



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa



Welfare e salute in Toscana

2025

Welfare e salute in Toscana

2025

Welfare e salute 2025

Coordinamento scientifico

ARS Toscana: F. Profili, F. Voller

Regione Toscana: S. Brunori, M. La Mastra, A. Salvi

ANCI Toscana: A. Arces, L. Caterino

Scuola superiore Sant'Anna: A. Caputo, M. Vainieri, A. Vinci

Curatori del Volume 1

ARS Toscana: F. Profili, F. Voller

Regione Toscana: M. La Mastra

ANCI Toscana: M. Faraoni (Simurg Ricerche)

Scuola superiore Sant'Anna: M. Vainieri, A. Vinci

Curatori del Volume 2

ANCI Toscana: A. Arces, L. Caterino

Regione Toscana: S. Brunori

Curatori del Volume 4

ARS Toscana: F. Voller

Regione Toscana: S. Brunori

AUSL Centro: F. Toccafondi

Indice degli autori del Volume 1

ARS Toscana: G. Arzilli, F. Collini, V. Dubini, M. Falcone, S. Forni, P. Francesconi, G. Galletti, F. Gemmi, R. Gini, A. Girardi, F. Ierardi, C. Marini, C. Milli, D. Nuvolone, S. Olivadoti, M. Pacifici, F. Profili, M. Puglia, G. Roberto, C. Stasi, C. Szasz, F. Voller

Regione Toscana: G. Attardo, L. Baggiani, C. Berni, E. Biancalana, N. Caruso, M. La Mastra, S. Madrigali, D. Ricotta, B. Trambusti

ANCI Toscana: L. Caterino, R. Di Gioia, M. Faraoni (Simurg Ricerche)

Scuola superiore Sant'Anna: N. Bellè, P. Cantarelli, A. Caputo, E. Peruzzo, M. Vainieri, A. Vinci

CeRIMP: F. Ariani, G. Romeo, D. Talini

AOU Meyer: G. La Marca, E. Procopio

Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della salute: G. Bonaccorsi, C. Lorini

Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): C. Di Costanzo

Hanno collaborato

ARS Toscana: C. Bartolini, S. Bravi

Regione Toscana: L. Bani, P. Bellofiore, G. Bianco, C. Corezzi, M. De Luca, S. De Luca, F.M. Ganucci, C. Isoldi, M. Maielli, M. Marini, C. Rizzuti, A. Vignozzi, A. Zanobini

ANCI Toscana: 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: L. Corduas, G. D'Orso, A. Vinci

Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): B. Giachi, V. Ferrucci

ISPRO: F. Battisti, P. Mantellini

Editing, layout e grafica (a cura di ARS Toscana)

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

Elaborazioni dati per il Volume 1 e il Volume 3

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

Regione Toscana: G. Brusoni, A. Casile, M.G. Cuzzola, D. De Wet, C. Degl'Innocenti, S. Ghiribelli, M. La Mastra, M. Milani, D. Senatore, S. Tafuro

ANCI Toscana: M. Faraoni (Simurg Ricerche), R. Di Gioia

Scuola superiore Sant'Anna: D. Cerasuolo, G. D'Orso

Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): E. Bartolini, E. Fanti, R. Ricciotti

Indice

Presentazione

pag. 7

Il contesto socio-demografico

Popolazione	11
Dinamiche demografiche	16

Determinanti contestuali ed individuali di salute

Educazione e istruzione	25
Vulnerabilità e risorse delle famiglie	30
Inclusione ed esclusione sociale	35
Stili di vita	40
Alfabetizzazione sanitaria	65
Ambiente, clima e salute	68

La salute dei toscani

Percezione dello stato di salute	79
Mortalità	81
Aspettativa di vita	87
Tumori	90
Malattie infettive	95
Eventi acuti cardiovascolari	106
Malattie croniche	112
Disabilità	118
Salute mentale	122
Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo	129
Suicidi	139
Incidenti stradali	145
Incidenti domestici	152
Infortuni sul lavoro	157
Salute materno-infantile	162
Salute della popolazione anziana	169
Salute della popolazione straniera	175
Salute di genere	182

Violenza di genere	186
Salute in carcere	193
Le risorse del sistema	201
Spesa sociale	203
Terzo settore	207
Lavoro domestico di cura	210
Risorse finanziarie sanitarie	212
Risorse professionali sanitarie e sociali	215
Servizio sociale professionale	226
Case della comunità e cure intermedie	234
La qualità delle cure	241
Assistenza farmaceutica	243
Assistenza garantita: i Livelli essenziali di assistenza	252
Copertura vaccinale in età pediatrica	259
Screening oncologici	263
Consultori	267
Cure primarie per la cronicità	271
Assistenza specialistica ambulatoriale	279
Assistenza anziani non autosufficienti	286
Interventi e sostegni per l'integrazione delle persone con disabilità	291
Emergenza-urgenza	303
Ricovero ospedaliero	308
Qualità percepita dell'assistenza ospedaliera	313
Mobilità ospedaliera	316
Esiti	320
Trapianti e donazioni	326
Antibiotico-resistenza	330
Riabilitazione	336
Cure nel fine vita	341
La valutazione della Regione Toscana negli ultimi 5 anni	347
La storia della performance della Sanità toscana attraverso i bersagli: dal pre-COVID alla nuova normalità	349

Presentazione

L'andamento della salute e del benessere sociale in Toscana riflette una realtà demografica e socioeconomica in profonda trasformazione. La nostra regione, come il resto del Paese, si confronta con transizioni strutturali che mettono in discussione i tradizionali modelli di protezione e pongono nuove sfide all'intervento pubblico: transizioni demografiche con l'invecchiamento della popolazione, transizioni ecologiche e digitali che ridefiniscono le condizioni di vita e di lavoro, transizioni epidemiologiche che rendono più complessi i bisogni sanitari e sociali, specie nelle fasce più vulnerabili.

Il rapporto "Welfare e salute in Toscana" nasce per offrire una lettura integrata di queste dinamiche. Non è soltanto una raccolta di dati, ma uno strumento conoscitivo e operativo per rafforzare la capacità delle istituzioni di leggere i bisogni, valutare l'efficacia delle politiche pubbliche e orientare in modo equo e sostenibile gli interventi.

I dati demografici confermano una dinamica strutturalmente sbilanciata: la popolazione ultra64enne rappresenta ormai oltre un quarto dei toscani, con una presenza crescente dei grandi anziani. A fronte di ciò, la natalità si attesta sui minimi storici e l'indice di dipendenza strutturale supera ampiamente il 60%. Questo significa che ogni 100 cittadini in età lavorativa, oltre 60 sono minori o anziani, con impatti crescenti sulla sostenibilità del nostro sistema di protezione. In questo quadro, si accentua anche il fenomeno dell'isolamento sociale, che colpisce una quota di anziani soli e senza reti di supporto.

Dal lato sanitario, la Toscana conferma risultati di assoluto rilievo: il tasso di mortalità evitabile e l'aspettativa di vita sono tra i migliori d'Italia; l'accessibilità ai servizi di prevenzione e cura è elevata, così come la qualità dell'assistenza ospedaliera e territoriale. Le performance della rete oncologica e l'attuazione del Nuovo sistema di garanzia dei LEA sono migliorate nell'ultimo anno e continuano a collocare la nostra regione in una posizione di leadership nel panorama nazionale. Ma questi risultati non possono essere dati per acquisiti. I grandi cambiamenti sociali e demografici condizionano i bisogni di salute delle persone e, di conseguenza, anche la domanda di prestazioni. Diventa quindi centrale innovare e costruire un nuovo equilibrio tra quantità e qualità dei servizi e sostenibilità del sistema. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità impongono una riorganizzazione dell'assistenza sempre più centrata sulla prossimità, sull'integrazione con il sociale, sulla promozione della salute alla quale la Toscana sta lavorando con costanza ed attenzione.

Dal lato sociale, il quadro che emerge è inevitabilmente più articolato, vista la complessità e la multidimensionalità dei bisogni e delle istanze che le persone esprimono nei diversi territori, che richiedono risposte sempre più flessibili, integrate e partecipate per essere efficaci. La

Toscana si distingue per una buona dotazione infrastrutturale e per la qualità di molti servizi, in particolare per l'infanzia, le persone con disabilità e la non autosufficienza. Preoccupano le fragilità emergenti riconducibili a forme sempre più pervasive di povertà – economica, educativa, abitativa – che si traducono in nuovi rischi di esclusione e marginalità sociale, ai quali la risposta deve basarsi sulla capacità di sinergia e alleanza tra le istituzioni e il Terzo settore, anche attraverso l'utilizzo degli strumenti dell'amministrazione condivisa.

In questo contesto, la scelta della Regione Toscana di rafforzare l'approccio integrato tra sanitario e sociale si conferma strategica. I dati contenuti in questo rapporto dimostrano che salute e benessere non si costruiscono solo negli ambulatori o nei consultori, ma anche nelle scuole, nei servizi per l'infanzia, nei centri per l'impiego, nei progetti di inclusione sociale, nelle politiche abitative e culturali. Promuovere salute significa affrontare le cause profonde delle disuguaglianze, investendo in autonomia, relazioni, partecipazione, prevenzione.

Le Case della comunità, i punti unici di accesso, la sanità di iniziativa, le politiche per la domiciliarità, i percorsi personalizzati di presa in carico e alcune sperimentazioni innovative rivolte alle giovani generazioni, sono alcune delle leve con cui possiamo ricostruire un welfare di prossimità e generativo, capace di intercettare i bisogni, i diritti e le aspirazioni di tutte le persone, attivando partecipazione e coesione sociale e sedimentando un rapporto di fiducia tra istituzioni e cittadini.

Questo rapporto – frutto della collaborazione tra ARS Toscana, Osservatorio sociale di Regione Toscana, gli assessorati regionali competenti, ANCI Toscana, il MeS – mette a disposizione un patrimonio informativo prezioso, unico a livello nazionale per profondità e continuità. È uno strumento utile non solo per la programmazione regionale, ma anche per gli amministratori locali, i professionisti, la cittadinanza tutta. È un esercizio di trasparenza, di lettura dei fenomeni e di orientamento delle scelte, necessario oggi più che mai.

“Welfare e salute in Toscana” si propone così come un patto conoscitivo, un esercizio collettivo di lettura della realtà e un invito alla corresponsabilità. Serve oggi una nuova generazione di politiche pubbliche, capaci di agire sulla complessità, riconoscere la pluralità dei bisogni, valorizzare le risorse delle comunità. Solo attraverso un'alleanza solida tra sanità pubblica, welfare locale, cittadinanza attiva e Terzo settore potremo affrontare le sfide che ci attendono, eliminando le disuguaglianze, sostenendo l'autonomia delle persone, per garantire a tutti e tutte – senza distinzione di età, genere, condizione economica o provenienza – il diritto fondamentale alla salute e al benessere.

Assessore al diritto alla salute
e sanità
Simone Bezzini

Assessora alle politiche sociali, edilizia residenziale
pubblica e cooperazione internazionale
Serena Spinelli

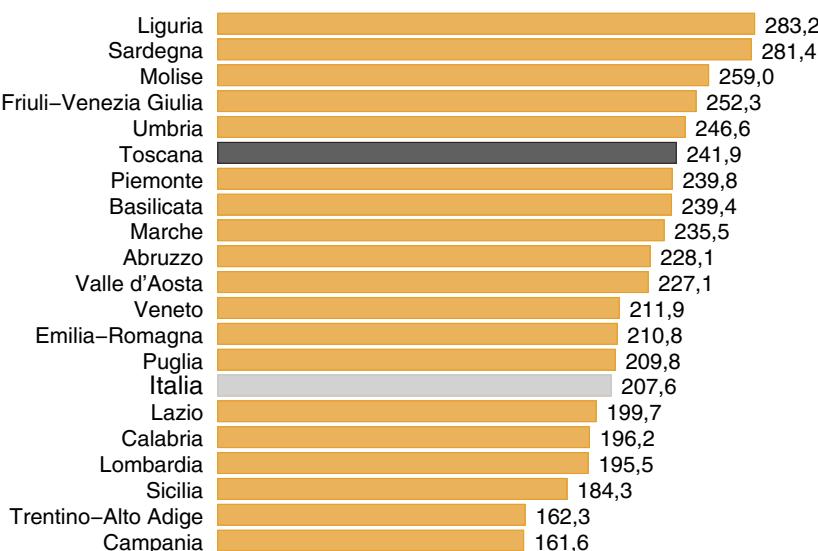
Il contesto socio-demografico

Popolazione

Al 1° gennaio 2025 le stime ISTAT contano 3.660.834 residenti in Toscana, pari al 6,2% dell'intera popolazione italiana. La nostra è la 9° regione più popolosa d'Italia, in una graduatoria guidata da Lombardia (circa 10 milioni di residenti, pari al 17% degli italiani), Lazio (9,7%) e Campania (9,5%).

La Toscana si caratterizza per una struttura per età tra le più anziane in Italia. L'età media dei residenti, pari a 48,2 anni, a fronte di una media italiana di 46,8 anni, ci colloca tra le prime 6 regioni, dopo Liguria (49,6 anni), Sardegna (49,2), Friuli-Venezia Giulia (48,6), Umbria (48,4) e Molise (48,3). L'indice di vecchiaia, che misura il ricambio generazionale di una popolazione, conta 242 anziani (65+ anni d'età) ogni 100 giovani under 15enni (208 ogni 100 in Italia), e conferma per la Toscana il 6° posto in un'ipotetica graduatoria per regione (Figura 1). Significa che gli anziani attualmente superano di quasi due volte e mezzo i giovani in numerosità e che, in prospettiva, la popolazione tenderà a sbilanciarsi ulteriormente verso le fasce d'età più elevate e a ridursi, salvo compensazioni dovute ai flussi migratori o politiche in grado di aumentare gli attuali livelli di fecondità.

Figura 1. Indice di vecchiaia – Anziani (65+ anni d'età) ogni 100 giovani (<15 anni d'età) – Regioni e Italia, anno 2025 – Fonte: ISTAT



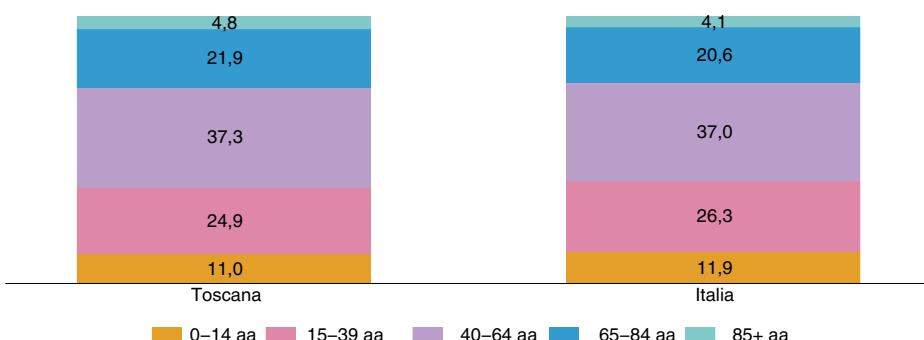
Gli ultra 64enni sono attualmente 978mila circa e rappresentano il 26,7% della popolazione (24,7% in Italia), tra questi sono in aumento i grandi anziani di 85 o più anni, 178mila, pari al 4,8% dell'intera popolazione (Figura 2). Il mantenimento dei livelli di salute e di autonomia degli anziani è fortemente influenzato dal grado e dalla qualità dell'inserimento sociale, ossia

dalla condizione abitativa e dalla la presenza di relazioni sociali e reti di supporto. Riguardo a questi fattori la sorveglianza PASSI d'Argento dell'Istituto superiore di sanità stima che il 14% degli anziani toscani si trovi in una condizione di isolamento sociale (media Italia 15,3%), il 19% viva da solo. La solitudine non comporta automaticamente l'isolamento sociale dell'anziano, il vivere da soli può essere infatti un segnale di buone condizioni di autonomia fisica, relazionale ed economica, ma c'è sicuramente una quota per la quale si configura, insieme alla solitudine, una situazione di mancanza di tessuto relazionale e protettivo.

I giovani under 15 sono 404mila circa e rappresentano invece l'11% dei toscani (11,9% in Italia). La quota di persone in età lavorativa rappresenta il 62,2% della popolazione toscana (63,3% in Italia) ed è, al suo interno, sempre più spostata verso le fasce d'età più mature, considerato che gli adulti 15-39enni sono 912mila circa, contro 1 milione e 366mila 40-64enni.

I percorsi di autonomia dei giovani sembrano ormai in stallo da diversi anni. Se è vero che cresce la quota di giovani toscani che vivono da soli e che nel 2023 in Italia l'età media di abbandono della famiglia di origine è scesa sotto la soglia dei 30 anni (restando comunque una delle più alte in Europa), il 59% dei 18-34enni toscani (circa 342mila) vive in famiglia con almeno un genitore, pur essendo quasi la metà di essi occupato. L'allungamento della permanenza nella famiglia di origine e dei tempi di acquisizione di autonomia si riflettono ovviamente sulla propensione alla costruzione di nuovi nuclei familiari e sulla natalità: continua sia la diminuzione delle coppie giovani con figli (che attualmente rappresentano il 28% delle famiglie, dal 37% del 2001) che l'aumento dell'età media della donna al parto, cresciuta di un anno e mezzo nell'ultimo decennio.

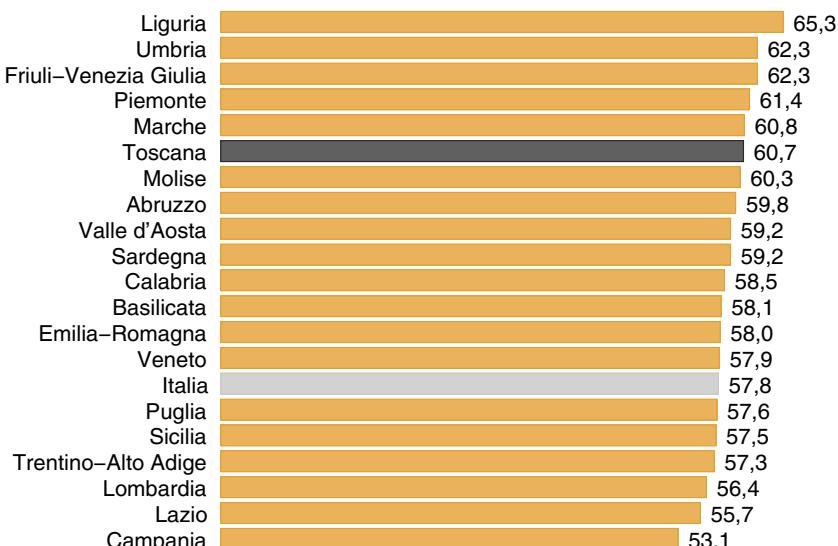
Figura 2. Popolazione residente, per classe d'età - Valori ogni 100 abitanti - Toscana e Italia, anno 2025 - Fonte: ISTAT



Ogni 100 adulti in età lavorativa, che partecipano al mantenimento del sistema sanitario e di welfare in termini contributivi, ma anche prestando la propria forza lavoro e di supporto familiare, si contano poco meno di 61 anziani e giovani under 15enni in Toscana (indice di

dipendenza strutturale): 60,7 il valore toscano vs 57,8 in Italia (Figura 3). Questo parametro misura la sostenibilità dell'attuale modello di welfare e quando il valore supera il 60%, come in questo caso, significa che il peso della popolazione che potenzialmente necessita e beneficia dei servizi di assistenza e cura ha ampiamente superato la metà della popolazione potenzialmente sostenitrice (economicamente e operativamente) di tali servizi. La situazione di potenziale squilibrio è ancora più preoccupante se, come detto, consideriamo il fatto che la popolazione in età lavorativa è prevalentemente over 40.

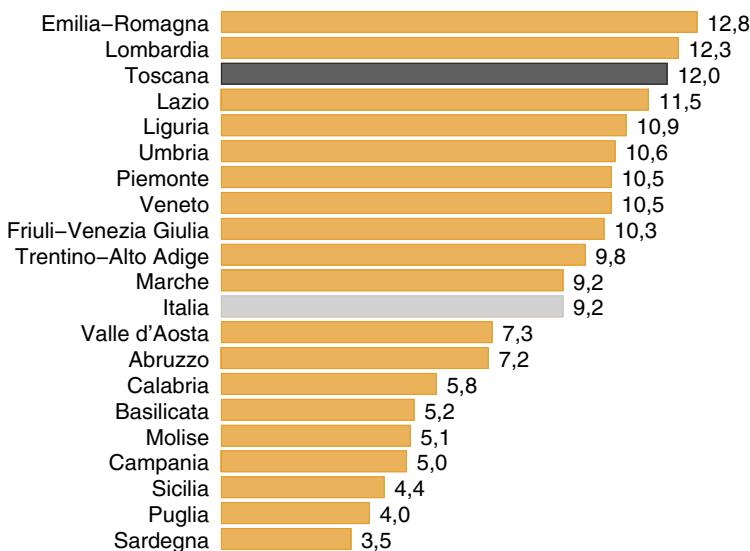
Figura 3. Indice di dipendenza strutturale - Anziani (65+ anni d'età) e giovani (<15 anni d'età) ogni 100 adulti (15-64 anni d'età) - Regioni e Italia, anno 2025 - Fonte: ISTAT



Nella popolazione generale le donne rappresentano il 51% (1 milione e 876mila persone circa). Il peso relativo della componente femminile però aumenta con l'età, grazie alla maggiore longevità che contraddistingue le donne rispetto agli uomini, e passa dal 49% della fascia d'età under 15, al 54% tra i 65-84enni, fino al 64% tra gli ultra 84enni. In termini assoluti, considerando il progressivo spostamento della piramide demografica verso le età più anziane, va segnalata la diminuzione delle donne d'età compresa tra i 15 e i 49 anni, soglie convenzionalmente individuate come inizio e fine dell'età riproduttiva, e questo ha un impatto sulla natalità che osserviamo attualmente e osserveremo nei prossimi anni. Negli ultimi 30 anni, infatti, sono scese da 820.040 unità nel 1995 alle attuali 681.428, circa 139mila donne in meno. Anche il contributo delle donne di origine straniera alla natalità sembra essere diminuito rispetto ai primi anni 2000, nonostante la popolazione non italiana stia progressivamente aumentando nella nostra regione. Al 1° gennaio 2025 rappresenta

il 12% dei toscani, si tratta di poco meno di 440mila persone che risiedono nella nostra regione e sono l'8,1% del totale dei residenti di origine straniera che vivono in Italia, dove rappresentano il 9,2%. Se a questi si aggiungono i cittadini che sono nati all'estero e che hanno poi ottenuto la cittadinanza italiana si arriva a circa 570mila persone con background migratorio attualmente residenti nella regione. Il peso relativo della popolazione immigrata segue un gradiente geografico da sud a nord del Paese (Figura 4), legato essenzialmente all'offerta lavorativa che contraddistingue le diverse regioni. I dati aggiornati al 1° gennaio 2024 (ultimo anno disponibile) individuano la Romania come il principale Paese di origine dei residenti in Toscana con cittadinanza straniera (16,8%), seguita da Cina (16,2%), Albania (13,2%) e Marocco (6,7%).

Figura 4. Popolazione di origine straniera - Residenti di origine straniera ogni 100 abitanti - Regioni e Italia, anno 2025 - Fonte: ISTAT

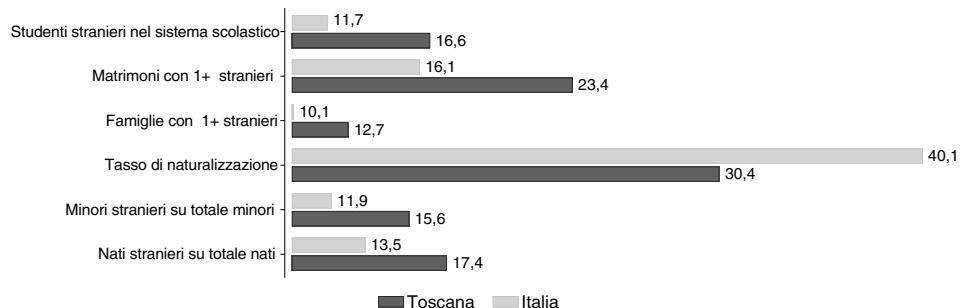


La dinamica degli arrivi dei cittadini di origine straniera è stata però caratterizzata da due fasi differenti: la forte crescita nel periodo 2001-2014 (durante il quale la popolazione è più che triplicata passando da 110mila a circa 384mila persone) e l'attenuazione di tale incremento nel corso degli ultimi dieci anni (+14% rispetto al 2014), complici l'onda lunga della crisi economica 2008 che ha diminuito l'appeal lavorativo della Toscana, prima, e le ovvie difficoltà conseguenti all'emergenza pandemica dal 2020, poi. La stabilizzazione delle comunità straniere sul territorio toscano è chiaramente testimoniata dagli aspetti fondamentali della vita sociale e dai fattori che maggiormente influiscono sull'inclusione e quindi sul radicamento: le nascite, la presenza di minori, le acquisizioni di cittadinanza, le

dinamiche familiari e l'inserimento scolastico. La scelta di permanere in Toscana da parte di molti stranieri, infatti, è testimoniata da alcuni indicatori quali:

- il rapporto tra le nascite di stranieri e le nascite totali è passato dal 9% del 2001 al 17,4% odierno (poco meno di 1 nato su 5 è straniero) e i valori sono costantemente al disopra del dato medio nazionale;
- i minori rappresentano oggi il 18% degli stranieri e il 15,6% del totale dei minori residenti (media nazionale 11,9%);
- le acquisizioni di cittadinanza, pur con andamento altalenante, mostrano un trend di crescita (circa 13.400 nel 2024), e confermano la nostra regione come una delle mete privilegiate dagli stranieri che decidono di rimanere e costruire un progetto di vita in Italia;
- le famiglie toscane con almeno uno straniero (circa 212.400) sono il 12,7% delle famiglie totali e quelle composte da soli stranieri (circa 154.000) sono il 9,2%;
- nel 2023 i matrimoni con almeno uno sposo straniero, di cui il 70% misti, hanno rappresentato il 23,4% del totale matrimoni (quasi un matrimonio su 4 ha almeno uno sposo straniero);
- i bambini e ragazzi stranieri presenti nel ciclo di istruzione (scuola primaria e secondaria) sono quasi 67 mila, il 16,6% del totale;
- al 2023 gli stranieri occupati in Toscana sono 194 mila (12% degli occupati e 15% dei lavoratori dipendenti) e le imprese a conduzione straniera sono 57 mila (il 17% delle imprese in Toscana).

Figura 5. Indicatori di stabilizzazione sul territorio toscano da parte dei residenti stranieri – Valori percentuali – Toscana e Italia, anni 2022 (famiglie), 2023 (matrimoni), 2024 (studenti, minori, nati e naturalizzazione) - Fonte: ISTAT

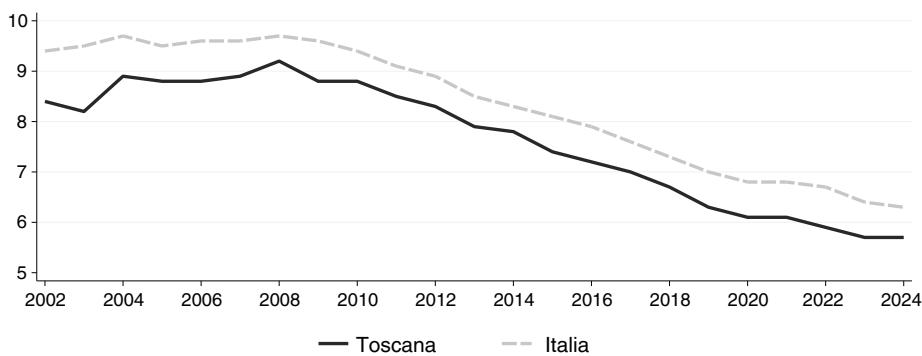


Dinamiche demografiche

La fotografia della popolazione toscana risente ovviamente dell'effetto di dinamiche demografiche pluridecennali. Le variazioni annuali di questi fenomeni, infatti, sono relativamente contenute, ma assumono consistenza nel lungo periodo e, eventuali politiche che puntino ad invertire o modificare i trend, analogamente, necessitano di ampi tempi di latenza prima di poter mostrare un impatto significativo.

Il termine coniato per descrivere l'attuale situazione italiana, e la Toscana è una tra le regioni che più si ritrova in questa definizione, è quello di inverno demografico, caratterizzato da invecchiamento della popolazione, riduzione della natalità, calo della popolazione residente. Nel 2024 ISTAT conta 20.725 nuovi nati nella nostra regione, pari a 5,7 ogni 1.000 abitanti, un tasso che ci colloca al 7° posto tra le regioni con minore natalità in Toscana. Nello stesso anno la media italiana è stata pari a 6,3 nuovi nati ogni 1.000 abitanti. Entrambi i trend, toscano e italiano, sono in costante diminuzione ormai dal 2008, anno in cui si è verificato il picco di nascite più recente (Figura 1). Si pensi che in quell'anno i nuovi nati furono 33.610, il 66% in più rispetto all'anno appena trascorso, quasi 13mila bambini e bambine in più. Questa diminuzione nei volumi avrà necessariamente ricadute, che stiamo già iniziando a vedere, sulle attività lavorative ed educative destinate alla fascia pediatrica. L'attuale numero di istituti scolastici, sportivi e ricreativi rischia di non essere più sostenibile con un calo della popolazione target così importante.

Figura 1. Tasso di natalità - Nuovi nati per 1.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2002-2024 - Fonte: ISTAT



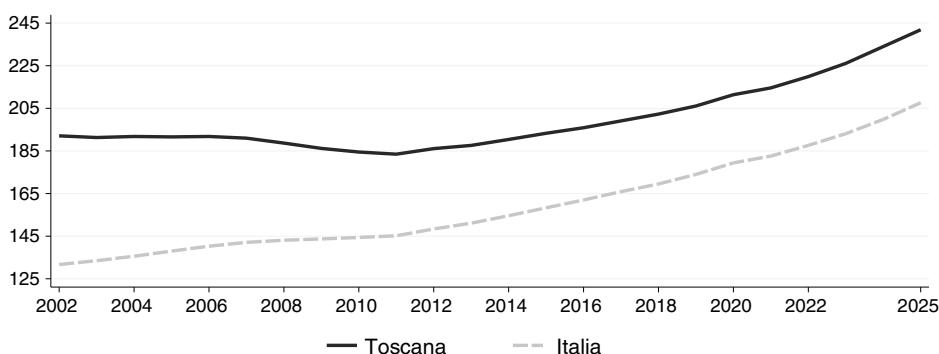
Il tasso di fecondità in Toscana negli ultimi anni è fermo a 1,12 figli per donna (1,18 in Italia nel 2024), diminuito di circa 0,3 punti rispetto all'1,41 osservato nel 2008. Le previsioni per i prossimi anni non lasciano intravedere una ripresa della natalità. Si continua inoltre a

posticipare la scelta della genitorialità, con l'età media al parto che ha raggiunto i 32,9 anni tra le donne toscane, rispetto ai 32,6 anni in Italia. In entrambi i casi si tratta di un incremento di 2 anni in più rispetto al 2002. Pur auspicando una tenuta della propensione a fare figli sui livelli attuali, infatti, come detto nel capitolo precedente, stiamo assistendo alla progressiva riduzione del numero di potenziali genitori, a sua volta conseguenza della fecondità osservata nelle decadi passate.

Anno dopo anno sta diminuendo in generale il peso relativo della popolazione giovane e adulta, a favore di quello della popolazione anziana, convenzionalmente individuata con la soglia d'età dei 65 anni, ma al cui interno, grazie all'aumento dell'aspettativa di vita, si fa sempre più rilevante il peso dei cosiddetti grandi anziani (persone di 85 anni o più), che attualmente rappresentano il 4,8% della popolazione toscana. La popolazione ultra 64enne è passata dal rappresentare il 22,5% dei toscani nel 2002 al 26,7% attuale, circa 4 punti percentuali in più, che significano un incremento di 215 mila anziani sul territorio.

Esaurito l'effetto dell'ultimo picco di natalità del 2008 e degli ingressi da altri Paesi dei primi anni 2000, che hanno portato persone mediamente più giovani nella nostra regione, l'indice di vecchiaia toscano è progressivamente aumentato dal 2011 a oggi (Figura 2), da 184 anziani ogni 100 giovani under 15, agli attuali 242. Il trend è analogo a quello italiano e le due linee mantengono costante il gap che le separa.

Figura 2. Indice di vecchiaia - Anziani (65+ anni d'età) ogni 100 giovani (<15 anni d'età) - Toscana e Italia, periodo 2002-2025 - Fonte: ISTAT



L'invecchiamento della popolazione aumenta naturalmente il numero di persone esposte al rischio di morte e fa sì che ogni anno il numero assoluto di decessi sia ormai stabilmente più del doppio di quello delle nascite. Nel 2024, ad esempio, a fronte di 20.725 nascite, in Toscana abbiamo osservato 44.271 decessi, pari a 12,1 ogni 1.000 abitanti (11 per 1.000 in Italia). Il confronto con l'Italia ci pone in una situazione peggiore, dovuta però alla struttura per età più anziana della nostra popolazione, vedremo infatti nei capitoli successivi come i livelli di mortalità toscani siano in realtà inferiori a quelli medi italiani e a quelli di molte

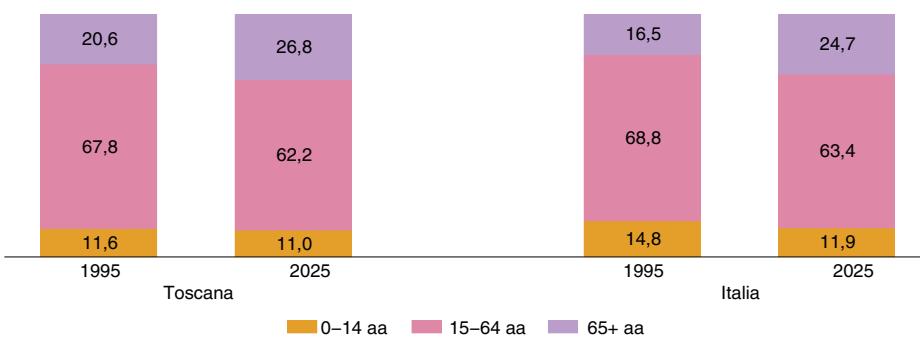
Dinamiche demografiche

regioni, una volta corretti per l'effetto della distribuzione per età. Per quanto riguarda il trend recente possiamo considerare ormai superati gli effetti della pandemia sulla mortalità, dopo gli eccessi (rispetto alla mortalità attesa sulla base dell'andamento precedente) osservati nel triennio 2020-2022. Dal 2019 al 2020 il tasso di mortalità toscano era passato da 11,8 a 13 decessi ogni 1.000 abitanti, fino a raggiungere il 13,4 per 1.000 nel 2022 (48.903 i toscani deceduti in quell'anno). La nostra regione già nel 2023 era ritornata sugli attuali livelli di mortalità, mentre molte altre regioni anche in quell'anno hanno mantenuto livelli più alti.

Il saldo naturale (nuovi nati – decessi) negativo in Toscana è storicamente compensato dal saldo migratorio ampiamente positivo, grazie agli ingressi da altre regioni o dall'estero che superano il numero di toscani che scelgono di lasciare la nostra regione. Nell'ultimo anno il saldo migratorio toscano è stato pari a +6,5 abitanti ogni 1.000, mentre quello naturale ha segnato un -6,4 per 1.000. La combinazione di questi due trend di segno opposto sta progressivamente portando ad un aumento della popolazione di origine straniera, passata dalle 124mila unità del 2003 alle attuali 440mila (12% dei toscani).

I flussi migratori portano solitamente un beneficio demografico non solo di tipo numerico, ma anche alla struttura per età della nostra popolazione, considerato che le persone che scelgono di venire a vivere in Italia sono principalmente in età lavorativa e concorrono all'abbassamento dell'età media anche grazie al contributo che danno alla natalità. Questo apporto però negli ultimi 30 anni è riuscito solo a rallentare il processo di squilibrio tra popolazione convenzionalmente in età attiva (15-64 anni) e non attiva (Figura 3), che mette a rischio la tenuta dell'attuale sistema sanitario e di welfare.

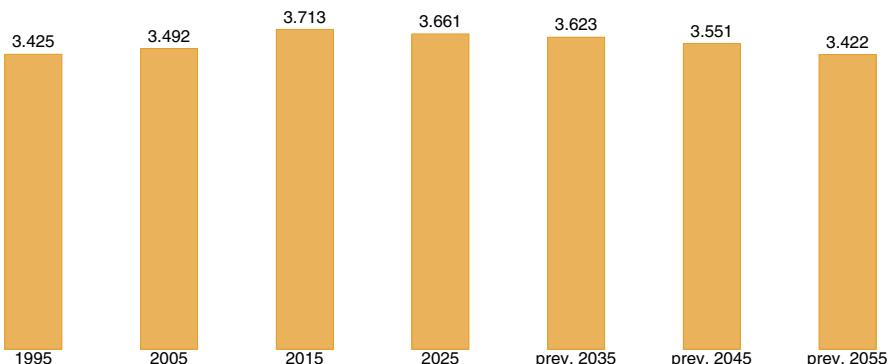
Figura 3. Popolazione residente per classe d'età - Valori percentuali - Toscana e Italia, anni 1995 e 2025 - Fonte: ISTAT



Dal dopoguerra ad oggi la popolazione Toscana è cresciuta di oltre mezzo milione di residenti per la crescita ininterrotta dal 1952 al 1982 e la ripresa demografica, sostenuta dai flussi migratori, del primo decennio degli anni duemila, dopo un periodo di sostanziale stabilità negli anni '80 e '90. Complessivamente la nostra regione negli ultimi 30 anni ha visto

aumentare i propri residenti dai 3 milioni e 420mila abitanti circa del 1995 (Figura 4). Dal 2015 però, complice il rallentamento delle immigrazioni, stiamo facendo i conti con una maggiore stabilità, che dal 2020, con la pandemia da COVID-19 e il blocco quasi totale agli spostamenti, è diventata una leggera, ma costante, perdita di residenti. Negli ultimi 4 anni il dato ha frenato la sua diminuzione, oscillando tra i 3 milioni e 663mila e i 3 milioni e 660mila residenti, con una diminuzione molto più contenuta, in termini relativi, rispetto a quella osservata a livello nazionale, grazie alla maggiore attrattività che caratterizza la Toscana e le altre regioni del centro e nord Italia. Le previsioni ISTAT per i prossimi 30 anni però, basate sull'attuale struttura per età della popolazione e gli attuali saldi naturali o migratori, considerano plausibile un ritorno sui livelli del 1995, con una progressiva accentuazione della perdita di residenti.

Figura 4. Popolazione residente - Valori in migliaia - Toscana e Italia, periodo 1995-2025 e previsioni 2035-2055 (scenario mediano) - Fonte: ISTAT



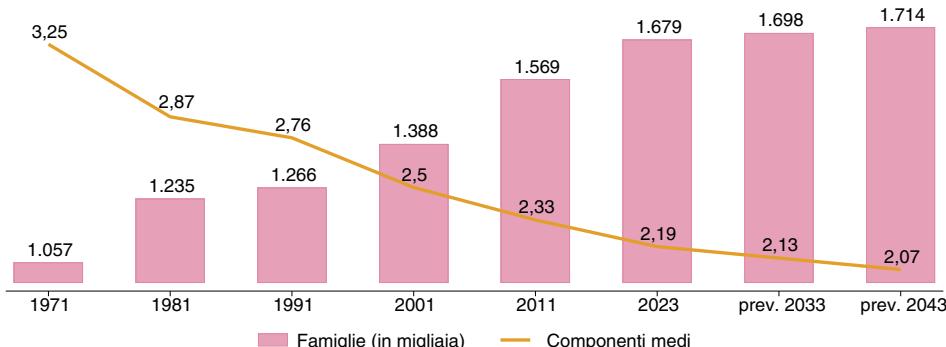
Sempre attingendo alle previsioni ISTAT, la progressiva perdita di residenti sarà accompagnata da un ulteriore invecchiamento della popolazione, con l'età media che raggiungerà i 49,7 anni nel 2035 e i 51,1 anni nel 2055. Gli anziani arriveranno a rappresentare un terzo della popolazione residente (31,1% nel 2035 e 34,2% nel 2055) e supereranno di 3 volte i giovani under 15, con l'indice di vecchiaia che nel 2035 è stimato a 318. Gli over 84enni raggiungeranno l'8,4% della popolazione nel 2055. L'indice di dipendenza strutturale raggiungerà il valore di 82 anziani e giovani ogni 100 adulti in età produttiva nel 2045, mantenendosi stabile su quei valori e rendendo difficilmente ipotizzabile il mantenimento degli attuali livelli di sostenibilità. Si tratta ovviamente di uno scenario stimato sulla base degli andamenti dei principali indicatori demografici che stiamo osservando negli ultimi anni e dell'attuale struttura per età della popolazione residente, che non tiene conto di eventuali politiche capaci di invertire la traiettoria di alcune di queste dimensioni.

Dinamiche demografiche

Anche le famiglie, inevitabilmente, sono interessate da trasformazioni, oggi più veloci che in passato, tra movimenti ormai noti e studiati da anni e nuove dinamiche che ne cambieranno forme e consistenze.

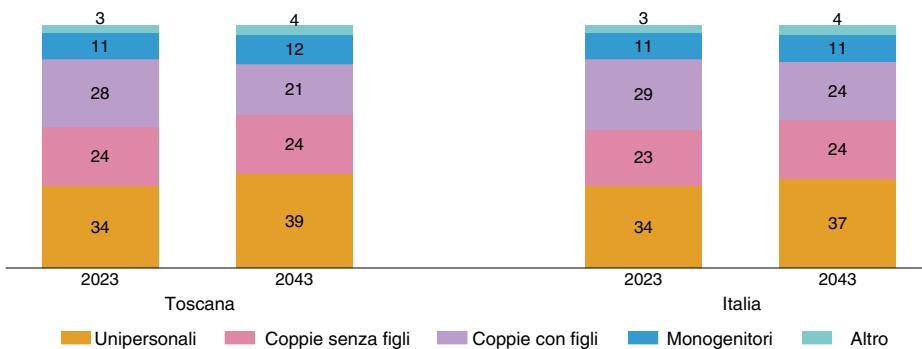
Il primo da citare è il cosiddetto processo di nuclearizzazione, ovvero l'aumento dei nuclei familiari e la contemporanea riduzione del numero medio di componenti. Dal 1971 la Toscana è passata da poco più di un milione di famiglie a circa 1 milione e 679 mila (+59%) e, per contro, da 3,25 a 2,19 componenti medi. Fenomeno che parte da lontano e che pare destinato a proseguire quanto ad assottigliamento dei componenti (dagli attuali 2,19 ai 2,07 del 2043) e crescita dei nuclei (Figura 5).

Figura 5. Famiglie residenti – Valori in migliaia e numero medio di componenti – Toscana, periodo 1971-2023 e previsione 2033-2043 (scenario mediano) – Fonte: ISTAT



Se la struttura delle famiglie si semplifica, cresce invece la complessità nelle tipologie e nelle modalità di composizione dei nuclei. All'interno delle forme familiari sono ormai maggioritarie le unipersonali (principalmente costituite da over 60), mentre perdono rappresentanza le coppie con figli, la tipologia più diffusa fino a qualche anno fa (era il 37% nel 2001), che oggi rappresenta il 28% del totale. Crescono dunque le coppie senza figli (24% del totale) e le monogenitore (11%), con netta prevalenza di madri con figli (81%). Trend che si consolideranno nei prossimi 20 anni, con un'ulteriore diminuzione delle coppie con figli (saranno il 21% nel 2043) a vantaggio delle unipersonali (in aumento al 39%). In merito alla composizione e formazione dei nuclei, crescono tra le coppie stabili quelle non coniugate, così come aumentano le famiglie ricostituite (in Toscana il 19% degli sposi e il 17% delle spose sono al secondo matrimonio o successivo).

Figura 6. Nuclei familiari residenti per tipologia – Distribuzione percentuale – Toscana e Italia, anno 2023 e previsione 2043 (scenario mediano) – Fonte: ISTAT



L'attuale situazione, e la sua evoluzione futura prevista, tenderà evidentemente a rafforzare il già osservabile assottigliamento delle reti familiari e il conseguente indebolimento del loro ruolo di protezione sociale, con presumibili ulteriori difficoltà per la tenuta del sistema di welfare, anche in considerazione delle crescenti pressioni delle fasce di popolazione tradizionalmente più bisognose di cure e supporto (minori e anziani), con uno sbilanciamento del rapporto tra care receiver e caregiver.

Determinanti contestuali ed individuali di salute

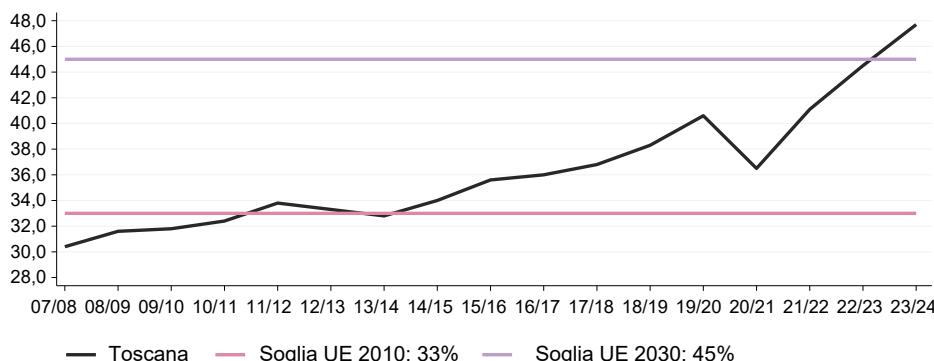
Educazione e istruzione

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

Le bambine, i bambini, le ragazze ed i ragazzi inseriti nel sistema educativo e dell'istruzione toscano sono circa 503mila (erano 532mila nel 2016 e 518mila nel 2020): circa 26.800 nei servizi educativi per l'infanzia (3-36 mesi), 74mila nella scuola dell'infanzia (3-5 anni) e 402mila nel ciclo dell'istruzione (141mila nella scuola primaria, 97.700 nella secondaria di I grado e 163mila in quella di II grado). Gli stranieri rappresentano complessivamente il 17% degli iscritti: 7% nei servizi all'infanzia, 12% nella scuola dell'infanzia, 20% nella primaria, 18% nella secondaria di I grado e 13% in quella di II grado. Due terzi degli studenti stranieri sono di seconda generazione: il 72% degli stranieri iscritti alla scuola primaria, il 67% nella secondaria di I grado e il 60% in quella di II grado.

Per quanto riguarda i servizi educativi all'infanzia (asili nido e servizi integrativi), la Toscana riveste da molto tempo posizioni di rilievo nel panorama nazionale. Secondo i dati della rilevazione ISTAT su questi istituti, nel 2022 in Toscana la percentuale di bambini iscritti rispetto ai residenti era il 40,7% (media Italia pari al 30%), la percentuale dei Comuni che offrivano il servizio era pari all'87% (contro una media nazionale del 64%) e la spesa dei Comuni era di 1.727 euro per ogni bambino di 0-2 anni (1.116 euro la media italiana). Nell'anno educativo 2023/24, la regione ha garantito un'offerta di 911 strutture, costituite per il 90% da asili nido e per il restante 10% da servizi integrativi (spazi gioco, centri per bambini e famiglie, servizi educativi domiciliari). La dotazione del servizio, misurata attraverso l'indicatore di Lisbona (accolti ogni 100 abitanti di 3-36 mesi d'età), è arrivata al 47,7%, superando già da alcuni anni l'obiettivo del 33% che l'Unione europea (UE) si era data per il 2010 e anche il nuovo obiettivo del 45% che l'UE ha aggiornato in periodo post COVID-19 per il 2030 (Figura 1). Considerate le funzioni strategiche che i servizi per l'infanzia svolgono riguardo ai percorsi educativi e socializzanti di bambine e bambini e per la conciliazione dei tempi di vita delle famiglie (riconosciute evidentemente anche dalla UE attraverso il significativo innalzamento dell'obiettivo 2030), la situazione odierna della Toscana rappresenta senza dubbio una condizione di vantaggio rispetto ad altri territori, anche in ragione del potenziamento dei servizi in corso contemplato nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

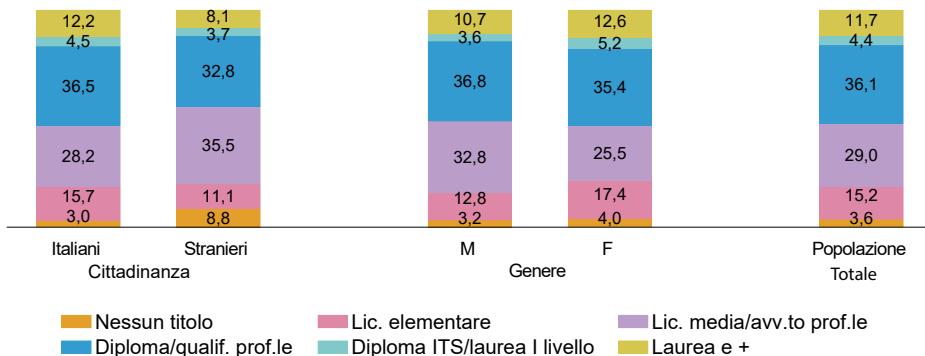
Figura 1. Accoglienza nei servizi educativi all'infanzia – Bambini accolti nei Servizi educativi all'infanzia per 100 bambini d'età 3-36 mesi (Indicatore di Lisbona) – Toscana, periodo 2007-2024 – Fonte: Regione Toscana



*La linea rosa individua l'obiettivo del 33%, la linea viola individua l'obiettivo del 45%.

I livelli di istruzione, quelli di apprendimento e le performance all'interno del sistema scolastico toscano sono in netto e costante miglioramento, ma, pur nella virtuosità nel panorama nazionale, si rivelano spesso ancora deficitari rispetto allo scenario medio europeo. I dati del censimento permanente ISTAT 2022 (ultimo disponibile riguardo all'istruzione) ci dicono che la situazione regionale della popolazione di 15+ anni d'età è in linea con quella media italiana: il 19% non ha un titolo o al più ha ottenuto la licenza elementare, il 29% ha la licenza media, il 36% ha un diploma, il 4% ha un diploma di istruzione tecnica superiore (percorso post diploma) o laurea di primo livello (trenniale) e il 12% è laureato o ha titoli superiori. Rispetto al Censimento 2011, si nota una contrazione dei senza titoli e delle licenze elementari (rappresentavano rispettivamente l'8% e il 22% della popolazione), la stabilità della quota di licenza media e la crescita di diplomati, diplomati specializzati e laureati (rappresentavano rispettivamente il 30%, il 3% e il 9% della popolazione). Tra le femmine è leggermente più alta la quota di laureate (13% vs 11% tra i maschi), ma c'è anche un forte divario rispetto alla licenza elementare (17% vs 13%), e media (25% vs 33%). Il confronto per nazionalità fa emergere un deficit di istruzione a svantaggio della popolazione straniera, che, pur riducendo il gap nel tempo, ha ancora numeri minori su laureati e diplomati rispetto alla popolazione italiana autoctona.

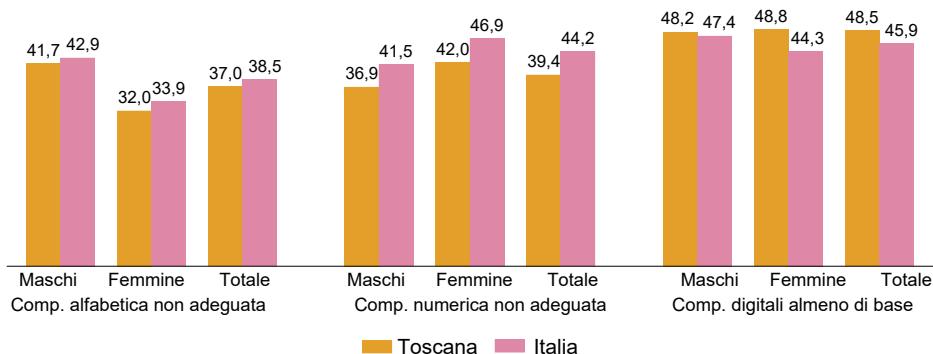
Figura 2. Titolo di studio più elevato conseguito nella vita, per genere e nazionalità – Valori per 100 abitanti d'età 9+ anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: ISTAT



I livelli di apprendimento, misurati dall'Istituto nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione (INVALSI), e utilizzati da ISTAT all'interno delle misure di Benessere equo e sostenibile (BES) e le competenze digitali di base (ISTAT - Indagine Aspetti della vita quotidiana), pur migliori della media nazionale, segnalano alcune criticità:

- nel 2023 una percentuale rilevante degli studenti della scuola secondaria di I grado evidenzia inadeguatezza di competenze alfabetiche (37%) e numeriche (39%); si tratta peraltro di valori in peggioramento, che nel 2019 vedevano percentuali pari rispettivamente al 33% e al 34%;
- il 48,5% dei 16-74enni ha competenze digitali almeno di base, quota in leggero peggioramento rispetto al 2021 (50%), ma migliore della media italiana (46%).

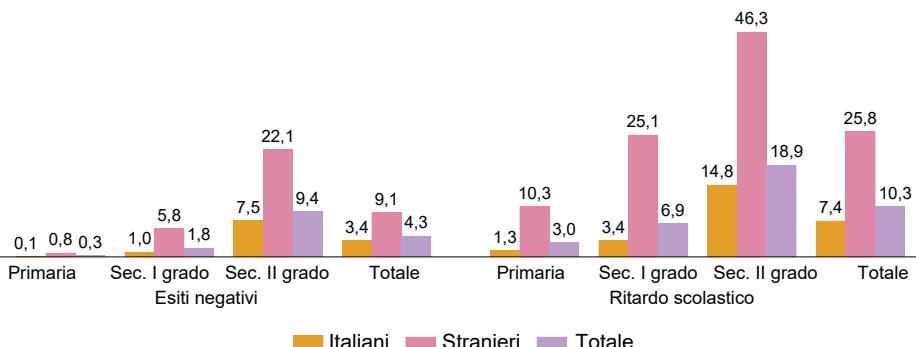
Figura 3. Competenze alfabetiche, numeriche e digitali – Studenti delle classi 3º della scuola secondaria di I grado con competenze alfabetiche e numeriche non adeguate e persone con competenze digitali almeno di base nella popolazione d'età 16-74 anni – Toscana e Italia, anno 2023 – Fonte: INVALSI e ISTAT



Le principali variabili proxy dell'abbandono e della dispersione scolastica, ovvero il grado di insuccesso scolastico e il suo riflesso in termini di ritardo scolastico, sono sensibilmente calate, ma coinvolgono ancora quote significative di studenti (Figura 4):

- gli esiti negativi nella secondaria di II grado sono complessivamente al 9% (quasi uno studente su dieci) e il divario tra italiani e stranieri è sensibile (7,5% vs 22%);
- il ritardo scolastico, sempre nella secondaria di II grado, coinvolge quasi 1 studente su 5 e poco meno della metà degli iscritti stranieri;
- entrambi gli indicatori sono molto migliorati (nel 2012 le bocciature nella secondaria di II grado erano al 15%, e i ritardi al 28%) soprattutto tra gli stranieri, grazie alla crescente presenza di seconde generazioni, ma resta una considerevole forbice associata alla nazionalità;
- nella scelta del tipo di istruzione secondaria di II grado (orientamento come fattore chiave in termini di inclusione scolastica e di contrasto alla dispersione) si riscontrano sostanziali differenze tra stranieri e italiani e tra stranieri di I e II generazione: gli studenti italiani si indirizzano prevalentemente verso la scelta liceale (oltre la metà), seguita da quella tecnica (oltre 1 su 4) e da quella professionale (16%), mentre le scelte degli stranieri sono equamente ripartite tra le tre componenti; come per gli indicatori di disagio scolastico, le scelte delle seconde generazioni di stranieri tendono progressivamente ad avvicinarsi a quelli degli italiani, discostandosi da quelli delle prime generazioni.

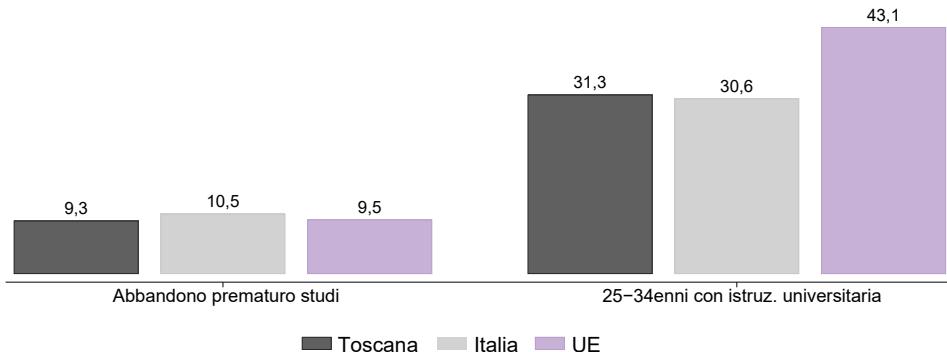
Figura 4. Esiti negativi e di ritardo scolastico, per ordine di istruzione e nazionalità – Valori percentuali – Toscana, anno 2023 – Fonte: Regione Toscana



L'avanzamento complessivo su questi frangenti è confermato anche dalla riduzione della quota di abbandono scolastico, che coinvolge ad oggi il 9,3% dei ragazzi toscani dai 18 ai 24 anni (nel 2020 era 13%) a fronte del 10,5% nazionale e del 9,5% medio europeo, con la Toscana che raggiunge la soglia del 10% fissata dalla Strategia Europa 2020. Rimane invece ancora ampia la distanza dei giovani toscani e italiani rispetto alla media europea in relazione al grado di qualifica: i 25-34enni toscani con istruzione universitaria sono infatti il 31,3%, cresciuti

rispetto al 28,4% del 2019, ma a fronte di una media europea del 43,1% (quasi 10 punti percentuali di distacco).

Figura 5. Abbandono scolastico e istruzione universitaria – Persone che abbandonano prematuramente gli studi ogni 100 abitanti d'età 18-24 anni e persone con istruzione universitaria ogni 100 abitanti d'età 30-34 anni – Toscana, Italia e media paesi UE, anno 2023 – Fonte: ISTAT e EUROSTAT



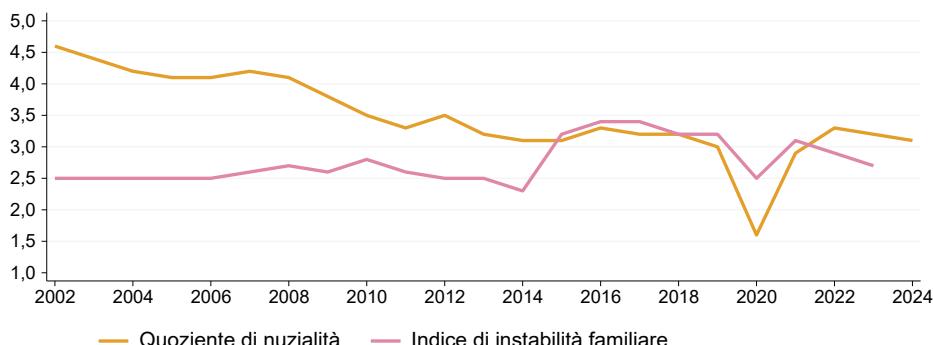
Uno dei temi maggiormente presidiati in questi anni dalla ricerca sul tema dell’istruzione è quello della povertà educativa, che la recente Commissione scientifica inter-istituzionale attivata da ISTAT per la nuova misurazione del fenomeno definisce come *“condizione caratterizzata da una carenza di risorse educative e culturali della comunità di riferimento intesa in senso lato (famiglia, scuola, luoghi di apprendimento e aggregazione, ecc.) e non avere acquisito le competenze cognitive e non cognitive (sociali ed emotive) necessarie per crescere e sviluppare le relazioni con gli altri e per sentirsi parte di una comunità”*. Il nuovo tentativo di misurazione, i cui risultati preliminari sono stati presentati nel 2024 alla XV Conferenza nazionale di statistica, ha un impianto conoscitivo basato su due domini principali: povertà di risorse (carenza di risorse educative e culturali della comunità di riferimento o limitazione nelle opportunità che tali risorse offrono) e povertà di esiti (non avere acquisito le competenze non cognitive e cognitive necessarie). Pur non essendo ancora disponibili pubblicamente i dati territoriali puntuali, dalle mappe comunali diffuse da ISTAT si evince che per il dominio delle risorse la Toscana si colloca su valori mediamente migliori rispetto al dato nazionale (tanto più per i territori a maggior grado di urbanizzazione), mentre in relazione agli esiti si registrano per la Toscana valori in linea con la media italiana. Detto questo, è bene ricordare che non esiste un gold standard di riferimento, il valore di confronto con l’Italia (=100) è un riferimento di depravazione relativo, che non indica se quel livello è il migliore possibile o comunque auspicabile, per questo anche le aree con valori di depravazione inferiori al dato nazionale possono presentare comunque dei segnali di depravazione.

Vulnerabilità e risorse delle famiglie

Come già accennato nel capitolo riguardante la demografia, le capacità di tenuta delle famiglie toscane in chiave di protezione sociale sono sottoposte a significative tensioni in questi anni: da una parte le trasformazioni che le stanno rendendo sempre più instabili e numericamente assottigliate, dall'altra la crescente pressione in termini di cura da parte dei più fragili (minori e anziani in primis), nonché le sempre presenti sacche di disagio abitativo e di fragilità economiche e relazionali.

Dal lato dei mutamenti familiari, oltre ai già citati processo di nuclearizzazione (numero medio di componenti passato dai 3,25 del 1971 agli attuali 2,19) e aumentata complessità delle forme familiari (crescita di unipersonali, monogenitore, coppie senza figli e calo di coppie con figli), si assiste ad una diminuzione dei matrimoni (la nuzialità è passata in 20 anni da 4,6 a 3,1 matrimoni ogni 1.000 residenti) e ad un aumento di separazioni e divorzi (Figura 1).

Figura 1. Quoziente di nuzialità (matrimoni) e di instabilità matrimoniale (separazioni e divorzi) – Valori per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2002-2024 – Fonte: ISTAT



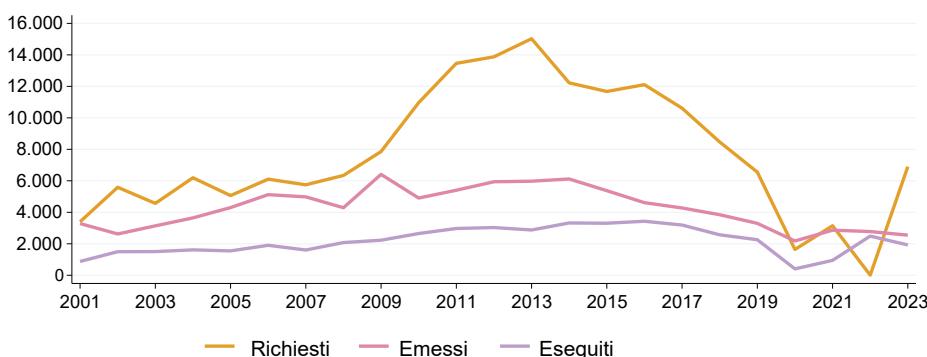
Dal punto di vista della condizione abitativa, pur in un quadro di buona solidità (il 78% delle famiglie toscane risiedono in case proprie, il 16% in affitto e il 6% in abitazioni a titolo gratuito o di prestazioni di servizio), si possono osservare alcuni elementi di criticità. Nonostante la dotazione regionale di alloggi di Edilizia residenziale pubblica (ERP) – 50.000 alloggi, per circa 45.000 famiglie e 106.000 persone, a copertura del bisogno del 41% delle famiglie toscane potenzialmente eligibili all'ERP – sono presenti sul territorio molte famiglie che mostrano difficoltà nel mantenere stabile la propria condizione abitativa.

- Al 2023 ci sono circa 19.000 famiglie in graduatoria per un alloggio ERP, circa 17.700 quelle che hanno richiesto il contributo economico per il pagamento dell'affitto e, soprattutto, una ripresa degli sfratti dopo una fase di calo pre-pandemia e il blocco 2020-2021 del periodo COVID-19 (balzate a circa 6.900 le richieste d'esecuzione e aumentati a circa 2.000 gli sfratti effettivamente eseguiti) (Figura 2). Situazione che al contempo

ha visto il mancato rifinanziamento nazionale del Fondo sociale per l'affitto e del Fondo nazionale di sostegno alla morosità incolpevole.

- I dati raccolti nell'ambito dell'indagine europea EU-Silc (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*) mostrano come il 4,1% delle famiglie toscane si trovi in una situazione in cui le spese abitative complessive superano il 40% del reddito netto disponibile e come, per quanto riguarda gli affitti, la quota di reddito da destinare al pagamento delle locazioni sia arrivata in Toscana al 22% (20% in Italia).
- L'affordability index* (che mette in relazione valore di acquisto di un'abitazione al mq e redditi medi da lavoro), elaborato dall'Ufficio studi dell'ABI e proposto dall'Osservatorio del mercato immobiliare dell'Agenzia delle entrate, ci dice che nell'ipotesi (teorica) di destinare l'intera quota del proprio reddito all'acquisto della casa, sono in media 7 le annualità necessarie ad acquistare un'abitazione in Toscana, che diventano 23 se invece si considera di destinare a tale scopo il 30% del reddito.

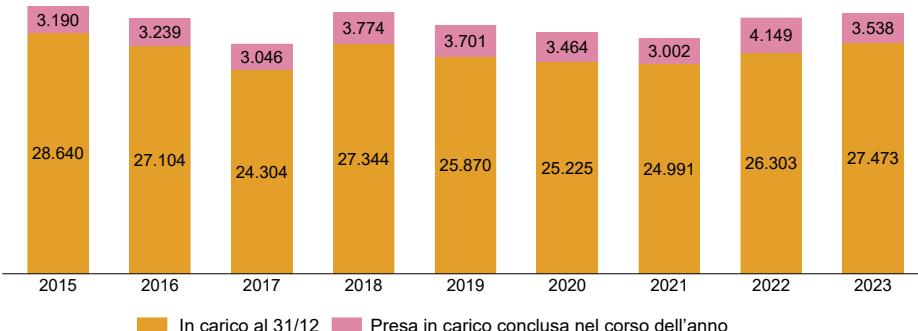
Figura 2. Sfratti richiesti, emessi ed eseguiti – Valori assoluti – Toscana, periodo 2001-2023 – Fonte: Ministero dell'interno



Le fragilità e i disagi legati alle responsabilità genitoriali, e le conseguenti difficoltà sociali ed educative dei minorenni coinvolti in tali dinamiche, toccano tutta una serie di aspetti che sono riscontrabili nelle prese in carico dei servizi sociali, negli allontanamenti dalla famiglia di origine, negli affidamenti temporanei, nei sostegni educativi e domiciliari, negli interventi di assistenza economica.

Al 31 dicembre 2023 il complesso dei minorenni presi in carico in Toscana dal servizio sociale territoriale era di circa 27.500 (53 ogni 1.000 minorenni residenti), di cui il 38,4% è straniero (4,3% è non accompagnato). I minorenni per i quali la presa in carico si è conclusa nell'anno sono circa 3.500. Di questi il 47,6% è rappresentato da bambini e ragazzi stranieri (8,3% è non accompagnato) (Figura 3).

Figura 3. Minorenni in carico ai Servizi sociali territoriali – Bambini e ragazzi presi in carico al 31/12 o per i quali si è conclusa la presa in carico nel corso dell'anno – Toscana, periodo 2015-2023 – Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale infanzia e adolescenza

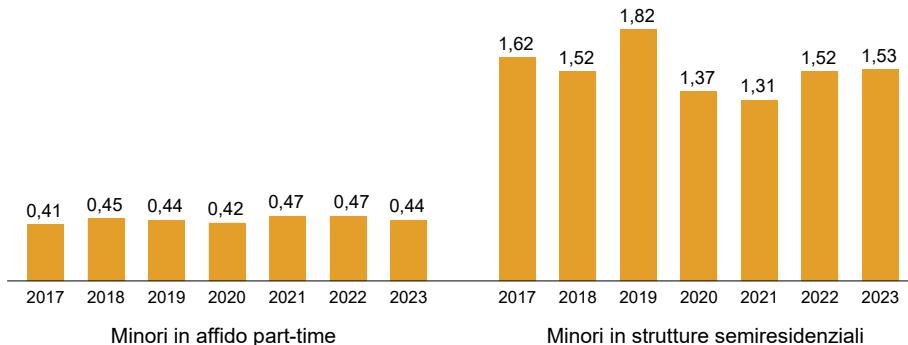


Gli interventi e servizi sociali e socio-assistenziali che tentano di mitigare e supportare le vulnerabilità familiari si dividono tra forme di sostegno a bambini e ragazzi all'interno del loro ambiente familiare (a carattere diurno o di supporto alle famiglie) e al di fuori della famiglia di origine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

Tra le prime, rimane sostanzialmente invariato il dato degli affidamenti familiari part-time (limitati nel tempo per temporanee situazioni di difficoltà della famiglia di origine), che al 2023 coinvolgono 234 ragazzi (0,45 ogni 1.000 residenti nel triennio), di cui il 34,6% stranieri. Le accoglienze nei servizi semiresidenziali nel 2023 hanno interessato 767 minorenni, di cui il 44,3% stranieri. Dopo il picco di crescita del 2019, queste hanno avuto un calo nei due anni successivi per poi aumentare di nuovo nel 2022-2023 (Figura 4).

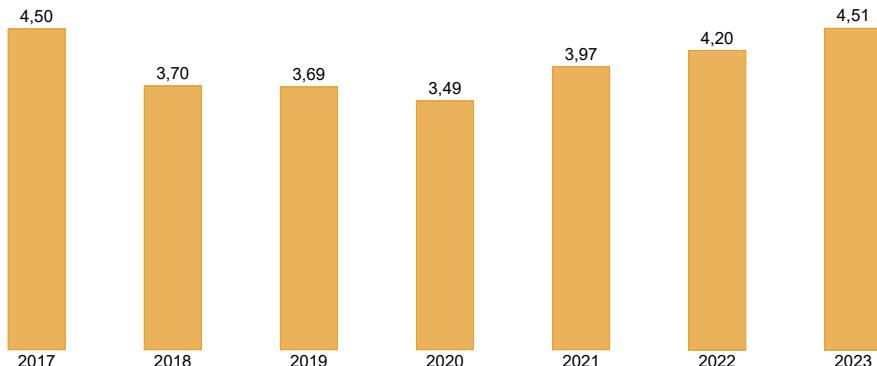
Sempre nell'alveo degli interventi all'interno dell'ambito familiare, i minorenni coinvolti nel sostegno socio-educativo scolastico e territoriale al 2023 sono rispettivamente 4.410 (8,5 per 1.000 residenti) e 3.027 (5,8 per 1.000), con un'incidenza degli stranieri pari rispettivamente al 29% e 31%. L'attività di sostegno socio-educativo domiciliare (per situazioni a rischio di emarginazione) nel 2023 ha interessato 4.347 nuclei familiari con figli minorenni (5.560 i minorenni coinvolti, 10,7 ogni 1.000, di cui il 27,1% con disabilità). L'assistenza domiciliare socio-assistenziale per persone con autonomia ridotta o a rischio emarginazione (cura e igiene della persona, gestione dell'abitazione, sostegno psicologico, assistenza sociale e/o educativa a domicilio) ha raggiunto 374 nuclei con figli minorenni (517 i minorenni interessati, il 30% dei quali con disabilità certificata). Infine, gli interventi di assistenza economica sono arrivati a 6.369 nuclei familiari, per un totale di 10.001 minorenni coinvolti, pari a 19,3 per 1.000 under 18.

Figura 4. Minorenni in affido part-time e in strutture semiresidenziali – Valori per 1.000 minorenni – Toscana, periodo 2017-2023 – Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale infanzia e adolescenza



Il secondo filone di interventi, ovvero quelli che prevedono il ricorso a modalità al di fuori della famiglia di origine (Figura 5), riporta che nel 2022 i minorenni fuori famiglia sono stati complessivamente 2.235 e 2.374 nel 2023, rispettivamente circa 4,20 e 4,51 ogni 1.000 minorenni residenti e con un trend che è cresciuto negli ultimi tre anni. Le percentuali degli stranieri e dei minorenni stranieri non accompagnati (MSNA) rispetto al totale degli stranieri, sono rispettivamente il 53,1% e il 60,7% nel 2022 e il 53% e il 64,9% nel 2023. La composizione interna di questo spaccato è data dagli affidamenti familiari (non part-time) e dagli inserimenti in strutture residenziali. I primi al 2023 hanno interessato 958 minorenni, dei quali il 28,5% stranieri (tra questi il 7,3% è non accompagnato). Gli accolti in strutture residenziali sociali, socio-assistenziali e ad alta autonomia invece sono stati complessivamente 1.416, con una forte rappresentanza straniera che copre il 69,6% (tra questi il 52,7% è non accompagnato).

Figura 5. Minorenni fuori famiglia (in affidamento familiare e in strutture residenziali) – Valori per 1.000 minorenni – Toscana, periodo 2017-2023 – Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, Centro regionale infanzia e adolescenza



Come detto in apertura, a tutti questi elementi di possibile tensione, e quindi all'indebolimento delle capacità di protezione da parte delle famiglie, fanno da contraltare le crescenti pressioni delle fasce di popolazione tradizionalmente più bisognose di cure e supporto. L'indice di dipendenza strutturale, che calcola quanti individui ci sono in età non attiva (0-14 anni e anziani) ogni 100 in età attiva (15-64 anni) fornendo indirettamente una misura di sostenibilità della struttura di una popolazione, è già oggi di 61 attivi ogni 100 inattivi (era 53 nel 2003) ed è proiettato verso 65 nei prossimi dieci anni con una prevista decisa crescita al 2050. Così come è previsto un aumento del carico degli anziani potenzialmente fragili e non autosufficienti (over 85) sui potenziali caregiver (50-74enni), che ad oggi vede un indice di oltre 13 ogni 100, anch'esso destinato a crescere sensibilmente nei prossimi decenni. Tutti fattori che avranno impatti decisamente rilevanti sul sistema di welfare formale (programmazione, tipologie di servizi e destinazione delle risorse, per citarne alcuni) e informale (livelli di tenuta delle reti familiari).

Inclusione ed esclusione sociale

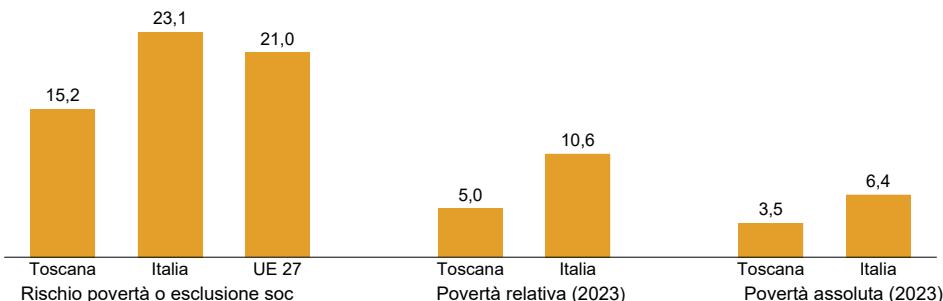
La condizione reddituale, abitativa e lavorativa sono tra le principali dimensioni dell'inclusione sociale, nonché tra i determinanti di salute più significativi. La fragilità su questi versanti, dunque, aumenta il rischio di disagio, impoverimento, marginalizzazione, sofferenza e vulnerabilità, inasprendo le disuguaglianze sociali e di salute. Si tratta di dimensioni per le quali la Toscana ha tradizionalmente un posizionamento virtuoso, tuttavia sono presenti quote di popolazione in cui questi fattori risultano indeboliti e che sono, quindi, a rischio di esclusione.

Dal punto di vista reddituale la Toscana ha un trend in crescita e un quadro complessivo migliore di quanto si può mediamente riscontrare a livello nazionale e in molte altre regioni:

- il reddito medio IRPEF dichiarato del 2023 è pari a 24.280 euro per contribuente (23.849 euro quello medio italiano) e, a parte la flessione 2020 legata alla fase pandemica, è cresciuto ininterrottamente nell'ultimo decennio (era 20.062 nel 2014 e 21.357 nel 2019);
- il reddito netto medio familiare 2023 (somma dei redditi familiari al netto dei trasferimenti) è pari a 39.886 euro per famiglia (37.511 euro in Italia), è sensibilmente più elevato sia rispetto a dieci anni fa (+8mila euro) che al 2019 (+4mila euro) a livello nominale, anche se leggermente calato in termini reali, e si colloca come 7° valore più alto tra le regioni;
- l'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS nel 2024 è pari a 1.155 euro (contro i 1.091 euro medi nazionali), aumentato costantemente dal 2017 (912 euro medi mensili) ad oggi e posiziona la Toscana come 8^a regione in Italia.

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

Figura 1. Persone a rischio povertà o esclusione sociale, famiglie in condizioni povertà relativa e famiglie in condizione di povertà – Valori percentuali – Toscana, Italia e media UE Paesi UE27, anno 2023 (Povertà relativa e assoluta) e 2024 (Rischio povertà) – Fonte: ISTAT, EUROSTAT e IRPET



L'indicatore utilizzato dall'Unione europea per monitorare la povertà e l'esclusione sociale è rappresentato dal Rischio di povertà ed esclusione sociale, e conta le persone che vivono in famiglie che si trovano in almeno una delle seguenti tre condizioni: i) rischio di povertà, vale a dire con reddito disponibile inferiore al 60% della mediana della distribuzione della popolazione per reddito; ii) grave deprivazione materiale e sociale, ossia coloro che non possono permettersi almeno 7 dei 13 elementi di privazione (6 relativi all'individuo e 7 relativi alla famiglia) considerati necessari per una qualità di vita adeguata; iii) bassa intensità di lavoro, che riguarda coloro che vivono in famiglie in cui gli adulti hanno lavorato per il 20% o meno del loro potenziale. L'evoluzione di questo indicatore dal 2019 al 2024 mostra un trend in decrescita complessiva, dal 24,6% al 23,1% per l'Italia e dal 18,4% al 15,2% per la Toscana. Si tratta di un posizionamento decisamente migliore anche della media UE (21%), ma con aumento nel corso dell'ultimo anno (era 22,8% per l'Italia e 13,2% per la Toscana). Tra le tre dimensioni presenti nell'indicatore, i valori più elevati sono riscontrabili in quelle del Rischio di povertà (12,8%), mentre quelli della Grave deprivazione materiale e sociale (2,3%) e della Bassa intensità di lavoro (3,7%) sono più contenuti.

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 2023 conta circa 85mila famiglie toscane (5% del totale, contro il 10,6% di quelle italiane), in diminuzione negli ultimi due anni dopo l'aumento nel biennio 2020-2021 e tornata ai livelli del 2019. Nel trend decennale, però, l'incidenza è aumentata dal 4,2% del triennio 2014-2016 al 5,8% del triennio 2021-2023. La Toscana resta comunque la 3^a regione italiana con il valore più basso. Le stime della povertà assoluta elaborate da IRPET individuano 57mila famiglie toscane con un reddito disponibile al di sotto delle soglie di povertà assoluta stimate da ISTAT nel 2023. Si tratta del 3,5% delle famiglie totali (Italia 6,4%), un numero inferiore rispetto a quello del 2019, quando era in questa condizione il 5,3% dei nuclei. Si conferma, quindi, il trend di decrescita iniziato nel 2020 (3,8% dal 5,3% del 2019) e non ostacolato, in modo significativo, né dalla crisi economica che ha fatto seguito alla pandemia né dagli effetti dell'inflazione sulle condizioni di vita delle famiglie, con un solo aumento nel quinquennio registrato nel 2021 (dal 3,8% al 4,4%), grazie anche alle misure adottate a livello nazionale e al miglioramento del mercato del lavoro. Un aspetto specifico riguarda però le famiglie con minorenni: sono 19mila quelle con reddito disponibile sotto la soglia di povertà assoluta e tra queste l'incidenza della povertà è 2 punti percentuali più alta rispetto a quella osservata nel totale delle famiglie. Spostando il focus sul lato della percezione, sempre IRPET ha condotto fra maggio e giugno del 2024 una indagine su un campione di 1.650 residenti toscani, rappresentativo della popolazione, chiedendo loro come percepissero la propria situazione economica e quali difficoltà avessero nel fronteggiare le principali voci di spesa familiare. Su tale versante è opportuno evidenziare che il 15% delle famiglie ha dichiarato difficoltà a riscaldare l'abitazione o a mangiare carne o pesce, il 12% non riuscirebbe a far fronte ad una spesa imprevista di 800 euro. Anche queste situazioni tendono ad acuirsi in quelle famiglie in cui sono presenti minorenni.

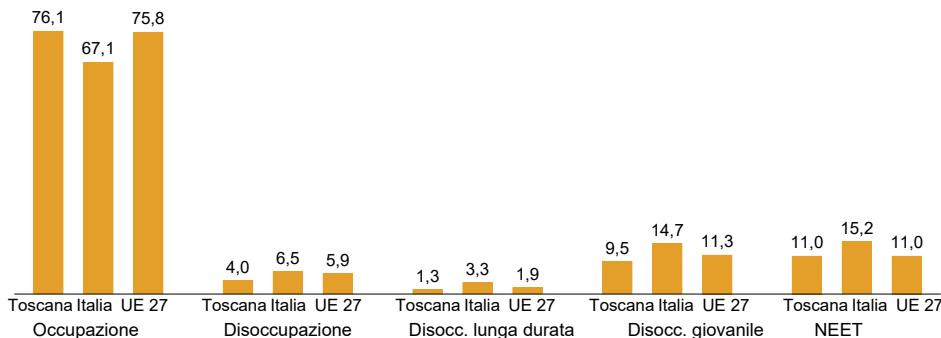
Se alle stime campionarie se ne affiancano altre di fonte amministrativa, si possono osservare ulteriori e differenti problematicità. Al 2023 le famiglie toscane con una soglia ISEE fino a 6.000 euro erano circa 103.600 (il 6,4% delle famiglie totali), un trend in aumento rispetto al 2017 (erano 93.700 famiglie, il 5,7%). Le famiglie toscane percepitrici di Reddito di cittadinanza al 2023 erano 39mila, corrispondenti a oltre 71mila persone coinvolte, ovvero il 2,3% delle famiglie totali. Il passaggio all'Assegno di inclusione nel 2024 ha ridotto di circa la metà la platea di beneficiari, ma lo spaccato 2023 resta valido in termini di bisogno. Infine, focalizzando l'attenzione sulla popolazione anziana, sempre da fonte INPS risultano in Toscana quasi 36mila anziani (3,7% del totale, media nazionale 6,1%) con una pensione o assegno sociale (prestazione riservata a chi non percepisce reddito o ha redditi molto bassi) e circa 121.500 con una pensione integrata al trattamento minimo (12,5 ogni 100 anziani contro i 13,5 a livello italiano).

Il mercato del lavoro in Toscana ha mostrato negli ultimi anni una ripresa evidente in termini di recupero delle posizioni lavorative perse nel corso del 2020, con indicatori che hanno prima raggiunto e poi migliorato i livelli del 2019. Le forze di lavoro toscane al 2024 ammontano a 1.738.000 persone, delle quali 1.668.000 occupate (il 45% sono donne), il 70% nel settore servizi, il 27% nell'industria e il 3% in agricoltura, e 70mila in cerca di occupazione (di cui il 57% donne). Le non forze di lavoro (chi non lavora e non cerca attivamente lavoro) ammontano a 592mila persone (il 63% sono donne). Questi numeri sono in miglioramento rispetto al 2019 (1.698.000 forze di lavoro, di cui 1.584.000 occupati e 114mila in cerca di lavoro, e 645mila inattivi) e quindi ancor più rispetto alla flessione 2020 dovuta agli eventi pandemici. Da tali evidenze derivano:

- un tasso di attività 2024 del 74% (72% al 2019 e 70% al 2020), più elevato del valore nazionale (67%);
- un tasso di occupazione regionale 20-64 anni del 76,1%, in crescita rispetto al 2019 (71,4%) e superiore sia alla media italiana (67,1%) che UE (75,8%);
- un tasso di disoccupazione 15-74 anni del 4%, in calo rispetto al periodo pre-pandemia (6,7%) e migliore dei livelli italiano (6,5%) e europeo (5,9%);
- la disoccupazione di lunga durata, ossia quella superiore a 12 mesi, è arrivata all'1,3% (riguarda quindi 1/3 delle persone in cerca di lavoro) dal 3% del 2019 e in uno scenario positivo (3,3% il dato nazionale, 1,9% quello UE);
- la disoccupazione giovanile dei 15-29enni toscani è scesa al 9,5% rispetto al 16,8% del 2019 e mostra anch'essa valori più virtuosi rispetto al quadro medio italiano ed UE (rispettivamente 14,7% e 11,3%)
- di conseguenza anche la quota di giovani NEET (*Not in Education, Employment or Training*), che coinvolge circa 56mila ragazzi toscani di 15-29 anni, ha avuto un calo dal 15,7% del 2019 (erano 78mila in valore assoluto) all'attuale 11%, in linea con la media UE e più basso rispetto a quella nazionale (15,2%).

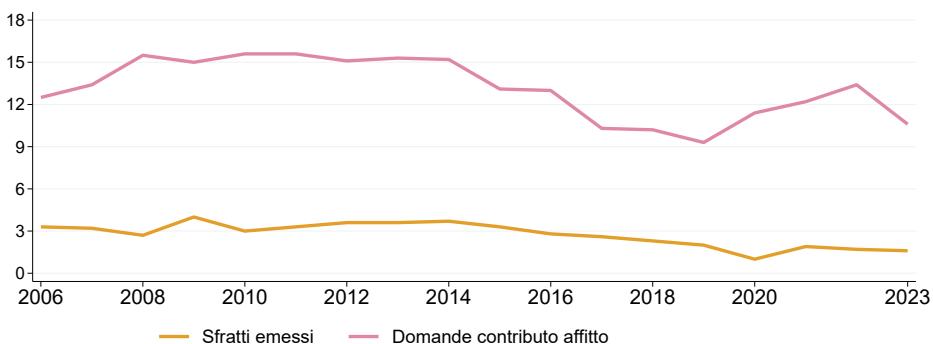
Pur in un quadro di chiaro avanzamento, dalle analisi complessive emergono negli anni almeno tre costanti criticità, riscontrabili in tutti gli indicatori sin qui analizzati e nonostante la eterogeneità delle fonti. La prima è il differenziale di genere che, seppur in miglioramento, evidenzia una forbice ancora significativa: il tasso di occupazione è al 68% per le femmine rispetto all'84% dei maschi, quello di disoccupazione è al 5% rispetto al 3% dei maschi e quello di inattività è del 33% contro il 19% dei maschi. La seconda fa riferimento agli stranieri, che non sembrano riuscire a colmare significativamente nel tempo le svantaggiose condizioni di partenza rispetto agli italiani autoctoni: al 2023 gli stranieri occupati in Toscana sono 194mila (12% degli occupati e 15% dei lavoratori dipendenti), sono cresciuti rispetto al 2008 di 47mila unità, ma persiste un differenziale stranieri-italiani nella disoccupazione, tra i maschi (8% vs 3%) e soprattutto tra le femmine (15% vs 5%). La terza riguarda l'universo giovanile, il quale si scontra ancora con la precaria offerta di lavoro.

Figura 2. Tasso di occupazione (20-64enni occupati su totale 20-64enni), di disoccupazione (15-74enni in cerca di occupazione su forze di lavoro), di disoccupazione di lunga durata (15-74enni in cerca di occupazione da 12+ mesi su forze di lavoro), di disoccupazione giovanile (15-29enni in cerca di occupazione su forze di lavoro 15-29enni) e giovani NEET (15-29enni che non studiano né lavorano su totale 15-29enni) Valori percentuali – Toscana, Italia e media Paesi UE27, anno 2024 – Fonte: ISTAT e EUROSTAT



Il disagio abitativo, come già accennato, è un fattore che incide fortemente sulle capacità di tenuta delle famiglie. Gli indicatori proxy della vulnerabilità sul versante abitativo mettono in evidenza alcuni spaccati di fragilità tra le famiglie toscane. La dotazione regionale di alloggi di Edilizia residenziale pubblica (ERP) (50mila alloggi) attualmente riesce a dare risposta a circa 45mila famiglie e 106mila persone, coprendo il 70% del bisogno ERP conosciuto (nuclei assegnatari e in graduatoria) e il 40% del bisogno potenziale (totale delle famiglie toscane eligibili all'ERP). Questo espone una quota di famiglie che vivono in affitto ai rischi legati al mantenimento dell'abitazione: all'interno dello stesso sistema ERP ci sono circa 19mila famiglie in graduatoria in attesa di assegnazione, dal lato degli sfratti si assiste ad una forte ripresa dopo il blocco causato dalla pandemia da COVID-19 e nel 2023 ci sono state circa 17.700 domande ai Comuni per contributi economici per il pagamento dell'affitto.

Figura 3. Provvedimenti di sfratto emessi e domande per il contributo affitto delle famiglie toscane - Valori per 1.000 famiglie residenti - Toscana, periodo 2006-2023 - Fonte: Regione Toscana e Ministero dell'interno



In conclusione, la Toscana conferma il proprio posizionamento favorevole rispetto alla media nazionale per i principali determinanti (reddito, povertà, lavoro e condizione abitativa), anche se nella nostra regione sono comunque presenti segmenti di popolazione a rischio.

Crescono redditi e pensioni, diminuisce il rischio di povertà o esclusione sociale, tuttavia poco più di un toscano su 10 (12,8%) è a rischio povertà e il 5% delle famiglie è in condizione di povertà relativa (il 3,5% in povertà assoluta). Sono stime migliori di quelle italiane, ma comunque non trascurabili in termini assoluti.

Anche i tassi di occupazione e disoccupazione sono migliori di quelli italiani, confermando la Toscana tra le regioni italiane dove l'opportunità di lavoro è più alta, ma anche nella nostra regione permane un netto divario di genere, a vantaggio degli uomini rispetto alle donne, di cittadinanza, con gli italiani autoctoni che mostrano livelli di disoccupazione più bassi degli stranieri, e d'età, con i giovani che mediamente vivono condizioni più precarie. Contestualmente permangono anche alcune situazioni di vulnerabilità abitativa, con 19 mila famiglie ancora in graduatoria per un alloggio, considerato che l'offerta regionale si stima riesca a soddisfare il 70% del bisogno.

È necessario quindi continuare ad investire e lavorare nell'ambito dell'inclusione e del contrasto delle diseguaglianze, per fornire un sostegno a quella parte della popolazione più fragile che, anche se minoritaria, non è trascurabile, e per eliminare le barriere di accesso al lavoro e alla stabilità legate al genere, alla nazionalità o all'età.

Stili di vita

Promuovere corretti stili di vita rappresenta una delle sfide centrali per garantire un invecchiamento attivo e in buona salute della popolazione. In un contesto demografico caratterizzato da un progressivo invecchiamento e da alcune disuguaglianze nei determinanti sociali di salute, la diffusione di comportamenti salutari – alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, astensione dal fumo e consumo responsabile di alcol – diventa un obiettivo prioritario delle politiche sanitarie. Non si tratta solo di promuovere la responsabilità individuale, ma di creare le condizioni strutturali e culturali affinché queste scelte diventino accessibili e sostenibili per tutti. Pediatri e medici di medicina generale possono svolgere un ruolo determinante nell'orientare precocemente i comportamenti dei cittadini, rafforzando la consapevolezza dei rischi e accompagnando le famiglie nell'adozione di stili di vita più sani. In parallelo, le Case della comunità, fulcro della nuova organizzazione territoriale dei servizi, possono divenire spazi privilegiati di promozione della salute, dove attivare interventi educativi e azioni intersettoriali in sinergia con le realtà locali, anche solo di informazione e di raccolta di tutte le azioni preventive presenti in un dato contesto geografico.

Perché siano realmente efficaci, è essenziale che queste azioni si basino su dati affidabili e aggiornati, capaci di restituire una fotografia puntuale di ciò che sappiamo davvero funzionare in ambito di prevenzione e promozione della salute. Il Network italiano di evidence based prevention (NIEBP) offre un repertorio online di sintesi delle evidenze scientifiche e interventi efficaci, sostenibili e trasferibili, a supporto della progettazione e valutazione delle politiche di prevenzione, che può essere utile a livello locale e che sarà sempre più utilizzato nella costruzione del nuovo Piano di prevenzione regionale 2026-2030.

Agire localmente attraverso azioni efficaci, quindi, ma con una visione sistematica. In Toscana questo approccio è possibile perché disponiamo di un sistema di sorveglianze sanitarie tra i più solidi e completi del panorama nazionale, capace di monitorare l'evoluzione degli stili di vita lungo tutto l'arco della vita. Le informazioni riportate in questa scheda ne sono un esempio concreto e offrono un punto di partenza solido per politiche e interventi mirati e sostenibili. Le principali fonti attraverso cui si ottengono informazioni sugli stili di vita della popolazione toscana e italiana sono le sorveglianze sanitarie e le indagini Multiscopo ISTAT. Per la stesura del presente capitolo, sono stati utilizzati i dati rilevati dalle seguenti indagini:

- indagine Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana ISTAT, replicata annualmente, include la popolazione italiana dai 3 anni d'età;
- sorveglianza OKkio alla salute, rivolta a bambini di 8-9 anni d'età, sviluppata dall'Istituto superiore di sanità (ISS), svolta ogni 3 anni. Ultimo dato disponibile 2023;
- sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), rivolta a ragazzi di 11, 13 e 15 anni d'età, coordinata dall'ISS e svolta ogni 4 anni. Ultimo dato disponibile 2022;
- sorveglianza EDIT (Epidemiologia dell'infortunistica stradale in Toscana), sviluppata da ARS, rivolta a ragazzi toscani dai 14 ai 19 anni d'età. Svolta ogni 3 anni, ultimo anno disponibile 2022;

- sorveglianza PASSI (ISS), rivolta ad adulti (18-69 anni d'età), ultima rilevazione 2023;
- sorveglianza PASSI d'Argento (ISS), rivolta alla popolazione anziana (65+ anni d'età), ultimo dato disponibile biennio 2021/2022;
- LOST (Lockdown e stili di vita in Toscana), coordinato dall'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), con la partecipazione di ARS, indagine che ha intervistato residenti toscani tra i 18 e i 74 anni d'età in due diversi momenti nel corso della pandemia da COVID-19.

Alimentazione, peso corporeo e attività fisica

Abitudini alimentari

Seguire un'alimentazione sana e bilanciata è fondamentale per la salute, perché influisce direttamente sul benessere generale del corpo e della mente e può prevenire una serie di malattie croniche e condizioni patologiche. I comportamenti legati all'alimentazione risentono, anche, di differenze socio-economiche e sono influenzati dai cambiamenti sociali che investono le società moderne. Il benessere e il consumismo hanno portato ad un'abbondanza di alimenti raffinati, a discapito di alimenti integrali e ricchi di fibre, oltre alla maggiore diffusione di bibite zuccherate e gassate.

Secondo il Ministero della salute, l'obesità è uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale, sia perché sempre più frequente, sia perché è un'importante fattore di rischio per altre malattie croniche, come il diabete di tipo 2 e le malattie cardiovascolari. Particolarmente preoccupante è poi il crescente aumento di casi di obesità infantile e dei disturbi psicologici del comportamento alimentare, quali anoressia, bulimia e *binge eating* (episodi in cui si assumono grandi quantità di cibo in poco tempo), che colpiscono soprattutto gli adolescenti.

La sorveglianza OKKIO alla salute dal 2007 indaga le abitudini alimentari dei bambini di 8-9 anni d'età, in particolare si concentra sull'adeguatezza della prima colazione, considerata fondamentale per fornire il giusto apporto nutritivo per affrontare la giornata scolastica e sulle porzioni di frutta e verdura mangiate. Dai dati del 2023 emerge che il 58,4% dei bambini toscani consuma una colazione adeguata (nel 2019 erano il 62,4%). Aumentano anche i bambini che non fanno la colazione, passati dal 7,1% del 2019 al 9% del 2023, anche se il dato è leggermente inferiore alla media nazionale (10,9%). Infine, va segnalato che la prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (diploma di licenza elementare o media). Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno 5 porzioni al giorno. A rispettare tale indicazione sulla frutta, in una settimana tipo, è solo l'1,3% dei bambini toscani, la maggior parte, circa il 23,7%, la consuma una sola volta al giorno, mentre il 6,7% mangia frutta meno di una volta alla settimana o mai, in lieve miglioramento rispetto al 2019, quando erano il 7,6% dei bambini toscani a non mangiare mai o meno di una volta alla settimana la frutta. A livello nazionale il consumo non quotidiano di frutta e/o verdura

è elevato, il 25,9%. Nella nostra regione il 14,6% dei bambini consuma verdura 2-3 volte al giorno, il 19,3% una sola volta al giorno e il 12,2% meno di una volta alla settimana o mai (nel 2019 erano rispettivamente il 13,4%, il 17,2% e il 13,6%). Nell'alimentazione dei bambini un ruolo fondamentale lo rivestono anche il consumo di bevande zuccherate e snack dolci o salati: il 6,5% dei bambini toscani assume bevande zuccherate quasi tutti i giorni, erano il 5,6% nel 2019, mentre il consumo di snack salati e dolci più volte al giorno è rispettivamente dello 0,8% (0,3% nel 2019) e del 4,9% (4,3% nel 2019). Non si riscontrano differenze fra maschi e femmine per le diverse categorie di alimenti, ma la prevalenza del consumo di bibite confezionate contenenti zucchero, snack dolci e salati diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

La sorveglianza EDIT ci permette di conoscere le abitudini alimentari dei ragazzi toscani tra i 14 e i 19 anni d'età. Ripercorrendo le diverse indagini nel tempo, possiamo notare come nel corso degli anni alcune abitudini siano migliorate, mentre in alcuni casi vi sia stato un peggioramento. In tabella 1 possiamo vedere come negli anni sia aumentato il consumo di verdura (43,5%), sia diminuito il consumo giornaliero di frutta, ma aumentato quello settimanale (passato dal 31,6% del 2005 al 39,8% del 2022). Si rileva, invece, la forte diminuzione di soggetti che bevono quotidianamente bibite zuccherate: 16% del 2022 vs 41,8% del 2011. Gli snack dolci o salati dopo un trend in diminuzione, vedono nel 2022 una leggera risalita, rimanendo comunque su livelli inferiori al 2008. Analizzando altri gruppi di alimenti, emerge che il 64,8% degli adolescenti toscani consuma pesce almeno una volta alla settimana.

Tabella 1. Consumo di bibite, snack, pesce, verdura e frutta – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2005-2022 – Fonte: sorveglianza EDIT, ARS

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

Emergono delle differenze di genere, sono infatti le ragazze a consumare più porzioni di frutta e verdura al giorno. Nel 47,4% dei casi le ragazze dichiarano di consumare almeno una volta al giorno della verdura, contro il 39,7% dei loro coetanei, così come per la frutta sono il 48,4% vs il 44,2%. Sono invece i maschi a consumare più pesce (maschi 74,1%, femmine 67,7%), mangiare meno snack dolci/salati (38,8% vs 44,9%) e bere più bibite zuccherate (maschi 17,4% e femmine 14,5%).

Le differenze di genere emergono anche nei dati della sorveglianza HBSC, che indaga i comportamenti dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni d'età. Il 19% delle ragazze toscane del campione di HBSC ha dichiarato di consumare frutta più di una volta al giorno, contro il 16,7% dei compagni maschi. Per quanto riguarda il consumo quotidiano di verdura, sono il 19,2% delle ragazze e il 13,8% dei ragazzi. In generale i ragazzi toscani riportano valori migliori dei coetanei italiani nel consumo quotidiano di frutta e verdura: il 34,8% dei ragazzi toscani consuma frutta tutti i giorni, contro il 32,7% dei ragazzi italiani, e il 32% dei toscani consuma verdura tutti i giorni (27,8% in Italia).

L'indagine Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana (ISTAT) scandaglia una moltitudine di informazioni sulla popolazione italiana, con aggiornamenti annuali. L'analisi della serie storica ci rimanda la fotografia delle abitudini alimentari degli italiani e dei toscani tra tradizioni e maggiore attenzione alla salute e all'ambiente.

Tra le abitudini tipicamente italiane abbiamo il consumo di pasta e pane e possiamo notare come nel corso degli ultimi 15 anni si sia ridotto di 10 punti percentuali, passando dall'89,7% del 2010 al 79,1% del 2023, il calo maggiore si è verificato negli anni della pandemia da COVID-19. Nonostante la diminuzione, i toscani continuano a consumare pane, pasta e riso più della media italiana, pari al 76,2%. In diminuzione anche il consumo settimanale di salumi e carni e non si registrano particolari alterazioni o cambiamenti tra il pre-COVID-19, il lockdown e il periodo successivo. Le carni bianche sono la tipologia di carne maggiormente consumata. Anche in questo caso il dato toscano è superiore al dato nazionale. Di contro, il consumo di pesce, dopo un trend in aumento (dal 60,5% del 2010 al 64,6% del 2021), negli anni successivi alla pandemia diminuisce leggermente, rimanendo comunque sopra alla media nazionale. I legumi si confermano un alimento sempre più consumato: lo consuma almeno qualche volta alla settimana il 58,1% dei toscani (dato italiano pari al 56,3%) ed erano il 48,3% nel 2010 (Italia 46%). Per quanto riguarda il consumo quotidiano di latte, anche in Toscana si conferma il trend in diminuzione, come nel resto d'Italia. Nella nostra regione siamo passati dal 67,8% del 2010, al 54,5% del 2019, fino al 48,6% del 2023 (in Italia rispettivamente 58,9%, 48,3%, 46,5% negli stessi anni). Stessa cosa per i latticini, con un leggerissimo aumento nel 2023, rispetto al 2021. Rispetto al 2021 aumenta il consumo di verdura e ortaggi e la Toscana si conferma più virtuosa rispetto ai connazionali, anche se siamo ben lontani dalle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS): solo il 5,4% dei toscani consuma 5 o più porzioni di verdura o frutta. Il consumo di frutta subisce un lieve calo. Infine, aumenta il consumo settimanale di snack salati, rimanendo comunque sotto la media nazionale (Toscana 29,7%; Italia 33,3%), mentre il consumo di dolci resta stabile,

ma superiore alla media nazionale (52,6% vs 50,9%). Per quanto riguarda il consumo di sale, si consolida un'elevata attenzione a tale aspetto, sia a livello regionale che nazionale, così come è aumentato il consumo di sale arricchito di iodio. In tabella 2 abbiamo riportato i principali gruppi alimentari e come sono cambiati negli anni.

Tabella 2. Consumo di alimenti – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana e Italia, periodo 2010-2023 – Fonte: ISTAT

Frequenza consumo alimenti e attenzione al sale	Toscana					Italia			
	2010	2015	2019	2021	2023	2010	2019	2023	
Almeno una volta al giorno	Pane, pasta, riso	89,7	85,4	78,4	75,2	79,1	84,9	76,7	76,2
	Latte	67,8	61,1	54,5	51,0	48,6	58,9	48,3	46,5
	Formaggi, latticini	24,4	20,8	20,2	19,9	20,0	24,5	20,7	20,1
	Verdure	55,3	56,3	51,7	49,9	51,3	50,9	49,5	49,0
	Ortaggi	49,8	50,8	46,5	45,5	47	42,1	43,2	42,4
	Frutta	79,3	77,2	76,3	73,4	72,6	76,2	75,4	71,5
Almeno qualche volta a settimana	Salumi	60,8	58,1	61,0	58,2	57,9	62,0	60,2	59,6
	Carni bianche	85,1	86,2	85,3	84,7	83,8	81,2	79,7	80,1
	Carni bovine	72,4	66,9	62,8	64,7	63,4	70,7	61,0	61,2
	Carni di maiale	51,2	50,6	49,2	49,3	49,5	47,0	45,2	44,8
	Legumi secchi/in scatola	48,3	57,0	55,6	54,3	58,1	46,0	53,5	56,3
	Pesce	60,5	60,3	63,6	64,6	62,2	59,2	62,1	60,3
Presta attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Snack salati	18,9	22,2	25,9	24,5	29,7	25,4	30,0	33,3
	Dolci	50,8	48,9	52,8	52,9	52,6	49,8	51,3	50,9
Usa sale arricchito di iodio		63,8	66,4	72	71,4	71,6	65,3	72,7	73,5
Usa sale arricchito di iodio		41,8	51,0	49,0	49,8	49,9	39,8	47,3	47,9

Analizzando le differenze per genere, sono le donne a prestare più attenzione al consumo di sale, con il 34,3% che dichiara di aver ridotto l'uso nel tempo, contro il 30,7% degli uomini, che invece si confermano maggiori consumatori di carne (61,5% vs 53,6% tra le donne).

Figura 1. Attenzione al consumo di sale per genere - Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: ISTAT

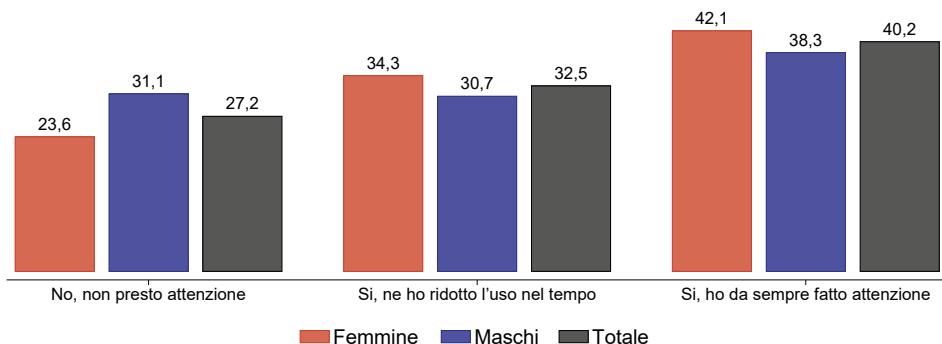
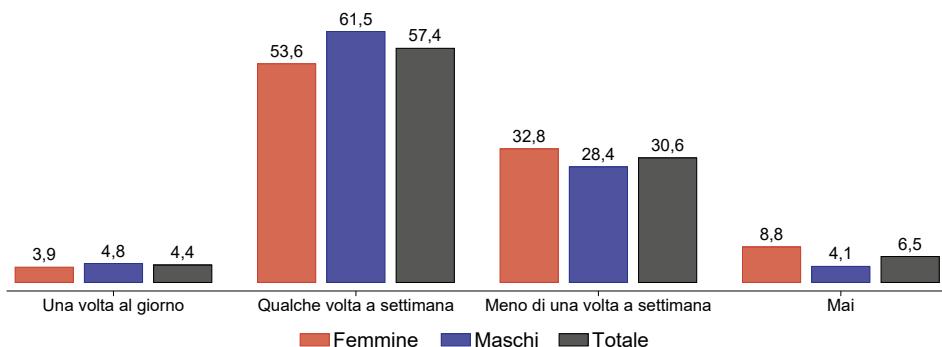


Figura 2. Frequenza consumo carni bovine per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: ISTAT



Peso corporeo

Come già anticipato, per l'OMS l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo, una vera e propria epidemia globale, che si sta diffondendo in molti Paesi e che, in assenza di un'azione immediata, causerà gravi problemi sanitari nei prossimi anni. Dal rapporto *WHO European Regional Obesity Report 2022* emerge che il 59% degli adulti europei e quasi 1 bambino su 3 è in sovrappeso o è affetto da obesità. La prevalenza dell'obesità negli adulti in Europa è più alta che in qualsiasi altra regione dell'OMS, fatta eccezione per le Americhe. Sempre dai dati dell'OMS emerge che nessuno dei 53 stati facenti parte della regione europea è sulla buona strada per perseguire l'obiettivo dell'OMS sulle malattie non trasmissibili e fermare l'aumento dell'obesità entro il 2030.

La pandemia di COVID-19 potrebbe aver peggiorato la situazione. Durante quel periodo, infatti, le persone hanno avuto una maggiore esposizione ai fattori di rischio dell'obesità, compreso un aumento dello stile di vita sedentario e del consumo di cibi malsani.

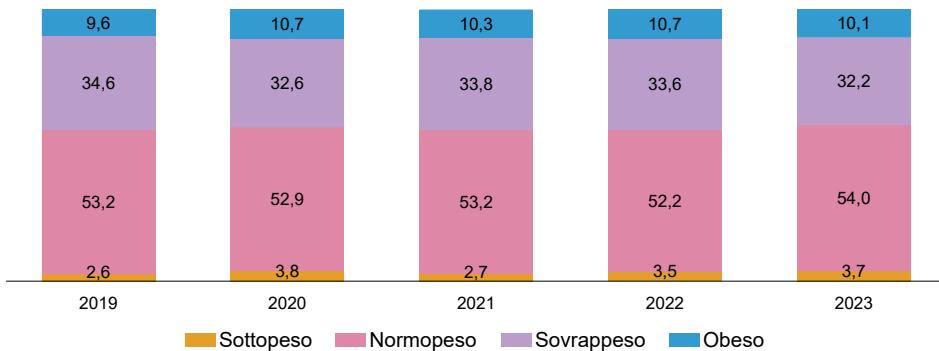
La sorveglianza OKkio alla salute nel 2023 ha rilevato che il 74,2% dei bambini toscani è normopeso, mentre sono in condizioni di obesità grave l'1,3%, obesi il 5,7%, in sovrappeso il 17%. Abbiamo poi l'1,8% dei bambini toscani che risultano sottopeso. Complessivamente il 24% dei bambini toscani presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Rispetto alla precedente rilevazione (2019) si assiste ad una progressiva diminuzione della prevalenza di bambini in sovrappeso (19,2%), mentre è stabile quella dei bambini obesi (6,6%). La Toscana registra risultati migliori del resto d'Italia, dove è in sovrappeso il 19% e obeso il 9,8% dei bambini. Sono abbastanza simili le prevalenze di obesità e sovrappeso tra maschi e femmine (22,6% vs 25,5%).

Analizzando la situazione della popolazione adolescente che emerge dalla sorveglianza EDIT 2022, risulta che in Toscana gli studenti normopeso sono il 79,5%, in diminuzione rispetto all'edizione 2005, quando erano l'85,4%. Di contro è aumentata la quota di adolescenti in sovrappeso e obesa (14,9% e 2,9%). Le differenze per genere evidenziano che più frequentemente sono le ragazze ad essere normopeso, rispetto ai compagni maschi (femmine 83,4%; maschi 75,8%). Nell'indagine è rilevata anche la probabilità che sia presente un disturbo alimentare, attraverso il questionario Scoff, un test di screening di 5 domande. Non si tratta di uno strumento diagnostico, ma è un primo test utile per rilevare la possibile presenza di problematiche con il cibo. Dai risultati di EDIT 2022 è emerso che il 34% della popolazione adolescente toscana potrebbe soffrire di un disturbo alimentare, con marcate differenze tra i generi, sono infatti il 50,5% delle ragazze e il 18,6% dei ragazzi. Purtroppo va segnalato che, rispetto all'edizione 2018, c'è stato un aumento di circa 3 punti percentuali (31%).

Dai dati della sorveglianza HBSC emerge che l'80% del campione è normopeso (a livello nazionale sono il 74,6%), sono in sottopeso il 3,3%, in sovrappeso il 14% e obesi il 2,5%. Emergono delle differenze per età e genere. Mentre il sovrappeso diminuisce con l'aumentare dell'età, dal 15,1% nei ragazzi/e di 11 anni al 12,5% dei quindicenni, l'obesità passa dal 2,2% a 11 anni al 3,3% a 15 anni. La percentuale di obesità è maggiore nei maschi rispetto alle ragazze (3,2% vs 1,8%).

Spostandoci nella fascia d'età adulta, l'indagine Multiscopo ISTAT ci conferma che negli ultimi anni l'andamento del peso dei toscani è abbastanza costante e che più della metà della popolazione, per la precisione il 54%, è normopeso e circa il 10% è obeso. Dati in linea con l'andamento della popolazione italiana, dove risulta obeso l'11,8% e normopeso il 52,2%.

Figura 3. Indice di massa corporea – Prevalenza per 100 abitanti d'età 18+ anni – Toscana, periodo 2019-2023 – Fonte: ISTAT

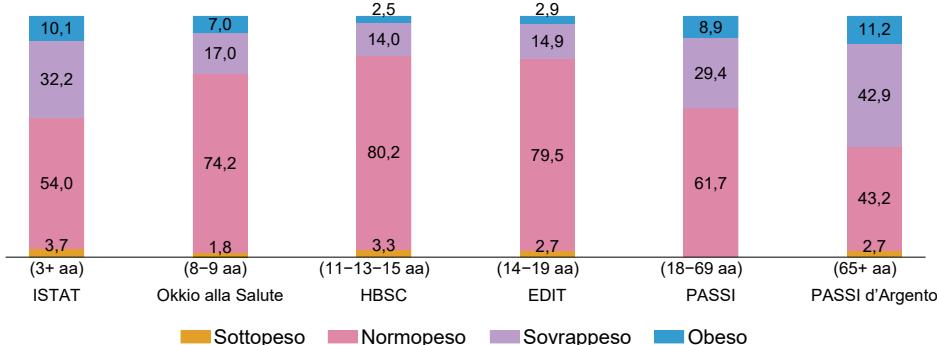


Sulla base dei dati della sorveglianza PASSI (ISS) relativi agli anni 2022-2023 emerge che l'eccesso di peso è più frequente tra gli uomini (46,4% vs 30,4% tra le donne) e tra le persone socialmente svantaggiate con basso titolo di studio e difficoltà economiche.

L'indagine LOST In Toscana ha raccolto, attraverso due successive rilevazioni, informazioni su abitudini di vita prima e durante il lockdown avvenuto nel 2020 per contrastare la pandemia da COVID-19, incluse il peso ponderale e l'altezza delle persone rispondenti. L'evoluzione dei valori dell'indice di massa corporea (IMC) in Toscana mostra che circa la metà delle persone rispondenti sono in condizioni di non normopeso (51,8%) e che tale situazione è peggiorata durante il lockdown. I maschi risultano più spesso non normopeso rispetto alle donne, con una distanza che è arrivata a raggiungere 19 punti percentuali durante il lockdown (femmine: 42,7%; maschi: 61,7%). È interessante notare che, nelle indagini successive, la condizione di obesità diminuisce anche rispetto ai valori pre-lockdown (Toscana pre-lockdown 13,8%; seconda rilevazione 10,5%; Italia dal 13,1% al 12,9%), mentre il sovrappeso resta alto (Toscana dal 30,1% al 33,5%; Italia dal 30,3% al 31,8%).

Da questo breve excursus sulle abitudini alimentari della popolazione toscana si può desumere che i toscani hanno delle abitudini abbastanza equilibrate e in alcuni casi migliori dei connazionali. Deve rimanere alta l'attenzione sul peso e sui disturbi alimentari, soprattutto nelle fasce giovanili.

Figura 4. Indice di massa corporea, per età – Valori percentuali – Toscana, anni 2021/2023
 - Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianze OKKio alla salute 2023 (ISS), HBSC 2022 (ISS), EDIT 2022 (ARS), PASSI 2022 e PASSI d'Argento 2021/2022 (ISS)

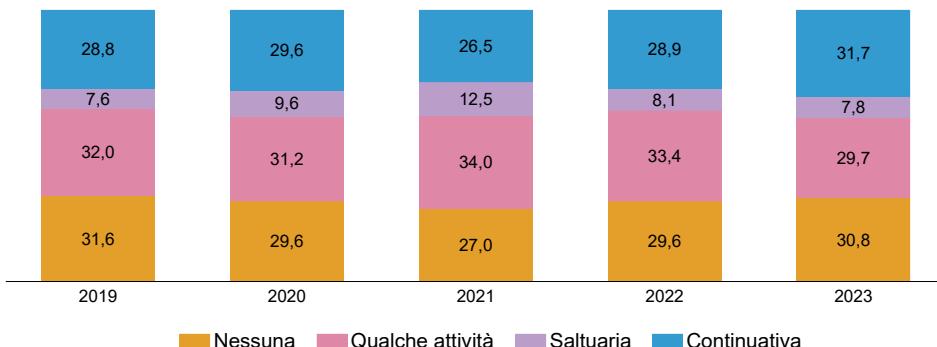


Attività fisica

L'attività fisica regolare riveste un ruolo fondamentale nel benessere generale della persona e contribuisce a ridurre i sintomi di stress, depressione, abbassare la pressione arteriosa e prevenire malattie metaboliche, cardiovascolari e neoplastiche. Comporta benefici evidenti anche per l'apparato muscolo-scheletrico e riduce il rischio di cadute nella popolazione anziana. In ogni età e fase della vita è importante svolgere attività fisica. L'OMS include nell'attività fisica qualunque attività praticata nella vita di ogni giorno, compresi i lavori domestici e gli spostamenti abituali a piedi o in bicicletta.

Dagli ultimi dati ISTAT emerge che il 30,8% dei toscani d'età maggiore ai 3 anni nel corso dell'ultimo anno (2023) non ha praticato sport o altra attività fisica, contro il 35% degli italiani. Inoltre, il trend è in lieve peggioramento, infatti, nel 2020 era il 29,6% dei toscani ad essere inattivo. È però importante sottolineare che, con l'eccezione dell'anno 2021, le persone che praticano attività fisica in maniera continuativa sono andate aumentando, nonostante la pandemia e le chiusure dei centri sportivi durante i mesi del lockdown e successivi.

Figura 5. Attività fisica praticata, per intensità – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana, periodo 2019-2023 – Fonte: ISTAT



Entrando nel dettaglio delle diverse fasce d'età, per quanto riguarda i bambini, la sorveglianza OKkio alla salute considera il bambino non attivo se non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine. Nell'edizione 2023 risultava non attivo il 12,1% dei bambini, senza alcuna differenza di genere (femmine 12,1%; maschi 12,2%), mentre il 47,9% dei bambini dichiarava di aver fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine ed erano i maschi a fare più sport delle bambine (50,1% vs 45,9%). La situazione è in miglioramento, nel 2019, infatti, risultava non attivo il 17,9% (maschi 17,6% e femmine 18,3%). A livello nazionale sono il 18,5% nel 2023 e il 20,3% nel 2019.

Per la popolazione adolescente le indagini di riferimento sono EDIT e HBSC, entrambe svolte nel 2022. Da EDIT emerge che il 24,3% degli intervistati ha praticato attività fisica per almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana, il 13,3% per 2 giorni alla settimana, mentre il 12,6% delle persone intervistate si dichiara inattivo. Sono evidenti delle differenze di genere, con i maschi che risultano più attivi (il 29,7% dei maschi pratica 5-7 giorni a settimana, rispetto al 18,5% delle femmine) e le femmine più sedentarie (femmine: 17,3%; maschi 8,2%). Disaggregando per genere ed età la distribuzione della pratica sportiva nei 12 mesi prima, notiamo che l'età e lo sport sono in una relazione inversamente proporzionale, ovvero all'aumentare della prima la seconda diminuisce. Questa tendenza si riscontra soprattutto tra le ragazze, che passano dal 72,6% a 14 anni al 57,1% a 19 anni (contro i ragazzi che passano dall'81,4% tra i 14enni al 76% tra i 19enni). Le abitudini sportive dei ragazzi e delle ragazze toscane non registrano particolari differenze negli anni e le percentuali del 2022 sono rimaste abbastanza simili ai risultati della rilevazione 2018, quando era il 12,3% a praticare attività sportiva quasi tutti i giorni (passati al 14,5% nel 2022). I dati della sorveglianza HBSC, che si concentrano sui ragazzi 11-15 anni, ci dicono che il 44,8% dei ragazzi toscani svolge attività fisica moderata-intensa per almeno 4 giorni a settimana (Italia 40,8%).

