

2019

Welfare e salute in Toscana



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



Welfare e salute in Toscana

2019

Welfare e salute in Toscana

2019

Introduzione

È un grande piacere presentare “Welfare e salute in Toscana 2019”, un lavoro che, per il secondo anno consecutivo, restituisce un resoconto regionale sulle tematiche affrontate 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.

La lettura e l’interpretazione dei dati è ormai un’attività di supporto essenziale alla programmazione e al governo del sistema dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari. La ricostruzione di scenari locali, a partire dalla valorizzazione del patrimonio informativo presente, costituisce inoltre una grande opportunità di conoscenza e di informazione fruibile anche per tutti gli operatori del sistema, gli *stakeholder* e i cittadini.

Grazie al percorso collaborativo intrapreso, relazione sanitaria, profilo sociale e valutazione del sistema sanitario toscano, hanno l’occasione di contaminarsi a vicenda, producendo un risultato che non è solo semplice somma di tre prodotti, ma acquista un valore aggiunto grazie alla lettura integrata dei processi e dei fenomeni sociali e di salute presenti nel contesto regionale.

Conoscere per programmare e decidere, per valutare la reazione dei cittadini e delle comunità locali ai processi di riorganizzazione attuati in questi anni, diventa la strada maestra per una *governance* basata su responsabilità, cooperazione e sussidiarietà.

Dunque un sistema regionale integrato che cerca di dare risposte efficaci, appropriate e moderne ai bisogni delle persone, anche alla luce dei cambiamenti demografici, sociali e epidemiologici della popolazione. Sappiamo, infatti, come l’invecchiamento demografico, l’aumento delle malattie con cui dover convivere, le maggiori diseguaglianze sociali nella popolazione, modifichino i bisogni e il contesto, e impongano risposte incisive, inclusive e personalizzate.

L’organizzazione dei servizi in Toscana è mutata molto, a partire dalla riforma dell’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale del 2015, accompagnato dal riordino degli ambiti territoriali delle Zone Distretto. Questo processo innovativo ha permesso al sistema toscano di mantenere posizioni di primo piano nell’ambito nazionale, grazie al patrimonio tecnico e professionale pubblico e a un Terzo settore che, anche alla luce della recente riforma, assume un ruolo strategico nelle politiche regionali.

Un lavoro che intende mettere in evidenza il modello toscano, ovvero la capacità di fare “rete” tra strutture, operatori, tra pubblico e privato sociale, tra sanitario e sociale, tra comunità locali e contesto regionale. Reti locali e regionali fondate sulla condivisione di esperienze e competenze, sulla coltivazione di fiducia e rispetto tra mondi diversi ma necessariamente complementari, dove irrompono poi le importanti novità portate dall’avanzamento tecnologico

e dalla ricerca. Anche in questo la Toscana è tra le regioni con il più alto livello di innovazione e sperimentazione delle nuove tecnologie, dei nuovi farmaci, dei nuovi percorsi di inclusione sociale e di attenzione a chi rischia di stazionare nelle periferie dell'esistenza.

Siamo consapevoli di attraversare una stagione storica complessa e in grande trasformazione, che ci pone di fronte a processi lunghi, le cui ricadute possono avere tempi dilatati e, in taluni casi, imprevedibili. È necessario perciò garantire un monitoraggio continuo, in itinere, dei percorsi intrapresi, così da poter valutare costantemente vecchi e nuovi bisogni, assieme ai rischi e alle criticità del sistema dell'offerta sociale e sanitaria. Welfare e salute in Toscana diviene uno strumento essenziale per affermare la cultura della conoscenza come elemento strategico per una buona programmazione delle politiche regionali.

La storia ci insegna che valori, idee, modelli societari non sono dati una volta per sempre, ma necessitano di essere coltivati e rinnovati quotidianamente per rendere la contemporaneità il luogo dell'accoglienza, della prossimità, della cura, della relazione, della rassicurazione. La nostra comunità regionale gode di un patrimonio culturale, civico e sociale che va tutelato e alimentato, affinché le persone, con i loro bisogni e le loro risorse, mantengano l'assoluta centralità nelle scelte politiche che siamo chiamati a fare.

Buona lettura.

Stefania Saccardi
Assessore Diritto alla salute, al welfare,
all'integrazione socio-sanitaria e allo sport
Regione Toscana

Indice degli argomenti

Introduzione

Il contesto socio-demografico

Popolazione	11
La presenza straniera	14
Minori e giovani	16
Anziani	18
Famiglie	20

Determinanti di salute

Educazione e istruzione	25
Vulnerabilità delle famiglie e interventi di sostegno	28
Fattori di inclusione ed esclusione sociale	32
Stili di vita	36
Ambiente	46

La salute della popolazione

Mortalità	51
Mortalità evitabile	53
Aspettativa di vita	55
Tumori	57
Malattie infettive	60
Eventi acuti cardiovascolari	75
Malattie croniche	78
Disabilità	80
Salute mentale	83
Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo	88
Suicidi	94
Incidenti stradali	97
Incidenti domestici	100
Infortuni sul lavoro	102
Salute materno-infantile	104
Salute di genere	108
Violenza di genere	111
Salute della popolazione anziana	114
Salute della popolazione straniera	116
Percezione di salute	120

Le risorse del sistema

Spesa sociale	125
Terzo settore	128
Lavoro domestico di cura	131
Organizzazioni e strutture sportive	133
Ticket e copayment	135
Utilizzo del Sistema Sanitario	137
Risorse finanziarie sanitarie	139
Risorse professionali sanitarie e sociali	140
Servizio sociale professionale	143
Consumo di farmaci	144

La qualità delle cure

Assistenza garantita: i Livelli Essenziali di Assistenza	149
Copertura vaccinale in età pediatrica	152
Screening oncologici	156
Specialistica ambulatoriale	159
Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	161
Cure primarie	163
Assistenza della popolazione anziana	166
Assistenza specialistica per la cronicità	169
Emergenza-Urgenza	171
Ricovero ospedaliero	174
Volumi di attività ospedaliera	177
Mobilità ospedaliera	179
<i>Choosing Wisely</i> - L'appropriatezza praticata	181
Esiti	184
Trapianti e donazioni	186
Cure nel fine vita	188
Antibiotico-resistenza	191
Riabilitazione	194
Interventi e sostegni per l'integrazione delle persone con disabilità	196
La percezione dei cittadini sui servizi	202

Il sistema di valutazione della performance

Introduzione al sistema di valutazione	207
I principi ispiratori del sistema di valutazione della performance della sanità toscana	208
La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio	209
La mappa di performance	225
La torta della variabilità	226
Il pentagramma come strumento per rappresentare i percorsi clinico-assistenziali	228

Trasparenza e benchmarking: la consultazione del sistema di valutazione della performance attraverso il portale	230
I risultati in sintesi della performance complessiva della regione Toscana	232
Azienda USL Toscana Centro	237
Azienda USL Toscana Nord-Ovest	240
Azienda USL Toscana Sud-Est	243
I risultati in sintesi della performance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie	246
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi	247
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana	248
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese	249
Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer	250
Fondazione Toscana G. Monasterio	251
I risultati in sintesi dei percorsi assistenziali attraverso i pentagrammi	252
Il percorso materno-infantile	253
Il percorso oncologico	259
Il percorso salute mentale	264
Il percorso assistenza domiciliare e residenziale per anziani	269
Il percorso cronicità	274
Il percorso Emergenza-Urgenza	281
La valutazione della performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali toscane	286

Coordinamento scientifico

ARS Toscana: F. Profili, F. Voller

Regione Toscana: P. Garvin, M. La Mastra, S. Lomi, A. Salvi

Anci Toscana: S. Naldoni

Scuola Superiore Sant'Anna: M. Bonciani, G. D'Orio, M. Vainieri

Curatori dell'edizione

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

Indice degli autori

ARS Toscana: L. Bachini, C. Bartolini, B. Bellini, A. Berti, F. Collini, S. D'Arienzo, V. Di Fabrizio, S. Forni, P. Francesconi, G. Galletti, F. Gemmi, R. Gini, G. Hyeraci, F. Ierardi, F. Innocenti, M. Lazeretti, D. Nuvolone, F. Profili, M. Puglia, G. Roberto, C. Silvestri

Regione Toscana: G. Attardo, S. Brunori, M. R. Caciolli, N. Caruso, M. De Luca, F. Ganucci, M. La Mastra, S. Lomi, S. Madrigali, R. Nocentini, D. Ricotta, C. Tocchini, B. Trambusti

Centro regionale Infanzia e Adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): R. Ricciotti

Anci Toscana: L. Caterino, M. Faraoni (Simurg Ricerche)

Scuola Superiore Sant'Anna: S. Barsanti, N. Bellé, M. Bonciani, D. Cerasuolo, L. Coletta, G. D'Orio, F. Ferré, E. Foresi, B. Lupi, A. M. Murante, E. Pardini, A. Parenti, M. Vainieri

CeRIMP: M. Biffino

Ausl Toscana Centro: F. Bardelli

Hanno collaborato

ARS Toscana: A. Allamani, M. Bega, F. Bellomo, S. Bravi, E. Crocetti, V. Dubini, C. Gatteschi, E. Gualdani, D. Petri, A. Rosselli, F. Rusconi, G. Seghieri, C. Stasi, C. Szasz, A. Zuppiroli

Anci Toscana: M. Caiolfa, A. De Conno

Regione Toscana: L. Baggiani, S. Collarini, C. Corezzi, E. Mosconi

ARPAT: M. Talluri

IRPET: M. L. Maitino, L. Ravagli

CRAOT Careggi: M. Bombardi

Scuola Superiore Sant'Anna: M. Bramanti, G. Giacomelli, B. Lupi, G. Noto, C. Seghieri, B. Vinci, F. Vola

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: C. Caldonazzo, A. Casile, C. Degli Innocenti, M. La Mastra, S. Nottoli

Anci Toscana: L. Caterino, M. Faraoni (Simurg Ricerche)

Centro regionale Infanzia e Adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): R. Ricciotti

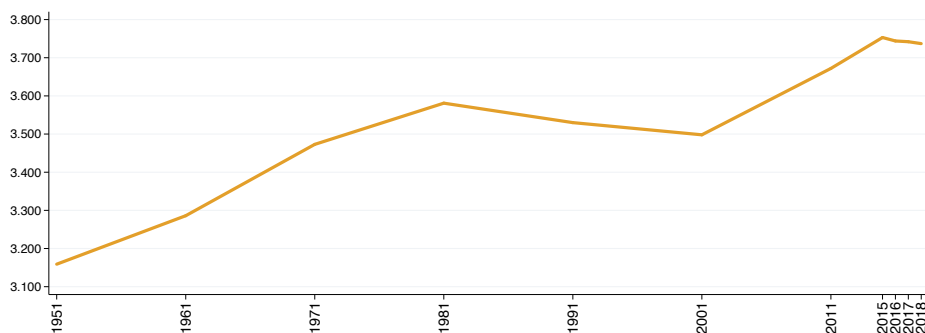
Scuola Superiore Sant'Anna: P. Belardi, A. Borghini, M. Bramanti, L. Coletta, I. Corazza, F. Covre, G. D'Orio, E. Foresi, G. Giacomelli, E. Guidotti, D. A. Lungu, B. Lupi, G. Noto, E. Pardini, A. Parenti, F. Pennucci, C. Seghieri, C. Tramontani, B. Vinci, F. Vola, S. Zuccarino

Il contesto socio-demografico

Popolazione

I residenti in Toscana al 1° gennaio 2018 erano circa 3.737.000, avevano mediamente 46,7 anni (media italiana: 44,9 anni) e poco più della metà (52%) era costituita da donne (fonte: ISTAT). Per il terzo anno consecutivo si rileva un calo dei residenti, che sono circa 16mila in meno rispetto al 2015, anno in cui il trend in costante aumento dal 2001, grazie all'incremento degli stranieri residenti, si è interrotto (figura 1), a causa della diminuzione dei flussi in ingresso e il calo della natalità tra le donne straniere, che pur si mantiene su valori superiori a quelli delle donne italiane. Attualmente i toscani rappresentano il 6,2% della popolazione italiana.

Figura 1. Popolazione residente - Valori in migliaia - Toscana, periodo 1951-2018 - Fonte: ISTAT



Anche per il 2018 ISTAT ha previsto un saldo negativo (il bilancio demografico per l'anno non è ancora consolidato) e si prospetta quindi, al 1° gennaio 2019, il quarto anno consecutivo di diminuzione della popolazione. Nel 2018 sono nati circa 25mila bambini (6,7 ogni 1.000 abitanti) e deceduti circa 43.500 toscani (11,6 ogni 1.000 abitanti), confermando anche il trend del movimento naturale (nati-morti), che è in continua diminuzione. La popolazione straniera, stabilizzandosi sul nostro territorio, in parte contrasta questo trend negativo anche grazie ai propri tassi di natalità, come detto più alti rispetto alla popolazione autoctona (figura 2). Continua il progressivo invecchiamento della popolazione, comune a tutto il territorio nazionale, con l'aumento della speranza di vita alla nascita e la contrazione del ricambio generazionale. A fronte di una stabilità dei giovani under15 si erode la popolazione in età attiva tra i 15 e i 64 anni (da 68% a 62% della popolazione generale in 20 anni), a vantaggio degli anziani, ormai un quarto dei toscani e destinati a diventare un terzo nei prossimi 30 anni (figura 3).

Figura 2. Movimento della popolazione residente – Valori per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 1991-2018 – Fonte: ISTAT

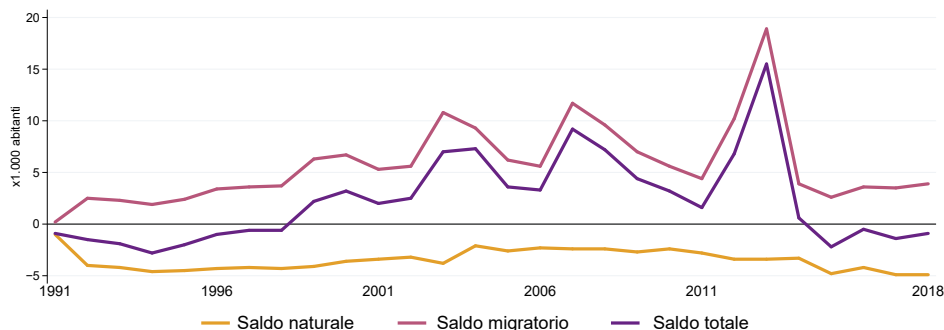
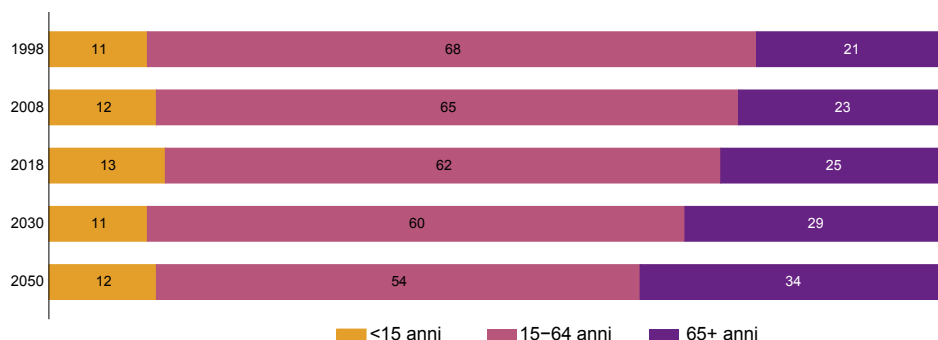


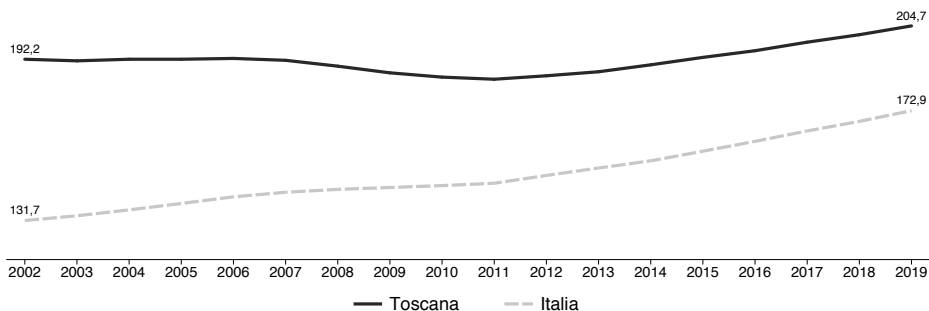
Figura 3. Popolazione residente per classe d'età – Distribuzione percentuale – Toscana, anni 1998-2008-2018 e previsione 2030-2050 – Fonte: ISTAT



Gli indici demografici certificano questo scenario. Continua l'aumento dell'indice di vecchiaia (figura 4), rapporto tra anziani e giovani under15, e dell'indice di dipendenza strutturale, rapporto tra le classi d'età cosiddette non produttive (under15 e over64enni) e la popolazione di 15-64 anni (figura 5). Si contano ormai da alcuni anni circa 2 anziani per ogni giovane toscano, con un trend in aumento dal 2002. L'aumento è meno marcato rispetto a quello italiano perché la Toscana storicamente era già tra le regioni più anziane in Italia. Comincia quindi a ridursi il gap con le altre regioni.

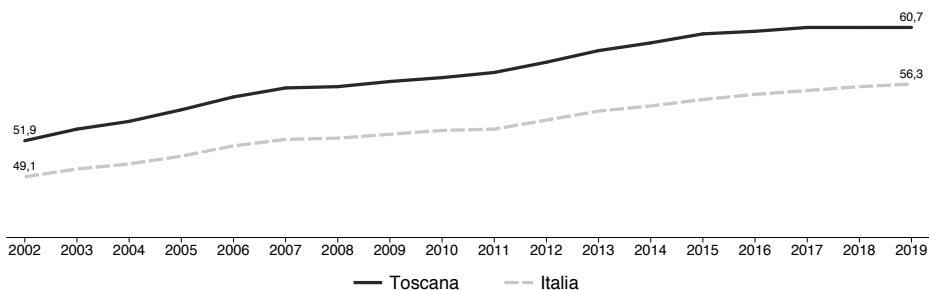
Cresce anche l'indice di dipendenza strutturale toscano, arrivato a contare circa 6 residenti cosiddetti "non produttivi" (anziani e giovani) ogni 10 "produttivi", il cui andamento è quasi parallelo a quello italiano, anche se la forbice tra i due valori tende ad allargarsi, in virtù della maggior erosione della classe d'età 15-64 anni nella nostra regione.

Figura 4. Indice di vecchiaia - Anziani (65+ anni) ogni 100 giovani (<15 anni) - Toscana e Italia, periodo 2002-2019* - Fonte: ISTAT



*dato provvisorio stimato da ISTAT

Figura 5. Indice di dipendenza strutturale - Anziani (65+) e giovani (<15 anni) ogni 100 adulti (15-64 anni) - Toscana e Italia, periodo 2002-2019* - Fonte: ISTAT

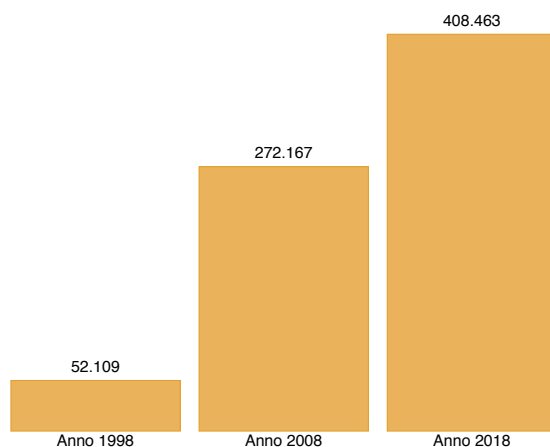


*dato provvisorio stimato da ISTAT

La presenza straniera

Il consolidamento della presenza straniera sul territorio nazionale e toscano è un fenomeno ormai strutturale. Gli stranieri residenti sono aumentati costantemente dalla fine degli anni '90 (figura 1) pur rallentando il ritmo di crescita negli ultimi 4 anni, non riuscendo più così a colmare il gap del saldo naturale della popolazione (nati-morti). Al 1° gennaio 2018 gli stranieri residenti in Toscana erano oltre 408mila, circa l'11% della popolazione regionale (media italiana 8,5%), in maggioranza donne (53%). Tra le 172 nazionalità presenti, quelle maggiormente rappresentate sono la rumena (21%) e l'albanese (15%), seguite dalla cinese (13%) e dalla marocchina (6%). Se ai residenti aggiungiamo gli irregolari, stimati intorno all'8,7% degli stranieri residenti (fonte: XXIV rapporto sulle migrazioni 2018, Fondazione ISMU), si ottiene la stima dell'11,9% di stranieri nella popolazione.

Figura 1. Residenti di cittadinanza straniera - Valori assoluti - Toscana, anni 1998-2008-2018 - Fonte: ISTAT



L'età media dei toscani autoctoni è significativamente diversa da quella degli stranieri, rispettivamente 47,8 e 34,6 anni, per questo i flussi migratori contribuiscono al ringiovanimento generale della popolazione. Negli anni recenti però, complice la crisi economica e le modifiche che hanno coinvolto gli arrivi, i flussi migratori stanno cominciando a modificarsi. Mediamente aumentano sia le donne che l'età media, così come aumentano i permessi di soggiorno di lungo periodo (dal 47% nel 2011 al 62% nel 2017), solitamente meno legati a motivi di lavoro. Tra i motivi di richiesta del permesso di soggiorno aumenta, infatti, l'incidenza della riunificazione familiare (dal 35% del 2007 al 44% del 2017) a discapito del lavoro (crollato dal 53% al 3%), mentre assumono maggiore rilevanza le motivazioni umanitarie (36% nel 2017). Crescono le acquisizioni di cittadinanza italiana (da 3mila del 2007 a 11mila del 2017), nonostante

si sia registrato un forte calo rispetto al 2016 (-25%). Si tratta di segnali di radicamento delle comunità già presenti da tempo e di una perdita di appeal lavorativo della Toscana che si inseriscono in un contesto caratterizzato dalla complessa situazione delle migrazioni per motivi umanitari proveniente dalle zone critiche in Nord Africa e Medio Oriente (a gennaio 2019 risultano presenti nel sistema regionale di accoglienza diffusa circa 8mila richiedenti asilo).

Il contributo della popolazione straniera nella società si evince anche da altre statistiche demografiche e di ricorso ai servizi. All'ultimo censimento del 2011 le famiglie toscane con almeno uno straniero residente, circa 145mila, rappresentavano il 9% di tutte le famiglie, mentre quelle composte esclusivamente da stranieri (dato riferito all'anno 2018) sono 135mila (8,2% del totale delle famiglie, valore tra i più alti in Italia). A fronte di questi numeri, circa 5.400 famiglie straniere sono assegnatarie di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (12% del totale) e sono circa 6.900 le domande di stranieri per alloggi ammesse nelle graduatorie vigenti al 2017 (39% del totale domande ammesse).

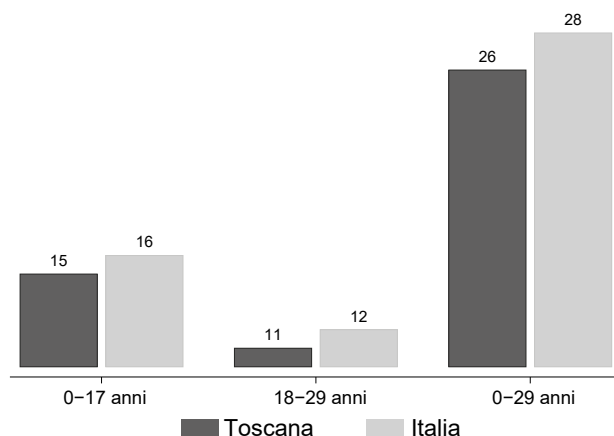
I matrimoni con almeno uno sposo straniero nel 2017 sono stati 1.860 (16% del totale dei matrimoni) e i bambini stranieri nati in Toscana sono passati da 4.300 nel 2006 (13,6% del totale iscritti per nascita) a oltre 5mila nel 2017 (20%), con una differenza di oltre 5 punti percentuali rispetto alla media nazionale. L'aumento della natalità ha quadruplicato in pochi anni i minori stranieri, adesso quasi 82mila, 20% degli stranieri residenti e 14% del totale dei minori toscani. Gli iscritti al sistema scolastico sono quasi 59mila, il 14% del totale degli studenti, di questi circa 36mila (61%) sono di seconda generazione.

Nel mondo del lavoro gli stranieri rappresentano il 12% degli occupati in Toscana, mentre gli iscritti ai Centri per l'Impiego nel 2018 sono quasi 128mila, il 24% del totale, quasi esclusivamente provenienti dai cosiddetti paesi a forte pressione migratoria. Le imprese iscritte a titolarità straniera in Toscana sono circa 55mila e rappresentano il 13% delle imprese presenti (commercio all'ingrosso/dettaglio, costruzioni e ricettività/ristorazione i settori prevalenti), mentre i lavoratori domestici sono oltre 56mila, 3 lavoratori su 4 in questo settore.

Minori e giovani

Sono circa 566mila i minorenni toscani e rappresentano il 15% della popolazione. I giovani tra i 18 e i 29 anni sono invece 408mila, l'11% dei toscani. La percentuale di minori e giovani nella popolazione toscana è inferiore di circa un punto percentuale rispetto alla media italiana (figura 1). Gli stranieri rappresentano circa il 14% dei minori e il 17% dei giovani, rispettivamente 82mila e 70mila ragazzi. Un toscano su quattro quindi ha meno di 30 anni, circa 974mila persone, diminuiti rispetto al passato: erano il 28% nel 2001 e il 33% nel 1991.

Figura 1. Popolazione residente d'età 0-17 anni, 18-29 anni e 0-29 anni – Valori per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2018 – Fonte: ISTAT



Oltre il 63% dei giovani toscani tra 18 e 34 anni vive in casa con i genitori, tra questi il 35% non lascia l'abitazione di origine pur avendo un lavoro. Le ricadute sulla propensione a costituire nuove unioni stabili e sulla natalità sono importanti: sono sempre meno le coppie sotto i 35 anni con figli (figura 2), passate dal 12,7% del totale delle famiglie nel 1991 al 5,6% nel 2011 (ultimo dato censuario) e cresce l'età media al parto delle donne (figura 3). La Toscana non rappresenta comunque una particolarità nel panorama nazionale, lo scenario, infatti, è comune a quello italiano.

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

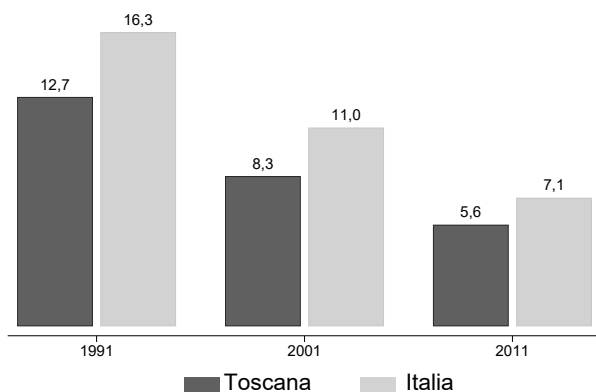
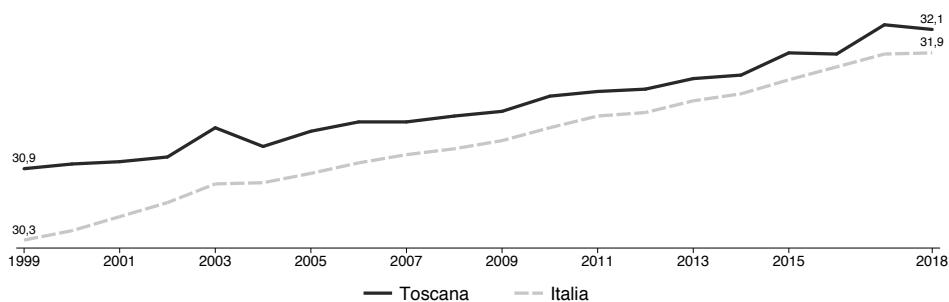


Figura 3. Età al parto – Età media delle donne al parto – Toscana e Italia, periodo 1999-2018 – Fonte: ISTAT

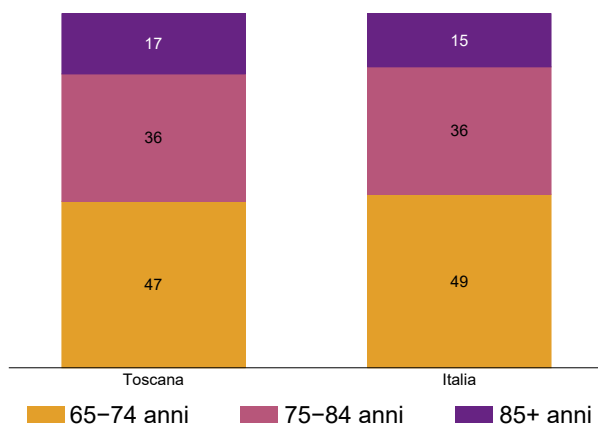


Anziani

Gli effetti del generale invecchiamento della popolazione sul sistema sanitario e di welfare sono considerevoli. Con gli anziani aumenta in generale il bisogno di assistenza legato alla cura delle patologie croniche, all'aiuto nei casi di non autosufficienza, al sostegno in caso di solitudine o isolamento sociale, problematiche di competenza dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali. Il fenomeno migratorio ormai riesce solo in parte a rallentare la dinamica di progressivo invecchiamento della popolazione, toscana e italiana, e la nostra è tra le regioni più anziane in Europa. ISTAT stima l'indice di vecchiaia, anziani ogni 100 giovani under15, nel 2019 pari a 205 in Toscana, a fronte di una media italiana di 173 e europea di 126.

Al 1° gennaio 2018 erano circa 943mila gli anziani in regione, 1 toscano ogni 4, con una progressiva crescita nel tempo delle classi di 75-84 anni e over84enni (cosiddetti grandi anziani), che rappresentano ormai 1 anziano su 2 (53%) (figura 1). Grazie alla maggior longevità che le contraddistingue le donne rappresentano il 57% degli ultra64enni e dunque, più spesso degli uomini, restano vedove e/o sole: oltre 1 anziano su 4 è vedovo, 11% degli uomini e 41% delle donne.

Figura 1. Anziani residenti per classe d'età - Distribuzione percentuale - Toscana e Italia, anno 2018 - Fonte: ISTAT



Tendono a crescere le famiglie che hanno al loro interno almeno un anziano (629mila all'ultimo censimento del 2011) e quelle costituite solo da anziani, soli o ancora coniugati (396mila). Un dato più recente di fonte ISTAT, relativo al 2015, conta circa 137mila famiglie toscane che hanno al proprio interno grandi anziani (85+ anni d'età). Gli anziani soli sono circa 300mila, anche se non sempre a solitudine anagrafica corrisponde una reale solitudine abitativa, a causa della possibile mancata coincidenza tra residenza anagrafica e domicilio. L'indagine PASSI d'Argento 2017, infatti, ha rilevato circa 151mila anziani (16% degli intervistati) in solitudine

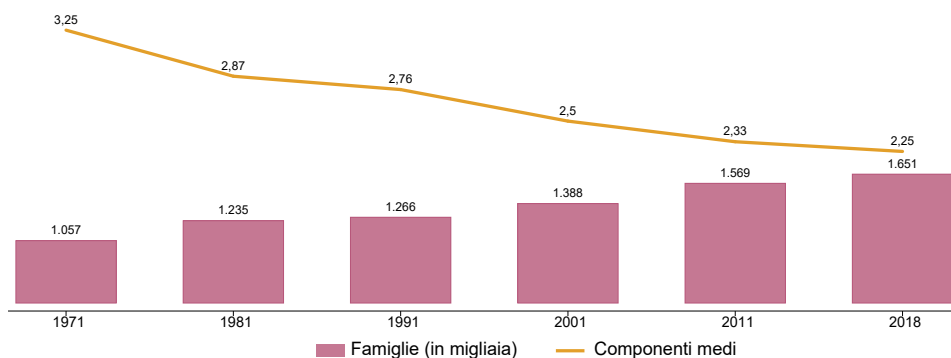
abitativa. Tra gli over84enni sono 71mila (fonte: ISTAT). Se da un lato il vivere da soli può essere segnale di buone condizioni di autonomia fisica, relazionale ed economica, se scelto o vissuto in serenità, dall'altro occorre individuare le condizioni di criticità e di disagio, nel caso in cui rappresenti una condizione subita, in particolare considerato il rischio di subire eventi acuti che potrebbero compromettere l'autonomia dell'anziano.

Famiglie

Ci troviamo in una fase storica in cui le famiglie, pur rimanendo il fulcro delle politiche di welfare e l'ambito principale di inclusione e cittadinanza, di sviluppo delle relazioni, di supporto, di cura e, troppo spesso, l'ammortizzatore sociale più efficace, hanno notevolmente modificato la propria forma e composizione. Si pensi alle attuali dinamiche di formazione e scioglimento delle coppie, alle nuove forme di convivenza, al ritardo con cui i giovani abbandonano la famiglia di origine per costituirne una propria, all'erosione della numerosità familiare e 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.

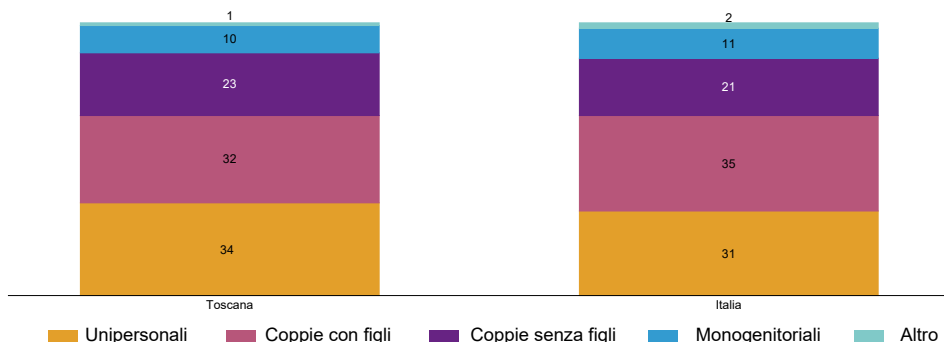
La Toscana ovviamente si colloca in questo scenario ed è anch'essa interessata da un processo di semplificazione strutturale, detto anche di nuclearizzazione: aumentano i nuclei e diminuisce il numero di componenti (figura 1). Al 1° gennaio 2018 le famiglie toscane erano quasi 1 milione e 651mila, con una composizione media di 2,25 individui (contro una media nazionale di 2,33). Nel lungo periodo si rileva il progressivo assottigliamento delle dimensioni familiari: dal 1971 al 2011 le famiglie sono oltre 500mila in più (+48%), ma il numero medio di componenti è sceso da 3,3 a 2,3 (-28%). Oggi 1 famiglia su 2 è composta al massimo da 2 persone, aumentano quelle unipersonali, circa 555mila, il 33% del totale delle famiglie (erano il 20% nel 1991) e diminuiscono sensibilmente quelle numerose (5+ componenti), circa 72mila, il 4% del totale (erano il 6% nel 2001).

Figura 1. Famiglie residenti - Valori in migliaia e numero medio di componenti - Toscana, periodo 1971-2018 - Fonte: ISTAT



Diminuiscono le coppie con figli, circa 523mila, pari al 32% del totale (erano il 37% nel 2001) e più di una famiglia su due (54%) è costituita da over60enni soli, non necessariamente vedovi, visto che aumentano i single non vedovi (soprattutto maschi). I figli che vivono con un solo genitore sono 170mila (1 famiglia su 10), con una prevalenza netta di madri sole con figli (80%).

Figura 2. Nuclei familiari residenti per tipologia – Distribuzione percentuale – Toscana e Italia, anno 2017 – Fonte: ISTAT



Non solo nella sostanza, ma anche nella forma mutano le famiglie. Le coppie non coniugate aumentano e raggiungono il 9% del totale delle coppie stabili, così come aumentano le famiglie ricostituite (spesso anche ri-coniugate) dopo esperienze matrimoniali precedenti: nel 2017 in Toscana il 18% degli sposi e il 16% delle spose erano al secondo matrimonio o successivo. In generale i matrimoni diminuiscono, sono posticipati (mediamente gli uomini si sposano dopo i 36 anni, le donne dopo i 33) e si modificano, ormai, infatti, il 65% avviene con rito civile (49% in Italia). Nel 2017 ci sono stati 11.772 matrimoni e, anche se l'indice di nuzialità è leggermente risalito negli ultimi anni, il trend 2002-2018 rivela un progressivo calo (da 4,2 a 3,1 matrimoni per 1.000 abitanti).

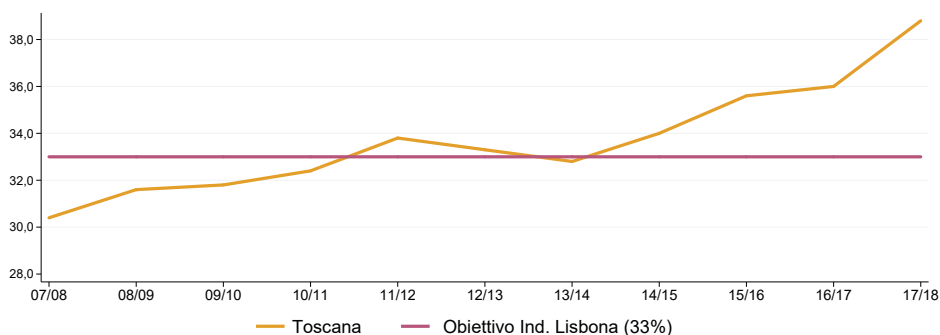
Determinanti di salute

Educazione e istruzione

La scuola concorre allo sviluppo del capitale umano di un territorio, oltre che a quello intellettuale e cognitivo dello studente, favorendo l'inserimento sociale, lavorativo, la cura di sé e l'orientamento nei servizi sociali e sanitari, come confermato ormai da numerosi studi. Sono circa 532mila gli iscritti negli istituti scolastici e ai servizi educativi per l'infanzia. A questi ultimi (rivolti a bambini di 3-36 mesi d'età) sono iscritti circa 24.350 bambini, circa 88mila sono quelli iscritti alle scuole dell'infanzia (3-5 anni), circa 161mila alla scuola primaria, 100mila e 157mila rispettivamente alla secondaria di I grado e II grado. I bambini e ragazzi stranieri rappresentano il 14% del totale degli iscritti, in linea con il dato demografico (gli stranieri tra i ragazzi under 16 sono il 14,6%). Si tratta in 6 casi su 10 di stranieri di seconda generazione.

I servizi educativi per l'infanzia attivi, costituiti per l'83% da asili nido e nel resto dei casi da servizi integrativi (spazi gioco, centri per bambini e famiglie, servizi educativi domiciliari), nell'anno scolastico 2017/2018 erano 973 in Toscana, distribuiti nel 75% dei comuni toscani, con una componente privata pari al 52%. Il ruolo di questi servizi, dal punto di vista educativo e di supporto alle famiglie, è ormai fondamentale, così com'è ormai consolidato che l'investimento sui primi anni di vita promuove lo sviluppo economico e sociale di una comunità. Complice la crisi economica, considerata la spesa che le famiglie sono tenute a sostenere per il servizio, dal 2010 a oggi la domanda è calata del 22% circa e, anche grazie alla diminuzione dei nuovi nati, la Toscana continua a mantenersi oltre la soglia indicata dall'indicatore di Lisbona, che fissa al 33% la quota minima di bambini accolti (figura 1).

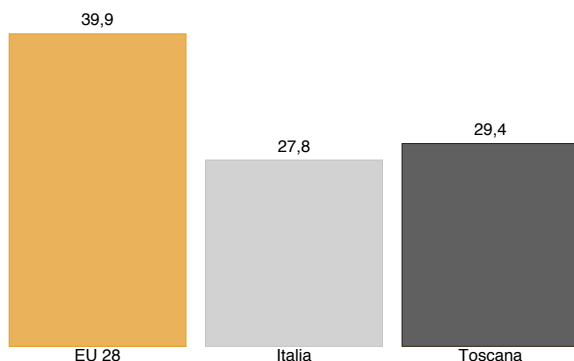
Figura 1. Accoglienza nei servizi educativi all'infanzia - Bambini accolti nei Servizi educativi all'infanzia per 100 bambini d'età 3-36 mesi (Indicatore di Lisbona) - Toscana, periodo 2007-2018 - Fonte: Regione Toscana



L'81% dei toscani tra i 20 e i 24 anni ha almeno un diploma di scuola superiore. Di riflesso quindi quasi 2 giovani su 10 non raggiungono tale livello e il dato toscano, se pur migliorato, ancora non ha raggiunto la soglia, fissata per il 2010, dell'85% (strategia di Lisbona).

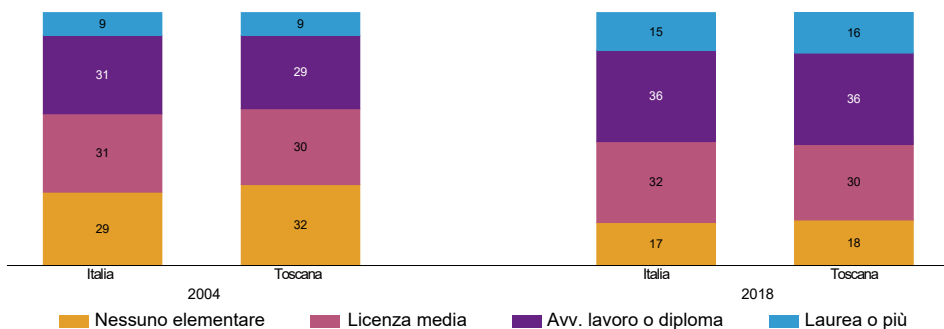
La laurea universitaria tra i 30-34enni toscani è più frequente rispetto ai coetanei italiani (29,4% rispetto alla media italiana di 27,8%), ma il nostro paese ha uno dei valori più bassi in Europa, dove circa 4 giovani su 10 sono laureati (figura 2).

Figura 2. Giovani con istruzione universitaria – Valori per 100 abitanti d'età 30-34 anni – Toscana, Italia e media Paesi EU28, anno 2018 – Fonte: ISTAT e EUROSTAT



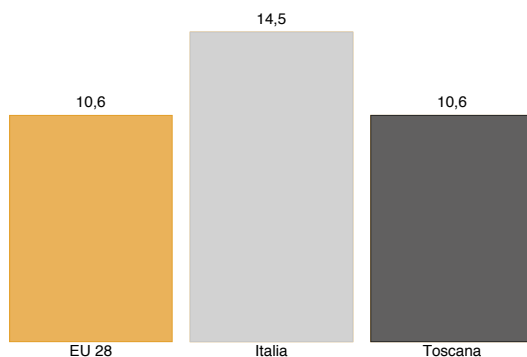
Nella popolazione generale toscana (età 15+ anni) aumentano laureati e diplomati, rispettivamente dal 9% al 16% e dal 29% al 36% negli ultimi 14 anni, e diminuiscono le persone con la sola licenza elementare o senza alcun titolo di studio, dal 32% al 18% (figura 3). L'evoluzione toscana è simile a quella italiana e le due distribuzioni per titolo di studio nel 2018 sono sostanzialmente uguali, con lievissime differenze nella percentuale di diplomati, a svantaggio della Toscana, e dei laureati, che sono invece leggermente di più nella nostra regione.

Figura 3. Titolo di studio più elevato conseguito – Valori per 100 abitanti d'età 15+ anni – Toscana e Italia, anni 2004 e 2018 – Fonte: ISTAT



Continua la diminuzione degli abbandoni scolastici, pari al 10,6%, la metà rispetto al 2004 e inferiori alla media italiana pari al 14,5%, sempre più vicina a sua volta alla media europea e alla soglia del 10% fissata dalla Strategia Europa 2020 (figura 4). Gli studenti toscani che riportano esiti negativi sono circa 17.800, pari al 5% del totale, con un trend generale in diminuzione, ma una situazione ancora negativa tra gli studenti delle scuole secondarie di II grado, dove la percentuale di esiti negativi raggiunge il 10%. Contestualmente, gli studenti in ritardo rispetto al regolare ciclo di studio nell'anno scolastico 2017/2018 sono circa 52.700, pari al 13% di tutti gli studenti, mentre tra gli iscritti alle secondarie di II grado sono il 24,5%. Gli studenti stranieri hanno maggiori difficoltà, ma nel tempo la situazione sta migliorando, anche grazie all'aumento delle seconde generazioni. Gli esiti negativi riguardano il 10% degli studenti stranieri, più del doppio rispetto agli italiani, e 1 studente straniero su 3 è in ritardo negli studi, a fronte di una media tra gli italiani pari a quasi 1 su 10. I due indicatori raggiungono livelli ancora più alti tra gli stranieri iscritti alle scuole secondarie di II grado, tra i quali più del 20% ha esiti negativi e più della metà è in ritardo sul ciclo regolare.

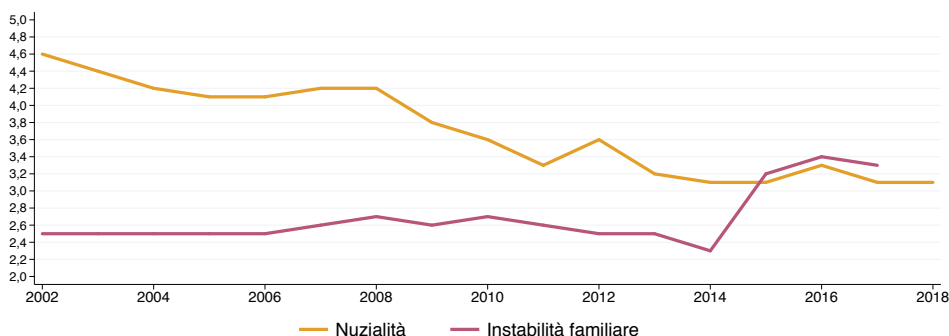
Figura 4. Giovani che abbandonano prematuramente gli studi – Giovani (18-24 anni) senza titoli superiori alla licenza media/qualifiche professionali (non iscritti a corsi scolastici o attività formative) per 100 abitanti d'età 18-24 anni – Toscana, Italia e media paesi EU28, anno 2018 – Fonte: ISTAT e EUROSTAT



Vulnerabilità delle famiglie e interventi di sostegno

L'indebolimento delle famiglie, sempre più instabili e meno numerose, rischia di compromettere la funzione di supporto e cura verso i più fragili che hanno sempre avuto all'interno del Sistema di Welfare. Diminuisce il numero medio di componenti, passato dai 3,25 del 1971 all'attuale 2,25 e aumentano separazioni e divorzi, rispettivamente 6mila e oltre 6.500 nel 2017, per un totale di divorziati in Toscana pari a circa 125mila persone (3% della popolazione).

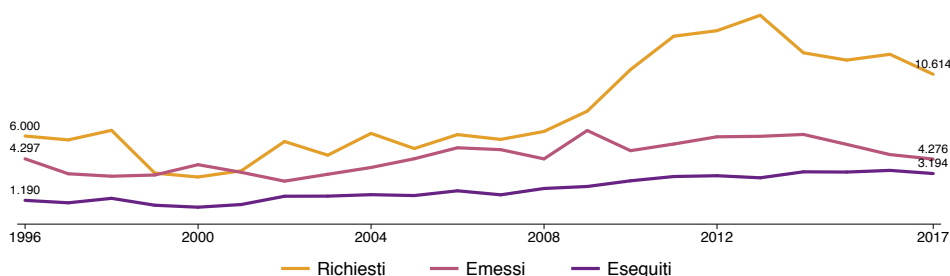
Figura 1. Quoziente di nuzialità (matrimoni) e di instabilità matrimoniale (separazioni e divorzi) – Valori per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2002-2018 – Fonte: ISTAT



La condizione abitativa 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. Gli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) sono il 2,4% delle abitazioni toscane, si tratta di circa 49.700 unità immobiliari, 1 ogni 33 famiglie, dove abitano circa 115mila persone in 47mila diversi nuclei familiari (3% delle famiglie, il 18% di quelle in affitto).

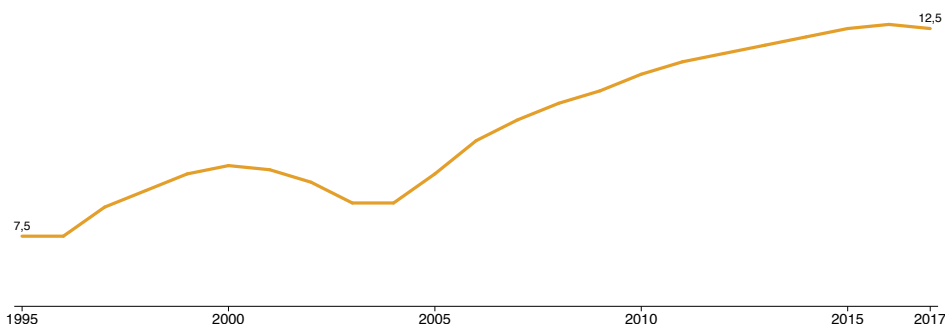
Vi sono comunque alcuni elementi di fragilità legati agli sfratti e alle richieste di contributi economici. Gli sfratti richiesti sono triplicati rispetto al 2001, da 3.400 a circa 10.600 nel 2017 (coinvolgendo poco meno del 2% delle famiglie in affitto), e di conseguenza sono notevolmente aumentati quelli eseguiti, da poco meno di 900 a quasi 3.200 (figura 2). Aumentano anche i nuclei con maggiori difficoltà a mantenere la propria condizione abitativa: al calo delle domande complessive per il contributo economico per il pagamento dell'affitto negli ultimi due anni corrisponde, infatti, una crescita delle domande di fascia A (riguardanti le famiglie con i redditi più bassi), passate da 8.700 nel 2004 a 13.500 nel 2018. Le famiglie in graduatoria per un alloggio ERP a fine 2017 sono quasi 20mila.

Figura 2. Sfratti richiesti, emessi ed eseguiti – Valori assoluti – Toscana, periodo 2001-2017
 – Fonte: Ministero dell'Interno



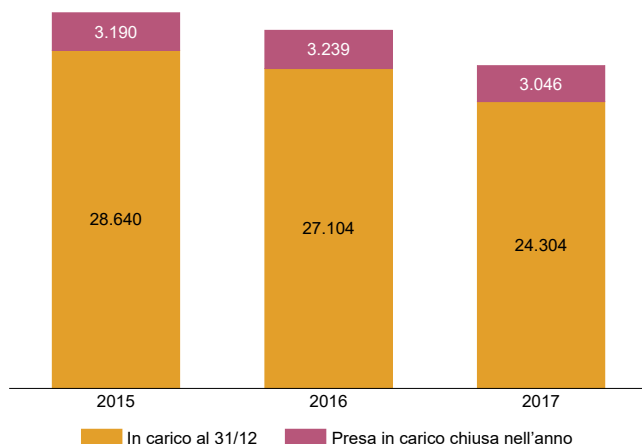
Se da un lato le famiglie, come detto, si indeboliscono, dall'altro aumentano invece le persone potenzialmente bisognose di cure e supporto, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Attualmente le famiglie che hanno al proprio interno over84enni sono 137mila, pari all'8,3% del totale delle famiglie (7% in Italia). La pressione degli over84enni (potenziali o conclamati *care-receiver*) sui 50-74enni (potenziali o conclamati *care-giver*) è in costante crescita (sono 12,5 ogni 100 nel 2017).

Figura 3. Pressione dei grandi anziani sui potenziali caregiver – Anziani (85+ anni) per 100 abitanti d'età 50-74 anni – Toscana, periodo 2004-2017
 – Fonte: ISTAT



A dicembre 2017 erano circa 24.300 i minori presi in carico dal servizio sociale territoriale (43,2 ogni 1.000 minorenni toscani), ai quali vanno sommate le circa 3mila prese in carico concluse durante l'anno (figura 4), per un totale di 27.350 totali (48,6 per 1.000), di cui il 37% straniero (fonte: monitoraggio Centro regionale Infanzia e Adolescenza). Questo dato è *proxy* della vulnerabilità e delle risorse a disposizione delle famiglie.

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 2015-2017 - Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale Infanzia e Adolescenza

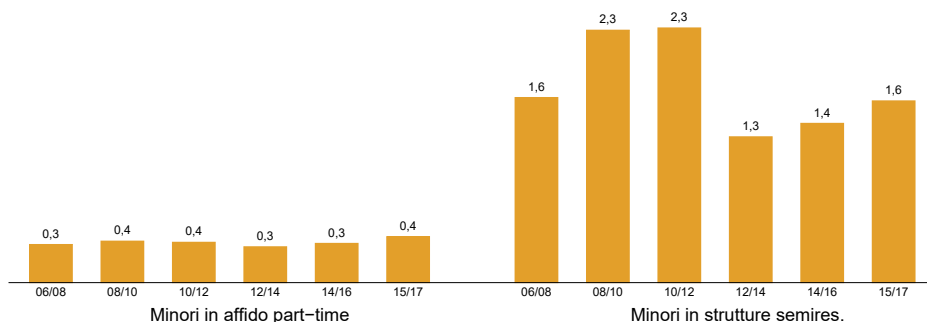


Gli interventi sociali e socio-assistenziali si dividono tra forme di sostegno a bambini e ragazzi nel loro ambiente familiare (a carattere diurno o di sostegno alle famiglie) e al di fuori della famiglia di origine (affidamento familiare o in struttura residenziale).

Tra i primi, aumentano per il terzo anno consecutivo gli affidamenti familiari part-time (limitati nel tempo per temporanee situazioni di difficoltà della famiglia di origine), raggiungendo le 230 unità nel 2017, pari a 0,4 ogni 1.000 minorenni toscani. Il 45% dei minori in affidamento part-time è straniero.

Le accoglienze nei servizi semiresidenziali sono state 867 nel 2017, 1,6 per 1.000 minori, di cui un terzo relative a bambini stranieri (figura 5).

Figura 5. Minori in affidamento part-time e in strutture semiresidenziali - Medie triennali per 1.000 minori - Toscana, periodo 2006-2017 - Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale Infanzia e Adolescenza

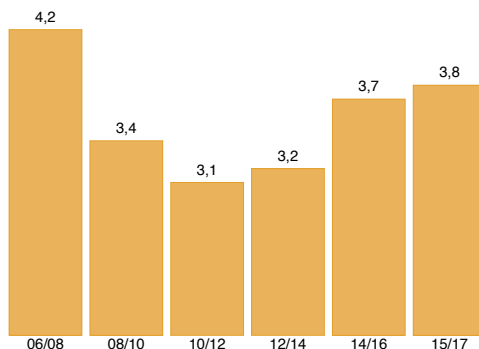


Sempre secondo i dati del monitoraggio del Centro regionale Infanzia e Adolescenza, i minori coinvolti dal sostegno socio-educativo scolastico e territoriale sono rispettivamente 2.576 (4,6 per 1.000) e 2.911 (5,2 per 1.000), con un'incidenza degli stranieri pari al 23% nel primo e 32% nel secondo.

Gli interventi di sostegno alle famiglie riguardano il ricorso a famiglie di appoggio, che nel 2017 hanno coinvolto 44 persone e 109 coppie (erano rispettivamente 11 e 64 nel 2016), l'attività di prevenzione del disagio nel periodo prenatale, che ha coinvolto 315 persone e 186 coppie (rispettivamente 98 e 132 nel 2016), il sostegno nel periodo post nascita, che ha coinvolto 434 famiglie e 598 minori (rispettivamente 322 e 430 nel 2016). Gli aiuti economici sono arrivati a 8.545 nuclei familiari, per un totale di 12.710 minori coinvolti, pari a 24,3 per 1.000 minorenni. L'attività di sostegno socio-educativo domiciliare (per situazioni a rischio di emarginazione) nel 2017 ha coinvolto 3.147 nuclei familiari con figli minori (3.955 i minori coinvolti, 7 ogni 1.000, il 27% dei quali con disabilità), in aumento rispetto al 2016.

Gli aiuti domiciliari socio-assistenziali 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) hanno raggiunto 587 nuclei con figli minori (821 i minori interessati, in diminuzione rispetto al 2016, il 32% dei quali con disabilità certificata). Tra gli interventi della seconda tipologia, quelli al di fuori della famiglia di origine, troviamo gli affidamenti familiari (non part-time) e gli inserimenti in strutture residenziali. I minori fuori famiglia in carico ai servizi territoriali a dicembre 2017 sono 2.120, stabili rispetto al 2016 (erano 2.136) e pari a 3,8 ogni 1.000 minorenni. Aggiungendo le prese in carico chiuse nell'anno si arriva a un totale di 2.566 minori, 4,5 per 1.000. Il totale comprende 1.338 minori (2,4 per 1.000 minorenni) in affidamento familiare e 1.228 minori (2,1 per 1.000) accolti in struttura residenziale (figura 6). Oltre 4 minori fuori famiglia su 10 sono stranieri, ma diminuiscono i minori stranieri non accompagnati che, tra quelli in affidamento familiare, negli ultimi 3 anni passano dall'11% al 7%, mentre rappresentano il 37% dei minori accolti in struttura residenziale.

Figura 6. Minori fuori famiglia (in affidamento familiare e in strutture residenziali) – Medie triennali per 1.000 minori – Toscana, periodo 2006-2017 – Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro Regionale Infanzia e Adolescenza



Fattori di inclusione ed esclusione sociale

Reddito, casa e lavoro sono i principali determinanti di cittadinanza e il loro indebolimento mette le persone a rischio di disagio, impoverimento, marginalizzazione, sofferenza e vulnerabilità, generando disuguaglianze sociali e di salute.

La Toscana ha livelli reddituali sopra la media nazionale per i principali indicatori economici. Il reddito medio dichiarato IRPEF 2018 è pari a 20.681 euro pro capite (20.355 euro p. c. in Italia), il reddito medio disponibile 2017, reddito da lavoro e capitale al netto di tasse e altri trasferimenti, è pari a 20.275 euro pro capite (18.505 euro p. c. in Italia), mentre il reddito netto familiare 2016, somma dei redditi familiari al netto dei trasferimenti, è pari a 33mila euro pro capite (30.600 euro p. c. in Italia). Anche le pensioni INPS erogate nel 2018 confermano valori mensili più alti mediamente di circa 45 euro rispetto alla media italiana (922 euro mensili rispetto a 886 in Italia).

Anche gli indicatori toscani di povertà relativa (rispetto al livello economico medio italiano), e assoluta (incapacità di acquisire i beni e i servizi minimi per una vita accettabile in Italia) sono entrambi migliori della media nazionale. L'incidenza di povertà relativa, in netta diminuzione nell'ultimo decennio, torna però a crescere nel 2017, dopo quattro anni di continuo calo. Il 5,9% delle famiglie toscane (circa 97mila) ha avuto una spesa media per consumi sotto la soglia di povertà relativa: circa la metà della media nazionale (pari a 12,3%) e tra le più basse a livello regionale. Le famiglie toscane in condizione di povertà assoluta, pur inferiori alla media italiana, aumentano rispetto al 2008 (anno pre-crisi) dal 2% al 3,8%. Si tratta di circa 62mila nuclei familiari e 143mila persone.

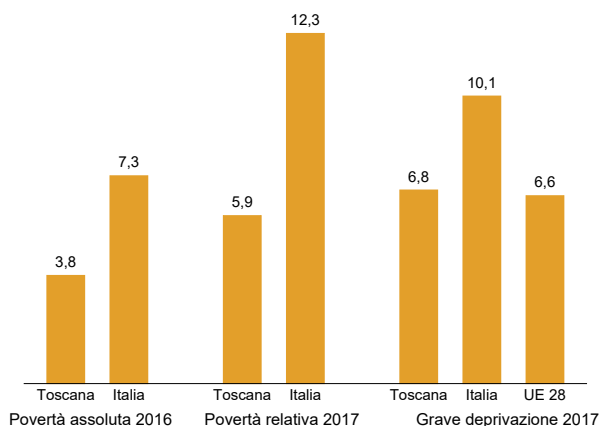
Alle misure di povertà si lega la condizione di deprivazione (misurata in almeno 4 dei 9 sintomi di disagio legati a spese impreviste, arretrati nei pagamenti, possibilità di ferie annuali, pasti adeguati, riscaldamento abitazione, acquisto beni durevoli) e di difficoltà nel pagamento dell'affitto. I toscani che vivono in famiglie in condizione di deprivazione sono 253mila, il 6,8% della popolazione, dato inferiore alla media italiana (10,1%) e in linea con quella europea (6,6%), ma comunque raddoppiato rispetto al periodo pre-crisi. Le domande di contributo economico per il pagamento degli affitti presentate ai Comuni toscani nel 2018 (19.500) coinvolgono l'8% delle famiglie toscane in affitto e i provvedimenti di sfratto emessi nel 2017 (4.276) riguardano il 2%.

Le famiglie con livelli ISEE 2017 inferiori ai 3mila euro sono 52mila, il 16% di quelle che hanno presentato la dichiarazione, per un totale di 133.500 persone. Tra i 3mila e i 6mila euro si trovano invece 42mila famiglie (13% delle dichiarazioni), per un totale di 127.600 persone. I nuclei beneficiari del Reddito di Inclusione (REI) nel 2018 sono stati 14.603, per un totale di 38.886 persone coinvolte e un importo medio di 263 euro a nucleo (fonte: INPS). Il 3,7% degli anziani toscani, circa 35.200, ha una pensione o assegno sociale (prestazione riservata a chi non percepisce reddito o ha redditi molto bassi), e il 18% percepisce una

pensione integrata al trattamento minimo, circa 172mila anziani. Le persone accolte nei centri di ascolto della rete Mirod di Caritas Toscana nel 2017 sono quasi 25mila, il 64% dei quali è di origine straniera.

In sintesi, i dati reddituali e di sofferenza economica, seppur in un quadro peggiorato rispetto agli anni che hanno preceduto l'attuale congiuntura, disegnano una situazione in miglioramento.

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



La Toscana ha risentito mediamente meno di altre regioni della contrazione del mercato del lavoro degli ultimi anni, ma ha comunque subito una flessione dei propri livelli occupazionali. Nonostante alcuni recenti e significativi segni di miglioramento, che si confermano in maniera decisa nel 2018 con l'occupazione che arriva "nominalmente" sopra ai livelli del 2008 (+36mila occupati), non è stata ancora ridotta la disoccupazione. I disoccupati, infatti, sono ancora 44mila in più rispetto al 2008.

Le forze lavoro toscane nel 2018 ammontavano a 1,72 milioni di persone, delle quali 1,59 milioni sono occupati e circa 126mila in cerca di lavoro. A seguito della significativa inversione di tendenza avvenuta nel 2015, quando grazie ai bonus contributivi introdotti è aumentata l'occupazione e diminuita la disoccupazione, c'è stato un rallentamento nel 2016 e una nuova ripartenza nel 2017 (+16.500 occupati e -15.700 disoccupati rispetto al 2016) e nel 2018 (+12mila occupati e -22mila disoccupati rispetto al 2017). Complessivamente la situazione è dunque migliore rispetto alle fasi più critiche della recessione, e, dopo 3 anni consecutivi in miglioramento, sembrano esserci i primi segnali di consolidamento.

Crescono le forze di lavoro (+79mila dal 2008, +156mila dal 2004), per l'ingresso nella popolazione attiva di donne e giovani prima inattivi, ma all'aumento degli occupati (+36mila dal 2008, +111mila dal 2004) non corrisponde un calo dei disoccupati (+44mila disoccupati

dal 2008, +45mila dal 2004). Aumentano quindi il tasso di attività (71,9% rispetto al 65,6% in Italia) e il tasso di occupazione (dal 65,2% del 2008 all'attuale 66,5%, rispetto al 58,5% nazionale), ma anche il tasso di disoccupazione (dal 6,1% del 2008 all'attuale 7,3%, con un picco del 10% nel 2014).

Gli inattivi nel medio periodo diminuiscono (-14mila dal 2008), ma nel 2018 si rileva un leggero aumento (+7mila rispetto al 2017), sia tra le forze di lavoro potenziali, persone in cerca di occupazione che hanno interrotto l'azione di ricerca attiva (+2mila sul 2017), che tra i non disponibili al lavoro (+5mila sul 2017). Quelli di lunga durata (da più di un anno) sono circa la metà dei disoccupati totali.

Aggiungendo ai disoccupati in senso stretto le persone disponibili a lavorare che non stanno cercando un impiego (54mila) e i part-timers involontari (190mila), sarebbero circa 467mila i toscani che nel 2017 avrebbero voluto lavorare o lavorare di più, ma non sono stati in condizione di farlo (il dato ufficiale 2017 parla di 148mila disoccupati in senso stretto) (fonte: IRPET). In 10 anni i toscani iscritti come disponibili al lavoro presso i Centri per l'Impiego regionali (CPI) sono passati da quasi 286mila a oltre 497mila, dei quali il 60% sono over39enni. Il rapporto tra iscritti ai CPI e popolazione in età attiva (15-64 anni), simile al tasso grezzo di disoccupazione, è del 21,4%, quasi il doppio rispetto al 12% del 2008.

Tornano ad aumentare le cessazioni di rapporti di lavoro rispetto ai nuovi avviamenti. Dopo il biennio 2015-2016 in cui gli avviamenti erano stati superiori alle cessazioni, si assiste a un'inversione di tendenza nel 2017 (804mila avviamenti e 902mila cessazioni) che continua anche nel 2018 (839mila avviamenti e 952mila cessazioni), anche se va detto che gli avviamenti hanno avuto una notevole crescita (erano 707mila nel 2016). Gli avviamenti a tempo indeterminato sono il 10%, il 54% riguarda il tempo determinato, il 15% la somministrazione di lavoro (ex interinale).

I toscani percettori di indennità di disoccupazione (dal 2015 NASpI-Nuova prestazione di Assicurazione Sociale per l'Impiego) aumentano e hanno superato i 113mila nel 2017, un dato sensibilmente più elevato rispetto al 2011 (erano circa 60mila).

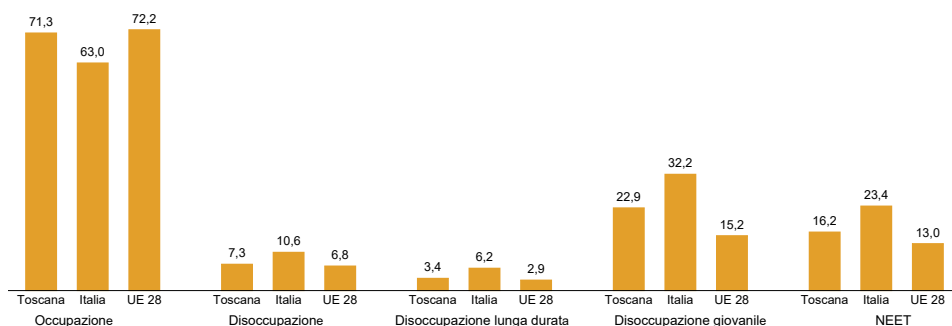
Dalle analisi complessive emerge con chiarezza la presenza di almeno tre categorie di soggetti penalizzate dalle attuali dinamiche del mercato del lavoro toscano: donne, giovani e stranieri.

Permane anche in Toscana, pur riducendosi, la tradizionale forbice di genere a svantaggio delle donne in tutti gli indicatori sul mercato del lavoro: +2% nel tasso di disoccupazione ufficiale e +12% nel tasso di attività e nel tasso di occupazione, +5% nel rapporto tra gli iscritti ai CPI e la popolazione in età attiva.

Il tasso di disoccupazione 2017 degli stranieri residenti in Toscana (fonte: IRPET) era pari al 16,8%, rispetto al 7,3% tra gli italiani, e le informazioni 2018 dei CPI sembrano confermare tale differenza, con i 122mila stranieri residenti iscritti in cerca di lavoro (più che triplicati dal 2008), pari al 39% degli stranieri residenti in età attiva (rispetto al 19% degli italiani).

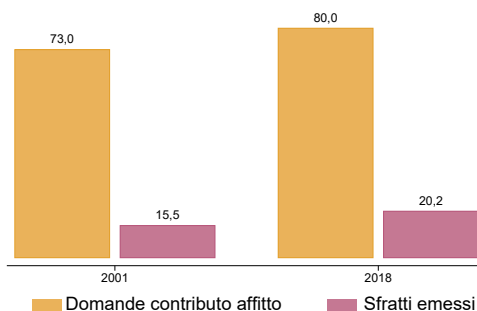
Il tasso di disoccupazione 2018 tra i 15-24enni era pari al 23% e tra i 18-29enni al 18,4%. Nonostante una riduzione negli ultimi anni e una situazione migliore del quadro nazionale (rispettivamente al 32% e 24,7%), segnano entrambi un +8% rispetto al 2008. I giovani che non lavorano e non studiano, cosiddetti NEET (*Not in Education, Employment or Training*), sono circa 81mila, pari al 16% dei 15-29enni toscani (media Italia 23%) con un andamento in calo da alcuni anni.

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) e di disoccupazione giovanile (giovani 15-24 anni in cerca di occupazione su forze di lavoro 15-24 anni) – Valori percentuali – Toscana, Italia e media Paesi UE28, anno 2018 – Fonte: ISTAT e EUROSTAT



Fortemente associato alla crisi economica, il disagio abitativo è uno degli aspetti che più mette alla prova le famiglie. I numeri degli sfratti e domande per l'integrazione economica per gli affitti sono *proxy* della fragilità economica delle famiglie e della vulnerabilità sul versante abitativo. Escludendo le famiglie in alloggi ERP (di fatto non destinatarie di sfratti e impossibilitate a presentare domande per contributi), sono 4.300 gli sfratti emessi nel 2017 (interessano 20 famiglie sulle 1.000 in affitto), mentre le domande per il contributo affitto sono 16.800 (80 famiglie ogni 1000) (figura 3). A queste cifre vanno aggiunte le circa 20mila famiglie in graduatoria ERP, ma non assegnatarie di alloggio, che dunque rappresentano un segmento a rischio abitativo.

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 2018 – Fonte: Ministero dell'Interno e Regione Toscana



Stili di vita

Attività fisica, alimentazione e peso corporeo

Il consumo di cibo a basso contenuto nutrizionale e alto contenuto energetico, l'elevato consumo di sodio, di grassi saturi, di zuccheri, l'insufficiente apporto di nutrienti essenziali (fibre, Omega3, sali minerali), sono tra i principali fattori che contribuiscono a un'alimentazione non corretta che, secondo quanto riportato dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) occupa il primo posto tra le cause di morte stimate per il 2017, provocando l'insorgenza di malattie cardiovascolari, diabete e neoplasie.

Dai risultati dell'indagine ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" è possibile osservare l'andamento dei consumi e delle abitudini alimentari della popolazione italiana e toscana di 3 anni e più, rispetto ai principali gruppi di alimenti (tabella 1). Nel 2017 (ultimo dato disponibile), il consumo quotidiano di pane e pasta, seppur da alcuni anni in tendenziale diminuzione, resta ancora molto diffuso, coinvolgendo circa l'80% degli italiani e dei toscani (Toscana 2011: 87%). Anche il trend dei consumi di salumi e carni in generale è in diminuzione, eccetto che per la carne bianca che si mantiene costante. Inoltre, continua a decrescere il consumo giornaliero di latte, pur mantenendo valori più alti della media italiana (rispettivamente 58% e 51%). Per quanto riguarda il consumo di verdura (cotta e cruda), di ortaggi, di legumi e di frutta, non si registrano variazioni temporali e le prevalenze della nostra regione sono sempre sovrapponibili o la di sopra di quelle nazionali. Rispetto alle modalità di cottura e di condimento, l'uso di olio di oliva (o grassi vegetali) permane la modalità prevalente sia in Toscana che nel resto del paese. In aumento, specialmente in Toscana, l'uso di sale iodato. Infine, in merito all'abitudine di consumare settimanalmente snack salati e/o dolci, negli ultimi 6 anni di rilevazione in Toscana, pur mantenendosi ben al di sotto della media italiana, si osserva un costante aumento delle prevalenze, arrivando rispettivamente al 23,5% e al 50%. Questo andamento risulta in controtendenza rispetto a quanto osservato nell'ultima indagine EDIT (2018) condotta da ARS su un campione di studenti toscani di età compresa tra i 14 e i 18 anni. Secondo quanto riferito dai ragazzi il consumo di questi alimenti, che in questa fascia d'età è più alto rispetto alla popolazione generale, sarebbe però in diminuzione, passando dal 48,6% al 38,2% negli ultimi 10 anni. Inoltre gli intervistati riferiscono, nello stesso periodo, un dimezzamento del consumo quotidiano di bibite zuccherate (dal 42% al 20%).

Le Linee Guida per una sana alimentazione redatte dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) assegnano un ruolo centrale alla verdura, agli ortaggi e alla frutta e, come oramai noto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda un consumo di questi alimenti pari ad almeno 5 porzioni giornaliere. Questo tipo di consumo rappresenta uno dei principali indicatori utilizzato a livello internazionale per monitorare l'adozione di una sana alimentazione. Per quanto riguarda gli adolescenti, i risultati EDIT

2018 mostrano un consumo adeguato di frutta e verdura solo per il 4% del campione, senza rilevanti differenze di genere o di età (dati non mostrati). Il sistema di sorveglianza nazionale PASSI fornisce questa misura a livello regionale e nazionale per la popolazione 18-69enne. Nel triennio 2014-2017 in Toscana, come nel resto del paese, il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura interessa il 10% della popolazione residente della stessa età e il valore risulta costante dal 2011. Questa abitudine è più diffusa tra le donne (11,7% rispetto al 7,5% tra gli uomini) e aumenta con l'età (7,2% tra i 18-34enni e 12% tra i 50-69enni). Tra gli anziani toscani (età 65 anni e più) il 17% consuma abitualmente le 5 porzioni raccomandate (fonte: PASSI d'Argento), valore più alto anche della media italiana (11%).

In generale il quadro della dieta toscana appare sostanzialmente positivo rispetto al consumo di alimenti sani come pane, pasta, verdura, frutta, legumi e pesce che registrano prevalenze alte e tendenzialmente stabili. L'aumento rilevato nei consumi degli alimenti più nocivi come snack e dolci non sembra riguardare gli adolescenti, che riferiscono un costante decremento. Ancora scarsa, purtroppo, la quota di soggetti che consuma frutta e verdura secondo le quantità raccomandate.

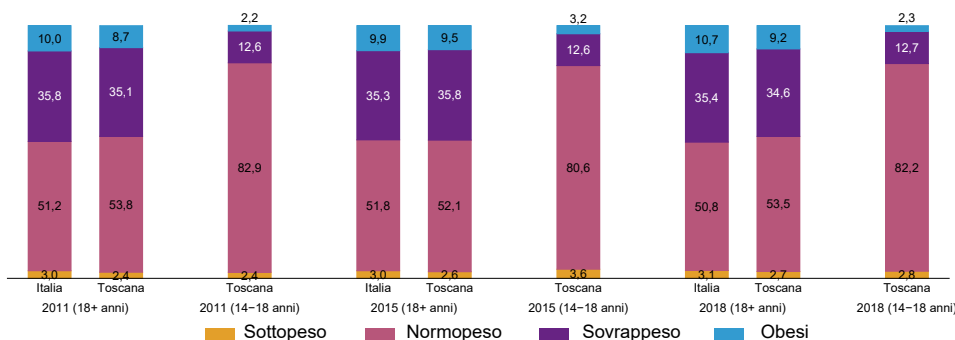
Tabella 1. Consumo di alimenti – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana e Italia, periodo 2011-2017 – Fonte: ISTAT

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

Una delle principali conseguenze sanitarie dirette di un'alimentazione sbagliata è l'eccesso ponderale. Secondo l'OMS dal 1980 a oggi l'obesità nel mondo è più che raddoppiata, gli adulti in sovrappeso raggiungono il 39% e gli obesi sono circa il 13% (James, 2004). Fra le cause di morte, l'eccesso ponderale è passato dal 16° posto nel 1990 al 4° posto nel 2017, preceduto soltanto da ipertensione, fumo di tabacco e iperglicemia (dato IHME).

Rispetto al panorama europeo il nostro paese registra la più bassa prevalenza di persone adulte in condizione di obesità (10% rispetto al 16% dei paesi EU28). Come oramai noto, l'indice di massa corporea (IMC), è l'indicatore più efficace per misurare lo stato ponderale di una popolazione. Le diverse classi di IMC si distribuiscono in modo differente per età e genere. In particolare, la condizione di obesità tra i bambini merita particolare attenzione poiché è riconosciuta dalla letteratura come predittiva dell'obesità in età adulta. È stimato che almeno un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti in sovrappeso permanga in questa condizione da adulti, compromettendo così un invecchiamento in buona salute. In Italia, si stima siano circa 1 milione e 700mila i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso, pari al 24,2% della popolazione di 6-17 anni (ISTAT, media 2016-2017).

Figura 1. Soggetti per età e categoria dell'indice di massa corporea – Valori percentuali – Toscana e Italia, anni 2011-2015-2018 – Fonte: Elaborazione ARS su dati EDIT e ISTAT



I dati dello studio EDIT (età 14-18 anni) stimano una prevalenza di soggetti in sovrappeso pari al 12,7% e di obesi del 2,3%. Le distribuzioni non sono cambiate nel tempo, nel 2011 erano rispettivamente 12,6% i sovrappeso e 2,2% gli obesi. Inoltre, tra gli studenti 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 sovrappeso tra i maschi 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). Sempre tra gli adolescenti toscani, il 23% delle femmine e il 13% dei maschi dichiara di aver avuto problemi legati all'alimentazione tali da doversi rivolgere a uno specialista (per es. psicologo, nutrizionista) e il 19,5% delle ragazze

riferisce di aver seguito una dieta negli ultimi 30 giorni, che, nel 75% dei casi, è stata una dieta dimagrante. I maschi che hanno seguito una dieta sono invece l'11% e per il 45% di questi lo scopo era la perdita di peso, ma per un altro 42% le motivazioni erano legate allo sport praticato.

Venendo agli adulti, sulla base dei più recenti dati ISTAT (2018), in Italia sarebbero circa 23 milioni le persone di 18 anni e più in eccesso di peso, di cui quasi 18 milioni in sovrappeso e oltre 5 milioni in condizione di obesità. In Toscana, le prevalenze di soggetti con eccesso ponderale sono pressoché sovrapponibili alle medie nazionali. Il 34,6% dei toscani è in sovrappeso e il 9,2% in condizione di obesità. Nel tempo, l'andamento della distribuzione per classe di IMC non subisce importanti variazioni (figura 1). I soggetti con eccesso ponderale aumentano con l'età e sono più frequenti tra i maschi.

Tra gli anziani, come atteso, la prevalenza di eccesso ponderale è più alta rispetto ai più giovani (fonte PASSI d'Argento 2017). Nel 2017 in Italia gli anziani in sovrappeso sono il 43% e gli obesi il 14%. In Toscana sono circa il 40,5% in sovrappeso e il 9,1% obesi. Inoltre, le differenze di genere in questa fase della vita, tendono a ridursi. Gli anziani toscani in sovrappeso sono circa il 5% in più delle coetanee (43,5% rispetto a 38,2%), mentre gli obesi quasi sovrapponibili (9,9% tra gli uomini e 8,5% tra le donne).

Il tema dell'obesità è strettamente connesso con quello della sedentarietà. La pratica di attività fisica e/o sportiva rappresenta un importante fattore protettivo contro l'eccesso ponderale e il rischio di sviluppare patologie coronariche, diabete e tumori (in particolar modo al seno e al colon). La vita moderna induce inevitabilmente verso stili di vita più sedentari, e l'urbanizzazione contribuisce in modo importante alla riduzione dell'attività fisica. Tuttavia nel nostro paese da circa 20 anni la sedentarietà ha subito un forte decremento.

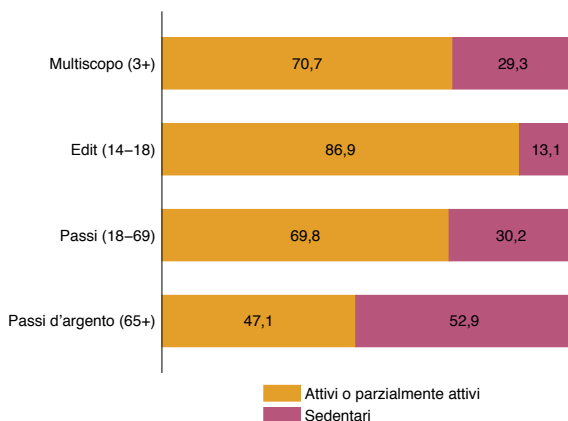
La popolazione più attiva è quella dei bambini e degli adolescenti e in Italia sono oltre il 50% (pari a circa 5 milioni) i ragazzi d'età compresa tra i 3 e i 17 anni che praticano sport in modo continuativo. Tra gli adolescenti toscani la quota di sedentari è pari al 13% (EDIT 2018), in lieve aumento 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). Sebbene negli ultimi 10 anni l'andamento non registri variazioni (era il 79% nel 2015), disaggregando il trend nelle frequenze settimanali di attività sportiva, si osserva un aumento di oltre 10 punti percentuali di coloro che la praticano da 3 a 5 giorni a settimana.

Il calcio è ancora lo sport preferito dai ragazzi (40% dei casi), seguito dal basket e dal nuoto (rispettivamente 8,5% e 7%). Tra le ragazze si osserva più variabilità di scelta. Il 18% circa delle ragazze prediligono la danza e/o l'aerobica e il 17% palestra e ginnastica, seguite da pallavolo e nuoto (rispettivamente al 14% e all'11%). Tra le principali criticità, oltre alla minore attività tra le ragazze, permane anche la tendenza ad abbandonare lo sport, in particolare durante l'adolescenza. Nel campione EDIT la quota di studenti che praticano almeno uno sport passa dall'82% tra i 14enni al 63% tra i 18enni, con una diminuzione più repentina tra le ragazze.

