura vaccinale in età pediatrica

Negli ultimi decenni la vaccinazione ha permesso una drastica riduzione dei casi di malattia infettiva, permettendo inoltre di eradicare completamente alcune patologie in quei territori in cui le coperture vaccinali (CV) hanno raggiunto un livello considerato “sufficiente”. 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. Cresce così, soprattutto nei paesi sviluppati il fenomeno della “esitazione vaccinale” (*vaccine hesitancy*), ovvero il ritardo nell’aderire all’offerta vaccinale e/o il rifiuto della vaccinazione stessa. Un fenomeno a cui stiamo assistendo anche in questi mesi in occasione della vaccinazione di massa introdotta a livello globale per contrastare la trasmissione del virus SARS-CoV-2: la quota di persone che nei Paesi sviluppati, tra cui l’Italia, ha messo in atto atteggiamenti di esitazione vaccinale potrebbe giocare un ruolo nel ridurre l’impatto degli effetti positivi della vaccinazione.

Entrando nel merito delle vaccinazioni pediatriche, l’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.

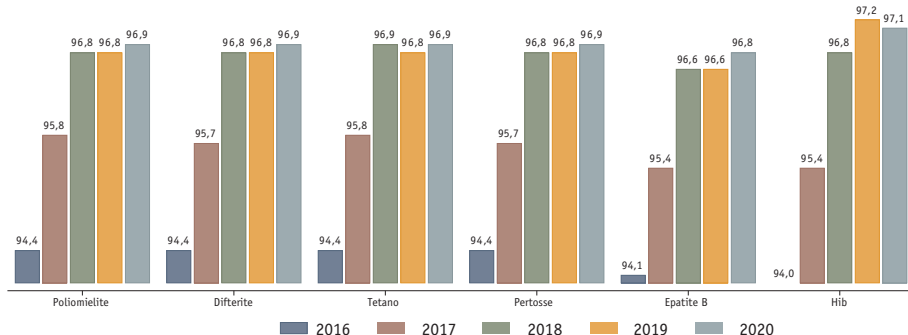
In Italia, così come in altri paesi, è stato osservato un costante calo delle CV che, nel nostro Paese dal 2014, ed in Toscana dal 2016, si è caratterizzato per aver raggiunto il minimo storico per tutti gli indicatori riferiti a tutte le vaccinazioni pediatriche, con valori al di sotto del 95%. Per contrastare tale riduzione, il Governo italiano ha approvato la legge n. 119 del 2017, che rende 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 di età compresa tra 0 e 16 anni. Gli effetti della legge nazionale hanno avuto un impatto immediato sull’innalzamento delle CV: nel 2017 tutti gli indicatori hanno mostrato un sensibile aumento rispetto all’anno precedente, proseguito nel biennio successivo. Nel 2019, ultimo dato disponibile nel momento in cui viene scritto questo documento, le CV a 24 mesi nel nostro Paese si sono attestate su valori prossimi al 95% per tutti gli antigeni previsti dalla legge dell’obbligo, ad eccezione della varicella, il cui valore è stato circa l’80%.

Per quanto riguarda la 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, hanno superato nel 2018 la soglia raccomandata dall’OMS del 95%, confermandosi su valori decisamente elevati nel biennio successivo.

La crescita minore è stata osservata per il vaccino esavalente (difterite-tetano-pertosse-poliomielite-*haemophilus influenzae* B, epatite B), che tuttavia ha sempre mostrato valori

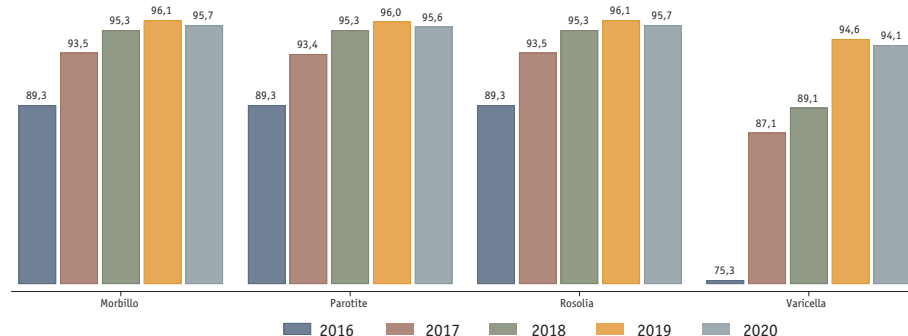
generalmente elevati: la CV dopo essere scesa sotto il 95% nel 2016, ha raggiunto valori di poco superiori a tale soglia nel 2017, per poi attestarsi a circa il 97% nell'ultimo biennio (figura 1).

Figura 1. Coperture vaccinali a 24 mesi di vita per difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, haemophilus influenzae B (Hib) - Toscana, periodo 2016-2020 - Valori percentuali - 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, per poi attestarsi su valori compresi tra 95 e 96% nel biennio 2019-2020 (figura 2). Infine per quanto riguarda la varicella, in seguito ad una sensibile crescita dal 75,3% del 2016 all'87,1% del 2017, è stato rilevato un ulteriore importante aumento nel biennio 2019-2020 con valori superiori al 94%.

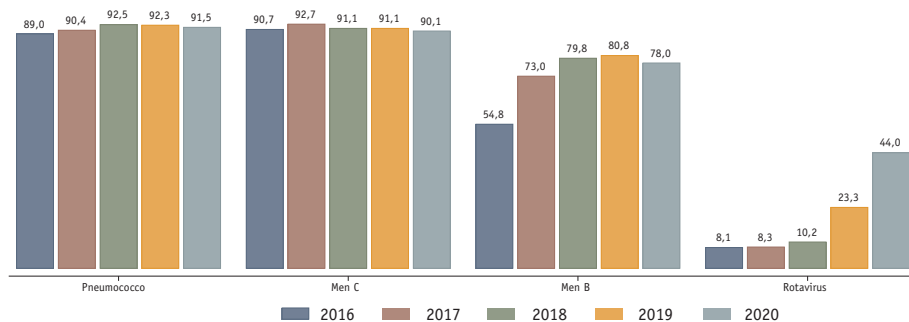
Figura 2. Coperture vaccinali a 24 mesi di vita per morbillo, parotite, rosolia, varicella - Toscana, periodo 2016-2020 - Valori percentuali - Fonte: elaborazioni ARS su dati Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Regione Toscana



Passando invece alle quattro vaccinazioni raccomandate dalla Legge nazionale (figura 3), il meningococco B mostra la crescita maggiore nell'ultimo quinquennio, passando da una CV

di 54,8% a valori compresi tra il 78% e l'80% negli ultimi 3 anni. Lo pneumococco rivela una crescita minima, passando dall'89% del 2016 a valori prossimi al 92% nel biennio 2018-2019 per poi fermarsi a 91,5% nel 2020; il meningococco C invece assume stabilmente valori compresi tra il 90 ed il 92% nell'ultimo quinquennio. L'ultima CV, relativa al rotavirus, mostra i valori più bassi tra tutti i 14 antigeni previsti dalla Legge, raggiungendo comunque nel 2020 un valore prossimo al 44%, ovvero circa il doppio rispetto all'anno precedente.

Figura 3. Coperture vaccinali a 24 mesi di vita per pneumococco, meningococco B, meningococco C e rotavirus. Toscana, periodo 2016-2020 - Valori percentuali - 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 anche 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 ed 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 nel mondo è il secondo tumore più diffuso nelle donne; ogni anno in Italia vi sono circa 3.500 nuovi casi e 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.

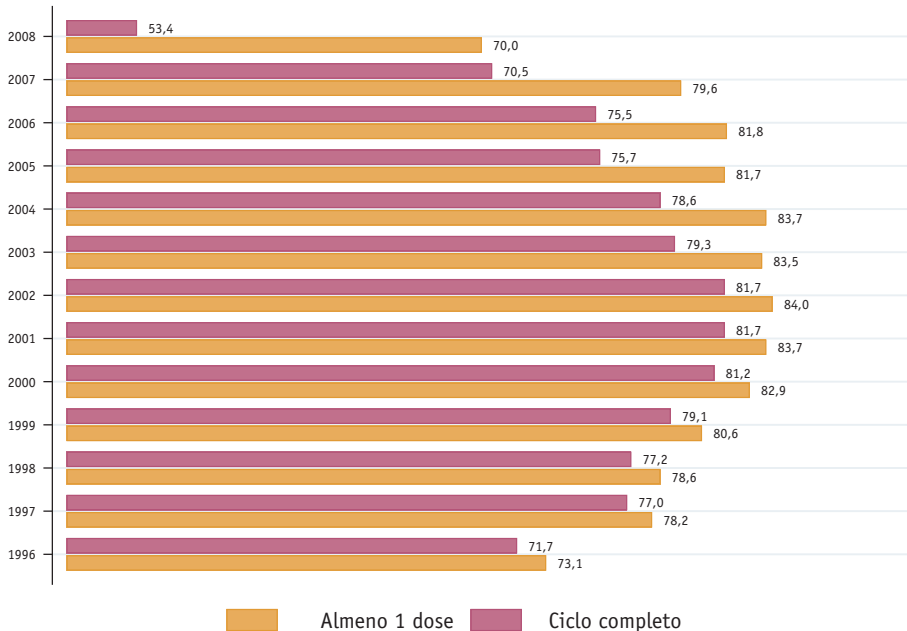
Il virus è responsabile di molte patologie anche nel genere maschile, dai comuni condilomi fino a malattie più serie, come i tumori nel cavo orale e gli organi genitali.

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 femmine nel 2008 (coorte di nate nel 1997) e per i maschi

nel 2017 (coorte di nati nel 2006). La popolazione *target* è rappresentata dalle ragazze e dai ragazzi ai quali, nel corso del dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti), la vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente.

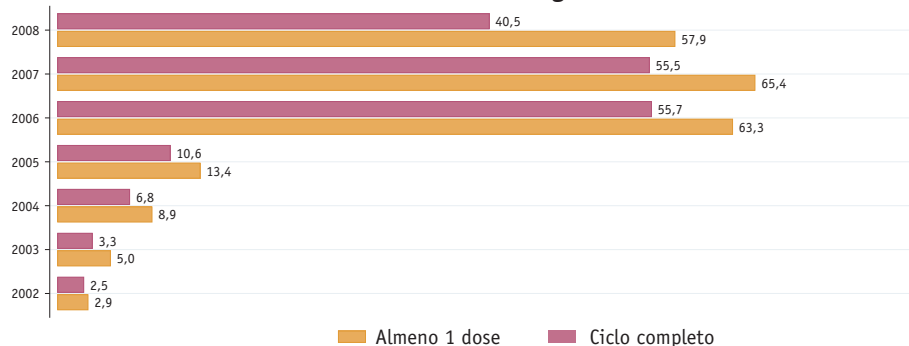
Le CV anti-HPV registrate in Toscana sono generalmente superiori ai valori medi nazionali, tuttavia nel momento in cui viene scritto questo documento non sono ancora disponibili i dati 2020 per l'Italia, pertanto il focus che segue è riferito esclusivamente alla nostra regione. In questo contesto non è infatti corretto confrontare le CV calcolate in anni diversi a causa dei "recuperati", ovvero ragazzi vaccinati tardivamente rispetto al momento della chiamata, responsabili di aumentare nel corso degli anni le CV relative alla propria coorte di nascita. In Toscana i valori di CV per HPV calcolati al 31 dicembre 2020 nelle ragazze (figura 4), mostrano come atteso il dato più basso per l'ultima coorte di vaccinati, quella del 2008, mentre per le coorti precedenti, in particolare quelle comprese tra il 1997 ed il 2006, per le quali l'offerta vaccinale si mantiene gratuita fino al compimento del diciottesimo anno di età, i valori sono decisamente superiori e si attestano su CV a partire da 78,2% per almeno una dose di vaccino e 75,5% per ciclo completo. La copertura vaccinale media per HPV nella nostra regione, come anticipato, si colloca su livelli tra i più alti se confrontata con le altre regioni, 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) per coorte di nascita (1996-2008) nella popolazione femminile - Toscana, anno 2020 - Valori percentuali - 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 nei maschi, calcolato al 31 dicembre 2020 e relativo all'ultima coorte di nati, quella del 2008, è il 57,9% per almeno una dose e il 40,5% per ciclo completo, valori come atteso decisamente inferiori rispetto a quelli relativi alle due coorti precedenti (2006 e 2007), per le quali invece sono stati registrati valori prossimi al 63-65% per almeno una dose e al 55% per ciclo completo (figura 5). I valori riferiti alle coorti di nati precedentemente il 2006 sono invece molto più bassi, probabilmente in conseguenza del fatto che la vaccinazione è divenuta gratuita a partire dalla coorte di nati appunto in questo anno. In Toscana le CV calcolate al 31 dicembre 2019 per i maschi e riferite alle coorti di nati negli anni 2006-2008 sono superiori ai valori nazionali. Le CV per HPV nei 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) per coorte di nascita (2002-2008) nella popolazione maschile - Toscana, anno 2020 - Valori percentuali - Fonte: elaborazioni ARS su dati Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Regione Toscana



In conclusione, è dunque doveroso rilevare come complessivamente il Servizio sanitario della Toscana sia riuscito a trovare le risorse, sia in termini di personale che 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 e che deve essere riconosciuto, specialmente in un anno come il 2020, in cui l'emergenza legata all'attuale pandemia in corso ha richiesto alla parte dell'SSR dedicato alla prevenzione 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 che internazionale, perchè 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 la diagnosi precoce del tumore 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 di 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). Lo screening ha gli obiettivi di evitare l'insorgenza del tumore o comunque di favorire una diagnosi precoce che consente di ricorrere a interventi chirurgici e terapie meno aggressive, a notevole beneficio della qualità di vita dei pazienti.

I dati della sorveglianza 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 risulta maggiore sia del valore del periodo 2016-2019 (87,5%) che della media italiana (79,4%).

La copertura allo screening coloretale in Toscana è più bassa rispetto agli altri due screening (69%), sebbene sia in leggero aumento nel tempo e nettamente superiore del valore medio nazionale (47%). La gran parte delle persone che ha effettuato lo screening del colon-retto lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle AUSL, mentre quello spontaneo, è poco frequente (5%).

Secondo i dati dell'Istituto toscano per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), in Toscana nel 2019 la partecipazione (aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo invito) allo screening mammografico è stata pari al 70,2% (figura 1), lievemente in calo rispetto al 2018 (72,2%) e valore più basso degli ultimi 10 anni. Tutti i programmi aziendali superano abbondantemente lo standard giudicato accettabile (50%) del Gruppo italiano per lo screening mammografico (GISMa), ma vi sono alcune situazioni che registrano un valore decisamente inferiore alla media regionale: le ex AUSL 5 Pisa, ex AUSL 7 Siena, ex AUSL 10 Firenze e ex AUSL 12 Viareggio (53,7%, 65,1%, 68,5% e 63,2% rispettivamente). Di queste ex AUSL, Pisa e Siena in particolare mostrano da anni lo stesso andamento con una scarsa fidelizzazione

della popolazione. Nella realtà pisana, che nel 2018 era riuscita a raggiungere eccezionalmente il 67,4% di partecipazione, questo è probabilmente imputabile a motivazioni organizzative, mentre nella realtà senese è probabilmente l'alta offerta degli stessi servizi da parte di privati a favorire la partecipazione.

Tabella 1. Screening mammografico, coloretale e cervicale - Persone che hanno eseguito l'esame ogni 100 residenti target* - Regioni e Italia, periodo 2017-2020 - Fonte: Studio PASSI, Istituto superiore di sanità

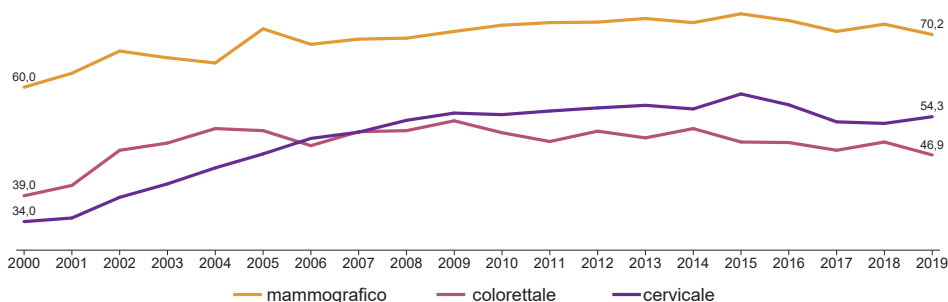
Regioni	Mammografico	Coloretale	Cervicale
Abruzzo	64,3	43	75,7
Basilicata	79,5	58,4	73,6
Calabria	58,4	12,1	61,7
Campania	54,1	28	64,9
Emilia-Romagna	85,8	67,4	89,3
Friuli-V.G.	89,6	72,9	89,5
Lazio	80,7	47,7	85,9
Liguria	85,1	53	86,4
Lombardia (2016-2019)	84,8	74,7	83,4
Marche	80,1	58,5	84,6
Molise	69,6	34,9	64,9
PA Bolzano	77	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	45,5	73,3
Sicilia	65,5	33	69,5
Toscana	85,6	69	88,2
Umbria	85,6	62,3	87,3
Valle d'Aosta	84,4	68	84,1
Veneto	86,7	69,3	88,4
Italia	74,6	47	79,4

*mammografico: donne 50-69 anni; coloretale: popolazione 50-69 anni, cervicale: donne 25-64 anni

Per quanto riguarda lo screening del colon-retto, in Toscana l'adesione media all'invito nel 2019 è stata pari al 46,9%, in calo rispetto a quella dell'anno precedente (49,4%). Lo standard di accettabilità proposto dal Gruppo italiano per lo screening coloretale (GISCoR) per questo indicatore è pari al 45%. La Toscana si conferma quindi, seppur di poco, sopra alla soglia. Valori di adesione inferiori al 45% si osservano nelle ex AUSL di Massa-Carrara (43,3%), Lucca (30%), Pistoia (42,9%) e Prato (41,4%). In tutte queste 4 realtà il valore di estensione è aumentato in maniera consistente rispetto all'anno precedente. Viareggio ha avuto delle difficoltà ad attuare il programma; nel 2018 aveva avuto solo il 32,4% di adesioni mentre nel 2019 ha raggiunto il 51,3%, anche grazie al fatto che ha prevalentemente invitato soggetti che avevano già aderito in precedenza. A differenza degli altri due screening, quello cervicale nel 2019 presenta un leggero aumento di copertura, percentuale aggiustata per gli inviti inesitati, rispetto ai due anni precedenti (54,3% rispetto al 53,3% e al 53% degli anni 2017 e 2018).

In Toscana lo screening per il tumore della cervice uterina sta completando la fase di transizione dal Pap test al test HPV primario ad intervallo quinquennale per le donne in fascia d'età 34-64 anni. Il Pap test a intervallo triennale rimane invece il test di screening per le donne tra i 25 e i 33 anni. Il Piano regionale della prevenzione 2014-2018 prevedeva il completamento di questo processo entro il 2019. Allo stato attuale il completamento è stato raggiunto ad eccezione delle province di Pistoia e Pisa, che hanno attuato un piccolo progetto di HPV a fine 2019 con 13 e 81 inviti rispettivamente.

Figura 1. Screening mammografico, colorettrale e cervicale - Adesione ogni 100 inviti (esclusi inesitati e esclusioni dopo invito) - Toscana, periodo 2000-2019 - Fonte: Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica della Toscana (ISPRO)



Nel 2020, nonostante la pandemia da Covid-19, la Toscana non ha fermato le attività di screening, sebbene vi siano stati rallentamenti. L'ONS (Osservatorio nazionale screening) ha monitorato la situazione dei ritardi dei programmi di screening durante la pandemia ed il recupero della tempistica da parte di ogni regione. In maniera non omogenea sul territorio nazionale le attività di screening sono state sospese ad aprile 2020, per poi riprendere a maggio.

La Toscana ha mantenuto ritardi e diminuzione del volume di donne che si sono sottoposte allo screening mammografico molto inferiori a quelli della media nazionale. In Italia la differenza tra il numero di donne che si sono sottoposte a questo tipo di screening tra gennaio e settembre 2020 e lo stesso periodo nel 2019 è pari a -43,5%, mentre in Toscana a -29,4%, con un possibile recupero stimato in 2,6 mesi contro la media italiana di 3,9 mesi.

Per quanto riguarda lo screening cervicale, complessivamente in Italia da gennaio a settembre 2020 si è sottoposto a screening il 48,8% in meno di donne rispetto allo stesso periodo nel 2019. Anche in Toscana la differenza è sostanziale, ma minore della media nazionale (-37,4%). Va anche considerato il fatto che il 7% del volume di donne da invitare allo screening in Toscana è attribuibile al passaggio dalla modalità PAP test (con cadenza triennale) alla modalità HPV test (quinquennale). Si stima che in Italia in media per recuperare questa perdita di screening servirebbero 4,4 mesi mentre in Toscana 3,4.

Anche lo screening colorettrale ha subito forti ritardi e diminuzioni. In Toscana si è registrato il -48,4% complessivamente, rispetto al -52,7% della media italiana. I mesi necessari per recuperare questo ritardo sono stimati essere 4,4 per la Toscana e 4,7 per l'Italia complessivamente.

Tempi di attesa specialistica ambulatoriale

Per la valutazione dei tempi di attesa garantiti per la specialistica ambulatoriale si fa riferimento al tempo che intercorre tra il momento della prenotazione e il tempo per l'erogazione prospettato all'utente al momento della prenotazione stessa.

Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato per il primo accesso di tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali e in base ai limiti temporali definiti per i codici di priorità (urgente, breve, differibile e programmata).

Il tempo di attesa si intende soddisfatto quando l'Azienda sanitaria garantisce, direttamente o attraverso l'Azienda ospedaliera che insiste nel proprio territorio o la rete degli erogatori privati accreditati che compongono l'offerta, la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito, in almeno un punto di erogazione dell'ambito di garanzia. L'ambito territoriale entro il quale deve essere soddisfatta la domanda si identifica con la Zona distretto (strutture territoriali, ospedaliere e del privato convenzionato), tuttavia per alcune prestazioni, in base all'offerta disponibile, ogni singola Azienda deve definire un ambito geografico di garanzia assicurato con la formalizzazione di reti cliniche dell'offerta specialistica, definite assumendo un bacino demografico di riferimento, per ciascuna disciplina non superiore ai 400mila abitanti.

A livello nazionale, i tempi massimi di attesa per visite (30 giorni) e diagnostica (60 giorni) sono definiti nel Piano Nazionale di gestione delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2020. La Toscana ha recepito con il Piano regionale di gestione delle liste di attesa (PRGLA) 2019-20 le indicazioni nazionali, ma garantendo tempi di attesa più stringenti e quindi anche più sfidanti rispetto a quelli nazionali sia per le visite (15 giorni) sia per la diagnostica per immagini (30 o 60 giorni).

La tabella 1 mostra la percentuale di visite di primo accesso prenotate entro i tempi massimi (15 giorni) previsti dal Piano regionale di gestione delle liste di attesa (PRGLA) 2019-21 per gli anni 2019 e 2020.

Nel passaggio dal 2019 al 2020, nonostante l'emergenza pandemica abbia imposto la sospensione dell'attività ambulatoriale nei mesi di marzo e aprile 2020 (quando erano assicurate soltanto le prestazioni urgenti e brevi), la Regione Toscana è riuscita a garantire entro i 15 giorni stabiliti dal PRGLA una percentuale soddisfacente di visite e a migliorare la percentuale delle prenotazioni garantite nel Piano nazionale (a livello nazionale le tempistiche da garantire sono superiori a quelle regionali, in questo caso 30 giorni).

La tabella 2 mostra la percentuale di prestazioni diagnostiche di primo accesso prenotate entro i tempi massimi previsti dal PRGLA 2019-21 per gli anni 2019 e 2020.

Tabella 1. Percentuale raggiungimento obiettivo regionale sulla prenotazione delle visite entro 15 giorni - Toscana, periodo 2019 e 2020 - Fonte: Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

Specialità visita	Anno								
	Visite erogate	2019				2020			
		N	di cui ENTRO tempi regionali	%	di cui ENTRO tempi nazionali	%	N	di cui ENTRO tempi regionali	%
Cardiologica	75.674	58.997	78%	86%	79.001	68.747	87%	90%	
Chirurgia Generale	28.447	27.105	95%	97%	24.636	22.039	89%	95%	
Dermatologica	93.700	77.322	83%	87%	79.681	69.008	87%	90%	
Ginecologica	30.794	24.826	81%	86%	30.266	24.127	80%	87%	
Neurologica	34.491	28.629	83%	91%	34.189	30.505	89%	95%	
Oculistica	137.097	109.267	80%	84%	116.968	104.108	89%	92%	
Ortopedica	68.462	55.530	81%	88%	59.075	52.593	89%	94%	
Otorinolaringoiatrica	74.624	67.005	90%	97%	66.440	56.149	85%	92%	
Urologica	25.965	20.653	80%	86%	27.904	23.364	84%	90%	

* I criteri di selezione adottati sono i seguenti: visite di primo contatto e successivo (fino al 15 maggio 2020 era selezionato solo il Primo contatto); prima disponibilità; codici di priorità: Urgente, Breve, Differibile, Non indicata. A partire dal 2020, per l'AOU Senese e per l'AOU Pisana è stato selezionato anche il codice di priorità Programmata, coerentemente con il modello organizzativo adottato dalle Aziende (rispettivamente "Ospedale senza tempi di attesa" e "Open Access"), che viene valutato secondo i tempi massimi previsti per il codice di priorità D.

* Legenda colori: Rosso: 0%-74%, Giallo: 75%-89%, Verde: >= 90%

Tabella 2. Percentuale raggiungimento obiettivo regionale sulla prenotazione di diagnostica per immagini entro i termini stabiliti dal PRGLA - Toscana, periodo 2019 e 2020 - Fonte: Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

Prestazioni	Anno								
	Prestazioni erogate	2019				2020			
		N	di cui ENTRO tempi regionali	%	di cui ENTRO tempi nazionali	%	N	di cui ENTRO tempi regionali	%
Diagnostica Ecografica Del Capo E Del Collo	35.313	41.779	85%	92%	32.806	34.982	94%	96%	
Eco(Color)Doppler Dei Tronchi Sovra Aortici	56.291	64.616	87%	87%	51.591	55.712	93%	93%	
Eco(Color)Dopplergrafia Arti Sup O Inf O Distrettuale, Fetoplacentare Arteriosa O Venosa	48.044	53.668	90%	90%	46.006	48.458	95%	95%	
Eco(Color)Dopplergrafia Cardiaca	40.190	45.696	88%	93%	39.711	41.125	97%	99%	
Ecografia Dell Addome (Superiore, Inferiore, Completo)	80.765	91.487	88%	94%	73.885	76.910	96%	98%	
Ecografia Della Mammella	19.174	22.879	84%	92%	17.726	19.384	91%	95%	
Ecografia Ginecologica	922	1.764	52%	64%	772	1.479	52%	65%	
Ecografia Ostetrica	18.790	19.946	94%	97%	21.464	22.708	95%	97%	
Rm Addome Inferiore	2.466	2.736	90%	90%	1.796	1.851	97%	97%	
Rm Colonna	39.759	44.486	89%	89%	37.515	38.630	97%	97%	
Rm Encefalo E Del Tronco Encefalico	21.319	24.333	88%	88%	18.212	19.035	96%	96%	
Rm Muscoloscheletrica	32.845	35.828	92%	92%	32.658	33.186	98%	98%	
Tc Addome	21.536	25.330	85%	94%	24.955	26.930	93%	98%	
Tc Capo	17.745	18.689	95%	95%	16.419	16.586	99%	99%	
Tc Di Bacino E Articolazioni Sacroiliache	584	606	96%	96%	539	540	100%	100%	
Tc Rachide E Dello Speco Vertebrale	7.104	7.493	95%	95%	6.400	6.458	99%	99%	
Tc Torace	26.492	28.528	93%	93%	28.688	29.325	98%	98%	

* I criteri utilizzati sono: primo contatto per le prestazioni diagnostiche; prima disponibilità; codici di priorità: U, B, D, Non indicata. Rm=risonanza magnetica; Tc=tomografia computerizzata

Come possiamo vedere, dal 2019 al 2020 la Regione Toscana ha migliorato nel raggiungimento dell'obiettivo regionale per tutte le prestazioni di diagnostica (tranne per l'ecografia ginecologica i cui valori rimangono invariati nei due anni considerati) e nella capacità di garantire la prenotazione sia entro i tempi regionali che nazionali.

In base agli indicatori rilevati, quindi, nonostante il disagio e l'interruzione di alcune attività conseguenti all'emergenza pandemica, si è riusciti comunque a raggiungere risultati soddisfacenti nel garantire il rispetto dei tempi di attesa nella prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Cure primarie per la cronicità

Le cure primarie in Toscana puntano sulla presa in carico territoriale dei pazienti, in particolare i malati cronici, da parte dei medici di medicina generale (MMG) organizzati in Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) per poter meglio raggiungere obiettivi di appropriatezza, contenimento dei costi e miglioramento degli esiti di salute. Su questo modello organizzativo si instaura anche la Sanità di iniziativa (SDI), il progetto di presa in carico proattiva della cronicità incentrato sull'adesione a specifici Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) per le principali condizioni croniche. Al 1° gennaio 2020, risultavano aderenti alla SDI circa il 60% dei MMG.

Per valutare appropriatezza, esiti e costi, da alcuni anni continuiamo a monitorare tre indicatori sintetici, misurandone non solo la variazione nel tempo, ma anche la variabilità interna alle singole AFT, per verificare che l'aggregazione dei MMG assicuri maggiore omogeneità di assistenza.

Gli indicatori di monitoraggio che presentiamo in questa scheda risentono ovviamente degli effetti indiretti della pandemia da Covid-19 e delle limitazioni introdotte per cercare di contenere i contagi, che hanno sicuramente giocato un ruolo decisivo nella riduzione di accessibilità, ma anche di domanda, ai servizi sanitari ospedalieri e ambulatoriali durante buona parte del 2020.

Un indicatore proxy di appropriatezza delle cure erogate è la percentuale di raccomandazioni cliniche recepite nei PDTA seguite dai malati cronici toscani: nel 2020 il valore è in forte diminuzione rispetto all'anno precedente (più di 3 raccomandazioni), con 2,5 raccomandazioni su 10 seguite tra quelle recepite nei PDTA per le loro patologie. Peraltro, anche il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario e in area medica, proxy di esito di salute negativo, è in calo nel 2020: 48 ogni 1.000 assistiti d'età 16+ rispetto ai 56 del 2019. Infine, per quanto riguarda la spesa territoriale complessiva, il dato 2020 risulta di 491 euro pro capite, anche questa in riduzione rispetto all'anno precedente (tabella 1).

Si riconferma, in generale, un livello di assistenza leggermente migliore tra gli assistiti da MMG aderenti alla SDI: a fronte di una lieve contrazione della spesa sanitaria territoriale si ottiene maggior adesione alle indicazioni terapeutiche e una riduzione degli esiti di salute negativi. Le differenze tra medici aderenti alla SDI e non, però, si fanno sempre più sottili rispetto al periodo iniziale di avvio del progetto, come se si stesse perdendo l'effetto propulsivo iniziale e vi fosse la necessità di un nuovo rilancio. In questo senso, si rende sempre più necessaria l'implementazione di quanto previsto dalla recente legge regionale 20/2020 - Promozione della medicina di iniziativa - e dalla scheda operativa del vigente 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, anni 2019 e 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

Indicatore	2019			2020		
	Tutti	SDI*	No SDI*	Tutti	SDI*	No SDI*
Raccomandazioni seguite per cura malattie croniche	32,10%	32,60%	31,40%	25,40%	25,70%	25,10%
Tasso di ricovero x1000 (ordinario, reparti per acuti, DRG medico)	56,4	55,2	58,0	48,4	47,2	50,1
Spesa per assistenza territoriale pro capite	517 €	515 €	520 €	491 €	487 €	497 €

* SDI: medici aderenti alla sanità d'iniziativa

Nelle successive figure (1-3), le AFT sono rappresentate in base alla variazione percentuale 2019-2020 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 all'interno delle AFT.

La percentuale media di raccomandazioni seguite per la cura delle malattie croniche è diminuita in quasi tutte le AFT (113 su 116), mentre in 73 è diminuita la variabilità interna tra MMG (figura 1).

Il tasso di ricovero, proxy di esiti di salute avversi, è diminuito in 114 AFT su 116, e in 72 AFT è diminuita la variabilità tra MMG (figura 2).

La spesa media pro capite per l'assistenza territoriale è diminuita in 93 AFT su 116, la variabilità interna si è ridotta in 50 AFT (figura 3).

I tre grafici sottolineano le conseguenze della contrazione dei volumi di erogazione avvenuta nel 2020 a seguito delle misure messe in campo per ridurre al minimo il rischio di contagio nelle strutture sanitarie. Oltre alla chiusura temporanea di alcuni servizi in periodi specifici e alla limitazione del numero di accessi giornalieri consentiti, è possibile che una parte dei pazienti abbia comunque adottato maggiori precauzioni, riducendo al minimo o evitando del tutto l'accesso a prestazioni sanitarie ritenute non indispensabili.

Il prolungamento della pandemia continuerà plausibilmente ad incidere sull'assistenza primaria, il monitoraggio del 2021 servirà a capire se il sistema sanitario e sociosanitario sarà stato in grado di reagire, tornando ad assicurare i livelli di assistenza pre-Covid-19 in maniera omogenea sul territorio toscano.

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 2019 e 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

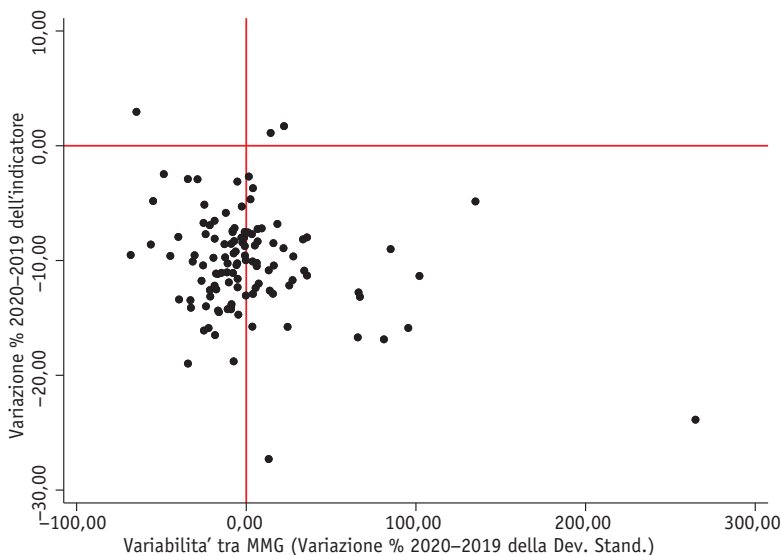


Figura 2. Ospedalizzazione in regime ordinario, reparti per acuti, DRG medico, tra gli assistiti d'età 16+ - Posizionamento delle AFT per combinazione della variazione annuale dell'indicatore e della variazione annuale di variabilità interna - AFT toscane, anni 2019 e 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

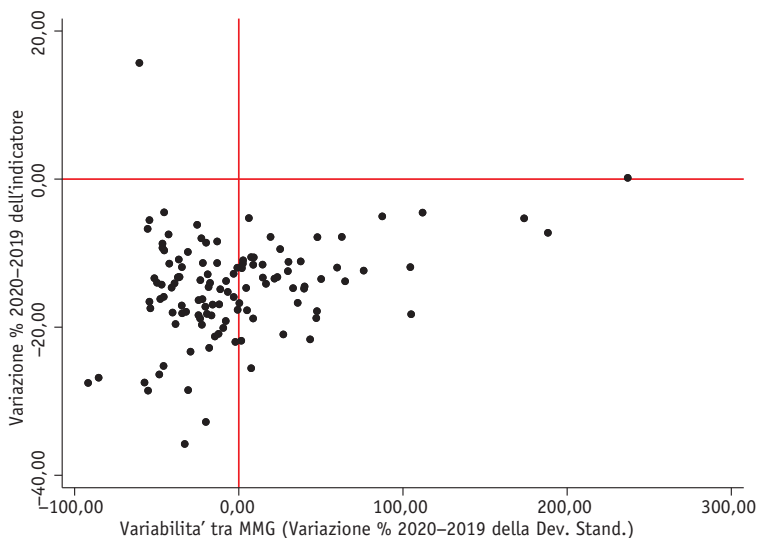
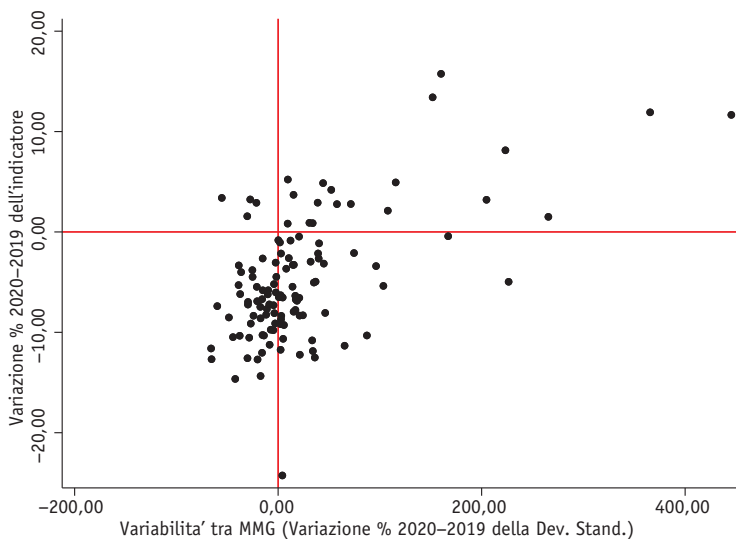


Figura 3. Spesa pro capite per assistenza territoriale tra gli assistiti d'età 16+ - Posizionamento delle AFT per combinazione della variazione annuale dell'indicatore e della variazione annuale di variabilità interna - AFT toscane, anni 2019 e 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Assistenza della 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 che 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 (RSA) temporaneo o permanente (IR 66/2018).

Nel 2020 le RSA sono state, insieme agli ospedali, le strutture sanitarie/sociosanitarie maggiormente colpite dagli effetti diretti ed indiretti della pandemia da Covid-19, 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 volume 2 questi temi saranno trattati ampiamente.

Durante l'anno sono state prese in carico 126.466 persone anziane ultra 65enni (13,3 ogni 100 anziani residenti). Delle 126.466 prese in carico il 3,3% erano caratterizzate 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 18.656 PAP redatti. 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: PASSI d'Argento 2019). 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" individua i 2.879 ospiti di RSA positivi al SARS-CoV-2 che sono stati trasferiti temporaneamente nelle RSA Covid (tipologia di assistenza introdotta ad hoc nel 2020 per fronteggiare il contagio nelle strutture residenziali). Si tratta di anziani che si trovavano già in carico ai servizi residenziali, pertanto non contati ulteriormente tra le persone prese in carico, che nel 2020 sono state 108.553 (+3.011 rispetto al 2019) per un totale di circa 3.300 PAP redatti in più rispetto al 2019 (+21,6%) (tabella 1). Nel confronto tra i due anni si nota un aumento delle persone in assistenza domiciliare e una diminuzione di quelle assistite in strutture residenziali o semiresidenziali. Plausibilmente si tratta dell'effetto delle restrizioni introdotte nell'ambito del contenimento della pandemia da Covid-19 nelle 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 peggiori 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, anni 2019 e 2020 – Fonte: Regione Toscana

Tipologia	2019			2020		
	nuovi PAP attivati	persone in carico 65+ anni		nuovi PAP attivati	persone in carico 65+ anni	
		n	per 1.000 ab. 65+		n	per 1.000 ab. 65+
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
Interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l’acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale	1.690	6.806	7,2	1.674	7.380	7,8
Inserimenti in strutture semiresidenziali	424	2.123	2,3	403	1.673	1,8
Residenzialità assistenziale intermedia (Cure intermedie in RSA)				2.879	2.879	3,0
Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	1.837	3.406	3,6	1.817	3.468	3,6
Inserimenti permanenti in residenza	1.393	14.575	15,5	1.502	13.760	14,5
Interventi misti in forma diretta e residenziale	4.685			4.789		
Totale	15.340	105.542	111,9	18.656	108.553	114,2

Nella nostra regione a dicembre 2020 risultano attive 335 RSA, per un totale di 15.293 posti letto, di cui 13.831, pari a 14,6 ogni 1.000 anziani toscani, sono quelli destinati alla non autosufficienza (90%). Circa una struttura su tre è di proprietà pubblica (29%). L’indice di copertura dei posti letto per non autosufficienti sui ultra64enni è pari all’1,4%.

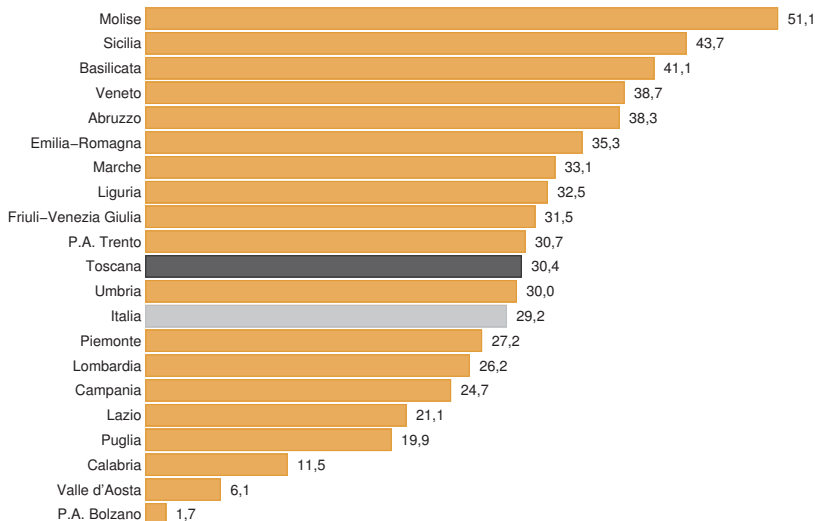
L’offerta semiresidenziale (Centri diurni) conta 146 strutture, di cui 101 per non autosufficienti e 25 per anziani con demenza. Il 49% di questi Centri diurni è pubblico. I posti per non autosufficienti sono 1.188 (1,2 per 1.000 anziani), quelli per anziani con demenza 341 (0,4 per 1.000 anziani).

A completamento del quadro, l’offerta regionale comprende anche 1.462 posti letto per autosufficienti in RSA (oltre ai 1.294 posti letto presenti nelle 46 residenze sociali assistite – RA) e 20 Centri diurni (346 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 2019 (pre-Covid-19), 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.

Circa 1 anziano su 30 in Toscana nel 2019 ha avuto almeno un’erogazione di ADI (30,4 ogni 1.000 anziani), valore superiore alla media italiana (figura 1), pari al 29,2 per 1.000 anziani.

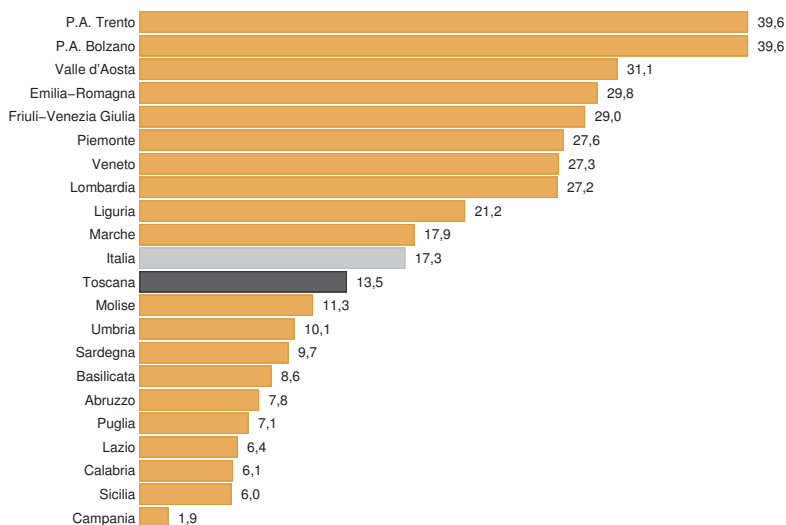
Figura1. Assistenza domiciliare integrata – Anziani (età 65+) in ADI ogni 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2019 – Fonte: Rapporto Osservasalute 2020



*Dato Sardegna non disponibile

L'ultimo dato disponibile, a livello nazionale, per gli anziani ospiti di RSA risale invece al 2018, quando in Toscana era di poco inferiore alla media italiana: 13,5 ospiti in RSA ogni 1.000 anziani a fronte di una media italiana di 17,3 per 1.000 (figura2).

Figura2. Assistenza in RSA – Anziani (età 65+) in RSA ogni 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2018 – Fonte: Rapporto Osservasalute 2020



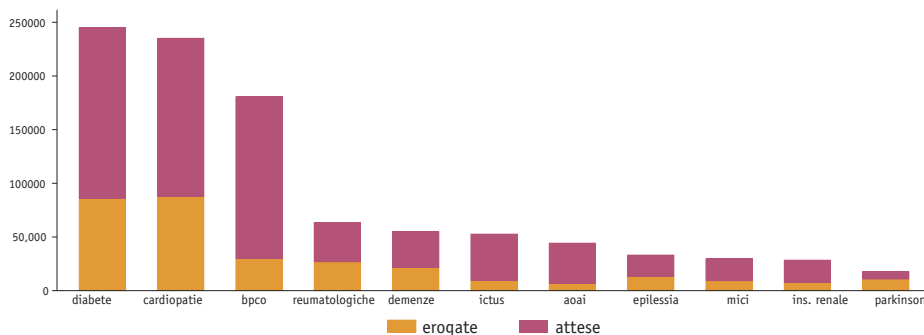
Assistenza specialistica per la cronicità

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.

