

Michel Rizzo, Lisa Grazzini,
Patrizia Lattarulo, Marika Macchi,
Alessandro Petretto

קנין
FIRENZE
UNIVERSITY
PRESS

■ Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione

Una valutazione del progetto
alla vigilia della riforma del PNRR



STUDI E SAGGI

ISSN 2704-6478 (PRINT) - ISSN 2704-5919 (ONLINE)

– 267 –

Michel Rizzo, Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo,
Marika Macchi, Alessandro Petretto

Verso una nuova sanità territoriale:
le Case della Salute in Toscana
come laboratorio di innovazione

Una valutazione del progetto
alla vigilia della riforma del PNRR

Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione : una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR / Michel Rizzo, Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo, Marika Macchi, Alessandro Petretto. – Firenze : Firenze University Press, 2025. (Studi e saggi ; 267)

<https://books.fupress.com/isbn/9791221507867>

ISSN 2704-6478 (print)

ISSN 2704-5919 (online)

ISBN 979-12-215-0786-7 (PDF)

ISBN 979-12-215-0787-4 (XML)

DOI 10.36253/979-12-215-0786-7

Graphic design: Alberto Pizarro Fernández, Lettera Meccanica SRLs

Front cover image: © splitov27|123rf.com

Questa ricerca è stata realizzata nell'ambito delle attività dello Spoke 5, progetto Tuscany Health Ecosystem – THE, PNRR, Missione 4 Componente 2 Dalla ricerca all'impresa – Investimento 1.5, finanziato dall'Unione europea – NextGeneration EU_CUP__UNIFI.

Si ringrazia per il contributo ricevuto finalizzato al finanziamento dell'assegno di ricerca del dottor Michel Rizzo. Si ringraziano i due referees per gli utili suggerimenti che hanno contribuito a migliorare il lavoro.



Peer Review Policy

Peer-review is the cornerstone of the scientific evaluation of a book. All FUP's publications undergo a peer-review process by external experts under the responsibility of the Editorial Board and the Scientific Boards of each series (DOI 10.36253/fup_best_practice.3).

Referee List

In order to strengthen the network of researchers supporting FUP's evaluation process, and to recognise the valuable contribution of referees, a Referee List is published and constantly updated on FUP's website (DOI 10.36253/fup_referee_list).

Firenze University Press Editorial Board

M. Garzaniti (Editor-in-Chief), M.E. Alberti, F. Vittorio Arrigoni, E. Castellani, F. Ciampi, D. D'Andrea, A. Dolfi, R. Ferrise, A. Lambertini, R. Lanfredini, D. Lippi, G. Mari, A. Mariani, P.M. Mariano, S. Marinai, R. Minuti, P. Nanni, A. Orlandi, I. Palchetti, A. Perulli, G. Pratesi, S. Scaramuzzi, I. Stolzi.

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

🔓 The online digital edition is published in Open Access on www.fupress.com.

Content license: except where otherwise noted, the present work is released under Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>). This license allows you to share any part of the work by any means and format, modify it for any purpose, including commercial, as long as appropriate credit is given to the author, any changes made to the work are indicated and a URL link is provided to the license.

Metadata license: all the metadata are released under the Public Domain Dedication license (CC0 1.0 Universal: <https://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/legalcode>).

© 2025 Author(s)

Published by Firenze University Press
Firenze University Press
Università degli Studi di Firenze
via Cittadella, 7, 50144 Firenze, Italy
www.fupress.com

*This book is printed on acid-free paper
Printed in Italy*

Sommario

Introduzione	7
Capitolo 1	
La sfida dell'assistenza territoriale. Un sistema sanitario in evoluzione	11
1.1. Evoluzione della normativa italiana: prossimità e nuovi servizi	11
1.2. Il DM 77/2022: cosa prevede la nuova riforma del PNRR	13
Capitolo 2	
Le analogie con il modello distrettuale in Toscana	17
2.1. Case della Comunità	19
2.2. Società della Salute	20
2.3. Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)	23
2.4. Centrale Operativa Territoriale	24
2.5. Ospedali di Comunità (OdC)	25
2.6. Il recepimento del DM 77/2022 in Toscana	26
Capitolo 3	
Le caratteristiche demografiche e territoriali delle Zone-distretto della Toscana come proxy dei fabbisogni	31
3.1. Arco temporale di riferimento dell'analisi	32
3.2. Le caratteristiche territoriali delle Zone-distretto	33
Capitolo 4	
Case della Salute e MMG nelle Zone-distretto: una proxy della struttura dei servizi offerti	37
4.1. La spesa e la popolazione residente	41

Capitolo 5

La performance distrettuale	55
5.1. Avanzamento delle Zone-distretto in Toscana	55
5.2. Indicatori di esito e di processo dell'assistenza territoriale	57
5.3. Indicatori di esito	59
5.4. Indicatori di processo	62
5.5. Correlazioni tra gli indicatori	68
Conclusioni	71
Riferimenti bibliografici	75

APPENDICI

Appendice 1	
Popolazione	79
Appendice 2	
Territorio Zone-distretto	87
Appendice 3	
Case della Salute	89
Indice dei nomi	109

Introduzione

Fin dalla riforma del 1992 e 1993, le politiche sanitarie italiane si basano sui due pilastri dell'Assistenza Ospedaliera, da un lato, e dell'Assistenza Territoriale, dall'altro. Questi sono stati a lungo considerati come ambiti separati, privi di una effettiva integrazione e, altrettanto di frequente, l'assistenza territoriale è stata vista come ancillare rispetto a quella ospedaliera. I macrotrend economici di finanza pubblica e sanitari degli ultimi decenni hanno tuttavia imposto di rivedere lo schema appena descritto. I limiti di spesa pubblica sempre più stringenti, l'invecchiamento della popolazione e la diffusione delle cronicità, lo sviluppo di nuove tecnologie nell'ambito dell'Information and Communication Technology (ICT), hanno di fatto contribuito a perseguire strade differenti nella configurazione dei servizi sanitari ereditati dal passato. I report della World Health Organization (2008, 2012, 2015) da quasi due decenni sottolineano l'importanza dell'*home-care* soprattutto per il trattamento della popolazione più anziana e per il benessere dei pazienti con cronicità importanti. Più recentemente, l'avvento della pandemia da Covid-19 ha accelerato la presa di coscienza di queste necessità ed evidenziato l'importanza che la medicina territoriale può rivestire nei sistemi sanitari regionali.

In questo contesto, come vedremo nelle sezioni successive, le Case della Salute rappresentano un modello promettente, in quanto ancora non interamente sviluppato, di assistenza integrata, che mira a fornire servizi sanitari e sociali in modo coordinato e capillare. Proprio per questo motivo, la loro importanza, in quanto fulcro dell'assistenza sanitaria territoriale, è stata di recente confermata con la riforma prevista dal PNRR e in particolare dal DM77/2022 che ne ha meglio specificato il ruolo e le funzioni, rinominan-

dole Case della Comunità. Queste, così come le precorritrici Case della Salute, rappresentano la declinazione italiana dei Community Health Centers, introdotti inizialmente negli Stati Uniti e poi diffusi in molti altri contesti come in Canada (si vedano i Centres Local de Services Communautaires nel Quebec) e in Europa (ad esempio, i Buurtzorg in Olanda, il Municipal Care in Svezia o, in Gran Bretagna, i Primary Care Trust aboliti nel 2013 e sostituiti dagli attuali Integrated Care Systems)¹.

L'elemento cardine della riforma prevista dal PNRR risiede, infatti, nella capacità delle regioni di riorganizzare (o costituire ex-novo) un sistema di presidi e servizi, territorialmente diffusi, che vengono ricompresi nelle Case della Comunità. L'evoluzione di questo modello non nasce con il PNRR ma, a partire dalle poche esperienze regionali che hanno introdotto le Case della Salute, lo conferma come modello organizzativo diffuso a livello nazionale, capace di rispondere a una componente importante della domanda di servizi da parte della popolazione, garantendo standard precisi di servizio². La riforma si pone così l'obiettivo di potenziare l'assistenza territoriale, cercando anche di migliorare le performance soprattutto di quelle regioni che si trovano al momento più in difficoltà nel garantire un'adeguata assistenza sanitaria territoriale ai propri cittadini³.

A partire dalle attuali Case della Salute in vista della loro trasformazione in Case della Comunità, questo report si propone di offrire una riflessione sull'assistenza territoriale in Italia alla luce della riforma prevista dal PNRR, focalizzando l'attenzione sul caso della Regione Toscana che ha da tempo adottato questo modello di assistenza territoriale. L'analisi del caso toscano può quindi rappresentare una esperienza interessante ed una base

¹ Per una discussione della letteratura economica recente sui Community Care Centers si veda ad esempio Lippi Bruni et al. (2023). Per un'analisi del loro impatto per una riduzione degli accessi ospedalieri in Gran Bretagna si vedano Dolton e Pathania (2016) e Pinchbeck (2019).

² Si veda Petretto (2024) per un'analisi di quanto previsto nel PNRR sulla struttura organizzativa della medicina territoriale.

³ Come è noto, il sistema sanitario nazionale si basa su un'articolazione decentrata a livello regionale e, nel tempo, l'offerta regionale si è sviluppata in maniera differenziata, sia come capacità di risposta alle esigenze dei cittadini, sia, anche a parità di efficienza ed efficacia, adottando modelli di governance differenti. Per valutarlo, viene monitorata la capacità di ciascuna regione di raggiungere i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero il livello minimo di servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini italiani. A questo scopo, le diverse dimensioni ricomprese nei LEA sono misurate grazie agli indicatori presenti nel Nuovo Sistema di Garanzia relativi a tre macroaree: Area Prevenzione, Area Distrettuale e Area Ospedaliera (soprattutto dalle prime due provengono importanti indicazioni per l'ambito di nostro interesse). Gli ultimi dati disponibili (Ministero della Salute, 2024) confermano alcune tendenze, già in atto da diversi anni, che evidenziano una carenza nel raggiungimento delle soglie minime nelle Regioni del Sud. In particolare, mentre l'Assistenza Ospedaliera riesce, pur con grandi differenze, a raggiungere i livelli minimi in quasi tutto il Paese (se si esclude la Valle d'Aosta), le Aree Distrettuale e della Prevenzione, fronteggiano ancora grandi lacune per diverse regioni.

di riflessione riguardo a limiti e portata della riforma in atto, allo scopo di trarre degli spunti di indagine sul possibile impatto della riforma stessa e su eventuali indicazioni di policy utili per una sua migliore implementazione.

Il lavoro utilizza un approccio descrittivo che combina una lettura istituzionale dell'assistenza territoriale nell'ambito delle fonti normative esistenti con un'analisi empirica dei servizi distrettuali toscani, basata su dati amministrativi e indicatori territoriali e demografici. Questo approccio è rivolto a delineare un quadro, sia pur di massima, dell'assistenza territoriale toscana prima dell'attuazione della riforma sanitaria del PNRR, fornendo un interessante caso studio da cui partire per elaborare indicazioni più generali che potrebbero essere utili anche per altre realtà regionali.

Per affrontare tali temi, il lavoro è articolato in più sezioni. Il Capitolo 1 analizza l'evoluzione normativa dell'assistenza territoriale in Italia, con particolare attenzione alle innovazioni introdotte dal DM 77/2022 e alle modalità con cui queste sono state, fino ad ora, recepite a livello nazionale e regionale. Il Capitolo 2 approfondisce il caso toscano, descrivendo l'organizzazione delle Case della Salute e le analogie con il nuovo modello delle Case della Comunità, esaminando anche gli elementi peculiari della governance regionale. Il Capitolo 3 offre una fotografia di alcune caratteristiche demografiche e territoriali delle Zone-distretto della Toscana, prime indicazioni pur molto indirette dei fabbisogni assistenziali. Il Capitolo 4 presenta un'analisi quantitativa della distribuzione e dell'offerta di servizi territoriali nelle diverse aree, basata sui dati amministrativi disponibili durante la stesura del rapporto e aggiornati a febbraio 2025, mentre il capitolo 5 presenta un esame complessivo della performance distrettuale, costruendo un indice del grado di sviluppo e analizzando i servizi più direttamente collegati alla medicina territoriale attraverso indicatori di esito e di processo, in qualche misura come proxy di efficienza ed efficacia. Infine, il capitolo conclusivo sintetizza i principali risultati emersi dall'analisi e offre alcune indicazioni per l'implementazione della riforma del DM 77/2022, evidenziando opportunità e sfide per lo sviluppo futuro dell'assistenza territoriale italiana.

La sfida dell'assistenza territoriale. Un sistema sanitario in evoluzione

1.1. Evoluzione della normativa italiana: prossimità e nuovi servizi

Prima del DM 77/2022 l'assistenza territoriale era caratterizzata da una frammentazione dei servizi e un'organizzazione non omogenea su tutto il territorio nazionale. Gli interventi normativi precedenti avevano sì posto le basi per una maggiore integrazione e organizzazione dell'assistenza territoriale, istituendo i Distretti sanitari già con il D.Lgs. 502/1992 e il D.Lgs. 517/1993, fino ad integrarli nella sfera sociale attraverso la L. 328/2000: Legge Quadro sui Servizi Sociali, che però aveva dato risultati eterogenei sul territorio.

Con la L. 189/2012 (la cd. Legge Balduzzi) è stato successivamente previsto un potenziamento della medicina territoriale attraverso la creazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Le prime costituivano aggregazioni di medici di base con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale e una presa in carico più efficiente, mentre le UCCP dovevano costituire strutture multi-professionali per la gestione delle patologie croniche e complesse, composte da medici, infermieri e altri professionisti sanitari. Nel tempo, le AFT hanno mostrato limiti di un approccio ancora troppo burocratico e poco centrato sul paziente, mentre l'implementazione delle UCCP è stata limitata a livello nazionale, con dispa-

Michel Rizzo, University of Florence, Italy, michel8rizzo@gmail.com

Lisa Grazzini, University of Florence, Italy, lisa.grazzini@unifi.it, 0000-0003-4549-9282

Patrizia Lattarulo, IRPET, Regional Institute for Economic Planning of Tuscany, Italy, patrizia.lattarulo@irpet.it, 0000-0003-3090-1830

Marika Macchi, University of Florence, Italy, marika.macchi@unifi.it, 0009-0008-6677-0995

Alessandro Petretto, University of Florence, Italy, alessandro.petretto@unifi.it, 0000-0001-5418-1458

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Michel Rizzo, Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo, Marika Macchi, Alessandro Petretto, *Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR*, © 2025 Author(s), CC BY 4.0, published by Firenze University Press, ISBN 979-12-215-0786-7, DOI 10.36253/979-12-215-0786-7

rità significative tra regioni. Alcune regioni, come Emilia-Romagna, Veneto e Toscana, hanno implementato questi modelli in maniera più diffusa, mentre altre hanno mostrato ritardi.

