



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità



**Osservatorio  
Sociale Regionale**



**Centro Regionale  
di documentazione  
per l'infanzia e l'adolescenza**

**Regione Toscana**



**Sant'Anna**  
Ospedale di Pistoia e Ospedale di Prato



# Welfare e salute in Toscana

**2023**



# **Welfare e salute in Toscana**

**2023**

# WELFARE E SALUTE IN TOSCANA 2023

## Coordinamento scientifico

ARS Toscana: F. Profili, F. Voller  
Regione Toscana: M. La Mastra, A. Salvi  
ANCI Toscana: L. Caterino  
Scuola superiore Sant'Anna: M. Vainieri, F. Ferrè

## Curatori dell'edizione

ARS Toscana: F. Profili, F. Voller  
Regione Toscana: M. La Mastra  
ANCI Toscana: M. Faraoni (Simurg Ricerce)  
Scuola superiore Sant'Anna: M. Vainieri, F. Ferrè

## Indice degli autori

ARS Toscana: F. Collini, S. Forni, G. Galletti, F. Gemmi, F. Innocenti, C. Milli, D. Nuvolone, F. Profili, M. Puglia, C. Silvestri, L. Stacchini, F. Voller  
Regione Toscana: G. Attardo, L. Baggiani, C. Berni, S. Brunori, E. Biancalana, N. Caruso, M. La Mastra, S. Madrigali, B. Trambusti  
Anci Toscana: L. Caterino, R. Di Gioia, M. Faraoni (Simurg Ricerche)  
Scuola superiore Sant'Anna: A. Caputo, A. Ferrari, M.F. Furmenti, F. Pennucci, A. Vinci  
CeRIMP: G. Romeo, D. Talini  
AOU Meyer: G. La Marca, E. Procopio

## Hanno collaborato

ARS Toscana: E. Andreoni, A. Berti, S. Bravi, V. Di Fabrizio, M. Falcone, P. Francesconi, R. Gini, E. Gualdani, F. Ierardi, M. Pacifici, C. Stasi, C. Szasz  
Regione Toscana: L. Bani, P. Bellofiore, C. Corezzi, M. De Luca, S. De Luca, F.M. Ganucci, C. Rizzuti, A. Vignozzi  
ANCI Toscana: A. Arces, A. Bardelli, I. Benini, M. Betti, M. Caiolfa, A. De Conno, G. Evangelista, A. Failli, G. Giunti, D. Lacangellera, M. Mori, S. Rodrigues  
Scuola superiore Sant'Anna: G. D'Orio, R. Novaro, A.Vinci  
Centro regionale infanzia e adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): I. Candeago, R. Ricciotti  
ISPRO: F. Battisti, P. Mantellini

## Editing e grafica (a cura di ARS Toscana)

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

## Elaborazioni dati

ARS Toscana: S. Bartolacci, R. Capocchi, L. Gnaulati, M. Monnini, M. Razzanelli  
Regione Toscana: A. Casile, M.G. Cuzzola, C. Degl'Innocenti, S. Ghiribelli, M. La Mastra  
ANCI Toscana: M. Faraoni (Simurg Ricerche per conto di ANCI Toscana), R. Di Gioia  
Scuola superiore Sant'Anna: D. Cerasuolo, G. D'Orio, B. Dal Canto, A. Ferrari, M. F. Furmenti, S. Longhi, G. Moretti, F. Pennucci  
Centro regionale infanzia e adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): R. Ricciotti, G. Scarti

# INDICE

<b>Introduzione</b>	pag.	4
<b>1. Gli scenari demografici e climatici</b>		6
1.1 L'inverno demografico		6
1.2 Clima e salute		11
<b>2. Dall'infanzia all'adolescenza</b>		16
2.1. La nascita e il periodo dell'infanzia		16
2.2. L'ingresso nel mondo dell'istruzione		23
2.3. L'emersione delle fragilità personali e in famiglia		27
2.4. I determinanti di salute: tra scelte individuali e responsabilità collettive		33
2.5. I primi problemi per la salute fisica		38
<b>3. il passaggio dall'adolescenza all'età adulta</b>		42
3.1 I determinanti contestuali del fattore salute		
L'ingresso nel mondo del lavoro e il sostegno al reddito		42
3.2 Si consolidano le abitudini e gli stili di vita		50
3.3 Le prime patologie e l'aumento del ricorso ai Servizi sanitari		54
3.4 Le patologie acute in età adulta		68
3.5 La salute delle popolazioni particolarmente vulnerabili dal punto di vista sociale o sanitario		81
<b>4. La popolazione anziana tra invecchiamento attivo e risorsa per la società</b>		90
4.1. Condizioni e stili di vita		90
4.2. Convivere con le patologie croniche		95
4.3 Un equilibrio fragile		104
4.4. La perdita dell'autonomia e il fine vita		110

---

## INTRODUZIONE

Il primo volume dell'edizione 2023 di Welfare e salute in Toscana propone una lettura delle tematiche sanitarie e sociali che segua il percorso di vita di una persona residente in Toscana, dalla nascita al momento del decesso. Considerata la forte associazione con l'età che hanno la salute e le principali problematiche sociali, buona parte dei contenuti tradizionali del volume si presta ad essere caratterizzata secondo le peculiarità dell'infanzia, dell'adolescenza o del mondo degli adulti e degli anziani. Nel caso in cui invece un tema non presenti particolari differenze per età, sarà trattato, sempre nell'ottica del percorso di vita, nel momento in cui tende a presentarsi per la prima volta o con una frequenza decisamente superiore rispetto ad altre fasi della vita.

Con l'occasione di questa nuova struttura si è scelto di dare maggiore enfasi all'ottica di popolazione, descrivendo come sta e come vive oggi una persona residente in Toscana. Vengono meno quindi alcuni temi di valutazione delle performance dei servizi, per i quali comunque il sistema regionale (e nazionale) svolge un'attività continua di monitoraggio e restituzione dei risultati. Nel volume restano alcune schede dedicate alla valutazione dei percorsi clinico-assistenziali (materno-infantile, salute mentale, cronicità e assistenza domiciliare) collocate nei paragrafi in cui si affronta il tema specifico.

Dopo una breve introduzione che contestualizza il periodo storico nel quale ci troviamo, dal punto di vista dei cambiamenti demografici, ambientali e climatici, si procederà con tre capitoli, uno per ognuna delle tre grandi fasce d'età: minori, adulti e anziani.

La salute del feto durante la gravidanza rappresenta l'inizio del capitolo dedicato ai minori, che prosegue descrivendo la salute dei neonati e i principali interventi di prevenzione primaria attuati durante i primi anni di vita, fino all'ingresso nel mondo dell'educazione e dell'istruzione. Si arriva poi all'adolescenza, accompagnata dalle prime fragilità (personali e familiari), dalla formazione della propria personalità e dalle prime esperienze con i principali determinanti di salute, che spesso incidono, indirizzano, condizionano lo stato di salute degli anni successivi.

I primi anni dopo l'adolescenza hanno infatti molte caratteristiche in comune con quella fase della vita, come riportato nel capitolo dedicato agli adulti, che poi prosegue affrontando la fase di maturazione, l'ingresso nel mondo del lavoro e la costruzione del proprio percorso di vita, tenendo ben presenti gli ostacoli che si possono contrapporre al successo di questo percorso. Due importanti dimensioni dell'inclusione sociale, in grado di incidere anche sulla salute, sono ad esempio la condizione reddituale e abitativa, in forte interazione tra loro nelle dinamiche di vita di cittadini e famiglie. Entrambe possono aumentare le platee interessate al rischio di disagio, impoverimento, marginalizzazione, sofferenza e vulnerabilità, e inasprire le disuguaglianze sociali e di salute.

Arrivando alla piena maturazione si presentano i primi problemi di salute acuti. Si costruisce così il proprio rapporto con il mondo sanitario e sociosanitario e molti toscani si trovano a fronteggiare alcuni eventi di particolare importanza per la salute, come i grandi eventi acuti cardiovascolari o una diagnosi oncologica.

Infine, l'ultimo capitolo è dedicato interamente alla salute degli anziani, che stanno progressivamente aumentando e rappresentano la maggioranza delle persone che convivono con una patologia e ricorrono frequentemente al servizio sanitario regionale. Per fronteggiare il progressivo invecchiamento della popolazione è importante che la persona anziana prolunghi il più possibile il periodo vissuto libero da malattie invalidanti, adottando buone abitudini e mantenendosi attiva. La convivenza con una patologia cronica rappresenta comunque la gran parte degli anziani, ma può non intaccare la qualità della vita se presa in carico adeguatamente, anche se l'equilibrio, mano a mano che l'età si sposta in avanti, si fa sempre più fragile e alcuni eventi possono mettere a repentaglio l'autosufficienza dell'anziano, fino al momento del decesso.

# **Gli scenari demografici e climatici**

# 1. GLI SCENARI DEMOGRAFICI E CLIMATICI

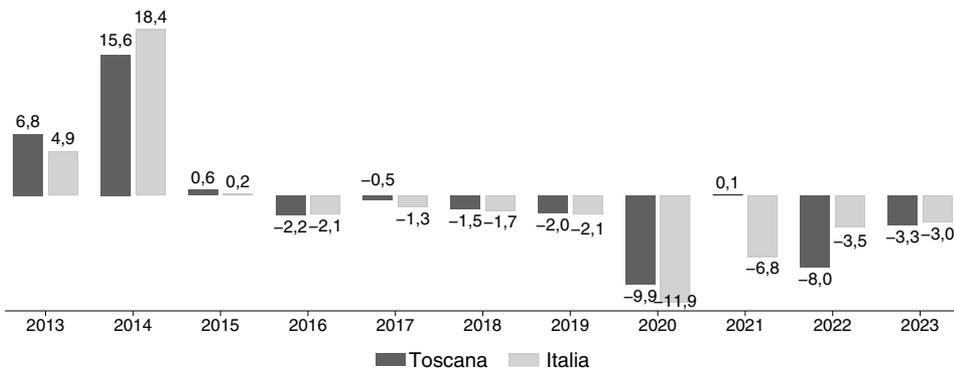
## 1.1 L'INVERNO DEMOGRAFICO

La denatalità, assieme al progressivo e costante aumento della speranza di vita della popolazione toscana, configura una situazione di declino demografico. I flussi migratori e la natalità delle donne di origine straniera non sono più sufficienti a colmare il gap tra decessi e nuovi nati.

L'Italia dal 2016 si trova in uno scenario di declino demografico nel quale la popolazione diminuisce ed è mediamente sempre più anziana, la natalità è in calo e il rapporto tra il numero di persone in età lavorativa, giovani e pensionati è sempre meno sostenibile. La Toscana è tra le regioni italiane maggiormente caratterizzate da questo processo, avendo una popolazione più anziana della media nazionale. Al 1° gennaio 2023 i residenti sono scesi

a 3.651.152, di cui 1.879.040 donne (51% del totale). Ad eccezione del 2021, l'ultimo anno è l'ottavo consecutivo in cui la popolazione diminuisce (Figura 1.1.1), con picchi di -9,9 e -8 abitanti ogni 1.000 rispettivamente nel 2020 e nel 2022. Nei prossimi 10 anni ISTAT prevede che la Toscana perderà fino a 21 mila residenti, che diventeranno circa 60 mila tra 20 anni, quando la popolazione regionale potrebbe scendere a 3 milioni e 570 mila residenti circa.

**Figura 1.1.1 Saldo demografico annuale – Variazione della popolazione rispetto all'anno precedente, per 1.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2013-2023 – Fonte: ISTAT**



Le cause sono state ormai ampiamente descritte negli ultimi anni: il calo delle nascite e l'aumento della quota di anziani (per l'ingresso dei cosiddetti baby boomers tra gli ultra64enni) innanzitutto, con il conseguente progressivo aumento della forbice tra decessi e nuovi nati, reso ancora più evidente dagli effetti della pandemia Covid-19 (Figura 1.1.2). A questo va poi ad aggiungersi la perdita di attrattività nei confronti della popolazione straniera.

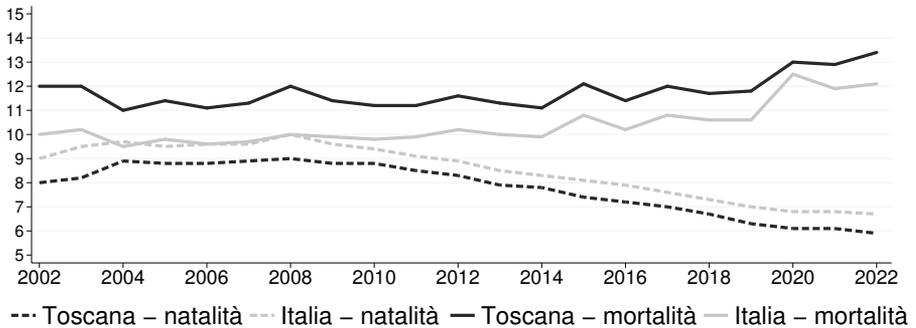
I nuovi nati in Toscana nel 2022 sono stati

21.610, pari a 5,9 ogni 1.000 abitanti (6,7 in Italia). La pandemia ha influito sulla scelta di avere un figlio/a, aggravando un andamento che era comunque già in diminuzione dal 2008, quando si è raggiunto il picco recente di nascite, 33.610 (9 ogni 1.000 abitanti). Complice la crisi finanziaria di quell'anno e le sue ripercussioni sull'economia globale, da lì in poi la scelta di avere un figlio è stata sempre più ritardata o abbandonata del tutto. L'andamento della nostra regione è in linea con quello italiano, ma la Toscana fa

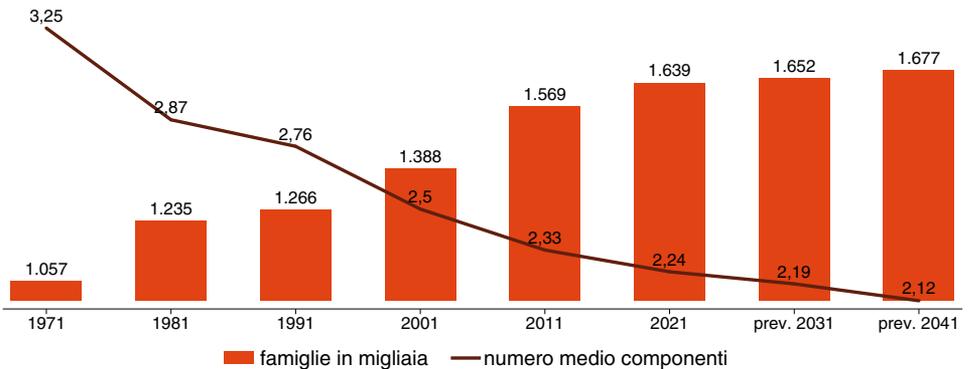
parte delle 5 regioni con i livelli di natalità più bassi, dopo Sardegna (4,9 per 1.000), Liguria (5,6), Umbria (5,7) e Molise (5,8) in Italia. Le famiglie tendono quindi ad essere sempre meno numerose, ma ad aumentare in quantità (Figura 1.1.3). Dal 1971 la Toscana è passata da poco più di un milione di famiglie alle attuali 1.662.574

(+57%) e, contemporaneamente, da 3,25 a 2,19 componenti medi per famiglia e ISTAT prevede che entro i prossimi 20 anni il numero di nuclei familiari crescerà ancora, seppur meno rispetto ai cicli precedenti (+9mila circa) e il numero di componenti subirà un ulteriore restringimento (2,12 componenti medi).

**Figura 1.1.2 Natalità e mortalità – Nuovi nati e decessi per 1.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2002-2023 – Fonte: ISTAT**



**Figura 1.1.3 Famiglie e numero di componenti – Numero di famiglie in migliaia e media del numero di componenti familiari – Toscana, periodo 1971-2021 e previsione 2041 – Fonte: ISTAT**



Tali mutamenti sono dovuti a una serie di concause che agiscono contemporaneamente. I giovani prolungano la propria permanenza all'interno della famiglia di origine mediamente fino ai 30 anni (soglia tra le più alte in Europa), posticipando così la costruzione di un proprio nucleo (l'età media di uomini e donne al matrimonio è rispettivamente di 38 e 35 anni) e rinunciando o rinviando la scelta di avere figli. L'età media al parto ha raggiunto i 32,8 anni in Toscana (era 30,9 nel 2002) e i 32,4 anni in

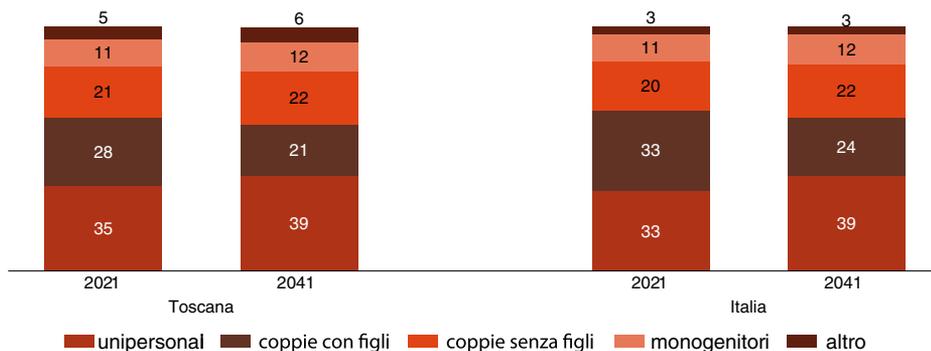
Italia. La nostra regione è la 4ª in Italia per proporzione di over40enni al parto. Cambiano le modalità di formazione e scioglimento delle coppie, con nuovi modi di esperire i legami, l'aumento delle coppie non coniugate, il calo dei matrimoni dal 4,6 del 2002 al 3,3 per 1.000 del 2022 (3,2 per 1.000 in Italia), la crescita di separazioni e divorzi (aumentati del 40% in 15 anni) e quindi anche delle famiglie ricostituite (nel 2021 in Toscana il 19% degli sposi e il 17% delle spose avevano già altri matrimoni alle

spalle). La denatalità è in parte poi riconducibile a cambiamenti strutturali della popolazione, con l'uscita dall'esperienza riproduttiva delle generazioni di donne nate a metà degli anni '60 (baby-boom), molto più numerose delle successive che stanno entrando in età feconda (le donne in età feconda in Toscana sono scese dalle 743mila del 2001 alle attuali 643mila), solo in parte compensata a partire dagli anni duemila dall'ingresso di giovani, spesso per ricongiungimenti familiari favoriti dalle regolarizzazioni dei cittadini di origine straniera. Le donne di origine straniera stabilmente residenti sul nostro territorio, inoltre, stanno affrontando un costante processo di acculturazione che rende i loro comportamenti sempre più simili a quelli delle donne italiane autoctone; i diversi cicli di depressione economica hanno determinato una rinuncia alla pianificazione dell'allargamento della fami-

glia. Dal 2013 il tasso di fecondità delle donne straniere è sceso sotto le due unità, pur rimanendo al di sopra di quello delle donne italiane (1,71 vs 1,11 figli per donna nel 2021) e nel 2022 nelle strutture toscane hanno partorito 5.452 straniere (-31,3% rispetto al 2013).

Tra le famiglie toscane, quindi, diminuiscono le coppie con figli, che hanno rappresentato per molto tempo la forma più diffusa (il 37% del totale nel 2001), ma oggi si attestano al 28% e si prevede che diminuiranno ulteriormente (Figura 1.1.4). Tra le famiglie con figli oltre la metà ne ha uno soltanto, circa il 40% ne ha due e il 6,5% tre o più. Le famiglie monogenitore, nell'82% dei casi madri, rappresentano l'11%. Le coppie senza figli, notevolmente aumentate, rappresentano e rappresenteranno stabilmente circa 1 nucleo su 4. Un nucleo su tre è composto da una sola persona, nel 60% dei casi con più di 60 anni.

**Figura 1.1.4 Nuclei familiari per tipologia – Valori ogni 100 nuclei familiari – Toscana e Italia, anno 2021 e previsione 2041 – Fonte: ISTAT**



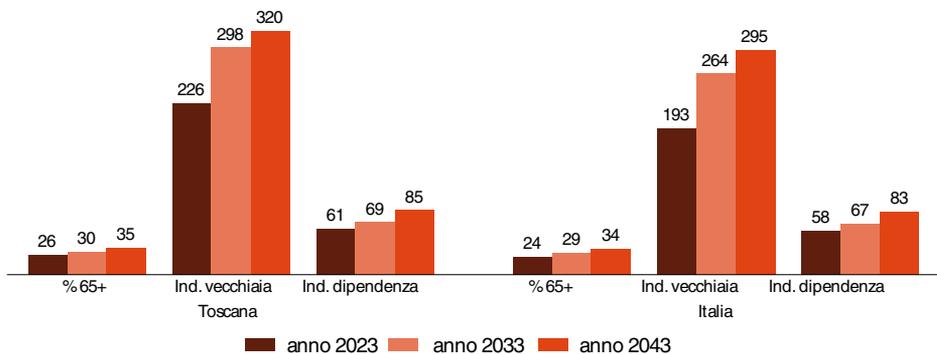
Oltre che sulle nascite, la pandemia ha continuato ad incidere sulla mortalità, anche nel 2022 in eccesso rispetto all'atteso. In Toscana i decessi sono stati il 10,3% in più rispetto alla media del periodo 2015-2019 (+10,5% in Italia), dopo il +8,6% e +7,8% nei primi due anni di pandemia (+15,6% e +9,8% in Italia). I primi 7 mesi del 2023 segnano per il momento un'inversione di tendenza: -3,1% rispetto agli stessi mesi del periodo 2015-2019 (-0,4% in Italia). In Toscana nel 2022 sono decedute 48.855 persone, pari a 13,4 ogni 1.000 abitanti (12,1 in Italia). Come per la natalità, l'andamento toscano è sovrapponibile a quello italiano e la nostra

regione si conferma tra le cinque con il tasso grezzo di mortalità più alta, dopo Liguria (15,9 per 1.000), Molise (14,7), Piemonte (13,8) e Umbria (13,6). Si tratta di territori caratterizzati da una struttura per età con un'elevata percentuale di anziani (65+ anni), rispetto alla media nazionale e dove l'età è ovviamente il principale predittore del rischio di morte. Quando correggiamo i confronti per età, la nostra regione mostra in realtà livelli di mortalità tra i più bassi in Italia e inferiori alla media nazionale (8,6 vs 9,4 per 1.000 abitanti nel 2022). Attualmente gli anziani rappresentano il 26% della popolazione toscana (24% in Italia) e

sono circa 958mila (Figura 1.1.5). ISTAT prevede che possano raggiungere quota 1 milione e 100mila nel 2033 (30% dei residenti) e 1 milione e 250mila nel 2043 (35% dei residenti). I giovani con meno di 15 anni d'età rappresentano invece l'11,6% della popolazione toscana (424.500 persone) ed è previsto che scendano al di sotto delle 390mila unità nei prossimi 20 anni. In conseguenza di queste dinamiche sono in continua crescita anche l'indice di vecchiaia (misura del ricambio generazionale, che confronta la popolazione anziana con quella giovane under15) e l'indice di dipendenza strutturale, misura della sostenibilità del sistema di welfare, che confronta la popolazione delle

fasce non produttive, under15 e 65+ anni, con la popolazione in età lavorativa di 15-64 anni d'età. L'indice di vecchiaia toscano conta 226 anziani ogni 100 giovani (193 in Italia) e si stima che raggiungerà i 320 anziani per ogni giovane già nel 2033 (Figura 1.1.5). L'indice di dipendenza strutturale conta 61 residenti in età non produttiva ogni 100 residenti d'età 15-64 anni (58 ogni 100 in Italia) ed è previsto alla soglia dei 69 ogni 100 nei prossimi 10 anni. Le donne tra gli anziani rappresentano il 56,2%, per la maggiore longevità che le contraddistingue: la speranza di vita alla nascita per una donna toscana è pari a 85,3 anni (84,8 anni in Italia), contro gli 81,3 anni degli uomini (80,5 anni in Italia).

**Figura 1.1.5 Indici di struttura demografica – Anziani (65+) ogni 100 abitanti, anziani ogni 100 giovani under15 (indice di vecchiaia), anziani e giovani ogni 100 15-64enni (indice di dipendenza) – Toscana e Italia, anno 2023 e previsioni 2033-2043 – Fonte: ISTAT**



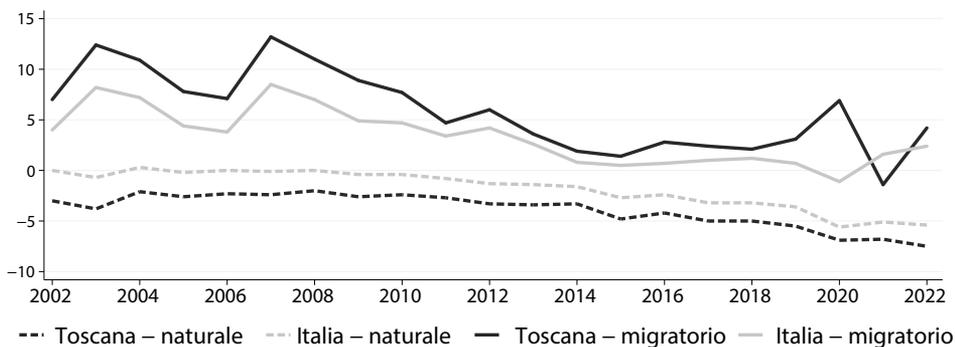
L'ultima componente che contribuisce al calo della popolazione è quella dei flussi migratori in entrata e in uscita. Sostanzialmente fino al 2013 il saldo migratorio (differenza tra nuovi ingressi e uscite dei residenti) è sempre riuscito a compensare il saldo naturale negativo (nuovi nati - decessi), se non a superarlo (Figura 1.1.6). Successivamente anche il saldo migratorio si è molto ridotto, fino al minimo in concomitanza delle chiusure e delle limitazioni agli spostamenti durante la pandemia, quando i residenti che hanno lasciato la nostra regione hanno superato i nuovi ingressi. La Toscana quindi è meno attrattiva rispetto al passato, pur in un contesto che caratterizza tutta Italia.

La presenza di residenti di origine straniera nel 2023 si attesta all'11,1% dei toscani (8,6%

in Italia), 406.700 persone circa, stabili rispetto all'anno precedente. Il 12% delle famiglie toscane, 203.500 su 1.662.574, ha almeno un componente di origine straniera e, di queste, 148.500 hanno tutti i componenti stranieri (9% del totale delle famiglie). Negli ultimi 20 anni la popolazione di origine straniera è aumentata di circa 280mila unità, rappresentava infatti il 3,6% della popolazione totale nel 2003. Come noto, la popolazione di origine straniera è mediamente più giovane rispetto a quella degli italiani autoctoni, perché si sposta prevalentemente per motivi lavorativi. La fascia d'età più rappresentata è quella dei 15-64enni (76,9% del totale, rispetto al 69,9% tra gli italiani autoctoni), mentre la percentuale di anziani si ferma al 6,4%. I primi paesi di origine per numero di residenti sul nostro territorio sono (ISTAT,

2022): Romania (18,3% degli stranieri, 74mila | Albania (14%, 57.100 persone) e Marocco persone circa), Cina (15,9%, 64.700 persone), | (6,9%, 28mila persone).

**Figura 1.1.6 Saldo naturale e migratorio – Saldo naturale (nuovi nati – decessi) e migratorio (ingressi – uscite) per 1.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2002-2023 – Fonte: ISTAT**



## 1.2 CLIMA E SALUTE

**Il cambiamento climatico agirà, principalmente, come un moltiplicatore dei rischi sanitari esistenti.**

**I mesi di giugno e luglio 2023 sono stati i più caldi mai rilevati a livello globale. In Toscana l'aumento della temperatura media tra il 1955 e il 2022 è di quasi 3 °C in estate (+1,6 °C media annua).**

**La mortalità, in diminuzione fino al 2019, in eccesso per il COVID-19, ma nel 2022 è stata particolarmente sostenuta anche dalle ondate di calore.**

**Il SRPS toscano è attivo dal 2022, coordinato dalla DG Sanità, welfare e coesione sociale**

**Vi partecipano: AUSL, ARS, ISPRO, IZS, CNR e ARPAT.**

**Le finalità principali sono:**

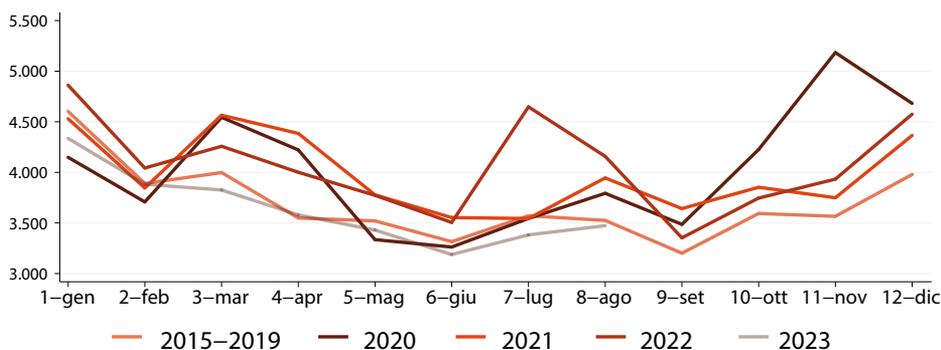
- **rafforzamento strutture e servizi per migliorare infrastrutture, capacità umane e tecnologiche, ricerca applicata;**
- **promozione e finanziamento di ricerca applicata con approcci multidisciplinari in aree di intervento salute-ambiente-clima, con riferimento anche ai siti di interesse nazionale per le bonifiche (SIN);**
- **programma di formazione continua in salute-ambiente-clima.**

I cambiamenti climatici sono considerati la maggiore sfida e minaccia per la salute del XXI secolo. Il VI Rapporto di Valutazione sui Cambiamenti Climatici (AR6) dell'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) del 2023 riporta tra i principali pericoli l'aumento della frequenza di ondate di calore e di eventi meteorologici estremi come incendi, inondazioni, siccità, ma anche la diffusione di malattie infettive e da contaminazione batterica, soprattutto delle acque, in aree prima non a rischio, a causa dei cambiamenti climatici. Sono rilevanti anche gli impatti sulla salute mentale, come i disturbi post-traumatici da stress, ansia e depressione causati da eventi estremi, e gli effetti delle temperature estreme sul tono dell'umore, i disturbi comportamentali e il benessere delle persone con disturbi psichici.

Secondo il servizio Copernicus Climate Change i mesi di giugno e luglio 2023 sono stati i più caldi mai rilevati a livello globale. Il mese di luglio ha registrato un +0,72 °C rispetto al 1991-2000 e un +1,5 °C rispetto al periodo 1850-1900. In Toscana, come in Italia, invece, il mese di giugno 2023 è stato decisamente più fresco di quello del 2022, quando i giorni con temperature massime superiori a 33 °C erano stati 17, mentre nel 2023 sono stati solo 5. La media delle massime nel 2023 è stata di quasi 3 °C inferiore al 2022. Anche luglio 2023 è stato meno caldo del 2022: la media delle massime nel 2022 fu di 36,3 °C, nel 2023 è stata di 34,6 °C. In ogni caso luglio 2023 ha chiuso con un +1,8 °C rispetto al 1991-2000, posizionandosi al 5° posto nella classifica. Complessivamente in Toscana l'aumento della temperatura media tra il 1955 e il 2022 è di circa 1,6 °C, molto più marcato in estate (+2,9 °C). Preoccupa l'aumento della siccità: a livello stagionale è significativa la diminuzione delle precipitazioni in primavera (-21%) ed in estate (-26%), mentre in inverno, rispetto a 70 anni fa, la diminuzione si attesta sul -8%. La diminuzione delle piogge è particolarmente evidente nelle zone nord-occidentali della regione, tra le più piovose d'Italia e di Europa, dove nel 2022 si è registrato il 30% in meno di precipitazioni.

Gli effetti diretti del clima sulla salute sono documentate dal Sistema di allarme e della sorveglianza della mortalità giornaliera (SISMG) associata alle ondate di calore (network nazionale cui partecipano i comuni di Firenze, Prato e Livorno). Nell'estate 2023 nelle città del Nord-Italia l'aumento di mortalità associato alle ondate di calore si è concentrato nell'ultima settimana di agosto. Nelle città del Centro-Sud, al contrario, l'impatto è stato maggiore nella seconda metà del mese di luglio, proprio a causa del perdurare delle condizioni climatiche sfavorevoli. In Toscana, in linea con il trend nazionale, la mortalità nei mesi estivi del 2023 è stata più bassa di quella del 2022, come detto caratterizzato da un clima estivo più estremo, come evidenziato dal picco di mortalità rilevato nel mese di luglio (Figura 1.2.1). Nel 2023, come detto nel paragrafo precedente, si registra un'inversione di tendenza rispetto ai significativi eccessi di mortalità che hanno caratterizzato il triennio 2020-2022, durante il quale l'azione sinergica di più fattori, pandemia in primis, ma anche ondate di calore ed epidemie influenzali, ha colpito in particolare la fascia di popolazione più fragile. Per un bilancio complessivo del 2023 è necessario attendere i dati della stagione influenzale autunnale, tuttavia i segnali sono quelli di un ritorno su valori nella norma.

**Figura 1.2.1 Decessi, per mese – Valori assoluti – Toscana, periodo 2015-2023 – Fonte: ISTAT**



L'impatto dell'inquinamento atmosferico è strettamente connesso ai cambiamenti climatici: la nuova Direttiva del Parlamento europeo del 2022 sulla qualità dell'aria, frutto delle solide evidenze scientifiche sugli effetti avversi sulla salute umana, anche a basse concentrazioni, fissa limiti più stringenti per i principali inquinanti dell'aria, con l'obiettivo di allineare gli standard europei alle linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per la protezione della salute umana entro il 2035. Se si analizzano

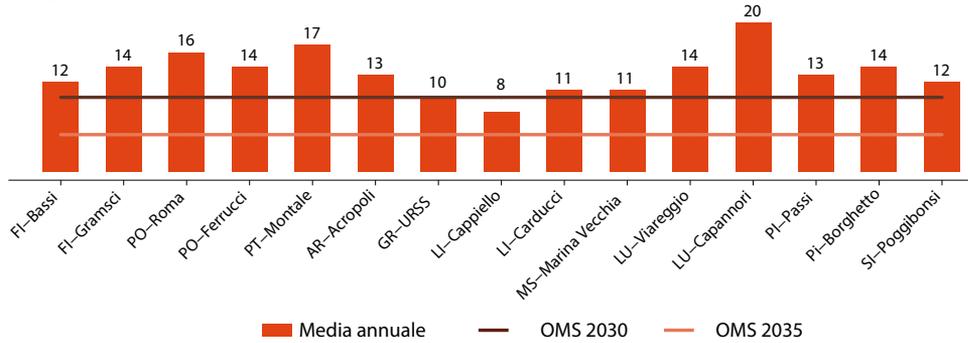
**Valori soglia della media annuale nella Direttiva europea:**  
 PM10: 20µg/m3 (2030), 15µg/m3 (2035), da attuale 40µg/m3.  
 PM2.5: 10µg/m3 (2030), 5µg/m3 (2035), da attuale 25µg/m3.  
 NO2: 20µg/m3 (2030), 10µg/m3 (2035), da attuale 40µg/m3.

i dati di qualità dell'aria misurati nel 2022 presso le stazioni di monitoraggio della rete regionale toscana, però, per il PM<sub>2,5</sub> soltanto 2 stazioni su 15 al momento rispettano l'obiettivo 2030 e tutte le stazioni, ad eccezione di Livorno Cappelletto, sono ben lontane dall'obiettivo 2035 (Figura 1.2.2). La stazione più critica si conferma quella di Capannori che presenta una media annuale di 20 µg/m<sup>3</sup>.

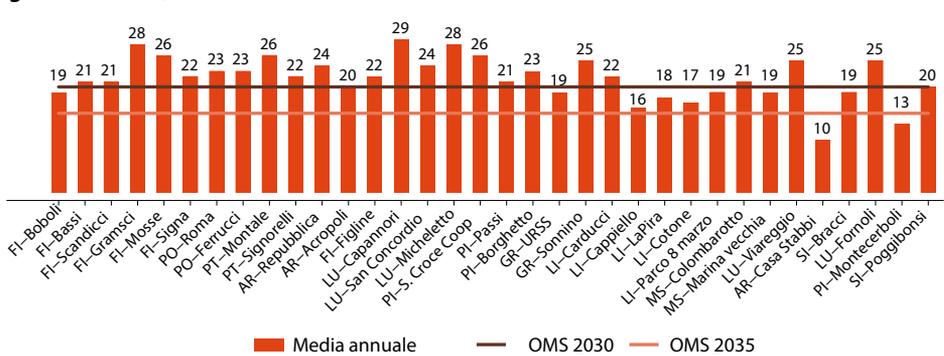
Per il PM<sub>10</sub> la concentrazione media regionale ha registrato un aumento del 10% rispetto al 2021, attestandosi a 22 µg/m<sup>3</sup>. Come per il PM<sub>2,5</sub>, il rispetto dell'obiettivo 2030, e ancora di più di quello 2035, risulta critico per la grande maggioranza dei siti di monitoraggio (Figura 1.2.3). Per le medie annuali di NO<sub>2</sub> si registra una sostanziale stabilità dei valori rispetto all'anno precedente in tutte le stazioni della rete. Una buona parte delle centraline mostra valori già in linea

o molto vicini all'obiettivo 2030 di  $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$  (Figura 1.2.4). Fanno eccezione le stazioni di traffico delle principali aree urbane, tra cui la stazione di Firenze Gramsci che non rispetta neanche l'attuale limite normativo di  $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ . Più critica la situazione nell'ottica del pieno allineamento alle indicazioni OMS di  $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ .

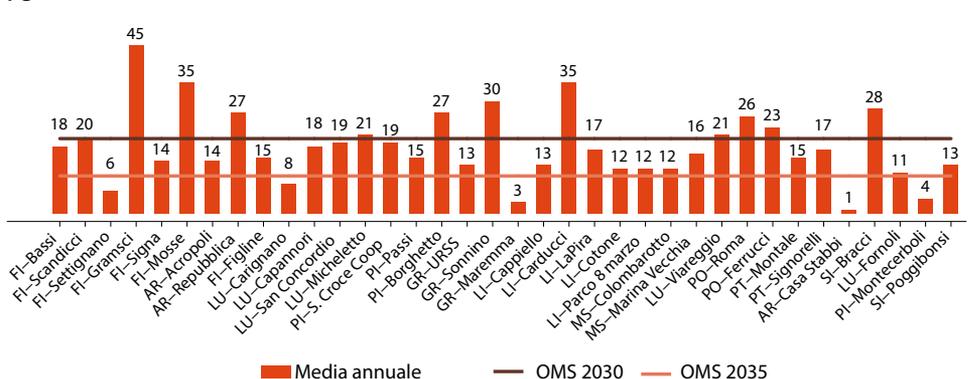
**Figura 1.2.2 Valori di  $\text{PM}_{2.5}$  per stazione di rilevamento della rete regionale – Medie annuali in  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  – Toscana, anno 2022 – Fonte: ARPAT**



**Figura 1.2.3 Valori di  $\text{PM}_{10}$  per stazione di rilevamento della rete regionale – Medie annuali in  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  – Toscana, anno 2022 – Fonte: ARPAT**



**Figura 1.2.4 Valori di  $\text{NO}_2$  per stazione di rilevamento della rete regionale – Medie annuali in  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  – Toscana, anno 2022 – Fonte: ARPAT**



Il tema delle relazioni tra ambiente, clima e salute è un obiettivo centrale dell'investimento del PNRR denominato Salute, ambiente, biodiversità e clima che, in linea con l'approccio One Health, vuole far fronte ai rischi dei cambiamenti ambientali e climatici sulla salute, creando un nuovo assetto di prevenzione nell'ambito della sanità pubblica, con l'istituzione del Sistema Nazionale (e Regionale) Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS). L'investimento di 500 milioni di Euro mira a rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità dell'Italia nell'affrontare situazioni di grande impatto sanitario, associate a rischi ambientali o climatici.

**Dall'infanzia  
all'adolescenza**

## 2. DALL'INFANZIA ALL'ADOLESCENZA

### 2.1. LA NASCITA E IL PERIODO DELL'INFANZIA

**Diminuisce la natalità, ma anche le interruzioni volontarie di gravidanza. Alto il livello di adesione agli screening neonatali e alle vaccinazioni in età pediatrica.**

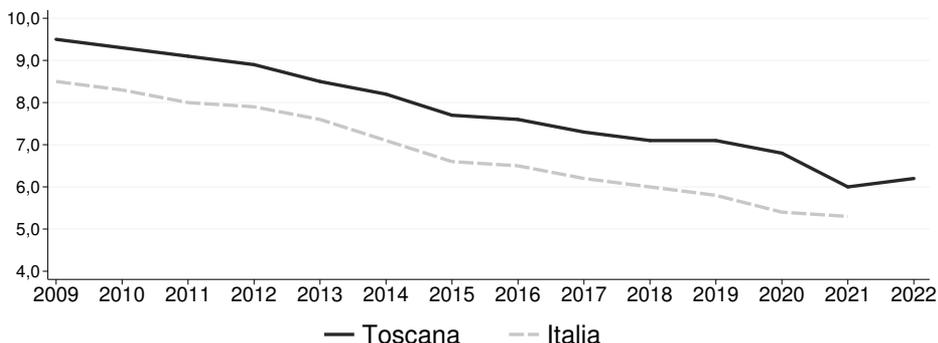
La fase di denatalità che il Paese sta attraversando è caratterizzata, come abbiamo visto nel capitolo precedente, dalla decisione di ritardare la procreazione, che contribuisce a mettere a rischio il successo riproduttivo, visto che la fertilità risente dei naturali processi di invecchiamento dell'organismo. Nell'uomo la produzione degli spermatozoi diminuisce gradualmente e peggiora di qualità, per il declino dei livelli ormonali e l'incidenza di patologie andrologiche, ma è per le donne che l'età rappresenta un vero limite biologico, in quanto nascono con un capitale di ovociti per la loro vita riproduttiva e hanno cellule uovo corrispondenti alla loro età: la fertilità è massima tra i 20 e i 30 anni e decresce già dopo i 35 anni, in maniera esponenziale dopo i 40 fino alla menopausa. L'invecchiamento degli ovociti, inoltre, fa sì che siano sempre meno adatti ad essere fecondati, presentando alterazioni cromosomiche più frequenti. Rispetto a 10 anni fa aumentano infatti i nati da Procreazione medicalmente assistita (PMA), che nel 2022 hanno contribuito al 5,4% di tutti i nati (erano il 3,3% nel 2013), anche se parte di questo aumento può essere attribuito alla maggiore facilità di accesso al percorso.

La maggiore accessibilità dei metodi contraccettivi (farmacologici e non) e la tendenza a ritardare e ponderare di più la scelta di avere un figlio fa sì che questa sia più consapevole e desiderata quando intrapresa, contribuendo a far diminuire le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). In Toscana sono state 4.344 nel 2022, il 35,4% in meno rispetto al 2013 (Figura 2.1.1). L'incidenza però è ancora superiore alla media italiana (tra le più basse dei Paesi occidentali) e la nostra regione è la 5° tra quelle dove si effettuano più IVG: 6,2 ogni 1.000 donne 15-49enni, rispetto al 5,3 per 1.000 in Italia (anno 2021).

**Il 48,4% dei ginecologi nei presidi toscani è obiettore di coscienza (63,6% in Italia).**

**I non obiettori effettuano mediamente 2,4 IVG al mese ciascuno.**

**Figura 2.1.1 Interruzioni volontarie di gravidanza – Casi per 1.000 donne d'età 15-49 anni Toscana e Italia, periodo 2009-2022 – Fonte: ISTAT ed elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari**



La diminuzione delle IVG è anche frutto dell'attività di prevenzione svolta dai consultori familiari, in particolare verso la popolazione immigrata o minorenni, da sempre i target più a rischio. Più di un terzo delle IVG riguarda donne di origine straniera, tra le quali è più frequente ripetere l'esperienza più volte, ma anche il loro tasso di abortività si è ridotto del 44% negli ultimi 10 anni, scendendo al 13,3 per 1.000, rispetto al 4,6 per 1.000 donne italiane autoctone. Tra le donne 15-24enni, invece, resta alto il rapporto tra IVG e nati vivi (6:10), anche perché le nascite diminuiscono di più delle gravidanze indesiderate. Dopo i 25 anni il rapporto scende a 2:10. Il 56,9% delle IVG è di tipo farmacologico con Mifepristone (RU486) e/o prostaglandine (media italiana pari al 48,3%), raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per evitare la sala operatoria (il 94% delle IVG farmacologiche avvengono in ambulatorio).

Specialmente quando intraprendono una gravidanza in età più avanzata è fondamentale che le gestanti si sottopongano ai test di screening per monitorare la salute del feto, ma è altrettanto importante aver cura della propria salute. Con l'età, infatti, aumenta il rischio di aborto spontaneo, morte endouterina o di patologie genetiche per il feto, così come aumentano le complicazioni della gravidanza, come ipertensione, diabete o problemi di placenta che possono aumentare il rischio di parto cesareo. Il 94,9% delle donne in gravidanza esegue gli esami previsti dal libretto e il protocollo regionale, ma le straniere restano indietro: eseguono meno visite o lo fanno tardivamente (accede alla prima visita dopo la 12ª settimana il 15,4% delle donne straniere in gravidanza, rispetto al 2,7% tra le italiane) e spesso non eseguono le 3 ecografie previste (10,4% delle donne straniere rispetto al 2,3% delle italiane autoctone). Le amniocentesi e villocentesi continuano a diminuire grazie all'offerta gratuita del test combinato - duo test per lo screening della sindrome di Down: 83,1% delle donne esegue il test di screening, il 3,4% un'amniocentesi o villocentesi. Nonostante il medico specialista in ostetricia e ginecologia in regime privato attragga ancora molte donne in gravidanza (43,3% nel 2022), sempre di più preferiscono essere seguite da una struttura pubblica (consultorio o ospedale).

In sala parto tendono a diminuire i travagli spontanei, dal 64,7% del 2013 al 57,3% del 2022, e ad aumentare quelli indotti, dal 18,2% al 24,5%. Aumenta anche l'uso di farmaci per alleviare il dolore delle partorienti, in particolare l'analgia peridurale, dall'11,6% al 31%. Si riduce invece il ricorso all'episiotomia (incisione chirurgica per facilitare l'uscita del feto), utilizzata solo per motivi di salute fetale. Circa un quarto dei parti avviene ancora con taglio cesareo in Toscana (1 su 3 in Italia), la percentuale è stabile e ancora superiore alla soglia del 19%, oltre la quale aumenta il rischio di mortalità materna e infantile (fonte: OMS).

I neonati toscani godono mediamente di buona salute, il 99,5% dei nati vivi nel triennio 2020-2022 era in salute e sano. Ogni 1.000 nuovi nati i morti sono stati 2,2, andamento stabile da diversi anni e tra i più bassi d'Europa. Il 6,7% è nato prematuro (<37 settimane) e il 6,6% di basso peso (<2,5kg). Entrambi i trend sono sostanzialmente stabili, con l'ultimo triennio che si riporta sui valori del triennio 2005-2007. L'attenzione in questi casi è rivolta in particolare ai nati gravemente pretermine (<32 settimane) o di peso molto basso (<1,5kg), che sono entrambi pari allo 0,7% dei nati, perché devono affrontare lunghi ricoveri e hanno più probabilità di sviluppare disabilità di tipo neuropsicologico e respiratorio nel corso della vita. Anche la macrosomia (>4kg) è associata a diverse complicanze materne e perinatali quali la morte fetale, il parto distocico, l'asfissia, l'aspirazione di meconio, l'ipoglicemia, e i bambini hanno un maggior rischio di sovrappeso e obesità nell'età adulta. In Toscana la proporzione di neonati macrosomi è stabile nel tempo al 5%.

Nell'ambito dei programmi neonatali di prevenzione secondaria a tutti i nuovi nati (48-72 ore di



**I consultori pubblici sono 152 in Toscana, 2,1 ogni 10mila donne 15-49enni (1,6 in Italia).**

**DGR 674/2023  
Indirizzi regionali per le attività consultoriali  
Potenziamento attività, inserimento nella programmazione territoriale della DGR 1508/2022, indirizzi regionali e gruppo di lavoro di attuazione.**

vita) sono offerti gratuitamente test di screening per individuare un ampio spettro di malattie congenite per le quali sono disponibili interventi terapeutici che, se intrapresi prima della manifestazione dei sintomi, migliorano in modo significativo la prognosi della malattia e la qualità di vita dei pazienti, evitando gravi disabilità (ritardo mentale e/o di crescita, gravi danni permanenti) o la morte. In Toscana dal 2001 al 2022 sono stati sottoposti ai test 685.219 neonati, ottenendo 590 diagnosi (0,86 per 1.000). L'incidenza di Atrofia muscolare spinale (test di recente introduzione) da marzo 2020 ad agosto 2023 è stata di 8 casi su 69.485 neonati sottoposti a test (0,11 su 1.000), mentre nei primi 7 mesi del progetto pilota per la Leucodistrofia metacromatica (MLD) sono stati sottoposti a screening 15.033 neonati e per adesso non sono state riportate diagnosi.

Oltre a questi esami l'Italia (DPCM 12 gennaio 2017) ha previsto l'offerta di ulteriori screening neonatali per la diagnosi precoce della sordità e della cataratta congenita (in Toscana già attivi dalla metà degli anni 2000). La sordità neonatale rappresenta il difetto sensitivo ereditario più frequente nei neonati (circa 1-2 neonati su 1.000 sottoposti a test di screening alla nascita nei Paesi occidentali). L'incidenza aumenta con l'età, fino ai 2-3 casi per 1.000 a 5 anni e 3-4 casi per 1.000 in adolescenza (fonte: Ministero della Salute). In assenza dello screening la diagnosi avverrebbe tardivamente, con i segni di un ritardo nell'acquisizione del linguaggio verbale. Al contrario, la diagnosi precoce permette l'avvio della riabilitazione e l'impianto di apparecchi acustici o impianto cocleare in caso di sordità profonde. Nel 2022 in Toscana sono stati esaminati 21.500 neonati e sono state diagnosticate 78 sordità congenite (3,6 per 1.000). Le malattie oculari congenite sono invece gravi affezioni neonatali che influiscono in maniera determinante sullo sviluppo della capacità di relazione del bambino. La cataratta congenita rappresenta una delle principali cause di cecità curabile nell'infanzia, con un'incidenza di 1-6 casi ogni 10mila nati vivi. In Toscana nel 2022 sono stati esaminati 21.493 neonati e sono state diagnosticate 6 cataratte congenite funzionalmente rilevanti, sottoposte a intervento chirurgico (0,28 per 1.000).

Il periodo fino ai 2 anni d'età è particolarmente importante per la salute del bambino, con effetti che si possono ripercuotere nel corso di tutta la vita. L'84,7% dei neonati è allattato al seno in modo esclusivo (in aumento rispetto al 77,8% nel 2010), il latte materno è universalmente considerato l'alimento di prima scelta per i neonati. Oltre all'attenzione che la pediatria pone alla riduzione dell'esposizione precoce a fattori di rischio ambientali (solo l'8,7% delle donne fuma in gravidanza), uno dei principali interventi di prevenzione durante i primi 2 anni di vita è rappresentato dalle vaccinazioni, che negli ultimi decenni hanno consentito un'importante diminuzione delle malattie infettive nel mondo, eradicando in quei Paesi che hanno raggiunto la copertura vaccinale (CV) del 95% della popolazione target (soglia raccomandata dall'OMS). Con la legge del 2017, a seguito del calo delle vaccinazioni pediatriche degli anni precedenti, il governo italiano ha istituito per tutti i residenti d'età 0-16 anni 10 vaccinazioni obbligatorie e 4 raccomandate. Dopo quell'anno le CV a 24 mesi degli obbligatorie (ad eccezione della varicella) hanno superato stabilmente la soglia del 95%. Le CV per gli antigeni del vaccino esavalente (anti difterite, tetano, pertosse, poliomielite, haemophilus influenzae B, epatite B) sono tutte

### Screening neonatali (Legge nazionale 104/1192):

- fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito, fibrosi cistica, metabolico allargato (40 malattie metaboliche).

### Regione Toscana ha esteso:

- (nel 2018) tre malattie da accumulo lisosomiale (Fabry, Mucopolissacaridosi di tipo I, Pompe) e le immunodeficienze congenite severe combinate;
- (nel 2021) Atrofia muscolare spinale;
- (nel 2023) Leucodistrofia metacromatica.

lievemente inferiori al 97% nel 2022, quelle per gli antigeni del vaccino trivalente (morbillo, parotite, rosolia) sono di poco inferiori al 96% (Figura 2.1.2). L'anti-varicella, ultima vaccinazione prevista dalla legge dell'obbligo, ha raggiunto il valore massimo della serie, il 94,9%. Tra le vaccinazioni raccomandate nessuna raggiunge ancora la soglia del 95%, in particolare la copertura per l'anti-rotavirus, la più recente nel programma delle vaccinazioni, è ancora quella con i valori

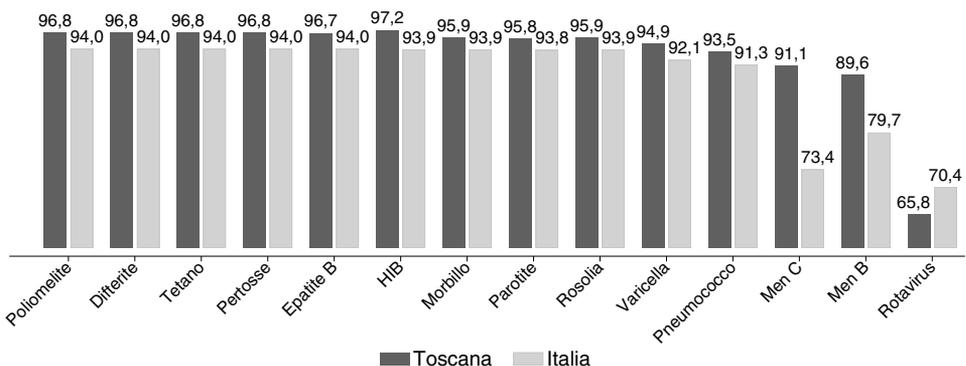
più bassi, cresciuta comunque dell'8% rispetto al 2021. Tutte le altre CV hanno guadagnato poco meno di 1 punto percentuale rispetto all'anno precedente, trovandosi già su valori vicini o superiori al 95%, l'anti-Pneumococco ha guadagnato 1,6 punti percentuali, mentre la Meningite B, la seconda vaccinazione con i valori più bassi, il 15,5%. Nel panorama nazionale la Toscana è tra le regioni con le CV più alte, rispetto alla media italiana fa meglio, anche se il dato nazionale è ancora riferito al 2021 e alcune CV potrebbero quindi essere aumentate nel frattempo, come avvenuto nella nostra regione.