Per valutare se la risposta specialistica ambulatoriale sia adeguata alla domanda, è possibile confrontare il numero di visite specialistiche attese per gli assistiti con le più comuni condizioni croniche (cardiopatie, BPCO, diabete, ictus, malattie neurodegenerative, malattie reumatiche croniche, malattie intestinali croniche, insufficienza renale cronica e arteriopatie degli arti inferiori) con le visite erogate nel corso del 2020. 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.

Il numero di visite erogate è notevolmente più basso delle visite attese per tutti i gruppi di pazienti (figura 1). Sulla distanza tra erogato e atteso incidono ovviamente gli effetti delle limitazioni introdotte per cercare di contenere i contagi da SARS-CoV-2, specialmente nei mesi di marzo-maggio del 2020, caratterizzati da un lockdown generale, la sospensione o la forte contrazione dell'offerta di alcuni servizi specialistici non urgenti, l'invito generale alla popolazione a recarsi presso strutture sanitarie e sociosanitarie solamente in situazioni non rimandabili.

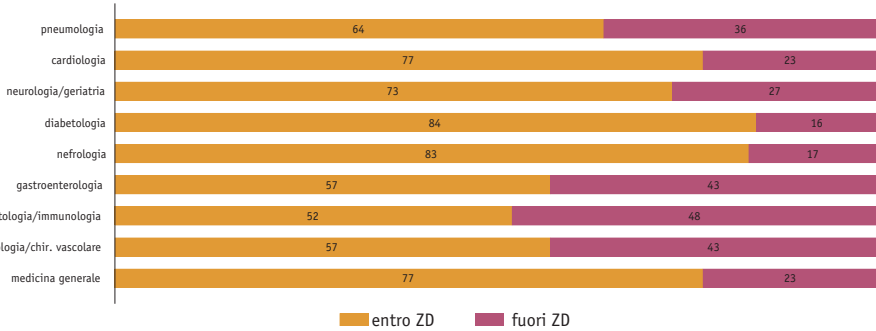
Figura 1. Visite specialistiche attese e erogate per patologie croniche – Numero di visite erogate rispetto alle visite attese – Toscana, anno 2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Restano fuori da questo grafico circa 80mila visite di medicina interna erogate a questi pazienti. È possibile che una parte delle visite attese nelle specialità mediche abbia trovato una risposta in questa disciplina.

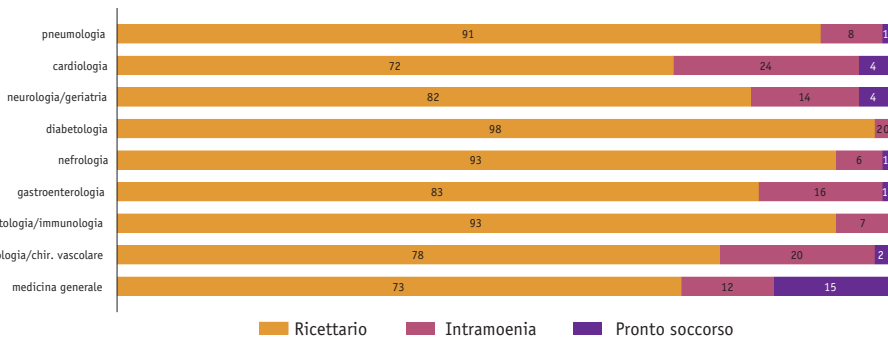
La percentuale delle visite erogate da presidi localizzati nella stessa Zona distretto di residenza degli assistiti varia da specialità a specialità, dal 52% per le visite reumatologiche o immunologiche all'84% per le visite diabetologiche (figura 2).

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, anno 2020 - 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 72% per la cardiologia alla 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 dell'SSR, tutte le visite fatte privatamente dai pazienti.

Figura 3. Visite specialistiche per patologie croniche per modalità di accesso - Numero di visite fatte per modalità di accesso per 100 visite fatte - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Per contenere gli effetti della pandemia sulla contrazione delle prestazioni erogate, con la DGR n. 464 del 6 aprile 2020, la Regione Toscana, molto tempestivamente, ha fornito alle aziende sanitarie indicazioni sulle modalità di prescrizione, accesso, erogazione, registrazione e individuazione della spesa per le attività di tele visita e di teleconsulto relative a 83 prestazioni sanitarie. Questa modalità di erogazione delle visite di controllo ha però colmato solo

parzialmente la diminuzione di visite specialistiche verificatesi nel 2020. Solo la diabetologia, che per sua natura si presta meglio all'erogazione con questa modalità, ha contribuito in misura maggiore, mentre il contributo delle altre discipline è stato molto minore e non omogeneo sul territorio (tabella 1).

Tabella 1. Televisite specialistiche erogate per patologie croniche – Numero di televisite erogate e valore percentuale per 100 assistiti con patologia cronica – Toscana, anno 2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

Patologia cronica	Disciplina specialistica	Assistiti con patologia	Televisite di controllo erogate	per 100 malati cronici
Diabete	Diabetologica	241.765	16.173	6,7
Parkinson	Neurologica	17.198	422	2,5
Sclerosi multipla	Neurologica	8.586	147	1,7
Epilessia	Neurologica	31.898	531	1,7
Malattia reumatica	Reumatologica	62.314	827	1,3
Scompenso cardiaco	Cardiologica	80.552	934	1,2
Demenza	Geriatrica	57.631	645	1,1
Insufficienza renale	Nefrologica	27.557	308	1,1
Malattia infiammatoria intestinale	Gastroenterologica	28.368	279	1,0
Fibrillazione atriale non valvolare	Cardiologica	62.787	573	0,9
Infarto miocardio acuto	Cardiologica	63.636	560	0,9
Demenza	Neurologica	57.631	502	0,9
Cardiopatia ischemica	Cardiologica	160.943	1.293	0,8
Ictus	Neurologica	52.751	245	0,5

Emergenza-urgenza

La fotografia 2020 dell'attività delle centrali operative e dei Pronto soccorso che forniamo di seguito risente non solo dell'operato del sistema dell'emergenza urgenza, ma anche degli effetti diretti ed indiretti dell'emergenza sanitaria causata dalla Covid-19.

A tre anni dalla conclusione della prima fase del processo di riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza territoriale (DGRT 1117/2013), che ha visto il passaggio da 12 a 6 centrali operative 118 (CO), 2 in ogni AUSL, Firenze-Prato, Pistoia-Empoli, Alta Toscana (Viareggio-Massa- Lucca), Livorno-Pisa, Siena-Grosseto e Arezzo, è possibile fare un primo bilancio degli effetti della riforma.

Nel corso del 2019, le centrali operative 118 hanno registrato 529.226 chiamate per soccorso e nell'87% di queste (460.429) è stato necessario attivare un intervento, rapporto ormai stabilizzato da due anni. In termini assoluti, si assiste ad un ulteriore incremento sia delle chiamate (+13mila) sia degli interventi (+9mila). Il numero di chiamate, di interventi e di missioni rappresentano i valori più alti nella serie storica a disposizione, con un trend crescente a partire dal 2017. In aumento, infatti, anche il numero di missioni (524.623), +1% rispetto all'anno precedente, in lieve riduzione invece il rapporto tra missioni attivate ed interventi (quasi -1,1). Nel 2020 si osserva invece una riduzione di tutti e tre gli indicatori: chiamate -11%, interventi -15% e missioni -14%. Rispetto al 2019 sono diminuiti gli interventi per tutte le classi patologiche presunte, eccetto quella infettiva, che ha mostrato un incremento del 115%. Circa il 60% della riduzione degli interventi è imputabile a cause traumatiche (-20mila), neurologiche (-18mila) e cardiologiche (-10mila). Tutto questo è da leggere nel contesto pandemico nel quale ci siamo trovati.

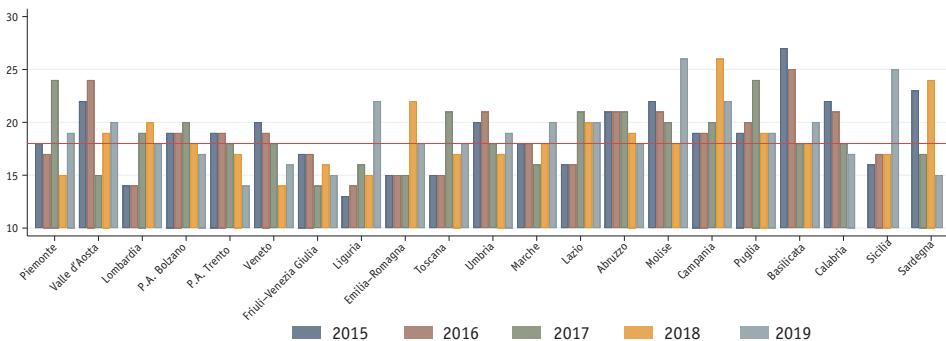
Le tre basi operative di elisoccorso (Firenze, Grosseto e Massa-Carrara), coordinate dalla Centrale unica regionale "Toscana Soccorso", hanno effettuato 2.763 missioni nel 2019, costanti rispetto all'anno precedente, e 2.406 nel 2020 (-14,8% rispetto al 2019).

I sistemi dell'emergenza territoriale regionali possono confrontarsi tra loro mediante l'indicatore "intervallo allarme-target" dei mezzi di soccorso, una misura dell'efficacia e rapidità dell'organizzazione del 118. Tale indicatore, incluso tra gli adempimenti previsti dai LEA dal 2010, rappresenta il 75° percentile della distribuzione degli intervalli temporali 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 triage critico, rosso o giallo, nell'anno. La Toscana ha sempre rispettato la soglia prevista dall'adempimento LEA (18 minuti), confermandosi come un sistema di emergenza territoriale efficiente nel tempo, con un valore dell'indicatore che si attesta dal 2013 al 2019 a 15 minuti (figura 1). L'indicatore subisce un incremento di tre minuti nel 2020 passando a 18 minuti e mantenendosi tale nei primi sette mesi del 2021 (fonte: Ministero della Salute EMUR-PS), valore ancora entro target ministeriale. La crescita di 3 minuti è almeno in parte imputabile al tempo impiegato dagli operatori per la vestizione di protezione, necessaria come misura di prevenzione del contagio da Covid-19.

Tra le Regioni italiane, si confermano come risultato migliore e mantenuto nel tempo, la Liguria

con 14 minuti, la Lombardia e Toscana con valore identico pari a 15 minuti. Sono 10 le regioni che rispettano la soglia dei 18 minuti nel 2019 e solo 3 nel 2020 (Liguria, Emilia-Romagna e Toscana).

Figura 1. Indicatore “intervallo allarme-target” - Tempo in minuti - Regioni italiane, periodo 2015-2019 - Fonte: Ministero della Salute



*In evidenza la linea relativa al valore dell'adempimento LEA.

Il 1° agosto 2019 sono state approvate in Conferenza Stato-Regioni le nuove Linee di indirizzo nazionali sul triage intra-ospedaliero, sull'osservazione breve intensiva e per lo sviluppo del piano di gestione del sovraccollamento in Pronto soccorso. Tre documenti che hanno come obiettivi fondamentali quelli di ridurre i tempi di attesa, evitare ricoveri inappropriati e aumentare la sicurezza delle dimissioni. 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 sovraccollamento 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 un colore a codici numerici, da 1 a 5, dove alla cifra più bassa corrisponde la priorità più alta.

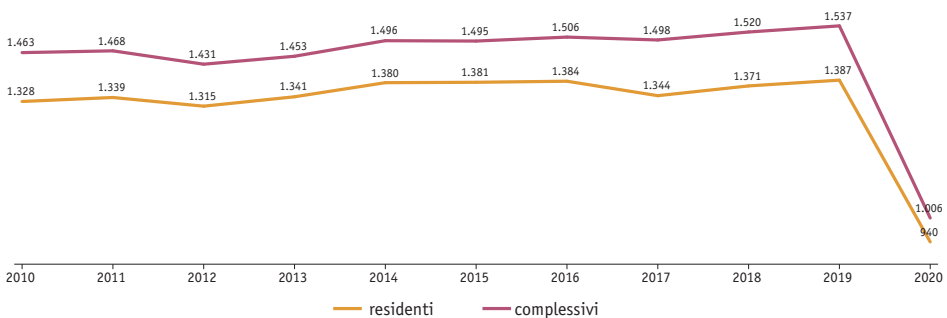
Il PS lavora su tre linee di attività: alta, media e bassa complessità. Quest'ultima è articolata in codici minori, gestiti dal medico, *See & Treat* gestito da infermieri appositamente formati e *Fast Track* che prevede l'invio diretto dal *triage* al medico specialistico. Il PS è così un servizio adattativo, 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 sovraccollamento, 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 dell'iper-afflusso. Tale programmazione ha consentito alle varie aziende di pianificare le risorse necessarie nell'anno, consentendo così una applicazione tempestiva di quanto definito nel piano stesso.

Il passaggio al nuovo modello di PS si è concluso a giugno 2020, si è trattato di un processo pluriennale, avviato inizialmente con azioni di formazione del personale addetto al *triage* e poi implementato a metà 2018, con la sperimentazione presso l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi ed a seguire, a fine anno, con i PS di Prato ed Empoli. Entro la prima metà del 2019 sono transitati verso il nuovo modello tutti i PS delle AUSL Centro e Nord Ovest, il PS dell'Ospedale unico Versilia con qualche mese di ritardo. Dopodiché, entro la fine dell'anno hanno aderito anche le restanti aziende ospedaliero-universitarie ed entro il primo semestre 2020 hanno aderito anche le strutture della AUSL Sud Est. Questa novità comporta alcune difficoltà nel *benchmarking* tra strutture durante tutta la fase di transizione, a cui si aggiungono, anzi seguono, gli effetti della pandemia.

Dopo quattro anni in cui si sono sfiorati il milione e mezzo di accessi, nel 2018 si è superato tale plateau (1.520 mila accessi) e nel 2019 si è registrata l'affluenza massima di accessi: 1.537.191, in aumento rispetto all'anno precedente di 17.207 presenze (+1,1%). Con il 2020 si interrompe il trend crescente, con una riduzione del 34% dell'attività (-531 mila accessi), effetto delle limitazioni introdotte per contenere l'epidemia da Covid-19, che hanno influito sul numero di traumatismi osservati nel 2020 e in generale sul numero di accessi per codici più lievi.

Nella figura 2 si riporta l'andamento del numero di accessi complessivi e quelli effettuati da residenti in toscana. Emerge come la variazione nel tempo del fenomeno sia 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% nel 2020, anno in cui si sono alternati periodi di lockdown che hanno fortemente limitato gli spostamenti tra regioni e nazioni.

Figura 2. Accessi in Pronto Soccorso, per residenti e non - Valori in migliaia - Toscana, periodo 2011-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso informativo PS



Il 2019, rispetto agli anni precedenti, rappresenta per l'Italia l'anno con maggior numero di accessi in Pronto soccorso, superando i 21 milioni di accessi ed un tasso di accesso pari a 354,1 per 1.000 abitanti. Rispetto al 2018, quando si osservava una riduzione del tasso di accesso per metà delle regioni italiane, nel 2019 erano solo tre le regioni con un tasso in calo: Campania (-14%), Piemonte (-0,7%) e Abruzzo (-0,4%). Nel 2020, invece, lo scenario è completamente stravolto dalla pandemia, facendo registrare una forte riduzione di accessi su tutto il territorio nazionale

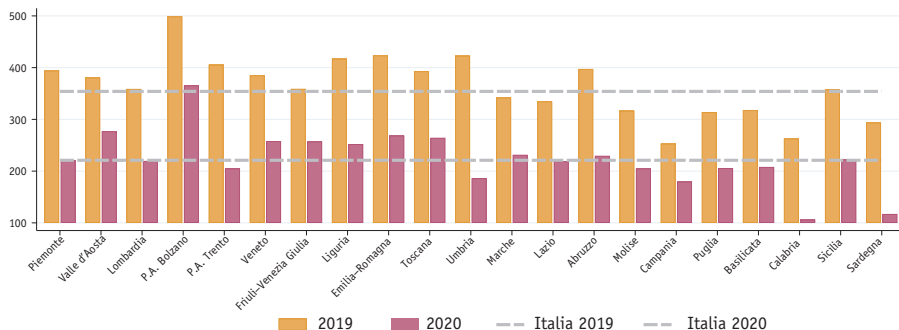
rispetto all'anno precedente di -37,6% complessivamente ed una variazione percentuale intra-regioni che oscilla tra -60% della Sardegna e -27% della P.A. di Bolzano (tabella 1).

Tabella 1. Accessi in Pronto soccorso - Variazione percentuale 2020 vs 2019 - Regioni italiane, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione Ars dati NSIS Ministero della Salute

Regione	Variazione % 2020 vs 2019
P.A. Bolzano	-26,7
Valle d'Aosta	-27,3
Friuli-Venezia Giulia	-28,3
Campania	-29,0
Marche	-32,4
Toscana	-32,7
Veneto	-33,0
Puglia	-34,5
Lazio	-34,6
Basilicata	-34,6
Molise	-35,3
Emilia-Romagna	-36,6
Sicilia	-37,8
Lombardia	-38,8
Liguria	-39,6
Abruzzo	-42,2
Piemonte	-44,0
P.A. Trento	-49,4
Umbria	-56,0
Calabria	-59,6
Sardegna	-60,2

La Toscana, nonostante la riduzione del 32,7%, anche nel 2020 mantiene un tasso maggiore del dato nazionale: 264,3 vs 220,9 per 1.000 abitanti (figura 3).

Figura 3. Accessi in Pronto soccorso - Accessi per 1.000 abitanti - Regioni italiane, anni 2019 e 2020 - Fonte: NSIS Ministero della Salute, Italia 2019-2020



Ricovero ospedaliero

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un rimodellamento dell'assistenza ospedaliera sia a livello nazionale che, in modo forse ancor più marcato, in alcune regioni. In Toscana, l'SSR è stato oggetto di un processo di riorganizzazione continuo, con l'obiettivo di incrementare l'appropriatezza e la sicurezza delle cure.

La de-ospedalizzazione è stata sicuramente uno degli ambiti principali della riorganizzazione, anche in virtù dell'apporto innovativo della tecnologia e della gestione integrata dei problemi di salute, cui ha fatto seguito la riduzione del tasso di ospedalizzazione e, di conseguenza, dei posti letto ospedalieri.

Il documento di programmazione ospedaliera più importante e completo degli ultimi anni, che ha portato alla rimodulazione del sistema ospedaliero e dei servizi territoriali ed ha stimolato l'avvio di progetti di cambiamento, è il DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Al decreto ministeriale ha fatto seguito la legge regionale n.84 del 28 dicembre 2015 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005" che ha riformato la sanità toscana accorpando le 12 ex AUSL nelle tre Aree vaste (Centro, Nord Ovest e Sud Est). L'accorpamento ha permesso di avviare processi di riorganizzazione e miglioramento estesi all'intera rete assistenziale, con l'obiettivo, sul settore delle cure ospedaliere, di facilitare le dinamiche di rete e di migliorare l'accessibilità alle competenze specialistiche.

Il nuovo assetto della sanità toscana si presta così ad affrontare le nuove sfide che coinvolgono le 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, in particolare, intervenendo su diversi ambiti dell'assistenza ospedaliera, aggiorna ed integra i LEA.

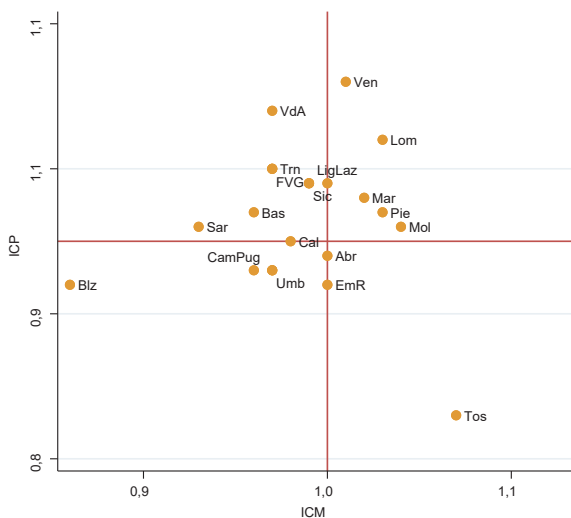
Il 2020 rappresenta l'anno in cui ogni equilibrio raggiunto dai sistemi sanitari regionali rischia di essere compromesso, dove la continua capacità di adeguare la propria organizzazione, non deve più solo rispondere ai bisogni di salute sempre più complessi della popolazione, ma deve far fronte alla peggior crisi mai affrontata, indotta dalla pandemia da Covid-19.

Il processo di riduzione dei ricoveri ospedalieri e delle giornate di degenza è un fenomeno che caratterizza da anni il nostro Paese, e con l'avvento della Covid-19 si è assistito ad un ulteriore e straordinario calo dell'attività di ricovero. In Toscana il numero complessivo di ricoveri si riduce del 18% rispetto all'anno precedente, passando da 551.098 ricoveri del 2019 a 449.117 del 2020, mentre nel 2019 la riduzione era stata dell'1,4% rispetto all'anno precedente. In termini assoluti sono i ricoveri ordinari (77% del totale) a pesare maggiormente sulla diminuzione, con 4.652 ricoveri in meno nel 2019 rispetto al 2018 (-2,2%) ed un ulteriore calo di 71.084 ricoveri nel 2020 (-12,7% rispetto al 2019). Sono però i ricoveri diurni (day hospital, 23% del totale dei ricoveri) a subire una maggiore contrazione in termini relativi, rispettivamente -5,9% nel 2019

rispetto al 2018 e -16,3% nel 2020. Il numero di giornate di degenza mostra, anche nell'ultimo biennio, un andamento decrescente. L'unico anno in controtendenza è stato il 2017, quando anche la degenza media, stabile da cinque anni a 6,7 giorni, subisce per due anni consecutivi un incremento di 0,1 giornate, raggiungendo il valore di 6,9. Nel 2019, la degenza si riduce nuovamente a 6,8 giorni, per poi aumentare nuovamente nel 2020 (7,1 giornate). La degenza media dei ricoveri per acuti in Toscana è 6,5 giorni contro il dato nazionale di 7 giorni (*Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati 2019*, Ministero della Salute, 2020).

Nonostante l'incremento della degenza media del triennio 2017-2019, la Toscana conferma anche nel 2018 e 2019 buoni risultati rispetto alle altre regioni in termini di appropriatezza ed efficienza. Ha il più alto indice di *case mix* (1,07), cioè la complessità della casistica, associato al più basso indice di *case performance* (0,88), ovvero la capacità, a parità di complessità, di contenere la durata della degenza (figura 1).

Figura 1. ICM e ICP 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

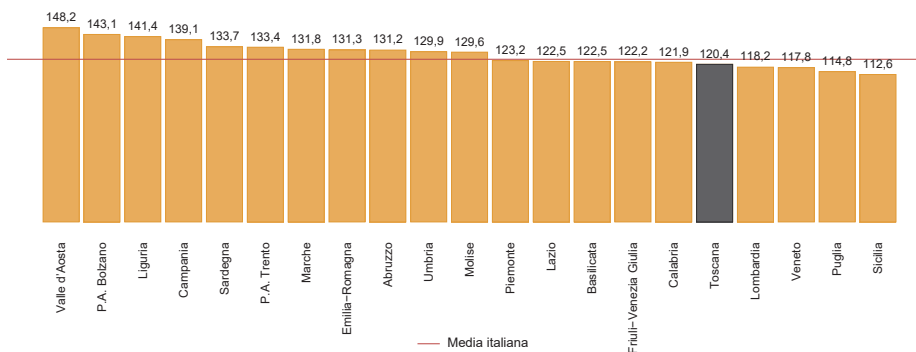


Continua la riduzione dei ricoveri afferenti ai DRG (*Diagnosis Related Groups*) ad alto rischio di inappropriatezza (lista dei DRG definita nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, confermata poi dal Patto per la Salute 2014-2016, valutata dal Ministero della Salute fra gli adempimenti LEA), ovvero per quelle patologie o interventi che è preferibile risolvere in regime *day hospital* o addirittura in regime ambulatoriale. Nel biennio 2018-2019 il rapporto tra “ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario” è costante a 0,13 per la Toscana (terzo dato nazionale insieme alle Calabria e dopo Sicilia e Abruzzo: 0,12 e 0,11). Nel 2017 era 0,14, e nei 2 anni precedenti 0,15. Un progressivo miglioramento dell'appropriatezza nella scelta del

setting assistenziale ci viene confermata anche dalla diminuzione selettiva dei ricoveri in DH, -4% nell'ultimo triennio.

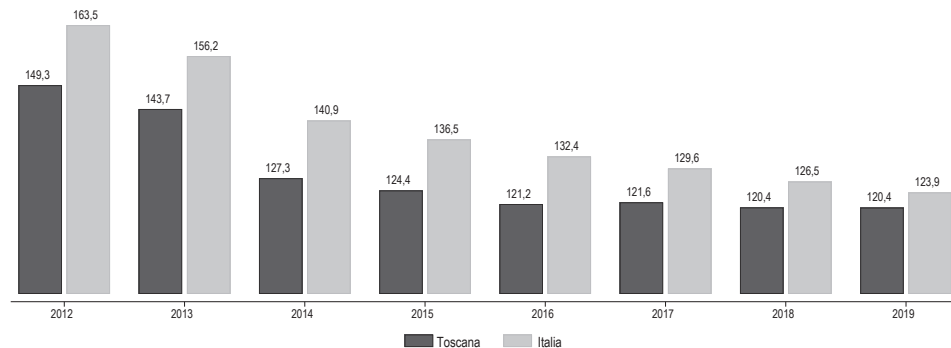
Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e genere dopo anni di andamento in calo si stabilizza prima a 121 ricoveri per 1.000 abitanti negli anni 2016-2017 e poi cala ulteriormente, consolidandosi a 120,4 ricoveri nel 2018 e 2019, confermando la Toscana tra le cinque regioni con il tasso più basso d'Italia dopo Sicilia, Puglia, Veneto e Lombardia (figura 2).

Figura 2. Ospedalizzazione generale - Tasso standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2019 - Fonte: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2020, Ministero della Salute



Il trend è in diminuzione anche a livello nazionale. L'Italia ha un valore di 123,9 ricoveri per 1.000, rispetto al 126,5 per 1.000 del 2018 e al 129,6 per 1.000 del 2017 (figura 3), e riduce in modo importante il precedente divario con il dato toscano. Resta comunque una discreta variabilità tra le regioni, con tre realtà che hanno un tasso al di sopra di 140 ricoveri per 1.000 abitanti (Liguria 141, P.A. Bolzano 143 e Valle d'Aosta 148), comunque entro la soglia ministeriale (<160 per 1.000 abitanti) (dati non mostrati).

Figura 3. Ospedalizzazione generale - Tasso standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2012-2019 - Fonte: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2014-2020, Ministero della Salute



In conclusione, la Toscana, ha già raggiunto i principali standard di programmazione e vincoli LEA da alcuni anni, mostrando di rispettare le soglie imposte dalla normativa nazionale fin dall'inizio del monitoraggio (posti letto per mille abitanti). Nonostante ciò, oltre ad assicurare il mantenimento degli obiettivi, continua il suo processo di miglioramento, mostrando così un livello di produzione ed efficienza tale da garantire l'assistenza e la tutela degli assistiti, oltre il quale non è opportuno stressare il sistema sanitario regionale. Anche altre regioni hanno raggiunto un buon livello di performance, altre stanno gradualmente migliorando ed alcune mostrano ancora dei risultati lontani dagli obiettivi fissati. Resta da comprendere l'impatto che la pandemia ha avuto sui singoli sistemi sanitari regionali, dato che nell'ultimo anno abbiamo assistito al loro stravolgimento strutturale ed organizzativo, e sulla salute dei cittadini nel medio lungo termine.

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 (fonte: La mobilità interregionale nel 2018, Report Osservatorio GIMBE 2/2020), 4,1% della spesa sanitaria totale.

Il 97% del valore del saldo attivo (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, dove l'84,4% si concentra in sei regioni: Campania, Calabria, Lazio, Sicilia, Puglia e Abruzzo.

Nel *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2019*, pubblicato dal Ministero della Salute nel 2020, la mobilità interregionale è rimasta invariata per l'attività ospedaliera in reparti per acuti (esclusa quindi la lungodegenza/riabilitazione) e in regime ordinario (8,3%), mentre si osserva un lieve calo per l'attività di riabilitazione in regime ordinario (da 16,4% a 15,9%). Per quanto riguarda il regime diurno, si osserva un incremento dell'attività in reparti per acuti (da 9,3% a 9,5%), per la riabilitazione (quasi 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).

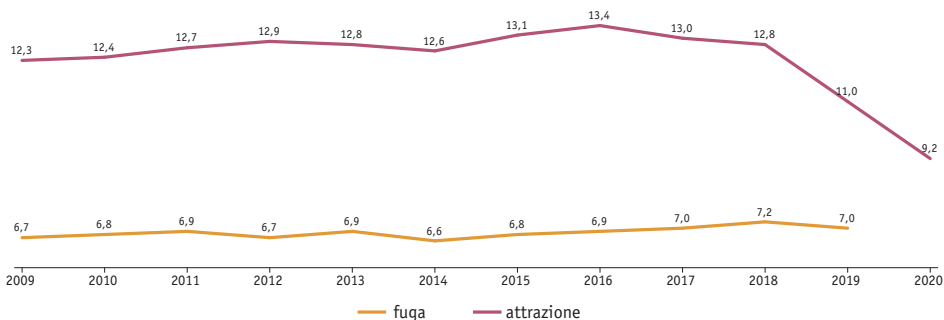
Considerando i ricoveri fuori regione in regime ordinario e reparto per acuti (esclusi quindi i *day hospital*, le lungodegenze/riabilitazioni e neonati sani) si rileva il tasso maggiore tra i residenti del Molise (27,8 ricoveri ogni 1.000 abitanti), il minore in Lombardia (4,1 ricoveri per 1.000 abitanti), 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 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). Il saldo attivo maggiore è quello della Lombardia (+70.574 ricoveri), seguito dall'Emilia-Romagna (+52.270 ricoveri), dal Veneto (+13.224 ricoveri) e dalla Toscana. I maggiori saldi passivi sono invece quelli della Campania (-37.505 ricoveri) e della Calabria (-31.629 ricoveri), in riduzione rispetto ai due anni precedenti.

Il trend dei ricoveri toscani, considerando i ricoveri totali (ordinari e *day hospital*, tutte le specialità), continua a mostrare una progressiva riduzione di attività, frutto non solo del processo di de-ospedalizzazione, che ha visto coinvolti sia i toscani che i non toscani, ma anche delle politiche nazionali e regionali volte a contenere la mobilità interregionale imputabile a scarsa accessibilità (lunghezza delle liste di attesa) o alla qualità delle cure. Nel 2020, inoltre, non vanno sottovalutati gli effetti della pandemia da Covid-19, già evidenti sulla mobilità attiva (i provvedimenti di contenimento della pandemia hanno senz'altro limitato gli spostamenti tra regioni). Il saldo si mantiene sempre positivo, visto che le attrazioni (non toscani ricoverati in regione, circa l'11% del totale dei ricoveri in regione) continuano ad essere di quattro punti

percentuali più alti delle fughe (toscani ricoverati fuori regione, 7% del totale dei ricoveri dei toscani). La relazione tra la capacità attrattiva e fughe regionali è stata stabile nel tempo fino al 2017, una il doppio dell'altra, dopodiché si è assistito ad un decremento della mobilità attiva, che ha raggiunto il 9,2% nel 2020, anno in cui si prevede una riduzione importante anche della mobilità passiva (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 2009-2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



*il dato delle fughe 2020 non è ancora disponibile

Nei flussi di mobilità passiva dei toscani è presente, come in tutte le regioni che confinano con altre (ad eccezione quindi delle isole), una forte componente “fisiologica”. Il 61% della mobilità passiva è diretto, infatti, verso presidi ospedalieri vicini di regioni confinanti, dato risalito di un punto percentuale negli ultimi due anni, dopo un biennio di stabilità al 60% ed un precedente trend in calo (68% nel 2011). Il 52% della mobilità attiva proviene invece da regioni geograficamente lontane, mostrando una capacità attrattiva che esula dalla logica dei confini. Tale dato è stabile negli anni, con un incremento nel 2019 di tre punti percentuali nel 2019 ed il ritorno al dato storico nel 2020. Tra le prime 5 cause di mobilità del 2019, i DRG per interventi di chirurgia ortopedica continuano a rappresentare la principale causa di mobilità attiva e passiva (8% e 15% rispettivamente), dato decisamente in calo per la mobilità attiva, prima al 13%, che in termini assoluti subisce una riduzione di 5.500 ricoveri. Si conferma importante anche la quota di ricoveri in mobilità attiva per la chirurgia della tiroide, per psicosi e malattie dell’occhio (9%), attribuibile alla presenza di strutture di eccellenza, mentre per la mobilità passiva le diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (2,8%) e gli interventi su utero e annessi (patologie benigne, 2%).

Esiti

Anche nel 2019 gli esiti clinici monitorati dal Piano nazionale esiti (PNE) per la Toscana rappresentano una realtà tra le migliori in Italia e in miglioramento: tra i vari indicatori monitorati si è osservata una maggior concentrazione della casistica trattata negli ospedali (meno ospedali che eseguono volumi maggiori di intervento), in particolare per intervento del tumore della mammella, bypass-aortocoronarico e frattura del femore. La Toscana si conferma tra le migliori regioni nel trattamento tempestivo della frattura del femore e mostra una percentuale di parti cesarei stabilmente inferiore al 20% dal 2012. La pandemia ha comportato fin dal suo inizio radicali cambiamenti nelle modalità di erogare assistenza sanitaria. Gli ospedali si sono dovuti organizzare per rispondere alle peculiari necessità di cura e assistenza dei pazienti Covid-19, in un contesto epidemiologico mutevole e con raccomandazioni cliniche deboli e in continua evoluzione. Tutto ciò ha avuto importanti ripercussioni sulla tipologia delle persone che si sono rivolte ai nostri ospedali e sugli esiti clinici dei trattamenti erogati durante il 2020. Per analizzare questi andamenti di seguito si farà riferimento a sei macro aree, attingendo agli indicatori del Programma di osservazione esiti della Toscana (PROSE).

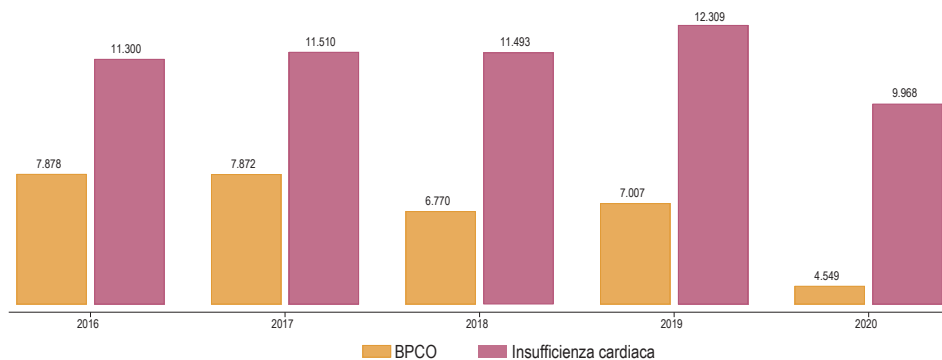
Con riferimento alle patologie tempo-dipendenti, sia per infarto miocardico acuto sia per ictus ischemico, in Toscana si osservano negli ultimi anni valori di mortalità a 30 giorni dal ricovero tra i più bassi in Italia, fino al 2019. Inoltre i volumi di ricovero per infarto sono in costante calo dal 2011, mentre sono stabili quelli per ictus ischemico. Nel 2020, in particolare, c'è stata una diminuzione rispetto al 2019 dei ricoveri sia per infarto miocardico, in particolare N-STEMI (senza sopraslivellamento del tratto ST), sia per ictus ischemico. La riduzione di ricoveri per cause cardiologiche durante la pandemia è stata ampiamente riportata in letteratura e può essere ricondotta al timore delle persone a rivolgersi agli ospedali, in particolare nei primi mesi della pandemia. Questo può aver influito anche nella tempestività di ricorso al sistema dell'emergenza dopo l'insorgenza dei sintomi.

Con riferimento alla mortalità a 30 giorni per STEMI si nota un andamento sostanzialmente stabile fino al 2019 e un rialzo nel 2020, con tassi di mortalità a 30 giorni dal ricovero che passano da 9,4% a 10,3%. Tale differenza si mantiene significativa anche aggiustando per genere, età e comorbilità (tabella 1). La tempestività di trattamento, ovvero la quota di STEMI trattati con angioplastica percutanea (PTCA) entro 90 minuti dall'accesso in ospedale, è in costante aumento dal 2018 e ha raggiunto nel 2020 un valore pari al 60,1%. Per l'ictus ischemico la mortalità a 30 giorni è rimasta pressoché invariata negli ultimi 5 anni con valori attorno al 7,8%.

Le patologie considerate per l'area medica sono i ricoveri per insufficienza cardiaca congestizia, polmonite e riacutizzazione di BPCO. Per tali condizioni il numero di ricoveri è risultato

stabile fino al 2019, con una netta riduzione rispetto agli anni precedenti durante il 2020. Le ammissioni in ospedale con diagnosi di riacutizzazione di BPCO sono diminuite del 35% passando dai 7.007 del 2019 ai 4.549 ricoveri del 2020 (figura 1), quelli per insufficienza cardiaca hanno mostrato una riduzione del 20% e quelli per polmonite del 25%. Il tasso di mortalità a 30 giorni dal ricovero per queste patologie, dopo anni di sostanziale stabilità, è aumentato tra il 2019 e il 2020, in modo significativo (tabella 1). In particolare, si rileva un aumento di mortalità a 30 giorni, rispetto al valore dell'anno precedente, del 15% per la riacutizzazione di BPCO, del 23% per l'insufficienza cardiaca e del 25% per polmonite. Tutto questo nonostante non si rilevino differenze nella composizione della casistica per genere, età e comorbidità dei pazienti nei due anni.

Figura 1. Ricoveri per BPCO e insufficienza cardiaca – Toscana, periodo 2016-2020 – Fonte: PROSE



La diagnosi di Covid-19 era presente tra i casi del 2020 nel 2,2% dei ricoveri per BPCO, nello 0,4% dei pazienti con insufficienza cardiaca e nel 4% di quelli con polmonite. 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 4 volte maggiore in pazienti con BPCO e di 3 volte più alta in pazienti con insufficienza cardiaca o polmonite. Se si escludono i pazienti con Covid-19 dalle analisi, la mortalità a 30 giorni nel 2020 è più vicina a quella del 2019, ma mostra comunque valori più alti durante l'anno della pandemia, statisticamente significativi per insufficienza cardiaca e polmonite (dati non mostrati).

Per l'area chirurgica oncologica si osserva negli anni una concentrazione degli interventi per tumore della mammella in strutture a maggiori volumi, con una percentuale stabile negli ultimi anni di re-interventi a 120 giorni da intervento conservativo. In generale si nota una diminuzione dei volumi nel 2020 rispetto al 2019, con differenze che vanno dal -20% degli interventi per tumore maligno allo stomaco a -4% per interventi per tumore del retto. Solo per il tumore al pancreas si osserva un aumento degli interventi del 4%. Tali riduzioni possono essere legate a diagnosi mancate o ritardate, dovute alla sospensione

delle attività di screening durante i primi mesi della pandemia, così come conseguenza dei ritardi nella presentazione dei cittadini a visite specialistiche. Si riscontra nel 2020 un aumento della mortalità a 30 giorni dopo intervento per tumore al polmone e al colon (+45% rispetto all'anno precedente), mentre per il tumore dello stomaco, del retto e del pancreas la mortalità 2020 risulta inferiore al 2019.

In area ortopedica i volumi di interventi per protesi di anca, spalla, tibia e perone e ginocchio sono in aumento fino al 2019 con una riduzione nel 2020, imputabile da un lato alle indicazioni regionali di riduzione della chirurgia elettiva differibile, dall'altro alla riduzione degli spostamenti delle persone nel periodo di lockdown, che può aver ridotto l'esposizione al rischio di incidenti, cadute e lesioni o fratture. Si rileva un aumento della mortalità a 30 giorni a seguito di frattura di femore, con valori che sono passati dal 4,6% del 2019 al 5,7% del 2020 (+22% della mortalità aggiustata), a fronte anche di una lieve riduzione della tempestività dell'intervento dopo frattura (la quota degli interventi effettuati entro 48 ore dall'ammissione passano dal 69% del 2019 al 63% del 2020). Le riammissioni a 30 giorni dall'intervento di protesi di ginocchio e anca sono leggermente aumentate nel 2020, in modo non significativo.

In area cardiocirurgica, dopo un aumento degli interventi per bypass aorto-coronarico tra il 2018 e il 2019 si evidenzia una riduzione di questi interventi del 23% nel 2020. Tale dato va letto contestualmente alla riduzione dei ricoveri per cause cardiovascolari durante la pandemia. Con riferimento alle valvuloplastiche nel 2020 si inverte il trend in costante crescita dei volumi dal 2010. Si riscontra nel 2020 un aumento nella mortalità a 30 giorni da intervento per bypass con valori che passano dall'1,5% del 2019 al 2,5% del 2020, mentre non si osservano variazioni di esito per gli interventi di valvuloplastica. Nel 2020, così come nel 2019, si confermano due ospedali che operano con valori sotto soglia definita dal DM 70 (200 interventi l'anno per il bypass).

Non si rilevano particolari differenze tra il 2019 e il 2020 riguardo ai parti, come atteso: una riduzione del 5% nel 2020 rispetto al 2019 è assolutamente in linea con il trend in diminuzione delle nascite dell'ultimo decennio. Anche confrontando la percentuale di tagli cesarei i valori del 2020 sono in linea con il precedente anno, con una piccola riduzione di un punto percentuale (dal 20,6% al 19,5%), completamente a carico dei punti nascita di primo livello, ossia quelli che effettuano meno di 1.000 parti l'anno. Un aumento invece dei parti cesarei si rileva nei punti nascita di secondo livello (più di 1.000 parti l'anno).

Tabella 1: Indicatori di esito – Valori percentuali annuali e rapporto standardizzato di incidenza (osservati 2020 vs attesi nell’anno sulla base dei tassi specifici 2019 applicati ai volumi 2020) – Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO

Indicatore di esito	Valori percentuali		Rapporto standardizzato di incidenza		
	2019	2020	Stima puntuale	Intervallo di confidenza	
				inferiore	superiore
STEMI, mortalità a 30 giorni	9,4	10,3	1,13	1,00	1,29
STEMI, angioplastica a 90 minuti	59,8	60,7	1,01	0,95	1,06
Ictus ischemico, mortalità a 30 giorni	7,9	7,8	1,01	0,90	1,14
Riacutizzazione di BPCO, mortalità a 30 giorni	9,8	11,2	1,15	1,04	1,28
Scompenso Cardiaco Congestizio, mortalità a 30 giorni	10,0	11,7	1,23	1,14	1,32
Polmonite, mortalità a 30 giorni	13,8	16,9	1,25	1,17	1,32
TM polmone, mortalità a 30 giorni	0,7	0,8	1,36	0,28	3,97
TM colon , mortalità a 30 giorni	4,2	6,1	1,45	1,16	1,79
TM stomaco , mortalità a 30 giorni	7,7	5,9	0,83	0,50	1,28
TM pancreas, mortalità a 30 giorni	5,5	4,2	0,87	0,37	1,71
TM retto, mortalità a 30 giorni	2,8	2,0	0,55	0,25	1,04
TM mammella , reinterventi entro 120g	5,0	5,6	1,10	0,86	1,39
TM prostata , riammissioni a 30 giorni	5,0	3,8	0,74	0,52	1,03
Frattura del femore mortalità a 30 giorni	4,7	5,7	1,22	1,09	1,37
Frattura del femore, interventi entro 48h dall’ingresso	68,9	63,3	0,92	0,89	0,95
Protesi ginocchio, riammissioni a 30 giorni	1,5	1,7	1,18	0,90	1,52
Protesi anca, riammissioni a 30 giorni	2,1	2,3	1,06	0,81	1,35
BPAC, mortalità a 30 giorni	1,5	2,5	1,94	1,06	3,25
Interventi valvole cardiache , mortalità a 30 giorni	2,2	2,2	1,01	0,71	1,40
Parto, % tagli cesarei	20,6	19,5	0,94	0,91	0,98

*STEMI: infarto con slivellamento del tratto ST, BPCO: broncopatia cronica ostruttiva, BPAC: by pass aorto coronarico.

Trapianti e donazioni

Nel corso del 2020 la Toscana conferma i dati positivi registrati negli anni precedenti relativamente all'utilizzo di organi, anche se il numero di 42,6 di "donatori utilizzati" per milione di abitanti nel corso dell'ultimo anno rappresenta un valore ben inferiore al 49,5 del 2019. La flessione si registra, seppur in misura minore, anche a livello nazionale, dove si passa dal 22,8 del 2019 al 20,5 del 2020 (tabella 1). Nonostante la riduzione del numero di donatori utilizzati, la Toscana rimane la regione con la miglior performance in Italia, con un dato più che doppio rispetto al valore nazionale. La contrazione dei donatori utilizzati tra 2019 e 2020 è solo in parte spiegata dall'incremento delle percentuali di opposizioni alla donazione, dal 29,2% al 32,2%, valori peraltro entrambi inferiori al dato nazionale; sicuramente invece vanno prese in considerazioni le dinamiche dei ricoveri ospedalieri legati alla pandemia della Covid-19, in particolar modo quelle legate alla saturazione delle terapie intensive.