Dal 2016, a livello centrale è stato adottato il Piano Nazionale delle Cronicità che ha rappresentato un'evoluzione della sanità territoriale poiché ha spostato l'attenzione dall'assistenza ospedaliera alla gestione proattiva e integrata delle malattie croniche sul territorio. Le patologie croniche come diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ipertensione e scompenso cardiaco rappresentano una delle principali sfide del Servizio Sanitario Nazionale, sia in termini di impatto sulla salute pubblica sia di sostenibilità economica. Il Piano ha cercato di superare il tradizionale approccio frammentato e «ospedale-centrico», puntando sul potenziamento dell'assistenza territoriale e sulla presa in carico integrata del paziente. Il Piano ha introdotto concetti innovativi, come la medicina d'iniziativa e l'assistenza personalizzata, promuovendo la collaborazione tra professionisti sanitari, sociali e caregiver. Tuttavia, la sua attuazione ha evidenziato la necessità di ulteriori investimenti e di una maggiore uniformità territoriale.

La necessità di gestire le cronicità in maniera integrata e territorialmente diffusa non nasce tuttavia con il Piano del 2016, ma può essere fatta risalire all'istituzione delle Case della Salute, che hanno avuto origine con la L. 296/2006, che introdusse il concetto di strutture territoriali integrate per migliorare l'assistenza sanitaria primaria e favorire la continuità assistenziale. Questo modello mirava a potenziare la collaborazione tra i diversi professionisti sanitari e a concentrare i servizi in un unico punto di accesso per i cittadini. Questo aspetto, come vedremo in seguito, rimarrà centrale anche nelle Case della Comunità, a cui si aggiungeranno componenti sociali.

Tra le esperienze pilota più significative si segnalano quelle di Emilia-Romagna e Toscana, regioni che hanno sviluppato reti di Case della Salute già nei primi anni successivi al 2006. In Emilia-Romagna, il modello è stato caratterizzato da una forte integrazione tra sanità e servizi sociali, mentre in Toscana si è puntato sulla creazione di distretti territoriali.

Il D. Lgs. 158/2012 ha ulteriormente rafforzato il ruolo delle Case della Salute, sottolineando l'importanza della prevenzione e della gestione delle cronicità. Questo decreto ha posto le basi per un modello organizzativo più strutturato, che ha però avuto uno sviluppo non uniforme, avendo lasciato ampio margine di adattamento alle singole regioni.

L'attuazione di questi modelli è stata fortemente influenzata dal contesto regionale. In Veneto, ad esempio, il Decreto ha contribuito ad un modello di organizzazione territoriale particolarmente diffuso. Le Case della Salute sono state potenziate attraverso il rafforzamento delle reti di medici di famiglia, pediatri e specialisti. Questa Regione ha adottato un approccio più marcato verso la medicina territoriale, con una forte integrazione tra i servizi sanitari di base e quelli specialistici. In Emilia-Romagna, invece, l'attenzione è stata rivolta maggiormente all'integrazione delle Case della Salute con i

servizi ospedalieri: le Case della Salute, pur essendo strutture destinate alla cura primaria, svolgono in questo contesto anche un ruolo di coordinamento con i presidi ospedalieri, concentrandosi sul coordinamento del flusso di pazienti tra i diversi livelli di cura¹. In Toscana l'accento è stato posto sulla rete di servizi di comunità, particolarmente valorizzati nella strutturazione delle Società della Salute che per la loro configurazione istituzionale precedente al DM 77/2022, rappresentano un modello distintivo nell'organizzazione dell'erogazione dei servizi socio-sanitari².

Con il DM 77/2022, nell'ambito del PNRR, il modello delle Case della Salute è stato aggiornato e rinominato in Case della Comunità, con l'obiettivo di raggiungere una maggiore omogeneità nazionale. Gli standard definiti dalla normativa prevedono la creazione di 1.350 strutture su tutto il territorio nazionale, integrate in un modello hub-and-spoke, e con un forte focus sulla digitalizzazione e l'integrazione dei servizi di telemedicina. Questo passaggio rappresenta un'evoluzione significativa rispetto al modello del 2006, puntando su una gestione più centralizzata e standardizzata, ma con attenzione alle specificità locali.

1.2. Il DM 77/2022: cosa prevede la nuova riforma del PNRR

Il DM 77/2022 prevede un investimento su tre ambiti differenti. Il primo è relativo alle Case della Comunità (evoluzione delle Case della Salute) che dovranno servire da punto di riferimento per l'accesso alle cure primarie insieme al medico di base. In tutto si stabilisce la creazione di 1.350 strutture, suddivise in hub e spoke. L'hub costituirebbe la struttura principale e dovrebbe coprire un bacino di 40.000 – 50.000 abitanti. Sono previsti degli standard per il personale, in particolare, 7-11 infermieri, 1 assistente sociale e 5-8 operatori di supporto. Gli spoke, invece, saranno le strutture capillari all'interno delle quali sarà possibile lo sviluppo dell'attività di gruppo per Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS). Il secondo ambito riguarda la creazione di 434 Ospedali di Comunità, piccole strutture dotate di almeno 20 posti letto per gestire i ricoveri non gravi. Ogni ospedale dovrebbe coprire un bacino di 100.000 abitanti ed anche in questo caso sono previsti degli standard per il personale: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 personale sanitario con funzioni riabilitative, 1 medico x 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7. Il terzo ambito d'investimento riguarda l'assistenza domiciliare integrata

¹ Per l'Emilia-Romagna, ad esempio, Lippi Bruni et al. (2023) e Nobilio et al. (2020) mostrano l'impatto positivo delle Case della Salute sulla riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso.

² Per analisi che monitorano la situazione delle Case della Salute in Toscana, si vedano, ad esempio, Barsanti et al. (2016), Barsanti et al. (2017), Francesconi et al. (2023a, 2023b), Rizzo et al. (2025).

e fissa come obiettivo il raggiungimento del 10% della popolazione over 65 presa in carico da raggiungere progressivamente. Si prevede l'inserimento di nuove figure professionali quali l'infermiere di famiglia (ogni 3.000 abitanti) e l'unità di continuità assistenziale (1 medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti), insieme alla creazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), nuove strutture che dovrebbero facilitare la gestione e l'organizzazione delle prese in carico. Inoltre, si prevede l'integrazione del servizio sanitario con forme di telemedicina, particolarmente utili in situazioni in cui il domicilio del paziente risulta difficilmente raggiungibile. Rispetto agli obiettivi del decreto, la situazione attuale risulta molto arretrata. Basti pensare che le strutture già presenti sul territorio coprono circa un terzo di quelle che il decreto prevede di attivare. Dal lato del finanziamento, per la riforma, è previsto lo stanziamento di 7 miliardi provenienti dall'Unione Europea, più 500 milioni di fondo complementare stanziati dallo Stato. Il criterio di ripartizione segue quello adottato per l'accesso delle regioni al Fondo Sanitario Nazionale, con il vincolo di destinare il 40% delle risorse al Mezzogiorno.

Emergono tuttavia, alcune preoccupazioni relative all'efficacia della riforma e a una sua corretta implementazione tanto in fase di avvio che di gestione. In primo luogo, una criticità già segnalata da più esperti ed analisti riguarda l'adeguatezza del finanziamento a regime, soprattutto con riferimento alle risorse stanziare per reperire il personale sanitario necessario ad attivare le nuove strutture. Infatti, il cospicuo finanziamento PNRR è destinato alla componente infrastrutturale. Inoltre, sul fronte delle dotazioni organiche e delle competenze, oltre alla già conosciuta carenza di personale infermieristico, secondo Agenas (2025) anche il numero di medici, sebbene generalmente in linea con il fabbisogno nazionale, risulta sottodimensionato per alcune specializzazioni, compresa quella del medico di base. Senza considerare che l'età media elevata del personale (55 anni) comporterà a breve un elevato numero di pensionamenti che dovranno essere adeguatamente sostituiti da nuove assunzioni. Da sottolineare anche la nuova tendenza dei medici a preferire il lavoro nel settore privato, come in parte dimostrato dal recente aumento delle loro dimissioni dal Sistema Sanitario Nazionale (GIMBE, 2024). Una seconda preoccupazione, sul piano organizzativo, riguarda la mancata definizione del ruolo che avranno i MMG all'interno del nuovo sistema. Le nuove e più impegnative mansioni potrebbero richiedere un rapporto di lavoro meno generico di quello svolto da liberi professionisti come gli attuali MMG, arrivando, come sostengono alcuni, ad una reinternalizzazione dei MMG nelle AUSL. Sarebbe inoltre necessario prevedere una modifica al percorso formativo della figura professionale in modo da dotarla delle competenze necessarie per ampliare l'offerta delle prestazioni erogabili come richiesto dall'assistenza territoriale. Un ulteriore aspetto critico è quello delle disparità territoriali. Le Regioni all'alba della Riforma non partono né dallo stesso modello organizzativo, né dalle stesse dotazioni infrastrutturali e sarà necessario un attento monitoraggio da parte del governo centrale af-

finché, sia le Regioni che fino ad ora sono riuscite a offrire servizi ad elevata specializzazione ai propri cittadini non arretrino nella propria efficacia mentre ristrutturano il modello organizzativo della sanità territoriale, sia Regioni strutturalmente più fragili siano in grado di rispondere tempestivamente alla sfida lanciata dal DM 77/2022. Come vedremo nei prossimi paragrafi, la conoscenza del territorio e le comunità che lo abitano sono il punto cruciale dell'intero impianto della riforma, e la capacità di ciascuna Regione di porsi come interlocutore privilegiato nell'implementazione di nuove strategie diventa cruciale, ma va debitamente supportata anche dal livello governativo. Infine, un'ultima riflessione andrebbe fatta rispetto alla presenza del privato in sanità: troppo spesso si discute di modelli ibridi in maniera dogmatica, confondendo offerta privata e privato convenzionato, assimilando imprese multinazionali con il ruolo del Terzo Settore che, nel territorio, è esso stesso espressione della comunità di riferimento.

Le analogie con il modello distrettuale in Toscana

Come sottolineato fin dall'inizio di questo rapporto, la Toscana è stata tra le prime Regioni a cercare di sviluppare modelli alternativi di sanità territoriale. Non è ovviamente scontato il modello di valutazione e verifica delle performance dei modelli applicati e non esiste un unico indicatore che descriva l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria territoriale. Ciononostante, prendendo a riferimento sia *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana*¹ patrocinato dalla stessa Regione, sia i dati di monitoraggio pubblicati da Agenas², possiamo inquadrare il contesto regionale, basandoci sulle performance delle tre AUSL e delle rispettive tre Aree Vaste³ in diversi ambiti della sanità regionale.

¹ Report 2022, <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/16021796/Report+2022++Valutazione+performance+sanit%C3%A0+toscana.pdf/02136077-ab96-8ed3-fa23-ef027dd27111?t=1705928771692> (ultima consultazione: 10/01/2025).

² Portale Agenas, Performance delle Aziende Sanitarie Territoriali, Dati 2023, ultimo aggiornamento novembre 2024, <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=32> (ultima consultazione: 10/01/2025).

³ Le tre AUSL toscane vengono generalmente identificate come Aree Vaste nel momento in cui, oltre alle strutture alle dipendenze dirette della singola AUSL vengono considerate anche le performance e i servizi delle 3 Aziende Ospedaliero-Universitarie (Santa

Michel Rizzo, University of Florence, Italy, michel8rizzo@gmail.com

Lisa Grazzini, University of Florence, Italy, lisa.grazzini@unifi.it, 0000-0003-4549-9282

Patrizia Lattarulo, IRPET, Regional Institute for Economic Planning of Tuscany, Italy, patrizia.lattarulo@irpet.it, 0000-0003-3090-1830

Marika Macchi, University of Florence, Italy, marika.macchi@unifi.it, 0009-0008-6677-0995

Alessandro Petretto, University of Florence, Italy, alessandro.petretto@unifi.it, 0000-0001-5418-1458

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Michel Rizzo, Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo, Marika Macchi, Alessandro Petretto, *Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR*, © 2025 Author(s), CC BY 4.0, published by Firenze University Press, ISBN 979-12-215-0786-7, DOI 10.36253/979-12-215-0786-7

Il primo dato, che appare evidente nel confronto nazionale, è che le tre AUSL (tutte inserite nel cluster delle «grandi Aziende Sanitarie» avendo una popolazione di riferimento superiore ai 700.000 abitanti) si collocano nell'assistenza distrettuale entro le prime 10 posizioni, con la AUSL Toscana Nord-Ovest al primo posto in Italia (dato 2023).

Questi buoni risultati relativi non rispondono ovviamente agli obiettivi della recente riforma, ma fanno riferimento ad obiettivi stabiliti in passato. Ad oggi, infatti, è ancora presente una certa distanza tra gli indicatori di realizzazione della riforma e la dotazione presente in Regione Toscana: come vediamo nella Tabella 1, gli obiettivi legati al PNRR per l'assistenza territoriale, infatti, sembrerebbero ancora lontani da realizzare, almeno dal punto di vista infrastrutturale.

Tabella 1 – Distribuzione delle principali strutture dell'assistenza territoriale nelle AUSL toscane, 2023.

Indicatori AGENAS	Nord-Ovest	Centro	Sud-Est
% Case della Comunità Attive	15,09	27,94	22,22
% COT Attive	84,62	50,00	100,00
% Ospedali di Comunità Attivi	0,00	0,00	0,00

Fonte: Dati Agenas 2023.

Lo iato che sembra profilarsi tra un hardware ancora in costruzione e le buone performance rilevate dal sistema di monitoraggio, risiede in primo luogo nella scelta tempestiva di adottare questo modello, e alle conseguenti di scelte organizzative verso cui sono state indirizzate le AUSL negli anni precedenti la riforma. Le specifiche di queste scelte sono l'oggetto di questo paragrafo e rappresentano il risultato delle sperimentazioni avviate sulla base della normativa precedente il DM 77/2022 (Betti, 2023), che ha consentito alla Regione di svolgere il ruolo di vero e proprio laboratorio, costruendo non tanto infrastrutture edili e tecnologiche (per le quali sarebbe stato indispensabile un finanziamento straordinario da parte del governo centrale) quanto soluzioni organizzative mirate.