Tabella 3. Attività sportiva praticata, per genere e frequenza – Prevalenza percentuale ogni 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, anni 2008, 2018 e 2022 – Fonte: sorveglianza EDIT, ARS

Frequenza	Maschi	Femmine	Totale		
			2022	2018	2008
Tutti i giorni o quasi	16,8	11,5	14,5	12,3	17,1
3-5 volte a settimana	53,9	41,3	48,3	48,7	37,6
1-2 volte a settimana	21,8	37,9	28,9	32,4	35,5
1-3 volte al mese	3,7	3,7	3,7	3,2	4,9
Occasionalmente	3,8	5,6	4,6	3,3	4,9

Per quanto riguarda la popolazione adulta, secondo la definizione basata sui correnti standard OMS, nel biennio 2022-2023 tra gli adulti residenti in Italia intervistati dalla sorveglianza PASSI gli attivi (coloro che hanno svolto almeno 150 minuti settimanali di attività fisica moderata o intensa) rappresentano il 48% della popolazione. I parzialmente attivi (praticano

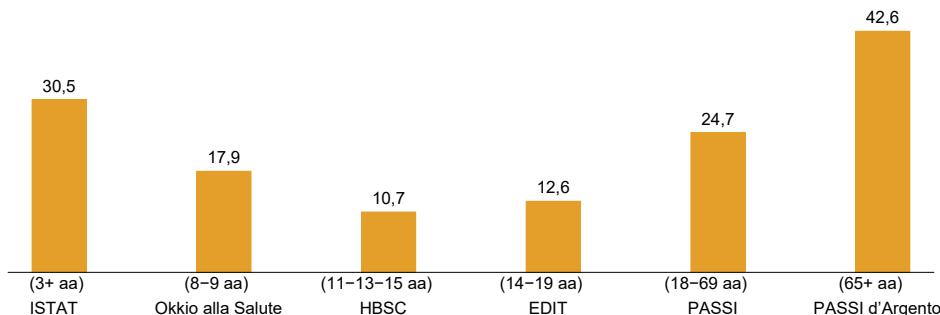
attività fisica moderata o intensa nel tempo libero, fino a 149 minuti settimanali, senza raggiungere i livelli raccomandati) il 24% e i sedentari (non pratica alcuna attività fisica) il 28%. La sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età (circa il 24% fra i 18-34enni e raggiunge il 33% fra i 50-69enni), tra le donne e tra le persone con uno status socioeconomico più svantaggiato. A livello toscano è attivo il 48,2% degli abitanti, parzialmente attivo il 27,2% e sedentario il 24,7%, dati in peggioramento rispetto al biennio 2020-2021, quando rappresentavano rispettivamente il 51%, il 28,5% e il 20,5% della popolazione adulta. La sorveglianza PASSI d'Argento consente di valutare l'attività fisica negli ultra64enni, attraverso uno strumento specifico, il PASE “*Physical Activity Scale for Elderly*” che consente di quantificare i livelli di attività fisica raggiunta dagli anziani, considerando anche le attività comunemente svolte da persone di questa età, come il passeggiare, fare giardinaggio, curare l'orto, fare attività domestiche, prendersi cura di altre persone. Nel biennio 2021/2022 in Toscana risultavano parzialmente attivi il 57,4% degli intervistati e sedentari il 42,6%, contro una media nazionale del 58% e del 42%.

Gli ultimi anni sono stati particolari, legati a grosse restrizioni dovute alla pandemia da COVID-19 e che hanno di conseguenza modificato alcuni nostri comportamenti. Lo sport e la possibilità di praticare attività fisica è sicuramente tra le attività che hanno maggiormente risentito e che necessariamente hanno visto una riorganizzazione, basti pensare all'obbligo della chiusura delle palestre. Tra i temi indagati da LOST in Toscana c'era anche il tema dell'attività fisica e sportiva, che ha messo in luce una marcata differenza dei livelli di sedentarietà nei diversi periodi sia in Italia che in Toscana. Durante il lockdown quasi una persona italiana su 2 ha dichiarato di non aver praticato attività fisica (45,7%). Maggiori livelli di sedentarietà si confermano nel campione femminile rispetto ai maschi, costante che resta in tutte rilevazioni. Come per i valori nazionali, in Toscana osserviamo le stesse tendenze, che evidenziano un netto aumento della prevalenza della sedentarietà durante il lockdown (47,5%), che ha poi prodotto un effetto di incentivo importante verso la pratica di attività fisica, aumentata nei periodi immediatamente successivi (prima rilevazione: 20,8%; seconda rilevazione: 19,5%), in modo molto marcato anche in confronto al periodo precedente alle restrizioni (29,3%). La Toscana prima del periodo pandemico mostrava valori peggiori rispetto a quelli italiani per le persone praticanti, mentre nell'ultima rilevazione si evidenzia un sorpasso rispetto alle tendenze positive. La differenza tra i due sessi permane in tutti i periodi, tranne durante il lockdown, quando i campioni raggiungono valori equivalenti, per poi tornare ad una distanza simile a quella italiana di 5/6 punti percentuali a favore del genere maschile. Per quanto riguarda l'attività sportiva adeguata (75-150 minuti alla settimana), osservando le evoluzioni rispetto alle quattro rilevazioni, notiamo che in Italia, coerentemente con i dati relativi all'attività fisica, durante il periodo di lockdown la prevalenza di coloro che svolgono una quantità di attività sportiva adeguata è significativamente diminuita (da 44,9% a 22,4%), per poi tornare ad aumentare nella prima (41,7%) e nella seconda (43,6%) rilevazione di LOST in Toscana. Nell'ultima rilevazione il livello di attività sportiva è infatti tornato ai valori pre pandemici. In Toscana notiamo un andamento simile a quello nazionale, con un livello di

attività sportiva adeguato che registra un forte rallentamento nel periodo pandemico (17,2%) e che supera il valore pre-lockdown (41,7%) nell'ultima rilevazione (43,7%).

Analizzando i dati delle diverse indagini disponibili otteniamo la fotografia della situazione per fasce d'età, dai bambini agli anziani, dalla quale emerge che i più sedentari sono proprio coloro che avrebbero più bisogno di fare attività fisica, cioè gli anziani. A seguire abbiamo la popolazione adulta, probabilmente sovraccaricata da troppi impegni e dalla difficoltà di bilanciare vita lavorativa e vita privata. È presumibile dedurre che il difficile equilibrio familiare ricada anche sui bambini. La popolazione giovanile è la meno sedentaria. A contribuire all'aumento della sedentarietà c'è sicuramente un incremento dell'utilizzo dei mezzi di trasporto "passivi", così come l'abitudine a comportamenti più statici, sia sul lavoro che nel tempo libero.

Figura 6. Sedentari/non attivi, per età – Prevalenza percentuale - Toscana, periodo 2021-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianze OKKIO alla salute 2023 (ISS), HBSC 2022 (ISS), EDIT 2022 (ARS), PASSI 2022 e PASSI d'Argento 2021/2022 (ISS), ISTAT 2024



Il consumo di tabacco

Il fumo è un fattore di rischio primario per molte patologie croniche e per una morte prematura. Influenza negativamente lo stile di vita e la salute in generale. Smettere di fumare riduce significativamente il rischio di malattie cardiovascolari, respiratorie e tumorali e permette di recuperare anni di vita persi. Il tabacco provoca più decessi di alcol, AIDS, droghe, incidenti stradali e omicidi messi insieme, ed è una causa nota o probabile di almeno 27 malattie diverse. La dipendenza dovuta alla nicotina contenuta nelle sigarette costituisce l'ostacolo principale per chi intende smettere di fumare, ma giocano un ruolo importante anche fattori di natura psicologica e sociale. Oltre al sesso e all'età, altri fattori che influenzano in maniera significativa la tendenza a fumare o meno sono la classe sociale e il livello di istruzione. All'interno della popolazione dei fumatori si possono individuare alcune categorie di soggetti che richiedono un'attenzione particolare, come gli adolescenti, le donne in età fertile e i soggetti esposti al fumo passivo.

Nel 2022, l'OMS ha stimato che ci siano 1,25 miliardi di consumatori adulti di tabacco nel mondo, con un calo dei tassi di consumo di tabacco rispetto al passato. Sempre secondo l'OMS il fumo di tabacco è il primo fattore di rischio delle malattie croniche non trasmissibili a livello mondiale e circa l'80% dei fumatori vive in Paesi a basso e medio reddito, nei quali il carico di malattia e mortalità collegato al tabacco è più pesante. Il 70% dei consumatori inizia a fumare prima dei 18 anni d'età e il 94% prima dei 25 anni.

A livello globale, solo il 16% della popolazione mondiale è protetta da leggi *smoke free* nazionali e oltre il 40% dei bambini ha almeno un genitore che fuma.

Il consumo di prodotti a base di nicotina e dei nuovi dispositivi è piuttosto diffuso nella popolazione studentesca. Le motivazioni che spingono i giovani a fumare dipendono da un processo multifattoriale complesso, che include fattori di rischio ambientali, la facile accessibilità ai prodotti a base di tabacco, l'accettazione nel contesto sociale, la scarsa capacità di resistere all'influenza sociale. Tra i ragazzi toscani intervistati dalla sorveglianza HBSC (2022) la maggior parte ha dichiarato di non aver mai fumato, anche se, com'è prevedibile, la percentuale si abbassa con l'aumentare dell'età: il 99% degli undicenni e il 92% dei tredicenni non ha mai fumato, ma diventa il 76% dei quindicenni. Anche a livello nazionale la quota di adolescenti che dichiara di aver fumato almeno un giorno nell'ultimo mese aumenta sensibilmente con l'età: se a 11 anni la percentuale si attesta intorno all'1% in entrambi i generi, a 13 anni sale al 6% e al 9% per maschi e femmine rispettivamente, mentre a 15 anni il fenomeno raggiunge il 20% fra i ragazzi e il 29% fra le ragazze. Rispetto all'edizione precedente, svolta nel 2018, possiamo notare che i ragazzi che non hanno mai fumato sono in aumento, dall'81,2% all'88,4%.

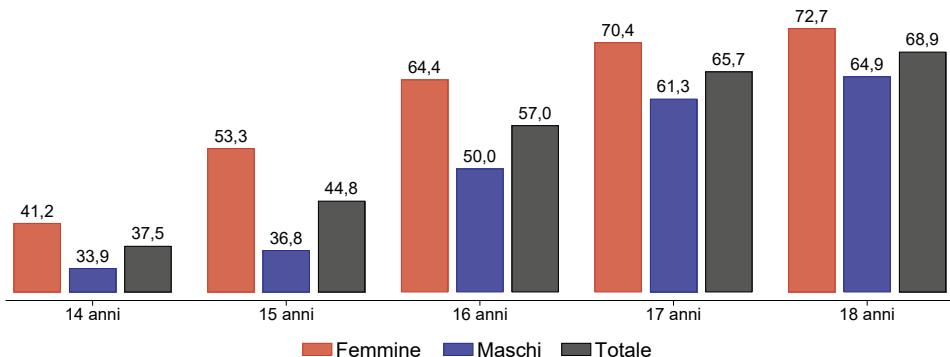
Tabella 4. Frequenza del fumo di sigaretta (almeno una sigaretta nei giorni precedenti), per età – Prevalenza per 100 abitanti d'età 11, 13 o 15 anni – Toscana, anni 2018 e 2022 – Fonte: HBSC, ISS

Almeno una sigaretta negli ultimi	11 anni		13 anni		15 anni		Totale	
	2022	2018	2022	2018	2022	2018	2022	2018
1-2 giorni	0,5	1,7	2,7	7,9	7,4	10,8	3,8	6,5
3-5 giorni	0,1	0,2	0,1	1,7	3,5	5,4	1,7	2,2
6-9 giorni	0,0	0,0	1,2	1,2	2,2	4,0	1,2	1,6
10-19 giorni	0,1	0,0	0,5	1,0	2,0	3,1	0,5	1,3
20-29 giorni	0,0	0,0	0,3	0,5	1,5	2,9	0,7	1,0
30 giorni o più	0,3	0,0	1,4	2,0	7,2	18	3,3	6,0
Non ha mai fumato	99,0	97,8	92,9	85,7	76,1	55,8	88,4	81,2

L'indagine EDIT 2022, ha rilevato che negli anni la situazione è migliorata, ma si osserva un'inversione di consumo rispetto al genere, infatti, la diffusione è maggiore tra le ragazze,

ma l'intensità rimane maggiore nei ragazzi. Ha provato a fumare il 54,7% degli adolescenti (60,2% delle femmine vs 49,6% dei maschi), in diminuzione rispetto al 63% delle ragazze e al 58% dei ragazzi rilevati nell'edizione del 2018. Tra chi ha provato a fumare, le fumatrici regolari sono il 30,4% delle ragazze (26,9% dei maschi), quelle occasionali il 26,4% (22,6% dei maschi). Tra i fumatori regolari il 27,9% fuma 10+ sigarette al giorno (32,3% tra i maschi, 24,3% tra le femmine).

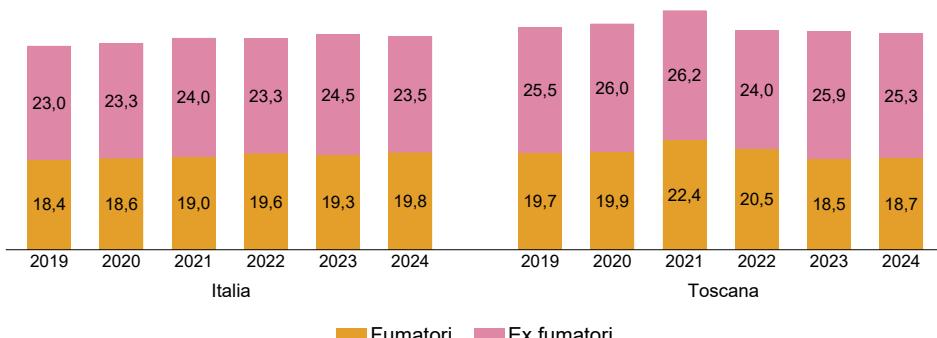
Figura 7. Adolescenti che hanno provato a fumare sigarette, per genere ed età – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-18 anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: sorveglianza EDIT, ARS



In totale, considerando tutta la popolazione adolescente toscana intervistata da EDIT, il 15,7% fuma regolarmente, abitudine più diffusa tra le ragazze (femmine: 18,2%; maschi: 13,2%), così come l'età di inizio al fumo conferma questa tendenza, registrando andamenti peggiori tra le ragazze. Il 76,4% delle ragazze ha dichiarato di aver cominciato a fumare prima dei 16 anni, contro il 67,5% dei coetanei maschi.

In Italia i dati sulla prevalenza del fumo tra gli adulti sono raccolti ogni anno da ISTAT con l'indagine multiscopo sulla vita quotidiana. Secondo l'ultima rilevazione (2024) i fumatori toscani sono il 18,7% mentre gli italiani sono il 19,8%, e sono in diminuzione negli ultimi anni. Nel 2021 erano il 22,4% dei toscani, mentre non si registrano particolari cali a livello nazionale. Anche per quanto riguarda gli ex fumatori la Toscana registra valori migliore dalla media nazionale: ad aver smesso di fumare sono il 25,3% dei toscani vs 23,5% dell'Italia. Un dato che negli ultimi anni è sempre andato aumentando, indicatore di una maggiore attenzione e consapevolezza alla questione fumo.

Figura 8. Abitudine al fumo – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: ISTAT



Per quanto riguarda il genere, anche nella popolazione adulta si riscontrano delle differenze: nel 2022 i fumatori erano il 23,5% degli uomini e il 18,1% delle donne tra i toscani, mentre a livello nazionale sono il 24% degli uomini e il 15,8% delle donne. Va anche segnalato che mentre il dato sui fumatori maschi, negli ultimi 10 anni è rimasto pressoché costante, la percentuale di fumatrici donne è gradualmente in aumento. Ancora più marcata la differenza tra gli ex fumatori, sono il 18,6% delle donne toscane ad aver smesso di fumare nel corso del 2022, contro il 30,2% degli uomini. Ancora più interessante l'analisi per d'età, che conferma che chi comincia a fumare presto mantiene l'abitudine stabile nel corso della propria vita e solo dopo i 55 anni il dato sugli ex fumatori inizia ad aumentare. Sotto i 20 anni sono solo il 4,9% gli ex fumatori, contro il 31,5% degli over 55 anni e il 37,7% degli over 65enni. Nel 1993 erano il 3,2% gli ex fumatori sotto i 20 anni.

Leggermente più alti i dati rilevati dalla sorveglianza PASSI sui fumatori. Nel biennio 2022-2023 i fumatori in Italia sono il 24,5% (nella fascia d'età 18-69 anni). Anche ISS rileva il dato sugli ex fumatori: in Italia nel 2022-23 ad aver smesso di fumare sono il 16,8% degli italiani, mentre il 58,7% non è un fumatore. I dati toscani si allineano molto a quelli nazionali, infatti, il 22,5% fuma, gli ex fumatori rappresentano il 16,7% e i non fumatori il 60,8%. Si conferma invece la graduale riduzione dei fumatori negli anni.

Infine, un dato sul consumo di tabacco in gravidanza e durante l'allattamento. Dall'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022) il 6,9% delle mamme toscane ha dichiarato di aver fumato in gravidanza, contro il 6,4% delle mamme nel pool di regioni (dati "Sorveglianza 0-2 anni" ISS, anno 2022). La quota di fumatrici tra le mamme che stavano allattando risulta più alta che in gravidanza e sono l'8,4% (Italia 8,7%).

Dall'indagine LOST in Toscana emerge che le abitudini riportate in Toscana durante il lockdown differiscono da quelle nazionali, in particolare, si osserva un incremento della prevalenza dei fumatori dal 23,8% al 25,8% nella prima rilevazione, mentre nell'ultima rilevazione la percentuale dei fumatori scende al 22,1%. A livello nazionale, durante il lockdown si è osservata un'iniziale diminuzione della prevalenza dei fumatori, passata dal

23,3% al 21,9%. Successivamente, nella prima fase post pandemia si è verificato un aumento dei fumatori (24,4%), tornati poi ai livelli pre pandemia. In ciascuno dei punti temporali considerati l'utilizzo risulta maggiore tra gli uomini, rispetto alle donne. Dallo studio è emerso che, durante il lockdown, il 5,5% del campione complessivo ha smesso o ridotto il fumo, mentre il 9% ha iniziato, ripreso o aumentato l'intensità del fumo. L'aver smesso o diminuito è associato alla giovane età e al fumo occasionale, invece l'aumento del consumo di sigarette durante il lockdown è riportato più frequentemente tra le persone che hanno vissuto un peggioramento della qualità della vita, una riduzione della quantità di sonno e un aumento dei sintomi di ansia e depressione.

Per quanto riguarda i tentativi di smettere di fumare, tra i fumatori toscani della seconda rilevazione LOST in Toscana il 15,2% (maschi: 13,5%; femmine: 16,9%) riporta di aver fatto tentativi per smettere nelle quattro settimane precedenti alla rilevazione.

Dai dati della sorveglianza PASSI d'Argento, nel biennio 2021/2022, il 61,8% degli italiani ultra64enni non fuma e solo una persona su 10 è ancora fumatore. A livello toscano fuma l'8,1% degli anziani, mentre gli ex fumatori sono il 25,8%, un valore che è rimasto stabile negli anni. In conclusione, un altro aspetto da considerare e da analizzare, riguarda il sempre più diffuso utilizzo di nuovi prodotti legati al tabacco. Negli ultimi anni, accanto alle normali sigarette hanno fatto la loro comparsa nuovi prodotti, come le sigarette elettroniche e le sigarette a tabacco riscaldato. Questi dispositivi hanno attratto un vasto numero di consumatori, soprattutto tra i più giovani. La capacità di offrire un'esperienza simile al fumo tradizionale, ma con una percezione di minore danno per la salute, ha contribuito alla loro crescente popolarità.

Dalla rilevazione EDIT è emerso che il 45,3% degli adolescenti toscani ha provato la sigaretta elettronica. La metà di questa quota non l'ha utilizzata nel mese precedente alla rilevazione, invece il 15,5% l'ha utilizzata quasi quotidianamente (femmine: 18,9%; maschi: 12,4%).

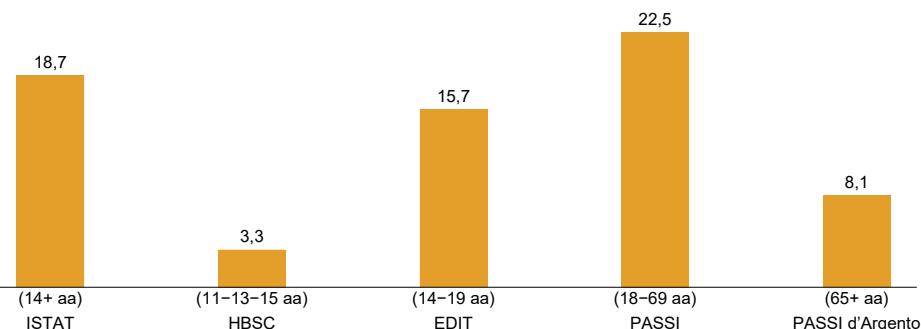
In Italia gli utilizzatori abituali e occasionali di e-cig sono il 2,4% della popolazione, ovvero circa 1 milione e 200mila persone. Dopo un trend che vedeva negli anni precedenti una diminuzione degli utilizzatori, questi nel 2022 sembrano essere di nuovo in aumento (erano il 2,5% nel 2017, 2,1% nel 2018, 1,7% nel 2019). In Toscana (dati ISTAT 2021) i fumatori di sigarette elettroniche sono il 3%, di poco superiori le donne rispetto agli uomini (3,1% vs 2,9%). Essendo un fenomeno relativamente recente, non abbiamo grandi comparazioni negli anni ma dal 2014, anno in cui ISTAT ha inserito la domanda, l'abitudine all'uso delle sigarette elettroniche è andata aumentando, con un calo solo nel 2020.

Dai dati della sorveglianza PASSI emerge che il 3,5% dei toscani usa prodotti a tabacco riscaldato non bruciato e il 2,4% sigarette elettroniche. Sono principalmente i giovani a usare l'HTPs (dall'inglese *Heated Tobacco Products*), il 12,7% nella fascia d'età 18-24 anni e il 4,9% tra i 25-34enni. Il 4,1% ha un'abitudine di poliuso.

Abbiamo visto come l'abitudine al fumo sia ancora abbastanza diffusa, anche se in calo. La diminuzione maggiore si registra tra gli uomini, mentre sono in aumento le donne, tipico di un cambiamento socio-culturale in atto, che ha portato le donne ad assumere comportamenti

considerati, in passato, tipicamente maschili. Emerge poi, l'attenzione forte verso le fasce più giovani, che proprio nell'età adolescenziale cominciano a fumare, mantenendo tale abitudine per tutta la vita, ed infatti è proprio nelle fasce centrali della popolazione che abbiamo il maggior numero di fumatori. Infine, va segnalato che il consumatore di oggi è spesso un policonsumatore, cioè usa più prodotti a base di tabacco e il più delle volte in associazione e non in alternativa.

Figura 9. Abitudine al fumo (fumatori), per età – Prevalenza percentuale - Toscana, periodo 2021-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianze HBSC 2022 (ISS), EDIT 2022 (ARS), PASSI 2022 e PASSI d'Argento 2021/2022 (ISS), ISTAT 2024



Il consumo di bevande alcoliche

Il consumo di alcol è profondamente radicato nella cultura sociale e nelle tradizioni di molti paesi, in particolare in Italia. L'alcol ha un effetto bifasico sul corpo umano. Inizialmente, può indurre uno stato di euforia e disinibizione, tuttavia, con l'aumentare della quantità consumata, gli effetti depressivi dell'alcol prendono il sopravvento. L'alcol inibisce il funzionamento del sistema nervoso centrale, rallentando le funzioni cognitive e motorie. Questo può portare a una riduzione della capacità di giudizio, problemi di coordinazione e in casi estremi a incoscienza o coma.

Almeno 40 malattie e condizioni elencate nella 10^a revisione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-10) dell'OMS sono totalmente attribuibili all'alcol e oltre 200 sono parzialmente attribuibili all'alcol. Il carico di malattie deriva principalmente da due categorie: malattie croniche non trasmissibili (tra cui cirrosi epatica e disfunzioni metaboliche, malattie cardiovascolari e numerosi tipi di cancro) e lesioni accidentali e intenzionali (suicidi, omicidi e incidenti stradali). L'OMS ha stimato (2024) che circa 2,6 milioni di decessi nel mondo siano associabili al consumo di alcol: si tratta del 4,7% circa di tutte le morti. Se consideriamo il totale dei decessi correlati all'alcol, all'incirca il 22% è dovuto a malattie all'apparato digerente, il 20% a incidenti, il 17,8% a malattie cardiovascolari o diabeti, il 15% a tumori maligni,

il 10,8% a patologie perinatali connesse all'uso di alcol in gravidanza e il 7,7% a episodi di violenza intenzionale. L'alcol è la dipendenza più diffusa nel mondo e a tutte le età rappresenta un rischio per la propria salute.

Il consumo di bevande alcoliche è molto diffuso tra i giovani. La ragione principale è riconducibile alle proprietà psicoattive dell'alcol che apparentemente facilitano le relazioni sociali perché generano piacere, euforia e disinibizione, però il consumo di alcol abbassa la percezione del rischio e favorisce comportamenti imprudenti. Monitorare il consumo di alcol in quella fase della vita è fondamentale, in quanto l'alcol rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani ed è quindi utile identificarne i fattori associati.

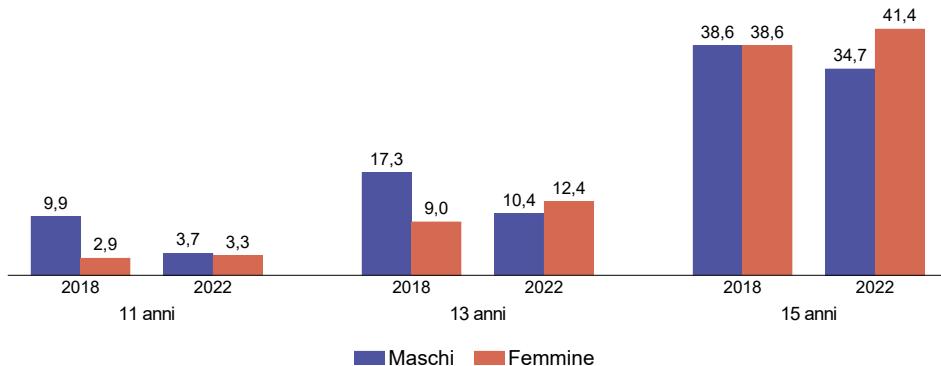
Tra i ragazzi toscani intervistati dalla sorveglianza HBSC (2022) il 59,8% ha dichiarato di non aver mai bevuto alcol nel corso della propria vita, nel 2018 erano il 60,7%. Ricordiamo che HBSC intervista ragazzi di 11, 13 e 15 anni e se analizziamo in dettaglio le diverse fasce d'età, emerge che tale percentuale si riduce con l'aumentare dell'età, passando dall'87,9% degli undicenni al 67,5% dei tredicenni, sino al 31,4% dei quindicenni. Dati in miglioramento rispetto all'edizione 2018, quando erano, rispettivamente l'86,8%, il 62,2% e il 27,2% a non aver mai bevuto alcol nella vita.

Quando si analizzano i comportamenti legati al consumo di alcol nelle popolazioni più giovani, focalizzarsi unicamente sulla prevalenza del consumo può risultare limitante. Questo indicatore, infatti, non distingue tra chi consuma in modo occasionale e moderato e chi mette in atto comportamenti a rischio. Nei giovani, è più indicativo studiare le modalità e le intensità di consumo, come la frequenza delle ubriacature o gli episodi di *binge drinking*. Secondo l'OMS il *binge drinking* è il consumo di almeno 60 grammi di alcol puro in un'unica occasione, corrispondenti a circa 5 o più unità alcoliche standard, assunte in un intervallo di tempo relativamente breve (tipicamente entro due ore). Questi comportamenti eccedentari rappresentano un rischio concreto per la salute fisica e mentale, oltre che per la sicurezza sociale, e sono spesso legati a dinamiche di gruppo, pressione dei pari e scarsa percezione del rischio. Analizzarli consente di identificare con maggiore precisione le situazioni problematiche e orientare interventi di prevenzione più mirati ed efficaci. Se analizziamo il fenomeno dell'ubriachezza, anche in questo caso vi è un sensibile aumento con l'aumentare dell'età. Non si sono mai ubriacati il 97,5% degli undicenni (96,3% nel 2018), il 92,6% dei tredicenni (93%) e il 66,5% dei quindicenni (65,7%). Si sono ubriacati almeno una volta nella vita l'1,8% a 11 anni, il 3,2% a 13 anni e il 10,7% a 15 anni, anche in questo caso la situazione è in miglioramento, erano il 3% a 11 anni, il 4,6% a 13 anni e il 13,6% a 15 anni. La situazione è in leggero peggioramento, invece, per quanto riguarda chi ha dichiarato di essersi ubriacato più di 10 volte nel corso della propria vita: nell'edizione 2022 abbiamo lo 0,1% degli undicenni, mentre nel 2018 erano pari a zero, l'1,2% dei tredicenni e lo 0,3% nel 2018 ed infine, il 5,2% dei quindicenni contro il 3% del 2018. Per quanto riguarda le differenze di genere, in Toscana nel 2022 le ragazze, in percentuale superiore ai maschi, dichiarano di essersi ubriicate due volte o più nella vita (12,5% vs 8,1%). Nel confronto con l'Italia, i quindicenni toscani si ubriacano più dei connazionali coetanei, a 15 anni sono il

22,8% dei toscani a dichiarare di essersi ubriacati almeno due volte nella vita, contro il 18,4% dei connazionali.

Infine, la sorveglianza HBSC indaga il fenomeno del *binge drinking*, come consumo in una sola occasione di oltre 5 unità alcoliche. Anche in questo comportamento le ragazze si rivelano peggiori dei coetanei, sono infatti il 20,4% contro il 17,4% a dichiarare di aver avuto almeno un episodio di *binge drinking*. Un dato importante da sottolineare è che nel 2018 erano in prevalenza i maschi.

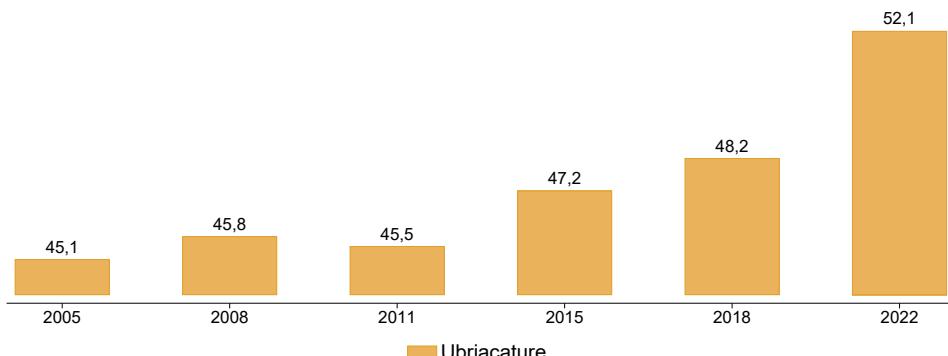
Figura 10. Consumo di 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, per età e genere – Prevalenza ogni 100 abitanti – Toscana, anni 2018 e 2022. Fonte: sorveglianza HBSC, ISS



Anche la sorveglianza EDIT indaga il consumo di alcol tra i giovani e la diffusione di comportamenti eccedentari. Dall'indagine 2022 è emerso che 8 adolescenti su 10 hanno bevuto almeno una volta nella vita, percentuale inferiore rispetto al 2018 (93%), l'abitudine è più diffusa tra le ragazze (83,7% vs 80,5%).

Per quanto riguarda il fenomeno delle ubriacature, è emerso che nei 12 mesi precedenti la somministrazione del questionario 1 adolescente su 2 in Toscana si è ubriacato almeno una volta. Si tratta di una pratica più diffusa tra le ragazze, 55,9% contro il 48,5% dei compagni maschi ed il dato è andato aumentando negli anni.

Figura 11. Studenti e studentesse (14-19 anni) a cui è capitato di ubriacarsi almeno una volta negli ultimi 12 mesi – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2005-2022 – Fonte: sorveglianza EDIT, ARS



Se le ubriacature risultano più diffuse tra le ragazze, il *binge drinking* è più diffuso tra i maschi. Nei 12 mesi precedenti la rilevazione è accaduto a 1 adolescente su 2 di aver bevuto 5 o più alcolici in un'unica occasione, con maggiore frequenza tra i ragazzi (48,9%), rispetto alle ragazze (45,2%).

Tabella 5. Studenti e studentesse (14-19 anni) a cui è capitato di ubriacarsi o un episodio di *binge drinking* almeno una volta negli ultimi 12 mesi – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: sorveglianza EDIT, ARS

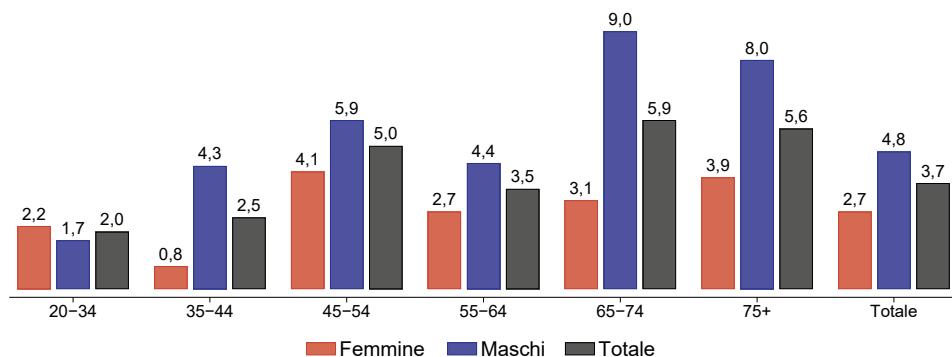
Tipologia di ubriacatura	Maschi	Femmine	Totale
Almeno un'ubriacatura	48,5	55,9	52,2
Almeno un episodio di <i>binge drinking</i>	48,9	45,2	47,1

Le preferenze sul tipo di bevanda consumata si concentrano anzitutto sugli aperitivi (74,8%), poi sul vino (64,8%), la birra (62,6%) ed infine sui superalcolici (57,8%).

Per conoscere le abitudini del consumo di bevande alcoliche nella popolazione adulta, le indagini di riferimento sono l'Indagine Multiscopo ISTAT e PASSI di ISS.

Dall'indagine ISTAT emerge che, nel 2022, i bevitori toscani a rischio sono il 3,7%, con una prevalenza maschile pari al 4,8%, contro il 2,6% tra le donne. Se analizziamo gli ultimi 10 anni, il numero di bevitori a rischio è andato aumentando, passando dal 3,3% del 2015, al 3,5% del 2020, al 3,7% del 2022 (ultimo dato disponibile). A livello nazionale sono il 2,9% (maschi: 4,1%; femmine: 1,9%). Per quanto riguarda le differenze di genere, a livello regionale per le donne il dato è in continuo aumento (1,6% e 2,1%), mentre gli uomini hanno visto una leggera diminuzione, dal 5,1% del 2015 al 5% del 2020, fino all'ultimo dato che abbiamo già riportato. Entrando nel dettaglio delle fasce d'età, si può osservare che, come già evidenziato anche dalle altre sorveglianze, nel confronto sono le ragazze giovani ad avere un consumo più a rischio, rispetto ai coetanei maschi.

Figura 12. Bevitori a rischio, per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 11+ anni – Toscana, anno 2022 – Fonte: ISTAT



Guardando alle preferenze di consumo, i toscani preferiscono bere vino, il 60% di chi beve, consuma regolarmente vino, al secondo posto la birra e a seguire gli aperitivi alcolici, con valori leggermente superiori a quelli italiani.

Tabella 6. Consumo abituale di alcol, per tipologia – Prevalenza per 100 abitanti d'età 11+ anni – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: ISTAT

Tipologia di bevanda	Toscana	Italia
Vino	60,4	55,1
Birra	52,2	51,1
Aperitivi alcolici	41,4	40,7
Aperitivi analcolici	41,1	46,9
Amari	29,4	32,6
Liquori	29,0	27,3

Dai dati della sorveglianza PASSI sappiamo che nel biennio 2022/2023 circa il 42% degli italiani tra i 18 e i 69 anni ha dichiarato di non consumare bevande alcoliche, trend costante negli anni (nel biennio 2020/2021 erano il 44%). Di contro, abbiamo un 18% invece che ha un consumo definito a rischio; il 10% ha un consumo alcolico prevalentemente fuori pasto, il 2% ha un consumo abituale elevato (3 o più unità alcoliche medie giornaliere per gli uomini e 2 o più unità alcoliche medie giornaliere per le donne). Il 9,6% ha avuto episodi di *binge drinking*. A livello regionale, il 63,8% degli intervistati dichiara di essere un bevitore e il 19,2% può essere classificato come consumatore a rischio, con il 10,4% che beve prevalentemente fuori pasto e il 2,5% che ha un consumo abituale elevato. Il consumo di alcol a maggior rischio è associato più frequentemente agli uomini (22,9% vs 15,7%), ai cittadini italiani (19,8% cittadinanza italiana contro il 14,1% di chi ha una cittadinanza

straniera), diminuisce con l'avanzare dell'età e aumenta con il livello di istruzione (laurea: 20,7%; media superiore: 20,8%; media inferiore: 15,5%; licenza elementare/nessun titolo: 9,4%). La sorveglianza PASSI ha indagato anche il consumo di alcol in situazioni considerate maggiormente a rischio, come durante la gravidanza, l'allattamento o in presenza di malattie epatiche. Emerge che, nonostante le evidenze sui pericoli, molte donne continuano a bere durante la gravidanza (21,4%) e l'allattamento (29,3%). Allo stesso modo, le persone affette da malattie epatiche spesso non riducono adeguatamente il consumo di alcol (44,6%).

Come ben ricordiamo tutti, le misure di lockdown, adottate a livello nazionale e regionale per il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2, hanno improvvisamente rivoluzionato la vita e le abitudini di milioni di italiani con un impatto immediato sugli stili di vita. Lo studio “LOST in Toscana” si è proprio concentrato sull’indagare i comportamenti e gli stili di vita nelle fasi pandemiche successive alla prima ondata. Lo studio ha previsto due rilevazioni: la prima condotta nel marzo 2022 e la seconda a distanza di 12 mesi. Il primo dato che emerge, in Toscana, è che si nota una diminuzione delle persone che hanno assunto bevande alcoliche durante il lockdown (78,7%) rispetto al periodo precedente (82,3%), mentre emerge un aumento durante l’immediato periodo successivo registrato dalla prima rilevazione di LOST in Toscana, arrivando all’88,9% e assestandosi all’84,6% durante la seconda rilevazione. Le stesse dinamiche sono state riscontrate a livello nazionale. Si conferma la differenza per genere, con gli uomini che bevono di più, con una differenza di 10-18 punti percentuali.

Nella popolazione anziana toscana, nel biennio 2021/2022, è classificabile come bevitore a rischio il 16,3% del campione di PASSI d’Argento (65+ anni d’età), a livello nazionale la percentuale è pari al 18,5%, mentre i consumatori moderati sono il 17,9% dei toscani e il 19,4% degli italiani. Rispetto alle edizioni precedenti il consumo di alcol tra gli anziani è in diminuzione, in particolare i consumatori a rischio, che diminuiscono di circa 10 punti percentuali rispetto al 2017.

Tabella 7. Consumo di alcol tra gli anziani – Prevalenza per 100 abitanti d’età 65+ anni – Toscana, periodo 2017-2022 – Fonte: sorveglianza PASSI d’Argento, ISS

Consumo di alcol	2017/2018	2019/2020	2021/2022
Moderato	18,7	12,8	17,9
A rischio	27,3	13,5	16,3

La cultura del bere è in rapido e continuo cambiamento e trascina con sé leggende e falsi miti, usi e tradizioni, e subisce il fascino delle tecniche di promozione, della pubblicità, delle pressioni sociali.

Abbiamo visto dalle diverse indagini e sorveglianze sanitarie che, il consumo varia a seconda delle fasce d’età ed è trasversale a tutte le generazioni, servono quindi interventi mirati che sappiano coinvolgere e attivare i diversi gruppi. I dati ci aiutano a comprendere le aree in cui è più urgente intervenire e a comparare i diversi modelli lungo il corso della vita. Per fornire un quadro complessivo della situazione della popolazione toscana, nei grafici seguenti abbiamo

riportato il dato sulle ubriacature e sul consumo a rischio diviso per età. È possibile vedere a colpo d'occhio come le ubriacature siano più frequenti nella tarda adolescenza, mentre il dato sui consumatori a rischio è abbastanza costante in tutte le fasce d'età.

Figura 13. Episodi di ubriacatura, per età – Prevalenza per 100 abitanti – Toscana, anno 2022 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianze HBSC 2022 (ISS), EDIT 2022 (ARS), LOST in Toscana (ISPRO)

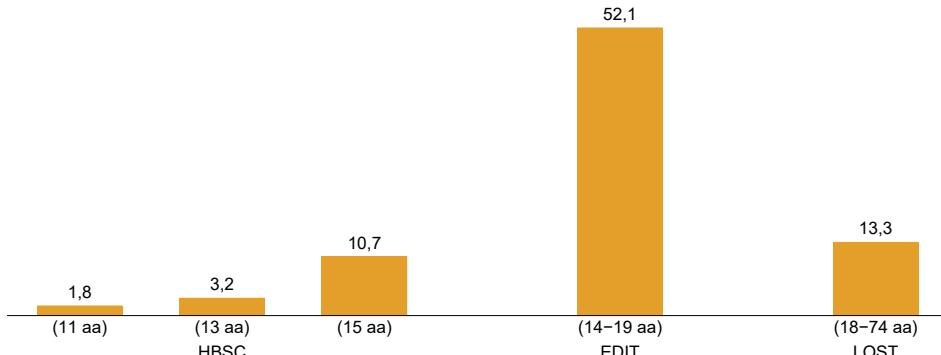
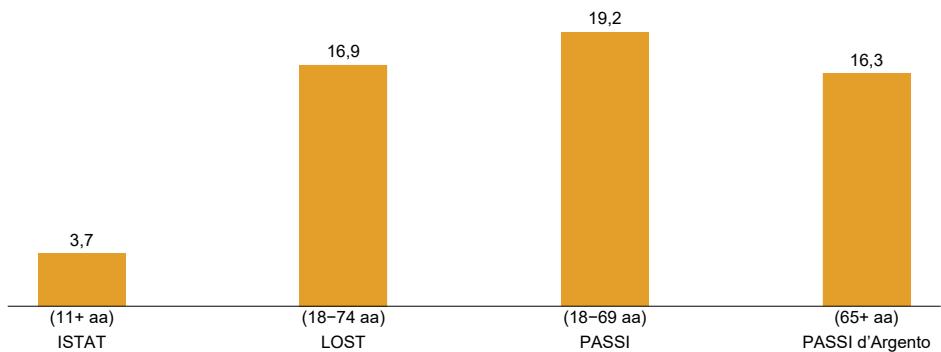


Figura 14. Bevitori a rischio, per età – Prevalenza per 100 abitanti – Toscana, anno 2022 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianze PASSI 2022 e PASSI d'Argento 2021/2022 (ISS), ISTAT 2022, LOST in Toscana (ISPRO)



Infine dobbiamo affrontare anche l'ambito relativo alle conseguenze di salute del consumo di alcol e possiamo provare a farlo parlando del ricorso ai servizi sanitari per la cura dal consumo di alcol.

Dai flussi informativi sanitari regionali emerge che in Toscana, nel 2024, gli accessi in Pronto soccorso (PS) per cause alcol-correlate sono stati 2.984, di cui il 63,6% uomini e il restante 36,4% di donne. Analizzando il dettaglio per età, il maggior numero di accessi si collocano nella fascia dai 40 ai 64 anni, ma preoccupa il 17,5% di ragazzi sotto i 20 anni. Il confronto

per genere evidenzia numeri più alti per i maschi rispetto alle femmine in tutte le classi d'età. Analizzando la serie storica, si può notare che dal 2015 gli accessi in PS sono andati diminuendo fino al 2020. Nel 2021 e nel 2022 si registra un aumento per entrambi i sessi (complice il ritorno alla vita sociale per la fine delle restrizioni di mitigazione della pandemia) e nel 2023 i valori tornano a scendere, ma non ancora ai livelli pre pandemia.

È noto che la tossicità dell'alcol causa danni diretti a molte cellule dell'organismo, soprattutto a quelle del fegato e del sistema nervoso centrale. Patologie che spesso necessitano di ricoveri ospedalieri. Il flusso informativo relativo delle schede di dimissione ospedaliera registra tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol. In Toscana nel 2024 le dimissioni con diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol, dei soli residenti toscani, sono state 2.424, con un tasso standardizzato per età pari a 59,8 ricoveri per 100mila abitanti. Per quanto riguarda le differenze di genere, sono in prevalenza gli uomini (72,5%) e principalmente nella fascia d'età di 40-64 anni. Non si riscontrano numeri significativi nei minori di 20 anni (0,4%), anche se sono di più le ragazze (7 vs 4). Per quanto riguarda il confronto negli anni, dal 2015 si osserva una graduale diminuzione, fino al 2020, anno in cui si registra il dato più basso, sempre per gli effetti della pandemia, per poi gradualmente tornare a risalire.

Infine, l'ultimo aspetto da considerare riguarda la mortalità. I decessi totalmente alcol-attribuibili sono quelle morti causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: ad esempio disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol, cardiomiopatia alcolica, gastrite alcolica, epatopatie alcoliche, pancreatiti.

Nel 2021 (ultimo anno disponibile per la mortalità regionale per causa), sono stati 54 i decessi in Toscana per patologie alcol-attribuibile, pari a 1,3 per 100mila, di cui 36 uomini e 18 donne. Negli ultimi 10 anni il dato è stato abbastanza costante, con un considerevole calo nel 2020. Per quanto riguarda le fasce d'età, non si registrano casi di mortalità nei minori di 20 anni, mentre la fascia più colpita è quella dei 60-64enni.

In conclusione, i dati mostrano un quadro articolato che varia lungo il corso della vita e presenta differenze significative per genere, età e contesto socio-culturale. In particolare, nella fascia giovanile si evidenzia una maggiore diffusione di comportamenti eccedentari, come le ubriacature e il binge drinking, più rilevanti della semplice prevalenza del consumo. Monitorare questi comportamenti permette di individuare i segnali precoci di uso problematico e di costruire strategie di prevenzione più efficaci, mirate non solo a ridurre il consumo, ma anche a rafforzare le competenze individuali, il senso critico e la consapevolezza dei rischi. In un contesto in cui la cultura del bere continua a evolversi, condizionata da mode, miti, pressioni sociali e strategie di marketing, è fondamentale promuovere un approccio integrato alla prevenzione, capace di coniugare dati epidemiologici, interventi educativi e politiche pubbliche. Solo attraverso azioni coordinate e trasversali sarà possibile promuovere un rapporto più consapevole, equilibrato e sicuro con l'alcol, a tutte le età.

Conclusioni

Come anticipato in introduzione, gli stili di vita riguardano le scelte personali di ognuno, ma hanno ricadute dirette sulla salute individuale e collettiva. Tuttavia, è ormai evidente che tali scelte non sono esclusivamente frutto della volontà del singolo: intervengono in modo significativo fattori esterni come le condizioni economiche, il livello di istruzione, la cittadinanza, il contesto culturale, l'ambiente sociale e il luogo in cui si vive. Gli stili di vita, quindi, sono strettamente connessi ai determinanti sociali della salute e devono essere letti alla luce di queste interdipendenze.

Tirando le somme sugli stili di vita, vediamo che i toscani restano fedeli ad alcune abitudini storiche che li contraddistinguono, si confermano amanti della carne e del vino, più di altre bevande (anche se meno diffuso nelle fasce giovanili), con livelli superiori alla media nazionale. Di contro, sono più sportivi dei connazionali, anche se restano ancora sotto la soglia dei livelli raccomandati dall'OMS. Per quanto riguarda le nuove generazioni, sembrerebbero avere atteggiamenti più virtuosi sull'alimentazione e l'attività fisica, ma per altri aspetti hanno comportamenti molto più simili (e in alcuni casi meno sani) dei coetanei connazionali ed europei. Pensiamo alla modalità del bere, nella popolazione giovanile si sta diffondendo un consumo affine al modello nordico, con alte percentuali di *binge drinking* e con una maggiore frequenza di assunzione di alcol tra le ragazze, mentre la popolazione adulta e anziana resta fedele al modello mediterraneo, con una maggiore diffusione di consumo tra gli uomini.

Sul fumo di tabacco, anche in Toscana si sta verificando un trend in diminuzione, come nel resto d'Italia, forse come risultato di una maggiore consapevolezza verso i rischi o per l'influenza di nuove normative. Emerge però anche una costante diffusione di nuovi prodotti legati al tabacco, un po' per moda, un po' per la minore consapevolezza dei rischi connessi, soprattutto tra i giovani. Anche in questo caso, i cambiamenti e le influenze sociali hanno il loro peso. Sorprende e un po' preoccupa il dato sulle donne che fumano e bevono in gravidanza e durante l'allattamento, nonostante siano ormai ampiamente riconosciuti i danni provocati sul nascituro. Si conferma, quindi, l'importanza di lavorare sulla conoscenza, la formazione e lo sviluppo di competenze e life skills nelle nuove generazioni. Un dato importante da sottolineare, invece, è che ad oggi la pandemia da COVID-19 e i periodi di lockdown non sembrerebbero aver influito stabilmente sui cambiamenti e sulle abitudini dei toscani.

In conclusione, la Toscana per quanto riguarda i determinanti di salute mostra abitudini in linea o leggermente migliori rispetto ai dati italiani.

Alfabetizzazione sanitaria

L'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy* - HL) è oggi riconosciuta come un determinante fondamentale della salute pubblica. Essa riguarda la capacità delle persone di accedere, comprendere, valutare e utilizzare in modo critico le informazioni sanitarie al fine di compiere scelte consapevoli nei contesti di prevenzione, cura e promozione della salute. Nato negli anni Settanta con un orientamento prevalentemente funzionale (es. saper leggere e interpretare istruzioni mediche), il concetto si è progressivamente evoluto, includendo competenze interattive e critiche, necessarie per navigare sistemi sanitari complessi, comunicare efficacemente con i professionisti della salute e partecipare attivamente ai processi decisionali che riguardano la propria salute e quella della collettività.

Secondo la definizione proposta da Sørensen (Sørensen K. et al, 2012), l'HL comprende l'insieme delle conoscenze, delle abilità e delle motivazioni che consentono agli individui di gestire le informazioni sanitarie nel corso della vita, allo scopo di mantenere o migliorare la propria salute. Questo modello ha favorito lo sviluppo di strumenti di valutazione multidimensionale dell'HL, tra cui il questionario HLS-EU-Q47 e le sue versioni abbreviate HLS-EU-Q16 e HLS-EU-Q6, adattati e validati anche in Italia (Lorini C. et al, 2019).

L'HL è strettamente legata ai determinanti sociali della salute: il livello di istruzione, le condizioni economiche, l'accesso alle tecnologie, l'ambiente culturale e la qualità della comunicazione con i servizi sanitari. Non può dunque essere interpretata come una semplice competenza individuale, ma va considerata il risultato dell'interazione tra l'individuo e il contesto in cui vive. Per questo motivo, è sempre più diffuso un approccio ecologico alla HL, che ne promuove il rafforzamento su più livelli: individuale, organizzativo e sistematico.

In Italia, la crescita di interesse verso l'HL è avvenuta nel quadro delle trasformazioni demografiche (invecchiamento della popolazione), delle disuguaglianze sociali e della crescente complessità dei percorsi di cura. Un passaggio fondamentale si è avuto nel 2019 con la partecipazione dell'Italia al network internazionale M-POHL (Measuring Population and Organizational Health Literacy), promosso dal WHO Regional Office for Europe. L'indagine HLS19, coordinata dall'Istituto superiore di sanità (ISS), ha rappresentato la prima rilevazione nazionale su larga scala dei livelli di HL nella popolazione adulta (età ≥ 18 anni), pubblicata nel 2021. Basata sul questionario HLS19-Q12, ha mostrato che il 58% della popolazione presenta un livello di HL limitato (23% inadeguato e 35% problematico), mentre solo il 42% mostra livelli sufficienti. Secondo quanto anticipato dall'ISS, questi valori sono rimasti sostanzialmente stabili nel periodo 2019–2025, indicando una criticità strutturale che richiede risposte sistemiche.

Nel panorama regionale, Regione Toscana ha svolto un ruolo pionieristico, integrando la misurazione dell'HL nel sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia) nel triennio 2017–2019. Lo studio *Alfabetizzazione sanitaria in Toscana: risultati PASSI 2017–2019* (Lorini C. et al, 2021), basato sul questionario HLS-EU-Q6, ha rilevato una situazione più favorevole rispetto alla media nazionale: il 64,2% degli adulti

toscani (18–69 anni) presenta un livello di HL sufficiente, contro il 42% registrato a livello nazionale; solo l'8,3% ha HL inadeguata (rispetto al 23% nazionale) (Tabella 1).

Tabella 1. Livelli di alfabetizzazione sanitaria (HL) nella popolazione adulta d'età 18+ anni o 18-69 anni -Valori per 100 abitanti - Toscana e Italia, anno 2019 - Fonte: sorveglianza PASSI 2017/2019 e HLS 2019 (ISS)

Livello di HL	Toscana (18-69 anni)	Italia (18+ anni)
Sufficiente	64,2	42,0
Limitato	35,8	58,0
<i>di cui problematico</i>	27,5	35,0
<i>di cui inadeguato</i>	8,3	23,0
Totale	100,0	100,0

Questi risultati suggeriscono l'efficacia di condizioni strutturali favorevoli presenti nella regione: livelli medi di istruzione più elevati, una rete di servizi sanitari territoriali più capillare e politiche sanitarie regionali consolidate e orientate all'accessibilità e alla comprensibilità dell'informazione sanitaria.

A partire da questa base, sono stati sviluppati ulteriori quattro studi tematici che hanno approfondito il ruolo dell'HL in relazione a specifici comportamenti di salute. Il primo studio (Zanobini P. et al, 2023) ha analizzato la relazione tra HL e adesione allo screening mammografico su un campione di 2.250 donne toscane (50–69 anni). Il 73,5% del campione ha aderito a uno screening organizzato, il 9,4% ha partecipato a uno screening opportunistico, mentre il 15,3% non ha aderito ad alcun programma di screening. Dalla tabella 2 possiamo vedere che tra le donne che hanno partecipato allo screening (in particolare in modalità opportunistica) è minoritaria la quota con un livello di HL limitato (39,6% tra chi ha partecipato ad uno screening organizzato e 28,5% tra chi ha partecipato ad uno screening opportunistico), che invece diventa prevalente tra le donne che non hanno aderito ad alcun programma di screening (53,7%), segno che la probabilità di aderire allo screening aumenta con il livello di HL, determinante indipendente della partecipazione agli screening, specialmente nei contesti in cui è richiesta autonomia informativa. Anche il consiglio del medico è risultato un potente fattore motivante (dati non riportati in tabella).

Tabella 2. Livello di health literacy per adesione allo screening mammografico – Valori per 100 donne d'età 50-69 anni – Toscana, anno 2023 – Fonte: Zanobini P. et al (2023), Health literacy and breast cancer screening adherence: results from the population of Tuscany, Italy

Tipo di screening	Organizzato (gratuito)	Opportunistico	Nessuna adesione
Livello HL sufficiente	60,5	71,5	46,3
Livello HL limitato	39,6	28,5	53,7
Totale	100,0	100,0	100,0

Il secondo studio (Zanobini P. et al, 2021) si è focalizzato sull'associazione tra HL e stili di vita salutari, su un campione di oltre 7mila adulti. I risultati hanno confermato che la HL inadeguata è associata a minori probabilità di adottare comportamenti sani, come il consumo quotidiano di frutta e verdura e l'attività fisica regolare (Tabella 3), con un effetto indipendente dalle variabili socio-economiche. La percentuale di persone che consuma almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno sale dal 46,4% tra chi ha un livello di HL limitato al 54,8% tra chi lo ha sufficiente, mentre chi svolge regolare attività fisica nel tempo libero passa dal 48,8% tra chi ha un HL limitato al 66,1% tra chi ha un HL sufficiente.

Tabella 3. Comportamenti salutari per livello di health literacy – Valori per 100 adulti – Toscana, anno 2021 – Fonte: Zanobini P. et al (2021), Health literacy, socio-economic determinants, and healthy behaviours: results from a large representative sample of Tuscany region, Italy

Comportamento	Livello HL sufficiente	Livello HL limitato	Totale
3+ porzioni frutta/verdura al giorno	54,8	46,4	53,4
Attività fisica regolare nel tempo libero	66,1	48,8	64,5

Un terzo approfondimento ha riguardato l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale in gruppi a rischio (anziani, cronici, lavoratori esposti), coinvolgendo 3.278 soggetti. I risultati hanno mostrato una bassa adesione complessiva alla vaccinazione (19,4%) e nessuna associazione significativa tra HL e comportamento vaccinale, mentre variabili socioeconomiche, come disoccupazione e condizione economica, si sono dimostrate più rilevanti.

Infine, è stata analizzata la relazione tra l'HL e “giovani anziani” (65-69 anni) su un campione di 1.080 soggetti, evidenziando livelli complessivamente inferiori rispetto alla fascia d'età 18-64 anni. Solo il 56,5% mostrava HL sufficiente, mentre il 30,2% era in situazione problematica e il 13,3% inadeguata. L'analisi ha evidenziato una maggiore vulnerabilità tra soggetti con bassa istruzione, condizione economica sfavorevole e cittadinanza straniera. Il questionario HLS-EU-Q6 si è dimostrato valido anche per questa fascia d'età, pur con alcune difficoltà nella comprensione dei quesiti relativi alla salute mentale. Alla luce di queste evidenze, è stata avanzata la proposta di estendere la misurazione dell'HL al sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (che ha come target la popolazione d'età 65+ anni), al fine di monitorare in modo più mirato e continuativo la competenza sanitaria nella popolazione anziana.

Nel loro insieme, queste esperienze dimostrano l'utilità strategica dell'HL come indicatore per indirizzare interventi di prevenzione, *empowerment* e riduzione delle disuguaglianze. Integrare la rilevazione dell'HL nella sorveglianza di popolazione, come già avviato in Toscana, rappresenta una buona pratica replicabile e un elemento fondamentale per rendere il sistema sanitario più equo, accessibile e centrato sul cittadino.

Ambiente, clima e salute

A cura della Task Force tecnico-scientifica del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) - Regione Toscana: G. Bianco, M. Nocentini; ATC: P. Calà, M. Levi, J. Polimeni, M. Di Giusto, A. Perico; ARS Toscana: D. Nuvolone, F. Voller; ISPRO: G. Berti, S. Caini, G. Masala; IFC-CNR: F. Minichilli; ATNO: R. Bertani, P. Vivani, G. Loprieno; ATSE: P. Piacentini, F. Nisticò, C. Aprea, S. Errico; ARPAT: S. Botticelli; IZS: G. Brajon, C. Focardi, Z. Mezher.

Negli ultimi decenni l'importanza di studiare gli impatti degli inquinanti ambientali sulla salute umana è diventata sempre più evidente. L'inquinamento atmosferico, l'esposizione a sostanze tossiche, il cambiamento climatico stanno generando conseguenze significative sulla salute e sul benessere psico-fisico delle popolazioni, spesso aggravati da eventi estremi come ondate di calore e alluvioni. Sono sempre maggiori le evidenze sugli effetti negativi a carico del sistema respiratorio, cardiovascolare e metabolico, sulla correlazione con alcuni tipi di tumori e sulle ripercussioni sulla salute mentale. Comprendere queste connessioni è fondamentale non solo per proteggere la salute pubblica, ma anche per orientare politiche di governo del territorio sostenibili, sistemi sanitari resilienti e strategie di adattamento efficaci.

Proprio con queste finalità è stato istituito dalla Direzione Sanità, Welfare e Coesione sociale di Regione Toscana nel 2022 il “Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)”, sul modello dell'analogo SNPS (Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici). L'SNPS e le relative declinazioni a livello regionale propongono una strategia intersetoriale e integrata, finalizzata a realizzare sinergie tra i servizi sanitari, dedicati alla salute umana e animale, e quelli responsabili della tutela ambientale, attraverso una serie di funzioni chiave quali la promozione della salute, la prevenzione primaria, la sorveglianza epidemiologica e l'attuazione di interventi di comunicazione e formazione. Tale approccio mira a potenziare il modello *One Health* e la sua evoluzione, la *Planetary Health*, con l'obiettivo di ridurre le malattie e le morti premature evitabili correlate all'impatto ambientale e tutelare la salute e il benessere delle persone e degli animali. In Toscana l'SRPS è coordinato dalla DG Sanità e vi partecipano le tre AUSL, ARS, ISPRO, IZS, IFC-CNR e ARPAT.

Si riportano di seguito le principali attività a supporto della programmazione regionale gestite dall'SRPS, ed in particolare dal suo sottogruppo tecnico, la Task force tecnico-scientifica (TFS).

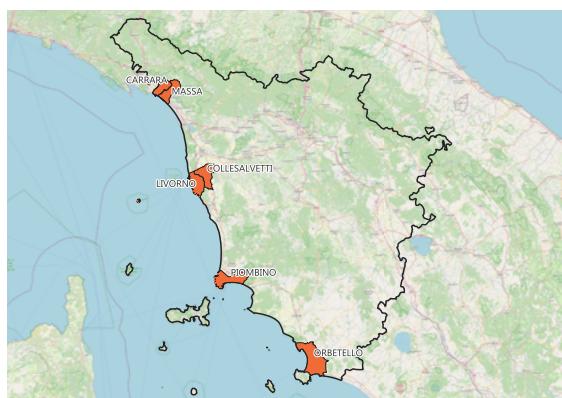
Progetti PNC-PNRR sui SIN – Siti di interesse nazionale per la bonifica

Il Ministero della salute, nell'ambito del Piano nazionale complementare (PNC) al PNRR, ha finanziato il progetto “Sviluppo e implementazione di due specifici programmi operativi

pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute-ambiente e clima in siti contaminati di interesse nazionale (SIN)":

- **modello 1** denominato **SINTESI** (SIN-Territorio Equità Sorveglianza Intervento): messa a punto e valutazione di efficacia di interventi di prevenzione primaria e secondaria per ridurre l'impatto sanitario delle patologie attribuibili all'ambiente e le diseguaglianze sociali;
- **modello 2** denominato **INSINERGIA**: valutazione dell'esposizione di popolazione agli inquinanti organici persistenti, metalli e PFAS ed effetti sanitari, con particolare riferimento alle popolazioni più suscettibili.

Figura 1. Mappa dei 4 SIN toscani



Il Progetto **SINTESI** coinvolge 14 Regioni e 22 SIN ed ha l'obiettivo di mettere in atto, per le popolazioni residenti nei SIN, interventi mirati di sorveglianza sanitaria e prevenzione, tenendo conto delle specificità del territorio, con l'obiettivo di ridurre le disparità basate su status socio-economico, sesso, età, disabilità, etnia. In Toscana sono coinvolti gli abitanti dei comuni di Massa e Carrara (SIN di Massa-Carrara) e del comune di Orbetello (SIN di Orbetello). Il progetto prevede l'implementazione di interventi di promozione della salute, di monitoraggio ambientale per un'efficace attività di sorveglianza e prevenzione. Per ciascun SIN le attività epidemiologiche forniranno sia una descrizione dello stato ambientale, socio-economico e di salute, sia valutazioni degli effetti sanitari associabili ad esposizioni ambientali e socio-economiche attraverso la conduzione di studi di coorte di popolazione.

Il progetto **INSINERGIA** coinvolge 9 regioni e 13 SIN, e mira a sviluppare un approccio condiviso per determinare l'esposizione della popolazione a inquinanti organici persistenti, metalli e PFAS nei SIN, al fine di valutare eventuali rischi sanitari associati. In Toscana INSINERGIA punta ad approfondire le conoscenze ambientali e sanitarie nei SIN di Livorno (comuni di Livorno e Collesalvetti) e Piombino. In particolare, attraverso lo studio di

biomonitoraggio verranno raccolti campioni biologici per stimare l'esposizione della popolazione ai contaminanti. Inoltre, sono previsti studi epidemiologici approfonditi, inclusi studi di coorte di popolazione, per valutare in maniera completa e aggiornabile nel tempo lo stato di salute della popolazione residente nei territori coinvolti e le associazioni con gli inquinanti ambientali.

I due progetti sono stati avviati a febbraio 2024 e si concluderanno a dicembre 2026. Ad oggi sono stati raccolti i dati di caratterizzazione ambientale ed epidemiologica delle popolazioni coinvolte.

Sorveglianza ambiente e salute del rigassificatore di Piombino

Nel mese di luglio 2023 è entrato in esercizio nel porto di Piombino l'impianto di rigassificazione di proprietà Snam. La nave (FSRU), lunga 293 metri e larga 40, può immagazzinare circa 170 mila m³ di gas naturale liquefatto (GNL) con capacità di rigassificazione di 5 miliardi di m³ annui (circa l'8% del fabbisogno nazionale).

Figura 2. Localizzazione del rigassificatore (FSRU) nel comune di Piombino



L'impianto riceve periodicamente GNL dalle navi metaniere, concordando con le autorità marittime le operazioni di accosto, ormeggio e disormeggio.

Nell'ambito del procedimento autorizzativo, l'Istituto superiore di sanità (ISS) ha indicato tra le prescrizioni la necessità di attivare una sorveglianza ambiente-salute, con focus sugli effetti a breve termine dell'esposizione agli inquinanti atmosferici. La TFS ha elaborato una proposta di studio, approvata da ISS, che prevede una serie di attività di seguito riepilogate:

- valutazione della disponibilità di dati ambientali e sanitari tempestivi e aggiornati;
- analisi della concordanza tra stazioni e produzione di indicatori dai dati ambientali misurati dalle centraline (due ARPAT e due SNAM) attive nel territorio;
- sorveglianza dei dati di ricovero e accessi al Pronto soccorso forniti dalla AUSL competente, in associazione anche alla presenza delle metaniere e alle altre attività connesse alla presenza del rigassificatore;
- studi di serie temporali pre- e post-operam sugli effetti acuti degli inquinanti atmosferici.

La sorveglianza è stata avviata a maggio 2024 e proseguirà fino ai 3 anni di attività del rigassificatore. I primi risultati indicano che il flusso degli accessi al Pronto soccorso fornisce dati completi e tempestivi per le cause selezionate di interesse ai fini di una sorveglianza quasi "real time", mentre i tempi di chiusura delle schede di dimissione ospedaliera sono troppo lunghi rispetto alle esigenze della sorveglianza su episodi acuti. I dati delle centraline di qualità dell'aria, tempestivi e nel complesso completi, mostrano una buona concordanza per le polveri. Meno omogenei, come atteso, i valori per gli ossidi di azoto.

Progetto “Campi elettromagnetici e salute”

Il Progetto regionale “Campi elettromagnetici e Salute”, approvato con delibera n. 1035 del 16 settembre 2024, nasce su stimolo del Consiglio regionale toscano che nell'ordine del giorno n. 750 del 12 marzo 2024, richiede alla Giunta di attivare un sistema di studio e monitoraggio degli impatti su ambiente e salute del progetto di potenziamento delle infrastrutture di rete a banda larga, compresa la rete mobile e il 5G, atteso con l'innalzamento dei limiti normativi da 6 V/m a 15 V/m (legge regionale 20 marzo 2024, n. 11 “Disposizioni in materia di impianti di radiocomunicazione. Modifiche alla l.r. 49/2011”). Nell'ottica di una piena integrazione ambiente-salute, la Giunta regionale ha affidato alle due Agenzie regionali competenti, ARPAT per gli aspetti ambientali e ARS per quelli epidemiologici, la progettazione e implementazione di tale sistema di monitoraggio.

Da un punto di vista ambientale ARPAT si occupa dell'attività di monitoraggio e di implementazione di un modello matematico che consenta la previsione su scala urbana dei livelli di esposizione, tenendo conto degli scenari di potenziamento delle reti e infrastrutture. L'obiettivo è monitorare nel tempo come evolveranno gli scenari emissivi e i livelli di esposizione, in conseguenza dell'innalzamento dei limiti normativi. Un elemento innovativo sta nel fatto che si prova a stimare l'esposizione anche all'interno delle abitazioni, tenendo conto dell'effetto protettivo delle strutture dell'edificio.

Da un punto di vista epidemiologico ARS affianca al monitoraggio ambientale una sorveglianza sulle quote di popolazione, distinte per genere, classe d'età e deprivazione socio-economica, esposte alle varie fasce di esposizione, andando a valutare le evoluzioni temporali. Inoltre ARS si occupa di una valutazione epidemiologica, con approccio retrospettivo e prospettico, finalizzata a valutare le possibili associazioni tra livelli di esposizione ai campi elettromagnetici generati dalle stazioni radio-base e il rischio di alcuni esiti sanitari. Tale sistema di monitoraggio si occupa esclusivamente dell'esposizione ambientale ai campi elettromagnetici generati dalle stazioni radio base, compresa la tecnologia 5G. Non riguarda, invece, il tema dell'esposizione legata all'uso dei cellulari e dei possibili effetti sulla salute, che necessiterebbe di altri metodi e strumenti di indagine.

Il progetto è stato avviato a fine 2024 e si concluderà a dicembre 2026.

Sorveglianza integrata ambiente, clima e salute in Toscana

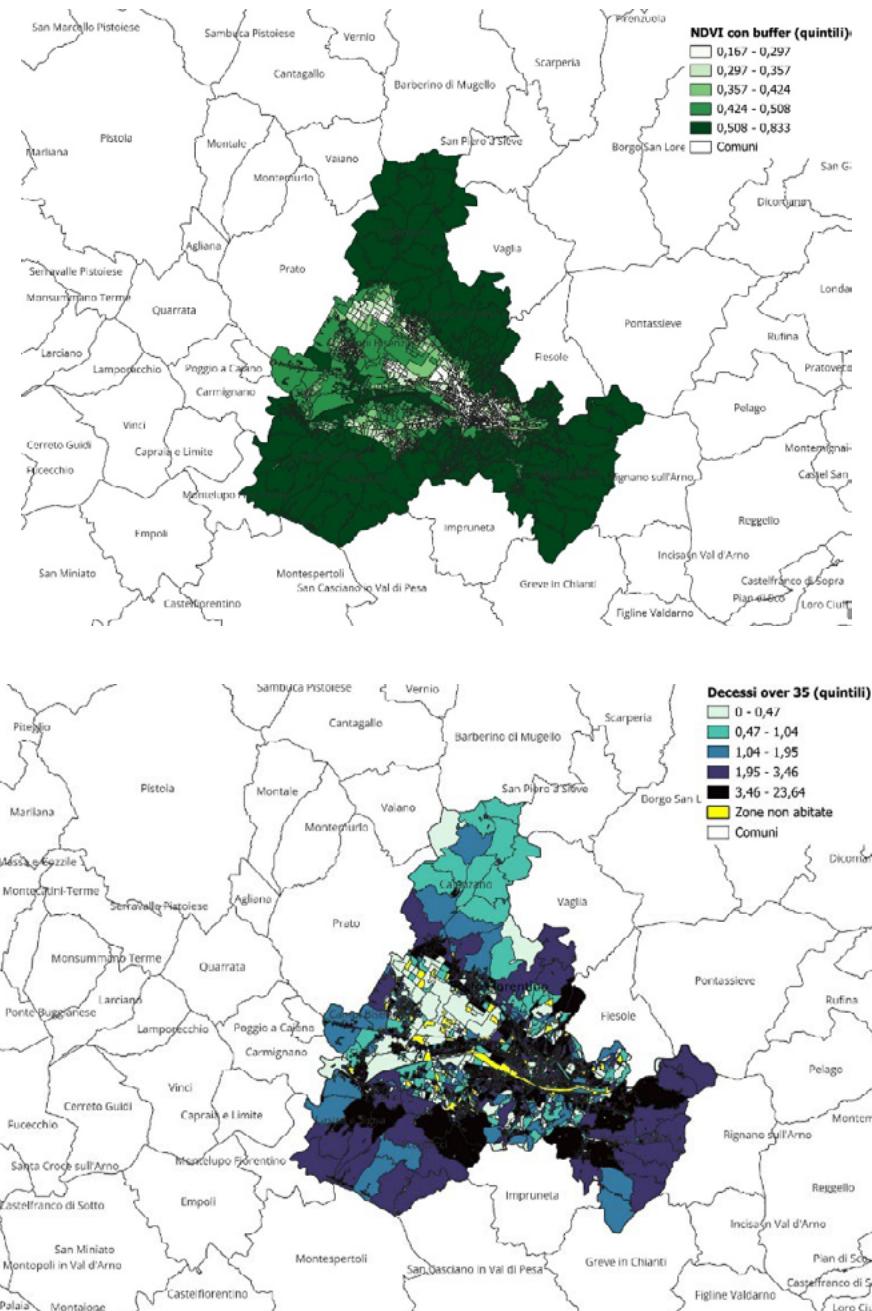
Integrare il patrimonio di dati ambientali e sanitari è un passo fondamentale per individuare le priorità di intervento e rendere più efficace la programmazione in materia di protezione ambientale e di prevenzione igienico-sanitaria. Mettere a disposizione dati solidi sugli effetti che inquinanti ambientali e cambiamenti climatici hanno sulla salute della popolazione è fondamentale per la consapevolezza di amministratori e cittadini, al fine di orientare politiche e buone pratiche individuali per contrastare la crisi climatica.

In quest'ottica ARS e Università di Firenze (dipartimento di Statistica - DISIA e dipartimento di Scienze agrarie - DAGRI) hanno avviato una collaborazione finalizzata alla realizzazione di un sistema di sorveglianza integrato clima, ambiente e salute in Toscana. Gli obiettivi sono:

- fornire un quadro completo e integrato dello stato di salute dell'ambiente e della popolazione in Toscana, valutando i trend spaziali e temporali;
- sviluppare modelli statistici avanzati per la stima degli effetti delle temperature estreme e degli inquinanti atmosferici sulla salute, utilizzando i dati di mortalità, ricoveri, parti, farmaci, ecc.
- fornire stime più accessibili ai meno esperti e, quindi, di più facile utilizzo e applicazione in politiche di azione, prevenzione e contrasto ai cambiamenti climatici e all'inquinamento ambientale. Particolare attenzione è data ai benefici di salute legati a politiche di ampliamento delle superfici verdi, in particolare in ambiente urbano.

Proprio su quest'ultimo punto è stata prodotta per l'area metropolitana fiorentina (comuni di Firenze, Bagno a Ripoli, Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino e Signa) una stima quantitativa dell'impatto degli spazi verdi urbani sulla salute dei residenti, in termini di mortalità e decessi evitabili.

Figura 3. NDVI medio nel 2015 per sezione di censimento (in alto) e numero di decessi tra gli individui di età superiore ai 35 anni (in basso)



L'esposizione al verde è stata stimata a livello di sezione di censimento utilizzando un indicatore ampiamente utilizzato a livello internazionale, il Normalized Difference Vegetation Index (NDVI) che varia tra -1 e +1. Valori di NDVI prossimi allo zero corrispondono a zone urbanizzate o aride con roccia, sabbia o neve; valori positivi e bassi rappresentano piccoli arbusti e pascoli (tra 0,2 e 0,4), mentre quelli più elevati (circa da 0,6 a 1) indicano coperture verdi più dense, come foreste o boschi.

Sintetizzando i risultati sulla base di vari scenari di potenziamento delle aree verdi, si stimano:

- 335 decessi evitabili l'anno, circa il 4,8% del totale dei decessi, se mediamente nell'area in studio si arrivasse a livelli di NDVI $\geq 0,5$;
- 830 decessi (11,8%) se si raggiungesse una soglia di NDVI $\geq 0,7$;
- 305 decessi (4,3%) se in ogni sezione di censimento si aumentasse di 0,1 il valore di NDVI;
- 248 decessi evitabili (3,5%) se l'incremento di NDVI fosse del 20%.

Questi primi risultati confermano quanto sia importante la gestione degli spazi verdi urbani, tenuto conto del fatto che l'impatto sulla mortalità rappresenta solo la punta dell'iceberg delle conseguenze sulla salute che una limitata presenza di aree verdi può avere sulla popolazione. Le aree verdi svolgono, infatti, un ruolo fondamentale per mitigare gli effetti delle “isole di calore urbane” abbassando le temperature, migliorano la qualità dell'aria grazie all'assorbimento degli inquinanti e riducono anche l'esposizione al rumore, con conseguenti benefici su salute respiratoria e cardiovascolare. L'accessibilità agli spazi verdi favorisce inoltre l'attività fisica con effetti positivi su obesità e malattie cardiache e sul mantenimento e miglioramento della salute nei bambini e nelle donne in gravidanza. Non meno importanti i benefici sulla salute mentale, stress, ansia e depressione, oltre agli impatti positivi da un punto di vista sociale, favorendo le attività ricreative e le occasioni di socializzazione.

Sempre nel contesto del cambiamento climatico, da marzo 2024 è disponibile una sezione del sito web di ARS dedicata proprio al tema “Clima e salute” (<https://www.ars.toscana.it/clima-e-salute.html>). L'intento è informare/sensibilizzare i vari portatori di interesse (operatori sanitari, amministratori locali, associazioni, cittadini) sui vari aspetti dell'impatto del cambiamento climatico sulla salute, attraverso la pubblicazione di varie tipologie di contributi. Il sito ha sicuramente una finalità di divulgazione scientifica, attraverso la condivisione delle principali evidenze provenienti dalla comunità scientifica internazionale e da rapporti/documenti prodotti dai principali organismi ed agenzie internazionali e nazionali che si occupano di queste tematiche (WHO, IPCC, EPA, EEA, ECDC, ISS, ISPRA). In qualità di Agenzia regionale di sanità il sito web è anche il contenitore delle attività che ARS e gli altri Enti regionali portano avanti su questo tema, con una particolare attenzione ai dati toscani. In una sotto-sezione, denominata

“Focus Toscana”, sono pubblicati i risultati degli approfondimenti epidemiologici che ARS effettua utilizzando il patrimonio informativo dei flussi sanitari correnti regionali (mortalità, ricoveri ospedalieri, accessi al Pronto soccorso, gravidanza e parto, farmaci, ecc.), oltre alle attività inserite in progetti specifici sul tema “clima, ambiente e salute”.

Presa in carico delle segnalazioni e supporto a piani e programmi regionali

L'aumentata sensibilità dei cittadini sugli effetti dell'inquinamento ha sulla salute ha fatto sì che, negli ultimi anni, siano aumentate le segnalazioni alle Autorità locali su possibili problematiche sanitarie legate all'ambiente. Tramite la Task force tecnico-scientifica è stato possibile adottare un approccio multidisciplinare e integrato nella presa in carico di queste segnalazioni, garantendo una risposta più esaustiva agli amministratori locali e ai cittadini e che, in casi particolari, ha visto la collaborazione tra più Enti per studi ed analisi specifiche.

Infine la TFS, avvalendosi delle competenze multidisciplinari che la compongono, ha fornito un contributo tecnico-scientifico utile all'approvazione di numerosi atti di programmazione e indirizzo regionale in materia di ambiente, clima e salute, quali il Piano regionale per la qualità dell'aria ambiente, le Linee indirizzo relativo alle istruttorie di autorizzazione alle emissioni in atmosfera, il Piano regionale di tutela dall'amianto, le Linee guida per la valutazione di impatto sanitario (VIS), le Linee di indirizzo per la salute e sostenibilità dell'ambiente costruito.

La salute dei toscani

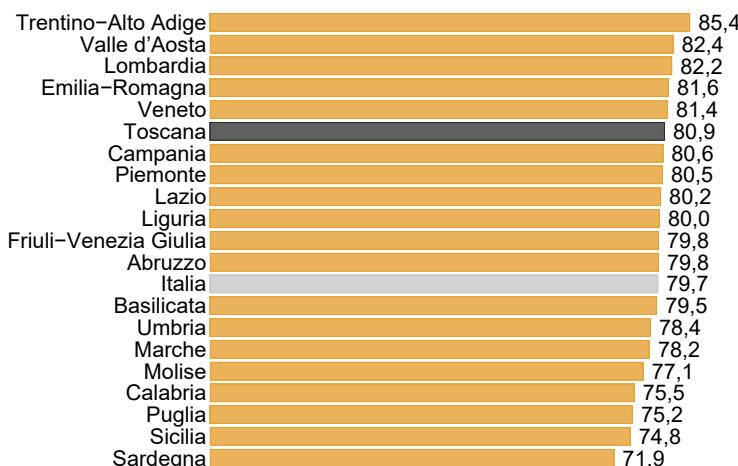
Percezione dello stato di salute

La percezione di soddisfazione per la propria salute è una valutazione soggettiva che il cittadino esprime in base a quanto si sente in buona salute, considerando globalmente il proprio benessere fisico, mentale ed emotivo nella vita di tutti i giorni. Questo dato è complementare alle valutazioni oggettive di morbilità e mortalità, la cui lettura congiunta consente di avere un quadro più completo del benessere reale e percepito, informazioni fondamentali per le scelte di programmazione sanitaria regionale.

In questo capitolo sono utilizzate le valutazioni soggettive sulla soddisfazione per la propria salute rilevate da ISTAT mediante l'indagine campionaria “Aspetti della vita quotidiana”, effettuata ogni anno dal 1993 all'interno delle indagini sociali multiscopo sulle famiglie.

La Figura 1 riporta la soddisfazione riferita dagli italiani in base alla regione di appartenenza. Nel 2023 l'80,9% dei toscani si dichiara soddisfatto (molto e abbastanza) per la propria salute (79,7% in Italia). Rispetto al 2019, a Toscana peggiora la propria posizione nella graduatoria per regione, superata da Emilia-Romagna e Valle D'Aosta che nel 2019 dichiaravano una peggiore percezione rispetto alla nostra regione.

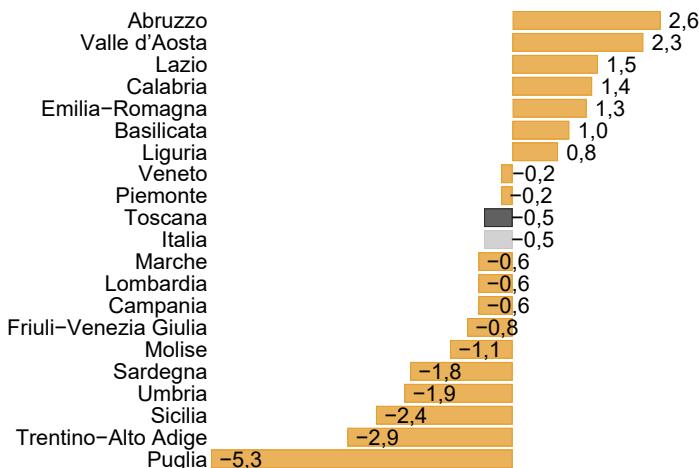
Figura 1. Soddisfazione per la salute – Persone che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatte della propria salute ogni 100 – Regioni e Italia, anno 2023 – Fonte: ISTAT



Tra il 2019 e il 2023 buona parte delle regioni, compresa la Toscana (passata dall'81,4% all'80,9%), mostra un lieve peggioramento nella percezione che i cittadini hanno della propria salute (media italiana scesa dall'80,2% al 79,7%). Migliora invece la valutazione in alcune regioni, Abruzzo, Basilicata, Lazio, Calabria, Emilia Romagna e Valle d'Aosta, che nel 2019 partivano da posizioni meno favorevoli e al di sotto del livello complessivo italiano (Figura 2).

Percezione dello stato di salute

Figura 2. Persone che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatte della propria salute - Differenza in punti percentuali 2023-2019 – Regioni e Italia, anni 2019 e 2023 – Fonte: ISTAT



La soddisfazione rispetto al proprio stato di salute è una valutazione soggettiva, che può risentire quindi di vari fattori contestuali, tra cui la percezione del proprio benessere in base alle circostanze e alle aspettative personali e risultate dal confronto con gli altri. Gli anni della pandemia e quelli successivi, caratterizzati dal ripristino di una normalità, hanno probabilmente contribuito a peggiorare la valutazione della salute non solo in regioni, come la Sardegna, la Sicilia e la Puglia, che nel periodo considerato si trovano a livelli bassi della graduatoria, ma anche in quelle regioni, come il Trentino-Alto Adige, che sono invece ai vertici della classifica.

Mortalità

Quando scriviamo questo documento i dati di mortalità ISTAT, per tutte e per singola causa di decesso, sono consolidati e pubblicati fino all'anno 2022 e permettono di confrontare la Toscana con il resto delle regioni e con l'Italia. Per il biennio 2023-2024, sempre ISTAT, mette a disposizione un dato provvisorio (ancora non consolidato e riferito solo alla mortalità per tutte le cause) che consente comunque di stimare il tasso di mortalità standardizzato per età a livello regionale. Possiamo quindi analizzare il trend della mortalità per tutte le cause, confrontando Toscana e Italia, fino al 2024, mentre siamo limitati all'anno 2022 per l'analisi dell'andamento delle singole cause di morte.

Il 2024 rappresenta per l'Italia l'anno in cui termina il periodo caratterizzato da livelli di mortalità in eccesso rispetto all'atteso causati della pandemia da COVID-19. Il tasso di mortalità standardizzato per età, basato sui dati provvisori ISTAT, è pari per il 2024 a 801 decessi per 100mila abitanti, inferiore agli 825 decessi per 100mila del 2019. La Toscana si era lasciata alle spalle la fase pandemica, se consideriamo i suoi effetti sulla mortalità, con un anno di anticipo rispetto all'Italia. Già nel 2023, infatti, il tasso di mortalità standardizzato per età era pari a 777 decessi per 100mila abitanti, inferiore ai 790 decessi per 100mila del 2019. Nel 2024 il valore è sceso ulteriormente a 768 decessi per 100mila abitanti nella nostra regione, con circa 44.200 toscani deceduti nell'ultimo anno, 4.700 in meno rispetto a quelli osservati nel 2022, anno in cui la mortalità regionale aveva raggiunto il picco di 48.900 decessi, pari a 861 per 100mila abitanti (tasso standardizzato per età).

Riprende quindi la lieve, ma progressiva, diminuzione della mortalità che caratterizzava il trend aggiustato per età prima della pandemia. L'andamento è comune ai due generi, più evidente tra gli uomini, che ancora devono recuperare gran parte del gap di salute che hanno rispetto alle donne (Figura 1). La differenza tra il tasso maschile e femminile, infatti, è ancora ampia, con 933 decessi per 100mila uomini in Toscana (982 per 100mila in Italia) e 648 decessi per 100mila donne (667 per 100mila in Italia). Entrambi i valori sono inferiori a quelli del 2019, quando si registravano 979 decessi per 100mila uomini e 656 per 100mila donne (rispettivamente 1.025 per 100mila uomini e 682 per 100mila donne in Italia). Il grafico mostra chiaramente come la Toscana abbia avuto una discesa ripida già nel passaggio dal 2022 al 2023 e molto lieve dal 2023 al 2024, se paragonata all'Italia.

La graduatoria delle regioni italiane è guidata, tra quelle con la mortalità più bassa, dal Trentino-Alto Adige, con 705 per 100mila abitanti, Veneto (743 per 100mila) e Marche (751 per 100mila), mentre le regioni nelle ultime posizioni (con mortalità più alta) sono Campania (938 per 100mila), Sicilia (891 per 100mila) e Molise (868 per 100mila). La Toscana ricopre l'8° posizione per la popolazione totale, stabile rispetto al 2019, grazie ad un miglioramento del posizionamento delle donne (che guadagnano 2 posizioni dal 9° posto del 2019), che compensa un leggero arretramento degli uomini (che erano al 6° posto della graduatoria). In entrambi i generi adesso la Toscana ricopre la 7ª posizione tra le regioni (Figura 2 e 3).

Mortalità

Figura 1. Mortalità per tutte le cause, per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2024 - Fonte: ISTAT

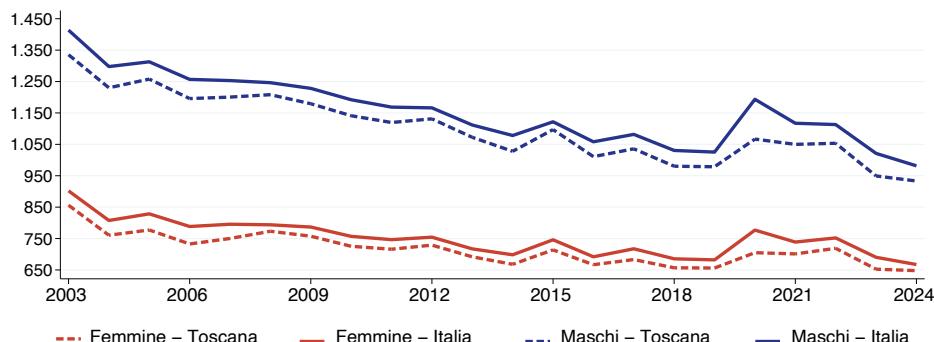
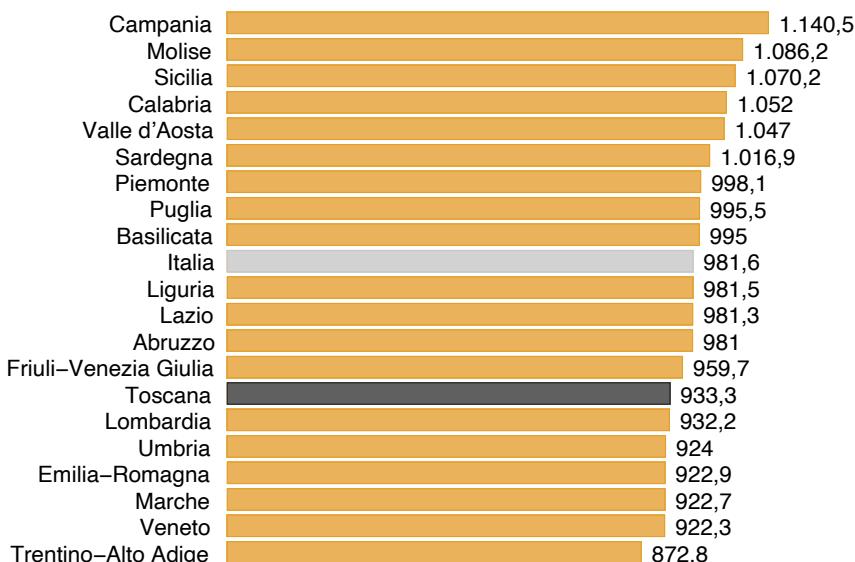
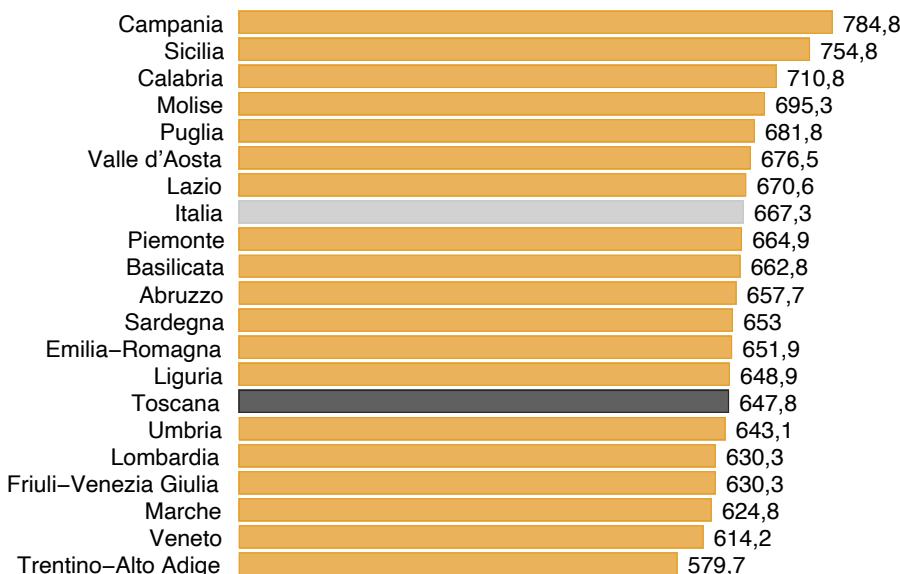


Figura 2. Mortalità per tutte le cause nella popolazione maschile - Tasso standardizzato per età per 100.000 uomini - Regioni e Italia, anno 2024 - Fonte: ISTAT



In 20 anni, dal 2003 al 2022, il tasso di mortalità standardizzato per età, in Toscana come in Italia, è diminuito del 18%. Limitati dalla disponibilità dell'informazione sulle cause di morte, dobbiamo utilizzare i dati al 2022, ancora in pieno periodo pandemico, per analizzare nel dettaglio il peso delle diverse patologie sul totale dei decessi. Malattie del sistema circolatorio (30,9%) e tumori (24,2%) continuano a rappresentare oltre la metà dei decessi, in Toscana come in Italia, ma i decessi per malattie del sistema circolatorio dal 2003 sono diminuiti del 46% (-42% in Italia), quelli per tumore del 26% (-23% in Italia). Diminuiscono del 18% anche i decessi per malattie dell'apparato respiratorio (-22% in Italia).

Figura 3. Mortalità per tutte le cause nella popolazione femminile - Tasso standardizzato per età per 100.000 donne - Regioni e Italia, anno 2024 - Fonte: ISTAT



Nel 2022 il COVID-19 ha rappresentato la 3^o causa di morte (7,2%), seguito dalle malattie del sistema respiratorio (7%). Escludendo il COVID-19, le prime 4 cause di morte negli uomini e nelle donne sono le stesse: sistema circolatorio, tumori, sistema respiratorio e sistema nervoso. I tumori però rappresentano la 1^a causa di morte tra gli uomini, che invece tra le donne è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio (Tabella 1 e 2). Per tutte le cause più frequenti i tassi maschili sono superiori a quelli femminili: in particolare il tasso di mortalità per tumori segna un +64% rispetto alle donne, sistema circolatorio +40%, sistema respiratorio +91%, sistema nervoso +22%.

Tra gli uomini, l'incidenza della mortalità toscana è inferiore a quella nazionale per quasi tutti i grandi gruppi di causa, con l'eccezione, tra le cause più frequenti, delle malattie del sistema nervoso e delle malattie infettive e parassitarie (Tabella 1). Le riduzioni più importanti rispetto al 2003, considerando volumi e variazione percentuale, sono quelle già citate: malattie del sistema circolatorio e tumori, in linea con il trend nazionale. Aumentano, come in Italia, i decessi per malattie del sistema nervoso, malattie endocrine, malattie infettive, disturbi psichici e malattie dell'apparato genito-urinario.

Anche tra le donne solo per le malattie del sistema nervoso e le malattie infettive e parassitarie, tra quelle più frequenti, l'incidenza della mortalità toscana è superiore a quella nazionale (Tabella 2). Le riduzioni più importanti rispetto al 2003 sono le stesse osservate tra gli uomini, così come le cause in aumento.

Mortalità

Tabella 1. Mortalità per causa tra gli uomini - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti e variazione percentuale 2022 vs 2003 - Toscana e Italia, anni 2003 e 2022 - Fonte: ISTAT

Causa di morte	Toscana			Italia		
	2003	2022	var. %	2003	2022	var. %
Tumori	426,1	288,5	-32	425,5	296,3	-30
Sistema circolatorio	519,0	284,9	-45	558,3	319,4	-43
Sistema respiratorio	111,1	83,2	-25	125,7	88,5	-30
Sistema nervoso	40,6	51,2	+26	39,8	45,8	+15
Traumatismi	60,6	49,1	-19	63,9	49,7	-22
Malattie endocrine, metaboliche	39,8	41,6	+5	45,8	48,9	+7
Apparato digerente	48,4	33,7	-30	55,5	38,6	-30
Malattie infettive, parassitarie	15,6	25,3	+62	16,2	24,8	+53
Disturbi psichici	14,1	25,2	+79	17,6	30,5	+73
Apparato genitourinario	21,3	25,1	+18	24,3	26,1	+7
Malattie del sangue, sistema immunitario	5,9	4,7	-20	5,1	5,5	+8
Sistema osteomuscolare, connettivo	4,8	3,6	-25	4,5	3,6	-20
Malattie della cute, sottocutaneo	1,2	1,9	+58	1,5	1,8	+20
Malformazioni congenite	1,9	1,7	-11	3,3	2,3	-30
Totale	1.335,4	1.053,4	-21	1.413,8	1.113,0	-21

Tabella 2. Mortalità per causa tra le donne - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti e variazione percentuale 2022 vs 2003 - Toscana e Italia, anni 2003 e 2022 - Fonte: ISTAT

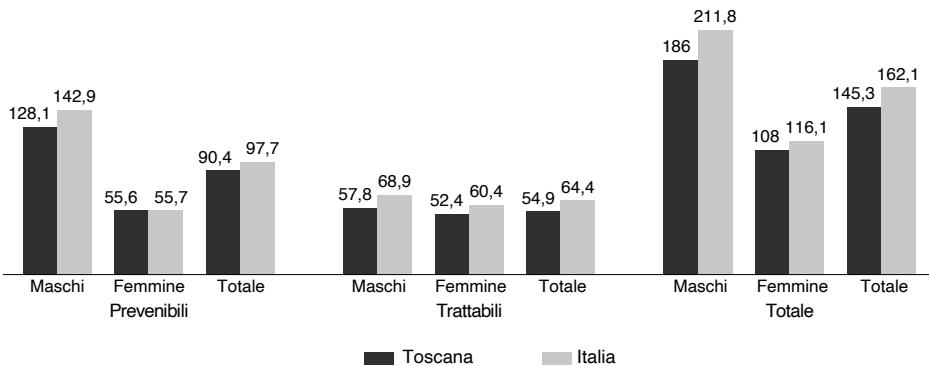
Causa di morte	Toscana			Italia		
	2003	2022	var. %	2003	2022	var. %
Sistema circolatorio	386,3	203,3	-47	405,9	232,7	-43
Tumori	215,4	175,7	-18	218,5	183,9	-16
Sistema respiratorio	49,2	43,6	-11	53,5	45,5	-15
Sistema nervoso	33,9	42,0	+24	33,4	37,7	+13
Disturbi psichici	15,6	30,9	+98	18,2	34,1	+87
Malattie endocrine, metaboliche	35,7	30,9	-13	43,7	36,5	-16
Apparato digerente	31,5	23,9	-24	35,7	24,6	-31
Traumatismi	27,7	23,3	-16	30,5	24,7	-19
Malattie infettive, parassitarie	10,2	19,0	+86	10,4	18,2	+75
Apparato genitourinario	12,2	17,6	+44	14,4	16,7	+16
Sistema osteomuscolare, connettivo	8,5	5,8	-32	6,7	5,9	-12
Malattie del sangue, sistema immunitario	4,3	4,4	+2	4,3	4,8	+12
Malattie della cute, sottocutaneo	1,7	2,6	+53	1,9	2,2	+16
Malformazioni congenite	2,7	1,4	-48	3,1	2,0	-35
Totale	856,2	718,8	-16	902,0	752,0	-17

L'evidente riduzione della mortalità per tumori e malattie del sistema circolatorio è la spiegazione principale della diminuzione del tasso generale nel lungo periodo. In parte queste patologie sono diminuite grazie agli interventi di prevenzione, ma il contributo più grande è stato dato dall'efficacia in sede di diagnosi, dagli interventi e le procedure chirurgiche, e dai piani terapeutici, che hanno aumentato la probabilità di sopravvivere ad un evento acuto cardiovascolare e l'aspettativa di vita a seguito di quest'ultimo o dopo una diagnosi oncologica. L'aumento della mortalità per malattie del sistema nervoso e per disturbi psichici può essere diretta conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione, considerato che si tratta di Alzheimer, morbo di Parkinson, demenza e disturbi del comportamento senili, patologie che tendono a presentarsi in età avanzata e i grandi anziani sono in aumento nella popolazione. L'aumento della mortalità per malattie infettive e parassitarie è in parte sicuramente dovuto agli effetti della pandemia, ma in generale anche questo può essere ricondotto all'invecchiamento: la risposta immunitaria tra gli anziani è minore, così come la suscettibilità a virus e batteri resistenti agli antibiotici.

Concludiamo la discussione sulle cause di morte con un indicatore utilizzato per misurare la capacità del servizio sanitario regionale, e nazionale, di limitare le cosiddette morti per cause evitabili, cioè decessi potenzialmente evitabili nella popolazione con meno di 75 anni con azioni di prevenzione primaria (prevenibili) o diagnosi precoce, terapie e assistenza sanitaria efficace (trattabili). In questa definizione ricadono molti tumori maligni, malattie cardiovascolari, diabete e traumatismi. I dati 2021 (ultimo anno disponibile) sono stati elaborati e pubblicati nell'ambito del Progetto MEV(i), che classifica i decessi come evitabili sulla base di una classificazione delle cause di morte ISTAT. Si confermano le differenze di genere, a svantaggio degli uomini, e il quadro toscano è migliore di quello nazionale (Figura 4). I tassi standardizzati per età toscani sono inferiori a quelli italiani in entrambe le cause (prevenibili e trattabili) e in entrambi i generi, con l'unica eccezione rappresentata dai decessi prevenibili tra le donne (55,6 per 100mila in Toscana vs 55,7 per 100mila in Italia). I valori femminili per le cause prevenibili sono comunque molto bassi, se paragonati a quelli maschili. Tra queste cause rientrano, infatti, considerando le principali in termini di volumi, i tumori per i quali il consumo di tabacco rappresenta un fattore di rischio noto (ad es. cavo orale, vie respiratorie, vescica), che colpiscono più frequentemente gli uomini rispetto alle donne. Il gap tra i due generi è invece decisamente minore quando si considerano le cause trattabili, che risentono meno dei determinanti di salute individuali e più della tempestività e dell'efficacia dei trattamenti e dei piani terapeutici.

Mortalità

Figura 4. Mortalità evitabile nella popolazione d'età <75 anni, per genere e tipologia - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età <75 anni - Toscana e Italia, anno 2021 -
Fonte: Rapporto MEV(i) su dati ISTAT

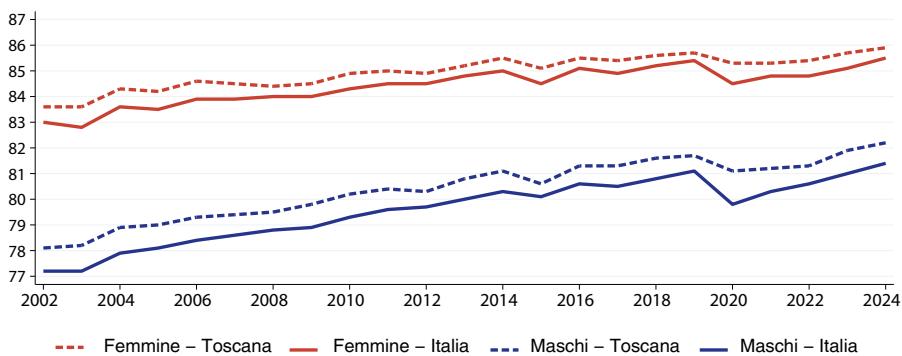


Aspettativa di vita

Il 2024 è stato caratterizzato dal deciso aumento della speranza di vita alla nascita italiana, dopo che l'indicatore nel triennio 2020-2022, a causa degli effetti diretti e indiretti della pandemia da COVID-19, era diminuito a tal punto da perdere gli anni di vita guadagnati negli 8 anni precedenti, tornando sui livelli del 2012. In Toscana un aumento di intensità simile, nel passaggio da un anno all'altro, era già stato osservato nel 2023, perché i decessi regionali erano tornati su valori attesi in base ai tassi di mortalità degli anni immediatamente precedenti la pandemia (Figura 1). Nel 2024 l'indicatore toscano complessivo (per maschi e femmine) raggiunge gli 84 anni, dagli 83,8 del 2023, e supera anche il dato 2019 (83,6 anni). Possiamo quindi considerare superato il periodo pandemico, in termini di effetti sulla speranza di vita, visto che quest'ultima riprende la progressiva salita che, pur con alcuni anni di flesso legati a picchi di mortalità puntuali (nel 2012, 2015 e 2017), caratterizzava entrambi i generi. Le cause principali di quei picchi di decessi furono l'influenza stagionale e l'impatto delle temperature estreme (freddo o caldo) sulle persone fragili (anziani e persone con malattie croniche). L'andamento fu simile in Italia e Toscana, con maggiore sensibilità nelle aree con popolazione più anziana e quindi fragile.

La speranza di vita alla nascita maschile raggiunge gli 82,2 anni, quella femminile gli 85,9 anni, con un incremento di 0,2 anni rispetto al 2023 in entrambi i generi. In Italia l'incremento rispetto all'anno precedente è stato di 0,4 anni, e l'indicatore ha raggiunto gli 81,4 anni per gli uomini e 85,5 anni per le donne, valori che si confermano inferiori a quelli toscani.

Figura 1. Speranza di vita alla nascita, per genere - Toscana e Italia, periodo 2002-2024 -
Fonte: ISTAT



La Toscana supera il valore medio italiano di 0,8 anni tra gli uomini e 0,4 anni tra le donne, e si colloca, insieme a Marche, Veneto e Lombardia, al 3° posto tra le regioni con la più alta speranza di vita maschile, dopo Trentino-Alto Adige ed Emilia-Romagna, e al 6° posto nella graduatoria femminile, insieme ad Umbria ed Emilia-Romagna, dopo Trentino-Alto Adige, Veneto, Marche, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia (Figura 2 e 3). Rispetto al 2019 guadagna

una posizione nella graduatoria per regione in entrambi i generi, considerato che in quell'anno deteneva la 4^a speranza di vita più alta tra gli uomini e l'8^a tra le donne, con lo stesso gruppo di regioni a guidare le due graduatorie.

Figura 2. Speranza di vita alla nascita maschile – Regioni e Italia, anno 2024 - Fonte: ISTAT

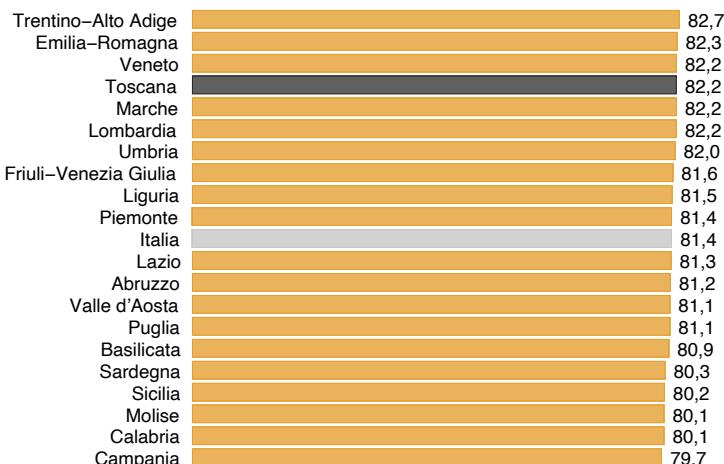
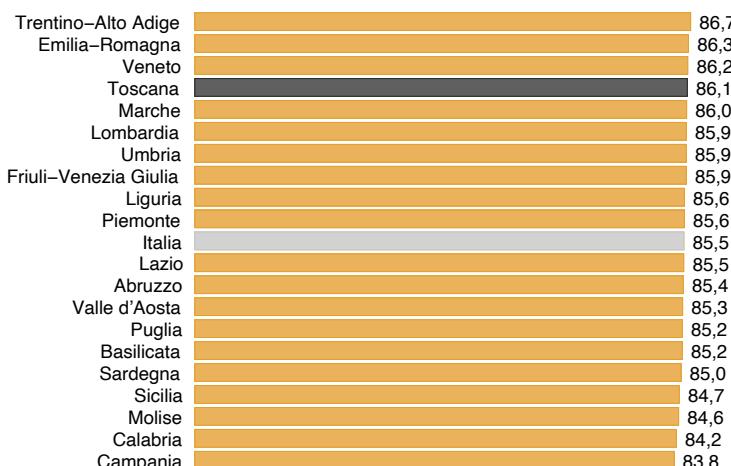


Figura 3. Speranza di vita alla nascita femminile – Regioni e Italia, anno 2024 - Fonte: ISTAT



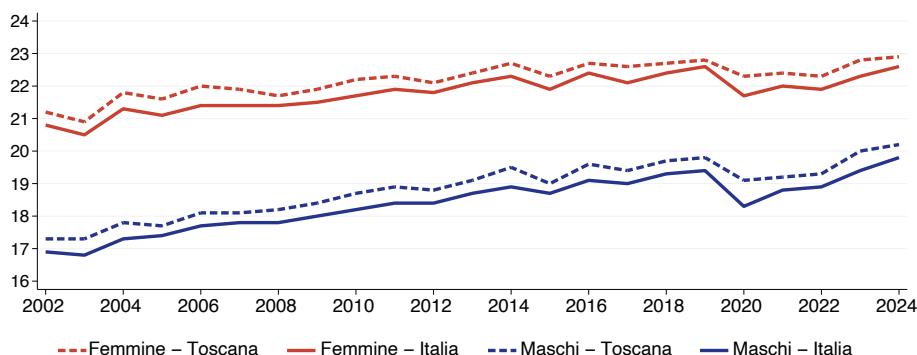
Rispetto al 2019 gli uomini toscani segnano un +0,5 anni e le donne un +0,2 anni. Avendo un'aspettativa di vita minore di oltre 3 anni e mezzo rispetto alle donne, il maggior incremento osservato tra gli uomini è da leggere in chiave positiva, considerato inoltre che sono stati più colpiti dalla mortalità riconducibile, direttamente o indirettamente, al contagio da SARS-CoV-2, per le patologie pregresse, in particolare a carico del sistema cardiocircolatorio,

mediamente più frequenti rispetto alle donne e associate a prognosi peggiori a seguito dell'infezione.

Un'evidente guadagno in termini di salute si osserva anche tra gli anziani, altra popolazione tra le più esposte ai rischi associati al contagio e alla pandemia da COVID-19, con la speranza di vita al compimento dei 65 anni d'età che raggiunge i 21,6 anni in Toscana (21,2 anni in Italia): gli uomini (20,2 anni) mantengono il gap di salute con le donne (22,9 anni) e i valori toscani si confermano superiori a quelli medi italiani, pari a 19,8 anni per gli uomini e 22,6 anni per le donne (Figura 4).

Coerentemente con la speranza di vita alla nascita, l'indicatore toscano, nel confronto con il 2019, mostra un aumento deciso tra gli uomini, da 19,8 a 20,2 anni in Toscana, più lieve tra le donne, da 22,8 a 22,9. Il trend è analogo a quello osservato nella popolazione italiana, con la speranza di vita a 65 anni femminile che coincide con quella del 2019 e quella maschile che segna un +0,4 anni.

Figura 4. Speranza di vita a 65 anni, per genere - Toscana e Italia, periodo 2002-2024 - Fonte: ISTAT

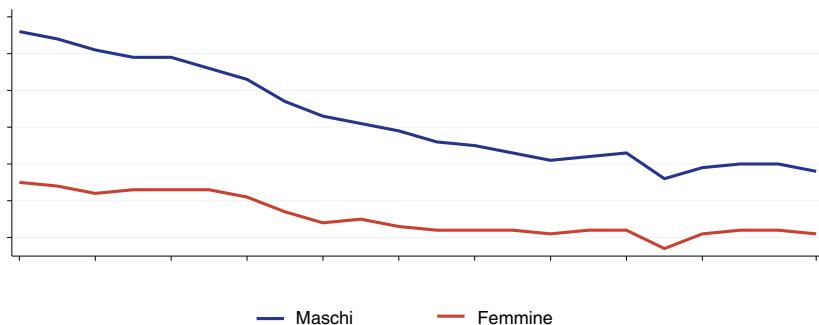


Tumori

Dal 2021 le stime AIRTUM (Associazione italiana dei registri tumori) dell'incidenza e prevalenza delle malattie oncologiche nelle regioni italiane non sono disponibili. Per limiti organizzativi e normativi sono pubblicate solo stime italiane nel rapporto annuale sui numeri del cancro. Nell'ultima edizione si legge che le nuove diagnosi di tumori maligni in Italia (esclusi i tumori della pelle, non melanoma) stimate nel 2024 sono 390mila (6,6 ogni 1.000 abitanti): 214mila nuovi casi tra gli uomini (7,4 per 1.000) e 175mila tra le donne (5,8 per 1.000). Le sedi maschili più frequenti sono prostata (19% delle nuove diagnosi), polmone (15%) colon-retto (13%) e vescica (12%). Tra le donne la sede più frequente è la mammella (30% delle nuove diagnosi), seguita da colon-retto (12%), polmone (7%), endometrio (5%) e tiroide (5%). Nei 15 anni dal 2006 al 2021 (ultimo periodo disponibile) si è osservata una decisa diminuzione di mortalità per quasi tutte le sedi, in entrambi i generi. Al 2024 gli italiani che vivono con una diagnosi di tumore sono circa 3,7 milioni (6,2% della popolazione): il 6,8% delle donne e il 5,6% degli uomini. Il tumore della mammella è, in assoluto, la neoplasia più frequente e rappresenta il 45% delle donne che convivono con una diagnosi di tumore. La 2° sede più frequente (la 1° negli uomini) è la prostata (484.882 persone), seguita da colon-retto (442.634, equamente distribuiti nei due generi), vescica (300.246, in gran parte uomini), tiroide (235.989, in gran parte donne) e melanomi (221.015). Le sedi tumorali più frequenti tra le nuove diagnosi corrispondono al 71% delle persone che vivono dopo una diagnosi di tumore, a sottolineare il costante aumento della sopravvivenza alla diagnosi: +1,5% l'anno nell'ultimo decennio.

Per la Toscana è ragionevole ipotizzare valori migliori della media nazionale in termini di sopravvivenza e mortalità, più simili per quanto riguarda l'incidenza e la distribuzione dei nuovi casi per singola sede. Rinunciando al confronto tra la nostra regione e il resto d'Italia, vista la mancanza di fonti aggiornate, possiamo attingere ai dati del flusso regionale delle schede di dimissione ospedaliera per stimare quanti sono i toscani che convivono con una diagnosi oncologica, utilizzando come indicatore il tasso di pazienti con almeno un ricovero nell'anno con l'indicazione di un tumore maligno in diagnosi di dimissione primaria. Non tutti i pazienti ai quali è stato diagnosticato un tumore maligno effettuano necessariamente un ricovero ogni anno, ma l'indicatore, in assenza di fonti migliori, può rappresentare una stima utile ad effettuare valutazioni sul trend dei volumi e sull'impatto di queste patologie sul servizio sanitario. Nel 2024 i toscani ricoverati almeno una volta con una diagnosi di dimissione principale di tumore maligno sono stati 31.923, pari ad un tasso standardizzato per età di 6,8 per 1.000 abitanti: 7,8 per 1.000 uomini e 6,1 per 1.000 donne. I valori sono perfettamente in linea con quelli del biennio precedente (nel 2022 e 2023 i tassi di incidenza avevano gli stessi valori) e si mantengono quindi ancora su livelli inferiori a quelli pre pandemici. Erano 32.495, infatti, i pazienti ricoverati nel 2019, pari a 7,1 ogni 1.000 abitanti. Analizzando il trend per genere (Figura 1), rispetto al 2019 vediamo che in particolare sono gli uomini a mantenere un'incidenza minore (nel 2019 il tasso era pari a 8,3 per 1.000), mentre tra le donne la differenza è minima (nel 2019 il tasso era 6,2 per 1.000).

Figura 1. Soggetti ricoverati per tumore maligno, per genere – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2003-2024 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



Ciò che storicamente caratterizza la nostra regione, rispetto alla media nazionale, è la mortalità minore. Nel 2022, ultimo dato ISTAT disponibile a livello regionale e standardizzato per età, i tumori hanno causato in Toscana 11.572 decessi, 6.364 decessi tra gli uomini (-1% rispetto all'anno precedente) e 5.208 tra le donne (-4% rispetto al 2021). Tra gli uomini il 22% dei decessi oncologici è rappresentato dal tumore del polmone, il 9% dal tumore del colon-retto, l'8% dal tumore della prostata. Tra le donne il 15% è rappresentato dal tumore della mammella, il 13% dal tumore del polmone, il 10% dal tumore del colon-retto. Si tratta di percentuali in linea con quelle italiane, in entrambi i generi.

Il tasso della mortalità oncologica standardizzata per età in Toscana, per l'anno 2022, è pari a 222,8 per 100mila abitanti (230,6 per 100mila in Italia). I valori per genere sono 288,5 per 100mila uomini e 175,7 per 100mila donne (rispettivamente 296,3 e 183,9 per 100mila in Italia). In entrambi i generi la Toscana si conferma nella parte bassa della graduatoria per regione, tra quelle con i livelli di mortalità minori (Figura 2 e 3).

Figura 2. Mortalità per tumori nella popolazione maschile – Tasso standardizzato per età per 100.000 uomini – Regioni e Italia, anno 2022 – Fonte: ISTAT

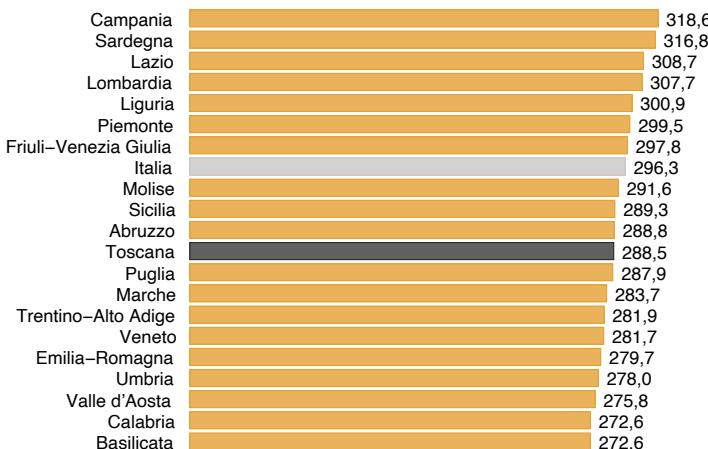
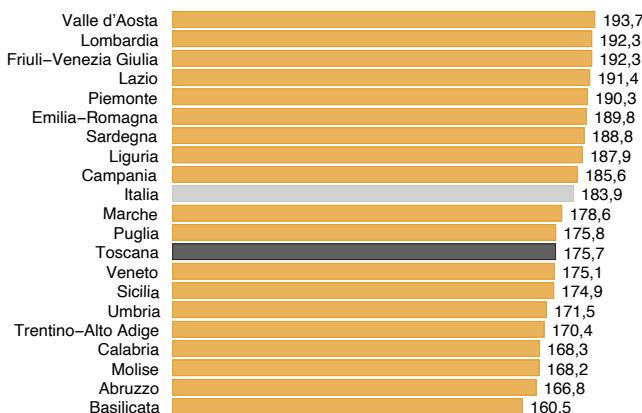
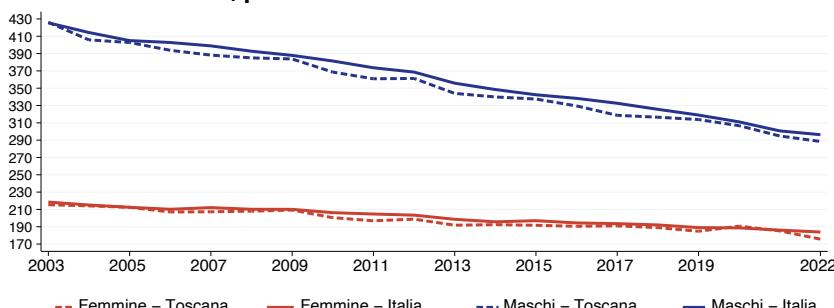


Figura 3. Mortalità per tumori nella popolazione femminile – Tasso standardizzato per età per 100.000 donne – Regioni e Italia, anno 2022 – Fonte: ISTAT



I tumori rappresentano poco meno di un quarto dei decessi totali e stanno dando un contributo rilevante alla diminuzione dei rischi di morte osservata nel lungo periodo. Il tasso di mortalità oncologica standardizzato per età in Toscana è passato da 299,6 decessi per 100mila abitanti del 2003 a 222,8 per 100mila attuale (da 300,8 a 230,6 per 100mila in Italia). Il contributo maggiore all'abbassamento della mortalità è stato dato dagli uomini, passati da 426,1 a 288,5 decessi per 100mila abitanti, mentre le donne, che comunque partivano da valori ampiamente inferiori, hanno visto diminuire il tasso di mortalità da 215,4 a 175,7 decessi per 100mila abitanti (Figura 4). Il gap di salute tra i due generi è dovuto, al netto di diverse caratteristiche biologiche, ad una minore esposizione delle donne ai principali fattori di rischio lavorativi e a stili di vita potenzialmente dannosi per la salute nelle decadi passate. Negli anni più recenti il trend ha continuato la sua discesa in entrambi i generi, con la sola eccezione del 2020, durante il quale si è mantenuto stabile tra gli uomini e in leggero aumento tra le donne, per gli effetti indiretti della pandemia, che ha avuto un impatto maggiore tra le persone più vulnerabili e fragili in termini di salute, tra le quali rientrano questi pazienti. Nel 2022 la mortalità è invece al di sotto del valore pre pandemico.