Tabella 1. Donatori e opposizioni – Donatori utilizzati per 1 milione di abitanti e percentuali di opposizione – Regioni e Italia, anni 2019 e 2020 – Fonte: Centro Nazionale Trapianti, Report 2020, Sintesi. Donazione & trapianto di organi, tessuti e cellule staminali emopoietiche. Rilasciato a gennaio 2021

Regioni	Donatori utilizzati (PMP)			% opposizione		
	2019	2020	2020 vs 2019	2019	2020	2020 vs 2019
Piemonte	30,4	32,4	2,0	25,6	25,9	0,3
Valle d'Aosta	31,7	47,7	16,0	20,0	14,3	-5,7
Lombardia	23,3	20,8	-2,5	27,5	26,2	-1,3
P.A. Bolzano	7,6	1,9	-5,7	66,7	33,3	-33,4
P.A. Trento	35,2	33,3	-1,9	25,0	13,0	-12,0
Veneto	32,2	30,6	-1,6	25,3	23,0	-2,3
Friuli-Venezia Giulia	27,1	33,7	6,6	30,0	23,1	-6,9
Liguria	25	13,5	-11,5	28,6	27,8	-0,8
Emilia-Romagna	37,1	32,1	-5,0	22,6	22,5	-0,1
Toscana	49,5	42,6	-6,9	29,2	32,2	3,0
Umbria	7,9	10,2	2,3	52,6	36,8	-15,8
Marche	30	25,6	-4,4	26,7	26,2	-0,5
Lazio	17,8	15,8	-2,0	32,6	32,5	-0,1
Abruzzo	19,8	9,9	-9,9	23,3	44,4	21,1
Molise	3,2	0,0	-3,2	n.d	n.d	n.d
Campania	8,6	8,3	-0,3	48,8	41,3	-7,5
Puglia	9,9	7,2	-2,7	43,7	42,0	-1,7
Basilicata	15,9	5,3	-10,6	37,5	50,0	12,5
Calabria	15,8	12,3	-3,5	49,4	50,7	1,3
Sicilia	8	9,2	1,2	49,6	45,2	-4,4
Sardegna	26,7	26,2	-0,5	23,9	26,4	2,5
Italia	22,8	20,5	-2,3	31,1	30,2	-0,9

Focalizzandosi sull'attività delle aziende toscane, i dati del Report 2020 della Rete nazionale trapianti mostrano come il sistema regionale abbia sostanzialmente resistito sia all'impatto della pandemia che ad un leggero aumento delle opposizioni alla donazione (dal 29% al 32%), riuscendo a contenere le riduzioni dei numeri di segnalazione, prelievo e utilizzo di organi. Queste attività rimangono peraltro concentrate per circa la metà dei casi toscani nelle aziende ospedaliero-universitarie (tabella 2), tra le quali l'AOU di Careggi incide sull'attività regionale per quasi un quarto, con 87 potenziali donatori segnalati nel 2020, 50 prelievi di almeno un organo effettuati e 39 organi utilizzati casi su 159 complessivi per la Toscana.

Quanto alle opposizioni alla donazione di organi, al già menzionato leggero aumento della percentuale regionale concorrono dinamiche diverse tra le aziende ospedaliere. Tra queste, in particolare, la decisa riduzione delle opposizioni registrata nell'AOU Pisana (dal 42% al 31%) si contrappone all'altrettanto rilevante incremento verificatosi nell'AOU Senese (dal 27% al 43%).

Tabella 2. Potenziali donatori segnalati, effettivi (con prelievo di almeno un organo), utilizzati e percentuali di opposizione nelle Aziende sanitarie toscane – Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: Rete nazionale trapianti, report 2020. (nota: HB a cuore battente, NHB a cuore fermo)

Azienda	Ex Asl	Stabilimento	Segnalati come potenziali donatori (HB+NHB)	Effettivi, prelevato almeno un organo (HB+NHB)	Utilizzati per trapianto (HB+NHB)
AUSL CENTRO	10	S.M. ANNUNZIATA	6	4	4
	10	DI BORGO S. LORENZO (OSP.DEL MUGELLO)	5	3	3
	11	SAN GIUSEPPE	21	14	13
	10	SANTA MARIA NUOVA	8	6	6
	10	NUOVO S. GIOVANNI DI DIO	6	2	2
	10	VALDINIEVOLE (SS COSMO E DAMIANO)	2	2	2
	3	SAN JACOPO	8	2	2
	4	SANTO STEFANO	30	20	14
Totale AUSL CENTRO			86	53	46
AUSL SUD EST	8	AREA ARETINA NORD (S. DONATO)	16	10	8
	9	DELLA MISERICORDIA	9	7	5
	7	RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA	1	0	0
	8	NUOVO VALDARNO	0	0	0
	9	ORBETELLO - S. GIOVANNI DI DIO	1	1	1
	7	DELL'ALTA VAL D'ELSA (CAMPOSTAGGIA)	1	1	1
Totale AUSL SUD EST			28	19	15
AUSL NORD OVEST	12	Versilia - LU	4	3	2
	6	Riuniti - LI	24	13	11
	2	S. Luca - LU	9	4	4
	1	Nuovo Ospedale Apuano. - MS	9	7	7
	1	G.Pasquinucci	1	0	0
	6	Piombino	4	3	1
	5	F.L. - Pontedera	3	2	1
1	S.A.A. - Pontremoli	0	0	0	
Totale AUSL NORD OVEST			54	32	26
AOU Firenze		Careggi	111	64	55
AOU Pisa		Cisanello	32	16	14
AOU Siena		Pol. Le Scotte	49	20	16
AOU Firenze		Meyer	4	2	2
Totale AOU toscane			196	102	87
Totale Regione Toscana			364	206	174

Cure nel fine vita

L'epidemia da SARS-CoV-2 che stiamo vivendo da inizio 2020 ha cambiato in modo sostanziale l'organizzazione delle cure del nostro Servizio sanitario.

Le restrizioni conseguenti alle misure di isolamento e riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, tra cui la riduzione degli accessi ospedalieri o ambulatoriali per visite ed esami di controllo, può aver determinato un deterioramento delle condizioni di salute delle persone affette da patologie croniche. Inoltre una quota di persone affette da Covid-19 ha sviluppato quadri morbosi con intense sofferenze, per cui l'OMS ha raccomandato con forza l'implementazione delle cure palliative in tempo di pandemia (*Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. World Health Organization. 20218). Questo autorevole richiamo trae ancor più significato se consideriamo che molte persone con bisogni di assistenza e cura non trovano le risposte appropriate per scarsità di risorse (Nouvel E, Sivaram M, Bezanson K, et al. *Palliative care in humanitarian crises: a review of the literature*. J Intern Human Action 2018; 3: 5-18). Una reazione dinamica del nostro Servizio sanitario dovrebbe dunque mirare non solo a massimizzare il numero di vite salvate ma anche a minimizzare la sofferenza di chi potrebbe non sopravvivere e più in generale di tutti gli ammalati.

I dati disponibili, derivanti dai flussi amministrativi correnti di Regione Toscana, ci permettono di ricostruire uno scenario complessivo di ciò che è accaduto nel 2020 in termini di accessi alle cure palliative ed in particolare se i nostri servizi domiciliari e ospedalieri sono riusciti a garantire l'assistenza a una quota più ampia di popolazione.

In Regione Toscana nel 2020 i ricoveri in hospice sono stati 2.669. Nell'80% dei casi si trattava di pazienti con una patologia oncologica, nel restante 20% pazienti affetti da varie cronicità (neuropatie degenerative, demenze, malattie end-stage degli apparati cardiocircolatorio, respiratorio, digerente, genito-urinario). Complessivamente tali ricoveri sono diminuiti del 19,1%, 632 ricoveri in meno, rispetto allo stesso periodo della media dei due precedenti anni (2018-2019) (figura 1). In particolare, nei mesi compresi tra febbraio-maggio, luglio e settembre-dicembre 2020 tale riduzione, risulta significativa anche statisticamente ed è imputabile principalmente ad un numero inferiore di accessi in hospice da parte dei pazienti con tumore (figura 2). Per i pazienti cronici non si osserva alcun cambiamento significativo, pochi erano i pazienti che vi accedevano nel 2018-2019 e pochi rimangono tutt'oggi (figura 3). Solo nel mese di agosto 2020 vi è un incremento significativo (+32%) con numero di accessi pari a 301 (237 tumori e 64 cronici) contro i 227 accessi medi del periodo 2018-2019.

Durante il 2020, i pazienti con tumore hanno eseguito meno ricoveri ospedalieri rispetto ai due anni precedenti e non risultano significative variazioni di mortalità intra-ospedaliera. Si può dunque ipotizzare che il rischio di contrarre il virus non abbia modificato le caratteristiche cliniche dei pazienti con tumore in fase avanzata che si sono ricoverati in ospedale (figure 4 e 5). Tra il 2018 e il 2020 è aumentato, anche se non si tratta di un aumento statisticamente

significativo, il numero di pazienti inviati in Hospice dall'ospedale (tumori: 1.120 vs 1.236; cronici: 300 vs 363). Stabili i pazienti provenienti dal domicilio, sia assistiti con cure palliative domiciliari attive o in struttura socio-sanitaria residenziale (tumori: 571 vs 555), sia senza cure palliative domiciliari attive (tumori: 263 vs 262; cronici: 43 vs 46). L'ospedale rimane la principale struttura di provenienza sia per i pazienti con tumore (58%) che per i pazienti cronici (70%).

Figura 1. Ricoveri in hospice, per mese - Valori assoluti e percentuale di variazione 2020 vs media 2018-2019 - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo regionale HSP

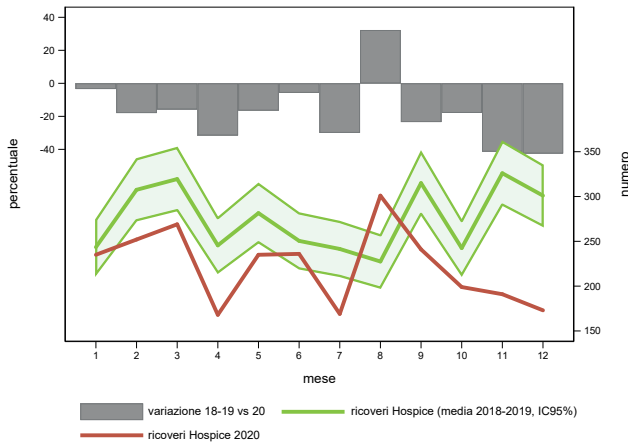


Figura 2. Ricoveri di pazienti con tumore in Hospice, per mese - Valori assoluti e percentuale di variazione 2020 vs media 2018-2019 - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo regionale HSP

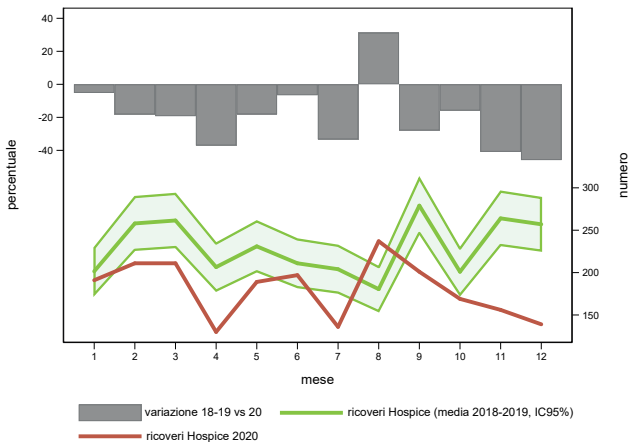


Figura 3. Ricoveri di pazienti con patologie croniche in hospice, per mese - Valori assoluti e percentuale di variazione 2020 vs media 2018-2019 - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo regionale HSP

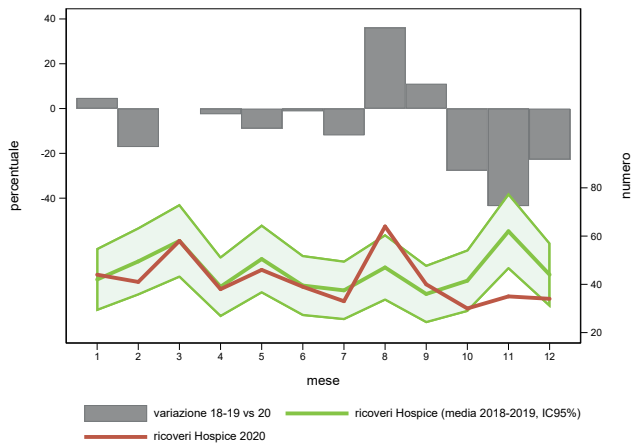
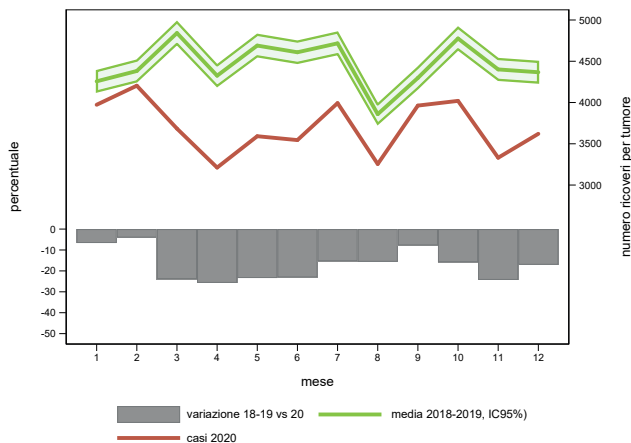
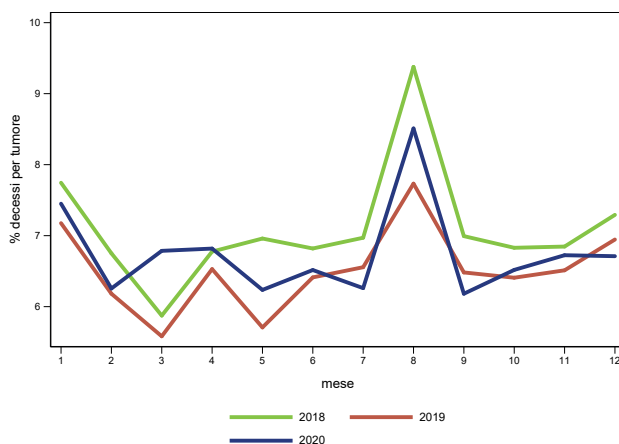


Figura 4. Ricoveri ospedalieri di pazienti con tumore, per mese - Valori assoluti e percentuale di variazione 2020 vs media 2018-2019 - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo regionale SDO



Il tempo medio e mediano di attesa tra la richiesta e il ricovero in hospice è stato di 1 giorno nel 2020. Nel periodo 2018-2019 il tempo medio di attesa era di 1,3 giorni, dato significativamente maggiore rispetto al 2020, sia osservando il totale degli accessi, che dividendo la popolazione tra oncologici e cronici. In realtà ci si attendeva un aumento del tempo medio da marzo 2020 in poi, poiché è da quel mese che per poter essere dimessi e spostati in qualunque altra struttura era necessario attendere il risultato del tampone molecolare per conoscere la positività o meno al SARS-CoV-2.

Figura 5. Decessi ospedalieri di pazienti con tumore, per mese - Deceduti ogni 100 ricoverati - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo regionale SDO



Durante il ricovero in hospice, le due figure che accolgono il paziente sono l'infermiere (52%) e il medico palliativista (43%). Lo psicologo invece è una figura professionale ancora poco presente, non solo durante l'accoglienza del nuovo paziente (nel 6% dei casi nel 2018 e nel 3% nel 2020), ma anche durante la sua degenza (addirittura soltanto nell'1% dei casi nel 2018 e nel 3% dei casi nel 2020), quando invece il suo intervento sarebbe ancor più necessario sia per il malato che per la sua famiglia.

Il decesso rappresenta, come atteso, la modalità di dimissione prevalente (87%). La dimissione a domicilio è avvenuta nel 5% dei casi con attivazione delle cure palliative, nel 5% senza alcuna attivazione, nel 2% con l'attivazione dell'assistenza domiciliare, mentre un altro 1% è stato dimesso presso strutture residenziali extra ospedaliere.

Come potevamo attenderci, complessivamente la durata della degenza media dei pazienti ricoverati in hospice non è cambiata significativamente nel 2020: mediamente 9 giorni nel 2018/2019 e 8 nel 2020, mentre il dato mediano si è attestato su 5 giorni in entrambi i casi. Resta elevata la percentuale di pazienti con una degenza inferiore a 7 giorni: 62% per i tumori e 71% per le patologie croniche. Le percentuali restano invariate se consideriamo i pazienti che muoiono durante la degenza, con valori che non cambiano negli ultimi 3 anni.

Nel 2020, quando ci saremmo aspettati un aumento dei ricoveri in hospice, dato il numero e la gravità dei quadri morbosi legati direttamente o indirettamente alla Covid-19, si è assistito a una riduzione significativa degli accessi in hospice, corrispondenti alle ondate epidemiche.

Si conferma l'estrema tardività del ricorso all'hospice: oltre il 60% dei pazienti oncologici che vi decedono vi entrano solo nell'ultima settimana di vita, una percentuale che supera il 70% nei pazienti affetti da cronicità varie. Questo indicatore, avvalorato tra i più affidabili dalla letteratura internazionale, ci mostra come le cure palliative siano state attivate tutt'altro che tempestivamente nel 2020, ed ancora molto resti da fare in tema di pianificazione condivisa

delle cure, sia per i pazienti degenti in ospedale sia per quelli al proprio domicilio. Infatti, va sottolineato che da questa indagine risulta che l'accesso in hospice con provenienza territoriale è diminuito significativamente, forse anche per il timore del contagio e l'impossibilità di avere accanto i propri cari. Infatti, è solo dal mese di dicembre 2020 che sono disponibili indicazioni sia a livello nazionale che regionale sulla comunicazione tra l'assistito e la famiglia e di regolamentazione per l'accesso dei visitatori negli ospedali, negli hospice e nelle RSA [DGR 1642 del 21/12/2020. Presa d'atto delle proposte del tavolo tecnico costituito con la DGR 1433/2020 per garantire i contatti tra pazienti/ospiti e i loro familiari/caregiver o altre persone di fiducia, all'interno delle aziende sanitarie e negli enti del SSR nonché delle strutture socio sanitarie (RSA-RSD)].

In sintesi, questi dati mostrano quanto le cure palliative siano ancora lontane da una piena implementazione nel sistema di assistenza e cura regionale: di conseguenza, è molto opportuno il sollecito della Società italiana di cure palliative ad includere le cure palliative nei piani pandemici nazionali e regionali.

Antibiotico-resistenza

L'impatto sulle resistenze antibiotiche della pandemia da Covid-19 e dei conseguenti cambiamenti nella vita delle persone, nell'accesso a cure e nelle modalità di erogazione delle prestazioni sono tutt'ora poco noti. In tabella 1 sono riportati fattori legati alla pandemia che possono favorire e contrastare l'antibiotico-resistenza.

Tabella 1. Fattori relativi alla pandemia da SARS-CoV-2 che possono avere un impatto sull'andamento della resistenza antibiotica

Fattori che possono favorire l'emergenza relativa all'antibiotico-resistenza	Fattori che possono contrastare l'emergenza relativa all'antibiotico-resistenza
Aumento nell'utilizzo di agenti biocidi nell'ambiente	Aumento dell'attenzione all'igiene della mani
Stop della ricerca per le altre patologie infettive	Distanziamento sociale
Utilizzo al di fuori delle indicazioni di alcuni agenti	Ridotta mobilità delle persone
Automedicazioni alimentate da comunicazioni dei media circa potenziali terapie	Riduzione dell'incidenza di altre patologie infettive
Carenza di dispositivi individuali di protezione e di alcune farmaci	Attenzione dell'opinione pubblica sul tema delle infezioni
Aumento delle terapie empiriche per il trattamento di patologie respiratorie	Introduzione di nuovi biomarcatori
Sovraccarico del sistema sanitario	Riduzione nelle prescrizioni di antibiotici a seguito nel minor numero di visite mediche
	Riduzione degli spostamenti di pazienti critici
Aumento del ricorso alla telemedicina nella assistenza territoriale (con potenziali effetti positivi e negativi)	

Dal 2019 al 2020 diminuiscono i casi di batteriemia, soprattutto nei ricoveri in area medica, mentre aumentano in terapia intensiva. L'utilizzo degli antibiotici segue lo stesso andamento, mentre le candidemie aumentano sia in terapia intensiva che in area medica (tabella 2).

Tabella 2. Batteriemie, candidemie e prescrizione di antibiotici in ospedale, per area di degenza - Casi, giornate di degenza e prescrizioni di antibiotici in dosi definite die (DDD) - Toscana, periodo marzo-novembre 2019 e 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ARS-SMART, flussi informativi sanitari SDO, FES di Regione Toscana

Area	Giornate di degenza in regime ordinario		Batteriemie		Candidemia		Prescrizioni atb in H in regime ordinario (DDD)	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Medica	1.113.845	968.968	4183	3587	258	280	1.025.749	848.529
Intensiva	141.161	143.230	620	734	93	126	133.662	163.365
Chirurgica	604.730	458.187	395	385	61	49	354.590	287.931
Lungodegenza e riabilitazione	104.092	92.855	203	201	27	28	37.652	29.063
Totale	1.957.844	1.657.859	5401	4907	439	483	1.551.655	1.328.890

Considerando le differenze nell'attività erogata dagli ospedali durante il 2020 è importante osservare i tassi di batteriemia rispetto alle giornate di degenza erogate, che mostrano un numero simile di batteriemie in area medica e un notevole aumento in terapia intensiva, in area chirurgica e riabilitativa. Le candidemie sono aumentate in tutti i livelli di cura, tranne nell'area chirurgica (figura 1 e 2). Complessivamente, i tassi per 100mila giornate di degenza di batteriemie, candidemie aumentano rispettivamente del 7,3% (da 275,9 a 296 per 100mila) e del 29,9% (da 22,4 a 29,1 per 100mila) rispetto al 2019.

Figura 1. Batteriemie, per area di degenza - Valori per 100.000 giornate di degenza - Toscana, periodo marzo-novembre 2019 e 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ARS-SMART, flussi informativi sanitari SDO, FES di Regione Toscana

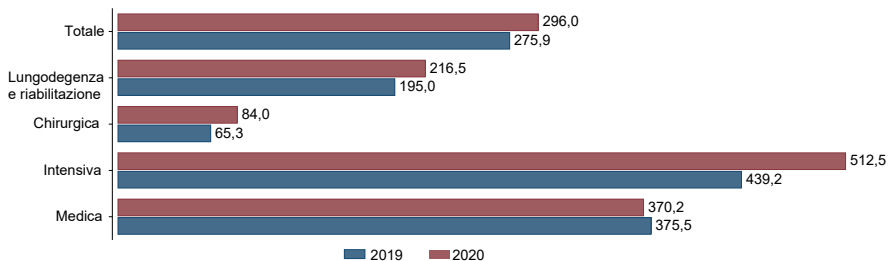
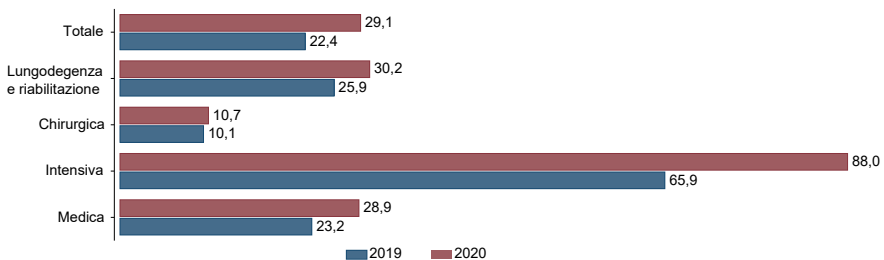


Figura 2. Candidemie, per area di degenza - Valori per 100.000 giornate di degenza - Toscana, periodo marzo-novembre 2019 e 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ARS-SMART, flussi informativi sanitari SDO, FES di Regione Toscana

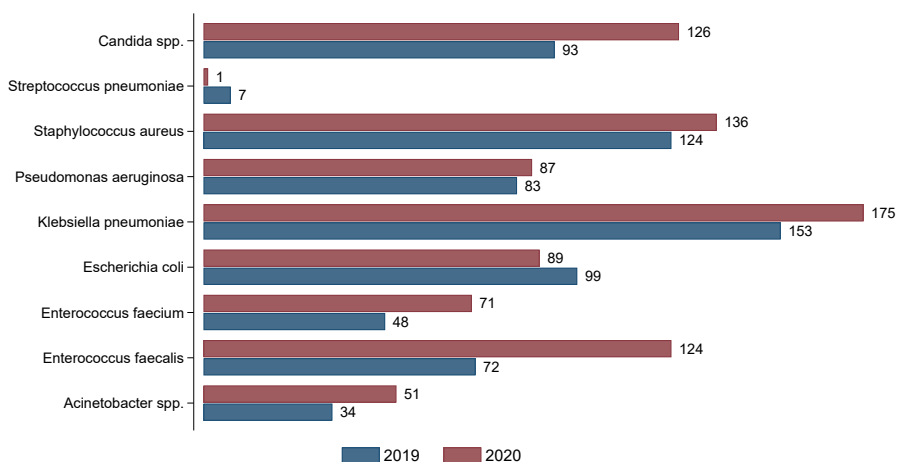


Le batteriemie e le candidemie in terapia intensiva hanno mostrato un netto incremento nei mesi in cui si sono registrati i picchi di ricoveri per Covid-19, rispetto agli stessi mesi del 2019: aprile, maggio e novembre 2020. In questo livello di cura, l'incremento delle batteriemie è stato di +92% in aprile, +35% in maggio e +138% in novembre, mentre le candidemie hanno mostrato incrementi di +112%, +138% e +700% negli stessi mesi (dati non mostrati). Tale andamento è in parte spiegabile in conseguenza di una maggiore incidenza di infezioni batteriche tra i pazienti in ospedale per Covid-19 e una difficoltà nei periodi di maggior carico per gli ospedali nel rispetto delle indicazioni di *infection prevention and control*.

Tutte le batteriemie in terapia intensiva sono aumentate dal 2019 al 2020, ad eccezione dell'*Escherichia coli* (figura 3). In particolare, le batteriemie sostenute da *Klebsiella pneumoniae*

hanno fatto registrare un aumento in marzo (+40%), aprile (+23%), maggio (+11%) e settembre (+24%), e una riduzione in luglio (-20%), rispetto agli stessi mesi del 2019. Diversamente *Escherichia coli* ha mostrato un incremento rispetto al 2019 in giugno (+20%) e settembre (+28%) e riduzione in aprile (-19%), luglio (-42%) e novembre (-27%). Le batteriemie sostenute da *Staphylococcus aureus* in terapia intensiva mostrano tassi per 100mila giornate di degenza maggiori del 2019 in aprile (+23%) e maggio (+48%) e inferiori in luglio (-35%).

Figura 3. Isolati non ripetuti*, in area intensiva – Valori assoluti - Toscana, periodo marzo-novembre 2019 e 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ARS-SMART, flussi informativi sanitari SDO, FES di Regione Toscana



*isolati non ripetuti: patogeni della stessa specie dove viene testato lo stesso antibiotico a distanza maggiore di 28 giorni dal precedente.

I profili di resistenza rilevati nel 2020 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 3). La riduzione nelle resistenze a fluorichinoloni in *E. coli* si conferma anche nelle urinocolture.

Per comprendere il contesto generale, vanno considerate le eccezionali alterazioni nel trend di erogazione delle prestazioni sanitarie nel corso del 2020, il cui impatto sulle resistenze antibiotiche nel medio lungo termine è tutto da stimare. È però all'interno di questo contesto anomalo - tra passato prossimo e futuro a medio e lungo termine - che ci troveremo a leggere le incidenze delle batteriemie, i profili di resistenza e l'uso di antibiotici sia in ospedale che nel territorio.

Tabella 3. Profili di antibiotico-resistenza – Valori percentuali - Toscana, Italia e Europa, periodo 2017-2020 - Fonte: SMART e ECDC

Resistenze	Toscana				Media	Europa 2019			Italia 2019
	2020	2019	2018	2017		Min	Max	Trend [^]	
Acinetobacter spp. carbapenemi	65,8%	63,9%	76,9%	78,0%	32,6%	0,0%	92,3%		79,2%
E. coli - multiresistente	10,2%	13,2%	15,6%	17,2%	5,9%	0,4%	19,0%	-	11,6%
E. coli - fluorochinoloni	41,7%	45,8%	48,0%	51,0%	23,8%	11,3%	43,5%	-	40,6%
E. coli - cefalosporine III gen.	28,3%	32,8%	37,0%	39,0%	15,1%	6,2%	38,2%	+	30,9%
K. pneumoniae - multiresistente	38,2%	40,1%	33,0%	38,9%	19,3%	0,0%	53,1%	+	30,3%
K. pneumoniae - fluorochinoloni	58,1%	63,1%	61,9%	65,4%	31,2%	4,3%	66,9%		54,7%
K. pneumoniae - cefalosporine III gen.	58,7%	64,2%	61,5%	63,9%	31,3%	4,3%	75,7%		57,6%
K. pneumoniae - carbapenemi	27,2%	33,0%	29,1%	35,5%	7,9%	0,0%	58,3%	+	28,5%
P. aeruginosa - multiresistente	7,3%	8,6%	12,5%	17,5%	12,2%	0,0%	49,7%	-	13,1%
P. aeruginosa - carbapenemi	6,0%	5,7%	8,7%	14,7%	16,5%	0,0%	55,4%	-	13,7%
S. aureus - MRSA	27,5%	26,0%	30,8%	30,8%	15,5%	1,1%	46,7%	-	35,6%
E. faecium - Vancomicina	10,5%	15,7%	23,1%	24,5%	18,3%	0,0%	50,0%	+	21,3%

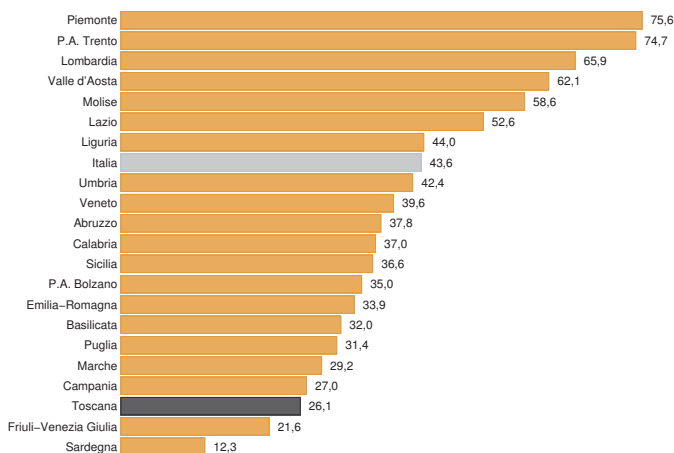
[^](+) indica un trend in aumento significativo a livello europeo (-) indica un trend in diminuzione significativo a livello europeo

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 l'inserimento di una protesi ortopedica), ha l'obiettivo di far riguadagnare alla persona l'autonomia e la salute precedente, 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: 26,1 posti letto ogni 100mila abitanti, solamente Sardegna e Friuli – Venezia Giulia hanno un valore più basso (figura 1). In totale sono 975 i posti letto (regime ordinario e DH) in regione nel 2019, +7% rispetto ai 914 del 2010.

Figura 1. Posti letto in riabilitazione – Posti per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2019 - Fonte: Ministero della Salute

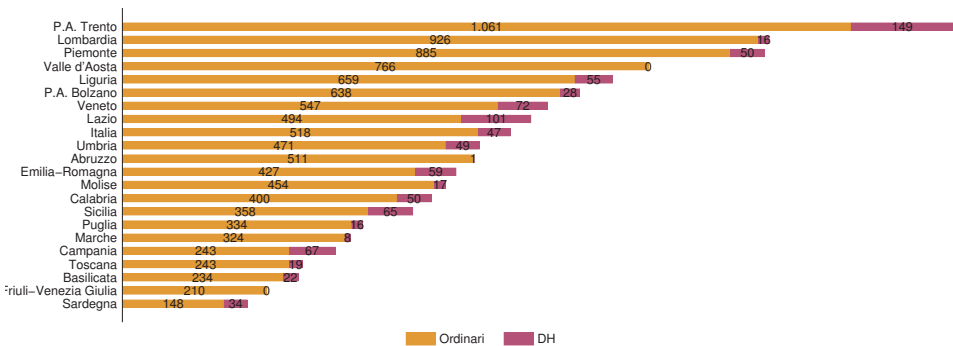


Contestualmente, e in conseguenza di questa dotazione, la Toscana è anche tra le regioni dove si effettuano meno ricoveri ospedalieri in reparti di riabilitazione: 9.762 ricoveri nel 2019, pari a 262 ogni 100mila abitanti, il 92,7% dei quali avvenuto in regime ordinario (figura 2).

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

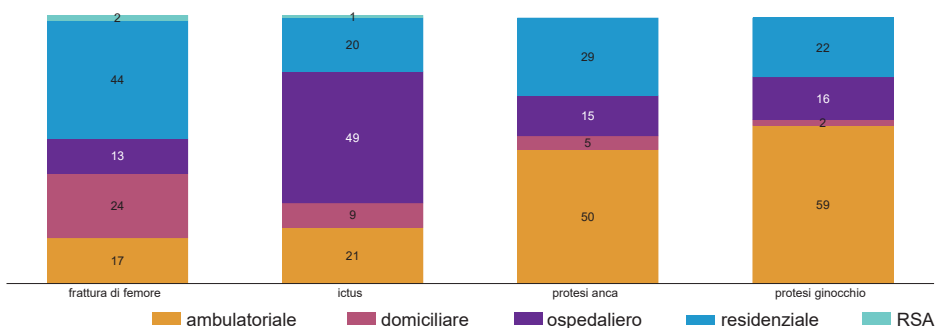
residenze extra-ospedaliere (cosiddette ex art. 26), o i presidi ambulatoriali, le strutture più utilizzate per far svolgere il percorso riabilitativo al paziente. Tra i vari setting possibili, oltre a quello ospedaliero, residenziale e ambulatoriale, troviamo inoltre il domiciliare e l’inserimento in 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 meno di 2 volte su 10 per privilegiare invece setting residenziali o ambulatoriali (figura 3).

Figura 2. Ospedalizzazione in riabilitazione per regime – Tasso per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2019 – Fonte: Rapporto SDO 2019, Ministero della Salute



Persiste comunque molta variabilità tra i pattern di setting riabilitativi tra diversi ambiti di residenza, ponendo questioni di appropriatezza organizzativa. In totale, a prescindere dal setting, il 52% degli anziani dimessi per frattura del femore accede ad un percorso riabilitativo entro 28 giorni, il 35,5% dei dimessi per ictus, il 55,5% dei dimessi a seguito di un intervento di protesi d’anca e il 63,3% dei dimessi a seguito di un intervento di protesi di ginocchio (dati stabili negli ultimi 5 anni).

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, anno 2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



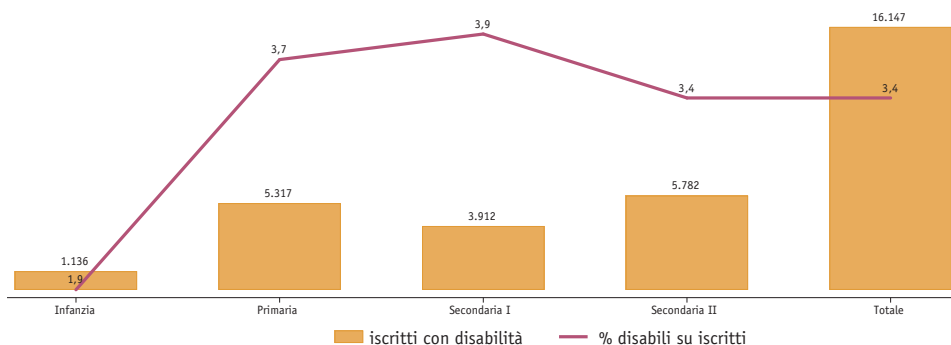
Interventi e sostegni per l'integrazione delle persone con disabilità

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.

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), è 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 2020/21 risultano complessivamente inseriti all'interno del sistema educativo e scolastico oltre 16mila bambini e ragazzi con disabilità, certificati ai sensi della legge 104/1992, secondo le procedure riviste con il D.lgs. 66/2017.

All'interno della scuola dell'infanzia la quota di bambini con disabilità sugli iscritti è dell'1,9%, misura che cresce all'interno dell'obbligo formativo nelle scuole primaria (3,7%), secondaria di I grado (3,9%) e secondaria di II grado (3,4%). In Toscana, l'inserimento scolastico di bambini e ragazzi con disabilità è cresciuto nel tempo ed è arrivato a coinvolgere il 3,4% del totale degli iscritti (figura 1). Il dato nazionale si assesta per l'anno scolastico 2020-21 al 3,6%. 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 2020 a 12.250, coprendo oltre il 75% degli alunni con disabilità iscritti all'interno del percorso educativo-scolastico, con la punta massima nella scuola dell'infanzia.

Figura 1. Studenti con disabilità iscritti per ordine di istruzione - Volumi e valori per 100 iscritti - Toscana, anno scolastico 2020/21 - Fonte: MIUR - Ufficio scolastico regionale



I dati della rilevazione zonale effettuata dall'Osservatorio sociale regionale sulle persone 0-64 anni con disabilità forniscono informazioni riguardo ad altri interventi afferenti la fase educativa. Gli interventi di sostegno socio-educativo scolastico nel 2019 hanno coinvolto 5.700 persone e sono in continua crescita, (tabella 1). Il trasporto scolastico, pur con alcune oscillazioni, evidenzia un trend di crescita ed è arrivato nel 2019 a servire oltre 800 persone.

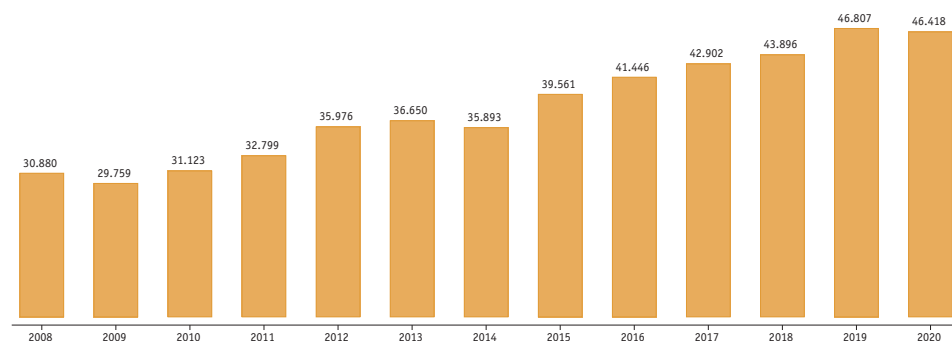
Tabella 1. Persone 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di altri interventi in ambito educativo per tipologia – Toscana, periodo 2012-2019 – Fonte: Regione Toscana

Tipo di intervento	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sostegno socio-educativo scolastico	3.590	3.786	3.850	4.289	4.679	5.003	5.470	5.694
Trasporto scolastico	663	720	794	776	878	751	814	812

In relazione all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, la legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (riformata dalla legge delega 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 oltre 46.400 iscritti al collocamento mirato presso i CPI toscani al 31 dicembre 2020 (figura 2). Un dato che è aumentato nel tempo e che rispetto al 2008 ha visto crescere gli iscritti al collocamento mirato di 15.500 unità (+50%), sintomo di un incremento del bisogno lavorativo e forse anche di una accresciuta capacità dei servizi di intercettare l'utenza di riferimento.

Figura 2. Residenti in Toscana iscritti al collocamento mirato (L. 68/99) presso i Centri per l'impiego – Toscana, periodo 2008-2020 – Fonte: Regione Toscana



Dalla rilevazione zonale delle persone con disabilità risulta inoltre che gli interventi di sostegno all'inserimento lavorativo nel 2019 hanno raggiunto oltre 3.100 utenti, manifestando un trend oscillante nel decennio tra i 2.500 e i 3.200 soggetti coinvolti, (tabella 2).

Tabella 2. Persone 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di interventi di sostegno all'inserimento lavorativo – Toscana, periodo 2010-2019 – Fonte: Regione Toscana

Anno	Numero utenti in carico	Per 1.000 residenti 0-64 anni
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

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 nel 2018), sulle attività ricreative-sociali-culturali (oltre 1.400 utenti) e sul trasporto sociale (servizio utilizzato da oltre 2.800 persone).

Tabella 3. Utenti dei servizi e interventi sociali dei comuni singoli o associati nell'area di utenza – "Disabilità" – Toscana, periodo 2010-2018 – Fonte: ISTAT

Servizi/interventi	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Interventi integrazione sociale soggetti deboli o a rischio	1.038	1.162	1.084	848	625	800	994	981	895
Attività ricreative, sociali, culturali	1.889	1.558	1.588	1.260	1.348	1.197	1.038	1.022	1.474
Trasporto sociale	3.926	3.503	3.447	3.317	2.827	2.942	2.534	2.957	2.842

Sempre dalla rilevazione zonale curata dall'Osservatorio sociale regionale sulle persone con disabilità si ottengono una serie altre di informazioni riguardanti i servizi di assistenza: al 2019 sono oltre 30.600 le persone in carico al servizio sociale professionale (11,1 ogni 1.000 residenti 0-64 anni) (tabella 4), circa 2.800 le persone con assistenza domiciliare socio-assistenziale, 1.324 quelle con assistenza domiciliare integrata (ADI), oltre 5.500 quelle inserite in strutture, di cui 2.230 nelle residenziali e 3.347 in strutture semiresidenziali. Inoltre vi sono, nell'anno 2019, oltre 2500 beneficiari di interventi per il sostegno alla permanenza al proprio domicilio e per la vita indipendente.

Tabella 4. Persone 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di interventi di assistenza - Toscana, anno 2019 - Fonte: Regione Toscana

Servizi/interventi	Numero utenti	Per 1.000 ab. 0-64 anni
In carico al servizio sociale professionale	30.651	11,1
		Per 100 soggetti con disabilità in carico al servizio sociale
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	2.779	9,1
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	1.324	4,3
Inseriti in strutture residenziali	2.230	7,3
Inseriti in strutture semiresidenziali	3.347	10,9

In relazione all'attività di sostegno indiretto finalizzato alla domiciliarità, si evidenzia che, attraverso le Unità di valutazione multidimensionali per la disabilità (UVMD) delle Società della salute/Zone distretto, sono stati attivati nel triennio 2018-2020 complessivamente oltre 10.400 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, anno 2018-2020 - Fonte: Regione Toscana

Tipologia intervento	2018	2019	2020
Assistenza domiciliare indiretta	867	809	935
Gravissime disabilità e SLA	1.445	1.829	1.925
Progetto Vita Indipendente	813	812	996

In attuazione dei principi previsti dalla legge 112/2016 ("Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare"), la Regione Toscana, con il programma definito nel 2017 attraverso la DGR 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 co-finanziati 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 co-abitazione (si rimanda al riguardo alle considerazioni del volume 2, cap. *Il percorso del "Dopo di Noi" durante la pandemia*). Grazie al monitoraggio quali-quantitativo a cadenza semestrale, curato dall'Agenzia regionale di sanità, possiamo confrontare le annualità 2019 e 2020: le persone che hanno presentato domanda di partecipazione alle attività progettuali nel 2020 sono state 1.473 (nel 2019 erano 1.299, con un incremento quindi di 174 unità); tra tutti coloro che hanno inviato l'istanza, 1.331 sono risultati in possesso dei requisiti e per 981 (nel 2020) 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* (nel 2019 erano 923). Il trend in crescita si conferma anche con i dati del primo semestre 2021: sono state infatti 1.557 le persone che hanno presentato domanda di partecipazione alle attività progettuali (+ 84), 1.398 quelle per le quali si sono riscontrati i requisiti di accesso, mentre risultano 1.020 i beneficiari degli interventi previsti dal fondo (+ 39) (tabella 6). Anche il primo semestre 2021 vede l'assistente sociale quale figura professionale predominante nel ruolo di case manager (94% dei casi), seguita dallo psicologo che costituisce il 3,2% del totale (+1,9% rispetto al 2020) e che supera la figura dell'educatore professionale. Ben 909 progetti di vita personalizzati attivati nel 2021 sono integrati con interventi afferenti ad altre aree, 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 - 574 nel 2019, 603 nel 2020, 626 nel primo semestre 2021, seguiti da coloro i cui genitori non sono più nella condizione di continuare a garantire il sostegno genitoriale, 237 nel 2019, 261 nel 2020, 275 nel primo semestre 2021. Le persone prive di genitori e di risorse economiche adeguate sono invece 96 nel primo semestre 2021; erano 94 nel 2020 e 91 nel 2019. Riguardo alla tipologia di interventi attivati, nel primo semestre 2021, 493 persone sono coinvolte in percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine (484 nel 2020 e 472 nel 2019), 479 aderiscono a programmi di accrescimento e sviluppo dei livelli di autonomia e di competenze per la gestione della vita quotidiana (450 nel 2020 e 468 nel 2019), mentre 128 persone stanno sperimentando forme di convivenza in soluzioni alloggiative alternative alle strutture istituzionalizzanti (134 nel 2020 e 145 nel 2019). Il 56,5% dei beneficiari sono maschi e la fascia di età più rappresentata è quella compresa fra i 26 ed i 55 anni che raggiunge quasi il 74% (tabella 6).