Le tre AUSL toscane registrano risultati nella sanità territoriale al pari delle regioni top-performer europee, come ad esempio nella percentuale del numero di assistiti over 65 in assistenza domiciliare sul totale della popolazione over 65. L'obiettivo del PNRR su questo indicatore era di raggiungere il 10% e ad oggi le tre AUSL raggiungono il 12% (Toscana centro), l'11,47% (Toscana Nord-Ovest), l'11,45% (Toscana Sud-Est) (Appendice - Figura 19).

Altro elemento particolarmente positivo nella gestione regionale è la possibilità di trattamento sanitario residenziale o semi-residenziale per le persone con più di 75 anni: in tutte e tre le AUSL si registrano percentuali superiori al 50% (Appendice - Figura 20).

Chiara (Pisa), Le Scotte (Siena), Careggi (Firenze)), l'AOU e IRCCS Meyer (Firenze), la Fondazioni Monasterio (Massa e Pisa) e l'ISPRO (Firenze).

Infine, per sottolineare anche l'importanza della presa in carico delle cronicità è possibile vedere come il tasso di ospedalizzazione per complicazioni da diabete sia tra i più bassi d'Italia per tutte le tre Asl (Appendice - Figura 21), come nel caso di complicazioni per BPCO la AUSL Toscana Nord-Ovest registri uno dei tassi più bassi (Appendice - Figura 22), e come Toscana Nord-Ovest e Toscana Centro abbiano tra i valori più bassi di ospedalizzazioni per scompenso cardiaco (Appendice - Figura 23).

Questo coniugare la nuova standardizzazione con scelte che integrano le specificità territoriali non è né scontato né un passaggio lineare, e in Toscana, come in Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e in Trentino, è stato favorito proprio dalle sperimentazioni precedenti, che andavano verso modelli non troppo differenti e legati alle Case della Salute.

Altre Regioni stanno invece compiendo sforzi molto maggiori nell'adeguare il nuovo modello alla propria capacità organizzativa, o perché, come la Lombardia, avevano centrato il proprio modello e le risorse disponibili sul trattamento degli acuti (trapianti, cardiocirurgia, neurochirurgia ecc.), o perché avevano scelto di non istituire Case della Salute, come in Campania.

In particolare, i 5 aspetti principali per i quali il sistema sanitario toscano presenta delle somiglianze con il DM 77/2022 si sostanziano i) nella presenza di un'architettura multilivello dove sono individuati inizialmente i distretti sanitari, poi le Zone-distretto, ii) nelle Case della Comunità prima denominate Case della Salute e organizzate attraverso le Società della Salute; iii) nella previsione della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC); iv) nella realizzazione delle Centrali Operative Territoriali; v) negli Ospedali di Comunità. Per ciascuno degli aspetti elencati identificheremo nei prossimi punti del paragrafo analogie e differenze fra la neo-riforma e ciò che era già presente in Toscana.

2.1. Case della Comunità

Le Casa della Comunità vengono definite dal DM 77/2022 come «il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. Si tratta di una struttura facilmente riconoscibile, accessibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento». In particolare, esse rappresentano un luogo privilegiato nel quale poter realizzare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali tramite un approccio orizzontale e trasversale dei bisogni, favorendo un'azione coordinata tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri, professionisti della salute e assistenti sociali. In questo modo, si prospetta la creazione di una struttura unificata (Punto di Accesso Unico) che possa diventare il punto di riferimento per i cittadini che vogliono entrare in contatto con il sistema di assistenza sociosanitaria. Si prevede la creazione di una rete strutturale del tipo hub-and-spoke: per ogni Casa hub è previsto il reclutamento di 7-11 infermieri,

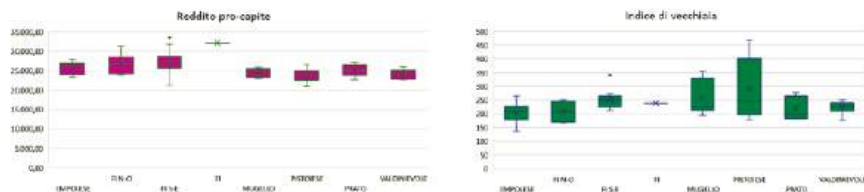
1 assistente sociale e 5-8 unità di personale di supporto. A questo riguardo, già precedentemente, prima con la l. 296/2006 poi con il D. L. 158/2012, sul territorio nazionale erano state previste forme di riorganizzazione territoriale facoltative finalizzate a favorire processi di integrazione di professionisti e servizi attorno ad un presidio fisico. La Toscana, insieme all'Emilia-Romagna, rappresenta una delle esperienze più significative in quest'ambito. La Casa della Salute, come era stata denominata in precedenza, rappresenta infatti il luogo dove i cittadini possono accedere alle prestazioni sanitarie di base offerte dal Servizio Sanitario Regionale (SSR). Le funzioni e l'organizzazione della struttura sono definite in maniera molto simile alle Case della Comunità, in quanto si prevede la presenza di un team multidisciplinare, composto dai vari professionisti del settore. Già presente dal 2012, il modello Casa della Salute è stato più volte citato nel PSSIR 2018-2020, il quale sottolinea la necessità di applicazione e diffusione su tutto il territorio regionale. La L.R. 29/2019 definisce la CdS come struttura polivalente che opera nell'ambito della Zona Distretto, facente parte integrante dell'organizzazione del sistema sanitario regionale. Con la D.G.R.T. 770/2020, infine, vengono riconosciuti ritardi d'implementazione e viene perciò definito l'atto d'indirizzo con il quale si prevede la realizzazione di almeno una Casa della Salute per Zona Distretto entro la fine dell'anno e l'istituzione di una CdS per ogni Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) entro la fine del 2021. È importante notare in questo ambito un passaggio fondamentale nella governance toscana, dove i Distretti Sanitari sono articolazioni territoriali delle Aziende USL, definite dalla L.R. 40/2005, e convivono insieme alle Società della Salute (SdS)⁴ che sono forme consortili che integrano le competenze nelle Zone-Distretto, convogliando nella governance socio-sanitaria i Comuni e le Aziende USL, con l'obiettivo di garantire una gestione unitaria e integrata dei servizi sanitari e sociali. Le Zone-Distretto definiscono i bisogni assistenziali della popolazione, le SdS (laddove presenti) pianificano i servizi integrati di risposta ai bisogni, e le Case della Salute rappresentano i luoghi fisici di erogazione dei servizi programmati dalla Zona-Distretto o dalla SdS.

2.2. Società della Salute

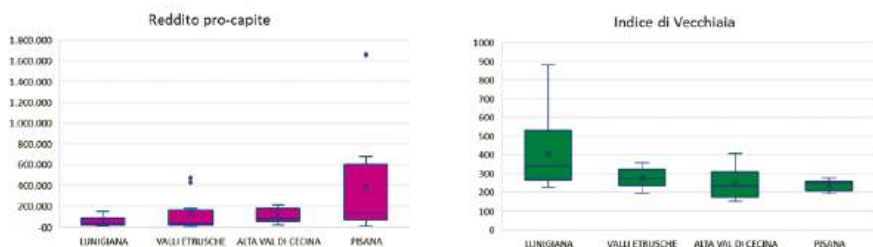
Le Società della Salute rappresentano un unicum toscano nel panorama nazionale, e sono l'ente gestore che di fatto dovrebbe raccordare i servizi socio-sanitari-assistenziali all'interno delle Zone-distretto. Come abbiamo visto, sono consorzi a cui aderiscono la ASL di riferimento e i Comuni del Distretto. Le SdS non sono presenti ad oggi su tutto il territorio (mancano le province

⁴ Non tutte le Zone-distretto coincidono con SdS: laddove non è stata costituita una SdS, le funzioni di integrazione sociosanitaria rimangono a carico della Zona-Distretto gestita direttamente dall'Azienda USL e dai Comuni.

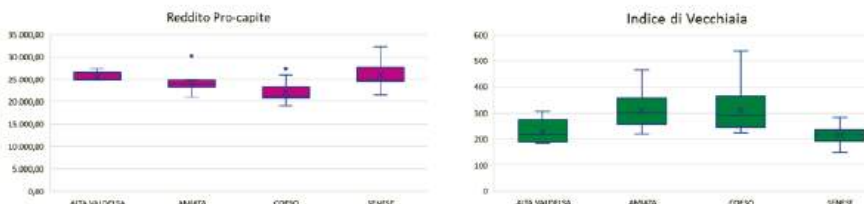
Toscana Centro



Toscana Nord-Ovest



Toscana Sud-Est



Indice di vecchiaia: dati ARS Toscana. L'indice è calcolato come rapporto tra Popolazione residente toscana d'età 65+ e Popolazione residente toscana d'età 0-14.

Pil pro capite: Nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento delle Finanze.

Figura 2 – Distribuzione Reddito Pro-capite (2023) e Indice di vecchiaia (2024) dei comuni consorziati in SdS per ciascuna AUSL.

Questo fa emergere come l'omogeneità della capacità di spesa per servizi dei singoli comuni appartenenti al consorzio, così come la domanda dei servizi socio-assistenziali nei comuni possano essere elementi che, se non omogenei, tendano a creare frizioni nella gestione dei servizi. Le Sds esistono in Regione Toscana dal 2008⁵ e ciclicamente si sono ravvisati problemi di tipo burocratico-amministrativo nel loro funzionamento, oltre che essere il centro di un dibattito politico molto acceso. Nel 2013 la Sds Casentino è stata chiusa, nel 2014 la Sds Fiorentina Sud-Est è stata chiusa per poi essere riaperta in piena pandemia, e ad essa si è associato il Comune di Fiesole,

⁵ Istituite in Toscana nel 2008 (dalla L.R. 60/2008, recante modifiche alla L.R. 40/2005).

prima partecipante del consorzio nella Sds fiorentina Nord-Ovest. Infine, ad inizio 2025, ha avuto luogo il recesso del Comune di Pisa dalla SdS Pisana.

I casi appena enunciati, di fatto, mettono in luce due aspetti importanti che, sia pur in maniera indiretta, possono determinare il successo delle Case della comunità in Toscana. Le SdS, infatti, sono lo strumento preposto alla gestione dell'integrazione socio-sanitaria, senza la quale le CdC rimarrebbero dei poliambulatori. Tuttavia, l'integrazione tra più soggetti rimane una sfida non indifferente sia per l'ampliamento burocratico che un soggetto terzo (rispetto a Comuni e AUSL) naturalmente comporta, sia perché la messa in condivisione di risorse, per essere sostenibile, richiede nella maggior parte dei casi che i partner siano «omogenei» nella capacità contributiva e nella domanda di prestazioni. Laddove queste dimensioni dovessero essere troppo distanti potrebbero ingenerarsi squilibri nel partenariato, fino a metterlo in discussione.

I casi del Comune di Fiesole e del Comune di Pisa, pur non essendo rappresentativi di tendenze, mostrano come a «distaccarsi dal partenariato» siano Comuni che hanno un reddito pro-capite e una configurazione dissimile dagli altri membri del Consorzio: nel caso di Fiesole, emerge la differenza tra il borgo residenziale e turistico e le città con insediamenti industriali, come è evidente che il Comune capoluogo di Provincia ha una configurazione e una capacità di spesa dissimile dagli altri comuni della cintura.

2.3. Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

Il DM 77/2022 prevede il reclutamento dell'infermiere di famiglia o comunità all'interno delle nuove strutture per l'assistenza territoriale. La figura è stata in realtà già introdotta dal D.L. 34/2020 in un'ottica di potenziamento della presa in carico sul territorio dei soggetti affetti da Covid. Si tratta di un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, che svolge principalmente attività di promozione, prevenzione e monitoraggio dei percorsi di presa in carico e continuità assistenziale. Una figura molto simile era stata già introdotta in Toscana con la D.G.R.T. 597/2018. In questo caso, l'infermiere di Famiglia e Comunità aveva compiti molto simili, finalizzati anche in questo caso alla gestione dei processi infermieristici in ambito familiare, alla promozione di un tipo di assistenza preventiva, riabilitativa e curativa con particolare attenzione alle cronicità. Viene sottolineato inoltre il legame di questa figura professionale con gli altri cambiamenti organizzativi in atto quali la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), l'implementazione del modello CdS e la costituzione delle Agenzie di Continuità Ospedale-Territorio che tratteremo nel successivo paragrafo. Sono diverse le esperienze di progetti sperimentali in questo ambito, ma sono ancora scarse le evidenze empiriche che possano consentire una lettura dell'efficacia di questa figura. Alcuni studi preliminari (Falco et al, 2022; Malucchi et al., 2023) fanno propendere per una reale efficacia nel trattamento dell'infermie-

re di famiglia o comunità rispetto agli esiti sulle persone assistite, anche se è ancora limitata l'evidenza per conclusioni definitive.

2.4. Centrale Operativa Territoriale

Le COT saranno, invece, delle strutture territoriali a livello distrettuale che dovranno garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle prestazioni 7 giorni su 7. In particolare, esse dovranno coordinare la presa in carico dei pazienti e l'ottimizzazione degli interventi, nonché del tracciamento e del monitoraggio delle transizioni tra luoghi di cura e livelli clinico-assistenziali. Infine, dovranno fornire supporto informativo e logistico ai professionisti e gestire i dati sulla salute. Il decreto prevede il reclutamento di 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri e 1-2 unità di personale di supporto per ogni struttura.

Anche in questo caso, la Toscana aveva già precedentemente affrontato questo aspetto organizzativo, pur con soluzioni parziali e non omogenee sul territorio regionale. La D.G.R.T. 1010/2008 introduceva infatti i modelli della *discharge room* (sperimentato in particolare nell'AOU Senese) e dell'agenzia per la continuità ospedale-territorio (ACOT). A causa di uno sviluppo disomogeneo la giunta regionale è nuovamente intervenuta sulla questione (D.G.R.T. 679/2016) con l'obiettivo di costituire un'ACOT in ogni Zona-distretto (ZD). Quest'ultima è ad oggi presente in ciascun stabilimento ospedaliero, fa capo alla ZD ed opera attraverso una équipe multiprofessionale composta da infermieri, medici di comunità, assistenti sociali e fisioterapisti. Essa rappresenta lo strumento attraverso il quale si gestiscono le dimissioni ospedaliere con particolare riferimento alle fragilità (cronicità, condizioni di residenzialità, etc.). In questo senso diventerà cruciale l'integrazione tra ACOT e COT, per garantire la continuità assistenziale: le ACOT, infatti, si occupano del raccordo ospedale-territorio, mentre le COT gestiscono l'erogazione dei servizi territoriali.