Figura 4. Mortalità per tumori, per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2022 – Fonte: ISTAT



Tra le singole sedi, considerando le più frequenti (tasso di mortalità superiore ai 5 casi per 100mila abitanti), la Toscana ha valori superiori alla media nazionale nei decessi per tumore dello stomaco, del cervello e leucemie, in entrambi i generi, per linfomi e rene solo tra gli uomini (Figura 5 e 6).

Figura 5. Mortalità per tumori nella popolazione maschile, per sede – Tasso standardizzato per età per 100.000 uomini – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: ISTAT

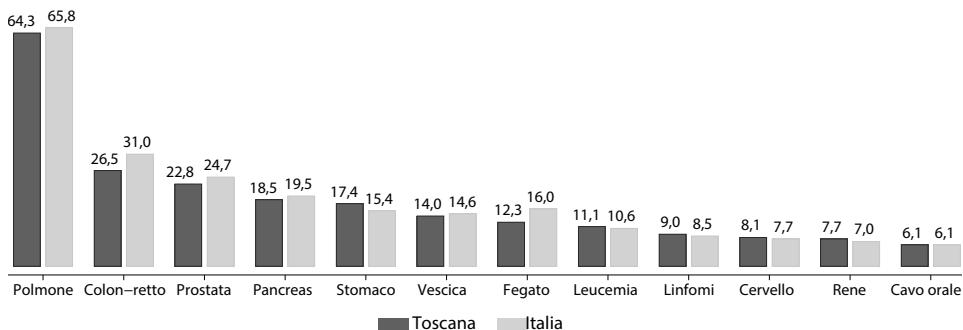
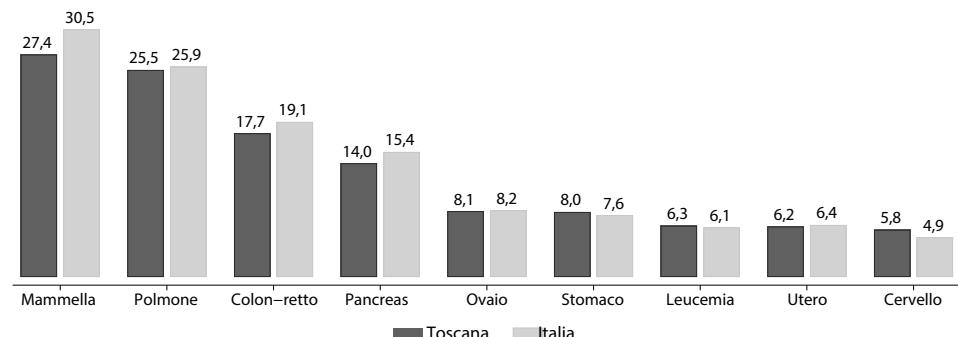


Figura 6. Mortalità per tumori nella popolazione femminile, per sede – Tasso standardizzato per età per 100.000 donne – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: ISTAT



Dal 2003 al 2022 notiamo notevoli miglioramenti tra gli uomini per le sedi maggiormente associate con l'abitudine al fumo (polmone, laringe ed esofago in primis), mentre tra le donne è proprio il tumore al polmone a far registrare un aumento, in Toscana e in Italia (Tabella 1). Per tutte le sedi considerate, ad eccezione del pancreas e del cervello e, come detto, del polmone tra le donne, si osservano riduzioni importanti, con valori talvolta dimezzati o quasi.

Tabella 1. Mortalità per tumori, per genere e sede – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti e variazione percentuale 2022 vs 2003 – Toscana e Italia, anni 2003 e 2022 – Fonte: ISTAT

Maschi	Toscana		Variazione % 2022 vs 2003		Femmine	Toscana		Variazione % 2022 vs 2003	
	2003	2022	Toscana	Italia		2003	2022	Toscana	Italia
polmone	109,4	64,3	-41	-39	mammella	32,2	27,4	-15	-16
colon-retto	44,0	26,5	-40	-25	polmone	21,6	25,5	+18	+29
prostata	40,2	22,8	-43	-39	colon-retto	23,7	17,7	-25	-22
pancreas	17,5	18,5	+6	+7	pancreas	13,7	14,0	+2	+12
stomaco	35,2	17,4	-51	-47	ovaio	9,3	8,1	-13	-15
vescica	22,2	14,0	-37	-24	stomaco	18,4	8,0	-57	-46
fegato	20,8	12,3	-41	-40	leucemia	8,0	6,3	-21	-22
leucemia	11,7	11,1	-5	-20	utero	6,6	6,2	-6	-11
linfomi	9,9	9,0	-9	-17	cervello	5,5	5,8	+5	+9
cervello	8,3	8,1	-2	+17	fegato	8,8	4,9	-44	-41
rene	9,6	7,7	-20	-13	linfomi	7,1	4,6	-35	-32
cavo orale	6,8	6,1	-10	-26					
laringe	6,1	4,0	-34	-47					
esofago	5,8	3,5	-40	-32					

Nel confronto con l'Italia la nostra regione mostra tendenzialmente diminuzioni di intensità maggiore, almeno per quanto riguarda le sedi più frequenti, specialmente tra gli uomini. In generale, le variazioni nei valori di mortalità associati alle singole sedi riflettono i progressi fatti nella cura (interventi chirurgici e terapie farmacologiche) delle malattie oncologiche (fa eccezione solo il pancreas tra le sedi più frequenti), in quanto, come riporta anche il report sui numeri del cancro in Italia, l'evidenza sull'efficacia dei percorsi di screening da sola non sarebbe sufficiente a spiegare questi miglioramenti. Vanno inoltre considerati anche i cambiamenti delle abitudini di uomini e donne nelle decadi passate, avvenuti anche grazie alle campagne di prevenzione primaria sull'importanza di adottare abitudini di vita sane (evitare il consumo di tabacco, alcol, adottare una dieta sana ricca di frutta, verdura e proteine di origine vegetale, aumentare l'attività fisica, anche se moderata). Preoccupa in questo senso l'aumento della mortalità per tumore del polmone tra le donne, molto probabilmente conseguenza diretta dell'aumento dell'abitudine al fumo osservata dall'inizio agli anni '80, rispetto al passato, quando nel nostro Paese il fumo era un'abitudine quasi esclusivamente confinata alla popolazione maschile.

Malattie infettive

Nel corso del XX secolo, le malattie infettive si sono poste come uno dei principali problemi per la salute della popolazione, in termini di mortalità, morbosità e organizzazione dei servizi sanitari. L'utilizzo delle vaccinazioni, l'accesso alle terapie antibiotiche ed il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie hanno ridotto il peso di queste patologie, sancendo l'inizio di un'epoca caratterizzata dalle malattie croniche non trasmissibili, in cui le comorbilità rappresentano il principale punto critico della vivibilità dei pazienti su base clinica. Tuttavia, la pandemia da COVID-19 ha rimesso con forza al centro dell'attenzione la vulnerabilità dei sistemi sanitari davanti alle minacce infettive globali. L'esperienza del SARS-CoV-2 ha bruscamente interrotto una narrazione che si era ormai consolidata nell'immaginario collettivo, ossia di una categoria di patologie del passato o comunque confinate a dei contesti geografici. Oltre l'impatto diretto sul numero di contagi e di decessi, il virus SARS-CoV-2 ha messo in luce il legame stretto che lega le malattie infettive alle patologie croniche preesistenti e, più specificamente, ha messo in luce delle disuguaglianze già presenti nei determinanti sociali di salute.

Le malattie infettive sono causate da agenti microbici (virus, batteri o funghi) con i quali una persona può entrare in contatto. Il tempo che trascorre dal contagio ai primi sintomi è chiamato periodo di incubazione ed è diverso a seconda della malattia infettiva, oltre a dipendere dalla reazione dell'organismo. Durante questo periodo l'infezione è comunque presente, perché gli agenti microbici si riproducono, ma questa può terminare senza sintomi, oppure manifestarsi con quadri sintomatici che possono portare anche al decesso del paziente (fonte: Istituto superiore di sanità – ISS). Nei casi in cui i sintomi non si manifestano o sono di lieve entità e difficilmente attribuibili ad un particolare agente microbico (in assenza di test di laboratorio) può aumentare la probabilità di sotto notifica, che porta quindi ad una sotto stima della diffusione reale della malattia nella popolazione. I dati a nostra disposizione, ad esempio, derivano dalle notifiche che avvengono da parte dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende USL, che quindi censiscono solamente i casi noti.

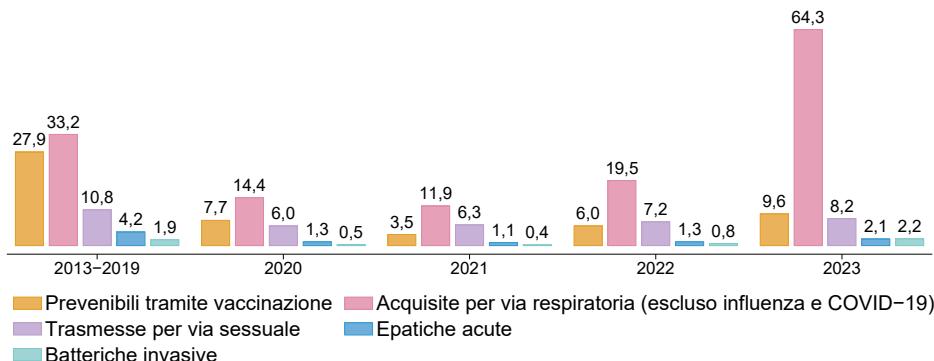
Le malattie infettive sono a tutt'oggi una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte nel mondo. Gli ultimi dati del *Global Burden of Disease* (GBD) dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), relativi al 2021, stimano che abbiano causato il 25% circa di tutti i decessi annuali e il 36% del totale di anni di vita persi prematuramente. Le malattie più rilevanti sono quelle respiratorie (COVID-19 compresa), che rappresentano il 17% del totale dei decessi (solo COVID-19 ha rappresentato circa il 12% nel 2021), seguite dalle infezioni enteriche (2%) e dalle malattie sessualmente trasmissibili (1,2%). Per l'Italia, il tasso di mortalità stimato è pari a 134,1 decessi ogni 100mila abitanti. I dati sulle cause di morte pubblicati da ISTAT, aggiornati al 2022, effettuano una rilevazione più precisa per il nostro Paese rispetto alle stime GBD, e pubblicano un tasso di mortalità standardizzato per età pari a 21,6 per 100mila abitanti in Toscana (21 per 100mila in Italia), in deciso aumento negli ultimi 20 anni (nel 2003 era pari a 12,5 in Toscana e 13,1 in Italia). Il COVID-19 è considerato da solo, al di fuori delle malattie infettive, e nel 2022 ha inciso per 60 decessi ogni 100mila abitanti in Toscana, rispetto ai 63,9

per 100mila in Italia. Come descritto nel paragrafo relativo alla mortalità, l'invecchiamento della popolazione può avere un impatto sull'aumento della mortalità per malattie infettive, considerato che la risposta immunitaria tra gli anziani è minore, così come la suscettibilità a virus e batteri resistenti agli antibiotici.

Grazie al lavoro dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende USL possiamo monitorare l'andamento dei casi di malattia infettiva notificati in Toscana (tutti, non solo letali), che negli ultimi anni hanno avuto ovviamente un andamento condizionato dalla pandemia, considerato che le misure di contrasto al COVID-19 (mascherine, distanziamento, igienizzazione e chiusura delle attività) hanno favorito anche la riduzione dei contagi per tutte le altre malattie infettive nel biennio 2020-2021. Quando scriviamo questo documento sono disponibili i dati aggiornati all'anno 2023, che possiamo raggruppare in 5 grandi gruppi di malattia: prevenibili tramite la vaccinazione (poliomelite, difterite, tetano, pertosse, morbillo, rosolia, varicella, parotite), trasmissibili per via respiratoria (escluse influenza e COVID-19, trattate a parte, si considerano tubercolosi, micobatteriosi non tubercolare, legionellosi, scarlattina) o per via sessuale (gonorrea e sifilide, HIV e AIDS), epatiche acute (epatite A, B, C) e batteriche invasive (da emofilo, meningococco, pneumococco).

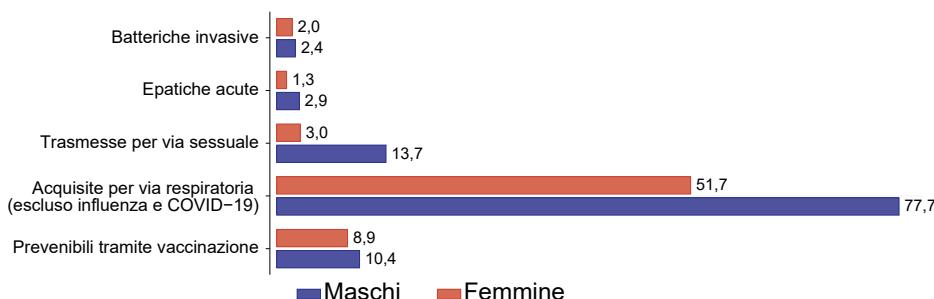
Dal 2022 si è assistito ad una ripresa dei casi notificati, specialmente per le malattie trasmesse per via sessuale e per via respiratoria, ma il confronto con il periodo pre-pandemico (media 2013-2019) evidenzia ancora incidenze (nuovi casi notificati rispetto alla popolazione) basse, con l'eccezione delle malattie che si trasmettono per via respiratoria e le batteriche invasive (Figura 1). Il valore osservato nel 2023 per le malattie trasmissibili per via respiratoria, sono escluse influenza e COVID-19 (alle quali dedicheremo un approfondimento più avanti nel paragrafo), è determinato quasi esclusivamente dal picco di scarlattina: 1.623 casi osservati nell'anno, rispetto ai 512 medi osservati ogni anno nel periodo 2013-2022. L'epidemia è stata comune a tutto il Paese e all'Europa, tanto che il Ministero della salute già nell'aprile del 2023 aveva diramato una circolare con la quale invitava le regioni al monitoraggio e alla sorveglianza epidemiologica della diffusione. Complessivamente, nel 2023 sono stati notificati 353 casi di patologie prevenibili tramite la vaccinazione (pari 9,6 ogni 100mila abitanti), nel 92% dei casi si è trattato di varicella (324 casi), nel 6% di parotite o pertosse (rispettivamente 12 e 10 casi), mentre per le restanti malattie (poliomelite, difterite, tetano, pertosse, morbillo, rosolia) si contano zero o meno di 4 casi ormai stabilmente. Sono 2.355 i casi notificati per le malattie trasmesse per via respiratoria, pari a 64,3 ogni 100mila abitanti. Come detto, nel 69% dei casi si tratta di scarlattina, mentre il resto dei casi (19%) è dato da legionellosi (438 notifiche), seguita da 248 casi di tubercolosi (11%). Sono invece 80 i casi di malattie batteriche invasive nel 2023 (2,2 per 100mila), prevalentemente da pneumococco (68% dei casi totali). I casi di epatite notificati sono stati 76 (2,1 casi per 100mila). Anche alle malattie epatiche in seguito dedicheremo un approfondimento. Infine, per le malattie trasmesse per via sessuale (gonorrea e sifilide, HIV e AIDS) sono stati notificati 300 casi nel 2023 (8,2 per 100mila), principalmente di HIV (59%) e AIDS (20%). Anche alle malattie sessualmente trasmissibili dedicheremo un breve approfondimento nel paragrafo.

Figura 1. Casi notificati per gruppo di malattia infettiva – Casi ogni 100mila abitanti – Toscana, periodo 2013-2023 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Settore prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di Regione Toscana



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 2). 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).

Figura 2. Casi notificati, per genere – Casi ogni 100mila abitanti – Toscana, anno 2023 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Settore prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di Regione Toscana



HIV e AIDS

Tra le malattie sessualmente trasmissibili, ARS ha la possibilità di analizzare i dati del registro regionale AIDS e la sorveglianza HIV per approfondire alcuni aspetti e con la possibilità di confrontare l'incidenza (nuovi casi di infezione) con quella italiana, aggiornabile al momento fino al 2023. L'incidenza di HIV in Italia nel 2023 è pari a 4 nuove diagnosi per 100mila abitanti. Rispetto all'incidenza riportata dai Paesi dell'Unione europea, l'Italia si posiziona

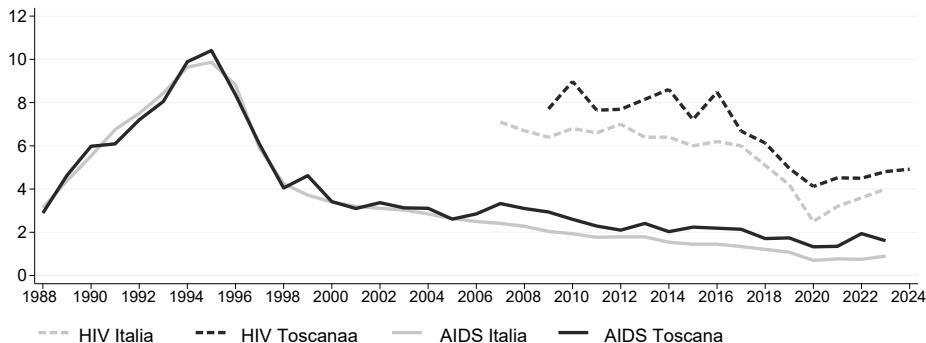
al di sotto della media (6,2 nuovi casi per 100mila abitanti) e, classificando i Paesi a partire dall'incidenza più bassa, l'Italia si posiziona al 7º posto insieme alla Svizzera. Nel panorama nazionale la Toscana ha un'incidenza in linea con la media nazionale (Figura 2). Le nuove diagnosi di infezione notificate in Toscana ai residenti (dati aggiornati al 31 marzo 2025) hanno avuto un andamento stabile dal 2009 al 2016 (quando l'incidenza era di 8,3 nuove diagnosi per 100mila abitanti), seguito da una costante diminuzione che si sta assestando a circa 4,9 casi ogni 100mila abitanti nel 2024 (180 casi; 147 maschi e 33 femmine, dato provvisorio). L'incidenza maschile è pari al 6,2 per 100mila, quella femminile a 1,6 per 100mila. Nel triennio 2020-2022 avevamo assistito ad una leggera diminuzione delle nuove notifiche, come conseguenza della pandemia da COVID-19, che ha avuto un forte impatto su diversi importanti servizi per l'HIV, tra cui test di screening, servizi clinici per le persone che vivono con l'HIV, nonché, sulle risorse per il monitoraggio e la sorveglianza. Dal 2023 si ha una ripresa dei contagi, ritornando ai livelli pre-pandemici, aumento che potrebbe essere anche dovuto al recupero di diagnosi nei servizi per l'HIV che, durante la pandemia, sono stati impegnati nell'assistenza alle persone con COVID-19.

Nel biennio 2023-2024 l'80,7% dei casi di HIV notificati riguarda il genere maschile (incidenza maschile pari a 7,9 per 100mila, femminile pari a 1,8 per 100mila). I più colpiti sono i 30-39enni, seguiti dai 40-49enni e dai 20-29enni. Le donne sono leggermente più giovani dei maschi alla diagnosi, infatti, l'età in cui le donne scoprono la sieropositività è spesso legata alla gravidanza, grazie al fatto che il test per HIV è uno degli esami previsti nel libretto di gravidanza e quindi offerto gratuitamente a tutte le gestanti. I casi pediatrici, che presentano quasi tutti modalità di trasmissione verticale tra madre e figlio, sono diventati rari grazie alla terapia antiretrovirale somministrata alla madre sieropositiva e all'introduzione del test per HIV tra gli esami previsti nel libretto di gravidanza. Non si sono verificati casi pediatrici negli ultimi 7 anni in Toscana. Si consolida negli anni la maggiore rilevanza della trasmissione del virus HIV per via sessuale, rispetto a quella per tossicodipendenza, dominante negli anni '80-'90. I rapporti sessuali non protetti costituiscono l'88,5% di tutte le segnalazioni, a sottolineare l'abbassamento del livello di guardia e la bassa percezione del rischio nella popolazione, con la persona che arriva tardi ad eseguire il test HIV, quando il quadro immunologico è già compromesso. Una diagnosi tardiva dell'infezione HIV comporta un ritardo terapeutico dato da possibili infezioni opportunistiche e un aumento della carica virale con conseguente rischio di progressione di malattia. La consapevolezza da parte del paziente del proprio stato di sieropositività è un elemento molto importante in quanto permette di accedere tempestivamente alla terapia antiretrovirale e di ridurre la probabilità di trasmissione dell'infezione legata a comportamenti a rischio. Il 29,6% è già in AIDS conclamato al momento della diagnosi di sieropositività, percentuale in aumento negli anni (erano il 23% nel 2018-2019). Si ipotizza che potrebbe esserci stato un ritardo diagnostico a causa della pandemia da COVID-19.

L'andamento dei casi di AIDS in Toscana è analogo a quello nazionale (Figura 3): si evidenzia un incremento dell'incidenza dall'inizio dell'epidemia sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione dal 1996, anno di introduzione delle nuove terapie antiretrovirali, fino al 2000,

e da una successiva costante lieve diminuzione fino ad arrivare a 57 (48 maschi e 9 femmine) nuovi casi diagnostici ai residenti in Toscana nel 2023, corrispondenti ad un tasso di notifica di 1,6 per 100mila abitanti (dati aggiornati al 31 ottobre 2024). L'incidenza maschile è pari a 2,6 casi per 100mila, quella femminile a 0,7 per 100mila.

Figura 3. Nuove diagnosi di HIV e AIDS – Tasso di incidenza per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 1988-2024* – Fonte: ARS su dati Registro AIDS, Sorveglianza nuove diagnosi HIV dell'Istituto superiore di sanità e Registro regionale HIV-AIDS



*Dato provvisorio per la sola Toscana.

Studiare l'andamento delle nuove diagnosi HIV e AIDS nei prossimi anni sarà determinante per riuscire a evidenziare gli effetti della pandemia a breve e a lungo termine sull'andamento dell'incidenza di HIV, specie per distinguerli da quelli dovuti agli interventi di sanità pubblica. Sono molte, infatti, le azioni sanitarie messe in atto da alcuni anni, quali: l'utilizzo sempre crescente della terapia di profilassi pre-esposizione (PrEP), la somministrazione preventiva di farmaci per contrastare il rischio di acquisizione sessuale, così come il tempestivo utilizzo della profilassi post-esposizione (PEP). È inoltre da considerare l'importanza fondamentale della terapia delle persone sieropositive come prevenzione (TaSP) con il raggiungimento della non rilevabilità del virus nel sangue e conseguente non trasmissibilità del virus.

Epatiti virali

L'altro gruppo di patologie sulle quali ARS ha un monitoraggio permanente, anche in conseguenza delle recenti normative nazionali e regionali che mirano all'eradicazione della malattia, è quello delle epatiti, condizioni infiammatorie del fegato spesso causate da virus epatotropi. La gravità e la durata dell'epatite variano a seconda del patogeno e dalla presenza di comorbidità, e può essere classificata in acuta e cronica (persiste per oltre 6 mesi). I tre principali ceppi di virus dell'epatite sono denominati virus dell'epatite A (HAV), B (HBV), C (HCV), che differiscono per le modalità di trasmissione, i metodi di prevenzione (HAV e HBV sono prevenibili tramite vaccinazione), distribuzione geografica e gravità della malattia.

In particolare, HBV e HCV possono causare una malattia cronica e rappresentano la causa più comune di cirrosi epatica, epatocarcinoma e decessi correlati all'epatite virale: causano 3.500 decessi al giorno e la mortalità è in aumento (fonte: Organizzazione mondiale della sanità – OMS). Si stima che 254 milioni di persone in tutto il mondo siano affetti da HBV e 50 milioni da HCV, motivo per cui una delle sfide per la salute pubblica di questo decennio è l'eradicazione delle epatiti virali entro il 2030 (riduzione del 90% delle infezioni e del 65% della mortalità) (fonte: OMS. *Global Hepatitis Report 2024*).

L'infezione da HAV è invece una delle principali cause di epatite acuta. Generalmente la malattia ha un'evoluzione benigna e si risolve spontaneamente in alcune settimane, mentre in rari casi risulta fatale, specialmente tra gli adulti affetti da patologie concomitanti (es. malattie epatiche preesistenti). Alla nota trasmissione riconducibile al consumo di acqua e cibi contaminati, negli ultimi anni si è affiancata quella legata a comportamenti a rischio di natura sessuale. I gruppi a maggior rischio di contrarre l'infezione sono gli esposti per motivi professionali, i viaggiatori internazionali diretti verso aree ad alta incidenza, coloro che fanno uso di droghe, e gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (fonte: OMS). La vaccinazione anti-HAV è pertanto raccomandata ai soggetti a rischio e a coloro che sono affetti da malattie epatiche croniche. In Toscana l'andamento delle infezioni è decisamente altalenante considerando il periodo 2013-2023. Nel 2017 si è verificata un'importante epidemia di HAV, che ha colpito numerosi Paesi europei tra cui l'Italia, in cui i casi di malattia sono stati 3.138 (incidenza pari a 7 per 100mila abitanti) (fonte: ISS). Nello stesso anno i casi notificati tra i toscani sono stati 341 (9,1 casi per 100mila abitanti), con una netta prevalenza negli uomini (15,3 casi per 100mila abitanti) rispetto alle donne (3,4 casi per 100mila abitanti). L'anno con minor numero di casi è stato il 2021 (0,4 casi per 100mila abitanti) con un trend in aumento negli ultimi anni (nel 2023 sono stati notificati 1,2 casi per 100mila abitanti).

La trasmissione dell'HBV avviene da madre a figlio al momento della nascita (trasmissione perinatale) o tramite esposizione a sangue infetto (trasmissione orizzontale), in particolar modo da un bambino infetto a un bambino non infetto durante i primi 5 anni di vita, ma anche attraverso l'esposizione a sangue e fluidi corporei infetti. È sintomatica nel 30-50% degli adulti e nel 10% dei bambini. Se contratta in età adulta porta a epatite cronica in meno del 5% dei casi, mentre durante l'infanzia e la prima infanzia porta a epatite cronica in circa il 95% dei casi, motivo per cui è prioritaria la vaccinazione infantile e dell'infanzia (fonte: OMS). In Italia, in seguito all'introduzione della vaccinazione obbligatoria avvenuta nel 1991 per tutti i nuovi nati, e fino al 2003 anche per gli adolescenti nel corso del 12° anno di vita, è stata osservata una netta riduzione delle notifiche di infezione. Dal 2013 al 2023, i nuovi casi di epatite B acuta sintomatica tra i residenti in Toscana sono stati 425 (1 per 100mila abitanti) e mostrano un trend in diminuzione (72 casi nel 2013 vs 27 casi nel 2023), con una frequenza generalmente più elevata nei maschi rispetto alle femmine. La Toscana mostra un'elevata copertura vaccinale contro HBV a 24 mesi di vita del 97,3% nel 2024, più alta di quella rilevata in Italia (94,8% nel 2023, ultimo anno disponibile).

La trasmissione dell'HCV avviene principalmente per via parenterale apparente (trasfusioni di sangue o emoderivati) ed inapparente (attraverso minime lesioni cutanee con oggetti contaminati da sangue infetto). Le trasfusioni di sangue sono state un importante fattore di rischio per l'infezione da HCV prima dello screening dei donatori per il test del marker surrogato per epatite non-A non-B iniziata a metà degli anni '80. A partire dal 1990 c'è stata un'ulteriore riduzione grazie allo screening per anticorpi anti-HCV, la successiva introduzione di test antincorpali con una sensibilità via via maggiore, fino all'introduzione di un test di laboratorio (HCV RNA) che identifica la presenza del virus nel sangue (1999). La malattia è solitamente asintomatica e nella maggior parte dei casi non porta a una malattia potenzialmente letale. In circa il 30% (15-45%) dei soggetti infetti il virus è eliminato spontaneamente entro 6 mesi dall'infezione senza alcun trattamento, mentre il 70% (55-85%) dei soggetti svilupperà un'infezione cronica da HCV (fonte: OMS). Pertanto, la bassa numerosità delle notifiche di infezione acuta sintomatica non è assolutamente rappresentativa del reale peso della malattia. Le notifiche di infezione acuta sintomatica di HCV in 11 anni (dal 2013 al 2023) sono state in totale 80 ogni 100mila abitanti. La diagnosi precoce e il trattamento dell'infezione possono prevenire l'evoluzione verso la cirrosi epatica che espone il paziente ad un maggior rischio di mortalità e complicanze, tra cui l'emorragia digestiva, lo scompenso ascitico, l'encefalopatia epatica, l'insufficienza epatica e la necessità di ricorso al trapianto di fegato, ma anche al rischio di insorgenza di manifestazioni extraepatiche HCV correlate. ARS Toscana, su mandato di Regione Toscana, a partire dalla fine del 2013, quasi parallelamente all'entrata in commercio degli agenti antivirali ad azione diretta (DAA) di seconda generazione, farmaci che consentono il raggiungimento di una risposta virologica sostenuta >95% (Ohlendorf et al, 2025), ha promosso numerosi progetti finalizzati a conoscere la diffusione di HCV, per un'adeguata programmazione volta al controllo e all'eradicazione dell'infezione su territorio regionale. In linea con il Piano nazionale per le epatiti virali, nel 2015 (d.g.r.t. n. 647) è stato sostenuto un programma per l'eradicazione di HCV nella popolazione toscana attraverso l'implementazione del trattamento delle persone infette, nuovamente sottoscritto nel 2018 (d.g.r.t. n. 397). In tale contesto, ARS Toscana ha promosso progetti di ricerca finalizzati a stimare il numero di persone con infezione cronica da HCV potenzialmente trattabili con DAA sia attraverso i flussi sanitari correnti (Silvestri et al, 2016) che attraverso i dati provenienti dai servizi epatologici della Toscana (Stasi et al, 2019) e nelle popolazioni svantaggiate, che presentavano una maggiore prevalenza rispetto alla popolazione generale (Puglia et al, 2015; Silvestri et al, 2021). Regione Toscana ha inoltre messo in atto una campagna informativa rivolta alla popolazione generale che ha avuto l'obiettivo di fornire informazioni di natura clinica e orientare la popolazione verso i centri autorizzati al trattamento. A questo si è aggiunta la possibilità di effettuare lo screening con tamponi salivari per la ricerca di anticorpi anti-HCV nei pazienti in carico ai servizi per le dipendenze e alla popolazione detenuta nelle strutture toscane. Nel 2020 è stato finanziato il progetto *Optimisation of Diagnosis and Care Pathways for chronic HCV in Tuscany*, coordinato dall'Università di Pisa, che ha coinvolto i servizi attivi del Servizio sanitario regionale (SSR) nell'ambito della diagnosi e del trattamento

dei pazienti con infezione da HCV, nelle attività di promozione ed offerta attiva del test di screening per infezione da HCV, al fine di aumentarne la copertura.

Con l'entrata in vigore del decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 (convertito con legge 28 febbraio 2020, n.8), è stato attivato uno screening gratuito per la popolazione generale e nello specifico per i nati tra il 1969 e il 1989, e poi per i soggetti a maggior rischio di aver contratto l'infezione, ovvero per i soggetti in carico ai Servizi per le dipendenze (SERD) e le persone detenute. In linea con quanto previsto a livello nazionale, Regione Toscana, con la d.g.r. 1538 del 27 dicembre 2022, ha avviato il programma di screening gratuito per prevenire ed eradicare il virus dell'HCV. La delibera (d.g.r. 1538/2022) ha approvato il protocollo per l'esecuzione dello screening, descrivendo le modalità operative del progetto, in cui vengono dettagliate le attività da svolgere da parte dei soggetti coinvolti. Con il "decreto Milleproroghe", lo screening nazionale gratuito è stato prorogato fino al 31 dicembre 2025. Il programma di screening si è svolto separatamente, ma contestualmente, nella popolazione generale, in quella in carico ai SERD e in quella detenuta nei penitenziari toscani.

Al 31 dicembre 2024, nell'ambito dello screening regionale, sono state invitate 715.153 persone (di queste, 335.974 sono state escluse, ad esempio perché avevano HCV già noto). Tra chi ha effettuato il test per gli anticorpi anti-HCV lo 0,5% è risultato positivo e il test di 2° livello HCV RNA ha confermato la positività nel 58,5% dei casi. Tra le persone in carico ai SERD il 19,5% è risultato positivo al test degli anticorpi e il 50,6% è stato confermato dal test HCV RNA. Infine, tra le persone negli istituti detentivi, il 9% è risultato positivo al test degli anticorpi e il 58,1% ha avuto un test HCV RNA di conferma della positività. Questi dati confermano un'elevata prevalenza dell'infezione nei soggetti a maggior rischio.

**Tabella 1. Monitoraggio campagna di screening dell'HCV regionale al 31 dicembre 2024 -
Fonte: ARS**

Popolazione	Popolazione 35-55 anni (età media 46,5 anni)		SERD		Istituti detentivi	
	n	%	n	%	n	%
Popolazione target	1.053.112		16.750		11.621	
Persone invitate	715.153					
Esclusi	335.974					
Test anticorpi anti-HCV	60.817		13.731		8.469	
di cui positivi	280	0,5	2.683	19,5	762	9,0
Test di conferma (HCV RNA)	193		2.154		645	
di cui positivi	113	58,5	1.090	50,6	375	58,1

Sulla base dei dati provenienti dai flussi sanitari correnti (residenti in Toscana al 31 dicembre 2024 con un codice esenzione da ticket per infezione cronica da HCV, trattati con INF+RBV oppure con DAA tra il 2003 e il 2024 o ricoverati tra il 2003 e il 2024 con diagnosi primaria o secondaria di epatite C), sono 29.730 le persone con infezione cronica da HCV (ovvero soggetti con ricovero o esenzione o trattamento). Se si considerano le persone con esenzione

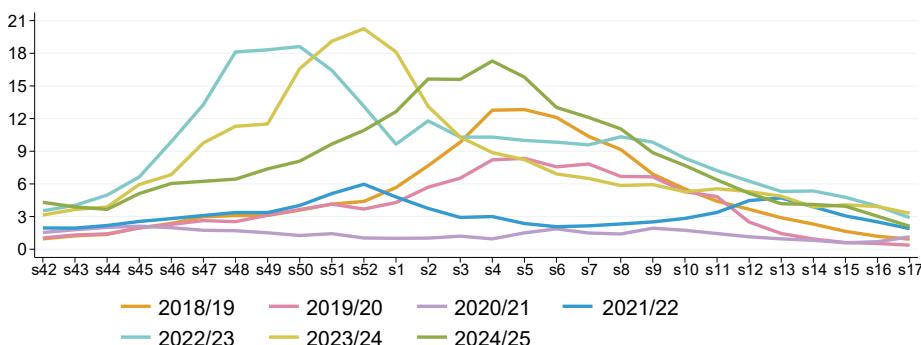
(15.475), 3.407 (pari al 22%) non sono state mai trattate né con terapie basate su interferone e ribavirina né con DAA. Se, invece, si considera il totale dei noti al sistema sanitario (29.730) i soggetti non trattati sono 9.018 (30,6%).

Influenza stagionale e COVID-19

Nella popolazione anziana, in particolar modo se con una o più patologie croniche, l'influenza stagionale rappresenta un rischio per lo sviluppo di sindromi severe. 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 sviluppo di 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, che possono svilupparsi in ricoveri o decessi, sono rappresentate quasi solamente da anziani (in parte dai bambini sotto i 5 anni per l'influenza).

I casi di sindromi simil-influenzali o ILI (*Influenza-Like Illness*) in Toscana nella stagione 2024-2025 sono stati circa 843mila, pari al 23% della popolazione (la stima è ottenuta applicando l'incidenza stimata dal sistema di sorveglianza alla popolazione residente). La stima complessiva è in linea con quella della stagione precedente, in aumento rispetto alle stagioni 2019/2020 e 2020/2021, caratterizzate dalle misure di contrasto messe in campo per la pandemia. L'andamento settimanale è tornato più simile a quello delle stagioni pre-pandemiche, il picco epidemico si è concentrato tra la fine di gennaio e la metà di febbraio, raggiungendo un'incidenza pari a 17,3 casi ogni 1.000 abitanti (Figura 4). Nelle due stagioni precedenti era stato invece anticipato nei mesi di novembre e dicembre.

Figura 4. Sindromi influenzali segnalate, per settimana e stagione influenzale - Casi per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 2018-2025 - Fonte: ARS su dati InfluNet dell'Istituto superiore di sanità



Per quanto riguarda le forme gravi d'influenza, le gravi infezioni respiratorie acute (SARI), sindromi da distress respiratorio acuto (ARDS), casi che richiedono un ricovero in reparti di Terapia intensiva o Rianimazione e positivi ai virus influenzali, i dati sono disponibili al momento fino alla stagione 2023/2024, quando nella nostra regione sono stati registrati 63 casi severi. Il 43% ha più di 65 anni. I deceduti sono stati 19, di cui 11 anziani. Nonostante le raccomandazioni, la copertura vaccinale per l'influenza negli anziani è ancora lontana dal valore minimo raccomandato dall'OMS del 75%. Dopo un aumento dal 56,4% della stagione 2019/2020 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 stagione successiva il valore è nuovamente sceso, attestandosi in Toscana al 59,5% nella stagione 2022/2023 (56,7% in Italia) e al 58% nella stagione 2023/2024 (53,3% in Italia). Nella stagione appena conclusa, 2024/2025, il dato provvisorio segna il 59,4% degli anziani vaccinati in Toscana (dato italiano ancora non disponibile).

Quando scriviamo questo documento l'emergenza pandemica da COVID-19 può dirsi completamente superata per quanto riguarda l'impatto sulla salute e sui servizi. Il 31 marzo 2022 è terminato lo stato di emergenza in Italia e dalla fine del 2023 è stato interrotto il monitoraggio e la diffusione dei dati sui casi COVID-19. L'ultimo anno in cui si è osservata un'incidenza importante dei contagi da SARS-CoV-2 è stato il 2022, quando la diffusione della variante Omicron, più contagiosa rispetto alle varianti precedenti (Alpha e Delta), ma fortunatamente meno capace di produrre quadri clinici severi, ha portato alla notifica di poco meno di 1 milione e 300mila i 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. Nel 2023 e 2024, complice anche la fine delle misure di contrasto e dell'obbligatorietà del tampone faringeo per uscire dalle quarantene obbligatorie, sono stati rispettivamente 81.500 e 19mila i casi noti al Servizio sanitario regionale. Contestualmente i deceduti sono passati dai 3.500 nel 2022, ai 1.035 nel 2023, fino ai 321 osservati nel 2024. Quando scriviamo questo documento, i deceduti totali in Toscana da inizio pandemia sono 12.764, pari a 349 ogni 100mila abitanti (dato al 14 maggio 2025). La mortalità è sempre stata superiore tra gli uomini, rispetto alle donne, considerando ad esempio i decessi fino a fine 2022 (per i quali abbiamo dati per un confronto con l'Italia) erano avvenuti 345 decessi ogni 100mila uomini e 270 decessi ogni 100mila donne in Toscana, quasi sovrappponibili alla media italiana, rispettivamente 352 e 269 per 100mila. In questi 5 anni si è ridotto anche l'impatto sugli ospedali. I ricoveri ospedalieri sono scesi, infatti, dai 20.575 osservati nel 2022 agli 8.805 del 2023, per scendere ulteriormente a 4.383 nel 2024. Quelli in terapia intensiva hanno raggiunto il loro picco in realtà nel 2021 (2.122 ricoveri), per poi diminuire fino ai 150 osservati nel 2024. Come detto in precedenza, con l'avvento della variante Omicron, sono aumentati sì i casi, ma non la gravità della sintomatologia. Il tasso di ricovero standardizzato per età ha raggiunto quindi il suo picco nel 2022, con 4,2 ricoveri ogni 1.000 abitanti, per

poi scendere fino allo 0,9 per 1.000 osservato nel 2024. Cumulativamente, i ricoveri per COVID-19 in Toscana da inizio pandemia a fine 2024 sono stati 63.500 circa.

La pandemia da COVID-19 ha comunque messo ben in evidenza come la diffusione di nuovi agenti infettivi sia in grado di compromettere la sostenibilità dei sistemi sanitari. Il contrasto alla diffusione delle malattie infettive richiede quindi di investire nella corretta informazione e educazione dei soggetti, l'alfabetizzazione sanitaria, la promozione della vaccinazione e la profilassi dei soggetti esposti, la tempestività e la qualità delle diagnosi, l'appropriatezza e la completezza dei trattamenti terapeutici, il monitoraggio degli esiti degli interventi e dei loro eventuali eventi avversi (fonte: NIEBP - Network italiano *Evidence-Based Prevention*).

Eventi acuti cardiovascolari

Le malattie del sistema circolatorio, come riportato nel capitolo dedicato alla mortalità, rappresentano la 2^a causa di morte tra gli uomini in Toscana e la 1^o tra le donne. Sono inoltre indicate come diagnosi di dimissione primaria nel 14% dei ricoveri ospedalieri nella nostra regione (fonte: elaborazioni ARS su dati del Flusso regionale delle schede di dimissione ospedaliera). In particolare, gli eventi acuti cardiovascolari (infarto del miocardio e ictus cerebrale), sono tra le prime cause di morbosità e invalidità, considerato che nel tempo è aumentata la sopravvivenza all'evento, ma di conseguenza anche il numero di persone che, a seguito di un infarto o un ictus, si trovano in una condizione di cronicità ad alto rischio di complicazione e di nuovi eventi. Considerato che il 30%-40% delle persone che hanno un evento di questo tipo muore prima di raggiungere l'ospedale (fonte: Rapporto Osserva salute 2023), è preferibile una lettura separata dei dati di ospedalizzazione e di mortalità, focalizzando l'analisi proprio su infarto e ictus, i cosiddetti eventi cardiovascolari maggiori.

Per confrontare la Toscana con le altre regioni e l'Italia attingeremo agli indicatori proposti dal rapporto Osserva salute, che considera i ricoveri nella popolazione adulta e anziana (25+ anni d'età), in regime ordinario (esclusi day-hospital), classificandoli sulla base della diagnosi principale di dimissione. Gli ultimi dati pubblicati a livello regionale e standardizzati per età si riferiscono all'anno 2022. Possiamo però aggiungere alla serie toscana l'ultimo biennio (2023-2024), elaborando i dati regionali del flusso delle schede di dimissione ospedaliera con gli stessi criteri di Osserva salute, in modo da valutare anche l'andamento più recente per la nostra regione.

Nel 2022, ultimo anno disponibile per descrivere l'incidenza toscana nel contesto italiano, il tasso di ospedalizzazione per infarto del miocardio, standardizzato per età, è stato pari a 284,2 ricoveri ogni 100mila uomini (14^a regione in Italia per incidenza) e 105,1 ogni 100mila donne (11^a regione in Italia). Tra le donne l'incidenza è leggermente superiore a quella media italiana, pari a 101,5 ricoveri per 100mila donne, mentre tra gli uomini è leggermente inferiore ai 291,2 ricoveri per 100mila abitanti osservati in Italia (Tabella 1). Per l'ictus emorragico l'incidenza toscana è pari a 103 ricoveri per 100mila uomini (2^a regione in Italia) e 75,1 per 100mila donne (1^a regione in Italia), valori decisamente superiori a quelli nazionali, pari a 82,6 ricoveri per 100mila uomini e 51,6 per 100mila donne. Infine, per l'ictus ischemico i valori sono pari a 241,3 ricoveri per 100mila uomini in Toscana (14^a regione in Italia) e 210,4 per 100mila donne (13^a regione in Italia). L'incidenza è leggermente inferiore alla media nazionale, pari a 242,4 per 100mila, tra gli uomini, e superiore tra le donne, considerato che l'incidenza in Italia è pari a 199,2 ricoveri per 100mila donne. Rispetto alle altre regioni quindi la Toscana si trova in una posizione media o medio bassa nella graduatoria dell'incidenza dei ricoveri, ad eccezione dell'ictus emorragico, per il quale i livelli di ospedalizzazione toscani sono i più alti in Italia.

Tabella 1. Ospedalizzazione per infarto e ictus (regime ordinario), per genere - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 25+ anni - Regioni e Italia, anno 2022 - Fonte: Osserva salute su dati ISTAT

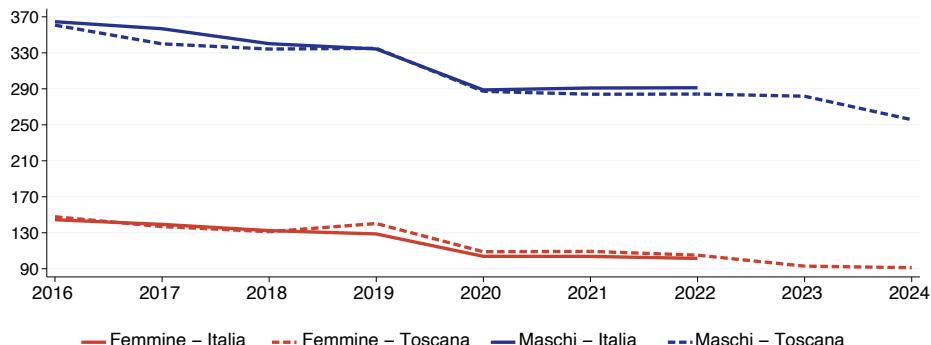
Regione	Maschi			Femmine		
	infarto	ictus		infarto	ictus	
		emorragico	ischemico		emorragico	ischemico
Piemonte	295,2	94,2	218,0	106,6	56,5	173,6
Valle d'Aosta	292,4	71,8	393,4	122,1	42,2	389,3
Lombardia	291,5	68,3	199,7	99,8	44,8	163,2
Trento	262,2	69,8	274,2	108,5	50,0	226,7
Bolzano-Bozen	295,5	91,4	293,4	101,3	72,9	224,9
Veneto	235,2	76,4	220,7	78,1	51,2	179,1
Friuli-Venezia Giulia	306,0	99,5	215,9	123,3	67,4	179,1
Liguria	284,6	95,3	258,6	107,0	53,7	212,0
Emilia-Romagna	303,2	97,2	256,6	114,3	64,5	215,8
Toscana	284,2	103,0	241,3	105,1	75,1	210,4
Umbria	304,9	92,2	296,4	97,2	63,6	237,7
Marche	278,7	102,5	239,5	104,9	65,0	188,2
Lazio	245,6	90,2	236,9	81,2	53,0	197,2
Abruzzo	305,4	91,5	277,9	110,8	55,7	258,7
Molise	233,4	118,7	261,1	73,1	48,1	219,2
Campania	327,9	75,8	305,8	113,7	40,8	251,0
Puglia	301,7	65,1	235,8	104,4	35,2	187,3
Basilicata	229,8	84,4	276,4	76,3	49,9	219,9
Calabria	323,7	80,7	247,0	109,1	46,6	212,7
Sicilia	351,4	70,2	279,0	109,1	38,1	224,0
Sardegna	256,8	65,9	224,9	87,8	50,7	175,5
Italia	291,2	82,6	242,4	101,5	51,6	199,2

Mantenere la stratificazione per genere, per queste patologie, è evidentemente necessario per misurare le ampie differenze che si osservano nell'incidenza. I tassi maschili e femminili sono molto diversi per l'infarto, con gli uomini che hanno un rischio quasi 3 volte superiore a quello delle donne, mentre sono meno marcate le differenze nell'incidenza dei ricoveri per ictus. Molte abitudini e stili di vita incidono sul rischio di andare incontro a questi eventi: dieta ricca di sale, grassi e zuccheri, consumo di alcol, fumo di sigarette, scarsa attività fisica. Si tratta di fattori di rischio noti per la salute di cuore e arterie e più frequenti tra gli uomini, rispetto alle donne, anche se nelle ultime decadi stiamo osservando un'inversione di tendenza, per il peggioramento di alcune abitudini tra le donne. Anche il rapporto tra l'incidenza delle tre patologie è diverso nei due generi. Tra gli uomini i ricoveri per infarto sono quelli più frequenti, mentre tra le donne l'incidenza degli ictus ischemici è il doppio di quella dell'infarto. La maggior longevità delle donne, dovuta anche al minor rischio di eventi acuti fatali, potrebbe spiegare questa differenza, visto che gli eventi cerebrovascolari si manifestano più frequentemente in età avanzata.

Eventi acuti cardiovascolari

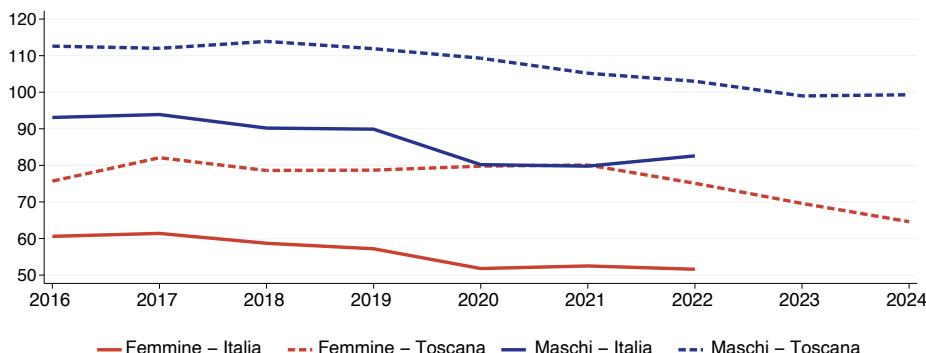
Osservando il trend riportato da Osserva salute per le tre cause, notiamo che, con l'inizio della pandemia e la conseguente diminuzione generale dell'attività ospedaliera, anche questi eventi hanno subito un netto calo nei ricoveri, minore se consideriamo l'ictus emorragico, rispetto alle altre due cause (Figure 1-3). Non è escluso che parte dei ricoveri mancati possa essere stata condizionata dalla gravità dei sintomi con cui si presentano solitamente questi eventi acuti. Mentre la sintomatologia dell'ictus emorragico è evidente, infatti, a parità di incidenza reale rispetto agli anni precedenti, possiamo ipotizzare un fenomeno di sotto-diagnosi di eventi dai sintomi meno evidenti, come talvolta possono essere alcuni tipi di infarto o di ischemia (tra le quali ad esempio Osserva salute considera anche gli attacchi ischemici transitori), considerati i timori della popolazione per il rischio di contagio, le difficoltà di accesso e la riduzione generale dell'attività clinica presso le strutture sanitaria ospedaliere e territoriali. I livelli di ospedalizzazione negli anni 2021 e 2022 in Italia si sono mantenuti su quelli del 2020, mentre i ricoveri per ictus in Toscana hanno continuato a diminuire anche nel secondo e terzo anno di pandemia, specialmente per gli ischemici. Nel 2023 e 2024 i tassi di incidenza toscani hanno proseguito il trend in diminuzione, rimanendo ben al di sotto dei valori osservati nel 2019, prima della pandemia. Quando scriviamo questo documento non sono ancora disponibili i dati dei ricoverati toscani fuori dalla nostra regione, che comunque per questi eventi mediamente rappresentano meno del 2,5% del totale dei ricoveri. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per infarto è sceso a 256 ricoveri per 100mila uomini nel 2024 (dai 335 per 100mila nel 2019, -24%) e 91 per 100mila donne (dai 140 per 100mila nel 2019, -35%), per ictus emorragico a 99 ricoveri per 100mila uomini (dai 112 per 100mila nel 2019, -11%) e 65 per 100mila donne (dai 79 per 100mila nel 2019, -18%), per ictus ischemico a 222 ricoveri per 100mila uomini (dai 305 per 100mila nel 2019, -27%) e 196 per 100mila donne (dai 262 per 100mila nel 2019, -25%). In numeri assoluti si tratta di 5.773 ricoveri per infarto (erano 7.710 nel 2019), 2.840 per ictus emorragico (3.178 nel 2019) e 7.443 per ictus ischemico (9.716 nel 2019).

Figura 1. Ospedalizzazione per infarto (regime ordinario), per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 25+ anni – Toscana e Italia, periodo 2016-2024* – Fonte: Osserva salute su dati ISTAT e elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



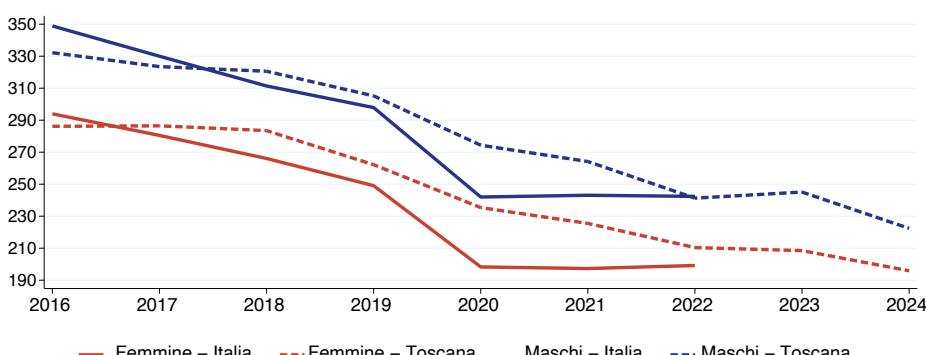
*anni 2023 e 2024 stimati solo per la Toscana sui dati regionali

Figura 2. Ospedalizzazione per ictus emorragico (regime ordinario), per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 25+ anni – Toscana e Italia, periodo 2016-2024* – Fonte: Osserva salute su dati ISTAT e elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



*anni 2023 e 2024 stimati solo per la Toscana sui dati regionali

Figura 3. Ospedalizzazione per ictus ischemico (regime ordinario), per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 25+ anni – Toscana e Italia, periodo 2016-2024* – Fonte: Osserva salute su dati ISTAT e elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



*anni 2023 e 2024 stimati solo per la Toscana sui dati regionali

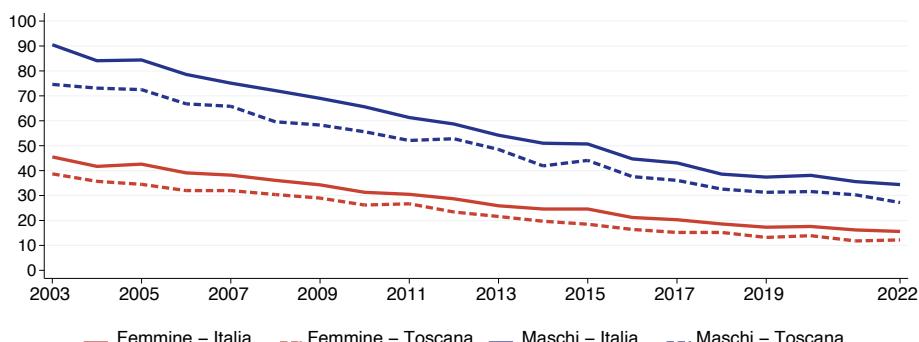
L'accelerazione portata dalla pandemia si inserisce comunque in una tendenza di diminuzione che prosegue da alcuni decenni e contribuisce in maniera sostanziale alla generale diminuzione dell'ospedalizzazione osservata. A questi risultati hanno contribuito le attività di prevenzione primaria, per la diminuzione della diffusione dei principali fattori di rischio citati precedentemente, e secondaria, con piani terapeutici secondo linee guida per la corretta prescrizione dei farmaci cardiovascolari e il monitoraggio dei valori ematici e pressori, efficaci nel ridurre nuovi eventi a seguito del primo.

Questi benefici si riflettono ovviamente anche sui rischi di morte e sostengono la riduzione generale nel lungo periodo, considerato che nel loro complesso le malattie afferenti al grande

gruppo del sistema circolatorio causano il 31% dei decessi in Italia (il 29% in Toscana) e che infarti e ictus costituiscono quasi la metà di questi casi (fonte: ISTAT 2022).

Nel 2022, ultimo aggiornamento pubblicato da ISTAT, la mortalità per infarto prosegue il trend in diminuzione: il tasso di mortalità standardizzato per età in Toscana ha raggiunto i 27,2 decessi per 100mila uomini e 12,2 per 100mila donne (Figura 4). Si tratta di 1.014 decessi totali, 594 uomini e 420 donne. La Toscana conferma tassi lievemente inferiori alla media italiana, sia per gli uomini (34,4 per 100mila) sia per le donne (15,6 per 100mila) ed è la 1° regione tra gli uomini e la 3° tra le donne (dopo Marche e Abruzzo) tra quelle a minor mortalità in Italia. Solo il primo anno di pandemia ha interrotto il trend in diminuzione negli anni recenti, dal 2019 al 2020, infatti, il tasso di mortalità era passato da 31,3 a 31,6 decessi per 100mila uomini in Toscana (da 37,4 a 38,1 in Italia) e da 13,2 a 13,9 decessi per 100mila donne (da 17,3 a 17,6 in Italia). Già a partire dal 2021 i valori si erano riportati su livelli inferiori a quelli del 2019, confermati poi ulteriormente nel 2022.

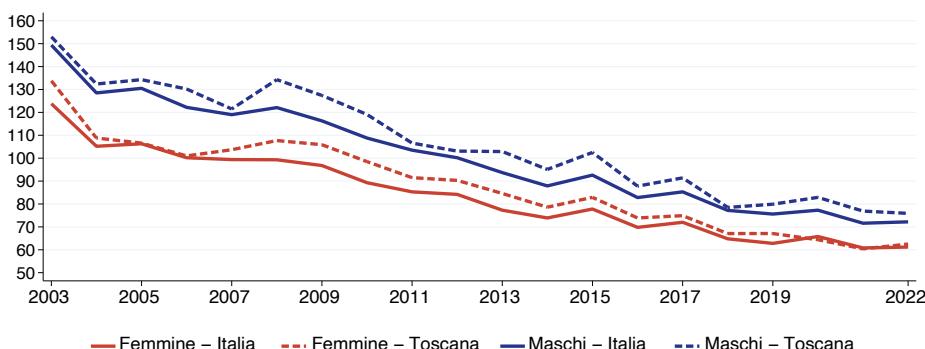
Figura 4. Mortalità per infarto del miocardio, per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2022 – Fonte: ISTAT



Più stabile, invece, nell'ultimo biennio osservato, il trend della mortalità per malattie cerebrovascolari (che oltre all'ictus comprendono le occlusioni e stenosi delle arterie pre-cerebrali e i postumi delle malattie cerebrovascolari). Nel 2022 sono stati 4.105 decessi totali in Toscana, 1.679 uomini e 2.426 donne. Il tasso di mortalità standardizzato per età è pari a 75,9 decessi per 100mila uomini e 62,5 per 100mila donne nella nostra regione (rispettivamente 72,2 e 61,2 per 100mila in Italia) (Figura 5). Entrambi i valori toscani sono superiori a quelli medi italiani, coerentemente con quanto osservato nei livelli di ospedalizzazione. Nella graduatoria per livello di mortalità, rispetto alle altre regioni, la nostra migliora il proprio posizionamento tra gli uomini, scendendo al 10° posto tra quelle con mortalità più elevata (era 6° nel 2019), mentre peggiora il posizionamento tra le donne, dall'8° posto ricoperto nel 2019 al 6° nel 2022, tra quelle più colpite da questi decessi. L'aumento della mortalità nel 2020 ha riguardato solo la popolazione maschile, passata da 79,9 a 82,9 decessi per 100mila abitanti dal 2019 al 2020 in Toscana (da 75,6 a 77,3 per 100mila in Italia), mentre tra le donne era comunque diminuita da 67,1 a 64,4 decessi per 100mila abitanti (da 64,8 a 62,8 per 100mila).

in Italia). Anche per queste patologie, in ogni caso, già a partire dal 2021 i livelli di mortalità si erano riportati su valori inferiori al 2019, anche se va segnalato nel 2022 un aumento, in Toscana come in Italia, della mortalità femminile: da 60,4 a 62,2 per 100mila in Toscana dal 2021 al 2022 (da 60,8 a 61,2 per 100mila in Italia).

Figura 5. Mortalità per malattie cerebrovascolari, per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2003-2022 – Fonte: ISTAT



Si conferma quindi, come osservato nelle scorse edizioni, un maggior rischio di eventi cerebrovascolari (in particolare di tipo emorragico) in Toscana, rispetto all'Italia, che colloca la nostra regione tra quelle con i valori di mortalità più elevati, in particolare se osserviamo la popolazione femminile. Decisamente migliore invece la situazione per quanto riguarda l'incidenza degli infarti del miocardio, con valori di ospedalizzazione simili a quelli medi nazionali, ma una mortalità inferiore, che vede la nostra regione nelle posizioni di vertice tra quelle con valori più bassi in Italia, segno della tempestività, di fondamentale importanza nell'intervento a seguito di questi eventi, e dell'efficacia dei trattamenti e delle cure.

Malattie croniche

Le malattie croniche, o non trasmissibili, sono patologie che durano a lungo (fino al decesso) e sono il risultato di una combinazione di fattori genetici, fisiologici, ambientali e comportamentali. Le principali sono quelle cardiovascolari (insufficienza cardiaca, cardiopatie e ictus, con almeno 19 milioni di morti nel mondo nel 2021), le malattie respiratorie croniche (come la broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO e l'asma, cause di 4 milioni di decessi), il diabete (oltre 2 milioni) e i tumori (10 milioni di decessi nel 2021), ai quali però abbiamo dedicato un capitolo a parte in questo volume e non li tratteremo in questa sede. Quasi il 75% dei decessi globali per malattie croniche (32 milioni) si verifica nei Paesi a basso e medio reddito, ma il miglioramento delle cure e dell'aspettativa di vita alla diagnosi, le rende un problema di sanità pubblica rilevante nei Paesi occidentali e a sviluppo avanzato, per l'aumento delle persone che convivono con una patologia. Queste condizioni sono spesso associate alle fasce d'età più anziane, ma l'esposizione ai principali fattori di rischio comincia in realtà già nell'infanzia, o addirittura durante la gravidanza, considerato che i principali fattori di rischio possono essere ambientali (inquinamento dell'aria, delle acque o del suolo, esposizioni lavorative), comportamentali (consumo di tabacco, diete ricche di sale, zuccheri e grassi e povere di verdura e frutta, consumo eccessivo di alcol, scarsa attività fisica) o metabolici (pressione arteriosa elevata, sovrappeso/obesità, alti livelli di glucosio nel sangue, alterazione dei lipidi nel sangue) (fonte: Organizzazione mondiale della sanità – OMS). Tra i Paesi dell'Unione europea si stima che nel 2019 (ultimo dato disponibile) il 10,1% della popolazione conviva con asma o BPCO (10% in Italia), il 22,5% con ipertensione (21,3% in Italia), il 7,6% con diabete (6,8% in Italia) (fonte: EU-SILC – Statistics on Income and Living Conditions, 2024).

Le stime appena citate, oltre ad essere aggiornate ormai ad oltre 5 anni fa, derivano da indagini campionarie che chiedono alla persona intervistata se soffre o meno di alcune patologie da almeno sei mesi, senza considerare peraltro l'intero spettro delle patologie croniche. Il limite principale quando si tenta di stimare il numero di persone con una malattia cronica o più è quello delle fonti e dei criteri di misurazione. Non esistono, infatti, registri di patologia regionali o nazionali e anche le sorveglianze ISTAT (Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana) o dell'Istituto superiore di sanità – ISS (PASSI e PASSI d'Argento) raccolgono un'informazione autoriferita su patologie diverse. Con le banche dati regionali è possibile stimare il numero di malati per patologia, cercando diagnosi e terapie farmacologiche specifiche, ma l'osservazione è limitata alla nostra regione (manca quindi un confronto esterno) e gli assistiti intercettati sono ovviamente quelli noti al Servizio sanitario regionale. Per contestualizzare lo scenario toscano nel panorama italiano, attingiamo alle sorveglianze ISTAT e ISS (anno 2023). In Toscana vivono poco più di un milione e 400mila persone con almeno una malattia cronica, pari al 39,4% della popolazione, circa un punto percentuale in meno della media italiana (40,5%). Le patologie più frequenti in Toscana, tra quelle censite, sono l'ipertensione arteriosa e l'artrosi (o artrite). Circa la metà delle persone con almeno

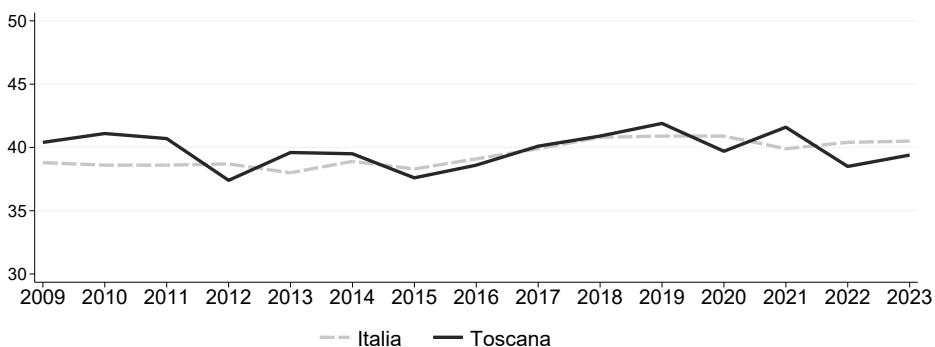
una patologia cronica (18,2% nella popolazione generale) si trova in una condizione di multimorbilità, soffre cioè contemporaneamente di due o più malattie. Per tutte le malattie (ipertensione, artrosi, artrite, malattie allergiche, osteoporosi, diabete, BPCO, malattie del cuore, disturbi nervosi, ulcere duodenali) la prevalenza toscana, una volta corretta per l'effetto dell'età, è inferiore a quella italiana.

Tabella 1. Malattie croniche – Numero (in migliaia) e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2023 – Fonte: ISTAT

Persone con malattie croniche	Toscana		Italia	
	N. malati (in migliaia)	% standardizzata	% standardizzata	% standardizzata
Totale	1.429	39,4	40,5	
di cui con una malattia soltanto	767	21,2	19,7	
di cui con due o più malattie	662	18,2	20,8	

La Toscana si trova in 6^a posizione tra le regioni con la prevalenza più bassa, dopo Trentino-Alto Adige (33,3%), Campania (37,4%), Veneto (38,9%), Abruzzo (39%) e Calabria (39,1%). Le regioni con la prevalenza più alta sono invece il Molise (45,9%), l’Umbria (44,8%) e la Sardegna (44,5%). Rispetto al 2019 la nostra regione guadagna alcune posizioni nella graduatoria, si trovava infatti all’11° posto tra le regioni con i valori più bassi, con il 41,9% dei residenti. La prevalenza negli ultimi 12 anni è abbastanza stabile, dal 40,4% del 2009 al 39,4% attuale (Figura 1).

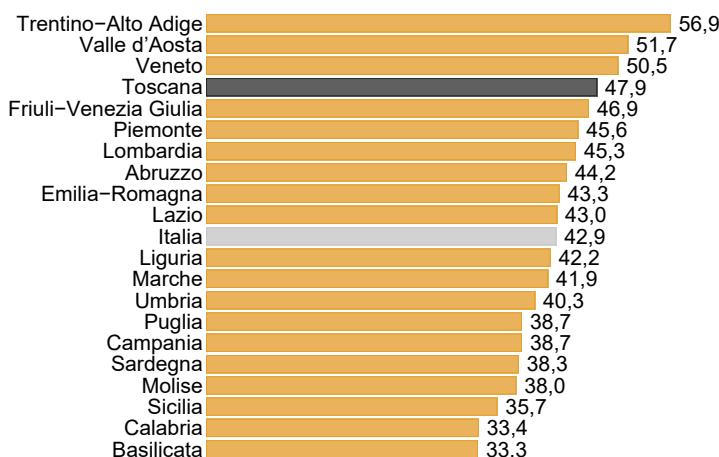
Figura 1. Malati cronici – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2009-2023– Fonte: ISTAT



Come detto, la cronicità è associata all’età anagrafica. La prevalenza stimata dalle sorveglianze PASSI (18-69 anni d’età) e PASSI d’Argento (65+ anni d’età), infatti, è pari al 16% nella popolazione adulta toscana (18,2% in Italia) e al 47,5% tra gli anziani (59% in Italia) (fonte: ISS 2022/2023). L’invecchiamento della popolazione, sostenuto in parte proprio dell’efficacia

della presa in carico e della gestione di queste patologie, ha portato le persone che convivono con una o più malattie croniche a rappresentare ormai stabilmente più di 1 toscano su 3 e circa la metà degli ultra64enni. Per far sì che la vita vissuta da queste persone sia di qualità, e il più possibile in buona salute, il Servizio sanitario, soprattutto territoriale e della medicina generale, deve gestire l'aumento della pressione per il monitoraggio e il controllo delle malattie (vedremo meglio questi aspetti nel capitolo dedicato alle cure primarie della cronicità). I malati che si considerano comunque in buona salute, quindi giudicano positivamente la loro convivenza con la patologia, rappresentano il 47,9% dei malati cronici toscani (42,9% in Italia), in aumento rispetto al 46,8% del 2022 e al 44,4% del 2019. La Toscana è la 4^a regione in Italia per questo indicatore, dopo Trentino-Alto Adige (56,9%), Valle d'Aosta (51,7%) e Veneto (50,5%).

Figura 2. Malati cronici in buona salute – Persone che si dichiarano comunque in buona salute nonostante la malattia per 100 malati cronici – Regioni e Italia, anno 2023 – Fonte: ISTAT



Elaboriamo infine i dati regionali dei flussi sanitari per approfondire le singole malattie croniche, valutarne i volumi e le eventuali differenze di genere. I malati cronici totali (noti al Servizio sanitario regionale), considerando tutte le patologie riportate in Tabella 2, sono poco meno di 1 milione e 300mila persone, pari al 30,6% della popolazione. Più della metà di questi ha in realtà almeno due patologie: 655mila persone, pari al 15,5% dei residenti in Toscana. La patologia più diffusa, l'ipertensione, riguarda circa 1 milione di toscani, pari al 24,3% della popolazione. La seconda, in ordine di diffusione, è la dislipidemia (14,5%), seguita dal diabete (6%) e dalla cardiopatia ischemica (3,5%) (Tabella 2). Molte patologie tendono a rimanere abbastanza stabili negli ultimi 5 anni per quanto riguarda la prevalenza standardizzata per età (persone che ne soffrono rispetto alla popolazione residente), anche se aumentano in numero assoluto. Questo si verifica perché l'età è fortemente associata a queste

patologie e, di conseguenza, i malati cronici aumentano di pari passo con la popolazione anziana. La prevalenza quindi, una volta eliminato l'effetto dell'età, tende a rimanere stabile nel tempo.

Tabella 2. Malattie croniche - Numero (in migliaia) e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti - Toscana, anni 2019 e 2024 - Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali

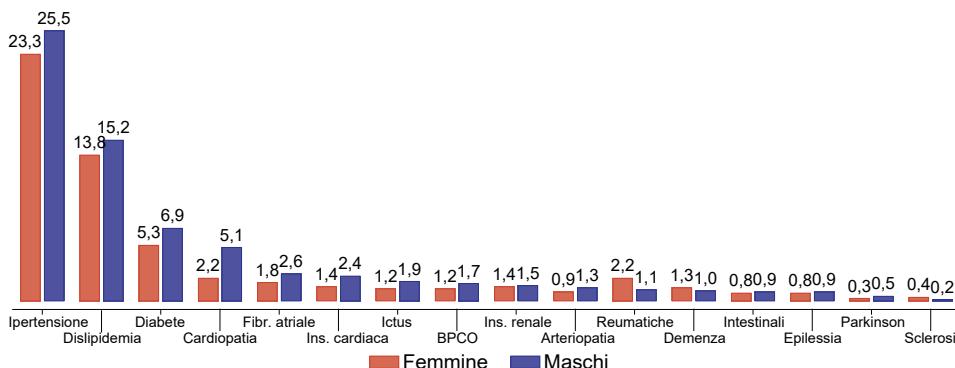
Patologia	2019		2024	
	N. malati (in migliaia)	x100 ab.	N. malati (in migliaia)	x100 ab.
Ipertensione	982	24,1	1.016	24,3
Dislipidemia	491	12	610	14,5
Diabete	233	5,7	250	6
Cardiopatia ischemica	161	3,9	149	3,5
Fibrillazione atriale	66	1,6	92	2,1
Insufficienza cardiaca	79	1,9	81	1,9
Malattie reumatiche	61	1,6	67	1,7
Pregresso ictus	71	1,7	65	1,5
Insufficienza renale	n.c.	n.c.	62	1,4
BPCO	59	1,4	60	1,4
Demenza	44	1,1	52	1,2
Arteriopatia periferica	42	1	46	1,1
Epilessia	33	0,9	33	0,9
Malattie infiammatorie intestinali	28	0,8	33	0,9
Parkinson	17	0,4	16	0,4
Sclerosi multipla	8	0,2	10	0,3
Almeno 1 patologia	1.194	29,7	1.259	30,6
Almeno 2 patologie	589	14,3	655	15,5

Le patologie che, rispetto al 2019, hanno visto diminuire la prevalenza in modo significativo sono la cardiopatia ischemica e il pregresso ictus. In generale, la prevalenza di una patologia è conseguenza di due componenti: nuove diagnosi e sopravvivenza alla diagnosi. I primi due anni di pandemia da COVID-19 sono stati caratterizzati da un possibile ritardo nelle nuove diagnosi, per la riduzione generale dell'attività territoriale e ospedaliera (la natura del dato risente di questo calo perché utilizza i dati degli accessi alle prestazioni sanitarie), e da un aumento della mortalità tra i malati cronici, pazienti fragili ed esposti alle conseguenze più severe del contagio da SARS-CoV-2. Nel 2020, ad esempio, sono deceduti 173 pazienti con demenza ogni 1.000, 129 ogni 1.000 con insufficienza renale, 111 ogni 1.000 con insufficienza

cardiaca, 83 ogni 1.000 con pregresso ictus, rispetto ai 13 ogni 1.000 nella popolazione totale, per poi ritornare, negli anni successivi, sui valori attesi: 156 ogni 1.000 pazienti con demenza, 119 ogni 1.000 con insufficienza renale, 105 ogni 1.000 con insufficienza cardiaca, 75 ogni 1.000 con pregresso ictus, 12 per 1.000 nella popolazione totale (fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali). La combinazione di questi due fattori può aver contribuito al contenimento dell'aumento del numero di malati cronici, atteso in termini assoluti o, in alcuni casi, alla sua diminuzione.

Tra i due generi, gli uomini sono mediamente più colpiti da tutte le malattie considerate, in particolare da quelle cardiocircolatorie, come cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, insufficienza cardiaca, ma anche da ipertensione, dislipidemia e diabete (Figura 3). Fanno eccezione le malattie reumatiche e la demenza, malattie che tendono a presentarsi in età più avanzata, perché, come riportato nel capitolo sulla speranza di vita, gli uomini hanno un'attesa di vita media inferiore a quella femminile. Gli uomini con almeno una patologia, tra quelle considerate, sono il 31,3%, rispetto al 30% tra le donne. Il 16,6% degli uomini soffre invece contestualmente di due o più patologie, rispetto al 14,4% delle donne.

Figura 3. Malattie croniche, per genere – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana, anno 2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali



Le malattie croniche rappresentano una delle principali sfide di salute pubblica, con un impatto crescente sia sulla qualità di vita delle persone che sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. I dati analizzati mostrano come la cronicità coinvolga ormai una quota significativa della popolazione toscana, con una diffusione che aumenta con l'età, ma che trova le sue origini già nelle prime fasi della vita, attraverso l'esposizione a fattori di rischio modificabili di cui abbiamo parlato nell'introduzione. Pertanto, considerato che, come descritto nel capitolo sugli scenari demografici, la popolazione è destinata ad invecchiare ulteriormente nelle prossime decadi, è prioritario puntare sulla prevenzione primaria per limitare l'incidenza di nuove diagnosi, migliorando così le condizioni di salute delle persone e limitando il più possibile il peso, in termini di bisogno di cure e monitoraggio, sui servizi sanitari. L'OMS

sottolinea la necessità di un approccio globale che coinvolga tutti i settori (sanità, finanza, trasporti, istruzione, agricoltura) e ha fissato nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo sostenibile l'obiettivo di ridurre di un terzo la mortalità prematura per malattie non trasmissibili tramite prevenzione e trattamento.

Disabilità

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

La definizione di disabilità non è universale. Ad oggi, qualsiasi tentativo di quantificazione del fenomeno deve necessariamente passare attraverso l'integrazione di più fonti. In questo senso si procederà partendo dalla stima di persone con disabilità in Toscana (sulla base delle stime ISTAT ed EUROSTAT), per poi raffrontare questa misura con i dati elaborati da INPS sulle prestazioni agli invalidi civili.

Dai dati ISTAT è possibile oggi desumere una stima annuale delle persone con limitazioni funzionali gravi in Toscana e in Italia, nonché i relativi tassi di disabilità per classe d'età. In tabella 1 sono riportate le stime dal 2015 al 2023. È utile precisare che sono considerate in condizioni di disabilità le persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni gravi, a causa di motivi di salute perduranti da almeno 6 mesi, nelle attività svolte abitualmente. Si osserva che tale universo ha registrato una crescita nel periodo 2015-2021 (attestandosi in Toscana lievemente al di sotto delle 200mila unità), mentre nell'ultima rilevazione ha segnato un significativo calo. Applicando i tassi di limitazione funzionale grave per classe d'età per il 2023 alla popolazione toscana, si ottiene una stima di 158mila individui (circa il 4,3% della popolazione) residenti a domicilio. Una analoga stima per il contesto nazionale quantifica tali soggetti pari a circa 3 milioni (circa il 5% della popolazione).

Tabella 1. Persone con limitazioni funzionali gravi di 6+ anni – Numero (stima in migliaia) e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2015-2023

Fonte: ISTAT

Anno	Persone con limitazioni funzionali (in migliaia)		Persone con limitazioni funzionali (per 100 abitanti)	
	Toscana	Toscana	Toscana	Italia
2015	189		5,0	5,1
2017	191		5,1	5,2
2019	196		5,3	5,2
2021	195		5,3	5,0
2023	158		4,3	5,0

Con riferimento alla medesima fonte e all'anno 2023, è possibile fornire alcune informazioni ulteriori di tale popolazione. Innanzitutto, è necessario evidenziare una netta prevalenza femminile e un'età piuttosto avanzata, dato che nella nostra regione circa il 63% di essi sono over 65 e la metà con 75 anni e più (Tabella 2).

Tabella 2. Persone con limitazioni funzionali gravi di 6+ anni, per classe d'età – Numero (stima in migliaia) e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2023 – Fonte: ISTAT

Classe di età	Persone con limitazioni funzionali (in migliaia)		Persone con limitazioni funzionali (per 100 abitanti)	
	Toscana	Italia	Toscana	Italia
0-44 anni	23	362	1,5	1,4
45-64 anni	35	706	3,1	3,9
65-74 anni	21	476	4,7	6,9
75 anni e più	79	1.360	16,1	19,2
Totale	158	2.904	4,3	5,0

Ribadiamo che si tratta di soggetti che hanno auto-dichiarato la loro condizione di difficoltà rispetto allo svolgimento di alcune attività o nella partecipazione sociale, non necessariamente certificati ai sensi delle leggi n. 104/92 o n. 118/71.

Oltre alle stime campionarie, alcune importanti informazioni sulla disabilità possono essere acquisite da fonti amministrative, tra le quali la più adeguata e attendibile è quella delle indennità di accompagnamento INPS per gli invalidi civili totali e parziali (ex l. 118/71). Al 31 dicembre 2024 sono erogate in Toscana quasi 119mila indennità di accompagnamento a invalidi totali e parziali, di cui circa 100mila a invalidi totali. Tra queste ultime, il 79,8% (79.268 persone) sono destinate ad anziani e il 20,2% a 0-64enni (20.025). Trattandosi di invalidi totali, dunque di una accezione di disabilità teoricamente più ristretta di quella adottata da ISTAT, possiamo assumere questa come una buona misura di approssimazione, almeno per quelle gravi (Tabella 3).

Tabella 3. Beneficiari di indennità di accompagnamento INPS, per categoria di beneficiari e classe d'età – Valori assoluti e distribuzione percentuale – Toscana, anno 2024 – Fonte: INPS

Beneficiari indennità	0-64 anni		65+ anni		Totale	
	n	%	n	%	n	%
Ciechi civili	1.406	20,9	5.311	79,1	6.717	100,0
Sordomuti	1.581	71,0	645	29,0	2.226	100,0
Invalidi totali	20.025	20,2	79.268	79,8	99.293	100,0
Invalidi parziali	10.486	98,7	134	1,3	10.622	100,0
Totale	33.498	28,2	85.358	71,8	118.858	100,0

Disabilità

Analizzando la serie storica delle indennità di accompagnamento INPS per gli invalidi civili totali e parziali in toscana dal 2020 al 2024, si nota un trend di crescita costante, alimentato soprattutto dagli invalidi totali e parziali.

**Tabella 4. Beneficiari di indennità di accompagnamento INPS, per categoria di beneficiari
Valori assoluti - Toscana, periodo 2020-2024 – Fonte: INPS**

Beneficiari indennità	2020	2021	2022	2023	2024
Ciechi civili	7.103	6.878	6.710	6.668	6.717
Sordomuti	2.272	2.267	2.271	2.257	2.226
Invalidi totali	96.857	95.558	96.086	97.133	99.293
Invalidi parziali	8.314	8.701	8.980	10.189	10.622
Totale	114.546	113.404	114.047	116.247	118.858

Tabella 5. Accertamenti di invalidità l. n. 104/92, per classe d'età e accertamenti in gravità Persone accertate in numero assoluto e distribuzione percentuale, percentuale di accertate in gravità sul totale – Toscana, periodo 2015-2024 – Fonte: INPS

Anno	Persone accertate per classe d'età in anni						di cui accertate in gravità	
	0-3	4-18	19-25	26-39	40-64	Totale	n	%
2015	562 (5,9)	1.828 (19,1)	262 (2,7)	918 (9,6)	5.980 (62,6)	9.550 (100,0)	3.393	35,5
2016	617 (6,5)	1.917 (20,1)	246 (2,6)	822 (8,6)	5.932 (62,2)	9.534 (100,0)	3.518	36,9
2017	658 (6,4)	2.070 (20,3)	228 (2,2)	879 (8,6)	6.379 (62,5)	10.214 (100,0)	3.708	36,3
2018	720 (7,0)	2.257 (21,8)	242 (2,3)	826 (8,0)	6.309 (60,9)	10.354 (100,0)	3.836	37,0
2019	600 (5,9)	2.265 (22,2)	237 (2,3)	819 (8,0)	6.292 (61,6)	10.213 (100,0)	3.972	38,9
2020	448 (5,4)	1.837 (22,1)	230 (2,8)	638 (7,7)	5.141 (62,0)	8.294 (100,0)	3.262	39,3
2021	659 (6,5)	2.426 (23,8)	271 (2,7)	754 (7,4)	6.063 (59,6)	10.173 (100,0)	3.844	37,8
2022	708 (6,6)	2.531 (23,6)	299 (2,8)	780 (7,3)	6.393 (59,7)	10.711 (100,0)	4.251	39,7
2023	684 (6,0)	2.500 (21,9)	338 (3,0)	831 (7,3)	7.079 (61,9)	11.432 (100,0)	4.640	40,6
2024	633 (4,1)	3.060 (19,9)	447 (2,9)	1.139 (7,4)	10.084 (65,6)	15.363 (100,0)	5.836	38,0

Per fornire anche un quadro dei flussi annuali, l'archivio INPS, relativo all'invalidità civile, riferisce dal 2015 al 2024 di circa 9/10mila accertamenti annuali (ad eccezione dell'ultimo anno che evidenzia una crescita molto marcata), per un totale di quasi 106mila soggetti 0-64 anni accertati nel decennio, oltre un terzo dei quali in situazione di gravità (40.260 complessivi). Da notare che il calo registrato nel 2020 (Tabella 4) è dovuto ad un periodo di sospensione delle visite per l'accertamento sanitario degli stati di invalidità e disabilità, determinata dalla fase emergenziale legata alla crisi epidemiologica da COVID-19.

La classe d'età maggiormente rappresentata è quella dei 40-64enni (che incide per circa il 66% nel 2024), mentre va sottolineato l'aumento della quota di minori nel tempo (dal 25% del 2015 al 30% del 2021). La tipologia di minorazione maggiormente presente è quella fisica (58%), seguita da quella psichica (21,5%) e dal pluri-handicap (19%), mentre è residuale la disabilità sensoriale (1,5%).

Infine, l'ultima rilevazione sulle persone con disabilità in carico al servizio sociale professionale svolta da Regione Toscana (Osservatorio sociale regionale) presso le Zone-distretto restituisce al 31 dicembre 2022 uno stock di 31.578 soggetti in età 0-64 anni certificati ai sensi della l. n. 104/92 o l. n. 118/71 con cartella sociale attiva (circa 11,7 per ogni 1.000 abitanti), che hanno ricevuto nell'anno almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale. La serie storica evidenzia una costante crescita delle persone assistite (al 31 dicembre 2019 il dato era pari a 30.651), verosimilmente riconducibile ad una parte dei nuovi accertamenti avvenuti negli anni ai sensi della l. n. 104/921.

Salute mentale

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) circa una persona su 8 a livello mondiale convive con un disturbo di salute mentale. La prevalenza di ogni diagnosi varia in base a sesso e classe d'età, tuttavia nella popolazione adulta i disturbi d'ansia e depressione risultano essere i più comuni. Durante la pandemia da COVID-19 molti studi di popolazione hanno descritto un aumento generale del malessere psicologico (Santamauro et al., 2021). L'ultima analisi del *Global Burden of Disease* (GBD, IHME) focalizzata sulla salute mentale nel 2021, segnalava che i disturbi depressivi sono stati la seconda causa principale di anni vissuti con disabilità (YLDs) a livello globale, con 56,3 milioni di YLDs, segnando un aumento del 36,5% rispetto al 2010. I disturbi depressivi sono risultati più comuni tra le donne nelle fasce d'età 15-19 anni e 60-64 anni.

Con l'indagine EDIT (Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana) condotta da ARS Toscana nel 2022 si è assistito ad un forte aumento dei livelli di distress, (misurato con la *Kessler Psychological Distress Scale*, K6) percepito dalla popolazione nella fascia d'età di 14-19 anni. Dal 21,5% di prevalenza rilevata nell'edizione 2018, si è arrivati a superare il 36,2% nell'ultima rilevazione. Nello specifico, oltre la metà delle femmine in quella fascia d'età soffriva di elevati livelli di distress contro il 20,8% dei maschi (la prevalenza nell'edizione 2018 era rispettivamente del 32,3% e dell'11,5%).

Un recente studio di coorte (Petrilli et al. 2025, studio Comeh), che ha visto la partecipazione di ARS con i dati regionali, l'ATS di Bergamo e l'AUSL Roma 2, ha evidenziato come la pandemia da COVID-19 abbia modificato l'accesso alla cura dei disturbi di salute mentale, in particolare mostrando una contrazione degli accessi durante il periodo pandemico (tasso grezzo: 2,6%) rispetto al pre-pandemico (tasso grezzo pari al 3,3%).

Secondo il più recente "Rapporto di salute mentale" del Ministero della salute sui dati del Sistema informativo salute mentale (SISM), in Italia nel 2023 la prevalenza degli utenti maggiorenni trattati nei Dipartimenti di salute mentale (DSM) o nelle Strutture private accreditate si attestava intorno a 169,5 persone ogni 10mila abitanti (tasso standardizzato per età).

La prevalenza degli utenti trattati non può essere considerata come stima della prevalenza di persone con disagio psichico. Una quota di queste è trattata nella medicina di base o in ambito privato ed in parte rimane fuori dal sistema sanitario. Tuttavia questi rimangono tra i dati utilizzabili per poter stimare la capacità di risposta dei servizi al bisogno.

Nella popolazione toscana, come in quella italiana, la prevalenza dei disturbi psichici trattati è monitorata anche tramite l'analisi dei dati provenienti dai DSM del territorio, raccolti nel flusso regionale della Salute mentale. La Tabella 1 mostra gli utenti con almeno 1 e con almeno 4 visite negli anni di riferimento (2019, 2020 e 2024), totali e stratificati per genere, rispetto alla popolazione residente. Si fa inoltre distinzione tra utenti prevalenti, persone che nell'anno hanno avuto almeno un accesso, e utenti incidenti, vale a dire che si sono rivolti ai Servizi di salute mentale territoriale per la prima volta in almeno tre anni.

Tabella 1. Utenti dei servizi di salute mentale territoriale, per tipologia, genere e classe d'età – Tasso per 10.000 abitanti – Toscana, anni 2019, 2020 e 2024* – Fonte: elaborazioni Regione Toscana su dati del Flusso di Salute mentale territoriale

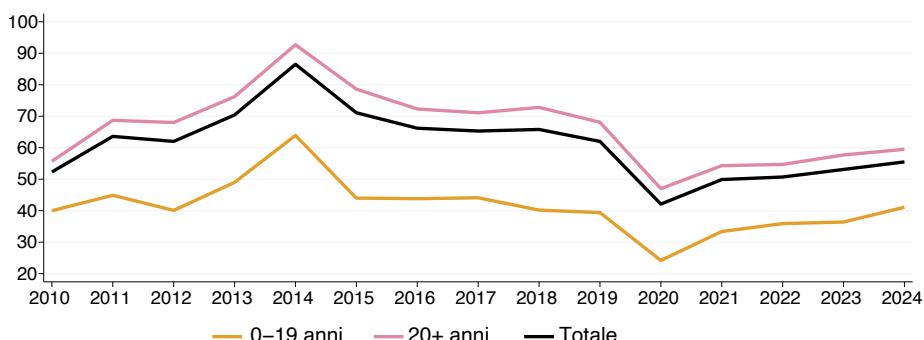
Anno	Utenti prevalenti					Utenti incidenti				
	Almeno 1 visita nell'anno					Almeno 1 visita nell'anno				
	Maschi		Femmine		Totale	Maschi		Femmine		Totale
	0-19 aa	20+ aa	0-19 aa	20+ aa		0-19 aa	20+ aa	0-19 aa	20+ aa	
2019	666,9	148,2	426,7	180,0	229,7	230,5	50,2	169,9	65,6	82,3
2020	590,3	135,8	377,1	163,0	206,1	195,3	41,1	146,2	53,9	68,4
2024	575,3	118,6	424,8	152,3	194,9	193,4	32,7	171,1	47,9	63,4
Almeno 4 visite nell'anno										
Anno	Maschi		Femmine		Totale	Maschi		Femmine		Totale
	0-19 aa	20+ aa	0-19 aa	20+ aa		0-19 aa	20+ aa	0-19 aa	20+ aa	
	501,2	105,1	314,3	125,5	165,4	145,7	22,2	108,3	30,1	43,4
2019	435,5	96,2	272,3	112,9	146,8	118,8	19,1	90,8	26,6	36,7
2024	418,1	81,5	303,8	101,2	135,2	113,8	12,7	100,9	19,8	31,0

*il dato per l'anno 2024 è provvisorio, in attesa del consolidamento del flusso informativo.

Il progressivo cambiamento del sistema di rilevazione delle attività territoriali ha portato ad un parziale assestamento dei dati, ma il dato 2024 è ancora provvisorio. La prevalenza per 10mila abitanti è passata da 229,7 nel 2019 a 194,9 per 10mila nell'ultimo anno, perché parte dei dati pur inseriti non sono ancora consolidati all'interno del flusso informativo. Parallelamente, gli utenti presi in carico passano da 165,4 a 135,2 ogni 10mila abitanti. Un'eccezione è rappresentata dai tassi di utenti tra 0-19 anni d'età e di sesso femminile, sia incidenti che prevalenti con almeno una visita, che nel 2024, dopo una flessione verificatasi nel 2020, si sono riallineati a quelli del 2019. Sono stabili anche le differenze di genere e per fasce d'età. In particolare, nella fascia d'età più giovane (0-19 anni, con il tasso di prevalenza, incidenza e presa in carico più elevati) i maschi superano le femmine, mentre questa differenza di genere si inverte nella popolazione adulta d'età pari o superiore a 20 anni.

Come notato per i Servizi di salute mentale territoriale, anche il numero di persone che si è rivolto al Pronto soccorso (PS) per causa psichiatrica (ICD9cm 290*-319*) non è tornato ai livelli pre-pandemicci (Figura 1). Dopo la contrattura verificatasi nel 2020, i dati più recenti mostrano una lieve ripresa del numero di utenti che si rivolgono al PS per cause psichiatriche (tasso standardizzato per età pari a 55,5 per 10mila abitanti), ma ancora inferiore rispetto al dato 2019 (62 per 10mila). Tuttavia, la fascia d'età più bassa (0-19 anni) mostra un ri-allineamento con il dato pre-pandemico: il tasso nel 2024 è salito a 41,1 ogni 10mila abitanti, di poco superiore rispetto a quello del 2019 (39,4 per 10mila).

Figura 1. Residenti con almeno un accesso al Pronto soccorso per causa psichiatrica (ICD-9-CM 290-319), per classe d'età – Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti – Toscana, periodo 2010-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Pronto soccorso



A scapito del fatto che il tasso per l'infanzia-adolescenza (0-19 anni d'età) sia tornato ai livelli pre-pandemici, le differenze per classe d'età permangono pressoché costanti nel tempo, con un tasso standardizzato delle persone d'età ≥ 20 anni sempre superiore di oltre 15 punti rispetto a quello dell'infanzia-adolescenza.

La Tabella 2 mostra il dettaglio per sesso ed età del tasso standardizzato di persone che si rivolgono al PS per causa psichiatrica. Il tasso femminile supera per tutto il periodo considerato e in ogni fascia d'età quello maschile. In particolare, le femmine di età ≥ 20 anni hanno il tasso di incidenza più elevato per tutti gli anni considerati (75,4 ogni 10mila abitanti nel 2019; 64,9 per 10mila nel 2024).

Tabella 2. Residenti con almeno un accesso al Pronto soccorso per causa psichiatrica (ICD-9-CM 290-319), per genere e classe d'età – Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti – Toscana, anni 2019, 2020 e 2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Pronto soccorso

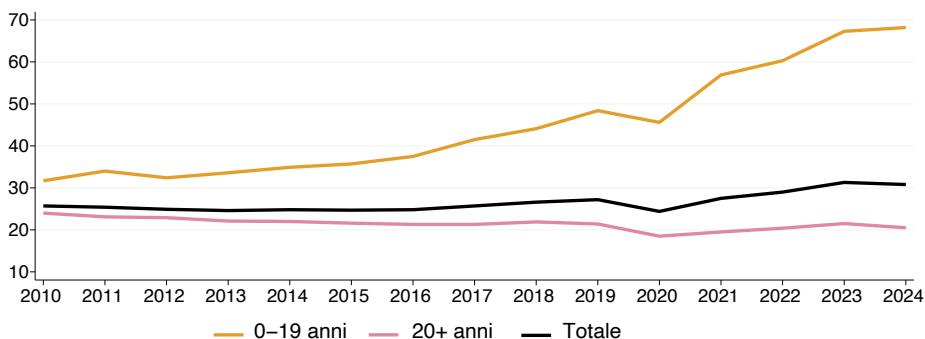
Anno	Maschi			Femmine		
	0-19 aa	20+ aa	Totale	0-19 aa	20+ aa	Totale
2019	31,3	60,8	54,5	48,2	75,4	69,6
2020	18,8	43,0	37,8	30,1	51,0	46,5
2024	33,5	54,2	49,8	49,4	64,9	61,6

Come per i servizi di salute mentale territoriale, il ricorso ospedaliero per causa psichiatrica negli anni pandemici aveva subito una contrattura, ad eccezione della fascia d'età 0-19 anni che mostrava dei trend di aumento, soprattutto in alcune patologie.

Le informazioni provenienti dal flusso delle Schede di dimissione ospedaliera (Figura 2) mostrano in Toscana un trend dei ricoverati pressoché stabile, se non in lieve diminuzione, per la fascia d'età più elevata (≥ 20 anni). In forte crescita dopo il periodo pandemico, ma

con un trend iniziato qualche anno prima, è invece il tasso di ricovero ospedaliero per causa psichiatrica tra le persone d'età 0-19 anni: il tasso di ricovero da 48,4 ogni 10mila abitanti nel 2019 è salito fino a 68,2 per 10mila. Nell'interpretare questo dato va tenuto presente che oltre il 70% dei ricoveri per causa psichiatrica che avviene in questa fascia d'età è effettuato in regime di *Day-Hospital*, che rappresenta in media sul periodo considerato il 32,9% di tutti i ricoveri psichiatrici.

Figura 2. Residenti con almeno un ricovero per causa psichiatrica (ICD-9-CM 290-319), per classe d'età - Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti - Toscana, periodo 2010-2024
- Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



In Tabella 3 è mostrato il tasso standardizzato per età per 10mila abitanti del numero di soggetti ricoverati durante le annualità 2019, 2020 e 2024, diviso per genere e classe d'età. Diversamente da quanto osservato per il ricorso al PS, sono i maschi quelli più ricoverati per cause psichiatriche. Nella fascia d'età adulta i tassi tra maschi e femmine sono sovrapponibili e stabili nel tempo; nella fascia d'età di 0-19, invece, il tasso dei maschi è quasi il doppio rispetto a quello delle femmine, ma entrambi i generi subiscono un forte aumento nell'ultimo periodo.

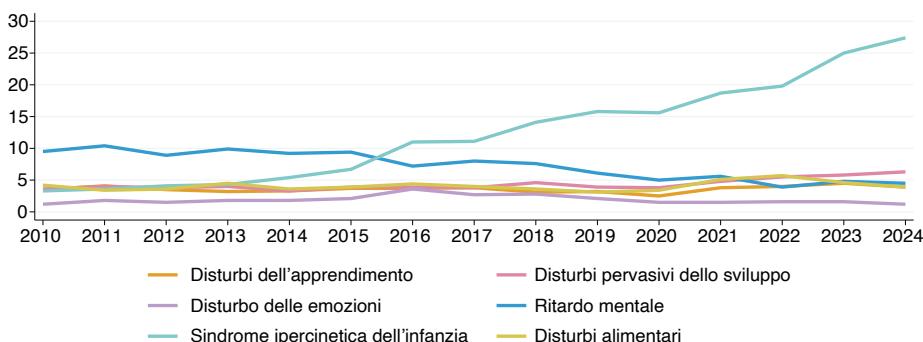
Tabella 3. Residenti con almeno un ricovero per causa psichiatrica (ICD-9-CM 290-319), per genere e classe d'età - Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti - Toscana, anni 2019, 2020 e 2024 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso Schede di dimissione ospedaliera

Anno	Maschi			Femmine		
	0-19 aa	20+ aa	Totale	0-19 aa	20+ aa	Totale
2019	62,4	21,4	30,2	33,4	21,5	24,0
2020	58,7	18,4	27,1	31,7	18,7	21,5
2024	84,6	19,7	33,7	50,9	21,4	27,7

In Figura 3 è mostrato il tasso di ricovero standardizzato per età ogni 10mila abitanti d'età 0-19 anni per tipologia di disturbo psichiatrico. Per alcuni disturbi, ritardo mentale e disturbo delle emozioni, il tasso è in diminuzione, mentre la sindrome ipercinetica dell'infanzia nel

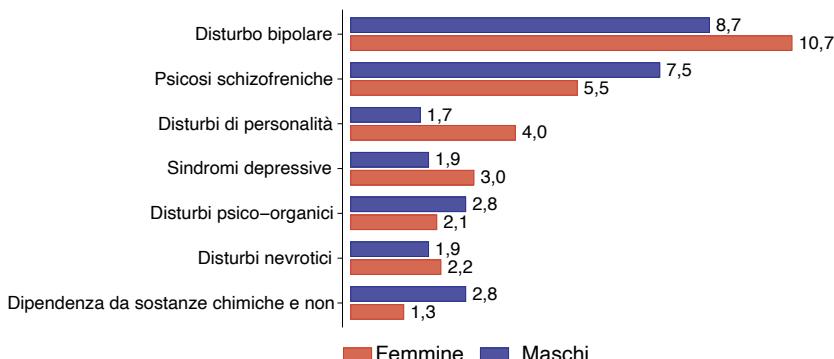
2024 ha un tasso 9 volte superiore rispetto a quello di inizio periodo (27,4 rispetto a 3,3 per 10mila). Su questo trend non sembra che la pandemia abbia avuto alcun effetto. Nel 2024, la sindrome ipercinetica dell'infanzia è il disturbo con il tasso di ricovero più elevato nella fascia d'età 0-19 anni. Per quanto riguarda i disturbi alimentari, sebbene durante la coda della pandemia si fosse assistito ad un lieve aumento, il tasso si è quasi riallineato a quello del 2019. In merito a quest'ultimo, l'indagine EDIT segnalava che il 34% dei giovani toscani nel 2022 presentava un disturbo alimentare (50,5% delle femmine e 18,6% dei maschi). Sarà interessante approfondire la prevalenza dei disturbi alimentari che emergerà dalla rilevazione EDIT 2025, in via di conclusione.

Figura 3. Ricoveri per disturbi specifici dell'infanzia, per tipologia – Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti d'età 0-19 anni – Toscana, periodo 2010-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



La Figura 4 mostra per l'anno 2024 la prevalenza delle ospedalizzazioni secondo le categorie di disturbo principali, escluse le demenze ed il ritardo mentale, negli adulti ≥ 20 anni, per genere.

Figura 4. Ricoveri per disturbi specifici dell'adulto (esclusi i ricoveri per demenza o ritardo mentale), per tipologia e genere – Tasso standardizzato per età per 10.000 abitanti d'età 20+ anni – Toscana, periodo 2010-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



La prevalenza delle ospedalizzazioni secondo classificazione dei disturbi diagnostici negli adulti non ha subito grandi variazioni rispetto all'immediato periodo pre-pandemico. Si registra solo un lieve calo tra i maschi rispetto al 2019 delle ospedalizzazioni da dipendenza da sostanze chimiche e non.

Le differenze per genere rimangono stabili, col disturbo bipolare che rappresenta, tra quelli considerati, la causa di dimissione prevalente sia negli uomini (tasso standardizzato per età pari a 8,7 per 10mila abitanti) che nelle donne, ma tra queste ultime il tasso standardizzato per età è più elevato: 10,7 per 10mila. Seconde sono le psicosi schizofreniche, per le quali però il tasso di ricovero più elevato è quello maschile.

Recentemente l'OMS ha segnalato che l'aumento di ansia e depressione legato alla pandemia da COVID-19 ha ridotto l'aspettativa di vita sana globale di circa 6 settimane. Le persone che convivono con schizofrenia (globalmente 1 persona ogni 200mila adulti) o altre psicopatologie molto gravi muoiono addirittura in media dai 10 ai 20 anni prima, spesso di malattie fisiche evitabili, rispetto alla popolazione generale. Se da un lato le donne hanno un tasso più elevato di ricoveri per sindromi depressive e disturbi di personalità (rispettivamente un tasso standardizzato per età pari a 3 e 4 ricoveri per 10mila abitanti), il tasso di ricovero maschile per dipendenza da sostanze, chimiche e non, è il doppio di quello delle femmine (2,8 rispetto a 1,3 ogni 10mila abitanti).

In ambito sanitario il fenomeno del *revolving-door* (o riammissione del paziente a 30 giorni dalla dimissione) è spesso utilizzato come indicatore della non corretta presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale (un ricovero efficace dovrebbe infatti prevenire un nuovo ricovero a breve termine). Nello specifico, nel caso di pazienti dimessi da un reparto di psichiatria, il ricovero ripetuto entro 30 giorni dalla dimissione può rappresentare non soltanto una mancata aderenza al trattamento terapeutico prescritto, ma anche una forte criticità nella presa in carico dei Servizi territoriali. Nel corso degli ultimi anni, in Toscana, i ricoveri psichiatrici ripetuti a 30 giorni dalla dimissione sono andati progressivamente riducendosi raggiungendo nel 2024 il valore più basso registrato negli ultimi 15 anni (tasso standardizzato per età pari a 91,7 ogni 1.000 abitanti). Il fenomeno del *revolving door* in reparti psichiatrici è più accentuato tra le femmine (95,7 per 10mila) rispetto ai maschi (87,3 per 10mila).

Il calo di utenti trattati registrati nei flussi sanitari correnti di Salute mentale territoriale non riflette l'andamento del consumo e degli utenti trattati con farmaci antidepressivi, pressoché stabile nel tempo. Secondo quanto pubblicato dal Ministero della salute nel "Rapporto salute mentale 2023", in Italia il dosaggio medio di antidepressivi assunto quotidianamente (DDD) tra i maggiorenni (18+ anni d'età) è pari a 44,3 DDD per 1.000 abitanti/die, in linea con il dato 2019, pari a 43,3 DDD per 1.000 abitanti/die. La Toscana, da molti anni, è la regione italiana che mostra i valori più elevati, nel 2023 il valore di DDD giornaliero è pari a 69,6 per 1.000 abitanti/die (67,7 DDD per 1.000 abitanti/die nel 2019). Le persone trattate con antidepressivi nell'anno (almeno un'erogazione di un qualsiasi farmaco antidepressivo) in Toscana sono circa 384mila (fonte: elaborazioni ARS su flussi Farmaceutica 2024), di poco superiore al dato dell'anno precedente e al 2019 (369mila persone). La prevalenza standardizzata

per età è pari all'8,4% degli abitanti, era l'8,3% nel 2019. La prevalenza femminile è doppia rispetto a quella maschile. Tra le donne, infatti, si rileva il 10,9% in terapia con antidepressivi, tra gli uomini il 5,7%. Le differenze di genere sono stabili nel tempo.

Tra le varie attività che sono state messe in campo per fronteggiare il disagio post-pandemico in questo ambito di salute si segnala che a settembre 2024 è partita in via sperimentale l'iniziativa della Regione Toscana legata all'istituzione dello psicologo di base, sancita con legge regionale 15 novembre 2022, n. 39. L'istituzione di questa figura rappresenta un passo significativo verso il potenziamento dell'assistenza territoriale nell'ambito della salute mentale e vede la Regione Toscana come una delle prime in Italia ad aver avviato la sperimentazione. Lo psicologo di base è una figura professionale introdotta per offrire un primo livello di assistenza psicologica gratuita ai cittadini, i quali vengono indirizzati al Servizio dal proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. La sperimentazione è partita in sette Case di comunità situate a Firenze (FI), Seravezza (LU), San Giovanni Valdarno (AR), Siena (SI) e Orbetello (GR). Già alla metà di dicembre 2024, 8 psicologi hanno preso in carico 159 pazienti, affrontando problematiche legate a disturbi dell'adattamento, depressione, ansia e stress. A fine febbraio 2025 il numero di utenti presi in carico dall'avvio del servizio è salito a 289, tanto che la Giunta regionale, con delibera n. 244 del 3 marzo 2025, ha deciso di estendere il servizio, in sperimentazione fino a marzo 2026, ad altre 10 Case di comunità.

In conclusione, i dati presentati offrono una lettura trasparente, anche se non totalmente rassicurante, sullo stato della salute mentale in Toscana nel contesto post-pandemico. Se da un lato si osserva un certo riassestamento nei tassi di accesso ai servizi territoriali e di ricorso ospedaliero, dall'altro emergono segnali di criticità soprattutto tra i più giovani. Il quadro che ne deriva è quello di una domanda di salute mentale crescente e mutata, che si manifesta con intensità nelle fasce giovanili, in particolare tra le ragazze. La stabilità degli indicatori di consumo farmacologico (antidepressivi), a fronte di una lieve contrazione degli accessi ai servizi specialistici, suggerisce un ricorso alla medicina generale o all'ambito privato, fenomeno che merita un monitoraggio puntuale. Le diseguaglianze di genere restano una costante nei dati osservati, con una maggiore incidenza femminile nei percorsi territoriali e negli accessi al Pronto soccorso, bilanciato dalla persistenza di un tasso di ospedalizzazione più marcato tra i maschi, soprattutto tra i minori.

L'avvio della sperimentazione dello psicologo di base rappresenta una delle risposte più significative in questo scenario, ma la sua portata andrà ampliata per tentare di compensare un bisogno latente e diffuso. Le prime evidenze raccolte nei territori in cui è stata avviata la sperimentazione confermano l'importanza di questa figura, soprattutto per intercettare il disagio lieve-moderato, prima che evolva in forme più gravi.

Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo

Sostanze illegali

Il consumo di sostanze illecite è un problema globale che tocca la vita di milioni di persone nel mondo. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la dipendenza patologica come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". La dipendenza da sostanze (tabacco, alcol, sostanze psicotrope illegali, farmaci fuori prescrizione medica) ha un importante impatto sociale e sanitario, con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale. Le conseguenze negative sulla salute possono essere dirette, e derivare dagli effetti farmacologici della sostanza e dalla via di assunzione, o indirette, come epatite B e C, AIDS, disturbi del sistema nervoso centrale (SNC), cui si aggiungono conseguenze sociali legate a comportamenti illegali, violenze e incidenti.

Tra i principali risultati emersi dal *World Drug Report 2024*, risulta che il numero di persone che fanno uso di sostanze illecite è salito a 292 milioni nel 2023, con un preoccupante +20% in 10 anni. La sostanza più usata rimane la cannabis, consumata da 228 milioni di persone, seguita da oppiacei (60 milioni), anfetamine (30 milioni), cocaina (23 milioni), ecstasy (20 milioni).

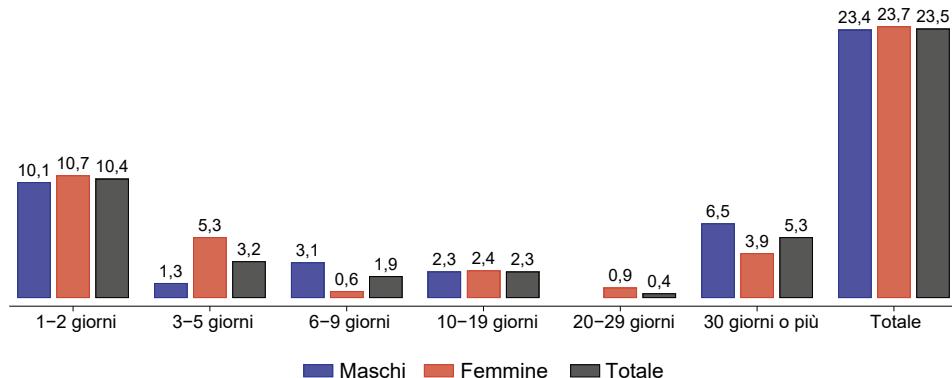
A livello nazionale, la principale fonte informativa sul tema è la Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Dall'ultima relazione (anno 2024) emerge che nel 2023 il consumo di sostanze è in aumento, sia dal lato dei consumi, sia per quanto riguarda i reati penali. In particolare, è preoccupante l'incremento nella fascia giovanile: quasi 960mila studenti, pari al 39% della popolazione studentesca, riferiscono di aver consumato una sostanza illegale almeno una volta nella vita. Sono i maschi ad avere un consumo maggiore di sostanze (30% vs 25% delle ragazze). Tra le sostanze consumate, la cannabis rimane quella più usata dai giovani. Il 28% degli studenti riferiscono di averla utilizzata almeno una volta nella vita e il 22% nell'ultimo anno. Rispetto all'anno precedente, il consumo di cannabis ha registrato una lieve contrazione. Un altro dato che colpisce molto è l'uso di nuove sostanze psicoattive riportato nella fascia d'età 15-19 anni (11%). Dopo la pandemia il consumo di queste sostanze è in crescita: in particolare, nel 2023 si osservano i valori più elevati mai registrati in rapporto all'uso di ketamina.

Entrando nel dettaglio delle indagini dedicate a determinate fasce di popolazione e svolte nel territorio toscano (Figura 1), i dati della sorveglianza HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) dell'Istituto superiore di sanità (ISS) ci confermano che la cannabis è la sostanza principalmente usata anche tra gli adolescenti toscani. Poco meno di 8 quindicenni su 10 non hanno mai usato cannabis, mentre il 5,3% ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più. Tale comportamento è più frequente nei maschi (6,5% vs 3,9% tra le ragazze). Il trend è in

Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo

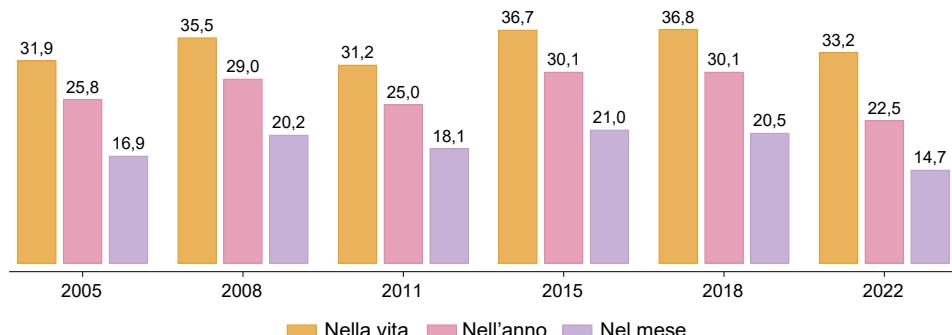
diminuzione, nel 2018 erano 7 ragazzi su 10 a non consumare cannabis e il 6,1% a fumarla per 30 giorni o più, anche nell'edizione precedente erano più i maschi delle ragazze (7% contro il 5%).

Figura 1. Fumo di cannabis nella vita, per genere e giorni dall'ultima esperienza – Persone di 15 anni d'età che dichiarano di aver fumato cannabis nella vita ogni 100 rispondenti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Sorveglianza HSBC, ISS



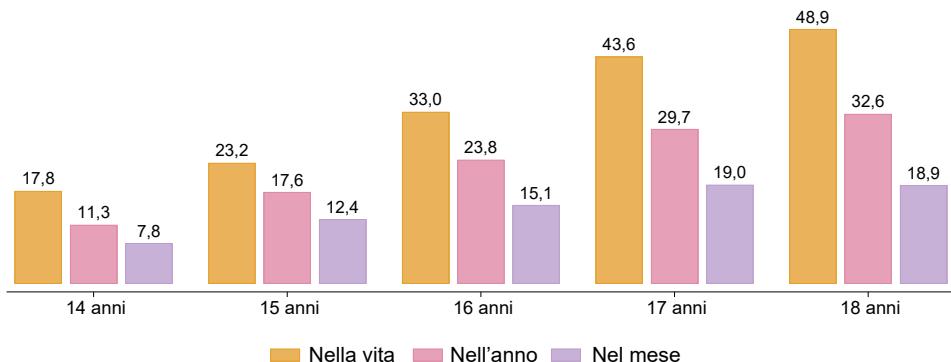
Dai dati dell'ultima edizione della sorveglianza EDIT (Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana) condotta da ARS tra gli studenti e le studentesse delle scuole secondarie di II grado toscane, emerge che il 33,2% del campione ha consumato una sostanza psicotropa illegale almeno una volta nella vita, con livelli quasi uguali fra ragazzi e ragazze (34,1% vs 32,2%), il 22,5% nei 12 mesi precedenti alla rilevazione (maschi 23,6% e femmine 21,4%) e il 14,7% nei 30 giorni prima (maschi 15,8% e femmine 13,5%). Analizzando il trend storico, emerge che rispetto all'edizione 2018 i consumi sono in diminuzione (Figura 2).

Figura 2. Uso di sostanze illegali nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese – Adolescenti che dichiarano di aver provata sostanze illegali ogni 100 rispondenti – Toscana, periodo 2005-2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS



Scorporando i dati per età, si nota che il consumo di sostanze illegali aumenta al crescere dell'età (Figura 3).

Figura 3. Uso di sostanze illegali nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, per età – Adolescenti che dichiarano di aver provata sostanze illegali ogni 100 rispondenti – Toscana, anno 2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS



Entrando nel dettaglio delle sostanze usate, la più utilizzata si conferma la cannabis, provata nel corso della vita da 3 adolescenti su 10, e consumata dal 19% del campione nei 12 mesi precedenti e dall'11,8% nei 30 giorni prima del questionario e diffusa equamente tra ragazzi e ragazze. Come per le altre sostanze, è utilizzata prevalentemente in modo sporadico, e si rileva che quasi 1 consumatore/consumatrice di cannabis su 5 ne fa un uso quotidiano. Osservando la frequenza dei 30 giorni precedenti alla rilevazione emerge che le sostanze illegali più utilizzate dopo la cannabis sono state gli psicofarmaci senza prescrizione medica (2%), i cannabinoidi e la cocaina (entrambi 1,1%), tutte le altre registrano percentuali inferiori all'1% (Tabella 1).

Tabella 1. Consumo di sostanze nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, per tipologia
- Adolescenti che dichiarano di aver provato sostanze illegali ogni 100 rispondenti -
Toscana, anno 2022 - Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS

Tipologia	Ultimo mese	Ultimo anno	Nella vita
Integratori (proteine, vitamine, sali minerali, prodotti a base di erbe)	20,4	30,6	49,9
Energy drink	21,0	30,6	48,9
Cannabis (Hashish, Marijuana)	11,8	19,0	29,3
Psicofarmaci senza prescrizione medica	2,0	3,0	5,4
Cannabinoidi sintetici	1,1	1,9	3,3
Cocaina	1,1	1,5	2,5
Opiacei	0,5	1,0	2,2
Funghi allucinogeni	0,5	0,8	2,0
Md (Mdma)	0,3	0,8	1,6
Anabolizzanti e/o testosterone	0,4	0,7	1,6
Ecstasy	0,7	1,0	1,5
Inalanti volatili (popper, colla)	0,8	1,1	1,4
Amfetamine	0,5	0,7	1,4
Crack	0,5	0,7	1,4
LSD	0,4	0,7	1,4
Ketamina	0,4	0,6	1,4
Eroina	0,3	0,6	1,3
Metamfetamine	0,2	0,5	1,2
Nps (nuove sostanze psicoattive)	0,3	0,5	1,1
Ghb	0,4	0,6	0,8
Spanglers	0,3	0,4	0,8

È stato inoltre indagato l'approccio al consumo di sostanze, con l'intenzione di rilevare quale sia stata la prima sostanza sperimentata e a che età sia stata consumata per la prima volta. È emerso che il primo uso si è concentrato genericamente entro i 15 anni, l'82,6% del totale (femmine: 80,8%; maschi: 84,2%) e la prima sostanza illegale utilizzata è stata la cannabis o un suo derivato, come per le precedenti edizioni. Infine, EDIT indaga anche l'eventualità di aver

avuto guai con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto e il 2% ha dichiarato di averne avuti a causa delle sostanze stupefacenti (3% dei maschi e lo 0,9% delle femmine), l'1,4% a causa degli alcolici (1,7% dei maschi e 1,1% delle femmine), mentre il 9,2% del campione ha dichiarato di essersi trovato in difficoltà ma per altri motivi (12,5% dei maschi e 5,6% delle femmine).

Anche l'indagine "LOST in Toscana" (ISPRO) nelle sue diverse fasi, durante e post lockdown, ha indagato il consumo di cannabis e altre sostanze stupefacenti nella popolazione generale. L'andamento del consumo di cannabis in Toscana è diverso da quello rilevato a livello nazionale, anche se con alcuni tratti comuni. In particolare, dopo la diminuzione registrata durante il lockdown (da 7,3% a 5,5%) e la seguente risalita (arrivando a 8,3%), si osserva un'ulteriore diminuzione (6,6%). A livello nazionale i fumatori di cannabis passano dal 7% al 5,9% del periodo del lockdown, con un trend simile a quello rilevato in Toscana, seguito però da un incremento nella fase post-pandemica in continuo aumento, con il 6,7% nella prima rilevazione e il 7,5% nella seconda.

