

2017

Welfare e salute in Toscana



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



Welfare e salute
in Toscana

2017

Welfare e salute in Toscana

2017

Presentazione

Sono davvero molto lieta di presentare il volume “Welfare e salute in Toscana”.

È il risultato di uno sforzo collegiale condotto da diverse realtà che nell’ambito regionale si occupano di welfare e salute con prospettive e punti di vista differenti, ma convergenti: l’Osservatorio sociale regionale, l’Agenzia regionale di sanità, il Laboratorio Mes, Istituto di Management della Scuola Superiore Sant’Anna e l’Anci Toscana.

Grazie a questo prezioso lavoro è possibile mettere a disposizione degli operatori, degli stakeholder e di tutti i cittadini uno strumento unitario utile a comprendere, all’interno di un quadro organico e condiviso, i fenomeni più rilevanti che interessano la salute e il benessere dei cittadini che vivono nella nostra regione.

Da tempo Regione Toscana lavora, insieme a molti altri soggetti, per costruire scenari, strumenti e metodi condivisi, utili a governare la complessità contemporanea. Possiamo affermare, con soddisfazione, che il sistema sanitario e sociale regionale, composto da un ricco patrimonio tecnico professionale e da un prezioso capitale sociale di cui il terzo settore è soggetto protagonista, opera quotidianamente per costruire sistemi più inclusivi dove siano garantite prevenzione, cura, promozione di opportunità e servizi efficaci.

Gli esiti di questo lavoro sono molto positivi e collocano il sistema toscano ai vertici nazionali e non solo. Garantire l’universalità del diritto alla salute, la promozione dell’esercizio dei doveri ed il sostegno a chi rischia di rimanere escluso, significa coinvolgere appieno le strutture tecniche, i territori e le comunità locali in relazione alle scelte attuate, alle risposte messe in campo, alla tessitura della rete sociale e sanitaria che integra patrimonio tecnico professionale, capitale sociale ed economie solidali. Inoltre, il dispiegamento di nuovi strumenti di prossimità, di proattività e di integrazione tra i servizi, insieme all’apporto delle nuove tecnologie che consentono la creazione di piattaforme di scambio e condivisione tra operatori e cittadini, possono diventare essenziali per rafforzare le politiche per la salute e l’inclusione sociale.

Nel momento del bisogno è necessario non lasciare sole le persone; dobbiamo accompagnarle per fronteggiare i rischi di spiazzamento o disagio che possono condizionare la loro salute e quindi la loro vita. Dobbiamo impegnarci tutti per individuare, anche con innovazione e audacia, soluzioni e risposte ai problemi delle persone.

Anche per questo è importante conoscere, studiare i fenomeni legati alla salute ed al benessere delle persone, approfondire e riflettere su ciò che sta avvenendo nelle nostre comunità locali per aiutare tutti a governare i processi e ripensare costantemente sistemi e modelli sanitari e di welfare adeguati e moderni.

Il tempo che stiamo vivendo è stato definito della “grande incertezza”. Sono convinta tuttavia che le nostre comunità e i nostri servizi, raccogliendo le sfide della modernità, sapranno impegnarsi per costruire un nuovo “umanesimo”, per ricollocare al centro degli interessi collettivi la persona

e i suoi bisogni essenziali. Prendersi cura dei cittadini e delle collettività significa alimentare visioni e strategie, coltivare un'idea condivisa di salute, di benessere e di comunità locale.

Guardare oltre l'orizzonte conosciuto, scorgendo i tratti di un nuovo welfare generativo, aiuta a costruire un modello culturale di comunità che mette in relazione le competenze degli operatori con le risorse e le energie dei cittadini, con i saperi non professionali e le esperienze aggregative e partecipative. Se riusciremo ad andare in questa direzione, saremo anche in grado di ricostruire un patrimonio collettivo di valori etici, capace di condizionare le azioni odierne e prefigurare quelle future.

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

Premessa

Questo volume è il risultato della condivisione di sguardo e dello scambio di prospettive di quattro soggetti autonomi, ma sempre più frequentemente impegnati insieme: l'Agenzia regionale di sanità, l'Osservatorio sociale della Regione Toscana, il Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna e l'Anci Toscana. Un impegno che tenta di leggere in maniera integrata le varie anime dei fenomeni sociali e sanitari che interessano la comunità Toscana. È un prodotto nuovo, unico nel panorama nazionale, frutto della positiva contaminazione tra la relazione sanitaria, il profilo sociale e la valutazione del sistema sanitario toscano, che da quest'anno costituiscono uno strumento unitario.

Studiare, analizzare e valutare le politiche ed i fenomeni connessi alla salute in Toscana, farlo in modo organico e approfondito com'è nell'intento di questo lavoro, è la premessa essenziale per garantire un sistema sociale e sanitario solido ed efficace, una governance basata su conoscenza, cooperazione e corresponsabilità.

La salute è sicuramente uno degli aspetti più rilevanti nella vita delle persone. Promuovere i presupposti per un'esistenza sana e felice è l'imperativo categorico che guida e anima il lavoro dei soggetti pubblici chiamati a rispondere, in modo appropriato ed incisivo, alla crescente e diversa domanda di salute.

Welfare e salute in Toscana si inserisce e deve essere letto all'interno del quadro conoscitivo costruito in questi ultimi anni a supporto della programmazione sanitaria e sociale, delle Zone Distretto e Società della Salute, degli ospedali della Toscana. Il principio dell'integrazione socio-sanitaria ha permesso la condivisione di un modello sistemico nel quale il patrimonio tecnico professionale pubblico e il capitale sociale rappresentano l'orizzonte di riferimento.

L'analisi contenuta nel volume è caratterizzata da una visione integrata degli aspetti sociali e sanitari relativi alla comunità toscana, con il tentativo di fornire un supporto agli enti pubblici preposti alla programmazione e alla progettazione degli interventi. Elementi che rappresentano un utile strumento per comprendere il mutamento sociale e sanitario, il nuovo concetto di salute e benessere, le dinamiche della società multiculturale. Un contributo per individuare e gestire azioni a sostegno di persone e comunità, basate su buone pratiche cliniche e sull'uguaglianza di accesso alle prestazioni, a partire dai cittadini più fragili e vulnerabili.

Inoltre l'apertura di spazi pubblici di dialogo tra cittadini e mondo sanitario e sociale, favorisce l'affermarsi delle cosiddette economie solidali, con un ruolo strategico e operativo assunto dal variegato mondo del terzo settore. Ne sono prova tangibile le reti sviluppate grazie ai percorsi di coprogettazione sociale, oppure le forme di rappresentanza, come il Consiglio dei cittadini per la salute, oppure i Comitati di partecipazione aziendali e di Zona Distretto, previste - nell'ambito del servizio sanitario regionale - dalla recente legge regionale sulla partecipazione e tutela dei cittadini. Con il presente volume si intende restituire quadri e sfondi dello scenario regionale, valorizzando dati, informazione e conoscenze resi fruibili dai soggetti coinvolti e dalle fonti disponibili.

Regione Toscana, anche attraverso il prezioso lavoro dell'Osservatorio sociale, ritiene importante riaffermare la cultura della conoscenza e dello studio dei fenomeni di mutamento in atto nelle società locali, in quanto essenziale per aiutare i servizi a "stare nel cambiamento" e a presidiarlo. È infatti importante sostenere – con lo studio e la conoscenza - l'innovazione dei modelli e dei sistemi organizzativi che non solo si devono preoccupare della cura, ma anche e soprattutto della prevenzione sanitaria e sociale, garantendo a tutti i cittadini le medesime opportunità – a partire dalla comprensione e utilizzo delle informazioni disponibili -, per aspirare al medesimo livello potenziale di benessere. È altresì importante perseguire con determinazione e costanza l'appropriatezza delle cure, sostenere il progresso scientifico e tecnologico nell'ambito medico, lavorare su alimentazione e stili di vita, allineare e armonizzare servizi, percorsi e programmi volti allo sviluppo e alla promozione di un benessere diffuso, affinché le comunità locali si riappropriino di competenze, abilità e capacità per ridefinire e rigenerare sapientemente e con responsabilità i presupposti per una salute per tutti.

In questa logica il tema dell'aumento delle cronicità e il tema delle disuguaglianze sono centrali e impongono di porre attenzione all'identificazione e all'attribuzione di significati condivisi per entrambi i fenomeni che rappresentano una reale emergenza per la società contemporanea. Non considerare o trascurare tali urgenze potrà generare criticità organizzative in termini di approccio, soluzioni e prospettive temporali e spaziali.

Più in generale possiamo affermare che il servizio sanitario regionale deve essere considerato - nel suo complesso - uno dei principali fattori produttivi della Toscana e la sanità, alla pari del sociale, non è un costo, ma una grande opportunità economica da potenziare e consolidare.

Welfare e salute in Toscana porta perciò un contributo per rinnovare e rigenerare la mission regionale che rimane quella di garantire a ciascuna persona il diritto alla salute, anche nell'ottica di protezione della salute pubblica e del diritto all'inclusione sociale. In questo, il nuovo Piano Sanitario e Sociale 2018/2020 in fase di elaborazione, diventerà il riferimento programmatico, lo strumento di indirizzo operativo per i servizi.

Monica Calamai
Direttore Direzione Diritti di
cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana

Indice degli argomenti

Presentazione

Premessa

Il contesto socio-demografico in Toscana

Popolazione	pag. 13
Presenza straniera	16
Minori e giovani	18
Anziani	20
Famiglie	22

Determinanti di salute

Educazione e istruzione	27
Vulnerabilità delle famiglie e interventi di sostegno	30
Fattori di inclusione ed esclusione sociale	34
Stili di vita	39
Ambiente	50

La salute dei toscani

Mortalità	55
Mortalità evitabile	57
Aspettativa di vita	59
Tumori	61
Malattie infettive	63
Eventi acuti cardiovascolari	74
Malattie croniche	77
Disabilità	79
Salute mentale	82
Suicidi	86
Incidenti stradali	88
Incidenti domestici	91
Incidenti sul lavoro	93
Salute della donna e dei bambini	95
Salute di genere	98
Violenza di genere	101
Salute degli anziani	105
Salute degli stranieri	107
Percezione di salute	110

Le risorse del sistema toscano

La centralità del territorio	115
La spesa sociale	123
Il terzo settore	126
Il lavoro domestico di cura	129
Organizzazioni e strutture sportive	131

Il sostegno educativo	133
Il Welfare intermediato	136
L'uso del sistema sanitario	141
Risorse finanziarie sanitarie	143
Risorse professionali e strutture sanitarie	144
Risorse del servizio sociale professionale	145
Consumo di farmaci	147

La qualità delle cure

Screening oncologici	151
Copertura vaccinale nei bambini	154
Emergenza-urgenza	157
Il ricovero ospedaliero	160
La mobilità ospedaliera	163
Trapianti e donazioni	164
Volumi di attività ospedaliera	167
Tempi di attesa specialistica ambulatoriale	170
Esiti	172
Antibiotico-resistenza	176
Specialistica ambulatoriale	179
Riabilitazione	181
Cure territoriali e AFT	184
Assistenza all'anziano non autosufficiente	187
Assistenza alla disabilità	189
Le cure nel fine vita	193
L'assistenza garantita: i LEA	195
La percezione dei cittadini sui servizi	197

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana

Introduzione al sistema di valutazione	201
La valutazione della performance in sintesi	202
La mappa di performance	214
La torta della variabilità	215
Il pentagramma come strumento per rappresentare i percorsi clinico-assistenziali	217
Trasparenza e benchmarking: la consultazione del sistema di valutazione della performance attraverso il portale	219
I risultati della performance del 2017	221
I risultati di sintesi della performance dell'AUSL Toscana Nord-Ovest nel 2017	226
I risultati di sintesi della performance dell'AUSL Toscana Centro nel 2017	229
I risultati di sintesi della performance dell'AUSL Toscana Sud-Est nel 2017	230
I risultati di sintesi della performance delle Aziende ospedaliero-universitarie nel 2017	234
I risultati di sintesi della performance dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi	235
I risultati di sintesi della performance dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana	236
I risultati di sintesi della performance dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese	237
I risultati di sintesi della performance dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer	238
I risultati di sintesi della performance della Fondazione Toscana G. Monasterio	239

Coordinamento scientifico

ARS Toscana: F. Profili, F. Voller

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

Anci Toscana: S. Naldoni

Scuola Superiore Sant'Anna: M. Bonciani, S. De Rosis, 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, A. Berti, F. Collini, S. D'Arienzo, V. Di Fabrizio, M. Falcone, S. Forni, P. Francesconi, G. Galletti, F. Gemmi, R. Gini, F. Ierardi, F. Innocenti, D. Nuvolone, F. Profili, M. Puglia, G. Roberto, C. Silvestri, E. Sinisgalli

Regione Toscana: G. Attardo, L. Baggiani, L. Bani, S. Biagi, S. Brunori, M. R. Caciolli, C. Caldonazzo, N. Caruso, M. De Luca, M. La Mastra, S. Lomi, S. Madrigali, R. Nocentini, D. Ricotta, A. Salvi, C. Tocchini, B. Trambusti

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

Scuola Superiore Sant'Anna: S. Barsanti, M. Bonciani, M. Campedelli, D. Cerasuolo, S. De Rosis, F. Ferrè, B. Lupi, A. M. Murante, A. Rosa, M. Vainieri

CeRIMP: A. Baldasseroni

Hanno collaborato

ARS Toscana: A. Allamani, B. Bellini, I. Bellini, S. Bravi, E. Crocetti, V. Dubini, E. Gualdani, M. Lazzeretti, G. Paggi, D. Petri, A. Rosselli, F. Rusconi, G. Seghieri, C. Stasi, C. Szasz, A. Zuppiroli

Anci Toscana: M. Caiolfa, A. De Conno

Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza: I. Candeago, R. Ricciotti

Regione Toscana: S. Collarini, C. Corezzi, A. Lupo Berghini

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

ARPAT: M. Talluri

ISPRO: C. Buzzoni

IRPET: M.L. Maitino, L. Ravagli

Editing e grafica (a cura di ARS Toscana)

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

Elaborazioni dati

ARS Toscana: S. Bartolacci, R. Capocchi, L. Gnauti, M. Monnini, M. Razzanelli

Regione Toscana: L. Baggiani, A. Casile, C. Degli Innocenti, M. La Mastra, C. Magherini, S. Nottoli

Anci Toscana: M. Faraoni (Simurg Ricerche)

Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza: R. Ricciotti

Scuola Superiore Sant'Anna: C. Bettelli, M. Bramanti, I. Corazza, F. Covre, E. Foresi, M.P. Gamba, G. Giacomelli, T. Grillo Ruggieri, F. Guarneri, C. Leo, D. A. Lungu, B. Lupi, G. Noto, E. Pardini, A. Parenti, F. Pennucci, S. Podetti, C. Seghieri, B. Vinci, F. Vola

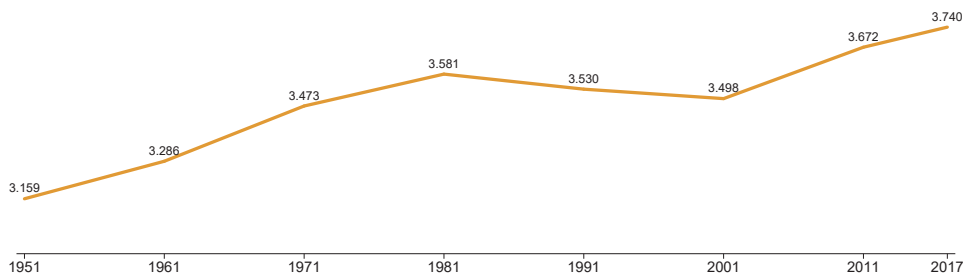
Il contesto socio-demografico in Toscana

Popolazione

Secondo i dati ISTAT, al 31 dicembre 2017 i residenti in Toscana sono circa 3.740.000, con un'età media di 46,5 anni, e rappresentano il 6% della popolazione italiana. Oltre la metà (52%) è costituita da donne.

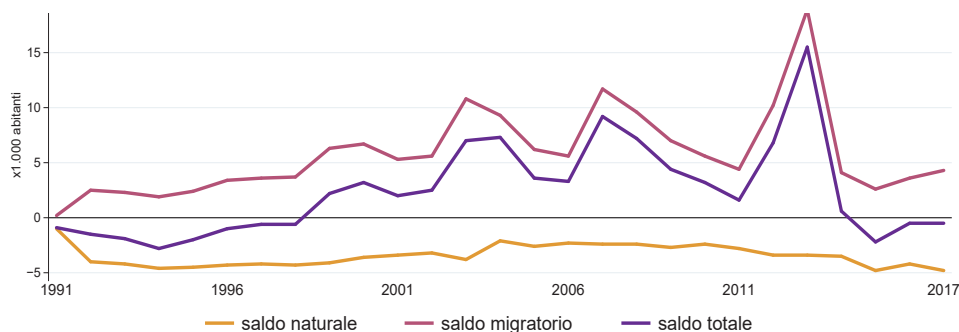
Dal dopoguerra a oggi la popolazione ha visto un incremento del 18% (+580mila residenti), andamento figlio di tre differenti cicli: una crescita trentennale 1951-1981 di circa 420mila residenti (+13%) e una successiva diminuzione ventennale 1981-2001 di 83mila (-2%), legate ai cicli economici del Paese, e un incremento di 240mila (+6,5%) dal 2001 in poi, quasi esclusivamente ascrivibile alla componente straniera (figura 1). Nel breve periodo invece si rileva per il terzo anno di seguito un calo dei residenti, dinamica nazionale, dovuta principalmente al rallentamento dei flussi migratori.

Figura 1. Popolazione residente - Valori in migliaia - Toscana, periodo 1951-2017 - Fonte: ISTAT



Solo l'arrivo di migranti che si stabilizzano sul territorio regionale riesce a contrastare, con nuovi arrivi e nuovi nati, l'ormai ultraventennale negatività del movimento naturale (saldo nati-morti) (figura 2). Nel 2017 in Toscana sono nati circa 26mila bambini (7 ogni 1.000 abitanti) e decedute circa 44.500 persone (11,9 x1.000).

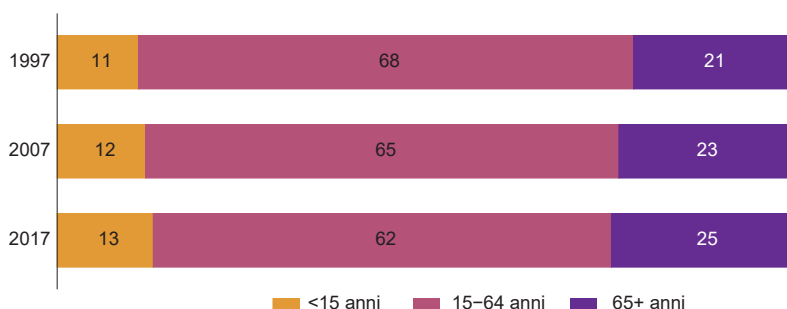
Figura 2. Movimento della popolazione residente - Valori per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 1991-2017 - Fonte: ISTAT



Per una serie di fattori congiunti (bassa natalità, contenuta fecondità e allungamento della vita media), la popolazione toscana, come quelle nazionale ed europea, è sottoposta a un progressivo invecchiamento. L'aspettativa di vita italiana in Europa è seconda soltanto alla Svezia e la Toscana, con 85,4 anni medi delle femmine e 81,3 dei maschi (la forbice tra i due generi si sta riducendo) è una delle regioni europee più longeve.

Negli ultimi venti anni, inoltre, si è notevolmente affievolito il ricambio generazionale, con una sostanziale tenuta dei giovani 0-14 anni e una costante erosione della popolazione in età attiva (da 68% a 62%) a vantaggio della classe anziana, che rappresenta ormai un quarto della popolazione (figura 3).

Figura 3. Popolazione residente per classe d'età – Distribuzione percentuale – Toscana, anni 1997-2007-2017 – Fonte: ISTAT



Tali mutamenti si traducono in un progressivo aumento del carico economico e sociale delle classi cosiddette improduttive o inattive (under15 e over64 anni) sulla popolazione potenzialmente attiva: attualmente in Toscana si contano 2 anziani per ogni giovane (figura 4), quasi 4 anziani ogni 10 persone in età attiva e 6 inattivi ogni 10 attivi. All'interno degli inattivi si è assistito negli anni ad una inversione del rapporto tra 0-14enni (dal 20% delle popolazione nel 1971 all'attuale 13%) e gli over65 (dal 14 al 25%) (figura 5). Questa dinamica è destinata a continuare se dovesse proseguire il calo dei flussi migratori registrato in questi ultimi anni.

Figura 4. Indice di vecchiaia - Anziani (65+ anni) ogni 100 giovani (<15 anni) - Toscana e Italia, periodo 1971-2017 - Fonte: ISTAT

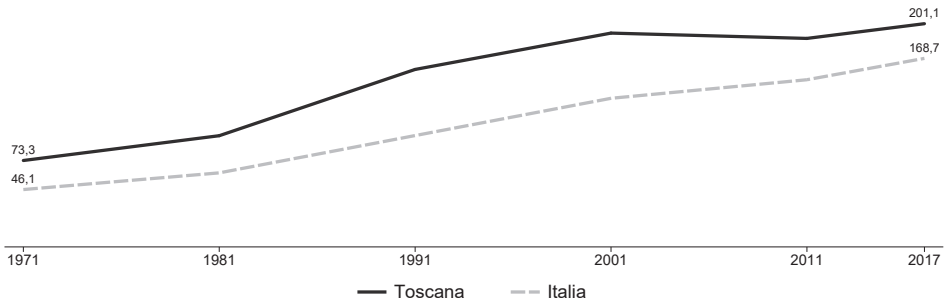
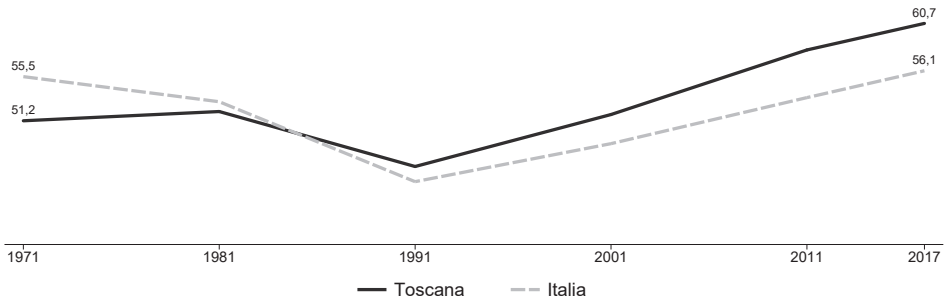


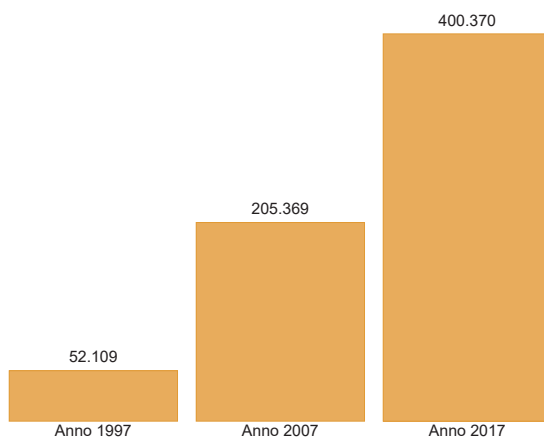
Figura 5. Indice di dipendenza strutturale - Anziani (65+) e giovani (<15 anni) ogni 100 adulti (15-64 anni) - Toscana e Italia, periodo 1971-2017 - Fonte: ISTAT



Presenza straniera

Come già accennato nel paragrafo sulla popolazione, l'aumento della presenza straniera sul territorio nazionale e toscano è un fenomeno ormai strutturale. Negli ultimi venti anni il numero di stranieri residenti è cresciuto costantemente (figura 1), anche se negli ultimi tre anni a un ritmo di crescita decisamente inferiore rispetto al periodo precedente, con ripercussioni già visibili sulle dinamiche demografiche: diminuzione della popolazione e minor ricambio generazionale. Nel 2017 gli stranieri residenti in Toscana sono 400mila, rappresentano circa l'11% della popolazione regionale (media italiana 8,3%) e sono in maggioranza femmine (54%). Tra le 173 nazionalità presenti, quelle maggiormente rappresentate sono di gran lunga la rumena (21%) e l'albanese (16%), seguite dalla cinese (12%) e dalla marocchina (7%).

Figura 1. Residenti stranieri – Toscana. anni 1997-2007-2017 – Fonte: ISTAT



Gli stranieri sono decisamente più giovani degli italiani e contribuiscono notevolmente al ricambio della popolazione attiva: l'età media degli stranieri è di circa 33 anni contro i 47 degli autoctoni.

Osservando l'andamento dei permessi di soggiorno degli stranieri non comunitari, emergono alcuni tratti per certi versi inediti. La crisi economica di questi anni e la recente crescita dell'arrivo di migranti tramite canali irregolari sembra infatti aver modificato alcuni tratti caratteristici dei flussi migratori:

- prevale la componente femminile e cresce l'età media dei migranti;
- si riducono i permessi di soggiorno di breve periodo (tipicamente legati al lavoro) e aumentano quelli di lungo periodo;
- cresce tra i motivi di soggiorno la famiglia (da 35% a 44%), crolla drasticamente il lavoro e assumono una rilevanza importante le motivazioni umanitarie (28% al 2016);
- crescono le acquisizioni di cittadinanza.

Si tratta di chiari segnali del radicamento delle comunità già presenti da tempo sul territorio regionale, di una perdita di appeal lavorativo della Toscana e della complessa situazione delle migrazioni legate ai motivi umanitari per le molteplici situazioni critiche in Nord Africa e Medio Oriente (al 31 marzo 2018 risultano presenti nel sistema regionale di accoglienza diffusa circa 10.600 richiedenti asilo).

Il progressivo inserimento nella realtà locale, il grado d'interazione con i servizi, la partecipazione e il contributo che gli stranieri apportano al tessuto socio-economico territoriale è testimoniato da numeri significativi:

- al censimento 2011 in Toscana erano presenti quasi 145mila famiglie con almeno uno straniero residente, il 9% del totale;
- nel 2016 si sono celebrati oltre 1.800 matrimoni con almeno uno sposo straniero, 18% del totale matrimoni;
- i nuovi iscritti stranieri in anagrafe per nascita sono passati dai 4.300 del 2006 (13,6% del totale iscritti per nascita) ai circa 5.400 del 2016 (20%), con una sensibile differenza anche rispetto alla media nazionale (oltre 5 punti percentuali);
- il numero di minori stranieri residenti è quadruplicato in pochi anni ed è arrivato a 81.600 ragazzi, un numero che rappresenta il 20% degli stranieri residenti e il 14% del totale dei minori presenti in regione;
- la frequenza scolastica nei vari ordini e gradi coinvolge complessivamente oltre 55mila giovani stranieri, il 13,6% del totale degli studenti;
- quasi 4mila famiglie straniere sono assegnatarie di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (rappresentano l'8,8% delle famiglie assegnatarie) e sono 8.850 le domande di stranieri per alloggi ERP ammesse nelle graduatorie vigenti al 2016 (40% del totale domande ammesse);
- al 2017 risultano iscritti ai Centri per l'Impiego toscani circa 124mila stranieri, il 24% del totale iscritti, per la gran parte (94%) provenienti da paesi cosiddetti a forte pressione migratoria;
- sono presenti sul territorio toscano circa 55mila imprese iscritte a titolarità straniera, che rappresentano il 13% del totale imprese (commercio all'ingrosso e al dettaglio, costruzioni e ricettività/ristorazione i settori prevalenti);
- sono oltre 57mila i lavoratori domestici stranieri, il 77% dei lavoratori domestici totali.

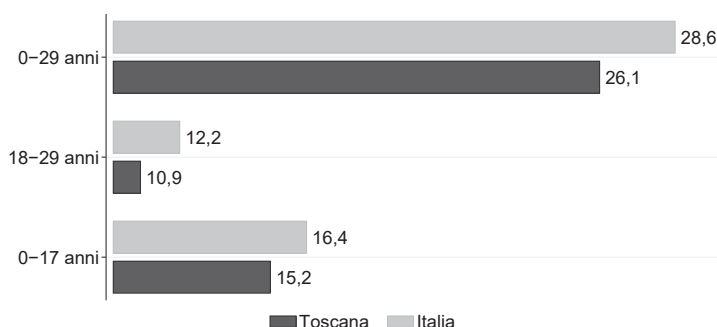
Minori e giovani

I residenti minorenni in Toscana sono circa 569mila, con una leggera prevalenza dei maschi sulle femmine, e il 14% di stranieri. I minori toscani rappresentano il 15% della popolazione, un dato leggermente inferiore rispetto alla media nazionale.

I giovani 18-29enni sono circa 406mila e pesano per l'11% dei residenti regionali (anche in questo caso una percentuale più bassa della media italiana). Gli oltre 70mila stranieri rappresentano il 17% del totale dei giovani.

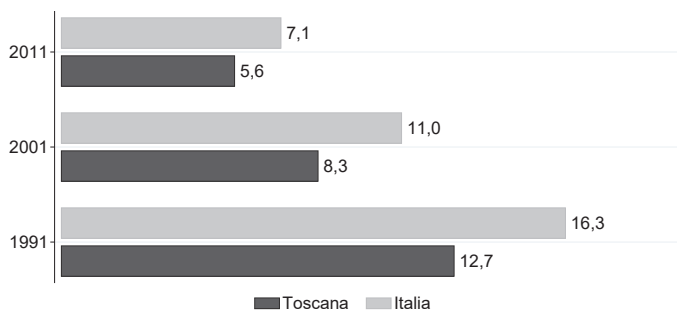
Complessivamente sono circa 975mila gli under30, ossia un quarto della popolazione totale. Rispetto al censimento 2001 sono diminuiti di 2 punti percentuali (erano il 28%) e rispetto al 1991 di circa 8 punti (erano oltre il 33%). Gli stranieri sono poco meno di 152mila e rappresentano il 16% del totale (figura 1).

Figura 1. Popolazione residente d'età 0-17 anni, 18-29 anni e 0-29 anni – Valori per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2017 – Fonte: ISTAT



L'incidenza di giovani che vivono da soli è passata dal 3% del 1991 al 7,6% del 2011, segnalando un incremento della propensione a staccarsi dal nucleo familiare di origine, anche se ancora oggi oltre il 40% dei giovani toscani tra 25 e 34 anni vive in casa con i genitori. Dei giovani che non escono di casa, oltre il 40% non è in grado di farlo (o decide di non farlo) pur avendo un lavoro. Tali elementi incidono fortemente in chiave demografica sulla sempre minore propensione/possibilità delle coppie giovani (coppie con donna under35) ad avere figli. L'incidenza percentuale delle coppie giovani con figli è passata in Toscana dal 12,7% del 1991 al 5,6% del 2011 (figura 2), a testimonianza di un territorio in cui calano progressivamente le potenzialità di crescita demografica e nel quale si posticipa sempre di più l'idea di concepire un figlio.

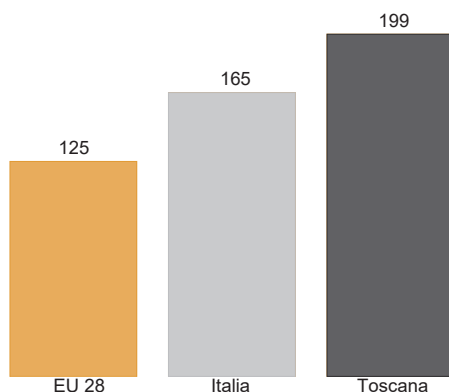
Figura 2. Coppie giovani (donna under 35) con figli - Valori per 100 famiglie mononucleari - Toscana e Italia, anni 1991-2001-2011 - Fonte: ISTAT



Anziani

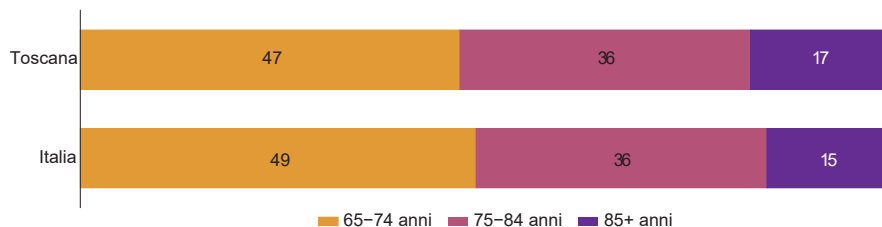
L'invecchiamento della popolazione è un fatto ormai acquisito e strutturale, sia per uno scarso ricambio generazionale che per il progressivo miglioramento delle condizioni generali di salute. Anche la lieve stabilizzazione degli indicatori di invecchiamento, ascrivibile in toto al fenomeno migratorio, non risulta tale da arginare nel breve periodo queste dinamiche. Tutto ciò ha un peso rilevante nelle politiche e nell'organizzazione del sistema sanitario e di protezione sociale, a maggior ragione in Toscana, che risulta essere tra le regioni europee più anziane, la 3° in Italia (figura 1).

Figura 1. Indice di vecchiaia - Anziani (65+ anni) ogni 100 giovani (<15 anni) - Toscana, Italia e media paesi EU28, anno 2017 - Fonte: EUROSTAT



Nel 2017 gli over64enni crescono di circa 3mila unità rispetto all'anno precedente, per un totale di circa 942mila persone (25% della popolazione toscana, contro una media italiana del 22%), con una progressiva crescita nel tempo delle classi 75-84 e over84enni (grandi anziani) che rappresentano complessivamente il 53% degli anziani (figura 2). Il 57% sono donne, in virtù della maggiore longevità femminile, e quasi 1 su 3 è vedovo (poco più dell'11% dei maschi e quasi il 43% delle femmine).

Figura 2. Anziani residenti per classe di età - Distribuzione percentuale - Toscana, anno 2017 - Fonte: ISTAT



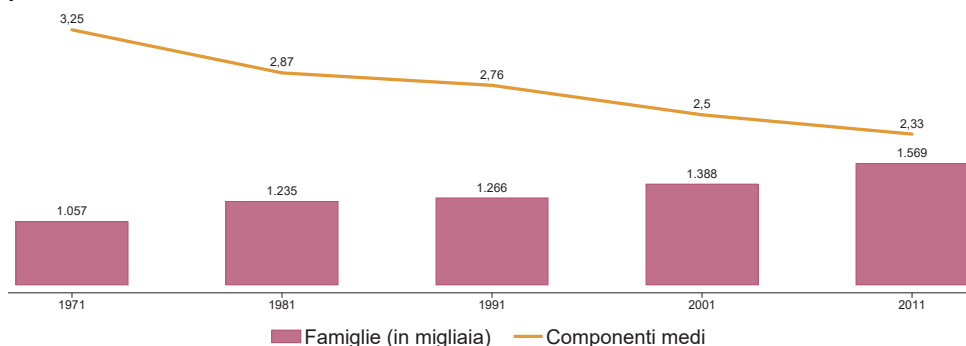
Cresce ovviamente anche la presenza anziana all'interno delle famiglie: sono circa 629mila i nuclei toscani con almeno un anziano presente e circa 396mila quelli composti soltanto da anziani. Gli anziani che vivono da soli (in solitudine abitativa) al censimento 2011 risultavano essere circa 233mila (famiglie anagraficamente unipersonali composte da anziani), nel 75% donne e per circa il 67% over74enni. Il dato è frutto della combinazione di fenomeni ambivalenti: le buone condizioni di autonomia fisica, economica e relazionale (nei casi in cui l'abitare da solo è una scelta), oppure possibili condizioni di criticità quali il disagio dovuto all'isolamento fisico e relazionale (nei casi in cui la solitudine abitativa sia una condizione subita). Si tratta di un fenomeno da monitorare, in quanto la solitudine abitativa rappresenta una delle componenti, insieme ad altre condizioni di disagio e isolamento sociale, dello scivolamento nell'area a rischio non autosufficienza.

Famiglie

La famiglia è da sempre il fulcro che orienta le politiche di welfare perché rappresenta il primo e principale ambito di inclusione e cittadinanza, il luogo primario delle relazioni, del supporto, della cura e, soprattutto, l'ammortizzatore sociale e sanitario più efficace. Negli ultimi 30 anni le famiglie italiane e toscane hanno subito una serie di trasformazioni con sensibili cambiamenti nelle modalità di formazione e scioglimento della coppia, nella consistenza delle struttura familiare, nella riorganizzazione e nella conciliazione dei tempi di vita (si pensi al maggior ingresso della donna nel mondo del lavoro e alle crescenti aspettative nei progetti extra-familiari). Nonostante ciò, la famiglia mostra ancora capacità di tenuta e resta il perno attorno al quale ruota il sistema di protezione.

Anche la famiglia toscana è interessata da un processo di semplificazione strutturale (detto anche nuclearizzazione) che vede un aumento dei nuclei familiari unito a una diminuzione del numero medio di componenti (figura 1). Al 1 gennaio 2017 risiedono sul territorio regionale quasi 1 milione e 650 mila famiglie, la cui composizione media è di 2,26 individui. L'analisi del lungo periodo mostra chiaramente il progressivo assottigliamento delle dimensioni familiari: dal 1971 al 2011 il numero di famiglie è aumentato di oltre 500mila unità (+48%), mentre il numero medio di componenti è sceso da 3,3 a 2,3 (-28%). Del resto i nuclei composti da una e due persone superano oggi il 50% del totale.

Figura 1. Famiglie residenti - Valori in migliaia e numero medio di componenti - Toscana, periodo 1971-2011 - Fonte: ISTAT

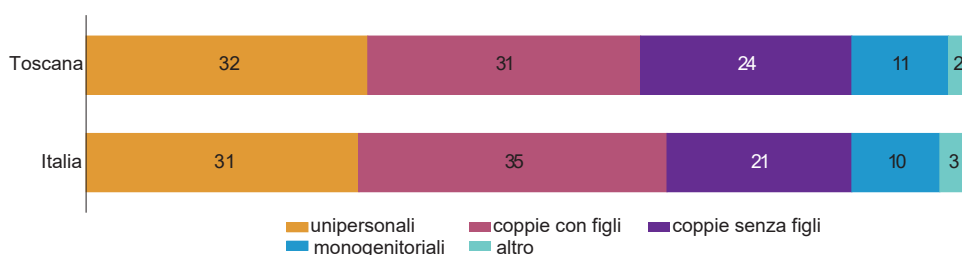


I dati ISTAT mostrano che a tale semplificazione strutturale si affianca un aumento della complessità nelle forme familiari. Si stanno affermando una serie di tipologie residuali, fino a una decina di anni fa, che adesso stanno acquisendo sempre più rilevanza:

- per la prima volta le coppie con figli, circa 513mila nel 2016 (31% del totale) non sono la tipologia dominante (erano il 37% nel 2001);
- aumentano le famiglie unipersonali, oggi oltre mezzo milione, ossia un terzo del totale (erano il 26% nel 2001 e il 20% nel 1991). Per la gran parte (47%) costituite da anziani soli, ma con un ruolo crescente dei single “non vedovi”, soprattutto maschi.

- Crescono le famiglie monogenitore, arrivate a oltre 175mila (1 famiglia su 10), con netta prevalenza di madri con figli (82%).
- Crescono le coppie non coniugate (9% del totale), per la diffusione delle convivenze prematrimoniali e per la sempre più frequente scelta di non sposarsi.
- Crescono le famiglie ricostituite (spesso anche riconiugate) dopo esperienze matrimoniali precedenti: nel 2016 in Toscana il 17% degli sposi e il 15% delle spose erano al secondo matrimonio o successivo.
- Diminuiscono sensibilmente le famiglie “estese” (5 o più componenti) che sono quasi 1.400 e rappresentano il 4% del totale (erano il 6% nel 2001).

Figura 2. Nuclei familiari residenti per tipologia – Distribuzione percentuale – Toscana, anno 2016 – Fonte: ISTAT



Anche l'esperienza matrimoniale è sottoposta ad alcune trasformazioni nelle modalità del percorso (diminuzione del numero di matrimoni, diffusione e allungamento delle convivenze prematrimoniali) e nelle forme della ritualità (il 63% avviene con rito civile, in Italia il 45%). Nel 2016 ci sono stati oltre 4.600 matrimoni in meno rispetto al 1992 (12.413 contro 17.069) e anche se l'indice di nuzialità è leggermente risalito negli ultimi anni, il trend 2002-2017 rivela un progressivo calo (da 4,2 a 3,2 matrimoni per 1.000 abitanti). Si tratta sempre più spesso di un evento posticipato (e in molti casi poi non esperito) per scelta o per necessità: in Toscana ci si sposa mediamente più tardi (oltre 36 anni gli uomini, oltre 32 le donne) rispetto alla media nazionale.

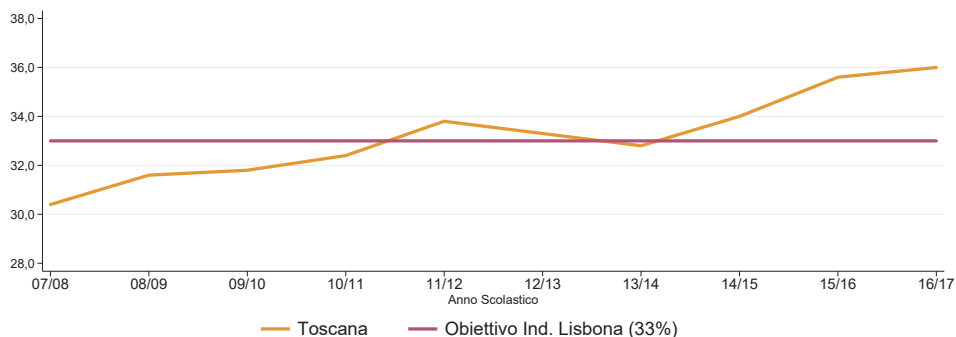
Determinanti di salute

Educazione e istruzione

I bambini e ragazzi toscani inseriti nel ciclo educativo e scolastico sono circa 532mila, di cui circa 24.300 nei servizi educativi per l'infanzia (3-36 mesi), 91mila nella scuola dell'infanzia (3-5 anni) e 417mila nel percorso di obbligo scolastico-formativo (163mila nella scuola primaria, 99.500 nella secondaria di I grado e 155mila nella secondaria di II grado). La componente straniera, che in 6 casi su 10 è di seconda generazione, aumenta in tutti gli ordini di istruzione e rappresenta il 14% del totale iscritti.

L'importanza dei servizi educativi per la prima infanzia (nido e servizi integrativi), sia in ragione della funzione educativa che dal punto di vista del supporto alle famiglie, è nota e rappresenta ormai un elemento acquisito. Il ruolo che tali servizi assumono è fondamentale sia in chiave di percorso educazione-socializzazione dei bambini che come elemento cardine per la conciliazione delle responsabilità familiari e professionali. Inoltre, è senza dubbio un punto fermo delle più consolidate teorie socio-economiche, il fatto che l'investimento sui primi anni di vita sia fondamentale per promuovere lo sviluppo economico e sociale di una comunità. Nell'anno scolastico 2016/17 sono attivi in Toscana 985 servizi educativi per l'infanzia, presenti in circa il 75% dei comuni toscani (sono 70 i comuni sprovvisti). Gli asili nido coprono l'83% di tali servizi, per il restante composti da servizi integrativi (spazi gioco, centri per bambini e famiglie, servizi educativi in contesto domiciliare). Tra i servizi, resta maggioritaria negli ultimi anni la componente privata, 53% dell'offerta globale. La domanda delle famiglie, dopo un considerevole aumento nel periodo 2007-2010 (+13%), ha visto una diminuzione dal 2010 al 2017 (-24%), complice anche la sfavorevole congiuntura economica che ha colpito le capacità reddituali di molte famiglie. La Toscana negli ultimi 5 anni ha centrato e poi mantenuto lo standard fissato dall'indicatore di Lisbona (33% dei bambini accolti - riferimento europeo di misurazione dell'offerta del servizio), anche per la flessione della popolazione 0-2 anni.

Figura 1. Bambini accolti nei servizi educativi all'infanzia per 100 bambini d'età 3-36 mesi (Indicatore di Lisbona) - Toscana, periodo 2007-2017 - Fonte: Regione Toscana



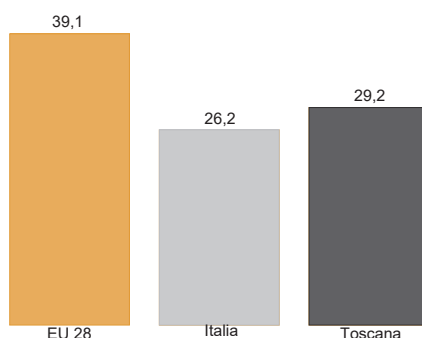
Il tema della dispersione e del disagio scolastico, data la consistenza del fenomeno e l'ampiezza delle ricadute, ha una sempre maggiore rilevanza nel dibattito sulle politiche educative e

formative. Un tema che tocca l'individuo, il suo apprendimento e il suo sviluppo intellettuale e cognitivo, ma che ha notevoli implicazioni anche a livello collettivo come qualità del capitale umano di un determinato contesto territoriale. Si tratta perciò di una delle aree più sensibili in termini di inserimento nella realtà sociale ed economico-lavorativa, nonché uno dei fattori cardine per le condizioni di salute.

In merito al livello di scolarizzazione:

- i giovani 20-24enni toscani che hanno conseguito almeno il diploma superiore sono l'81%, una percentuale che, seppur in ripresa nel corso degli ultimi anni, evidenzia che ancora 20 ragazzi su 100 non hanno conseguito tale livello di istruzione e che il dato regionale, se pur migliorato, non ha ancora raggiunto l'obiettivo dell'85% che la strategia di Lisbona fissava per il 2010.
- La percentuale di giovani 30-34enni toscani che hanno conseguito un titolo universitario (29,2%) si colloca al di sopra della media italiana (26,2%, tra le più basse in Europa), ma evidenzia un gap ancora molto consistente con l'UE (39,1%).

Figura 2. Giovani con istruzione universitaria – Valori per 100 abitanti d'età 30-34 anni – Toscana, Italia e media paesi EU28, anno 2016 – Fonte: ISTAT e EUROSTAT

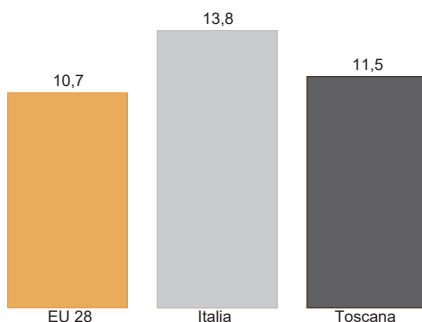


Guardando più da vicino il disagio scolastico, si può notare che:

- gli abbandoni scolastici sono notevolmente calati (dimezzati rispetto al 2004) e arrivati al 11,5%, dato leggermente migliore rispetto alla media nazionale (13,8%), ma ancora in difetto riguardo al contesto europeo (10,7%) e all'obiettivo del 10% fissato dalla Strategia Europa 2020.
- Gli esiti negativi sono in miglioramento e coinvolgono complessivamente circa il 4% degli studenti toscani (17mila). Ancora significativo il livello presente nella scuola secondaria di II grado, dove le bocciature riguardano 1 studente su 10.
- Il ritardo nel concludere i cicli scolastici sembra in sostanziale stabilità in tutti gli ordini di scuola: nell'anno scolastico 2016/17 (ultimo dato disponibile) è in ritardo il 13% (53.600) degli alunni totali e il 26% (39mila) di quelli della secondaria di II grado.

- Per gli stranieri le criticità sono più accentuate e, anche se gli indicatori stanno migliorando grazie alla crescente presenza di seconde generazioni, occorre una particolare attenzione per tali processi in chiave di integrazione: 1 straniero su 3 è in ritardo rispetto al regolare corso di studi (58% nella secondaria di II grado) contro il 10% degli italiani; gli esiti negativi riguardano quasi 1 alunno straniero su 10 (21% nella secondaria di II grado), più del doppio rispetto agli italiani.

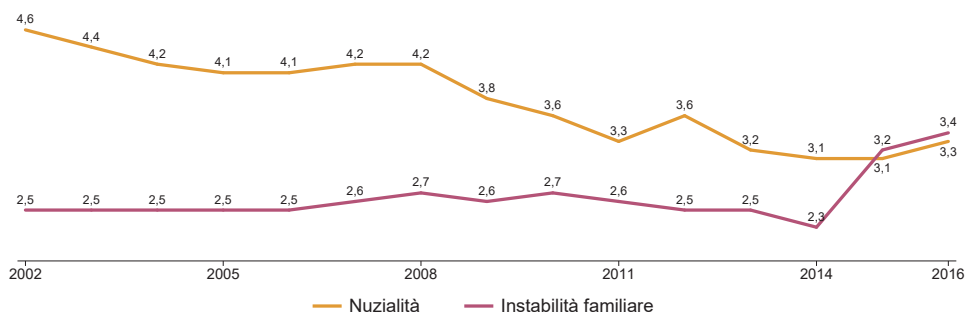
Figura 3. Giovani che abbandonano prematuramente gli studi – Giovani (18-24 anni) senza titoli superiori alla licenza media/qualifiche professionali (non iscritti a corsi scolastici o attività formative) ogni 100 abitanti d'età 18-24 anni – Toscana, Italia e media paesi EU28, anno 2016 – Fonte: ISTAT e EUROSTAT



Vulnerabilità delle famiglie e interventi di sostegno

Le reti familiari sono il fondamento primario del sistema di welfare e il loro assottigliamento rischia di indebolire le capacità di tenuta in termini di supporto e cura verso gli elementi più fragili (giovani e anziani in primis). Il processo di progressiva semplificazione strutturale (riduzione della dimensione media delle famiglie) ha portato la famiglia toscana a una media di 2,26 componenti (erano 3,25 nel 1971). L'instabilità matrimoniale, elemento che accomuna Italia e Toscana, è in netta e costante crescita (accelerata negli ultimi 2 anni anche in ragione delle recenti variazioni normative in materia): al 2016 si contano circa 6mila separazioni e 6.700 divorzi (complessivamente 3,4 ogni 1.000 residenti) e risiedono nella regione oltre 107mila divorziati (3% della popolazione).

Figura 1. Quoziente di nuzialità (matrimoni) e di instabilità matrimoniale (separazioni e divorzi) - Valori per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 2002-2016 - Fonte: ISTAT

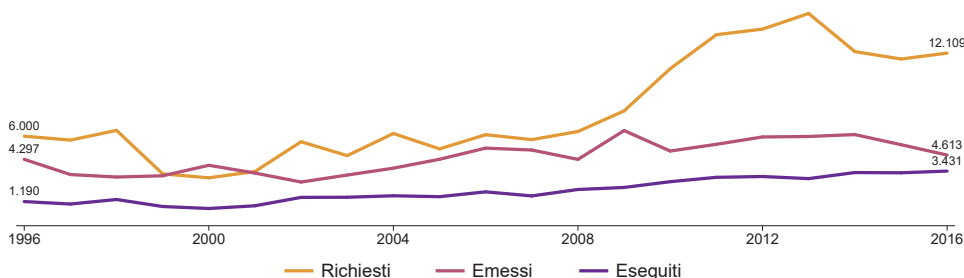


Un ulteriore elemento di possibile fragilizzazione familiare riguarda la condizione abitativa. Il 96% delle famiglie toscane risiede in abitazione; di queste, circa il 75% abita in alloggi di proprietà, il 16% è in affitto e il 10% alloggia in abitazioni a titolo gratuito o di prestazioni di servizio. Circa il 2,4% delle abitazioni toscane è rappresentato da alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP). I 5.916 fabbricati ERP mettono a disposizione circa 49.700 unità immobiliari, per una dotazione di 1 ogni 33 famiglie residenti, abitati da circa 47.400 nuclei familiari (3% del totale famiglie residenti, 18% delle famiglie in affitto) per un totale di circa 115mila persone. Gli elementi di fragilità legati all'abitazione possono essere ben sintetizzati dalle seguenti informazioni:

- gli sfratti richiesti, se pure diminuiti negli ultimi anni, hanno subito una notevole impennata dal 2008 al 2013 (quando furono oltre 15mila) e i provvedimenti eseguiti sono notevolmente incrementati.
- Nel 2017 le domande complessive di contributi economici per il pagamento dei canoni di locazione sono state circa 17mila, con una crescita nel tempo delle domande di fascia A (8.700 nel 2004, 13.600 oggi), quella riferita alle famiglie con i redditi più bassi e, dunque, ai nuclei con maggiori difficoltà a mantenere la propria condizione abitativa.

- Circa 22mila famiglie sono in graduatoria per l'assegnazione di alloggi ERP al 2016, nuclei familiari che hanno dunque i requisiti per l'accesso ERP, ma che al momento non ne beneficiano, rappresentando una fascia a rischio abitativo.

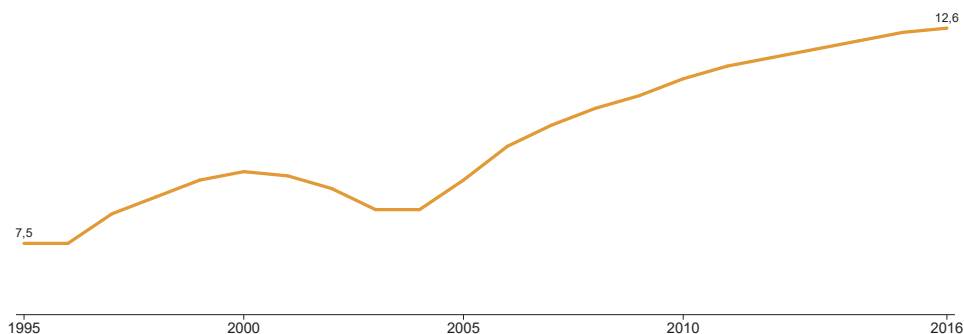
Figura 2. Sfratti richiesti, emessi ed eseguiti - Toscana, periodo 1996-2016 - Fonte: Ministero dell'Interno



Le tensioni a cui sono sottoposte le reti familiari si inseriscono in un quadro di crescente pressione da parte delle componenti potenzialmente in bisogno di accudimento, assistenza e cura sui potenziali caregiver, mettendo in crisi i fondamenti del sistema di protezione:

- in Toscana sono oggi presenti 60 persone giovanissime (0-14 anni) e anziane (65+) ogni 100 residenti in età attiva (56 la media italiana, 52 quella europea).
- La pressione degli ultra84enni (potenziali o conclamati care-receiver) sui 50-74enni (potenziali o conclamati caregiver) è in costante crescita (oggi sono 13 ogni 100).
- Le famiglie toscane classificate 'in potenziale disagio di assistenza' (famiglie con tutti i componenti ultra64enni e la presenza di almeno un componente over80) sono secondo ISTAT il 3% del totale (circa 50mila).

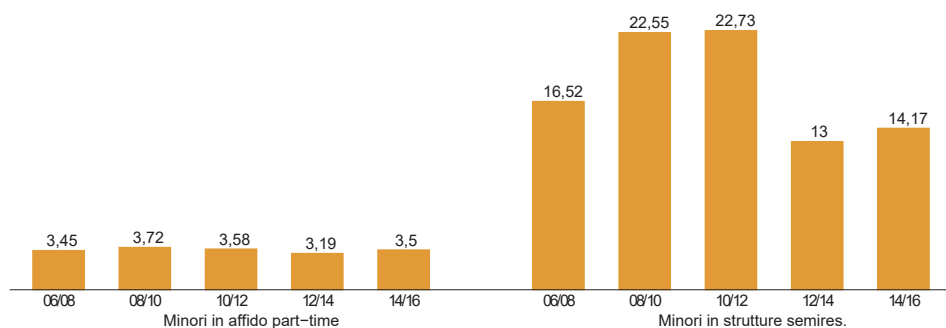
Figura 3. Pressione dei grandi anziani sui potenziali caregiver - Anziani (85+ anni) ogni 100 abitanti d'età 50-74 anni - Toscana, periodo 2004-2016 - Fonte: ISTAT



Uno spaccato della vulnerabilità e delle risorse a disposizione delle famiglie e dei minori è invece offerto dal monitoraggio effettuato dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti) sugli interventi sociali e socio-assistenziali. Le informazioni disponibili possono essere distinte secondo due principali aree tematiche, una che insiste sulle forme di sostegno ai bambini, ai ragazzi e al loro ambiente familiare, in particolar modo sugli interventi a carattere diurno e sulle diverse forme di sostegno alle famiglie, e l'altra che invece interessa i bambini e i ragazzi che vivono al di fuori della famiglia di origine (accoglienza in strutture residenziali e affidamenti familiari). Tra gli interventi a sostegno dei bambini, dei ragazzi e del loro ambiente familiare emergono alcune importanti informazioni di natura quantitativa:

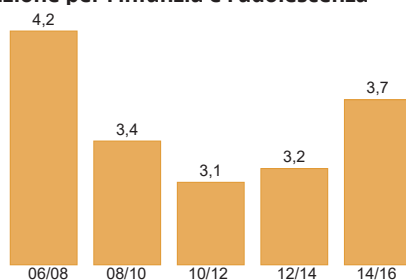
- Interventi a carattere diurno:
 - gli affidamenti familiari part-time (attivati a supporto dei minori in caso di temporanee situazioni di inadeguatezza o inidoneità della famiglia o degli stessi minori), modalità poco utilizzata fino a qualche anno fa, è in crescita nell'ultimo triennio e nel 2016 per il secondo anno di fila supera le 200 unità (222 al 2016, di cui la metà stranieri).
 - Le accoglienze nei servizi semiresidenziali sono assestate intorno alle 800 unità con un'alta incidenza degli stranieri (attorno al 35%).
 - Il sostegno socio-educativo scolastico e territoriale hanno numeri importanti che vedono coinvolti in entrambe le tipologie di intervento più di 2.500 minori (2.825 per il sostegno socio-educativo scolastico e 2.695 per quello territoriale, con incidenza straniera rispettivamente del 25 e del 30%).
- Interventi di sostegno alle famiglie:
 - l'attività di comunicazione/informazione per favorire l'accesso alla rete di servizi è stata realizzata in 23 dei 34 ambiti territoriali esistenti. Gli interventi di supporto ai minori e alle loro famiglie che hanno previsto il ricorso a famiglie di appoggio, attivati in 18 ambiti territoriali hanno coinvolto 11 persone singole e 64 coppie.
 - Il supporto ai minori e alle loro famiglie nel periodo prenatale per la prevenzione di eventuali situazioni di disagio/fragilità ha coinvolto sull'intero territorio regionale 98 singoli e 132 coppie, mentre il sostegno nelle fasi successive alla nascita nell'arco del 2016 è arrivato a coinvolgere 322 famiglie e 430 minori.
 - Le assistenze economiche hanno riguardato 9.954 nuclei familiari e 15.456 minori coinvolti (il 40% dei casi riguarda cartelle sociali attive con determinazione del progetto individuale del minore).
 - L'attività di sostegno socio-educativo domiciliare nel 2016 ha visto coinvolti 3.066 nuclei familiari con figli minori e 3.760 minori (il 23% dei quali con disabilità).
 - Nel 2016 in Toscana si contano 625 nuclei con figli minori che hanno usufruito di assistenza domiciliare socio-assistenziale, per un totale di 886 minori interessati (il 31% dei quali con disabilità).

Figura 4. Minori in affido part-time e in strutture semiresidenziali – Medie triennali per 10.000 minori – Toscana, periodo 2006-2016 – Fonte: Regione Toscana – Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza



- Interventi per bambini e i ragazzi che vivono al di fuori della famiglia di origine (minori in affidamento familiare o accolti in struttura residenziale):
 - In Toscana al 31 dicembre 2016 si contano 2.136 minori fuori famiglia, in aumento del 7% rispetto ai 1.996 del 2014, grazie esclusivamente alla crescita dell'accoglienza in struttura residenziale. Rapportando il dato dei fuori famiglia alla popolazione minorile di riferimento si ottiene, a fine 2016, un tasso complessivo di 3,7 minori fuori famiglia in carico ai servizi territoriali toscani ogni 1.000 residenti sotto i 18 anni. Il tasso in oggetto, se limitato al contingente dei soli affidamenti familiari (1.360, di cui 152 conclusi durante l'anno e 1.208 ancora attivi), è pari a 2,1, mentre quello relativo ai soli accolti in struttura residenziale per minori (1.211, di cui 283 dimessi durante l'anno e 928 ancora in carico) è di 1,6.
 - La presenza di Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) è crescente. Tra i minori in affidamento familiare i MSNA sono passati nell'ultimo triennio da 100 a 141 (dal 8 al 12% del totale) e tra quelli accolti in struttura residenziale hanno quasi raddoppiato la loro già forte incidenza passando dai 219 a 424 (46% del totale accolti, il contingente più numeroso tra i presenti nelle strutture residenziali).

Figura 5. Minori fuori famiglia (in affidamento familiare e in strutture residenziali) – Medie triennali per 1.000 minori – Toscana, periodo 2006-2016 – Fonte: Regione Toscana – Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza



Fattori di inclusione ed esclusione sociale

Nel presente paragrafo si cercherà di dare conto della situazione toscana su alcuni fattori di inclusione (ed esclusione) sociale cercando di coniugare tre dimensioni che si trovano spesso concatenate all'interno dei circuiti di impoverimento e di marginalizzazione di individui e famiglie: la situazione economica che ha caratterizzato la società italiana e toscana negli ultimi anni (tramite misure di reddito e indicatori di sofferenza economica di alcuni spaccati della società toscana, famiglie e anziani in primis), lavorativa (tramite i dati ufficiali ISTAT, quelli di fonte amministrativa provenienti dai Centri per l'Impiego toscani e quelli relativi agli ammortizzatori sociali) e abitativa (tramite principalmente i dati degli sfratti, quelli delle richieste di contributi economici per il pagamento degli affitti da parte delle famiglie e quelli relativi all'edilizia residenziale pubblica). Reddito, casa e lavoro sono, infatti, i principali determinanti della cittadinanza e dall'indebolimento di questi fattori conseguono stati di disagio, sofferenza e vulnerabilità.

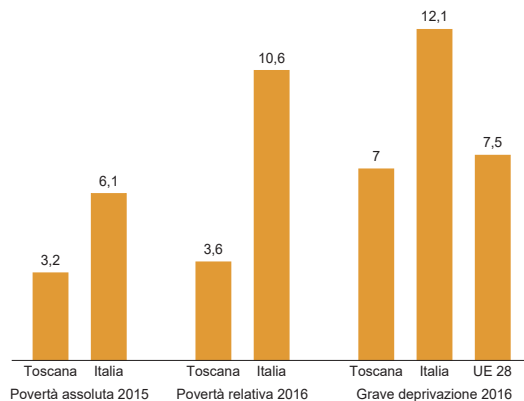
L'analisi dei dati reddituali colloca la Toscana in una posizione positiva rispetto al contesto nazionale. Tuttavia in alcuni indicatori di povertà e disagio economico delle famiglie e degli anziani si possono riscontrare elementi di forte criticità da tenere sotto stretta osservazione:

- gli ultimi dati disponibili sul reddito medio IRPEF desunti dalle dichiarazioni dei redditi 2017 collocano la regione (20.583 €) al di sopra del dato medio italiano (20.212 €) e al decimo posto tra le regioni italiane, con valori in crescita (era circa 19.000 € nel 2009).
- Il reddito disponibile pro-capite 2016 – che tiene conto del reddito da lavoro e di capitale al netto dei trasferimenti (tasse ed altro) – è in Toscana di 19.936 €, sensibilmente più elevato rispetto al valore medio del Paese (18.891 €, oltre 1.700 € pro-capite di differenza).
- L'importo medio delle pensioni erogate dall'INPS nel 2017 risulta più elevato della media nazionale di 45 € mensili (912 contro 867 € mensili).
- L'incidenza di povertà relativa in Toscana, in netta diminuzione e tradizionalmente inferiore a quella media italiana, è identificata al 2016 con un 3,6% di famiglie (circa 59mila) che hanno una spesa media per consumi al di sotto della soglia di povertà relativa (era 8,4% nel 2004 e 9,1% nel 2012): circa 1/3 della percentuale media nazionale (10,6%) e la più bassa tra le regioni.
- Le famiglie toscane in condizione di povertà assoluta, pur in quota sensibilmente inferiore alla media italiana, sono aumentate rispetto al 2008 (pre-crisi) dal 2 al 3,2%: un universo di circa 53mila nuclei familiari e 120mila persone che non riescono ad acquistare beni e servizi essenziali per uno standard di vita minimo.
- Le persone che vivono in famiglie in condizione di deprivazione (ossia che dichiarano almeno tre di nove deprivazioni legate a spese impreviste, arretrati nei pagamenti, ferie annuali, pasti adeguati, riscaldamento abitazione, beni durevoli) oggi in Toscana sono 261mila, ossia il 7% circa della popolazione. Dato inferiore a quello italiano (12%) e in linea con quello europeo (7,5%), ma comunque quasi raddoppiato rispetto al periodo pre-crisi.

- Due indicatori relativi alle difficoltà delle famiglie nel pagamento dell'affitto, che si ritroveranno di seguito nel paragrafo declinati in chiave di disagio abitativo, ma che qui sono utilizzati in termini di disagio economico, ci dicono che le domande 2017 di contributo economico per il pagamento dei canoni di locazione presentate ai Comuni toscani (17mila) coinvolgono il 7% delle famiglie toscane in affitto e che i provvedimenti di sfratto emessi nel 2016 (4.600) riguardano il 2% delle stesse.
- Nel 2017 gli anziani toscani che percepiscono la pensione o l'assegno sociale (prestazione riservata a chi non percepisce alcun reddito o redditi molto bassi) sono oltre 37mila (4% del totale anziani residenti, media nazionale 6,4%) e quelli che percepiscono la pensione integrata al trattamento minimo sono 180mila (20% del totale, in linea con media nazionale).
- Le persone accolte nei centri di ascolto della rete Mirod di Caritas Toscana sono state nel 2016 oltre 23mila, per il 65% stranieri e, per la prima volta dopo dieci anni, l'aumento degli stranieri è maggiore di quello degli italiani, segnando una lieve inversione di tendenza nella forbice fra italiani e stranieri seguiti dai Centri d'Ascolto delle Caritas toscane.