Secondo l'ISTAT (2018) la nostra regione si posiziona sopra la media italiana per diffusione della pratica sportiva continuativa. Sono circa 1 milione 400mila i toscani che si dedicano allo sport (il 28,3%) e 1 milione e 200mila (il 32,4%) coloro che praticano qualche attività fisica, mentre i sedentari non arrivano a un terzo della popolazione (29% circa), in calo negli ultimi 10 anni e al di sotto della media nazionale (36%).

Coloro che non svolgono attività fisica adeguata sono circa il 40% degli anziani italiani, il 53% di quelli toscani (PASSI d'Argento 2017). L'indicatore tiene in considerazione l'età e considera come adeguata anche una semplice passeggiata se l'anziano ha oltrepassato una certa soglia (scala Pase). La percentuale scende tuttavia al 49% tra le donne, mentre tra gli uomini è pari al 58% (figura 2).

Figura 2. Persone attive e sedentarie per età – Valori percentuali – Toscana, anni 2014-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati EDIT 2018, PASSI 2014-2017, PASSI d'Argento 2017, ISTAT 2018



La visione d'insieme dei dati provenienti dalle diverse fonti informative riferiti ai tre complessi aspetti analizzati, conferma un panorama toscano positivo e migliore rispetto al quadro nazionale. Tuttavia, si mantengono costanti anche i fattori di rischio più importanti quali, obesità e sedentarietà. Data l'oramai nota e comprovata correlazione di questi fattori con il titolo di studio, il patrimonio culturale familiare e lo status socioeconomico, al fine ridurre gli effetti e i costi sanitari e sociali che ne derivano, è prioritario intervenire sui segmenti di popolazione che risultano maggiormente vulnerabili sotto questi punti di vista.

Il consumo delle bevande alcoliche

Gli andamenti del consumo di alcolici nel mondo (popolazione maggiore di 15 anni) riportati nell'ultimo rapporto dell'OMS (Global status report on alcohol and health 2018) confermano

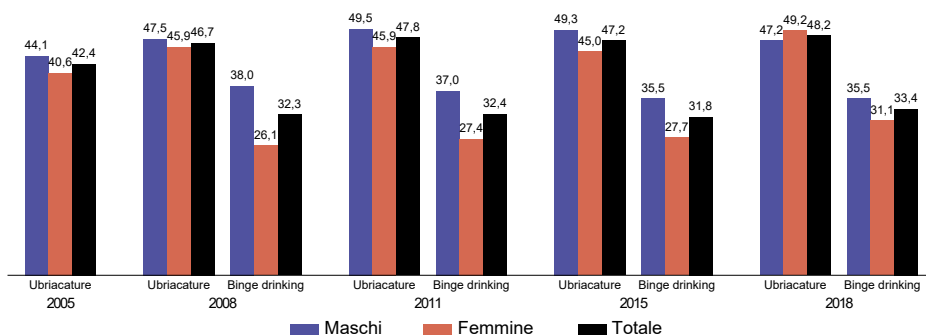
un tendenziale decremento delle prevalenze che dal 2000 al 2016 sono diminuite di circa il 5% (da 47,6% a 43%). Nello stesso periodo la prevalenza d'uso in Europa è passata dal 70% al 60%. Secondo quanto stimato dall'OMS, l'andamento dei consumi in litri di alcol pro capite riferiti all'Italia nel periodo compreso tra il 2003 e il 2014 (ultimo dato disponibile) mostra un tendenziale decremento passando da 9,2 litri a 7,6 litri pro capite, attestandosi al di sotto della media europea (8,6 litri pro capite nello stesso anno).

Secondo i dati ISTAT nel 2017 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 65,4% degli italiani (età 11 anni e più), oltre 35 milioni di persone, con una forte differenza di genere (maschi 78,1%, femmine 53,5%). Il nostro paese, come noto, affianca alla generale diminuzione dei consumi, oramai avviata da oltre 50 anni, la più recente convivenza di due modelli, nordico e mediterraneo, tipici di due diverse modalità di consumo. Il primo, più recente e caratteristico dei contesti giovanili, è contraddistinto dal consumo di grandi quantità (spesso in un'unica occasione) di superalcolici, aperitivi e birra, fuori dai pasti e in contesti di aggregazione, tipico del mondo nordico e anglosassone. Il secondo, più tradizionale per il nostro paese (e in particolare per la Toscana), interessa una popolazione più adulta e un consumo prevalentemente durante i pasti, in contesti familiari e rivolto maggiormente al consumo di vino. Per questi motivi il quadro generale dei consumi assume profili diversi, secondo il target e il contesto in cui vengono assunte le bevande.

Per quanto riguarda i consumi eccedentari, lo studio IPSAD stima la prevalenza nella popolazione generale italiana (15-64 anni) di soggetti che riferiscono di aver avuto almeno un episodio di ubriacatura negli ultimi 12 mesi e di *binge drinking* (5+ bevute nella stessa occasione/serata/evento) negli ultimi 30 giorni. Nel 2017 il 20,2% del campione riferisce almeno un episodio di ubriacatura e il 12,5% di *binge drinking*. Nella classe d'età compresa tra i 15 e i 24 anni le prevalenze arrivano rispettivamente al 41% e 16%, confermando la maggior attrazione dei più giovani per queste modalità di consumo. In Toscana, i dati rilevati dallo studio EDIT (14-18 anni) nel 2018, stimano che gli episodi di ubriacatura (ultimi 12 mesi) riguardino quasi la metà degli studenti (48,2%), mentre il *binge drinking* (ultimi 30 giorni) viene riferito da un adolescente su tre (33,4%). Gli andamenti temporali dei due comportamenti mostrano una lieve tendenza all'aumento, in particolare per le ubriacature che, dal 2005 al 2018, aumentano di circa 6 punti percentuali (dal 42% al 48%). Per il *binge drinking* il trend regionale risulta più stabile, passando dal 32% al 34% circa nel periodo 2008-2018 (figura 3). La diffusione di questi comportamenti, tipici del modello nordico, rappresenta un fattore conosciuto già da alcuni anni e, come per altri comportamenti a rischio (ad es. il consumo di sostanze illegali), coinvolge maggiormente gli uomini. Tuttavia, stiamo assistendo a una progressiva omologazione dei comportamenti nei due generi. Nel 2018, infatti, per la prima volta in Toscana, le ragazze che riferiscono di aver avuto episodi di ubriacature sono di più rispetto ai ragazzi loro coetanei (rispettivamente 49,2% e 47,2%) (figura 3). I ragazzi riportano però un maggior numero di episodi di ubriacature nell'ultimo anno: il 20% riferisce di essersi ubriacato più di 10 volte, a fronte di un 14% di ragazze.

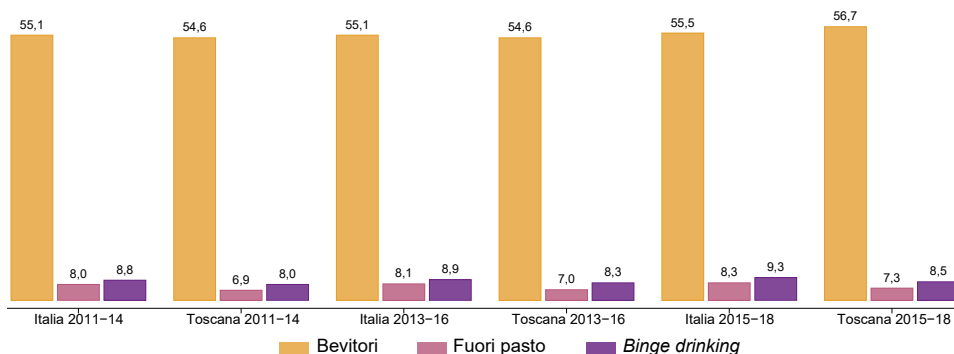
Rispetto alle preferenze espresse dagli studenti, la birra resta al primo posto tra gli alcolici più consumati (42,3%), in particolare tra i ragazzi (maschi: 47,5%, femmine: 36,8%) seguiti dagli aperitivi (37,7%).

Figura 3. Episodi di ubriacatura e di *binge drinking* per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-18 anni – Toscana, periodo 2005-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati EDIT



Nelle abitudini della popolazione generale, stimate dalla sorveglianza nazionale PASSI (19-69 anni), sia a livello nazionale che regionale non emergono variazioni nei comportamenti, né in quelli generali né in quelli cosiddetti a rischio (figura 4). Ciò conferma la tendenza alla stabilizzazione del consumo di alcol rilevata negli ultimi anni.

Figura 4. Bevitori fuori pasto e episodi di *binge drinking* – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2011-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati PASSI



L'abuso di alcol è associato a oltre 200 malattie o infortuni e rappresenta una delle principali cause di morte e disabilità nei giovani adulti, provocando, secondo le stime OMS, circa 3,3 milioni di decessi l'anno nel mondo.

L'accesso ai Pronto Soccorso (PS) per cause alcol correlate rappresenta una delle conseguenze sanitarie dell'uso e abuso di alcolici. Nel 2018 in Toscana, su un totale di circa 1 milione e

mezzo di accessi ai PS toscani, si sono verificati circa 5mila accessi alcol-correlati (135 ogni 100mila abitanti). Nel 68% dei casi gli accessi sono stati effettuati da uomini e il 36% aveva cittadinanza straniera (prevalentemente rumena e marocchina, le due nazionalità più frequenti tra gli stranieri residenti). Il dato è stabile rispetto all'anno precedente, così come l'andamento generale. Tra le cause più frequenti si riscontrano gli effetti tossici dell'alcol etilico (86%), seguiti dall'abuso di alcol non specificato (8,2%). Inoltre, la classe d'età con il più alto tasso di accessi ai PS è quella compresa tra i 18 e i 24 anni, con 412 accessi ogni 100mila abitanti, seguita da quella dei 16-17enni con 362 accessi per 100mila abitanti. Per quanto riguarda la mortalità totalmente attribuibile all'alcol, in Toscana, nell'ultimo anno disponibile (2015) sono stati contati 47 casi (di cui 34 maschi: 72%), pari a un tasso standardizzato per età di 1,2 decessi per 100mila abitanti, inferiore alla media nazionale (2,3 decessi per 100mila abitanti). L'andamento del fenomeno è in lieve diminuzione, come nel resto del paese. Dal 2010 al 2015 il tasso standardizzato passa da 1,8 a 1,2 per 100mila abitanti. Le patologie che causano il maggior numero di eventi sono le epatopatie alcoliche, nel 2015 responsabili del 79% dei decessi direttamente attribuibili all'alcol. Per quanto riguarda l'utenza in carico presso i Servizi alcologici della Toscana, nel 2018 erano 5.427 le persone assistite (oltre 70.000 in Italia, dato 2017), di cui il 24% nuovi utenti e il 73% di sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine pari a 2,8, sia tra gli utenti incidenti che prevalenti. L'età media degli alcol-dipendenti in carico si mantiene costante nel tempo (45 anni per i nuovi utenti e 50 per l'utenza generale), così come la distribuzione della bevanda d'abuso prevalente (vino: 51%; birra: 25%; superalcolici: 11%, amari: 5%). 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 ritenzione in 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 sono 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 tabagismo resta tra le principali cause di mortalità e morbilità. Nel 2017 sono stati stimati circa 7 milioni di decessi nel mondo a causa del consumo di tabacco (OMS 2018). In Italia, come in molti paesi economicamente sviluppati, il fumo di tabacco costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. Nel nostro paese, secondo l'Indagine Doxa, la diminuzione dei consumi di tabacco ha avuto inizio già dai primi anni '80, in particolare grazie a una forte diminuzione della prevalenza di fumatori maschi (passata dal 38,3% al 27,7% del 2018) e alla crescente quota di ex fumatori. Nello stesso periodo la quota di fumatrici si è ridotta di 6 punti percentuali (dal 25% al 19,2%). La proporzione di tabagisti così si assesta nel 2018 al 23,3% della popolazione. Rispetto ai determinanti del consumo, tra le principali evidenze sembra emergere come gli uomini con

basso titolo di studio inizino prima a fumare regolarmente e tendano a smettere più tardi rispetto a chi ha maggiori risorse culturali. Per contro, le donne con alto titolo di studio, hanno un'età di esordio più bassa rispetto alle coetanee con titolo di studio basso, ma interrompono anche prima l'abitudine al fumo (Fernandez, 2001). Questo potrebbe spiegare in parte il minor contributo da parte delle donne alla diminuzione del tabagismo, rilevata nel nostro paese negli ultimi 40 anni. Rispetto ad altri paesi le italiane hanno faticato di più per ottenere alti livelli d'istruzione e dunque disporre di maggiori risorse.

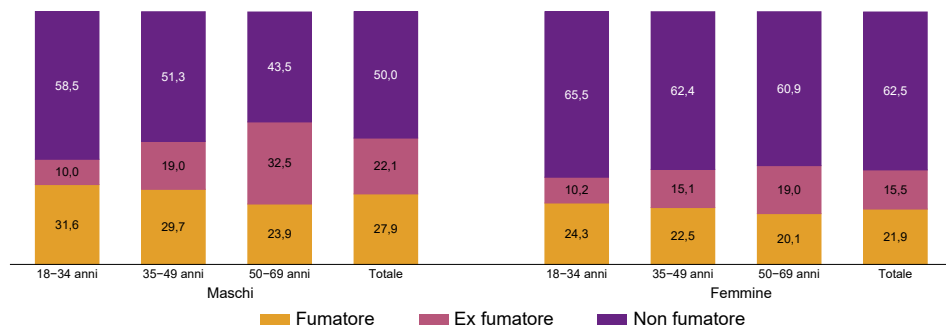
Leggere i dati sui giovani permette di riflettere sulla parte di popolazione che costituisce il principale target di una politica efficace di prevenzione.

I più recenti dati del sistema di sorveglianza Global Youth Tobacco Survey (GYTS) stimano nel 2018 per l'Italia una prevalenza di adolescenti fumatori pari al 20% (il 16,2% dei ragazzi e il 23,6% delle ragazze). In Toscana i *pattern* di consumo di tabacco nella fascia adolescenziale sono monitorati dalla Sorveglianza EDIT (triennale su un campione d'età 14-18 anni). Nel 2018 la prevalenza degli studenti fumatori abituali era pari al 19%, circa 36.500 ragazzi, con un trend tendenzialmente stabile dal 2008 e direttamente proporzionale all'età. Le studentesse mantengono prevalenze superiori a quelle dei maschi (21% contro il 17%) e in termini di esordio sono anche più precoci (come nel resto del paese). Questo fenomeno, che fino a 10 anni fa non conosceva, oramai si è consolidato: le ragazze fumano più dei loro coetanei maschi, ma questi ultimi fumano un numero più alto di sigarette. Fumano più di 10 sigarette al giorno il 33% dei fumatori, contro il 21% delle fumatrici. Infine l'uso della sigaretta elettronica, che da qualche anno sembra attrarre i ragazzi di questa fascia d'età (a prescindere dall'abitudine al fumo di sigaretta), coinvolge il 15% circa degli studenti toscani (circa 29mila ragazzi), registrando un'inversione delle prevalenze di genere rispetto alla sigaretta tradizionale. È infatti il 18,6% dei ragazzi e il 12% delle ragazze a riferirne l'uso negli ultimi 30 giorni (dati GYTS 2018 per l'Italia rispettivamente 21,9% e 12,8%).

Passando agli adulti toscani (18-64 anni), i fumatori rappresentano il 25% circa della popolazione (dato PASSI per il triennio 2014-2017), mantenendosi pressoché in linea con dato nazionale (26%). Anche i non fumatori (56,4%) e gli ex-fumatori (18,7%) sono sovrapponibili con il resto del paese (rispettivamente 56,4% e 17,6% in Italia). Tuttavia, rispetto al triennio 2011-2014, la quota di non fumatori toscani (che, come già descritto, non hanno contribuito granché al tendenziale decremento del fenomeno), aumenta del 5% circa, dal 51,6% al 56,4%.

I fumatori diminuiscono all'aumentare dell'età in entrambi i generi (figura 5). Tuttavia, come atteso, la differenza più evidente si riscontra tra gli ex-fumatori 50-69enni, che tra gli uomini (storicamente più interessati delle donne da questo comportamento) arrivano al 32,5%, mentre tra le coetanee al 19%.

Figura 5. Abitudine al fumo per età e genere – Valori percentuali – Toscana, triennio 2014-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati PASSI



Questi andamenti si ripercuotono anche sugli anziani. Gli ex-fumatori sono pari al 53,2%, le ex-fumatrici al 25,6%. Le donne non fumatrici sono il 67,1% contro il 37,6% degli uomini non fumatori loro coetanei (fonte PASSI d'Argento). Sempre tra gli anziani, la quota di fumatori abituali è circa l'8,3% (il 9,8% in Italia) con una media di sigarette fumate al giorno pari a 6 e una minima differenza di genere: 9,2% tra gli uomini e 7,3% tra le donne.

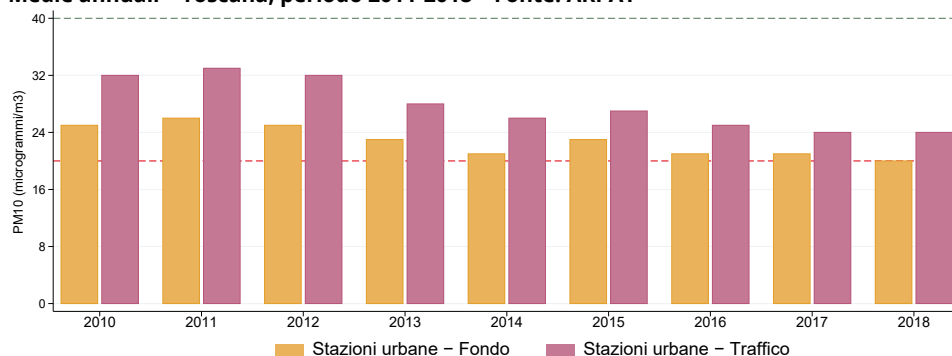
In Italia il fumo di tabacco è responsabile di oltre 80mila decessi l'anno, rappresentando un fattore di rischio per molte patologie come tumori (stomaco, polmone etc.), malattie cardiovascolari e respiratorie. Circa 27mila di questi decessi si verificano tra i 35 e i 69 anni. In media, sono quasi 22 gli anni di vita persi a causa delle conseguenze sanitarie direttamente correlate al fumo. Nella nostra regione, secondo l'ultimo aggiornamento del Registro regionale di mortalità (RMR), nel 2015 hanno perso la vita oltre 5.500 persone (73% maschi) per le stesse cause, circa 119 decessi ogni 100mila toscani. Dal 2000 il tasso standardizzato per età (utile per un confronto temporale corretto) ha avuto una notevole diminuzione, era infatti pari a 176 decessi per 100mila abitanti, grazie anche alla riduzione di consumo di tabacco sperimentata dagli anni '60 in poi. La mortalità attribuibile al fumo tra gli uomini, che si trovano nello stadio discendente dell'ultima fase della "curva epidemica", continua a decrescere arrivando a 221 decessi per 100mila abitanti (erano 345 ogni 100mila abitanti nel 2000), mentre tra le donne, coerentemente all'andamento pregresso dei consumi, si mantiene un andamento costante nel tempo, 42 decessi per 100mila nel 2015 (erano 52 per 100mila nel 2014).

Nonostante la diminuzione dei principali indicatori regionali e nazionali, i consumi di tabacco, e le conseguenze sanitarie correlate, sono ancora troppo elevati per poter raggiungere l'obiettivo previsto dal Piano d'Azione Globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 di una "riduzione relativa entro il 2025 del 30% nella prevalenza di consumo di tabacco nelle persone d'età pari o superiore ai 15 anni" al fine di ridurre il carico prevenibile e evitabile di morbidità, mortalità e disabilità, dovuto alle malattie non trasmissibili.

Ambiente

Le medie annuali di PM_{10} nel 2018 si mantengono su valori simili rispetto agli anni precedenti (fonte: ARPAT). Tutte le stazioni di rilevamento rispettano il limite normativo ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$), ma i valori medi annuali sono superiori alla soglia individuata dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS), pari a $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$. La stazione di fondo di LU-Capannori e le stazioni traffico di FI-Gramsci e GR-Sonnino sono quelle che rilevano i valori più alti (figura 1). La stazione di LU-Capannori si conferma la più critica per i superamenti giornalieri del limite di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$, 53 in un anno nel 2018 (erano stati 55 nel 2017), mentre migliora la situazione rilevata dalla stazione di PT-Montale che scende dai 36 sforamenti annuali del 2017 ai 26 del 2018. Stabili anche i valori di $PM_{2.5}$: tutte le stazioni sono al di sotto del limite normativo ($25 \mu\text{g}/\text{m}^3$), mentre, anche in questo caso, 12 stazioni su 15 hanno valori superiori al valore raccomandato dall'OMS ($10 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Il valore più alto ($22 \mu\text{g}/\text{m}^3$) è misurato ancora nella stazione LU-Capannori.

Figura 1. PM_{10} per tipo di stazione di rilevamento della rete regionale di monitoraggio - Medie annuali - Toscana, periodo 2011-2018 - Fonte: ARPAT



* linea rossa: riferimento Linee Guida OMS $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$

** linea verde: riferimento limite normativo $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$

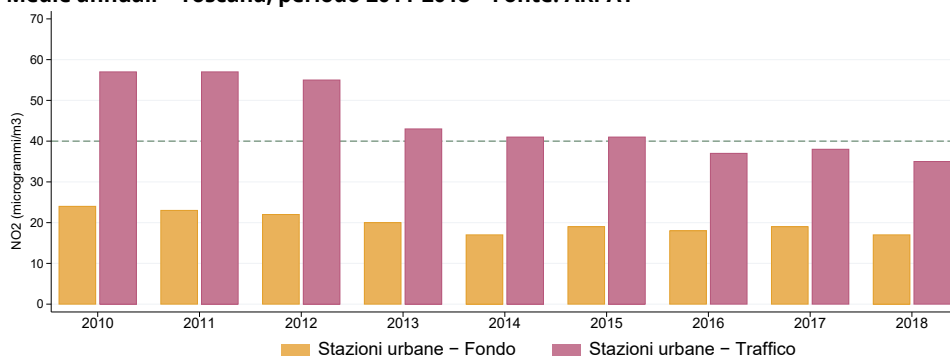
Ancora critica la situazione del traffico, monitorata dai livelli di biossido di azoto (NO_2). I valori medi annuali di NO_2 sono pari a $17 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (fondo) e $35 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (traffico). Nel 2018 le stazioni più critiche sono FI-Gramsci, FI-Mosse e GR-Sonnino.

Ancora 6 stazioni su 10 superano il limite normativo dei valori di ozono per la protezione della salute umana. Diversamente da quanto accaduto nell'anno precedente, in cui si erano verificati 9 eventi, nel 2018 non è stato rilevato alcun superamento della soglia di informazione (media massima oraria $>180 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

La produzione toscana di rifiuti urbani, per la quale il dato più aggiornato è riferito al 2017, è la 2° in Italia, con 600 kg per abitante, seconda solo all'Emilia Romagna (642 kg pro capite). La media italiana è di 499 kg pro capite (fonte: ISPRA, Rapporto Rifiuti Urbani, Ed. 2018).

La quota di raccolta differenziata cresce lievemente fino al 53,9%, a fronte di una media nazionale del 55,5%. Il Veneto guida la graduatoria per regione, con il 73,6%. Siamo ancora lontani dagli obiettivi UE e da quelli del Piano Rifiuti della regione Toscana (70% entro il 2020). Il conferimento in discarica conferma il posizionamento toscano rispetto alla media nazionale. La percentuale di conferimento in discarica sul totale dei rifiuti urbani è pari al 32%, a fronte di una media italiana pari al 23%. In questo caso il range di variazione per regione va dal 3% della Campania al 93% del Molise, sebbene questi dati risentano dei flussi di rifiuti interregionali.

Figura 2. NO₂ per tipo di stazione di rilevamento della rete regionale di monitoraggio - Medie annuali - Toscana, periodo 2011-2018 - Fonte: ARPAT



* linea verde: riferimento limite normativo 40 microgr/m³

Il monitoraggio della qualità delle acque superficiali nel 2017 (dati provvisori ARPAT) classifica come “buono”, in base allo stato ecologico (struttura e funzionamento degli ecosistemi acquatici), il 26% dei punti monitorati, e il 63% in merito allo stato chimico (presenza di sostanza chimiche definite prioritarie, come metalli, pesticidi, inquinanti industriali, ecc.). Il monitoraggio 2015-2017 delle acque destinate alla potabilizzazione conferma i dati negativi degli anni precedenti. Dal 2004 nessun corpo idrico ha raggiunto la classificazione di livello A1 (qualità buona), nel 2017 il 17% dei punti sono classificati di livello A2, il 51% A3 e il 32% subA3. Si tratta di categorie che richiedono interventi più consistenti per la potabilizzazione. Nel 2017, 103 corpi idrici superficiali su 111 selezionati (93% circa) hanno registrato la presenza di fitofarmaci in concentrazione misurabile. Le stazioni di monitoraggio con campioni di fitofarmaci non conformi allo standard di qualità ambientale sono più che raddoppiate, passando da 23 a 54 tra il 2016 e il 2017. Delle 54 stazioni con campioni non conformi, in 48 casi il responsabile è l'erbicida glifosate e/o il suo metabolita AMPA. Il monitoraggio delle acque di balneazione conferma invece l'elevata qualità dei circa 600 km di costa toscana: 256 aree costiere su 263 controllate si collocano nella classe di qualità “eccellente” e i casi di non conformità sono limitati, in netta diminuzione rispetto agli anni precedenti.

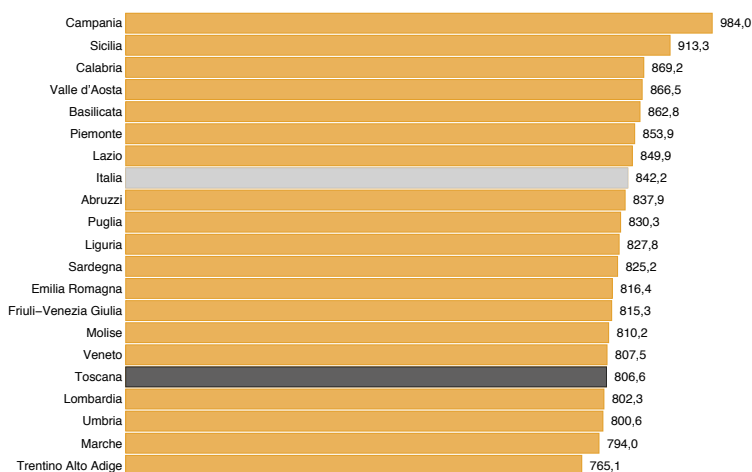
La salute della popolazione

Mortalità

Nel 2018 sono deceduti poco meno di 44mila toscani (dato provvisorio ISTAT, a oggi non è ancora disponibile il dato consolidato), 11,7 ogni 1.000 abitanti. Dopo il 2017, anno in cui, analogamente a quanto successo nel 2015, un aumento dei decessi tra gli anziani aveva fatto salire i tassi di mortalità in tutta Italia, nel 2018 si è osservata una riduzione di 0,2 punti del tasso di mortalità regionale e italiano.

La Toscana si trova in una delle zone d'Italia con il più basso tasso di mortalità e guadagna 3 posizioni nella graduatoria per regione. Gli ultimi dati standardizzati per età disponibili, necessari per un confronto tra regioni che non risenta delle differenze demografiche, risalgono al 2016 e collocano la nostra regione al 5° posto tra quelle a minor mortalità (figura 1). Sono circa 807 i decessi osservati nel 2016 ogni 100mila abitanti (-7,2% rispetto al 2015), a fronte di una media italiana di 842 (-6,4% rispetto al 2015). Il range di variazione italiano, dal Trentino Alto Adige alla Campania, è di circa 220 decessi ogni 100mila abitanti.

Figura 1. Mortalità generale - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Regioni e Italia, anno 2016 - Fonte: ISTAT

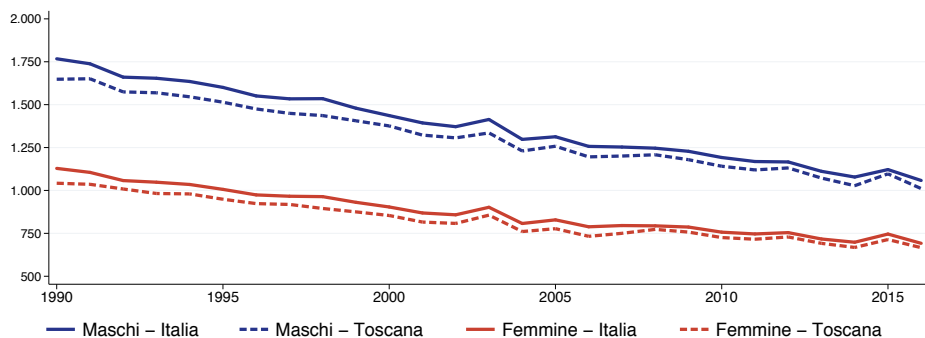


Il gap di mortalità tra uomini e donne si riduce, attestandosi su circa 344 decessi ogni 100mila abitanti. Il divario si è quasi dimezzato rispetto al 1990, quando si osservavano circa 600 decessi di differenza ogni 100mila abitanti, grazie ad una diminuzione più decisa tra gli uomini.

Tra le grandi cause di morte permangono nettamente le malattie del sistema circolatorio (35,3% del totale dei decessi nel 2016) e i tumori (28,6%), seguite dalle malattie del sistema respiratorio (8%). Proprio grazie ai progressi nell'assistenza ai malati oncologici e cardiologici (malattie che provocano il 64% dei decessi se considerate insieme), dalla prevenzione primaria e secondaria, alla cura tempestiva ed efficace delle acuzie, fino alla lungo assistenza della

cronicità, è possibile osservare la diminuzione nel trend nella mortalità generale nel lungo periodo.

Figura 2. Mortalità generale per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 1990-2016 - Fonte: ISTAT

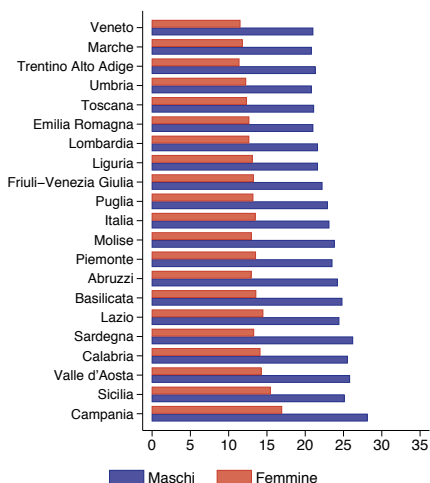


Mortalità evitabile

La Toscana è stabilmente tra le 5 regioni italiane caratterizzate da un minor numero di decessi che colpiscono prima dei 75 anni, potenzialmente evitabili con azioni di prevenzione primaria, diagnosi precoce, terapie, igiene e assistenza sanitaria adeguata. È questa la 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).

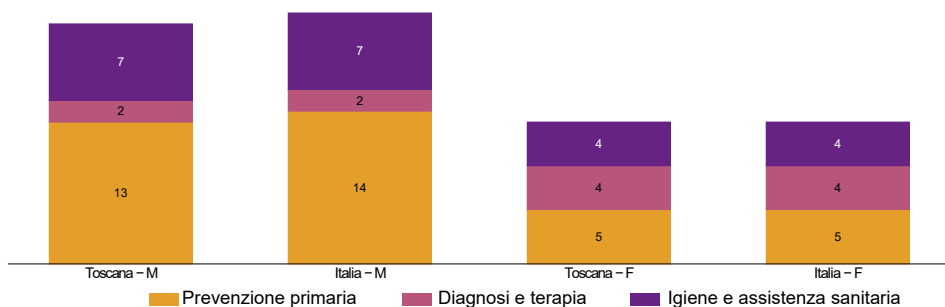
A causa di questi decessi, stando alle stime più recenti (triennio 2014-2016), i toscani perdono mediamente 16,8 giorni di vita (rispetto alla speranza di vita media). Il dato toscano è molto vicino a quello del Veneto (16,4 giorni, valore più basso in Italia) ed è inferiore di quasi 2 giorni rispetto alla media italiana (18,5 giorni) e di quasi 6 giorni rispetto alla Campania (22,7 giorni persi, valore più alto in Italia).

Figura 1. Mortalità evitabile per genere - Giorni di vita persi procapite per decessi evitabili - Regioni e Italia, triennio 2014-2016 - Fonte: Rapporto MEV(i) su dati ISTAT



Le differenze di genere sono notevoli, in Toscana gli uomini e le donne perdono rispettivamente circa 21,1 e 12,3 giorni di vita (sono rispettivamente 23,1 e 13,5 in Italia). La causa di questo squilibrio è riconducibile principalmente all'esposizione più frequente a fattori di rischio occupazionali e stili di vita non corretti tra gli uomini rispetto alle donne, ma anche a differenze che si generano fin dalla presenza in utero (vedi scheda su Salute di genere). I decessi prevenibili con maggiore prevenzione primaria rappresentano, in Toscana come in Italia, circa il 60% del totale dei decessi prevenibili tra gli uomini, mentre tra le donne le tre grandi cause contribuiscono egualmente al totale (figura 2).

Figura 2. Mortalità evitabile per genere e grande causa - Giorni di vita persi procapite per decessi evitabili - Toscana e Italia, triennio 2014-2016 - Fonte: Rapporto MEV(i) su dati ISTAT

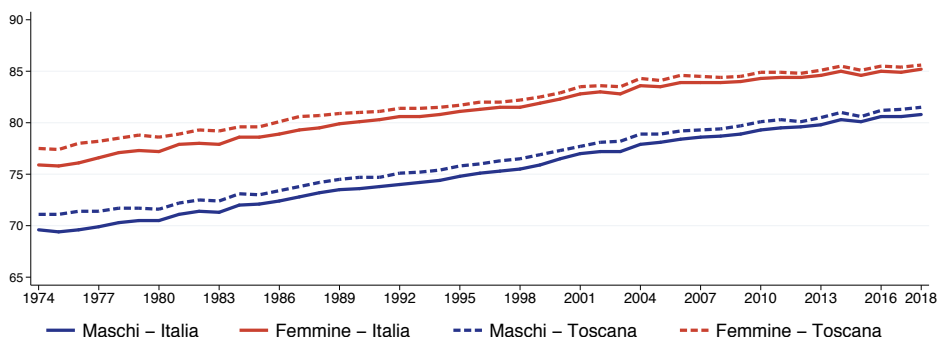


Il trend è in generale diminuzione in tutta Italia, dal 2011 al 2016 si è osservata una riduzione dell'8% circa nel numero assoluto di decessi evitabili. Resta comunque un ampio margine di miglioramento soprattutto, come detto, negli interventi di prevenzione primaria nella popolazione maschile, che potrebbe portare un'ulteriore diminuzione del fenomeno generale.

Aspettativa di vita

La Toscana si conferma tra le zone d'Italia con la più alta speranza di vita alla nascita (5° regione per gli uomini e 6° per le donne), insieme a altre regioni del centro e nord d'Italia. La distanza dalla regione più virtuosa, il Trentino Alto Adige, è di circa 0,4 anni di vita. Un uomo nato in Toscana nel 2018 può aspettarsi di vivere 81,5 anni (+0,7 anni rispetto alla media italiana), mentre una donna 85,6 anni (+0,4). Come per la mortalità, di cui la speranza di vita è il riflesso, si osserva un netto trend geografico nord-sud: dal Trentino Alto Adige alla Campania la speranza di vita diminuisce di circa due anni e mezzo. Stabilmente in crescita nel lungo periodo, rispetto al biennio 2016-2017 di sostanziale stabilità, nel 2018 l'indicatore torna ad aumentare di 0,2 anni, in Toscana come in Italia. Stabile invece il gap tra donne e uomini, che aveva comunque raggiunto il minimo storico dagli anni '50 nel 2017.

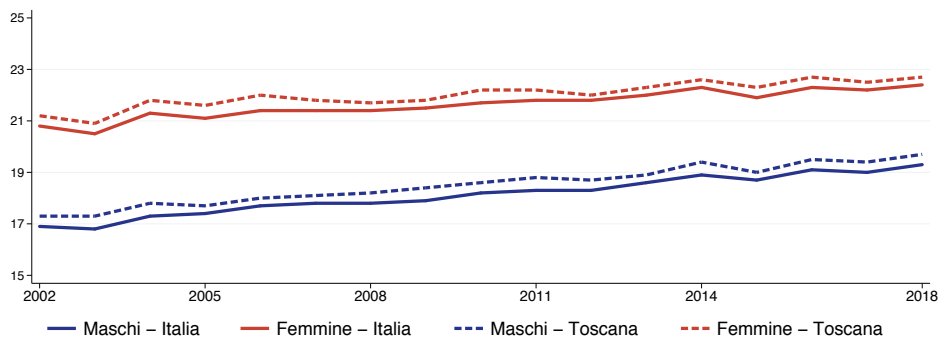
Figura 1. Speranza di vita alla nascita per genere - Toscana e Italia, periodo 1974-2018 - Fonte: ISTAT



Considerazioni simili alle precedenti valgono anche per la speranza di vita di un toscano giunto al 65° anno d'età: mediamente può attendersi di vivere altri 19,7 anni se uomo (+0,4 anni rispetto alla media italiana) e 22,7 anni se donna (+0,3 anni). Nella classifica per regione la Toscana si conferma 5° tra gli uomini e 8° tra le donne. Anche in questo caso aprono e chiudono la classifica Trentino Alto Adige e Campania con circa 2 anni di differenza nella speranza di vita a 65 anni.

Dopo una battuta d'arresto subita nel 2017, anno in cui si era osservato un leggero aumento della mortalità rispetto all'anno precedente, particolarmente tra gli anziani, il trend nel 2018 torna a crescere, guadagnando circa 0,2 anni in Toscana come in Italia.

Figura 2. Speranza di vita a 65 anni per genere - Toscana e Italia, periodo 2002-2018 - Fonte: ISTAT



Tumori

Nel 2018 in Toscana i nuovi casi di tumore attesi, sulla base delle stime AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori), sono poco meno di 25mila: 12.900 tra gli uomini (627 ogni 100mila abitanti) e 12mila tra le donne (487 per 100mila). Il tumore più frequente in termini assoluti è quello del colon-retto (3.650 casi nell'anno), seguito dalla mammella (3.400), dal polmone (2.900) e dalla prostata (2.700) (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 2018 – Fonte: I numeri del cancro in Italia 2018

Sede	Maschi		Femmine	
	n	x100mila	n	x100mila
Mammella			3.400	144,3
Prostata	2.700	139,9		
Colon-retto	2.000	96,7	1.650	62,5
Polmone	1.900	92,4	1.000	39,3
Vescica	1.250	60,6	400	15,3
Cute	700	34,0	550	25,8
Stomaco	650	30,7	500	16,7
Utero cervice			150	7,5
Tutti	12.900	626,5	12.000	487,0

Nel contesto nazionale la Toscana si trova circa a metà della graduatoria per regione sulla base dei tassi di incidenza stimati, in entrambi i generi (figura 1). L'incidenza dei tumori segue un gradiente sud-nord e la nostra regione rispecchia l'andamento del centro Italia. A incidere su questo trend geografico potrebbe essere in parte il cosiddetto “effetto screening”, fenomeno che contribuisce, a parità di malattia nella popolazione, a far aumentare l'incidenza nelle zone che hanno programmi di prevenzione secondaria più sviluppati e con maggiori livelli di adesione.

Diagnosi precoci terapie efficaci, accessibili e nuovi farmaci hanno contribuito negli anni ad aumentare l'aspettativa di vita di un malato oncologico alla diagnosi. Mediamente in Toscana a 5 anni dalla diagnosi il 56% degli uomini e il 65% delle donne è ancora in vita (54% e 63% in Italia). Il tumore più letale è quello del pancreas, sopravvive a 5 anni 1 toscano su 10, seguito dal polmone (16%) e fegato (18%) (tabella 2).

Figura 1. Tumori attesi per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Regioni, anno 2018 - Fonte: I numeri del cancro in Italia 2018

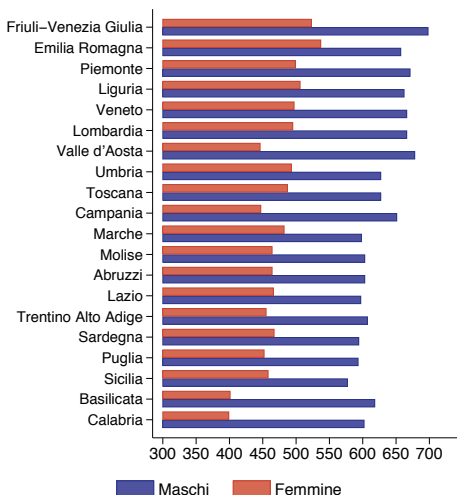


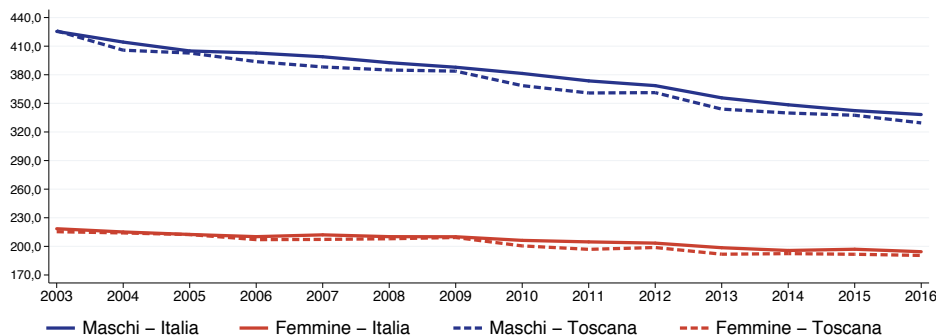
Tabella 2. Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore - Malati vivi a 5 anni dalla diagnosi per 100 malati diagnosticati - Toscana e Italia, periodo 2005-2009 - Fonte: I numeri del cancro in Italia 2018

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 2016, ultimo dato disponibile, i tumori hanno causato in Toscana 6.762 decessi tra gli uomini e 5.417 tra le donne (ISTAT). Tra gli uomini, circa 1 decesso su 4 è dovuto al tumore del polmone (25% del totale dei decessi oncologici), seguito dal colon-retto (9,5%) e prostata (7,6%). Tra le donne il tumore che incide di più sulla mortalità è quello della mammella

(14,3%), seguito dal polmone (11,9%) e colon-retto (10,2%). Il trend della mortalità è in diminuzione e il dato della nostra regione si mantiene al di sotto della media nazionale (figura 2). I tumori rappresentano comunque ancora la seconda causa di morte, dopo le malattie del sistema circolatorio, e colpiscono circa 329 uomini e 190 donne ogni 100mila toscani (rispettivamente 338 e 194 per 100mila in Italia).

Figura 2. Mortalità per tumori per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2016 - Fonte: ISTAT



Malattie infettive

Da gennaio 2019 la sorveglianza delle malattie infettive in Toscana 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 era stata invece tramite 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 quali: Epatiti virali acute (SEIEVA), Malattie batteriche invasive (MIB), Integrata morbillo e rosolia, Influenza, Legionellosi ed a Registri Nazionali come quelli dell'HIV e dell'AIDS, solo per citare le principali.

Considerato da un lato l'elevata numerosità delle malattie infettive esistenti, dall'altro che per molte malattie le notifiche sono segnalate tramite supporto cartaceo, rendendo complesso il compito di analizzarle, di seguito sono riportate le principali patologie per le quali sono disponibili dati su supporto digitale.

A ottobre 2019 è prevista la pubblicazione del rapporto annuale di ARS "Epidemiologia delle malattie infettive in Toscana", nel quale saranno presentati e commentati i dati relativi ad altre gruppi di malattie quali quelle trasmesse per via alimentare e quelle trasmesse da vettori.

I casi notificati nel 2018 per tutte le malattie infettive presentate nel paragrafo sono riassunti in tabella 1.

Tabella 1. Malattie infettive – Casi, casi per 100mila abitanti e variazione percentuale rispetto all'anno precedente – Toscana, anno 2018 – 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 prevenibili con vaccino	2018		Var. % casi 2018 vs 2017
	Casi	per 100mila abitanti	
Poliomielite	0	0,0	--
Difterite	0	0,0	--
Tetano	4	0,1	+33,3
Pertosse	30	0,8	-73,7
Morbillo	85	2,3	-76,6
Parotite	29	0,8	-9,4
Rosolia	3	0,1	0,0
Varicella	703	18,8	-19,8
Malattie acquisite per via respiratoria			
Influenza	519.607	13.904,0	+10,6
Tubercolosi	245	6,6	-14,0
Micobatteriosi non tubercolare	9	0,2	-35,7
Legionellosi	213	5,7	+20,3
Scarlattina	712	19,1	+10,0
Malattie trasmesse per via sessuale			
Gonorrea	18	0,5	+200,0
Sifilide	45	1,2	+15,4
HIV*	199	5,3	-16,7
AIDS*	58	1,6	-24,7
Malattie epatiche			
Epatite A	61	1,6	-80,9
Epatite B	29	0,8	-43,1
Epatite C	6	0,2	+50,0
Epatite D	0	0,0	--
Epatite E	6	0,2	+500,0
Malattie batteriche invasive			
da pneumococco	38	1,0	-28,3
da <i>Haemophilus influenzae</i>	7	0,2	+16,7
da meningococco	14	0,4	-17,6
- sierogruppo B	8	0,2	+60,0
- sierogruppo C	5	0,1	-44,4
- altri sierogruppi	1	0,0	-66,6

* dati provvisori

Malattie prevenibili tramite vaccinazione: Poliomielite, Difterite, Tetano, Pertosse, Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella

In questo paragrafo sono descritte alcune patologie che si caratterizzano per un'elevata contagiosità, per le quali la principale difesa è rappresentata dalla vaccinazione.

In Italia, con lo scopo di contrastare il costante calo delle coperture vaccinali (CV) osservato negli ultimi anni, è stata introdotta la legge 119/2017, che ha imposto 10 vaccinazioni obbligatorie per i ragazzi 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 i dati dell'*haemophilus influenzae* di tipo B e l'epatite B. Maggiori dettagli sugli effetti della legge e i dati sulle CV sono riportati nel paragrafo sulle coperture vaccinali nei bambini 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

È un grave malattia infettiva a carico del sistema nervoso centrale che colpisce soprattutto i neuroni motori del midollo spinale. È causata da un virus (ne esistono tre tipi) che in poche ore invade il sistema nervoso, distruggendo le cellule neurali colpite e causando una paralisi che può diventare totale nei casi più gravi. In generale la malattia ha effetti più gravi sui muscoli delle gambe che su quelli delle braccia. La trasmissione avviene per via oro-fecale, attraverso l'ingestione di acqua o cibi contaminati, o tramite la saliva e le goccioline emesse con i colpi di tosse e gli starnuti da ammalati o portatori sani.

Solo l'1% dei malati di poliomielite sviluppano la paralisi, il 5-10% sviluppa una forma di meningite asettica, il restante 90% circa sperimenta solo sintomi simili a una influenza o altre infezioni virali.

A causa di diversi focolai di infezioni recentemente verificatisi in Asia centrale e Africa centrale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha esortato i Paesi membri a definire un Piano di risposta a un eventuale focolaio epidemico. Il documento italiano, redatto a marzo 2019 dal Gruppo di lavoro polio e approvato dalla Commissione nazionale di certificazione, è disponibile sul sito del Ministero della Salute.

In Italia il vaccino antipolio è diventato obbligatorio nel 1966. L'ultimo caso autoctono di malattia è stato segnalato nel 1982, tuttavia nel periodo compreso tra il 1995 e il 2002 si verificarono 9 casi di poliomielite associata alla vaccinazione, motivo che ha portato nel 2002 l'Italia a seguire l'esempio dei paesi più sviluppati al mondo, ritornando al vaccino IPV. L'Italia è stata dichiarata "polio free" nel 2002.

In Toscana non è stato notificato alcun caso di malattia in tutto il periodo di sorveglianza per il quale sono disponibili i dati (1994-2018).

Difterite

È provocata da un batterio che, entrato nell'organismo umano, rilascia una tossina che può danneggiare e talvolta distruggere organi e tessuti. Gli organi coinvolti variano secondo il tipo di batterio: il più diffuso colpisce la gola, il naso e in misura minore le tonsille. Per quanto possa colpire a qualsiasi età, la difterite riguarda essenzialmente i bambini non vaccinati. La malattia si trasmette generalmente per contatto diretto con una persona infetta. In passato, anche il latte non pastorizzato ha rappresentato un veicolo di infezione. In Italia dal 2000 a oggi sono stati sporadici i casi notificati di malattia mentre in Toscana non è stato notificato alcun caso di malattia in tutto il periodo di sorveglianza per il quale sono disponibili i dati (1994-2018).

Tetano

Si tratta di una malattia non contagiosa causata da un batterio presente in natura in forma vegetativa o di spore: in forma vegetativa produce una tossina molto potente in grado di provocare i sintomi clinici della malattia. Il germe è normalmente presente nell'intestino di alcuni animali e in quello degli esseri umani ed è eliminato con le feci. Le spore possono sopravvivere nell'ambiente esterno per anni, spesso contaminando la polvere e la terra. La trasmissione avviene generalmente attraverso ferite dove, in condizioni opportune, le spore possono trasformarsi nelle forme vegetative che producono la tossina.

Il richiamo della vaccinazione ogni 10 anni è fortemente raccomandato e da effettuarsi con vaccino trivalente in associazione con vaccino anti-difterico e anti-pertosso. In Italia nel 2015 sono stati registrati 48 casi di malattia.

I casi di tetano notificati nel 2018 tra i toscani sono stati 4, erano stati 3 nel 2017. Ogni anno si registra un numero di casi esiguo, tuttavia la malattia, colpendo quasi esclusivamente anziani d'età superiore ai 75 anni, dunque persone con sistemi immunitari compromessi, ha un'elevata letalità.

Pertosse

È una malattia batterica rispetto alla quale l'uomo rappresenta l'unico serbatoio, pertanto la trasmissione, che avviene prevalentemente per via aerea attraverso le goccioline di saliva o di muco espulse con la tosse, è solo fra esseri umani. Un adeguato trattamento antibiotico permette la guarigione in 15 giorni circa, tuttavia, a differenza delle altre malattie infantili, l'immunità conferita da una prima infezione non è definitiva, ma diminuisce nel tempo, pertanto è opportuno che in occasione del richiamo della vaccinazione anti-tetanica venga eseguito il vaccino trivalente anti-difterite/tetano/pertosse, così da rinforzare la memoria immunologica anche nei confronti della pertosse. Nel 2017 in Italia sono stati segnalati 964 casi di malattia, 1,6 per 100mila abitanti.

Nel 2018 i casi di pertosse notificati tra i toscani sono stati 30, -73,7% rispetto ai 114 del 2017. La malattia rivela il maggior tasso di notifica nei bambini sotto l'anno di vita. I casi registrati sono sporadici dopo i 14 anni.

Varicella

È una malattia generata da un virus che si diffonde nell'aria quando la persona infetta tossisce o starnutisce, tuttavia può essere anche trasmessa toccando o inspirando le particelle di virus presenti nelle vescicole. La varicella provoca complicanze molto più frequenti nell'adulto, in particolare nella donna incinta, piuttosto che nel bambino, come polmoniti, super infezioni batteriche, meningiti o encefaliti. Durante la prima metà della gravidanza la malattia potrebbe inoltre essere responsabile di malformazioni congenite con gravi lesioni della pelle, delle ossa, degli occhi e del cervello del bambino.

Nel 2018 la varicella è stata responsabile di 703 casi tra i toscani, pari a 18,8 per 100mila abitanti, circa il 20% in meno rispetto agli 877 del 2017. Le infezioni avvengono frequentemente anche nella popolazione adulta, tuttavia i tassi più elevati sono registrati prima dei 4 anni. Il trend rivela un'imponente diminuzione di casi, passati dai circa 12mila del 1994 a valori inferiori alle 1.000 infezioni annue dal 2013. Questo risultato è stato raggiunto principalmente grazie all'introduzione del vaccino, che in Toscana è avvenuto a metà degli anni 2000.

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 raccolto nel 2003 con la definizione del "1° Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita", poi rinnovato nel 2011. Nonostante tale impegno nel 2017 si è verificato in Italia e in Europa un outbreak di morbillo che ha colpito 4.991 persone in Italia e 363 in Toscana.

Nel 2018 i casi segnalati in Italia sono stati 2.536, di cui 85 relativi a residenti toscani (2,3 ogni 100mila abitanti), -76,6% rispetto al 2017. Il numero più elevato di casi si registra tra gli adulti, in particolare tra i 25 e i 44 anni, tuttavia il morbillo colpisce con maggiore frequenza, in termini di tassi, i bambini sotto ai 4 anni.

Parotite

È causata da un virus la cui presenza nell'organismo umano è facilmente identificabile con l'ingrossamento delle ghiandole parotidi che conferisce al viso il caratteristico aspetto da cui il nome popolare di "orecchioni". La parotite si trasmette soltanto da persona a persona. L'infezione può colpire qualunque età, tuttavia tra gli adulti si osservano con maggiore

frequenza complicazioni, anche gravi. La trasmissione avviene tramite le goccioline respiratorie diffuse nell'aria dal malato con la tosse o gli starnuti, oppure tramite il contatto diretto con le secrezioni nasofaringee.

Nel 2016 in Italia sono stati registrati 682 casi di parotite, 1,3 ogni 100mila abitanti. Tra i toscani i casi notificati nel 2018 sono stati 29, in linea con quelli del 2017.

Rosolia

È una malattia causata da un virus che si trasmette solo nell'uomo, diffondendosi tramite le goccioline respiratorie diffuse nell'aria dal malato o il contatto diretto con le secrezioni nasofaringee. La rosolia è solitamente una patologia benigna che presenta raramente complicanze, per lo più artralgie e artriti transitorie. La pericolosità della malattia è elevata nelle donne in stato di gravidanza, soprattutto se la madre contrae l'infezione nel primo trimestre di gravidanza, poiché maggiore è l'infezione maggiore è il rischio di danno embrio-fetale. In questi casi la rosolia può essere responsabile di serie conseguenze, quali aborto spontaneo, morte intrauterina del feto, gravi malformazioni fetali e nel bambino, difetti della vista, sordità, anomalie cardiache e ritardo di acquisizione delle tappe dello sviluppo.

In Italia nel 2018 sono stati segnalati 23 casi, di cui 3 relativi a residenti toscani come nel 2017.

Malattie acquisite per via respiratoria: Influenza stagionale, Legionellosi, Tubercolosi, Micobatteriosi non tubercolare, 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 la barriera costituita dall'immunità presente nella popolazione con esperienza pregressa di infezione. Ciò spiega perché l'influenza possa ripetutamente colpire la popolazione e causare ricorrenti epidemie, la cui unica prevenzione è la profilassi vaccinale. La composizione del vaccino deve essere aggiornata tutti gli anni e la sorveglianza è fondamentale per preparare il vaccino per la stagione successiva, in base ai ceppi che hanno avuto maggior diffusione nell'ultimo periodo epidemico. 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 2018-19 i casi di malattia sono stati quasi 520mila (tabella 1), pari al 13,9% della popolazione residente a gennaio 2018, valore in aumento rispetto a quello della stagione precedente quando erano stati circa 470mila (12,6% della popolazione residente).

Nel periodo analizzato, la curva epidemica ha raggiunto il valore di picco massimo nella quarta e quinta settimana del 2019 (12,8 per 1.000 abitanti), dato in linea con quello del 2017-18 (12,9 per 1.000 ab.). Il picco della stagione appena terminata caratterizza una situazione epidemica d'intensità alta con un valore decisamente maggiore rispetto a quelli di tutte le precedenti stagioni (secondo soltanto a quello del 2004/05 quando è stato il 16,5 per 1.000 ab.). Inoltre, il numero dei casi stimati di malattia è il più alto mai registrato nella nostra regione.

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 appena terminata riportano 40 persone colpite (di cui 13 decedute). Rispetto all'anno precedente si osserva una sensibile diminuzione dei casi gravi (da 63 a 40) ed un lieve aumento della mortalità (da 11 a 13 decessi).

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. Questi ultimi in particolare rappresentano una classe professionale costantemente a contatto con i pazienti, pertanto oltre al rischio di incorrere in prima persona nella malattia, rappresentano anche un veicolo di trasmissione del virus, con conseguenze potenzialmente gravi, specialmente per degenti in contesti a elevato rischio, quali i reparti di Pronto Soccorso, Oncologia e Neonatologia. In Toscana, nel 2018-19 la copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari è stata il 29,3%, valore costantemente in crescita negli ultimi anni (17,3% nel 2016-17 e 24,3% nel 2017-18), ma ancora decisamente basso.

La copertura vaccinale per l'influenza negli anziani, infine, è ancora lontana dal valore minimo raccomandato dall'OMS del 75%, attestandosi nel 2018-19 al 56%, dato allineato a quello delle due precedenti stagioni e lievemente superiore a quello italiano.

Tubercolosi

La malattia 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 e si esprime in maniera polimorfa, 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 2018 i casi di tubercolosi segnalati in Italia sono stati 4.032 (6,6 per 100mila abitanti), di cui 245 relativi a toscani (6,6 per 100mila abitanti toscani), -14% rispetto al 2017. La malattia colpisce prevalentemente gli stranieri, in particolare chi proviene da paesi a forte pressione migratoria. Inoltre tra gli uomini i tassi di infezione sono doppi rispetto alle donne. La malattia è responsabile ogni anno del decesso di una percentuale variabile tra il 5 e il 10% di coloro che la contraggono, generalmente anziani che a causa di un sistema immunitario compromesso non rispondono alla terapia antibiotica.

Micobatteriosi non tubercolare

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 2018 sono stati rilevati 9 casi tra i toscani (erano stati 14 nel 2017).

Legionellosi

La malattia è una forma di polmonite che prende il nome da un'epidemia che negli anni '70 provocò la morte di alcuni membri della Legione Americana. L'infezione si contrae generalmente inspirando goccioline di acqua contaminata.

In Italia nel 2017 sono stati segnalati 2.013 casi di legionella, 3,3 ogni 100mila abitanti.

La Toscana è una delle regioni italiane in cui si verificano più casi, in particolare nell'ultimo triennio è stata registrata una costante crescita del numero di infezioni che nel 2018 ha raggiunto il suo massimo storico con 213 toscani colpiti (5,7 per 100mila abitanti), +20,3% rispetto al 2017, che a sua volta aveva fatto registrare un +31% rispetto al 2016. Dal 2010 al 2018 si registra un numero medio di decessi annui compreso tra 5 e 10 persone.

Scarlattina

La scarlattina è causata da un batterio e 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. È l'unica malattia esantematica tipica dell'infanzia a non essere di origine virale. In generale colpisce prevalentemente i bambini tra i 3 e i 10 anni di vita. 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 toscani nel 2018 sono state 712, pari a 19,1 ogni 100mila abitanti, +10% rispetto al 2017, quando erano state 647.

Malattie trasmesse per via sessuale: Gonorrea, Sifilide, HIV, AIDS

Le malattie trasmesse per via sessuale (MTS), un tempo note come malattie veneree, sono caratterizzate da sintomi clinici di lieve entità e per questa ragione talvolta sottovalutate.

Queste malattie mostrano negli ultimi anni un graduale aumento dei casi, dovuto in primis a una generale disinformazione sulla trasmissione e una scarsa consapevolezza dei rischi, che hanno come conseguenza diretta una riduzione dei timori nei confronti di una possibile diagnosi di siero-positività, vista l'esistenza dei farmaci anti-retrovirali, e una riduzione nell'uso del profilattico, il mezzo più sicuro per proteggersi da queste malattie, come evidenziato dal calo delle vendite e da indagini di sorveglianza tra gli adolescenti. Con l'intento di incentivare l'uso di metodi contraccettivi, la Regione Toscana ha approvato un atto per garantire 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 per reddito (d.g.r.t. 394/2019).

Le patologie che rientrano in questo ambito sono numerose, tuttavia i dati disponibili permettono di analizzare quelle notificate dal SIMI, ovvero la gonorrea e la sifilide, oltre ad HIV e AIDS, rispetto alle quali ARS Toscana cura la gestione di un registro regionale.

Gonorrea

La gonorrea è 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 2018 sono stati notificati 18 casi di malattia tra i toscani, erano stati 6 nel 2017. 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 sono da imputare a maschi in età fertile, tuttavia sono stati notificati alcuni casi anche tra i bambini d'età inferiore all'anno, presumibilmente infettati alla nascita dalle madri.

Sifilide

La malattia interessa prevalentemente la popolazione maschile in età fertile. Sulla base dei risultati di studi recenti inoltre, le persone affette da sifilide hanno un rischio di contrarre l'HIV circa 5 volte superiore a quelle che non ne sono affette.

Nel 2018 sono stati notificati 45 casi di malattia tra i toscani, 1,2 ogni 100mila abitanti, +15,4% rispetto al 2017, quando le notifiche erano state 39.

HIV/AIDS

L'HIV continua a rappresentare un grave problema di sanità pubblica a livello globale. Secondo il nuovo rapporto UNAID nel 2017 circa 36,9 milioni di persone nel mondo vivevano con

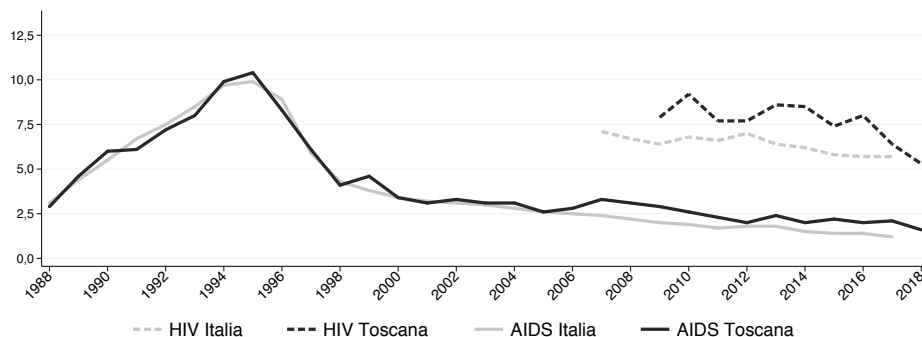
l'HIV, 21,7 milioni hanno avuto accesso al trattamento e 940mila persone sono decedute per malattie correlate all'AIDS. In Italia, nel 2017 sono state segnalate 3.443 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a 5,7 nuovi casi per 100mila residenti. L'incidenza italiana è simile a quella media osservata tra i paesi dell'Unione Europea (5,8 nuovi casi per 100mila abitanti). La Toscana continua a avere tassi di incidenza di AIDS e di HIV maggiori rispetto a quelli nazionali (figura 1), collocandosi tra le regioni italiane con i tassi di incidenza più alti, preceduta nel 2017 per AIDS solo da Liguria (2,5 per 100mila abitanti), per HIV da Molise (10,0 per 100mila), Lazio (7,5 per 100mila), Umbria (6,7 per 100mila) e Liguria (6,5 per 100mila).

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 anti-retrovirali, fino al 2000, e da una successiva costante lieve diminuzione. L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, stabile dal 2009 al 2016, sembra in leggera diminuzione negli ultimi 2 anni. I casi dell'ultimo anno potrebbero essere sottostimati a seguito di un ritardo di notifica di alcune schede dai centri clinici, ma una reale diminuzione potrebbe essere il risultato dell'introduzione in Italia della Profilassi Pre Esposizione (PrEP), la somministrazione preventiva di farmaci in caso di rischio.

Il 76,6% dei casi notificati riguarda gli uomini (11,3 casi per 100mila uomini e 3,2 per 100mila donne). L'età mediana è di 41 anni per gli uomini e di 37 anni per le donne. La classe d'età più rappresentata è quella 30-39 anni con un'incidenza di 17,7 per 100mila abitanti. Sono in aumento i pazienti che scoprono la sieropositività dopo i 50 anni: incidenza pari a 4,6 per 100mila.

Si consolida negli anni la maggiore rilevanza della trasmissione del virus HIV per via sessuale, rispetto a quella per tossicodipendenza dominante negli anni '80 e '90. I rapporti sessuali non protetti costituiscono l'86,1% di tutte le segnalazioni, a sottolineare l'abbassamento del livello di guardia e la bassa percezione del rischio nella popolazione, soprattutto eterosessuale. Si conferma la bassa percezione del rischio di trasmissione del virus soprattutto per questi ultimi, che arrivano tardi a eseguire il test HIV. Un caso su cinque è già in AIDS conclamato al momento della diagnosi di sieropositività. Come già evidenziato negli anni scorsi, tra le donne sieropositive, una quota importante ha scoperto la patologia in gravidanza (16% nell'ultimo triennio), grazie all'inserimento dello screening per l'HIV nel libretto regionale per la gravidanza. Scoprire la sieropositività in gravidanza permette non solo di iniziare la terapia precocemente e di salvaguardare quindi la salute della donna, ma consente anche di prevenire la trasmissione del virus al bambino, com'è testimoniato dalla sensibile diminuzione nel nostro paese del tasso di incidenza di infezione neonatale. Non si sono verificati, infatti, casi pediatrici negli ultimi anni in Toscana.

Figura 1. HIV e AIDS – Incidenza per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 1988-2018.
Fonte: Elaborazioni ARS su dati del Sistema di sorveglianza HIV e Registro regionale AIDS



Epatiti virali: Epatite A, B, C, D, E

L'epatite è una condizione infiammatoria del fegato generalmente causata da virus epatotropi, sebbene vi possano essere altre cause tra cui l'assunzione di farmaci, droghe o sostanze tossiche di vario tipo (ad esempio l'assunzione di alcolici). Sono responsabili di epatite virale acuta almeno 5 virus specifici: Epatite A, B, C, D, E.

In Italia è attivo dal 1985 il Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute (SEIEVA), sorveglianza speciale delle epatiti virali acute sintomatiche coordinata dal Centro nazionale per la Salute globale e dal Dipartimento di Malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

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, anche se con decorso prolungato (dalle 2 alle 10 settimane), può decorrere in maniera asintomatica, è fatale in rari casi, soprattutto in soggetti 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).

Nel 2018 i casi segnalati dal SEIEVA in Italia sono stati 707, pari a 1,5 per 100mila abitanti, di cui 61 relativi a toscani, pari a 1,6 per 100mila abitanti, evidenziando una sensibile riduzione rispetto all'anno precedente di circa l'81%.

In Toscana la malattia mostra un andamento molto variabile, variando negli anni da meno di 20 casi a quasi 300. I più colpiti in termini di tassi sono le età comprese tra 25 e 44 anni e gli uomini.

Epatite B

L'infezione da virus dell'epatite B (HBV) è sintomatica nel 30-50% delle infezioni acute degli adulti e nel 10% dei bambini. In Italia, in seguito all'introduzione della vaccinazione obbligatoria 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.

Nel 2018 dal SEIEVA sono stati segnalati in Italia 202 casi di epatite B acuta sintomatica, di cui 29 relativi a toscani, -43,1% rispetto al 2017 quando i casi erano stati 51. 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 che raggiunge il minimo storico nel 2018.

I più colpiti sono gli uomini tra i 25 e i 64 anni. È importante ricordare che gli italiani d'età superiore a 38 anni non sono coperti dalla vaccinazione obbligatoria.

Epatite C

L'infezione acuta da virus dell'epatite C (HCV) è solitamente asintomatica: ha raramente un decorso fulminante fatale, mentre in percentuale variabile tra il 60% e l'85% cronicizza.

I recenti studi realizzati sul territorio regionale (Silvestri, 2016) indicano una prevalenza di infezione cronica da HCV in Toscana di circa l'1%, in linea con la prevalenza media dell'Italia centrale. L'infezione cronica da HCV è comune tra le persone nate tra il 1946 ed il 1964 (cosiddetti *Baby Boomers*), anni in cui i fattori nosocomiali o iatrogeni e i rischi comportamentali, quali la sperimentazione di uso di droghe iniettabili, tatuaggi non sicuri e comportamenti sessuali ad alto rischio, hanno contribuito alla diffusione dell'infezione.

Nel 2018 sono stati segnalati in Italia dal SEIEVA 48 nuovi casi di epatite C acuta, di cui 6 relativi a toscani, dato in linea con quello del 2017.

I nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) permettono il raggiungimento dell'eradicazione virale nel 90-95% dei pazienti che ricevono il trattamento, perciò la Regione Toscana ha avviato un progetto finalizzato al trattamento di tutti i soggetti con epatite cronica C residenti (stimati in circa 18.500) nel triennio 2018-2020, attraverso il potenziamento dell'offerta ambulatoriale (d.g.r.t. 397/2018).

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* in precedenza descritta.

Epatite D

L'epatite D è un'infezione acuta sostenuta dal virus dell'epatite D (HDV), un virus "difettivo", cioè che necessita della contemporanea presenza del virus dell'epatite B per potersi replicare.

Pertanto, la vaccinazione esistente per il virus B, protegge anche per il virus dell'epatite D. La modalità di trasmissione è la stessa di quella per il virus B.

Nel 2018 non sono stati segnalati casi di HDV in Italia né in Toscana: nella nostra regione l'ultima notifica risale al 2008.

Epatite E

L'infezione acuta da virus dell'epatite E (HEV) si caratterizza per un quadro simile a quello dell'epatite A. La trasmissione avviene per via oro-fecale. Le donne in gravidanza hanno un aumentato rischio di epatite fulminante e di morte, in particolare durante il terzo mese di gravidanza. La malattia cronicizza raramente, sono stati segnalati casi di infezione cronica da epatite E in soggetti immunosoppressi.

Nel 2018 sono stati segnalati dal SEIEVA in Italia 49 casi di epatite E acuta. La maggior parte delle infezioni è stata diagnosticata in uomini (67%), più della metà dei quali over44enni.

Nello stesso anno i casi di HEV tra i toscani sono stati 6, nel 2017 si era osservato solo un caso.

Malattie batteriche invasive (MBI): da *Haemophilus influenzae*, da meningococco, da 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 in questo paragrafo, derivanti dal Sistema di sorveglianza speciale delle malattie batteriche invasive, non rilevano l'informazione sulla residenza dei pazienti, pertanto il focus delle analisi, diversamente dai paragrafi precedenti, è rappresentato dai casi notificati dalle strutture toscane (riferibili a residenti e non).

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 che si differenziano per il tipo di capsula di cui sono costituiti. La trasmissione avviene generalmente per via aerea. Le persone maggiormente a rischio di sviluppare un'infezione grave sono i bambini, prevalentemente sotto l'anno di vita,

e gli adulti con più di 65 anni. Sono considerate inoltre a rischio le persone con un sistema immunitario indebolito a causa di malattie croniche come diabete, cardiopatie, malattie del fegato, insufficienza renale, malattie del sangue e, infine, le persone a cui è stata tolta la milza. Come anticipato esistono due vaccini disponibili: il polisaccaridico 23-valente, utilizzabile soltanto nei bambini sopra i due anni e negli adulti, e quello coniugato 13-valente (PVC13), che protegge nei confronti dei 13 ceppi responsabili della maggior parte delle infezioni più gravi nei bambini.

Lo pneumococco rappresenta la malattia predominante tra le MBI e in Italia, il dato provvisorio pubblicato dall'ISS a marzo 2018 indica che nel 2017 i casi di malattia sono stati 1.425, pari a 2,4 ogni 100mila abitanti.

In Toscana i casi di pneumococco notificati nel 2018 sono stati 38, 1 ogni 100mila abitanti, -28,3% rispetto ai 53 casi del 2017. Le persone maggiormente colpite dalla malattia sono over64enni.

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: il batterio rimane nel loro naso oppure nella gola senza causare sintomi, consentendo di sviluppare gli anticorpi che garantiranno un'immunità negli anni a venire. 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.

La presenza di una capsula polisaccaridica consente di suddividere i ceppi di *haemophilus influenzae* in due gruppi, quello dei capsulati, classificati a loro volta in 6 sierotipi compresi tra a-f, e quello dei non capsulati che non risultano tipizzabili. Mentre questi ultimi sono raramente causa di malattie invasive, i capsulati, e in particolare il ceppo b, erano responsabili in epoca pre-vaccinale di un'incidenza di circa 10 casi di malattia ogni 100mila bambini al di sotto dei 5 anni.

In Italia il dato provvisorio pubblicato dall'ISS a marzo 2018 indica che nel 2017 i casi di malattia sono stati 147. I casi notificati in Toscana nel 2018 sono stati 7, erano stati 6 nel 2017.

Meningococco

Il meningococco, scientificamente noto come *Neisseria Meningitidis*, è un batterio che generalmente si localizza nella mucosa del tratto naso-faringeo degli esseri umani, per questa ragione la trasmissione avviene generalmente per via aerea attraverso l'inalazione di goccioline di saliva e secrezioni nasali.

Sono stati identificati 13 tipi di meningococco, ma solo 5 (A, B, C, W, Y) sono maggiormente responsabili di MBI. La malattia colpisce più frequentemente i bambini sotto i 5 anni, in

particolare quelli sotto i 2 anni di vita. Un'altra fascia d'età interessata, anche se con minor frequenza, è quella degli adolescenti e dei giovani adulti.

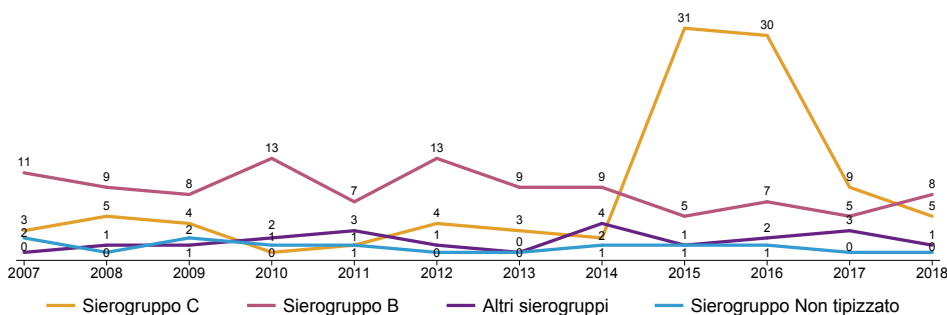
Come anticipato, i vaccini esistenti offrono una copertura nei confronti dei 5 ceppi maggiormente responsabili di malattia.

In Italia il dato provvisorio pubblicato dall'ISS a marzo 2018 indica che nel 2017 i casi di malattia sono stati 196. I casi di meningite e/o sepsi da meningococco notificati in Toscana nel 2018 sono stati 14, di cui 3 hanno perso la vita. I casi nel 2017 erano stati 17 (senza decessi). I casi tornano su livelli precedenti al biennio 2015-2016, periodo in cui si era verificato un sensibile aumento dei casi di malattia, con 78 persone infettate di cui 14 decedute.

Il "caso Toscana", lo ricordiamo, si è caratterizzato per un'ampia diffusione del batterio meningococco C (MenC), e in particolare del ceppo iper-virulento e iper-trasmissibile C:ST-11, responsabile nel biennio 2015-2016 di 61 casi di meningite e/o sepsi da meningococco, con 13 decessi (letalità del 21,3%).

Poiché nel 2017 i casi di MenC sono stati 9, mentre nel 2018 sono ulteriormente scesi a 5, attualmente l'allarme meningite in Toscana può dirsi definitivamente cessato, essendo i valori di incidenza della malattia tornati in linea con quelli registrati precedentemente al biennio 2015-2016.

Figura 2. MBI da meningococco per sierogruppo - Casi notificati - Toscana, periodo 2007-2018. Fonte: Elaborazioni ARS su Sorveglianza speciale delle MBI - Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di Regione Toscana



L'analisi per età e genere rivela che, nel biennio 2015-2016 la fascia d'età più colpita è stata quella tra gli 11 e i 19 anni (1,75 casi ogni 100mila abitanti). Nel 2017 nessun adolescente ha contratto la malattia mentre le età in cui i casi sono stati più numerosi sono quelle comprese tra 20 e 44 anni (0,56 casi ogni 100mila abitanti). Nel 2018, infine, l'età media dei casi aumenta ulteriormente, trattandosi di persone d'età sempre superiore a 45 anni.

Eventi acuti cardiovascolari

Gli eventi acuti cardiovascolari, infarti e ictus principalmente, 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 2018), per questo si propone una lettura separata dei dati di ospedalizzazione e di mortalità.

Nel 2017 in Toscana sono avvenuti circa 349 ricoveri per infarto ogni 100mila uomini e 138 ogni 100mila donne. Il dato toscano è inferiore alla media nazionale, pari a 360 per 100mila uomini e 140 per 100mila donne. Nello stesso anno, sono avvenuti complessivamente 445 ricoveri per ictus ogni 100mila uomini, e 378 ogni 100mila donne. L'incidenza dell'ictus è invece superiore alla media nazionale, pari a 427 per 100mila uomini e 342 per 100mila donne (tabella 1).

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 2017 – Fonte: Osservasalute su dati ISTAT

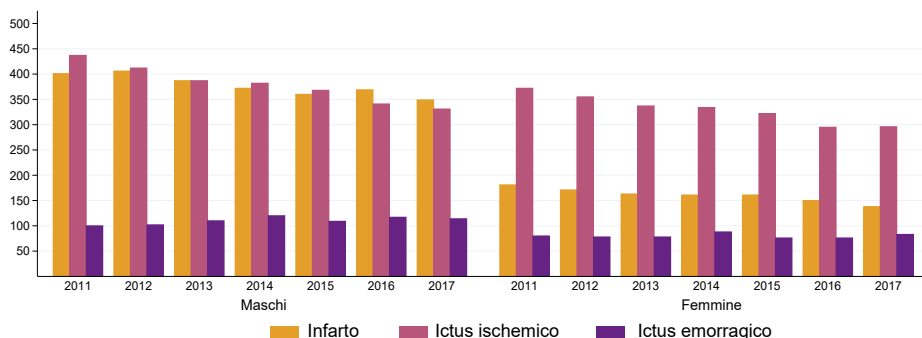
Regione	Maschi			Femmine		
	Infarto	Ictus		Infarto	Ictus	
		emorragico	ischemico		emorragico	ischemico
Piemonte	336,2	117,7	266,8	128,7	72,8	223,4
Valle d'Aosta	320,9	89,3	516,4	131,2	50,1	477,8
Lombardia	355,4	85,5	261,4	137,6	56,9	215,6
P. A. Bolzano	335,6	115,2	380,5	117,4	70,5	307,3
P. A. Trento	340,5	107,0	287,6	156,0	64,0	262,2
Veneto	272,4	88,3	282,6	109,5	61,1	244,3
Friuli Venezia Giulia	383,9	100,1	278,6	152,5	73,0	259,6
Liguria	320,8	98,5	352,5	120,7	65,0	295,3
Emilia Romagna	403,5	113,5	330,6	159,3	76,9	295,8
Toscana	349,2	113,9	331,1	138,2	83,0	295,5
Umbria	350,5	106,8	384,4	132,1	67,4	298,5
Marche	396,7	113,4	325,8	165,2	80,5	258,1
Lazio	325,5	86,9	321,4	128,9	57,2	276,4
Abruzzo	394,8	108,0	442,0	147,1	72,0	393,0
Molise	253,5	115,1	551,6	81,0	70,8	433,1
Campania	397,0	81,5	443,8	153,0	48,8	361,0
Puglia	367,2	73,5	337,1	149,5	42,4	281,8
Basilicata	406,6	111,4	381,2	181,3	66,1	304,0
Calabria	402,9	76,1	339,7	150,1	51,2	269,1
Sicilia	430,9	86,4	444,8	151,6	47,6	382,0
Sardegna	325,9	86,7	314,8	136,0	52,5	259,7
Italia	360,2	94,6	332,6	140,0	61,4	281,0

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 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 più in là negli anni.

Molte abitudini e stili di vita incidono sul rischio di andare incontro a questi eventi. Dieta ricca di 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 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 2017, in Toscana, si è osservata una lieve, ma costante, diminuzione dei ricoveri per infarto e ictus. Circa 9 ricoveri in meno per infarto e 16 per ictus ogni 100mila uomini (l'incidenza degli ictus emorragici è però lievemente aumentata) e, rispettivamente, -7 e -12 ogni 100mila donne (figura 1). La diminuzione di questi ricoveri contribuisce in maniera sostanziale alla generale diminuzione dell'ospedalizzazione osservata in Toscana negli ultimi anni. Sicuramente stanno contribuendo le attività di prevenzione primaria, per la diminuzione della diffusione dei principali fattori di rischio citati precedentemente, e secondaria, con piani terapeutici dedicati e comprensivi di linee guida per la corretta prescrizione dei farmaci cardiovascolari e il monitoraggio dei valori ematici e pressori.