Tabella 2 – Principali differenze fra Centrale operativa territoriale e Agenzia Continuità Ospedale-Territorio.

Caratteristica	COT (Centrale Operativa Territoriale)	ACOT (Agenzia Continuità Ospedale-Territorio)
Ambito operativo	Assistenza territoriale (domiciliare e ambulatoriale)	Gestione della transizione dall'ospedale al territorio
Funzione principale	Coordinamento dei servizi sanitari territoriali	Organizzazione delle dimissioni protette e raccordo con i servizi territoriali
Collocazione	Presente nelle Zone-distretto/ SdS	Collocata nelle Aziende Ospedaliere e in raccordo con le Zone-distretto
Tipologia di pazienti	Pazienti cronici, fragili e non autosufficienti	Pazienti in fase post-ricovero che necessitano di continuità di cure

2.5. Ospedali di Comunità (OdC)

Innanzitutto, è bene chiarire che gli OdC non sono mini-ospedali situati in zone periferiche. Regione Toscana (e anche altre Regioni) già nel 2015, nell'ambito delle politiche nazionali di *spending review*, aveva mirato a ridurre gli ospedali di piccole dimensioni riconvertendoli il più delle volte in presidi di *cure intermedie*. A onor del vero, parte della letteratura internazionale sui piccoli ospedali periferici, non solo ne sottolinea la difficile sostenibilità economica, ma (ancora più rilevante) solleva dubbi rispetto agli standard di efficacia e di sicurezza all'interno degli ospedali⁶. Dal Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015, viene considerato come OdC (Art 10 c.1):

una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Prende in carico pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare) e/o di sorveglianza infermieristica continuativa. La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai MMG, dai PLS e dai medici di continuità assistenziale⁷.

Nelle *cure intermedie* rientrano quindi anche gli hospice che, in alcuni casi, possono svolgere una funzione di supporto sociale laddove il contesto familiare non sia in grado di prendersi cura del paziente. Si tratta di un *trait d'union* tra il trattamento ospedaliero delle acuzie e il rientro al domicilio, oppure dal domicilio ad un setting di sorveglianza sanitaria più stringente

⁶ Il dibattito dall'inizio degli anni 2000 è stato particolarmente acceso in USA e Canada, dove tuttavia sia il concetto di ruralità che le specifiche dimensionali sono molto differenti dal contesto italiano. Lo stesso dibattito è emerso anche nel sistema inglese, per cui l'NHS si è interrogato sulla sostenibilità e desiderabilità dei piccoli ospedali (che comunque sono strutture con meno di 400 posti letto). Se infatti la maggiore sostenibilità economica degli ospedali di maggiori dimensioni non sembra essere messa in discussione (Monitor, 2014) non è così scontato che gli ospedali di minori dimensioni abbiano realmente outcome peggiori (Gaughan et al., 2020). Lo stesso vale nella letteratura svedese, in cui si continua a mettere in discussione la scelta di fusioni tra presidi ospedalieri (Ahgren, 2008).

⁷ In maniera non dissimile, l'OdC viene identificato nel DM 77/2022 come una «struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e 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» (cfr. Allegato 1 del DM 77/2022).

nel caso di complicazione di pazienti cronici. In alcuni casi sono collocati in ex-strutture ospedaliere periferiche, in altri casi possono essere contigui alle CdC, in altri ancora potranno nascere direttamente come padiglione dedicato di fianco alle strutture ospedaliere per acuti. Il DM specifica anche quali sono gli standard a cui deve fare riferimento:

- *Standard strutturali*: Il numero di posti letto è di norma compreso tra 15 e 20, con possibilità di estensione fino a due moduli, con 15-20 posti ciascuno. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti pediatrici, oppure per pazienti con demenza o con disturbi comportamentali.
- *Standard di personale*: un OdC di 20 posti letto dovrebbe avere una dotazione di 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico), 4-6 operatori sociosanitari (OSS), 1-2 unità di personale con funzioni riabilitative e un medico.
- *Standard assistenza medica*: L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati che, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio. L'assistenza medica notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura. L'assistenza infermieristica è garantita 24 ore al giorno, 7 giorni su 7.

Indipendentemente dall'ubicazione delle strutture, per quanto riguarda la gestione delle attività, essa è in capo all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie e deve essere basata su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui vengono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

Come emerge dal Rapporto Oasi 2022 (CERGAS Bocconi, 2022), la Toscana al termine della riforma (pur con investimenti in costruzioni ex novo e riconversioni di strutture) passerà dai 23 OdC mappati pre-riforma a 24 post riforma, quindi mantenendo sostanzialmente la copertura attuale sia pure in strutture maggiormente adeguate.

2.6. Il recepimento del DM 77/2022 in Toscana

Il DM 77/2022 definisce il distretto socio-sanitario come unità organizzativo-funzionale principale delle ASL sul territorio e si prevede che ne sia costituito uno ogni 100.000 abitanti. Il distretto sanitario era già presente nella normativa nazionale alla vigilia della riforma: la novità introdotta dal decreto risiede non tanto nella definizione, quanto nella rinnovata centralità del distretto nella gestione territoriale con il compito di garantire l'assistenza primaria, la continuità assistenziale e l'integrazione fra servizi sanitari e sociosanitari. I distretti sanitari in Toscana si sono evoluti con un approccio

fortemente integrato e personalizzato, enfatizzando la collaborazione tra sanitario e sociale. Il DM 77/2022, invece, sembrerebbe mirare ad una maggiore standardizzazione dell'assistenza territoriale a livello nazionale, introducendo criteri più rigidi per garantire uniformità e maggiore accesso ai servizi di prossimità in tutto il paese. In Toscana, con la L.R. 84/2015 il SSR aveva già previsto una riorganizzazione dell'assetto istituzionale e organizzativo in linea con quanto indica il nuovo decreto. Nel dettaglio: (a) sono state ridotte le Aziende Sanitarie Locali, passate da 12 a 3, potenziando, di fatto, la programmazione di Area Vasta; (b) i distretti sanitari sono stati rafforzati come articolazioni territoriali delle AUSL, con maggiore autonomia nella pianificazione e gestione dei servizi socio-sanitari, e (c) sono state introdotte le Zone-distretto, che uniscono i distretti sanitari con le Società della Salute per favorire l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, soprattutto per la gestione della cronicità, della disabilità e della non autosufficienza. Tra il 2018 e il 2020 è stato introdotto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020, che ha rafforzato il ruolo dei distretti come centri di coordinamento per l'assistenza territoriale e la continuità delle cure, in cui i distretti sono stati identificati come gli snodi principali per l'erogazione di servizi territoriali, integrando le Case della Salute, le cure domiciliari, i servizi ambulatoriali e specialistici. Con la L.R. 11/2017 anche le zone distretto sono state ridotte in un'ottica di bilanciamento rispetto alla riduzione delle ASL (da 34 sono passate a 26), mentre la L.R. 75/2020 ha introdotto ulteriori misure di potenziamento per i distretti, enfatizzando la necessità di garantire la prossimità delle cure e l'accesso ai servizi territoriali, e ha rafforzato il ruolo dei distretti nella gestione delle emergenze sanitarie (come il COVID-19), promuovendo modelli di assistenza territoriale flessibili e innovativi.

Il primo atto di indirizzo per il recepimento del DM 77/2022 risiede nella risoluzione n. 184 approvata nella seduta del Consiglio regionale del 15 giugno 2022, avente ad oggetto gli «Indirizzi in merito ai principali obiettivi delle politiche per la salute della Toscana a seguito della consultazione pubblica degli Stati generali della Salute», mentre il primo atto normativo mirante ad integrare il DM 77/2022 nella normativa regionale avviene in Toscana con la D.G.R.T. 1508/2022 «La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77» che evidenzia come al centro dell'intera programmazione regionale debbano essere ricompresi, oltre alla Regione, le Aziende sanitarie, le Zone-distretto, i Comuni e loro forme associative e consortili, e dove si evidenzia il coinvolgimento importante degli enti del terzo settore, con l'utilizzo degli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione, così come identificati nel nuovo TU del Terzo Settore (2017). Quest'ultimo, in Regione Toscana, riveste infatti un ruolo di primo piano nella risposta territoriale primariamente sull'organizzazione dei trasporti (sia quelli legati all'emergenza-urgenza, sia quelli integrati nelle centrali di secondo livello per le dimissioni e i trasferimenti ospedalieri, che per i servizi di trasporto di cura legati alle

fragilità socio-economiche), ma anche al sistema delle cure palliative, dell'assistenza domiciliare oncologica, ecc.

La programmazione regionale ha già definito, con delibera di Giunta regionale n. 1508/2022, le caratteristiche organizzative ed operative ed anche le specifiche funzionali delle COT che si sono costituite in Toscana nei mesi di settembre 2024 (Toscana Centro), ottobre 2024 (Toscana Sud-Est) e novembre 2024 (Toscana Nord-Ovest). È prevista l'istituzione della COT articolata su due livelli: COT aziendale e COT zonale. La funzione operativa della COT zonale è quella di organizzare e coordinare la transizione delle persone residenti nella Zona-distretto tra i diversi setting assistenziali e i diversi livelli organizzativi del sistema sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale, gestendo i movimenti di ingresso e uscita territorio-ospedale, ospedale-territorio, territorio-territorio. È operativa 12h al giorno, 6 giorni su 7 ed è strettamente interconnessa con la COT aziendale. La COT aziendale è una delle COT zonali, operativa 7 giorni su 7 e su 24h, cui è affidata anche la funzione di garantire la continuità operativa del sistema zonale delle COT durante il loro orario di chiusura. Di fondamentale importanza che le COT, sia zonali che aziendale, possano usufruire di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa (CO) regionale attraverso il Numero Unico Europeo 116117.

Tabella 3 – La Centrale operativa territoriale e il Numero Unico Europeo.

Caratteristica	COT (Centrale Operativa Territoriale)	NUE 116117 (Numero Unico Europeo)
Funzione principale	Coordinamento dei servizi socio-sanitari territoriali	Punto di accesso telefonico per richieste di assistenza sanitaria non urgente
Ambito operativo	Coordinamento dell'assistenza territoriale (domiciliare, ambulatoriale, sociale)	Ricezione di richieste di assistenza sanitaria non emergenziale
Accesso	Accesso tramite segnalazioni interne (ospedali, medici di base) o indicazioni del 116117	Accesso diretto da parte dei cittadini tramite chiamata
Finalità	Coordinamento dei servizi sanitari sul territorio per garantire continuità di cura	Rispondere alle richieste sanitarie dei cittadini, smistandole al servizio competente

Sempre la D.G.R.T. 1508/2022 definisce la struttura organizzativa e le linee di sviluppo dell'assistenza domiciliare a livello regionale; mentre il contesto operativo è stato normato, prima attraverso il recepimento delle «linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» (D.G.R.T. 11222/2022), poi con l'approvazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento delle cure domiciliari (D.G.R.T. 732/2023). È stato

poi adottato un Piano operativo regionale (POR) di potenziamento dell'assistenza domiciliare, per finalizzare le risorse destinate dal PNRR e per dare indicazioni alle Aziende USL in merito ai principali interventi da attivare a livello locale (D.G.R.T. 9442/2023).

Con la D.G.R. 1508/2022 Regione Toscana ha recepito e attuato le indicazioni del DM 77/2022, espandendo la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria quale tratto distintivo del modello territoriale toscano. Gli indirizzi della D.G.R. 1508/2022 si pongono in continuità con l'esperienza ormai più che decennale delle Case della Salute. Secondo la ricognizione effettuata annualmente dall'Agenzia Regionale di Sanità, al primo gennaio 2023, in Toscana, risultano attive 75 Case della Salute. Dopo una flessione durante la pandemia, dunque, il numero di CdS è tornato a crescere. Alla stessa data risultano 470 MMG con ambulatorio in CdS, pari al 20,4% del totale (dal 15,9% nella AUSL Centro al 31% nella AUSL Sud-est). A maggio 2023, in Toscana risultano 72 Case della Comunità candidate a divenire Hub, di cui 49 previste con finanziamento PNRR, 5 con cofinanziamento (fondi PNRR e altro finanziamento) e 18 da altro finanziamento. I prossimi passi prevedono la definizione di piani aziendali di sviluppo della rete delle CdC (hub e spoke) e la progressiva validazione delle strutture previste come CdC attive in base agli standard del DM 77/2022.

Le caratteristiche demografiche e territoriali delle Zone-distretto della Toscana come proxy dei fabbisogni

In questo terzo capitolo l'obiettivo sarà quello di scattare una fotografia delle Zone-distretto toscane, cercando di mettere in evidenza la complessità del funzionamento dei servizi di assistenza territoriale e di analizzare il grado di sviluppo a cui sono giunte ad oggi in relazione al modello legato alle Case della Salute, che negli ultimi anni, come visto in precedenza, sono state poste al centro dell'erogazione dei servizi sociosanitari.

La L.R. 40/2005, e la successiva modifica della L.R. 11/2017, definiscono la dimensione adeguata delle Zone-distretto, identificandone inizialmente 26 per l'intera regione. Per ciascun ambito zonale, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali può avvenire, alternativamente, o con la costituzione di una Società della Salute o attraverso la stipula di una convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria. Le Società della Salute sono consorzi pubblici, senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa Zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, finalizzati all'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate (art. 71 bis comma 2). Negli ambiti territoriali in cui non sono costituite le Società della Salute, l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria è attuato attraverso apposita Convenzione, prevista all'art. 70 bis della L.R. 40/2005, stipulata tra tutti i Comuni o Unioni di Comuni che

Michel Rizzo, University of Florence, Italy, michel8rizzo@gmail.com

Lisa Grazzini, University of Florence, Italy, lisa.grazzini@unifi.it, 0000-0003-4549-9282

Patrizia Lattarulo, IRPET, Regional Institute for Economic Planning of Tuscany, Italy, patrizia.lattarulo@irpet.it, 0000-0003-3090-1830

Marika Macchi, University of Florence, Italy, marika.macchi@unifi.it, 0009-0008-6677-0995

Alessandro Petretto, University of Florence, Italy, alessandro.petretto@unifi.it, 0000-0001-5418-1458

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Michel Rizzo, Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo, Marika Macchi, Alessandro Petretto, *Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR*, © 2025 Author(s), CC BY 4.0, published by Firenze University Press, ISBN 979-12-215-0786-7, DOI 10.36253/979-12-215-0786-7

esercitano la funzione fondamentale sociale della Zona-distretto e l'Azienda Sanitaria, a cui viene attribuita la responsabilità gestionale. Il numero complessivo delle Zone-distretto in Toscana è attualmente 28, mentre sono state costituite 16 Società della Salute.