In sintesi, sulla base dei trend degli ultimi anni si può affermare che a livello complessivo gli indicatori 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



Passando al fattore lavoro, la Toscana ha risentito meno di molte altre zone d'Italia della contrazione del mercato del lavoro, ma ha sicuramente subito un colpo significativo nei propri livelli occupazionali. Nonostante alcuni recenti segni di miglioramento, che si confermano in maniera decisa anche nel 2017 con il tasso di occupazione che ritorna ai livelli del 2008, non si

è ancora riusciti a colmare il gap in termini di disoccupazione che, pur scendendo, rimane più elevata del periodo pre-crisi. I segnali di ripresa degli ultimi anni fanno comunque ben sperare riguardo all'attenuazione della situazione critica apertasi dal 2008.

Ecco in sintesi le principali evidenze del mercato del lavoro toscano:

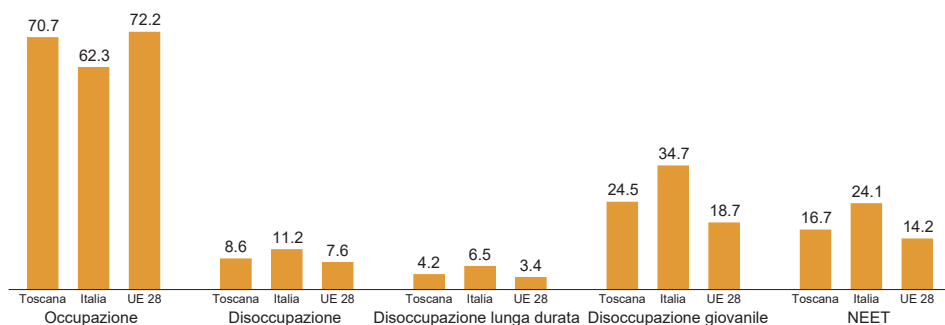
- al 2017 ci sono circa 1,73 milioni di forze di lavoro, distinti tra 1,58 milioni di occupati e circa 148mila persone in cerca di lavoro (di cui il 50% femmine);
- dopo la significativa inversione di tendenza registrata nel 2015, aumento dell'occupazione e diminuzione della disoccupazione principalmente dovute al bonus contributivo, e un rallentamento nel 2016, il miglioramento del mercato del lavoro sembra essere ripartito nel 2017 con +16.500 occupati e -15.700 disoccupati rispetto all'anno precedente. Complessivamente la situazione è dunque migliore rispetto alle fasi più critiche della recessione, ma la ripresa procede ad una velocità ridotta e non pare ancora consolidata.
- La crescita delle forze di lavoro (+90mila sul 2008, +166mila sul 2004), ossia l'ingresso nella popolazione attiva di fasce di popolazione (soprattutto donne e giovani) fino a qualche tempo fa inattive, vanno ad ingrossare lo spaccato delle persone in cerca di lavoro e fanno sì che all'aumento degli occupati (+24mila sul 2008, +100mila sul 2004) e del tasso di occupazione (+0,8% sul 2008, +2,7% sul 2004) non corrisponda una diminuzione del tasso di disoccupazione (+65.600 disoccupati rispetto al 2008, +67mila rispetto al 2004). L'effetto di tali dinamiche provoca una crescita del tasso di attività (72,3% contro una media italiana del 65,4%) e una crescita del tasso di occupazione (66% contro il 57% nazionale), che però non controbilancia ancora la pur migliorata disoccupazione (passata dal 5% del 2008 all'attuale 8,5% con punte del 10% nel 2010).
- Nell'ultimo triennio ha avuto un rallentamento anche la disoccupazione cosiddetta di lunga durata (dal 5,7% del 2014 al 4,2% del 2017 contro una media nazionale del 6,5%), condizione che però continua a coinvolgere la metà dei disoccupati.
- In tema di disoccupazione IRPET offre un'interessante riflessione su quelli che potrebbero essere chiamati i "confini mobili" dell'area disoccupazione: aggiungendo ai disoccupati in senso stretto anche gli individui che non stanno cercando un impiego, ma sono disponibili a lavorare (48mila persone, in prevalenza scoraggiati) e i part-timers involontari (182mila) avremmo un universo di 395mila toscani che nel 2016 avrebbero voluto lavorare o lavorare di più, ma non sono stati in condizione di farlo (il dato ufficiale 2016 parla di 164mila disoccupati in senso stretto).
- È cresciuto considerevolmente il numero di residenti toscani iscritti come "disponibili al lavoro" presso i Centri per l'Impiego regionali (CPI). In 9 anni il valore è passato da quasi 286mila a oltre 488mila (56% la componente femminile). Il 59% di questi è costituita da over39enni, il 19% da 31-39enni, il 12% da 25-30enni e il 10% da under 25. Il rapporto tra iscritti ai CPI come disponibili al lavoro e popolazione in età attiva (15-64 anni), una sorta di tasso grezzo di disoccupazione, è del 21%, assai più elevato rispetto al 2008.
- Nel 2017, dopo un biennio in cui gli avviamenti erano tornati a sopravanzare le cessazioni di rapporto di lavoro, si assiste a una inversione di tendenza (804mila avviamenti contro

902mila cessazioni), anche se occorre dire che gli avviamenti hanno avuto una notevole crescita (erano 707mila nel 2016). Tra gli avviamenti il 53% riguarda il tempo determinato, il 17% la somministrazione di lavoro (ex interinale) e il 10% il tempo indeterminato.

- Dalle analisi complessive emerge con chiarezza la presenza di almeno tre categorie di soggetti penalizzate dalle attuali dinamiche del mercato del lavoro toscano, ovvero donne, giovani e stranieri:
 - permane anche in Toscana, pur riducendosi, una tradizionale forbice di genere a svantaggio delle donne in tutti gli indicatori sul mercato del lavoro: nel tasso di disoccupazione ufficiale ci sono ancora 2 punti percentuali di differenza e si riscontrano ancora 12 punti percentuali di distanza nel tasso di attività e nel tasso di occupazione; nel rapporto di genere tra gli iscritti ai CPI e la popolazione in età attiva permangono 5 punti percentuali di differenza (24% femminile contro il 18% maschile).
 - Il tasso di disoccupazione 2017 degli stranieri (stima IRPET) è del 16,8% contro il 7,3% relativo agli italiani e le informazioni 2017 dei CPI sembrano confermare tale differenza con i 118mila stranieri residenti iscritti in cerca di lavoro (triplicati dal 2008) che rappresentano il 38% degli stranieri in età attiva contro il 18% degli italiani.
 - Lo spaccato dei giovani è investito da due elementi critici:
 - la disoccupazione giovanile: il tasso 15-24 anni (25% al 2017, media Italia 34%) e quello 18-29 anni (19%, media Italia 27%), nonostante siano fortemente calati negli ultimi anni e rivelino una situazione positiva rispetto al quadro nazionale, mostrano un incremento di dieci punti percentuali rispetto al 2008.
 - Il fenomeno dei giovani che non studiano né lavorano, NEET (Not in Education, Employment or Training), che al 2017 coinvolge circa 83mila ragazzi, ossia il 17% dei 15-29enni toscani (media Italia 24%) con un andamento positivamente in calo da alcuni anni.

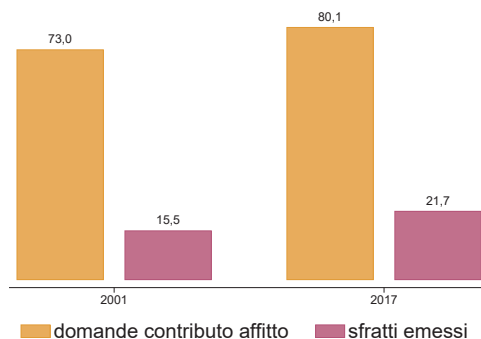
La crisi economica ed occupazionale ha avuto un ovvio effetto anche sugli ammortizzatori sociali più classici, la cassa integrazione guadagni (CIG) e le indennità di disoccupazione. La CIG ha avuto dal 2009 al 2014 una crescita esponenziale balzando dai costanti 8-10 milioni di ore autorizzate del periodo 2006-2008 a 34 milioni di ore, per poi crescere ulteriormente negli anni successivi, con una sola flessione nel 2011, fino ad arrivare ai 58 milioni di ore del 2014. Negli ultimi tre anni i valori sono poi calati a 34 e 36 milioni di ore, fino ai 24 milioni del 2017, dato dimezzato rispetto ai picchi più elevati, ma che comunque resta triplo rispetto al periodo pre-crisi e vede nella composizione interna una prevalenza netta della CIG straordinaria (72% del totale, indice di difficoltà aziendali di medio/lungo periodo). I toscani percettori di indennità di disoccupazione (dal 2015 NASpI-Nuova prestazione di Assicurazione Sociale per l'Impiego) sono in netta crescita e hanno superato le 104mila unità nel 2015 e nel 2016, un dato sensibilmente più elevato rispetto al 2011 (erano 60mila).

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 2017 – Fonte: ISTAT e EUROSTAT



Il disagio abitativo è uno degli aspetti che più mette a dura prova le famiglie ed è un fenomeno in crescita poiché fortemente correlato alla crisi economica in corso. I dati su sfratti e domande per l'integrazione economica per i canoni di locazione forniscono misure indirette della fragilità economica delle famiglie (difficoltà nel pagare l'affitto) e delle condizioni di possibile vulnerabilità sul versante abitativo (perdita dell'abitazione). In questo senso, affinando ulteriormente l'analisi e focalizzando in maniera puntuale il target del fenomeno – le famiglie in affitto depurate da quelle residenti in alloggi ERP (che di fatto non sono destinatarie di sfratti e non possono presentare domande per contributi) – si può notare che i 4.600 sfratti annui emessi interessano ad oggi 21 famiglie che vivono in affitto su 1.000 e che le 17mila domande per il contributo affitti ne coinvolgono 80 (figura 3).

Figura 3. Sfratti emessi e domande delle famiglie ai Comuni per contributi per il pagamento dell'affitto – Valori per 1.000 famiglie in affitto al netto delle famiglie residenti in ERP – Toscana, anni 2001 e 2017 – Fonte: Ministero dell'Interno e Regione Toscana

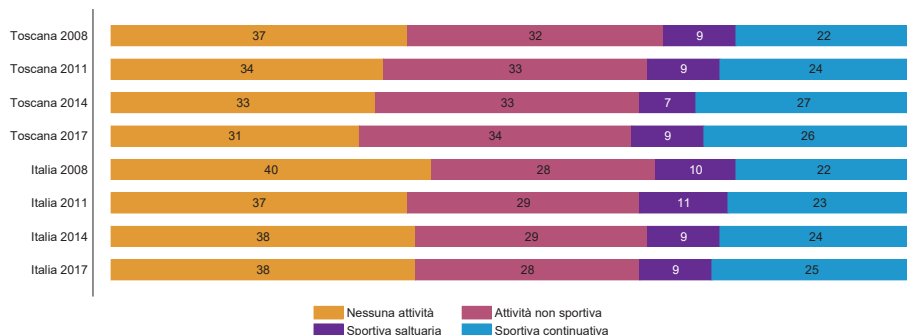


Stili di vita

Attività fisica, alimentazione e peso corporeo

Si stima che ogni anno in Europa i decessi attribuibili all'inattività fisica siano circa 1 milione (il 10% del totale) e che questa sia responsabile del 5% delle malattie coronariche, del 7% del diabete di tipo II, del 9% di cancro al seno e del 10% di cancro del colon. La diminuzione relativa della prevalenza dell'inattività fisica di almeno il 10% entro il 2025 rappresenta anche uno dei nove obiettivi globali individuati nel Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (WHO, 2013). Dalla fine degli anni '90, in Italia come in Toscana, la quota di persone che praticano sport con continuità ha registrato un tendenziale aumento, a fronte di una lieve diminuzione dei sedentari e inattivi. Tuttavia, in corrispondenza degli anni della crisi economica, si è verificato un rallentamento di questa tendenza con una stabilizzazione delle diverse abitudini. Secondo quanto emerge dai dati ISTAT, dal 2008 al 2017, le prevalenze regionali e nazionali non mostrano importanti variazioni (figura 1). Sarebbero circa un quarto (26%) i toscani d'età 3+ anni che praticano almeno uno sport in modo continuativo, e il 9% circa dei soggetti lo praticano in modo saltuario nel 2017. Dal punto di vista della completa inattività fisica, rispetto al quadro nazionale, la nostra regione risulta essere, ormai da tempo, tra quelle più virtuose. Infatti, seppur ancora consistente, la quota di toscani sedentari (31%) è inferiore alla media nazionale (38%).

Figura 1. Soggetti di 3+ anni per attività sportiva praticata – Valori percentuali – Toscana e Italia, periodo 2008-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Riguardo all'andamento per età, i diversi sistemi di sorveglianza nazionale e regionale mostrano come, sia in Toscana che nel resto d'Italia, la sedentarietà tenda a crescere con l'età. La popolazione maggiormente attiva è quella dei bambini e degli adolescenti. In particolare, dai dati dell'indagine Okkio alla salute, emerge che nel 2016 in Italia solo il 18% dei bambini è inattivo, in Toscana il 10%. Dall'inizio della rilevazione (2008) la nostra regione ha sperimentato un calo di questa fetta di popolazione di circa 12 punti percentuali.

Infine, dai dati preliminari dell'ultima indagine EDIT si osserva che nel 2018 il 78% dei giovani toscani (14-19 anni) riferisce di aver svolto almeno uno sport nell'ultimo anno (84% tra i maschi e 72% tra le femmine), con un aumento di oltre 4 punti percentuali (più evidente nei maschi che nelle femmine) tra il 2005 e il 2018. In conclusione, ancora oggi 1 persona su 3 non pratica alcun tipo di attività fisica o sportiva e donne e anziani sembrano essere ancora oggi i gruppi a maggior rischio di scarsa attività fisica.

Passando alle abitudini alimentari, complemento all'inattività per valutare le conseguenze sul sovrappeso di un individuo, l'andamento temporale dei dati ISTAT mostra una tendenza alla diminuzione dei consumi per maggior parte di alimenti. Dal 2010 a oggi si osservano lievi decrementi dei consumi di pane e pasta, latte e latticini, dolci, carni (bianche, bovine e suine) e salumi (peraltro tutti al di sopra delle medie nazionali) a fronte di una dieta più ricca di legumi, uova, un uso elevato di condimenti a crudo con grassi vegetali (oltre 97%) e un maggior uso di sale iodato. Il consumo quotidiano di verdure e ortaggi si mantiene stabile e sopra la media nazionale, tuttavia, vista la concomitante diminuzione del consumo pesce e frutta e l'aumentato uso settimanale di snack, questo andamento non sembra dovuto ad una scelta più salutare degli alimenti da parte dei toscani, bensì ad un possibile perdurare degli effetti della crisi economica sulla contrazione dei consumi.

Dall'indagine PASSI risulta che dal 2011 al 2016 il consumo giornaliero di almeno 5 porzioni di frutta e verdura (quantità raccomandata dalle "Linee guida per una Sana Alimentazione Italiana" dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN) interessa, in Toscana come in Italia, circa il 9% dei residenti 18-69enni, mentre l'indagine Okkio alla salute rileva che i bambini toscani che arrivano a consumare le 5 porzioni sono circa l'11%. Tale percentuale scende al 3,4% se si osservano i consumi riferiti dagli adolescenti toscani del campione EDIT 2015.

Tabella 1. Consumo di alimenti – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana e Italia, periodo 2010-2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT

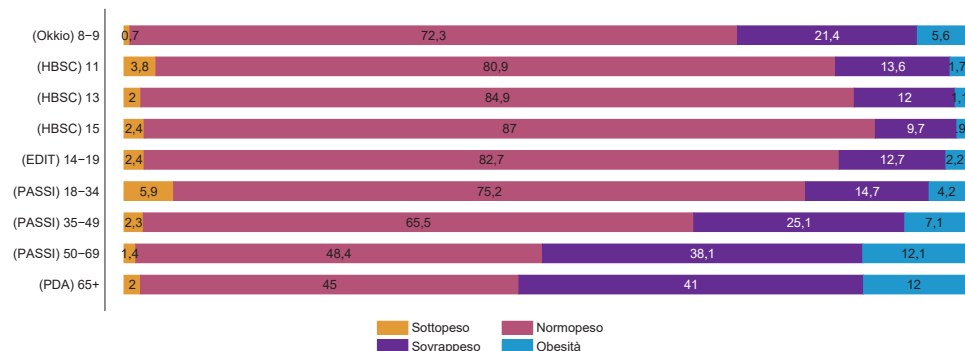
Alimenti	Toscana				Italia
	2010	2012	2014	2016	2016
pane, pasta almeno una volta al giorno	89,7	84,9	82,2	83,7	80,0
latte almeno una volta al giorno	67,8	62,5	60,6	56,3	53,0
formaggio almeno una volta al giorno	24,4	19,5	19,6	18,7	20,2
legumi almeno qualche volta alla settimana	48,3	49,0	48,0	50,5	51,7
salumi almeno qualche volta alla settimana	60,8	60,8	56,1	57,9	56,3
carni bianche almeno qualche volta alla settimana	85,1	87,3	83,6	84,0	79,5
carni bovine almeno qualche volta alla settimana	72,4	71,5	64,5	64,4	61,2
carni maiale almeno qualche volta alla settimana	51,2	53,5	48,7	47,1	42,3
uova almeno qualche volta alla settimana	55,0	56,1	54,6	56,6	58,6
pesce almeno qualche volta alla settimana	60,5	57,9	55,3	57,7	60,3
verdure almeno una volta al giorno	55,3	56,2	53,4	55,6	52,6
ortaggi almeno una volta al giorno	49,8	50,7	49,4	50,7	45,9
frutta almeno una volta al giorno	79,3	77,1	72,7	75,0	74,5
snack almeno qualche volta alla settimana	18,9	19,7	21,1	21,4	26,8
dolci almeno qualche volta alla settimana	50,8	46,9	47,4	47,1	48,2
cottura con olio di oliva o grassi vegetali	97,1	96,3	96,3	96,7	95,3
condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	97,0	97,2	96,7	97,4	97,3
presta attenzione al consumo di sale	63,8	66,3	68,2	68,2	69,3
uso di sale arricchito di iodio	41,8	44,4	47,9	49,2	46,2

Come ormai noto, il sovrappeso e l'obesità rientrano tra i principali effetti della sedentarietà e di non corretti stili alimentari e, a loro volta, rappresentano dei fattori di rischio per lo sviluppo di molte patologie tra cui il diabete di tipo II e le malattie cardiocircolatorie.

Secondo i dati ISTAT, negli ultimi 15 anni l'andamento delle quattro classi di indice di massa corporea (IMC) per Italia e Toscana, relative alle persone 18+ anni, non hanno subito importanti cambiamenti e risultano essere quasi sovrapponibili. In particolare, dai primi anni 2000, oltre la metà delle persone rientrano nella categoria normopeso, mentre la condizione del sovrappeso, che in Toscana registrava valori lievemente più bassi, tende ad allinearsi nel tempo ai valori nazionali, fino ad arrivare nel 2016 a superarli di circa un punto percentuale (Toscana: 37%; Italia: 35,5%). L'obesità in Toscana invece si mantiene costante su valori inferiori a quelli nazionali (2016, Toscana: 9%; Italia: 10,4%).

Nella figura 2 riportiamo la distribuzione delle classi di IMC per le diverse fasce d'età ricomponendo le informazioni provenienti dalle diverse rilevazioni.

Figura 2. Soggetti per età e categoria dell'indice di massa corporea – Valori percentuali – Toscana – Fonti: Elaborazioni ARS su dati Okkio alla salute 2016 (dati misurati), Hbsc 2014 (dati riferiti), Edit 2018 (dati riferiti), Passi 2016 (dati riferiti), Passi d'argento 2013 (dati riferiti)



Come atteso, la quota dei normopeso diminuisce con l'età, è infatti oltre il 75% nei più giovani, quasi il 66% nella classe intermedia e meno della metà tra gli over50. Sovrappeso e obesità mostrano andamenti contrari passando dalla prima alla terza fascia d'età rispettivamente dal 15% al 38% circa e dal 4% al 12%.

L'andamento del peso negli ultra64enni riportato dallo studio PASSI d'Argento conferma il trend osservato precedentemente. Gli anziani normopeso sono il 44% e circa il 53% sono quelli in sovrappeso o obesi.

Il quadro toscano emerso con l'analisi dei dati provenienti dalle diverse fonti informative conferma la stabilizzazione dei comportamenti e degli esiti legati al movimento e al peso corporeo.

Il consumo delle bevande alcoliche

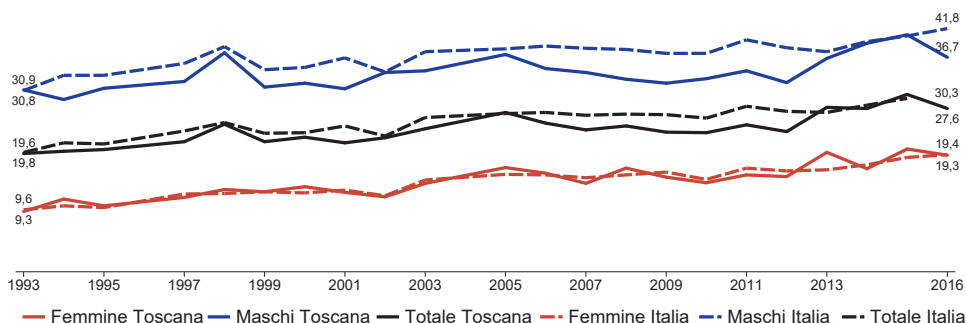
Secondo quanto stimato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono circa 2 miliardi le persone che consumano bevande alcoliche nel mondo e l'Europa registra prevalenze d'uso tra le più elevate. Circa il 70% degli adulti europei consuma alcol.

In generale il trend dei consumi in Italia è in costante calo a partire dalla metà degli anni '60 e le prevalenze d'uso nazionali, così come quelle toscane, si attestano su valori simili (o poco al di sotto) della media europea. L'indagine Multiscopo ISTAT stima che nel 2016 in Italia i consumatori di almeno una bevanda alcolica nella vita rappresentino il 67% circa della popolazione totale. In Toscana sarebbero il 69,4% i residenti (13+ anni) che riferiscono di aver consumato almeno una bevanda alcolica, per un totale di oltre 2 milioni e 370mila toscani, con una forte polarizzazione di genere (maschi: 82,6%; femmine: 57,4%). In questo contesto, caratterizzato da un costante calo dei consumi, negli ultimi anni si sono generati nuovi pattern

di consumo legati principalmente alle quantità e alla modalità del bere. In Toscana, come nel resto del Paese, si consolida la coesistenza dei due principali modelli di consumo: quello “mediterraneo”, più tradizionale (per il nostro Paese), caratteristico delle generazioni adulte e caratterizzato da un consumo prevalente durante i pasti e dedicato maggiormente al vino e in contesti familiari e quello “nordico”, tipicamente giovanile, contraddistinto dal consumo di grandi quantità di superalcolici, aperitivi e birra fuori dai pasti (spesso in un'unica occasione) e in contesti di aggregazione. La dimostrazione di ciò è l'aumento, in Toscana come in Italia, dei consumi fuori pasto (figura 3). Nel 2016 il 27,6% dei toscani riferisce questo comportamento (Italia: 30,3%), con percentuali doppie nei maschi rispetto alle femmine.

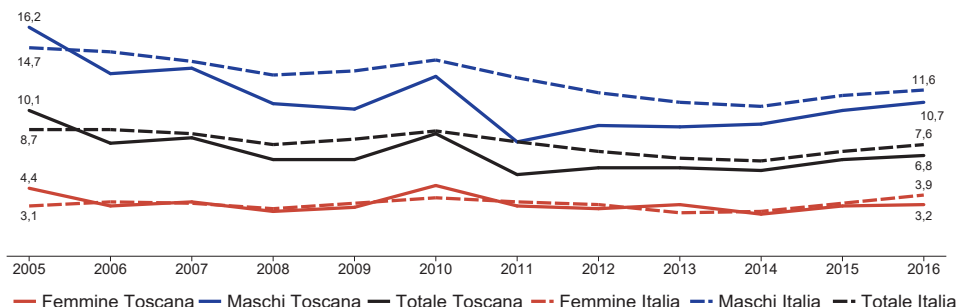
È interessante osservare la distribuzione delle prevalenze dei consumi fuori pasto per età, rilevati dalla Sorveglianza PASSI (assunzione di alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto negli ultimi 30 giorni). Secondo questa indagine nel 2016 in Toscana il 19% dei 18-34enni riferisce questo comportamento (maschi: 23,3%; femmine: 14,8%) contro il 4,5% dei 35-49enni e l'1,8% dei 50-69enni.

Figura 3. Bevitori fuori pasto per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14+ anni – Toscana e Italia, periodo 1993-2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Indagine Multiscopo ISTAT



Questi dati non sorprendono, come detto in premessa questa modalità di consumo è prerogativa dei giovani e lo si vede chiaramente analizzando i dati del *binge drinking* (consumo di 6+ bevande alcoliche in un'unica occasione), che rappresenta un altro modo di valutare i consumi eccedentari. In Toscana la prevalenza del *binge drinking* nell'età 11+ è del 6,8% (Italia: 7,6%), il 10,7% tra i maschi e il 3,2% tra le femmine (ISTAT 2016). Andamento costante o in lieve aumento dal 2012 soprattutto nei maschi. Va altresì confermato come nella nostra regione questa tipologia di comportamenti sia meno frequente rispetto al contesto italiano. Ma è dall'indagine EDIT, condotta tra gli adolescenti (14-19 anni) toscani da ARS, che provengono le informazioni più accurate su questo tipo di comportamento per il 2018 (dati preliminari): la metà del campione riferisce di aver avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno e 1 su 3 di *binge drinking* negli ultimi 30 giorni. Gli stessi indicatori riferiti alla precedente indagine (2015) non mostrano, fortunatamente, variazioni significative.

Figura 4. Binge drinkers per genere - Prevalenza per 100 abitanti d'età 11+ anni - Toscana e Italia, periodo 2005-2015 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Indagine Multiscopo ISTAT



L'abuso di alcol è anche 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.

L'accesso al Pronto Soccorso per cause alcol correlate rappresenta una delle conseguenze sanitarie dell'uso e abuso di alcolici. Nel 2017 in Toscana si sono verificati circa 5.123 accessi, 136,9 ogni 100mila abitanti, in lieve aumento rispetto al precedente anno (2016: 134,3 x100mila ab.) così come l'andamento generale nel tempo. Il tasso d'incidenza per la stessa causa calcolato per il 2010 era pari a 105,7 x100mila abitanti. La classe d'età 18-24 anni è quella con il più alto tasso d'incidenza (471 x100mila ab.), in particolare tra i maschi. Nel 69% dei casi gli accessi sono effettuati da maschi e il 33% ha cittadinanza straniera (prevalentemente rumena e marocchina). La causa più frequentemente riscontrata è "effetti tossici dell'alcol etilico" (84%), seguita da "abuso di alcool, non specificato" (10%).

La stima della mortalità attribuibile all'alcol in Toscana calcolata per l'ultimo anno disponibile (2014) è di oltre 530 casi (9,1 decessi x100mila ab.), in linea con il dato nazionale. Di questi il 70% sono attribuiti a maschi (maschi: 15,1 x100mila ab.; femmine: 4 x100mila ab.). Dal 2000 il fenomeno è in costante calo, come nel resto del Paese.

Infine, per quanto riguarda le persone che si rivolgono ai Servizi alcologici della Toscana, nel 2017 sono state circa 5.500 le persone assistite, di cui il 25% nuovi utenti e il 69,5% maschi. L'età media degli alcolodipendenti in carico si mantiene costante nel tempo, così come la distribuzione della bevanda d'abuso prevalente (vino: 55%; birra: 24%; superalcolici: 10%, amari: 5,5%) senza significative differenze di genere. 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.

Il consumo di tabacco

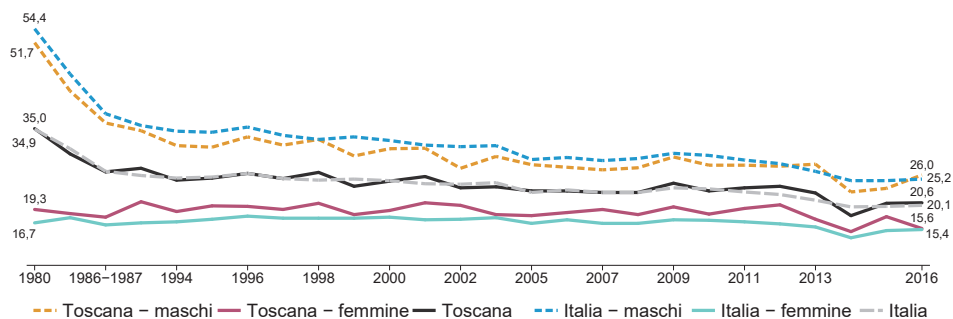
L'abitudine al consumo di tabacco rappresenta una delle principali cause di morte evitabili e, secondo le stime OMS, provoca quasi 6 milioni di decessi prematuri ogni anno in tutto il mondo. Se gli attuali pattern di consumo non cambieranno, tale stima è destinata superare gli 8 milioni entro il 2030.

L'abitudine al fumo, in Toscana come nel resto della penisola, è da tempo in diminuzione: la quota di fumatori nella nostra regione è diminuita dal 35% del 1980 al 20% del 2016, con una forte riduzione della proporzione dei fumatori maschi, che passa dal 51,7% nel 1980 al 26% nel 2016, ed una, assai più contenuta, delle fumatrici femmine che passa dal 19,3% nel 1980 al 15,6% nel 2016. Rispetto al panorama nazionale nel 2016 la nostra regione si attesta su prevalenze di consumatori pressoché sovrapponibili (Italia: 19,8%; Toscana: 20,3%) e se storicamente il consumo delle donne toscane è sempre stato più alto della media italiana, per la prima volta in tutto il periodo considerato le stime coincidono.

La forte diminuzione della popolazione fumatrice è sostenuta soprattutto da coloro che hanno smesso di fumare piuttosto che da coloro che non sviluppano questa abitudine, questo grazie ad un consistente numero di persone che iniziano, ancora, a fumare in età giovanile.

L'età giovanile rappresenta, infatti, una fase della vita con una maggiore vulnerabilità rispetto all'uso del tabacco. È stato stimato che circa l'88% degli adulti che hanno sviluppato l'abitudine, ha provato a fumare le prime sigarette entro i 18 anni di età. La letteratura indica che il consumo di tabacco è più diffuso nei giovani di basso livello socio-economico e che i fattori di stress sociali ed economici che si vivono all'interno di una famiglia possono rappresentare dei fattori di rischio e di incitamento all'iniziazione nei più giovani. Inoltre, i ragazzi che hanno un più alto rendimento scolastico hanno minori probabilità di essere fumatori. L'indagine EDIT di ARS aiuta a tracciare il profilo del giovane adolescente consumatore di tabacco in Toscana. Negli adolescenti di età 14-19 anni in Toscana anche per il 2018, è possibile osservare che la proporzione di fumatori regolari è quasi del 20%, ma quasi il 70% ha provato almeno una volta a fumare. A differenza di quanto accade nella popolazione adulta, in questa fascia d'età sono le ragazze a mostrare una proporzione maggiore di fumatrici. Tale maggiore propensione al fumo di tabacco non emerge dai dati dell'indagine ISTAT, ma trova conferma nei dati toscani dello studio HBSC 2015-2016 nel campione di età di 15+ anni.

Figura 5. Fumatori per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14+ anni – Toscana e Italia, periodo 1980-2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Attualmente il fumo di tabacco in Italia, come in molti paesi economicamente sviluppati, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. Si stima che in Italia i decessi correlati a

questa causa siano compresi tra i 70mila e gli 83mila l'anno, con oltre il 25% tra persone d'età compresa tra i 35 e i 65 anni.

In Toscana sono stati stimati per il 2014 (ultimo dato disponibile) oltre 5.200 decessi attribuibili al fumo, di cui il 74% tra i maschi. Il tasso di mortalità tabacco correlata in Toscana negli ultimi 10 anni (2004-2014) risulta in diminuzione (da 175,8 x100mila a 120,1 x100mila). Nel 2014, il tasso di mortalità maschile è di poco inferiore a quello nazionale (Toscana: 214 x100mila; Italia 223,4 x100mila), mentre tra le femmine i valori regionali e nazionali sono sovrapponibili (52 x100mila). Nel confronto tra i due generi, le conseguenze del consumo di tabacco storicamente interessano maggiormente gli uomini rispetto alle donne, coerentemente con la maggiore diffusione dell'abitudine osservata negli anni. Tuttavia nel tempo la mortalità femminile è rimasta stabile, mentre per i maschi il trend è diminuito in modo costante. Come sappiamo, questo tipo di esito sulla salute è strettamente correlato con l'andamento pregresso dei consumi, dunque compatibile con le differenze emerse nei trend riferiti ai due generi. In Toscana i decessi attribuiti al fumo nei maschi sono meno di quelli registrati per lo stesso genere nel resto del Paese, mentre per le donne gli esiti regionali e nazionali sono sovrapponibili e stabili nel tempo.

In conclusione in Toscana, come in Italia, ci troviamo attualmente nella quarta ed ultima fase della cosiddetta "curva epidemica" delle prevalenze di consumo di tabacco e delle sue conseguenze sulla salute: la mortalità attribuibile ha raggiunto il valore massimo negli uomini ed inizia a diminuire mentre si assiste all'aumento nelle donne, effetto dell'aumento pregresso delle prevalenze di consumo. L'abitudine attuale al consumo appiattisce la storica differenza tra i generi che era appannaggio del genere maschile e tende a concentrarsi nei gruppi di popolazione socio-economicamente più svantaggiati.

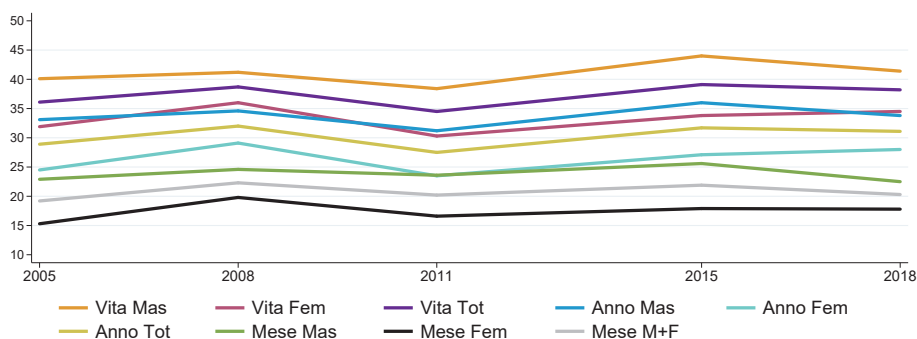
Il consumo delle sostanze psicotrope illegali

L'uso di sostanze psicotrope illegali è un fenomeno diffuso in tutto il mondo e coinvolge circa il 5% della popolazione. L'andamento generale dei consumi si è consolidato nel tempo, tuttavia i pattern, le tipologie di sostanze assunte e le modalità di assunzione e di acquisto si sono modificati. A oggi lo 0,6% della popolazione adulta globale soffre di disturbi dovuti all'uso e abuso di droga e, nella maggior parte dei casi, la sostanza coinvolta è l'eroina per via endovenosa. In Europa, come in Italia, le sostanze maggiormente assunte permangono i derivati della cannabis e della cocaina e le fasce di popolazione maggiormente coinvolte sono quelle giovanili (in particolare tra i maschi). In Italia, secondo quanto stimato con gli studi nazionali svolti periodicamente dal CNR di Pisa (ESPAD), i consumatori negli ultimi 12 mesi di almeno una sostanza nella popolazione generale (15-64 anni) sono il 10%, quasi 4 milioni di italiani, di questi l'87% riferisce l'uso di una sola sostanza, mentre il restante 13% di due o più. Il consumo più frequente (ultimo mese) coinvolge circa 1,5 milioni di italiani (4,4%). Le prevalenze d'uso stimate tra gli adolescenti salgono al 26% per il consumo annuale e al 17% per l'uso mensile. Inoltre, sul podio delle sostanze preferite, al secondo posto (dopo la tradizionale cannabis) compaiono i cannabinoidi sintetici (Spice), con una prevalenza annuale pari all'11%. Questa

sostanza rientra in un più ampio gruppo di droghe sintetiche, le nuove sostanze psicoattive (NPS) di recente comparsa sul mercato e caratterizzate dalla veloce diffusione negli ultimi anni grazie all'acquisto tramite Web, che ha reso questo tipo di operazione meno costosa e più sicura dal punto di vista legale. Basti pensare che dal 2006 in Europa sono state intercettate dalle Forze dell'ordine oltre 600 nuove molecole.

Il quadro toscano dei consumi è in linea generale poco al di sopra di quello nazionale, con un andamento piuttosto stabile nel tempo, pur con una lieve tendenza all'aumento. I dati EDIT preliminari per il 2018 stimano che quasi 4 adolescenti toscani su 10 abbiano fatto uso di sostanze psicoattive nella vita, 3 su 10 nell'ultimo anno e 2 su 10 nell'ultimo mese. Gli andamenti non registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione e le differenze di genere si mantengono a favore di un maggior consumo maschile. Tuttavia, passando dai consumi sporadici (nella vita) a quelli più frequenti (nell'ultimo mese) il comportamento femminile sembra avvicinarsi a quello dei coetanei maschi (figura 6).

Figura 6. Uso di almeno una sostanza per time frame (nella vita, nell'anno e ultimo mese) - Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni - Toscana, periodo 2005-2018 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati EDIT



Cannabis e cocaina sono ancora le sostanze più diffuse con una prevalenza d'uso annuale del 28% e 2,5% rispettivamente. Diversamente da quanto rilevato a livello nazionale, l'uso di cannabinoidi sintetici è pari all'1,4% (ESPAD Italia 2016 ultimo anno: 11%).

Tra le conseguenze sanitarie dell'abuso di sostanze stupefacenti, in Toscana dal 2011 al 2017 sono stati contati 8.102 accessi ai Pronto Soccorso per cause droga correlate (908 nel 2017, -12% rispetto al 2016), con un rapporto tra maschi e femmine pari a 2,6 e una percentuale di esiti in ricovero del 10,4%. Le diagnosi per le quali solitamente avvengono più accessi sono l'avvelenamento da sostanze psicotrope (34% del totale), seguita dall'abuso senza dipendenza (27%). Gli accessi per questa causa rappresentano lo 0,09% sul totale degli accessi per tutte le cause.

Il tasso di accessi al Pronto Soccorso mostra un andamento in diminuzione, dal 2011 al 2017 passando da 30 a 22 accessi ogni 100mila abitanti (2016: 24 x100mila abitanti).

Tra i ricoveri attribuibili a sostanze psicotrope, dal 2011 al 2017 sono stati contati circa 12mila eventi in Toscana. Nel periodo la fascia d'età più coinvolta si mantiene quella compresa tra i 45 e i 54 anni, anche se il coinvolgimento degli adolescenti (15-24 anni) è aumentato nel tempo, dal 10% al 16%. Il genere maschile è quello maggiormente presente, anche se, con l'età, la forbice si riduce. Come atteso, le diagnosi di dimissione più frequenti sono l'abuso di droghe senza dipendenza (40% circa) e la dipendenza da droghe (40%). Il trend dei rapporti standardizzati dei ricoveri droga correlati dal 2011 al 2017 è in costante calo: da 75,4 a 64,6 ricoveri per 100mila abitanti. Tale andamento, che segue quello generale dei ricoveri in Toscana per tutte le cause, è in linea con i dati nazionali sui ricoveri per le stesse cause.

In Italia il trend dei decessi da overdose è in diminuzione dagli anni '90. Nel 2016 sono state registrate 266 overdose infauste (nel 2015: 305), con un'età media di circa 39 anni e una prevalenza maschile pari all'89%. Solo nel 56% circa dei casi si conosce la sostanza che ha causato il decesso e nel 73% di questi è l'eroina (nel 2015: 69%).

L'andamento delle overdose infauste in Toscana segue quello nazionale. Nel 2015 sono stati registrati 28 decessi (il 10,5% sul totale nazionale) e in numeri assoluti la Toscana risulta essere una delle regioni più colpite, al secondo posto dopo il Piemonte (2016: 36 decessi). Tuttavia dal 2003 il numero si è mantenuto tra i 20 e 40 eventi l'anno. L'età media è di circa 40 anni e la prevalenza maschile di oltre l'85%. Dal calcolo del rapporto standardizzato di mortalità da overdose per il triennio 2012-2014, in Toscana si stimano 0,3 decessi ogni 100mila abitanti, senza alcuna variazione da segnalare rispetto al precedente triennio osservato.

Gli utenti in carico presso i Servizi per le dipendenze (SER.D.) in Toscana nel 2017 erano 16.698 di cui il 28,4% nuovi soggetti (Italia 2016: 15%). Da oltre 20 anni il trend della nuova utenza è piuttosto stabile, mentre quello dei soggetti prevalenti (già in carico) mantiene la tendenza al lieve, ma costante aumento della numerosità. In costante aumento anche l'età media, in particolar modo per gli utenti già in carico (da 28 a circa 37 anni per i "vecchi" utenti e da 26,5 a circa 33 per i nuovi).

Anche per le sostanze d'abuso primarie, dalla seconda metà degli anni '90, permangono le stesse tendenze: in costante calo l'eroina (da 90% a 65% circa), a fronte di un aumento della cocaina (da 6% a 20%) e dei cannabinoidi (da 2% a 15%). In particolare l'abuso di eroina riguarda circa il 26% degli utenti incidenti (2016: 31%) e quello di cocaina e cannabis rispettivamente il 32% e il 33%, in aumento rispetto all'anno precedente (2016 rispettivamente: 28% e 30,5%). Rispetto al quadro nazionale dei pazienti in carico per tossicodipendenza, in Toscana si registrano dati quasi sovrapponibili per le sostanze d'abuso, ma l'incidenza regionale è di oltre 13 punti percentuali più alta.

Nonostante il continuo mutamento del fenomeno osservato per modalità di acquisto, consumo e varietà di sostanze in commercio, in generale le prevalenze di consumatori toscani sono in linea con il quadro nazionale. Nello specifico si consuma una maggiore varietà di sostanze, anche se in prevalenza si tratta di derivati della cannabis. L'uso dei cannabinoidi sintetici sembra coinvolgere una quota residuale di soggetti, molto più bassa di quanto registrato a livello nazionale. Si osserva inoltre un ulteriore avvicinamento tra i due generi nelle prevalenze d'uso più frequenti, per un lieve incremento da parte delle femmine, mentre il consumo una

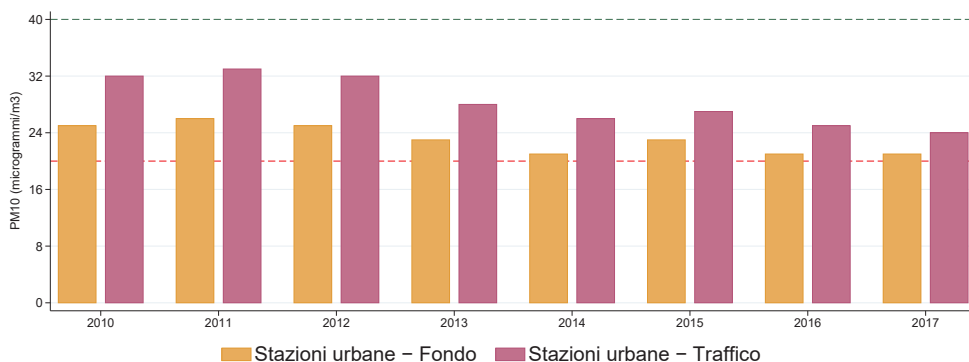
tantum resta una prerogativa tipicamente maschile legata, con tutta probabilità, ad una maggior propensione alla sperimentazione di genere.

Le conseguenze sanitarie in termini di emergenza e ricoveri droga correlati seguono il trend in costante diminuzione osservato anche negli anni precedenti, in particolare per gli accessi ai Pronto Soccorso. Le persone in trattamento presso i Ser.D. toscani mantengono un profilo costante rispetto all'incidenza annuale, l'età ed il genere. Tuttavia, per le sostanze d'abuso primarie, a fronte di un ulteriore decremento degli eroinomani in carico, continuano ad aumentare le proporzioni legate all'abuso/dipendenza da cannabis e cocaina. Questa tendenza concorda con una più alta incidenza rispetto al dato italiano, presumibilmente legata anche a una presenza capillare e a una forte capacità attrattiva da parte dei Servizi toscani sul territorio regionale.

Ambiente

Secondo i dati della rete di monitoraggio regionale di qualità dell'aria gestita da ARPAT, nel 2017 i valori delle medie annuali di PM_{10} restano pressoché stabili rispetto a quanto osservato negli anni più recenti. Il limite normativo di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ è rispettato in tutte le stazioni, ma i valori medi annuali sono superiori alle Linee Guida dell'Organizzazione mondiale di sanità ($20 \mu\text{g}/\text{m}^3$), sia nelle stazioni di fondo che di traffico (figura 1). I valori medi più alti si sono verificati presso la stazione di fondo di LU-Capannori e nelle stazioni traffico di FI-Gramsci e LU-Micheletto. Anche il dato sui superamenti del limite giornaliero di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ è in linea con l'anno precedente: si sono osservati superamenti in 2 stazioni di fondo della rete regionale appartenenti alle due zone "Prato Pistoia" e "Valdarno pisano e Piana lucchese", le stesse del 2016. Anche per il $PM_{2.5}$ i valori nel 2017 risultano piuttosto stabili rispetto agli anni precedenti: il limite normativo di $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$ risulta rispettato in tutte le stazioni, anche se la stazione LU-Capannori mostra un valore di $23 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Il valore di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ raccomandato dell'OMS nel 2017 è superato in 13 stazioni su 15, come osservato nel 2016.

Figura 1. PM_{10} per tipo di stazione di rilevamento della rete regionale di monitoraggio - Medie annuali - Toscana, periodo 2010-2017 - Fonte: ARPAT

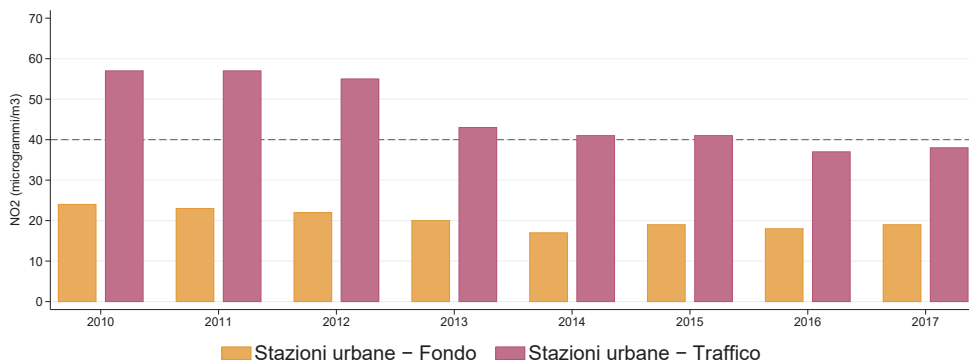


* linea rossa: riferimento Linee Guida OMS $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$

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

I dati del 2017 (figura 2) confermano la criticità del fattore traffico sui livelli di biossido di azoto (NO_2), con i valori medi annuali di NO_2 misurati nelle stazioni di fondo e di traffico rispettivamente pari a $19 \mu\text{g}/\text{m}^3$ e $38 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Nel 2017 si sono verificati tre superamenti del limite di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ per la media annuale, presso le stazioni di FI-Gramsci, FI-Mosse e SI-Bacci. Come per gli anni passati anche nel 2017 i valori di ozono superano nell'80% delle stazioni di monitoraggio sia il limite normativo per la protezione della salute umana che quello per la protezione della vegetazione. Nel corso del 2017, inoltre, si sono verificati 9 episodi di superamento della soglia di informazione (media massima oraria maggiore di $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$) che hanno interessato 4 stazioni, FI-Setignano, FI-Signa, PT-Montale e LU-Carignano.

Figura 2. NO₂ per tipo di stazione di rilevamento della rete regionale di monitoraggio – Medie annuali – Toscana, periodo 2010-2017 – Fonte: ARPAT



* linea verde: riferimento limite normativo 40 microgr/m³

Relativamente alla produzione di rifiuti urbani, anche nel 2016 la Toscana con 616 kg per abitante conferma il secondo posto nel panorama nazionale, dopo l'Emilia Romagna (653 kg/ab.) e rispetto ad una media italiana di 497 kg/ab. (fonte: ISPRA, Rapporto Rifiuti Urbani, Ed. 2017). Seppur in lieve crescita rispetto all'anno precedente, la percentuale di raccolta differenziata, che nel 2016 si attesta in Toscana al 51,1% (media nazionale: 52,5%; Provincia Autonoma di Trento: 74,3%), risulta ancora lontana dagli obiettivi fissati dall'UE e dal Piano Rifiuti della regione Toscana (70% entro il 2020). Anche per quanto riguarda la percentuale di conferimento in discarica sul totale dei rifiuti urbani la Toscana ha un livello superiore alla media nazionale (31% in Toscana e 24,7% in Italia), con la percentuale più bassa a Bolzano (3%) e quella più alta in Molise (90%).

Relativamente alla qualità delle acque superficiali, i dati di ARPAT 2013-2015 classificano come livello "buono", in merito allo stato chimico (presenza di sostanze chimiche definite prioritarie, come metalli, pesticidi, inquinanti industriali, ecc.), il 49% dei punti monitorati. Relativamente allo stato ecologico (struttura e funzionamento degli ecosistemi acquatici), il 64% dei siti risulta in stato inferiore al "buono". Per le acque destinate alla potabilizzazione, i monitoraggi dei periodi 2013-2015 e 2014-2016 confermano i dati negativi degli anni precedenti. Dal 2004 nessun corpo idrico ha raggiunto la classificazione A1 (qualità buona) e nell'ultimo triennio più del 70% è classificato come A3 o SubA3, ovvero categorie che richiedono interventi più consistenti per la potabilizzazione.

Nel 2016 i monitoraggi delle acque di balneazione confermano l'elevata qualità dei circa 600 km di costa toscana: il 93% delle aree costiere si colloca nella classe di qualità "eccellente" ed è stato osservato un limitato numero di casi di non conformità, in netta diminuzione rispetto all'anno precedente.

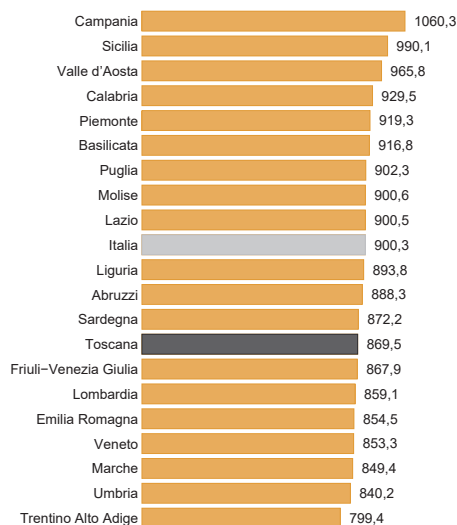
La salute dei toscani

Mortalità

Nel 2017 sono deceduti circa 44.500 cittadini toscani, 11,9 ogni 1.000 abitanti. Nella nostra regione, così come in Italia, la mortalità torna a salire rispetto all'anno precedente, facendo registrare un aumento di circa 0,6 decessi ogni 1.000 abitanti rispetto al 2016. I tassi standardizzati per età attenuano questo aumento, a dimostrazione che, come osservato nel 2015, anche stavolta i soggetti più colpiti sono stati i grandi anziani.

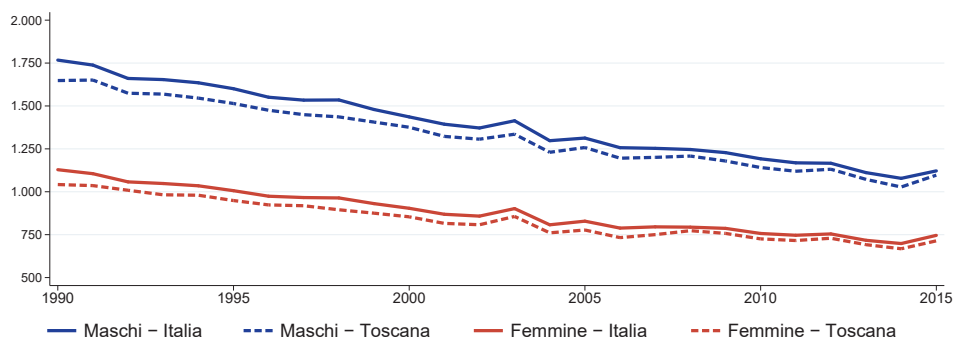
La Toscana è tra le regioni con il più basso tasso di mortalità in Italia, ma, in un'ipotetica classifica per regione, perde alcune posizioni rispetto al passato. Gli ultimi dati standardizzati per età disponibili, utili per un confronto tra regioni, collocano la nostra regione all'ottavo posto tra quelle a minor mortalità (figura 1). Sono circa 870 i decessi osservati nel 2015 ogni 100mila abitanti, a fronte di una media italiana di 900.

Figura 1. Mortalità generale – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2015 – Fonte: ISTAT



Il trend mostra chiaramente il picco di mortalità che ha colpito tutta l'Italia nel 2015, riconducibile alla virulenza dell'epidemia influenzale e all'ondata di calore estiva, fenomeni che hanno interessato la popolazione più anziana e vulnerabile (figura 2). Il gap di mortalità tra uomini e donne non subisce variazioni notevoli rispetto all'anno precedente, attestandosi su circa 380 decessi ogni 100mila abitanti. Il divario si è comunque 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.

Figura 2. Mortalità generale per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 1990-2015 - Fonte: ISTAT



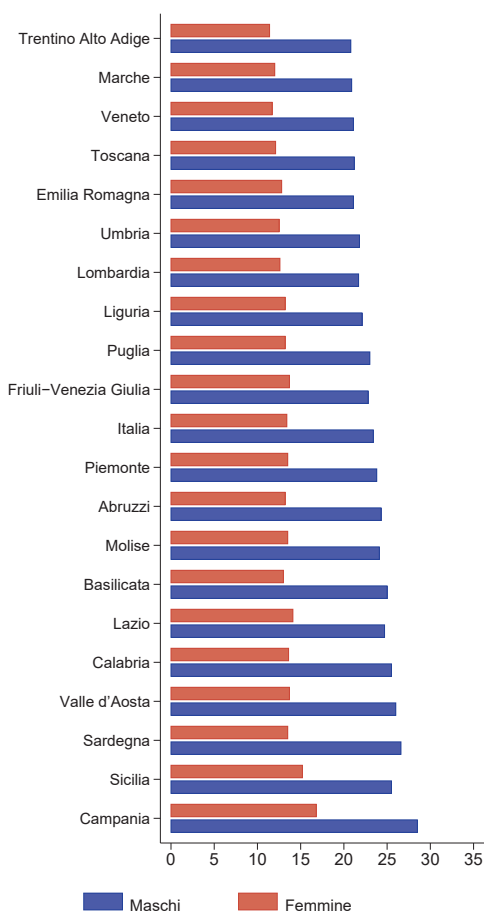
Non ci sono singole cause di morte alle quali imputare l'aumento, spalmato invece su quasi tutti i gruppi di patologia, se pur con lievi differenze d'intensità. In generale, malattie circolatorie (36%) e tumori (27%) costituiscono ancora circa 2/3 del totale dei decessi e la riduzione della mortalità nel lungo periodo è riconducibile ai progressi fatti nel campo della prevenzione e cura di queste patologie.

Mortalità evitabile

La Toscana è tra le cinque regioni italiane con il minor numero di decessi potenzialmente evitabili con azioni di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapie, igiene e assistenza sanitaria adeguata (figura 1). Le stime più recenti (triennio 2013-2015) indicano che mediamente, a causa di questi decessi, gli uomini e le donne perdono rispettivamente circa 21 e 12 giorni di vita (sono rispettivamente 23,4 e 13,4 in Italia).

Le differenze di genere sono riconducibili principalmente all'esposizione più frequente a fattori di rischio occupazionali e stili di vita non corretti tra gli uomini rispetto alle donne (prevenzione primaria).

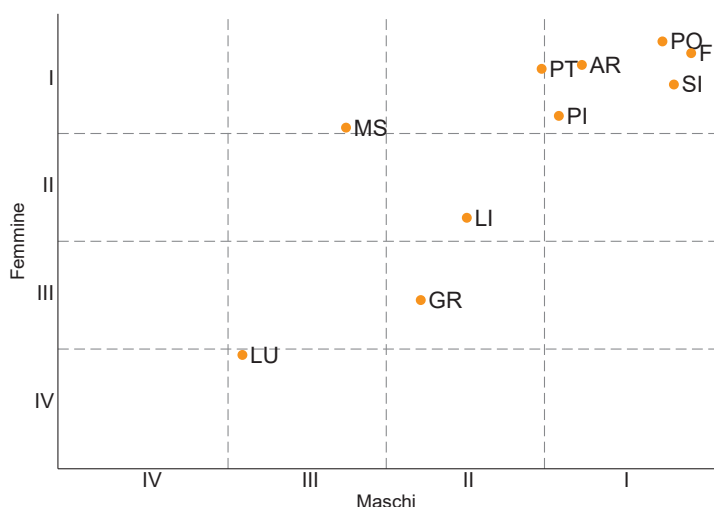
Figura 1. Mortalità evitabile per genere - Giorni di vita persi pro-capite per decessi evitabili - Regioni e Italia, triennio 2012-2014 - Fonte: Rapporto MEV(i) su dati ISTAT



Sono in continua riduzione i decessi prevenibili e potrebbero essere ulteriormente ridotti continuando e intensificando l'attività preventiva primaria e secondaria.

Il territorio regionale non è però omogeneo al suo interno. Dividendo le 110 province italiane in 4 gruppi, dalle migliori (I) alle peggiori (IV) in termini di mortalità evitabile, molte province toscane rientrano nel gruppo più virtuoso in entrambi i generi, mentre alcune province costiere, Massa Carrara, Lucca e Grosseto, presentano criticità in almeno un genere (figura 2).

Figura 2. Mortalità evitabile per genere - Posizionamento delle province toscane in classifica nazionale - Province, triennio 2012-2014 - Fonte: Rapporto MEV(i) su dati ISTAT

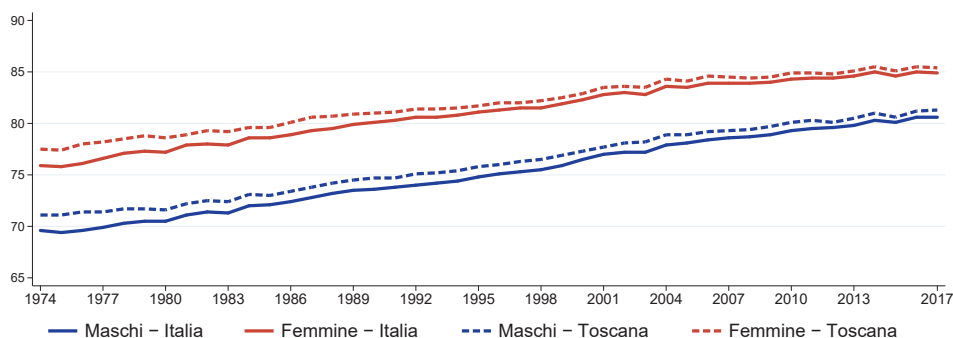


La criticità di queste zone in Toscana è stabile da alcuni anni e dovuta al maggior numero di decessi riconducibili a fattori di rischio limitabili con interventi di prevenzione primaria (dieta, fumo, attività fisica, prevenzione sul lavoro), i quali, com'è noto, hanno potenzialmente un impatto apprezzabile nel lungo periodo.

Aspettativa di vita

La Toscana è tra le regioni italiane con la più alta speranza di vita alla nascita (2° tra gli uomini, 7° tra le donne). Nel 2017 l'attesa di vita media per le donne è di 85,4 anni, per gli uomini di 81,3 (rispettivamente 84,9 e 80,6 in Italia). Non si osservano variazioni sostanziali rispetto al 2016, ma, in Toscana come in Italia, si riduce leggermente (di 0,2 anni) il gap tra donne e uomini, raggiungendo il minimo storico dagli anni '50.

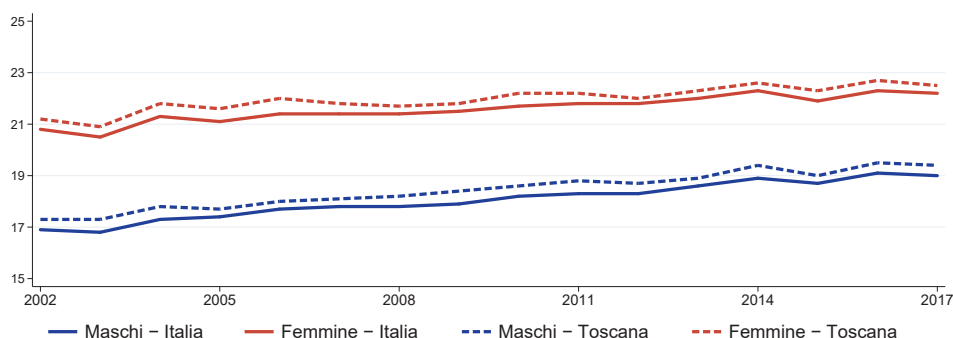
Figura 1. Speranza di vita alla nascita per genere - Toscana e Italia, periodo 1974-2017 - Fonte: ISTAT



Anche la speranza di vita di una persona giunta al compimento del 65° anno d'età è più alta in Toscana rispetto al resto del Paese, anche se con differenze meno ampie rispetto alla speranza di vita alla nascita: 22,5 anni per le donne e 19,4 anni per gli uomini in Toscana, contro una media italiana rispettivamente di 22,2 e 19 anni. Nella classifica delle regioni italiane la Toscana è 5° tra gli uomini e 10° tra le donne. L'indicatore è lievemente in diminuzione rispetto all'anno precedente, in entrambi i generi, di 0,1 anni.

La diminuzione osservata è comune a quella rilevata nella media nazionale e rappresenta una battuta d'arresto nel trend in generale aumento dai primi anni 2000.

Figura 2. Speranza di vita a 65 anni per genere - Toscana e Italia, periodo 2002-2017 - Fonte: ISTAT



Già nel 2003 e nel 2015 si sono verificate brusche diminuzioni degli indicatori di speranza di vita (a 0 e 65 anni). Si è trattato di anni durante i quali furono osservati elevati picchi di mortalità dovuti alle grandi ondate di calore estive e all'elevata virulenza delle epidemie influenzali stagionali, che colpiscono principalmente la popolazione più anziana e fragile.

Il 2017 non rappresenta un arretramento, ma una battuta d'arresto nel trend di crescita dell'indicatore. La mancanza di dati consolidati a oggi non consente però di trovarne spiegazioni sicure. Di certo c'è che nel 2017 la mortalità ha fatto registrare un nuovo aumento rispetto all'anno precedente (+5% circa), comune a tutte le regioni. I decessi in termini assoluti sono vicini ai valori osservati nel 2015 e riguardano ancora una volta la popolazione più anziana che, solitamente, risente maggiormente della virulenza influenzale.

Tumori

In Italia ogni anno si stima ci siano 365mila nuove diagnosi di tumore, escludendo i tumori della pelle che hanno una classificazione a parte. Sono circa 600 ogni 100mila abitanti, con un'incidenza maggiore nelle regioni settentrionali e centrali (fonte: Associazione Italiana Registri Tumori, AIRTUM). In Toscana nel 2017 sono stati circa 27mila i nuovi casi (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma): circa 771 casi ogni 100mila uomini e 665 casi ogni 100mila donne. I tumori più frequenti tra gli uomini sono quelli della prostata, polmone e colon-retto, per le donne la mammella, colon-retto e polmone (tabella 1). Storicamente si osserva un gradiente geografico in Italia, con le regioni del nord caratterizzate da un'incidenza maggiore, ma il gap nord-sud tende a ridursi.

Tabella 1. Tumori per genere e sede principale – Stima* dei casi incidenti e tasso per 100.000 abitanti – Toscana, anno 2017 – Fonte: AIRTUM

Genere	Sede	N.	per 100mila ab.
Uomini	Tutti i tumori, escl. cute	13.899	770,9
	Prostata	2.650	147,0
	Polmone	1.774	98,4
	Colon-retto	1.719	95,3
	Vescica	1.450	80,4
	Cute (melanomi)	949	52,6
	Rene, vie urinarie	721	40,0
	Stomaco	575	31,9
Donne	Tutti i tumori, escl. cute	12.905	665,4
	Mammella	3.511	181,0
	Colon-retto	1.499	77,3
	Polmone	988	50,9
	Utero corpo	800	41,2
	Tiroide	792	40,8
	Cute (melanomi)	700	36,1
	Vescica	401	20,7

* Stima ottenuta proiettando i tassi toscani al 2017 sulla base degli andamenti osservati nel Centro-Nord Italia

Tra i cittadini toscani circa 206mila hanno avuto in passato una diagnosi di tumore maligno (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma). Ci sono quindi circa 5.280 casi prevalenti di tumore ogni 100mila uomini e 5.722 casi prevalenti ogni 100mila donne (tabella 2). I toscani che hanno una precedente diagnosi di tumore nella vita sono in aumento, grazie ad un generale prolungamento della sopravvivenza, dovuto ai progressi fatti nelle terapie e alla diffusione di interventi di prevenzione secondaria (screening).