Analizzando le differenze di genere si notano prevalenze maggiori di utilizzatori tra gli uomini in ciascuna delle rilevazioni, con eccezione dell'ultima, nella quale le prevalenze per genere sono pressoché uguali. In linea con il dato nazionale, anche in Toscana è confermato un gradiente per età, con una prevalenza nettamente maggiore nella classe più giovane per tutti gli istanti temporali considerati.

Un'altra fonte informativa, molto importante, che ci permette di comprendere l'entità del fenomeno e la sua diffusione nella forma più acuta, sono i ricoveri ospedalieri droga-correlati. Nel 2024 in Toscana i ricoveri ospedalieri con diagnosi principale droga-correlata sono stati 76 di cui 56 maschi e 20 femmine. Il dato è in costante diminuzione negli anni, nel trend possiamo notare un picco negli anni 2017-2019, ma negli anni della pandemia da COVID-19 i ricoveri droga-correlati sono andati sempre più diminuendo, mantenendo le differenze di genere, con gli uomini in numero superiore (fonte: elaborazioni ARS su dati del Flusso delle Schede di dimissione ospedaliera). A livello nazionale, nel 2022 (ultima annualità disponibile) i ricoveri ospedalieri con diagnosi principale droga-correlata sono stati 6.555, in quell'anno in Toscana sono stati 186. Anche a livello nazionale, come per la Toscana, c'è stata un'incidenza più elevata tra il 2014 e il 2018 e il 70% dei ricoveri era di sesso maschile. Analizzando la distribuzione per macro aree geografiche, più di 2/3 delle ospedalizzazioni con diagnosi si è verificato presso le strutture delle regioni settentrionali, il 16% nelle regioni centrali e il 14% nelle regioni meridionali e insulari. In riferimento all'età, la fascia maggiormente ospedalizzata è quella tra i 30 e i 34 anni, seguita dal gruppo di 40-44 (fonte: Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per le politiche antidroga, 2024, Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia).

Per quanto riguarda i decessi, il dato a livello nazionale è registrato dal 1973 e fino agli anni novanta il numero di decessi droga-correlato era molto elevato, a partire dai primi anni 2000 si osserva una progressiva e costante diminuzione. Nel 2023, l'84% dei decessi ha riguardato uomini e il 10% erano persone di nazionalità straniera. Nella maggior parte dei casi (58%) ha riguardato persone di 25-49 anni. Nell'ultimo decennio, l'età media dei deceduti è

progressivamente aumentata, passando da 38 a 43 anni. La distribuzione percentuale dei decessi droga-correlati per regione non mostra sostanziali modificazioni nel corso degli ultimi anni, ma quasi la metà dei casi si concentrano in Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana. I tassi maschili di mortalità mostrano valori più elevati rispetto a quelli femminili in tutte le macro aree geografiche. In Toscana nel 2021 (ultimo anno disponibile) ci sono stati 10 decessi droga-correlati e l'80% ha riguardato gli uomini. Anche nella nostra regione, il dato è andato diminuendo, tranne un picco (19 casi) nel 2019 (fonte: elaborazioni ARS su dati Registro di mortalità regionale).

Gioco d'azzardo patologico

La dipendenza da gioco d'azzardo è una condizione psicopatologica caratterizzata da un comportamento persistente e ricorrente di gioco, che porta a conseguenze negative significative nella vita dell'individuo. Il disturbo da gioco d'azzardo è classificato nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) tra i disturbi correlati a sostanze e dipendenze, riflettendo la sua natura compulsiva e la perdita di controllo simile alla tossicodipendenza. Il passaggio dal gioco normale al gioco d'azzardo patologico avviene spesso in modo graduale e progressivo. Inizialmente il gioco può essere vissuto come un'attività ludica e socializzante, caratterizzata da un controllo consapevole sulle proprie puntate e dalla capacità di interrompere senza difficoltà. Tuttavia, per alcuni individui, fattori neurobiologici, psicologici e ambientali possono contribuire alla perdita progressiva di controllo.

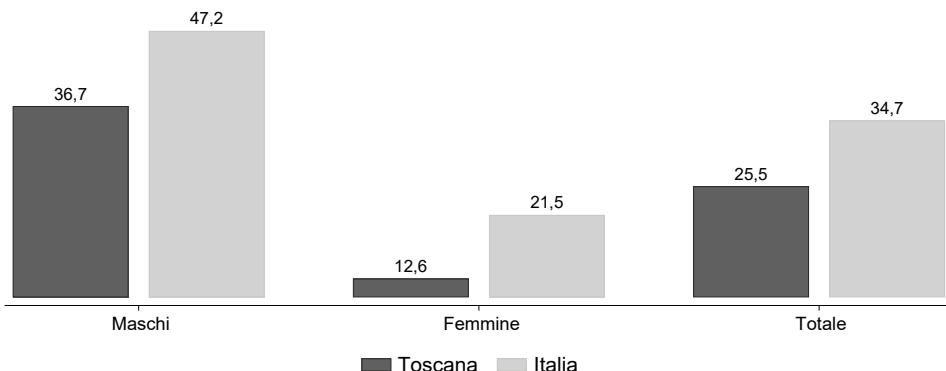
Conoscere la spesa complessiva e il volume delle scommesse è estremamente utile per comprendere la diffusione del fenomeno. Annualmente l'Agenzia delle dogane e dei monopoli pubblica il "Libro Blu", all'interno del quale sono raccolti tutti i dati relativi al gioco in Italia. Nel 2022 la raccolta (ammontare complessivo delle puntate effettuate dalla collettività dei giocatori) del solo gioco online è stata di quasi 73 miliardi di euro, contro i 36 del 2019, mentre quella del gioco fisico è stata di 63 miliardi di euro, ossia il 43% in più rispetto ai 44 miliardi registrati nel 2021. Analizzando le differenze regionali, la Lombardia si colloca al 1° posto per quanto riguarda la voce "spesa nel settore giochi", al 2° posto la Campania e a seguire il Lazio. Nel 2022 la Toscana si è collocata al 9° posto nella classifica del gioco d'azzardo in presenza fisica, con la cifra record di oltre un miliardo e con un considerevole incremento rispetto agli anni precedenti. Nel 2020 la spesa complessiva è stata di 614 milioni e nel 2021 è salita a 681 milioni. Anche rispetto al gioco a distanza si segnalano incrementi, con quasi 800 mila conti online attivi (+13,4% rispetto al 2021).

Ricordiamo che il gioco d'azzardo patologico è spesso associato non solo a perdite di ingenti somme di denaro o ad attività illegali, ma persino a depressione e altri disturbi dell'umore, ideazione suicidaria, ansia e altre dipendenze. Le stime epidemiologiche più recenti indicano che il disturbo da gioco d'azzardo colpisce circa l'1,3% della popolazione adulta, con una prevalenza più elevata tra gli uomini rispetto alle donne. Gli uomini tendono ad essere attratti da forme di gioco caratterizzate da alti livelli di eccitazione e rischio, come scommesse sportive e giochi

di abilità, mentre le donne spesso preferiscono giochi ripetitivi e basati sulla fortuna, come i Gratta&Vinci, che forniscono un sollievo temporaneo dallo stress o dalle emozioni negative. Secondo i dati dell'Osservatorio nazionale per il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo, tale pratica è presente in tutte le fasce d'età, nonostante per legge i minori di 18 anni non potrebbero avere accesso al mondo del gambling. Le analisi suddividono le tipologie di scommettitori in 3 gruppi: i giovani (dai 14 ai 19 anni), gli adulti e gli over 65 anni. Sempre secondo i dati dell'Osservatorio nazionale, il volume delle puntate è in aumento annualmente e i player più accaniti sono gli adulti tra i 25 e i 34 anni. Abbiamo già visto come l'adolescenza si caratterizza come quel periodo dello sviluppo dove aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti dannosi, non fa eccezione il gioco d'azzardo, inizialmente sperimentato attraverso scommesse sui risultati di una gara o in giochi di abilità. Ostacolare la diffusione della ludopatia è complesso perché da un lato i giochi sono fruibili con un accesso agevole e sono presenti in grande disponibilità in diversi luoghi o piattaforme, dall'altro c'è la difficoltà di riconoscerla come un disturbo patologico. Le indagini epidemiologiche rivolte alla popolazione studentesca hanno inserito domande specifiche sul gioco d'azzardo con lo scopo sia di indagare l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro, sia di valutare il loro grado di coinvolgimento e provare a individuare la quota di ragazzi con un possibile gioco problematico.

Nell'ambito della sorveglianza HBSC 2022 è stato chiesto ai ragazzi di 15 anni di indicare se abbiano mai scommesso o giocato denaro nella loro vita. Dai risultati emerge che in Toscana il 25,5% dei quindicenni ha scommesso denaro e tale comportamento è più frequente nei maschi rispetto alle femmine (Figura 4). Si registra, però, un segnale positivo, considerato che nel 2018 era il 41,7% dei ragazzi toscani quindicenni ad aver giocato d'azzardo almeno una volta nella vita. A livello nazionale la stima è pari al 35%, il 47,2% dei ragazzi rispetto al 21,5% delle ragazze.

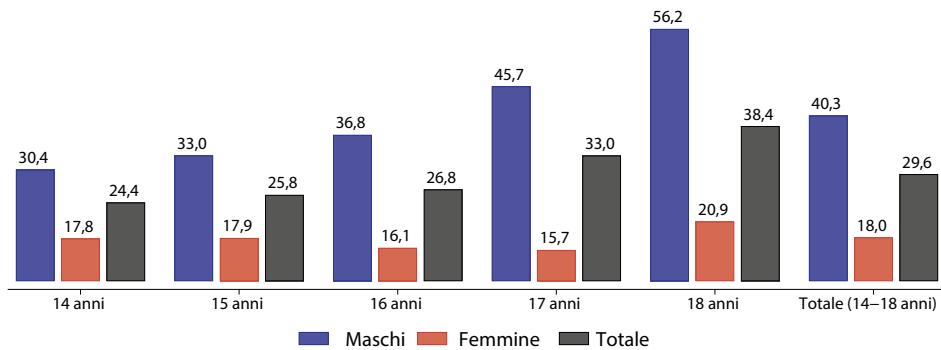
Figura 4. Scommesse di denaro nella vita, per genere – Persone di 15 anni d'età che dichiarano di aver sommesso denaro almeno una volta nella vita ogni 100 rispondenti – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: Sorveglianza HSBC, ISS



Uso e abuso di sostanze illegali e gioco d'azzardo

L'edizione 2022 della sorveglianza EDIT ha rilevato che il 29,6% del campione nella propria vita ha giocato o scommesso per soldi, con un calo costante dal 2008, quando 1 rispondente su 2 (52%) aveva dichiarato di aver giocato almeno una volta nella vita (Figura 5). Come rilevato anche da HBSC, persiste una marcata differenza tra i generi, caratterizzata da una frequenza doppia tra i maschi (40,3%) rispetto alle femmine (18%), e l'età si conferma come fattore che influenza proporzionalmente la diffusione del fenomeno, infatti al crescere dell'età aumenta la quota di adolescenti che giocano e scommettono.

Figura 5. Scommesse di denaro nella vita, per genere ed età – Valori ogni 100 adolescenti che dichiarano di aver scommesso denaro almeno una volta nella vita – Toscana, anno 2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS

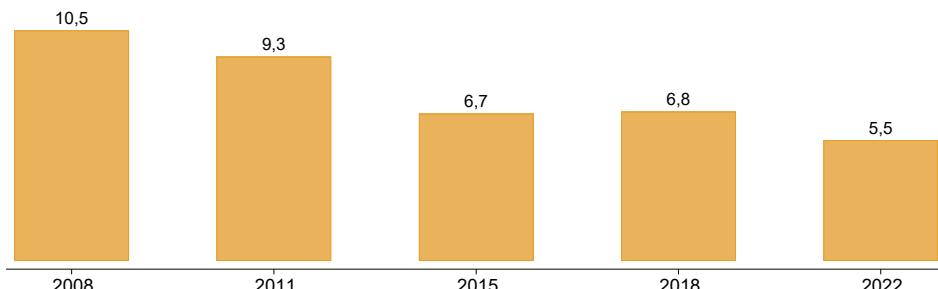


In merito ai giochi più diffusi è emerso che, tra chi scommette, il Gratta&Vinci si conferma come il più frequente (73,9%), soprattutto tra le ragazze (89,3% contro il 67,6% dei maschi), seguito, come nel 2018, da scommesse sportive legali e non (50%), scelte più spesso dai maschi (64,4% contro il 14,3% delle femmine). Restano molto diffusi anche altri giochi con le carte (38,1%), biliardo o altro gioco di abilità (31,9%) e, come nella scorsa edizione, il bingo (o la tombola) (31,3%) e Lotto/SuperEnalotto (27,3%), apprezzati in particolare dalle femmine (rispettivamente 47,5% e 30,5%, con qualche punto percentuale in meno rispetto al 2018). Seguono le preferenze per le slot machine (new slot, video poker, ecc. con il 19,9%), le scommesse su altri eventi (17,6%), Totocalcio, Totogol (17,2%) e altri giochi (14,2%), concentrate soprattutto tra i ragazzi. Dai dati è emerso che i luoghi prediletti in cui giocare sono le ricevitorie e le sale da gioco, ma è frequente anche l'abitudine a scommettere online e talvolta in una casa privata o in un circolo.

Al fine di misurare il rischio di sviluppare il disturbo da gioco d'azzardo patologico EDIT prevede la somministrazione del Lie/Bet Questionnaire, uno strumento di screening a due domande, per predire l'insorgere di condizioni di rischio di ludopatia. Si tratta di un test che informa sulla necessità di approfondire la condizione di disturbo, quindi non mostra la presenza di ludopatia, ma individua la possibilità che essa sia presente, riconoscendo il profilo

potenzialmente problematico di chi gioca. Il 5,5% del campione toscano che ha scommesso almeno una volta nella vita ha risposto affermativamente ad almeno una delle due domande, mostrando la probabilità di avere un problema con il gioco d'azzardo. Il risultato dell'indagine mostra che si tratta di un rischio decisamente più diffuso tra i maschi (8,8%) rispetto alle femmine (2,1%), differenza in linea con l'ultima edizione. Osservando l'evoluzione, il dato del 2022 mostra un calo dal 2008 (10,5%), trend che era stato confermato fino al 2018, anno in cui era stato registrato un lieve aumento (6,8% nel 2018) (Figura 6).

Figura 6. Persone positive al Lie/Bet Q – Valori ogni 100 adolescenti che hanno risposto al questionario – Toscana, periodo 2008-2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS



Il comportamento di gioco d'azzardo nella popolazione italiana negli ultimi anni ha subito importanti modifiche, anche in conseguenza alle restrizioni imposte per contenere la diffusione della pandemia da COVID-19. La limitazione degli spostamenti e la chiusura degli esercizi commerciali hanno ridotto drasticamente le prevalenze di gioco durante il periodo di lockdown, rispetto all'ultimo dato registrato prima della pandemia, passando da 16,3% a 9,7%, ma nel periodo successivo e nel lungo periodo i valori sono tornati a salire ben sopra i livelli pre pandemici. L'ultima rilevazione "LOST in Toscana" (aprile 2023) ha evidenziato che il 22,1% degli italiani d'età compresa tra i 18 e i 74 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nelle 4 settimane precedenti l'intervista, con percentuali più elevate tra gli uomini e nelle classi d'età più giovani (18-34 anni). La prevalenza è in leggero aumento rispetto a quanto osservato nel periodo di febbraio-marzo dell'anno precedente ed è più che doppia rispetto a quella osservata nel periodo di restrizioni attuate in conseguenza alla pandemia da COVID-19.

A livello regionale il quadro è simile a quello nazionale, con alcune differenze. La prevalenza di gioco è lievemente minore alla media italiana in tutti i punti di osservazione eccetto nel penultimo (febbraio-marzo 2022), dove il dato toscano è leggermente superiore a quello nazionale (22,2% vs 19,9%). Inoltre, nell'ultima rilevazione la prevalenza di gioco corrente in Toscana è leggermente diminuita rispetto al 2022, andando in direzione opposta all'incremento osservato a livello italiano. Anche in regione, come sul territorio nazionale, la fascia d'età che presenta le maggiori prevalenze di gioco è quella più giovane.

Nel dettaglio dell'ultima rilevazione, il 9,1% dei residenti toscani ha giocato esclusivamente presso luoghi fisici, il 6,6% ha giocato solo online e il 3,4% ha utilizzato entrambe le modalità. In regione il gioco online risulta meno diffuso che a livello nazionale. Focalizzandosi sulla tipologia di giochi praticati presso luoghi fisici, emerge come i più gettonati siano i Gratta&Vinci, giocati da circa la metà dei residenti toscani (49,2%), seguono i giochi numerici a totalizzatore terrestre come il SuperEnalotto o il Win for Life (22,8%), il Lotto e le lotterie a esito differito (20,1%) e il 10 e Lotto (17%). Relativamente al gioco online si osserva invece una riduzione generale delle percentuali di gioco, con le scommesse sportive che risultano comunque il gioco più frequentemente praticato.

Conclusioni

L'utilizzo delle sostanze stupefacenti illegali e la pratica del gioco d'azzardo patologico rappresentano una questione complessa e preoccupante, con implicazioni economiche, sociali e criminali, ed è una sfida complessa e diffusa che riguarda sia la salute che la sicurezza e il benessere emotivo delle persone direttamente coinvolte e del resto della comunità. La dipendenza ha un impatto devastante sulla società sia perché coinvolge individui di ogni fascia d'età e classe sociale, sia perché, a sua volta, chi ne fa uso coinvolge indirettamente altre persone che si trovano a dover fare i conti con il problema della tossicodipendenza pur non essendo affette da questa malattia in prima persona. I toscani, soprattutto i giovani, riportano risultati migliori dei connazionali, ma si conferma l'importanza di tenere alta l'attenzione sul fenomeno e di non sottovalutare eventuali segnali di problematicità.

Suicidi

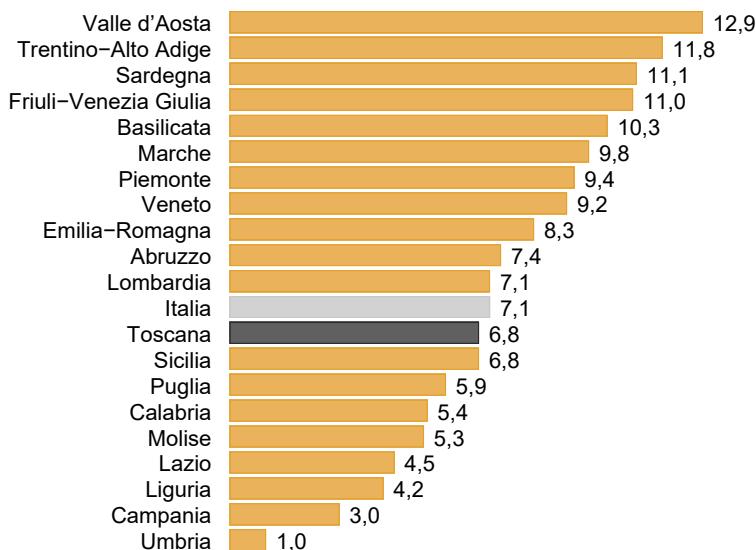
Il suicidio rappresenta un indicatore critico dello stato di salute mentale di una popolazione e un rilevante problema di sanità pubblica a livello globale. La sua incidenza riflette l'interazione complessa tra fattori individuali, sociali, economici e culturali, ed evidenzia l'ampiezza dei bisogni non sempre intercettati dai sistemi di cura. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), ogni anno oltre 720mila persone nel mondo si tolgono la vita, con un impatto devastante non solo per le famiglie e le comunità coinvolte, ma anche per i sistemi sanitari e sociali chiamati a intervenire in fase di prevenzione, gestione delle emergenze e post-intervento. Molti studi concordano nel considerare il suicidio come una delle principali cause di morte nella popolazione giovanile e adulta, che colpisce in modo diseguale in base a genere, età e condizioni socio-economiche. La sua distribuzione nella popolazione, infatti, non è uniforme: i tassi di incidenza più elevati si riscontrano negli uomini, nelle fasce d'età più avanzate e nei contesti sociali caratterizzati da isolamento, vulnerabilità o scarsa accessibilità ai servizi di salute mentale. Al tempo stesso, l'aumento del fenomeno tra le giovani donne osservato negli ultimi anni in varie regioni, inclusa la Toscana, rappresenta un segnale d'allarme che merita attenzione e azioni mirate di prevenzione e presa in carico precoce. Monitorare i tassi di suicidio, analizzarne le caratteristiche demografiche e temporali e comprenderne i determinanti rappresenta un passaggio fondamentale per sviluppare strategie di salute pubblica efficaci, integrate e capaci di affrontare in modo equo e sistematico i determinanti della sofferenza psichica che si sono così evidenziati nel periodo post pandemico.

Come detto, ogni anno oltre 720mila persone perdono la vita in questo modo. La maggior parte di questi decessi, circa il 73%, avviene in Paesi a reddito basso o medio. Il suicidio genera un impatto profondo che si ripercuote su intere società, comunità, amici e familiari, lasciando segni duraturi in chi resta (fonte: World Health Organization, *European health report 2024*). Le evidenze suggeriscono che, per ogni suicidio portato a termine, si verificano più di 20 tentativi. Tuttavia, il rapporto WHO 2024 mostra ampie variazioni in base a fattori geografici, socio-economici, di genere, età e modalità del gesto suicidario. Dal 2015 al 2021 (ultimo anno disponibile), i decessi per suicidio nel mondo sono diminuiti del 16,2%, ciononostante si osserva ancora un'elevata variabilità tra le regioni monitorate dall'Organizzazione mondiale della sanità. Nel 2021 i tassi di suicidio variano da 1,6 decessi per 100mila abitanti in Azerbaigian a 17,9 per 100mila rilevati in Russia. L'Italia si colloca al di sotto della media europea per mortalità per suicidio, sia tra gli uomini che tra le donne.

I dati pubblicati da ISTAT per l'Italia e le singole regioni si riferiscono ai suicidi avvenuti nella popolazione di 15 anni o più d'età. Nel 2022 (ultimo anno disponibile) la Valle d'Aosta si conferma la regione con il tasso di suicidi standardizzato per età più elevato, pari a 12,9 decessi per 100mila abitanti, mentre l'Umbria è la regione con l'incidenza più bassa, 1 suicidio ogni 100mila abitanti nell'anno. La Toscana si colloca poco al di sotto della media nazionale, con 6,8 suicidi ogni 100mila abitanti (Figura 1). Nella graduatoria maschile è 7^a, tra le regioni con

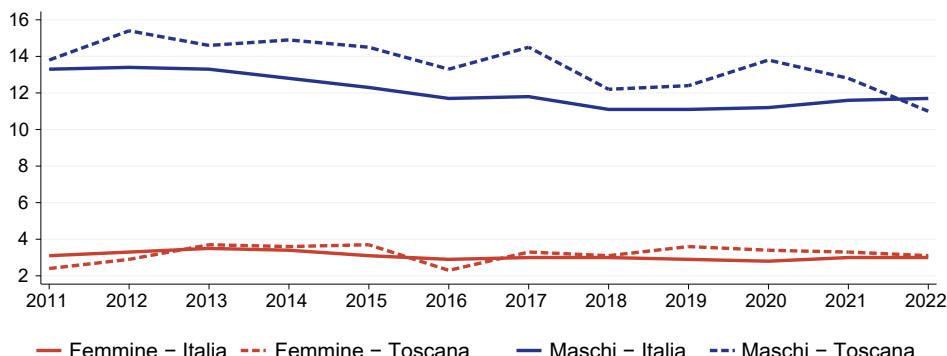
la mortalità minore (11 suicidi ogni 100mila uomini vs 11,7 ogni 100mila in Italia), in quella femminile ricopre invece il 9° posto, con un valore di poco superiore alla media nazionale (3,1 vs 3 suicidi ogni 100mila donne in Italia).

Figura 1. Mortalità per suicidio nella popolazione d'età 15+ anni - Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 15+ anni – Regioni e Italia, anno 2022 – Fonte: ISTAT



In totale, nel 2022 ISTAT ha rilevato 242 suicidi nella popolazione toscana di 15 anni o più d'età, in calo rispetto all'anno precedente e in particolar modo rispetto al primo anno di pandemia in cui i suicidi erano stati 292. Nel 2019, ultimo anno antecedente alla pandemia da COVID-19, i suicidi in Toscana erano stati 269, ma negli anni passati avevano toccato anche i 300 casi (tra il 2013 e il 2015). Il 76% dei suicidi è messo in atto da uomini, i tassi di incidenza maschili e femminili, come mostrato in precedenza, sono infatti molto diversi tra loro. Il tasso maschile in Toscana è comunque in diminuzione negli ultimi 3 anni del trend disponibile, mentre è più stabile il tasso nella popolazione femminile, come detto però su valori decisamente inferiori (Figura 2). Il valore maschile toscano nel 2022 si porta al di sotto della media nazionale per la prima volta dal 2011.

Figura 2. Mortalità per suicidio nella popolazione d'età 15+ anni, per genere – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti d'età 15+ anni – Toscana e Italia, periodo 2011-2022 – Fonte: ISTAT

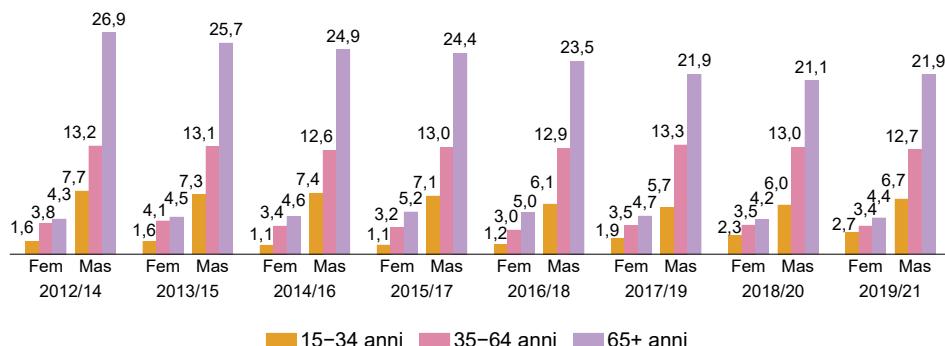


La Figura 3 riporta il l'andamento della mortalità per suicidio per genere e classe d'età nel periodo 2015-2021, ultimo anno disponibile (fonte: elaborazioni ARS su dati del Registro di mortalità regionale – RMR). I dati ISTAT, infatti, non sono pubblicati a livello regionale con il dettaglio dell'età al decesso. L'analisi stratificata per classe d'età richiede un'aggregazione triennale in grado di garantire una maggior stabilità al dato statistico.

L'analisi per genere evidenzia tassi nettamente superiori nella popolazione maschile rispetto a quella femminile, in tutte le fasce d'età e per tutti gli anni considerati. Inoltre, nei maschi d'età 65+ anni si registrano i tassi più alti, seppur con una tendenza alla diminuzione negli anni (2012-2014: 26,9 per 100mila vs 2019-2021: 21,9 per 100mila). Al contrario, nella popolazione femminile si verifica un leggero incremento nel tempo del tasso di mortalità per questa causa, in particolare nelle fasce d'età più giovani. Tale aumento, ad esempio, pesa sul tasso totale di mortalità per suicidio nella fascia d'età di 15-34 anni, il quale subisce nell'ultimo triennio un aumento rispetto alle annualità precedenti, raggiungendo il valore più alto dal 2012.

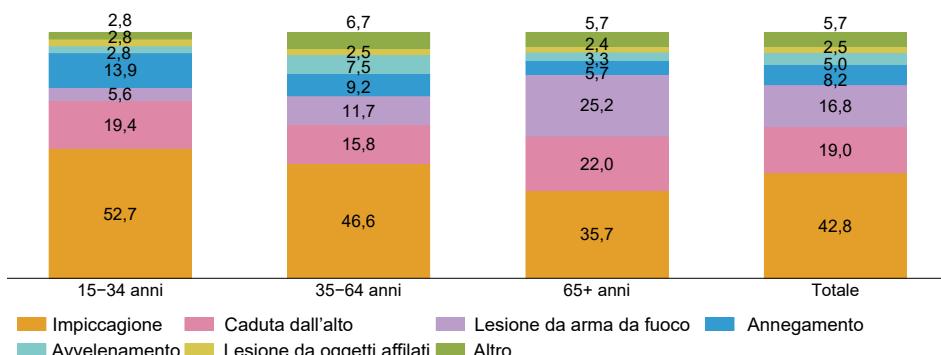
Complessivamente, si verifica una tendenza in diminuzione nella popolazione maschile, specie nella fascia d'età di 65+ anni, mentre si registra un aumento tra le giovani donne. Il dato della popolazione maschile adulta (35-64 anni d'età) registra tassi elevati ma stabili nel tempo. In generale, però, il divario di genere resta significativo, soprattutto nella fascia d'età 65+ anni, nella quale i valori della popolazione maschile risultano quasi 5 volte superiori a quelli registrati nelle coetanee donne.

Figura 3. Mortalità per suicidio, per genere e classe d'età – Tasso standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana, periodo 2012-2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Registro di mortalità regionale



Nel 2021, il Registro di mortalità della Toscana riporta 279 suicidi avvenuti nell'anno. Entrando più nel dettaglio, l'analisi delle modalità di messa in atto degli atti suicidari per classe d'età mostra che la modalità prevalente di messa in atto del suicidio è stata l'impiccagione in tutte le fasce d'età (Figura 4). In totale l'impiccagione è stata la modalità suicidaria per il 42,7% dei decessi rilevati nell'anno, seguita dalla caduta dall'alto (19%) e dalla lesione da arma da fuoco (16,8%).

Figura 4. Modalità di messa in atto del suicidio, per classe d'età – Valori per 100 suicidi – Toscana, anno 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Registro di mortalità regionale



L'analisi per genere mostra differenze nelle modalità di messa in atto dell'atto suicidario, in particolar modo se si osservano i suicidi avvenuti mediante lesioni da arma da fuoco (Tabella 1). Nel 2021 sono stati 47 i suicidi avvenuti con questa modalità e sono tutti da imputarsi alla

popolazione maschile. Al contrario, le donne riportano numerosità più alte di avvelenamento nelle fasce d'età 15-34 anni e 35-64 anni rispetto ai coetanei maschi, evidenziando una scelta di modalità più letale e violenta nel sesso maschile, a fronte di metodi meno letali nell'immediato per il sesso femminile. Ciò denota anche disturbi psicologici differenti, i quali possono contribuire nella scelta della modalità di compimento dell'atto suicidario. Ciononostante, la caduta dall'alto risulta essere la modalità suicidaria più frequente nella popolazione femminile nel 2021. Il trend dal 2018 al 2021 delle modalità di attuazione del suicidio si mantiene sostanzialmente stabile nel corso degli anni, senza evidenti variazioni significative nei metodi prevalenti utilizzati.

Tabella 1. Modalità di messa in atto del suicidio, per genere e classe d'età - Valori per 100 suicidi - Toscana, anno 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati Registro di mortalità regionale

Modalità	Femmine				Maschi			
	15-34	35-64	65+	Totale	15-34	35-64	65+	Totale
Impiccagione	60,0	27,0	25,9	31,7	50,1	52,0	38,6	45,8
Caduta dall'alto	20,0	26,9	51,9	36,6	19,2	12,8	13,5	13,9
Lesione da arma da fuoco					7,7	14,9	32,3	21,8
Annegamento	10,0	7,7	7,4	7,9	15,4	9,6	5,2	8,3
Avvelenamento	10,0	19,2	7,4	12,7		4,3	2,1	2,8
Lesione da oggetti affilati		3,8		1,6	3,8	2,1	3,1	2,8
Altro		15,4	7,4	9,5	3,8	4,3	5,2	4,6
Totale	100,0							

Sono disponibili anche i dati degli accessi al Pronto soccorso (PS) per autolesione, in merito ai quali però dobbiamo premettere che la modalità di classificazione adottata in sede di PS non consente di distinguere l'atto autolesivo volontario da altre tipologie di autolesioni. Nel 2021 si sono verificati 338 accessi al PS per queste cause, il 53% dei quali sono stati a carico della fascia d'età di 15-34 anni. La distribuzione per genere mostra un maggior interessamento, anche in questo caso della popolazione maschile, con 172 atti di autolesione nei maschi rispetto ai 166 verificatisi a carico delle femmine. Osservando il trend dal 2020 al 2024 (ultimo anno disponibile), gli atti di autolesionismo mostrano valori stabili nel tempo, con una lieve diminuzione nel 2024 in cui sono stati registrati 300 accessi al PS per autolesionismo. Come per il 2021, anche negli altri anni considerati si evidenzia una maggiore concentrazione nelle fasce d'età più giovani (fonte: elaborazione ARS su dati Flusso Pronto soccorso).

Il suicidio rappresenta dunque un fenomeno complesso associato a cause di diversa natura. I dati della popolazione toscana confermano quanto noto in letteratura, ovvero che il suicidio si verifica più frequentemente tra gli uomini, in particolare anziani, nonostante il trend in

leggera diminuzione. Tuttavia, l'aumento tra le giovani donne è un segnale preoccupante e meritevole di attenzione da parte dei servizi di prevenzione.

Inoltre, se si considerano gli anni della pandemia, si evidenzia un aumento di questo fenomeno nei giovani d'età compresa tra i 15 e 34 anni, in particolare nella popolazione femminile. Fattori diversi possono aver contribuito alle cause suicidarie in questa fascia d'età durante la pandemia. Condizioni quali l'isolamento sociale, l'incertezza economica, l'ansia e la depressione che hanno caratterizzato fortemente questo periodo, possono aver accentuato questo fenomeno.

Incidenti stradali

Studiare le statistiche degli incidenti stradali significa, prima di tutto, occuparsi della popolazione più giovane della nostra società. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte tra i 5 e i 29 anni a livello globale. In Europa e in Italia, i dati confermano che adolescenti e giovani adulti, in particolare nella fascia 15-24 anni (dove gli incidenti stradali costituiscono la prima causa di morte, fonte: Istituto superiore di sanità), sono tra i soggetti più esposti al rischio di lesioni gravi o mortali sulla strada. Questo dato impone una riflessione urgente: intervenire sulla sicurezza stradale non è solo una questione tecnica o infrastrutturale, ma un impegno di responsabilità collettiva verso le nuove generazioni, fascia demografica cruciale per il futuro della società, nella consapevolezza che la gran parte degli incidenti stradali sono prevedibili.

Secondo i dati preliminari della Commissione europea nel 2024 circa 19.800 persone sono rimaste uccise in incidenti stradali nell'Unione europea (UE), con un calo del 3% rispetto al 2023 (600 vittime in meno), considerato troppo contenuto affinché la maggior parte degli Stati membri possa raggiungere l'obiettivo posto dall'UE di dimezzare le vittime della strada entro il 2030. Attualmente la media è di 44 vittime della strada per milione di abitanti (Tabella 1). Negli ultimi cinque anni l'Italia, insieme a Grecia, Spagna e Francia ha registrato solo un modesto calo (-5%), per altro favorito dalla pandemia da COVID-19, mentre altri paesi, come Bulgaria, Danimarca, Lituania, Polonia e Slovenia, stanno facendo forti progressi verso l'obiettivo di riduzione del 50%. La stima preliminare per il 2024 conta 51 vittime per milione di abitanti in Italia, in linea con l'anno precedente, 9° Paese in UE per numero di vittime rispetto alla popolazione residente.

In Italia il 14 dicembre 2024 è entrato in vigore il nuovo codice della strada, che ha introdotto modifiche e sanzioni più severe per cercare di limitare l'effetto di alcuni dei principali fattori di rischio la guida: l'uso del cellulare, la guida in stato di ebbrezza e/o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. Sono stati introdotti anche l'obbligo di assicurazione e casco alla guida per i monopattini, veicoli sempre più presenti sulle strade urbane. Gli effetti di questa norma, tuttavia, non sono al momento valutabili con i dati a nostra disposizione. ISTAT conduce la principale rilevazione in Italia, considerando i sinistri in cui sia coinvolto almeno un veicolo ed almeno una persona abbia riportato delle lesioni (morti entro 30 giorni e/o feriti), verbalizzati da un'autorità di Polizia o dai Carabinieri, e ha pubblicato i volumi degli incidenti e dei feriti o morti tra le persone coinvolte fino all'anno 2023. Altri dettagli a livello regionale, come la tipologia di veicolo coinvolto, le caratteristiche anagrafiche dei conducenti o il motivo principale che ha causato il sinistro, quando scriviamo questo documento, sono aggiornati al 2022. L'unico modo per confrontare la Toscana con le altre regioni è quello di rapportare i volumi (incidenti, morti e feriti) alla popolazione residente, pur consapevoli che non si tratti del denominatore ideale. Per valutare correttamente il rischio di incidente dovremmo considerare, infatti, il numero di veicoli che effettivamente transitano sulle strade, ma questa informazione non è disponibile in nessuna banca dati in modo completo. La lettura

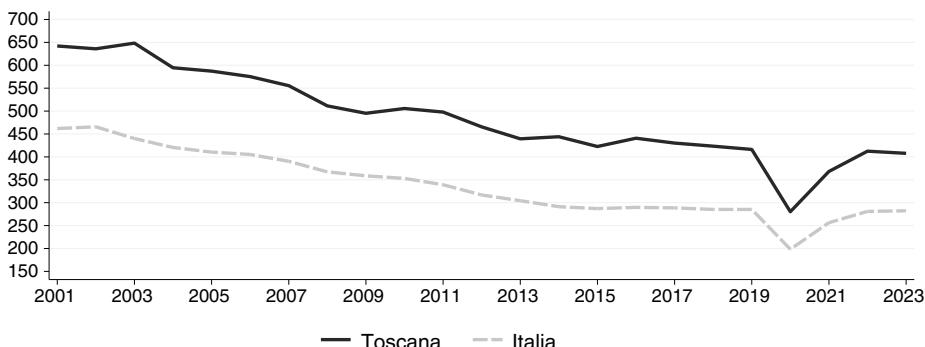
dei dati ISTAT può essere infine arricchita dall'analisi delle banche dati regionali degli accessi al Pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri (aggiornate fino al 2024), per valutare gli effetti degli incidenti e l'impatto sulla salute e sui servizi sanitari.

Tabella 1. Vittime della strada – Valori per milione di abitanti e variazione percentuale rispetto al 2023 o al 2019 – Italia e Paesi UE – Fonte: Commissione europea su dati EU CARE sugli incidenti stradali e fonti nazionali

Paese	Vittime per milione di ab.		Variazione 2024 vs	
	2023	2024	2023	2019
1° Romania	81	77	-4	-21
2° Bulgaria	81	74	-9	-24
3° Grecia	61	64	4	-3
4° Croazia	71	62	-13	-20
5° Lettonia	75	59	-22	-16
6° Portogallo	61	56	-7	-14
7° Ungheria	49	52	5	-17
8° Polonia	52	52	0	-35
9° Italia	52	51	0	-5
10° Estonia	43	50	17	33
11° Francia	48	48	1	-1
12° Slovacchia	49	47	-3	-5
13° Repubblica Ceca	46	45	-2	-20
UE	46	44	-3	-13
...
28° Malta	30	21	-25	-25
29° Svezia	22	20	-8	-5
30° Norvegia	20	16	-19	-18

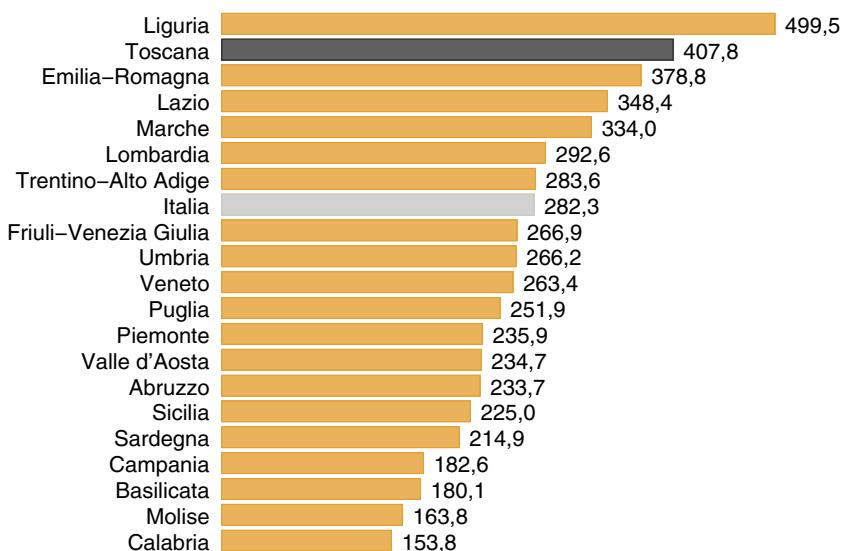
Nel 2023 gli incidenti stradali con lesioni alle persone in Toscana sono stati 14.933, meno dei 15.111 del 2022 e ancora leggermente al di sotto dell'ultimo dato pre pandemico (furono 15.525 gli incidenti nel 2019). Il dato italiano conta 166.525 sinistri, in aumento rispetto ai 165.889 dell'anno precedente, ma anch'esso ancora inferiore ai 172.183 incidenti verificatesi nel 2019. Se rapportati alla popolazione residente, si tratta di 407,8 incidenti ogni 100mila abitanti in Toscana, rispetto ai 282,3 per 100mila osservati in Italia. Il 2023 conferma quindi il ritorno dell'indicatore su livelli simili, anche se ancora leggermente inferiori, a quelli precedenti al biennio 2020-2021, quando le misure restrittive messe in atto per contenere la pandemia da COVID-19 (lockdown, smart working) hanno ridotto drasticamente gli incidenti stradali (minimo storico dal 1991).

Figura 1. Incidenti stradali - Tasso grezzo per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2001-2023. Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



La nostra regione è la seconda in Italia per incidenza (incidenti stradali in un anno rispetto alla popolazione residente), seconda solo alla Liguria (499,5 per 100mila) e ben al di sopra della media italiana (282,3 per 100mila) (Figura 2). Come detto in precedenza, questo indicatore è influenzato dalla reale intensità del traffico veicolare che attraversa ogni regione, al di là del numero di abitanti. Le regioni che guidano la graduatoria, infatti, sono anche quelle caratterizzate da un maggior tessuto produttivo e industriale, oltre che da importanti arterie di comunicazione, tutti fattori che fanno aumentare i veicoli in circolazione.

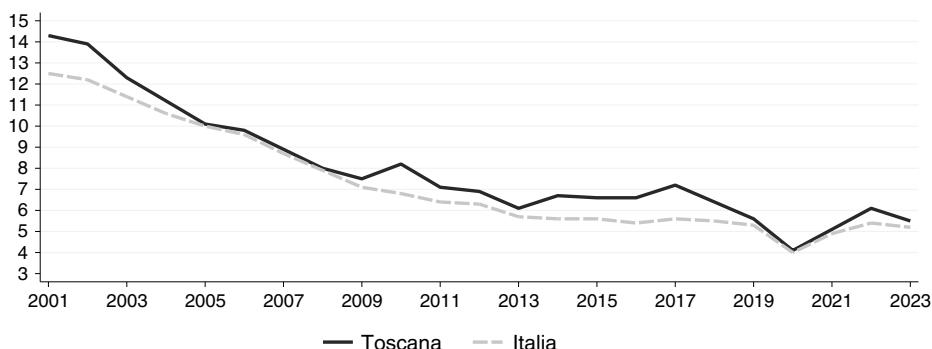
Figura 2. Incidenti stradali - Tasso grezzo per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2023 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



I feriti e i decessi a seguito degli incidenti che si sono verificati in Toscana nel 2023 sono stati rispettivamente 19.099 e 202, entrambi in diminuzione rispetto ai 19.307 feriti e 225 decessi del 2022 e ancora al di sotto dei valori pre pandemici del 2019 (20.378 feriti e 209 decessi). Contestualmente in Italia si rileva una diminuzione dei decessi (da 3.159 nel 2022 a 3.039 nel 2023), ma un aumento dei feriti (da 223.475 a 224.634). Anche i valori italiani si mantengono però ancora al di sotto di quelli del 2019 (241.384 feriti e 3.173 morti). Rispetto alla popolazione residente si tratta di 521,5 feriti ogni 100mila abitanti in Toscana (380,8 per 100mila in Italia) e di 5,5 decessi ogni 100mila abitanti (5,2 per 100mila in Italia). Il gap tra la nostra regione e la media italiana si riduce molto, quindi, per la mortalità. Questo dipende da una minore gravità dei sinistri che si verificano nella nostra regione, come confermato dal numero di feriti ogni 100 incidenti avvenuti, pari a 127,9, inferiore ai 134,9 ogni 100 incidenti in Italia. La nostra è la 2° regione in Italia tra quelle con l'indice più basso, dopo la Liguria (122,1 feriti ogni 100 incidenti). Contestualmente, i decessi sono 1,4 ogni 100 incidenti in Toscana (1,8 per 100 in Italia), 3° regione in Italia, tra quelle con il valore più basso, dopo Liguria (0,7%) e Lombardia (1,3%). Sulla riduzione degli eventi mortali può esserci anche un effetto legato alla maggiore tempestività ed efficacia del servizio sanitario regionale, in particolare del 118 e dei dipartimenti di emergenza e urgenza, nell'intervento di cura.

Il trend della mortalità è in netta diminuzione, in Toscana come in Italia, anche senza considerare la forte riduzione osservata durante i primi due anni di pandemia (Figura 3). La mortalità toscana nel 2019 era pari a 5,6 decessi ogni 100mila abitanti (5,3 per 100mila in Italia) ed era scesa a 4,1 decessi per 100mila nel 2020 (4 per 100mila in Italia).

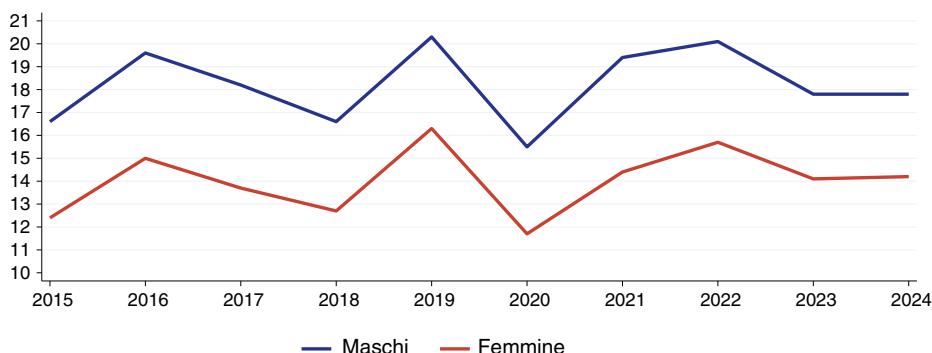
Figura 3. Morti in incidenti stradali - Tasso grezzo per 100.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2001-2023. Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Il 71% dei conducenti toscani coinvolti in un incidente è rappresentato da uomini (76% in Italia), con un tasso di incidenza più che doppio rispetto alle donne: 1.078,1 incidenti per 100mila uomini rispetto ai 412,4 per 100mila donne (fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT 2022). Queste differenze di genere dipendono ovviamente dal fatto che, mediamente, gli uomini guidano molto di più rispetto alle donne, ma tendono anche ad assumere più comportamenti a rischio. Gli ultimi dati della sorveglianza EDIT 2022 sui determinanti dell'infortunistica stradale tra gli adolescenti toscani, ad esempio, stimano che, tra i guidatori abituali, il 20% dei maschi si sia messo alla guida stanco almeno una volta nell'anno (vs 18% tra le femmine), il 51% abbia guidato almeno una volta in ritardo (vs 49% tra le femmine), il 10% dopo aver bevuto (vs 6%), il 9% dopo aver assunto sostanze (vs 3%).

Tornando ai dati ISTAT, sempre in Toscana, nel 63% dei casi il veicolo coinvolto era un'auto, nel 23% una moto, nel 6% un camion, nell'8% una bicicletta o un monopattino. Quest'ultima tipologia di veicolo è in aumento, tra quelli coinvolti in un incidente stradale, a causa della maggiore diffusione di questa tipologia di mezzo rispetto al passato. I pedoni, tra gli utenti della strada più vulnerabili, rappresentano il 20% dei deceduti e il 9% dei feriti (rispettivamente 15% e 9% in Italia). In numeri assoluti nel 2022 (ultimo anno disponibile) si tratta di 45 decessi e 1.727 feriti. I valori sono in risalita, come il resto degli indicatori, ma si mantengono su livelli inferiori al periodo pre pandemico, quando mediamente i decessi tra i pedoni osservati annualmente erano 52 e i feriti 2.050. Non sono disponibili invece, a livello regionale, informazioni riguardo alla causa dell'incidente. A livello nazionale ISTAT riporta la guida distratta come causa principale (15% dei casi), seguita dal mancato rispetto della precedenza o del semaforo (13%) e dalla velocità troppo elevata (8%). Non sono incluse tra le cause le circostanze legate allo stato psicofisico, vista la possibilità di rifiuto, da parte dei conducenti coinvolti, di sottoporsi agli accertamenti (stato di ebbrezza o uso di stupefacenti). Passando all'analisi dei dati regionali di accesso al Pronto soccorso, nel 2024 nella nostra regione gli accessi con diagnosi di tipo traumatico a seguito di un incidente stradale sono stati 67.746, dei quali il 13% riguardava cittadini non residenti in Toscana, a conferma dell'impatto che hanno i volumi di traffico veicolare di passaggio nella nostra regione. Limitandoci ai soli residenti, 59.193 accessi (pari al 21% del totale dei traumatismi arrivati in Pronto soccorso), il tasso di accesso standardizzato per età è pari a 16 per 1.000 abitanti, esattamente lo stesso dell'anno precedente, inferiore al 18,3 per 1.000 del 2019, ma sostanzialmente in linea con il periodo pre pandemico (Figura 4). Il trend, infatti, è soggetto ad oscillazioni talvolta marcate (escludendo il 2020) che in parte dipendono dalla qualità del dato raccolto in sede di Pronto soccorso. Il tasso maschile si conferma più alto di quello femminile: 17,8 vs 14,2 accessi per 1.000. La diagnosi prevalente è rappresentata dalle contusioni (34%), seguita dalle fratture (26%). Al 72% degli accessi è stato attribuito un triage di urgenza differibile. I casi arrivati con un triage di emergenza o urgenza indifferibile rappresentano invece il 6,2%, sostanzialmente in linea con il 5,9% rilevato tra tutti gli accessi per trauma (tra gli accessi totali le emergenze e le urgenze indifferibili sono il 7,5%). Il 7% degli accessi ha avuto bisogno di un ricovero ospedaliero.

Figura 4. Accessi al Pronto soccorso per incidente stradale con diagnosi di dimissione traumatica, per genere – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2015-2024 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo Pronto soccorso



Stratificando gli accessi per età e rapportando i volumi alla popolazione residente, la fascia d'età più a rischio si conferma quella più giovane dei 18-29enni, con 23,6 accessi ogni 1.000 abitanti, seguita dagli anziani (17,4 per 1.000) e dagli adulti 30-64enni (13,7 per 1.000).

I ricoveri ospedalieri di cittadini toscani per traumi attribuibili ad un incidente stradale nel 2024 sono stati 2.234, pari ad un tasso standardizzato per età di 0,6 per 1.000 abitanti (0,8 per 1.000 uomini e 0,3 per 1.000 donne). Rispetto al 2023 si tratta di 130 ricoveri in più, ma il valore si mantiene al di sotto dei 2.862 ricoveri del 2019 (0,7 ricoveri per 1.000 abitanti). Questi ricoveri rappresentano il 9% circa di tutti i ricoveri per traumatismo nell'anno.

In conclusione, i principali indicatori ISTAT confermano un riavvicinamento, non ancora completato, ai livelli pre pandemici, dopo il progressivo allentamento e l'eliminazione delle misure di limitazione più rigide introdotte nell'ambito della lotta alla pandemia. Il quadro si mantiene però ancora migliore rispetto al periodo pre-COVID. La Toscana, nel contesto italiano, continua ad avere livelli di incidentalità maggiori della media, plausibilmente a causa della maggiore presenza di veicoli in circolazione sulle proprie strade. I tassi di lesività (feriti su incidenti) e letalità (morti su incidenti), d'altro canto, confermano la minore severità dei sinistri che si verificano nella nostra regione, rispetto alla media, le cui conseguenze possono essere in parte mitigate anche dall'efficacia del servizio sanitario regionale. L'impatto sugli ospedali e i Pronto soccorso è tornato ad aumentare, ma in particolare i ricoveri ancora si mantengono su livelli inferiori al periodo pre pandemico, come si osserva per tutta l'ospedalizzazione.

Ricordiamo che i determinanti fondamentali per diminuire gli incidenti stradali, e sui quali dobbiamo ancora continuare ad intervenire, secondo le principali organizzazioni internazionali come l'OMS, la Commissione Europea e l'ETSC (European Transport Safety Council), sono tre:

1. Comportamenti individuali sicuri. Una parte considerevole degli incidenti stradali è causata da comportamenti scorretti come eccesso di velocità, guida in stato di ebbrezza o

sotto l'effetto di droghe, uso del cellulare alla guida, mancato uso delle cinture di sicurezza o del casco. Educazione, formazione e campagne di prevenzione sono strumenti chiave per promuovere una cultura della sicurezza.

2. Infrastrutture stradali sicure. Strade progettate e manutenute secondo criteri di sicurezza (ad es. separazione dei flussi di traffico, attraversamenti pedonali visibili, piste ciclabili, rotatorie al posto degli incroci, illuminazione adeguata) riducono significativamente il rischio di incidenti, in particolare per gli utenti vulnerabili.
3. Veicoli sicuri e tecnologie di prevenzione. L'introduzione di tecnologie avanzate nei veicoli (ad es. frenata automatica d'emergenza, assistenti di corsia, controllo elettronico della stabilità, dispositivi anti-sonnolenza) riduce sia la probabilità che l'incidente avvenga, sia la gravità delle conseguenze. Le normative che obblighino l'adozione di tali sistemi sono cruciali.

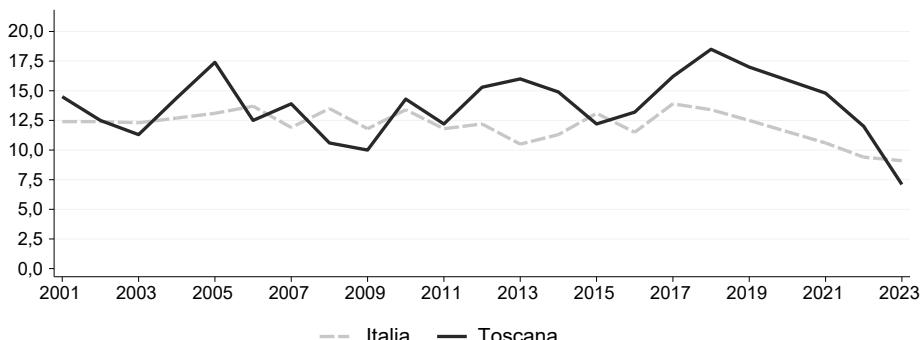
Incidenti domestici

Gli incidenti domestici sono eventi accidentali che avvengono nelle abitazioni, verificandosi prevalentemente in conseguenza di cadute o, in misura minore, di avvelenamenti, ustioni, tagli e ferite. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) stima ogni anno 684 mila cadute fatali nel mondo (seconda causa di morte per infortunio non intenzionale, dopo gli incidenti stradali). In totale, sono oltre 37 milioni le cadute che, per la loro gravità, richiedono cure mediche e causano 38 milioni di DALY (anni di vita persi a causa di decesso o disabilità). Le persone più esposte al rischio sono gli anziani, che hanno il rischio di morte più alto a seguito di una caduta, insieme ai bambini e le bambine nei primi anni di vita, essendo in una fase di sviluppo caratterizzata da curiosità per l'ambiente circostante e continuo aumento del livello di indipendenza (fonte: OMS). Inoltre, queste due fasce di popolazione sono quelle che trascorrono mediamente più tempo in casa, rispetto alla popolazione adulta.

ISTAT, nell'ambito dell'indagine campionaria Multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana, rileva quante persone hanno avuto almeno un incidente in ambiente domestico nei 3 mesi precedenti l'intervista. È un dato di natura campionaria che considera ogni evento che la persona intervistata ha percepito come un incidente, qualunque sia stata l'entità. Pur con oscillazioni evidenti (per la natura del dato), il trend mostra una diminuzione dal 2019 al 2023 (ultimo anno disponibile) in Toscana (Figura 1). Nel 2023 sono stati 26 mila i toscani che hanno avuto almeno un incidente domestico, pari a 7,1 ogni 1.000 abitanti (9,1 per 1.000 in Italia). La nostra regione è la 6°, tra quelle con i valori più bassi, con una graduatoria guidata da Sicilia (4,9 per 1.000), Calabria (5,5 per 1.000) e Campania (6,2 per 1.000). Rispetto al 2018, anno in cui si è raggiunto il picco di incidenti, si tratta di una riduzione del 62%: in quell'anno le persone con almeno un incidente erano state 69 mila, pari a 18,5 ogni 1.000 abitanti (13,4 per 1.000 in Italia nello stesso anno). La riduzione si rileva già a partire dal 2019 (63 mila persone con almeno un incidente, 17 ogni 1.000 abitanti) e prosegue durante gli anni della pandemia da COVID-19, nonostante in quel periodo fosse aumentato il tempo di esposizione al rischio di incidente domestico, a causa delle restrizioni adottate nel nostro Paese, che avevano aumentato il tempo trascorso in casa dalle persone, con le ordinanze di chiusura delle attività lavorative, l'introduzione dello smart working, il lockdown e il coprifuoco serale.

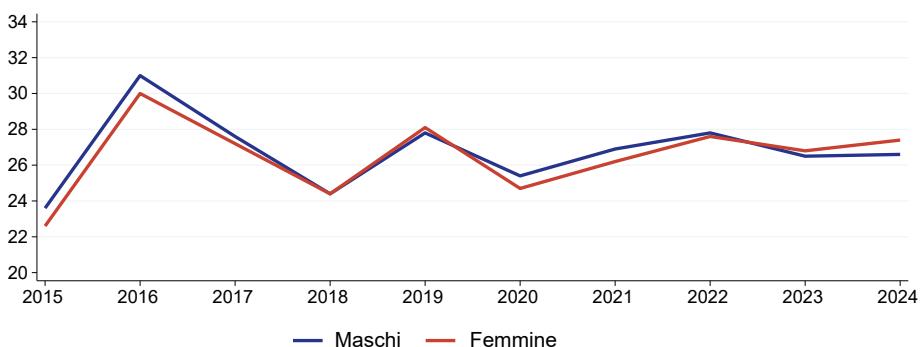
Oltre alle fonti campionarie, possiamo analizzare i dati dei flussi informativi regionali per stimare l'impatto degli incidenti domestici sulle cure dei dipartimenti di emergenza e urgenza e sugli ospedali, allungando la serie storica fino al 2024. In questo caso si tratta ovviamente degli eventi più severi dal punto di vista delle conseguenze, che hanno spinto le persone a recarsi presso un presidio sanitario per ricevere delle cure.

Figura 1. Persone che hanno subito incidenti in ambiente domestico negli ultimi tre mesi – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana e Italia, periodo 2011-2023 –
Fonte: ISTAT



Nel 2024 gli accessi ai Pronto soccorso regionali per incidente domestico con diagnosi traumatica, da parte di residenti toscani, sono stati circa 110mila, in linea con l'anno precedente (108mila) e tornati ormai stabilmente sui livelli degli anni precedenti alla pandemia. Nel 2019 erano stati 114mila e solo nel 2020 hanno mostrato una flessione, non di grande intensità, considerato che sono scesi a 101mila. Il tasso standardizzato per età nel 2024 è pari a 27,2 accessi ogni 1.000 abitanti, nel 2019 era pari a 28,2 per 1.000 e nel 2020 era sceso a 25,3 per 1.000. I valori per genere sono leggermente superiori tra le donne, mediamente più esposte al rischio, considerato che nella popolazione adulta e anziana trascorrono ancora più tempo degli uomini in ambiente domestico. Il tasso femminile nel 2024 è pari a 27,4 accessi ogni 1.000 donne, rispetto ai 26,6 accessi ogni 1.000 uomini (Figura 2). Le principali cause di accesso al Pronto soccorso a seguito di incidente domestico sono le fratture (30%), le contusioni (23%), le ferite aperte ed i traumatismi intracranici (entrambi al 16%).

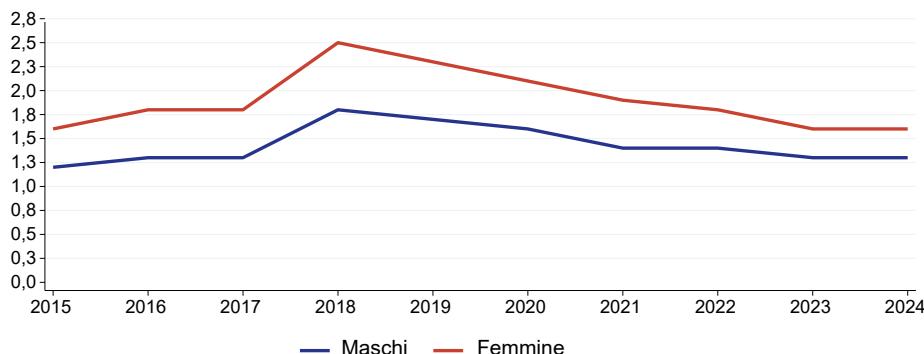
Figura 2. Accessi al Pronto soccorso per incidente domestico con diagnosi di dimissione traumatica, per genere – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2015-2024 –
Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo Pronto soccorso



Osservando il trend si può notare come già a partire dal 2021 i volumi di accesso siano tornati sui livelli immediatamente precedenti alla pandemia e come nel 2020 gli effetti degli inviti a non recarsi in Pronto soccorso, se non per reali urgenze, abbiano prevalso sul maggior rischio legato alla permanenza in casa. La diminuzione dei volumi si è concentrata, infatti, tra i triage non urgenti (-10mila accessi dal 2019 al 2020, -73%), mentre sono state molto più contenute le diminuzioni osservate nelle urgenze differibili o minori (-1.500, -2% rispetto al 2019) e indifferibili o emergenze (-910, -10% rispetto al 2019). Coerentemente, nel 2020 la percentuale di accessi che ha necessitato di un ricovero è salita al 10,6% (dall'8,3% del 2019), indice di una maggiore gravità degli accessi stessi. Dal 2021 questa percentuale ha ripreso a diminuire, scendendo fino al 9,1% nel 2024.

I ricoveri per incidente domestico con diagnosi traumatica effettuati in Toscana nel 2024 sono stati circa 7.300, di poco inferiori ai 7.600 del 2023, molti meno dei 10.450 che si erano osservati nel 2019 (fonte: elaborazioni ARS su dati flusso Schede di dimissione ospedaliera). Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età è pari a 1,4 ricoveri ogni 1.000 abitanti, in continua diminuzione a partire dal primo anno di pandemia, in linea con il trend generale dell'ospedalizzazione. Nel 2019 il tasso di ospedalizzazione era pari a 2,1 per 1.000 abitanti. Le differenze di genere sono in linea con i dati del Pronto soccorso, con il tasso di 1,6 ricoveri ogni 1.000 donne e 1,3 ogni 1.000 uomini (Figura 3). Dal trend emerge come la diminuzione di questi ricoveri sia partita in realtà già dal 2019, un anno prima dell'avvento della pandemia, per poi proseguire fino all'ultimo anno. Negli ultimi anni l'andamento si sta stabilizzando, grazie anche al graduale miglioramento nella qualità del dato raccolto, che fino al 2018 non copriva tutti i presidi ospedalieri con lo stesso livello di attendibilità.

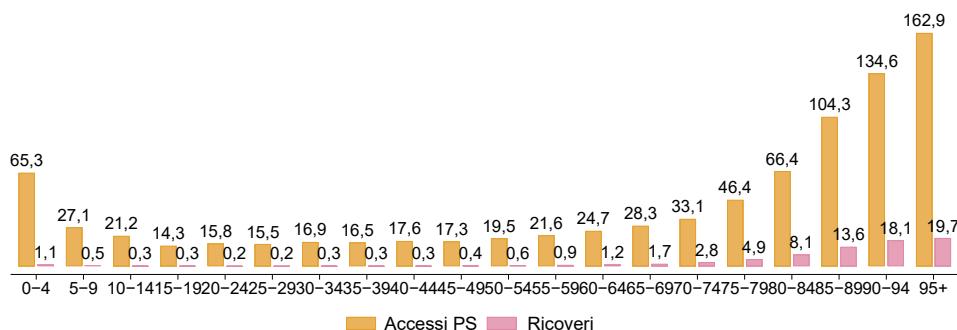
Figura 3. Ricoveri per incidente domestico con diagnosi di dimissione traumatica, per genere – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2015-2024 –
Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso Schede di dimissione ospedaliera



Il rischio di incidente domestico, a seguito del quale occorre ricorrere a cure mediche, è associato all'età. I tassi di accesso al Pronto soccorso o di ricovero aumentano a partire dai 65

anni, fino a superare ampiamente i 100 accessi al Pronto soccorso e i 10 ricoveri per 1.000 abitanti dopo gli 85 anni d'età (Figura 4). Anche i bambini e le bambine nei primi anni di vita, come detto in precedenza, sono più esposti al rischio, rispetto al resto della fascia d'età pediatrica.

Figura 4. Accessi al Pronto soccorso e ricoveri ospedalieri per incidente domestico con diagnosi di dimissione traumatica, per classe d'età – Tasso grezzo per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2024 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso informativo Pronto soccorso e Schede di dimissione ospedaliera



L'ultima fonte che possiamo consultare è quella della mortalità regionale, aggiornata all'anno 2021, quando si contavano 240 toscani deceduti a seguito di un trauma avvenuto in ambiente domestico. Il tasso di mortalità standardizzato per età è pari a 4,3 decessi ogni 100mila abitanti. Gli uomini, diversamente da quanto visto finora, hanno un maggior rischio di morte rispetto alle donne: 5,6 decessi per 100mila abitanti vs 3,5 per 100mila donne. Pur avendo in generale meno probabilità di subire un incidente domestico, gli uomini hanno quindi mediamente conseguenze più gravi.

In generale, gli incidenti domestici con esito mortale rappresentano quindi circa lo 0,2% del totale degli accessi al Pronto soccorso e si concentrano, come atteso, nelle fasce d'età più anziane (l'89% ha più di 64 anni). Sui circa 47mila decessi che si sono verificati in Toscana nel 2021, gli incidenti domestici ne hanno causato lo 0,5%. L'impatto di questi eventi sui servizi però non è così poco rilevante, considerato che, basandoci sugli eventi per i quali l'informazione è stata raccolta correttamente, rappresentano il 38% dei traumi totali che arrivano in Pronto soccorso e il 28% di quelli ricoverati.

Aumentare la sicurezza degli ambienti domestici è uno degli obiettivi strategici del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025. Nello specifico, il programma 5 “Sicurezza negli ambienti di vita” ha definito azioni di formazione, intersettorialità ed equità, volte a diminuire l'incidenza degli infortuni domestici, attraverso due tipologie: la prima mira a promuovere la “prevenzione attiva” mediante l'educazione del bambino alla percezione del rischio, in modo da permettergli di crescere maggiormente autonomo ed in sicurezza, mentre

la seconda si concentra sulla fascia di popolazione anziana ed in particolare sul rischio di cadute all'interno delle mura domestiche. Tali obiettivi hanno condotto Regione Toscana a sottoscrivere accordi di collaborazione con soggetti pubblici, come l'INAIL, e soggetti privati per promuovere incontri informativi rivolti alla popolazione. È stato inoltre creato il gruppo di lavoro (decreto n. 9756 del 8/5/2024) "Prevenzione degli incidenti domestici", formato da referenti di ciascuna delle tre AUSL e da un referente del settore regionale "Prevenzione, salute e sicurezza, veterinaria", con l'obiettivo di identificare le dimensioni e le cause principali di incidenti domestici, le azioni di prevenzione più efficaci, contribuire alla progettazione di campagne di informazione e comunicazione rivolte alla cittadinanza, erogare corsi di formazione a operatori sanitari e sociosanitari e agli insegnanti, individuare e sviluppare azioni volte alla crescita delle competenze genitoriali, dei collaboratori familiari e dei caregiver, per la prevenzione degli incidenti in età infantile, anche attraverso il coinvolgimento della Rete "Scuole che promuovono salute". Campagne informative specifiche tra gli anziani sono state realizzate, con la collaborazione dei medici di famiglia, sul tema delle cadute. Sempre su questo tema, l'azione Equity Oriented del Piano ha previsto interventi per promuovere l'attività fisica con l'obiettivo di ridurre le cadute tra gli anziani e i ricoveri per fratture, redigendo un atto regionale per il miglioramento dell'offerta di corsi rivolti a questa fascia d'età. I primi effetti di queste campagne si vedono nel trend dell'ospedalizzazione, miglior proxy degli eventi che causano fratture che necessitano di un intervento chirurgico e di un periodo di degenza, la quale, pur in un contesto generale di riduzione dei volumi, sta diminuendo già dall'anno precedente alla pandemia da COVID-19.

Infortuni sul lavoro

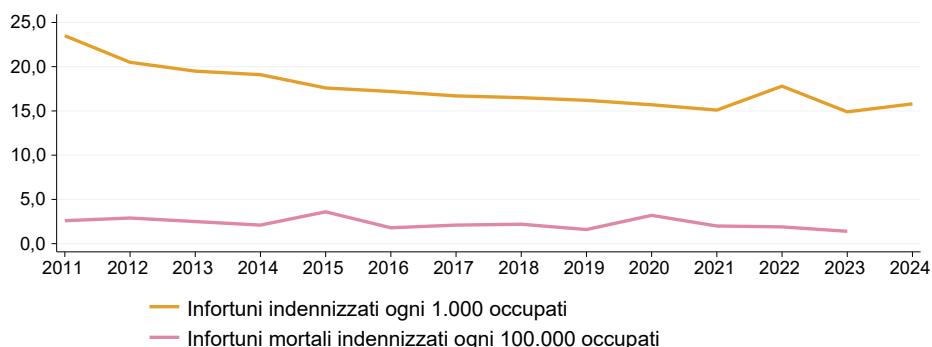
La sicurezza e la salute sul lavoro sono componenti essenziali di un lavoro dignitoso. Gli infortuni sul lavoro hanno un costo umano, sociale ed economico significativo, che i Paesi dovrebbero impegnarsi ad eliminare, garantendo la sicurezza di tutti i luoghi di lavoro. L'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL), agenzia specializzata delle Nazioni unite sui temi del lavoro e della politica sociale, stima che oltre 395 milioni di lavoratori in tutto il mondo hanno subito un infortunio sul lavoro non mortale nel 2019 e circa 2,93 milioni sono deceduti a causa di fattori correlati al lavoro, con un aumento di oltre il 12% rispetto a 20 anni prima (fonte: *A call for safer and healthier working environments*, International Labour Organization, 2023). Il considerevole aumento dei decessi correlati al lavoro è influenzato da diversi fattori: un aggravamento in termini di esposizione non protetta ai rischi professionali, l'aumento della forza lavoro globale (+26% tra il 2000 e il 2019), strumenti diagnostici migliori. Il tasso di mortalità maschile (108,3 per 100mila occupati) è significativamente più alto di quello femminile (48,4 per 100mila). In termini relativi, i decessi correlati al lavoro hanno rappresentato il 6,7% di tutti i decessi a livello globale. La stragrande maggioranza di questi decessi correlati al lavoro, 2,6 milioni, è stata attribuita a malattie professionali, mentre gli incidenti sul lavoro hanno causato 330mila decessi.

Il principale riferimento delle Regioni per acquisire dati stabili e consolidati sugli infortuni è l'Archivio Flussi INAIL-Regioni (regolamentato da opportuna Convenzione) a cui gli operatori regionali profilati possono avere accesso. Attualmente nell'Archivio i dati sono aggiornati al 2023. In questa annualità sono state inoltrate all'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro (INAIL) 42.548 denunce di infortuni sul lavoro avvenuti in Toscana (escludendo studenti, sportivi e colf), di cui 27.984 sono stati riconosciuti come correlati al lavoro dall'Ente. L'83% di questi è accaduto "in occasione di lavoro" (23.189, pari a 22,1 per 1.000 occupati d'età 15-64 anni), il resto in itinere, cioè durante il percorso tra casa e luogo di lavoro, o viceversa, oppure mentre il lavoratore si è spostato tra due sedi aziendali o ha compiuto tragitti legati all'attività lavorativa. Mediamente il rapporto tra infortuni in occasione di lavoro e in itinere è costante negli anni. Nel 2023 gli infortuni mortali sono stati 31 (pari a 1,9 per 100mila occupati d'età 15-64 anni), di cui 22 in occasione di lavoro e 9 (pari al 30%) in itinere, spesso come conseguenza di incidenti stradali.

Il trend dell'infortunistica lavorativa, rispetto alla platea degli occupati, mostra una diminuzione nel periodo 2013-2023, anche se tendente alla stabilizzazione negli ultimi 5 anni (Figura 1). Gli infortuni avvenuti in occasione di lavoro, che dipendono dai rischi specifici presenti negli ambienti lavorativi, dal 2013 al 2023 si riducono infatti di circa il 20% (da 29.242 a 23.189). Rispetto all'anno precedente, nel 2023 si osserva una diminuzione del 12% degli infortuni in occasione di lavoro (26.417 nel 2022) e del 26% dei decessi (42 nel 2022). 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 2020 si rileva una riduzione del fenomeno infortunistico in generale; per tutto il 2021 e parte del 2022 si

assiste invece ad un aumento del numero degli infortuni, aumento che tuttavia mantiene il trend attorno ai valori pre pandemici del 2019. Rispetto al 2019, ultimo anno prima della pandemia da COVID-19, nel 2023 c'è stata una riduzione del 7% circa degli infortuni totali e del 30% per i mortali (rispettivamente 30.117 e 46 nel 2019). Considerando in particolare gli infortuni mortali, trattandosi di piccoli numeri, è evidente un trend irregolare e più soggetto ad oscillazioni. In questo caso va comunque precisato che, al contrario del totale degli infortuni, non si è osservata nel 2020 una riduzione del trend della mortalità per infortunio sul lavoro, ciò plausibilmente anche per il contributo dei decessi da COVID-19 avvenuti in quel periodo e registrati, qualora ne sia stato riconosciuto il nesso lavorativo, come infortunio sul lavoro.

Figura 1. Infortuni totali e infortuni mortali in occasione di lavoro riconosciuti - Tasso per 1.000 (totali) e per 100.000 (mortali) occupati d'età 15-64 anni – Toscana, periodo 2011-2024* – Fonte: Flussi INAIL-Regioni, Rilevazione Forze di lavoro ISTAT



* Il dato 2024 è una stima dei casi riconosciuti calcolata sulle denunce pervenute ad INAIL nel 2024 (fonte Open Data INAIL).

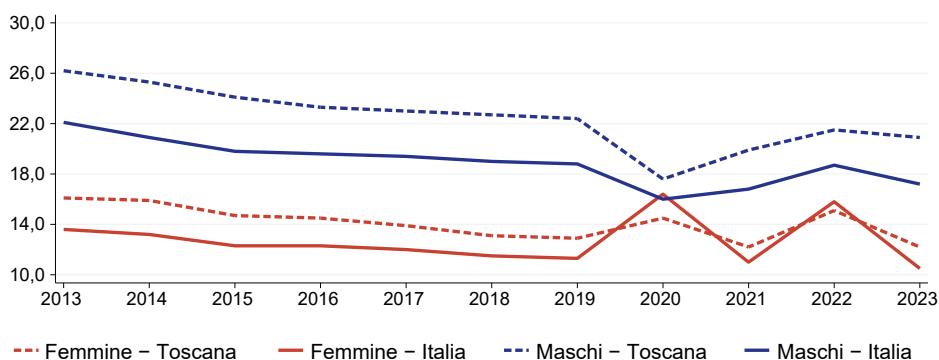
Grazie ai dati preliminari del flusso Open Data INAIL mensile (dati non ancora consolidati per istruttorie ancora in corso), è possibile stimare il numero di denunce di infortunio sul lavoro nel 2024, pari a 43.347 (di cui 7.026 di infortunio in itinere). Dato che per il 2024 gli Open Data INAIL non forniscono il dato sui riconoscimenti assicurativi, questi ultimi sono stati stimati applicando la proporzione di riconoscimenti media degli anni precedenti, ottenendo circa 24.700 infortuni sul lavoro riconosciuti attesi nel 2024. Sia le denunce che i riconoscimenti del 2024, rispetto a quelli del 2023, sembrano così mostrare un lieve aumento, da imputare tuttavia in parte al contributo numerico degli infortuni di studenti, sportivi e colf che, negli Open Data, non possono essere esclusi dal conteggio.

Al fine di valutare la differenza di genere, sempre facendo riferimento ai dati dei Flussi INAIL-Regioni, l'andamento degli infortuni riconosciuti mostra (senza fare distinzione per settori produttivi) per gli uomini un rischio maggiore delle donne. Questo, da una prima analisi, è da imputare anche alla maggiore quota degli occupati maschi (circa il 69% della popolazione 15-64enne maschile è occupata, rispetto al 51% di quella femminile) e al fatto che i maschi

ricoprono mansioni mediamente a maggiore rischio infortunistico. Tra le donne italiane occupate, infatti, 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). In Toscana sempre escludendo gli infortuni in itinere, non correlabili all'ambiente di lavoro, nel 2023 il 69% degli infortuni riconosciuti (16.036 su 23.189) sono a carico degli uomini. Solo nel 2020 la percentuale è scesa al 60%, ciò per il contributo dei casi COVID-19 tra gli operatori del settore sanitario e socio-sanitario, a maggioranza femminile.

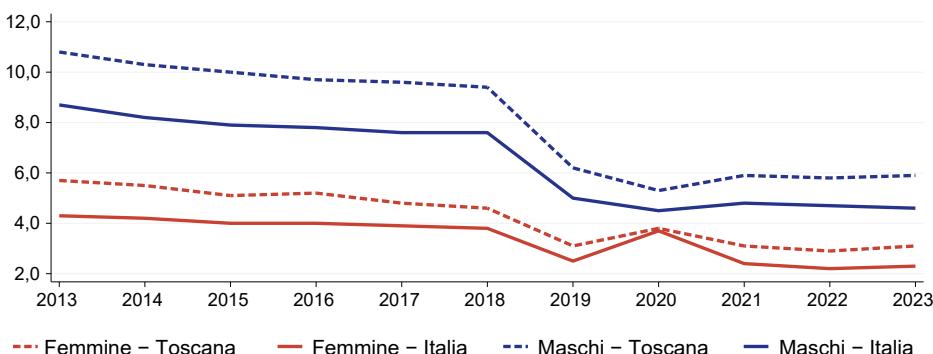
Se rapportati agli occupati, l'incidenza degli infortuni in occasione di lavoro maschile in Italia nel 2023 è quasi doppia rispetto a quella femminile: 17,2 per 1.000 uomini occupati rispetto a 10,5 per 1.000 donne (Figura 2). Il grafico mette bene in evidenza il gap tra i due generi e l'anomalia del 2020, con l'incidenza femminile italiana che addirittura supera quella maschile. In Toscana l'effetto COVID-19 appare minore, gli uomini mantengono infatti un rischio più elevato, pur diminuendo la distanza con le donne. Nei due sessi, comunque, i tassi infortunistici toscani nel 2023 (come quelli di altre regioni con simili tessuti produttivi) sono superiori a quelli italiani: 20,9 vs 17,2 per 1.000 uomini occupati e 12,2 vs 10,5 per 1.000 donne. Le regioni del Centro e Nord Italia, con un buon tessuto produttivo e con la presenza di un buon numero di aziende afferenti a settori ATECO con elevato indice infortunistico (per es. edilizia, agricoltura, estrattivo, manifatturiero, ecc.), simili quindi alla Toscana, hanno anch'esse in genere valori di infortunistica superiori alla media nazionale. A questo si aggiunge il fatto che mediamente nelle regioni del Sud Italia è più presente il fenomeno della sottonotifica degli infortuni (anche a causa del fenomeno del lavoro nero).

Figura 2. Infortuni sul luogo di lavoro, per genere – Tasso infortunistico per 1.000 occupati d'età 15-64 anni – Toscana e Italia, periodo 2013-2023 – Fonte: Flussi INAIL-Regioni, Rilevazione Forze di lavoro ISTAT



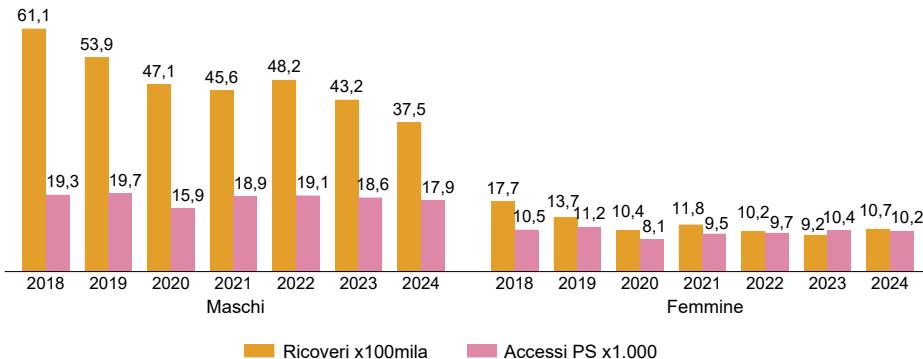
Anche considerando gli infortuni gravi secondo la definizione INAIL (T40: infortuni sul lavoro che causano un'assenza dal lavoro superiore a 40 giorni o che comportano conseguenze più gravi come postumi permanenti o la morte del lavoratore), avvenuti in occasione di lavoro e suddivisi per genere, i tassi infortunistici sono più elevati in Toscana rispetto al dato nazionale (soprattutto nelle donne rispetto a quanto osservato negli infortuni totali), con un trend che si mantiene stabile negli ultimi anni (Figura 3).

Figura 3. Infortuni gravi (T40) sul luogo di lavoro, per genere – Tasso infortunistico per 1.000 occupati d'età 15-64 anni – Toscana e Italia, periodo 2013-2023 – 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. Nel 2024 gli accessi al Pronto soccorso (PS) per traumi avvenuti sul luogo di lavoro sono stati 23.600, per un tasso standardizzato per età pari a 14,4 ogni 1.000 15-64enni occupati e i ricoveri 409 (25,4 ogni 100mila). Entrambi sono in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente, quando erano avvenuti 23.714 accessi al Pronto soccorso e 439 ricoveri, e si mantengono su livelli decisamente inferiori a quelli pre pandemici (Figura 4). Nel 2019, infatti, gli accessi al PS erano stati 24.221 (15,8 per 1.000 occupati 15-64enni) e i ricoveri 542 (pari a 35,5 ogni 100mila occupati 15-64enni). La lettura di questi dati conferma inoltre i maggiori rischi per gli uomini, il cui tasso di accesso al Pronto soccorso è quasi il doppio di quello delle donne (17,9 vs 10,2 per 1.000 occupati), mentre il tasso di ricovero (proxy della casistica più grave) è quasi 4 volte: 37,5 vs 10,7 per 100mila occupati.

Figura 4. Accessi al Pronto soccorso e ricoveri ospedalieri per traumi avvenuti sul luogo di lavoro, per genere – Tasso standardizzato per età per 100mila (ricoveri) e per 1.000 occupati d'età 15-64 anni (accessi PS) – Toscana, periodo 2018-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera e Pronto soccorso



In conclusione, l'infortunistica lavorativa toscana mostra, al netto delle anomalie del periodo pandemico, un trend in diminuzione nel medio-lungo periodo, con una tendenza alla stabilizzazione negli ultimi anni, soprattutto per gli infortuni totali. Anche per i mortali sembra di rilevare una tendenza alla diminuzione, nonostante l'irregolarità dell'andamento, dovuta ai piccoli numeri. Permangono importanti differenze di genere, con maggiori rischi tra gli uomini, anche se nel lungo periodo si osserva una tendenza all'avvicinamento dei trend fra i due sessi, ciò sia per un miglioramento delle condizioni lavorative e delle strategie di prevenzione nei settori più a rischio (a prevalenza maschile), sia per un sempre maggiore ingresso delle donne nel mondo del lavoro, anche in settori come quello dei servizi, della sanità, della logistica, in cui è evidente il rischio infortunistico. L'impatto sui servizi ospedalieri conferma queste differenze e la tendenza all'avvicinamento tra uomini e donne, per la riduzione dei ricoveri tra gli uomini. Nonostante questo, considerato il tasso maschile in relazione a quello femminile e le differenze tra i valori toscani e quelli medi nazionali, è necessario continuare ed incrementare la già intensa azione di prevenzione messa in atto dai servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro delle Aziende USL con la collaborazione di tutti gli Enti coinvolti, ciò allo scopo di intervenire efficacemente per arrivare ad un'ulteriore riduzione del fenomeno infortunistico in generale e degli infortuni gravi e mortali in particolare.

Salute materno-infantile

La salute materno-infantile si riferisce alla salute delle donne durante gravidanza, parto e periodo post-natale, e alla salute dei neonati e dei bambini nei primi anni. È un'area fondamentale della medicina e della sanità pubblica perché riguarda i primi momenti di vita, che sono decisivi per la crescita e lo sviluppo futuro. Rappresenta un'area prioritaria della salute pubblica, non solo perché la gravidanza, il parto ed il puerperio sono la prima causa di ricovero per le donne, ma anche perché gli eventi che riguardano la nascita sono riconosciuti a livello internazionale tra i migliori parametri per valutare la qualità di tutta l'assistenza sanitaria di un paese.

I capisaldi dell'assistenza alla gravidanza in Toscana sono costituiti da una capillare rete consultoriale e dall'utilizzo del cosiddetto libretto di gravidanza, attraverso il quale è garantita a tutta la popolazione, compresa quella straniera non residente, un'assistenza omogenea alla gravidanza e una prevenzione delle principali problematiche che possono manifestarsi.

Sempre più donne preferiscono essere seguite da una struttura pubblica (consultorio o ospedale) durante la gravidanza, a differenza di quanto avveniva qualche anno fa, quando il medico specialista in ostetricia e ginecologia in regime privato attraeva la maggioranza delle gestanti.

Il presente paragrafo ricostruisce il quadro della salute materno-infantile in Toscana, articolando l'analisi lungo le principali tappe del percorso nascita. A partire dalla prima assistenza in gravidanza, si analizzano l'accessibilità e l'equità dei servizi offerti, con particolare attenzione al ruolo dei consultori, alla diffusione del libretto di gravidanza e all'impiego dei test di screening prenatale. Segue una sezione dedicata all'Interruzione volontaria di gravidanza (IVG), con un approfondimento sui trend regionali, l'evoluzione dell'aborto farmacologico e il ruolo dei consultori nella prevenzione e nel supporto. Viene inoltre introdotto un indicatore sintetico, il rapporto tra IVG e nati, utile per contestualizzare il ricorso all'interruzione di gravidanza rispetto alla natalità. La parte centrale è dedicata ai parto e ai principali esiti neonatali, analizzati sia in termini quantitativi (numero di parto, ricorso alla procreazione medicalmente assistita, tagli cesarei) che qualitativi (indicatori di esito, prematurità, basso peso, macrosomia). Chiude il contributo una riflessione sugli stili di vita materni e sulla qualità dell'ambiente nei primi 1.000 giorni di vita, con l'obiettivo di evidenziare i determinanti precoci della salute e le sfide future per la sanità pubblica regionale.

L'assistenza in gravidanza in Toscana si mantiene di alto livello: il 95% delle donne con gravidanza fisiologica effettua gli esami previsti dal libretto di gravidanza e il protocollo regionale, anche se si evidenziano ancora alcuni ritardi nell'accesso ai servizi nelle straniere che non eseguono visite in gravidanza o le eseguono tardivamente (dopo la 12^a settimana di gestazione) e/o che effettuano meno di 3 ecografie.

Dal 1 marzo 2019 Regione Toscana ha introdotto all'interno del percorso nascita il *Non Invasive Prenatal Testing* (NIPT), un test non invasivo di screening per determinare il rischio di gravidanza con anomalie cromosomiche, effettuato mediante un prelievo di sangue alla madre

a partire dalla fine della 10^a settimana di gestazione. Il test è offerto, con pagamento di una quota di partecipazione alla spesa, alle gestanti che hanno un referto di rischio intermedio di anomalie cromosomiche al test combinato, a prezzo intero per le donne con rischio basso (rischio alto: 1/2-1/300; rischio intermedio: 1/301-1/1.000; rischio basso: <1/1.000). L'obiettivo dell'utilizzo del test NIPT insieme al test combinato, già largamente utilizzato, è quello di ridurre il ricorso inappropriato alla diagnosi prenatale invasiva (amniocentesi, villocentesi), soprattutto nelle fasce di rischio intermedie. Negli ultimi anni, infatti, il ricorso all'amniocentesi o alla villocentesi in Toscana si è quasi azzerato (solo il 2,7% delle gestanti ha effettuato uno dei due esami nel 2024, rispetto al 12,4% del 2015 e al 4,9% del 2019), grazie al test combinato che è offerto gratuitamente a tutte le gestanti e sempre più utilizzato (dal 77,5% delle gestanti nel 2019 all'88,1% nel 2024). Sicuramente anche il NIPT sta contribuendo a questo risultato. Nel 2019, primo anno di introduzione, già l'8,4% delle gestanti ha usufruito del NIPT, percentuale che è quasi raddoppiata fino al 15,9% nel 2024 (fonte: elaborazioni ARS su dati flusso Specialistica ambulatoriale).

Contrariamente al passato, oggi il concepimento è un evento quasi sempre lieto e fortemente desiderato: in Toscana, come in Italia, diminuiscono le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), grazie agli sforzi fatti per prevenire le gravidanze indesiderate e per diffondere l'informazione sulla procreazione responsabile, in particolare dai consultori familiari verso la popolazione immigrata o minorenne, anche con l'accesso alla contraccezione, gratuita dal 2018 (delibere regionali n. 1251/2018, 394/2019 e 39/2023). Alla diminuzione delle IVG ha contribuito sicuramente anche l'opportunità per le donne di fornirsi in farmacia di farmaci per la contraccezione d'emergenza (uliprsal acetato – "pillola dei 5 giorni dopo" e il levonorgestrel – "pillola del giorno dopo") senza ricetta medica. In Toscana, sta contribuendo a questa riduzione anche la contraccezione gratuita che viene offerta nei consultori ai giovani dai 14 ai 25 anni, agli adulti tra i 26 e i 45 anni in alcune condizioni (ad esempio disoccupati e con familiari a carico) e alle donne tra i 26 e i 45 anni, entro 12 mesi dal parto o entro 24 mesi dall'interruzione della gravidanza.

Le IVG in Italia hanno un trend decrescente e il tasso di abortività in Italia è fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali. Anche in Toscana, pur con un tasso di abortività di 6,3 per 1.000 (dato 2024, provvisorio) che si mantiene sempre superiore alla media nazionale (5,6 per 1.000 nel 2023, dato ISTAT provvisorio), si ha un trend in decremento. Nel 2024 si sono registrate 4.355 IVG (dato in attesa di consolidamento), 86 in meno rispetto al 2023, e in riduzione del 17,3% rispetto al 2019, diminuzione che sta riguardato sia le donne italiane che le straniere. Anche in relazione al numero di nati vivi, si ha un trend in diminuzione negli anni (rapporto di abortività 2019: 219,3 ogni 1.000 nati; 2024: 204,8 per 1.000). In Toscana le IVG sono effettuate in 28 strutture pubbliche. Nessuna struttura privata è stata accreditata per l'effettuazione della prestazione.

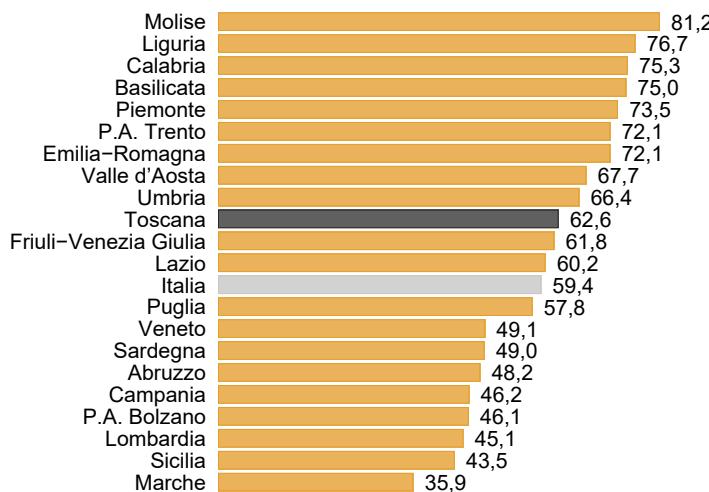
Da ormai oltre 10 anni è stato autorizzato anche in Italia l'aborto farmacologico con mifepristone (Ru486) e prostaglandine in alternativa all'aborto chirurgico, così come presente in altri paesi e come raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guide

dell’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e internazionali. Nel 2020 e nel 2021, per tutelare la salute e i diritti delle donne anche in piena emergenza pandemica, le società scientifiche di ginecologia e ostetricia hanno incoraggiato l’utilizzo dell’aborto farmacologico, che si svolge sostanzialmente con modalità ambulatoriale, evitando così l’accesso alla sala operatoria. L’IVG farmacologica in Toscana nel 2024 è stata utilizzata nel 64,3% dei casi (con proporzioni superiori all’80% in alcuni presidi ospedalieri), valore più alto della media italiana (59,4% nel 2023, dato ISTAT provvisorio) e in aumento negli anni (era il 39,4% nel 2019) (Figura 1).

Con la delibera n. 827 del 29 giugno 2020 Regione Toscana ha approvato il “Protocollo operativo per l’Interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica”, per garantire sul territorio regionale l’offerta dell’IVG farmacologica come prestazione ambulatoriale anche presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione. Tra la fine del 2020 e nel corso del 2021 le aziende si sono organizzate per somministrare l’IVG farmacologica in ambito ambulatoriale. Nel 2024 il 98,4% delle IVG farmacologiche sono state effettuate in regime ambulatoriale, in aumento rispetto al 2023, quando tale proporzione era del 96,3%.

Nelle strutture ospedaliere della Toscana che praticano IVG la proporzione dell’obiezione di coscienza riguarda meno della metà dei ginecologi (46,3%, indicatore calcolato secondo i criteri ministeriali), percentuale in diminuzione negli anni, ma con una grande variabilità tra i diversi presidi. La proporzione toscana è nettamente più bassa rispetto al 60,7% rilevato in Italia nel 2022 (ultimo dato disponibile). Il carico di lavoro, calcolato come numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore che lavora in presidi sanitari che effettuano IVG, considerando 44 settimane lavorative annuali, è di 0,54 IVG a settimana, molto inferiore rispetto al carico di lavoro medio nazionale del 2022 (0,9 IVG settimanali). Il numero globale dei ginecologi che non esercita il diritto all’obiezione di coscienza è quindi congruo con il numero di interventi di IVG e non emerge un problema che rappresenti un ostacolo alla piena applicazione della legge n. 194/78.

In Toscana i consultori sono diventati negli anni un punto di riferimento del percorso nascita del Servizio sanitario regionale, ad esempio per la consegna dei libretti di gravidanza e per i corsi di accompagnamento alla nascita. Negli ultimi anni, sempre più donne preferiscono essere seguite prevalentemente dal consultorio durante la gravidanza, a differenza di quello che succedeva fino a pochi anni fa, quando gli studi privati erano i principali punti di riferimento in gravidanza. Il consultorio svolge anche un ruolo importante nella prevenzione dell’IVG e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, dal counselling prima della procedura, ai controlli medici, al counselling contraccettivo post-IVG. Nel 2023 il 58,5% dei certificati di interruzione di gravidanza sono stati rilasciati dal consultorio (50,8% nel 2019). Nei 106 consultori familiari pubblici in cui si pratica attività IVG (colloqui pre-IVG, colloqui post-IVG, rilascio di certificazione) la proporzione degli obiettori di coscienza (33,9%) è più bassa rispetto a quella registrata nelle strutture ospedaliere.

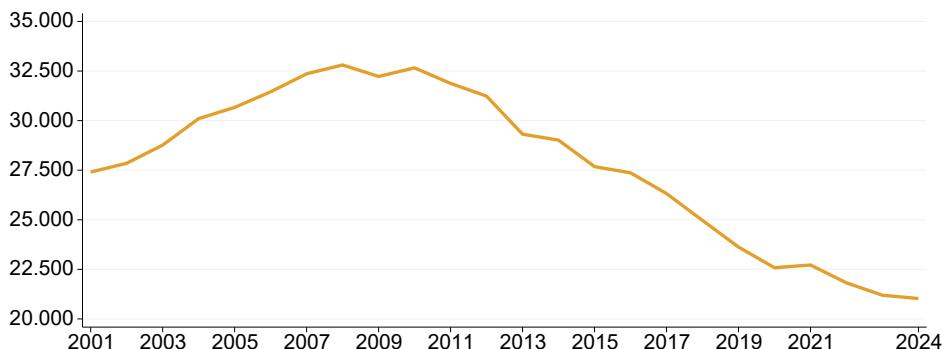
Figura 1. IVG farmacologica – Casi per 100 IVG – Regioni e Italia, anno 2023 – Fonte: ISTAT

In Toscana nel 2024 si conferma la tendenza alla diminuzione della natalità, avviatasi dall'inizio della crisi economica del 2010, accentuata dall'avvento e dalle conseguenze socio-economiche della pandemia da COVID-19: nelle strutture toscane sono avvenuti 21.029 partì (Figura 2), 168 in meno rispetto al 2023 (-0,8%) e 2.597 in meno rispetto al 2019 (-11%). Il fenomeno è in parte riconducibile a un effetto strutturale: sono uscite dall'esperienza riproduttiva le generazioni di donne nate a metà degli anni '60, molto più numerose delle generazioni nate nelle decadi successive, che hanno appena raggiunto o stanno raggiungendo le età feconde. Anche per le donne di nazionalità straniera si conferma la tendenza alla diminuzione della natalità, iniziata nel 2013, in parte dovuta alla diminuzione dei flussi femminili in entrata, accentuata durante il periodo in cui in Italia è stato vietato l'ingresso a causa della pandemia, in parte per le modifiche dovute al costante processo di acculturazione, che rende i comportamenti delle donne straniere stabilmente residenti sul nostro territorio sempre più simili a quelli osservati nelle donne italiane, con la conseguente riduzione della natalità. Dal 2013 il tasso di fecondità delle donne straniere è sceso sotto le due unità, valore che permetterebbe di garantire il ricambio generazionale, pur rimanendo ampiamente al di sopra di quello delle donne italiane. Nel 2024 nelle strutture toscane hanno partorito 5.376 straniere, in calo del 18,7% rispetto al 2019.

Stabile, ma comunque elevata, l'età al parto (32,9 anni) e si conferma l'incremento delle mamme over40enni, che nel 2024 rappresentano il 10,2% del totale. Negli ultimi dieci anni sono raddoppiate le donne che ottengono una gravidanza ricorrendo a tecniche di fecondazione assistita: il 6,1% dei partì è avvenuto con una di queste tecniche (erano il 3% nel 2015), il 25,4% tra le donne sopra ai 40 anni e il 52,5% tra quelle sopra i 43 anni. Tale aumento è fondamentalmente correlato alla fecondazione eterologa e alle tecniche omologhe

con crioconservazione di gameti (fonte: relazione annuale trasmessa al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 40/2004 in materia di Procreazione medicalmente assistita).

Figura 2. Parti – Numero di parti in strutture regionali – Toscana, periodo 2001-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Certificati di assistenza al parto

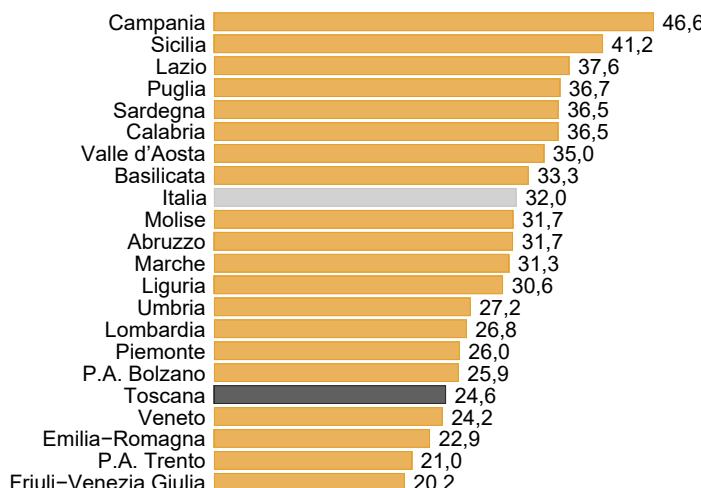


Il ricorso alla Procreazione medicalmente assistita può portare ad un numero maggiore di gravidanze plurime e di gravidanze a rischio. Inoltre, l'età materna avanzata è caratterizzata da un rischio maggiore di complicazioni della gravidanza materna, come l'ipertensione, il diabete, le problematiche placentari e il rischio significativamente più elevato di parto cesareo. Oltre all'età materna avanzata, anche il fumo e un indice di massa corporea elevato sono fattori di rischio che possono compromettere la salute delle madri e dei nascituri: è in questa popolazione, infatti, che si rileva il maggior numero di parti pretermine, di basso peso alla nascita, di ricorso al taglio cesareo, di morbilità e mortalità neonatale e materna.

In diminuzione negli anni la percentuale di donne che affrontano un travaglio spontaneo (56% nel 2024), mentre aumenta di conseguenza l'induzione al travaglio (26%). È in aumento anche l'utilizzo di farmaci per alleviare il dolore durante il parto, in particolare l'analgesia peridurale, alla quale ha ricorso il 36,1% delle partorienti che hanno avuto un travaglio nel 2024. Si riduce invece, in tutti i Punti Nascita, il ricorso all'episiotomia, intervento oggi non considerato più di routine, ma utilizzato solamente per motivi di salute fetale. Si riduce anche la manovra di Kristeller, modalità che i clinici preferiscono evitare, ritenendola superata in base ai dati scientifici. Si mantengono invece stabili i parti operativi, nei quali si prevede l'applicazione alla testa del feto del forcipe o della ventosa per gestire la 2^a fase del travaglio e facilitare il parto.

Secondo gli ultimi dati riportati nel *Rapporto sull'attività ospedaliera* del Ministero della salute, la Toscana, con un trend in costante diminuzione negli anni, è tra le regioni italiane con il più basso tasso di cesarei (Figura 3), ma ancora lontana dalla soglia del 19% stabilita dall'OMS, oltre la quale non si associa una riduzione del tasso di mortalità materna e infantile.

Figura 3. Parti con taglio cesareo – Casi per 100 parti – Regioni e Italia, anno 2023 – Fonte: Ministero della salute



Nel 2024 i nuovi nati vivi in Toscana sono stati 21.262 (comprendono nati da madri residenti in regione e non), 225 in meno rispetto al 2023 (-1%) e 2.747 in meno rispetto al 2019 (-11,4%). I nati morti nel 2024 sono stati 56, facendo registrare nell'ultimo triennio, un tasso di natimortalità di 2,1 decessi ogni 1.000 nati, andamento stabile da diversi anni e tra i più bassi d'Europa.

Il rapporto maschi/femmine alla nascita è 1,06. In aumento i nati da Procreazione medicalmente assistita (PMA), che nel 2024 costituiscono il 6,1% di tutti i nati, erano il 4,6% nel 2019. Il 94,4% dei nati è venuto alla luce in posizione vertice e il 99,5% con un punteggio APGAR (punteggio che valuta le condizioni di vitalità del neonato alla nascita) elevato, cioè tra 7 e 10.

La nascita pretermine (<37 settimane), il basso peso (<2.500 grammi) e la macrosomia (>4.000 grammi) alla nascita sono importanti indicatori della salute infantile, in quanto associati ad una maggiore morbosità e mortalità. In particolare i nati gravemente pretermine (<32 settimane) e i nati di peso molto basso (<1.500 grammi) richiedono un periodo di ricovero molto più lungo dopo la nascita e hanno più probabilità di sviluppare disabilità di tipo neuropsicologico e respiratorio nei primi anni di vita, ma anche in seguito. Nel 2024 i nati prematuri rappresentano il 6,5% dei nati vivi, i gravemente prematuri lo 0,8%, i basso peso il 6,5% e i nati di peso molto basso lo 0,7%. Anche la macrosomia è associata a diverse complicanze materne e perinatali, quali la morte fetale, il parto distocico, l'asfissia, l'aspirazione di meconio, l'ipoglicemia, che ne giustificano il monitoraggio. Questi bambini inoltre sono esposti a un maggior rischio di sovrappeso e obesità nell'età adulta e a conseguenti problemi di ipertensione e diabete. In Toscana la proporzione di neonati macrosomi nel 2024 è pari al 5,2%, stabile rispetto agli anni precedenti.

Il 79,6% dei nati vivi è allattato in modo esclusivo (cioè riceve solo latte materno succhiato o spremuto, medicinali in gocce o sciropo) durante il ricovero ospedaliero contingente la nascita.

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

In conclusione, dall'analisi del percorso nascita in Toscana emerge un quadro complessivamente positivo, segnato da livelli elevati di accesso ai servizi, qualità dell'assistenza, uso appropriato delle tecnologie e attenzione ai determinanti precoci della salute. La progressiva diffusione di strumenti come il libretto di gravidanza, il test combinato e il NIPT, la contraccezione gratuita e la crescita dell'aborto farmacologico in regime ambulatoriale testimoniano una capacità organizzativa e di innovazione ormai strutturata.

Al tempo stesso, permangono alcuni elementi che richiedono monitoraggio e intervento: i ritardi nell'accesso ai servizi da parte delle donne straniere, l'aumento dell'età materna con le relative implicazioni cliniche, la denatalità e il calo dei partì anche tra le donne immigrate. Si tratta di fenomeni che riflettono cambiamenti demografici e sociali profondi, e che pongono nuove sfide in termini di programmazione sanitaria, equità e sostenibilità.

Salute della popolazione anziana

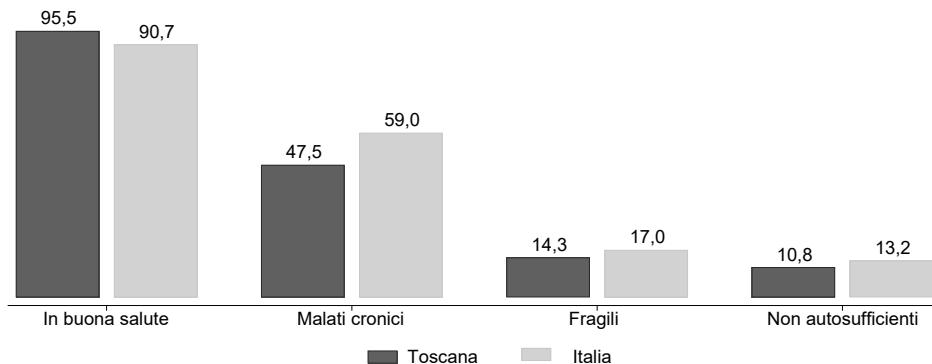
Gli anziani, convenzionalmente individuati con la soglia d'età di 65 anni, sono in continuo aumento nella popolazione. Oggi rappresentano circa il 26,7% dei toscani (24,7% in Italia) e al loro interno si fa sempre più rilevante il peso dei cosiddetti grandi anziani (persone di 85 anni o più), che attualmente rappresentano il 4,8% dei toscani. Considerato lo scenario demografico previsto per i prossimi anni, in cui queste percentuali sono destinate ad aumentare, è fondamentale considerare questa fascia di popolazione non (o non solamente) come destinataria di assistenza, ma anche come risorsa per familiari e collettività (ad esempio nell'accudimento di parenti e amici, nel volontariato o nell'organizzazione di attività ricreative e sociali), scenario realizzabile solo se si è in grado di mantenere buoni livelli di salute e un invecchiamento attivo, condizioni che si associano inoltre a minori costi economici sociosanitari (fonte: Istituto superiore di sanità, 2025). Gli anziani rappresentano il 48% dei ricoveri ospedalieri toscani (il 52% se si considerano quelli in regime ordinario), il 47% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, il 70% delle dosi giornaliere (DDD) di farmaci erogati, solo limitandoci ai 3 capitoli principali di prestazioni sanitarie (fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali 2024).

Le donne, grazie alla maggiore longevità che le caratterizza rispetto agli uomini, rappresentano il 56% degli ultra 64enni toscani, il 61% degli over 80. Questo squilibrio ha un impatto sulla salute della popolazione anziana, perché uomini e donne sono caratterizzati da un diverso bagaglio di esposizioni ai principali determinanti di salute cumulato nel corso della vita e, in parte anche per questo, soffrono di patologie diverse. Grazie ai dati della sorveglianza PASSI d'Argento dell'Istituto superiore di sanità (biennio 2021-2022) possiamo valutare la salute degli anziani toscani, rispetto agli italiani, dettagliando il confronto per genere, quando necessario e possibile. Le stime di sorveglianza sono inoltre integrabili con alcuni dati regionali provenienti dai flussi sanitari (aggiornati invece al 2024).

Il 95,5% degli anziani toscani giudica positivamente il proprio stato di salute (90,7% in Italia), senza particolari differenze di genere. La nostra, è la 1^a regione in Italia insieme alla Provincia autonoma di Bolzano, per questo indicatore. Rispetto al 2019 il valore è aumentato di circa 7 punti percentuali, dall'88,1% (era l'87,4% in Italia). Le persone che, sulla base delle proprie abitudini, possono essere definite una risorsa (accudiscono o forniscono aiuto a parenti o amici, conviventi o non conviventi, svolgono volontariato) rappresentano 1 anziano su 4 in Toscana (26%, rispetto al 27,2% in Italia). Sono in particolare le donne a rappresentare una risorsa, 32,5% rispetto al 17,5% osservato tra gli uomini. Gli anziani che si sentono isolati rappresentano invece il 14% in Toscana (15,3% in Italia), senza particolari differenze di genere. Il 47,5% (59% in Italia) soffre di almeno una malattia cronica tra diabete, bronco-pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), tumori, malattie cardiovascolari, artriti e artrosi, malattie del fegato, insufficienza renale. Nonostante non censisca l'intera popolazione di malati cronici, come vedremo in seguito, PASSI d'Argento consente di confrontare il dato toscano con quello italiano, fotografando nella nostra regione una tendenza migliore della media (Figura 1). Oltre

ai dati già citati sulla percezione del proprio stato di salute e i malati cronici, il 14,3% degli anziani toscani è identificabile come fragile (10,2% tra gli uomini e 17,4% tra le donne). Si tratta di persone ancora autosufficienti, ma che hanno perso l'autonomia nello svolgimento delle cosiddette attività strumentali della vita quotidiana (preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono). Il 10,8% (6,5% tra gli uomini e 14,1% tra le donne) ha perso invece la propria autonomia nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continentini, usare i servizi per fare i propri bisogni) ed è classificabile come non autosufficiente.

Figura 1. Condizioni di salute degli anziani – Prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti d'età 65+ anni – Toscana e Italia, biennio 2021/2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, Istituto superiore di sanità



Se applichiamo le prevalenze PASSI d'Argento all'attuale popolazione ultra 64enne possiamo stimare circa 140mila anziani in condizione di fragilità, ma ancora autosufficienti, e 106mila non autosufficienti. Da questa stima sono esclusi gli ospiti in Residenza sanitaria assistenziale (non coinvolti nella rilevazione), che in Toscana sono circa 14mila e portano così il dato totale a circa 120mila anziani non autosufficienti. Le stime sono in linea con quelle pre pandemiche.

Volendo approfondire il tema della cronicità, considerato che le malattie censite dalla sorveglianza ISS non ne rappresentano l'intero spettro (mancano ad esempio tutte le malattie neurodegenerative, l'ipertensione, la dislipidemia, le malattie reumatiche e le malattie intestinali) è possibile utilizzare le banche dati regionali delle prestazioni sanitarie (aggiornate al 2024), applicando algoritmi di identificazione in grado di intercettare le singole patologie (fonte: banca dati MaCro di ARS Toscana). La stima di malati cronici tra gli anziani sale così all'81,6%, questo perché tra le patologie considerate troviamo l'ipertensione e la dislipidemia, condizioni molto frequenti nella popolazione. La graduatoria delle malattie in ordine di prevalenza, tra gli anziani, ricalca quella osservata nella popolazione generale (si veda il

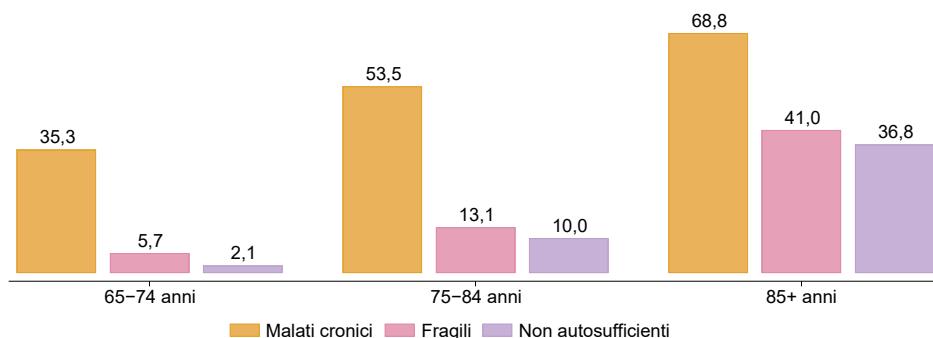
capitolo sulle malattie croniche), ma le differenze di genere tendono ad acuirsi (Tabella 1). In termini assoluti si tratta di circa 777mila anziani con almeno una patologia, dei quali 678mila soffrono di ipertensione, 441mila di dislipidemia, 176mila di diabete, 122mila di cardiopatia ischemica, 70mila di insufficienza cardiaca, 51mila di BPCO, 45mila di demenza, per citare quelle più rilevanti dal punto di vista della salute e dell'impatto sui servizi in termini di volumi. In questa fascia d'età è frequente che la persona soffra contestualmente di più patologie (500mila persone, pari al 52,4% degli anziani).

Tabella 1. Malattie croniche nella popolazione anziana - Numero (in migliaia) e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti d'età 65+ anni - Toscana, anno 2024 - Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali

Patologia	Maschi		Femmine		Totale	
	Malati (in migliaia)	x100 ab.	Malati (in migliaia)	x100 ab.	Malati (in migliaia)	x100 ab.
Ipertensione	302	72,9	376	69,5	678	71,1
Dislipidemia	195	47,0	246	45,8	441	46,3
Diabete	90	21,7	86	16	176	18,5
Cardiopatia ischemica	76	18,3	46	8,3	122	12,7
Fibrillazione atriale	42	10,4	42	7,4	84	8,7
Insufficienza cardiaca	37	9,1	33	5,8	70	7,3
Insufficienza renale	25	6,3	33	5,8	59	6,0
Pregresso ictus	29	7,2	25	4,4	54	5,6
BPCO	26	6,4	25	4,5	51	5,3
Demenza	14	3,6	31	5,2	45	4,6
Malattie reumatiche	10	2,4	27	5,0	37	3,8
Arteriopatia periferica	19	4,5	16	2,9	34	3,6
Malattie infiammatorie intestinali	7	1,7	7	1,3	14	1,5
Parkinson	7	1,7	7	1,3	14	1,5
Epilessia	6	1,5	8	1,4	14	1,4
Sclerosi multipla	1	0,1	1	0,3	2	0,2
<hr/>						
Almeno 1 patologia	341	82,2	436	81,0	777	81,6
Almeno 2 patologie	227	54,9	274	50,4	501	52,4

Tornando alle stime PASSI d'Argento, analizzando il dato per classe d'età, notiamo come sia raro ormai che un anziano perda la propria autonomia prima dei 75 anni (il 2,1% nella fascia d'età 65-74 anni è non autosufficiente), soglia oltre la quale invece il bisogno di assistenza per svolgere le proprie attività quotidiane aumenta in maniera decisa, fino a riguardare poco meno di 4 ultra 84enni su 10 (Figura 2). La soglia d'età convenzionalmente utilizzata per identificare gli anziani e il bisogno di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, è rappresentata dai 65 anni, ma grazie ai progressi delle ultime decadi, in termini proprio di salute e qualità della vita, nella realtà osserviamo lo slittamento di tale soglia verso i 75 anni. Circa il 98% degli anziani tra i 65 e i 74 anni, infatti, è ancora pienamente autonomo, pur convivendo con una malattia cronica. Nel capitolo dedicato all'assistenza alla persona non autosufficiente vedremo il livello di risposta che gli anziani non più autonomi trovano nella propria rete familiare o nel servizio sanitario e sociosanitario regionale.

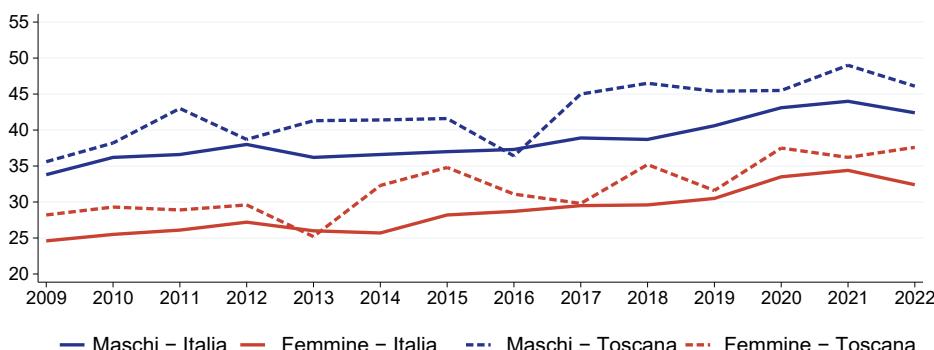
Figura 2. Condizioni di salute degli anziani, per classe d'età – Prevalenza per 100 abitanti d'età 65+ anni – Toscana, biennio 2021/2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, Istituto superiore di sanità



Un indicatore sintetico ed utile a misurare la salute della popolazione anziana è rappresentato dalla speranza di vita al compimento dei 65 anni d'età, pari a 21,6 anni in Toscana (6^a regione in Italia tra quelle con il valore più alto, media italiana pari a 21,2 anni): 20,2 anni tra gli uomini (7^a regione) e 22,9 anni tra le donne (8^a regione) (fonte: ISTAT 2024). La Toscana conferma valori superiori a quelli medi italiani, pari a 19,8 anni per gli uomini e 22,6 anni per le donne. Dal 2019 l'indicatore è aumentato in maniera decisa tra gli uomini, da 19,8 a 20,2 anni, più lievemente tra le donne, da 22,8 a 22,9. Il trend è analogo a quello osservato nella popolazione italiana, con la speranza di vita a 65 anni femminile che coincide con quella del 2019 e quella maschile che segna un +0,4 anni. Come quella alla nascita, la speranza di vita a 65 anni toscana già nel 2023 era tornata sui livelli pre pandemici, con un anno di anticipo rispetto all'Italia.

Dobbiamo però considerare in quali condizioni di salute gli anziani trascorrono gli anni che gli restano da vivere. Osservando la speranza di vita in buona salute per un anziano giunto ai 65 anni d'età, che ISTAT stima utilizzando dati campionari, il confronto per genere si inverte. La stima 2022 (ultimo anno disponibile) per la Toscana è pari a 8,8 anni tra gli uomini (7^a in Italia tra le regioni con valori più alti, media italiana 8 anni) e 8,4 anni tra le donne (4^o valore tra le regioni, media italiana 7,1 anni). Il valore maschile è in leggera diminuzione rispetto ai 9 anni rilevati nel 2019, quello femminile in aumento dai 7,2 anni osservati in quell'anno. Il trend nel lungo periodo, dal 2009 (primo anno disponibile), del rapporto tra speranza di vita in buona salute e totale, a 65 anni, è comunque in aumento, sia in Toscana (dove l'indicatore subisce maggiori oscillazioni a causa della minore numerosità campionaria) che in Italia. Si è passati dal 36% al 46% di anni di speranza di vita in buona salute sul totale (a 65 anni) tra i maschi toscani (dal 34% al 42% in Italia) e dal 28% al 38% tra le femmine (dal 25% al 32% in Italia). Nel tempo quindi stiamo aggiungendo anni da vivere e sta aumentando la parte di questi anni vissuta in buona salute, anche se nel 2022, con la sola eccezione rappresentata dalle donne toscane, la percentuale ha subito una lieve battuta d'arresto, a causa degli effetti della pandemia da COVID-19 sulla speranza di vita. Solo a partire dal 2023, infatti, gli effetti diretti della pandemia su questi indicatori hanno cominciato ad esaurirsi, prima in Toscana e poi nell'intero territorio nazionale.