Tabella 4 – Struttura amministrativa delle AUSL toscane.

	AUSL Toscana Centro	AUSL Toscana Nord-Ovest	AUSL Toscana Sud-Est	Totale Toscana
Zone-distretto	8	10	10	28
Società della Salute	8	4	4	16
Convenzione per l'integrazione socio-sanitaria	0	6	6	12

3.1. Arco temporale di riferimento dell'analisi

L'analisi presentata in questo studio si basa su dati riferiti a diversi anni, in funzione della disponibilità delle fonti informative e della natura degli indicatori considerati. È importante specificare l'arco temporale utilizzato per ciascuna tipologia di dato per garantire una corretta interpretazione dei risultati.

Per ciò che concerne i dati demografici e territoriali (popolazione residente, popolazione over 65, estensione territoriale, coefficiente di ruralità) l'analisi principale fa riferimento all'anno 2019, scelto come anno di riferimento in quanto ultimo anno non influenzato dagli effetti della pandemia da Covid-19. Per alcune analisi di trend temporale, vengono utilizzati dati dal 2017 al 2022.

Dati sulle Case della Salute e integrazione MMG: per la distribuzione delle strutture attive viene utilizzato l'anno 2024 (dati aggiornati a gennaio 2024), mentre per le analisi di spesa e performance il riferimento principale è l'anno 2019. Le serie temporali coprono il periodo 2017-2024.

Per i dati di spesa l'anno di riferimento principale è il 2019, mantenuto per evitare le distorsioni legate alla pandemia negli anni 2020-2022. Non sono disponibili dati di spesa per Zona-distretto per l'anno 2024.

Gli indicatori di performance (accessi al pronto soccorso, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazioni evitabili, aderenza alle terapie) l'analisi principale fa riferimento all'anno 2019, con serie temporali che coprono il periodo 2017-2022 (2017-2021 per gli indicatori di aderenza alle terapie).

La scelta dell'anno 2019 come riferimento principale è motivata dalla necessità di disporre di un quadro non influenzato dagli effetti straordinari della pandemia, che hanno significativamente alterato sia i pattern di domanda che l'organizzazione dei servizi sanitari territoriali negli anni 2020-2022. Dove rilevante per l'analisi, vengono comunque presentati e discussi i dati longitudinali che includono anche gli anni pandemici.

3.2. Le caratteristiche territoriali delle Zone-distretto

Questa prima sezione focalizza l'attenzione sulle caratteristiche demografico-sociali e morfologiche delle Zone-distretto, prime proxy del fabbisogno di assistenza territoriale in una data zona. L'obiettivo è quello di riuscire a determinare l'evoluzione del progetto CdS in rapporto alle necessità che il territorio può esprimere e che sono dettate, per la configurazione stessa dell'assistenza territoriale, principalmente dalla demografia e dalla morfologia delle singole Zone-distretto.

Tabella 5 – Principali indicatori territoriali delle Zone-distretto. Anno 2019.

	Popolazione residente. Anno 2019	Quota di popolazione over 65 (%). Anno 2019	Popolazione over 65 residente. Anno 2019	Estensione (kmq)	Coeff. di ruralità <i>r</i> (%)	Superficie equivalente (kmq)
Fiorentina	378.839	25,83	97.852	102,32	0	102,32
Val di Nievole	120.343	24,45	29.418	265,95	0	265,95
Pratese	257.716	22,18	57.157	365,72	22,86	449,31
Pistoiese	172.130	25,73	44.293	698,17	54,55	1.078,99
Fiorentina Nord-Ovest	209.302	24,42	51.110	332,87	10	366,15
Fiorentina Sud-Est	184.599	26,46	48.848	1.335,30	32	1.762,60
Mugello	63.847	24,52	15.658	1.131,13	68,89	1.910,36
Empolese Valdelsa Valdarno	241.884	23,61	57.107	932,91	5,33	982,67
Ausl Centro	1.628.660	24,65	401.443	5.164,37	26,23	6.519,17
Lunigiana	53.406	30,38	16.224	973,09	67,69	1.631,79
Apuane	141.472	25,54	36.131	181,59	20	217,91
Valle del Serchio	55.628	28,48	15.842	905,82	99,05	1.803,01
Piana di Lucca	168.892	24,47	41.328	511,16	22,86	628
Pisana	201.935	25,06	50.598	575,65	17,78	677,99
Elba	31.952	25,49	8.145	244,99	80	440,98
Versilia	163.356	25,98	42.437	356,24	28,57	458,02
Livornese	174.952	26,1	45.664	231,79	26,67	293,6
Alta Val di Cecina - Val d'Era	139.545	24,09	33.611	1.344,01	42,11	1.909,92

	Popolazione residente. Anno 2019	Quota di popolazione over 65 (%). Anno 2019	Popolazione over 65 residente. Anno 2019	Estensione (kmq)	Coeff. di ruralità r (%)	Superficie equivalente (kmq)
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	138.363	28,1	38.877	1.064,15	45	1.543,02
Ausl Nord-Ovest	1.269.501	25,9	328.857	6.388,49	54,21	9.851,41
Alta val d'elsa	63.196	24,01	15.172	582,51	48	862,12
Senese	126.397	25,5	32.230	1.993,54	65	3.289,35
Casentino	34.827	27	9.402	701,1	100	1.402,20
Val Tiberina	29.847	28,48	8.499	673,1	80	1.211,58
Val di Chiana Aretina	51.612	24,83	12.817	563,88	16	654,1
Aretina	130.800	24,77	32.400	725,62	56,67	1.136,80
Valdarno	95.568	24,49	23.403	569,38	18	671,87
Colline dell'Albegna	50.303	28,76	14.466	1.398,39	62,22	2.268,50
Am. Sen. e VdO- Valdic. Sen.	77.604	28,45	22.075	1.244,93	63,75	2.038,57
Am. Gross. - C. Met. - Gross.	171.326	27,04	46.324	3.104,73	70	5.278,05
Ausl Sud-Est	831.480	26,07	216.788	11.557,18	62,1	18.733,63
Toscana	3.729.641	25,39	947.088	23.110,07	49,62	34.577,14

Fonte Dati: ISTAT e Regione Toscana.

Partendo dalla demografia, la prima variabile considerata riguarda il numero di abitanti. Le tre ASL presentano una notevole variabilità sia tra loro che al loro interno, dovute alla presenza di aree urbanizzate ed estesi territori rurali. Nello specifico, la ASL Toscana Centro che comprende le province di Firenze, Prato e Pistoia, è una delle AUSL con maggior numero di abitanti (1,6 milioni), la AUSL Nord-Ovest (province di Lucca, Pisa, Massa Carrara, Livorno) segue con 1,2 milioni di abitanti, e infine la AUSL Sud-Est (Grosseto, Siena ed Arezzo) registra poco più di 800.000 abitanti, nonostante ricopra un'estensione territoriale che è circa il doppio delle altre due AUSL regionali.

Più specificamente connesso al bisogno di servizi in ambito di cura è la popolazione in età anziana. Osservando i dati presentati in Tabella 5 si nota che tanto per popolazione che per popolazione anziana le tre Zone-distretto con fabbisogno di servizi territoriali più elevato sono l'area Fiorentina, la ZD Empolese-Valdelsa-Valdarno e la ZD Pratese.

Per completare l'analisi relativa alle caratteristiche territoriali, è necessario analizzare la morfologia del territorio, esaminando sia l'estensione dei distretti in termini di superficie, sia il tipo di territorio, per conformazione e grado di urbanizzazione. Territori più estesi richiederebbero un numero di CdS maggiore, in modo da poter colmare distanze eccessive per l'accesso alle cure primarie. Allo stesso tempo, anche in presenza di estensioni ridotte, il tipo di superficie e, più generalmente, il grado di urbanizzazione del territorio hanno un impatto sulle scelte di pianificazione sanitaria distrettuale. In presenza di zone rurali, caratterizzate, dunque, da una morfologia del territorio avversa (es. zone montane) ed un basso sviluppo delle infrastrutture, creare una rete di cure primarie ben distribuita sul territorio andrebbe incontro alla condizione di isolamento di queste aree e alle difficoltà di collegamento con strutture preesistenti. Nella Tabella 5 sono presentate sia l'estensione territoriale di ogni Zone-distretto, sia il cosiddetto coefficiente di ruralità¹. La ZD più estesa risulta essere l'Amiata Grossetana – Colline Metallifere – Grossetana, con un'estensione di 3.104,73 km², seguita dalla ZD Senese (1.993,54 km²) e dalle Colline dell'Albegna (1.398,39 km²), tutte e tre afferenti all'AUSL Sud-Est, che a sua volta è l'Area Vasta più grande della Toscana, con 11.557 km² di superficie.

Per quanto riguarda invece la presenza di zone remote, la ZD rurale per eccellenza è il Casentino, nella quale tutti i Comuni sono classificabili come aree rurali a rischio.

Per comprendere il reale fabbisogno di assistenza territoriale dei distretti in base alla morfologia del territorio, consideriamo congiuntamente i due aspetti sopra analizzati. Per questo motivo, è stata calcolata la cosiddetta «superficie equivalente», ottenuta aggiungendo all'estensione del distretto un «delta» ottenuto moltiplicando la superficie del distretto per il coefficiente di ruralità; in questo modo si ottiene una misura che pesa il valore dell'estensione del territorio a seconda della concentrazione di aree rurali nel distretto: l'idea di base è che 1 km² di un'area urbanizzata equivalga a 1(1+r) km² di una zona rurale.

Come risultato, si può concludere, pur con le dovute cautele dovute alle procedure sottostanti, che da un punto di vista strettamente morfologico, le Zone-distretto che necessitano maggiormente dello sviluppo dell'assistenza territoriale e delle CdS sono Amiata Grossetana – Colline Metallifere – Grossetana, Senese e Colline dell'Albegna. A livello di Area Vasta, è l'AUSL Sud-Est il territorio col fabbisogno di servizi primari maggiore in ambito morfologico.

Mettendo in relazione le dimensioni del fabbisogno di servizi di cura per entrambe le proxy utilizzate (Figura 3), vediamo come si enfatizzano le diverse configurazioni delle ZD: necessità dettata da una forte presenza di popolazione target nei grandi centri urbani, necessità di distribuzione capillare

¹ Per la costruzione dell'indice si rimanda all'Appendice 2.

nei territori rurali, e una parte rilevante del territorio in cui i centri diffusi e una popolazione che sta invecchiando necessitano comunque di un'attenta analisi della domanda di servizi.

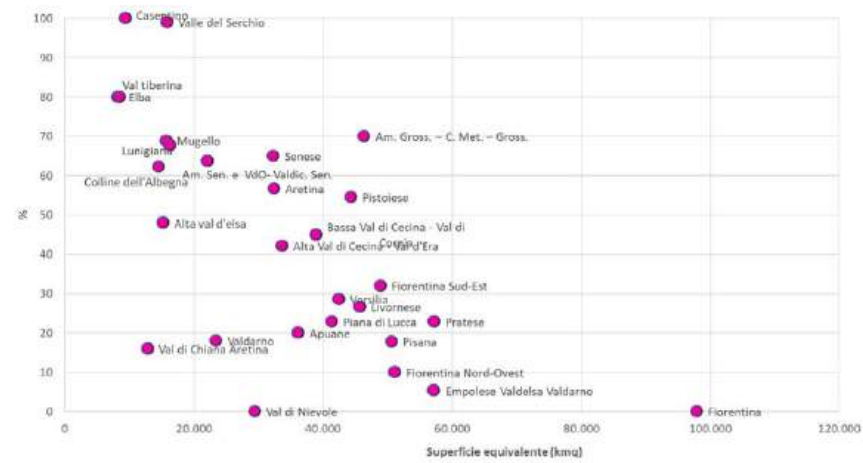


Figura 3 – Coefficiente di ruralità e Popolazione residente >65 anni.

Case della Salute e MMG nelle Zone-distretto: una proxy della struttura dei servizi offerti

Dopo aver considerato la popolazione e la configurazione del territorio come elementi caratterizzanti la domanda di servizi di cura nelle Zone-distretto, in questo paragrafo andremo a identificare gli elementi che caratterizzano l'offerta di servizi in base alla presenza delle Case della Salute attive e alla loro capacità di integrare nelle proprie strutture i Medici di Medicina Generale.

È bene chiarire che questa è una rappresentazione parziale dell'offerta potenziale che le future Case della Comunità dovranno erogare rispetto alle linee guida dettate al DM77, ma allo stadio attuale del loro avanzamento questa può essere considerata una prima approssimazione per delinearne il funzionamento e le performance¹.

Cercheremo poi di mettere in relazione questo primo indicatore dell'offerta di servizi di cura con una proxy della domanda basata sulla popolazione residente e il territorio di riferimento. Ad inizio 2024, come riportato in Tabella 6, possiamo vedere che in Toscana era attiva almeno una Casa della Salute in 26 delle 28 Zone-distretto, ma soltanto 59 delle 115 AFT della medicina generale avevano almeno un medico in una CdS.

¹ Su questo punto particolare si veda Agenas (2025).