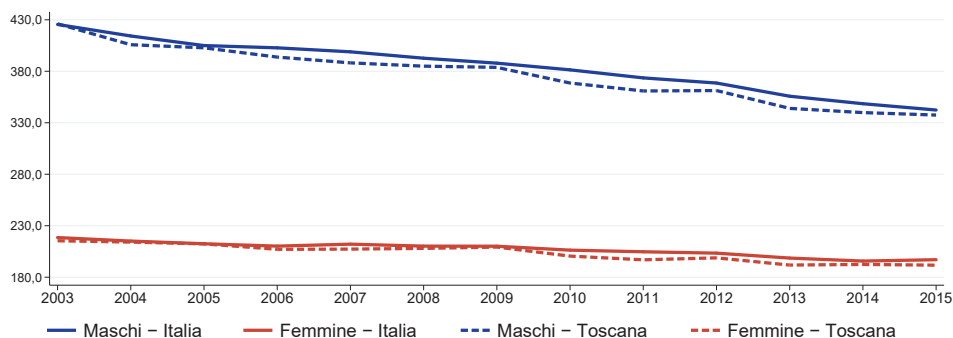
Tabella 2. Tumori per genere e sede principale – Stima* dei casi prevalenti e tasso per 100.000 abitanti – Toscana, anno 2017 – Fonte: AIRTUM

Genere	Sede	N.	per 100mila ab.
Uomini	Tutti i tumori, escl. cute	95.199	5.280,4
	Prostata	23.838	1322,2
	Colon-retto	16.426	911,1
	Vescica	15.802	876,5
	Rene, vie urinarie	6.537	362,6
	Cute (melanomi)	4.893	271,4
	Polmone	4.809	266,7
	Stomaco	3.774	209,3
Donne	Tutti i tumori, escl. cute	110.983	5.722,1
	Mammella	48.070	2.478,4
	Colon-retto	14.605	753,0
	Utero corpo	8.560	441,3
	Cute (melanomi)	5.616	289,6
	Tiroide	5.438	280,4
	Vescica	3.951	203,7
	Polmone	1.986	102,4

* Stima ottenuta proiettando i tassi toscani al 2017 sulla base degli andamenti osservati nel Centro-Nord Italia

I tumori rappresentano la seconda causa di morte (28% dei decessi in Italia nel 2015, fonte: ISTAT) dopo le malattie del sistema circolatorio, ma la mortalità per tumore è in diminuzione. Tende a ridursi anche il gap di genere, grazie alla più decisa diminuzione della mortalità maschile, dovuta in buona parte agli effetti benefici della riduzione dei fumatori tra gli uomini sul tumore del polmone, mentre restano stabili le fumatrici tra le donne, che comunque mantengono livelli di mortalità oncologica molto inferiori a quelli maschili. Nel 2015, ultimo dato disponibile, sono deceduti per tumore circa 337 ogni 100mila uomini e 192 ogni 100mila donne (figura 1). In entrambi i casi il dato è inferiore alla media nazionale e in continua diminuzione.

Figura 1. Mortalità per tumori per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2015 – Fonte: ISTAT



Malattie infettive

La sorveglianza delle malattie infettive in Toscana

È principalmente affidata al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI) assieme ad 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. Questo sistema di sorveglianza, istituito nel 1990, è stato più volte aggiornato nel corso degli anni, tuttavia dal confronto tra i dati in esso contenuti con quelli di altri flussi, quali ad esempio le schede di dimissione ospedaliera e la Rete di sorveglianza microbiologica e dell'antibiotico-resistenza (Rete SMART), risulta per alcune malattie una sottonotifica dei casi segnalati. È importante dunque tenere in considerazione tale evidenza durante la lettura dei risultati che seguono.

Malattie dell'età evolutiva: Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, Varicella, Scarlattina

Nel 2017 sono stati notificati 1.931 casi di malattie dell'età evolutiva di residenti toscani, corrispondenti ad un tasso grezzo di 51,6 per 100mila abitanti in sensibile aumento rispetto al 2016 quando i casi erano stati 1.679. Si tratta di una categoria di malattie molto contagiose per le quali l'unica difesa è la vaccinazione. La patologia predominante è la varicella con 846 casi nel 2017 (tabella 1) corrispondenti ad un tasso grezzo di 22,6 per 100mila ab. (+13% rispetto al 2016), seguita dalla scarlattina, con 635 casi (-20,4% rispetto al 2016), unica tra queste malattie per la quale non esiste un vaccino.

Per quanto riguarda il morbillo, nonostante sia in corso un piano per l'eradicazione della malattia promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2001, e recepito in Italia a partire dal 2003, la malattia continua a circolare, provocando frequenti epidemie, l'ultima delle quali nel 2017, anno in cui si è verificato appunto in Italia un *outbreak* che ha fatto registrare circa 5mila casi (corrispondenti ad un tasso di 8,2 x100mila ab.), di cui 370 in Toscana. Nella nostra regione le segnalazioni relative a residenti sono state 313 (+1.857,3% rispetto al 2016 quando i casi erano stati 16). Il trend dei casi dal 1994 a oggi evidenzia in Toscana (così come in Italia) il tipico andamento ciclico della malattia, con picchi epidemici che si verificano a causa dall'accumulo di persone suscettibili. L'analisi degli ultimi 10 anni rivela che, a eccezione del 2008, quando furono rilevati in Toscana 599 casi, e nel 2011 quando i casi registrati furono 163, negli altri anni sono stati notificati valori trascurabili prima di arrivare all'*outbreak* di malattia nel 2017. Le persone maggiormente colpite dalla malattia hanno un'età compresa tra 25 e 44 anni, tuttavia i tassi di incidenza più elevati sono rilevati nei bambini di età inferiore ai 4 anni. L'età media dei casi è aumentata, passando da 15 anni nel 1994 a 22 nel 2016. Circa l'85% dei casi era non vaccinato. Le conseguenze sanitarie rivelano la portata di questo problema di emergenza sanitaria: in Toscana oltre il 40% dei casi è stato ricoverato, circa ¼ ha avuto almeno una complicanza (più frequenti nelle età adulte, in particolare quelle comprese tra 45 e 64 anni) e quasi il 20% ha richiesto le cure di un Pronto Soccorso. Nessun decesso è stato comunque registrato nel 2017.

I casi di parotite sono stati 29 (incidenza 0,8 x100mila ab. contro 1,1 x100mila ab. in Italia nel 2015), in diminuzione di circa il 20% rispetto all'anno precedente mentre quelli di rosolia sono stati 2 corrispondenti ad un tasso di incidenza di 0,1 x100mila ab., dato allineato a quello nazionale (nel 2016 non è stato rilevato alcun caso tra i residenti). La pertosse infine ha fatto registrare 106 casi nel 2017 con un aumento del 32,6% rispetto all'anno precedente (incidenza 2,8 x100mila ab. contro 0,8 x100mila ab. in Italia nel 2015).

Tabella 1. Malattie infettive dell'età evolutiva – Numero di casi, incidenza per 100.000 abitanti e variazione % rispetto all'anno precedente – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati SIMI

Malattia	2017		Var. % incidenza 2017 vs 2016
	Casi	Incidenza x100mila ab.	
Morbillo	313	8,4	+1.857,3
Rosolia	2	0,1	nc
Parotite	29	0,8	-19,4
Pertosse	106	2,8	+32,6
Varicella	846	22,6	+13
Scarlattina	635	17	-20,4

Malattie trasmesse per via aerea: Influenza stagionale, Tubercolosi, Micobatteriosi non tubercolare, Legionellosi

Influenza stagionale

L'analisi dei dati sulla Sindrome Influenzale nella stagione 2017-18, rivela che i casi sono stati quasi 470mila (tabella 2), pari al 12,6% della popolazione residente al 1 gennaio 2017, un numero sensibilmente maggiore rispetto a quello della stagione precedente quando i casi erano stati circa 290.900 (7,8% della popolazione residente).

Nel periodo analizzato la curva epidemica ha raggiunto il picco nella prima settimana del 2018, risultando maggiore rispetto a quello della precedente stagione (12,9 x1.000 ab. vs 10,7 x1.000 ab. nel 2016-17). Il picco della stagione appena terminata caratterizza una situazione epidemica di intensità alta con un valore decisamente maggiore rispetto a quelli di tutte le precedenti stagioni e secondo soltanto a quello del 2004/05 (16,5 x1.000 ab.).

Per quanto riguarda le “forme gravi di 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 preliminari indicano che sarebbero 63 le persone colpite (di cui 11 decedute). Rispetto alla precedente stagione influenzale si osserva un sensibile aumento sia dei casi gravi (da 9 a 63) che della mortalità (da 3 a 11 decessi).

La copertura vaccinale per l'influenza negli anziani è ancora lontana dal valore minimo raccomandato del 75%, attestandosi nel 2017-18 a 55,3%, dato allineato a quello del 2016-17 (55,2%). È opportuno infine segnalare che la copertura vaccinale negli operatori sanitari è decisamente bassa, il 24,8%, nonostante si registri un sensibile aumento rispetto alla stagione precedente quando era il 17,3%.

Tubercolosi

Nel 2017 sono stati notificati 237 casi di tubercolosi relativi a residenti in Toscana (tabella 2), corrispondenti ad un tasso grezzo di 6,3 per 100mila ab. (in Italia nel 2016, il tasso era di 6,6 per 100mila ab.), incidenza in aumento del 14% rispetto al 2016. La malattia è fortemente associata alle condizioni igieniche in cui vivono le persone, a malnutrizione e cattive condizioni generali di salute, per queste ragioni sono maggiormente colpite le popolazioni straniere con particolare riferimento a quelle provenienti da paesi a forte pressione migratoria che nel 2017 rappresentano il 70,5% del totale dei casi. Si stima che ogni anno il 5-10% dei casi di malattia vada incontro al decesso: si tratta generalmente di persone anziane per le quali, anche se nei registri di mortalità è riportata come causa di morte la tubercolosi, è plausibile ritenere che questa sia annoverata come una concausa di morte.

Micobatteriosi non tubercolare

Nel 2017 sono stati rilevati 13 casi di malattia (tabella 2) relativi a residenti in Toscana (-51,8% rispetto al 2016 quando i casi erano stati 27), corrispondenti ad un tasso grezzo di 0,3 per 100mila abitanti. Il trend dei casi di malattia mostra una lieve diminuzione generale.

Legionellosi

I casi di legionellosi tra i residenti sono stati 161 nel 2017 (tabella 2), corrispondenti ad un tasso grezzo di 4,3 per 100mila abitanti (in Italia nel 2015, il tasso era di 2,6 per 100mila ab.), in aumento del 31% rispetto al 2016 ma più in generale in aumento nella nostra regione dal 2000. Sono colpiti prevalentemente maschi di età anziana o adulta. Ogni anno si registra un numero variabile di decessi compreso tra 5 e 10 persone.

Tabella 2. Malattie infettive trasmesse per via aerea – Numero di casi, incidenza per 100.000 abitanti e variazione % rispetto all'anno precedente – Toscana, anno 2017. Fonte: Elaborazioni ARS su dati SIMI

Malattia	2017		Var. % incidenza 2017 vs 2016
	Casi	Incidenza x100mila ab.	
Influenza	469.665	12.550	+61,5
Tubercolosi	237	6,3	+14,0
Micobatteriosi non tubercolare	13	0,3	-51,8
Legionellosi	161	4,3	+31,0

Malattie trasmesse per via sessuale: Gonorrea (o Blenorragia), Sifilide, HIV e AIDS

Gonorrea (Blenorragia)

Nel 2017 sono stati notificati 6 casi di malattia (tabella 3) relativi a residenti, corrispondenti ad un tasso grezzo di 0,2 per 100mila abitanti (in Italia nel 2015, il tasso era di 1,1 per 100mila ab.), valore in linea con quello del 2016 quando i casi erano stati 7. Il trend è stabile da molti anni, e in diminuzione rispetto al biennio 2000-2001, quando fu registrato in Toscana il picco massimo della malattia con 44 casi notificati in ciascuno dei 2 anni. Le frequenze più alte sono riferite a maschi, di età prevalentemente compresa tra 25 e 64 anni, ma sono stati notificati anche alcuni casi in bambini di età inferiore all'anno, presumibilmente infettati alla nascita dalle madri.

Sifilide

Nel 2017 sono stati notificati 34 casi di malattia (tabella 3) tra i residenti, corrispondenti ad un tasso grezzo di 0,9 per 100mila abitanti (in Italia nel 2015, il tasso era di 1,7 per 100mila ab.), dato allineato a quello del 2016 quando le notifiche erano state 35.

In Toscana i casi sono in lieve aumento dal 1994 fino al 2012, poi dal 2013 diminuiscono fino al 2015 mentre nell'ultimo biennio si osserva un nuovo sensibile aumento. I più colpiti sono in termini di numerosità le persone di età compresa tra 25 e 44 anni mentre in termini di tassi i bambini di età inferiore all'anno di vita.

Negli ultimi 5 anni disponibili i decessi sono stati 3, 1 nel 2010 e 2 nel 2011 (nessuno dal 2012 al 2014), tutti di età maggiore o uguale a 65 anni.

Tabella 3. Malattie infettive trasmesse per via sessuale – Numero di casi, incidenza per 100.000 abitanti e variazione % rispetto all'anno precedente – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati SIMI

Malattia	2017		Var. % incidenza 2017 vs 2016
	Casi	Incidenza x100mila ab.	
Gonorrea (Blenorragia)	6	0,2	-14,2
Sifilide	34	0,9	-2,8

HIV/AIDS

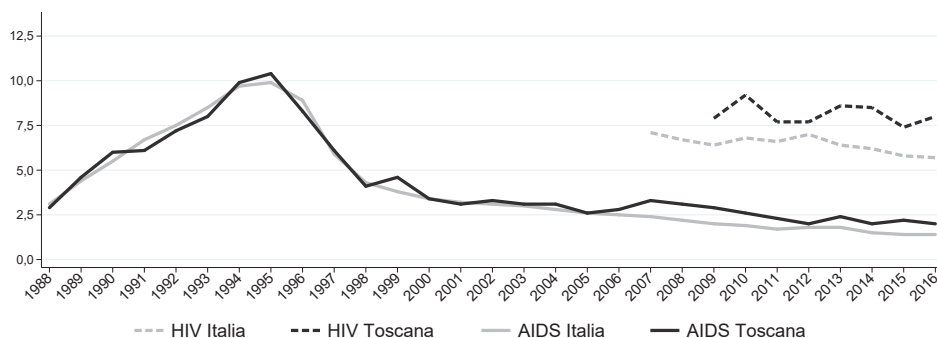
L'HIV continua a essere un importante problema di salute pubblica globale. Da quando è partita l'epidemia, negli anni ottanta, sono morte nel mondo 35 milioni di persone. Nel 2016 nel mondo c'erano 36,7 milioni di persone positive per l'HIV, i nuovi infetti sono stati 1,8 milioni. I decessi sono crollati rispetto al momento di maggior aggressività del virus (1,9 milioni nel 2005, 1 milione nel 2016), ma i contagi restano costanti. L'Italia rispecchia questo andamento: oggi si stimano 130mila infetti, con 3.600 nuovi casi l'anno. Dopo il Portogallo, il nostro Paese ha la più alta incidenza di AIDS tra i paesi dell'Europa occidentale. 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 fino al 2000 e da una successiva costante lieve diminuzione che si è assestata nell'ultimo quinquennio a circa 80 nuovi casi l'anno, 76 nel 2016. Anche l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, in Toscana, come nella maggior parte delle regioni italiane, presenta un andamento stabile tra il 2009 e il 2016: 298 casi nel 2016. La Toscana continua ad avere tassi di incidenza di AIDS e di HIV maggiori rispetto a quelli nazionali (figura 1) e a collocarsi tra le regioni italiane con i tassi di incidenza più alti, preceduta per AIDS solo da Liguria, Marche e Umbria ($8,0 \times 100\text{mila}$), per HIV da Marche ($7,2 \times 100\text{mila}$) e Lazio ($8,5 \times 100\text{mila}$).

L'83,9% dei casi notificati riguarda il genere maschile (rapporto maschi/femmina 5,2:1; incidenza maschi: 13,9 per 100mila; femmine: 2,5 per 100mila). L'età mediana al momento della diagnosi di infezione di HIV appare relativamente costante negli ultimi anni (40 anni per i maschi e 35 anni per le femmine). Le femmine continuano ad essere più giovani dei maschi alla diagnosi: nell'ultimo biennio il 44,1% delle donne scoprono la sieropositività tra i 20-39 anni, nelle età legate alla gravidanza. In entrambi i generi tuttavia la classe più frequente è quella degli over 50 con il 27,9% delle nuove diagnosi, in aumento negli anni (erano il 18,0% nel biennio 2009-2010).

Si consolida nel tempo la maggiore rilevanza della trasmissione del virus HIV per via sessuale, rispetto a quella per tossicodipendenza dominante negli anni '80-'90. I rapporti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione nettamente più frequente per le donne (90,8%), nei maschi il contagio è omosessuale nel 51,6% dei casi e eterosessuale nel 35,0%. Si conferma la bassa percezione del rischio di trasmissione del virus soprattutto tra gli eterosessuali, 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 (11,8% 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 casi pediatrici nel 2016 in Toscana.

Figura 1. HIV e AIDS - Incidenza per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 1988-2016 -
Fonte: Elaborazioni ARS su dati del Sistema di sorveglianza HIV e Registro regionale AIDS



Malattie trasmesse per via alimentare e zoonosi: Brucellosi, Diarree infettive, Leptospirosi, Listeriosi, Salmonellosi non tifoidea, Tularemia, Febbre tifoide

Brucellosi

In Toscana nel 2017 non sono stati notificati casi di brucellosi in residenti (in Italia nel 2015, il tasso era di 0,2 per 100mila ab.). Ad eccezione del 1994, quando furono notificati circa 40 casi, e nel 1998 quando ne furono notificati circa 10, negli altri anni i casi registrati sono pochi, nell'ultimo quinquennio 5, di cui 3 nel 2013 e 2 nel 2014.

Diarree infettive

Nel 2016 i casi notificati di diarrea infettiva in residenti toscani sono stati 826 (tabella 4), corrispondenti ad un tasso di 22,1 per 100mila abitanti, in aumento del 12,4% rispetto al 2016 quando erano stati 735. Il trend dei casi è stabile dal 1994 al 2005, mentre dall'anno successivo l'andamento mostra una costante crescita che culmina nel picco di massimo storico di 991 casi nel 2012. Negli ultimi 5 anni è stato registrato ogni anno un numero di casi tra i residenti compreso tra 700 e 950 circa. I più colpiti in termini di numerosità sono gli anziani, mentre in termini di incidenza, oltre agli anziani sono i bambini di età inferiore a 4 anni a rivelare i valori maggiori.

Dal 1994 al 2010 risultano decedute 2 persone per diarrea infettiva in Toscana mentre nei soli ultimi 4 anni disponibili, dal 2011 al 2014 i decessi sono stati 18: ad eccezione di 1 bambino di età inferiore all'anno, gli altri decessi si riferiscono a persone di età maggiore o uguale a 65 anni.

Leptospirosi

In Toscana negli ultimi 5 anni sono stati registrati 2 casi di leptospirosi (tabella 4) tra i residenti, 1 nel 2013 ed 1 nel 2014 (in Italia nel 2015 sono stati notificati 38 casi, corrispondenti ad un tasso di 0,1 per 100mila ab.). La malattia nella nostra regione si presenta, ogni anno, con un numero di casi variabile tra 0 e 5.

Listeriosi

Nel 2017 i casi di listeriosi notificati riferiti ai residenti sono stati 12 (tabella 4), corrispondenti ad un tasso grezzo di 0,3 per 100mila abitanti (valore allineato a quello dell'Italia nel 2015), in diminuzione del 33,3% rispetto al 2016 quando erano stati 18. I più colpiti in termini di numerosità sono le persone di età maggiore o uguale a 65 anni, mentre in termini di incidenza oltre agli anziani sono i bambini di età inferiore all'anno di vita a presentare i tassi più elevati. Dal 1994 al 2014 risultano decedute per listeriosi 21 persone in Toscana, di cui 11 negli ultimi 5 anni.

Salmonellosi non tifoidea

Nel 2017 i casi notificati di salmonellosi tra i residenti in Toscana sono stati 176 (tabella 4), corrispondenti ad un tasso di 4,7 per 100mila abitanti (in Italia nel 2015, il tasso era di 6,3 per 100mila ab.), in diminuzione del 22,8% rispetto al 2016 quando erano stati 228.

In Toscana si osserva una forte e costante riduzione dei casi dal 1994 al 2014 mentre dal 2015 la malattia rivela un nuovo aumento di casi. I più colpiti in termini di numerosità sono gli adolescenti fino ai 14 anni di età e gli anziani, mentre in termini di tassi di incidenza i bambini di età inferiore ai 4 anni.

Dal 1994 al 2014 sono decedute in Toscana per salmonellosi 29 persone, di cui negli ultimi 5 anni solo una nel 2013.

Tularemia

In Toscana sono stati sporadici i casi di malattia dal 1994 al 2007 mentre nel 2008 è stato registrato il picco di massimo storico regionale con 42 casi di residenti infettati. Dal 2011 ad oggi non sono stati notificati casi di malattia in Toscana (lo stesso vale per l'ultimo anno disponibile per l'Italia, il 2015).

Febbre tifoide

Nel 2017 sono stati 3 i casi di febbre tifoide (tabella 4) relativi a residenti in Toscana, corrispondenti ad un tasso di 0,1 per 100mila abitanti, dato allineato a quello del 2016. In Italia nel 2015, ultimo anno disponibile, non sono stati notificati casi di febbre tifoide. I casi di malattia nella nostra regione sono sporadici (mai superiori a 11 l'anno), inoltre risultano in diminuzione e, negli ultimi 5 anni, stabili tra 1 e 4 casi ogni anno.

Tabella 4. Malattie infettive trasmesse per via alimentare e zoonosi – Numero di casi, incidenza per 100.000 abitanti e variazione % rispetto all'anno precedente – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati SIMI

Malattia	2017		Var. % incidenza 2017 vs 2016
	Casi	Incidenza x100mila ab.	
Brucellosi	0	0	--
Diarree infettive	826	22,1	12,4
Leptospirosi	0	0	--
Listeriosi	12	0,3	-33,3
Salmonellosi non tifoidea	176	4,7	-22,8
Tularemia	0	0	--
Febbre tifoide	3	0,1	-25

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

Epatite A

Nel 2017 si è verificata un'importante epidemia di epatite A, che ha colpito gran parte dell'Europa e che in Italia ha avuto il peso maggiore con 3.426 casi di malattia, corrispondenti a un tasso di incidenza di 6,9 casi per 100mila abitanti.

Nello stesso anno i casi notificati di epatite A in Toscana sono stati 297, di cui 274 riferiti a residenti (tabella 5), corrispondenti ad un tasso di 7,3 per 100mila abitanti, in aumento di quasi 10 volte rispetto al 2016 quando erano stati 27.

In Toscana la malattia mostra un andamento altalenante, variando da pochi casi (meno di 20) a molti (quasi 300). I più colpiti in termini di tassi di incidenza sono gli adolescenti di età compresa tra 5 e 14 anni. Negli ultimi 5 anni i decessi per epatite A sono stati 14, dei quali 11 relativi a persone di età compresa tra 45 e 64 anni. Nel 2014, ultimo anno disponibile, non è stato registrato alcun decesso.

Epatite B

L'infezione da virus dell'epatite B è nella maggior parte dei casi asintomatica. È sintomatica nel 30-50% delle infezioni acute degli adulti e nel 10% dei bambini. Nell'adulto la malattia cronicizza in circa il 5-10% dei casi. In Toscana, come in Italia, c'è stata una netta riduzione delle notifiche di infezione acuta sintomatica da epatite B a partire dal 1991 quando è stata introdotta la vaccinazione obbligatoria per tutti i nuovi nati e fino al 2003 anche per gli adolescenti nel corso del 12° anno. In Toscana il trend della malattia indica un numero elevato di notifiche (oltre 100 l'anno) fino al 2007 mentre dal 2008 il trend mostra una generale riduzione fino al 2012. I più colpiti sono i maschi, e in termini d'incidenza, i valori più elevati si registrano per le età comprese tra 25-44 anni e 45-64 anni. I soggetti con età maggiore di 38 anni non risultano infatti coperti dalla vaccinazione obbligatoria. Nel 2017 sono stati notificati 46 casi di epatite B acuta sintomatica (tabella 5) relativi a residenti in Toscana, corrispondenti ad un tasso grezzo di 1,2 per 100mila ab. (in Italia nello stesso anno, il tasso è stato di 0,5 per 100mila ab.), in aumento del 35,3% rispetto al 2016 quando i casi erano stati 34, valore di minimo storico. Ciò è verosimilmente dovuto alla presenza di immigrati non sottoposti ai programmi di vaccinazione obbligatoria.

Dal 1994 al 2014 risultano decedute 94 persone per epatite acuta B in Toscana, la maggior parte delle quali nel quinquennio 2010-2014; una quota importante di tale incremento potrebbe essere imputata all'introduzione del nuovo sistema di codifica delle cause di morte ICD X-CM.

Epatite C

L'infezione acuta da virus dell'epatite C è solitamente asintomatica e cronicizza in circa l'85% dei casi aumentando il rischio di sviluppare cirrosi epatica e carcinoma epatocellulare (nel 2017 sono stati notificati soltanto 4 casi di epatite C acuta). Il lungo periodo di latenza che intercorre tra l'infezione e l'insorgenza dei sintomi riferibili al danno epatico, rende questi pazienti difficilmente intercettabili da parte del sistema sanitario con una conseguente progressione della malattia.

Applicando i risultati di uno studio svolto nel 2015 presso le strutture ambulatoriali specialistiche della Regione Toscana ai principali flussi correnti, è stato possibile stimare il numero dei pazienti affetti da HCV cronica già noti al Sistema Sanitario Regionale (SSR) e la quota dei non noti.

Al 1 dicembre 2017 risultano in carico al SSR 21.700 persone HCV-RNA positivi potenzialmente ancora da sottoporre a terapia. È una popolazione composta per il 56,7% da maschi con elevato coinvolgimento di persone d'età superiore ai 45 anni (l'84% del totale). L'incremento con l'età dei livelli di prevalenza riflette l'ampia diffusione che ha avuto luogo negli anni '80, prevalentemente attraverso l'utilizzo di siringhe contaminate da sangue infetto nella popolazione tossicodipendente e, negli anni '50 e '60, mediante la messa in atto di pratiche sanitarie in grado di favorire il contagio.

Applicando la metodologia statistica del “cattura-ricattura” ai risultati appena descritti, è stato possibile stimare il numero di persone con epatite cronica HCV correlata presenti nella popolazione toscana, ma non conosciute ai servizi (mai esenti, mai trattate, mai ricoverate) che sono risultate 27.817.

Di conseguenza, se sommiamo le 21.700 persone con epatite cronica HCV conosciute al SSR alle 27.817 sconosciute, otteniamo 49.517 persone presenti sul territorio regionale con epatite cronica HCV correlata che corrisponde ad una prevalenza sul nostro territorio pari a 1,3%, in linea con quanto riportato in letteratura.

Con l'avvento dei nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA), che permettono l'eradicazione virale nel 90-95% dei pazienti, l'individuazione precoce e il trattamento è elemento prioritario. È per tale motivo che la Regione Toscana ha recentemente approvato la delibera n. 397 del 9 aprile 2018 contenente un progetto finalizzato al trattamento di tutti i soggetti con epatite cronica C residenti in Toscana nel triennio 2018-2020, attraverso il potenziamento dell'offerta ambulatoriale.

Epatite D

Il virus Delta rientra nella categoria dei virus cosiddetti “difettivi” poiché ha bisogno della contemporanea presenza del virus B per replicarsi. Nel 2017, così come l'anno precedente, non sono stati notificati casi di epatite D riferiti a residenti in Toscana, dove l'ultima notifica risale al 2008.

Epatite E

Nel 2017 è stato notificato 1 caso di epatite E in un residente in Toscana (tabella 5), dato in diminuzione rispetto al 2016 quando i casi sono stati 3.

Tabella 5. Epatiti virali acute – Numero di casi, incidenza per 100.000 abitanti e variazione % rispetto all'anno precedente – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati SIMI

Malattia	2017		Var. % incidenza 2017 vs 2016
	Casi	Incidenza x100mila ab.	
Epatite A	274	7,3	914,8
Epatite B	46	1,2	35,3
Epatite C	4	0,1	-55,6
Epatite D	0	0	--
Epatite E	1	0,0	-66,7

Malattie batteriche invasive (MIB): MIB da *haemophilus influenzae* di tipo B, MIB da meningococco, MIB da pneumococco

Nel 2017 i casi notificati di malattie batteriche invasive sono stati 76, corrispondenti ad un tasso di 2 casi per 100mila ab., in diminuzione del 39,4% rispetto al 2016 quando i casi erano stati 124. I risultati che seguono, diversamente all'approccio seguito per le precedenti malattie infettive, non offrono un focus sui residenti poiché si tratta di un'informazione non rilevata in questo contesto.

Pneumococco

È la malattia predominante tra le MIB con 53 casi notificati nel 2017 (tabella 6), corrispondenti ad un tasso di 1,4 casi per 100mila abitanti (in Italia nello stesso anno, il tasso calcolato su dati provvisori è 2,4 per 100mila ab.), in diminuzione del 28,4% rispetto al 2016 quando i casi erano stati 74. Ad eccezione del 2011 quando furono registrati 34 infettati, il trend rivela un numero di casi ogni anno compreso tra 12 e 26 nel periodo 2007-2014, mentre dall'anno successivo i casi aumentano: 45 nel 2015, 74 nel 2016 e come anticipato 53 nel 2017. Le persone maggiormente colpite hanno età maggiore o uguale a 65 anni.

***Haemophilus influenzae* di tipo b**

È la malattia che tra le MIB presenta il minor numero di casi, nel 2017 solo 6 (tabella 6), corrispondenti ad un tasso grezzo di 0,2 per 100mila ab. (in Italia nello stesso anno, il valore del tasso calcolato su dati provvisori è lo stesso), tutti maschi, in diminuzione del 25% rispetto al 2016 quando erano stati 8. Ogni anno la malattia è responsabile di un esiguo numero di casi compreso tra 1 ed 8.

Meningococco

L'Italia mostra oggi un trend d'incidenza di MIB da meningococco tra i più bassi d'Europa: dopo un rapido aumento di casi negli anni 2000-2005, si è registrata una progressiva riduzione, in concomitanza con l'introduzione della vaccinazione contro il meningococco C nei programmi vaccinali.

Il dato provvisorio fornito dall'Istituto Superiore di Sanità riporta 196 casi di MIB da meningococco segnalati nel 2017, corrispondenti ad un tasso di incidenza di 0,32 per 100mila abitanti, valore inferiore a quello del 2016 (0,38 x100mila ab.) ed allineato a quello del 2015 (0,31 ogni 100mila ab.). La distribuzione dei casi a livello regionale è piuttosto stabile o comunque presenta piccole oscillazioni, ad eccezione della Toscana dove i dati del biennio 2015-16 mostrano un marcato aumento di casi di meningococco di tipo C negli adulti.

In Toscana il meningococco di tipo B è stato il principale responsabile di malattia fino al 2014, con un numero di casi che variava ogni anno tra 5 e 13. Fino al 2014 i casi di meningococco C sono sempre stati inferiori a 5, ad eccezione di un picco di casi nel 2004 e nel 2005 (11 e 18 casi rispettivamente). Nel 2015 si assiste invece ad un importante incremento dei casi di meningococco C, che arrivano a 31 in questo anno e a 30 nel 2016. Nel 2017 i casi si fermano invece a 9 (tabella 6), rivelando un'importante riduzione della circolazione del batterio, che può essere ricondotta anche all'estensiva campagna vaccinale messa in atto dalla Regione Toscana. Nel 2018, fino al momento della stesura di questo documento, sono stati notificati 4 casi di infezione. Gli altri tipi di meningococco (A, X, Y, W) sono stati raramente causa di casi malattia. È opportuno osservare che mentre nel biennio 2015-2016 la fascia di età più colpita, in termini di casi su popolazione, è quella 11-19 anni (1,75 casi x100mila ab.) nel 2017 nessun adolescente ha contratto la malattia

e le età in cui i casi sono stati più numerosi sono quelle comprese tra 20 e 44 anni (0,56 casi ogni 100mila ab.). Nel 2018 l'età media dei casi aumenta ulteriormente, infatti si tratta di persone di età sempre superiore a 45 anni.

Per approfondimenti consultare il portale meningite in Toscana (www.ars.toscana.it/temi/meningite/).

Tabella 6. Malattie batteriche invasive – Numero di casi, incidenza per 100.000 abitanti e variazione % rispetto all'anno precedente – Toscana, anno 2017. Fonte: Elaborazioni ARS su dati SIMI

Malattia	2017		Var. % incidenza 2017 vs 2016
	Casi	Incidenza x100mila ab.	
MIB da haemophilus influenzae di tipo B	6	0,2	-25
MIB da meningococco	17	0,5	-59,5
- sierogruppo B	5	0,1	-44,4
- sierogruppo C	9	0,2	-70
- altri sierogruppi	3	0,1	+50
MIB da pneumococco	53	1,4	-28,4

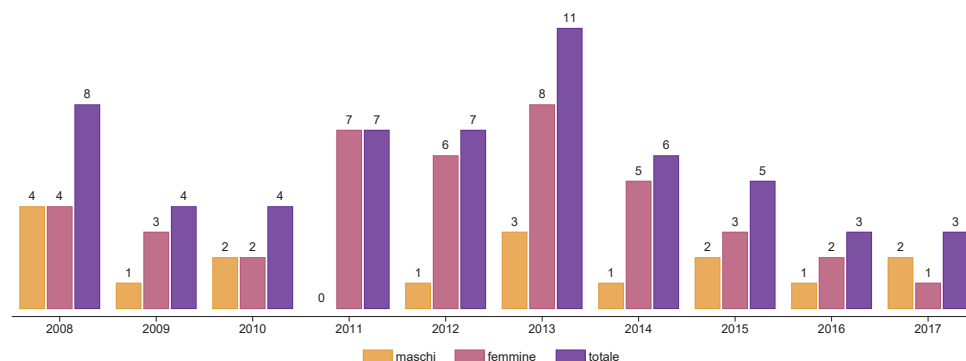
Altre malattie per le quali è disponibile un vaccino

Tetano

Nel 2017 i casi notificati di tetano relativi a residenti sono stati 3, valore allineato a quello del 2016 (figura 2) e corrispondente ad un tasso di 0,08 per 100mila abitanti (in Italia nel 2015, il tasso era di 0,06 per 100mila ab.).

In Toscana negli ultimi 10 anni sono stati notificati sporadici casi di tetano, variabili tra 3 ed 11, per un totale di 58 casi, di cui 41 femmine (70,7%) e 17 maschi (29,3%). La malattia colpisce quasi esclusivamente anziani, generalmente di età superiore ai 70 anni.

Figura 2. Casi di Tetano per genere – Toscana, periodo 2008-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati SIMI



Dal 1987 al 2014 sono deceduti 93 residenti in Toscana per tetano di cui 9 negli ultimi 5 anni.

Eventi acuti cardiovascolari

L'impatto delle malattie del sistema circolatorio continua a essere predominante sulla salute, sia in termini di ospedalizzazione (prima causa di ricovero, circa il 15% del totale), che di mortalità (prima causa di morte, 37% del totale).

Il tasso di ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore è in generale diminuzione dal 2011, in Toscana come in Italia, anche se nella nostra regione tra gli uomini il dato resta stabile tra 2015 e 2016. Nel 2016 in Toscana ci sono stati circa 771 ricoveri per malattie ischemiche ogni 100mila uomini (erano 930 nel 2011 e 767 nel 2015) e 273 ogni 100mila donne (357 nel 2011, 290 nel 2015). Il dato toscano è inferiore alla media nazionale, 863 x100mila uomini e 292 x100mila donne (tabella 1).

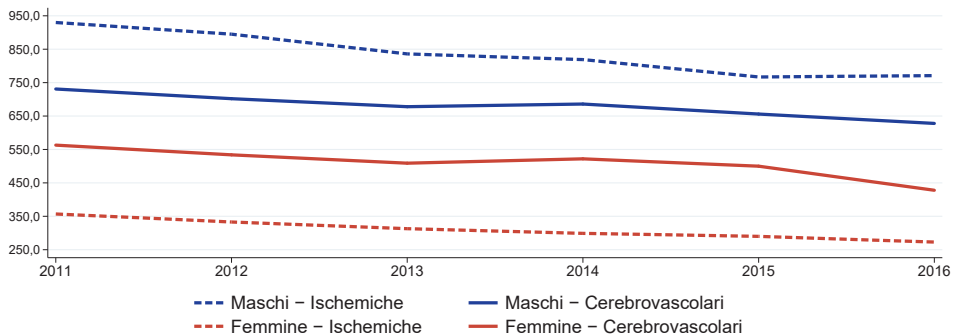
I tassi di ricovero per malattie cerebrovascolari in Toscana continuano invece a essere leggermente superiori alla media nazionale. Circa 628 ricoveri x100mila uomini e 473 x100mila donne, a fronte di una media nazionale di 615 x100mila tra gli uomini e 452 x100mila tra le donne.

Tabella 1. Ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari (esclusi DH) per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2016 – Fonte: Osservasalute su dati ISTAT

Regioni	Malattie ischemiche del cuore		Malattie cerebrovascolari	
	M	F	M	F
Piemonte	850	290	524	369
Valle d'Aosta	800	221	712	720
Lombardia	948	297	609	423
P.A. Bolzano	563	234	843	583
P.A. Trento	990	343	643	481
Veneto	701	222	603	438
Friuli V.G.	693	273	495	399
Liguria	624	228	600	456
Emilia-Romagna	856	281	592	461
Toscana	771	273	628	473
Umbria	782	271	685	510
Marche	753	264	579	413
Lazio	824	277	622	455
Abruzzo	815	272	813	580
Molise	1051	363	1093	682
Campania	1094	381	706	512
Puglia	1004	348	545	410
Basilicata	783	310	640	475
Calabria	904	298	516	384
Sicilia	926	312	685	531
Sardegna	586	236	546	410
Italia	863	292	615	452

Continua comunque a diminuire l'incidenza delle malattie cerebrovascolari nell'ultimo triennio (figura 1). Le differenze di genere sono molto marcate nelle malattie ischemiche del cuore, dove l'incidenza maschile è più che doppia di quella femminile, meno nelle malattie cerebrovascolari. L'incidenza degli eventi ischemici del cuore tra gli uomini sta però diminuendo molto più velocemente rispetto alle donne. Dal 2011 al 2016 sono circa 160 eventi in meno ogni 100mila uomini, a fronte degli 80 ogni 100mila donne.

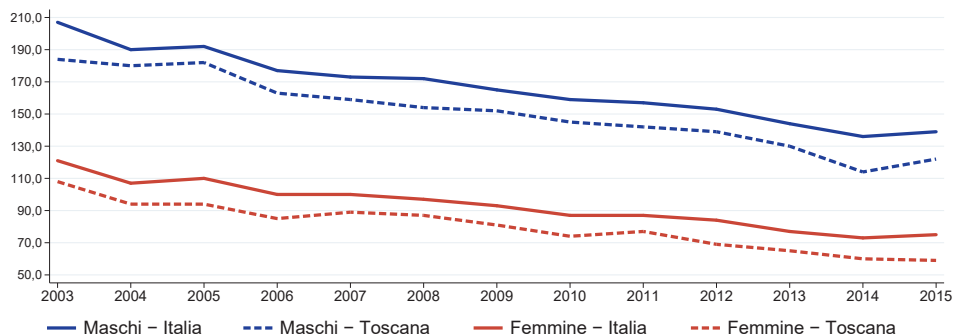
Figura 1. Ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari per genere (esclusi DH) – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, periodo 2011-2016 – Fonte: Osservasalute su dati ISTAT



Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte in Italia, il 37% dei decessi nel 2015. Tra queste, le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari sono i due sottogruppi di patologia più frequenti: rispettivamente il 30% e il 26% del totale dei decessi per malattie del sistema circolatorio.

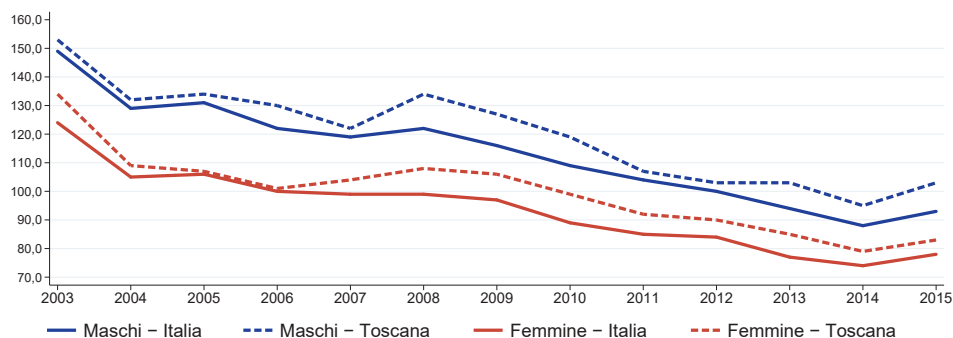
I trend dei decessi sono in diminuzione in tutta Italia. In Toscana nel 2015 il tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore è stato pari a 122 per 100mila uomini, 59 per 100mila donne (figura 2). Tassi costantemente inferiori alla media nazionale sia per gli uomini (139 x100mila ab.) che per le donne (75 x100mila ab.), ma anche per la mortalità l'ultimo anno ha visto l'incidenza maschile aumentare leggermente rispetto all'anno precedente.

Figura 2. Mortalità per malattie ischemiche del cuore per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2015 - Fonte: ISTAT



Diversa la situazione per quanto riguarda la mortalità per malattie cerebrovascolari. Il tasso toscano è ormai costantemente al di sopra della media nazionale dal 2008, in entrambi i generi: 103 per 100mila uomini (93 in Italia) e 83 per 100mila donne (78 in Italia). Entrambi i trend, toscano e italiano, registrano una nuova impennata nel 2015 rispetto all'anno precedente.

Figura 3. Mortalità per malattie cerebrovascolari per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2015 - Fonte: ISTAT



Questi aumenti vanno contestualizzati all'interno di un generale aumento della mortalità che ha caratterizzato il 2015, rispetto all'anno precedente. Essendo quelle circolatorie tra le cause di morte più frequenti è plausibile attendersi un aumento nella mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari.

Malattie croniche

Il progressivo invecchiamento della popolazione e i progressi nelle cure e nella gestione delle malattie hanno contribuito negli ultimi anni all'aumento dei malati cronici, in Italia quasi 24 milioni nel 2016. La cura di queste persone rappresenta, ed è destinata a rappresentare sempre più in futuro, una sfida decisiva per i sistemi sanitari, mettendone a rischio la stessa tenuta in termini economici e sociali. La Toscana, tra le regioni italiane più anziane, è tra le più colpite da questo fenomeno. I malati cronici in Toscana sono circa 1 milione e 440mila (stime ISTAT da Indagine Multiscopo 2016), pari al 38,6% della popolazione e leggermente al di sotto della media italiana (39,1%) (tabella 1). Tra quelle censite, le patologie più frequenti in Toscana sono l'ipertensione e l'artrosi/artrite (entrambe al 15,4%). Sono più numerosi i cittadini con almeno due malattie croniche rispetto a coloro che ne hanno una soltanto: la condizione cronica più frequente è quindi la multimorbidità (19,8%).

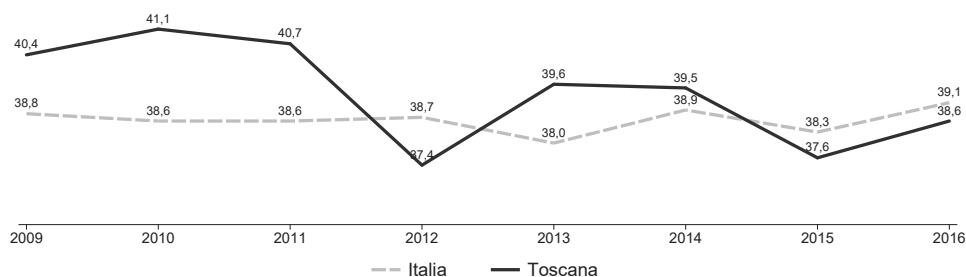
Tabella 1. Malattie croniche – Numero casi e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2016 – Fonte: ISTAT

Malattia	Toscana		Italia
	N. malati (in migliaia)	% standardizzata	% standardizzata
Iipertensione	574	15,4	17,4
Artrosi, artrite	572	15,4	15,9
Malattie allergiche	399	10,7	10,7
Osteoporosi	296	7,9	7,6
BPCO	204	5,5	5,8
Disturbi nervosi	189	5,1	4,5
Diabete	183	4,9	5,3
Malattie del cuore	132	3,5	3,9
Ulcere	61	1,6	2,4
Almeno una	1.439	38,6	39,1
Una soltanto	702	18,8	19,2
Almeno due	737	19,8	20,7

Sono circa 35mila i malati cronici in più rispetto al 2015. Trattandosi di casi prevalenti l'aumento può ovviamente dipendere non solo dell'incidenza delle patologie, ma anche dall'invecchiamento della popolazione e dal prolungamento dell'aspettativa di vita alla diagnosi.

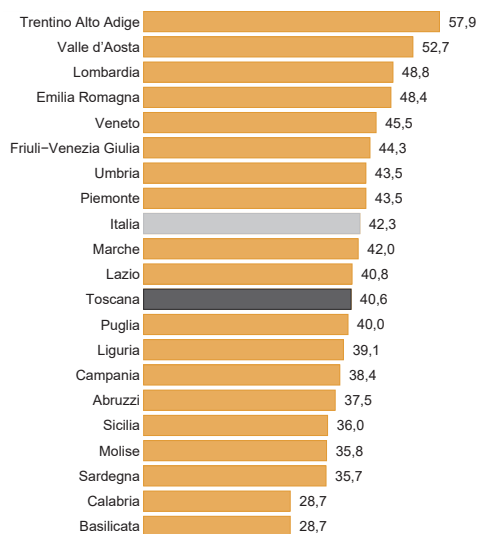
Il trend degli ultimi 7 anni è comunque abbastanza stabile o in leggera diminuzione (figura 1). Va inoltre ricordato che l'informazione raccolta da ISTAT, in assenza di una diagnosi clinica, è auto riferita e modeste oscillazioni come quelle osservate difficilmente possono essere interpretata come significative.

Figura 1. Malati cronici – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2009-2016 – Fonte: ISTAT



Diminuisce leggermente, -3% rispetto al 2015, la parte di malati cronici che si dichiara comunque in buona salute. Nel 2016 il dato scende al 40,6%, sotto la media italiana pari al 42,3% (figura 2).

Figura 2. Malati cronici in buona salute – Persone che si dichiarano comunque in buona salute per 100 malati cronici – Regioni e Italia, anno 2016 – Fonte: ISTAT



Disabilità

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

La definizione di disabilità non è universale. Ad oggi, qualsiasi tentativo di quantificazione del fenomeno deve necessariamente passare attraverso l'integrazione di più fonti. In questo senso si procederà partendo dal numero dei soggetti con disabilità "attesi" in Toscana (sulla base delle stime ISTAT ed EUROSTAT), per poi raffrontare questa misura con i dati INPS sulle prestazioni agli invalidi civili. ISTAT rileva per la Toscana una quota complessiva di 4,8 persone con limitazioni funzionali ogni 100 residenti di 6 anni e oltre e per l'Italia un tasso del 5,5% (Indagine Multiscopo 2013), quindi una minore incidenza della disabilità rispetto al contesto medio nazionale e tra i più bassi a livello regionale, anche se in leggera crescita rispetto alla rilevazione 2005 (4,5%). In base a queste stime le persone con limitazioni funzionali attese sono circa 170mila, 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 – Toscana, anno 2016 – Fonte: ISTAT

Variabili	Prevalenza standardizzata		Persone con limitazioni stimate in Toscana
	Italia	Toscana	
Con limitazioni funzionali	5,5	4,8	171.191
Tipo di limitazioni funzionali:			
Confinamento (persona costretta a casa per limitazioni nelle funzioni)	2,5	2,2	78.462
Limitazioni nelle funzioni	3,4	2,7	96.295
Limitazioni nel movimento	2,6	2,7	96.295
Limitazioni vista, udito e parola	1,5	1,3	46.364

Sempre ISTAT, su dati EUROSTAT sulle limitazioni nelle funzioni sensoriali e motorie, conferma la migliore situazione toscana rispetto al quadro nazionale e stima sul territorio regionale 460mila persone 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 – Toscana, anno 2015 – Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati EUROSTAT

Tipo di limitazione	Livello di gravità	Prevalenza standardizzata		Persone con limitazioni stimate in Toscana		
		Italia	Toscana	15-64 anni	65+ anni	Totale
vista	moderate	15,0	11,8	232.000	184.000	416.000
	gravi	1,7	0,9	8.000	36.000	44.000
udito	moderate	15,8	12,5	181.000	274.000	455.000
	gravi	3,6	3,4	29.000	112.000	141.000
motorie	moderate	8,8	6,8	72.000	181.000	253.000
	gravi	6,3	5,0	26.000	186.000	212.000

Oltre alle stime campionarie, alcune importanti informazioni sulla disabilità possono essere acquisite da fonti amministrative, tra le quali la più adeguata e attendibile è quella delle indennità di accompagnamento INPS per gli invalidi civili totali e parziali. Al 2017 sono erogate in Toscana 106.700 indennità di accompagnamento a invalidi totali e parziali, di cui circa 99.500 a invalidi totali. Tra queste ultime, l'80% (80.400 persone) sono destinate ad anziani e il 20% a 0-64enni (19mila). Trattandosi di invalidi totali, dunque di una accezione di disabilità teoricamente più ristretta di quella adottata da ISTAT, possiamo assumere questa come una buona misura di approssimazione, almeno per le disabilità gravi (tabella 3).

Tabella 3. Beneficiari di indennità di accompagnamento INPS per categoria e classe d'età – Casi e prevalenza per 100 abitanti – Toscana, anno 2017 – Fonte: INPS

Beneficiari indennità	Valori assoluti			Valori %		
	0-64 anni	65+ anni	Totale	0-64 anni	65+ anni	Totale
Ciechi civili	1.557	5.888	7.445	21%	79%	100%
Sordomuti	1.607	623	2.230	72%	28%	100%
Invalidi totali	19.110	80.430	99.540	19%	81%	100%
Invalidi parziali	7.012	190	7.202	97%	3%	100%
Totale	29.286	87.131	116.417	25%	75%	100%

Per fornire anche un quadro dei flussi annuali, l'archivio INPS relativo all'invalidità civile riferisce di circa 9-10mila accertamenti annuali nel triennio 2014-2017, per un totale di quasi 30mila soggetti 0-64 anni accertati, un terzo dei quali circa in situazione di gravità (10.700 complessivi, per il 20% minori). La tipologia di minorazione maggiormente presente è quella fisica (62%), seguita da quella psichica (19%) e dal pluri-handicap (16%), mentre risulta residuale la disabilità sensoriale (2%). La classe di età predominante è quella tra i 40 e i 64 anni (60%), seguita da quella 4-19 anni (20%). I bambini 0-4 anni rappresentano il 6%.

Tabella 4. Accertamenti di invalidità L.104/92 per gravità e classe d'età - Toscana, periodo 2015-2017 - Fonte: INPS

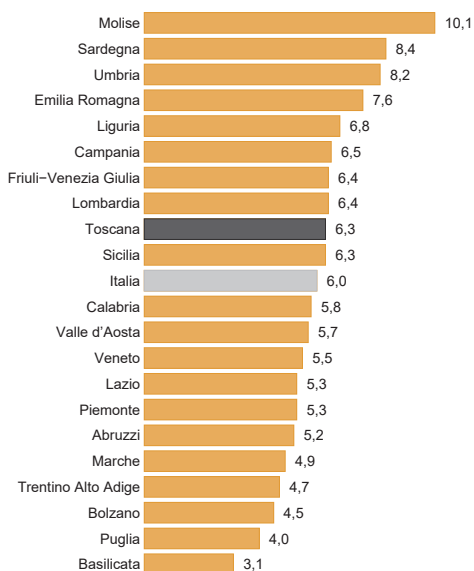
Anno	Accertamenti	Di cui accertamenti di condizione di gravità		
		0-17 anni	18-64 anni	0-64 anni
2015	9.570	674	2.728	3.402
2016	9.586	751	2.801	3.552
2017	10.308	863	2.900	3.763

Salute mentale

In Europa (28 paesi UE) il 27% della popolazione adulta (18-65 anni) ha sperimentato almeno un disturbo mentale nel corso dell'ultimo anno (circa 83 milioni di persone colpite) che nel complesso hanno rappresentato la 3^a causa di perdita di anni di vita (DALYs), con il valore di 15,2%, dopo le malattie cardiovascolari (26,6%) e le neoplasie maligne (15,4%).

In Italia, la presenza di sintomi depressivi autoriferiti dalla popolazione tra i 18 e i 64 anni (studio PASSI) conferma il trend in diminuzione con una prevalenza, nel triennio 2013-2016, pari al 6%. La Toscana appare in linea con la media nazionale (figura 1).

Figura 1. Sintomi di depressione autoriferiti – Prevalenza per 100 abitanti – Regioni e Italia, periodo 2013-2016 – Fonte: Studio PASSI, Istituto Superiore di Sanità



Sappiamo che il trattamento del disturbo psichico avviene prevalentemente presso i Servizi di salute mentale territoriali (DSM). In Italia, il tasso standardizzato relativo alla popolazione maggiorenne assistita dai servizi territoriali (escluso Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e Sardegna) è pari a 160,9 per 10mila abitanti, con valori che variano da 206,5 dell'Emilia Romagna ai 17,6 della Sardegna (anno 2016).

Per la Toscana, i dati 2017 tratti dal Sistema Informativo per la salute mentale (SISM) indicano che nel corso dell'anno 81.869 persone hanno ricevuto almeno una prestazione presso i Servizi di salute mentale territoriali, 218,8 persone ogni 10mila abitanti (valore stabile rispetto al 2016). Di questi, 46.393 hanno effettuato 4+ prestazioni nel corso dell'anno (56,6% del totale), e pertanto sono considerati "presi in carico", si tratta di 124 utenti ogni 10mila abitanti (tabella 1).

Tabella 1. Pazienti in carico presso i Dipartimenti di Salute mentale per genere e classe d'età - Prevalenti e incidenti per 100 abitanti - Toscana, anno 2017 - 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=41.425)	Femmine (N=40.435)	Maschi (N=23.939)	Femmine (N=22.493)	Maschi (N=12.015)	Femmine (N=12.895)
0-5	481,6	374,6	295,8	157,5	235,9	136,5
6-10	847,7	458,9	530,5	405,3	162,1	172,7
11-17	688,7	525,3	165,4	176,2	93,1	118,8
18-29	172,5	180,5	216,1	257,0	101,9	137,9
30-49	145,9	164,7	74,7	96,2	29,2	43,2
50-64	164,3	208,4	118,3	56,3	50,9	30,0
65-74	111,8	172,9	58,5	89,4	37,0	48,2
75 e oltre	101,8	133,1	33,7	48,6	53,1	56,7
Totale	229,8	208,5	132,8	116,0	66,6	66,5

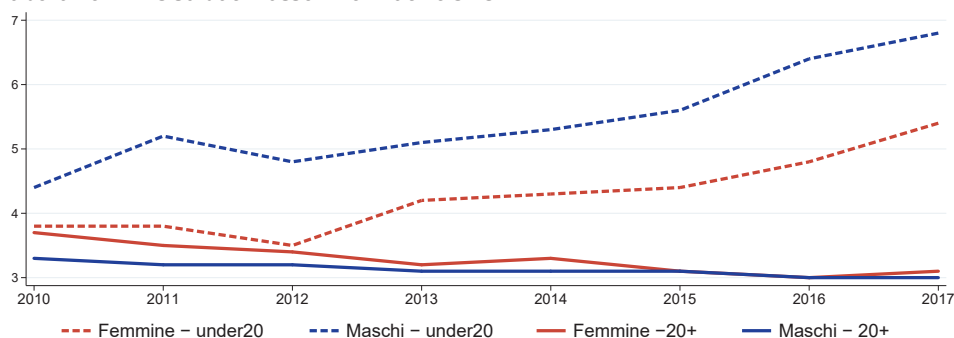
Le principali diagnosi tra le persone adulte in carico ai DSM continuano a essere i disturbi nevrotici (30,4% delle prime dieci diagnosi inserite), seguite dalle psicosi affettive (21,5%), dalle reazioni da adattamento (12,9%) e dai disturbi di personalità (5,1%). Fra i minori troviamo i disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (27,5% delle prime dieci diagnosi inserite), i disturbi dell'eloquio e del linguaggio che rappresentano il 25,7% (costituivano il 18% nel 2016), i disturbi ipercinetici (5,4%) e i disturbi della sfera emozionale con esordio nell'infanzia (5,3%). L'ospedalizzazione per disturbi mentali ha visto una costante diminuzione nel corso degli ultimi anni con valori nazionali che passano da 5,5 per 1.000 abitanti nel 2005 a 3,6 per 1.000 nel 2016. Nello stesso anno, in Italia, le riammissioni non programmate entro 30 giorni rappresentavano il 17,7% del totale delle dimissioni, mentre quelle a 7 giorni il 7,8%.

In Toscana l'ospedalizzazione per disturbo psichiatrico sembra aver raggiunto una certa stabilità mantenendosi con un valore medio di 3,5 ricoveri per 1.000 abitanti di cui circa il 35% effettuati in regime di day hospital (anno 2017). Per quanto riguarda i ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione, i valori regionali risultano ben al di sotto della media nazionale (10,8%) così come quelli effettuati entro 7 giorni dalla dimissione (4,7%).

Pur confermando l'omologazione fra i due generi, dal 2015 a oggi si è assistito a un lieve incremento a carico dei maschi, fenomeno che appare molto più chiaro se andiamo a suddividere i ricoveri fra popolazione adulta e minore.

In questo caso, infatti, i due trend mostrano un andamento molto diverso fra loro con un progressivo incremento delle ospedalizzazioni fra i minori di entrambi i generi (figura 2), ma con valori molto più elevati nei maschi (2 volte superiore rispetto a quanto registrato nei maschi adulti). Dobbiamo inoltre precisare che non si tratta di ricoveri in regime di day hospital (dove il trend rimane invariato) né di giovani che si ricoverano per la prima volta con diagnosi psichiatrica (anche in questo caso il trend non mostra variazioni significative negli anni), ma bensì di ragazzi che vi avevano già fatto ricorso e che vi accedono per una riacutizzazione del quadro clinico.

Figura 2. Ospedalizzazione per disturbi psichici (ICDIX-CM 209-319) per genere e classe d'età - Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 2010-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



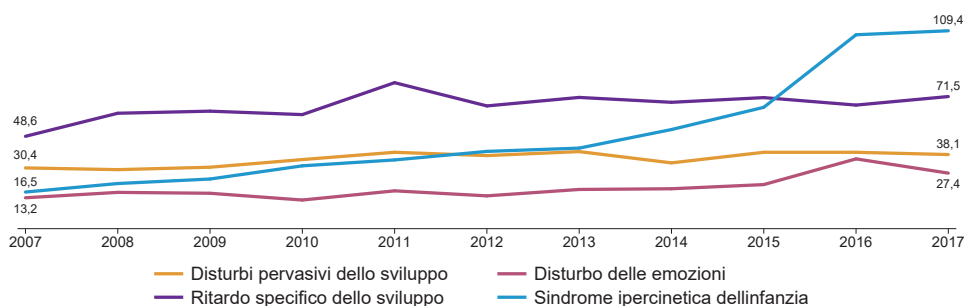
Nella popolazione adulta (20+ anni), le principali cause di ricovero non presentano variazioni significative nel tempo. Il disturbo bipolare (1° causa), che nel corso degli ultimi anni ha mostrato un trend in aumento, è stabile (102,1 x100mila ab.) così come il disturbo schizofrenico (2° causa).

Andamento molto diverso emerge dall'analisi della popolazione d'età <20 anni dove i ricoveri per disturbi dell'infanzia, nel corso degli ultimi 10 anni, sono passati da 108,7 per 100mila abitanti a 246,4 per 100mila abitanti. In particolare, fra i disturbi dell'infanzia, un aumento significativo si registra nei ricoveri per disturbi ipercinetici dell'infanzia (2007: 16,5 x100mila ab.; 2017: 109,4 x100mila ab.), per disturbo delle emozioni specifico dell'infanzia e dell'adolescenza (2007: 13,2 x100mila ab.; 2017: 27,4 x100mila ab.) e per ritardo specifico dello sviluppo (2007: 48,6 x100mila ab.; 2017: 71,5 x100mila ab.) (figura 3).

Dal 2015 è in aumento anche il disturbo bipolare che passa da 50,8 ricoveri per 100mila abitanti di età <20 anni a 70,9 per 100mila registrati nel 2017.

Stabili i ricoveri per disturbo da dipendenza da sostanza e per disturbi psico-organici.

Figura 3. Ospedalizzazione per disturbi specifici dell'infanzia (ICDIX-CM 209-319) per tipologia - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 0-19 anni - Toscana, periodo 2007-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



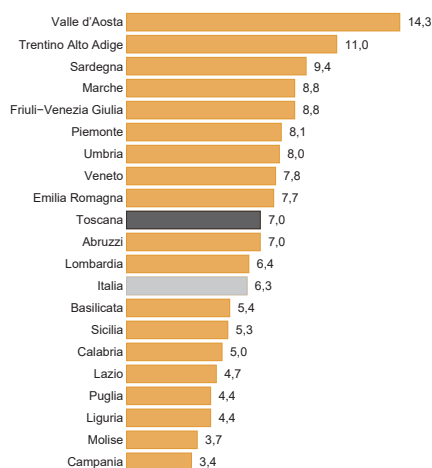
La gestione dell'emergenza/urgenza psichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza rappresenta un tema complesso che necessita di interventi di cura coordinati e fortemente individualizzati. In Toscana, le Linee di indirizzo per la qualificazione della risposta all'emergenza-urgenza psichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza e dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali, approvate in Toscana con la DGRT 1063/2015, pongono l'accento sulla necessità di fornire interventi precoci ed efficaci soprattutto nel momento dell'acuzie.

Suicidi

Ogni anno, nel mondo, circa 800mila persone si tolgono la vita volontariamente (11,4 per 100mila abitanti). Il suicidio è un fenomeno che può verificarsi a tutte le età, interessando anche le fasce giovanili, si consideri ad esempio come nel 2015 sia la seconda causa di morte tra le persone di età compresa tra i 15 e i 29 anni. Il 78% dei casi sono registrati in nazioni a basso e medio reddito.

Nei Paesi dell'Unione Europea (28 Paesi UE) il tasso medio di suicidio è pari a 11,5 per 100mila abitanti, con valori estremi che variano dal 4,9 per 100mila registrato in Grecia (in lieve aumento rispetto agli anni precedenti) al 31,5 per 100mila della Lituania. L'Italia, dopo la Grecia, è il Paese dove si registra il più basso tasso di suicidio (6,5 x100mila ab. nel 2015), che risulta in ulteriore diminuzione rispetto a quanto registrato nel 2014 (6,8 x100mila). Fra le regioni italiane il limite superiore è registrato in Valle d'Aosta (14,3 x100mila ab.) mentre all'estremo opposto troviamo la Campania con 3,4 suicidi per 100mila abitanti (figura 1).

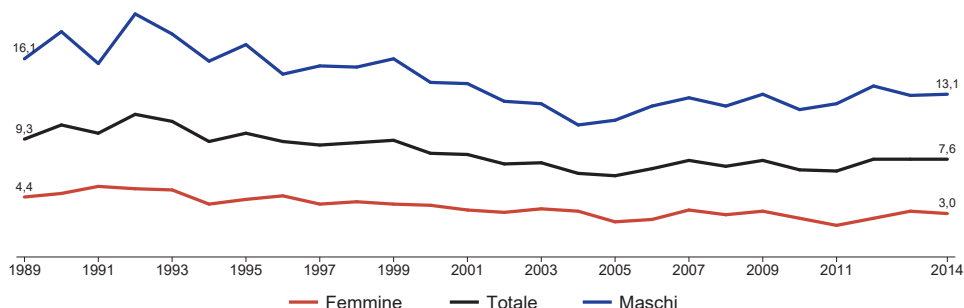
Figura 1. Mortalità per suicidio – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2014 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



In Toscana, dopo il lieve incremento osservato negli anni di maggior crisi economica (2010-2013), assistiamo a una stabilizzazione del dato in corrispondenza con l'arrestarsi della stessa crisi. Gli uomini sono maggiormente interessati da questo fenomeno con un tasso di mortalità di 13 per 100mila abitanti rispetto al 3 per 100mila registrato nel genere femminile. Il lieve aumento osservato nelle donne negli anni 2011-2013 non appare confermato nel 2014 (figura 2).

In linea con le statistiche nazionali, le principali modalità di messa in atto sono l'impiccagione (38,6%), l'uso di armi da fuoco o altro materiale esplosivo (18,3%) e la precipitazione (15,9%). Dobbiamo comunque precisare che le armi da fuoco sono utilizzate quasi esclusivamente dal genere maschile.

Figura 2. Mortalità per suicidio per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana, periodo 1988-2014 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR



L'analisi per età continua a mostrare un ampio interessamento della popolazione over64enne con valori molto elevati negli over80enni di entrambi i generi.