Tabella 6. Persone 0-64 anni con disabilità che hanno beneficiato di interventi del *Dopo di Noi* - Toscana, anni 2019, 2020, 2021 (primo semestre) - Fonte: Regione Toscana

Classi età	2019			2020			2021 (primo semestre)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-25	97	66	163	98	66	163	111	78	189
26-35	124	113	237	135	134	269	134	120	254
36-45	135	109	244	143	115	258	153	118	271
46-55	122	91	213	127	95	222	134	94	228
56-64	32	29	61	33	31	64	40	32	72
65+	5	0	5	4	1	5	5	1	6
Totale	515	408	923	539	442	981	577	443	1.020

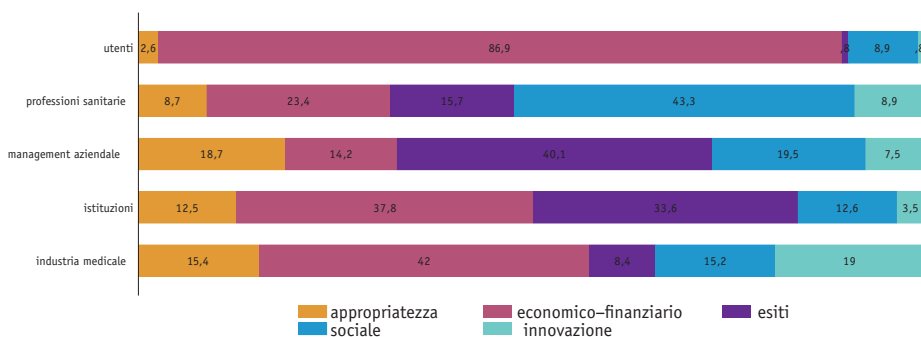
La percezione dei cittadini sui servizi

Per tentare di fornire una valutazione delle opportunità di tutela della propria salute di cui i cittadini dispongono, anche in funzione della loro residenza, si utilizza Il progetto sulle performance regionali del Centro per la ricerca economica applicata in sanità (CREA Sanità).

Un panel di esperti selezionati fra utenti, professioni sanitarie, management aziendale, istituzioni, industria medicale, sceglie gli indicatori che ritiene più utili per misurare le dimensioni della performance sanitaria (sociale-equità, economico-finanziaria, appropriatezza, esiti, innovazione). In questa edizione hanno aderito al panel 94 componenti, con una sufficiente equa distribuzione tra le diverse categorie di stakeholder e le diverse ripartizioni geografiche di provenienza. Questa indagine consente quindi di avere una fotografia sulla performance percepita del sistema sanitario italiano e di quelli regionali, consentendo un confronto tra loro.

La figura 1 mostra il ranking relativo all'edizione 2020. Per ogni categoria di stakeholder è mostrata l'importanza attribuita alle 5 dimensioni con cui viene valutata complessivamente la performance del sistema sanitario. Possiamo osservare come per gli utenti sia dominante il ruolo della dimensione economico-finanziaria (64,5%) sulle altre, certamente a causa dall'aumento dei consumi sanitari sul reddito familiare dovuti all'emergenza da Covid-19.

Figura 1. Contributo delle dimensioni alla performance dei Sistemi sanitari regionali per tipologia di stakeholder - Distribuzione percentuale - Fonte: Rapporto CREA Sanità 2020

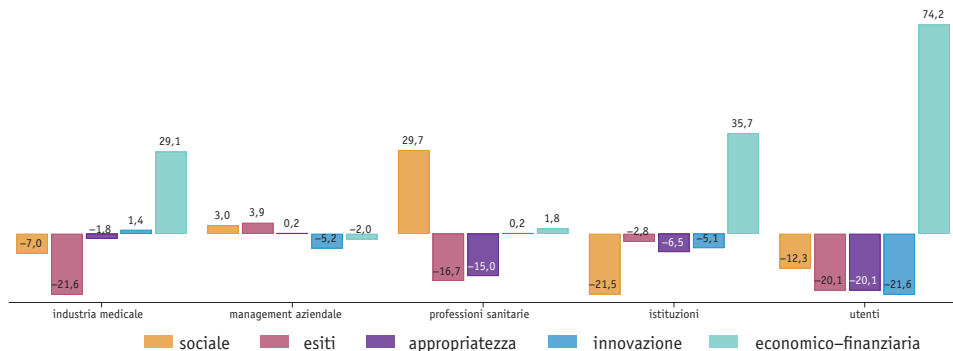


Nel passaggio dal 2019 al 2020, la dimensione economico-finanziaria è quella più impattante nel calcolo della performance rispetto alle altre, per ogni categoria del panel, tranne per i rappresentanti delle professioni sanitarie. In particolare questa differenza è evidente per gli utenti (figura 2).

Nel 2020 l'indice complessivo di performance oscilla da un massimo del 71% (del miglior risultato raggiungibile) ad un minimo del 33%. La Toscana registra un livello di performance elevato (58%), inferiore solo a quello registrato da P.A. di Trento, P.A. di Bolzano ed Emilia-Romagna. Guardando le rilevazioni dei due anni precedenti, l'indice di performance della nostra regione migliora, passando dalla terza posizione del 2018 (dietro a P.A. di Trento e Lombardia) alla

seconda del 2019 (dietro a P.A. di Trento) (valori non riportati nel testo). L'anno della pandemia segna dunque un peggioramento relativo alla performance generale del nostro sistema sanitario.

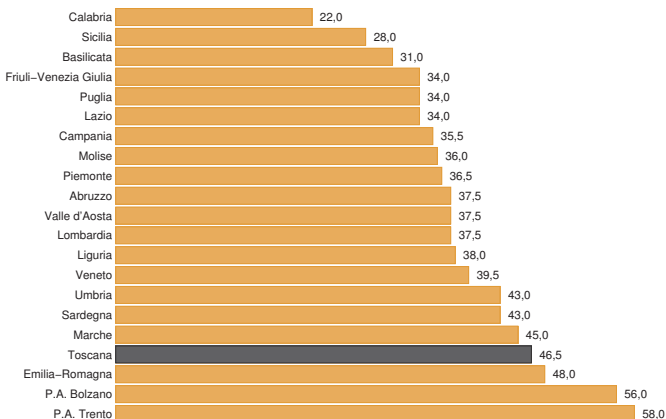
Figura 2. Variazioni del contributo delle dimensioni alla performance 2020-2019 - Valori percentuali 2020 vs 2019 - Fonte: Rapporto CREA Sanità 2020



Guardando in maniera specifica al focus sulla valutazione fatta dai soli utenti, le prime quattro posizioni restano invariate rispetto al ranking generale confermando la valutazione sulla nostra regione (figura 3). Quindi, rispetto al 2018 e al 2019, quando la Toscana occupava rispettivamente il 3° ed il 2° posto, il 2020 fa registrare un peggioramento anche guardando ai soli utenti, che si allineano con il dato complessivo. Ciò nonostante, nel 2020, l'83,3% dei toscani si dichiara soddisfatto per la propria salute, con un dato simile al 2018 (83,7%) e migliore del 2019 (81,4%).

Possiamo quindi dedurre che il Servizio sanitario toscano mantenga un ruolo positivo sulla soddisfazione di salute dei toscani, ma che lo stress-test del Covid-19 abbia contribuito ad alzare le aspettative sulla performance del sistema sanitario regionale e nazionale.

Figura 3. Misura di Performance dei Sistemi Sanitari Regionali, categoria Utenti - Regioni italiane, anno 2020 - Fonte: Rapporto CREA Sanità 2020



Gli eventi sentinella nel Servizio sanitario toscano

Gli eventi avversi sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. I sistemi di reporting (segnalazione) di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti il verificarsi di tali accadimenti. In tale ambito il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del 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; reintervento chirurgico; rianimazione cardio-respiratoria; 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; altro.

Il monitoraggio degli eventi sentinella comprende, oltre alla raccolta e all'analisi delle informazioni, anche la produzione e la successiva implementazione delle raccomandazioni specifiche per prevenire o minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi, nonché il ritorno informativo alle strutture del SSN per accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti.

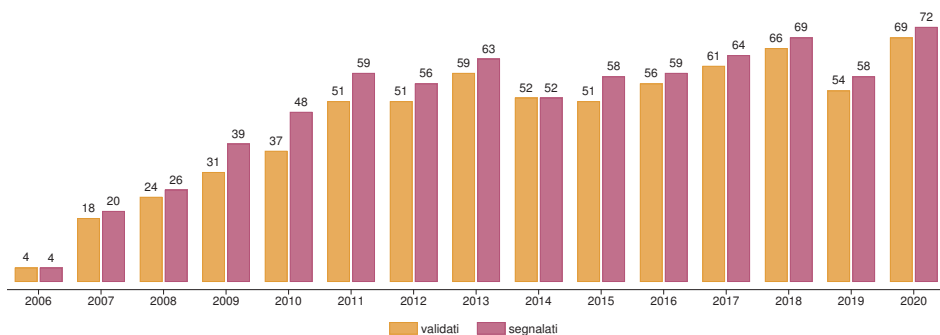
Gli eventi sentinella rappresentano quelle tipologie di accadimento che non dovrebbero mai accadere e proprio per questo necessitano di una presa in carico e di un approfondimento in tempi celeri. Il protocollo stabilisce, infatti, dei tempi sia per la segnalazione sia per l'analisi del caso. In queste occasioni 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 presi in considerazione 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 es. natura del compito e chiarezza della procedura, disponibilità e uso di protocolli, supporti al decision making) fattori relativi all'individuo (staff) (ad es. conoscenze e capacità, competenza, salute fisica e mentale), fattori relativi al team (ad es.

comunicazioni verbali, comunicazioni scritte, supervisione e ricerca di aiuto reciproco, modalità di rapporti all'interno del team: equilibrio, coesione, affiatamento, leadership), fattori relativi all'ambiente di lavoro (ad es. carichi di lavoro e turni di lavoro, caratteristiche degli ambienti di lavoro, pianificazione, disponibilità e manutenzione dell'equipaggiamento, supporti amministrativi e manageriali), fattori relativi al paziente (ad es. condizioni cliniche - complessità e gravità, linguaggio e comunicazione, personalità e fattori sociali), fattori relativi all'organizzazione e al management (ad es. risorse e vincoli finanziari, struttura organizzativa, cultura della sicurezza e priorità), fattori relativi al contesto istituzionale (ad es. contesto economico e normativo, direttive del Servizio sanitario nazionale, legami con organizzazioni esterne).

Le aziende sanitarie toscane segnalano questa tipologia di eventi sin dal 2006, prima che fosse emanato il decreto ministeriale SIMES, Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, dell'11 dicembre 2009.

Dal 2006 al 2020 sono stati segnalati e analizzati complessivamente 684 eventi sentinella. Nel corso del 2020 sono stati segnalati e gestiti mediante il Sistema integrato per la gestione del rischio clinico (Si-GRC) 72 eventi sentinella, di cui 70 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. Per il primo anno, a seguito della formazione fatta, sono state conteggiate anche le segnalazioni a opera delle strutture private (9 eventi complessivamente). L'andamento del 2020 ha riportato il trend di miglioramento delle segnalazioni agli standard degli anni 2015-2018 (figura 1).

Figura 1. Segnalazioni eventi sentinella - Valori assoluti - Toscana, periodo 2006-2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana



In merito al tipo di incidente, secondo la classificazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, le cadute gravi sono l'evento segnalato con più frequenza nel 2020 (36, erano state 11 nel 2019), seguite da eventi riconducibili alla tipologia 16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente (10) e da eventi relativi a suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale (10) (tabella 1).

Tabella 1. Segnalazioni eventi sentinella secondo la tassonomia del protocollo - Valori assoluti - Toscana, periodo 2006-2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana

tipo	2020	2006-2020
morte o grave danno per caduta di paziente	36	165
ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	10	145
suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	10	96
atto di violenza a danno di operatore	4	69
morte in neonato sano di peso >2500 g non correlata a malattia congenita	0	48
morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	1	41
strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	0	36
morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	3	18
reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità abo	0	15
morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	3	15
procedura in paziente sbagliato	1	11
errata procedura su paziente corretto	0	10
violenza su paziente	1	5
procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	0	5
morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	0	3
morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	0	2

Tra le 36 cadute segnalate, 30 sono avvenute in strutture sanitarie pubbliche e 6 in strutture private convenzionate; nello specifico 16 cadute si sono verificate nell'AUSL Toscana Nord Ovest, 12 nell'AUSL Toscana Sud Est e 2 nell'AUSL Toscana Centro e 6 nella Casa di cura Ulivella e Glicini. Di queste cadute, 20 hanno determinato traumi maggiori, 9 prolungamento della degenza, 3 morti, 2 trasferimenti in terapia intensiva, 2 altri esiti e 1 un re intervento.

Per quanto riguarda le segnalazioni che si riferiscono alla tipologia "Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente", 4 cadute si sono verificate nell'AUSL Nord Ovest, 3 nell'AUSL Toscana Sud Est e 1 nell'AUSL Toscana Centro e 6, 1 nell'AOU di Careggi e 1 nell'AOU Senese. Gli esiti di questi eventi hanno causato 5 morti, 4 altre tipologie di danno, 1 un trauma maggiore.

In merito agli eventi relativi a suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale 3 si sono verificati nell'AUSL Toscana Nord Ovest, 3 nell'AUSL Toscana Sud Est e 2 nell'AUSL Toscana Centro, 1 nell'AOU Pisana e 1 nella Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (tabella 2). Di questi tentati suicidi, 7 hanno determinati delle morti, 1 un prolungamento degenza, 1 la necessità di richiesta di trattamenti e 1 altra tipologia di esito.

Figura 3. Tipologia eventi sentinella segnalati dalle aziende sanitarie – Toscana, anno 2020
– Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana

tipo	Asl Nord Ovest	Asl Centro	Asl Sud Est	AOU Careggi	AOU Senese	AOU Pisana	Meyer	ISPRO	FTGM	Centro Chirurgico Toscano	CdC Ulivella e Glicini	CdC S.Giuseppe
procedura in paziente sbagliato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	4	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0
violenza su paziente	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
atto di violenza a danno di operatore	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage, nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	3	2	3	0	0	1	0	0	1	0	0	0
procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
errata procedura su paziente corretto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità abo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
morte in neonato sano di peso >2500 g non correlata a malattia congenita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
morte o grave danno per caduta di paziente	16	2	12	0	0	0	0	0	0	0	6	0

Il sistema di segnalazione e apprendimento degli eventi avversi

Dal 2015 la fonte per raccogliere le segnalazioni degli eventi avversi è costituita dal Si-GRC. Per evento avverso si intende un evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”. Le aziende sono invitate a segnalare i quasi eventi, in altre parole quegli accadimenti che non hanno determinato un danno perché intercettati in tempo, ma che, anche in considerazione della loro numerosità, rappresentano un'importante fonte di apprendimento di tipo organizzativo. Nello specifico i facilitatori aziendali formati sulla gestione del rischio clinico e registrati sull'applicativo (a oggi circa 3mila a livello regionale), prendono in carico e gestiscono le segnalazioni che possono essere inviate e inserite sul Si-GRC da ogni operatore sanitario.

Il numero di segnalazioni annuali e il loro andamento, dunque, esprime la sensibilità di riflettere in modo costruttivo sulle pratiche clinico-assistenziali. Il fenomeno di *under reporting*, ovvero di sottostima delle segnalazioni, è molto legato alla cultura della sicurezza. Per cultura della sicurezza si intende l'insieme di credenze, percezioni e valori che i lavoratori condividono in relazione ai rischi all'interno di un'organizzazione, ad esempio un luogo di lavoro o una comunità. La cultura della sicurezza fa parte della cultura organizzativa. La formazione e un continuo riscontro da parte delle Direzioni aziendali e dei *Risk Manager* sulle attività di analisi e prevenzione del rischio rappresentano gli elementi cardine per sensibilizzare sempre più gli operatori a un'analisi consapevole e positiva delle possibili criticità organizzative e delle eventuali azioni di miglioramento per sviluppare progettare con modalità alternative e più sicure il sistema sanitario.

In media, negli anni precedenti la pandemia, le segnalazioni inserite nell'applicativo regionale si aggiravano a 9.000-10.000 unità. L'indicazione da parte del Centro gestione rischio clinico per il 2020 è stata quella di dare priorità alle attività di assistenza e di formazione come risposta alla gestione dell'emergenza, tenendo come attività ordinaria l'inserimento delle segnalazioni. Nonostante questo, nel corso del 2020 sono state inserite complessivamente 5.426 segnalazioni (tabella 1 e tabella 2); di queste 468 (8,6%) non hanno ancora un esito attribuito (archiviazione, *Mortality and Morbidity Review*, audit) e quindi sono eventi che devono ancora essere analizzati.

Il tipo di esito di queste segnalazioni determina una diversa tipologia di approfondimento: se archiviate, le segnalazioni diventano patrimonio della conoscenza aziendale; se le tematiche sulle quali confrontarsi riguardano competenze tecniche e modalità di gestione di casi clinici, si organizza un *Mortality and Morbidity Review* (M&M). La rassegna di mortalità e morbilità è un'iniziativa periodica, a cadenza almeno mensile, che si svolge a livello di struttura semplice o complessa, dove si discutono casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che

hanno avuto un esito inatteso di mortalità o morbilità. Nei casi che necessitano una riflessione più approfondita di tipo organizzativo, si procede invece all'organizzazione di un audit clinico nel quale viene redatto un *Alert Report* per tenere traccia della dinamica dell'evento e delle azioni di riduzione del rischio preventive al verificarsi della medesima tipologia di accadimento in futuro.

Nel 2020 sono state 4.961 le segnalazioni che hanno avuto un esito attribuito (archiviazione, M&M, audit), pari al 91,4%, di cui 403 segnalazioni con esito di archiviazione (7,4%).

Tabella 1. Numero segnalazioni, per mese - Toscana, anno 2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana

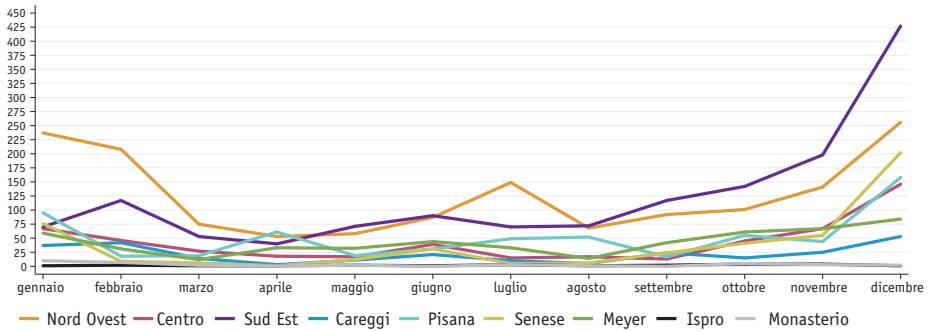
Azienda	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Totale
Nord Ovest	237	208	75	53	58	87	149	68	92	101	141	256	1.525
Centro	67	46	27	18	17	39	15	17	13	45	67	146	517
Sud Est	70	117	53	40	71	90	70	72	117	142	198	427	1.467
Careggi	37	42	14	3	11	21	10	5	24	15	25	53	260
Pisana	95	18	19	61	19	31	49	52	17	55	44	158	618
Senese	76	9	6	1	12	31	5	6	24	41	55	202	468
Meyer	59	31	12	33	32	44	33	14	42	61	67	84	512
Ispro	1	2	1	1	2	1	3	1	2	4	4	1	23
Monasterio	10	7	2	1	2	0	3	1	0	5	3	2	36
Totale	652	480	209	211	224	344	337	236	331	469	604	1.329	5.426

Tabella 2. Numero segnalazioni, per azienda e mese - Toscana, anno 2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana

Azienda	Ex Asl	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Totale
Nord Ovest	Massa Carrara	36	23	4	0	2	22	19	3	15	12	30	39	205
	Lucca	33	44	6	7	5	9	22	8	8	18	18	40	218
	Pisa	83	60	39	17	20	29	57	29	23	22	48	84	511
	Livorno	67	67	19	23	20	22	39	25	35	37	34	53	441
	Viareggio	18	14	7	6	11	5	12	3	11	12	11	40	150
Centro	Pistoia	8	7	12	7	2	3	7	1	1	8	7	22	85
	Prato	16	16	9	6	8	11	0	9	4	13	22	23	137
	Firenze	34	20	4	5	4	25	7	4	1	19	28	67	218
	Empoli	9	3	2	0	3	0	1	3	7	5	10	34	77
Sud Est	Siena	26	40	8	9	39	20	11	12	29	49	27	92	362
	Arezzo	39	58	33	25	25	38	36	40	56	52	65	155	622
	Grosseto	5	19	12	6	7	32	23	20	32	41	106	180	483
AOU	Careggi	37	42	14	3	11	21	10	5	24	15	25	53	260
	Pisana	95	18	19	61	19	31	49	52	17	55	44	158	618
	Senese	76	9	6	1	12	31	5	6	24	41	55	202	468
	Meyer	59	31	12	33	32	44	33	14	42	61	67	84	512
Ispro		1	2	1	1	2	1	3	1	2	4	4	1	23
Monasterio		10	7	2	1	2	0	3	1	0	5	3	2	36
Totale		652	480	209	211	224	344	337	236	331	469	604	1.329	5.426

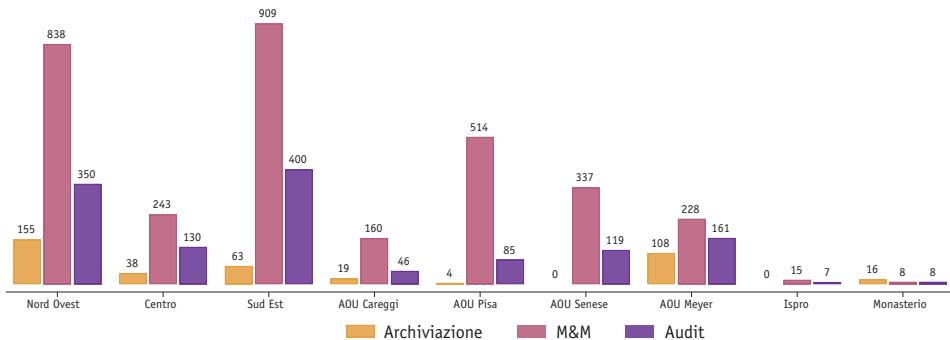
Segue una rappresentazione dell'andamento delle segnalazioni mensili nelle singole aziende (figura 1).

Figura 1. Segnalazioni per mese e azienda di riferimento - Toscana, anno 2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana



I processi inseriti e conclusi sono 4.558 (oltre a 403 archiviati), quindi approfonditi e analizzati, con esito M&M e Audit (84%), di cui 3.252 M&M (71,3%) e 1306 Audit (28,7%) (figura 2).

Figura 2. Segnalazioni inserite e concluse con esito M&M e Audit, per azienda - Toscana, anno 2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana



Infine, 277 sono 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).

La gestione del contenzioso

A seguito della DGRT n. 1.203/2009, 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 è in gestione assicurativa senza franchigia. L'internalizzazione del rischio per responsabilità civile prevede che le aziende ospedaliere e territoriali dell'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 degli affari generali e legali, della medicina legale e della 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 dei tempi di gestione delle pratiche; la massima efficienza si realizza soprattutto nel caso delle richieste ricevute in via stragiudiziale 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 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", ai sensi dell'art.13 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.

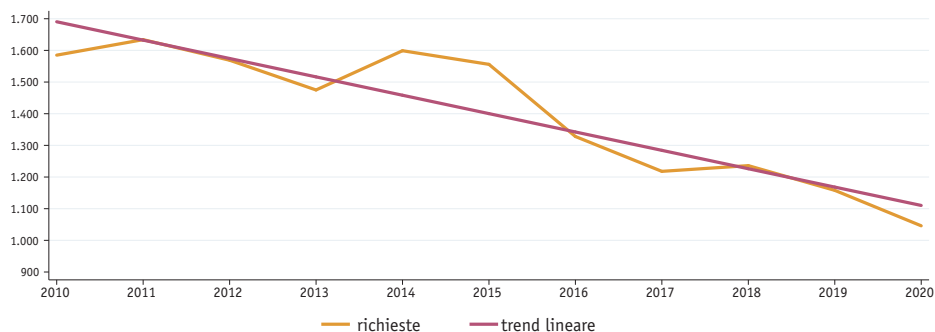
Ai sensi degli artt. 2 e 3 L. 24/2017, resta in carico ai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente l'invio dei dati regionali relativi ai rischi ed eventi

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 SIMES di cui al decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali 11 dicembre 2009.

Mentre, ai sensi dell'art. 4 L. 24/2017, è onere delle strutture sanitarie pubbliche e private rendere disponibili, mediante pubblicazione nel 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 dei sinistri.

Figura 1. Richieste di risarcimento – Toscana, periodo 2010-2020 – Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana



Nella tabella 1 è riportato il numero di sinistri pervenuti a ciascuna azienda (con il dettaglio delle zone) dal 2010 al 2020. Nell'ultima colonna si riporta la variazione percentuale tra le richieste pervenute nel 2020 rispetto alle denunce 2019: in alcuni territori si riscontra un calo più sensibile, ma la tendenza è pressoché costante negli anni considerati. Nel corso del 2020 sono pervenute complessivamente 1.046 richieste di risarcimento.

Nella tabella 2 è riportato il dettaglio della tipologia di danno suddiviso per azienda dal 2010 al 2020. Se la gestione dell'emergenza ha determinato possibili conseguenze alla gestione delle richieste di risarcimento, questo potrebbe essere imputabile alle maggiori difficoltà di contatto fra presunti danneggiati e legali e consulenti di parte, per cui attendiamo nei prossimi mesi un recupero del numero di richieste di risarcimento. Da un confronto effettuato a fine 2020 e all'inizio del 2021 effettuato con i singoli uffici affari generali e legali delle aziende sanitarie, le richieste di risarcimento danni legate a Covid-19 sono, al momento, poche decine, e di valore economico per lo più limitato (smarrimenti di effetti

personali, rimborsi per visite non effettuate, ecc.). Tuttavia, anche per le indagini intraprese dalla magistratura e ancora in corso, attendiamo che ulteriori e più cospicue richieste possano pervenire nel corso del 2021; al fine di monitorarle e gestirle in maniera uniforme nel territorio regionale, si è deciso di procedere a incontri periodici in videoconferenza con le varie funzioni aziendali che si occupano della gestione dei sinistri in modo da condividere casi e strategie.

Tabella 1. Richieste di risarcimento - Toscana, periodo 2009-2020 – Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana

Aziende e Zone	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Totale	Media	2020 vs 2019 %
Massa Carrara	116	110	92	81	85	109	105	101	75	76	81	65	1.235	95,0	20%
Lucca	66	74	89	86	71	72	66	68	44	50	49	40	884	68,0	18%
Pistoia	114	78	98	99	91	88	87	64	62	70	58	40	1.185	91,2	31%
Prato	69	68	75	60	70	65	51	52	50	60	52	51	781	60,1	-2%
Pisa	44	56	57	54	55	55	57	46	36	52	52	33	644	49,5	37%
Livorno	154	164	148	156	153	134	135	107	125	114	110	95	1757	135,2	14%
Siena	67	63	48	41	50	38	43	41	30	40	25	28	593	45,6	12%
Arezzo	131	112	123	97	106	152	120	91	88	94	84	86	1.503	115,6	2%
Grosseto	59	90	87	85	76	105	86	82	84	74	67	68	1.022	78,6	1%
Firenze	137	152	178	187	143	172	175	132	104	90	120	89	1.996	153,5	26%
Empoli	102	60	67	52	63	47	59	52	40	49	54	42	811	62,4	22%
Viareggio	72	87	92	76	68	64	78	70	57	53	41	37	1.004	77,2	10%
ISPRO	NA	3	2	2	0	2	1	3	1	1	1	1	17	1,5	0%
ASL NORD OVEST	452	491	478	453	432	434	441	392	337	345	333	270	5.524	424,9	19%
ASL CENTRO	422	358	418	398	367	372	372	300	256	269	284	222	4.773	367,2	22%
ASL SUD EST	257	265	258	223	232	295	249	214	202	208	176	182	3.118	239,8	3%
AOU PISANA	197	174	185	179	160	213	169	148	154	161	128	143	2.323	178,7	12%
AOU SENESE	98	83	91	68	82	92	101	80	91	73	71	79	1.105	85,0	11%
AOU CAREGGI	227	190	188	222	174	170	194	162	153	146	141	124	2428	186,8	12%
AOU MEYER	23	13	9	13	16	13	20	19	8	19	14	11	186	14,3	21%
Monasterio	4	8	5	11	12	8	9	10	16	14	10	14	100	9,1	40%
Regione Toscana	1.680	1.585	1.634	1.569	1.475	1.599	1.556	1.328	1.218	1.236	1.158	1.046	15.404	1.400,4	10%

Tabella 2. Richieste di risarcimento per tipologia di danno – Toscana, periodo 2010-2020 – Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana

Aziende e Zone	Lesioni personali	decessi	lesione diritti giuridicamente rilevanti	danno a cose	altro	non specificato o non interpretabile
Massa Carrara	688	108	7	69	8	0
Lucca	548	69	4	81	5	2
Pistoia	648	90	12	73	11	1
Prato	473	69	4	100	7	2
Pisa	433	60	3	41	14	2
Livorno	1.104	163	5	135	33	1
Siena	335	59	2	42	9	0
Arezzo	942	93	10	94	14	0
Grosseto	684	92	6	98	23	0
Firenze	1180	136	12	201	13	0
Empoli	471	61	4	42	5	2
Viareggio	582	77	1	50	11	2
ASL NORD OVEST	3.355	477	20	376	71	7
ASL CENTRO	2.772	356	32	416	36	5
ASL SUD EST	1.961	244	18	234	46	0
AOU PISANA	1.432	195	13	125	45	4
AOU SENESE	643	116	14	110	25	3
AOU CAREGGI	1.486	170	9	164	31	4
AOU MEYER	130	13	4	5	3	1
Monasterio	62	32	5	12	2	2
ISPRO	17	1	0	0	0	0
Regione Toscana	11.858	1.604	115	1.442	259	26

Nella tabella 3 si riporta il dettaglio delle liquidazioni, aggiornato al 2020, per ciascuna azienda sanitaria in gestione diretta sulla base dell'anno di avvenuta liquidazione (dell'acconto oppure del saldo), a prescindere da quando è giunta la richiesta danni.

Tabella 3. Importi liquidati per richieste di risarcimento in gestione diretta – Valori in migliaia di euro - Toscana, periodo 2013-2020 – Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana

Aziende	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Totale	Media
ASL NORD OVEST	4.709	5.458	11.795	12.752	16.643	17.538	23.058	18.744	110.696	13.837
ASL CENTRO	4.615	6.547	5.270	8.959	6.022	11.415	20.347	14.970	78.145	9.025
ASL SUD EST	3.496	3.643	2.911	4.070	3.601	5.258	9.665	6.933	39.577	4.947
AOU PISANA	1.693	3.317	1.721	3.364	1.654	3.715	1.050	4.709	21.223	2.653
AOU SENESE	374	261	2.002	439	2.919	4.113	5.729	4.845	20.681	2.585
AOU CAREGGI	5.880	5.890	4.871	7.707	7.318	10.346	6.503	4.534	53.049	6.631
AOU MEYER	24	13	33	191	1.052	573	1.448	67	3.402	425
Totale	20.817	25.129	28.612	37.480	39.309	52.958	67.800	54.803	326.909	30.270

Dalle ultime elaborazioni effettuate annualmente, sappiamo che circa il 50% delle richieste pervenute ogni anno alle aziende vengono accolte e liquidate. La tendenza relativa agli importi delle liquidazioni mostra un aumento delle somme annualmente pagate, e ciò grazie all'acquisita esperienza delle aziende nel procedere alla definizione dei sinistri che vengono prevalentemente gestiti in via stragiudiziale, col supporto multidisciplinare e multi professionale dei Comitati gestione sinistri sopra menzionati.

Questo aspetto determina 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 sul 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.

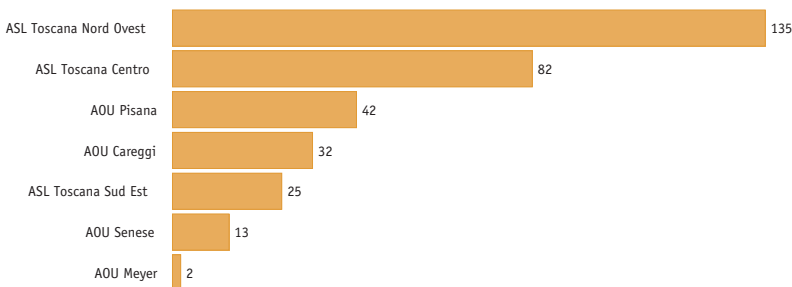
Dopo i primi anni di applicazione del modello di gestione diretta delle richieste di risarcimento RCT/O da parte delle singole aziende sanitarie, è stata avvertita l'esigenza di avere una sede di confronto regionale sui sinistri, pertanto, a livello centralizzato, è fornito un supporto ai Comitati gestione 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 n. 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 euro 500.000 e discrezionale per quelli superiori a euro 100.000 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, però, 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).

Dal 2013 al 2020 il CRVS ha esaminato oltre 330 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 2).

Figura 2. Richieste di risarcimento danni complessivamente analizzate dal CRVS - Toscana, periodo 2013-2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico Toscana



* È opportuno precisare che non tutta la casistica è superiore a euro 500.000

Gli incontri del CRVS – che nel 2020 si sono svolti a partire da aprile 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 Comitati gestione sinistri (CGS) che liquidano con più velocità ed efficienza, oppure per le aziende che incrementano 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. Al fine di fornire un supporto specifico alle aziende in relazione alle richieste di risarcimento danni legati a Covid-19, il CRVS ha promosso degli incontri periodici per consentire un confronto diretto fra tutti i Comitati gestione sinistri aziendali (affari generali e legali, medicina legale, clinical risk manager). L'obiettivo è di cominciare a valutare le tipologie di danni lamentati e condividere approcci e strategie di risoluzione delle controversie. Anche se i casi sono al momento limitati o di piccola entità, dalle discussioni intraprese appare utile adottare un approccio proattivo e cominciare a fare delle considerazioni a livello regionale.

Il Sistema di valutazione della performance

Introduzione al Sistema di valutazione

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.

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.

Dal 2008, la costituzione di un network di Regioni che, su base volontaria, hanno scelto di confrontare la performance dei propri sistemi sanitari regionali avvalendosi del Sistema di valutazione, 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. Ad oggi aderiscono al Network: 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. 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. Il sistema è utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello zonale, aziendale e regionale ed è collegato al sistema di obiettivi delle Aziende sanitarie toscane. È scontato affermare che l'anno 2020 ha rappresentato uno spartiacque storico: gli stessi sistemi di valutazione della performance dei sistemi sanitari sono stati chiamati a uno sforzo di innovazione non più incrementale, ma “disruptive”, per provare a dar conto dell'eccezionalità del momento. Misurare le performance delle Aziende sanitarie nel 2020 ha significato accogliere la sfida di un radicale processo 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, in un periodo storico unico per il nostro SSN. Il Sistema di valutazione è stato quindi ridisegnato, lungo due direttrici operative:

- la sospensione della valutazione per gli indicatori il cui significato e la cui rilevanza sono stati modificati dall'evento pandemico. È il caso ad esempio dei tassi di ospedalizzazione per patologie potenzialmente evitabili: se questi indicatori negli anni scorsi potevano essere misure indirette della capacità di presa in carico da parte del territorio, nel 2020 la loro lettura e interpretazione è inficiata dalla riduzione dell'offerta *tout court* e non dalla presa in carico da parte di altri e più appropriati *setting* assistenziali. Il loro andamento risulta quindi intrinsecamente non valutabile;
- l'introduzione, in collaborazione con le altre Regioni del Network – riprendendo, estendendo e sistematizzando alcune precedenti iniziative di analisi inter-regionali – di un set di circa 60 indicatori di volume, calcolati mensilmente con uno sfasamento di

circa 3 mesi, per individuare tempestivamente i principali cali di offerta e supportare così le direzioni aziendali e regionali nel contenimento della crisi sanitaria. Gli indicatori – mirati principalmente al monitoraggio dell’attività ospedaliera e ambulatoriale – non sono stati quindi individuati per il monitoraggio dell’attività “Covid” in senso stretto – compito affidato ad altre istituzioni, tra cui il Dipartimento della Protezione civile e l’Istituto superiore di sanità – quanto piuttosto per il monitoraggio della tenuta dell’offerta cosiddetta “non-Covid”.

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;
- se la tempestività dei sistemi di valutazione è stata negli ultimi anni riconosciuta come un valore aggiunto per garantire una ricaduta operativa delle evidenze prodotte, in tempi di Covid-19 si è tramutata semplicemente in una precondizione di ogni Sistema di valutazione.

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 2021. L'elaborazione è il risultato della stretta collaborazione tra il Laboratorio MeS e ARS Toscana. I dati sono pressoché tutti aggiornati all'anno 2020, eccezion fatta per alcune specificità relative all'ambito economico-finanziario e alla percentuale di assenza (questi si riferiscono al 2019).

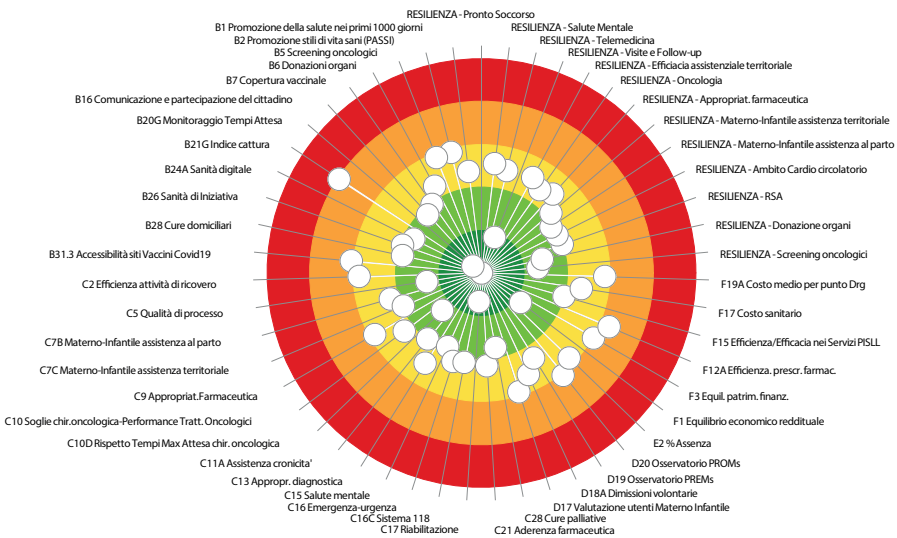
Una caratteristica chiave del Sistema di valutazione è la sua capacità di rappresentare graficamente, in modo accurato e sintetico, la performance di istituzioni complesse quali le Aziende sanitarie. In questa sezione vengono riportate e descritte tre soluzioni di sintesi e di analisi sviluppate dal Laboratorio MeS:

1. la sintesi della valutazione della performance della regione Toscana e delle Aziende sanitarie attraverso il bersaglio;
2. la visualizzazione analitica dei percorsi assistenziali, mediante i pentagrammi;
3. 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 MeS. 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 del 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 (figura 1).

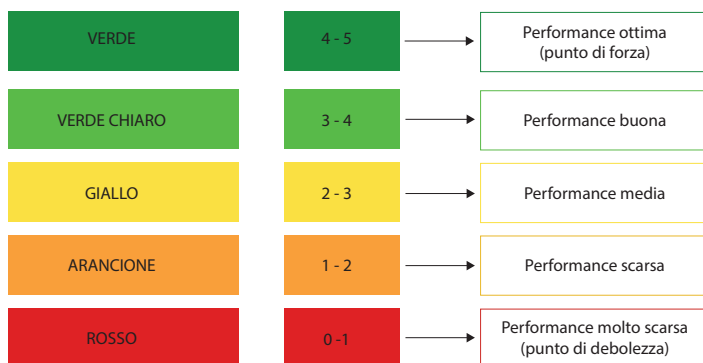
Figura 1. Esempio di un bersaglio



La valutazione delle performance è organizzata in cinque fasce, cui sono associati i colori e i valori (da 0 a 5) di seguito elencati (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



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 sociosanitario). 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 circa 70 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 2020 qui pubblicata potrebbe subire qualche minima, ulteriore 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 sociosanitaria, 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 di 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;
- 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.