Anche se non prevista per legge, alle bambine e ai bambini durante il 12° anno d'età è offerta gratuitamente la vaccinazione contro il papilloma virus, responsabile del 70% dei tumori della cervice uterina, prima forma tumorale causata da un'infezione virale (fonte: OMS), del quale la vaccinazione, insieme allo screening (Pap-test) offerto alle donne adulte, è un importante strumento di prevenzione. Il virus è responsabile di alcune patologie anche tra gli uomini, dai comuni condilomi ai tumori del cavo orale e gli organi genitali, per questo è offerto anche ai maschi nati dal 2006 in poi. La CV in Toscana si colloca tra i livelli più alti in Italia, anche se ancora distante dal 95% (Figura 2.1.3), e i livelli tra i maschi sono inferiori rispetto alle femmine, probabilmente perché la campagna di sensibilizzazione ancora non è riuscita a far percepire ai genitori i rischi che corrono anche i figli maschi. Le coorti con le CV più alte sono quella dei nati nel 2007 tra i maschi (70%, rispetto al 61,7% in Italia) e quelle delle nate tra il 2002 e il 2005 tra le femmine (mediamente 83%, rispetto al 77,8% in Italia).

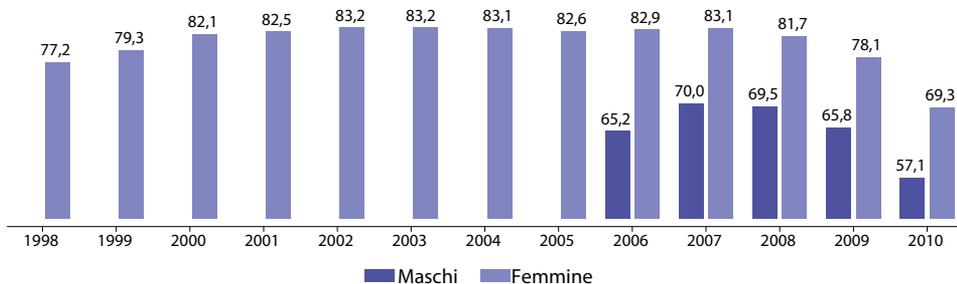
**In Toscana:**

- **Pediatrati di libera scelta al 31/12/2022**  
393 (9 per 10mila ab. 0-14), -13 vs 2021
- **Vaccini obbligatori:**  
difterite, pertosse, poliomelite, haemophilus influenzae B, epatite B, morbillo, parotite, rosolia, varicella.
- **Vaccini raccomandati:**  
meningococco B e C, pneumococco, rotavirus.

**Figura 2.1.2 Coperture vaccinali a 24 mesi di vita – Valori ogni 100 abitanti d'età 2 anni Toscana e Italia, anni 2021 e 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana**



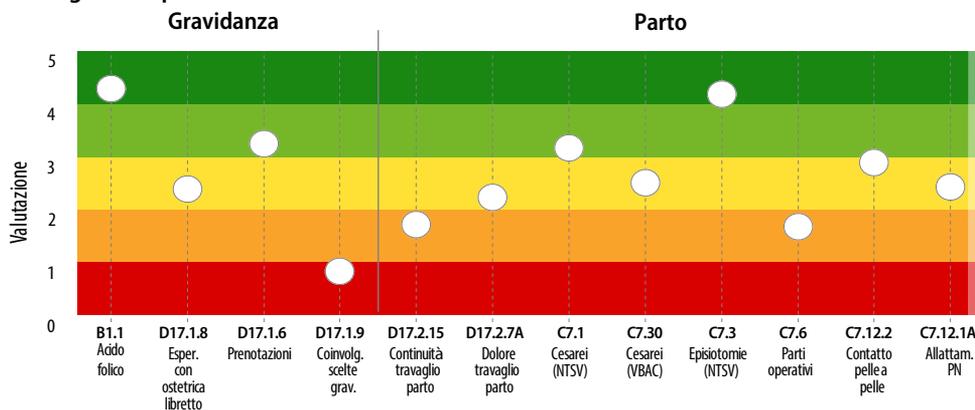
**Figura 2.1.3 Coperture vaccinali con almeno 1 dose per papilloma virus, per coorte di nascita e genere – Valori ogni 100 abitanti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana**



### Il percorso materno-infantile a cura del Laboratorio MES

La lettura degli indicatori seguendo un’ottica di percorso, per il materno-infantile, permette di mettere in evidenza la valutazione nelle diverse fasi (dalla gravidanza, al parto, fino ad un anno di vita del bambino) e setting assistenziali coinvolti in questo ambito, in primis i servizi consultoriali e i punti nascita presenti nel territorio regionale. Attualmente, a caratterizzare il pentagramma di questo percorso, concorrono vari indicatori derivanti dai flussi amministrativi (incluso il Certificato di Assistenza al Parto) propri dell’area materno-infantile e altri indicatori costruiti con i dati della rilevazione sistematica rivolta alle utenti, implementata in maniera longitudinale lungo il percorso materno-infantile, attraverso la somministrazione online di questionari a cadenza periodica. Nel primo gruppo di indicatori rientrano le misure relative alla qualità clinico-assistenziale del punto nascita; nel dettaglio, gli indicatori valutati sono i parti cesarei depurati, i parti naturali dopo parto cesareo, i parti operativi e le episiotomie. Per la valutazione del primo anno di vita sono monitorate le coperture vaccinali e le ospedalizzazioni nel primo anno di vita, indicatore reintrodotta dopo la sospensione durante il biennio Covid. Nel secondo gruppo di indicatori rientrano le valutazioni raccolte dall’indagine all’utenza del percorso materno-infantile. L’indagine permette infatti di rilevare la qualità dell’incontro relativo all’esperienza avuta dalla donna nella relazione con l’ostetrica che le ha consegnato il libretto, la possibilità di prenotare le prestazioni previste dal protocollo della gravidanza attraverso il personale del percorso e il coinvolgimento della stessa donna nelle scelte in gravidanza. In riferimento all’assistenza al punto nascita, attra-

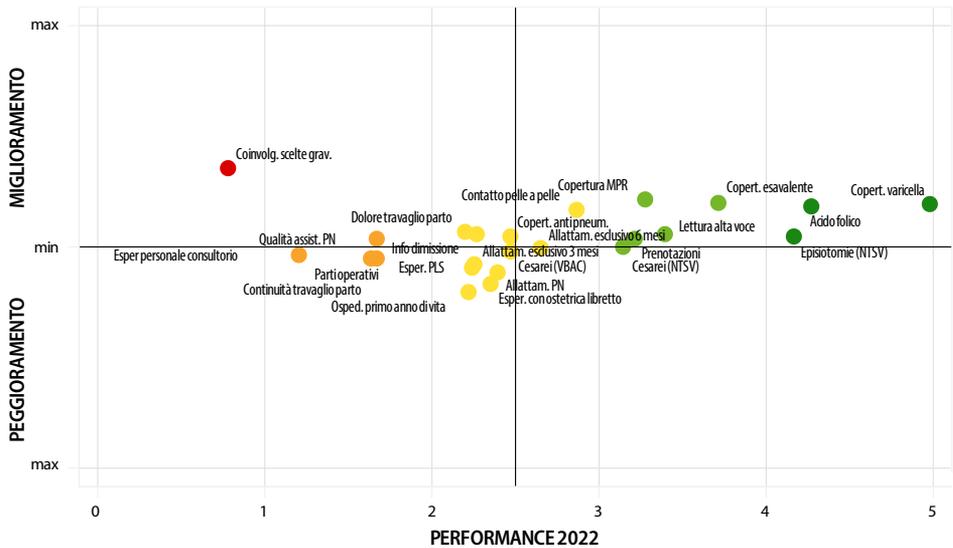
### Pentagramma percorso materno-infantile in Toscana - Anno 2022



verso i dati dell'indagine vengono valutati aspetti di rilievo che caratterizzano l'esperienza durante il travaglio e il parto, ma anche la successiva degenza e dimissione: continuità assistenziale, gestione del dolore, concordanza e chiarezza delle informazioni ricevute, in particolare nella fase di dimissione e indirizzamento ai servizi territoriali e la qualità percepita dell'assistenza ricevuta al punto nascita. Per la fase relativa al primo anno di vita, sono presenti indicatori che valutano l'esperienza delle utenti in riferimento all'assistenza del pediatra di famiglia e ricevuta presso il consultorio. I dati dell'indagine offrono anche la possibilità di calcolare gli indicatori sui determinanti di salute precoci fondamentali per lo sviluppo nei primi 1.000 giorni di vita, inseriti anche nel Piano Nazionale per la prevenzione, quale l'assunzione di acido folico, l'allattamento e la lettura ad alta voce.

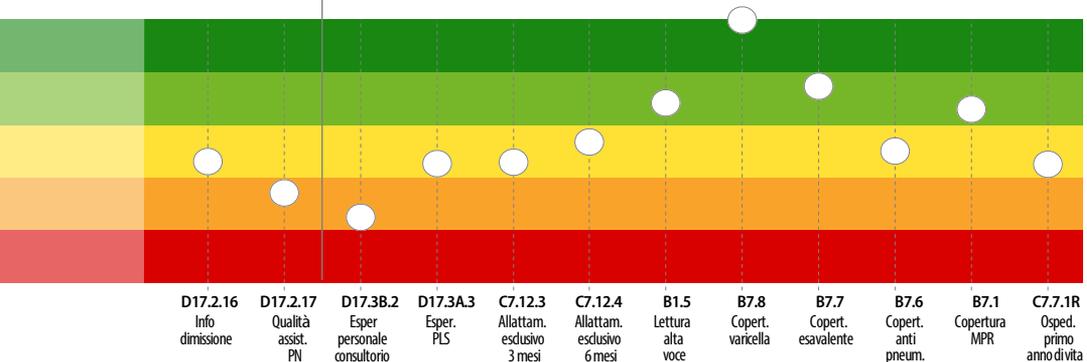
Sul percorso materno infantile la valutazione regionale è confermata in molti ambiti. Si osserva un miglioramento complessivo nella fase della gravidanza. Migliora anche la fase del parto con una riduzione delle episiotomie depurate in tutte le aziende al netto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana che passa

### Mapa di performance/trend del percorso materno-infantile in Toscana - Anno 2022



#### Parto

#### Primo anno di vita



da 15% a 20,2%. Stabile la frequenza di parti cesarei depurati (18,4%), ma si registra un sensibile aumento nelle Aziende Ospedaliere Universitarie di Pisa e Careggi. Discreta la percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (18,7%), mentre sono in lieve aumento i parti operativi negli stabilimenti delle tre Ausl. Ottima la copertura vaccinale pediatrica con esavalente, MPR e varicella; rimane ancora inferiore allo standard del 95% di copertura la vaccinazione antimeningococcico (91,1%) e anti-pneumococcico (93,4%). In aumento le ospedalizzazioni pediatriche (da 4 nel 2021 a 4,6 ogni 100 residenti < 14 anni nel 2022) sebbene i valori rimangano inferiori rispetto al 2019; trend in crescita anche per le ospedalizzazioni per tonsillectomie (da 82,2 nel 2021 a 117,6 ogni 100.000 residenti nel 2022). Il percorso materno-infantile si avvale di molti indicatori provenienti dalle indagini alle utenti. Complessivamente si posizionano nelle fasce più alte (verde scuro e verde chiaro) i risultati sui determinanti di salute (assunzione di acido folico e lettura ad alta voce) e sulla qualità nelle prenotazioni in fase di gravidanza. In fascia arancione si posizionano la qualità complessiva del punto nascita percepita dall'utente e l'esperienza del consultorio. In fascia gialla, invece, l'esperienza percepita con l'ostetrica in fase di gravidanza. Discreti i risultati sull'allattamento esclusivo al parto, a tre e sei mesi.

## 2.2. L'INGRESSO NEL MONDO DELL'ISTRUZIONE

**Aumenta l'offerta dei servizi educativi all'infanzia e sono quasi 20mila i soggetti con disabilità inseriti nei diversi cicli scolastici con un supporto. Seppur nella media italiana, è ancora troppo bassa la quota di coloro che hanno raggiunto la laurea come più alto livello di studio.**

Con l'eventuale ingresso al nido i bambini e le bambine iniziano il proprio percorso all'interno del sistema di educazione e

### Isritti al sistema di educazione e istruzione in Toscana:

- Nidi, servizi integrativi 3-36 mesi: 23.600 (di cui 10% stranieri)
- Scuola dell'infanzia 3-5 anni: 78.000 (12% stranieri)
- Scuola primaria: 147.400 (18% stranieri)
- Scuola secondaria I grado: 100.000 (17% stranieri)
- Scuola secondaria II grado: 163.000 (13% stranieri)

istruzione che ha un ruolo determinante nello sviluppo, considerata l'assodata associazione tra livelli educativi e di istruzione della popolazione e abitudini, stili di vita, livelli di benessere (orientamento a corrette scelte di salute e uso appropriato dei servizi), inclusione sociale (socialità, inserimento sociale e lavorativo) e sviluppo delle capacità intellettive e cognitive (con il conseguente beneficio ai territori in termini di capitale umano). Il sistema toscano di educazione e istruzione è tra i più virtuosi d'Italia e conta circa 512mila bambine/i e ragazze/i (14% della popolazione), in diminuzione negli ultimi anni per il calo della natalità. Gli iscritti di nazionalità straniera rappresentano il 16%.

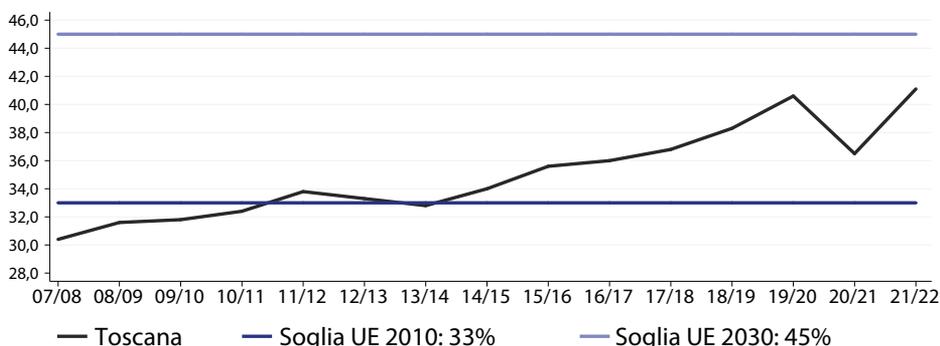
La Toscana riveste da molto tempo posizioni di rilievo nel panorama nazionale dei servizi educativi all'infanzia, cioè nidi e servizi integrativi (spazi gioco, centri per bambini e famiglie, servizi educativi domiciliari), che accolgono il 41% delle bambine/i di 3-36 mesi d'età (indicatore di Lisbona), superando da alcuni anni l'obiettivo del 33% fissato dall'Unione Europea (UE) per il 2010 (fonte: ISTAT). Il trend dell'indicatore lascia presagire anche il raggiungimento dell'obiettivo del 45%, aggiornato dall'UE dopo la pandemia Covid-19 per il 2030 (Figura 2.2.1). Questi servizi svolgono una funzione strategica per i percorsi educativi e socializzanti di bambine e bambini, oltre che per la conciliazione dei tempi di vita delle famiglie (riconosciuta anche dalla UE con il significativo innalzamento dell'obiettivo 2030), pertanto la Toscana è senza dubbio in vantaggio rispetto ad altri territori in vista del potenziamento dei servizi contemplato anche nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

La popolazione studentesca portatrice di disabilità può usufruire del sistema italiano dell'inserimento scolastico, fondato sul cosiddetto "modello inclusivo" (inserimento totalitario, o largamente maggioritario, degli alunni con disabilità nel sistema scolastico ordinario), così che il nostro risulti essere il Paese europeo con il più alto livello di inclusione (la quasi totalità degli studenti con disabilità è accolta nelle scuole comuni), superiore ai Paesi che adottano "modelli misti" (in cui coesistono un percorso ordinario e uno speciale) o "modelli con distinzione" (studenti con disabilità inseriti esclusivamente in scuole o classi speciali).

### Servizi educativi dell'infanzia 2021/22:

- 889 strutture, 89% asili nido, 11% servizi integrativi (spazi gioco, centri per bambini e famiglie, servizi educativi domiciliari).
- 38,4% dei bambini è iscritto (28% in Italia)
- 86% dei comuni offre il servizio (60% in Italia)
- 1.613 euro spesi per bambino 0-2 aa (1.043 in Italia)

### 2.2.1 Accoglienza nei servizi educativi all'infanzia – Accolti nei servizi per 100 bambini d'età 3-36 mesi – Toscana, periodo 2007-2022 – Fonte: Regione Toscana



Nell'anno scolastico 2022/23 sono complessivamente inseriti all'interno del sistema educativo e scolastico 18.383 bambini e ragazzi con disabilità, certificati ai sensi della legge 104/1992, secondo le procedure riviste con il D.lgs. 66/2017, che rappresentano il 3,7% degli alunni totali (4% in Italia). Le condizioni di gravità (certificati ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92) tra gli alunni con disabilità sono il 42%, percentuale abbastanza elevata, plausibilmente proprio per la buona capacità inclusiva del contesto scolastico. Gli interventi di sostegno socio-educativo scolastico nell'anno 2021 hanno coinvolto 6.677 alunni e sono in continua crescita nell'ultimo decennio (erano 3.590 nel 2012). Più stabile il trasporto scolastico, comunque in crescita dai 663 alunni del 2012 ai 786 del 2021 (fonte: Osservatorio sociale regionale, Regione Toscana). Quello appena trascorso è stato l'anno che ha segnato l'uscita dalla situazione emergenziale per la pandemia, con il graduale ritorno alla normalità e la rimozione di limitazioni e vincoli. Nell'anno scolastico 2022/2023 la didattica a distanza (o integrata) è stata attuabile solo in circostanze eccezionali e comunque garantendo agli alunni con disabilità la possibilità di frequentare in presenza. Dall'a.s. 2017/18 sono aumentati gli alunni con disabilità (+26% circa) e i posti di sostegno attivati (+36% circa), mentre si è contratta la popolazione scolastica totale (-5% circa). Rispetto all'a.s. 2010/11 gli alunni con disabilità sono quasi raddoppiati, mentre i posti di sostegno quasi triplicati. L'effetto congiunto di questi trend ha determinato l'aumento della prevalenza di alunni con disabilità di un punto percentuale e la diminuzione del rapporto tra alunni con disabilità e posti di sostegno, passato da 1,9 alunni con disabilità per ogni posto di sostegno nel 2010/11 all'attuale 1,3: sono 18.383 gli studenti con disabilità rispetto ai 14.007 posti di sostegno. La dotazione di posti di sostegno, pur

#### Studenti con disabilità iscritti al sistema scolastico toscano:

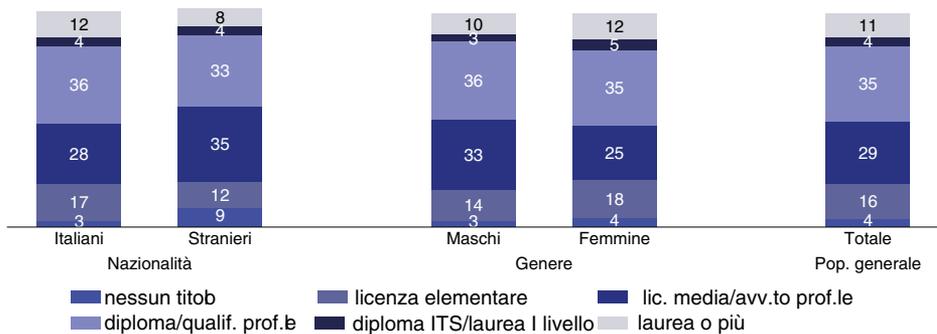
- Infanzia - 986 (1,8% degli alunni)
- Primaria - 5.649 (4,1%)
- Secondaria I - 4.002 (4,2%)
- Secondaria II - 6.392 (3,7%)

rispettando le prescrizioni normative vigenti e superiore alla media italiana (pari all'1,6), è ancora sottostimata rispetto al bisogno. I dati relativi alle certificazioni ai sensi della legge 104/1992 finalizzate all'inserimento scolastico nella fascia 15-17 anni mostrano un aumento negli anni, coerente con l'aumento della prevalenza di alunni con disabilità osservato, dovuto

a diversi fattori. Da un lato, come detto, è migliorata la capacità inclusiva della scuola, dall'altro aumenta la richiesta assistenziale delle famiglie che, con la certificazione, possono ottenere per i loro figli i sostegni necessari per la frequenza anche di scuole secondarie di secondo grado. Inoltre, nel tempo è migliorata la capacità diagnostica per alcune malattie e l'accessibilità alle procedure di certificazione.

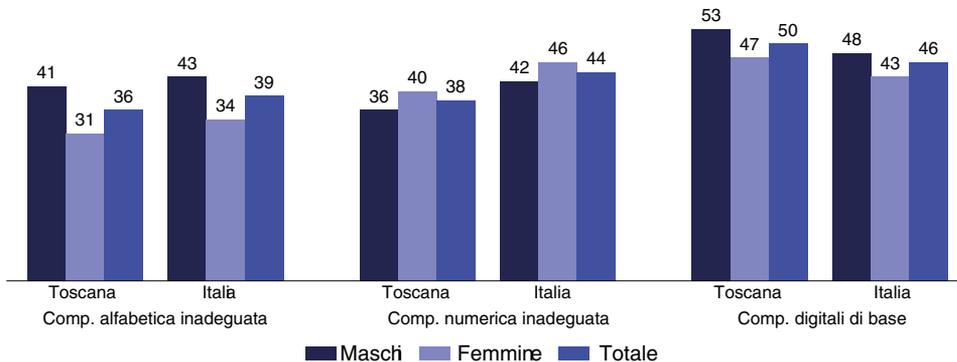
Il livello di istruzione più elevato raggiunto dai toscani al termine degli studi è sovrapponibile a quello degli italiani: la maggioranza ha raggiunto al massimo la licenza media o un diploma di qualifica professionale (rispettivamente 29% e 35%), il 4% un diploma tecnico superiore (ITS) o una laurea di I livello, l'11% una laurea magistrale o più (Figura 2.2.2). Tra le donne sono di più le laureate (12% vs 10% tra gli uomini) e le diplomate ITS/laurea I livello (5% vs 3%), ma anche quelle con al massimo la licenza elementare (18% vs 14%). I residenti di origine straniera sono mediamente meno istruiti degli italiani autoctoni, persiste soprattutto un gap di laureati e diplomati, pur in riduzione negli anni con l'aumento delle seconde generazioni. Aumentano, ma restano ancora distanti dalla media europea, i giovani laureati: i 30-34enni con istruzione universitaria sono il 29,4% dei toscani (erano il 16% nel 2004), contro una media europea del 41,6% (fonte: EUROSTAT).

**Figura 2.2.2 Titolo di studio più elevato raggiunto, per genere e nazionalità – Valori per 100 abitanti d'età 9+ anni – Toscana, anno 2021 – Fonte: ISTAT**



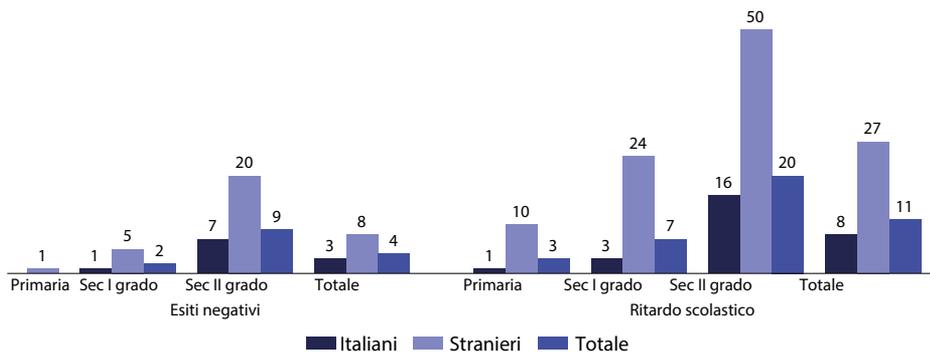
Il grado di istruzione raggiunto è in progressiva crescita, anche se i livelli di apprendimento e le competenze di base continuano a segnalare alcune criticità. Pur facendo meglio della media nazionale, in Toscana una parte rilevante degli studenti della scuola secondaria di I grado evidenzia inadeguatezza di competenze alfabetiche (36%) e numeriche (38%) e solo la metà dei 16-74enni ha competenze digitali almeno di base (Figura 2.2.3). Le femmine, rispetto ai maschi, hanno più competenze alfabetiche e meno competenze numeriche e digitali.

**Figura 2.2.3 Competenze alfabetiche o numeriche non adeguate e competenze digitali almeno di base – Studenti con competenze non adeguate ogni 100 studenti classi III scuole secondarie I grado e abitanti con competenze digitali di base ogni 100 abitanti d'età 16-74 anni – Fonte: INVALSI e ISTAT**



Gli insuccessi e i ritardi scolastici (proxy della dispersione scolastica) sono sensibilmente diminuiti, ma ancora rappresentano rispettivamente il 4% e l'11% degli studenti (Figura 2.2.4). Gli indicatori peggiorano progressivamente dalla scuola primaria a quella secondaria di II grado, dove il 9% degli studenti ha un insuccesso e il 20% è in ritardo nel piano di studi. È evidente il gap tra studenti italiani e stranieri, con questi ultimi che raggiungono livelli di bocciatura del 20% e di ritardo del 50% nella scuola secondaria di II grado. La forbice nel tempo si sta restringendo, grazie all'aumento delle seconde generazioni (oggi il 60% degli studenti stranieri), che hanno meno difficoltà rispetto a chi fa il suo ingresso nella scuola italiana direttamente da altri Paesi. Diminuiscono anche gli abbandoni scolastici (quasi dimezzati rispetto al 2004), pari al 10,7% dei ragazzi toscani 18-24enni nel 2022, a fronte dell'11,5% a livello nazionale e del 9,7% medio europeo, avvicinando così la Toscana alla soglia del 10% fissata dalla Strategia Europa 2020.

**Figura 2.2.4 Esiti negativi e ritardo scolastico, per ordine di istruzione e cittadinanza – Valori per 100 studenti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Regione Toscana**



## 2.3. L'EMERSIONE DELLE FRAGILITÀ PERSONALI E IN FAMIGLIA

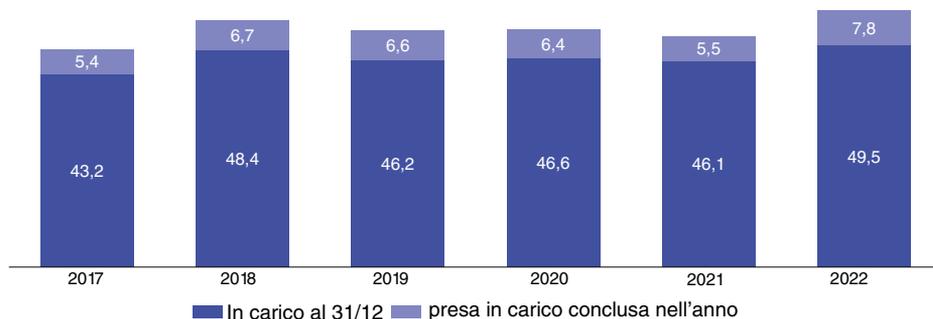
**Resta stabile la quota degli affidi di minori ai servizi territoriali, aumenta il numero dei professionisti impiegati nei servizi sociali. Dopo la pandemia aumenta il disagio mentale della popolazione adolescente ed il conseguente ricorso ai servizi di urgenza, soprattutto nel genere femminile.**

Le fragilità e i disagi legati alle responsabilità genitoriali, e le conseguenti difficoltà sociali e educative dei minori coinvolti in tali dinamiche, toccano una serie di aspetti che sono riscontrabili nelle prese in carico dei servizi sociali, negli affidamenti temporanei, negli allontanamenti dalla famiglia di origine, nei sostegni educativi e domiciliari, nei casi di maltrattamento. Tali informazioni sono tratte dal "Monitoraggio sugli interventi per bambini e ragazzi in famiglia e fuori famiglia nelle zone distretto" che il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti) realizza con cadenza annuale. Come per altre misure di ricorso ai servizi, le stime riflettono sia l'entità del bisogno, sia la capacità,

da parte dei servizi stessi, di intercettarlo.

Al fine 2022 i minori presi in carico in Toscana dal servizio sociale territoriale erano circa 26.303 (49,5 ogni 1.000 minori residenti), 30.452 (pari a 57,3 per 1.000) se si considerano anche i 4.159 per i quali la presa in carico si è conclusa nell'anno. Il trend degli ultimi anni mette in luce una crescita dell'incidenza nel 2018, un triennio di sostanziale stabilità e un nuovo aumento nel 2022 (+2.500 prese in carico rispetto al 2021), sia per il totale dei minori in carico che per quelli presenti al 31 dicembre (Figura 2.3.1). I minori di origine straniera sono molti e rappresentano tra il 35% e il 45% dei casi. Tra gli stranieri i minori non accompagnati rappresentano il 10%, rispetto al 4% del totale.

**Figura 2.3.1 Minori in carico ai Servizi Sociali territoriali - Bambini e ragazzi presi in carico al 31/12 e durante l'anno per 1.000 abitanti d'età <18 anni – Toscana, periodo 2017-2022 – Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale Infanzia e Adolescenza**



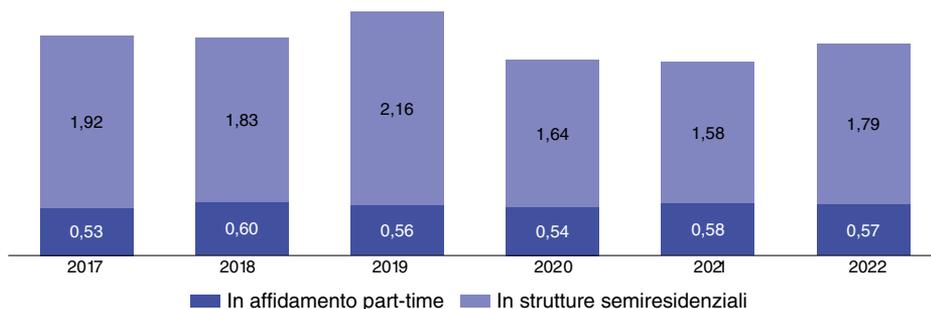
Gli interventi e i servizi sociali e socio-assistenziali che tentano di mitigare e supportare le vulnerabilità familiari si dividono tra forme di sostegno a bambini e ragazzi all'interno del loro ambiente familiare (servizi a carattere diurno o servizi di supporto alle famiglie) e al di fuori della famiglia di origine (affidamento familiare o in struttura residenziale). Tra le prime, è sostanzialmente stabile, e con numeri relativamente bassi, il dato degli affidamenti familiari part-time (interventi limitati nel tempo, alcuni momenti della giornata o della settimana, per temporanee situazioni di difficoltà della famiglia di origine), che nel 2022 hanno coinvolto complessivamente 348 persone (0,57 ogni 1.000), di cui il 39% stranieri. Anche le accoglienze nei servizi

zionalmente stabile, e con numeri relativamente bassi, il dato degli affidamenti familiari part-time (interventi limitati nel tempo, alcuni momenti della giornata o della settimana, per temporanee situazioni di difficoltà della famiglia di origine), che nel 2022 hanno coinvolto complessivamente 348 persone (0,57 ogni 1.000), di cui il 39% stranieri. Anche le accoglienze nei servizi

semiresidenziali, con valori assoluti ben superiori agli affidi part-time, mostrano un andamento abbastanza stabile, seppur con qualche

lieve oscillazione. Nel 2022 hanno interessato circa 900 minori (dei quali 768 ancora ospiti al 31 dicembre), di cui il 41% stranieri (Figura 2.3.2).

**Figura 2.3.2 Minori in affido part-time e in strutture semiresidenziali nell'anno – Valori per 1.000 abitanti d'età <18 anni – Toscana, periodo 2017-2022 – Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale Infanzia e Adolescenza**



**177 strutture residenziali per minori a fine 2022:**

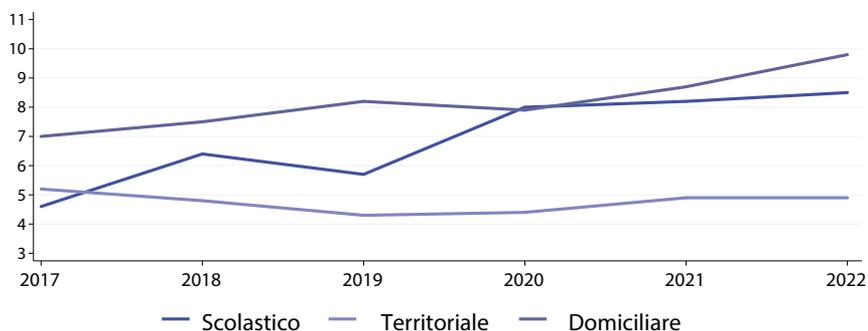
- 63 appartamenti per autonomia;
- 55 comunità dimensione familiare;
- 28 case accoglienza e gruppi appartamento;
- 9 comunità educative;
- 9 case famiglia multiutenza complementare;
- 5 comunità familiari;
- 4 centri pronta accoglienza minori;
- 3 gruppi appartamento adolescenti/giovani;
- 1 casa accoglienza infanzia.

Nell'alveo degli interventi di supporto sociale alle famiglie, sono 4.514 (pari ad 8,6 ogni 1.000 minori) le ragazze e i ragazzi che nel 2022 hanno beneficiato del sostegno socio-educativo scolastico, per favorire il processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche (Figura 2.3.3). Negli anni l'incidenza è molto aumentata, se si pensa che nel 2017 contava circa 1.000 ragazze e ragazzi in meno. I minori di origine straniera rappresentano il 25%. Il sostegno socio-educativo può essere di tipo territoriale, erogato in strutture o luoghi di aggregazione spontanea, o domiciliare. Entrambe le tipologie si rivolgono a soggetti a rischio di emarginazione

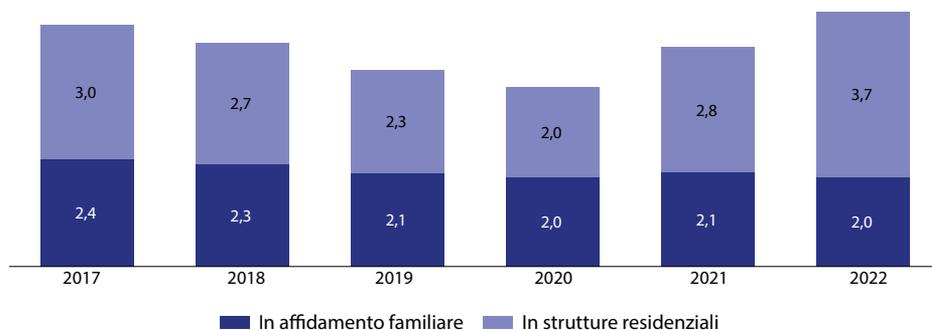
sociale (e alle loro famiglie), e mirano al raggiungimento della massima autonomia personale e sociale. Il sostegno territoriale è abbastanza stabile negli ultimi anni e nel 2022 sono stati realizzati 2.584 interventi (di cui il 30% rivolto a stranieri). Il sostegno domiciliare è invece quello che mostra i numeri maggiori, ed in crescita. Nel 2022 sono stati 5.300 i minori interessati, pari a 9,8 ogni 1.000, con circa 4.100 nuclei familiari coinvolti. Il 26% dei minori con sostegno domiciliare ha una disabilità certificata.

Gli interventi che prevedono interventi al di fuori della famiglia di origine, come l'affidamento familiare o in struttura residenziale (proxy di una fragilità e di un disagio più acuto dei nuclei e dei minori coinvolti) nel 2022 hanno riguardato nel complesso circa 3mila ragazze e ragazzi (dei quali 2.235 ancora in carico al 31 dicembre), corrispondenti a 5,7 ogni 1.000 minori residenti. Oltre la metà è rappresentato da minori stranieri e di questi circa 6 su 10 sono minori non accompagnati. Fino al 2020 l'indicatore è diminuito, mentre negli ultimi due anni c'è stata una crescita che ha riportato i valori sui livelli del 2017, per l'aumento degli inserimenti in strutture residenziali (Figura 2.3.4). Gli affidamenti familiari (non part-time) nel 2022 hanno interessato 1.044 minori (di cui 930 in carico al 31 dicembre), dei quali il 34% stranieri (tra questi 1 su 3 è non accompagnato). Gli accolti in strutture residenziali sociali, socio-educative e ad alta autonomia nel corso dell'anno, invece,

**Figura 2.3.3 Minori per i quali sono stati attivati interventi socio-educativi al 31/12, per tipologia di intervento – Valori per 1.000 minori – Toscana, periodo 2017-2022** Fonte: Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale Infanzia e Adolescenza



**Figura 2.3.4 Minori fuori famiglia (in affidamento familiare e in strutture residenziali)**



sono stati complessivamente 1.962 (di cui 1.305 in carico al 31 dicembre), con una forte rappresentanza straniera (69%), costituita per il 75% circa da non accompagnati.

Infine, ci troviamo purtroppo ad osservare l'aumento dei casi di violenza assistita, maltrattamenti (fisici, psicologici, trascuratezza o abbandono) in famiglia e abusi sessuali subiti dai minori. Le segnalazioni agli organi giudiziari sono cresciute costantemente negli ultimi anni, dalle 4mila del 2017 (pari a 5,4 ogni 1.000 minori) alle 5.481 del 2022, pari a 10,3 casi ogni 1.000 minori. Queste situazioni rappresentano problematiche con le quali i servizi territoriali dovranno confrontarsi sempre più frequentemente.

Pur vivendo in buoni contesti familiari, la preadolescenza e l'adolescenza rappresentano comunque una fase della vita durante la quale le ragazze e i ragazzi sono soggetti a cambiamenti

repentini, non solo fisici, ma anche caratteriali e socio-ricreativi, e cominciano a definire la propria personalità, anche in relazione ai propri coetanei. Durante gli ultimi anni la pandemia ha imposto periodi prolungati di isolamento sociale e di chiusura di scuole e attività extra-scolastiche, con l'aumento dello stress familiare, che hanno influito negativamente sulla salute mentale, in particolare su quella di bambini e adolescenti (Bai et al, 2022). Le principali sorveglianze epidemiologiche rivolte a questa fascia d'età tendono a confermare questo scenario. In Toscana il 20,3% delle ragazze e dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni si sente quotidianamente giù di morale (34mila) e il 23,5% nervoso (40mila) (fonte: Sorveglianza HBSC 2022, Istituto superiore di sanità - ISS). Il livello di benessere psicologico tende a ridursi dagli 11 ai 15 anni, in particolare tra le ragazze: solo una su tre a 15 anni lo considera almeno buono, la metà rispetto

**Servizio sociale professionale nel 2022:**

- 1.298 assistenti sociali (+142 vs 2020, +12%), di cui a tempo indeterminato 704 (+158, +29%), 1 ogni 5.226 (1:5.000 soglia LEPS).
- 1.679 educatori (+419, +33%), 3.109 OSS/AdB/OTA (+682, +28%), 177 psicologi (+52, +42%).
- 39,3 utenti ogni 1.000 abitanti.
- Servizi di segretariato, servizio sociale professionale, integrazione reddito, sostegno socio educativo territoriale/ domiciliare in tutti gli ambiti territoriali. Servizi di mediazione culturale, assistenza domiciliare socio assistenziale in quasi tutti. Modalità di gestione prevalente diretta (attuata dai Comuni), seguita da associata, convenzione socio-sanitaria, SDS.

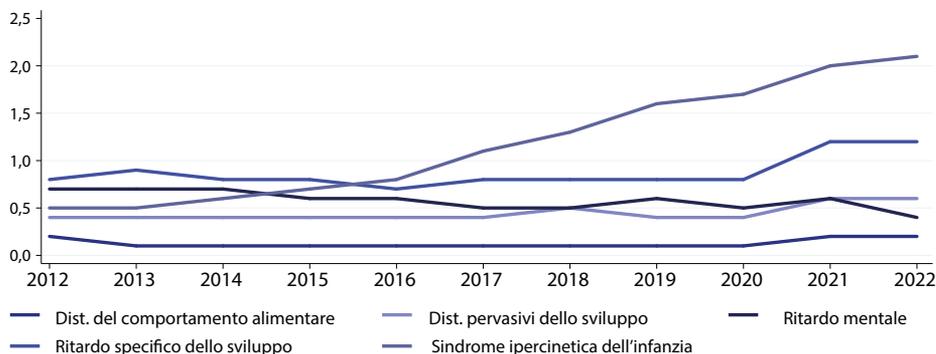
al 64% rilevato tra i ragazzi. Tra gli adolescenti (14-19enni) si rileva un progressivo aumento del distress psicologico (condizione di tristezza, ansietà, frustrazione e stati negativi dell'umore, scala Kessler Psychological Distress), dal 21,5% nel 2018 al 36,2% del 2022, che corrisponde a circa 61mila adolescenti (fonte: Sorveglianza EDIT, ARS). Anche in questo caso il problema è più frequente tra le ragazze, 52,7% rispetto al 20,8% tra i maschi, tra i quali il distress è del tutto assente al di sotto dei 17 anni. Pur non rappresentando una vera e propria diagnosi di disturbo di salute mentale, queste stime evidenziano la diffusione di una condizione di malessere quotidiano, che però al momento non si traduce in un maggior accesso ai servizi territoriali per la salute mentale. Purtroppo, quando scriviamo questo documento, non è ancora disponibile il dato consolidato per l'anno 2022, ma nel 2021 circa il 4,5% delle bambine e dei bambini con meno di 14 anni (poco meno di 19mila persone, dato stabile rispetto al 2019) ha avuto accesso ai servizi territoriali per la salute mentale, nel 65% dei casi maschi. La prevalenza passa dal 2,8% delle bambine e dei bambini al di sotto dei 6 anni, al 5,7% tra i 6-10enni, fino al 5,4% degli 11-13enni. Tra gli adolescenti la prevalenza addirittura diminuisce dal 5,5% del

2019 al 4,5% del 2021. Evidentemente gran parte del malessere intercettato dalle sorveglianze non trova risposta nei servizi territoriali o i ragazze/i non ritengono di doverne parlare con un operatore del servizio sanitario pubblico. Tra i più piccoli le cause principali di ricorso ai servizi sono i disturbi dell'eloquio e del linguaggio (58%), seguiti dai disturbi evolutivi globali (22%). Dopo i 6 anni i disturbi dell'eloquio e del linguaggio diventano il problema principale (38%), seguiti dai disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (20%), che diventano la causa principale (34%) tra gli 11-13enni. Tra gli adolescenti invece i disturbi principali segnalati sono quelli evolutivi delle abilità scolastiche (23%), seguita dal ritardo mentale lieve (12%) e dal disturbo d'ansia (7%). Anche gli accessi in Pronto soccorso si mantengono sostanzialmente stabili rispetto agli anni immediatamente precedenti alla pandemia, recuperando il calo dovuto alla limitazione generale degli accessi durante il 2020. Gli accessi totali nel 2022 sono stati 1,8 ogni 1.000 bambine e bambini con meno di 14 anni e 8,1 ogni 1.000 14-19enni.

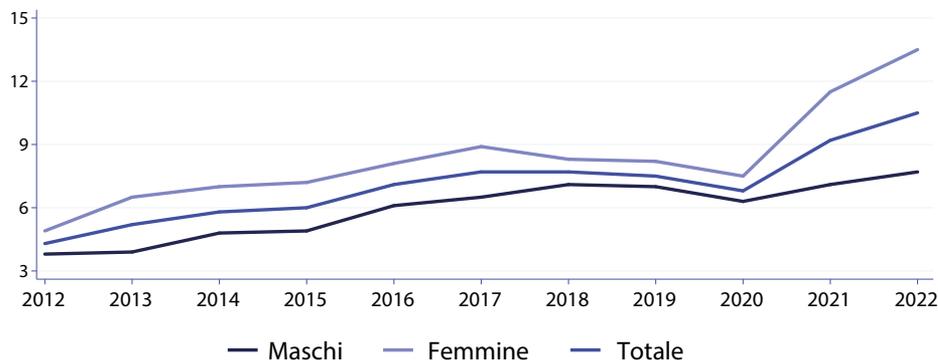
A fronte di questa sostanziale stabilità di ricorso ai servizi territoriali, aumentano però i ricoveri ospedalieri per disturbi psichiatrici, eventi che rappresentano la sintomatologia più severa e che, nonostante la forte contrazione dell'attività ospedaliera, anche nel 2020 non hanno subito una flessione significativa in questa fascia d'età. Fino ai 13 anni passano dal 3,9 per 1.000 nel 2012 al 5,9 per 1.000 nel 2022 ed è principalmente la sindrome ipercinetica dell'infanzia a contribuire maggiormente all'aumento generale (Figura 2.3.5).

Tra gli adolescenti il trend mostra un deciso aumento proprio in concomitanza con la pandemia, principalmente tra le ragazze, che nel 2022 mostrano tassi di incidenza doppi rispetto al 2019 e rispetto ai maschi: 13,5 ricoveri per 1.000, rispetto a 7,7 per 1.000 maschi (Figura 2.3.6). Le principali cause di ricovero continuano ad essere il disturbo bipolare (2,6 per 1.000 ab.), i disturbi specifici dell'infanzia (2,5 per 1.000 ab.) e i disturbi di personalità (1,5 per 1.000 ab.). Ad eccezione dei disturbi specifici dell'infanzia, dove i maschi presentano valori più elevati (3,9 per 1.000 vs 0,9 per 1.000 tra le ragazze), il rischio è maggiore tra le femmine per disturbo bipolare (3,9 per 1.000 vs 1,5 per 1.000 maschi) e disturbo di personalità (2,5 per 1.000 vs 0,5 per 1.000 maschi).

**Figura 2.3.5 Ospedalizzazione per disturbi specifici dell'infanzia, per tipologia – Tasso per 1.000 abitanti d'età 0-13 anni – Toscana, periodo 2012-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera**



**Figura 2.3.6 Ospedalizzazione per diagnosi psichiatrica, per genere – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2012-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera**



La letteratura internazionale e i clinici hanno più volte posto l'attenzione sui disturbi del comportamento alimentare e sul loro aumento durante la pandemia da Covid-19 (Devoe et al, 2022). Molti studi hanno descritto il peggioramento della sintomatologia dovuto al ridotto accesso alle cure e al trattamento, ai cambiamenti nella routine e all'influenza negativa dei media e all'isolamento sociale. Il trend degli adolescenti ricoverati per disturbi alimentari lo conferma, passando da 0,7 a 1,1 ogni 1.000 dal 2019 al 2022, quando i ricoveri totali sono stati 356, rispetto ai 224 del 2019. L'aumento è quasi esclusivamente imputabile alle ragazze, che passano da 1,2 a 2,2 ricoverate ogni 1.000 (Figura 2.3.7). In particolare tra le ragazze nell'ul-

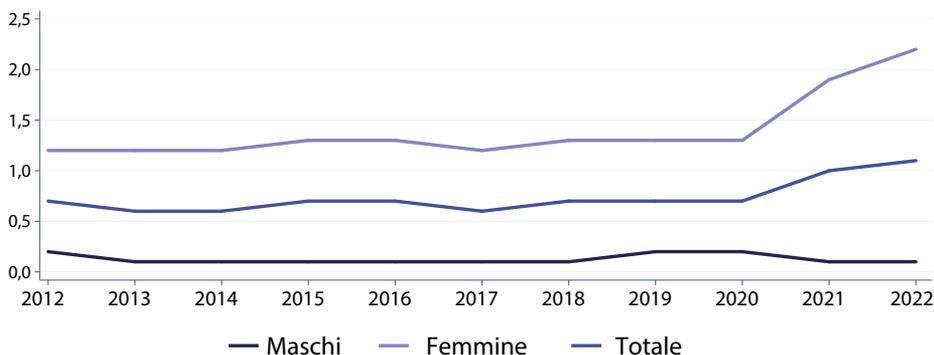
timo biennio sono aumentati i casi di anoressia, dalle circa 90 ricoverate mediamente ogni anno nei 5 precedenti, alle 149 e 167 ricoverate nel 2021 e 2022. Anche la sorveglianza EDIT (2022, ARS) stima il 50,5% delle ragazze con abitudini associabili ad un disturbo alimentare, rispetto al 18,6% dei maschi, secondo i risultati di un test di screening auto compilato che non fornisce una diagnosi, ma è in grado di rilevare una situazione di potenziale rischio (test Scoff).

Se i dati di sorveglianza quindi rilevano una sofferenza diffusa anche fra i più giovani, questa non si è tradotta per il momento in un aumento della richiesta di cure da parte dei servizi territoriali. La mancata presa in carico può essere anche uno dei determinanti dell'aumento dei

ricoveri, proxy di un aumento dell'insorgenza o dell'aggravamento di un quadro clinico già presente, soprattutto fra gli adolescenti, già nel 2021. In quest'ultimo caso possiamo dedurre, come più volte descritto dalla letteratura, che la condizione di isolamento sociale o di paura nell'accesso alle cure possa aver favorito un peggioramento di alcuni quadri patologici che hanno richiesto necessariamente il tratta-

mento in regime di ricovero con conseguente incremento dei valori registrati. Ciò che desta maggiore preoccupazione è l'assenza di richiesta da parte di bambini e adolescenti che, pur non presentando una sintomatologia tale da richiedere un vero e proprio intervento clinico, potrebbero beneficiare di un supporto o di un indirizzo da parte dei professionisti che operano nei servizi di salute mentale.

**Figura 2.3.7 Ospedalizzazione per disturbi del comportamento alimentare, per genere**  
**Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2012-**  
**2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera**



## 2.4. I DETERMINANTI DI SALUTE: TRA SCELTE INDIVIDUALI E RESPONSABILITÀ COLLETTIVE

**Negli stili di vita le tradizionali differenze di genere si annullano e le giovani toscane fumano e bevono in modo eccedentario più dei coetanei maschi. Rimangono stabili, e non condizionati dalle limitazioni del Covid, la pratica dell'attività sportiva e le conseguenze sul peso.**

I modelli di comportamento e gli stili di vita adottati in questa fase della vita, oltre a determinare lo sviluppo nel breve periodo, giocano un ruolo rilevante sulla salute futura, anche se ancora non tangibile nel momento in cui i giovani approcciano per la prima volta alcune abitudini. È noto l'effetto sulla salute nel breve e lungo periodo di determinanti come dieta e attività fisica (associate al peso corporeo), consumo di alcol e tabacco, dipendenza da sostanze o gioco d'azzardo. Tutti quanti hanno un ruolo fondamentale per la realizzazione di una buona condizione fisica, mentre sono, nella loro accezione negativa, potenziali fattori di rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari e oncologiche, endocrinologiche (diabete) nel lungo periodo, oltre all'influenzare la crescita psicofisica durante la crescita e lo sviluppo in età adolescenziale. Tendenzialmente i bambini e gli adolescenti toscani mostrano abitudini in linea o più sane dei loro coetanei italiani.

La cattiva alimentazione è un fattore di rischio importante per la salute, si stima che causi annualmente circa 11 milioni di morti nel mondo (fonte: Global Burden of Disease 2019). Il 43,5% degli adolescenti toscani (14-19 anni) consuma almeno una volta al giorno verdura, il 46,3% frutta, mentre il 70,9% consuma pesce almeno una volta a settimana (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). Il 41,9% consuma invece quotidianamente snack e il 16% beve almeno una bibita zuccherata (Figura 2.4.1). Tendono a diminuire gli adolescenti che consumano bevande zuccherate, mentre il consumo di snack si fa più sporadico, ma resta presente. Sono di più invece gli adolescenti che consumano pesce e verdura, anche se non quotidianamente, mentre

anche il consumo di frutta si fa più sporadico, con l'aumento del consumo settimanale a discapito di quello quotidiano. Le 5 porzioni giornaliere di frutta o verdura raccomandate dall'OMS sono consumate solo dal 3% degli adolescenti, mentre il 22,6% ne consuma almeno 3 porzioni, il 24,4% delle ragazze e il 20,9% dei ragazzi. Lo scarso consumo di frutta e verdura inizia già durante la scuola primaria, in Toscana il 23% dei bambini e delle bambine tra i 6 e i 10 anni non consuma quotidianamente frutta o verdura, in linea con il dato italiano (fonte: Sorveglianza Okkio alla salute 2019, ISS). Le ragazze prestano più attenzione al consumo di frutta (48,4% ne fa un consumo quotidiano, rispetto al 44,2% tra i maschi), verdura (47,4% vs 39,7%) e di bibite zuccherate (14,5% vs 17,4% tra i maschi), ma non altrettanto alla riduzione degli snack (44,9% delle ragazze ne consuma ogni giorno, rispetto al 38,8% dei maschi). Anche il consumo settimanale di pesce è inferiore tra le ragazze (67,7% vs 74,1% dei maschi).