Figura 3. Speranza di vita a 65 anni, per genere - Percentuale di anni vissuti in buona salute sul totale degli anni di speranza di vita a 65 anni d'età - Toscana e Italia, periodo 2009-2022
- Fonte: ISTAT



Concludendo, la salute degli anziani residenti in Toscana è mediamente migliore di quella degli italiani, sia quando consideriamo le principali patologie croniche che i livelli di autonomia e non autosufficienza. Le persone che convivono con una malattia sono molte, la metà degli anziani ne ha almeno 2 diverse quando prendiamo in considerazione l'intero spettro della cronicità, ed è noto che la multimorbilità, insieme all'età anagrafica, di per sé un fattore di rischio per la salute, rende più complessa la gestione della persona e dei piani terapeutici

(fonte: Agenzia italiana del farmaco – AIFA). Anche la speranza di vita al compimento dei 65 anni d'età conferma la nostra regione tra quelle più longeve, come osservato per la speranza di vita alla nascita. Resta però ampio margine di miglioramento per far sì che gli anni di vita guadagnati nelle ultime decadi siano vissuti in buona salute, liberi, o non condizionati nello svolgimento delle proprie attività quotidiane, da malattie. Questo permetterebbe di vedere aumentare la quota che rappresenta una risorsa per la famiglia o la collettività, tutto sommato bassa, specialmente tra gli uomini, se rapportata a quella che giudica la propria salute buona (quasi la totalità). Il concetto di “anziano-risorsa” è stato definito dall’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) già nel 1996, partendo da una visione positiva della persona in continuo sviluppo e in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla crescita individuale e collettiva. Occorre spingere gli anziani a partecipare ad attività per mantenere la salute fisica e mentale, accrescere la qualità delle relazioni interpersonali e migliorare la qualità della propria vita, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri e allo stesso tempo rappresentando una risorsa per la collettività (fonte: ISS).

Salute della popolazione straniera

Lo studio epidemiologico della salute della popolazione straniera rappresenta un ambito di crescente rilevanza, alla luce dell'evoluzione demografica e dei mutamenti sociali che interessano l'Italia così come la nostra regione da ormai diversi anni. L'incremento in termini numerici e la stabilizzazione della presenza straniera in Toscana, insieme alla progressiva integrazione nei contesti lavorativi e sociali, rendono fondamentale una valutazione approfondita dei principali indicatori di salute pubblica relativi a questa popolazione. Studiare i principali pattern di morbilità, ospedalizzazione, accesso ai servizi sanitari e disuguaglianze socio-sanitarie consente di identificare somiglianze e divergenze rispetto alla popolazione autoctona, mettendo in luce i determinanti sociali e culturali che influenzano i comportamenti sanitari e l'utilizzo dei servizi, al fine di migliorare lo stato di salute della popolazione straniera e favorire politiche sanitarie più inclusive.

Come per le precedenti edizioni di Welfare e salute, si specifica che l'analisi dello stato di salute della popolazione straniera presente fa riferimento esclusivamente alla popolazione residente, poiché i flussi informativi sanitari correnti lasciano ampiamente inesplorata la condizione di salute degli stranieri non regolari, inclusi coloro identificati come stranieri temporaneamente presenti (STP). Ciononostante, grazie a rapporti come quello della Fondazione ISMU è possibile fornire alcune informazioni sulla presenza degli stranieri non regolari nel nostro Paese.

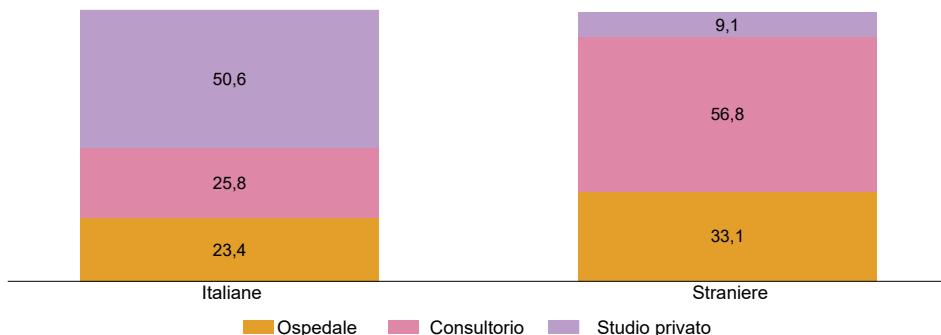
In Italia, al 1° gennaio 2025 i cittadini stranieri residenti sono circa 5,4 milioni, il 9,2% sul totale dei residenti, dato in continuità con le annualità precedenti (fonte: ISTAT, dati provvisori). Secondo quanto riportato dal rapporto ISMU 2024, nel 2024 gli stranieri regolari non residenti erano 180mila, mentre gli stranieri irregolari erano 321mila, dato in diminuzione rispetto agli anni precedenti. Passando al contesto regionale, al 1° gennaio 2025 sono poco meno di 440mila gli stranieri residenti in Toscana, il 12% della popolazione residente complessiva, dato superiore rispetto alla media nazionale. Questo dato conferma la Toscana come una delle regioni a maggiore presenza straniera del territorio italiano (fonte: ISTAT). La composizione demografica di questa popolazione mostra una maggiore presenza di donne straniere rispetto agli uomini, oltre ad essere una popolazione mediamente più giovane rispetto alla popolazione autoctona, con un'età media di 35,1 per gli uomini stranieri rispetto ai 47,7 anni degli uomini toscani e 39,5 anni per le donne straniere rispetto ai 50,5 anni delle donne residenti italiane (fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT 2025). I dati aggiornati al 1° gennaio 2024 (ultimo anno disponibile) individuano la Romania come il principale Paese di origine dei residenti in Toscana di origine straniera (16,8%), seguita da Cina (16,2%), Albania (13,2%) e Marocco (6,7%).

Per quanto riguarda l'analisi dello stato di salute, la salute materno- infantile continua a rappresentare un ambito centrale di indagine delle condizioni sanitarie delle donne straniere residenti in Toscana, le quali si distinguono ormai da molti anni per caratteristiche specifiche rispetto alla popolazione femminile autoctona.

Nel 2024, in Toscana, sono stati registrati 5.375 partori da parte di donne straniere in età fertile (15-49 anni), dato stabile rispetto al 2023, con un trend in diminuzione a cui si assiste dal 2016 (fonte: elaborazioni ARS su dati del flusso dei Certificati di assistenza al parto). Questo dato conferma in modo sempre più evidente l'effetto di acculturamento di questa popolazione con quella autoctona, fenomeno che condiziona le abitudini e i comportamenti degli stranieri presenti nel nostro territorio, portandoli ad adottare stili di vita e pratiche sociali sempre più simili a quelli della popolazione residente.

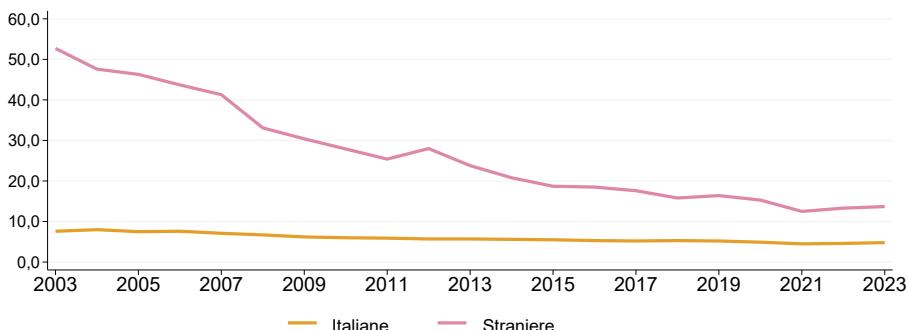
Ciononostante, permangono ancora differenze significative per quanto riguarda l'assistenza prenatale, in particolar modo quando si osservano i dati riferiti al numero di visite effettuate in gravidanza. Nel 2024, infatti, le donne straniere che hanno effettuato meno di 5 visite durante i nove mesi di gravidanza sono state il 18,4% rispetto al 7,9% delle donne italiane. Anche nella scelta delle strutture di riferimento durante la gravidanza si osservano differenze tra le due popolazioni, con un ricorso di oltre il 50% delle donne straniere al consultorio (italiane: 25,8%) e un bassissimo ricorso invece alle strutture ospedaliere o a studi privati. Al contrario, le donne italiane tendono a riferirsi maggiormente a studi privati durante la gravidanza, con poco più del 50% delle donne che hanno partorito che hanno scelto questa tipologia di struttura (Figura 1). Le difficoltà di accesso, riconducibili in parte a barriere linguistiche o a condizioni socio-economiche svantaggiose, mostrano nel complesso la presenza di diseguaglianze che influiscono sui comportamenti riproduttivi e sui percorsi assistenziali tra donne italiane e straniere, suggerendo la necessità di interventi mirati per garantire equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi di salute materno-infantile.

Figura 1. Struttura di riferimento in gravidanza, per cittadinanza – Valori per 100 donne che hanno partorito – Toscana, anno 2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Certificati di assistenza al parto



Un indicatore che continua a mostrare rilevanti differenze tra la popolazione straniera e quella italiana residente in Toscana è il tasso di abortività. Sebbene si osservi una tendenza progressivamente decrescente dal 2003 ad oggi, i tassi registrati tra le donne straniere restano significativamente più elevati, risultando nel 2023 circa tre volte superiori a quelli delle donne italiane (Figura 2).

Figura 2. Aborti volontari, per cittadinanza – Tasso di incidenza per 1.000 donne in età feconda (15-49 anni) – Toscana, periodo 2003-2023 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Certificati di assistenza al parto

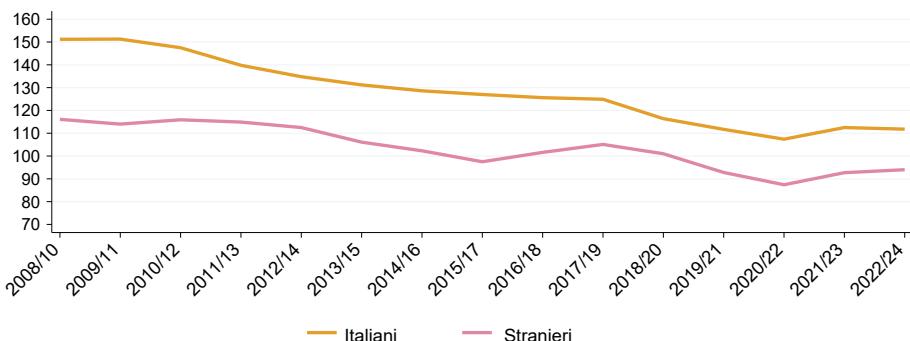


Nel dettaglio, nel 2023 il tasso di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) tra le donne straniere in età fertile (15-49 anni) è stato di 13,7 per 1.000 donne, lievemente in aumento rispetto all'anno precedente. Nello stesso periodo, il tasso osservato tra le donne italiane è stato di 4,8 per 1.000. Nonostante il persistente divario, la progressiva riduzione dei tassi di IVG tra le donne straniere suggerisce un processo di graduale convergenza nei comportamenti riproduttivi rispetto alla popolazione autoctona. Tale evoluzione è attribuibile, in parte, alle politiche regionali di prevenzione e promozione della salute riproduttiva, attuate con particolare attenzione verso le fasce più vulnerabili della popolazione. In Toscana, un ruolo centrale è svolto ad esempio dai consultori familiari, i quali operano attraverso attività di informazione e supporto rivolte sia alle donne immigrate sia alle adolescenti, favorendo una maggiore diffusione della contraccuzione e una più ampia consapevolezza sulla procreazione responsabile.

Passando ad analizzare i ricoveri, il tasso di ospedalizzazione generale nel periodo 2008-2024 mostra un'uniformazione graduale della popolazione straniera residente con quella italiana, con tassi comunque superiori a carico dei cittadini italiani in tutto il periodo considerato. Nonostante siano presentati i tassi di ricovero standardizzati per età, che quindi non dovrebbero risentire dell'effetto delle diverse strutture per età, il forte sbilanciamento della popolazione straniera verso le età più giovani spiega in parte l'andamento dei tassi di ricovero più alti della popolazione italiana. Nel triennio 2022-2024, il tasso medio di ospedalizzazione generale si attesta a 94 ricoveri per 1.000 residenti per la popolazione straniera, rispetto a 111,8 per 1.000 della popolazione italiana (Figura 3). Tali dati confermano una graduale omogeneizzazione nei livelli di utilizzo dei servizi ospedalieri rispetto alle annualità precedenti, denotando comunque un quadro socio-sanitario ancora piuttosto eterogeneo. Inoltre, dal triennio 2021-2023 si assiste ad un lieve incremento nei tassi di ospedalizzazione in entrambe le popolazioni rispetto al triennio 2020-2022, caratterizzato da una diminuzione che è andata oltre l'atteso a causa degli effetti della pandemia da COVID-19 (i volumi di ricovero sono diminuiti in tutta la regione). Il trend di lungo periodo è comunque in diminuzione e i valori del triennio 2022-

2024 si confermano su livelli inferiori rispetto a quelli del triennio 2017-2019, ultimo a non risentire degli effetti della pandemia.

Figura 3. Ospedalizzazione per tutte le cause, per cittadinanza – Tasso di primo ricovero standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2008-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



Un'analisi dettagliata delle cause di ospedalizzazione per cittadinanza evidenzia un andamento complessivamente simile tra la popolazione straniera e quella italiana residente, seppur con alcune differenze nei principali gruppi diagnostici. Tra i cittadini stranieri, le complicanze legate alla gravidanza continuano a rappresentare la prima causa di ricovero, con un tasso pari a 12,8 per 1.000 abitanti nel 2024 (italiani: 8,5 per 1.000). Il valore, parallelamente alla diminuzione del numero di parti a carico delle donne straniere nel tempo, è in progressiva diminuzione rispetto agli anni precedenti (stranieri: 15,3 per 1.000 nel 2020). Tale dato deve tenere in considerazione il fatto che all'interno del grande gruppo "complicanze della gravidanza" viene incluso anche il parto.

I ricoveri per malattie del sistema circolatorio si mantengono stabili rispetto all'anno precedente, con un tasso di 10,4 per 1.000 abitanti, mentre si registra una lieve riduzione del tasso di ricovero per patologie oncologiche che nel 2024 si attesta a 10,6 per 1.000 abitanti, rispetto all'11,2 per 1.000 del 2023 (Tabella 1).

Nel complesso, escludendo le complicanze della gravidanza, i principali gruppi di patologie responsabili di ospedalizzazione risultano simili tra cittadini stranieri e italiani. I gruppi diagnostici in cui si osservano le maggiori differenze è rappresentato dalle malattie del sistema circolatorio, che ha tassi significativamente più elevati nella popolazione italiana, verosimilmente imputabili all'età media più avanzata e alla diversa esposizione a fattori di rischio.

Tabella 1. Ospedalizzazione, per causa e cittadinanza - Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera

Grande gruppo	Stranieri	Italiani
Complicanze della gravidanza	12,8	8,5
Tumori	10,6	14,7
Malattie del sistema circolatorio	10,4	13,1
Malattie dell'apparato digerente	9,0	10,5
Malattie dell'apparato respiratorio	8,4	10,3
Traumatismi e avvelenamenti	7,9	9,8
Malattie dell'apparato genito-urinario	7,0	8,4
Malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	4,5	7,5
Disturbi del sistema nervoso	3,9	4,8
Disturbi psichici	2,6	4,3
Malattie infettive	2,4	2,1
Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	2,0	2,3
Malformazioni congenite	1,5	1,5
Malattie del sangue	0,7	0,6
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0,7	0,9

Nel valutare l'ospedalizzazione della popolazione straniera, è fondamentale considerare anche gli accessi al Pronto soccorso (PS), che storicamente rappresentano per molti cittadini stranieri il principale punto di accesso al sistema sanitario, spesso in sostituzione delle cure territoriali di base.

Nel 2024, il tasso standardizzato per età di accesso al PS per la popolazione straniera residente in Toscana è stato pari a 389,1 per 1.000 abitanti, valore che supera quello registrato per la popolazione italiana (347 per 1.000 residenti). Sebbene la differenza tra i due gruppi sia contenuta, tali dati denotano un ricorso più frequente al PS da parte dei cittadini stranieri. Va inoltre evidenziato come, rispetto all'annualità precedente, vi sia un aumento dei tassi di accesso quasi esclusivamente a carico della popolazione straniera (stranieri 2023: 375,8 per 1.000; italiani 2023: 348,7 per 1.000), a seguito invece di una flessione registrata durante il periodo pandemico da COVID-19, quando l'accesso ai presidi ospedalieri di emergenza e urgenza è stato fortemente limitato conseguentemente alle restrizioni sugli accessi stessi, sulla mobilità e alla riduzione significativa di eventi traumatici a causa di una minore esposizione a contesti di rischio. L'analisi delle prime cinque diagnosi di dimissione evidenzia come prima causa di accesso al PS i traumatismi e avvelenamenti, con un tasso di 90,9 per 1.000 residenti stranieri, in aumento rispetto all'anno precedente (2023: 88,3 per 1.000). Inoltre, l'analisi per genere delle prime cause di dimissione da PS mostra che gli uomini registrano tassi

superiori per tutte le cause rispetto alle donne, suggerendo una possibile maggiore esposizione a fattori di rischio ambientali o lavorativi. Complessivamente, sebbene i tassi di accesso al PS risultino simili tra cittadini italiani e stranieri, un'analisi più approfondita che tenga conto della diversa struttura per età delle due popolazioni rivela dinamiche divergenti nell'utilizzo del servizio. Considerando l'età mediamente più giovane della popolazione straniera residente, l'equivalenza nei tassi di accesso al PS suggerisce un ricorso più frequente al servizio già nelle fasce d'età giovanili.

Permane quindi una tendenza, da parte della popolazione straniera, a identificare il Pronto soccorso come punto di accesso privilegiato al sistema sanitario, comportamento analogo a quanto osservato anche nell'ambito dell'assistenza alla gravidanza, dove il consultorio rappresenta spesso la principale struttura di riferimento al pari della popolazione italiana caratterizzata da livelli più alti di depravazione culturale ed economica.

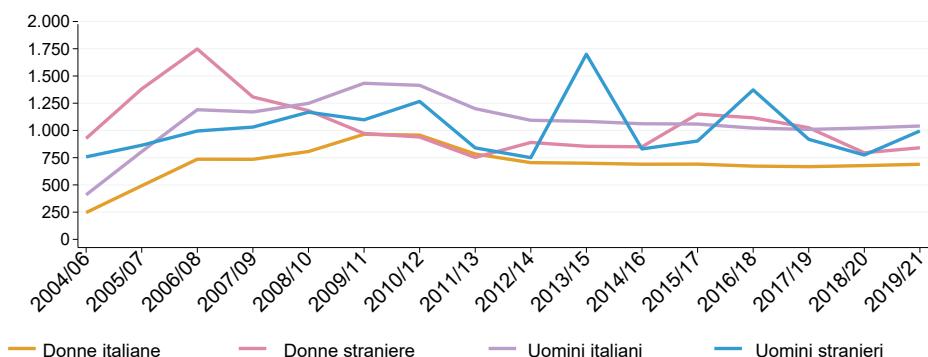
Infine, è importante porre l'attenzione sul tema delle malattie infettive, in particolar modo sulle infezioni da HIV e AIDS all'interno della popolazione straniera. Difatti, queste malattie infettive storicamente interessano maggiormente la popolazione straniera residente rispetto a quella autoctona, con tassi di notifica molto superiori seppur in progressiva diminuzione dal 2016. Nello specifico, per quanto riguarda l'infezione da HIV, nel biennio 2022-2023, ultimo dato disponibile, il 33,5% delle diagnosi ha riguardato stranieri, con un tasso di notifica per 100mila abitanti pari a 13,3 per la popolazione straniera, rispetto a 3,3 per 100mila notificato per la popolazione italiana residente. Analogamente, si riscontra lo stesso divario anche per quanto riguarda il tasso di notifica dell'AIDS, con un tasso pari a 5 per 100mila abitanti negli stranieri a fronte di 1,4 per 100mila negli italiani, pari al 31% delle diagnosi per questa patologia.

Per concludere il quadro dello stato di salute della popolazione straniera residente in Toscana, osserviamo l'andamento della mortalità attraverso i dati del Registro di mortalità regionale. Nel periodo compreso tra il 2019 e il 2021, il tasso di mortalità grezzo tra i cittadini stranieri è stato di 238 decessi ogni 100mila residenti, mentre tra gli italiani ha raggiunto i 1.378,9 decessi per 100mila abitanti. Entrambi i valori sono in aumento rispetto al triennio precedente (quando erano rispettivamente 209,1 e 1.330,8 per 100mila), per gli effetti della pandemia da COVID-19, che ha portato un eccesso di mortalità nella nostra regione e in Italia, durato fino a tutto il 2022. È importante però considerare che l'età media più giovane della popolazione straniera tende a nascondere alcune disparità: se si confrontano i tassi standardizzando per età, emerge che i cittadini stranieri hanno un tasso di mortalità più alto rispetto agli italiani, con 899,7 decessi ogni 100mila abitanti contro 835,5 degli italiani. Sono le donne straniere in particolare ad avere una mortalità più elevata rispetto alle italiane (841,1 contro 689,4 per 100mila), mentre tra gli uomini il rapporto si inverte (995,3 tra gli stranieri e 1.040,8 tra gli italiani).

Un altro aspetto da evidenziare è che, nel tempo, i livelli di mortalità tra gli stranieri non seguono un andamento costante, ma mostrano variazioni irregolari. Questo fenomeno può essere legato a diversi fattori, come il livello di istruzione, gli stili di vita o l'area geografica di provenienza.

In sintesi, la popolazione straniera residente in Toscana si conferma componente strutturale del tessuto demografico e sociale della regione, con una progressiva stabilizzazione e un crescente processo di integrazione nei contesti sanitari, pur permanendo alcune criticità specifiche. Il quadro epidemiologico che emerge evidenzia sia elementi di convergenza con la popolazione autoctona, sia persistenti disuguaglianze nei percorsi di accesso e fruizione dei servizi. Nel complesso, i dati disponibili suggeriscono una duplice lettura: da un lato, segnali incoraggianti di convergenza sanitaria; dall'altro, elementi strutturali che rischiano di cristallizzare disuguaglianze evitabili. Inoltre, si ribadisce un ulteriore elemento critico che riguarda la possibilità di monitorare la condizione di salute degli stranieri non regolari, inclusi coloro identificati come stranieri temporaneamente presenti (STP). Questa lacuna informativa ostacola un'analisi esaustiva della salute di tutta la popolazione straniera presente nella nostra regione.

Figura 4. Mortalità per tutte le cause, per cittadinanza e genere – Tasso di mortalità standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana, periodo 2004-2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Registro di mortalità regionale



Salute di genere

Le evidenze scientifiche dimostrano che il genere maschile e quello femminile si ammalano in modo diverso, presentano sintomi differenti anche per le stesse patologie e mostrano variazioni nella progressione delle malattie e nella risposta ai trattamenti. Per questa ragione si è sviluppata una sensibilità medica genere-specifica, definita “medicina di genere”, che ha l’obiettivo di valorizzare tali differenze, inserendo negli studi e nelle ricerche una visione attenta al genere. Questa visione tiene conto non solo degli aspetti biologici, ma anche di quelli sociali, psicologici e culturali, nonché delle ricadute che essi hanno sulla fisiologia, la fisiopatologia e la clinica di tutte le malattie.

La medicina di genere non rappresenta una branca a sé stante, ma una dimensione interdisciplinare che deve pervadere tutte le aree del sapere medico. Conoscere e riconoscere tempestivamente i diversi sintomi di una stessa patologia nei due generi consente di effettuare diagnosi più rapide e di scegliere trattamenti più appropriati. Tuttavia, le cure mediche rivolte alle donne risentono ancora oggi di un’impostazione storicamente centrata sul modello maschile, che ha trascurato le differenze fisiologiche, ormonali e metaboliche femminili nella sperimentazione clinica e nella ricerca farmacologica. È quindi necessario promuovere studi “*gender sensitive*” e, al contempo, favorire una maggiore consapevolezza da parte del personale medico e sanitario. La formazione, in questo contesto, rappresenta lo strumento più efficace per orientare l’attività clinica verso una maggiore appropriatezza e ottenere risultati più efficaci. Nel panorama nazionale la Toscana è tra le regioni che ha più sviluppato una sensibilità nei confronti della salute orientata al genere, istituendo commissioni regionali e aziendali volte a costruire percorsi di cura e di approfondimento clinico ponendo al centro la tematica delle differenze di genere.

Le differenze di genere nei profili di salute si manifestano precocemente, fin dallo sviluppo prenatale, e si consolidano nel corso della vita in relazione a fattori biologici e ambientali. La speranza di vita alla nascita nel 2024 conferma il netto vantaggio del genere femminile rispetto a quello maschile: 85,9 anni rispetto agli 82,2 anni dei maschi in Toscana (85,5 e 81,4 anni in Italia).

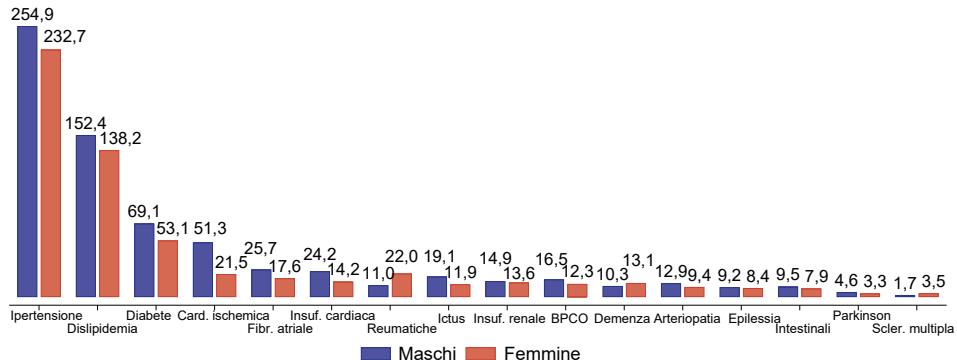
I principali indicatori sugli stili di vita (fonti: sorveglianza PASSI dell’Istituto superiore di sanità per fascia d’età 18-69 anni; ISTAT per età 3+ anni; sorveglianza EDIT per età 14-19 anni) rivelano che le donne toscane, rispetto agli uomini, adottano stili di vita in alcuni ambiti più salutari – fumo, consumo di alcol a rischio, peso corporeo e attenzione al sale nell’alimentazione – ma mostrano una maggiore sedentarietà e una minore pratica di attività fisica, un dato che potrebbe riflettere anche diseguaglianze nell’accesso al tempo libero e alle opportunità di movimento, mano mano che il ruolo della donna si moltiplica nelle attività di cura della famiglia e di lavoro. Non si riscontrano invece particolari differenze sul consumo di frutta e verdura, nella popolazione adulta, mentre sono presenti nella popolazione adolescente, dove di nuovo, si confermano più virtuose le ragazze, anche se parallelamente mangiano anche più snack dolci e salati (Tabella 1).

Tabella 1. Stili di vita, per genere ed età – Prevalenza per 100 abitanti – Toscana, periodo 2021-2022 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianze PASSI 2021/2022 (ISS), EDIT 2022 (ARS), ISTAT 2022

Descrizione stile	Maschi	Femmine
18-69 anni (PASSI) - 2021-2022		
Consumo di tabacco	25,3	22,2
<i>Binge drinking</i>	11,9	6,3
Sedentarietà	21	25,8
Sovrappeso	36,8	22,2
Obesità	9,6	8,2
3 + anni (ISTAT) - 2022		
Consumo di 5+ di frutta e/o verdura	5,1	5,1
Attenzione al consumo di sale	38,3	42,1
Attività fisica continuativa	29,6	23,2
14 – 19 anni (EDIT) - 2022		
Consumo giornaliero di verdure	39,7	47,4
Consumo giornaliero di frutta	44,2	48,4
Consumo di snack dolci/salati	38,8	44,9
Attività fisica tutti i giorni	16,8	11,5

L'analisi delle principali patologie croniche nel 2024 (Figura 1) conferma una maggiore prevalenza tra gli uomini per diverse condizioni ad alto impatto sanitario, come le malattie cardiovascolari (ictus, insufficienza cardiaca, cardiopatia ischemica e ipertensione), il diabete e la BPCO. Al contrario, le donne presentano tassi superiori per patologie che si manifestano più frequentemente in età avanzata, come le demenze, le malattie reumatiche e la sclerosi multipla. Questi dati riflettono sia la diversa struttura demografica – con una maggiore longevità femminile – sia la diversa distribuzione dei fattori di rischio e di protezione.

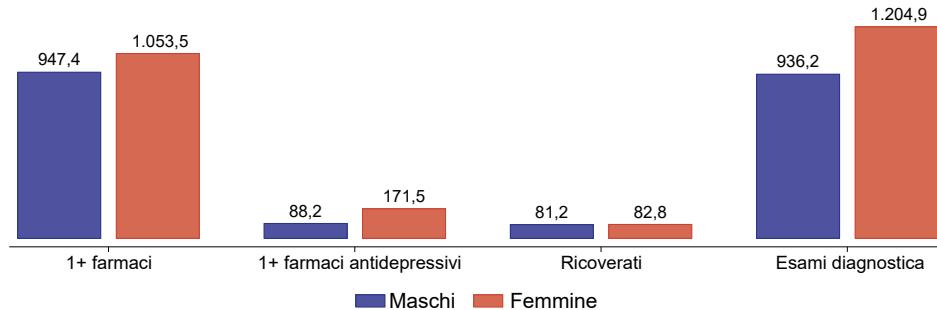
Figura 1. Malattie croniche, per genere – Prevalenza standardizzata per età per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari regionali



Anche nell'utilizzo dei servizi sanitari si evidenziano significative differenze di genere: le donne fanno maggiore ricorso a ricoveri ospedalieri, assumono più frequentemente farmaci (in particolare antidepressivi) e si sottopongono più spesso a indagini diagnostiche per immagini (Figura 2). Questo quadro può essere interpretato alla luce della maggiore aspettativa di vita femminile, ma anche della tendenza delle donne a segnalare più precocemente i sintomi, a ricorrere con più regolarità ai controlli e a convivere più a lungo con patologie croniche.

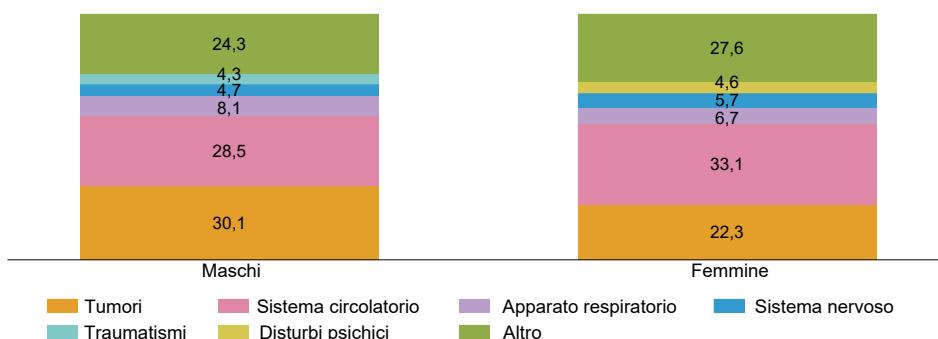
Come accennato poco sopra, le donne mediamente hanno una speranza di vita a 65 anni superiore a quella degli uomini, ma convivono con problemi di salute per due terzi degli anni che restano da vivere. La speranza di vita a 65 anni di una donna toscana è pari a 22,9 anni, 20,2 anni per gli uomini (ISTAT, 2024), ma la speranza di vita in buona salute a 65 anni è pari a 8,4 anni per le donne e 8,8 anni per gli uomini (ISTAT, 2022).

Figura 2. Ricorso ai servizi sanitari, per genere – Tasso di incidenza di diagnostica strumentale e tasso di prevalenza (soggetti con almeno un ricovero o con almeno un farmaco assunto) standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari regionali



Nel triennio 2019-2021, ultimo dato disponibile, le cause di morte aggregate in base ai grandi gruppi di patologia, mostrano ai primi posti le malattie del sistema circolatorio tra le donne e i tumori tra gli uomini, seguiti dalle malattie dell'apparato respiratorio. Mentre tra gli uomini i tumori e le malattie del sistema circolatorio sono pressoché equivalenti in termini di numerosità, rispettivamente al 30,1% e al 28,5%, tra le donne le malattie del sistema circolatorio rappresentano il 33,1% della casistica, nonostante la minore prevalenza della patologia come detto in precedenza, mentre i tumori rivelano una percentuale sensibilmente inferiore, circa il 22,3% (Figura 3). In questa graduatoria tra le donne al 4° posto troviamo le malattie del sistema nervoso e al 5° i disturbi psichici; mentre tra gli uomini le malattie del sistema nervoso e i traumatismi ed avvelenamenti. Tra le malattie del sistema nervoso e per disturbi psichici rientrano l'Alzheimer, il morbo di Parkinson, la demenza e i disturbi del comportamento senili, come detto in precedenza, patologie che tendono a presentarsi più frequentemente tra le donne in età più avanzata.

Figura 3. Decessi per grande gruppo di patologia e genere – Distribuzione percentuale – Toscana, triennio 2019-2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Registro di mortalità regionale



Le differenze nei profili di mortalità e morbosità tra uomini e donne riflettono, almeno in parte, l'esposizione diseguale a fattori di rischio nel corso della vita. Comportamenti come fumo, alimentazione non equilibrata e scarsa attività fisica, storicamente più frequenti nella popolazione maschile, incidono sull'insorgenza precoce di patologie cardiovascolari e oncologiche. Le donne, raggiungendo mediamente età più avanzate, risultano invece più esposte a patologie neurodegenerative, come Alzheimer e demenze, spesso correlate all'invecchiamento e a condizioni di fragilità multipla.

Violenza di genere

Dal 2009 l'Osservatorio sociale regionale fornisce un'analisi aggiornata dei dati dei Centri e delle Reti antiviolenza in Toscana, grazie alla collaborazione di numerosi soggetti, tra cui i Centri antiviolenza (CAV), le Case rifugio, i Centri per uomini autori di maltrattamento (CUAV), il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, la Rete regionale Codice rosa, i Consultori, il Centro di riferimento regionale per la violenza e gli abusi sessuali su adulte e minori (CRRV), vari settori della Regione Toscana e UPI Toscana. Nel 2023 è stata avviata una rilevazione rivolta ai Servizi sociali territoriali.

I Centri antiviolenza, utilizzando la metodologia della relazione tra donne, realizzano servizi ed interventi gratuiti di accoglienza, orientamento, consulenza psicologica e legale per le donne che subiscono violenza, indipendentemente dal luogo di residenza. Sono nodi fondamentali per il funzionamento delle reti territoriali antiviolenza, ruolo maggiormente rafforzato dall'Intesa 2022, il cui funzionamento coordinato può garantire alle donne e ai loro figli protezione, assistenza, reinserimento sociale e lavorativo, interventi sanitari.

I CAV toscani sono gestiti da soggetti privati qualificati con un'esperienza e competenze specifiche ultradecennali in materia di violenza contro le donne e con 100 punti di accesso totali assicurano una presenza capillare sul territorio. Più della metà del personale, cresciuto da 489 collaboratrici del 2019 alle 600 del 2023, cui è assicurata una formazione iniziale e continua, opera a titolo volontario.

Le donne che si sono rivolte a un CAV nel 2023 sono 4.540. Il percorso di uscita dalla violenza ha riguardato 3.262 donne, in lieve diminuzione rispetto al 2022 quando erano pari a 3.556, ma in deciso aumento rispetto al 2019, quando erano 2.884. Sono donne (di cui il 33,6% straniere e il 62% con figli/e, in proporzione stabile nella serie storica) che hanno usufruito dei servizi di ascolto, accoglienza, consulenza psicologica, consulenza legale e orientamento e accompagnamento ad altri servizi della rete territoriale.

La Casa rifugio è una struttura dedicata ad indirizzo segreto nella quale la donna, sola o con i/le propri/e figli/e, con il sostegno di operatrici formate sulle tematiche della violenza di genere, non solo viene messa in sicurezza, ma inizia un percorso complesso di uscita dalla violenza. Sono 28 le Case rifugio toscane, prevalentemente promosse e gestite dai Centri antiviolenza presenti sul territorio. Sono strutture che garantiscono ospitalità per un periodo limitato nel tempo, nella maggior parte dei casi fino ad un anno di permanenza. Nel 2023 le donne ospitate sono state 134 con 110 figli/e, in aumento sia rispetto alla scorsa annualità (109 donne con 92 figli/e) sia rispetto al 2019, quando, tuttavia, si riscontrava un numero maggiore di figli/e (116 donne con 144 figli/e) per la maggior parte segnalate dai Servizi sociali territoriali e dal Pronto soccorso.

Oltre ad aderire alle reti territoriali antiviolenza, le Case rifugio operano in maniera integrata con i servizi socio-sanitari e assistenziali territoriali e con altre strutture residenziali di accoglienza per supportare efficacemente le donne ed i loro figli e figlie. Nel percorso, garantiscono a

tutto il personale, volontario e non, una formazione permanente e strutturata. Nel 2023 sono stati realizzati 166 corsi, il numero più alto degli ultimi sei anni. I servizi offerti, tutti a titolo gratuito, sono protezione e ospitalità di urgenza insieme ai servizi educativi e sostegno scolastico ai minorenni presenti.

Tabella 1. Punti di accesso CAV (sedi principali + sportelli territoriali) - Punti di accesso in numero assoluto e per 10.000 donne residenti over 16 – Toscana, aggiornamento al 31 marzo 2024 – Fonte: Osservatorio sociale regionale

Zona-distretto	CAV	Totale	Punti di accesso per 10.000 donne over 16
Alta Valdelsa	1	5	1,82
Alta Val di Cecina-Val d'Era	0	0	0,00
Amiata grossetana-Colline metallifere-Grossetana	1	3	0,39
Amiata senese e Val d'Orcia-Valdichiana senese	2	6	1,76
Apuane	3	3	0,48
Aretina	1	2	0,35
Casentino	0	1	0,67
Colline dell'Albegna	1	3	1,34
Elba	0	0	0,00
Empolese-Valdelsa-Valdarno	2	20	1,86
Fiorentina Nord-ovest	0	4	0,43
Fiorentina Sud-est	0	4	0,49
Firenze	1	2	0,12
Livornese	2	4	0,51
Lunigiana	1	10	4,26
Mugello	0	2	0,71
Piana di Lucca	1	1	0,13
Pisana	1	10	1,09
Pistoiese	1	1	0,13
Pratese	1	6	0,52
Senese	1	1	0,18
Val di Chiana aretina	0	1	0,44
Valdarno	0	1	0,24
Valdinievole	1	1	0,18
Valtiberina	0	1	0,77
Valle del Serchio	1	2	0,83
Valli etrusche	1	2	0,32
Versilia	1	4	0,54
Totale	24	100	0,60

I Centri per uomini autori di violenza (CUAV) sono strutture i cui obiettivi principali sono l'interruzione della violenza, l'assunzione di responsabilità e la costruzione di comportamenti alternativi ad essa, al fine di evitare le recidive. I programmi per autori di violenza devono dare, ad ogni livello, la priorità alla sicurezza delle compagne e dei bambini degli autori. Nella seduta del 14 settembre 2022 della Conferenza Stato Regioni è stata raggiunta l'Intesa sui requisiti minimi anche per i CUAV, precondizioni per la definizione degli standard di qualità dei servizi erogati e per accedere ai finanziamenti pubblici. Come per i CAV e le Case rifugio, anche in questo caso, l'Intesa insiste decisamente sul lavoro di rete, prevedendo l'integrazione dei CUAV con i servizi socio-sanitari e territoriali e sollecitando relazioni con tutte le strutture che si occupano di prevenzione e protezione delle vittime e repressione dei reati di violenza.

Nel 2023, gli uomini in percorso presso uno dei 6 CUAV toscani sono stati 659, in costante aumento dal 2016 (quando erano pari a 68), con il primo determinante aumento nel 2019 (pari a 211) ma con un decisivo incremento pari al 135% rispetto al 2022. Gli uomini sono per il 70,6% di nazionalità italiana e circa la metà ha un'età compresa tra i 30 e i 49 anni. La violenza che ha portato l'uomo al CUAV ha caratteristiche stabili nel tempo: le percentuali più alte riguardano quella fisica, psicologica e le minacce. Anche per quanto riguarda il tipo di relazione, si conferma che nella maggioranza dei casi subisce violenza la partner attuale o passata (65,5%), ma con un aumento delle persone conosciute o sconosciute che passa dal 18,9% del 2022 al 28,6% del 2023. Nello stesso anno, per il 70,3% degli uomini ci sono state imputazioni, in lieve calo rispetto allo scorso anno, ma con un aumento delle condanne (dal 65% al 78%). Circa la metà degli uomini ha concluso il percorso nel 2023, il 22,2% degli utenti ha abbandonato o interrotto per vari motivi: scarsa motivazione, non idoneità al lavoro di gruppo per problematiche di tipo psichiatrico o similari, incompatibilità orarie, difficoltà linguistiche.

Nel corso del 2023 sono state 1.250 le donne prese in cura dai Servizi sociali per casistiche legate alla violenza di genere, mentre sono state 480 le donne per le quali è stato definito un progetto individualizzato di fuoriuscita dalla violenza.

La rilevazione ha restituito l'immagine di relazioni diffuse e strutturate all'interno delle reti, soprattutto nella relazione stabile con i Centri antiviolenza con cui i Servizi sociali collaborano in tutti gli Ambiti territoriali, dalle attività di prevenzione fino alla messa in sicurezza di donne e minorenni. In 20 territori su 28 esistono aree di intervento e personale dedicato (e formato) alle donne che subiscono violenza che vengono supportate da équipes multiprofessionali nel 79% dei territori. Durante la presa in carico e il percorso di consapevolezza indispensabile per la costruzione di empowerment e percorsi di libertà, le donne hanno a disposizione un ventaglio di servizi (ad esempio Consultorio, Servizi per le disabilità, la salute mentale, per l'impiego) chiamati a rispondere anche nelle situazioni di fragilità multidimensionali. Si va inoltre progressivamente strutturando il rapporto dei Servizi con i Centri per uomini autori di violenza.

Tabella 2. Donne in carico ai Servizi che sono state inviate al/ai CAV di riferimento – Numero assoluto e per 100 donne in carico ai Servizi - Toscana, anno 2023 – Fonte: Osservatorio sociale regionale

Zona-distretto	Donne inviate ai CAV	% su donne prese in carico dal Servizio
Alta Val d'Elsa	22	100
Alta Val di Cecina-Val d'Era	10	13
Amiata Grossetana-Colline metallifere-Grossetana	19	66
Amiata senese e Val d'Orcia-Val di Chiana senese	10	100
Apuane	28	30
Aretina	11	69
Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	12	100
Casentino	7	47
Colline dell'Albegna	7	100
Elba	9	47
Empolese-Valdarno-Valdelsa	10	7
Fiorentina Nord-ovest	70	31
Fiorentina Sud-est	27	90
Firenze	5	10
Livornese	14	52
Lunigiana	3	100
Mugello	8	67
Piana di Lucca	15	16
Pisana	64	100
Pistoiese	64	54
Pratese	14	45
Senese	10	40
Val di Chiana aretina	2	67
Val di Nievole	15	21
Val Tiberina	5	100
Valdarno	7	58
Valle del Serchio	3	20
Versilia	8	33
Totale	480	38

Il Sistema emergenza urgenza sociale (SEUS), attivo in 19 Ambiti territoriali toscani su 28 fornisce, 24 ore al giorno e per 365 giorni l'anno, un'assistenza immediata per la fase emergenziale attraverso l'attivazione delle professionalità necessarie in situazioni di emergenza-

urgenza sociale personale o familiare o eventi calamitosi. Esso si configura come un tassello della più ampia organizzazione dei servizi socioassistenziali, con vocazione universalistica, opera in stretta sinergia con i servizi sociali territoriali, con personale di specifica formazione. Nel quadriennio 2020-2023 le aree in cui si registrano maggiori interventi sono quelle della violenza di genere, 337 nel 2023, in aumento rispetto alle 252 del 2022, e della violenza assistita, con 34 interventi. Il 58,4% degli interventi nel 2023 per violenza ha riguardato donne di nazionalità straniera. Sia per le donne italiane che per quelle straniere, il motivo prevalente di segnalazione è il maltrattamento e gli interventi messi in campo hanno riguardato perlopiù l'inserimento in struttura. La maggior parte delle prese in carico (56,9%) è stata attivata presso Pronto soccorso e Ospedali, seguiti da caserme e stazioni delle Forze dell'ordine. Per quanto riguarda i soggetti segnalanti, prevale la rete di Emergenza-urgenza (Pronto soccorso e 118). Il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (CRIA), attivo nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra Regione Toscana e Istituto degli Innocenti di Firenze, raccoglie e monitora i dati su bambine/i e ragazze/i vittime di violenza diretta e violenza assistita che sono stati segnalati all'Autorità giudiziaria e presi in carico dal Servizio sociale territoriale. Nel valutare i dati del 2023 occorre ricordarsi di come la pandemia ha modificato gli equilibri familiari e sociali: dopo il sostanziale stallo del 2020, i tre anni successivi hanno visto un aumento delle segnalazioni. Allargando l'osservazione al quinquennio 2019-2023, si evidenzia un aumento dei casi: per quanto riguarda minorenni vittime di maltrattamenti in famiglia, segnalati agli organi giudiziari, si passa dai 3.431 del 2019 ai 4.573 del 2023, con un'importante incidenza di minori stranieri rispetto alla quota degli stessi nella popolazione residente, pari al 36%. Nello stesso periodo il numero delle vittime di violenza assistita aumenta e passa dalle 2.130 del 2019 alle 2.834 del 2023, con un'incidenza di stranieri pari al 38,2%.

La Rete regionale Codice rosa definisce le modalità di accesso e il percorso socio-sanitario delle donne che subiscono violenza di genere e delle vittime di violenza a causa delle loro condizioni di vulnerabilità o discriminazione e può essere attivato in qualsiasi modalità di accesso ai servizi sanitari, siano essi in area di emergenza - urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria. La rete Codice rosa opera in sinergia con Enti, Istituzioni e, nel cosiddetto Percorso donna, con la rete territoriale dei Centri antiviolenza, in linea con le direttive nazionali e internazionali. La Rete, nata da un progetto pilota nel 2010, nel corso degli anni è costantemente cresciuta: nell'ottobre 2022 è stato approvato, da parte della Giunta regionale della Toscana, un nuovo Protocollo di intesa per le linee di indirizzo giuridico-forensi nella Rete regionale Codice rosa, con la Procura generale della Repubblica presso la Corte d'appello di Firenze, le Procure della Repubblica presso il Tribunale del Distretto, la Procura della Repubblica per i minorenni di Firenze e la Procura generale presso la Corte d'appello di Genova, a seguito del quale sono in fase di revisione le indicazioni regionali, per le quali partirà una specifica formazione.

Dal 1° gennaio 2012 al 31 dicembre 2023, nei Pronto soccorso della Regione Toscana si sono registrati 30.119 accessi in Codice rosa confermando la crescita graduale e ripartita nel 2020. In generale, la maggior parte degli accessi di adulti riguarda le donne, con una percentuale

dell'81,5%. Rispetto all'età, gli accessi hanno riguardato per quasi il 58,8% i minorenni nella coorte d'età 12-17, con consistenza maggiore tra i 15 e i 17 anni (32,3%). Tra gli adulti è la fascia più giovane (18-29 anni d'età) quella più presente.

Nel corso del 2023 si sono registrati 1.551 accessi al Codice rosa da parte di donne adulte, in aumento rispetto al 2022 (1.468) e al 2019 (1.469), a cui si sommano i 400 accessi di minorenni, anch'essi in aumento, dai 305 del 2019 ai 358 nel 2022.

L'utenza dei Consultori, nel corso del 2023, per l'area Abuso e maltrattamento è di 920 unità, in crescita rispetto all'anno precedente (810 unità). Considerando gli ultimi 5 anni, soltanto il 2019 ha registrato valori più alti, pari a 915 unità.

Rispetto all'anno precedente e all'andamento delle prestazioni erogate è possibile rilevare un incremento sia a livello complessivo sia nell'area specifica dell'abuso e maltrattamento. In termini di variazione percentuale, nel primo caso si registra un aumento di 9,5 punti, nel secondo un aumento di 4,8 punti.

Da un confronto con il 2022, entrando nel dettaglio del tipo di intervento consultoriale, la rilevazione dei maltrattamenti psicologici e fisici riporta una crescita complessiva, mentre la negligenza genitoriale è caratterizzata da un decremento generale. In termini di variazione percentuale, per i maltrattamenti fisici si calcola +5,4% di utenti (88) e +4,1% di prestazioni (132); per i maltrattamenti psicologici +4,7% di utenti (77) e +1,4% di prestazioni (243); per la negligenza genitoriale -8,3% di utenti (-40) e -5,4% di prestazioni (-193).

La maggior parte dell'utenza è di origine italiana (76%) e prevalentemente femminile (82%).

Infine, i femminicidi e gli orfani speciali: nel corso del 2023, in Toscana, sono state uccise per motivi di genere 6 donne, di cui 2 hanno lasciato quattro figli/e minorenni. Il numero di donne vittime di femminicidio dal 2006 al 2023 è dunque 140 (dalle 4 vittime nel 2018 alle 15 vittime del 2014), con una media di circa 8 donne all'anno. La percentuale delle donne over 70 è poco più di un terzo.

In sintesi, dalla lettura congiunta di tutti i dati riportati, emerge in primo luogo che dal 2019 si registra un aumento generale dell'accesso e della presa in carico da parte dei servizi. Il numero di donne che intraprendono un percorso di uscita dalla violenza presso i Centri antiviolenza (CAV), infatti, è in deciso aumento rispetto al 2019 (da 2.884 a 3.262 nel 2023), nonostante una lieve diminuzione rispetto al 2022. Anche guardando agli autori di violenza, il numero di quelli in percorso presso i CUAV è in costante aumento dal 2016 e ha registrato un decisivo incremento del 135% dal 2022 al 2023. Gli accessi al Codice rosa nei Pronto soccorso mostrano una crescita graduale nel tempo e, in particolare nel 2023 si è registrato un aumento degli accessi sia di donne adulte che di minorenni rispetto agli anni precedenti. L'utenza dei Consultori nell'area Abuso e maltrattamento è in crescita rispetto al 2022, tornando a livelli simili al 2019, così come gli interventi del Sistema emergenza urgenza sociale (SEUS), legati alla violenza di genere, che registrano un aumento nel 2023 rispetto all'anno precedente. Infine, anche le donne ospitate nelle Case rifugio sono aumentate dal 2019 al 2023.

In secondo luogo, si può sottolineare un aumento delle segnalazioni relative ai minorenni. Dal 2019 il CRIA riporta un aumento complessivo delle segnalazioni agli organi giudiziari e nello

specifico: il numero di minorenni vittime di maltrattamenti in famiglia passa da 3.431 nel 2019 a 4.573 nel 2023, mentre il numero di vittime di violenza assistita è aumentato da 2.130 nel 2019 a 2.834 nel 2023. Come abbiamo visto, inoltre, gli interventi del SEUS relativi alla violenza assistita sono una delle aree di maggiore intervento, così come si registra un aumento rispetto agli anni precedenti degli accessi al Codice rosa da parte di minorenni.

Per quanto riguarda le caratteristiche delle vittime e degli autori, permane una quota significativa di donne straniere tra quelle che intraprendono percorsi di uscita dalla violenza presso i CAV (33,6%) e tra le vittime di violenza prese in carico dal SEUS (58,4% degli interventi nel 2023), così come tra i minorenni vittime di maltrattamenti o violenza assistita segnalati si conferma una incidenza significativa di minori stranieri che oscilla dal 36% al 38%.

Tra gli uomini in percorso nei CUAV, la maggior parte sono italiani, con un'età prevalente tra 30 e 49 anni. Le forme di violenza più frequenti che portano gli uomini ai CUAV restano quelle fisica, psicologica e le minacce, coerentemente con l'aumento dei casi di maltrattamenti fisici e psicologici rilevati dai Consultori. Infine, aumentano i casi in cui la vittima degli uomini nei CUAV non è la partner attuale o passata, ma persone conosciute o sconosciute. Il numero annuale di femminicidi in Toscana mostra una certa variabilità (da 4 a 15 vittime) tra il 2006 e il 2023, ma senza evidenziare una chiara tendenza di crescita o decrescita nel tempo. Nel 2023 si sono registrati 6 femminicidi, a fronte di una media annuale di 8 decessi ogni anno nel periodo considerato.

Infine, ulteriore elemento da sottolineare è il rafforzamento e strutturazione del sistema. Il personale dei CAV e delle Case rifugio è cresciuto significativamente tra il 2019 e il 2023, con un impegno costante nella formazione. Inoltre, è stata assicurata una presenza capillare dei CAV con 100 punti di accesso e si evidenzia una collaborazione diffusa e strutturata tra i Servizi sociali e i CAV, con aree di intervento e personale dedicato in molti territori. Anche il rapporto dei Servizi sociali con i CUAV si sta progressivamente strutturando.

Salute in carcere

Il carcere rappresenta un contesto di vita estremamente particolare, caratterizzato da condizioni ambientali che spesso si rivelano critiche sotto il profilo sanitario. Il sovraffollamento, l'igiene insufficiente e una generale carenza di spazi per l'attività fisica e la socializzazione sono alcuni degli elementi che possono compromettere le condizioni di salute fisica e mentale dei detenuti. Tali criticità rendono la popolazione carceraria particolarmente vulnerabile, con tassi più elevati di malattie infettive, disturbi psichiatrici e mortalità, rispetto alla popolazione generale, già in età giovanile. Studiare lo stato di salute di questa popolazione consente di intervenire con azioni mirate all'interno degli ambienti detentivi per promuovere l'erogazione di cure appropriate, oltre che rivestire un ruolo cruciale nel tutelare la salute individuale e in ottica di sanità pubblica, poiché i detenuti, una volta reintegrati nella comunità, rientrano pienamente nel circuito del Servizio sanitario nazionale (SSN), con potenziali ricadute in termini di carico assistenziale e sostenibilità del sistema. Il rapporto "Status report on prison health in the WHO European Region 2022" dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) mostra che nel 2020 nella Regione europea dell'OMS erano presenti 108,8 detenuti ogni 100mila abitanti. L'Italia si pone al di sotto della media europea con 89,5 detenuti per 100mila (fonte: OMS).

In Italia, ad aprile 2025, il Ministero della giustizia riporta che sono 62.445 i detenuti presenti all'interno degli istituti penitenziari del territorio nazionale, di cui 19.740 sono detenuti stranieri. Complessivamente, si evidenzia un numero di presenze superiore rispetto alla capienza regolamentare delle carceri pari al 22%. Tale dato sottolinea le criticità legate al fenomeno del sovraffollamento delle carceri, che ormai da anni interessa il territorio italiano, fenomeno che oltretutto influenza una corretta assistenza sanitaria per i detenuti.

Analogamente, in Toscana, a fronte di 3.160 posti, sono presenti nel 2025 all'interno degli istituti detentivi della Regione 3.307 detenuti (fonte: Ministero della giustizia, aggiornamento di aprile 2025). Secondo quanto riportato dall'Associazione Antigone, nel 2024 si continua a registrare una crescita della popolazione detenuta in Italia, evidenziando alcune tra le principali difficoltà che il sistema penitenziario sta affrontando negli ultimi anni. Fra questi, oltre al sovraffollamento crescente, Antigone riporta una carenza di personale sanitario e di polizia penitenziaria, così come il degrado strutturale di molti edifici penitenziari, spesso caratterizzati da condizioni fatiscenti che compromettono la salubrità degli ambienti.

ARS Toscana monitora con cadenza triennale dal 2009 lo stato di salute della popolazione detenuta in Toscana, attraverso un'indagine ad hoc che analizza aspetti socio-demografici, clinici (patologie classificate secondo la classificazione ICD-9-CM) e terapie farmacologiche somministrate, in assenza della possibilità di estrarre in modo automatizzato tali informazioni dalle cartelle elettroniche in uso presso gli istituti detentivi regionali. L'ultima rilevazione, condotta nel 2021, si configura come uno studio trasversale sulla popolazione detenuta presente alla data del 14 febbraio. Il monitoraggio è stato condotto da ARS in collaborazione con il personale sanitario che opera all'interno degli istituti penitenziari e Regione Toscana.

Va sottolineato che i dati riportati in questa sede si riferiscono a una rilevazione condotta con un livello di dettaglio e approfondimento difficilmente riscontrabile negli studi sulla popolazione generale. L'analisi dei detenuti, infatti, si basa su informazioni cliniche individuali estratte direttamente dalle cartelle sanitarie presenti all'interno degli istituti penitenziari, offrendo una visione estremamente approfondita delle condizioni di salute di ciascun soggetto, compresi diagnosi, trattamenti farmacologici, comportamenti a rischio e prese in carico assistenziali. Al contrario, i dati disponibili per la popolazione generale provengono spesso da indagini campionarie, autocompilete o da fonti aggregate, che non permettono lo stesso livello di precisione e sistematicità, eccetto le informazioni relative agli stili di vita. Questo aspetto rappresenta un limite metodologico importante nel confronto tra i due gruppi, poiché la maggiore accuratezza dei dati raccolti in ambito penitenziario rischia di far apparire più elevata l'incidenza o la prevalenza di alcune patologie o fattori di rischio, semplicemente perché si dispone di una lente d'ingrandimento più potente. In altre parole, si rischia di confrontare un quadro a fuoco con uno sfocato, e per questo i dati devono essere letti con la consapevolezza di questa asimmetria informativa.

Al 14 febbraio 2021 erano 2.912 i detenuti presenti nelle carceri della Toscana, presenza in costante aumento rispetto alle rilevazioni precedenti. Il monitoraggio, condotto durante l'emergenza pandemica che il nostro Paese stava affrontando, ha risentito della pressione sanitaria di quel periodo, pressione che ha coinvolto fortemente anche gli ambienti detentivi. Per tale motivo, rispetto ai monitoraggi precedenti, la copertura di compilazione ha subito una flessione ed è scesa al 60% dei detenuti presenti. Nello specifico, nel 2021 la Casa di reclusione di Porto Azzurro e le strutture di Prato e Sollicciano (FI) hanno avuto un arruolamento parziale dei presenti alla data indice. Pertanto, l'analisi dello stato di salute della popolazione detenuta è stata condotta su 1.744 detenuti per i quali è stata compilata la scheda da parte dei clinici che operano all'interno delle strutture detentive della Toscana.

A partire da queste premesse, l'analisi per genere della popolazione detenuta mostra una prevalenza di detenuti di sesso maschile, pari al 96,6% del totale dei detenuti. Inoltre, si evidenzia un trend di progressivo invecchiamento di questa popolazione, storicamente più giovane rispetto alla popolazione libera, con un'età media di 43,6 anni nel 2021 rispetto ai 40,6 anni del 2017 (popolazione libera 2021: 54,9 anni). Questo incremento è primariamente da imputare alla popolazione italiana detenuta, la cui età media (48,8 anni) supera di oltre dieci anni quella dei detenuti stranieri (38,6 anni).

Fra i detenuti presenti nella nostra coorte, si conferma anche per la rilevazione 2021 una forte presenza straniera. Tra gli stranieri presenti le nazionalità più rappresentate sono quelle del continente africano (21,1%) e dell'Europa dell'Est (9,9%). L'analisi della presenza del permesso di soggiorno dei detenuti stranieri ha permesso di indagare la loro posizione all'interno del territorio nazionale, nonostante sia stata registrata un'alta percentuale di dati mancanti nella compilazione di questo campo, pari al 37,6% del totale. Tra i detenuti per i quali è stato possibile raccogliere l'informazione (380 persone) il 52,4% era in possesso di un permesso di soggiorno, con una prevalenza di permessi di soggiorno lavorativi (37,7%) rispetto alle altre tipologie.

Infine, la distribuzione dei presenti per provenienza (da libertà o da altre misure detentive) mostra che quasi il 50% dei detenuti proviene da altri istituti detentivi, confermando un elevato turnover all'interno degli istituti penitenziari, mentre solamente il 13,5% proviene da libertà senza precedenti reclusioni, dato quest'ultimo imputabile prevalentemente alla popolazione straniera detenuta (Tabella 1).

Tabella 1. Detenuti presenti in Toscana, per provenienza – Numeri assoluti e distribuzione percentuale – Toscana, rilevazione al 14 febbraio 2021 – Fonte: indagine sulla salute in carcere in Toscana, ARS

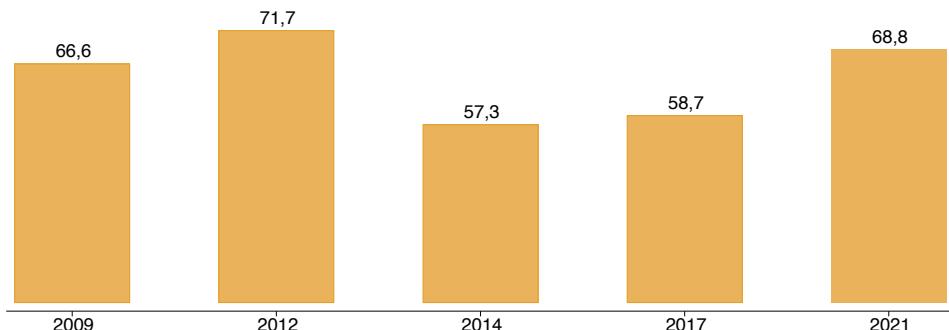
Provenienza	N	%
Da libertà, senza precedenti reclusioni	235	13,5
Da libertà, con precedenti reclusioni	291	16,7
Da altri istituti penitenziari	870	49,9
Da misure alternative alla detenzione	34	1,9
Da misure cautelari	23	1,6
Non specificato	291	16,7
Totale	1.744	100,0

L'analisi di alcuni fattori di rischio per la salute, come il peso ed il consumo di tabacco, mostra valori nella popolazione detenuta nettamente superiori a quanto stimato per la popolazione libera. Nel 2021, il 67,3% dei detenuti presenti ha dichiarato di fumare, a fronte del 22,2% nella popolazione libera (fonte: ISTAT, dato sulla popolazione maschile d'età ≥ 14 anni). L'elevato consumo di tabacco all'interno degli istituti detentivi evidenzia comportamenti a rischio condizionati dal contesto nel quale i detenuti si ritrovano a vivere quotidianamente. Fra i fumatori, il 26% consuma meno di 10 sigarette al giorno, mentre il 30,5% consuma tra le 16 e le 20 sigarette/die.

Per quanto riguarda il peso corporeo, nel 2021 l'Indice di massa corporea (IMC) evidenzia un trend in aumento dei soggetti detenuti in sovrappeso e obesi, registrando valori, nel caso del sovrappeso, superiori a quanto osservato nella popolazione libera. Nello specifico, sono i detenuti italiani ad essere più interessati dall'aumento di peso corporeo rispetto ai detenuti stranieri (obesità tra gli italiani pari al 15,3% vs 6,1% tra gli stranieri). L'eccesso ponderale rappresenta un fattore di rischio critico per lo sviluppo di patologie croniche, soprattutto se associato alla scarsa attività fisica ed agli stili di vita adottati, compresi quelli adottati prima di intraprendere la storia detentiva.

Passando ad analizzare lo stato di salute della popolazione detenuta alla nostra data indice, il 68,8% (pari a 1.200 persone) soffriva almeno di una patologia al momento della rilevazione, dato in forte aumento rispetto alle due precedenti rilevazioni, come mostrato in Figura 1.

Figura 1. Detenuti con almeno una patologia – Valori per 100 detenuti – Toscana, periodo 2009-2021 – Fonte: indagine sulla salute in carcere in Toscana, ARS



Analizzando le diagnosi per grande gruppo di patologie (secondo la classificazione ICD-9-CM), i disturbi psichici emergono come primo gruppo diagnostico, con il 49,2% delle diagnosi attribuite a questo raggruppamento diagnostico. Il dato è in forte aumento rispetto alla rilevazione del 2017, anno in cui la patologia psichiatrica aveva registrato un valore pari al 38,5% del totale delle diagnosi. Al contrario, le malattie infettive e parassitarie subiscono una forte riduzione e scendono al 4,4%, rispetto al 16,2% del 2017. Aumentano invece le diagnosi per patologie del sistema circolatorio rispetto alle rilevazioni precedenti (2021: 15%; 2014: 9,4%), da imputarsi in parte all'aumento dell'età media della popolazione.

Se passiamo invece ad analizzare non più le diagnosi ma ci concentriamo sulle "teste", su 1.744 detenuti sottoposti a visita medica, il 34,5% presentava almeno un disturbo psichico (601 persone), e tra questi ritroviamo valori molto alti per il disturbo da dipendenza da sostanze (21,8%), seguito da disturbi nevrotici e dell'adattamento (10,8%), entrambi in aumento rispetto alle rilevazioni precedenti. Nonostante le poche donne all'interno degli ambienti detentivi, l'analisi per genere evidenzia un maggiore interessamento di questa popolazione per i disturbi psichiatrici, con il 56,9% delle detenute che presentavano almeno una diagnosi psichiatrica, contro il 33,7% degli uomini.

Nella rilevazione 2021, abbiamo chiesto ai clinici di inserire anche l'informazione riguardante l'avvenuta o meno presa in carico dei detenuti affetti da almeno un disturbo psichico. Se consideriamo il numero complessivo di detenuti a cui è stata diagnosticata almeno una patologia psichiatrica (601 persone), i medici hanno compilato l'informazione nell'85,2% dei pazienti (512 persone). Di questi, 187 (36,5%) risultano in carico ai Servizi di salute mentale territoriali, mentre 325 (63,5%) sono trattati esclusivamente dagli specialisti psichiatri che operano all'interno delle strutture detentive (Tabella 2).

Analogamente, tra i pazienti con una diagnosi da disturbo da dipendenza, il 73% è in carico al SERD (216 persone).

Tabella 2. Presa in carico da parte dei Servizi di salute mentale, per diagnosi di disturbo di salute mentale – Numeri assoluti e valori per 100 detenuti – Toscana, rilevazione al 14 febbraio 2021 – Fonte: indagine sulla salute in carcere in Toscana, ARS

Almeno 1 diagnosi psichiatrica	In carico ai Servizi di Salute mentale					
	Si		No		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Sì	187	36,5	325	63,5	512	100,0
No	45	5,1	841	94,9	886	100,0
Totale	232	16,6	1.166	83,4	1.398	100,0

Tabella 3. Presa in carico da parte dei servizi SERD, per diagnosi di disturbo di dipendenza da sostanze – Numeri assoluti e valori per 100 detenuti – Toscana, rilevazione al 14 febbraio 2021 – Fonte: indagine sulla salute in carcere in Toscana, ARS

Almeno 1 diagnosi di dipendenza da sostanze/alcol	In carico ai Ser.D					
	Si		No		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Sì	216	73,7	77	26,3	293	100,0
No	83	7,2	1.079	92,8	1.162	100,0
Totale	299	20,5	1.156	79,5	1.355	100,0

L’altro grande gruppo diagnostico che interessa la popolazione detenuta è quello delle malattie del sistema circolatorio, con il 15% dei detenuti arruolati che presentano una diagnosi di questo tipo. Inoltre, si evidenzia un maggior interessamento della popolazione detenuta italiana, rispetto agli stranieri. Questo perché, come detto sopra, la popolazione italiana detenuta tende ad avere un più alto numero di patologie croniche vista l’età media più elevata rispetto a quella di origine straniera.

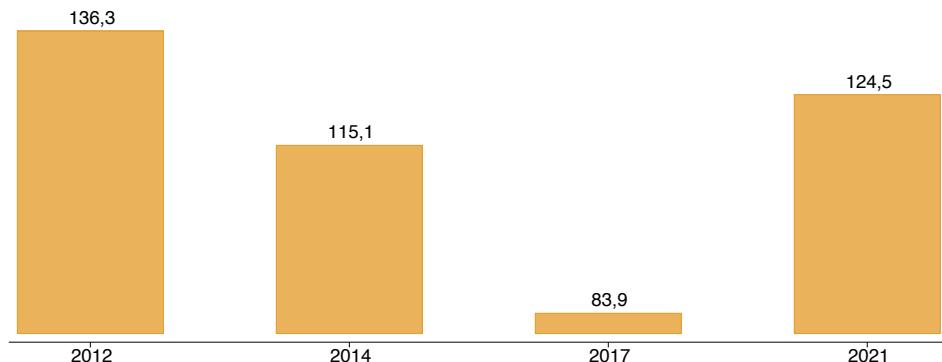
La rilevazione dello stato di salute dei detenuti ha inoltre monitorato l’utilizzo dei farmaci, grazie all’inserimento da parte dei clinici dei trattamenti farmacologici associati ad ogni singola diagnosi inserita per i detenuti. Su 1.744 detenuti sottoposti a visita medica, 1.200 presentavano almeno una diagnosi (68,8%) e, di questi, 941 avevano almeno una prescrizione farmacologica (78,4%), mentre 259, pur avendo una patologia, non assumevano alcun farmaco.

Tra i detenuti che fanno uso di farmaci, il 26,5% assume un solo farmaco, il 19,8% ne utilizza due, il 16,2% tre, il 12% quattro, mentre il 25,5% assume cinque o più farmaci. La classe farmacologica più frequentemente prescritta è quella relativa al sistema nervoso (gruppo anatomico N), seguita da quella per il sistema circolatorio (gruppo C) e per l’apparato gastrointestinale e il metabolismo (gruppo A). In media, le donne con almeno una diagnosi ricevono un numero di prescrizioni farmacologiche superiore rispetto agli uomini: 3,9 farmaci per le donne contro 2,5 per gli uomini, con una prevalenza particolarmente

marcata nel gruppo N (sistema nervoso). L'analisi per cittadinanza evidenzia una riduzione del divario etnico rispetto al 2017. Il numero medio di farmaci prescritti per persona varia da 2,9 tra i detenuti italiani a 2,5 tra quelli di origine africana, fino a 2,1 tra gli est-europei.

Infine, l'ultima sezione della scheda del monitoraggio ha indagato il tentato suicidio e gli atti di autolesionismo all'interno degli istituti penitenziari della Toscana, tematica molto delicata e che rappresenta, specialmente nelle carceri, un fenomeno di forte rilevanza. Secondo quanto pubblicato dal *Council of Europe Annual Penal Statistics*, il 25% di tutti i decessi che avvengono negli istituti penitenziari europei sono dovuti a suicidio. Nel 2022, il tasso medio europeo di suicidio in carcere era di 7,1 per 10mila detenuti. Nello stesso anno in Italia, i dati del Dipartimento di amministrazione penitenziaria riportano 84 suicidi verificatisi in ambito penitenziario, con un valore medio di suicidi pari a 15,2 per 10mila detenuti. All'interno della nostra rilevazione, partendo dai dati riferiti ai tentativi di suicidio, 22 detenuti su 1.744 hanno tentato il suicidio almeno una volta nel corso dell'ultimo anno, con un tasso pari a 126,1 per 10mila detenuti. Si segnala che dal 2012 al 2017 il numero di tentati suicidi mostra un trend in forte diminuzione (Figura 2), per poi tornare a crescere nel 2021. L'età media dei detenuti che hanno tentato il suicidio è pari a 38,7 anni, mentre l'analisi per gruppo etnico mostra un maggior interessamento della popolazione africana, con 241,9 tentati suicidi per 10mila detenuti. Analizzando le modalità utilizzate nei tentati suicidi, l'impiccagione è la modalità più frequentemente agita (56,3%), seguita dall'avvelenamento (25%) e dalle inalazioni di gas (18,7%).

Figura 2. Tentativi di suicidio – Valori per 100 detenuti – Toscana, periodo 2012-2021 – Fonte: indagine sulla salute in carcere in Toscana, ARS



Per quanto riguarda i gesti autolesivi, il monitoraggio mostra che nell'ultimo anno di detenzione 63 detenuti hanno agito almeno un atto autolesivo, dato in diminuzione rispetto alle rilevazioni precedenti. Anche in questo caso, i detenuti provenienti da paesi africani risultano maggiormente coinvolti con 994,6 gesti autolesivi ogni 10mila detenuti provenienti da un paese africano, rispetto ai 277,8 gesti autolesivi per 10mila detenuti italiani. Fra le autolesioni, quelle con taglienti rappresentano il 66% del totale, seguite da ingestione di corpi estranei (18%) e traumi autoprovocati (7%).

Infine, un breve cenno alla popolazione minorile presente all'interno degli istituti penali dedicati ai minori. In Toscana sono presenti due istituti per minori: Istituto maschile di Firenze e Istituto femminile di Pontremoli. Alla data indice della nostra rilevazione erano presenti 23 minori, 13 maschi e 10 femmine, con un range d'età compresa tra 15 e i 22 anni. Dei 23 ragazzi presi in esame, soltanto 4 provenivano da libertà senza precedenti reclusioni (17,4%). Il 52,2% proveniva da altri istituti penitenziari o da altre misure cautelari (12 detenuti), mentre 6 (26,1%) da libertà con precedenti reclusioni.

Tra i detenuti minori, il 73,9% consuma tabacco, con un numero di sigarette/die pari a 11-15 sigarette nel 50% dei casi. A differenza della popolazione detenuta adulta, vista anche la giovane età, il 69,9% dei detenuti minori è normopeso. Pur trattandosi di una popolazione molto giovane, il 65,2% (15 detenuti) presenta almeno una patologia con una significativa differenza di genere a carico dei maschi (maschi: 92,3%; femmine: 30%). Come per la popolazione adulta, anche fra i minori il principale grande gruppo diagnostico è rappresentato dai disturbi psichici (65,2%). Infine, su 23 ragazzi arruolati, 7 hanno agito almeno un gesto autolesivo nel corso dell'ultimo anno di detenzione (maschi: 4; femmine: 3), mentre non sono stati segnalati tentativi di suicidio.

In conclusione, la salute in carcere rappresenta un ambito cruciale e di crescente rilevanza per la sanità pubblica, dove si intrecciano esigenze di tutela dei diritti fondamentali, equità nell'accesso alle cure e sostenibilità del sistema. Si segnala l'importanza di monitorare il fenomeno dei suicidi, che costituisce la principale causa di morte in carcere e riflette un profondo disagio psichico che necessita di essere precocemente intercettato e trattato, come ad esempio Regione Toscana sta cercando di fare attraverso l'adozione del Piano regionale di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità della Toscana e delle linee di indirizzo per i Piani locali di cui alla d.g.r. n. 996/2018. Gli obiettivi principali del Piano sono la prevenzione del suicidio e degli atti autolesionistici attraverso l'adozione di metodologie innovative che potenzino le competenze reciproche dell'Amministrazione della giustizia e dell'Amministrazione della salute e l'elaborazione di un programma operativo di prevenzione, coinvolgendo un gruppo di lavoro tecnico-scientifico interistituzionale composto da operatori sanitari e penitenziari, in linea con le indicazioni degli organismi europei e dell'OMS. Intervenire su questi aspetti non solo significa garantire il diritto alla salute dei detenuti, ma anche prevenire costi sociali e sanitari futuri, promuovendo una reale integrazione tra Istituzioni penitenziarie e Servizio sanitario nazionale.

Le risorse del sistema

Spesa sociale

Gli interventi di natura sociale, anche in ossequio al principio di sussidiarietà verticale, sono una delle funzioni che più caratterizzano l'azione di governo sul territorio di un comune e/o di un ambito sociale, in un'ottica di redistribuzione in favore dei ceti più deboli. Con la legge quadro n.328 del 2000 sulla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, i Comuni sono divenuti titolari delle funzioni amministrative per gli interventi sociali a livello locale, mentre le Regioni svolgono le funzioni di programmazione e coordinamento, integrando gli interventi sociali con quelli sanitari, formativi e per l'inserimento lavorativo. Il comparto degli interventi e dei servizi socio-assistenziali è quindi fortemente decentrato a livello locale, poiché i Comuni e, sempre più, le associazioni sovracomunali gestiscono la spesa sociale attraverso un ventaglio di prestazioni variabile sul territorio.

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

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

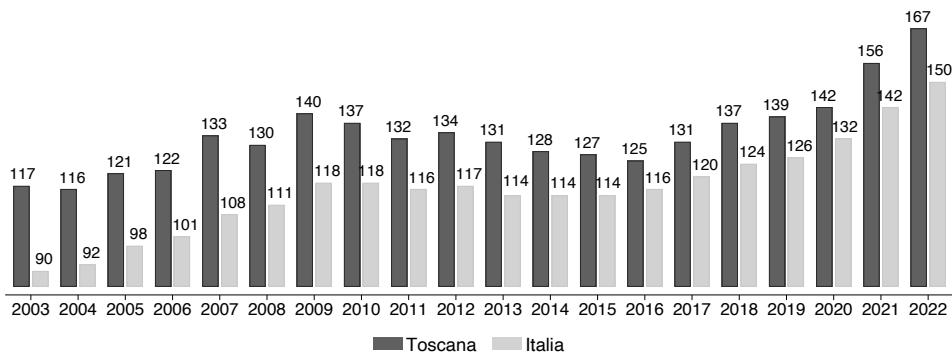
Tali dati hanno il pregio di fornire una vasta panoramica degli interventi sociali e sociosanitari e delle risorse attivate e disponibili sul territorio regionale, ma hanno il limite, dovuto alla complessità della rilevazione e al conseguente volume di necessari controlli, di essere rilasciati con una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

Secondo gli ultimi dati ufficiali disponibili, relativi al 2022, la spesa per interventi e servizi sociali dei comuni della Toscana ammontava a 611,7 milioni di euro, il 6,9% di ciò che viene speso complessivamente in Italia (8,8 miliardi di euro). L'andamento nel tempo mostra una pressoché costante crescita nel periodo 2003-2010, con un picco di 513 milioni di euro, una successiva diminuzione fino al 2016 e poi una ripresa della crescita che ha avuto l'input maggiore per fronteggiare l'emergenza COVID-19 ed è aumentato ulteriormente nei due anni successivi. Il confronto 2003-2022 lascia comunque un saldo positivo di quasi 200 milioni di euro (415 contro 611 milioni).

Spesa sociale

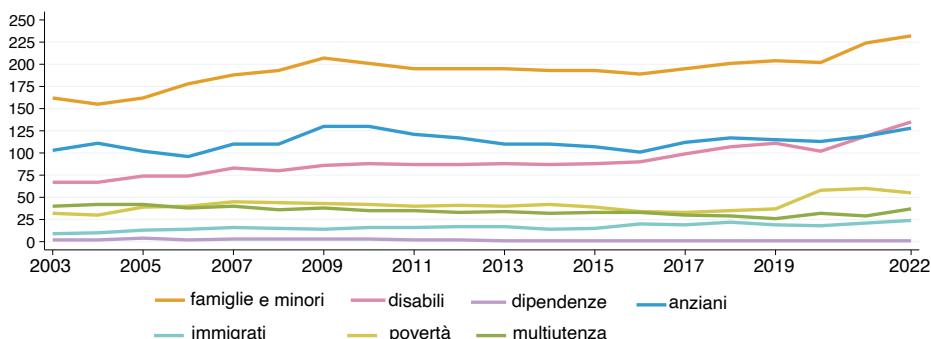
L'incidenza della spesa sulla popolazione di riferimento colloca la Toscana costantemente al di sopra della media italiana e con 167 euro pro capite nel 2022 (media Italia 150 euro) la nostra regione si colloca in una posizione medio-alta di un'ipotetica graduatoria tra le regioni, in un vasto range che va dai 607 euro pro capite del Trentino-Alto Adige ai 38 euro p.c. della Calabria.

Figura 1. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali – Euro spesi per abitante – Toscana e Italia, periodo 2003-2022 – Fonte: ISTAT



L'area di utenza famiglia e minori assorbe il 38% delle risorse (232 milioni di euro), seguita dalla disabilità (22%, 135 milioni di euro) e dagli anziani (20,9%, 115 milioni di euro). Su questi tre ambiti, in sostanza, viene concentrato quasi l'81% della spesa totale. Il resto è impegnato nelle aree di utenza povertà e disagio adulti (9,0%, 55 milioni di euro), multiutenza (6,0%, 36,5 milioni di euro), immigrati e nomadi (4,0%, 24,4 milioni di euro) e dipendenze (0,2%, 1,1 milioni di euro).

Figura 2. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per area di utenza – Milioni di euro spesi – Toscana, periodo 2003-2022 – Fonte: ISTAT



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

- la Toscana si rivela virtuosa, nel confronto con la media nazionale, per le risorse messe in campo nelle aree di utenza “famiglia e minori” e, soprattutto, “anziani”, mentre in quelle relative alla disabilità e all’immigrazione le percentuali di impiego scendono sotto il dato medio italiano.
- Sono largamente visibili gli impegni sui target “famiglia e minori” (437 euro per ogni residente d’età compresa fra 0 e 17 anni) e “anziani” (133 euro pro capite), i due principali comparti della spesa sociale, aree nelle quali la Toscana si discosta positivamente in maniera vistosa dal dato italiano.
- La spesa per la disabilità, data anche la complessità degli interventi, la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità insita negli stessi, ha di gran lunga il valore relativo più elevato (2.175 euro per persona con disabilità) e mostra un’evidente crescita rispetto al 2003 sia come entità totale (da 67 a 135 milioni di euro) che come valore pro capite.
- La spesa per immigrati, pur aumentata in valore assoluto da 9 a 24 milioni di euro, ha visto diminuire il proprio impatto pro capite (da 63 a 59 euro), date la crescita della popolazione di riferimento negli ultimi anni e quella dei servizi di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo.

Tabella 1. Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per area di utenza – Euro spesi per abitante* – Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: ISTAT

Territorio	Famiglie e minori	Disabili	Anziani	Immigrati	Povertà	Multiutenza
Toscana	437	2.175	133	59	25	10
Italia	362	2.217	93	89	22	9

* I valori pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza. “Famiglia e minori”: residenti d’età <18 anni. “Disabili”: persone d’età <65 anni con gravi limitazioni da almeno 6 mesi nelle attività che le persone svolgono abitualmente (da ‘indagine “Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana”). “Anziani”: residenti d’età ≥65 anni. “Immigrati e nomadi”: residenti stranieri. “Povertà e disagio adulti”: residenti d’età 18-65 anni. “Multiutenza”: residenti totali.

Nel 2022 il 54,2% delle risorse per il welfare locale è stata gestita da singoli comuni toscani. Si tratta di una percentuale in continua riduzione negli anni (era il 70,9% nel 2006 e mai era scesa sotto il 60% prima del 2017), a riprova dell'avanzare del fenomeno dell'associazionismo tra enti. In particolare, nel tempo si è rafforzata in Toscana la quota gestita dai consorzi (dal 10,6% del 2009 al 33,7% del 2022) e dalle altre associazioni di comuni (8,8% nel 2022), a scapito anche di quella gestita dalle Aziende unità sanitarie locali (AUSL), che nell'ultimo anno si è attestata al 3,3%. In pratica, l'ultimo dato disponibile conferma che la crescita delle risorse gestita dai comuni all'interno di un ambito sociale in maniera condivisa supera ampiamente il 40%, percentuale doppia rispetto allo stesso dato riferito a 10 anni prima.

La spesa per i servizi sociali offerti dai comuni nel 2022 è destinata principalmente alle strutture (60,9%), mentre è impiegata in contributi e trasferimenti in denaro una percentuale pari al 29,2% (in continua crescita dal 2011 in poi). I restanti 18 milioni, che rappresentano il 10% della spesa complessiva, sono destinati a interventi e servizi forniti direttamente agli utenti.

Ricapitolando, la spesa sociale sostenuta dai comuni toscani è in aumento, soprattutto a partire dal 2020, quando si è reso necessario predisporre misure straordinarie di sostegno a seguito dell'emergenza COVID-19. A livello nazionale, il complesso della spesa resta sotto allo 0,5% del PIL, di fatto nemmeno un terzo di quanto impegnano nel medesimo settore i bilanci pubblici di altri Paesi europei (intorno al 2,1/2,2%). Una spesa peraltro che, pur crescente nell'ultimo periodo considerato, resta analoga a quella reale di 10 anni prima, nonostante i fenomeni di incremento della domanda sociale, con persistenti marcate divergenze regionali. In tal senso, si evidenzia anche in Toscana la notevole distanza tra la zona che ha una spesa pro capite più alta (Firenze con 296 euro pro capite) e quella che si attesta sui valori più bassi (Valle del Serchio, 73 euro pro capite).

Terzo settore

La diffusione del Terzo settore rappresenta una misura del capitale sociale disponibile sui territori e sappiamo come in Toscana quel capitale sociale sia da sempre una presenza rilevante e sostanziale in termini di coesione sociale e solidarietà. La recente riforma (d.lgs. 117/2017 e d.lgs. 112/2017), inoltre, in uno scenario ormai consolidato di welfare mix (collaborazione tra servizio pubblico, Terzo settore, privati e famiglie nell'offerta dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari), ha consolidato il ruolo delle organizzazioni che operano nelle economie sociali e solidali, rafforzando il loro spazio strategico nelle politiche pubbliche, sia in termini di costruzione delle scelte (co-programmazione) che di sviluppo di progetti, interventi e servizi (co-progettazione).

Per ricostruire un quadro il più possibile esaustivo della presenza del Terzo settore in regione possiamo fare riferimento ai dati ricavabili dal RUNTS (Registro unico nazionale del Terzo settore), che qualifica le organizzazioni iscritte come Enti del terzo settore (ETS) e dunque ne formalizza lo status.

Al 31 dicembre 2024 risultavano iscritti al RUNTS 10.837 ETS toscani: il 56% è rappresentato da associazioni di promozione sociale, il 30% da organizzazioni di volontariato, l'8% da imprese sociali (in gran parte cooperative sociali) e il restante 6% da enti filantropici, società di mutuo soccorso e altri ETS.

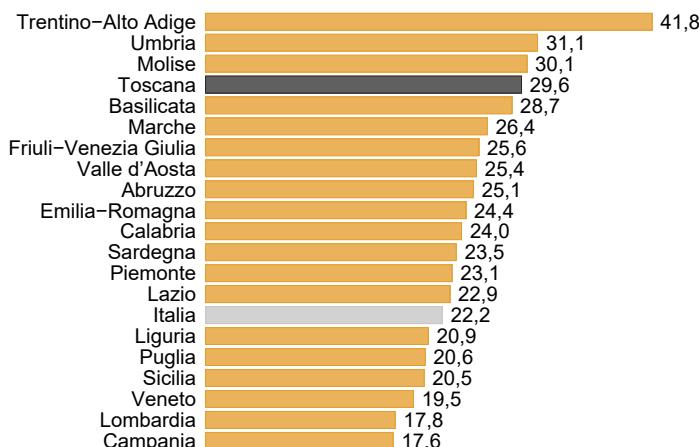
Gli ETS toscani sono attivi principalmente nelle attività culturali, artistiche e ricreative di interesse culturale, nell'educazione, istruzione e formazione professionale, negli interventi e servizi sociali, nelle attività di promozione turistica e culturale e nella promozione e tutela dei diritti.

Il confronto con le altre regioni mette in evidenza la forte presenza di ETS nel nostro territorio, circa 30 ogni 10mila residenti, superiore alla media nazionale (22 per 10mila) e 4° valore in Italia. Particolarmente elevata rispetto al dato italiano risulta la presenza di associazioni di promozione sociale (16,6 vs 10,1 per 10mila, 2° valore regionale più elevato) e di volontariato (8,7 vs 6,4 per 10mila, 5° valore regionale), mentre appare meno incisiva la presenza di imprese sociali (2,4 vs 3,8 per 10mila).

L'universo non profit inteso in senso lato è però molto più vasto dello spaccato "formalizzato" rappresentato dagli ETS iscritti al RUNTS. Il censimento permanente ISTAT delle istituzioni non profit, infatti, ha rilevato al 2022 circa 360mila istituzioni in Italia e circa 26.400 in Toscana, una cifra che a livello regionale è circa due volte e mezzo il numero di ETS iscritti al RUNTS.

Il confronto con il Censimento 2001 evidenzia nel lungo periodo un chiaro aumento in tutti gli aspetti che interessano il non profit toscano (istituzioni, lavoratori, volontari), ma mentre per i lavoratori il trend è uniforme, per istituzioni e volontari si nota una contrazione rispetto al periodo di riferimento precedente.

Figura 1. Enti del Terzo settore iscritti al RUNTS – Valori per 10.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2024 – Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche sociali – RUNTS



Le istituzioni sono passate da 18.344 a 26.423 (+44%) e la diffusione sul territorio regionale è passata da 52 a 72 istituzioni ogni 10mila residenti, un dato stabilmente superiore alla media nazionale (61 per 10mila) che mantiene da diversi anni la Toscana tra le prime regioni in Italia. Come accennato, però, la crescita sembra essersi interrotta nel 2019, visto che nel triennio successivo di rilevazione il calo, pur lieve (-0,6% nel 2020, -3,6% nel 2021 e -2,2% nel 2022), ha portato ad una contrazione 2022-2019 del 6,2%.

I lavoratori dipendenti al 2022 sono arrivati a circa 55.300, cresciuti dunque di oltre 27mila unità (erano 28mila nel 2001) e quasi raddoppiati (+97%). Ad oggi sono 16 ogni 1.000 residenti, in linea con il dato nazionale (15 per 1.000).

I volontari coinvolti nel non profit, il cui ultimo dato disponibile è al 2021, hanno fatto registrare un aumento complessivo del 40% passando da circa 229.700 a circa 418.600. Anche in questo caso è possibile notare una contrazione rispetto alla rilevazione precedente (2015) dell'11% circa. Si tratta di una presenza di 114 volontari ogni 1.000 residenti (ovvero più di 1 residente su 10), che posiziona la Toscana al 4º posto in Italia tra le regioni.

Tabella 1. Graduatoria regionale relativa alla presenza di istituzioni non profit, lavoratori dipendenti e volontari – Valori per 10.000 abitanti – Regioni e Italia, anni 2021 e 2022 – Fonte: ISTAT, Censimento delle istituzioni non profit

Istituzioni per 10.000 residenti (2022)		Lavoratori dipendenti per 1.000 residenti (2022)		Volontari per 1.000 residenti (2021)	
Regione	Valore	Regione	Valore	Regione	Valore
Valle d'Aosta	110	Trentino-Alto Adige	24	Trentino-Alto Adige	202
Trentino-Alto Adige	108	Lombardia	20	Valle d'Aosta	143
Friuli-Venezia Giulia	89	Lazio	20	Friuli-Venezia Giulia	136
Umbria	82	Emilia-Romagna	19	Toscana	114
Marche	76	Friuli-Venezia Giulia	18	Umbria	104
Liguria	74	Piemonte	17	Marche	101
Toscana	72	Valle d'Aosta	17	Piemonte	97
Sardegna	70	Veneto	17	Liguria	96
Piemonte	70	Liguria	16	Emilia-Romagna	93
Molise	68	Italia	16	Basilicata	91
Basilicata	66	Sardegna	16	Veneto	88
Abruzzo	66	Toscana	15	Lombardia	82
Veneto	63	Umbria	14	Molise	81
Emilia-Romagna	62	Basilicata	14	Italia	78
Italia	61	Marche	13	Abruzzo	77
Lazio	61	Molise	11	Sardegna	76
Lombardia	58	Puglia	11	Lazio	74
Calabria	57	Sicilia	10	Puglia	50
Puglia	49	Abruzzo	10	Calabria	39
Sicilia	48	Campania	8	Sicilia	38
Campania	40	Calabria	6	Campania	34

Infine, due ultimi elementi di analisi sulle caratteristiche del non profit toscano, che riflettono in massima parte anche il complessivo dato nazionale. Il primo riguarda l'informalità e la scarsa strutturazione organizzativa dei soggetti, desumibile dal fatto che la forma giuridica prevalente è l'associazione non riconosciuta. Il secondo, che in parte è un rafforzativo del primo, è il sottodimensionamento in termini di organico dipendente e la preponderanza del ruolo del corpo volontario.

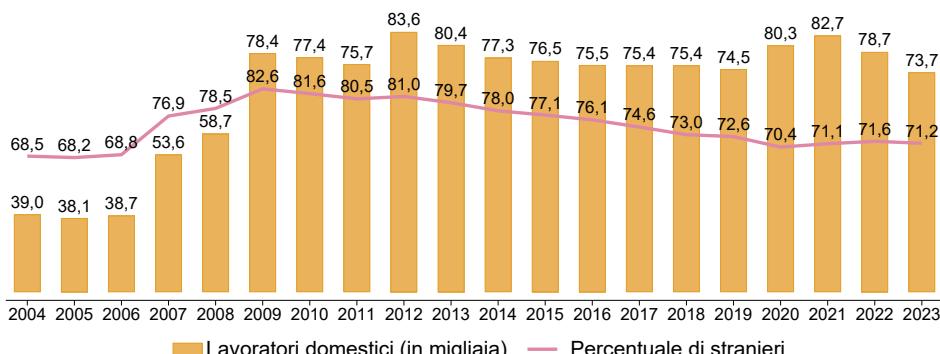
Lavoro domestico di cura

Negli ultimi 20 anni l'aumento e la differenziazione dei bisogni nella sfera della cura ha stimolato sempre più il ricorso ai collaboratori familiari privati, nel Paese così come in Toscana, facendo crescere il settore del cosiddetto lavoro domestico di cura. Si tratta di un comparto che comprende una vasta tipologia di servizi e che coinvolge diverse professionalità: dall'assistenza di alta soglia a persone non più autosufficienti al supporto nelle attività domestiche e quotidiane (faccende domestiche, servizio di compagnia ed il babysitteraggio). Si tratta di un supporto diventato ormai fondamentale per le famiglie, sia in termini di assistenza alla persona che nella conciliazione dei tempi di vita, soprattutto in una fase storica di progressivo aumento del bisogno della popolazione più anziana e di quello delle famiglie per l'accudimento dei figli e per le attività domestiche quotidiane.

Quantificare il settore, però, è molto difficile, poiché una quota di queste collaborazioni fanno ancora parte del sommerso, nonostante i recenti percorsi di regolarizzazione dei cittadini stranieri e le numerose progettualità di accreditamento delle competenze, di incontro domanda-offerta e di interventi di domiciliarità indiretta (es. contributi per assistenti familiari o titoli per l'acquisto di servizi) abbiano contribuito a farne emergere alcuni spacci.

I dati dell'Osservatorio INPS sui lavoratori domestici ci dicono che al 2023 sono state circa 73.700 le persone con almeno un contributo per prestazione lavorativa domestica versato nell'anno (20 ogni 1.000 abitanti, rispetto ad una media nazionale di 14), ovvero il 9% del totale nazionale. La parte visibile del fenomeno, infatti, mostra un notevole incremento della domanda dal 2004 al 2009, con valori raddoppiati in pochi anni (da circa 39mila a oltre 78mila lavoratori), ed una progressiva stabilizzazione fino ad oggi, con alcune oscillazioni annuali, presumibilmente dovuta anche ai recenti rallentamenti dei flussi migratori.

Figura 1. Lavoratori domestici con almeno un contributo INPS nell'anno – Lavoratori (in migliaia) e stranieri per 100 lavoratori – Toscana, periodo 2004-2023 – Fonte: INPS



Il lavoro domestico è storicamente caratterizzato da una forte connotazione di genere e nazionalità: la predominanza della presenza femminile e straniera, infatti, è una caratteristica che si mantiene nel tempo, pur con alcune trasformazioni. Nel 2023 la componente femminile rappresenta l'89% e quella straniera il 71%, ma mentre la variabile di genere è ormai da anni stabilizzata su questo rapporto, quella della nazionalità vede negli ultimi 10 anni un avanzamento degli italiani (dal 19% del 2012 al 29% attuale), legato sia al già citato minor numero di ingressi di stranieri nel nostro Paese, sia all'effettivo spostamento di quote di italiani in questo segmento lavorativo. Su questo versante, le lavoratrici e i lavoratori domestici stranieri provengono principalmente dall'est Europa, seguita a notevole distanza da Filippine e Sud America, Asia Medio Orientale e Orientale e Africa del Nord. La tipologia di rapporto di lavoro è rappresentata oggi per circa il 58% dalla qualifica di badante e per il restante 42% da quella di colf, ma la consistente crescita della qualifica di badante (era il 18% nel 2002) fa capire come i servizi richiesti in questa area si stiano sempre più spostando verso i bisogni ad alta soglia di assistenza, visto il progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguente aumento delle persone anziane che hanno bisogno di assistenza continuativa. Questi numeri, come già detto, non esauriscono la quantificazione del settore, data la significativa quota di sommerso ancora presente. La sorveglianza PASSI d'Argento dell'Istituto superiore di sanità, ad esempio, nel biennio 2021/2022 ha rilevato che il 21,5% degli anziani fragili e il 49% degli anziani non autosufficienti toscani, quindi diverse decine di migliaia di persone, ricevono assistenza da personale privato individuato e pagato in proprio. Se a questi si aggiungono le persone con disabilità, al di sotto dei 65 anni d'età, che si rivolgono a lavoratori domestici di cura e le famiglie coadiuvate nelle attività domestiche, si evince quanto i numeri "in chiaro" possano essere distanti dalla reale portata del fenomeno.

Risorse finanziarie sanitarie

Secondo il Rapporto n. 11 “*Il monitoraggio della spesa sanitaria*” della Ragioneria generale dello Stato, la spesa sanitaria corrente in Toscana tra il 2019 e il 2023 è aumentata significativamente, passando da 7.505 a 8.929 milioni di euro. Questo andamento è in linea con l’incremento complessivo della spesa sanitaria corrente di Contabilità economica (CE) a livello nazionale nello stesso periodo. Come deducibile dai dati riportati in tabella 1, la Toscana è una delle regioni con una spesa sanitaria tra le più elevate in Italia, posizionandosi al sesto posto per il valore nel 2023.

L’andamento della spesa sanitaria toscana nel quinquennio considerato è in crescita, anche se l’intensità di questa crescita sembra seguire un trend decrescente dopo l’impatto della pandemia: l’importo del 2020, infatti, mostra un incremento di spesa del 4,6% rispetto al 2019, ma questa percentuale si riduce al +3,3% per il 2021 rispetto al 2020; il valore si alza leggermente al +3,6% del 2022, ma decresce ad un +3% nel 2023 rispetto al 2022. L’andamento degli incrementi di spesa sanitaria in Toscana è simile a quello nazionale, che, dopo aver registrato un picco di incremento di spesa tra 2020 e 2019 (+5,4%), riporta successivamente valori più bassi, inferiori anche a quelli toscani, fino ad attestarsi ad un +2% nel 2023, rispetto al 2022. Il fatto che la nostra regione non sia inclusa nel raggruppamento delle regioni sottoposte ai piani di rientro per il periodo considerato, quindi con minori vincoli di spesa per fronteggiare l’emergenza sul Servizio sanitario regionale, può contribuire a spiegare il fatto che la spesa regionale, in proporzione, sia cresciuta di più di quella media nazionale.

Il maggior impegno di risorse può essere inoltre evidenziato dall’analisi dei risultati d’esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione (Tabella 2). I valori riportati rappresentano il rapporto percentuale tra il risultato d’esercizio (avanzo o disavanzo) e il finanziamento effettivo regionale, indicando la capacità di erogare risorse sanitarie nel rispetto del vincolo di bilancio derivante dal finanziamento statale ordinario e dalle entrate proprie. La sofferenza della Toscana è evidente negli anni dal 2020 in poi, quando i valori negativi sono sostanzialmente il doppio delle medie nazionali, con la sola eccezione del 2022 (-0,9% della Toscana contro il -1,2% nazionale).

Malgrado la consapevolezza delle difficoltà affrontate dal Servizio sanitario regionale durante la pandemia, questi dati sull’andamento della spesa sanitaria e le modalità di investimento delle risorse finanziarie sembrano suggerire l’opportunità di analisi approfondite a sostegno della programmazione degli investimenti sanitari nei prossimi anni.

Tabella 1. Spesa sanitaria corrente di Contabilità economica – Valori in milioni di euro – Regioni e Italia, periodo 2019-2023 – Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	8.534,0	8.929,6	9.254,9	9.348,9	9.707,6
Valle d'Aosta	262,2	289,4	303,9	309,7	325,8
Lombardia	20.057,1	21.119,8	21.558,6	22.059,2	22.486,2
P.A. Bolzano	1.277,5	1.414,7	1.484,7	1.497,3	1.537,1
P.A. Trento	1.213,1	1.292,3	1.306,9	1.384,0	1.463,3
Veneto	9.468,9	10.248,5	10.611,7	10.865,8	11.306,9
Friuli-Venezia Giulia	2.567,2	2.622,2	2.734,7	2.831,6	2.952,3
Liguria	3.251,5	3.347,5	3.484,6	3.630,8	3.669,0
Emilia-Romagna	9.227,4	10.072,7	10.062,3	10.484,5	10.632,7
Toscana	7.505,5	8.090,7	8.260,6	8.393,0	8.515,1
Umbria	1.719,8	1.813,4	1.883,3	1.965,0	1.953,2
Marche	2.891,1	3.020,8	3.133,3	3.230,1	3.267,3
Lazio	10.791,3	11.480,6	11.739,4	11.988,0	12.122,8
Abruzzo	2.485,5	2.558,2	2.614,1	2.733,3	2.799,7
Molise	742,1	688,9	717,1	723,3	722,8
Campania	10.395,1	10.944,9	11.349,1	11.516,0	11.735,9
Puglia	7.462,2	7.706,3	8.116,9	8.372,9	8.515,0
Basilicata	1.051,5	1.096,6	1.134,0	1.167,1	1.175,3
Calabria	3.538,0	3.626,8	3.600,6	4.078,8	3.904,4
Sicilia	9.184,7	9.561,8	9.957,0	9.983,2	10.291,0
Sardegna	3.302,7	3.370,0	3.574,8	3.739,5	3.811,7
Italia	116.928,3	123.295,8	126.882,4	130.302,0	132.895,3
Variazione annuale %	+1,1%	+5,4%	+2,9%	+2,7%	+2,0%
Regioni non sottoposte a piano di rientro (a)	63.706,8	67.739,6	69.383,3	71.144,4	72.713,3
Variazione annuale %	+1,1%	+6,3%	+2,4%	+2,5%	+2,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro (b)	44.598,9	46.567,5	48.094,2	49.395,5	50.091,6
Variazione annuale %	+0,8%	+4,4%	+3,3%	+2,7%	+1,4%
Autonomie speciali (c)	8.622,6	8.988,7	9.405,0	9.762,1	10.090,3
Variazione annuale %	+1,7%	+4,2%	+4,6%	+3,8%	+3,4%

(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tabella 2. Risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo – Rapporto percentuale tra il risultato d'esercizio (avanzo o disavanzo) e il finanziamento effettivo regionale – Regioni e Italia, periodo 2019-2023 – Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	-0,1%	0,5%	0,6%	0,2%	-2,4%
Valle d'Aosta	-9,1%	-6,8%	-7,5%	-14,8%	-19,9%
Lombardia	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
P.A. Bolzano	-22,7%	-27,7%	-28,7%	-27,8%	-30,3%
P.A. Trento	-18,5%	-17,3%	-16,1%	-18,6%	-23,8%
Veneto	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Friuli-Venezia Giulia	-5,5%	-0,4%	-5,1%	-4,6%	-4,1%
Liguria	-1,7%	0,0%	-1,1%	-1,9%	-2,1%
Emilia-Romagna	0,0%	0,0%	0,0%	-1,0%	0,0%
Toscana	-0,2%	-1,2%	-1,8%	-0,9%	-3,0%
Umbria	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	-0,2%
Marche	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Lazio	1,0%	0,7%	0,0%	-1,1%	0,7%
Abruzzo	-0,5%	-0,6%	0,5%	-0,6%	-3,5%
Molise	-15,7%	-6,3%	-9,2%	-5,7%	-6,1%
Campania	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Puglia	-0,5%	-0,3%	-1,7%	-1,7%	-0,9%
Basilicata	0,1%	0,4%	0,1%	-1,2%	-4,5%
Calabria	-6,6%	-3,5%	0,7%	-1,8%	-3,3%
Sicilia	0,0%	0,0%	0,0%	-0,4%	0,0%
Sardegna	-5,4%	-2,4%	-5,4%	-3,9%	-5,8%
Italia	-0,9%	-0,6%	-0,9%	-1,2%	-1,4%

Risorse professionali sanitarie e sociali

Questa scheda intende offrire un quadro aggiornato e articolato delle risorse professionali impiegate nei sistemi sanitari e sociali della Toscana, evidenziando tanto la consistenza numerica quanto la distribuzione territoriale e funzionale delle diverse figure professionali. A partire dai dati più recenti disponibili (al 31 dicembre 2023 per il sistema sanitario e al 1 gennaio 2024 per quello sociale), vengono analizzati i principali trend evolutivi in termini di dotazione organica, accessibilità dei servizi e modelli organizzativi. Particolare attenzione è riservata al personale del Servizio sanitario regionale, ai medici convenzionati, ai posti letto disponibili nei presidi ospedalieri e nei servizi per la non autosufficienza. Parallelamente, grazie all'implementazione del sistema informativo SIOSS, viene approfondita la rete dei servizi e degli interventi sociali, con focus su ambiti strategici quali l'assistenza domiciliare, il segretariato sociale, i servizi per minori e l'affidamento familiare. La lettura integrata delle informazioni contenute consente di cogliere la complessità e la ricchezza del sistema toscano di welfare socio-sanitario, mettendo in luce i punti di forza e le aree in cui è auspicabile un ulteriore investimento in termini di programmazione, equità e prossimità dei servizi.

Le risorse professionali del Servizio sanitario regionale (SSR) al 31 dicembre 2023 (ultimo dato disponibile quando scriviamo questo documento), con un dettaglio per profilo professionale, comprensive anche del personale tecnico e amministrativo, possono essere desunte dalle informazioni dalla banca dati del Ruolo nominativo regionale del personale del servizio sanitario regionale (Tabella 1). Queste informazioni, seppur non contestualizzate rispetto alle prestazioni erogate o a soglie e limiti standard di riferimento rispetto alla popolazione residente o a quella che ricorre al Servizio sanitario e sociale, aiutano a comprendere i movimenti in termini percentuali nel tempo del personale impiegato nei sistemi di cura ed accompagnamento. Dal 31 dicembre 2019 (riferimento prima dell'inizio della pandemia da COVID-19) al 2023 il personale di ruolo è aumentato di 4.213 unità (+8,4%), 648 dirigenti in più e 3.565 operatori del comparto in più. Sono 464 i dirigenti medici in più (+5,6% rispetto al 2019), 1.594 gli infermieri in più (+7,9%), 1.564 gli operatori socio-sanitari (+27,2%). Si tratta, in media, di un +2,1% annuo di incremento del personale, sospinto anche dagli investimenti fatti per contrastare la pandemia.

Rispetto alla popolazione residente, in Toscana lavorano 2,4 dirigenti medici e 5,9 infermieri ogni 1.000 abitanti. Gli ultimi dati utili a un confronto con la media italiana si riferiscono al 2021, quando in Italia si contavano 1,9 medici e 4,7 infermieri per 1.000 abitanti (fonte: Rapporto Osservasalute su dati acquisiti dalle strutture con il Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato in applicazione del Titolo V del d.lgs. n. 165/2001).

Tabella 1. Personale del Servizio sanitario regionale – Personale di ruolo al 31 dicembre dell’anno in numero assoluto e per 1.000 abitanti, differenze assolute e percentuali 2023 vs 2019 - Toscana, anni 2019 e 2023 – Fonte: Ruolo nominativo regionale del personale del Servizio sanitario regionale

Personale	2023		2019		2023 vs 2019	
	n	per 1.000 ab.	n	per 1.000 ab.	n	%
Totale	54.336	14,8	50.123	13,6	+4.213	+8,4
Dirigenti	10.444	2,9	9.796	2,7	+648	+6,6
Medici	8.793	2,4	8.329	2,3	+464	+5,6
Altri sanitari (biologi, chimici, farmacisti, ecc.)	1.310		1.113			
Amministrativi	173		185			
Professionali (architetti, ingegneri, ecc.)	127		118			
Tecnici (analisti, sociologi, statistici, ecc.)	41		51			
Comparto	43.892	12,0	40.327	10,9	+3.565	+8,8
Infermieri	21.704	5,9	20.110	5,4	+1.594	+7,9
Ostetriche	1.117	0,3	1.050	0,3	+67	+6,4
Operatori socio-sanitari	7.305	2,0	5.741	1,6	+1.564	+27,2
Personale tecnico sanitario	3.227	0,9	3.037	0,8	+190	+6,3
Tecnici di radiologia	1.448		1.366			
Tecnici di laboratorio	1.429		1.374			
Altro (neurofisiopatologi, dietisti, ecc.)	350		297			
Prevenzione	1.011	0,3	930	0,3	+81	+8,7
Tecnici della prevenzione	828		825			
Assistenti sanitari e vigilanza	183		105			
Riabilitazione	1.610	0,4	1.499	0,4	+111	+7,4
Fisioterapisti	845		832			
Educatori professionali	298		297			
Logopedisti	236		212			
Altro (massaggiatori, terapisti, ecc.)	231		158			
Personale tecnico	929	0,3	1.196	0,3	-267	-22,3
Tecnici e programmatori	547		743			
Assistenti tecnici	382		453			
Amministrativi, assistenti	6.989	1,9	6.764	1,8	+225	+3,3
Collaboratori amministrativi	1.662		1.791			
Tecnici e collaboratori tecnici	1.738		1.552			
Assistenti amministrativi	1.521		1.424			
Coadiutori amministrativi	1.215		1.075			
Ausiliari specializzati	260		389			
Assistenti sociali	508		428			
Altro	85		105			

Oltre ai dati appena citati, il servizio sanitario si avvale di medici in convenzione che operano sul territorio: pediatri e medici di famiglia. I Medici di medicina generale (MMG) con incarico a tempo indeterminato al 31 dicembre 2024 sono 2.213 (6 ogni 10mila abitanti), mentre i Pediatri di libera scelta (PLS), sempre con incarico a tempo indeterminato, sono 372 (9,2 ogni 10mila abitanti d'età 0-14 anni) (fonte: Regione Toscana). Al 31 dicembre 2019 gli MMG titolari di incarico a tempo indeterminato in Toscana erano 2.573 (7 per 10mila abitanti), i PLS 430 (9,6 per 10mila abitanti d'età 0-14 anni). Si tratta quindi di una diminuzione di 360 MMG e di 58 PLS in 5 anni. La riduzione del numero di MMG e PLS è comune a tutto il territorio nazionale. Anche la banca dati ISTAT, che elabora dati del Ministero della salute, infatti, mostra in Italia dal 2019 al 2022 (ultimo anno disponibile) una diminuzione del 7% degli MMG (passati da 7,1 a 6,7 ogni 10mila abitanti) e del 6% dei PLS. Il dato toscano si mantiene comunque sempre al di sopra della media nazionale e nel 2022 la nostra regione si trovava al 6° posto tra quelle con il numero più alto di MMG e PLS rispetto alla popolazione residente.

Per quanto riguarda i posti letto ospedalieri, dalla fonte regionale (più aggiornata, ma che non consente un confronto con le altre regioni) al 31 dicembre 2024 si rilevano 10.838 posti letto ordinari (2,96 ogni 1.000 abitanti) e 1.534 posti letto in *day hospital* (0,42 per 1.000 abitanti), pubblici o privati convenzionati, con 67 presidi ospedalieri (80 stabilimenti). Rispetto al 31 dicembre 2019 i posti letto ordinari sono diminuiti di 343 unità (-3,1%), quelli in *day hospital* di 127 unità (-7,6%). Per un confronto con l'Italia possiamo attingere ai dati ISTAT, che nel 2021 (ultimo anno disponibile) contavano 2,86 posti letto in degenza ordinaria per 1.000 abitanti toscani (3,54 per 1.000 in Italia) e 0,43 in *day hospital* (0,34 per 1.000 in Italia).

Oltre ai presidi ospedalieri l'offerta regionale conta 25 *Hospice*, con 189 posti letto totali, 42 in più rispetto al 2019. Sono 5,1 posti letto ogni 100mila abitanti (5,7 per 100mila in Italia). Dei 189 posti totali, 173 sono residenziali.

Il sistema degli interventi e dei servizi sociali offerti

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

Ovviamente per questo ambito, viste la recente istituzione e messa in funzione di questo sistema informativo, non è possibile valutare il trend secondo l'ottica adottata nel presente documento (analisi pre- e post-pandemia).

Tabella 2. Zone-distretto che offrono il servizio/intervento nel proprio territorio – Toscana, 1 gennaio 2024 – Fonte: SIOSS

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

Si nota come al 1 gennaio 2024, alcuni servizi universali (quali il Segretariato sociale e il Servizio sociale professionale) siano presenti in tutto il territorio e servano tutte le aree di utenza, così alcune misure per il sostegno e l'inclusione sociale (Integrazioni al reddito, Sostegno socio-educativo territoriale/domiciliare o scolastico) che possono essere attivate in quasi tutti gli ambiti toscani. Viceversa, nell'ambito dei servizi residenziali e semiresidenziali ci sono servizi che hanno una diffusione molto meno capillare sul territorio.

Gli operatori del Servizio sociale professionale

Dalla banca dati delle professioni e degli operatori sociali, che è articolata in specifici profili professionali, si può evincere il numero degli operatori occupati all'interno dei servizi sociali professionali degli ambiti territoriali toscani, nonché informazioni relative al tipo di rapporto di lavoro e al monte ore settimanale. Tali informazioni sono aggregate nella tabella 3 a livello regionale e sono riferite a tutte le Zone-distretto ed a tutti gli enti che nel territorio di competenza, indipendentemente dall'esercizio in forma singola o associata, sono titolari della funzione socio-assistenziale.

Tabella 3. Operatori del Servizio sociale professionale - Numero e monte ore settimanale totale ed esternalizzato (contrattualizzato con soggetti diversi dagli enti titolari della funzione socio-assistenziale esercitata in forma singola o associata) - Toscana, 1 gennaio 2024 - Fonte: SI OSS

Figura professionale	Operatori			Monte ore settimanale		
	Totale	di cui esternalizzati	%	Totale	di cui esternalizzati	%
	n	n	%	n	n	%
Assistente sociale	1.350	255	18,9	45.381	7.359	16,2
Educatore	1.571	1.453	92,5	37.044	34.271	92,5
Mediatore culturale/ Operatore interculturale	291	290	99,7	1.215	1.215	100,0
Psicologo	174	147	84,5	3.253	2.492	76,6
Pedagogista	8	6	75,0	217	145	66,8
Sociologo	3	3	100,0	26	26	100,0
OSS/Adb/OTA	3.223	3.016	93,6	86.001	79.463	92,4
Infermiere	495	356	71,9	15.430	10.843	70,3
Altro	484	447	92,4	13.739	9.939	72,3
Totale	7.599	5.973	78,6	202.306	145.753	72,0

Si nota che gli assistenti sociali al 1 gennaio 2024 (il cui numero è in continuo aumento negli ultimi anni) sono contrattualizzati per oltre l'80% dai soggetti titolari della funzione socio-assistenziale, mentre le altre figure presenti tra gli operatori del Servizio sociale professionale (educatori, mediatori culturali, psicologi, OSS/ADB/OTA, infermieri) registrano percentuali di esternalizzazione che superano l'85%.

Il Segretariato sociale

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

Il Segretariato sociale è un livello essenziale di assistenza istituito in ogni Ambito territoriale toscano e si caratterizza per l'elevata prossimità al cittadino, poiché sono presenti all'interno della regione ben 283 sedi fisiche di accesso, di cui 230 (81%) gestiscono in forma strutturata anche richieste relative a bisogni socio-sanitari. Nel 39% dei casi, i servizi hanno operatori esclusivamente dedicati ai punti di accesso e complessivamente il monte ore svolto dagli operatori coinvolti nell'attività di segretariato sociale in Toscana è di 3.255 ore (mediamente si tratta di oltre 116 ore per ogni Zona-distretto). I punti di accesso sono complessivamente aperti per 2.241 ore settimanali, con molti sportelli che assicurano il funzionamento per 5 giorni o più durante la settimana. Va inoltre sottolineato che solo il 27% dei soggetti gestori ha tutti i punti di accesso informatizzati, il 41% ne ha alcuni, mentre il 32% non ha nessun punto di accesso che prevede la registrazione telematica delle domande degli utenti.

Gli sportelli PuntoInsieme: assistenza continua alla persona non autosufficiente

Il PuntoInsieme è un servizio rivolto alle persone anziane non autosufficienti e ai loro familiari e, di fatto, costituisce la porta d'ingresso ai servizi ed alle prestazioni in favore delle persone che non sono più in grado di provvedere autonomamente alle necessità di tutti i giorni. Sono circa 200 gli sportelli diffusi su tutto il territorio regionale, che costituiscono una rete capillare alla quale rivolgersi per segnalare il bisogno di assistenza.

A dicembre 2024 risultano attive 345 Residenze sanitarie assistenziali (RSA), per un totale di 16.118 posti letto, di cui 14.851, pari a 15,34 ogni 1.000 anziani toscani, sono quelli destinati alla non autosufficienza (92%). Il 74% delle strutture è di proprietà pubblica. L'offerta semiresidenziale (Centri diurni) conta 137 strutture, di cui 100 per non autosufficienti e 26 per anziani con demenza. Il 44% di questi Centri diurni è pubblico. I posti per non autosufficienti sono 1.506 (1,6 per 1.000 anziani), di cui quelli per anziani con demenza 349 (0,4 per 1.000 anziani).

A completamento del quadro, l'offerta regionale comprende anche 1.267 posti letto per autosufficienti in RSA (oltre ai 1.177 posti letto presenti nelle 42 residenze sociali assistite – Ra) e 11 Centri diurni (306 posti) per anziani autosufficienti.

L'affidamento familiare

Nell'ambito del settore di intervento concernente minorenni e famiglia, la rilevazione SIOSS include una scheda sull'affidamento familiare che mette in evidenza alcune sezioni informative che riguardano le caratteristiche e le modalità organizzative del servizio nelle Zone-distretto toscane. Come noto, l'istituto dell'affidamento familiare prevede l'accoglienza temporanea di un minorenne in una famiglia diversa da quella naturale, per il tempo necessario affinché la sua famiglia possa risolvere i problemi che sono all'origine dell'allontanamento. L'allontanamento è, dunque, caratterizzato da temporaneità ed è finalizzato al rientro del minorenne nella sua famiglia, anche mediante il ricorso ad alcuni strumenti quali il progetto quadro e il progetto educativo, nei quali vengono indicati compiti, ruoli, obiettivi e tempi d'intervento.

I primi dati che rileviamo in questi settori riguardano le modalità di attuazione del servizio a livello di ambito. In Toscana, a seguito della deliberazione del Consiglio regionale n. 101 del 2021 che ha ridefinito gli ambiti territoriali delineati in precedenza dalla l.r. 11/2017, le articolazioni di Zone-distretto hanno raggiunto le 28 unità. Ricomponendo sul livello regionale il dato zonale, in Toscana all'interno delle 28 Zone-distretto sono compresi 36 enti titolari della funzione in materia di affidamento e 53 soggetti attuatori, di cui 31 Comuni singoli (facenti parte di 7 Zone-distretto), 15 Consorzi società della salute, 4 Convenzioni per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, 2 Unioni di comuni e 1 Zona-distretto. Considerando la modalità di gestione del servizio, occorre evidenziare che in 22 Zone-distretto su 28 il servizio è gestito in maniera unitaria a livello di ambito. Questa gestione unitaria avviene grazie al ricorso a strumenti di coordinamento quali Società della salute, ove presenti, Unioni dei comuni, Convenzioni ex art. 70 bis della legge regionale n. 40 del 2005. Considerati i 53 soggetti attuatori, la modalità prevalente di gestione del servizio è quella diretta e riguarda il 73,6% dei soggetti attuatori mentre sono meno ricorrenti la modalità mista (15%) e quella esternalizzata (11,3%).