Nel 2020 è stata introdotta una nona 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 un centinaio di nuovi indicatori, che misurano la capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni della popolazione in pandemia, contenendo 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, telemedicina, salute mentale), sia sull'offerta in senso stretto ospedaliera (volumi per chirurgia oncologica e cardio-circolatoria, donazioni di organi,

assistenza al parto, Pronto soccorso). 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 2020

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ			
E2	Percentuale di assenza	11,426	2,968
E2A	Indice assenza donne vs. uomini	1,166	
E2B	Indice soffitto di cristallo	2,118	
F1	Equilibrio economico reddituale		4,197
F1.1	Equilibrio economico generale	-0,154	2,823
F1.2	Equilibrio economico sanitario	3,305	4,929
F1.3	ROI	3,545	4,839
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario		2,97
F3.1	Indice di disponibilità	0,994	2,97
F3.2	Politiche di investimento		
F3.2.1	Incidenza canoni leasing e noleggio	23,925	
F3.2.2	Percentuale di obsolescenza tecnica	87,95	
F3.2.3	Indice rinnovo investimenti	3,507	
F3.3	Indice di elasticità finanziaria	-0,344	
F3.4.1	Indice di onerosità	7,087	
F3.4.2	Dilazione dei debiti	67,907	
F11	Indice di compensazione	0,435	
F17	Costo sanitario pro capite	2177,439	1,366
F19A	Costo medio per punto Drg	4479,73	2,494
F19A.3	Costo totale medio per punto DRG		
STRATEGIE SANITARIE REGIONALI			
B1	Promozione della salute nei primi 1000 giorni		2,859
B1.1	Assunzione corretta acido folico in periodo periconcezionale	37,719	2,948

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
B1.2.1	Fumo in gravidanza	5,876	
B1.2.2	Fumo in allattamento	5,678	
B1.3.1	Consumo di alcol in gravidanza	26,302	
B1.3.2	Consumo di alcol in allattamento	49,994	
B1.4	Posizione corretta in culla	79,909	2,759
B1.5	Lettura ad alta voce	58,134	2,869
B2	Promozione stili di vita sani (PASSI)		2,905
B2.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	31,84	2,661
B2.2.2	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	46,51	2,224
B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	42,43	2,868
B2.3.2	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	7,65	3,405
B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	56,11	3,367
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici		2,285
B5.1	Screening mammografico		2,423
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	89,576	2,915
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	66,23	1,93
B5.2	Screening cervice uterina		3,146
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	56,345	3,146
B5.3	Screening coloretale		1,285
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale	83,816	1,763
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale	40,326	0,807
B5.1.7	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		
B6	Donazioni		2,577
B6.1.7	Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute	3,737	
B6.1.1A	Efficienza di segnalazione	49,929	3,138
B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche		
B6.1.2	Percentuale di donatori procurati	54,674	2,667
B6.1.4	Percentuale donatori utilizzati	78,756	2,938
B6.1.15	Conversion rate	50,543	
B6.1.8	Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo		
B6.1.5A	Percentuale donatori di tessuti effettivi	15,627	1,563
B6.1.9	Opposizione alla donazione		
B6.1.10	Donazione di organi a cuore fermo	3,872	
B7	Copertura vaccinale		3,075
B7.1	Copertura per vaccino MPR	95,675	3,225

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	65,504	2,137
B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	53,5	0,35
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	77,27	4,656
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	90,101	1,367
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	91,484	1,828
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	97,112	3,704
B7.8	Copertura vaccinale varicella	94,083	4,606
B11	Complessità della casistica		
B11.1	Peso medio dei DRG	1,372	
B11.1.1	Peso medio dei DRG medici	0,743	
B11.1.2	Peso medio dei DRG chirurgici	1,941	
B11.1.2.1	Percentuale DRG chirurgici ad alta complessità	20,937	
B11.1.2.2	Peso medio dei DRG chirurgici ad alta complessità	5,037	
B20G	Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)		4,459
B20G.1	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)	91,808	4,181
B20G.2	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)	97,363	4,736
B21G	Indice di cattura (Catchment index)		3,321
B21G.1	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)	68,085	2,617
B21G.2	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)	80,473	4,024
B24A	Sanità digitale		3,673
B24B	ePrescription		3,673
B24B.1	Percentuale ricette dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	86,682	5
B24B.1.1	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	87,977	5
B24B.1.2	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	80,999	5
B24B.2	Percentuale ricette elettroniche o dematerializzate su erogato	103,107	
B24B.2.1	Percentuale ricette farmaceutiche elettroniche o dematerializzate su erogato	67,78	
B24B.2.2	Percentuale ricette specialistiche elettroniche o dematerializzate su erogato	112,621	
B24B.3	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una dematerializzata o elettronica	68,403	2,345
B24B.3.1	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	57,881	0,922
B24B.3.2	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	65,28	1,858
B24C	Fascicolo Sanitario Elettronico		
B24C.1	Percentuale di consensi prestati per l'alimentazione del FSE	59,343	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
B24C.2	Percentuale dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE (con FSE attivo)	14,693	
B24C.3	Percentuale di referti di laboratorio strutturati digitalizzati resi disponibili nei FSE	99,702	
B26	Sanità di Iniziativa		2,779
B26.1	Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa	57,795	2,779
EMERGENZA-URGENZA			
C16	Pronto soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza		2,888
C16A.T1.BIS	Percentuale di accessi codice 1 ricoverati, trasferiti, o ammessi in OBI	87,165	
C16A.T2.BIS	Percentuale di accessi codice 2 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	59,737	
C16A.T3.BIS	Percentuale di accessi codice 3 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	27,579	
C16A.T4.BIS	Percentuale di accessi codice 4 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	5,052	
C16A.T5.BIS	Percentuale di accessi codice 5 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	6,039	
C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve	6,139	
C16.5.1A	Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore	17,12	
C16.5.1A2	Percentuale di ricoveri seguiti ad ammissione in OBI >48 ore	41,324	
C16.4.1	Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto soccorso <= 6 ore	90,295	0,648
C16.6	Percentuale di accessi in Osservazione breve inviati a ricovero	39,302	
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	75,845	4,085
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto soccorso entro 72 ore	5,484	3,926
D9A	Percentuale di abbandoni dal Pronto soccorso non presidiati	2,458	2,891
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto soccorso	3,51	
C16C	Sistema 118		3,2
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	17,2	3,2
PREVENZIONE COLLETTIVA			
F15	Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)		3,661
F15.2	Copertura del territorio		4,483
F15.2.1T	N.aziende controllate/N.PAT INAIL	10,184	3,885
F15.2.3T	N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione	149,234	5
F15.1.8	Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole	115,625	4,563
F15.3	Efficienza produttiva		2,839
F15.3.1T	N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL	54,623	2,839
F15.3.2	N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL	36,657	
F15.1.15	Efficacia strutturale riferita al numero di unità locali (PAT) rispetto al personale qualificato	536,351	
F15.1.4S	Efficacia strutturale riferita al numero di lavoratori occupati (ISTAT) rispetto al personale qualificato	4520,163	
F15.1.3	Inchieste per infortunio sul lavoro	865	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
F15.1.4	Inchieste per malattie professionali	149	
GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA			
B15	Capacità attività di ricerca		
B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti		
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti		
C18	Variabilità chirurgia elettiva		
C18.4	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti	129,695	
C18.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti	264,331	
C18.7	Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti	38,697	
C18.9	Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti	88,453	
C18.2	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti	109,938	
C18.12	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colectomia standardizzato per 100.000 residenti	23,488	
C18.8	Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperlasia benigna standardizzato per 100.000 residenti	100,018	
C18.3	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti	100,744	
C18.10	Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti	104,145	
B28	Assistenza Domiciliare e Residenziale		3,314
B28.1	Assistenza Domiciliare		3,352
B28.1.1B	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare	33,525	
B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	11,41	4,705
B28.1.3	Tempo medio in gg tra la segnalazione e la prima erogazione	7,024	
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	12,411	3,206
B28.2.2	Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	7,799	2,9
B28.2.5	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	10,94	4,022
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)	42,562	
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	38,577	1,329
B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	41,65	
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	4,383	3,65
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	17,694	3,962
B28.2.13	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente	14,93	
B28.2.14	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente	1,209	

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
D22Z.1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	6,906	
D22Z.2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	4,42	
D22Z.3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	3,919	
B28.3	Assistenza Residenziale		3,276
B28.3.1	Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	80,83	4,042
B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	50,195	2,51
B28.4	Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	113,027	3,151
B28.3.10	Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA	4,17	
B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	15,266	
B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	17,229	
B28.3.19	Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA	95,122	3,512
B28.3.2.1	Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	80,784	4,039
D33ZA.R1	Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R1)	0,092	
D33ZA.R2	Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R2)	4,346	
D33ZA.R3	Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R3)	23,359	
C1	Capacità di governo della domanda		
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	92,602	
C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	96,224	
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	21,879	
C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti	72,184	
C1.1.1.2	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti	45,035	
C1.1.1.3	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti	25,116	
C1.1.2.2.1	Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale	359,464	
C1.5	Indice di case mix	1,166	
B9.6	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio	0,87	
C2	Efficienza attività di ricovero		2,497
C2A.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	0,227	2,213
C2A.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	-0,468	2,78
C2A.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0,299	2,609
C2A.2	Tasso di occupazione dei posti letto per acuti		
C2A.3	Degenza media ricoveri ordinari	7,357	
C14	Appropriatezza medica		

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C4.9	DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	98,571	
C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	1,341	
C14.2B	Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica		
C14.2.1	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti	9,949	
C14.2.2	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici	33,653	
C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)	2,276	
C14.5	Tasso di accessi DH medico standardizzato per età per 1.000 residenti	50,871	
C4	Appropriatezza chirurgica		
C4.7	Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery	66,19	
C4.12	Drg LEA Chirurgici: Percentuale standard raggiunti per Percentuale DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	89,13	
C4.13	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA)	0,107	
C1.6	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)	43,875	
C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti	23,077	
C5	Qualità clinica/Qualità di processo		2,926
C5.1	Percentuale Ricoveri ripetuti entro 30 giorni	4,84	
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	75,269	2,896
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	88,514	3,351
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	0,849	
C5.4.2	Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 96 ore ricoverati per IMA NSTEMI	0,694	
C5.7	Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale	63,628	3,363
C5.8	Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie	94,824	
C5.10	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	63,7	4,247
C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	93,247	3,649
C5.17	Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati	11,129	2,826
C5.18.1	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti	2,127	
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati	8,858	
C5.19	Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna	4,948	2,526
C5.20	Trombolisi endovenosa per ictus ischemico	5,672	
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)	52,273	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	56,766	0
C5.30	Percentuale fratture operate entro 48 ore	67,507	
C5.13	Chirurgia ginecologica mini-invasiva		
C5.13.1	Percentuale di isterectomie erogate laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica) per patologie ginecologiche benigne	46,023	
C5.13.2	Percentuale di interventi per prolasso degli organi pelvici erogati laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica)	19,38	
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	73,116	3,906
C6	Rischio clinico		
C6.1	Indice di richieste di risarcimento		
C6.1.7	Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	0,359	
C6.1.8	Indice triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	0,359	
C6.2	Sviluppo del sistema di incident reporting		
C6.2.1A	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	0,523	
C6.2.1B	Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	43,27	
C6.2.2A	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere	4,009	
C6.2.2B	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture territoriali	2,873	
C6.2.6	Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità (MM) su casi clinici	1,368	
C6.4	Sicurezza del paziente		
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione	2,478	
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	1,006	
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	2,073	
C6.6A	Incidenza delle cadute	0,923	
C7B	Materno-Infantile assistenza al parto		2,741
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	19,448	2,888
C7.1.2	Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)	8,316	
C7.1.3	Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)	21,8	
C7.1.4	Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati	4,563	
C7.1.1	Percentuale di parti cesarei grezzi	26,671	
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con meno di 1.000 parti	19,342	
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con piu' di 1.000 parti	19,569	
C7.0.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	96,724	4,345
C7.26	Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN	12,209	
C7.2	Percentuale di parti indotti	27,151	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	12,559	3,93
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	8,165	1,734
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	75,21	2,521
C7.12.2	Percentuale di donne a cui e' stato proposto il contatto pelle a pelle	59,289	2,481
C7C	Materno-Infantile assistenza territoriale		2,732
D17.1.6	Percentuale di donne con prenotazione degli esami in gravidanza da parte del personale del percorso	33,69	3,391
C7.15	<i>Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile</i>	158,069	
C7.17	<i>Percentuale primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita</i>	31,472	
C7.17.1	<i>Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio</i>	0,695	
C7.27	<i>Percentuale donne che hanno effettuato piu' di 4 ecografie in gravidanza</i>	51,721	
C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	57,282	2,889
C7.12.3	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	61,516	2,354
C7.12.4	Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi	14,667	2,445
D17.3.7	<i>Proattività del sistema</i>	64,205	
C7.1B.1	<i>Tasso di concepimento per minorenni</i>	1,361	
C7.10	Tasso di IVG 1.000 residenti	5,8	4,001
C7.10.1	Percentuale di IVG con certificazione consultoriale		
C7.10.2	Percentuale di donne che ritornano al consultorio nel post-IVG		
C7.10.3	Percentuale di donne con certificazione consultoriale che ritornano al consultorio nel post-IVG		
C7.11	<i>Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute</i>	25,545	
C7.19	<i>Tasso di accesso al consultorio giovani</i>	42,983	
C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	22,802	2,225
C7.13	Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	15,155	1,522
C7.14	Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	11,088	2,536
C7.16A	<i>Accesso area maternità del consultorio</i>	23,75	
C7.16	Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	72,289	3,229
C7.25	Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti		
C7D	Pediatria		
C7.7R	<i>Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario</i>	3,525	
C7.7.1R	<i>Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari</i>	31,404	
C7D.7	<i>Percentuale pazienti pediatrici in reparti non pediatrici</i>	18,8	

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C7D.19.3	Tasso di ospedalizzazione pediatrica per polmonite per 100.000 residenti minorenni	25,377	
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	78,242	
C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici		3,528
C10.1	Volumi Oncologia		3,832
C10.1A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella		5
C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	92,276	
C10.1.4	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	10,276	
C10.1.7	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella	48	
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10 Percentuale tolleranza) interventi annui	100	5
C10.1B	Volumi interventi tumore maligno alla prostata		2,664
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	72,75	2,275
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	24,214	3,052
C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	10,811	
C10.1.1A	Volumi interventi tumore maligno al polmone	868	
C10.1.2A	Volumi interventi tumore maligno alla prostata	1274	
C10.1.3A	Volumi interventi per tumore maligno allo stomaco	414	
C10.1.4A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella	3871	
C10.1.5A	Volumi interventi tumore maligno al pancreas	275	
C10.1.6A	Volumi interventi per tumore maligno dell'esofago	54	
C10.1.7A	Volumi interventi per tumore maligno del surrene	42	
C10.1.8A	Volumi interventi per tumore maligno al colon	1625	
C10.1.9A	Volumi interventi per tumore maligno al retto	437	
C10.1.10A	Volumi interventi per tumore maligno al fegato	400	
C10.1.11A	Volumi interventi per tumore maligno alla vescica	417	
C10.1.12A	Volumi interventi per tumore maligno al rene	1024	
C10.2	Percorso tumore alla mammella		3,541
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	87,22	4,722
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	76,276	4,114
C10.2.2.1	Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	20,854	
C10.2.3	Percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro 120 giorni dall'intervento conservativo (triennale)	2,464	
C10.2.4A	Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 6 mesi dall'intervento conservativo	56,395	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C10.2.5	<i>Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante</i>	83,023	
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	75,531	2,663
C10.2.7	<i>Percentuale di interventi ricostruttivi o inserzione di espansore nel ricovero indice sugli interventi demolitivi per tumore alla mammella</i>	59,831	
C10.3	Percorso tumore al colon-retto		2,606
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3,194	3,083
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3,54	2,129
C10.3.3	<i>Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante</i>	59,729	
C10.7	Trattamento diagnostico		
C10.5	<i>Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali</i>	428,524	
C10.8	Fine vita oncologico		
C10.8.1	<i>Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita</i>	28,106	
C10.8.1.1	<i>Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica</i>		
C10.8.2	<i>Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita</i>		
C10D	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore		3,722
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	86,122	
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	59,54	3,024
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	93,059	
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	91,124	
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	89,401	4,009
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	86,495	3,859
C10.4.13	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	96,41	
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	71,93	
C11A	Efficacia assistenziale territoriale		3,083
C11A.1	Scompenso Cardiaco		2,136
C11A.1.1	<i>Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)</i>	124,433	

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
D03CC	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco	227,081	
C11A.1.2A	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	62,912	2,576
C11A.1.2B	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	48,857	2,238
C11A.1.2C	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno un ECG		
C11A.1.3	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani	57,572	1,298
C11A.1.4	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	61,179	2,432
C11A.2	Diabete		2,086
C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	12,361	
D03CA	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete	12,03	
C11A.2.2	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	54,817	1,901
C11A.2.3	Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	32,115	0,918
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	20,79	3,438
C11A.2.4.4	Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti	73,124	
C11A.2.9	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica		
C11A.3	BPCO		
C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	16,033	
D03CB	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO	16,725	
C11A.3.2A	Residenti con BPCO con almeno almeno una spirometria		
C11A.5	Ictus		3,112
C11A.5.1	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	62,234	3,112
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	5,677	
C8D.1.1	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per titolo di studio	0,914	
C8D.1.2	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per diabete, scompenso e BPCO per titolo di studio	0,76	5
C8A	Integrazione ospedale territorio		
C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	0,457	
C8A.2	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC		
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	0,829	
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	246,307	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
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)	24,206	
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)	54,773	
C8C.3.N	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07C)	22,557	
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 D07C)	67,073	
C13	Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica		2,428
C13.1	Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti	2246,851	
C13.2	Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini	514,806	
C13.2.1	Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti	59,549	
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti	55,78	
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	16,231	
C13A.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	4,925	2,428
C13A.2.2.3	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	9,375	
C13.4	Tempi di attesa		
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	74,687	
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	74,135	
C15	Salute mentale		2,567
C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni	107,333	
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	47,629	1,737
C15A.13A	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	5,649	2,814
C15A.13B	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria	5,854	
C15A.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	5,251	1,516
C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche		
C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	38,231	4,042
C15A.5A	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	180,288	
C15A.5.1A	Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni	45,056	
C15A.5.2A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni	52,361	
C15A.5.3A	Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni	19,62	
C15A.5.4A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni	6,461	
C15A.5.5A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni	17,142	

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C15A.5.8A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni	19,531	
C15A.5.6A	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni	20,117	
C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali	33,989	2,142
C15.17	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti		
C15.17.1	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti		
C15.17.2	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti		
C15.19.1	Percentuale di pazienti in carico con rivalutazione programmata nell'anno indice		
C15.19.2	Percentuale di pazienti in carico con rivalutazione programmata e non nell'anno indice		
C17	Riabilitazione		3,979
C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	1,789	
C17.1.1.1	Tasso di ospedalizzazione in ricovero ordinario std per 1.000 residenti in specialità 56	1,71	
C17.1.1.2	Tasso di ospedalizzazione in day hospital std per 1.000 residenti in specialità 56	0,079	
C8A.20	Percentuale ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	10,211	3,979
C17.1.4	Durata della degenza in reparti di riabilitazione		
C17.1.4.1	Percentuale ricoveri ordinari per Ictus in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni	9,067	
C17.1.4.2	Percentuale ricoveri ordinari per Ictus in riabilitazione con durata della degenza superiore a 40 giorni	18,745	
C17.1.4.3	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni	43,325	
C17.1.4.4	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni	8,564	
C17.1.4.5	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni	56,577	
C17.1.4.6	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni	2,883	
C17.1.4.7	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni	13,671	
C17.1.4.8	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni	7,089	
C28	Cure Palliative		3,031
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative		
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	36,216	3,061
C28.2	Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	94,785	
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	94,732	4,122

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	8,291	4,171
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	36,124	
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg	36,134	0,693
RESPONSIVENESS E COMUNICAZIONE			
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino		
B16.1	Carta dei Servizi		
B16.1.1	Percentuale impegni raggiunti		
B16.1.2	Comitato di partecipazione		
B16.2	Front office telefonico		
B31.3	Accessibilità online dell'informazione sulla vaccinazione anti-Covid-19		1,965
B31.3.1	Informazioni sugli effetti collaterali della vaccinazione anti-Covid-19	0	
B31.3.2	Leggibilità dei testi sulla vaccinazione anti-Covid-19		1,965
B31.3.2.1	Indice GulpEase dei testi sulla vaccinazione anti-Covid-19	54,9	2,864
B31.3.2.2	Indice di Nuovo Vocabolario di Base della lingua italiana (NBIV) sui testi della vaccinazione anti-Covid-19	67,9	2,948
B31.3.2.3	Indice READ-IT sui testi della vaccinazione anti-Covid-19	99,5	0,083
B40	Programmazione della formazione		
B40.1	Coerenza del piano formativo alle indicazioni regionali		
B40.2	Dossier formativo		
B40.3	Capacità di resilienza attività formativa aziendale 2019-2020	-57	
VALUTAZIONE DELL'UTENZA			
D17	Valutazione utenti Materno Infantile		2,023
D17.1	Gravidanza		2,297
D17.1.7	Qualità incontro consegna libretto di gravidanza	84,977	3,498
D17.1.8	Esperienza con l'ostetrica alla consegna del libretto	74,804	2,48
D17.1.1A	Utilità del CAN (Corso di Accompagnamento alla Nascita)	54,3	
D17.1.1GR	Utilità del CAN per la gravidanza	56,965	
D17.1.1PA	Utilità del CAN per il parto	55,288	
D17.1.1AL	Utilità del CAN per l'allattamento	57,274	
D17.1.1NE	Utilità del CAN per la gestione del neonato	47,747	
D17.1.9	Coinvolgimento nelle scelte in gravidanza	54,676	0,823
D17.1.5A	Willingness to recommend il consultorio	86,924	2,385
D17.2	Parto		1,96
D17.2.13	Libertà di gestione di travaglio e parto	69,919	1,992
D17.2.14	Rispetto e dignità da parte dei professionisti in travaglio e parto	87,36	2,472
D17.2.15	Continuità assistenziale in travaglio e parto	83,064	1,613

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
D17.2.7A	Gestione del dolore in travaglio e parto	71,723	2,172
D17.2.8	Gestione del dolore dopo il parto	72,827	2,283
D17.2.9	Lavoro di squadra	80,833	1,167
D17.2.11A	Supporto del personale al punto nascita	80,454	1,091
D17.2.4A	Informazioni concordanti	73,315	2,332
D17.2.5	Pulizia ambienti	67,55	1,755
D17.2.16	Chiarezza informazioni alla dimissione	70,867	2,087
D17.2.17	Qualità assistenza al punto nascita	82,367	1,473
D17.2.18	Esperienza con il personale del punto nascita	71,701	2,17
D17.2.10	Willingness to recommend il punto nascita	89,349	2,87
D17.3	Primo anno di vita		1,813
D17.3A	Assistenza Pediatrica di Famiglia		2,19
D17.3A.1	Facilità contatto con PLS	91,184	3,237
D17.3A.2	Informazioni concordanti sull'allattamento del PLS	82,244	1,449
D17.3A.3	Esperienza con il PLS	74,28	2,428
D17.3A.4	Willingness to recommend il PLS	83,219	1,644
D17.3B	Assistenza del consultorio		1,132
<i>D17.3B.1</i>	<i>Supporto richiesto al personale del consultorio</i>		
D17.3B.2	Esperienza con il personale del consultorio	62,994	1,299
D17.3B.3	Willingness to recommend il consultorio	78,568	0,964
D17.3C	Vaccinazioni		2,119
D17.3C.1	Informazioni del PLS su vaccinazioni	70,172	2,017
D17.3C.2	Informazioni concordanti sulle vaccinazioni	83,941	3,394
D17.3C.3	Consapevolezza su vaccinazioni	58,389	0,946
D17.4	Bilancio del percorso		
D17.4.1	Accesso ai servizi		
D17.4.2	Coordinamento tra professionisti		
D17.4.3	Soddisfazione complessiva		
D17.4.4	Esperienza positiva in gravidanza		
D17.4.5	Esperienza positiva al parto		
D17.4.6	Esperienza positiva nel primo anno		
D18A	Dimissioni volontarie		2,449
D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0,692	3,023
D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	1,75	1,875
D20	PROMs		1,76
D20.1	Percentuale pazienti arruolati al progetto PROMs		0,638
D20.1.1	Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica	25,525	0,552

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
D20.1.1.1	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica urologica	25,24	
D20.1.1.2	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica toracica	32,308	
D20.1.1.3	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica coloretale	23,607	
D20.1.2	Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica	15,175	0
D20.1.2.1	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione d'anca	16,192	
D20.1.2.2	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	14,049	
D20.1.3	Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	33,619	1,362
D20.1.3.1	Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella	33,619	
D20.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs		2,882
D20.2.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica	63,298	4,33
D20.2.1.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica urologica	66,54	
D20.2.1.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica toracica	66,667	
D20.2.1.3	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica coloretale	49,296	
D20.2.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica	31,429	1,143
D20.2.2.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di anca	35,577	
D20.2.2.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	26,21	
D20.2.3	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	51,724	3,172
D20.2.3.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella	51,724	
D19	Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario		2,875
D19.1	Rispetto per la persona		3,402
D19.1.1	Rispetto e dignità per la persona - personale medico	95,505	4,101
D19.1.2	Rispetto e dignità per la persona - personale infermieristico	94,166	3,833
D19.1.3	Rispetto e dignità per la persona - OSS	92,374	
D19.1.4F	Rispetto e dignità per la persona - Fisioterapisti	93,591	
D19.1.5	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Medici	89,641	2,928
D19.1.6	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Infermieri	88,731	2,746
D19.1.7	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS	90,72	
D19.1.8F	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Fisioterapisti	94,009	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
D19.2	Supporto alla persona		1,566
D19.2.1	Gestione paure ed ansie - personale medico	82,789	1,558
D19.2.2	Gestione paure ed ansie - personale infermieristico	82,867	1,573
<i>D19.2.3F</i>	<i>Gestione paure ed ansie - Fisioterapisti</i>		
D19.3	Comunicazione e relazione		2,948
D19.3.1	Risposte chiare - personale medico	92,356	3,471
D19.3.2	Risposte chiare - personale infermieristico	91,122	3,224
D19.3.3	Colloqui con i familiari	85,205	2,041
D19.3.4	Coinvolgimento del paziente	84,81	1,962
D19.3.5	Accoglienza in ospedale	95,217	4,043
<i>D19.3.6F</i>	<i>Risposte chiare - Fisioterapisti</i>	92,68	
D19.4	Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management		2,34
D19.4.1	Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management	83,473	1,695
D19.4.2	Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici	89,925	2,985
D19.5	Comfort ospedaliero		2,755
<i>D19.5.1</i>	<i>Silenziosità del reparto</i>	65,203	
D19.5.2	Pulizia del reparto	77,546	2,755
D19.8	Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero	91,35	3,27
D19.9	Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta	89,576	2,915
D19.9.3	Lavoro di squadra	87,274	2,455
D19.10	Willingness to recommend	94,037	3,807
D20B	Estensione ed adesione PREMs		
<i>D20B.1.1</i>	<i>Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario</i>	73,641	
<i>D20B.2.1</i>	<i>Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario</i>	15,565	
ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI			
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica		2,329
B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore		
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	2,16	2,15
B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio	5,493	3,326
B4.1.3	Consumo territoriale di morfina	3,023	1,349
B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio	5,261	1,315
C9.10.1	Polypharmacy sul territorio	17,767	3,918
C9.6.1	Ipolipemizzanti		2,065
C9.6.1.1	Iperprescrizione di statine	3,115	3,885
C9.6.1.2	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio	53,107	2,311
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione	229,614	0
<i>C9.6.1.5</i>	<i>Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine</i>	28257,575	
<i>C9.6.2.5</i>	<i>Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi</i>	8355,188	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C9.6.1.6	Consumo annuo di farmaci a base di omega-3 (UP per 100 residenti maggiorenni) sul territorio	241,329	
C9.6B	Antiipertensivi		
C9.3.1	Percentuale aderenza pazienti trattati con farmaci antiipertensivi agenti sul sistema regina-angiotensina (ATC C09) sul territorio	59,586	
C9.7	Gastrointestinali		2,709
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	26,166	2,709
C9.8	Antimicrobici		3,722
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	10,948	5
C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicro-bico-resistenza)	1,155	3,69
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	7,563	5
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	1,182	3,744
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	2,213	1,174
C9.8.1.3	Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina ac. clavulanico sul territorio	19,905	
C9.8.1.4	Percentuale DDD antibiotici fluorochinoloni sul totale degli antibiotici sul territorio	10,549	
C9.8.1.5	Percentuale DDD di antibiotici macrolidi sul totale antibiotici sul territorio	22,803	
C9.8.1.6	Percentuale DDD antibiotici cefalosporine III generazione sul totale degli antibiotici sul territorio	10,178	
C9.12C	N.Utenti con erogazione farmaci in fascia H iniettabili sul territorio		
C9.9	Farmaci in Salute mentale		0,085
C9.4	Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	47,948	0
C9.5	Consumo di altri antidepressivi sul territorio	14,812	0
C9.5.1	Percentuale DDD di altri antidepressivi sul totale degli antidepressivi sul territorio	23,064	
C9.5.2	Percentuale DDD di medicinali a base di vortioxetina sul totale altri antidepressivi sul territorio	11,783	
C9.9.1	Iperprescrizioni di antidepressivi	11,488	0,256
C9.9.2	Consumo di antipsicotici sul territorio	9,552	
C9.9.4	Polypharmacy (salute mentale)		
C9.17	Ospedaliera		3,279
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	4084,848	
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti	72,557	
C9.12A	Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	48,475	
C9.12B	Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	28,566	
C9.13	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	67,243	3,279
C9.20	Percentuale pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica		
C9.22	Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare (EBPM) ogni 100 residenti sul territorio	4,991	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C9.22.1	Consumo ospedaliero di antifungini triazolici per 1000 giornate di degenza	28,398	
C9.22.2	Consumo ospedaliero di antifungini echinocandine per 1000 giornate di degenza	7,471	
C9.22.3	Percentuale di antifungini caspofungin (R.O.)	92,771	
C9.20.3	Consumo di albumina	0,383	
C9.20.4	Albumina per giornata degenza	0,517	
C9.19.1	Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	69,639	0
C9.19.2	Incidenza Salmeterolo associato sul territorio	48,745	
C9.19.3	Confezioni di adrenergici sul territorio	7,055	
C21.2	Terapia post IMA		2,854
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	69,773	2,444
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	64,625	2,463
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	79,555	3,656
C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)		3,144
C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	10,945	2,284
C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	20,976	3,175
C21.3	Compliance terapia post IMA		3,972
C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	86,379	3,638
C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	84,503	3,45
C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	98,273	4,827
F10A	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi		
F10.1A	Spesa farmaceutica complessiva	328,872	
F10.1B	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	212,774	
F10.1C	Spesa farmaceutica convenzionata	116,098	
F10.1D	Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA	14,965	
F10.2.2	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa	2932,388	
F10.2.3	Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV		
F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici	6269,665	
F10.3	Spesa dispositivi (ospedaliera)		
F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	20,04	
F10.3.1A	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (ASL)	70,787	
F10.3.2	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (AOU)	208,85	
F10.3.3	Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero	1,061	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
F10.3.4	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	89,344	
F12A	Efficienza prescrittiva farmaceutica		2,17
F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	76,34	2,17
F12A.14A	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto	40,116	
F12A.19	Ospedaliera		
F20.11	Percentuale Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara	95,26	
F20.12	Percentuale Adalimumab biosimilare o vincitore di gara	91,291	
F20.13	Percentuale Follitropina biosimilare o vincitore di gara		
F20.14	Percentuale Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara	74,942	
F20.15	Percentuale Somatropina biosimilare o vincitore di gara	21,415	
F20.16	Percentuale Epoietina biosimilare o vincitore di gara	92,475	
F20.17	Percentuale Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara	100	
F20.18	Percentuale Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara	4,968	
F20.19	Percentuale Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara	21,513	
F20.20	Percentuale Teriparatide biosimilare o vincitore di gara	17,908	
F20.21.1	Percentuale di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 5 molecole		
F20.21.2	Percentuale di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 11 molecole		
F12A.20	Cura dell'osteoporosi		
F12A.21.1	Colecalciferolo. Costo medio per 12,5 DDD (pari a 10.000 UI) sul territorio	0,062	
F12A.21.2	Consumo di colecalciferolo sul territorio		
F12A.25	Distribuzione Diretta e Per Conto		
F12A.25.1	Percentuale Dimessi da ricovero con erogazione in Distribuzione Diretta		
F12A.25.2	Percentuale Dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in Distribuzione Diretta		
F12A.25.3	Incidenza spesa medicinali dell'elenco DPC erogati tramite distribuzione convenzionata	1,522	
F12A.25.4	Percentuale Pazienti RSA con erogazione in Distribuzione Diretta		
F20.7	Percentuale Imatinib equivalente	78,743	
F20.8	Percentuale Etanercept biosimilare o vincitore di gara	93,272	
F20.9	Percentuale Infliximab biosimilare o vincitore di gara	95,56	
F20.10	Percentuale Rituximab biosimilare o vincitore di gara	90,077	
F12C	Dispositivi medici		
F12C.3.1A	Consumo di siringhe per giornata di degenza	6,48	
F12C.3.2B	Spesa per siringhe per giornata di degenza	1,038	
F12C.4.1B	Spesa per guanti per giornata di degenza	1,762	
F12C.3.1	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento per giornata di degenza (ASL)	4,965	

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
F12C.3.2	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza (AOU)	5,223	
RESILIENZA			
B5R	Resilienza - Screening oncologici		3,74
B5.1.2R	Andamento volumi screening mammografico	-19,07	4,539
B5.2.2R	Andamento volumi screening cervice uterina	-23,59	3,694
B5.3.2R	Andamento volumi screening colorettole	-36,222	2,987
B6.R	Resilienza - Donazioni di organi		2,856
B6.1.1A.R	Differenza Percentuale efficienza di segnalazione	-5,986	2,827
B6.1.6.R	Differenza Percentuale segnalazione Morti Encefaliche		
B6.1.15.R	Differenza Percentuale conversion rate	-2,196	2,884
B283R	Resilienza - Setting Residenziale, Domiciliare e Intermedio		2,895
B283R.1	Capacità invio dati da RSA		2,619
B283R.1.1	Percentuale schede settimanali inviate per il sistema di sorveglianza ISS	73,238	2,324
B283R.1.2	Percentuale schede trimestrali inviate per il sistema di sorveglianza ISS	83,384	3,338
B283R.1.3	Percentuale RSA che hanno inviato Sezione Covid-19 MeS	71,951	2,195
B283R.2	Attività di screening in RSA		2,997
B283R.2.1	Screening assistiti RSA	28,191	2,819
B283R.2.2	Screening operatori RSA	36,746	3,175
B283R.3	Soddisfazione RSA e ASL		3,07
B283R.3.1	Coordinamento generale con ASL	65,466	3,273
B283R.3.2	Supporto logistico per DPI	59,958	2,998
B283R.3.3	Supporto per la presa in carico positivi	60,593	3,03
B283R.3.4	Indicazioni ricevute	59,534	2,977
B283R.4	Tasso positività RSA		
B283R.4.1	Percentuale di assistiti positivi (media settimanale)	2,045	
B283R.4.2	Percentuale operatori positivi (media settimanale)	1,182	
B283R.4.3	Percentuale RSA con assistiti positivi	38,545	
B283R.4.4	Percentuale RSA con operatori positivi	55,273	
B283R.5	Variazione percentuale 2019-2020 ammissioni anziani in RSA	-21,026	
B283R.6	Variazione percentuale 2019-2020 ammissioni anziani in Cure Intermedie	27,966	
AD.M1	Volumi per Accessi domiciliari ADI/ADP	-16,691	
CC.R	Resilienza - Ambito Cardio Circolatorio		2,658
S.M12	Volumi per ricoveri per IMA STEMI	-11,869	2,203
S.M13	Volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	-18,076	1,201
S.M14	Volumi per ricoveri per ictus ischemico	-4,382	5
S.M16	Volumi per ricoveri per interventi di By pass aortocoronarico	-24,363	2,227

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C7B.R	Resilienza - Materno-Infantile assistenza al parto		2,217
C7.28.1.R	Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio	21,256	2,104
C7.28.2.R	Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto	13,556	2,329
C7C.R	Resilienza - Materno-Infantile assistenza territoriale		2,845
MI.1	<i>Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali</i>	-20,099	
MI.1.1	<i>Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali delle prestazioni consultoriali dell'area salute riproduttiva (maternità, sterilità, IVG e contraccezione)</i>	-17,719	
MI.1.2	<i>Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali dell'area disagio e abusi/maltrattamenti</i>	-11,975	
MI.2	Differenza della quota di nuovi utenti dei servizi consultoriali	-3,906	2,729
MI.3	Differenza delle Percentuale di gestanti seguite dal consultorio	-4,226	3,155
C7.16	Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	72,289	3,229
C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	57,282	2,889
C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	22,802	2,225
C7.10.1	<i>Percentuale di IVG con certificazione consultoriale</i>		
C9R	Resilienza - Farmaceutica		2,52
F.M1	Consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	0,724	3,137
F.M2	Consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	-2,314	1,902
F.M3	<i>Consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale sul territorio</i>	2,28	
C10R	Resilienza - Oncologia		3,584
S.M3	Volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	-10,219	2,904
S.M4	Volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	-15,812	2,944
S.M5	Volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	-18,116	2,398
S.M6	Volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	-8,598	4,258
S.M7	Volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	1,391	4,438
S.M8	Volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	-1,051	4,14
S.M9	Volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	21,921	5
S.M10	Volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A	-30,143	1,503
F.M4	Numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	6,466	4,672
C11R	Resilienza - Efficiacia assistenziale territoriale		2,467
C11A.1.3.R	Variazione Residenti con Scompensio Cardiaco in terapia con ACE inibitori - sartani	-0,118	2,422
C11A.1.4.R	Variazione Residenti con Scompensio Cardiaco in terapia con beta-bloccante	3,134	2,585

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
C11A.1.2C.R	Variazione Residenti con Scoppio Cardiaco con almeno un ECG		
C11A.2.2.R	Variazione Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	-12,349	2,526
C11A.2.3.R	Variazione Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	-9,865	2,48
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	1,358	2,323
C13.R1	Resilienza - Ambulatoriale e Diagnostica		
A.M1	Volumi prestazioni ambulatoriali	-23,328	
A.M2	Volumi diagnostica per immagini	-21,422	
C13.R2	Resilienza - Visite e Follow-up		3,85
A.M3	Volumi per prima visita cardiologica	-22,018	
A.M4	Volumi per prima visita chirurgia vascolare	-32,004	
A.M5	Volumi per prima visita endocrinologica	-26,641	
A.M6	Volumi per prima visita neurologica	-28,215	
A.M7	Volumi per prima visita oculistica	-36,709	
A.M8	Volumi per prima visita ortopedica	-30,684	
A.M9	Volumi per prima visita ginecologica	-19,441	
A.M10	Volumi per prima visita otorinolaringoiatrica	-36,166	
A.M11	Volumi per prima visita urologica	-22,723	
A.M12	Volumi per prima visita dermatologica	-33,014	
A.M13	Volumi per prima visita fisiatrica	-26,708	
A.M14	Volumi per prima visita gastroenterologica	-19,766	
A.M15	Volumi per prima visita oncologica	-31,074	
A.M16	Volumi per prima visita pneumologica	-29,65	
A.M17	Volumi per visita di controllo cardiologica	-16,702	4,828
A.M18	Volumi per visita di controllo chirurgia vascolare	-22,313	3,692
A.M19	Volumi per visita di controllo endocrinologica	-24,456	3,695
A.M20	Volumi per visita di controllo neurologica	-19,279	4,193
A.M21	Volumi per visita di controllo oculistica	-30,121	3,431
A.M22	Volumi per visita di controllo ortopedica	-27,11	3,571
A.M23	Volumi per visita di controllo ginecologica	-11,313	4,185
A.M24	Volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica	-36,19	3,326
A.M25	Volumi per visita di controllo urologica	-19,813	4,029
A.M26	Volumi per visita di controllo dermatologica	-24,481	4,459
A.M27	Volumi per visita di controllo fisiatrica	-23,91	3,929
A.M28	Volumi per visita di controllo gastroenterologica	-22,22	2,844
A.M29	Volumi per visita di controllo oncologica	-1,816	3,709

Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Valore regionale	Valutazione regionale
A.M30	Volumi per visita di controllo pneumologica	-28,328	4,014
C13.R3	Resilienza - Telemedicina		3,298
C13.R3.1	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Reumatologica)	5,898	3,736
C13.R3.2	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	4,919	4,871
C13.R3.3	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	4,278	3,189
C13.R3.4	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)	6,62	2,77
C13.R3.5	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Infettivologica)	7,235	
C13.R3.6	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Immunologica)	10,029	
C13.R3.7	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Geriatrica)	9,466	3,168
C13.R3.8	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Gastroenterologica)	8,284	5
C13.R3.9	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Endocrinologica)	7,191	4,728
C13.R3.10	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	8,461	2,758
C13.R3.11	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	21,431	3,146
C13.R3.12	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Nutrizionale)	35,739	2,65
C13.R3.13	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)	4,126	0,88
C13.R3.14	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Allergologica)	11,98	2,685
C13.R3.15	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Algologica)	7,775	
C15R	Resilienza - Salute mentale		2,823
C15.2.R	Variazione pazienti psichiatrici maggiorenni con contatto con il DSM entro 7 gg dal ricovero ospedaliero	-4,594	2,783
C15A.13A.R	Variazione ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche		
C15.4.R	Variazione appropriatezza psicoterapia	5,367	2,862
C15.19.1.R	Variazione pazienti in carico con rivalutazione programmata nell'anno indice		
C15.17.R	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti - variazione		
SM.M1	Salute mentale: volumi prestazioni domiciliari	-11,889	
SM.M2	Salute mentale: volumi prestazioni erogate nel territorio	-20,235	
C16R	Resilienza - Pronto soccorso		4,114
PS.M1	Volumi accessi in Pronto soccorso	-30,061	
PS.M2	Tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero	-7,763	4,114

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. La 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.

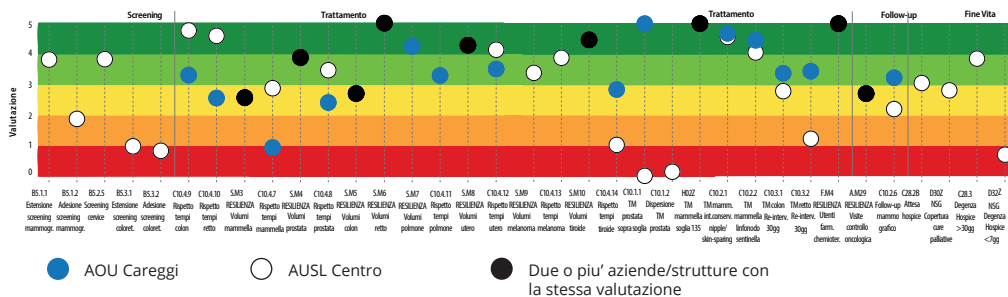
In una logica di superamento dei confini organizzativi, a favore della continuità e integrazione dei servizi, i pentagrammi sono stati realizzati non solo a livello di Area vasta ma anche di Zona distretto, per fornire una rappresentazione più vicina alla realtà territoriale in cui vivono i toscani.

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



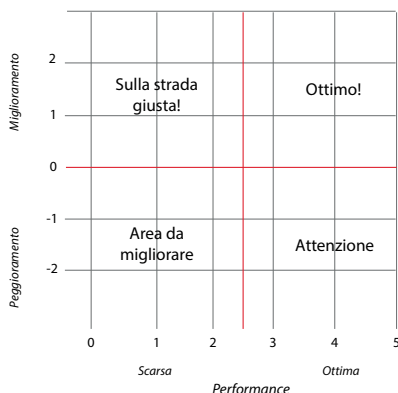
I pentagrammi 2020, così come i bersagli, sono stati integrati dagli indicatori di resilienza, nelle rispettive fasi.

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 (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 2020, 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 (figura 4).

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.

Figura 4 - Mappa di performance



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.

I risultati in sintesi della performance complessiva della regione Toscana nel 2020

Il bersaglio riportato nella figura 5 sintetizza la performance registrata dalla regione Toscana nel 2020. Rispetto ai 262 indicatori di valutazione, la regione Toscana mostra una performance complessiva buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce centrali del bersaglio.

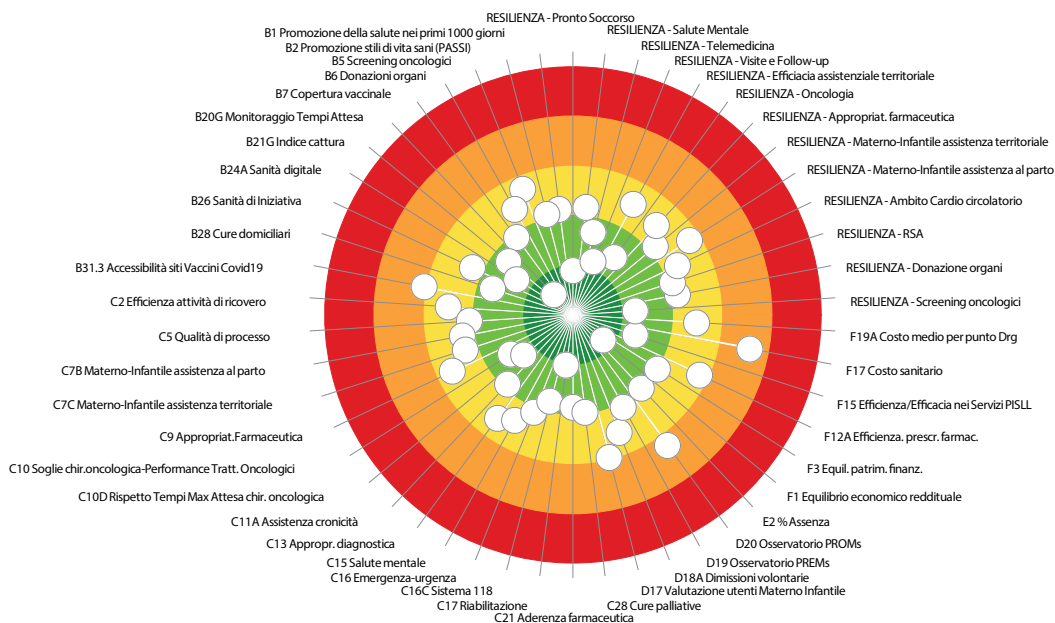
Nonostante lo shock pandemico, solo il 36% degli indicatori peggiora tra il 2019 e il 2020 (il 38% migliora, il 26% resta stabile). Quello che emerge dal confronto con le altre regioni italiane è la buona capacità di resilienza mostrata dal sistema toscano, di fronte alla pandemia. Complessivamente si registra una tenuta in riferimento alla presa in carico oncologica – sia in riferimento agli screening, sia in riferimento alle operazioni chirurgiche –, così come buona è la tenuta per quanto riguarda l'attività non differibile per patologie cardiovascolari. Non si registra una contrazione maggiore delle altre regioni neanche per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, grazie anche al ricorso alla telemedicina. Per quanto ci siano ambiti di miglioramento, la presa in carico della salute mentale e delle patologie oncologiche non ha abdicato di fronte alla pandemia. Ugualmente, hanno relativamente retto bene RSA e Pronto soccorso. Anche in riferimento ad altri servizi, si registra una sostanziale tenuta: in riferimento alle vaccinazioni pediatriche, ad esempio, i cali sono decisamente contenuti. Un deciso aumento si registra, invece, nel campo delle vaccinazioni antinfluenzali per persone di età superiore ai 65 anni, a riprova di una maggiore propensione da parte della popolazione e di una attenzione da parte delle strutture sanitarie. Rispetto all'anno precedente, inoltre, migliorano le ricette dematerializzate (B24B), che nel 2020 arrivano a coprire oltre l'80% delle prescrizioni elettroniche, con livelli decisamente elevati relativamente agli specialisti con almeno una prescrizione dematerializzata, che vanno dal 52% dell'AUSL Nord Ovest al 85% della AUSL Centro. Calano, invece, il numero di accessi domiciliari (ADI/ADP) rispetto al 2019: si oscilla da una contrazione del 23% dell'AUSL Centro fino al -12% di AUSL Sud Est e Nord Ovest. L'attenzione per la continuità tra ospedale e territorio sembra però aver retto il colpo: ad esempio, la percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasessantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione cresce da 10.7 a 10.9%. In generale, si registra una contrazione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per quelle ospedaliere, a fronte ovviamente di un minore accesso ai servizi da parte della popolazione stessa. In termini di qualità dei processi, gli indici di performance della degenza media (C2), seppur con alcune eterogeneità tra le varie realtà toscane, confermano la tenuta del livello di performance del 2019: anche se l'indicatore fa registrare un leggero peggioramento rispetto all'anno precedente, riesce comunque a mantenere un livello di valutazione medio. In particolare, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni cala rispetto al 2019, ma in modo contenuto (dal 79.2 al 75.3%). Il già menzionato minore

ricorso ai servizi da parte della popolazione si traduce anche in un potenziale recupero di appropriatezza, in riferimento a quelle prestazioni potenzialmente viziate da *over-consumption*. Crolla ad esempio il consumo di antibiotici: questo mette in luce come la risposta al Covid-19 abbia anche portato ad un contenimento della diffusione di altre malattie infettive, favorendo peraltro indirettamente la lotta all'antibiotico-resistenza. Per portare un altro esempio, il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia passa da 166.9 per 100.000 residenti a 78.2 nel 2020. Il costo pro capite sanitario registrato nel 2020 (2.177 euro pro capite) mostra comprensibilmente un incremento rispetto all'anno 2019 (+8%). I pentagrammi dei percorsi assistenziali e le relative mappe di performance offrono un'ulteriore lente di ingrandimento per leggere l'andamento del sistema sanitario toscano. Il percorso materno-infantile non mostra disomogeneità evidenti. La fase della gravidanza risulta leggermente più performante rispetto alle altre ma dispone anche di meno indicatori. Complessivamente, la valutazione delle diverse fasi del percorso si attesta su un livello di fascia media (di colore giallo). Anche quest'anno, il punto di forza consiste nella percentuale di episiotomie per i parti depurati, mentre margini di miglioramento si riscontrano su indicatori relativi alla fase del coinvolgimento nelle scelte in gravidanza, indicatori derivanti dall'indagine alle utenti, oltre all'area della consapevolezza sulle vaccinazioni. Alcuni indicatori del percorso migliorano lievemente rispetto al 2019 (copertura MPR, episiotomie, qualità incontro consegna libretto di gravidanza), mentre altri presentano un lieve peggioramento (chiarezza delle informazioni alla dimissione e parti operativi). La performance regionale sul percorso oncologico è complessivamente buona in tutte le fasi del percorso, con molti indicatori che si posizionano nella fascia più alta (verde scuro) del pentagramma. In particolare, spicca l'indicatore relativo all'appropriatezza dei volumi di interventi per tumore maligno della mammella e gli interventi conservativi nipple/skin-sparing. Solo l'area degli screening risente di comunque modeste contrazioni rispetto agli anni precedenti. Permangono margini di miglioramento per la gestione delle cure palliative, in particolare per la degenza in hospice minore o uguale a 7 giorni. Gran parte degli indicatori sono comunque migliorati o stabili, rispetto al 2019. Rispetto alla presa in carico della salute mentale, il pentagramma mostra come a livello regionale la qualità dell'assistenza sia ancora uno degli ambiti di miglioramento, messo ulteriormente sotto pressione durante la pandemia; la quasi totalità degli indicatori presenta rispetto al 2019 una situazione di stabilità oppure di lieve peggioramento. 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 un complessivo miglioramento di tutti gli indici. Il pentagramma del percorso cronicità riporta una performance regionale complessivamente medio-buona. Questo è confermato dagli indicatori relativi alla percentuale di pazienti con infarto acuto del miocardio aderenti alla terapia con ACE inibitori o sartani e a quelli relativi alla fase dell'efficienza (polypharmacy e iper-prescrizione di statine). La mappa di performance restituisce un quadro eterogeneo, con molti indici che rimangono stabili o migliorano, fatta eccezione per l'indicatore di follow-up relativo alla percentuale di pazienti diabetici con almeno una visita oculistica negli ultimi due

anni, che peggiora. La risposta dell'emergenza-urgenza alla sfida pandemica è stata piuttosto buona, con la maggior parte degli indicatori che presentano una valutazione media o buona. Nella mappa di performance, si osserva però il peggioramento, rispetto allo scorso anno, della percentuale di dimessi con permanenza in Pronto soccorso inferiore alle 6 ore e di quella relativa agli accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore. Queste due informazioni, unite alla bassa mobilità dovuta alla pandemia, rispecchiano la necessità di concentrare maggiormente le risorse, per assicurare una chiara e univoca strategia organizzativa, al fine di assorbire efficacemente gli accessi in PS anche durante periodi di grande crisi.