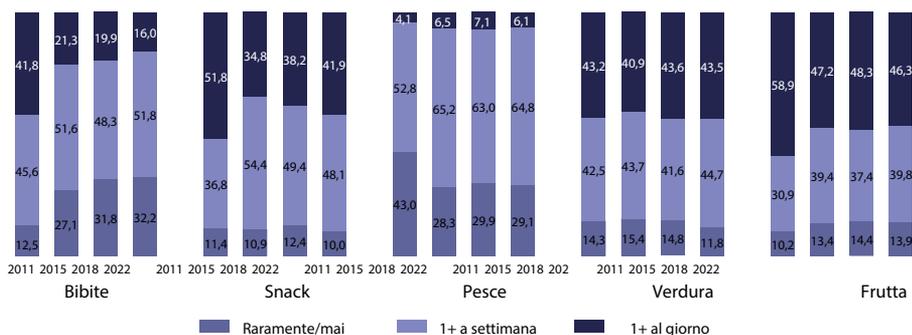
Per contestualizzare la Toscana nel panorama italiano possiamo consultare le stime della sorveglianza HBSC dell'Istituto superiore di sanità (ISS) che intervista studenti più giovani (11-15 anni). Rispetto ai 14-19enni il consumo di frutta e verdura è ancora minore, ma lo sono anche quello di dolci e bibite zuccherate, e il quadro toscano è migliore della media nazionale: il 34,6% consuma almeno una volta al giorno frutta (33,5% in Italia), il 31,4% verdura (vs 27,3%), il 23,6% dolci (vs 29,3%) e l'8,2% bibite (vs 12,8%).

L'attività fisica è l'altro tassello di una vita in salute, tanto che l'OMS ha posto l'obiettivo di ridurre l'inattività del 15% entro il 2030. Pra-

ticare attività fisica è importante sin dall'età dello sviluppo, periodo in cui lo sport contribuisce a determinare una sana crescita psico-fisica. Il 20,3% dei bambini toscani di 6-10 anni

d'età tende ad essere sedentario (poco meno di 30mila bambini), in linea con il 20% a livello italiano (fonte: Sorveglianza Okkio alla salute 2019, ISS).

**Figura 2.4.1 Consumo di bibite, snack, pesce, verdura e frutta – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2011-2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS**



Tra gli adolescenti, la fascia d'età in cui i tassi di inattività sono i più bassi, la percentuale scende al 12,6% (circa 26mila sedentari), mentre il 62,5% pratica almeno 1 ora al giorno di attività fisica (sport o altre forme di attività che aumentano il battito del cuore e il ritmo della respirazione) per 3 o più giorni alla settimana e il 24,9% per 1/2 giorni (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). I maschi sono meno sedentari (8,2% vs 17,3% tra le femmine) e i livelli di attività fisica praticata sono più alti: il 29,7% pratica attività fisica almeno 5 giorni a settimana, rispetto al 18,5% tra le femmine. In generale il quadro non muta rispetto al passato e non risente della pandemia, che aveva temporaneamente inciso negativamente per la chiusura delle strutture sportive e l'interruzione dei campionati agonistici e non. Le stime della sorveglianza HBSC confermano quelle EDIT, i toscani tendono a praticare più attività fisica dei coetanei italiani: pratica almeno 1 ora di attività fisica moderata/intensa per 4 giorni il 44,8% dei ragazzi/e toscani, rispetto al 40,8% in Italia. Le differenze di genere a svantaggio di quello femminile rispetto alla pratica di attività fisica e sportiva nascono fin da queste fasce d'età e diventeranno, come vedremo più avanti nel rapporto, sempre più evidenti mano a mano che il ruolo delle donne diventa molteplice all'interno della famiglia e della società in generale.

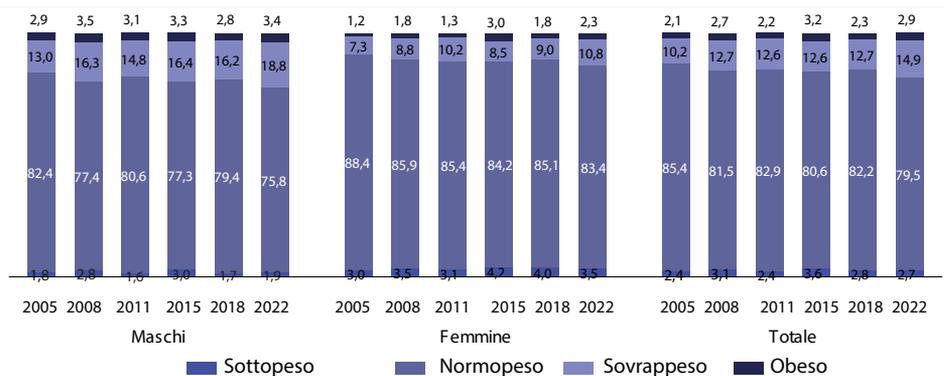
Le abitudini alimentari e sportive mediamente migliori dell'Italia contribuiscono a spiegare la minore prevalenza di sovrappeso o obesità in Toscana. Il 19,2% dei bambini e delle bambine toscane di 8-9 anni è sovrappeso (11mila bambini), il 6,6% obeso (4mila), rispetto al 20,4% e il 9,4% in Italia (fonte: Sorveglianza Okkio alla salute 2019, ISS). Gli adolescenti toscani in sovrappeso o obesi, rispettivamente il 14,9% e il 2,9%, sono però in aumento, trend in linea con le tendenze nazionali (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). Si tratta di 30mila sovrappeso e 6mila obesi. La sorveglianza HBSC conferma il 14% di sovrappeso e il 2,5% di obesi in Toscana, rispetto al 18,2% di sovrappeso e il 4,4% di obesi in Italia. Tra gli adolescenti toscani la condizione di sovrappeso/obesità è più frequente tra i maschi, mentre è maggiore la prevalenza di sottopeso tra le ragazze, rispetto ai maschi (Figura 2.4.2).

L'adolescenza è anche l'età in cui si sperimentano alcune abitudini e sostanze nocive per la salute, a rischio di indurre dipendenza, come alcol, fumo di tabacco, sostanze psicotrope e gioco d'azzardo. Il fascino del rischio abbraccia questa fascia d'età, anche se il panorama toscano nel 2022 si conferma tendenzialmente migliore o al più in linea con quello degli adolescenti italiani e non dà segnali di peggiora-

mento dopo i due anni più intensi di pandemia. L'assunzione di bevande alcoliche, oltre alla salute, può compromettere le condizioni psi-

cofisiche e alterare i comportamenti sociali, contribuendo a causare danni a sé e a soggetti terzi (come ad esempio incidenti stradali).

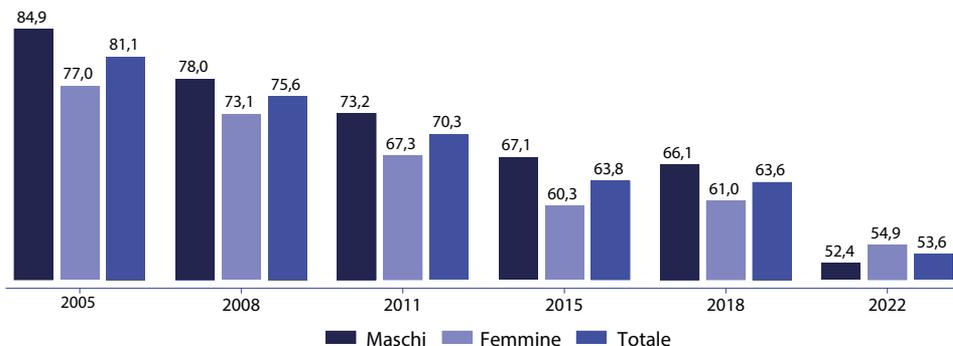
**Figura 2.4.2** Indice di massa corporea, per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2005-2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS



Tra gli adolescenti è ormai assodata la prevalenza del modello nordico (assunzione in situazioni di socialità, fuori dai pasti, con la combinazione di diverse bevande da diverse gradazioni in quantità elevate) rispetto a quello mediterraneo (assunzione moderata di alcol durante i pasti o in situazione domestica, prediligendo il vino). Circa 8 adolescenti toscani su 10 hanno assunto almeno una volta alcolici nella vita, l'83,7% delle ragazze e l'80,5%

dei ragazzi (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). Le ultime sorveglianze nazionali stimano che l'87% degli adolescenti abbia consumato alcol nella vita (fonte: Sorveglianza ESPAD 2021, CNR). I consumatori abituali, che dichiarano di bere almeno in un'occasione durante la settimana, tendono a diminuire, così come tendono ad annullarsi le differenze di genere in Toscana, grazie ad una riduzione più decisa tra i ragazzi (Figura 2.4.3).

**Figura 2.4.3** Consumo di alcol nell'ultima settimana, per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2005-2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS



In questa fascia d'età si sperimenta la maggiore omogeneizzazione di comportamenti negli stili di vita, soprattutto quelli eccedentari, e si osserva una globalizzazione dei pattern di

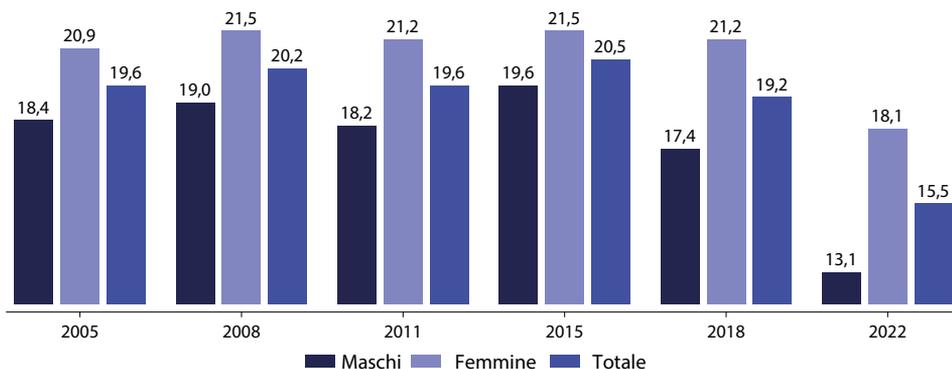
consumo in Europa, dove gli stili di un adolescente toscano sono gli stessi di un coetaneo del nord Europa ad esempio. Al 36% degli adolescenti toscani (circa 73mila

ragazzi) è capitato di ubriacarsi o consumare 5 o più bevande alcoliche nella stessa occasione (cosiddetto binge drinking) nell'ultimo anno (37% in Italia, fonte: Sorveglianza ESPAD 2021, CNR). Focalizzandoci sui soli consumatori nell'ultimo anno, il 52,2% degli adolescenti toscani si è ubriacato almeno una volta e il 47,1% ha sperimentato il binge drinking (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). Le ubriacature sono più diffuse tra le ragazze (56% vs 49%), ma il binge drinking è più frequente tra i ragazzi (49% vs 45%).

Più dell'alcol, il tabagismo è riconosciuto come la principale causa di morte evitabile. Il fumo nel mondo causa ogni anno direttamente circa 8 milioni di decessi e altri 1,2 milioni di persone muoiono per il fumo passivo (fonte: OMS). In Europa si stima che il fumo provochi

circa 700mila decessi all'anno (93mila in Italia) e che riduca l'aspettativa di vita di un fumatore di circa 14 anni rispetto a quella delle persone che non fumano. A livello globale il 70% dei fumatori ha iniziato prima dei 18 anni. Il 54,7% degli adolescenti toscani ha provato a fumare nella propria vita (58% in Italia, fonte: Sorveglianza ESPAD 2021, CNR), il 60,2% delle femmine e il 49,6% dei maschi (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). Il 15,7% fuma regolarmente (21% in Italia), cioè compra abitualmente pacchetti di sigarette, e attualmente sono più le ragazze fumatrici regolari (18,2%) rispetto ai maschi (13,2%). In totale i fumatori regolari sono circa 32mila. Il trend è in diminuzione, nonostante i timori rispetto al fatto che la pandemia potesse incidere negativamente su questa abitudine (Figura 2.4.4).

**Figura 2.4.4 Consumo regolare di sigarette nella popolazione adolescente, per genere – Prevalenza ogni 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2005-2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS**



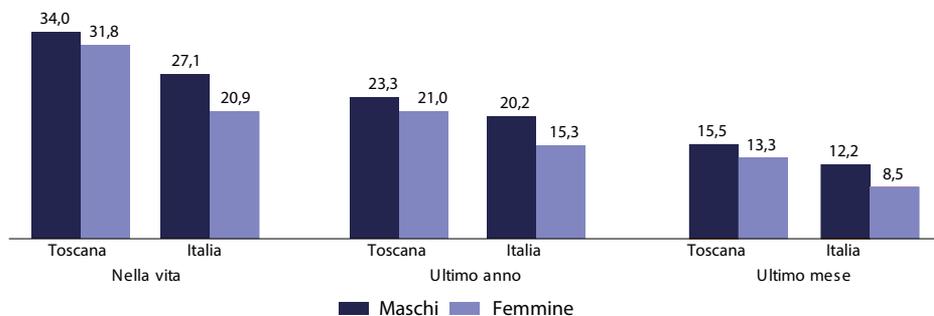
Al 3° posto tra le cause di anni di vita persi per disabilità o morte prematura, dopo il tabacco e l'alcol, troviamo le sostanze psicotrope (fonte: *World Drug Report* 2022). L'uso di sostanze psicotrope illegali coinvolge il 5,6% della popolazione adulta globale. La cannabis è la sostanza più usata e il suo consumo è in aumento nel mondo. Il disturbo da gioco d'azzardo (DGA), riconosciuto come uno dei disturbi del controllo degli impulsi, è associato alla tossicodipendenza e a patologie psichiatriche. L'adolescenza è un periodo spesso dinamico e di sperimentazione, il 32,9% dei toscani ha consumato una sostanza psico-

tropa illegale almeno una volta nella vita (24,1% in Italia, fonte: Sorveglianza ESPAD 2021, CNR), il 22,2% nell'ultimo anno (17,8% in Italia) e il 14,5% nell'ultimo mese (10,4% in Italia). Sono circa 67mila gli adolescenti che hanno provato almeno una volta, di cui 45mila nell'ultimo anno e 30mila nell'ultimo mese. Si tratta di comportamenti più diffusi tra i maschi (Figura 2.4.5). Le differenze di genere sono in linea con quelle italiane e la Toscana mostra prevalenze superiori alla media nazionale. La sostanza illegale più utilizzata tra gli adolescenti toscani si conferma la cannabis, assunta almeno una volta nella vita dal 29,3%

(fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). In Italia la prevalenza d'uso nella vita è il 34% (fonte: Sorveglianza ESPAD 2021, CNR). Osservando le prevalenze di consumo nell'ultimo mese (proxy dell'uso attuale e abituale) dopo la

cannabis (11,8%, vs 16% in Italia) troviamo gli psicofarmaci senza prescrizione medica (2%), i cannabinoidi e la cocaina (entrambi 1,1%), mentre tutte le altre registrano percentuali inferiori allo 0,5%.

**Figura 2.4.5 Consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale, per genere – Prevalenza ogni 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana e Italia, anni 2021/2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS e ESPAD 2021, CNR**



L'accesso al gioco d'azzardo è sempre più semplice, grazie alla molteplicità di proposte tecnologiche di facile fruizione, soprattutto tra i giovani, più vulnerabili ed esposti all'uso dei mezzi attraverso i quali si diffonde. Per questo è più alto il rischio di comportamenti problematici (5-6% dei giovani vs 1-2% nella popolazione generale), non sempre riconosciuti e distinti dalla semplice attività di svago. Si stima che il 29,6% degli adolescenti toscani abbia giocato durante l'anno, il 40,3% tra i maschi e il 18% tra le femmine (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). La stima italiana è

pari al 45% (fonte: Sorveglianza ESPAD 2021, CNR). Il Gratta e vinci si conferma il gioco più frequente (73,9%), seguito dalle scommesse sportive (50%). Il 5,5% degli adolescenti (circa 11mila) è considerabile un giocatore problematico (tramite lo screening Lie/Bet Questionnaire che segnala la potenzialità di essere in tale condizione), l'8,8% dei maschi e il 2,1% delle femmine, con un trend in diminuzione rispetto al 2018 (10,7% tra i maschi e 2,6% tra le femmine). La stima italiana è superiore, pari al 7% (fonte: Sorveglianza ESPAD 2021, CNR).

## 2.5. I PRIMI PROBLEMI PER LA SALUTE FISICA

**Aumento dei ricoveri per patologie respiratorie, soprattutto nella fascia d'età più giovane. Dopo anni di ininterrotta diminuzione tornano a salire incidenti, ricoveri e la mortalità per incidente stradale.**

Le conseguenze di eventuali abitudini nocive per la salute, come detto, hanno nella maggioranza dei casi periodi di latenza molto lunghi, gli effetti e l'insorgenza di patologie diventeranno più evidenti durante l'età adulta. I minori, infatti, se si escludono le settimane immediatamente successive alla nascita e il primo anno di vita, necessitano sporadicamente di cure ospedaliere, se paragonati agli adulti e degli anziani: rappresentano il 5,3% dei ricoveri ordinari (esclusi Day Hospital, ricoveri legati al parto e lungodegenze/riabilitazione), con un tasso di ricovero pari al 31 per 1.000, rispetto al 49 per 1.000 adulti 18-64enni e ai 196 per 1.000 anziani di 65+ anni (fonte: Elaborazioni ARS su dati ospedalieri). Le principali cause di ricovero acuto in questa fascia d'età sono i traumatismi (14%), seguiti dalle malattie respiratorie (13%) e dalla salute mentale (12%) (Tabella 2.5.1), cioè disturbi psichici che tendenzialmente, come abbiamo visto, incidono più frequentemente a ridosso e durante la fase dell'adolescenza, in special modo tra le ragazze.

**Tabella 2.5.1 Ricoveri per causa (grande gruppo) ed età – Valori per 100 ricoveri – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera**

<18		18-39		40-64		65-84		85+	
causa	%	causa	%	causa	%	causa	%	causa	%
Traumi	14	Traumi	17	Tumori	18	Circolatorio	22	Circolatorio	25
Respiratorio	13	Digerente	14	Digerente	15	Tumori	16	Respiratorio	24
Psichici	12	Psichici	12	Circolatorio	14	Respiratorio	13	Traumi	17
Nervoso	11	Tumori	11	Osteo-muscolare	11	Traumi	11	Digerente	8
Digerente	9	Respiratorio	9	Traumi	11	Digerente	10	Tumori	7

I ricoveri per malattie respiratorie sono dovuti in egual misura a tonsilliti/adenoiditi, complicazioni da influenza o infezioni acute delle vie respiratorie (comprese polmoniti e bronchioliti), insufficienze respiratorie acute. Un terzo di questi ricoveri avviene durante il primo anno di vita, due terzi comunque entro i 5 anni, e superata la fase acuta si risolve con la dimissione al domicilio. Tra questi ricoveri, durante il secondo anno di pandemia, i reparti di pediatria hanno assistito ad un forte aumento di bambine e bambini con bronchiolite acuta associata a virus respiratorio sinciziale. Sono stati 411 i ricoverati in Toscana tra gli 0-4 anni d'età, scesi poi a 279 nel 2022, diminuiti, ma ancora il doppio rispetto ai circa 130 casi attesi sulla base dell'andamento dei 10 anni precedenti. L'80% dei casi riguarda neonati nel primo anno di vita. All'aumento ha contribuito la presenza di varianti del virus sinciziale (ceppi sottotipo B) emerse in concomitanza alla pandemia da Covid-19, associate ad un quadro clinico più severo.

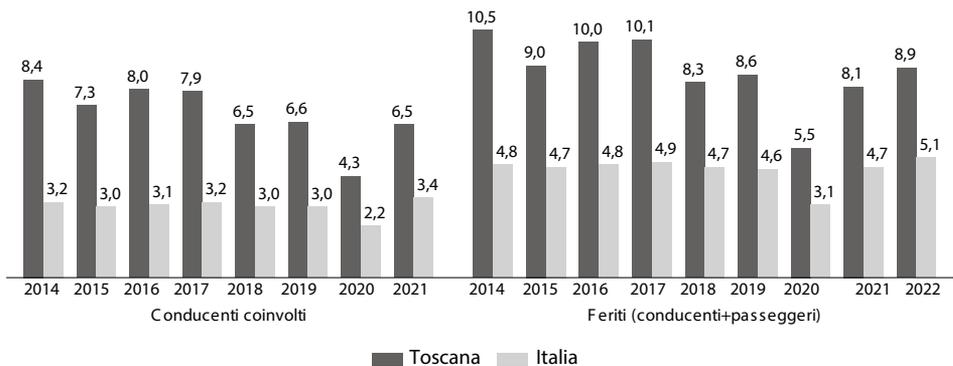
I traumatismi, sulla base delle informazioni disponibili, provengono da tre casistiche principali: incidenti stradali, incidenti sportivi e domestici. Gli incidenti domestici sono solitamente di lieve entità e riguardano semplici contusioni, mentre gli incidenti stradali, specialmente dall'età in cui i ragazzi e le ragazze hanno la possibilità di avere le prime esperienze di guida al volante di mezzi

motorizzati, provocano conseguenze più gravi, in particolare se causati dall'assunzione di alcol o sostanze psicotrope prima di mettersi alla guida.

Circa il 25% delle cure ospedaliere per trauma ricevute dagli adolescenti è causato da un incidente stradale (fonte: Elaborazioni ARS su dati ospedalieri). Gli accessi al Pronto soccorso per traumi in conseguenza di un incidente stradale tra gli adolescenti 14-17enni (che rappresentano il 45% dei 9.700 accessi da parte di tutti i minorenni coinvolti in un incidente stradale) nel 2022 sono stati 4.407 (32,5 ogni 1.000 14-17enni), in aumento rispetto ai 4.182 del 2019 (31,9 per 1.000) e in linea con quelli del 2021. Il 58% degli adolescenti aveva riportato semplici contusioni o distorsioni, il resto fratture, traumi interni/intracranici o ferite e nel 5% dei casi c'è stato bisogno di un ricovero (fratture, traumi o complicazioni da traumi). I ricoveri sono stati 194, pari a 1,4 ogni 1.000 abitanti, 28 in più del 2019. Il rischio è maggiore tra i maschi, i cui tassi di accesso al Pronto soccorso e di ricovero sono il doppio di quelli femminili: 42,5 vs 21,9 accessi in Pronto soccorso per 1.000 abitanti e 2 vs 0,8 ricoveri per 1.000. Il trend di questi dati, pur con alcune oscillazioni dovute alla bassa numerosità e alla qualità dell'informazione sul luogo dove è avvenuto il trauma, non mostra un evidente aumento del fenomeno nel lungo periodo.

La rilevazione annuale ISTAT degli incidenti stradali con conseguenze (almeno un ferito coinvolto) ci permette di avere l'informazione sulle ragazze e i ragazzi di 15-17 anni coinvolti mentre erano alla guida di un mezzo di trasporto, considerata l'età al massimo moto, motocicli o minicar, per quanto riguarda i mezzi motorizzati. Nel 2021 (ultimo anno disponibile) sono stati 662, pari a 6,5 per 1.000 abitanti 15-17enni (3,4 per 1.000 in Italia). I numeri sono nuovamente in linea con quelli 2019 (quando furono 648 i conducenti coinvolti, pari a 6,6 per 1.000 ab.), dopo essere scesi a 431 (4,3 per 1.000) durante il primo anno di pandemia (Figura 2.5.1). La mortalità, che nel 2022 ha coinvolto solamente 3 adolescenti, è sempre un evento molto raro fino a che non si passa alla guida di un'auto. I feriti totali sono stati invece 909, pari a 8,9 per 1.000 ab. (5,1 per 1.000 in Italia), di cui 688 tra i conducenti e 221 tra i passeggeri coinvolti. I conducenti feriti sono di più di quelli osservati nel 2019 (595 feriti, pari a 6,1 ogni 1.000 ab.), mentre i passeggeri, pur in crescita, ancora leggermente meno (246, pari a 2,5 per 1.000 ab.). Gli incidenti in questa fascia d'età in Toscana sono storicamente di più della media italiana, ma la mortalità è minore: 2,9 deceduti ogni 100mila abitanti, rispetto al 3,6 per 100mila rilevato in Italia nel 2022.

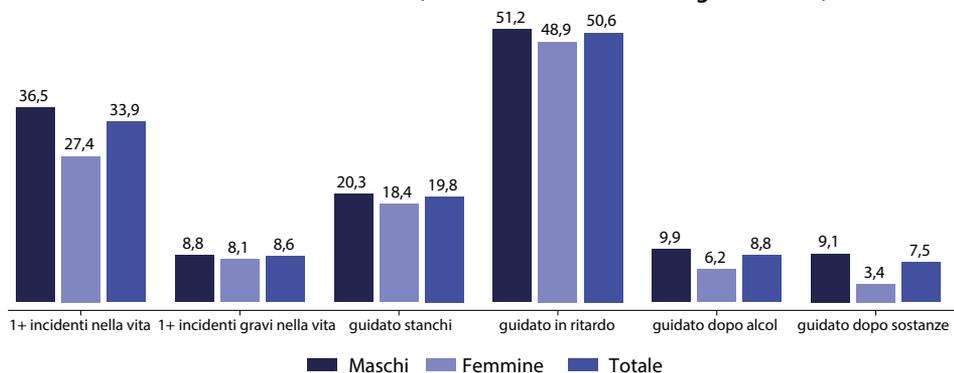
**Figura 2.5.1 Conducenti coinvolti e feriti tra adolescenti – Valori per 1.000 abitanti d'età 15-17 anni – Toscana e Italia, periodo 2014-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT**



Il rischio di un incidente alla guida è decisamente più alto tra i ragazzi, 9,5 per 1.000, rispetto ai 3,3 incidenti alla guida per 1.000 ragazze. Di conseguenza, come detto, il rischio di ospedalizzazione è maggiore tra i ragazzi, per il maggior numero di conducenti feriti, il triplo rispetto alle ragazze (9,9 vs 3,3 per 1.000), mentre tra i passeggeri sono le ragazze ad avere un rischio leggermente mag-

giore di riportare ferite (2,5 vs 1,9 per 1.000). Dobbiamo però considerare l'esposizione al rischio, in questo caso rappresentata dal numero reale di adolescenti alla guida: tra i maschi 14-17enni i patentati sono il 29%, rispetto al 13% tra le femmine, e quelli che guidano abitualmente (almeno qualche giorno a settimana) un mezzo (moto, ciclomotore, minicar) sono il 38%, rispetto al 19% tra le ragazze (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). Pur limitandoci ai soli guidatori abituali resta un gap nel rischio di incidente tra maschi e femmine, meno evidente quando si tratta di incidenti gravi, che hanno cioè comportato un ricovero o un accesso al Pronto soccorso (Figura 2.5.2). Queste differenze dipendono da una maggiore propensione dei maschi a mettersi alla guida in condizioni psico-fisiche non idonee (stanchezza, ritardo che può portare ad andare più veloci, guida dopo aver consumato alcol o sostanze psicotrope), coerentemente con la maggiore prevalenza tra i maschi di episodi di binge drinking o assunzione di sostanze psicotrope. Complessivamente circa 6mila adolescenti 14-17enni si sono messi alla guida stanchi almeno una volta nell'ultimo anno, 14mila in ritardo, 2.500 dopo aver bevuto, 2.100 dopo aver assunto sostanze. Si tratta di comportamenti in aumento rispetto all'edizione del 2018: guidare stanchi dal 7% al 20%, in ritardo dal 30% al 51%, dopo aver consumato alcol dal 2% al 9%, sostanze dal 4% al 7%.

**Figura 2.5.2 Incidenti (nella vita) e fattori di rischio (almeno una volta nell'ultimo anno) tra gli adolescenti che guidano abitualmente, per genere – Valori per 100 ragazzi che guidano abitualmente d'età 14-17 anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS**



# **Il passaggio dall'adolescenza all'età adulta**

## 3. IL PASSAGGIO DALL'ADOLESCENZA ALL'ETÀ ADULTA

### 3.1 I DETERMINANTI CONTESTUALI DEL FATTORE SALUTE L'INGRESSO NEL MONDO DEL LAVORO E IL SOSTEGNO AL REDDITO

**Il tasso di occupazione è in crescita, nonostante la pandemia, e diminuisce costantemente il tasso di disoccupazione. Permane il gap tra i generi. Preoccupa ancora la gran parte di nuova occupazione legata a lavori precari e/o temporanei. Gli indici di povertà relativa e assoluta peggiorano lievemente. L'indice di grave deprivazione abitativa colloca la Toscana tra le regioni con i valori migliori in Italia, ma aumentano le domande di contributo per affitto e molte famiglie sono in attesa di un alloggio ERP.**

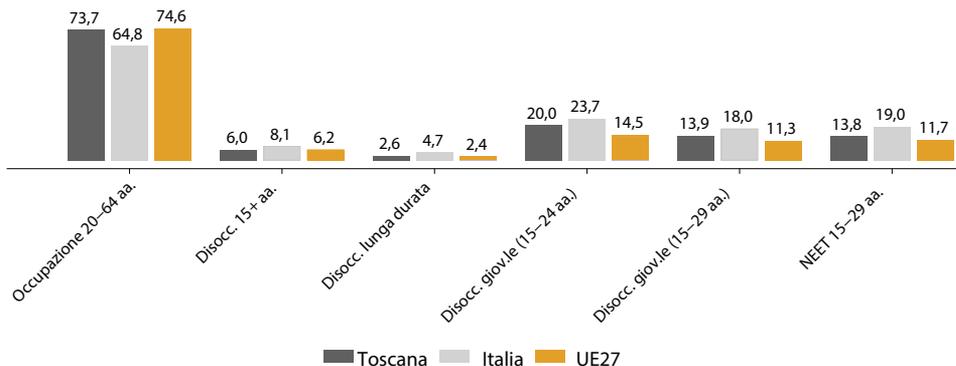
Da sempre considerato uno dei principali canali di inclusione sociale per le persone, il lavoro rappresenta una condizione necessaria, ma non sempre sufficiente, per rendersi indipendenti dal nucleo familiare di origine e avviare il proprio percorso di vita. La Toscana e l'Italia nel biennio 2021/2022 hanno potuto sostenere i livelli occupazionali grazie alle ingenti misure contenitive messe in campo per contrastare gli effetti dell'emergenza sanitaria. Le forze di lavoro toscane al 2022 ammontano a 1.721.000 (+50mila sul 2021, il 46% donne), delle quali 1.618.000 occupati (il 45% donne), il 69% nel settore servizi, il 28% nell'industria e il 3% in agricoltura. Sono invece circa 126mila le persone in cerca di occupazione (di cui il 56% donne). Il tasso di occupazione regionale tra i 20-64enni è in crescita e ha raggiunto il 73,7% al 2021 (4° regione in Italia), vicino ai livelli europei (74,6%) e ben al di sopra di quello nazionale (64,8%). Il tasso di disoccupazione è stato in calo pressoché costante dal 2015 fino al 6,6% del 2020, prima di risalire al 7,5% nel 2021, posizionandosi su valori superiori alla media europea (7%), ma ben al di sotto di quella italiana (9,5%), e scendere nuovamente al 6% nel 2022, mantenendo il posizionamento rispetto a Italia ed Europa. Migliora, rispetto al 2021, anche la disoccupazione di lunga durata (oltre i 12 mesi), che nel 2022 si attesta al 2,6% (2021 al 3,6%), in media UE (2,4%) e sensibilmente inferiore al dato italiano (4,7%). La disoccupazione giovanile, che ha avuto un picco nel triennio 2014-2016, un calo nel biennio 2017-2018 e una nuova crescita dal 2019 fino al 26,2% del 2020-2021, è tornata a scendere sensibilmente nel 2022, attestandosi al 20%, dato migliore di quello italiano (23,7%), ma lontano dai valori medi europei (14,5%). Del

resto anche i giovani NEET (*Not in Education, Employment or Training*), circa 70mila tra i toscani 15-29enni, sono diminuiti in modo significativo nel 2022, attestandosi al 13,8%, valore inferiore al 19% italiano e in avvicinamento all'11,7% della media UE (Figura 3.1.1).

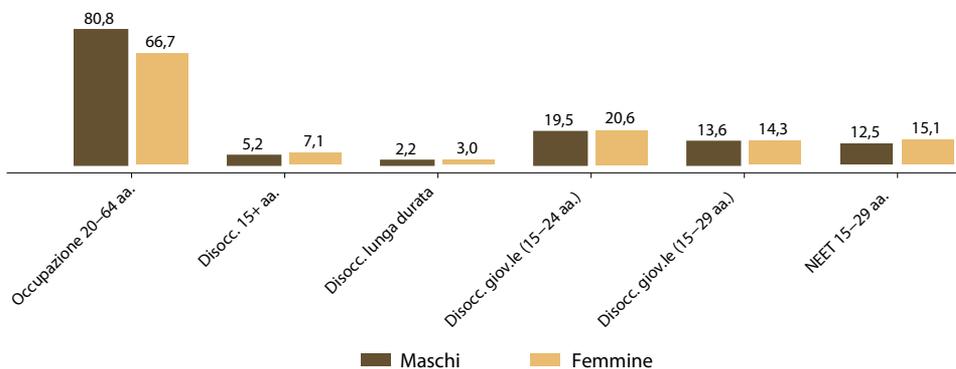
Il gap tra i due generi, grazie anche all'aumento della quota di partecipazione e del tasso di attività delle donne, è in evidente riduzione su tutti gli indici, ad eccezione del tasso di occupazione, dove il divario resta ampio e raggiunge i 14 punti percentuali: 81% tra gli uomini rispetto al 67% tra le donne (Figura 3.1.2).

Il miglioramento del mercato del lavoro è testimoniato anche dai dati del Sistema informativo regionale sul lavoro, con gli avviamenti che sono passati da 625mila del 2020 a 758mila del 2021, fino agli 862mila del 2022, principalmente nei settori della ricettività (alberghi e ristoranti), della pubblica amministrazione, istruzione e sanità e nei servizi alle imprese. Contestualmente però si rileva anche la precarietà e instabilità delle posizioni lavorative, dato che solo il 12% degli avviamenti del triennio è a tempo indeterminato, mentre il 55% è a tempo determinato e il resto si divide tra somministrazione di lavoro, lavoro intermittente e varie forme di collaborazione. Ormai da tempo, pur con alcune oscillazioni, rimangono ben presenti almeno tre costanti criticità nel mercato del lavoro regionale e nazionale, che dovrebbero stimolare nuovi obiettivi di miglioramento: il differenziale di genere (seppur in miglioramento), il gap della componente straniera (che fatica a colmare nel tempo le svantaggiose condizioni di partenza) e il ritardo dell'universo giovanile rispetto ai coetanei europei.

**Figura 3.1.1 Tasso di occupazione (adulti 20-64 anni occupati su adulti 20-64 anni), di disoccupazione (adulti 15+ anni in cerca di occupazione su forze di lavoro), di disoccupazione di lunga durata (adulti 15+ anni in cerca di occupazione da 12+ mesi su forze di lavoro), di disoccupazione giovanile (giovani 15-24 anni e 15-29 anni in cerca di occupazione su forze di lavoro 15-24 anni e 15-29 anni) e giovani NEET (giovani 15-29 anni che non studiano né lavorano su giovani 15-29 anni) – Valori percentuali – Toscana, Italia e media Paesi UE28, anno 2022 – Fonte: ISTAT e Eurostat**



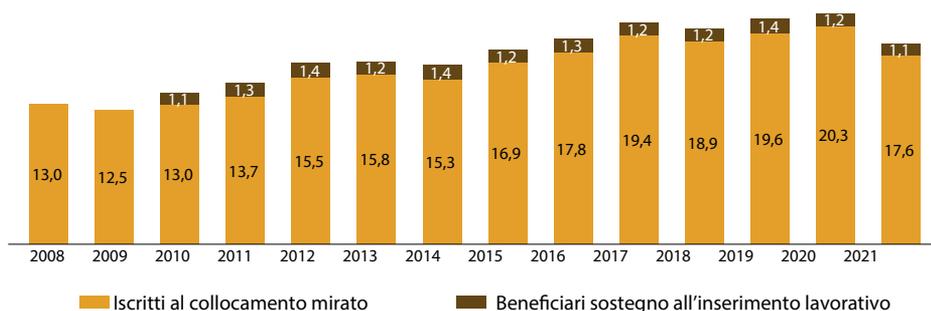
**Figura 3.1.2 Tasso di occupazione (adulti 20-64 anni occupati su adulti 20-64 anni), di disoccupazione (adulti 15+ anni in cerca di occupazione su forze di lavoro), di disoccupazione di lunga durata (adulti 15+ anni in cerca di occupazione da 12+ mesi su forze di lavoro), di disoccupazione giovanile (giovani 15-24 anni e 15-29 anni in cerca di occupazione su forze di lavoro 15-24 anni e 15-29 anni) e giovani NEET (giovani 15-29 anni che non studiano né lavorano su giovani 15-29 anni), per genere – Valori percentuali – Toscana per genere, Italia e media Paesi UE28, anno 2022 – Fonte: ISTAT e Eurostat**



Una delle principali politiche di welfare sul tema del lavoro è rivolta alle persone con disabilità, che con la legge 68/99 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” (riformata dalla legge delega 183/2014) hanno potuto beneficiare del collocamento mirato, definito come “l’insieme degli strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi di lavoro e di relazione”. La gestione del collocamento mirato è demandata ai Centri per l’impiego (CPI), che gestiscono operativamente l’inserimento lavorativo, che avviene tramite assunzione nominativa o avviamento numerico

presso i datori di lavoro privati o pubblici soggetti (in prevalenza tra coloro che sono soggetti all'obbligo di assunzione). Sono 40.377 gli iscritti al collocamento mirato presso i Centri per l'impiego (CPI) toscani a fine 2021, pari a 17,6 ogni 1.000 15-64enni, circa 6mila in meno rispetto all'anno precedente, dopo un trend decennale di crescita (erano 30.880 nel 2008) alimentato, oltre che da un aumento del bisogno lavorativo, dalla crescente efficacia dei percorsi scolastici e/o formativi dedicati alle persone con disabilità, e dalla capacità di intercettare l'utenza di riferimento da parte dei servizi (Figura 3.1.3). La diminuzione osservata nel 2021 è in minima parte dovuta alla revisione della metodologia di rilevazione, che adesso esclude gli anziani (67+ anni). Le persone con disabilità che hanno beneficiato di interventi di sostegno all'inserimento lavorativo nel 2021 sono state 2.618, pari a 1,1 ogni 1.000 15-64enni, di poco inferiori a quelle precedenti l'emergenza sanitaria (erano state 3.133 nel 2019).

**Figura 3.1.3 Iscritti al collocamento mirato (L. 68/99) e beneficiari di interventi di sostegno all'inserimento lavorativo – Valori per 1.000 abitanti d'età 15-64 anni - Toscana, periodo 2008-2021 – Fonte: Regione Toscana**



Oltre al lavoro, altre due importanti dimensioni dell'inclusione sociale, in grado di incidere anche sulla salute, sono rappresentate dalla condizione reddituale e abitativa, in forte interazione tra loro nelle dinamiche di vita di cittadini e famiglie. La Toscana può vantare un quadro migliore di quanto si può mediamente riscontrare a livello nazionale e in molte altre regioni. Tuttavia sono presenti situazioni, che interessano rilevanti quote di popolazione, in cui questi fattori risultano indeboliti o comunque meno solidi, aumentando per le platee interessate il rischio di disagio, impoverimento, marginalizzazione, sofferenza e vulnerabilità, e inasprendo le disuguaglianze sociali e di salute. Gli ultimi dati disponibili a livello di indicatori reddituali ci dicono che:

- il reddito medio dichiarato IRPEF 2021 della Toscana è di 22.064 euro, tornato sopra al valore del 2019 dopo la flessione nel primo anno di pandemia. La Toscana è in una posizione intermedia nel panorama nazionale, subito sopra la media italiana (21.776 euro).
- Il reddito netto familiare 2021 (somma dei redditi familiari al netto dei trasferimenti) è pari a 35.815 euro per famiglia (33.798 euro in Italia), 6° valore più alto in Italia e in crescita.
- L'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS nel 2022 è pari a 1.063 euro (1.008 euro in Italia), 9° valore più elevato tra le regioni.

Le misure internazionali delle dimensioni della povertà nel 2022 sono state riviste alla luce degli obiettivi che l'Unione Europea si è prefissata per il 2030 e attualmente non è ancora disponibile il dato regionale. Utilizzeremo quindi i dati del 2021 per contestualizzare la Toscana nel panorama italiano ed europeo, mentre stimeremo un posizionamento plausibile della nostra regione nel 2022 sulla base dell'andamento osservato per Italia ed Unione Europea (Figura 3.1.4). Le persone a rischio di

povertà (con reddito netto equivalente inferiore al 60% di quello mediano, ossia 10.519 euro) in Toscana nel 2021 sono il 12,4%, dato in diminuzione e migliore del corrispettivo nazionale (20%) ed europeo (16,8%), ma comunque si tratta di oltre 400mila persone. Per il 2022, ad indicatore parzialmente rivisto, sia la media italiana che quella europea mostrano valori più elevati del 2021, rispettivamente del 24,4% e 21,6%, per cui è ragionevole ipotizzare una crescita anche per la nostra regione.

### **SEUS (Sistema emergenza urgenza regionale) in Toscana**

Sperimentato dal 2017 (attualmente attivo in 16 ambiti territoriali), risponde a quanto previsto dalla scheda tecnica ministeriale LEPS sul pronto intervento sociale.

Risponde tempestivamente a persone in situazioni di emergenza: realizza la prima lettura del bisogno, attiva gli interventi indifferibili e la presa in carico multidisciplinare.

È attivo un numero verde unico regionale che raccoglie le segnalazioni di soggetti pubblici e privati e una Centrale operativa coordina e gestisce gli interventi (circa 1.400 nel 2022).

La condizione di grave deprivazione, misurata in almeno 4 dei 9 sintomi di disagio (legati a spese impreviste, arretrati nei pagamenti, possibilità di ferie annuali, pasti adeguati, riscaldamento abitazione, acquisto beni durevoli), invece, nel 2021 coinvolge oltre 90mila toscani (il 2,6%, contro il 5,6% dell'Italia e il 6,3% dell'UE), in netto miglioramento rispetto al 2019. Questo indicatore è stato in parte mitigato dagli interventi e dai ristoranti messi in campo durante l'emergenza pandemica. Come per il rischio di povertà anche l'indicatore di deprivazione ha avuto una revisione e per il 2022, in attesa di conoscere il dato regionale, vede una diminuzione dell'Italia al 4,5% (facendo presagire una permanenza della Toscana al di sotto di tale soglia) e un lieve incremento per l'UE al 6,7%.

La povertà relativa (percentuale di famiglie con spesa media mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà relativa fissata annualmente da ISTAT) al 2022 coinvolge circa 105mila famiglie toscane (6,3% del totale, contro il 10,9% di quelle italiane) e, pur lievemente diminuita rispetto al 6,7% del 2021, mantiene un valore superiore rispetto alla media degli ultimi 5 anni.

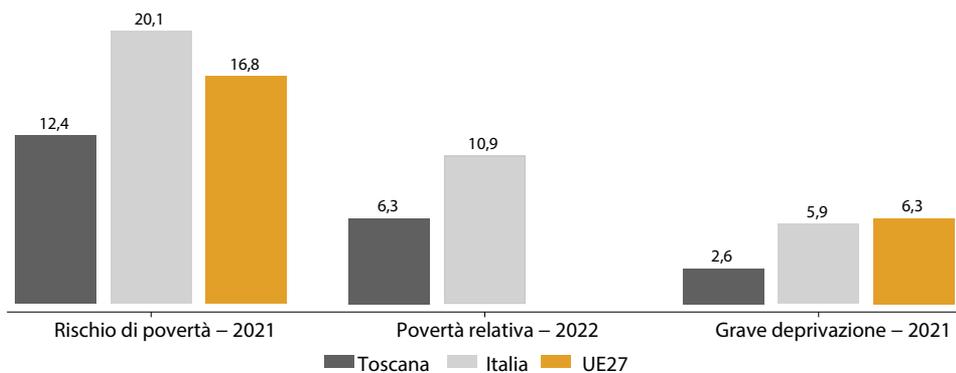
I redditi familiari dei nuclei toscani nel 2021 sono sostanzialmente stabili rispetto agli anni precedenti, grazie agli interventi pubblici e alla

ripresa del mercato del lavoro, nonostante pandemia ed inflazione (fonte: Indagine campionaria sulle condizioni di vita delle famiglie toscane 2021-2022, IRPET e Università di Siena). Contestualmente però aumenta la vulnerabilità nel 2022, con le famiglie che dichiarano di avere maggiori difficoltà a sostenere, con il proprio reddito, le spese mensili familiari rispetto a quanto facevano nel 2021. Le famiglie che arrivano con grande difficoltà alla fine del mese sono cresciute dal 2% al 10%, quella che arrivano con qualche difficoltà a fine mese dal 30% al 34%, e sono diminuite le famiglie che lo fanno con una certa facilità (dal 35% al 26%). La povertà relativa è maggiore tra le famiglie monogenitore e in quelle con figli minori, così come tra le famiglie di origine straniera. In tema di deprivazione il 16% delle famiglie toscane dichiara di avere difficoltà a mangiare carne o pesce almeno una volta ogni due giorni, il 21% non può permettersi di riscaldare adeguatamente la propria casa, il 18% fa fatica a pagare le spese di trasporto, il 24% ha problemi con le spese relative alla salute (farmaci e visite mediche non coperte dal servizio sanitario nazionale), il 32% non può permettersi una settimana di vacanza all'anno lontano da casa e il 28% non ha la possibilità di andare a cinema/teatro/ristorante almeno una volta al mese.

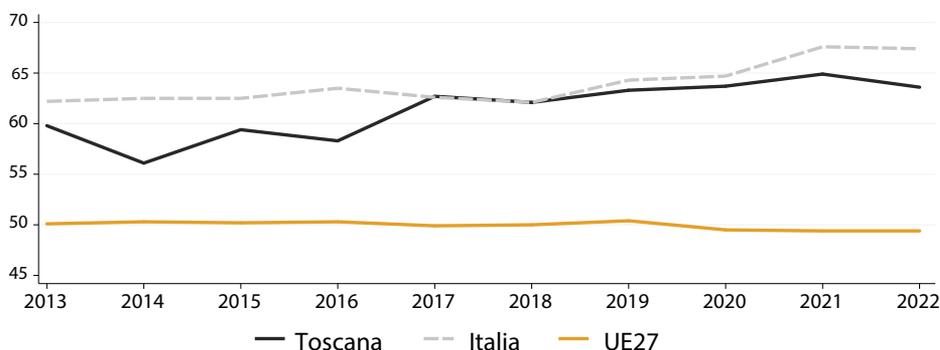
I dati amministrativi rilevano invece nel 2022 circa 123mila famiglie al di sotto della soglia ISEE di 6.000 euro, pari al 7,4% delle famiglie totali e corrispondenti a circa 292mila persone, in aumento rispetto al 2017 (erano 93.700 famiglie, il 5,7%). Sono invece 40.353 le famiglie toscane percettrici di reddito di cittadinanza e 6.181 quelle percettrici di pensione di cittadinanza, per un totale di circa 88.600 persone (il 3% delle famiglie e dei residenti). Anche in questo caso gli stranieri hanno maggiori difficoltà: a fronte di una presenza sul territorio pari all'11% degli abitanti totali, rappresentano il 37% delle famiglie con ISEE inferiore a 6.000 euro e il 23% dei nuclei che percepiscono reddito e pensione di cittadinanza.

Una delle conseguenze di queste criticità è lo stallo dei percorsi di autonomia dei giovani e la difficoltà di emanciparsi dalla famiglia di origine. Se è vero che cresce la quota di giovani toscani che vivono da soli e che nel 2022 in Italia l'età media di abbandono della famiglia di origine è scesa sotto la soglia dei 30 anni (restando comunque una delle più alte in Europa e distante dal dato medio di 26 anni), il 63,6% dei 18-34enni toscani (circa 384mila) vive ancora in famiglia con almeno un genitore. Il dato è migliore di quello nazionale (67,4%), ma in crescita e distante dal corrispettivo europeo (49,4%) (Figura 3.1.5). Il 50% continua a vivere in famiglia nonostante abbia un'occupazione propria (39% in Italia). Plausibilmente queste situazioni sono almeno in parte dovute al fatto che, pur in presenza di un'occupazione, non migliorano nel tempo i livelli retributivi e la stabilità della posizione professionale, e con essi la capacità di compiere i passi necessari alla costruzione di un progetto di vita autonomo. Del resto nel 2022 il 12% dei lavoratori toscani dichiarava una situazione di part-time involontario (10% in Italia) e il 27% aveva un'istruzione superiore a quella richiesta per la propria posizione lavorativa (26% in Italia).

**Figura 3.1.4 Persone a rischio povertà, famiglie in condizione di povertà relativa e persone che vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione – Valori percentuali – Toscana, Italia e media Paesi UE 27, anni 2021 e 2022 – Fonte: ISTAT e Eurostat**

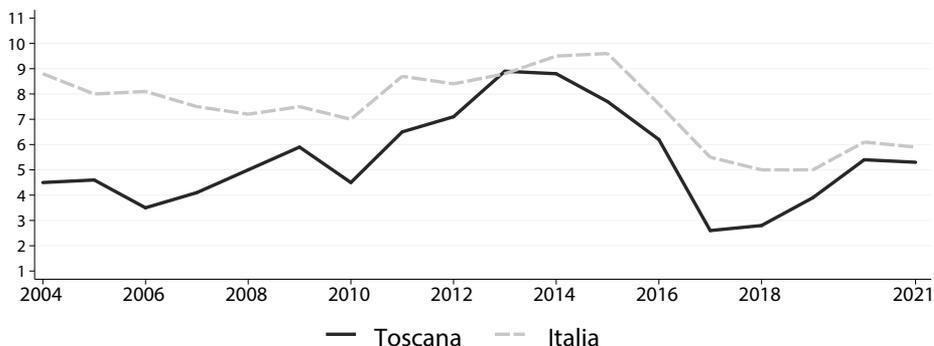


**Figura 3.1.5 Giovani 18-34 anni che vivono in famiglia – Valori per 100 giovani 18-34 anni – Toscana, Italia e UE 27, anni 2013-2022 – Fonte: ISTAT e Eurostat**



Il 74% delle famiglie toscane risiede in case proprie, il 16% in affitto e il 10% in abitazioni a titolo gratuito o di prestazioni di servizio. L'indice di grave deprivazione abitativa, che stima la percentuale di famiglie in situazioni di sovraffollamento abitativo o in abitazioni prive di alcuni servizi e con problemi strutturali (soffitti, infissi, ecc.), colloca la Toscana tra le regioni con i valori più contenuti, pari al 5,3% nel 2022, rispetto alla media nazionale del 5,9% (Figura 3.1.6). Il trend dell'indicatore mostra un notevole miglioramento nel medio periodo (era l'8,8% nel 2013), ma anche una significativa risalita negli ultimi anni (2,6% nel 2017).

**Figura 3.1.6 Indice di grave deprivazione abitativa – Valori per 100 residenti – Toscana e Italia, periodo 2004-2021 – Fonte: ISTAT e Eurostat**



Vi sono tuttavia alcune fragilità tra le famiglie toscane. Nonostante la dotazione regionale di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica, ERP (50mila alloggi, per circa 45mila famiglie e 107mila persone, a copertura del bisogno del 19% delle famiglie in affitto), sono presenti sul territorio molte famiglie che hanno difficoltà nel mantenere stabile la propria condizione abitativa (all'interno dello stesso sistema ERP ci sono circa 17mila famiglie in graduatoria in attesa di assegnazione). Sul versante degli sfratti emessi, che oggi interessano circa 2.800 famiglie (1,7 ogni 1.000), c'è stato un calo dell'incidenza, ma è attesa una risalita per la fine del blocco introdotto per la pandemia (le richieste di sfratto e gli sfratti eseguiti hanno fatto già registrare un notevole aumento nel 2022) (Figura 3.1.7). Le domande pervenute ai Comuni da parte di famiglie che richiedono contributi economici per il pagamento dell'affitto sono in aumento negli ultimi anni,

arrivate nel 2022 a circa 22.300 (13,4 ogni 1.000 famiglie residenti). Complessivamente quindi possiamo stimare circa 25mila famiglie in potenziale bisogno abitativo (al quale devono essere aggiunte, plausibilmente con qualche sovrapposizione, le 17mila famiglie in graduatoria ERP, ma non ancora assegnatarie di alloggio).

Anche l'aumento dell'instabilità coniugale, la diminuzione del numero medio di componenti e, contestualmente, la crescente pressione in termini di cura da parte degli anziani, stanno sottoponendo le capacità di tenuta delle famiglie toscane in chiave di protezione sociale a forti tensioni.