Figura 1. Ospedalizzazione per infarto e ictus (reparti per acuti, regime ordinario) per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana, periodo 2011-2017 – Fonte: Osservasalute su dati ISTAT

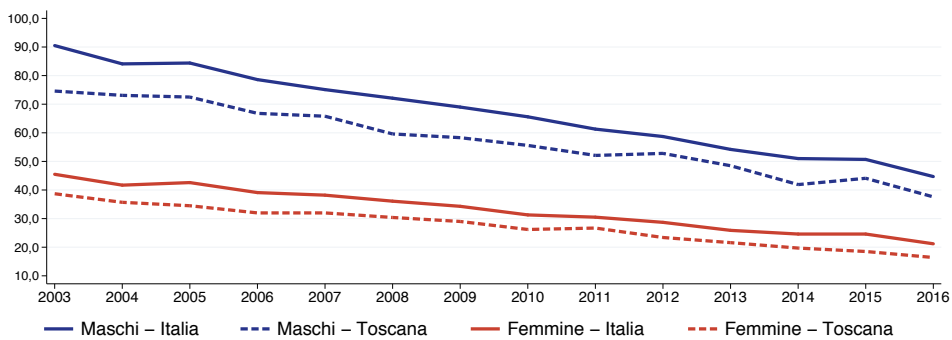


Nel loro complesso, le malattie afferenti al grande gruppo del sistema circolatorio causano il decesso di 1 italiano su 3 e la Toscana non fa eccezione (36% dei morti totali). Infarto e ictus costituiscono quasi la metà di questi casi. Tuttavia, i progressi nella tempestività e nell'efficacia

degli interventi di gestione di questi eventi stanno continuando a portare benefici nel tempo, contribuendo alla diminuzione generale dei decessi.

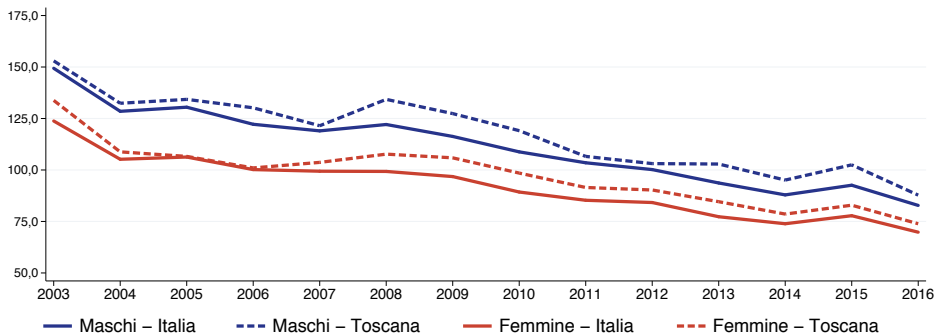
Nel 2016 la mortalità per infarto prosegue il trend in diminuzione, dopo un leggero rialzo osservato nel 2015, caratterizzato da un picco nella mortalità generale che ha riguardato tutte le cause e tutta Italia, concentrato nella popolazione più anziana. Nel 2016 il tasso di mortalità standardizzato per età ha raggiunto i 38 decessi per 100mila uomini e 16 per 100mila donne (figura 2). La Toscana conferma tassi lievemente inferiori alla media italiana, sia per gli uomini (45 per 100mila) che per le donne (21 per 100mila).

Figura 2. Mortalità per infarto per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2016 – Fonte: ISTAT



Considerazioni analoghe valgono per il trend della mortalità per malattie cerebrovascolari (che oltre all'ictus comprendono le occlusioni e stenosi delle arterie precerebrali e i postumi delle malattie cerebrovascolari). Nel 2016 il tasso di mortalità standardizzato per età ha raggiunto gli 88 decessi per 100mila uomini e 74 per 100mila donne (figura 3). La Toscana in questo caso però conferma tassi lievemente superiori alla media italiana, sia per gli uomini (83 per 100mila) che per le donne (70 per 100mila).

Figura 3. Mortalità per malattie cerebrovascolari per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2016 – 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, fanno sì che il numero di malati cronici nella popolazione tenda nel tempo ad aumentare.

I malati cronici in Toscana sono quasi un milione e mezzo (stime ISTAT da Indagine Multiscopo 2017), pari al 40,1% della popolazione e sostanzialmente in linea con la media italiana (39,9%) (tabella 1). Le patologie più frequenti in Toscana, tra quelle censite, sono l'artrosi/artrite e l'ipertensione, rispettivamente al 16% e al 15,7%. Visto il continuo aumento delle persone che hanno più malattie croniche rispetto a chi ne ha soltanto una, la condizione cronica più frequente è la multimorbidità (20,3%), è ormai necessario approcciarsi a questo tema con un'ottica diversa, più orientata 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 2017 – Fonte: ISTAT

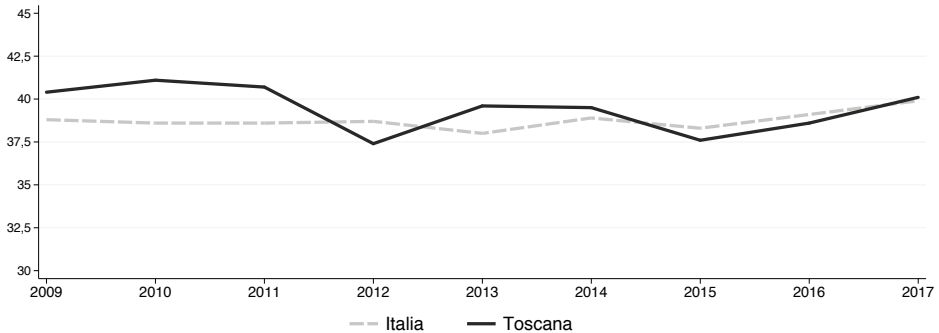
Malattia	Toscana		Italia
	N. malati (in migliaia)	% standardizzata	% standardizzata
Artrosi, artrite	596	16,0	16,1
Iipertensione	589	15,7	17,8
Malattie allergiche	413	11,1	10,7
Osteoporosi	272	7,3	7,9
Broncopneumopatia cronico ostruttiva	228	6,1	5,9
Diabete	221	5,9	5,7
Disturbi nervosi	159	4,3	4,5
Malattie del cuore	139	3,7	4,1
Ulcere	72	1,9	2,4
Almeno una	1.493	40,1	39,9
Una soltanto	737	19,8	19,0
Almeno due	756	20,3	20,9

Rispetto all'anno precedente i malati cronici sono circa 20mila in più e questo si traduce in un maggior impegno, soprattutto da parte dei servizi territoriali, nella gestione quotidiana della malattia. Anche l'efficacia della presa in carico territoriale inoltre tende a far crescere la prevalenza di malati nella popolazione, evitando peggioramenti di salute, mantenendo i cronici più in salute possibile e contribuendo così ad aumentare la loro aspettativa di vita alla diagnosi.

Standardizzando il dato per età, il trend degli ultimi 8 anni è comunque abbastanza stabile (figura 1), anche se nell'ultimo triennio tende ad aumentare leggermente, nella nostra regione come in Italia. Come noto ISTAT raccoglie l'informazione riportando condizioni di salute

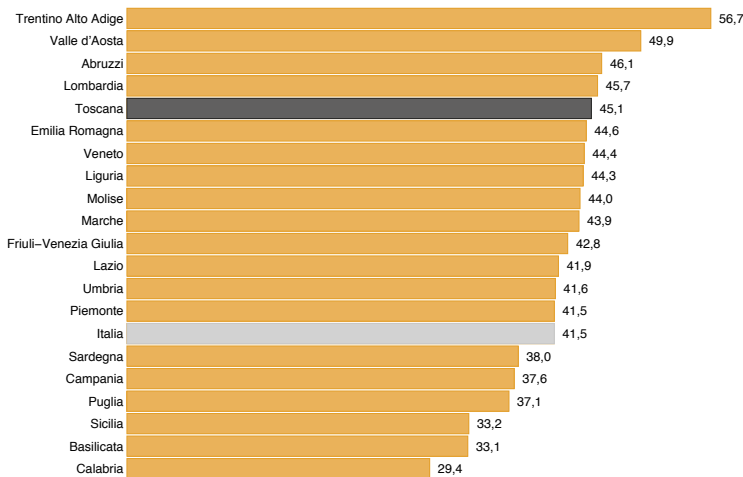
autoriferite dall'intervistato, in assenza della formulazione di una diagnosi clinica, pertanto la precisione delle stime che derivano da questa modalità di rilevazione non consente di interpretare come significative le modeste oscillazioni osservate nel trend recente.

Figura 1. Malati cronici – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2009-2017 – Fonte: ISTAT



Aumentano del 5% rispetto all'anno precedente i malati che si considerano comunque in buona salute. Nel 2017 il dato sale al 45,1%, sopra la media nazionale (41,5%), collocando la Toscana al 5° posto tra le regioni italiane (figura 2). L'aumento potrebbe essere letto in relazione alla migliore capacità dei servizi sanitari e di welfare di dare una risposta e un'assistenza efficace, aiutando così la persona a convivere con la propria malattia senza percepire una diminuzione della propria qualità di vita.

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 2017 – Fonte: ISTAT



Disabilità

La definizione di disabilità non è universale, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ad esempio la definisce come il risultato della relazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali. La malattia può essere origine di menomazioni funzionali o fisiche, ma fattori personali e ambientali possono modificarne gli esiti disabilitanti, condizionando le limitazioni nello svolgimento di attività o nella partecipazione sociale. L’assistenza deve puntare al raggiungimento della massima autonomia possibile da parte della persona con disabilità.

Non essendo disponibile un registro delle persone con disabilità in Toscana, è necessario attingere a varie fonti informative per fornire un quadro complessivo di questa popolazione. Le persone con limitazioni funzionali erano nel 2013 secondo l’ISTAT circa 4,8 ogni 100 abitanti d’età uguale o superiore ai 6 anni in Toscana, 5,5 per 100 in Italia. Il dato toscano è tra i più bassi in Italia, anche se in leggera crescita rispetto alla rilevazione 2005, quando era pari a 4,5 per 100 abitanti d’età 6+. Se rapportato alla popolazione attuale, le persone con limitazioni funzionali attese sono poco più di 171mila, di cui oltre 78mila con problematiche di confinamento (condizione estrema in cui si può trovare una persona se per limitazioni nelle funzioni della mobilità o locomozione è costretta permanentemente a casa) (tabella 1).

Tabella 1. Persone con limitazioni funzionali di 6+ anni – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti e stima dei prevalenti sulla popolazione attuale – Toscana e Italia, anno 2013 e stima 2018 – Fonte: ISTAT

Variabili	Prevalenza standardizzata		Attesi su popolazione toscana 2018 (in migliaia)
	Italia	Toscana	
Con limitazioni funzionali	5,5	4,8	171
Tipo di limitazioni funzionali:			
Confinamento (persona costretta a casa per limitazione nelle funzioni)	2,5	2,2	78
Limitazioni nelle funzioni	3,4	2,7	96
Limitazioni nel movimento	2,6	2,7	96
Limitazioni vista, udito e parola	1,5	1,3	46

Il gap tra Toscana e Italia è confermato anche dal dato sulle persone con limitazioni nelle funzioni sensoriali e motorie (ISTAT su dati EUROSTAT Indagine europea sulla salute, EHIS). Sono attese circa 460mila persone con più di 15 anni con limitazioni nella vista (di cui 44mila gravi), circa 600mila con limitazioni dell’udito (di cui 141mila gravi) e circa 465mila con limitazioni motorie (di cui 212mila gravi).

Tabella 2. Persone con limitazioni funzionali nella sfera sensoriale e motoria di 15+ anni per livello di gravità – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti d'età 15+ anni e stima dei prevalenti (in migliaia) sulla popolazione attuale – Toscana, anno 2015 e stima 2018 – Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati EUROSTAT

Tipo di limitazione	Livello di gravità	Prevalenza standardizzata		Persone con limitazioni attese su popolazione toscana 2018 (in migliaia)		
		Italia	Toscana	15-64 anni	65+ anni	Totale
limitazione vista	moderate	15,0	11,8	232	184	416
	gravi	1,7	0,9	8	36	44
limitazioni udito	moderate	15,8	12,5	181	274	455
	gravi	3,6	3,4	29	112	141
limitazioni motorie	moderate	8,8	6,8	72	181	253
	gravi	6,3	5,0	26	186	212

Passando dalle stime di popolazione ai dati reali, pur limitati a un sottogruppo di disabilità, a fine 2018 risultano erogate in Toscana 107.700 indennità di accompagnamento a invalidi totali e parziali, di cui circa 99.800 a invalidi totali. Tra queste ultime, l'80% (80.400 persone) sono destinate ad anziani e il 20% a 0-64enni (19.400) (fonte: INPS, indennità di accompagnamento). Trattandosi di invalidi totali il dato si riferisce a un sottogruppo della definizione adottata da ISTAT, possono essere un buon *proxy* della disabilità grave.

Tabella 3. Beneficiari di indennità di accompagnamento INPS in Toscana per categoria e classe di età – Casi e distribuzione percentuale per età – Toscana, anno 2018 – Fonte: INPS

Beneficiari indennità	Casi			%		
	0-64 anni	65+ anni	Totale	0-64 anni	65+ anni	Totale
Ciechi civili	1.550	5.875	7.425	21%	79%	100%
Sordomuti	1.614	635	2.249	72%	28%	100%
Invalidi totali	19.436	80.407	99.843	19%	81%	100%
Invalidi parziali	7.612	233	7.851	97%	3%	100%
Totale	30.213	87.150	117.368	26%	74%	100%

Gli accertamenti annuali dell'invalidità civile nel quadriennio 2015-2018 sono stati circa 9-10mila, per un totale di quasi 40mila soggetti under65enni accertati, oltre un terzo dei quali in situazione di gravità (14.500 complessivi) (fonte: INPS, invalidità civile). La classe d'età maggiormente 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 29% del 2018). La tipologia di minorazione maggiormente presente è quella fisica (50%), seguita da quella psichica (16%) e dal pluri-handicap (14%), mentre è residuale la disabilità sensoriale (2%).

Tabella 4. Accertamenti di invalidità I. 104/92 in Toscana per gravità e classe d'età – Casi accertati e casi gravi ogni 100 accertati – Toscana, periodo 2015-2018 – Fonte: INPS

Anno	Accertamenti per età					Accertamenti totali	di cui gravi	
	0-3	4-18	19-25	26-39	40-64		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

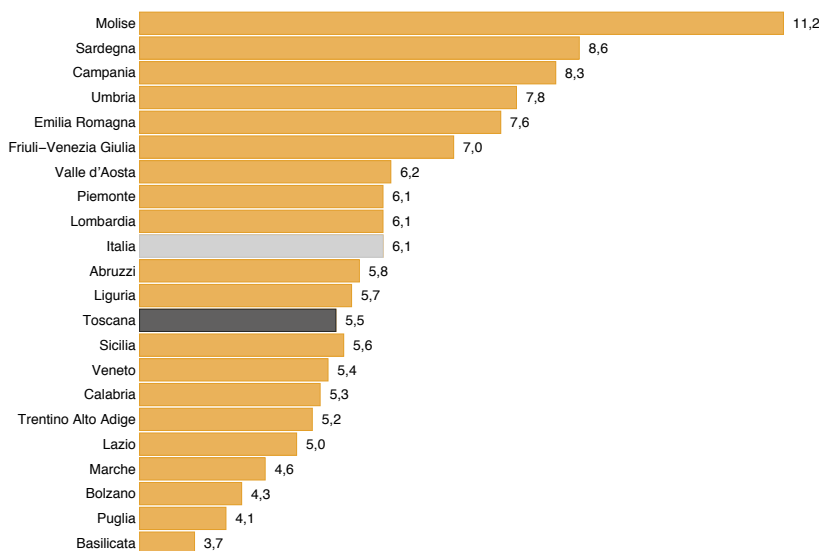
Infine, gli under65enni con disabilità in carico al servizio sociale professionale (cartella sociale attiva e almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale nell'anno) a dicembre 2017 sono 21.600 (fonte: Regione Toscana, Osservatorio Sociale Regionale).

Salute mentale

La salute mentale rappresenta una condizione fondamentale per il benessere individuale e la partecipazione alla vita sociale ed economica dei cittadini. Secondo quanto recentemente pubblicato dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS), il 27% della popolazione europea adulta (18-65 anni, 28 paesi UE) ha sperimentato almeno un disturbo mentale nel corso dell'ultimo anno (circa 83 milioni di persone) con un costo totale stimato di oltre 600 miliardi di euro, più del 4% del PIL.

In Italia, secondo l'indagine European health interview survey (EHIS) per il triennio 2015-2017, si stima che il 7% della popolazione d'età 15+ anni (3,7 milioni di persone) abbia sofferto di disturbi ansioso-depressivi nel corso dell'ultimo anno, mentre la prevalenza del solo disturbo depressivo è pari al 5,5% (media europea: 7,1%). Pur se riferito ai soli sintomi depressivi, anche l'indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ha inserito nel proprio sistema di monitoraggio il Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Il dato nazionale, riferito al periodo 2014-2017, è stabile rispetto al periodo precedente (2013-2016), con una prevalenza di persone che riferiscono di aver sofferto di sintomi depressivi nelle due settimane precedenti all'intervista pari al 6,1% tra gli italiani adulti (18-69 anni). A livello regionale, invece, si osservano differenze significative a carico di alcuni territori fra cui la Campania, dove si è registrato un incremento di circa 2 punti percentuali, e il Molise (+1,1%). Di senso opposto le variazioni osservate in Liguria e Toscana, dove si è verificata la riduzione maggiore (-1,1% e -0,8% rispettivamente).

Figura 1. Sintomi di depressione autoriferiti – Prevalenza per 100 abitanti – Regioni e Italia, periodo 2014-2017 – Fonte: Studio PASSI, Istituto Superiore di Sanità



Pur riconoscendo ai disturbi depressivi un ruolo importante nel panorama epidemiologico della salute mentale, la mancanza di informazioni più specifiche, circa la diffusione dei principali disturbi psichiatrici nella popolazione generale, ha favorito la realizzazione di un accordo di collaborazione fra l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana e le tre principali Università toscane, finalizzato alla realizzazione di un progetto di ricerca in grado di rispondere alla mancanza d'informazioni, riportando così maggior attenzione sul tema della salute mentale.

In attesa di questi risultati, che speriamo di poter presentare nel 2020, la diffusione dei disturbi psichici nella popolazione generale, è misurata dai dati provenienti dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) territoriali, che però risentono di alcune incompletezze, soprattutto nella compilazione del campo diagnosi. Per questo motivo non è possibile disporre di un dato standardizzato per età.

Nel 2018 quasi 81mila persone hanno ricevuto almeno una prestazione presso i DSM territoriali, 216 ogni 10mila abitanti (valore stabile rispetto agli anni precedenti). Di questi, 46.500 hanno effettuato almeno 4 prestazioni nel corso dell'anno (57,6% del totale) e pertanto possono essere considerati "presi in carico" (124,5 presi in carico per 10mila abitanti). I nuovi utenti, cioè coloro che hanno effettuato un primo accesso ai DSM nel corso del 2018, sono stati 23mila, pari a 61,7 ogni 10mila abitanti.

Dividendo la popolazione in adulti e minori, in base ai servizi di presa in carico, emergono subito i valori di gran lunga superiori nella fascia d'età ≤19 anni. In linea con le specificità di genere tipiche delle patologie che si presentano in età infantile, i maschi sono prevalenti rispetto alle femmine. Al contrario, in età adulta, il rapporto s'inverte, mantenendo comunque una maggior similitudine fra i due generi.

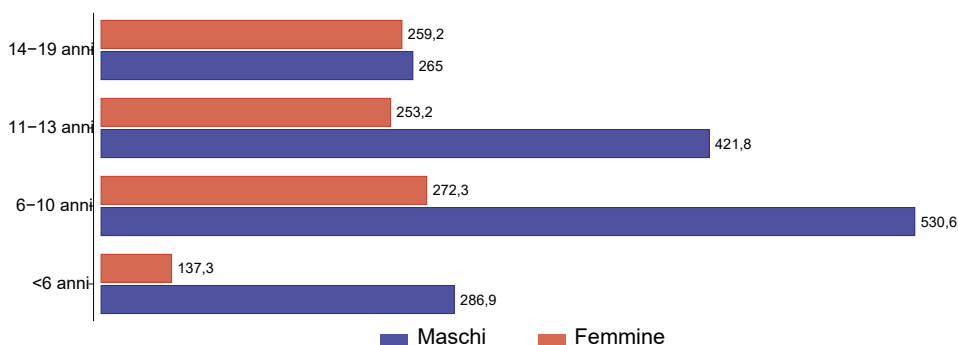
Tabella 1. Pazienti in carico presso i Dipartimenti di Salute mentale per genere e classe d'età – Prevalenti e incidenti per 10.000 abitanti – Toscana, anno 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SALM

Età	Prevalenti percorso aperto e almeno 1 prestazione nell'anno		Prevalenti con 4+ prestazioni nell'anno (presi in carico)		Nuovi utenti con almeno 1 prestazione nell'anno	
	Maschi (N=41.039)	Femmine (N=39.678)	Maschi (N=20.045)	Femmine (N=22.480)	Maschi (N=8.954)	Femmine (N=14.100)
≤19 anni	627,4	404,3	365,1	228,4	162,5	119,9
≥20 anni	139,2	168,0	82,1	95,3	39,5	50,7
Totale	227,6	205,2	133,3	116,2	49,7	72,9

Per cercare di fornire maggiori informazioni circa la significativa riduzione osservata nel passaggio dai servizi per minori a quelli per adulti, va fatto riferimento alle diagnosi che, come detto, presentano molte lacune, ma possono tuttavia fornire indicazioni utili soprattutto tra i minori. Prima dei 19 anni le principali diagnosi sono i disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (25,7% delle diagnosi inserite) e i disturbi dell'eloquio e del linguaggio (24,5%), alle quali seguono i disturbi evolutivi globali e i disturbi ipercinetici (entrambi al 7,6% e in aumento rispetto al 2017) tra i maschi, e i disturbi della sfera emozionale con esordio

nell'infanzia (4,4%) e i disturbi d'ansia (4,3%) tra le femmine. Sapendo che gran parte di queste patologie manifestano il loro esordio durante i primi anni della scuola primaria, non stupisce l'alta prevalenza di presi in carico nella fascia di età 6-13 anni (figura 2). Inoltre, per una corretta lettura del dato riferito all'elevata prevalenza dei disturbi evolutivi delle abilità scolastiche e del linguaggio, dobbiamo ricordare che la Regione Toscana, nel corso degli ultimi anni, ha attivato specifici protocolli di valutazione e di presa in carico grazie ai quali è stato possibile potenziare il percorso diagnostico svolto dai Servizi specialistici. Patologie per quale non sempre è prevista la presa in carico da parte dei Servizi di salute mentale per adulti, fattore che può spiegare parte della riduzione osservata fra i Servizi infanzia-adolescenza e salute mentale adulti.

Figura 2. Minori presi in carico (almeno 4 prestazioni nell'anno) presso i Dipartimenti di Salute mentale per genere e classe d'età - Prevalenti per 10.000 abitanti - Toscana, anno 2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SALM



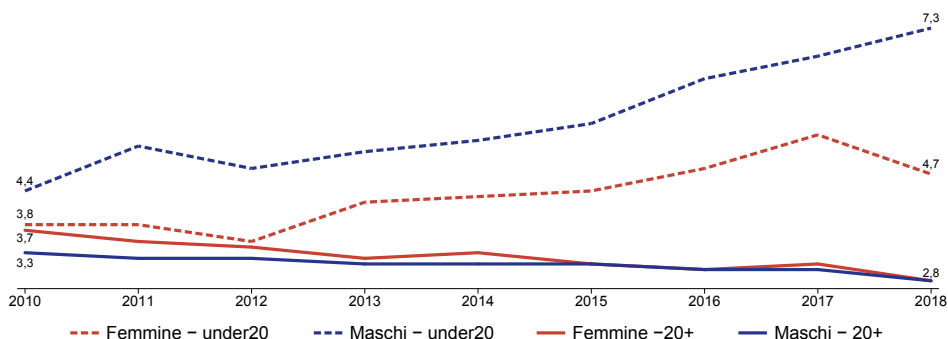
Fra gli adulti le diagnosi principali non mostrano differenze significative rispetto agli anni precedenti. Le principali patologie continuano a essere i disturbi nevrotici (30,4% delle diagnosi inserite), seguiti dalle psicosi affettive (22,4%), dalle reazioni da adattamento (13,8%) e dai disturbi di personalità (5,5%).

Nonostante il trattamento in ambito territoriale sia la principale modalità di presa in carico dei disturbi di salute mentale, in situazione di acuzie o di particolari forme patologiche, è necessario ricorrere al ricovero ospedaliero.

In linea con il dato nazionale, in Toscana l'ospedalizzazione per disturbo psichiatrico sembra aver raggiunto una certa stabilità mantenendosi nel 2018 su un valore medio di 3,4 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 35,8% effettuati in regime di day hospital. 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 giorni e a 7 giorni dalla dimissione. La Toscana, rispetto alla media nazionale, presenta valori inferiori in entrambi gli indicatori. Nel primo caso (30 giorni dalla dimissione) i ricoveri ripetuti rappresentano il 9,9% rispetto al 17,7% italiano (ultimo dato italiano 2016), mentre a 7 giorni costituiscono il 4,5% del totale rispetto al 7,8% italiano (anno 2016).

Da alcuni anni il ricovero psichiatrico non mostra differenze di genere. Tuttavia, dividendo la popolazione in adulti e minori, i due trend hanno andamenti molto diversi fra loro, con un progressivo incremento delle ospedalizzazioni fra i minori. Tra i maschi in particolare il tasso di ricovero non accenna a diminuire, raggiungendo i 7,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti. I ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione rappresentano il 7,4% del totale quelli a 7 giorni il 3,4%.

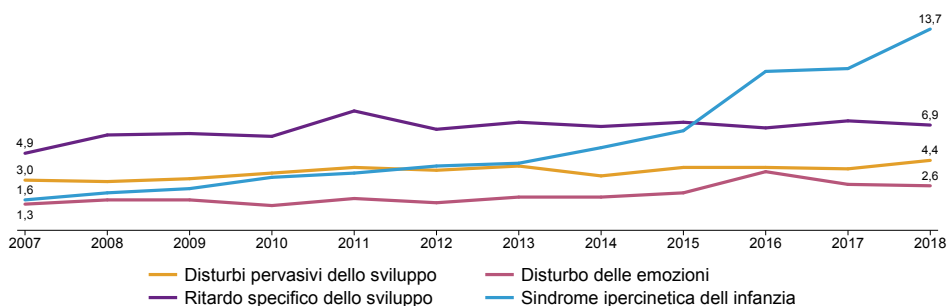
Figura 3. Ospedalizzazione per disturbi psichici (ICDIX-CM 209-319) per genere e classe d'età – Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti – Toscana, periodo 2010-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



Nella popolazione adulta (20+ anni), le prime due cause di ricovero si confermano essere il disturbo bipolare, 9,7 ricoveri ogni 10mila abitanti, stabile rispetto al 2017, e il disturbo schizofrenico, 5,8 ricoveri ogni 10mila abitanti. Seguono i disturbi psico-organici e le sindromi depressive, entrambi in lieve diminuzione.

Andamento molto diverso emerge dall'analisi della popolazione d'età ≤19 anni, dove i ricoveri per disturbi dell'infanzia negli ultimi 10 anni sono passati da 10,9 a 28,1 ogni 10mila abitanti. In particolare, fra i disturbi dell'infanzia, continua il significativo aumento dei ricoveri per disturbi ipercinetici dell'infanzia che dal 2007 sono aumentati di oltre 8 volte passando da 1,6 a 13,7 ricoveri per 10mila abitanti. Tra i maschi, dove si registra la prevalenza maggiore, il tasso di ricovero è di 23 ogni 10mila abitanti. Sempre fra i disturbi dell'infanzia, è elevata la prevalenza dei ricoveri con diagnosi di ritardo specifico dello sviluppo (6,9 per 10mila abitanti), disturbo pervasivo dello sviluppo (4,4 per 10mila) e disturbo delle emozioni (2,6 per 10mila), che però mantengono un andamento pressoché stabile (figura 4).

Figura 4. Ospedalizzazione per disturbi specifici dell'infanzia (ICDIX-CM 209-319) per tipologia - Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti d'età 0-19 anni - Toscana, periodo 2007-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



In assenza di un dato di popolazione generale, il quadro descritto traccia un andamento stabile del disturbo mentale nella popolazione adulta, ma in aumento fra i minori. In questo caso, come più volte segnalato, la maggior attenzione posta nei confronti della diagnosi precoce può aver favorito l'emersione di casi fino a quel momento sommersi. Tuttavia, è opportuno segnalare la necessità di approfondire un tema così importante con il supporto di informazioni cliniche più specifiche.

Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo

Sostanze illegali

Secondo quanto riportato nel rapporto World Drug Report 2018 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la prevalenza mondiale di soggetti interessati dal fenomeno dell'uso di sostanze illegali permane al 5,6% e circa 31 milioni di persone (1 ogni 10 consumatori di sostanze) soffrono di disturbi correlati all'uso di droghe. 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 nell'ultimo anno (2017) aumenta del 65% (raggiungendo le 10.500 tonnellate), così come la produzione di cocaina, che nel 2016 ha raggiunto il suo livello più alto (stimato in circa 1.410 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 provocando un aumento dei decessi da overdose. In Europa, l'oppiaceo più diffuso rimane l'eroina, ma vi sono state anche segnalazioni, seppur residuali, relative all'uso di metadone (non a scopi medici), buprenorfina e fentanyl.

I sequestri di sostanze rappresentano un valido indicatore dell'andamento dei mercati delle droghe, nel 2016 in Europa ne sono stati segnalati oltre 1 milione.

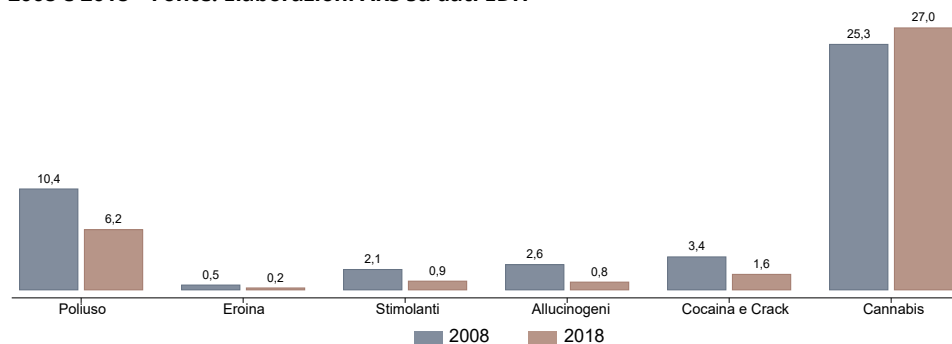
Le operazioni antidroga condotte nel 2017 in Italia sono state 25.765, considerando solo quelle di rilevanza penale, +8% rispetto al 2016, ma in Toscana, dove sono state fatte 1.669 operazioni (6,5% del totale nazionale), la variazione rispetto all'anno precedente è stata minima, +0,2%. Circa 1 operazione toscana su 3 è stata condotta nella provincia di Firenze. A seguito di tali operazioni, sono state sequestrate in Italia quasi 115 tonnellate di sostanze stupefacenti (il 95% ha riguardato cannabinoidi), +60% rispetto al 2016 (coerente con quanto osservato in Europa), tuttavia i quantitativi sequestrati nella nostra regione (circa 1.670 Kg) hanno subito nel 2017 una flessione del 17%.

Sul fronte della domanda di sostanze, come anticipato, il quadro è inalterato. I dati nazionali stimano che 1 italiano su 3 d'età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia consumato sostanze illegali nella vita e 1 su 10 lo abbia fatto nell'ultimo anno (IPSAD, 2017). L'uso di sostanze è ancora prevalente tra i giovani, in particolare per l'uso ricreazionale. Secondo i più recenti dati dell'indagine nazionale ESPAD® Italia, 1 adolescente su 4 (il 26%) ha assunto sostanze psicotrope nell'ultimo anno (età 15-18 anni). La cannabis è di gran lunga la sostanza più diffusa e il suo consumo è in lieve aumento, ma solo per l'uso sporadico. I ragazzi utilizzatori sono il doppio rispetto alle ragazze. Per quanto riguarda il consumo delle nuove sostanze psicoattive (NSP), l'indagine rileva un consumo di cannabinoidi sintetici (Spice) riferito all'ultimo anno pari all'8,1% del campione. Il 4% degli studenti utilizza sostanze psicoattive frequentemente (20+ volte al mese per la cannabis e/o 10+ volte al mese per le altre sostanze). Il 10,5% di chi nell'ultimo anno ha consumato almeno una sostanza illegale ha utilizzato 2+

sostanze psicoattive. In Toscana, secondo quanto stimato da ARS su dati dell'indagine EDIT rivolta agli studenti, l'andamento è allineato con quello nazionale. Nel 2018 il 37% degli studenti dichiara di aver assunto almeno una sostanza nella vita, il 30% nell'ultimo anno. Il dato è di 4 punti percentuali sopra la media nazionale per via di un consumo di cannabis lievemente più alto (ma non più frequente). Anche in Toscana (come nel resto del mondo) la cannabis continua a essere la sostanza maggiormente diffusa tra i consumatori, il 27% ne fa uso nell'anno, seguita dalla cocaina (1,6%), gli stimolanti (0,9%), gli allucinogeni (0,8%) e l'eroina (0,2%). Le prevalenze toscane si attestano sotto la media italiana, eccetto che per la cannabis (dato ESPAD® per l'Italia: 25,8% fa uso di cannabis nell'anno), che è anche l'unica sostanza che negli ultimi 10 anni registra un lieve incremento (figura 1).

L'uso di cannabinoidi nell'ultimo mese in Toscana riguarda il 18% dei ragazzi e, di questi, circa il 40% (quasi 14mila adolescenti toscani) ne fa un uso frequente (da qualche giorno alla settimana a tutti i giorni). Anche la poliassunzione di 2+ sostanze è in diminuzione negli ultimi 10 anni, dal 10% al 6% per i consumi annuali (-4% della media ESPAD). Quasi 2 consumatori su 3 non acquistano le sostanze su piazza, bensì le ottengono in regalo/condivisione con il gruppo di amici, denotando, come oramai noto, il forte ruolo che il "gruppo dei pari" ricopre nel condizionare le scelte individuali.

Figura 1. Uso di sostanze per tipologia - Adolescenti (età 14-18 anni) che dichiarano di aver usato la sostanza nell'ultimo anno per 100 adolescenti intervistati - Toscana, anni 2008 e 2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati EDIT



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 (PS), ricoveri, trattamenti sanitari o decessi per overdose.

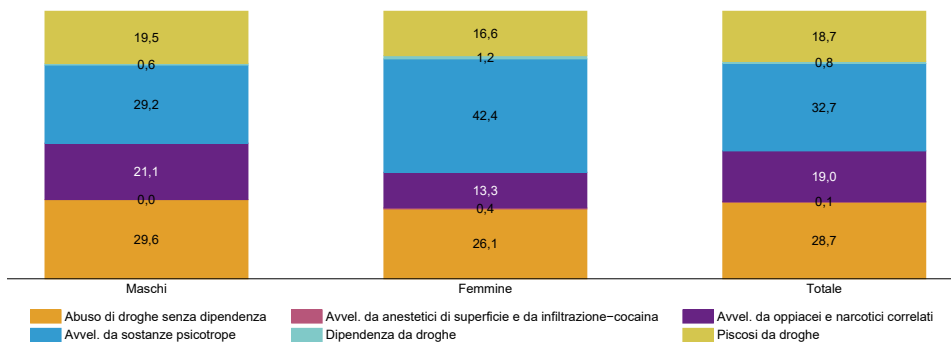
Riguardo gli eventi acuti correlati alla droga in Toscana non emergono variazioni rispetto all'anno precedente, gli accessi ai PS nel 2018 sono stati 909 (su un totale di 1 milione e mezzo di accessi l'anno), di questi il 28,5% sono stati effettuati da donne e il 10,6% ha esitato in un ricovero. Oltre il 70% ha un'età compresa tra i 20 e i 49 anni. Le diagnosi più frequenti sono l'avvelenamento da sostanze psicotrope (32,7%), in particolar modo per le donne (42,3%), l'abuso di droghe senza dipendenza (28,7%) e la psicosi da droghe (18,7%), entrambe con

una prevalenza lievemente maggiore tra gli uomini. L'avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati si è verificato nel 19% dei casi, con un valore che tra gli uomini arriva al 21% (tra le donne il 13%) (figura 2). Il tasso di accessi ai PS diminuisce dal 2011 al 2018, passando da 30 a 21,5 accessi ogni 100mila abitanti.

I ricoveri attribuibili a sostanze psicotrope nel 2018 sono stati 1.569 (erano stati 1.656 nel 2017). Il 34% dei ricoveri riguarda donne. L'età media è stabile nel tempo a circa 40 anni. Nell'insieme, i ricoveri effettuati per queste cause nel periodo 2011-2018 concentrano nell'abuso di droghe senza dipendenza (45,5% dei ricoveri) e nella dipendenza da droghe (40%) la maggior parte delle diagnosi di dimissione. Il tasso di ricovero per cause correlate alla droga (standardizzato per età) diminuisce dal 2011 al 2018, da 75,4 a 68,6 ricoveri ogni 100mila abitanti. Tale diminuzione, che peraltro segue quella dei ricoveri in Toscana per tutte le cause, è in linea con i dati nazionali sui ricoveri per le stesse cause.

Passando ai decessi provocati da overdose da sostanze, nel 2017 in Italia si sono verificati 294 casi, +10% rispetto all'anno precedente (86% dei casi sono uomini). La sostanza più frequentemente responsabile dell'overdose è l'eroina (50% dei casi), seguita da cocaina (18%) e metadone (4,4%). La fascia d'età più colpita è quella tra i 25 e i 40 anni. Inoltre, in base al monitoraggio del fenomeno dello strumento GeOverdose.it, è emerso che oltre l'80% dei coinvolti erano italiani, l'85% è deceduto da solo e il 67% al momento della morte si trovava in un luogo chiuso. In Toscana, nello stesso anno, si sono verificati 43 decessi, il 14,6% delle overdose in Italia. L'andamento toscano delle overdose infauste è simile a quello nazionale, sia come sostanze coinvolte che per la distribuzione per età e genere. Il tasso di mortalità da overdose (standardizzato per età) per l'ultimo triennio disponibile (2013-2015) è pari a 0,3 decessi ogni 100mila abitanti, con un andamento stabile nel tempo.

Figura 2. Accessi al Pronto Soccorso per cause correlate alla droga e genere - Distribuzione percentuale degli accessi per causa - Toscana, anno 2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo PS



In Italia nel 2017 (ultimo anno disponibile) gli utenti in carico presso i servizi per le dipendenze (Ser.D) erano poco meno di 130mila. Di questi l'utenza incidente era pari al 16% e il 14% erano utenti femmine. In Toscana nel 2018 i soggetti in trattamento per tossicodipendenza

presso i Ser.D sono stati 16.682 con una quota di utenza incidente sovrapponibile a quella dell'anno precedente e pari al 28,5%, confermando la forte capacità attrattiva da parte dei servizi toscani. La proporzione di utenti femmine, pari al 20%, sia tra i nuovi che tra gli utenti in carico. Per quanto riguarda le sostanze d'abuso primario, i dati confermano le tendenze oramai consolidate nell'ultimo ventennio. Continua a decresce l'eroina arrivando nel 2018 al 63,6% (2017: 65%), mentre cocaina e cannabis registrano prevalenze pari rispettivamente al 21,3% e 16,6%. Rispetto al panorama nazionale le prevalenze toscane risultano sovrapponibili sia per gli utenti prevalenti che incidenti.

In generale, nella nostra regione, si conferma un quadro di sostanziale stabilità per quanto riguarda la domanda e l'offerta di sostanze. Per quanto riguarda le conseguenze sanitarie si osserva un aumento degli eventi infausti droga correlati. Data l'attuale dinamicità che caratterizza i diversi mercati della droga, riportata dai più importanti enti nazionali ed internazionali, con conseguenti esiti di salute sui soggetti a maggior rischio (a partire dal Nord America), è necessario considerare un possibile effetto domino in tutti i paesi e per tutti i segmenti di popolazione più vulnerabili. Basti pensare che nel corso del 2017, in Italia, le segnalazioni in ingresso pervenute al Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe (SNAP) sono state 144. Queste hanno riguardato un totale di 95 sostanze, appartenenti alle seguenti classi: oppioidi (21), cannabinoidi sintetici (21), catinoni sintetici (18), fenetilamine (9), benzodiazepine (4), altro (22).

Gioco d'azzardo

La dimensione economica del gioco d'azzardo, come per molti altri comportamenti, può essere considerata un indicatore dell'andamento del fenomeno. Secondo i più recenti dati pubblicati dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli di Stato (AAMS) nel Libro Blu del 2017, 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, aumenta nuovamente, raggiungendo un totale di oltre 101 miliardi di euro (erano 84,5 miliardi nel 2014), mentre la vincita è arrivata a circa 82,8 miliardi di euro e la spesa dei giocatori a oltre 19 miliardi. Nello stesso documento si legge che i giochi che vanno per la maggiore sono ancora quelli con vincita immediata (slot, videopoker, lotterie e Gratta e Vinci). I volumi di gioco stimati per la Toscana, sempre nel 2017, ammontano a una raccolta di denaro stabile nel tempo e pari a 4,8 miliardi di euro (nel 2014 erano 4,4 miliardi), una vincita di circa 3,7 miliardi di euro e una spesa di oltre 1 miliardo. Nello stesso anno la spesa pro capite è di circa 1.304 euro, mentre a livello provinciale si conferma il record di Prato, in cui la spesa media per l'azzardo è stata di 2.948 euro pro capite (nel solo Comune di Prato supera i 3.300 euro pro capite).

La maggiore facilità di accesso ai giochi a pagamento e la bassa consapevolezza del rischio che questo comportamento, più spesso confuso con un passatempo, possa svilupparsi in un disturbo compulsivo, hanno contribuito alla forte espansione del gioco d'azzardo negli ultimi 20 anni. 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).

Nel mondo, la prevalenza di giocatori patologici e problematici coinvolge dallo 0,2% al 5,3% della popolazione adulta (Hodgins, 2011). Secondo i più recenti dati IPSAD-CNR, in Italia più della metà della popolazione tra i 15 e i 64 anni ha giocato e, osservando i trend delle prevalenze di gioco, come per i dati economici, il fenomeno risulta in aumento da più di 10 anni. Nel corso del 2017 circa 17 milioni di italiani (il 43%), hanno giocato almeno una volta (quasi 15 punti percentuali in più rispetto al 2013-2014), il 51,1% degli uomini e il 34,4% delle donne. Inoltre, sempre secondo il CNR, oltre l'8% di chi riferisce di aver giocato, riporta un rischio moderato o severo di disturbo da gioco d'azzardo.

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). Tuttavia, la diffusione del gioco d'azzardo tra gli adolescenti, in Toscana come nel resto d'Italia, sembra sperimentare un andamento in controtendenza rispetto alla popolazione generale. Secondo quanto stimato da ARS su dati dell'indagine EDIT rivolta agli studenti toscani, nel 2018 circa 4 studenti su 10 riferiscono di aver giocato, prevalenza in linea con quella italiana riportata dallo studio ESPAD, pari al 44,2%. Dal 2008 la stima EDIT è in costante diminuzione, i giocatori tra gli adolescenti passano dal 52% al 42%. Le differenze di genere sono significative, la proporzione di studenti maschi che gioca è quasi doppia rispetto a quella delle coetanee, rispettivamente 53,4% e 29,5%.

Per quanto riguarda i giochi praticati, come nelle precedenti edizioni EDIT e ESPAD, il Gratta e Vinci resta al primo posto (66,1%), in particolar modo tra le ragazze (82,7%), seguito dalle scommesse sportive (54,1%), in questo caso preferite dai ragazzi (71%).

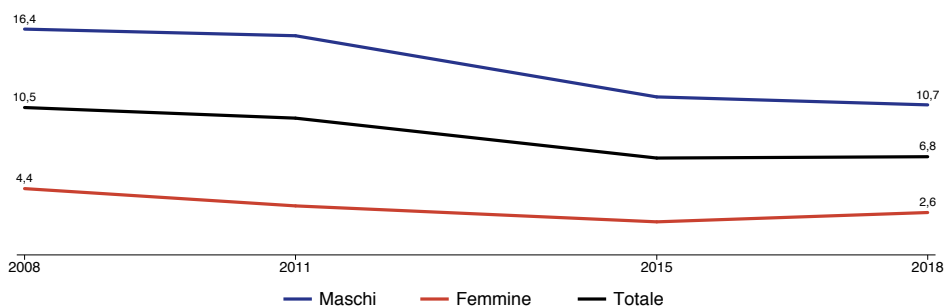
Per stimare il rischio di sviluppare una patologia correlata al gioco d'azzardo nel questionario EDIT è stato inserito uno strumento di screening: il Lie/Bet Q (Johnson, 2008). Dalle analisi è emerso che il 6,8% degli adolescenti toscani rientra in questa categoria, circa 13mila ragazzi. Il dato è stabile rispetto alla precedente rilevazione e in generale diminuzione dal 2008, quando era pari al 10,5% (figura 3). Il dato nazionale ESPAD 2017 sui giocatori a rischio (pur stimato con un test diverso e più specifico), si attesta sul 13,5%.

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 Disturbo da gioco d'azzardo (DGA), presso i Servizi per le dipendenze (Ser.D) mostrano un andamento in lieve aumento nel tempo. Dal 2013 al 2018 gli utenti in carico per DGA sono passati da 1.165 a 1.602, pari a 5,9 utenti ogni 10mila abitanti. I 518 nuovi utenti nel 2018 sono circa un terzo dell'utenza totale, proporzione stabile nel tempo. Il rapporto tra uomini e donne è di circa 4:1, anch'esso senza importanti variazioni temporali. L'età media delle persone trattate è di 48 anni, la fascia d'età più rappresentata tra

gli uomini è quella tra i 40 e i 59 anni, mentre tra le donne quella tra i 45 e i 64 anni.

Tra le più importanti azioni di contrasto intraprese in questi ultimi anni a livello nazionale e regionale è opportuno segnalare il Piano di contrasto al gioco d'azzardo, che in Toscana (d.g.r.t. 755/2017) si compone di 38 azioni, di cui 22 locali e le restanti regionali, suddivise in 4 aree d'intervento: informazione e prevenzione, epidemiologia, ricerca, valutazione dei percorsi di cura, monitoraggio e valutazione delle azioni di piano, formazione, coordinamento e integrazione delle azioni progettuali. Nel loro insieme queste attività progettuali dovranno intervenire in modo decisivo in tutti gli ambiti di questo esteso e complesso fenomeno e le sue conseguenze sociali e sanitarie.

Figura 3. Gioco d'azzardo problematico per genere - Adolescenti (età 14-18 anni) a rischio di sviluppare gioco d'azzardo problematico per 100 adolescenti intervistati - Toscana, periodo 2008-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati EDIT

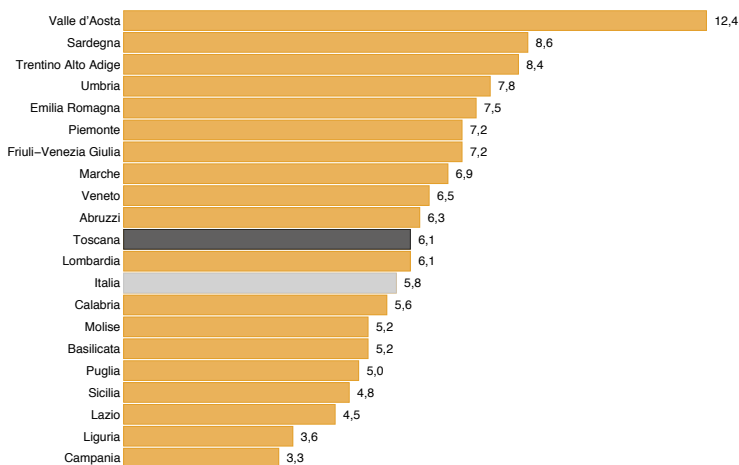


Suicidi

Il suicidio è un fenomeno influenzato da una grande varietà di cause sia interne che esterne all'individuo. Questo rende l'attività di prevenzione e controllo un compito molto difficile e non sempre efficace. Per ogni tentativo di suicidio, si pensa che vi siano una o più persone in cui il pensiero del suicidio non si è mai tradotto in un tentativo effettivo. Con oltre 800mila persone che nel mondo, ogni anno, decidono di togliersi la vita (10,5 ogni 100mila abitanti) questo si traduce in un enorme problema che la società molto spesso ignora, rifugiandosi dietro la complessità dell'evento. Rispetto al dato globale, la media dei paesi dell'Unione Europea (28 Paesi) è ancora più elevata, con un tasso grezzo di 12,8 decessi ogni 100mila abitanti (in aumento rispetto al 2015: 11,5 per 100mila) e con un'ampia variabilità tra i diversi paesi. I valori più bassi sono osservabili nei paesi dell'Europa meridionale, Grecia (3,8 per 100mila), Cipro (4,5 per 100mila), Italia (5,8 per 100mila) e Spagna (6,1 per 100mila), mentre i tassi più alti si registrano nell'Europa centro-orientale, in particolare in Lettonia (17,2 per 100mila) e Lituania (25,7 per 100mila), dove il passaggio da un sistema socialista a uno capitalistico ha prodotto fattori d'insicurezza psicologica e sociale nella popolazione, con un forte incremento dei tassi di alcolismo soprattutto tra gli uomini (tasso di suicidio maschile: 47,5 per 100mila), con conseguente aumento del numero totale di suicidi.

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità per suicidio relativo all'ultimo anno disponibile (2016) è pari a 5,8 per 100mila abitanti e mostra un trend in diminuzione, comune alla maggior parte delle regioni, ad eccezione del Molise e della Calabria. Nonostante questo, la regione con il tasso più alto continua a essere la Valle d'Aosta (12,4 per 100mila) mentre all'estremo opposto troviamo la Campania con 3,3 suicidi ogni 100mila abitanti (figura 1). La Toscana, con un tasso pari a 6,1 per 100mila, si posiziona poco sopra la media nazionale.

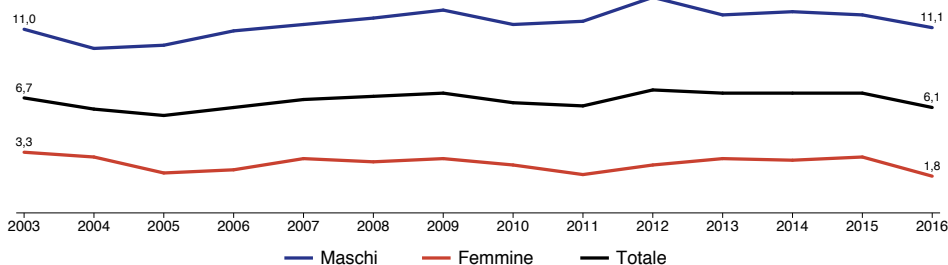
Figura 1. Mortalità per suicidio – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Anche in Toscana, dopo il lieve incremento osservato negli anni di maggior crisi economica (2010-2015), nel 2016 il fenomeno mostra una flessione (2015: 7 per 100mila; 2016: 6,1 per 100mila) che ipotizziamo essere legata anche alla costante ripresa economica registrata sul nostro territorio dal 2014.

Gli uomini sono maggiormente coinvolti, con un tasso di mortalità di 11,1 per 100mila abitanti, rispetto all'1,8 per 100mila registrato tra le donne (figura 2). L'impiccagione costituisce la principale modalità di esecuzione, seguito dall'uso di armi da fuoco o altro materiale esplosivo (prevalentemente tra gli uomini) e dalla precipitazione (caratteristico delle donne).

Figura 2. Mortalità per suicidio per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana, periodo 2003-2016 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Se vogliamo analizzare il fenomeno per età, dobbiamo ricorrere ai dati del Registro di Mortalità Regionale, aggiornato al 2015. Per fornire maggiore potenza al dato statistico, causa la bassa numerosità del fenomeno, portiamo a confronto due trienni: 2008-2010 e 2013-2015. Sapendo che la ripresa economica è iniziata nel 2014, i periodi considerati offrono la possibilità di osservare la ricaduta che la crisi economica ha avuto sul fenomeno nelle diverse fasce d'età. Mentre il dato complessivo non mostra differenze significative, tra gli uomini la fascia d'età 20-64 anni (età produttiva) presenta valori leggermente più elevati nel triennio 2013-2015, confermando che l'instabilità vissuta in quegli anni ha rappresentato un importante fattore di rischio del fenomeno suicidario. Tra gli anziani, che sappiamo essere la fascia di popolazione maggiormente interessata, l'instabilità economica non ha prodotto alcun effetto, rimandando la causalità del suicidio soprattutto a fattori di carattere endogeno.

Pur non disponendo ancora dei dati di mortalità 2016, che potranno essere considerati rappresentativi dell'uscita dalla crisi economica, in Toscana non sono state registrate variazioni significative in grado di giustificarne una forte ricaduta sulla popolazione. La rete di protezione sociale attiva sul nostro territorio sembra averne contenuto gli effetti, favorendo la presa in carico dei cittadini maggiormente colpiti. Nonostante questo, va ricordato che il suicidio è legato a numerosi fattori, primo fra tutti il disturbo mentale, al quale è necessario porre sempre maggior attenzione al fine di ridurre ulteriormente questi decessi.

Tabella 1. Mortalità per suicidio per genere e classe d'età - Tasso standardizzato triennale per età per 100.000 abitanti - Toscana, confronto periodo 2008-2010 e 2013-2015 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR

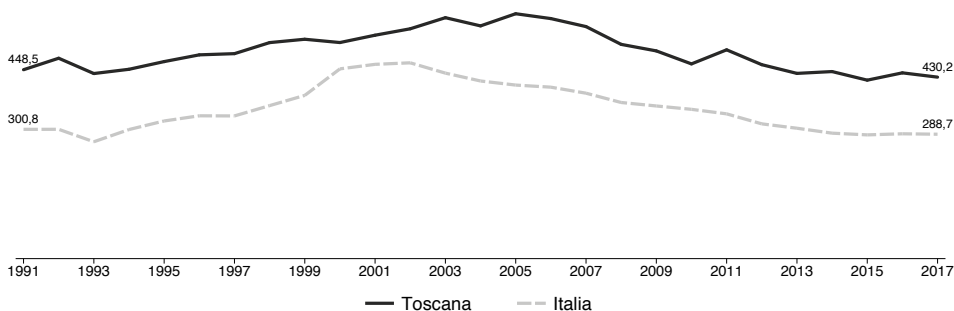
Età	Triennio 2008-2010			Triennio 2013-2015		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
0-19	0,4	0,5	0,4	0,2	0,9	0,6
20-34	1,5	6,0	3,8	1,8	8,7	5,2
35-49	3,2	9,6	6,4	3,6	11,6	7,6
50-64	4,4	13,2	8,7	4,5	14,7	9,4
65-74	3,8	20,6	11,6	4,4	17,7	10,6
75-79	4,3	33,4	16,8	4,8	22,1	12,5
80+	5,5	43,1	18,1	4,5	45,4	18,6
Totale	2,9	12,4	7,1	3,1	12,9	7,5

Incidenti stradali

Secondo l'Organizzazione Mondiale di Sanità gli incidenti stradali (IS) sono responsabili di circa 1,35 milioni di decessi nel mondo, caratterizzandosi come la principale causa di morte tra i 5 e i 29 anni. Il 90% degli IS mortali avvengono in paesi a basso e medio reddito, tuttavia, anche in paesi sviluppati, chi si trova in una condizione socio-economica più svantaggiata ha maggiori probabilità di essere coinvolti in IS mortali.

Nel 2017 si sono verificati in Italia 174.933 incidenti stradali con lesioni a persone che hanno provocato 246.750 feriti e 3.378 vittime. Si registra una lieve riduzione rispetto all'anno precedente degli IS (-0,5%) e dei feriti (-1%), ma una sensibile crescita delle morti (+2,9%). In particolare tra le vittime sono in aumento i pedoni (+5,3%) e i motociclisti (+11,9%), sono stabili gli automobilisti, mentre sono in deciso calo i ciclomotoristi (-20,7%) e i ciclisti (-7,6%). I feriti gravi, in base ai ricoveri ospedalieri, sono stati 17.309, valore in linea con il 2016. Tra i comportamenti errati, come negli anni precedenti, la distrazione alla guida, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata causano il 40,8% della casistica generale. Le violazioni al codice della strada più sanzionate sono, come nel 2016, l'eccesso di velocità, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza e l'uso di telefono cellulare alla guida. La Toscana si conferma anche nel 2017 una delle regioni con il maggior numero di IS, seconda dopo la Liguria. I sinistri rilevati sono stati 16.099 (9,2% del totale italiano), circa 430 ogni 100mila abitanti (288,7 per 100mila in Italia).

Figura 1. Incidenti stradali – Incidenza per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 1991-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



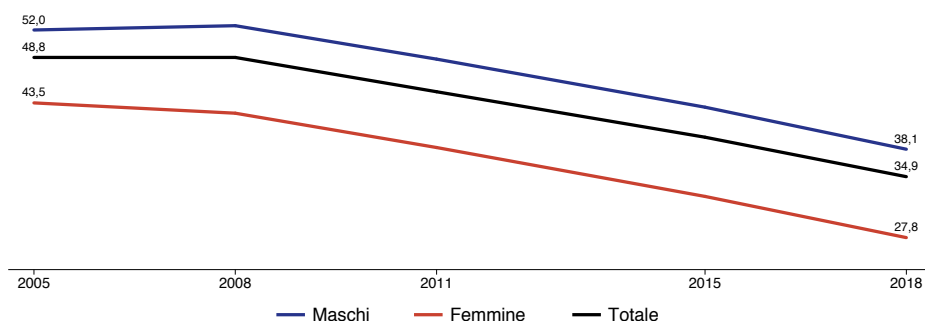
La nostra regione si colloca nuovamente ai primissimi posti in Italia anche per quanto riguarda la gravità delle conseguenze dei sinistri. Nel 2017 si posiziona al 2° posto, dopo la Liguria, per numero di feriti, 21.390, circa 572 per 100mila abitanti (407,2 per 100mila in Italia). Dopo Molise e Emilia-Romagna, è invece la 3° regione per numero di morti, 269, circa 7 ogni 100mila abitanti (5,6 per 100mila in Italia). Le vittime sono aumentate dell'8%, rivelando un trend in crescita per il terzo anno consecutivo.

A fronte di una sostanziale stabilità del fenomeno negli ultimi anni, la fascia d'età tra i 18 e i 29 anni, da sempre caratterizzata dall'elevato rischio di incorrere in un IS, mostra un trend in diminuzione, mentre tra gli anziani, peraltro in aumento nella popolazione generale, si registra un andamento in costante aumento.

I dati ISTAT appena mostrati soffrono di un ritardo nella pubblicazione di circa 2 anni rispetto alla pubblicazione di questo documento, tuttavia è possibile disporre di statistiche ancora più aggiornate grazie ai dati dei flussi sanitari regionali. Nel 2018 gli accessi ai Pronto Soccorso toscani per IS con diagnosi di tipo traumatico effettuati da residenti sono stati 53.140 (1.422 per 100mila abitanti, -7,6% rispetto al 2017). C'è una prevalenza di accessi maschili (54,8% del totale) e la fascia d'età maggiormente coinvolta è quella tra 15 e 29 anni (2.432 accessi per 100mila abitanti). Come atteso, la causa rilevata nell'85% degli accessi è il trauma, suddivisa in traumi agli arti (50,8%), traumi cranici (13,9%), traumi vertebrali (13,8%) e traumi toracici (6,8%). Tra gli eventi di maggiore gravità, in base alle ospedalizzazioni, nel 2018 i ricoveri traumatici per IS di residenti in Toscana sono stati 3.138 (84 per 100mila abitanti), +54,7% rispetto al 2017 (presumiamo tuttavia che tale rilevante crescita sia in parte attribuibile al miglioramento della qualità della variabile che identifica la tipologia di incidente). Il 65,9% dei ricoveri riguarda maschi, mentre i tassi di ricovero per età più elevati si riferiscono alle classi 15-29 anni e 65+ anni. I dati sanitari relativi agli IS rivelano dunque da un lato una riduzione degli accessi ai Pronto Soccorso, dall'altro un rilevante aumento dei ricoveri ospedalieri.

Nel 2018 infine è stata realizzata la 5° edizione dell'indagine EDIT (dal 2017 inserita tra le sorveglianze regionali del Ministero della Salute) che indaga i comportamenti alla guida e altri stili di vita a rischio in un campione di oltre 6.800 studenti 14-18enni iscritti agli istituti superiori di secondo grado della Toscana. Tra gli studenti guidatori abituali il 34,9% ha dichiarato di aver avuto almeno un incidente nella vita mentre era alla guida di un mezzo, -4,6% rispetto alla precedente indagine del 2015 (figura 2), proseguendo quindi il trend in diminuzione iniziato nel 2008, in linea con i dati nazionali ISTAT per questa fascia d'età. La percentuale di maschi che ha avuto un IS nella vita (38,1%) è superiore a quella delle femmine (27,8%).

Figura 2. Incidenti stradali per genere - Ragazzi con almeno un incidente nella vita ogni 100 guidatori abituali d'età 14-18 anni - Toscana, periodo 2005-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati EDIT



Tra i fattori associati agli IS lo studio EDIT si concentra prevalentemente su quelli riconducibili ad errore umano che rientrano in due categorie: distrazioni alla guida e guida in condizioni psico-fisiche non idonee. Tra le distrazioni alla guida l'abitudine maggiormente rischiosa è fumare una sigaretta, seguita dall'ascoltare musica ad alto volume, dal conversare con il passeggero, dall'uso dello smartphone e dal mangiare e/o bere. La guida in condizioni psico-fisiche non idonee presenta rischi ancora maggiori, il più alto dei quali è associato alla guida dopo aver assunto droghe, seguito dalla guida dopo aver bevuto troppo, dalla guida in condizioni di ritardo (adottata da circa i 2/3 dei guidatori abituali almeno 1 volta al mese) e infine dalla guida in condizioni di stanchezza. I risultati sono coerenti con quanto emerso dall'indagine "I comportamenti di guida e il rischio di incidente stradale" condotta in Toscana nel 2016 su un campione d'età compresa tra 14 e 70 anni.

Incidenti domestici

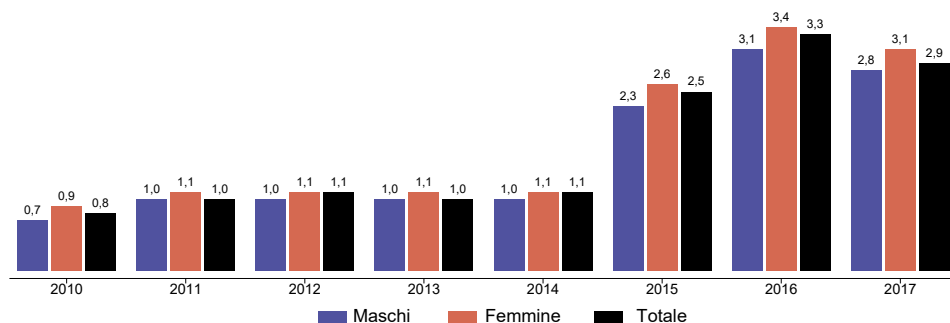
Gli incidenti domestici (ID) sono eventi accidentali che avvengono nelle abitazioni, comportando la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona a causa di lesioni di vario tipo. Accadono prevalentemente in conseguenza di cadute, avvelenamenti, ustioni, tagli e ferite.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

In Italia si stima che nel 2016, ultimo anno disponibile, si siano verificati oltre 3,2 milioni di ID, 5,3 ogni 100mila abitanti (fonte: Multiscopo ISTAT). Le cadute rappresentano la causa per oltre la metà degli ID, seguite da ferite e ustioni. Tra le donne circa un terzo degli ID coinvolgono casalinghe, inoltre circa il 75% delle cadute sono riferite da anziani. La cucina è l'ambiente maggiormente rischioso, seguito dal bagno e dalla camera da letto. In Toscana, sempre nel 2016, gli ID stimati sono oltre 220mila, 5,9 ogni 100mila abitanti, di cui il 68,4% hanno coinvolto donne.

Per sopperire alla frammentarietà dei dati provenienti dalle indagini campionarie nazionali è possibile sfruttare gli archivi amministrativi dei ricoveri e decessi. In più la Toscana, assieme a Piemonte, Sardegna e Abruzzo, è in grado di rilevare anche gli accessi ai Pronto Soccorso (PS), visto che durante la fase di triage infermieristico è registrata la tipologia di incidente che ha richiesto le cure ospedaliere.

Nel 2018 gli accessi a PS per incidente domestico con diagnosi traumatica da parte di residenti toscani sono stati oltre 98mila, corrispondenti a circa un terzo di tutti gli accessi traumatici. Rispetto al 2017 si osserva un'importante flessione degli accessi (-11,2% in termini assoluti), da 3 a 2,6 ogni 100 abitanti (figura 1). Il sensibile aumento degli accessi tra il 2014 e il 2016 è in larga parte imputabile al miglioramento della compilazione della variabile che identifica la tipologia di incidente.

Figura 1. Accessi al Pronto Soccorso per incidente domestico con diagnosi di dimissione traumatica per genere - Tasso per 100 abitanti - Toscana, periodo 2010-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo PS

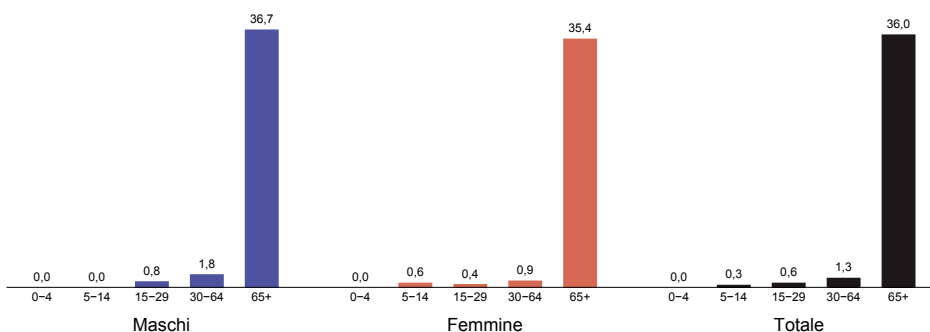


L'età media all'accesso è di 53 anni, più elevata tra le donne (59 anni) rispetto agli uomini (47 anni). Il numero di accessi femminili nel 2018 è stato il 55,2% del totale. L'esito alla dimissione può essere interpretato come *proxy* della gravità dell'evento. L'85,9% degli utenti che accedono ai PS in seguito a un incidente domestico viene dimesso a domicilio, il 7,9% è ricoverato, mentre 11 sono stati i casi di decesso avvenuti in PS (nel 2017 erano stati 18). Nel 50% circa dei casi gli accessi avvengono in conseguenza di traumi agli arti, mentre nel 35% dei casi sono equamente suddivisi tra traumi cranici (responsabili di circa il 38% degli accessi effettuati nella fascia di età 0-4 anni) e ferite.

Negli anni recenti si osserva una ripresa dei ricoveri ospedalieri con diagnosi di dimissione traumatica effettuati da toscani per incidente domestico. Dal 2000 al 2008 sono passati da circa 6mila a 3.300, mentre, a partire dal 2009, l'andamento è in costante aumento fino al 2017, anno in cui i ricoveri sono stati quasi 8.250. Nel 2018, anche in conseguenza di un miglioramento della compilazione della variabile che identifica l'incidente, il numero di ricoveri si attesta a circa 11.400, 307 per 100mila abitanti, +39,1% rispetto all'anno precedente. L'età media dei ricoveri è di 75 anni (femmine: 78 anni, maschi: 68 anni), le donne hanno effettuato il 67,5% dei ricoveri mentre l'80,2% del totale viene effettuato da persone di età 65+ anni.

Infine, nel 2015, aggiornamento più recente disponibile, sono deceduti 362 toscani per incidente domestico, 9,6 per 100mila abitanti, +4% rispetto al 2014 quando i morti erano stati 348. I decessi delle donne rappresentano il 55% circa del totale, e gli anziani (figura 2), oltre ad incorrere maggiormente in incidenti domestici (36 decessi ogni 100mila abitanti d'età 65+ anni), ne subiscono anche le conseguenze più gravi: il 92,3% dei deceduti ha almeno 65 anni.

Figura 2. Mortalità per incidente domestico per genere e classe d'età - Tasso per 100.000 abitanti - Toscana, anno 2014 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR



Infortuni sul lavoro

Escludendo gli studenti, nel 2016 sono state presentate a INAIL 46.058 denunce di infortunio sul lavoro, di cui 37.878 (82,2%) relative a infortuni avvenuti in occasione di lavoro e 8.180 (17,8%) relative a infortuni in itinere (tabella 1).

Gli infortuni indennizzati da INAIL sono stati 31.016 (67,3%), di cui 26.064 (84%) sono casi di infortuni accaduti in occasione di lavoro e 4.952 (16%) occorsi in itinere.

Tabella 1. Infortuni denunciati e indennizzati (esclusi gli studenti) – Valori assoluti - Toscana, periodo 2011-2018 – Fonte: Elaborazioni Cerimp su dati flussi INAIL-Regione Toscana e Open Data INAIL; ISTAT-Rilevazione Forze di Lavoro

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2018*
Denunce di infortunio	59.392	53.425	50.079	48.261	46.644	46.058	45.376	44.833
In occasione di lavoro	50.757	45.735	41.936	40.356	38.914	37.878	37.276	37.082
In itinere	8.635	7.690	8.143	7.905	7.730	8.180	8.100	7.751
Infortuni indennizzati	42.099	36.757	34.619	33.529	31.798	31.016	30.793	30.718
In occasione di lavoro	35.484	30.933	29.332	28.368	26.897	26.064	25.727	25.794
In itinere	6.615	5.824	5.287	5.161	4.901	4.952	5.066	4.924
Infortuni mortali indennizzati	57	63	57	53	74	42	47	N.D.
In occasione di lavoro	41	44	39	31	51	25	29	N.D.
In itinere	16	19	18	22	23	17	18	N.D.

* Stime basate sulle proporzioni di infortuni osservate nel periodo 2011-2016

Si evidenzia la progressiva diminuzione negli anni degli infortuni sul lavoro, con una riduzione meno marcata negli anni più recenti 2016-2018 (figura 1). Gli infortuni in occasione di lavoro, che rispetto a quelli in itinere esprimono meglio la pericolosità negli ambienti di lavoro, dal 2011 al 2018 si riducono di oltre il 25%.

La riduzione degli infortuni, se rapportata al numero di occupati (stima ISTAT) suggerisce che complessivamente anche il rischio infortunistico da lavoro (numero di incidenti su numero di occupati) si sta riducendo.

L'analisi delle conseguenze sanitarie rivela che nel 2018 gli accessi ai Pronto Soccorso (PS) per incidente sul lavoro, con diagnosi traumatica, effettuati da residenti toscani d'età 15-67 anni, sono stati 23.624, -6,9% rispetto all'anno precedente.

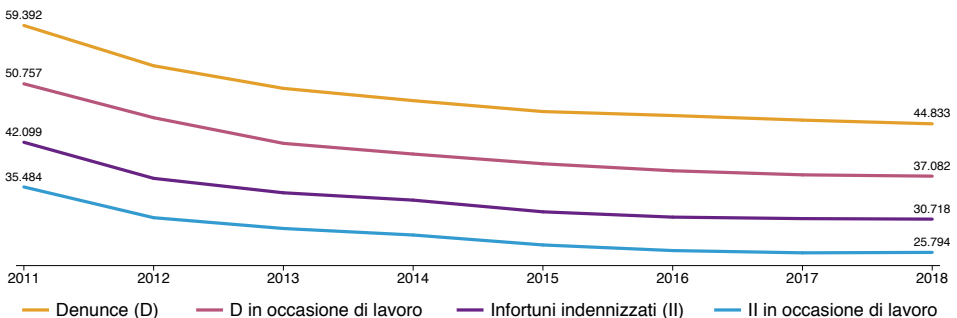
L'andamento dei tassi di accesso nel periodo 2010 al 2018 è stabile, l'età media all'accesso è di 44 anni, lievemente più elevata tra le donne (47 anni) rispetto agli uomini (43 anni). Le diagnosi più frequenti sono le contusioni agli arti inferiori e superiori, le ferite delle dita della mano, le distorsioni e distrazioni della caviglia e del ginocchio. Il numero di accessi degli uomini è maggiore rispetto alle donne, nel 2018 il 68,4% del totale. Le età comprese tra 25 e 54 anni sono quelle che, sulla base dei tassi di accesso, sembrano maggiormente

colpite dagli infortuni. L'esito della dimissione, *proxy* della gravità dell'evento, indica infine che il 93,1% degli utenti che accedono a PS in seguito a un incidente sul lavoro è dimesso a domicilio, mentre l'1,9% necessita di un ricovero ospedaliero, valore che sale fino al 3% dopo i 55 anni d'età. Si tratta dunque di eventi la cui entità, in termini di esiti gravi, è inferiore rispetto a quella di altri infortuni quali gli stradali (5,9% esitano in ricovero) e domestici (7,9% esitano in ricovero).

Per quanto riguarda invece i ricoveri ospedalieri, quelli per incidente sul lavoro con diagnosi di dimissione traumatica effettuati nel 2018 da toscani d'età 15-67 anni sono state 648, +37% rispetto all'anno precedente, pari a 26,4 ogni 100mila abitanti. L'età media dei ricoverati è di 47 anni (donne: 51 anni, uomini: 46 anni), e gli uomini rappresentano il 79,3% dei ricoveri. L'andamento dei tassi di incidenza, dopo una costante e importante riduzione dal 2000 al 2008, è più stabile dal 2009, ma nuovamente in sensibile aumento nell'ultimo anno rilevato. Gli infortuni mortali, infine, sono in diminuzione fino al 2017, sebbene la riduzione sia meno evidente rispetto a quella degli infortuni in generale, perché statisticamente basata su numeri più contenuti e variabili di anno in anno (figura 1).

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

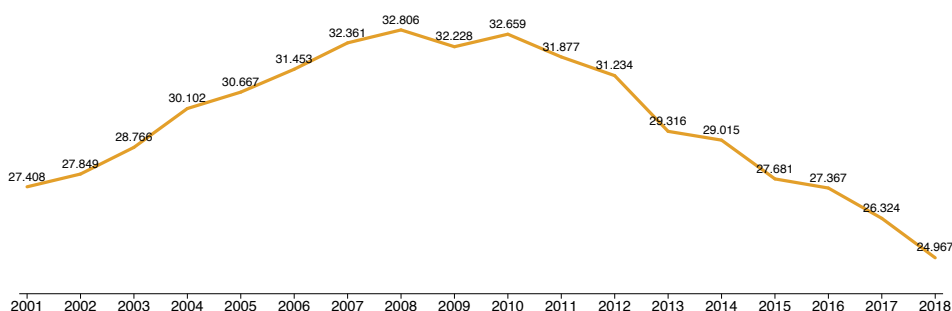
Figura 1. Infortuni indennizzati (esclusi gli studenti) e stima del numero medio annuo di occupati - Valori assoluti e in milioni (occupati) - Toscana, periodo 2011-2018 - Fonte: Elaborazioni Cerimp su dati flussi INAIL-Regione Toscana, Open Data INAIL, ISTAT-Rilevazione Forze di Lavoro



Salute materno-infantile

Nel 2018 prosegue la diminuzione della natalità avviatasi dall'inizio della crisi economica del 2010, in Toscana come in Italia. Nel 2018 nelle strutture toscane sono avvenuti 24.967 parti, il 23,6% in meno rispetto al 2010 e con un ulteriore calo del 5,2% rispetto al 2017 (figura 1). Il fenomeno è in parte riconducibile a un effetto strutturale: stanno uscendo 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 avevano compensato questo squilibrio strutturale fino al 2010, ma negli ultimi anni è diminuita anche la fecondità delle donne straniere, in parte perché anche le straniere in età feconda in Toscana stanno leggermente diminuendo, in parte per le modifiche dovute al costante processo di acculturazione che rende i comportamenti delle donne straniere stabilmente residenti sul nostro territorio sempre più simili a quelli osservati nelle donne italiane, con conseguente riduzione della natalità. Nel 2018 nelle strutture toscane hanno partorito 7.148 straniere, -4,7% rispetto al 2017.

Figura 1. Parti – Numero di parti in strutture regionali – Toscana, periodo 2011-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo CAP



Stabile, ma comunque elevata, l'età al parto (32,3 anni) e si conferma l'incremento delle mamme over43enni, nel 2018 il 2,7% del totale. Negli ultimi anni aumentano progressivamente le donne che ottengono una gravidanza ricorrendo a tecniche di fecondazione assistita: il 3,7% dei parti è avvenuto con una di queste tecniche, il 15,3% tra le donne sopra di 40 anni e il 31,9% 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).

L'assistenza in gravidanza si mantiene buona: il 94,4% delle donne con gravidanza fisiologica fa gli esami previsti dal libretto di gravidanza e il protocollo regionale, anche se permangono alcuni ritardi nell'accesso ai servizi tra le donne straniere e quelle con livello socio-culturale più

basso. Aumentano negli anni le donne che durante la gravidanza eseguono il test di screening per la sindrome di Down, dal 35,4% nel 2003 al 76,2% delle donne in gravidanza nel 2017. Viceversa, diminuiscono le donne che effettuano diagnosi prenatali invasive (dal 36,5% al 6,3% dal 2003 al 2017).

La Toscana, tra le regioni che partecipano alla sorveglianza della mortalità materna, ha il valore più basso: 6,7 decessi ogni 100mila nati vivi, rispetto al 9,2 per 100mila in Italia.

Il ricorso al taglio cesareo è stabile negli anni (27,1% nel 2018). 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 lontana dalla soglia del 19% stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), oltre la quale non si associa una riduzione del tasso di mortalità materna e infantile.

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 maggiorenni, 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. Nel 2017, nelle strutture toscane, si è registrato il numero di IVG più basso dell'intero periodo: 5.627, con una riduzione del 4,8% rispetto al 2016.

Il tasso di abortività in Toscana è più elevato rispetto alla media italiana (7,3 per 1.000 donne in età feconda rispetto a 6,2 per 1.000 nel 2017). Da una decina di 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. L'IVG farmacologica è in aumento negli anni e in Toscana è utilizzata nel 27,9% dei casi (con proporzioni intorno al 50% in alcuni presidi ospedalieri) e in proporzione più alta rispetto alla media italiana (19,3%) (figura 3).

Nelle strutture sanitarie della Toscana che praticano IVG la proporzione dell'obiezione di coscienza riguarda più della metà dei ginecologi (59,4%), con una grande variabilità tra i diversi presidi. Tuttavia la proporzione toscana è nettamente più bassa rispetto al 68,4% rilevato in Italia nel 2017. I ginecologi non obiettori eseguono mediamente una IVG alla settimana. Il numero complessivo dei ginecologi che non esercita il diritto all'obiezione di coscienza è congruo con il numero di interventi di IVG e non emerge quindi un problema che rappresenti un ostacolo alla piena applicazione delle legge 194.

I bambini nati vivi nel 2018 sono stati 25.386 (51,1% maschi), con una riduzione del 23,4% rispetto al 2010 e del 5,2% rispetto al 2017. Il 3,6% nasce da parto gemellare, il 7,2% nasce di peso inferiore a 2.500 grammi e il 7,7% nasce pretermine (<37 settimane di età gestazionale). I nati morti nel 2018 sono stati 45, facendo registrare nell'ultimo triennio, un tasso di mortalità di 2,4 decessi ogni 1.000 nati, andamento stabile da diversi anni e tra i più bassi d'Europa.