Figura 5. Rappresentazione sintetica dei risultati 2020 attraverso il bersaglio della regione Toscana

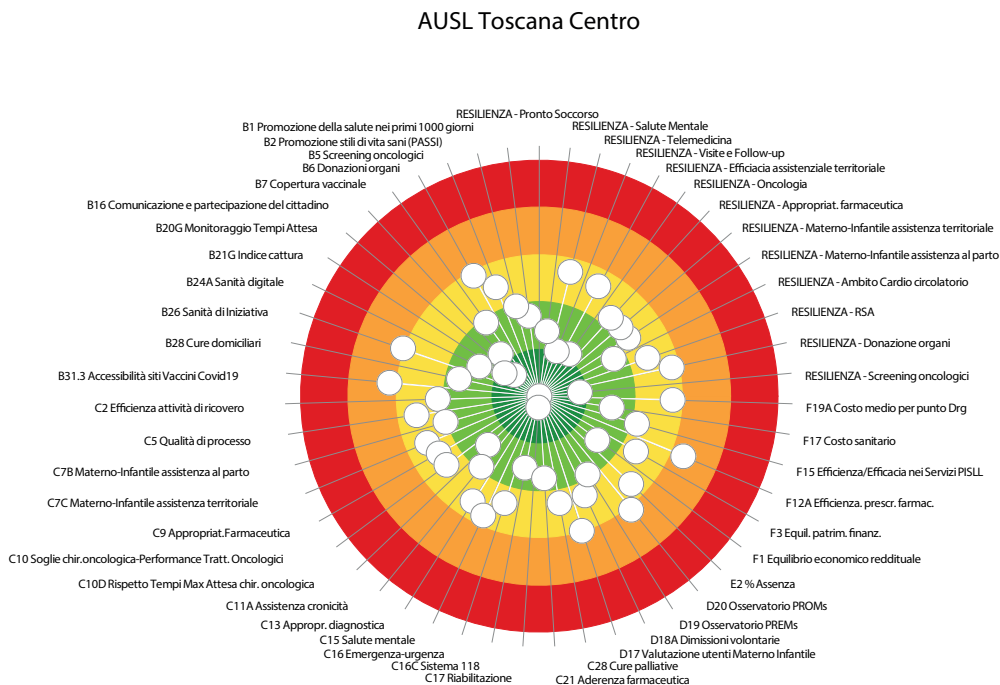
Toscana



Azienda USL Toscana Centro

Il bersaglio 2020 dell'Azienda Toscana Centro (figura 6) si presenta abbastanza concentrato, con nessun indicatore in fascia rossa. Rispetto al bersaglio del 2019, risulta migliorato il 44,7% degli indicatori di valutazione (a fronte del 19% di indicatori stabili e del 36,3% di peggiorati). Si evidenzia, in particolare, una performance ottima per quanto riguarda gli indicatori appartenenti alla dimensione di governo e qualità dell'offerta, come la riabilitazione (C17), che conquista il centro del bersaglio. Tra buona e ottima anche la performance inerente al *catchment index* (B21G), al rispetto dei tempi massimi di attesa per la chirurgia oncologica (C10D) e all'aderenza farmaceutica (C21). Anche gli indicatori di sanità digitale (B24A) e di cure domiciliari (B28) appaiono ben performanti, insieme agli indicatori di efficienza e sostenibilità, come l'equilibrio economico reddituale (F1) e il costo sanitario (F17). Le poche aree su cui porre attenzione riguardano, soprattutto, la valutazione dell'utenza, in particolar modo in riferimento al percorso materno-infantile (D17) e ai risultati dell'osservatorio PROMs (D20). I nuovi indicatori introdotti nell'ambito dell'area della resilienza fanno registrare una performance mediamente buona, senza alcuna criticità. Ottima la performance per gli screening oncologici (B5R), segnale che l'Azienda ha saputo affrontare e rispondere bene allo shock causato dalla pandemia.

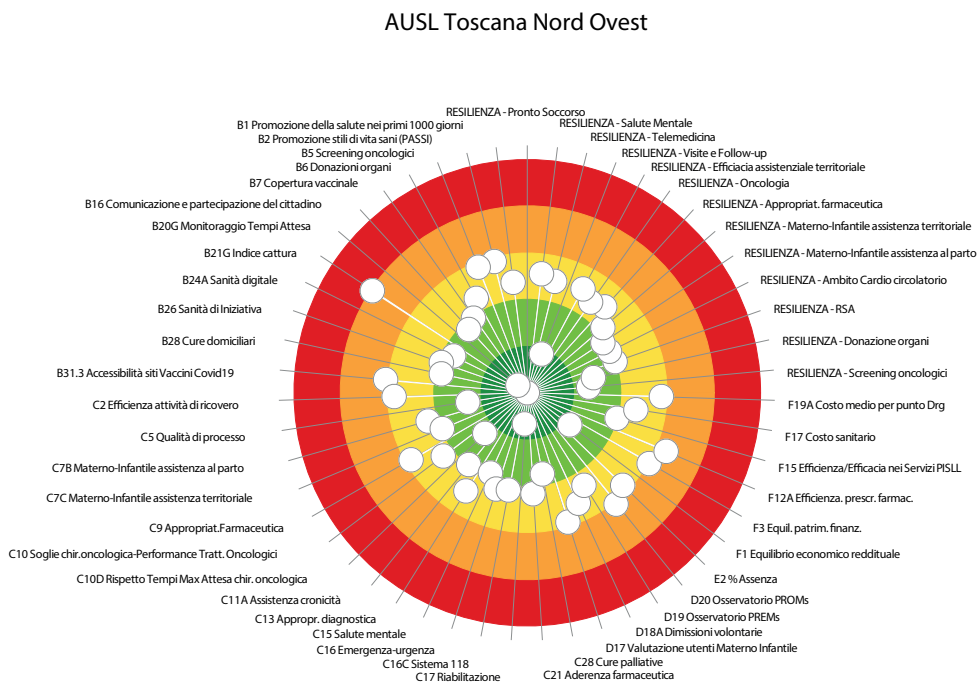
Figura 6. Rappresentazione sintetica dei risultati 2020 attraverso il bersaglio dell'Azienda USL Toscana Centro



Azienda USL Toscana Nord Ovest

Il bersaglio 2020 dell’Azienda Toscana Nord Ovest (figura 7) si presenta sufficientemente concentrato, con nessun indicatore che si posiziona nella fascia più esterna, fatta eccezione per il *catchment index* (B21G), che si pone a cavallo tra la performance bassa e quella critica. Al centro del bersaglio trovano posto indicatori come 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), alla sanità digitale (B24A) e alle cure palliative (C28). Bene anche l’indicatore di equilibrio economico reddituale (F1). 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 prime visite e follow-up (C13.R2), che restituisce l’immagine di una buona tenuta dei volumi anche a seguito della pandemia. Buona anche la performance degli screening oncologici (B5R) e della donazione di organi (B6.R).

Figura 7. Rappresentazione sintetica dei risultati 2020 attraverso il bersaglio dell’Azienda USL Toscana Nord Ovest

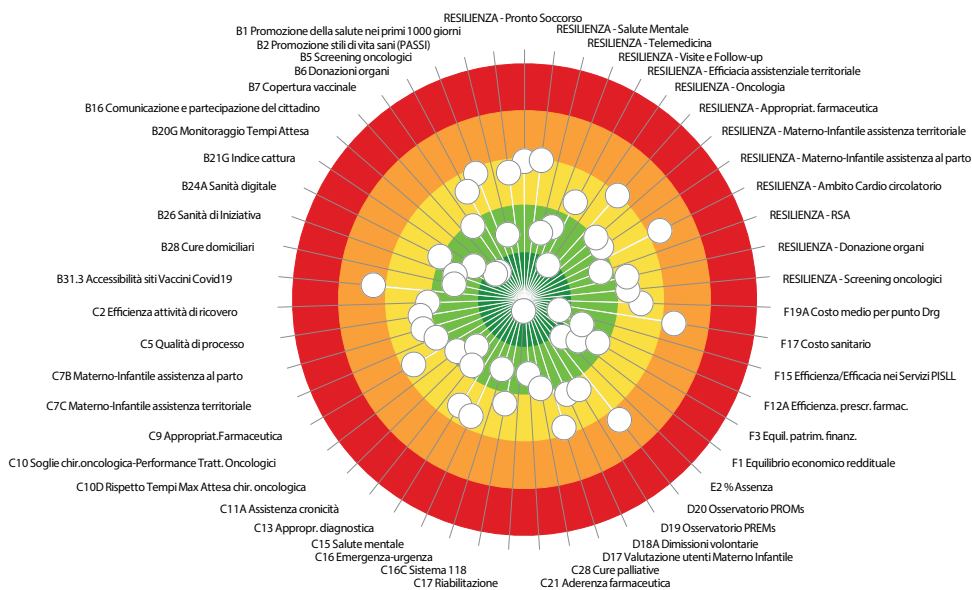


Azienda USL Toscana Sud Est

La quasi totalità degli indicatori presenti nel bersaglio 2020 dell'Azienda Toscana Sud Est (figura 8) è posizionata nella zona più interna del bersaglio (buona o ottima performance). Su 163 indicatori valutati, il 40,5% migliora rispetto al bersaglio dello scorso anno, a fronte di un peggioramento del 44,8% di essi. Non si evidenziano comunque per il 2020 aree di criticità o su cui porre particolare attenzione. Numerosi indicatori occupano la fascia verde del bersaglio: tra questi si ritrovano gli indicatori di equilibrio economico reddituale (F1) e di equilibrio patrimoniale finanziario (F3). Anche la sanità d'iniziativa (B26) ottiene una buona valutazione, evidenziando l'ottima gestione dei pazienti cronici da parte dell'azienda Sud Est. Sia il monitoraggio dei tempi di attesa (B20G) che la comunicazione e partecipazione del cittadino conquistano il centro del bersaglio, restituendo l'immagine di una chiara diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti agli utenti e la loro partecipazione consapevole ai percorsi di cura. Anche gli indicatori relativi agli stili di vita sani (PASSI) e alla sicurezza sul lavoro (PISLL) ottengono una buona valutazione. Relativamente alla nuova 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 conferma la buona reazione dell'Azienda di fronte all'evento pandemico.

Figura 8. Rappresentazione sintetica dei risultati 2020 attraverso il bersaglio dell'Azienda USL Toscana Sud Est

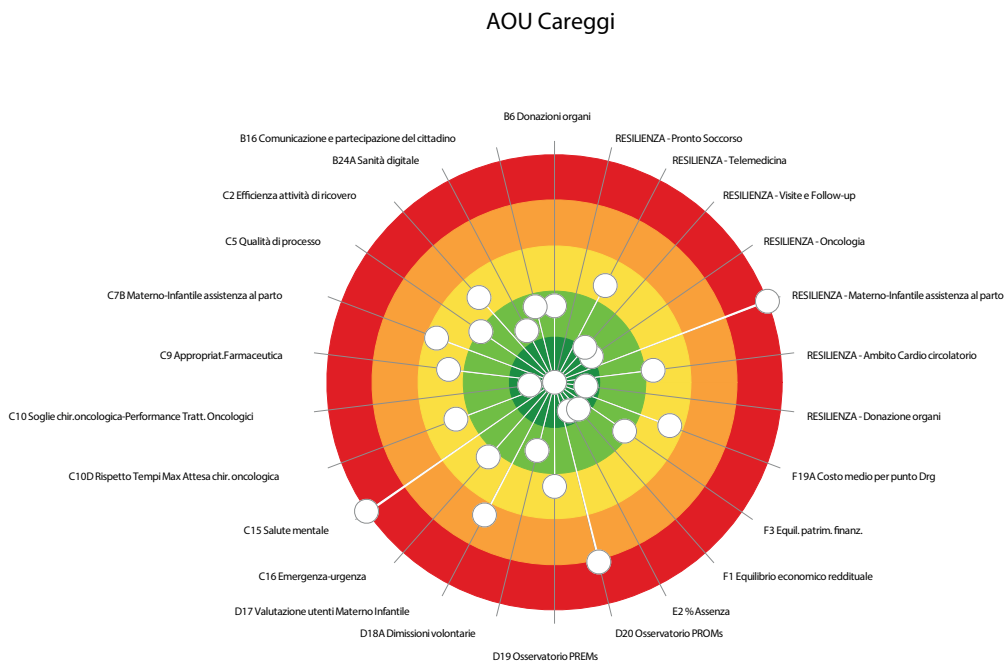
AUSL Toscana Sud Est



Azienda ospedaliero-universitaria Careggi

Il bersaglio 2020 dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi (figura 9) presenta un buon numero di indicatori posizionati nelle fasce più interne del bersaglio. Spiccano, in particolar modo, l'area economico-finanziaria e il relativo indicatore di equilibrio reddituale (F1) oltre alla bassa percentuale di assenza (E2), che suggerisce una buona gestione del clima interno aziendale. In area critica troviamo gli indicatori relativi all'osservatorio PROMs (D20) e alla salute mentale (C15), rispetto ai quali è necessario prestare particolare attenzione. L'area della resilienza vede gran parte degli indicatori occupare le aree più interne del bersaglio: tra questi, la donazione di organi (B6.R), gli interventi oncologici (C10R) e 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. La performance scarsa relativa all'ambito materno-infantile è dovuta alla relativamente alta percentuale di donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio o il parto.

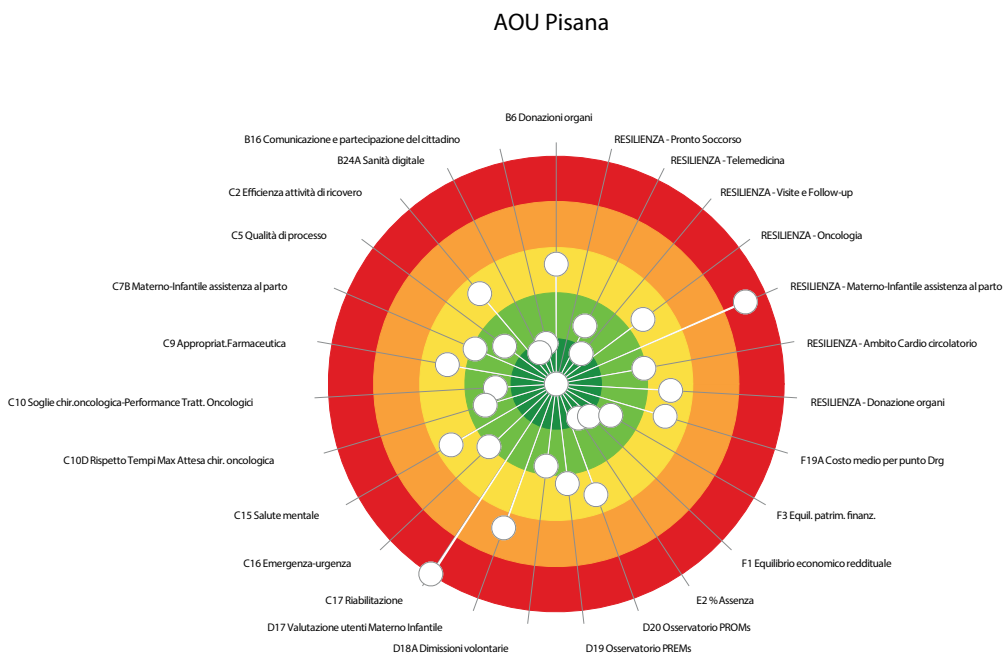
Figura 9. Rappresentazione sintetica dei risultati 2020 attraverso il bersaglio dell'AOU Careggi



Azienda ospedaliero-universitaria Pisana

Nel bersaglio 2020 dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana (figura 10) è possibile osservare un buon numero di indicatori nelle aree più interne del bersaglio. La situazione, rispetto all'anno precedente, rimane stabile, con il 30,5% di indicatori che migliorano e il 27,4% che rimane complessivamente invariato. Da segnalare, però, il peggioramento del 42,1% degli indicatori, con due aree critiche, rappresentate dalla riabilitazione (C17) e dall'indicatore di resilienza inerente al percorso materno-infantile e assistenza al parto (C7B.R). In quest'ultimo caso, la valutazione sotto-performante è comunque almeno in parte spiegata dalle necessità di contenimento dell'epidemia all'interno degli ospedali. Diversi indicatori conquistano, invece, la parte centrale del bersaglio. Tra questi, sanità digitale (B24A), percentuale di assenza (E2) ed equilibrio economico reddituale (F1) spiccano per le ottime valutazioni. Escludendo l'eccezione di cui sopra, anche l'area della resilienza restituisce complessivamente una buona performance, soprattutto per quanto riguarda la telemedicina (C13.R3) e la tenuta delle visite ambulatoriali (prime visite e follow-up) (C13.R2).

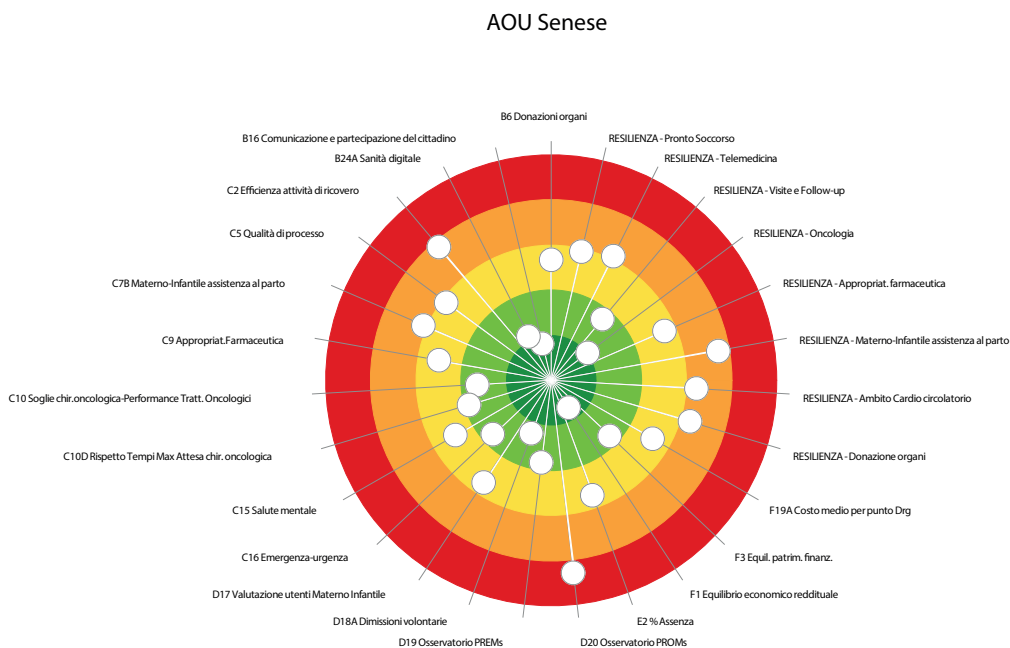
Figura 10. Rappresentazione sintetica dei risultati 2020 attraverso il bersaglio dell'AOU Pisana



Azienda ospedaliero-universitaria Senese

Il bersaglio 2020 dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese (figura 11) presenta una marcata eterogeneità, con indicatori che spaziano dalle fasce più esterne a quelle più interne. La performance più critica pertiene i risultati associati all'osservatorio PROMs (D20) e la stessa efficienza dell'attività di ricovero (C2) potrebbe essere oggetto di attenzione da parte dell'Azienda. Indicatori di performance eccellente si ritrovano, invece, nella comunicazione e partecipazione del cittadino (B16) e nella sanità digitale (B24A). Buoni anche gli indicatori riferiti all'emergenza-urgenza (C16) e al governo e qualità dell'offerta, come il rispetto dei tempi massimi di attesa per la chirurgia oncologica (C10D). Si collocano, invece, nelle aree più esterne diversi indicatori afferenti all'area della resilienza (tra questi, l'ambito dell'assistenza al parto), senza però mai raggiungere l'area critica.

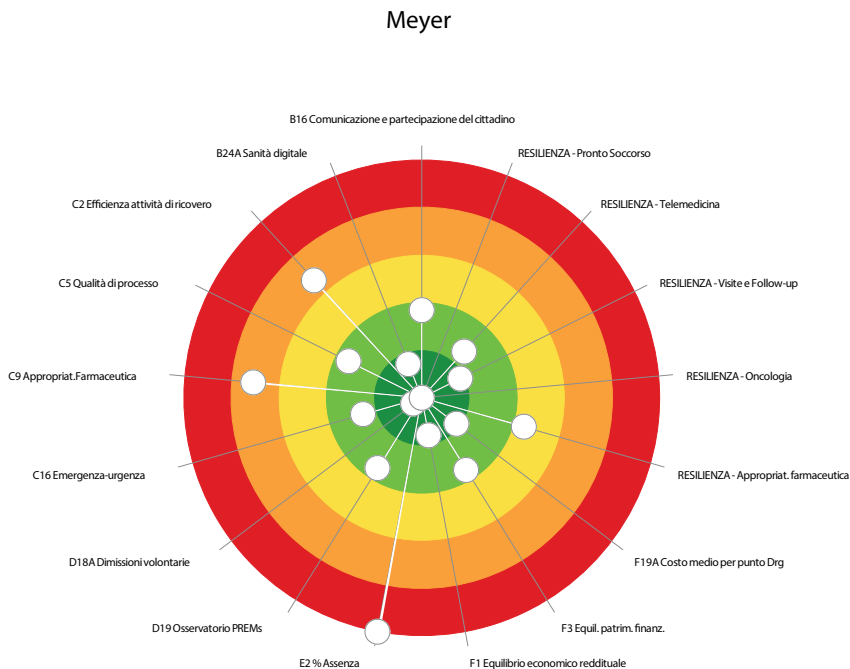
Figura 11. Rappresentazione sintetica dei risultati 2020 attraverso il bersaglio dell'AOU Senese



Azienda ospedaliero-universitaria Meyer

Il bersaglio 2020 dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer (figura 12) presenta un gran numero di indicatori migliorati rispetto al bersaglio dell'anno precedente (50% degli indicatori valutati, a fronte del 33% di indicatori stabili e del 17% di indicatori peggiorati). Seppur in numero ridotto rispetto ai bersagli delle altre Aziende (poiché vengono misurati solo indicatori relativi all'ambito su cui è specializzata), gli indicatori si trovano, per la maggior parte, al centro del bersaglio, denotando un'ottima performance. Questo è il caso, ad esempio, degli indicatori relativi alla sanità digitale (B24A) e all'equilibrio economico reddituale (F1). Altri aspetti di positività riguardano l'area della comunicazione e partecipazione del cittadino (B16), l'indicatore sulla qualità di processo (C5) e l'emergenza-urgenza (C16). Sulle aree esterne del bersaglio si ritrovano pochi indicatori: l'efficienza dell'attività di ricovero (C2) e l'appropriatezza farmaceutica (C9). Unica area di criticità (che peggiora rispetto all'anno precedente) è data dalla percentuale di assenza (E2). 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 B9R, riferito all'appropriatezza farmaceutica, che si posiziona in fascia gialla).

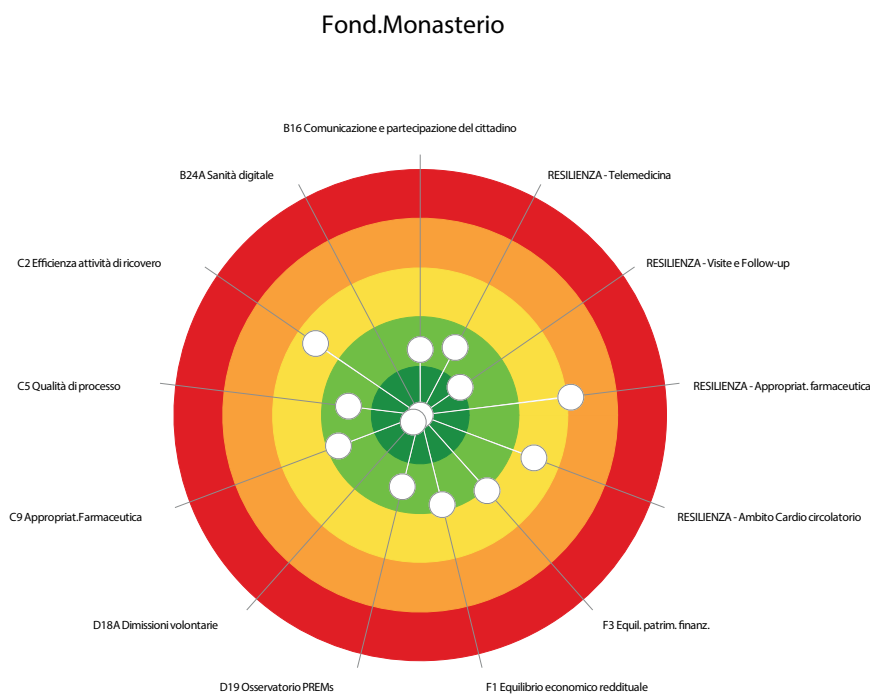
Figura 12. Rappresentazione sintetica dei risultati 2020 attraverso il bersaglio dell'AOU Meyer



Fondazione Toscana G. Monasterio

Il bersaglio 2020 della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (figura 13) prevede meno indicatori rispetto alle altre realtà del sistema sanitario toscano, riferendosi ad un'istituzione altamente specializzata. Per questo, si confronta con le altre Aziende solo sugli indicatori di pertinenza della propria specialità. In generale, non è presente nessun indicatore in fascia critica, a testimonianza di una buona performance. Raggiungono il centro del bersaglio gli indicatori di sanità digitale (B24A) e di comunicazione e partecipazione del cittadino (B16), denotando una informazione chiara rispetto ai servizi offerti, oltre a una marcata consapevolezza da parte degli utenti. Anche l'area 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. Solo un paio di indicatori della medesima area si collocano in fascia gialla: l'appropriatezza farmaceutica (C9R) e quello relativo all'ambito cardio-circolatorio (CC.R).

Figura 13. Rappresentazione sintetica dei risultati 2020 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 2020 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 gli 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 2020 e al trend 2019-2020. Lungo l'asse delle ascisse, infatti, viene indicata la performance raggiunta nel 2020, mentre lungo l'asse delle ordinate è mostrato l'andamento nei due anni, con i risultati di miglioramento riportati nei due quadranti in alto.

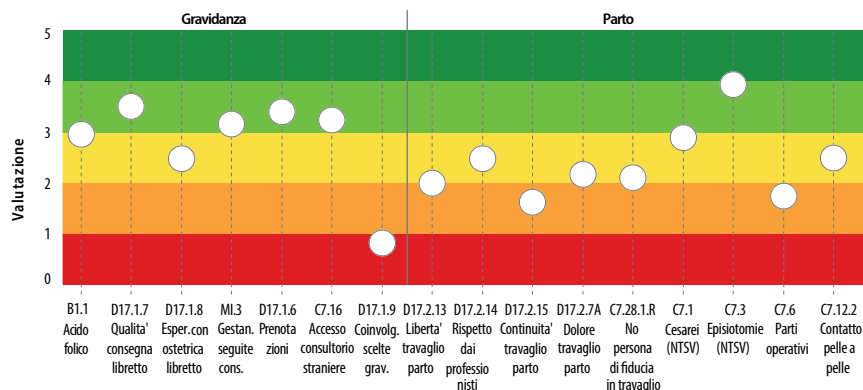
Il percorso materno-infantile

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 2020, la composizione del pentagramma ha subito dei cambiamenti in riferimento all'impatto della pandemia e alcuni indicatori non sono stati inseriti, come quelli relativi ai corsi di accompagnamento alla nascita, che sono stati sospesi in presenza, e quello relativo alle ospedalizzazioni nel primo anno di vita, per l'importante contrazione determinata dalle restrizioni per il Covid-19. Sono stati invece inclusi alcuni indicatori di resilienza, che misurano da una parte la capacità di tenuta dei servizi consultoriali nel seguire le gravidanze e dall'altra la possibilità di aver avuto una persona di fiducia in travaglio.

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. Grazie all'utilizzo dei flussi consultoriali e del Certificato di assistenza al parto, è possibile valutare l'accessibilità ai servizi consultoriali per le donne straniere durante la gravidanza e per tutte le utenti nel post-parto, nonché la qualità clinico-assistenziale al punto nascita, attraverso gli indicatori sui cesarei, i parti operativi e le episiotomie. La possibilità di raccogliere dati nel tempo, direttamente dalla donna, permette inoltre di monitorare aspetti

Figura 14. Pentagrammi del percorso materno-infantile in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020

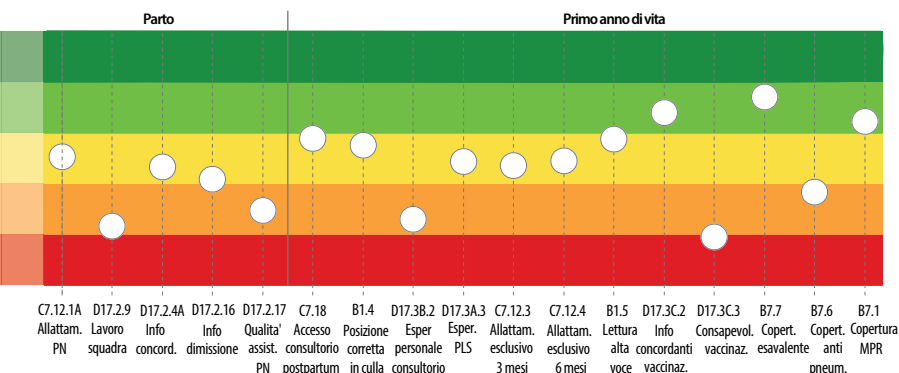
Percorso materno-infantile - Regione Toscana



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.

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.

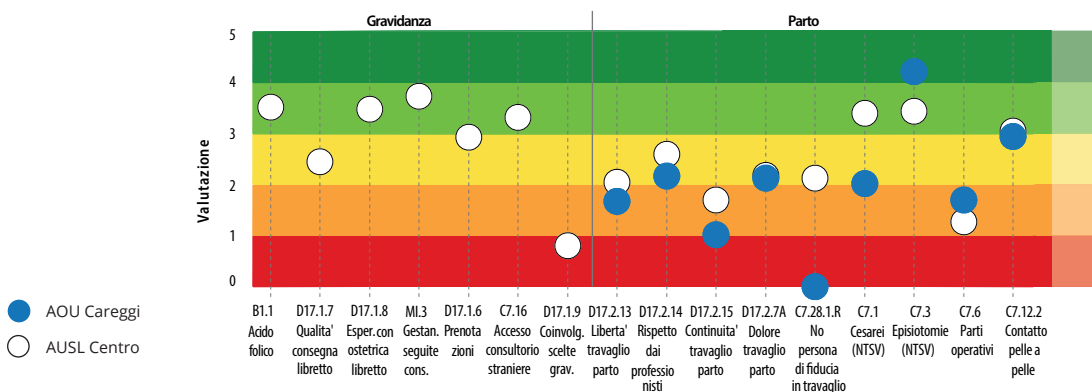
Grazie all'utilizzo dei dati dell'indagine, il pentagramma permette anche di valorizzare indicatori che misurano alcuni determinanti di salute relativi ai primi mille giorni di vita, quali l'allattamento esclusivo a tre e sei mesi, l'assunzione di acido folico da prima del concepimento e per i primi mesi della gravidanza, la posizione in culla a pancia in su e la lettura ad alta voce per i bambini di sei mesi.



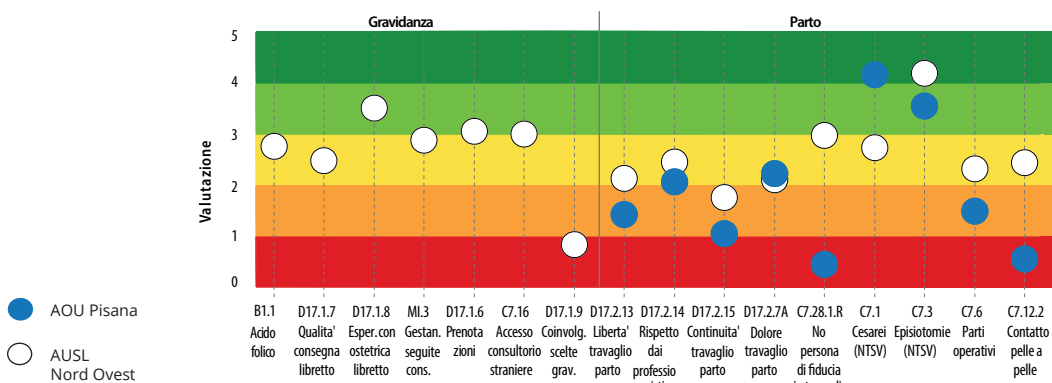
Sintesi dei risultati dei percorsi assistenziali

Il percorso materno-infantile

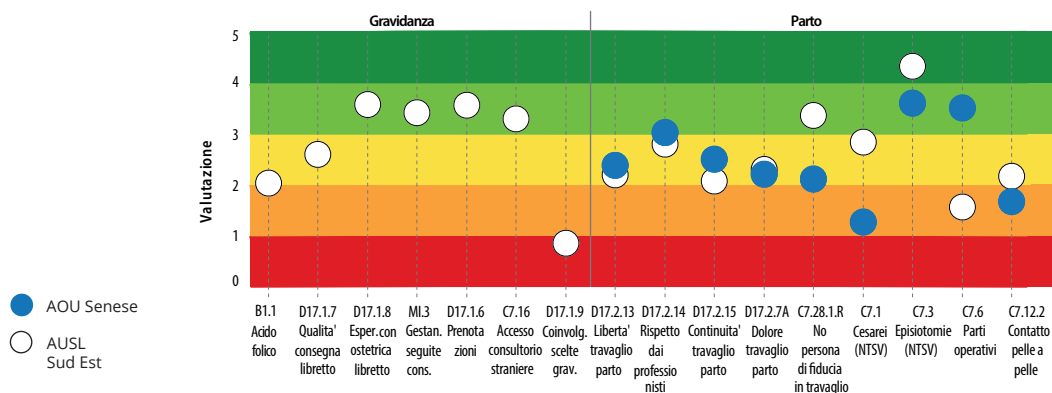
Percorso materno-infantile - Area vasta Centro



Percorso materno-infantile - Area vasta Nord Ovest



Percorso materno-infantile - Area vasta Sud Est



Sintesi dei risultati dei percorsi assistenziali Il percorso materno-infantile

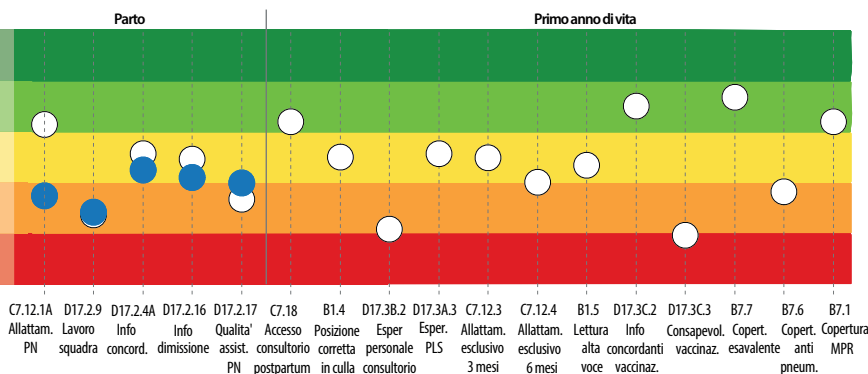
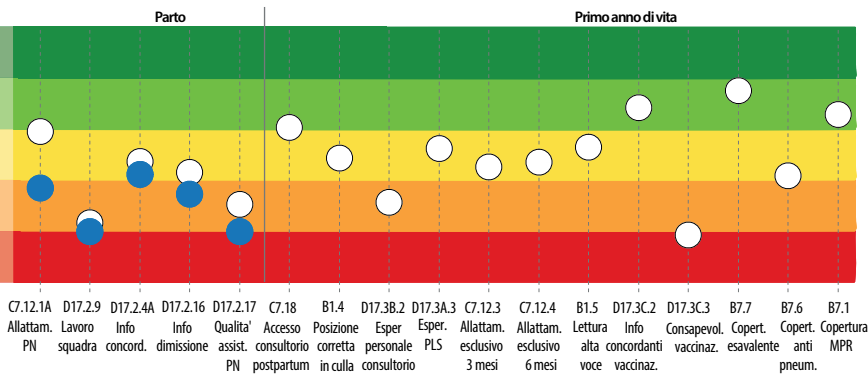
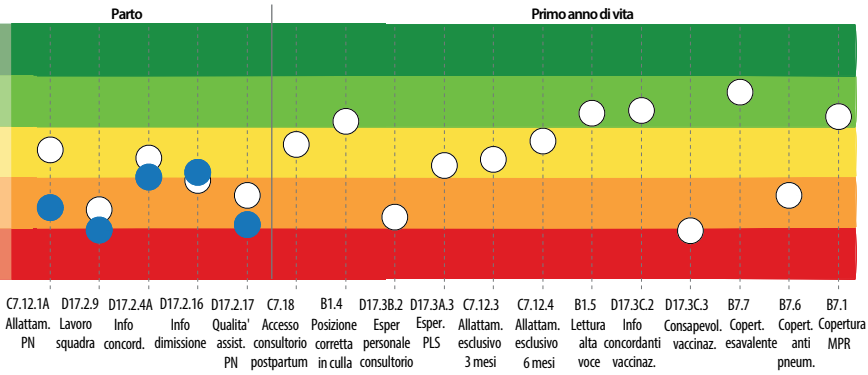
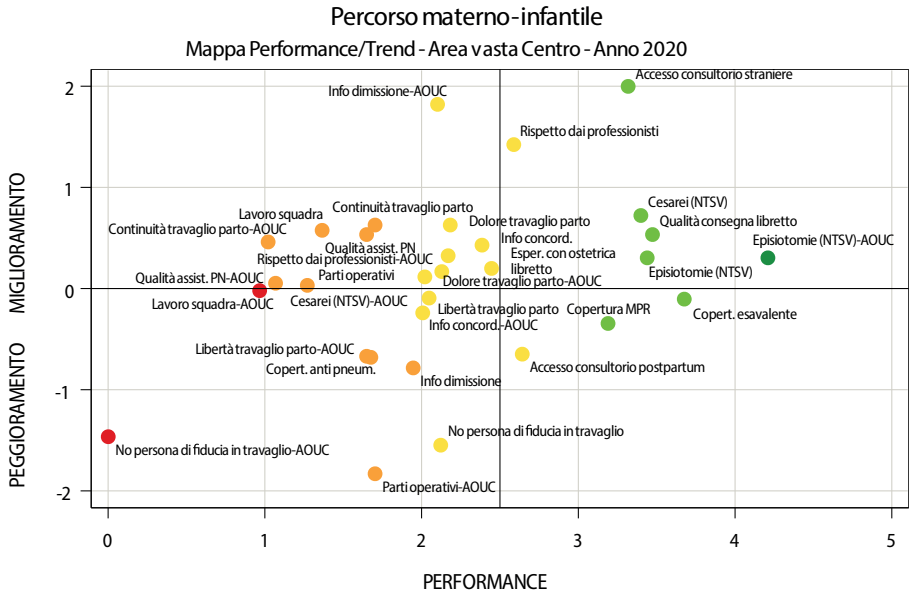
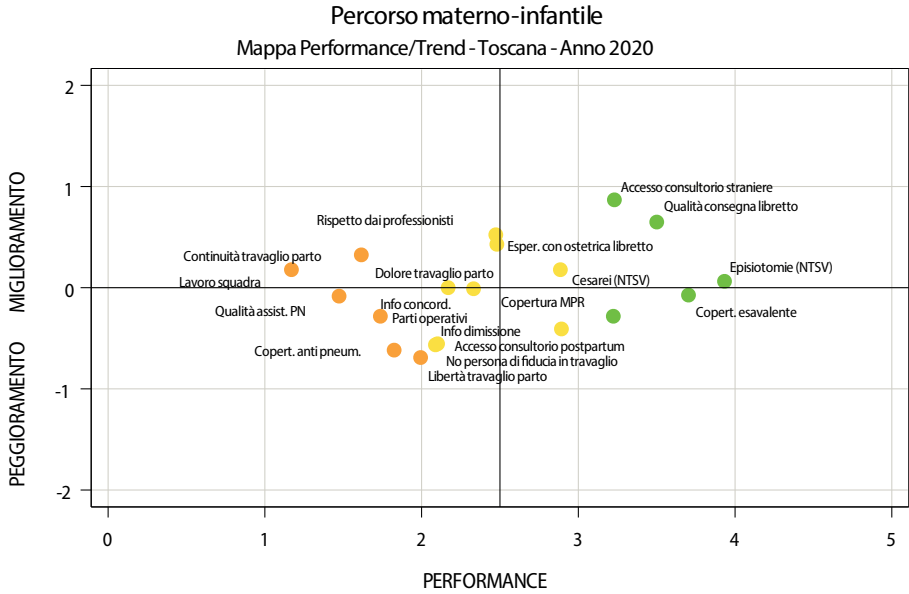
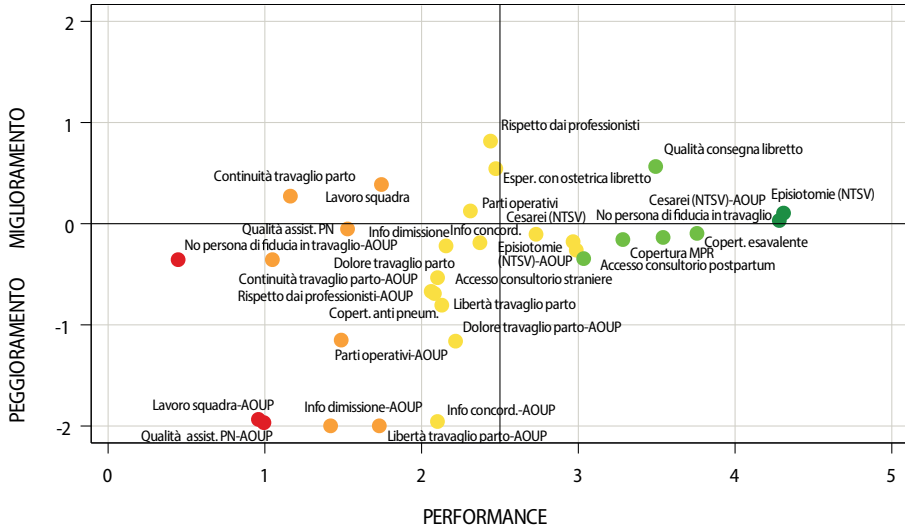


Figura 15. Mappe di performance del Percorso materno-infantile in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020



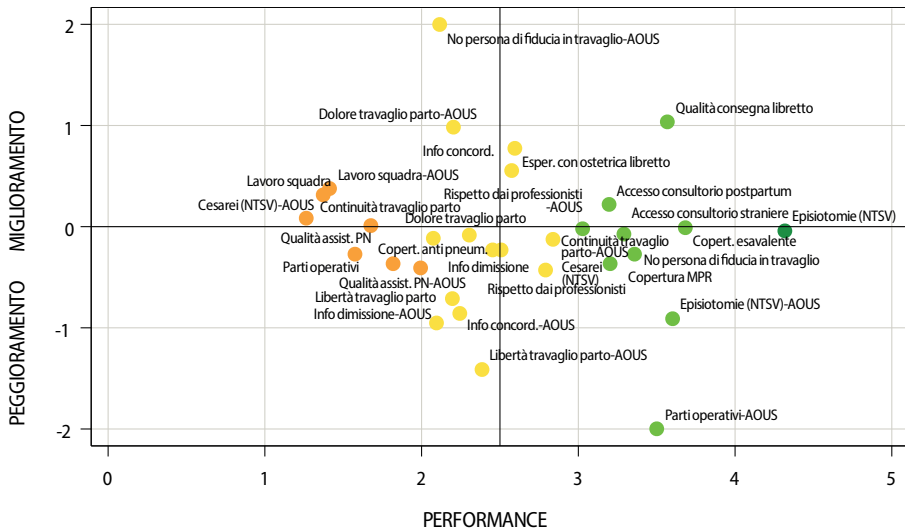
Percorso materno-infantile

Mapa Performance/Trend - Area vasta Nord Ovest - Anno 2020



Percorso materno-infantile

Mapa Performance/Trend - Area vasta Sud Est - Anno 2020



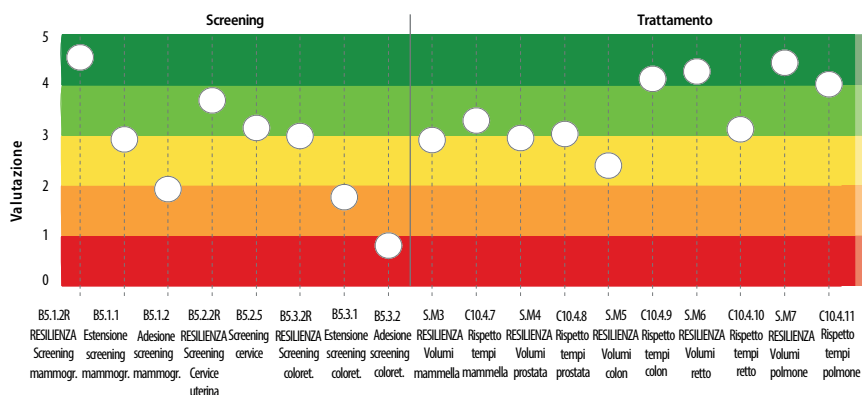
Il percorso oncologico

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 e colon retto) per la diagnosi precoce. In questa edizione dei risultati è stato introdotto l'indicatore composito di estensione e adesione dello screening della cervice uterina, come indicato dell'Osservatorio nazionale screening per il calcolo dei LEA a livello nazionale.