Trattandosi di dati aggregati per triennio, il periodo 2012-2014 mostra l'incremento a carico del genere femminile registrato in tutte le fasce di età, mentre nei maschi l'incremento è osservabile soprattutto nelle classi più giovani. La relazione esistente fra suicidio e crisi economica si conferma analizzando la fascia d'età 25-64 anni che possiamo considerare la classe "produttiva" dove, dal 2010 al 2014, si è passati da un tasso di mortalità per suicidio di 6,9 per 100mila a 7,7 per 100mila abitanti. L'incremento è in maggior parte osservabile nel genere maschile.

La ripresa economica descritta nella parte introduttiva, ci porta a ipotizzare che la diminuzione della mortalità per suicidio interesserà prevalentemente questa parte di popolazione (età 25-64 anni).

Tabella 1. Mortalità per suicidio per genere e classe d'età - Tasso triennale standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana, periodo 2011-2014 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR

Età	2011-2013			2012-2014		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
0-19	0,4	0,7	0,4	0,5	0,8	0,7
20-34	1,2	8,1	4,7	1,6	9,2	5,4
35-49	3,0	10,2	6,6	3,2	10,5	6,8
50-64	4,0	15,4	9,5	4,3	15,9	9,9
65-74	3,7	20,6	11,6	4,4	19,3	11,4
75-79	3,4	26,3	13,4	3,7	22,6	12,0
80+	3,8	43,7	17,3	4,4	46,9	18,7
25-64	2,9	11,6	7,2	3,2	12,3	7,7

Incidenti stradali

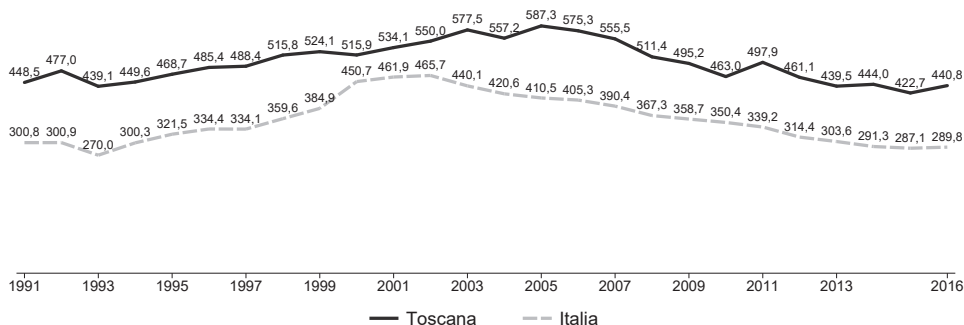
Gli incidenti stradali rappresentano un problema prioritario di sanità pubblica, avendo un impatto preponderante sulla salute delle persone in termini di mortalità e disabilità, risultando peraltro la prima causa di morte nel mondo tra gli adolescenti.

Nel 2016 si sono verificati in Italia 175.791 incidenti stradali (IS) con lesioni a persone (+0,9% rispetto al 2015) che hanno provocato 249.175 feriti (+0,7% rispetto al 2015) e 3.283 vittime (-4,2% rispetto al 2015). Per la prima volta dal 2001, il numero di incidenti e feriti è in aumento, in particolare per quanto riguarda i “feriti gravi” che, sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, sono stati oltre 17mila contro i 16mila del 2015 (+9%). Tra le vittime di IS sono in aumento i ciclisti (+9,6%) e i ciclomotoristi (+10,5%), sono stabili gli automobilisti (+0,1%) mentre sono in calo motociclisti (-15,0%) e pedoni (-5,3%). L'analisi dei comportamenti errati indica che nel 41,5% circa dei casi si è trattato di guida distratta, velocità elevata e mancato rispetto della distanza di sicurezza, mentre le violazioni al codice della strada più sanzionate sono risultate l'eccesso di velocità, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza e l'uso di telefono cellulare alla guida.

Dai dati disponibili possiamo correlare l'aumento degli IS con il consolidamento della ripresa della mobilità nel 2016: l'aumento rispetto al 2015 delle prime iscrizioni di veicoli (+18,2%) e delle percorrenze autostradali (+3,3%, con oltre 82 miliardi di km percorsi) ha probabilmente avuto come conseguenza un maggior numero di veicoli in circolazione, fattore direttamente associato ad una crescita di IS.

All'interno del panorama nazionale la Toscana è una delle aree in cui si verificano il maggior numero di IS: nel 2016 sono stati 16.507, pari al 9,4% del totale, pari a 440,8 per 100mila abitanti (Italia: 287,1 x100mila abitanti), che colloca la nostra regione al secondo posto in Italia dopo la Liguria (figura 1).

Figura 1. Incidenti stradali – Incidenza per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 1991-2016 Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Relativamente invece alla gravità delle conseguenze dei sinistri, la Toscana con 22.022 feriti, 588,1 per 100mila abitanti (Italia: 410,7 x100mila) si posiziona di nuovo al secondo posto dopo la Liguria e infine con 249 morti, 6,6 per 100mila abitanti (Italia: 5,4 per 100mila abitanti) al quarto posto dopo Basilicata, Veneto ed Emilia-Romagna. Rispetto all'anno precedente in Toscana gli IS sono aumentati del 4,1%, i feriti del 5,1% e le vittime dello 0,8%. Nel confronto con i dati nazionali, nella nostra regione gli incidenti e i feriti sono aumentati in maniera decisamente maggiore, mentre le vittime, in calo in Italia, sono risultate in aumento.

Sempre secondo l'analisi della mortalità per IS di ISTAT risulta che nella nostra regione il coinvolgimento degli utenti vulnerabili (bambini, giovani e anziani) è superiore alla media nazionale (57,4% contro 46,1%) e la maggiore differenza è stata registrata negli anziani (Toscana: 48,6%; Italia: 31,8%). La percentuale dei pedoni tra i deceduti è infine molto al di sopra della media nazionale (Toscana: 26,5%; Italia: 17,4%).

Mentre i dati ISTAT sono pubblicati con circa 2 anni di ritardo, i dati dei flussi sanitari sono fruibili più rapidamente: in Toscana gli accessi al Pronto Soccorso per IS con diagnosi di tipo traumatico effettuati da residenti nel 2017 sono stati 57.485 (1.536 x100mila abitanti; -7,8% rispetto al 2016) mentre i ricoveri sono stati 1.845 (49,3 x100mila abitanti; -21,8% rispetto al 2016).

I dati sanitari indicano dunque un'importante riduzione degli IS nel 2017 che riteniamo sarà confermata dai dati di incidentalità che saranno pubblicati da ISTAT il prossimo anno.

Ricordando che per tutti gli indicatori riconducibili all'ambito dell'infortunistica stradale il genere maschile rivela dati sensibilmente superiori a quello femminile, sono stati calcolati alcuni tassi grezzi con lo scopo di valutare il peso di ciascuna classe di età sugli IS (tabella 1).

Tabella 1. Indicatori relativi agli incidenti stradali – Conducenti e persone coinvolte, accessi traumatici al Pronto Soccorso, ricoveri traumatici, decessi per 100.000 abitanti – Toscana, anni 2016 e 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT, flusso informativo SDO e PS

Età	ISTAT 2016			PS e SDO 2017	
	Conducenti coinvolti in IS	Persone coinvolte in IS	Decessi per IS	Accessi traumatici per IS	Ricoveri traumatici per IS
0-14	--	212,2	1,5	1.114,7	18,8
15-17	812,8	1.153,3	4,2	3.366,7	88,6
18-29	1.451,2	1.776,7	6,2	2.525,9	46,5
30-54	599,2	680,1	2,8	1.416,8	37,1
55-64	1.251,4	1.403,4	5,6	1.441,8	58,4
65+	918,4	1.120,1	15,9	1.352,0	74,4
Totale	898,7	969,2	6,6	1.536,0	49,3

Le classi d'età 0-14 e 30-54 anni hanno il minor impatto di IS, sia nel ruolo attivo di conducenti coinvolti che per quanto riguarda le conseguenze sanitarie. La fascia 18-29 anni oltre ad essere maggiormente responsabile di IS (confermando le evidenze della letteratura scientifica) rivela elevati tassi di accessi ai Pronto Soccorso e mortalità. I giovani tra 15 e 17 anni, nonostante siano responsabili di un basso numero di IS, sono coloro che richiedono maggiormente cure sanitarie in termini di accessi ai Pronto Soccorso e ricovero ospedaliero.

È opportuno infine enfatizzare il ruolo, importante e crescente, rivestito dalla popolazione anziana nell'ambito dell'infortunistica stradale. Dai dati dell'analisi di trend (non mostrati) emerge che gli anziani alla guida, responsabili fino ad alcuni anni fa di un basso numero di incidenti, mostrano un andamento in crescita, che li colloca nel 2016 al terzo posto nella speciale classifica dei conducenti coinvolti in IS (dopo le classi 18-29 e 55-64 anni). La generale diminuzione dei sinistri dal 2005, è da imputare prevalentemente ad una riduzione dei tassi di conducenti coinvolti in IS nelle classi 15-29 anni (in maniera sensibile) e 30-54 anni (in maniera più moderata) mentre i dati riferiti alle classi 55-64 e 65+ anni sono in aumento. Le conseguenze degli IS che coinvolgono gli anziani mostrano il maggior tasso di mortalità.

Queste evidenze, assieme all'aumento dell'età media al decesso, riteniamo che debbano far riflettere sull'adozione di nuove soluzioni per i patentati in età anziana, quali ad esempio: introdurre segnali visivi da apporre sulle vetture (come quelli che identificano il neopatentato), introdurre limiti di velocità e cilindrata delle vetture, rilasciare permessi di circolazione che non consentano la guida in aree e viabilità dove è richiesta da parte del guidatore maggiore concentrazione e capacità di guida, vietare la guida nelle ore di buio o quando le condizioni meteo rendono più complicato il pieno controllo dell'automezzo fino a introdurre esami per il rinnovo che non si limitino al controllo della vista, ma che prevedano test in grado di valutare l'effettiva idoneità alla guida.

Incidenti domestici

Gli incidenti domestici (ID) rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica, avendo un forte impatto sulle persone che trascorrono molto tempo in casa, prime fra tutti le casalinghe, i bambini e gli anziani. Il peso sociale di questi infortuni riveste un ruolo importante: dei circa 3,2 milioni di persone che secondo ISTAT si sarebbero infortunate nel 2015 in Italia a causa di un ID, si stima che gli accessi ai Pronto Soccorso siano circa 1,85 milioni, i ricoveri 135mila mentre 5.500 incidenti avrebbero avuto un esito mortale.

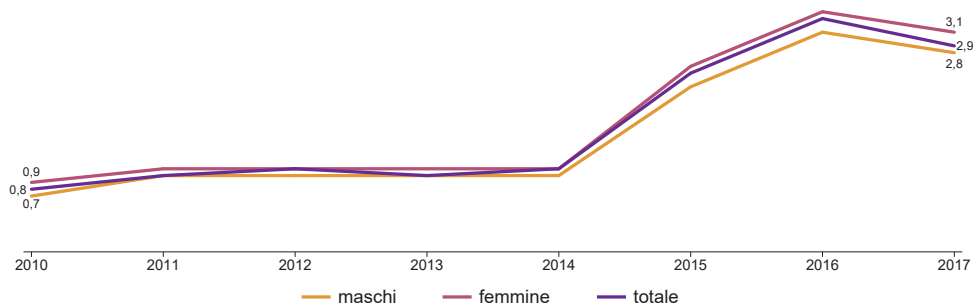
Sempre secondo ISTAT il 55% degli ID sarebbe la conseguenza di una caduta, evento più frequente nelle donne e nelle persone di 65+ anni, il 20% di ferite mentre il 13% di urti, schiacciamenti e ustioni.

In Toscana si stima che gli infortuni domestici nel 2015 abbiano colpito circa 184mila persone, soprattutto donne: 135.962 femmine (74% del totale) e 47.875 maschi. La Toscana si colloca in una posizione intermedia nel panorama nazionale in termini di numerosità di incidenti, con 206.725 eventi (153.037 femmine e 53.687 maschi). Il trend, in sensibile aumento fino al 2014, mostra nell'ultimo anno disponibile un sensibile calo.

L'analisi per età e genere rivela che i giovani infortunati di età ≤ 14 anni rappresentano il 39,4% del totale tra i maschi e il 23,2% tra le femmine. È quindi evidente una maggiore propensione al rischio dei bambini e dei ragazzi rispetto alle loro coetanee che tendono, invece, a fare attività e giochi meno pericolosi in quella fascia di età. Nella fascia di età successiva (15-24 anni) maschi e femmine contribuiscono in maniera uguale al volume degli incidenti, mentre, a partire dai 25 anni, le femmine mostrano frequenze assolute sempre più alte rispetto ai maschi.

Secondo i dati dei Pronto Soccorso (PS) toscani, nel 2017 sono stati effettuati oltre 110mila accessi per incidente domestico con diagnosi traumatica da parte di residenti toscani, corrispondenti a circa il 36% di tutti gli accessi traumatici: dopo alcuni anni in cui l'andamento degli accessi ha mostrato un aumento (anche in conseguenza della modifica dell'applicativo utilizzato dai PS, che dal 2015 ha previsto l'indicazione della tipologia di "dinamica del trauma" per chiudere la scheda), nel 2017 si osserva un'importante flessione degli accessi (-9,4%) rispetto al 2016 che si ripercuote sui tassi che da 3,3 passano a 2,9 accessi per 100 abitanti (figura 1).

Figura 1. Accessi ai Pronto Soccorso per incidente domestico con diagnosi di dimissione traumatica per genere - Tasso per 100 abitanti - Toscana, periodo 2010-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo PS

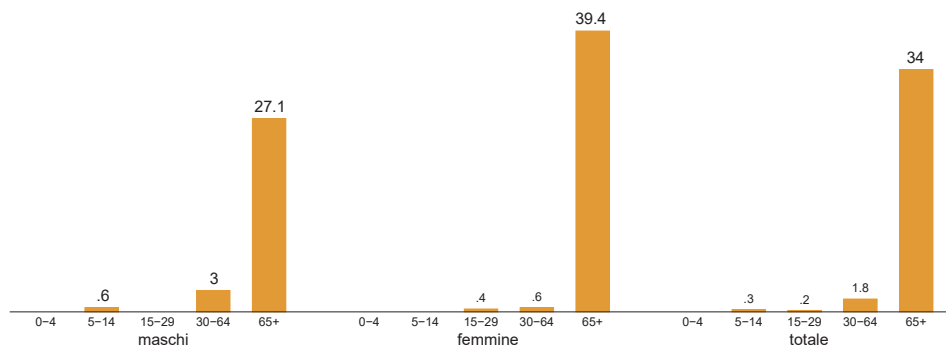


L'età media all'accesso è di 53 anni, più elevata per le femmine (59 anni) rispetto ai maschi (47 anni). Le diagnosi più frequentemente rilevate sono commozioni cerebrali, ferite, contusioni e distorsioni. Il numero di accessi da parte delle femmine nel 2017 è stato il 54,9% del totale. In base al campo "esito della dimissione", proxy della gravità dell'evento, è possibile osservare che l'85,2% degli utenti che accedono ai PS in seguito ad un incidente domestico viene dimesso a domicilio, l'8,3% necessita di un ricovero ospedaliero, il 4,1% viene dimesso a strutture ambulatoriali, lo 0,7% viene trasferito ad altro istituto, mentre 18 sono stati i casi di decesso avvenuti in PS (nel 2016 i decessi erano stati 10).

L'analisi dei ricoveri con diagnosi di dimissione traumatica effettuati da residenti in Toscana per incidente domestico indica una generale riduzione dei casi dal 2000 al 2008 mentre a partire dall'anno successivo un costante aumento fino al 2016. Nel 2017 i ricoveri sono stati circa 8mila, 212,1 per 100mila abitanti, dato esattamente sovrapponibile a quello dell'anno precedente. L'età media dei ricoveri è di 77 anni (Femmine: 79 anni; Maschi: 72 anni). Le femmine hanno effettuato il 68,3% dei ricoveri, inoltre l'83,7% del totale viene effettuato da persone di 65+ anni.

Nel periodo 2001-2014 infine sono stati registrati in Toscana 3.318 decessi di residenti a causa di incidenti domestici, per una media di 237 eventi ogni anno. Nell'ultimo anno disponibile, il 2014, le morti sono state 348 (-11,7% rispetto al 2013 quando sono state 394). È importante segnalare che il trend di mortalità per incidente domestico mostra un importante aumento dei casi a partire dal 2010 (dai 204 decessi registrati nel 2009 si è passati ai 334 nel 2010), di cui una quota non rilevabile, ma certamente elevata, è riconducibile all'introduzione della nuova codifica ICD X-CM delle cause di morte proprio in quell'anno. Come anticipato gli eventi infortunistici colpiscono soprattutto il genere femminile e i decessi confermano questa evidenza. Un discorso analogo vale per il gruppo degli anziani che, oltre ad incorrere maggiormente in incidenti domestici, è anche quello che ne subisce le conseguenze più gravi: l'89,9% dei deceduti ha infatti 65+ anni. I deceduti tra gli anziani sono 34 per 100mila (figura 2).

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



Incidenti sul lavoro

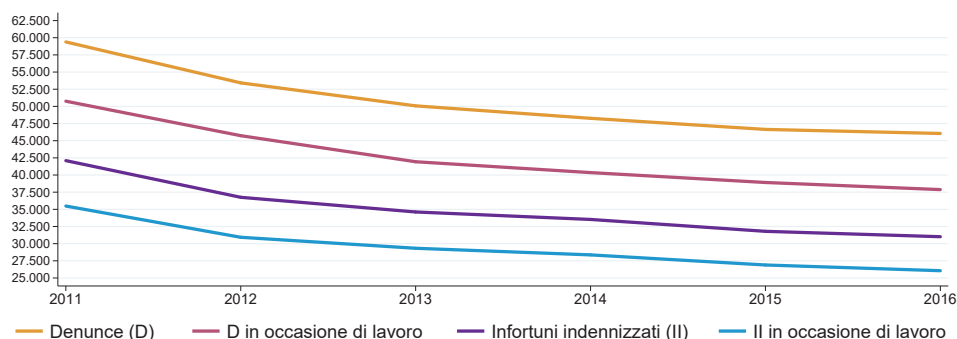
Nel 2016 le denunce di infortunio sul lavoro sono state 46.058, di cui 37.878 (82,2%) avvenute in occasione di lavoro mentre le restanti 8.180 (17,8%) relative a eventi avvenuti in itinere (tabella 1). Il 67,3% (31.016) degli infortuni è stato indennizzato: 26.064 (84%) sono relativi a infortuni in occasione di lavoro mentre 4.952 (16%) ad infortuni avvenuti in itinere.

Tabella 1. Infortuni denunciati e indennizzati (esclusi gli studenti) - Toscana, periodo 2011-2016 - Fonte: Elaborazioni su dati flussi INAIL-Regione Toscana

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Denunce di infortunio	59.392	53.425	50.079	48.261	46.644	46.058
in occasione di lavoro	50.757	45.735	41.936	40.356	38.914	37.878
in itinere	8.635	7.690	8.143	7.905	7.730	8.180
Infortuni indennizzati	42.099	36.757	34.619	33.529	31.798	31.016
in occasione di lavoro	35.484	30.933	29.332	28.368	26.897	26.064
in itinere	6.615	5.824	5.287	5.161	4.901	4.952
Infortuni mortali indennizzati (al 31/10/2016)	57	63	57	53	74	42
in occasione di lavoro	41	44	39	31	51	25
in itinere	16	19	18	22	23	17

Il trend in calo che prosegue almeno a partire dall'inizio della serie di dati disponibili, cioè dal 2000, viene confermato, con una diminuzione nel quinquennio di più del 25% (figura 1).

Figura 1. Infortuni denunciati e indennizzati (esclusi gli studenti) - Toscana, periodo 2011-2016 - Fonte: Elaborazioni su dati flussi INAIL-Regione Toscana



Gli infortuni *in occasione di lavoro* (accaduti in orario di lavoro) denunciati e quelli indennizzati si riducono all'incirca nella medesima proporzione, del 25%, mentre risulta più accentuata la riduzione di quelli *in itinere* (accaduti nel percorso casa-lavoro) tra gli indennizzati (rispettivamente il 30% verso l'11%). Complessivamente, attingendo anche ad altre fonti informative qui non presentate, si può affermare che il rischio infortunistico da lavoro si sta riducendo, ma che il carico di anni di vita persi per mortalità precoce (gli infortuni mortali da lavoro) o vissuti con deficit funzionali (gli infortuni più gravi con invalidità permanenti) mostrano maggiori difficoltà a ridursi in maniera altrettanto marcata. Se ciò possa essere dovuto anche a fenomeni di "presenteismo", la tendenza a rientrare al lavoro prima ancora di aver raggiunto la completa guarigione, o addirittura di mancata denuncia nel caso di eventi più leggeri non è possibile saperlo. Tuttavia una particolare attenzione dovrà essere mantenuta anche nel prossimo futuro per monitorare questi fenomeni, anche nella prospettiva della ripresa economica in atto.

L'analisi dei dati sanitari rivela che nel 2017 sono stati effettuati 25.363 accessi ai Pronto Soccorso (PS) per incidente sul lavoro con diagnosi traumatica da parte di residenti toscani di 15-67 anni, corrispondenti a circa l'8,5% di tutti gli accessi traumatici: l'andamento dei tassi di accesso è complessivamente stabile per quanto in lieve aumento dal 2010 al 2017, passando da 946 a 1.028 accessi per 100mila abitanti.

L'età media all'accesso è di 44 anni, lievemente più elevata per le femmine (46 anni) rispetto ai maschi (43 anni). Le diagnosi più frequentemente rilevate sono "contusioni agli arti inferiori e superiori", "ferite delle dita della mano", "distorsioni e distrazioni della caviglia". Il numero di accessi da parte dei maschi nel 2017 è stato il 67,6% del totale. In base al campo "esito della dimissione", proxy della gravità dell'evento, è possibile osservare che il 92,9% degli utenti che accedono ai PS in seguito ad un incidente sul lavoro viene dimesso a domicilio mentre solo il 2% necessita di un ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda gli eventi più gravi, ovvero quelli che hanno avuto come conseguenza un ricovero, nel 2017 le ospedalizzazioni per incidente sul lavoro con diagnosi di dimissione traumatica effettuate da residenti in Toscana di età 15-67 anni sono state 434, 17,6 per 100mila abitanti, in diminuzione del 6,4% rispetto al 2016. L'età media dei ricoverati è di 47 anni (Femmine: 49 anni; Maschi: 46 anni), inoltre i maschi hanno effettuato l'80% dei ricoveri.

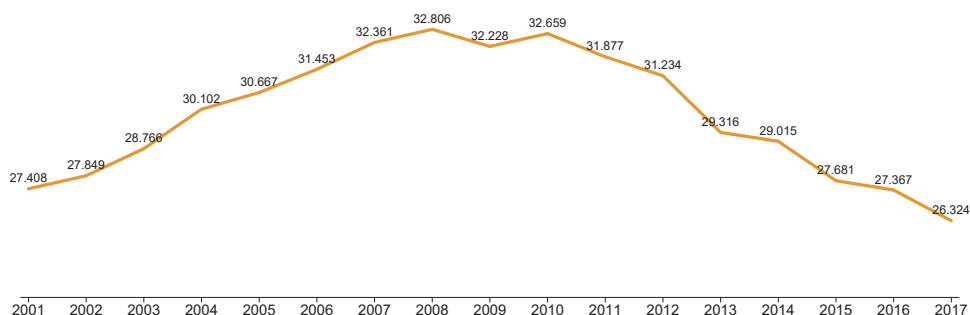
Nel complesso l'andamento dei tassi di incidenza mostra una costante riduzione dal 2000 al 2016-17, con una certa stabilità tra 2010 e 2015.

Per quanto riguarda infine l'andamento della mortalità, i decessi per infortunio sul lavoro si mantengono complessivamente stabili, con un picco registrato nel 2015, quando però si verificò un picco eccezionale anche a livello nazionale per quanto riguarda la mortalità generale.

Salute della donna e dei bambini

In Toscana, come in Italia, dall'inizio della crisi economica il numero dei parti continua a essere in forte calo: nel 2017 nelle strutture toscane sono avvenuti 26.324 parti, il 19% in meno rispetto al 2010 e con un ulteriore calo del 3,8% rispetto al 2016. (figura 1). Anche i parti da donne straniere sono in calo (7.500; -5% rispetto allo scorso anno).

Figura 1. Parti – Numero di parti in strutture regionali – Toscana, periodo 2001-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo CAP

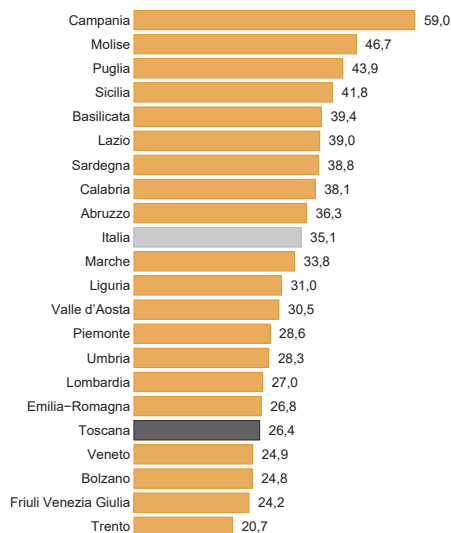


Prosegue la tendenza alla posticipazione delle nascite, come testimoniato dall'aumento dell'età media al parto (32,4 anni) e della proporzione di mamme over40 che nel 2017 raggiungono il 10% del totale. All'avanzare dell'età corrispondono livelli di fertilità via via decrescenti che portano al crescente ricorso a tecniche di fecondazione assistita: il 3,3% dei parti è avvenuto con una di queste tecniche, percentuale che sale al 12,9% nelle donne sopra ai 40 anni.

L'assistenza in gravidanza si mantiene buona: il 94,1% delle donne con gravidanza fisiologica esegue gli esami previsti dal libretto di gravidanza e dal protocollo regionale. Si evidenziano ancora alcuni ritardi nell'accesso ai servizi nelle straniere e nelle donne con livello socio-culturale più basso. Aumenta negli anni la percentuale di donne che effettuano in gravidanza il test di screening per la sindrome di Down che passa dal 35,4% nel 2003 al 77% nel 2017. Diminuisce invece la quota di donne che effettuano diagnosi prenatali invasive (36,5% e 8,4% rispettivamente).

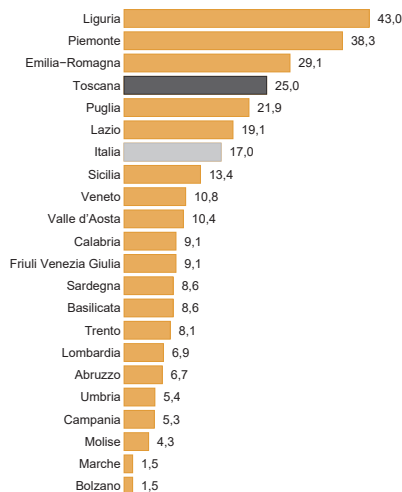
Il ricorso al taglio cesareo è stabile negli anni (26,7% nel 2017). Secondo gli ultimi dati del Rapporto Osservasalute, la Toscana si colloca tra le regioni italiane con la più bassa proporzione di cesarei (figura 2), ma lontana dalla soglia del 19% stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sopra la quale non si associa una riduzione del tasso di mortalità materna e infantile.

Figura 2. Parti con taglio cesareo – Casi per 100 parti – Regioni e Italia, anno 2016 – Fonte: Ministero della Salute



Il fenomeno delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) è in diminuzione in Toscana, così come in Italia. Nel 2016, nelle strutture toscane, si è registrato il numero di IVG più basso mai osservato: 5.910 con una riduzione del 3% rispetto al 2015. La diminuzione potrebbe essere collegata alla determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 21 Aprile 2015 (G.U. n 105 dell'8 maggio 2015) che ha eliminato per le maggiorenni l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo di emergenza, noto come "pillola dei 5 giorni dopo". Il tasso di abortività in Toscana è più elevato rispetto alla media italiana (7,6 x1.000 donne in età feconda rispetto a 6,3 x1.000). L'IVG farmacologica (RU 486 – Mifepristone o Mifepristone più Prostaglandina) è in aumento negli anni e la Toscana si colloca tra le regioni italiane con la più alta proporzione (figura 3).

Figura 3. IVG farmacologica – Casi per 100 parti – Regioni e Italia, anno 2016 – Fonte: Sistema di sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, Istituto Superiore di Sanità



I bambini nati vivi nel 2017 sono stati 26.778 (51,6 maschi, 48,4% femmine), con una riduzione del 19,2% rispetto al 2010 e del 3,7% rispetto al 2016. Il 3,8% nasce da parto gemellare, il 7,2% nasce di peso inferiore a 2.500 grammi, proporzioni stabili negli ultimi anni. L'aumento negli anni di fattori di rischio quali l'elevata età materna, i parti da donne straniere, il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA), i parti plurimi e in contemporanea la consistente diminuzione del numero di nati fa sì che la proporzione di neonati pretermine (<37 settimane di età gestazionale) sia in aumento negli ultimi tre anni (8% nel 2017).

Salute di genere

La salute di genere 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

Per quanto recentemente la comunità scientifica si sia sensibilizzata nei confronti di questa nuova dimensione della medicina, sono ancora molte le lacune da colmare, prima fra tutte la formazione del personale medico: conoscere e riconoscere rapidamente quali sono i diversi sintomi di una stessa patologia, nei maschi e nelle femmine, sono alla base della scelta del trattamento di cura più appropriato e quindi più efficace. Per fare un esempio, i sintomi di infarto sono diversi tra i due generi: per gli uomini sono facilmente riconoscibili e da tempo noti, rendendo così più rapido l'intervento del personale medico per ridurre il danno della malattia, mentre per le femmine i sintomi sono meno omogenei esponendo così queste ultime ad esiti più gravi. La sperimentazione dei farmaci inoltre è realizzata prevalentemente sul genere maschile, esponendo in questa maniera le donne a reazioni avverse più gravi e talvolta impreviste.

In Toscana le stime 2017 indicano una speranza di vita alla nascita ancora in netto vantaggio per il genere femminile (85,4 anni femmine, contro 81,3 anni maschi), dato stabile rispetto al 2016, ma si riduce leggermente (di 0,2 anni) il gap tra donne e uomini.

I principali indicatori sugli stili di vita calcolati sui dati dell'indagine Passi (età 18-69 anni) rivelano che le donne toscane sono più virtuose rispetto ai maschi: meno fumatrici, meno bevitrici a rischio e meno in sovrappeso o obese, consumano più frutta e verdura, ma sono più sedentarie (tabella 1). È importante tuttavia segnalare che nella popolazione giovanile, le differenze negli stili di vita a rischio tra i generi, si stanno progressivamente annullando, in particolare per quanto riguarda il fumo.

Tabella 1. Stili di vita per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 18-69 anni – Toscana, anno 2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Studio PASSI, Istituto Superiore di Sanità

Descrizione stile	Maschi	Femmine
Consumo di tabacco	29,3	20,6
Consumo di alcol fuori pasto	8,6	5,5
Binge drinking	11,9	5,5
Sedentarietà	26,6	30,9
Sovrappeso	35,7	20,3
Obesità	8,6	8,2
Consumo di "5 o più porzioni" di frutta e/o verdura	6,4	11,4
Alimentazione	+ salumi + carne + pasta	+ frutta + verdura

L'analisi dei principali problemi di salute conferma i risultati dell'anno precedente, rivelando che nel 2017 le donne hanno una prevalenza più bassa rispetto agli uomini per quanto riguarda le malattie cardiovascolari (ictus, insufficienza cardiaca, cardiopatia ischemica e ipertensione), diabete e BPCO. Viceversa sono più elevate nel genere femminile le prevalenze di demenza, sclerosi multipla, il ricorso a indagini di diagnostica strumentale (complessivo radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RMN), l'utilizzo di farmaci, e più marcatamente l'utilizzo di farmaci antidepressivi (tabella 2).

Tabella 2. Malattie e ricorso ai servizi sanitari per genere – Prevalenza e incidenza standardizzata per età per 1.000 abitanti – Toscana, anni 2016 e 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

Descrizione problema	Maschi	Femmine
Prevalenza malattie cardiovascolari 2017		
Ictus	17,6	11,8
Insufficienza cardiaca	28,4	18,9
Cardiopatia ischemica	67,5	33,5
Ipertensione	303,2	285,6
Prevalenza altre malattie 2017		
Diabete mellito	82,8	69,9
BPCO	171,7	152,2
Demenza	13,0	17,1
Sclerosi multipla	1,6	3,4
Incidenza uso farmaci e diagnostica 2016		
Uso di farmaci	656,2	719,8
Uso di farmaci antidepressivi	60,8	129,0
Indagini di diagnostica strumentale (complessivo radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RMN)	718,3	1.040,1

Nel 2014 le cause di morte per grande gruppo (tabella 3), mostrano che per le femmine il maggior numero di decessi è da imputare a malattie del sistema circolatorio (delle quali tra le singole cause: cardiopatia ischemica cronica: 4,2%, ictus: 3,3%, infarto miocardico acuto: 2,9%), seguito dai tumori (mammella: 3,2%, bronchi e polmone 3%), quindi dalle malattie dell'apparato respiratorio. Per quanto riguarda i maschi, invece, troviamo al primo posto i tumori (bronchi e polmone: 8,2%, prostata: 2,3%), seguiti dalle malattie del sistema circolatorio (cardiopatia ischemica: 4,2%, infarto miocardico acuto: 4%) quindi dalle malattie dell'apparato respiratorio (altre malattie polmonari croniche ostruttive: 3,1%).

Tabella 3. Decessi per causa e grande gruppo ICDX-CM - Distribuzione percentuale - Toscana, anno 2014 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR

Classifica		Maschi		Femmine	
Gruppi	Tipologia	%	Tipologia	%	
1° posto	Tumori	34,4	Malattie sistema circolatorio	38,6	
2° posto	Malattie sistema circolatorio	32,5	Tumori	24,8	
3° posto	Malattie apparato respiratorio	8,2	Malattie apparato respiratorio	6,4	
4° posto	Traumatismi e avvelenamenti	4,6	Malattie del sistema nervoso	5,2	
5° posto	Malattie del sistema nervoso	3,8	Malattie endocrine, metabolismo e immunitarie	4,5	
Cause	Tipologia	%	Tipologia	%	
1° posto	Tumore bronchi e polmone	8,2	Cardiopatía ischemica cronica	4,2	
2° posto	Cardiopatía ischemica cronica	4,2	Ictus	3,3	
3° posto	Infarto miocardico acuto	4,0	Tumore mammella	3,2	
4° posto	Altre malattie polmonari ostruttive croniche	3,1	Tumore bronchi e polmone	3,0	
5° posto	Tumore prostata	2,3	Infarto miocardico acuto	2,9	

Violenza di genere

L'articolo 3 della Convenzione di Istanbul, definisce la 'violenza contro le donne basata sul genere' come "una violazione di diritti umani o una forma di discriminazione nei confronti delle donne comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provochino o rischino di provocare danni o sofferenze di carattere fisico, sessuale, psicologico o economico, inclusi i casi di minacce di simili condotte, coercizione o privazione arbitraria della libertà, occorsi nella sfera pubblica o nella sfera privata". La ricerca sul tema della violenza di genere è un campo particolarmente difficile e insidioso per ragioni che hanno a che fare con la delicatezza dell'argomento e la tendenza al silenzio, la profondità del suo radicamento nella società, la refrattarietà alla misurazione. Queste difficoltà fanno sì che il fenomeno rimanga ampiamente sottostimato numericamente e poco conosciuto nei contenuti per ciò che riguarda, in particolare, i fattori sociali, culturali e psicologici che lo favoriscono, i modelli di genere che ne sono alla base, i pregiudizi che lo circondano, la sua riproduzione all'interno delle istituzioni, nel linguaggio, nei processi educativi, le dinamiche relazionali in cui si sviluppa, le motivazioni e i percorsi di vita degli uomini e delle donne coinvolti.

L'ISTAT rileva che a livello nazionale il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni ha subito un episodio di violenza fisica o sessuale nel corso della vita, che quasi il 90% dei casi non vede alcuna denuncia del fatto e che solo il 5% si rivolge ai servizi dedicati al contrasto della violenza contro le donne. Inoltre, il 44% delle donne tra 14 e 65 anni ha subito molestie sessuali o ricatti sessuali sul lavoro nel corso della vita. Percentuali che in Toscana crescono al 33,5% (violenza fisica/sessuale) e addirittura al 55% (molestie/ricatti sessuali sul lavoro), ponendosi tra le regioni con i valori più alti (tabella 1). Tali evidenze, più che a una reale maggiore incidenza territoriale del fenomeno, sono in gran parte da ricondurre al lavoro delle reti antiviolenza territoriali presenti in Toscana – composte da Istituzioni e Centri Antiviolenza – che tentano di dare risposte alle vittime di violenza, stimolando la propensione all'emersione del fenomeno (direttamente collegata alla presenza di una rete di protezione sociale più coesa), come si avrà modo di osservare anche dai dati riportati in chiusura di paragrafo.

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

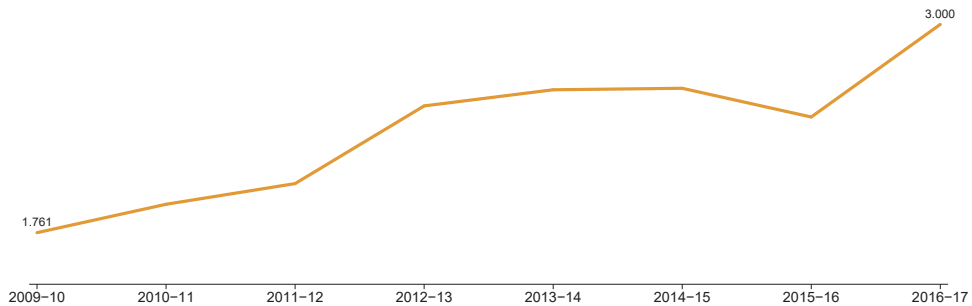
Territorio	% donne 16-70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale (2014)			% donne 14-65 anni che hanno subito molestie sessuali o ricatti sessuali sul lavoro (2015-2016)	
	nella vita	ultimi 5 anni	ultimi 12 mesi	nella vita	ultimi 3 anni
Toscana	33,6	11,6	4,2	55,4	20,2
Italia	31,5	11,3	4,5	44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

Sul versante conoscitivo locale, la Toscana dispone di un patrimonio informativo molto articolato, costruito nel tempo dalla Regione Toscana a vari livelli e da diversi enti, anche attraverso la collaborazione attiva dei soggetti erogatori dei servizi. In tal senso si possono citare almeno cinque diverse tipologie di dati che forniscono da vari lati informazioni sulle diverse sfaccettature del fenomeno.

Il primo di questi – strutturato dall'Osservatorio sociale regionale in collaborazione con i centri antiviolenza toscani - è rappresentato dal sistema informativo sulla violenza di genere (VGRT), che ha permesso la costruzione di un atlante delle strutture attive nella lotta alla violenza di genere e la raccolta sistematica di dati dettagliati sugli accessi a tali strutture. Dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2017 sono stati registrati nei centri antiviolenza toscani circa 19mila richieste di aiuto da parte di donne. La tendenza mostra un incremento costante nel periodo 2009-2017 (da 1.760 a 3mila casi), tranne una lieve contrazione nel 2016, dovuta più che altro alla chiusura di alcuni sportelli di ascolto (figura 1). Le caratteristiche delle vittime, delle violenze e dei maltrattanti (dati cumulati 2010-2017) tratteggiano chiaramente un fenomeno trasversale, per niente confinato in ambienti sociali e culturali degradati, con tipizzazioni non ben definite:

- il 70% delle vittime sono italiane ed il 30% straniere;
- il 60% è concentrato nella fascia di età 30-49 anni, il 22% tra le over 50 ed il 17% tra le 18-29enni;
- quasi la metà sono coniugate, il 20% ha alle spalle una relazione interrotta (15% separate, 5% divorziate) e circa 1 su 3 è nubile;
- 1 donna che ha subito violenza su 3 ha un livello di istruzione medio inferiore (34%) e poco meno del 60% un livello superiore (43%) o laurea (14%);
- oltre la metà è occupata stabilmente (45%) o in modo precario (8%) o è pensionata (5%), il 33% è non occupata;
- si tratta per la gran parte di 'violenza domestica' (oltre 9 casi su 10), ossia perpetrata nell'ambito di una relazione coniugale o di convivenza, in corso (61%) o interrotta che sia (22%), o all'interno della cerchia familiare e parentale (12%). Minoritari sono, invece, gli episodi di violenza riferita posti in essere da conoscenti (5%) o accaduti nei luoghi di lavoro (2%).
- La principale tipologia di maltrattamento è di tipo psicologico (pressione, svalorizzazione, minacce, strategia della paura, etc.) seguita dal maltrattamento fisico. Rilevanti anche, in ordine di incidenza, il maltrattamento economico, lo stalking e la violenza e le molestie sessuali.
- Preoccupante la casistica che riguarda la violenza assistita dai figli, oltre 6 casi su 10 e per la maggior parte riguardante figli minorenni. Fenomeno in aumento anche secondo i dati più recenti del Centro Regionale Infanzia e Adolescenza, che parlano di 1.300 bambini e ragazzi vittime di violenza assistita in carico ai servizi sociali al 2016.
- Soltanto poco più di 1 donna su 4 (28%) presenta denuncia alle autorità.

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



La seconda opzione informativa riguarda il progetto “Codice Rosa” attivato dalle Asl toscane presso i Pronto Soccorso, che si connota come rete ‘tempo dipendente’ e *gender sensitive* in grado di attivare connessioni tempestive ed efficaci per fornire risposte immediate alle esigenze di cura delle persone esposte a fenomeni di violenza, maltrattamento e abuso. Da tali dati (tabella 2) si ha in ritorno un quadro di oltre 11mila accessi di donne registrati dal 2013 al primo semestre 2017, il 95% dei quali riguardano maltrattamenti (minoritari gli abusi e lo stalking).

Tabella 2. Accessi “codice rosa” ai Pronto Soccorso di donne per fascia d’età – Toscana, periodo 2013-2017 – Fonte: Regione Toscana

Età	2013	2014	2015	2016	I semestre 2017	Totale
Adulte	1.817	2.301	2.305	2.625	1.171	10.219
Minori	200	236	239	302	159	1.136
Totale	2.017	2.537	2.544	2.927	1.330	11.355

Dal flusso dei consultori toscani si osserva un andamento oscillatorio che ha comunque coinvolto nel periodo 2013-2016 circa 3mila casi di utenti donne nell’area ‘abuso e maltrattamento’, principalmente per maltrattamenti fisici e psicologici, seguiti dalla negligenza genitoriale (tabella 3).

Tabella 3. Utenti donne dei consultori nell’area ‘abusi e maltrattamenti’ per fascia d’età – Toscana, periodo 2013-2016 – Fonte: Regione Toscana

Età	2013	2014	2015	2016	Totale
Adulte	567	797	728	511	2.603
Minori	79	121	100	81	381
Totale	646	918	828	592	2.984

Passando poi all'aspetto più efferato del fenomeno, un'accurata analisi svolta nelle ultime edizioni del Rapporto regionale sulla violenza di genere (curato dall'Osservatorio sociale regionale) rileva che dal 2006 al 2016 ci sono stati in Toscana 101 femminicidi.

Infine, un dato di significativa importanza è quello relativo agli uomini maltrattanti: i quattro Centri per autori di violenze presenti sul territorio regionale hanno preso in carico 89 uomini, di cui il 75% italiani e il 25% stranieri.

Detto tutto ciò, resta il fatto che anche se ad oggi non è possibile definire i contorni certi del fenomeno (c'è l'assennata certezza che i dati osservabili siano solo la classica punta dell'iceberg), si può invece ragionevolmente ribadire che la crescita della parte emersa sia per buona parte riconducibile al lavoro culturale per aumentare conoscenza e consapevolezza del problema ed educazione alle relazioni ed al rispetto di genere svolto da centri antiviolenza ed istituzioni e allo sviluppo delle reti territoriali e dei servizi dedicati al contrasto alla violenza di genere. La Toscana in questo senso può contare su una dotazione decisamente migliore di quella media nazionale (è la quarta regione in Italia) con una diffusione di 1 centro ogni 44mila donne residenti (tabella 4).

In tal senso sono da aggiungere ai casi rilevati dai centri antiviolenza le attività delle case rifugio presenti in regione, che nel 2016 hanno ospitato 121 donne, di cui il 71% con figli.

Tabella 4. Centri antiviolenza e case rifugio presenti sul territorio – Strutture per 100.000 donne residenti – Toscana e Italia, anno 2017 – Fonte: ISTAT

Regione	Strutture			Strutture x100.000 donne		
	Centri antiviolenza	Case Rifugio	Totale	Centri antiviolenza	Case Rifugio	Totale
Toscana	24	20	44	1,2	1,0	2,3
Italia	276	126	402	0,9	0,4	1,3

Salute degli anziani

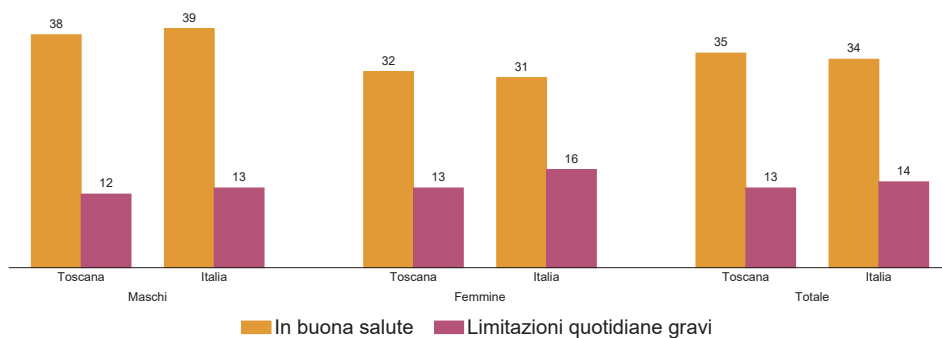
Gli anziani ultra64enni residenti in Toscana sono circa 940mila (+7mila rispetto all'anno precedente), dei quali il 57% donne. Si tratta del 25% della popolazione, una percentuale tra le più alte in Italia, seconda solo a Friuli Venezia Giulia e Liguria.

Circa un terzo degli anziani dichiara di stare bene o molto bene e 87 anziani su 100 dichiarano di sentirsi “almeno discretamente”, contro una media nazionale dell'84% (Ars su dati Multiscopo ISTAT 2016).

Simile all'Italia anche la percentuale di anziani che dichiara di avere limitazioni funzionali gravi nelle attività di base della vita quotidiana (13% vs 14%). Si tratta di limitazioni motorie e/o cognitive che non consentono di alzarsi, lavarsi o nutrirsi da soli.

Le differenze di genere sono minime, leggermente a favore degli uomini (figura 1).

Figura 1. Condizioni di salute degli anziani per genere - Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti d'età 65+ anni - Toscana e Italia, anno 2016 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Indagine Multiscopo ISTAT



Circa 3 anziani su 4 dichiarano di avere almeno una patologia cronica. E' ancora una situazione migliore della media italiana (74% vs 79%), ma comunque in aumento rispetto agli anni precedenti in tutto il Paese. Gli anziani con più di una patologia sono la metà (50%), a fronte di una media italiana del 56%, mentre quelli con 3+ malattie sono circa un terzo (30% vs 35% in Italia).

Le patologie croniche più frequenti, in Toscana come nel resto d'Italia, sono l'ipertensione (45%) e l'artrosi/artrite (44%), seguite dall'osteoporosi (26%), (tabella 1).

Tabella 1. Malattie croniche tra gli anziani – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti d'età 65+ anni – Toscana e Italia, anno 2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Indagine Multiscopo ISTAT

Malattia	Toscana	Italia
Ipertensione	45,4	51,3
Artrosi, artrite	44,4	48,9
Osteoporosi	26,3	27,0
Diabete	14,8	17,3
Malattie allergiche	10,9	9,9
BPCO	10,8	11,0
Disturbi nervosi	9,9	10,1
Angina pectoris e altre malattie del cuore	8,3	9,6
Ulcere	3,4	5,5
Almeno 1	73,7	79,0
Almeno 2	49,6	55,8
Almeno 3	30,3	34,8

Gli anziani toscani al compimento del 65° anno d'età hanno una speranza di vita superiore alla media italiana (ISTAT 2017): 22,5 anni per le donne (22,2 in Italia) e 19,4 anni per gli uomini (19 in Italia). Però, considerando solamente gli anni di vita attesi in buona salute però, per i quali le ultime stime disponibili si riferiscono al 2013 (ISTAT), 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 degli stranieri

La salute della popolazione straniera costituisce un tema di grande attualità che spesso viene associato al fenomeno migratorio. A questo proposito dobbiamo precisare che, a oggi, non sono disponibili dati sanitari provenienti dalle strutture di accoglienza pertanto, quando parliamo di popolazione straniera, ci riferiamo soprattutto a cittadini ormai stabili sul nostro territorio da molti anni i quali, per il cosiddetto “effetto di acculturazione”, adottano modalità comportamentali (stili di vita) e sanitarie che li rendono molto simili alla popolazione autoctona. Al fine di superare l'attuale gap informativo e favorire il consolidamento di un sistema di presa in carico omogeneo della popolazione migrante presente nelle strutture di accoglienza regionali, la Regione Toscana sta lavorando alla predisposizione e diffusione di un'unica scheda anamnestica di presa in carico (sindromica) informatizzata.

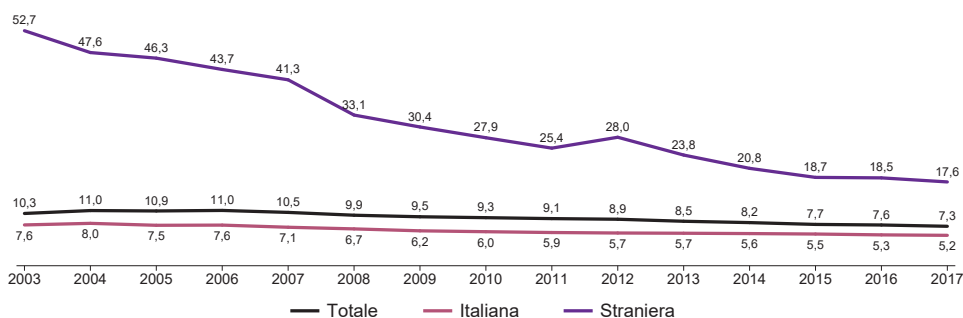
Nel 2017 sul territorio regionale gli stranieri residenti sono il 10,7% della popolazione. A questi va aggiunta la quota di irregolari stimata, che ammonta a circa l'8% del totale dei residenti stranieri (fonte: XXIII Rapporto sulle migrazioni 2017, Fondazione ISMU), raggiungendo così il valore complessivo di 11,5%.

Si tratta di una popolazione mediamente molto giovane composta per il 60,6% da cittadini di età inferiore ai 40 anni con solo il 3,7% di over64enni. Il 94,3% proviene da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), in particolare Romania, Albania, Repubblica popolare cinese e Marocco.

La contrazione delle nascite che interessa ormai da quasi dieci anni le donne italiane, sta iniziando a coinvolgere anche le straniere: il numero di parti da donne straniere in Toscana, nel 2017, ha registrato un calo del 5% rispetto all'anno precedente (da 7.900 a 7.500 parti).

Le donne straniere ricorrono più frequentemente all'interruzione volontaria di gravidanza rispetto alle italiane e mantengono, anche per il 2017, un tasso di abortività più di 3 volte superiore a quello delle donne italiane (figura 1). Le straniere più frequentemente delle italiane ripetono più volte l'esperienza dell'IVG: nel 2017 il 43,4% delle straniere che ha effettuato una IVG ne aveva già effettuata una in precedenza (rispetto al 20% delle italiane).

Figura 1. Interruzioni volontarie di gravidanza per cittadinanza - Tasso per 1.000 donne d'età 15-49 anni - Toscana, periodo 2003-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso D12 ISTAT



In linea con la lieve riduzione complessiva degli accessi al Pronto Soccorso, diminuisce anche il dato relativo alla popolazione straniera che nel 2017 è pari a 359 accessi ogni 1.000 stranieri residenti (erano 368 accessi x1.000 nel 2016). Il tasso comunque continua a essere leggermente superiore a quello degli italiani, pari a 341 accessi per 1.000 residenti (tassi standardizzati per età).

Il rapporto italiani/stranieri si inverte quando si analizzano i ricoveri ospedalieri. I ricoveri nella popolazione straniera risultano in diminuzione rispetto al 2016 con un tasso di 92,8 ricoveri ogni 1.000 stranieri residenti (102,2 x1.000 nel 2016), fenomeno non osservabile fra gli italiani dove il valore appare in lieve aumento (2017: 131,4 x1.000; 2016:129,5 x1.000).

La giovane età della popolazione straniera sicuramente è una delle cause della bassa ospedalizzazione osservata. Il principale motivo di ricorso all'ospedale tra gli stranieri continua infatti ad essere il parto o le complicanze della gravidanza, se pur in diminuzione: dal 20,6 per 1.000 del 2016 a 16,9 per 1.000 nel 2017 (tabella 1). In diminuzione anche i ricoveri per malattie del sistema circolatorio (11,1 x1.000 stranieri residenti) e per tumore (8,8 x1.000).

Stabili i ricoveri per malattie infettive e parassitarie (2,4 x1.000 stranieri residenti). Rispetto a quest'ultimo gruppo diagnostico, dobbiamo comunque ricordare che la popolazione straniera è più interessata 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 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO

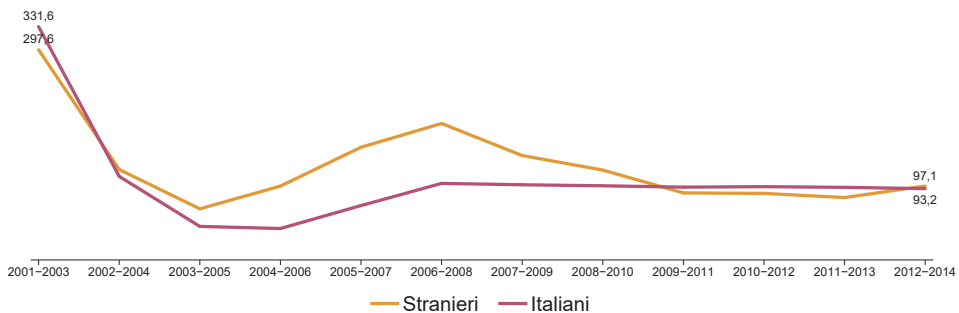
Grande gruppo ICDIXcm	Stranieri	Italiani
Complicanze della gravidanza	16,9	13,1
Malattie del sistema circolatorio	11,1	18,2
Tumori	8,8	13,7
Malattie dell'apparato digerente	8,5	12,8
Malattie dell'apparato respiratorio	7,4	10,9
Malattie dell'apparato genito-urinario	6,9	9,0
Traumatismi e avvelenamenti	6,8	10,7
Malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	5,1	10,6
Disturbi del sistema nervoso	4,4	6,2
Malattie infettive	2,4	2,7
Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	2,3	3,3
Stati morbosi mal definiti	2,0	2,7
Disturbi psichici	1,9	3,7
Malformazioni congenite	1,0	1,7
Malattie del sangue	0,8	0,9
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0,7	1,4

La differenza osservata fra l'accesso alle cure di Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero suggerisce un utilizzo improprio, da parte della popolazione straniera, delle strutture sanitarie. Probabilmente la pratica comune adottata nei Paesi di origine, associata alla difficoltà di comprendere il percorso ambulatoriale, favorisce lo stabilizzarsi di comportamenti errati.

Per quanto riguarda alcune malattie infettive, secondo quanto emerge dal Sistema Informativo per le malattie infettive, nel 2017 il tasso di infezione tubercolare interessa 50,2 ogni 100mila stranieri residenti (rispetto al 2,3 x100mila rilevato fra gli italiani), mentre i pazienti stranieri a cui è stata diagnosticata una infezione da HIV rappresentano il 26,8% del totale con un tasso di notifica più di 3 volte superiore a quello degli italiani (Registro regionale HIV e AIDS, anno 2016).

L'ultimo dato riguarda la mortalità. Sapendo che le condizioni di vita e di lavoro espongono i cittadini stranieri a rischi sanitari maggiori, è facile supporre che vi siano differenze in termini di mortalità. Tuttavia, i dati per il periodo 2001-2014 non confermano tale ipotesi, mostrando un andamento molto simile fra le due popolazioni con valori più elevati a carico degli stranieri soltanto negli anni 2004-2008 (figura 2). Una possibile interpretazione può essere legata al cosiddetto "effetto salmone" che, evocando il comportamento dei salmoni che tornano nei luoghi di origine per deporre le uova e morire, descrive la modalità messa in atto dagli stranieri che tornano nei Paesi di origine quando le loro condizioni di salute peggiorano. A questo dobbiamo aggiungere il limite informativo del dato di ricorso ai servizi, che risulta meno attendibile quando parliamo di popolazione immigrata non residente, la quota più vulnerabile della popolazione straniera.

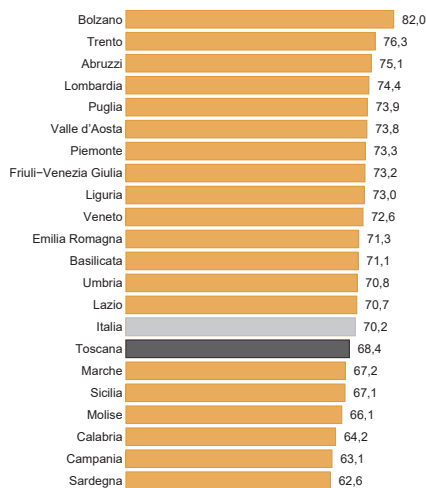
Figura 2. Mortalità per cittadinanza – Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti – Toscana, periodo 2001-2014 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati RMR



Percezione di salute

Il sistema di sorveglianza PASSI monitora periodicamente, mediante il metodo dei “giorni in salute” (*Healthy Days*), la percezione della qualità della vita in salute su persone di età compresa fra i 18 ed i 69 anni, residenti in un Comune della Asl e iscritti all’anagrafe assistiti della Asl. Nella rilevazione del periodo 2013-2016 il 70% della popolazione adulta italiana giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene (figura 1). Anche la maggioranza dei toscani (68,4%) percepisce la propria condizione di salute in modo positivo, anche se in percentuale leggermente inferiore rispetto al dato nazionale (figura 1). Per italiani e toscani, 2,5 è il numero medio dei giorni percepiti in cattiva salute fisica in un mese, 2,6 quello in cattiva salute mentale.

Figura 1. Stato di salute percepito positivamente – Prevalenza per 100 abitanti – Regioni e Italia, triennio 2013-2016 – Fonte: ISTAT



Il dato sulla positiva percezione dello stato di salute rimane stabile rispetto alla rilevazione del periodo 2012-2015, sia per l'Italia (69,6%) sia per la Toscana (68,5%), (figura 2).

Questa percezione peggiora per alcuni gruppi di popolazione (donne, anziani, persone con basso titolo di studio, difficoltà economiche o affette da patologie croniche) sia nella rilevazione 2012-2015 sia in quella 2013-2016.

Figura 2. Stato di salute percepito positivamente – Prevalenza per 100 abitanti – Regioni e Italia, triennio 2013-2016 – Fonte: ISTAT



Le risorse del sistema toscano

La centralità del territorio

Centralità del territorio

Il modello toscano si è basato su tradizioni civiche e su un capitale sociale che ha costituito la base di dinamismo sociale produttivo di relazioni positive tra istituzioni, associazionismo e piccola e media impresa. Tutto questo in un quadro nel quale il territorio ha sempre mantenuto la centralità e tale valorizzazione indica un taglio culturale orientato a responsabilizzare la comunità e l'ente locale. La risposta ai problemi sociali e sanitari viene data con politiche orizzontali, che si organizzano nella comunità locale, unico luogo dove si possono tenere in relazione le politiche della salute (sociali e sanitarie), con le politiche educative, economiche e ambientali. Una risposta che si è basata, e si deve basare ancor più oggi, maggiormente sui servizi e sui progetti personalizzati piuttosto che sui trasferimenti monetari alle famiglie e agli individui, poiché l'elemento caratterizzante deve essere il servizio pubblico a cui il cittadino si rivolge e a cui gli operatori pubblici, o privati sotto la regia del pubblico, danno una risposta. È la modalità di presa in carico, centrata sulla comunità, che distingue un percorso di inclusione dall'assistenzialismo.

Il territorio è il luogo della partecipazione, dell'associazionismo e del volontariato, risorse del sistema toscano che non devono essere date per scontate, ma verso le quali le istituzioni devono rinnovare costantemente la propria attenzione. Un'agenda di policy per un welfare ripensato a partire dal territorio, deve superare alcune barriere, quali la frammentazione del sistema (spesso formato da singole e parziali misure che devono invece essere ricondotte a unità), l'inequità nell'accesso, la staticità delle risposte. Il sistema deve tendere a un welfare che ampli la platea di coloro che usufruiscono dei servizi e che personalizzi le risposte, anche attivando risorse presenti nella comunità, che devono essere portate a connessione e condivisione: riconnettere le persone e la comunità, non solo producendo prestazioni, ma anche attraverso un governance di sistema capace di orientare anche le risorse che le famiglie spendono sul mercato informale (pensiamo al progetto "Pronto badante").

La declinazione del welfare nelle Zone Distretto

Nell'Informativa preliminare al Consiglio sul Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020, è sviluppata un'analisi SWOT che può essere letta anche con la lente interpretativa del territorio. Tra i punti di forza della Toscana si parla non solo del raggiungimento dei LEA dal 2014 al 2016, ma anche di appropriatezza e qualità delle cure, facendo riferimento al basso tasso di ospedalizzazione che è il risultato di un giusto ricorso al setting ospedaliero e della presa in carico territoriale. Tra i punti di debolezza si fa riferimento alle liste di attesa, al calo delle coperture vaccinali, alla spesa farmaceutica e più in generale alle disuguaglianze di salute in termini di accesso ai servizi. Tra i rischi, oltre a quello delle dinamiche demografiche, anche la frammentarietà della presa in carico della complessità e fragilità. Tra le opportunità è inserito al primo punto il ruolo centrale delle Società della Salute e delle Zone Distretto, capaci di incidere sulle condizioni di benessere. Nuova governance derivante dalla riduzione delle Asl, la revisione delle Zone Distretto e la loro integrazione con i dipartimenti.

Con le leggi regionali n.84/2015 e n.11/2017, è diventato centrale il ruolo delle Zone Distretto all'interno del Sistema Sanitario Regionale e, ampliando il raggio d'azione, nella realizzazione di una piena integrazione di policies sociali e sanitarie. Le Zone Distretto hanno oggi la normativa adeguata a definirne le funzioni e a delimitarne i confini: hanno quindi chance che devono vivere da protagonisti attraverso lo sviluppo dei processi attuativi, cercando di modificare i comportamenti degli attori del sistema, cioè Istituzioni, professionisti del pubblico e del privato, associazioni e famiglie. Dobbiamo individuare le linee di azione che permettano di trasformare le norme in processi attuativi, individuando tre componenti del processo attuativo di cambiamento delle Zone Distretto: la funzione, la struttura e il sistema operativo.

La funzione

La legge regionale 84/2015 pone grande attenzione alle attività territoriali, innovando fortemente l'art. 64 della LR 40/2005; la Zona Distretto è considerata l'ambito ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione e erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

La struttura

La legge regionale 40/2005 dispone che ogni Zona Distretto possa scegliere tra due diversi modelli organizzativi: la Società della Salute (rilanciata con forza dalla LR n.11/2017) oppure la Convenzione socio-sanitaria. I Comuni sono liberi di scegliere, a livello di Conferenza zonale, quale modello preferiscono, ma sono obbligati a scegliere, il limbo non è ammesso per le attività socio-sanitarie (art.70 bis l.r.40/2005).

Il sistema operativo

I muscoli di un'organizzazione (funzione e struttura) dipendono dal sistema operativo che la governa, dal modo nel quale si fanno le cose. March e Simon parlano di programming, focalizzando sulla definizione di attività e responsabilità, sulla specificazione dei risultati attesi e sulla valorizzazione dello scambio di informazioni che retroagisce come feedback. Un altro autore molto importante, Mintzberg, parla invece dell'importanza della standardizzazione dei processi sia come output (ad es. livelli essenziali assistenza o prestazione) che come input (ad es. formazione e metodologia di lavoro). Dovremmo tenere presente l'aspetto del programming e quello della standardizzazione, cercando anche di integrarli attraverso meccanismi di coordinamento nei quali sia centrale l'apertura verso l'esterno, la gestione delle risorse umane, ma anche dei dati a disposizione. In pratica l'integrazione tramite la comunicazione e partecipazione.

Hanno tenuto conto di questi aspetti le nuove linee di indirizzo dei Piani integrati di salute e dei Piani di inclusione zonale (DGR n.573/2017) che innovano principalmente la modalità di lavoro e descrivono la missione della programmazione zonale all'interno di un quadro complesso e frammentato che deve essere ricondotto a un'unità, attraverso la costruzione del sistema dei servizi e dei percorsi assistenziali, la definizione degli obiettivi essenziali di assistenza, la valutazione del soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere in ambito zonale. Inoltre la programmazione richiede una coerenza con il livello della gestione dell'erogazione dei servizi.