### **Rete regionale per l'inclusione delle persone senza dimora in Toscana**

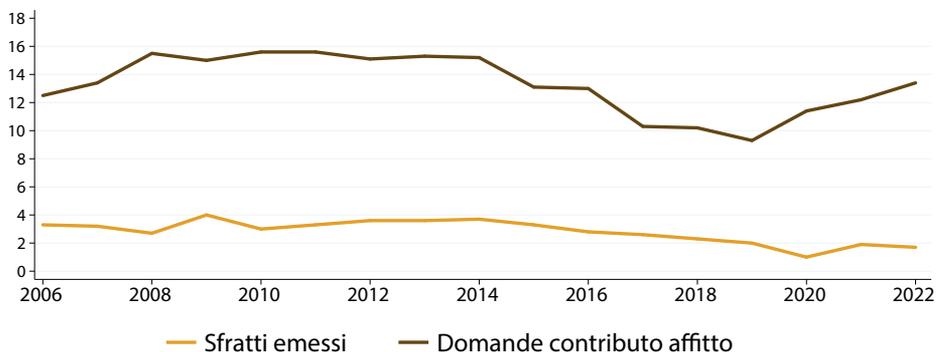
**Finanziamento ministeriale 2018 di 1.702.500 euro, rifinanziata nel 2022 per 1.276.875 euro. Partner attuativi i capofila degli Ambiti territoriali con capoluogo di provincia.**

**Risultati raggiunti: rafforzamento e coordinamento della rete dei servizi territoriali, attuazione degli approcci di "housing first e housing led" (131 interventi attivati a fine 2021), aumento dei primi contatti distribuendo beni materiali che favoriscono la relazione con gli operatori, potenziamento servizi di bassa soglia per bisogni immediati (distribuzione di beni di prima necessità), di sportello, di segretariato sociale.**

L'aumento degli anziani, in particolare degli over84enni, porta un aumento delle fragilità e delle situazioni di bisogno di assistenza continua che trovano sempre meno disponibilità da parte dei potenziali care-giver 50-74enni (prevalentemente donne), per il progressivo assottigliamento della popolazione in questa fascia d'età. Il rapporto attuale tra anziani ultra84enni e 50-74enni in Toscana è 12,8% (11% in Italia), ma ISTAT prevede un progressivo aumento fino al 25,3% nel 2050. Queste dinamiche stanno avendo e avranno impatti sempre più rilevanti sul sistema di welfare informale (livelli di tenuta delle reti familiari) e formale (programmazione, tipologie di servizi e destinazione delle risorse, per citarne alcuni).

La spesa del welfare locale a sostegno delle diverse popolazioni in condizioni di bisogno, con la pandemia, è cambiata nella composizione, sia per il tipo e la funzione dell'assistenza fornita, sia per le caratteristiche dei destinatari. Nel 2020 la spesa ammontava a 525 milioni di euro (6,7% della spesa italiana). La spesa pro capite toscana è costantemente al di sopra della media italiana: 142 euro p.c. nel 2020 (132 euro in Italia) e la nostra regione si posiziona al centro di un'ipotetica graduatoria tra le regioni, in un range che va dai 413 euro p.c. del Trentino Alto Adige ai 28 euro p.c. della Calabria. Nel 2020 è aumentata considerevolmente la spesa per il contrasto alla povertà e discretamente quella per multiutenza, dipendenze e immigrazione. Di segno opposto le variazioni per le persone non autosufficienti (disabili e anziani). Rispetto alla media nazionale la Toscana investe più risorse nelle aree di utenza famiglia/minori (369 euro p.c. 0-17enni) e anziani (118 euro p.c.), rispettivamente 309 euro p.c. e 90 euro p.c. in Italia. La spesa per la disabilità, data anche la complessità multidisciplinare e multiprofessionale degli interventi, mostra il valore di gran lunga più elevato (1.307 euro per persona con disabilità) ed è in forte aumento rispetto al 2003, sia come somma totale (da 67 a 101 milioni di euro) che come valore pro capite. La spesa per immigrati, pur aumentata in valore assoluto da 9 a 18 milioni di euro, ha visto diminuire il proprio impatto pro capite (da 63 a 45 euro), per l'aumento degli stranieri negli ultimi anni e quella dei servizi di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo. Nel 2020 sono stati potenziati soprattutto gli interventi di tipo monetario (contributi economici), mentre sono diminuiti gli interventi in natura, in particolare le risorse per l'assistenza domiciliare, per i centri diurni e per i servizi socioeducativi per l'infanzia. Plausibilmente si tratta degli effetti delle misure straordinarie per la pandemia che hanno disposto la sospensione dell'attività di alcune strutture, come i centri diurni. I Comuni hanno dovuto affrontare un aumento anomalo e una diversificazione dei bisogni assistenziali a causa dell'emergenza sanitaria, sociale ed economica. Nei prossimi anni dovremo monitorare se questo nuovo orientamento assumerà un carattere strutturale.

**Figura 3.1.7 Provvedimenti di sfratto emessi e domande per il contributo affitto delle famiglie toscane – Valori per 1000 famiglie residenti – Toscana e Italia, periodo 2006-2022 – Fonte: ISTAT e Eurostat**



**Spesa per interventi/servizi sociali dei Comuni (in milioni di euro) nel 2020**

**525, +13 vs 2019 (+2%)**

**Famiglie e minori: 202, -3 vs 2019 (-1%)**

**Disabili: 102, -9 vs 2019 (-8%)**

**Anziani: 113, -2 vs 2019 (-2%)**

**Immigrati/nomadi: 18, -1 vs 2019 (-4%)**

**Povert /disagio: 58, +21 vs 2019 (+56%)**

**Multiutenza: 32, +7 vs 2019 (+26%)**

## 3.2 SI CONSOLIDANO LE ABITUDINI E GLI STILI DI VITA

**L'abitudine al fumo è in costante diminuzione in questa fascia d'età, ma aumentano le donne fumatrici. La quota di non normopeso rimane stabile, ma è ancora troppo alta, il tasso di sedentarietà cresce già in questa fascia d'età.**

Nel periodo della vita che precede l'indipendenza dalla famiglia di origine e la costruzione di un proprio nucleo, i giovani tendono ad avere stili di vita in continuità con quelli dell'adolescenza. Con l'età poi alcune abitudini, anche per l'insorgenza dei primi problemi di salute, diventano meno frequenti o vengono del tutto abbandonate, ma in generale tra gli adulti toscani le differenze di genere e il confronto con i coetanei italiani sono coerenti con quelle osservate tra gli adolescenti. Per i principali determinanti di salute i comportamenti dei toscani sono mediamente virtuosi, rispetto alla media italiana, per quanto riguarda dieta e attività fisica, con un effetto positivo sul controllo ponderale, che però nell'ultimo biennio peggiora, per l'aumento di adulti sovrappeso o obesi. Anche i tabagisti sono meno in Toscana, mentre nell'ultimo biennio aumenta decisamente il consumo di alcol, compreso quello a maggior rischio (alcol fuori pasto e in grandi quantità).

I dati ISTAT (indagine Multiscopo) sulle abitudini alimentari ci consentono di osservare l'intero spettro delle abitudini alimentari della popolazione generale (Tabella 3.2.1). Nel 2022 le principali differenze che caratterizzano la Toscana rispetto all'Italia, tra gli alimenti di cui limitare la quantità, riguardano il maggior consumo di carni di maiale (46,7% vs 43%) e di latte (46,9% vs 47%). I toscani sono più attenti all'uso di sale arricchito di iodio e alla cottura con oli e grassi vegetali, consumano mediamente più ortaggi e verdure, pesce e carni bianchi e meno salumi (56,6% vs 58,8%) e snack (27,1% vs 31,9%). Il resto degli alimenti

presenta differenze minori di un punto percentuale. Rispetto al 2021 nella nostra regione aumenta il consumo di snack (+2,6%) e diminuisce il consumo di carni bovine (-3,1%), di maiale (-2,6%) e di salumi (-1,6%). Aumenta inoltre il consumo di verdure (+1,3%) e l'uso di sale iodato (+2,4%).

Tra gli adulti resta basso il consumo di frutta e verdura, il 91,9% dei toscani 18-69enni non raggiunge le 5 porzioni quotidiane raccomandate (92,8% in Italia). Il 49,4% non consuma nemmeno 3 porzioni giornaliere (54,7% in Italia). Il trend dell'indicatore è sostanzialmente stabile dal 2011 e tradizionalmente migliore tra le donne: il 10,2% consuma 5+ porzioni, rispetto al 5,9% dei maschi (fonte: Sorveglianza PASSI, Istituto superiore di sanità - ISS).

I sedentari (persone che non svolgono un'attività fisica adeguata per la propria età) rappresentano il 23,5% dei toscani 18-69enni (562mila persone) e sono tornati su valori lievemente inferiori a quelli del periodo pre-pandemico 2016-2019 (24,3%) (Figura 3.2.1). Durante i primi due anni di pandemia erano leggermente diminuiti, scendendo al 20,5%, per l'aumento delle persone parzialmente attive (<150 minuti settimanali di attività) e attive (almeno 150 minuti a settimana di attività intensa o lavoro che richiede sforzo fisico notevole). Contestualmente in Italia i sedentari erano invece aumentati e anche nell'ultimo biennio si confermano al 29,6%. Gli uomini toscani sono meno sedentari, 21% vs 25,8% delle donne, differenze in linea con quelle nazionali.

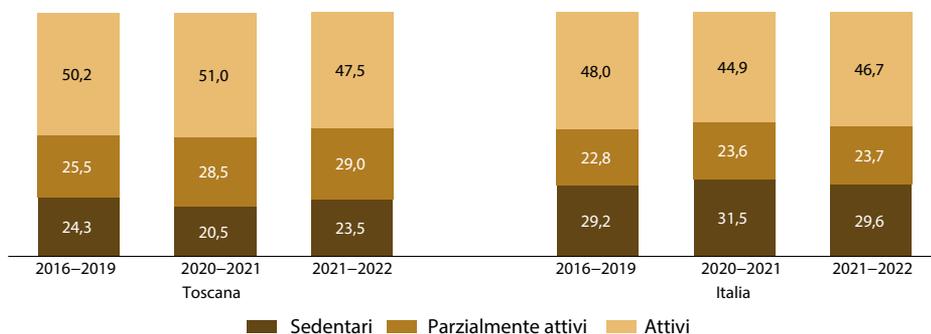
**Tabella 3.2.1 Consumo di alimenti – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana e Italia, periodo 2021-2021 – Fonte: ISTAT**

Alimenti	Toscana		Italia	
	2021	2022	2021	2022
Pane, pasta, riso 1+ al giorno	75,2	75,6	74,8	74,6
Salumi qualche volta o più a settimana	58,2	56,6	59,2	58,8
Carni bianche qualche volta o più a settimana	84,7	84,4	80,3	80,1
Carni bovine qualche volta o più a settimana	64,7	61,6	61,3	61,6
Carni di maiale qualche volta o più a settimana	49,3	46,7	44,2	43,0
Latte almeno 1+ al giorno	51,0	49,9	46,9	47,0
Formaggi, latticini 1+ volta al giorno	19,9	19,8	20,6	19,6
Verdure in foglia cotte e crude 1+ al giorno	49,9	51,2	49,7	49,2
Ortaggi 1+ al giorno	45,5	46,3	43,7	43,5
Frutta 1+ al giorno	73,4	73,5	72,6	72,9
Legumi qualche volta o più a settimana	54,3	53,4	53,2	52,7
Uova qualche volta o più a settimana	67,2	68,1	68,0	68,2
Pesce qualche volta o più a settimana	64,6	64,2	64,2	62,3
Snack salati qualche volta o più a settimana	24,5	27,1	30,8	31,9
Dolci qualche volta o più a settimana	52,9	51,9	51,1	50,9
Cottura con olio di oliva e grassi vegetali	98,4	97,9	96,0	96,1
Condimento a crudo con olio di oliva e grassi vegetali	98,9	98,6	97,4	97,6
Presta attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	71,4	72,3	72,0	73,2
Usa sale arricchito di iodio	49,8	52,2	48,7	48,4

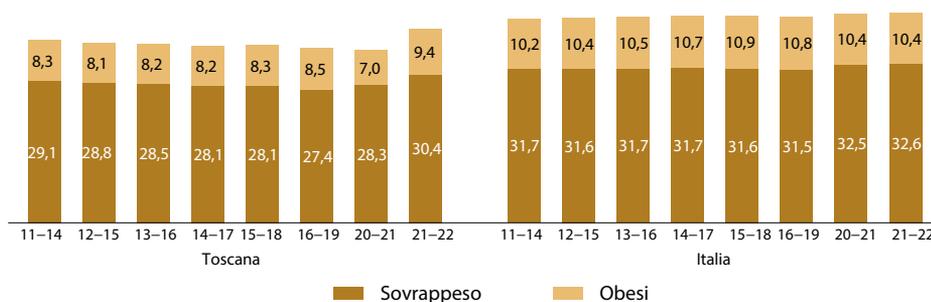
Nonostante la sostanziale tenuta degli indicatori di dieta e attività fisica, aumentano gli adulti in sovrappeso, pari al 30,4% (727mila persone), e obesi, pari al 9,4% (225mila) (Figura 3.2.2). Si tratta di un'inversione di tendenza di un trend in diminuzione dal 2011, ma le stime regionali sono ancora lievemente al di sotto di quelle nazionali, rispettivamente pari al 32,6% e 10,4%. Tra gli uomini le persone in sovrappeso rappresentano il 38,4% (vs 22,6% tra le donne), gli obesi il 10,2% (8,6% tra le donne). Con l'età tendono ad aumentare i sedentari, che rappresentano il 19% fino ai 50 anni e il

28% dei 50-69enni, e, plausibilmente di conseguenza, le persone sovrappeso o obese. I toscani sovrappeso rappresentano il 20% dei 18-34enni, per poi passare al 29% tra i 35-49enni, fino al 37% dei 50-69enni. Gli obesi passano dal 3% dei 18-34enni, al 9% dei 35-49enni, fino al 13% dei 50-69enni. La sedentarietà, la cattiva alimentazione, ma soprattutto le conseguenze che queste abitudini hanno sul peso, configurano il sovrappeso e l'obesità come la nuova "epidemia" del XXI secolo dei paesi economicamente sviluppati ed in particolare dell'Italia.

**Figura 3.2.1 Attività fisica per livello – Valori per 100 abitanti d'età 18-69 anni – Toscana e Italia, periodo 2016-2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI, ISS**

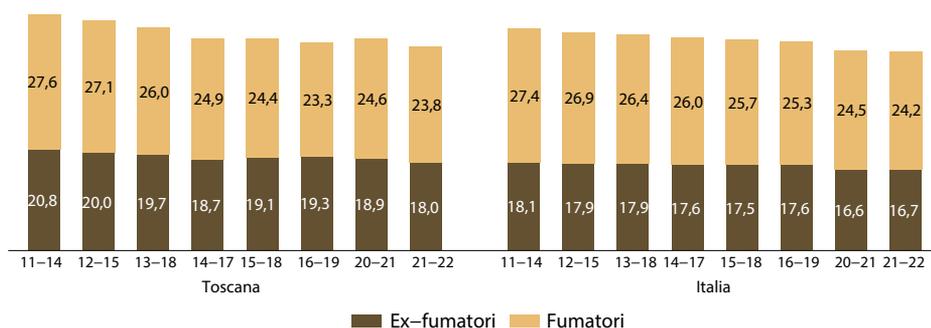


**Figura 3.2.2 Sovrappeso e obesi – Valori per 100 abitanti d'età 18-69 anni – Toscana e Italia, periodo 2011-2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI, ISS**



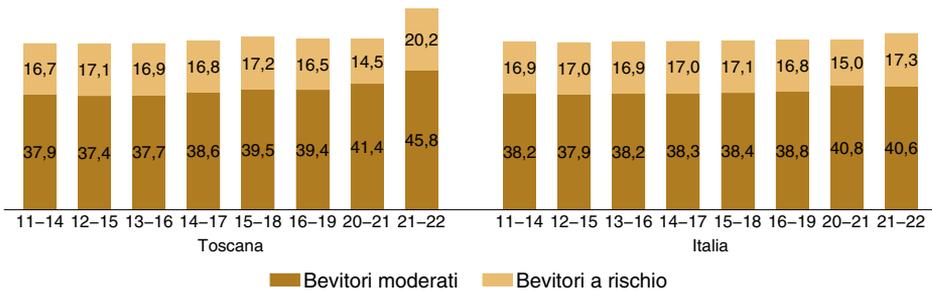
Scendono invece al 23,8% degli adulti i tabagisti (24,2% in Italia), pari a 569mila persone (Figura 3.2.3). Contestualmente diminuiscono gli ex-fumatori, perché tra le nuove coorti entrate a far parte degli adulti sono in diminuzione le ragazze e i ragazzi che hanno fumato durante l'adolescenza, come abbiamo riportato nel capitolo precedente. Gli uomini fumatori sono il 25,3%, le donne fumatrici il 22,2%, rispettivamente 27,7% e 20,7% in Italia. Fino ai 49 anni l'abitudine al fumo si mantiene tra il 26% e il 30% della popolazione, per poi scendere al 19% tra i 50-69enni. È possibile che a quell'età sopraggiungano problemi di salute che portano ad abbandonare il fumo di sigarette.

**Figura 3.2.3 Abitudine al fumo di tabacco – Valori per 100 abitanti d'età 18-69 anni – Toscana e Italia, periodo 2011-2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI, ISS**



Tendono a modificarsi anche le modalità di assunzione di bevande alcoliche. Il 66% degli adulti toscani dichiara di bere alcolici almeno saltuariamente (57,9% in Italia) e chi ne fa un consumo eccessivo o a rischio, secondo la definizione che ne dà l'ISS (fuori dai pasti, binge drinking) rappresenta 1 toscano su 5 (483mila persone), rispetto al 17,3% in Italia (Figura 3.2.4). Gli uomini assumono più frequentemente abitudini di consumo a maggior rischio: 25% vs 15,6% tra le donne. Nell'ultimo biennio c'è stato un deciso aumento dei bevitori totali e di quelli a rischio in Toscana, che non si è osservato in Italia. Questi episodi sono più frequenti tra i più giovani, che mantengono abitudini tipiche dall'adolescenza, con ragazze e i ragazzi che si sono ormai spostati prevalentemente sul modello di assunzione nordico, caratterizzato proprio dagli eccessi di cui sopra. I bevitori a rischio tra i 18-24 sono il 45%, scendono al 31% tra i 25-34enni, al 19% e al 12% tra 35-49enni e 50-69enni.

**Figura 3.2.4 Consumo di alcol – Valori per 100 abitanti d'età 18-69 anni – Toscana e Italia, periodo 2011-2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI ISS**



### 3.3 LE PRIME PATOLOGIE E L'AUMENTO DEL RICORSO AI SERVIZI SANITARI

Dopo la pandemia tornano a salire gli indicatori di ricorso a tutti i servizi sanitari e per tutti i grandi capitoli dell'assistenza, anche se non sono ancora tornati ai livelli pre-pandemia. Permangono e si aggravano i problemi per visite ed esami, che già prima del 2020 mostravano situazioni più difficili. Toscana con i livelli più bassi in Italia di ospedalizzazione (maggiore presa in carico territoriale).

Tendenzialmente dopo i 40 anni d'età aumentano progressivamente i contatti con il servizio sanitario per la maggiore frequenza di sintomatologie che richiedono un approfondimento diagnostico e l'incidenza delle prime patologie che necessitano della presa in carico da parte del servizio sanitario (Figura 3.3.1). Considerando i grandi capitoli di assistenza

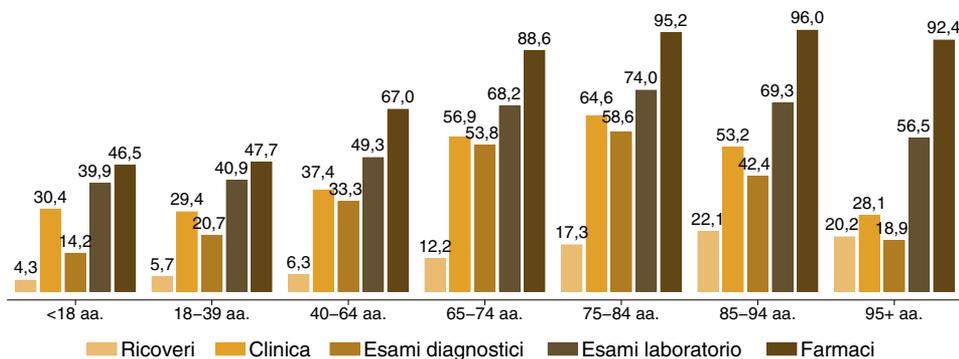
(specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica territoriale e assistenza ospedaliera), la percentuale di toscani che accede ad almeno una prestazione nell'anno aumenta con l'età, per poi subire una flessione a partire dagli 85 anni, meno evidente per l'assistenza ospedaliera che ancora accoglie la maggioranza dei grandi anziani durante gli ultimi giorni di vita.

**54.800 gli operatori del SSR a fine 2022 (stabili).**

**10.400 dirigenti (di cui 8.800 medici).**

**44.400 operatori del comparto (di cui 21.450 infermieri, 1.100 ostetriche, 7.300 OSS).**

**Figura 3.3.1** Persone con almeno una prestazione nell'anno, per tipologia ed età – Valori per 100 abitanti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari



**Spesa sanitaria 2021: 8.248 mln di euro (+2% vs 2020, +10% vs 2019), pari a 2.233 euro p.c. (2.138 in Italia).**

**35% per personale, 14% per farmaci (convenzionata e non), 25% prodotti intermedi (no farmaci), 6% assistenza medico generica.**

**Risultato economico d'esercizio: -145,7 (-1.109,2 in Italia), -1,8% del finanziamento effettivo regionale (-0,9% in Italia).**

Assumere farmaci, già durante i primi anni di vita, è molto frequente, soprattutto rispetto alle altre prestazioni considerate. Nel Rapporto OsMed dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) è riportata una prevalenza d'uso del 66,9% in Toscana nel 2022 (persone che hanno assunto almeno un farmaco), in aumento rispetto al 62,8% del 2021 e leggermente superiore alla media italiana, pari al 66,3%. La prevalenza è maggiore tra le donne (70,8% vs 62,7% tra gli uomini) e il divario tende a formarsi e ad allargarsi in età adulta, per poi azzerarsi del tutto dopo i 70 anni. I farmaci possono essere classificati in base all'apparato/organo sul quale il principio attivo esercita la propria azione terapeutica (sistema di classificazione Anatomico Terapeutico e Chimico, ATC). In termini di volumi i più erogati sono i farmaci per il sistema cardiovascolare, 38% delle dosi giornaliere medie (DDD) erogate in Italia, quelli per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (24%), tra i quali pesano molto i farmaci antidiabetici, e quelli per il sangue e gli organi emopoietici,

sostanzialmente antiaggreganti e anticoagulanti, vitamina B12 e acido folico (11%). Considerando la spesa, però, quelli con il maggior impatto sono gli antineoplastici (28% della spesa totale), seguiti dal cardiovascolare e dal gastrointestinale/metabolismo (entrambi al 14% circa). Tra le donne è maggiore il consumo di farmaci per l'apparato gastrointestinale e il metabolismo (farmaci antidiabetici in gran parte), del sistema nervoso e preparati ormonali (ormoni tiroidei). Gli uomini invece consumano più farmaci per il sistema cardiovascolare, per il sangue (antiaggreganti/anticoagulanti) e l'apparato genito-urinario. Le differenze di genere nel consumo di farmaci, ovviamente, dipendono dal diverso impatto delle patologie in uomini e donne, come avremo modo di vedere nel resto del volume. Con l'età e il progressivo aumento delle patologie, inoltre, la prescrizione di più piani terapeutici (cosiddetta politerapia) può rappresentare un fattore di rischio per la salute della popolazione anziana, per la potenziale interazione tra i diversi farmaci.

**Nel 2022 la spesa farmaceutica in Toscana è stata 387,6 Euro p.c. (419,4 in Italia), +3% vs 2021**

**Antineoplastici: 112,2 (117,5 in Italia), stabili**  
**Cardiovascolari: 50,6 (57,6 in Italia), +2%**  
**Antimicrobici: 42,1 (44,3 in Italia), stabili**  
**Gastro/metabolismo: 42 (55,2 in Italia), +7%**  
**Sangue: 39,7 (41,6 in Italia), +6%**  
**Nervoso: 34,1 (33,6 in Italia), +6%**  
**Respiratorio: 25,3 (26,3 in Italia), +13%**

I volumi della farmaceutica in Toscana sono leggermente inferiori alla media nazionale. Si erogano 1.094 DDD per 1.000 abitanti/die (1.140,6 per 1.000 in Italia) tramite le farmacie (farmaci convenzionati con il Servizio sanitario nazionale erogati con ricetta) e 209,4 DDD per 1.000 ab./die (184,6 per 1.000 in Italia) tramite la distribuzione diretta e per conto da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Complessivamente sono 1.303,4 DDD per 1.000 ab./die in Toscana e 1.352,2 in Italia. Il trend è stabile dal 2019 (con una lieve flessione nel primo anno di pandemia), dopo una costante crescita dal 2004 al 2018. La nostra regione è 8° tra quelle con minori livelli di DDD erogate. Tra i singoli ATC, considerando i più erogati, la

Toscana supera la media italiana per i farmaci del sangue/organismi emopoietici (171,7 vs 143,7 DDD per 1.000 ab./die), i preparati ormonali sistemici (53,7 vs 44,1 per 1.000) e per i farmaci del sistema nervoso, tra i quali rientrano antidepressivi e antiepilettici/antispasmodici (121,3 vs 98,2 per 1.000). Da anni la Toscana si trova tra le prime regioni per consumo di farmaci per il sistema nervoso, in prima posizione assoluta se consideriamo solo gli antidepressivi. Siamo invece leggermente al di sotto della media nazionale (19,3 vs 21,1 DDD per 1.000 ab./die) per quanto riguarda l'erogazione di farmaci antimicrobici, monitorati con attenzione per la problematica dell'antibiotico-resistenza, il cui impatto è in crescita. L'altro grande capitolo

### DGRT 1506/2022 Dipartimento interaziendale del farmaco

Strategie e percorsi integrati per l'erogazione, iniziative di miglioramento dell'appropriatezza, efficientamento erogazione farmaci alla dimissione, piani annuali e governance dei consumi.

L'altro grande capitolo dell'assistenza territoriale è rappresentato dalle prestazioni specialistiche ambulatoriali: analisi di laboratorio, esami diagnostici strumentali e per immagini, prestazioni cliniche (tra le quali rientrano tutte le visite specialistiche). I volumi di queste prestazioni tendono a ripositionarsi sui livelli pre-pandemia, ma solo le analisi di laboratorio hanno recuperato il gap, anzi negli ultimi due anni, per un possibile effetto "accumulo", hanno abbondantemente superato i volumi di erogazione del 2019. Nel 2022 il 51,7% dei toscani ha eseguito almeno un esame di laboratorio, il 33,2% un esame diagnostico strumentale, mentre quelli con almeno una prestazione clinica (visite o altre valutazioni) sono il 40,3% (fonte: ARS su dati Flusso specialista

ambulatoriale). Come per i farmaci, tutti gli indicatori di prevalenza sono superiori tra le donne: 57% con almeno un esame di laboratorio (46% tra gli uomini), 36,9% con almeno un esame diagnostico (vs 29,2%), 43,5% con almeno una visita (vs 36,9%). Assistenza territoriale farmaceutica e specialistica sono fortemente associate tra loro ed è atteso che i gradienti per genere, o per età, siano gli stessi. La specialistica territoriale, infatti, è legata principalmente ai quesiti diagnostici e alla gestione delle patologie, soprattutto quelle croniche. I piani diagnostico terapeutici prevedono esami e visite periodiche per tenere sotto controllo i principali valori di riferimento e consentire una buona convivenza con la propria patologia, libera da riacutizzazione.

#### Nel 2022 per ogni toscano:

1,5 prest. cliniche (+1% vs 2021, -8% vs 2019)  
1,1 esami diagnostici (+5% vs 2021, -5% vs 2019)  
11,3 esami di laboratorio (+4% vs 2021, +13% vs 2019)

Un elemento di criticità nell'ambito dell'assistenza specialistica è attualmente quello dalle liste di attesa, per alcune prestazioni talvolta talmente lunghe da scoraggiare la prenotazione al servizio pubblico per ricorrere al privato o rinunciare del tutto. Le banche dati regionali non permettono di valutare l'entità delle "fughe" dal servizio pubblico per la troppa attesa, ma Regione Toscana ha attivato un sistema di monitoraggio delle liste di attesa che misura da un lato quante delle prescrizioni mediche (per visite ed esami) sono effettivamente prenotate al servizio sanitario regionale, dall'altro, tra quelle erogate, la quota che rispetta i tempi

previsti dal Piano regionale per le liste di attesa (15 giorni dalla data di prenotazione a quella di prima disponibilità) o dai riferimenti nazionali (30 giorni). Tra le visite specialistiche (le principali in termini di volumi) si varia dal 56,9% al 72,6% di prestazioni prenotate al servizio pubblico rispetto a quelle prescritte (Figura 3.3.2). Le maggiori criticità si osservano per le visite ortopediche, cardiologiche e urologiche. I valori sono in linea con quelli del 2021, ma dal primo anno di pandemia, per le restrizioni imposte all'attività territoriale, l'attrattività del servizio regionale è diminuita di circa 15 punti percentuali, trasversalmente alle specialità.

### DGRT 2013/2023 Linee di indirizzo sulle liste di attesa

Percorsi di tutela, preliste, rispetto del rapporto libera professione e istituzionale, innovazioni informative.

DGRT 349/2023 Piano di miglioramento delle liste di attesa

Risorse aggiuntive per 13 milioni (prest. ambulatoriali) e 10 milioni (int. chirurgici).

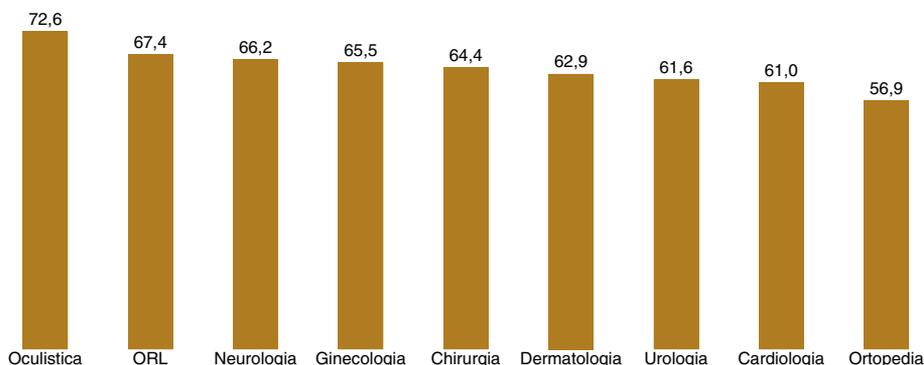
DGRT 351/2023 Governance delle liste d'attesa

Costituzione comitato regionale e individuazione di un responsabile per il governo della domanda e dell'offerta.

DGRT 785/2023 Appropriatezza prescrittiva

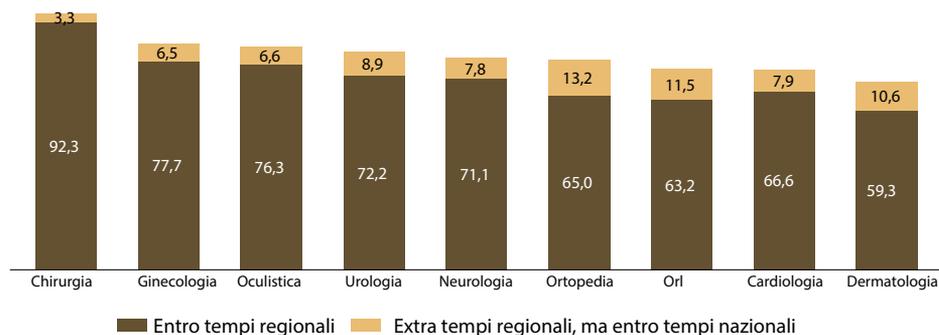
Gestione primi e secondi accessi, monitoraggio, teleconsulenza.

**Figura 3.3.2 Prescrizioni effettivamente prenotate, per tipo di visita – Prenotazioni ogni 100 ricette prescritte – Toscana, anno 2022 – Fonte: Regione Toscana**



La soglia minima del 75% di visite erogate entro 15 giorni è raggiunta solamente dalla chirurgia, ginecologia e oculistica (Figura 3.3.3). Per altre visite si raggiunge la soglia considerando i 30 giorni (linee guida nazionali), ma complessivamente tutte le specialità sono in lieve peggioramento rispetto al 2021 e nettamente al di sotto dei valori pre-pandemia (circa 15 punti percentuali anche in questo caso).

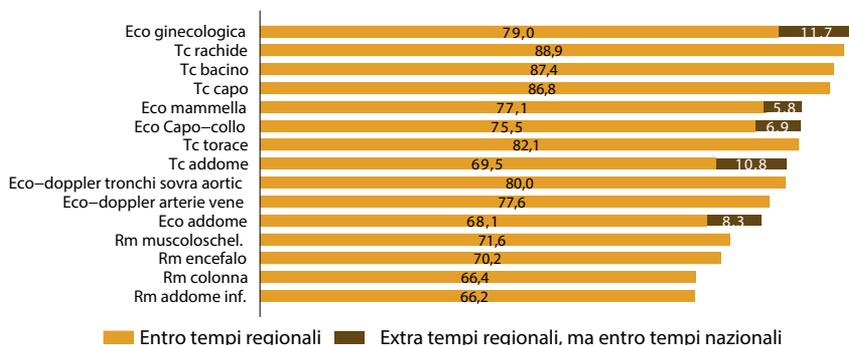
**Figura 3.3.3 Visite erogate nei tempi previsti dalle LG regionali o nazionali, per tipo di visita – Visite erogate nei tempi ogni 100 visite erogate – Toscana, anno 2022 – Fonte: Regione Toscana**



La fotografia degli esami diagnostici è simile, su livelli decisamente inferiori al 2019. In particolare la metà o più delle prescrizioni per alcune ecografie (mammella, capo e collo, ginecologica) e risonanze magnetiche (muscoloscheletrica, colonna, addome inferiore) non è prenotata al servizio pubblico. A seconda dell'esame, il servizio sanitario offre la prima disponibilità entro 15 giorni dal 66% al 79% dei casi (Figura 3.3.4). Per molti non è raggiunta la soglia del 75% prevista, nemmeno allungando a 30 giorni. Le percentuali sono peggiorate con la pandemia, specialmente per gli esami che già prima mostravano tempi di attesa più lunghi.

La pandemia ha quindi aggravato il problema, specialmente per visite ed esami che già prima del 2020 mostravano situazioni più critiche. L'aumento delle prestazioni non prenotate al servizio pubblico è associato a un allungamento dei tempi di attesa, plausibilmente quindi sono proprio queste attese a determinare una rinuncia o il ricorso al privato. Resta purtroppo l'impossibilità di valutare l'appropriatezza delle prescrizioni, che consentirebbe di misurare l'impatto su questo tema della cosiddetta "medicina difensiva", cioè le prescrizioni che i medici effettuano al di là delle cure standard delle linee guida o dei Piani diagnostico terapeutici.

**Figura 3.3.4 Esami erogati nei tempi previsti dalle LG regionali o nazionali, per tipo di esame – Esami erogati nei tempi ogni 100 esami erogati – Toscana, anno 2022 – Fonte: Regione Toscana**



Infine, anche i volumi ospedalieri si mantengono più bassi degli anni pre-pandemia. Il tasso di ospedalizzazione per tutte le cause nel 2022 è stato pari al 102 per 1.000, stabile rispetto al 2021 e inferiore al 2019 (123 per 1.000). Alcuni percorsi specifici, come la chirurgia o i ricoveri in Day Hospital, seguono il trend generale. Lo stesso vale per i trapianti, 294 nel 2022, in linea con l'anno precedente, dopo che nel 2020 erano scesi a 270 dai 309 del 2019 (negli ultimi 20 anni l'anno con più trapianti è stato il 2006 con 330). Gli uomini rappresentano il 68% dei trapianti effettuati in Toscana negli ultimi 20 anni, per il maggior bisogno dovuto mediamente

**421mila ricoveri (+1% vs 2021, -11% vs 2019)**

**96mila DH (+2% vs 2021, -13% vs 2019)**

**178mila area C (+6% vs 2021, -8% vs 2019)**

alle loro peggiori condizioni di salute. Per le stesse ragioni, soprattutto per la maggiore incidenza di decessi prematuri (in particolare eventi traumatici), sono anche i maggiori donatori: il 54% dei circa 6mila potenziali donatori segnalati e delle 3.377 donazioni effettive negli ultimi 20 anni, delle quali l'85% (2.861) sono esitate in utilizzo di organi per il trapianto (fonte: Centro regionale di allocazione organi e tessuti - CRAOT). La Toscana è la regione con il più alto tasso di donatori per milione di popolazione (fonte: Report 2022 del Centro Nazionale Trapianti), con 49,3 donatori utilizzati per milione (23,3 a livello nazionale), +0,3% rispetto al 2021 (+1,4% in Italia). Le opposizioni alle donazioni sono il 28,5% (29,6% in Italia), -2,4% rispetto al 2021 (+1% in Italia). Donazioni e opposizioni

seguono un forte gradiente geografico, con percentuali di opposizione che nelle regioni del Sud hanno valori compresi tra il 40% e il 60% (le donazioni sono di poco superiori al 10%), mentre al Nord si trovano stabilmente sotto al 30% (le donazioni tra il 30% e il 50%). I toscani con almeno un ricovero nel 2022 sono il 7,8%. Gli ultimi dati che consentono un confronto con le altre regioni risalgono al 2021, e vedono la Toscana all'8° posto tra quelle con i tassi di ricovero più bassi, ma molto vicina alla media nazionale: 111 ricoveri per 1.000 abitanti, rispetto alla media nazionale pari a 112 per 1.000 (fonte: Rapporto Osservasalute 2022). Selezionando solo i ricoveri in regime ordinario ed escludendo ricoveri per parto (o complicanze legate al parto) o riabilitazione/lungodegenza, possiamo osservare come variano le prime 5 cause di ricovero con l'età (Tabella 3.3.1). I traumatismi sono la prima causa di ricovero acuto tra i minorenni e gli under 40 in generale. Tra i minorenni la seconda causa di ricovero sono le malattie respiratorie, seguite

**81 stabilimenti ospedalieri in Toscana**

**Posti letto ordinari: 10.629**  
**2,91 per 1.000 ab. (3,54 per 1.000 in Italia)**

**Posti letto in DH: 1.519**  
**0,42 per 10mila ab. (0,34 per 1.000 in Italia)**

dai disturbi psichici e dalle malattie del sistema nervoso. I tumori diventano la prima causa di ricovero a partire dai 40 anni, mentre dopo i 65 anni sono superati in termini di frequenza dalle malattie del sistema circolatorio e respiratorio (tra i grandi anziani over85enni). Tra i grandi anziani tornano ad incidere maggiormente anche i traumi, come vedremo spesso dovuti alla fragilità dell'apparato osteomuscolare e alle conseguenze delle cadute.

**Tabella 3.3.1 Ricoveri per causa (grande gruppo) ed età – Valori per 100 ricoveri – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera**

<18		18-39		40-64		65-84		85+	
causa	%	causa	%	causa	%	causa	%	causa	%
Traumi	14	Traumi	17	Tumori	18	Circolatorio	22	Circolatorio	25
Respiratorio	13	Digerente	14	Digerente	15	Tumori	16	Respiratorio	24
Psichici	12	Psichici	12	Circolatorio	14	Respiratorio	13	Traumi	17
Nervoso	11	Tumori	11	Osteomuscolare	11	Traumi	11	Digerente	8
Digerente	9	Respiratorio	9	Traumi	11	Digerente	10	Tumori	7

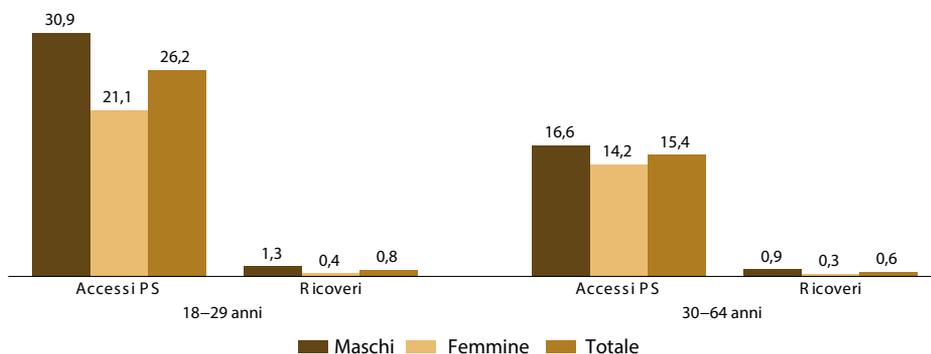
Considerato il peso di ogni fascia d'età sull'attività ospedaliera, le prime tre cause di ricovero acuto nella popolazione generale sono le malattie del sistema circolatorio (18%), i tumori (14%) e i traumi (13%). La natura dei traumi cambia in base all'età, dalle cadute accidentali e gli incidenti domestici tra i più piccoli e i grandi anziani, agli incidenti stradali e l'infortunistica lavorativa tra i giovani e gli adulti. Il presente volume ha in parte già affrontato e affronterà nel proseguo in maniera più approfondita queste casistiche di maggior impatto nella popolazione, a seconda dell'età.

Abbiamo già accennato al peso che i disturbi di salute mentale e della traumatologia di natura stradale hanno avuto nel periodo dell'adolescenza, è bene sottolineare quanto questo valga anche per questa fascia d'età, durante la quale si aggiunge anche il peso dell'infortunistica lavorativa sui traumatismi. La possibilità di guidare un'auto non fa che confermare le differenze di rischio tra ragazzi e ragazze già emerse tra i minorenni alla guida di motocicli. Gli incidenti stradali causano il 27% degli accessi al Pronto soccorso e il 17% dei ricoveri per cause traumatiche tra gli adulti di 18-64 anni (fonte: ARS). Nel 2022 ci sono stati 37.775 accessi al Pronto soccorso (21,3 ogni 1.000 abitanti) e 1.418 ricoveri (0,8 per 1.000 abitanti) per traumi riportati in occasione di un incidente stradale. L'incidenza è in linea con l'anno precedente e tende a riportarsi sui livelli pre-pandemia. Tra i 18-29enni gli accessi

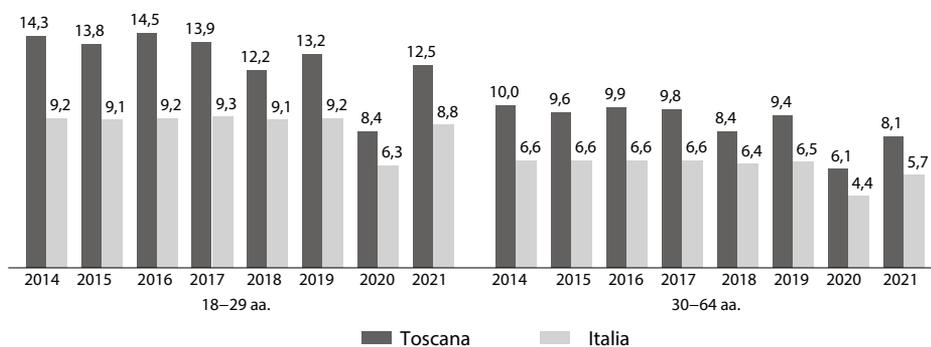
al Pronto soccorso sono il doppio circa rispetto ai 30-64enni (26,2 vs 15,4 per 1.000), mentre i livelli di ospedalizzazione sono più simili (0,8 vs 0,6 per 1.000), i primi tendono quindi a riportare più traumi, anche se prevalentemente non richiedono un ricovero. Complessivamente il 56% delle persone che hanno avuto accesso al Pronto soccorso aveva riportato contusioni o distorsioni, il 23% fratture, l'11% traumi intracranici o interni, il 7% ferite aperte. Solo una parte delle fratture e dei traumi interni hanno richiesto un ricovero. Si conferma il gap di rischio legato al genere osservato tra gli adolescenti, che però tende a ridursi dopo i 30 anni d'età (Figura 3.3.5).

Gli adulti coinvolti in un incidente stradale mentre erano alla guida nel 2021 (ultimo anno disponibile) sono stati 19.389, pari a 8,9 ogni 1.000 18-64enni. Gli adulti rappresentano oltre l'80% dei conducenti coinvolti in un incidente. Con l'allentamento delle limitazioni più pesanti degli spostamenti e delle attività lavorative che hanno caratterizzato il 2020, il numero di incidenti aumenta rispetto ai 14.398 rilevati in quell'anno, ma si mantiene ancora al di sotto dei 22.073 del 2019. Nel confronto con la media italiana la Toscana mostra livelli di rischio più elevato in entrambe le fasce d'età e tra gli under30 si conferma un rischio di incidente maggiore alla guida: 12,5 incidenti ogni 1.000 abitanti, rispetto agli 8,1 ogni 1.000 30-64enni (Figura 3.3.6).

**Figura 3.3.5 Accessi al Pronto soccorso e ricoveri per traumi a seguito di incidenti stradali, per età e genere – Valori per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera**



**Figura 3.3.6 Conducenti coinvolti in un incidente stradale, per età – Valori per 1.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2014-2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT**



I feriti segnalati da ISTAT nel 2022 in questa fascia d'età sono stati complessivamente (conducenti e passeggeri) 13.454, pari a 6,2 ogni 1.000 18-64 anni, anche questi in aumento, ma inferiori al 2019 (11,1 feriti per 1.000 ab.). I deceduti sono stati 114, pari a 5,3 per 100mila abitanti, di poco superiori al dato del 2019, quando furono 109 (5 per 100mila abitanti). Il dato italiano per il 2022 si ferma a 4,6 feriti ogni 1.000 abitanti d'età 18-64 anni e 5,2 deceduti per 100mila. I feriti tra i 18-29enni toscani sono stati 10,3 ogni 1.000 abitanti (7,7 per 1.000 in Italia), i deceduti 5,9 per 100mila abitanti (7,5 per 100mila in Italia). Tra i 30-64enni il confronto con la media nazionale conferma la maggiore incidenza di feriti in Toscana (5,3 vs 3,8 per 1.000 abitanti), ma, se pur di poco, sono di più anche i decessi (5,1 vs 4,7 per 1.000). La tempestività e l'efficacia dell'intervento del servizio sanitario regionale può contribuire a spiegare almeno in parte come la Toscana, nonostante un numero di persone coinvolte e ferite in incidenti stradali superiore alla media nazionale, riesca a mantenere livelli di mortalità analoghi se non più bassi dell'Italia. L'indicatore "allarme-target" del monitoraggio ministeriale, che misura il tempo che trascorre dalla chiamata all'arrivo dell'ambulanza, vede la Toscana fare costantemente meglio della media nazionale, nonostante l'aumento di tempi medi da 15 a 18 minuti a causa delle complicazioni di intervento introdotte dalla pandemia (da 17 a 21 minuti in Italia).

Gli uomini si confermano a maggior rischio rispetto alle donne, nonostante il generale abbassamento dell'incidenza dopo i 30 anni d'età (Figura 3.3.7). Il rischio di incidente è circa il doppio di quello delle donne, l'incidenza dei feriti è circa una volta e mezzo, quella dei decessi è oltre le 6 volte quella femminile tra i più giovani e scende a 5 volte tra i 30-64enni. Tra i 18-29enni, come atteso, il confronto di genere è molto simile a quello rilevato negli adolescenti, tra i quali i ragazzi mediamente adottano comportamenti a maggior rischio alla guida (guidare stanchi, in ritardo o dopo aver bevuto alcol o assunto droghe). La prevalenza di guida sotto l'effetto di alcol (almeno una volta nell'anno) tra gli adulti 18-69enni è il 6,6% tra gli uomini e l'1,9% tra le donne (fonte: Sorveglianza PASSI, ISS).

**Complessivamente nel 2022 l'infortunistica stradale in Toscana:**

15.111 incidenti (+11% vs 2021, -3% vs 2019); 4,1 per 1.000 ab. (2,8 in Italia).

19.307 feriti (+10% vs 2021, -5% vs 2019); 5,3 per 1.000 ab. (3,8 in Italia).

225 morti (+18% vs 2021, +8% vs 2019); 6,2 per 100mila ab. (5,4 in Italia).

65.120 accessi al PS (+6% vs 2021, -4% vs 2019); 18 per 1.000 ab.

2.439 ricoveri (uguali a 2021, -15% vs 2019); 67 per 100mila ab.

**DGRT 1424/2022 Emergenza urgenza**

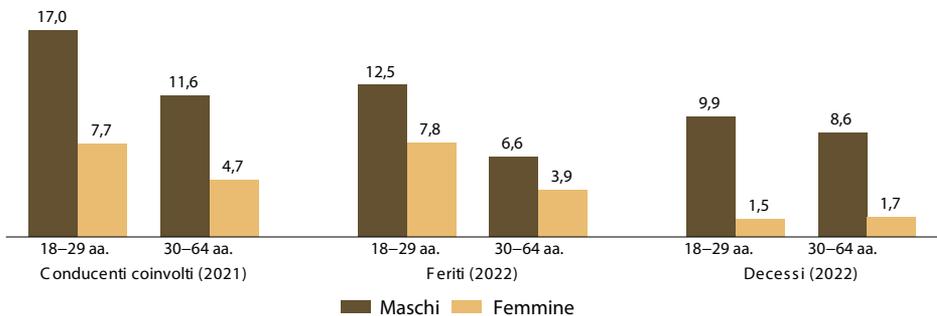
Capillarità, omogeneizzazione, aumento ambulanze, integrazione tra professionisti e volontariato, potenziamento Pronto soccorso.

**DGRT 532/2023 Potenziamento e riorganizzazione Pronto soccorso**

Maggior rapporto con reparti ospedalieri (bed management) e continuità assistenziale, gestione dei "frequent users", percorsi di fast track e figura del flussista in PS.

**DGRT 350/2023 Numero europeo armonizzato 116117**

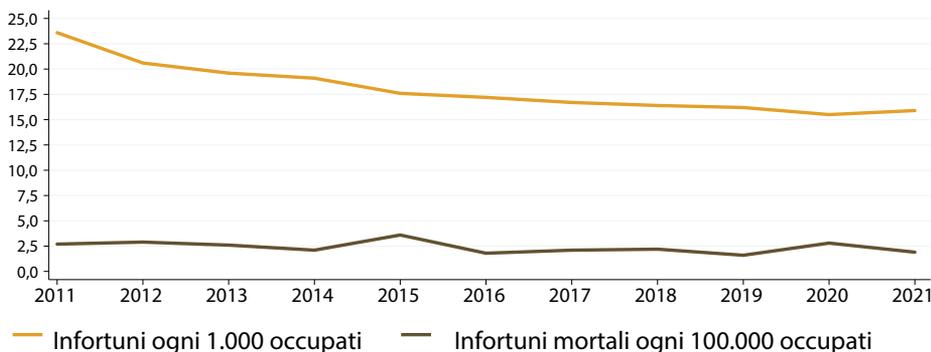
**Figura 3.3.7 Conducenti coinvolti in un incidente stradale, feriti e deceduti, per età e genere – Conducenti coinvolti e feriti per 1.000 abitanti, deceduti per 100.000 abitanti – Toscana, anno 2021/2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT**



Come detto, con l'ingresso nel mondo del lavoro ci si espone ai rischi correlati all'ambiente di lavoro. Nella fascia d'età lavorativa, specialmente tra i più giovani mediamente impiegati in lavori fisicamente più gravosi rispetto agli adulti, uno dei temi di salute pubblica e delle politiche di prevenzione è rappresentato dagli infortuni sul lavoro, che causano una parte importante delle cure ospedaliere destinate ai traumatismi. Nel 2021 sono state inoltrate all'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro (INAIL) 43.539 denunce di infortunio lavorativo avvenute in Toscana (escludendo studenti, sportivi e colf), di cui 27.958 sono stati riconosciuti come infortunio dall'Ente. L'85% è accaduto in occasione di lavoro (23.660), il resto durante il tragitto casa-lavoro o quello tra due luoghi di lavoro (in itinere). Mediamente il rapporto tra infortuni in occasione di lavoro e in itinere è costante negli anni. Gli infortuni mortali sono stati 35, di cui 28 sul lavoro e 7 (pari al 20%) in itinere, spesso come conseguenza di incidenti stradali.

Il trend dell'infortunistica lavorativa, rispetto alla platea degli occupati, è in diminuzione, anche se tende a stabilizzarsi negli ultimi 5 anni (Figura 3.3.8). Gli infortuni in occasione di lavoro, che dipendono dai rischi specifici presenti negli ambienti lavorativi, dal 2011 si riducono di oltre il 25%. Dopo la riduzione del fenomeno del 2020, verificatesi in conseguenza delle misure adottate per il contenimento della pandemia (come la chiusura di molte aziende durante il lockdown e l'introduzione dello smart working), nel 2021 si rileva un aumento del numero degli infortuni che tuttavia si mantiene al di sotto dei valori pre-pandemici del 2019. Sia per il 2020 che per il 2021 va considerato il contributo dei casi di infezione da Sars-CoV-2 contratta negli ambienti di lavoro, registrati da INAIL come infortunio sul lavoro. A questo proposito va detto che nel 2020 non si è osservata una riduzione analoga della mortalità, plausibilmente per i decessi da Covid-19 registrati.