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 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, della normativa ministeriale (DM 70 del 2015 - aggiornato con l'applicazione della tolleranza al 10% della casistica per il tumore maligno alla mammella) e delle delibere regionali (DGRT 272/2014 e DGRT 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.

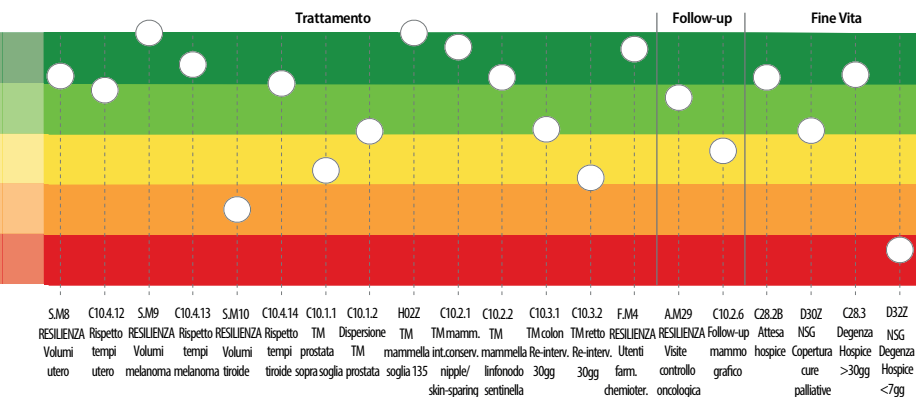
Figura 16. Pentagrammi del percorso oncologico in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020

Percorso oncologico - Regione Toscana



L'indicatore, tuttavia, potrebbe sottostimare l'aderenza al follow-up visto che non include la diagnostica effettuata presso le strutture private. 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).

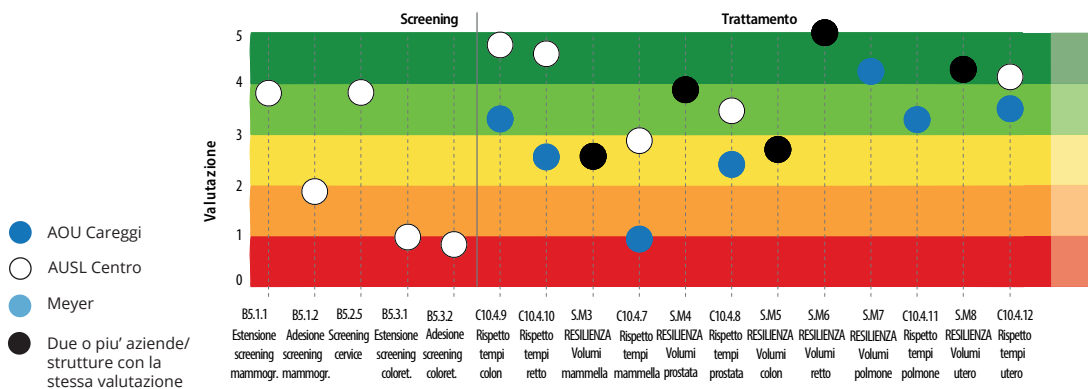
In particolare, gli indicatori di resilienza si riferiscono alla capacità della rete oncologica di mantenere l'erogazione dei servizi in periodo di emergenza pandemica. Si tratta di indicatori sui volumi di attività erogata per gli screening, gli interventi chirurgici, i farmaci chemioterapici e le visite oncologiche di controllo.



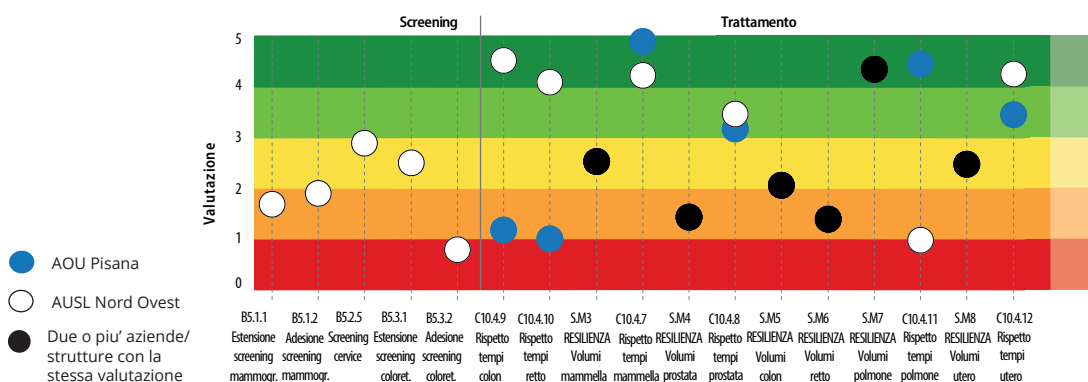
Sintesi dei risultati dei percorsi assistenziali

Il percorso oncologico

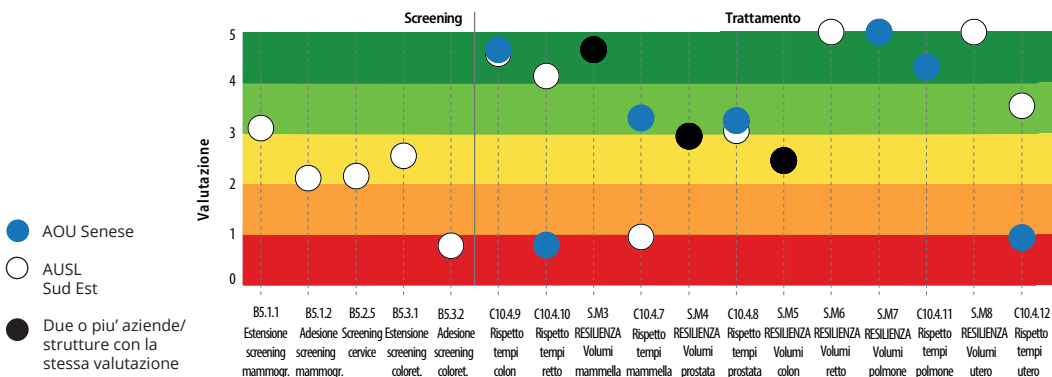
Percorso oncologico - Area vasta Centro



Percorso oncologico - Area vasta Nord Ovest



Percorso oncologico - Area vasta Sud Est



Sintesi dei risultati dei percorsi assistenziali Il percorso oncologico

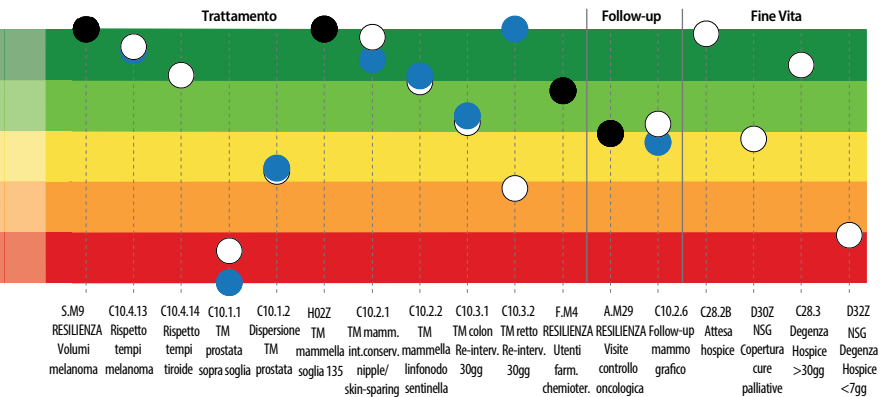
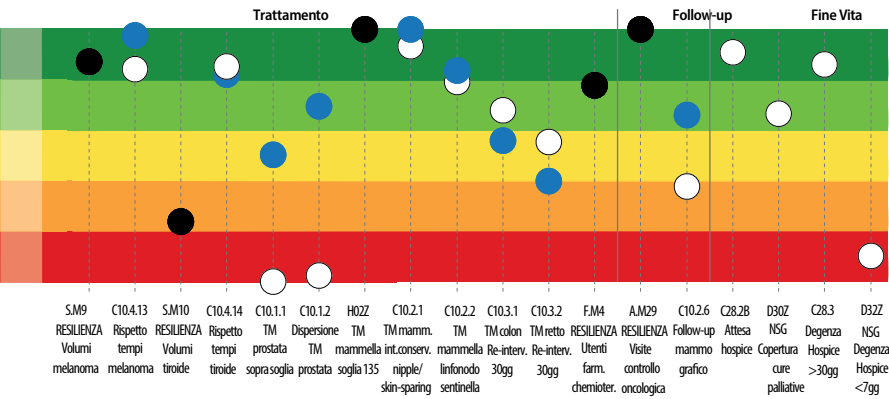
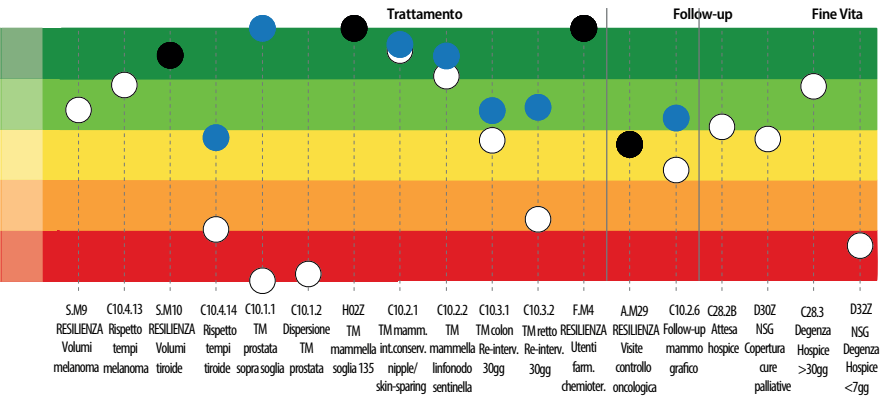
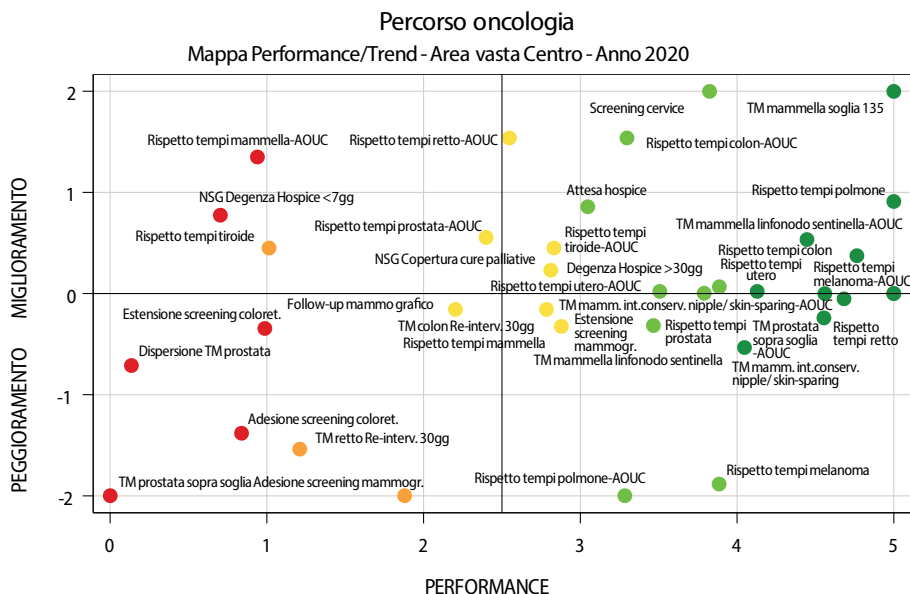
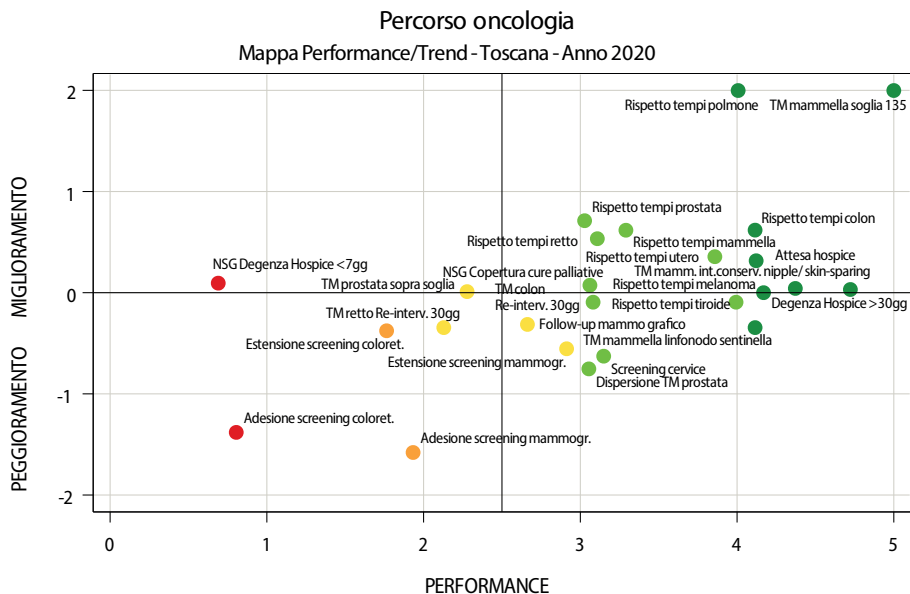


Figura 17. Mappe di performance del Percorso oncologico in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020



Il percorso assistenza domiciliare e residenziale

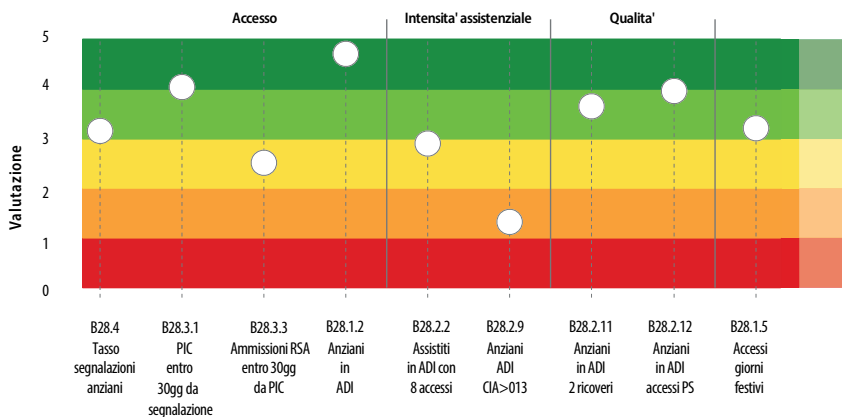
Il percorso riguarda le cure domiciliari sanitarie e sociosanitarie (si esclude quindi l'assistenza sociale, perché non rilevata dai flussi amministrativi) e l'assistenza residenziale nelle RSA per i moduli base temporanei e permanenti, erogata dal servizio sociosanitario regionale (solo posti letto 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.

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

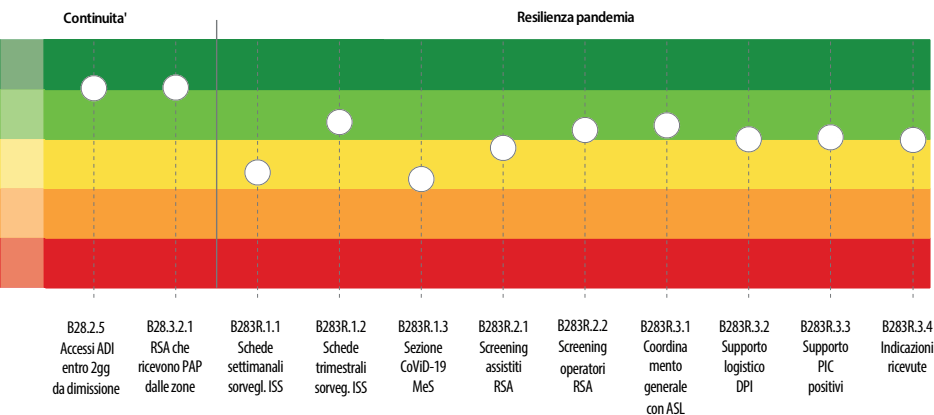
Figura 18. Pentagrammi del percorso assistenza domiciliare e residenziale in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020

Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Regione Toscana



resilienza del sistema rispetto alla pandemia. Gli indicatori di resilienza inseriti nel percorso riguardano l'assistenza residenziale e sono alimentati dal sistema di sorveglianza Covid-19 predisposto dall'ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, nonché dalla Sezione Covid-19, predisposta dal Laboratorio MeS nell'ambito della Mappatura RSA 2019 (prevista dalla DGRT n. 496 del 2013). Gli aspetti presi in considerazione dagli indicatori di resilienza riguardano la capacità di tenere sotto controllo l'andamento della pandemia, sia in termini di raccolta delle informazioni dalle RSA, sia in termini di screening effettuati.

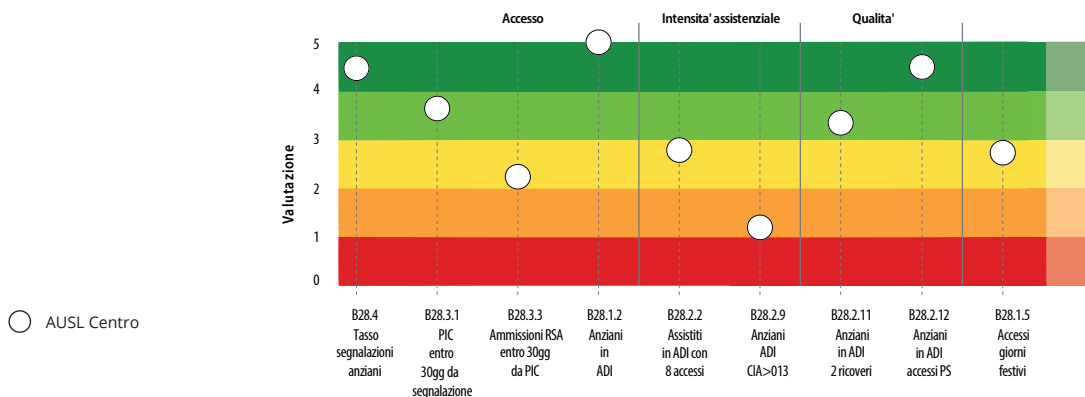
Inoltre, si prende in esame la valutazione fornita dai referenti delle RSA sul supporto ricevuto dalle ASL nella gestione della pandemia e sulla tempestività, sulla chiarezza e sulla completezza delle indicazioni ricevute in merito dalla Regione Toscana. Gli indicatori relativi alle altre fasi del percorso, invece, sono principalmente alimentati dai flussi amministrativi relativi all'assistenza domiciliare e residenziale (RFC115 e 118) e fanno riferimento alla popolazione anziana; sono quindi calcolati o per la popolazione con più di 65 anni o per la popolazione con più di 75 anni. Tra i nuovi indicatori di valutazione che compaiono in questa edizione del percorso, troviamo anche un indicatore che monitora l'invio da parte della Unità di valutazione multidimensionale (UVM) del Piano assistenziale personalizzato (PAP) alla RSA.



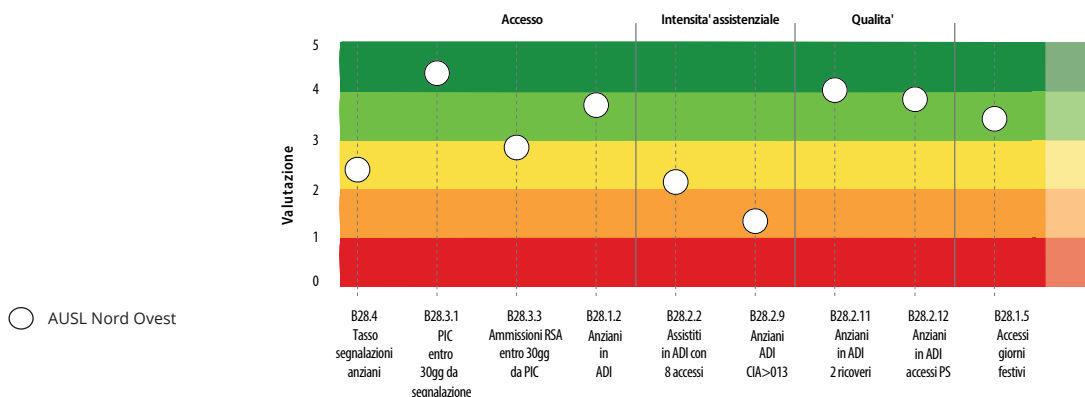
Sintesi dei risultati dei percorsi assistenziali

Il percorso assistenza domiciliare e residenziale

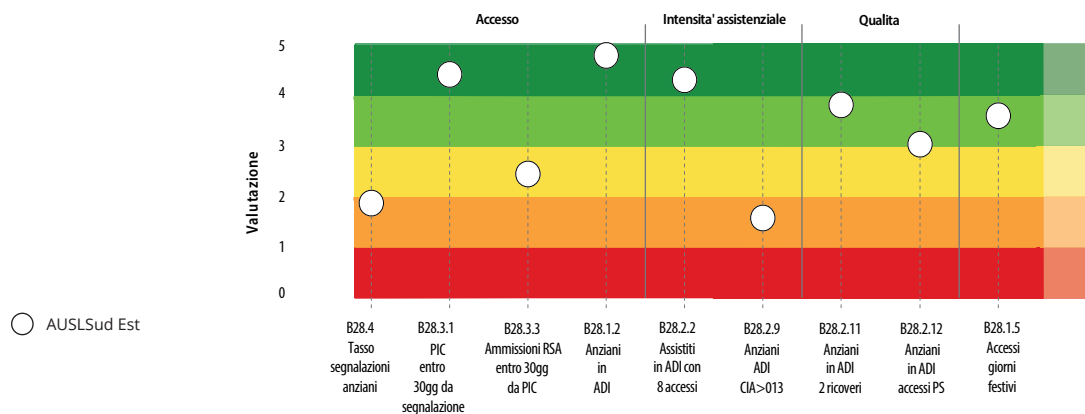
Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Area vasta Centro



Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Area vasta Nord Ovest



Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Area vasta Sud Est



Sintesi dei risultati dei percorsi assistenziali Il percorso assistenza domiciliare e residenziale

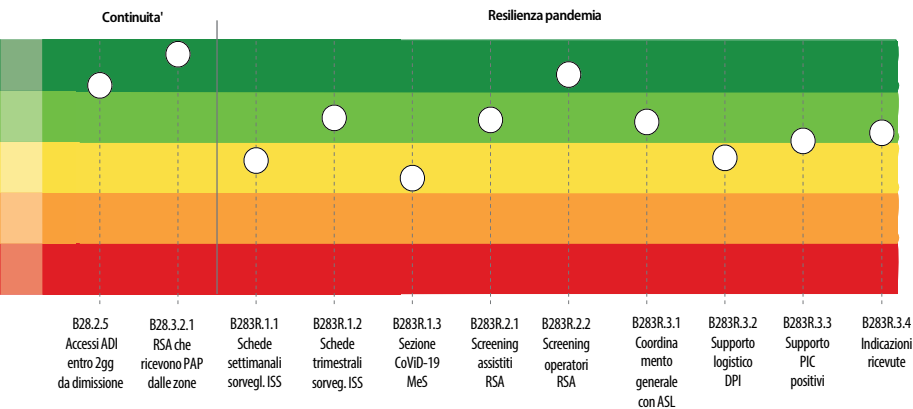
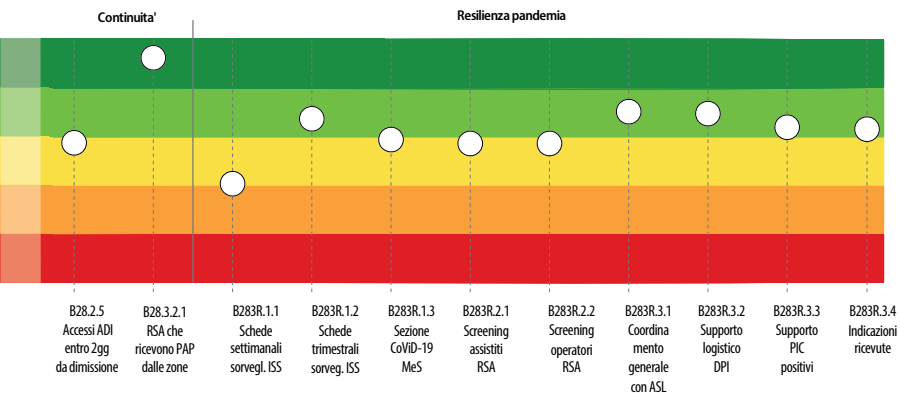
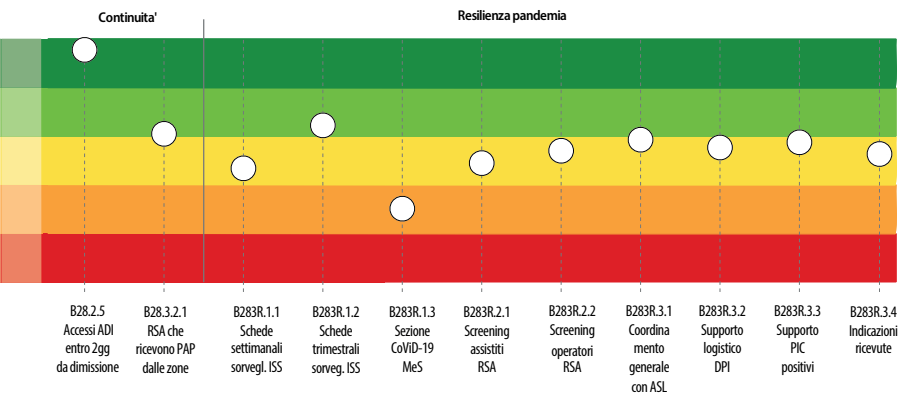
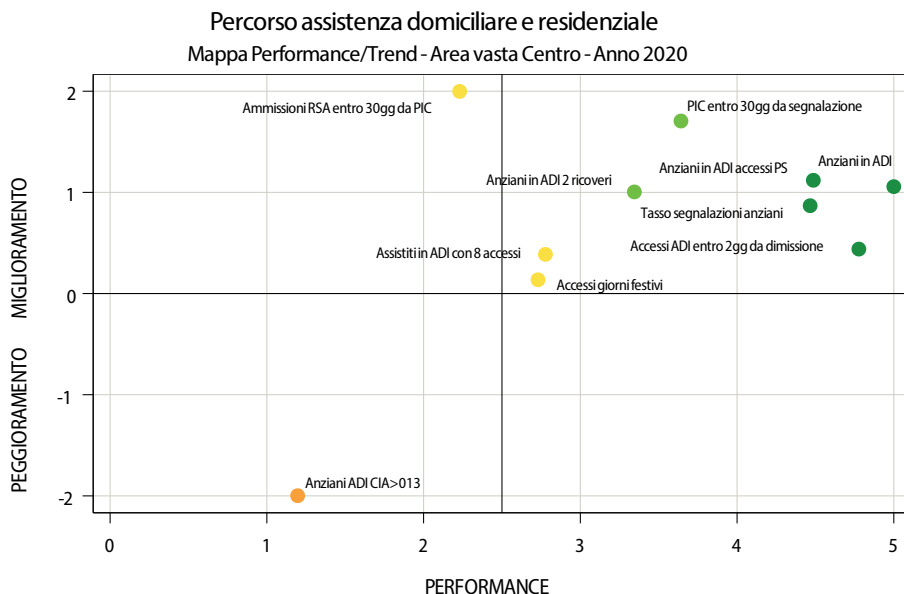
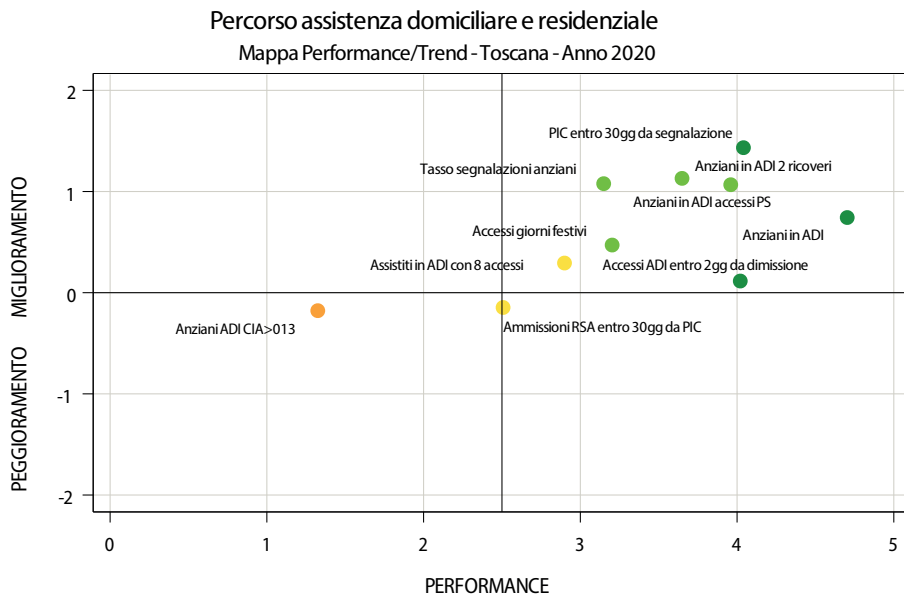
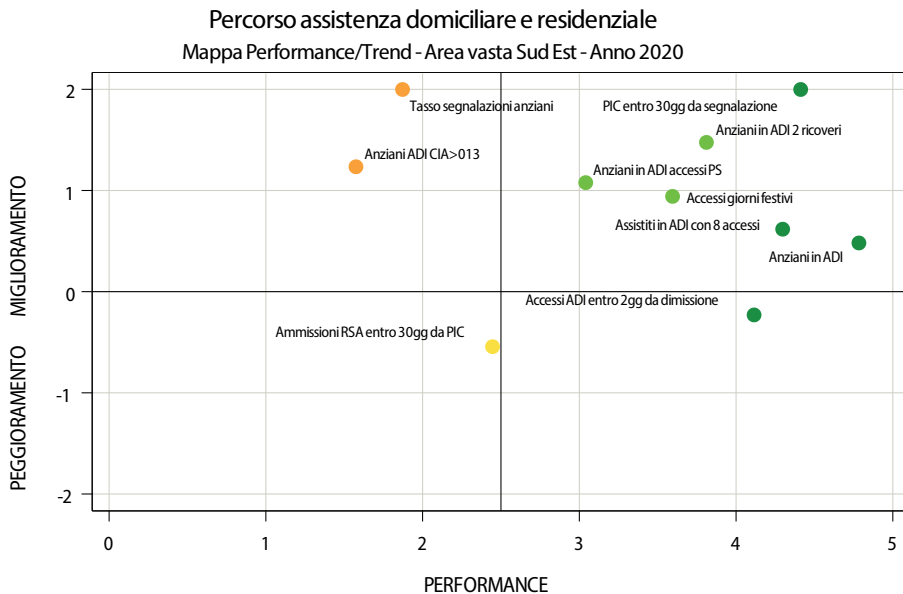
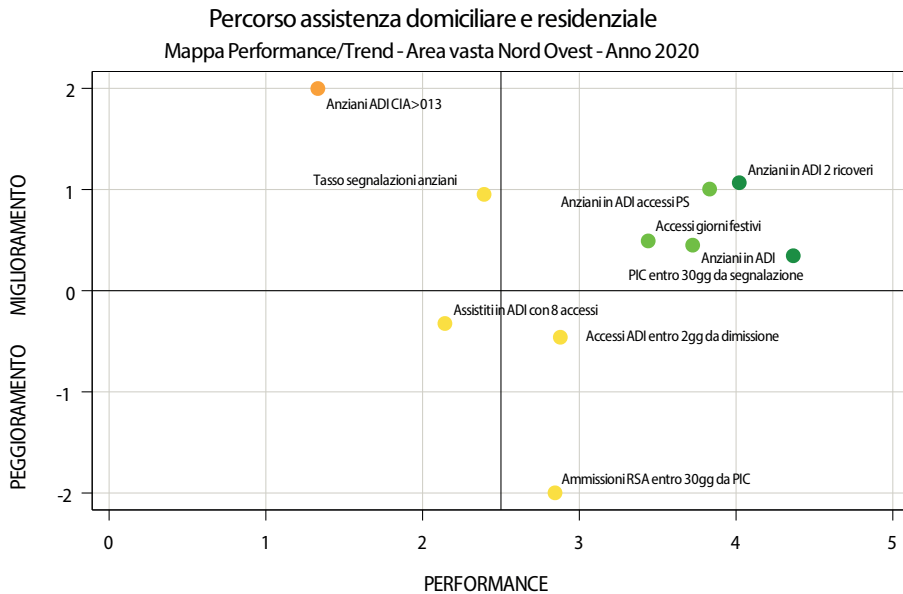


Figura 19. Mappe di performance del percorso assistenza domiciliare e residenziale in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020



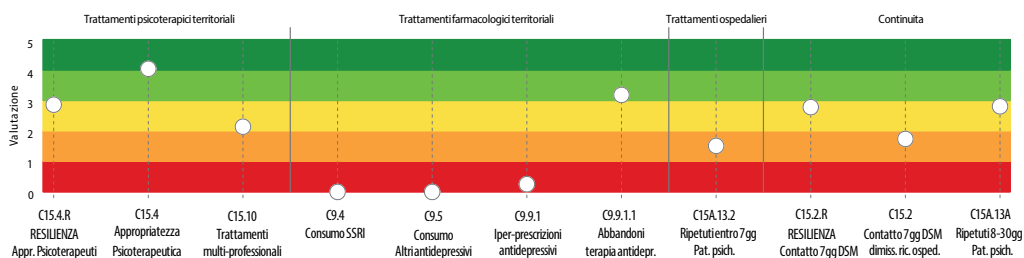


Il percorso salute mentale

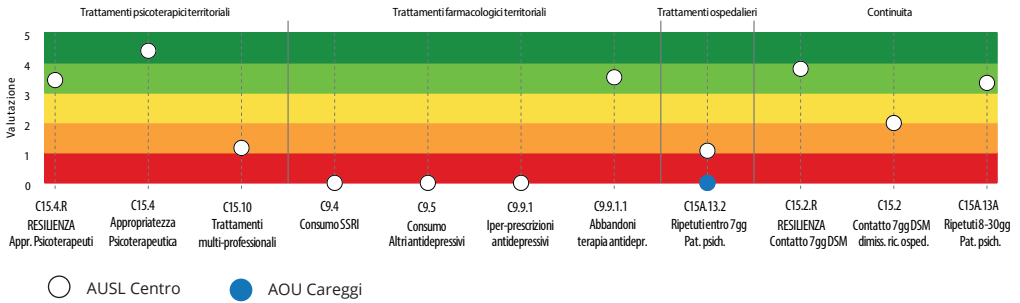
Il percorso della salute mentale si caratterizza per lo status di cronicità dei pazienti, che possono essere sottoposti a trattamenti farmacologici o psicoterapici, o entrambi, e possono vivere momenti di acuzie. I percorsi assistenziali attivabili per i pazienti, a seconda della diagnosi o delle diagnosi di salute mentale, possono richiedere 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. Ne consegue che le fasi temporali del percorso possono non essere sequenziali e al tempo stesso possono variare da paziente a paziente. Per questo motivo, la valutazione del percorso, in generale, avviene considerando macro-fasi (trattamenti psicoterapeutici territoriali, trattamenti farmacologici territoriali, e trattamenti ospedalieri) con l'inclusione della valutazione della continuità assistenziale per la persona che passa dalla fase acuta a quella post-acuta.

Figura 20. Pentagrammi del percorso salute mentale in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020

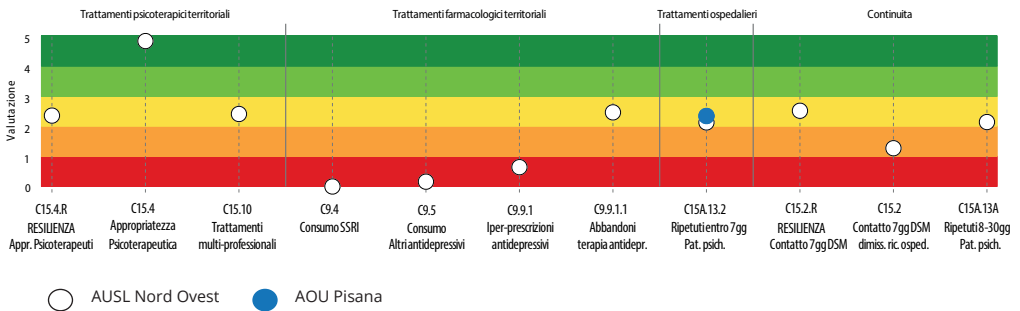
Percorso salute mentale - Regione Toscana



Percorso salute mentale - Area vasta Centro



Percorso salute mentale - Area vasta Nord Ovest



Percorso salute mentale - Area vasta Sud Est

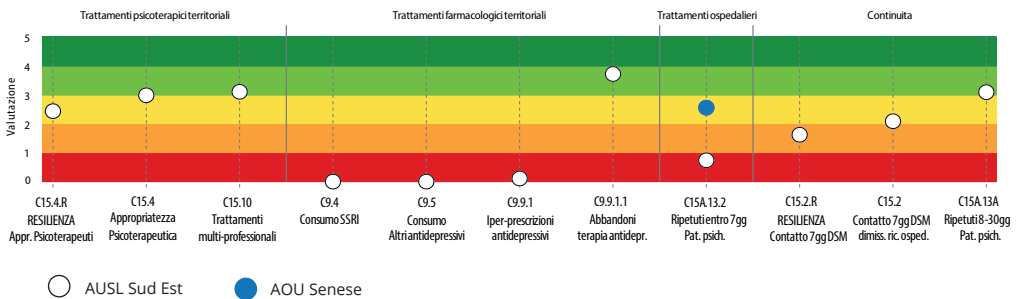
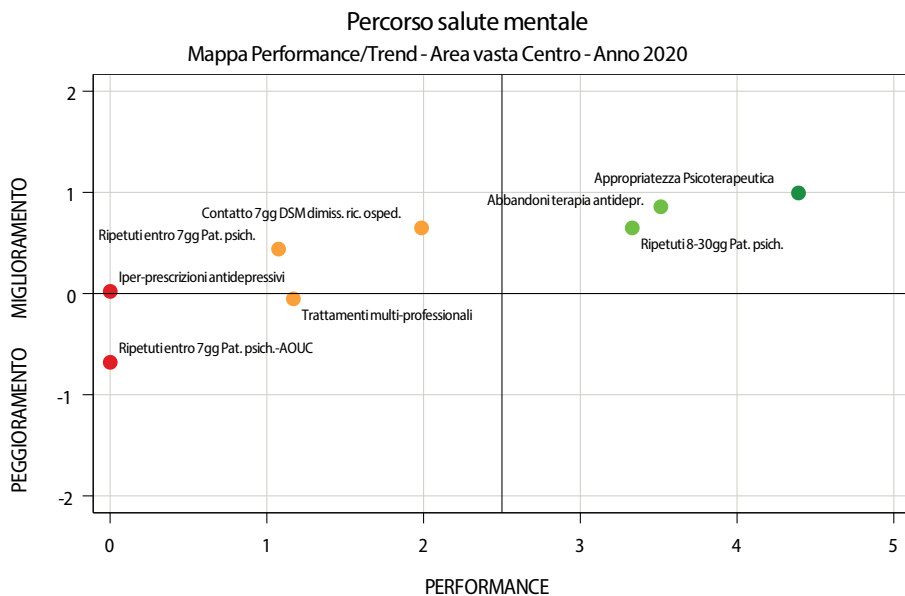
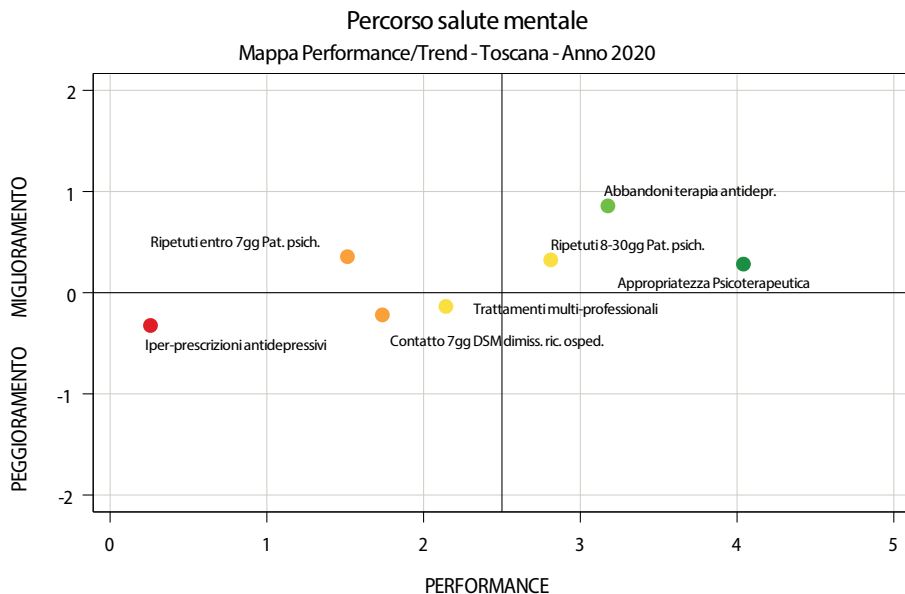
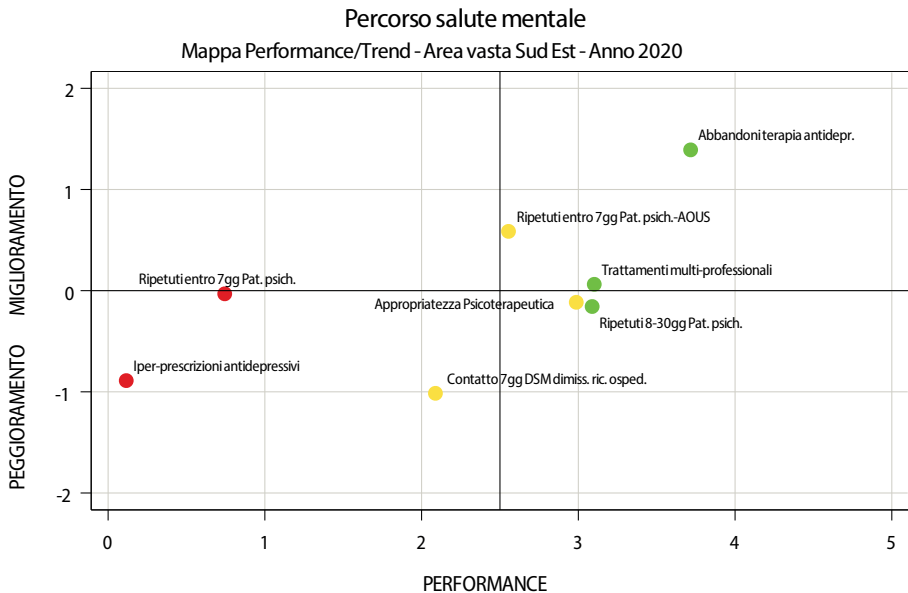
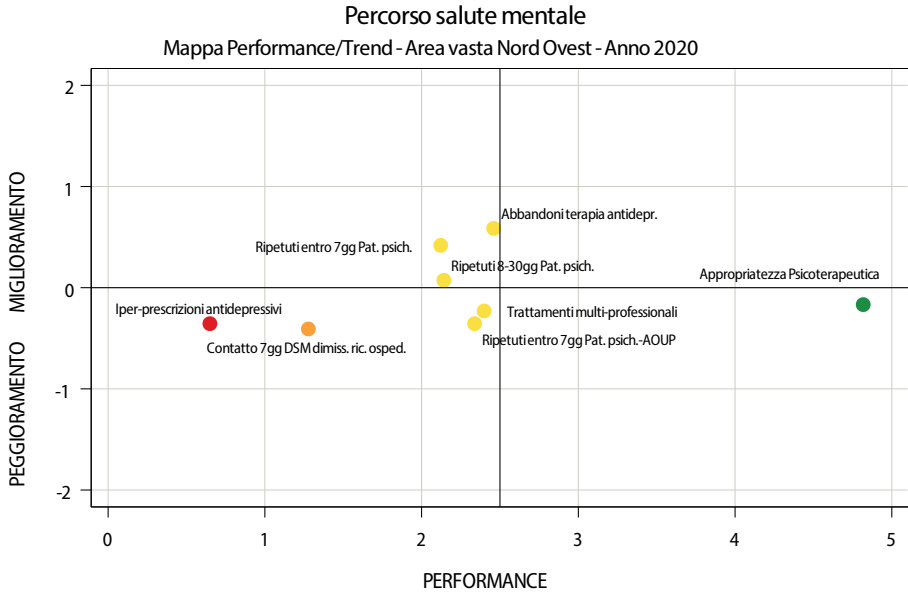


Figura 21. Mappe di performance del percorso salute mentale in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020





Il percorso cronicità

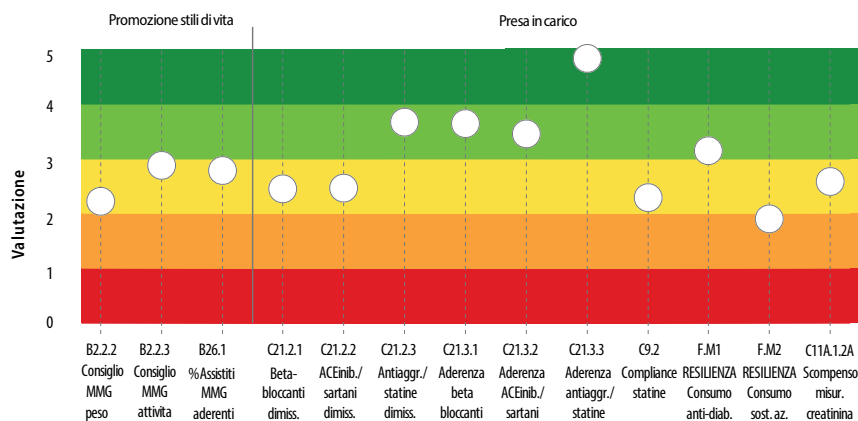
Il percorso cronicità raggruppa un set di indicatori con l'obiettivo di sottolineare la visione di un sistema di cure incentrato sulla persona con patologia cronica e sulle diverse fasi di presa in carico assistenziale. L'ambito della cronicità è in progressiva crescita e richiede sempre più una continuità 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, 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 la 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 patologie croniche principali (diabete, scompenso, ictus, 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 data l'influenza relativa della pandemia su tali misure.