Michel Rizzo, University of Florence, Italy, michel8rizzo@gmail.com

Lisa Grazzini, University of Florence, Italy, lisa.grazzini@unifi.it, 0000-0003-4549-9282

Patrizia Lattarulo, IRPET, Regional Institute for Economic Planning of Tuscany, Italy, patrizia.lattarulo@irpet.it, 0000-0003-3090-1830

Marika Macchi, University of Florence, Italy, marika.macchi@unifi.it, 0009-0008-6677-0995

Alessandro Petretto, University of Florence, Italy, alessandro.petretto@unifi.it, 0000-0001-5418-1458

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Michel Rizzo, Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo, Marika Macchi, Alessandro Petretto, *Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR*, © 2025 Author(s), CC BY 4.0, published by Firenze University Press, ISBN 979-12-215-0786-7, DOI 10.36253/979-12-215-0786-7

Tabella 6 – Distribuzione delle Case della Salute e dei MMG nelle Zone-distretto toscane. Anno 2024.

	Numero di Case della Salute attive	MMG in CdS	MMG in AFT	MMG in Cds per AFT
Fiorentina	3	18	244	7,4%
Val di Nievole	5	33	67	49,3%
Pratese	2	18	169	10,7%
Pistoiese	4	21	95	22,1%
Fiorentina Nord-Ovest	2	14	141	9,9%
Fiorentina Sud-Est	0	0	98	0,0%
Mugello	0	0	36	0,0%
Empolese Valdelsa Valdarno	13	69	138	50,0%
Ausl Centro	29	173	988	17,5%
Lunigiana	5	15	29	51,7%
Apuane	3	21	75	28,0%
Valle del Serchio	1	5	32	15,6%
Piana di Lucca	1	7	106	6,6%
Pisana	1	24	136	17,6%
Elba	2	5	17	29,4%
Versilia	6	32	98	32,7%
Livornese	1	6	113	5,3%
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4	49	83	59,0%
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	4	11	77	14,3%
Ausl Nord-Ovest	28	175	766	22,8%
Alta val d'elsa	1	7	43	16,3%
Senese	2	21	81	25,9%
Casentino	3	17	21	81,0%
Val Tiberina	3	13	17	76,5%
Val di Chiana Aretina	3	28	29	96,6%
Aretina	3	19	80	23,8%
Valdarno	4	25	57	43,9%
Colline dell'Albegna	2	8	34	23,5%
Amiata senese e Val d'Or- cia- Valdichiana senese	3	20	47	42,6%

	Numero di Case della Salute attive	MMG in CdS	MMG in AFT	MMG in Cds per AFT
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	1	7	88	8,0%
Ausl Sud-Est	25	165	497	33,2%
Toscana	82	513	2251	22,8%

Fonte Dati: ARS Toscana, <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/5160-case-della-salute-e-medici-di-medicina-generale-in-toscana-un-aggiornamento-al-primo-gennaio-2024.html#case-salute-MMG-Toscana-Toscana-1-gennaio-2024> (10/01/2025).

Nel 2019 si contavano 69 strutture attive sul territorio come CdS, ovvero una media di 2 CdS per distretto, mentre oggi il numero medio è circa pari a 3 CdS per zona, anche se la loro distribuzione effettiva risulta ancora abbastanza disomogenea: in 2 zone non è ancora attiva una CdS, mentre in altre 2 ne sono state attivate più di 5; in particolare, l'Empolese Valdarno (Asl Centro, 13 Case della Salute), seguito dalla Versilia (Asl Nord-Ovest, 6 Case della Salute). Il trend è positivo fino al 2019, mentre si evidenzia un calo negli anni successivi, dovuto alla chiusura di alcune strutture nei distretti Piana di Lucca, Amiata Grossetana e Colline dell'Albegna, eventi che potrebbero essere collegati alla pandemia dovuta al Covid-19, mentre ora si assiste ad una ripresa, grazie anche alla creazione di nuove infrastrutture e ad alcune opere che dovranno essere completate tra il 2025 e il 2026.

Le Zone-distretto che all'inizio del 2024 presentano un numero maggiore di MMG integrati all'interno delle CdS sono la ZD Empolese Valdelsa-Valdarno con 69 MMG (pari a circa il 50% dei MMG della relativa AFT), l'Alta Val di Cecina con 49 MMG (il 59% circa del totale MMG in AFT) e la ZD Val di Nievole con 33 MMG (pari a circa il 49% dei MMG in AFT). Come atteso, i distretti che presentano un numero più elevato di professionisti appartenenti a questo gruppo sono gli stessi nei quali è presente un numero maggiore di strutture. Sebbene le prime tre Zone appartengano all'AUSL Centro e alla AUSL Nord-Ovest, l'Area Vasta che presenta un numero maggiore di medici di base integrati è la Sud-Est. Inoltre, il dato è ancor più rilevante considerando il numero inferiore di CdS sul suo territorio. A livello regionale, la tendenza temporale dei dati in Figura 4 mostra una crescita dei MMG integrati fino al 2019 e successivamente un calo (anni 2020, 2021 e 2022), attribuibile all'effetto della pandemia e probabilmente anche ad una riduzione generale dei professionisti del settore, mentre assistiamo ad una ripresa consistente nel triennio 2022-2024. Ad oggi sono integrati in una CdS il 22,8% dei MMG, poco più di un medico su cinque.

La variabilità del numero dei medici integrati è molto alta su scala distrettuale, si passa dal 96,60% della Val di Chiana Aretina al 5,3% della ZD livornese. In generale, comunque, sono 5 le ZD che superano la soglia del

50%, segnale di un processo di integrazione che ha ancora ampi margini di sviluppo. L'AUSL Sud-Est sembra essere quella con una maggiore integrazione dei MMG nelle CdS oltre ad una loro distribuzione maggiormente diffusa sul territorio. In questo, sembrerebbe profilarsi quella capacità di declinare il modello sulla base delle effettive necessità della popolazione a cui le Case della salute toscane puntavano fin dalla loro prima realizzazione. Non di meno è visibile come un'accelerazione importante nel loro sviluppo si sia registrato dopo il 2022, che segna la fine della pandemia, ma che è caratterizzato dalla nuova riforma della sanità territoriale.

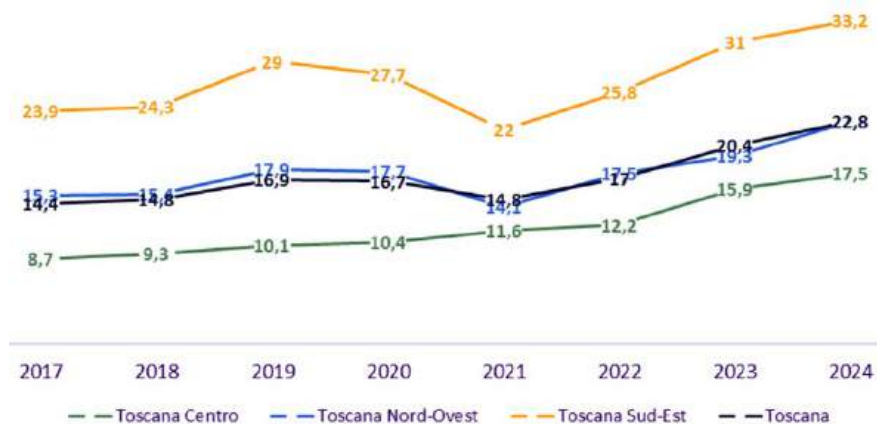


Figura 4: – Variazione temporale della percentuale dei MMG con ambulatorio in Casa della Salute nelle AUSL Toscane.

Si evince una situazione in cui le Aree Vaste presentano diversi livelli di distribuzione delle Case della Salute; l'AUSL Nord-Ovest e l'AUSL Centro sono caratterizzate dalla concentrazione di molte strutture in uno o pochi distretti, mentre nell'AUSL Sud-Est si nota una distribuzione più omogenea sul territorio, probabilmente riflettendo proprio quella necessità vista nella distribuzione della domanda di far fronte alle richieste di una maggiore concentrazione della popolazione nelle prime due, e di una dispersione della popolazione sul territorio che caratterizza la terza.

Un altro aspetto da considerare riguarda il livello di integrazione dei MMG, figura cardine del sistema di cure primario italiano, in quanto depositaria del ruolo di *gatekeeper* delle prestazioni sanitarie. Il modello delle CdS (e ora il modello delle CdC) pone infatti il MMG come un elemento strategico per migliorare l'efficacia dell'assistenza territoriale, favorendo una presa in carico globale del paziente e una continuità delle cure più efficiente. La presenza dei MMG all'interno di queste strutture consente di superare la frammentazione tipica degli ambulatori individuali, promuovendo un approccio multidisciplinare in sinergia con altri professionisti

sanitari, come infermieri, specialisti e fisioterapisti e in continuità con le eventuali necessità evidenziate dai servizi sociali. Ciò garantisce un coordinamento più efficace dei percorsi diagnostico-terapeutici, soprattutto per i pazienti cronici e fragili, e facilita la gestione integrata delle cure attraverso la condivisione di informazioni cliniche mediante la cartella elettronica. Le Case della Salute, inoltre, permettono un accesso più semplificato ai servizi sanitari, centralizzando l'offerta in un unico punto di riferimento territoriale, con benefici in termini di tempestività e prossimità delle cure. L'inserimento del MMG in queste strutture dovrebbe poi migliorare anche l'attuazione della medicina di iniziativa, basata su controlli programmati e interventi di prevenzione proattiva, riducendo così il rischio di complicanze e ospedalizzazioni evitabili.

È importante capire quale sia quindi il loro grado d'integrazione nelle Case della Salute. Ad una maggiore concentrazione di medici nelle strutture dovrebbe corrispondere una maggiore efficacia delle prestazioni, data la possibilità di sfruttare la presenza in loco di colleghi ed altri professionisti del settore. Ad oggi non esiste un numero standard di MMG a cui fare riferimento: anche nel decreto per le nuove CdC, si definisce obbligatoria, ma non si quantifica, la presenza in termini numerici di ambulatori di MMG negli hub; si sottolinea dunque una certa libertà di scelta per le singole realtà territoriali. Di conseguenza, la nostra valutazione avverrà considerando la numerosità dei medici come unico criterio: più alto sarà questo numero, maggiore sarà l'integrazione.

4.1. La spesa e la popolazione residente

Per analizzare le ricadute sul territorio delle CdS, oltre ad analizzare la loro numerosità e il livello di integrazione con i MMG, è necessario tenere in considerazione anche il loro volume di spesa. L'ammontare della spesa sanitaria di queste strutture fornisce indicazioni circa la quantità delle prestazioni erogate al cittadino (naturalmente al netto dei differenziali di efficienza).

Ad una prima osservazione emerge che non esistono differenze sostanziali nella composizione del volume di attività delle CdS, come si può evincere osservando la Tabella 7. Le strutture sembrano articolare le attività in modo analogo ovvero per ora sembrano erogare in termini di spesa, in prevalenza, diagnostica di laboratorio ed erogazione di farmaci indiretti. Questa informazione, unitamente al fatto che i «prezzi» delle singole prestazioni sono costanti poiché definite dal tariffario regionale, come vedremo meglio in seguito (Tabella 11 e Figura 10), ci permette di concludere che le Case della Salute sono strutture tendenzialmente omogenee. Ciò permette di escludere che le differenze distrettuali riscontrabili nei dati di spesa delle strutture siano dovuti alla specializzazione delle CdS in attività che presentano costi differenti.

Tabella 7 – Composizione del volume di attività delle Case della Salute per tipologia di servizio a livello distrettuale. Riparto della spesa. Anno 2019.

	Clinica	Diagn. Lab.	Diagn. Imm	Diagn. Strum.	Farm. Dir.	Farm. Indir.
Fiorentina	5%	38%	3%	2%	6%	45%
Val di Nievole	4%	41%	3%	2%	5%	45%
Pratese	-	-	-	-	-	-
Pistoiese	4%	41%	3%	2%	5%	45%
Fiorentina Nord-Ovest	5%	40%	2%	2%	5%	46%
Fiorentina Sud-Est	-	-	-	-	-	-
Mugello	-	-	-	-	-	-
Empolese Valdelsa Valdarno	4%	39%	3%	2%	6%	47%
Ausl Centro	4%	39%	3%	2%	6%	47%
Lunigiana	4%	36%	3%	2%	7%	48%
Apuane	5%	38%	3%	2%	6%	46%
Valle del Serchio	3%	44%	2%	2%	6%	42%
Piana di Lucca	-	-	-	-	-	-
Pisana	-	-	-	-	-	-
Elba	4%	42%	2%	2%	6%	44%
Versilia	4%	35%	3%	2%	7%	49%
Livornese	4%	39%	3%	2%	7%	46%
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4%	42%	3%	2%	8%	41%
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	3%	39%	3%	2%	6%	47%
Ausl Nord-Ovest	4%	40%	3%	2%	7%	44%
Alta val d'elsa	5%	42%	3%	2%	5%	44%
Senese	4%	48%	3%	2%	4%	40%
Casentino	4%	41%	3%	2%	6%	43%
Val Tiberina	4%	43%	2%	2%	5%	44%
Val di Chiana Aretina	4%	45%	2%	2%	5%	42%
Aretina	4%	45%	3%	2%	5%	41%
Valdarno	4%	44%	3%	2%	5%	42%
Colline dell'Albegna	-	-	-	-	-	-
Am. Sen. e Val d'Orcia- Valdich. sen.	4%	43%	2%	2%	5%	44%

Am. Gross. – Coll. Metal. - Grossetana	-	-	-	-	-	-
Ausl Sud-Est	4%	44%	3%	2%	5%	42%
Toscana	4%	41%	3%	2%	6%	44%

Fonte: Ars.

Nella Tabella 7 e in Figura 5 sono riassunte le informazioni sulla spesa dei servizi di assistenza territoriale erogati a livello distrettuale dalle CdS. Come premessa, va specificato che la spesa totale è sottostimata perchè nella banca dati ARS non sono presenti informazioni di spesa relative ad alcune CdS che, tuttavia, risultano attive nel periodo considerato.

Per gli indicatori di spesa abbiamo mantenuto il 2019 come anno di riferimento, non possedendo i valori di spesa per Zona-distretto dell'ultimo anno (2024) e considerando l'influenza della pandemia sulle risorse destinate negli anni 2020-2022.

Nel 2019, la Zona-distretto che presenta il livello di spesa annuale maggiore è l'Empolese Valdelsa Valdarno, con 69.458.917 milioni di euro, seguita da Alta Val di Cecina – Val d'Era (64.692.124 €) e Versilia (22.894.556 €). Il dato minore è registrato nella ZD Fiorentina, con 3.181.007 milioni di euro.