Riguardo alle attività espletate dal servizio, di seguito si elencano in ordine decrescente le percentuali di soggetti attuatori che ne segnalano l'attivazione: regolamentazione dell'affidamento (79,2%), colloqui informativi con gli aspiranti affidatari (77,4%), coordinamento e gestione in rete del progetto (75,5%), azioni di promozione dell'affido (69,9%), preparazione/formazione/sostegno della famiglia affidataria (68%), preparazione/sostegno del minorenne (67,9%), preparazione/sostegno della famiglia di origine (66,05%), analisi e valutazione dei requisiti della famiglia affidataria (62,3%), analisi del rischio evolutivo del minorenne (62,3%), promozione della messa in rete tra i soggetti pubblici e privati che operano nell'affido (54,8%), valutazione dell'idoneità genitoriale del nucleo di origine (52,9%).

La presenza di un servizio dedicato esclusivamente all'affidamento familiare è segnalata da 20 soggetti attuatori, di cui 15 hanno adottato un regolamento che disciplina l'affidamento familiare nel territorio di pertinenza del servizio dedicato. Risultano, inoltre, 17 soggetti attuatori che presso il servizio dedicato dispongono di una banca dati informatizzata delle famiglie disponibili all'affidamento familiare e/o degli affidamenti familiari.

Riguardo alle modalità di accesso al servizio, di seguito si riportano le modalità secondo il peso decrescente della percentuale di soggetti attuatori: attivazione da parte del servizio sociale (88,7%), richiesta della famiglia di origine e/o affidataria (79,3%), attivazione su segnalazione/ richiesta di altri soggetti (73,6%), attivazione per invio da altri servizi (73,6%). Sono 35 i soggetti attuatori che dichiarano la presenza di una équipe permanente per la gestione dell'affidamento familiare.

Inoltre, sono 43 i soggetti attuatori che dichiarano di promuovere ulteriori forme di affidamento che sono attivate nelle seguenti modalità: a tempo parziale (88,4%), diurno (76,8%), in situazioni di emergenza (53,5%) e che possono riguardare varie categorie di utenza, quali adolescenti in prosecuzione oltre i 18 anni (60,5%), bambini piccoli di 0-24 mesi (48,8%), di particolare complessità quali disabilità, disturbi psichiatrici o problemi sanitari (46,5%), a famiglia affidataria appartenenti ad una rete di famiglie (39,5%), accoglienza genitore-bambino (34,9%), affidamento professionale (30,2%), minorenni stranieri non accompagnati (41,9%).

In 7 assetti facenti riferimento a 3 Zone-distretto risulta che siano attivate tutte le forme ulteriori di affidamento sopra menzionate.

La redazione di un “progetto quadro”, comprensivo degli interventi rivolti al bambino e alla sua famiglia di origine, è operativa “sempre” per 41 soggetti attuatori, “spesso” per 7, “a volte” per 4 e “mai” per 1, e su di essi vengono svolti momenti di monitoraggio e valutazione “a cadenza prestabilita” in 36 assetti e “al bisogno” in 17.

La presenza di un contratto di affidamento familiare con il servizio è segnalata da 37 soggetti attuatori del servizio di affidamento familiare e sono 32 quelli che prevedono l'erogazione di un contributo economico alle famiglie affidatarie. Nell'ambito dei 53 assetti, oltre al progetto quadro viene redatto anche il progetto educativo individuale “sempre” in 41 assetti, “spesso” in 8, “a volte” in 4.

Ai bambini e ai ragazzi in affidamento familiare i servizi sociali territoriali assicurano anche altri sostegni: il rimborso spese per interventi e servizi (79,2%), contributi indiretti (73,6%) e agevolazioni (62,3%) prevalentemente in ambito sanitario o scolastico/educativo.

Va segnalato anche che sono 31 i soggetti attuatori che promuovono progetti di post-accoglienza.

Come dato di sintesi conclusivo, occorre evidenziare che in Toscana, al 31 dicembre 2023, sono 1.101 i bambini/e e i ragazzi/e d'età compresa tra 0 e 18 anni in carico al servizio di affidamento familiare.

Le strutture residenziali per minori

La fotografia al 31 dicembre 2023 ci restituisce la rappresentazione di un'accoglienza residenziale per minorenni in Toscana come realtà che va consolidandosi, con un totale di 187 strutture (Tabella 4) che includono 74 appartamenti per l'autonomia e 56 strutture di comunità a dimensione familiare.

Queste ultime costituiscono la tipologia di struttura più numerosa, a cui seguono, per numero, le case di accoglienza e gruppo appartamento (28), la comunità educativa (9), la casa famiglia multiutenza complementare (7), la comunità familiare (5), i centri di pronta accoglienza per minorenni (4), i gruppi appartamento per adolescenti e giovani (3), la casa di accoglienza per l'infanzia (1).

Tabella 4. Strutture residenziali per minorenni, per tipologia – Toscana, 31 dicembre 2023

Fonte: SIOSS

Tipologia	Strutture
Centro di pronta accoglienza per minori	4
Casa di accoglienza e gruppo appartamento	28
Comunità a dimensione familiare	56
Casa di accoglienza per l'infanzia	1
Comunità educativa	9
Comunità familiare	5
Gruppi appartamento per adolescenti e giovani	3
Casa famiglia multiutenza complementare	7
Appartamenti per l'autonomia	74
Totale	187

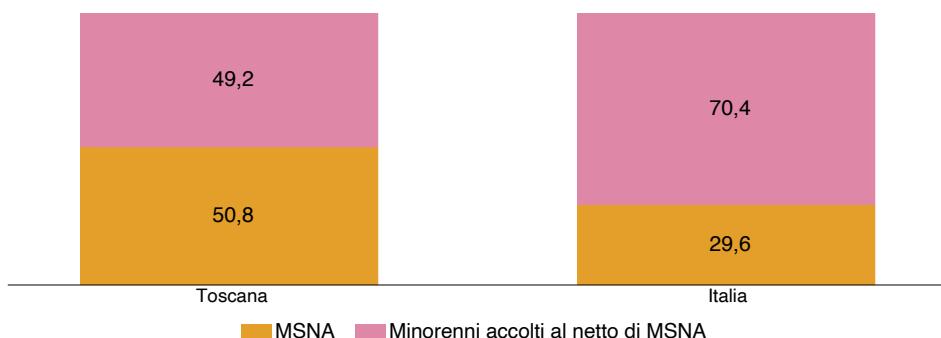
Alle 187 strutture fanno riferimento 75 soggetti titolari prevalentemente con natura giuridica di cooperativa o consorzio di cooperativa sociale (30 soggetti titolari), seguono 10 enti religiosi, 11 associazioni di volontariato, 9 fondazioni, 7 Comuni e altre tipologie non sempre chiaramente indicate dalle strutture (8). Sul territorio regionale, si distingue la Zona-distretto di Firenze con 45 strutture (il numero più alto in assoluto tra i territori), a cui segue la Piana di Lucca con 22 strutture, la Livornese, la Pistoiese, la Pratese (9). Tra le 28 Zone-distretto toscane, risulta che l'Elba, la Valtiberina, le Colline dell'Albegna non hanno nessuna struttura residenziali per minorenni.

Nel territorio toscano sono 21 le Zone-distretto nelle quali i servizi di accoglienza sono gestiti in forma associata a livello di ambito, mentre la gestione risulta essere diretta per 30 soggetti attuatori, mista per 6 soggetti attuatori, e esternalizzata per 19 soggetti attuatori.

Un ulteriore dato di sintesi rilevante riporta che in Toscana, al 31 dicembre 2023, sono 1.411 i minorenni 0-17 anni in carico ai servizi residenziali del servizio sociale, di cui 660 (46,8%) accolti in strutture di accoglienza per minorenni situate al di fuori dell'ambito zonale che li ha in carico.

Tale dato composito include la quantificazione dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) accolti nelle strutture toscane come rappresentato in figura 1. Sui 1.411 minori accolti sono 717 quelli stranieri non accompagnati (50,8%), percentuale superiore a quella osservata in Italia (29,6%).

Figura 1. Minorenni stranieri non accompagnati accolti nei servizi residenziali – Valori per 100 minorenni accolti – Toscana e Italia, 31 dicembre 2023 – Fonte: SIOSS



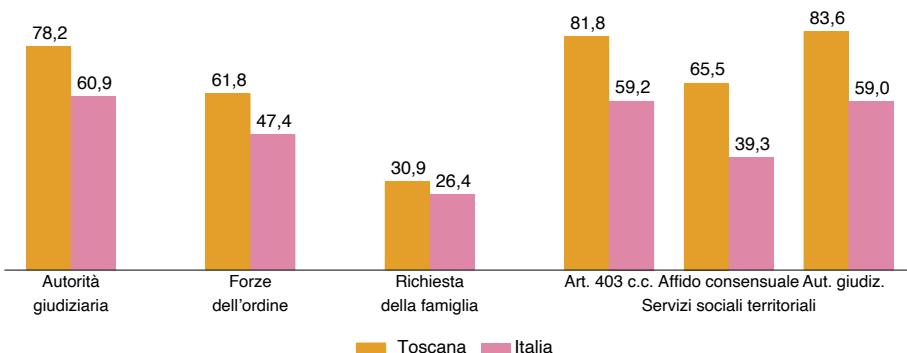
Al netto dei minori stranieri non accompagnati, sia il dato regionale che quello nazionale registrano un aumento dei minorenni accolti dal 2022 al 2023: in Toscana sono passati da 613 a 694 (+13,2%), in Italia da 18.081 a 18.304 (+1,2%).

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

Riguardo alle modalità di accesso, di seguito si elencano le forme più ricorrenti in ordine di peso percentuale decrescente: Servizi sociali territoriali su provvedimento Autorità giudiziaria (83,6%), Servizi sociali territoriali per applicazione art. 403 cc. (81,8%), Autorità giudiziaria (78,2%), Servizi sociali territoriali per affidamento consensuale (65,5%), Forze dell'ordine (61,8%), richiesta della famiglia (30,9%).

Rispetto alla media nazionale, nel 2023 viene registrato in Toscana uno scarto discreto per quanto concerne l'intervento dei Servizi sociali territoriali (per applicazione dell'art. 403 c.c.; per affidamento consensuale; su provvedimento dell'Autorità giudiziaria) (Figura 2).

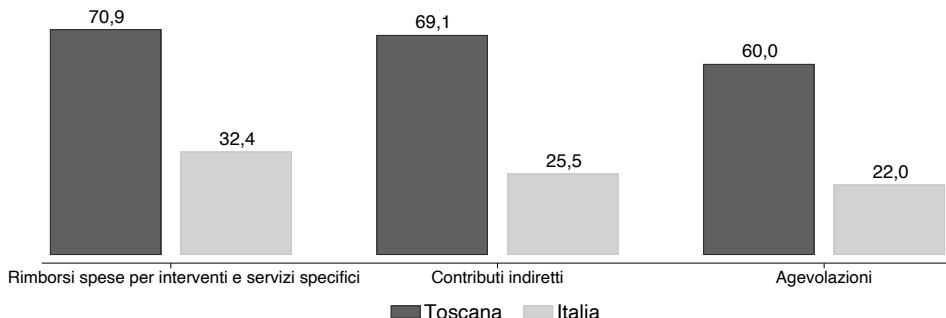
Figura 2. Modalità di accesso alla collocazione in un servizio residenziale per minorenni – Valori percentuali – Toscana e Italia, anno 2023 – Fonte: SIOSS



La presenza di un'équipe permanente per la gestione del minorenne accolto nel servizio residenziale viene segnalata da 36 soggetti attuatori, mentre la redazione di un “progetto quadro” viene svolta “sempre” da 45 soggetti attuatori, “spesso” da 6, “a volte” da 3 e “raramente” da 1, ed il monitoraggio del progetto avviene in maggioranza a cadenza prestabilita (40) piuttosto che al bisogno (14). Il progetto educativo viene nella maggior parte dei casi sempre redatto, eccetto in un caso nel quale viene redatto “spesso”, e due nei quali viene redatto “a volte”, ma rimangono costanti (rispetto al dato rilevato al 31 dicembre 2020) a 34 i servizi che predispongono e promuovono progetti di post-accoglienza.

Infine, rispetto alle tipologie di sostegno erogato, il dato regionale, quantitativamente più corposo rispetto al dato della media nazionale, mette in evidenza il ricorso alle seguenti misure inserite in ordine di peso decrescente: rimborsi spese per interventi e servizi specifici (70,9%), contributi indiretti (69,1%), agevolazioni (60%).

Figura 3. Servizi residenziali per minorenni, per tipo di sostegno – Valori percentuali – Toscana e Italia, anno 2023 – Fonte: SIOSS



Servizio sociale professionale

La Toscana da tempo persegue gli obiettivi dell'integrazione tra sociale e sanitario, potenziando un sempre più efficace coordinamento delle risorse con l'obiettivo di fare della prevenzione il cardine della progettazione e della valutazione di politiche, servizi e interventi. Per rispondere in modo efficace alle esigenze della comunità e in particolare di quella quota di popolazione che vive in condizioni di marginalità, gli operatori sociali e sanitari rappresentano i nodi di una rete a cui i cittadini possono riferirsi e trovare professionisti in grado di fornire loro un sostegno, a partire dalle informazioni in merito ai diritti, alle prestazioni ed alle modalità di accesso ai servizi, e attraverso l'attivazione e il coordinamento delle risorse disponibili, assicurando un contributo essenziale alla realizzazione delle diverse politiche integrate di inclusione sociale.

La legge 328/2000 all'art.22 colloca il Servizio sociale professionale all'interno del sistema degli interventi e dei Servizi alla persona erogati dalla Pubblica amministrazione, tra i livelli essenziali di assistenza. In particolare, per quanto riguarda la Toscana, all'art. 2 della l.r. 41/2005 si specifica che per "Servizi sociali si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita..." .

Assistenti sociali

La stessa legge regionale all'art.7 assegna all'assistente sociale i compiti di valutazione professionale del bisogno, la definizione del percorso assistenziale personalizzato e la sua l'attuazione in termini di appropriatezza ed efficacia, sostenendo, al successivo comma, la necessità dell'integrazione multi-professionale con altri operatori sociali e sanitari. Inoltre la l.r. 40/2015 prevede la figura dell'assistente sociale come parte integrante del sistema dei Servizi alla persona, nei compiti di rapporto con i cittadini, nello svolgimento di azioni di programmazione operativa e nel ruolo di responsabilità delle strutture organizzative professionali.

Gli iscritti all'Ordine degli assistenti sociali

Per quantificare il numero di operatori presenti in Toscana possiamo avvalerci dell'elenco degli iscritti all'Ordine (istituito con la legge n°84/1993 che ha sancito l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo professionale per poter svolgere la professione di assistente sociale sia in regime di lavoro autonomo, sia in regime di lavoro dipendente), di cui è disponibile la serie storica relativa al periodo 2019-2025. Nel tempo è aumentato il numero complessivo, con la diminuzione della sezione A (specialista) e il significativo aumento della sezione B,

arrivando nell'ultimo anno a 2.413 iscritti (in larga prevalenza donne e con una quota di giovani sotto i 35 anni in crescita). In riferimento all'ambito lavorativo, gli assistenti sociali iscritti all'Ordine si concentrano sugli enti locali e la sanità e all'interno del mondo del terzo settore (cooperative, associazioni, fondazioni e imprese sociali).

Tabella 1. Assistenti sociali iscritti all'Ordine, per genere e classe d'età – Numero e valore per 100 iscritti all'albo – Toscana, anni 2019, 2021 e 2025 – Fonte: Ordine degli Assistenti sociali della Toscana

	2019				2021				2025			
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	N	N	%	N	N	N	%	N	N	N	%
A) Ass. Sociale specialista	50	1.006	1.056	47,3	47	932	979	42,9	43	867	910	37,7
B) Ass. Sociale	82	1.095	1.177	52,7	91	1.214	1.305	57,1	96	1.407	1.503	62,3
Totali iscritti	132	2.101	2.233	100,0	138	2.146	2.284	100,0	139	2.274	2.413	100,0
Classe d'età												
<35 anni	33	599	632	28,3	36	631	667	29,2	47	747	794	32,9
35-65 anni	96	1.450	1.546	69,2	100	1.463	1.563	68,4	87	1.467	1.554	64,4
>65 anni	3	52	55	2,5	2	52	54	2,4	5	60	65	2,7

Gli assistenti sociali impiegati nel Servizio sociale professionale

In riferimento all'implementazione da parte delle Zone-distretto dei prospetti previsti all'interno di SIOSS (Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali), la banca dati delle professioni e degli operatori sociali, che individua le caratteristiche quantitative e qualitative del lavoro professionale impiegato all'interno del Servizio sociale professionale, al 31 dicembre 2023 rileva in Toscana 1.350 Assistenti sociali (in crescita rispetto all'anno precedente) per un monte ore settimanale di 45.381. Si tratta prevalentemente di donne (93,2%) con un'età superiore ai 35 anni (76%). Il 18,8% degli assistenti sociali (255), in forte decrescita negli ultimi anni, sono esternalizzati, cioè contrattualizzati con soggetti diversi dagli enti titolari della funzione socio-assistenziale esercitata in forma singola o associata.

Il database permette di distinguere le ore occupate nei diversi ambiti di attività: il 7,2% è dedicato al “segretariato sociale”, il 34% all’area “famiglia/minori/anziani autosufficienti”, il 19% a quella della “disabilità/non autosufficienza” e il 14,8% è impiegato all’interno dell’area “povertà/disagio adulti”. Il restante 25% del monte ore è imputato all’area “Servizio sociale professionale”, che comprende le attività di coordinamento, programmazione e progettazione,

ma anche tutta l'attività che non può essere riferita a specifici target, laddove (soprattutto nei Comuni di piccole dimensioni), il servizio non è organizzato per aree di utenza dedicate.

Le nuove assunzioni: il potenziamento dei Servizi sociali

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

L'accesso ai contributi si basa sul raggiungimento di soglie definite dell'organico in servizio: a tale scopo possono essere conteggiati solo gli assistenti sociali con contratto di lavoro a tempo indeterminato che operano nell'ambito del servizio sociale o nella programmazione, anche in funzioni amministrative e di rendicontazione, ma sempre in ambito sociale. Dalla rilevazione SIOSS sopramenzionata, si evidenzia come il 75% degli assistenti sociali che operano all'interno del Servizio sociale professionale abbia un contratto a tempo indeterminato (tale percentuale era pari al 60% nel 2021).

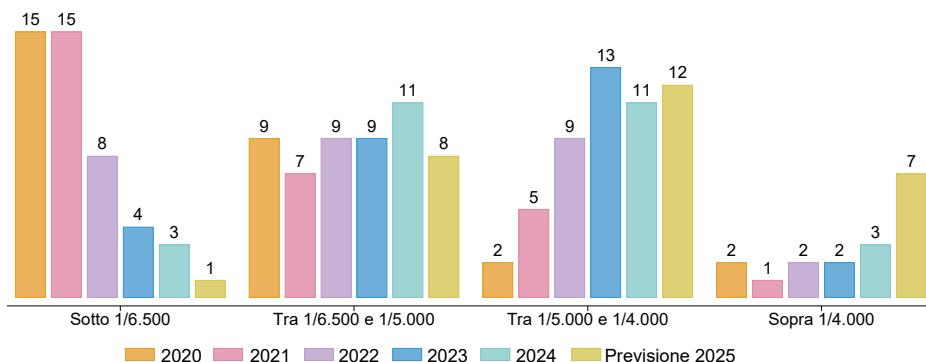
Le somme attribuite agli Ambiti territoriali sono a copertura dei costi per gli assistenti sociali assunti in organico a tempo indeterminato (e non solo per nuove assunzioni) tra la soglia di accesso ai finanziamenti di 1 assistente sociale ogni 6.500 abitanti e fino alla soglia dell'obiettivo di servizio di 1 assistente sociale ogni 4.000 abitanti (con un contributo di 40.000 euro annui ad assistente sociale in numero eccedente il rapporto di 1:6.500, fino al raggiungimento del rapporto 1:5.000, e di 20.000 euro annui ad assistente sociale in numero eccedente il rapporto 1:5.000, fino al raggiungimento del rapporto di 1:4.000).

I dati a nostra disposizione ci permettono di ricostruire il quadro della situazione toscana dall'anno 2021, nel quale è stata introdotta la misura, e quello previsionale 2025, in riferimento sia al livello essenziale dei Servizi sociali costituito dal raggiungimento di un rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5.000 che all'ulteriore obiettivo di servizio di 1:4.000 fissato dalla legge, stimando anche le risorse che dovrebbero essere destinate nel 2025 agli ambiti territoriali toscani.

Analizzando i 28 prospetti relativi ai dati dell'anno 2024 che gli ambiti toscani hanno finalizzato all'interno di SIOSS, abbiamo un dato sintetico degli assistenti sociali in servizio a tempo

indeterminato pari a 781 (secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno), corrispondenti in media a poco meno di 28 assistenti sociali per Zona-distretto (i rispettivi dati al 2021 era di 568 assistenti sociali totali, pari a 21,8 per zona in media). Tale contingente è costituito per il 57,9% (452,1 assunti a tempo indeterminato) da personale in servizio presso i singoli Comuni e per il restante 42,1% in carico agli Ambiti territoriali per lo svolgimento di funzioni sociali in modalità associata. La misura in oggetto, parametrata alla situazione certificata dagli Ambiti per l'anno 2024, ha portato ad un contributo pari a 6,4 milioni di euro per i 25 Ambiti che sono risultati sopra la soglia di 1 assistente sociale ogni 6.500 abitanti che dà diritto ai finanziamenti (3 ambiti non hanno ricevuto alcun finanziamento per il 2024). Spostando lo sguardo all'anno in corso, e quindi ai livelli che gli Ambiti prevedono di ottenere con le nuove assunzioni per il 2025 (dato previsionale) inseriti ai fini della prenotazione delle risorse, in Toscana dovremmo avere 830,3 assistenti sociali assunti a tempo indeterminato (sempre secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno), con un ulteriore incremento del 6% del personale (+49 assunzioni full time equivalenti). Se tali previsioni verranno rispettate (il dato dovrà essere consolidato a febbraio 2026), nel territorio toscano arriveranno quasi 8 milioni di euro di fondi strutturali, fintantoché nei vari Ambiti il numero di assistenti sociali in proporzione ai residenti si manterrà sopra le soglie previste dalla normativa. In riferimento ai dati comunicati, relativi al consolidato delle annualità del periodo 2020-2024, e a quelli previsionali del 2025 (Figura 1), abbiamo il 50% degli Ambiti (14) sotto il livello essenziale dei Servizi sociali (LEP), costituito dal raggiungimento di un rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5.000, e 3 (Firenze, Livornese e Senese) che raggiungono l'ulteriore obiettivo di servizio di 1:4.000 fissato dalla legge 178/2020.

Figura 1. Ambiti territoriali toscani in riferimento alle soglie previste dalla legge di bilancio 2021 – Toscana, periodo 2020-2024 (consolidato) e 2025 (previsionale) – Fonte: SI OSS



Se venissero confermati i dati previsionali per l'anno in corso, la situazione al 31 dicembre 2025 sarebbe ulteriormente migliorata, con 19 Ambiti che raggiungerebbero il LEP del rapporto

fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5.000 (7 dei quali che si posizionerebbero sopra l’obiettivo di servizio di 1:4.000). In tale scenario, 27 Ambiti riceverebbero comunque risorse strutturali per il potenziamento dei Servizi sociali ed è quindi presumibile che nei successivi anni la situazione relativa al personale assunto a tempo indeterminato migliorerà ulteriormente grazie a tale misura, che ha determinato un significativo investimento sulla figura dell’assistente sociale, avendo incentivato il potenziamento del sistema dei Servizi sociali comunali e zonali attraverso i meccanismi premiali descritti.

A seguito dell’introduzione del LEPS e del suo finanziamento gli assistenti sociali sono aumentati in tutto il Paese e di conseguenza il numero degli Ambiti territoriali sociali (ATS) che raggiungono il LEPS, ma la loro crescita appare molto graduale e sperequata nelle diverse regioni italiane. Ancora oggi, nella maggioranza degli ATS del Veneto e delle Regioni del Centro e del Mezzogiorno (tranne la Sardegna) il rapporto fra assistenti sociali e abitanti resta inferiore al livello essenziale. Nonostante l’elevato numero di Enti sottodotati, i criteri di assegnazione hanno comportato il fatto che gran parte delle risorse (64% nel 2022) finora stanziate per il LEPS non sia stata utilizzata. Si mantiene in sostanza una doppia velocità nonostante la disponibilità dei finanziamenti con regioni e territori che denotano una maggiore dinamicità e sensibilità per il settore sociale (e la Toscana è indubbiamente tra queste) ed altri territori che rispondono con meno capacità e tempestività.

Le altre figure professionali

Utilizzando una nuova funzionalità di SIOSS, nel 2024 siamo in grado di quantificare anche la numerosità e i fabbisogni del territorio in riferimento ad altre importanti figure che svolgono un ruolo determinante all’interno del Servizio sociale professionale.

Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha infatti deciso di intraprendere un percorso di rafforzamento diretto del personale di Ambiti territoriali sociali e Comuni che è stato perseguito lungo le direttive indicate da una accurata ricognizione dei fabbisogni (effettuata nel 2024), centrata in particolare sulle figure di operatori amministrativi, psicologi ed educatori professionali, e attraverso una procedura centralizzata di selezione che, con il supporto di Formez, è stata attivata nel 2025. La procedura consentirà nel secondo semestre del 2025 di assumere a tempo determinato gli operatori indicati dai singoli ATS/Comuni per il periodo massimo consentito dall’attuazione del Programma nazionale inclusione e lotta alla povertà 2021-2027 (fino al 2029), con opzione di trasformazione a tempo indeterminato alla conclusione di tale periodo attraverso la copertura di una prossima norma nazionale.

Con decreto del capo Dipartimento n. 268 del 7 agosto 2024, è stato approvato l’Avviso pubblico “Manifestazione di interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati Servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un’ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà”. Tale avviso, rivolto agli Ambiti territoriali sociali, è stato finalizzato a individuare la consistenza al 30 giugno 2024 e il fabbisogno per il prossimo triennio, sull’intero territorio

di ambito, per le seguenti figure professionali, da impegnare a tempo pieno e in modo esclusivo e dedicato nelle attività connesse alla corretta implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali:

- funzionario amministrativo;
- funzionario contabile – economico finanziario/funzionario esperto di rendicontazione;
- funzionario psicologo;
- funzionario educatore professionale socio pedagogico/pedagogista.

Le risposte fornite dagli ATS in esito all'Avviso, che hanno consentito al Ministero di definire la procedura centralizzata di selezione e le risorse necessarie alla loro assunzione per il prossimo triennio, ci permettono anche di fare un quadro relativo alle professionalità presenti nei territori, di quantificare il fabbisogno espresso e le risorse professionali che saranno assegnate ai singoli ATS.

La consistenza delle figure professionali in termini di *full time equivalent* (FTE), a tempo determinato e indeterminato, impegnate alla data del 30 giugno 2024, in maniera esclusiva e dedicata, nell'implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali è pari a circa 84 figure nel complesso. Con riferimento alle specifiche figure professionali negli ATS toscani abbiamo in termini di *full time equivalent*:

- 62,45 funzionari amministrativi;
- 6,75 funzionari contabili – economico finanziari / funzionari esperti di rendicontazione;
- 4 funzionari psicologi;
- 10,89 funzionari educatori professionali socio pedagogici / pedagogisti.

Facendo invece riferimento al numero di unità di personale di cui gli ATS hanno indicato il fabbisogno, per i prossimi 3 anni, in relazione alle stesse figure professionali da impegnare a tempo pieno e in modo esclusivo e dedicato, nelle attività connesse alla corretta implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali, possiamo evidenziare che la richiesta complessiva ha riguardato 446 figure e, più specificatamente:

- 67 funzionari amministrativi (15% sul totale del fabbisogno);
- 70 funzionari contabili – economico finanziari / funzionari esperti di rendicontazione (15,7%);
- 131 funzionari psicologi (29,4%);
- 178 funzionari educatori professionali socio pedagogici / pedagogisti (39,9%).

Questo evidenzia che le necessità rilevate dagli ATS nell'ottica di un potenziamento del proprio personale si sono indirizzate sia sull'assunzione di figure professionali specifiche per la formazione di équipes multiprofessionali (69% dei profili richiesti), al fine di migliorare il sistema dei Servizi sociali e sanitari integrati sul territorio che, anche se in misura minore, sul potenziamento della capacità di gestione delle risorse attraverso figure professionali di tipo amministrativo-contabile.

Facendo quindi riferimento al personale in carico a giugno 2024 e al fabbisogno espresso, possiamo affermare che gli ATS toscani richiedono delle figure che possano incrementare la disponibilità, quanto più efficace e diffusa possibile, delle equipe multiprofessionali sull'intero territorio di riferimento. Dall'altro lato sperano di poter arrivare ad un miglior dimensionamento organizzativo finalizzato a supportare le crescenti necessità delle strutture amministrative e finanziarie degli ATS, in relazione tra l'altro alle risorse pubbliche gestite e ai relativi procedimenti amministrativi connessi.

Tabella 2. Personale in organico negli ATS al 30 giugno 2024, fabbisogno espresso e assegnazioni, per figura professionale – Toscana – Fonte: SIOSS

Figura professionale	Riconizzazione al 30 giugno 2024	Fabbisogno	Assegnazione
Funzionario amministrativo	62,45	67	39
Funzionario contabile – economico finanziario / funzionario esperto di rendicontazione	6,75	70	33
Funzionario psicologo	4,00	131	67
Funzionario educatore professionale socio pedagogico / pedagogista	10,89	178	88
Totale	84,09	446	227

La riconizzazione al 30 giugno 2024 delle specifiche figure professionali, in termini di *full time equivalent*, impegnate nell'implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali degli ambiti territoriali sociali, ha quindi rilevato una dotazione di personale in organico ai 27 ambiti territoriali sociali che hanno risposto all'avviso, pari a 84,09 unità in termini di FTE (2.046 il dato relativo a tutte le regioni italiane). Secondo quanto previsto dalla Manifestazione di interesse, gli ATS hanno espresso un fabbisogno ulteriore di personale, per il triennio successivo, di 446 unità complessive (7.020 il dato complessivo nazionale). Alla conclusione delle due operazioni sopradescritte, il Ministero ha valutato il numero di personale richiesto da tutti gli ATS partecipanti, per i diversi profili professionali, parametrandolo alle risorse finanziarie disponibili e provvedendo alla ripartizione del personale finanziabile per ogni ATS.

In considerazione dei parametri utilizzati per effettuare la ripartizione delle figure amministrative e contabili, le unità di personale finanziabili in Toscana sono rispettivamente 39 per i funzionari amministrativi e 33 per i funzionari contabili.

Per quanto concerne, invece, le assegnazioni di psicologi e di educatori/pedagogisti, uno dei parametri utilizzato per meglio definire il riparto è stato quello del rispetto del livello standard che prevede un rapporto (figura professionale/popolazione residente) di 1/20.000 per i funzionari psicologi e di 1/15.000 per i funzionari educatori professionali. Il totale di

unità previste per gli ATS toscani per gli psicologi è pari a 67 e per gli educatori/pedagogisti è pari a 88.

Riepilogando, in considerazione del numero di istanze di adesione presentate dai 27 Ambiti territoriali sociali toscani e al fine di garantire una risposta adeguata al fabbisogno emerso a livello territoriale, il numero di figure professionali che potranno essere assunte dagli ATS, secondo i criteri e le modalità indicati in precedenza, è complessivamente pari a 230. Un numero che si distanzia dal fabbisogno espresso (446), ma che incrementerebbe in maniera sostanziale l'attuale contingente di personale in carico agli ATS (84 unità), sostenendo l'incremento della capacità degli Ambiti territoriali sociali nel rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati Servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un'ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà.

Case della comunità e cure intermedie

Le sfide che impongono le malattie croniche e i bisogni emergenti di salute richiedono un approccio sistematico e integrato, individuato nella *Primary Health Care* (PHC), quale strategia prioritaria. L'emergenza pandemica ha messo in evidenza i limiti dei modelli sanitari ospedaliero-centrici, accelerando la necessità di un cambio di paradigma verso un'assistenza territoriale basata su prossimità e proattività. In particolare, per quanto riguarda la cronicità, il paradigma della Sanità d'iniziativa si pone l'obiettivo di migliorare la gestione delle malattie croniche e di prevenire l'evoluzione e le complicatezze attraverso l'applicazione di un piano di presa in carico e di follow-up proattivo, integrato e personalizzato. A livello nazionale, le risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) hanno fornito un'ottima opportunità per il rafforzamento dei servizi territoriali, valorizzando il ruolo delle cure primarie e potenziando la rete territoriale con attenzione verso quelle forme di erogazione "fuori dall'ospedale". Il governo italiano ha previsto, nell'ambito della Missione 6, un'intera componente dedicata alle "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (M6C1), in cui compaiono gli specifici interventi quali "Case della comunità e presa in carico della persona", "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" e "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)". Nel giugno 2022 è entrato in vigore il nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale (decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*"), che introduce standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei. Esso integra Livelli essenziali di assistenza (LEA), Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), Missione 5 e Missione 6 del PNRR, sviluppando un modello di presa in carico prossimo alle persone, capace di offrire percorsi di presa in carico sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, con approcci multidimensionali e multidisciplinari. Le indicazioni contenute nel decreto sono state recepite dalla Regione Toscana con l'approvazione della delibera di Giunta regionale (d.g.r.) n.1508 del 2022.

Case della comunità

Il decreto ministeriale n. 77 del 2022 definisce il modello di Casa della comunità (CdC), quale «il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento» e ne stabilisce gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei da garantire sul territorio italiano. Questo modello trova una forte applicazione sul territorio toscano, caratterizzato da un'esperienza consolidata nel tempo attraverso il modello già esistente di Casa della salute (CdS). Infatti, il Piano sanitario della Toscana 2008-2010 introdusse il progetto "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa", segnando un punto di svolta nella gestione della sanità territoriale

e cronicità attraverso l'implementazione del modello di CdS. La legge regionale n. 29 del 2019 definiva le strutture configurate come CdS «una struttura polivalente che opera nell'ambito della Zona-distretto, facente parte integrante dell'organizzazione del servizio sanitario regionale» e la d.g.r. n. 273 del 2020 stabiliva di «realizzare almeno una CdS in ciascuna Zona-distretto/Società della salute della Regione Toscana, con l'obiettivo di tendere ad almeno una CdS per ogni Aggregazione funzionale territoriale (AFT)». In questo senso, Regione Toscana ha recepito le indicazioni del d.m. 77 con la d.g.r. n. 1508 del 2022 dando indirizzi che si pongono in continuità con l'esperienza delle CdS. Nel d.m. 77 e nella d.g.r. 1508/2022 possono essere individuati alcuni elementi significativi per il modello toscano di CdC: la prossimità, la raggiungibilità e la facilità di riconoscimento della struttura da parte della popolazione di riferimento, l'attività d'équipe garantita tramite un approccio integrato e multidisciplinare di tutti i professionisti nella progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. L'implementazione del modello di CdC segue un'organizzazione di tipo *spoke* (aperte 12h, 6 giorni su 7) oppure *hub* (aperte 24h, 7 giorni su 7), queste ultime rappresentano le strutture più complete nella dotazione di servizi e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Come standard organizzativo al fine di garantire servizi accessibili e di prossimità, il d.m. 77 stabilisce un numero minimo di una CdC *hub* ogni 40-50 mila abitanti, mentre il numero di CdC *spoke* è stabilito dalle singole Regioni. Indipendentemente dalla configurazione, i servizi obbligatori previsti dal decreto sono i servizi di cure primarie, i servizi di assistenza domiciliare, i servizi infermieristici, i servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, i punti unici di accesso, i sistemi integrati di prenotazione collegati ai CUP aziendali, i servizi sociali integrati e servizi volti ad aumentare la partecipazione della comunità locale. Invece, tra i servizi obbligatori per le sole CdC *hub* possiamo annoverare la presenza medica h24 7/7 gg, la presenza infermieristica h12 7/7 gg, i servizi di diagnostica di base, i servizi di continuità assistenziale (SCA) e il punto prelievi. Inoltre, è auspicato che tutte le aggregazioni di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), AFT e UCCP - Unità complesse di cure primarie, siano ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

ARS Toscana, in accordo con la Direzione Salute, welfare e coesione sociale, effettua con cadenza annuale una mappatura della rete delle CdS/CdC e degli MMG operanti al loro interno. La tabella 1 mostra il lungo ed importante percorso intrapreso negli anni da Regione Toscana e il progressivo incremento delle strutture attive. La fotografia al 1° gennaio 2025 ha identificato complessivamente 90 CdS/CdC attive in Regione Toscana e 514 MMG con studio principale all'interno di una CdS/CdC, pari al 23,4% del totale in Toscana. Nel periodo 2017-2025, si osserva un progressivo incremento della percentuale di MMG con studio principale in CdS/CdC rispetto al totale dei MMG operanti sul territorio (+9% rispetto al 2017), in un contesto regionale di riduzione complessiva del numero di MMG operanti.

Tabella 1. Case della salute, Case di comunità, medici di medicina generale – Numero di strutture e di medici con studio principale nella struttura (valori assoluti e percentuali rispetto al totale dei medici) – Toscana, periodo 2017-2025 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Regione Toscana

Indicatori	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CdS/CdC	58	61	72	71	69	69	75	84	90
MMG	2.646	2.621	2.542	2.484	2.453	2.396	2.301	2.251	2.192
in CdS/CdC	381	387	430	415	363	408	470	513	514
% in CdS/CdC	14,4	14,8	16,9	16,7	14,8	17,0	20,4	22,8	23,4

Alla dimensione quantitativa rilevata da ARS Toscana, è possibile affiancare una lettura qualitativa dello stato di avanzamento delle strutture programmate assimilabili a CdC, condotta a livello nazionale. Il Ministero della salute, tramite l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), effettua a cadenza semestrale le attività di rilevazione e monitoraggio dello stato di attuazione delle prescrizioni del decreto ministeriale n. 77 del 2022. Più in dettaglio, attraverso l’utilizzo di questionari appositamente predisposti, AGENAS elabora una relazione al fine di monitorare lo stato di attuazione dei servizi e strutture che insistono sul territorio e riconducibili al citato d.m., purché formalmente individuate dalla Regione/P.A. negli atti ufficiali regionali o provinciali. Secondo i dati trasmessi dalle Regioni e Province autonome fino alla data del 20 dicembre 2024 risultano 485 strutture qualificabili come CdC dichiarate con almeno un servizio già attivo, rispetto alle 1.717 CdC complessive (riconducibili alla programmazione Cis ed extra Cis). La distribuzione evidenzia una maggiore concentrazione di strutture qualificabili come CdC con almeno un servizio attivo nelle regioni del Centro-nord. Tra queste, la Toscana si colloca tra le prime 5 regioni con il più alto numero di strutture qualificabili come CdC con almeno un servizio attivo: rispetto alle 156 CdC da programmazione regionale, 42 strutture sono qualificabili come CdC (pari al 26,9%) e risultano essere ricomprese nel censimento di ARS Toscana. Le altre regioni con valori elevati sono Lombardia (138 strutture), l’Emilia-Romagna (125), il Veneto (62). Analizzando lo stato di attivazione dei servizi obbligatori oggetto del d.m. 77/2022, indipendentemente dalla configurazione delle CdC, emerge che, delle 42 CdC con almeno un servizio attivo in Toscana, 7 (16,7%) presentano l’intera gamma di servizi obbligatori richiesti, inclusa la presenza medica e infermieristica. Inoltre, si osservano percentuali piuttosto elevate di conformità con i requisiti obbligatori previsti dal d.m. in strutture assimilabili alle CdC con almeno un servizio già attivo: il 100% presenta servizi di cure primarie erogate attraverso un’equipe multiprofessionale, l’88,1% dispone di un Punto unico di accesso (PUA), il 97,6% di un servizio di assistenza domiciliare, il 78,6% di servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, il 97,6% di servizi infermieristici, il 100% presenta un sistema integrato di prenotazione collegato

al CUP aziendale e servizi integrati con quelli sociali. La partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione è prevista nel 42,9% delle strutture, registrando la percentuale più bassa fra i servizi obbligatori attivi (Tabella 2).

Tabella 2. Servizi obbligatori presenti nelle strutture assimilabili a Case della comunità (programmazione Cis/extra Cis) – Numero di CdC con almeno un servizio attivo* e dettaglio dei servizi attivi – Regioni e Italia, al 14 marzo 2025 – Fonte: Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio d.m. 77/2022 II semestre 2024, AGENAS

Regione	CdC	Cure primarie con equip. multi prof.le	PUA	Ass. domiciliare	Specialista ca amb. le per malattie elevate prevalenza	Serv. infermieristici	Sist. integrato prenotazione collegato a CUP aziendale	Integrazione con serv. sociali	Partecipazio ne comunità e valorizzazio ne co-pro duzione
Piemonte	28	26	10	19	23	28	23	25	12
Lombardia	138	126	136	131	112	132	116	135	117
Veneto	62	42	29	51	48	49	51	49	30
Liguria	11	11	9	10	9	11	11	11	9
Emilia-Roma-gna	125	113	67	107	101	116	109	112	115
Toscana	42	42	37	41	33	41	42	42	18
Umbria	6	6	6	6	6	6	5	6	3
Marche	16	13	9	16	13	15	15	15	11
Lazio	39	31	32	29	39	35	39	34	19
Abruzzo	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Molise	5	5	5	2	5	5	5	5	5
Puglia	1	2	1	1	2	0	2	1	1
Calabria	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sicilia	6	8	8	8	8	8	8	7	3
Sardegna	4	3	4	3	7	7	9	6	0
Italia	485	430	354	425	407	454	436	449	344

*Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Campania e Basilicata non hanno CdC con almeno un servizio attivo tra quelli previsti dal d.m. 77.

Cure intermedie / Ospedali di comunità

Uno degli interventi specifici del PNRR è il “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità - OdC)”. Il d.m. 77 ribadisce che «l’OdC è una struttura che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica,

di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio». Già nel 2015, il d.m. n.70 del 2015 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”* affermava la necessità del potenziamento delle strutture territoriali al fine di affrontare l'uso inappropriato dell'assistenza ospedaliera e di favorire dimissioni protette in luoghi idonei al domicilio, e definiva gli Ospedali di comunità come una «struttura intermedia a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati di ricovero e assistenza con un numero limitato di posti letto».

Regione Toscana aveva successivamente deliberato sul tema delle Cure intermedie (CI) con il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 79 del 2016 in cui vengono definite due distinti tipologie di offerta, le strutture residenziali *“low care”* (setting 1, ad alta intensità assistenziale con medico di struttura) e *“residenzialità sanitaria intermedia”* (setting 2, a media intensità assistenziale con presenza di un medico specialista in raccordo con l'MMG) e con la delibera n. 909 del 2017 in cui si aggiunge un terzo setting, *“residenzialità assistenziale intermedia”* (setting 3, a bassa intensità assistenziale con responsabilità affidata all'MMG, che si avvale di consulenze specialistiche programmate e con interventi del medico di continuità assistenziale). Questi setting sono differenziati in base alla diversa intensità assistenziale con la quale sono organizzate le risposte alle differenti tipologie di bisogno della persona, e sono utilizzabili sia nella fase di dimissione da reparti di degenza ospedaliera, quando il ricovero presso gli stessi non è più clinicamente indicato e il rientro diretto della persona presso il proprio domicilio non è praticabile per difficoltà socio-assistenziali, sia nei casi di bisogni espressi da persone provenienti dal domicilio e per le quali il ricovero in reparto per acuti non risulta appropriato. La d.g.r. n. 818 del 2020, aveva successivamente normato il graduale raggiungimento del parametro di 0,4 posti letto di CI ogni 1.000 residenti per Area vasta, da realizzare presso le strutture individuate come *low care* e *residenzialità sanitaria intermedia* dalla programmazione di settore. Con la M6C1 del PNRR si prevede, per la Toscana, il finanziamento di 23 OdC e con il d.m. n. 77 del 2022 vengono definiti gli standard specifici, tra cui: 1 OdC da 20 posti letto (PL) ogni 100mila abitanti con presenza di personale sanitario 7/7 h24 ed una equipe composta da 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico), 4-6 OSS, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e 1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Regione Toscana ha recepito le prescrizioni del suddetto d.m. con la d.g.r. n. 1508 del 2022 e con la delibera n.1534 del 2024 (*“Il modello organizzativo toscano degli Ospedali di comunità nella rete dei servizi territoriali: indicazioni alle Aziende USL per le attivazioni”*), all'allegato A *“Organizzazione degli Ospedali di comunità in Toscana”*, ne ha identificato le specifiche caratteristiche di operatività degli OdC ed emanato gli indirizzi alle Aziende USL e alle Zone -distretto per organizzare le diverse tipologie di strutture OdC. In particolare, la suddetta delibera prevede l'attivazione di due tipologie di OdC: ad alta complessità assistenziale, che sostituisce il setting 1 *low care*, e a medio-bassa complessità assistenziale, che sostituisce il setting 2 *residenzialità sanitaria intermedia*. L'assistenza di OdC viene erogata utilizzando posti letto, organizzati in moduli, di norma di 15-20 posti letto oppure di almeno 10 posti letto per OdC ubicati in aree a bassa densità o in presidi ospedalieri. Il tasso di occupazione dei posti

letto, da programmazione regionale, è previsto pari o superiore all'85%.

L'accesso del paziente in OdC può avvenire su proposta di un medico di assistenza primaria a ruolo unico, specialista ambulatoriale, ospedaliero pubblico o di una struttura convenzionata, di Pronto soccorso. L'invio del paziente avviene tramite gli strumenti valutativi presenti nei sistemi informatici delle Centrali operative territoriali (COT), quest'ultima valuta e autorizza l'ammissione, monitora l'andamento del ricovero e attiva ulteriori percorsi di continuità assistenziale al momento della dimissione da OdC. Il ricovero deve avere una durata non superiore a 20 giorni, salvo i casi di situazioni cliniche non risolte tali per cui la durata può estendersi ulteriormente e comunque non oltre i 30 giorni. Secondo i dati raccolti dal flusso dell'assistenza domiciliare e residenziale, in Toscana su un totale di 28.085 ingressi registrati nelle strutture di Cure intermedie per l'anno 2024, il 15,8% appartiene al setting 3 *residenzialità assistenziale intermedia*, il 52,5% al setting 2 *residenzialità sanitaria intermedia* e il 31,7% al setting 1 *low care*. Si precisa che ogni paziente durante l'anno può essere preso in carico più volte, anche in setting diversi. I dati dell'anno 2024 segnano un incremento significativo del numero di ingressi in CI, rispetto all'anno precedente, passando da 19.394 nel 2023 al 28.085 nel 2024 (Tabella 3).

Tabella 3. Ingressi nelle strutture di Cure intermedie, per tipologia di setting – Valori assoluti e percentuali – Toscana, anni 2023 e 2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso Assistenza domiciliare e residenziale

Anno	Tipologia di setting						Totale	
	Sanitaria intermedia		Assistenziale intermedia		Low care			
	N	%	N	%	N	%	N	%
2023	7.931	40,9	3.781	19,5	7.682	39,6	19.394	100,0
2024	14.753	52,5	4.430	15,8	8.902	31,7	28.085	100,0

In base al report nazionale di monitoraggio delle prescrizioni del d.m. 77/2022, redatto da AGENAS, risulta che, in Toscana, 7 strutture sono state qualificate come OdC, rispetto ai complessivi 27 OdC programmati (26%). Le suddette strutture identificate risultano essere in larga parte frutto di un processo di riqualificazione di presidi preesistenti, dotati di PL dedicati alle Cure intermedie. Il dato colloca la Toscana tra le regioni con il più elevato numero di strutture qualificabili come OdC a livello nazione. Le altre regioni con valori elevati sono Veneto (43), Lombardia (25), Emilia-Romagna (21), Puglia (8) e Umbria (7).

Analizzando lo stato di attivazione dei servizi obbligatori previsti dal d.m. 77/2022 negli OdC già operativi, emerge che, 5 strutture garantiscono una presenza medica di almeno 4,5 ore al giorno 6/7 gg (71%), 6 strutture garantiscono assistenza infermieristica h24 7/7 gg (86%), 3 strutture dichiarano la presenza del case manager (43%) e 5 strutture con la presenza di spazi di attività di riabilitazione motoria (71%). Nessuna struttura presenta ambienti protetti

(PL dedicati a pazienti con demenza o disturbi comportamentali). La totalità delle strutture riconducibili a OdC sono di natura pubblica, salvo un caso di un OdC accreditato (Tabella 4).

Tabella 4. Servizi attivi negli Ospedali di comunità riconducibili a programmazione Cis ed extra Cis – Numero di OdC con almeno un servizio attivo* e dettaglio dei servizi attivi Regioni e Italia, al 14 marzo 2025 – Fonte: Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio d.m. 77/2022 II semestre 2024, AGENAS

Regione/ P.A.	OdC	Ospedali di comunità pubblici	Presenza medica almeno 4,5 ore al giorno 6/7gg	Assistenza infermieristica h24 - 7/7gg	Presenza del case manager	Presenza di ambienti protetti: posti letto dedicati a pazienti con demenze o disturbi comportamentali	Presenza di spazi per attività di riabilitazione motoria
Lombardia	25	25	25	25	25	13	22
Veneto	43	23	33	43	39	18	42
Liguria	2	2	2	2	1	1	2
Emilia-Romagna	21	19	11	20	18	9	19
Toscana	7	6	5	6	3	0	5
Umbria	7	7	6	7	7	7	7
Marche	2	1	1	1	0	1	1
Abruzzo	2	2	0	2	0	0	2
Molise	2	2	2	2	2	1	2
Campania	1	1	1	1	0	0	0
Puglia	8	8	3	8	3	7	6
Sicilia	3	3	3	3	3	1	2
Sardegna	1	1	1	1	1	1	1
Totali	124	100	93	121	102	59	111

*Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Basilicata, Calabria non hanno OdC con almeno un servizio attivo tra quelli previsti dal d.m. 77.

La qualità delle cure

Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica rappresenta una componente fondamentale del Servizio sanitario nazionale (SSN), poiché garantisce l'accesso ai farmaci essenziali per la prevenzione, il trattamento e la gestione di numerose condizioni acute e croniche. Per questo motivo, monitorare l'andamento dei consumi dei farmaci nell'ambito dell'assistenza farmaceutica consente sia di cogliere aspetti rilevanti legati alla salute della popolazione sia di identificare possibili cambiamenti nei bisogni assistenziali utili a orientare le politiche sanitarie regionali e nazionali. Inoltre, il monitoraggio dei consumi è strettamente collegato anche agli aspetti di spesa e di programmazione economica ai fini della sostenibilità del SSN. La spesa farmaceutica pubblica, infatti, nel 2023 ha rappresentato il 19% della spesa sanitaria pubblica nazionale (fonte: Rapporto OsMed 2023).

In questo paragrafo analizzeremo l'andamento del consumo di farmaci a carico del SSN e dispensati alle persone assistibili in Toscana nel periodo 2019-2024, focalizzando l'attenzione sul primo anno di osservazione (2019) e gli ultimi due (2023 e 2024), ovvero l'anno precedente e quelli successivi alla pandemia da COVID-19. I dati regionali sono stati elaborati utilizzando i flussi farmaceutici di Regione Toscana, in particolare quelli relativi alle prestazioni farmaceutiche in regime convenzionato (SPF), ai farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche (FES), e a quelli distribuiti direttamente dalle strutture (FED). Inoltre, per ciascuna delle analisi presentate, si riporterà il corrispondente dato nazionale estratto dal Rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed) dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), che, quando scriviamo questo documento, ha pubblicato dati aggiornati fino all'anno 2023. È importante sottolineare che le edizioni del Rapporto OsMed possono talvolta riportare stime lievemente differenti dello stesso indicatore, per modifiche e aggiornamenti di carattere metodologico tra un'edizione e le successive. Pertanto, per ciascuna delle analisi riportate, il dato nazionale di riferimento è stato estratto, quando possibile, dall'edizione del Rapporto OsMed più recente. Inoltre, vi sono alcune differenze metodologiche tra le analisi condotte nel Rapporto OsMed e quelle presentate in questo paragrafo relativamente all'andamento dei consumi farmaceutici erogati dalle strutture sanitarie che meritano di essere menzionate. Nello specifico, le analisi riportate dal Rapporto OsMed si sono basate sui dati di *sell-in* (farmaci acquistati dalle strutture) provenienti dai flussi della tracciabilità del farmaco, mentre le elaborazioni riguardanti i dati toscani si sono basate sui dati del flusso FES regionale, ovvero riguardanti dati di *sell-out*. Infine, è da tener presente anche che per il calcolo delle dosi definite giornaliere (DDD) erogate, la elaborazioni a livello regionale si sono basate sull'archivio delle confezioni farmaceutiche, e rispettivi codici ATC (sistema alfanumerico per classificare i farmaci) e numero di DDD per confezione, mantenuto da Farmadati (fornitura maggio 2025, aggiornata secondo l'ATC/DDD index 2025), il quale potrebbe presentare alcune differenze rispetto all'archivio di riferimento utilizzato da OsMed, particolarmente per quanto riguarda le edizioni meno recenti del Rapporto.

Proponiamo quindi tre analisi distinte:

1. la prima riguarda l'andamento del consumo dei farmaci nella popolazione generale misurato in termini di dosi definite giornaliere mediamente consumate in un giorno per abitante (DDD per 1.000 ab./die) e calcolato rispettivamente sia sulla base dei farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche sia sulla base delle erogazioni di farmaci dispensati in regime di assistenza convenzionata (classe A-SSN);
2. la seconda descrive l'andamento temporale del consumo dei farmaci in ambito territoriale in termini di prevalenza d'uso nella popolazione generale (percentuale di utilizzatori di almeno una dose sul totale della popolazione), sulla base delle dispensazioni tracciabili a livello individuale relative alla farmaceutica convenzionata di classe A-SSN e la distribuzione per conto;
3. la terza descrive l'andamento temporale del consumo dei farmaci secondo il primo livello di raggruppamento della classificazione ATC (che identifica il gruppo anatomico principale, ovvero l'organo o l'apparato sul quale interviene il farmaco), ancora una volta in termini di DDD per 1.000 ab./die sulla base del flusso FES e della farmaceutica convenzionata di classe A-SSN.

L'andamento del numero di DDD per 1.000 ab./die osservato in Toscana in ciascun anno del periodo di osservazione, è risultato essere confrontabile con il dato nazionale estrapolato dal Rapporto OsMed. In generale, il consumo di farmaci di classe A-SSN erogati in regime di assistenza convenzionata è leggermente più elevato a livello nazionale, mentre il consumo dei farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche è lievemente superiore in Toscana rispetto al dato nazionale riportato da OsMed (Figura 1). A livello nazionale, nel 2023 si osserva una lieve riduzione del consumo dei farmaci di classe A-SSN rispetto al 2019 (-1,1%). Al contrario, in ambito regionale nel 2023 il consumo di questi farmaci è lievemente aumentato rispetto al 2019 (+1,2%), con un'ulteriore crescita nel 2024 (+0,9% rispetto al 2023). Per quanto riguarda i farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche, il consumo nazionale è aumentato del 13,4% nel 2023 rispetto al 2019 (Figura 2). Anche a livello regionale si rileva un incremento, seppur più contenuto (+6% nel 2023 rispetto al 2019), con un'ulteriore crescita nel 2024 (+8,4% rispetto al 2023).

Figura 1. Consumo dei farmaci dispensati in regime di assistenza convenzionata (Classe A-SSN) – DDD per 1.000 abitanti/die – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi farmaceutica, Rapporto OsMed 2023

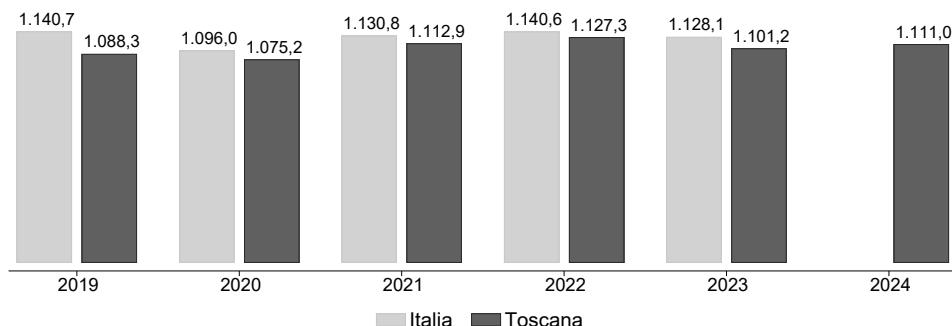
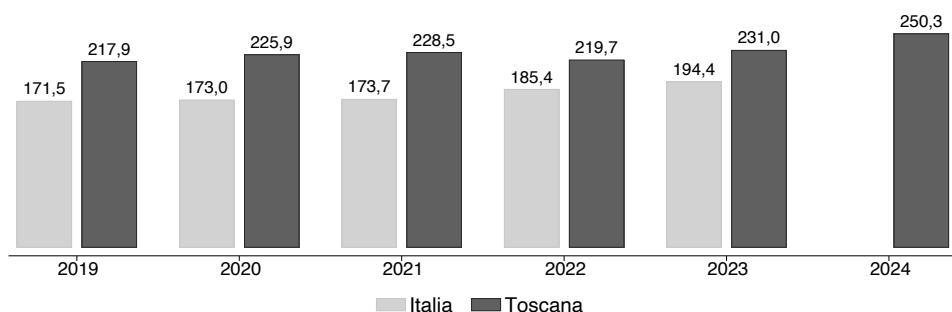
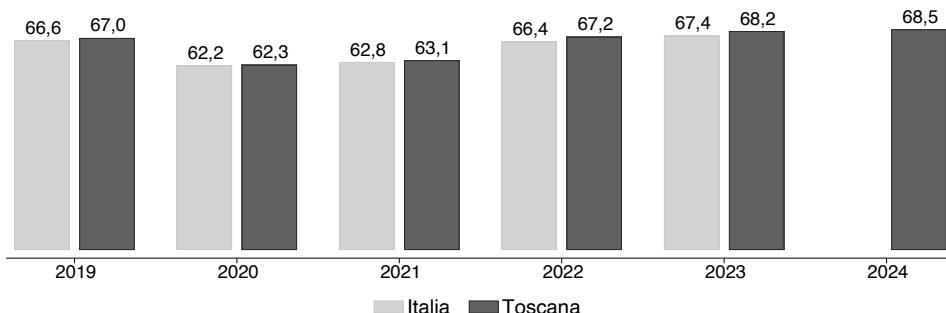


Figura 2. Consumo dei farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche – DDD per 1.000 abitanti/die – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi farmaceutica, Rapporto OsMed 2023



La prevalenza d'uso dei farmaci dispensati in regime di assistenza convenzionata (classe A-SSN) e tramite distribuzione per conto, osservata in ciascun anno del periodo considerato, così come il suo andamento complessivo, è sostanzialmente sovrapponibile a quanto riportato nei Rapporti OsMed 2021 e 2023 a livello nazionale (Figura 3). Nel 2019, il 66,6% degli assistiti in Italia e il 67% di quelli in Toscana ha ricevuto almeno una dispensazione di questi farmaci. Nel biennio 2020-2021 si è registrato un calo nella prevalenza d'uso, sia a livello nazionale che regionale, verosimilmente riconducibile alle restrizioni e ai cambiamenti nell'accesso ai servizi sanitari durante la pandemia da COVID-19. Nel 2022, i valori sono tornati a livelli comparabili a quelli pre pandemici. Nel 2023, si è osservato un lieve incremento della prevalenza d'uso rispetto al 2019: +0,8% a livello nazionale e +1,2% a livello regionale. In Toscana, questo trend si è mantenuto anche nel 2024, con un aumento complessivo pari a +1,5% rispetto al 2019.

Figura 3. Prevalenza d'uso dei farmaci dispensati in regime di assistenza convenzionata (Classe A-SSN) e distribuzione per conto – Assistiti con almeno una erogazione nell'anno per 100 assistiti – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi farmaceutica, Rapporto OsMed 2021 e 2023



Sebbene non emergano differenze sostanziali tra consumo complessivo di farmaci riportato da OsMed a livello nazionale e quanto elaborato in questa sede a livello toscano, per quanto riguarda l'assistenza convenzionata di classe A-SSN e le erogazioni da parte delle strutture sanitarie pubbliche (Figura 1), l'analisi degli stessi volumi di consumo stratificata per primo livello ATC ha evidenziato alcune differenze significative (Figura 4 e Tabella 1).

In entrambi i contesti, nazionale e regionale, i farmaci cardiovascolari (ATC 1° livello: C) hanno rappresentato la categoria a maggior consumo, rappresentando circa il 30% del totale dei consumi registrati nel 2023. In particolare, il consumo complessivo dei farmaci di classe C è stato pari a 513,9 DDD per 1.000 ab./die in Italia e a 495,5 DDD per 1.000 ab./die in Toscana, con la quasi totalità delle dosi erogate tramite la farmaceutica convenzionata (classe A-SSN). Rispetto al 2019, si osserva un aumento complessivo dei consumi di questa categoria: +4,3% a livello nazionale e +5,2% a livello regionale, con una ulteriore crescita del dato regionale del 2,5% nel 2024 rispetto al 2023. Al secondo posto, tra le categorie ATC a più alto consumo a livello nazionale, si collocano i farmaci agenti sul tratto gastrointestinale e metabolismo (ATC 1° livello: A), che comprendono, tra gli altri, farmaci antidiabetici e quelli per il trattamento dell'ulcera peptica. A differenza della categoria dei farmaci cardiovascolari, per i farmaci del tratto gastrointestinale e metabolismo si osserva un andamento decrescente nel tempo: il consumo complessivo in Toscana passa da 212,3 DDD per 1.000 ab./die nel 2019 a 185,7 nel 2024. È tuttavia interessante notare come, all'interno di questa classe, cambi anche la composizione per canale di erogazione: la quota di farmaci dispensati tramite farmaceutica convenzionata di classe A-SSN si riduce progressivamente, passando dall'87% del totale nel 2019 al 77% nel 2024 (Tabella 1). Limitatamente agli anni 2021, 2022 e 2023, il confronto dei consumi osservati in Toscana con il dato nazionale riportato da OsMed mostra un consumo di farmaci del tratto gastrointestinale e metabolismo inferiore di circa il 37% in Toscana rispetto alla media nazionale, circa 115 DDD per 1.000 ab./die in meno. Tuttavia, in

questo caso, il confronto dei consumi nazionali riportati da OsMed con quelli toscani stimati da ARS deve essere interpretato con cautela. È possibile, infatti, notare un disallineamento tra le edizioni del Rapporto OsMed precedenti e successive al 2021, relativamente ai dati di consumo di farmaci della classe ATC A in Italia (anno 2019 da fonte: OsMed 2019 pari a 182,3 DDD per 1.000 ab./die vs anno 2019 da fonte: OsMed 2021 pari a 340 DDD per 1.000 ab./die circa; anno 2020 da fonte: OsMed 2020 pari a 181,4 DDD per 1.000 ab./die vs anno 2020 da fonte: OsMed 2021 pari a 295 DDD per 1.000 ab./die circa). Questo lascia intendere che AIFA abbia introdotto modifiche di carattere metodologico nelle edizioni del Rapporto OsMed a partire dal 2021, spiegazione che pare essere più plausibile rispetto all'ipotesi di un reale e improvviso aumento dei consumi di questi farmaci a livello nazionale a partire dallo stesso anno. In questo caso, non è stato possibile riportare il dato OsMed più aggiornato per ciascun anno di osservazione, in quanto non disponibile in forma disaggregata per ATC 1° livello e canale di erogazione.

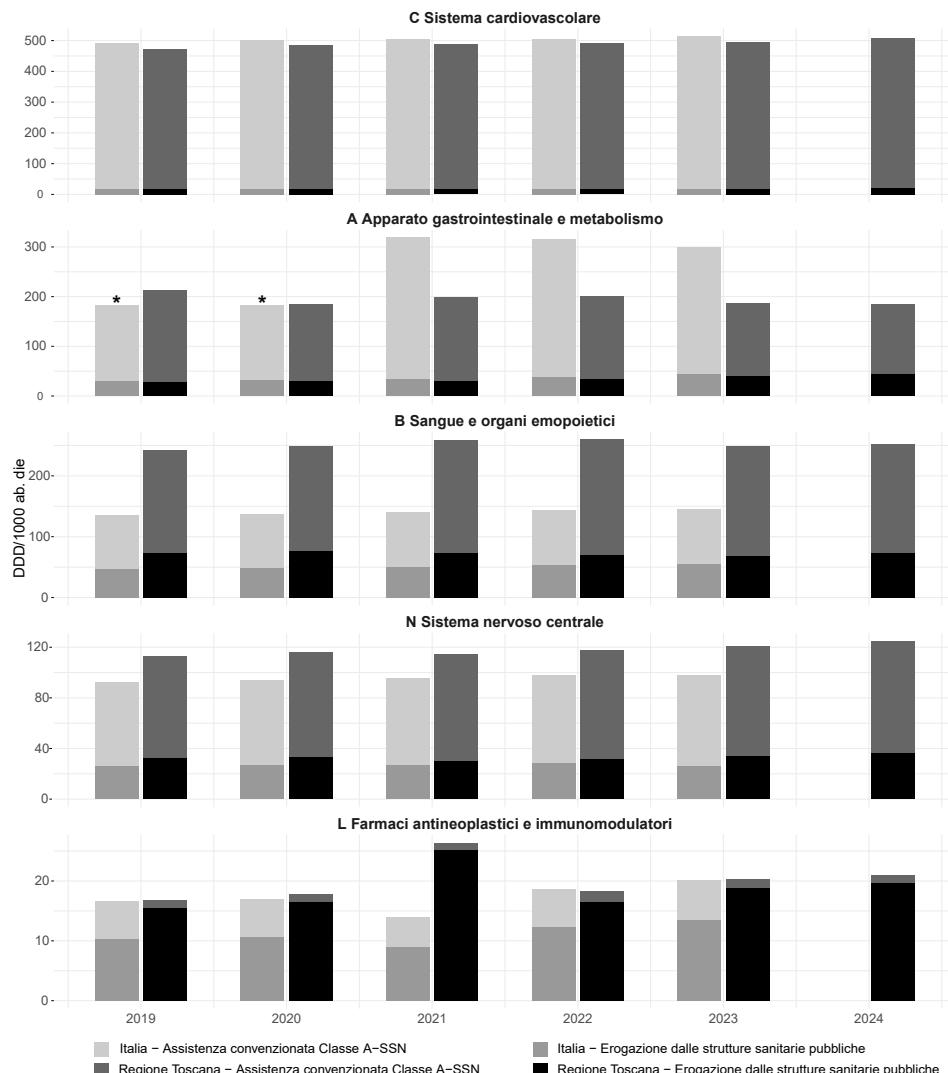
Seguono, in ordine di consumo, i farmaci appartenenti alla classe B (“sangue e organi emopoietici”), per i quali si osserva una tendenza opposta rispetto a quanto rilevato per la classe A: in questo caso, il consumo regionale risulta mediamente superiore di circa 110 DDD per 1.000 ab./die rispetto al dato nazionale per l'intero periodo considerato. Per quanto riguarda il dato regionale, si osserva un lieve aumento dei consumi di questi farmaci nel 2024 rispetto al 2019 (+4%). All'interno di questa classe rientrano i farmaci anticoagulanti, inclusi i nuovi anticoagulanti orali (NAO), e gli antiaggreganti piastrinici. Secondo il Rapporto OsMed 2023, per entrambe le categorie, nel 2023, il consumo in Toscana è stato superiore rispetto alla media nazionale: 34,4 vs 30,8 DDD per 1.000 ab./die per gli anticoagulanti, e 76,3 vs 71,0 per gli antiaggreganti piastrinici.

Anche per i farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale (ATC 1° livello: N) i consumi regionali sono superiori alla media nazionale, sebbene con uno scarto più contenuto (mediamente circa +20 DDD per 1.000 ab./die). Questo fenomeno è ben noto in letteratura e nel Rapporto OsMed 2023, questo divario tra il dato toscano e quello nazionale trova riscontro anche per quanto riguarda le principali sottocategorie terapeutiche della classe ATC N: in particolare, per i farmaci antidepressivi il consumo nel 2023 è stato pari a 69,3 DDD per 1.000 ab./die in Toscana, contro un i 47,1 osservato a livello nazionale. In generale, l'andamento del consumo di questi farmaci in Toscana aumenta negli anni, raggiungendo 124,9 DDD per 1.000 ab./die nel 2024 rispetto a 113 DDD/1.000 ab./die registrati nel 2019.

Nel caso dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori (ATC 1° livello: L), i dati di consumo regionali e nazionali sono pressoché sovrapponibili lungo tutto l'arco temporale, ad eccezione del 2021. In generale, si osserva una crescita dei consumi osservati nel 2019 rispetto al 2023, sia a livello nazionale (da 16,5 a 20,1 DDD per 1.000 ab./die) che regionale (da 16,8 a 20,2 DDD per 1.000 ab./die), con un ulteriore incremento osservato nella presente analisi in Toscana nel 2024 (21 DDD per 1.000 ab./die). Dai dati presentati nel Rapporto OsMed 2023, analizzando le principali categorie di farmaci inclusi in questa classe, come gli oncologici e gli immunosoppressori/immunomodulatori, si nota che i consumi regionali si

mantengono sostanzialmente in linea con quelli nazionali. È tuttavia interessante evidenziare una differenza nella composizione dei canali di erogazione: mentre a livello nazionale la farmaceutica convenzionata di classe A-SSN rappresenta circa il 36% dei consumi complessivi della classe, in Toscana tale quota si attesta intorno al 7%.

Figura 4. Consumo dei farmaci, per 1° livello ATC e tipologia – DDD per 1.000 abitanti/die – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi farmaceutica, Rapporti OsMed 2019-2023



* dati OsMed non consolidati.

Tabella 1. Consumo dei farmaci, per 1° livello ATC (C, A, B, N, R, M, G) e tipologia – DDD per 1.000 abitanti/die – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi farmaceutica, Rapporti OsMed 2019-2023

Anno	Regione	Tipologia	C	A	B	N	R	M	G
2019	Toscana	Classe A-SSN	453,5	184,9	168,9	81,2	39,2	32,1	39,7
		Erogata da strutture	17,7	27,4	73	31,8	3,7	4,1	3
	Italia	Classe A-SSN	474,3	153,1	88,2	66,5	41,9	37,4	41,8
		Erogata da strutture	18,6	29,2	47,2	25,7	2,6	4,9	2,4
2020	Toscana	Classe A-SSN	467	155	171,3	83,7	39,8	31,3	40,6
		Erogata da strutture	16,6	29,1	77	32,9	3,2	4,1	3,6
	Italia	Classe A-SSN	484,7	151	87,7	67,8	41,8	36,4	42
		Erogata da strutture	17,4	30,4	49	26,6	2,1	5,2	2,2
2021	Toscana	Classe A-SSN	473,3	168,9	186,3	84,7	38,1	32,8	41,7
		Erogata da strutture	15,9	30,2	72,8	30	3,5	4,4	5,2
	Italia	Classe A-SSN	486,9	284,3	89,6	68,9	43,7	39,8	37,6
		Erogata da strutture	16,7	34	50,6	26,5	2,5	2	5,6
2022	Toscana	Classe A-SSN	475,4	167,6	190,4	86,3	38,1	33,1	42,7
		Erogata da strutture	16,2	33,9	69,5	31,1	3,3	5,1	6,5
	Italia	Classe A-SSN	487,4	279,5	90,7	70,3	40,8	39,1	44,8
		Erogata da strutture	17,9	37,2	53	27,9	2,3	6,3	2,8
2023	Toscana	Classe A-SSN	478,9	146,8	180,6	86,7	37	31,5	44
		Erogata da strutture	16,6	39,4	68,8	33,9	3,5	5,8	8,2
	Italia	Classe A-SSN	495	254,9	89,8	71,8	40,7	38,8	46,4
		Erogata da strutture	18,9	43,7	54,7	26	2,5	7,1	3,2
2024	Toscana	Classe A-SSN	487,8	142,7	178,5	88,7	38	30,9	45,8
		Erogata da strutture	20	43	73	36,2	4	6,8	9,8

ATC C: Sistema cardiovascolare, A: Apparato gastrointestinale e metabolismo, B: Sangue e organi emopoietici, N: Sistema nervoso centrale, R: Sistema respiratorio, M: Sistema muscolo-scheletrico, G: Sistema genito-urinario e ormoni sessuali.

Assistenza farmaceutica

Tabella 2. Consumo dei farmaci, per 1° livello ATC (H, D, S, J, L, V, P) e tipologia – DDD per 1.000 abitanti/die – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi farmaceutica, Rapporti OsMed 2019-2023

Anno	Regione	Tipologia	H	D	S	J	L	V	P
2019	Toscana	Classe A-SSN	38,7	4,2	28,1	14,5	1,3	0,8	1,2
		Erogata da strutture	8	12,7	3,8	7,5	15,5	9,7	0
	Italia	Classe A-SSN	35,4	4,6	20,7	16,6	6,2	0,1	0,9
		Erogata da strutture	5,3	8,2	2,8	6,3	10,3	3,2	0
2020	Toscana	Classe A-SSN	40	4,2	28,2	10,9	1,2	0,8	1,2
		Erogata da strutture	8	13,3	3	7	16,5	11,4	0,1
	Italia	Classe A-SSN	35,9	4,6	20,8	12,9	6,4	0,1	1
		Erogata da strutture	5,5	9,3	2,2	6,3	10,6	3,1	0,2
2021	Toscana	Classe A-SSN	42,1	4,6	26,9	10,3	1,3	0,8	1,3
		Erogata da strutture	8,1	10,8	2,8	6,6	25,1	12,9	0
	Italia	Classe A-SSN	20,9	36,8	12,4	6,3	5	0,1	1
		Erogata da strutture	2,1	4,7	5,7	11,1	8,9	3,2	0
2022	Toscana	Classe A-SSN	45,8	4,3	26,8	12,9	1,8	0,7	1,3
		Erogata da strutture	8	9,6	2,5	6,8	16,5	10,7	0
	Italia	Classe A-SSN	38,9	4,9	21,3	15,3	6,5	0,1	1
		Erogata da strutture	5,2	8,8	2,2	5,8	12,2	3,2	-
2023	Toscana	Classe A-SSN	47,4	4,3	26,6	14,1	1,4	0,6	1,3
		Erogata da strutture	7,8	9,2	2,4	7,5	18,8	9,2	0
	Italia	Classe A-SSN	39,9	5,1	21,8	16,3	6,6	0,1	1
		Erogata da strutture	5,2	8,7	1,8	6,1	13,5	3,5	<0,05
2024	Toscana	Classe A-SSN	49,7	4,5	26,7	14,3	1,4	0,6	1,4
		Erogata da strutture	8,4	9,4	2,5	8,1	19,6	9,4	0

ATC H: Preparati ormonali sistematici, D: Dermatologici, esclusi ormoni sessuali e insulina, S: Organi di senso, J: Antimicobici per uso sistematico, L: Farmaci antineoplastici e immunomodulatori, V: Vari, P: Antiparassitari.

In conclusione, nel periodo 2019–2024, l'andamento dei consumi in ambito di assistenza farmaceutica in Toscana si è mantenuto sostanzialmente in linea con quanto riportato da OsMed a livello nazionale. Dopo la flessione registrata durante la pandemia da COVID-19 (biennio 2020-2021), il consumo è tornato a crescere fino a tornare ai livelli pre pandemici nel 2022 e continuare a crescere nel 2023 e 2024. In particolare, in Toscana è stato osservato progressivo aumento della porzione di farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche a partire dal 2022.

I farmaci cardiovascolari hanno rappresentato la categoria a maggior consumo, con un trend in costante aumento, anche durante il periodo pandemico. Anche l'andamento del consumo dei farmaci del sangue e di quelli per il sistema nervoso centrale ha mostrato un aumento nel periodo post-pandemia, con consumi superiori alla media nazionale. Diversamente, si osservato un lieve calo dei consumi dei farmaci per l'apparato gastrointestinale nel periodo 2023-2024 rispetto al 2019. Infine, i dati relativi ai farmaci antineoplastici e immunomodulatori risultano allineati tra Toscana e Italia, ad eccezione dei consumi osservati nel 2021, pur con una marcata differenza nella distribuzione di tali consumi per canale di erogazione: le erogazioni di questi farmaci attraverso la farmaceutica convenzionata in Toscana, infatti, sono risultate essere pressoché trascurabili.

Assistenza garantita: i Livelli essenziali di assistenza

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) rappresentano un insieme di prestazioni e servizi che devono essere garantiti, in maniera uniforme, a tutti i cittadini gratuitamente o con partecipazione alla spesa (ticket). Comprendono le attività sanitarie e sociosanitarie nei tre ambiti: prevenzione collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Il Nuovo sistema di garanzia (NSG) è lo strumento, basato su un sistema di indicatori aggiornati ogni anno, che consente di verificare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza, che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni che rientrano nei LEA. In sostanza, una bussola per orientare la programmazione sanitaria e supportare le scelte di policy, soprattutto in un contesto in cui le risorse si fanno sempre più limitate e la domanda di cura sempre più complessa.

In questo quadro, ARS Toscana propone un aggiornamento degli indicatori *core* dell'NSG, ovvero quelli impiegati per la valutazione delle regioni italiane, riferito al 2024. Si tratta di un patrimonio informativo che anticipa di oltre un anno i dati ufficiali nazionali e che consente ai decisori regionali di disporre tempestivamente di evidenze solide su cui fondare valutazioni e interventi. L'analisi si articola sulle tre aree di assistenza e propone non solo un confronto con le soglie ministeriali o con le medie italiane, ma una lettura critica delle dinamiche che determinano i risultati.

Quando scriviamo questo documento il Ministero della salute ha pubblicato i risultati fino all'anno 2022 per tutte le regioni. Da questo documento sono presi i valori per l'Italia presentati nelle tabelle. I valori soglia riportati sono quelli contenuti nei provvedimenti normativi o in standard da documentazione scientifica internazionale (schede tecniche degli indicatori NSG - decreto interministeriale 12 marzo 2019 *Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*, art.3, comma 1). Qualora non vi fosse un valore soglia determinato come appena descritto ciascuna regione prende a riferimento una soglia determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

I dati toscani hanno mostrato indicazioni positive nelle 3 aree (ospedale, distretto e prevenzione), ma presentavano alcune criticità quelli relativi agli interventi per frattura del femore, ai tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali con classe di priorità B (prestazioni diagnostiche o specialistiche che dovrebbero essere erogate entro 10 giorni) e la copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia (MPR). I dati aggiornati di ARS mostrano invece come la Toscana abbia migliorato alcune performance, tuttavia permangono alcune criticità per gli indicatori relativi ai parto cesarei primari in maternità di primo livello e al consumo di antibiotici.

Area ospedaliera

Dal 2019 al 2024, la Toscana si è sempre mantenuta ben al di sotto della soglia dei 160 ricoveri per 1.000 abitanti (individuata come limite accettabile dall'NSG) e lo ha fatto con

dei tassi che hanno raggiunto il picco più alto di 120 per 1.000 nel 2019, e più basso, pari a 98,5 ricoveri per 1.000, nel 2020, condizionato dalla pandemia da COVID-19. Nei successivi quattro anni, l'ospedalizzazione mostra un andamento leggermente altalenante intorno al valore medio di 108, senza indicare però un chiaro trend nel superamento delle restrizioni degli accessi ospedalieri dovuti allo stato d'emergenza e alle conseguenti difficoltà connesse alla riorganizzazione dei reparti dedicati all'assistenza dei pazienti affetti da COVID-19. Anche rispetto al dato italiano, relativo al 2022, la Toscana presenta dei tassi perfettamente in linea (Tabella 1, codice H01Z). In questo contesto, il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG (*Diagnosis Related Group*) ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza si mantiene stabile (Tabella 1, codice H04Z) e anche in questo caso in linea con il dato italiano.

Osservando i risultati degli altri indicatori dell'area ospedaliera emerge un'ottima performance nel 2024. Gli interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti in reparti con volumi di attività superiori a 150/anno (Tabella 1, codice H02Z), le colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (H05Z) e, infine, la percentuale di pazienti over 65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (Tabella 1, codice H13Z), mostrano, già dal 2023, i valori più alti di tutta la serie storica esaminata. Ciò significa che per queste tre specialità non solo si sono recuperati i valori pre pandemici e addirittura superati con un trend di crescita più o meno marcata, ma si sono anche riscontrati risultati più performanti rispetto alla media nazionale.

I valori degli indicatori sui parto cesarei rimangono, almeno per gli ultimi quattro anni, al di sotto del dato regionale del 2019 e del dato nazionale 2022. Tuttavia, se per i parti cesarei primari (cioè con nessun pregresso cesareo) in maternità di II livello (Tabella 1, codice H018Z) rimaniamo stabilmente al di sotto della soglia ministeriale del 25% durante tutto il periodo considerato, con il valore minimo della serie realizzato anche in questo caso nel 2024 (17,9%), i punti nascita di primo livello (Tabella 1, codice H17Z), pur migliorando nel triennio 2021-2023 rispetto ai valori 2019-2020, rimangono più alti di circa 1,5 punti percentuali rispetto alla soglia ministeriale ($\leq 15\%$) e nel 2024 tornano al 18,1%.

Tabella 1. Indicatori core per l'area ospedaliera – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali e monitoraggio dei LEA-NSG, Relazione 2022, Ministero della salute

Codice	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Soglia	Italia 2022
H01Z	Ospedalizzazione ordinaria e diurna (per 1.000 ab.)	120,3	98,5	106,1	108,3	112,9	105,0*	<160	113,2
H02Z	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui (%)	95,1	88,2	91,9	97,9	98,9	98,1		80,9
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		0,1
H05Z	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3gg (%)	85,6	82,2	84,3	87,1	90,2	90,5	≥70%	82,8
H13C	Pazienti over65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2gg in regime ordinario (%)	75,2	69,7	66,7	66,3	77,8	81,8	≥60%	65,5
H17C	Parti cesarei primari in maternità di I livello (%)	18,4	19,3	16,5	16,4	16,8	18,1	≤15%	21,7
H18C	Parti cesarei primari in maternità di II livello (%)	21,2	19,0	19,1	19,6	18,5	17,9	≤25%	23,1

*L'indicatore, solo per l'ultimo anno calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani. L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di ottobre.

Area distrettuale

Alcuni indicatori di quest'area (indicati con n.d. – non disponibile in tabella 2), quando scriviamo questo documento, non sono ancora calcolabili a livello regionale nell'anno 2024, a causa del mancato consolidamenti dei flussi amministrativi.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata (ADI), il CIA (coefficiente di intensità assistenziale – CIA 1-2-3), misura la frequenza con la quale gli operatori sanitari e sociosanitari accedono al domicilio dell'assistito (Tabella 2, codice D22Z). I pazienti trattati in ADI con CIA 1-3 (almeno 4 accessi al mese) beneficiano di un buon incremento, con un tasso per 1.000 abitanti che raddoppia in 5 anni, passando da 9,4 ogni 1000 abitanti a 18,6 ogni 1.000 nel 2024. Il dato nazionale è decisamente inferiore a quello toscano e pari a 9,1 ogni 1.000 abitanti. Gli anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale (RSA) sono 37,4 ogni 1.000 abitanti d'età 65+ anni (codice D33Z), lievemente aumentati dai 32,9 per

1.000 nel 2019, ma ancora inferiori al valore nazionale, pari a 48,1 per 1.000, coerentemente con l'orientamento regionale che predilige l'assistenza domiciliare, ove possibile, rispetto a quella residenziale.

Tra i deceduti per tumore, gli assistiti dalla Rete di cure palliative si mantiene al di sopra della soglia del 35%, tranne nel 2021, quando risulta leggermente inferiore (34,4%). Nel 2023 la metà dei deceduti sono assistiti dalla Rete (Tabella 2, codice D30Z).

Per quanto riguarda l'indicatore dell'ospedalizzazione negli adulti per complicanze di diabete, bronco-pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco (Tabella 2, codice D03C), sembra confermata la diminuzione costante che, con l'eccezione dell'anno della pandemia, prosegue dal 2019. Nel 2024 il tasso si abbassa a 154,6 ogni 100.000 abitanti e, anche se il dato ancora non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani, la Toscana risulta avere un tasso standardizzato molto inferiore alla media nazionale (217 ogni 100.000 abitanti).

L'indicatore sull'allarme target dei mezzi di soccorso (Tabella 2, codice D09Z), cioè i minuti che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa dell'emergenza sanitaria e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata, dopo il 2019 è risultato più alto di un paio di minuti circa, mentre nel 2023 sembrerebbe mostrare un piccolo recupero (15 minuti), seppure i dati disponibili siano ancora incompleti per una centrale operativa su sei (CO Firenze-Prato).

Dal 2022 il consumo di antibiotici (Tabella 2, codice D14Z) risale fino a 5.338 DDD (dosi giornaliere definite) per abitante nel 2024, vanificando la diminuzione osservata durante la pandemia (2020-2021) e riportando la Toscana a consumi superiori alla media nazionale (5.242,6 DDD).

Per i re-ricoveri in psichiatria (Tabella 2, codice D27C), dal 2020 in poi, si osservano percentuali che oscillano tra il 4,8 e il 5,5, dato perfettamente in linea con la media italiana (5,9%).

Infine, si può notare come il biennio 2023-2024 abbia mostrato risultati particolarmente positivi per le prestazioni ambulatoriali di classe di priorità B garantite entro i tempi previsti (Tabella 2, codice D10Z), che sono circa l'87%. Tale valore supera di 7 punti percentuali la media nazionale e si mantiene sopra la soglia minima del 60%.

Assistenza garantita: i Livelli essenziali di assistenza

Tabella 2. Indicatori core per l'area distrettuale – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali e monitoraggio dei LEA-NSG, Relazione 2022, Ministero della salute

Codice	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Soglia	Italia 2022
D03C	Ospedalizzazione negli adulti per complicanze a breve e lungo termine per diabete, BPCO e scompenso cardiaco (Tasso standardizzato per 100.000 ab.)	231,3	183,0	196,9	187,6	170,5	154,6*		217,0
D09Z	Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti)	13,8	15,6	15,7	15,7	15,0	n.d.		19,0
D10Z	Prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B (%)	81,0	80,9	84,2	73,0	87,9	87,1	Min >60% Max >90%	80,2
D14Z	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti, Antibiotici (DDD ab/anno grezze)	5.511,1	4.071,3	3.760,9	4.836,1	5.301,4	5.338,0		5.242,6
D22Z	Pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata CIA 1-2-3 (per 1.000 ab.)	9,4	13,3	17,1	14,1	13,2	n.d.		9,1
D27C	Re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (%)	7,0	5,5	5,4	5,0	4,8	5,2		5,9
D30Z	Deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative (%)	37,1	37,6	34,4	40,0	50,4	n.d.	>35%	37,3
D33Z	Anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale (per 1.000 ab.)	32,9	32,8	36,2	39,5	38,5	37,4		48,1

*L'indicatore, solo per l'ultimo anno calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani. L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di ottobre.

Area della prevenzione

La proporzione di soggetti vaccinati sul totale dei soggetti candidati alla vaccinazione, ovvero la copertura vaccinale, in Toscana oscilla tra un minimo di 97,2% e un massimo di 97,7% per tutti i cinque indicatori considerati e per tutto il quinquennio preso in esame. La soglia

raccomandata dall’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per limitare la circolazione degli agenti eziologici nella collettività, anche al fine di raggiungere l’immunità di gregge nelle patologie diffuse, è il 95%.

I valori sono in linea con quelli dell’anno precedente, anche se leggermente inferiori, aumentati comunque rispetto al 2019 e ben al di sopra della media italiana pari a 90,9% per gli indicatori codificati con P01C e 90,3% per la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), ovvero l’indicatore P02C.

Tabella 3. Indicatori core per l’area della prevenzione - Toscana, periodo 2018-2024 - Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali e monitoraggio dei LEA-NSG, Relazione 2022, Ministero della salute

Codice	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Soglia	Italia 2022
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per anti DTP (difterite, tetano, pertosse), ciclo base (%)	96,8	96,9	95,9	96,8	97,7	97,3	>95%	90,9
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per anti HIB, ciclo base (%)	97,2	97,1	96,3	97,2	98,0	97,7	>95%	90,9
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per anti epatite B, ciclo base (%)	96,5	96,8	95,9	96,7	97,6	97,3	>95%	90,9
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per anti poliomielite, ciclo base (%)	96,7	96,9	95,9	96,8	97,7	97,3	>95%	90,9
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (%)	96,1	95,7	95,0	95,8	97,3	97,2	>95%	90,3

In conclusione, la lettura degli andamenti delle prestazioni rilevate mostra una tenuta di sistema che pone la Toscana tra le regioni più “solide” a livello nazionale nel garantire i livelli assistenziali essenziali.

Si delinea un quadro complessivamente positivo per il sistema sanitario regionale, che mostra risultati promettenti nelle tre macro-aree monitorate: ospedaliera, distrettuale e della prevenzione. In particolare, si evidenziano ottime performance per gli interventi chirurgici ad alto volume, come quelli per tumore al seno e fratture del femore negli anziani operati entro 2 giorni, e per le colecistectomie laparoscopiche con degenza ridotta, superando i valori pre pandemici e spesso la media nazionale. Anche l’ospedalizzazione ordinaria si mantiene ben al di sotto della soglia stabilita dall’NSG, e le prestazioni ambulatoriali urgenti (classe B) garantite nei tempi previsti hanno raggiunto livelli elevati nel biennio 2023-2024. La copertura vaccinale nel periodo 2019-2024 ha costantemente rispettato e superato la soglia OMS del

95% per gli indicatori esaminati. Persistono invece alcune criticità, tra cui l'incidenza dei parto cesarei primari nelle maternità di primo livello e l'aumento del consumo di antibiotici, che nel 2024 torna a superare la media nazionale.

Le performance particolarmente positive registrate per gli interventi per tumore maligno alla mammella, le colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria ridotta e gli interventi tempestivi per frattura del collo del femore negli anziani, non rappresentano solo un recupero rispetto al periodo pandemico, ma anche un avanzamento rispetto alla media nazionale. Questi esiti suggeriscono l'efficacia di modelli organizzativi e professionali capaci di garantire continuità e qualità delle cure anche in contesti complessi. La tenuta, e in alcuni casi il rafforzamento, di tali percorsi assistenziali può essere ricondotta all'adozione di protocolli clinici consolidati, alla presenza di reti funzionali tra ospedali e servizi territoriali, nonché a processi di riorganizzazione strutturale che hanno migliorato l'efficienza delle strutture sanitarie coinvolte.

Tuttavia, il valore dei numeri annotati non può e non deve esaurirsi in una lettura descrittiva, ma richiede una lettura analitica che possa tradurre la ricchezza informativa di ogni singolo indicatore, di ogni andamento di ogni prestazione, in prospettive di organizzazione e politica sanitaria. Limitarsi all'analisi numerica, senza considerare le condizioni che hanno prodotto i risultati osservati, rischia di ridurre il valore degli indicatori a una mera misura di performance. È invece necessario collocare tali informazioni all'interno di una riflessione più ampia sulle leve del cambiamento attivate nei diversi contesti, al fine di orientare in modo consapevole la programmazione e la governance del Servizio sanitario regionale. I risultati che ARS mette a disposizione dei decisorи regionali, in anticipo rispetto al dato nazionale, indicano la necessità di continuare a monitorare e intervenire su specifici indicatori per garantire pienamente i LEA. Questa necessità diventa tanto più preziosa in periodi in cui le risorse da investire per rispondere ai bisogni di cura e assistenza sono scarse, e una programmazione sanitaria mirata, basata su informazioni solide, tempestive e che riflettano la variabilità territoriale, diventa fondamentale per la tenuta del sistema. L'NSG diventa così lo strumento strategico per il monitoraggio, la valutazione e la verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni, proprio facendo leva su un sistema integrato di indicatori che associa a ciascun LEA le caratteristiche principali del processo di erogazione delle prestazioni sanitarie e assistenziali. Se poi si considera che l'NSG è integrato nel sistema di verifica degli adempimenti a cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa del fondo sanitario nazionale (FSN), se ne comprende l'importanza anche in chiave di definizione delle risorse finanziarie necessarie a sostenere e difendere un servizio sanitario pubblico, universale e di qualità.

Copertura vaccinale in età pediatrica

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) raccomanda di raggiungere per tutti gli antigeni previsti dai calendari vaccinali dei vari Paesi, una copertura vaccinale (CV) minima del 95% per limitare la circolazione dei virus e batteri nella collettività. Nelle ultime decadi la vaccinazione ha consentito di ottenere un'importante diminuzione del numero dei casi di malattia infettiva nel mondo, permettendo l'eradicazione di alcune patologie in quei territori dove le CV hanno raggiunto i valori target. È soprattutto grazie alla vaccinazione, ad esempio, che nel 1980 il vaiolo è stato dichiarato eradicato a livello globale e che la poliomelite è in via di eliminazione (fonte: Istituto superiore di sanità – ISS). Anche malattie più comuni, spesso sottovalutate dalla popolazione, possono avere complicanze gravi: il morbillo, ad esempio, può causare polmonite (1-6% dei casi), encefalite (1 ogni 1.000-2.000 casi) e in casi estremi il decesso del paziente. Altre malattie possono creare complicanze se contratte in gravidanza, come la rosolia, che normalmente ha un decorso leggero, ma può avere effetti negativi sulla salute del bambino: morte fetale, aborto spontaneo, malformazioni gravi (fonte: ISS).

Alcune persone, per ragioni che vanno dalla scarsa conoscenza/scetticismo al totale rifiuto della vaccinazione, decidono di non vaccinarsi o non vaccinare i propri figli, alimentando il fenomeno della cosiddetta esitazione vaccinale, caratterizzata dal ritardo nell'aderire all'offerta vaccinale e/o dal rifiuto totale di sottoporre la propria persona o i propri figli alla vaccinazione. Le 10 vaccinazioni obbligatorie in Italia (anti difterite, tetano, pertosse, poliomielite, *haemophilus influenzae B*, epatite B, morbillo, parotite, rosolia, varicella) e le 4 raccomandate (anti meningococco B, meningococco C, pneumococco, rotavirus) per i bambini e ragazzi d'età compresa tra 0 e 16 anni sono state introdotte per legge nel 2017, proprio a seguito del calo delle vaccinazioni pediatriche osservato negli anni precedenti, che ha fatto scendere le percentuali di copertura al di sotto della soglia minima del 95%.

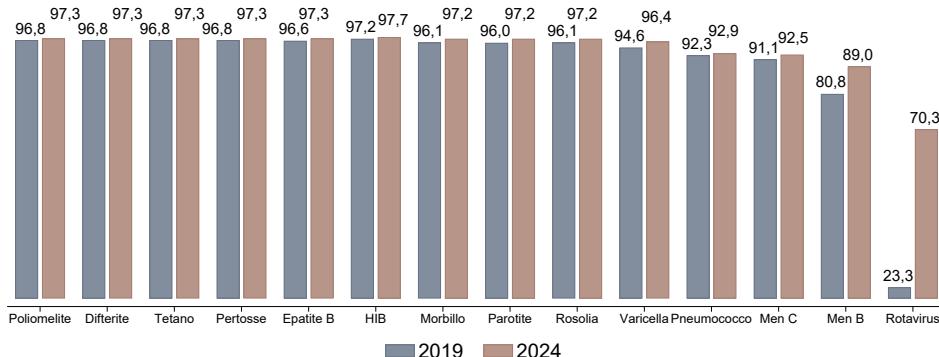
In seguito all'introduzione della legge nazionale sull'obbligo vaccinale, tutte le CV a 24 mesi riferite ai 10 vaccini obbligatori (ad eccezione della varicella), hanno superato la soglia del 95% in Toscana, posizionandosi su valori decisamente elevati negli anni successivi. Nel 2024 le CV riferite agli antigeni contenuti nel vaccino esavalente (anti difterite, tetano, pertosse, poliomielite, *haemophilus influenzae B*, epatite B) e quelle riferite agli antigeni contenuti nel vaccino trivale (morbillo, parotite, rosolia) sono tutte superiori al 97% (Figura 1). Anche la varicella, l'ultima vaccinazione prevista dalla legge dell'obbligo, per la prima volta nel 2024 ha superato la soglia minima, con il 96,4% di copertura. Le quattro vaccinazioni raccomandate confermano invece coperture ancora inferiori alla soglia del 95% (per il meningococco B il dato è aggiornato al 2023). In particolare il rotavirus, entrato più recentemente nel programma delle vaccinazioni raccomandate per i bambini, pur in crescita nel tempo, mostra ancora i valori più bassi tra tutti i 14 antigeni previsti dalla legge, fermandosi al 70,3%.

Nel biennio 2020/2021 anche le coperture vaccinali, come gran parte delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, hanno subito una battuta d'arresto a causa della pandemia da COVID-19, limitata però a -0,9 punti percentuali mediamente tra le 10 vaccinazioni obbligatorie, che già dal

Copertura vaccinale in età pediatrica

2022 sono ritornate sui livelli precedenti. Rispetto al 2019, ultimo anno prima della pandemia, tutte le vaccinazioni mostrano un avanzamento nella percentuale di copertura a 24 mesi.

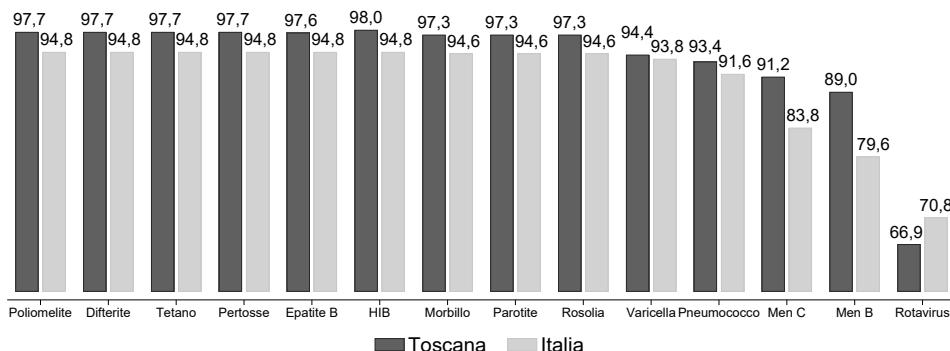
Figura 1. Coperture vaccinali a 24 mesi di vita – Valori ogni 100 bambini e bambine a 24 mesi di vita – Toscana, anni 2019 e 2024* – Fonte: elaborazioni ARS su Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Regione Toscana



*dato per la meningite B aggiornato al 2023

Nel panorama nazionale la Toscana storicamente è tra le regioni con le coperture vaccinali più alte: è sempre sopra la media nazionale, ad eccezione del vaccino per il rotavirus tra quelle raccomandate (Figura 2). Nel 2023 (ultimo anno disponibile a livello nazionale), tra le regioni, la nostra mostra i valori di copertura più alti in Italia per *haemophilus influenzae* B, morbillo, parotide e rosolia, mentre è 2° per poliomelite, difterite, tetano, pertosse, epatite B, varicella e meningite B. Leggermente più arretrato il posizionamento per la copertura vaccinale della meningite C (4°) e pneumococco (7°). Le criticità si confermano per il rotavirus, la cui copertura colloca la Toscana in 14° posizione tra le regioni.

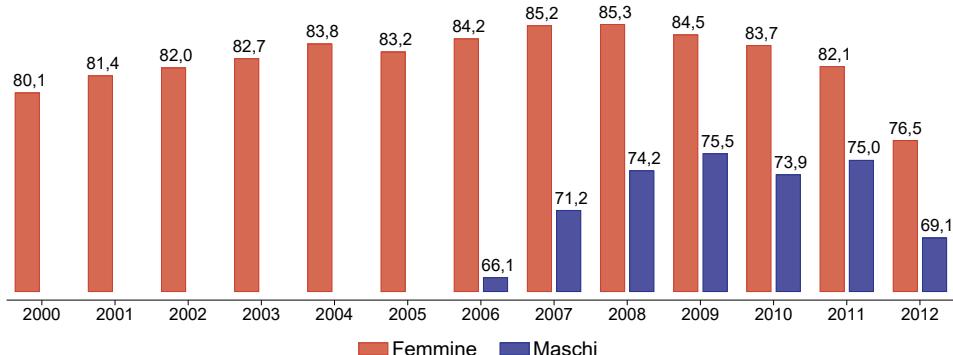
Figura 2. Coperture vaccinali a 24 mesi di vita – Valori ogni 100 bambini e bambine a 24 mesi di vita – Toscana e Italia, anno 2023 – Fonte: Ministero della salute



Nell'ambito delle vaccinazioni pediatriche è inoltre opportuno menzionare quella contro il papilloma virus umano, che si trasmette principalmente per via sessuale e secondo l'OMS causa il 70% dei tumori della cervice uterina (prima forma tumorale causata da un'infezione virale). Insieme allo screening (Pap-test), la vaccinazione è un importante strumento di prevenzione. Il virus è responsabile di alcune patologie anche tra gli uomini, dai comuni condilomi ai tumori nel cavo orale e gli organi genitali. La popolazione target di questo vaccino, gratuito, è rappresentata dalle ragazze e dai ragazzi ai quali, nel corso del 12° anno di vita.

In Toscana i valori di copertura per HPV a fine 2024 nelle ragazze mostrano, come atteso, il dato più basso per l'ultima coorte, quella delle nate nel 2012, mentre per le coorti precedenti, per le quali l'offerta vaccinale si mantiene gratuita fino alla maggiore età, i valori sono decisamente superiori (Figura 3). La CV media per HPV in Toscana si colloca tra i livelli più alti in Italia, ma lontana dalla soglia del 95%. Tra i maschi i valori sono tendenzialmente inferiori a quelli delle ragazze e sono riportati a partire dalla coorte dei nati nel 2006, la prima a cui è stata offerta la vaccinazione gratuita. È evidente che, tra i genitori, ancora permane una minore sensibilità in merito all'importanza di vaccinare anche i figli maschi, ritenendo che l'HPV rappresenti un rischio esclusivamente per la cervice uterina.

Figura 3. Coperture vaccinali per papilloma virus (almeno 1 dose) per coorte di nascita (2000-2012) - Valori ogni 100 abitanti nell'anno di nascita - Toscana, anno 2024 - Fonte: elaborazioni ARS su Settore Prevenzione collettiva della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Regione Toscana



In conclusione, possiamo affermare che la Toscana mantiene la buona performance che storicamente la contraddistingue nel panorama nazionale in merito alle coperture vaccinali in età pediatrica, ma tra le raccomandate resta ampio margine di miglioramento per la vaccinazione per rotavirus, di più recente introduzione. Nella nostra regione come in tutto il Paese, è però sempre necessario mantenere l'allerta in merito al fenomeno dell'esitazione vaccinale, perché con il trascorrere degli anni e l'ingresso di nuove generazioni nella genitorialità, l'orientamento della popolazione in merito all'importanza della vaccinazione potrebbe cambiare. Riconoscendo

la rilevanza del fenomeno dell'esitazione vaccinale, lo Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization dell'OMS, già nel 2012, ha creato un gruppo di lavoro specifico sul tema (fonte: ISS). I principali indirizzi dati dal SAGE richiamano l'urgenza di sviluppare sistemi istituzionali e competenze organizzative locali e nazionali per identificare, monitorare e indirizzare proattivamente l'esitazione vaccinale, rispondendo alla disinformazione e gestendo potenziali eventi avversi. Si sottolinea l'importanza di coinvolgere il maggior numero di stakeholder nei programmi vaccinali e nella comunicazione. Le raccomandazioni finali si concentrano in tre categorie principali: capire i determinanti dell'esitazione, evidenziare gli aspetti organizzativi che possono facilitare l'adesione, valutare gli strumenti necessari per contrastare questo fenomeno (*WHO Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy*, 2015).

Screening oncologici

L'attivazione di programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, definiti sulla base di criteri di efficacia e qualità del percorso offerto, è sostenuta sia a livello nazionale che internazionale, perché questi programmi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la mortalità per specifico tumore. Le linee guide nazionali ed internazionali raccomandano alle donne fra i 50 e i 69 anni di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno, alle donne tra i 25 e i 64 anni di sottoporsi allo screening cervicale, Pap-test o HPV (*Human Papilloma Virus*) test, ogni tre/cinque anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina e alle persone nella fascia d'età 50-69 anni di eseguire uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali (ricerca del sangue occulto fecale - SOF, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni). Riguardo allo screening mammografico la regione Toscana dal 2016, (d.g.r.t. 875/2016) ha deciso di allargare la fascia d'età accogliendo le donne dai 45 anni ai 74 anni. Lo screening ha l'obiettivo di evitare l'insorgenza del tumore o comunque di favorire una diagnosi precoce che consente di ricorrere a interventi chirurgici e terapie meno aggressive a notevole beneficio della qualità di vita dei pazienti.

La pandemia di COVID-19 nel 2020 aveva determinato una significativa riduzione della copertura totale degli screening, sia per una riduzione dell'offerta dei programmi da parte delle AUSL, impegnate nella gestione dell'emergenza sanitaria, sia per un calo dell'adesione da parte delle persone alle quali erano rivolti gli inviti. Nel 2023 la copertura agli screening sta ritornando ai valori degli anni precedenti alla pandemia.

I dati della sorveglianza PASSI 2022-2023 dell'Istituto superiore di sanità evidenziano che in Toscana il 79,4% delle donne fra i 50 e i 69 anni si sottopone a scopo preventivo allo screening mammografico (Tabella 1): il 70% effettua la mammografia nell'ambito di programmi organizzati dalle AUSL e il 9,2% per iniziativa personale. L'adesione totale risulta leggermente più bassa rispetto all'83,4% del periodo 2016-2019, ma superiore al 78,8% del 2021-2022 e maggiore della media italiana (72,9%).

L'81,9% delle donne fra i 25 e i 64 anni d'età si sottopone in Toscana allo screening cervicale (Pap-test o HPV test, per il Papilloma virus umano), per lo più nell'ambito di programmi organizzati dalle AUSL (64,2%), mentre una quota inferiore di donne (17,4%) fa prevenzione per iniziativa personale, fuori dai programmi organizzati dalle AUSL, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame. L'adesione totale è più bassa rispetto all'87,5% del periodo 2016-2019, ma superiore all'80,5% del 2021-2022 e maggiore della media italiana (77,5%).

La copertura allo screening colon-rettale in Toscana (58,8%) è più bassa rispetto agli altri due screening, ma nettamente superiore al valore medio nazionale (46,3%). La gran parte delle persone che ha effettuato lo screening lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle AUSL, mentre quello spontaneo, è poco frequente (5,6%).

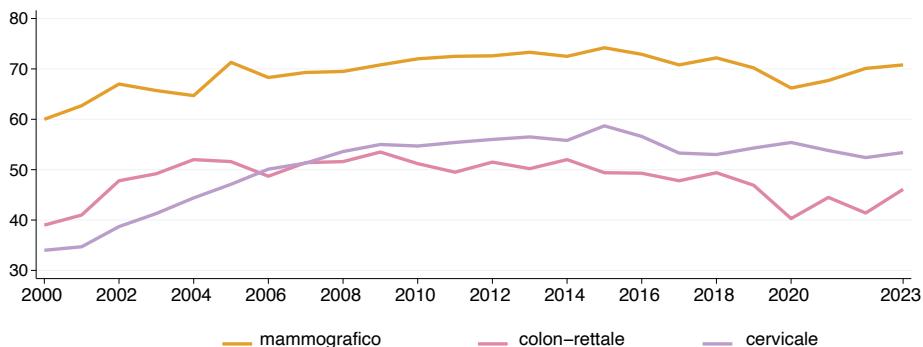
Tabella 1. Screening mammografico, colon rettale e cervicale – Persone che hanno eseguito l'esame ogni 100 residenti target* - Regioni e Italia, periodo 2022-2023 – Fonte: Sorveglianza PASSI, Istituto superiore di sanità

Regioni	Mammografico	Colon-rettale	Cervicale
Abruzzo	55,8	36,8	63,9
Basilicata	58,1	47,9	61
Calabria	44,8	19,4	58,3
Campania	60,6	26,6	67,5
Emilia-Romagna	87,1	67,4	83,6
Friuli-Venezia Giulia	89,3	73,2	90,9
Lazio	76,1	47,4	83,2
Liguria	82,3	48,6	82,3
Lombardia	non disponibile	non disponibile	non disponibile
Marche	80,2	55,3	81,4
Molise	66,8	38,5	70,6
PA Bolzano	80,2	62,6	89,3
PA Trento	77,4	59,8	82,6
Piemonte	74,7	n.d.	79,4
Puglia	64	18,5	76,1
Sardegna	62,9	36,4	67,8
Sicilia	64,1	31,7	71,6
Toscana	79,4	58,9	81,9
Umbria	85,6	59,6	87,4
Valle d'Aosta	71	68,5	87,9
Veneto	85,4	73,1	84,6
Italia	72,9	46,3	77,5

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

Secondo i dati dell'Istituto toscano per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), in Toscana nel 2023 la partecipazione (aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo invito) allo screening mammografico è stata pari al 70,8% (Figura 1), in lieve aumento rispetto al 2022 (70,1%) e al 70,2% del 2019. Relativamente a questo indicatore il range varia dall'82,8% di Massa Carrara al 63,9% di Viareggio.

Figura 1. Screening mammografico, colon rettale e cervicale – Adesione ogni 100 invitati (esclusi inesitati e esclusioni dopo invito) – Toscana, periodo 2000-2023 – Fonte: Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica della Toscana (ISPRO)



Rispetto al 2022 i programmi di Massa Carrara e Firenze registrano sensibili aumenti, mentre Prato, Arezzo e Viareggio sono in peggioramento. Le motivazioni di queste differenze sono molteplici: il programma di Massa Carrara ha operato inviti telefonici che sappiamo assicurare una maggiore adesione, il programma di Firenze ha ripreso e intensificato l'attività di sollecito che era stata limitata in corso di emergenza pandemica. Relativamente ad Arezzo e Viareggio la quota di donne invitate che risultavano non aderenti ai precedenti inviti è alquanto elevata ed ha certamente condizionato il peggioramento della performance.

Nel 2023 la partecipazione allo screening cervicale registra un valore percentuale medio di adesione del 53,4% in aumento di un punto percentuale rispetto al 2022 (52,4%), ma inferiore di un punto percentuale rispetto al 2019 (54,3%).

La regione Toscana, in sintonia con quanto stabilito nel Piano Nazionale Prevenzione 2014-2019, ha introdotto lo screening con test HPV primario per le donne in fascia d'età 34-64 anni dalla fine del 2012. Al di sotto di tale età continua l'invito al Pap test ogni 3 anni. Dal 2021 tutti i programmi di Regione Toscana hanno completato la fase di implementazione graduale dello screening con test HPV primario, invitando quindi le donne ad effettuare il test di screening in base alla fascia d'età, ovvero Pap test primario da 25 a 33 anni e test HPV primario da 34 a 64 anni. Considerando che l'implementazione del programma con HPV primario si è realizzata con tempistiche differenti tra le varie AUSL, nel 2023 i programmi di Firenze, Grosseto e Viareggio risultavano essere al 3° round di screening, quelli di Massa Carrara, Lucca, Prato, Siena, Empoli, Livorno e Arezzo al 2° round, mentre Pistoia e Pisa al 1° round di screening. Il quadro regionale è fortemente eterogeneo con programmi che registrano valori in riduzione ed altri in aumento. Tra quelli che registrano cali sensibili vi sono Massa Carrara (46,1% nel 2023 vs 56,9% nel 2022), Pistoia (46,2% nel 2023 vs 60,1% nel 2022), Pisa (45,4% nel 2023 vs 54,5% nel 2022). È verosimile che questo calo di adesione sia, almeno per alcuni programmi, "fisiologico" trovandosi infatti al 4° o 5° anno del primo

round HPV. Come previsto dal protocollo regionale di implementazione dell'HPV primario, nella fase di transizione è previsto che negli ultimi due anni del quinquennio si proceda con il cosiddetto "sollecitone", invitando prioritariamente le donne che non hanno risposto nei 3 anni precedenti. In altre parole, il meccanismo di recupero all'invito delle non rispondenti di tre anni prima ha inevitabilmente comportato una riduzione della adesione sia complessiva che per HPV. Oltre a questo, per alcune realtà si sono registrate problematiche in termini di risorse di personale ostetrico, sia perché numericamente inferiori rispetto al fabbisogno sia perché si tratta di competenze difficilmente reperibili. Una riduzione della disponibilità di personale può anche aver condizionato una maggiore centralizzazione nell'erogazione dei servizi con minori sedi consultoriali collocate anche a notevole distanza dalla sede di domicilio. I programmi che hanno invece registrato un aumento consistente della adesione sono Lucca (61,9% nel 2023 vs 39,4% nel 2022), Prato (62,8% nel 2023 vs 50,9% nel 2022), Livorno (58,7% vs 37,1%) e Viareggio (57,7% nel 2023 vs 50% nel 2022). In queste realtà possono aver contribuito all'aumento di adesione specifiche iniziative di promozione quali open day con multiscreening rivolti alla popolazione e anche ai dipendenti delle strutture sanitarie ed ospedaliere dei vari territori.

Per quanto riguarda lo screening colon-rettale, in Toscana l'adesione media all'invito nel 2023 è stata pari al 46,1%, 4,7 punti percentuali in più rispetto all'anno precedente (41,4%) e di poco inferiore al 46,9% del 2019. Il range varia dal 25,5% di Viareggio (in calo di un punto percentuale rispetto all'anno precedente) al 54,4% di Pisa. Oltre a Pisa, anche Pistoia, Firenze ed Empoli superano la soglia del 50%, mentre, come Viareggio, anche Lucca si trova sotto la soglia del 30%. I programmi con maggiore incremento dell'adesione sono stati Pistoia (+15%), Pisa (+12%), Grosseto e Firenze (+7%). Il miglioramento delle performance di alcuni programmi è dovuto ad una serie di azioni come la ripresa dei solleciti che erano stati interrotti con la pandemia, una maggiore interlocuzione con i medici di medicina generale e alcune iniziative pubbliche rivolte alla popolazione compresi i dipendenti delle AUSL e delle Aziende ospedaliero-universitarie.

Consulтори

Il consultorio familiare rappresenta uno degli snodi fondamentali del Servizio sanitario nazionale (SSN) nella presa in carico della salute sessuale, riproduttiva e relazionale delle persone, con particolare attenzione ai bisogni delle donne, dei giovani, delle famiglie e delle fasce più vulnerabili della popolazione. Istituito formalmente dalla legge n. 405 del 1975, il consultorio ha acquisito un ruolo sempre più centrale nel sistema di welfare socio-sanitario italiano a partire dall'entrata in vigore della legge n. 194 del 1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Quest'ultima affida espressamente ai consultori il compito di garantire informazione, supporto, accompagnamento e tutela alle donne che si trovano a dover affrontare una gravidanza indesiderata o problematica.

Da allora, il consultorio si è progressivamente configurato come un presidio di prossimità che incarna una visione integrata della salute, fondata su un approccio multidisciplinare e orientato alla prevenzione. Il suo ruolo non si limita all'ambito riproduttivo, ma si estende alla promozione del benessere psicologico e sociale, all'educazione affettiva e sessuale, al contrasto della violenza di genere e al sostegno alla genitorialità, inclusa quella adottiva e affidataria. Negli anni, anche alla luce dei cambiamenti sociali e culturali, i consultori hanno rappresentato un punto di riferimento per l'inclusione di soggetti e bisogni emergenti, come quelli delle persone LGBTQIA+ e dei giovani in condizione di disagio psico-sociale. Il decreto ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" ha confermato l'importanza del consultorio familiare per l'assistenza sanitaria, definendolo una struttura aziendale ad accesso libero e gratuito, deputata alla prevenzione, cura e promozione della salute delle donne, dei giovani, dei minori e delle famiglie. L'equipe multidisciplinare (ostetrici/e, ginecologi/e, psicologi/e, assistente sociale), che caratterizza l'approccio olistico delle attività consultoriali, deve garantire prestazioni, tutte previste nei Livelli essenziali d'assistenza (LEA), come da art. 25 del decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri 2017, di tipo medico-specialistico, diagnostico-terapeutico, ostetrico, psicologico, infermieristico e riabilitativo, anche a livello domiciliare. Come accennato, le principali aree di attività riguardano la prevenzione, la promozione e la tutela della salute sessuale e riproduttiva della donna, dei giovani e delle loro famiglie anche attraverso interventi nelle scuole finalizzati a far conoscere la realtà consultoriale. L'attività centrale è rappresentata dall'assistenza alla donna in stato di gravidanza e durante il puerperio, compresa la tutela della salute del nascituro e del bambino nei primi 1.000 giorni di vita. Un ulteriore ambito prioritario è l'assistenza nei percorsi di interruzione volontaria della gravidanza (IVG), comprensiva di supporto psicologico e sociale, ove necessario. Il consultorio si propone inoltre come punto di riferimento per l'educazione alla procreazione responsabile, per l'accesso ai programmi di contracccezione e come filtro per l'accesso alla procreazione medicalmente assistita.

Si raccomanda un approccio multidisciplinare e olistico, ispirato ai principi della *Planetary Health*, da attuare in stretta integrazione con i servizi della Zona-distretto, scolastici e del welfare, coinvolti nei percorsi di cura e presa in carico.

Il d.m. n. 77/2022 raccomanda la presenza dei consultori nelle Case della comunità (sia *Hub* e *Spoke*) e sottolinea il carattere di prossimità che deve avere l'assistenza consultoriale, rivedendo in parte gli standard stabiliti nel 1999 con il Programma obiettivo materno-infantile (POMI): raccomanda infatti almeno 1 consultorio ogni 20mila abitanti in area urbana, fino ad arrivare ad 1 consultorio ogni 10mila abitanti nelle aree interne e rurali. Molte di queste indicazioni erano già presenti nella normativa e programmazione regionale. In Toscana, ad esempio, esistono flussi informativi consultoriali attivi dal 2009, che documentano le varie attività e specificità dei servizi. Regione Toscana, con la d.g.r. n. 1508/2022, ha stabilito l'obbligatorietà della presenza dei consultori nelle Case della comunità. La successiva d.g.r. n. 674/2023 ha fornito indicazioni per la loro riorganizzazione, definendo le caratteristiche strutturali, le attrezzature necessarie, i requisiti minimi di personale e gli orari di apertura. Alla luce di tali indicazioni, è necessario definire con maggiore precisione il ruolo del consultorio all'interno delle Case della comunità. Oggi, esso rappresenta un punto di riferimento del SSN, in particolare per le fasce più vulnerabili della popolazione, per il percorso nascita, per l'IVG, per i programmi di screening e per l'accesso alla contraccezione, gratuita dal 2018 (delibere regionali n. 1251/2018, n. 394/2019 e n. 39/2023). Ulteriori competenze derivano dalla d.g.r. Toscana n. 827/2020, che approva il "Protocollo operativo per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica", garantendo l'erogazione di questa prestazione in ambulatori pubblici idonei, collegati agli ospedali e autorizzati dalla Regione, in stretta sinergia con le attività consultoriali. Al 31 dicembre 2024, in Toscana risultano attivi 148 consultori pubblici (cioè che hanno effettuato almeno una prestazione durante l'anno), pari a un consultorio ogni 24.731 abitanti, una distribuzione superiore alla media nazionale (1 ogni 32.325 abitanti, nel 2018-2019, ultimo dato disponibile) e coerente con il gold standard previsto dalla d.g.r. n. 674/2023.