Prospettive della programmazione di zona: i Piani integrati di salute (PIS) e il Piano di inclusione zonale (PIZ)

I Piani integrati di salute (PIS) devono essere intesi come il luogo della ricomposizione tra le finalità degli enti locali e aziende USL, tra funzioni sociali e funzioni socio-sanitarie e tra risorse comunali, aziendali di altri fondi pubblici o privati. La Regione Toscana ha sostenuto, attraverso le nuove linee di indirizzo, la programmazione delle zone al fine di fornire un metodo di lavoro che renda possibile lo svolgimento del processo durante tutte le fasi e che sia in grado di restituire ai territori i risultati elaborati a livello regionale, capaci di definire una visione complessiva, ma anche dettagliata, a seconda delle esigenze, utili per ridefinire gli obiettivi. In questo modo è stato possibile innestare una logica, non tanto competitiva, ma di comparazione e di diffusione delle best practices tra Zone Distretto. Inoltre l'obiettivo delle linee di indirizzo è stato quello di rispondere a una previsione di legge (art.21 comma 7, l.r.40/2005) che prefigura un'integrazione sempre più spinta fino a prevedere che il ciclo di programmazione del PIS possa assorbire l'elaborazione del PIZ, precisando che l'elaborazione unica dei due piani, nella quale il PIZ è ricompreso nel PIS, è prioritaria.

Nelle linee di indirizzo si descrive anche come deve essere affrontata la parte conoscitiva, che rappresenta la lettura del territorio ed è composta dal profilo di salute, bisogni di salute con i rispettivi indicatori e analisi di contesto, e dal sistema dei servizi che riguarda una mappatura che individua accessi, presidi, servizi, protocolli professionali. Su questo piano una novità è stata la predisposizione di report zonali, incentrati sulle aree tematiche del profilo di salute, da parte di ARS, MES e Osservatorio Sociale Regionale, così da facilitare il lavoro conoscitivo delle zone.

Più che in passato questa parte conoscitiva deve trovare una coerenza di linguaggio con la parte della valutazione del PIS. La valutazione ha uno scopo diverso, perché riguarda il raggiungimento di obiettivi in un'ottica di miglioramento continuo, ma deve comunque retroagire sulla conoscenza del territorio, perché insieme rappresentano due momenti, uno a monte e uno a valle, di uno stesso processo. La valutazione di risultato è relativa agli obiettivi specifici della programmazione di ogni singola zona. La valutazione degli esiti riguarda l'impatto delle politiche socio-sanitarie su ogni singolo ambito zonale e richiede un'analisi di sistema complessivo e una standardizzazione che deve dialogare con la lettura del territorio emersa dal profilo di salute. Pertanto gli stessi attori che si sono occupati del profilo di salute, Regione, ARS, MES e Osservatorio sociale regionale, contribuiranno a sviluppare il sistema di valutazione armonico con il profilo di salute e condiviso con gli stakeholders locali.

La parte centrale delle linee di indirizzo riguarda la vera e propria programmazione che deve definire una gerarchia delle priorità declinate in obiettivi e azioni, per poi passare alla stesura dei programmi. Un obiettivo che le linee di indirizzo vogliono raggiungere è quello di rendere comparabili tra loro gli atti di programmazione delle varie zone. A tal fine sono definite le aree di programmazione (cure primarie, socio-sanitaria, socio-assistenziale, promozione e prevenzione della salute, contrasto alla violenza di genere) con i rispettivi settori che ricomprendono una serie omogenea di attività (per le cure primarie: presidi territoriali, aft, sanità di iniziativa ecc.) e, per ognuna di queste aree viene fornita una griglia propedeutica standard per la raccolta dei programmi suddivisa in due parti, una che riguarda i servizi e una che riguarda i percorsi assistenziali.

Quando dalla programmazione pluriennale si passa a quella annuale (POA), che, tra le altre cose, è condizione per l'attivazione delle risorse ricomprese nel fondo sociale regionale, rimane lo stesso schema, il livello di declinazione arriva fino alle singole attività ricomprese in ogni settore. La programmazione annuale descrive tutte le attività che sono svolte. Ogni Zona Distretto ha la discrezionalità di programmare le attività che ritiene più opportune, ma lo deve fare incasellandole secondo un elenco di attività specificato in allegato alle linee di indirizzo. È stato elaborato il Rapporto sulla Programmazione Operativa Annuale (POA) 2017-2018 delle Sds/Zone, coordinato e definito con il supporto di Anci-Federsanità, all'interno del quale sono state elaborate e deliberate 3.290 schede di programmazione, così suddivise rispetto alle aree di programmazione: Sanità territoriale (793 Schede), Socio-sanitario (1.139), Socio-assistenziale (713), Promozione della salute (369), Contrasto alla violenza di genere (78). Da sottolineare che in 198 schede è stata utilizzata una modalità trasversale alle aree di programmazione individuando Percorsi assistenziali.

Gli obiettivi per i prossimi anni saranno quelli di dare continuità, quindi strutturare il processo della programmazione di zona, elaborare un comune linguaggio della programmazione, favorire e programmare per percorsi assistenziali piuttosto che per progetti e servizi.

Il metodo della co-progettazione

L'adozione delle Linee di indirizzo per i Piani integrati di salute e per i Piani di inclusione zonale sopra richiamate, nel riconfermare la centralità del territorio, evidenzia, a fianco dei bisogni, le possibili risposte e potenzialità in termini di organizzazione del sistema dei servizi sociali e sanitari e della interconnessione con le altre politiche sviluppate a livello locale (economiche, ambientali, istruzione, formazione, lavoro ecc.). Il territorio con la sua articolazione in Zone Distretto e la centratura sul binomio salute/benessere del cittadino, rappresenta quindi il contesto più adeguato nel quale collocare l'azione di tutti gli attori che concorrono a definire obiettivi e soluzioni per affrontare i rischi sociali, accompagnare le persone e le famiglie, promuovere co-progettazione, partecipazione e condivisione, in una dimensione operativa attenta alle disuguaglianze e orientata ai processi di empowerment.

Le parole chiave di un siffatto modello organizzativo sono dunque ascrivibili a:

- centralità del territorio;
- responsabilizzazione dell'ente locale/delle istituzioni;
- responsabilizzazione della comunità e della società civile.

Questi elementi, strategici sia per la programmazione che per la gestione dei servizi e degli interventi, esprimono il concetto della co-progettazione delle politiche sociali che ridefinisce il rapporto tra enti pubblici e terzo settore già introdotto in Italia con la legge n. 328/2000 e confermato con la recente riforma del Terzo settore. La prospettiva attuale risulta quindi quella della complementarità tra pubblico e privato sociale laddove, valorizzando e coinvolgendo attivamente i soggetti del terzo settore, gli enti locali co-progettano interventi innovativi e sperimentali sui quali instaurare una collaborazione a partire dall'individuazione di obiettivi condivisi.

Le esperienze di co-progettazione determinano partenariati forti che possono interessare molte e diverse aree di intervento, tutte legate dalla relazione di partenariato che invita a co-progettare e a mettere in campo strategie relazionali funzionali alla costruzione di nuove modalità operative ed inter-organizzative. La Regione Toscana ha, ormai da tempo, fatto propri i principi contenuti nella legge quadro traducendoli in occasioni concrete nelle quali le sinergie tra il sistema pubblico e del privato sociale possano trovare modalità efficaci di espressione e di lavoro congiunto, rivolte all'intero processo di costruzione delle politiche socio-sanitarie, dall'ideazione, alla progettazione, dalla gestione alla valutazione, su tre possibili livelli interconnessi:

- istituzionale, per definire linee di policy e prevedere accordi e convergenze su valori e strategie di sviluppo del welfare;
- progettuale, per sviluppare capacità di confronto e concorrere a rafforzare la conoscenza e la fiducia reciproche, nell'ottica di avanzare proposte di intervento innovative;
- gestionale, operativa, finanziaria, per maturare il senso di corresponsabilità nell'attuazione degli interventi e migliorare la qualità dei livelli di confronto e collaborazione, anche sotto il profilo economico e finanziario.

In questa dimensione, la co-progettazione diviene metodo con il quale soggetti diversi si incontrano, superano il tradizionale rapporto "committente/fornitore", si pongono in una relazione di partenariato per generare politiche pubbliche capaci di coinvolgere risorse e punti di vista inediti e di proporre strumenti di intervento innovativi. La buona riuscita di co-progettazioni territoriali efficaci presuppone "contratti" di corresponsabilità e reciprocità fra partner nei quali siano individuati compiti e responsabilità, comuni obiettivi di lavoro, nonché i ruoli che saranno ricoperti all'interno del progetto. Le potenzialità generative della co-progettazione offrono opportunità per integrare le risorse esistenti, trovarne e investire di nuove per promuovere e sostenere percorsi virtuosi di sviluppo sociale: si tratta di una pratica che riguarda non solo la programmazione e la progettazione del welfare nelle Zone Distretto, ma anche programmi nazionali e fondi europei.

Alcune esperienze intraprese a livello regionale e nazionale hanno evidenziato come il metodo della co-progettazione possa essere declinato in percorsi e attività concrete proposte al territorio e praticate all'interno di diverse misure – dall'utilizzo dell'FSE-Asse Inclusion Sociale, al SIA/REI, fino al Programma P.I.P.P.I. – con cui si offrono risposte ai molteplici bisogni delle persone.

Il metodo della co-progettazione nei bandi dell'Asse B, Inclusion sociale e lotta alla povertà, del POR-FSE 2014/2020

Nel caso specifico dell'Asse B "Inclusion sociale e lotta alla povertà", la co-progettazione si connota come uno strumento partecipativo e inclusivo che assume la caratteristica di un processo di coproduzione che valorizza ed incrementa la capacità del sistema di rispondere alla crescente complessità dei problemi: è l'approccio metodologico e organizzativo che consente l'elaborazione e la realizzazione delle progettazioni all'interno di organizzazioni/rete, dove la prospettiva relazionale (tra i partner e tra questi e il contesto dove operano) sostituisce la classica prospettiva gerarchica. In questo senso la co-progettazione corrisponde ai principi di trasparenza e di parità di trattamento e rappresenta lo strumento regolativo dei rapporti di sussidiarietà, caratterizzandosi come percorso basato su:

- a. una procedura di evidenza pubblica, in capo al soggetto pubblico promotore/titolare dell'azione, che possa garantire il rispetto dei principi generali di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza e proporzionalità;
- b. un percorso che assicuri la formulazione condivisa del progetto e la definizione negoziata della sua governance e dei diversi livelli di responsabilità;
- c. l'introduzione di azioni innovative e la sperimentazione di nuove forme organizzative, gestionali e metodologiche nella realizzazione di interventi e servizi diretti ai destinatari;
- d. la stipula di accordi che sostanziano il rapporto di sussidiarietà orizzontale che, alla fine del processo di co-progettazione, è destinato a instaurarsi tra soggetti co-progettanti.

Le fasi e le modalità della co-progettazione nell'ambito dei bandi dell'Asse B Inclusione sociale e lotta alla povertà -POR FSE 2014/2020 – sono state disciplinate attraverso la DGR 570/2017.

Il processo di co-progettazione si articola lungo tre fasi che sono:

1. L'istruttoria pubblica (una per Zona Distretto), finalizzata a selezionare il soggetto o i soggetti più idonei a qualificarsi come soggetti co-progettanti e partecipanti al costituendo partenariato. Sarà la Società della salute (o il soggetto pubblico espressamente individuato dalla Conferenza Zonale nei territori dove la Società della salute non è costituita) ad avviare la procedura di evidenza pubblica per la scelta dei soggetti co-progettanti, sia pubblici che privati, per elaborare i progetti da presentare alla Regione. In particolare, l'istruttoria pubblica prevede:
 - a. la chiamata di interesse (Avviso), finalizzata a consentire a tutti i soggetti pubblici e privati potenzialmente interessati, di candidarsi per la partecipazione all'attività di co-progettazione con l'obiettivo di presentare proposte progettuali alla Regione, con cui:
 - si specificano le principali aree di intervento sulle quali la co-progettazione si focalizza e i soggetti indicano le aree di interesse sulla base delle loro caratteristiche e specializzazione;
 - ci si rivolge anche a tutti quei soggetti del Terzo settore che vogliono partecipare come sostenitori, ovvero a soggetti (in particolare le associazioni di volontariato) che avendo competenze specifiche sul target, possano dare il loro sostegno e il loro supporto ai progetti, pur non partecipando formalmente all'ATS (con modalità da formalizzarsi mediante apposito accordo).
 - si garantisce un'adeguata comunicazione e un congruo periodo di pubblicazione.
 - b. La selezione dei partner, effettuata sulla base di criteri predefiniti, quali:
 - la rilevanza delle finalità/attività dell'organizzazione rispetto alle problematiche da affrontare e l'esperienza maturata in progettazioni e servizi analoghi;
 - la capacità, competenze e qualificate esperienze nella progettazione, organizzazione e gestione di servizi ed interventi attinenti le problematiche;

- i requisiti tecnici e professionali dell'organizzazione per la gestione in rete di servizi ed interventi di portata innovativa e sperimentale;
- la dotazione di adeguate risorse (materiali, umane e finanziarie) da mettere a disposizione e ad integrazione di quelle regionali;
- la capacità di radicamento nel territorio e le relazioni con enti, organizzazioni e altri soggetti impegnati in ambiti di interesse sociale e nei processi di costruzione di una rete di offerta integrata e diversificata;
- la capacità organizzativa e finanziaria di sostenere le azioni progettuali.

Il soggetto titolare dell'istruttoria pubblica assegna ai partner i relativi livelli di responsabilità per la realizzazione delle azioni, tenendo conto del peso delle azioni stesse sull'intera progettualità e delle preferenze che i soggetti co-progettanti hanno indicato in sede di manifestazione di interesse.

- c. La selezione dei soggetti sostenitori chiamati a intervenire nei gruppi di lavoro specifici tesi a definire le azioni di promozione, supporto e monitoraggio delle azioni progettuali.
2. La comunicazione e l'avvio della co-progettazione, con cui si avvia la fase operativa e si definiscono gli obiettivi, le azioni da realizzare, gli elementi di innovazione e sperimentali, nonché il budget di progetto. Il percorso si svolge in momenti successivi di approfondimento e definizione degli elementi e dei contenuti, fino al raggiungimento del livello di dettaglio richiesto dalla progettazione esecutiva, attraverso:
 - a. l'attivazione di gruppi di lavoro per valutazione della fattibilità preliminare per evidenziare, sulla base di un'analisi delle problematiche e delle potenzialità del territorio, le progettualità attivabili, le risorse umane e tecniche disponibili, le innovazioni da introdurre, le implementazioni da produrre ed i processi da attivare;
 - b. l'attivazione di gruppi di lavoro specifici per i soggetti sostenitori di progetto. Le azioni ricomprese negli accordi (che hanno un valore aggiunto rispetto a quelle svolte dai soggetti dell'ATS) possono essere, a titolo esemplificativo, ricondotte a:
 - funzioni di informazione sulle opportunità per i destinatari;
 - attività promozionali indirizzate alle comunità locali, per il miglioramento dei percorsi di inclusione socio-lavorativa delle persone con svantaggio;
 - funzioni di advocacy nei confronti dei gruppi/persone svantaggiate destinatarie;
 - attività di monitoraggio delle azioni;
 - definizione della governance di progetto, come sistema di valori/ responsabilità/processi, per poter al meglio realizzare gli obiettivi tenendo conto degli interessi dei partner, degli stakeholders territoriali e dei destinatari finali;
 - elaborazione della progettazione esecutiva in risposta al bando a chiamata di progetto, che sia condivisa e ritenuta adeguata da parte di tutti i soggetti coinvolti;

3. La presentazione del progetto e la formalizzazione dell'accordo, con la stipula degli accordi che sostanziano il rapporto di sussidiarietà orizzontale (Associazione Temporanea di Scopo-ATS o Accordo di collaborazione) e che, pur non prevedendo per i soggetti sostenitori una responsabilità diretta nelle azioni, individuano le funzioni specifiche che attengono la promozione, il supporto e il monitoraggio delle azioni progettuali.

Il lavoro in equipe secondo l'approccio olistico del Programma Nazionale P.I.P.P.I. per la prevenzione dell'allontanamento dei minori.

Il lavoro in equipe si configura essenzialmente come un "luogo":

- inclusivo, che offre opportunità di tessitura interprofessionale e interpersonale per co-costruire lo stesso progetto;
- di co-decisionalità in cui confrontare i diversi punti di vista, al fine di arrivare alla definizione condivisa della progettazione, evitando la frammentarietà degli sguardi e la dispersione delle informazioni, la segmentazione delle specifiche responsabilità e competenze;
- generativo, in cui la condivisione dei processi di analisi, progettazione e valutazione favorisce la costruzione di un linguaggio comune, la trasparenza della relazione con la famiglia e la corresponsabilità nell'agire dei servizi.

Accompagnare e sostenere le persone nei processi di riacquisizione di autonomia, tutela e cura significa garantire una valutazione appropriata e di qualità delle situazione e dei contesti di vita, progettare un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale e definire congiuntamente, in equipe, tempi congrui per la realizzazione. L'intervento dell'equipe multidisciplinare pone, infatti, al centro del proprio agire la risposta ai bisogni della persona da perseguire come interesse primario e in tale ottica consente di assicurare qualità, continuità e appropriatezza dei processi di accompagnamento, come anche della realizzazione delle azioni previste e dell'utilizzo dei relativi strumenti. Per questo l'equipe assicura la presenza di più figure, professionali e non e dei soggetti direttamente coinvolti, secondo una visione multidimensionale, aperta al confronto fra più professionisti e tra questi e i destinatari. L'Equipe si costituisce secondo un criterio "a geometria variabile", con un gruppo consolidato di professionisti (equipe di base), che individua un responsabile del percorso di intervento e che può essere integrato da altre figure che si aggiungono in base alle diverse necessità (equipe allargata).

"Questo modello propone e allo stesso tempo esige dalle professioni e dalle organizzazioni di assumere la sfida di lavorare insieme riposizionando risorse e linguaggi per promuovere (ossia: l'occasione dell'implementazione può essere usata per creare le condizioni per costruire) un approccio olistico alla negligenza in quanto è una cultura ecosistemica integrata e diffusa (livello macro) che crea le condizioni dell'integrazione tra servizi (livello meso), la quale a sua volta crea le condizioni per il dialogo e il lavoro interprofessionale (livello micro tra operatori della stessa equipe e fra equipe e famiglie) e che, infine, crea le condizione per riannodare il legame tra genitori e figli (livello micro, intrafamiliare)".

La spesa sociale

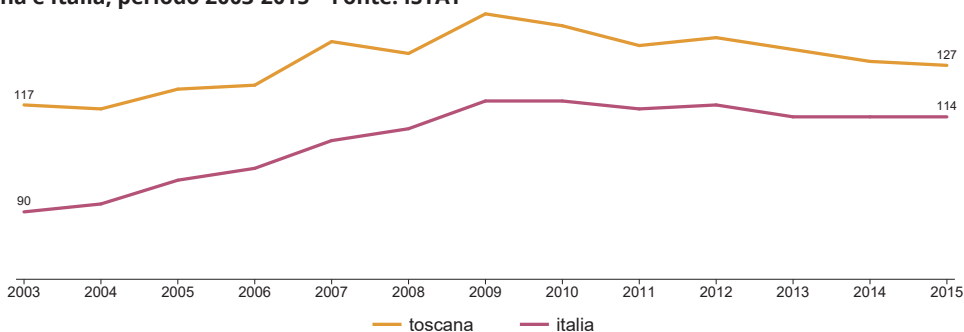
I dati per l'analisi della spesa sociale sul territorio regionale toscano fanno riferimento alla Rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati, svolta a livello comunale su tutto il territorio italiano dal 2003. L'indagine rileva gli impegni di spesa in conto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

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

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

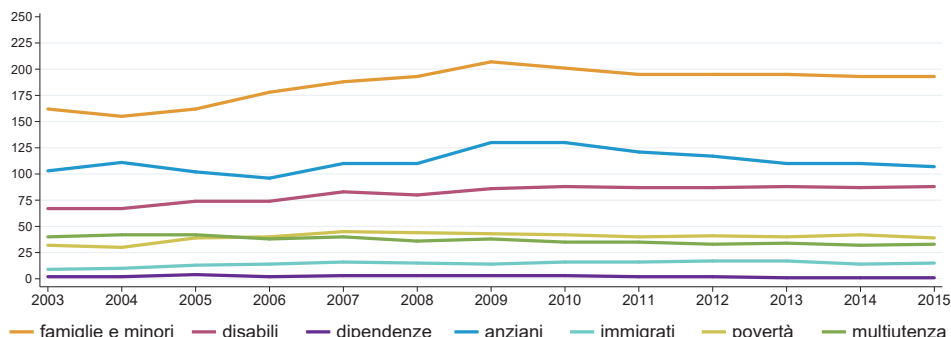
Gli ultimi dati ufficiali disponibili, informano che al 2015 la spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni della Toscana ammontava a 476,5 milioni di €, il 7% di ciò che è speso complessivamente in Italia (poco meno di 7 miliardi di €). L'andamento nel tempo mostra una pressoché costante crescita nel periodo 2003-2009, con una punta massima di 521 milioni di €, e una successiva diminuzione quinquennale. Il confronto 2003-2015 lascia comunque un saldo positivo di oltre 60 milioni di € (415 contro 477 mln €). L'incidenza della spesa sulla popolazione di riferimento colloca la Toscana costantemente al di sopra della media italiana (figura 1). Con 127 € pro-capite al 2015 (media Italia 114 €) la Toscana si posiziona all'ottavo posto tra le regioni, in un vasto range che va dai 380 € pro-capite del Trentino ai 21 € della Calabria.

Figura 1. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali – Euro spesi per abitante – Toscana e Italia, periodo 2003-2015 – Fonte: ISTAT



L'area di utenza famiglia e minori assorbe il 41% delle risorse (193 mln €), seguita dagli anziani (22%, 107 mln €) e dalla disabilità (19%, 88 mln €). Su questi tre ambiti, in sostanza, è concentrato oltre l'80% della spesa totale. Il restante 20% è impegnato nelle aree di utenza povertà e disagio adulti (8,2%, 39 mln €), multiutenza (6,9%, 33 mln €), immigrati e nomadi (3%, 15 mln €) e dipendenze (0,3%, 1,4 mln €).

Figura 2. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per area di utenza - Milioni di Euro spesi - Toscana, periodo 2003-2015 - Fonte: ISTAT



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

- la Toscana si rivela virtuosa, nel confronto con la media nazionale, per le risorse messe in campo in quasi tutte le aree di utenza considerate, con l'eccezione della disabilità e dell'immigrazione, che però scendono sotto il dato medio italiano soltanto nell'ultimo anno;
- sono largamente visibili gli impegni sui target 'famiglia e minori' (157 € pro-capite) e 'anziani' (115 € pro-capite), i due principali comparti della spesa sociale, aree nelle quali la Toscana si discosta in maniera vistosa dal dato italiano;
- la spesa per la disabilità, data anche la complessità degli interventi e la multidisciplinarietà/multiprofessionalità insita negli stessi, ha di gran lunga il valore relativo più elevato (2.769 € per disabile) e mostra una evidente crescita rispetto al 2003, sia come entità totale (da 67 a 88 milioni di €) che come valore pro-capite;
- la spesa per immigrati, pur aumentata in valore assoluto da 9 a 15 milioni di €, ha visto diminuire il proprio impatto pro-capite (da 63 a 38 €) data la massiccia crescita della popolazione di riferimento negli ultimi anni.

Tabella 1. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per area di utenza – Euro spesi per abitante* – Toscana e Italia, anno 2015 – Fonte: ISTAT

Territorio	famiglie e minori	disabili	anziani	immigrati	povertà	multiutenza
Toscana	157	2.769	115	38	17	9
Italia	115	3.127	98	58	13	6

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

Il terzo settore

La crisi dello stato assistenziale e la difficoltà del settore pubblico nel garantire un adeguato contenimento e gestione dei rischi sociali, ha comportato in molti paesi l'emergere di nuove forme di welfare, che possono essere definite di welfare mix e, più in generale, di nuove modalità di governo della società contemporanea, basato sull'amministrazione condivisa tra istituzioni pubbliche e Terzo settore. Riconoscere un ruolo attivo ai soggetti delle economie solidali nella definizione e attuazione delle politiche sociali e sanitarie, a livello nazionale e regionale, è il presupposto essenziale per promuovere la cultura della sussidiarietà e della socialità.

A tal proposito è utile evidenziare che, con la recente riforma (d.lgs. n.117/2017), il Terzo settore diviene soggetto protagonista delle politiche pubbliche, potenzia e qualifica l'azione amministrativa, partecipa in modo formale ai percorsi di co-programmazione, co-progettazione e valutazione dell'impatto sociale delle politiche legate alla salute e al benessere dei cittadini. Contestualmente anche l'Impresa sociale trova un suo riconoscimento, con significativi margini di crescita.

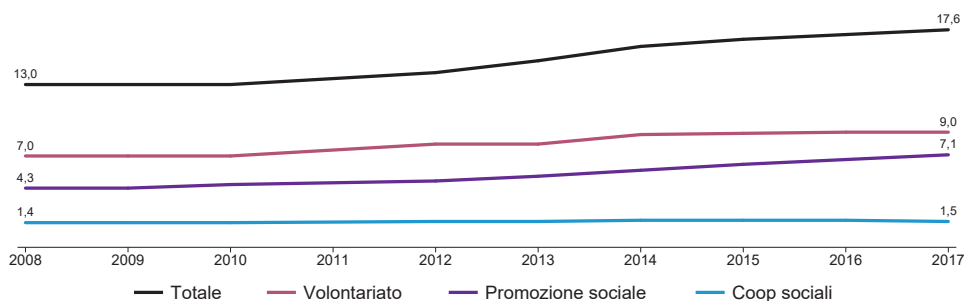
Per dare conto della presenza del Terzo settore sul territorio toscano si ricorrerà a due differenti fonti:

- i registri regionali delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale e l'albo regionale delle cooperative sociali, che consentono di analizzare il Terzo settore "formalizzato" e più strutturato;
- i risultati dei censimenti ISTAT delle istituzioni non profit 2001, 2011 e 2015, che permettono di prendere in considerazione anche il Terzo settore non formalizzato, cioè tutta quella serie di soggetti che, pur non essendo iscritti ad albi e registri pubblici, opera sul territorio nell'alveo del settore non profit e rappresenta comunque una ricchezza per il sistema. Attraverso tali dati, inoltre, è possibile analizzare il sistema di risorse umane che gravita attorno al non profit e che costituisce anche una misura proxy del capitale sociale di un territorio.

Al 31 dicembre 2017 risultano complessivamente iscritti all'albo e ai registri regionali 6.575 soggetti: oltre 3.300 organizzazioni di volontariato, oltre 2.600 associazioni di promozione sociale e 566 cooperative sociali. L'indice di diffusione del Terzo settore formalizzato sul territorio toscano, che misura la presenza della rete di associazioni e cooperative sociali, è di 17 organizzazioni ogni 10mila abitanti e il suo andamento nel tempo rivela una crescita continua (figura 1). Le 3.364 organizzazioni di volontariato (9 ogni 10mila abitanti) sono attive principalmente nei settori sociale e sanitario con circa un terzo ciascuno dei soggetti attivi. Se a questi si unisce il ramo socio-sanitario, si può evincere che lo spettro di attività di più diretta attinenza con le politiche sociali e sanitarie copre quasi tre quarti del volontariato. A un'analisi di dettaglio dei vari settori, si rileva poi che le attività prevalenti e i target di riferimento sono principalmente la disabilità, l'assistenza di anziani, immigrati e profughi, minori e giovani. Le associazioni di promozione sociale evidenziano una diffusione territoriale

di 7 organizzazioni ogni 10mila abitanti e la vocazione propende in maniera evidente verso il settore culturale-educativo (45%), seguito da quello sportivo-ricreativo e da quello sociale (23% ciascuno). Le cooperative sociali sono i soggetti del Terzo settore maggiormente protagonisti nell'erogazione di servizi sociali e socio-sanitari. Il crescente processo di esternalizzazione della gestione di servizi ha, infatti, coinvolto sempre più tali soggetti, che rappresentano dunque anche le realtà tendenzialmente più strutturate e professionalizzate nel panorama del non profit. Le 566 cooperative sociali presenti sono impegnate prioritariamente nel settore socio-sanitario e educativo (tipo A, 50%), che prevale su quello relativo all'integrazione lavorativa di soggetti svantaggiati (tipo B, 38%). La diffusione è di circa 1,5 cooperative ogni 10mila abitanti.

Figura 1. Indice di presenza Terzo settore formalizzato - Organizzazioni iscritte ai registri regionali per 10.000 abitanti - Toscana, periodo 2008-2017 - Fonte: Regione Toscana



Il censimento 2015 delle istituzioni non profit, che rileva tutti i soggetti attivi indipendentemente dal loro grado di formalizzazione, restituisce sul Terzo settore un quadro ben più ampio e sfaccettato rispetto a quanto si può ricavare dai registri regionali. Per la Toscana si parla di dati quadrupli (quasi 26.600 organizzazioni) rispetto a quelli desumibili dai registri e ciò fa capire che il tessuto non profit è molto ampio e ben presente sul territorio (tabella 1). L'indice di diffusione del non profit toscano è, infatti, di circa 71 organizzazioni ogni 10mila abitanti e ha una dimensione media di circa 19,4 risorse umane (dipendenti e volontari) per istituzione censita. Come già risultante dall'analisi dei dati dei registri regionali, anche il censimento 2015 conferma la consistente crescita del settore: il raffronto con i dati censuari 2001 e 2011 mostra un incremento rispettivamente di 8.200 e 2.700 unità in valore assoluto e di 18,6 e 5,9 nell'indice di presenza del non profit. Il settore di attività nettamente prevalente è quello culturale, sportivo e ricreativo con il 68% delle istituzioni. A seguire assumono una significativa rilevanza gli ambiti dell'assistenza sociale, della sanità, delle relazioni sindacali, e dell'istruzione e ricerca. La mission del non profit toscano è rivolta 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%), il che raffigura un consistente tessuto regionale di soggetti che si occupano in qualche modo di ambiti inerenti il welfare locale agendo già, di fatto, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale. L'orientamento è, per circa due terzi delle istituzioni, improntato

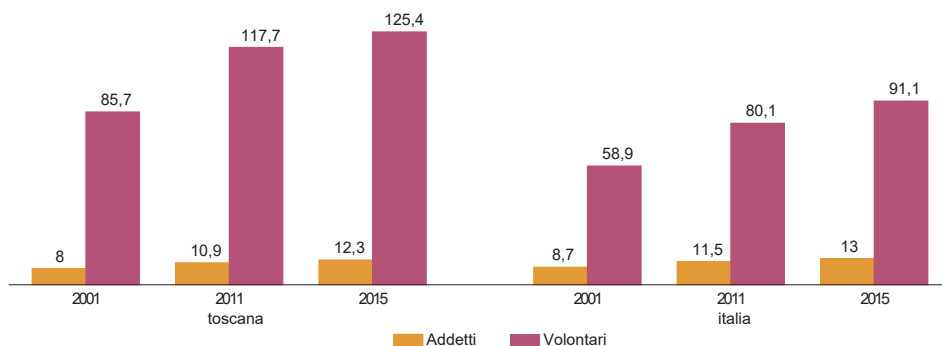
alla pubblica utilità, ossia organizzazioni che rivolgono attività nell'interesse della collettività, di particolari categorie sociali o comunque di soggetti esterni all'organizzazione, e per il restante di tipo mutualistico, ovvero a favore e nell'interesse dei soli soci/associati.

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

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

L'aspetto strutturale/organizzativo è considerato uno dei limiti storici del settore. Anche dal censimento emerge, infatti, come la forma giuridica egemone sia ancora l'associazione (87% del totale, di cui gran parte associazioni non riconosciute), aspetto che lascia certamente presupporre il non profit come un ambito ancora largamente costituito da informalità e connotato da una scarsa strutturazione organizzativa dei soggetti. Le forme giuridiche che fanno pensare a una maggiore dotazione strutturale e organizzativa (coop sociale e fondazione), infatti, coprono solo il 5% delle istituzioni censite. Questo aspetto è evidenziato anche dalla dimensione delle organizzazioni, che per circa l'85% risultano a "zero addetti", reggendosi dunque esclusivamente sui volontari, mentre il 7% fa parte della classe 1-2 addetti, il 4% della classe 3-9 addetti e solo il 3% riferisce 10+ addetti. Le risorse umane complessive del non profit in Toscana sono oltre 515mila, ovvero quasi 14 ogni 100 abitanti, di cui quasi 470mila sono volontari (91%) e 48mila sono lavoratori dipendenti. Dunque un settore a forte vocazione volontaria: nel territorio toscano si registra una propensione al volontariato che coinvolge oltre 12 cittadini su 100. Un sintetico bilancio del non profit regionale può venire dal raffronto con il dato nazionale, nel quale la Toscana mostra una maggiore presenza del settore, una maggiore incisività del proprio capitale sociale e una più spiccata propensione al volontariato.

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



Il lavoro domestico di cura

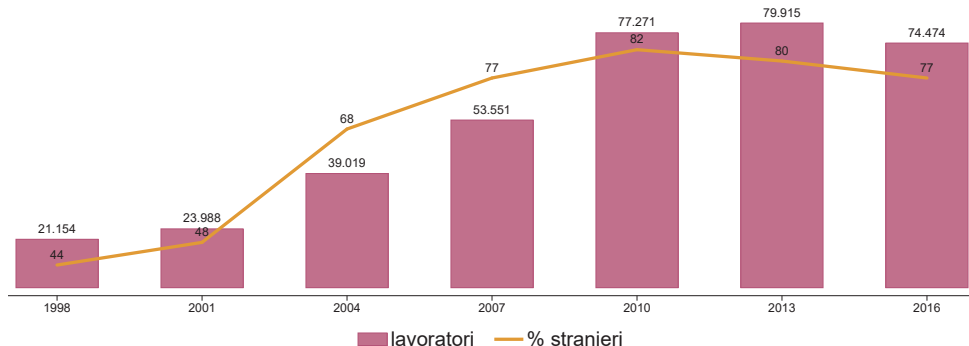
Il lavoro domestico di cura è un settore che ha assunto negli anni un'importanza crescente e che di fatto oggi costituisce, assieme al settore dei servizi pubblici, ai servizi privati organizzati e al non profit, un tassello sempre più rilevante nel panorama dei servizi di supporto e assistenza. Quella del personale privato per l'assistenza personale a persone con disabilità e/o non autosufficienti e per il supporto nelle attività quotidiane di cura è una strada sempre più battuta dalle famiglie italiane e toscane. Uno spaccato che vive ancora molto di lavoro sommerso, ma che da qualche anno, anche in ragione dei percorsi di regolarizzazione dei cittadini stranieri presenti in Italia, ha visto una progressiva emersione. Quando si pensa al lavoro domestico, non bisogna restringere il campo ai servizi di assistenza intesa in senso stretto come assistenza totale, di alta soglia, a persone che hanno perso autonomia nelle proprie attività, ma allargare anche a tutto quel mondo di servizi legato al supporto nelle attività domestiche e nell'organizzazione quotidiana che spesso rappresenta una risorsa fondamentale per le famiglie nella conciliazione dei tempi di vita (si pensi anche solo al lavoro di faccende domestiche vero e proprio o al servizio di compagnia per le persone anziane o ai servizi di babysitteraggio).

Le ragioni che hanno incrementato la domanda di questo tipo di servizi sono dunque molteplici e vedono la combinazione di differenti fattori:

- la crescita, sia quantitativa che qualitativa, dei bisogni di assistenza della popolazione anziana (in relazione a non autosufficienza e diminuzione dell'autonomia) e delle persone con disabilità (maggiore emersione e consapevolezza delle situazioni di disagio);
- la crescita e la diversificazione dei bisogni di aiuto da parte delle famiglie per la gestione del quotidiano;
- la contemporanea perdita di capacità da parte delle reti primarie (famiglia e parentela più prossima) di reggere il carico di assistenza in ragione di una semplificazione delle strutture familiari e di una mutata condizione dei ruoli di genere (maggiore ingresso delle donne nel mondo del lavoro);
- la progressiva erosione di risorse economiche disponibili per l'organizzazione dei servizi pubblici e la conseguente contrazione delle possibilità di assistenza.

Il dato quantitativo ricavabile dagli archivi INPS riferisce per la Toscana di circa 74.500 lavoratori domestici che hanno avuto nel 2016 almeno un contributo per prestazione lavorativa domestica. Nel lungo periodo (1998-2016) si nota certamente un trend in cospicua crescita della domanda di questi servizi che vede più che triplicare il numero di lavoratori in poco meno di venti anni (figura 1). La tendenza degli ultimi anni (2010-2016) denota però una stabilizzazione prima ed una leggera diminuzione poi (esclusivamente dovuta al calo della componente straniera), segno sia della diminuita capacità reddituale delle famiglie che ha frenato in parte la crescita del segmento "ufficiale" del fenomeno, sia di quella diminuzione di appeal lavorativo dei nostri territori per gli stranieri che ha rallentato i flussi migratori negli ultimi anni.

Figura 1. Lavoratori domestici con almeno un contributo INPS nell'anno – Lavoratori e lavoratori di nazionalità straniera per 100 lavoratori – Toscana, periodo 1998-2016 – Fonte: INPS



Il settore rivela da tempo una forte presenza femminile e straniera: al 2016 circa 9 lavoratori domestici su 10 sono donne e quasi l'80% sono stranieri, con una quota decisamente più elevata rispetto al 1998 (erano il 44%). Le lavoratrici e i lavoratori domestici stranieri provengono principalmente dall'est Europa (oltre 6 su 10), ma è molto nutrita la presenza dei filippini, che da soli rappresentano il 10% del totale, e dei sudamericani; dall'Asia orientale arriva poi il 5%, mentre il restante 12% è di altre nazionalità. La tipologia di rapporto è equamente suddivisa tra colf e badanti, ma l'aumento della quota percentuale delle badanti (nel 2008 era il 20%) testimonia anch'essa il crescente bisogno di un certo tipo di servizi da parte delle famiglie toscane.

Il dato INPS non esaurisce però la portata del fenomeno, che come già detto vive ancora molto di sommerso. Anzi, si pensa che la parte "visibile" sia largamente minoritaria rispetto alla reale dimensione. In questo senso, l'indagine regionale 2012-2013 del sistema di sorveglianza Passi d'argento, rileva che il 38% degli anziani con disabilità (mancanza di autonomia nelle attività di base della vita quotidiana) e il 17% di quelli con mancanza di autonomia nelle sole attività strumentali della vita quotidiana riceve aiuto da badanti, ossia da personale individuato e pagato in proprio. Declinando tali evidenze in valori assoluti, si avrebbe in ritorno un quadro toscano di circa 90mila anziani coadiuvati - con differenti modalità e differenti livelli di intensità di assistenza - da questa tipologia di supporto. E questo sarebbe comunque soltanto uno spaccato della reale consistenza del fenomeno (si pensi solo a tutti gli assistiti con disabilità 0-64 anni e a tutte le famiglie coadiuvate nelle attività domestiche).

Organizzazioni e strutture sportive

Toscana terra di sportivi: nel confronto con la media nazionale ed europea emerge una maggiore propensione della popolazione toscana a effettuare attività fisiche e sportive per mantenersi in forma e tenere un sano stile di vita, oltre che per motivazioni legate all'agonismo. Un quarto dei toscani (941mila) pratica uno o più sport in modo continuativo, il 9,8% (358mila) saltuariamente. Il rapporto tra la pratica sportiva costante e quella svolta saltuariamente è, dunque, a favore della prima modalità di fare sport: per ogni persona che fa sport in modo saltuario ve ne sono ben 3 che lo fanno continuativamente.

Ulteriore dato positivo proviene dal fatto che tale tendenza a praticare almeno un'attività sportiva risulta in crescita all'interno della regione: negli ultimi 15 anni il numero di persone che in Toscana praticano almeno uno sport è aumentato di circa cinque punti, passando da 30,5% nel 2001 a 35,8% nel 2016. A fare questo consistente balzo in avanti è stata la pratica sportiva svolta in modo continuativo (dal 20% al 25%), mentre la pratica saltuaria è rimasta stabile intorno al 10%. Questo trend positivo si riflette quindi nella riduzione progressiva del numero dei sedentari: dal 38% nel 2001, si è arrivati intorno al 33% nel 2016; nello stesso periodo, in Italia la quota di sedentari è rimasta invece stabile, intorno al 40%.

La pratica sportiva, l'attività ludica e motoria esaltano la promozione degli stili di vita e assumono grande rilevanza per tutti i praticanti, favorendo, in taluni casi, la capacità di trasformare lo svantaggio in condizione di partenza. Per questo è importante favorire l'approccio allo sport e all'attività fisica, informando e sensibilizzando i cittadini quali beneficiari finali delle opportunità presenti sul territorio, che devono essere concepite e realizzate come accessibili a tutti e tutte, senza nessuna distinzione, discriminazione od esclusione. Attualmente, con l'aumento della domanda/offerta di servizi per il tempo libero, è cresciuta anche la disponibilità degli individui e delle famiglie ad acquistare beni di consumo di natura sportiva, che conferma il valore dell'attività fisica e consacra lo sport, nelle sue varie forme, come pilastro di salute, sociale ed educativo. Anche per questo l'attività sportiva diviene una delle leve prioritarie nella promozione di corretti stili di vita, nella riduzione delle disuguaglianze, uno strumento di prevenzione e di benessere psicofisico e sociale a tutte le età.

Insieme alla crescita di domanda sportiva è cresciuto il sistema dell'offerta, ricca e variegata, che vede quasi 10mila soggetti, di cui una rappresentanza significativa appartiene al Terzo settore, tra enti, federazioni, organizzazioni e società operare nell'ambito sportivo e contribuire così ad ampliare e diversificare le opportunità e i servizi. In rapporto alla popolazione residente, si registrano in Toscana 115 società sportive ogni 100mila abitanti, contro un dato nazionale pari a 107 per 100mila. Particolarmente fertile risulta essere anche il panorama dell'offerta sportiva rivolta alle persone con disabilità, che vede la presenza di 69 società sportive affiliate al CIP (Comitato Italiano Paralimpico).

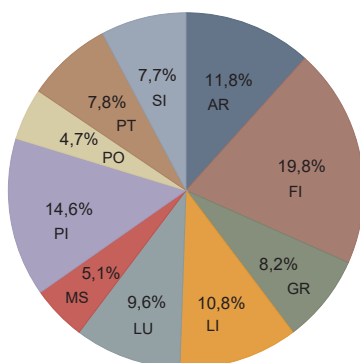
Tutto ciò, evidentemente, è possibile laddove i luoghi dello sport offrono effettivamente spazi attrezzati o liberi, dove persone di qualsiasi età possono praticare un'attività fisica adeguata alle proprie attitudini e possibilità. Vediamo che il patrimonio impiantistico e gli ambienti attrezzati

dove svolgere sport e attività fisica sono una risorsa essenziale per soddisfare bisogni sociali e di salute. Questo patrimonio deve essere efficiente e sicuro in termini di qualità, presenza diffusa e funzionalità. Se è vero che lo sport, l'attività fisica e motoria possono essere considerati propulsori di benessere individuale e collettivo, è altrettanto vero che gli ambienti di vita dove queste attività vengono praticate devono essere accoglienti, funzionali, accessibili ed anche gradevoli, per favorire appieno il soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere.

Il tema dell'impiantistica sportiva rappresenta, sul versante dell'offerta, l'elemento qualificante in termini di utilizzo, fruibilità e accessibilità degli spazi attrezzati per l'attività fisica. In ambito regionale gli impianti sportivi sono 6.210 (1,65 impianti per 1.000 abitanti), di cui due terzi di proprietà pubblica. Il 61% degli impianti sportivi funzionanti è nella tipologia "sportivo", a seguire abbiamo le seguenti tipologie: scolastica (16%), playground (15%), oratorio (5%), turistico alberghiero (3%) e militare. Tra gli impianti sportivi funzionanti presenti in Toscana prevalgono quelli con tipologia monovalente all'aperto 36%, seguono con il 19% gli impianti polivalenti al chiuso e i polivalenti all'aperto. Per quanto riguarda gli spazi di attività (aree conformate per consentire lo svolgimento di una o più attività sportiva), in Toscana risultano presenti oltre 11 mila spazi di attività, di cui 10.702 funzionanti. In rapporto alla popolazione residente, in Toscana si registrano 3 spazi di attività ogni 1.000 abitanti. Il 75% degli spazi fisici è a carattere monovalente, mentre il restante 25% a carattere polivalente. Il 60% degli spazi fisici è senza copertura.

Con riferimento all'impiantistica sportiva, la Toscana presenta una buona pratica relativa agli impianti accessibili: sul finire del 2009 CIP Toscana e Regione Toscana, in collaborazione con il CONI Toscana e con l'appoggio della FAND e della FISH, hanno elaborato un progetto di ampio respiro (SPORTHABILE) per la creazione di una rete di Centri in grado di accogliere anche gli sportivi con disabilità: nell'aprile 2018 sono stati accreditati 17 nuovi impianti sportivi accessibili, che hanno portato la rete regionale SPORTHABILE a superare la quota di 60 impianti che presentano caratteristiche tali da favorire la partecipazione di tutti allo sport, non solo da spettatori ma anche da protagonisti.

Figura 1. Impianti sportivi - Distribuzione percentuale per provincia - Toscana, anno 2015 -
Fonte: CONI Servizi Spa, Censimento e monitoraggio degli impianti sportivi sul territorio



Il sostegno educativo

Nel quadro tracciato in questa sezione, nella quale si evidenziano i punti di forza del sistema toscano di welfare con una sottolineatura sulle risorse intese nella loro più ampia accezione, si collocano a pieno titolo quel complesso di interventi di sostegno per persone a rischio di emarginazione, per famiglie e per minori, finalizzati al raggiungimento dell'autonomia che il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali classifica come "Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare". Un'etichetta, questa, tanto precisa quanto stretta, insufficiente a rappresentare la ricchezza e le potenzialità di una tipologia di intervento che forse più di altre risente delle continue trasformazioni sociali, delle nuove emergenze, dell'impossibilità di vedere gli utenti in base a categorie di bisogni preordinati, reclamando professionisti capaci di agire in situazioni con diversi gradi di complessità e variamente organizzati (ne sono un esempio le équipe multidisciplinari).

Innanzitutto l'uso dei due aggettivi "territoriale" e "domiciliare" pone l'intervento educativo in un orizzonte vasto e per certi versi antitetico: si può quindi agire con obiettivi educativi e relazionali in contesti non strutturati (ad es. la strada, gli spazi della marginalità), più o meno formali (ad es. la scuola, i centri di aggregazione spontanea o organizzata) e fin dentro i luoghi di vita (ad es. le comunità, la casa). Da ciò discende un primo elemento distintivo dell'intervento educativo, ovvero intervenire in ambienti mutevoli in quanto a livelli di difficoltà e di caratteristiche delle persone coinvolte. Il sostantivo "sostegno" denota invece le peculiarità dell'intervento in ordine al contesto partecipativo in cui si inserisce attraverso la cura dei profili e delle dimensioni relazionali, per l'inserimento o il reinserimento psico-sociale delle persone in difficoltà, per il sostegno e la promozione delle responsabilità educative, affettive e di cura delle famiglie con figli, al fine di individuare risposte alle negligenze o alle inadeguatezze di comportamento e di apprendimento. Il sostegno si traduce dunque, secondo la valenza etimologica della parola impiegata, in un'azione per tenere sollevata, rivolta verso l'alto una persona, perché non cada, non rimanga immobilizzata dalla propria temporanea debolezza.

Tali caratteristiche designano l'organizzazione del servizio denominato di "educativa domiciliare e territoriale (SEDT)" che le recenti linee di indirizzo sulla genitorialità vulnerabile definiscono come il "dispositivo attraverso il quale gli educatori professionali, con specifica formazione socio-pedagogica, secondo quanto previsto dalle normative vigenti, sono presenti con regolarità nel contesto di vita della famiglia, nella sua casa e nel suo ambiente di vita, per valorizzare le risorse che là si manifestano e per accompagnare il processo di costruzione di risposte positive (competenze e strategie) ai bisogni evolutivi del bambino da parte delle figure genitoriali in maniera progressivamente sempre più autonoma". Si tratta di un servizio molto diffuso sul territorio toscano, dove la titolarità del servizio è esercitata ora in forma diretta dagli enti locali (singoli o associati), ora in forma convenzionata con gli enti pubblici gestori dei servizi sociali territoriali, mentre l'attuazione della gestione delle attività avviene quasi esclusivamente in forma esternalizzata (mediante appalti) a soggetti del Terzo settore. Ne risulta un sistema estremamente articolato a livello regionale che tende a collegarsi alle diverse "storie" e ai diversi modelli di

intervento presenti sul territorio, che assicura modulazioni flessibili dell'intervento sia sotto il profilo del fattore tempo che della tipologia nella quale si esprime la relazione di cura e sostegno. Uno sguardo all'approfondimento realizzato dal Centro regionale Infanzia e Adolescenza sull'offerta dei servizi sociali per bambini, ragazzi e famiglie, denota infatti come tra le Zone Distretto della Toscana:

- siano diffusi modelli non eterogenei di gestione: il servizio "Sostegno socio-educativo domiciliare" registra una gestione diretta da parte del soggetto titolare (Comune o Società della salute) nel 48,5% delle zone, delegata o convenzionata ad altri enti gestori pubblici per il 54,5%, mista, in cui cioè il soggetto titolare in parte realizza direttamente il servizio e in parte ne demanda l'attuazione ad altri soggetti, per il 3%; mentre per il servizio "Sostegno socio educativo territoriale" le percentuali sono rispettivamente di 46,4%, 39,3% e 14,3%;
- sia presente una copertura totale (pari al 100%) del servizio "Sostegno socio-educativo domiciliare" e una più che elevata copertura (pari all'85%) del servizio "Sostegno socio-educativo territoriale".

Va annotato come, nell'ambito delle diverse forme in cui si articolano gli interventi di supporto alle famiglie toscane, l'attività del sostegno socio-educativo domiciliare tenga campo con il coinvolgimento di 3.066 nuclei familiari con figli minori e 3.760 bambini e ragazzi, per una media di 1,2 minori coinvolti per nucleo.

Il ruolo fondamentale dell'educativa domiciliare, quale perno di un approccio integrale alla presa in carico delle persone e delle famiglie, emerge con decisione dal Programma Nazionale P.I.P.P.I. che il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in collaborazione con l'Università di Padova, ha inteso rivolgere ai nuclei neglienti con figli a rischio di allontanamento. La scommessa principale del programma di intervento, cui la Regione Toscana ha convintamente aderito, si basa sull'intensità del percorso di accompagnamento finalizzato all'emancipazione del nucleo familiare "dall'aiuto istituzionale e alla riattivazione delle risorse interne ed esterne al nucleo stesso, puntando in particolare sulla riqualificazione delle competenze genitoriali e sul rafforzamento delle reti sociali informali (famiglia allargata, vicinato ecc.) che possono sostenere, in una circolarità virtuosa, anche le relazioni interne al nucleo". L'attivazione, tra gli altri, del dispositivo dell'educativa domiciliare ricolloca al centro dell'intervento le relazioni tra genitori e figli, spese nel luogo naturale di vita, nella loro dimensione quotidiana, insomma all'interno delle loro case. In questa prospettiva, l'educatore assolve più che mai al compito di non sostituirsi al genitore, quanto di aiutarlo nella riappropriazione delle proprie competenze, di permettere quegli apprendimenti quotidiani sui quali fondare il rapporto con i figli. Il quadro di riferimento in cui si colloca l'intervento di educativa domiciliare nel programma P.I.P.P.I. segnala un mutamento nell'approccio ai bisogni sociali che preannuncia la possibilità di introdurre modalità e percorsi davvero innovativi:

- il fuoco dell'intervento si sposta, infatti, dalla protezione del bambino alla protezione dei legami esistenti con la famiglia e si allarga all'intero ambiente di vita con l'obiettivo di migliorare o potenziare l'esistente;

- l'attenzione non è posta solo sui fattori di rischio presenti nel nucleo, ma anche sulla ricerca dei fattori di protezione, da individuare, rinforzare e favorire;
- in questi contesti operativi e grazie a questi strumenti metodologici, il sostegno educativo, e con esso la cultura professionale dell'educatore, divengono vere e proprie leve per la diffusione della cultura della prevenzione, della promozione del benessere e della cura basati sulla partecipazione al progetto di intervento e sulla valorizzazione delle potenzialità individuali e di gruppo.

Il Welfare intermediato

Una sperimentazione di Legislatura

Sulla base dei risultati di ricerche focalizzate sulla determinazione della dimensione, articolazione e modellizzazione della spesa privata sanitaria e socio-sanitaria toscana, il Consiglio Regionale, con l'approvazione del Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020, in particolare con l'Azione 6 del Progetto 18, ha stabilito che la Regione Toscana, nel corso della legislatura, sperimenti la fattibilità di un ruolo regionale nella governance partecipata del cosiddetto welfare intermediato, finalizzata a:

- aggregare le ingenti risorse “disperse” nella spesa privata complessiva;
- organizzare la domanda di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nella direzione di ridurre/compensare le asimmetrie informative rispetto a un'offerta differenziata e plurale;
- mutualizzare i rischi che portano a fenomeni di rinuncia, impoverimento e spese insostenibili, soprattutto per le fasce sociali meno abbienti, riconducibili alle prestazioni extra LEA;
- valorizzare il potenziale di capitale sociale insito nelle diverse forme di auto organizzazione, mutualità e solidarietà espressione della coesione del territorio;
- costituire luoghi di partecipazione dei soggetti promotori delle innovazioni;
- sperimentare modelli differenziati per aree geografiche.

Gli obiettivi principali sono sostanzialmente tre:

- ridurre l'incidenza della spesa privata out of pocket e aumentare quella intermediata (spesa privata gestita da intermediari quali i fondi sanitari contrattuali nazionali, regionali o aziendali, le assicurazioni, gli enti bilaterali, le società di mutuo soccorso, ecc.), secondo logiche di mutualità e solidarietà, realizzandone una governabilità pubblica;
- ridurre le asimmetrie informative tra domanda e offerta private e aumentare l'efficacia delle strategie di governo della domanda di sanità attraverso forme di partnership con gli enti di intermediazione;
- rendere più efficienti, efficaci e appropriati gli interventi attuati dagli enti di intermediazione.

Ulteriore tappa è stata l'approvazione da parte della Giunta Regionale di uno “schema di Protocollo d'intesa per la promozione e diffusione della conoscenza del welfare integrativo o mutualismo”, finalizzato a coinvolgere e compartecipare con gli stakeholder interessati tale programma. Esso ha lo scopo di costituire un luogo di partecipazione, monitoraggio e indirizzo per l'implementazione di tale sperimentazione.

Perimetrare la spesa privata

Con spesa privata, nel dibattito scientifico e dei policy makers, in genere ci si riferisce al finanziamento delle prestazioni e dei servizi sanitari e, in parte, socio-sanitari. Le stime dicono che ammonti, a seconda delle fonti, a circa 37-40 miliardi di Euro. Dentro tale somma vi sono

prestazioni meritorie (pensiamo alla Long Term Care, l'assistenza di lungo periodo) così come spese per interventi non essenziali, quali possano essere alcune tra le prestazioni di medicina estetica. Per inciso, una parte di questi ultimi vanno a coprire i costi dei ticket, misura che in Toscana interessa meno del 30% della popolazione. Solo una parte di essi, circa 4-5 miliardi di Euro, sono intermediati da soggetti privati non profit meritevoli di agevolazioni fiscali specifiche, come possono essere i fondi contrattuali, quelli aziendali, le casse professionali, le società di mutuo soccorso (il cosiddetto secondo pilastro); ovvero da assicurazioni private profit, escluse da tali agevolazioni. Nella tabella 1 viene rappresentata la struttura della spesa privata relativa al 2016 secondo l'Osservatorio sui consumi privati in sanità (Ocps) della Bocconi.

Tabella 1. Spesa sanitaria delle famiglie (inclusi ticket e rimborsi assicurazioni) per macro-categoria – Valore in Miliardi di Euro e distribuzione percentuale sul totale – Italia, anno 2016 – Fonte: Elaborazioni OCPS su dati AIFA, Agenzia delle entrate, Corte dei Conti, Federfarma, ISTAT, OSFAR.

Macro categoria di spese	Miliardi €	%
Servizi Ospedalieri (ricoveri ospedalieri e in strutture di assistenza a lungo termine)	4,9	12%
Servizi ambulatoriali	17,1	43%
Servizi medici (visite specialistiche, incluso ticket)	4,7	12%
Servizi dentistici	8,7	22%
Servizi paramedici (analisi di laboratorio, esami radiografici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,7	9%
Beni sanitari	18	45%
Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, con ticket e differenza di prezzo)	8,4	21%
Altri medicinali (omeopatici, erboristici, integratori, ecc...)	5,0	12%
Altri prodotti medicali (cerotti, siringhe, cerotti, ecc....)	1,1	3%
Attrezzature e apparecchi terapeutici (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature sanitarie, ecc...)	3,5	9%
Spesa sanitaria delle famiglie	40,0	100%

Questa modellizzazione, di cui il primo pilastro è ovviamente il Servizio Sanitario Nazionale al quale afferisce la spesa pubblica, non considera il welfare familiare (o 4° pilastro), cioè non solo la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie (l'out of pocket) ma anche l'insieme delle attività di gestione familiare nella risposta ai bisogni/rischi sanitari e socio-sanitari: autoproduzione; selezione, contrattualizzazione e acquisto di beni e servizi; ricerca e gestione burocratica dei trasferimenti economici e delle agevolazioni fiscali; gestione delle opportunità di conciliazione vita-lavoro, ecc.. La famiglia viene qui considerata un'impresa di welfare sui generis, la quale

costruisce e gestisce un budget composto da risorse finanziarie e non, rispondendo così ai bisogni/rischi di chi la compone, in quanto beneficiario diretto o indiretto. In sintesi, il considerare solo il finanziamento out of pocket crea un bias, perché sovrastima il reale impegno proprio delle famiglie in quanto sostenuto anche con risorse pubbliche, oppure lo sottostima perché non considera i costi indiretti di cui le famiglie si fanno carico. La stima del budget che le famiglie italiane gestiscono in ambito sanitario e socio-sanitario è riportata nella tabella 2.

Tabella 2. Il IV pilastro – Il budget sanitario, sociosanitario e assistenziale della “azienda di welfare famiglia” – Stime in miliardi di Euro – Italia

Area di consumi – autoproduzione – acquisti	Stima mld €	Altra stima mld €
Prestazioni sanitarie pagate privatamente dalle famiglie “non intermedie” - oop	26,8 (su 34,5) Spesa sanitaria privata non intermedie (dati 2015), quindi solo oop, decurtata dei mancati introiti statali da detrazioni Irpef (3,2mld) e della stima (4,5mld) della quota intermedie da fondi, mutue, assicurazioni, ecc. (2° e 3° pilastro).	
Assistenza familiare	9 Riprende stime 2008, utilizzate nel Def del Governo Italiano del 2014.	6 Dato INPS badanti regolari + costo medio annuo INPS badanti irregolari (55% badanti), IRS.
Compartecipazione servizi sociali	4,2	0 In parte nei 30mld di spesa sanitaria non intermedia
Autoproduzione (mancato reddito caregiver)	4,1 Stima prodotta da ricerca Cergas Bocconi promossa da Spi Cgil lombardo.	
Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità e detrazioni fiscali per spese sanitarie	4,5-5,2 Stima prudenziale (1,5-2mld) + ritorno in minori oneri Irpef per spese sanitarie.	
Valorizzazione permessi ex l. 104/1992 e dlgs 151/2001	3,1 Stima della valorizzazione di permessi e congedi 2015; riguarda 450mila lavoratori del sett. privato (1,5gg medi annui per un totale di 1,3mld) e 440mila del sett. pubblico (6gg medi annui per un costo di 1,8mld).	
Trasferimenti assistenziali “informali”	9,1 Secondo Censis-Ania consumatori i flussi monetari che corrono lungo le reti informali di solidarietà riguardano 2,2 milioni di famiglie, che ricevono un aiuto mensile per un importo complessivo annuo di 9,1mld.	
Totale	61,5	54,5

Tabella 3. Il budget sanitario, socio-sanitario e assistenziale della “azienda famiglia” – Stime in miliardi di Euro - Toscana

Area di consumi	Stima mld €	Altra stima mld €
Prestazioni sanitarie pagate privatamente dalle famiglie “non intermedie”	1,968 Differenza tra stima della spesa privata p.c. (Indagine Consumi Istat, 482€ nel 2013) e stima di spesa intermedia (circa 25€), a cui è stato aggiunto, per omogeneità con la stima Istat della Contabilità Nazionale, 75€ (il v.a. p.c. proporzionato tra le due indagini sulla base della popolazione), moltiplicata per i 3 milioni e 700 mila residenti in Toscana.	
Assistenza familiare	0,864 Rielaborazione stime Irpet spesa per non autosufficienti. Per i 53mila non autosufficienti con livelli di isogravità 2-5, se assistiti totalmente da assistenti familiari, il costo complessivo nel rispetto del contratto di categoria sarebbe di 1,156mld €. Le indennità di accompagnamento e i trasferimenti in denaro da parte degli Ee.II. (dati 2010) sono 0,578mld €. La stima è la media tra queste due voci, proxy di una spesa realisticamente maggiore di quanto non siano i soli trasferimenti monetari e minore rispetto al fatto che nel caregiving intervengono anche altri figure professionali o informali.	0,675 Dato INPS badanti regolari (304mldn di €) + costo medio annuo INPS badanti irregolari (55% badanti), 371mldn, IRS.
Compartecipazione servizi sociali (anziani e disabili) 2012	0,050 Spesa nel 2012 secondo RT, 46,3mldn € (anziani) e 3,1mldn € (disabili).	
Autoproduzione (mancato reddito caregiver)	0,257 Ipotizzando che il caregiving familiare (autoproduzione) riguardi non autosufficienti con isogravità 4-5 (36mila persone). Numero complessivo del caregiving erogato alla popolazione con livelli di isogravità più bassi che, compensativamente, della popolazione dei livelli 4-5 che non ne riceve. Questo numero, moltiplicato per la stima Irpet del costo opportunità del familiare che rinuncia a lavorare per assistere il proprio congiunto (7.089€ annui), fornisce la cifra indicata.	
Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità	0,125 Dato nazionale riproporzionato su toscana.	
Valorizzazione permessi ex l. 104/1992 e dlgs 151/2001	0,122 Stima ricavata applicando ai lavoratori toscani beneficiari di permessi il loro costo medio annuo: 22.400 beneficiari del sett. privato con costo medio annuo 2.888€ (totale 65mldn €) + 14mila lavoratori del sett. pubblico con costo medio annuo 4.091€ (totale 57mldn €).	
Trasferimenti assistenziali “informali”	0,560 Dato nazionale riproporzionato su Toscana.	
Totale	3,946	3,757

Davanti a questo risultato si pongono almeno due ordini di considerazioni:

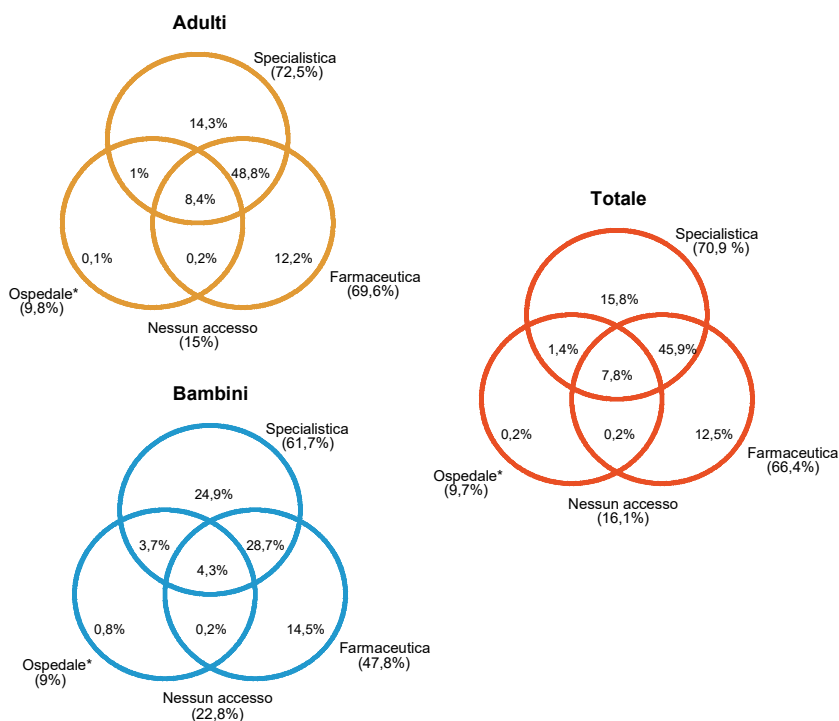
- stiamo parlando di un pilastro che gestisce un budget complessivo pari a circa la metà del Fondo sanitario nazionale, maggiore di circa il 50% della spesa socio-assistenziale del nostro Paese, e che rappresenta circa un quinto della spesa previdenziale INPS complessivamente intesa;
- il “gestore”, ovvero il complesso mondo delle famiglie italiane, è in profonda trasformazione sia demografica che culturale; gli scenari fanno realisticamente prevedere che l’azienda di welfare famiglia sarà strutturalmente sempre meno in grado di svolgere i compiti realizzati fino ad oggi, per almeno tre tendenze: l’invecchiamento, con la riduzione del differenziale di aspettativa di vita tra maschi e femmine, parallelamente all’aumento degli anni in cattiva salute soprattutto delle femmine; la semplificazione delle reti familiari primarie, con una riduzione rilevante del numero di componenti, insieme ad una contemporanea crescita delle famiglie ricomposte nelle quali i legami tra membri e tra generazioni si modificano; il distanziamento fisico dei suoi componenti, ovvero il diradarsi delle reti parentali che a partire dagli anni del boom economico, hanno interconnesso e mutualizzato i singoli nuclei familiari a livello territoriale, con la conseguenza del venire meno della possibilità di solidarietà diretta tra le generazioni.