Figura 2. Parti con taglio cesareo – Casi per 100 parti – Regioni e Italia, anno 2017 – Fonte: Ministero della Salute

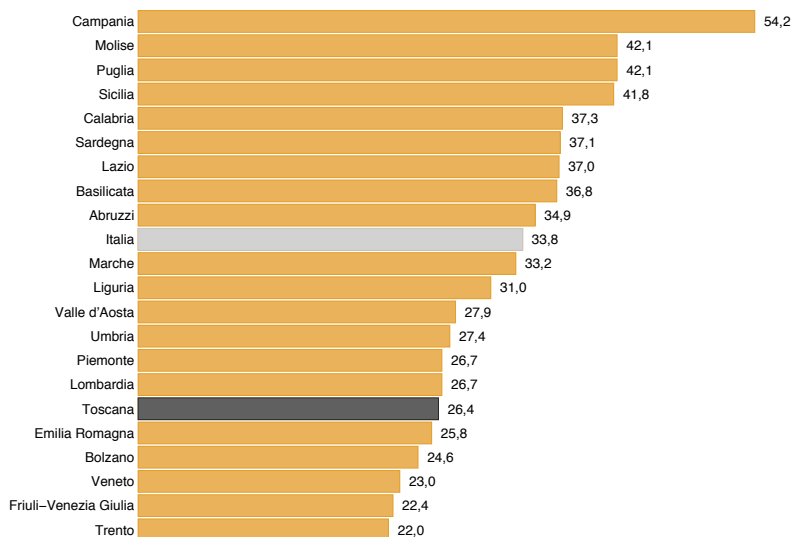
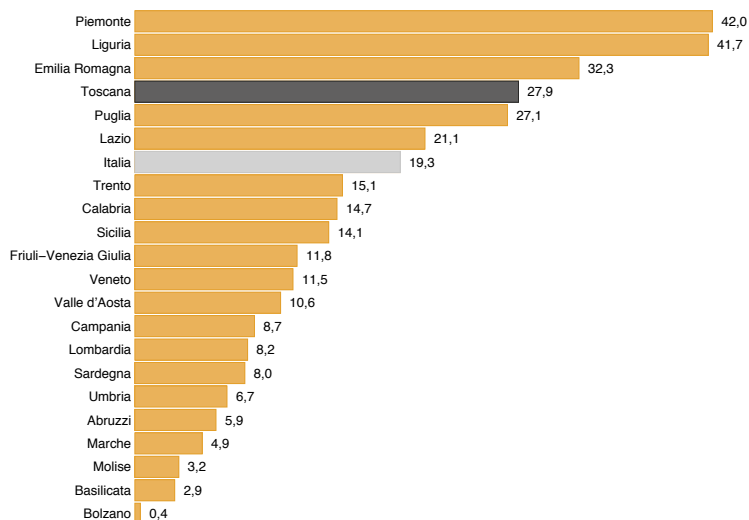


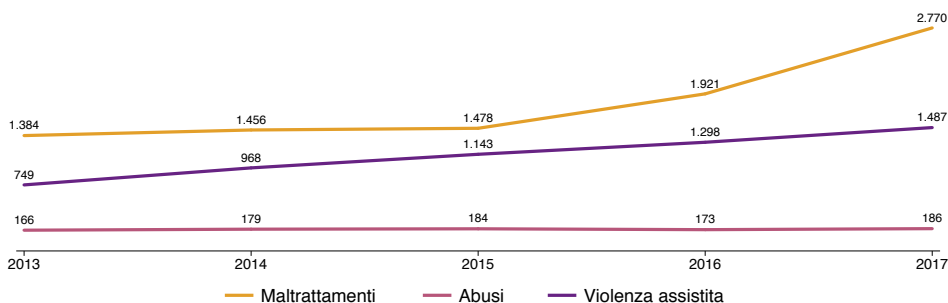
Figura 3. IVG farmacologica – Casi per 100 parti – Regioni e Italia, anno 2017 – Fonte: Sistema di sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, Istituto Superiore di Sanità



Oltre al periodo neonatale, grazie all'attività di Centro regionale Infanzia e Adolescenza, è possibile definire un quadro delle principali problematiche sociali del mondo minorile. In Toscana, a dicembre 2017, i minori segnalati agli organi giudiziari presi in carico dal servizio

sociale territoriale a causa di maltrattamenti in famiglia erano 2.770 (4,9 ogni 1.000 abitanti minorenni), +44% rispetto all'anno precedente (figura 4). Il dato considera esclusivamente i minori presi in carico e segnalati agli organi giudiziari e, per sua natura, risente di una forte componente di sommerso che non consente di valutare correttamente la dimensione quantitativa o le differenze territoriali. L'aumento osservato è causato in buona parte dalla componente straniera, quasi raddoppiata in un anno e passata dal 25% al 34% del totale dei minori segnalati. Un minore su quattro è stato preso in carico proprio durante l'ultimo anno, e circa la metà (46%) è stato contestualmente affidato al servizio sociale professionale. Ai 2.770 casi si aggiungono 206 minori che durante il 2017 hanno concluso la presa in carico, per un dato complessivo di flusso di 2.976 minori coinvolti nel 2017 (5,3 ogni 1.000 abitanti minorenni).

Figura 4. Bambini e ragazzi vittime di maltrattamento, abuso, violenza assistita - Casi - Toscana, periodo 2013-2017 - Fonte: Regione Toscana, Centro regionale Infanzia e Adolescenza



Il numero di minori presi in carico e segnalati agli organi giudiziari per abusi sessuali si mantiene stabile, 186 vittime in carico a fine 2017, 0,3 ogni 1.000 abitanti minorenni (figura 4). Anche in questo caso 1 vittima su 3 è straniera. Circa il 38% è in carico da meno di un anno e la metà (48%) è contestualmente affidata al servizio sociale professionale. Il 68% delle vittime ha subito abusi all'interno del proprio contesto familiare e, mentre nei casi di maltrattamento si osservava un equilibrio di genere, tra i minori vittime di abuso il 72% sono ragazze e bambine.

Salute di genere

Le evidenze scientifiche dimostrano che il genere maschile e quello femminile, nonostante siano colpiti dalle stesse pagologie, presentano sintomi, progressione delle malattie e risposta ai trattamenti diversi, per questa ragione in molti paesi, tra cui l'Italia, si sta gradualmente radicando una sensibilità medica genere-specifica, definita "salute di genere". Questo approccio 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 una delle regioni in cui è maggiormente radicata la sensibilità nei confronti della salute orientata al genere.

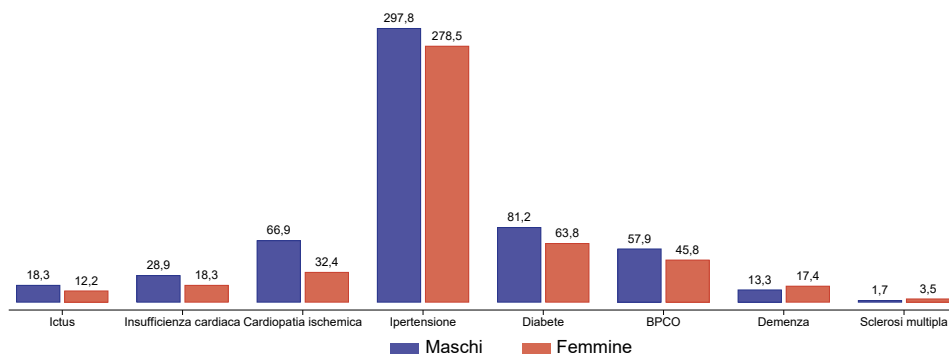
La speranza di vita alla nascita nel 2018 nella nostra regione denota ancora un netto vantaggio per il genere femminile (85,6 anni contro 81,5 anni dei maschi), in linea con il dato 2017, beneficio che si accumula fin dalla presenza in utero del bambino. I principali indicatori sugli stili di vita (fonte: 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). Gli stessi indicatori, tra gli adolescenti, rivelano uno scenario diverso: la percentuale di ragazze che fuma sigarette è decisamente superiore rispetto a quella dei ragazzi, inoltre l'andamento temporale dei dati riferiti ai comportamenti mostra un progressivo livellamento dei due generi, in particolare per quanto riguarda il fenomeno del *binge drinking* (bere molto alcol in un lasso di tempo molto breve), sempre più praticato dalle ragazze, il cui dato 2018 risulta di poco inferiore rispetto a quello dei ragazzi.

Tabella 1. Stili di vita per età e genere – Prevalenza per 100 abitanti – Toscana, anno 2018
– Fonte: Elaborazioni ARS su dati PASSI e EDIT

Descrizione stile	14-18 anni (EDIT)		18-69 anni (PASSI)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Consumo di tabacco	17,4	21,1	24,6	21,3
<i>Binge drinking</i>	35,5	31,1	10,0	6,4
Sedentarietà	8,8	17,4	29,0	35,6
Sovrappeso	16,2	9,0	35,6	21,0
Obesità	2,8	1,8	9,2	7,9
Consumo di 5+ di frutta e/o verdura	3,9	4,0	9,0	14,3

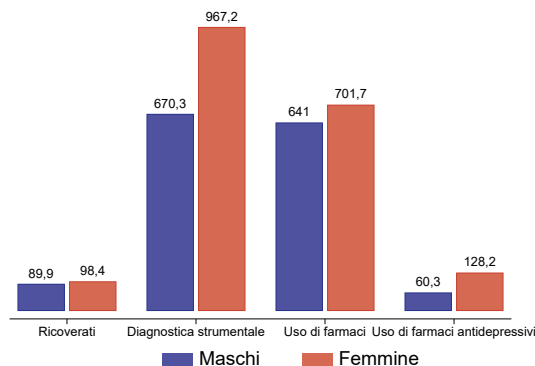
L'analisi di alcune patologie croniche rilevanti evidenzia nel 2018 prevalenze riferite ai maschi superiori a quelle osservate nelle femmine per quanto riguarda le malattie cardiovascolari (ictus, insufficienza cardiaca, cardiopatia ischemica e ipertensione), diabete e BPCO, mentre le prevalenze sono 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 – 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 strumentale (radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RMN), le prevalenze femminili risultano decisamente superiori a quelle maschili (figura 2)

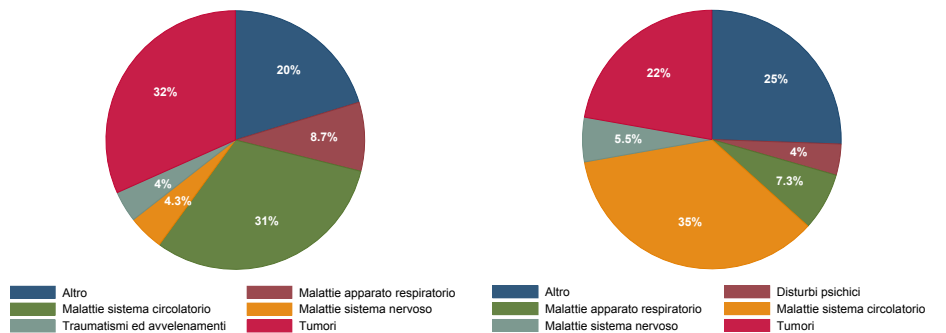
Figura 2. Ricorso ai servizi sanitari per genere – Tasso di incidenza di diagnostica strumentale e tasso di prevalenza (soggetti con almeno un ricovero o con almeno un farmaco assunto) standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Nel 2015, ultimo dato disponibile, le cause di morte aggregate in base ai grandi gruppi di patologia, mostrano ai primi 4 posti in entrambi i generi le malattie cardiovascolari e i tumori in primis, seguiti dalle malattie dell'apparato respiratorio e del sistema nervoso. 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 31%, tra le donne le malattie del sistema circolatorio rappresentano il 35,5% della casistica

mentre i tumori rivelano una percentuale sensibilmente inferiore, circa il 22% (figura 3). In questa speciale classifica al 5° posto troviamo tra le donne i disturbi psichici mentre tra gli uomini i traumatismi ed avvelenamenti.

Figura 3. Decessi per grande gruppo di patologia e genere – Distribuzione percentuale – Toscana, anno 2015 – 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 4,4% e 4%), mentre tra le donne, in maniera invertita, troviamo ai primi due posti cardiopatia ischemica (4,1%) e ictus (3,3%), al 3° posto il tumore alla mammella (3,2%). È opportuno segnalare che tra le donne le demenze rivestono un ruolo importante, essendo responsabili di quasi il 6% dei decessi (malattia di Alzheimer 3%, demenze non specificate 2,8%).

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

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

Violenza di genere

Monitorare il tema della violenza di genere è ancora oggi un compito difficile, ma necessario, a causa della tendenza al silenzio, del profondo radicamento del fenomeno nella società e della delicatezza che lo contraddistingue. Il rischio è quello di sottostimarne la portata e non riconoscerne i fattori di rischio sociali, culturali e psicologici, o i segnali nelle istituzioni, nel linguaggio e nelle relazioni.

In Italia quasi 1 donna su 3 tra i 16 e i 70 anni (31,5%) ha subito almeno un episodio di violenza fisica o sessuale nella vita, ma quasi 9 casi su 10 non sono denunciati e solo 5 su 100 si rivolgono ai servizi dedicati al contrasto della violenza contro le donne (fonte: ISTAT). Non meno frequenti sono le molestie o i ricatti sessuali sul posto di lavoro, subiti almeno una volta nella vita dal 44% delle donne tra i 14 e i 65 anni.

In Toscana questi eventi sembrano accadere con una frequenza maggiore rispetto alla media italiana. Sempre ISTAT rileva che le donne che hanno subito violenza fisica o sessuale sono il 33,5%, mentre raggiunge il 55% la percentuale delle donne che ha subito molestie sul lavoro (tabella 1). Si tratta di valori tra i più alti in Italia, ma parte di questa incidenza può dipendere da una maggiore emersione del sommerso, grazie al lavoro della rete antiviolenza territoriale toscana, composta da Istituzioni e Centri Antiviolenza, che da risposta alle vittime di violenza.

Tabella 1. Donne che hanno subito violenza fisica o sessuale e molestie o ricatti sessuali sul lavoro – Casi per 100 donne – Toscana e Italia, anni 2014 e 2015-2016 – Fonte: ISTAT

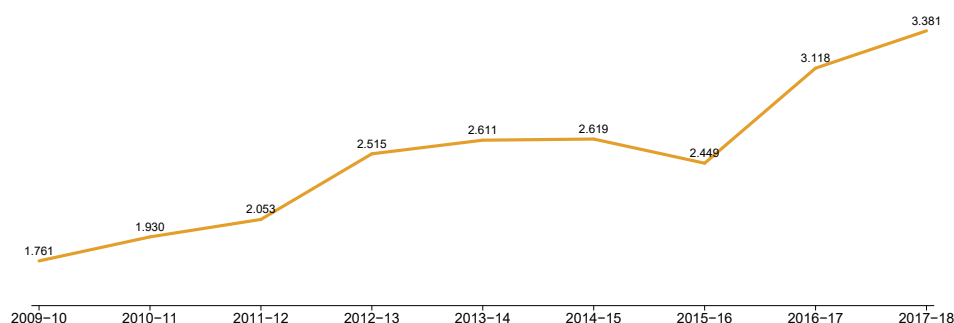
Territorio	% donne 16-70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale (2014)			% donne 14-65 anni che hanno subito molestie sessuali o ricatti sessuali sul lavoro (2015-2016)	
	Nella vita	Ultimi 5 anni	Ultimi 12 mesi	Nella vita	Ultimi 3 anni
Toscana	33,6	11,6	4,2	55,4	20,2
Italia	31,5	11,3	4,5	44,0	15,7

Da luglio 2009 a giugno 2018 sono pervenute ai Centri antiviolenza toscani circa 22.400 richieste di aiuto (fonte: Sistema informativo sulla violenza di genere toscano), in aumento dai 1.760 ai 3.400 casi medi annui nel periodo, ad eccezione di una lieve contrazione nel 2016, dovuta alla chiusura di alcuni sportelli di ascolto (figura 1).

Il fenomeno, in base alle statistiche, è strutturale e non confinabile, come si potrebbe pensare, in determinati ambienti sociali o culturali, come quelli più svantaggiati o degradati. Il 60% delle donne, infatti, ha un diploma di scuola superiore o una laurea e oltre la metà è occupata stabilmente. Circa un terzo degli accessi è fatto da donne straniere (30% delle richieste di aiuto), a fronte dell'11% di straniere nella popolazione femminile over14enne toscana, e circa 4 accessi su 5 sono di donne over30enni, il 60% dalla fascia 30-49 anni. Quasi la metà delle donne che accedono ai centri antiviolenza sono coniugate e un ulteriore 20% ha alle spalle

una relazione interrotta, in 9 casi su 10 infatti si tratta di violenza perpetrata nell'ambito di una relazione affettiva, coniugale o di convivenza in corso (60%) o interrotta (23%). Di conseguenza, è alta la percentuale di casi in cui i figli e le figlie hanno assistito alla violenza (oltre il 60%, per la maggior parte minorenni), come testimonia anche l'aumento dei minori vittime di violenza assistita in carico ai servizi sociali e segnalati agli organi giudiziari (da 749 nel 2013 a 1.487 nel 2017, circa 2,6 ogni 1.000 minori residenti (fonte: Regione Toscana, Centro Regionale Infanzia e Adolescenza). Più rari i casi di violenza subiti da conoscenti (5%), sconosciuti (1,7%) o nei luoghi di lavoro (1,5%).

Figura 1. Donne che si sono rivolte ai centri antiviolenza – Toscana, periodo 2009-2017 – Fonte: Regione Toscana



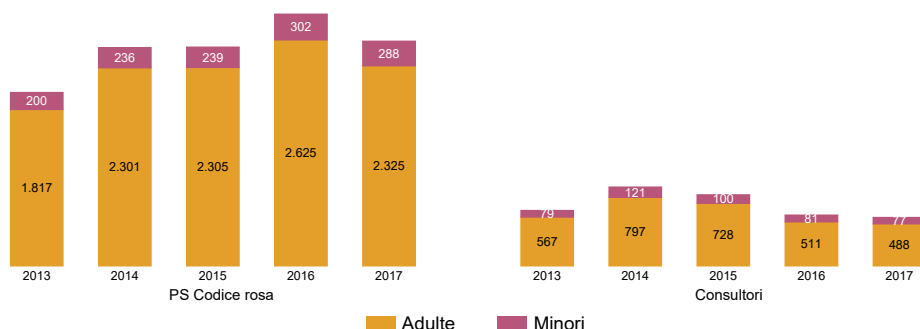
La violenza subita raramente è solo di tipo fisico, l'84% delle donne infatti riporta violenza psicologica (isolamento, umiliazione, controllo) a fronte del 63% che dichiara di aver subito maltrattamenti fisici, percentuali che dimostrano l'ampia sovrapposizione delle casistiche. Rilevanti anche, in ordine di incidenza, la violenza economica, lo stalking e la violenza e le molestie sessuali. Poco più di 1 donna su 4 che accede ai Centri antiviolenza presenta denuncia alle autorità (28%).

Gli accessi ai Pronto Soccorso in Codice Rosa, una delle reti cliniche tempo-dipendenti, dedicata alle vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione, che ha attivato il "Percorso Donna", nel periodo 2013-2017 (il dato è raccolto con una rilevazione ad hoc e il 2017 è attualmente l'ultimo anno completo disponibile) sono stati oltre 12.600, circa 2.500 ogni anno, 14,7 ogni 10mila donne over14enni. Il 10% di questi accessi riguarda bambine o ragazze minorenni. Nello stesso periodo circa 3.500 donne si sono rivolte a uno dei consultori toscani per abusi o maltrattamenti. Si tratta di circa 710 accessi l'anno, 4,1 ogni 10mila donne over14enni (figura 2).

I femminicidi in Toscana dal 2006 al 2017 sono stati 108, di cui 28 riguardanti donne straniere (fonte: X Rapporto regionale sulla violenza di genere, Osservatorio sociale regionale della Toscana).

Per completare il quadro del fenomeno, va detto che in Toscana sono attivi anche 6 centri per autori di violenza che a giugno 2018 avevano in carico 154 uomini.

Figura 2. Accessi di donne in "codice rosa" ai Pronto Soccorso e utenti dei consultori area "abusi e maltrattamenti" per fascia d'età - Toscana, periodo 2013-2017 - Fonte: Regione Toscana



Tra gli operatori e le operatrici del settore c'è una relativa certezza che le cifre appena riportate siano solo la classica punta dell'iceberg. È importante, quindi, continuare a lavorare per far emergere quanto ancora sommerso, come sta facendo la Toscana con un'azione integrata e multilivello che coinvolge i Servizi Sociali territoriali, i Pronto Soccorso, le Forze dell'Ordine in azioni specifiche di prevenzione e contrasto, con l'indispensabile contributo dei Centri Antiviolenza che gestiscono le Case Rifugio. La nostra regione ha infatti una dotazione migliore di quella media italiana. È la 4^a tra le regioni per strutture, con 1,4 Centri Antiviolenza e 1,2 Case Rifugio ogni 100mila donne over14 residenti (tabella 2).

Tabella 2. Centri antiviolenza e case rifugio presenti sul territorio - Strutture per 100.000 donne residenti d'età 14+ anni - Toscana e Italia, anno 2017 - Fonte: ISTAT

Regione	Strutture			Strutture x100.000 donne 14+ anni		
	Centri antiviolenza	Case Rifugio	Totale	Centri antiviolenza	Case Rifugio	Totale
Toscana	24	20	44	1,4	1,2	2,6
Italia	276	126	402	1,0	0,5	1,5

Salute della popolazione anziana

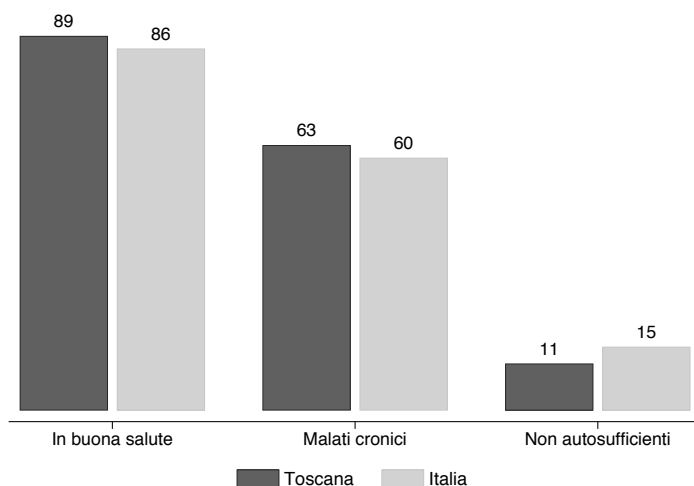
In Toscana, un cittadino su quattro ha più di 65 anni, un rapporto tra i più alti in Italia dove si va dal 18,8% della Campania al 28,5% della Liguria. Si tratta di circa 940mila persone, delle quali il 57% sono donne, in virtù della loro maggior longevità.

Dai dati raccolti in Toscana dal sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (Istituto Superiore di Sanità) emerge che circa 2 anziani su 3 (63%) sono malati cronici, quasi 600mila persone. Nonostante questo, l'89% degli ultra64enni dichiara comunque di avere una salute discreta o buona, evidenziando che una parte dei malati cronici non reputa invalidante la propria patologia e si ritiene tutto sommato soddisfatto della propria condizione (figura 1).

Sempre secondo l'Indagine PASSI d'Argento le patologie croniche più frequenti sono quelle cardiocircolatorie (43%) e respiratorie (18%), seguite dal diabete (15%) e dall'insufficienza renale (11%). Quasi 1 anziano su 3 ha due o più malattie croniche.

La distribuzione delle malattie è in linea con quella osservata in Italia.

Figura 1. Condizioni di salute degli anziani - Prevalenza standardizzata* per età per 100 abitanti di età 65+ anni - Toscana e Italia, anno 2017 - Fonte: Indagine PASSI d'Argento, Istituto Superiore di Sanità

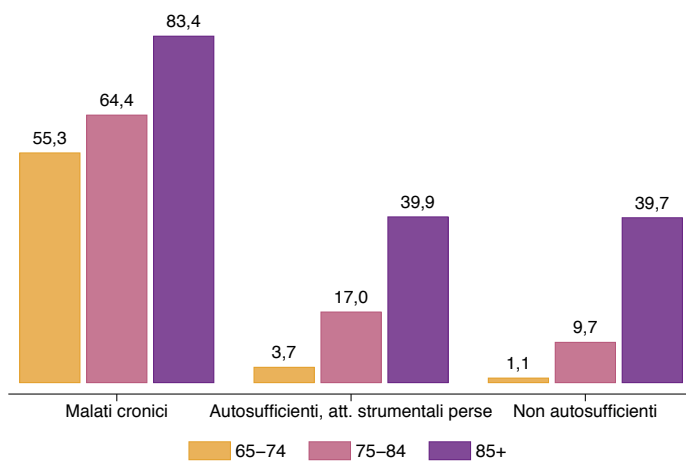


* il dato sulla non autosufficienza standardizzato per età non è disponibile

Gli anziani autosufficienti, ma che non riescono più a svolgere attività strumentali (usare il telefono, prendere le medicine, ecc.) sono 134mila, pari al 14,6%. Circa 1 anziano su 10 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 poco meno di 100mila 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 110mila anziani non autosufficienti. Il trend per età mette in luce come si stia spostando a 75 anni la soglia d'età oltre la quale la perdita di autonomia si manifesta nella popolazione anziana (figura 2).

Figura 2. Condizioni di salute degli anziani per classe d'età – Prevalenza per 100 abitanti d'età 65+ anni – Toscana, anno 2017 – 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 2018 un dato migliore della media italiana: 22,7 anni per le donne (22,4 in Italia) e 19,7 anni per gli uomini (19,3 in Italia) (fonte: ISTAT). Se si considerano solo gli anni di vita attesi in buona salute, per i quali le stime ISTAT più recenti però si fermano al 2013, la speranza di vita maschile e femminile, rispetto alla media nazionale, si differenzia. Gli uomini toscani mantengono valori più alti della media nazionale, 7,8 anni in Toscana vs 6,7 anni in Italia, mentre per le donne non vi sono differenze (5,6 anni in Toscana vs 5,7 anni in Italia).

Salute della popolazione straniera

La centralità del fenomeno migratorio nella comunicazione mediatica, fa sì che quando parliamo di “salute degli stranieri” la nostra attenzione si rivolga esclusivamente alle immagini di gruppi di persone appena arrivate sul nostro territorio o ancora in balia di operazioni di ricerca e salvataggio, dimenticando che in Italia l'8,5% della popolazione residente, circa 5.100.000 persone, proviene da un paese straniero.

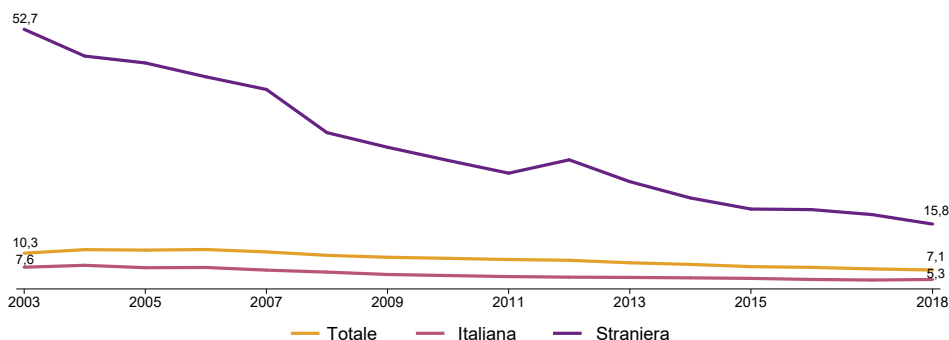
Le informazioni sanitarie di cui disponiamo sono riferite quasi esclusivamente a cittadini stranieri residenti. Ancora oggi, infatti, volendo descrivere lo stato di salute dei cittadini rifugiati e dei migranti presenti sul territorio nazionale, dobbiamo far riferimento a informazioni tratte da studi ad hoc dai quali ricaviamo un quadro sanitario caratterizzato prevalentemente da lesioni accidentali, ipotermia, ustioni, malattie gastrointestinali, eventi cardiovascolari, complicanze legate alla gravidanza e al parto, diabete e ipertensione. La loro esposizione ai rischi associati ai movimenti migratori, favorisce il verificarsi di disturbi psicosociali, abuso di droghe e alcol, esposizione alla violenza e a disturbi nutrizionali aumentandone, così, la vulnerabilità alle malattie non trasmissibili.

L'attenzione che la Regione Toscana ha rivolto a questi cittadini attivando, sul proprio territorio, un “modello di accoglienza diffusa”, si esprime anche attraverso l'approvazione, da parte della Giunta regionale, della scheda anamnestica di presa in carico (sindromica) da adottare all'interno dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), al fine superare il gap informativo appena descritto e rafforzare il sistema di accoglienza della popolazione migrante (d.g.r.t. 1000/2018). La forte contrazione del flusso migratorio ha rallentato l'attivazione della procedura e la raccolta, da parte del personale sanitario, delle informazioni. Quindi, quando parliamo di “salute degli stranieri”, in realtà ci riferiamo a persone residenti in modo stabile sul nostro territorio che, per il cosiddetto “effetto di acculturazione”, adottano modalità comportamentali e sanitarie che li rendono molto simili alla popolazione autoctona. Purtroppo, questi dati non consentono di individuare 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 2018 gli stranieri residenti rappresentano l'11% dei toscani, oltre 408mila. A questi vanno aggiunti gli irregolari, stimati intorno all'8,7% del totale degli stranieri residenti (fonte: XXIV rapporto sulle migrazioni 2018, Fondazione ISMU), raggiungendo così il valore complessivo dell'11,9%. È una popolazione mediamente molto giovane (età media 34,6 anni), proveniente prevalentemente dalla Romania (21%), Albania (15%) e dalla Repubblica Popolare Cinese (13%). Proprio in virtù della giovane età, gli stranieri godono di buone condizioni di salute che, tuttavia, all'aumentare del tempo di permanenza sul nostro territorio, tendono a deteriorarsi a poco a poco, per l'acquisizione di modalità comportamentali tipiche delle fasce di popolazione più deprivate e per l'esposizione a condizioni estreme di povertà (ISMU, 2018).

A causa del sopra citato “effetto di acculturazione”, in aggiunta alla diminuzione dell’ingresso di donne in età fertile straniere e alla progressiva acquisizione della cittadinanza italiana da parte di donne straniere da tempo residenti in Italia, la contrazione delle nascite, che interessa ormai da più di dieci anni le donne italiane, inizia a coinvolgere anche le straniere. Nel 2018 nelle strutture toscane hanno partorito 7.148 straniere, in calo del 4,7% rispetto all’anno precedente. Tra le donne straniere permane un maggior rischio di abortire volontariamente rispetto alle italiane (figura 1) e una maggior tendenza a ripetere l’interruzione volontaria di gravidanza anche a distanza di pochi anni l’una dall’altra. Tuttavia, il tasso di abortività, sebbene sia ancora 3 volte più alto di quello delle italiane, si è ridotto del 60% negli ultimi 10 anni, indicando una sempre maggiore integrazione delle donne straniere e una modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, anche grazie ai numerosi 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 2003-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso D12 ISTAT



Muoversi nel sistema dei servizi territoriali richiede, a volte, conoscenze che non sempre i cittadini stranieri hanno. Di conseguenza, ancor più dei cittadini italiani, gli stranieri ricorrono al Pronto Soccorso (PS) individuandolo come la principale porta di accesso alle cure. Infatti, la flessione osservata nel 2017 non sembra confermarsi nel 2018, quando il tasso di accessi al PS torna ai valori precedenti con 363,1 accessi ogni 1.000 residenti stranieri (italiani: 353,4 per 1.000).

Anche il tasso di ricovero tende ad allinearsi a quello della popolazione italiana, con 115 ricoveri ogni 1.000 stranieri residenti e 122,9 ogni 1.000 italiani, in virtù di un trend in aumento tra gli stranieri e in diminuzione tra gli italiani. Tra gli stranieri la principale causa di ricovero si conferma essere quella legata alle complicanze della gravidanza, parto e puerperio (20 per 1.000 stranieri residenti), in aumento e di nuovo su valori osservati nel 2016. Aumentano anche i ricoveri per malattie del sistema circolatorio (15,5 per 1.000), digerente (11,1 per 1.000), per patologie oncologiche (9,9 per 1.000) e dell’apparato respiratorio (9,6 per 1.000) mentre sono stabili quelli per malattie infettive e parassitarie (2,7 per 1.000).

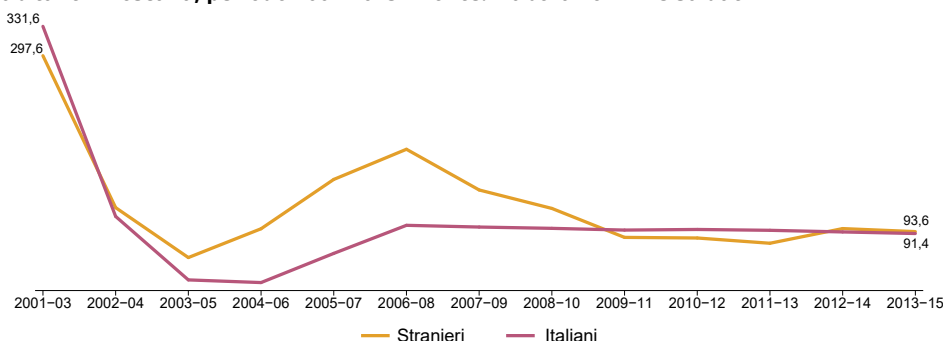
Rispetto a queste ultime patologie, va comunque segnalato che la popolazione straniera è più interessata, rispetto agli italiani, da alcune forme infettive quali l'HIV e l'infezione tubercolare.

Tabella 1. Ospedalizzazione per causa e cittadinanza – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO

Grande gruppo ICDIX cm	Stranieri	Italiani
Complicanze della gravidanza	20,0	11,4
Malattie del sistema circolatorio	15,5	16,7
Tumori	9,9	12,8
Malattie dell'apparato digerente	11,1	11,8
Malattie dell'apparato respiratorio	9,6	10,4
Malattie dell'apparato genito-urinario	7,7	8,3
Traumatismi e avvelenamenti	8,2	9,8
Malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	5,0	8,2
Disturbi del sistema nervoso	5,1	5,3
Malattie infettive	2,7	2,3
Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	2,5	2,8
Stati morbosi mal definiti	2,4	2,5
Disturbi psichici	2,4	3,5
Malformazioni congenite	1,1	1,3
Malattie del sangue	1,0	0,8
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1,0	1,4

I dati di mortalità del periodo 2001-2015 mostrano un andamento molto simile fra le due popolazioni (straniera residente e autoctona), con valori più elevati a carico degli stranieri soltanto negli anni 2004-2008 (figura 2). Pur confermando la forte omologazione fra le due popolazioni, va ricordato che tra gli stranieri può incidere la 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 2001-2015 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR

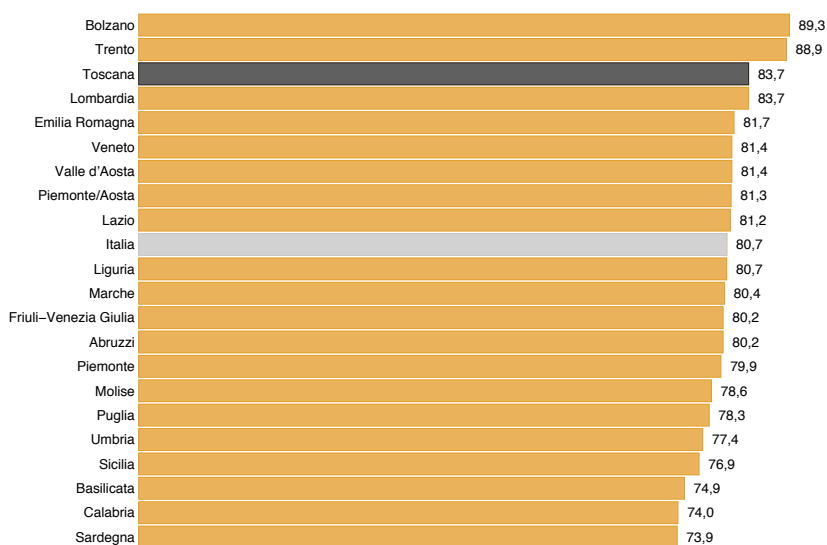


Il confronto fra le due popolazioni sembra confermare il progressivo peggioramento dello stato di salute dei cittadini stranieri residenti i quali, vivendo in condizioni di maggior svantaggio sociale, sono sottoposti a numerosi fattori di rischio per la salute. Trattandosi di una popolazione giovane, lo sforzo che il sistema sanitario è chiamato a fare è soprattutto di carattere preventivo e in termini di equità di accesso alle cure, con azioni e interventi specifici che tengano presente il contesto socio-culturale di provenienza (ruolo della mediazione culturale).

Percezione di salute

L'indagine Multiscopo ISTAT rileva che tra il 2017 e il 2018 è stabile la percezione positiva del proprio stato di salute da parte degli italiani (dall'80,6% all'80,7% degli over14enni), mentre migliora leggermente quella dei toscani (dall'83% all'83,7% degli over14enni), tanto che nel 2018 la nostra regione si posiziona al 3° posto per il per migliore punteggio (figura 1). Si tratta di persone che, indipendentemente dalle patologie di cui soffrono, sono abbastanza o molto soddisfatti della propria condizione. L'indicatore quindi valuta anche quanto il servizio sanitario e di welfare riesce a compensare l'eventuale gap di salute, permettendo alla persona di condurre comunque una vita di qualità.

Figura 1. Stato di salute percepito positivamente – Prevalenza per 100 abitanti – Regioni e Italia, anno 2018 – Fonte: ISTAT



Tra il 2017 e il 2018 la Toscana mostra un miglioramento, al pari dell'Emilia Romagna (figura 2), che nella graduatoria generale (figura 1) dichiara però una peggiore percezione rispetto ai toscani. Migliora di ben 2,7 punti percentuali la situazione della Sicilia, anche se nel 2018 è fra le regioni con la più bassa percezione di buona salute espressa dai cittadini (figura 1). Nel lungo periodo la percezione positiva della propria salute da parte dei toscani, partendo da un dato leggermente inferiore alla media nazionale, è migliorata ed è stabilmente sopra la media nazionale dal 2012 (figura 3).

Figura 2. Stato di salute percepito positivamente – Differenza in punti percentuali 2018-2017 – Regioni e Italia, anni 2017 e 2018 – Fonte: ISTAT

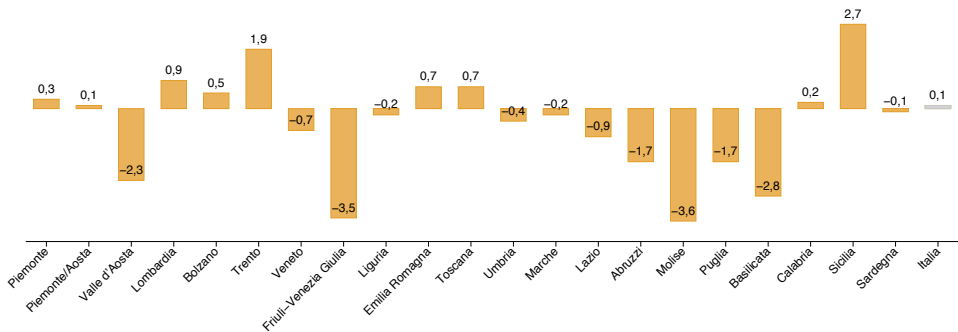
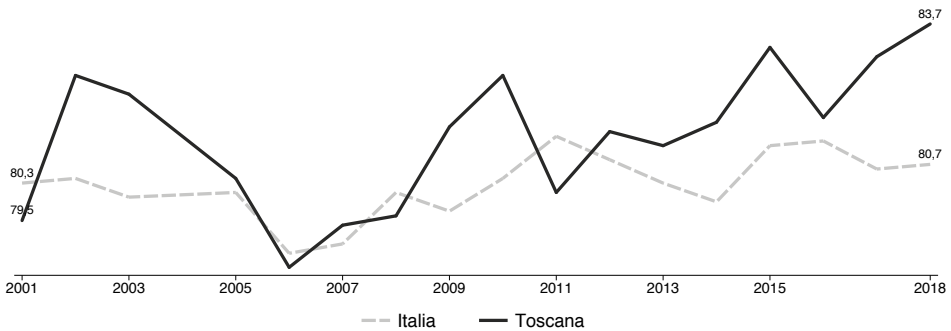


Figura 3. Stato di salute percepito positivamente – Prevalenza per 100 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2001-2018 – Fonte: ISTAT



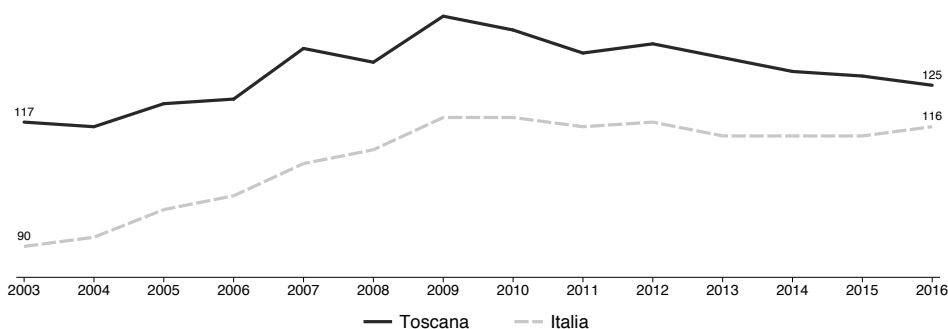
Le risorse del sistema

Spesa sociale

Gli ultimi dati ufficiali disponibili, relativi all'anno 2016, mostrano che la spesa per interventi e servizi sociali dei comuni toscani ammontava a 469 milioni di euro, il 6,6% dei 7,06 miliardi di euro spesi complessivamente in Italia (fonte: Rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati). Le cifre si riferiscono agli impegni di spesa in conto corrente di competenza dei Comuni e associazioni di Comuni per l'erogazione di servizi e interventi socio-assistenziali. Si tratta della spesa effettivamente sostenuta, comprensiva dei costi del personale e delle strutture, al netto delle compartecipazioni degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale. Nel totale rientrano le spese per interventi e servizi (servizio sociale professionale, integrazione sociale, interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, assistenza domiciliare, servizi di supporto), i trasferimenti in denaro (contributi erogati agli utenti o a soggetti terzi per la fornitura di servizi) e i costi delle strutture residenziali o semiresidenziali gestite direttamente dai Comuni o affidate in convenzione a terzi.

Il trend temporale di spesa era aumentato tra il 2003 e il 2009, quando raggiunse la cifra massima di 521 milioni di euro, per poi diminuire fino al 2016, quando comunque la spesa è di 54 milioni di euro superiore a quella del 2003. La spesa nel 2016, infatti, ammonta a 469 milioni di euro, contro i 415 milioni di euro del 2003. In Toscana la spesa, rispetto alla popolazione, è costantemente più alta della media italiana. Nel 2016 sono stati spesi 125 euro pro capite, rispetto ai 116 euro pro capite in Italia. Il range per regione va dai 22 euro pro capite della Calabria ai 383 euro pro capite del Trentino Alto Adige e la Toscana si colloca a metà della graduatoria.

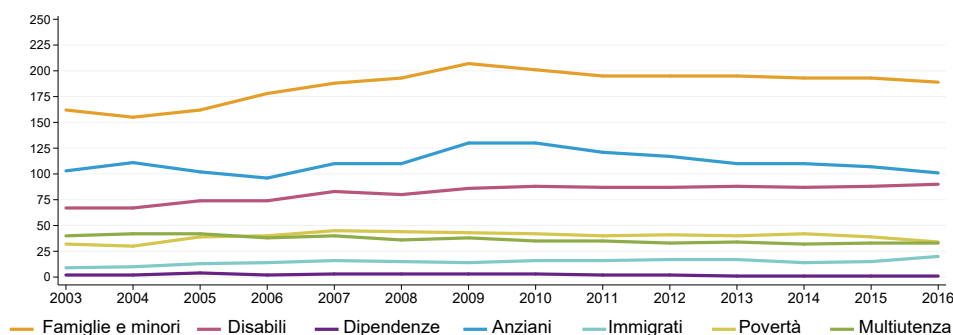
Figura 1. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali – euro spesi per abitante – Toscana e Italia, periodo 2003-2016 – Fonte: ISTAT



Il 41% delle risorse (189 milioni di euro) è destinato all'area famiglia e minori, le aree anziani e disabilità assorbono rispettivamente il 21,5% (101 milioni di euro) e il 19% (90 milioni di euro) (figura 2). All'utenza dei servizi per la povertà e il disagio adulti, in cui rientra anche la

salute mentale, è destinato invece il 7% della spesa totale (34 milioni di euro), così come alla multiutenza (33 milioni di euro), mentre altri 20 milioni di euro (4% della spesa totale) sono destinati ai servizi per immigrati e nomadi e 1 milione di euro ai servizi per le dipendenze da alcol e droghe (0,2% del totale).

Figura 2. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per area di utenza – Milioni di euro spesi – Toscana, periodo 2003-2016 – Fonte: ISTAT



Ad eccezione dell'area della disabilità e dell'immigrazione, per le quali negli ultimi due anni la Toscana spende meno risorse rispetto alla media italiana, in tutte le altre aree il confronto tra la nostra regione e l'Italia è a favore della Toscana per quanto riguarda le risorse messe in campo. È importante, rispetto alla media italiana, l'impegno per famiglie e minori (212 euro pro capite) e anziani (108 euro pro capite), due aree che assorbono buona parte della spesa sociale (tabella 1).

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 (2.730 euro per persona con disabilità) e mostra un'evidente crescita rispetto al 2003, sia come entità totale (da 67 a 90 milioni di euro) che come valore pro capite. Anche la spesa per i servizi rivolti agli immigrati è aumentata da 9 a 20 milioni di euro dal 2003 al 2016, ma è diminuita nel valore pro capite, da 63 a 51 euro per straniero residente, data la crescita degli stranieri e dei servizi di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo nel periodo.

Tabella 1. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per area di utenza – euro spesi per abitante* – Toscana e Italia, anno 2016 – Fonte: ISTAT

Territorio	famiglie e minori	disabili	anziani	immigrati	povertà	multiutenza
Toscana	212	2.730	108	51	15	9
Italia	171	2.852	92	67	14	6

* I valori pro capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza: Famiglia e minori (componenti di famiglie con almeno un minore al Censimento), Disabilità (persone con disabilità che vivono in famiglia, da Indagine Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, e ospiti nelle strutture residenziali da Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali), Dipendenze (popolazione residente 15+ anni), Anziani (popolazione residente 65+ anni), Immigrati e nomadi (stranieri residenti), Povertà e disagio adulti (popolazione residente 18-65 anni), Multiutenza (popolazione residente).

La principale fonte di finanziamento della spesa sociale degli enti territoriali toscani deriva dalle risorse proprie dei Comuni e delle associazioni di Comuni (68,4%). Al secondo posto, per importanza, ci sono i fondi regionali vincolati per le politiche sociali, che finanziano in Toscana l'11,8% della spesa sociale dei Comuni. Le risorse rimanenti provengono dal fondo indistinto per le politiche sociali (7,2%), dai fondi vincolati statali o dell'Unione europea (6,6%), da altri enti pubblici (4,8%) e da privati (1,2%). Solo il 13,8% della spesa è quindi finanziata a livello centrale, mentre buona parte delle risorse provengono direttamente dai territori.

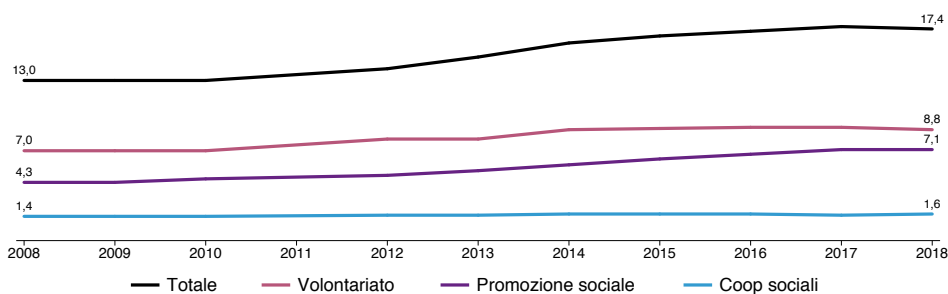
Terzo settore

Il volontariato, la promozione sociale, la cooperazione sociale, gli altri soggetti appartenenti al variegato mondo del non profit, sono realtà consolidate in Toscana e possono vantare, alcune di loro, diversi secoli di presenza nella cura delle persone e delle comunità locali, a partire dalla risposta ai loro bisogni essenziali sociali e di salute.

La recente riforma del Terzo settore (d.lgs. 117/2017 e d.lgs. 112/2017) ha consolidato il ruolo pubblico dei soggetti che operano nelle economie solidali, assicurando loro uno spazio strategico nelle politiche pubbliche. Per la Toscana ciò significa formalizzare una prassi amministrativa conosciuta, grazie alla quale è possibile promuovere gli istituti della co-programmazione, e co-progettazione nello sviluppo di progetti, interventi e servizi nell'ambito sociale e della salute. Le trasformazioni dei sistemi di welfare, connessi anche alla crisi economica e sociale, hanno visto una crescita progressiva di forme di protezione e promozione sociale basate su una forte collaborazione tra pubblico e privato sociale, al fine di fronteggiare adeguatamente le varie forme di esclusione delle persone spiazzate dagli eventi della vita. Questa funzione pubblica e sussidiaria del Terzo settore amplia e irrobustisce l'offerta sociale e sanitaria, consolida la modalità collaborativa e corresponsabile nella definizione e attuazione delle politiche sociali e sanitarie a livello nazionale e regionale, è il presupposto essenziale per promuovere la cultura della solidarietà e della socialità.

A dicembre 2018 erano 6.514 i soggetti iscritti all'albo regionale delle cooperative sociali o ai registri regionali delle organizzazioni di volontariato: 3.280 organizzazioni di volontariato, (8,8 ogni 10mila abitanti), 2.653 associazioni di promozione sociale (7,1 per 10mila abitanti), 581 cooperative sociali (1,6 per 10mila), per un totale di 17,4 organizzazioni ogni 10mila abitanti, con un trend in crescita (figura 1). Questi registri regionali rilevano i soggetti formalizzati che sviluppano le loro attività anche grazie a sinergie con gli enti pubblici.

Figura 1. Indice di presenza Terzo settore formalizzato – Organizzazioni iscritte ai registri regionali per 10.000 abitanti – Toscana, periodo 2008-2018 – Fonte: Regione Toscana



Le organizzazioni di volontariato sono attive principalmente nel sociale e in sanità, se a questi ambiti si unisce il sociosanitario vediamo come l'ambito di attività di più diretta attinenza con

le politiche sociali e sanitarie copre quasi 3/4 del volontariato. Le attività prevalenti e i target di riferimento sono la disabilità, l'assistenza di anziani, immigrati e profughi, minori e giovani. Le associazioni di promozione sociale invece propendono in maniera evidente verso il settore culturale-educativo (44%), seguito da quello sociale (21%) e da quello sportivo/ricreativo (20%). Le cooperative sociali sono impegnate prioritariamente nel settore sociosanitario e educativo (tipo A, 51%), che prevale su quello relativo all'integrazione lavorativa di soggetti svantaggiati (tipo B, 37%), mentre le cooperative iscritte contemporaneamente alle sezioni A e B e i consorzi di cooperative rappresentano ciascuno il 6%. Si tratta dei soggetti del Terzo settore più attivi nell'erogazione di servizi sociali e sociosanitari, anche in virtù del crescente processo di esternalizzazione della gestione di servizi pubblici, che ha puntato sulle realtà tendenzialmente più strutturate e professionalizzate nel panorama del non profit. 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.

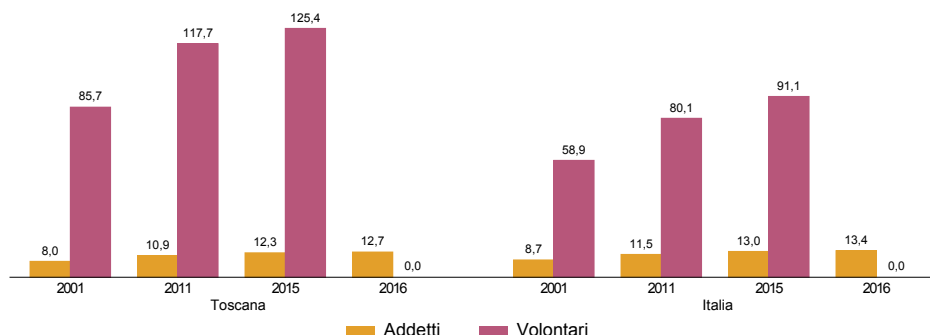
Un'altra fonte che rileva tutti i soggetti appartenenti alle economie sociali e civili è quella del censimento ISTAT delle istituzioni non profit, che, a differenza di quanto avviene con i registri regionali, rileva la pluralità dei soggetti che operano nell'alveo del settore non profit. I dati per l'anno 2016 ci dicono che questo universo è composto in Toscana da quasi 27mila organizzazioni, ovvero circa 4 volte quelle iscritte ai registri regionali sopra indicati (tabella 1). L'indice di diffusione del non profit toscano desumibile da ISTAT è di circa 72 organizzazioni ogni 10mila abitanti (media Italia: 57) e ha una dimensione media di circa 19,5 risorse umane (dipendenti e volontari) per istituzione censita. Come emerso dai dati dei registri regionali, anche il dato ISTAT conferma la consistente crescita del settore: +8.500 unità rispetto al 2001 e +3mila rispetto al 2011, corrispondenti rispettivamente a un +19 e +7 punti nell'indice di presenza del non profit. Il settore di attività prevalente è quello culturale, sportivo e ricreativo, che coinvolge il 67% delle istituzioni, seguito da assistenza sociale, sanità, relazioni sindacali e istruzione e ricerca. La *mission* del non profit toscano è orientata principalmente verso il sostegno e supporto dei soggetti deboli (50% delle organizzazioni), seguita dalla promozione/tutela dei diritti (30%) e dalla cura di beni collettivi (20%). Si tratta di soggetti che operano nell'ambito regionale e si occupano di welfare locale e di sussidiarietà orizzontale. L'orientamento è, per circa 2 istituzioni su 3, improntato alla pubblica utilità, con attività svolte nell'interesse della collettività, di particolari categorie sociali o comunque di soggetti esterni all'organizzazione, e per il restante di tipo mutualistico, ovvero a favore e nell'interesse dei soli soci/associati.

Tabella 1. Istituzioni non profit – Numero e valore per 10.000 abitanti – Toscana e Italia, anni 2001, 2011, 2015 e 2016 – Fonte: ISTAT

Territorio	Istituzioni non profit censite				Istituzioni non profit per 10.000 abitanti			
	2001	2011	2015	2016	2001	2011	2015	2016
Toscana	18.344	23.899	26.588	26.869	52,5	65,1	71,0	71,8
Italia	235.232	301.191	336.275	343.432	41,8	50,7	55,4	56,7

I dati ISTAT ci segnalano che la forma giuridica egemone è ancora l'associazione (87% del totale, di cui gran parte associazioni non riconosciute), caratterizzata da informalità e da una scarsa strutturazione organizzativa. Questo dato evidenzia una caratteristica storica del non profit in Toscana, ovvero la propensione a svolgere attività di interesse generale in modo spontaneo e libero. Solo il 5% ha forme giuridiche più strutturate e organizzate (cooperative sociali e fondazione), mentre nell'85% dei casi siamo in presenza di associazioni a "zero addetti", che si reggono quindi esclusivamente sui volontari. Il 5% ha tra 1 e 2 addetti, il 4% ha tra 3 e 9 addetti, mentre un altro 5% ha 10 o più addetti. Le risorse umane impegnate nel non profit toscano sono oltre 515mila, quasi 14 ogni 100 abitanti, di cui quasi 470mila volontari (91%) e circa 47.600 addetti (la propensione al volontariato è elevata nella popolazione toscana, riguarda oltre 12 cittadini su 100). Dal confronto con il dato nazionale, la Toscana ne esce con l'evidenza di una maggiore presenza del settore, una maggiore incisività del capitale sociale che esprime e una più spiccata propensione al volontariato (figura 2).

Figura 2. Addetti e volontari delle organizzazioni non profit censite – Valore per 1.000 abitanti – Toscana e Italia, anni 2001, 2011, 2015 e 2016 - Fonte: ISTAT



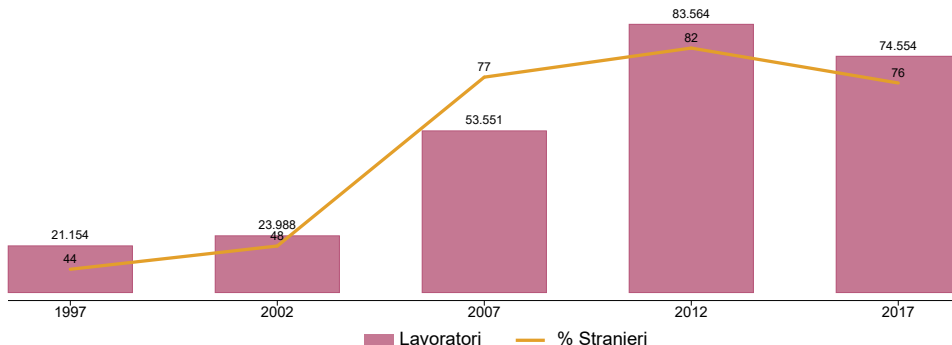
Lavoro domestico di cura

Il settore del lavoro domestico di cura, inteso non solo come assistenza di alta soglia a persone non più autosufficienti, ma comprensivo del supporto nelle attività domestiche e quotidiane, di babysitteraggio o simili, è in crescita e rappresenta sempre di più un supporto fondamentale per le famiglie nella conciliazione dei tempi di vita. Insieme ai servizi pubblici, privati organizzati e non profit, costituisce un tassello importante nel panorama dei servizi di supporto e assistenza. 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 30% delle risorse annualmente stanziare. Nel 2018, grazie al Fondo, il contributo per interventi in forma indiretta domiciliare è stato erogato a 7.577 anziani non autosufficienti ultra64enni e a 864 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 (l.r. 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 6 mesi. Il combinato disposto delle due norme 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.

La crescita della domanda è dipesa dall'aumento del bisogno nella popolazione, più anziana e quindi con maggiori problemi cronici di autonomia, dal bisogno crescente di aiuto in famiglia per conciliare i tempi di lavoro e di vita (ad esempio accudimento dei figli), dovuto all'erosione delle reti primarie di prossimità (famiglie sempre meno numerose) e al maggior impegno femminile nel mondo del lavoro, e, infine, da una contrazione delle risorse economiche per l'organizzazione dei servizi pubblici.

L'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) censisce in Toscana circa 74.500 lavoratori domestici con almeno un contributo per prestazione lavorativa domestica versato nel 2017. Dal 1997 al 2017 la domanda di questi servizi aumenta e i lavoratori impegnati triplicano (figura 1). La tendenza degli ultimi 5 anni è però quella di una stabilizzazione prima e una diminuzione poi, esclusivamente dovuta al calo della componente straniera, per una minor capacità reddituale delle famiglie che ha frenato in parte la crescita del segmento ufficiale del fenomeno e per la diminuzione di appeal lavorativo dei nostri territori tra gli stranieri, che ha rallentato i flussi migratori negli ultimi anni.

Figura 1. Lavoratori domestici con almeno un contributo INPS nell'anno – Lavoratori e stranieri per 100 lavoratori – Toscana, periodo 1997-2017 – Fonte: INPS



La presenza femminile e straniera caratterizza da sempre il settore. Nel 2017 circa 9 lavoratori domestici su 10 sono donne e il 76% stranieri (erano il 44% nel 1997). Le lavoratrici e i lavoratori domestici stranieri provengono principalmente dall'est Europa (oltre 6 su 10), o dalle Filippine (10% del totale) e dal Sud America (9%). La tipologia di rapporto qualificata come badante aumenta e ha raggiunto il 55% dei casi (era il 20% nel 2008), a testimonianza del crescente bisogno nelle famiglie toscane. Si stima comunque che la parte nota sia largamente minoritaria rispetto alla reale dimensione, a causa della quota ancora sommersa. L'indagine PASSI d'Argento, ad esempio, nel 2017 ha rilevato che il 6% degli anziani (circa 57mila persone) vive con una badante. La stessa indagine nel 2012-2013 stimava circa 90mila anziani non autosufficienti, o comunque in condizioni di bisogno, aiutati da badante (non sempre convivente) e questi sarebbero solamente i casi relativi agli anziani, che non tengono conto degli assistiti disabili al di sotto dei 65 anni e di tutte le famiglie coadiuvate nelle attività domestiche.

Organizzazioni e strutture sportive

La pratica sportiva e l'attività ludico motoria esaltano la promozione di corretti stili di vita e hanno grande rilevanza per tutti i praticanti in termini di salute e inclusione sociale. Anche per questo l'attività sportiva è una delle leve prioritarie nella riduzione delle disuguaglianze, nella prevenzione, nella promozione del benessere psicofisico e sociale a tutte le età.

Il sistema di organizzazioni e strutture sportive sul territorio regionale è molto corposo e sfaccettato e rappresenta un'offerta ricca e multidisciplinare per la pratica sportiva e motoria. Il tentativo di ricostruzione del complesso panorama di società sportive, impiantistica, spazi sportivi e possibilità formative, dunque, non può che avvenire attraverso una raccolta di fonti e dati eterogenee e complementari.

Attraverso i dati del Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI) Toscana è possibile ricostruire un quadro del movimento sportivo toscano organizzato e regolamentato dalle 45 Federazioni Sportive nazionali (FSN) e dalle 19 Discipline Sportive Associate (DSA) riconosciute dal CONI nel 2017. Si contano circa 4.244 società sportive, 324mila atleti tesserati (87 ogni 1.000 toscani) e 89mila operatori sportivi. A completamento del quadro dell'offerta, va considerata inoltre la presenza significativa degli Enti di promozione sportiva, cui fanno riferimento anche migliaia di società non iscritte ai registri CONI.

Tabella 1. Società, atleti tesserati e operatori sportivi nelle Federazioni Sportive Nazionali (FSN) e nelle Discipline Sportive Associate (DSA) del CONI - Valori assoluti - Toscana, anno 2017 - Fonte: Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI)

Attività	FSN	DSA	Totale
Società sportive	3.901	343	4.244
Atleti tesserati	311.243	12.674	323.917
Operatori Sportivi	86.515	2.742	89.257

Si contano inoltre 86 società sportive e 747 atleti nelle Federazioni e Discipline sportive paraolimpiche riconosciute dal Comitato Italiano Paralimpico (CIP) e oltre 60 centri SportHabile (rete di impianti, spazi e centri in grado di accogliere gli sportivi con disabilità). Si tratta di un'offerta significativa, ulteriormente in crescita, che favorisce la pratica sportiva tra i toscani con limitazioni funzionali. Il 17% degli uomini e l'8% delle donne con gravi limitazioni pratica sport (rispettivamente il 24% e il 22% in caso di limitazioni non gravi). Complessivamente il dato è superiore di circa 10 punti percentuali rispetto media nazionale (fonte: Elaborazioni Osservatorio Sociale Regionale su dati ISTAT).

Tabella 2. Società e atleti tesserati nelle Federazioni Sportive Paralimpiche, Federazioni Sportive Nazionali Paralimpiche e Discipline Sportive Paralimpiche - Valori assoluti - Toscana, anno 2018 - Fonte: Comitato Italiano Paralimpico (CIP) Toscana

Attività paralimpica	Atleti	Società
Federazioni sportive	399	47
Federazioni sportive nazionali	205	22
Discipline sportive	143	17
Totale	747	86

L'ultimo censimento degli impianti sportivi in Toscana, risalente al 2015, ha rilevato 5.775 impianti pubblici o privati con utilizzo pubblico funzionanti (insieme costituito da uno o più spazi di attività dello stesso tipo o di tipo diverso, con annessi servizi e spazi accessori), pari a 1,55 ogni 1.000 abitanti. Gli impianti hanno un'età media di 28 anni e sono principalmente in contesti sportivi (60%), scolastici e *playground* (entrambi 16%), oratori (5%) e turistico-alberghiero (3%) (fonte: monitoraggio CONI, con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri). Gli spazi di attività conformati per la pratica di una o più attività sportive sono 10.715, circa 2,9 ogni 1.000 abitanti e si contano mediamente 2 spazi attività per ogni impianto sportivo. Quasi il 40% degli impianti ha 3 o più spazi di attività e il 25% ne ha almeno 4, per una media di 2,6 attività praticabili per ogni impianto sportivo.

Tabella 3. Impianti sportivi e spazi di attività censiti - Valori assoluti, valori per 1.000 abitanti e abitanti per impianto - Toscana, anno 2015 - Fonte: Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI)

Tipologia	numero	per 1.000 abitanti	Abitanti per impianto/spazio
Impianti sportivi	5.775	1,55	647
Spazi attività	10.715	2,87	332

Infine, l'offerta formativa in ambito sportivo in Toscana conta 23 Licei sportivi, con 3.500 iscritti per la formazione superiore, e 2 facoltà di Scienze Motorie, con 1.600 iscritti per l'alta formazione (fonte: Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca). È rilevante inoltre menzionare lo sforzo di promozione dell'attività sportiva portato avanti da Regione Toscana, che nel triennio 2015-2017 ha erogato complessivamente 5.700.000 di euro in contributi per impiantistica e manifestazioni sportive, poco più di 1,5 euro pro capite.

Ticket e copayment

Le risorse finanziarie raccolte dalla compartecipazione in Toscana nel 2018 ammontano a circa 107 milioni di euro, a fronte dei 748,7 milioni di euro di spesa lorda per le attività specialistiche e un valore degli importi tariffari lordi delle attività specialistiche di circa 748,7 milioni. L'anno appena concluso registra un incremento, seppur marginale (+0,5%), degli importi complessivi della compartecipazione rispetto ai valori del 2017. Tale aumento percentuale, considerando le singole variazioni annuali a partire dal 2014, sembra indicare l'interruzione della discesa di un trend che aveva subito le maggiori contrazioni tra il 2014 e il 2016 (rispettivamente -5,3% e -4,9%). Gli importi da compartecipazione raccolti nel 2018 risultano di più dell'11% inferiori a quelli del 2014 (tabelle 1 e 2).

Tabella 1. Importi di compartecipazione per settore di attività specialistica - Valori in euro - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA

Settore	2014	2015	2016	2017	2018
Clinica	24.096.120	23.473.053	23.219.175	22.542.287	22.587.230
Diagnostica Immagini	25.036.805	23.010.149	20.685.018	20.810.704	20.328.326
Diagnostica Laboratorio	51.317.943	50.807.481	47.766.398	47.762.193	48.799.940
Diagnostica Strumentale	10.582.882	10.516.742	10.232.200	9.847.207	9.862.873
Procedure	8.937.029	5.850.642	6.181.932	5.202.730	5.070.640
Totale	119.970.780	113.658.066	108.084.722	106.165.121	106.649.010

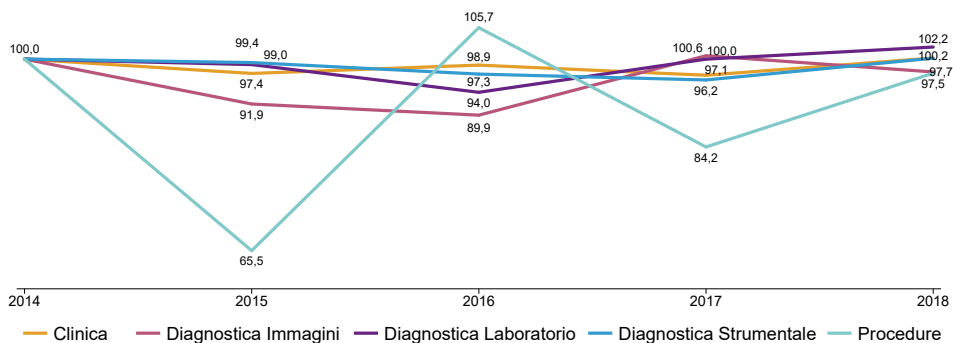
Tabella 2. Importi di compartecipazione per settore di attività specialistica - Variazioni percentuali - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA

Settore	Var. % annuale				Var. % totale 2014-2018
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	
Clinica	-2,59	-1,08	-2,92	0,20	-6,26
Diagnostica Immagini	-8,09	-10,10	0,61	-2,32	-18,81
Diagnostica Laboratorio	-0,99	-5,99	-0,01	2,17	-4,91
Diagnostica Strumentale	-0,62	-2,71	-3,76	0,16	-6,80
Procedure	-34,53	5,66	-15,84	-2,54	-43,26
Totale	-5,26	-4,90	-1,78	0,46	-11,10

In tabella 1 sono descritti gli importi dei ticket versati 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, ecodoppler, ecocardiografia, EEG, EMG, fluorangiografie) e le procedure (Biopsie, chirurgia ambulatoriale, PMA). Rispetto agli importi dovuti per tipologia delle prestazioni erogate, la diagnostica di laboratorio pesa da sola per quasi la metà del totale (46%). È l'unico tipo di specialistica ambulatoriale che tra il 2017 e il 2018 ha registrato un incremento negli importi superiore al 2%, e che, nel confronto

con il 2014, ha contenuto il decremento sotto il livello del 5%. Nel confronto tra 2018 e 2014, sempre per gli importi dovuti, si segnala il -18,8% della diagnostica per immagini e soprattutto il -43% delle procedure (figura 1).

Figura 1. Importi di compartecipazione per settore di attività specialistica - Variazioni percentuali rispetto al 2014 - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA

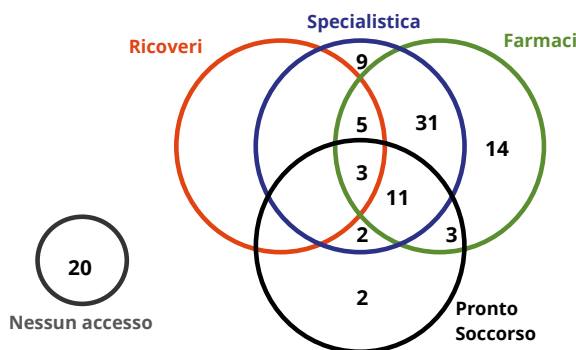


Utilizzo del Sistema Sanitario

Mediamente circa 8 toscani su 10 durante l'anno hanno 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 praticamente tutti i toscani hanno almeno un contatto nell'anno.

Analizzando come questi quattro capitoli si combinano tra loro, si osserva che il 14% dei toscani assume almeno un farmaco nell'anno (su prescrizione medica), senza però accedere ad altre prestazioni. Il 9% invece accede solo a prestazioni specialistiche, mentre il 31% dei toscani usufruisce di entrambe le prestazioni. Un ulteriore 11%, oltre ad assumere farmaci e fare prestazioni specialistiche, durante l'anno fa anche almeno un accesso al Pronto Soccorso (a cui non consegue un ricovero (figura 1).

Figura 1. Fruizione dei servizi sanitari - Distribuzione percentuale per capitolo di servizio - Toscana, anno 2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Le altre possibilità sono più rare, in pratica assenti. Indipendentemente dalle combinazioni, il 9% dei toscani si ricovera almeno una volta nell'anno, il 20% accede almeno una volta al Pronto Soccorso senza essere poi ricoverato, il 67% assume almeno un farmaco su prescrizione, il 62% fa almeno una prestazione specialistica.

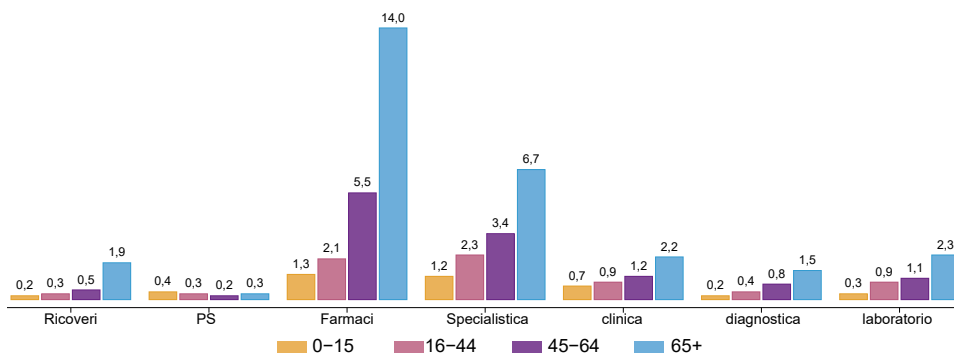
In termini di frequenza, mediamente ogni toscano accede 6 giorni in un anno a una farmacia per ricevere un farmaco, 4 giorni accede ad un ambulatorio per una prestazione specialistica, si ritrova invece meno di 1 giorno all'anno in Pronto Soccorso o ricoverato in ospedale (rispettivamente 0,3 e 0,7 giorni). 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 2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Risorse finanziarie sanitarie

Nell'ultimo rapporto della Ragioneria generale dello stato sulla spesa sanitaria sono riportati gli aggregati di spesa rilevati dai modelli di Conto economico degli Enti sanitari locali, presi a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio.

La spesa sanitaria corrente di Conto economico (CE) della Toscana nel 2017 era pari a poco più di 7,4 miliardi di euro, con un incremento dell'1,7% rispetto all'anno precedente e sostanzialmente in linea con il +1,5% nazionale. Considerando i residenti toscani nel 2017, la spesa pro capite ammontava a 1.978 euro, valore superiore alla media nazionale (1.884 euro pro capite), che colloca la Toscana al 6° posto tra le regioni italiane, dietro a Trentino Alto Adige, Molise, Liguria, Emilia Romagna e Valle d'Aosta, tutte regioni che presentano cifre sopra i 2.000 euro pro capite. Il risultato economico d'esercizio della Toscana per il 2017 è stato negativo, quasi 91 milioni di euro. Se si standardizzasse il dato rispetto alla popolazione residente, nel confronto con le altre regioni, la Toscana, con un valore di -24 euro contro una media nazionale di -18 euro, avrebbe un valore negativo inferiore soltanto a Trentino, Sardegna, Valle d'Aosta, Molise, Calabria, Liguria e Friuli-Venezia Giulia (tabella 1).

Tabella 1. Spesa sanitaria corrente e risultato d'esercizio - Valori in milioni di euro, variazione percentuale rispetto all'anno precedente e valori procapite per abitante - Regioni e Italia, anno 2017 - Fonte: Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 5, Dipartimento della ragioneria generale dello Stato, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Novembre 2018

Regioni	Spesa sanitaria corrente			Risultato d'esercizio	
	In milioni di euro	Var. % su 2016	Valore p. c.	In milioni di euro	Valore p. c.
Piemonte	8.311	0,8	1.892	13,7	3
Valle d'Aosta	256	-0,3	2.016	-22,1	-174
Lombardia	19.421	2,6	1.938	6	1
Bolzano	1.246	3,9	2.377	-258,8	-494
Trento	1.191	3,7	2.211	-195,2	-362
Veneto	9.298	3,5	1.895	14,5	3
F. V. Giulia	2.407	1,7	1.977	-49,1	-40
Liguria	3.211	0,8	2.052	-70	-45
Emilia Romagna	9.012	1,8	2.026	0,3	0
Toscana	7.404	1,7	1.978	-90,9	-24
Umbria	1.733	3,6	1.950	2,2	2
Marche	2.829	1,3	1.839	4,6	3
Lazio	10.747	0,4	1.822	-111,6	-19
Abruzzo	2.421	0,4	1.831	-9,3	-7
Molise	648	-2,0	2.086	-34,7	-112
Campania	10.073	0,6	1.725	58,4	10
Puglia	7.280	0,7	1.791	4,5	1
Basilicata	1.042	0,6	1.827	25,8	45
Calabria	3.410	-0,5	1.735	-99,2	-50
Sicilia	8.967	1,4	1.773	4,7	1
Sardegna	3.270	-1,0	1.978	-295,9	-179
Italia	114.177	1,5	1.884	-1.102,3	-18

Risorse professionali sanitarie e sociali

Tabella 1. Personale dell'SSR – Toscana, 31 dicembre 2017 – Fonte: Ruolo nominativo regionale

Personale		Personale 2017		Differenza vs 2013	
		n	per 1.000 abitanti	n	%
Totale		50.290	13,5	-725	-1,4
Dirigenti	Totale	9.459	2,5	-334	-3,4
Sanitari	Medici	8.038	2,2	-159	-1,9
	Altro (farmacisti, biologi, chimici, ecc.)	1.050		-165	-13,6
Amministrativi		189		6	3,3
Professionali (ingegneri, avvocati, architetti, geologi)		124		-12	-8,8
Tecnici (analisti, sociologi, statistici)		58		-4	-6,5
Comparto	Totale	40.831	10,9	-391	-0,9
Infermieri		20.643	5,5	79	0,4
Ostetriche		947		15	1,6
Operatori socio sanitari		5.636		423	8,1
Personale tecnico sanitario	Tecnici di radiologia	1.296		-19	-1,4
	Tecnici di laboratorio	1.232		-89	-6,7
	Altro (neurofisiopatologi, dietisti, ecc.)	299		12	4,2
Prevenzione	Tecnici della prevenzione	789		-39	-4,7
	Assistenti sanitari e vigilanza	114		-50	-30,5
Riabilitazione	Fisioterapisti	906		-63	-6,5
	Educatori professionali	278		-5	-1,8
	Logopedisti	196		9	4,8
	Altro (massaggiatori, ortottisti, terapisti)	146		14	10,6
Personale tecnico	Tecnici e programmatori	366		-102	-21,8
	Assistenti tecnici	237		-12	-4,8
Assistenti	Collaboratori amministrativi	1.875		-238	-11,3
	Tecnici	1.557		-192	-11,0
	Coadiutori amministrativi	1.059		22	2,1
	Collaboratori tecnici	484		35	7,8
	Assistenti sociali	454		14	3,2
	Ausiliari specializzati	431		-85	-16,5
	Tecnici dell'assistenza sanitaria	276		-73	-20,9
	Altro	118		-25	-17,5
Personale amministrativo	Assistenti amministrativi	1.492		-22	-1,5

I pediatri di libera scelta al 1° gennaio 2018 erano 447 (9,5 ogni 10mila abitanti d'età 0-14 anni), mentre i medici di medicina generale (MMG) erano 2.653 (7,1 ogni 10mila abitanti) (fonte: Regione Toscana). Gli ultimi dati utili a un confronto con le altre regioni si riferiscono al 2016 (fonte: ISTAT), quando in Toscana si contavano 7,3 MMG ogni 10mila abitanti (7,3 in Italia) e 9,7 PLS ogni 10mila abitanti d'età 0-14 anni (9,3 in Italia).

Sempre nel 2016 operavano nel Servizio Sanitario Regionale (SSR) 8.057 medici (-2% rispetto al 2013, 165 unità in meno), pari a 2 ogni 1.000 abitanti, dato superiore alla media italiana, pari a 1,7 per 1.000 abitanti. Gli infermieri assunti dal SSR erano 21.216 nel 2016 (-1,4% rispetto al 2013, 302 unità in meno), pari a 5,3 ogni 1.000 abitanti, anche in questo caso più della media italiana pari a 4,4 per 1.000 (fonte: Rapporto Osservasalute 2018). Le risorse professionali del SSR a dicembre 2017, con un maggior dettaglio e comprensive anche del personale tecnico e amministrativo possono essere desunte dalle informazioni della banca dati del Ruolo nominativo regionale (tabella 1). Dal 2013 il personale si è ridotto di 725 unità (-1,4%), 334 dirigenti e 391 operatori del comparto in meno.

Attingendo ai dati ISTAT, nel periodo 2014-2016 si rileva una diminuzione dei posti letto, in particolare di quelli in degenza ordinaria, sia in Toscana che in Italia. I posti letto in degenza ordinaria passano da 2,93 a 2,85 per 1.000 abitanti toscani (da 3,25 a 3,18 per 1.000 in Italia). I posti letto in day hospital da 0,44 a 0,42 per 1.000 toscani (da 0,39 a 0,36 per 1.000 in Italia).

La fonte regionale al 31 dicembre 2018 conferma i dati appena citati, con 10.633 posti letto ordinari (2,85 ogni 1.000 abitanti) e 1.520 posti letto in day hospital (0,41 per 1.000 abitanti), pubblici o privati convenzionati, con 68 presidi ospedalieri (82 stabilimenti).

Oltre ai presidi ospedalieri l'offerta regionale conta 19 Hospice, con 144 posti letto.

Le strutture residenziali per minori

Tra il 2016 e il 2018 lo scenario dell'accoglienza residenziale dei minori in Toscana ha subito una profonda trasformazione, sia in termini quantitativi, arrivando a contarne ben 154, che in termini di tipologia dell'offerta (tabella 2), aprendo agli appartamenti per l'autonomia che nel 2018 contano 44 strutture, secondi per numero alle sole Comunità a dimensione familiare (54). Seguono le case di accoglienza per minori con il proprio genitore e gruppo appartamento (le vecchie case della gestante e della madre con figlio) con 20 strutture.

Tabella 2. Strutture residenziali per minori – Toscana, anno 2018 - Fonte: Regione Toscana, Centro regionale Infanzia e Adolescenza

Tipologia	Strutture
Comunità a dimensione familiare	54
Appartamento per l'autonomia	44
Casa di accoglienza per minori con il proprio genitore e gruppo appartamento	20
Comunità educativa	11
Casa famiglia multiutenza complementare	10
Comunità familiare	7
Centro di pronto accoglimento	6
Casa di accoglienza per l'infanzia	2
Totale	154

Contestualmente all'aumento del numero delle strutture si registra un elevato numero di posti disponibili, con la capacità massima di accoglienza che a fine 2018 si attesta su 1.195 posti, con gli appartamenti per l'autonomia che da soli ne contano 244, mentre le più numerose comunità a dimensione familiare ne contano 494.

Alle 154 strutture fanno riferimento 80 soggetti titolari prevalentemente con natura giuridica di cooperativa o consorzio di cooperativa sociale (28 soggetti titolari), seguono le associazioni di volontariato e gli enti religiosi (entrambi con 13 soggetti titolari), le fondazioni (6), i comuni (5) e altre tipologie non sempre chiaramente indicate dalle strutture.

I servizi per l'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 e alle prestazioni in favore delle persone che non sono più in grado di provvedere autonomamente alle necessità di tutti i giorni. A dicembre 2018 si contavano 257 gli sportelli diffusi su tutto il territorio regionale, una rete capillare (sono presenti in 207 Comuni) alla quale rivolgersi per segnalare il bisogno di assistenza.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) attive sono 322 (31% pubblico), per un totale di 14.469 posti letto (15,3 per 1.000 anziani residenti), di cui 12.879 per non autosufficienti (89%). L'offerta semiresidenziale conta 139 Centri Diurni (57% pubblico), di cui 17 per anziani autosufficienti, 103 per non autosufficienti e 19 dedicati agli anziani con demenza, per un totale di 1.690 posti (1,8 per 1.000 anziani), di cui con 260 per autosufficienti, 1.129 per non autosufficienti e 301 dedicati alle persone anziane con demenza.

Punti di informazione e di accesso alla misura Reddito di Inclusione (REI)

A dicembre 2018, le Zone Distretto toscane avevano sviluppato un sistema di punti di informazione e di accesso alla misura REI piuttosto articolato e consolidato (anche se va sottolineato che a partire dal 1 marzo 2019 il Reddito di Inclusione non può essere più richiesto). Erano stati attivati ben 287 punti di accesso, suddivisi nell'intero territorio regionale in maniera capillare nelle Aree Vaste (AV): 75 sportelli nell'AV Centro (ricompresi in 65 Comuni), 124 sportelli nell'AV Nord-Ovest (in 100 Comuni) e 88 sportelli nell'AV Sud-Est (in 79 Comuni).