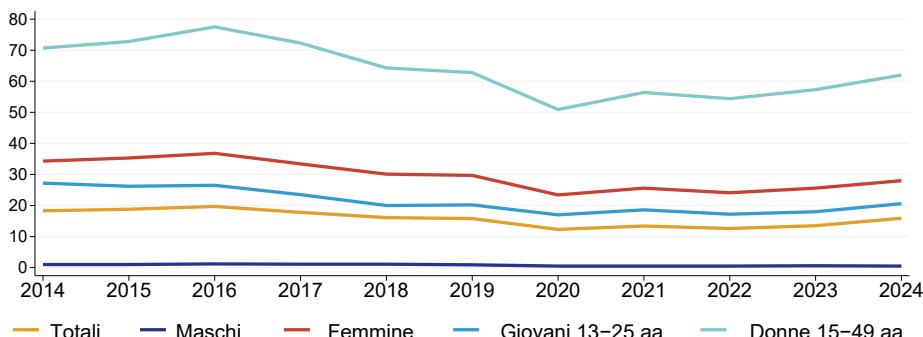
In base alla d.g.r. n. 259/2006, prima della delibera n. 674/2023, i consultori erano classificati come principali (con tutte le 4 figure professionali presenti), secondari (con almeno due figure, tra cui obbligatoriamente ginecologo o ostetrica) e proiezioni (sedi distaccate con almeno una figura professionale presente). Tra le quattro figure professionali, la più presente è l'ostetrica, seguita da ginecologo, psicologo e assistente sociale. Sono inoltre presenti altre professionalità: mediatore culturale, pediatra, infermiere, urologo, dietista e, più raramente, neuropsichiatra infantile, educatore professionale e consulente legale. Le aziende sanitarie stanno adeguando l'organizzazione per assicurare che i consultori principali e secondari rispondano ai requisiti strutturali, professionali e organizzativi previsti dalla d.g.r. n. 674/2023. Ad esempio, nei consultori principali è prevista la presenza settimanale di 144 ore ostetriche, 76 ginecologiche, 76 psicologiche e 36 di assistente sociale; un'apertura al pubblico di 40 ore settimanali e il completamento obbligatorio dell'équipe. Nei secondari invece la presenza minima di 2 figure professionali e un'apertura al pubblico di 15 ore settimanali.

Il numero di prestazioni erogate in rapporto alla popolazione residente rappresenta un indicatore del volume di attività dei consultori familiari e dell'apporto fornito all'assistenza sociosanitaria territoriale. Nel 2024 sono state erogate dai consultori familiari 583.690 prestazioni (15,9 prestazioni ogni 100 abitanti), dopo la flessione dovuta alla pandemia da COVID-19, in ripresa

verso i valori pre-pandemici (Figura 1). Le prestazioni sono essenzialmente in linea con quelle nazionali (15,1 per 100 nel 2018-2019, ultimo dato disponibile).

Il 98,5% delle prestazioni è rivolto alla popolazione femminile (28 prestazioni ogni 100 donne e 0,5 ogni 100 uomini) e soprattutto a quella in età feconda (62% prestazioni ogni 100 donne 15-49 anni), in particolare per il percorso nascita. Infine, la capacità attrattiva dei consultori rispetto alla popolazione giovanile risulta pari a 20,6 prestazioni ogni 100 giovani tra i 13 (dal compimento del 13° anno) e i 25 anni (fino al compimento del 26° anno).

Figura 1. Prestazioni consultoriali, per popolazione target – Tasso di incidenza per 100 abitanti – Toscana, periodo 2014-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Prestazioni consultoriali

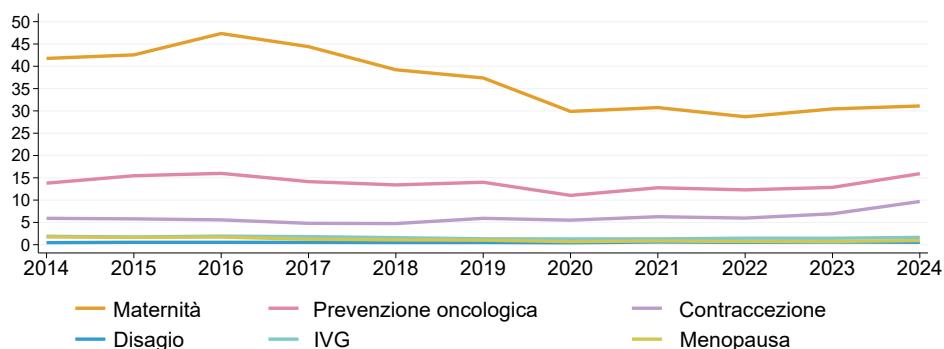


Per le principali aree di attività si osserva, dopo la flessione dovuta alla pandemia da COVID-19, una ripresa verso i valori pre-pandemici, superando per quasi tutte le aree i valori del 2019, con l'eccezione delle prestazioni dell'area maternità. Sebbene un numero crescente di donne scelga di farsi seguire da strutture pubbliche (consulteri o ospedali) durante la gravidanza, a differenza di quanto accadeva in passato, quando prevaleva il ricorso al ginecologo privato, e nonostante i consulteri siano oggi un punto di riferimento nel percorso nascita del Servizio sanitario (ad es. per la consegna del libretto di gravidanza e i corsi di accompagnamento alla nascita), si registra una diminuzione delle prestazioni nell'area maternità: 31,1 prestazioni ogni 100 donne in età feconda (15-49 anni) nel 2024 rispetto alle 37,4 del 2019. Questo calo riflette la forte contrazione delle nascite e la sempre minor propensione a fare figli.

Grazie soprattutto al programma di educazione alla salute sessuale e alla contraccezione gratuita, attivato nel 2020, si osserva un andamento in forte crescita delle prestazioni dell'area contraccezione, 9,7 prestazioni ogni 100 donne in età feconda nel 2024 rispetto alle 5,9 del 2019, a conferma dell'efficacia della delibera regionale sulla contraccezione gratuita. Si registra inoltre un aumento delle prestazioni legate all'area del disagio, soprattutto tra i giovani 14-19 anni, come confermato dallo studio EDIT (2022), che evidenzia un incremento, rispetto alle rilevazioni precedenti, dei comportamenti autolesivi e dei livelli elevati di distress in questa fascia d'età.

Sebbene il numero complessivo delle IVG sia in calo, le prestazioni consultoriali collegate all'interruzione volontaria di gravidanza sono in aumento, grazie al maggiore accesso delle donne al consultorio per questo tipo di percorso. Nel 2023, il 58,5% dei certificati per IVG è stato rilasciato dai consultori (contro il 50,8% del 2019), un dato in crescita non solo tra le donne straniere, ma anche tra le cittadine italiane. Inoltre, le prestazioni pre-IVG superano il numero delle certificazioni, a testimonianza del ruolo centrale del consultorio nell'accompagnare le donne nel processo decisionale.

Figura 2. Prestazioni consultoriali, per area* – Tasso di incidenza per 100 abitanti – Toscana, periodo 2014-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Prestazioni consultoriali



* sulle seguenti popolazioni per area: maternità, contraccezione ed IVG (donne 14-49 anni), oncologica (donne 25-64 anni), disagio (residenti), menopausa (donne 45-64 anni)

In conclusione, i dati toscani documentano una progressiva ripresa delle attività consultoriali dopo il rallentamento imposto dalla pandemia, con una particolare crescita delle prestazioni legate alla contraccezione e al disagio giovanile. Accanto ai tradizionali ambiti di intervento, maternità, IVG, contraccezione, menopausa, i consultori dovranno assumere un ruolo ancor più rilevante nel sostenere percorsi educativi, inclusivi e preventivi. Protocolli operativi e di integrazione con il sistema dell'istruzione e l'insediamento definitivo delle Case della comunità potranno senz'altro agevolare queste nuove funzioni.

Cure primarie per la cronicità

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'impatto che questo ha sulla prevalenza di patologie croniche e il bisogno di assistenza nella popolazione, nonché sulla tenuta dell'attuale sistema sanitario e di welfare, è stato ampiamente descritto nei paragrafi dedicati alla demografia e alle condizioni di salute della popolazione anziana. Nella gestione della cronicità la sanità territoriale ha un ruolo decisivo, anche per evitare aggravamenti e ricoveri ospedalieri, come si è ben evidenziato durante la pandemia da COVID-19. L'obiettivo della presa in carico territoriale, infatti, è il miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale del paziente, la minimizzazione dei sintomi, la prevenzione della disabilità e il miglioramento della qualità di vita, alleggerendo così anche il peso sulla rete familiare, laddove presente (fonte: Rapporto Osservasalute 2023). Per raggiungere questi obiettivi sono necessari percorsi assistenziali in linea con quanto previsto nel d.p.c.m. dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) del 2017 e nel d.m. 77/2022, che individua la Sanità di iniziativa (SDI) come modello di riferimento, definendola "...modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della SDI è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbidità". Questo modello organizzativo è richiamato anche nel Piano nazionale della cronicità (PNC) del 2016, che riconosce ai medici di medicina generale (MMG) e ai pediatri di libera scelta (PLS) il ruolo di riferimento per il paziente e per la rete di professionisti, individuando il *Chronic Care Model Innovative*, al quale la SDI si ispira, quale modello organizzativo di elezione. Regione Toscana ha recepito il PNC (d.g.r.t. 826/2018) e nel 2020 ha approvato la scheda operativa "La rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico" (d.g.r.t. 273/2020) e la legge regionale 20/2020 "Promozione della medicina di iniziativa. Modifiche alla l.r. 40/2005". In questo modello organizzativo lo strumento per garantire appropriatezza ed efficacia dell'assistenza è costituito dal Piano diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA), che declina a livello territoriale le linee guida per ogni data patologia, pur consapevoli dei limiti che i PDTA hanno, che sono quelli di dover essere applicati in una popolazione di malati sempre più rappresentata da persone che soffrono di più malattie contemporaneamente.

In Toscana la Sanità di iniziativa era stata avviata già a fine 2009 (d.g.r.t. 716/2009). I medici di medicina generale, organizzati prima in "Moduli", poi nelle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), aderiscono su base volontaria, ricevendo una remunerazione aggiuntiva secondo un sistema incentivante condiviso, che prevede l'arruolamento ed il follow-up proattivo, in collaborazione con gli infermieri distrettuali, dei pazienti con diabete, bronco-

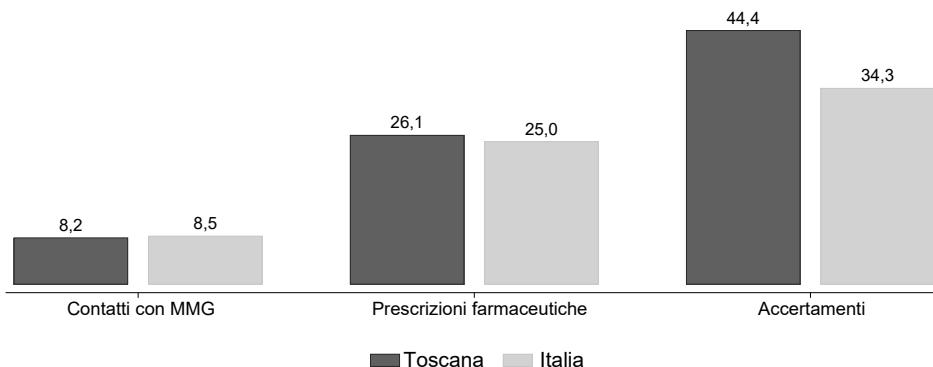
pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), insufficienza cardiaca e pregresso ictus, secondo specifici PDTA. Secondo gli “indirizzi per l’implementazione del nuovo modello” della SDI (d.g.r.t. 650/2016) e lo “Schema di accordo regionale con la Medicina Generale per l’attuazione della Sanità d’iniziativa di cui alla d.g.r. 650/16” (d.g.r.t. 930/2017), per superare i limiti dei PDTA nella gestione della multimorbilità, si sarebbe dovuto focalizzarsi su tre target:

- a) pazienti complessi, da prendere in carico con percorsi di care management da parte di team multidisciplinari con la definizione di Piani individualizzati di cura;
- b) pazienti ad alto rischio cardiovascolare, da prendere in carico con il *Chronic care model*;
- c) assistiti a basso rischio, prevedendo specifici interventi di promozione della salute da definire nei Piani integrati di salute (PIS) delle Zone-distretto.

Soprattutto a causa di problematiche legate alla tutela della privacy, con l’eccezione dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, presi in carico nella AUSL Sud-est, questo nuovo modello ancora non è stato implementato nella sua interezza su tutto il territorio regionale. La rete dei medici di medicina generale, quindi, è sempre più integrata con quella della specialistica territoriale per assicurare percorsi di presa in carico multidisciplinari e calibrati sulla complessità del paziente, piuttosto che sui singoli percorsi patologia-specifici come in passato.

All’interno del rapporto Osservasalute, che utilizza i dati della Società italiana di medicina generale – *Health Search*, sono pubblicati 3 indicatori che misurano quanto i pazienti con più patologie croniche (che si stima pesino per il 60% dell’attività giornaliera di un medico di famiglia) hanno contatti con il proprio medico di famiglia, hanno prescrizioni farmaceutiche e accertamenti laboratoristici/strumentali. I pazienti multicronici della nostra regione tendono ad avere mediamente 8,2 contatti all’anno con il proprio medico, ricevono mediamente 26,1 prescrizioni farmaceutiche ed eseguono 44,4 accertamenti diagnostici annui (Figura 1). I dati sono in linea con la media nazionale per contatti con il medico e ricette, ma nella nostra regione si conferma, come gli anni precedenti, la tendenza a prescrivere più accertamenti diagnostici rispetto alla media italiana (ferma a 34,3). Il dato è coerente con quanto, ad esempio, emerge dall’analisi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, i cui risultati pongono la nostra regione tra quelle che erogano più prestazioni specialistiche (si veda il paragrafo dedicato). L’offerta è ovviamente un fattore determinante. Il trend è disponibile dal 2020, quando gli effetti della pandemia da COVID-19 sugli accessi alle prestazioni sanitarie erano quindi già in atto, e mostra una sostanziale stabilità dei primi due indicatori sui valori attuali già da quell’anno, mentre gli accertamenti sono progressivamente saliti dai 36,1 del 2020 fino ai 44,4 del 2022. In Italia nello stesso periodo sono passati da 30,2 a 34,3, a conferma del deciso aumento del numero di esami avvenuto nella nostra regione a partire dal 2022, anche per recuperare quanto si è stati costretti a rimandare in occasione del lockdown del 2020 e delle limitazioni successive.

Figura 1. Contatti con il medico di medicina generale, prescrizioni farmaceutiche e accertamenti diagnostici tra i malati cronici d'età 14+ anni - Valori medi annuali - Toscana e Italia, anno 2022 – Fonte: Osservasalute su dati Health Search



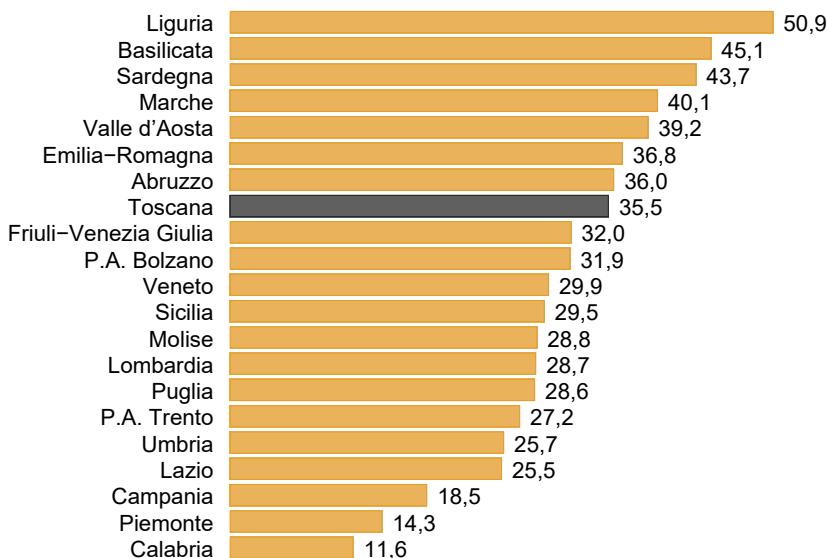
La nostra regione è 12^a in Italia per numero di contatti con il medico di famiglia in un anno, con la graduatoria guidata dalla Basilicata (11,9 accessi medi) e dalla Calabria (11,7 accessi). Si posiziona sopra la media nazionale, come detto, per le prescrizioni farmaceutiche (9^a regione in Italia), la cui graduatoria è guidata dalle Marche (30,7 prescrizioni) e dalla Basilicata (29,2). Per gli accertamenti si trova invece in 4^a posizione, dopo Trentino Alto Adige (95,5), Emilia Romagna (72) e Umbria (58,5 accertamenti in un anno per paziente multicronico).

Purtroppo in Italia non esiste un sistema di monitoraggio unico che permetta di valutare l'erogazione delle cure primarie per l'intero spettro delle patologie croniche, con gli stessi criteri e metodi, in tutte le regioni. Il Nuovo sistema di garanzia (NSG) dei Livelli essenziali di assistenza però, per la prima volta, ha introdotto il monitoraggio e la valutazione di 6 PDTA, tra i quali 3 riguardano patologie croniche: pazienti con broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), insufficienza cardiaca e diabete (gli altri 3 sono specifici per l'oncologia). Per l'anno di valutazione 2021, gli indicatori proposti misurano in realtà l'aderenza alle terapie farmacologiche e ai controlli periodici dei marcatori di malattia nel 2020, tra i malati identificati nel 2019 (gli indicatori di processo si riferiscono infatti all'assistenza erogata nei 12 o 18 mesi successivi alla data di inclusione dell'assistito). Gli unici dati disponibili si riferiscono quindi al primo anno di pandemia da COVID-19. La fonte dei dati è costituita dagli archivi sanitari elettronici amministrativi che sono attivi in tutte le Regioni e Province autonome italiane e che alimentano i flussi informativi nazionali verso il Ministero della salute (prestazioni del Servizio sanitario nazionale e privato accreditato).

Per il PDTA della BPCO si misura la percentuale di assistiti che aderisce correttamente alla terapia farmacologica e la percentuale di assistiti che effettua almeno una visita pneumologica nell'anno. Per il primo indicatore il valore toscano è pari al 35,5% degli assistiti, 8^a regione in Italia, superiore al valore mediano di 29,9% della distribuzione per regione (minimo 11,6% e massimo 50,9% tra le regioni) (Figura 2). La percentuale di pazienti che effettua almeno una

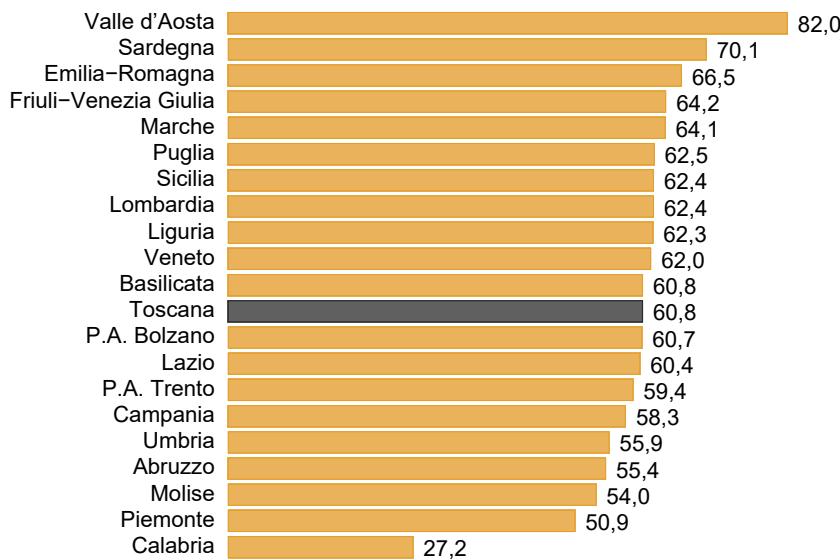
visita pneumologica è invece pari al 47%, 10^a regione in Italia (mediana pari a 42,2%, range min-max 16,9%-55,9%).

Figura 2. Aderenza alla terapia farmacologica tra gli assistiti con BPCO – Valori per 100 assistiti con BPCO – Regioni italiane, anno 2020 – Fonte: Risultati degli indicatori NSG-PDTA per l’anno di valutazione 2021, Ministero della salute



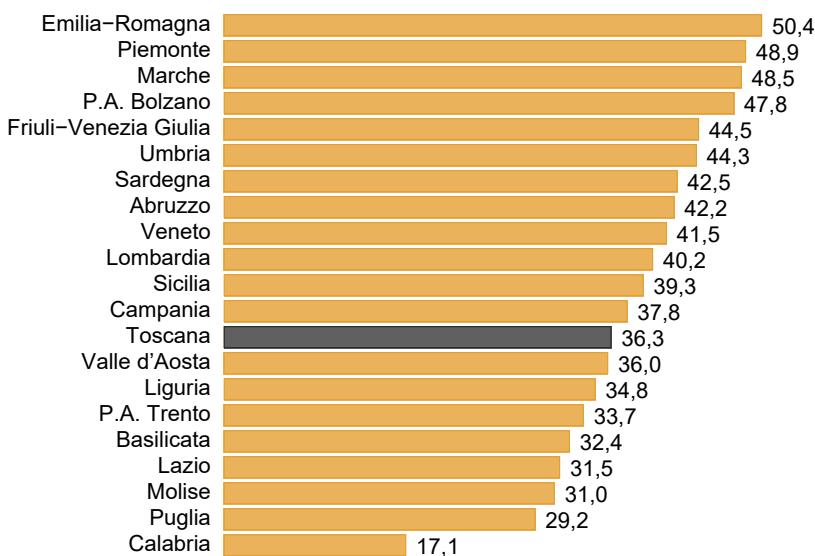
Per il PDTA dell’insufficienza cardiaca si misura invece la percentuale di assistiti che aderisce correttamente alla terapia farmacologica con ACE inibitori/sartani, alla terapia con beta-bloccanti, e la percentuale di assistiti che effettua almeno un elettrocardiogramma nell’anno. Per il primo indicatore il valore toscano è pari al 60,8%, 12^a regione in Italia, superiore al valore mediano di 58,2% (range min-max tra le regioni: 21,9%-85,2%) (Figura 3). La percentuale di pazienti aderente alla terapia con beta-bloccanti è pari a 60,8%, 12^a regione in Italia (mediana pari a 60,8%, range min-max 27,2%-82%). La percentuale di pazienti che effettua almeno un elettrocardiogramma è invece pari al 24%, 6^a regione in Italia (mediana pari a 19,3%, range min-max 4%-40,8%), ma su questo indicatore incide il maggior ricorso ai servizi privati e la possibilità, in alcuni studi di medicina generale, di effettuare l’esame direttamente con il proprio medico durante la visita. Queste modalità di erogazione non sono censibili con i dati amministrativi.

Figura 3. Aderenza alla terapia farmacologica con ACE inibitori o sartani tra gli assistiti con insufficienza cardiaca – Valori per 100 assistiti con insufficienza cardiaca – Regioni italiane, anno 2020 – Fonte: Risultati degli indicatori NSG-PDTA per l’anno di valutazione 2021, Ministero della salute



Per il diabete gli indicatori misurano le 5 raccomandazioni individuate dal PDTA per la corretta presa in carico della malattia, tra le quali la percentuale di diabetici che nell’anno effettua almeno due controlli dell’emoglobina glicata (Figura 4). In Toscana poco più di un terzo dei pazienti con diabete aderisce correttamente alla raccomandazione, la percentuale si ferma al 36,3% (13^a regione in Italia), di poco inferiore alla mediana di 39,3% (range min-max 17,1%-50,4%).

Figura 4. Controllo dell'emoglobina glicata (almeno 2 nell'anno) – Valori per 100 assistiti con diabete – Regioni italiane, anno 2020 – Fonte: Risultati degli indicatori NSG-PDTA per l'anno di valutazione 2021, Ministero della salute



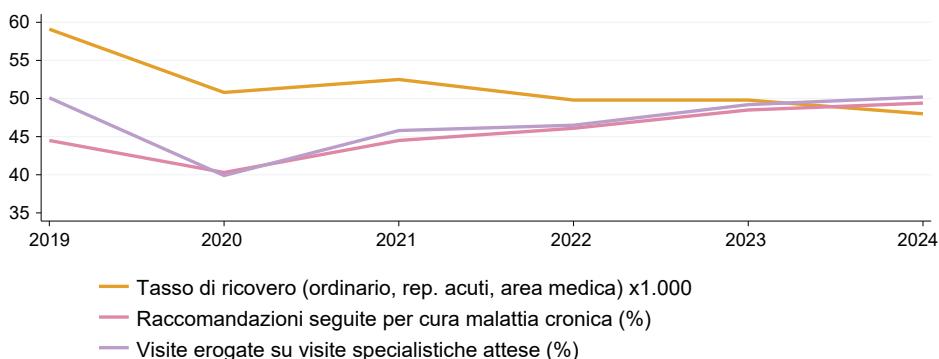
Il quadro complessivo, per le tre patologie e gli indicatori considerati, colloca quindi la Toscana in una posizione intermedia tra le regioni, in linea con il valore mediano (metà della graduatoria per regione), ma in generale è ampio il margine di miglioramento possibile, considerato che i valori osservati segnalano una discreta quota di assistiti con BPCO, insufficienza cardiaca o diabete che non segue del tutto le indicazioni dei piani terapeutici o non effettua tutti gli esami di monitoraggio periodici (o in alternativa sfugge al servizio pubblico e si rivolge al privato per accedere alla prestazione).

Grazie al sistema di monitoraggio toscano Proter-Macro (Programma di osservazione dell'assistenza territoriale delle malattie croniche), possiamo integrare la discussione con alcuni indicatori interni, calcolati sull'intera popolazione dei malati cronici (diabete, BPCO, insufficienza cardiaca, ictus, cardiopatia ischemica, dislipidemia, ipertensione, insufficienza renale, arteriopatie periferiche, fibrillazione atriale, demenza, Parkinson, epilessia, sclerosi multipla, malattie reumatiche, malattie intestinali) d'età 16+ anni, i quali però hanno il limite di non essere confrontabili con le altre regioni. Nell'ampio set di indicatori ne possiamo scegliere tre, per ragioni di sintesi. I primi due sono proxy di appropriatezza: il primo misura la percentuale di raccomandazioni previste dalle linee guida per la presa in carico della cronicità correttamente seguite dai pazienti (esami di laboratorio, visite, controlli periodici specifici per ogni patologia), mentre il secondo offre un dettaglio delle visite specialistiche erogate (specifiche per la patologia) rispetto all'atteso, presupponendo che ogni malato debba eseguire una visita nell'anno nella specialità alla quale afferisce la propria patologia. Il terzo indicatore

approssima invece sinteticamente gli esiti di salute negativi (ospedalizzazione in area medica, reparto per acuti e regime ordinario).

I due indicatori di appropriatezza proposti hanno subito entrambi una decisa riduzione nel 2020, quando sono scesi al 40% di raccomandazioni seguite e al 39,9% di visite erogate rispetto a quelle attese, ma già a partire dal 2021 si sono nuovamente posizionati sui valori precedenti alla pandemia da COVID-19, raggiungendo nel 2024 il valore di 49,4% di raccomandazioni seguite (dal 44,5% del 2019) e 50,2% visite erogate rispetto a quelle attese (dal 50,1% del 2019) (Figura 5). Si tratta di valori buoni, ma auspicabilmente migliorabili, soprattutto perché da questi dipende la presa in carico e la qualità della vita dei malati, la convivenza con la propria patologia e la prevenzione degli aggravamenti e degli eventi acuti. Il tasso di ricovero prosegue invece il trend in diminuzione, in linea con l'andamento generale dell'ospedalizzazione negli anni successivi all'inizio della pandemia. Per questo indicatore si tratta di un andamento da interpretare positivamente, nel 2024 è sceso a 48 ricoveri ogni 1.000 assistiti con patologie croniche, dai 59,1 ricoveri ogni 1.000 osservati nel 2019. I prossimi anni saranno 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 che ancora coinvolge l'attività ospedaliera, rispetto agli anni precedenti alla pandemia.

Figura 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, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali



La carenza di criteri e metodi condivisi e uniformi a livello nazionale per misurare l'erogazione delle cure primarie rivolte alle persone con una o più malattie croniche rappresenta un limite oggettivo alla valutazione. I pochi indicatori disponibili si limitano, infatti, ad alcune patologie (pur tra le più importanti in termini di volumi e impatto sui servizi) e ad alcuni aspetti specifici dell'assistenza. Tuttavia, volendo valorizzare al massimo quanto disponibile al momento, possiamo concludere che gli indicatori nazionali basati sui dati della società scientifica dei medici di medicina generale collocano la Toscana su valori in linea con quelli

medi nazionali per contatti con il proprio medico di famiglia e prescrizioni farmaceutiche, da parte dei malati con più patologie croniche, mentre il livello di erogazione di accertamenti diagnostici nella nostra regione è tra i più alti in Italia. Anche gli indicatori del NSG-PDTA collocano la nostra regione in una posizione intermedia tra le regioni per quanto riguarda l'assistenza ai malati di BPCO, diabete e insufficienza cardiaca. L'andamento degli indicatori regionali, che permettono di valutare in maniera più complessiva il livello di presa in carico della medicina territoriale, segnala un progressivo aumento delle raccomandazioni delle linee guida seguite e dei consulti specialistici, che ha permesso di superare i livelli pre pandemici, ma che ancora ha margini di miglioramento. Questi risultati sono coerenti con il quadro che emerge dagli indicatori del NSG-PDTA, che hanno il limite, per il momento, di essere disponibili solo per il primo anno di pandemia da COVID-19, caratterizzato da una forte riduzione dell'attività specialistica che eroga gli esami di monitoraggio dei parametri della malattia. L'ospedalizzazione, proxy degli eventi acuti, prosegue il trend in diminuzione, nonostante gli interventi di prevenzione in ambito ospedaliero per la pandemia siano ormai cessati da due anni e potessimo quindi aspettarci una maggiore stabilità o un rialzo dei ricoveri. Ci attendiamo un ulteriore miglioramento della performance, considerati gli interventi normativi recenti, richiamati in introduzione, che auspicabilmente dovrebbero favorire l'aumento dei livelli di presa in carico, la maggior integrazione tra medicina generale e specialistica, l'appropriatezza prescrittiva, per destinare le risorse (umane e strumentali) alle persone che si trovano effettivamente in una condizione di bisogno maggiore.

Assistenza specialistica ambulatoriale

L'assistenza specialistica ambulatoriale è un'attività ricompresa nel livello dell'assistenza distrettuale territoriale e monitorata nel Nuovo sistema di garanzia (NSG) del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) del Ministero della salute. Nel contesto di questa attività, la specialistica ambulatoriale rappresenta una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria nell'ambito della diagnostica di primo livello, prescritta solitamente dal medico di medicina generale (MMG) o dal pediatra di libera scelta (PLS), per approfondire un sospetto diagnostico, secondo livello, (prescritta solitamente dallo specialista di riferimento per ulteriori accertamenti) e dei percorsi diagnostico terapeutici per i malati cronici (visite specialistiche e monitoraggio dei principali parametri utili alla gestione della patologia).

I volumi di erogazione per il 2024 contano poco meno di 74 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in Toscana dal Servizio sanitario regionale (pubblico o privato convenzionato), circa 2 milioni in più rispetto al 2023 e 7 milioni e 500mila in più rispetto al 2019 (+11%). Nel primo anno di pandemia le prestazioni erano scese a 54 milioni, dai 66 milioni e 300mila del 2019, ma già dal 2021 i volumi di erogazione sono risaliti, fino ai livelli attuali. Il 4% di queste prestazioni mediamente è erogato a cittadini residenti fuori dalla Toscana.

Il 15% delle prestazioni è svolto in occasione di un accesso al Pronto soccorso, il 72,4% tramite prescrizione medica su ricettario del Servizio sanitario nazionale, il 5,5% con accesso diretto (previsto per alcune prestazioni del materno-infantile, nefrologia, oculistica, odontoiatria, diabetologia e altre discipline che richiedono accertamenti periodici), mentre l'intramoenia rappresenta l'1,1% delle prestazioni. Quest'ultima tipologia di accesso sale però al 2,3% tra le prestazioni di diagnostica strumentale o per immagini (ecografie, radiografie TAC, RMN, ecc.) e al 10,1% tra le visite specialistiche, le prestazioni per le quali ha il maggior impatto.

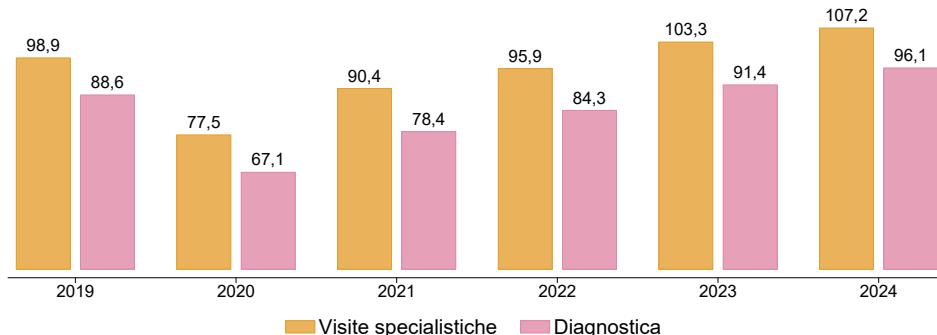
Per valutare l'andamento dell'erogazione dell'assistenza specialistica, nel proseguimento dell'analisi faremo riferimento solamente alle prestazioni territoriali erogate in Toscana ai residenti, con accesso tramite prescrizione medica su ricettario nazionale (o accesso diretto nel caso delle visite specialistiche), considerando i due grandi gruppi delle visite specialistiche e della diagnostica per immagini o strumentale. Su questi capitoli, infatti, si concentrano tutti i principali indicatori di monitoraggio regionale e nazionale.

Le prestazioni ambulatoriali erogate a toscani su prescrizione medica nel 2024 sono state circa 52 milioni, in aumento del 23,9% rispetto al 2019. Si tratta di circa 10 milioni in più, di cui 9 milioni sono concentrati tra gli esami di laboratorio, 340mila tra gli esami di diagnostica (4 milioni) e 310mila tra le visite specialistiche (poco meno di 4 milioni e 400mila).

Il tasso di erogazione standardizzato per età dal 2019 al 2024 segue un andamento parallelo, con una brusca diminuzione, come detto, che ha coinciso con il primo anno di pandemia, ma una ripresa che già dal 2022 ha segnato un riavvicinamento ai valori pre pandemici, superati negli ultimi due anni (Figura 1). Il tasso di visite specialistiche è passato quindi da 98,9 a

107,2 visite ogni 100 abitanti dal 2019 al 2024, mentre quello degli esami diagnostici da 88,6 a 96,1 per 100 abitanti.

Figura 1. Visite specialistiche e esami di diagnostica per immagini o strumentale – Tasso standardizzato per età per 100 abitanti – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso specialistica ambulatoriale



Nell'ambito delle visite specialistiche, il decreto ministeriale 77 del 23 maggio 2022 ha introdotto la telemedicina per aumentare l'accessibilità, ridurre le diseguaglianze e garantire omogeneità territoriale delle cure. Per rispondere alle problematiche legate alla pandemia da COVID-19, già ad aprile 2020 Regione Toscana (d.g.r.t. n. 464) aveva introdotto la possibilità di eseguire la prestazione in modalità telematica per 83 discipline di visita, tra quelle cosiddette di controllo (successive alla prima). Nel 2024 le televisite di controllo erogate sono state 112.400, pari al 4,5% delle visite di controllo erogate (la modalità telematica non è prevista per le prime visite). Tra le discipline con volumi maggiori, l'utilizzo della telemedicina è più diffuso nella diabetologia (14,1% delle visite di controllo), nella medicina trasfusionale (17,6%) e nella geriatria (27%). Si tratta di discipline che, anche grazie al fatto che in gran parte si basano sulla valutazione di esami di laboratorio, si prestano bene al controllo per via telematica. Rispetto al 2023 le televisite sono aumentate di circa 20mila unità (+21%), mentre nei primi due anni di pandemia, appena introdotte, erano state circa 100mila ogni anno.

Per contestualizzare il dato toscano nel panorama italiano possiamo attingere al Rapporto Osservasalute, che misura i volumi di visite specialistiche erogate in ogni regione ai propri assistiti, distinte tra prime visite, prescritte solitamente dal MMG/PLS per rispondere ad un quesito diagnostico, e visite di controllo, prevalentemente prescritte dal medico specialista ai malati noti che hanno la necessità di essere seguiti nel tempo. Non esistendo un gold standard di riferimento per l'erogazione di queste prestazioni, il confronto con il contesto italiano permette di valutare, almeno in parte, l'adeguatezza dei volumi regionali.

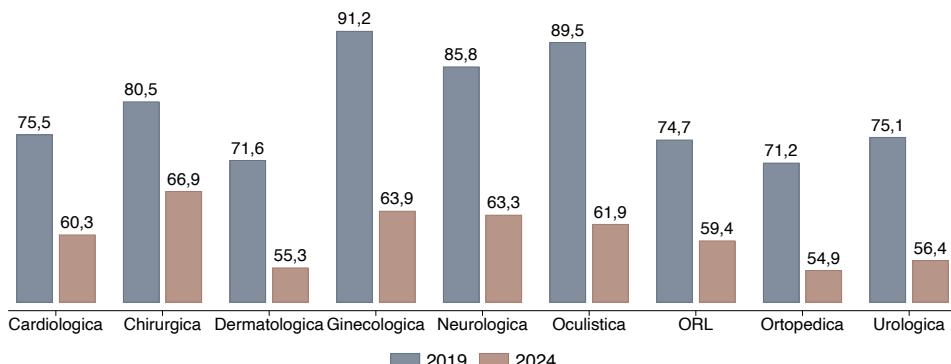
Nel 2022 (ultimo anno disponibile) ai residenti toscani sono state erogate dal Servizio sanitario regionale o privato convenzionato poco più di 2 milioni di prime visite (di cui l'1,3% fuori regione) e 1.900.000 visite di controllo (di cui l'1,8% fuori regione). Mediamente in Italia le persone che si recano fuori regione per effettuare una visita specialistica sono il 2,7%

nel caso della prima visita e il 3,5% nel caso delle visite di controllo. La Toscana quindi mostra percentuali più basse della media. Considerando solamente le visite erogate nella stessa regione di residenza, il tasso di incidenza standardizzato per età in Toscana è pari a 53,1 prime visite e 48,7 visite di controllo ogni 100 abitanti (rispettivamente 41,5% e 43% in Italia). Solo Emilia-Romagna (65,6%) e Piemonte (58,3%) hanno livelli più alti per le prime visite, mentre Piemonte (56,4%), Lombardia (56,2%), P.A. Bolzano (53,9%) ed Emilia-Romagna (50,4%) erogano più visite di controllo. La Toscana quindi è tra le regioni con i volumi più alti di visite specialistiche, se rapportati alla popolazione residente.

Un tema sul quale la programmazione sanitaria insiste molto nell'ambito dell'assistenza specialistica è costituito dalle liste di attesa, per alcune prestazioni a volte talmente ampie da scoraggiare la prenotazione al Servizio sanitario nazionale e ricorrere al privato o rinunciare del tutto. Regione Toscana ha istituito il Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) che al suo interno prevede il monitoraggio di quante delle prescrizioni mediche (per una lista di visite ed esami individuati con la delibera regionale n. 604 del 2019) sono effettivamente prenotate presso il Servizio sanitario regionale, e, tra le prestazioni erogate dal servizio pubblico, la quota che ha rispettato i tempi massimi previsti dal PRGLA o dai riferimenti nazionali, misurati in giorni dalla data della prenotazione alla prima disponibilità. I tempi massimi variano in funzione della priorità assegnata in fase di prescrizione medica: da 72 ore per le prestazioni urgenti, a 10 giorni per la priorità breve, a 15/30 giorni (a seconda della prestazione e del riferimento regionale o nazionale) per quella differibile, fino a 120 giorni per la priorità programmata.

Tra le visite specialistiche monitorate si varia dal 54,9% al 66,9% di prestazioni prenotate al servizio pubblico rispetto a quelle prescritte (Figura 2). Le maggiori criticità si osservano per le visite ortopediche, dermatologiche e urologiche. I valori sono in leggera diminuzione rispetto a quelli dell'anno precedente e molto al di sotto di quelli osservati nel 2019, ultimo anno prima della pandemia da COVID-19. In particolare, le visite ginecologiche prenotate al Servizio sanitario regionale rispetto a quelle prescritte sono diminuite di circa 27 punti percentuali, come quelle oculistiche. Tutte le visite comunque registrano diminuzioni superiori ai 10 punti percentuali. La diminuzione è avvenuta nel primo anno di pandemia (2020) e da quell'anno i valori sono rimasti pressoché stabili.

Figura 2. Prescrizioni effettivamente prenotate nell'SSR, per specialità – Prenotazioni ogni 100 ricette prescritte – Toscana, anni 2019 e 2024 – Fonte: PRGLA Regione Toscana

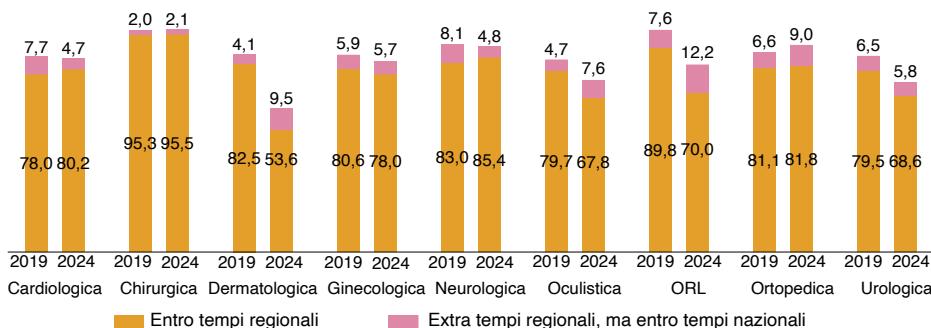


Secondo i dati di una rilevazione statistica condotta da ARS tra agosto 2024 e febbraio 2025 su un campione di poco più di 2.200 adulti residenti in Toscana, su 100 visite specialistiche ambulatoriali, 35 sono state erogate in strutture private non in convenzione, con percentuali che variano per area specialistica dal 28% in area medica, al 43% in area chirurgica, al 53% in area ostetrico-ginecologica. Il ricorso al privato, come atteso, cresce tra le persone che dichiarano migliori condizioni economiche: dal 28% tra chi dichiara insufficienti o scarse le proprie risorse, al 37% tra chi le ritiene adeguate, fino al 40% tra chi le considera ottime. Le discipline con le più alte percentuali di visite erogate in regime privato sono ostetrico-ginecologica, oculistica e ortopedia (rispettivamente 53%, 49% e 48%), quelle con le percentuali più basse invece oncologia, chirurgia generale e diabetologia (rispettivamente 4%, 13% e 15%). Il 20% delle visite erogate in regime privato costituiscono un drop-out dal percorso pubblico, si tratta cioè di persone che avevano una prescrizione medica su ricettario sanitario, ma si sono rivolte al privato, di queste il 70% lo ha fatto per motivi legati ai tempi di attesa ritenuti troppo lunghi. Nei casi di scelta diretta, quando le persone si sono rivolte invece direttamente al privato senza avere una prescrizione medica, le motivazioni più frequenti sono i lunghi tempi d'attesa nel pubblico (40%) e la possibilità di scegliere il medico da cui farsi visitare (30%).

La soglia minima del 75% di visite erogate entro i tempi massimi non è raggiunta dalla specialità dermatologica, oculistica, otorinolaringoiatrica e urologica (Figura 3). Parte delle visite è comunque erogata entro i tempi previsti dalle linee guida nazionali (non nel caso della dermatologia e dell'urologia). Complessivamente, molte delle specialità considerate si mantengono sui valori osservati nel 2019, ad eccezione di quelle che abbiamo visto non raggiungere la soglia minima: per la dermatologia la percentuale di visite erogate entro i tempi regionali è diminuita di 29 punti percentuali, per l'oculistica e l'urologia di 11 punti percentuali e per l'otorinolaringoiatria di 20 punti. Una diminuzione importante, per tutte le specialità, è avvenuta nel 2022, anno in cui il servizio regionale è stato sottoposto a forte stress anche per la necessità di recuperare volumi di prestazioni mancate durante i primi due anni di

pandemia a causa dell'interruzione, o limitazione, delle attività ambulatoriali. Già dall'anno successivo i valori hanno cominciato a risalire, ad eccezione delle quattro specialità sopra citate, che mostrano segni di risalita, ancora però non sufficienti a colmare il gap rispetto al periodo pre pandemico. In questi 5 anni sono aumentati del 68% i volumi delle visite erogate per le specialità considerate, da 569mila nel 2019 a 957mila nel 2024, in linea con gli aumenti dei volumi citati nella prima parte del capitolo.

Figura 3. Visite erogate nei tempi previsti dalle LG regionali o nazionali, per specialità – Visite erogate nei tempi ogni 100 visite erogate – Toscana, anni 2019 e 2024 – Fonte: PRGLA Regione Toscana



La situazione per gli esami diagnostici monitorati è simile a quella appena osservata per quanto riguarda la percentuale di prenotazioni presso l'SSR rispetto alle prescrizioni. In particolare circa la metà, o oltre, delle prescrizioni per un'ecografia della mammella, del capo e del collo, una risonanza magnetica muscoloscheletrica o della colonna, non è prenotata al servizio pubblico. I valori migliori si rilevano invece per le TAC dell'addome, del torace o del capo (circa l'80% è prenotato nell'SSR). L'ampia variabilità è ovviamente condizionata anche dai costi proposti dal servizio privato, non a caso le fughe aumentano per le prestazioni mediamente più economiche. Anche in questo caso le percentuali sono ancora inferiori a quelle del 2019, mediamente di 16 punti percentuali. Migliore, rispetto al quadro delle visite specialistiche, la situazione per quanto riguarda il rispetto dei tempi di attesa. A seconda dell'esame, il servizio sanitario offre la prima disponibilità nei tempi massimi previsti nel 75% dei casi per tutte le prestazioni, ad eccezione della sola eco(color)dopplergrafia cardiaca, di poco inferiore, al 73,9% (Tabella 1). Se paragonato con il 2019, lo scenario è decisamente migliorato, con molti esami che in questi 5 anni hanno raggiunto e superato anche la soglia del 90% di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti. Come nel caso delle visite, in realtà, il 2022 aveva segnato una brusca diminuzione dei valori, scesi al di sotto del 75% per la metà circa degli esami considerati, ma già dall'anno successivo il quadro è migliorato fino ai valori attuali. La valutazione è ulteriormente positiva se si pensa che, dal 2019 al 2024, i volumi complessivi erogati per questi esami sono aumentati del 45%, da 530mila a 769mila.

Tabella 1. Esami erogati nei tempi previsti dalle LG regionali o nazionali, per tipo di esame - Esami erogati nei tempi ogni 100 esami erogati - Toscana, anni 2019 e 2024 - Fonte: PRGLA Regione Toscana

Prestazione	2019		2024	
	% nei tempi regionali	% nei tempi nazionali	% nei tempi regionali	% nei tempi nazionali
Diagnostica ecografica del capo e del collo	84,5	91,9	90,6	93,5
Eco(Color)Doppler dei tronchi sovra aortici	87,1	87,1	89,6	89,6
Eco(Color)Dopplergrafia arti sup o inf o distrettuale, fetoplacentare arteriosa o venosa	89,5	89,5	90,0	90,0
Eco(Color)Dopplergrafia cardiaca	88,0	93,3	73,9	83,4
Ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	88,3	93,8	87,3	93,6
Ecografia della mammella	83,8	92,2	88,2	91,7
Ecografia ginecologica	52,3	64,1	77,7	85,1
Ecografia ostetrica	94,2	97,3	95,2	98,0
RM addome inferiore	90,1	90,1	92,7	92,7
RM colonna	89,4	89,4	92,8	92,8
RM encefalo e del tronco encefalico	87,6	87,6	93,3	93,3
RM muscoloscheletrica	91,7	91,7	93,9	93,9
TC addome	85,0	94,1	93,1	95,9
TC capo	94,9	94,9	97,7	97,7
TC di bacino e articolazioni sacroiliache	96,4	96,4	97,4	97,4
TC rachide e dello speco vertebrale	94,8	94,8	98,0	98,0
TC torace	92,9	92,9	97,3	97,3

* Rosso: <75%, Giallo: 75%-89%, Verde: ≥90%

All'interno del Nuovo sistema di garanzia due indicatori monitorano questi aspetti e ci consentono di valutare la performance regionale nel contesto italiano (indicatori aggiornati al 2022). La percentuale di prestazioni della classe di priorità breve garantite entro i tempi vedono la nostra regione raggiungere il 77,8%, rispetto alla media nazionale pari all'80,2% (13^a regione in Italia). La percentuale di prestazioni della classe di priorità differibile garantite entro i tempi vedono la nostra regione raggiungere l'80,3%, rispetto alla media nazionale pari al 79,8% (12^a regione in Italia).

Concludendo, dopo il primo anno di pandemia, contraddistinto da un calo generale delle prestazioni ambulatoriali, il servizio regionale ha, da un lato aumentato notevolmente i volumi di prestazioni offerte ed erogate, dall'altro mantenuto o migliorato i livelli di rispetto dei tempi massimi di attesa per buona parte delle visite specialistiche e quasi tutti gli esami di diagnostica monitorati nel PRGLA. Restano margini di miglioramento per limitare le fughe verso il settore privato o le rinunce, considerando le prescrizioni che poi non vengono

prenotate presso l'SSR, soprattutto per quelle specialità o esami per i quali costi e offerta al di fuori dell'SSR sono molto concorrenziali. Manca purtroppo in questa sede la possibilità di valutare l'appropriatezza delle prescrizioni, che darebbe modo di stimare l'impatto della cosiddetta "medicina difensiva", cioè le prescrizioni che i medici effettuano al di là delle cure standard contenute nelle linee guida o nei piani diagnostico terapeutici, togliendo in parte risorse all'erogazione di prestazioni appropriate.

Assistenza anziani non autosufficienti

Tra gli anziani, convenzionalmente individuati con la fascia d'età di 65 anni o più, la perdita di autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continent, usare i servizi per fare i propri bisogni) è considerato dalla letteratura internazionale una condizione di non autosufficienza (fonte: Istituto superiore di sanità – ISS). In Toscana si stima che il 10,8% (6,5% tra gli uomini e 14,1% tra le donne) degli anziani sia non autosufficiente, ma ancora residente al proprio domicilio, circa 106mila persone, ai quali vanno aggiunti i 14mila ospiti di una Residenza sanitaria, per un totale di circa 120mila anziani non autosufficienti (fonte: sorveglianza PASSI d'Argento, ISS). Si tratta di stime di origine campionaria, perché non esiste una fonte censuaria o un registro per questa problematica. Gli unici dati disponibili si riferiscono alla platea di anziani, o loro famiglie, che si rivolge al Servizio sanitario e socio-sanitario per fare domanda di assistenza.

Il percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in Toscana inizia con la segnalazione del bisogno socio-sanitario al PuntoInsieme, sportello di prima accoglienza e di ascolto per le persone non autosufficienti e le loro famiglie. In seguito è effettuata una valutazione complessiva, sia sociale che sanitaria, da parte dell'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM), a cui segue la predisposizione e condivisione con il cittadino di un progetto personalizzato assistenziale (PAP) in cui sono indicati i bisogni socio-sanitari rilevati e il servizio che può essere erogato: domiciliare diretto o indiretto, semiresidenziale (Centro diurno), residenziale (Residenza sanitaria assistenziale - RSA) temporaneo o permanente (l.r. 66/2018).

Nel 2024 sono state 133.697 le persone anziane (65+ anni d'età) che sono state avviate ad un percorso domiciliare o residenziale, pari a 138 ogni 1.000 anziani residenti. Ad eccezione delle prese in carico residenziali, si tratta di un sostegno che si affianca a quello fornito dalle famiglie. Praticamente tutti gli anziani toscani in condizioni di bisogno che ancora risiedono al domicilio, infatti, hanno a disposizione almeno un familiare che può occuparsene (fonte: sorveglianza PASSI d'Argento, ISS). Le restanti prese in carico hanno portato ad una risposta assistenziale di tipo sociale o sanitario semplice. Nel corso dell'anno una persona può aver ricevuto più di un PAP, a seconda dei cambiamenti emersi nel proprio profilo valutativo, per questo il dato è inferiore al totale delle prese in carico divise per tipologia (Tabella 1).

I volumi delle prese in carico sono aumentati costantemente negli ultimi anni, rispetto al 2023 sono circa 21mila in più, mentre rispetto al 2019 (ultimo anno prima della pandemia) sono quasi 50mila in più. L'aumento è sostenuto prevalentemente dagli interventi domiciliari socio-sanitari erogati in forma diretta (prestazioni domiciliari) dal servizio pubblico, che dal 2019 al 2024 sono passati da 78.600 circa (83,4 ogni 1.000 anziani residenti) a 126.100

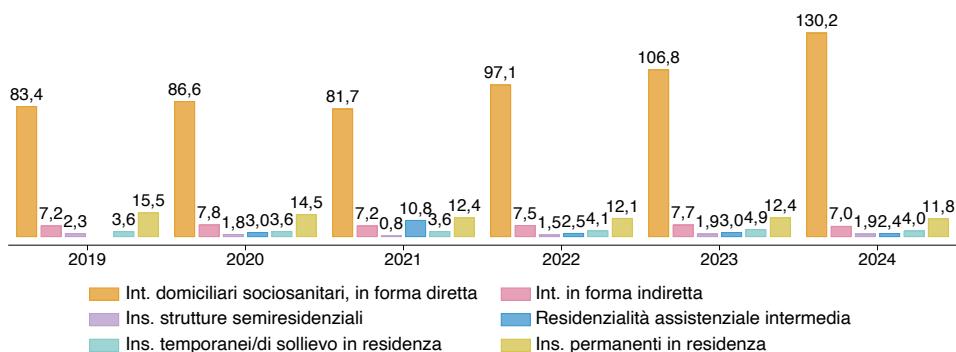
(130,2 per 1.000 anziani) (Figura 1). Diminuiscono invece gli inserimenti permanenti in residenza, mentre contestualmente sono stati attivati circa 2.300 inserimenti in residenzialità intermedia (si considerano solo i setting nelle RSA), modalità di presa in carico assente prima della pandemia.

Tabella 1. Anziani in carico ai servizi territoriali, per tipologia – Anziani in carico in numero assoluto e per 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Toscana, anni 2019, 2023 e 2024 – Fonte: Regione Toscana

Tipologia	2019		2023		2024	
	n	per 1.000	n	per 1.000	n	per 1.000
Interventi domiciliari socio-sanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico	78.632	83,4	102.426	106,8	126.107	130,2
Interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali	6.806	7,2	7.412	7,7	6.756	7
Inserimenti in strutture semi-residenziali	2.123	2,3	1.818	1,9	1.821	1,9
Residenzialità assistenziale intermedia in RSA			2.865	3	2.306	2,4
Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	3.406	3,6	4.654	4,9	3.919	4
Inserimenti permanenti in residenza	14.575	15,5	11.864	12,4	11.394	11,8
Totale	105.542	111,9	131.039	136,6	152.303	157,3

Gli investimenti fatti nell'ambito dell'assistenza territoriale e domiciliare sono evidenti, considerato l'aumento dei volumi osservato a partire dal 2022, terminata la fase più acuta della pandemia da COVID-19. Proprio in quell'anno, infatti, la Toscana ha recepito il decreto ministeriale 77 che ha ridefinito i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, con particolare attenzione all'assistenza domiciliare integrata.

Figura 1. Anziani in carico ai servizi territoriali, per tipologia – Anziani in carico per 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: Regione Toscana

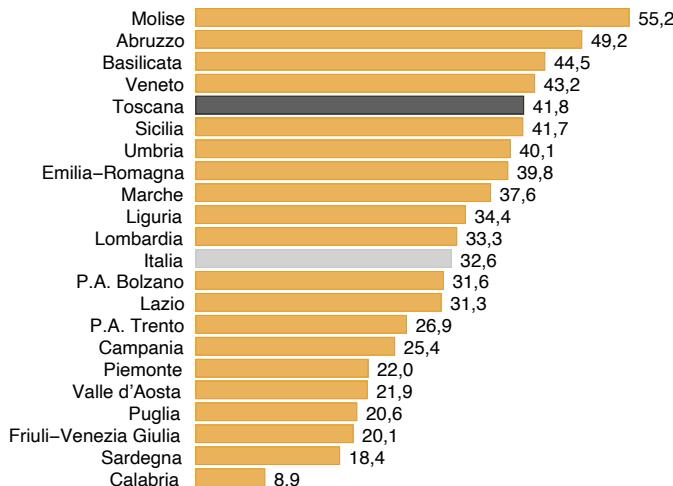


Nella nostra regione a dicembre 2024 risultano attive 345 RSA, per un totale di 16.118 posti letto, di cui 14.851, pari a 15,34 ogni 1.000 anziani toscani, sono quelli destinati alla non autosufficienza (92%). Il 74% delle strutture è di proprietà pubblica. L'indice di copertura dei posti letto per non autosufficienti sui toscani ultra 64enni è pari all'1,5%. L'offerta semiresidenziale (Centri diurni) conta 137 strutture, di cui 100 per non autosufficienti e 26 per anziani con demenza. Il 44% di questi Centri diurni è pubblico. I posti per non autosufficienti sono 1.506 (1,6 per 1.000 anziani), di cui quelli per anziani con demenza 349 (0,4 per 1.000 anziani). A completamento del quadro, l'offerta regionale comprende anche 1.267 posti letto per autosufficienti in RSA (oltre ai 1.177 posti letto presenti nelle 42 residenze sociali assistite – RA) e 11 Centri diurni (306 posti) per anziani autosufficienti. Per fare un tentativo di confronto con le altre regioni d'Italia è necessario ricorrere ai dati ministeriali (flusso SIAD, Sistema informativo dell'assistenza domiciliare e flusso FAR, Flusso dell'assistenza residenziale e semiresidenziale) elaborati nell'ultimo Rapporto Osservasalute, aggiornati al 2022, che rilevano il numero totale di anziani non autosufficienti con almeno un'erogazione in Assistenza domiciliare integrata (ADI) o un inserimento in RSA nell'anno. Rispetto al dato mostrato in precedenza, quello di Osservasalute considera solamente gli anziani non autosufficienti (sottogruppo dell'intera platea che accede ai servizi). Inoltre, nell'assistenza domiciliare sono considerate solamente le prese in carico con almeno 4 accessi al mese, cioè con un Coefficiente di intensità assistenziale (CIA, calcolato dividendo i giorni con almeno un accesso di un operatore al domicilio e il totale dei giorni in cui l'anziano è stato in carico) maggiore di 0,13.

Circa 42 anziani non autosufficienti ogni 1.000 anziani residenti in Toscana nel 2022 hanno avuto almeno un'erogazione di ADI (con almeno 4 accessi mensili di un operatore al domicilio), valore leggermente superiore alla media italiana (Figura 2), pari al 32,6 per 1.000 anziani, e in aumento rispetto al 2019, quando il valore era pari a 30,4 per 1.000. Nello stesso

periodo, invece, la media italiana è rimasta decisamente più stabile (era 29,2 per 1.000 nel 2019). La nostra regione si trova al 5° posto, dopo Molise, Abruzzo, Basilicata e Veneto, nella graduatoria per livello di erogazione in Italia.

Figura 2. Assistenza domiciliare integrata – Anziani (età 65+) non autosufficienti in ADI* ogni 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2022 – Fonte: Rapporto Osservasalute

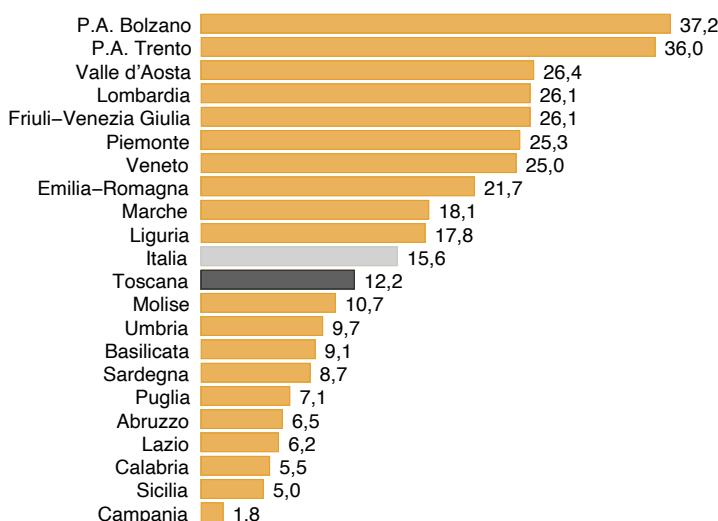


*si considerano solamente le prese in carico con un Coefficiente di intensità assistenziale >0,13 (almeno 4 accessi domiciliari al mese).

Se ci limitassimo ai soli anziani con almeno 75 anni d'età, il valore di assistiti in ADI salirebbe a 63,8 per 1.000 in Toscana e 53,2 per 1.000 in Italia. Come riportato nel capitolo sulla salute degli anziani, infatti, progressivamente la soglia d'età oltre la quale il rischio di non autosufficienza aumenta considerevolmente si sta spostando dai 65 ai 75 anni, grazie alle migliori condizioni di salute, in media, con le quali le persone arrivano al compimento dei 65 anni, come dimostrato dall'aumento della speranza di vita a quell'età.

L'ultimo dato disponibile, a livello nazionale, per gli anziani ospiti di RSA risale invece al 2021, quando in Toscana era inferiore alla media italiana: 12,2 ospiti in RSA ogni 1.000 anziani (stabile rispetto all'anno precedente) a fronte di una media italiana di 15,6 per 1.000, anche quest'ultima stabile rispetto al 2020 (Figura 3). I valori, toscani e italiani, sono abbastanza stabili negli anni, anche se diminuiscono leggermente: nel 2019 erano rispettivamente 13,7 e 17,2 per 1.000. Plausibilmente si tratta dell'effetto delle restrizioni introdotte nell'ambito del contenimento della pandemia da COVID-19, considerato che le RSA purtroppo si sono rivelate essere tra i luoghi a maggior rischio di contagio, per la convivenza tra personale sanitario/socio-sanitario e ospiti, oltre che per le condizioni di salute pregresse di questi ultimi.

Figura 3. Assistenza in RSA – Anziani (età 65+) in RSA ogni 1.000 abitanti d'età 65+ anni – Regioni e Italia, anno 2021 – Fonte: Rapporto Osservasalute



La Toscana si colloca quindi su valori in linea con quelli medi nazionali, leggermente inferiori per quanto riguarda la residenzialità, ma superiori nel caso dell'assistenza domiciliare, coerentemente con l'orientamento regionale che è quello di privilegiare, ove possibile, la possibilità di mantenere l'anziano nel proprio contesto abitativo e familiare. Nell'ambito dell'assistenza alla non autosufficienza, con il Piano regionale 2022-2024 (PRNA), approvato sulla base delle indicazioni programmatiche del Piano nazionale per la non autosufficienza, Regione Toscana si è dotata di uno strumento di programmazione dei servizi da realizzare integrando sistema sociale e sanitario, secondo i bisogni delle persone e delle comunità. Il Piano nazionale ha introdotto dal 2022 i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), identificati nei servizi socio-assistenziali, per promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza. Si tratta dell'assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, dei servizi sociali di sollievo, dei servizi sociali di supporto e dei contributi per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti. Le azioni innovative del PRNA riguardano il rafforzamento degli ambiti territoriali, con una quota del Fondo nazionale per la non autosufficienza destinata al reclutamento di operatori delle professionalità sociali; l'investimento in accessibilità e adattamento domestico, con esperti nelle Unità di valutazione multidimensionali che offrono consulenze con sopralluoghi presso il domicilio delle persone; l'evoluzione del progetto regionale "Pronto Badante" dalla gestione regionale all'attivazione degli interventi da parte delle Zone-distretto e Società della salute.

Interventi e sostegni per l'integrazione delle persone con disabilità

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

In merito all'inserimento scolastico occorre dire che il sistema italiano, fondato sul cosiddetto “modello inclusivo” (inserimento totalitario, o largamente maggioritario, degli alunni con disabilità nel sistema scolastico ordinario), fa sì che il nostro sia il Paese europeo con il più alto livello di inclusione (la quasi totalità degli studenti con disabilità è accolta nelle scuole comuni), con dati ben diversi rispetto a Paesi che adottano “modelli misti” (in cui coesistono un percorso ordinario e uno speciale) o “modelli con distinzione” (studenti con disabilità inseriti esclusivamente in scuole o classi speciali). Nell'anno scolastico 2022/23 (ultimo anno disponibile) risultano complessivamente inseriti all'interno del sistema educativo e scolastico oltre 18mila bambini e ragazzi con disabilità, certificati ai sensi della legge 104/1992, secondo le procedure riviste con il d.lgs. 66/2017 (Tabella 1).

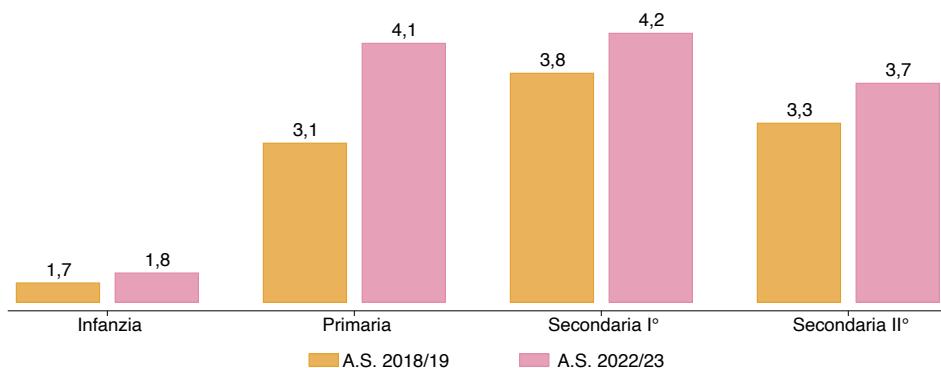
Tabella 1. Alunni con disabilità iscritti al sistema scolastico – Numero assoluto, per 100 alunni iscritti e per posto di sostegno – Toscana, periodo 2017-2023 – Fonte: Ufficio scolastico regionale

Anno scolastico	Alunni totali		Posti di sostegno	Alunni con disabilità	
	N	N		N	Per 100 alunni
2017/18	482.292	10.286,5	14.577	3,0	1,4
2018/19	481.058	11.225	15.589	3,2	1,4
2019/20	475.580	11.994,4	16.380	3,4	1,4
2020/21	471.725	12.528	16.839	3,6	1,3
2021/22	465.711	13.274,5	17.596	3,8	1,3
2022/23	458.519	14.007	18.383	4,0	1,3

All'interno della scuola dell'infanzia la quota di bambini con disabilità sugli iscritti è pari all'1,8%, misura che cresce all'interno dell'obbligo formativo nella scuola primaria (4,1%), secondaria di I grado (4,2%) e secondaria di II grado (3,7%). L'inserimento scolastico di bambini e ragazzi con disabilità è cresciuto nel tempo ed è arrivato a coinvolgere il 4% del totale degli iscritti (era pari al 3,2% nell'anno scolastico 2018-19). La dotazione di posti di sostegno, pur corrispondente alle prescrizioni normative vigenti, appare invece sottostimata rispetto al bisogno presente, anche se va rilevata una maggiore disponibilità in Toscana rispetto

a quanto mediamente rilevato per l'intero Paese: il numero di posti è comunque cresciuto ed arrivato nel 2023 a 14.007. Di particolare interesse è il rapporto tra alunni con disabilità e posti di sostegno, in quanto indice dell'effettiva disponibilità relativa dell'organico di sostegno. Per come è costruito, valori più bassi mostrano una maggiore disponibilità di posti di sostegno per gli alunni con disabilità presenti in un determinato contesto territoriale, e viceversa. La Toscana nel suo complesso mostra un valore pari a 1,3, con lievi oscillazioni a livello provinciale, e il confronto con il dato nazionale evidenzia un valore inferiore, che necessita tuttavia di essere valutato considerando anche i diversi momenti di rilevazione delle informazioni.

Figura 1. Alunni con disabilità iscritti al sistema scolastico, per ordine di istruzione – Valori per 100 alunni iscritti – Toscana, anni scolastici 2018/19 e 2022/23 – Fonte: Regione Toscana



Va quindi evidenziata la prosecuzione dei trend di significativa crescita degli alunni con disabilità, che nell'ultimo quinquennio aumentano di circa 2.800 unità. Tale aumento non è spiegabile con la dinamica della popolazione scolastica regionale, visto che essa si contrae di oltre 20mila studenti. Al momento è dunque possibile solo formulare alcune ipotesi, tra le quali: una maggiore capacità di riconoscimento di alcune patologie anche tra i giovani, un più agevole accesso procedurale alle certificazioni, una maggiore domanda di assistenza da parte delle famiglie, un miglioramento nelle capacità inclusive della scuola (ad esse naturalmente potrebbero aggiungersi ulteriori motivi di natura sanitaria, sociologica o di altro genere).

I dati della rilevazione zonale effettuata dall'Osservatorio sociale regionale sulle persone d'età 0-64 anni con disabilità forniscono informazioni riguardo ad altri interventi afferenti la fase educativa. Gli interventi di sostegno socio-educativo scolastico nell'anno 2022 hanno coinvolto oltre 7.200 alunni e sono in continua crescita nell'ultimo decennio. Il trasporto scolastico, pur con alcune oscillazioni, evidenzia un trend di crescita (la contrazione per gli anni 2020 e 2021 è evidentemente dovuta all'emergenza sanitaria per la pandemia da COVID-19) ed è arrivato a servire più di 900 studenti con disabilità.

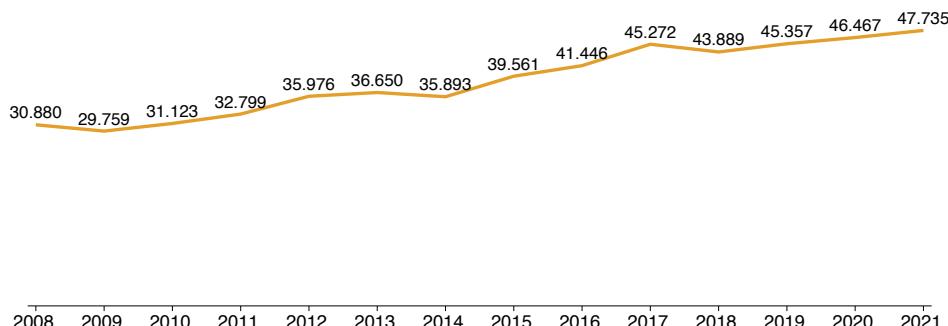
Tabella 2. Persone d'età 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di altri interventi in ambito educativo, per tipologia – Toscana, periodo 2012-2022 – Fonte: Regione Toscana

Anno	Sostegno socio-educativo scolastico	Trasporto scolastico
2012	3.590	663
2013	3.786	720
2014	3.850	794
2015	4.289	776
2016	4.679	878
2017	5.003	751
2018	5.470	814
2019	5.694	812
2020	6.002	789
2021	6.677	786
2022	7.244	920

In relazione all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, la legge 68/99 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” (riformata dalla legge delega 183/2014) ha introdotto il concetto di “collocamento mirato”, definito come “l’insieme degli strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi di lavoro e di relazione”.

La gestione del collocamento mirato è demandata ai Centri per l’impiego (CPI), che gestiscono operativamente l’inserimento lavorativo delle persone con disabilità, il quale avviene tramite assunzione nominativa o avviamento numerico presso i datori di lavoro privati o pubblici soggetti (in prevalenza tra coloro che sono soggetti all’obbligo di assunzione). I dati riferiscono di 47.735 iscritti al collocamento mirato presso i CPI toscani al 31 dicembre 2021. Un dato che è aumentato nel tempo e che rispetto al 2008 ha visto crescere lo stock di quasi 17mila unità (+55%) e che potrebbe essere rapportato, oltre che ad un incremento del bisogno lavorativo, alla crescente efficacia dei percorsi scolastici e/o formativi dedicati alle persone con disabilità, e ad una accresciuta capacità dei Servizi di intercettare l’utenza di riferimento.

Figura 2. Residenti in Toscana iscritti al collocamento mirato (L. 68/99) presso i Centri per l'impiego – Toscana, periodo 2008-2021 – Fonte: Regione Toscana



Dalla rilevazione zonale delle persone con disabilità risulta inoltre che gli interventi di sostegno all'inserimento lavorativo hanno manifestato un trend oscillante nel decennio tra i 2.500 e i 3.200 soggetti coinvolti (Tabella 3), comunque rappresentativo di una percentuale sostanzialmente stabile in rapporto alla popolazione d'età 0-64 anni (valutando ovviamente la contrazione per il 2020 e il 2021 dovuta all'emergenza sanitaria).

Tabella 3. Persone d'età 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di interventi di sostegno all'inserimento lavorativo – Numero assoluto e per 1.000 abitanti d'età 0-64 anni Toscana, periodo 2010-2022 – Fonte: Regione Toscana

Anno	Numero utenti in carico	Per 1.000 abitanti d'età 0-64 anni
2010	2.512	0,90
2011	3.094	1,11
2012	3.193	1,14
2013	2.721	0,96
2014	3.251	1,15
2015	2.905	1,03
2016	3.051	1,09
2017	2.820	1,01
2018	2.851	1,02
2019	3.133	1,13
2020	2.638	0,96
2021	2.618	0,97
2022	2.791	1,03

Interventi e sostegni per l'integrazione delle persone con disabilità

In tema di assistenza, la rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati (Tabella 4), fornisce dati sugli interventi di integrazione sociale (oltre 2.200 utenti nel 2022), sulle attività ricreative, sociali e culturali (attività che hanno subito un forte decremento durante il periodo pandemico) e sul trasporto sociale (servizio utilizzato negli anni da circa 2.800 persone).

Tabella 4. Utenti dei servizi e interventi sociali dei Comuni singoli o associati nell'area di utenza "Disabilità", per tipologia – Toscana, periodo 2011-2022 – Fonte: ISTAT

Anno	Interventi integrazione sociale soggetti deboli o a rischio	Attività ricreative, sociali, culturali	Trasporto sociale
2011	1.366	1.558	3.503
2012	1.609	1.588	3.447
2013	1.272	1.260	3.317
2014	1.098	1.348	2.827
2015	2.137	1.197	2.942
2016	2.618	1.038	2.534
2017	3.254	1.022	2.957
2018	2.459	1.474	2.842
2019	3.824	1.126	2.774
2020	1.216	756	2.778
2021	1.490	882	2.661
2022	2.284	722	2.824

Sempre dalla rilevazione zonale curata dall'Osservatorio sociale regionale sulle persone con disabilità si ottengono una serie di altre informazioni riguardanti i servizi di assistenza: al 31 dicembre 2022 sono 31.578 i soggetti d'età 0-64 anni certificati ai sensi della l.104/92 o l.118/71 con cartella sociale attiva, che hanno ricevuto nell'anno almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale (11,7 ogni 1.000 abitanti d'età 0-64 anni), oltre 2.650 le persone con assistenza domiciliare socio-assistenziale, oltre 6.300 quelle inserite in strutture, di cui 2.879 nelle residenziali e 3.430 in strutture semiresidenziali.

Tabella 5. Persone d'età 0-64 anni con disabilità che hanno usufruito di interventi di assistenza, per tipologia – Toscana, anno 2022 – Fonte: Regione Toscana

Servizi/interventi	Utenti	Per 1.000 abitanti d'età 0-64 anni
In carico al Servizio sociale professionale	31.578	11,7
	Utenti	Per 100 persone con disabilità in carico al Servizio sociale
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	2.659	8,4
Inseriti in strutture residenziali	2.879	9,1
Inseriti in strutture semiresidenziali	3.430	10,9

In attuazione dei principi previsti dalla legge 112/2016 (“Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”), Regione Toscana ha strutturato un modello diffuso e articolato sull'intero territorio regionale promuovendo, attraverso processi di co-programmazione e co-progettazione, un portfolio di interventi finalizzati allo sviluppo delle autonomie e alla residenzialità. In Toscana il progetto “Dopo di noi” non persegue la logica dei modelli standardizzati, ma piuttosto finalità e obiettivi comuni adattabili, attraverso il processo della co-progettazione, ai modelli organizzativi e al tessuto sociale e ambientale di ciascuna Zona-distretto e Società della salute. Le azioni e i servizi promossi dai vari territori riguardano diversi ambiti di intervento, con l'obiettivo di costruire percorsi di graduale consapevolezza delle abilità delle persone con disabilità gravi, di integrazione sociale e di autonomia personale:

- ambito A: dedicato allo sviluppo delle competenze finalizzate all'autonomia e al distacco dal nucleo familiare;
- ambito B: per l'individuazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare o di *co-housing*;
- ambito C: finalizzato a laboratori innovativi, acquisizione di competenze spendibili in ambito occupazionale, deistituzionalizzazione, informazione, accompagnamento e sostegno ai familiari.

In fase di prima attuazione, per consentire uno sviluppo omogeneo sul territorio regionale, le progettazioni hanno visto una programmazione triennale, avviata con la d.g.r. 753 del 2017, per passare poi, con il finanziamento dell'annualità 2019 e con la d.g.r. 623 del 2020, a programmazioni a carattere annuale.

La pandemia da COVID-19 ha notevolmente condizionato lo sviluppo delle attività proprio nelle fasi in cui, dopo la progettazione e la costruzione delle condizioni preliminari al coinvolgimento delle persone e delle famiglie, i servizi dovevano attivare le misure e gli interventi personalizzati, soprattutto in riferimento alla sperimentazione di forme di *co-housing* e di coabitazione. A partire dalla seconda metà del 2021 si sono apprezzati segni di ripresa delle attività a regime completo, sostenute anche dalla continuità che è stato possibile assicurare alle progettualità: dal 2020 i finanziamenti ministeriali della prima fase triennale

sono stati, infatti, reiterati annualmente ed implementati, anche grazie a risorse aggiuntive regionali (d.g.r. 308 del 2020) e al contributo del cofinanziamento previsto dalle disposizioni regionali a carico dei partner e/o dei beneficiari.

Complessivamente le risorse utilizzate dal 2018 ammontano a quasi 34 milioni di euro per lo svolgimento delle attività di parte corrente (Tabella 6), a cui si devono sommare risorse di parte infrastrutturale assegnate, attraverso le prime due delibere di programmazione, per adeguare gli alloggi, pari a 3,45 milioni di euro; le risorse complessive per il “Dopo di noi” in Toscana si attestano dunque a 37.370.497 euro. A queste consistenti risorse vanno poi aggiunte le quote del co-finanziamento, pari a circa 7,8 milioni di euro.

Tabella 6. Consistenza fondi assegnati al progetto Dopo di noi – Fonte: Regione Toscana

D.g.r. e annualità finanziamento	Fondo parte corrente	Fondo Infrastrutturale
753/2017 – fondo triennale	9.000.000	2.250.000
308/2020 – risorse integrative regionali	3.117.099	
623/2020 – fondo annualità 2019	2.230.826	1.208.104
539/2021 – fondo annualità 2020	4.795.340	
515/2022 – fondo annualità 2021	5.327.000	
368/2023 – fondo annualità 2022	4.723.928	
508/2024 – fondo annualità 2023	4.718.200	
Totale	33.912.393	3.458.104

I progetti di vita definiti per i percorsi del “Dopo di noi” sono, al 31 dicembre 2024, 1.316. Di questi, 1.118 (pari all’84,9%) sono strutturati in modo da coinvolgere anche altri interventi e budget oltre a quelli del fondo ex l. 112/2016, concorrendo quindi a concretizzare il principio stesso della norma che prevede una personalizzazione del progetto per la costruzione di una vita quanto più possibile autonoma: le aree di integrazione di tali progetti riguardano prevalentemente le dimensioni socio-sanitarie, sociali e relazionali e di qualificazione del tempo libero, che incidono rispettivamente per il 43%, 39% e 31% dei progetti personalizzati. Si tratta di un approccio integrato che, nell’ottica del budget di progetto, ha consentito di liberare risorse sul fondo dedicato al “Dopo di noi” da indirizzare nell’ambito degli interventi attivati in risposta al bisogno alloggiativo.

Tabella 7. Interventi previsti nei progetti di vita per il Dopo di Noi, per tipologia – Numero di progetti e valore per 100 progetti personalizzati – Toscana, rilevazione al 31 dicembre 2024 – Fonte: Regione Toscana su dati forniti dagli ambiti territoriali

Tipologie di interventi	Numero progetti	Per 100 progetti personalizzati
a. Sociale (sostegni socio-assistenziali diversi da quelli a valere su risorse fondo)	437	39,1
b. Sanitario	89	8,0
c. Socio-sanitario	486	43,5
d. Lavorativo	134	12,0
e. Istruzione e formazione	5	0,4
f. Mobilità	167	14,9
g. Socialità (relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità)	350	31,3
h. Altro	45	4,0

I progetti predisposti nel corso del 2024 hanno visto l'effettivo avvio di interventi e azioni nel 93% dei casi, con il coinvolgimento di 1.228 beneficiari. Il consolidamento delle azioni ha portato ad un progressivo aumento del consumo delle risorse per le azioni di tipo residenziale permanente, o comunque di lungo periodo, riconducibili all'ambito B e in termini di beneficiari registra 199 persone coinvolte, impiegando circa il 70% delle risorse del fondo. Gli alloggi dedicati al “Dopo di noi” sono complessivamente 100, preposti sia all’ospitalità permanente sia ad ambienti di simulazione e/o a palestre, per sperimentare in finestre temporali ristrette la convivenza, per valutare la capacità del singolo e il *matching* tra le diverse persone. A questi si affiancano inoltre 47 ambienti di simulazione in laboratori e altre soluzioni finalizzate ad accrescere le autonomie e a muovere i primi passi verso la possibilità di una soluzione alloggiativa che possa essere vissuta come “casa”.

Tabella 8. Impiego percentuale delle risorse in relazione alle delibere di programmazione, per ambito – Valori percentuali – Toscana, rilevazione al 31 dicembre 2024 – Fonte: Regione Toscana su dati forniti dagli ambiti territoriali

Delibere	Ambito a	Ambito b	Ambito c	Totale
d.g.r. 753/17	38,5	52,5	9,0	100,0
d.g.r. 308/20	34,2	58,4	7,4	100,0
d.g.r. 623/20	20,1	72,2	7,7	100,0
d.g.r. 539/21	23,0	72,7	4,2	100,0
d.g.r. 515/22	20,5	74,6	4,9	100,0
d.g.r. 368/23	21,0	74,0	4,9	100,0
Totale fondo	28,0	65,5	6,5	100,0

Note: le percentuali sono calcolate esclusivamente sulla parte del fondo di parte corrente e non contemplano il cofinanziamento.

Tra gli interventi specifici dedicati alle persone con disabilità attuati nel periodo 2020-2023, si collocano una serie di percorsi che concorrono a delineare il quadro complessivo delle politiche mirate al mantenimento ed allo sviluppo delle potenzialità e alla conquista di autonomia e di vita indipendente. Gli interventi ed i programmi che riguardano le disabilità gravissime, la vita indipendente, il supporto al caregiver familiare hanno rappresentato un insieme di opportunità e risorse finalizzate alla costruzione di percorsi di inclusione e partecipazione nella logica del contrasto alla istituzionalizzazione e della promozione, piuttosto, di percorsi domiciliari e di indipendenza.

Gli interventi per le persone con disabilità gravissima, previsti fin dal 2016 e regolati dal d.m. 26 settembre 2016, hanno registrato nel periodo di riferimento un incremento, anche in ragione del potenziamento dei percorsi assistenziali domiciliari a supporto delle persone con disabilità e delle loro famiglie nel corso della pandemia. Il fondo prevede l'erogazione di un contributo economico, da un minimo di 900 a un massimo di 1.200 euro mensili, finalizzato all'assunzione di un assistente personale o all'acquisto di servizi e prestazioni, ad interventi di assistenza domiciliare diretta, oppure a ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie. In termini di beneficiari si è passati da 1.696 persone con disabilità gravissima beneficiarie di un contributo per l'assistente familiare nel 2020 a 2.642 persone nel 2023.

Tabella 9. Beneficiari e risorse del fondo Disabilità gravissime – Toscana, periodo 2020-2023
– Fonte: Regione Toscana su dati forniti dagli ambiti territoriali

Annualità	Beneficiari	Risorse in euro
2020	1.696	13.565.430
2021	1.849	23.332.764
2022	2.036	19.729.968
2023	2.642	25.590.936

Sempre nell'ambito degli interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime, si colloca il contributo per persone affette da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o malattie dei motoneuroni, per le quali è possibile prevedere un percorso assistenziale domiciliare.

Tabella 10. Beneficiari e risorse del fondo SLA – Toscana, periodo 2020-2023 – Fonte: Regione Toscana su dati forniti dagli ambiti territoriali

Annualità	Beneficiari	Risorse in euro
2020	228	3.516.570
2021	217	2.830.236
2022	206	3.201.532
2023	186	2.045.564

Il contributo è pari a 1.650 euro mensili ed è destinato anch'esso a sostenere la spesa per uno o più assistenti personali, con regolare contratto di lavoro. Tutte le persone che rispondono ai criteri individuati per l'accesso al contributo ricevono questa tipologia di risposta e sostegno. L'andamento oscillante del numero di beneficiari, e quindi di impiego delle risorse, che si rileva nel periodo dal 2020 al 2023, dipende pertanto dalla presenza più o meno incisiva dei casi.

I sostegni alla vita indipendente sono rivolti a persone con disabilità con capacità di esprimere direttamente, o attraverso un amministratore di sostegno, la propria volontà, di maggiore età e in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane, compreso l'esercizio delle responsabilità genitoriali e i percorsi lavorativi o di formazione e istruzione. Il fondo regionale che sostiene tali attività ha registrato, nel corso del periodo 2020-2023, un costante incremento delle risorse, che sono passate da 11,5 a quasi 13 milioni di euro, permettendo in questo modo di azzerare la lista di attesa presente a fine 2019. Dalle 996 persone con disabilità grave che hanno visto attivato un progetto di vita indipendente sostenuto attraverso risorse regionali dedicate del 2020, si è passati alle 1.129 del 2023. L'intervento regionale sul fondo regionale si è concluso al 31 dicembre 2024, quando è migrato su risorse maggiori disponibili attraverso la linea di intervento dei fondi del Fondo sociale europeo (FSE).

Tabella 11. Beneficiari e risorse del fondo regionale Vita indipendente – Toscana, periodo 2020-2023 – Fonte: Regione Toscana su dati forniti dagli ambiti territoriali

Annualità	Beneficiari	Risorse in euro
2020	996	11.500.000
2021	1.068	10.842.931
2022	1.098	12.933.530
2023	1.129	12.933.530

Parallelamente al percorso di “Vita indipendente” finanziato con le risorse regionali, si è sviluppato l'intervento per l'Indipendenza e l'autonomia, denominato IN-AUT, a valere sulle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza destinato alle progettualità di “Vita indipendente”. In attuazione di quanto previsto nel Piano azionale non autosufficienza 2019-2021, l'intervento è stato programmato attraverso la d.g.r. 814 e la d.g.r. 1178 del 2020. Le risorse nazionali messe a disposizione per la “Vita indipendente” all'interno del Piano nazionale hanno carattere di continuità e sostengono bandi annuali gestiti dalle Zone-distretto e Società della salute. I progetti hanno previsto un'integrazione all'assistenza personale con le necessità della persona con disabilità, legate soprattutto ai percorsi di sviluppo delle autonomie in funzione dell'abitare in modo indipendente dalla famiglia di origine (*housing e co-housing*), al trasporto e alla mobilità, anche in relazione al godimento

del tempo libero, nonché all'accesso a percorsi di inclusione sociale e relazionale e all'acquisto di strumentazione domotica. Il contributo può finanziare interventi per un ammontare mensile massimo di 1.800 euro, per il sostegno delle spese per l'assistente personale, spese di vitto, alloggio, affitto e utenze per *housing* o *co-housing*, spese di trasporto, laddove necessario, alla realizzazione delle attività connesse al progetto stesso. Il consolidamento di queste progettualità si rileva anche dalla platea delle persone coinvolte che vede il dato iniziale dell'anno 2020 attestato su 264 persone, fino al dato riferito al 2023 che contempla 327 persone, passando per le 403 persone dell'anno 2022 che ha coinciso con una dotazione più consistente del fondo legata all'incremento nazionale dei fondi per il sostegno alla domiciliarità nel periodo pandemico.

Tabella 12. Beneficiari e risorse del fondo IN-AUT – Toscana, periodo 2020-2023 – Fonte: Regione Toscana su dati forniti dagli ambiti territoriali

Annualità	Beneficiari	Risorse in euro
2020	264	3.325.400
2021	312	3.325.400
2022	403	4.126.700
2023	327	2.800.000

Il fondo dedicato al caregiver familiare sostiene il ruolo e l'impegno di queste persone nei confronti dei propri familiari e contribuisce a favorire l'integrazione dell'attività di cura non professionale nel sistema territoriale di interventi e servizi sociosanitari. Attraverso la d.g.r 212 del 2021, la d.g.r. 717 del 2022, la d.g.r. 78 del 2023 e la d.g.r. 126 del 2024 sono state erogate alle Zone-distretto e Società della salute le risorse destinate a contributi mensili pari a 400 euro per riconoscere l'impegno e le attività di caregiver di persone con disabilità gravissime o non autosufficienza, prese in carico dai servizi. Nel triennio 2021-2023 l'erogazione del fondo ha registrato una flessione: dagli oltre 4,7 milioni di euro del fondo 2018-2020, erogato a fine 2020, si è passati a 1,7 milioni di euro dell'annualità 2022. Di contro sono aumentate le persone interessate, segno anche dell'attività di sensibilizzazione intorno al ruolo del caregiver che i servizi sono riusciti a promuovere: sono stati 758 i beneficiari dell'annualità 2020 e 883 quelli relativi all'annualità 2023. Nel 2021 la Regione Toscana ha affiancato il sostegno economico ai caregiver con un servizio di orientamento e supporto psicologico telefonico attivato tramite il Centro di ascolto regionale. Nel biennio 2022-2023 sono state aperte 399 pratiche. Il numero di caregiver che hanno usufruito di supporto psicologico è pari a 160, per un totale di 369 colloqui, pari al 40% delle pratiche aperte nel biennio. Dei 160 casi di persone che hanno utilizzato il servizio di supporto psicologico, 131, ovvero l'82%, hanno ricevuto anche un orientamento rispetto ai servizi territoriali, quali Servizi sociali, Punti insieme e Sportello spi_na.

Tabella 13. Beneficiari e risorse del fondo CAREGIVER – Toscana, periodo 2020-2023 – Fonte: Regione Toscana su dati forniti dagli ambiti territoriali

Annualità	Beneficiari	Risorse in euro
2021 (*)	578	4.782.026
2022	753	1.596.105
2023	883	1.744.468

*Fondo 2018-2020.

Emergenza-urgenza

Il sistema di Emergenza-urgenza rappresenta uno dei cardini dell'assistenza sanitaria pubblica, un ambito mediante il quale si misura la capacità di risposta del Servizio sanitario ai bisogni acuti e non differibili della popolazione. In Toscana, tale sistema si articola in una rete integrata di Centrali operative 118, Pronto soccorso e percorsi assistenziali dedicati, che ha dimostrato negli ultimi anni una notevole resilienza e capacità di adattamento, soprattutto in risposta agli shock determinati dalla pandemia. In questo paragrafo si analizza l'evoluzione recente del sistema regionale di emergenza-urgenza, soffermandosi su tre ambiti principali: la dimensione territoriale e operativa del 118, il funzionamento dei Pronto soccorso, e i principali indicatori di accesso.

In Toscana, il sistema dell'emergenza-urgenza territoriale è organizzato in sei Centrali operative 118, distribuite in modo omogeneo tra le tre Aziende USL, con due centrali ciascuna. Le aree coperte sono: Firenze-Prato, Pistoia-Empoli, Alta Toscana (Viareggio-Massa-Lucca), Livorno-Pisa, Siena-Grosseto e Arezzo. Dal 2021 è attivo anche il Numero unico europeo per le emergenze (NUE 112), che consente ai cittadini di accedere con una sola chiamata ai principali servizi di soccorso: Polizia, Carabinieri, Vigili del fuoco e il soccorso sanitario. Il NUE 112 rappresenta un importante strumento di coordinamento, in grado di filtrare e indirizzare rapidamente le richieste verso l'intervento più appropriato, migliorando l'efficienza complessiva del sistema.

Come nel resto del Paese, anche in Toscana l'emergenza pandemica ha avuto un impatto significativo sul funzionamento delle Centrali operative e dei Pronto soccorso, influenzando sia l'organizzazione quotidiana che le prestazioni complessive del servizio.

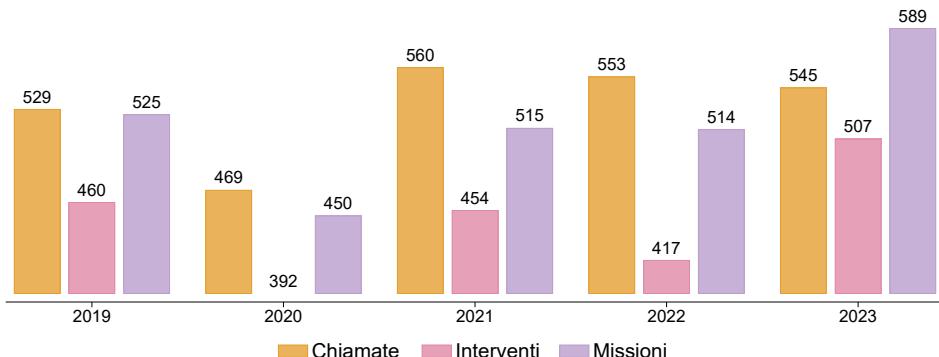
L'analisi dell'attività delle Centrali operative 118 in Toscana nel quinquennio 2019-2023, ultimo anno attualmente disponibile, mostra una progressiva ripresa e successivo consolidamento del sistema, dopo la brusca contrazione registrata nel 2020 a causa della pandemia. I principali indicatori (chiamate, interventi e missioni) tornano a crescere, in alcuni casi superando nettamente i livelli pre-COVID-19. Nel 2023 le chiamate per soccorso sono state 545.395, in lieve calo rispetto al 2021, ma superiori del 3,1% rispetto al 2019 (529.226). Il dato indica una stabilizzazione della domanda, con volumi complessivi ancora elevati, ma ormai lontani dalle anomalie pandemiche.

Più marcata è la dinamica delle missioni: nel 2023 sono salite a 588.812, segnando un aumento del 12,2% rispetto al 2019 (524.617), e rappresentano il valore più alto del periodo osservato. La crescita è particolarmente significativa se si considera il crollo del 2020 (449.929) e la sostanziale ripresa e stabilità dei due anni successivi.

Anche il numero di interventi effettuati ha mostrato un'accelerazione importante, raggiungendo nel 2023 quota 507.454, in aumento del 10,2% rispetto al 2019 (460.429). Questo è anche il valore più alto registrato ad oggi, a conferma di un incremento dell'operatività del sistema.

Nel 2023, si osserva un miglioramento del rapporto tra interventi e chiamate rispetto al 2019 (87% vs 93%), segno di una maggiore appropriatezza nella gestione della domanda. Contestualmente, il numero di missioni per intervento si mantiene su livelli leggermente superiori al 2019 (1,1% vs 1,2%), a conferma di un'organizzazione che tende a garantire una risposta più strutturata e articolata.

Figura 1. Chiamate per soccorso, interventi e missioni – Valori in migliaia – Toscana, periodo 2019-2023 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Emergenza-urgenza 118



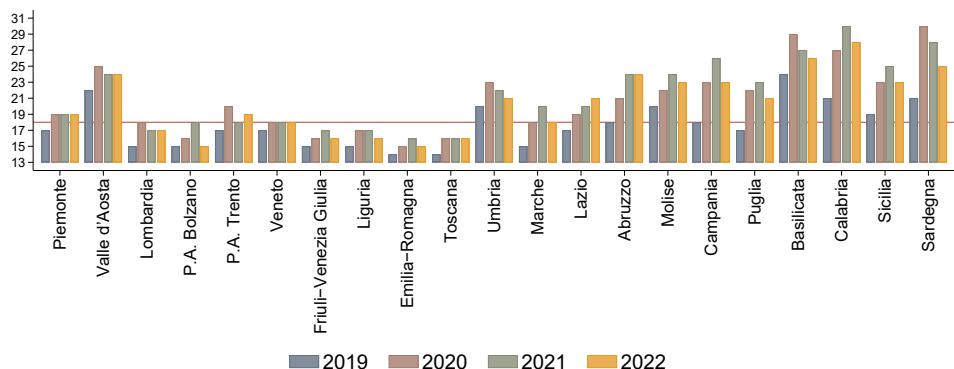
Uno degli indicatori principali utilizzati per valutare la tempestività del sistema di emergenza territoriale è l'intervallo allarme-target: misura il tempo (in minuti) che intercorre tra la ricezione della chiamata al 118 e l'arrivo sul luogo dell'evento del primo mezzo di soccorso, per i soli codici rossi. L'indicatore, incluso tra quelli Core del Nuovo sistema di garanzia (NSG) dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) fornito dal Ministero della salute, viene monitorato utilizzando il 75° percentile della distribuzione dei tempi registrati in regione (minuti entro i quali avviene il 75% degli interventi erogati). A livello nazionale ha come soglia di riferimento i 18 minuti.

Nel 2022, la Toscana conferma una performance tra le migliori a livello nazionale, con un valore pari a 16 minuti (il 75% degli interventi, quindi, avviene entro 16 minuti dalla ricezione della chiamata), in linea con l'anno precedente e superiore di soli 2 minuti rispetto al 2019. Si tratta di un risultato che segnala la tenuta complessiva del sistema regionale, nonostante le difficoltà residue legate alla pandemia da COVID-19, come l'adozione ancora parziale di alcune procedure straordinarie, ad esempio la sanificazione dei mezzi o l'uso prolungato dei dispositivi di protezione, che hanno continuato a incidere, seppur in misura minore, sull'operatività dei servizi nel 2022. Con i dati del flusso regionale, ARS è in grado di calcolare l'indicatore anche per l'anno 2023, stimando il valore di 15 minuti, in ulteriore calo quindi, anche se ancora superiore di 1 minuto rispetto al 2019.

Nel panorama nazionale, solo sei regioni nel 2022 sono riuscite a rispettare il valore soglia: oltre alla Toscana, si posizionano entro la soglia auspicata dal Ministero, l'Emilia-Romagna (15 minuti), la Liguria e il Friuli-Venezia Giulia (entrambi 16), la Lombardia (17) e il Veneto (18). Si tratta in prevalenza di aree con una rete del 118 capillare e ben integrata con il sistema ospedaliero.

Il confronto tra il 2022 e il 2019 mostra come poco meno della metà delle regioni italiane (9 su 21) si siano verificati aumenti superiori a 2 minuti. In alcuni casi si registrano incrementi significativi, fino a 6-7 minuti, segno di una persistente difficoltà nel recuperare pienamente i livelli di tempestività pre COVID-19, nonostante il graduale superamento dell'emergenza. Tuttavia, non mancano segnali di recupero e consolidamento: Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Liguria mostrano nel 2022 un parziale recupero, con tempi di intervento che si avvicinano ai livelli del 2019, pur restando leggermente superiori. Solo la Provincia autonoma di Bolzano torna pienamente ai valori pre pandemici, confermandosi tra le realtà con le migliori performance a livello nazionale.

Figura 2. Intervallo allarme-target - Tempo in minuti tra la ricezione della chiamata al 118 e l'arrivo sul luogo dell'evento del primo mezzo di soccorso, per i soli codici rossi – Regioni, periodo 2019-2022 - Fonte: Ministero della salute



*la linea rossa individua la soglia LEA di 18 minuti

Negli ultimi anni Regione Toscana ha continuato a investire in un'evoluzione profonda del sistema dell'emergenza-urgenza, con l'obiettivo di garantire un'assistenza sempre più tempestiva, appropriata e centrata sui bisogni dei pazienti. Già con l'introduzione del nuovo modello di Pronto soccorso, delineato con la d.g.r. n. 806/2017 "Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto soccorso. Linee di indirizzo" e attuato progressivamente a partire dal 2018, fino alla sua piena implementazione nel 2020, la Toscana aveva anticipato molte delle indicazioni poi recepite nelle Linee guida nazionali approvate in Conferenza Stato-Regioni nel 2019 ("Linee di indirizzo sul triage intraospedaliero", "Osservazione breve intensiva", "Gestione del sovrappopolamento"). Questo modello ha rappresentato un cambiamento significativo, introducendo una classificazione numerica dei codici di priorità e differenziando i percorsi assistenziali in base alla complessità clinico-assistenziale, al rischio evolutivo e al fabbisogno di risorse. Il Pronto soccorso si è così trasformato in un sistema adattivo, capace di rispondere in modo flessibile alla variabilità dei flussi in ingresso, grazie alle indicazioni operative contenute nei Piani aziendali per la gestione del sovrappopolamento previsti dalla dgr n. 974/2017 e all'attivazione di percorsi specifici come il *See and Treat* e

il *Fast Track*. Entrambi i percorsi mirano a semplificare la gestione dei casi meno gravi e a liberare risorse per i pazienti con bisogni più urgenti o complessi. Il *See and Treat* prevede che un professionista valuti e tratti il paziente in un'unica fase, evitando passaggi superflui. Il *Fast Track* indirizza rapidamente il paziente, già nella fase di triage, verso ambulatori specialistici dedicati, evitando la permanenza prolungata in area di emergenza.

L'emergenza pandemica da COVID-19 ha bruscamente interrotto il trend di crescita degli accessi, evidenziando la fragilità del sistema di fronte a situazioni straordinarie e rafforzando la necessità di modelli organizzativi resilienti. In questa prospettiva si inserisce la recente dgr n. 532/2023 “Indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali della Regione Toscana”, che consolida le strategie già in atto e introduce misure volte a potenziare la risposta del sistema, promuovendo una maggiore integrazione tra ospedali e territorio, una presa in carico più precoce dei pazienti e una migliore fluidità dei percorsi. La delibera prevede inoltre un articolato sistema di monitoraggio aziendale, basato su indicatori specifici (accessi, tempi di attesa, boarding, dimissioni, tempi di consulenza, uso dell'osservazione breve intensiva, ecc.), con l'obiettivo di migliorare le performance complessive del sistema e garantire una risposta più efficiente e appropriata alle esigenze della popolazione.

A distanza di cinque anni, i dati confermano come il sistema di emergenza-urgenza in Toscana abbia effettivamente seguito un'evoluzione coerente con questi obiettivi. Tra il 2019 e il 2024, infatti, si osservano segnali di maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse e di razionalizzazione dei percorsi. Un indicatore centrale è la percentuale di accessi al Pronto soccorso che si concludono con un ricovero: dal 13,4% del 2019 si è passati al 12,5% del 2024, con una riduzione complessiva del 6,5%. Questo calo, se da un lato può riflettere una migliore selezione dei casi e un utilizzo più mirato dei percorsi assistenziali, dall'altro richiede attenzione per escludere il rischio di una sottovalutazione dei bisogni clinici nei pazienti meno gravi. Parallelamente, l'utilizzo dell'Osservazione breve intensiva (OBI), calcolato sul totale degli accessi in Pronto soccorso, è leggermente diminuito, passando dal 5,9% nel 2019 al 4,9% nel 2024. L'OBI è una modalità dedicata a pazienti che, pur non presentando condizioni critiche immediate, necessitano di un monitoraggio clinico intensivo e temporaneo per chiarire la diagnosi, stabilizzare le condizioni o decidere l'eventuale ricovero. La permanenza in OBI è limitata (entro le 24-36 ore) e consente di evitare ricoveri impropri o dimissioni premature, ottimizzando l'uso delle risorse ospedaliere e migliorando la qualità della presa in carico. All'interno di questa modalità, la percentuale di pazienti dimessi a domicilio dopo OBI è scesa dal 66,2% al 63,6%, mentre è aumentata la quota di pazienti che, dopo OBI, hanno richiesto un ricovero, passando dal 29,6% al 33,4%. Questo andamento suggerisce che l'OBI è sempre più utilizzata per gestire pazienti con problematiche più complesse o a rischio, confermato anche dal picco del 39,4% di ricoveri post-OBI nel 2020, durante la fase acuta della pandemia.

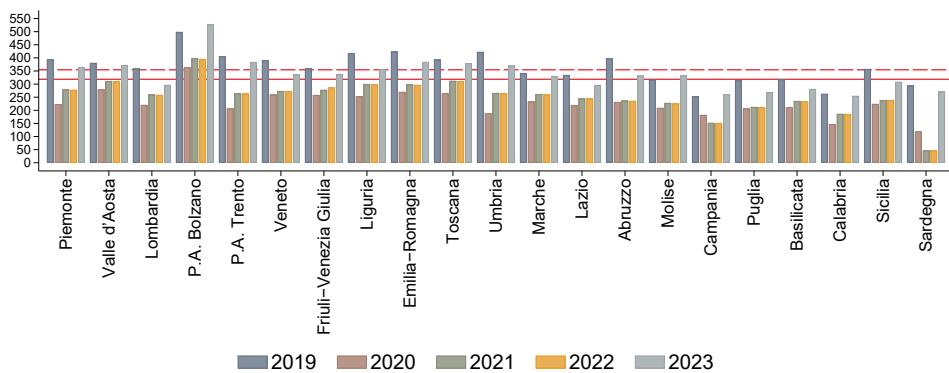
Un altro aspetto da considerare riguarda il fenomeno degli abbandoni, cioè i pazienti che lasciano il Pronto soccorso prima di essere presi in carico. Dopo un calo nel biennio pandemico,

il tasso di abbandono è cresciuto progressivamente, passando dal 3,2% del 2019 al 3,9% del 2024. Questo trend, che richiede particolare attenzione, può essere legato a fattori quali l'attesa percepita, la comunicazione col paziente o la gestione dell'accoglienza, e suggerisce l'opportunità di rafforzare i meccanismi di orientamento e valutazione precoce già nella fase di triage.

Il 2019 ha rappresentato per l'Italia l'anno di massimo carico per il sistema dell'emergenza-urgenza, con oltre 21 milioni di accessi e un tasso nazionale di 354,5 accessi ogni 1.000 abitanti (fonte: reportistica del Nuovo sistema informativo sanitario - NSIS). La Toscana si collocava al di sopra di questa media, con un valore di 392,9 accessi ogni 1.000 abitanti.

Nel 2023, con un tasso di 379 accessi ogni 1.000 abitanti, la Toscana si conferma tra le regioni con i valori più elevati, registrando una riduzione minima rispetto al 2019 (-3,7%), nettamente più contenuta rispetto alla media nazionale (-11,3%). Alcune regioni, come la Campania, il Molise e la Provincia autonoma di Bolzano, mostrano addirittura un incremento degli accessi rispetto al periodo pre-pandemico, mentre altre evidenziano cali marcati, come Lombardia, Abruzzo e Puglia.

Figura 3. Accessi in Pronto soccorso - Tasso di accesso standardizzato per età per 1.000 abitanti - Regioni e Italia, periodo 2019 -2023 - Fonte: Ministero della salute e NSIS



*la linea rossa individua il valore italiano 2023, la linea rossa tratteggiata il valore italiano 2019

In conclusione, negli ultimi anni, la Toscana ha rafforzato il proprio sistema di emergenza-urgenza, mostrando capacità di recupero post-pandemia, maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse e buone performance, soprattutto in termini di tempestività degli interventi. Le scelte organizzative adottate, orientate all'integrazione tra ospedale e territorio e al monitoraggio continuo, hanno contribuito a una gestione più efficiente e strutturata del sistema, pur evidenziando aree, come il tasso di abbandono, che richiedono ulteriori azioni di miglioramento.

Ricovero ospedaliero

Già dagli anni precedenti alla pandemia, l'assistenza ospedaliera è stata oggetto di interventi di riorganizzazione basati su indicazioni nazionali (in particolare il decreto ministeriale n. 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”), e regionali, al fine di aumentare l'efficienza, l'appropriatezza e la sicurezza delle cure.

Il d.m. 70 ha formalizzato standard quantitativi di qualità ed efficienza da raggiungere mediante la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera. Nello stesso anno la Toscana ha modificato radicalmente il proprio assetto organizzativo, avviando un percorso che ha portato all'accorpamento da 12 a 3 Aziende unità sanitarie locali – AUSL (l.r. n. 84 del 28 dicembre 2015 “Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. n. 40/2005”). Questa riforma ha favorito le dinamiche di rete e l'accessibilità alle competenze specialistiche e ha permesso di avviare processi di riorganizzazione e miglioramento estesi all'intera rete assistenziale. Anche il d.p.c.m. del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”, intervenendo su diversi ambiti dell'assistenza ospedaliera, e, successivamente, il “Nuovo sistema di garanzia nazionale dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza – LEA” (d.p.c.m. del 19 marzo 2019), la cui entrata in vigore è stata prevista per l'anno di valutazione 2020, hanno modificato il precedente sistema di monitoraggio e valutazione dei LEA.

In risposta all'evento pandemico COVID-19 si è resa necessaria una profonda revisione dei modelli di governance e di assistenza ospedaliera. Il 2020 è stato caratterizzato dall'effetto di norme nazionali e regionali, come le Linee di indirizzo del Ministero della salute del 16 marzo 2020 e successive circolari, volte a limitare il rischio di contagio, che hanno rinviato attività chirurgiche programmate e ambulatoriali, riorganizzato le strutture di assistenza e riallocato il personale. Le riforme citate hanno avviato un processo di deospedalizzazione in tutto il Paese, determinando la riduzione del numero dei ricoveri e delle giornate di degenza.

In Toscana si assiste ad un trend in calo già a partire dal 2002, con una riduzione del 25% dei ricoveri e del 30% delle giornate di degenza fino al 2019. La pandemia, come noto, ha poi drasticamente ridotto l'ospedalizzazione. Nel 2020 i ricoveri si riducono del 18% rispetto all'anno precedente, da 551.098 a 449.117, le giornate di degenza del 13%. Nel 2021 l'attività di ricovero segna una prima, modesta ripresa, con 479.554 ricoveri (+6,8% ricoveri e +6,1% giornate di degenza rispetto al 2020), senza però riportare l'attività ai livelli precedenti (ancora -13% di ricoveri e -7,8% di giornate di degenza rispetto al 2019). La risalita è continuata negli anni seguenti, ma ancora nel 2024 il numero dei ricoveri, sia di quelli ordinari che di quelli diurni (Day hospital – DH e Day surgery – DS) non è tornato a livelli pre pandemici, continuando di fatto una tendenza di deospedalizzazione (Tabella 1). Nel 2024, la differenza di ricoveri totali rispetto al 2019 è ancora del 7,6% (-7% delle giornate di degenza), i ricoveri ordinari sono inferiori dell'8%, mentre i ricoveri diurni sono -6,1%.

Tabella 1. Ricoveri ospedalieri, per tipologia – Numeri assoluti – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera

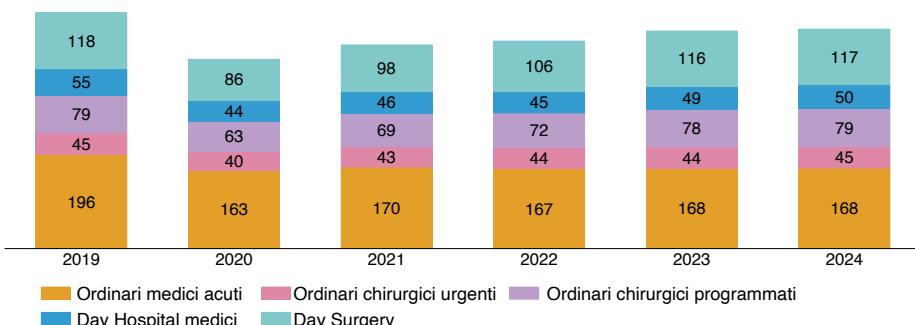
Anno	Ricoveri ordinari	Day hospital	Ricoveri totali	Giornate di degenza
2019	425.068	126.030	551.098	3.214.298
2020	353.984	95.133	449.117	2.793.381
2021	373.811	105.743	479.554	2.964.695
2022	378.373	107.765	486.138	2.940.902
2023	388.496	117.659	506.155	2.999.190
2024	390.920	118.384	509.304	2.989.085

Mentre i ricoveri chirurgici sono tornati ai livelli di volume precedenti la pandemia già nel 2023, i ricoveri medici, sia ordinari che Day hospital, si sono attestati su livelli inferiori al 2019 (-14,3% per i ricoveri medici ordinari; -8,9% per i Day hospital) (Tabella 2 e Figura 1).

Tabella 2. Ricoveri ospedalieri, per tipologia – Numeri assoluti – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera

Anno	Ordinari, reparto per acuti, area medica	Ordinari, reparto per acuti, area chirurgica			Day hospital Area medica	Day Surgery*
		Urgenti	Programmati	Totali		
2019	196.099	45.079	79.421	124.500	54.574	118.095
2020	162.883	40.102	62.962	103.064	43.740	85.901
2021	169.677	43.293	68.994	112.287	46.129	97.726
2022	167.193	44.040	72.270	116.310	45.078	106.091
2023	168.466	44.222	78.266	122.488	48.668	115.821
2024	168.112	44.730	78.907	123.637	49.744	117.314

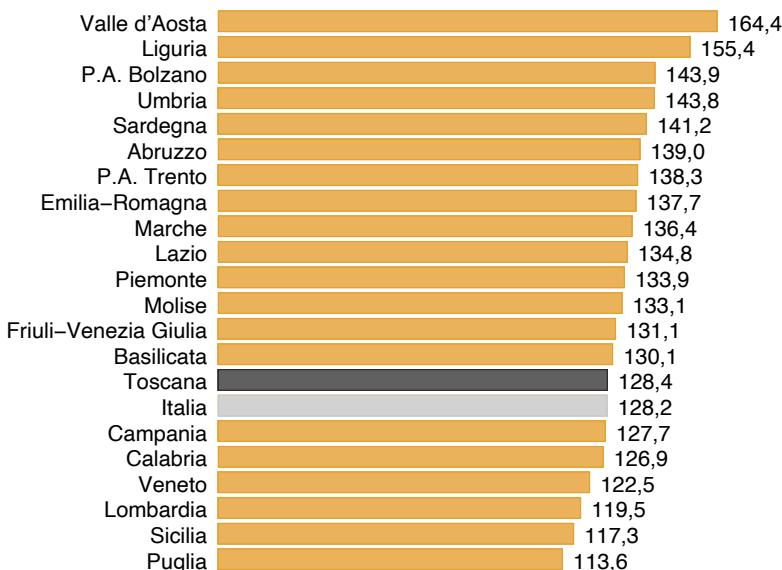
*Ricoveri ordinari con degenza <2gg, reparto per acuti, area chirurgica, dimessi vivi + Day hospital, area chirurgica

Figura 1. Ricoveri ospedalieri, per tipologia – Valori in migliaia – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera

Ricovero ospedaliero

La Toscana ha già da tempo raggiunto gli obiettivi di ospedalizzazione definiti dalla normativa nazionale: tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e genere (standard fissato a 160 ricoveri ogni 1.000 residenti). Il tasso richiesto dalla normativa era già raggiunto nel 2012, con 149 ricoveri per 1.000 residenti (fonte Ministero della salute, Rapporto SDO) e successivamente ha continuato a ridursi negli anni, fino a raggiungere nel 2023 il valore 128,4 per 1.000 abitanti, molto vicino a quello medio nazionale (128,2 per 1.000 abitanti) (figura 2).

Figura 2. Ricoveri ospedalieri – Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2023 – Fonte: Ministero della salute, Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2025



La durata media della degenza (DM), dopo il trend di contrazione iniziato dagli anni novanta, ha trovato una stabilità a 6,7 giorni nel quinquennio 2012-2016, per poi risalire ed oscillare tra 6,8 e 6,9 nel triennio successivo, raggiungendo i 7,1 giorni nel biennio pandemico, segno di una complessità maggiore della casistica assistita, dovuta in parte alla presenza dei casi COVID-19 e in parte all'aver dato precedenza ai ricoveri urgenti e a quelli non differibili (il rinvio dei ricoveri differibili, mediamente più brevi, ha contribuito ad alzare la degenza media dei ricoveri effettuati). Nel 2023 e nel 2024 la degenza media è tornata ai livelli precedenti (rispettivamente 6,9 e 6,8 giorni).

I valori della degenza media a livello italiano, dal 2009 al 2023 (ultimo valore pubblicato nel rapporto SDO del Ministero della salute, edizione 2025) sono sempre stati più alti (7,1 giorni nel 2023) di quelli della nostra regione (valore standardizzato per età e genere: 6,4 giorni).

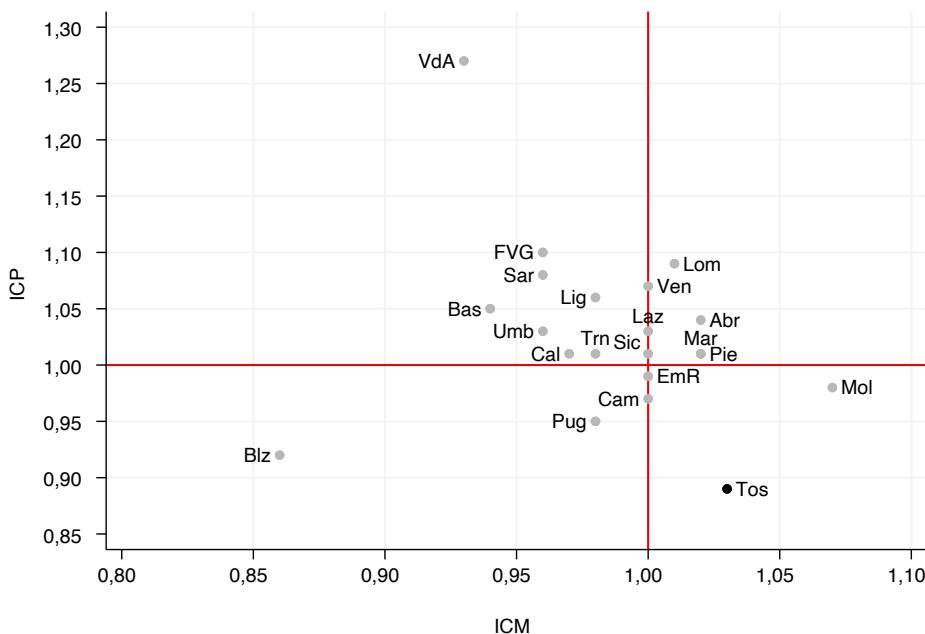
Gran parte della riduzione della DM è da ascrivere ai ricoveri chirurgici, nella fase che precede l'intervento (degenza media preoperatoria – DMP): il contributo della DMP alla riduzione della degenza totale è molto più marcato in Toscana rispetto all'Italia nel suo insieme, si scende a 1,4 giorni nel 2009 e si continua fino a valori inferiori a 1,3 anche nel 2020 e negli anni seguenti.

Dal 2012 il Ministero della salute pubblica annualmente, nel Rapporto SDO, un diagramma che mette in relazione tra loro due indicatori sintetici di performance calcolati da informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera, impiegati per la descrizione dell'attività ospedaliera: l'indice di case mix (ICM) e l'indice comparative performance (ICP) (Figura 3). L'ICM confronta l'attività di ricovero di una data unità produttiva (in questo caso: Regioni e Province autonome) con un indice costituito dalla degenza media DRG specifica di un insieme di riferimento (l'Italia nel suo insieme). Se l'ICM è maggiore di 1, la casistica erogata dall'unità produttiva è composta da casi più complessi dello standard di riferimento. L'ICP invece confronta l'attività di un'unità produttiva (sempre Regioni e Province autonome) per una popolazione tipo di ricoverati, cioè per la composizione in DRG rilevata nell'insieme di riferimento (Italia). In pratica, se l'ICP è minore di 1, vuol dire che l'unità produttiva è più efficiente del riferimento, perché per una popolazione di ricoverati simile presenta ricoveri di durata inferiore.