**Figura 3.3.8 Infortuni totali e infortuni mortali in occasione di lavoro riconosciuti – Tasso per 1.000 e per 100.000 occupati d'età 15-64 anni - Toscana, periodo 2011-2021 – Fonte: Flussi Inail-Regioni, Rilevazione Forze di lavoro ISTAT**



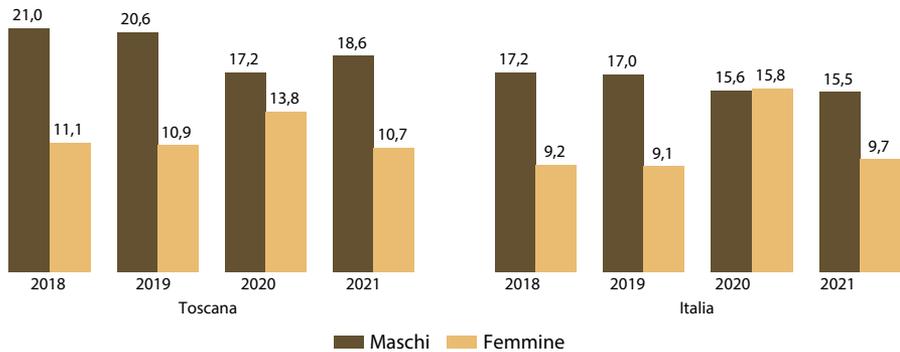
Sulla base dei dati preliminari delle denunce di infortunio per il 2022/2023 (fonte: flusso Open Data mensile, dati non ancora consolidati per istruttorie ancora in corso) è possibile stimare gli infortuni riconosciuti applicando la proporzione media di riconoscimenti degli anni precedenti. Nel 2022 si prevede un aumento degli infortuni (35.900 circa), probabilmente per l'intensa ripresa post pandemica di tutte le attività produttive, soprattutto dell'edilizia che ha beneficiato delle manovre fiscali sulle ristrutturazioni. Le stime dei decessi sembrano invece più stabili (37). I dati parziali 2023 (fino ad agosto) suggeriscono un ritorno ai livelli pre-pandemia (nei primi 8 mesi si stimano 21 mila infortuni accertati e 24 decessi). Osservando le denunce pervenute ad INAIL a livello nazionale, in tutta Italia è ipotizzabile un aumento del fenomeno nel 2022, seguito da una diminuzione: nel 2022 le denunce sono state 697.773, +142.500 rispetto al 2021 (+25,7%), mentre

nei primi 6 mesi del 2023 sono state 296.665, -31.600 rispetto al primo semestre 2022 (-9,6%) (Bollettino trimestrale INAIL; Genn-Dic 2022 e Genn-Giugno 2023).

Gli uomini hanno un rischio maggiore di infortunarsi, rispetto alle donne, perché più occupati (circa il 69% della popolazione 15-64enne maschile è occupata, rispetto al 51% di quella femminile) e perché ricoprono mansioni mediamente più pericolose. Tra le donne italiane occupate solo l'1% lavora nel campo delle costruzioni, il 13% nell'industria e il 2% nell'agricoltura, mentre tra gli uomini l'11% lavora nelle costruzioni, il 26% nell'industria e il 5% nell'agricoltura (fonte: ISTAT 2022). Escludendo gli infortuni in itinere, non correlati all'ambiente di lavoro, nel 2021 gli uomini rappresentano il 67,5% degli infortuni in Toscana (15.071 sui 22.317 totali).

Solo nel 2020 la percentuale è scesa al 60%, per i casi Covid-19 tra gli operatori del settore sanitario e sociosanitario, a maggioranza femminile. Anche una volta rapportata agli occupati, l'incidenza maschile resta quasi doppia rispetto a quella femminile: 18,6 per 1.000 uomini occupati rispetto a 10,7 per 1.000 donne nel 2021 (Figura 3.3.9). Il trend mette bene in evidenza il gap tra i due generi e l'anomalia del 2020, con l'incidenza femminile italiana che addirittura supera quella maschile. In Toscana l'effetto Covid-19 è minore, gli uomini mantengono un rischio più elevato, pur diminuendo la differenza rispetto alle donne. I tassi toscani (come quelli di altre regioni con simili tessuti produttivi) sono superiori a quelli italiani: 18,6 vs 15,5 per 1.000 uomini occupati e 10,7 vs 9,7 per 1.000 donne nel 2021.

**Figura 3.3.9 Infortuni sul luogo di lavoro, per genere – Tasso infortunistico ogni 1.000 occupati – Toscana e Italia, periodo 2018-2021 – Fonte: Flussi Inail-Regioni, Rilevazione Forze di lavoro ISTAT**



L'impatto dell'infortunistica lavorativa sul ricorso ai servizi ospedalieri è in diminuzione nel lungo periodo, ma mostra un rialzo nel 2022, coerente con i trend discussi finora. Nel 2022 gli accessi al Pronto soccorso per traumi avvenuti sul luogo di lavoro sono stati 23.345 (15,7 ogni 1.000 15-64enni occupati) e i ricoveri 484 (32,6 ogni 100mila). Entrambi sono in aumento del 7% rispetto al 2021, confermando quindi l'aumento previsto dai dati provvisori INAIL, ma ancora inferiori ai dati 2019 (24.160 accessi in Pronto soccorso e 542 ricoveri). La lettura di questi dati conferma inoltre i maggiori rischi per gli uomini, il cui tasso di accesso al Pronto

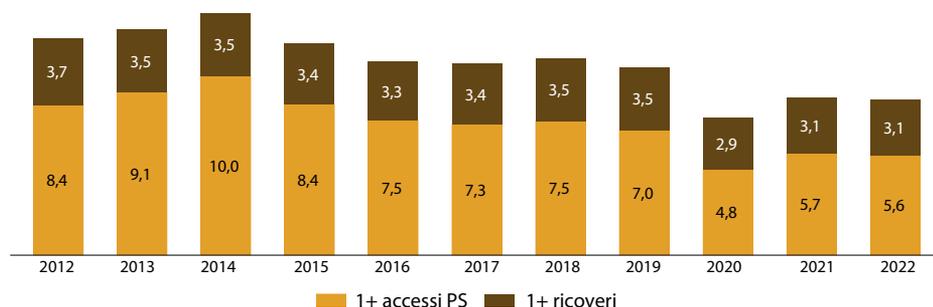
soccorso è il doppio di quello delle donne (20,1 vs 10,3 per 1.000 occupati), mentre il tasso di ricovero (proxy della casistica più grave) è quasi 5 volte: 50,4 vs 11,1 per 100mila occupati.

Anche la salute mentale presenta alcune analogie con l'adolescenza, specialmente per quello che riguarda la propensione al ricorso ai servizi e le differenze di genere, anche se tra gli adulti fanno il loro esordio patologie diverse ed è più frequente la terapia farmacologica. Il 5,1% della popolazione adulta 18-69enne, circa 122mila persone, tende a sentirsi depresso (sintomi di umore depresso e/o di anedonia nel corso delle

ultime due settimane in modo duraturo), il 3,8% dei maschi e il 6,3% delle femmine (fonte: Sorveglianza PASSI, ISS). La situazione toscana è leggermente migliore di quella italiana: 6,4% con sintomi depressivi (4,5% dei maschi e 8,2% delle femmine). I primi problemi di salute, difficoltà economiche e solitudine abitativa, rappresentano i principali fattori di rischio. Come detto in precedenza, la Toscana detiene il primato per il consumo di antidepressivi, con un dosaggio medio giornaliero (DDD) di 67,6 per 1.000 abitanti/die, rispetto al 45,8 per 1.000 italiano (AIFA, 2022). Gli adulti in terapia con farmaci antidepressivi (6+ erogazioni nell'anno) sono il 3%. Tra le donne la percentuale sale al 4%, rispetto all'1,9% degli uomini, non solo per un maggior numero di diagnosi, ma anche per il maggiore riconoscimento della sintomatologia, come dimostrano i dati PASSI, e aderenza al trattamento farmacologico, rispetto agli uomini (Bacigalupe et al., 2020). Nonostante però la letteratura internazionale attribuisca alla pandemia (isolamento sociale, stress economico, mancato accesso ai servizi, bisogno di sicurezza e di controllo) un effetto sul peggioramento dello stato di salute mentale della popolazione (Coley et al., 2022), gli adulti che soffrono di depressione sono stabili negli ultimi anni. Come tra gli adolescenti, emerge una titubanza nella richiesta di aiuto specialistico: solo il 39,5% degli adulti si rivolge al personale sanitario in presenza di sintomi depressivi (il 25,8% in Italia) e ciò trova conferma nella diminuzione dei toscani adulti (20-64enni) che hanno accesso ai servizi territoriali per la salute mentale, che nel 2021 sono scesi a 31.250 (1,5% dei 20-64enni), rispetto ai 37.749 del 2019 (1,8%). I dati confermano in parte anche la maggiore frequenza tra le donne: 1,6% rispetto all'1,3% tra i maschi. Le diagnosi più frequenti tra gli utenti sono i disturbi nevrotici e le psicosi affettive (entrambe riguardano lo 0,5% degli adulti), seguite dalle psicosi schizofreniche e le reazioni di adattamento (entrambe allo 0,2%). Ad eccezione delle psicosi schizofreniche, per tutte le altre diagnosi i valori tra le donne sono circa il doppio di quelli maschili.

Tra gli adulti però non aumentano i ricoveri per cause psichiatriche come tra gli adolescenti, anche se riprendono nell'ultimo biennio dopo la riduzione dell'attività ospedaliera nel 2020 (Figura 3.3.10).

**Figura 3.3.10** Abitanti con almeno un accesso in Pronto soccorso o un ricovero per cause psichiatriche nell'anno, per genere – Prevalenza per 1.000 abitanti d'età 20-64 anni – Toscana, periodo 2012-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Pronto soccorso e Schede di dimissione ospedaliera



Nel 2022 sono 5,6 ogni 1.000 gli adulti con almeno un accesso in Pronto soccorso e 3,1 quelli ricoverati almeno una volta. I ricoveri ripetuti entro un mese dalla dimissione precedente rappresentano il 5,4%. Le cause principali di accesso al Pronto soccorso sono i disturbi nevrotici (3,4 per 1.000 abitanti) e i disturbi psicotici non organici (1,6 per 1.000). Le principali cause di ricovero sono il disturbo bipolare (1,2 per 1.000 abitanti) e le psicosi schizofreniche (0,8 per 1.000). Il confronto fra i due generi vede le donne più interessate dal disturbo bipolare (1,3 vs 1 per 1.000 abitanti), mentre negli uomini la prima causa di ricovero sono le psicosi schizofreniche (0,9 per 1.000, rispetto allo 0,6 per 1.000 tra le donne). In generale i dati confermano il maggior rischio per le donne: 6,2 vs 4,9 ogni

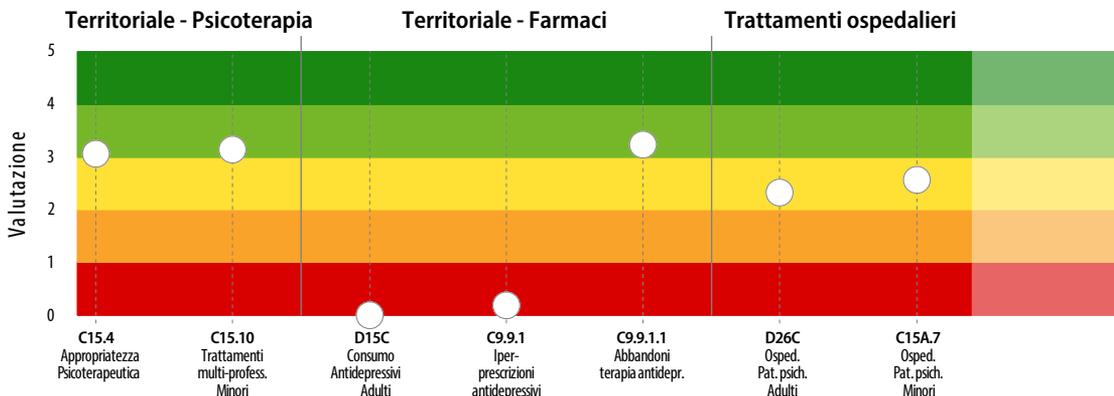
1.000 hanno avuto almeno un accesso in Pronto soccorso, 3,3 vs 3 ogni 1.000 almeno un ricovero. La discrepanza fra il malessere psichico percepito e l'accesso ai servizi (o richiesta di cure) offre numerose chiavi di lettura. La difficoltà di accettare il malessere psicologico come un problema di salute, e quindi affrontarlo con i professionisti del settore, risente di un retaggio culturale che ancora oggi vede "la forza di volontà" come metodo di cura. A questo si associa la paura di essere etichettato come persona affetta da un disturbo di salute mentale, a causa della quale molti preferiscono non rivolgersi al servizio pubblico orientandosi verso il privato. I dati del servizio regionale (unici dati disponibili) rappresentano quindi solo la punta dell'iceberg, quella dei pazienti affetti da patologie che richiedono necessariamente il coinvolgimento del settore pubblico.

### Scheda percorso salute mentale a cura del Laboratorio MES

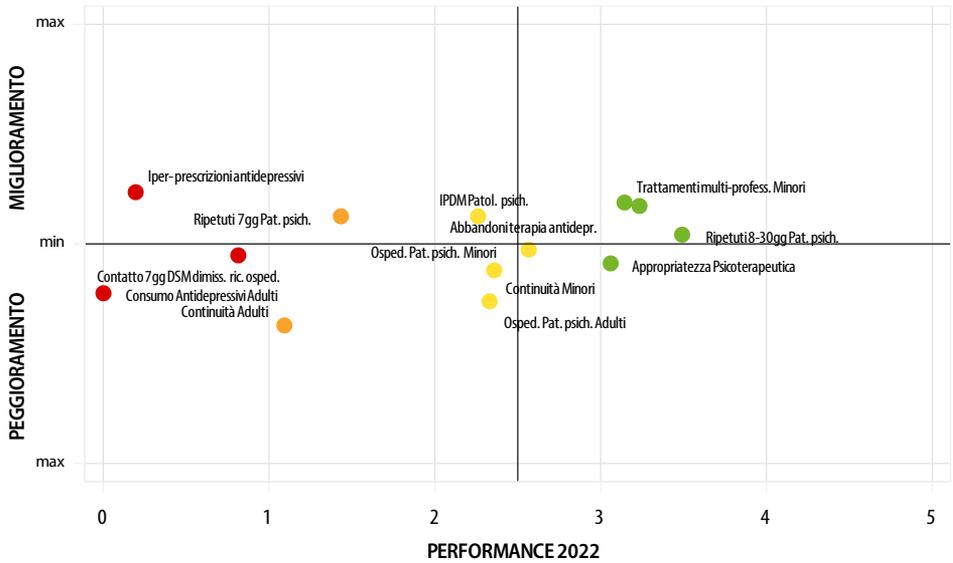
Il percorso di presa in carico della salute mentale si caratterizza per lo status di cronicità dei pazienti, che possono essere sottoposti a trattamenti farmacologici o psicoterapici, o entrambi, e possono vivere momenti di acuzie. I percorsi assistenziali attivabili per i pazienti, a seconda della diagnosi o delle diagnosi di salute mentale, possono richiedere tempistiche e modalità di intervento, coordinamento e integrazione da parte dell'assistenza territoriale e quella ospedaliera diversificate a seconda del profilo di salute dei pazienti (multi morbidità, fase cronica o acuta, etc.) e del profilo sociale. Ne consegue che le fasi temporali del percorso possono non essere sequenziali e al tempo stesso possono variare da paziente a paziente. Per questo motivo, la valutazione del percorso, in generale, avviene considerando macro-fasi (trattamenti psicoterapeutici territoriali, trattamenti farmacologici territoriali, e trattamenti ospedalieri) con l'inclusione della valutazione della continuità assistenziale per la persona che passa dalla fase acuta a quella post-acuta. Nella fase dei trattamenti territoriali è valutata l'appropriatezza psicoterapeutica, quale componente fondamentale dei percorsi di trattamento nei servizi di salute mentale, e delle terapie farmacologiche nonché di aderenza alle terapie stesse. La fase dei trattamenti ospedalieri considera i tassi di ospedalizzazione per patologie

psichiatriche e la degenza media degli stessi ricoveri. L'efficacia della presa in carico è valutata con due indicatori legati ai ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche: ricoveri ripetuti a breve termine (entro 7 giorni) e ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni. La dimensione della continuità assistenziale è descritta dall'indicatore di tempestività di presa in carico da parte dei DSM e dalla frequenza di prestazioni di assistenza (almeno quattro prestazioni nell'anno) disaggregando il dato per la popolazione maggiorenne e minorenni. Nella presa in carico della salute mentale è confermata ancora la presenza di ampi spazi di miglioramento nella qualità e continuità dell'assistenza. Ancora in peggioramento gli indicatori legati al consumo e all'iper-prescrizione degli antidepressivi, con valori molto al di sopra della media nazionale. Buona la performance in termini di aderenza da parte dei pazienti (indicatore C9.9.1.1). In peggioramento anche l'indicatore C15.2 sulla presa in carico entro 7 giorni da parte del DSM, da leggere insieme al C15A.13.2 che indica una performance ancora insufficiente sui ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione. Dall'altro lato, tiene e migliora la performance sui ripetuti entro 8-30gg a dimostrazione di una presa in carico territoriale efficace. Peggiora il trend della continuità di presa in carico per maggiorenni e minorenni. Questi ultimi fanno registrare anche un trend in aumento costante del tasso di ospedalizzazione (indicatore C15A.7).

**Pentagramma regionale del percorso salute mentale – Toscana, anno 2022 – Fonte: Laboratorio MES, Scuola superiore Sant'Anna**



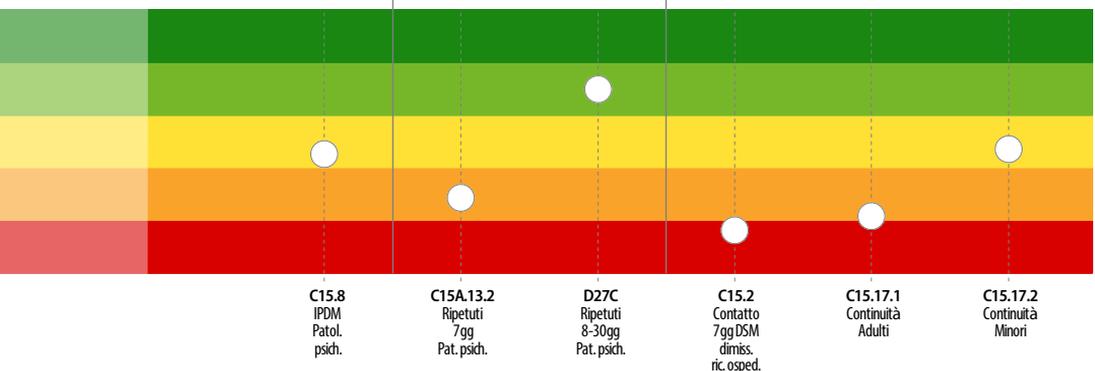
**Mappa di performance/trend del percorso salute mentale – Toscana, anno 2022 – Fonte: Laboratorio MES, Scuola superiore Sant’Anna**



**Trattamenti ospedalieri**

**Efficacia presa in carico**

**Continuità**



### 3.4 LE PATOLOGIE ACUTE IN ETÀ ADULTA

Cardiovascolare resta 1° causa di mortalità e ricovero, sebbene in diminuzione da tempo. Migliora la tempestività di intervento dei servizi. I tumori sono l'altro gruppo di patologie che incidono di più (2° causa di morte): prostata, polmone e colon retto nei maschi, mammella e colon retto nelle femmine. La Toscana ha i tassi più alti di adesione agli screening oncologici. La mortalità diminuisce fortemente tra gli uomini, mentre è più stabile tra le donne. L'impatto dell'antibiotico-resistenza in Toscana è inferiore a quello italiano, salvo alcune eccezioni, ma il nostro Paese è tra quelli più colpiti in Europa.

Malattie del sistema circolatorio e tumori sono le due principali cause di morte nella popolazione. È a partire dai 40 anni d'età che il peso di queste patologie si fa predominante, superando i traumi che invece causano quasi la metà dei decessi tra i più giovani, comunque molto meno frequenti (Tabella 3.4.1). Il tasso di mortalità grezzo generale tra gli adulti è pari a 254 decessi per 100mila 40-64enni e 37 per 100mila 20-39enni, mentre al di sotto dei 20 anni d'età si ferma al 17 per 100mila (fonte: Elaborazioni ARS su dati Registro di mortalità regionale 2017-2019). Tra i 65-74enni è pari a 2.208 deceduti ogni 100mila abitanti e sale a 14.298 deceduti per 100mila anziani di 85+ anni d'età.

**Tabella 3.4.1 Decessi per causa (grande gruppo) ed età – Valori per 100 deceduti – Toscana, triennio 2017-2019 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Registro regionale di mortalità**

<20		20-39		40-64		65-84		85+	
causa	%	causa	%	causa	%	causa	%	causa	%
Cond. Morbose orig. perinatale	29	Traumi	42	Tumori	52	Tumori	40	Circolatorio	42
Traumi	22	Tumori	27	Circolatorio	18	Circolatorio	27	Tumori	15
Malf. congenite	15	Circolatorio	12	Traumi	8	Respiratorio	8	Respiratorio	10
Tumori	14	Digerente	3	Digerente	5	Nervoso	6	Nervoso	5
Nervoso	5	Nervoso	3	Nervoso	4	Endocrine, metabolismo	4	Psichici	5

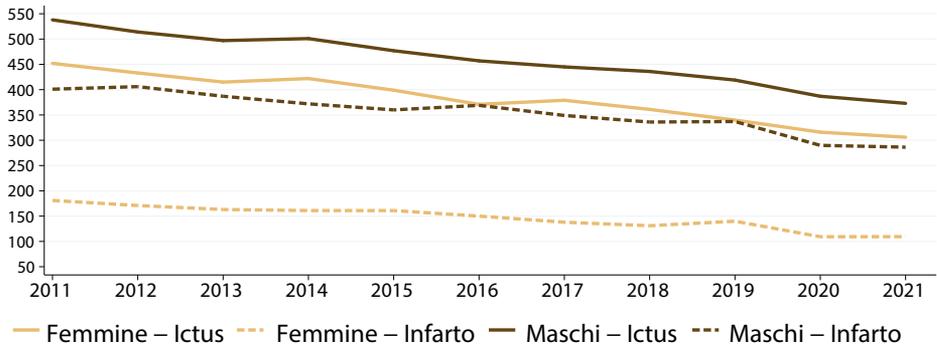
Oltre che di mortalità, tra le prime cause di morbosità e invalidità nella popolazione troviamo gli eventi acuti cardiovascolari (infarto miocardico e ictus cerebrale) che, quando non sono fatali (tra il 30% e il 40% delle persone che hanno questo tipo di eventi muore prima di raggiungere l'ospedale), lasciano spesso la persona in una condizione di cronicità ad alto rischio di complicazioni e nuovi eventi (fonte: Rapporto Osservasalute 2022).

Il tasso di ricovero per infarto in Toscana nel 2021 (ultimo anno disponibile) è pari a 286,3 ricoveri ogni 100mila uomini (8° regione in Italia per incidenza) e 109,5 ogni 100mila donne (9° regione in Italia). Il tasso femminile toscano è superiore alla media nazionale, mentre quello maschile è leggermente inferiore. Il tasso di ricovero per ictus (ischemico o emorragico) è pari a 372,6 per 100mila uomini e 306,2 per 100mila donne (6° regione in Italia tra gli uomini e 4° tra le donne).

L'incidenza di ricoveri per ictus è superiore alla media nazionale, pari a 326 per 100mila uomini e 250,6 per 100mila donne (fonte: Rapporto Osservasalute 2022).

I tassi sono in linea con quelli del 2020 e ancora inferiori al dato del 2019 (Figura 3.4.1). I ricoveri per infarto tra gli uomini sono il 15% in meno rispetto al 2019, -22% tra le donne, quelli per ictus rispettivamente -11% e -10%, andamenti in linea con la media nazionale.

**Figura 3.4.1 Ospedalizzazione per infarto e ictus ischemico o emorragico (reparti per acuti, regime ordinario) per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana, periodo 2011-2021 – Fonte: Osservasalute su dati ISTAT**

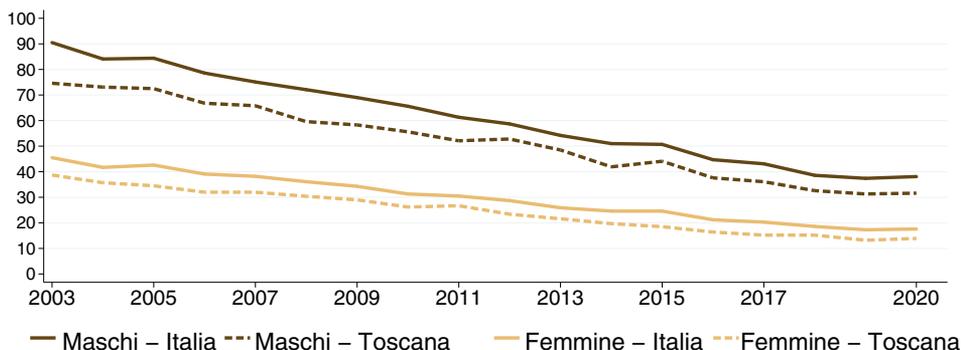


Gli infarti causano circa il 50% del totale dei ricoveri per malattie ischemiche del cuore, l'ictus, ischemico o emorragico, circa il 75% dei ricoveri per eventi cerebrovascolari. Monitorarne i ricoveri consente di stimarne l'incidenza nella popolazione, poiché in condizioni normali gli unici eventi per i quali il paziente non raggiunge l'ospedale sono quelli letali o fulminanti. L'incidenza dell'infarto è molto diversa tra uomini e donne, con i primi che hanno livelli di ospedalizzazione quasi 3 volte superiori alle donne. Meno marcate invece le differenze per gli ictus che, in entrambi i generi, sono più frequenti degli infarti, tra le donne addirittura i ricoveri per ictus sono il triplo di quelli per infarto. La maggior longevità delle donne, dovuta in parte anche ai meno infarti fatali in età adulta, può contribuire a spiegare questa differenza, considerato che gli eventi cerebrovascolari tendono invece a manifestarsi più frequentemente in età avanzata. Molte abitudini e stili di vita incidono sulla salute del sistema cardiocircolatorio. Dieta ricca di sale, grassi e zuccheri, consumo di alcol, fumo di sigarette, scarsa attività fisica, sono tutti fattori di rischio noti per la salute di cuore e arterie e abbiamo visto come tendenzialmente queste cattive abitudini siano più frequenti tra gli uomini, rispetto alle donne. La pandemia si è inserita in una tendenza di diminuzione che questi ricoveri hanno da alcuni decenni, che contribuisce in maniera sostanziale alla generale diminuzione dell'ospedalizzazione osservata in Toscana. A questi risultati hanno contribuito le attività di prevenzione primaria, per la diminuzione dei principali fattori di rischio citati precedentemente, e secondaria, con piani terapeutici secondo linee guida per la corretta prescrizione dei farmaci cardiovascolari e il monitoraggio dei valori ematici e pressori.

Nel loro complesso, le malattie afferenti al grande gruppo del sistema circolatorio causano il decesso di 1 italiano su 3 e la Toscana non fa eccezione (30% dei morti totali). Infarto e ictus costituiscono il 40% di questi casi. Nel 2020, ultimo anno disponibile, il trend in diminuzione osservato fino a quel momento per la mortalità di infarto e ictus subisce una battuta d'arresto, a causa dell'eccesso di mortalità generale. Gli effetti della diffusione del Sars-CoV-2, infatti, sono stati sia diretti, con i decessi per Covid-19, sia indiretti, con l'aumento dei decessi per altre cause per le quali il virus si è dimostrato essere un forte fattore di rischio, come gli eventi cardiovascolari. Il tasso di mortalità standardizzato per età per infarto è risalito leggermente a 31,6 decessi

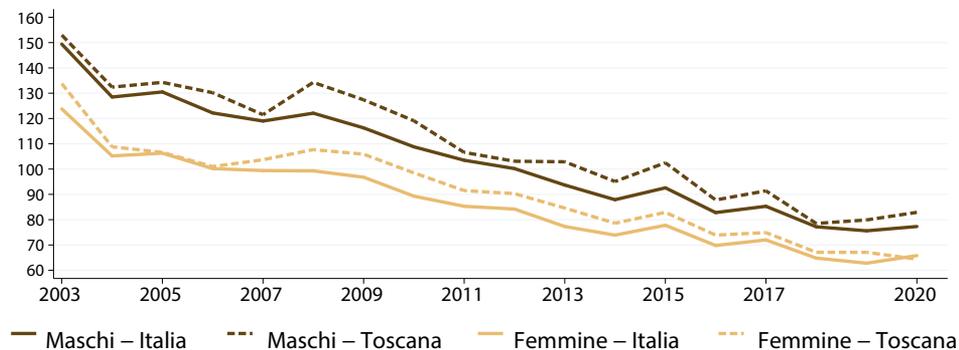
per 100mila uomini e 13,9 per 100mila donne (Figura 3.4.2), rispetto al 31,3 e 13,2 per 100mila osservati nel 2019. L'andamento toscano è comune a quello italiano e la nostra regione conferma comunque tassi inferiori alla media italiana, sia per gli uomini (38,1 per 100mila) che per le donne (17,6 per 100mila) ed è la 3° regione (dopo Molise e Umbria) tra le donne e la 4° tra gli uomini (dopo Valle d'Aosta, Puglia e Umbria) tra quelle a minor mortalità in Italia.

**Figura 3.4.2 Mortalità per infarto per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2020 – Fonte: ISTAT**



La mortalità per malattie cerebrovascolari (che oltre all'ictus comprende le occlusioni e stenosi delle arterie pre-cerebrali e i postumi delle malattie cerebrovascolari) nel 2020 è pari a 82,9 decessi per 100mila uomini e 64,4 per 100mila donne (era rispettivamente 79,9 e 67,1 per 100mila nel 2019) (Figura 3.4.3). Tra le donne toscane quindi non si rileva un aumento della mortalità, come per i maschi, cosa che non avviene in Italia, dove in entrambi i generi aumentano i decessi. In virtù di questi andamenti la mortalità femminile scende al di sotto della media italiana (per la prima volta dal 2003), mentre si conferma comunque il leggero svantaggio tra gli uomini: 77,3 decessi per 100mila uomini in Italia e 65,8 per 100mila donne. La nostra regione resta tra quelle dove la mortalità è più elevata in Italia posizionandosi 8° tra le donne e 5° tra gli uomini tra quelle più colpite dai decessi per eventi cerebrovascolari.

**Figura 3.4.3 Mortalità per malattie cerebrovascolari per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2020 – Fonte: ISTAT**

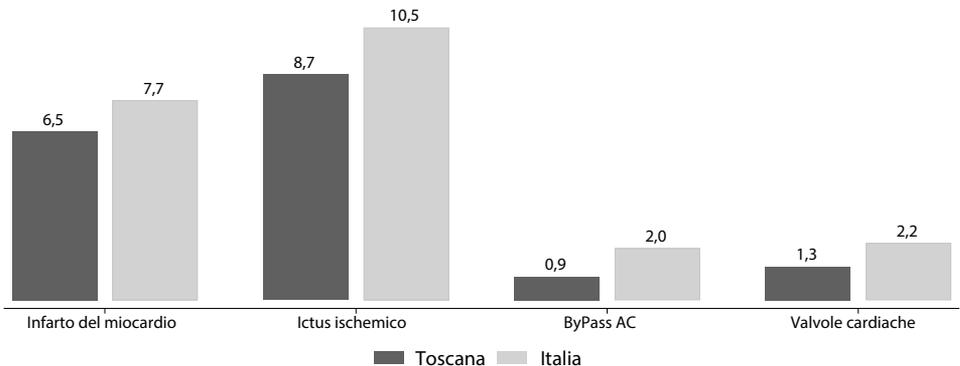


La sopravvivenza a questi eventi cardiovascolari è fortemente associata al tempo di intervento sul paziente, per questo il Programma nazionale esiti monitora la tempestività di intervento con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) dopo l'infarto acuto del miocardio (solo STEMI, la forma più grave, con occlusione completa del vaso coronarico), oltre alla mortalità a 30 giorni da un ricovero per infarto, ictus ischemico, o una procedura cardiocirurgica. Il miglioramento di questi indicatori contribuisce senz'altro alla diminuzione della mortalità per questi eventi. Per quanto riguarda la PTCA (% trattati entro 90 minuti dall'arrivo in ospedale per infarto STEMI), la Toscana ha valori superiori di circa 10 punti percentuali rispetto alla media italiana. Nel 2022 il 64,2% dei pazienti toscani è stato trattato nei tempi, rispetto al 51,3% a livello italiano. L'indicatore è in aumento negli ultimi anni, era infatti il 58,5% nel 2018

(primo anno disponibile per la serie storica). La Toscana è virtuosa anche per la mortalità a 30 giorni tra i pazienti ricoverati per infarto o ictus ischemico e per i pazienti sottoposti ad intervento di bypass aorto-coronarico o alle valvole cardiache (Figura 3.4.4). Dal 2015 questi esiti migliorano, ad eccezione dei pazienti con ictus ischemico, tra i quali si rileva un leggero aumento della mortalità post-ricovero negli ultimi due anni. Anche il trend nazionale è in miglioramento per la mortalità dopo infarto o ictus, mentre è più stabile per quanto riguarda i decessi dopo i due interventi di cardiocirurgia. Il primo anno di pandemia ha aumentato leggermente la mortalità dopo infarto o intervento di bypass aorto-coronarico, plausibilmente proprio a causa delle complicazioni dovute al Covid-19 per i pazienti con patologie cardiovascolari e al generale periodo di stress che hanno attraversato gli ospedali durante le prime fasi più acute.



**Figura 3.4.4 Mortalità a 30 giorni dal ricovero, per tipo – Valori percentuali – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: Programma Nazionale Esiti e Prose**



Insieme agli eventi cardiovascolari i tumori rappresentano l'altro grande capitolo delle patologie che incidono di più su ricoveri e mortalità già a partire dall'età adulta. Le ultime stime regionali di prevalenza e incidenza dei tumori della rete dell'Associazione italiana registri tumori (AIRTUM) purtroppo sono ancora riferite all'anno 2019, quando in Toscana i nuovi casi di tumore attesi erano poco meno di 25mila, ma possono esserci utili per contestualizzare le sedi più frequenti nei due generi (Tabella 3.4.2). L'incidenza è superiore tra gli uomini: 643 ogni 100mila abitanti, rispetto a 524 ogni 100mila donne. In particolare il gap aumenta dopo i 60 anni, quando l'incidenza tra gli uomini aumenta molto più velocemente in funzione dell'età, rispetto alle donne (fonte: Istituto per lo studio la prevenzione e la rete oncologica, ISPRO). Il tumore più frequente in termini assoluti è quello del colon-retto (2.000 casi nell'anno tra gli uomini e 1.600 tra le donne), seguito dalla mammella (3.500 casi), dalla prostata (2.900) e polmone (1.800 casi tra gli uomini, 850 tra le donne).

**Tabella 3.4.2 Tumori attesi per genere e sede principali – Stima dei casi incidenti e tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana, anno 2019 – Fonte: I numeri del cancro in Italia 2019**

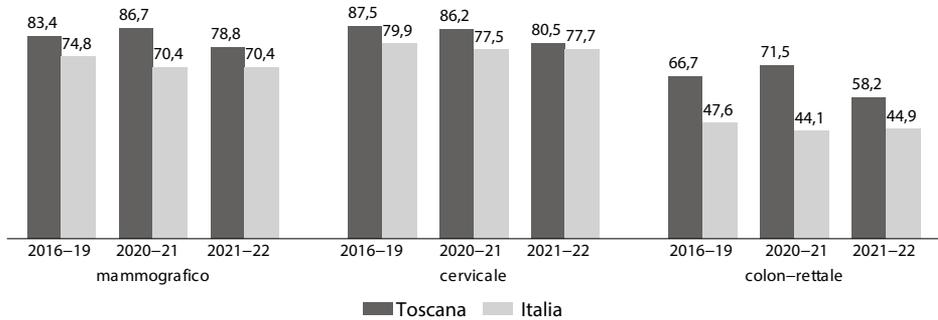
Sede	uomini		donne	
	N	per 100mila ab.	N	per 100mila ab.
colon-retto	2.000	86,7	1.600	61,4
Mammella			3.500	172,5
Prostata	2.900	136,2		
Polmone	1.800	90,2	850	34,7
Vescica	1.800	78,3	450	18,0
Stomaco	650	27,9	600	20,6
cute (melanomi)	600	32,3	500	25,8
Utero			210	11,3
Totale	12.900	643,0	12.000	524,0

La Toscana si trova in 6° posizione tra le regioni con i tassi di incidenza maggiori, in entrambi i generi, anche se su questi confronti potrebbe incidere in parte il cosiddetto “effetto screening”, che si verifica quando, a parità di casi nella popolazione, l'incidenza in alcune zone aumenta per la maggior emersione del problema, grazie a programmi di prevenzione secondaria più sviluppati e con maggiori livelli di adesione. I programmi di screening previsti dal servizio sanitario sono tre: mammella, cervice uterina e colon-retto, tutti dimostratisi efficaci nel ridurre la mortalità per specifico tumore, favorendo una diagnosi precoce che mediamente permette di ricorrere a interventi chirurgici e terapie meno aggressive, a notevole beneficio della qualità di vita dei pazienti. Le linee guide raccomandano alle donne 50-69enni (esteso a 45-74 anni in Toscana) di sottoporsi a mammografia ogni 2 anni, alle donne 25-64enni di sottoporsi allo screening cervicale (Pap/Hpv test) ogni 3 anni e ai 50-69enni (uomini e donne) di eseguire l'esame del sangue occulto fecale ogni 2 anni o una colonscopia-rettosigmoidoscopia ogni 5. I dati di sorveglianza epidemiologica (PASSI 2021-2022, ISS) ci dicono che in Toscana l'adesione allo screening mammografico è il 79% (7° tra le regioni), rispetto al 70% in Italia (Figura 3.4.5). Il 69% effettua la mammografia nell'ambito di programmi organizzati dalle AUSL e il 10% per iniziativa personale. L'adesione allo screening cervicale è l'81% (10° regione), a fronte del 78% in Italia, 63% nell'ambito di programmi organizzati dalle AUSL. L'adesione allo screening colon-ret-

tale, storicamente più bassa rispetto agli altri due, si ferma al 58% (8° regione), rispetto al 45% in Italia, praticamente tutti effettuano lo screening nell'ambito di programmi organizzati dalle AUSL. Si osserva una diminuzione nell'ultimo biennio, che, considerando che la sorveglianza rileva se l'esame è fatto negli

ultimi 2 anni (o 3-5 a seconda del tipo), risente della situazione del 2020, caratterizzato da una momentanea interruzione dell'attività per la pandemia, anche se già dal secondo semestre dell'anno le regioni si erano organizzate per ripartire con gli inviti, anche sollecitando telefonicamente.

**Figura 3.4.5 Screening mammografico, cervicale e colon-rettale – Persone che hanno eseguito l'esame ogni 100 residenti target\* - Toscana e Italia, periodo 2016-2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI, ISS**



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

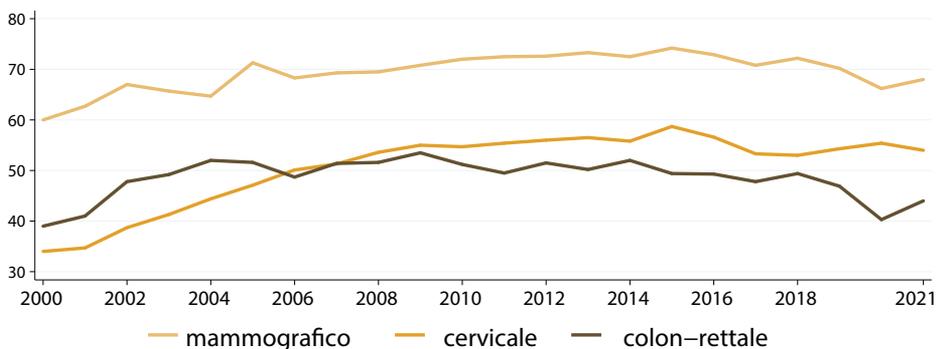
I dati ISPRO ci permettono di valutare i livelli di adesione dei toscani sulla base della risposta agli inviti annuali inviati dalle AUSL, considerando quindi solo il percorso del servizio pubblico (Figura 3.4.6). Nel 2021 (ultimo anno disponibile) la partecipazione (aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo invito) allo screening mammografico è stata pari al 68% (rispetto al 66,2% del 2020). Si tratta di 170.101 donne 50-69enni, delle quali 12.621 (7%) sono state richiamate ad effettuare un approfondimento diagnostico di secondo livello per mammografia dubbia/sospetta o per sintomi. I tumori diagnosticati sono stati 940. La proporzione di tumori in stadio avanzato II+ è stata il 9,8% nelle donne che sono entrate nel percorso di screening per la prima volta e il 16,4% in chi aveva già aderito a precedenti inviti. I programmi regionali nella maggior parte dei casi sono in grado di diagnosticare lesioni in fase iniziale. L'adesione allo screening cervicale è stata pari al 54% (rispetto al 55,4% del 2020), 131.844 donne 24-64enni. Considerando i dati della coorte precedente (per avere un quadro

completo del percorso diagnostico che dopo lo screening prevede triage citologico e colposcopia), le lesioni Cin2+ diagnosticate sono poco meno di 800 in una coorte di donne sottoposte al percorso di screening. L'adesione allo screening colon-rettale è stata pari al 44% (40,3% nel 2020), con alcune note differenze di genere (comuni a tutto il Paese): ha aderito il 47,2% delle donne invitate a fronte del 41,6% degli uomini. Il tasso di identificazione (diagnosi di carcinoma o adenoma avanzato identificato tra le persone sottoposte al test) è pari a 1 tra gli uomini e 0,8 per 1.000 tra le donne (carcinoma) e 8 tra gli uomini e 4,2 per 1.000 tra le donne (adenoma avanzato).

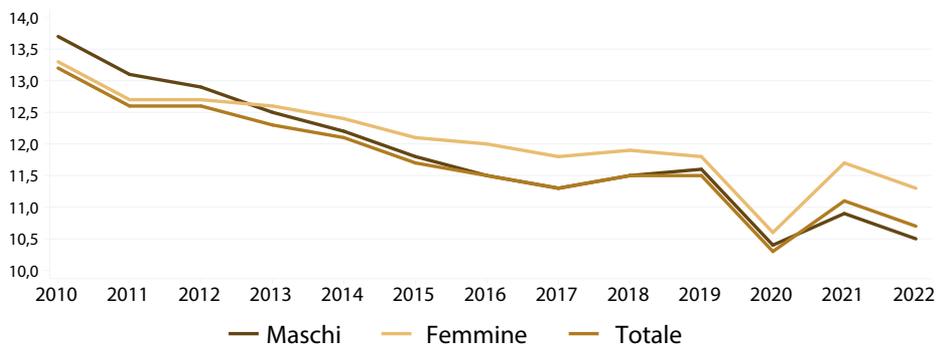
Nel 2021 non si è ancora tornati sui livelli pre-pandemici per lo screening mammografico e colon-rettale, che nel 2020 hanno subito una decisa riduzione nei livelli d'adesione. Al contrario l'adesione allo screening cervicale si è sempre mantenuta stabile, anche durante le fasi più critiche della pandemia, grazie allo sforzo fatto dai servizi per ripartire e recuperare il gap accumulato nel primo semestre del 2020.

I toscani che attualmente convivono con una diagnosi oncologica sono circa 47.300, pari ad un tasso standardizzato per età di 10,7 per 1.000 abitanti: 10,5 per 1.000 uomini e 11,3 per 1.000 donne (Figura 3.4.7). La stima è desunta dai pazienti con almeno un ricovero con diagnosi oncologica durante il 2022. Pur consapevoli che non tutti i malati oncologici effettuano necessariamente un ricovero ospedaliero ogni anno, l'indicatore, in assenza di fonti migliori, può rappresentare una stima utile ad effettuare valutazioni del trend temporale. L'ultima stima è in parte sottostimata per la mancanza dei ricoverati fuori regione, ma comunque sembra in leggera diminuzione rispetto al 2021, quando probabilmente c'era stato un effetto "rimbalzo" dopo il rinvio di alcuni ricoveri durante le fasi più acute della pandemia nel 2020. Il trend di lungo periodo è comunque in diminuzione dal 2010, a conferma dei progressi effettuati nella cura e nella gestione della patologia. Rispetto ai dati di incidenza generale visti in precedenza, per l'ospedalizzazione il rapporto tra i due generi si inverte, con le donne che mostrano un tasso di ricovero più alto. Questo può dipendere in parte dall'efficacia dei programmi di screening (diagnosi precoci, maggiore trattabilità e ospedalizzazione), considerato che due su tre sono rivolti alle donne e tra queste ultime i livelli di adesione sono comunque maggiori anche nel caso del colon-retto.

**Figura 3.4.6 Screening mammografico, colon-rettale e cervicale – Adesione ogni 100 inviti (esclusi inesitati e esclusioni dopo invito) – Toscana, periodo 2000-2021 – Fonte: ISPRO**



**Figura 3.4.7 Soggetti ricoverati per tumore nell'anno, per genere – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2010-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera**

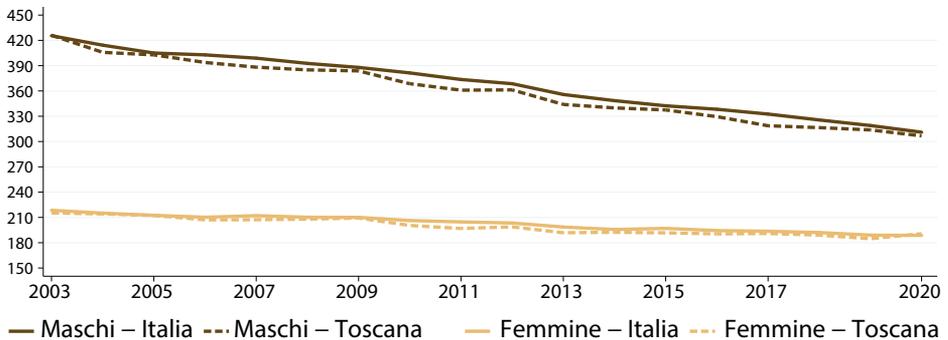


Nel 2020 (ultimo dato disponibile) i tumori hanno causato in Toscana 6.615 decessi tra gli uomini (-1,2% rispetto all'anno precedente) e 5.597 tra le donne (+4,6% rispetto al 2019). Tra gli uomini,

poco meno di 1 su 4 è dovuto al tumore del polmone (22% del totale dei decessi oncologici), seguito dal colon-retto e prostata (entrambi al 9%). Tra le donne il tumore che incide di più sulla mortalità è quello della mammella (16% dei decessi oncologici), seguito dal polmone (13%) e colon-retto (11%). La distribuzione dei

decessi oncologici per singola sede è stabile rispetto agli anni passati e la diminuzione è generale. Il tasso della mortalità per tumore in Toscana è pari a 307 per 100mila uomini e 191 per 100mila donne, sostanzialmente sovrapponibile ai valori italiani, rispettivamente 311 e 189 per 100mila (Figura 3.4.8).

**Figura 3.4.8 Mortalità per tumori, per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2020 – Fonte: ISTAT**



I tumori continuano ad essere la seconda causa di morte nel nostro paese, dopo le malattie del sistema circolatorio, ma il trend continua a diminuire in maniera decisa tra gli uomini, mentre è più stabile tra le donne, che però già avevano valori di incidenza notevolmente più bassi, grazie, al netto di diverse caratteristiche biologiche, ad una minore esposizione ai principali fattori di rischio lavorativi e a stili di vita potenzialmente dannosi per la salute nelle decadi passate. La diminuzione dell'incidenza dei tumori nella popolazione è accompagnata quindi dalla diminuzione della mortalità, anche grazie, oltre ai progressi nella diagnosi e nelle terapie farmacologiche, a quelli nei trattamenti chirurgici. Gli indicatori del Programma nazionale esiti mostrano infatti un trend in leggera diminuzione per la mortalità post-intervento chirurgico del tumore del retto, del polmone e del pancreas, tra le principali sedi per volumi e impatto sulla mortalità, anche se per alcune sedi (stomaco e pancreas in particolare) la mortalità resta maggiore della media nazionale (Figura 3.4.9). La mortalità per altre sedi può essere considerata stabile dal 2015. Tendono a diminuire anche le

nuove ammissioni a 30 giorni da un intervento alla prostata, mentre sono stabili le nuove rezioni della mammella a 120 giorni dalla prima, che si confermano al di sopra della media nazionale. Il confronto con l'Italia non sempre pone la Toscana in una situazione migliore e questo può contribuire a spiegare la sostanziale omogeneità dei tassi di mortalità toscani e italiani.

Ovviamente quella ospedaliera è solo una parte dell'assistenza erogata. I dati del paragrafo precedente ci hanno mostrato come le terapie oncologiche siano ad esempio il principale capitolo di spesa farmaceutica. Le persone con un tumore non più trattabile sono anche tra i principali destinatari cui si rivolgono le cure palliative, domiciliari o residenziali (Hospice), durante il fine vita, come vedremo nell'ultima parte del volume.

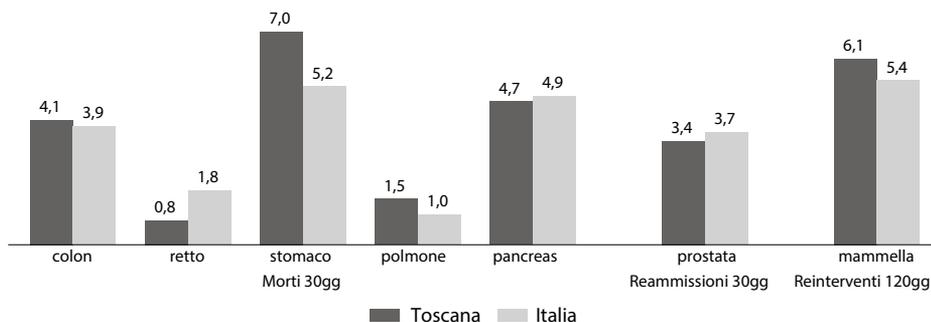
Tra gli eventi acuti durante l'età adulta vale inoltre la pena citare anche le infezioni da virus e batteri, che specialmente negli ultimi anni di pandemia hanno risentito degli effetti delle campagne di sensibilizzazione e delle procedure messe in atto per il contrasto del contagio.

Mascherine, distanziamento, igienizzazione, smart working e riduzione degli affollamenti hanno favorito, infatti, la riduzione generale delle trasmissioni di virus e batteri nel biennio 2020-2021. Nell'ultimo anno si è assistito ad una parziale ripresa dei casi notificati, specialmente per le malattie trasmesse per via sessuale, per via respiratoria e le batteriche invasive (Figura 3.4.10). Nel 2022 tra i residenti toscani sono stati notificati 204 casi di patologie prevenibili tramite la vaccinazione (pari 5,6 ogni 100mila abitanti), nell'86% dei casi si è trattato di varicella (175 casi), nel 9% di parotite (18 casi), mentre per le restanti malattie (poliomelite, difterite, tetano, pertosse, morbillo, rosolia) si contano zero o meno di 3 casi ormai stabilmente. Nel capitolo

**Interventi chirurgici per tumore nel 2022**  
 mammella: 4.442 (+2% vs 2021; +13% vs 2019)  
 tiroide: 1.834 (+57% vs 2021; +47% vs 2019)  
 colon: 1.765 (-4% vs 2021; -11% vs 2019)  
 prostata: 1.620 (+20% vs 2021; +5% vs 2019)  
 rene: 1.171 (+4% vs 2021; -2% vs 2019)  
 polmone: 1.109 (+20% vs 2021; +21% vs 2019)  
 cerebrali: 882 (-7% vs 2021; -2% vs 2019)  
 utero: 826 (+1% vs 2021; +4% vs 2019)  
 retto: 556 (+12% vs 2021; +20% vs 2019)  
 fegato: 426 (-4% vs 2021; -9% vs 2019)  
 stomaco: 404 (-13% vs 2021; -24% vs 2019)  
 vescica: 387 (-9% vs 2021; -9% vs 2019)  
 pancreas: 280 (+7% vs 2021; +12% vs 2019)

dedicato alla salute dei primi anni di vita abbiamo visto che la Toscana raggiunge la soglia del 95% di copertura per tutte le vaccinazioni obbligatorie, ad eccezione della sola varicella (94,9%). Sono 679 i casi notificati per le malattie trasmesse per via respiratoria (escluse influenza e Covid-19 delle quali vedremo l'impatto quando affronteremo il tema della salute degli anziani), pari a 18,5 ogni 100mila abitanti. Nella metà dei casi si tratta di legionellosi (347 notifiche sulle 679 totali), seguita da 196 casi di tubercolosi (29%) e da 119 casi di scarlattina (18%). Sono invece 31 i casi di malattie batteriche invasive nel 2022 (0,8 per 100mila), prevalentemente da pneumococco (74% dei casi totali). Tra i 44 casi di epatite notificati (1,2 casi per 100mila), l'epatite C rappresenta solo il 7%, mentre il 55% sono epatiti di tipo B e il restante 39% di tipo A. Per le malattie trasmesse per via sessuale (gonorrea e sifilide, HIV e AIDS) sono stati notificati 230 casi nel 2022 (6,3 per 100mila), principalmente di HIV (142 casi, 3,9 per 100mila abitanti) e AIDS (60, 1,6 per 100mila).