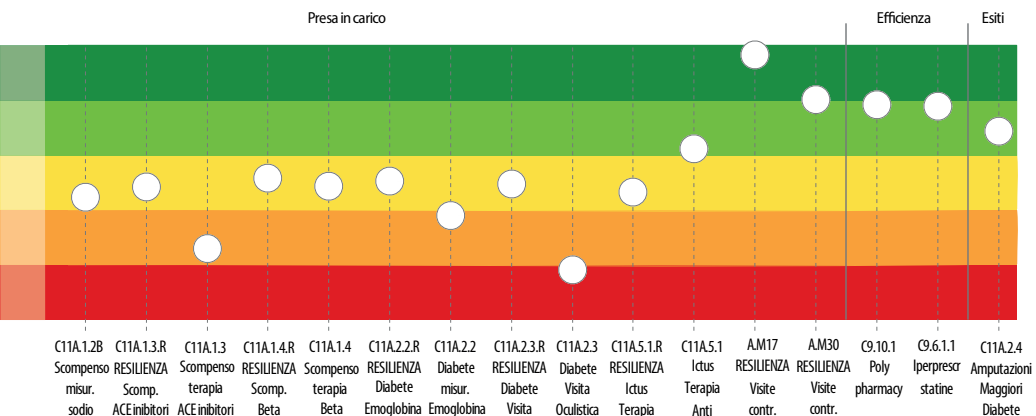
La fase di promozione degli stili di vita è rappresentata dall'indicatore che monitora la percentuale di assistiti che sono in carico a MMG aderenti ai moduli della sanità d'iniziativa.

Figura 22. Pentagrammi del percorso cronicità in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020

Percorso cronicità - Regione Toscana



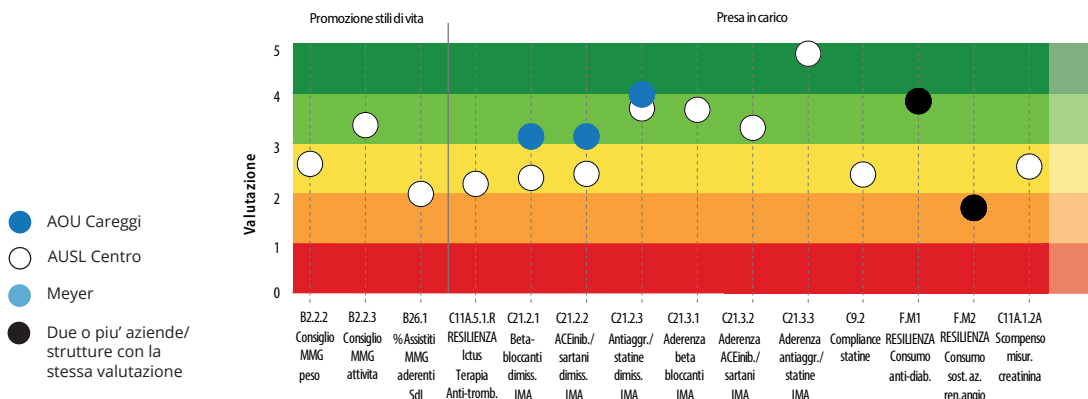
La fase di presa in carico comprende indicatori di processo di alcuni percorsi cronici (scompenso, diabete, ictus) che misurano l'adesione alle principali terapie (betabloccanti, ACE-inibitori, sartani, statine), visite ed esami di follow-up secondo le linee guida cliniche di patologia. La fase dell'efficienza 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'iper-prescrizione 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 per diabete, mirato a valutare l'organizzazione complessiva del percorso assistenziale e la tempestività delle cure.



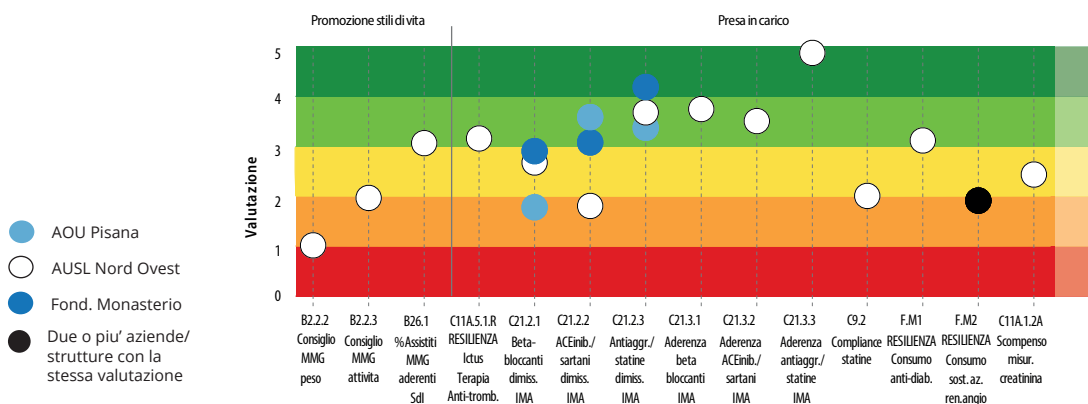
Sintesi dei risultati dei percorsi assistenziali

Il percorso cronicità

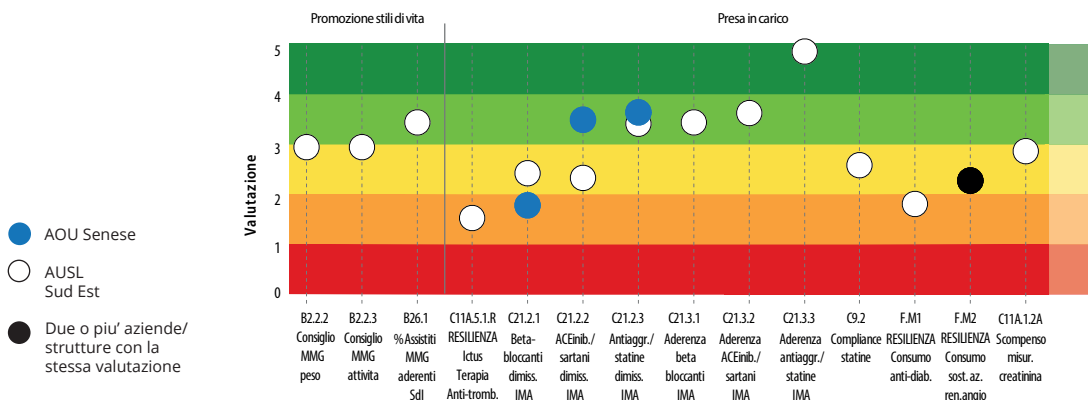
Percorso cronicità - Area vasta Centro



Percorso cronicità - Area vasta Nord Ovest



Percorso cronicità - Area vasta Sud Est



Sintesi dei risultati dei percorsi assistenziali Il percorso cronicità

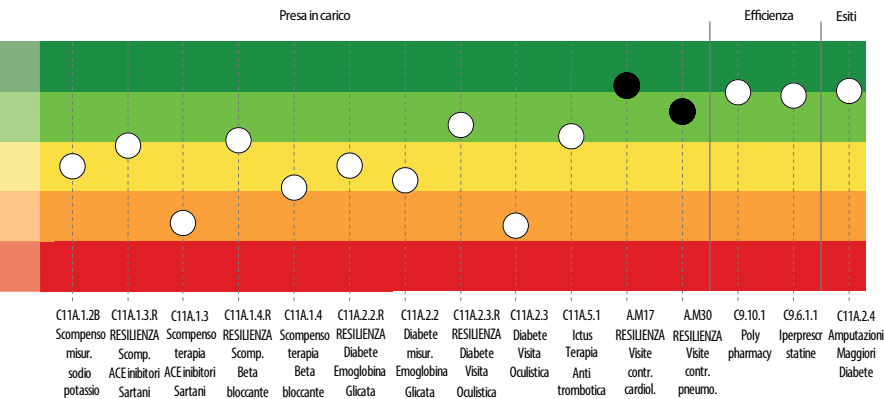
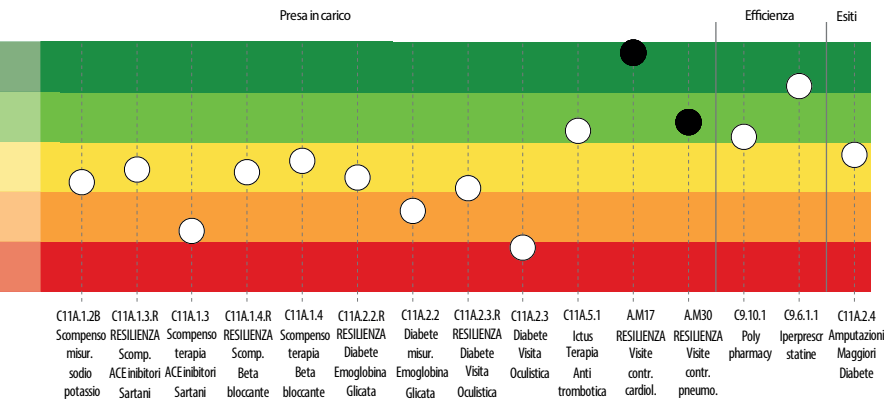
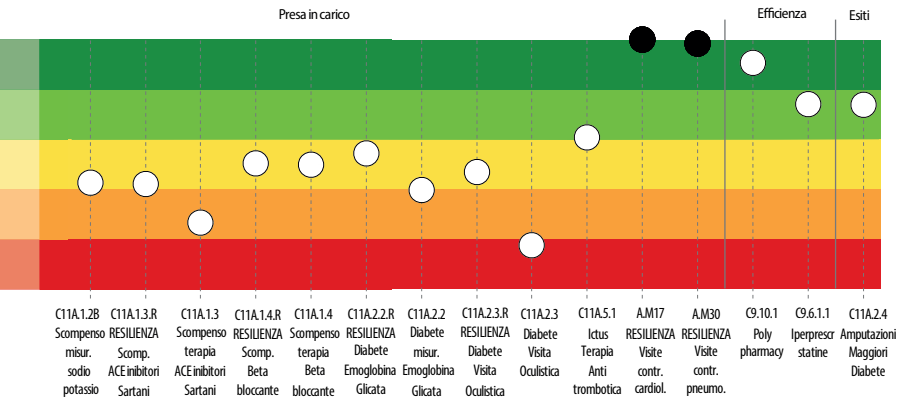
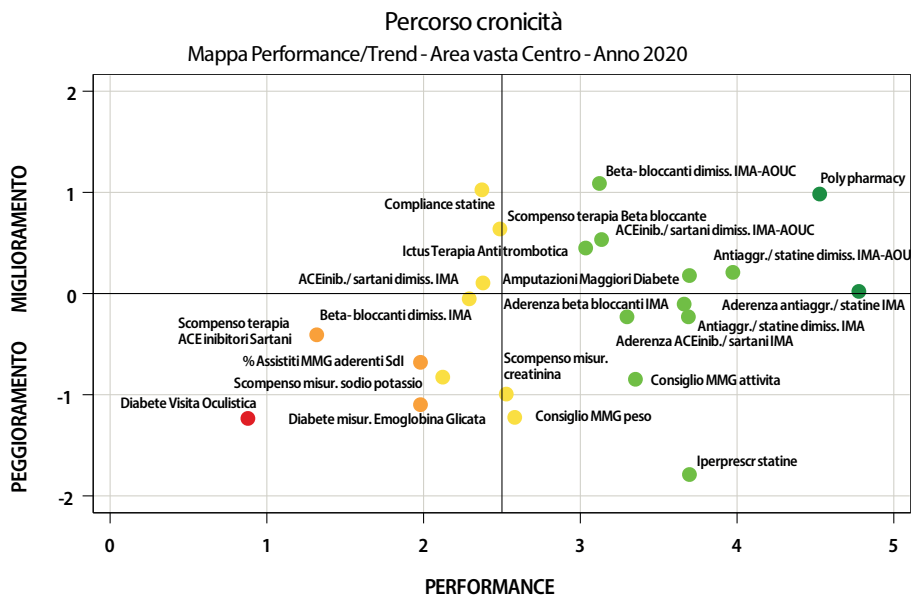
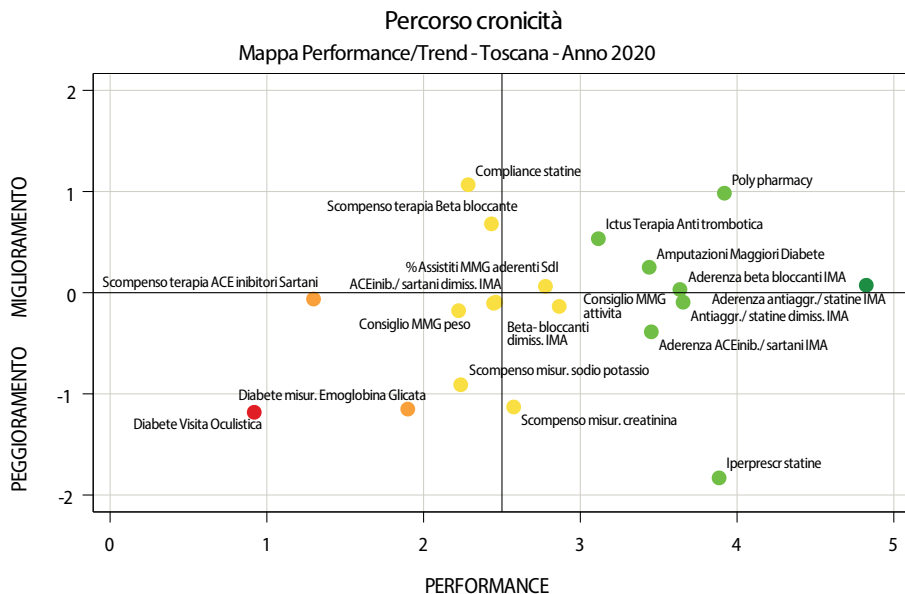
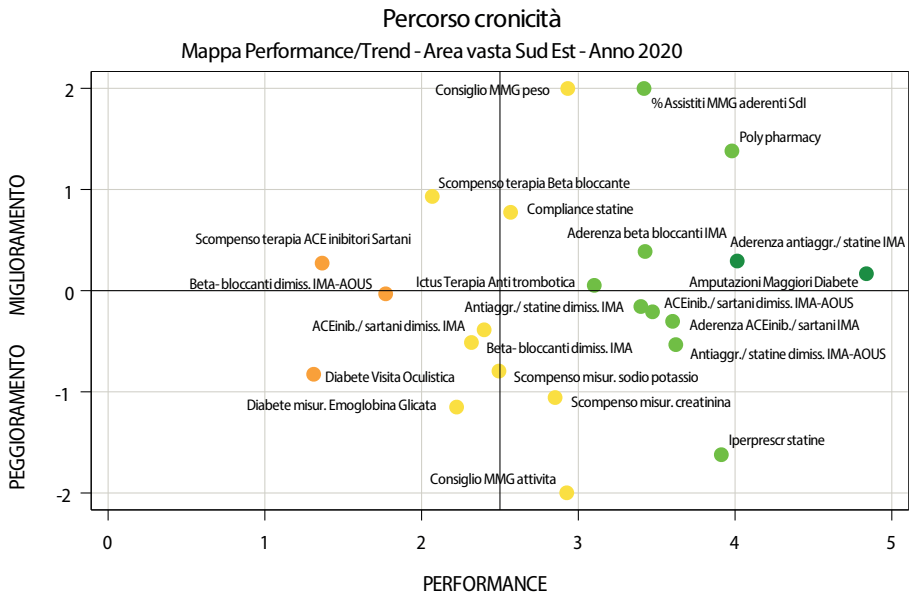
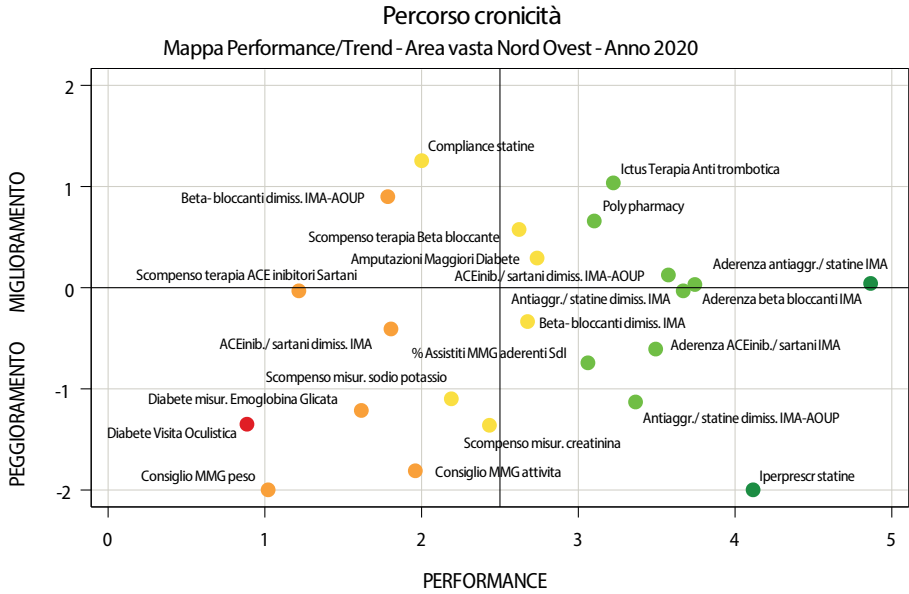


Figura 23. Mappe di performance del Percorso cronicità in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020



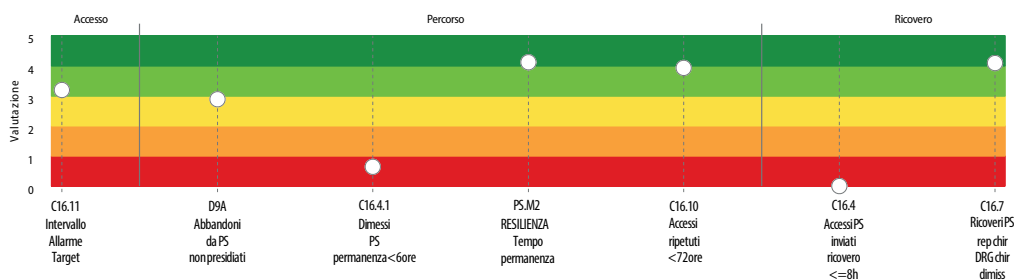


Il percorso emergenza-urgenza

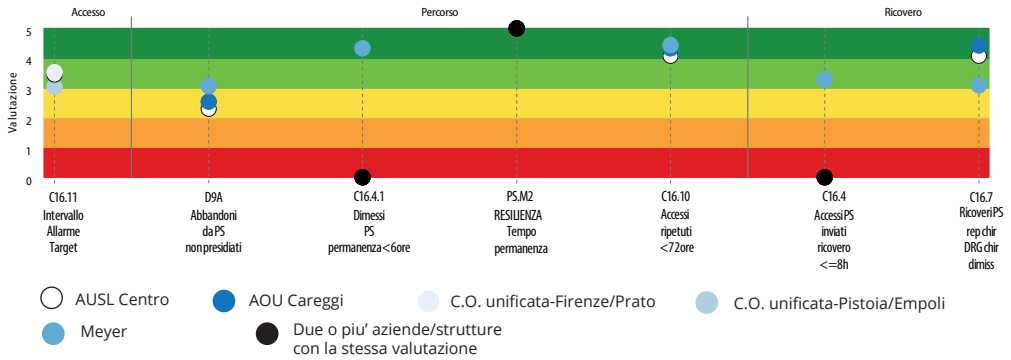
Il servizio di emergenza-urgenza mira a garantire agli utenti interventi sanitari immediati (emergenza) e interventi sanitari pronti (urgenza) in caso di necessità. Nel pentagramma dedicato al percorso dell'emergenza-urgenza vengono ripercorse dunque le fasi vissute dal cittadino, che si trova a usufruire di tale servizio sanitario, valutandone alcuni elementi cruciali, quali: l'accesso, il percorso di cura all'interno del Pronto soccorso 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 Pronto soccorso 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 Pronto soccorso inferiore alle 8 ore e qual è la percentuale di ricoveri da Pronto soccorso 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 Pronto soccorso, 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 2020

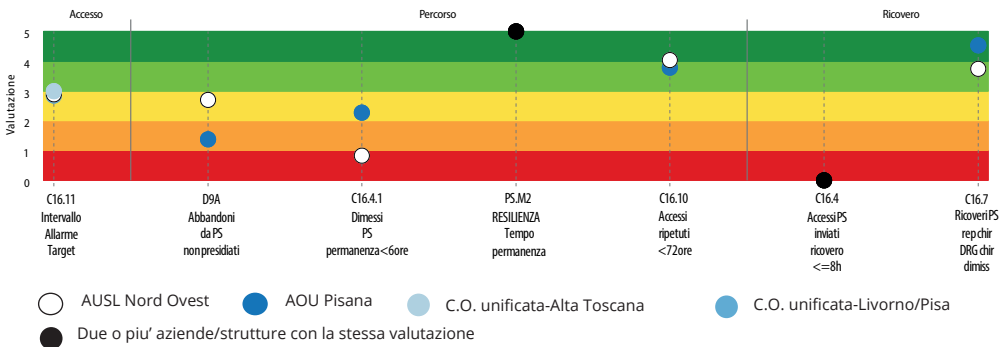
Percorso emergenza-urgenza - Regione Toscana



Percorso emergenza-urgenza - Area vasta Centro



Percorso emergenza-urgenza - Area vasta Nord Ovest



Percorso emergenza-urgenza - Area vasta Sud Est

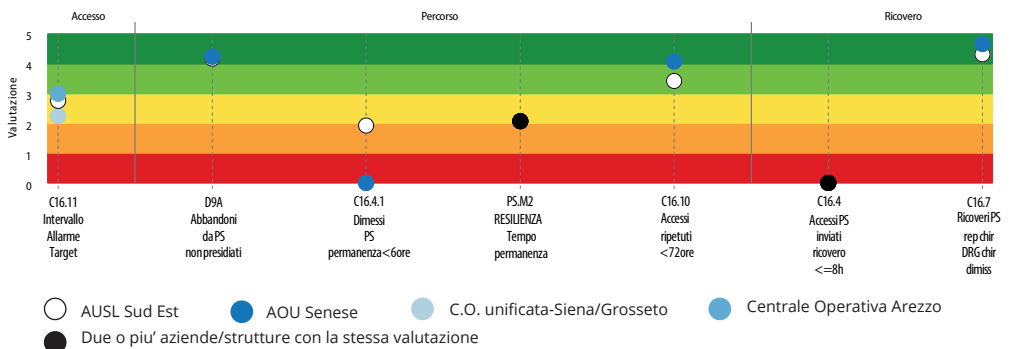
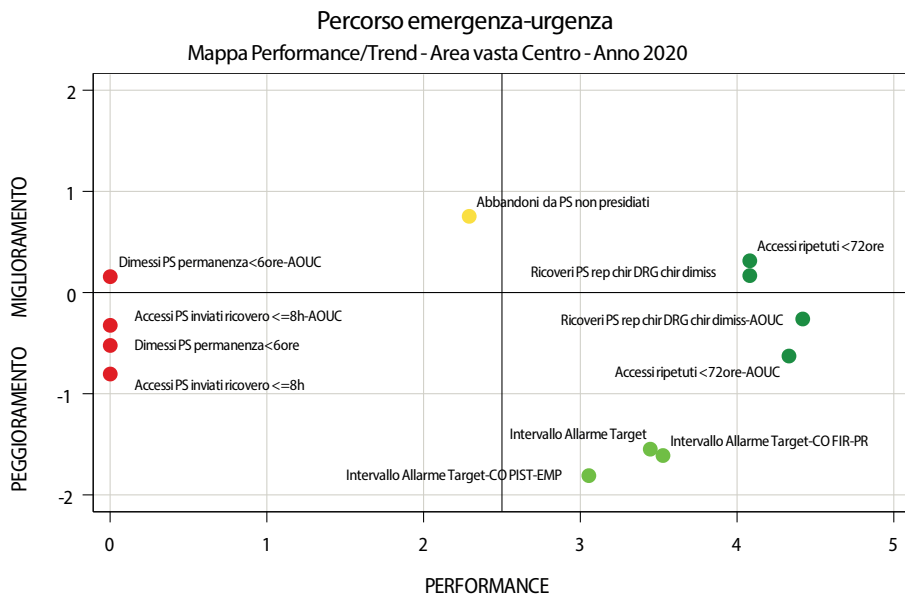
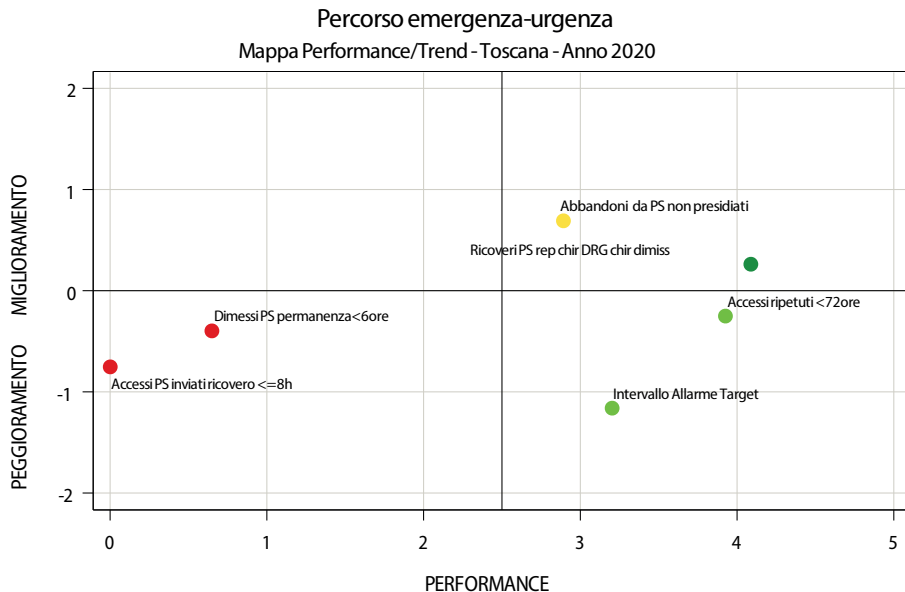
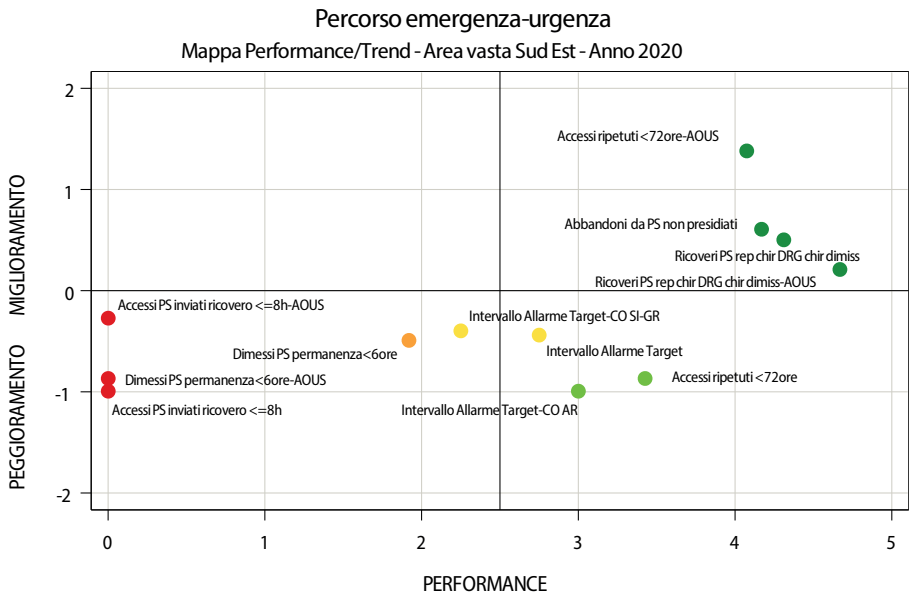
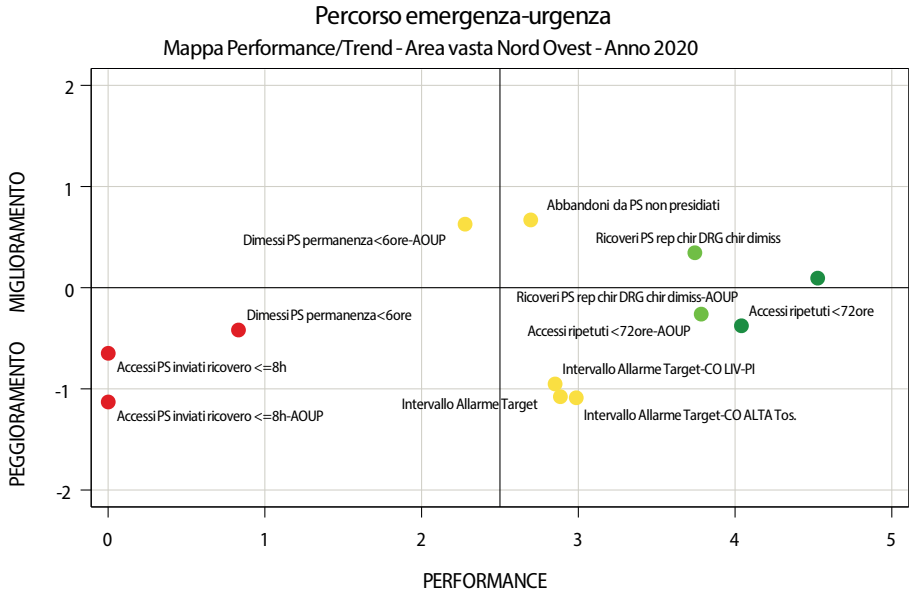


Figura 25. Mappe di performance del percorso emergenza-urgenza in Toscana e nelle Aree vaste - anno 2020





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. Il Sistema di valutazione delle RSA toscane ha adattato al contesto residenziale le metodologie e gli indicatori del Sistema di valutazione della performance della sanità toscana, pur preservandone gli obiettivi, i principi e la rappresentazione grafica.

Nel 2019 hanno aderito volontariamente alla valutazione 94 RSA pubbliche e private, che rappresentano circa il 30,5% dell'offerta di servizi residenziali per anziani non autosufficienti in Toscana in termini di posti letto autorizzati. I responsabili delle residenze, con il supporto dei ricercatori del Laboratorio MeS, hanno condiviso una prospettiva di analisi multidimensionale dei risultati considerando le seguenti dimensioni di valutazione:

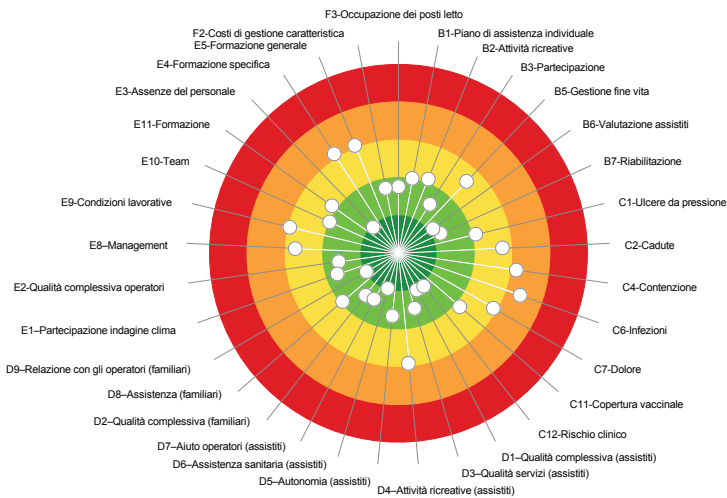
- organizzazione dei servizi assistenziali, con indicatori relativi ai piani di assistenza individuale, in termini di completezza e tempestività, indicatori per le attività ricreative in termini di quantità e partecipazione e indicatori sulla gestione del «fine vita»;
- assistenza sociosanitaria, che 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 la vita nelle residenze, misurati attraverso indagini ad hoc;
- clima organizzativo, che fa riferimento all'esperienza e alla soddisfazione dei professionisti che lavorano nelle strutture in termini di qualità dell'ambiente lavorativo e formazione;
- efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria, relativa agli indicatori più prettamente economici e di efficienza, tra cui il tasso di occupazione dei posti letto e i costi della gestione caratteristica.

La quasi totalità dei dati necessari al calcolo degli indicatori viene fornita direttamente dalle strutture aderenti al Sistema di valutazione, estrapolando le informazioni contenute nei gestionali adottati, ove presenti, o nei documenti amministrativi (ad es. cartelle sociosanitarie, registro presenze assistiti, registro monitoraggio cadute, ecc.).

La figura 26 rappresenta sinteticamente le performance medie delle 94 RSA partecipanti al Sistema di valutazione per il 2019. Come si evince facilmente, non ci sono particolari condizioni di criticità per gli indicatori considerati. Fa eccezione l'indicatore riguardante le infezioni. Ciò è però particolarmente significativo se si pensa che tale performance è stata registrata nell'anno precedente la pandemia.

Considerando la dimensione più sanitaria, si evidenzia un miglioramento del tasso di cadute con esito importante (ricovero, accesso al PS o morte dell'assistito) sui residenti. Il dato infatti scende da circa 14 cadute (2017) a circa 10 cadute (2019) ogni 100 assistiti equivalenti (un assistito equivalente corrisponde a 365 giornate di presa in carico erogate). Gli indicatori che monitorano le ulcere da pressione insorte in struttura riportano circa 12 assistiti con ulcere da pressione agli stadi tra 2 e 4 ogni 100 assistiti equivalenti non autosufficienti, che migliorano di almeno uno stadio in tre mesi, in oltre il 60% dei casi.

Figura 26. Bersaglio della performance delle 94 RSA aderenti per l'anno 2019



Gli indicatori legati alla copertura vaccinale antinfluenzale mostrano che nel 2019 il vaccino antinfluenzale è stato somministrato all'84,9% 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 14,7% degli operatori, infatti, risulta vaccinato contro l'influenza nel corso dell'anno 2019.

La formazione degli operatori è un altro indicatore legato alla qualità del servizio socioassistenziale 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, la formazione sulle contenzioni dal 25% del 2018 al 35% nel 2019.

Il Sistema di valutazione delle RSA monitora anche la soddisfazione ed esperienza di coloro che vivono nelle RSA, dei loro familiari e degli operatori: ciò rappresenta uno strumento utile per valutare la qualità del lavoro, dei servizi offerti e della vita degli anziani.

Nel 2019 le indagini di soddisfazione ed esperienza hanno coinvolto 1112 assistiti, 1405 familiari e 1407 lavoratori.

Dalle risposte fornite dagli assistiti e riportate su una scala da 0 a 100, gli assistiti risultano molto soddisfatti sia della vita in struttura nel suo complesso, con un livello di soddisfazione di 89/100, sia della gentilezza con gli operatori (92/100). Livelli di soddisfazione più bassi invece (72/100) sono stati assegnati dai residenti al rispetto della dignità della persona nei momenti di aiuto e supporto per le attività quotidiane (cambio, bagno...).

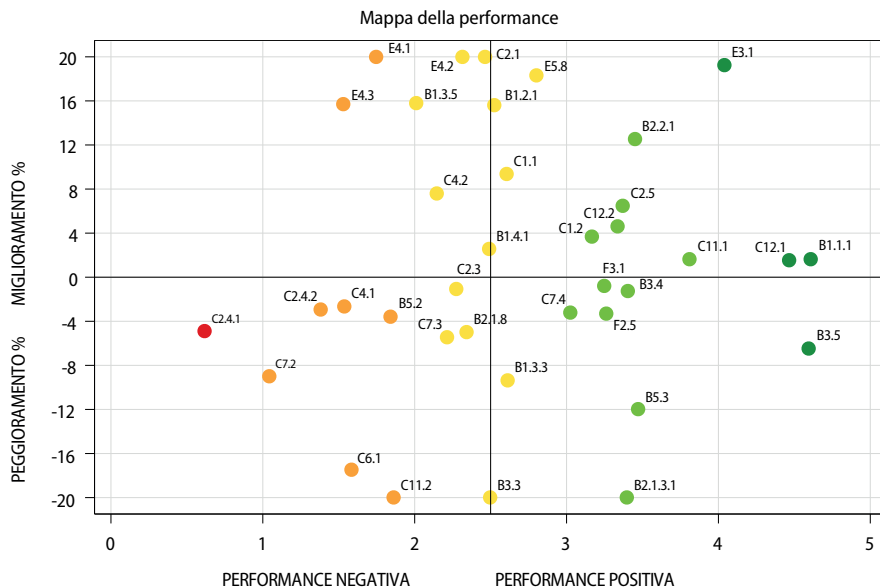
Molto soddisfatti sono i 1405 familiari, facendo registrare una valutazione complessiva pari a 93/100; per i familiari un aspetto sensibilmente più debole è il loro coinvolgimento nel prendere delle decisioni che riguardano l'assistito, con un livello di soddisfazione di 86/100. Il benessere del personale è una variabile fondamentale per una buona gestione della qualità, nonché del rapporto con gli assistiti. Anche le indagini rivolte agli operatori delle RSA mostrano che questi sono complessivamente soddisfatti del proprio lavoro, con una valutazione, però, mediamente di 85/100. Tra gli aspetti più critici, si annoverano i turni di lavoro, per cui è stato rilevato un livello di soddisfazione più basso (68/100), il sistema di obiettivi annuali (70/100) e ricevere il feedback sulla qualità del proprio lavoro (66/100).

Considerando la performance regionale 2019 e il trend rispetto al 2018 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 4 diversi quadranti a seconda dell'andamento degli indicatori:

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.

Figura 27. Mappa della performance delle RSA a livello regionale, relativa all'anno 2019



Legenda delle mappe di performance delle RSA a livello regionale

Indicatori con performance positiva e trend in miglioramento

- B1.1.1 Assistenti non autosufficienti con PAI
- B1.2.1 Assistenti con PAI redatti in 30 giorni
- B2.2.1 Giornate con attività ricreative non ordinarie
- C1.1 Assistenti non autosufficienti con ulcere da pressione in RSA
- C11.1 Assistenti a cui è stato somministrato il vaccino antinfluenzale
- C12.1 Incident reporting e near miss
- C12.2 Protocollo comunicazione eventi avversi
- C2.5 Assistenti a rischio di caduta caduti nel corso dell'anni
- E3.1 Assenze del personale per malattia
- E5.8 Formazione non obbligatoria degli operatori addetti all'assistenza

Indicatori con performance positiva e trend in peggioramento

- B1.3.3 Assistenti non autosufficienti con PAI condiviso da un familiare
- B2.1.3.1 Attività ricreative svolte da personale della struttura con qualifica di animatore e/o educatore
- B3.4 Partecipazione alle attività di animazione
- B3.5 Orario di apertura
- B5.3 Protocollo fine vita
- C7.4 Assistenti non autosufficienti con valutazione del dolore
- F2.5 Costi di gestione caratteristica per giornata grezza
- F3.1 Occupazione dei posti letto autorizzati

Indicatori con performance negativa e trend in peggioramento

- B2.1.8 Giornate con attività ricreative svolte da personale della struttura con la qualifica di animatore e/o educatore
- B3.3 Incontri Comitato ospiti e parenti
- B5.2 Formazione operatori sul fine vita
- C11.2 Operatori a cui è stato somministrato il vaccino antinfluenzale
- C2.3 Cadute in RSA
- C2.4.1 Assistenti con valutazione del rischio di caduta

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

C7.3 Assistiti non autosufficienti con valutazione del dolore sopra soglia

Indicatori con performance negativa e trend in miglioramento

B1.3.5 Assistiti non autosufficienti con PAI condiviso dal MMG

B1.4.1 Assistiti non autosufficienti con PAI rivalutato entro 180 giorni

C2.1 Cadute con accesso al PS ricovero o decesso dell'assistito

C4.2 Assistiti non autosufficienti sottoposti a mezzi di contenzione fisica diversi dalle spondine

E4.1 Formazione degli operatori sulla contenzione

E4.2 Formazione degli operatori sull'igiene delle mani

E4.3 Formazione degli operatori sulla prevenzione degli atti di violenza

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
- **AUSL** = Azienda USL
- **AOU** = Azienda ospedaliero-universitaria
- **ARSD** = sindrome da distress respiratorio acuto
(*Acute Respiratory Distress Syndrome*)
- **ARPAT** = Agenzia regionale per la protezione ambientale
- **BPCO** = broncopneumopatia cronica ostruttiva
- **CAV** = Centri antiviolenza
- **CDC** = Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie
(*Centers for Disease Control and Prevention*)
- **CDP** = 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
- **CP** = Comunità di pratica
- **CPI** = Centri 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
- **DGA** = disturbo da gioco d'azzardo
- **DGR** = delibera di Giunta regionale
- **DH** = *Day Hospital*
- **DM** = decreto ministeriale

- **DPI** = dispositivi di protezione individuale
- **DRG** = *Diagnosis Related Groups*
- **DSM** = Dipartimenti di Salute mentale
- **EEG** = elettroencefalogramma
- **EM** = Equipe multiprofessionali
- **EMA** = Agenzia europea per i medicinali
- **EMG** = elettromiografia
- **ERP** = Edilizia residenziale pubblica
- **ESPAD** = *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*
- **FIGC** = Federazione italiana giuoco calcio
- **FIN** = Federazione italiana nuoto
- **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 colorettaie
- **GISMa** = Gruppo italiano per lo screening mammografico
- **GRC** = Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente
- **HPV** = *Human Papilloma Virus*
- **IFC-CNR** = Istituto di fisiologia clinica - Consiglio nazionale delle ricerche
- **ID** = incidenti domestici
- **IMA** = infarto del miocardio
- **INAIL** = Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro
- **INPS** = Istituto nazionale di previdenza sociale
- **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
- **L** = legge
- **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** = Test prenatale non invasivo (*Non-Invasive Prenatal Testing*)
- **ONS** = Osservatorio nazionale screening
- **OR** = *odds ratio*
- **PAP** = Progetto personalizzato assistenziale
- **PDTA** = Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali
- **PET** = Tomografia a emissione di positroni (*Positron Emission Tomography*)
- **PID** = malattia infiammatoria pelvica (*Pelvic Inflammatory Disease*)
- **PINQuA** = Programma innovativo nazionale per la qualità dell'abitare
- **PIPI** = Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione
- **PIS** = Piano integrato di salute
- **PISSR** = Piano sanitario e sociale integrato regionale
- **PLS** = pediatri di libera scelta
- **PLWHIV** = Persone che vivono con l'HIV (*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
- **POA** = Programmazione operativa annuale
- **PON** = Programma operativo nazionale
- **POR** = Programma operativo regionale
- **PREMs** = *Patient-Reported Experience Measures*
- **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
- **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
- **SIOS** = 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
- **SSR** = Sistema sanitario regionale
- **STEMI** = infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST
(*ST-segment elevation myocardial infarction*)
- **TI** = terapia intensiva
- **UE** = Unione europea
- **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