Questo secondo modo di perimetrare la spesa privata è stato fatto proprio dalla Regione Toscana. Parametrata alla popolazione toscana (Tabella 3), questa è dell’ordine dei 3,7-4 miliardi di euro.

L'uso del sistema sanitario

In figura 1 è sintetizzato il ricorso a tre principali servizi del Sistema Sanitario Regionale della Toscana, quali l'ospedale, la specialistica ambulatoriale e la farmaceutica, da parte dei residenti toscani nel corso del 2017, differenziandoli per età: adulta (17+ anni) e bambini/adolescenti (0-16 anni) che rappresentano il 13% della popolazione.

Figura 1. Fruizione dei servizi sanitari per età (adulti 17+ e bambini) – Distribuzione percentuale – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Tra gli adulti il 72% usufruisce di almeno una prestazione di specialistica ambulatoriale, il 70% ha avuto almeno una prescrizione medica di farmaci, mentre il 10% ha avuto almeno un ricovero ospedaliero. Per i minori, si nota una ridotta necessità di servizi sanitari rispetto agli adulti, per tutte e tre le tipologie esaminate (il 60% esegue almeno una prestazione specialistica, il 49% riceve almeno una prescrizione farmaceutica, il 4,6% si ricovera almeno una volta). Più di metà degli adulti (58%) durante il 2017 ha avuto necessità di eseguire sia una prestazione specialistica che di richiedere una prescrizione farmaceutica. Questa combinazione è la più utilizzata anche dai bambini (33,6%).

Complessivamente, il 17% della popolazione non ha avuto bisogno di alcun servizio sanitario tra quelli analizzati. Com'è naturale aspettarsi, i minori hanno una limitata necessità di ricorrere ai servizi: non vi fa ricorso il 25% contro il 16% degli adulti. Inoltre solo il 3% dei bambini ha utilizzato i tre servizi, contro l'8% degli adulti. In generale, a prescindere dalle combinazioni d'uso, l'ospedale è il servizio utilizzato meno di frequente: solo il 9% della popolazione residente ha almeno un ricovero ospedaliero in qualsiasi regime di ricovero e per qualsiasi causa (10% degli adulti e quasi il 5% dei bambini). La farmaceutica e la specialistica ambulatoriale sono più diffuse: l'84% dei toscani adulti nel 2017 ha avuto almeno una prestazione (il 75% nei bambini).

Risorse finanziarie sanitarie

L'incidenza della spesa sanitaria pubblica toscana sul PIL aumenta tra il 2014 al 2015 passando dal 6,33% al 6,48%. Secondo quanto riportato dal rapporto Osservasalute 2017, la nostra regione si trova pertanto nel piccolo gruppo di sei regioni, insieme a Valle d'Aosta, Lazio, Umbria, Sicilia e Sardegna, dove si è registrato un incremento degli ultimi due anni censiti. Nello stesso periodo, infatti, il dato nazionale diminuisce, pur lievemente, dal 6,84% del 2014 al 6,79% (tabella 1).

I dati del 2016, però, indicano per la Toscana valori pro-capite di spesa sanitaria pubblica regionale in diminuzione. I 1.832 € pro-capite investiti nel 2016, pur essendo pienamente in linea col valore nazionale (1.845 € pro-capite), segnano un decremento di 68 € pro-capite rispetto all'anno precedente. Questa riduzione fa perdere alla Toscana ben 6 posizioni (dalla 7° alla 13°) in una ipotetica classifica delle regioni (e Provincie Autonome) italiane, stilata a partire dai valori di spesa più alti.

La perdita di posizioni sui valori di spesa sanitaria pro-capite si registra in modo significativo anche sull'andamento temporale: tra il 2015 e il 2016 in Toscana si osserva una riduzione della spesa pro-capite del 3,7%, in controtendenza rispetto al valore italiano (+0,38%). Questa riduzione, risultando la più marcata tra le regioni italiane, porta la Toscana dal primo posto nel ranking dello scorso anno (incremento della spesa pro-capite dell'1,18% tra 2015 e 2014) all'ultimo nel ranking di quest'anno. Se si considera tale variazione di spesa pubblica pro-capite sul periodo 2010-2016, la perdita di posizioni rimane più contenuta: il -3% circa vede la Toscana scendere dal 7° all'8° posto nella classifica dell'incremento tendenziale di tale valore.

Quanto al disavanzo, tra le regioni centro settentrionali a statuto ordinario, Toscana e Liguria sono le uniche a non aver raggiunto l'equilibrio economico finanziario. A livello pro-capite il disavanzo toscano passa dai 19 € del 2015 ai 24 € del 2016, laddove il corrispondente dato nazionale decresce da 20 € a 17 €. A seguito della consultazione dei dati pubblicati dalla Corte dei conti nella Relazione sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali, i 24 € di disavanzo toscano risultano in netto contrasto non solo con il valore totale riportato dalle regioni a statuto ordinario (disavanzo totale di 3,44 €) ma anche con quello registrato dalle regioni in piano di rientro, che ammonta a meno della metà della cifra toscana (-10,87 €).

Tabella 1. Spesa sanitaria – Valore, percentuale sul PIL e confronto temporale – Toscana e Italia, anno 2016 – Fonte: Rapporto Osservasalute 2017

	Toscana	Italia	Ranking Toscana (dal valore più alto)	Δ Ranking Toscana rispetto anno precedente
Spesa sanitaria pubblica corrente su PIL 2015	6,45%	6,79%	13	+1
Spesa sanitaria pubblica p.c. 2016 (in €)	1.832	1.845	13	-6
Δ (2010-2016) p. c.	-3,09%	-0,81%	15	-8
Δ (2015-2016) p. c.	-3,69%	0,38%	21	-20
Disavanzo su avanzo p. c. 2016 (in €)	24	17	8	-1

Nota: per il Trentino Alto Adige si considerano separatamente Trento e Bolzano

Risorse professionali e strutture sanitarie

Pediatrî di libera scelta al 31 dicembre 2017	447	(1 x1.000 ab. 0-13 anni)
Medici di medicina generale al 31 dicembre 2017	2.653	(0,8 x1.000 ab. 14+ anni)

Personale del SSR al 31 dicembre 2017			
Sanitario	36.033	Personale tecnico	9.795
Medici	8.343	Analisti	36
Biologi	283	Sociologi	16
Chimici	31	Statistici	7
Dirigenti professioni sanitarie	67	Assistenti sociali	472
Farmacisti	236	Operatori socio sanitari	5.659
Fisici	59	Educatore professionale	274
Psicologi	242	Collaboratori tecnico-professionali	487
Veterinari	195	Assistenti tecnici	233
Infermieri	20.638	Programmatori	51
Ostetriche	955	Operatori tecnici	2.141
Vigilanza ed ispezione	791	Ausiliari specializzati	419
Tecnico-sanitario	2.755		
Riabilitazione (riabilitazione+logopedista+fisioterapista)	1.167	Personale amministrativo	4.676
Assistente sanitario	105	Direttori amministrativi	189
Altro personale laureato	166	Assistenti amministrativi	1.476
		Collaboratori amministrativi	1.861
Ruolo professionale	139	Coadiutori amministrativi	1.059
Architetti	4	Commessi	91
Avvocati	7		
Geologi	1		
Ingegneri	111		
Assistenti religiosi	16		

Strutture al 31 dicembre 2017		Posti Letto
Ospedali	76	12.341
RSA	310	11.830
	Residenziale	19
Hospice	Semiresidenziale	5
	per giovani	62
Consultori	per adulti	191
	per extra-comunitari	38

Risorse del servizio sociale professionale

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

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

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

Gli Assistenti Sociali iscritti all'Ordine professionale della Toscana sono oltre 2mila, di cui 1.349 lavorano per la Pubblica Amministrazione, secondo diversi inquadramenti contrattuali (tabella 1).

Tabella 1. Assistenti Sociali iscritti all'Ordine professionale della Toscana che lavorano per la Pubblica Amministrazione per tipologia contrattuale ed Ente – Toscana, anno 2017 – Fonte: Rilevazione sui servizi sociali territoriali, Regione Toscana

Ente	Dipendenti	Non dipendenti	Liberi professionisti	Totale
Asl Toscana Nord Ovest*	306	122	0	428
Asl Toscana Sud Est*	211	28	3	242
Asl Toscana Centro*	449	48	1	498
Aziende Ospedaliere	18	0	0	18
Ministero Giustizia (UEPE, USSM, Centro Giustizia Minorile)	112	0	26	138
Ministero interno (Prefetture)	25	0	0	25
Totale	1121	198	30	1.349

* Il dato relativo alle Asl include gli assistenti sociali che lavorano alla Asl come Ente, ai Comuni e ai Soggetti gestori aggregati presenti nel territorio.

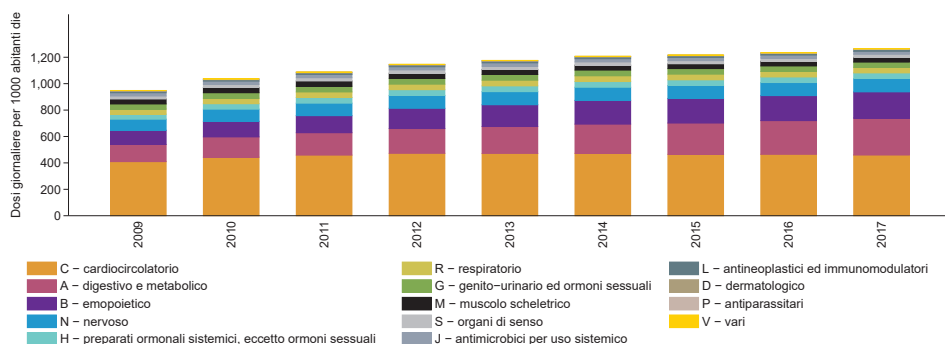
La media toscana è di 3 Assistenti Sociali ogni 10mila abitanti, circa il doppio di quella nazionale. Nonostante tale evidenza, il dato, se da un lato permette una equiparazione esclusivamente statistica, dall'altra non può essere considerato indice di una correlazione qualitativa con le specificità, ma soprattutto con i bisogni effettivi del territorio.

Consumo di farmaci

Nella figura 1 è riportato il consumo annuale di farmaci in Toscana tra il 2009 e il 2017. Il consumo è stato calcolato come numero medio di dosi dispensate al giorno ogni 1.000 abitanti. Per ciascun anno, i farmaci consumati sono stati raggruppati secondo il primo livello della classificazione ATC (Anatomica-Terapeutica-Chimica). In generale, il consumo di farmaci in Toscana ha subito una crescita costante passando da 948 dosi al giorno per 1.000 abitanti nel 2009 a 1.264 nel 2017 (+33%): nel 2017, quindi, mediamente ogni abitante della Toscana ha assunto quasi 1,3 dosi di farmaco ogni giorno.

I farmaci per il sistema cardiovascolare (classe C), per il tratto gastrointestinale e il metabolismo (classe A), e per le malattie del sangue e del sistema emolinfopoietico (classe B), sono state le classi di farmaci associate ad un maggior consumo durante tutto il periodo di osservazione, rappresentando nel 2017 il 74,2% dei consumi totali. I farmaci di gran lunga più consumati sono stati i farmaci per le malattie dell'apparato cardiovascolare. In questa classe, infatti, rientrano farmaci largamente utilizzati per il trattamento e la prevenzione di malattie croniche, tra cui antiipertensivi, farmaci per il trattamento dello scompenso cardiaco e ipolipemizzanti. Le classi A e B hanno mostrato il maggior incremento percentuale tra il 2009 e il 2017, con un +114% e un +85% rispettivamente. Nella classe A rientrano farmaci frequentemente utilizzati nella popolazione generale per trattamenti cronici, come gli antidiabetici, oltre a farmaci utilizzati per trattamenti a breve-medio termine, come ad esempio i farmaci antiacidi. Nella classe B, il consumo osservato è prevalentemente da attribuirsi a medicinali per trattamenti cronici o a lungo termine, come gli antiaggreganti e gli anticoagulanti.

Figura 1. Consumo di farmaci per classe Anatomica-Terapeutica-Chimica di I livello - Dosi giornaliere per 1.000 abitanti (dato standardizzato per età) - Toscana, periodo 2009-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi SPF e FED



Nell'analisi sono considerati solo i farmaci distribuiti dalle farmacie ospedaliere o territoriali convenzionate dietro presentazione di ricetta medica. Sono cioè esclusi i farmaci acquistati a spese dei pazienti e i farmaci somministrati durante ricovero ospedaliero. La tendenza verso un

maggior consumo osservata nella presente analisi non è attribuibile all'invecchiamento della popolazione (il dato è standardizzato per età), bensì a una combinazione di maggior carico di malattia nella popolazione e/o di maggiore propensione al trattamento farmacologico. Per stabilire se la variazione osservata si associ a un utilizzo appropriato dei farmaci, tuttavia, è necessario eseguire degli studi di farmaco utilizzazione su specifiche classi farmaco-terapeutiche. Questi studi mettono a confronto i dati di uso del farmaco nella pratica clinica con le indicazioni autorizzate, le linee guida di trattamento, i criteri di rimborsabilità, ed eventuali percorsi diagnostico-terapeutici, al fine di comprendere se l'uso reale corrisponde a quello raccomandato.

La qualità delle cure

Screening oncologici

Il tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto sono tre dei principali tumori a maggior incidenza e mortalità nella popolazione italiana. Tuttavia la sopravvivenza è migliorata nel tempo grazie ai miglioramenti terapeutici ma anche grazie ai programmi di screening. La diagnosi precoce infatti può portare ad evitare l'insorgenza del tumore o comunque a ricorrere in interventi meno invasivi.

I dati Passi 2014-2017 evidenziano che in Italia più di 7 donne su 10 fra i 50 e i 69 anni si sottopongono a scopo preventivo allo screening mammografico all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali (che suggeriscono alle donne di questa classe di età di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno).

La copertura nazionale dello screening colon rettale resta ancora piuttosto bassa: circa il 45% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferiscono di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon rettali a scopo preventivo, nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale - Sof, negli ultimi 2 anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni).

In Italia 8 donne su 10, fra i 25 e i 64 anni, si sottopongono allo screening cervicale (Pap-test o Hpv test) all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, che suggeriscono di sottoporsi allo screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina con frequenza e tipo di test specifici per età.

In generale si rileva un gradiente in diminuzione da Nord a Sud nell'adesione agli inviti a sottoporsi agli screening oncologici.

La Toscana è la 9° regione italiana in termini di adesione allo screening mammografico, 6 punti percentuali sopra la media nazionale. Si colloca al 7° posto per lo screening colon rettale, 10 punti percentuali sopra la media italiana, e all'8° posto, 6 punti percentuali sopra la media nazionale, per quanto riguarda lo screening cervicale (tabella 1).

Tabella 1. Screening mammografico, colon rettale e cervicale – Persone che hanno eseguito l'esame ogni 100 residenti target* - Regioni e Italia, periodo 2014-2017 – Fonte: Studio PASSI, Istituto Superiore di Sanità

Regioni	Mammografico	Colon rettale	Cervicale
Abruzzo	64,5	35,3	73,6
Basilicata	74,5	39,0	64,1
Calabria	56,6	13,9	61,8
Campania	49,4	23,6	64,1
Emilia Romagna	87,0	69,2	90,0
Friuli V.G.	85,5	70,3	89,2
Lazio	79,3	35,1	83,7
Liguria	84,4	48,9	87,8
Lombardia	83,4	71,2	83,0
Marche	81,1	58,6	81,5
Molise	77,5	57,6	76,0
PA Bolzano	76,6	59,6	89,1
PA Trento	89,3	74,1	84,5
Piemonte	74,3	n,d	84,5
Puglia	66,1	12,3	71,5
Sardegna	70,1	41,4	75,4
Sicilia	60,5	29,8	70,2
Toscana	79,5	63,6	85,7
Umbria	79,4	59,9	85,9
Valle d'Aosta	79,8	67,5	85,9
Veneto	86,1	72,0	89,4
Italia	73,5	45,5	79,3

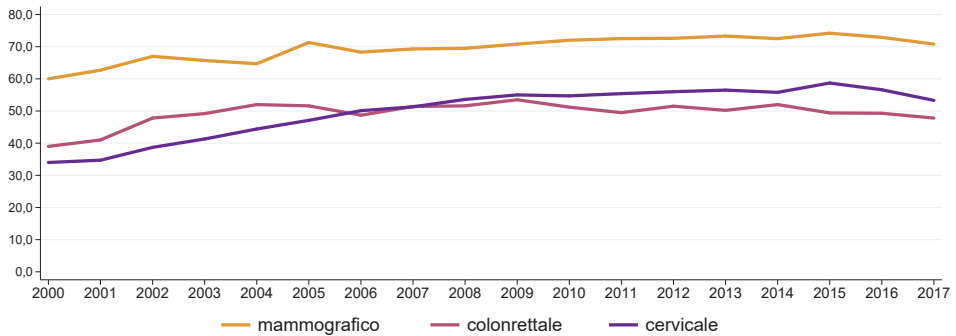
*mammografico: donne 50-69 anni; colon rettale: popolazione 50-69 anni, cervicale: donne 25-64 anni

In Toscana nel 2017 la partecipazione (aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo invito) allo screening mammografico è stata pari al 70,8% in calo di 2 punti percentuali rispetto al 2016 (72,9%).

L'adesione allo screening colon rettale è stata pari al 47,8%, anche questo in calo rispetto al 2016 (49,3%).

Relativamente allo screening cervicale, si osserva una riduzione di 3 punti percentuali rispetto al 2016 (53,3% vs 56,6%), ma possiamo comunque considerare che dal 2011 il valore medio regionale non si posiziona mai al di sotto del 55% (figura 1).

Figura 1. Screening mammografico, colon rettale e cervicale – Adesione ogni 100 inviti (esclusi inesitati e esclusioni dopo invito) – Toscana, periodo 2000-2017 – Fonte: Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica della Toscana (ISPRO)



Copertura vaccinale nei bambini

La vaccinazione è considerata una tra le più grandi scoperte mediche di tutti i tempi: è stata inserita di diritto all'interno di ogni programma di prevenzione per merito della sua efficacia comprovata nel ridurre e talvolta debellare le malattie infettive. Le vaccinazioni non proteggono solo la persona immunizzata, ma offrono una protezione indiretta, interrompendo la catena di trasmissione umana dell'infezione, anche a coloro che non possono essere vaccinati.

Per valutare il livello di protezione di una popolazione nei confronti di alcune malattie infettive da un lato, l'efficacia dei programmi di immunizzazione dall'altro, viene calcolata ogni anno la copertura vaccinale, ovvero il rapporto tra i vaccinati e la popolazione target. Riuscire ad ottenere un'adeguata copertura vaccinale non è un obiettivo facilmente raggiungibile: il successo delle strategie adottate dipende in gran parte dalle percezioni della popolazione sui vantaggi e i rischi dei vaccini e sulla fiducia riposta sia nelle vaccinazioni che nella figura del medico. Nonostante, infatti, la comprovata efficacia e sicurezza delle vaccinazioni, da alcuni anni in Italia come all'estero stiamo assistendo a un preoccupante calo delle coperture vaccinali, principalmente dovuto alla *vaccine hesitancy*, ovvero al ritardo nell'aderire all'offerta vaccinale e/o il rifiuto della vaccinazione stessa, fenomeno che sta seriamente minando la protezione della popolazione nel suo complesso, con il rischio di epidemie e del ritorno di malattie che si consideravano ormai scomparse.

In Italia per contrastare il calo delle coperture vaccinali è stata recentemente approvata la "Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119" che nasce dal "Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale". Tale provvedimento prevede 10 vaccinazioni obbligatorie (anti difterite, tetano, pertosse, poliomielite, haemophilus influenzae B, epatite B, morbillo, parotite, rosolia, varicella) e 4 raccomandate (anti meningococco B, meningococco C, pneumococco, rotavirus) per i bambini e ragazzi di età compresa tra 0 e 16 anni. Nello specifico i bambini di età compresa tra 0 e 6 anni, non in regola con le 10 vaccinazioni non potranno iscriversi ai nidi ed alle materne, mentre i genitori di ragazzi di età compresa tra 7 e 16 anni che non faranno vaccinare i propri figli incorreranno in sanzioni amministrative pecuniarie.

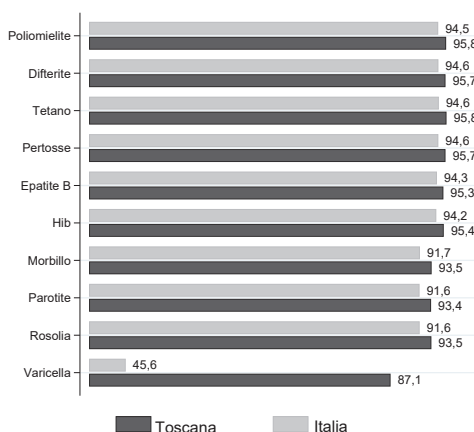
La legge è entrata in vigore a settembre 2017 e per i bambini non in regola con le vaccinazioni poteva essere rilasciata un'autocertificazione rimandando al 10 marzo 2018 la presentazione della documentazione di avvenuta vaccinazione.

Dal 7 giugno 2017 al 28 febbraio 2018 i bambini e ragazzi di età 0-16 anni che si sono messi in regola con le vaccinazioni obbligatorie sono stati 38.296, di cui 19.493 nella fascia 0-6 anni. Il 28 febbraio 2018 gli inadempienti, ovvero bambini e ragazzi che non hanno effettuato almeno una delle vaccinazioni obbligatorie, risultavano 120.528 di cui 13.434 nella fascia di età 0-6.

È comunque importante sottolineare che tra i ragazzi più grandi (7-16 anni), circa un terzo risulta inadempiente poiché non ha ancora effettuato la quinta dose di vaccino antipolio. Considerato che si tratta di un provvedimento introdotto solo recentemente con l'ultimo Piano vaccinale nazionale, non si tratta di ragazzi che rifiutano la vaccinazione, ma probabilmente di coloro che non hanno avuto ancora il tempo di effettuare l'ultima dose di vaccino.

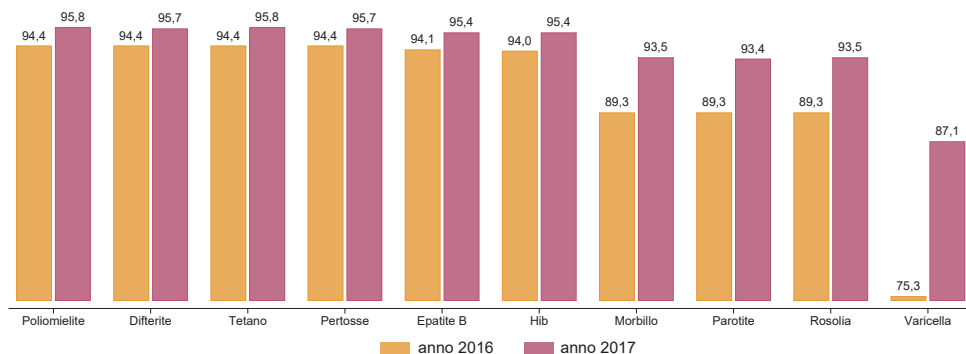
Il trend delle coperture vaccinali (CV) a 24 mesi di vita, dopo alcuni anni in cui mostrava una generalizzata e costante diminuzione, nel 2017, anche per merito dell'introduzione della legge sull'obbligo, rivela in Italia un importante incremento degli indicatori rispetto all'anno precedente con valori prossimi al 95% per il vaccino esavalente (poliomielite, difterite, tetano, pertosse, haemophilus influenzae B ed epatite B), superiori al 90% per il trivalente morbillo-parotite-rosolia, mentre la CV è ancora molto bassa, attorno al 45%, per varicella. In Toscana, dove storicamente le CV sono superiori alla media nazionale, viene confermato tale aumento, con valori più elevati per tutte le vaccinazioni (figura 1).

Figura 1. Coperture vaccinali a 24 mesi per malattia – Vaccinati per 100 bambini a 2 anni d'età – Toscana e Italia, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Ministero della Salute



In Toscana la CV per varicella ha registrato l'aumento maggiore, passando dal 75,3% del 2016 all'87,1% del 2017. La vaccinazione per morbillo-parotite-rosolia, che negli ultimi anni aveva mostrato il calo maggiore, passa dall'89,3% del 2016 al 93,4% del 2017. L'aumento meno significativo, ma comunque importante, è stato osservato per il vaccino esavalente, che è passato dal 94% al 95,4% (figura 2).

Figura 2. Coperture vaccinali a 24 mesi per malattia – Vaccinati per 100 bambini a 2 anni d'età – Toscana, periodo 2016-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Ministero della Salute



Per quanto riguarda infine le vaccinazioni raccomandate, anch'esse mostrano nel 2017 un aumento delle CV, in particolare: il pneumococco passa dall'89% al 90,4%, il meningococco C dal 90,7% al 92,7% ed infine il meningococco B dal 54,8% al 73%.

Emergenza-urgenza

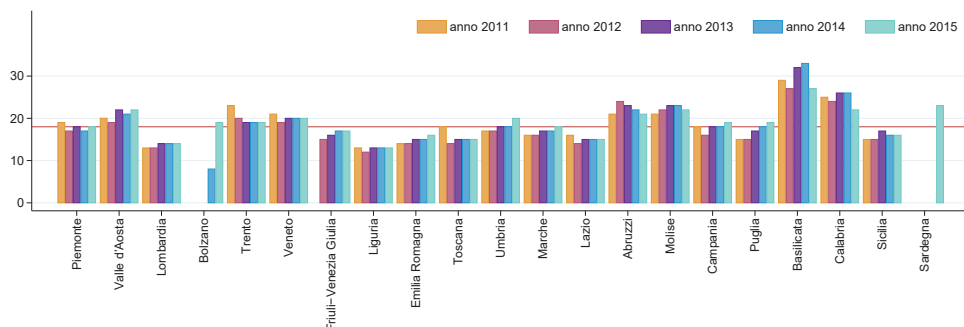
Con l'inizio del 2017 e l'accorpamento delle centrali operative (CO) 118 di Livorno e Pisa si è conclusa la prima fase del processo di riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza territoriale che prevedeva il passaggio da 12 a 6 CO, per arrivare poi a 3 (DGR 1117/2013). L'assetto del sistema di emergenza territoriale toscano a oggi è il seguente: CO Firenze (comprensiva di Prato dal 2014), Pistoia (comprensiva di Empoli dal 2015), Viareggio (comprensiva di Massa dal 2015 e Lucca dal 2016), Siena (comprensiva di Grosseto dal 2016), Livorno (comprensiva di Pisa dal 2017), Arezzo.

Nel corso dell'anno, nelle centrali operative 118 sono state registrate 507.020 chiamate per soccorso e per l'88% di queste (447.764) è stato necessario attivare un intervento, percentuale ancora in calo (-1%), anche se minore rispetto a quanto riscontrato nell'anno precedente (-4%). In termini assoluti si assiste a un incremento sia delle chiamate (+26mila) sia degli interventi (+20mila): i due fenomeni riportano al caratteristico trend in aumento, interrotto solo nel 2016. In particolare, le chiamate rappresentano il valore più alto nella serie storica a disposizione. In aumento anche il numero di missioni (526.572), +4% rispetto all'anno precedente, mentre rimane stabile il rapporto tra missioni attivate e interventi (quasi 1,2). Gli interventi effettuati con elicottero sono stati 2.170.

L'indicatore "intervallo allarme-target" dei mezzi di soccorso misura efficacia e rapidità dell'organizzazione del 118, ed è rappresentato dal 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. Tale misura rientra nel set degli indicatori fondamentali individuati dal Ministero della Salute per il monitoraggio del livello di erogazione da parte delle regioni dei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ossia delle prestazioni e servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a offrire a tutti i cittadini. La soglia da non superare per rispettare l'adempimento è 18 minuti. La Toscana ha un sistema di emergenza territoriale che conferma la sua efficienza nel tempo rispettando l'adempimento LEA con l'intervallo allarme-target di 15 minuti a partire dal 2013 (figura 1). Tra le Regioni italiane, solo in Lombardia e in Liguria l'intervallo allarme-target è inferiore, mentre il Lazio mostra valore identico alla Toscana.

L'indicatore rimane stabile a 15 minuti anche nel 2017.

Figura 1. Indicatore “intervallo allarme-target” – Valori in minuti – Regioni, periodo 2011-2015 – Fonte: Sistema informativo NSIS, Ministero della Salute



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

La Regione Toscana, con la delibera “Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo” (DGR n. 806 del 24 luglio 2017) ha avviato un percorso di riorganizzazione del Pronto Soccorso (PS) utile sia alla riduzione dei tempi di attesa sia ad assicurare una maggiore attenzione alle persone più fragili attraverso una rimodulazione per percorsi.

Con questo nuovo modello, il paziente accolto in PS è inviato al percorso più idoneo già dalla fase di triage, attraverso la valutazione del bisogno clinico, della complessità assistenziale, del rischio evolutivo e dall'impegno di risorse stimato per il trattamento.

Si prevede il passaggio dai codici di priorità definiti con codici colore a codici numerici, da 1 a 5, dove la numerazione cresce al decrescere della priorità. Il PS lavora su tre linee di attività: alta, media e bassa complessità. Quest'ultima è articolata in codici minori, gestiti dal medico, *See and treat* gestito da infermieri appositamente formati, e *Fast track*, che prevede l'invio diretto dal triage al medico specialistico. Per i livelli di complessità intermedi e bassi sono previsti percorsi specifici per i pazienti con bisogni particolari, come il percorso pediatrico, ostetrico-ginecologico, pazienti con agitazione psico-motoria, pazienti con grave disabilità, vittime di violenza e malati infettivi.

L'idea alla base del modello è che il PS sia un servizio mutevole, che attiva meccanismi continui e tempestivi di adeguamento delle risorse rispetto alla tipologia e numerosità dei pazienti che vi accedono.

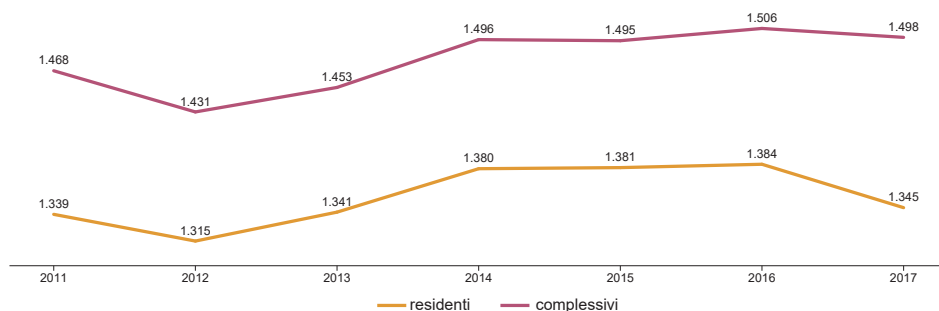
La messa a regime del nuovo modello avverrà all'interno di un processo pluriennale che prevede un adeguamento dei sistemi informativi, dei sistemi di gestione operativa dei processi di PS (come di altre tipologie di processi ospedalieri) e un percorso formativo continuo dei professionisti.

Nel corso del 2017 gli accessi ai Pronto Soccorso sono stati 1.498.186 mostrando una diminuzione dello 0,5%, pari a 8mila accessi in meno rispetto all'anno precedente, riportando

la numerosità alle dimensioni di due anni prima. La figura 2 mostra anche che il fenomeno di riduzione degli accessi è più netto per gli accessi generati da cittadini toscani, -2,8% rispetto all'anno precedente. Questo risultato potrebbe però derivare da un problema di qualità dell'informazione rilevata sulla residenza che per quest'anno vede quasi raddoppiato il numero di accessi con il dato mancante.

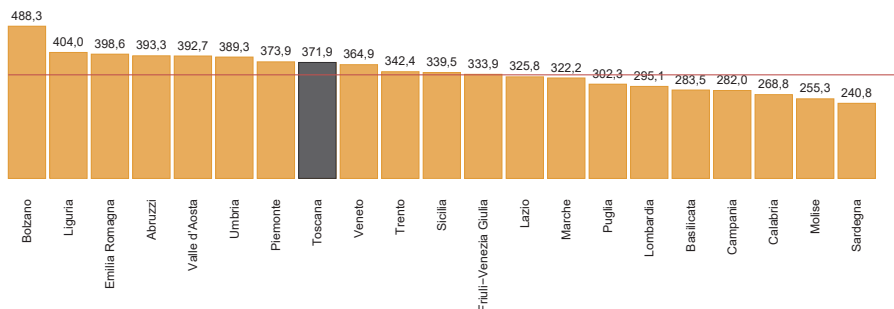
Negli ultimi 4 anni il fenomeno regionale della forte crescita degli accessi al PS sembra essersi stabilizzato intorno 1.498 mila casi (valore medio di periodo), con delle oscillazioni intorno a tale valore.

Figura 2. Accessi in Pronto Soccorso per residenza (Toscana e non) – Numero assoluto di accessi in migliaia –Toscana, periodo 2011-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo PS



Confrontando i dati sugli accessi al Pronto soccorso, la Toscana è tra le 12 regioni con un tasso di accesso superiore alla media nazionale e l'8° nella classifica: 372,92 per 1.000 abitanti, contro un tasso nazionale del 332,2 per 1.000 (figura 3).

Figura 3. Accessi in PS – Tasso per 1.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2017* – Fonte: Sistema informativo NSIS Ministero della salute



* In rosso la media italiana.

Il ricovero ospedaliero

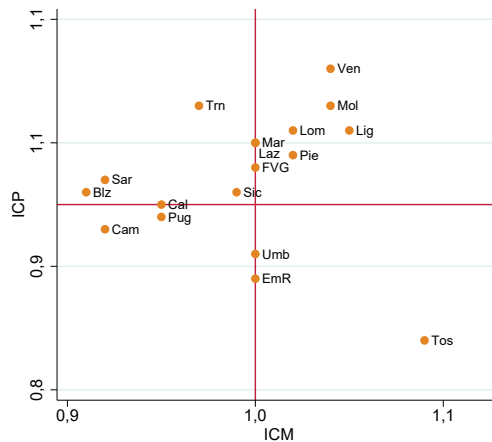
Negli ultimi anni si è assistito a un rimodellamento dell'assistenza ospedaliera a livello nazionale e ancor di più nelle singole regioni. Il sistema sanitario toscano è stato caratterizzato da un continuo processo di riorganizzazione per aumentare l'appropriatezza e la sicurezza delle cure. Tra tutti ricordiamo la deospedalizzazione che, grazie all'innovazione tecnologica e alla gestione integrata dei pazienti, ha portato una riduzione del tasso di ospedalizzazione e conseguentemente dei posti letto ospedalieri. In seguito, il DM 70/2015 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”* dell'aprile 2015 ha innescato una rimodulazione del sistema ospedaliero e dei servizi territoriali con l'avvio di progetti di cambiamento.

Per comprendere l'impatto di queste riforme sull'ospedalizzazione, si tenga presente che mediamente in Toscana si effettuano 570mila ricoveri (566.677 nel 2017), il 76% dei quali in regime ordinario, con una degenza media di 6,8 giorni (sono quasi 3 milioni le giornate di degenza totali).

Inoltre, la L. R. n. 84 del 28 dicembre 2015 *“Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005”* di riforma del sistema sanitario toscano, con il passaggio da 12 Asl a 3 (secondo una logica di area vasta: toscana centro, nord ovest e sud est), ha avviato processi di riorganizzazione profondi della rete di assistenza, in un'ottica di miglioramento dell'assistenza sanitaria e ottimizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Le sfide da affrontare sono anche altre: il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), il Piano Nazionale sulla Mobilità Sanitaria, i Piani di Rientro per le Aziende, il DPCM del 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”* e la Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (legge “Gelli”) sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Il DPCM interviene su diversi ambiti e per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, aggiorna e integra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e stabilisce i criteri di appropriatezza per l'uso della day surgery (all. 6B del DPCM).

In questo quadro, anche nel 2016, la Toscana si conferma la regione che più di ogni altra in Italia è stata in grado di coniugare appropriatezza e efficienza. L'attività di ricovero regionale, infatti, è stabilmente caratterizzata dal più alto indice di *case mix*, cioè la complessità della casistica, associato al più basso valore dell'indice di *case performance*, ovvero la capacità, a parità di complessità, di contenere la durata della degenza (figura 1).

Figura 1. Indice di case-mix e indice di case-performance dei ricoveri per acuti in regime ordinario – Posizionamento per combinazione dei due indicatori – Regioni, anno 2016 – Fonte: Rapporto SDO 2016, Ministero della Salute



Sono progressivamente diminuiti nel tempo i ricoveri per DRG ad alto rischio inappropriatezza (lista dei DRG definita nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012 e confermata nel Patto per la Salute 2014-2016, valutata dal Ministero della Salute fra gli adempimenti LEA), vale a dire per quelle patologie o interventi da risolvere preferibilmente in regime *day hospital* o addirittura in regime ambulatoriale. Nel 2014 il rapporto tra "ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario" per la Toscana era 0,17 (terzo dato nazionale dopo Sicilia e Abruzzo: 0,15), mentre nei due anni successivi il rapporto è sceso ulteriormente a 0,15.

Anche la proporzione dei DRG chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari si conferma un elemento caratteristico della casistica dei ricoveri eseguiti in Toscana: 44,2% nel 2015, dato leggermente in calo rispetto ai due anni precedenti, che garantisce comunque un ampio rispetto del valore soglia proposto dal monitoraggio LEA per questo indicatore ($\geq 42\%$). Dal 2016 l'indicatore non fa più parte della griglia LEA, in ogni caso la Toscana mantiene lo stesso livello di performance. Il tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e genere, conferma un andamento in calo sia a livello nazionale che in Toscana, passata dai 149 ricoveri per 1.000 abitanti del 2012 ai 121 per 1.000 del 2016 (figura 2): si tratta di un valore decisamente inferiore rispetto al tasso nazionale di 132 per 1.000. L'ospedalizzazione in regime di ricovero diurno rappresenta il 26% della complessiva (con un tasso di 31,9 per 1.000 abitanti). Nel 2016, 9 regioni hanno un valore più basso del dato nazionale e la Toscana è la seconda regione con il più basso tasso di ospedalizzazione in Italia (figura 3).

Figura 2. Ospedalizzazione generale – Tasso standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2012-2016 – Fonte: Rapporto SDO 2012-2016, Ministero della Salute

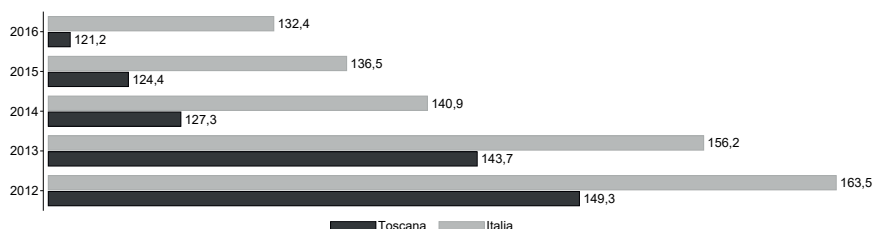
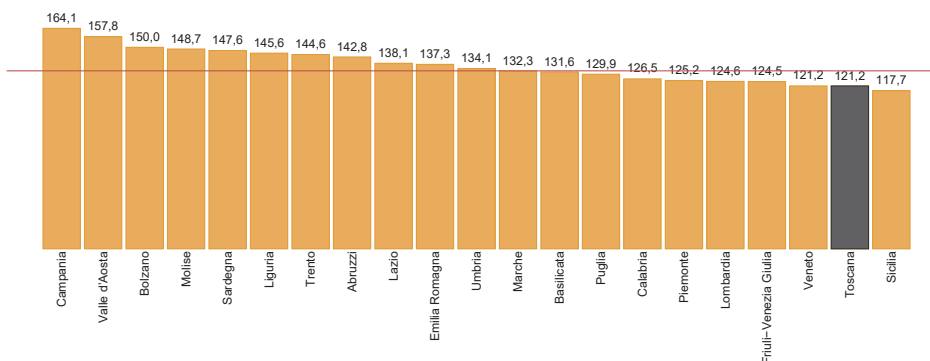


Figura 3. Ospedalizzazione generale – Tasso standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2016* – Fonte: Rapporto SDO 2016, Ministero della Salute



* In rosso la media italiana.

Negli ultimi due anni si è assistito a una profonda revisione del modello ospedaliero per acuti, spinta anche dal vincolo dato dal parametro “Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero” definito nel DM n. 70/2015, che prevede un tasso regionale di posti letto (PL) per 1.000 abitanti pari a 3 per gli acuti e 0,7 PL per i non acuti (3,7 PL per 1.000 abitanti complessivamente). Il dato nazionale è ormai inferiore all’obiettivo posto dal DM, con un’alta variabilità tra le regioni: 7 regioni presentano un valore complessivo superiore del parametro (dati 2016, Rapporto Osservasalute 2017). La Toscana ha avuto un continuo trend decrescente dal 2010 al 2016, passando da 3,81 a 3,28. Proprio i risultati in termini di appropriatezza e efficienza hanno reso possibile una graduale riduzione dei posti letto per acuti.

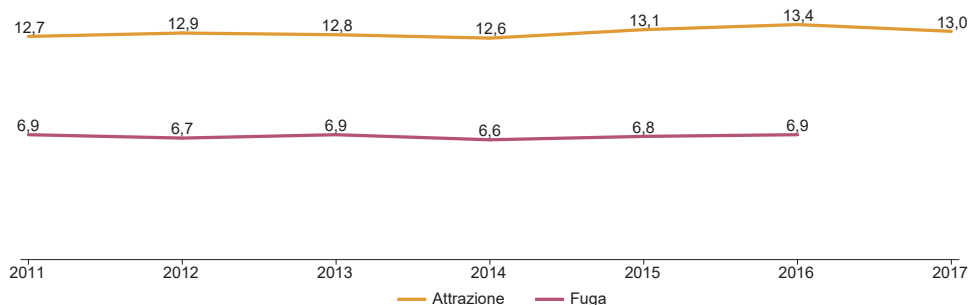
La mobilità ospedaliera

La mobilità sanitaria interregionale è un fenomeno che interessa circa 1 milione di persone in Italia e per un valore complessivo di 4,6 miliardi di Euro (accordo Commissione salute delle Regioni, stima da tariffa DRG, comprensiva dei conguagli 2013-2016).

Nel “Rapporto sull’attività di ricovero ospedaliero” definitivo del 2016, pubblicato dal Ministero della Salute, si confermano solo 9 regioni su 21 con il saldo positivo, vale a dire in cui il numero di ricoveri erogati a soggetti residenti fuori regione (mobilità attiva) è superiore al numero dei ricoveri che i propri residenti hanno sostenuto in altre regioni italiane (mobilità passiva). La Toscana è la 3° regione con saldo attivo (34.075 ricoveri, per un valore di 148 milioni di €) dopo la Lombardia e l’Emilia Romagna (97.396 e 64.736 ricoveri rispettivamente), mentre le tre regioni con saldo negativo più alto sono la Campania, la Calabria e la Sicilia (52.959, 50.697 e 36.320 ricoveri).

Nel 2016 il 13,4% dei ricoveri negli ospedali toscani è stato sostenuto da residenti di altre regioni, per un totale di 76.130 ricoveri. Nel 2017 la quota di mobilità attiva è lievemente scesa a 13%. Nel 2016 (ultimo dato disponibile) solo il 6,9% dei ricoveri di cittadini toscani è avvenuto in altre regioni italiane, per un totale di 36.608 ricoveri. Coloro che vengono in Toscana a curarsi sono quindi il doppio di quelli che dalla Toscana si spostano in altre regioni. Questa relazione tra la capacità attrattiva e le fughe regionali è stabile nel tempo (figura 1).

Figura 1. Fughe e attrazioni ospedaliere – Residenti fuori Toscana ogni 100 ricoverati in Toscana (attrazione), ricoverati fuori Toscana ogni 100 residenti in Toscana ricoverati ovunque (fuga) – Toscana, periodo 2009-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO



Il 59,8% della mobilità passiva si rivolge a presidi ospedalieri di regioni confinanti, dato in calo rispetto agli anni precedenti (nel 2011 era il 68%), mentre il 48,2% della mobilità attiva proviene da regioni geograficamente lontane, superando così la logica dei confini.

Tra le prime 5 cause di mobilità, i DRG per interventi di chirurgia ortopedica sono i più rappresentati sia per la mobilità attiva che per la passiva (13% entrambe). Rilevante è 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 orecchio, naso e bocca e per chemioterapia (5%).

Trapianti e donazioni

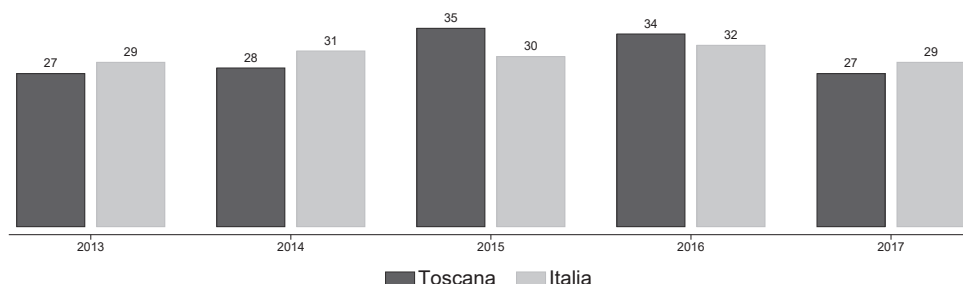
Nel corso del 2017 la Toscana conferma i dati in crescita relativamente alle donazioni e ai trapianti d'organo. L'efficace organizzazione delle terapie intensive toscane nella segnalazione dei potenziali donatori assicura un primato tra le regioni italiane che è registrato dal rapporto del Centro nazionale trapianti (CNT) nei termini di 100 donatori segnalati (ovvero persone per le quali è avvenuto l'accertamento di morte encefalica) per milione di persone (PMP), con un valore del 5% più alto rispetto a quello del 2016 (95,5 PMP). Il miglioramento nella segnalazione dei casi è confermato anche a livello nazionale, anche se i valori rimangono ben inferiori alla metà rispetto a quelli toscani: 40,8 e 45,1 segnalazioni PMP rispettivamente per il 2016 e 2017 (tabella 1).

Tabella 1. Accertamenti di morte e donatori utilizzati per regione - Tasso standardizzato per età per 1.000.000 di abitanti e variazione percentuale rispetto all'anno precedente - Toscana, periodo 2016-2017 - Fonte: Report CNT 2018, Attività di donazione e trapianto, Ministero della Salute

Regioni	Accertamenti di morte x1.000.000			Donatori utilizzati x1.000.000		
	2016	2017	% 2017-2016	2016	2017	% 2017-2016
Piemonte-Valle d'Aosta	49,7	59,1	+18,9	26,5	31,6	+19,2
Lombardia	38,8	41,8	+7,7	22,7	24,8	+9,3
P. A. Bolzano	15,5	26,9	+73,5	5,8	17,3	+198,3
P. A. Trento	42,9	46,4	+8,2	33,6	33,4	-0,6
Veneto	44,7	55,9	+25,1	26,4	34,8	+31,0
Friuli V. G.	53,7	63,9	+19,0	29,3	36,0	+22,9
Liguria	31,4	45,2	+43,9	19,5	22,9	+17,4
Emilia Romagna	52,6	53,5	+1,7	31,9	27,4	-14,1
Toscana	95,5	100,1	+4,8	44,5	48,3	+8,5
Umbria	33,5	30,3	-9,6	16,7	15,7	-6,0
Marche	45,1	57,7	+27,9	23,2	31,1	+34,1
Lazio	40,0	40,4	+1,0	19,9	20,7	+4,0
Abruzzo-Molise	27,3	34,8	+27,5	10,3	16,5	+60,2
Campania	25,4	29,9	+17,7	11,4	12,5	+9,6
Puglia	23,0	24,3	+5,7	11,5	9,8	-14,8
Basilicata	39,8	27,9	-29,9	10,4	17,4	+67,3
Calabria	26,8	26,9	+0,4	10,6	8,1	-23,6
Sicilia	27,1	30,5	+12,5	9,8	15,4	+57,1
Sardegna	40,9	40,4	-1,2	28,8	22,3	-22,6
Italia	40,8	45,1	+10,5	21,4	23,7	+10,7

Diverso discorso va fatto in merito alle opposizioni (rifiuti alla donazione), il cui valore nel 2017 è stato più contenuto (27%) e di poco inferiore alla media nazionale (29%), rispetto all'impennata che la Toscana aveva registrato nel corso del biennio 2015-2016, quando le opposizioni avevano oscillato tra il 34% e il 35%, con medie nazionali corrispondenti tra il 30% e il 32% (figura 1).

Figura 1. Opposizioni - Valori percentuali - Toscana e Italia, periodo 2013-2017 - Fonte: Organizzazione Toscana Trapianti (OTT)



Dai dati registrati dall'Organizzazione toscana trapianti (OTT), relativamente all'attività dei singoli ospedali, si osserva che le attività di segnalazione, prelievo di organo e di trapianto sono comunque ben distribuite a livello regionale tra le Aziende sanitarie, con una naturale concentrazione di attività nelle Aziende Ospedaliere Universitarie, dove ha luogo circa la metà delle operazioni rilevate (tabella 2).

Tabella 2. Segnalati come potenziali donatori, effettivi e utilizzati per Azienda – Toscana, anno 2017 – Fonte: Organizzazione Toscana Trapianti (OTT)

Azienda	ExAsl	Stabilimento	Segnalati come potenziali donatori	Effettivi, prelevati 1+ organi	Utilizzati per trapianto
Centro	10	S. M. Annunziata	5	3	3
	10	Mugello	2	1	1
	11	San Giuseppe	20	10	8
	10	S. M. Nuova	9	4	3
	10	S. Giovanni di Dio	12	12	5
	10	Valdinievole	4	1	1
	3	S. Jacopo	12	5	4
	4	S. Stefano	23	17	16
		Totale	87	53	41
Sud Est	8	Area aretina Nord	8	3	2
	9	Della Misericordia	16	8	7
	7	Riuniti Valdichiana	1	0	0
	8	Nuovo Valdarno	3	2	2
	9	Orbetello	3	0	0
	7	Dell'Alta Val d'Elsa	3	2	2
		Totale	34	15	13
Nord Ovest	12	Versilia	12	3	2
	6	Riuniti Livorno	27	17	17
	2	S. Luca di Lucca	14	9	7
	1	N. Osp. Apuano	13	8	7
	1	G. Pasquinucci	1	1	0
	5	Pontedera	5	2	2
	1	Pontremoli	0	0	0
		Totale	72	40	35
AOU		Careggi	118	70	62
		Cisanello	25	13	13
		Le Scotte	32	16	16
		Meyer	7	1	1
		Totale	182	100	92

Volumi di attività ospedaliera

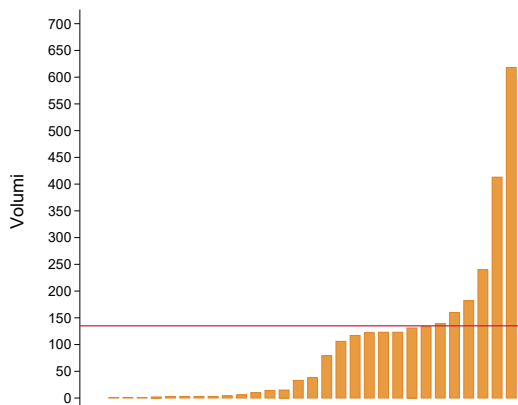
È ormai noto come alcune condizioni cliniche e procedure trattate in ospedali con alti volumi di attività portino a esiti clinici migliori, innanzitutto per alcune procedure in cui l'esperienza del medico che le esegue porta sicuramente a un miglior trattamento. Inoltre l'organizzazione dell'assistenza, l'esperienza del team e la disponibilità di servizi specializzati possano contribuire a esiti migliori. Con il DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" il Ministero della Salute ha individuato 7 condizioni per cui i volumi di attività sono fondamentali e le soglie minime annuali di casi da trattare. Il Ministero ha avviato inoltre un monitoraggio relativo ai volumi di attività di alcune procedure specifiche per struttura e unità operative al fine di verificare l'attendibilità dei dati a disposizione e di monitorare le strategie regionali per rientrare negli standard nazionali. Il monitoraggio nazionale riguarda in particolare 3 delle 7 condizioni previste dal DM 70/2015 (Interventi chirurgici per tumore alla mammella, Angioplastica coronarica percutanea e maternità) ed è aggiornato al 2016.

Di seguito, per queste condizioni, riportiamo il numero di strutture regionali che nel 2017 operavano sopra e sotto soglia e il numero complessivo di interventi fatti in tali ospedali.

Interventi chirurgici per tumore alla mammella

La soglia prevista dal DM 70/2005 prevede un minimo di 150 per struttura (figura 1). Il criterio adottato da Ministero della Salute nel monitoraggio identifica come non idonei gli ospedali in cui l'unità operativa con maggior casistica esegue meno di 135 interventi. In Toscana nel 2017 solo 6 delle 29 strutture che eseguono questo intervento rispettano il criterio. In particolare 6 ne eseguono tra 100 e 135, mentre 16 ne eseguono nel complesso poco più di 200 (pari all'8% dell'attività).

Figura 1. Interventi chirurgici per tumore alla mammella per struttura - Volumi di attività - Toscana, anno 2017* - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO

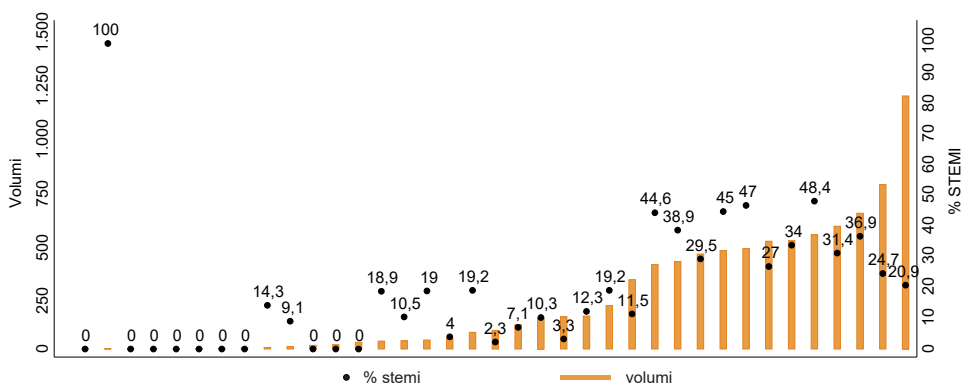


* In rosso la soglia di idoneità.

Angioplastica coronarica percutanea

La soglia è pari a 250 e il criterio introdotto dal monitoraggio del Ministero prevede inoltre che oltre il 30% delle procedure sia eseguito in STEMI (figura 2). In Toscana nel 2017 su 37 strutture che hanno dimesso pazienti con esecuzione di questa procedura, solo 8 rispettano il criterio. Delle restanti strutture 5 ne eseguono comunque oltre 250, mentre 22 non dispongono di un sala per l'emodinamica. Si tratta di procedure che sono eseguite in service inviando i pazienti in ospedali dotati di emodinamica. Quando sarà possibile usare le informazioni previste dalla nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera sarà possibile risalire a tali informazioni e assegnare la procedura alla struttura che l'ha eseguita in modo corretto.

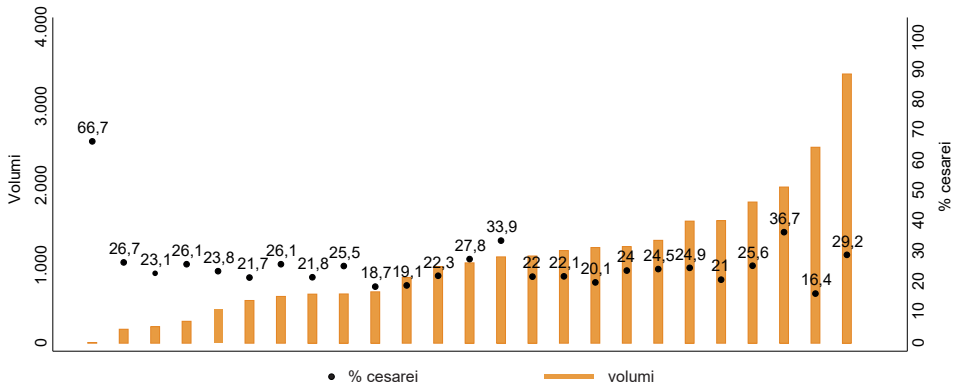
Figura 2. Angioplastica coronarica percutanea e STEMI – Volumi di attività e interventi STEMI per 100 interventi di angioplastica – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



Punti nascita

Il criterio adottato dal Ministero prevede che eseguano almeno 500 parti e in particolare dove sono effettuati tra 500 e 1.000 parti, la percentuale di cesarei deve essere inferiore al 15%, mentre oltre i 1.000 parti tale percentuale deve essere inferiore al 25% (figura 3). In Toscana nel 2017 solo 8 dei 25 punti nascita attivi hanno rispettato il criterio definito dal Ministero. Nel dettaglio, 5 punti effettuano meno di 500 parti e di queste una opera in deroga in quanto localizzato in un'isola. Le restanti 12 strutture pur effettuando un numero sufficiente di parti non rispettano il criterio legato alla percentuale di parti cesarei.

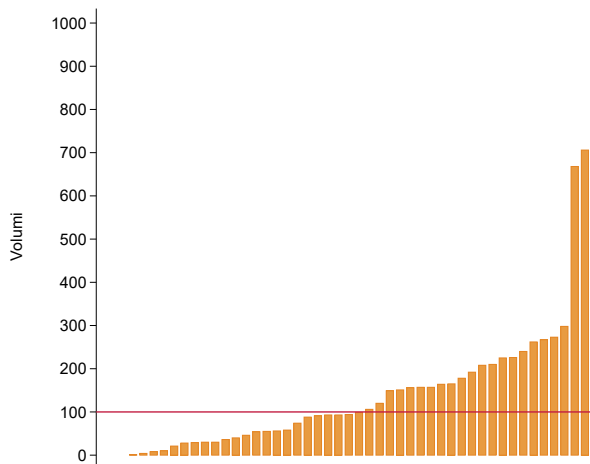
Figura 3. Parti e parti cesarei per punto nascita – Volumi di attività e parti cesarei per 100 parti – Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



Colecistectomia laparoscopica

In Toscana delle 45 strutture che fanno questi interventi solo 22 rispettano la soglia di 100 interventi l'anno (figura 4). Le restanti 23 strutture eseguono quasi il 20% di tali interventi eseguiti in Toscana.

Figura 4. Colecistectomia laparoscopica per struttura – Volumi di attività – Toscana, anno 2017* – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo SDO



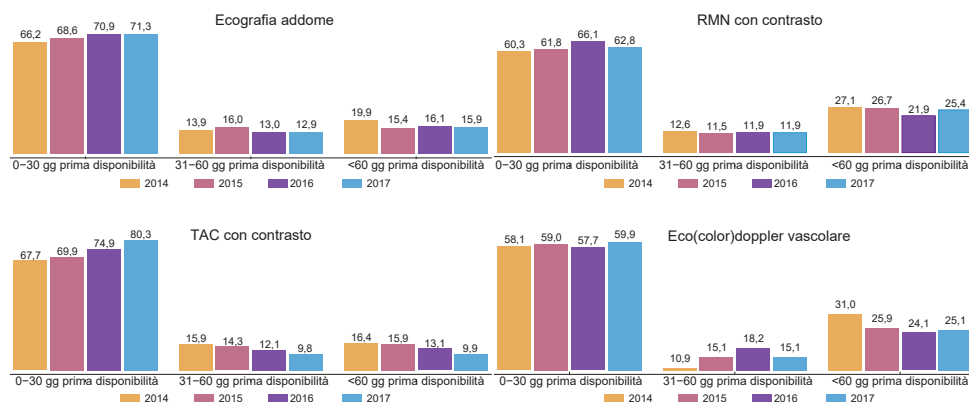
* In rosso la soglia di idoneità.

Tempi di attesa specialistica ambulatoriale

La figura 1 rappresenta i tempi di attesa di quattro tipologie di diagnostica per immagine, ecografia dell'addome e eco(color) doppler vascolare, selezionate per l'elevata richiesta da parte del cittadino, TAC e RMN con contrasto, rappresentative della così detta "diagnostica pesante" sostenuta dal Sistema Sanitario Regionale (SSR).

I tempi di attesa per le quattro prestazioni sono raggruppati per classi temporali e rappresentano il periodo 2014-2017. Il dato fa riferimento alla prima offerta di prestazione disponibile per chi si rivolge al SSR che avviene, per la maggioranza delle quattro prestazioni e in tutti gli anni osservati, entro i 30 giorni dal primo contatto. In particolare nel 2017 la capacità di risposta del sistema entro tempi appropriati migliora per tutte le prestazioni considerate, tranne per la RMN con contrasto, dove osserviamo una pur moderata flessione nella prima disponibilità.

Figura 1. Tempi di attesa per tipologia prestazione diagnostica – Distribuzione percentuale delle prestazioni per classe di tempo d'attesa – Toscana, anno 2017 – Fonte: Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana



La richiesta di prime visite, aumentata gradualmente nel triennio 2014-2016, subisce una lieve contrazione nel 2017, ad essa corrisponde una buona capacità del SSR di rispondere al cittadino entro 15 giorni dalla richiesta (76,4%) (tabella 1).

Nel corso del quadriennio osserviamo inoltre un aumento della disponibilità entro 15 giorni per le prime visite ortopediche (+5,5%) e una riduzione per le visite neurologiche (-4,7%) (dato non riportato in tabella).

Tabella 1. Prenotazioni prima visita rese disponibili dal Sistema Sanitario Regionale per classe di tempo di prima disponibilità¹ e scelta effettiva² - Numero prenotazioni e percentuale per classe di tempo - Toscana, periodo 2014-2017 - Fonte: Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

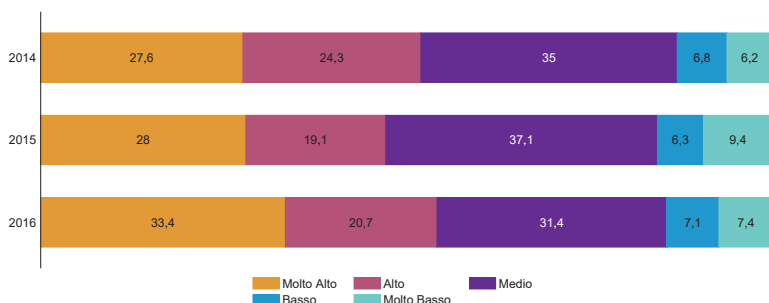
Anno	Prenotazioni	<15gg				16-30gg				>30gg			
		Prima Disponibilità (PD)		Effettivo (E)		$\Delta\%$ PD-E <15gg		Prima disponibilità (PD)		Effettivo (E)		$\Delta\%$ PD-E <30gg	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2014	1.212.344	918.531	75,8%	444.352	36,7%	39,1%	119.166	9,8%	202.147	16,7%	32,3%	174.647	14,4%
2015	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%
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%
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%

¹ Tempo basato sulla prima data disponibile da CUP, ² Tempo basato sulla data effettivamente scelta dal paziente per l'esame

Esiti

Negli anni 2015 e 2016, contrassegnati dalla riforma sanitaria toscana, il sistema ospedaliero toscano, oltre a essere il più efficiente e efficace in Italia (come mostrato dal Rapporto SDO 2016 elaborato come ogni anno dal Ministero della Salute) ha confermato la capacità di garantire gli 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 che vanno da molta 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 2016 ed è pari al 54%.

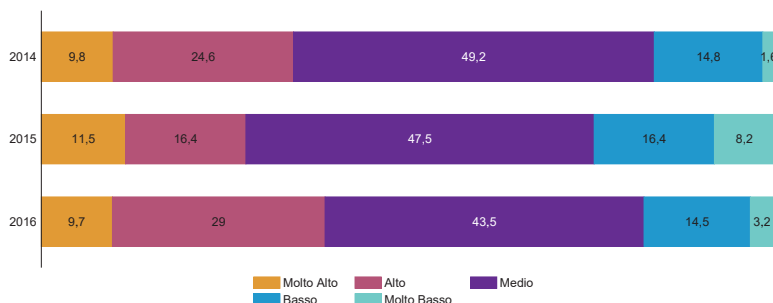
Figura 1. Livello di qualità degli indicatori monitorati nel TREEMAP – Distribuzione percentuale dei presidi ospedalieri – Toscana, periodo 2014-2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Piano Nazionale Esiti



Gli esiti relativi all'anno 2017 sono disponibili in forma preliminare da maggio 2018 grazie al Programma di Osservazione degli esiti toscano (PrOsE) che garantisce informazioni tempestive e consente il monitoraggio dell'andamento dei risultati in corso d'anno. In particolare delle 36 criticità di esito rilevate nel 2016 quelle risolte nel 2017 sono pari a 18, mentre 9 restano sostanzialmente stabili. Infine 9 mantengono un livello di allarme.