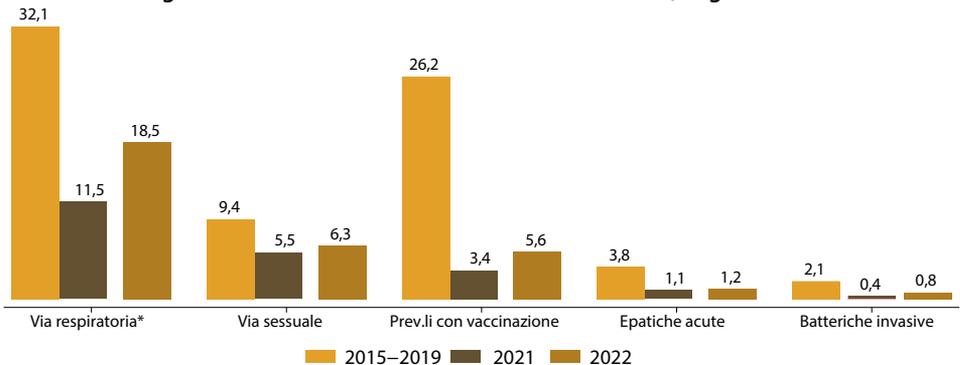
**Figura 3.4.9 Indicatori di esito dopo intervento per tumore – Valori per 100 pazienti con intervento – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: Programma Nazionale Esiti e Prose**



Dal 2016, quando l'incidenza era di 8,3 nuove diagnosi per 100mila abitanti, i casi di HIV sono in diminuzione, anche se ancora superiori alla media italiana (3,2 per 100mila). La diminuzione è trasversale all'età, i più colpiti restano i 30-39enni e in generale la fascia tra i 20 e i 49 anni. Sono gli effetti delle azioni di prevenzione primaria e secondaria messe in campo: la terapia di profilassi Pre-Esposizione

(PrEP) per contrastare il rischio di acquisizione sessuale e quella Post-Esposizione (PEP), oltre alla terapia delle persone sieropositive come prevenzione (TaSP), che mira alla non rilevabilità del virus nel sangue e non trasmissibilità. I casi pediatrici, quasi tutti per trasmissione verticale madre-figlio, sono ormai rari (nessun caso negli ultimi 7 anni) grazie all'introduzione del test per HIV tra gli esami gratuiti previsti nel libretto di gravidanza e alla terapia antiretrovirale somministrata alla madre sieropositiva. Le trasmissioni per tossicodipendenza sono ormai residuali (1 su 10), ma tende a diminuire la percezione del rischio legato ai rapporti sessuali. La popolazione arriva tardi ad eseguire il test (il 33% è già in AIDS, rispetto al 25% del triennio precedente), quando il quadro immunologico è già compromesso e viene meno la tempestività di intervento con la terapia antiretrovirale, oltre ad aumentare la probabilità di trasmissione dell'infezione. Anche i casi di AIDS in Toscana e in Italia sono comunque in diminuzione. Dal 1996, anno di introduzione delle nuove terapie antiretrovirali, c'è stata una riduzione molto forte, che dal 2000 ha continuato più lentamente, ma costantemente.

**Figura 3.4.10 Casi notificati per gruppo di malattia infettiva – Casi ogni 100mila abitanti – Toscana, periodo 2015-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Settore prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana**

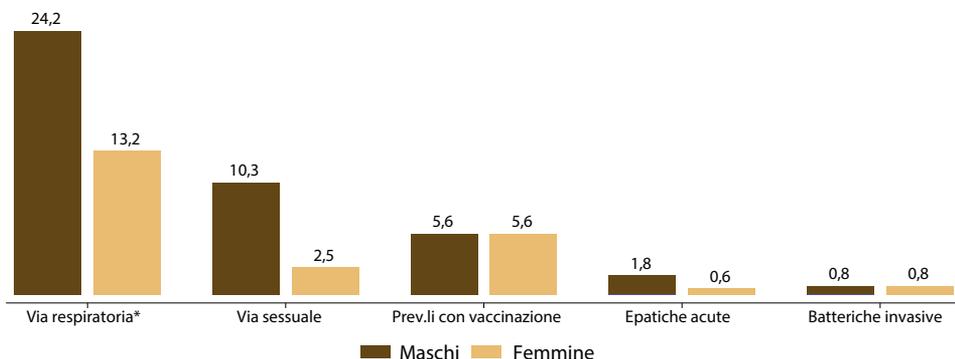


\*escluse influenza e Covid-19

Tra i due generi si osserva una differenza nel rischio di infezione da malattie acquisite per via respiratoria o sessuale e per le epatiti (Figura 3.4.11). Queste differenze plausibilmente dipendono dalla diversa percezione del rischio tra uomini e donne, che si riflette sull'adozione o meno dei principali dispositivi di protezione individuale (mascherine per le vie aeree o preservativi nei rapporti sessuali). L'incidenza maschile di HIV è pari a 6,2 per 100mila (1,6 per 100mila donne), quella di AIDS a 2,6 casi per 100mila (0,7 per 100mila donne).

Gli antibiotici, a partire dalla seconda metà del XX secolo, hanno cambiato radicalmente la cura di molte malattie infettive e hanno permesso l'evoluzione della medicina moderna, ad esempio nel trattamento delle infezioni negli interventi chirurgici, durante la chemioterapia, il trapianto d'organo o di midollo osseo. Negli ultimi anni il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza (AMR, AntiMicrobial Resistance), condizione in cui microrganismi come batteri, virus, parassiti o funghi diventano resistenti ad antibiotici per cui sarebbero costitutivamente sensibili, sta però mettendo in discussione i successi ottenuti. I microrganismi resistenti ad uno o più antibiotici possono causare malattie in diversi siti di infezione, di diversa severità e incidenza. Il Global Burden of Disease (GBD) nel 2019 stimava in Europa Occidentale circa 350mila morti associate a AMR, di cui quasi 36mila in Italia. Come spesso succede, i più suscettibili alle conseguenze dell'AMR sono gli anziani, in special modo i più fragili (non autosufficienti in RSA, malati oncologici, neurologici, immunodepressi o con disabilità), il cui rischio più importante è di avere infezioni ricorrenti e sviluppare sepsi da patogeni opportunisti.

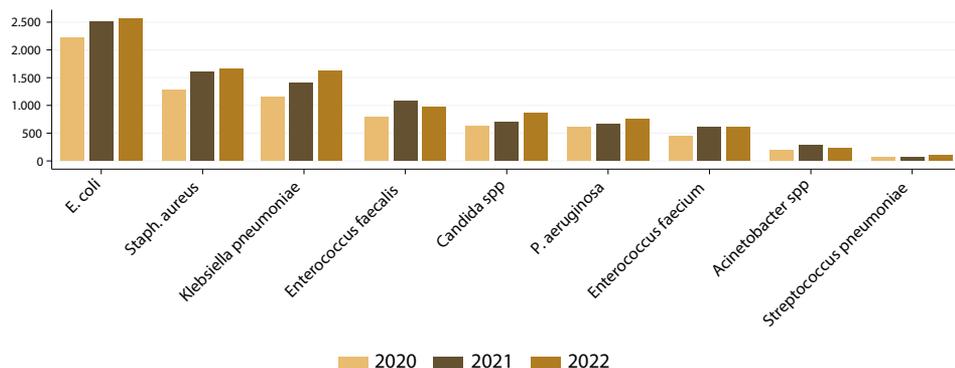
**Figura 3.4.11 Casi notificati, per genere – Casi ogni 100mila abitanti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Settore prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana**



\*escluse influenza e Covid-19

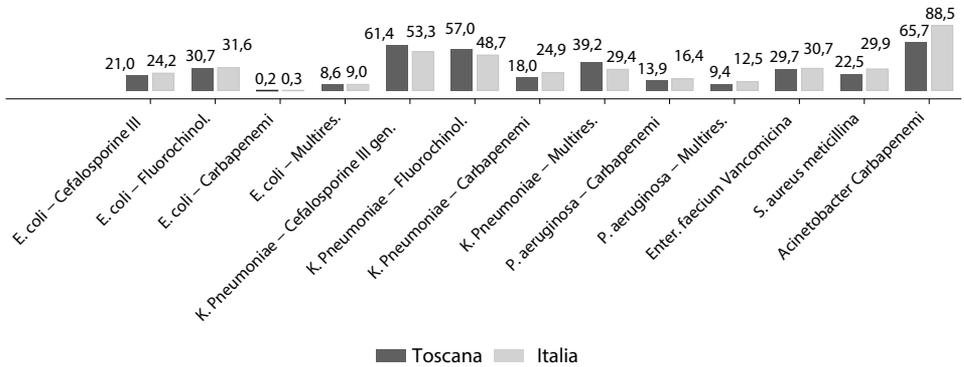
Alcuni specifici profili di resistenza, tra quelli con maggior impatto sui decessi, collocano l'Italia tra i Paesi ad elevata prevalenza di antibiotico-resistenza, soprattutto tra quelli dell'Europa occidentale. Oltre l'80% dei decessi in Italia è associato a 6 patogeni: *Escherichia coli* (circa 12mila decessi, di cui cefalosporine di III generazione 5.200 e fluorochinoloni 7.200), *Staphylococcus aureus* (8mila), a *Klebsiella pneumoniae* (4.200), *Enterococcus faecium* (2.800), *Pseudomonas aeruginosa* (2.400) e *Acinetobacter baumannii* (1.400). Carbapenemi e cefalosporine di III-IV generazione tra gli enterobatteri, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter* sono nella lista di priorità OMS di ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici. Nel 2022 la rete di sorveglianza toscana (SMART) ha aumentato la propria attività, isolando un numero di specie da emocolture, dove andare poi a ricercare la presenza di batteri resistenti, tendenzialmente superiore agli anni scorsi (Figura 3.4.12).

**Figura 3.4.12 Specie batteriche analizzate (isolati in emocolture) – Valori assoluti – Toscana, periodo 2020-2022 – Fonte: Rete SMART**



Aumentano quindi i controlli effettuati, ma tra gli isolati in emocoltura tendono a diminuire i batteri resistenti, per buona parte dei profili considerati, e la Toscana tende ad avere percentuali di resistenza inferiori a quelle italiane, salvo alcune eccezioni (Figura 3.4.13). La maggioranza dei batteri resistenti individuati riguarda uomini ed anziani.

**Figura 3.4.13 Profili di antibiotico-resistenza in batteriemie – Casi resistenti ogni 100 casi isolati – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: Rete SMART**



Il più importante profilo di resistenza da monitorare tra gli *Staphylococcus aureus*, cocco Gram+, è quello alla meticillina, resistente agli antibiotici beta-lattamici (penicilline e cefalosporine). La percentuale di isolati in Toscana è il 22,5%, in lieve aumento rispetto al 2021, ma inferiore al passato e al dato italiano (29,9%).

Gli enterococchi, cocchi Gram+ commensali dell'intestino, causano endocarditi, infezioni delle vie urinarie e prostata, celluliti, infezioni intra-addominali, infezioni di ferite e sepsi. *Enterococcus faecium* e *E. faecalis* sono le specie più importanti in patologia umana. Il profilo di resistenza clinicamente più importante è la resistenza alla vancomicina (VRE), isolato in Toscana nel 29,7% delle emocolture, in forte aumento rispetto al 2021 (16,8%) e ormai in linea con il dato italiano (30,7%).

Gli enterobatteri sono un ampio e diversificato gruppo di specie Gram-, comprese nell'ordine Enterobacterales, di cui la famiglia Enterobacteriaceae comprende commensali e patogeni umani (*Escherichia*, *Klebsiella*, *Salmonella*, *Shigella*, *Proteus*, *Citrobacter*, *Enterobacter*). Il monitoraggio è effettuato su *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* e le resistenze clinicamente più importanti per gli enterobatteri sono quelle ai carbapenemi (enterobatteri resistenti ai carbapenemi, CRE) e alle cefalosporine di III-IV generazione dovuta alla produzione di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL). La diffusione della resistenza ai carbapenemi può essere controllata con le pratiche di infection prevention and control ed è una delle sfide principali dei servizi sanitari. Negli ultimi anni la prevalenza è in diminuzione tra gli isolati di *E. coli*. La resistenza ai carbapenemi si attesta allo 0,2%, in linea con Italia ed Europa, quelle alle cefalosporine al 21%, inferiore al dato italiano (24,2%). La resistenza ai carbapenemi di *K. pneumoniae* è stata isolata nel 18% dei casi, valore più alto del 24,9% italiano, ma in diminuzione. Anche la resistenza ai fluorochinoloni è in diminuzione rispetto al 2019, ma ancora superiore al dato italiano. La capacità dei batteri di resistere contemporaneamente ad almeno una molecola di tre o più differenti classi antibiotiche (multiresistenza), limita notevolmente le scelte terapeutiche a disposizione dei clinici e complica il quadro clinico. Il fenomeno è monitorato tramite le classi antibiotiche delle cefalosporine di III generazione, fluorochinoloni e aminoglicosidi. In Toscana nel 2022 in *E. coli* la prevalenza è l'8,6% (leggermente inferiore al dato italiano), in *K. Pneumoniae* il 39,2% (più elevato rispetto al dato italiano).

*P. aeruginosa* è un batterio Gram- ubiquitario (suolo, acqua e ambiente ospedaliero). Considerato patogeno opportunista dell'uomo, sostiene infezioni gravi nei pazienti immunodepressi per chemioterapia, AIDS, malnutrizione, con fibrosi cistica e nei grandi ustionati. In Toscana gli isolati resistenti ai carbapenemi sono il 13,9% (16,4% in Italia). Sono in diminuzione gli isolati di *Acinetobacter* spp da emocoltura. Il genere *Acinetobacter* comprende coccobacilli Gram- con meccanismi di resistenza simili a quelli di *P. aeruginosa*, caratterizzandosi per una resistenza intrinseca e un'alta capacità di sviluppare resistenza agli antibiotici efficaci su di esso. *Acinetobacter* spp. è

un patogeno opportunisto, che si riscontra prevalentemente in ambiente sanitario. Nel 2022, in Italia la prevalenza della resistenza ai carbapenemi di *Acinetobacter* spp. è 88,5% e in Toscana si attesta al 65,7%.

La lotta all'AMR, alimentata da un uso eccessivo e improprio degli antibiotici in ambito umano, veterinario e zootecnico, costituisce una delle principali sfide per i servizi sanitari da affrontare in ottica One Health, con una visione unitaria che tenga in considerazione la salute umana, il benessere animale, la sicurezza degli alimenti e la salubrità dell'ambiente (fonte: OMS).

### 3.5 LA SALUTE DELLE POPOLAZIONI PARTICOLARMENTE VULNERABILI DAL PUNTO DI VISTA SOCIALE O SANITARIO

Cinque i femminicidi nel 2022 in Toscana (dal 2006 sono 132 le vittime). Estensione e presenza consolidata dei Centri Antiviolenza: nel 2022 quasi 3.500 donne vi si sono rivolte, quasi 5mila quelle in carico. Psicologica, economica e sessuale le 3 tipologie di violenza più denunciate. Aumentano gli accessi in Codice Rosa, dopo la flessione per la pandemia. Prosegue il supporto regionale alle persone con disabilità attraverso il programma Dopo di Noi: quasi 1.500 persone sono inserite all'interno del programma. La Toscana è tra le regioni più inclusive dei ragazzi e delle ragazze con disabilità inserite nel circuito scolastico.

La popolazione straniera si conferma mediamente più giovane e sana degli italiani autoctoni, perché si sposta principalmente per motivi lavorativi. Si confermano le difficoltà di accesso alla medicina territoriale che sfociano in un maggior ricorso alle cure del Pronto soccorso.

Le donne, all'interno della relazione di coppia o della famiglia, vivono più frequentemente una condizione di dipendenza dall'uomo e si trovano spesso a vivere un ruolo di subalternità. Negli ultimi anni sono stati fatti molti passi avanti rispetto alla sensibilizzazione sul tema della violenza di genere, non solo fisica, tra le potenziali vittime e i potenziali autori. Purtroppo però la relazione di coppia, presente o passata, è ancora l'ambito in cui avvengono i due terzi dei femminicidi. Nel 2022 in Toscana sono stati 5, ultimi di una serie che dal 2006 conta 132 vittime, con 43 minori lasciati orfani di madre (cosiddetti orfani speciali). Una parte minore, ma non meno importante, di femminicidi avviene invece all'interno di relazioni parentali, in particolare quella madre/figlio (11%). In tutti i casi si tratta di episodi in cui la morte violenta di una donna è dipesa da motivi di genere: il rifiuto da parte della vittima del modello o del ruolo sociale impostole da un uomo per il solo fatto di essere una donna o la condizione di totale soggezione a cui era stata sempre costretta. L'emersione del fenomeno dipende molto dalla presenza e riconoscibilità dei servizi presenti sul territorio: in Toscana, da questo punto di vista, i Centri antiviolenza (CAV) negli anni hanno moltiplicato gli sportelli territoriali di accesso (circa 100 quelli presenti), per garantire una presenza sempre più capillare. Nel 2022 le donne che si sono rivolte per la prima volta a

un Centro. antiviolenza sono state 3.232, +8,7% rispetto al 2021, in nuovo aumento dopo i due anni pandemici (-14% del 2020 e il -4% del 2021). Il numero, comprese le donne già in carico, è di 4.592. Il fenomeno è abbastanza trasversale per età, titolo di studio, professione e condizioni socio-economiche, anche se alcune tipologie ricorrono più frequentemente. Il 56% delle donne che si sono rivolte ad un CAV ha tra i 30 e i 49 anni e il 31% è rappresentato da donne di origine straniera. Il 40% non può contare su un proprio reddito (né da lavoro né da pensione). La tipologia di violenza più frequente, indicata da quasi tutte le donne (88%), è quella psicologica, che però può presentarsi insieme ad altri tipi di violenza. La violenza economica ricorre nel 25,5% dei casi, mentre è in leggero aumento la percentuale di stupri subiti, dal 5,5% al 6% delle donne afferite al CAV, che insieme ad altre forme di violenza sessuale rag-

#### Centri antiviolenza

25 (1,5 ogni 100mila donne 14+), 1,4 per 100mila in Italia

#### Case rifugio

23 (1,4 per 100mila donne 14+), 1,6 per 100mila in Italia

#### Centri per uomini autori di violenza

5 (0,3 per 100mila uomini 14+)

giunge il 15%. Le minacce subite sono indicate dal 22,8% delle donne. Nel 51,4% dei casi l'autore della violenza è il partner, convivente o meno, nel 25% circa l'ex partner e nell'11,5% dei casi un membro della famiglia di origine. Tra le donne di origine straniera è più frequente vivere situazioni di violenza con il partner attuale, 68,9% rispetto al 42,9% tra le italiane. Tra queste ultime sono più diffuse le situazioni in cui l'autore è l'ex partner, un conoscente o un parente: 54,2% rispetto al 28,4% tra le donne straniere. Il 77,4% delle utenti dei CAV (3.556 donne) ha avviato un percorso di uscita dalla violenza, il 60% direttamente al CAV, il 17,8% in collaborazione con altre strutture.

L'attività di prevenzione di questo fenomeno è svolta anche tramite i Centri per uomini autori di violenza di genere (CUAV), strutture rivolte agli autori di atti di violenza domestica, sessuale e di genere, per interrompere la violenza, favorire l'assunzione di responsabilità e la costruzione di alternative ad essa, al fine di evitarne le recidive. Gli uomini che hanno effettuato l'accesso ai CUAV nel 2022 sono stati 280 (valore più alto degli ultimi 6 anni). Le caratteristiche socio-demografiche degli utenti sono simili a quelle delle donne: il 28,6% è di origine straniera e il 51,4% ha un'età compresa tra i 30 e i 49 anni. Il 35,7% è celibe, il 28,6% coniugato o unito civilmente. Rispetto al 2021 tende a diminuire il livello di istruzione degli uomini autori di violenza: il 31,4% ha un diploma di scuola superiore (51,4% nel 2021), il 7% la laurea (dal 19% nel 2021). Il 62,8% lavora, mentre continua a diminuire la percentuale di uomini che si trova in carcere: dal 31,7% del 2020 all'attuale 10,4%. Coerentemente con le violenze subite dalle donne, aumentano gli stupri (dal 6,7% all'8%) e le altre violenze sessuali (dal 9,3% al 15%), mentre diminuiscono i casi di violenza fisica (dall'80% al 58,1%) e psicologica (dal 76% al 42,7%). Tende a diminuire la quota di violenza rivolta alla partner attuale o passata, dall'86,8% al 67,8%, mentre è stabile la quota relativa al più ampio ambito familiare (figli e famiglia di origine). Aumentano le violenze agite su altre persone conosciute (dal 3,1% all'11,4%) e ai danni di sconosciute (dal 2,5% al 7,5%). Se questa tendenza fosse confermata nei prossimi anni si delineano dunque contesti di violenza parzialmente differenti dall'ambito domestico e le relazioni affettive in generale.

Gli accessi in Codice Rosa nel 2022 sono stati 2.138, +11,5% rispetto al 2021 e valore simile a quello del 2018. Gli accessi di minori sono stati 358, pari al 16,7% del totale. Tra gli utenti prevale il genere femminile, in misura più marcata nell'utenza maggiorenne (82,5%, rispetto al 52,8% tra i minori). I tassi di accesso rapportati alla popolazione residente mostrano nel tempo andamenti simili tra adulti e minori, che tendono a risalire dopo la forte flessione che ha avuto inizio in realtà già due anni prima rispetto alla pandemia (Figura 3.5.1).

Sono state invece 810 (22 ogni 100mila abitanti) le persone che nel 2022 si sono rivolte ad un consultorio nell'area di abuso e maltrattamento (mediamente 5 accessi pro capite), in aumento rispetto alle 741 del 2021 (pari a 20,1 per 100mila). L'84% è di genere femminile, mentre i minori rappresentano il 30,5%. L'area di problematicità più ricorrente è quella dei maltrattamenti fisici (44%), seguita dalle negligenze genitoriali (33%) e dai maltrattamenti psicologici (27%). Il 6% si è rivolto ai consultori per casi di maltrattamento sessuale (fonte: Regione Toscana). L'attività consultoriale rappresenta ancora una parte minoritaria degli accessi totali al servizio sanitario e sociosanitario da parte dei toscani per casi di violenza o maltrattamento.

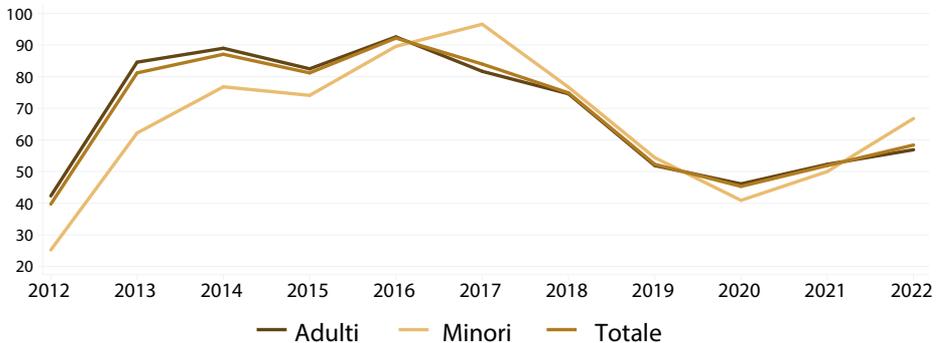
### Codice Rosa

**Rete clinica tempo-dipendente per fornire risposte immediate. Definisce modalità di accesso e percorso socio-sanitario nei Pronto soccorso per:**

- **donne vittime di violenza di genere (Percorso donna)**
- **vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione (Percorso per le vittime di crimini d'odio - direttiva 2012/29/EU HateCrimes).**

**Allerta e attiva i percorsi territoriali per un continuum assistenziale e una presa in carico globale.**

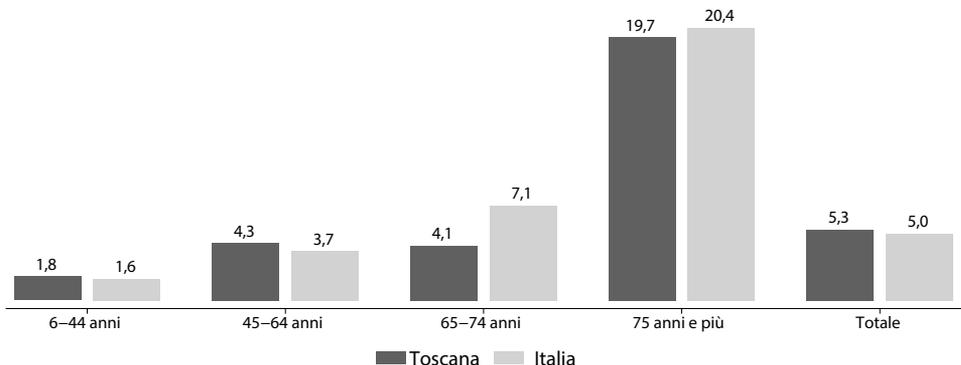
**Figura 3.5.1 Accessi in Codice Rosa ai Pronto soccorso, per età – Accessi per 100.000 abitanti – Toscana, periodo 2012-2022 – Fonte: Regione Toscana**



Le persone che convivono con una disabilità rappresentano un'altra fascia di popolazione più esposta agli ostacoli verso il pieno raggiungimento dell'indipendenza. Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la disabilità come una relazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali, che possono modificare gli esiti disabilitanti di una patologia, condizionando le limitazioni nello svolgimento di attività o nella partecipazione sociale, mirando al raggiungimento della massima autonomia possibile. La definizione di disabilità non è universale, pertanto dobbiamo integrare fonti diverse per tentare di rappresentare il quadro toscano. La sorveglianza Multiscopo

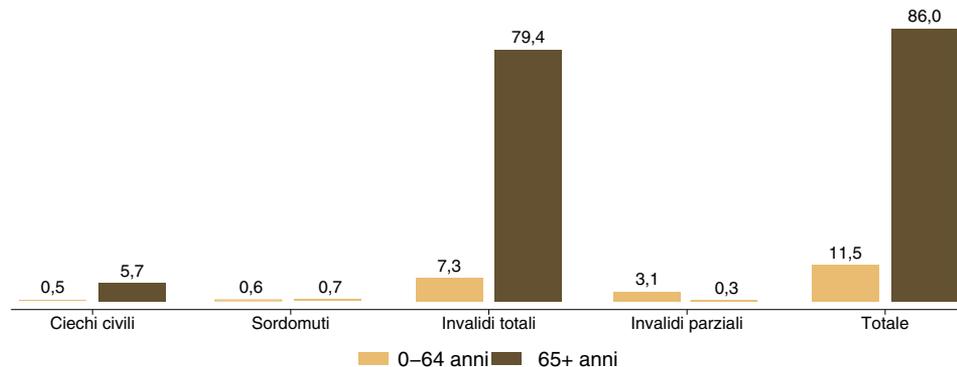
ISTAT stima circa 195mila persone con limitazioni funzionali gravi in Toscana, pari al 5,3% dei residenti di 6+ anni d'età (5% in Italia). Si tratta di persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni gravi, a causa di motivi di salute perduranti da almeno 6 mesi, nelle attività svolte abitualmente (non necessariamente certificate L.104/92 o 118/71). Dall'edizione 2015 la prevalenza in Toscana è in leggero aumento (dal 5% al 5,3%), mentre quella italiana in leggera diminuzione (dal 5,1% al 5%). Il 60% ha almeno 65 anni d'età (117mila persone) e oltre la metà (99mila persone) 75 anni e più, soglia d'età oltre la quale la prevalenza aumenta in maniera considerevole (Figura 3.5.2).

**Figura 3.5.2 Persone con limitazioni funzionali gravi di 6+ anni, per età – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2021 – Fonte: ISTAT**



Le indennità di accompagnamento INPS per gli invalidi civili totali e parziali (ex L. 118/71) erogate in Toscana a fine 2021 sono 113.404, di cui circa 95.558 a invalidi totali, nel 79,4% dei casi anziani (75.893 persone). Trattandosi di invalidi totali, dunque di una accezione di disabilità più ristretta di quella adottata da ISTAT, possiamo assumere questa come una buona misura di approssimazione, almeno per quelle gravi. La prevalenza di invalidi totali tra gli anziani è 10 volte quella rilevata tra gli adulti (Figura 3.5.3).

**Figura 3.5.3 Beneficiari di indennità di accompagnamento INPS per categoria di beneficiari e età – Prevalenza per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2021– Fonte: INPS**



L'incidenza dell'invalidità, cioè la fase della vita durante la quale si presenta più frequentemente, è rappresentata principalmente dalla fascia tra i 40 e i 64 anni, che infatti costituisce il 60% dei 9-10mila accertamenti fatti su adulti 0-64enni ogni anno da INPS, ma è in aumento la percentuale di minori sugli accertamenti totali (dal 25% al 30% dal 2015). Circa il 40% è accertato in gravità. La tipologia di minorazione maggiormente presente è quella fisica (59,2%), seguita da quella psichica (22%) e dal pluri-handicap (19%), mentre è residuale la disabilità sensoriale (1,8%). Gli accertamenti nel 2022 hanno raggiunto quota 10.711, 538 in più rispetto al 2021 (+1,1%), dopo la flessione del 2020 per l'interruzione parziale dell'attività (8.294 accertamenti) che può aver prodotto un lieve accumulo delle domande. Al fine 2022 erano 32.414 gli adulti 0-64enni (11,9 ogni 1.000 residenti), certificati ai sensi della L.104/92 o L.118/71, con una cartella sociale attiva e almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale nell'anno (fonte: Osservatorio sociale regionale, Regione Toscana). Rispetto all'anno precedente sono 789 assistiti in più (+2,5%), verosimilmente riconducibili ad una parte dei nuovi accertamenti avvenuti nell'anno ai sensi della L. 104/921.

Nel 2020, ultimo anno disponibile, 1.216 persone con disabilità hanno usufruito di interventi di integrazione sociale, che comprendono attività di tutoraggio sociale e di accompagnamento alla persona verso percorsi di autonomia, 756 di attività ricreative, sociali e culturali, organizzate per rispondere a bisogni di socializzazione e comunicazione delle persone con disabilità, 2.778 del trasporto sociale (fonte: ISTAT). L'utenza ha subito una netta diminuzione a causa della pandemia, nel 2019 infatti contava 3.824 beneficiari di interventi di integrazione sociale, 1.126 coinvolti in attività ricreative e 2.774 iscritti al servizio di trasporti sociale. Se consideriamo il 2019 come anno più rappresentativo della situazione reale, rispetto al 2012 i beneficiari di interventi di integrazione sociale sono più che raddoppiati (erano 1.609), mentre quelli coinvolti in attività ricreative sono diminuiti (erano 1.588 nel 2012), così come quelli che usufruiscono del trasporto sociale (erano 3.447). A fine 2021 sono 32.414 le persone 0-64enni con disabilità in carico al servizio sociale professionale (pari a 11,9 ogni 1.000 abitanti 0-64enni). Di queste, oltre 5.100 sono inserite in strutture, 2.337 nelle residenziali (7,2%) e 2.951 in semiresidenziali (9,1%), 2.709 beneficiano di assistenza domi-

ciliare socio-assistenziale (8,4% degli assistiti), 996 sono assistiti in domiciliare integrata (3,1%) (fonte: Osservatorio sociale regionale, Regione Toscana). Inoltre, nel 2022, 3.340 hanno beneficiato di contributi per il sostegno alla permanenza al proprio domicilio (gravissime disabilità e SLA, 2.242 persone) o per la vita indipendente (1.098 persone), tramite le Unità di Valutazione

Multidimensionali per la Disabilità (UVMD) delle Società della Salute e Zone Distretto. Entrambi i target aumentano rispetto ai 1.924 beneficiari di aiuti per le gravissime disabilità e SLA e i 996 con un progetto di vita indipendente del 2020 (fonte: Regione Toscana).

Al 31 dicembre 2022 erano 1.808 le persone con disabilità grave che hanno manifestato interes-

**Dopo di Noi (Legge 112/2016) finanzia il sostegno al progetto di vita per le persone con disabilità grave, nel rispetto dei principi sanciti dalla Convenzione ONU.**

**Regione Toscana (DGR 753/2017) ha sviluppato programmi territoriali per il Durante e Dopo di Noi articolati in ambiti che assicurano:**

**A. accompagnamento all'uscita dal nucleo familiare di origine e la deistituzionalizzazione;**

**B. interventi di supporto alla domiciliarità in alloggi con caratteristiche simili al contesto familiare;**

**C. programmi di accrescimento di consapevolezza e sviluppo delle competenze, per favorire l'autonomia e la gestione della vita quotidiana, anche con tirocini per l'inclusione sociale.**

se alle misure garantite dal programma Dopo di Noi, +2% rispetto al 2021. Di questi, 1.666 erano in possesso dei requisiti e 1.416 sono stati ammessi agli interventi del programma. Le progettualità territoriali sviluppate nell'ambito della Legge sul Dopo di Noi sono il risultato di un percorso di partenariato tra soggetti pubblici e privati chiamati a collaborare per la valorizzazione delle rispettive competenze e delle risorse, in un'ottica di costruzione di una rete territoriale, riflesso delle peculiarità di quella specifica zona, secondo una visione di welfare mix che orienti l'ente pubblico e gli enti del Terzo settore e del privato sociale verso il perseguimento di finalità solidaristiche. La situazione di alternanza nella realizzazione delle progettualità, che aveva contraddistinto la fase pandemica, nel 2022 può dirsi superata: tutte le attività nei 3 ambiti (A-C) sono state riattivate ed implementate. Per 1.348 dei 1.416 ammessi (95,2%) si è concretizzata la possibilità di veder definito un progetto di vita personalizzato. La condizione predominante tra i beneficiari continua ad essere quella di persone che, pur in presenza di risorse economiche adeguate e/o genitori ancora in grado di garantire un sostegno, necessitano di esigenze abitative extra-familiari, 736 nel secondo semestre 2022, seguiti da coloro i cui genitori non

sono più nella condizione di continuare a garantire il sostegno genitoriale, 371, +61 rispetto al 2021. Le persone prive di genitori e di risorse economiche adeguate sono invece 143, +19. Riguardo alla tipologia di interventi attivati si può osservare come, sempre nel secondo semestre 2022, 666 persone siano coinvolte in percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine, 502 aderiscano a programmi di accrescimento e sviluppo dei livelli di autonomia e di competenze per la gestione della vita quotidiana, mentre 228 persone stiano sperimentando forme di convivenza in soluzioni alloggiative alternative alle strutture istituzionalizzanti. Il 55% dei beneficiari sono maschi, con una prevalenza delle fasce di età 25-35 e 36-45 anni.

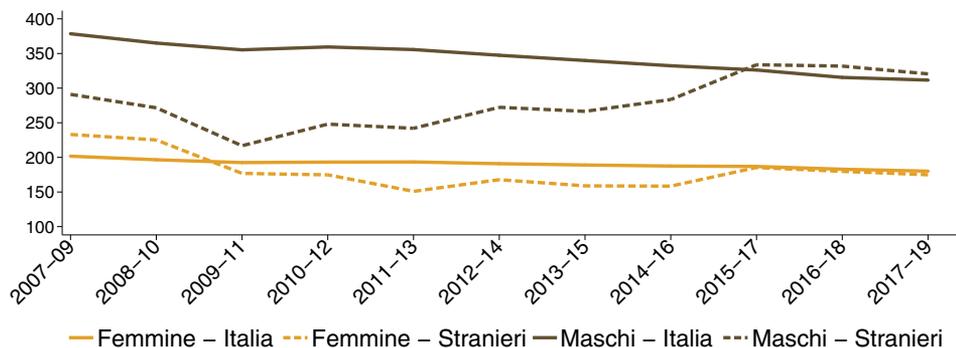
Concludiamo questa sezione parlando della popolazione straniera, risorsa fondamentale del contesto socio-economico e demografico della nostra regione. La Toscana, pur avendo perso un po' di attrattività lavorativa negli ultimi anni, come il resto del Paese, resta una delle principali regioni di riferimento lavorativo per gli stranieri e uno dei territori nei quali il loro apporto ed il loro protagonismo è particolarmente significativo. Il 13% delle forze di lavoro regionali (circa

215mila persone) e il 12% degli occupati (circa 187mila) sono di origine straniera, percentuali leggermente superiori alla presenza dei cittadini di origine straniera nella popolazione (11,1%) (fonte: ISTAT). È molto rilevante la componente impiegata nel lavoro domestico di cura, che con 56mila addetti (di cui l'86% donne) rappresenta il 72% dell'intero settore, evidenziando nel tempo un contributo importante anche al sistema di welfare (in Toscana si concentra l'8,5% dei lavoratori domestici presenti in Italia). Inoltre, la Toscana, insieme alla Liguria, detiene il primato nazionale di imprese individuali che hanno come titolare un cittadino non comunitario, circa 38.500, pari al 19% del totale delle imprese individuali (fonte: Rapporto sugli stranieri nel mercato del lavoro 2023, Ministero del lavoro e delle politiche sociali). A conferma di questa peculiarità, nella nostra regione si concentra il 20,3% dei lavoratori agricoli autonomi extracomunitari ed il 14% dei lavoratori autonomi artigiani extracomunitari presenti in Italia.

Considerata quindi la spinta che la ricerca di lavoro dà ai giovani cittadini di altri Paesi a stabilirsi nel nostro territorio, la struttura demografica dei residenti di origine straniera (sono esclusi non residenti e irregolari, per i quali non abbiamo informazioni) è quella tipica di una popolazione giovane e spiega gran parte delle differenze di salute rispetto agli italiani autoctoni: l'età media degli stranieri residenti in Toscana è di 35,7 anni (47,4 anni tra gli italiani) e tra loro gli anziani rappresentano il 6,5%

(28,7% tra gli italiani). Di conseguenza, è minore l'impatto di patologie che tendono a presentarsi e ad accumularsi durante la terza età, oltre che della mortalità. Nonostante attualmente gli stranieri siano l'11,1% della popolazione toscana, rappresentano solo il 6,7% dei malati cronici e il 2,1% dei decessi annuali. La prevalenza di malati cronici è il 23,6% tra gli stranieri e il 43,5% tra gli italiani autoctoni, il tasso di mortalità è pari a 222,7 decessi per 100mila, rispetto ai 1.288,7 per 100mila italiani autoctoni (triennio 2017-2019). Gli anziani rappresentano solo il 55% dei decessi di origine straniera, contro il 91% dei decessi italiani e l'età media dei deceduti stranieri è 55 anni, contro gli 82 anni degli italiani autoctoni. Per ottenere un confronto omogeneo tra le due popolazioni possiamo limitarci ad osservare la mortalità prematura, convenzionalmente rappresentata dai deceduti prima dei 75 anni. I due tassi di mortalità standardizzati per età sono quasi sovrapponibili: 227,4 decessi per 100mila stranieri e 243,4 per 100mila italiani. Pur essendo soggetto a maggiori oscillazioni per la minore numerosità della casistica, il trend della mortalità nella popolazione straniera mostra un progressivo allineamento con i valori di quella italiana autoctona, in entrambi i generi (Figura 3.5.4). In particolare la popolazione maschile di origine straniera, tendenzialmente composta da adulti in età lavorativa e in buona salute, nel tempo ha perso il vantaggio che aveva nei confronti degli italiani.

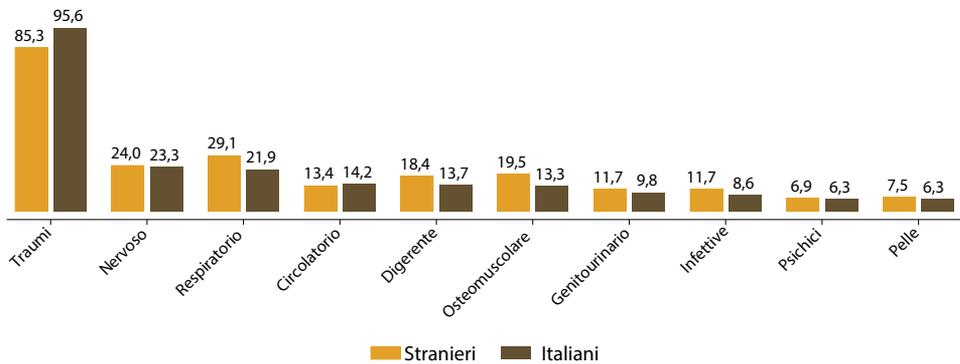
**Figura 3.5.4 Mortalità prima dei 75 anni, per genere e cittadinanza – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana, periodo 2007-2019 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Registro regionale di mortalità**



Se i livelli di mortalità tendono ad allinearsi, la persona di origine straniera presenta comunque alcuni svantaggi per le maggiori difficoltà di accesso alla medicina generale, a causa di barriere linguistiche o culturali che non facilitano il contatto, e tende ad identificare il Pronto soccorso come primo accesso alle cure territoriali. Alcuni studi mettono in evidenza la disparità nell'accesso ai servizi sanitari tra la popolazione italiana e quella straniera, descrivendo le difficoltà di questa popolazione a fruire dei servizi territoriali, nonostante risiedano in un paese in cui l'accesso alle cure è universalmente garantito (Di Napoli et al., 2020). Una recente revisione della letteratura sottolinea i problemi di comunicazione medico-paziente, per la scarsa presenza di interpreti o mediatori culturali, e la difficoltà diffusa dal personale medico nel superare le barriere culturali quando si tratta di pazienti provenienti da altri paesi (Filler et al., 2020). Questi ultimi hanno mediamente più difficoltà a riconoscere ed accettare le proprie patologie o a mantenere l'aderenza alla tera-

pia, per le abitudini e l'influenza dei modelli culturali dei loro paesi di provenienza. A supporto di queste tesi i dati toscani mostrano che in un anno, a parità d'età, un residente di origine straniera effettua mediamente circa la metà degli esami di diagnostica strumentale (1,3, rispetto ai 2,6 pro capite degli italiani) e di visite (1,8 vs 3 pro capite), mentre il divario tende a diminuire per la diagnostica di laboratorio, considerato che si tratta di prestazioni più accessibili e non caratterizzate da lunghe liste di attesa (12,4 vs 14,8 esami pro capite). Contestualmente gli accessi in Pronto soccorso tra gli stranieri sono invece 355 ogni 1.000 residenti, rispetto ai 316,4 per 1.000 italiani autoctoni. L'analisi delle diagnosi mostra che gli eccessi non si verificano per traumi o malattie circolatorie, mediamente più soggette a situazioni di emergenza per eventi acuti come incidenti o infarti, ma per malattie dell'apparato osteomuscolare, infettive, dell'apparato digerente, respiratorio o genitourinario, tra le quali è più frequente vi siano condizioni gestibili dalla medicina generale (Figura 3.5.5).

**Figura 3.5.5 Accessi al Pronto soccorso, per causa e cittadinanza – Tasso di accesso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Pronto soccorso**

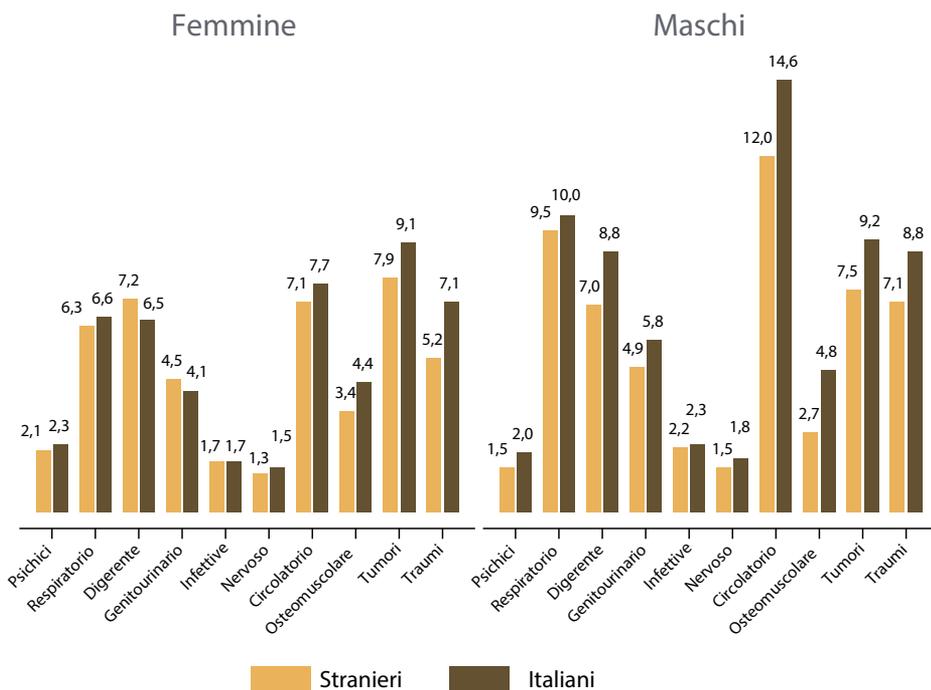


Il ricorso eccessivo, e in parte inappropriato, al Pronto soccorso è confermato anche dal fatto che questi ultimi non esitano in un maggior numero di ricoveri. Escludendo i parti e le complicanze da gravidanza (già affrontati nel capitolo precedente), la popolazione straniera tende a ricoverarsi meno della popolazione italiana autoctona: 89,3 ricoveri per 1.000 stranieri e 102,8 per 1.000 italiani nel 2022,

in linea con l'anno precedente e con il trend della popolazione generale. Selezionando solamente i ricoveri in regime ordinario (esclusi Day Hospital e lungodegenza/riabilitazione) gli stranieri mantengono tassi di ospedalizzazione più bassi degli italiani per tutte le grandi cause e in entrambi i generi (Figura 3.5.6). Anche i differenziali tra uomini e donne tra gli stranieri sono in linea con quelli osservati tra

gli italiani autoctoni, con gli uomini che hanno tassi di ricovero più alti per malattie del sistema circolatorio, respiratorio e traumi, mentre le donne per malattie dell'apparato osteomuscolare e disturbi psichici.

**Figura 3.5.6 Ospedalizzazione per acuti in regime ordinario, per grande gruppo, genere e cittadinanza – Tasso di incidenza standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2022**  
 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



# **La popolazione anziana tra invecchiamento attivo e risorsa per la società**

## 4. LA POPOLAZIONE ANZIANA TRA INVECCHIAMENTO ATTIVO E RISORSA PER LA SOCIETÀ

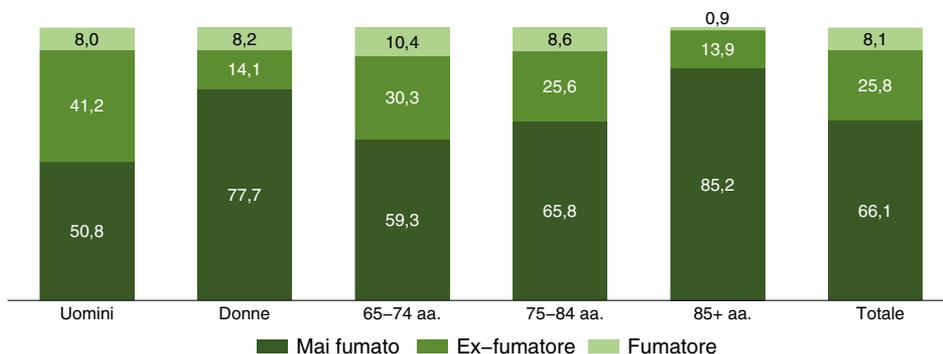
### 4.1. CONDIZIONI E STILI DI VITA

Gli anziani toscani hanno stili di vita ed abitudini più attente e salutari della media italiana. Diminuiscono i consumatori a rischio di alcol e sono stabili i fumatori regolari (su livelli inferiori alla media italiana), ancora troppi invece i sedentari. La quota di anziani in condizione di isolamento sociale è più bassa della media italiana, considerevole la parte che continua a rappresentare una risorsa per il proprio contesto familiare o comunitario.

Considerato il progressivo aumento degli anziani, l'invecchiamento sano e attivo è uno dei principali temi di salute pubblica, perché mantenersi in buona salute attraverso l'adozione di buone abitudini e stili di vita, oltre a fornire un beneficio alla propria qualità di vita, aiuta a ridurre l'impatto sui servizi sanitari e di welfare. Tendenzialmente le buone abitudini degli adolescenti e degli adulti si mantengono anche tra gli anziani toscani, nel panorama nazionale tra i più attenti a limitare i fattori di rischio noti (fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, ISS). I bevitori di alcol, anche saltuari, sono il 34,2%, pari a 326mila persone. Con l'età diminuiscono: dal 37,5% dei 65-74enni al 24,9% degli 85+. In base ai consumi di alcol dichiarati il 16,3% (155mila persone) beve mediamente più di un bicchiere di alcol al giorno. Il consumo di alcol tende a diminuire, in particolare i consumatori più a rischio, -10 punti percentuali rispetto al 27,3% del 2017.

Gli anziani che dichiarano di aver fumato almeno 5 pacchetti di sigarette nella vita sono il 34% (49,2% degli uomini e 22,3% delle donne). I fumatori attuali sono l'8,1%, 77mila anziani, con un chiaro trend per età e differenze di genere non così marcate (Figura 4.1.1). Il trend recente è stabile, i fumatori erano il 9,3% nel 2017 e l'8,2% nel 2019, mentre aumentano gli anziani che non hanno mai fumato, dal 54,4% del 2017 al 66% del 2021, a discapito degli ex-fumatori. È compatibile con i trend di diminuzione del consumo di tabacco negli ultimi 40 anni da parte del genere maschile, quello che ha sostenuto dagli anni '50 agli anni '90 la prevalenza dei fumatori nella nostra regione e in Italia, che le persone che stanno facendo il loro ingresso tra gli over 65 abbiano fumato mediamente di meno nella vita, rispetto alle generazioni precedenti.

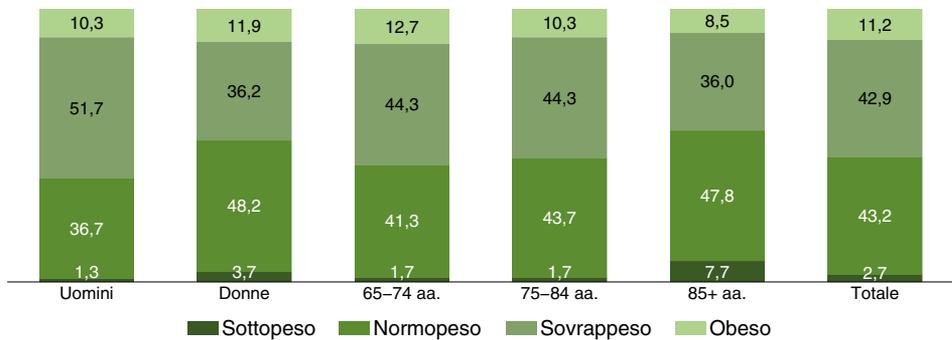
**Figura 4.1.1 Anziani che fumano o hanno fumato nella vita, per classe d'età e genere – Prevalenza percentuale – Toscana, anno 2021 – Fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, ISS**



Gli ex-fumatori sono molti di più tra gli uomini, storicamente più fumatori delle donne durante l'età adulta, come già detto. Questo si riflette anche sul trend per età, tra i grandi anziani infatti aumenta la prevalenza delle donne (il 64% degli over 84enni) e questo contribuisce a spiegare l'aumento della percentuale di persone che non hanno mai fumato nella vita.

Tra gli anziani che non hanno problemi di movimento il 42,6% (279mila persone) non svolge un'adeguata attività fisica (si considera come adeguata anche una semplice passeggiata per i grandi anziani). Con l'età aumentano gli inattivi: dal 34,2% tra i 65-74enni all'82,6% oltre gli 85+. Il dato è stabile dal 2019 (41,8%) e in diminuzione dal 2017 (52,9%). L'attività fisica è fondamentale per tenere sotto controllo non solo l'obesità (associata a rischio cardiovascolare e altre malattie del sistema endocrino o metabolismo), ma anche il peso troppo basso o addirittura di forte magrezza, che può portare fragilità osteomuscolare ed esporre al rischio di cadute e fratture, oltre ad essere indice di una possibile malattia. Il 2,7% (25mila anziani) è sottopeso. Gli obesi sono l'11,2%, 103mila anziani (Figura 4.1.2). La condizione di sottopeso è più frequente tra le donne e, di conseguenza, tra i grandi anziani (prevalentemente donne). L'obesità si riduce invece con l'età ed è sostanzialmente uguale nei due generi.

**Figura 4.1.2 Anziani per stato ponderale, per classe d'età e genere – Valori percentuali – Toscana, anno 2021 – Fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, ISS**



Come già visto per la popolazione minorenni ed adulta, solo l'8% degli anziani, 76mila persone, consuma abitualmente le 5+ porzioni di frutta e/o verdura raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità. La percentuale scende al 3,4% tra gli ultra84enni. Coloro che non consumano affatto frutta e verdura sono lo 0,7%, il 43% ne consuma almeno 3-4 porzioni al giorno, mentre il 53% si ferma a 2 porzioni. Rispetto agli anni scorsi diminuiscono gli anziani che consumano le 5 porzioni al giorno (16,7% nelle scorse edizioni) e tendono ad aumentare nuovamente i consumatori di 3-4 porzioni giornaliere, scesi al 39,9% nel 2019 dal 51,2% nel 2017.

Le percentuali di soggetti sedentari rimangono molto alte nel genere femminile, la pratica dell'attività fisica è lo stile di vita attraverso il quale meglio si osserva la differenza di genere a loro sfavore. I sedentari in Toscana sono nella stessa quota della popolazione generale italiana, anche se il vantaggio della popolazione maschile toscana rispetto alla media italiana è bilanciato dallo svantaggio del genere femminile.

In conclusione, nel confronto tra i due generi gli uomini tendono ad essere meno sedentari delle donne, ma fumano e bevono di più. Più equilibrato il confronto per peso ponderale e consumo di frutta e verdura (Tabella 4.1.1). Rispetto all'Italia gli anziani toscani bevono leggermente meno, soprattutto se si tratta di consumo eccedentario, fumano meno ed è più bassa la prevalenza di obesi, pur consumando meno frutta e verdura della media.