Servizio sociale professionale

Gli assistenti sociali sono figure chiave, i nodi della rete sociosanitaria integrata alla quale i cittadini, in particolare quelli che vivono situazioni di maggiore marginalità, possono riferirsi per trovare sostegno, orientamento e informazioni sui propri diritti, le prestazioni e le modalità di accesso.

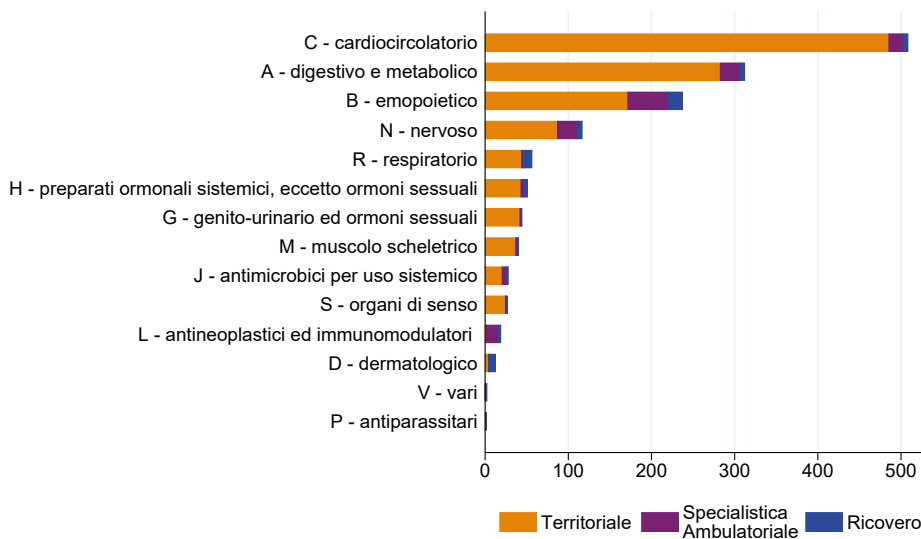
Il Servizio Sociale Professionale fa parte dei livelli essenziali di assistenza, all'interno del sistema di interventi e servizi alla persona erogati dalla Pubblica Amministrazione (legge 328/2000). In Toscana, l'iter normativo ha ribadito che "Servizi Sociali si intendono tutte le attività relative 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..." (LR 41/2005). Tra i compiti assegnati all'assistenza sociale nella legge regionale si ritrova la valutazione professionale del bisogno della persona, la definizione del percorso assistenziale personalizzato e la sua attuazione, appropriate e efficaci, attraverso l'integrazione professionale con altri operatori sociali e sanitari afferenti alla rete. Il ruolo dell'assistente sociale, parte integrante del sistema dei servizi alla persona, è inoltre quello di mantenere vivo il rapporto con i cittadini, programmare operativamente gli interventi e assumersi la responsabilità delle strutture organizzative professionali (LR 40/2015).

Secondo una rilevazione condotta dall'Ordine degli Assistenti Sociali della Toscana, ad aprile 2019 gli iscritti all'Ordine professionale della regione sono 2.182, di cui 1.215 impiegati nella Pubblica Amministrazione, 330 dipendenti nel settore privato, 11 liberi professionisti, 95 occupati in altro settore, 233 inoccupati o disoccupati (289 non hanno specificato la propria condizione lavorativa). La professione è caratterizzata da una preponderante componente femminile: 2.057 sono infatti donne, solo 125 gli uomini.

Consumo di farmaci

Buona parte del consumo di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in Toscana nel 2017 è avvenuto, come atteso, nell'ambito dell'assistenza territoriale, con 1.200 dosi giornaliere consumate ogni 1.000 abitanti, un volume nettamente maggiore delle 200 e 600 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti consumate rispettivamente durante il ricovero o in ambito di assistenza specialistica/ambulatoriale. La stessa tendenza è stata osservata per tutte le classi di farmaci (primo livello della classificazione Anatomica Terapeutica Chimica, ATC), ad eccezione della classe L (farmaci antineoplastici e immunomodulatori), della classe D (farmaci dermatologici) e della classe V (vari), per le quali il consumo si è concentrato, come atteso, maggiormente in regime di ricovero o di assistenza specialistica/ambulatoriale (figura 1).

Figura 1. Consumo di farmaci per classe Anatomica-Terapeutica-Chimica di I livello e contesto assistenziale - Dosi giornaliere per 1.000 abitanti - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi SPF, FED, FES



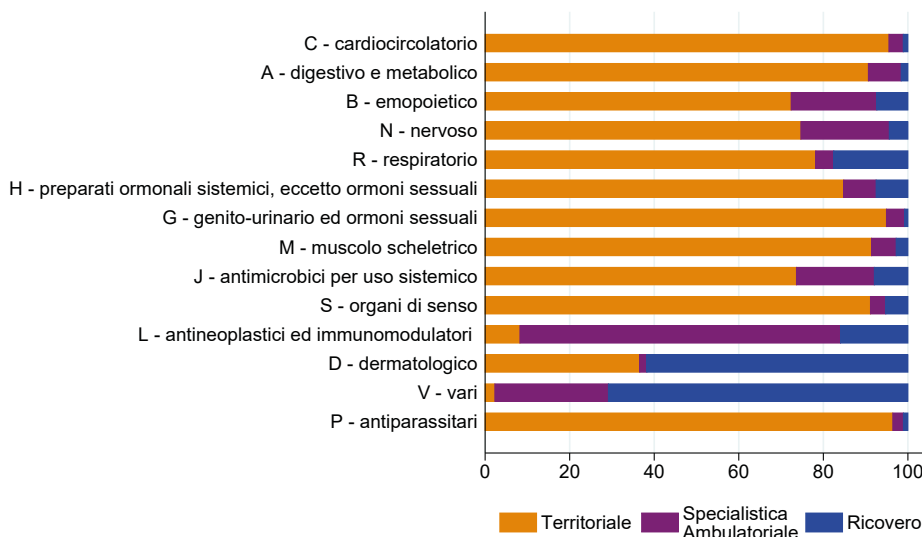
Il consumo di farmaci erogati da parte delle farmacie territoriali riguarda in particolare le classi di farmaci in cui rientrano terapie, croniche e non, che vengono generalmente gestite dai medici di medicina generale. Tra queste rientrano i farmaci del sistema cardiovascolare con 485 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti e il 95% di consumo in assistenza territoriale (ad es. antiipertensivi, antiaritmici, ipolipemizzanti) e i farmaci dell'apparato digestivo e metabolico, con 283 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti e il 91% consumo in assistenza territoriale (ad es. antiacidi, ipoglicemizzanti).

Per i farmaci appartenenti alla classe degli antineoplastici e immunomodulatori, tra cui troviamo gran parte degli anticorpi monoclonali e terapie innovative ad alto costo (come

antitumorali, immunostimolanti e immunosoppressori), il consumo, come atteso, avviene maggiormente in ambito di assistenza specialistica/ambulatoriale (76% circa del totale dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori erogati, pari a 14,2 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) (figura 2). I farmaci dermatologici sono invece consumati maggiormente durante il ricovero (62% del consumo totale, pari a 7,5 dosi giornaliere per 1.000 abitanti). In questa classe rientrano le medicazioni, gli antisettici e i disinfettanti per uso cutaneo, largamente utilizzati in regime di ricovero. Per la classe V (vari), che comprende le soluzioni per uso parenterale, i radiofarmaci a uso terapeutico e diagnostico, le medicazioni chirurgiche e i mezzi di contrasto, il consumo avviene principalmente in regime di ricovero e in seconda battuta in ambito di assistenza specialistica/ambulatoriale (71% vs 26,9% del consumo totale, pari a un numero di dosi giornaliere di 1,49 e 0,56, rispettivamente in regime di ricovero e in ambito di assistenza specialistica ambulatoriale).

La distribuzione dei consumi nei 3 contesti assistenziali riflette la struttura integrata dell'assistenza farmaceutica fornita attraverso il SSN ai toscani. In particolare, mostra come ciascuno dei 3 contesti sia prevalentemente specializzato nella gestione di determinate patologie e specifiche fasi del percorso diagnostico-terapeutico di un paziente: l'assistenza farmaceutica ospedaliera per le cure somministrate in regime di ricovero e riguardanti patologie acute, l'assistenza specialistica ambulatoriale per la diagnosi di patologie e la prescrizioni di farmaci che richiedono competenze specifiche e settoriali, e, infine, l'assistenza farmaceutica territoriale per il trattamento delle malattie croniche e tutte le altre condizioni che non ricadono negli altri due ambiti assistenziali.

Figura 2 – Consumo di farmaci per classe Anatomico-Terapeutico-Chimica di I livello e contesto assistenziale – Dosi erogate per contesto assistenziale ogni 100 dosi erogate – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi SPF, FED, FES



La qualità delle cure

Assistenza garantita: i Livelli Essenziali di Assistenza

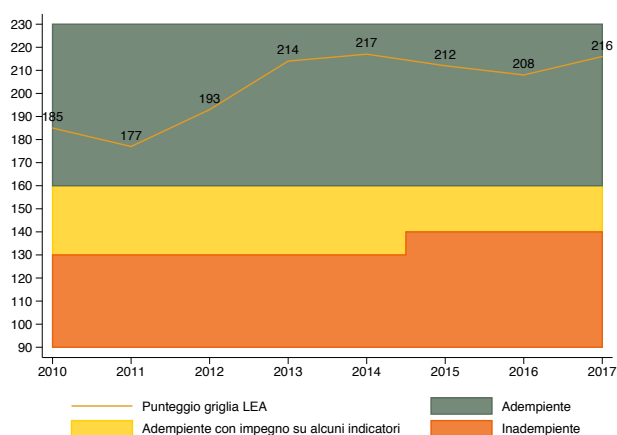
Dal 2010 il Ministero della Salute valuta la capacità delle Regioni nel garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sulla base di un set di circa 30 indicatori che ne costituiscono la griglia. A ciascun indicatore è assegnato un peso che è utilizzato per definire, al termine delle valutazioni, se complessivamente la Regione può essere giudicata “adempiente”, se supera il punteggio di 160, oppure “inadempiente” (fino al 2014 c’era anche la possibilità di essere giudicati “adempienti con impegno”). Le Regioni adempienti possono accedere alla quota premiale del finanziamento sanitario (quota premiale del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie) previa verifica del Comitato LEA che monitora anche altre condizioni, come l’appropriatezza e l’efficienza nell’utilizzo delle risorse.

Nel 2017 il “Mantenimento nell’erogazione dei LEA” ha previsto 33 indicatori (vedi Rosone e Griglia LEA), ripartiti tra l’attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera.

Ben 16 regioni sono valutate positivamente attraverso la “Griglia LEA”, ottengono cioè un punteggio ≥ 160 (livello minimo accettabile). Tra queste, la Toscana è al 3° posto con 216 punti. Le 3 regioni che hanno ottenuto un punteggio superiore a quello toscano sono Piemonte (221 punti), Veneto e Emilia Romagna (218 punti ciascuna).

Tra il 2010 e il 2017 la Toscana ottiene valori ampiamente positivi, risultando negli ultimi anni sempre fra le prime classificate della griglia LEA (figura 1).

Figura 1. Punteggio griglia LEA - Valore regionale rispetto alle soglie di adempimento* - Toscana, periodo 2010-2017 - Fonte: Ministero della salute



* fino al 2014: adempiente (≥ 160), adempiente con impegno su alcuni indicatori (≥ 130 e < 160), critica (< 130). Dal 2015: adempiente (≥ 160 o tra 140-160 e nessun indicatore con punteggio di valutazione < 3), inadempiente (< 140 o tra 140-160 con almeno un indicatore con punteggio di valutazione < 3)

Analizzando gli indicatori singolarmente emergono alcune aree in cui la Toscana può ancora migliorare nei prossimi anni. In particolare, è critica la copertura per la vaccinazione antinfluenzale tra gli anziani, pari al 55,3%, a fronte di una soglia di accettabilità del 75%.

Anche la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro il morbillo, la parotite e la rosolia (MPR) non raggiunge ancora livelli ottimali ($\geq 95\%$) perché pari al 93,47% dei casi.

Nell'area dell'assistenza distrettuale, sono 3 gli indicatori con lievi criticità: il numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani d'età ≥ 65 anni in strutture residenziali (in Toscana 9,44 per 1.000 anziani, a fronte della soglia ministeriale di 10 per 1.000) e, sia il numero di posti, che il numero dei posti equivalenti, in strutture che erogano assistenza ai disabili (rispettivamente: Toscana 0,56 posti e soglia ministeriale $\geq 0,60$; Toscana 0,41 posti equivalenti e soglia ministeriale $\geq 0,50$).

L'area ospedaliera presenta un'unica criticità relativa alla percentuale di parti cesarei primari in punti nascita di I livello (che eseguono meno di 1.000 parti all'anno) che raggiunge il 18,2%, quando la soglia ministeriale è fissata $< 15\%$ dei casi, come previsto da DM 70/2015.

A partire dal 2020 i controlli sulla valutazione del raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza si intensificheranno attraverso il "Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)", un sistema di valutazione più sensibile alle differenze tra assistenza distrettuale, ospedaliera e prevenzione, grazie a un ventaglio di indicatori significativamente più ampio (88 in totale).

Tra questi, il Comitato LEA ha individuato un sottoinsieme di indicatori ad alta priorità in materia di programmazione e organizzazione dei servizi, che verrà rivalutato annualmente garantendo così flessibilità rispetto alle priorità contingenti e nell'ottica del miglioramento effettivo.

Una nuova metodologia di valutazione riguarderà aspetti sinora non misurati, come la variabilità sub-regionale e l'equità sociale, attraverso l'elaborazione di informazioni geografiche e variabili che esprimono specifiche disuguaglianze di accesso a percorsi assistenziali.

Il 2019 servirà per sperimentare gli indicatori e capire la bontà delle stime. La sperimentazione, basata sui dati 2016, si riferisce a 6 indicatori per l'area della prevenzione (copertura vaccinale pediatrica per esavalente e morbillo – parotite – rosolia (MPR), controllo animali e alimenti, stili di vita, screening); 8 indicatori per l'attività distrettuale (tasso di ospedalizzazione degli adulti per diabete, BPCO e scompenso cardiaco; tasso di ospedalizzazione tra i minori per asma e gastroenterite; tempi d'attesa; consumo di antibiotici; pazienti trattati in ADI; percentuale di re-ricoveri in psichiatria; numero di decessi per tumore; anziani non autosufficienti nelle RSA); 7 indicatori per l'attività ospedaliera (tasso di ospedalizzazione; interventi di tumore maligno al seno; ricoveri a rischio di inappropriatezza; proporzione colecistectomie con degenza inferiore ai 3 giorni; over65enni operati di frattura al femore entro 2 giorni; parti cesarei).

Con l'applicazione retrospettiva di questo nuovo metodo di valutazione le Regioni che continuerebbero a garantire i LEA sarebbero solo 9 su 21. La Toscana passerebbe dal 3° al 7° posto nel *ranking*, pur ottenendo delle buone *performance*. Nell'area della prevenzione raggiungeremmo appena la sufficienza, con il 70,73% di adempienza, mentre si supererebbe la percentuale dell'80% nell'area distrettuale e ospedaliera.

Il NSG, quindi, sembrerebbe restituire un quadro nazionale più problematico rispetto a quello attuale, delineando maggiori disuguaglianze nel garantire i LEA ai cittadini e un paese spaccato in due nelle *performance* dei diversi servizi sanitari regionali. Con tale forbice dovranno confrontarsi necessariamente le proposte di autonomia differenziata.

Tabella 1 – Sperimentazione NSG – percentuali raggiunte nelle tre aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) dei livelli essenziali di assistenza – Regioni, anno 2016 – Fonte: Ministero della salute

Regioni che garantiscono i LEA			
	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Piemonte	76,30	86,19	78,82
Lombardia	80,92	69,12	69,12
P. A. Trento	69,41	88,49	92,40
Veneto	63,63	84,41	82,71
Liguria	65,34	86,39	74,50
Emilia-Romagna	70,27	83,14	84,83
Toscana	70,73	80,50	89,13
Umbria	73,90	65,56	77,86
Marche	61,74	71,39	64,81
Regioni che non garantiscono i LEA			
	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Friuli Venezia Giulia	52,00	71,43	78,96
Lazio	65,24	56,32	66,16
Abruzzo	65,29	57,12	59,75
Puglia	55,68	58,75	59,27
Basilicata	68,71	41,41	68,40
Calabria	51,39	48,71	53,35
Sicilia	48,48	73,08	72,39
Valle d'Aosta	59,16	39,07	60,21
P. A. Bolzano	49,57	36,24	70,37
Molise	68,08	46,00	33,38
Campania	50,21	29,05	25,41
Sardegna	65,51	35,48	55,75

Legenda

> 80 %	
70-80 %	
60-70 %	
50-60 %	
40-50 %	
< 40 %	

Copertura vaccinale in età pediatrica

L'efficacia delle vaccinazioni ha permesso negli ultimi decenni un'imponente diminuzione delle malattie infettive nei paesi occidentali, producendo però, proprio grazie alla diminuzione dei casi, una riduzione della percezione dell'importanza dei vaccini da parte dell'opinione pubblica. La vaccinazione è stata una delle più grandi innovazioni in sanità, grazie alla protezione che dà alla persona immunizzata e, indirettamente, offre anche a chi, a causa di un sistema immunitario compromesso, non può essere vaccinato (la cosiddetta "immunità di gregge").

Per conoscere il livello di protezione di una popolazione rispetto a determinate malattie infettive e valutare l'efficacia dei programmi di immunizzazione, ogni anno è misurata la copertura vaccinale, rapporto tra vaccinati e popolazione target. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda di raggiungere una copertura vaccinale minima del 95% per limitare la circolazione dei virus e batteri nella collettività e ottenere l'immunità di gregge, tuttavia, negli ultimi anni nel mondo c'è stato un costante calo delle coperture vaccinali che, in Italia dal 2014 e in Toscana dal 2016, hanno raggiunto il minimo storico, con tutti gli indicatori riferiti alle principali malattie al di sotto del 95%.

Un simile risultato è essenzialmente da imputare al fenomeno della *vaccine hesitancy*, ovvero il ritardo nell'aderire all'offerta vaccinale e/o il rifiuto della vaccinazione stessa. Questo atteggiamento esiste fin dalla disponibilità del primo vaccino, tuttavia la facilità con cui il web ha permesso di ottenere informazioni immediate, spesso contrastanti tra di loro, ne ha amplificato la portata.

Per contrastare la riduzione delle coperture vaccinali l'Italia ha imposto 10 vaccinazioni obbligatorie (anti difterite, tetano, pertosse, poliomielite, haemophilus influenzae B, epatite B, morbillo, parotite, rosolia, varicella) e 4 raccomandate (anti meningococco B, meningococco C, pneumococco, rotavirus) per i bambini e ragazzi d'età compresa tra 0 e 16 anni (legge 119/2017). Il provvedimento prevede che i bambini d'età compresa tra 0 e 6 anni non in regola con le vaccinazioni non possano essere iscritti ai nidi e alle materne, mentre sono sanzionati con multe fino a 500 euro i genitori di ragazzi inadempienti d'età compresa tra 7 e 16 anni.

In un contesto di acceso dibattito pubblico, ARS Toscana ha realizzato nel 2018 un'indagine anonima on line rivolta ai genitori di bambini toscani d'età compresa tra 16 mesi e 6 anni compiuti, per conoscere le loro scelte e opinioni in merito alle vaccinazioni. Il 45,9% dei genitori è risultato pro-vaccino, il 49,3% esitante, mentre il restante 4,8% anti-vaccino. I genitori che hanno dichiarato di aver vaccinato i propri figli entro i tempi previsti sono il 52,9% per l'esavalente e il 46,8% per il trivalente MPR. Queste evidenze, se confrontate con le coperture vaccinali a 24 mesi calcolate da Regione Toscana e pubblicate dal Ministero della Salute (oltre il 96% per l'esavalente e per la prima volta superiori al 95% anche per il trivalente MPR), suggeriscono che il canale utilizzato per la promozione del questionario (social network *Facebook*) abbia attratto una quota maggiore di persone scettiche nei confronti delle vaccinazioni, sovrastimando la reale entità del fenomeno in Toscana.

Lo studio ha comunque fornito due importanti conclusioni. La prima è che proprio *Facebook* può rappresentare un canale con cui informare, sensibilizzare e promuovere campagne vaccinali tra le persone più dubbiose nei confronti delle vaccinazioni, probabilmente più difficilmente raggiungibili con i canali istituzionali. La seconda è che il motivo principale alla base dell'interruzione e del rifiuto della vaccinazione da parte di alcuni genitori sono, in tutti e tre i gruppi (pro/esitanti/contrari alle vaccinazioni), i dubbi sulla sicurezza dei vaccini stessi. Quest'ultimo risultato è confermato sia dall'indagine nazionale realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2016, che dal recente studio effettuato in Europa da Eurobarometer (servizio della Commissione europea che misura ed analizza le tendenze dell'opinione pubblica in tutti gli Stati membri), dal quale emerge che il persistere di conoscenze errate, che conducono a una perdita di fiducia sulle vaccinazioni, può essere colmato solo attraverso il miglioramento della comunicazione sui vantaggi delle vaccinazione e sulla loro sicurezza/efficacia.

Prima di analizzare le coperture vaccinali (CV), è importante ricordare che il Servizio Sanitario Regionale (SSR) della Toscana, con l'intento di ampliare l'offerta vaccinale gratuita, ha raggiunto un accordo con la Pediatria di libera scelta, che ha facilitato l'accesso da parte dei genitori, offrendo loro la possibilità di vaccinare i propri figli, oltre che negli ambulatori delle Ausl di competenza, anche presso quelli dei pediatri di famiglia. Nel 2018, oltre la metà delle vaccinazioni pediatriche, il 64% circa, sono state somministrate dai pediatri.

La legge nazionale ha avuto un forte impatto sull'innalzamento delle CV: nel 2017 tutti gli indicatori hanno mostrato un sensibile aumento rispetto all'anno precedente. Nel momento in cui viene scritto questo documento non sono ancora state pubblicate dal Ministero della Salute le CV nazionali aggiornate a dicembre 2018, pertanto non è stato possibile verificare il proseguimento del trend.

In Toscana, dove storicamente le CV sono superiori alla media nazionale, tutte le vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi di vita, a eccezione della varicella, hanno superato nel 2018 la soglia raccomandata dall'OMS del 95%.

La CV del trivalente morbillo-parotite-rosolia nel 2018 ha superato per la prima volta il 95%, attestandosi al 95,3% (nel 2017 era il 93,5%), la crescita minore è stata osservata per l'esavalente, il vaccino comunque più somministrato, che è passato dal 95,4% del 2017 al 96,8% del 2018. Infine, la varicella, nonostante sia l'indicatore con il valore più basso, dopo una crescita sensibile dal 75,3% del 2016 all'87,1% del 2017, ha fatto registrare nuovamente l'aumento maggiore arrivando all'89,1% nel 2018 (figura 1).

Per quanto riguarda invece le quattro vaccinazioni raccomandate (figura 2), il meningococco B mostra la crescita maggiore attestandosi nel 2018 al 79,8% (nel 2017 era il 73%), anche lo pneumococco è aumentato, passando dal 90,4% all'attuale 92,5%, mentre il meningococco C è l'unica copertura vaccinale ad aver fatto registrare un segno negativo passando dal 92,7% del 2017 al 91,1% del 2018. L'ultima CV, riferita al rotavirus, si attesta nel 2018 al 10,2%, in aumento rispetto all'8,3% dell'anno precedente, comunque su valori decisamente bassi.

Figura 1. Coperture vaccinali a 24 mesi per malattia – Vaccinati per 100 bambini a 2 anni d'età – Toscana, periodo 2016-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Regione Toscana, Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale

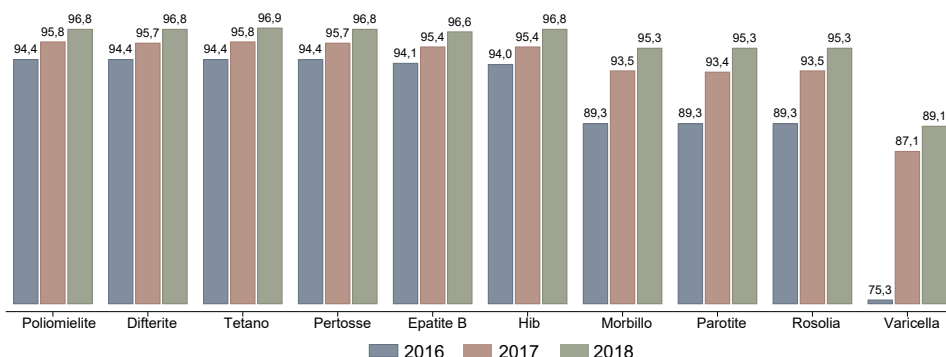
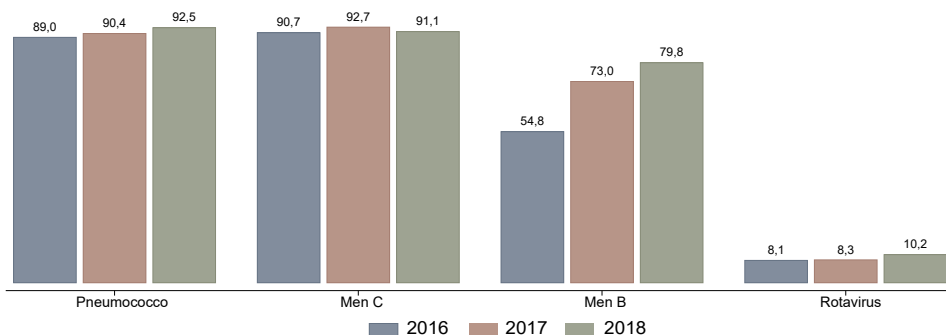


Figura 2. Coperture vaccinali a 24 mesi per malattia – Vaccinati per 100 bambini a 2 anni d'età – Toscana, periodo 2016-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Regione Toscana, Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale



Nell'ambito delle CV pediatriche è opportuno menzionare anche quella per i papilloma virus umani, gruppo di patogeni trasmessi principalmente per via sessuale. Secondo l'OMS ne esistono più di 100 tipologie, delle quali almeno 13 sono ritenute ad alto rischio di causare malattie oncologiche, in particolare le specie 16 e 18 sono responsabili del 70% dei tumori della cervice uterina. Il danno economico e sociale causato dal carcinoma della cervice uterina è rilevante, considerato che è il secondo tumore più diffuso nelle donne con circa 3.500 casi e 1.000 decessi ogni anno in Italia. La diagnosi precoce realizzata con i programmi di screening (Pap test) negli ultimi venti anni ha ridotto 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 a un'infezione, quella da papilloma virus umano. Il virus è responsabile di molte patologie anche nei maschi, 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 il carcinoma della cervice uterina nelle donne, e ne raccomandano la somministrazione prima dell'inizio dell'attività sessuale, in modo da prevenirne il contagio.

L'introduzione della vaccinazione anti-HPV è piuttosto recente, in Italia è avvenuta nel 2008. Dal 2014 le dosi da somministrare sono stabilite in funzione dell'età:

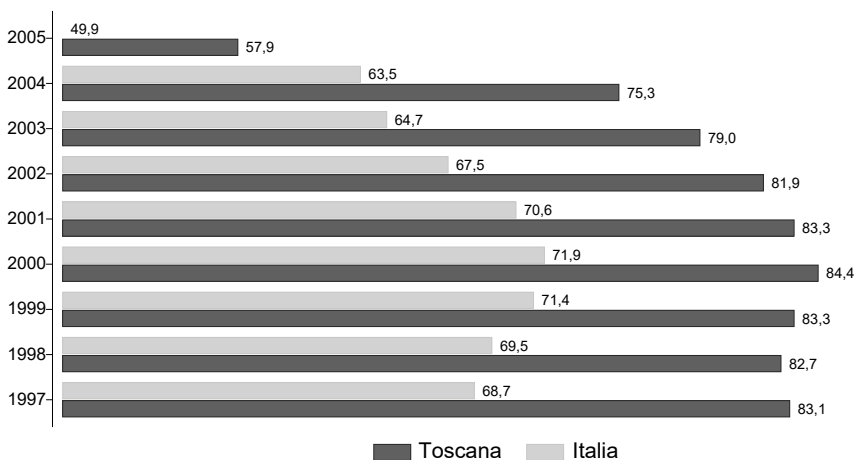
- tra 9 e 14 anni inclusi si somministrano 2 dosi al tempo 0 e 6 mesi;
- da 15 anni si somministrano tre dosi al tempo 0, 1, 6 mesi.

La popolazione target è rappresentata dalle ragazze e dai ragazzi ai quali, nel corso del dodicesimo anno di vita (11 anni compiuti) la vaccinazione è offerta attivamente e gratuitamente.

Le CV toscane calcolate a dicembre 2017 per le sole femmine sono decisamente superiori a quelle nazionali (figura 3). Il dato riferito alla coorte più recente, quella del 2005, indica una CV in Toscana di 57,9%, mentre i valori riferiti alle coorti nate precedentemente sono maggiori, perlopiù compresi tra l'80% e l'84% circa, anche per merito dell'attività di recupero di alcune ragazze, invitate alla vaccinazione in un momento successivo rispetto a quello previsto dal calendario vaccinale.

Per quanto riguarda invece le CV dei maschi, la cui vaccinazione è gratuita a partire dalla coorte di nati nel 2006 (dati non ancora disponibili), le CV in Toscana sono prossime allo zero (0,1% nella coorte 2005), sensibilmente inferiori a quelle nazionali (15%).

Figura 3. Coperture vaccinali per papilloma virus tra le ragazze per coorte di nascita (1997-2005). Vaccinati per 100 bambine d'età 12 anni – Toscana e Italia, anno 2017. Fonte: Elaborazioni ARS su dati Ministero della Salute



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, poiché questi programmi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la mortalità per specifico tumore. Le linee guide nazionali e internazionali raccomandano alle donne fra i 50 e i 69 anni di sottoporsi a mammografia ogni 2 anni per la diagnosi precoce del tumore al seno, alle donne di 25-64 anni di sottoporsi allo screening cervicale (Pap-test o Hpv test) ogni 3 anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina e alle persone nella fascia d'età 50-69 anni di eseguire uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali (ricerca del sangue occulto fecale - Sof, negli ultimi 2 anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni). Lo screening, in alcuni casi, riesce a evitare l'insorgenza del tumore o comunque consente, grazie alla diagnosi precoce, di ricorrere a interventi chirurgici e terapie meno aggressive, a notevole beneficio della qualità di vita dei pazienti.

In Toscana l'81,7% delle donne fra i 50 e i 69 anni si sottopone a scopo preventivo allo screening mammografico (fonte: PASSI 2015-2018) (tabella 1): il 71,9% effettua la mammografia nell'ambito di programmi organizzati dalle Ausl e il 9,5% per iniziativa personale. L'adesione totale è leggermente in aumento rispetto al 79,5% del periodo 2014-2017 e maggiore della media italiana (74,3%).

L'86,4% 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 (68,5%), mentre una quota inferiore di donne (17,7%) fa prevenzione per iniziativa personale, fuori dai programmi organizzati dalle Ausl, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame. L'adesione totale è in linea con il valore del periodo 2014-2017 e maggiore della media italiana (79,7%).

La copertura allo screening colorettale è più bassa rispetto agli altri due screening, sebbene in leggero aumento e nettamente superiore al valore medio nazionale. La gran parte delle persone che si è sottoposta allo screening colorettale lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle Ausl, mentre quello spontaneo, è poco frequente (4,6%).

Tabella 1. Screening mammografico, coloretale e cervicale – Persone che hanno eseguito l'esame per 100 abitanti target* - Regioni e Italia, periodo 2014-2018 – Fonte: Studio PASSI, Istituto Superiore di Sanità

Regioni	Mammografico	Colon-rettale	Cervicale
Abruzzo	67,0	39,2	75,1
Basilicata	79,7	46,5	67,9
Calabria	57,1	14,9	62,8
Campania	50,4	25,6	65,3
Emilia Romagna	87,5	68,9	89,5
Friuli V.G.	86,7	70,8	89,1
Lazio	79,3	39,4	84,5
Liguria	85,2	51,7	88,2
Lombardia	83,8	72,7	84,0
Marche	80,3	60,7	82,5
Molise	77,4	49,4	72,5
PA Bolzano	77,3	64,5	90,7
PA Trento	88,2	72,1	84,5
Piemonte	76,0	n.d	84,9
Puglia	67,6	11,9	72,4
Sardegna	67,6	44,8	74,1
Sicilia	63,4	30,8	70,5
Toscana	81,7	64,6	86,4
Umbria	81,4	61,0	87,9
Valle d'Aosta	82,4	68,9	85,5
Veneto	86,2	73,5	88,5
Italia	74,3	46,6	79,7

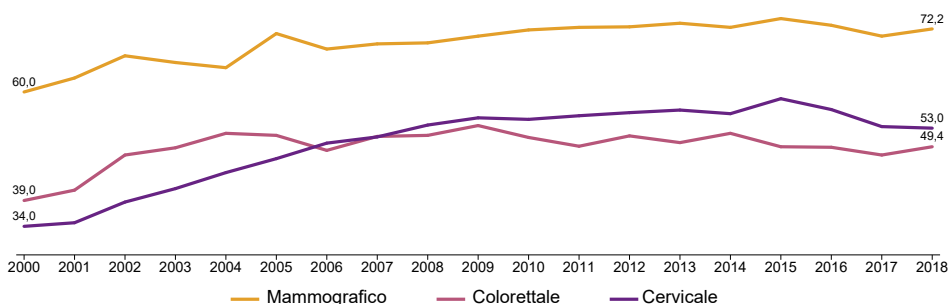
*mammografico: donne 50-69 anni; colon rettale: popolazione 50-69 anni, cervicale: donne 25-64 anni

Secondo i dati dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), in Toscana nel 2018 la partecipazione (aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo invito) allo screening mammografico è stata pari al 72,2%, lievemente in aumento rispetto al 2017 (70,8%) (figura 1). Tutti i programmi aziendali hanno superato abbondantemente lo standard giudicato accettabile (50%) dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa), ma alcune situazioni registrano un valore decisamente inferiore alla media regionale: le ex Ausl 5 di Siena e Viareggio si attestano infatti al 63,5% e 60,4% rispettivamente. Molto buono e costante negli anni il valore di adesione dei programmi di Arezzo ed Empoli, espressione di una forte fiducia nel servizio da parte delle donne invitate (81,0% e 78,6% rispettivamente). L'adesione media all'invito per lo screening coloretale in regione è stata pari al 49,4%, in lieve aumento rispetto a quella dell'anno precedente (47,8%). Lo standard di accettabilità proposto dal Gruppo Italiano per lo Screening Coloretale (GISCOR) per questo indicatore è pari al 45%. Ben 2 ex Ausl hanno valori di adesione inferiori al 45% (Lucca 40,6% e Viareggio

32,4%), a evidenziare come in queste aree vi sia un serio problema di fidelizzazione della popolazione da una parte e di non adeguata capacità organizzativa dall'altra.

L'adesione allo screening cervicale, a parte lievi fluttuazioni da un anno ad un altro, mostra ormai una sostanziale stabilità oltre il 53% di adesione. In Toscana, così come in Italia, lo screening per il tumore della cervice uterina sta completando la fase di transizione dal Pap test al test HPV primario a 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 di 25-33 anni. Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 prevede il completamento di questo processo entro il 2019: solo Pistoia e Pisa non hanno ancora implementato l'HPV test primario.

Figura 1. Screening mammografico, colon-rettale e cervicale - Adesione per 100 inviti (esclusi inesitati e esclusioni dopo invito) - Toscana, periodo 2000-2018 - Fonte: Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica della Toscana (ISPRO)



Specialistica ambulatoriale

Le prestazioni ambulatoriali erogate in Toscana nel 2018 sono circa 49,7 milioni, un volume di attività che, espresso in importi tariffari, vale una cifra intorno ai 748,7 milioni di euro.

L'anno appena concluso registra una contrazione dell'1,2% rispetto al 2017, che fa proseguire il trend in diminuzione dal 2014. Il quinquennio 2014-2018 ha visto la contrazione maggiore verificarsi tra il 2015 e il 2016 (-4,6%).

A oggi, le prestazioni erogate nel 2018 sono del 7,6% inferiori a quelle del 2014 (tabelle 1 e 2).

Tabella 1. Prestazioni erogate per settore di attività specialistica – Volumi – Toscana, periodo 2014-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA

	2014	2015	2016	2017	2018
Clinica	5.219.676	5.231.483	5.371.327	5.208.011	5.095.973
Diagnostica Immagini	2.697.746	2.598.382	2.477.694	2.465.325	2.368.259
Diagnostica Laboratorio	42.236.156	41.608.666	39.122.386	39.123.943	38.797.868
Diagnostica Strumentale	1.872.047	1.877.706	1.858.347	1.658.219	1.631.909
Procedure	1.817.041	1.882.744	1.933.587	1.884.067	1.845.812
Totale	53.842.666	53.198.981	50.763.341	50.339.565	49.739.821

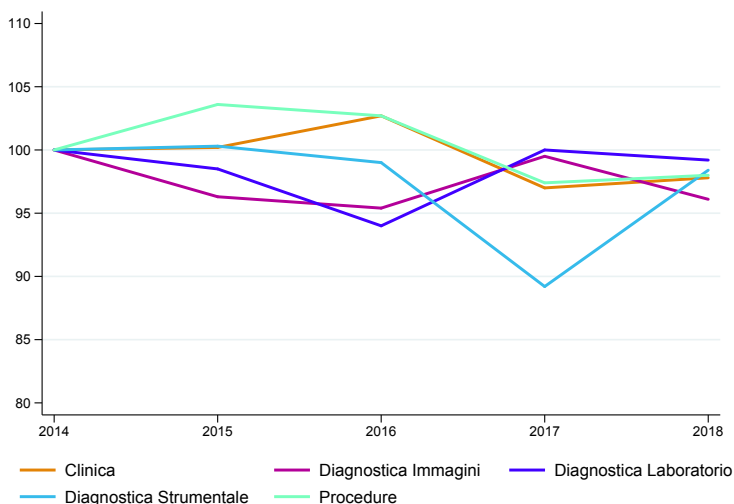
Tabella 2. Prestazioni erogate per settore di attività specialistica – Variazioni percentuali – Toscana, periodo 2014-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA

Settore	Var. % annuale				Var. % totale 2014-2018
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	
Clinica	0,23	2,67	-3,04	-2,15	-2,37
Diagnostica Immagini	-3,68	-4,64	-0,50	-3,94	-12,21
Diagnostica Laboratorio	-1,49	-5,98	0,00	-0,83	-8,14
Diagnostica Strumentale	0,30	-1,03	-10,77	-1,59	-12,83
Procedure	3,62	2,70	-2,56	-2,03	1,58
Totale	-1,20	-4,58	-0,83	-1,19	-7,62

In tabella 1 sono dettagliati i volumi delle prestazioni 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, ecodoppler, ecocardiografia, EEG, EMG, fluorangiografie) e le procedure (Biopsie, chirurgia ambulatoriale, PMA).

La diagnostica di laboratorio pesa da sola per quasi il 78% del totale. Il suo andamento, che ovviamente tra il 2014 e il 2018 condiziona gli scostamenti annuali complessivi già riportati a commento della tabella 2, dopo aver subito uno ribasso tra 2015 e 2016 (-6%), si stabilizza più delle altre prestazioni dal 2016 ad oggi (figura 1).

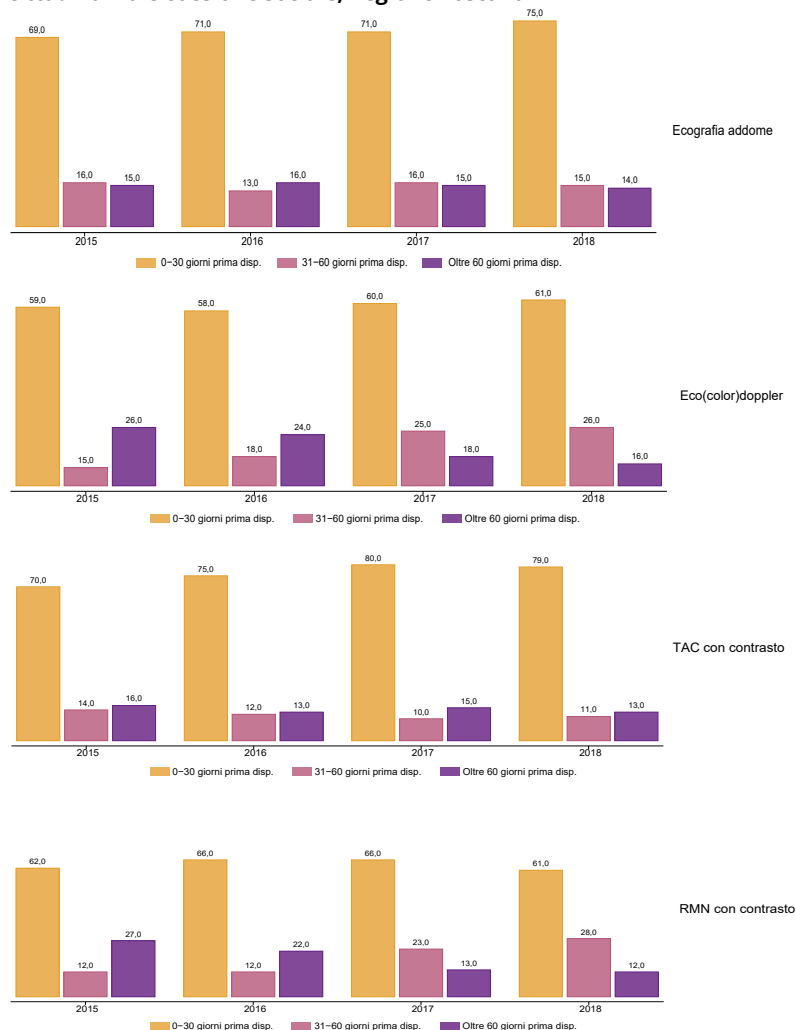
Figura 1. Prestazioni erogate per settore di attività specialistica - Variazioni percentuali rispetto al 2014 - Toscana, periodo 2014-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA



Tempi di attesa specialistica ambulatoriale

Nell'arco temporale 2015-2018 sono migliorati i tempi di attesa per la diagnostica per immagine, ecografia dell'addome e eco(color)doppler vascolare, selezionate per l'elevata richiesta da parte dei cittadini, TAC e RMN con contrasto, rappresentative della così detta "diagnostica pesante" sostenuta dal Sistema Sanitario Regionale (SSR) (figura 1).

Figura 1. Tempi di attesa per tipologia prestazione diagnostica - Distribuzione percentuale delle prestazioni per classe di tempo d'attesa - Toscana, anno 2018 - Fonte: Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana



Il dato considera la prima offerta di prestazione disponibile per chi si rivolge all'SSR. In particolare nel 2018 la capacità di risposta del sistema entro 30 giorni dal primo contatto migliora per tutte le prestazioni considerate, registrando solo una lieve diminuzione per la RMN con contrasto, che comunque continua a essere garantita entro 30 giorni per oltre il 60% delle richieste.

La nostra regione del resto, sin dalla d.g.r.t. 1080/2017, contenente linee di indirizzo per la gestione dei tempi di attesa, ha dimostrato molta attenzione al miglioramento dei percorsi di accesso e fruizione delle prestazioni ambulatoriali, fino ad arrivare alla più recente d.g.r.t. 750/2018, specificatamente rivolta a orientare azioni aziendali di contenimento dei tempi di attesa per l'accesso ai percorsi ambulatoriali.

La richiesta di prime visite aumenta dal 2015 al 2018, ma si mantiene buona la capacità del SSR di rispondere al cittadino entro 15 giorni dalla richiesta (76% dei casi) (tabella 1). Nel corso del quadriennio aumenta inoltre la disponibilità entro 15 giorni per le prime visite ortopediche e dermatologiche (+8%), ma si riduce quella per le visite cardiologiche (-3,5%) e ginecologiche (-3,4%) (dato non riportato in tabella).

Tabella 1. Prenotazioni prima visita rese disponibili dal SSR per classe di tempo di prima disponibilità (PD)¹ e scelta effettiva (E)² - Numero prenotazioni e percentuale per classe di tempo - Toscana, periodo 2015-2018 - Fonte: Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

Anno	Prenotazioni	<15gg						16-30gg						>30gg			
		PD		E		PD		E		PD		E					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
2015	1.223.721	947.452	77,4	505.436	41,3	36,1	98.616	8,1	200.905	16,4	27,8	177.653	14,5	517.380	42,3		
2016	1.265.471	959.714	75,8	508.720	40,2	35,6	109.496	8,7	205.232	16,2	28,0	196.261	15,5	551.519	43,6		
2017	1.184.538	905.409	76,4	492.957	41,6	34,8	85.708	7,2	168.064	14,2	27,8	193.421	16,3	523.517	44,2		
2018	1.262.098	959.718	76,0	546.953	43,3	32,7	85.181	6,7	156.544	12,4	27,1	217.199	17,2	558.601	44,3		

¹Tempo basato sulla prima data disponibile da CUP

²Tempo basato sulla data effettivamente scelta dal paziente per l'esame

Cure primarie

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 incarico proattiva della cronicità incentrato sull'adesione a specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le principali condizioni croniche. Attualmente l'adesione dei MMG toscani alla SdI è intorno al 60%.

Per valutare appropriatezza, esiti e costi, da alcuni anni sono monitorati 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.

Un indicatore *proxy* di appropriatezza delle cure erogate è la percentuale di raccomandazioni cliniche recepite nei PDTA seguite dai malati cronici toscani: nel 2018 il valore è in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente, con poco più di 3 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 lieve calo nel 2018: 55 ogni 1.000 assistiti d'età 16+. Infine, per quanto riguarda la spesa territoriale complessiva il dato 2018 risulta di 496 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 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 potrebbe contribuire l'implementazione degli ultimi indirizzi per l'applicazione del nuovo modello di Sanità d'Iniziativa (d.g.r.t. 650/2016), nel contesto di un reale recepimento del Piano Nazionale Cronicità (recepito con d.g.r.t. 826/2018), attraverso la definizione e la condivisione di un Piano Regionale Cronicità, che potrebbe rilanciare anche la generale adesione dei malati cronici alle raccomandazioni dei PDTA.

Tabella 1. Indicatori di appropriatezza, spesa ed esiti tra gli assistiti residenti – Toscana, anni 2017 e 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

Indicatore	2017			2018		
	Tutti	SdI	No SdI	Tutti	SdI	No SdI
Raccomandazioni seguite per cura malattie croniche	32,9%	33,3%	32,2%	31,5%	32,0%	30,9%
Tasso di ricovero x1000 (ordinario, reparti per acuti, DRG medico)	56,7	55,8	58,0	55,0	53,8	56,9
Spesa per assistenza territoriale pro capite	509 €	507 €	513 €	496 €	494 €	499 €

* SdI: medici aderenti alla sanità d'iniziativa

Nelle successive figure (1-3) le AFT sono rappresentate in base alla variazione percentuale 2017-2018 dell'indicatore (media dei valori dei MMG che compongono l'AFT) e della sua variabilità tra MMG della 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 aumentata soltanto in 28 AFT su 116, mentre in 54 è diminuita la variabilità interna tra MMG (figura 1).

Il tasso di ricovero, *proxy* di esiti di salute avversi, è diminuito in 77 AFT su 116 e in 59 AFT è diminuita la variabilità tra MMG (figura 2).

La spesa media pro capite per l'assistenza territoriale è diminuita in 80 AFT su 116, la variabilità interna si è ridotta in 62 AFT (figura 3).

C'è ancora ampio margine per migliorare le *performance* medie, in particolare di adesione alle raccomandazioni per la gestione della cronicità, assicurando contestualmente maggiore omogeneità tra i medici.

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 2017 e 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

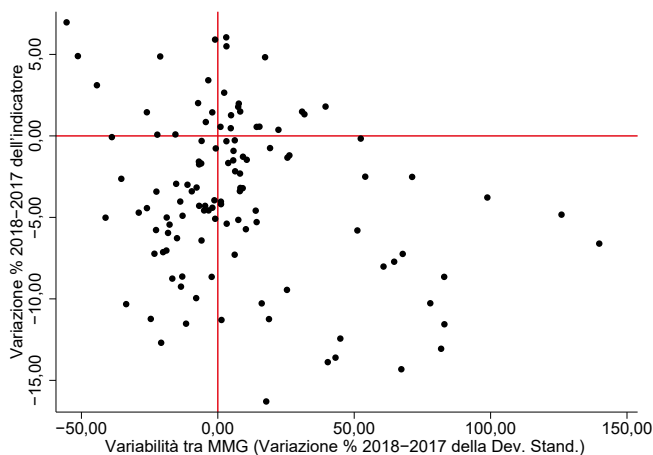


Figura 2. Ospedalizzazione in regime ordinario, reparti per acuti, DRG medico, tra gli assistiti d'età 16+ – Posizionamento delle AFT per combinazione della variazione annuale dell'indicatore e della variazione annuale di variabilità interna – AFT toscane, anni 2017 e 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

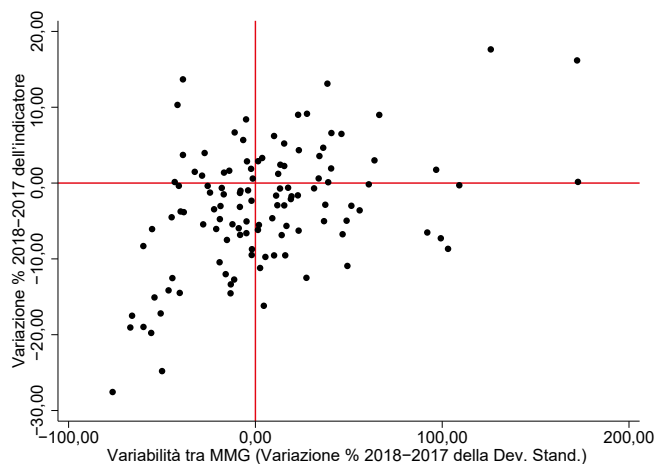
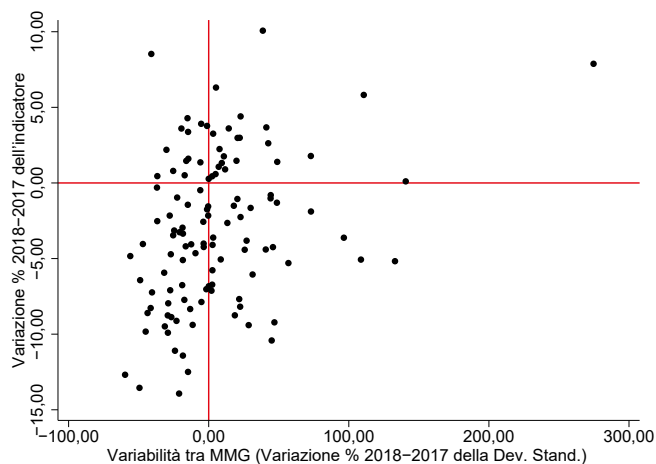


Figura 3. Spesa procapite per assistenza territoriale tra gli assistiti d'età 16+ – Posizionamento delle AFT per combinazione della variazione annuale dell'indicatore e della variazione annuale di variabilità interna – AFT toscane, anni 2017 e 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi 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-assistenziale complesso al Punto Insieme, 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 diretta o indiretta, semiresidenziale (Centro Diurno), residenziale (Residenza Sanitaria Assistenziale - RSA) temporanea o permanente (l.r. 66/2018). Nel 2018 sono state prese in carico oltre 30mila persone anziane ultra 65enni (34,2 ogni 1.000 anziani residenti) e sono stati attivati quasi 10mila nuovi PAP (tabella 1).

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).

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, anno 2018 – Fonte: Regione Toscana

Tipologia	Nuovi PAP attivati nel 2018 (*)	Persone in carico 65+ anni	
		N	Per 1.000 abitanti 65+
Interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico	3.830	7.414	7,9
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	1.759	7.577	8,0
Inserimenti in strutture semiresidenziali	456	2.198	2,3
Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	1.968	3.903	4,1
Inserimenti permanenti in residenza	1.766	11.148	11,8
Totale	9.779	32.240	34,2

** il PAP può essere stato predisposto precedentemente al 2018*

Nella nostra regione a dicembre 2018 risultano attive 322 RSA, per un totale di 14.469 posti letto, di cui 12.879, pari a 13,7 ogni 1.000 anziani toscani, sono quelli destinati alla non autosufficienza (89%). Circa una struttura su tre è di proprietà pubblica (31%). L'indice di copertura dei posti letto per non autosufficienti sui toscani ultra64enni è pari all'1,4%.

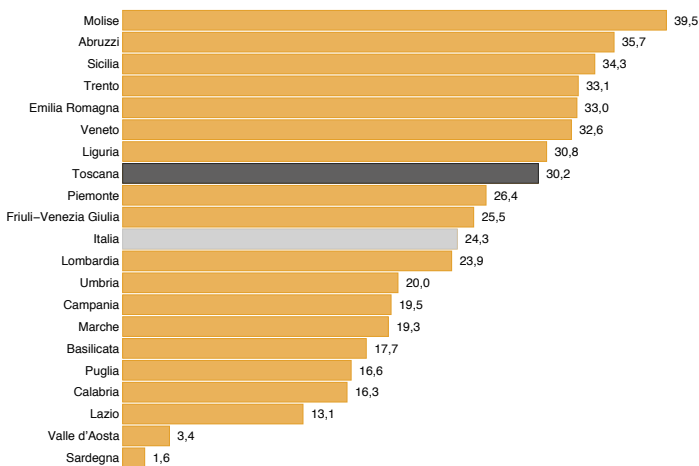
L'offerta semiresidenziale (Centri Diurni) conta 139 strutture, di cui 103 per non autosufficienti e 19 per anziani con demenza. Il 57% di questi Centri Diurni è pubblico. I posti per non autosufficienti sono 1.129 (1,2 per 1.000 anziani), quelli per anziani con demenza 301 (0,3 per 1.000).

A completamento del quadro, l'offerta regionale comprende anche 1.590 posti letto per autosufficienti e 17 Centri Diurni (260 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 2016, 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 2016 ha avuto almeno un'erogazione di ADI (30,2 ogni 1.000 anziani), valore superiore alla media italiana (figura 1), pari al 24,3 per 1.000 anziani e 49 per 1.000 anziani con più di 75 anni, soglia d'età oltre la quale la perdita di autonomia si fa più frequente nella popolazione.

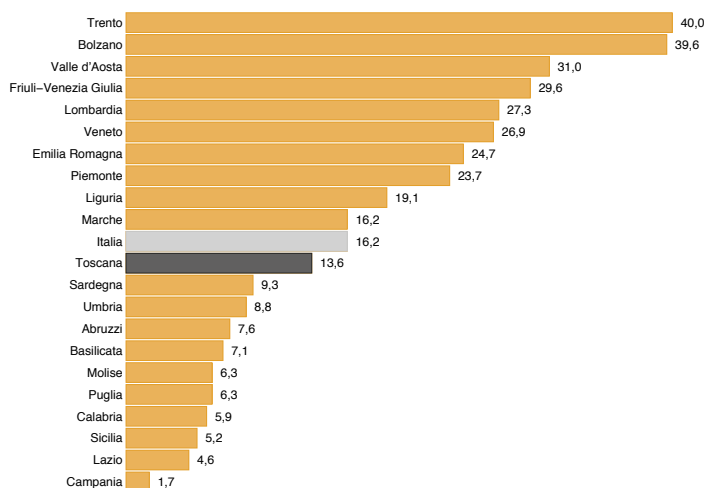
Figura 1. Assistenza domiciliare integrata – Anziani (età 65+) in ADI per 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2016 – Fonte: Rapporto Osservasalute 2018



*Dato non disponibile per P.A. Bolzano

L'ultimo dato disponibile, a livello nazionale, per gli anziani ospiti di RSA risale invece al 2015, quando in Toscana era di poco inferiore alla media italiana: 14 ospiti in RSA ogni 1.000 anziani a fronte di una media italiana di 16 per 1.000 (figura 2).

Figura 2. Assistenza in RSA – Anziani (età 65+) in RSA ogni 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2015 – Fonte: Rapporto Osserva Salute 2017



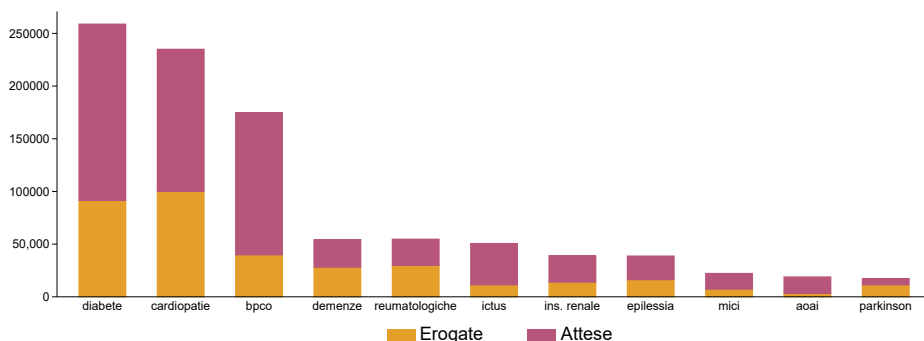
Assistenza specialistica per la cronicità

L'assistenza territoriale ai malati cronici ha raggiunto un peso rilevante tra le risorse messe in campo dal Servizio Sanitario Regionale (SSR). L'aumento dei malati, frutto delle dinamiche demografiche e dell'aumento dell'aspettativa di vita media alla diagnosi, porta a un 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, abbiamo messo a confronto il numero di visite specialistiche attese per gli assistiti con le più comuni condizioni croniche (cardiopatie, bronco pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), diabete, ictus, malattie neurodegenerative, malattie reumatiche croniche, malattie intestinali croniche, insufficienza renale cronica e arteriopatie degli arti inferiori), assumendo in prima istanza la necessità di almeno una visita specialistica l'anno della corrispondente specialità, con le visite erogate nel corso del 2018, includendo visite prescritte su ricettario SSR (per diabete anche visite ad accesso diretto), visite erogate in Pronto Soccorso nei casi senza conseguente ricovero ospedaliero e visite 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).

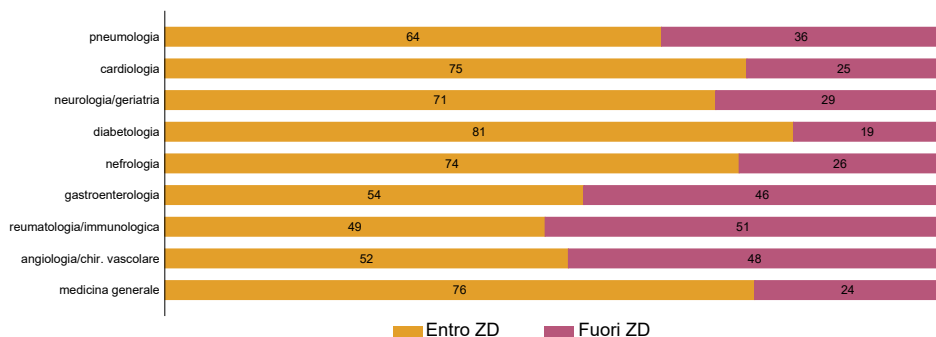
Figura 1. Visite specialistiche attese e erogate per patologie croniche – Numero di visite erogate rispetto alle visite attese – Toscana, anno 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Nel grafico non sono raffigurate oltre 100mila 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.

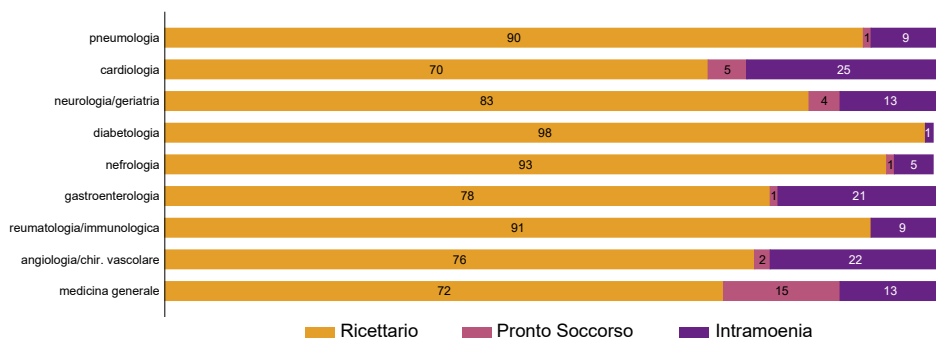
La percentuale delle visite erogate da presidi localizzati nella stessa Zona Distretto di residenza degli assistiti varia da specialità a specialità, dal 49% per le visite reumatologiche o immunologiche all'81% per le visite diabetologiche (figura 2).

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 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Come atteso, la modalità di accesso prevalente è quella su prescrizione da ricettario SSR, variabile dal 70% per la cardiologia alla 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 (1 visita su 5) (figura 3). Da questi indicatori ovviamente sono escluse, perché non rilevabili dai flussi di dati amministrativi del SSR, tutte le visite fatte privatamente dai pazienti.

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 2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



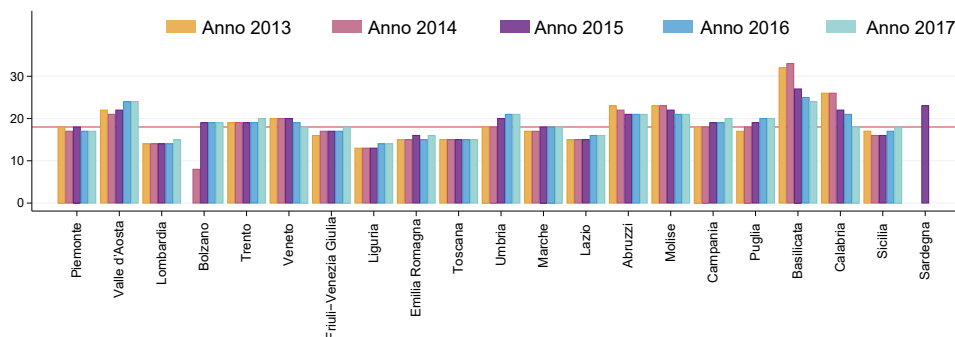
Emergenza-Urgenza

Durante lo scorso anno è terminata la prima fase del processo di riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza territoriale (d.g.r.t. 1117/2013) con il passaggio da 12 a 6 delle centrali operative (CO), 2 in ogni Ausl: Firenze-Prato, Pistoia-Empoli, Alta Toscana (Viareggio-Massa-Lucca), Livorno-Pisa, Siena-Grosseto e Arezzo.

Nel 2018 nelle CO 118 sono state registrate 515.770 chiamate per primo soccorso e nell'87% dei casi (451.343) è stato necessario attivare un intervento, rapporto ormai stabilizzato da due anni. Si assiste a un ulteriore incremento sia delle chiamate, +8mila (+1,6%) rispetto al 2017, sia degli interventi, +3mila (+0,7%). Il numero di chiamate e di missioni sono i più alti nella serie storica a disposizione. In aumento, infatti, anche il numero di missioni (531.184), +1% rispetto all'anno precedente, mentre è stabile il rapporto tra missioni attivate e interventi (quasi 1,2). Le tre basi operative di elisoccorso (Firenze, Grosseto e Massa Carrara), coordinate dalla Centrale Unica regionale "Toscana Soccorso", hanno effettuato 2.794 missioni (+28% rispetto al 2017).

L'unica misura su cui i sistemi dell'emergenza territoriale regionali possono confrontarsi è l'intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso, un indicatore che misura efficacia e rapidità dell'organizzazione del 118. L'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 colore criticità 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 è stabile a 15 minuti dal 2013 (figura 1), secondo solo a quello della Liguria. Anche nel 2018, da fonti informative interne alla regione (flussi informativi sanitari regionali), il dato toscano si conferma a 15 minuti.

Figura 1. Indicatore intervallo allarme-target - Valori in minuti - Regioni, periodo 2013-2017 - Fonte: Sistema informativo NSIS, Ministero della Salute

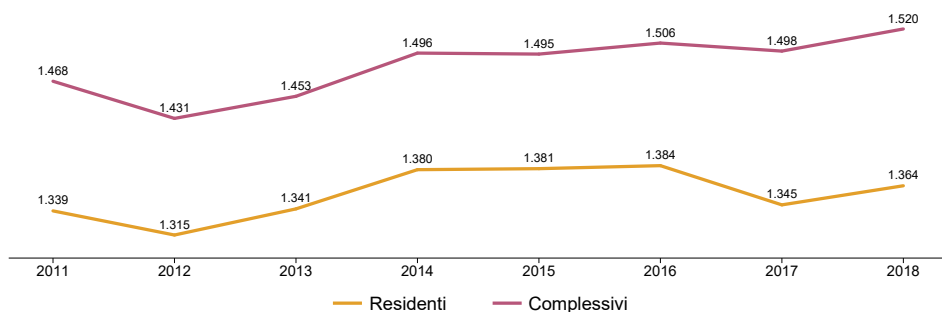


Con la d.g.r.t. 806/2017, in Toscana è stato riformato il Pronto Soccorso (PS), prevedendone la riorganizzazione per ridurre i tempi di attesa e assicurare maggiore attenzione alle persone più fragili, attraverso una rimodulazione dell'attività per percorsi. Il paziente sarà inviato al percorso più idoneo già dal triage, con la valutazione del bisogno clinico, della complessità assistenziale, del rischio evolutivo e dell'impegno di risorse stimato per il trattamento. Si passerà a codici numerici, da 1 (alta) a 5 (bassa) complessità. Il PS lavorerà su linee di attività ad alta, media e bassa complessità, quest'ultima articolata in codici minori, gestiti dal medico, *See&Treat* gestito da infermieri formati e *Fast Track*, che invierà direttamente al medico specialista. Il PS diventa così un servizio mutevole, che attiva meccanismi continui e tempestivi di adeguamento delle risorse rispetto al tipo e al numero di pazienti che accedono. Il passaggio al nuovo modello è un processo pluriennale, avviato inizialmente con azioni di formazione del personale addetto al triage e poi concretamente, a metà 2018, con la sperimentazione presso l'AOU di Careggi e a seguire con i PS di Prato ed Empoli. Si prevede la messa a regime su tutto il territorio regionale entro la fine del 2019.

Sempre a fine 2017 sono stati inoltre introdotti i Piani aziendali per la gestione del sovraffollamento in PS (d.g.r.t. 974/2017), che prevedono la predisposizione preventiva, da parte di ciascuna Azienda, di un piano dettagliato delle azioni specifiche per ospedale da applicare al momento del verificarsi dell'iper-afflusso. Quest'azione, attivata fin da subito, ha consentito alle varie realtà regionali di programmare le risorse necessarie nell'anno e applicare tempestivamente quanto programmato nel piano stesso.

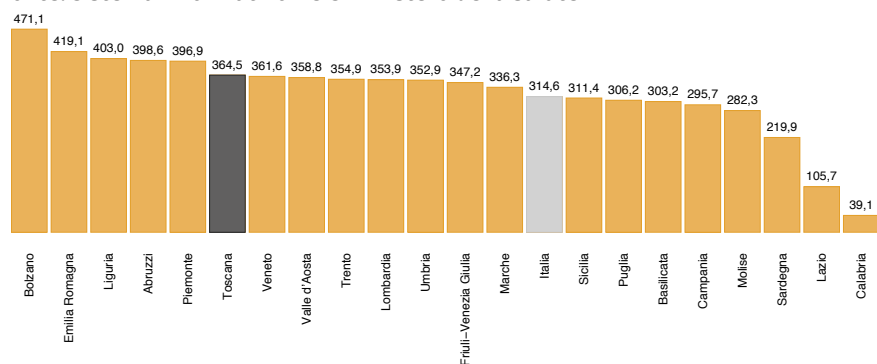
Dall'istituzione del *setting* di PS, si è raggiunta nel 2018 l'affluenza massima di accessi, 1.519.620, in crescita rispetto all'anno precedente di 21.434 presenze (+1,4%), superando così il livello di stabilità raggiunto negli ultimi 4 anni, che oscillava intorno a 1.498.000 accessi annui. Gli accessi complessivi variano in funzione del comportamento dei cittadini toscani, mentre la quota di accessi dei non residenti si è attestata al 10% negli ultimi 2 anni (figura 2). Negli ultimi 4 anni il fenomeno regionale della forte crescita degli accessi al PS sembra essersi stabilizzato intorno 1.498.000 casi (valore medio di periodo), con delle oscillazioni intorno a tale valore.

Figura 2. Accessi in Pronto Soccorso per residenza (Toscana e non) – Numero assoluto di accessi in migliaia – Toscana, periodo 2011-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo PS



Confrontando il tasso di accesso al PS a livello nazionale (anno 2018), la Toscana è tra le 13 regioni con un tasso superiore alla media nazionale e la 6° nella classifica: 364,5 accessi ogni 1.000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 314,6 per 1.000 (figura 3). Negli anni si assiste a un andamento leggermente decrescente del tasso in circa la metà delle regioni. Anche a livello nazionale è presente lo stesso fenomeno, anche se la brusca riduzione dell'ultimo anno di circa 18 accessi per 1.000 sembra imputabile alla presenza di dati incompleti di alcune regioni (Lazio e Calabria in maniera evidente, dato che solitamente gli accessi sono decisamente più alti di quelli osservati).

Figura 3. Accessi in Pronto Soccorso – Tasso per 1.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2018
– Fonte: Sistema informativo NSIS Ministero della salute



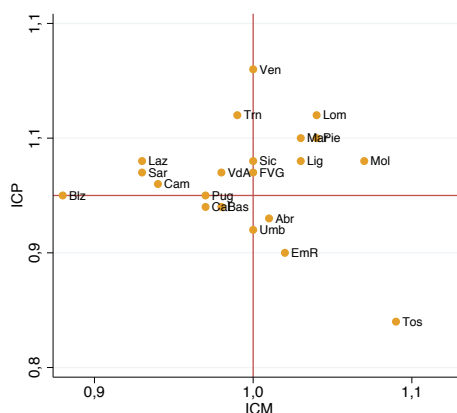
Ricovero ospedaliero

Negli ultimi anni l'assistenza ospedaliera è stata rimodellata sia a livello nazionale che, in modo forse ancor più marcato, a livello regionale. In Toscana, il Servizio Sanitario Regionale (SSR) è stato oggetto di un processo di riorganizzazione continuo, con l'obiettivo particolare di incrementare l'appropriatezza e la sicurezza delle cure. Uno degli ambiti principali della riorganizzazione è stata la deospedalizzazione, anche in virtù dell'apporto innovativo della tecnologia e della gestione integrata dei problemi di salute, cui ha fatto seguito riduzione del tasso di ospedalizzazione e conseguentemente dei posti letto ospedalieri. La rimodulazione del sistema ospedaliero e dei servizi territoriali è avvenuta poi sulla leva del DM70 dell'aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che ha innescato l'avvio di progetti di cambiamento. Al decreto ministeriale ha fatto seguito la LR 84/2015 che ha passato le Ausl da 12 a 3, e ha permesso di avviare processi di riorganizzazione e miglioramento estesi all'intera rete assistenziale, ottimizzando l'uso delle risorse. Il nuovo assetto 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 24/2017 (legge "Gelli") 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 e integra i LEA e mira a incidere sull'appropriatezza per l'uso della day surgery, stabilendone i criteri di appropriatezza. Dalla capacità del SSR di adeguare la propria organizzazione per rispondere ai bisogni di salute sempre più complessi della popolazione, con un vincolo di risorse sempre più stringente, dipende la futura sostenibilità dell'universalità e dell'equità dello stesso sistema pubblico.

Nel 2018 in Toscana sono stati effettuati 559.136 ricoveri (-1,3% rispetto all'anno precedente), di cui 429.720 (76%) in regime ordinario con un numero di giornate di degenza pari a 2.946.639 (6,9 giorni di degenza media). Si assiste a una riduzione dei ricoveri e delle giornate di degenza totali, mentre aumenta lievemente la degenza media (+1%) del singolo ricovero, fenomeno comune anche a livello nazionale.

Nonostante il graduale incremento della degenza media, avviato già dallo scorso anno, la Toscana conferma nel 2017 (ultimo dato disponibile utile a un confronto con le altre regioni) i suoi buoni risultati in termini di appropriatezza ed efficienza. L'indice *case mix*, rapporto fra il peso medio (in base ai DRG) dei ricoveri regionali e nazionali, è pari a 1,09 e indica una complessità più alta rispetto alla media italiana, la più alta in Italia nel 2017. L'indice *case performance*, rapporto standardizzato per *case mix* fra la degenza media regionale e nazionale, è pari a 0,89 e indica un'efficienza superiore rispetto alla media nazionale, perché a parità di complessità la degenza è più breve (figura 1).

Figura 1. Indice di case mix (ICM) e indice di case performance (ICP) dei ricoveri per acuti in regime ordinario – Posizionamento per combinazione dei due indicatori – Regioni, anno 2017
 – Fonte: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2019, Ministero della Salute



Sono ulteriormente diminuiti i ricoveri afferenti ai DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (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 (DH) o addirittura in regime ambulatoriale. Nel 2017 il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario in Toscana è pari a 0,14 (3° dato nazionale dopo Sicilia e Abruzzo: rispettivamente pari a 0,12 e 0,13), dopo 2 anni con un rapporto di 0,15. Anche la diminuzione selettiva dei ricoveri in DH, -3% nell'ultimo triennio, indica un miglioramento dell'appropriatelyzza nella scelta del *setting* assistenziale.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e genere, dopo anni di diminuzione, si stabilizza a 121 ricoveri per 1.000 abitanti, collocando la Toscana tra le 3 regioni con il tasso più basso in Italia, insieme al Veneto e alla Sicilia (figura 2). Nel 2017 vi è un'apparente crescita del tasso, 121,6 vs 121,2 del 2016, nonostante il calo dei ricoveri ordinari e DH. Questo risultato è dovuto però principalmente al calo demografico, cioè alla progressiva riduzione della popolazione toscana osservata nell'ultimo triennio. Prosegue invece il trend decrescente dell'ospedalizzazione a livello nazionale, che raggiunge un tasso di 129 vs 132 del 2016 (figura 3), riducendo così in modo importante il precedente divario con il dato toscano.

In sintesi, la Toscana ha ormai raggiunto, su vari aspetti, un livello di produzione ed efficienza oltre il quale è bene non spingere, per continuare a garantire la tutela dell'assistito. Emerge inoltre che anche le altre regioni stanno tendendo gradualmente a risultati migliori (tasso ospedalizzazione, DRG appropriati, posti letto per 1.000 abitanti, ecc.)

Figura 2. Ospedalizzazione generale – Tasso standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2017 – Fonte: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2019, Ministero della Salute

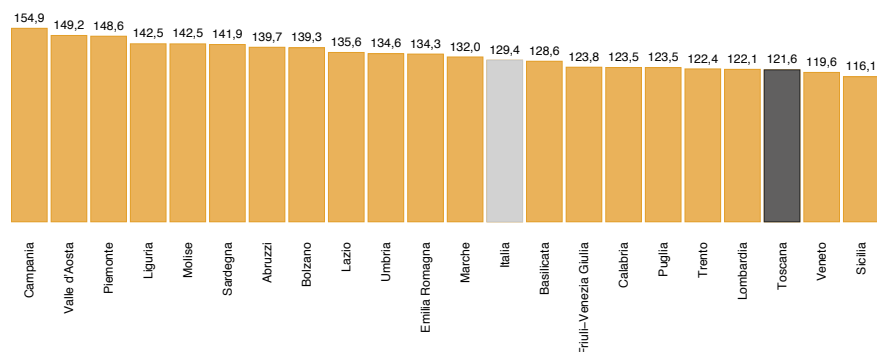
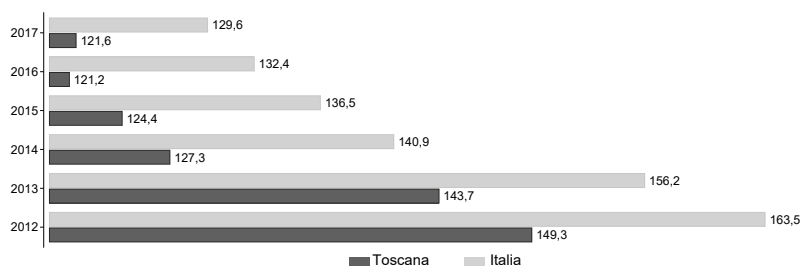


Figura 3 Ospedalizzazione generale – Tasso standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2012-2017 – Fonte: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2014-2019, Ministero della Salute



Volumi di attività ospedaliera

Con il d.m. sanità 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” il Ministero della Salute ha individuato alcune condizioni per cui c’è evidenza scientifica di un legame tra volumi e esiti clinici, assieme alle soglie minime annuali di casi da trattare. Per le stesse condizioni sono stati definiti alcuni indicatori di qualità dell’assistenza. La Toscana, in collaborazione con ARS Toscana, valuta sistematicamente questi indicatori per verificare l’efficacia delle strategie regionali di rientro negli standard nazionali. I principali risultati del monitoraggio 2018 sono messi a confronto con quanto evidenziato nel 2017 (tabella 1). Per ogni indicatore sono valutate le strutture ospedaliere che eseguono le specifiche procedure chirurgiche.

Con riferimento agli interventi per colecistectomia laparoscopica, il numero di strutture con volumi ≥ 100 interventi annui è in aumento (48,9% nel 2017, 55,6% nel 2018), a fronte di un risultato stabile, pari al 90%, della percentuale di strutture con oltre il 70% di interventi a degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. Complessivamente, nel 2018 il 12% degli interventi è stato fatto in strutture sotto soglia. Le strutture con volumi di intervento per fratture del femore ≥ 75 annui è pari al 56,5%, a fronte di una quota elevata di ospedali che erogano almeno il 60% degli interventi entro 48h dall’ammissione. Le 20 strutture che operano sotto soglia nel 2018 hanno erogato 181 ricoveri, pari al 2,5% degli interventi. Oltre la metà di queste hanno erogato meno di 10 interventi.

Solo 2 strutture su 5, tra quelle che hanno effettuato interventi di bypass aortocoronarico nel 2018, erogano più di 200 interventi annui, ma tutte quante, in termini di mortalità a 30 giorni, hanno valori entro soglia. L’80% dei punti nascita toscani effettua oltre 500 parti l’anno, per un totale di oltre il 96% dei parti. Le 5 strutture sotto soglia hanno effettuato nel 2018 circa 100 parti, pari al 4% del totale. La percentuale di parti cesarei primari è entro soglia (massimo 15% in punti di I livello e 25% in II livello) nel 24% delle strutture. Infine, la quota di strutture che fanno oltre 250 interventi di angioplastica coronarica acuta all’anno e almeno il 30% in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI), è in lieve aumento, dal 21% al 27%. Nel complesso il 51,8% di queste procedure avviene in strutture che operano entro soglia.

In questi anni la Regione Toscana, nell’ambito della generale riorganizzazione della Servizio Sanitario Regionale, si è impegnata per portare a compimento quanto previsto dal d.m. sanità 70/2005. In particolare la riorganizzazione dell’offerta per patologie organizzate in rete sta comportando una minor dispersione della casistica, in particolare per chirurgia della mammella e angioplastica. Nella stessa direzione va l’intervento di colecistectomia laparoscopica. La riorganizzazione dei punti nascita ha sostanzialmente portato al rispetto dei parametri previsti dal d.m. sanità 70/2005. Alcune delle unità operative che assistono meno di 500 parti all’anno operano per garantire la copertura territoriale dell’offerta (ad esempio l’ospedale di Portoferraio). Si evidenzia una notevole frammentazione dell’offerta di interventi chirurgici per frattura di femore. In generale le strutture sotto soglia erogano nell’anno poche

prestazioni e talvolta possono dipendere da problemi di codifica. Questo compromette il rispetto dei parametri del d.m. sanità 70/2005 per la Toscana.

Tabella 1. Risultati del monitoraggio DM70/2015 – Toscana, periodo 2017-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari Regione Toscana

Ambito	Indicatore	Soglia	Strutture 2017		Strutture 2018	
			Valutate	% entro soglia	Valutate	% entro soglia
Esiti	% di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria <3 giorni	≥70%	38	90,0%	38	90,0%
	% di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore d'età ≥65 anni	≥60%	30	93,3%	30	86,7%
	% di decessi a 30 giorni da intervento per bypass	≤4%	4	75,0%	4	100%
	% di tagli cesarei primari in maternità di I e II livello	≤15% (I livello), ≤25% (II livello)	25	32,0%	25	24,0%
Volumi	Interventi chirurgici per tumore della mammella	≥150 primi interventi/anno	34	38,2%	27	48,2%
	Colecistectomia laparoscopica	≥100 interventi/anno	45	48,9%	45	55,6%
	Intervento chirurgico per frattura di femore	≥75 interventi/anno	43	58,1%	46	56,5%
	Intervento di bypass	≥200 interventi/anno	5	40,0%	5	40,0%
	Angioplastica coronarica percutanea	≥250 procedure/anno e ≥30% in IMA-STEMI	37	21,6%	33	27,3%
	Punti nascita	≥500 parti/anno	25	80,0%	25	80,0%

Mobilità ospedaliera

La mobilità sanitaria interregionale è un fenomeno che interessa circa un milione di persone in Italia, per un valore complessivo di 4,2 miliardi di euro, 400 milioni in meno rispetto all'anno precedente.