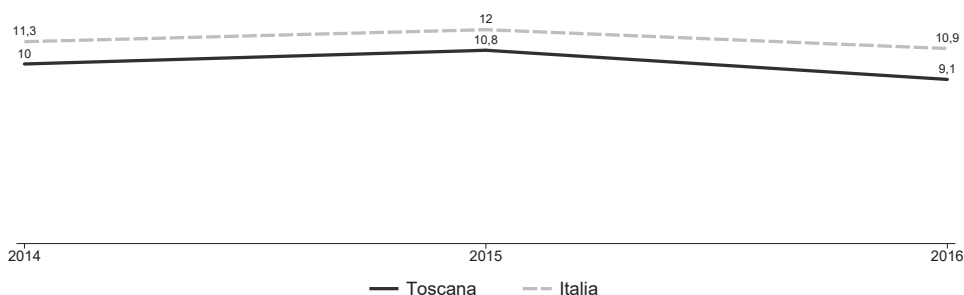
Gli esiti degli ospedali toscani in area medica: la mortalità a 30 giorni da ricovero per scompenso cardiaco congestizio o per riacutizzazione di BPCO in Toscana sono in diminuzione dal 2014 con valori in linea con quelli nazionale. Tale andamento pare confermato anche nel 2017. In particolare tra il 2015 e il 2016 è aumentato il livello di qualità del trattamento dello scompenso cardiaco congestizio, passando da medio ad alto in 9 ospedali e da basso a medio in 4. Con riferimento alle riacutizzazioni di BPCO tra il 2014 e il 2015 c'è stato un miglioramento degli esiti in 5 ospedali. Permangono criticità in alcuni ospedali che stanno approfondendo le modalità di cura e presa in carico di questi pazienti: in particolare da una revisione delle cartelle cliniche relative ai pazienti ricoverati per BPCO è emersa la tendenza a sovra codificare tale patologia in tutte le realtà regionali.

Figura 2. Livello di qualità degli indicatori di area medica – Distribuzione percentuale dei presidi – Toscana, periodo 2014-2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Piano Nazionale Esiti



Ottimi sono gli esiti del trattamento delle patologie tempo-dipendenti: la mortalità post infarto miocardico acuto e ictus ischemico a 30 giorni dall'evento in Toscana è in diminuzione e si attesta nel 2016 su valori pari a 8% e 9,1%. Gli esiti dell'ictus ischemico sono in miglioramento negli ultimi 3 anni e inferiori al dato nazionale pari nel 2016 a 10,9%. Inoltre in 16 ospedali il livello di qualità è alto o molto alto. Con riferimento al trattamento dell'infarto miocardico acuto la Toscana conferma il trend in calo visto a livello nazionale, con 17 ospedali con esiti di qualità alta o molto alta. L'indicatore relativo alla tempestività dell'accesso a PTCA (angioplastica coronarica transluminale percutanea) nei pazienti con infarto è nel complesso elevato in Toscana: al 46,4% dei pazienti con infarto viene effettuata l'angioplastica entro 48 ore, contro il 44,8 a livello nazionale.

Figura 3. Mortalità a 30 giorni da ricovero per ictus ischemico – Decessi per 100 ricoveri – Toscana e Italia, periodo 2014-2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Piano Nazionale Esiti

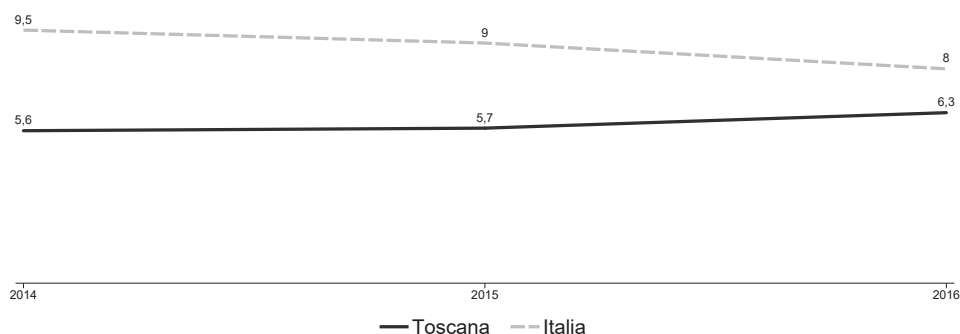


Il trattamento della frattura del femore anche nel 2016 presenta in generale una qualità ottima nel panorama italiano e in costante miglioramento: l'organizzazione ospedaliera garantisce la tempestività dell'intervento per fratture di femore associata a bassa mortalità. Nel 2016, 27 ospedali hanno mostrato livelli di tempestività nel trattamento alti o molto alti, con oltre il

70% di pazienti trattati entro 48 ore. L'introduzione di modelli organizzativi che prevedono la gestione multidisciplinare di questi pazienti (ortogeriatría) si sta mostrando efficace nel garantire la tempestività e ridurre la mortalità, a dimostrazione dell'attenzione verso la popolazione fragile anziana.

I percorsi di chirurgia oncologica evidenziano buoni risultati per tutte le neoplasie considerate in linea con il dato nazionale. Analogamente a quanto accade per la chirurgia oncologica nel suo complesso anche per il trattamento chirurgico del tumore della mammella gli ospedali toscani mantengono nel complesso buoni esiti: la percentuale di nuovi interventi di resezione a 120 giorni da un intervento conservativo per tumore maligno alla mammella in Toscana è pressoché costante e su livelli sempre inferiori al dato nazionale, con 8 strutture su livello molto alti di qualità.

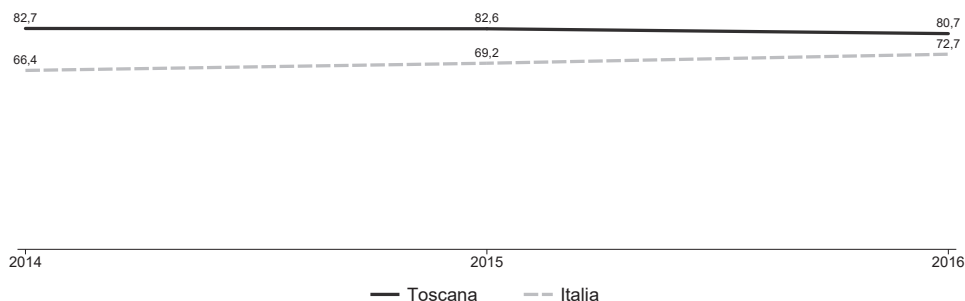
Figura 4. Nuovi interventi di resezione a 120 giorni da un intervento conservativo per tumore maligno alla mammella – Nuovi interventi per 100 interventi conservativi per tumore maligno alla mammella – Toscana e Italia, periodo 2014-2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Piano Nazionale Esiti



Sempre per quanto riguarda la salute della donna, il percorso nascita mostra complessivamente buoni esiti: la quota di tagli cesarei primari, ovvero in donne senza pregressi cesarei, è stabilmente attorno al 20%, valore inferiore al dato nazionale pari al 24%. Inoltre in 20 su 23 ospedali la quota di parti cesarei primari è inferiore al 25%. In linea col dato nazionale sono le complicanze post parto naturale o cesareo.

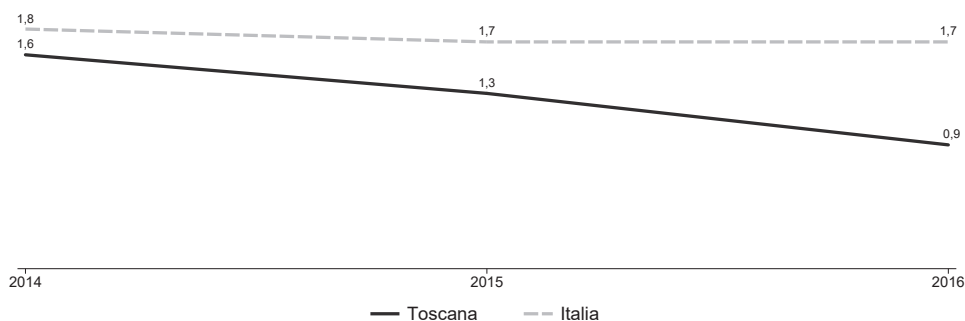
Con riferimento alla chirurgia generale l'attenzione è posta all'intervento di colecistectomia laparoscopica: oltre l'80% dei ricoveri ha una degenza post operatoria inferiore alle 3 giornate, valore nettamente superiore al dato nazionale pari al 73%, con 22 ospedali su livelli di qualità molto alti nel 2016.

Figura 5. Ricoveri per intervento di colecistectomia laparoscopica in regime ordinario con degenza post operatoria inferiore alle 3 giornate – Ricoveri con degenza post operatoria <3gg per 100 ricoveri – Toscana e Italia, periodo 2014-2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Piano Nazionale Esiti



L'assistenza cardiocirurgia in Toscana mostra un buon livello di cura: gli esiti di intervento di bypass aortcoronarico e valvole cardiache sono in linea col dato italiano. Inoltre la Fondazione Monasterio da anni risulta uno dei migliori centri in Italia per questi interventi. Ottimi sono anche gli esiti della chirurgia vascolare, con una mortalità per intervento di aneurisma non rotto dell'aorta in calo e su valori nettamente inferiori al dato nazionale e 5 ospedali con livello di qualità molto alto.

Figura 6. Mortalità per intervento di aneurisma non rotto dell'aorta addominale – Decessi per 100 ricoveri – Toscana e Italia, periodo 2014-2016 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Piano Nazionale Esiti



Antibiotico-resistenza

L'antibiotico-resistenza, ovvero l'aumento costante di batteri resistenti, insensibili agli antibiotici, è un grande problema di salute pubblica a livello globale, che deve essere affrontato attraverso azioni locali coordinate, capaci di influire su ogni singola scelta terapeutica da parte dei sanitari e di produrre piena consapevolezza nei cittadini.

Nel 2017 il Ministero della Salute ha presentato il “Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020”, in cui sono state individuate strategie e azioni da mettere in campo a diversi livelli: nazionale, regionale e locale. Il PNCAR si sviluppa secondo un approccio *One Health*, promosso dall'Unione Europea, riconoscendo che la salute degli esseri umani è legata a quella degli animali e dell'ambiente. L'uso degli antibiotici nelle terapie mediche, il loro impiego in ambito veterinario ed i riflessi sull'ambiente formano infatti un unico sistema interconnesso: sono quindi necessarie azioni coordinate e collaborazione multidisciplinare per affrontare il problema in modo organico, ma soprattutto efficace.

Gli obiettivi generali della strategia proposta con il PNCAR sono la riduzione della frequenza delle infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici e di infezioni associate all'assistenza sanitaria ospedaliera e comunitaria attraverso 6 ambiti di intervento:

1. sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni da microrganismi resistenti, comprese quelle correlate all'assistenza sanitaria;
2. uso appropriato e sorveglianza del consumo di antibiotici, con una riduzione dell'impiego entro il 2020 superiore al 10% in ambito territoriale e oltre il 5% in ambito ospedaliero e un taglio oltre il 30% nel settore veterinario (rispetto ai livelli 2016);
3. potenziamento dei servizi diagnostici di microbiologia, con il 100% delle regioni attrezzate alla sorveglianza e un numero di laboratori adeguato alla popolazione;
4. formazione degli operatori sanitari;
5. educazione della popolazione;
6. ricerca mirata.

Al fine di monitorare i progressi nel raggiungimento degli obiettivi del piano sono stati definiti alcuni indicatori sintetici nel settore della sorveglianza del consumo di antibiotici, delle infezioni correlate all'assistenza e della percentuale di microrganismi multi-resistenti in ambito umano e veterinario. Inoltre alcuni indicatori generali riguardano la disponibilità a livello regionale di sistemi per la sorveglianza dell'antibiotico-resistenza e del consumo di soluzione idroalcolica negli ospedali.

In Toscana la “Rete di sorveglianza microbiologica e dell'antibiotico-resistenza (Rete SMART)”, coordinata da ARS, comprende tutti i laboratori di microbiologia presenti negli ospedali della Regione e consente dal 2015 un monitoraggio della resistenza e del consumo di antibiotici.

A proposito del consumo di antibiotici il PNCAR prevede quattro indicatori di monitoraggio degli obiettivi riferiti alla riduzione del consumo ospedaliero e territoriale di antibiotici sistemici e di fluorochinoloni. Invece con riferimento alle resistenze antimicrobiche gli indicatori

prevedono una riduzione della prevalenza di *Stafilococco aureo* resistente alla meticillina (MRSA) e di *Enterobatteri* produttori di carbapenemasi (CPE).

Di seguito per ciascuno di questi indicatori è riportato l'andamento osservato in Toscana tra il 2014 e il 2017, i dati italiani ed europei pubblicati dell'ECDC e l'obiettivo nazionale fissato dal PNCAR al 2020.

Figura 1. Consumo di antibiotici in ospedale per tipologia - Dosi giornaliere per 1.000 abitanti - Toscana, Italia e media paesi EU28, periodo 2015-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari e ECDC

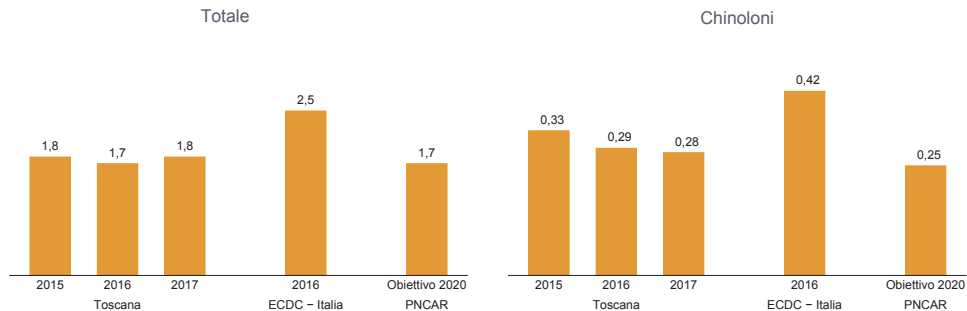
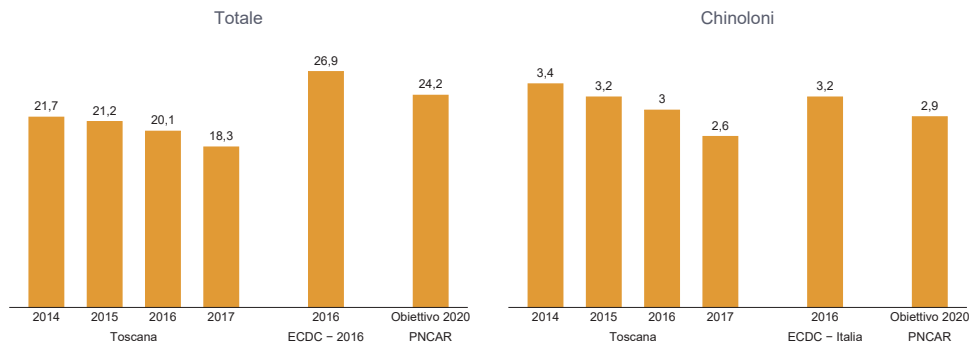


Figura 2. Consumo territoriale di antibiotici per tipologia - Dosi giornaliere per 1.000 abitanti - Toscana, Italia e media paesi EU28, periodo 2015-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari e ECDC



Come si osserva la Toscana si attesta su livelli di consumo di antibiotici leggermente inferiori al dato italiano sia in ospedale (figura 1) sia nel territorio (figura 2). In particolare i dati toscani sono allineati con l'obiettivo nazionale posto dal PNCAR per il 2020.

In figura 3 e 4 sono invece riportate le misure di prevalenza di MRSA e CPE per 100 isolati non replicati: in entrambi questi casi il dato toscano è in linea con quello italiano e molto superiore al valore europeo. Da notare come l'obiettivo posto dal PNCAR per il 2020 sia su valori molto superiori rispetto al dato medio europeo.

Figura 3. Stafilococco aureo resistente alla meticillina (MRSA) – Prevalenza per 100 isolati non replicati - Toscana, Italia e media paesi EU28, periodo 2015-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari e ECDC

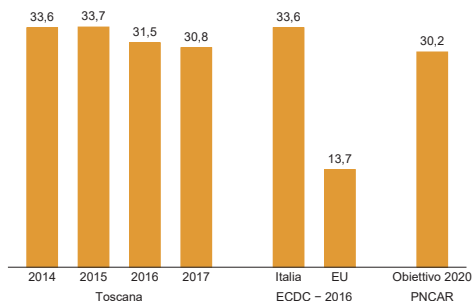
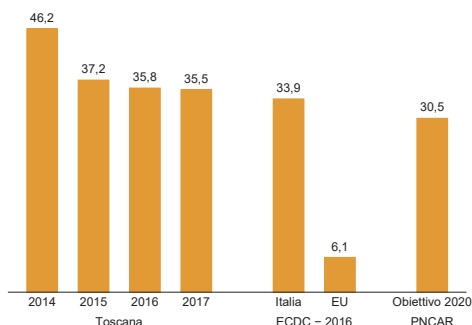


Figura 4. Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) – Prevalenza per 100 isolati non replicati - Toscana, Italia e media paesi EU28, periodo 2015-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari e ECDC



Specialistica ambulatoriale

Le prestazioni ambulatoriali erogate in Toscana nel 2017 sono circa 50,3 milioni e corrispondono a un volume di attività, espresso in somma degli importi tariffari per la loro compensazione, pari a 745,7 milioni di Euro. Rispetto al 2016 a fronte di una lieve diminuzione dello 0,9% nel numero di prestazioni erogate, si ha una diminuzione di “spesa” (somma dei valori tariffari), pari al 3,6%, nel 2016 infatti venivano erogate prestazioni specialistiche per 773,6 milioni di Euro.

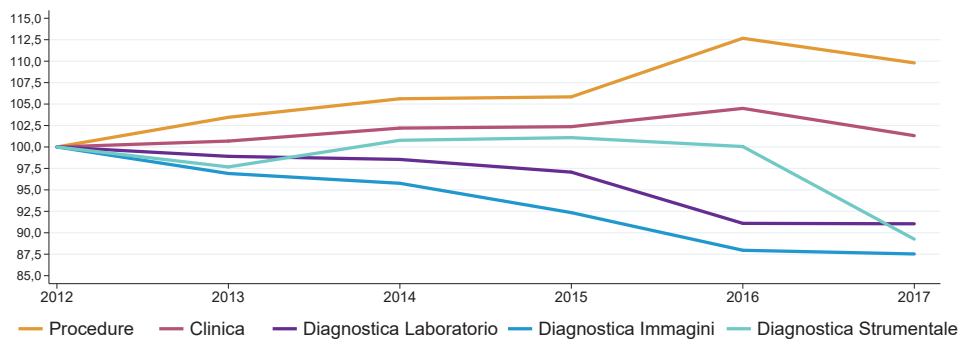
In tabella 1 sono dettagliati i volumi delle prestazioni in milioni e la somma dei valori tariffari in milioni di Euro per i 5 principali settori di attività specialistica: l'attività clinica (visite mediche specialistiche), la diagnostica per immagini (ecografie, scintigrafia, RM, PET, medicina nucleare), la diagnostica di laboratorio (esami sangue, esami urine), la diagnostica strumentale (endoscopie, ecodoppler, ecocardiografia, EEG, EMG, fluorangiografie) e le procedure (Biopsie, chirurgia ambulatoriale, PMA).

Tabella 1. Prestazioni e valori tariffari per settori di attività specialistica - Volumi in milioni e somma dei valori tariffari in milioni di Euro - Toscana, periodo 2015-2017 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA

Settore	Prestazioni (in mln)			Tariffe (in mln di €)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Clinica	5,2	5,4	5,2	95,5	98,3	96,5
Diagnostica Immagini	2,6	2,5	2,5	181,5	175,1	177,7
Diagnostica Laboratorio	41,7	39,1	39,1	237,6	229,4	230,0
Diagnostica Strumentale	1,8	1,8	1,7	60,2	60,5	53,5
Procedure	1,8	1,9	1,9	180,6	210,2	188,0

La diagnostica di laboratorio rappresenta il 77,5% dell'attività con 39,1 milioni di prestazioni, di cui 4 milioni relative ai prelievi. Si conferma rispetto al 2012 anche per il 2017 il trend in calo delle prestazioni specialistiche: dal 2012 al 2017 si registra un decremento percentuale per la diagnostica per immagini e per la diagnostica di laboratorio e strumentale, più marcato tra le fasce di reddito familiare tra 70.000 e 100.000 € annui e in quelle con reddito superiore ai 100.000 €, questo a causa di una quota di ticket aggiuntivo più elevata rispetto alle altre fasce di reddito. In sostanziale stabilità invece il settore dell'attività clinica, mentre in lieve aumento le procedure (figura 1).

Figura 1. Prestazioni specialistiche per settore – Percentuale di variazione rispetto al 2012 – Toscana, periodo 2012-2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SPA



Riabilitazione

La Toscana è tra le regioni che dispongono di un numero più basso di posti letto (0,25 posti letto ogni 1.000 abitanti, figura 1) e che effettuano un numero minore di ricoveri ospedalieri in reparti di riabilitazione (10.800 ricoveri nel 2016, pari a 290 ogni 100mila abitanti, il 93% dei quali avvenuto in regime ordinario, figura 2).

Figura 1. Posti letto in riabilitazione – Posti per 1.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2016

Fonte: Ministero della Salute

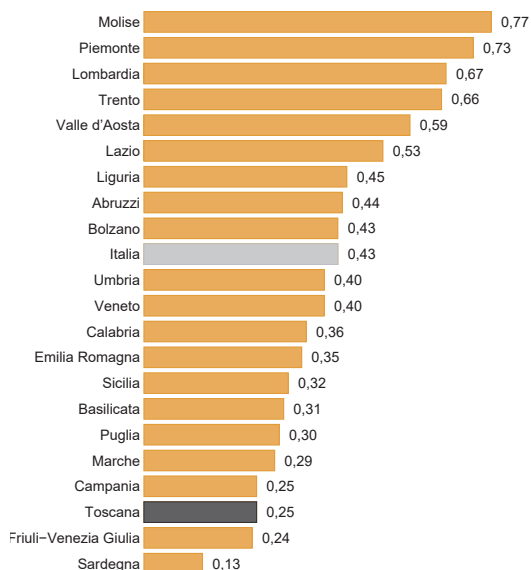
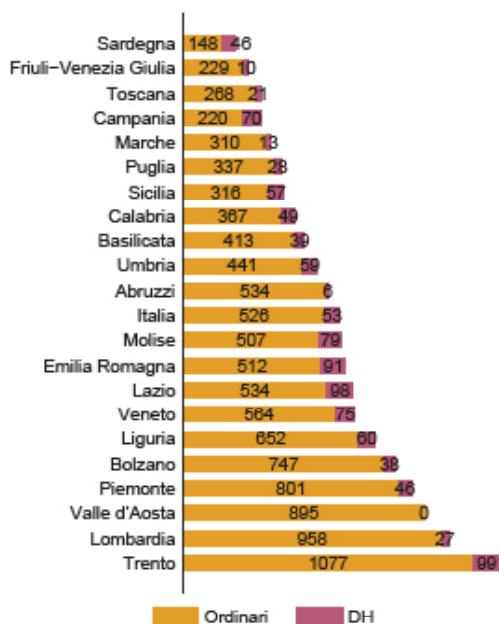


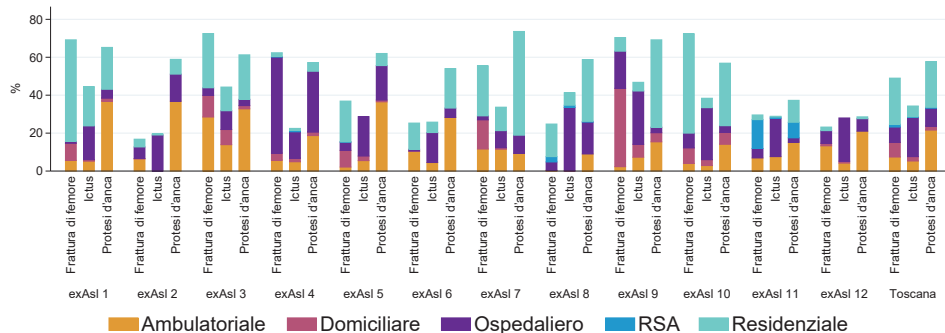
Figura 2. Ospedalizzazione in riabilitazione per regime – Tasso per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2016 – Fonte: Rapporto SDO 2016, Ministero della salute



Quello ospedaliero ovviamente è uno dei setting riabilitativi possibili insieme alle strutture residenziali extra-ospedaliere (cosiddette ex art. 26), il regime ambulatoriale o domiciliare per i quali però non sono disponibili dati a livello nazionale.

All'interno della regione, analizzando i tre principali percorsi riabilitativi nella popolazione ultra64enne – dopo ictus, frattura di femore e protesi d'anca – permangono forti differenze tra gli ambiti territoriali corrispondenti alle ex-ASL, sia in termini di accessibilità ai servizi che in termini di setting riabilitativo, ponendo questioni di appropriatezza clinica (figura 3). Complessivamente, nel 2017, circa un anziano su due è stato riabilitato in strutture pubbliche o private convenzionate entro 28gg a seguito di una frattura di femore, 1 su 3 a seguito di ictus, 3 su 5 dopo una protesi d'anca.

Figura 3. Riabilitati a 28 giorni da un evento acuto per tipo evento e setting assistenziale – Riabilitati entro 28 giorni per 100 eventi acuti – ExAsl e Toscana, anno 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Cure territoriali e AFT

Dal 2014 in Toscana sono state create le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che riuniscono i medici di medicina generale (MMG) e i medici della continuità assistenziale (MCA). Tra i compiti principali dell'AFT vi è la clinical governance dei servizi con particolare riguardo alla gestione delle malattie croniche a livello territoriale, per garantire omogeneità di assistenza, buoni esiti di salute, appropriatezza e riduzione dei costi. Fa parte di questo modello organizzativo anche la Sanità d'Iniziativa (SI), un progetto sviluppatosi a partire dal 2009, per la gestione a livello ambulatoriale e in maniera proattiva delle principali patologie croniche, secondo percorsi condivisi e basati sulle evidenze (PDTA), considerando la complessità assistenziale del singolo paziente. Questo modello, che è stato rivisto e aggiornato nel corso degli anni, si basa sul Chronic Care Model (CCM) e sulla stratificazione dei pazienti in classi di rischio e di complessità assistenziale, seguendo le indicazioni del Piano Nazionale della Cronicità 2016. Il livello di adesione dei MMG toscani a questo progetto si attesta per il 2017 a circa il 59% del totale.

Un indicatore proxy di appropriatezza delle cure erogate è la percentuale di raccomandazioni adeguate seguite dai malati cronici toscani nel 2017: il valore è stato di circa 4 raccomandazioni su 10 seguite tra quelle adeguate alla loro patologia; il dato è stabile rispetto allo scorso anno. Gli esiti di salute negativi, misurati come tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario e in area medica, sono sostanzialmente stabili rispetto al 2016: 56,7 ogni 1.000 assistiti d'età 16+. Per quanto riguarda la spesa territoriale complessiva il dato 2017 risulta di 509 € pro-capite, in riduzione rispetto all'anno precedente (tabella 1).

Anche per il 2017 si riconferma che, in generale, gli assistiti da MMG aderenti alla SI hanno un maggior livello di adesione alle indicazioni terapeutiche, hanno meno esiti di salute negativi e una spesa sanitaria territoriale più contenuta.

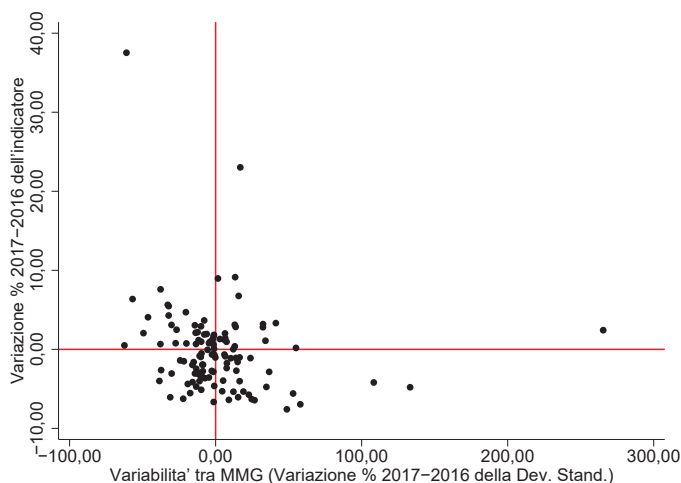
Tabella 1. Indicatori di appropriatezza, spesa ed esiti tra gli assistiti residenti – Toscana, anni 2016 e 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana

Indicatore	2016			2017		
	Tutti	SI	No SI	Tutti	SI	No SI
Raccomandazioni seguite per cura malattie croniche	41,8%	42,6%	40,8%	41,6%	42,3%	40,4%
Tasso di ricovero x1000 (ordinario, reparti per acuti, DRG medico)	57,8	57,6	58	56,7	55,8	58
Spesa per assistenza territoriale pro capite	524 €	520 €	527 €	509 €	507 €	513 €

* SI: medici aderenti alla sanità d'iniziativa

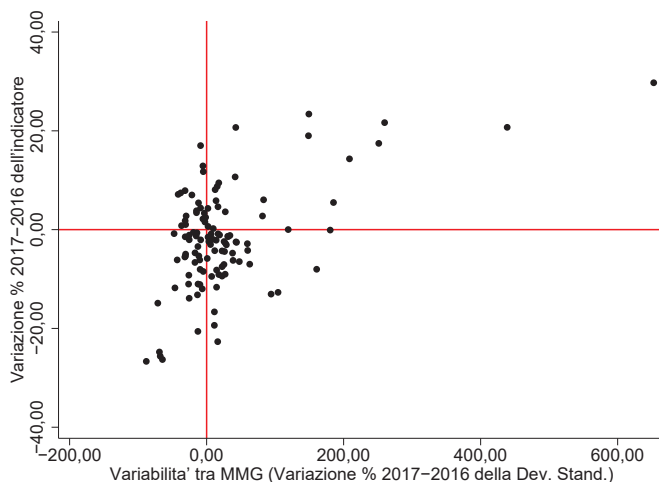
Nelle successive figure (1-3) le AFT sono rappresentate in base alla variazione percentuale 2016-2017 dell'indicatore (media dei valori dei MMG che compongono l'AFT) e della sua variabilità tra MMG della stessa AFT, misurata come dispersione intorno al valore medio (deviazione standard). La percentuale media di raccomandazioni seguite per la cura di malattie croniche è aumentata in 52 AFT su 116, e la variabilità tra MMG della stessa AFT è diminuita in 69 AFT (figura 1).

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 2016 e 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



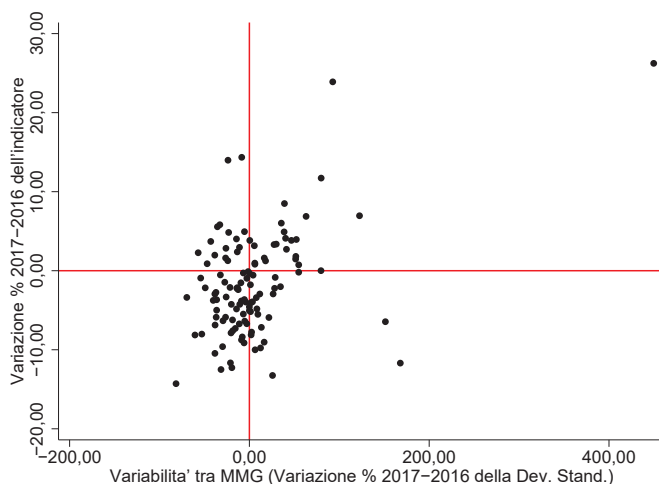
Il tasso di ricovero è diminuito in 74 AFT su 116, ed in 52 AFT è diminuita anche la variabilità tra MMG (figura 2).

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 2016 e 2017 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



Infine per quanto riguarda la spesa media pro-capite per l'assistenza territoriale, il valore medio è diminuito in ben 75 AFT su 116, così come la variabilità interna si è ridotta in 66 AFT.

Figura 3. Spesa pro-capite per assistenza territoriale tra gli assistiti d'età 16+ - Posizionamento delle AFT per combinazione della variazione annuale dell'indicatore e della variazione annuale di variabilità interna - AFT toscane, anni 2015 e 2016 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari Regione Toscana



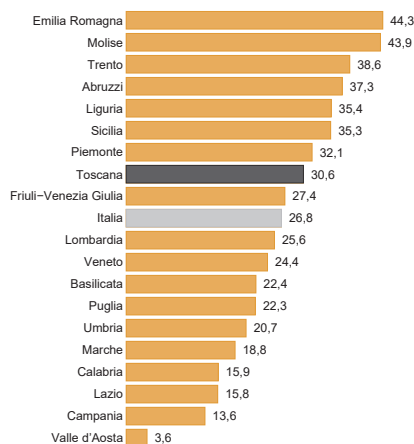
Un'ulteriore implementazione delle attività di audit clinico sui servizi all'interno alle AFT potrebbe garantire cure sempre più appropriate e sostenibili e favorire il governo clinico della Medicina Generale.

Assistenza all'anziano non autosufficiente

In Toscana, gli anziani (ultra64enni) non autosufficienti con limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana come mangiare, lavarsi e vestirsi, sono circa il 123mila (Ars su dati Multiscopo ISTAT 2016) per una prevalenza pari al 13% rispetto a quella media italiana (14%). A livello nazionale, l'assistenza territoriale a queste persone è monitorata dalla copertura del bisogno tramite prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) o ricoveri presso residenze sanitarie assistenziali (RSA).

La Toscana è sopra la media nazionale per numero di anziani in ADI (figura 1). Circa 30 anziani ogni 1.000 usufruiscono di almeno un servizio domiciliare finalizzato all'assistenza sanitaria e all'aiuto alla persona per colmare la mancanza di autonomia.

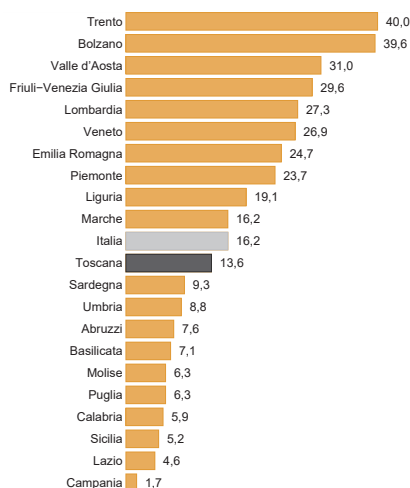
Figura 1. Assistenza domiciliare integrata – Anziani (età 65+) in ADI per 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2015 – Fonte: Rapporto Osservasalute 2017



**Dato non disponibile per Sardegna e P.A. Bolzano*

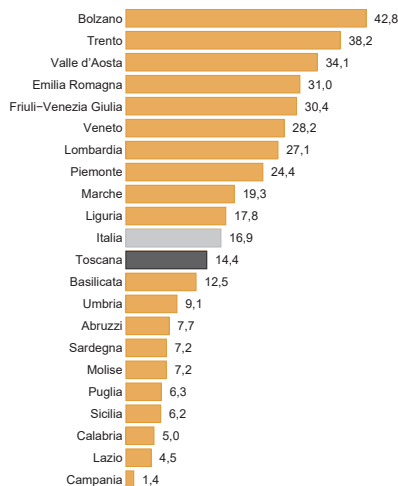
Minore invece alla media nazionale il ricorso all'istituzionalizzazione in RSA: nel 2015 circa 14 anziani ogni 1.000 sono stati ospiti di RSA, a fronte di una media italiana di 16 per 1.000 (figura 2). Da considerare che in Toscana è sempre stata privilegiata l'assistenza domiciliare rispetto a quella residenziale.

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



I posti letto disponibili per anziani non autosufficienti all'interno delle strutture socio sanitarie toscane sono circa 14mila, pari a 14,4 ogni 1.000 anziani residenti (figura 3), dato di poco inferiore alla media nazionale.

Figura 3. Posti letto per anziani non autosufficienti in strutture socio-sanitarie – Posti letto per 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2015 – Fonte: Rapporto OsservaSalute 2017

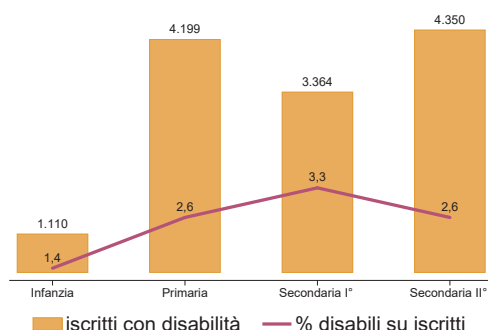


Assistenza alla disabilità

In questo paragrafo si cerca di offrire un quadro conoscitivo in merito all'inserimento scolastico, formativo e lavorativo delle persone con disabilità e di ricostruire un quadro minimo dei servizi di assistenza, in particolar modo quelli erogati tramite le strutture residenziali e attraverso gli interventi sociali dei Comuni toscani.

Nell'anno scolastico 2016/17 risultano complessivamente inseriti all'interno del sistema educativo e scolastico circa 13mila bambini e ragazzi con disabilità. All'interno della scuola dell'infanzia la quota di bambini con disabilità sugli iscritti è dell'1,6%, misura che cresce all'interno dell'obbligo formativo nelle scuole primaria (2,7%) e secondaria di I grado (3,4%) e secondaria di II grado (2,7%). L'inserimento scolastico (primaria e secondarie di I e II grado) di bambini e ragazzi con disabilità è cresciuto nel tempo ed è arrivato, nei tre ordini di istruzione, a circa 11.900 iscritti, il 2,8% del totale. La dotazione di posti di sostegno, pur corrispondente alle prescrizioni normative vigenti, appare invece sottostimata rispetto al bisogno presente. Il numero di posti è comunque cresciuto (da 5.000 posti nel 2011 agli attuali 8.600) e copre il 68% degli alunni con disabilità iscritti all'interno del percorso educativo-scolastico, con una punta massima nella scuola dell'infanzia.

Figura 1. Bambini e ragazzi con disabilità iscritti per ordine di istruzione – Volumi e valori per 100 iscritti – Toscana, anno scolastico 2016/17 – Fonte: Regione Toscana



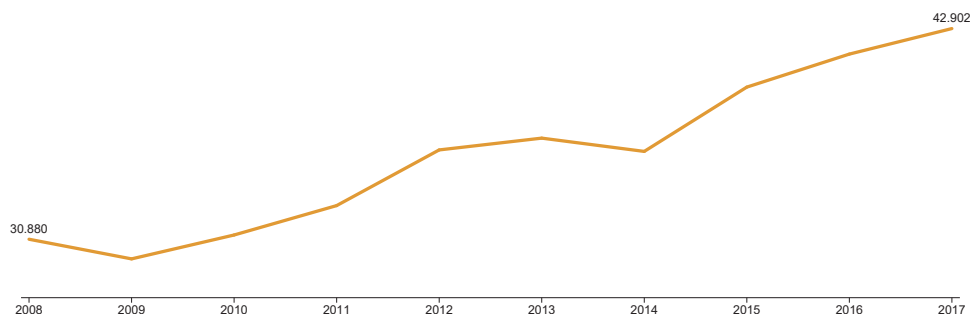
A integrazione di tali evidenze, i dati della rilevazione sulla disabilità (L. 104/92) forniscono informazioni riguardo ad altri ambiti afferenti la fase educativa dei soggetti con disabilità. Gli inserimenti universitari 2016 riguardano 445 persone. Gli interventi più corposi in termini di assistenza alla persona in ambito scolastico (che hanno interessato nel 2016 quasi 4.700 soggetti) mostrano un consistente aumento, così come gli ausili per l'apprendimento (quadruplicati e arrivati a quasi 1.700). Anche il trasporto scolastico, pur con alcune oscillazioni, evidenzia un trend di crescita ed è arrivato a coprire quasi 900 persone.

Tabella 1. Disabili che hanno usufruito di altri interventi in ambito scolastico per tipologia – Toscana, periodo 2010-2016 – Fonte: Regione Toscana

Tipo di intervento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Inseriti Università						407	445
Assistenza alla persona	2.689	3.473	3.590	3.716	3.850	4.289	4.679
Ausili per apprendimenti	399	385	998	1.076	1.443	1.566	1.688
Trasporto scolastico	612	692	663	720	794	776	878

In merito all’inserimento lavorativo delle persone con disabilità, la legge 68/99 introduce il concetto di ‘collocamento mirato’, cioè “l’insieme degli strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi di lavoro e di relazione”. La gestione del collocamento mirato è demandata ai Centri per l’impiego (CPI), che gestiscono operativamente l’inserimento lavorativo delle persone con disabilità, il quale avviene tramite assunzione nominativa o avviamento numerico presso i datori di lavoro privati o pubblici soggetti all’obbligo di assunzione (anche i datori di lavoro non soggetti all’obbligo, comunque, possono assumere persone con disabilità secondo le opportunità del collocamento mirato). I dati riferiscono di quasi 43mila iscritti al collocamento mirato presso i CPI toscani al 31 dicembre 2017. Un dato che è aumentato nel tempo e che rispetto al 2008 ha visto crescere lo stock di circa 12mila unità (+40%), sintomo di un incremento del bisogno lavorativo ma anche di una accresciuta capacità dei servizi di intercettare e coinvolgere il lavoratore con disabilità o la persona con disabilità in cerca di lavoro. La criticità occupazionale ha inevitabilmente coinvolto anche questo segmento di lavoratori, peraltro più debole già in partenza. Il biennio 2013-2015 (ultimo anno disponibile) fa segnare qualche elemento positivo ma in un orizzonte di medio periodo negativo: le comunicazioni annuali di avviamento mostrano una leggera ripresa, ma restano comunque quasi dimezzate rispetto al 2008 (erano 2.600, sono 1.500), ed anche il divario con le cessazioni dei rapporti lavorativi sembra essersi quasi annullato nel 2015 (sono 1.345). In sostanza gli avviamenti al lavoro sono meno di 4 ogni 100 iscritti, una quota molto bassa rispetto all’universo di riferimento, che mette in evidenza un mercato del lavoro, soprattutto nelle sue più recenti dinamiche, restio all’inserimento di persone con disabilità. Su questo ultimo versante è tuttavia utile specificare che i numeri del collocamento mirato rappresentano spesso una sovrastima dei reali disponibili al lavoro: l’iscrizione presso le liste ex L. 68/99 può rappresentare un prerequisito per la fruizione di altre prestazioni sociali (esenzione ticket sanitario, iscrizione albi comunali degli scrutinatori, ecc.) e dunque solo una quota degli iscritti risulta effettivamente attiva nella ricerca del lavoro.

Figura 2. Iscritti al collocamento mirato (L. 68/99) presso i Centri per l'Impiego – Toscana, periodo 2008-2017 – Fonte: Regione Toscana



Anche in tema di lavoro, la rilevazione dei soggetti disabili mette a disposizione alcune interessanti misure quali gli inserimenti in preformazione e formazione (in calo), gli inserimenti socio terapeutici e borse lavoro (con valori consistenti e stabilmente sopra i 2mila casi), gli inserimenti lavorativi (oscillanti).

Tabella 2. Disabili che hanno usufruito di altri interventi in ambito formativo e lavorativo per tipologia – Toscana, periodo 2010-2016 – Fonte: Regione Toscana

Tipo di intervento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Inseriti preformazione	505	643	411	268	361	250	314
Inseriti formazione	773	1.253	540	812	767	529	536
Ins. socio terapeutici o borse lavoro	1.789	2.466	2.314	2.104	2.262	2.241	2.295
Inseriti lavoro	723	628	879	617	989	664	756

Infine, in tema di assistenza:

- la rilevazione ISTAT sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (tabella 3) ci dice che al 2015 erano presenti nelle strutture toscane circa 1.400 posti letto per persone con disabilità (62,5 ogni 100mila abitanti contro una media nazionale di 83,5) e quasi 1.600 ospiti con disabilità o disturbi mentali (142 per 100mila adulti 18-64 anni, media Italia 157,6).
- La rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati (tabella 4), purtroppo disponibile soltanto fino al 2014, fornisce dati interessanti sulle persone con disabilità in carico al servizio sociale professionale (oltre 14mila), sugli interventi di integrazione sociale (625 utenti) e ricreative-sociali-culturali (circa 1.350 utenti), sull'assistenza domiciliare socio-assistenziale (oltre 1.600 utenti) e sul trasporto sociale (servizio utilizzato da oltre 2.800 persone).

Tabella 3. Posti letto per persone con disabilità e persone con disabilità ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari – Volumi e valori per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2009-2015 – Fonte: ISTAT

Anno	Posti letto disabilità Toscana	Posti letto per 100.000 abitanti		Ospiti disabilità e disturbi mentali Toscana	Ospiti per 100.000 abitanti 18-64 anni	
		Toscana	Italia		Toscana	Italia
2009	1.422	49,7	70,4	1.838	160,9	169,4
2010	1.345	46,8	71,9	1.577	137,7	167,4
2011	1.147	41,1	66,9	1.445	131,2	161,7
2012	952	34	62,3	1.328	120,5	155,5
2013	1.348	59,7	86	1.419	127,3	156,4
2014	1.787	79,5	87,1	1.933	174,1	165,9
2015	1.399	62,5	83,5	1.569	142,0	157,6

Tabella 4. Utenti dei servizi e interventi sociali dei Comuni singoli o associati nell'area di utenza "Disabilità" – Toscana, periodo 2010-2014 – Fonte: ISTAT

Servizi/interventi	2010	2011	2012	2013	2014
Servizio sociale professionale	18.405	15.721	16.466	16.079	14.326
Integrazione sociale soggetti deboli o a rischio	1.038	1.162	1.084	848	625
Attività ricreative, sociali, culturali	1.889	1.558	1.588	1.260	1.348
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1.744	1.642	1.724	1.680	1.632
Trasporto sociale	3.926	3.503	3.447	3.317	2.827

Le cure nel fine vita

Nel 2016 in Toscana i 9.460 residenti deceduti per tumore hanno rappresentato il 22% del totale dei decessi avvenuti in tutta la regione. Più della metà sono di sesso maschile (59%) e di età superiore a 75 anni (65%). Con l'obiettivo di monitorare la qualità delle cure nell'assistenza di fine vita abbiamo osservato il profilo assistenziale nell'ultimo mese di vita di questi pazienti, utilizzando come fonte informativa i flussi amministrativi regionali correnti. Molti degli indicatori sono stati derivati dal lavoro di ricerca di Earle e collaboratori pubblicato nel 2003 (Earle et al, 2003). Tale lavoro ha definito un set di indicatori di qualità nell'assistenza nel fine vita nei pazienti oncologici, attraverso un approccio combinato di revisione della letteratura, focus group con pazienti e familiari e la costituzione di un panel di esperti.

Confrontiamo la Toscana con l'Emilia Romagna che in questi ultimi anni si è impegnata in questo contesto sia attraverso programmi di formazione dedicati ai professionisti sanitari che tramite strumenti di monitoraggio, pubblicando nel 2016 uno studio del tutto comparabile a quello toscano per metodo, fonti informative utilizzate e indicatori misurati.

In Toscana, il 59% dei pazienti neoplastici ha effettuato almeno un accesso al Pronto Soccorso nell'ultimo mese di vita, e la grande maggioranza (75%) ha effettuato almeno un ricovero.

Del tutto simile il ricorso a Pronto Soccorso e ospedalizzazioni nei pazienti residenti in Emilia Romagna: 54% e 74% rispettivamente.

Circa l'11% dei ricoveri toscani è stato caratterizzato dal passaggio in reparto di terapia intensiva negli ultimi 30 giorni di vita e nel 3,5% circa dei pazienti è stata effettuata una nuova seduta di chemioterapia. In Emilia Romagna, sempre nello stesso periodo temporale, il 5% dei ricoveri ha visto anche un passaggio in reparto di terapia intensiva e nel 2,8% dei pazienti è stata effettuata una nuova seduta di chemioterapia.

La prescrizione di farmaci per alleviare il dolore negli ultimi giorni di vita è considerata un indicatore di qualità nelle cure offerte ai pazienti con malattie terminali. Un paziente toscano su cinque con patologie neoplastiche ha fatto uso di oppioidi a domicilio negli ultimi 30 giorni di vita, mentre in Emilia Romagna tale percentuale sale al 28%.

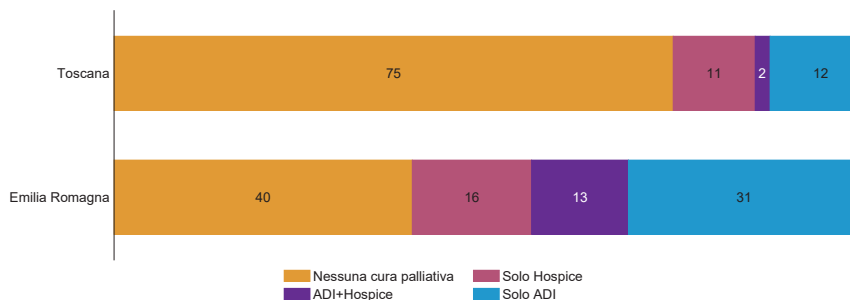
In Toscana il 12% dei pazienti ha attivato un percorso domiciliare con i servizi territoriali, l'11% si è rivolto ad Hospice, e il 2% ha attivato sia un percorso di cure domiciliari che in Hospice. Tre pazienti toscani su quattro non hanno fatto ricorso ad alcun servizio, a meno che non si siano rivolti al Terzo settore la cui attività, ad oggi, non viene totalmente registrata attraverso dei flussi informativi strutturati a livello regionale. In Emilia Romagna il 31% ha attivato le cure domiciliari, il 16% il percorso in Hospice e nel 13% dei casi sono stati attivati entrambi i servizi; il restante 40% risulta non aver attivato alcun servizio di cure palliative (figura 1).

Il decesso, infine, è avvenuto tra le mura ospedaliere nel 41% dei cittadini toscani, dove i pazienti con maggior probabilità di morire in ospedale sono i maschi, le classi d'età più giovani e le persone con un numero maggiore di comorbidità (>2). Per i pazienti della regione Emilia Romagna la percentuale è appena superiore (48%).

Questa è la realtà dell'assistenza nel fine vita per i pazienti con storia clinica di tumore in Toscana e Emilia Romagna. Soprattutto la Toscana appare ancora centrata su cure ad alto livello d'intensività e invasività: questo non solo può esporre i pazienti a ulteriori rischi, come infezioni o complicanze legate agli interventi, ma sappiamo dalla letteratura come i bisogni e le aspettative dei malati e dei loro familiari vadano in tutt'altra direzione.

È da promuovere, dunque, una diversa strategia di approccio alle cure in modo da evitare possibili eccessi, fino a casi di vero e proprio accanimento terapeutico, insostenibili sul piano etico oltre che su quello del consumo di risorse preziose (Brooks et al., 2013). Si tratta di un percorso che oggi può essere valutato e monitorato con adeguati strumenti, come gli indicatori di qualità riguardanti le cure palliative, favorendo così le trasformazioni di “valore” dell'assistenza di fine vita.

Figura 1. Ricorso alle cure palliative negli ultimi 30 giorni di vita per tipologia – Distribuzione percentuale – Toscana e Emilia Romagna, anno 2016 (Toscana) e 2015 (Emilia Romagna)
– Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi informativi sanitari e Regione Emilia Romagna



L'assistenza garantita: i LEA

Fino al 2017 per monitorare l'erogazione dei LEA, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, istituito presso il Ministero della Salute, ogni anno ha valutato il raggiungimento degli adempimenti. La “griglia” LEA è composta da 31 indicatori, ciascuno con un valore compreso tra -1 e 9. La Toscana negli ultimi 5 anni è andata progressivamente migliorando il proprio risultato. Partendo con 168 punti nel 2011, al 4° posto tra tutte le regioni, ha raggiunto quota 214 nel 2013, 217 nel 2014 e 212 nel 2015 conseguendo il miglior risultato nazionale per tre anni consecutivi. Nel 2016 permane sempre sopra quota 200 raggiungendo il punteggio di 208 che la posiziona al secondo posto in Italia dopo il Veneto.

Il 2017 segna un anno di svolta a livello nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Dopo 16 anni, lo scorso gennaio è stato finalmente diffuso lo Schema di Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, il DPCM del 12 gennaio 2017 (pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale – Suppl. n.15), che definisce e aggiorna i nuovi LEA, andando a sostituire la vigente normativa risalente al DPCM del 29 novembre 2001.

I nuovi LEA, le attività, i servizi e le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, ovunque risiedano e qualunque sia la loro condizione sociale, in modo gratuito o in seguito al pagamento di una quota di partecipazione, a livello nazionale saranno monitorati dal Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (NSG).

Programma PROLEA di ARS Toscana

Nel contesto nazionale di profondo rinnovamento dell'assistenza sanitaria, da giugno 2017 ARS si è dotata di un innovativo strumento, il primo in Italia, per il monitoraggio dei LEA, il Programma Regionale di Osservazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (<https://prolea.ars.toscana.it/>). Il sistema mette a disposizione strumenti per valutare la reale e concreta offerta dei servizi e prestazioni da parte del Sistema Sanitario Regionale (SSR) toscano e la loro effettiva fruizione da parte della popolazione toscana, assolvendo a tre obiettivi: disporre di dati tempestivi sul funzionamento del SSR toscano; monitorare l'uniforme erogazione territoriale dei LEA; valutare differenze individuali nell'accesso e utilizzo dei servizi.

Il portale PROLEA al momento fornisce la misura di 48 indicatori divisi in 4 aree:

- Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica (18 indicatori);
- Assistenza distrettuale (15 indicatori);
- Assistenza ospedaliera (10 indicatori);
- Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali (PDTA, 5 indicatori).

Gli indicatori PROLEA, attraverso le innovative tecniche della data science e dei BigData, sono declinati tempestivamente e interattivamente in più dimensioni: all'andamento temporale e alla

puntuale distribuzione geografica, si aggiungono per la prima volta in Italia, le dimensioni che caratterizzano l'individuo, oltre ad età e genere, infatti, si tiene conto delle principali dimensioni socio-economiche individuali, come il titolo di studio, il reddito, la deprivazione materiale, le esenzioni per reddito e per patologia. In questo modo è possibile valutare se i LEA monitorati siano effettivamente fruibili in maniera equa da tutti i cittadini o se siano invece presenti delle disparità di accesso nelle diverse situazioni locali e sociali.

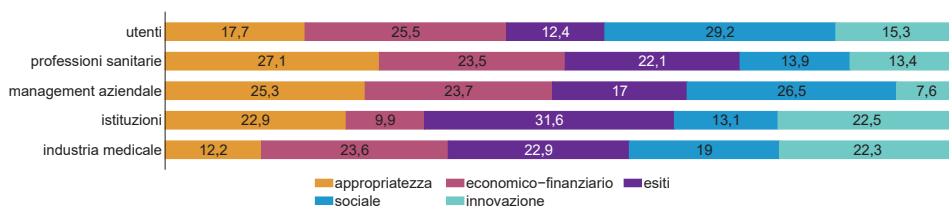
A titolo di esempio descriviamone sinteticamente un indicatore ospedaliero e uno territoriale:

- *la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa diagnosi* presenta un trend sostanzialmente stabile negli ultimi 5 anni (6,5% vs 6,4%). Le differenze tra maschi e femmine diminuiscono gradualmente nel tempo, il gap passa da 4,5% al -1,1%, inoltre all'aumentare del livello di reddito le differenze di genere tendono ad attenuarsi. Sono invece presenti significative disuguaglianze per livello di istruzione: si passa dal 6,9% di ricoveri ripetuti tra i pazienti con basso livello di istruzione, al 6,2% tra i pazienti con livello medio, al 5,9% tra quelli con livello alto.
- *Il consumo procapite di farmaci sentinella/traccianti Antibiotici* ha un trend in lieve diminuzione negli ultimi 5 anni, nel 2017 il consumo è di 18,3 dosi giornaliere (DDD – Defined Daily Doses) per 1.000 abitanti, mentre nel 2013 era pari a 21,9. Aumentano gradualmente le disuguaglianze per genere, il gap tra femmine e maschi negli ultimi 5 anni passa dall'8,8% al 10,7% (nel 2017: 19,3 DDD ogni 1.000 donne e 17,43 DDD ogni 1.000 uomini). In aumento anche le disuguaglianze legate al reddito: si passa da 19,4 DDD per 1.000 abitanti con basso reddito familiare (<36mila Euro annui) a 16 DDD per 1.000 abitanti con reddito alto (>70mila Euro annui). Anche in questo caso con l'aumentare del livello di reddito le disuguaglianze per genere si attenuano: sotto i 36mila Euro di reddito il consumo farmaceutico è pari a 20 DDD per 1.000 donne e 18,2 DDD per 1.000 uomini, mentre per i redditi oltre i 100mila Euro il consumo tra le donne è pari a 16,4 DDD per 1.000, tra gli uomini 15,8 DDD per 1.000.

La percezione dei cittadini sui servizi

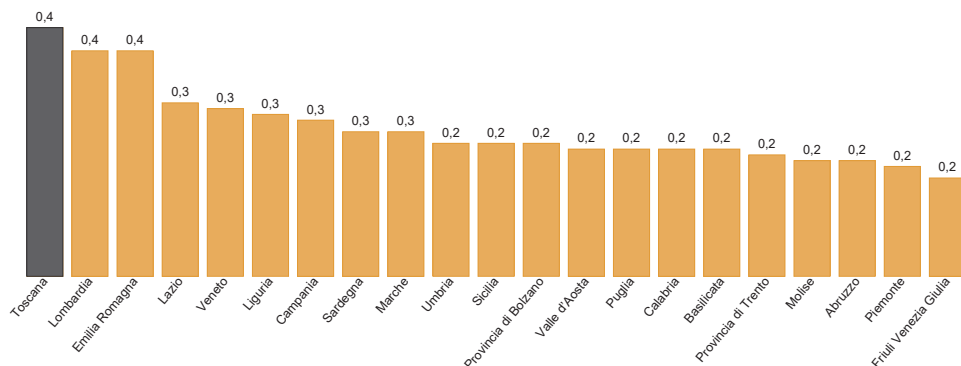
Nel dicembre del 2017 è stato pubblicato il 13° rapporto di CREA Sanità, che include la valutazione dei sistemi sanitari regionali fatta secondo il metodo promosso nel 2013 dal team di ricerca e che si compone delle diverse visioni del sistema di cui sono portatori gli stakeholder. Un panel di esperti selezionati fra utenti, professioni sanitarie, management aziendale, istituzioni, industria medica, sceglie gli indicatori che secondo loro sono i più utili a misurare le dimensioni della *performance* sanitaria (sociale-equità, economico-finanziaria, appropriatezza, esiti, innovazione). La figura 1 mostra il ranking risultante nell'ultima edizione (2017). In linea con quanto emerso nel 2016 e in continuità con i risultati del 2013, la categoria degli utenti, in maniera più evidente delle altre, concentra la propria attenzione sia sulla dimensione sociale sia su quella economico-finanziaria (oltre il 50%).

Figura 1. Contributo delle dimensioni alla performance dei Sistemi Sanitari Regionali per tipologia di stakeholder – Distribuzione percentuale – Fonte: Rapporto CREA Sanità 2017



La misura della Performance ottenuta è la sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le categorie di stakeholder rappresentate nel panel di esperti ed è indicata con un risultato che oscilla da un massimo di 1 ad un minimo di 0. Nella valutazione dei servizi sanitari fatta complessivamente da tutte le categorie di soggetti, il risultato migliore è ottenuto dalla Toscana (figura non riportata). La nostra regione continua a mantenere il valore migliore anche osservando la prospettiva della sola categoria degli utenti, con un evidente miglioramento rispetto al 6° posto ricoperto nel 2016 (figura 2).

Figura 2. Misura di Performance dei Sistemi Sanitari Regionali, categoria Utenti – Valore su scala da 0 a 1 – Regioni – Fonte: Rapporto CREA Sanità 2017



Il quadro soddisfacente con cui la nostra regione è valutata mediante il sistema proposto da CREA Sanità trova corrispondenza nei dati ISTAT (2013), in base ai quali la soddisfazione espressa dagli utilizzatori dei servizi raggiunge un voto medio pari a 8 (espresso su una scala da 1 a 10) e si allinea con la elevata percentuale di toscani (81,1%) che si dichiara soddisfatta del proprio stato di salute, elemento questo che non può essere svincolato dalla considerazione sulla buona qualità dei servizi fruiti.

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana

Introduzione al sistema di valutazione

Questa sezione del volume presenta i risultati di sintesi del sistema di valutazione della performance della sanità toscana sviluppato nel 2004 dal Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

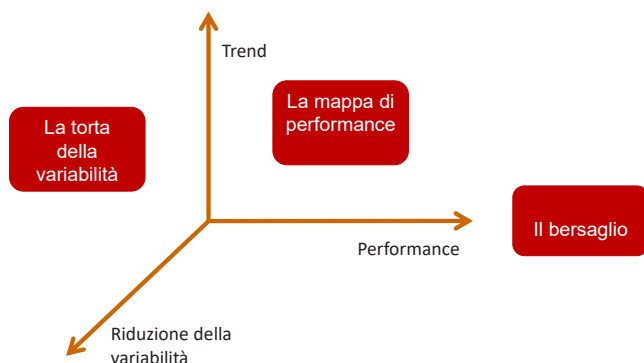
La Regione Toscana, in applicazione all'art. 20 bis della legge regionale 40 del 2005 che prevede la collaborazione con istituti universitari con specifica esperienza negli ambiti del management sanitario e sociale integrato e in applicazione della DGR 486 del 29 marzo 2005, la Regione Toscana ha adottato il Sistema di valutazione della performance sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità, 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 2017 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 anche attraverso la piattaforma ad accesso pubblico www.performance.santannapisa.it.

Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello zonale, aziendale e regionale (come ad esempio il piano socio-sanitario regionale e i piani di area vasta) ed è collegato al sistema di definizione degli obiettivi delle aziende. Le aziende del sistema, a loro volta, hanno collegato lo strumento ai loro sistemi interni, tipicamente il sistema di budget.

Dal 2008, l'adozione del sistema di valutazione da parte di altre Regioni italiane e la costituzione del network di confronto della performance dei servizi sanitari ha permesso alla Regione Toscana di beneficiare del confronto con altre realtà regionali, allineare i propri indicatori e fasce di valutazione a livello nazionale e stimolare 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.

Nel tempo, il sistema di valutazione della performance ha introdotto strumenti di sintesi che offrono prospettive di analisi differenti. In particolare, le prospettive proposte in questa sezione sono tre (figura 1): la sintesi della valutazione della performance della Regione Toscana e delle aziende sanitarie attraverso il bersaglio; l'analisi combinata dell'andamento e della valutazione della performance mediante la mappa della performance; l'analisi dell'andamento della capacità di riduzione della variabilità mediante la torta della variabilità. Infine, oggetto specifico dell'altro volume presente nel cofanetto, è stata aggiunta un'altra prospettiva che cerca di fornire l'immagine della gestione dei percorsi assistenziali integrati mediante i pentagrammi (presentati nel volume "Opportunità e azioni per la salute e il benessere in Toscana").

Figura 1. Gli strumenti di sintesi per analizzare la performance del sistema sanitario



Ogni strumento di analisi incrocia delle dimensioni diverse rappresentate dagli assi: il bersaglio rappresenta la performance restituendo la fotografia di come è posizionata l'azienda (zona, stabilimento o AFT) rispetto agli altri soggetti operanti nel sistema sanitario toscano. La mappa di performance incrocia la performance con l'andamento (trend) restituendo la dinamica in corso rispetto all'anno precedente ed infine la torta della variabilità che incrocia il trend della performance con il trend della variabilità per fornire elementi utili ad identificare le priorità di intervento. I risultati presentati nel volume fanno riferimento ai flussi inviati entro il 15 maggio 2018. Pertanto la rappresentazione di sintesi dei risultati 2018 non è ancora definitiva.

La valutazione della performance in sintesi

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. Una rappresentazione semplice e chiara che è diventata il simbolo del sistema di valutazione. 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 (vedi figura 2).

Figura 2. Esempio di un bersaglio



Figura 3. Fasce di valutazione

VERDE	4 - 5	Performance ottima (Punto di forza)
VERDINO	3 - 4	Performance buona
GIALLO	2 - 3	Performance media
ARANCIONE	1 - 2	Performance scarsa
ROSSO	0 - 1	Performance molto scarsa (Punto di debolezza)

La valutazione delle performance è organizzata in cinque fasce, cui sono associati i colori e i valori da 0 a 5 di seguito elencati (vedi figura 3):

- 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 e 1, la performance è molto critica.

La valutazione e, di conseguenza, il posizionamento delle misure nelle cinque fasce seguono i seguenti criteri di riferimento:

- uno standard internazionale riconosciuto o nazionale (ad esempio: il tasso di cesarei massimo auspicato dall'OMS), se esistente;
- uno standard regionale definito con delibera regionale o nel piano sanitario regionale, in caso di assenza di uno standard internazionale di riferimento;
- la media regionale o la media delle aziende del network, se l'indicatore è presente anche nel sistema del network, corretta con eventuali fattori di risk adjustment (generalmente età e genere) per rendere possibile il confronto tra le aziende, in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento.

Una delle caratteristiche fondamentali del sistema di valutazione è la multi-dimensionalità. I risultati di performance, infatti, sono restituiti da misure in grado di evidenziare gli aspetti fondamentali delle performance di un sistema complesso come quello sanitario:

- lo stato di salute della popolazione (codice indicatori iniziante con la lettera A);
- la capacità di perseguimento delle strategie sanitarie regionali (B);

- la valutazione socio-sanitaria, ovvero il governo e la qualità dell'offerta, la presa in carico dell'emergenza-urgenza e l'assistenza farmaceutica (C);
- la soddisfazione dell'utenza (D), quella del personale e i processi di comunicazione (E);
- l'efficienza, la sostenibilità e la prevenzione collettiva (F).

Lo stato di salute della popolazione è una dimensione posizionata al di fuori del bersaglio, spesso sopra il bersaglio, poiché analizza i prerequisiti “di partenza” del sistema. Le misure incluse in questa dimensione e con codice iniziante 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.

Complessivamente 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 e 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 riferisce ai risultati ottenuti nel 2017. 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 qui presentati fanno riferimento all'invio dei flussi amministrativi e informativi 2017 disponibili alla data del 15 maggio 2018, ai dati di bilancio 2016 e ai dati delle indagini alle utenti del percorso nascita 2016. Come anticipato, alcuni indicatori saranno introdotti successivamente in relazione alla loro disponibilità, pertanto la rappresentazione del bersaglio 2017 qui pubblicata potrebbe subire qualche variazione disponibile rispetto alla piattaforma online riportata di seguito.