**Tabella 4.1.1 Determinanti di salute tra gli anziani, per genere – Prevalenza percentuale – Toscana e Italia, anno 2021 – Fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, ISS**

Determinante	Maschi		Femmine		totale	
	Toscana	Italia	Toscana	Italia	Toscana	Italia
Sedentari	35,3	39,2	48	44,3	42,6	42
Bevitori	52,3	56,6	20,3	26,6	34,2	39,8
di cui a rischio	29,5	31,9	6,1	8,7	16,3	19
Fumatori	8	12,2	8,2	9,3	8,1	10,6
Ex-fumatori	41,2	43	14,1	16,5	25,8	28,2
Obesi	10,3	13,7	11,9	14,8	11,2	14,3
<5 porzioni di frutta/verdura	92,7	91	90,7	89,7	92	89,9

Il mantenimento di una buona salute tra gli anziani è fortemente influenzato dal grado e dalla qualità dell'inserimento sociale, ossia dai fattori che interessano sia la condizione abitativa sia la presenza di relazioni sociali e reti di supporto. La quota di anziani in condizione di isolamento sociale è pari al 14% in Toscana (media italiana pari al 15,5%) (fonte: PASSI d'Argento, ISS). Il 19% degli anziani toscani (circa 180mila in termini assoluti) vive da solo e rappresenta il 60% dei nuclei monopersonali (fonte: ISTAT). Il 70% delle famiglie unipersonali è composta da donne, più longeve degli uomini e quindi più frequentemente in condizioni di vedovanza. La solitudine abitativa però non comporta automaticamente l'isolamento sociale dell'anziano, c'è infatti una parte di persone per la quale il vivere da soli può, al contrario, essere segnale di buone condizioni di autonomia fisica, relazionale ed economica (sono in condizioni di salute tali da riuscire a vivere da soli senza l'aiuto di terzi): sempre PASSI d'Argento stima che il 95% degli anziani toscani percepisce positivamente la propria

salute, che solo il 3% dichiara di arrivare a fine mese con molte difficoltà economiche (contro una media Italia del 10%) e che solo il 12% si ritiene insoddisfatto della propria vita (media nazionale 18%). Gli anziani che rappresentano una risorsa per il proprio contesto familiare o comunitario, prendendosi cura di parenti o amici o svolgendo volontariato, sono il 26% in Toscana (27,2% in Italia), 1 su 3 al di sotto dei 75 anni d'età. C'è però sicuramente una quota per la quale si configura, insieme alla solitudine abitativa, una situazione di mancanza di tessuto relazionale e protettivo. Ed è su quest'ultimo target che occorre concentrare l'attenzione, perché rappresenta la fascia più a rischio, maggiormente soggetta alla perdita di autonomia e allo scivolamento nell'area della non autosufficienza.

L'associazione fra isolamento sociale/fisico vissuto durante i primi due anni di pandemia dagli anziani e deterioramento cognitivo e mentale è stata ampiamente descritta dalla letteratura internazionale (National Council on Aging, 2021, World Health Organization, 2021).

#### 10.090 enti del Terzo Settore, 4° regione in Italia

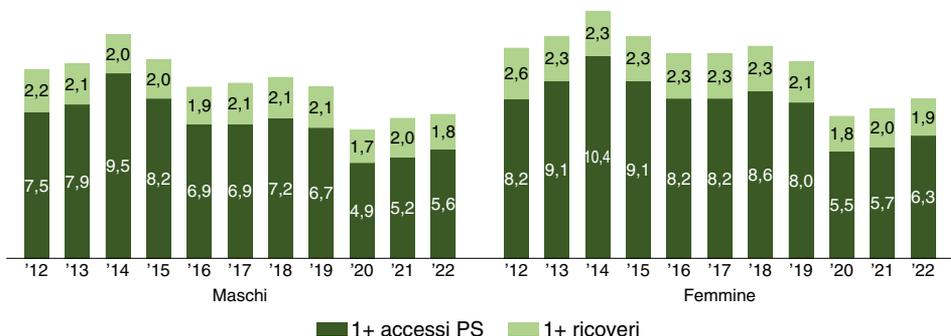
- 5.611 Associazioni Promozione Sociale
- 3.146 Organizzazioni di Volontariato
- 927 imprese sociali

28.000 enti del Non profit (7,7% del totale italiano)

Una recente revisione sistematica stima che oltre la metà degli anziani affetti da demenza e il 24,1% di quelli con livello cognitivo nella norma abbia manifestato un peggioramento dello stato cognitivo durante il periodo di isolamento, il 29,7% un peggioramento delle condizioni psicologiche (Prommas et al., 2023). Questo scenario per il momento non trova conferma in Italia, considerato che il 9,5% degli anziani manifesta sintomi depressivi (episodi frequenti di poco interesse nel fare le solite attività o in cui si sentono giù di morale, abbattuti o senza speranze, nelle ultime due settimane), ma il trend è in leggera diminuzione rispetto al periodo pre-pandemia (fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, ISS). La stima per la Toscana è il 3,5% (circa 23mila persone), l'1,7% tra gli uomini e il 4,8% tra le donne, e la nostra è la regione con il valore più basso. Va precisato che la stima non si basa su diagnosi cliniche, ma sulla frequenza della sintomatologia sopra descritta riferita dagli anziani. L'aderenza ad una terapia efficace nel limitare i sintomi potrebbe nascondere la reale prevalenza del fenomeno e la Toscana, come detto nel capitolo precedente, è la regione con il più alto consumo di farmaci antidepressivi in Italia. La prevalenza di anziani in terapia (6 o più prescrizioni nell'anno) è il 10,6% (circa 100mila persone), il triplo del 3,6% rilevato nella popolazione generale e del 3,5% di depressi stimati

da PASSI d'Argento. Questi farmaci sono utilizzati infatti soprattutto tra gli anziani, in particolare nei casi di deterioramento cognitivo, anche se la letteratura internazionale non ha mostrato una significativa efficacia (Dudas et al., 2018). Il trend temporale è stabile negli ultimi anni, ma in leggero aumento rispetto a dieci anni prima (9,7% nel 2012). L'aumento riguarda più le donne, passate in 10 anni dal 12,4% al 13,8% (dal 6,1% al 6,5% gli uomini), che mediamente dichiarano con maggior facilità la sofferenza psichica, sono più favorevoli alla medicalizzazione e hanno una maggiore adesione alle indicazioni medico terapeutiche. I servizi territoriali per la salute mentale riescono ad intercettare solo una parte di questa platea. Gli ambulatori hanno una riduzione dell'utenza: 10.241 utenti, pari a 10,8 ogni 1.000 anziani, hanno avuto un accesso nel 2021, in diminuzione dai 13.041 del 2019 (13,8 per 1.000 abitanti). Si conferma però la prevalenza maggiore tra le donne, pari a 12,2 per 1.000 rispetto all'8,8 per 1.000 tra gli uomini. Le diagnosi principali tra gli utenti sono le psicosi affettive (4,2 per 1.000 abitanti), i disturbi nevrotici (3,3 per 1.000) e le reazioni di adattamento (1,3 per 1.000). Accessi al Pronto soccorso e ricoveri per cause psichiatriche sono in leggero aumento dopo la forte riduzione del 2020, ma il trend di lungo periodo segnala una diminuzione (Figura 4.1.3).

**Figura 4.1.3 Accessi in Pronto soccorso e ricoveri per cause psichiatriche, per genere – Prevalenza (almeno un accesso/ricovero nell'anno) per 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Toscana, periodo 2012-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Pronto soccorso e Schede di dimissione ospedaliera**



Le cause principali di accesso al Pronto soccorso sono gli stati psicotici organici senili e presenili e gli stati psicotici organici (1,6 accessi per 1.000 anziani residenti). Elevato anche l'accesso con diagnosi di disturbo nevrotico che, sempre nel 2022, ha interessato 1.580 persone (1,6 per 1.000). Per quanto riguarda i ricoveri va tenuto presente che, trattandosi di anziani in molti casi con una o più malattie croniche, la diagnosi psichiatrica come causa principale del ricovero può essere meno rappresentata, perché prevalgono altre patologie con maggior assorbimento di risorse. Nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza di anziani con almeno un ricovero nell'anno scende dal 2,4 all'1,8 per 1.000. Le cause di ricovero più frequenti, stabili nel tempo, sono le psicosi organiche (0,6 per 1.000 anziani residenti), seguite dal disturbo bipolare (0,5 per 1.000) e dalle psicosi schizofreniche (0,2 per 1.000). Tra i due generi le principali differenze si rilevano per il ricorso al

Pronto soccorso, mentre è abbastanza equilibrato il confronto dell'ospedalizzazione.

Se la pandemia da COVID-19 ha contribuito a far emergere l'associazione fra isolamento sociale e peggioramento cognitivo, dobbiamo riflettere sul ruolo che la relazione svolge nel favorire la condizione psichica di molti anziani. Purtroppo la presa in carico da parte della salute mentale territoriale non è del tutto rappresentativa del reale bisogno di una popolazione spesso affetta da patologie psichiche, come la depressione, che tendono a precedere o ad essere associate ad un deterioramento cognitivo. Frequentemente, infatti, gli anziani vengono presi in carico prima da altre discipline specialistiche, come ad esempio la geriatria. Anche l'ospedale e il Pronto soccorso intercettano soltanto una minima parte dei disturbi, quelli più severi e meno gestibili al domicilio. Uno dei principali indicatori in grado di raffigurare la condizione psichica degli anziani rimane quindi la terapia con antidepressivi.

## 4.2. CONVIVERE CON LE PATOLOGIE CRONICHE

**Gli anziani in Toscana, come in Italia, rappresentano dalla metà ai due terzi dell'intera platea dei malati cronici, che sono quasi il 40% della popolazione generale. Le patologie più diffuse sono ipertensione e dislipidemia (quasi la metà di queste sono di soggetti over 65 anni). La popolazione anziana con patologie croniche è quella che insiste maggiormente sull'attività del servizio sanitario territoriale e dei medici di famiglia, che sono numericamente in leggera diminuzione negli ultimi anni.**

Come detto, l'invecchiamento attivo ha tra i suoi obiettivi anche quello di limitare l'impatto dell'aumento di anziani e malati cronici, che necessitano di una presa in carico a lungo termine, sulla tenuta dei sistemi sanitari universalistici. Con l'aumento della sopravvivenza media, inoltre, sono sempre di più gli anziani che presentano più patologie e hanno bisogno di un percorso di presa in carico complesso che coinvolge più specialisti oltre al medico di medicina generale. La multicronicità è associata anche ad un aumento delle terapie farmacologiche e, di conseguenza, alla necessità di gestire la politerapia, caratterizzata da un maggior rischio di eventi avversi, dalla prescrizione di farmaci potenzialmente inappropriati

e da una riduzione media dell'aderenza alla terapia (fonte: Rapporto Osservasalute 2022). Gli anziani rappresentano l'80% dei ricoveri ordinari (esclusi Day Hospital e lungodegenze/riabilitazione), con un tasso di ricovero pari al 196 per 1.000, rispetto al 49 per 1.000 adulti 18-64enni e ai 31 per 1.000 minorenni (fonte: Elaborazioni ARS su dati ospedalieri). Circa un quarto dei ricoveri avviene per malattie circolatorie, seguite dai tumori tra i 65-84enni e dalle malattie respiratorie tra i grandi anziani (Tabella 4.2.1), tra i quali tornano ad incidere maggiormente anche i traumi, per la fragilità dell'apparato osteomuscolare e le conseguenze delle cadute.

**Tabella 4.2.1 Ricoveri per causa (grande gruppo) ed età – Valori per 100 ricoveri – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera**

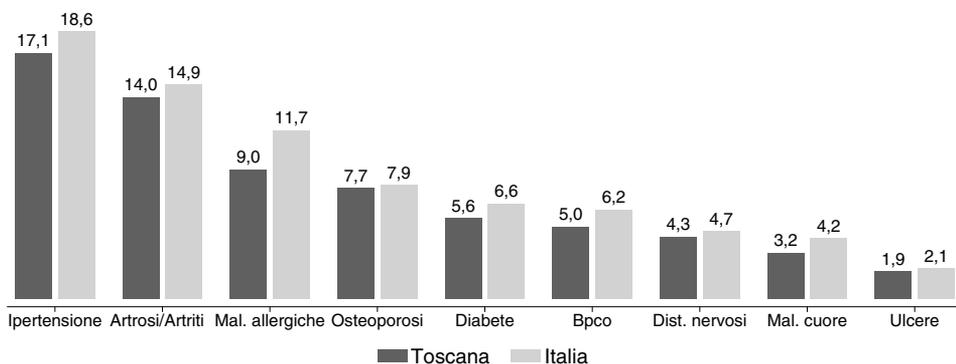
<18		18-39		40-64		65-84		85+	
Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%
Traumi	14	Traumi	17	Tumori	18	Circolatorio	22	Circolatorio	25
Respiratorio	13	Digerente	14	Digerente	15	Tumori	16	Respiratorio	24
Psichici	12	Psichici	12	Circolatorio	14	Respiratorio	13	Traumi	17
Nervoso	11	Tumori	11	Osteomuscolare	11	Traumi	11	Digerente	8
Digerente	9	Respiratorio	9	Traumi	11	Digerente	10	Tumori	7

A seconda delle patologie considerate, gli anziani rappresentano dalla metà ai due terzi dell'intera platea dei malati cronici. La prevalenza di malati aumenta con l'età, con valori che oltrepassano il 70% tra i 65-74enni e l'85%

tra gli over74enni (fonte: ISTAT). Non esiste, ad oggi, un registro nazionale o regionale delle persone affette dalle singole patologie e, a seconda della fonte, il pool delle patologie considerate è diverso, in funzione di ciò che è

possibile stimare con le banche dati disponibili (solitamente di tipo amministrativo o da sorveglianza campionaria). Le stime Multiscopo ISTAT (basate sulle risposte fornite dall'intervistato) contano circa 1 milione e 400mila malati cronici in Toscana nel 2022, pari al 38,5% degli abitanti (rispetto al 40,4% in Italia), di cui 779mila persone con 2+ patologie croniche, pari al 19,2% (21,5% in Italia). Le malattie considerate sono quelle rappresentate in figura 4.2.1. Il dato è abbastanza stabile dal 2009 (primo anno di rilevazione), quando si stimava il 40,4% di cronici totali e il 20,4% di malati con almeno 2 patologie in Toscana, che ha prevalenze minori della media italiana per tutte le patologie considerate.

**Figura 4.2.1 Malati cronici, per patologia – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: ISTAT**



Attingiamo a dati regionali, riferibili alla popolazione d'età 16+ anni, per approfondire il tema. Le stime basate sui flussi sanitari regionali per il 2022 contano poco meno di 1 milione e 300mila malati cronici, 3 su 5 dei quali ha almeno 65 anni d'età (Tabella 4.2.2). Il trend recente, dal 2019 al 2022, è sostanzialmente stabile su questi valori ed è in linea con le stime ISTAT. Gli ultimi anni di pandemia possono aver in parte rallentato la crescita del numero di malati cronici, da un lato perché il COVID-19 ha dimostrato di avere un'alta letalità nella popolazione in condizioni di salute compromesse, dall'altro perché, considerata la natura del dato (basato sul ricorso ai servizi), il rallentamento dell'attività può aver ostacolato l'emersione di nuove diagnosi.

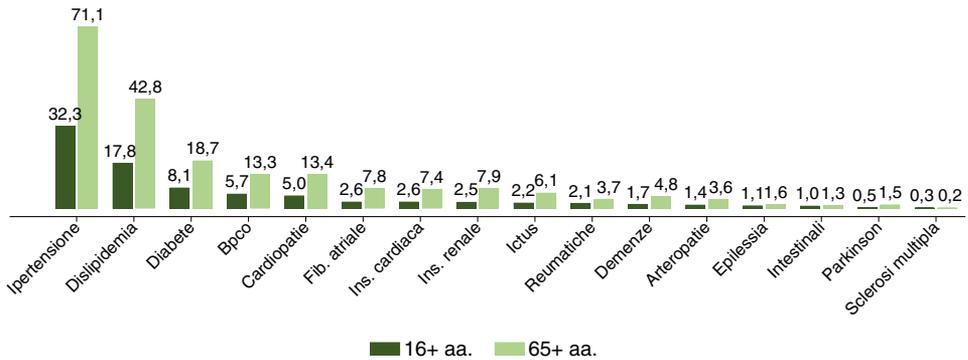
La prevalenza dei cronici aumenta progressivamente dall'8% tra i 16-44enni al 94% tra i grandi anziani (85+ anni). Si notano valori leggermente maggiori tra gli uomini, al di sotto dei 75 anni d'età, mentre oltrepassata tale soglia i due generi si allineano. Questo è atteso, considerato che mediamente gli uomini adulti hanno condizioni di salute peggiori delle donne loro coetanee, che contribuiscono ad abbassare la loro aspettativa di vita. Proprio per queste differenze nell'aspettativa di vita media, però, le donne rappresentano il 54% dei malati cronici totali.

Le patologie più diffuse sono l'ipertensione (32% della popolazione, 71% tra gli anziani) e la dislipidemia (18% della popolazione, 43% degli anziani). La prevalenza delle singole patologie tra gli anziani è sempre ovviamente più elevata rispetto a quella della popolazione generale, in particolare per le malattie che hanno una sopravvivenza elevata alla diagnosi, come ad esempio le stesse ipertensione e dislipidemia. Con l'età, infatti, questo tipo di malattie tendono ad accumularsi. Fa eccezione invece la sclerosi multipla, che tende a presentarsi già in età giovane/adulta ed ha una sopravvivenza alla diagnosi minore, rispetto alle altre considerate.

**Tabella 4.2.2 Malati cronici, per età e genere – Valori assoluti (in migliaia) e prevalenza per 100 abitanti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari**

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	n (in migliaia)	x100 ab.	n (in migliaia)	x100 ab.	n (in migliaia)	x100 ab.
16-44	40	7,5	40	7,7	80	7,6
45-54	81	29	75	25,4	155	27,2
55-64	136	52,6	133	47,8	268	50,1
65-74	155	75,9	167	72,2	322	73,9
75-84	132	88,4	170	88,3	301	88,3
85+	52	93,4	100	94,3	152	94
<b>Totale</b>	<b>595</b>	<b>40,4</b>	<b>684</b>	<b>42,2</b>	<b>1.279</b>	<b>41,3</b>

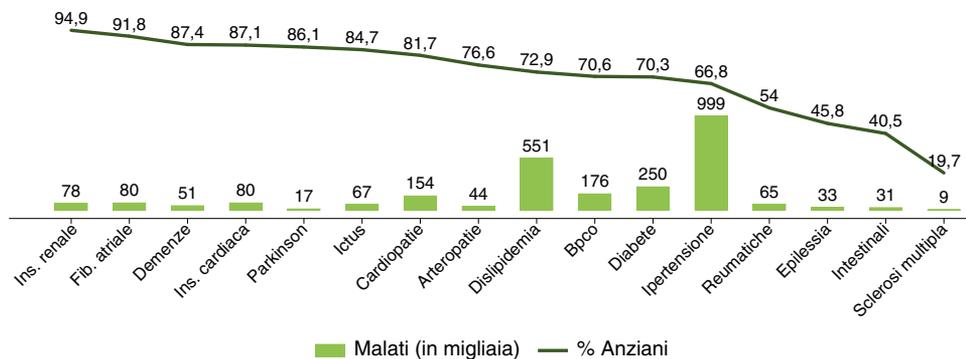
**Figura 4.2.2 Malati cronici, per età e patologia – Prevalenza per 100 abitanti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari**



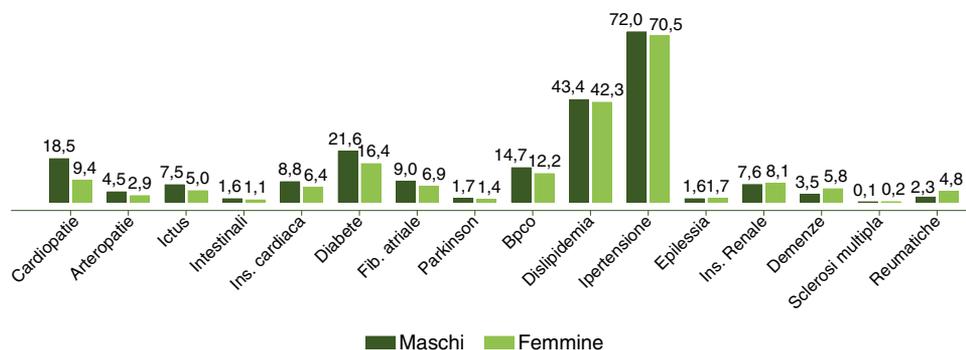
La figura 4.2.3 rappresenta il peso della popolazione anziana per le singole patologie. Le coorti di malati cronici composte quasi esclusivamente da anziani sono quelle di patologie che tendono a presentarsi mediamente in età più avanzata (insufficienza renale, fibrillazione atriale, demenze, insufficienza cardiaca, parkinson) o che sono contraddistinte da una sopravvivenza mediamente più lunga rispetto alle altre. Le persone con 2 o più malattie rappresentano il 22,4% della popolazione generale e il 53,3% degli anziani. Circa 3 su 4 hanno almeno 65 anni.

Le principali differenze di genere tra gli anziani per le singole patologie riguardano le cardiopatie, che hanno una prevalenza quasi doppia tra gli uomini, e le patologie cardiocircolatorie in generale, mentre le malattie reumatiche e le demenze caratterizzano maggiormente la popolazione femminile (Figura 4.2.4).

**Figura 4.2.3 Malati cronici, per patologia – Valori assoluti (in migliaia) e percentuale di anziani 65+ anni ogni 100 abitanti con patologia cronica d'età 16+ anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari**



**Figura 4.2.4 Anziani malati cronici, per patologia e genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 65+ anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari**



La popolazione anziana con patologie croniche è quella che insiste maggiormente sull'attività del servizio sanitario territoriale e dei medici di famiglia. La rete dei medici di medicina generale è sempre più integrata con quella della specialistica territoriale per assicurare percorsi di presa in carico multidisciplinari e calibrati sulla complessità dell'assistito, piuttosto che sui singoli percorsi patologia-specifici come in passato. La multicronicità, infatti, si associa ad un aumento delle risorse necessarie alla sua gestione. All'interno del rapporto Osservasalute, utilizzando i dati della Società italiana di medicina generale (Health Search), sono riportati 3 indicatori che misurano la frequenza con la quale i multicronici (che si stima pesino per il 60% dell'attività giornaliera di un medico di medicina generale) hanno contatti con il proprio medico di famiglia, prescrizioni farmaceutiche e accertamenti laboratoristici o strumentali. Gli assistiti toscani tendono ad avere mediamente 9 contatti all'anno con il proprio medico (come in

**Medici di medicina generale al 31 /12/2022**

**A ciclo di scelta (ex ass. primaria):**  
2.312 (6,3 per 10mila ab.)  
-86 vs 2021

**A rapporto orario (ex continuità ass.le):**  
904 (2,5 per 10mila ab.)  
+4 vs 2021

### Medici dei servizi territoriali al 31 /12/2022

16 (0,4 per 100mila ab.)  
-8 vs 2021

### DGRT 1508/2022 Nuovo modello di assistenza territoriale

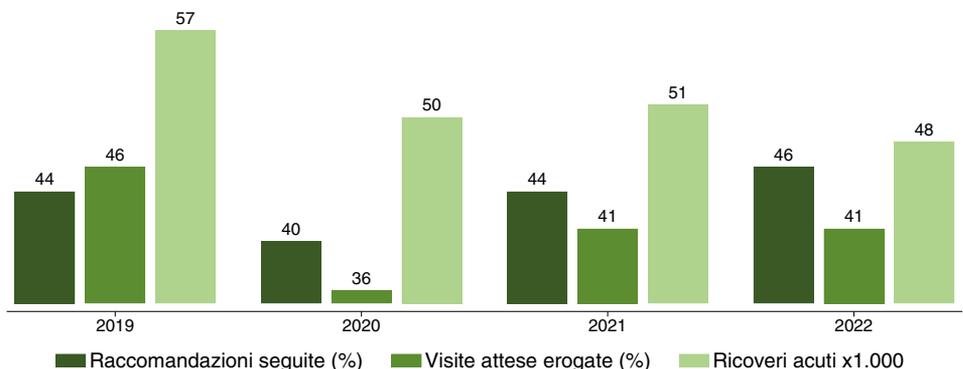
Presenza in carico globale, casa come primo luogo di cura, integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale, Case e Ospedali di comunità, cure intermedie, COT, telemedicina, cure palliative.

Italia), ricevono mediamente 29 prescrizioni farmaceutiche (27 in Italia) ed eseguono 47 accertamenti diagnostici annui (35 in Italia). I dati sono in linea con la media nazionale per contatti con il medico e ricette, ma i nostri medici tendono a prescrivere più accertamenti diagnostici rispetto alla media italiana. I dati in parte ancora possono risentire delle limitazioni dovute alla pandemia, anche se il 2021 segna già una ripresa rispetto al 2020 (+2% contatti con il medico, +30% accertamenti diagnostici). Tra le regioni, la Toscana è 8° per numero medio di contatti con il medico, 5° per prescrizioni farmaceutiche e 4° per accertamenti diagnostici.

Integriamo la discussione con alcuni indicatori del programma di osservazione dell'assistenza territoriale regionale. La percentuale di raccomandazioni previste dalle linee guida correttamente seguite dagli assistiti (esami di laboratorio, visite, controlli periodici), le visite specialistiche erogate (specifiche per la patologia) rispetto all'atteso, ipotizzando che ogni malato debba eseguire una visita specialistica nell'anno, l'incidenza delle riacutizzazioni della malattia (stimate dai ricoveri ordinari per eventi acuti, in area medica). I primi due indicatori, che misurano l'appropriatezza della presa in carico, hanno subito entrambi una riduzione nel 2020, ma già dal 2021 si sono nuovamente posizionati sui valori pre-pandemia (Figura 4.2.5). Il tasso di ospedalizzazione prosegue invece il trend in diminuzione e per questo indicatore si tratta di un andamento da interpretare positivamente. In generale le raccomandazioni previste sono seguite nel 46% dei cronici e il 41% è visitato dallo specialista nell'anno. Si tratta di valori migliorabili, perché da questi plausibilmente dipende la qualità della vita dei malati e la convivenza con la propria patologia libera da eventi acuti. Il trend del tasso di ospedalizzazione in questo senso mostra segnali positivi, anche se non è escluso che possa risentire ancora della generale riduzione dei livelli di ospedalizzazione alla quale abbiamo assistito negli ultimi anni per la pandemia. I prossimi saranno anni importanti per valutare se si tratti di una diminuzione realmente associata ad un miglioramento delle condizioni di salute generali o piuttosto dipenda dal calo dei volumi di attività.

Si tratta di valori migliorabili, perché da questi plausibilmente dipende la qualità della vita dei malati e la convivenza con la propria patologia libera da eventi acuti. Il trend del tasso di ospedalizzazione in questo senso mostra segnali positivi, anche se non è escluso che possa risentire ancora della generale riduzione dei livelli di ospedalizzazione alla quale abbiamo assistito negli ultimi anni per la pandemia. I prossimi saranno anni importanti per valutare se si tratti di una diminuzione realmente associata ad un miglioramento delle condizioni di salute generali o piuttosto dipenda dal calo dei volumi di attività.

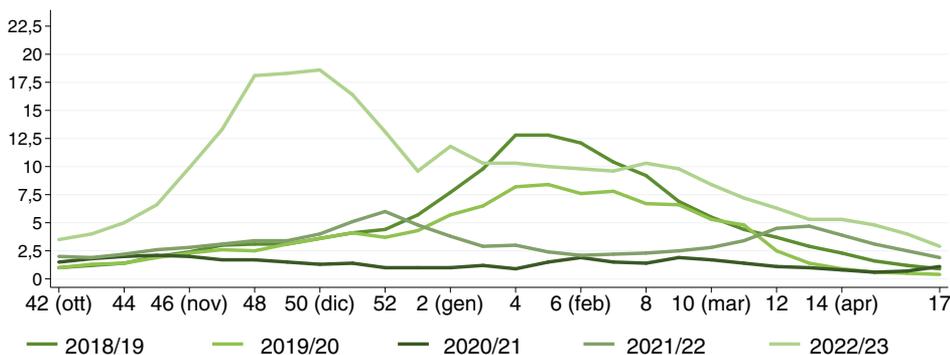
**Figura 4.2.5 Indicatori di monitoraggio dell'assistenza territoriale alla cronicità – Valori per 100 o 1.000 assistiti d'età 16+ con almeno una patologia cronica – Toscana, anno 2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari**



Anziani e cronici rappresentano il target più suscettibile alle complicazioni del contagio da agenti infettivi. La pericolosità del contagio si è resa evidente anche in occasione della pandemia da SARS-CoV-2, virus che ha vie di trasmissione e un'associazione tra età e sintomatologia severa sovrapponibili a quelle del virus influenzale. Per entrambe le patologie il rischio di contagio è trasversale all'età, perché dipende più da determinanti sociali che da una condizione di fragilità di salute, ma le sindromi severe sono rappresentate quasi solamente da anziani (in parte dai bambini sotto i 5 anni per l'influenza). Si stima che circa il 35% dei ricoverati totali per influenza abbia più di 65 anni e il 30% meno di 5 anni. I deceduti, circa 40 in Toscana ogni anno nell'ultimo triennio, ricadono solamente nella fascia anziana. I casi

di sindromi simil-influenzali o Ili (Influenza Like Illness) in Toscana nella stagione 2022-2023 sono stati quasi 964mila, pari al 26,3% della popolazione (23,4% in Italia), in aumento dopo il calo delle stagioni precedenti per le misure di contrasto messe in campo per la pandemia. L'andamento è stato atipico rispetto alle stagioni pre-pandemia, il picco si è concentrato tra la fine di novembre e la metà di dicembre, raggiungendo un'incidenza pari a 18,6 casi ogni 1.000 abitanti, mentre solitamente si collocava tra la fine di gennaio e l'inizio di febbraio (Figura 4.2.6). Dopo una rapida diminuzione, l'incidenza si è in seguito stabilizzata a circa 10 casi ogni 1.000 abitanti per diverse settimane, per poi decrescere lentamente fino al valore di 2,9 casi ogni 1.000 abitanti nell'ultima settimana di aprile.

**Figura 4.2.6 Sindromi influenzali segnalate per settimana e stagione influenzale - Casi per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2018-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Influnet, ISS**



Per quanto riguarda le gravi infezioni respiratorie acute (SARI) e le sindromi da distress respiratorio acuto (ARDS), casi che richiedono un ricovero in Terapia intensiva o Rianimazione e positivi ai virus influenzali, nella nostra regione sono stati registrati 11 casi. Nonostante le raccomandazioni però la copertura vaccinale per l'influenza negli anziani è ancora lontana dal valore minimo raccomandato dall'OMS del 75%. Dopo un aumento fino al 65,5% nella stagione 2020/2021 (+9% rispetto all'anno prima), quando la campagna di vaccinazione anti-influenzale fu sostenuta con maggiore forza per la mancanza di un vaccino anti-COVID-19, già

dalla successiva il valore è nuovamente sceso, attestandosi in Toscana al 59,5% nella stagione 2022/2023 (56,7% in Italia). L'adesione alla campagna di vaccinazione ha perso di intensità nel tempo anche per quanto riguarda il COVID-19. In Toscana durante la campagna iniziale la copertura nella popolazione ha raggiunto valori tra i più alti in Italia, in special modo nella popolazione anziana: a fine 2022 i vaccinati con ciclo completo rappresentavano il 90% della popolazione d'età 5+ anni (al di sotto di tale soglia il vaccino non era somministrabile) e il 73,2% delle persone aveva effettuato anche la prima dose di richiamo.

Più bassi invece i livelli di copertura con la seconda dose di richiamo, fermi al 13,1% della popolazione, che non hanno superato il 60% nemmeno tra i grandi anziani. Evidentemente, complice l'andamento dell'epidemia e del quadro clinico medio, la percezione del rischio è andata progressivamente diminuendo e questo si è riflesso sulla propensione a vaccinarsi.

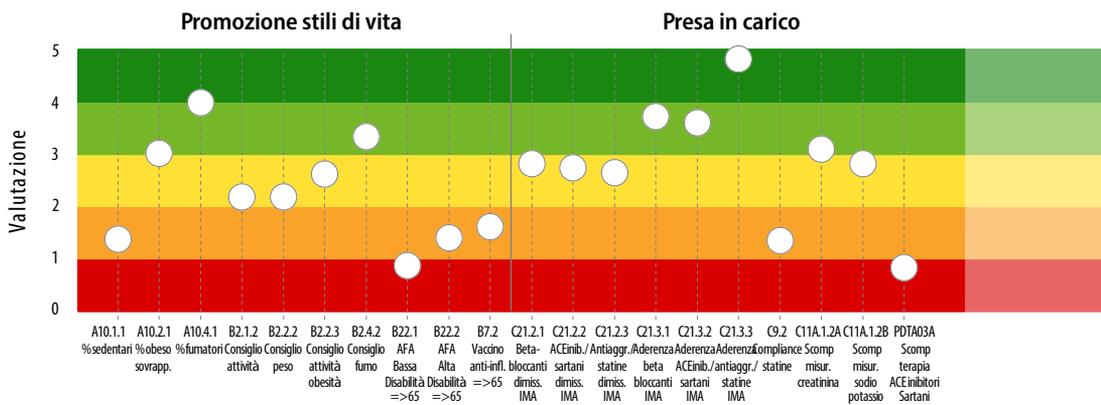
Nel 2022 il SARS-CoV-2 ha contagiato un numero di persone decisamente superiore ai due anni precedenti, per la diffusione della variante Omicron, più contagiosa rispetto alle varianti alpha e delta, ma fortunatamente meno capace di produrre quadri clinici severi. In totale nel 2022 sono stati notificati poco meno di 1 milione e 300mila contagi in Toscana, pari al 34,8% della popolazione (32,8% in Italia), il 36,7% delle donne e il 32,8% degli uomini. I contagi rilevati in Toscana a fine 2021 erano fermi a poco meno di 382mila, in un solo anno quindi sono stati notificati più del triplo dei casi dei 2 anni precedenti. I rischi di avere un decorso della malattia severo restano nettamente più alti per gli anziani, che rappresentano il 67% dei ricoverati e il 93% dei deceduti dall'inizio della pandemia in Toscana (il 67% dei deceduti ha più di 80 anni). A fine 2022 i ricoveri per COVID-19 in Toscana hanno oltrepassato quota 62mila, nel solo 2022 sono stati circa 24mila, di cui 1.417 in Terapia intensiva (5,9% del totale). Il ricorso alla terapia intensiva è decisamente sceso rispetto ai primi due anni di pandemia, quando anche il quadro clinico delle persone che arrivavano in ospedale era mediamente più severo (nel

primo anno era circa il 20%), anche grazie all'introduzione della vaccinazione. Inoltre, pur con i limiti di una classificazione amministrativa basata sulla compilazione della causa principale di dimissione, nel 2022 è aumentato notevolmente il peso dei pazienti positivi al COVID-19 con un'altra causa principale di ricovero indicata alla dimissione, circa il 44% dei ricoveri totali, rispetto al 15% circa durante il 2021 (erano praticamente assenti nel primo anno di pandemia). Grazie alla minore letalità della variante Omicron e alla campagna di vaccinazione, il forte aumento dei contagi non si è tradotto in decessi, che non hanno più raggiunto i picchi osservati nei primi due anni. In totale a fine 2022 i deceduti per COVID-19 nella nostra regione (da fonte ISS) dall'inizio della pandemia erano 11.300 circa, di cui 3.500 sono quelli avvenuti nel 2022. La mortalità è superiore tra gli uomini, rispetto alle donne, cumulativamente fino a fine 2022 sono avvenuti 345 decessi ogni 100mila uomini e 270 decessi ogni 100mila donne, quasi sovrapponibili alla media italiana, rispettivamente 352 e 269 per 100mila. Nel 2023 l'epidemia ha ulteriormente diminuito il proprio impatto in termini di ricoveri e decessi: i ricoveri nei primi 6 mesi dell'anno sono fermi a quota 3.600, i decessi sono 697 da gennaio a fine settembre. Con l'inizio della campagna di vaccinazione anti-influenzale in Toscana è stata offerta la possibilità di prenotare contestualmente quella anti-Covid, con l'auspicio che questo possa portare entrambe ad aumentare i livelli di copertura nella fascia di popolazione anziana.

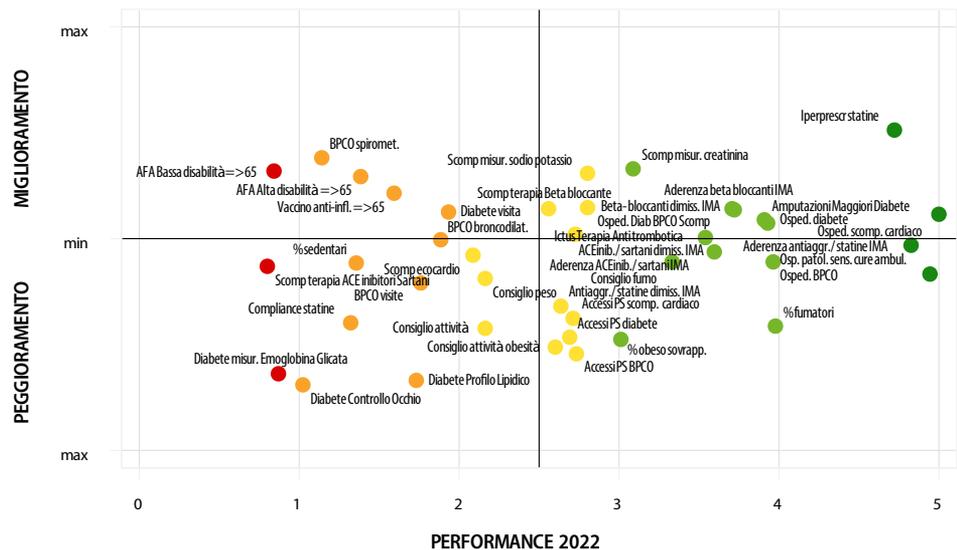
### Il percorso cronicità a cura del Laboratorio MES

Il percorso di presa in carico della cronicità presenta un set di indicatori che hanno l'obiettivo di mostrare complessivamente una visione di sistema di cure incentrata sulla persona con patologia cronica e sulle diverse fasi di presa in carico assistenziale. L'ambito della cronicità è in progressiva crescita e richiede sempre più continuità dell'assistenza per periodi di lunga durata e forte integrazione tra i servizi sanitari. Come sottolineato nel Piano nazionale della cronicità, la formulazione dei percorsi di presa in carico di tali patologie ha l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i diversi e classici livelli assistenziali "dando origine a un continuum che include la individuazione di specifici snodi (clinici e non clinici) da parte di ogni attore assistenziale o del team in rapporto all'obiettivo di salute prefissato". Gli indicatori qui raccolti fanno riferimento ad alcune delle principali patologie croniche (diabete, scompenso, ictus, BPCO) e sono suddivisi in quattro fasi: promozione degli stili di vita, presa in carico, efficienza, ed esiti.

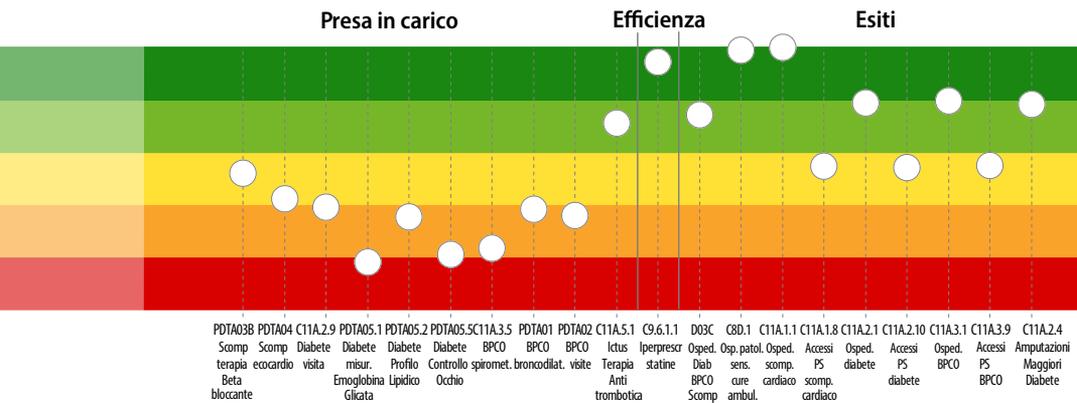
### Pentagramma regionale del percorso cronicità - Toscana, anno 2022



### Mapa di performance/trend del percorso cronicità - Toscana, anno 2022



Per il 2022 sono stati reintrodotti gli indicatori delle ospedalizzazioni evitabili e degli accessi al PS dopo la sospensione durante il biennio Covid. La fase di promozione degli stili di vita è rappresentata da indicatori che monitorano l'azione dei medici di base rispetto all'adozione di buoni stili di vita, la diffusione sul territorio dei programmi di Attività fisica adattata per anziani e la copertura vaccinale antiinfluenzale per gli anziani. La fase di presa in carico comprende indicatori di processo di alcuni percorsi cronici (specificatamente scompenso, diabete, BPCO, ictus) che misurano l'adesione alle principali terapie (betabloccanti, ace-inibitori, sartani, broncodilatatori, statine), visite ed esami di follow up secondo le linee guida cliniche di patologia. La fase dell'efficienza comprende l'indicatore sull'iper-prescrizione di statine volto a misurare l'appropriatezza prescrittiva di queste molecole ampiamente usate per il trattamento delle patologie considerate. La fase degli esiti include i tassi di ospedalizzazioni e di accesso al Pronto Soccorso per scompenso, diabete e BPCO quali proxy di buona presa in carico dei pazienti durante le fasi non acute



di malattia da parte dei servizi della medicina territoriale. Come esito di cura è valutato anche il tasso di amputazioni maggiori per diabete, mirato a valutare l'organizzazione complessiva del percorso assistenziale e la tempestività delle cure.

Il pentagramma che rappresenta la presa in carico dei pazienti cronici in Toscana mostra una buona performance negli esiti ospedalieri, tornati quest'anno di valutazione, mentre un generale peggioramento nei controlli di follow up previsti per le diverse patologie. In particolare, in sofferenza l'attività di monitoraggio per il percorso del diabete e della BPCO, sia in termini di esami e visite di controllo sia in termini di terapia farmacologica. Buona la prescrizione e l'aderenza alle terapie farmacologiche per l'IMA, mentre sono ancora presenti ampi margini di miglioramento per la prescrizione di ACE-inibitori e sartani ai pazienti scompensati. Una nota di particolare attenzione riguarda gli accessi in PS dei cronici in carico, che aumentano in trend in maniera costante in tutte le aziende toscane evidenziando ulteriormente una difficoltà nella presa in carico territoriale di questi pazienti. Ancora margini di miglioramento nella promozione degli stili di vita, per cui si registra una positiva ripresa dei corsi di AFA sia a bassa che ad alta disabilità attivati per gli over 65.

## 4.3 UN EQUILIBRIO FRAGILE

**Gli eventi traumatici accelerano la condizione di fragilità della popolazione anziana. Sono quasi 20mila gli anziani che hanno avuto un incidente domestico. Le cadute rappresentano la casistica più grave. Più di 100mila gli accessi al Pronto soccorso e i ricoveri per incidente domestico, di cui la metà sono anziani. Le fratture, in particolare del femore, sono la conseguenza più ricorrente e severa delle cadute, in particolare per mortalità e rischio di perdita dell'autosufficienza.**

La condizione di fragilità della popolazione anziana non li espone solamente a rischi maggiori in caso di agenti infettivi, ma anche in caso di eventi traumatici che possono compromettere la funzionalità motoria, costringendo all'immobilità e accelerando il processo di decadimento funzionale. Talvolta la sola paura di avere un incidente o cadere in casa può rappresentare una forma di limitazione dei movimenti e dell'autosufficienza. ISTAT stima che circa la metà delle persone che negli ultimi 3 mesi hanno subito un incidente domestico in Italia abbia più di 65 anni, 1 su 5 più di 80 anni (anno 2022). Il rischio aumenta progressivamente con l'età, dal 4,6 per 1.000 tra i giovani 15-24enni fino al 28,5 per 1.000 tra gli anziani con più di 80 anni. Il rischio è maggiore per le donne, 11,8 per 1.000 rispetto a 6,9 per 1.000 uomini, in parte anche per la maggiore esposizione, considerato che mediamente trascorrono più tempo in casa rispetto agli uomini, specialmente tra le generazioni più anziane.

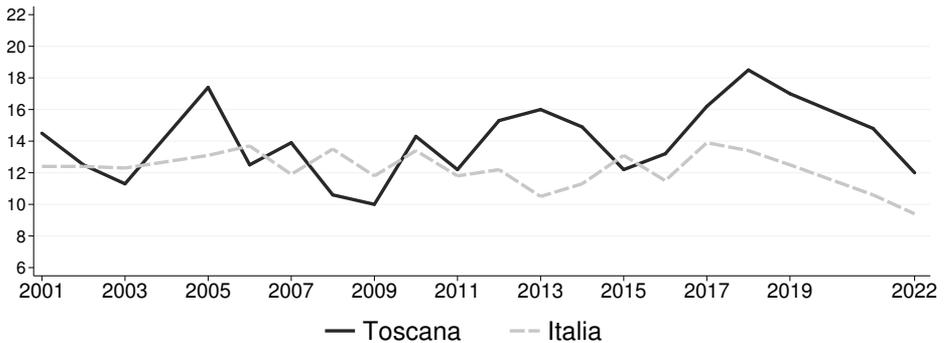
Complessivamente i toscani che hanno avuto incidenti domestici nel 2022 sono stati 44mila, pari a 12 ogni 1.000 abitanti, rispetto a 9,4 per 1.000 a livello italiano (Figura 4.3.1). ISTAT non fornisce dati regionali per età, ma applicando alla stima toscana le prevalenze nazionali, possiamo attenderci circa 20mila anziani con un incidente domestico negli ultimi 3 mesi in Toscana. I due trend temporali, pur con le oscillazioni dovute alla natura campionaria del dato, possono essere considerati sostanzialmente sovrapponibili fino al 2016, dopo di che la Toscana sembra distanziarsi dalla media italiana. Entrambi i trend sono in deciso calo dal 2018, nonostante in occasione della pandemia sia mediamente aumentato il tempo trascorso in casa, specialmente tra gli anziani (dato 2020 non disponibile). Negli ultimi anni le regioni hanno condotto campagne di sensibilizzazione e prevenzione delle cadute nell'anziano, è possibile che questi siano i primi risultati positivi di questi interventi.

Per approfondire il rischio tra gli anziani possiamo attingere ai dati della sorveglianza PASSI d'Argento, che rileva l'incidenza delle cadute, la metà delle quali avviene in casa. Il 9,9% degli anziani toscani è caduto a terra almeno una volta nell'anno (6,5% in Italia), di questi 1 su 5 è stato ricoverato in ospedale e 2 su 5 sono stati visitati da un medico o sono ricorsi alle cure di un Pronto soccorso (senza però essere stati ricoverati). In termini assoluti si tratta di 93mila anziani caduti almeno una volta nell'anno e questi eventi hanno portato a 28mila accessi a cure o Pronto soccorso (senza ricovero) e 19mila ricoverati.

Anche questi dati confermano una diminuzione rispetto alle edizioni precedenti. Nel 2019 gli anziani caduti nell'anno erano circa 170mila, pari al 18,1%. Anche il ricorso alle cure ha subito una netta diminuzione, più o meno della stessa entità: i ricoveri erano circa 30mila nel 2019, mentre 57mila persone avevano fatto ricorso a cure o al Pronto soccorso. Una volta verificata la caduta, in sintesi, la probabilità di ricorrere a cure mediche è rimasta pressoché invariata rispetto al periodo pre-pandemia e questo denota una sostanziale stabilità della gravità media delle cadute. Ciò che è diminuito drasticamente è la probabilità di cadere. Il 2,7% degli anziani ha

riportato almeno una frattura a seguito di una caduta nell'anno (25mila persone): spalla (6mila), polso (3mila) e femore (3mila) le più frequenti. Proprio la frattura del femore è uno degli eventi potenzialmente più debilitante per gli anziani, perché li può costringere all'allettamento, con la possibilità di avviare o accelerare il processo di declino funzionale.

**Figura 4.3.1** Persone che hanno subito incidenti domestici negli ultimi 3 mesi – Valori standardizzati per età per 1.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2001-2022 – Fonte: ISTAT



#### Incidenti domestici nel 2022 in Toscana

**44mila incidenti**  
(-19% vs 2021, -30% vs 2019)  
pari a 12 per 1.000 ab.  
(9,4 in Italia)

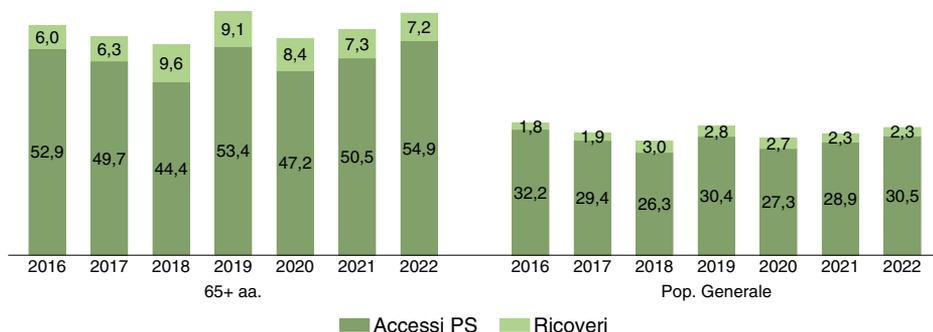
**111.700 accessi al PS**  
(+5% vs 2021, -1% vs 2019)  
pari a 30,5 per 1.000 ab.

**8.400 ricoveri**  
(-2% vs 2021, -19% vs 2019)  
pari a 2,3 per 100mila ab.

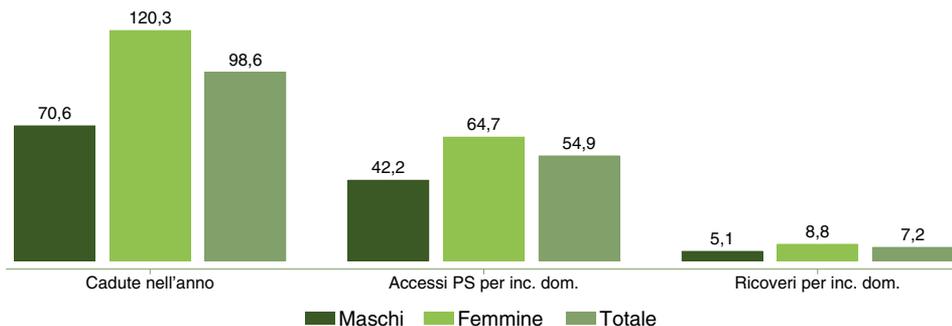
**199 i deceduti**  
(dato 2019)

Gli accessi al Pronto soccorso ed i ricoveri per trauma a seguito di un incidente domestico nel 2022 sono stati rispettivamente circa 112mila e 5.500. Di questi, 52.400 (47% del totale) e 4.755 (86%) sono stati fatti da anziani. Il trend generale dei ricoveri è ancora in diminuzione rispetto all'anno precedente (-2%) e al 2019 (-19%), mentre gli accessi al Pronto soccorso salgono del 5% rispetto al 2021, ma ancora segnano un -1% rispetto al 2019. Tra gli anziani l'andamento è lo stesso, con l'eccezione degli accessi al Pronto soccorso, che aumentano in maniera più decisa (+9% rispetto al 2021 e +4% rispetto al 2019). Il trend dei tassi di incidenza della sola popolazione anziana e generale sono sovrapponibili per andamento, ma gli anziani hanno un rischio notevolmente maggiore, specialmente di ricoverarsi (Figura 4.3.2). È atteso che questa popolazione, più fragile e con patologie pregresse, ricorra di più alle cure ospedaliere per la compresenza di altre problematiche di salute. Complessivamente tra gli anziani arrivati in Pronto soccorso 22 sono deceduti per le conseguenze del trauma riportato (0,04%), mentre durante il ricovero sono deceduti 266 pazienti (3,9%). Entrambi sono in linea con gli anni precedenti. La mortalità maschile è sempre più alta di quella femminile: 0,07% vs 0,03% in Pronto soccorso e 6% vs 3% durante il ricovero, nel 2022. Il rischio è maggior tra le donne, rispetto agli uomini (Figura 4.3.3). Oltre, come detto, alla maggiore esposizione al rischio di incidente domestico, queste ultime mediamente soffrono più degli uomini di osteoporosi, patologia tra i principali fattori di rischio per le fratture e, di conseguenza, ricorso ai servizi ospedalieri.

**Figura 4.3.2 Accessi al Pronto soccorso e ricoveri per traumi a seguito di incidenti domestici, per età – Valori per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2016-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Pronto soccorso e Schede di dimissione ospedaliera**



**Figura 4.3.3 Caduti nell'anno, accessi al Pronto soccorso e ricoveri per traumi a seguito di incidenti domestici – Valori per 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento ISS ed elaborazioni ARS su dati Flusso Pronto soccorso e Schede di dimissione ospedaliera**

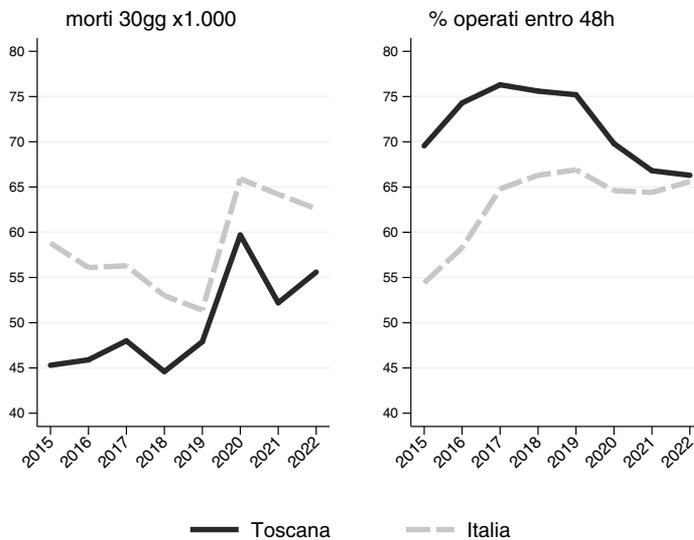


Tra gli accessi al Pronto soccorso degli anziani per trauma a seguito di incidente domestico le fratture rappresentano il 40%, tra i ricoveri il 77%. Di questi ultimi il 68% è una frattura del femore, circa 3.600 anziani nel 2022 (dati in linea con le stime PASSI d'Argento).