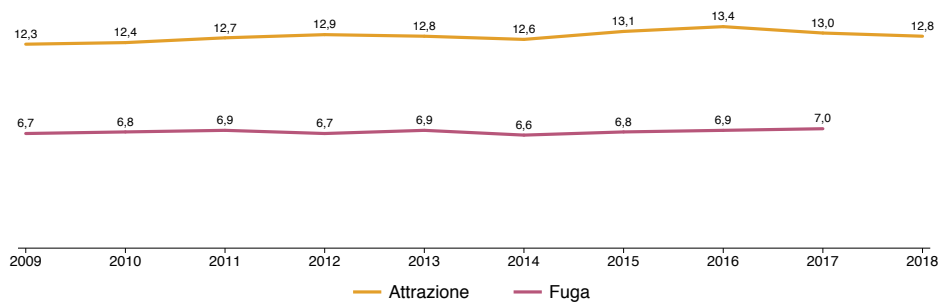
Nel "Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2017", pubblicato dal Ministero della salute nel 2019, la mobilità interregionale è sostanzialmente costante per tipo di attività e regime di ricovero: 8% per l'attività per acuti in regime ordinario e diurno, 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno e 5% per l'attività di lungodegenza. Inoltre, si confermano solo 9 regioni su 21 con un saldo positivo, vale a dire 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 e le lungodegenze/riabilitazioni) si rileva il tasso maggiore tra i residenti del Molise (29,2 ricoveri per 1.000 abitanti), il minore in Lombardia (3,9 ricoveri per 1.000 abitanti), mentre per la Toscana la mobilità passiva è pari a 6,2 ricoveri per 1.000 abitanti, +0,2 per 1.000 rispetto al 2016. Il saldo dei ricoveri acuti ordinari in Toscana resta saldamente in positivo (+21.177 ricoveri), perché la mobilità attiva della nostra regione (45.535 ricoveri) supera nettamente la mobilità passiva (24.358 ricoveri). Il saldo attivo più alto è quello della Lombardia (+75.867 ricoveri), seguito dall'Emilia Romagna (+48.990 ricoveri) e dalla Toscana. I maggiori saldi passivi sono invece quelli della Campania (-38.329 ricoveri) e della Calabria (-34.223 ricoveri).

Considerando i ricoveri totali (ordinari e day hospital, tutti i reparti), il trend toscano degli ultimi anni prosegue la sua progressiva riduzione, frutto di una diminuzione delle ospedalizzazioni sia dei toscani che dei non toscani. Il saldo si mantiene sempre decisamente positivo, visto che le fughe (toscani ricoverati fuori regione, 7% del totale dei ricoveri dei toscani) continuano ad essere circa la metà delle attrazioni (non toscani ricoverati in regione, circa il 13% del totale dei ricoveri in regione). Questa relazione tra la capacità attrattiva e fughe regionali è stabile nel tempo (figura 1).

C'è una componente fisiologica nei flussi di mobilità passiva dei toscani, dovuta soprattutto a motivi geografici nelle zone lungo i confini regionali. Il 60% della mobilità passiva è diretto, infatti, verso presidi ospedalieri di regioni confinanti, dato stabile da due anni, dopo un trend precedente 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. Tra le prime 5 cause di mobilità, i DRG per interventi di chirurgia ortopedica continuano a rappresentare la principale causa di mobilità attiva e passiva (13% e 15% rispettivamente, anche se in termini assoluti il saldo toscano è in attivo di 3.900 ricoveri). Si conferma importante anche la quota di ricoveri in mobilità attiva per la chirurgia della tiroide e per psicosi (6%), attribuibile alla presenza di strutture di eccellenza, mentre per la mobilità passiva gli interventi su utero e annessi (patologie benigne) e per chemioterapia (4%).

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 2009-2018 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



Choosing Wisely - L'appropriatezza praticata

Il movimento *Choosing Wisely* (CW), lanciato in USA nel 2012 dall'associazione medica ABIM *Foundation*, ha l'obiettivo di favorire il dialogo tra medici e cittadini su esami, trattamenti e procedure spesso non necessari o addirittura potenzialmente dannosi. Negli anni si è diffuso fino ad assumere una dimensione internazionale grazie a campagne informative, alla definizione di molteplici raccomandazioni circa esami e trattamenti a rischio di inappropriately e alla partecipazione attiva di rappresentanti di cittadini. Il progetto italiano "Fare di più non significa fare di meglio - *Choosing Wisely Italy*" è uno dei più sviluppati. Lanciato da Slow Medicine nel 2012, vede l'adesione di più di 40 società scientifiche di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti, la pubblicazione di 44 liste di pratiche a rischio di inappropriately (per un totale di 220 raccomandazioni), la diffusione di schede per i cittadini affiancata da iniziative e progetti di implementazione. ARS Toscana, in quanto partner del movimento CW italiano, definisce (con il supporto di esperti), calcola, monitora e discute con i professionisti dei Dipartimenti Medici, indicatori *proxy* dell'adesione alle raccomandazioni. Il lavoro s'inserisce in un più ampio progetto regionale sull'appropriatezza praticata che vede coinvolti la Regione e il Centro Regionale Gestione del Rischio Clinico. In tabella 1 è rappresentato lo stato dell'arte, per il momento focalizzato sulle discipline di area medica.

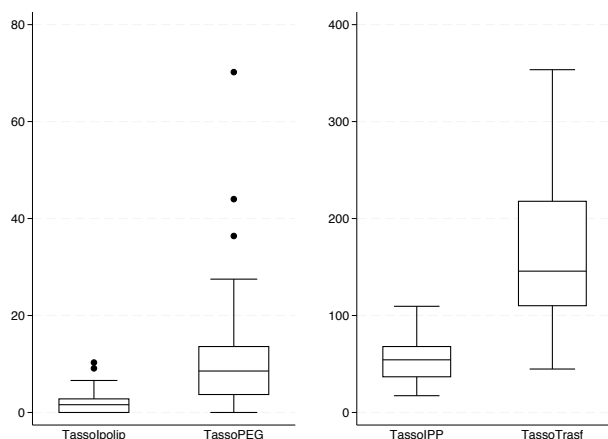
Tabella 1. *Choosing Wisely - Italy* e appropriatezza praticata - Raccomandazioni definite, misurabili e misurate, stato dell'arte - Toscana, anno 2018 - Fonte: Elaborazioni ARS

Specialità medica	Raccomandazioni definite	di cui misurate
Medicina interna	10	5
Cardiologia	10	9
Neurologia	15	5
Diabetologia	5	3
Gastroenterologia	5	3
Nefrologia	10	1
Reumatologia	5	2

Nelle figure successive, per le 3 discipline per cui è stato possibile misurare più raccomandazioni, sono riportati, in modo esemplificativo, i box-plot dei valori di Zona Distretto di 4 indicatori calcolati. Con tali indicatori, aggiornati al 2017, si intende misurare la prescrizione di specifici farmaci o di specifiche procedure diagnostiche che, nelle condizioni specificate, si raccomanda di non prescrivere. Per la medicina interna (figura 1):

1. Tasso di prescrizione, in dimissione, d'ipolipemizzanti in assenza di patologie cardiovascolari (TassoIpolip);
2. Tasso di esecuzione gastrostomia endoscopica percutanea in caso di demenza (TassoPEG);
3. Tasso di prescrizione, in dimissione, d'inibitori di pompa protonica in assenza di patologie esofago/gastro/duodenali, terapia con acido acetilsalicilico o precedente gastroscopia (TassoIPP);
4. Tasso di esecuzione di trasfusioni in assenza di malattie coronariche o sanguinamento gastroenterico in atto (TassoTraf).

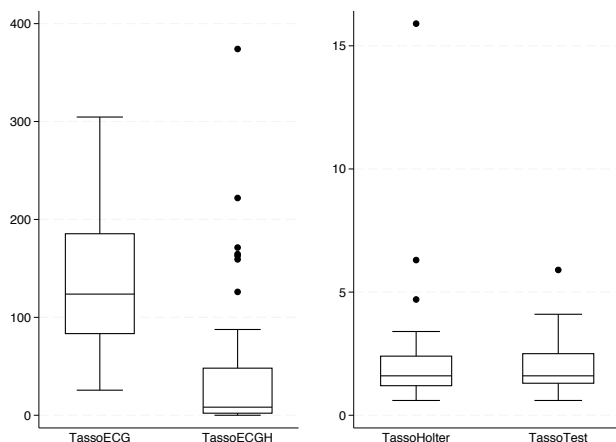
Figura 1. Adesione alle raccomandazioni CW, specialità medicina interna – Tasso di erogazione per 1.000 abitanti – Box-plot valori di Zona Distretto di residenza degli assistiti – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Per la cardiologia (figura 2):

1. Tasso di esecuzione elettrocardiogramma dopo una rivascolarizzazione in assenza di accesso al Pronto Soccorso o ospedale per cardiopatia ischemica (TassoECG);
2. Tasso di esecuzione di elettrocardiogramma-Holter in pazienti con pregressi accessi al Pronto Soccorso per sincope e senza pregressa terapia antiaritmica (TassoECGH);
3. Tasso di esecuzione di Holter in assenza di prova da sforzo (TassoHolter);
4. Tasso di esecuzione di imaging-test provocativo in assenza di prova da sforzo (TassoTest).

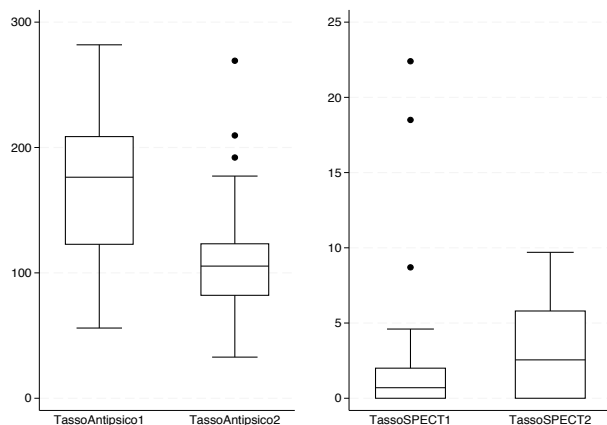
Figura 2. Adesione alle raccomandazioni CW, specialità cardiologia – Tasso di erogazione per 1.000 abitanti – Box-plot valori di Zona Distretto di residenza degli assistiti – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Per la neurologia (figura 3):

1. Tasso di prescrizione di antipsicotici in terapia combinata nella demenza (TassoAntipsico1);
2. Tasso di prescrizione di antipsicotici diversi da Clozapina e Quetiapina nel Parkinson (TassoAntipsico2);
3. Tasso di esecuzione di esami SPECT/18-FDG-PET/PET nell'anno di diagnosi di demenza (TassoSPECT1);
4. Tasso di esecuzione di esami SPECT nel Parkinson (TassoSPECT2).

Figura 3. Adesione alle raccomandazioni CW, specialità neurologia – Tasso di erogazione per 1.000 abitanti – Box-plot valori di Zona Distretto di residenza degli assistiti – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

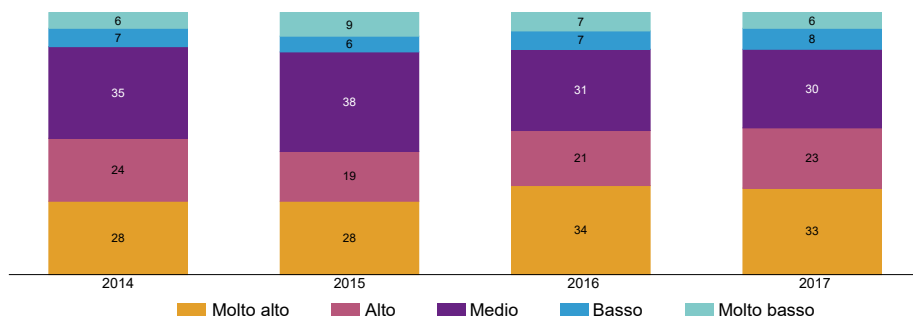


In generale, l'adesione alle raccomandazioni di non prescrivere le specifiche prestazioni varia molto da zona a zona e in molti casi il valore di Zona Distretto si distanzia notevolmente dalla mediana. Tali scostamenti possono rappresentare aree di criticità per le quali occorre mettere in campo azioni di miglioramento, ad esempio con strumenti quali l'audit, in collaborazione con i dipartimenti aziendali e le associazioni dei pazienti, per ridurre l'eventuale inappropriatezza e cercare di omogeneizzare le *performance* sul territorio regionale.

Esiti

Tra il 2014 e il 2017, dopo la recente riforma sanitaria, il sistema ospedaliero toscano, oltre a essere il più efficiente e efficace in Italia (da Rapporto SDO 2016, Ministero della Salute) ha confermato la capacità di garantire esiti di cura tra i migliori nel panorama nazionale. Il Ministero ha identificato alcuni indicatori di esito, relativi a importanti problemi di sanità pubblica e traccianti degli esiti dell'attività ospedaliera, che considera per la definizione dei Piani di Riqualificazione degli ospedali e per cui ha definito degli standard di qualità (su di un continuum da molto bassa a molto alta). Con riferimento a tali indicatori la quota di risultati con uno standard di qualità alto o molto alto in Toscana è aumentata tra il 2014 e il 2017, raggiungendo il valore di 57%. Permane in Toscana una frammentarietà dell'offerta, sia con riferimento ad alcuni delle prestazioni prese in considerazione dal d.m. 70 e nel trattamento chirurgico oncologico che si traduce in variabilità degli esiti tra le strutture erogatrici.

Figura 1. Livello di qualità degli indicatori monitorati – Distribuzione percentuale dei presidi ospedalieri per risultato – Toscana, periodo 2014-2017 – Fonte: Piano Nazionale Esiti



I risultati del Piano Nazionale Esiti (PNE) per il 2017 mettono sinteticamente in luce in Toscana alcuni fenomeni (in alcuni casi il dato è integrato con la fonte regionale del Programma di Osservazione degli esiti toscano, PrOsE, aggiornata al 2018):

- il numero mediano di parti per punto nascita è pari a 1.000 parti e anche la quota di parti cesarei primari è stabilmente inferiore al 20%. La quota di parti naturali post parto cesareo è invece ancora ridotta, attorno al 9%, valore simile a quello italiano.
- La Toscana da sempre è fra le regioni con la più alta proporzione di anziani con frattura del femore trattati entro 48h, con un trend ancora crescente (media regionale vicina all'80%) e con una bassa eterogeneità interna. I dati PrOsE (aggiornati al 2018) mettono in luce inoltre come la criticità osservata per l'AOU Pisana sia in via di risoluzione.
- Con riferimento all'ortopedia protesica (anca, ginocchio e spalla), in costante crescita a livello nazionale e stabile in Toscana, si osserva una concentrazione marcata in strutture private per gli interventi su ginocchio e spalla e una forte frammentazione dell'offerta, con molte strutture che ergano pochi casi l'anno.

- Il trattamento dell'infarto miocardico acuto pone la Toscana tra le regioni con la mortalità più bassa e con le più alte percentuali di rivascolarizzazione entro 2 giorni dopo IMA. Le strutture che per questo indicatore hanno valori particolarmente bassi sono contraddistinte dalla mancanza di una sala di emodinamica aperta h24 e dal trattamento di pazienti con NSTEMI (infarto con sopraslivellamento del tratto ST).
- La mortalità per bypass aortocoronarico isolato è in costante diminuzione a livello generale e la Toscana presenta valori generalmente bassi. Un'eccezione è rappresentata dall'AOU Pisana, ma la mortalità è in diminuzione nel 2018 (PrOsE).
- La quota di pazienti toscani sottoposti a colecistectomia laparoscopica è ampiamente sopra la soglia del 70% posta dal d.m. 70 e i dimessi entro 3 giorni si attestano stabilmente sopra l'80%, con una progressiva riduzione della variabilità interospedaliera.
- La Toscana ha valori particolarmente ridotti di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni dall'intervento conservativo nel trattamento del tumore della mammella.
- Due centri, AOU Careggi e AOU Pisana, hanno eseguito oltre il 30% degli interventi per tumore al colon in Toscana, mentre i restanti interventi sono stati eseguiti da 26 ospedali, pubblici o privati accreditati. La mortalità a 30 giorni è inferiore alla media nazionale, anche se presenta notevole variabilità tra le strutture e un peggioramento nel presidio San Luca di Lucca. Dal monitoraggio regionale PrOsE emerge una riduzione di questa criticità nel 2018.
- Le strutture che nel 2017 hanno fatto in Toscana interventi per tumore al polmone sono 8, con 4 strutture che effettuano meno di 50 interventi l'anno. La mortalità in tutte le strutture è su livelli intermedi.
- Nel 2017, 32 strutture toscane hanno effettuato interventi per tumore allo stomaco, con numerosità rilevanti nelle AOU di Pisa e Careggi. La mortalità a 30 giorni mostra valori buoni nei due maggiori erogatori, elevati invece negli altri presidi.

Trapianti e donazioni

Nel corso del 2018 la Toscana conferma i dati positivi registrati negli anni precedenti relativamente all'utilizzo di organi, anche se il numero di 46,8 "donatori utilizzati" per milione di abitanti nel corso dell'ultimo anno risulta lievemente inferiore al 48,3 del 2017. La stessa flessione si evidenzia tuttavia anche nel dato nazionale, passato da 23,7 del 2017 a 22,6 donatori utilizzati per milione di abitanti del 2018 (tabella 1). Nonostante, quindi, la leggera flessione, la Toscana rimane la regione con la miglior *performance* nell'utilizzo dei donatori, con un dato più che doppio rispetto al valore nazionale.

La leggera contrazione dei donatori utilizzati tra 2017 e 2018 è in parte spiegata dall'incremento delle percentuali di opposizioni alla donazione. Questo valore, infatti, è in leggero incremento sia a livello nazionale, dove è passato in due anni dal 28,7% al 29,9%, sia, pur in misura minore, in Toscana, con l'aumento dal 26,7% al 27,3%.

Tabella 1. Donatori utilizzati e opposizioni – Tasso standardizzato per età di donatori utilizzati per 1.000.000 abitanti e opposizioni ogni 100 donatori potenziali – Regioni e Italia, anni 2017 e 2018 – Fonte: Dati Attività di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule staminali emopoietiche- Report 2018. Centro nazionale trapianti (CNT).

Regioni	Donatori utilizzati x1.000.000 ab.		% opposizione	
	2018	2017	2018	2017
Piemonte	34,8	32	27,8	33,2
Valle d'Aosta	15,7	70,9	0	0
Lombardia	26,4	24,8	24	24,9
Bolzano	7,6	17,3	20	21,4
Trento	40,8	33,4	10	8
Veneto	30,6	34,8	24,4	16
Friuli-Venezia Giulia	24,6	36	30,2	24,4
Liguria	21,1	22,9	27,5	40,8
Emilia-Romagna	25,6	27,4	30	28,2
Toscana	46,8	48,3	27,3	26,7
Umbria	18	15,7	31	29,6
Marche	30,6	31,1	26,1	25,8
Lazio	20,7	20,7	32,6	26,9
Abruzzo	15,1	16,6	36,8	42,9
Molise	6,4	16	33,3	25
Campania	10,1	12,5	41,8	39,4
Puglia	7,1	9,8	52,2	43,4
Basilicata	12,3	17,4	23,1	18,8
Calabria	12,7	8,1	41,5	41,5
Sicilia	8,7	15,4	47,4	36,8
Sardegna	26,6	22,3	15,7	26,9
Italia	22,6	23,7	29,9	28,7

Focalizzandosi sull'attività toscana, i dati dell'Organizzazione toscana trapianti (OTT) relativi all'attività delle Aziende sanitarie mostrano come la segnalazione, il prelievo e l'utilizzo di organi siano concentrati, come atteso, per circa la metà dei casi, nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie (tabella 2).

In particolare, l'AOU di Careggi incide sull'attività regionale per quasi un terzo, segnalando 111 potenziali donatori sui 364 totali, effettuando 64 prelievi (con prelievo di almeno un organo) su 206 e utilizzando gli organi per trapianto in 55 casi su 174 complessivi per la Toscana.

Tabella 2. Segnalati come potenziali donatori, effettivi e utilizzati per Azienda - Toscana, anno 2018 - Fonte: Organizzazione Toscana Trapianti (OTT)

Azienda	Ex Ausl	Stabilimento	Segnalati come potenziali donatori	Effettivi, prelevati 1+ organi	Utilizzati per trapianto
Centro	10	S. M. Annunziata	6	4	4
	10	Mugello	5	3	3
	11	San Giuseppe	21	14	13
	10	S. M. Nuova	8	6	6
	10	S. Giovanni di Dio	6	2	2
	10	Valdinievole	2	2	2
	3	S. Jacopo	8	2	2
	4	S. Stefano	30	20	14
	Totale		86	53	46
Sud-Est	8	Area aretina Nord	16	10	8
	9	Della Misericordia	9	7	5
	7	Riuniti Valdichiana	1	0	0
	8	Nuovo Valdarno	0	0	0
	9	Orbetello	1	1	1
	7	Dell'Alta Val d'Elsa	1	1	1
	Totale		28	19	15
Nord-Ovest	12	Versilia	4	3	2
	6	Riuniti Livorno	24	13	11
	2	S. Luca di Lucca	9	4	4
	1	N. Osp. Apuano	9	7	7
	1	G. Pasquinucci	1	0	0
	6	Piombino	4	3	1
	5	Pontedera	3	2	1
	1	Pontremoli	0	0	0
Totale		54	32	26	
AOU		Careggi	111	64	55
		Cisanello	32	16	14
		Le Scotte	49	20	16
		Meyer	4	2	2
	Totale		196	102	87
Totale Toscana			364	206	174

Cure nel fine vita

Dai primi anni '80, la necessità di cure palliative per i malati oncologici è stata progressivamente accettata in tutto il mondo. Più recentemente, si è instaurata la consapevolezza della necessità anche per altre condizioni croniche come l'insufficienza cardiaca, le malattie cerebrovascolari, neurodegenerative, l'insufficienza respiratoria cronica (BPCO), la tubercolosi resistente ai farmaci e l'AIDS. Tuttavia, in molte parti del mondo resta enorme il bisogno insoddisfatto per questi problemi di salute, che limitano la vita dei malati.

Le cure palliative trovano impiego sia tra i malati cronici sia tra i pazienti in condizioni che ne mettono a rischio la sopravvivenza. Si ritiene che i migliori benefici si ottengano con l'intervento precoce, attivato ben prima della fase terminale. Non vi è infatti alcun limite temporale né prognostico all'attuazione di cure palliative, mentre è stato ampiamente sostenuto che dovrebbero essere erogate sulla base del bisogno, non della diagnosi o della prognosi.

La possibilità di fornire questo tipo di cure non si limita ai servizi specialistici, ma include 3 diversi livelli:

- un approccio palliativo adottato da tutti gli operatori sanitari, a condizione che siano istruiti e qualificati attraverso una formazione adeguata;
- cure palliative generali fornite da professionisti dell'assistenza primaria e dagli specialisti che curano i pazienti con malattie potenzialmente letali, con una buona formazione di base;
- cure palliative specialistiche eseguite da team specializzati per pazienti con problemi complessi.

Per i paesi ad alto reddito si stima che tra il 30% e il 45% del bisogno di cure palliative richieda di essere soddisfatto dal livello specialistico. Lo sviluppo di un sistema efficiente richiede una progettualità complessa nell'ambito della sanità pubblica: deve comprendere l'assunzione di *policy*, la formazione, la messa a disposizione di risorse e una strategia di implementazione.

Le analisi di trend 2015-2017 (ultimo anno disponibile) su circa 18.500 toscani deceduti ogni anno per causa di tumore e/o con storia di malattia cronica (scompenso cardiaco e BPCO) portano ad affermare che la realtà dell'assistenza nel fine vita in Toscana è ancora centrata sull'ospedale, addirittura con un incremento nel 2017 rispetto ai due anni precedenti.

In particolare, è molto significativo sia l'aumento della percentuale dei pazienti che accedono almeno una volta al Pronto Soccorso nell'ultimo mese di vita (dal 61,1% al 63,5%), sia l'aumento di chi viene ricoverato in reparto per acuti (dal 75% al 77,1%). L'andamento per patologia mostra come i pazienti affetti da malattie croniche cardiopolmonari abbiano ancora la più alta probabilità di accesso in Pronto Soccorso, peraltro in aumento tra il 2015 e il 2017 dal 64,7% al 67,6%. La probabilità di ricovero in reparto per acuti invece è massima nei pazienti a maggior complessità, affetti cioè sia da tumori che da patologie croniche cardiache o polmonari, e anche in questo gruppo si nota un significativo incremento fra il 2015 ed il 2017, anno in cui la percentuale di ricoverati sfiora l'80%. Va comunque segnalata la positiva riduzione degli interventi di supporto vitale intensivo, al 27,4% dei ricoveri nell'ultimo mese di vita nel 2015

e scesa al 18,6% nel 2017. La flessione riguarda sia i pazienti oncologici che i cardiopolmonari. Infine, se nel 2015 il 45,5% dei decessi avveniva in ospedale, nel 2017 la percentuale sale al 49,5%. Analizzando separatamente i tre gruppi di patologie, le malattie croniche sono quelle con la più alta percentuale di decessi in ospedale e mostrano un lieve incremento nel tempo. È nettamente aumentata invece la percentuale dei pazienti oncologici che muore in ospedale: dal 35% (41% se il tumore era associato a malattie croniche cardiopolmonari) nel 2015 al 39,2% (48,5% se affetti da cronicità cardiopolmonari) nel 2017.

La percentuale di pazienti che ha fatto ricorso all'Hospice nell'ultimo mese di vita è sostanzialmente stabile, con percentuali molto differenti in base alla condizione clinica: nel 2017 il 16,1% dei pazienti oncologici, solo l'1,5% tra i pazienti con malattia cronica. Si conferma che il primo ricovero in Hospice avviene prevalentemente nell'ultima settimana di vita.

Tutte le analisi mostrano inoltre una marcata variabilità tra le Zone Distretto di residenza. La percentuale di pazienti che non ricevono cure palliative, né dall'assistenza domiciliare né in Hospice, resta elevata (77% nel 2017). In proposito va considerato che nei dati amministrativi regionali utilizzati non compare una quota significativa di servizi erogati dalle Associazioni di volontariato, una criticità da superare in breve tempo, con convenzioni ad hoc, al fine di conoscere e dunque governare appropriatamente l'intero ventaglio di prestazioni erogate.

In tabella 1 sono riassunti i risultati degli indicatori citati per anno di osservazione e il risultato del test del trend temporale, considerato effettivamente in crescita o decrescita solo nei casi in cui le differenze siano statisticamente significative in base alle analisi di regressione.

Tabella 1. Qualità dell'assistenza delle cure di fine vita – Pazienti che accedono all'assistenza ogni 100 deceduti d'età 18+ anni con tumore e/o malattie croniche, test del trend temporale basato su analisi di regressione – Toscana, periodo 2015-2017 – Fonte: elaborazione ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

Tipo di assistenza (giorni prima del decesso)	2015	2016	2017	Test del trend
Accesso al Pronto Soccorso (30gg)	61,1%	62,4%	63,5%	↑
Accesso al Pronto Soccorso senza esito di ricovero (30gg)	4,6%	4,5%	4,4%	=
Ospedalizzazione (30gg)	75,0%	75,6%	77,1%	↑
Passaggio in Terapia Intensiva (30gg)	13,1%	15,2%	13,2%	=
Interventi di supporto vitale intensivo (30gg)	27,4%	24,1%	18,6%	↓
Chemioterapia (14gg)	2,4%	2,6%	2,8%	=
Chemioterapia (30gg)	5,4%	5,7%	6,7%	↑
Nuovo regime di chemioterapia (14gg)	1,7%	1,7%	1,6%	=
Nuovo regime di chemioterapia (30gg)	3,8%	3,6%	3,4%	=
Radioterapia (14gg)	4,0%	4,3%	4,6%	↑
Radioterapia (30gg)	7,7%	8,2%	9,3%	↑
Accesso in Hospice (7gg)	4,8%	4,5%	4,9%	=
Accesso in Hospice (30gg)	8,3%	7,3%	7,9%	=
ADI (30gg)	16,0%	18,0%	17,0%	↑
Nessuna cura palliativa (30gg)	78,0%	76,0%	77,0%	=
Utilizzo di oppioidi (30gg)	13,0%	13,6%	13,4%	=
Decesso in ospedale	45,5%	47,4%	49,5%	↑

Questi dati devono far interrogare sotto una duplice prospettiva, pubblica e individuale. Sul versante della sanità pubblica è evidente che la transizione demografica, ed epidemiologica, già in atto, sta determinando un crescente numero di pazienti molto anziani e molto malati. Si tratta di persone con bisogni particolari, per i quali il Piano Nazionale Cronicità prevedrebbe programmi di cura personalizzati, attraverso i Piani di assistenza individuale (PAI). Invece, i dati appena mostrati indicano che la risposta ai bisogni di assistenza e cura di questi pazienti cronici avviene ancora con modelli pensati e realizzati per gli acuti. È dunque tempo di mettere in atto una radicale modifica organizzativa dei servizi sanitari, pena una crescita sempre meno sostenibile dei costi. In proposito, si deve assolutamente evitare il rischio che siano logiche economico-finanziarie a determinare un cambiamento nelle modalità di cura rivolte a questi pazienti: intervenire con tagli lineari solo con l'obiettivo di far quadrare i conti genera profonde iniquità. Siamo forse ancora in tempo a invertire la rotta e ridurre il ricorso da parte dei pazienti terminali a tipologie di cura non solo troppo costose, ma anche, e soprattutto, futili, se non addirittura dannose. I risultati della ricerca di medicina narrativa che ARS ha effettuato presso la Casa della Salute di Empoli, evidenziano la difficoltà di saldare gli aspetti teorici con la prassi quotidiana, che risulta fortemente condizionata sul versante professionale dalla frammentazione dei percorsi di cura e, sul versante del paziente, dalle sue caratteristiche sociali e culturali. Quando ci troviamo di fronte a grandi anziani, con basso livello di istruzione, sistema valoriale fortemente fondato su una visione religiosa, quasi fatalistica, e ignaro della sfera dei diritti di autodeterminazione, è molto pericoloso forzare la relazione di cura al passaggio dal modello paternalistico a quello orientato all'autonomia del paziente, senza tener conto appunto del contesto specifico. Si rischierebbe di esercitare sul paziente una violenza paragonabile a quella che, dall'altra parte, si consuma giornalmente su di lui, non informandolo della gravità della sua condizione ed escludendolo dalla partecipazione alle scelte di cura.

In sintesi, il quadro toscano delle cure nel fine vita è molto articolato e gli amministratori della sanità, i professionisti della cura e i cittadini, devono accostarvisi con gli strumenti culturali tipici dei sistemi complessi, pena un riduzionismo organizzativo che non potrà che risultare sempre più inadeguato alla realtà.

Antibiotico-resistenza

Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è in continuo aumento e rappresenta oggi una priorità di sanità pubblica a livello mondiale, con crescente impatto epidemiologico ed economico e di ricadute sulla salute. L'aumento dei batteri resistenti, infatti, causa un aumento della morbosità e mortalità, nonché a un aumento dei costi per il sistema sanitario e per la società in generale.

Sebbene l'antibiotico-resistenza sia un problema globale, può presentarsi con differenze epidemiologiche significative tra i paesi. In Italia e in Toscana la resistenza agli antibiotici è tra le più elevate in Europa: secondo i dati del sistema europeo di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza (EARS-net) 2017, l'Italia è tra i pochi paesi che presentano percentuali di infezioni da stafilococco resistente alla meticillina (MRSA) stabilmente superiori al 30%, dato riscontrato anche in Toscana.

Un recente studio epidemiologico (Cassini 2018) stima circa 33mila decessi annui attribuibili all'antibiotico-resistenza e, di questi, circa un terzo avvengono in Italia. Inoltre, il peso delle patologie infettive misurato in anni di vita persi per decesso o disabilità dovuta a malattia (*Disability-Adjusted Life Years* - DALYs) è comparabile a quello di influenza, tubercolosi e HIV/AIDS sommate (Organization for Economic Co-operation and Development - OECD, 2019). Anche in questo caso l'Italia detiene il primato negativo.

Venendo alla Toscana, le resistenze ai carbapenemi in *Acinetobacter* sono doppie rispetto al dato europeo, e i livelli di resistenza degli enterobatteri (in particolare *Klebsiella pneumoniae* ed *Escherichia coli*) ai principali farmaci di prima scelta per questi patogeni (cefalosporine di terza generazione, fluorochinoloni, aminoglicosidi) sono costantemente tra i più alti in Europa. Si tratta dei casi a maggior impatto nella pratica clinica a causa dell'alta diffusione dei batteri o della loro elevata letalità.

Un trend favorevole è invece rappresentato dalla diminuzione della resistenza ai carbapenemi in *K. pneumoniae*, passata dal 33,8% nel 2016 al 29,7% nel 2017 in Italia e dal 35,5% al 29,1% in Toscana.

Tabella 1. Profili di resistenza in batteriemie – Prevalenza per 100 isolati – Toscana, Italia e Europa, periodo 2016-2018 – Fonte: Rete SMART-ARS e European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

	Toscana 2018	Toscana 2017	Italia 2017	Europa 2016
3rd generation ceph-R <i>Klebsiella</i>	61,5	61,9	54,6	25,7
Carbapenem-R <i>Klebsiella</i>	29,1	35,5	29,7	6,1
3rd generation ceph-R <i>E.coli</i>	37,0	39,0	29,5	12,4
FQ R <i>E.coli</i>	48,0	51,0	44,9	21,0
Carbapenem-R <i>Pseudomonas</i>	8,7	14,7	19,9	15,0
Carbapenem-R <i>Acinetobacter</i>	76,9	78,0	78,7	35,1
MRSA	30,8	30,8	33,9	13,7
Vanco-R <i>Enterococcus faecium</i>	23,1	24,5	14,6	11,8

Come detto, la diffusione di infezioni da batteri resistenti si traduce in un aumento dei costi a carico del sistema sanitario in conseguenza dell'aumento delle giornate di degenza in ospedale e delle complicanze. L'OECD stima che questo si potrebbe tradurre in 1,1 miliardi di euro di spesa ogni anno da ora al 2050 in Europa, circa 1,8 euro pro capite ogni anno. Per l'Italia le stime fino al 2050 prevedono ogni anno poco meno di 2.500 giornate di degenza ogni 100mila abitanti, con un costo medio annuale pari a 5 euro pro capite, più del doppio della media europea.

Interventi efficaci per scongiurare questi scenari sono stati proposti dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) nel 2015 con il Global Action Plan (WHO 2015). In linea con questa proposta, lo studio OECD 2018 ha individuato 5 soluzioni ottimali dal punto di vista dell'analisi costi e benefici: migliorare le condizioni igieniche delle aziende sanitarie, realizzare programmi di *stewardship* antibiotica, aumentare il ricorso a test diagnostici rapidi, ritardare la prescrizione di antibiotici e promuovere campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Gli autori hanno stimato che un programma di questo tipo in Italia potrebbe tradursi in 8.800 decessi evitati ogni anno e un risparmio di circa 10 euro pro capite ogni anno.

Il Ministero della Salute ha presentato nel 2017 il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020 (PNCAR) per fornire un indirizzo coordinato e sostenibile di contrasto al fenomeno dell'antibiotico-resistenza a livello nazionale, regionale e locale, integrando tutti i settori interessati secondo l'approccio *One health* promosso dall'OMS. Tale approccio prevede una visione integrata, che comprenda interamente la filiera dell'antimicrobico-resistenza e dell'utilizzo di antibiotici, delle interazioni fra la medicina umana e la medicina veterinaria con il fine di promuovere un uso appropriato degli antibiotici in entrambi i settori. Questi indirizzi sono coerenti anche con gli obiettivi che il Ministero stesso darà alle regioni con l'introduzione del Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza nel 2020, che prevede un indicatore specifico di riduzione del consumo di antibiotici a livello territoriale.

Nel 2018 i presidi ospedalieri toscani hanno erogato complessivamente 20,33 dosi giornaliere di antibiotico ogni 1.000 ricoverati, dato stabile rispetto all'anno precedente e leggermente inferiore rispetto a quello italiano 2017, pari a 21,8 per 1.000 (AIFA, 2019). Il 90% del consumo di antibiotici è in regime di assistenza convenzionata, pari a 18,6 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti, praticamente stabile rispetto al 2017, dato inferiore a quello nazionale, pari a 19,7 dosi per 1.000 (AIFA, 2019). In Toscana si riconferma, come negli anni passati, una marcata stagionalità: nei mesi invernali viene prescritto il 35,4% in più di antibiotici rispetto ai mesi estivi (in Italia la differenza è +32,6%). Inoltre, si mantiene decisamente elevato il ricorso all'amoxicillina clavulanato a sfavore dell'amoxicillina (rapporto pari a 85 verso 15 nel 2018), mentre il rapporto tra i due dovrebbe essere invertito. Sul territorio regionale si osserva un'ampia variabilità nei comportamenti prescrittivi, con un range di variazione del dato per Zona Distretto da 15,1 a 23 dosi giornaliere per 1.000 abitanti.

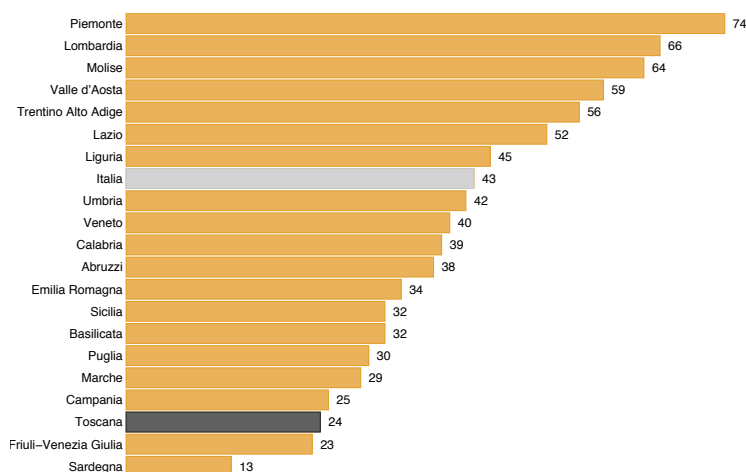
Le indicazioni del PNCAR sono state recepite in Toscana con la d.g.r.t. 1439/2018 "Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi" che propone una visione di ampio

respiro e un approccio coerente e integrato a livello della singola struttura e di tutto il sistema sociosanitario, dagli ospedali, alle strutture intermedie, al territorio. In particolare il modello propone un approccio integrato e multidisciplinare per raccordare tutti gli interventi finalizzati alla gestione delle infezioni e al contrasto alle resistenze antimicrobiche comprendendo tre programmi tra loro fortemente interconnessi: *antimicrobial*, *infection prevention* e *diagnostic stewardship*. Le linee di indirizzo sono ad oggi in fase di implementazione nelle aziende toscane che stanno recependo le indicazioni regionali.

Riabilitazione

La fase riabilitativa a seguito di un evento di origine traumatica e/o medica, o di un intervento 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, per agevolare il ritorno ai livelli di qualità della vita più alti possibili. Vista la varietà delle prestazioni disponibili, più o meno appropriate 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, all'ambulatorio, fino al proprio domicilio), identificabili come nodi della rete territoriale e ospedaliera dei servizi di riabilitazione. 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 in riabilitazione per abitante tra i più bassi in Italia: 24 posti letto ogni 100mila abitanti (figura 1).

Figura 1. Posti letto in riabilitazione – Posti per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2017 - Fonte: Ministero della Salute



Contestualmente, e in conseguenza di questa dotazione, è anche tra le regioni dove si effettuano meno ricoveri ospedalieri in reparti di riabilitazione: 10.600 ricoveri nel 2017, pari a 283 ogni 100mila abitanti, il 94% 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 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 a quattro percorsi riabilitativi contraddistinti da un'elevata numerosità nella pratica quotidiana (frattura di femore, ictus, protesi d'anca o ginocchio) mostrano che solo dopo un ictus si fa ricorso prevalentemente al *setting* ospedaliero (6 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 2017 - Fonte: Rapporto SDO 2017, Ministero della Salute

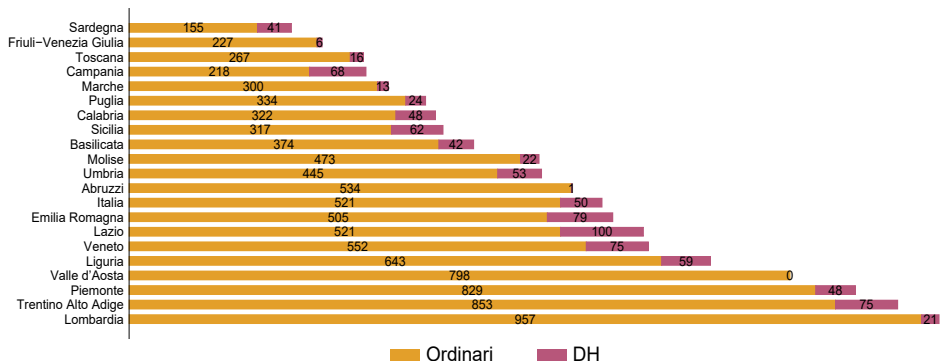
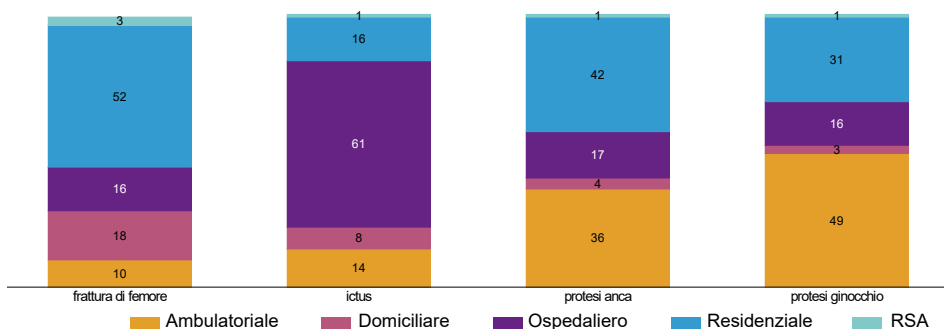


Figura 3. Riabilitati a 28 giorni da un evento acuto per tipo evento e setting assistenziale - Riabilitati per setting ogni 100 residenti d'età 65+ riabilitati a seguito di evento acuto - Toscana, anno 2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

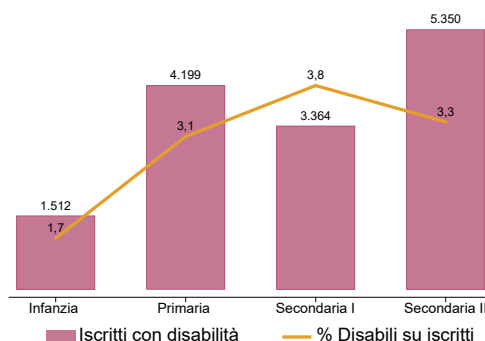


Interventi e sostegni per l'integrazione delle persone con disabilità

Inserimento scolastico, formativo e lavorativo, e servizi di assistenza residenziale, sociale, sociosanitaria o socio-assistenziale, sono i principali ambiti di intervento a sostegno delle persone con disabilità.

Il sistema italiano dell'inserimento scolastico, fondato sul modello inclusivo (inserimento totalitario, o largamente maggioritario, degli alunni con disabilità nel sistema scolastico ordinario), è quello con il più alto livello di inclusione in Europa, visto che la quasi totalità degli studenti con disabilità è accolta nelle scuole. Diversa la situazione nei Paesi che adottano modelli misti (in cui coesistono percorso ordinario e speciale) o modelli con distinzione (studenti con disabilità inseriti esclusivamente in scuole o classi speciali). Nell'anno scolastico 2017/18 erano circa 15mila i bambini e ragazzi con disabilità all'interno del sistema educativo e scolastico toscano. L'1,7% dei bambini iscritti alla scuola dell'infanzia, il 3,1% nella scuola primaria, il 3,8% nella secondaria di I grado e il 3,3% nella secondaria di II grado. L'inserimento scolastico (primaria e secondarie di I e II grado) di bambini e ragazzi con disabilità aumenta nel tempo ed è arrivato, nei tre ordini di istruzione, a circa 14mila iscritti, pari al 3% degli studenti totali. La dotazione di posti di sostegno, pur corrispondente alle prescrizioni normative vigenti, sembra però insufficiente rispetto al bisogno stimato. Il numero è comunque cresciuto, superando gli 11mila posti nel 2018, e coprendo il 72% degli alunni con disabilità iscritti all'interno del percorso educativo-scolastico, con una punta massima nella scuola dell'infanzia (84%).

Figura 1. Bambini e ragazzi con disabilità iscritti per ordine di istruzione - Volumi e valori per 100 iscritti - Toscana, anno scolastico 2018/19 - Fonte: MIUR, Ufficio Scolastico Regionale



I dati della rilevazione sulle persone con disabilità (l. 104/92) al di sotto dei 65 anni d'età forniscono informazioni riguardo a altri interventi afferenti alla fase educativa. Gli interventi di sostegno socio-educativo scolastico 2017 riguardano 5mila persone e sono in continua crescita. Il trasporto scolastico, pur con alcune oscillazioni, evidenzia un trend di crescita ed è arrivato a servire circa 750 persone.

Tabella 1. Persone 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di altri interventi in ambito educativo per tipologia - Toscana, periodo 2010-2017 - Fonte: Regione Toscana

Tipo di intervento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sostegno socio-educativo scolastico	2.689	3.473	3.590	3.786	3.850	4.289	4.679	5.003
Trasporto scolastico	612	692	663	720	794	776	878	751

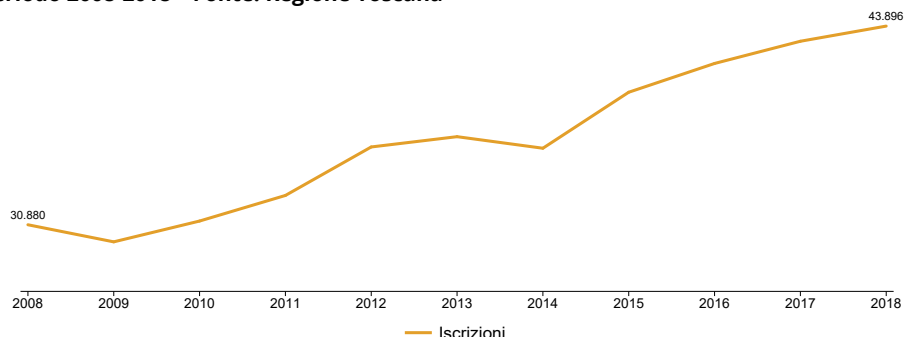
Per quanto riguarda l'istruzione superiore, nell'anno accademico 2016/17 nelle Università e nell'alta formazione artistica, musicale e coreutica (AFAM) toscane si sono iscritti 1.164 studenti con disabilità superiore al 66% e 304 con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA). Gli studenti con disabilità superiore al 66% sono sostanzialmente stabili nei numeri assoluti, ma in leggera crescita in proporzione (a oggi 1 iscritto su 100) a causa del calo degli iscritti totali. Aumentano invece gli iscritti con DSA, anche a causa della maggior sensibilità e ai recenti interventi normativi che hanno portato a un aumento delle richieste di certificazione.

Tabella 2. Iscritti con disabilità >66% e con DSA nelle AFAM e nelle Università toscane - Valori assoluti - Toscana, periodo 2008-2017 - Fonte: Regione Toscana

Istituzione	Anno accademico								
	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
Iscritti con disabilità >66%									
AFAM e altri	0	0	0	0	0	5	5	5	14
Università	1.110	1.165	1.164	1.149	1.141	1.127	1.247	1.207	1.150
Totale	1.110	1.165	1.164	1.149	1.141	1.132	1.252	1.212	1.164
Iscritti con DSA									
AFAM e altri	2	0	2	2	2	2	2	2	2
Università	3	8	20	37	36	99	155	246	302
Totale	5	8	22	39	38	101	157	248	304

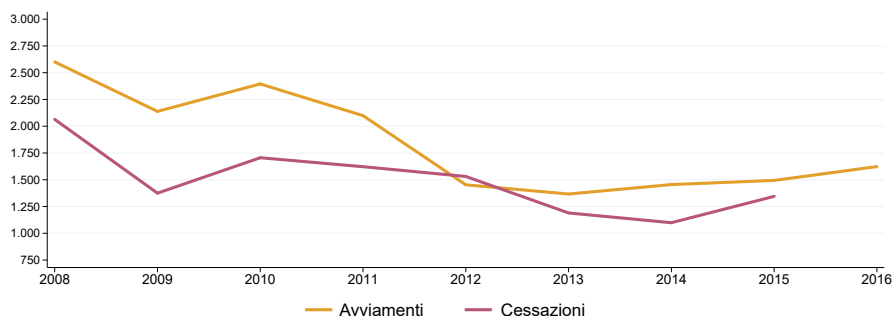
In merito all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, le "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (Legge 68/99, recentemente riformata da legge delega 183/2014) hanno introdotto il concetto di collocamento mirato, definito come "l'insieme degli strumenti tecnici e di supporto che permettono 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 inseriscono le persone con disabilità 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). Si tratta di quasi 44mila iscritti al collocamento mirato presso i CPI toscani a dicembre 2018 (+13mila rispetto al 2008, +42%), il 96% dei quali è invalido civile, il 2% invalido del lavoro e il restante 2% non vedente e non udente. La crescita degli iscritti indica un aumento del bisogno lavorativo e probabilmente anche una migliore capacità dei servizi di intercettare l'utenza di riferimento.

Figura 2. Iscritti al collocamento mirato (l. 68/99) presso i Centri per l'Impiego – Toscana, periodo 2008-2018 – Fonte: Regione Toscana



La crisi del mondo del lavoro ha inevitabilmente coinvolto anche questo segmento, già più vulnerabile in partenza. Il periodo 2013-2016 (ultimo anno disponibile) mostra qualche elemento positivo, con un aumento degli avviamenti annui da 1.367 a 1.623, evidenziando una crescente dinamicità dell'istituto del Collocamento mirato, probabilmente collegata sia al migliore stato di salute del sistema economico e del mercato del lavoro che alle novità normative e organizzative introdotte nel settore. Gli avviamenti attuali, però, rispetto a quelli del 2008 (pre-crisi) sono in difetto di circa 1.000 unità, e si è assottigliato il divario con le cessazioni (al 2015, ultimo anno disponibile, il divario era di sole 150 unità). Gli avviamenti al lavoro sono circa 4 ogni 100 iscritti, una percentuale molto bassa, che evidenzia un mercato del lavoro, soprattutto nelle sue più recenti dinamiche, ancora restio all'inserimento delle persone con disabilità. È tuttavia utile specificare che i numeri del collocamento mirato possono sovrastimare i reali disponibili al lavoro: l'iscrizione presso le liste ex legge 68/99 rappresenta, infatti, oltre a una manifestazione di ricerca del lavoro, un prerequisito per la fruizione di altre prestazioni sociali (ad esempio l'esenzione dal ticket sanitario, l'iscrizione albi comunali degli scrutinatori, ecc.) e dunque solo una parte degli iscritti è effettivamente attiva nella ricerca del lavoro.

Figura 3. Avviamenti e cessazioni di posizioni lavorative relative a soggetti iscritti al collocamento mirato (l. 68/99) presso i Centri per l'Impiego – Toscana, periodo 2008-2016 – Fonte: Regione Toscana



Sempre in tema di lavoro, la rilevazione delle persone con disabilità al di sotto dei 65 anni d'età fornisce informazioni interessanti su alcune azioni di promozione dell'autonomia: gli interventi di sostegno all'inserimento lavorativo oscillano nel tempo ma si mantengono stabilmente attorno alle 3mila unità.

Tabella 3. Persone d'età 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di interventi di sostegno all'inserimento lavorativo – Valori assoluti e per 1.000 abitanti d'età 0-64 anni - Toscana, periodo 2010-2017 – Fonte: Regione Toscana

Anno	Casi	per 1.000 abitanti 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

La rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati, disponibile soltanto fino al 2016, fornisce dati sugli interventi di integrazione sociale (quasi 1.000 utenti), sulle attività ricreative-sociali-culturali (oltre 1.000 utenti) e sul trasporto sociale (servizio utilizzato da oltre 2.500 persone) (tabella 4).

Tabella 4. Utenti dei servizi e interventi sociali dei Comuni singoli o associati nell'area di utenza "Disabilità" – Valori assoluti - Toscana, periodo 2010-2016 – Fonte: ISTAT

Servizi/interventi	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Integrazione sociale soggetti deboli o a rischio	1.038	1.162	1.084	848	625	800	994
Attività ricreative, sociali, culturali	1.889	1.558	1.588	1.260	1.348	1.197	1.038
Trasporto sociale	3.926	3.503	3.447	3.317	2.827	2.942	2.534

La rilevazione sulle persone under65enni con disabilità fornisce informazioni sui servizi di assistenza. Al 2017 sono circa 21.600 le persone in carico al servizio sociale professionale (8 ogni 1.000 abitanti d'età 0-64 anni), oltre 2.200 le persone con assistenza domiciliare socio-assistenziale, oltre 900 quelle con assistenza domiciliare integrata, quasi 1.600 quelle inserite in strutture residenziali, 2.700 quelle in strutture semiresidenziali. Inoltre, sempre nel 2017, sono oltre 2.500 i beneficiari di interventi per il sostegno alla permanenza al proprio domicilio e per la vita indipendente (tabella 5).

In relazione alla pluralità di interventi di sostegno indiretto finalizzati alla domiciliarità si evidenzia che, attraverso gli interventi attivati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) delle Società della Salute o Zone Distretto, nel triennio 2016-2018 il trend è quello rappresentato in tabella 6.

Tabella 5. Persone d'età 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di interventi di assistenza – Valori assoluti e per 100 abitanti d'età 0-64 anni o 100 persone con disabilità in carico al servizio sociale - Toscana, anno 2017 – Fonte: Regione Toscana

Servizi/interventi	Casi	x 1.000 abitanti 0-64 anni	x 100 persone con disabilità in carico al servizio sociale
In carico al servizio sociale professionale	21.591	7,7	
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	2.223		10,3
Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari	928		4,3
Inseriti in strutture residenziali	1.595		7,4
Inseriti in strutture semiresidenziali	2.696		12,5
Assistenza indiretta per il sostegno alla domiciliarità	2.581		12,0

Tabella 6. Persone d'età 0-64 anni con disabilità che hanno beneficiato di interventi di assistenza indiretta per il sostegno alla domiciliarità e per la vita indipendente – Valori assoluti - Toscana, anno 2016-2018 – Fonte: Regione Toscana

Tipologia intervento	2016	2017	2018
Assistenza domiciliare indiretta	N.D.	843	867
Gravissime disabilità e SLA	596	919	1445
Progetto Vita Indipendente	826	819	815

In attuazione dei principi previsti dalla legge 112/2016 relativa al cosiddetto “Dopo di Noi”, la Regione Toscana, con un programma approvato nel 2017 (d.g.r.t. 753/2017), ha finanziato 26 progetti approvati nel 2018 (articolati su 28 ambiti territoriali) che interessano previsionalmente 1.384 persone con disabilità grave nell’arco del triennio di attività. I progetti si compongono di 122 azioni afferenti all’ambito dello “Sviluppo delle competenze finalizzate all’autonomia e distacco dal nucleo familiare”, 54 che rientrano nell’ambito “dell’Individuazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare o di co-housing” e 73 che comprendono “laboratori innovativi, acquisizione di competenze spendibili in ambito occupazionale, deistituzionalizzazione, informazione, accompagnamento e sostegno ai familiari”. Le Società della Salute e Zone Distretto hanno presentato i progetti di durata triennale predisposti con il Terzo settore (prevalentemente associazioni e fondazioni di comprovata esperienza pluriennale in tale ambito) e con il co-finanziamento del soggetto pubblico e dei privati che attueranno i progetti. A dicembre 2018, primo anno di avvio dei progetti, i potenziali beneficiari individuati dai servizi sociali territoriali o che hanno presentato domanda di partecipazione, sono 749. Di questi, 686 (91,6%) possedevano i requisiti previsti per la partecipazione. L’87,9% (603 casi) è stato sottoposto a valutazione multidimensionale da parte di UVMMD appositamente dedicate, e 507 persone hanno avviato le azioni del proprio progetto di vita personalizzato in uno dei tre ambiti (84% dei valutati). In totale è stato ammesso il 74% dei potenziali beneficiari.

L’assistente sociale svolge il ruolo di case manager nell’88,7% dei casi. Il 71,6% dei progetti di vita personalizzati sono integrati con interventi di altre aree, in particolare di carattere lavorativo, sociosanitario, sociale e riguardante la mobilità. I beneficiari sono soprattutto persone che, pur disponendo di risorse economiche adeguate e/o genitori ancora in grado

di garantire un sostegno, necessitano di esigenze abitative extra-familiari (299 persone), mentre 145 persone hanno genitori che non sono più nella condizione di garantire il sostegno genitoriale. In assenza di genitori e di risorse economiche adeguate sono 49 persone.

Tabella 7. Persone d'età 0-64 anni con disabilità che hanno beneficiato di interventi del "Dopo di Noi" per genere e classe d'età – Valori assoluti – Toscana, anno 2018 – Fonte: Regione Toscana

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
18-25 anni	40	34	74
26-35 anni	56	67	123
36-45 anni	87	63	150
46-55 anni	68	57	125
56-64 anni	16	15	31
65+ anni	3	1	4
Totale	270	237	507

La percezione dei cittadini sui servizi

La soddisfazione dell'utenza dei servizi medici o infermieristici si conferma su buoni livelli anche nel 2017 (fonte: Indagine Multiscopo ISTAT), sia in Toscana che in Italia. Più dell'85% dei pazienti si dichiara infatti abbastanza o molto soddisfatto della cura o delle prestazioni ricevute (figure 1 e 2), più per l'assistenza medica che per quella infermieristica. Proprio nell'ultimo anno osservato però si rileva una leggera diminuzione per entrambe le dimensioni.

Figura 1. Soddisfazione per l'assistenza medica ricevuta – Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, periodo 2015-2017 – Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT

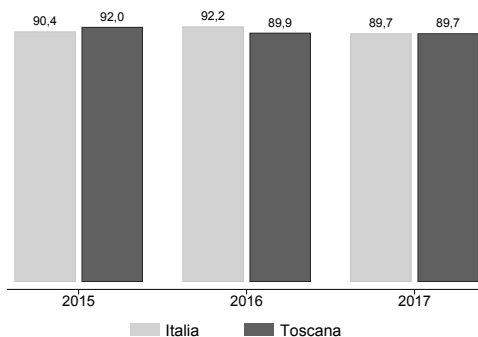
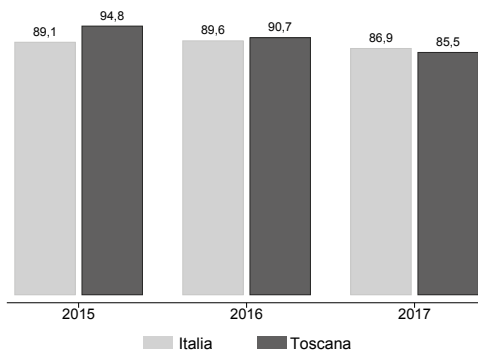


Figura 2. Soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta – Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, periodo 2015-2017 – Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT



La soddisfazione per gli aspetti alberghieri del ricovero mostra una percezione soddisfacente per i pazienti intervistati, italiani e toscani, in particolare sui servizi igienici (tabella 1). Nell'ultimo triennio, tuttavia, osserviamo una lieve contrazione dell'opinione positiva, sia a livello nazionale che regionale, anche se i toscani si dichiarano su entrambi i servizi considerati più soddisfatti degli italiani (tranne per il vitto).

Tabella 1. Soddisfazione per vitto e servizi igienici durante il ricovero – Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, periodo 2015-2017 – Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT

Anno	Vitto		Servizi igienici	
	Italia	Toscana	Italia	Toscana
2015	70,3	70,6	80,8	83,9
2016	71,6	76,0	81,7	90,7
2017	68,2	67,0	79,5	83,4

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. Dopo la sperimentazione in 4 Aziende sanitarie toscane nel 2004 il sistema di valutazione della performance, spesso chiamato “bersaglio” per la sua caratteristica rappresentazione di sintesi, è stato implementato in tutte le Aziende sanitarie della regione.

Dal 2008, la costituzione di un network di regioni che, su base volontaria, si confronta sulla performance dei servizi sanitari attraverso il bersaglio, ha permesso alla regione Toscana di allineare i propri indicatori e fasce di valutazione a livello nazionale e stimolando le Aziende e i professionisti a prendere spunto dalle esperienze migliori anche al di fuori della propria regione. Ad oggi compongono il network le seguenti regioni: Basilicata, Calabria, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Veneto.

La regione Toscana fin dal 2005 (anno successivo alla sperimentazione) ha adottato il sistema di valutazione della performance per misurare la capacità di ogni Azienda sanitaria di essere efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita. Attraverso il sistema di valutazione, è possibile monitorare nel tempo il valore prodotto per il cittadino in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza. Dal 2006 al 2018, sono stati pubblicati i rapporti contenenti i risultati annuali per i vari livelli del sistema sanitario toscano (Aziende, Zone Distretto, Stabilimenti e Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) sia in forma sintetica, mediante la rappresentazione a “bersaglio” dei risultati, sia in forma analitica attraverso la rappresentazione di ciascun indicatore, tabella e scheda indicatore consultabili attraverso la piattaforma ad accesso pubblico (<https://performance.santannapisa.it/pes/toscana/start.php>).

Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello zonale, aziendale e regionale (come ad esempio il Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale 2018-2020), ed è collegato al sistema di definizione degli obiettivi delle Aziende.

I principi ispiratori del sistema di valutazione della performance della sanità toscana

I principi che hanno guidato i ricercatori del laboratorio Management e Sanità nello sviluppare il sistema di valutazione della performance sono stati:

- utilizzo delle evidenze per analizzare e comprendere i fenomeni ed effettuare delle scelte;
- ricorso alla valutazione per attivare processi di responsabilizzazione (*accountability*) della cosa pubblica nei confronti della collettività;
- ricorso a più dimensioni di analisi per cogliere la complessità ed agire sulle determinanti.
- tempestività per fornire risultati in tempi utili alla programmazione;
- trasparenza per rispondere alla missione del sistema pubblico con una gestione responsabile;
- confronto (*benchmarking*) sistematico per superare l'autoreferenzialità.

Il sistema di valutazione è stato disegnato con i professionisti delle Aziende sanitarie ed i dirigenti regionali ed è tuttora in continua evoluzione sulla base degli stimoli derivanti dai vari attori che compongono il sistema sanitario.

Altri elementi chiave sono le rappresentazioni di sintesi, capaci di fornire a colpo d'occhio "lo stato di salute" del sistema sanitario e la capacità di innovare non solo gli indicatori che lo costituiscono ma anche gli strumenti di analisi legati all'utilizzo del sistema di valutazione. Ad esempio in questa sezione vengono riportate quattro rappresentazioni di sintesi o strumenti di analisi:

1. la sintesi della valutazione della performance della regione Toscana e delle Aziende sanitarie attraverso il bersaglio;
2. l'analisi combinata dell'andamento e della valutazione della performance mediante la mappa della performance utilizzata per descrivere alcuni indicatori complessivi della regione Toscana e dei percorsi assistenziali;
3. l'analisi dell'andamento della capacità di riduzione della variabilità in relazione alla dinamica temporale della performance;
4. la visualizzazione analitica dei percorsi assistenziali integrati mediante i pentagrammi.

I risultati presentati in questa sezione del volume fanno riferimento ai flussi inviati entro il 15 maggio 2019. Pertanto la rappresentazione di sintesi dei risultati 2018 non è ancora definitiva poiché mancano ancora alcune informazioni, come ad esempio gli screening oncologici che sono disponibili a fine maggio ed alcuni flussi non sono ancora consolidati, come il flusso dei consultori.

La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Il bersaglio è una rappresentazione semplice e chiara, che è diventata il simbolo del sistema di valutazione. 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 AFT). Il bersaglio infatti è in grado di evidenziare subito lo stato dell'arte della performance dell'Azienda o soggetto analizzato ed 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 del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro (figura 1).

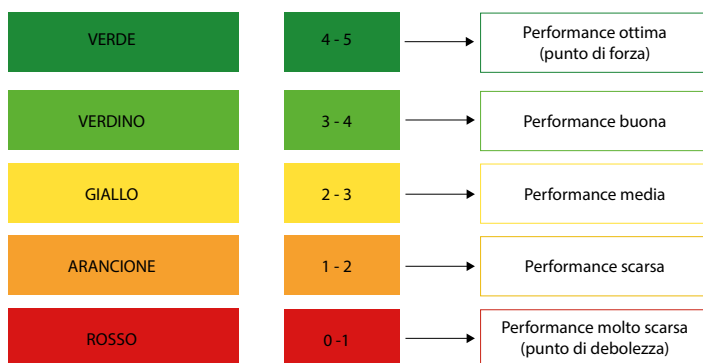
Figura 1. Esempio di un bersaglio



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, al centro del bersaglio, corrisponde ad 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 certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione critica. La performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa, con valutazione fra 0 ed 1, la performance è molto critica.

Figura 2. Fasce di valutazione



La valutazione e, di conseguenza, il posizionamento delle misure nelle cinque fasce dipende dalla presenza di uno standard internazionale riconosciuto o nazionale (ad esempio: il tasso di cesarei massimo auspicato dall'OMS) o regionale (una delibera o il Piano Sociosanitario); in assenza di un parametro numerico di riferimento scientifico internazionale, nazionale o regionale, si considera la media dei soggetti valutati.

Una delle caratteristiche fondamentali del sistema di valutazione è la 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 abbiamo deciso di spostare lo stato di salute della popolazione al di sopra il bersaglio, poiché analizza i prerequisiti "di partenza" del sistema. Le misure incluse in questa dimensione i cui codici indicatori iniziano con la lettera A, monitorati nel lungo periodo, permettono di comprendere la capacità della regione di migliorare la salute dei cittadini, finalità ultima del sistema sanitario. Recentemente abbiamo ipotizzato altri raggruppamenti, in particolare le dimensioni analizzate per le Aziende Ospedaliere-Universitarie che si confrontano all'interno del network interregionale sono: missione, che include indicatori che riguardano l'attività di ricerca e formazione dei futuri medici; efficienza; appropriatezza organizzativa; qualità dei percorsi; compliance, che include alcune misure relative alla prescrizione appropriata di farmaci a seguito della dimissione

ospedaliera; percorso oncologico; percorso materno-infantile; Pronto Soccorso ed equilibrio economico-finanziario (Nuti e Grillo Ruggeri, 2017. La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto. Il Mulino).

Negli ultimi report della regione Toscana le dimensioni erano state riviste considerando anche prospettive relative ai livelli di assistenza:

- i) efficienza e sostenibilità che include indicatori relativi all'utilizzo delle risorse economiche, alla struttura finanziaria delle Aziende e alla gestione delle risorse umane;
- ii) comunicazione e processi che include indicatori volti a monitorare i processi organizzativi non sanitari che costituiscono la chiave di congiunzione fra i cittadini e l'Azienda (come ad esempio la comunicazione, la Carta Sanitaria Elettronica ed i tempi di attesa) oppure fra i professionisti, l'Azienda ed il sistema nel suo complesso (come ad esempio i sistemi informativi);
- iii) strategie sanitarie regionali, che include indicatori volti a monitorare la capacità dell'Azienda di conseguire ed applicare i programmi sanitari ritenuti strategici dal livello regionale (come ad esempio la Sanità d'Iniziativa e la copertura vaccinale);
- iv) prevenzione collettiva e sanità pubblica che include indicatori riferiti ai servizi di sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare, nutrizione e medicina dello sport;
- v) Emergenza-Urgenza che include indicatori che misurano l'appropriatezza e tempestività nel rispondere alle richieste di soccorso da parte degli utenti in Pronto Soccorso e sul territorio (118);
- vi) governo e qualità dell'offerta che include 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;
- vii) assistenza farmaceutica che comprende indicatori relativi al utilizzo appropriato ed efficiente dei farmaci sia in ambito territoriale che ospedaliero;
- viii) valutazione dell'utenza che riprende gli indicatori della dimensione della valutazione esterna.

Il sistema conta più di 600 indicatori a livello aziendale, di questi circa la metà sono di osservazione ossia servono a fornire dettagli o prospettive aggiuntive per completare le informazioni relativi alla valutazione. Tutti gli indicatori del sistema di valutazione sono raggruppati in 60 indicatori di sintesi rappresentati dai pallini del bersaglio.

Il loro numero varia in relazione alle richieste regionali e dei professionisti del sistema sanitario toscano ed alla sistematicità con cui vengono effettuate le indagini rivolte agli utenti e dipendenti del Sistema Sanitario Regionale. La maggior parte degli indicatori presenti in questo rapporto si riferiscono ai risultati ottenuti nel 2018. Tuttavia, una parte di essi può riferirsi ad anni precedenti, per l'aggiornamento differito dei dati, come nel caso degli indicatori relativi ai bilanci, o perché non è possibile utilizzare dati consolidati o definitivi. I dati che qui presentati fanno riferimento all'invio dei flussi amministrativi e informativi 2018 disponibili alla data del 15 maggio 2019, ai dati di bilancio 2017.

Alcuni indicatori saranno introdotti successivamente in relazione alla loro disponibilità pertanto la rappresentazione del bersaglio 2018 qui pubblicata potrebbe subire qualche variazione.

Nella tabella 1 è riportato l'elenco degli indicatori di valutazione e osservazione calcolati per misurare la performance dell'anno 2018. In particolare, la tabella riporta oltre agli indicatori di valutazione, anche quelli di osservazione (indicati con il colore azzurro) e la loro struttura ad albero. Per ciascun indicatore viene riportato il valore regionale e la valutazione del 2018. Maggiori informazioni ed aggiornamenti sono consultabili attraverso la piattaforma web <https://performance.santannapisa.it/pes/toscana/start.php>. L'analisi dettagliata di ciascun indicatore (misure, valutazione, rappresentazione grafica, schede di calcolo) non è inclusa nel presente rapporto, ma è liberamente consultabile dalla piattaforma web.

Tabella 1. Gli indicatori del sistema di valutazione anno 2018

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
STRATEGIE SANITARIE REGIONALI			
A10	Stili di vita (PASSI)		
A10.1.1	Percentuale di sedentari	31,43%	
A10.2.1	Percentuale di persone obese e sovrappeso	36,44%	
A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	17,22%	
A10.4.1	Percentuale di fumatori	24,41%	
B2	Promozione stili di vita sani (PASSI)		
B2.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	31,93%	
B2.2.2	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	47,18%	
B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	41,24%	
B2.3.2	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	64,50%	
B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	56,03%	
B6	Donazioni		
B6.1.7	Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute	3,10%	
B6.1.1A	Efficienza di segnalazione	43%	
B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche	1%	
B6.1.2	Percentuale donatori procurati	60%	
B6.1.4	Percentuale donatori utilizzati	83%	
B6.1.8	Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo	63%	
B6.1.5A	Percentuale donatori di tessuti effettivi	22%	
B6.1.9	Opposizione alla donazione	28%	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
B6.1.10	Donazione di organi a cuore fermo	50%	
B7	Copertura vaccinale		
B7.1	Copertura vaccino MPR	95,3%	
B7.2	Copertura vaccino antinfluenzale >= 65 anni	56,0%	
B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	58,4%	
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	29,3%	
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	91,1%	
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	92,5%	
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	96,8%	
B7.8	Copertura vaccinale varicella	95,3%	
B11	Complessità della casistica		
B11.1.1	Peso medio dei DRG medici	0,70	
B11.1.2	Peso medio dei DRG chirurgici	1,50	
B11.1.2.1	Percentuale DRG chirurgici ad alta complessità	0,12	
B11.1.2.2	Peso medio dei DRG chirurgici ad alta complessità	4,37	
B20E	Tempi di attesa specialistica		
B20E.1.1	Percentuale di prime visite specialistiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	76,18%	
B20E.1.1.1	Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	70,21%	
B20E.1.1.2	Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	75,14%	
B20E.1.1.3	Percentuale di prime visite specialistiche oculistiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	73,71%	
B20E.1.1.4	Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	77,57%	
B20E.1.1.5	Percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	81,46%	
B20E.1.1.6	Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	75,28%	
B20E.1.2	Percentuale di prestazioni diagnostiche con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	77,88%	
B20E.1.2.1	Percentuale di RM con contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	65,20%	
B20E.1.2.2	Percentuale di RM senza contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	76,20%	
B20E.1.2.3	Percentuale di TC con contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	83,26%	
B20E.1.2.4	Percentuale di TC senza contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	90,06%	
B20E.1.2.5	Percentuale di Ecocolordoppler con prima disponibilità 60 gg per zona e AOU di prenotazione	75,20%	
B20E.1.3	Percentuale di ecografie con prima disponibilità entro 30 gg per zona e AOU di prenotazione	71,78%	
B20E.1.3.1	Percentuale di ecografie all'addome con prima disponibilità 30 gg per zona e AOU di prenotazione	74,04%	
C18	Variabilità chirurgia elettiva		
C18.0	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici in elezione		
C18.4	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti	164,03	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
C18.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti	325,86	
C18.7	Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti	49,48	
C18.9	Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti	114,95	
C18.2	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti	170,17	
C18.12	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colectomia standardizzato per 100.000 residenti	34,08	
C18.8	Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperlasia benigna standardizzato per 100.000 residenti	122,95	
C18.3	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti	156,38	
C18.10	Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti	129,66	
B26	Sanità d'Iniziativa		
B26.1	Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità d'Iniziativa	61,24%	
COMUNICAZIONE E PROCESSI			
B16	Comunicazione partecipazione del cittadino		
B24A	Sanità digitale		
B24.2.4	Percentuale referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	2,57%	
B31	Comunicazione e prenotazione web		
B31.1A	Digitalizzazione dei servizi amministrativi		
B31.1.1A	Digitalizzazione servizi di prenotazione delle visite specialistiche	0,506	
B31.1.2A	Digitalizzazione servizi di pagamento delle visite specialistiche	1,778	
B31.2	Accessibilità online alle informazioni sui servizi		
B31.2.1	Responsive Web Design (RWD)	2,717	
B31.2.2	Leggibilità del sito web		
B31.2.2.1A	Leggibilità globale della pagina di spiegazione su come prenotare	87,559	
B31.2.2.1.1	Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare	67,141	
B31.2.2.1.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare	64,5%	
B31.2.2.3	Leggibilità globale della pagina sui tempi d'attesa	88,704	
B31.2.2.3.1	Indice Gulpease della pagina sui tempi d'attesa	65,021	
B31.2.2.3.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina sui tempi d'attesa	59,7%	
GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA			
C1	Capacità di governo della domanda		
C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	125,581	
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	29,725	
C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti	91,268	
C1.1.1.2	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti	53,072	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
C1.1.1.3	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti	35,799	
C1.1.2.2.1	Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale	454,946	
C1.5	Indice di case mix	1,114	
B9.6	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio	1	
C2	Efficienza attività di ricovero		
C2A.M	Indice di performance degenza media- DRG medici	0,14	
C2A.C	Indice di performance degenza media- DRG chirurgici	-0,34	
C2A.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0,19	
C2A.2	Tasso di occupazione dei posti letto per acuti	80,9%	
C2A.3	Degenza media ricoveri ordinari	6,99	
C14	Appropriatezza medica		
C4.9	DRG LEA medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	77,14%	
C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	1,88	
C14.2B	Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica		
C14.2.1	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti	8,75%	
C14.2.2	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici	28,15%	
C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)	2,16%	
C14.5	Tasso di accessi DH medico standardizzato per età per 1.000 residenti	64,92	
C4	Appropriatezza chirurgica		
C4.7	DRG LEA chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	67,28%	
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	74,17%	
C4.12	DRG LEA chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	87,84%	
C4.13	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA)	0,14%	
C1.6	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)	45,40%	
C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti	65,038	
C5	Qualità clinica/Qualità di processo		
C5.1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni	5,30%	
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	80,21%	
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	84,13%	
C5.7	Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale	62,34%	
C5.10	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	59,21%	
C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	93,92%	
C5.17	Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati	10,76%	
C5.18.1	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti	2,17	
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati	8,80	
C5.19	% pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna	5,4%	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
C5.20	Trombolisi endovenosa per ictus ischemico	8,2%	
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)	70,0%	
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	79,5%	
C6	Gestione del rischio clinico		
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione	2,08%	
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	0,78%	
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	2,12%	
C7B	Materno-Infantile assistenza al parto		
C7.1	% di parti cesarei depurati (NTSV)	19,1%	
C7.1.2	% parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)	8,6%	
C7.1.3	% parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)	23,3%	
C7.1.4	% parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati	5,0%	
C7.1.1	% di parti cesarei grezzi	27,1%	
C7.0.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	95,5%	
C7.2	% di parti indotti	23,0%	
C7.3	% di episiotomie depurate (NTSV)	13,4%	
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	6,8%	
C7C	Materno-Infantile assistenza territoriale		
C7.27	% donne che hanno effettuato piu' di 4 ecografie in gravidanza	51%	
C7.1B.1	Tasso di concepimento per minorenni	1,87	
C7.10	Tasso di IVG 1.000 residenti	6,25	
C7.13	% donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	11,9%	
C7.14	% donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	9,0%	
C7.16A	Accesso area maternità del consultorio	25,21	
C7D	Pediatria		
C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	4,891	
C7.7.1R	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	35,022	
C7D.7	% pazienti pediatrici in reparti non pediatrici	23,45%	
C7D.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	20,68	
C7D.19.3	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per polmonite per 100.000 residenti minorenni	42,77	
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	173,86	
B28	Assistenza Domiciliare e Residenziale		
B28.1	Assistenza domiciliare		
B28.1.1B	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare	22,96	
B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	10,7%	
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	10,2%	
B28.2.2	Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	7,06	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
B28.2.5	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	18,01%	
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	34,34%	
B28.2.10	<i>Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera</i>	35,18%	
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	6,24%	
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	23,87%	
B28.3	Assistenza residenziale		
B28.3.1	Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	75,39%	
B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	43,65%	
B28.4	Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	98,02	
B28.3.10	Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA	4,96	
B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni	15,22%	
B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	18,69%	
D33ZA.R3	Tasso di assistiti in RSA di età >=75	13,46	
C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance trattamenti oncologici		
C10.1	Volumi oncologia		
C10.1A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella		
C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	82,41%	
C10.1.4	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	22,212	
C10.1.7	<i>Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella</i>	27,78%	
H02Z	<i>Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui</i>	82,73%	
C10.1B	Volumi interventi tumore maligno alla prostata		
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	70,87%	
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	24,648	
C10.1.6	<i>Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata</i>	15,63%	
C10.1.2A	Volumi interventi tumore maligno alla prostata	1414	
C10.1.4A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella	4103	
C10.2	Percorso tumore alla mammella		
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	87,11%	
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	75,96%	
C10.2.2.1	<i>Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella</i>	20,99%	
C10.2.3	<i>Percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro 120 giorni dall'intervento conservativo (triennale)</i>	2,21%	
C10.2.4A	<i>Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 6 mesi dall'intervento conservativo</i>	58,28%	
C10.2.5	<i>Somministrazione entro 60 giorni di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario</i>	69,47%	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	70,34%	
C10.2.7	Percentuale di interventi ricostruttivi o inserzione di espansore nel ricovero indice sugli interventi demolitivi per tumore alla mammella	60,39%	
C10.3	Percorso tumore al colon-retto		
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	2,74%	
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	2,73%	
C10.3.3	Somministrazione entro 60 giorni di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon	40,44%	
C10.7	Trattamento diagnostico		
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	526,969	
C10.8	Fine vita oncologico		
C10.8.1	Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita	33,49%	
C10.8.1.1	Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica	15,67%	
C10.8.2	Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	7,03%	
C10C	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	30,862	
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	30,333	
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	59,356	
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	27,378	
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	46,312	
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	26,308	
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	31,516	
C11A	Efficacia assistenziale territoriale		
C11A.1	Scompenso cardiaco		
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	151,949	
C11A.1.2A	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	66,13	
C11A.1.2B	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	51,39	
C11A.1.3	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani	56	
C11A.1.4	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	56,02	
C11A.2	Diabete		
C11A.2.1	Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	16,098	
C11A.2.2	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	62,6	
C11A.2.3	Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	34,69	
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	25,303	
C11A.2.4.4	Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti	75,286	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
C11A.3	BPCO		
C11A.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	28,142	
C11A.5	Ictus		
C11A.5.1	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	60,25	
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti	7,737	
C8D.1.1	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per titolo di studio	1,09	
C8A	Integrazione ospedale territorio		
C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	0,609	
C8A.2	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC	6,505	
C8A.12	Tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di ADI per 100.000 abitanti	725,941	
C14.4A	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	0,968	
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	361,489	
C8B.1.1	Tasso di accesso al PS con codici triage bianco e azzurro non seguiti da ricovero, standardizzato per età e sesso per 1000 residenti	89,036	
C8C.1	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	123,447	
C8C.2	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	151,518	
C8C.3	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	120,598	
D07C.P	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	203,041	
C13	Appropriatezza diagnostica /Appropriatezza prescrittiva diagnostica		
C13.1	Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti	3000,0	
C13.2	Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini	636,2	
C13.2.1	Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti	65,0	
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti	58,1	
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	15,411	
C13A.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	9,173	
C15	Salute mentale		
C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni	108,256	
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	50,124	
C15A.13A	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	6,228	
C15A.13.2	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	5,857	
C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	1,024	
C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	35,832	
C15A.5A	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	233,171	
C15A.5.1A	Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni	56,447	
C15A.5.2A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni	69,197	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
C15A.5.3A	Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni	22,531	
C15A.5.4A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni	8,777	
C15A.5.5A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni	18,619	
C15A.5.8A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni	34,806	
C15A.5.6A	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni	22,795	
C15.10	% di trattamenti multi-professionali	37,568	
C16	Pronto Soccorso / Percorso Emergenza-Urgenza		
C16A.T1	Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti	84,511	
C16A.T2	Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti	46,316	
C16A.T3	Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati, deceduti o trasferiti	13,707	
C16A.T4	Percentuale accessi codice colore azzurro (urgenza minore) ricoverati, deceduti o trasferiti	1,177	
C16A.T5	Percentuale accessi codice colore bianco (urgenza minore) ricoverati, deceduti o trasferiti	2,264	
C16A.T1.BIS	Percentuale di accessi codice 1 ricoverati, trasferiti, deceduti o ammessi in OBI	80,965	
C16A.T2.BIS	Percentuale di accessi codice 2 ricoverati, trasferiti, deceduti o ammessi in OBI	56,96	
C16A.T3.BIS	Percentuale di accessi codice 3 ricoverati, trasferiti, deceduti o ammessi in OBI	22,191	
C16A.T4.BIS	Percentuale di accessi codice 4 ricoverati, trasferiti, deceduti o ammessi in OBI	3,324	
C16A.T5.BIS	Percentuale di accessi codice 5 ricoverati, trasferiti, deceduti o ammessi in OBI	0,999	
C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve	7,395	
C16.5.1A	Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore	9,881	
C16.5.1A2	Percentuale di ricoveri seguiti ad ammissione in OBI >48 ore	38,321	
C16.4.1	Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore	93,289	
C16.6	Percentuale di accessi in Osservazione breve inviati a ricovero	27,754	
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	73,947	
C16.8	Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica	0,698	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	5,034	
D9A	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	2,225	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	3,22	
C16C	Sistema 118		
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	15	
C17	Riabilitazione		
C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	2,095	
C17.1.1.1	Tasso di ospedalizzazione in ricovero ordinario std per 1.000 residenti in specialità 56	2,006	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
C17.1.1.2	Tasso di ospedalizzazione in day hospital std per 1.000 residenti in specialità 56	0,089	
C17.1.3	% ricoveri in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno: Ricoveri Ordinari	10,971	
C17.1.4.1	% ricoveri ordinari per Ictus in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni	7,819	
C17.1.4.2	% ricoveri ordinari per Ictus in riabilitazione con durata della degenza superiore a 40 giorni	18,107	
C17.1.4.3	% ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni	40,205	
C17.1.4.4	% ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 gio	10,478	
C17.1.4.5	% ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni	40,476	
C17.1.4.6	% ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni	4,69	
C17.1.4.7	% ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni	9,021	
C17.1.4.8	% ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni	15,355	
C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)		
C9.2	% di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizanti)	11,17	
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	22,608	
C21.3	Compliance terapia post IMA		
C21.3.1	% di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	83,208	
C21.3.2	% di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o sartani (90-180 giorni)	82,948	
C21.3.3	% di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	97,017	
C22	Terapie Intensive		
C22.21	Validazione dati Progetti GiViTi	75	
C22.21.1	Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE	90,7	
C22.21.2	Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni	79,81	
C22.21.3	Validazione dati Progetto StART	77,56	
C22.1	Standardized Mortality Ratio (SMR)	0,95	
C22.5	Incidenza di sepsi e/o shock settico	12,29	
C22.6	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza	31,94	
C22.7	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	5,417	
C22.8	Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi	3,417	
C22.9	Ore di visita concesse ai parenti	11,92	
C22.10	Percentuale di turni in difetto di risorse	9,74	
C22.11	Percentuale di turni in eccesso di risorse	41,28	
C22.4	Percentuale di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza	32,39	
C22.12	Percentuale di shock settici provenienti dai reparti di degenza	37,06	
C28	Cure palliative		
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	48,866	
C28.2	Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	91,653	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	90,853	
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero ≥ 30 gg	8,411	
C28.4	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricoveri ospedaliero o da domicilio non assistito con periodo di ricovero ≤ 7 gg	34,4	
D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica	34,5	
D18A	Dimissioni volontarie		
D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0,675	
D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	0,86	
ASSISTENZA FARMACEUTICA			
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale		
B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore		
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	2,231	
B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio	5,273	
B4.1.3	Consumo territoriale di morfina	0,947	
B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio	2,235	
C9.6B	Antiipertensivi		
C9.3	Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina: % sartani sul territorio	43,13	
C9.3.2	Costo medio per UP farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina sul territorio	0,237	
C9.7	Gastrointestinali		
C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	26,968	
C9.1.1	Costo medio UP IPP sul territorio	0,331	
C9.8	Antimicrobici		
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	18,751	
C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	2,412	
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	17,402	
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	2,245	
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	2,064	
C9.9	Farmaci in salute mentale		
C9.4	Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	46,537	
C9.5	Consumo di altri antidepressivi sul territorio	13,634	
C9.5.1	% DDD di "altri antidepressivi" sul totale degli antidepressivi sul territorio	22,109	
C9.5.2	% DDD di medicinali a base di vortioxetina sul totale "altri antidepressivi" sul territorio	9,436	
C9.17	Ospedaliere		
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti	110,156	
C9.12A	Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	11,416	
C9.13	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	64,909	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
C9.22.1	Consumo ospedaliero di antifungini triazolici per 1000 giornate di degenza	34,236	
C9.22.2	Consumo ospedaliero di antifungini echinocandine per 1000 giornate di degenza	6,149	
C9.20.3	Consumo di albumina	385,78	
C9.20.4	Albumina per giornata degenza	493,63	
C9.21A	Farmaci per il sistema cardio-circolatorio		
C9.21	Percentuale di pazienti trattati con NAO sul territorio	58,01%	
C9.21B	Numero di pazienti ogni 100 residenti pesati in trattamento con nuovi anticoagulanti orali (NAO) sul territorio	1,893	
C21.2	Terapia post IMA		
C21.2.1	% di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	67,87%	
C21.2.2	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	63,30%	
C21.2.3	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	79,38%	
F10A	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi		
F10.1A	Spesa farmaceutica complessiva	€ 325,3	
F10.1B	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	€ 207,6	
F10.1C	Spesa farmaceutica convenzionata	€ 117,7	
F10.1D	Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA	€ 15,7	
F10.2.3	Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV	€ 2.786,1	
F10.L	Spesa per farmaci oncoematologici (ATC1 L)	€ 102,4	
F10.3.4	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	100,127	
F12	Efficienza prescrittiva farmaceutica		
F20.11	% Trastuzumab biosimilare	7,69%	
F20.12	% Adalimumab biosimilare	25,50%	
F20.13	% pazienti in trattamento con follitropina biosimilare	3,50%	
F20.14	% pazienti in trattamento con enoxaparina biosimilare	15,74%	
F20.15	% pazienti in trattamento con somatropina biosimilare	29,32%	
F20.16	% pazienti in trattamento con epoietina biosimilare	75,47%	
F20.17	% pazienti in trattamento con fattori di crescita delle colonie biosimilari	89,77%	
F20.18	% pazienti in trattamento con insulina glargine biosimilare	3,96%	
F20.19	% pazienti in trattamento con insulina lispro biosimilare	72,66%	
F20.7	% Imatinib equivalente	61,88%	
F20.8	% Etanercept biosimilare	68,54%	
F20.9	% Infliximab biosimilare	95,14%	
F20.10	% Rituximab biosimilare	74,67%	
PREVENZIONE COLLETTIVA			
F15	Efficienza ed efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)		
F15.1.1S	Efficacia strutturale riferita al numero di unità locali rispetto al personale qualificato	488,50	
F15.1.4S	Efficacia strutturale riferita al numero di lavoratori occupati rispetto al personale qualificato	2929,51	
F15.1.6	% di cantieri edili diversi ispezionati	0,01	

Codice	Descrizione indicatore	Valore	Valutazione
F15.1.7	Prodotti finiti 25-26-72 / unità locali	0,94	
F15.1.8	% di aziende agricole controllate	106,38	
F15.2.6	Prodotti finiti 25-26-27-28-40-72 pesati / operatori qualificati	2514,86	
F16	Efficienza e Efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN)		
F16.3	Sicurezza alimentare		
F16.3.3	Audit su stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale (stabilimenti latte)	38,281	
F16.3.4	Audit su stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale (stabilimenti carne)	51,316	
F16.7.1	Check list - Bovini	4,847	
F16.7.2	Check list - Caprini/Ovini	3,327	
F16.7.3	Check list - Suini	1,075	
F16.9	Sicurezza veterinaria		
F16.9.1	Valutazione ed efficacia dei controlli ufficiali	93,915	
F16.9.2	Benessere in allevamento	1	
EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ			
E2	Percentuale assenza	10,81%	
F1	Equilibrio economico reddituale		
F1.1	Equilibrio economico generale	0,354	
F1.2	Equilibrio economico sanitario	4,116	
F1.3	ROI	3,323	
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario		
F3.1	Indice di disponibilità	0,916	
F3.2.1	Incidenza canoni leasing e noleggio	38,372	
F3.2.2	% di obsolescenza tecnica	86,55	
F3.2.3	Indice rinnovo investimenti	3,284	
F3.3	Indice di elasticità finanziaria	-4,873	
F3.4.1	Indice di onerosità	-3,993	
F3.4.2	Dilazione dei debiti	83,355	
F11	Indice di compensazione	0,397	
F17	Costo sanitario pro capite	€ 2.026	
F19A	Costo medio per punto DRG	€ 4.572	

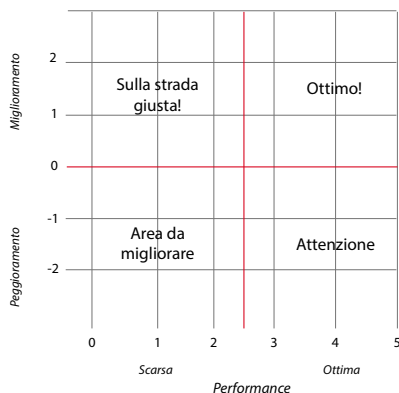
La mappa di performance

Tra gli strumenti del sistema di valutazione, la mappa di performance è un ottimo strumento per evidenziare lo sforzo di miglioramento realizzato nell'anno. 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 e rispetto alle altre regioni. Nelle mappe di performance (figura 3), la capacità di miglioramento (rappresentato nell'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 capacità di miglioramento pessima e +2 ottima). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione dell'anno analizzato. 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. Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta una ottima performance, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre regioni, sia in termini di capacità di miglioramento. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che è migliorato ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di performance 2018 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 2018 ma registra un trend peggiore rispetto alle altre regioni 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 è inferiore rispetto alle altre regioni e con trend in peggioramento (figura 3).