Nella tabella 1 è riportato l'elenco degli indicatori di valutazione e osservazioni calcolati per misurare la performance dell'anno 2017. In particolare, la tabella riporta solamente gli indicatori di valutazione e la loro struttura ad albero. Per ciascun indicatore viene riportato il valore regionale e la valutazione del 2017.

Maggiori informazioni e aggiornamenti sono consultabili attraverso la piattaforma web <http://performance.santannapisa.it>. 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. Il paragrafo “Trasparenza e benchmarking: la consultazione del sistema” fornisce ulteriori dettagli su come accedere ai dati e navigare sulla piattaforma.

Tabella 1. Gli indicatori del sistema di valutazione anno 2017

Codice	Indicatore	Valore Toscana 2017	Valutazione
A1	Mortalità Infantile		
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	2,11	
A2	Mortalità per tumori	252,81	
A3	Mortalità per malattie circolatorie	296,95	
A4	Mortalità per suicidi	7,02	
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)	3.288,60	
B6a	Donazioni di organi		
B6.1.6	Segnalazione Morti Encefaliche	1,43	
B6.1.2	Percentuale Donatori Procurati	61,49	
B6.1.4	Percentuale Donatori utilizzati	78,97	
B7	Copertura vaccinale		
B7.1	Copertura per vaccino MPR	93,51	
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	55,28	
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	57,38	
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	24,75	
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	92,71	
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	90,36	
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	95,41	
B20e	Tempi di attesa (ex-ante) prime visite specialistiche e diagnostiche per classe di priorità D e P		
B20e.1.1	Percentuale di prime visite specialistiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	75,09	
B20e.1.1.1	Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	70,93	
B20e.1.1.2	Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	71,15	
B20e.1.1.3	Percentuale di prime visite specialistiche oculistiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	69,37	
B20e.1.1.4	Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	79,50	
B20e.1.1.5	Percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	78,19	
B20e.1.1.6	Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione	80,69	
B20e.1.2	Percentuale di prestazioni diagnostiche con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	79,19	
B20e.1.2.1	Percentuale di RM con e senza contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	65,79	

Codice	Indicatore	Valore Toscana 2017	Valutazione
B20e.1.2.2	Percentuale di RM con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	77,17	
B20e.1.2.3	Percentuale di TC con e senza contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	82,91	
B20e.1.2.4	Percentuale di TC con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione	91,59	
B20e.1.2.5	Percentuale di Ecocolordoppler con prima disponibilità 60 gg per zona e AOU di prenotazione	77,54	
B20e.1.3	Percentuale di ecografie con prima disponibilità entro 30 gg per zona e AOU di prenotazione	67,24	
B20e.1.3.1	Percentuale di ecografia addome con prima disponibilità 30 gg per zona e AOU di prenotazione	69,65	
B22	Attività fisica adattata (AFA)		
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente =>65 anni	2,12	
B22.2	N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente =>65 anni	3,07	
B24a	Sanità digitale		
B24.1	% Carte Sanitarie Elettroniche attive	27,19	
B24.2.4	% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	2,29	
B24b	ePrescription		
B24b.1	% ricette dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	69,57	
B24b.1.1	% ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	78,30	
B24b.1.2	% ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	40,11	
B24b.3.2	% specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	61,49	
B26	Sanità di iniziativa		
B26.1	Percentuale di popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli di Sanità di Iniziativa	59,90	
B28	Assistenza Domiciliare e Residenziale		
B28.1	Assistenza Domiciliare		
B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	10,32	
B28.2.5	Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	11,05	
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	37,22	
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la Presa in Carico domiciliare, over 65	6,21	
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65	22,66	
B28.3	Assistenza Residenziale		

Codice	Indicatore	Valore Toscana 2017	Valutazione
B28.3.1	Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 gg dalla segnalazione	69,02	
B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	46,64	
C1a	Capacità di governo della domanda		
C1.1	Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	126,48	
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	30,21	
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	91,60	
B9.6	Rapporto tra tassi d'ospedalizzazione urgente per titolo di studio	1,20	
C2	Efficienza attività di ricovero		
C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG medici	0,11	
C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG chirurgici	- 0,30	
C2a.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	- 0,12	
C2a.2	Tasso di occupazione dei posti letto per acuti	79,77	
C14	Appropriatezza medica		
C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	82,86	
C14.2a	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	2,24	
C14.2b	Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	1,21	
C14.2.1	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012) - adulti	10,53	
C14.2.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012) - pediatrici	33,22	
C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	2,20	
C4a	Appropriatezza chirurgica		
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	67,19	
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	72,41	
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	87,21	
B25.1a.7	Tasso di Ospedalizzazione per interventi chirurgici di Stripping Vene standardizzato, per 100.000 residenti	78,41	
C5a	Qualità di processo		
C5.2	Percentuale di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento >= 2 giorni	81,06	
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	81,72	
C5.7	Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)	60,28	

Codice	Indicatore	Valore Toscana 2017	Valutazione
C5.10	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	52,93	
C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	93,31	
C5.17	% di pazienti sottoposti a dialisi peritoneale sul totale dei pazienti dializzati	11,37	
C5.18.1	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti	2,06	
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati	8,24	
C5.19	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi dall'intervento di chirurgia della colonna	4,96	
C16.4	Percentuale accessi in PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	80,94	
C5e	Ricoveri Ripetuti		
C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	9,44	
C7b	Materno-Infantile assistenza al parto		
C7.1	% parti cesarei depurati (NTSV)	18,75	
C7.0	% ricoveri sopra soglia per parti	95,94	
C7.3	% episiotomie depurate (NTSV)	15,44	
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	6,76	
C7.12.1a	% di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	75,16	
C7.12.2	% donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle	61,91	
C7c	Materno-Infantile assistenza territoriale		
C7.17	% primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	54,24	
C7.17.1	Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio	0,57	
C7.18	% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	66,96	
C7.12.3	% di allattamento esclusivo a tre mesi	63,02	
C7.12.4	% di allattamento esclusivo a sei mesi	15,98	
D17.3.7	Proattività del sistema	43,19	
C7.10	Tasso IVG per 1.000 residenti	6,40	
C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione (14-24 anni)	18,64	
C7.13	% donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (> 12ª settimana di gestazione)	10,74	
C7.14	% donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza < 4	11,53	
C7.16	Accesso all'area maternità del consultorio di donne straniere	64,12	
C7d	Pediatria		

Codice	Indicatore	Valore Toscana 2017	Valutazione
C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	4,80	
C7.7.1R	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	35,09	
B25.1a.5	Tasso di Ospedalizzazione per interventi chirurgici di tonsillectomia standardizzato, per 100.000 residenti	160,58	
C9a	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica		
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (distribuzione convenzionata e diretta)	2,94	
B4.1.3	Consumo di morfina	3,17	
B4.1.5	Incidenza della morfina	3,95	
C9.10.1	Polypharmacy	18,57	
C9.6.1.1	Iperprescrizione di statine	2,83	
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione	102,91	
C9.3	Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina: % sartani	43,20	
C9.1	Consumo di Inibitori di Pompa Protonica (Antiacidi)	28,30	
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici	19,66	
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	18,71	
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	2,58	
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili	24,97	
C9.4	Consumo di antidepressivi (SSRI)	47,33	
C9.5	Consumo di altri antidepressivi	13,49	
C9.9.1	Iperprescrizioni di antidepressivi	10,97	
C9.16.1	Incidenza dei bifosfonati	68,85	
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti	1,72	
C9.13	Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti	70,57	
C9.18	Incidenza del Filgrastim erogato dalle strutture sul totale del gruppo "fattori di stimolazione delle colonie"	92,62	
C9.20.3	Consumo di albumina	468,33	
C9.19.1	Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	65,00	
C21.2.2	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	63,91	
C21.2.3	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	80,19	
C10a	Trattamenti oncologici		
C10.1	Volumi oncologia	2,54	
C10.1.2a	Volumi interventi tumore maligno alla prostata	1.259,00	
C10.1.4a	Volumi interventi tumore maligno alla mammella	4.139,00	

Codice	Indicatore	Valore Toscana 2017	Valutazione
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	57,32	
C10.1.2	Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata	35,53	
C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	93,45	
C10.1.4	Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	9,21	
C10.2	Percorso Tumore alla mammella	4,22	
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	86,85	
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente all'intervento per tumore alla mammella	73,26	
C10.5	Utilizzo dei Biomarcatori tumorali in soggetti non affetti da patologia oncologica o da patologia gastroenterologica cronica	565,38	
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	33,03	
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	33,20	
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	28,96	
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	46,50	
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	25,51	
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	33,95	
C11a	Efficacia assistenziale territoriale		
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	152,54	
C11a.1.2a	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	65,90	
C11a.1.2b	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	50,99	
C11a.1.3	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACE inibitori - sartani	52,85	
C11a.1.4	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante	50,76	
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	16,43	
C11a.2.2	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	61,14	
C11a.2.3	Residenti con Diabete con almeno un esame della Retina negli ultimi 2 anni	34,61	
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	25,36	

Codice	Indicatore	Valore Toscana 2017	Valutazione
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	31,04	
C11a.5.1	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	62,71	
C16T.4	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	7,59	
C8b	Integrazione ospedale - territorio		
C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	0,54	
C8b.1.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso codici bianchi e azzurri non seguiti da ricovero per 1000 residenti standardizzato per età e sesso	80,33	
C13	Tasso di prestazioni ambulatoriale e diagnostiche		
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	15,85	
C13.2.2.2	% pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	9,55	
C15a	Salute Mentale		
C15.2	Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ricovero ospedaliero	50,13	
C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	5,68	
C8a.5a	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	225,06	
C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali	36,02	
C16b	Percorso Emergenza - Urgenza		
C16.1	Percentuale di accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti	70,94	
C16.2	Percentuale di accessi con codice verde visitati entro 1 ora	72,18	
C16.3	Percentuale di accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4 ore	79,01	
C16.7	Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	72,78	
C16.8	Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica	0,66	
C16.10	Percentuale reingressi al Pronto Soccorso	5,40	
D9a	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	2,62	
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	15,02	
C17	Riabilitazione		
C17.1	Specialità 56 - Recupero e riabilitazione funzionale		
C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	2,14	
C17.1.3	% ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	8,65	
C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)		

Codice	Indicatore	Valore Toscana 2017	Valutazione
C9.2	% di abbandono di pazienti in terapia con statine (ipolipemizzanti)	10,93	
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	22,68	
C21.3.2	% di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	81,76	
C21.3.3	% di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	95,59	
C22	Terapie Intensive		
C22.21	Validazione dati Progetto GiViTi		
C22.21.1	Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE	99,31	
C22.21.2	Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni	88,54	
C22.21.3	Validazione dati Progetto StART	85,76	
C28	Cure Palliative		
C28.1	Percentuali di pazienti oncologici deceduti e in carico alla Rete di Cure Palliative	31,17	
C28.2b	Percentuale di pazienti oncologici assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	89,39	
D17	Valutazione utenti Materno Infantile		
D17.1	Pre-parto		
D17.1.1a	Utilità del CAN (Corso di Accompagnamento alla Nascita)	59,63	
D17.1.1gr	Utilità del CAN per la gravidanza	60,82	
D17.1.1pa	Utilità del CAN per il parto	61,12	
D17.1.1al	Utilità del CAN per l'allattamento	56,79	
D17.1.5a	Willingness to recommend il consultorio	91,24	
D17.2	Parto		
D17.2.9	Lavoro di squadra	93,81	
D17.2.11	Supporto nel ricovero dopo il parto	91,88	
D17.2.4	Informazioni concordanti sull'allattamento	78,31	
D17.2.12	Informazioni alla dimissione su chi rivolgersi per l'allattamento	73,90	
D17.2.10	Willingness to recommend il punto nascita	84,49	
D17.3	Post - parto		
D17.3.1a	Supporto richiesto per l'allattamento al personale del consultorio	35,20	
D17.3.2a	Supporto richiesto per l'allattamento al pediatra di famiglia	16,79	
D17.3.4a	Supporto richiesto per l'allattamento al personale ospedaliero	13,04	
D17.3.5a	Willingness to recommend il consultorio	43,19	

Codice	Indicatore	Valore Toscana 2017	Valutazione
D18a	Dimissioni volontarie		
D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0,69	
D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	1,09	
E2	Percentuale di assenza	12,06	
F1	Equilibrio Economico-Reddituale		
F1.1	Equilibrio Economico Generale	- 0,49	
F1.2	Equilibrio Economico Gestione Sanitaria	2,64	
F1.3	ROI	2,00	
F3	Equilibrio Patrimoniale - Finanziario		
F3.1	Indice di disponibilità	0,82	
F11	Indice di compensazione	0,78	
F10a	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi		
F10	Spesa farmaceutica territoriale	188,70	
F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica		
F12a.14	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	81,70	
F12a.6	Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi)	90,13	
F12a.7	Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)	91,73	
F12.11a	% di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	94,94	
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)	91,68	
F20.3	% Eritropoietina a brevetto scaduto	81,47	
F20.3.1	Incidenza Eritropoietina biosimilare utilizzata all'interno dei presidi sanitari	83,00	
F20.3.2	Incidenza Eritropoietina biosimilare erogata in distribuzione diretta (DD e/o DPC)	79,91	
F15a	Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (PISLL)		
F15.1	Copertura del territorio		
F15.1.6	Cantieri edili diversi ispezionati	90,36	
F15.1.7	Prodotti finiti 25- 26- 72 / unità locali	0,94	
F15.1.8	Aziende agricole controllate	103,13	
F15.2.6	Efficienza riferita ai Prodotti Finiti 25-26-27-72-28-40	2.547,52	
F17	Costo sanitario pro-capite	1.930,76	
F19a	Costo medio per punto DRG	4.443,94	

La mappa di performance

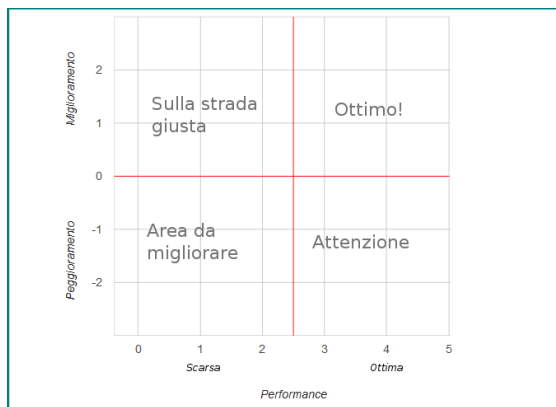
Tra gli strumenti del sistema di valutazione, la mappa di performance è un ottimo strumento per evidenziare lo sforzo di miglioramento realizzato nell'anno dall'azienda (zona o stabilimento in relazione all'unità di analisi) su specifiche dimensioni di analisi. La mappa di performance incrocia la dimensione 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).

Nelle mappe di performance (vedi Figura 4), 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 aziende, zone, stabilimenti o regioni (dipende dall'unità di analisi), 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 2017 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 2017 ma registra un trend peggiore rispetto alle altre unità di analisi 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 unità di analisi e con trend in peggioramento (vedi figura 4).

La mappa di performance può essere applicata a diversi ambiti: nello specifico è stata utilizzata per rappresentare l'andamento della performance su ambiti specifici della Regione Toscana nel suo complesso rispetto alle altre regioni che condividono lo stesso strumento di valutazione e sui percorsi assistenziali oggetto del volume sui focus specifici.

Figura 4. 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 evitabile della performance. 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, Barsanti e Nuti 2014).

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'Asl Centro), l'Umbria (circa 860 mila abitanti come l'Asl Sudest) o il Friuli Venezia Giulia (circa 1 milione e 200 mila abitanti come l'Asl nordovest). 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; Nuti e Vainieri 2016). 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.

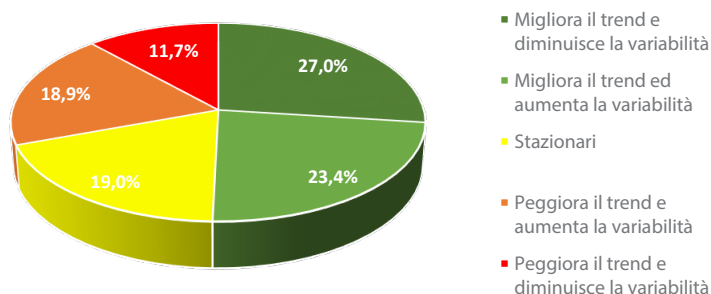
Ed è in questa direzione che è stata costruita "la torta della variabilità". La torta della variabilità mostra in modo semplice e sintetico la percentuale di indicatori per i quali si è ridotta la variabilità in relazione all'andamento della performance degli indicatori misurati, restituendo una valutazione che utilizza le fasce colore di valutazione del bersaglio (figura 2).

In base alla combinazione del trend relativo al valore ed alla variabilità, gli scenari possibili sono 4 (vedi figura 5):

- 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 5. Un 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, attraversando diversi setting assistenziali e 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 et al, 2018).

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 e 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 compositi diversi. Ad esempio nel bersaglio il percorso materno-infantile è rappresentato da 3 indicatori compositi: C7b materno-infantile assistenza al parto; C7c materno-infantile assistenza territoriale e C7d Pediatria mentre nel pentagramma sono inseriti in modo singolo tutti i 25 indicatori di valutazione del percorso.

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.

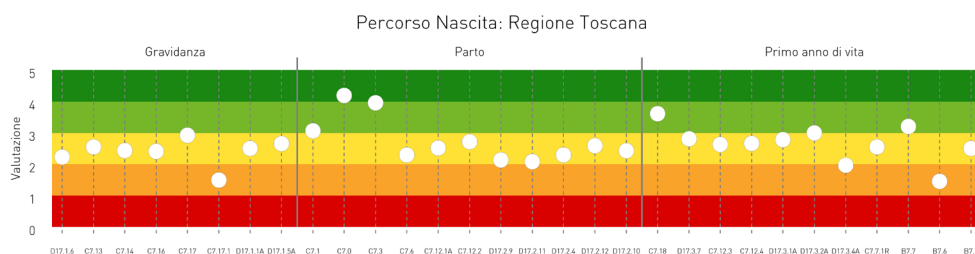
Ad oggi, i percorsi per i quali gli indicatori presenti sul bersaglio sono stati posizionati in pentagrammi proponendo una sintesi supplementare delle informazioni presenti nel sistema indossando "lenti" differenti, quelle del percorso appunto, sono: percorso oncologico, percorso salute mentale, percorso materno-infantile, percorso cronicità, 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 e 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. Nel volume allegato sui focus specifici, è possibile trovare i pentagrammi di Area Vasta in cui la compresenza di indicatori di diversi erogatori è evidenziata anche graficamente. Infatti, sul pentagramma è possibile trovare pallini di colore diverso per lo stesso indicatore che, in questo caso, sta ad significare che quell'indicatore è stato valutato per più Aziende che erogano servizi in quel percorso per lo stesso bacino di utenti (si veda Volume allegato) La figura 6 rappresenta il pentagramma del percorso materno-infantile della Regione Toscana 2017.

Figura 6. 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 da 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: <http://performance.santannapisa.it>

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.

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 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.

Rispetto ai report degli anni precedenti questo volume propone l'analisi della performance attraverso le rappresentazioni di sintesi: bersaglio, mappa di performance, torta di variabilità e pentagramma (riportato nel volume "Opportunità e azioni per la salute e il benessere della Toscana"). L'intenzione è quella 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 2017 e la torta di variabilità;
- la performance delle aziende territoriali (Azienda Usl Toscana Centro; Azienda Usl Toscana Nord Ovest; Azienda Usl Toscana Sud Est) è consultabile attraverso i bersagli aziendali 2017 e le torte della variabilità;

- la performance delle Aziende ospedaliere universitarie (AOU Pisana; AOU Careggi; AOU Senese; AOU Meyer), della Fondazione G. Monasterio e dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologia (ISPO) si articola per ciascuno nel bersaglio aziendale 2017.

Nel volume “Opportunità e azioni per la salute e il benessere della Toscana” è possibile leggere la performance per alcuni percorsi assistenziali attraverso il pentagramma e la mappa di performance.

Figura 7. Home page della piattaforma web performance.santannapisa.it



I risultati della performance del 2017

Il bersaglio della Regione Toscana del 2017 riportato nella figura 1 evidenzia una performance complessivamente positiva.

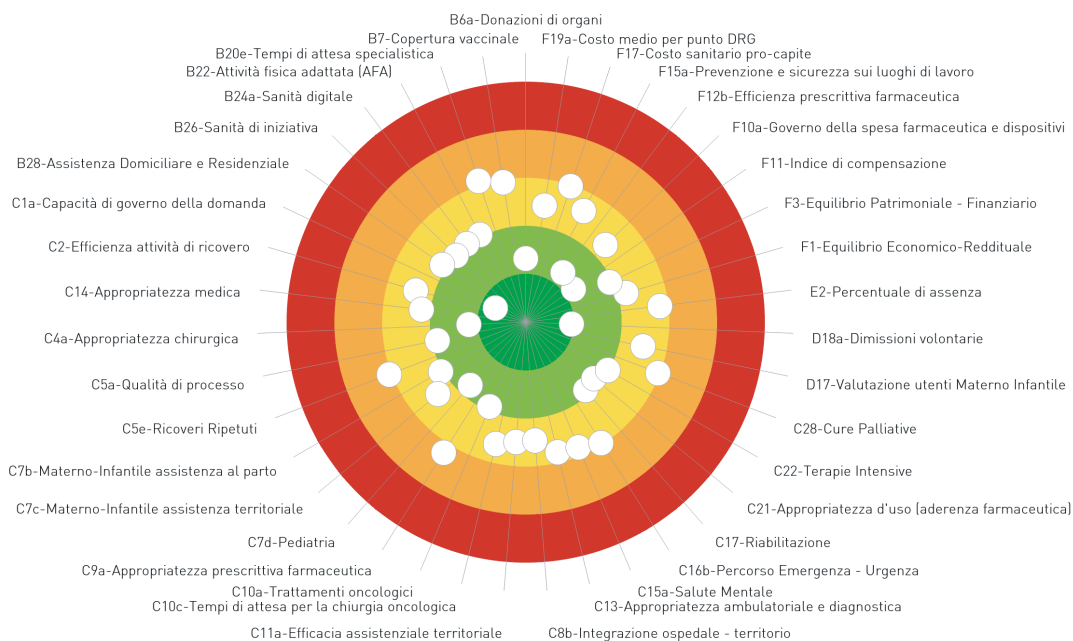
La maggior parte degli indicatori si posiziona fra la performance media e ottima.

Tra gli aspetti che mostrano un'ottima performance a livello regionale vi è l'indicatore C1a- capacità di governo della domanda 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 evitando, quando possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero. Ciò trova riscontro anche nella buona performance dell'indicatore C4a-Appropriatezza chirurgica, che mostra l'utilizzo appropriato del regime di cura per i ricoveri chirurgici, attraverso, per esempio, il ricorso al Day-Surgery o a ricoveri ordinari fino al massimo di 1 giorno di durata per alcune procedure chirurgiche, o come indicato dal raggiungimento degli standard dei DRG LEA Chirurgici ad alto rischio di inappropriata. Un altro indicatore che mostra una performance ottima è l'indicatore D18a-Dimissioni volontarie in ambito ospedaliero che, come dimostrano alcuni studi (Grillo et al. 2018), è un indicatore correlato alla soddisfazione dei pazienti per i ricoveri ospedalieri ed anche ad indicatori di qualità clinica. La percezione positiva da parte degli utenti è anche confermata da un altro indicatore di qualità percepita rappresentato dal F11-indice di compensazione che riporta il saldo economico delle fughe e delle attrazioni extra-regionali che dimostra come, complessivamente, molti residenti in altre regioni mostrino fiducia nella sanità toscana.

Altri indicatori che registrano buone performance sono la qualità di processo (C5a) i trattamenti oncologici, (C10a) le donazioni d'organi gli indicatori della terapia intensiva (C22) e gli indicatori della fase del parto, (C7b) che monitorano soprattutto l'assistenza ospedaliera. Positive anche la performance della pediatria (C7d), la riabilitazione (C17), l'appropriatezza d'uso dei farmaci (C21) e l'efficienza prescrittiva (F12b), l'assistenza domiciliare e residenziale (B28) e l'attività fisica adattata (B22) che monitorano l'assistenza distrettuale.

Performance da migliorare, collocate nella fascia arancione, sono relative a: i tempi di attesa per la specialistica (B20e); l'appropriatezza nelle prescrizioni farmaceutiche (C9a); le cure palliative (C28); il percorso di emergenza-urgenza (C16b), le coperture vaccinali (B7) ed i ricoveri ripetuti (C5e).

Figura 1. Bersaglio Regione Toscana 2017



L'andamento dei risultati 2017 rispetto al 2016

Nel mostrare l'andamento della performance del 2017 sono stati selezionati alcuni indicatori a confronto con le altre regioni del network che condivide lo stesso sistema di valutazione della performance. Questi indicatori sono stati inseriti nella mappa di performance riportata nella figura 2.

È da segnalare il lieve miglioramento delle coperture vaccinali, anche se ancora in performance scarsa. Le coperture vaccinali obbligatorie e consigliate sono un tallone di Achille per molte regioni italiane ed europee. A febbraio 2018, i dati dell'OCSE hanno confermato che l'Italia risulta essere ultima in Europa per copertura vaccinale per il morbillo.

In particolare, la copertura per il vaccino MPR (morbillo, parotite e rosolia) registra un incremento rispetto al 2016, arrivando al 93,51%, contro un atteso del 95%, che invece è superata a livello regionale per il vaccino esavalente a 24 mesi (95,4%). La copertura vaccinale antimeningococcica supera complessivamente in Toscana il 92,7%, incrementando del 2% in un anno; quella antipneumococcica registra un 90,3% (88,9% nel 2016). La copertura vaccinale per il papilloma virus (HPV), anch'essa con soglia di copertura attesa del 95%, dal

2014 ha continuato a decrescere arrivando nel 2017 al 57,4%, ovvero più di 10 punti in meno rispetto al 2016 e 20 rispetto al 2014.

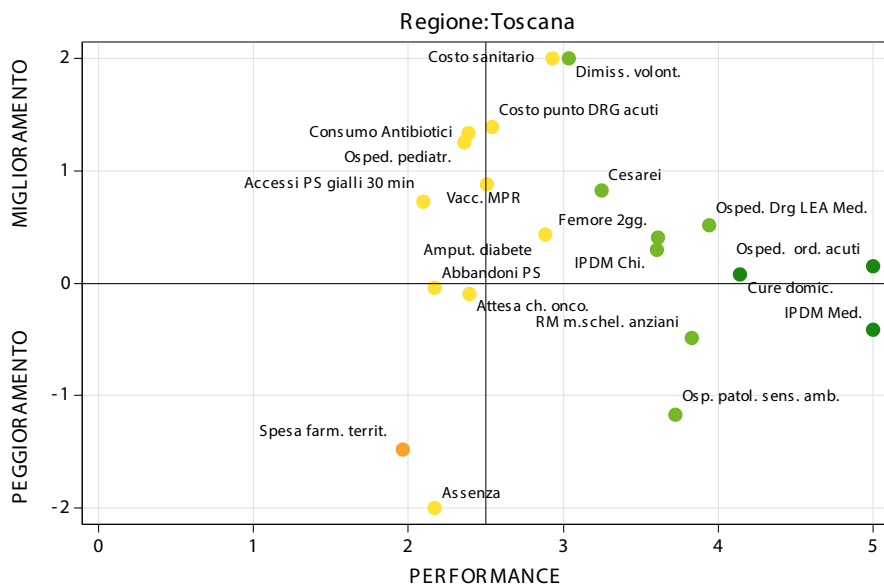
Si mantiene stabile, ma ancora molto bassa, la copertura del vaccino antinfluenzale nella popolazione anziana (55,3% contro un 75% atteso), mentre segnali positivi di una maggiore fiducia degli operatori sanitari, categoria a rischio, nel vaccinarsi contro l'influenza sono suggeriti dai dati che passano complessivamente dal 17% a quasi 25% (nel 2015 si registrava un 15%) sebbene ancora molto basse.

In generale, la Toscana conferma la riduzione costante, e diffusa su tutto il territorio regionale, del tasso di ospedalizzazione standardizzato diminuito dello 0,6% dal 2016 al 2017 grazie anche ad un uso più appropriato dei regimi di ricovero ordinario come mostra la riduzione del tasso di ospedalizzazione per DRG Medici acuti 0-64, che negli ultimi 6 anni è passato da 35 a 30 per 1000 abitanti e la percentuale di standard raggiunti relativi all'appropriatezza dei DRG LEA chirurgici come indicato nella delibera GRT 1140/2014 (questi indicatori sono posizionati nel quadrante in alto a destra).

L'efficienza misurata attraverso la durata della degenza media, a parità di DRG, rappresentata dall'indice di performance della degenza media, mostra una performance molto positiva rispetto alle altre regioni del network ma con un lieve aumento (e quindi un peggioramento) per i DRG medici (posizionato nel quadrante a destra in basso, IPDM Med) mentre una continua riduzione per i DRG chirurgici (posizionato nel quadrante a destra in alto - IPDM Chi).

Per quanto riguarda i percorsi dei cronici si segnala un lieve peggioramento in tutti gli indicatori che monitorano i vari aspetti dell'assistenza: la percentuale di popolazione residente di età uguale o maggiore di 16 anni assistita da Medici di Medicina generale che hanno aderito alla Sanità di Iniziativa, il programma regionale per migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (B26), dopo anni di crescita si è stabilizzata attorno al 60%, i tassi di ospedalizzazione 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 e parallelamente gli indicatori proxy di qualità di processo per la cura dei cronici stanno peggiorando (sempre all'interno del C11). Altri indicatori da monitorare perchè posizionati nel quadrante più critico, in basso a sinistra, sono la spesa farmaceutica territoriale pro-capite (F10), la percentuale di assenza dei dipendenti (E2), i tempi di attesa per la chirurgia oncologica (C10c) e gli abbandoni al PS (D9a).

Figura 2. Mappa della performance della Regione Toscana 2017



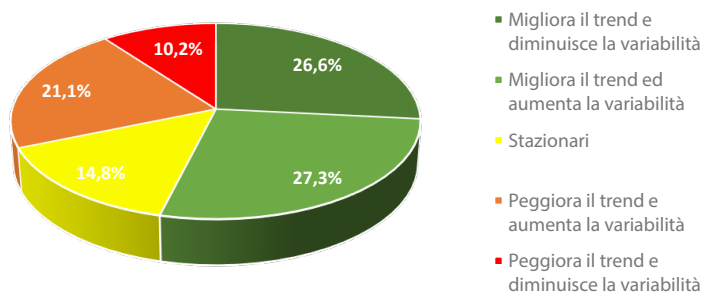
La torta di variabilità 2017

Il grafico riportato in figura 3 è la torta della variabilità che riassume a livello regionale l'andamento (miglioramento/peggioramento) della performance e della variabilità fra il 2016 e 2017. Il calcolo è stato realizzato utilizzando 156 indicatori di valutazione presenti nel sistema di valutazione sia nel 2016 che nel 2017.

La torta evidenzia che più della metà degli indicatori analizzati registra dei miglioramenti. Inoltre, nel 26,6% dei casi, il miglioramento è stato ottenuto 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.

Nella fetta verdone, quella che vede un miglioramento delle performance su tutto il territorio regionale ed una contestuale riduzione della variabilità, sono presenti: gli indicatori di copertura vaccinale (B7) (vaccino MPR e antimeningococco); gli indici di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata e alla mammella (C10a); il tasso di ricovero per diabete nella popolazione adulta (C11).

Nella fetta rossa della torta, quella che indica peggioramento delle performance con riduzione della variabilità, si collocano: la percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa (C5e); l'indicatore di appropriatezza prescrittiva diagnostica (percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi per azienda di residenza), e gli indicatori di assistenza farmaceutica/presa in carico farmaceutica (C9a).

Figura 3. Torta della variabilità della Regione Toscana 2017

I risultati di sintesi della performance dell'AUSL Toscana Nord Ovest nel 2017

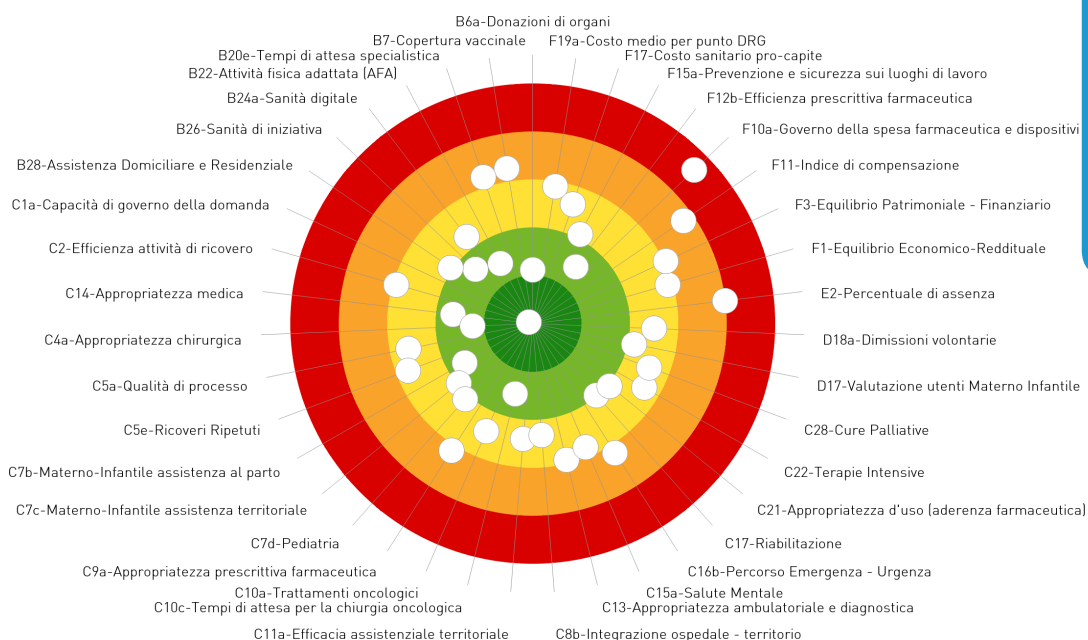
Il bersaglio 2017 dell'Azienda Toscana Nord Ovest presenta punti di forza (indicatori posizionati nelle fasce centrali) e debolezza (indicatori posizionati nelle fasce più esterne del bersaglio).

Tra i punti di forza 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, posizionato al centro del bersaglio. L'utilizzo appropriato dei setting assistenziali è confermato anche dai buoni risultati registrati per l'indicatore composito relativo all'appropriatezza medica (C14) e chirurgica (C4a). 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 sia per i servizi erogati in ospedale (C7a) che nei consultori (C7b). Complessivamente positiva anche la performance rispetto all'assistenza territoriale relativa ai servizi offerti dai medici di medicina generale per i pazienti cronici con il programma di Sanità d'Iniziativa (B26), nonché relativamente ai corsi promossi per gli anziani di attività fisica adattata - AFA (B22).

Aree di miglioramento riguardano *in primis* il governo della spesa farmaceutica (F10a), seguita dalla percentuale di assenza dei dipendenti (E2) che presenta valori superiori alle altre aziende sanitarie monitorate con una percentuale che supera il 13%, entrambi già evidenziati nella mappa di performance regionale di cui alla figura 2.

In fascia arancione (performance scarsa), troviamo un indicatore di carattere economico ovvero l'indice di compensazione (F11), che esprime la capacità dell'azienda di mantenere un equilibrio fra costi e ricavi derivanti dalle compensazioni extra-regionali, e l'indicatore relativo ai tempi di attesa specialistica (B20e). In particolare, presentano tempi di attesa superiori allo standard regionale previsto le prime visite cardiologiche (B20e.1.1.1) e le prime visite oculistiche (B20e.1.1.3) con prima disponibilità entro 15 giorni; e la percentuale di RM con o senza contrasto con prima disponibilità entro 60 giorni (B20e.1.2.1).

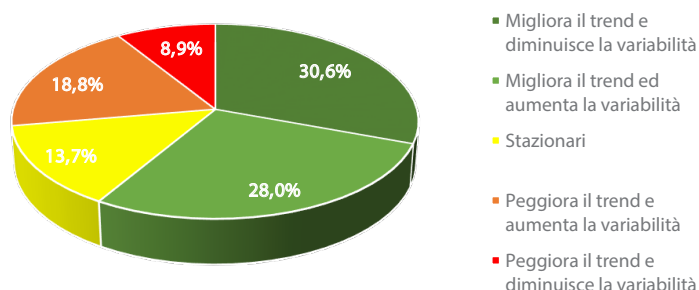
Figura 4. Valutazione della performance sanitaria 2017 dell'AUSI Toscana Nord Ovest



L'andamento dei risultati e della variabilità rispetto al 2016

L'Azienda Toscana Nord Ovest registra un miglioramento nel 58% degli indicatori analizzati (circa 340 come riportato nella figura 5). Nel 30% 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. Fra questi si segnala il miglioramento e la riduzione della variabilità per le coperture vaccinali antimeningococcico (B7.5), per esavalente (B7.7) e per MPR (B7.1); l'indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella (C10.1.4), indicatore importante per la valutazione dei livelli di qualità offerta per il percorso oncologico; alcuni indicatori del percorso materno infantile come la percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe (C7.6) e il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (C7.7). Sulla buona strada, quindi in miglioramento anche se non in modo uniforme (fetta verde chiaro) alcuni indicatori di *compliance* del trattamento farmacologico (C21), come la percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione (C21.2.1).

Figura 5. La torta della variabilità dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest 2017



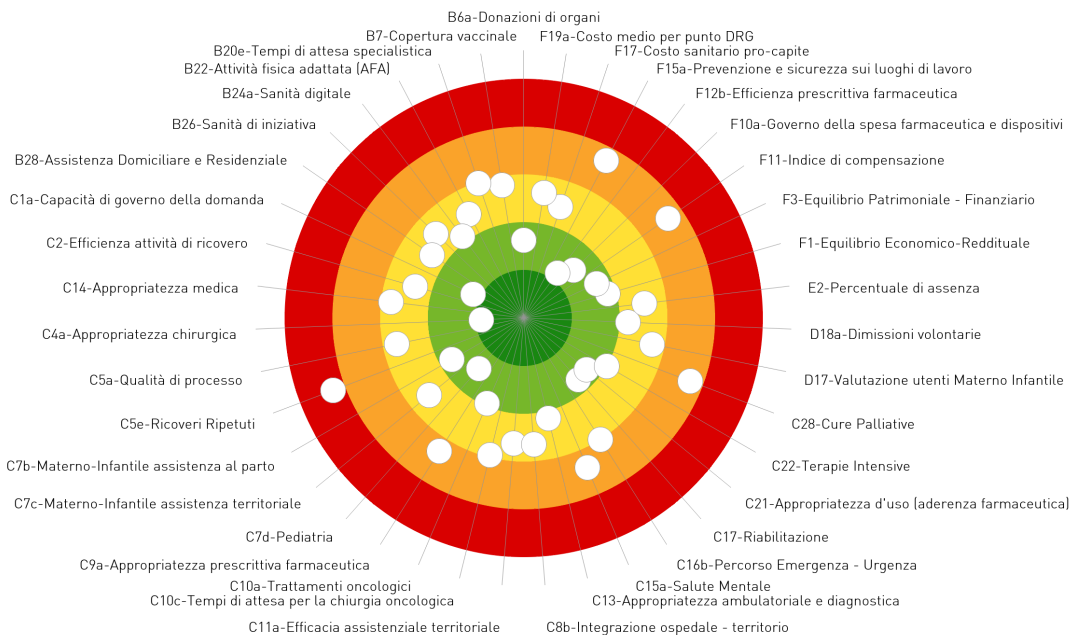
Nella categoria di attenzione, relativa al peggioramento si segnala l'indicatore F10a rileva la spesa pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale che registra un incremento da 191,85€ pro-capite a 194,82 € con una variabilità intra-aziendale pari a circa 20 € tra le diverse zone. Sempre sul fronte dell'assistenza farmaceutica si segnala un peggioramento sull'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9a) con anche riduzione della variabilità a livello di zona per alcuni indicatori specifici.

I risultati di sintesi della performance dell'AUSL Toscana Centro nel 2017

Il bersaglio 2017 dell'Ausl Toscana Centro evidenzia un'ottima performance per quanto riguarda gli indicatori relativi all'appropriatezza chirurgica (C4a) e una buona capacità di contenimento dell'ospedalizzazione come risposta ai bisogni di salute (C1). Registra inoltre una buona performance nelle donazioni d'organi (B6) e nell'assistenza farmaceutica. In particolare, per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, si evidenzia il buon posizionamento per gli indicatori di efficienza (F12), più in generale nel governo della spesa farmaceutica territoriale (F10) e anche all'analisi della *compliance*, ossia dell'aderenza ai trattamenti farmacologici (C21) mentre vi sono ancora margini di miglioramento relativamente al rispetto delle linee di indirizzo regionali per prescrizioni appropriate per alcune classi di farmaci (C9). Buona anche la performance degli indicatori del percorso materno infantile relativi all'assistenza al parto (C7b) e successivamente ai primi anni di vita del bambino misurata attraverso l'indicatore della Pediatria (C7d).

La sostenibilità economica e patrimoniale è positiva: il rapporto fra i contributi ricevuti e i costi sostenuti per la gestione caratteristica è ben bilanciato (F1), complessivamente le risorse impiegate per offrire i servizi ai propri residenti sono nella media delle aziende sanitarie con cui si confronta la Toscana (F17). L'unico segnale di attenzione sul lato economico riguarda il saldo delle compensazioni extra-regionali (F11), in quanto il valore economico delle cosiddette fughe extra-regione) risulta essere superiore al valore economico delle cosiddette attrazioni extra-regionali. Le aree che presentano i margini più ampi di miglioramento riguardano gli indicatori posizionati nelle fasce più esterne di valutazione del bersaglio: i ricoveri ripetuti (C5e); gli indicatori del percorso salute mentale (C15a), in particolare il contatto fra strutture ospedaliere e territoriali; la tempestività per gli interventi di chirurgia oncologica, la presa in carico nel fine vita, dal controllo del dolore alla tempestività delle cure palliative (C28) e gli indicatori di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (F15a).

Figura 6. Valutazione della performance sanitaria 2017 dell'AUSI Toscana Centro

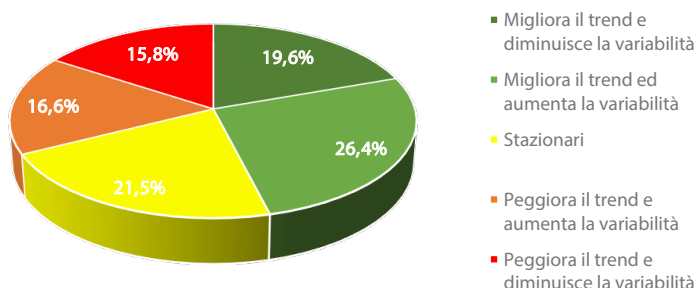


L'andamento dei risultati e della variabilità rispetto al 2016

Rispetto al 2016, la performance dell'Azienda Toscana Centro vede migliorare circa il 46% degli indicatori misurati fino al mese di maggio. Nel 19,6% 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 come mostra la figura 7.

Fra questi si segnala il miglioramento e la contestuale riduzione della variabilità fra le zone dell'azienda relativa alle coperture vaccinali anti-meningococcico (B7.5), per esavalente (B7.7) e per Morbillo Parotite e Rosolia (B7.1); l'indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella (C10.1.4); alcuni indicatori del percorso materno infantile come la percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe (C7.6) e il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (C7.7). Sulla buona strada, quindi in miglioramento anche se non in modo uniforme (fetta verde chiaro), alcuni indicatori di *compliance* del trattamento farmacologico (C21), come la percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione (C21.2.1).

Figura 7. La torta della variabilità dell'Azienda USL Toscana Centro 2017



Indicatori che invece presentano segnale d'attenzione, perché mostrano un andamento negativo, sono: il tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di *stripping* vene, standardizzato per età e sesso per 100.000 residenti (B25) che presenta anche un'ampia variabilità fra le zone dell'Azienda Toscana Centro; gli indicatori relativi all'assistenza territoriale, quali ad esempio la percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni) (C21.3.1); il grado di diffusione del programma AFA ad alta disabilità misurato attraverso il numero dei corsi attivi alla data di rilevazione (B22) e gli indicatori di efficacia del territorio (C11).

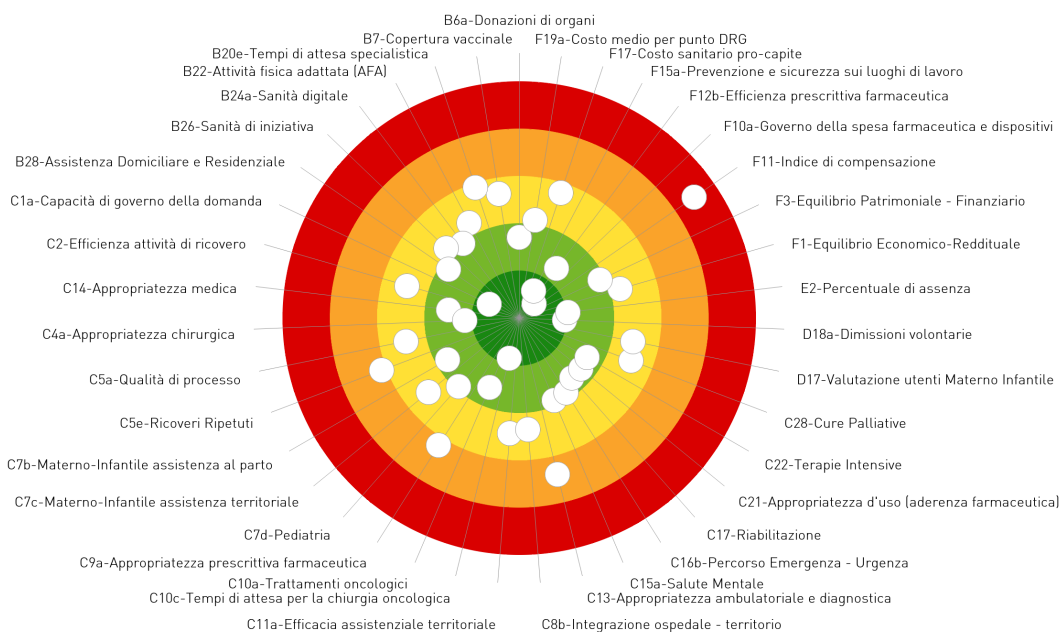
Infine, particolare attenzione va alla percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure palliative (B28.1), che mostra un andamento in peggioramento e una performance iniziale non buona.

I risultati di sintesi della performance dell'AUSL Toscana Sud Est nel 2017

Un buon numero di indicatori sono posizionati nella zona centrale del bersaglio 2017 dell'Azienda Toscana Sud Est. Si notano performance ottime sia su ambiti trasversali, come la percentuale di assenza dei dipendenti (E2) o la capacità di contenimento dell'ospedalizzazione (C1), sia ambiti specifici come il governo della spesa farmaceutica (F10), gli indicatori di prevenzione sui luoghi di lavoro (F15), i tempi di attesa per la chirurgia oncologica (C10), e le dimissioni volontarie (D18), questo ultimo indicatore è correlato alla qualità percepita dagli utenti. Dal bersaglio spicca il posizionamento esterno dell'indicatore economico finanziario F11 (indice di compensazione extra-regionale) mostrando una difficoltà nel mantenimento dell'equilibrio tra costi e ricavi derivanti dalle compensazioni extra-regionali.

Buoni risultati si registrano anche su numerosi percorsi assistenziali. In particolare sulla salute mentale (C15) e sul percorso di emergenza-urgenza (C16b), è l'unica azienda territoriale a ottenere una valutazione complessiva positiva. Buona anche la performance del percorso oncologico sia per quanto riguarda il trattamento (C10a) che i tempi di attesa per la Chirurgia oncologica (C10c), del percorso in riabilitazione (C17) e dell'assistenza al parto per il percorso materno infantile (C7b). Dal bersaglio si evidenziano i punti su cui vi sono maggiori spazi di miglioramento per l'Azienda Toscana sud-est. L'unico indicatore del bersaglio posizionato nella fascia rossa è 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). Gli altri indicatori posizionati nelle fasce critiche del bersaglio sono l'appropriatezza ambulatoriale-diagnostica (C13), l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9) ed i ricoveri ripetuti (C5e).

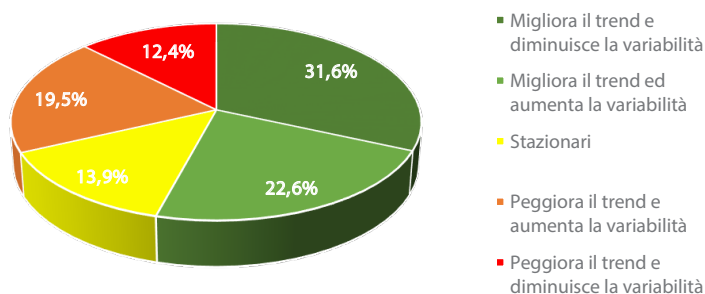
Figura 8. Valutazione della performance sanitaria 2017 dell'AUSL Toscana Sud Est



L'andamento dei risultati e della variabilità rispetto al 2016

L'Azienda Toscana Sud Est registra un miglioramento nel 53% degli indicatori analizzati con ben il 31,6% degli indicatori che non solo mostra una performance migliore, ma anche una riduzione della variabilità all'interno delle zone e/o stabilimenti dell'Azienda, come mostra la figura 9. Fra questi si segnala il miglioramento sull'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, come ad esempio la percentuale di pazienti che abbandonano la terapia con antidepressivi (C9.9.1.1), la percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione (C21.2.1) e nell'area materno infantile, il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni) - ricoveri ordinari (C7.7R) e l'accesso all'area maternità del consultorio di donne straniere (C7.16).

Figura 9. La torta della variabilità dell'Azienda USL Toscana Sud Est



Fra gli aspetti a cui l'azienda dovrebbe prestare attenzione (fetta rossa e arancione) vi sono: indicatori già individuati nel bersaglio quali l'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche come l'indicatore che misura il tasso di Risonanze Magnetiche (RM) muscoloscheletriche nei pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni (C13) e la percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative (C28.1); in più emergono altri aspetti specifici come la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi dall'intervento di Chirurgia della colonna (C5.19), indicatore inserito nella qualità di processo che va mediamente bene. Infine, seppur con performance complessivamente buone sull'assistenza territoriale, l'andamento della performance rispetto all'anno precedente segnala che l'Azienda deve anche monitorare gli indicatori di processo del percorso cronicità come ad esempio l'indicatore relativo alla percentuale di residenti con diabete che hanno effettuato almeno una misurazione annuale di Emoglobina glicata (C11a.2.2).

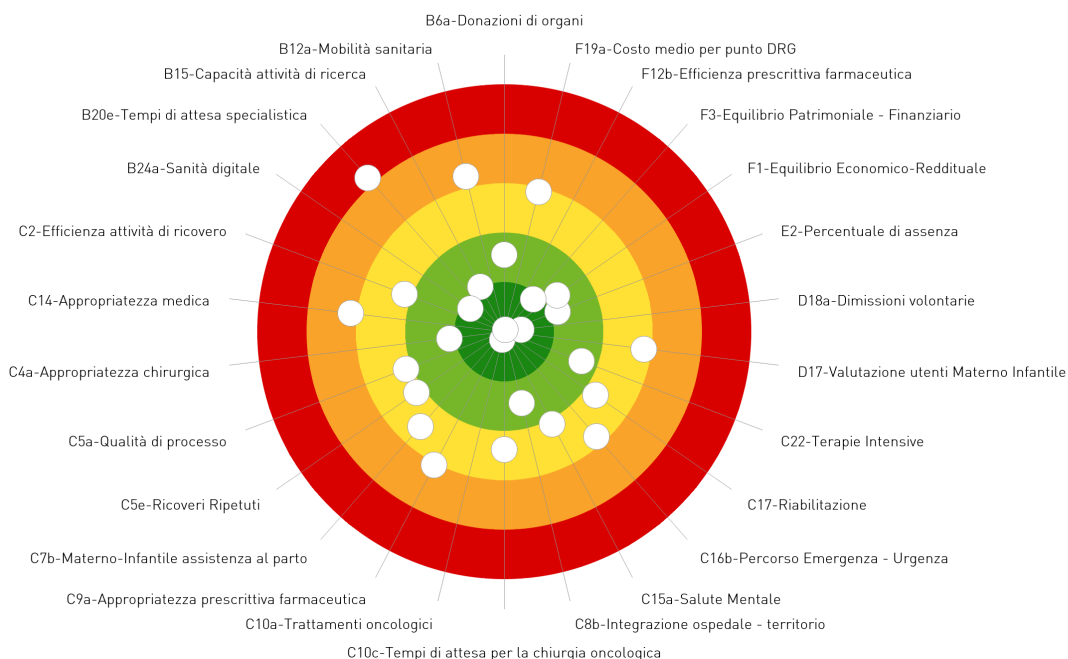
I risultati di sintesi della performance delle Aziende ospedaliero-universitarie

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) e 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 il report dedicato ai risultati delle AOU. In questo volume si presentano i risultati 2017 basati sui flussi disponibili a maggio 2018. Inoltre, l'AOU Meyer e la Fondazione Monasterio, essendo realtà specialistiche, presentano un numero di indicatori inferiori rispetto alle altre AOU toscane.

I risultati di sintesi della performance dell'Azienda ospedaliero- universitaria Careggi

Il bersaglio dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi, riportato nella figura 10, presenta un buon numero di indicatori posizionati nelle fasce centrali, denotando un'ottima performance sui trattamenti oncologici (C10a), sull'efficienza prescrittiva (F12b), sulle dimissioni volontarie (D18) e sull'equilibrio patrimoniale-finanziario (F3). La capacità della ricerca (B15) presenta le valutazioni migliori nel confronto con le altre AOU toscane. Il bersaglio di Careggi mostra buone performance relative alle donazioni d'organi (B6a), alle terapie intensive (C22), all'appropriatezza chirurgica (C4a) ed anche all'integrazione con le strutture dell'azienda territoriale misurato considerando i ricoveri oltre 30 giorni effettuati dai residenti dell'Azienda toscana centro presso l'Azienda di Careggi (C8b). Da segnalare l'indicatore dei ricoveri ripetuti (C5e), che presenta performance superiori rispetto alla media delle altre aziende toscane. L'area più critica riguarda i tempi di attesa per le visite specialistiche e diagnostiche (B20e), margini di miglioramento riguardano l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9a), la percentuale di ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica che rientra nell'appropriatezza medica (C14). La mobilità sanitaria (B12a) segnala che, Careggi attrae meno residenti extra regione per alta complessità rispetto alle altre AOU toscane.

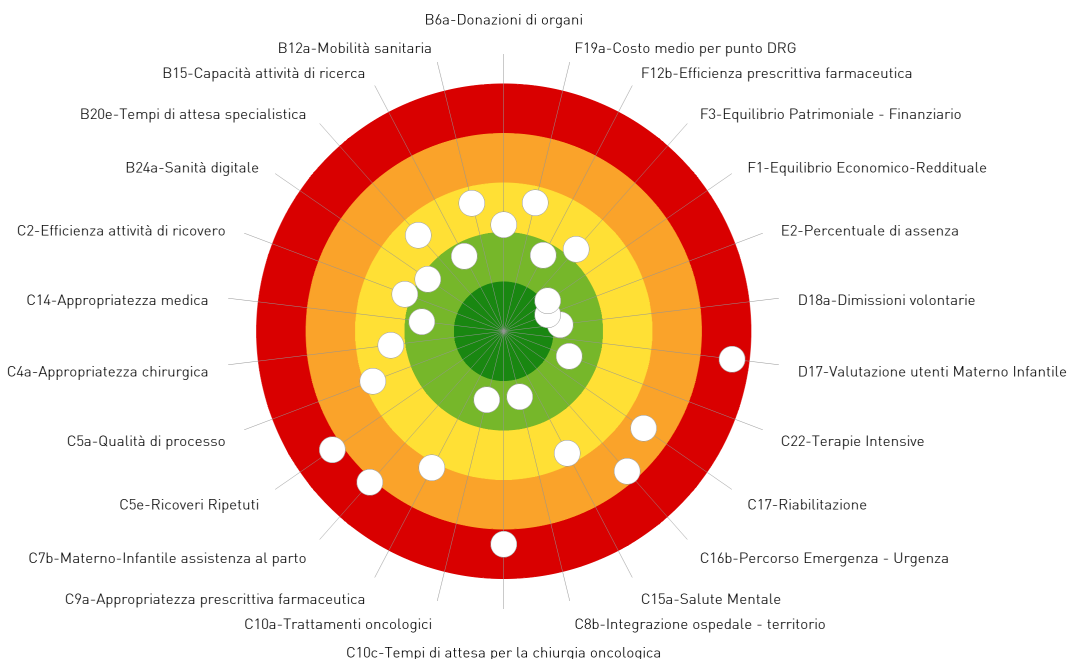
Figura 10. Valutazione della performance sanitaria 2017 dell'AOU Careggi



I risultati di sintesi della performance dell'Azienda ospedaliero- universitaria Pisana

Il bersaglio dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana, mostra la presenza di punti di forza e di debolezza. In particolare, l'Azienda presenta ottime performance sulla percentuale di assenza del personale dipendente (E2) con il 10,06% è l'Azienda sanitaria con la percentuale più bassa della Toscana. Complessivamente buone le performance relative alla dimensione economico-finanziaria e di efficienza misurata attraverso l'aspetto sia patrimoniale-finanziario (F3) che reddituale (F1), e dall'efficienza prescrittiva farmaceutica (F12b), nella media il consumo delle risorse sull'assistenza ospedaliera (F19a). Inoltre l'Azienda presenta buone performance per quanto riguarda gli indicatori della capacità della ricerca (B15); delle dimissioni volontarie (D18); delle terapie intensive (C22); dei trattamenti oncologici, soprattutto quelli relativi al tumore maligno alla mammella (C10a). Da migliorare invece i tempi di attesa per la chirurgia oncologica (C10c). Positiva la performance anche per le donazioni d'organi (B6a), l'appropriatezza medica (C14) e l'integrazione ospedale-territorio analizzata attraverso i ricoveri oltre 30 giorni effettuati dai residenti dell'Azienda toscana Nord Ovest presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana (C8b). Punti da migliorare riguardano i ricoveri ripetuti (C5e), il percorso materno-infantile sia per quanto riguarda gli indicatori di assistenza al parto (C7b) che la percezione dell'esperienza delle donne (D17), il percorso emergenza-urgenza (C16b), il percorso di riabilitazione (C17), l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9a).

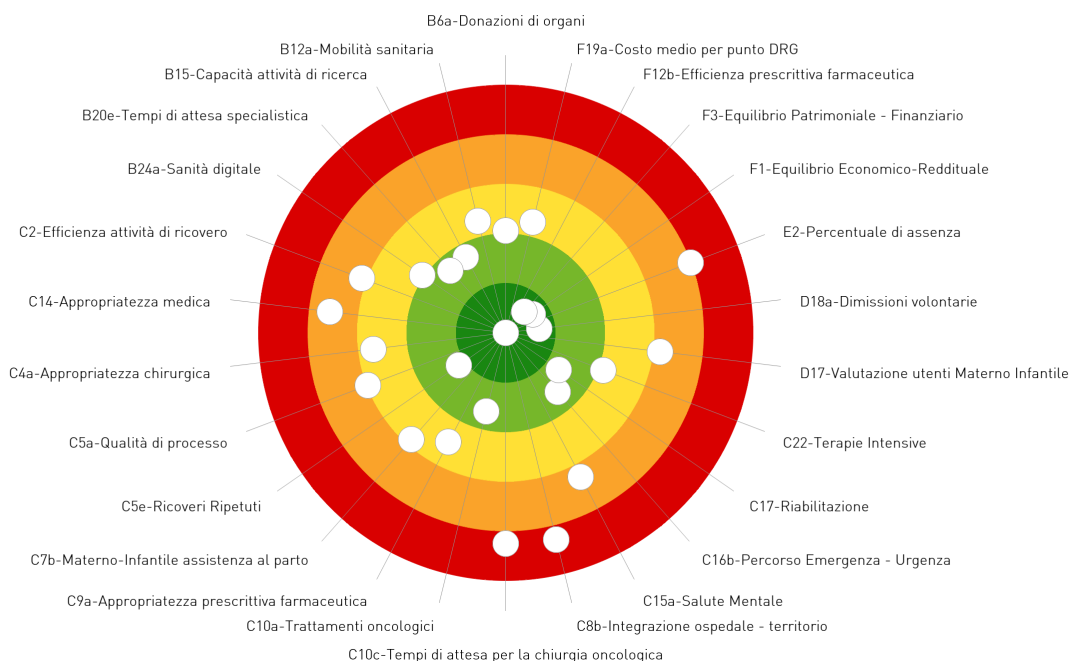
Figura 11. Valutazione della performance sanitaria 2017 dell'AOU Pisana



I risultati di sintesi della performance dell'Azienda ospedaliero- universitaria Senese

Il bersaglio dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese, mostra la presenza di punti di forza e di debolezza. L'Azienda presenta ottime performance sul versante economico complessivo (F1, F3), ottima anche l'efficienza prescrittiva farmaceutica (F12b). In particolare, si segnala che è l'unica azienda toscana ad ottenere una performance complessivamente buona sui tempi di attesa per le visite specialistiche (B20e) e sull'indicatore che monitora i ricoveri ripetuti (C5e). L'Azienda presenta buone performance anche sulla capacità di ricerca (B15), sulle dimissioni volontarie (D18), sul percorso emergenza-urgenza (C16b), sul percorso di riabilitazione (C17) e sul percorso oncologico relativamente ai trattamenti oncologici (C10a), mentre da migliorare i tempi di attesa per la chirurgia oncologica (C10c). Un'altra area che presenta margini di miglioramento riguarda, a livello complessivo, la percentuale di assenza del personale dipendente (E2) che si attesta sul 13,89%. Per quanto riguarda i percorsi assistenziali si segnala il percorso materno-infantile che si posiziona al limite della fascia gialla sia sull'assistenza (C7b) sia sulla valutazione espressa delle donne (D17). Per il percorso della salute mentale, si segnala l'indicatore di pertinenza delle AOU, ossia la percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche (C8a.13.2). Altri aspetti che mostrano margini di miglioramento sono l'integrazione ospedale-territorio (C8b), l'appropriatezza medica (C14) e la qualità di processo (C5a).

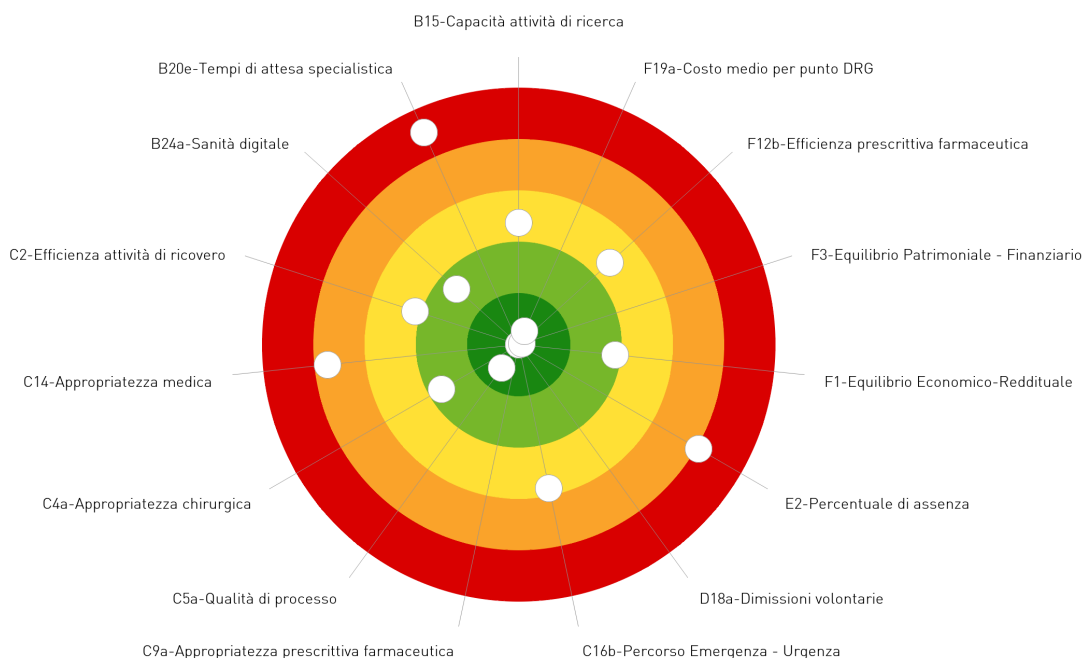
Figura 12. Valutazione della performance sanitaria 2017 dell'AOU Senese



I risultati di sintesi della performance dell'Azienda ospedaliero- universitaria Meyer

Il bersaglio dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer presenta un numero inferiore di indicatori 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) così come appare 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) e 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, su cui però incidono molto le maternità; infine, si segnalano 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).

Figura 13. Valutazione della performance sanitaria 2017 dell'AOU Meyer



I risultati di sintesi della performance della Fondazione Toscana G. Monasterio

Il bersaglio della Fondazione toscana Gabriele Monasterio, 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 dell'efficienza prescrittiva farmaceutica (F12b). 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).

Figura 14. Valutazione della performance sanitaria 2017 della Fondazione Monasterio