L'Area Vasta che ha speso maggiormente è l'AUSL Nord-Ovest, con 132.678.491 milioni di euro; in seconda posizione, l'AUSL Centro, seguita dall'AUSL Sud-Est. L'evoluzione temporale descrive una spesa sanitaria per l'assistenza territoriale in continua crescita dal 2017 (si veda Tabella 23 in Appendice).

Al di là della spesa in valore assoluto per AUSL, in linea con la distribuzione delle strutture sul territorio (Tabella 6), si intuisce una discreta variabilità della spesa per singola struttura, considerando il dato sull'Alta Val di Cecina, che, pur avendo un numero di strutture abbastanza inferiore all'Empolese, presenta un valore molto simile. Per catturare questa variabilità e allo stesso tempo ovviare alla mancanza di dati relativi ad alcune CdS, è stata considerata la spesa media per struttura, ottenuta dividendo la spesa totale del distretto per il numero di CdS attive per le quali era disponibile il dato monetario.

Osservando la spesa media la Zona-distretto con la voce di spesa più alta è l'Alta Val di Cecina – Val d'Era, con 16.173.031€ per CdS. Gli altri 2 distretti con il valore maggiore sono Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese (8.623.168 €) e Val di Chiana Aretina (7.449.268 €). La minore spesa, invece, è della ZD Elba con 1.120.204€. Non si riscontrano particolari variazioni a livello di AUSL, né tantomeno per quanto riguarda il trend temporale, ad eccezione di una leggera flessione della spesa nel 2022 (Appendice - Tabella 24).

È interessante notare come i distretti nelle prime posizioni siano gli stessi che presentano un numero di MMG integrati più alto: questa associazione sembra suggerire che più medici di base vengono coinvolti nell'attività delle

CdS, più queste sfruttano il loro potenziale e si integrano nel tessuto sanitario preesistente; un'ipotesi che comunque andrebbe testata con ulteriori e più approfondite analisi.

Ulteriori informazioni sul livello di spesa delle CdS per ciascuna ZD possono essere recuperate considerando la spesa pro-capite, ottenuta dividendo la spesa totale del distretto per la popolazione residente. Da questo indicatore si possono ottenere informazioni di massima relative al livello di spesa rispetto al *bacino potenziale d'utenza*; quindi, come se tutti i MMG fossero integrati nelle CdS e con loro gli assistiti. Tuttavia, ad oggi questo valore è sicuramente inferiore alla reale spesa per paziente, in quanto è chiaro che non tutti i MMG sono integrati nelle CdS e, di conseguenza, non tutta la popolazione residente nel distretto ha usufruito ed usufruisce delle prestazioni delle CdS.

Per avere una misura più simile alla spesa per paziente, al *bacino reale di utenza*, è stata considerata, infine, la spesa per assistito integrato. A differenza della spesa pro-capite, questo indicatore è stato calcolato dividendo la spesa totale esclusivamente per i pazienti che risultano in carico ad un medico di medicina generale che esercita all'interno di una CdS. In questo modo, è possibile ottenere una misura più simile alla spesa effettiva per paziente. Il dato è comunque sovrastimato, in quanto non tiene conto dei pazienti «esterni», coloro i quali hanno usufruito delle prestazioni delle CdS pur non essendo in carico ad un MMG integrato nella struttura.

Il confronto tra i due dati di spesa è comunque interessante al fine di cogliere differenze nella quantità di prestazioni offerta al singolo cittadino (Figura 5).

Dalla figura emerge che la Zona-distretto che nel 2019 presenta la spesa pro-capite più alta risulta essere Alta Val di Cecina – Val d'Era con 464 euro per abitante, seguita da Val di Chiana Aretina (433 euro per abitante) ed Empolese Valdelsa Valdarno (287 euro per abitante). La ZD con il dato più basso, è Fiorentina con soli 8 euro per abitante.

L'Area Vasta con la spesa pro-capite più alta è l'AUSL Sud-Est, dove si spendono mediamente 108 euro per abitante contro i 104 euro per abitante dell'AUSL Nord-Ovest ed i 63 euro per abitante dell'AUSL Centro. Presumibilmente la differenza è legata ad una diversa penetrazione territoriale nelle aree a seconda della presenza di grandi centri ospedalieri o di servizi.

Si può cogliere una tendenza generale di crescita dell'indicatore negli anni (Appendice - Tabella 25), segnale di un sempre maggiore numero di cittadini che sfrutta le prestazioni erogate dalle CdS. L'incremento più rilevante è avvenuto fra il 2018 ed il 2019 e sembra indicare che in questo periodo si sia verificato un evento esogeno che ha potenziato l'attività della CdS. Il riferimento alla modifica della legge regionale 29 del 4 giugno 2019 è immediato, in quanto simbolo della rinnovata attenzione delle istituzioni regionali al progetto CdS.

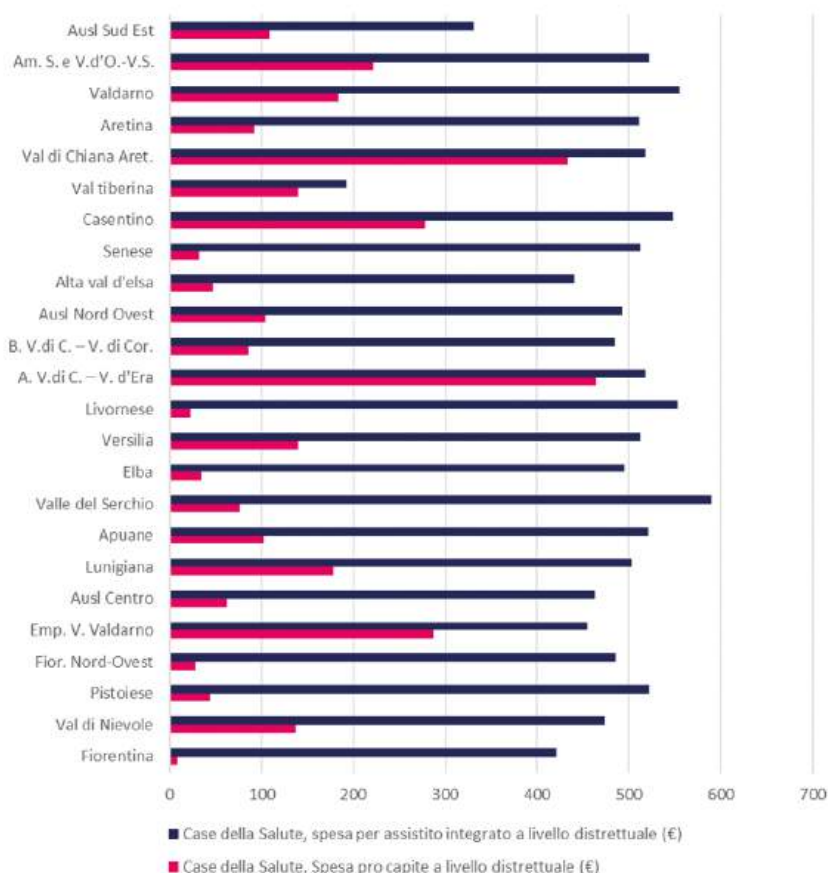


Figura 5 – Spesa per assistito integrato e Spesa pro-capite per Zona Distretto. Anno 2019.

La spesa pro-capite realisticamente è inferiore nelle ZD con una popolazione residente maggiore. Non possiamo, perciò, utilizzarlo come proxy della spesa per paziente in quanto non esiste un rapporto costante fra popolazione e numero di strutture. È utile, però, verificare se i distretti con i valori dell'indicatore alti sono gli stessi registrati nelle prime posizioni per gli indicatori di spesa analizzati precedentemente. In questo modo, è possibile comprendere se un distretto spende tanto sia in termini relativi che assoluti: conclusione sicuramente applicabile al distretto Alta Val di Cecina – Val d'Era.

Dai dati presentati, emerge che la Valle del Serchio è la Zona-distretto che nel 2019 presenta la spesa per assistito integrato più alta, 589 euro, seguita da Valdarno (555 euro per assistito integrato) e Livornese (553 euro per assistito integrato). La Val Tiberina presenta il dato meno elevato (193 euro per assistito integrato).

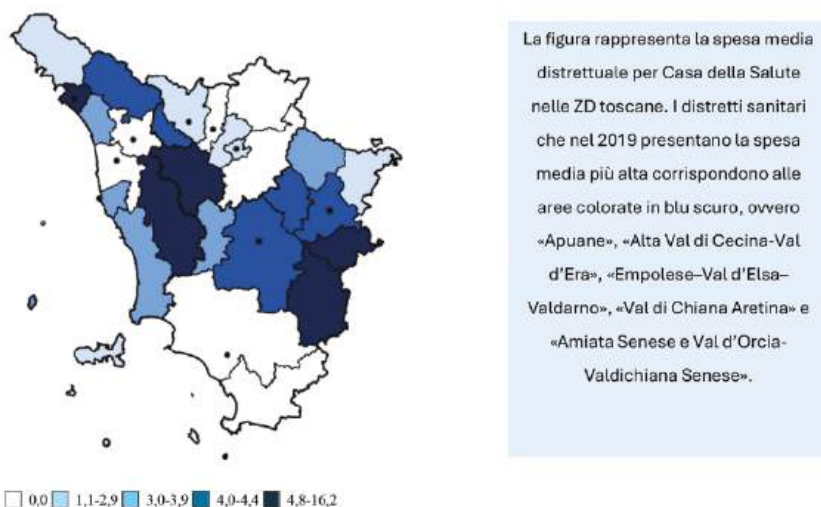


Figura 6 – Spesa media distrettuale per Casa della Salute nelle ZD toscane (milioni di euro).

A livello di Area Vasta, la spesa per assistito integrato più alta è registrata nella AUSL Nord-Ovest. Anche in questo caso, si nota una tendenza generale di crescita dell'indicatore negli anni, in parte spiegato dalla crescita del numero degli assistiti, in parte determinato da altri fattori che hanno fatto aumentare la spesa per assistito negli anni. Dal momento che la composizione del volume di attività delle CdS è costante, l'aumento della spesa si può attribuire ad un aumento della domanda individuale delle prestazioni da parte del cittadino.

Si può notare come le ZD con i valori più alti non corrispondano a quelle attese in base ai dati analizzati precedentemente. Si potrebbe pensare che esse siano i distretti che offrono mediamente più prestazioni al paziente rispetto agli altri, ma, non avendo informazioni circa l'effettiva mole di utenti «esterni» che usufruiscono di prestazioni, non è possibile confermare l'ipotesi.

A conclusione dell'analisi sulla spesa dei distretti per l'attività delle CdS, si considera che la spesa per abitante vuole rappresentare, per approssimazione, la copertura del servizio offerto, mentre la spesa per assistito rappresenta il livello di servizi di cui ha usufruito la popolazione, quindi l'integrazione nel sistema socio-sanitario locale, i due indicatori sono dunque in qualche modo complementari nel descrivere l'offerta locale. Possiamo rilevare che a seconda dell'indicatore considerato esistono delle differenze riscontrabili nei dati che influenzano la risposta alla domanda su quale sia il territorio che ha sviluppato una maggiore offerta nel progetto delle CdS. Se dovessimo, comunque, considerare esclusivamente il 2019 e complessivamente tutti gli indicatori, la scelta ricadrebbe sull'AUSL Nord-Ovest e, in particolare sulla ZD Alta Val di Cecina - Val d'Era.

Interpretando la spesa per assistito integrato come la quantità delle prestazioni offerte al singolo paziente, l'Area vasta che nell'anno di riferimento eroga più servizi per individuo risulta essere l'AUSL Nord-Ovest. La spesa e il territorio di insediamento

Così come abbiamo messo in relazione l'offerta di servizi in base alla proxy di domanda generata dalla popolazione, metteremo ora in evidenza quale è la relazione tra la spesa per assistito e pro-capite (offerta di servizi) e la domanda determinata dalla componente morfologica del territorio che, come abbiamo evidenziato in precedenza porta con sé alcune specificità nel fabbisogno potenziale dei servizi di cura.

Per effettuare questo approfondimento abbiamo scollegato l'appartenenza delle CdS dalle ZD e le abbiamo invece raggruppate in base alle zonizzazioni dei comuni a cui appartengono. Come sintesi delle caratteristiche del territorio su cui si insediano le strutture e i servizi, viene applicato l'indicatore del grado di ruralità del comune/zona di ubicazione delle CdS, utilizzando come riferimento la classificazione regionale adottata al momento dell'attuazione del Programma di Sviluppo Rurale (PSR) 2014-2020, come descritto nella Tabella 8 e rappresentato nelle Figura 7 e Figura 8².

Tabella 8 – Aree urbane e rurali in Regione Toscana PSR 2014-2020.

Numero	Denominazione	Descrizione
1	Zona A	aree urbane e periurbane
2	Zona B	aree rurali ad agricoltura intensiva
3	Zona C1	aree rurali intermedie in transizione
4	Zona C2	aree rurali intermedie in declino
5	Zona D	aree rurali con problemi di sviluppo

Prendendo come riferimento l'anno 2019, per ciascuna zona, la Tabella 9 e la corrispondente Figura 9 mostrano una serie di indicatori che servono a comprendere, da un lato, qual è la distribuzione delle CdS e il volume di attività svolte, e dall'altro, l'estensione del territorio di riferimento e la sua popolazione. A questo scopo, utilizziamo i seguenti indicatori per ciascuna zona: numero di CdS operative, numero di comuni, spesa complessiva delle CdS operative, popolazione, superficie, densità abitativa e spesa pro-capite.

² Classificazione di fatto confermata anche per il Feasr 2023-2027: https://www.regione.toscana.it/sviluppo-rurale-2023-2027/territori-rilevanti-per-il-feasr#aree_rurali_eligibili_Csr_Feasr (ultima consultazione: 10/01/2025).

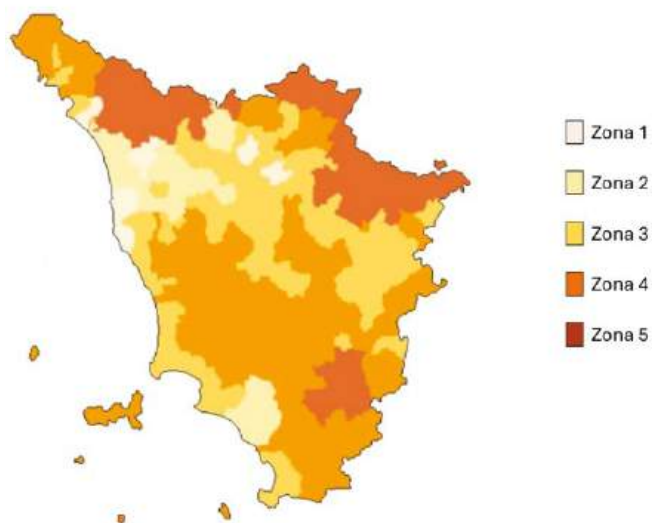


Figura 7 – Le zone rurali in Toscana.