La mappa di performance può essere applicata a diversi ambiti, nello specifico è stata utilizzata per rappresentare l'andamento dei percorsi assistenziali oggetto del volume sui focus specifici.

Figura 3. Mappa di performance



La torta della variabilità

Il confronto sistematico della performance aiuta a comprendere gli ambiti di miglioramento e a valorizzare le buone pratiche ma è di per sé anche un efficace mezzo per evidenziare la variabilità geografica della performance che potrebbe essere evitata. Livelli di performance differenti possono essere un segnale che le risposte offerte dalle strutture e dai professionisti del sistema sanitario sono diverse, evidenziando quindi potenziali ambiti di disuguaglianza nell'accesso o nel trattamento. In questo senso la variabilità geografica (a livello di Zona Distretto o di stabilimento) può essere considerata una misura di equità cosiddetta orizzontale, che si propone di garantire parità di risposta a pari bisogni in qualsiasi area geografica della regione (Nuti e Seghieri, 2014. *Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy*. Health Policy, 114; Barsanti e Nuti, 2014. *The equity lens in the Health care performance evaluation system*. The International Journal of Health Planning and Management).

Mentre il bersaglio e la mappa di performance possono essere applicati a tutti i soggetti coinvolti nei sistemi di valutazione della performance, la torta della variabilità riguarda la regione o le Aziende territoriali toscane che con la riforma hanno assunto dimensioni pari ad alcune regioni come la Liguria (circa 1 milione e 600 mila abitanti come l'Ausl Centro), l'Umbria (circa 860 mila abitanti come l'Ausl Sud-Est) o il Friuli Venezia Giulia (circa 1 milione e 200 mila abitanti come l'Ausl Nord-Ovest). L'analisi della riduzione della variabilità evitabile può esprimere la capacità del servizio sanitario di offrire lo stesso livello di performance (qualità ed accesso ad esempio) fra le zone-distretto, per gli indicatori di residenza, o fra gli stabilimenti, per gli indicatori di erogazione, presenti nel territorio regionale o aziendale, perseguendo così l'equità orizzontale che è uno dei principi alla base del nostro sistema sanitario (Barsanti e Nuti, 2014. *ibidem*; Nuti e Vainieri, 2016. *Strategies and Tools to Manage Variation in Regional Governance Systems*. Medical Practice Variations. Health Services Research. Springer, pp 433-457). Poiché l'equità (di accesso e trattamento) è uno dei pilastri dei sistemi sanitari pubblici a copertura universale, la riduzione della variabilità evitabile, ossia la variabilità non legata a bisogni specifici dell'individuo, è un obiettivo che i servizi sanitari regionali, e a cascata le Aziende sanitarie nei propri territori devono perseguire.

Ed è in questa direzione che è stata costruita “la torta della variabilità”. La torta della variabilità mostra in modo semplice e sintetico la percentuale di indicatori per i quali si è ridotta la variabilità in relazione all'andamento della performance degli indicatori misurati, restituendo una valutazione che utilizza le fasce colore di valutazione del bersaglio (figura 1).

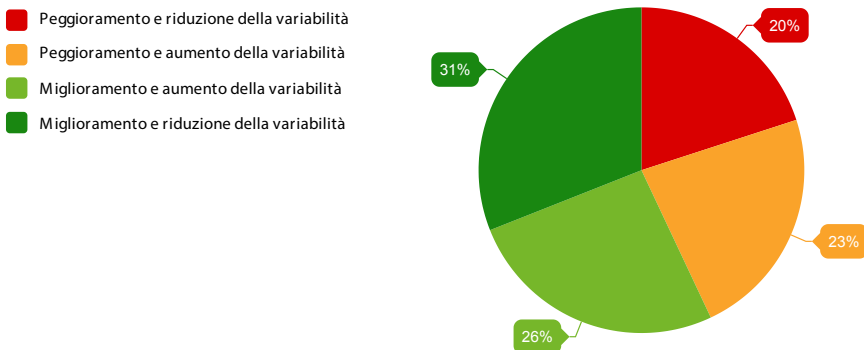
In base alla combinazione del trend relativo al valore ed alla variabilità, gli scenari possibili sono 4 (figura 4):

- performance migliorata e variabilità ridotta (verde scuro). È la situazione ideale, perché il

miglioramento è stato ottenuto riuscendo anche a ridurre le differenze fra zone-distretto o stabilimenti della stessa regione (o Azienda);

- performance migliorata ma variabilità aumentata (verde chiaro). In questo caso il miglioramento dell'indicatore è stato ottenuto a livello regionale (o aziendale) grazie all'azione di alcune zone o stabilimenti, aumentando quindi il divario fra zone o stabilimenti della stessa regione (o Azienda);
- performance stazionaria (giallo). La situazione è stazionaria in quanto le zone-distretto o gli stabilimenti della regione (o Azienda) ottengono miglioramenti o peggioramenti in un intorno fra +1 e -1 punti percentuali;
- performance peggiorata e variabilità aumentata (arancione). In questo caso, la situazione è di allerta. Qualche zona o stabilimento all'interno della regione (o Azienda) è peggiorata significativamente rispetto ad altre che hanno mantenuto una performance stabile, determinando quindi comportamenti differenti;
- performance peggiorata e variabilità ridotta (rosso). Questo è il caso più critico, poiché il peggioramento sembra essere avvenuto in modo diffuso fra tutte le zone o stabilimenti della regione (o Azienda). Gli indicatori di questa fetta di torta sono quelli su cui la regione (o Azienda) deve controllare in modo prioritario.

Figura 4. Esempio di torta della variabilità



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 nell'anno considerato. 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 ed attraversa diversi setting assistenziali prevedendo interazioni con diversi soggetti che operano nella sanità. 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, nonché per soggetto erogatore, e di suggerire una visione integrata di percorso (Nuti, De Rosis, Bonciani, Murante, 2017. *Re-thinking healthcare performance evaluation systems towards the people-centeredness approach: their pathways, their experience, their evaluation*. HealthcarePapers).

Dal 2016, è stato introdotto il pentagramma: uno strumento di rappresentazione dei risultati di performance in grado 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 sono indicatori di performance del percorso assistenziale, organizzati per fasi del percorso, a loro volta rappresentati dalle battute del pentagramma. Gli indicatori sono poi disposti su una delle cinque fasce colorate di valutazione, come nel bersaglio, a seconda della performance ottenuta.

Gli indicatori/note presenti su un pentagramma possono far parte di alberi o essere indicatori composti diversi. Ad esempio nel bersaglio il percorso oncologico è rappresentato da 3 indicatori composti: C10a trattamenti oncologici; C10c tempi di attesa per la chirurgia oncologica e C28 cure palliative mentre nel pentagramma sono inseriti in gli indicatori di valutazione del percorso oncologico.

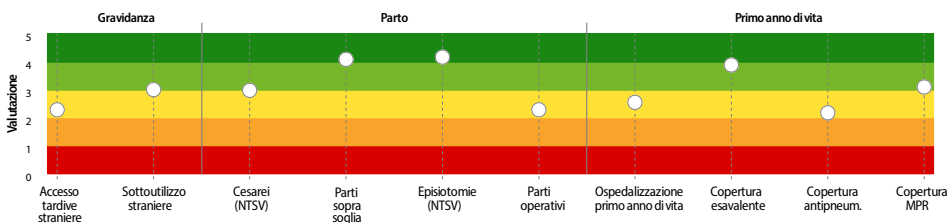
In una logica di superamento dei confini organizzativi a favore della continuità ed integrazione dei servizi nella prospettiva dei percorsi assistenziali, i pentagrammi sono stati realizzati non solo a livello di Area Vasta, ma anche di Zona Distretto per fornire una rappresentazione più vicina alla realtà territoriale in cui vivono i toscani.

Ad oggi, i percorsi per i quali gli indicatori presenti sul bersaglio sono stati posizionati in pentagrammi proponendo una sintesi supplementare delle informazioni presenti nel sistema con lenti differenti, quelle del percorso appunto, sono: percorso oncologico, percorso salute mentale, percorso materno-infantile, percorso cronicità, percorso Emergenza-Urgenza,

percorso di assistenza domiciliare e residenziale per la popolazione anziana non-autosufficiente. Questo nuovo approccio alla misurazione e rappresentazione dei risultati di performance è stato per la prima volta adottato nell'ambito del percorso materno-infantile (Murante et al, 2014), dove è possibile identificare immediatamente tre fasi cronologiche del percorso (gravidanza, parto e post-parto), ognuno dei quali è di norma responsabilità di differenti setting assistenziali, come ad esempio distretti ed ospedali. Gli indicatori posizionati sul pentagramma non sono più raggruppati per aree tematiche, ma seguono il percorso del paziente. In particolare, i dati utilizzati per il calcolo degli indicatori provengono da diverse fonti: indagini di esperienza delle donne e flussi amministrativi. Di conseguenza, misure di esperienza riportate direttamente dalle donne coesistono con indicatori di appropriatezza, efficienza ed efficacia.

Il pentagramma dà una visione immediata della qualità dei servizi erogati nel complesso dalla sanità lungo il percorso dei pazienti, indipendentemente dall'organizzazione che ha erogato il servizio. Per questo, nello stesso pentagramma possono apparire organizzazioni diverse e, nel dettaglio, lo stesso indicatore può apparire più volte, valutato per ciascuna delle organizzazioni 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 presenta prevalentemente indicatori relativi agli interventi per tumore che possono essere effettuati da diverse organizzazioni sanitarie nella stessa area geografica. Ad esempio, l'indicatore dei tempi di attesa per intervento chirurgico per tumore alla mammella è presente due volte: una per l'Azienda territoriale e una per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento (vedi figura 5).

Figura 5. Esempio di pentagramma



L'integrazione del pentagramma nel sistema di valutazione delle performance permette di completare gli strumenti messi a disposizione delle organizzazioni sanitarie, rendendo queste ultime consapevoli della qualità complessiva delle cure erogate dal sistema lungo l'intero percorso assistenziale.

L'evoluzione prevista dello strumento include l'introduzione nel tempo di indicatori ad hoc, alcuni dei quali raccolti mediante indagini ai pazienti in più tempi, che seguono il percorso assistenziale del paziente e raccolgono dati sulla sua esperienza e sulla sua percezione degli esiti.

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 dell'opinione pubblica.

I dati del sistema di valutazione sono consultabili liberamente online, previa registrazione gratuita, all'indirizzo web: <https://performance.santannapisa.it/pes/toscana/start.php>.

Sul portale web è possibile consultare tutti gli indicatori del sistema di valutazione per i diversi livelli in cui il sistema sanitario toscano si articola:

- Aziende territoriali;
- Zone Distretto;
- stabilimenti ospedalieri sia pubblici che 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 "bersaglio" sfogliando i diversi indicatori e successivamente 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 contiene 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, da questo anno, 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, mappa di performance, torta di variabilità e pentagramma con l'intenzione di fornire all'utente/utilizzatore finale uno strumento operativo orientato ad una consultazione semplice e rapida, rinviando al portale web la consultazione di ciascuno degli indicatori di valutazione e di osservazione dal livello aziendale ad un livello più di dettaglio per Zona Distretto o stabilimento.

I risultati di performance sono proposti e commentati a livello regionale e per ciascuna Azienda:

- la performance regionale è descritta attraverso il bersaglio 2018 la mappa di performance e la torta di variabilità;
- la performance delle Aziende territoriali (Ausl Toscana Centro; Ausl Toscana Nord-Ovest; Ausl Toscana Sud-Est) è consultabile attraverso i bersagli aziendali 2018 e le torte della variabilità;
- la performance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU Pisana; AOU Careggi; AOU Senese; AOU Meyer), della Fondazione G. Monasterio e dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologia (ISPRO) si articola per ciascuno nel bersaglio aziendale 2018.

I risultati in sintesi della performance complessiva della regione Toscana

Il bersaglio riportato nella figura 6 sintetizza la performance registrata dalla regione Toscana nel 2018. A colpo d'occhio si può dire che la regione Toscana ha una performance complessivamente molto buona: la maggior parte degli indicatori converge verso le fasce verde e verde scuro con valutazione positiva con pochi indicatori posizionati nelle fasce esterne.

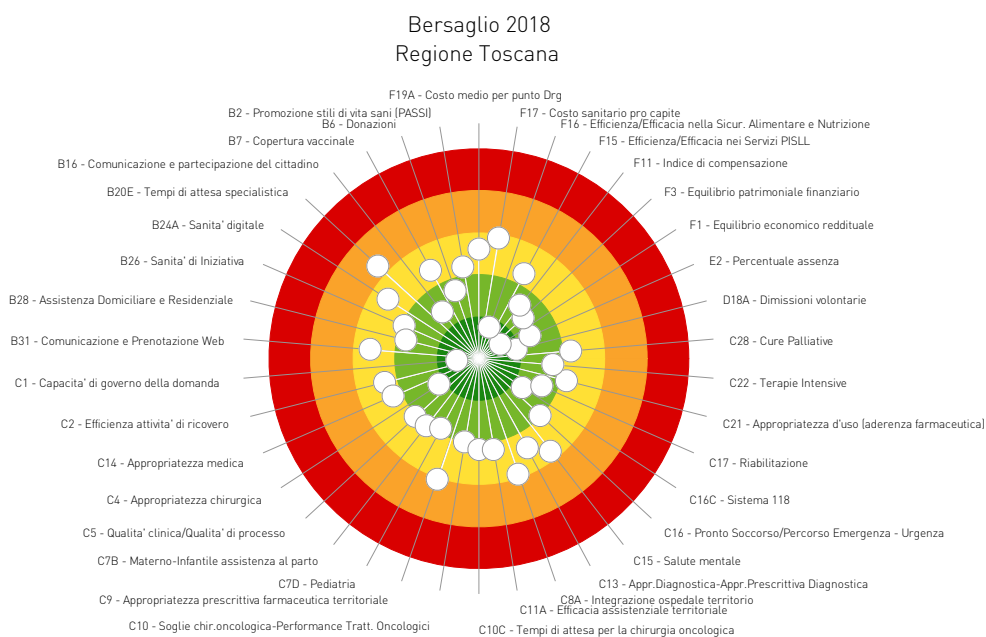
Al centro del bersaglio 2018 ci sono indicatori che misurano aspetti diversi: capacità di governo della domanda, appropriatezza, efficienza e qualità percepita. Per quanto riguarda la capacità di governo della domanda (C1) che comprende i tassi di ospedalizzazione, la Toscana è una delle regioni con il più basso tasso di ospedalizzazione in Italia, segnale che il sistema sanitario riesce a curare i propri residenti in altri ambienti di cura. Un altro indicatore posizionato nella fascia centrale del bersaglio riguarda l'appropriatezza chirurgica (C4) che contiene indicatori relativi all'utilizzo appropriato del regime di cura per i ricoveri chirurgici come ad esempio il ricorso al Day-Surgery o a ricoveri ordinari fino al massimo di 1 giorno di durata per alcune procedure chirurgiche. Per quanto riguarda la qualità percepita, le dimissioni volontarie in ambito ospedaliero (D18), ovvero la scelta del paziente di dimettersi contro il parere del medico, è un indicatore correlato alla soddisfazione dei pazienti per i ricoveri ospedalieri ed anche ad indicatori di qualità clinica (Grillo Ruggieri et al, 2018). Infine per quanto riguarda l'efficienza, ci sono due indicatori nella fascia centrale, uno specifico, relativo ai servizi di sicurezza alimentare e nutrizione (F16), l'altro complessivo che riguarda l'equilibrio fra costi e ricavi complessivi presenti nel Sistema Sanitario (F1), dato che si riferisce al 2017.

Positiva la performance di indicatori che misurano aspetti di efficienza generale, come ad esempio gli indicatori sull'equilibrio patrimoniale e finanziario (F3) e la capacità di riuscire ad avere un bilanciamento positivo fra le risorse ottenute dai servizi offerti ad utenti extraregione (le cosiddette attrazioni) e quelle cedute per i servizi usufruiti dai toscani in altre regioni (le fughe) (F11) e l'indice che misura la percentuale di assenza dei dipendenti (E2). Gli ambiti su cui la Toscana ottiene risultati di performance positivi sono relativi all'assistenza ospedaliera in particolare: qualità di processo (C5), trattamenti oncologici (C10a), donazioni d'organi (B6), terapia intensiva (C22), materno infantile (C7b). Relativamente all'assistenza distrettuale si collocano nella fascia verde della buona performance gli indicatori sintetici: il sistema del 118 (C16c) che misura la tempestività di risposta, la pediatria (C7d), la riabilitazione (C17), l'appropriatezza d'uso dei farmaci (C21), assistenza domiciliare e residenziale (B28) e sanità d'iniziativa (B26). Inoltre l'indicatore complessivo del percorso Emergenza-Urgenza (C16) che negli anni scorsi figurava come un indicatore sempre critico per via delle permanenze in Pronto Soccorso (PS) più lunghe rispetto agli standard indicati, questo anno figura nella fascia verde perché, per via della nuova codifica del triage, i codici colore saranno sostituiti da altri codici, e vi è un unico indicatore che monitora la permanenza in PS di tutte le

priorità. Contemporaneamente sono stati inseriti altri indicatori che valutano maggiormente l'appropriatezza e la qualità delle attività del PS. Pertanto l'indicatore sintetico presente nel bersaglio 2018 del percorso Emergenza-Urgenza dà meno rilevanza alla tempestività di risposta (o tempi di attesa in PS) mentre privilegia aspetti relativi ad altri aspetti dell'assistenza fornita in PS.

Performance da migliorare, collocate nella fascia arancione sono relative a: i tempi di attesa per la specialistica (B20e); l'integrazione ospedale-territorio (C8a), per quanto riguarda in particolare il tasso di accesso al PS che è un indicatore indiretto della capacità dei servizi distrettuali di fare da filtro ovvero di rispondere a necessità che non ricoprono sempre il carattere dell'urgenza; le coperture vaccinali (B7) ed infine l'aspetto della comunicazione e prenotazione web (B31) un indicatore che viene calcolato ad hoc e segnala che le pagine web relative alla prenotazione non sono sufficientemente chiare per una popolazione con una scolarizzazione media.

Figura 6. Rappresentazione sintetica dei risultati 2018 attraverso il bersaglio della regione Toscana.



L'andamento dei risultati 2018 rispetto al 2017

Complessivamente nel 2018 su 159 indicatori di valutazione per i quali è possibile effettuare un confronto temporale, il 63% degli indicatori migliora.

Nel mostrare l'andamento della performance del 2018 sono stati selezionati alcuni indicatori relativi alla prevenzione collettiva (le coperture vaccinali), alcuni indicatori relativi all'assistenza ospedaliera (i tassi di ospedalizzazione complessivi per DRG medici, le percentuali di standard per DRG LEA chirurgici e l'indice di performance della degenza media) ed alcuni indicatori relativi all'assistenza distrettuale e nello specifico indicatori relativi alla presa in carico della cronicità. Questi indicatori sono stati inseriti nella mappa di performance riportata nella figura 7. Complessivamente le coperture vaccinali si posizionano nella fascia intermedia del bersaglio, rispetto all'anno scorso infatti sono migliorate soprattutto per le vaccinazioni obbligatorie. L'indicatore B7 sulle coperture vaccinali monitora 7 programmi: copertura vaccino MPR; copertura vaccino antinfluenzale ≥ 65 anni; copertura per vaccino papilloma virus (HPV); copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari; copertura per vaccino antimeningococcico; copertura per vaccino antipneumococcico; copertura per vaccino esavalente e copertura vaccinale varicella. In particolare, le coperture per il vaccino MPR (morbillo, parotite e rosolia) varicella e per il vaccino esavalente a 24 mesi che nel 2018 superano la soglia del 95% ritenuta la soglia per poter considerare la copertura efficace. Le coperture vaccinali antimeningococcica (in calo rispetto al 2017) e antipneumococcica (in ripresa rispetto all'anno precedente) sono inferiori al 93%. Sebbene in miglioramento ancora molto lontani dalle soglie attese per le coperture vaccinali del papilloma virus (HPV), attorno al 58%, dell'antinfluenzale per gli anziani, 56% e antinfluenzale per gli operatori sanitari, 29%. In generale, la Toscana conferma la riduzione costante, e diffusa su tutto il territorio regionale, del tasso di ospedalizzazione standardizzato ed un uso più appropriato dei regimi di ricovero ordinario, come mostra la riduzione del tasso di ospedalizzazione per DRG medici acuti 0-64 e la percentuale di standard raggiunti relativi all'appropriatezza dei DRG LEA chirurgici come indicato nella d.g.r.t. 1140/2014.

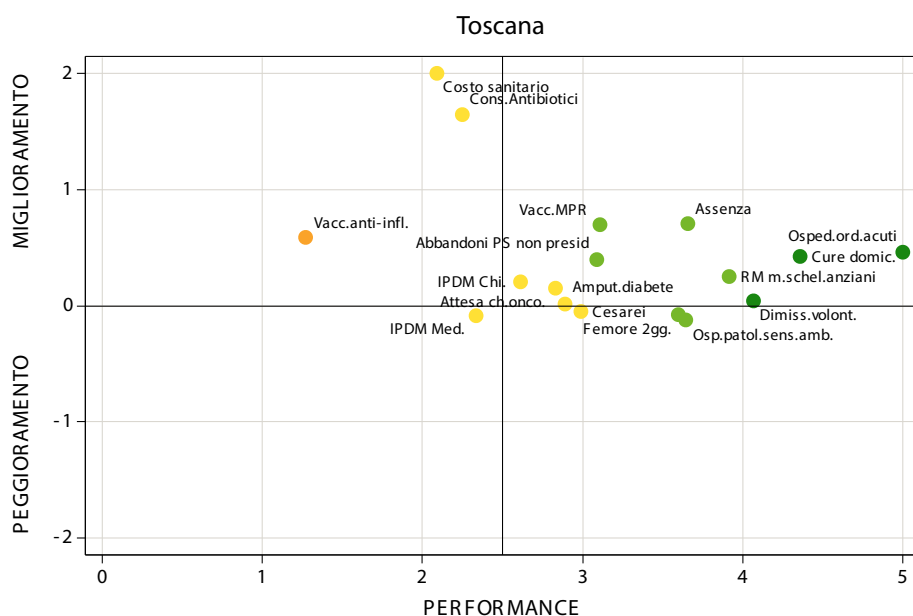
L'efficienza misurata attraverso la durata della degenza media, a parità di DRG, rappresentata dall'indice di performance della degenza media mostra un lieve aumento per i DRG medici ed una continua riduzione per i DRG chirurgici.

Per quanto riguarda i percorsi dei cronici si segnala una situazione da monitorare: la percentuale di popolazione residente di età uguale o maggiore di 16 anni assistita da medici di Medicina generale che hanno aderito alla Sanità d'Iniziativa, il programma regionale per migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (B26), dopo la regressione dell'anno scorso ha ripreso, seppur lentamente, a crescere (61%), i tassi di ospedalizzazioni per le patologie croniche o sensibili alle cure ambulatoriali che si posizionano fra i migliori d'Italia (all'interno del C11) hanno ripreso ad aumentare mentre gli indicatori proxy di qualità di processo per la cura dei cronici hanno, seppur lievemente, ripreso a migliorare per tutte le patologie analizzate, unica eccezione la percentuale di diabetici che ha effettuato una visita oculistica negli ultimi due anni

si è ulteriormente ridotta (sempre all'interno del C11). Per quanto riguarda l'appropriatezza, gli indicatori potenzialmente inappropriati come il consumo dei farmaci antibiotici e ed i tassi di prestazione per risonanze muscoloscheletriche negli anziani sono in riduzione quindi stanno migliorando.

Sebbene la Toscana sia fra le prime regioni in termini di punteggi della griglia LEA, è da porre attenzione all'inversione complessiva di tendenza degli indicatori quali la percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni e la percentuale di parti cesarei che registrano un lieve peggioramento e sono anche nella griglia LEA.

Figura 7. Rappresentazione sintetica della valutazione dei risultati 2018 e della capacità di miglioramento attraverso la mappa della performance della regione Toscana.



Torta di variabilità

Il grafico riportato in figura 8 è la torta di variabilità che riassume a livello regionale l'andamento (miglioramento/peggioramento) della performance e l'andamento (riduzione o aumento) della variabilità fra il 2017 e 2018. Il calcolo è stato realizzato utilizzando 132 indicatori di valutazione presenti nel sistema di valutazione sia nel 2017 che nel 2018.

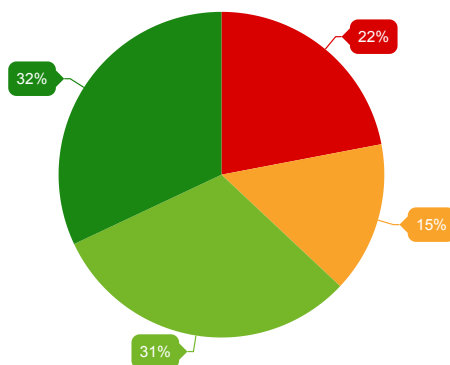
La torta evidenzia che più della metà degli indicatori analizzati registra dei miglioramenti. Inoltre, nel 32% dei casi, perseguendo anche una riduzione della variabilità intra-regionale, ossia incrementando la capacità di garantire omogeneità sul territorio toscano della qualità e appropriatezza dei servizi erogati.

In particolare all'interno di questa categoria (miglioramento delle performance e riduzione della variabilità) vi sono gli indici di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata (C10a); altri indicatori relativi al percorso oncologico come la percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella (C10.2.1) e la percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella (C10.2.2) oltre che una riduzione dei tempi di attesa medi per interventi di chirurgia oncologica passando da 32 a 30,9 giorni.

Nell'altro spicchio della torta, quello che indica un peggioramento delle performance con riduzione della variabilità, si collocano % di standard regionali raggiunti dei DRG LEA medici calcolati considerando la d.g.r.t. 1140/2014 (C4.9); percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (C5.2) e % di parti cesarei depurati (NTSV) (C7.1) e tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso (C8B.1).

Figura 8. Rappresentazione sintetica della capacità di miglioramento e di riduzione della variabilità dei risultati 2018 attraverso la torta della variabilità. Regione Toscana.

- Peggioramento e riduzione della variabilità
- Peggioramento e aumento della variabilità
- Miglioramento e aumento della variabilità
- Miglioramento e riduzione della variabilità



Azienda USL Toscana Centro

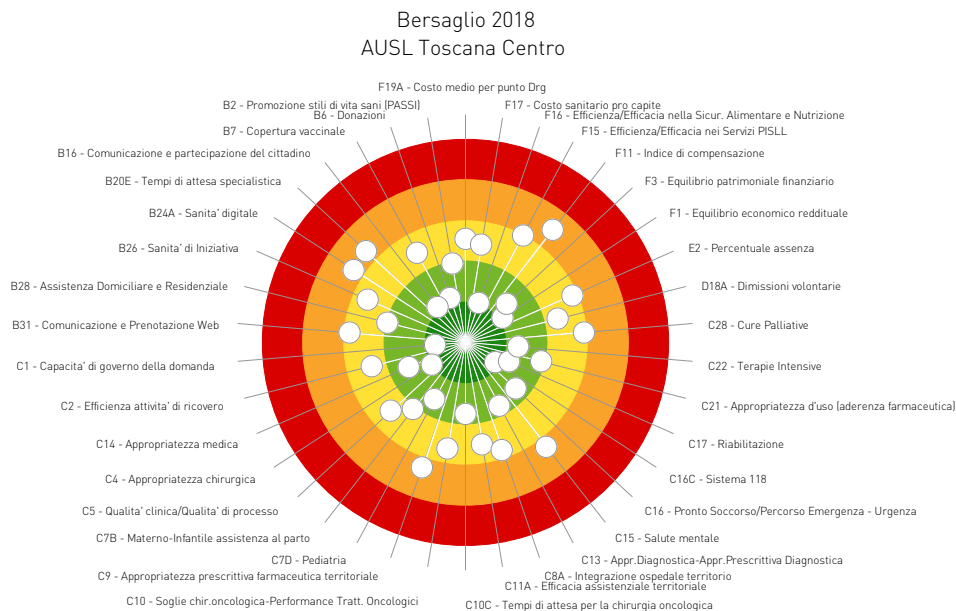
Il bersaglio 2018 dell'Azienda Toscana Centro (figura 9) presenta un bersaglio più concentrato rispetto all'anno precedente.

In particolare si evidenzia un'ottima performance per quanto riguarda gli indicatori relativi all'appropriatezza chirurgica (C4a) e la capacità di contenimento dell'ospedalizzazione come risposta ai bisogni di salute (C1). Molto positive le performance aziendali anche per le donazioni d'organi (B6); l'efficacia nella sicurezza alimentare (F16) e l'equilibrio economico generale (F1). Buone le performance relative all'appropriatezza anche in altri ambiti quali l'appropriatezza d'uso dei farmaci (C21) e l'appropriatezza diagnostica. Buona anche la performance degli indicatori delle terapie intensive (C22), della riabilitazione (C17); del percorso materno infantile relativi al parto (C7b) e alla pediatria (C7d) ed anche del percorso di emergenza urgenza rappresentato da indicatori relativi all'appropriatezza (C16) ed alla tempestività per l'emergenza territoriale del sistema del 118 (C16C).

La sostenibilità economica e patrimoniale è positiva come rappresentato dal costo sanitario procapite (F17), l'unico segnale di attenzione sul lato economico riguarda il saldo delle compensazioni extraregionali (F11) in quanto il valore economico delle cosiddette fughe extraregione) risulta essere superiore al valore economico delle cosiddette attrazioni extraregionali. Le aree da migliorare che figuravano nella fascia arancione nel 2017 sono complessivamente migliorate ad eccezione dell'indice di compensazione e degli indicatori di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (F15) e dei tempi di attesa specialistica (B20E).

Nel 2018 invece si evidenziano come aree su cui porre attenzione: la comunicazione e prenotazione web (B31); la sanità digitale (B24A) ed al limite la percentuale di assenza (E2).

Figura 9. Rappresentazione sintetica dei risultati 2018 attraverso il bersaglio dell'Azienda USL Toscana Centro.



L'andamento dei risultati e della variabilità attraverso la torta della variabilità

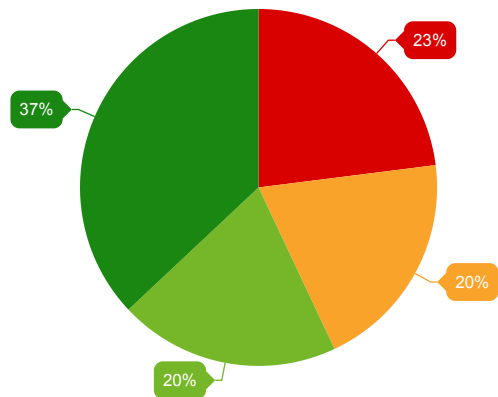
Rispetto al 2017, la performance dell'Azienda Toscana Centro, vede migliorare circa il 57% degli indicatori misurati fino al mese di maggio 2019. Nel 37% dei casi il miglioramento a livello aziendale è stato accompagnato da una riduzione della variabilità geografica fra gli stabilimenti e/o le zone che insistono sul territorio dell'Azienda (figura 10).

Fra questi si segnala il miglioramento e la contestuale riduzione della variabilità fra le zone dell'Azienda relativa ai tempi di attesa per le visite specialistiche neurologiche, oculistiche ed alcuni esami diagnostici (B20E); alcuni indicatori del percorso oncologico fra cui la percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella (C10.2.6); la percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella (C10.2.2) ed i tempi medi di attesa per gli interventi di chirurgia oncologica (C10C). In questa categoria rientrano anche alcuni indicatori relativi alla cronicità come i residenti con scompenso cardiaco con almeno una misurazione di creatinina (C11A.1.2A); i residenti con scompenso cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio (C11A.1.2B); i residenti con scompenso cardiaco in

terapia con beta-bloccante (C11A.1.4); residenti con diabete con almeno una misurazione della emoglobina glicata (C11A.2.2) ed il tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti (triennale) (C11A.2.4).

Figura 10. Rappresentazione sintetica della capacità di miglioramento e di riduzione della variabilità dei risultati 2018 attraverso la torta della variabilità.
Azienda USL Toscana Centro.

- Peggioramento e riduzione della variabilità
- Peggioramento e aumento della variabilità
- Miglioramento e aumento della variabilità
- Miglioramento e riduzione della variabilità



Gli ambiti su cui porre attenzione nel caso dell'Azienda Toscana Centro vi sono il tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso (C8B.1) e la percentuale di visite specialistiche in particolare per la dermatologia e l'ortopedia per i quali vi è un andamento peggiorativo e la variabilità è in aumento. Sebbene complessivamente positivi, meritano attenzione anche gli indicatori relativi alla percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (C5.2) e la percentuale di parti cesarei depurati (C7.1) che sono anche utilizzati dal ministero della salute per valutare il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza dei servizi sanitari regionali.

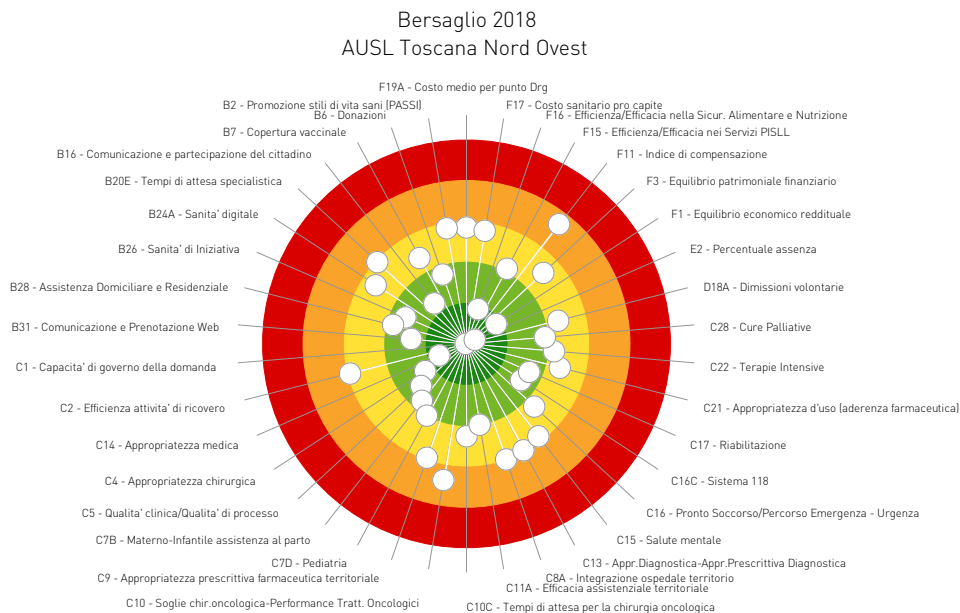
Azienda USL Toscana Nord-Ovest

Il bersaglio 2018 dell'Azienda Toscana Nord-Ovest (figura 11) presenta punti di forza (indicatori posizionati nelle fasce centrali) e debolezza (indicatori posizionati nelle fasce più esterne del bersaglio), senza però nessun indicatore con performance pessima.

Al centro del bersaglio dell'Azienda Nord-Ovest spicca la capacità di governo della domanda (C1a), ossia la capacità di contenimento nell'uso dell'ospedale per rispondere ai bisogni di salute della popolazione; la percentuale di assenza (E2) che rispetto all'anno precedente mostra un drastico miglioramento; l'efficienza nella sicurezza alimentare (F16) e la capacità di gestire le risorse aziendali nel rispetto dell'equilibrio di bilancio (E1). L'utilizzo appropriato delle risorse è confermato dai buoni risultati registrati per l'indicatore composito relativo all'appropriatezza medica (C14) e chirurgica (C4a) e anche diagnostica (C13). Positivi i risultati registrati complessivamente sul territorio dell'Azienda Toscana Nord-Ovest per quanto riguarda le donazioni d'organi (B6), gli indicatori relativi al percorso materno infantile per i servizi erogati in ospedale (C7b). Complessivamente positiva anche la performance relativa all'assistenza territoriale relativa ai servizi offerti dai medici di medicina generale per i pazienti cronici con il programma di sanità d'iniziativa (B26); per l'assistenza domiciliare e residenziale (B28) e la riabilitazione (C17). Le coperture vaccinali complessivamente sono posizionate nella fascia di performance intermedia (B7).

Aree di miglioramento riguardano la capacità dell'Azienda di mantenere un equilibrio fra costi e ricavi derivanti dalle compensazioni extraregionali (F11); l'efficienza dei servizi di sicurezza sul lavoro (F15); il rispetto delle soglie per la chirurgia oncologica (C10); i tempi di attesa specialistica (B20e). Al limite della fascia media che richiedono comunque un segnale di attenzione: la comunicazione e partecipazione del cittadino (B16); l'efficienza nei servizi di ricovero (C2 ed anche F19A); e l'integrazione ospedale-territorio.

Figura 11. Rappresentazione sintetica dei risultati 2018 attraverso il bersaglio dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest.



L'andamento dei risultati e della variabilità attraverso la torta della variabilità

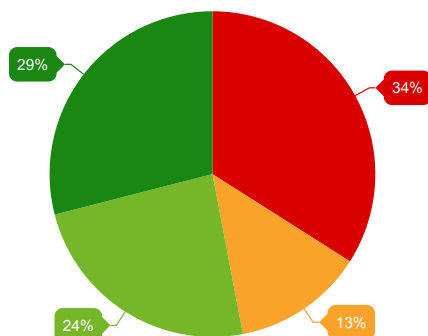
L'Azienda Toscana Nord-Ovest registra un miglioramento nel 53% degli indicatori per i quali è possibile analizzare l'andamento e variabilità (circa 120). Nel 29% dei casi il miglioramento a livello aziendale è stato accompagnato da una riduzione della variabilità geografica fra gli stabilimenti e/o le zone che insistono sul vasto territorio dell'Azienda Toscana Nord-Ovest (figura 12).

Fra questi si segnala il miglioramento degli indicatori che monitorano i tempi di attesa delle visite specialistiche (B20E); tasso di ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti (C1.1.1); alcuni indicatori del percorso oncologico come percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella (C10.2.2); Percentuale di ricoveri hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in hospice inferiore o uguale a 3 giorni (C28.2B); residenti con scompenso cardiaco in terapia con beta-bloccante (C11A.1.4).

Nella categoria più critica, relativa al peggioramento della performance e alla riduzione della variabilità si segnala l'aumento dei tempi di attesa per gli interventi di chirurgia oncologica (C10c) ed alcuni indicatori relativi alla presa in carico dei pazienti cronici come la percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o sartani alla dimissione (C21.2.2) e residenti con diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni (C11A.2.3).

Figura 12. Rappresentazione sintetica della capacità di miglioramento e di riduzione della variabilità dei risultati 2018 attraverso la torta della variabilità. Azienda USL Toscana Nord-Ovest.

- Peggioramento e riduzione della variabilità
- Peggioramento e aumento della variabilità
- Miglioramento e aumento della variabilità
- Miglioramento e riduzione della variabilità



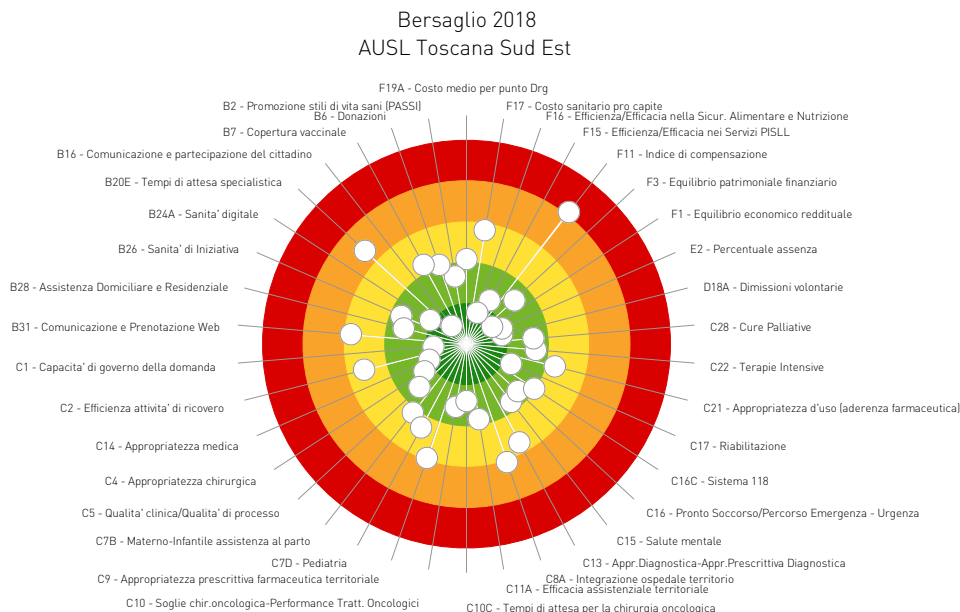
Azienda USL Toscana Sud-Est

Un buon numero di indicatori sono posizionati nella zona centrale del bersaglio 2018 dell'Azienda Toscana Sud-Est (figura 13). Si notano performance ottime sia su ambiti trasversali come la percentuale di assenza dei dipendenti (E2), l'equilibrio economico reddituale (F1) la capacità di contenimento dell'ospedalizzazione (C1) e la capacità di comunicazione con il cittadino (B16), e sia ambiti specifici come gli indicatori di prevenzione sui luoghi di lavoro (F15), le dimissioni volontarie (D18) questo ultimo indicatore correlato alla qualità percepita dagli utenti.

Dal bersaglio spicca il posizionamento esterno dell'indicatore economico finanziario F11 (indice di compensazione extraregionale) mostrando una difficoltà nel mantenimento dell'equilibrio tra costi e ricavi derivanti dalle compensazioni extraregionali. Buoni risultati si registrano sul percorso oncologico sia per quanto riguarda il trattamento (C10a) che i tempi di attesa per la chirurgia oncologica (C10c), del percorso in riabilitazione (C17), l'assistenza domiciliare e residenziale (B28) e la sanità d'iniziativa (B26) e per l'assistenza al parto del percorso materno infantile (C7b).

Si evidenziano i punti su cui vi sono maggior spazi di miglioramento quali il saldo delle compensazioni per i servizi offerti a utenti fuori regione e quelli ricevuti dai residenti nel territorio dell'Azienda Toscana Sud-Est in altre regioni (F11); permangono critici i tempi di attesa (B20E). Peggiorano gli indicatori relativi all'integrazione ospedale-territorio (C8A), mentre non sono più critiche l'appropriatezza ambulatoriale-diagnostica (C13) e l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9) che nel 2017 figuravano in fascia arancione.

Figura 13. Rappresentazione sintetica dei risultati 2018 attraverso il bersaglio dell'Azienda USL Toscana Sud-Est.

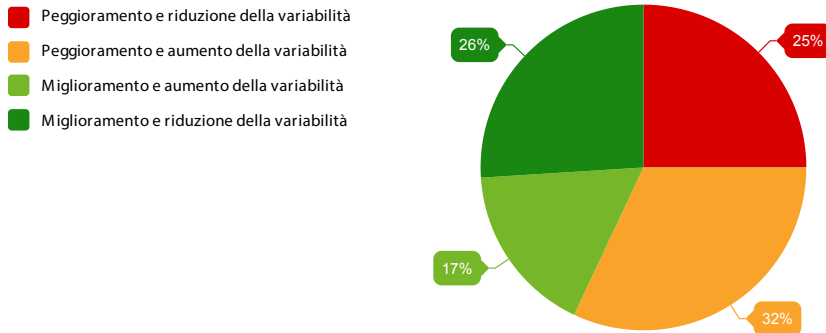


L'andamento dei risultati e della variabilità attraverso la torta della variabilità

L'Azienda Toscana Sud-Est registra un miglioramento nel 43% degli indicatori analizzati, il 26% degli indicatori, mostra una performance migliore, ma anche una riduzione della variabilità all'interno delle zone e/o stabilimenti dell'Azienda Toscana Sud-Est (figura 14).

Fra questi una migliore appropriatezza del consumo di antibiotici in età pediatrica (C9.8.1.1.1); alcuni indicatori della salute mentale: contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero (C15.2); l'appropriatezza psicoterapeutica (C15.4) e la percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche (C15A.13A). Migliorano riducendo la variabilità anche la percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della sanità d'iniziativa (B26.1); il tasso di assistiti in RSA con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti (B28.2.2) e la percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni (B28.3.12).

Figura 14. Rappresentazione sintetica della capacità di miglioramento e di riduzione della variabilità dei risultati 2018 attraverso la torta della variabilità. Azienda USL Toscana Sud-Est.



Fra gli aspetti su cui l'Azienda dovrebbe prestare attenzione vi sono alcuni indicatori relativi alla tempestività delle visite specialistiche ed in particolare le prime visite neurologiche e per esami diagnostici TC senza contrasto ed alcuni indicatori del percorso materno-infantile come la percentuale di parti cesarei depurati (C7.1) ed il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - ricoveri ordinari (C7.7.1R).

I risultati in sintesi della performance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie

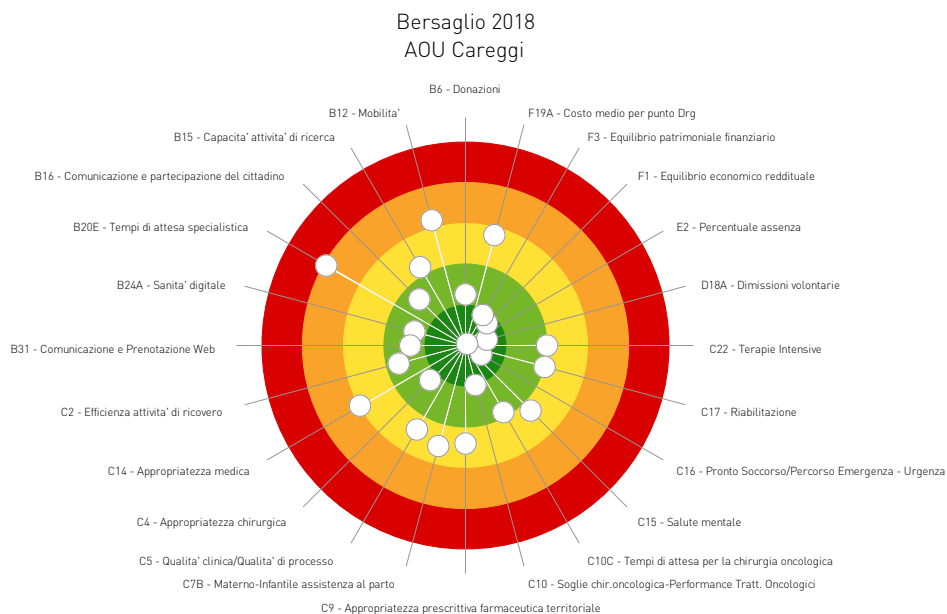
Il bersaglio delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e della Fondazione Monasterio presenta un numero di indicatori inferiori poiché, per missione istituzionale, non sono presenti gli indicatori che si riferiscono alle cure primarie (ad esempio, l'assistenza domiciliare e residenziale - B28, la sanità d'iniziativa - B26 e così via) ed alla prevenzione (ad esempio, le coperture vaccinali - B7). In aggiunta rispetto al sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie territoriali vi sono indicatori volti a misurare la produttività della ricerca e la capacità di rispondere a bisogni assistenziali complessi. Tuttavia, data la specificità di queste Aziende, un quadro di analisi più ricco ed efficace avviene quando le AOU toscane si confrontano con realtà omogenee, come avviene con la piattaforma delle regioni del network (<http://performance.sssup.it/netval>) e nel report dedicato ai risultati delle AOU.

In questo volume si presentano i risultati 2018 basati sui flussi disponibili a maggio 2017. Ancora meno indicatori sono presenti per l'AOU Meyer e la Fondazione Monasterio, che essendo realtà specialistiche, presentano un numero di indicatori inferiori rispetto alle altre AOU toscane.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Il bersaglio del 2018 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi (figura 15) presenta un buon numero di indicatori posizionati nelle fasce centrali denotando un'ottima performance relativa alla percentuale di assenza del personale (E2), sull'equilibrio patrimoniale-finanziario (F3) e sulle dimissioni volontarie (D18). Buona la performance relative alle donazioni d'organi (B6a), alle terapie intensive (C22), all'appropriatezza chirurgica (C4a). Rimangono nell'area più critica gli indicatori dei tempi di attesa per le visite specialistiche e diagnostiche (B20E), la percentuale di ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica che rientra nell'appropriatezza medica (C14) e la mobilità sanitaria (B12a), segnala che Careggi attrae meno residenti extra regione per alta complessità rispetto alle altre AOU toscane. Migliora, passando invece nell'area intermedia, l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9).

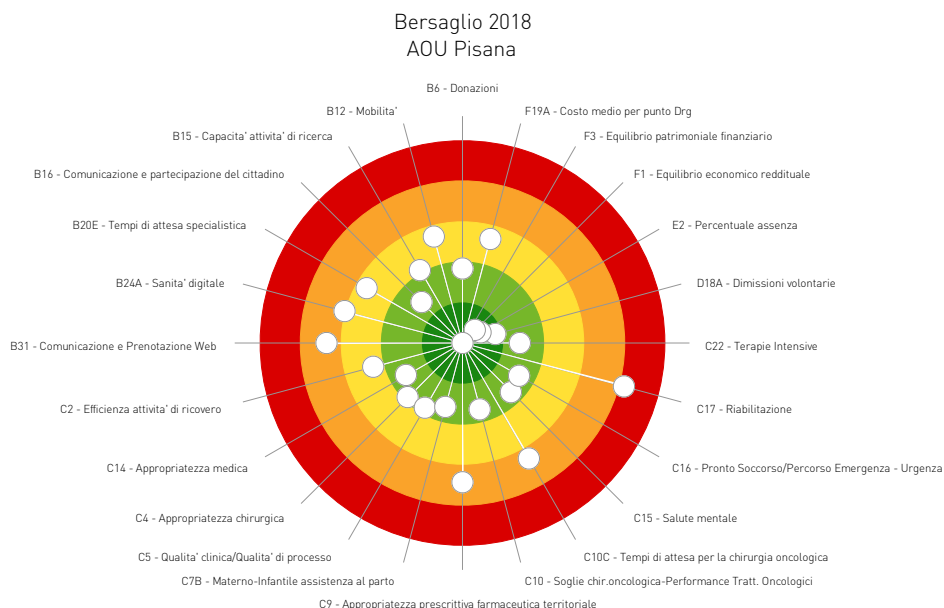
Figura 15. Rappresentazione sintetica dei risultati 2018 attraverso il bersaglio dell'AOU Careggi



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Il bersaglio del 2018 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (figura 16), presenta una situazione differente rispetto all'anno precedente. In particolare sono presenti alcuni indicatori nel centro del bersaglio quali la percentuale delle dimissioni volontarie (D18); la percentuale di assenza del personale dipendente (E2); l'equilibrio economico reddituale (F1) e patrimoniale-finanziario (F3) ed un valore mediamente efficiente del consumo delle risorse sull'assistenza ospedaliera (F19a), confermato da una buona appropriatezza in area medica (C4) ed area chirurgica (C14). Buona la performance delle terapie intensive (C22) e dei trattamenti oncologici, soprattutto quelli relativi al tumore maligno alla mammella (C10a), migliorati i tempi di attesa per la chirurgia oncologica (C10c) ma meritano ancora attenzione. Positiva la performance anche per le donazioni d'organi (B6a). Da segnalare l'importante miglioramento nell'area del materno infantile (C7B) che passa dall'area critica ad un'area di buona performance. La comunicazione e prenotazione web dell'AOU Pisana è fra le migliori performance toscane anche se al limite della fascia intermedia (B31). Punti da migliorare riguardano i ricoveri il percorso di riabilitazione (C17), l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9) entrambi peggiorati rispetto all'anno precedente. Complessivamente il 63% dei 77 indicatori di valutazione misurati, per i quali è possibile fare un trend, migliora.

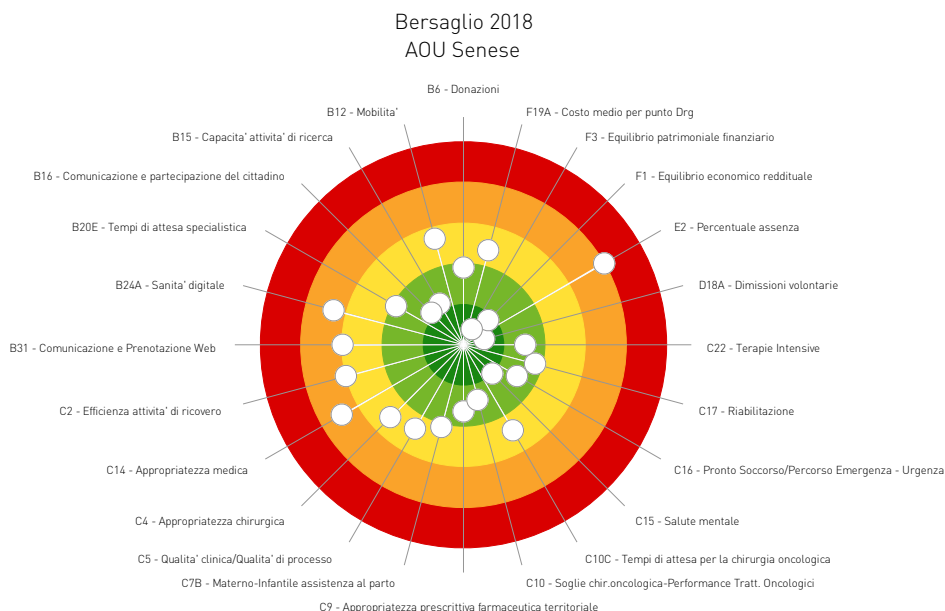
Figura 16. Rappresentazione sintetica dei risultati 2018 attraverso il bersaglio dell'AOU Pisana



Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

Il bersaglio del 2018 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese (figura 17), mostra la presenza di punti di forza e di debolezza. L'azienda presenta ottime performance sul versante economico complessivo (F1, F3) e della qualità percepita dagli utenti misurata attraverso le dimissioni volontarie (D18). In particolare da segnalare, è l'unica azienda toscana ad ottenere una performance complessivamente buona sui tempi di attesa per le visite specialistiche (B20e). L'azienda presenta la miglior performance a livello regionale sulla capacità di ricerca (B15). Complessivamente buone le performance relative al percorso Emergenza-Urgenza (C1b), al percorso di riabilitazione (C17) e al percorso oncologico relativamente ai trattamenti oncologici (C10a), da segnalare il miglioramento notevole sui tempi di attesa per la chirurgia oncologica (C10c) che dalla fascia rossa passa alla fascia gialla. Rimangono spazi di miglioramento per la percentuale di assenza del personale dipendente (E2), l'appropriatezza medica (C14), la sanità digitale (B24) e l'efficienza (C2), mentre è migliorata la performance degli indicatori relativi alla qualità di processo (C5a) e degli indicatori relativi al percorso materno infantile (C7b). La comunicazione e prenotazione web dell'AOU Senese mostra ottime performance, nettamente superiori alle altre realtà toscane (B31). Complessivamente il 63% dei 77 indicatori di valutazione misurati, per i quali è possibile fare un trend, migliora.

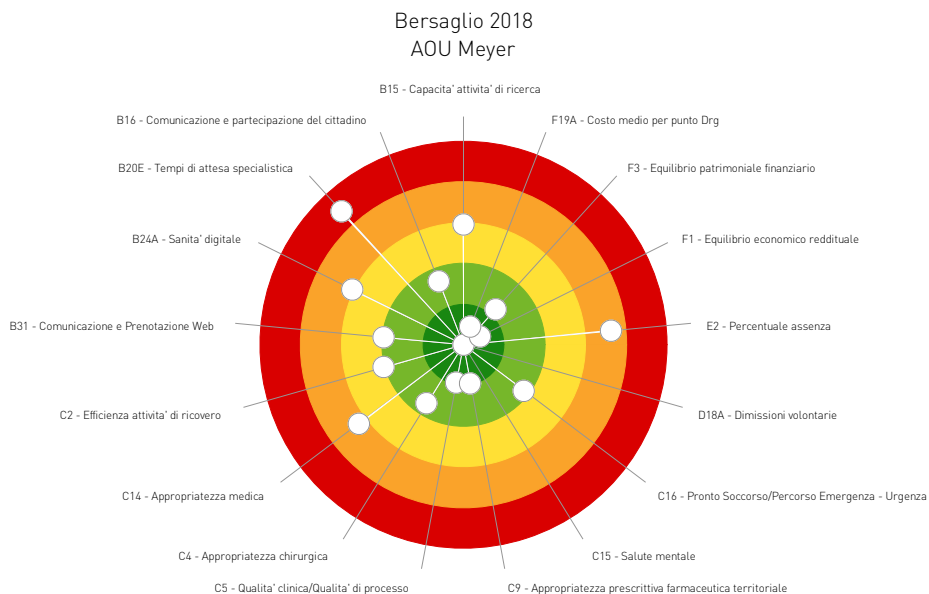
Figura 17. Rappresentazione sintetica dei risultati 2018 attraverso il bersaglio dell'AOU Senese



Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

Il bersaglio 2018 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer (figura 18) è sostanzialmente stabile. Il numero di indicatori è inferiore poiché vengono misurati solo indicatori relativi all'ambito pediatrico su cui è specializzata. In particolare gli indicatori posizionati al centro del bersaglio denotano una performance ottima sull'efficiente utilizzo delle risorse misurato dall'indicatore del costo medio per punto DRG (F19a) e sull'equilibrio patrimoniale-finanziario (F3) buono anche l'equilibrio fra i contributi ricevuti e le risorse utilizzate dall'azienda (F1). Altri aspetti positivi riguardano la qualità di processo (C5a), l'appropriatezza chirurgica (C4a); gli indicatori dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9a). Indicatori posizionati sulle fasce esterne del bersaglio riguardano la percentuale di assenza del personale dipendente (E2) la più alta della Toscana, sebbene sia migliorata, su cui continuano ad incidere in modo superiore alle altre Aziende, le maternità; i tempi di attesa per le visite specialistiche (B20e) e la percentuale di ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostica in età pediatrica (C14). La comunicazione e prenotazione web dell'AOU Meyer mostra performance superiori alle altre realtà toscane con performance quasi buone (B31). Complessivamente il 69% dei 32 indicatori di valutazione misurati per i quali è possibile fare un trend, migliora.

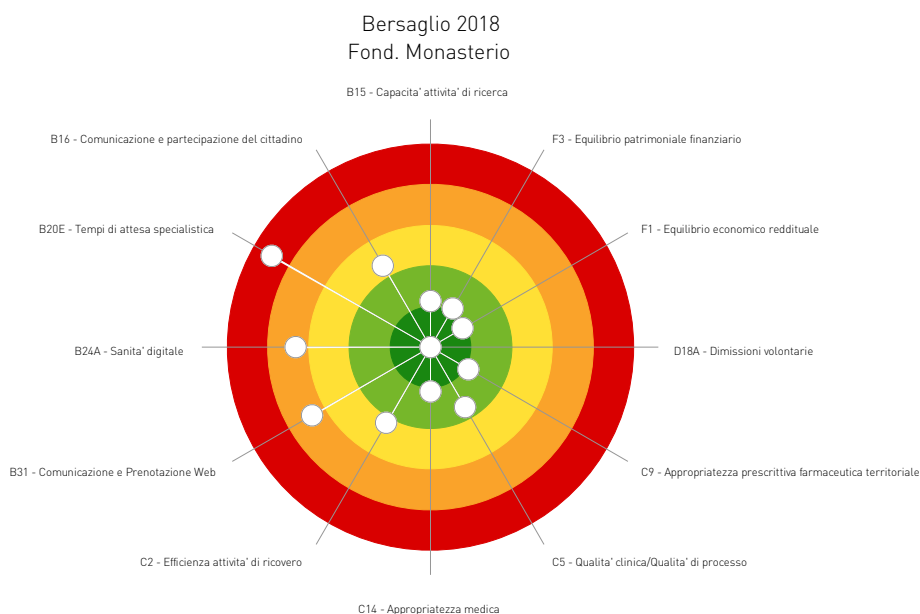
Figura 18. Rappresentazione sintetica dei risultati 2018 attraverso il bersaglio dell'AOU Meyer.



Fondazione Toscana G. Monasterio

Il bersaglio della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (figura 19), essendo un'Azienda altamente specializzata si confronta con le altre Aziende solo sugli indicatori di pertinenza della propria specialità. Al centro del bersaglio si trova l'indicatore delle dimissioni volontarie (D18). Buona performance mostrano l'equilibrio economico (F1) e patrimoniale finanziario (F3) con un costo per punto DRG (F19a) superiore alla media toscana dovuto alla specificità della sua missione nel Sistema Sanitario Regionale. Buona la capacità di produzione scientifica (B15) così come gli indicatori che monitorano la qualità assistenziale (C5a) e l'appropriatezza medica (C14). La comunicazione e prenotazione web (B31) e della partecipazione del cittadino (B16) della Fondazione Monasterio mostra performance nella media. Performance da migliorare riguardano i tempi di attesa specialistica (B20E), la sanità digitale (B24). Quattordici indicatori sui 16 per i quali è possibile confrontare la performance migliorano.

Figura 19. Rappresentazione sintetica dei risultati 2018 attraverso il bersaglio della Fondazione Monasterio.



I risultati in sintesi dei percorsi assistenziali attraverso i pentagrammi

Il pentagramma dà una visione immediata della qualità dei servizi erogati complessivamente dalla sanità lungo il percorso dei pazienti, indipendentemente dall'organizzazione che ha erogato il servizio. Nel 2018 sono stati rappresentati attraverso il pentagramma i seguenti percorsi di cura:

- percorso materno-infantile;
- percorso oncologico;
- percorso salute mentale;
- assistenza domiciliare e residenziale;
- percorso cronicità;
- percorso Emergenza-Urgenza.

Dopo la descrizione, per ciascun percorso sono proposti i pentagrammi per Area Vasta (AV) nei quali è possibile visualizzare indicatori riferiti alle diverse Aziende che insistono ed erogano dei servizi su quel territorio. I pentagrammi per Zona Distretto sono, invece, disponibili sulla piattaforma web <https://performance.santannapisa.it/pes/toscana/start.php>.

Gli stessi indicatori presenti sui pentagrammi sono, inoltre, mostrati nella mappa di performance, allo scopo di mostrare come vanno rispetto alla performance attuale e al trend 2017-2018. Lungo l'asse delle ascisse-x, infatti, viene indicata la performance raggiunta nel 2018, mentre lungo l'asse delle ordinate-y è mostrato l'andamento nei due anni, con risultati di miglioramento rappresentati 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 anno di vita del bambino) ed i diversi setting assistenziali coinvolti, in primis i servizi consultoriali ed i punti nascita presenti nel territorio regionale. Attualmente a caratterizzare il pentagramma di questo percorso concorrono indicatori derivanti dai flussi amministrativi propri dell'area materno-infantile, cioè flussi consultoriali e Certificato di Assistenza al Parto, ma anche relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed alle vaccinazioni per quanto riguarda in particolare la fase finale del percorso riferita ad il primo anno di vita del bambino.

La valutazione del percorso è arricchita da altri indicatori costruiti con i dati della rilevazione rivolta alle utenti, che, essendo implementata in maniera longitudinale lungo il percorso materno-infantile attraverso la somministrazione online di questionari a cadenza periodica, permette di raccogliere dati su aspetti che non potrebbero essere misurati attraverso i dati 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, l'utilità percepita del Corso di Accompagnamento alla Nascita per la gravidanza, il parto, l'allattamento, la gestione del neonato, ed il coinvolgimento della stessa donna nelle scelte in gravidanza. In riferimento all'assistenza al punto nascita, attraverso i dati dell'indagine vengono valutati aspetti di rilievo che caratterizzano l'esperienza durante il travaglio ed 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, supporto del personale al punto nascita, concordanza e chiarezza delle informazioni ricevute, in particolare nella fase di dimissione ed indirizzamento ai servizi territoriali. 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 ed al livello di consapevolezza che si ritiene di aver raggiunto sul tema. Il pentagramma del percorso materno-infantile presenta infine indicatori sulla soddisfazione complessiva delle utenti e della loro propensione a consigliare le strutture consultoriali ed i punti nascita.

Nei grafici riportati di seguito (figura 20) non sono tuttavia presenti gli indicatori derivanti dall'indagine alle utenti, perché ancora le rilevazioni sono in fase di svolgimento, né quelli relativi ai flussi amministrativi dei consultori (per esempio che riguardano l'accesso all'area maternità da parte delle straniere, la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita delle primipare, l'accesso al consultorio nel post-parto) che non sono stati trasmessi in

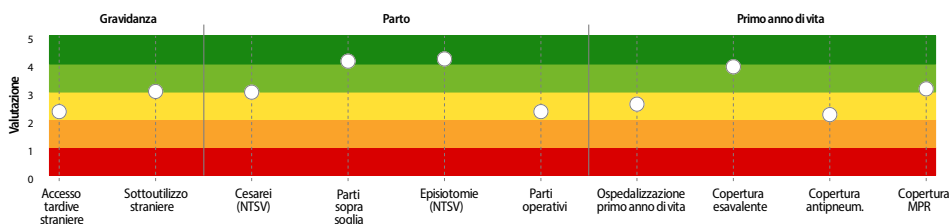
maniera tempestiva per l'analisi e la predisposizione del report. È possibile tuttavia visualizzare il pentagramma completo del percorso materno-infantile sulla piattaforma del sistema di valutazione della performance della Regione Toscana (<https://performance.santannapisa.it/pes/toscana/start.php>).

Dai pentagrammi presenti nel report non emergono particolari disomogeneità tra l'assistenza territoriale ed ospedaliera né evidenti discontinuità tra le tre fasi del percorso materno-infantile, ma questo potrebbe derivare dalla visione parziale dovuta alla non presenza di tutti gli indicatori previsti. Sono tuttavia da segnalare le buone performance nella fase del parto raggiunte in tutte e tre le Aree Vaste, con un particolare miglioramento rispetto allo scorso anno nell'Area Vasta Nord-Ovest grazie ai risultati raggiunti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana soprattutto rispetto ai cesarei depurati. L'indicatore più critico della fase parto a livello regionale, ma anche di tutte le Aree Vaste, rimane il ricorso ai parti operativi. Nel primo anno di vita si osserva una variabilità tra i risultati delle coperture vaccinali, che tuttavia sono tutti in miglioramento rispetto all'anno precedente, come messo in evidenza nella mappa della performance dei percorsi, in particolare la copertura del vaccino esavalente e del morbillo-parotite-rosolia.

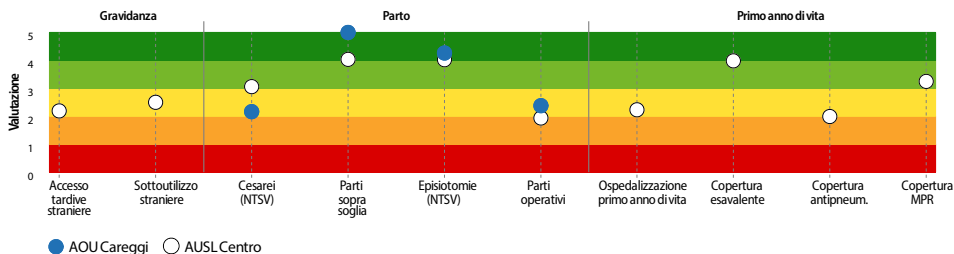
Le mappe della performance del percorso materno-infantile del 2018 mostrano che la maggior parte degli indicatori misurati per questa versione sono migliorati, in particolare fra gli indicatori che migliorano molto in tutte le Aree Vaste le coperture vaccinali (figura 21). Da segnalare invece il peggioramento dell'indicatore relativo alla percentuale di parti cesarei NTSV per i punti nascita di tutte le Aziende territoriali ed in particolare dell'Azienda Toscana Sud-Est, in controtendenza con il miglioramento registrato invece da tutte le Aziende Ospedaliero-Universitarie, e l'accesso tardivo all'assistenza prenatale, cioè oltre la 12^a settimana di gestazione, da parte delle donne straniere, che peggiora in tutte le Aree Vaste ed è ancora non soddisfacente anche come livello di performance raggiunta.