In totale, non limitandoci quindi alle cadute in ambito domestico, i ricoveri per frattura di femore nel 2022 tra gli anziani toscani sono stati 7.865, pari a 8 ogni 1.000 anziani (le fratture avvenute in casa rappresentano quindi il 45% della casistica). L'andamento temporale dell'indicatore è abbastanza stabile e non ha risentito della generale riduzione dei ricoveri in concomitanza con la pandemia, al contrario della maggior parte delle patologie. Le donne hanno un'incidenza pari al doppio o più di quella osservata tra gli uomini: nel 2022 sono stati 10,8 ricoveri ogni 1.000 donne e 4,5 ogni 1.000 uomini. L'ospedalizzazione per frattura di femore, anche all'interno della sola popolazione anziana, è fortemente associata all'età. La metà dei ricoveri riguarda ultra84enni, l'incidenza passa dal 2,1 per 1.000 tra i 65-74enni, all'8,2 tra i 75-84enni fino al 23,7 per 1.000 tra gli ultra84enni.

La frattura di femore nel paziente anziano rappresenta una rilevante problematica di salute pubblica. La mortalità successiva all'intervento chirurgico, e nel primo anno dopo la frattura, è notevolmente più elevata rispetto a quella riscontrata nella popolazione generale a parità di genere. Le linee guida internazionali evidenziano come l'accesso all'intervento chirurgico nelle prime 24-48 ore sia essenziale per un miglior recupero di tali pazienti. Il Piano nazionale esiti (PNE) monitora la percentuale di anziani ricoverati per frattura del collo del femore operati entro 2 giorni. La Toscana è in linea con la media italiana: 66,3% vs 65,6%. Ciò che preoccupa è la diminuzione osservata nella nostra regione in concomitanza della pandemia, a fronte invece di un trend nazionale più stabile (Figura 4.3.4). Il trend della mortalità a 30 giorni dal ricovero (altro indicatore di esito monitorato) riporta invece valori migliori della media nazionale in Toscana: 55,6 deceduti ogni 1.000 ricoverati, rispetto al 62,6 per 1.000 a livello italiano nel 2021. Dal 2020 si nota chiaramente l'effetto della pandemia, che ha causato un aumento dei decessi anche tra questi pazienti, tra i più fragili all'interno della popolazione anziana, al pari di altre patologie.

**Figura 4.3.4 Indicatori di esito frattura collo del femore tra pazienti ricoverati d'età 65+ anni – Pazienti operati entro 2 giorni ogni 100 ricoverati, deceduti entro 30 giorni da ricovero ogni 1.000 ricoverati – Toscana e Italia, periodo 2015-2022 – Fonte: Programma nazionale Esiti e Prose**



Progressivamente, dai 65 agli 85 anni e oltre, diminuisce la probabilità di intervento tempestivo e aumenta la probabilità di morte. Questo si verifica perché le condizioni cliniche pregresse del paziente, che peggiorano con l'età, non consentono spesso l'intervento e contribuiscono a diminuire la sopravvivenza. Tra i due generi gli uomini hanno una probabilità di intervento entro 48h leggermente inferiore alle donne (62,1% vs 67,4% nel 2022) e una probabilità di sopravvivere a 30 giorni che è meno della metà di quella femminile (42 vs 96 per 1.000).

La frattura di femore è anche uno dei principali percorsi, in termini di volumi, della riabilitazione tra gli anziani, insieme all'ictus, un altro evento acuto che spesso lascia il segno sulle capacità funzionali. La fase di riabilitazione a seguito di un evento che modifichi le capacità motorie

della persona ha l'obiettivo di farle riguadagnare l'autonomia e la salute precedente all'evento, ed agevolare il ritorno ai livelli di qualità della vita più alti possibili. Gli indicatori a livello nazionale sono focalizzati sull'assistenza riabilitativa ospedaliera, pur non essendo questo l'unico *setting* di erogazione, soprattutto per i percorsi ortopedici.

La Toscana è tra le regioni dove si effettuano meno ricoveri ospedalieri in reparti di riabilitazione. L'ultimo dato utile ad un confronto con le altre regioni risale al 2021 (ISTAT) e conta 2,1 ricoveri ogni 1.000 abitanti (tutte le età), a fronte di una media nazionale di 4 per 1.000. La nostra regione è la 4° tra quelle con i livelli di ricovero più bassi, dopo Friuli-Venezia Giulia (0,7 per 1.000), Basilicata (1,8) e Campania (2,1). Il trend dei ricoveri è in diminuzione in tutto il Paese, nel 2014 (primo anno disponibile) erano 5,2 per 1.000 abitanti in Italia e 2,7 per 1.000 in Toscana. Il dato per il 2022, reperibile dai flussi regionali, conta poco più di 8mila ricoveri, pari a 2,2 per 1.000 abitanti. Uno di motivi per cui la nostra regione chiude la graduatoria delle regioni per numero di ricoveri in reparti di riabilitazione è che i *setting* riabilitativi possibili sono anche quelli domiciliari, ambulatoriali, residenziali ex art.26 e, per finire, nelle strutture residenziali assistenziali (RSA). Molto spesso quello ospedaliero non è il *setting* più appropriato. In Toscana, in molti percorsi post acuzie, come quelli ortopedici, sono le residenze extra-ospedaliere (cosiddette ex art.26), o i presidi ambulatoriali, le strutture più utilizzate per far svolgere il percorso riabilitativo al paziente. La percentuale di riabilitati a 28 giorni dalla dimissione da un ricovero acuto per ictus o frattura di femore, mostra che solo dopo un ictus si fa ricorso prevalentemente al *setting* ospedaliero (50% circa), mentre nel caso della frattura del femore vi si ricorre poco più di 1 volta su 10, per privilegiare invece *setting* residenziali o ambulatoriali (Figura 4.3.5).

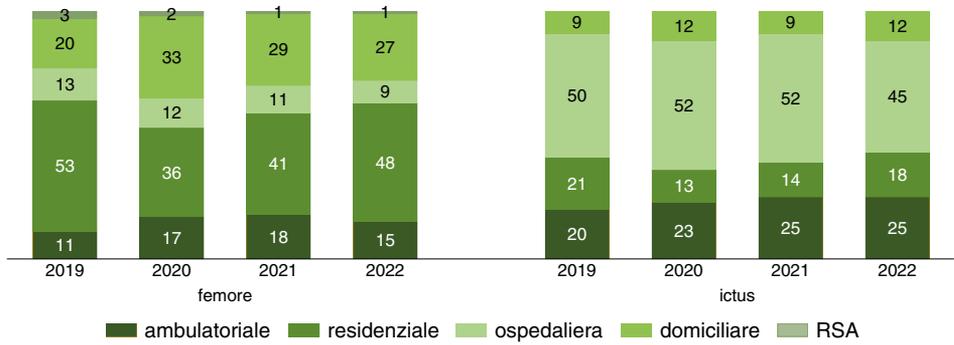
Durante i primi due anni di pandemia è aumentata l'attività ambulatoriale o domiciliare (specialmente nel caso della frattura di femore), a discapito del *setting* ospedaliero e residenziale, per le difficoltà che hanno avuto le strutture di questo tipo a causa dei contagi e delle limitazioni messe in atto per contrastarli. Il *setting* ospedaliero ha comunque garantito l'assistenza ai pazienti dimessi per ictus, che necessariamente hanno bisogno di avviare il loro percorso riabilitativo in ospedale. I pazienti riabilitati, a prescindere dal *setting*, entro 28 giorni dalla dimissione ospedaliera durante il 2022, sono stati il 50% dei fratturati e il 34% dei pazienti con pregresso ictus. I valori per maschi e femmine sono sovrapponibili e, considerato che la metà o più dei pazienti non accede ad un percorso di riabilitazione entro il primo mese, permangono evidenti difficoltà nell'accesso e margini di miglioramento.

**Riabilitazione  
ospedaliera  
(regime ordinario)  
anno 2021**

**940 posti letto  
pari a 26 per 100mila  
ab. (42 per 100mila in  
Italia)**

**3° tra le regioni  
con meno posti  
+32 posti letto  
rispetto al 2020**

**Figura 4.3.5 Riabilitati a 28 giorni da un evento acuto per tipo evento e *setting* assistenziale – Riabilitati per *setting* ogni 100 residenti d'età 65+ riabilitati a seguito di evento acuto – Toscana, periodo 2019-2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari**



## 4.4. LA PERDITA DELL'AUTONOMIA E IL FINE VITA

**Aumentano i non autosufficienti negli ultimi anni di vita, in particolare dopo i 75 anni, circa 114mila in Toscana. Cresce il ricorso al lavoro di cura privato per l'assistenza, ma contestualmente aumentano gli interventi di assistenza domiciliare.**

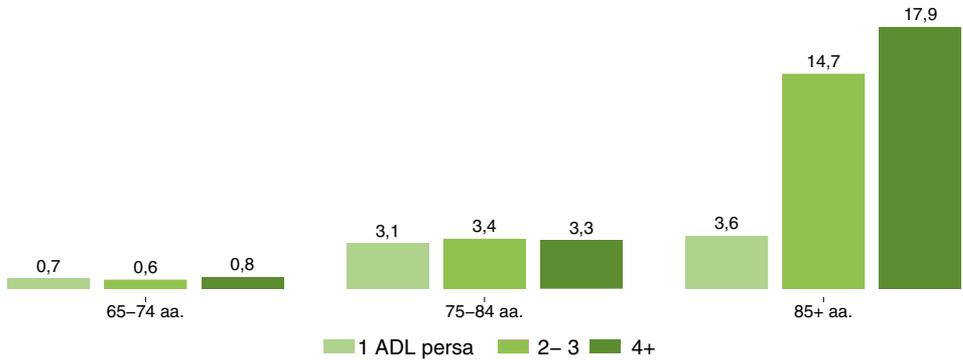
**Dopo il calo per la pandemia, la speranza di vita alla nascita e a 65 anni si stabilizza. Le donne si confermano più longeve, grazie alle caratteristiche ormonali e genetiche che consentono anche di convivere più a lungo con patologie croniche.**

**La pandemia ha interrotto la diminuzione della mortalità, ma la Toscana conferma livelli inferiori alla media italiana. Gli uomini muoiono più delle donne per quasi tutte le cause, ad eccezione dei disturbi psichici e delle malattie del sistema osteomuscolare. Negli ultimi 20 anni (eccetto nel periodo pandemico) la mortalità è tendenzialmente in calo, tranne per le malattie del sistema nervoso, disturbi psichici, malattie infettive, patologie fortemente associate con l'invecchiamento.**

Gli eventi acuti, siano essi di origine infettiva, traumatica, o legati ad una riacutizzazione delle patologie croniche, possono portare ad una parziale o totale perdita dell'autonomia nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana, far cioè scivolare l'anziano nella cosiddetta non autosufficienza, fino al decesso. Le cause possono essere molteplici, ma può intervenire anche un fisiologico decadimento funzionale della persona una volta raggiunte soglie d'età molto avanzate. L'unica stima della prevalenza di non autosufficienti tra gli anziani utile ad un confronto tra la Toscana e il resto d'Italia proviene dalla sorveglianza PASSI d'Argento dell'ISS e stima per la nostra regione il 10,8% di anziani non autosufficienti, contro una media nazionale pari al 13,4% (dato 2021). A questi potremmo sommare il 14,3% di anziani fragili (16,9% in Italia), cioè persone ancora autosufficienti nelle attività di base, come mangiare, vestirsi, alzarsi e spostarsi di

posizione, lavarsi, ma che hanno perso alcune delle cosiddette attività strumentali (indipendenza nel fare spese, nell'usare il telefono o attività simili). In numeri assoluti si tratta di circa 100mila anziani non autosufficienti e 136mila fragili. A questi numeri dovremmo sommare i circa 14mila anziani ospiti di una Residenza sanitaria assistenziale (RSA), considerato che la sorveglianza censisce solamente persone ancora residenti al proprio domicilio, per un totale di 114mila persone in condizioni di non autosufficienza. La percentuale è più alta tra le donne (14%) rispetto agli uomini (6,4%) ed è stabile dal 2017. Va detto che la prevalenza del problema comincia a manifestarsi in realtà dopo i 75 anni, considerato che tra i 65-74enni toscani solo il 2,1% è non autosufficiente (Figura 4.4.1). Quando parliamo di anziani non autosufficienti dobbiamo quindi essere consapevoli che ci riferiamo in realtà prevalentemente alla fascia d'età dai 75 anni.

**Figura 4.4.1 Anziani che hanno perso autonomia in 1 o più attività di base della vita quotidiana (Adl), per numero di attività perse e classe d'età – Prevalenza percentuale – Toscana, anno 2021 – Fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, ISS**



**Il crescente ricorso al lavoro di cura privato**

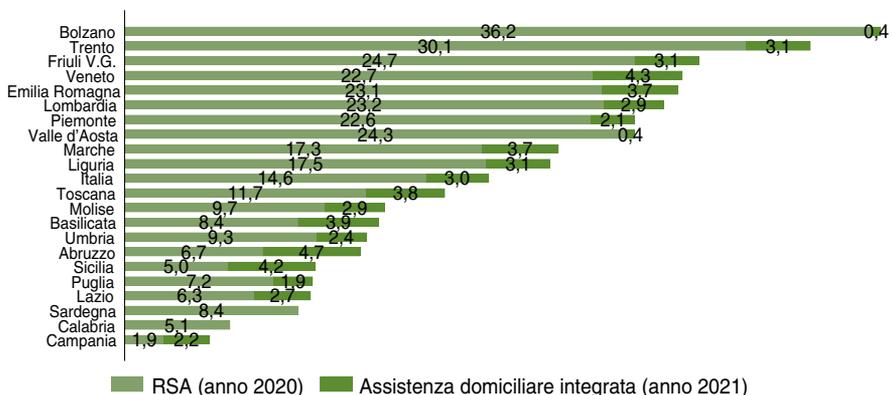
I lavoratori domestici in Toscana nel 2022 sono 78.139, l'87% donne, il 72% di origine straniera (Est Europa). Il 56% sono badanti, 44% colf (fonte: INPS).

Il 21,5% degli anziani fragili e il 49% degli anziani non autosufficienti ricevere aiuto e assistenza da personale privato pagato in proprio (Fonte: PASSI d'Argento).

Nessuno, tra gli anziani che hanno bisogno di aiuto perché fragili o non autosufficienti, è sprovvisto di tale aiuto. La quasi totalità degli anziani può contare sull'aiuto dei familiari, mentre altri possono contare anche su servizi domiciliari pubblici, badanti, associazioni di volontariato o contributi economici.

Nel confronto con le altre regioni, la Toscana è la 5° tra quelle che hanno più anziani non autosufficienti in carico in assistenza domiciliare integrata sociosanitaria (3,8 per 1.000 anziani vs 3 per 1.000 in Italia). La prevalenza di anziani non autosufficienti in RSA è invece più bassa della media nazionale, 11,7 ogni 1.000 rispetto a 14,6 a livello nazionale (Figura 4.4.2). Storicamente la nostra regione ha valori più bassi per l'assistenza residenziale perché l'orientamento del servizio sanitario regionale è quello di mantenere l'anziano al proprio domicilio il più possibile, quando le condizioni di salute lo permettono.

**Figura 4.4.2 Assistenza domiciliare integrata e in RSA – Assistiti ogni 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2020/2021 – Fonte: Rapporto Osservasalute 2022**



La Toscana ha anche meno posti letto destinati ad anziani non autosufficienti, circa 14mila, pari a 14,7 per 1.000 abitanti d'età 65+ anni, rispetto ai 19 per 1.000 a livello nazionale (anno 2020, fonte: Osservasalute 2022). Il percorso di presa in carico dell'anziano non autosufficiente rappresenta però solo una parte dell'assistenza erogata agli anziani, quella contraddistinta da un bisogno socio sanitario complesso che necessita di una presa in carico integrata (a seguito di una valutazione multidimensionale che certifichi il quadro clinico e sociale della persona) e prevede la redazione di un Progetto assistenziale personalizzato (PAP) che può prevedere un intervento domiciliare diretto o indiretto, semi-residenziale (Centro Diurno), residenziale (Residenza sanitaria assistenziale - RSA) temporaneo o permanente (l.r. 66/2018).

Se invece consideriamo anche gli altri percorsi di presa in carico del bisogno, autosufficienti e non, nel 2022 sono 157.844 le prese in carico, pari al 17,7% degli anziani residenti. Di queste, l'1,6% era caratterizzato da un bisogno socio-sanitario complesso che ha portato ad una valutazione multidimensionale e alla stesura del PAP, per un totale di 15.813 PAP redatti (4mila in più rispetto al 2021, comprensivi di nuovi PAP e percorsi già in essere). Tenuto presente che la stessa persona può aver avuto più prese in carico nell'anno, in totale si tratta di 119.261 anziani che hanno avuto almeno una prestazione, pari al 12,5% dei residenti (Tabella 4.4.1).

**336 RSA (26% pubblico)**

- 14.048 posti letto per non autosufficienza (14,7 x1.000 anziani)
- 1.316 posti letto per autosufficienti (1,4 x1.000).

**136 Centri diurni semiresidenziali (45% pubblico)**

- 98 per non autosufficienza (1.497 posti letto, 1,6 x1.000)
- 27 per demenza (347 posti letto, 0,4 x1.000)
- 11 per autosufficienti (296 posti letto, 0,3 x1.000)

**Tabella 4.4.1 Anziani in carico ai servizi territoriali per tipologia – Anziani in carico e per 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Toscana, periodo 2019-2022 – Fonte: Regione Toscana**

Tipologia di intervento o inserimento	2019		2020		2021		2022	
	n.	x1.000	n.	x1.000	n.	x1.000	n.	x1.000
Domiciliare sociosanitario, aiuto alla persona, fornito in forma diretta	78.632	83,4	82.272	86,6	77.812	81,7	92.765	97,1
Indiretto (domiciliare/vita indipendente) tramite titoli per acquisto servizi e sostegno a funzioni assistenziali	6.806	7,2	7.380	7,8	6.821	7,2	7.183	7,5
Inserimenti semiresidenziali	2.123	2,3	1.673	1,8	774	0,8	1.431	1,5
<b>Inserimenti residenziali</b>								
Assistenziale intermedia			2.879	3	10.327	10,8	2.421	2,5
Temporanei/di sollievo	3.406	3,6	3.468	3,6	3.412	3,6	3.942	4,1
Permanenti	14.575	15,5	13.760	14,5	11.783	12,4	11.519	12,1
<b>Totale</b>	<b>105.542</b>	<b>111,9</b>	<b>108.553</b>	<b>114,2</b>	<b>103.759</b>	<b>108,9</b>	<b>119.261</b>	<b>124,9</b>

**DGRT 1156/2022**  
**Trasporto sanitario**  
 Omogeneizzazione regionale, ricetta elettronica, maggiore appropriatezza, programmazione, informatizzazione.

**DGRT 1545/2022**  
**Trasporto per i soggetti con fragilità**  
 Servizio a favore dei fragili, non autonomi, sprovvisti di rete familiare.

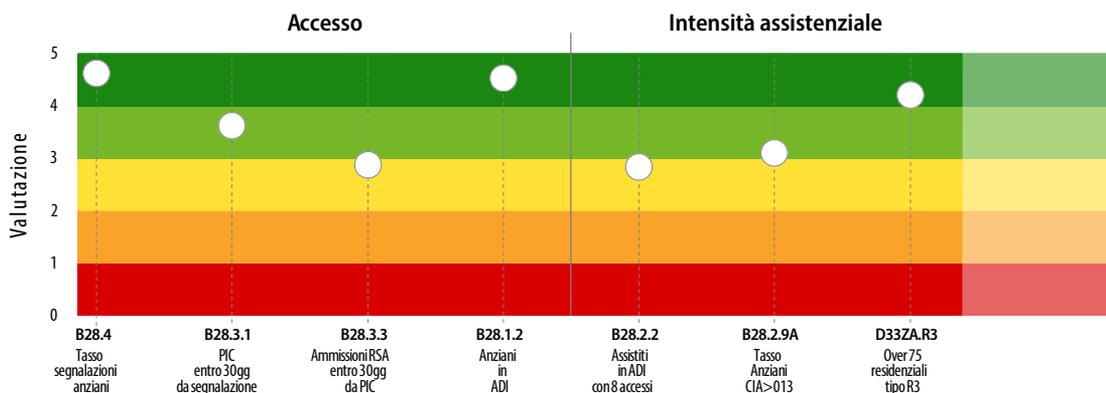
Nell'ultimo anno si assiste a un aumento degli anziani presi in carico, grazie anche dal piano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale (d.m. 77), in particolare di quella domiciliare. Aumentano infatti gli interventi domiciliari sociosanitari da 81,7 a 97,1 per 1.000 anziani, ma raddoppiano anche gli inserimenti in strutture semiresidenziali. Si nota invece la netta diminuzione della residenzialità assistenziale intermedia (cure intermedie in RSA), dovuta alla fine della fase più critica della pandemia, considerato che in questo *setting* erano accolti anche ospiti positivi al SARS-CoV-2 (ordinanza n. 89/2020). Le cure intermedie in RSA rappresentano una parte dell'attività di cure intermedie, che con i recenti provvedimenti di riorganizzazione della sanità territoriale è stata e sarà potenziata attraverso l'ospedale di comunità, struttura che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Gli anziani rappresentano il 91% dei pazienti presi in carico in cure intermedie in Toscana nel 2022. I *setting* possibili sono tre: Low Care (alta intensità assistenziale con presenza di medico di struttura), Sanitaria intermedia (media intensità assistenziale, con presenza medico specialistica in stretto raccordo col medico

di famiglia) e Assistenziale intermedia (bassa intensità assistenziale con responsabilità affidata al medico di famiglia, che si avvale di consulenze specialistiche programmate, e con interventi del medico di continuità assistenziale). Negli ultimi 4 anni le prese in carico in cure intermedie sono andate progressivamente aumentando: l'incidenza nella popolazione anziana nel 2022 ha raggiunto il 18,7 per 1.000 e prevediamo che continui a crescere con il progressivo investimento su queste strutture. L'incidenza nei due generi è molto simile, 20,2 per 1.000 uomini e 20,7 per 1.000 donne. La casistica dei pazienti presi in carico ovviamente è a complessità medio/alta, trattandosi prevalentemente di anziani che non possono essere curati/assistiti al proprio domicilio. Il 93% ha almeno una patologia cronica, il 67% ne ha due o più. La casistica prevalente (36%) è rappresentata da anziani con 2+ malattie croniche in carico anche ai servizi per la non autosufficienza (passati quindi da una valutazione multidimensionale del bisogno), seguita da anziani con 3+ malattie croniche, ma ancora autosufficienti (27%).

### Percorso assistenza domiciliare a cura del Laboratorio MES

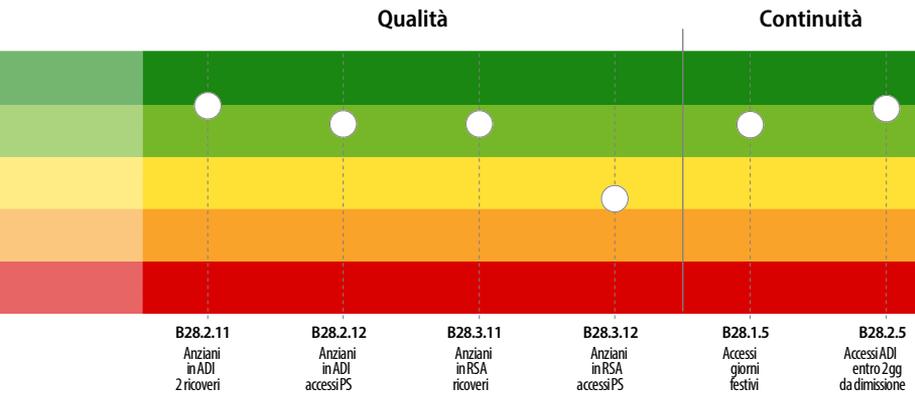
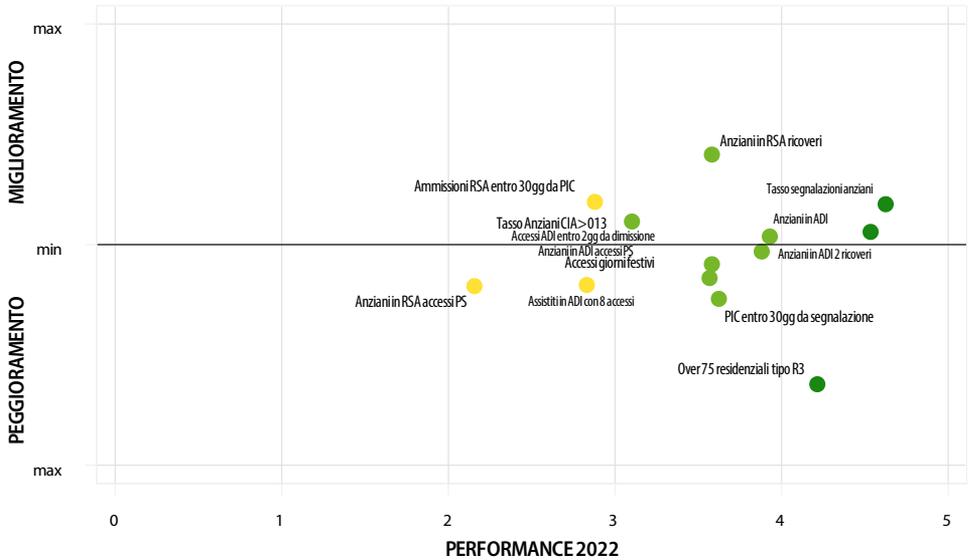
La valutazione del percorso di presa in carico territoriale degli anziani valuta alcuni indicatori con riferimento all'assistenza domiciliare sanitaria e all'assistenza residenziale nelle RSA, per i moduli base temporanei e permanenti (solo posti letto convenzionati), erogata dal servizio sociosanitario regionale. Il percorso si articola attraverso le seguenti fasi: l'accesso, in termini di copertura delle segnalazioni e dell'assistenza domiciliare e residenziale, comprensiva anche dei tempi previsti dalla legge regionale 66/2008; l'intensità assistenziale nell'erogazione, in termini di numero di accessi domiciliari, sia in valori assoluti che in relazione alla presa in carico (coefficiente di intensità assistenziale); la qualità del percorso, attraverso indicatori proxy che monitorano accessi potenzialmente impropri al Pronto Soccorso e ricovero; la continuità della presa in carico, considerando anche la tempestività della presa in carico tra *setting* diversi. Tale percorso presenta alcune particolarità rispetto agli altri, di fatto non è un percorso "patologia dipendente", ma fa riferimento alle diverse fasi e dimensioni di cura che riflettono i macro-snodi per la riuscita di un percorso efficiente e di qualità. Il livello di governo è garantito nelle sue componenti e fasi principali dalle zone distretto. Gli indicatori sono calcolati anche per zona distretto di presa in carico, in maniera tale da monitorare il percorso attraverso il servizio che sta programmando e gestendo il caso. Gli indicatori del percorso sono principalmente alimentati dai flussi amministrativi relativi all'assistenza domiciliare e residenziale (RFC115 e 118) e fanno riferimento alla popolazione anziana; sono quindi calcolati o per la popolazione con più di 65 anni o per la popolazione con più di 75 anni.

### Pentagramma regionale del percorso assistenza domiciliare - Toscana, anno 2022



L'assistenza domiciliare e residenziale mantiene un buon livello di performance, lungo tutte le quattro fasi del percorso con una tendenziale riconferma o miglioramento dei risultati ottenuti nel 2021. In particolare, sul territorio l'assistenza domiciliare fa registrare ottimi segnali di crescita e una buona performance generale. In crescita la percentuale di anziani con almeno un accesso per cure domiciliari e il tasso di prese in carico con CIA > 0,13 per Cure Domiciliari per pazienti over 65 anni. Stabile la percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasessantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (10,6% nel 2022). Si registra un lieve peggioramento dell'indicatore che monitora quanti assistiti in ADI rice-

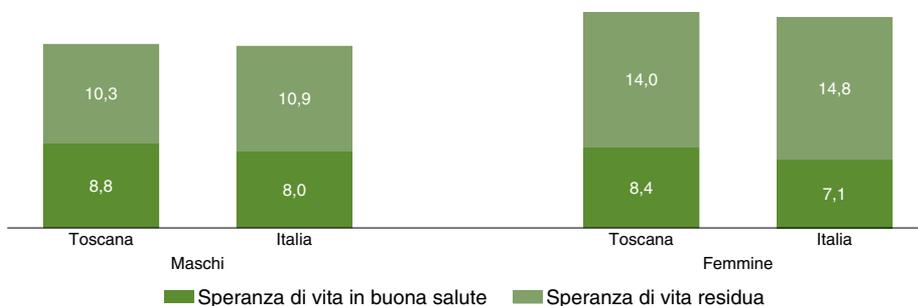
Mappa di performance/trend del percorso assistenza domiciliare - Toscana, anno 2022



vono almeno 8 accessi (indicatore B28.2.2). Nell'ambito residenziale sono in aumento il numero degli assistiti in RSA che riportano almeno un accesso al PS per il 2022, con un trend regionale e aziendale in crescita negli ultimi 3 anni. Tale dato merita attenzione perché si possa rafforzare la presa in carico nelle fasi di percorso ordinario dei pazienti ospitati nelle residenze sul territorio regionale.

La perdita dell'autosufficienza è spesso preludio del decesso dell'anziano, anche se la permanenza in questa fase può prolungarsi per diversi anni, condizionando, oltre alla propria qualità della vita in maniera irreparabile, quella dei familiari o della rete di caregiver. Una persona giunta al 65° anno di vita può attendersi di vivere ancora 19,1 anni se uomo, 22,4 se donna (fonte: ISTAT). Di questi, la quota vissuta in buona salute rappresenta il 38% tra gli uomini e il 46% tra le donne. Anche tra gli anziani quindi si conferma il vantaggio in termini di salute delle donne, più longeve degli uomini e in grado di convivere più a lungo con problemi di salute che invece mediamente sono più letali per gli uomini. Le stime toscane sono migliori di quelle italiane (Figura 4.4.3).

**Figura 4.4.3 Speranza di vita a 65 anni, totale e in buona salute – Valori in anni – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: ISTAT**

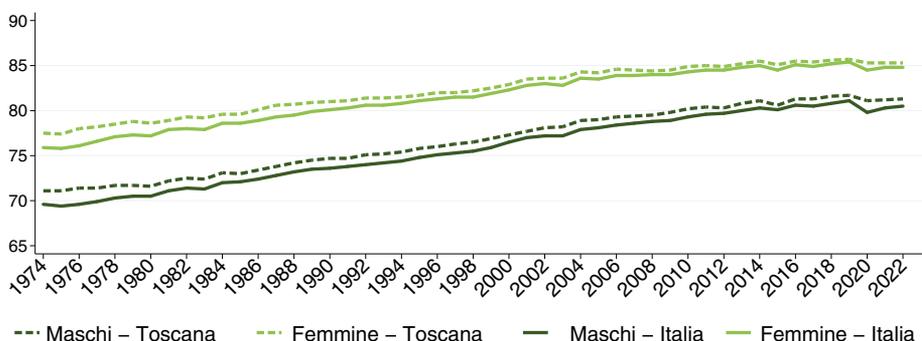


Il trend degli ultimi tre anni è stabile, ma rispetto al 2019 si sono persi circa 0,7 anni tra gli uomini e 0,5 tra le donne. La Toscana è la 4° regione tra quelle con la più alta speranza di vita maschile a 65 anni (dopo Trentino-Alto Adige a 19,4, Umbria e Veneto a 19,2 anni) e la 6° per la speranza di vita femminile (dopo Trentino-Alto Adige a 22,9, Sardegna, Veneto e Umbria a 22,6, Lombardia a 22,5). Nella graduatoria delle regioni per speranza di vita in buona salute, la Toscana perde alcune posizioni tra gli uomini, scendendo con i suoi 8,8 anni all'8° posto (guida sempre la graduatoria il Trentino-Alto Adige con 11,1, davanti a Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna), mentre raggiunge il 4° posto tra le donne, con gli 8,4 anni stimati (dopo Trentino-Alto Adige con 11,4 anni, Lombardia e Valle d'Aosta). Chiudono queste graduatorie le regioni del Sud (Calabria, Sicilia, Campania, Basilicata, Puglia): la Calabria è la regione con i valori più bassi (5,3 anni per gli uomini e 3,5 per le donne).

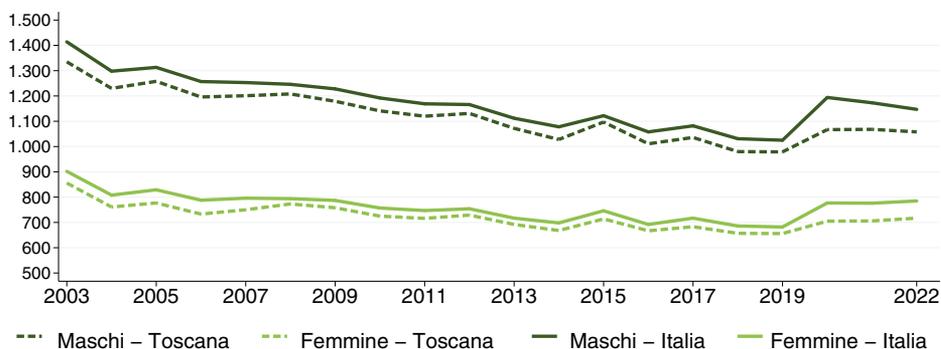
L'andamento della speranza di vita a 65 anni è analogo a quello della speranza di vita alla nascita, il principale indicatore di salute di una popolazione, che ha subito una forte riduzione del 2020 a causa dell'eccesso di mortalità per la pandemia, che ha riportato i valori a quelli osservati nel 2012 (Figura 4.4.4). Nell'ultimo anno l'indicatore è rimasto sostanzialmente stabile per le donne, mentre gli uomini hanno riguadagnato circa 0,2 anni di speranza di vita, avendo però subito un arretramento maggiore nel 2020 (la pandemia li ha infatti colpiti più severamente, rispetto alle donne). La speranza di vita alla nascita per una donna toscana è pari a 85,3 anni (84,8 anni in Italia), contro gli 81,3 anni degli uomini (80,5 anni in Italia).

La pandemia ha interrotto un trend sostanzialmente in diminuzione da diverse decadi per quanto riguarda i livelli di mortalità. Elaborando i dati di mortalità giornaliera forniti da ISTAT (ancora non consolidati) possiamo aggiornare la serie storica della mortalità standardizzata per età (pubblicata fino al 2020) con i dati del biennio 2021/2022, per poter apprezzare l'andamento degli ultimi due anni (Figura 4.4.5). Dal 2020 i trend subiscono un deciso aumento, come detto, che si mantiene nei due anni successivi, in entrambi i generi. La Toscana ha comunque sempre valori inferiori alla media nazionale, nel 2022 si contano 1.058 decessi ogni 100mila uomini (vs 1.147 per 100mila in Italia) e 717 decessi ogni 100mila donne (785 per 100mila in Italia). In totale

**Figura 4.4.4 Speranza di vita alla nascita, per genere – Toscana e Italia, periodo 1974-2022 – Fonte: ISTAT**



**Figura 4.4.5 Mortalità generale, per genere – Tasso standardizzato per età per 100mila abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2022\* - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT**



\* I dati 2021 e 2022 non sono ancora consolidati da ISTAT.

si tratta di circa 48mila decessi annui tra i toscani nell'ultimo biennio. La nostra è la 3° regione tra quelle a minor mortalità tra i maschi (dopo Trentino Alto-Adige ed Emilia Romagna) e la 5° tra le femmine (dopo Trentino-Alto Adige, Veneto, Marche e Lombardia).

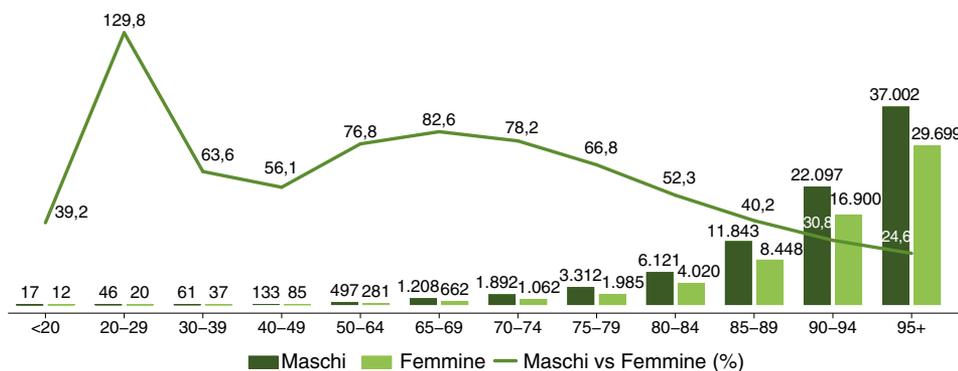
I deceduti sono prevalentemente anziani o grandi anziani. Gli ultra64enni rappresentano infatti mediamente il 91% dei deceduti in Toscana, gli ultra84enni il 51%. Il tasso di mortalità grezzo tra i 65-74enni toscani nel 2017-2019 (ultimo anno disponibile con questo dettaglio d'età per la Toscana) era pari a 2.208 deceduti ogni 100mila abitanti e saliva a 14.298 deceduti per 100mila anziani di 85+ anni d'età. Tra gli adulti il tasso scende a 254 decessi per 100mila 40-64enni e 37 per 100mila 20-39enni, mentre al di sotto dei 20 anni d'età si ferma al 17 per 100mila (fonte: Elaborazioni ARS su dati Registro di mortalità regionale). Le principali cause di mortalità tra gli anziani sono tumori e circolatorio, che per questo rappresentano i primi due gruppi di patologia responsabili dei decessi (Tabella 4.4.2).

Sono evidenti le disparità di genere, con gli uomini che hanno tassi standardizzati per età decisamente superiori a quelli delle donne e muoiono mediamente prima delle donne. Gli uomini hanno infatti tassi di mortalità maggiori sostanzialmente a tutte le età, rispetto alle donne, ma il gap tende ad aumentare in età giovane e adulta, e questi decessi pesano maggiormente nel computo della mortalità standardizzata per età (Figura 4.4.6). Una volta raggiunti gli 80 anni, i sopravvissuti a quell'età hanno rischi di morte più simili.

**Tabella 4.4.2 Decessi per causa (grande gruppo) ed età – Valori per 100 deceduti – Toscana, triennio 2017-2019 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Registro regionale di mortalità**

Causa	<20		20-39		40-64		65-84		85+	
	Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%
Cond. morbose orig. perinatale	Traumi	29	Tumori	42	Tumori	52	Tumori	40	Circolatorio	42
Traumi	Tumori	22	Tumori	27	Circolatorio	18	Circolatorio	27	Tumori	15
Malf. congenite	Circolatorio	15	Circolatorio	12	Traumi	8	Respiratorio	8	Respiratorio	10
Tumori	Digerente	14	Digerente	3	Digerente	5	Nervoso	6	Nervoso	5
Nervoso	Nervoso	5	Nervoso	3	Nervoso	4	Endocrine, metabolismo	4	Psichici	5

**Figura 4.4.6 Mortalità generale, per età e genere – Differenza percentuale tra la mortalità maschile e quella femminile - Toscana, anno 2019 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati Registro regionale di mortalità**



Poco meno del 60% dei decessi è causato da malattie del sistema circolatorio e tumori, rispettivamente il 30,2% e il 25,6% in Toscana nel 2020. Al terzo posto si trovano le malattie del sistema respiratorio (7,2%), seguite dal COVID-19 (7%). In Italia il COVID-19 nel 2020 ha superato le malattie respiratorie (11% vs 8%), ma su questi confronti potrebbero influire le modalità di codifica dei decessi Covid, specialmente nelle fasi iniziali della pandemia. I decessi prodotti dal contagio da SARS-CoV-2 hanno inciso minimamente sulle morti attese per altre patologie (Tabella 4.4.3). Confrontando i numeri assoluti, infatti, a fronte di 3.348 decessi attribuiti al COVID-19 nel 2020 in Toscana, si rileva una diminuzione di decessi per il grande gruppo del circolatorio pari a -158, respiratorio -286, malattie infettive -64. I decessi COVID-19 sono andati quindi essenzialmente a sommarsi a quelli attesi, creando così l'eccesso di mortalità rispetto al periodo precedente.

Con l'eccezione delle malattie del sistema nervoso e delle malattie infettive, la Toscana mostra tassi standardizzati di mortalità per le singole cause (grandi gruppi) sempre inferiori alla media italiana nel 2020. Abbiamo già trattato nel capitolo precedente la mortalità per le due principali patologie che concorrono ai decessi (cardiovascolare e tumori) e abbiamo discusso come la riduzione di questi eventi abbia prodotto la riduzione della mortalità generale e contribuisca a mantenere la Toscana tra le regioni con la più bassa mortalità in Italia. Nel lungo periodo i livelli di mortalità diminuiscono per tutti i grandi gruppi (Tabella 4.4.4), ad eccezione delle malattie del sistema nervoso, disturbi psichici e le malattie infettive e parassitarie.

**Tabella 4.4.3 Mortalità per causa – Numero assoluto e ogni 100 decessi, differenza tra 2020 e 2019 – Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: ISTAT**

Causa principale del decesso	2019	2020		2020 vs 2019
	n.	n.	%	n.
Sist. circolatorio	14.547	14.389	30,2	-158
Tumori	12.047	12.212	25,6	165
Sist. respiratorio	3.708	3.422	7,2	-286
COVID-19		3.348	7	3.348
Sist. Nervoso	2.368	2.500	5,2	132
Endocrine, nutrizionali e metaboliche	1.844	2.006	4,2	162
Dist. psichici	1.574	1.660	3,5	86
Traumatismi	1.633	1.635	3,4	2
App. digerente	1.550	1.494	3,1	-56
Infettive-parassitarie	1.157	1.093	2,3	-64
App. genitourinario	912	971	2	59
Sist. osteomuscolare/connettivo	267	280	0,6	13
Sintomi e cause mal definite	1.588	2.299	4,8	711
Altro	410	422	0,9	12
<b>Totale</b>	<b>43.605</b>	<b>47.731</b>	<b>100</b>	<b>4.126</b>

**Tabella 4.4.4 Mortalità per causa – Tasso standardizzato per età per 100mila abitanti e variazione % tra 2020 e 2003 – Toscana e Italia, anni 2003 e 2020 – Fonte: ISTAT**

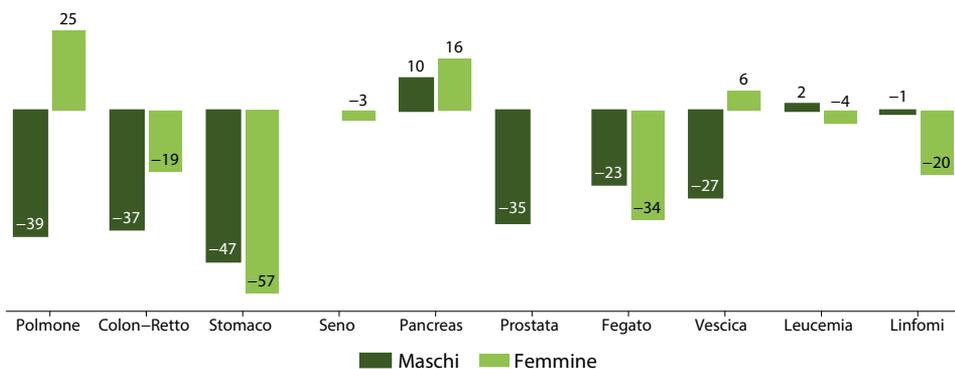
Grande causa di morte	Toscana			Italia		
	2003	2020	Var. %	2003	2020	Var. %
Sist. circolatorio	442	244,3	-45%	468,7	280,9	-40%
Tumori	299,6	238,1	-21%	300,8	239,3	-20%
Sist. respiratorio	71,7	58,6	-18%	79	70,9	-10%
Sist. Nervoso	36,6	44,4	21%	36,1	42,1	17%
Endocrine, nutrizionali e metaboliche	37,6	35,2	-6%	45,1	42,6	-6%
Traumatismi	42,3	31,8	-25%	45,6	32,5	-29%
Dist. psichici	15,3	27,5	80%	18,4	32,6	77%
App. digerente	38,9	27,3	-30%	44,3	29,7	-33%
Infettive-parassitarie	12,5	19,5	56%	13,1	17,4	33%
App. genitourinario	15,5	16,3	5%	17,7	17,5	-1%
Sist. osteomuscolare/connettivo	7,3	4,9	-33%	5,9	4,9	-17%

Il trend in aumento della mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici può essere interpretato come una conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione. Tra le prime, infatti, rientrano Alzheimer e morbo di Parkinson, mentre tra i disturbi psichici rientrano la demenza e i disturbi del comportamento senili, tutte patologie che tendono a presentarsi in età avanzata e, rispetto al passato, più frequenti perché aumentano le persone che raggiungono e oltrepassano gli 80 anni. Anche l'aumento della mortalità per malattie infettive e parassitarie può essere in parte dovuto all'invecchiamento (la risposta immunitaria tra gli anziani infatti è minore, così come la suscettibilità a virus e batteri resistenti agli antibiotici). Non riguarda infatti, tra le malattie infettive, patologie come tubercolosi, AIDS o epatite, tutte in forte diminuzione.

Andando nel dettaglio delle singole cause all'interno dei grandi gruppi, considerando le principali in termini di mortalità, a conferma di quanto appena detto vediamo come dal 2003 tendono ad aumentare le patologie tipiche dell'invecchiamento: demenza (+94%), Alzheimer (+22%), Parkinson (+92%), ma anche le cadute accidentali (+14%), che come abbiamo

già discusso possono avere conseguenze severe (fino al decesso) proprio tra gli anziani fragili. La mortalità per traumatismi è diminuita invece del 30% e in particolare quella per incidenti stradali del 59%. Tra i tumori, quasi tutte le sedi seguono il trend generale in diminuzione, ad eccezione della mortalità per tumore del pancreas (+14%), della cute (+10%), del cavo orale (+7%) e dell'ovaio (+2%). Le riduzioni più forti si rilevano invece per il tumore dello stomaco (-51%), della laringe (-37%), della tiroide (-33%) e della prostata (-30%). Le sedi in aumento, sono numericamente tra le meno frequenti, ad eccezione del pancreas. Tra le sedi oncologiche più frequenti, si rilevano alcune differenze di genere rilevanti (Figura 4.4.7). Si nota ad esempio, dal 2003, un aumento dei decessi per tumore del polmone tra le donne, a fronte di una diminuzione tra gli uomini. Questo è plausibilmente associato all'aumento delle donne fumatrici osservato nelle decadi più recenti, mentre in passato l'abitudine al fumo era prerogativa degli uomini, tra i quali invece i fumatori tendono a diminuire. Considerazioni simili potrebbero valere in parte anche per il tumore della vescica, considerato che il fumo rientra tra i grandi fattori di rischio per questa sede.

**Figura 4.4.7 Mortalità per tumori, per sede – Variazione % del tasso standardizzato per età tra 2020 e 2003 – Toscana, anni 2003 e 2020 – Fonte: ISTAT**

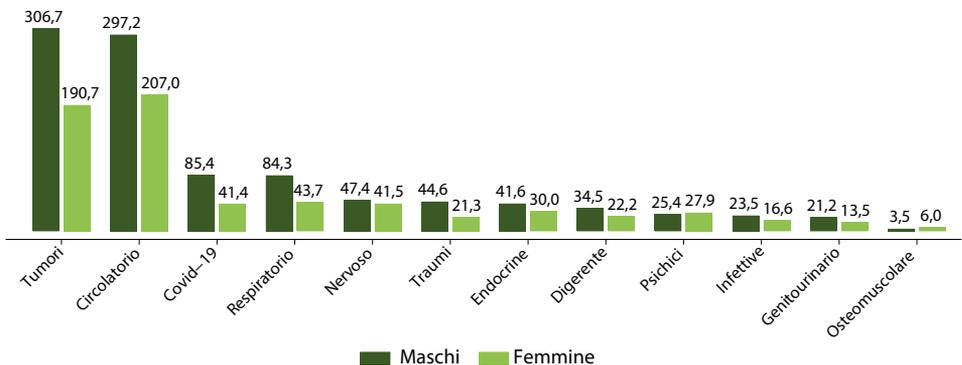


Proseguendo la lettura per genere, terminiamo l'analisi della mortalità con un confronto delle principali cause di morte tra gli uomini e le donne (Figura 4.4.8). Abbiamo già valutato le

differenze di genere per le due grandi cause di morte (tumori e circolatorio), ma quasi tutti i tassi di mortalità maschili sono superiori a quelli femminili, ad eccezione dei disturbi psi-

chici e delle malattie del sistema osteomuscolare. Queste ultime patologie sono tipicamente più associate al genere femminile (artriti e artrosi in particolare) e, come i disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso, alla popolazione più anziana, composta prevalentemente da donne. Il rapporto tra mortalità maschile e femminile è doppio per i traumatismi, in particolare il tasso di mortalità per traumi da trasporto (incidenti stradali) è pari al 7,5 per 100mila uomini e 1,5 per 100mila donne. Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, specialmente in giovane età, il divario del rischio di incidente stradale tra uomini e donne è costante. Anche il COVID-19 ha colpito in maniera più severa gli uomini, mediamente più fragili delle donne ed esposti alle complicanze più severe del contagio.

**Figura 4.4.8 Mortalità, per causa e genere – Tasso standardizzato per età per 100mila abitanti – Toscana, anno 2020 – Fonte: ISTAT**



Per tutte le sedi tumorali gli uomini hanno livelli di mortalità superiori a quelle delle donne. In particolare, tra quelle più frequenti (escluse le sedi unicamente maschili o femminili), per il polmone (66,4 vs 27,1 per 100mila abitanti), vescica (16,3 vs 3,4 per 100mila), stomaco (18,7 vs 8 per 100mila), colon-retto (27,6 vs 19,1 per 100mila) e fegato (16 vs 5,8 per 100mila).

### 27 Hospice in Toscana

+1 vs 2021

+8 vs 2019

Posti letto 192

(5,2 per 100mila ab.)

+18 vs 2021

+45 vs 2019

Le patologie oncologiche, insieme alle cronicità, sono le due condizioni principalmente eleggibili per i percorsi di cure palliative nel fine vita. In base alle caratteristiche della popolazione residente e alla frequenza delle singole cause di morte, stimiamo che circa 36mila persone nel 2022 potrebbero essere state eleggibili per un percorso di cure palliative durante il loro periodo di fine vita. Si tratta di 25mila persone con almeno una malattia cronica e 6mila con tumore, più quelle con entrambe le condizioni, circa 3 deceduti su 4, ovviamente quasi esclusivamente anziani (fonte: ARS su dati amministrativi). Le persone ricoverate in Hospice nel 2022 sono state 5.822, dato in ripresa rispetto ai primi due anni di pandemia e superiore anche al 2019, quando furono 4.698. Durante il biennio 2020-2021 l'attività si è fortemente ridotta e l'occupazione dei posti letto è scesa ben al di sotto del 50% (livello di occupazione medio). A fronte di un aumento dei posti letto negli ultimi anni, anche se ancora inferiore agli standard di riferimento, il livello di occupazione resta stabile al 50%. I tempi medi di attesa per il ricovero sono di 1,3 giorni, la durata media della degenza è di 10 giorni per i malati oncologici e di 8 giorni per i malati cronici

(dati stabili rispetto agli anni precedenti). È ancora elevata però la quota di pazienti che raggiunge l'Hospice tardivamente (il 34,7% ha una degenza inferiore alla settimana). Il 50,5% dei malati oncologici e il 20,9% dei malati cronici è stato invece assistito al proprio domicilio tramite cure palliative nell'ultimo mese di vita, valori in linea con il periodo pre-pandemico. Complessivamente poco meno di un malato su 3 è stato assistito in cure palliative domiciliari, circa 10.500 persone. Tendono a diminuire, pur lievemente, i deceduti che nell'ultimo mese di vita sono stati ricoverati (60% dal 64,4% del 2019) o sono deceduti in ospedale (31,3% dal 34% del 2019), proxy di una mancata efficacia del regime di cure palliative o Hospice. Diminuiscono in maniera più evidente invece gli accessi al Pronto soccorso cui non consegue un ricovero durante l'ultimo mese di vita, dal 46,6% del 2019 al 14,6% del 2022.

L'assistenza nel fine vita quindi, pur in progressivo aumento, anche grazie all'aumento dell'offerta, ancora non riesce ad intercettare l'intera popolazione plausibilmente elegibile sulla base delle patologie di cui soffre. Il 70% circa degli elegibili non riceve né assistenza domiciliare né residenziale (Hospice) durante l'ultimo mese di vita. Va tenuta presente ovviamente l'assistenza domiciliare privata, erogata per lo più da Associazioni di volontariato, che sfugge ai flussi amministrativi del servizio sanitario regionale. Il quadro così delineato evidenzia ulteriormente come i servizi erogati ai pazienti cronici siano ancora poco concentrati a progettare un percorso adeguato nel fine vita per i malati cronici e oncologici.