Il diagramma mostra che nel 2023 la maggior parte delle Regioni si colloca in un'area intorno al valore "1", con due eccezioni, una delle quali riguarda proprio la nostra regione, che ricovera mediamente casi di maggiore complessità rispetto al resto d'Italia (+3% nell'Indice di case mix: ICM 1,03), con tempi di degenza più brevi (-11%; Indice comparativo di performance 0,89). Questo dato è sostanzialmente allineato con quanto pubblicato nei rapporti ministeriali degli anni precedenti. L'altra eccezione riguarda invece la P.A. di Bolzano, che tratta in ospedale una casistica di minore complessità media rispetto alle altre Regioni.

Il network ospedaliero della Regione Toscana si posiziona quindi stabilmente ai maggiori livelli di efficienza nazionali, per complessità della casistica (la più alta del Paese, in termine di case mix) e durata della degenza (la più bassa del Paese). Inoltre, il trend di riduzione del ricorso alle cure ospedaliere, già avviato nel primo decennio del secolo, sta continuando anche dopo gli anni della pandemia COVID-19.

Figura 3. Indice di case mix (ICM) e Indice comparative performance (ICP) – Regioni, anno 2023 – Fonte: Ministero della salute, Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2023



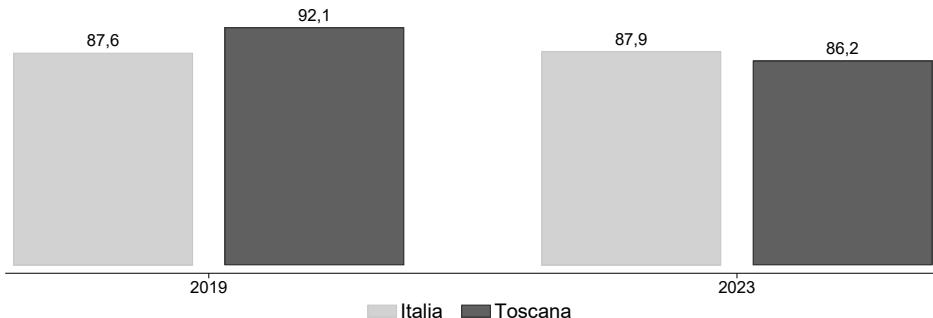
Qualità percepita dell'assistenza ospedaliera

La valutazione della soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari fa parte delle misure soggettive che consentono di stimare quanto il Sistema sanitario nazionale e regionale risponda effettivamente alle esigenze e alle aspettative della popolazione, informazioni che non emergono dai soli dati clinici o amministrativi. Valutare e monitorare la soddisfazione consente, quindi, di individuare con maggiore precisione le scelte, sostenendo politiche sanitarie più efficaci e orientate alle esigenze dei cittadini.

I dati riportati in questo capitolo sono rilevati da ISTAT con l'indagine campionaria "Aspetti della vita quotidiana", che dal 1993 raccoglie informazioni sulle abitudini dei cittadini, i problemi che essi affrontano ogni giorno e la soddisfazione sul funzionamento di alcuni servizi di pubblica utilità. In particolare sono riportati i dati sulla percezione di alcuni aspetti conseguenti all'utilizzo dei servizi sanitari toscani e italiani.

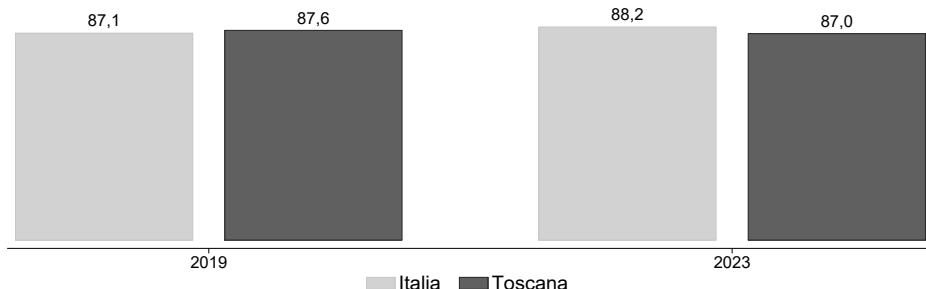
Nel 2023, l'86,2% dei cittadini toscani si dichiara molto o abbastanza soddisfatto dell'assistenza medica ricevuta. Sebbene si tratti di una percentuale ancora elevata, è leggermente inferiore alla media nazionale e mostra un calo rispetto al dato registrato nel 2019 (Figura 1). Questo livello di soddisfazione, comunque ancora elevato, acquista particolare valore se si considerano le difficoltà affrontate negli ultimi anni, tra cui l'emergenza pandemica e la carenza di personale medico. Nello stesso periodo, la soddisfazione per l'assistenza infermieristica, al contrario, si mantiene stabile, suggerendo che questa figura professionale del Sistema sanitario è in grado di garantire continuità e qualità nella relazione con i pazienti (Figura 2).

Figura 1. Soddisfazione per l'assistenza medica ricevuta – Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, anni 2019 e 2023 - Fonte: ISTAT



Qualità percepita dell'assistenza ospedaliera

Figura 2. Soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta – Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, anni 2019 e 2023 – Fonte: ISTAT



Le Figure 3 e 4 mostrano la soddisfazione dei pazienti per gli aspetti alberghieri dei ricoveri ospedalieri, che risulta complessivamente positiva, sia a livello nazionale che in Toscana. In particolare, i giudizi sui servizi igienici mostrano un netto miglioramento tra il 2019 e il 2023, con valori superiori alla media nazionale. Meno positivo è il giudizio sul vitto ospedaliero: pur considerato soddisfacente da circa il 60% dei toscani nel 2023, questo dato risulta in calo rispetto al 2019 e resta al di sotto della media nazionale.

Figura 3. Soddisfazione per il vitto durante il ricovero – Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, anni 2019 e 2023 – Fonte: ISTAT

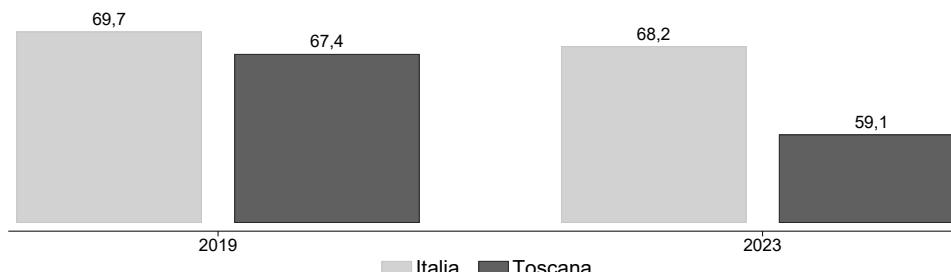
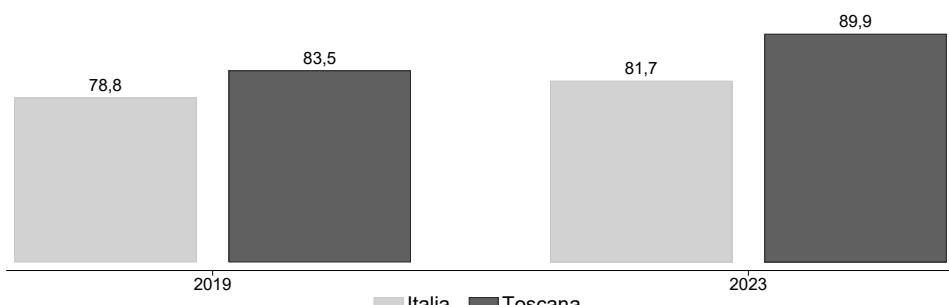


Figura 4. Soddisfazione per i servizi igienici durante il ricovero – Pazienti che si dichiarano abbastanza o molto soddisfatti per 100 pazienti - Toscana e Italia, anni 2019 e 2023 – Fonte: ISTAT



I dati del 2023 mostrano che il sistema sanitario toscano, nonostante le difficoltà degli ultimi anni, riesce a mantenere un alto livello di soddisfazione tra i cittadini. La continuità nell'assistenza infermieristica si conferma un punto di forza, garantendo una relazione stabile e attenta ai pazienti. La soddisfazione per l'assistenza medica rimane alta, ma evidenzia margini di miglioramento. Anche gli aspetti alberghieri mostrano progressi nei servizi igienici, mentre il vitto ospedaliero rimane un'area da perfezionare per aumentare la soddisfazione complessiva. In un periodo caratterizzato da forti pressioni e trasformazioni, questi dati testimoniano la tenuta complessiva del Sistema sanitario regionale, ma anche aree in cui è fondamentale investire per affinare e perfezionare ulteriormente la qualità dei servizi offerti.

Mobilità ospedaliera

La mobilità sanitaria interregionale è un fenomeno che interessa annualmente circa 700mila persone in Italia. La pandemia ha causato una riduzione della mobilità nel 2020, ma già nel 2021 si registravano i primi segni di ripresa. Confrontando il 2023 con il 2019, si osserva che il numero dei ricoveri in mobilità resta inferiore (668.145 nel 2023; 707.811 del 2019), ma la spesa è moderatamente aumentata, passando da 2,84 miliardi di euro nel 2019 a 2,88 miliardi nel 2023. Questo incremento è principalmente attribuibile all'aumento della mobilità legata ai ricoveri per DRG di alta complessità, che comportano trattamenti più costosi e specializzati. (fonte: AGENAS, 2024).

Per i ricoveri in reparti per acuti (escluso quindi lungodegenza e riabilitazione), in regime ordinario (escluso quindi Day hospital), nel 2023, le Regioni e Province autonome con saldo di mobilità attivo sono state: Emilia-Romagna (+10,8%), Lombardia (+5,5%), Veneto (+3%), Toscana (+2,2%), Lazio (+1,7%), Provincia autonoma di Bolzano (+1,5%) e Piemonte (+0,3%). I valori negativi maggiori si sono registrati in Calabria (-19%), Basilicata (-13,7%), Campania (-6,4%) e Liguria (-6,1%) (fonte: Ministero della salute, Rapporto SDO 2025) (Tabella 1). Per saldo di mobilità si intende la differenza tra mobilità attiva (ricoveri erogati ad assistiti residenti in altre regioni ogni 100 ricoveri erogati dalle strutture ospedaliere della propria regione) e passiva (ricoveri erogati da strutture ospedaliere di altre regioni ogni 100 ricoveri erogati ad assistiti residenti nella propria regione). Un saldo positivo significa che il servizio sanitario regionale attira più ricoveri di quelli che i propri cittadini effettuano in altre regioni.

Il 98% del saldo attivo, come numero di ricoveri ordinari si concentra in cinque regioni: Emilia-Romagna, Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Lazio e Toscana. Il saldo negativo presenta una maggiore frammentazione tra le regioni, l'81% è a carico di: Campania, Calabria, Sicilia, Puglia, Liguria e Basilicata.

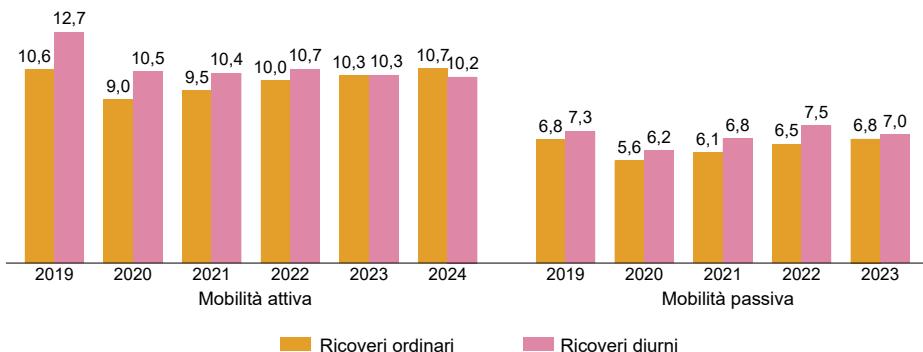
Per la Toscana il saldo si mantiene positivo, sia nei ricoveri ordinari che nei diurni (*Day hospital* e *Day surgery*) poiché le attrazioni (non toscani ricoverati in regione, 10,7% del totale dei ricoveri ordinari, 10,2% dei DH rispetto ai ricoveri erogati in regione nel 2023) continuano ad essere di almeno 3 punti percentuali più alte delle fughe (toscani ricoverati in altre regioni rispetto al totale dei ricoveri fatti dai toscani) (Figura 1). Quando scriviamo questo documento non sono ancora disponibili i dati riferiti ai ricoveri dei cittadini toscani erogati in altre regioni per l'anno 2024.

Tabella 1. Mobilità attiva e passiva, ricoveri ordinari per acuti – Attiva: ricoveri di non residenti ogni 100 ricoveri erogati in regione, passiva: ricoveri erogati fuori regione di residenza ogni 100 ricoveri tra i residenti in regione – Regioni, anno 2023 - Fonte: Ministero della salute, Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2025

Regione	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Mobilità attiva-passiva
Emilia-Romagna	16,5	5,7	+10,8
Lombardia	10,6	5,1	+5,5
Veneto	9,4	6,3	+3,0
Toscana	8,9	6,8	+2,2
Lazio	9,1	7,4	+1,7
P.A. Bolzano	6,4	4,9	+1,5
Piemonte	7,0	6,6	+0,3
Friuli V.G.	7,0	7,7	-0,7
Molise	31,2	32,6	-1,4
Umbria	10,8	14,3	-3,4
P.A. Trento	11,8	15,3	-3,4
Marche	9,6	13,3	-3,8
Puglia	5,3	9,2	-3,9
Sardegna	2,0	6,2	-4,3
Abruzzo	11,2	16,3	-5,1
Sicilia	1,8	7,0	-5,2
Valle d'Aosta	12,7	18,6	-5,9
Liguria	9,1	15,2	-6,1
Campania	3,4	9,8	-6,4
Basilicata	16,0	29,7	-13,7
Calabria	2,7	21,6	-19,0

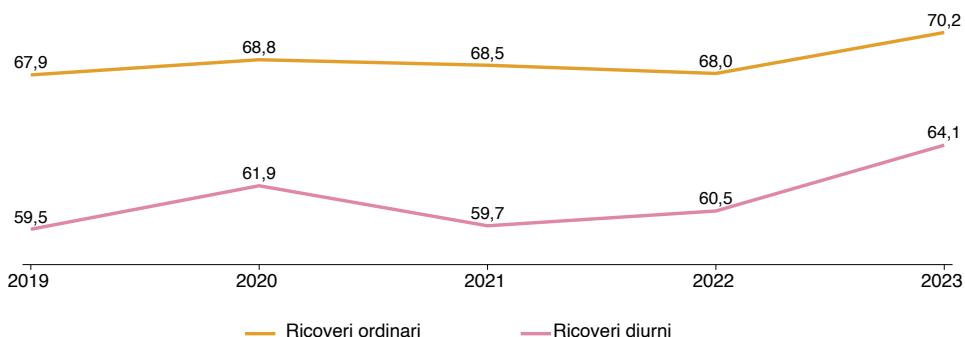
Mobilità ospedaliera

Figura 1. Mobilità attiva e passiva, ricoveri ordinari per acuti e ricoveri diurni (DH e DS) - Attiva: ricoveri di non residenti in Toscana ogni 100 ricoveri erogati in Toscana, passiva: ricoveri erogati fuori Toscana ogni 100 ricoveri di residenti in Toscana - Toscana, periodo 2019-2024 - Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



I flussi di mobilità passiva sono caratterizzati da una componente denominata “mobilità di confine” relativa a flussi da e verso regioni confinanti. Dei residenti in Toscana che di ricoverano in altre regioni, la maggior parte si sposta in regioni confinanti (64,1% per ricoveri ordinari, 70,2% per DH/DS) (Figura 2).

Figura 2. Mobilità passiva di confine, ricoveri ordinari per acuti e ricoveri diurni (DH e DS) - Ricoveri erogati in regioni di confine ogni 100 ricoveri di residenti in Toscana erogati fuori Toscana - Toscana, periodo 2019-2023 - Fonte: elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera



Concludendo, la Toscana si colloca tra le regioni con un saldo di mobilità attivo per le attività di ricovero. Oltre il 60% della mobilità passiva è data dalla componente “fisiologica” della mobilità di confine. Permane un forte divario di attrattività ospedaliera tra le regioni del Nord e del Centro Italia e le regioni meridionali. Solo l’anno 2020 è stato caratterizzato da una riduzione degli spostamenti dei pazienti tra le regioni, per le chiusure dei confini a seguito delle misure di contenimento della pandemia da COVID-19, ma le condizioni pre-pandemiche si sono ristabilite già nel 2021.

Esiti

Nel panorama attuale della sanità pubblica, la valutazione della qualità dell'assistenza attraverso l'analisi degli esiti clinici rappresenta un pilastro strategico per orientare la programmazione, monitorare l'appropriatezza dei percorsi di cura e sostenere un miglioramento continuo dei servizi sanitari. Gli indicatori di esito costituiscono, in questo contesto, una leva fondamentale per misurare l'efficacia degli interventi erogati in ambito ospedaliero, con particolare attenzione al rispetto delle soglie minime di attività definite dal d.m. n. 70/2015, alla prontezza degli interventi nelle condizioni tempo-dipendenti e alla sopravvivenza a breve termine in presenza di patologie a elevato impatto clinico. Accanto al Piano nazionale esiti (PNE), che fornisce un quadro di riferimento a livello nazionale (con dati aggiornati al 2023), la Toscana ha sviluppato un proprio sistema di valutazione regionale: il Programma di osservazione degli esiti (PROSE). Basato sull'elaborazione dei flussi amministrativi sanitari correnti, PROSE consente un aggiornamento più tempestivo e una lettura più aderente al contesto locale, permettendo di cogliere con maggiore tempestività le dinamiche emergenti. I dati aggiornati al 2024 offrono una fotografia più recente e accurata dell'evoluzione degli esiti regionali, integrabile con le informazioni nazionali. Questa scheda presenta un'analisi comparativa dei principali indicatori di esito relativi a sei aree clinico-assistenziali di particolare rilevanza: reti tempo-dipendenti, area medica, area chirurgica oncologica e cardiochirurgica, area ortopedica e percorso nascita. L'analisi, che integra l'osservazione dei trend temporali con un confronto tra regioni, restituisce una lettura critica dei punti di forza e delle fragilità dell'assistenza ospedaliera toscana, in un arco temporale caratterizzato dagli effetti – ancora persistenti – della pandemia da SARS-CoV-2. Accanto agli esiti clinici più tradizionali, come la mortalità a 30 giorni e le complicanze post-operatorie, si pone attenzione anche agli aspetti organizzativi e di processo: la tempestività del trattamento, la distribuzione dei volumi di attività e il rispetto delle soglie.

Con riferimento alle patologie tempo-dipendenti, i volumi di ricovero per infarto miocardico acuto e per ictus ischemico in Toscana sono in diminuzione dal 2019, con un calo più netto nel primo anno della pandemia e un trend in costante riduzione negli anni seguenti. La mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto, dopo un rialzo nel primo anno della pandemia, presenta un trend in discesa fino al 2023, per poi assestarsi su un valore pari al 5,7%. Nel 2023 i dati PNE mostrano come la Toscana sia tra le regioni con il valore più basso per questo indicatore, con una ridotta variabilità tra gli ospedali. La media italiana per il 2023 è pari al 7,1%. La tempestività di trattamento, cioè la quota di infarti del miocardio con elevazione del segmento ST dell'elettrocardiogramma (ECG) (infarti STEMI) trattati con angioplastica percutanea (PTCA) entro 90 minuti dall'accesso in ospedale, in costante aumento dal 2020, ha raggiunto il 56,6% della casistica nel 2024, superando la media italiana (ancora ferma però al 2023), pari al 56,1%. Gli infarti STEMI sono una forma

grave di infarto caratterizzata da un'occlusione completa di un'arteria coronarica, che causa un arresto del flusso sanguigno verso il muscolo cardiaco, con l'ECG che mostra un sopraslivellamento del tratto ST, indicatore di necrosi miocardica. Il rischio di morte a 30 giorni da ictus ischemico, dopo un aumento nel biennio 2021/2022, plausibilmente anche per gli effetti indiretti della pandemia da COVID-19, che ha posto sotto forte stress gli ospedali, è tornato a scendere nel 2023 e nel 2024 è pari al 7,4%, ben al di sotto del 9,4% rilevato in Italia nel 2023. Anche per questo indicatore la Toscana presenta in PNE dati tra i più bassi a livello nazionale, sebbene permangano differenze a livello territoriale interne alla regione.

Tabella 1. Indicatori di esito per l'area delle reti tempo-dipendenti – Valori percentuali – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: PROSE, ARS

Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Italia 2023
<hr/>							
Rischio di morte in ospedale a 30gg da evento da infarto miocardico acuto	7,3	8,2	7,1	6,6	5,7	5,7	7,1
Rischio di morte in ospedale a 30gg da ictus ischemico	7,9	7,8	8,7	8,7	7,1	7,4	9,4
Infarto miocardico acuto (STEMI) Proporzione di PTCA entro 90min da primo accesso	50,3	48,6	52,3	52	55,6	56,6	56,1

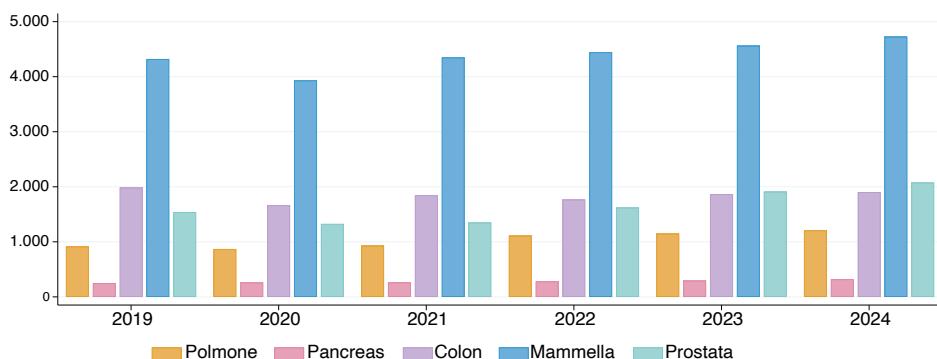
Le patologie considerate per la valutazione dei ricoveri in area medica sono lo scompenso cardiaco e la riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). I ricoveri per queste cause, stabili fino al 2019, hanno visto una netta riduzione durante il 2020, confermata anche negli anni successivi per lo scompenso cardiaco. Si tratta di un andamento in realtà comune a tutta l'attività ospedaliera, come detto anche per i volumi di infarto e ictus, che ha subito decise riduzioni a causa delle restrizioni messe in atto per contrastare la diffusione del SARS-CoV-2 nelle strutture ospedaliere. Le ammissioni in ospedale con diagnosi di riacutizzazione di BPCO, invece, nel 2024 sono state 6.394, valore superiore a quello osservato negli anni pandemici, ma sempre inferiore al 2019 (2.959). La mortalità a 30 giorni dal ricovero per BPCO nel 2024 è pari all'8,7%, valore in calo dal 2021, anno in cui ha raggiunto il valore più elevato (Tabella 2). Tra i pazienti con scompenso cardiaco il valore di mortalità a 30 giorni nel 2024 è pari al 9,9%, in linea col dato 2023 e 2019. Per l'insufficienza renale cronica il valore 2024 è invece pari al 13,2%, in riduzione rispetto al 2023 e 2019. Anche questi valori negli anni più intensi della pandemia (2020 e 2021) hanno subito un rialzo, plausibilmente a causa delle difficoltà di gestione di questi pazienti, tra i più fragili per patologie ed età media, all'interno delle strutture ospedaliere. Rispetto alla media italiana 2023 i valori toscani sono sostanzialmente in linea per BPCO e scompenso cardiaco, leggermente più alti invece nel caso dell'insufficienza renale.

Tabella 2. Indicatori di esito per l'area medica (rischio di morte in ospedale a 30gg dal ricovero o dall'evento) – Valori percentuali – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: PROSE, ARS

Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Italia 2023
Riacutizzazione BPCO	9,6	11,0	12,6	11,2	9,4	8,7	9,5
Scompenso cardiaco	10,0	11,6	10,3	11,4	10,0	9,9	9,6
Insufficienza renale cronica	13,9	15,9	15,3	15,1	13,6	13,2	11,5

Passando all'area chirurgica oncologica, dopo la generale diminuzione dei volumi di interventi osservata nel 2020, dal 2021 si è osservata una ripresa che ha coinvolto praticamente tutte le condizioni, riportando i volumi a valori superiori a quelli osservati nell'ultimo anno prima della pandemia (Figura 1). Fanno eccezione gli interventi per tumore al colon, rimasti su valori inferiori al 2019. Nel complesso in questi anni si è osservata una concentrazione della casistica sottoposta a questi interventi in strutture caratterizzate da volumi alti o molto alti per queste condizioni, a fronte delle evidenze scientifiche sulla relazione esistente tra volumi di attività ed esiti di salute. Nel 2024 una quota di interventi superiore al 10% avviene in strutture a bassi volumi per colon e prostata, mentre per le altre condizioni tale percentuale è molto ridotta.

Figura 1. Ricoveri per interventi chirurgici oncologici, per sede – Numeri assoluti – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: PROSE, ARS



Per tutta la chirurgia oncologica e gli interventi di cardiochirurgia si rileva una diminuzione dei rischi di morte a 30 giorni dall'intervento dal 2019 al 2024 (Tabella 3). Come detto per le aree descritte in precedenza, anche in questo caso la mortalità ha interrotto il proprio trend in diminuzione solamente nei primi due anni di pandemia. Rispetto al dato italiano la

nostra regione presenta rischi di morte più elevati per il tumore dello stomaco, un dato storicamente rilevato in alcune aree della regione (come Mugello, Casentino, Val di Chiana e zona di Prato) e leggermente per quello cerebrale. È stabile negli ultimi anni la percentuale di re-interventi a 120 giorni da intervento conservativo per tumore della mammella, pari a 5,8% nel 2024.

In area cardiochirurgica va evidenziato per il numero di interventi per bypass aorto-coronarico, dopo la riduzione negli interventi nel primo anno pandemico e la successiva risalita, un ritorno al precedente trend contraddistinto da una progressiva diminuzione. Nel 2024 il volume di interventi si assesta a 717, con una mortalità a 30 giorni che dal 2022 è su valori inferiori all'1%, tra i più bassi osservati da PNE in Italia (media italiana 2023 pari a 1,6%). Con riferimento alle valvuloplastiche si osserva un trend in crescita dei volumi dal 2022 e valori della mortalità a 30 giorni dall'intervento in riduzione dal 2019, con valori pari all'1,2% nel periodo 2022-2024 (media italiana 2023 pari a 2,1%).

Tabella 3. Indicatori di esito per l'area chirurgica – Valori percentuali – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: PROSE, ARS

Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Italia 2023
Rischio di morte in ospedale a 30gg da intervento:							
tumore retto	2,8	1,2	1,3	0,7	1,4	0,6	1,3
tumore colon	4,3	5,8	4,6	4,1	3,6	4,1	3,5
tumore stomaco	8,0	6,1	8,5	7,5	6,0	5,2	5,2
tumore polmone	1,2	0,8	0,4	1,3	0,7	0,5	0,8
tumore cerebrale (craniotomia)	3,6	3,9	3,6	2,9	3,9	1,4	2,6
valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	2,4	1,8	1,3	1,3	1,5	1,0	2,1
by-pass aortocoronarico isolato	0,9	2,1	1,5	0,9	0,2	0,3	1,6
aneurisma senza rottura aorta addominale	1,2	2,3	2,1	1,1	1,1	0,7	1,4
 Intervento colecistectomia laparoscopica: complicanze a 30 gg dall'intervento							
	1,0	1,3	1,0	1,1	0,6	0,4	1,9
 Intervento colecistectomia laparoscopica: degenza inferiore a 3gg							
	85,2	81,7	83,7	86,8	90,0	90,3	84,7
 Intervento tumore mammella: proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120gg da intervento conservativo							
	5,1	4,6	5,6	5,3	5,9	5,8	5,6

In area ortopedica i volumi di interventi per protesi d'anca, spalla e ginocchio sono diminuiti nel primo anno della pandemia, per poi riprendere a salire dal 2021. Nel 2024 per tutte queste procedure il valore osservato di interventi è superiore a quello del 2019. Anche agli interventi

per fratture del femore sono diminuiti nel 2020, per poi aumentare negli anni successivi, fino al valore di 7.184 nel 2024. La quota degli interventi effettuati entro 48 ore dall'ammissione nelle persone con 65 anni d'età o più hanno mostrato un calo nel triennio 2020-2022 e una ripresa solo a partire dal 2023 (Tabella 4).

Nel 2024 l'indicatore è pari al 60%, tornato al livello pre pandemico, anche se permane una variabilità tra le strutture regionali. Il valore toscano è in linea con quello italiano nel 2023. Dal 2023 si è anche ridotta la mortalità a 30 giorni, che aveva mostrato un rialzo negli anni più intensi della pandemia, scesa invece nuovamente al 4,2% nel 2024, circa 1 punto percentuale in meno rispetto al valore italiano (5%).

Tabella 4. Indicatori di esito per l'area ortopedica – Valori percentuali – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: PROSE, ARS

Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Italia 2023
Frattura del collo del femore:							
rischio di morte in ospedale entro 30gg da ammissione	4,8	6,0	5,3	5,5	4,0	4,2	5,0
proporzione di interventi entro 48h da 1° accesso	60,1	52,1	46,5	48,1	56,9	60,0	56,3
Rischio di riammissione entro 30gg da dimissione:							
protesi anca	2,2	2,4	2,2	2,4	1,8	2,4	3,1
protesi ginocchio	1,6	2,1	1,3	1,6	1,4	1,3	1,1

Anche nel 2024 si conferma il trend in diminuzione delle nascite dell'ultimo decennio. La percentuale di tagli cesarei primari si è significativamente ridotta tra il 2019 e il 2023, assestandosi negli ultimi due anni su valori attorno al 17,6% (Tabella 5). A fronte di questo risultato in Toscana si nota anche un aumento della proporzione di parti per via vaginale dopo un cesareo e una riduzione del ricorso all'episiotomie, risultati che nel 2023 pongono la Toscana tra le migliori in Italia per appropriatezza in area perinatale. Tutti gli indicatori mostrano, infatti, valori decisamente migliori rispetto alla media italiana del 2023.

Tabella 5. Indicatori di esito per l'area del percorso nascita – Valori percentuali – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: PROSE, ARS

Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Italia 2023
Proporzione di parti cesarei primari	20,3	19	18	18	17,5	17,6	22,7
Proporzione di episiotomia in parti vaginali	4,7	4,6	3,8	3,6	2,9	2,5	10,5
Proporzione di parti vaginali dopo parto cesareo	12,5	14,7	16,9	17,5	22,5	20,8	11,6

Nel complesso, dal 2019 al 2024, l'assistenza ospedaliera in Toscana ha mostrato la capacità di affrontare le criticità portate dalla pandemia e ritornare a una normalità, mantenendo e in parte migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di esiti. Durante i primi due anni di pandemia i volumi dell'attività ospedaliera si sono tendenzialmente ridotti e i rischi di morte hanno mostrato segni di risalita per quasi tutte le patologie considerate. Questo plausibilmente è da imputare al forte stress che le strutture hanno dovuto affrontare, specialmente nel primo anno di pandemia, che ha avuto un impatto diretto sui rischi per la salute di questi pazienti (tra i più fragili se esposti al rischio di contagio da SARS-CoV-2) e indiretto, con le difficoltà logistiche che possono aver ostacolato alcune fasi della presa in carico. Negli ultimi due anni i trend mostrano come quel periodo possa considerarsi chiuso, visto che in generale i valori si riportano su quelli attesi e in alcuni casi, come detto, si migliorano, mantenendo la nostra regione tra quelle più virtuose nel panorama nazionale. A fronte delle riorganizzazioni necessarie per affrontare la crisi pandemica, le successive riforme in corso del sistema sanitario e le sfide dettate da definanziamento, gli indicatori in Toscana mostrano livelli complessivi di qualità alti o molto alti e in miglioramento negli anni, sebbene in alcune aree aumentino le differenze tra le strutture. Sforzi andranno fatti affinché tali risultati siano diffusi su tutto il territorio regionale e non aumentino le differenze di trattamento sul territorio regionale.

Trapianti e donazioni

La donazione e il trapianto di organi rappresentano una delle espressioni più alte di solidarietà e avanzamento medico, e costituiscono una componente essenziale dei sistemi sanitari moderni. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sottolinea da anni l'importanza strategica di promuovere politiche pubbliche che garantiscono equità, sicurezza e trasparenza nei programmi di donazione e trapianto, evidenziando come tali attività siano fondamentali per salvare vite umane e migliorare in modo significativo la qualità della vita di migliaia di persone ogni anno. In particolare, l'OMS incoraggia gli Stati membri ad adottare sistemi organizzati, fondati su principi etici, capaci di ridurre il gap tra domanda e offerta di organi e di contrastare i fenomeni di traffico illegale e commercializzazione. Nel 2023 nel mondo sono stati effettuati 172.409 trapianti d'organo, il 9,5% rispetto al 2022, principalmente rene (111mila), fegato (41mila) e cuore (10mila) (fonte: Global observatory on donation and transplantation – GODT). I volumi sono quasi raddoppiati negli ultimi 20 anni, nel 2004, infatti, la stessa fonte censiva 92.762 trapianti nel mondo.

Anche in Italia, l'Istituto superiore di sanità (ISS), attraverso il Centro nazionale trapianti (CNT), riconoscendo il trapianto come uno dei più importanti traguardi della medicina contemporanea, non solo per la sua efficacia terapeutica ma anche per il suo valore sociale, promuove il monitoraggio continuo delle attività di donazione e trapianto e sostiene la diffusione di una cultura del dono come bene comune, centrale per garantire l'accesso equo ai trattamenti salvavita.

In questo quadro di riferimento, l'analisi dei dati regionali sulla donazione e l'utilizzo degli organi acquisisce una rilevanza particolare.

Nel corso del 2024 la Toscana registra il dato di 49 donatori di organi utilizzati per milione di abitanti. Il numero riportato nella parte sinistra della tabella 1 è il più alto tra quelli delle regioni italiane, e di quasi 20 punti superiore alla media nazionale.

Lo scorso anno i dati italiani sull'utilizzo di donatori di organi sono stati in generale positivi, con un incremento della media di 2 unità rispetto al 2023. Il miglioramento della Toscana tra 2023 e 2024 è però quasi il doppio di questo valore medio nazionale (+3,8), e porta la nostra regione a sopravanzare quelle di Emilia-Romagna, Valle d'Aosta e Veneto, meglio posizionate nel 2023, ma in peggioramento nell'anno successivo. Sebbene quello toscano non sia il miglioramento più consistente tra le regioni, tuttavia contribuisce a rafforzare la posizione di eccellenza della Toscana nel settore della donazione. Questa eccellenza potrebbe essere presumibilmente dovuta alle capacità organizzative del sistema, dal momento che viene affermata in un contesto in cui l'opposizione alla donazione stessa mostra un deciso peggioramento in tutte le regioni italiane tra 2023 e 2024. Infatti, passando alla parte destra della tabella 1 e analizzando le percentuali di opposizione alla donazione di organi tra 2023 e 2024, si nota in modo piuttosto chiaro il peggioramento della situazione nazionale, dove l'opposizione in media alla donazione di organi passa dal 31,5% nel 2023 al 36,3% nel 2024, aumentando di +4,8 punti percentuali.

Tabella 1. Donatori di organi e opposizioni alla donazione – Donatori utilizzati per 1 milione di abitanti e percentuale di opposizione – Regioni e Italia, anni 2023 e 2024 – Fonte: CNT. Donazione e trapianto 2024 di organi, tessuti e cellule staminali emopoietiche. Report preliminare, gennaio 2025

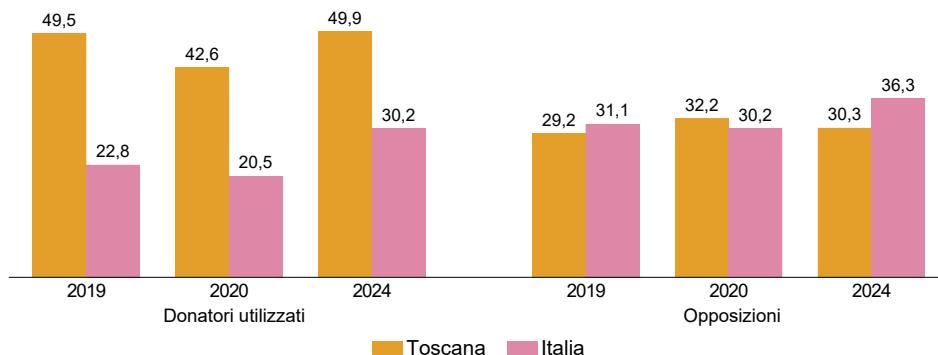
Regioni	Donatori utilizzati (per milione di ab.)			Opposizioni (%)		
	2024	2023	2024 vs 2023 %	2024	2023	2024 vs 2023 %
Piemonte	40,7	40,6	+0,1	37,2	32,3	+4,9
Valle d'Aosta	8,1	48,6	-40,5	27,2	22,8	+4,4
Lombardia	32,8	28,3	+4,5	34,8	30,1	+4,7
Bolzano	28,1	16,9	+11,2	37,4	34,7	+2,7
Trento	36,8	33,3	+3,5	24,0	20,2	+3,8
Veneto	44,7	46,8	-2,1	29,5	25,9	+3,6
Friuli-Venezia Giulia	41,0	31,0	+10,0	31,0	27,3	+3,7
Liguria	21,9	19,2	+2,7	32,6	28,0	+4,6
Emilia-Romagna	45,5	50,2	-4,7	33,5	29,1	+4,4
Toscana	49,9	46,1	+3,8	30,3	25,8	+4,5
Umbria	11,7	5,8	+5,9	32,5	28,1	+4,4
Marche	33,0	39,7	-6,7	34,1	30,1	+4,0
Lazio	22,4	22,7	-0,3	32,5	28,1	+4,4
Abruzzo	24,4	14,9	+9,5	36,8	33,0	+3,8
Molise	3,4	3,4	0,0	40,9	33,6	+7,3
Campania	10,9	7,8	+3,1	43,5	38,0	+5,5
Puglia	16,1	18,1	-2,0	41,1	35,9	+5,2
Basilicata	7,4	7,4	0,0	42,1	37,5	+4,6
Calabria	17,3	14,6	+2,7	44,9	39,6	+5,3
Sicilia	21,2	15,5	+5,7	46,8	41,4	+5,4
Sardegna	33,0	38,4	-5,4	27,7	23,5	+4,2
Italia	30,2	28,2	+2,0	36,3	31,5	+4,8

La Toscana, con il 30,3% nel 2024, si colloca tra le regioni con la percentuale di opposizione più bassa. Solo la Provincia autonoma di Trento, la Valle d'Aosta, la Sardegna e il Veneto mostrano tassi di opposizione inferiori.

Nell'ultimo anno, tuttavia, l'opposizione alla donazione è aumentata anche nella nostra regione: il valore di +4,5 punti percentuali rispetto al 2023 costituisce la traccia di un andamento che nell'arco di tempo considerato posiziona la Toscana ad un livello intermedio nel panorama regionale. Il dato, leggermente inferiore alla media nazionale (pari a +4,8 punti percentuali) è comunque rappresentativo della tendenza generale all'aumento delle opposizioni, aumento al quale nessuna delle regioni italiane riesce a sottrarsi.

Le considerazioni fatte fino ad ora riguardavano i dati di donatori utilizzati e di opposizioni raccolti tra 2023 e 2024. Tuttavia, sebbene non sia obiettivo di questa analisi, è difficile fare una valutazione dello scenario della donazione degli organi sulla base degli andamenti temporali delle grandezze considerate. Infatti, se da una parte gli scostamenti annuali danno informazioni molto parziali di eventuali trend (non a caso in precedenza ci si è limitati a parlare di "tracce di andamenti"), dall'altra non danno alcuna indicazione su quale impatto il periodo pandemico possa avere avuto sulla donazione di organi. Per questa ragione si sintetizza nella figura 1 un confronto tra i livelli toscani e nazionali di donatori utilizzati e percentuali di opposizione alla donazione rilevati nel 2019 e nel 2020, per poterli confrontare con quelli più recenti.

Figura 1. Donatori di organi e opposizioni alla donazione – Donatori utilizzati per 1 milione di abitanti e percentuale di opposizione – Toscana e Italia, anni 2019, 2020 e 2024 – Fonte: CNT. Report 2020 Sintesi e Report 2024 Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule staminali emopoietiche



L'aspetto maggiormente positivo, se analizziamo il dato relativo ai donatori utilizzati, è come, sia a livello regionale che nazionale, il peggioramento evidente nell'anno pandemico sia stato più che recuperato nel 2024. Se la Toscana ha sostanzialmente recuperato il valore del 2019, l'Italia lo ha ampiamente superato. Le stesse valutazioni possono essere fatte in maniera però speculare sull'opposizione alla donazione, le cui percentuali hanno mostrato un incremento tra 2019 e 2024, lieve nel caso della Toscana, ma ben più pronunciato a livello nazionale.

In conclusione, è innegabile che, sia in Toscana che in Italia, gli esiti della donazione di organi nel quinquennio che ha attraversato la pandemia siano positivi, nonostante l'aumento di opposizioni. La risposta tuttavia richiederà approfondimenti analitici sia sugli effetti che avrebbero potuto avere livelli di opposizione più contenuti sull'utilizzo di donatori, sia sulla misura in cui l'innovazione organizzativa possa aver reso più efficiente ed efficace il processo del trapianto di organi.

Antibiotico-resistenza

L'antibiotico-resistenza è una delle principali minacce emergenti per la salute pubblica a livello globale. Si tratta della capacità acquisita dai microrganismi di resistere all'azione degli antibiotici comunemente utilizzati, compromettendo l'efficacia dei trattamenti per infezioni che fino a pochi anni fa erano facilmente gestibili. Il fenomeno è alimentato da molteplici fattori, tra cui l'uso eccessivo o inappropriato di antibiotici in ambito umano, veterinario e agricolo, nonché dalla trasmissione nosocomiale e comunitaria di ceppi resistenti.

In Italia è presente il Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025 (Ministero della salute, Direzione generale della Prevenzione sanitaria), basato su un approccio *One Health*, che riconosce l'interconnessione tra la salute umana, animale e ambientale, e mira a rafforzare la prevenzione e il controllo delle infezioni resistenti agli antibiotici attraverso una governance inclusiva e integrata. Il PNCAR indica il monitoraggio dell'antibiotico-resistenza come uno degli obiettivi strategici fondamentali per valutare l'evoluzione del fenomeno, identificare tempestivamente nuovi pattern di resistenza e orientare politiche di prevenzione e controllo. In Italia la sorveglianza dell'antibiotico-resistenza è gestita dall'Istituto superiore di sanità (ISS) con il progetto AR-ISS (sorveglianza nazionale dell'antibiotico-resistenza) che, in linea con quanto fatto a livello europeo dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), monitora i principali profili di resistenza in emocolture a livello nazionale (ECDC, *Antimicrobial resistance - AMR reporting protocol 2022. European Antimicrobial Resistance Surveillance Network – EARS-Net surveillance data for 2023*). La Toscana contribuisce a tale monitoraggio con tutti i laboratori pubblici di microbiologia clinica attraverso la rete di sorveglianza microbiologica e dell'antibiotico-resistenza in Toscana (SMART) dal 2019.

I dati della rete SMART ci consentono di osservare la serie storica fino al 2024 (mentre i dati nazionali si fermano al 2023). Nel 2024 gli isolamenti di microrganismi oggetto di monitoraggio della rete SMART dal sangue sono stati 9.648, un numero in leggero aumento se rapportato allo scorso anno (+1,3%), ma in forte crescita rispetto al 2019 (+23%).

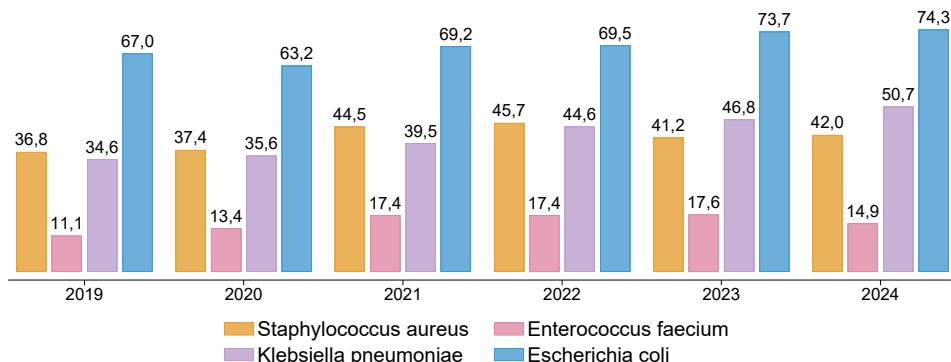
Tra le specie oggetto della sorveglianza nel 32,7% dei casi è stato isolato un batterio Gram+ (positivi in seguito al processo chimico denominato colorazione di Gram, utilizzato per classificare i batteri in funzione delle caratteristiche della loro parete cellulare), nel 58,3% un Gram-, mentre il 9% è dato dai miceti del genere *Candida*. Di seguito sono commentati gli andamenti di incidenza dei principali patogeni oggetto di sorveglianza a livello regionale ed europeo ed i relativi profili di resistenza. In figura 1 è riportato l'andamento regionale delle batteriemie in cui è stato isolato l'agente patogeno

(utile a valutare la diffusione nella popolazione). Nelle figure 2-5, invece, sono riportate le percentuali, tra queste batteriemie, di agenti resistenti a specifici antibiotici o a classi di antibiotici.

Gli agenti patogeni presentati sono quattro:

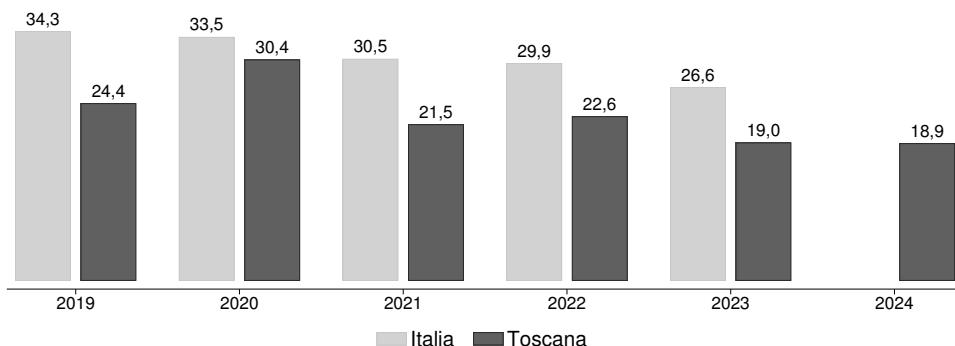
- *Staphylococcus aureus*. Cocco Gram+, tipicamente agente eziologico di infezioni cutanee, ascessi, osteomieliti, polmoniti, endocarditi, artriti settiche e sepsi, oltre a causare patologie correlate alla produzione di esotossine. È una frequente causa di infezioni correlate all'assistenza (ICA), specialmente in soggetti con impianti protesici. Nel 2024, in Toscana, lo stafilococco è stato isolato in 1.536 emocolture (pari a 42 ogni 100mila abitanti), mantenendosi vicino all'incidenza osservata nel 2023 (+28 casi; +0,1%) e riavvicinandosi ai valori pre pandemici (36,8 nel 2019).
- *Enterococcus faecium*. Gram+ commensale dell'intestino umano. Può essere agente di infezioni, incluse endocarditi, infezioni urinarie, prostatiti, celluliti, infezioni intra addominali, di ferite e sepsi. È la specie più importante di enterococco in patologia umana insieme all'*Enterococcus faecalis*. Nel 2024 l'incidenza di isolati in Toscana è pari a 14,9 per 100mila abitanti, in riduzione rispetto all'anno precedente, ma di poco superiore ai valori pre pandemici.
- *Klebsiella pneumoniae*. Rientra tra gli enterobatteri, termine con il quale si indicano le specie comprese nell'ordine *Enterobacterales*, che comprende molte specie di batteri Gram-. La famiglia comprende molti generi, tra cui *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* che sono oggetto di monitoraggio. In Toscana *K. pneumoniae* è stata isolata dal sangue in 1.854 casi nel 2024, con un tasso di 50,6 per 100mila abitanti. Il numero di isolamenti è aumentato rispetto al 2023 (1.715 casi; 46,8 per 100mila abitanti) e il trend dal 2019 mostra un incremento costante di anno in anno (l'incidenza era pari a 34,6 isolati ogni 100mila abitanti nel 2019).
- *Escherichia coli*. Il batterio, anch'esso *Enterobacterales*, più comunemente isolato sia nel sangue che nelle urine. Componente stabile della flora batterica dell'intestino degli animali omeotermi. Ceppi di *E. coli* sono agenti eziologici di malattie intestinali, infezioni del tratto urinario, meningite, peritonite, sepsi e polmonite. Alcuni ceppi di *E. coli* sono tossigeni. Il numero di isolamenti nel sangue nel 2024 è 2.721 (74,3 per 100mila ab.), simile al 2023 (2.700; 73,7 per 100mila ab.), ma complessivamente in aumento rispetto al periodo 2019-2022.

Figura 1. *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* - Incidenza di batteriemie per 100.000 abitanti – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: Rete SMART



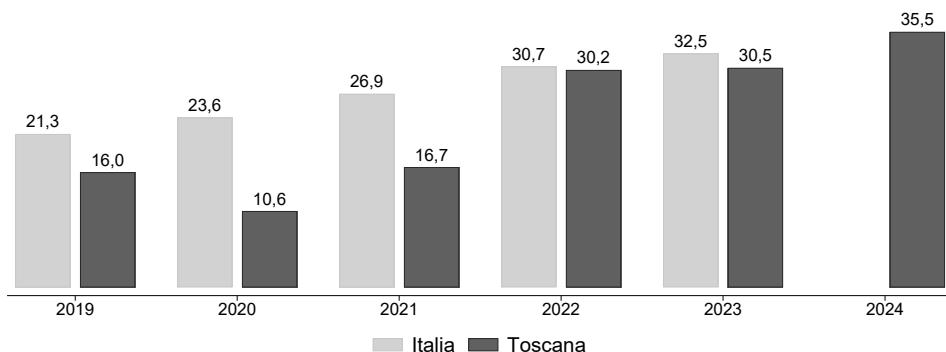
Il profilo di antibiotico-resistenza di maggior rilevanza per lo *Staphylococcus aureus* è quello connesso alla resistenza alla meticillina (MRSA – *Methicillin Resistant Staph. aureus*). La percentuale di MRSA nel 2023 nell’Unione europea è altamente variabile, da valori tra 1,1% e 2% di Norvegia, Danimarca e Paesi Bassi, a percentuale superiori al 25% in Portogallo (23,1%), Spagna (25,9%), Italia (26,6%), Croazia (30%), Romania (39,4%), Grecia (41,2%), e Cipro (51,1%) nel 2023. In Italia l’andamento è in diminuzione dal 2000 (44,3%) al 2023. Nel 2024 la percentuale di MRSA nella nostra regione è pari al 18,9%, sensibilmente inferiore rispetto all’Italia nel suo insieme, con una netta riduzione dal 2020 (30,4%), anno in cui si era osservato un deciso aumento dei casi (figura 2).

Figura 2. *Staphylococcus aureus* – Resistenza alla meticillina (MRSA) ogni 100 batteriemie – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: ECDC e rete SMART



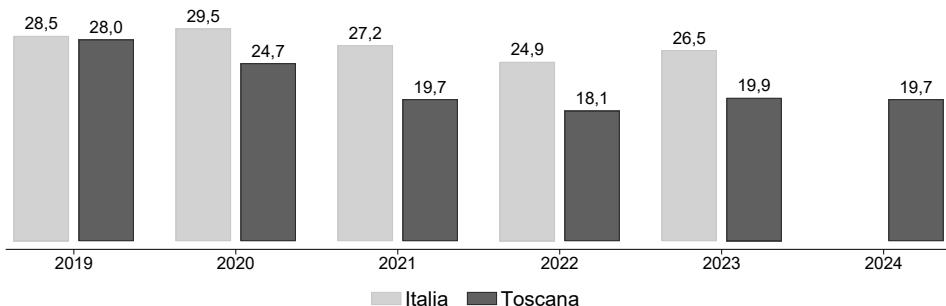
Il profilo di resistenza clinicamente più rilevante negli enterococchi è verso la vancomicina (VRE). La resistenza alla vancomicina in *E. faecium* si riscontra in percentuali superiori al 25% in quasi tutti i Paesi dell'Europa orientale. In Italia la percentuale è del 32,5%, con trend in aumento dal 2019 al 2023. Anche in Toscana nel 2024 la percentuale di *E. faecium* vancomicino-resistente nelle emocolture sale al 35,5%, notevolmente incrementato rispetto allo scorso anno e al periodo pre pandemico, dopo una riduzione statisticamente significativa nel 2020, rispetto al 2019, quando era pari al 16%.

Figura 3. *Enterococcus faecium* – Resistenza alla vancomicina (VRE) ogni 100 batteriemie – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: ECDC e rete SMART



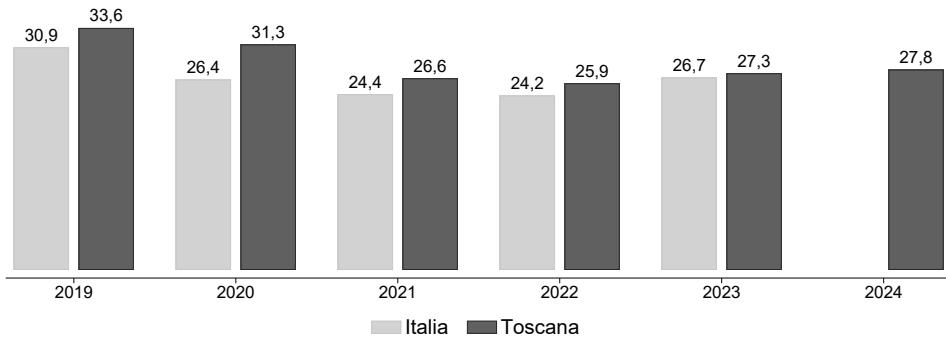
La resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce attualmente uno dei maggiori problemi di *infection prevention and control* in Italia e in Toscana. La specie più frequentemente coinvolta è proprio la *Klebsiella pneumoniae*. Nel 2023, *K. pneumoniae* produttrice di carbapenemasi è risultata essere poco frequente in Europa centro settentrionale e in Spagna, mentre ha raggiunto percentuali preoccupanti in Italia (26,5%), Cipro (33,6%), Romania (52,8%), Bulgaria (56,8%) e Grecia (69,7%): in tutti questi Paesi, tranne Cipro e la Grecia, la percentuale del 2023 risulta inferiore all'anno precedente, dopo un trend generale di crescita continua. In Italia, dopo un aumento nel 2019 e 2020, ed una diminuzione negli anni 2021-2022, si è osservato nel 2023 un nuovo lieve aumento della percentuale di isolati di *K. pneumoniae* resistenti ai carbapenemi. In Toscana la percentuale di resistenza ai carbapenemi nelle emocolture è inferiore al dato nazionale ed ha mostrato un andamento in calo dal 2019, con una riduzione marcata a partire dal 2021. Nel 2024 si rileva una percentuale di resistenza del 19,7%, sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente (19,9%).

Figura 4. *Klebsiella pneumoniae* – Resistenza ai carbapenemi ogni 100 batteriemie – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: ECDC e rete SMART



Nel batterio *Escherichia coli* la resistenza alle cefalosporine di III generazione nelle emocolture è diffusa in UE con livelli superiori al 5% degli isolati: nel 2023 raggiunge le maggiori percentuali in Grecia (22,8%), Lituania (25,4%), Italia (26,7%), Cipro (34,7%) e Bulgaria (37,3%). Nel nostro Paese il trend è stato in diminuzione nel periodo 2019-2022, mentre dal 2023 si rileva un nuovo aumento degli isolati. La situazione in Toscana è severa, ma il trend è in diminuzione dal 2019 al 2022 (25,9%), con un leggero aumento nel 2023 (27,3%) proseguito nel 2024 (27,8%).

Figura 5. *Escherichia coli* – Resistenza alle cefalosporine di III generazione ogni 100 batteriemie – Toscana e Italia, periodo 2019-2024 – Fonte: ECDC e rete SMART



Per contrastare le tendenze di resistenza agli antibiotici è fondamentale adottare un approccio integrato che includa l'uso prudente degli antimicrobici, il rafforzamento della sorveglianza microbiologica, la prevenzione e il controllo delle infezioni, la formazione degli operatori sanitari e l'applicazione del principio *One Health* per coinvolgere anche i settori veterinario e ambientale.

La Toscana mostra alcuni risultati incoraggianti nella lotta contro l'antibiotico-resistenza: la riduzione della percentuale di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA), passata dal 30,4% nel 2020 al 18,9% nel 2024, e la percentuale *Klebsiella pneumoniae* produttrice di carbapenemasi (KPC) più contenuta rispetto alla media italiana (19,7% verso 26,5%) e in calo rispetto agli anni precedenti. Tuttavia, permangono alcune condizioni critiche rilevanti. La resistenza alla vancomicina in *Enterococcus faecium* ha registrato un incremento, raggiungendo il 35,5% nel 2024, così come la resistenza alle cefalosporine di III generazione in *Escherichia coli*, che mostra una crescita costante dal 2022.

La resistenza agli antibiotici è una delle sfide più urgenti e complesse che la salute pubblica globale deve affrontare, come sottolineato con forza dall'Organizzazione mondiale della sanità, che la classifica tra le dieci principali minacce per la salute nel mondo. Non si tratta solo di un problema microbiologico, ma di una vera e propria crisi sistemica che coinvolge pratiche cliniche, strutture organizzative, equilibri ecologici e comportamenti sociali. Le evidenze raccolte a livello europeo (ECDC) e nazionale (AR-ISS) confermano l'alto numero di infezioni causate da microrganismi resistenti, con conseguenze dirette in termini di mortalità evitabile, complicazioni cliniche, prolungamento dei ricoveri e aumento dei costi sanitari. In questo contesto, i dati forniti dalla rete regionale SMART rappresentano una risorsa strategica per analizzare l'evoluzione dei profili di resistenza nel nostro territorio. Ci sono segnali positivi: il costante calo dei ceppi meticillino-resistenti di *Staphylococcus aureus* (MRSA) e la percentuale più bassa di resistenza ai carbapenemi in *Klebsiella pneumoniae* indicano che alcune misure adottate, come i programmi di stewardship antibiotica, i protocolli per il controllo delle infezioni e una maggiore appropriatezza nella prescrizione, stanno dando i loro frutti. Tuttavia, ci sono anche segnali di allerta che richiedono un potenziamento delle azioni in corso. L'aumento della resistenza alla vancomicina in *Enterococcus faecium* e la crescita della resistenza alle cefalosporine di terza generazione in *Escherichia coli* spingono verso la progettazione di nuovi meccanismi di contrasto.

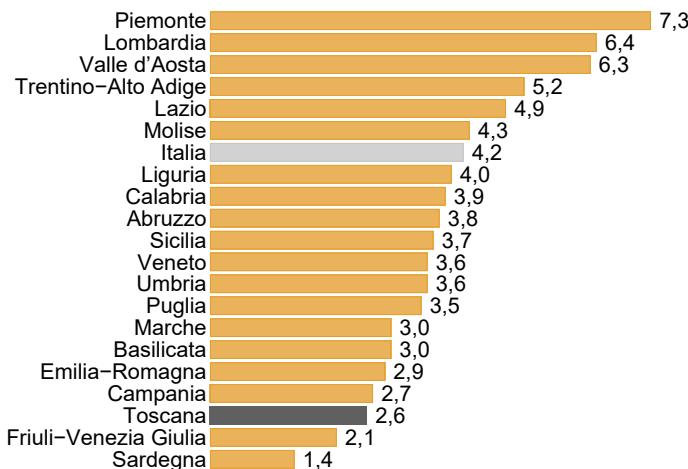
Riabilitazione

La fase di riabilitazione a seguito di un trauma cui conseguono fratture o lesioni neurologiche, un ictus, o di un qualsiasi altro evento che modifichi le capacità funzionali della persona (come, ad esempio, l'inserimento di una protesi ortopedica), ha l'obiettivo di far riguadagnare al paziente l'autonomia e la salute precedente all'evento, agevolando così il ritorno ai livelli di qualità della vita più alti possibili e scongiurando la dipendenza dall'aiuto di terzi nello svolgimento delle attività quotidiane. Si stima che nel mondo 2,4 miliardi di persone vivano con una patologia che tra, o potrebbe trarre, beneficio dalla riabilitazione e questi numeri sono destinati ad aumentare se consideriamo che l'aumento dell'aspettativa di vita è causa e conseguenza dell'aumento del numero di anni vissuti con malattie croniche e disabilità (fonte: Organizzazione mondiale della sanità – OMS). Il paziente, a seconda del tipo di evento e del bisogno di recupero, ha la possibilità di usufruire di una o più prestazioni in uno o più setting (dall'ospedale, alla residenzialità extra-ospedaliera, all'ambulatorio, fino al proprio domicilio), identificabili come nodi della rete territoriale e ospedaliera dei servizi di riabilitazione. Le singole prestazioni si inseriscono quindi in un percorso di riabilitazione incentrato sulla persona, che segue il criterio dell'appropriatezza per la scelta dei pacchetti riabilitativi. La multidisciplinarietà è una caratteristica peculiare di queste prestazioni, considerato che tra le figure coinvolte rientrano fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti e audiologi, tecnici ortopedici e protesisti, psicologi clinici, medici di medicina fisica e riabilitazione, infermieri specializzati nella riabilitazione.

A livello nazionale non sono disponibili flussi informativi sanitari sulle prestazioni di riabilitazione erogate in setting extra-ospedalieri (ambulatoriale, residenziale o domiciliare). Per questo motivo gli unici indicatori utili a confrontare tra loro le regioni sono focalizzati sull'assistenza ospedaliera, che non sempre però, come detto, rappresenta la componente principale dei percorsi di riabilitazione, soprattutto per quelli ortopedici, penalizzando così quelle regioni che hanno strategicamente puntato su setting alternativi e/o complementari a quello ospedaliero.

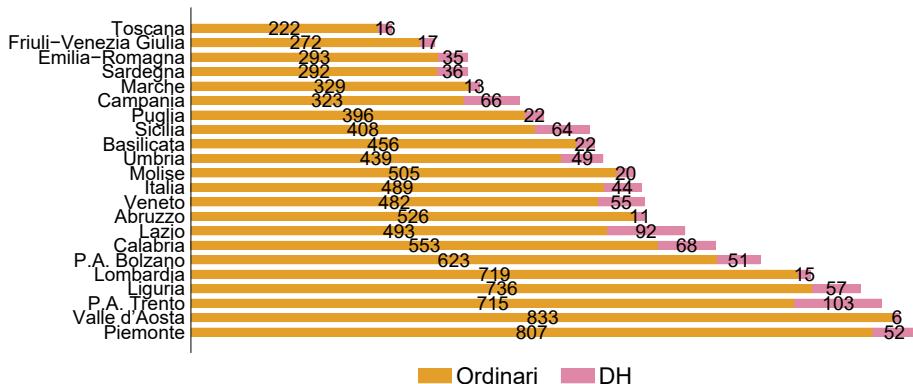
La Toscana, ad esempio, si caratterizza per una dotazione più contenuta di posti letto ospedalieri in riabilitazione rispetto ad altre regioni (Figura 1), coerentemente con una strategia consolidata che punta a rafforzare la riabilitazione in setting territoriali e domiciliari, ritenuti spesso più appropriati ed efficaci per il recupero funzionale, soprattutto nei casi ortopedici e cronici. In totale sono 940 i posti letto ordinari in regione nel 2021, aumentati progressivamente dal 2014 (primo anno della serie storica disponibile) quando erano 870. Nel 2024, attingendo alle banche dati regionali, i posti letto sono scesi a 905, pari a 2,5 per 10mila abitanti (fonte: Regione Toscana).

Figura 1. Posti letto in riabilitazione – Posti per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2021 - Fonte: ISTAT



Il minor numero di ricoveri ospedalieri in riabilitazione osservato in Toscana rispetto alla media nazionale riflette un diverso modello organizzativo, orientato da tempo alla valorizzazione dei percorsi riabilitativi territoriali. Tale approccio, oltre a garantire l'appropriatezza dell'intervento, contribuisce a una migliore continuità assistenziale (Figura 2).

Figura 2. Ospedalizzazione in riabilitazione, per regime – Tasso per 100.000 abitanti – Regioni e Italia, anno 2023 - Fonte: Rapporto SDO 2023, Ministero della salute

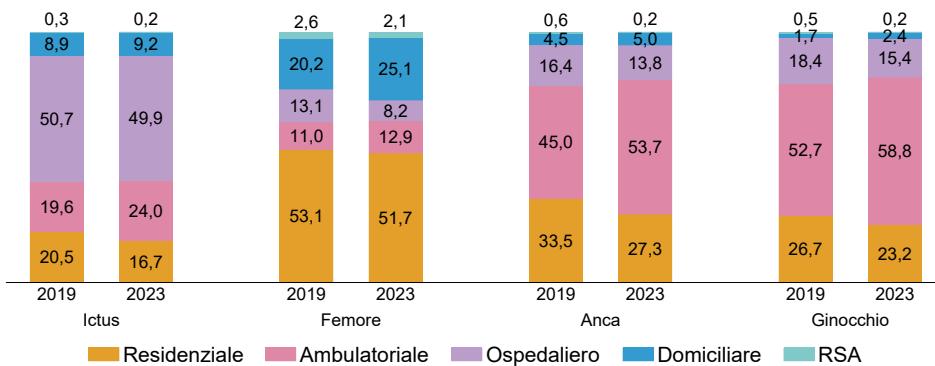


Quello ospedaliero però, come detto, è solo uno dei setting riabilitativi possibili e non sempre il più appropriato. Avere bassi livelli di ospedalizzazione in riabilitazione non significa lasciare scoperto il bisogno nella popolazione. In Toscana, ad esempio, gli indirizzi regionali prediligono

i setting territoriali, rispetto a quelli ospedalieri, per molti percorsi post acuzie, come quelli ortopedici. Le residenze extra-ospedaliere (cosiddette ex art. 26) e i presidi ambulatoriali, sono le strutture più utilizzate per far svolgere il percorso riabilitativo al paziente. Tra i vari setting possibili, oltre a quello ospedaliero, residenziale e ambulatoriale, troviamo inoltre il domiciliare e l'inserimento in moduli motori di RSA. I dati regionali riferiti agli anziani (65+ anni) riabilitati entro 28 giorni dalla dimissione per uno dei quattro eventi contraddistinti da un'elevata numerosità nella pratica quotidiana (frattura del femore, ictus, protesi d'anca o ginocchio) mostrano che solo dopo un ictus si fa ricorso prevalentemente al setting ospedaliero (5 volte su 10), mentre negli altri percorsi vi si ricorre al massimo 1 volta su 10 per privilegiare invece setting residenziali o ambulatoriali (Figura 3).

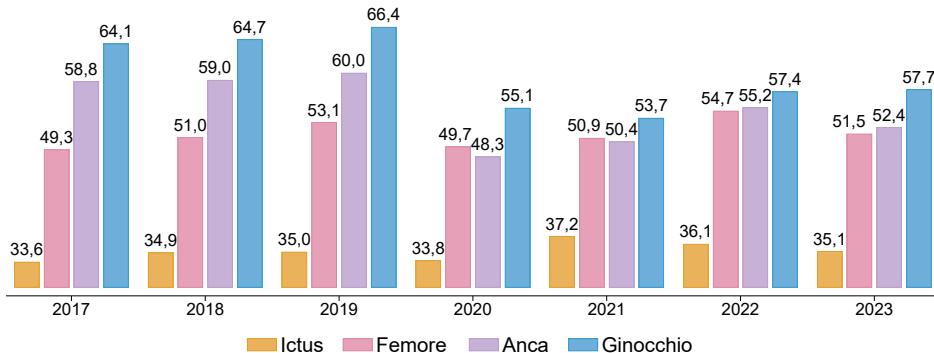
Gli ultimi dati disponibili si riferiscono al 2023 (l'ultimo anno, infatti, non è ancora consolidato) e sono confrontati con il 2019, ultimo anno prima della pandemia da COVID-19. In questi 4 anni si è assistito ad un aumento del setting ambulatoriale e domiciliare, a discapito di quello residenziale in strutture ex art. 26 e, in misura minore, di quello ospedaliero. Le RSA continuano invece ad essere una scelta molto limitata, che ha un impatto lievemente maggiore nel caso delle riabilitazioni post frattura di femore. I servizi quindi negli ultimi anni si sono orientati privilegiando il territorio, coerentemente con lo scenario complessivo di investimento e riorganizzazione nella medicina territoriale. In aggiunta, dalla pandemia in poi, il setting ospedaliero può essere stato in parte ostacolato dalla riorganizzazione dei servizi ospedalieri per fronteggiare la pandemia, anche se ha garantito l'assistenza ai pazienti dimessi per ictus, che necessariamente hanno bisogno di avviare il loro percorso riabilitativo in ospedale.

Figura 3. Riabilitati a 28 giorni dalla dimissione ospedaliera, per tipo di evento e setting assistenziale – Riabilitati per setting ogni 100 residenti d'età 65+ riabilitati a seguito di evento acuto – Toscana, anni 2019 e 2023 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari regionali



Il monitoraggio della tempestività dell'accesso alla riabilitazione mostra che, già entro 28 giorni dalla dimissione, una quota significativa di anziani in Toscana, è presa in carico in un percorso riabilitativo. Questo dato, in progressiva ripresa dopo la contrazione legata alla pandemia, è indicativo della capacità del sistema regionale di garantire risposte appropriate, con margini ulteriori di miglioramento che sono già oggetto di attenzione programmatica, specie nei percorsi post-protesici: a prescindere dal setting, poco più della metà degli anziani dimessi per frattura del femore accede ad un percorso riabilitativo entro 28 giorni (51,5%), il 35,1% dei dimessi per ictus, il 52,4% dei dimessi a seguito di un intervento di protesi d'anca e il 57,7% dei dimessi a seguito di un intervento di protesi di ginocchio (Figura 4). Dopo la diminuzione osservata nel primo anno di pandemia, i volumi sono risaliti e, nel caso di femore e ictus sono tornati o hanno superato i valori 2017-2019, mentre ancora si mantengono al di sotto nel caso della riabilitazione dopo un intervento di protesi d'anca e ginocchio (circa 8 punti percentuali in meno nel 2023 rispetto al 2019).

Figura 4. Riabilitati a 28 giorni dalla dimissione ospedaliera, per tipo di evento – Riabilitati ogni 100 residenti d'età 65+ dimessi a seguito di un evento acuto – Toscana, periodo 2017-2023 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi informativi sanitari regionali



Negli ultimi anni i servizi di riabilitazione toscani, da sempre orientati verso percorsi territoriali o residenziali, piuttosto che ospedalieri, se confrontati con le altre regioni, hanno visto progressivamente aumentare ancora la quota di persone che accedono a percorsi di tipo ambulatoriale o domiciliare. Quella di puntare sul territorio è una scelta, tra l'altro, che si è rivelata in linea con il potenziamento della medicina territoriale a cui stiamo assistendo dall'avvento della pandemia da COVID-19. L'utilizzo del setting ospedaliero resta limitato ai percorsi per i quali è appropriato e indispensabile, almeno nelle prime fasi, come la riabilitazione dopo un ictus. Il setting domiciliare o ambulatoriale, laddove possibile, permette di svolgere le prestazioni in un ambiente familiare, riducendo lo stress legato agli spostamenti

e favorendo maggiore continuità. I dati suggeriscono che, per alcune tipologie di interventi ortopedici, come le protesi d'anca o ginocchio, i livelli di riabilitazione tempestiva siano in progressiva ripresa, anche se non ancora pienamente riallineati ai livelli pre-pandemici. Questo rappresenta un'area di lavoro per i servizi territoriali, su cui sono già in corso azioni di monitoraggio e intervento orientate a migliorare la capacità di presa in carico precoce.

Cure nel fine vita

Le cure nel fine vita rappresentano un insieme di interventi sanitari, psicologici e sociali volti ad accompagnare le persone nelle fasi terminali della vita, con l'obiettivo di alleviare la sofferenza, preservare la dignità e garantire la miglior qualità di vita possibile. Queste cure si collocano prevalentemente nell'ambito delle cure palliative, che non mirano a guarire, ma a prendersi cura in modo globale della persona e dei suoi familiari. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie cronico-degenerative nell'ultimo decennio hanno portato a un'attenzione sempre maggiore alle questioni correlate al fine vita. Monitorare l'accesso, la qualità e l'equità delle cure nel fine vita è cruciale per più motivi: garantisce il rispetto dei diritti dei pazienti, riduce i ricoveri ospedalieri impropri e promuove modelli assistenziali più umani e sostenibili. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) riconosce le cure palliative come una componente essenziale dei sistemi sanitari, raccomandando ai Paesi di integrarle in modo strutturale nei percorsi di cura. Il rapido accesso a questi servizi costituisce non solo un indicatore importante di adeguatezza clinica, ma anche una misura della capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni di persone in prossimità della fine della vita in modo equo e tempestivo.

Secondo il rapporto *The Quality of Death Index* (EIU, 2015), esistono forti disuguaglianze a livello europeo: Regno Unito, Francia e Germania mostrano sistemi più avanzati e capillari, mentre altri Paesi, tra cui l'Italia, presentano ancora una forte variabilità territoriale nell'accesso ai servizi. Si stima che in Europa solo il 34% dei pazienti che ne avrebbe bisogno riceva cure palliative adeguate. Secondo le stime più accurate, dal 70% all'80% delle persone che muoiono in Italia ogni anno avrebbe potuto beneficiare delle cure palliative, ma solo una parte accede effettivamente a questi servizi: i dati più recenti, riportati nella Relazione relativa all'anno 2022 sul monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), segnalano che solo il 37,4% dei pazienti oncologici usufruisce di cure palliative strutturate, una quota di gran lunga inferiore rispetto a quanto fissato dai nuovi standard ministeriali. Va detto che ancora oggi permangono anche ostacoli culturali, legati alla titubanza di molte famiglie nel passaggio dall'ospedale all'Hospice, perché il primo è ancora considerato l'unico luogo in cui ricevere terapie. Anche per questo, misurare e migliorare le cure nel fine vita è oggi una priorità per costruire un sistema sanitario equo, attento ai bisogni reali delle persone e capace di accompagnare la fragilità con rispetto e competenza.

Dal 2017 l'Agenzia regionale di sanità (ARS) effettua un monitoraggio sull'utilizzo delle cure palliative (CP) in Toscana analizzando un set di indicatori sull'accesso e sull'erogazione di servizi specifici utilizzati dalla popolazione assistita elegibile, selezionata in base ai seguenti criteri: residenti in Toscana d'età maggiore di 18 anni deceduti entro un arco temporale

definito con una storia clinica oncologica, di malattia cronica (broncopneumopatia cronico ostruttiva - BPCO, scompenso cardiaco, demenza, ictus, insufficienza renale, SLA, disturbi miotonici, distrofia muscolare) o entrambe (tumore e malattia cronica). Per storia clinica di tumore viene fatto riferimento alle persone con almeno un ricovero con diagnosi oncologica nei tre anni precedenti il decesso, oppure un'esenzione per patologia maligna valida nei 2 anni precedenti il decesso oppure avere effettuato un ingresso in Hospice con diagnosi di tumore. Per le malattie croniche sono utilizzati i dati della coorte di casi prevalenti presenti nella banca dati MaCro di ARS Toscana, dalla quale sono selezionati i deceduti nello stesso anno. Sono escluse tutte le persone decedute per traumatismi, quelle il cui decesso è avvenuto lo stesso giorno di un accesso in Pronto soccorso e quelle con storia di patologia cardiaca acuta nel cui ricovero è avvenuto il decesso. In base a questi criteri, è stata fatta una stima del bacino dei potenziali utenti della rete di cure palliative toscane.

Quando scriviamo questo documento sono disponibili i dati aggiornati all'anno 2023, non potendo ancora elaborare i flussi consolidati dell'assistenza domiciliare e degli ingressi in Hospice per il 2024.

Nel 2023 nella nostra regione sono stati registrati 31.239 decessi tra adulti affetti da tumore maligno e/o da patologie croniche, pari al 70% dei decessi totali nella regione. Questo dato è in linea con le stime riportate in letteratura, secondo cui tra il 69% e l'84% dei decessi annui riguarda persone che potrebbero necessitare di cure palliative (fonte: Murtagh, Fliss EM, et al. 2014).

Tra i pazienti identificati come eligibili per le cure palliative, il 68% aveva una patologia cronica, il 19% una condizione oncologica ed il 13% presentava entrambe le condizioni. Confrontando questi dati con quelli del 2019, si osserva un cambiamento: i pazienti con malattie croniche sono passati dal 61% al 68% (+7%), quelli con tumore dal 22% al 19% (-3%), quelli con entrambe le condizioni dal 17% al 13% (-4%). Il trend è coerente con l'aumento della cronicità nella popolazione.

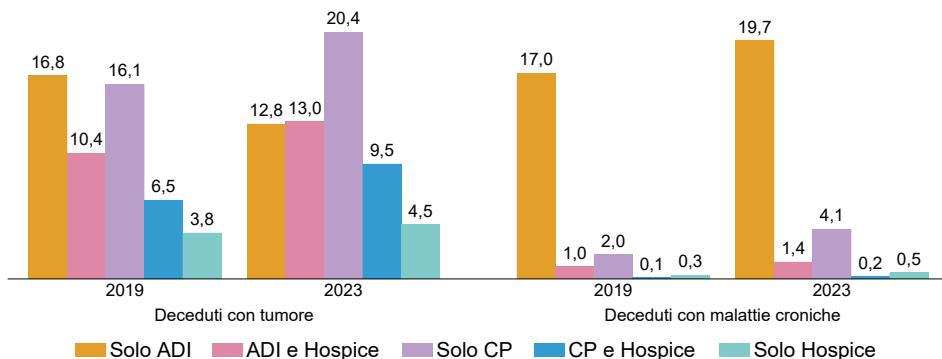
Durante il 2023, l'utilizzo dei servizi della rete di cure palliative negli ultimi 30 giorni di vita di questo target si conferma essere ancora limitato, con una marcata disuguaglianza di accesso legata alla storia clinica del paziente, nonostante un generale miglioramento rispetto al 2019. In particolare, cresce la percentuale di pazienti oncologici che ha ricevuto almeno un intervento di cure palliative, in Hospice o a domicilio, negli ultimi 30 giorni di vita, passando dal 53,6% al 60,2%. Tuttavia, tra i pazienti con patologie croniche, l'accesso rimane ancora nettamente inferiore, sebbene in aumento dal 20,4% al 25,8%.

Nell'analisi dei dati relativi all'assistenza domiciliare di CP di 1° livello (fornite da medici e infermieri non specialisti) e 2° livello (erogate da team specializzati in situazioni complesse,

con competenze avanzate nel controllo dei sintomi e nel supporto psicosociale), è fondamentale tenere conto che una parte dei servizi erogati, in particolare quelli forniti da associazioni di volontariato, potrebbe non essere ancora pienamente tracciata nei flussi amministrativi regionali. Per avere un quadro realmente completo del fenomeno, sarebbe necessario affrontare il tema della rendicontazione delle prestazioni offerte da soggetti terzi, da integrare nei sistemi informativi ufficiali.

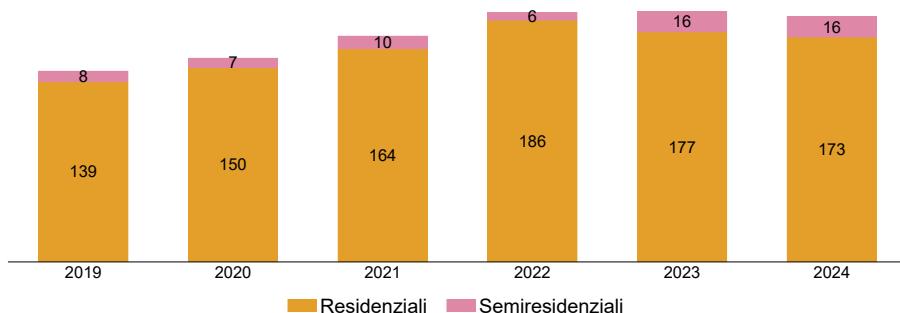
Confrontando l'utilizzo delle CP tra l'assistenza domiciliare e quella in Hospice, osserviamo che nel 2023 l'assistenza domiciliare con attivazione di CP è risultata il servizio più utilizzato dai pazienti oncologici (20,4%), con un incremento del 4,3% rispetto al 2019 (16,1%). Al contrario, i pazienti con patologie croniche hanno fatto principalmente ricorso all'assistenza domiciliare priva di cure palliative (ADI), la cui attivazione è salita dal 17% al 19,7%. L'Hospice continua a essere un servizio riservato quasi esclusivamente ai pazienti oncologici. Considerando l'ultimo anno di vita, il 27% dei pazienti oncologici ha avuto almeno un accesso in Hospice nel 2023 (con o senza altri servizi attivati nell'anno), in crescita rispetto al 20,7% del 2019. Per i pazienti con cronicità, invece, la percentuale rimane molto bassa, salendo solo lievemente dall'1,4% al 2,1% (Figura 1).

Figura 1. Cure nel fine vita, per patologia e tipologia di prestazione attivata – Assistiti con almeno un accesso nell'ultimo anno di vita ogni 100 assistiti deceduti – Toscana, anni 2019 e 2023 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali



La rete degli Hospice in Toscana conta 189 posti letto nel 2024, con un aumento di 42 unità rispetto al 2019. Fino al 2023 si è registrata una crescita costante dell'offerta residenziale, mentre nel biennio 2023-2024 si osserva una lieve riduzione in favore di un potenziamento dell'offerta semiresidenziale (Figura 2). A livello nazionale, tra il 2019 ed il 2024, si registra una riduzione di 31 posti letto (3.382 vs 3.351). Nel complesso, nel 2024 nella nostra regione si contano 5,1 posti letto ogni 100mila abitanti.

Figura 2. Posti letto in Hospice, per tipologia – Toscana, periodo 2019-2024 – Fonte: Regione Toscana



Invariabilmente nel tempo, i professionisti che accolgono i pazienti in Hospice continuano ad essere principalmente il palliativista e l'infermiere (rispettivamente 56% e 35,5%), con l'attività seguente svolta prevalentemente dall'infermiere (93%). Questi dati sul personale si allineano con quanto rilevato nel 2023 dalla Società italiana di cure palliative (SICP), secondo le cui stime negli Hospice italiani attualmente operano circa 500 medici palliativisti e oltre 2.100 infermieri, per un totale di 3.199 posti letto. Questo standard è in linea con quanto previsto dal d.m. n. 43 del 2007, che si riferiva al bisogno di cure palliative per i pazienti oncologici. Tuttavia, rispetto agli obiettivi fissati dal d.m. 77/2022, mancherebbero oltre 100 medici e oltre 600 infermieri (Peruselli et al., 2024).

Gli accessi in Hospice, quando la patologia responsabile è il tumore maligno, dopo un calo durante la pandemia, hanno superato i valori pre-pandemici nel 2023, con circa 3.100 ingressi annui (circa 260 al mese). Anche gli accessi di pazienti con malattie croniche sono in aumento dal 2022, con circa 770 ingressi annui (circa 65 al mese), mentre nel 2019 erano stati 640 (circa 53 al mese).

Più della metà dei pazienti giunge in Hospice tardivamente, negli ultimi 7 giorni di vita: 55% per i pazienti con tumore e 63% per quelli con malattie croniche, anche se queste percentuali mostrano lievi segnali di miglioramento rispetto al 2019, quando erano rispettivamente il 57% e il 67%.

L'accesso all'assistenza palliativa riveste un'importanza non solo a livello regionale, ma anche nazionale, tanto che è incluso nei livelli di assistenza. Il Nuovo sistema di garanzia (NSG) (Fonte: Intesa Stato-Regioni del 13 dicembre 2018 ai sensi dell'articolo 9 del d.lgs. n.56, n. 200), che si avvale di un insieme di indicatori per monitorare l'applicazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), prevede due indicatori specifici per valutare l'accesso alla rete delle cure palliative, limitandosi tuttavia alla popolazione di pazienti oncologici.

Il primo di questi indicatori (D30Z) misura l'efficacia della rete delle cure palliative nella presa in carico dei pazienti oncologici fino al termine della loro vita, sia a domicilio che in Hospice. La soglia ministeriale minima auspicata per questo indicatore è fissata al 35%. Nel 2019, il valore toscano aveva già superato questa soglia, arrivando al 37,1%, e nel 2023 ha raggiunto il 50,4%. In Italia, nel 2022, ultimo dato disponibile, era pari al 37,4% (fonte: Monitoraggio dei LEA, Relazione 2022). Tuttavia, questi risultati, seppur positivi, sono appena sufficienti e non garantiscono una copertura adeguata del bisogno, poiché riguardano esclusivamente i pazienti oncologici, come nel caso del precedente indicatore NSG.

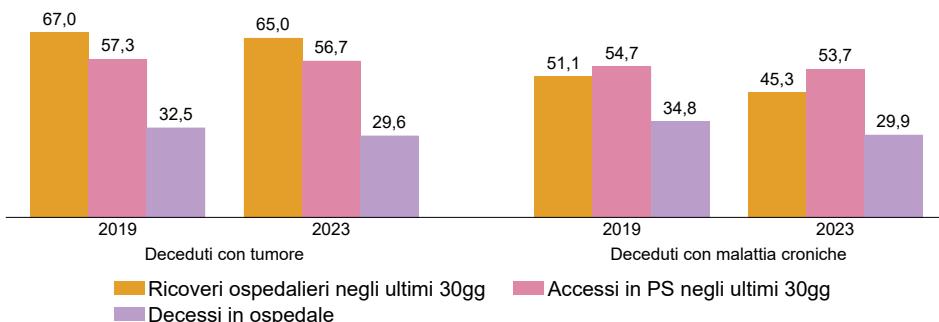
Il secondo indicatore (D32Z) misura il rapporto tra il numero di ricoveri di pazienti oncologici (provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito) con permanenza in Hospice inferiore o uguale a 7 giorni, e il totale dei ricoveri in Hospice per malati oncologici. Tra il 2019 e il 2023 si è registrato un miglioramento dell'indicatore, che è passato dal 36,2% al 31,2%. Il valore medio italiano nel 2022 (ultimo dato disponibile, fonte: Monitoraggio dei LEA, Relazione 2022) è stato del 26,8%. Tuttavia, siamo ancora lontani dalla soglia ministeriale auspicata, che è pari o inferiore al 25%.

Di seguito proponiamo i risultati di alcuni indicatori di esito che hanno evidenziato differenze importanti tra pazienti con patologie croniche e pazienti oncologici, relativi alla qualità delle cure di fine vita. Già uno studio condotto da ARS nel 2018 aveva evidenziato come i pazienti con malattie croniche presentino (Lastrucci et al., 2018):

- una probabilità 1,5 volte maggiore di morire in ospedale rispetto agli oncologici;
- un aumento del 9% del rischio di ricovero ospedaliero;
- un aumento del 10% del rischio di accesso al Pronto soccorso (PS);
- una probabilità significativamente inferiore di accedere all'Hospice negli ultimi 30 giorni di vita (rischio relativo pari a 0,08);
- un rischio 4 volte maggiore di essere ricoverati in Terapia intensiva (TI);
- un rischio doppio di ricevere trattamenti di sostegno vitale.

Nonostante un miglioramento rispetto al 2019, nel 2023 sono rimaste elevate le percentuali di pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero nell'ultimo mese di vita (67% vs 65% tra gli oncologici; 51,1% vs 45,3% tra i malati cronici) e di quelli che muoiono in ospedale (32,5% vs 29,6% tra gli oncologici; 34,8% vs 29,9% tra i malati cronici). Anche le percentuali di pazienti che accedono al Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita restano elevate (57,3% vs 56,7% tra gli oncologici; 54,7% vs 53,7% tra i malati cronici). La tendenza è comunque quella di una diminuzione del ricorso alle cure per acuti (ospedale e Pronto soccorso) nell'ultimo mese di vita, segno di un miglioramento nell'appropriatezza dei percorsi di cura (Figura 3).

Figura 3. Ricoveri ospedalieri e accessi in Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita, deceduti in ospedale, per patologia – Assistiti con almeno un ricovero o un accesso in Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita e assistiti dimessi morti dall'ospedale, ogni 100 assistiti deceduti – Toscana, anni 2019 e 2023 – Fonte: elaborazioni ARS su dati Flussi sanitari regionali



I dati analizzati forniscono un quadro dettagliato sull'utilizzo delle cure palliative in Toscana, evidenziando come, nonostante un lieve aumento nella registrazione delle cure domiciliari e delle cure palliative specifiche dal 2023, persistano disuguaglianze significative nell'accesso e nella qualità delle cure tra pazienti con tumore e malattie croniche. I pazienti che devono ricorrere a cure per acuti (ospedale e Pronto soccorso) nell'ultimo mese di vita sono in diminuzione. È cruciale affrontare la sottoutilizzazione dell'Hospice per i pazienti affetti da patologie croniche e garantire un accesso più tempestivo ai servizi di cure palliative per tutti i pazienti elegibili. Infine, i posti letto in Hospice sono aumentati nel tempo, tuttavia siamo ancora lontani dallo standard definito dal Ministero nel decreto ministeriale 77/2022 (8/10 posti letto ogni 100mila abitanti).

La valutazione della Regione Toscana negli ultimi 5 anni

La storia della performance della Sanità toscana attraverso i bersagli: dal pre-COVID alla nuova normalità

Sin dagli anni 2000 le organizzazioni internazionali hanno promosso la misurazione e valutazione della performance in ambito sanitario proponendo dimensioni di analisi diverse in relazione all'oggetto di analisi e alle finalità delle istituzioni proponenti. Dal primo rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) del 2000 che creava una classifica dei paesi sulla base della loro capacità di offrire le cure in relazione alle risorse finanziarie a disposizione, si sono susseguite diverse rappresentazioni dei sistemi di valutazione della performance. Buona parte dei paesi europei ha personalizzato e proposto un proprio sistema di valutazione e nel tempo lo stesso OMS e altre organizzazioni internazionali, hanno rivisto i propri modelli sulla base dell'evoluzione dei bisogni informativi che hanno caratterizzato questi ultimi venti anni (Vainieri et al. 2020). In modo pionieristico la Regione Toscana ha introdotto nel 2005 un sistema di valutazione della performance multidimensionale (Nuti 2008) con l'obiettivo di fornire uno strumento che permettesse di attivare un dialogo costruttivo fra i vari soggetti del Sistema sanitario regionale per il miglioramento dei servizi e la creazione di valore per la popolazione. Il cosiddetto "sistema bersaglio", sviluppato e aggiornato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, grazie alla sua dinamicità ha cercato nel tempo di colmare alcuni fabbisogni informativi proponendo nuovi confronti attraverso l'introduzione del network delle regioni (Nuti et al. 2014), nuove rappresentazioni grafiche, come il pentagramma (Nuti et al 2018) e nuove dimensioni di analisi e indicatori come quelli relativi alla resilienza (Nuti, Vinci e Vola, 2021; Vainieri e Vola 2023, Vainieri et al. 2024).

Negli ultimi sei anni, ovvero dal 2019 al 2024, la pandemia da COVID-19 e i finanziamenti e riforme connesse al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) hanno sostanzialmente modificato lo scenario dei sistemi sanitari richiedendo nuovi modi e nuovi modelli organizzativi per adattarsi al cambiamento e conseguentemente anche nuovi sistemi di monitoraggio. Sono nati così tanti sistemi di monitoraggio specifici (si pensi solo ai cruscotti del COVID-19 piuttosto che ai monitoraggi sull'uso degli investimenti PNRR). In questo contesto, il sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari ha inserito nuove dimensioni che racchiudono indicatori esistenti e nuovi per provare a restituire nella sua sintesi (i bersagli) prospettive diverse nell'intento di supportare la lettura complessiva dello stato di salute del Sistema sanitario toscano. Nella tabella 1 sono riportate le parole chiave che sono state associate alle presentazioni dei risultati del 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024 negli incontri con le direzioni strategiche aziendali e con i dirigenti regionali.

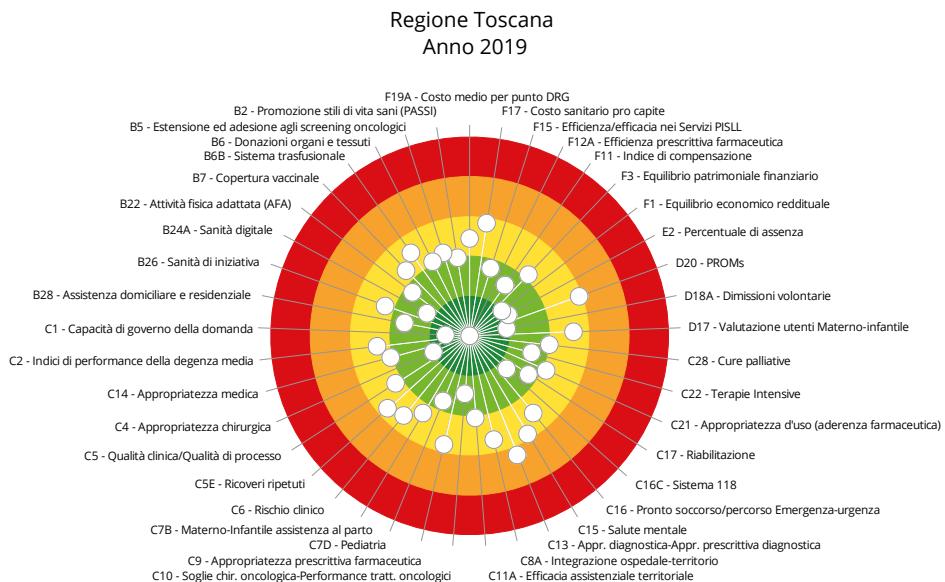
Tabella 1. Sintesi delle parole chiave e principali novità del sistema di valutazione della performance della Sanità toscana fra il 2019 e 2024

Anno	Parola chiave	Principali dimensioni e modifiche
2019	Pre-pandemia (come eravamo)	Dimensioni relative alla capacità di governo del sistema, all'assistenza farmaceutica, alla qualità e appropriatezza, alla sostenibilità economica, all'esperienza dell'utente e al clima organizzativo e ai percorsi assistenziali
2020	Resilienza	Inserimento della dimensione della Resilienza contenente le differenze dei volumi volta a monitorare la capacità di garantire le prestazioni non procrastinabili e di mantenere il monitoraggio dei pazienti già in carico e indicatori sulle televisite. Per alcuni indicatori (es. i tassi di prestazione e ospedalizzazione) e per alcune dimensioni (es. governo della domanda) è stata sospesa la valutazione. È stato inserito l'indicatore del catchment index (copertura della domanda ambulatoriale).
2021	Ripresa	Mantenimento della dimensione della Resilienza che è stata arricchita dagli indicatori connessi al monitoraggio della copertura vaccinale. Ancora per diversi indicatori in uso nel 2019 era sospesa la valutazione.
2022	Trasformazione	E' stata ripristinata la valutazione degli indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione e di prestazioni ambulatoriali, si è data maggiore enfasi al <i>catchment index</i> e ai tempi di attesa sia chirurgici che ambulatoriali e alla sostenibilità economica. La dimensione della resilienza cambia nome e non contiene più indicatori sulle differenze dei volumi rispetto al 2019. Rimangono e sono potenziati gli indicatori sulla digitalizzazione.
2023	Rilancio	Inserimento della dimensione relative alle sfide post-COVID ovvero la <i>preparedness</i> (con le coperture vaccinali), la digitalizzazione, la capacità di utilizzare le risorse PNRR, la riorganizzazione del territorio (con indicatori su IFeC) e la motivazione del personale.
2024	Nuova normalità	Modifica della dimensione delle sfide post-COVID in sfide trasversali che contengono le sfide sulle politiche del personale, sulla digitalizzazione e sulla <i>preparedness</i> e sulla promozione della salute. Sono stati introdotti nuove modalità di visualizzazione dei percorsi ed è stato introdotto il pentagramma sugli anziani e fragilità.

2019: il bersaglio del “come eravamo”

Il bersaglio del 2019 forniva una fotografia complessiva positiva, con 255 indicatori calcolati e una generale buona performance sanitaria regionale. La Toscana mostrava punti di forza in particolare nell'efficienza prescrittiva farmaceutica, con un alto utilizzo di farmaci generici e biosimilari sebbene vi fossero margini per migliorare l'appropriatezza prescrittiva, e nella gestione della domanda di ospedalizzazione, con bassi tassi di ricovero per acuti. I punti critici evidenziati dal bersaglio riguardavano un progetto, quello dei PROMs rivisto nelle sue modalità applicative, un elevato uso di esami diagnostici potenzialmente inappropriati, indicatori relativi alla salute mentale. Altri indicatori mettevano in rilievo l'importanza di rivedere i modelli organizzativi territoriali legati a una performance al limite delle fasce critiche relativa alla continuità e integrazione territorio-ospedale-territorio e alla crescente domanda registrata negli accessi ai Pronto soccorso.

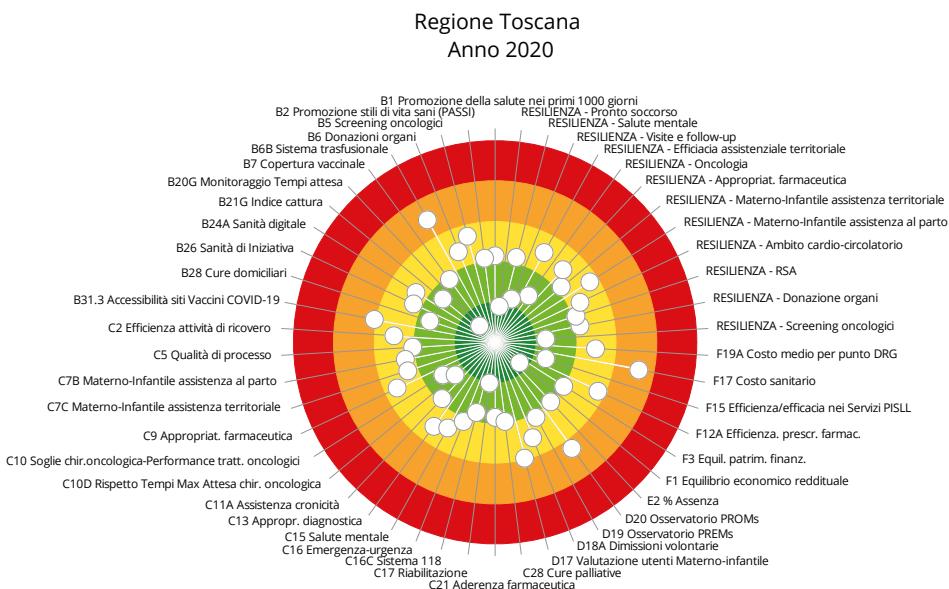
Figura 1. Il bersaglio del 2019



2020: il bersaglio della resilienza

La performance del 2020 mostrava una capacità di resistere all'impatto COVID-19 in termini di volumi nei vari ambiti analizzati media rispetto al network delle regioni (buone per il percorso oncologico e le visite di controllo per le cronicità). Il costo sanitario pro capite evidenziava un aumento dei costi sostanziali che includono i finanziamenti per il COVID-19 da attenzionare e un peggioramento delle valutazioni dell'esperienza delle utenti con i servizi materno-infantile, connesse anche alle restrizioni nell'accesso ai locali del partner. Tempi di attesa e indice di cattura avevano buone performance.

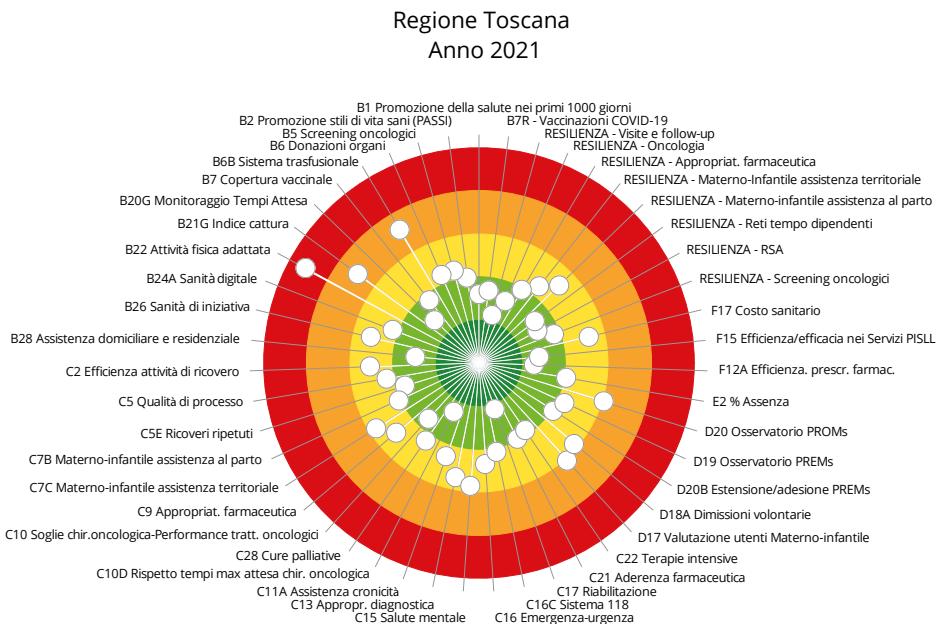
Figura 2. Il bersaglio del 2020



2021: Il bersaglio della ripresa

La performance del 2021 mostrava una buona capacità del Sistema sanitario di riprendere alcune attività come emerge dagli indicatori di resilienza, un maggior controllo del costo sanitario pro capite. Un aumento delle dimissioni volontarie (anche se è un fenomeno contenuto) e una spinta nell'inserire come valutazione l'esperienza dell'utente come quella del materno infantile. La criticità principale inizia ad essere quella dell'indice di cattura ovvero la capacità di riuscire a prenotare una visita ambulatoriale o diagnostica rispetto a quanto prescritto.

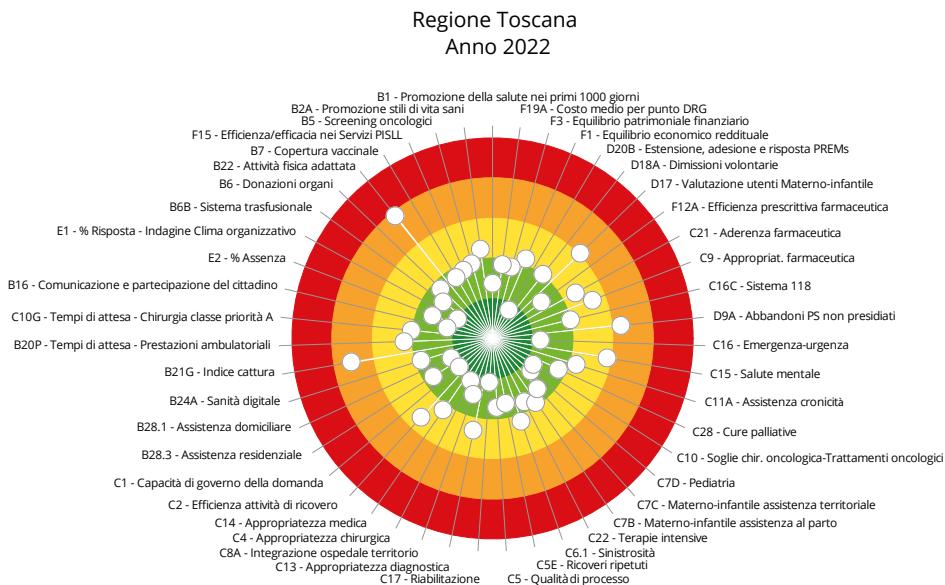
Figura 3. Il bersaglio del 2021



2022: il bersaglio della trasformazione

Il 2022 è stato l'anno della ripresa. L'anno in cui era ancora presente la necessità di avere una doppia linea fra COVID-19 e percorsi non infettivi con un carico notevole sul Sistema sanitario. Sono stati ripristinati quasi tutti gli indicatori di valutazione precedentemente sospesi. Ancora limitate le ospedalizzazioni ma inizia ad aumentare la pressione sul Pronto soccorso con un aumento degli abbandoni al Pronto soccorso. Le valutazioni dell'esperienza sul materno infantile rimanevano stabili così come ancora critico risultava l'indice di cattura. Alcuni servizi (come l'attività fisica adattata) stentavano a riprendere.

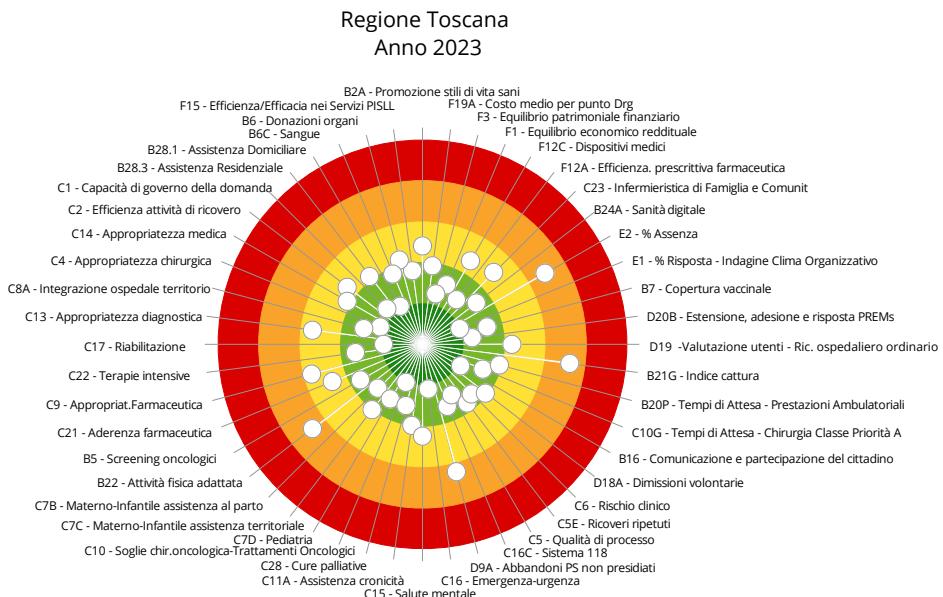
Figura 4. Il bersaglio del 2022



2023: il bersaglio del rilancio

Il 2023 è stato l'anno in cui molte riforme dovevano essere implementate, in primis la d.g.r. 1508 del 2022 (che richiama il d.m. 77), pertanto è stato l'anno del rilancio del Sistema sanitario. Molti indicatori restituivano una buona risposta dei servizi sanitari su vari ambiti (si veda ad esempio la qualità delle cure) ma ancora critici alcuni indicatori (si veda la ripresa dell'attività fisica adattata e l'indice di cattura collegato anche a un peggioramento dei tempi di attesa dell'ambulatoriale). In più emergeva come indicatore critico anche l'alta percentuale di assenza che si riferisce all'anno 2022, anno in cui circolava maggiormente l'infezione da COVID-19 fra il personale sanitario. Ambiti di miglioramento hanno riguardato anche l'appropriatezza farmaceutica. L'abbandono al PS confermava l'insofferenza nell'attesa all'interno del PS anche a fronte di un accesso potenzialmente inappropriato a questo setting assistenziale ma segnaletico di una domanda della popolazione.

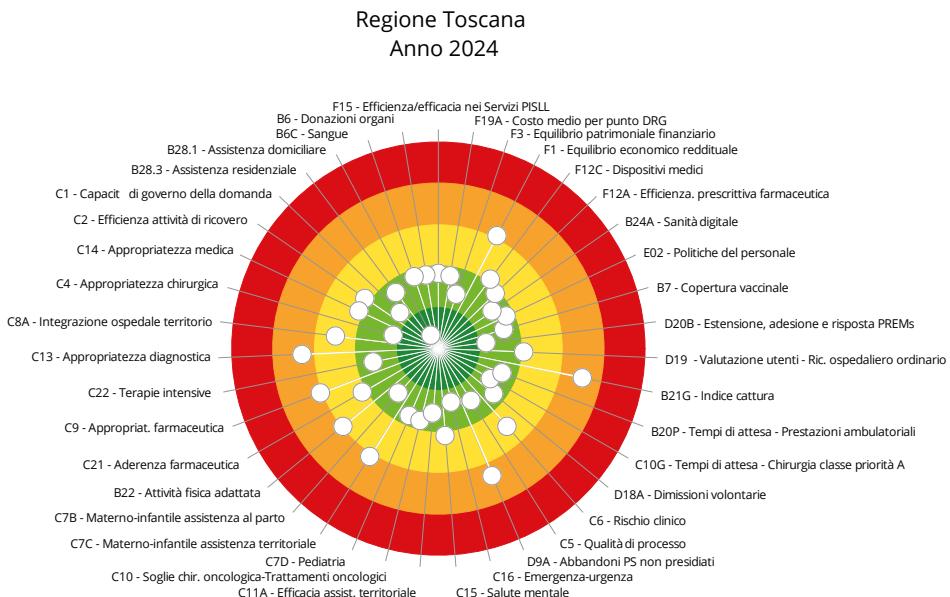
Figura 5. Il bersaglio del 2023



2024: il bersaglio della nuova normalità?

Il 2024 segna l'ingresso definitivo nella fase di "nuova normalità" mostrando segnali positivi accanto a sfide ancora aperte. Un punto di forza significativo è l'assistenza domiciliare che registra una performance eccellente, sebbene i dati definitivi siano ancora attesi per confermare tale risultato. La percentuale di assenze del personale ritorna ai livelli precedenti mentre ancora critico l'indice di cattura, che per le visite specialistiche scende dal 63% al 60% nonostante l'incremento dell'offerta. Gli abbandoni non presidiati rimangono pressoché invariati, attestandosi al 3,9%. Sul versante dell'appropriatezza farmaceutica si registra un leggero peggioramento degli indicatori relativi alla politerapia negli anziani (41% per il consumo di 5-9 farmaci e dal 7,7% al 7,9% per oltre 10 farmaci contemporaneamente), accompagnato da un incremento del 10% nel consumo di antibiotici in età pediatrica, passando da 2,5 a 2,76 dosi giornaliere per 1000 bambini. Anche l'appropriatezza diagnostica mostra segnali di attenzione: aumentano le risonanze magnetiche muscoloscheletriche (da 21 a 23 per 1000 abitanti) e quelle ripetute (dal 5,4% al 6,1%). Crescono anche i ricoveri, che si attestano a 502.072, con un significativo recupero delle attività chirurgiche pur rimanendo inferiori dell'8% rispetto ai livelli pre-COVID. Parallelamente si registra un aumento considerevole delle visite ambulatoriali, specialmente quelle di controllo, superando addirittura i livelli del 2019.

Figura 6. Il bersaglio del 2024

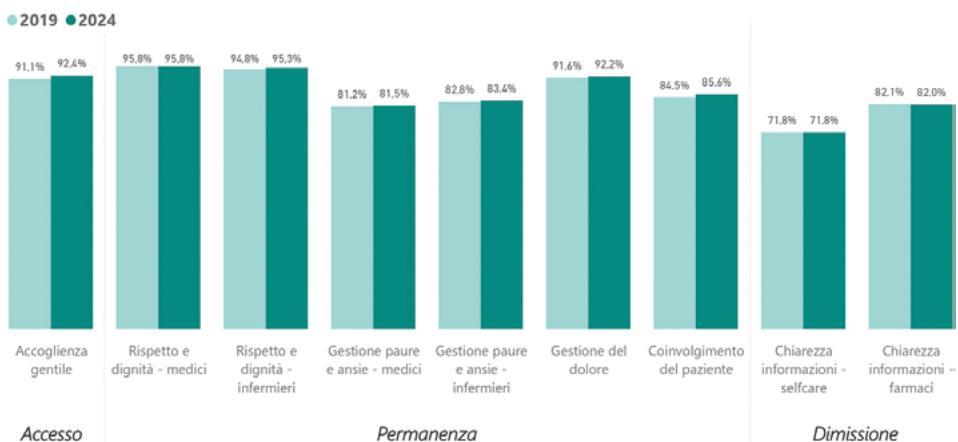


Un focus sui PREMs con i servizi di ricovero

Dal 2017, il Sistema sanitario toscano ha attivato, tramite il laboratorio MeS, l'osservatorio permanente della rilevazione dell'esperienza dei pazienti con i servizi di ricovero. Un'indagine consolidata che nel corso di questi ultimi anni è arrivata a coprire tutti i presidi della Toscana è quella relativa alla raccolta continua e sistematica dell'esperienza dei pazienti ricoverati che ha registrato un numero di rispondenti che passa da circa 15.000 (De Rosis et al., 2020) a oltre 57.000 pazienti nel 2024 (Vainieri et al., 2024) arrivando a ricevere un feedback da parte di quasi il 20% dei dimessi eleggibili. Questo incremento è legato all'effettivo utilizzo e riscontro positivo di queste informazioni per cercare di migliorare la comunicazione e in generale l'esperienza dell'utente con i servizi di ricovero (Murante et al. 2014; Peruzzo et al. 2025a). Nella figura 7 sono riportati gli aspetti dell'esperienza considerati prioritari per innalzare la soddisfazione complessiva dei pazienti ricoverati (Peruzzo et al., 2025b). Tra i punti di forza emersi figurano la gentilezza durante l'accoglienza in ospedale, il rispetto e la dignità da parte del personale medico ed infermieristico e la gestione del dolore. Tali aspetti risultano già positivi nel 2019 e ulteriormente migliorati a distanza di cinque anni. Al contrario, criticità persistenti riguardano la gestione delle paure e ansie da parte del personale medico ed infermieristico, il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura e la chiarezza delle informazioni fornite al momento della dimissione, in particolare quelle relative agli stili di vita e ai comportamenti da adottare dopo il ricovero. Nonostante queste aree critiche, si osserva un miglioramento, seppur lieve, anche per questi aspetti nel 2024 rispetto al 2019.

Figura 7. Esperienza riportata dai pazienti con il servizio di ricovero ospedaliero – Confronto 2019-2024 (Fonte: Osservatorio PREMs ricovero Laboratorio Management e Sanità)

Esperienza con il ricovero ospedaliero - Anni 2019-2024



Un focus sul clima organizzativo

Fin dal 2005 la Regione Toscana ha promosso periodicamente, attraverso il laboratorio MeS, l'indagine di clima organizzativo che negli ultimi dieci anni è stata rivolta con una forma censuaria piuttosto che a campione. Il confronto dell'ultima indagine condotta nel 2023 e dall'indagine del 2019 emerge come elemento interessante una crescita significativa a livello di sistema della partecipazione a questa indagine passando dal 44,68% nel 2019 al 49,86% nel 2023. Questa adesione è vista positivamente come un interesse massivo dei dipendenti toscani a fornire feedback sul proprio livello di motivazione, risultato anche dello sforzo delle aziende sanitarie a usare questo strumento di ascolto per guidare i processi di cambiamento e miglioramento organizzativo. Per tutti quegli item dell'indagine di clima organizzativo che sono rimasti invariati nell'edizione 2023 rispetto all'edizione 2019, per quanto riguarda le risposte del personale con responsabilità di struttura, rispetto al 2019, sembrano essere migliorate le percezioni rispetto agli stimoli dell'Azienda affinché ciascuno contribuisca al meglio, le percezioni delle proprie capacità di comunicazione, e l'orgoglio di lavorare il servizio sanitario regionale. In peggioramento, invece, la valutazione della direzione aziendale e la motivazione a raggiungere gli obiettivi aziendali. Per quanto riguarda le percezione dei dipendenti senza responsabilità di struttura, rispetto al 2019, sono leggermente migliorate le percezioni rispetto alle competenze gestionali del responsabile diretto, l'adeguatezza delle attrezzature, e l'orgoglio di lavorare per il servizio sanitario regionale. Peggiorano invece, rispetto al 2019, il senso di appartenenza all'azienda e la conoscenza di obiettivi e risultati aziendali.

Considerazioni conclusive

Negli ultimi sei anni, il Sistema sanitario toscano ha attraversato un periodo di profondi cambiamenti, innescati dalla pandemia da COVID-19 e dalle opportunità — ma anche pressioni — legate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Questi eventi hanno rappresentato uno stress test significativo, imponendo ai professionisti sanitari e ai decisori pubblici una rapida implementazione di nuovi modelli organizzativi. La Toscana ha saputo rispondere con prontezza, organizzando una campagna vaccinale efficace, attivando le USCA e valorizzando l'assistenza territoriale attraverso innovazioni come l'infermiere di famiglia e comunità. Tuttavia, le trasformazioni strutturali non sono ancora del tutto consolidate. Lo scenario attuale si confronta con una popolazione più anziana, un aumento della domanda (soprattutto per visite e accertamenti rinviati durante la pandemia), e nuove sfide emergenti — come la crescita dei bisogni di salute mentale, in particolare in età evolutiva. Alcuni servizi, come l'attività fisica adattata (AFA), necessitano di essere rilanciati, mentre altri, come l'assistenza domiciliare (ADI) e le cure intermedie, si sono intensificati per rispondere a esigenze crescenti. In questo contesto in continua evoluzione si conferma l'importanza di avere uno strumento di monitoraggio flessibile che permetta di orientare il miglioramento e guidare il passaggio dalla "ripresa" alla costruzione di una nuova normalità.

Bibliografia

- De Rosis, S., Cerasuolo, D., & Nuti, S. (2019). Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. *BMC health services research*, 20, 1-17.
- Murante, A. M., Vainieri, M., Rojas, D., & Nuti, S. (2014). Does feedback influence patient-professional communication? Empirical evidence from Italy. *Health Policy*, 116(2-3), 273-280.
- Nuti, S. (A c. Di). (2008). La valutazione della performance in sanità. Società editrice Il mulino.
- Nuti, S., Noto, G., Vola, F., & Vainieri, M. (2018). Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare. *Management Decision*, 56(10), 2252–2272. <https://doi.org/10.1108/MD-09-2017-0907>
- Nuti, S., Vinci, A., & Vola, F. (2021). Stato e Regioni: Le performance dei Sistemi sanitari regionali. *la Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*, 2, 99–124. https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2021/12/RPS-2021-2_web-TEMA_Sabina-Nuti-Alessandro-Vinci-e-Federico-Vola.pdf
- Nuti, S., Vola, F., Bonini, A., & Vainieri, M. (2014). Making governance work in the health care sector: Evidence from a ‘natural experiment’ in Italy. *Health Economics, Policy and Law*, 11(1), 17–38. <https://doi.org/10.1017/S1744133115000067>
- Peruzzo, E., Seghieri, C., Vainieri, M., & De Rosis, S. (2025a). Improving the healthcare user experience: an optimization model grounded in patient-centredness. *BMC Health Services Research*, 25(1), 132.
- Peruzzo, E., Vainieri, M., & De Rosis, S. (2025b). Enhancing Learning Systems in Using Patient Experience Data: An Exploratory Mixed-Method Study in Two Italian Regions. *The International Journal of Health Planning and Management*.
- Vainieri, M., & Vola, F. (2023). The Challenges of Measuring Performance in Pandemic Times. Evidence from Italy. In N. Persiani, I. E. Vannini, A. Romiti, A. Karasavoglou, & P. Polychronidou (A c. Di), *Challenges of Healthcare Systems in the Era of COVID-19: Management Practices, Services Innovation and Reforms* (pp. 155–166). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-43114-2_11
- Vainieri, M., Caputo, A., & Vinci, A. (2024). Resilience dimensions in health system performance assessments, European Union. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(7), 498–508. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.291102>
- Vainieri, M., Noto, G., Ferre, F., & Rosella, L. C. (2020). A Performance Management System in Healthcare for All Seasons? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5590. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155590>
- Vainieri, M., Peruzzo, E., D'orio, G., De Rosis, S., Gentile, F., Conti, E., Cerasuolo, D., Bonanni, A. (2024). Indagine Prems Patient-Reported Experience Measures. Rilevazione Sistematica Dell'esperienza Di Ricovero Ordinario Riportato Dai Pazienti Adulti E Pediatrici Nella Sanità Toscana.

ISBN 978-88-946825-1-9

A standard linear barcode representing the ISBN number 978-88-946825-1-9.

9 788894 682519