Figura 20. Pentagrammi del percorso materno-infantile in Toscana e nelle Aree Vaste - anno 2018

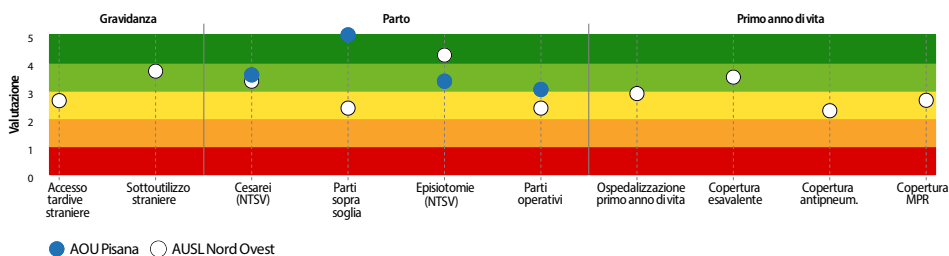
Percorso materno-infantile - Regione Toscana



Percorso materno-infantile - Area Vasta Centro



Percorso materno-infantile - Area Vasta Nord-Ovest



Percorso materno-infantile - Area Vasta Sud-Est

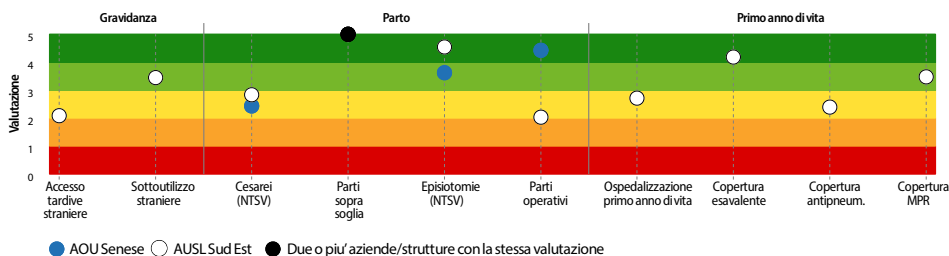
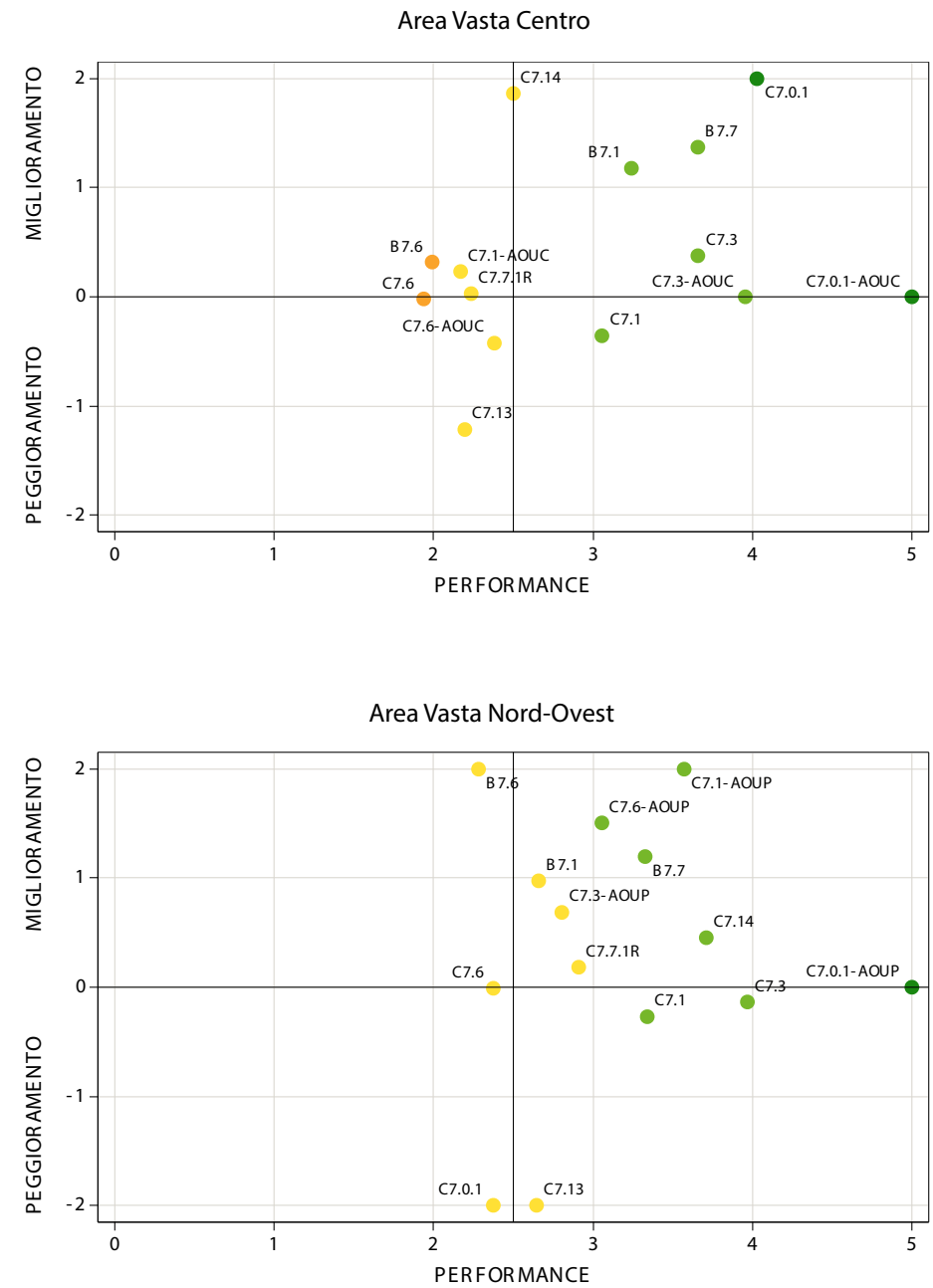
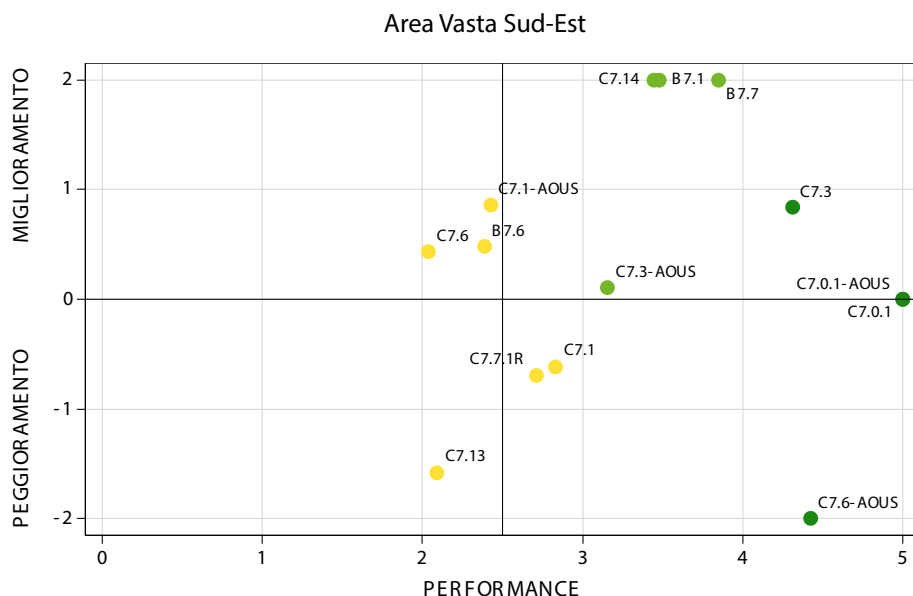


Figura 21. Mappe di performance del percorso materno-infantile nelle Aree Vaste - anno 2018





Legenda delle mappe di performance del percorso materno-infantile

Gravidanza

C7.13 Accesso tardive straniere

C7.14 Sottoutilizzo straniere

Parto

C7.1 Cesarei (NTSV)

C7.0.1 Parti sopra soglia

C7.3 Episiotomie (NTSV)

C7.6 Parti operativi

Primo anno di vita

C7.7.1R Ospedalizzazione primo anno di vita

B7.7 Copertura esavalente

B7.6 Copertura antipneum.

B7.1 Copertura MPR

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 (figura 22). Tra le fasi del percorso oncologico, la prima è quella dello screening, che presenta indicatori che misurano l'estensione e adesione ai programmi di screening oncologico (mammella, cervice e colon retto) per la diagnosi precoce. In questa edizione a stampa, la fase di screening manca per indisponibilità dei dati che saranno, comunque, consultabili a partire da giugno 2019 sulla piattaforma web <https://performance.santannapisa.it/pes/toscana/start.php>.

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, di fatto non andrebbero prescritti per screening ma utilizzati per monitorare un'eventuale recidiva della neoplasia dopo il trattamento del tumore primitivo. L'indicatore è posizionato per il 2018 sulla fascia verdina per l'Area Vasta Centro e all'estremo superiore della fascia gialla per l'Area Vasta Sud-Est, mentre per l'Area Vasta Nord-Ovest, mostra più ampi spazi di miglioramento.

La fase di trattamento monitora gli indicatori relativi ai tempi d'attesa per la chirurgia oncologica seguendo l'impostazione del Rapporto SDO ministeriale. Le performance sulla tempestività al trattamento chirurgico variano in base al tipo di tumore, dove il tumore al retto presenta ancora i tempi d'attesa più elevati in peggioramento rispetto allo scorso anno. 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 (d.m. 70 del 2015) e delle delibere regionali (d.g.r.t. 272/2014 e d.g.r.t. 982/2014). Si registra un miglioramento degli indici di concentrazione (dispersione) dei volumi per interventi chirurgici alla prostata, mentre rimangono più stabili gli indicatori relativi ai volumi per interventi chirurgici alla mammella, anche se permangono in tutte le Aree Vaste strutture che non raggiungono la soglia minima di interventi con variabilità in aumento. Generalmente positive le performance degli indicatori sulla qualità degli interventi chirurgici alla mammella (% interventi conservativi e ricostruttivi; % di donne con asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per intervento chirurgico), mentre più scarsi i risultati sui re-interventi a 30 giorni colon e retto (indicatore triennale).

La fase del follow-up per la prima volta vede il monitoraggio delle donne che ricevono una mammografia tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento chirurgico primario. La performance si attese sulla fascia gialla o arancione per tutte le Aree Vaste, evidenziando ampi margini di

miglioramento. L'indicatore tuttavia potrebbe sottostimare l'aderenza al follow-up visto che non include la diagnostica effettuata presso le strutture private.

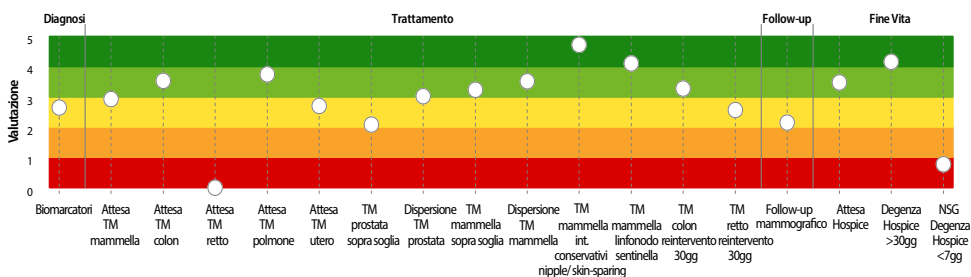
Completano la valutazione del percorso gli indicatori del fine vita e delle cure palliative, che registrano una performance buona per la tempestività di accesso all'Hospice, la durata della degenza non superiore ai 30 giorni, mentre si rileva una situazione critica nei ricoveri Hospice brevi provenienti da ricovero ospedaliero o domicilio non assistito. Non è ancora possibile apprezzare l'andamento sulla capacità del sistema di cure palliative regionali di presa in carico dei pazienti oncologici (dato disponibile da giugno 2019).

La mappa di performance della regione Toscana evidenzia una concentrazione nel quadrante performance ottima e in miglioramento (quadrante in alto a destra), con un peggioramento sugli indici di concentrazione della casistica per interventi al tumore al seno (quadrante in basso a destra) e pessimo posizionamento per i tempi di attesa della chirurgia oncologica al retto e criticità sui ricoveri brevi in Hospice.

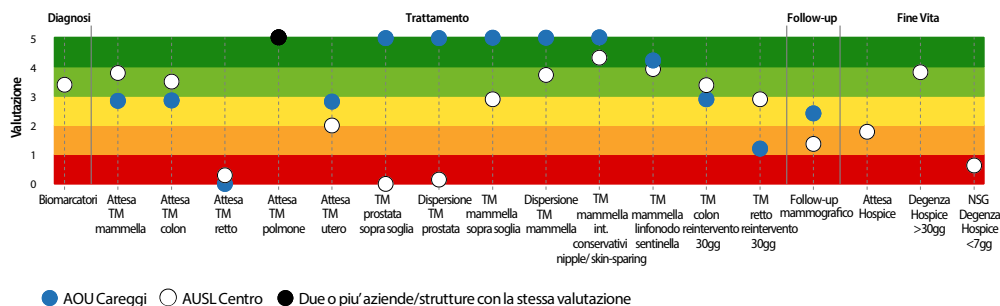
Le mappe di performance delle Aree Vaste mostrano situazioni diversificate tra le tre Aree Vaste (figura 23). In particolare, la mappa dell'Area Vasta Nord-Ovest presenta una maggiore variabilità con buona parte degli indicatori con performance critiche e in peggioramento (quadrante in basso a sinistra) mentre quelli con performance buone e ottime sono in miglioramento (quadrante in alto a destra). La mappa dell'Area Vasta Centro e quella dell'Area Vasta Sud-Est mostrano la maggior parte degli indicatori in miglioramento anche se si segnalano indicatori con performance ottime in peggioramento (concentrazione/dispersione volumi di intervento per tumore alla prostata - Area Vasta Sud-Est e concentrazione /dispersione volumi di intervento per tumore alla mammella - Area Vasta Centro).

Figura 22. Pentagrammi del percorso oncologico in Toscana e nelle Aree Vaste - anno 2018

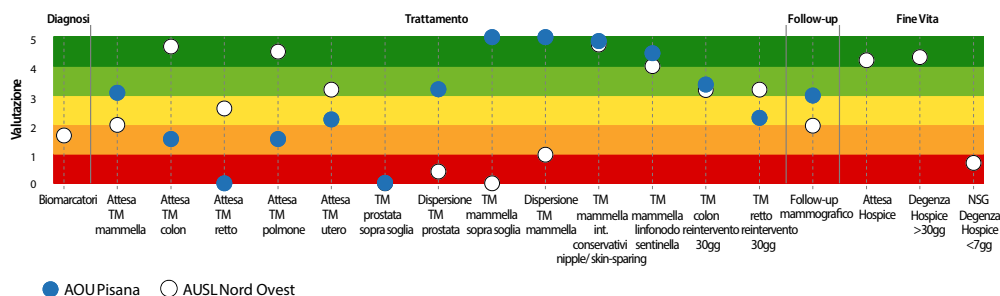
Percorso oncologico - Regione Toscana



Percorso oncologico - Area Vasta Centro



Percorso oncologico - Area Vasta Nord-Ovest



Percorso oncologico - Area Vasta Sud-Est

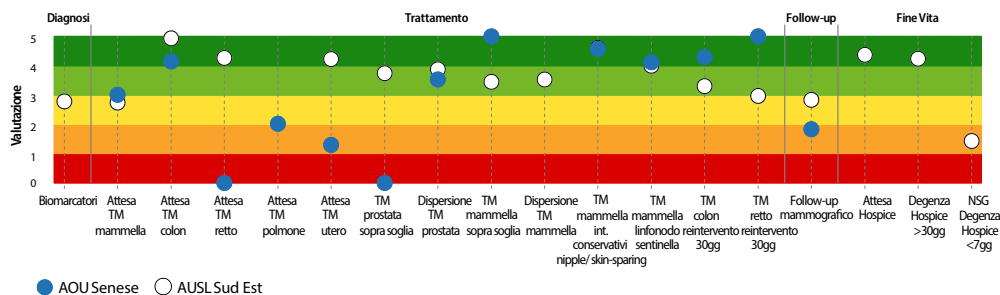
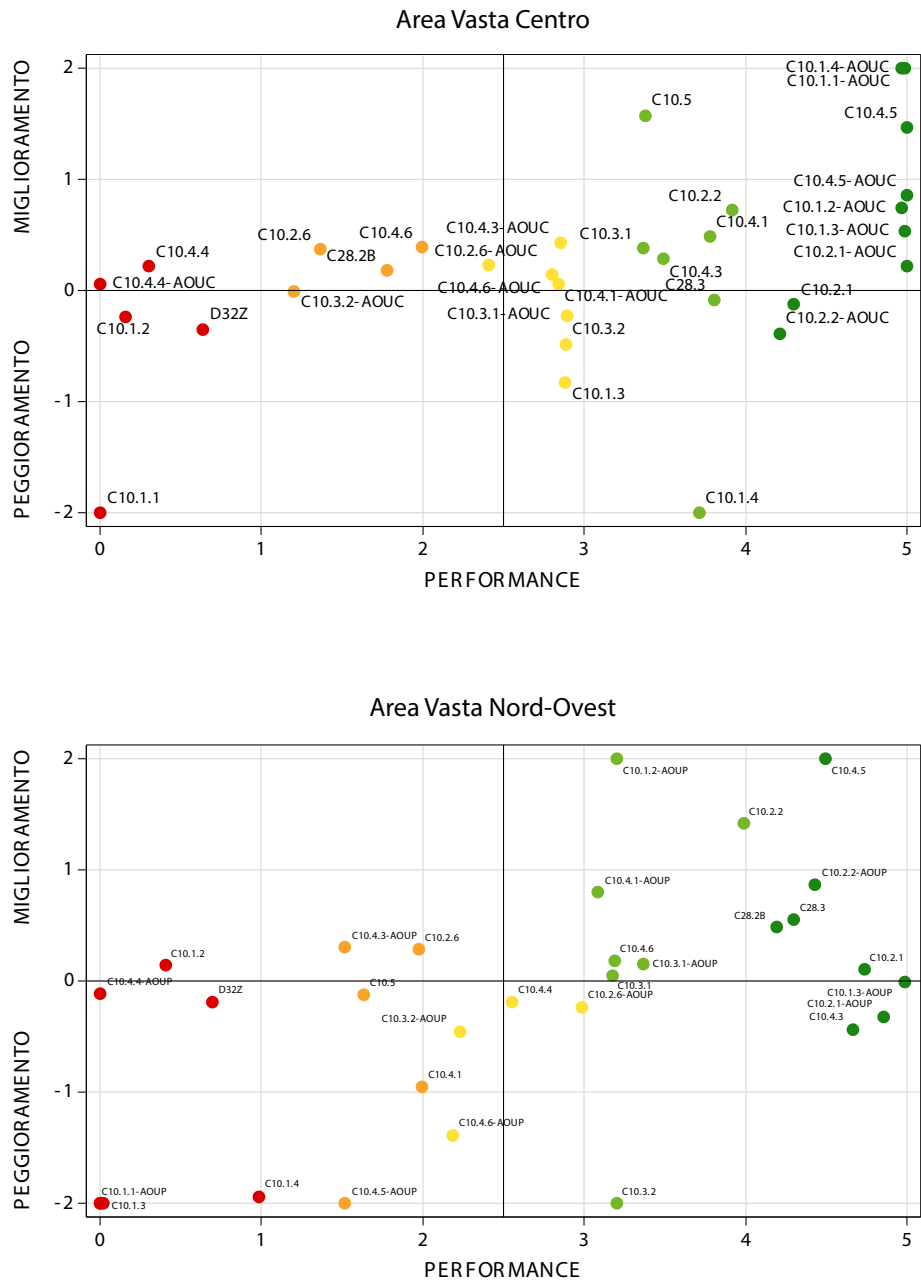
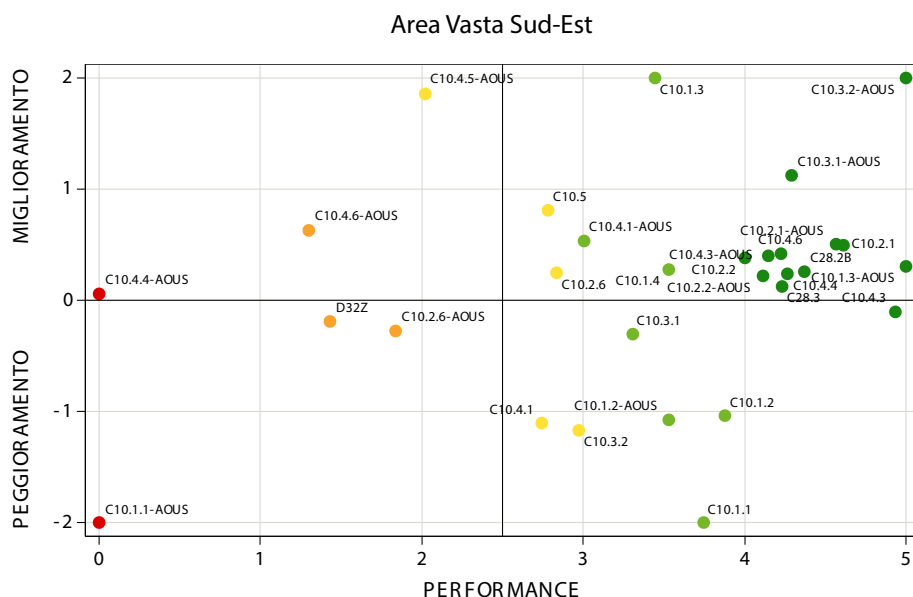


Figura 23. Mappe di performance del percorso oncologico nelle Aree Vaste - anno 2018





Legenda delle mappe di performance del percorso oncologico

Diagnosi

C10.5 Biomarcatori

Trattamento

C10.4.1 Attesa TM mammella

C10.4.3 Attesa TM colon

C10.4.4 Attesa TM retto

C10.4.5 Attesa TM polmone

C10.4.6 Attesa TM utero

C10.1.1 TM prostata sopra soglia

C10.1.2 Dispersione TM prostata

C10.1.3 TM mammella sopra soglia

C10.1.4 Dispersione TM mammella

C10.2.1 TM mammella int.conservativi nipple/ skin-sparing

C10.2.2 TM mammella linfonodo sentinella

C10.3.1 TM colon Re-intervento 30gg

C10.3.2 TM retto Re-intervento 30gg

Follow-up

C10.2.6 Follow-up mammografico

Fine vita

C28.2B Attesa hospice

C28.3 Degenza Hospice >30gg

D32Z NSG Degenza Hospice <7gg

Il percorso salute mentale

I percorsi della salute mentale si caratterizzano per lo status di cronicità dei pazienti, che possono essere sottoposti a trattamenti farmacologici o psicoterapici e possono vivere momenti di acuzie. Le diverse patologie mentali possono richiedere organizzazioni, tempistiche e modalità di coordinamento e integrazione tra l'assistenza primaria territoriale e quella specialistica ospedaliera diversificate a seconda della gravità e delle caratteristiche della patologia stessa. Quindi le fasi temporali del percorso possono non essere uguali per tutti i pazienti. Per questo motivo, la valutazione del percorso, in generale, avviene considerando macro fasi (trattamenti farmacologici e psicoterapeutici e ospedalizzazioni) con l'inclusione della valutazione della continuità assistenziale per la persona che passa dalla fase acuta a quella post acuta.

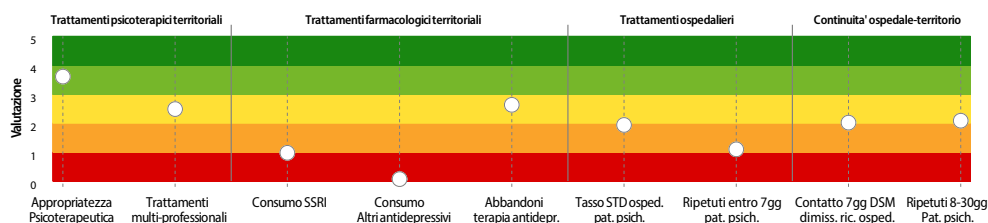
I pentagrammi illustrati in figura 24 mostrano come la fase dei Trattamenti farmacologici territoriali rappresenti un ambito da migliorare in tutte le Aree Vaste, in particolar modo nella prescrizione dei farmaci SSRI e degli altri antidepressivi.

Si osservano buone performance per l'Area Vasta Sud-Est nella fase Continuità ospedale-territorio, mentre nelle altre Aree Vaste questa fase è un ambito su cui lavorare più attentamente. Tutti i dati relativi al percorso sono consultabili, Azienda per Azienda e Zona Distretto per Zona Distretto, al seguente link: <https://performance.santannapisa.it/pes/toscana/start.php>.

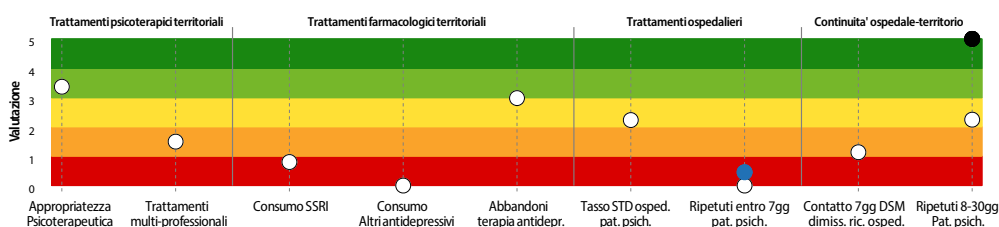
La mappa regionale di performance del percorso salute mentale (figura 25), mostra risultati che sono sostanzialmente stabili nel confronto fra 2018 e 2017, fatto salvo il miglioramento che si osserva nel consumo degli SSRI seppur questo dato resti sempre critico (fascia rossa). In tutte e tre le Aree Vaste si conferma il dato di miglioramento nel consumo degli SSRI e nell'appropriatezza dei trattamenti psicoterapici; mentre gli altri indicatori denotano performance eterogenee a seconda dell'Area Vasta che si va ad osservare. Ad esempio, nell'Area Vasta Nord-Ovest migliorano i ricoveri ripetuti entro 7 giorni (fascia gialla) e peggiora il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (fascia arancione); nell'Area Vasta Sud-Est migliorano i dati sui trattamenti multi-professionali e sui ricoveri ripetuti tra gli 8 e 30 giorni (performance positive per i servizi territoriali), mentre peggiora il dato sui consumi degli altri antidepressivi; nell'Area Vasta Centro migliora il dato sui ricoveri ripetuti tra gli 8 e 30 giorni (pur restando in fascia gialla) e peggiora il dato sui ricoveri ripetuti entro 7 giorni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi (fascia rossa).

Figura 24. Pentagrammi del percorso salute mentale in Toscana e nelle Aree Vaste - anno 2018

Percorso salute mentale - Regione Toscana

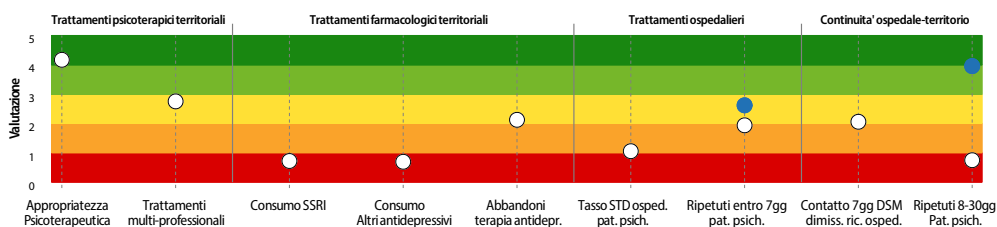


Percorso salute mentale - Area Vasta Centro



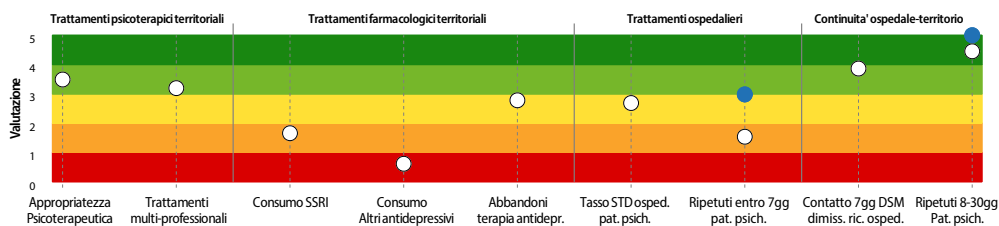
● AOU Careggi ○ AUSL Centro ● Meyer ● Due o più aziende/strutture con la stessa valutazione

Percorso salute mentale - Area Vasta Nord-Ovest



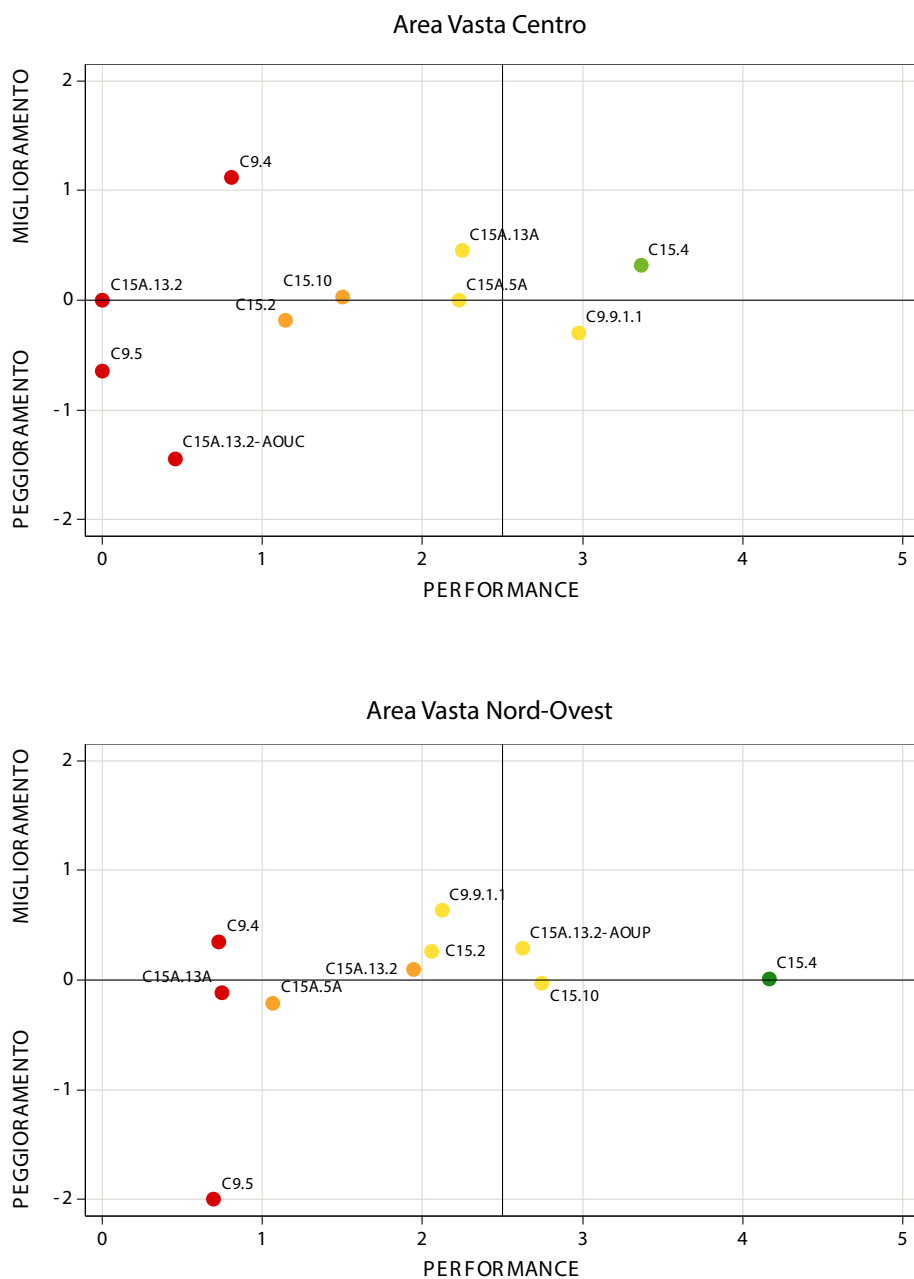
● AOU Pisana ○ AUSL Nord Ovest

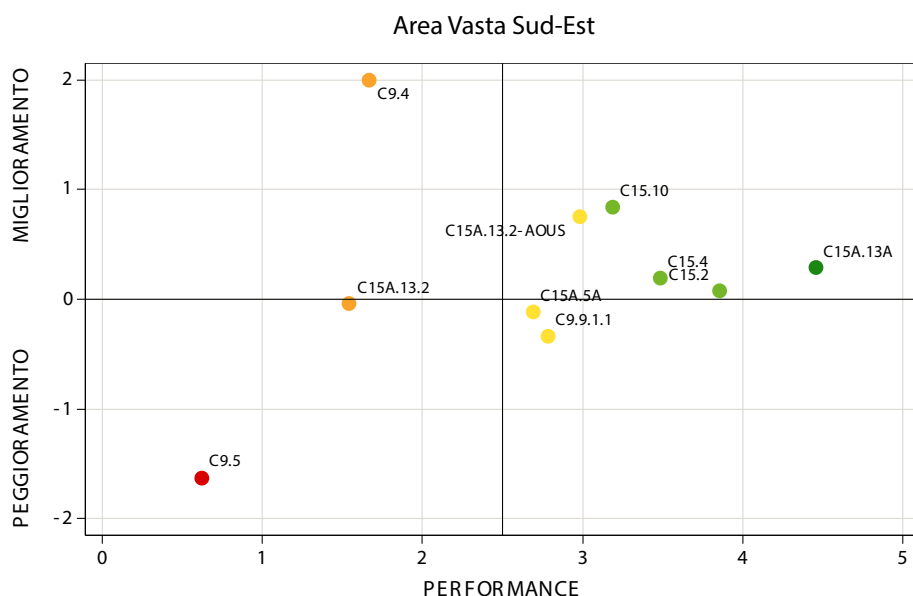
Percorso salute mentale - Area Vasta Sud-Est



● AOU Senese ○ AUSL Sud Est

Figura 25. Mappe di performance del percorso salute mentale nelle Aree Vaste - anno 2018





Legenda delle mappe di performance del percorso salute mentale

Trattamenti psicoterapici territoriali

C15.4 Appropriatezza Psicoterapeutica

C15.10 Trattamenti multi-professionali

Trattamenti farmacologici territoriali

C9.4 Consumo SSRI

C9.5 Consumo Altri antidepressivi

C9.9.1.1 Abbandoni terapia antidepress.

Trattamenti ospedalieri

C15A.5A Tasso STD osped. pat. psych.

C15A.13.2 Ripetuti entro 7gg pat. psych.

Continuità

C15.2 Contatto 7gg DSM dimiss. ric. osped.

Continuità' ospedale-territorio

C15A.13A Ripetuti 8-30gg Pat. psych.

Il percorso assistenza domiciliare e residenziale per anziani

Il percorso riguarda l'assistenza domiciliare (si esclude quindi l'assistenza sociale in quanto non rilevata dai flussi amministrativi) e l'assistenza residenziale nelle RSA per i moduli base temporanei e permanenti erogate dal servizio sociosanitario regionale (solo posti letto convenzionati). 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 (figura 26). Altra particolarità che lo contraddistingue è, infine, il livello di governo che è garantito nelle sue componenti e fasi principali dalle zone distretto.

Le fasi di cui è composto il percorso sono le seguenti:

1. l'accesso, in termini di copertura dell'assistenza domiciliare e residenziale;
2. l'intensità assistenziale nell'erogazione, in termini di numero di accessi domiciliari e tipologia di assistenza residenziale;
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.

La fase di accesso registra mediamente buone performance tra le diverse Ausl, pur con specificità locali. In particolare più critiche sono le ammissioni in RSA entro 30gg per la Ausl Centro, che peggiora tra il 2017 ed il 2018 (si vedano le mappe di Ausl in figura 27), e il tasso di nuovi ammessi in RSA per la Ausl Nord-Ovest.

La fase relativa all'intensità assistenziale presenta le maggiori criticità: in particolare la percentuale di anziani con assistenza domiciliare con Coefficiente di Intensità Assistenziale per l'ADI maggiore di 0,13 è ancora bassa per tutti i territori aziendali, con performance scarse e in peggioramento rispetto al 2017, come si evince dalle mappe di Azienda.

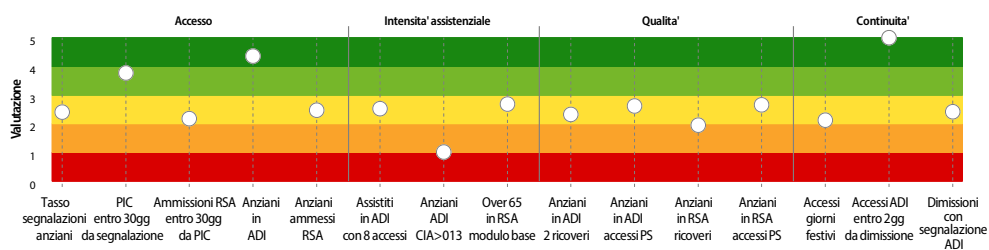
La qualità dell'erogazione, misurata attraverso accessi potenzialmente evitabili verso altri setting assistenziali (ricovero ospedaliero o Pronto Soccorso), presenta margini di miglioramento per le tre Aziende. Si sottolineano in ogni caso i miglioramenti tra il 2017 ed il 2018 della Ausl Centro con riferimento agli indicatori considerati per questa fase; mentre per la Ausl Sud-Est tali indicatori mostrano, pur avendo una buona performance, un leggero peggioramento tra il 2017 ed il 2018.

Infine la fase relativa alla continuità considera alcuni indicatori che fanno riferimento alla presa in carico nei percorsi domiciliari (ad esempio gli accessi nei giorni festivi) e tra ospedale e territorio (ad esempio la tempestività degli accessi dopo un ricovero ospedaliero). L'indicatore

relativo agli accessi domiciliari entro 2 gg da un ricovero ospedaliero per gli anziani ultra 75enni mostra ottime performance nelle tre Aziende, rimanendo stabile tra il 2017 ed il 2018. Più critici sono invece gli indicatori sugli accessi domiciliari durante i festivi, che registra un sensibile peggioramento tra il 2017 e il 2018 per la Ausl Nord-Ovest e Sud-Est (si vedano le mappe di Ausl) e l'indicatore calcolato dalle schede di dimissione ospedaliera che misura il tasso di dimissioni con richiesta di ADI. Quest'ultimo indicatore mostra un'ampia variabilità con valori piuttosto bassi e merita un approfondimento a livello regionale di raccolta del dato.

Figura 26. Pentagrammi del percorso assistenza domiciliare e residenziale in Toscana e nelle Aziende USL - anno 2018

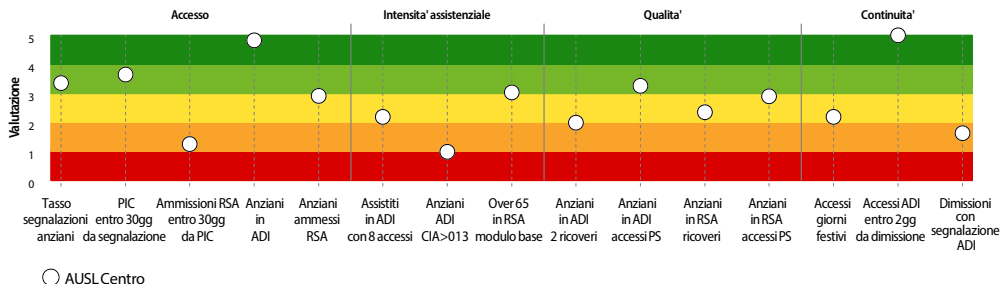
Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Regione Toscana



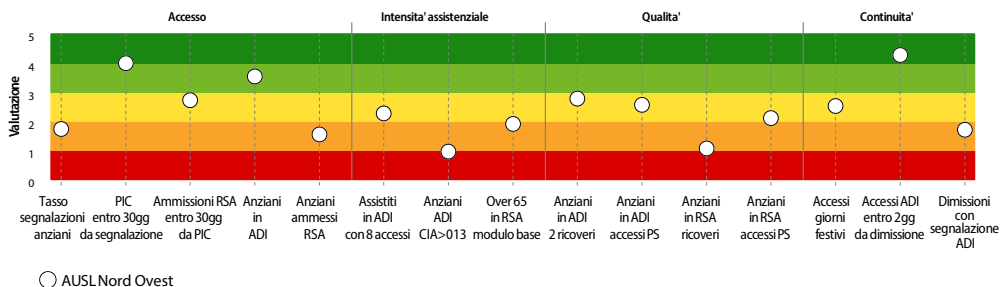
Sintesi dei risultati dei percorsi assistenziali

Il percorso assistenza domiciliare e residenziale per anziani

Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Azienda USL Centro



Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Azienda USL Nord-Ovest



Percorso assistenza domiciliare e residenziale - Azienda USL Sud-Est

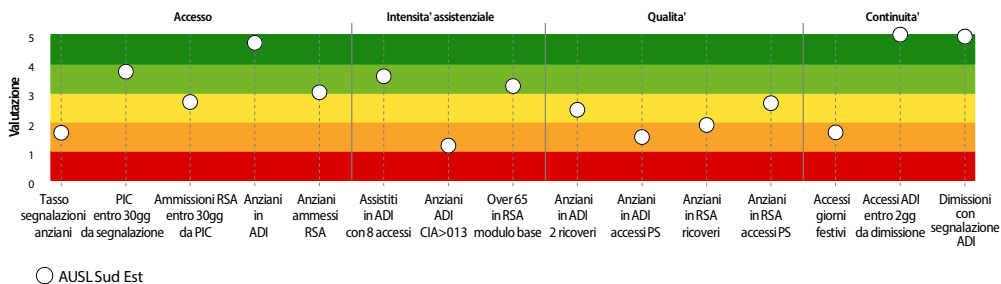
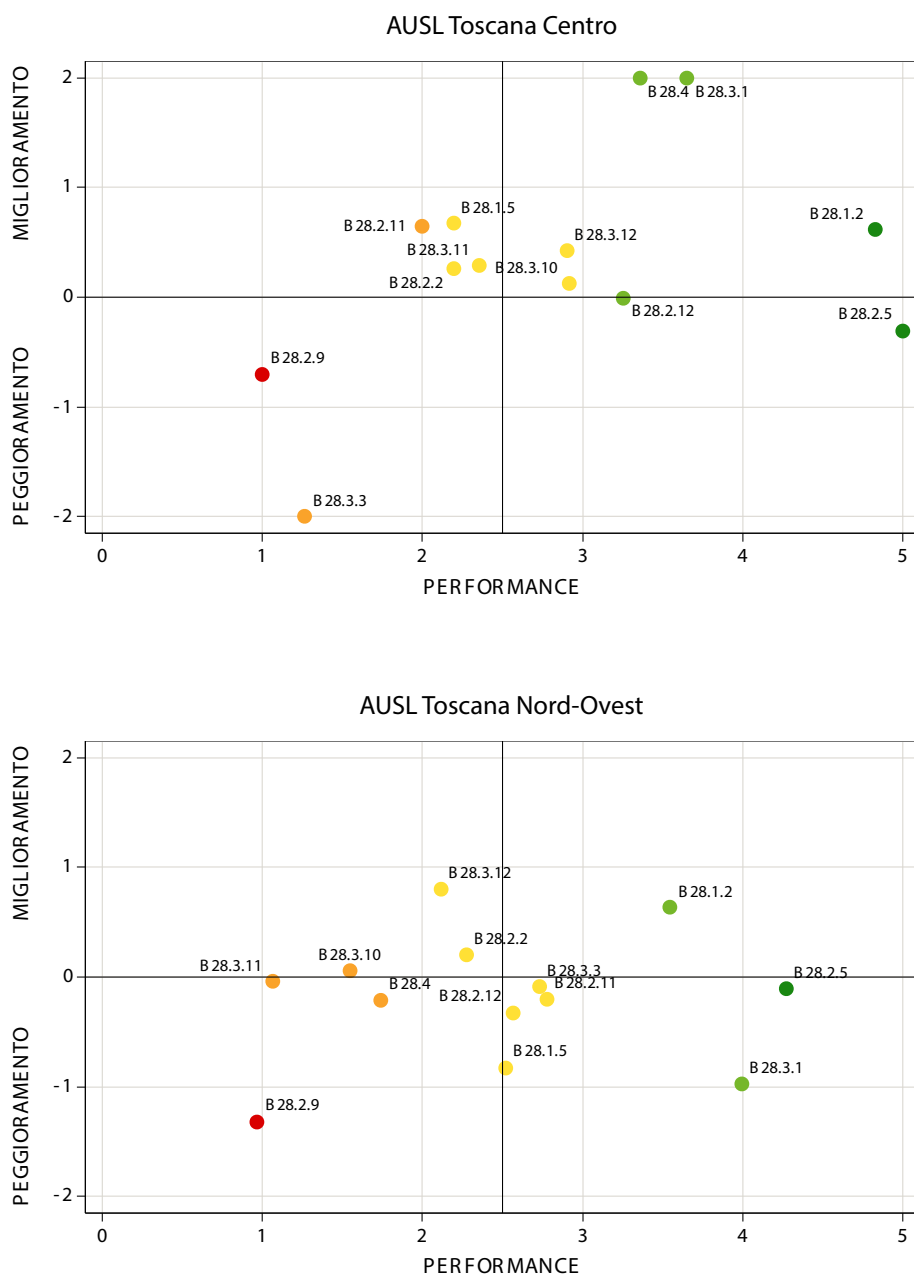
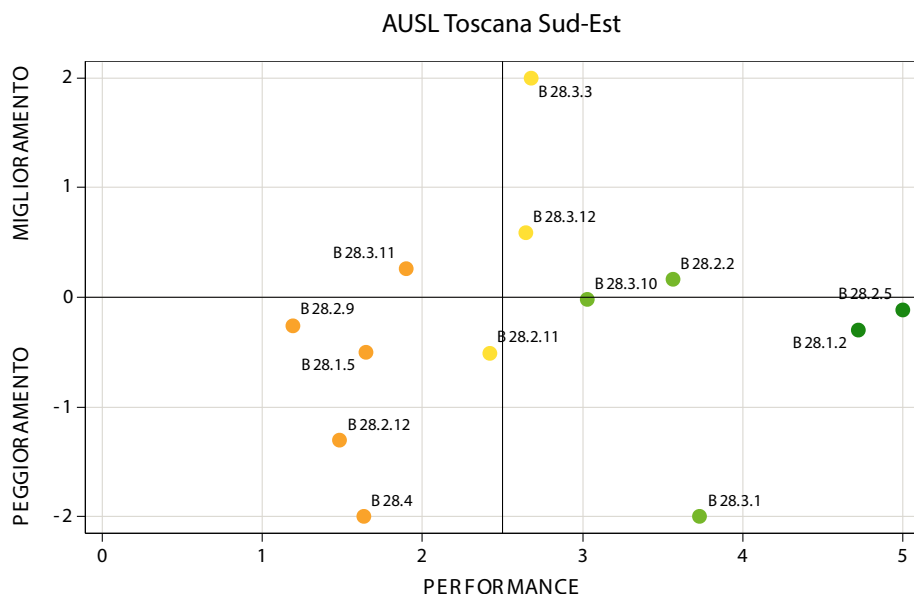


Figura 27. Mappe di performance del percorso assistenza domiciliare e residenziale nelle Aziende USL - anno 2018





Legenda delle mappe di performance del percorso assistenza domiciliare e residenziale

Accesso

- B28.4 Tasso segnalazioni anziani
- B28.3.1 PIC entro 30gg da segnalazione
- B28.3.3 Ammissioni RSA entro 30gg da PIC
- B28.1.2 Anziani in ADI
- B28.3.10 Anziani ammessi RSA

Intensità assistenziale

- B28.2.2 Assistiti in ADI con 8 accessi
- B28.2.9 Anziani ADI CIA>013
- D33ZA.R3 Over 65 in RSA modulo base

Qualità

- B28.2.11 Anziani in ADI 2 ricoveri
- B28.2.12 Anziani in ADI accessi PS
- B28.3.11 Anziani in RSA ricoveri
- B28.3.12 Anziani in RSA accessi PS

Continuità

- B28.1.5 Accessi giorni festivi
- B28.2.5 Accessi ADI entro 2gg da dimissione
- C8A.12 Dimissioni con segnalazione ADI

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 patologie croniche e sulle diverse fasi di presa in carico. In questo senso, come sottolinea il Piano Nazionale della Cronicità, il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita e richiede sempre più una continuità dell'assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari, la formulazione di tale percorso ha quindi 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 5 fasi: prevenzione, compliance, efficienza, ospedalizzazione evitabile ed esiti.

Come si vede dal confronto tra i pentagrammi (figura 28), le diverse Aree Vaste presentano un andamento della performance simile lungo il percorso, pur registrando delle diversità nelle singole fasi.

In questa edizione a stampa, la fase di prevenzione è rappresentata solo dall'indicatore che rileva l'adesione alla Sanità d'Iniziativa. L'adesione alla Sanità d'Iniziativa registra performance buona sia nell'Area Vasta Nord-Ovest sia nella Sud-Est mentre nell'Area Vasta Centro ottiene una performance media.

La fase di compliance presenta "alti e bassi" su tutti e tre i pentagrammi di Area Vasta. Nella fase di compliance, che comprende indicatori di processo di alcuni percorsi cronici che considerano l'adesione alle principali terapie e follow-up, e indicatori di compliance relativamente all'assistenza farmaceutica, spicca la performance particolarmente positiva per tutte le Aree Vaste dell'indicatore "% di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine". Al contrario, tra gli aspetti da migliorare troviamo al limite della fascia rossa per tutte le AV la percentuale di scompensati in terapia ACE inibitori o sartani, e la percentuale di diabetici con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni.

La fase dell'efficienza che comprende (alla data di redazione del report) un solo indicatore "incidenza dei sartani", registra una performance ottima nell'Area Vasta Sud-Est e scarsa nelle restanti Aree Vaste.

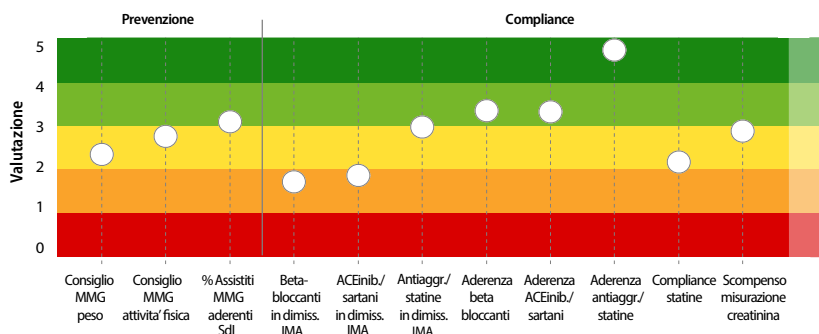
La fase di ospedalizzazione evitabile comprende i tassi di ricovero per le principali patologie croniche e rappresenta i ricoveri potenzialmente evitabili grazie ad una buona presa in carico territoriale. In questa fase, l'Area Vasta Nord-Ovest registra una performance ottima per il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco, BPCO e per le patologie sensibili alle cure ambulatoriali e buona per il diabete, mentre le altre Aree Vaste presentano performance più variabili da media a ottima e trend in leggero peggioramento.

La fase degli esiti, che comprende alcuni indicatori di risultato finale dell'assistenza integrati, registra una performance molto diversa tra un'Area Vasta e l'altra, con l'Area Vasta Sud-Est dalla performance ottima per il tasso di amputazioni maggiori per diabete.

Le mappe di performance mostrano situazioni diversificate tra le Aree Vaste (figura 29). In particolare la mappa dell'Area Vasta Sud-Est presenta una maggiore variabilità ed ha la maggior parte degli indicatori in peggioramento, sia quelli con performance già ottime sia quelli con performance critiche. La mappa dell'Area Vasta Centro e quella dell'Area Vasta Nord-Ovest mostrano la maggior parte degli indicatori in miglioramento.

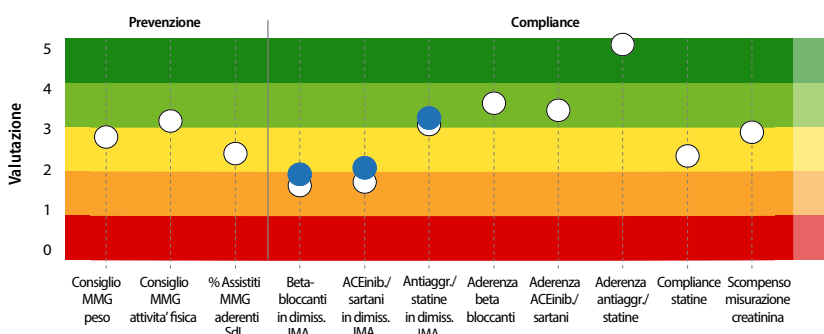
Figura 28. Pentagrammi del percorso cronicità in Toscana e nelle Aree Vaste - anno 2018

**Percorso cronicità -
Regione Toscana**



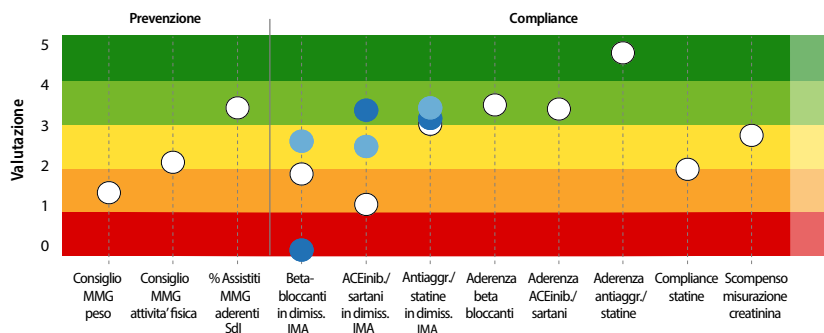
**Percorso cronicità -
Area Vasta Centro**

- AOU Careggi
- AUSL Centro



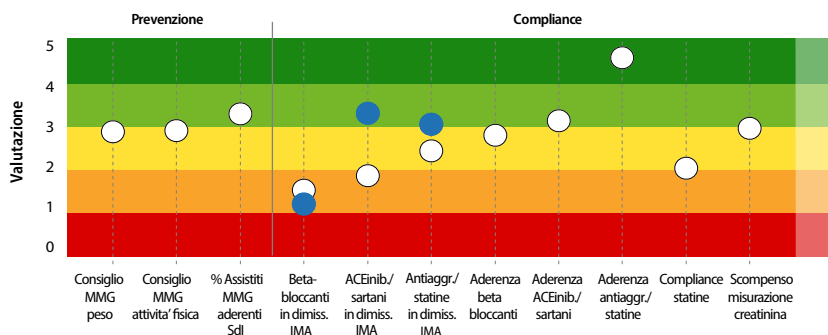
**Percorso cronicità -
Area Vasta Nord-Ovest**

- AOU Pisana
- AUSL Nord-Ovest
- Fond. Monasterio



**Percorso cronicità -
Area Vasta Sud-Est**

- AOU Senese
- AUSL Sud-Est



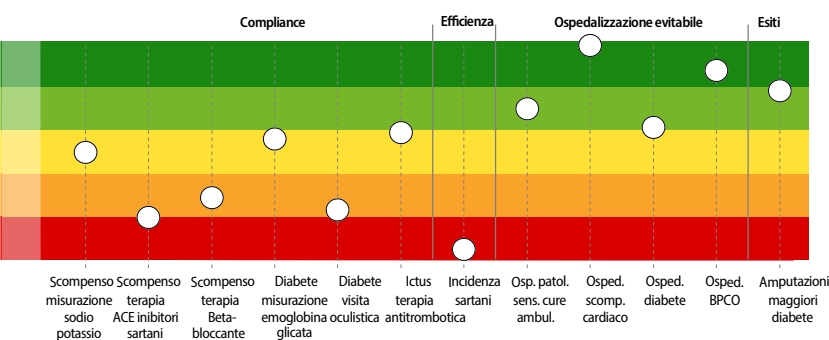
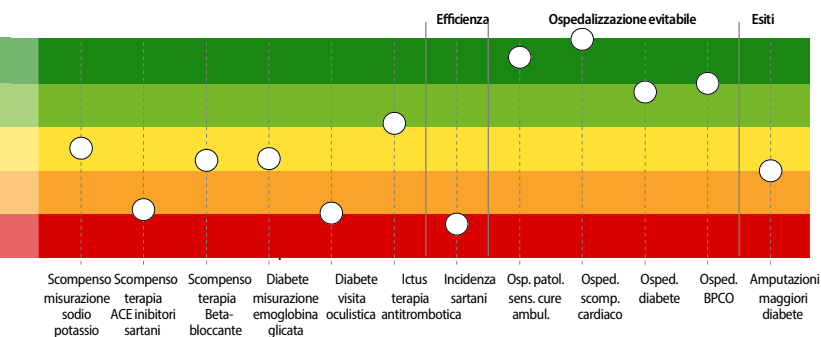
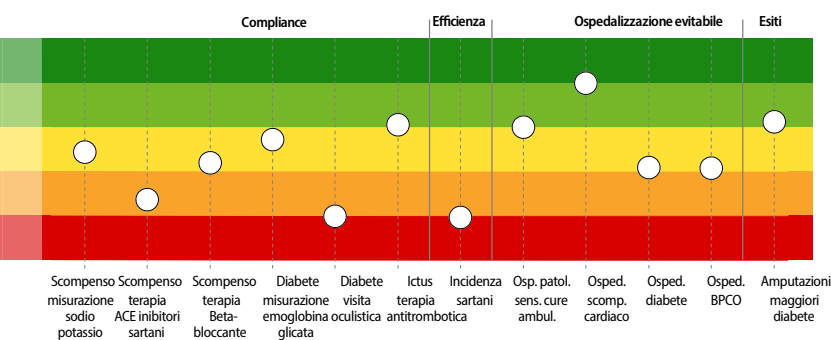
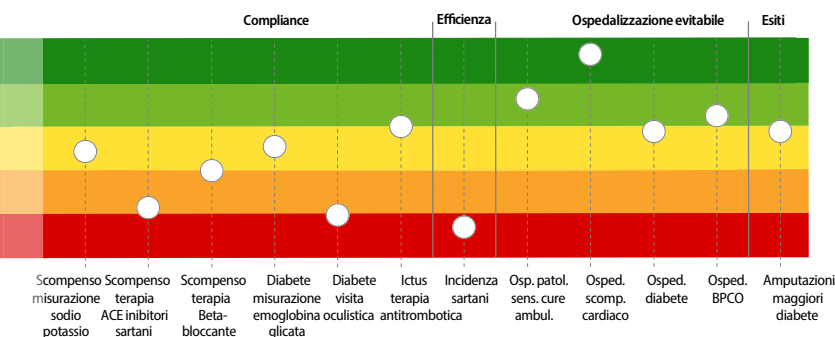
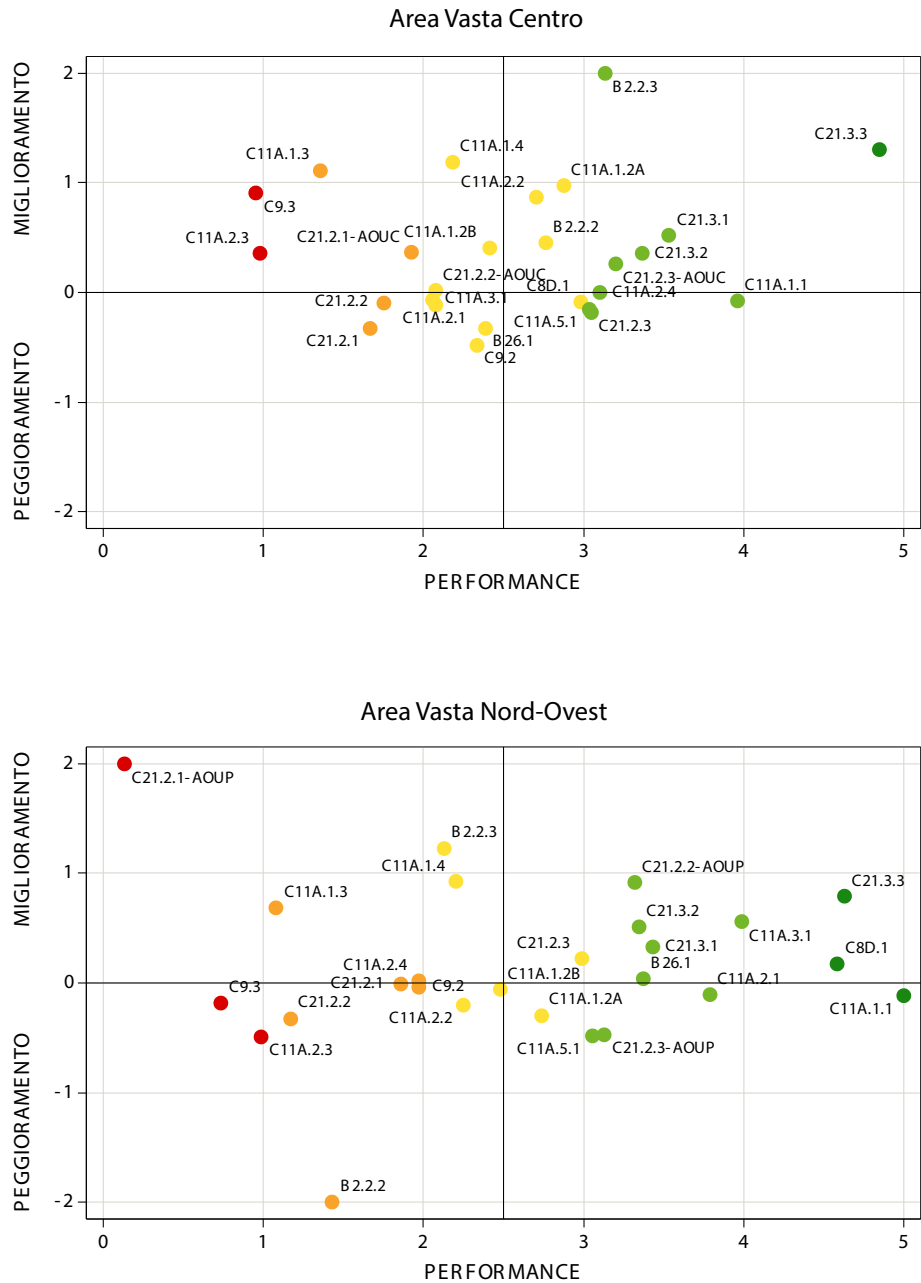
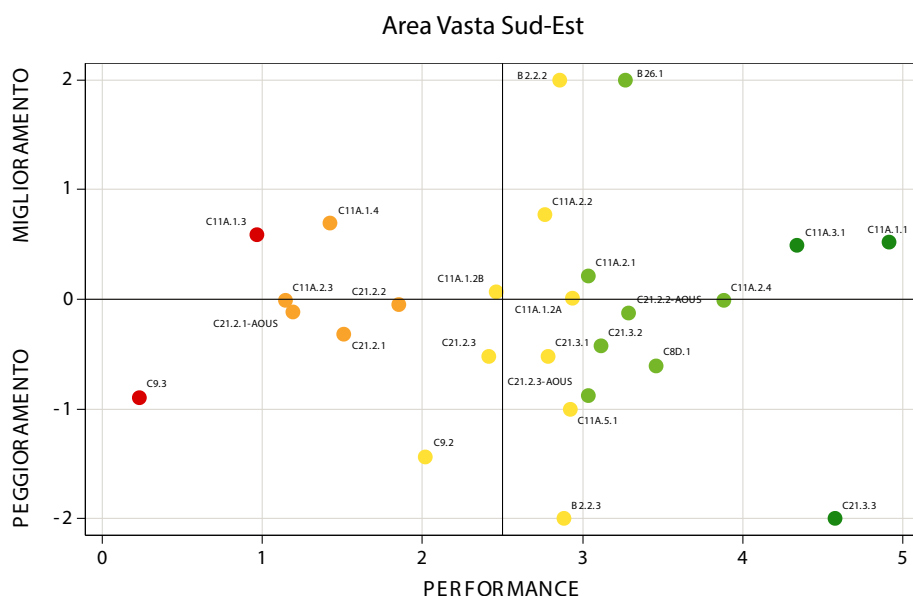


Figura 29. Mappe di performance del percorso cronicità nelle Aree Vaste - anno 2018





Legenda delle mappe di performance del percorso cronicità

Prevenzione

- B2.2.2 Consiglio MMG peso
- B2.2.3 Consiglio MMG attività' fisica
- B26.1 % Assistiti MMG aderenti SdI

Compliance

- C21.2.1 Beta- bloccanti in dimiss. IMA
- C21.2.2 ACEinib./ sartani in dimiss. IMA
- C21.2.3 Antiaggr./ statine in dimiss. IMA
- C21.3.1 Aderenza beta bloccanti
- C21.3.2 Aderenza ACEinib./ sartani
- C21.3.3 Aderenza antiaggr./ statine
- C9.2 Compliance statine
- C11A.1.2A Scompenso misurazione creatinina
- C11A.1.2B Scompenso misurazione sodio potassio
- C11A.1.3 Scompenso terapia ACE inibitori sartani
- C11A.1.4 Scompenso terapia Betabloccante
- C11A.2.2 Diabete misurazione emoglobina glicata
- C11A.2.3 Diabete Visita oculistica
- C11A.5.1 Ictus Terapia antitrombotica

Efficienza

- C9.3 Incidenza sartani

Ospedalizzazione evitabile

- C11A.1.1 Osped. scomp. cardiaco
- C11A.2.1 Osped. diabete
- C11A.3.1 Osped. BPCO
- C8D.1 Osp. patol. sens. cure ambul.

Esiti

- C11A.2.4 Amputazioni Maggiori Diabete

Il percorso Emergenza-Urgenza

Il servizio di Emergenza-Urgenza mira a garantire ai cittadini interventi sanitari immediati (emergenza) e interventi sanitari pronti (urgenza) in caso di necessità. Nel pentagramma dedicato al percorso dell'Emergenza-Urgenza ripercorriamo dunque le fasi vissute dal cittadino che si trova ad usufruire di tale Servizio Sanitario, valutandone alcuni elementi cruciali, quali: l'accesso, il triage, il percorso di cura all'interno del Pronto Soccorso (PS) e l'eventuale ricovero. Nella fase di accesso, attraverso l'indicatore Intervallo allarme-target, è misurata la tempestività di arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto, mentre l'Accesso al PS valuta il tasso di accesso al Pronto Soccorso per la popolazione residente che può essere considerato un indicatore indiretto della presa in carico dei servizi territoriali: elevati tassi di accesso al PS sono segnali di un potenziale accesso inappropriato, ovvero di una mancata risposta ai bisogni di cura degli utenti da parte degli altri servizi di cura primaria.

In merito alla presa in carico da parte del Pronto Soccorso, nella fase Triage è presente una misura di qualità che valuta la percentuale di accessi in codice colore rosso ricoverati, deceduti, trasferiti o ammessi in Osservazione Breve Intensiva (OBI).

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 118 e delle cure primarie a quella ospedaliera (figura 30). Il pentagramma di Area Vasta dà infatti la possibilità di monitorare anche l'azione delle centrali operative, per ciascuna delle quali è presente un pallino che con la sua posizione sulle cinque fasce ne descrive la performance, e di valutare in modo distinto le performance dei presidi ospedalieri dell'Azienda territoriale (pallino bianco) e le performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie (pallino azzurro).

I risultati che si osservano nel pentagramma per la Regione Toscana mostrano complessivamente una performance media del percorso Emergenza-Urgenza, e questo risultato è quasi del tutto estendibile alle Aree Vaste Nord-Ovest e Sud-Est con alcune peculiarità, mentre l'Area Vasta Centro riporta una performance che per la maggior parte degli indicatori è buona. In particolare, l'Area Vasta Sud-Est presenta criticità nel tasso di accesso in Pronto Soccorso e negli accessi ripetuti entro le 72 ore, mentre ha performance ottime rispetto agli abbandoni da Pronto Soccorso. Nell'Area Vasta Centro, l'AOU di Careggi ha un'ottima performance sulle riammissioni entro le 72 ore, mentre è in fascia arancione l'indicatore sulle dimissioni da

Pronto Soccorso entro le 6 ore. Infine, le Aziende Ospedaliero-Universitarie Pisana, Senese e Careggi hanno ottime performance nel ricovero dei pazienti inviati in chirurgia, poi dimessi con DRG chirurgico, e pessime performance nei tempi di attesa pre-ricovero.

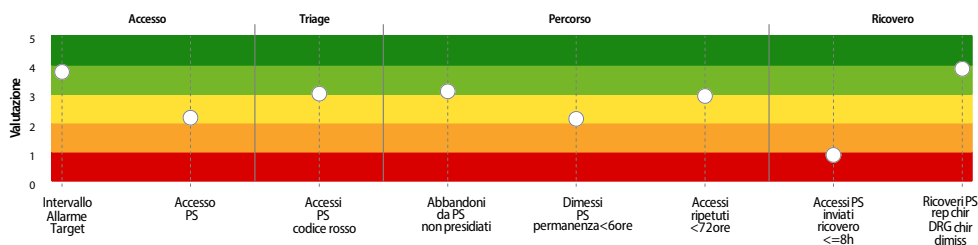
Nell'Area Vasta Centro si osserva un miglioramento complessivo, come emerge chiaramente dalla mappa che vede buona parte degli indicatori collocarsi nel quadrante che identifica quelli con performance medio-alta e con un trend in miglioramento. Meritano invece attenzione l'invio al ricovero entro le 8 ore, in peggioramento sia per l'Azienda territoriale che per l'AOU Careggi, e il tasso di accesso al PS.

L'Area Vasta Nord-Ovest riporta risultati positivi in termini di trend (che migliora) su indicatori quali gli accessi ripetuti entro le 72 ore, gli accessi inviati a ricovero entro le 8 ore (per l'Azienda territoriale), l'intervallo allarme target per le centrali di Livorno e Pisa e gli abbandoni da PS non presidiati. Peggiorano invece gli invii a ricovero entro le 8 ore per l'Azienda Ospedaliera Pisana, il tasso di accesso al PS e l'intervallo allarme target per la Centrale Alta Toscana e per l'Azienda territoriale. Gli altri indicatori restano stabili.

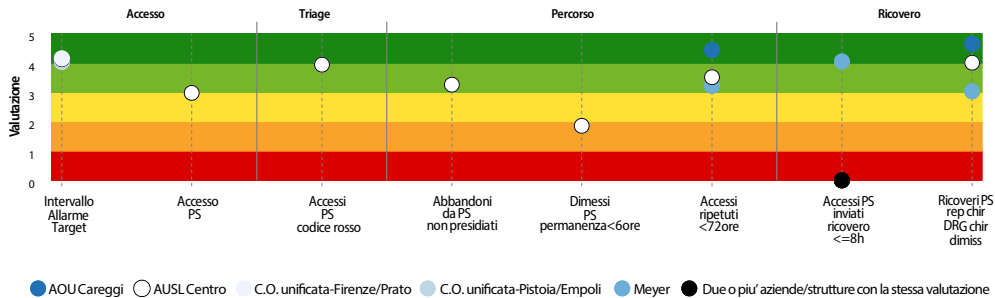
I risultati del percorso Emergenza-Urgenza dell'Area Vasta Sud-Est mostrano come nel 2018 gli indicatori già positivi nell'anno precedente si siano mantenuti stabili (ad esempio, gli abbandoni da PS non presidiati), mentre si osserva un miglioramento per i ricoveri in reparti chirurgici che alla dimissione hanno visto assegnarsi un DRG chirurgico (sia per gli ospedali dell'Azienda territoriale che per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese). Peggiorano alcuni indicatori, tra i quali il tasso di accesso al PS, i ricoveri entro le 8 ore per l'Azienda territoriale e gli accessi ripetuti nelle 72 per l'AOUS. Questi ultimi due indicatori migliorano invece rispettivamente per l'AOUS e per l'Azienda territoriale, pure continuando a restare nella fascia rossa e arancione.

Figura 30. Pentagrammi del percorso Emergenza-Urgenza in Toscana e nelle Aree Vaste - anno 2018

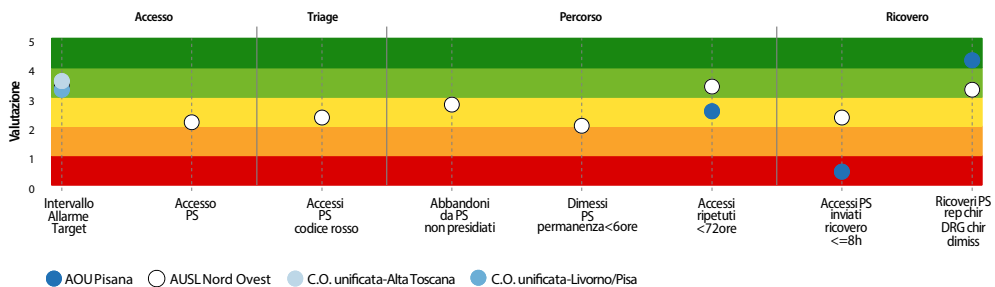
Percorso Emergenza-Urgenza - Regione Toscana



Percorso Emergenza-Urgenza - Area Vasta Centro



Percorso Emergenza-Urgenza - Area Vasta Nord-Ovest



Percorso Emergenza-Urgenza - Area Vasta Sud-Est

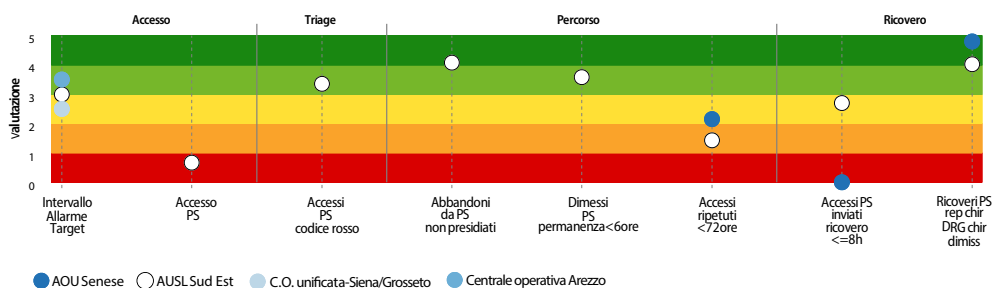
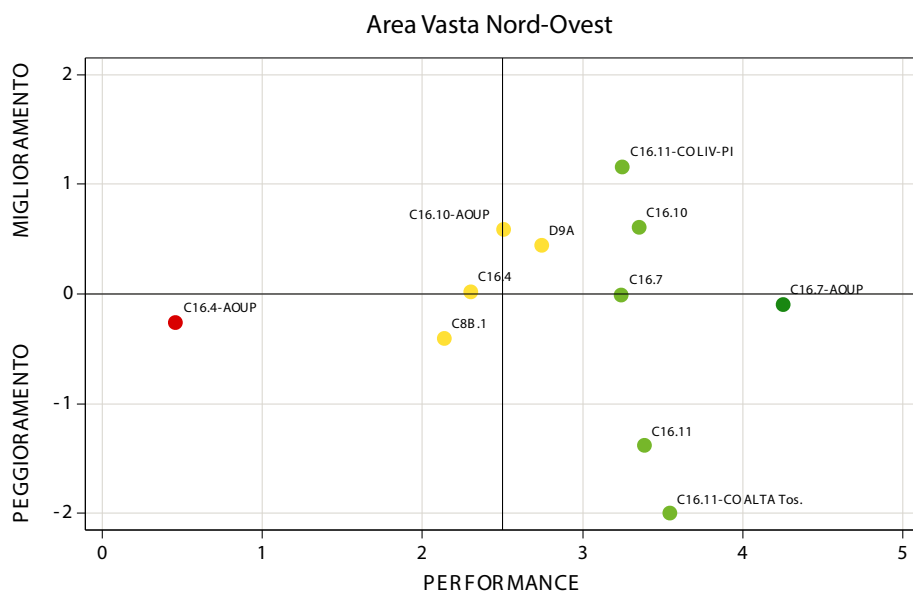
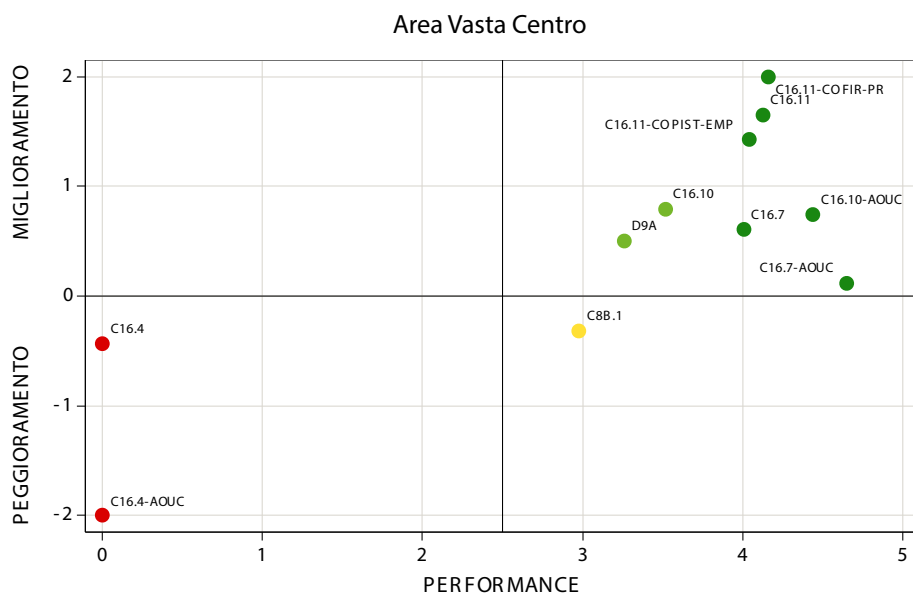
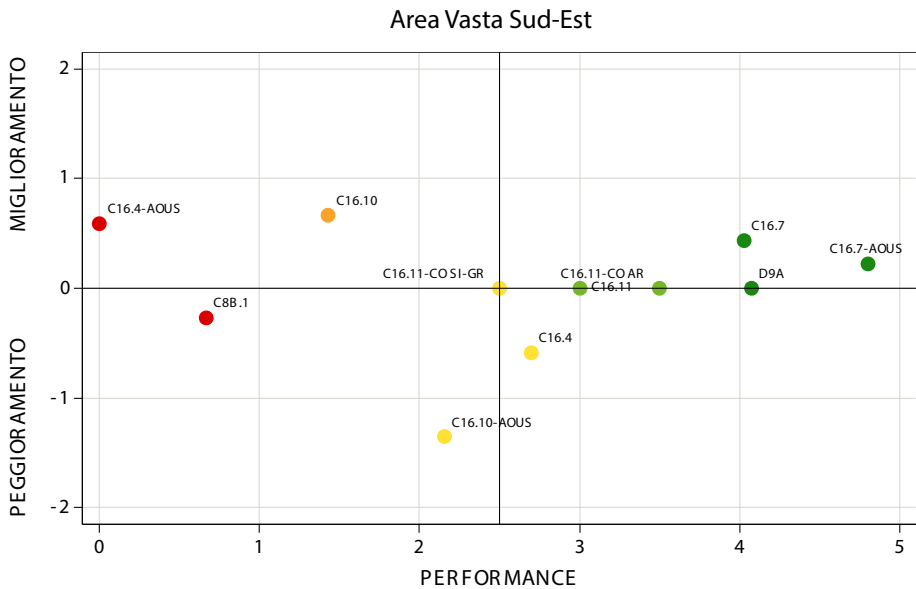


Figura 31. Mappe di performance del percorso Emergenza-Urgenza nelle Aree Vaste - anno 2018





Legenda delle mappe di performance del percorso Emergenza-Urgenza

Accesso

- C16.11 Intervallo Allarme Target
- C8B.1 Accesso PS

Triage

- C16A.T1 Accessi PS codicerosso

Percorso

- D9A Abbandoni da PS non presidiati
- C16.4.1 Dimessi PS permanenza < 6 ore
- C16.10 Accessi ripetuti < 72 ore

Ricovero

- C16.4 Accessi PS inviati ricovero ≤ 8h
- C16.7 Ricoveri PS rep chir DRG chir dimiss

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, quindi, ha adattato al contesto residenziale le metodologie e gli indicatori del sistema di valutazione della performance della sanità, pur preservandone gli obiettivi, i principi e la rappresentazione grafica.

Al sistema di valutazione hanno aderito volontariamente 94 RSA pubbliche e private, che rappresentano circa il 30% dell'offerta di servizi residenziali per anziani non autosufficienti in Toscana in termini di p.l. 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;
- soddisfazione degli operatori, 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.). Non sono, infatti, disponibili dati sulla qualità di questo setting assistenziale interrogando i flussi amministrativi regionali. Considerando i risultati dell'anno 2017 delle 94 RSA che hanno aderito volontariamente al sistema di valutazione con riferimento all'assistenza per anziani non autosufficienti, si

registrano performance positive in termini di organizzazione dei servizi offerti. In particolare vale la pena segnalare che mediamente nel 78% dei giorni di assistenza vengono svolte attività di animazione, con un tasso di partecipazione del 63%.

Sulla gestione del fine vita quasi tutte le 94 RSA hanno protocolli per la gestione del fine vita, mentre solo il 40% ha formato gli operatori su tale fase critica.

In termini di qualità clinica, circa 10 assistiti ogni 100 assistiti equivalenti presentano un'ulcera da pressione (un assistito equivalente corrisponde a 365 giornate di presa in carico erogate), che migliorano nel 50% dei casi.

Il tasso di cadute (con esito ricovero ospedaliero, accesso al PS o decesso) rappresenta una possibile criticità, in quanto si rilevano circa 14 cadute ogni 100 assistiti equivalenti, con una variabilità che va da 0 cadute a 42 cadute ogni 100 assistiti equivalenti.

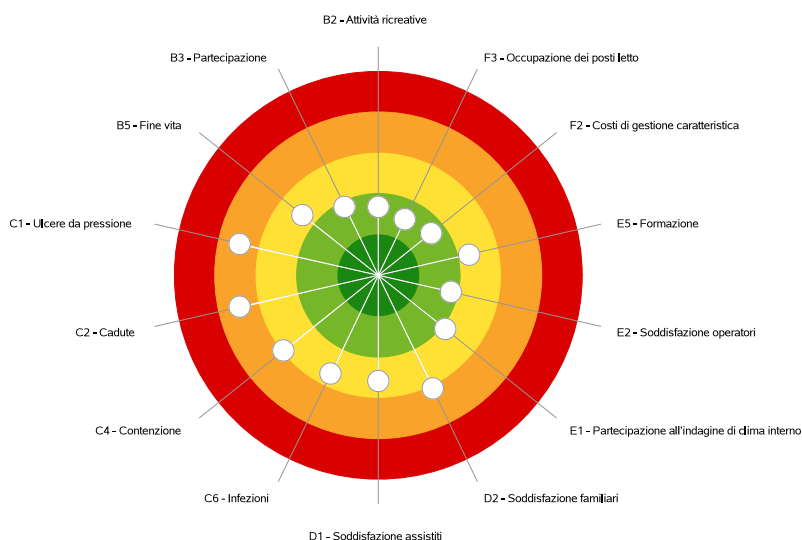
Il fenomeno delle contenzioni diverse da spondine riguarda il 24% degli assistiti presenti nelle strutture (misurato in una settimana indice definita dal gruppo di ricerca).

In termini di soddisfazione, su una scala da 0 a 100, gli assistiti esprimono un giudizio positivo sulla soddisfazione generale pari a 84.9, con una variabilità tra le strutture che va da 59/100 a 100/100. Per i familiari la soddisfazione, invece, è di 89.5/100, con una variabilità tra le strutture che va da 72/100 a 100/100.

Infine in termini di efficienza, mediamente il tasso di occupazione è piuttosto elevato e corrisponde al 96.4%, con più della metà delle RSA che ha un valore che va oltre il 98%.

La figura 32 rappresenta le performance medie delle 94 RSA partecipanti al sistema di valutazione per il 2017.

Figura 32: Bersaglio della performance delle 94 RSA aderenti per l'anno 2017



Finito di stampare
nel mese di luglio 2019
da Press Service S.r.l.
Firenze