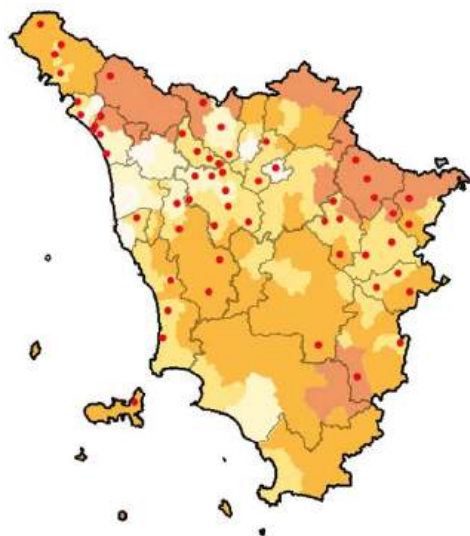


Figura 8 – Distribuzione delle CdS e indicatore di ruralità.

Tabella 9 – Principali indicatori socio-demografici per zone rurali analizzate. Anno 2019.

Zone rurali	N. CdS	N. Comuni	Spesa complessiva	Popolaz.	Superf.	Densità abitativa	Spesa pro-capite
1- aree urbane e periurbane	3	6	7.126.011	957.421	770	1.244	7
2- aree rurali ad agricoltura intensiva	9	24	73.921.323	668.860	1.787	374	111
3- aree rurali intermedie in transizione	29	94	131.217.644	1.438.286	6.017	239	91
4- aree rurali intermedie in declino	12	94	77.448.182	395.468	9.887	40	196
5- aree rurali con problemi di sviluppo	10	62	35.353.617	201.946	4.396	46	175

Fonte: Dati Ars e Regione Toscana.



Figura 9 – Zone per caratterizzazione di ruralità. Indicatori in valore % sul totale regionale. Anno 2019.

Analizzando la tabella si nota che la Zona 3 registra il numero più alto di CdS (29) ed il livello di spesa complessiva maggiore (ben al di sopra delle altre aree). Il risultato non sorprende considerando che questa area comprende il più alto numero di comuni (34% dei comuni toscani, a pari merito con la Zona 4), sia quella con la popolazione residente maggiore.

L'area più densamente popolata risulta essere, invece, la Zona 1 con 1.244 ab/km² in quanto si tratta sia del territorio più urbanizzato della Regione (la

cd. Piana Firenze-Prato-Pistoia) sia di quello meno esteso (appena il 3% della Superficie regionale).

Le informazioni deducibili da questi primi dati suggeriscono, innanzitutto, che esiste un legame fra livello di spesa complessiva e numero di CdS attive per zona. Inoltre, la distribuzione delle strutture sul territorio sembra essere legata all'estensione territoriale e al grado di ruralità della zona, ma anche alla popolazione residente.

Altrettanto rilevante sembra essere l'effetto che deriva dalla densità abitativa: la zona a maggiore densità registra un livello di spesa pro-capite decisamente inferiore a tutte le altre. Questo da un lato può essere dovuto a un diverso equilibrio ed integrazione con l'offerta di servizi sanitari e ospedalieri presenti sul territorio, dall'altro, potrebbe esprimere la presenza di percorsi di ottimizzazione delle risorse a disposizione. In quest'ultimo caso, un aumento del bacino d'utenza non modificherebbe la struttura della Casa, la quale riuscirebbe invece a soddisfare il prevedibile aumento della domanda di servizi sanitari sfruttando maggiormente sia il personale che la strumentazione a disposizione.

Considerando le attività delle CdS, abbiamo raggruppato le attività in 6 categorie, come indicato in Tabella 10. Come ci si potrebbe aspettare, il numero di erogazioni principali riguarda quelli che sono i «centri prelievo» (indicati qui come Diagnostica di Laboratorio). Sono infatti questi i servizi primari più richiesti: sono generalmente prodromici a quasi tutti i percorsi diagnostici e il cittadino trae vantaggio, nella maggior parte dei casi, della vicinanza all'abitazione per fascia oraria e condizioni di prelievo (mattutine e a digiuno).

Allo stesso modo ci si può attendere che l'altro servizio di prossimità più impiegato sia quello delle ricette mediche per farmaci con erogazione indiretta: sono per lo più le ricette per farmaci comuni (anche se con obbligo di ricetta) che vengono normalmente prescritte dai MMG e PLS e che i cittadini acquistano, con un pagamento che riflette le tipologie di esenzioni o meno, nelle farmacie.

Tabella 10 – Classificazione della spesa delle Case della Salute in base al tipo di servizio erogato.

Tipologia di spesa	Descrizione
Clinica	Visite mediche;
Diagnostica di laboratorio	Analisi di laboratorio svolte su campione organico;
Diagnostica per immagini	Esami strumentali che producono immagini da interpretare (es. TAC);
Diagnostica strumentale	Esami strumentali residui;
Ricette farmaci ad erogazione diretta	Ricette per farmaci erogati direttamente dalla struttura;
Ricette farmaci ad erogazione indiretta	Ricette per farmaci erogati da strutture terze (farmacie ed enti accreditati).

Tabella 11 – Spesa delle Case della Salute per singola prestazione. Anno di riferimento 2019.

Tipologia di Spesa	Media	Dev.St.	Min	Max
Clinica	19	0,808	18	21
Diagnostica di laboratorio	5	0,48	5	6
Diagnostica per immagini	74	5,84	62	85
Diagnostica strumentale	32	2,92	26	38
Ricette farmaci ad erogazione diretta	137	21,57	107	178
Ricette farmaci ad erogazione indiretta	15	0,654	14	16

Il primo dato interessante riguarda la composizione delle attività svolte dalle strutture. Osservando la Tabella 11 e la corrispondente Figura 10, si conferma una forte regolarità, come già emerso nella Tabella 7 sulla distribuzione della tipologia di spesa per ZD. Il tipo di attività erogate nelle CdS non sembra, quindi, dipendente dalla loro collocazione in aree urbane o rurali.



Figura 10 – Composizione media dell'attività svolta da una singola CdS in base alla Zona rurale di appartenenza (%). Anno 2019.

Oltre al numero di prestazioni, sono state considerate altre misure che potessero fornire indicazioni sulla mole di attività e la dimensione delle strutture, ovvero la spesa totale annuale e il numero di assistiti con MMG attivo in CdS. I primi due indicatori forniscono rispettivamente informazioni sul volume di attività della struttura e sull'integrazione nel territorio. La spesa media per assistito integrato può fornire, inoltre, indicazioni su quanto il singolo paziente faccia affidamento sulle prestazioni della CdS per soddisfare la sua domanda sanitaria: in altre parole, essa può essere considerata come una



Figura 11 – Spesa totale per Zona rurale. Anno 2019.

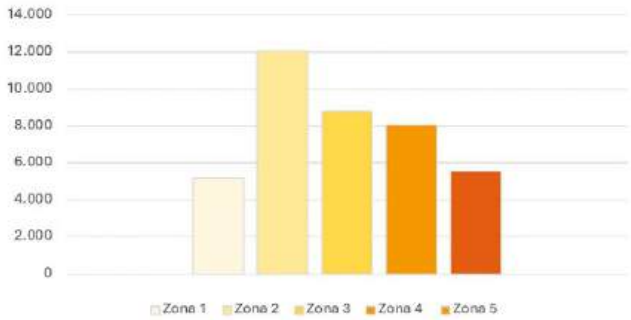


Figura 12 – Numero di assistiti integrati per Zona rurale. Anno 2019.

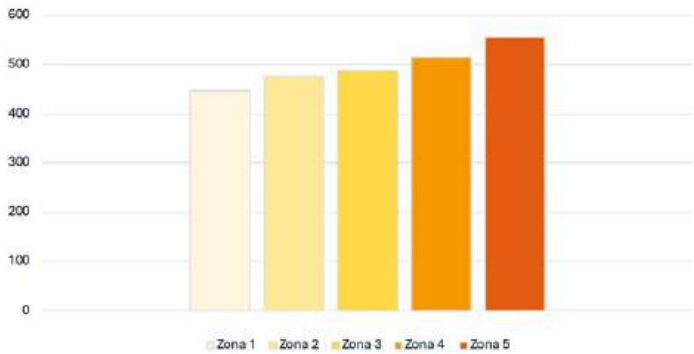


Figura 13 – Spesa per assistito integrato per Zona rurale. Anno 2019.

misura dell'integrazione della struttura a livello individuale piuttosto che a livello comunitario. Va comunque ricordata l'esistenza dei pazienti esterni, non assistiti da MMG integrato, che possono provocare distorsioni di questo indicatore.

Dal punto di vista quantitativo, la Zona 2 emerge sia per numero di assistiti integrati (Figura 12), con 12.043 assistiti con MMG in CdS, che per spesa totale (Figura 11). Non si evincono relazioni particolari dei risultati con le caratteristiche del territorio, suggerendo che il criterio di scelta per l'apertura di una CdS possa dipendere anche da altri parametri qui non considerati.

La spesa per assistito integrato (Figura 13) evidenzia, invece, un valore crescente al crescere del grado di ruralità della zona. Il risultato sembra confermare la presenza di economie di scala, in quanto la spesa per assistito si riduce nelle zone urbane, caratterizzate da una densità abitativa più elevata rispetto alle zone rurali.

La performance distrettuale

5.1. Avanzamento delle Zone-distretto in Toscana

Dopo aver presentato una prima identificazione del fabbisogno di servizi delineata dalle caratteristiche demografiche e morfologiche di maggiore interesse delle Zone-distretto in Toscana e dopo aver analizzato alcuni indicatori relativi ai servizi che vengono erogati sul territorio attraverso le Case della Salute, in questa sezione si cercherà di costruire un indice sintetico che coniughi i due aspetti, fornendo una rappresentazione del grado di sviluppo dell'assistenza territoriale nei distretti in rapporto al fabbisogno di servizi sanitari primari, e focalizzando l'attenzione su quello che è il principale strumento di raccordo, ovvero le Case della Salute.

Per la costruzione dell'indice di sviluppo, è stato preso come riferimento base il numero di MMG attivi in CdS per distretto, in quanto considerato un buon metodo per valutare il grado di sviluppo «grezzo» del progetto¹. L'ide-

¹ I dati utilizzati per la costruzione dell'indice SVI sono frutto di una rielaborazione delle informazioni presenti sul portale on-line Proter-Macro di ARS, relativamente al numero di MMG attivi nel 2019, assieme ai dati sulla popolazione anziana e la superficie dei distretti sanitari desumibili da un secondo portale ARS, anch'esso disponibile on-line, relativo agli indicatori socio-sanitari.

Michel Rizzo, University of Florence, Italy, michel8rizzo@gmail.com

Lisa Grazzini, University of Florence, Italy, lisa.grazzini@unifi.it, 0000-0003-4549-9282

Patrizia Lattarulo, IRPET, Regional Institute for Economic Planning of Tuscany, Italy, patrizia.lattarulo@irpet.it, 0000-0003-3090-1830

Marika Macchi, University of Florence, Italy, marika.macchi@unifi.it, 0009-0008-6677-0995

Alessandro Petretto, University of Florence, Italy, alessandro.petretto@unifi.it, 0000-0001-5418-1458

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Michel Rizzo, Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo, Marika Macchi, Alessandro Petretto, *Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR*, © 2025 Author(s), CC BY 4.0, published by Firenze University Press, ISBN 979-12-215-0786-7, DOI 10.36253/979-12-215-0786-7

ale sarebbe stato trasformare questa misura in un valore percentuale, ma in assenza di informazioni riguardo al numero ideale di MMG integrati ciò non è stato possibile. Il livello di dettaglio delle fonti varia a seconda della variabile considerata: per i medici di base le informazioni sono a livello di singola struttura, mentre per la popolazione e le superfici i dati sono raccolti a livello comunale. Di conseguenza, i dati sono stati aggregati sommando le singole osservazioni in base all'appartenenza o meno della CDS/Comune ad uno specifico distretto sanitario.

Il fabbisogno demografico è calcolato come il rapporto fra la popolazione 65+ del distretto ed il corrispettivo valore regionale, mentre il fabbisogno morfologico come il rapporto fra la superficie equivalente del distretto e quella equivalente regionale. In altri termini, le variabili di sintesi del fabbisogno demografico e morfologico sono state standardizzate, trasformandole in valori percentuali, dividendo il valore distrettuale con quello regionale: in questo modo si è ottenuta una misura immediata della ripartizione del fabbisogno regionale nei vari distretti sanitari. Successivamente è stata calcolata la media aritmetica fra le due percentuali, in modo da ottenere un valore sintetico che desse lo stesso peso ad entrambe le componenti. Come ultimo passo, il numero di MMG attivi in una CdS è stato diviso per questa media, ottenendo *svi*, il grado di sviluppo².

Questo nuovo indicatore esprime il livello di sviluppo del modello CdS in termini assoluti ed in rapporto al fabbisogno potenziale di assistenza territoriale di ciascun distretto; maggiore sarà il suo valore, maggiore sarà il livello di sviluppo. In questo modo si possono comparare i vari distretti e capire dove l'implementazione del progetto ha avuto un maggiore diffusione, rispetto almeno agli indicatori di cui si è potuto tener conto in questo esercizio. È bene considerare che l'indice non fornisce informazioni sul livello di sviluppo rispetto all'ipotetica situazione obiettivo, a causa della carenza informativa e normativa a riguardo.

In base all'indicatore sintetico (Figura 14, Appendice - Tabella 29), i distretti dove il modello CdS presenta valori più elevati rispetto alle altre aree della regione risultano essere la ZD Val di Chiana Aretina con 22,19 punti, l'Empolese Valdelsa Valdarno con 13,53 punti e Val di Nievole con 13,93 punti.

La ZD con una minore integrazione sembrerebbe invece quella Senese con 0,93 punti. A livello di Area Vasta, l'AUSL Nord-Ovest è quella più sviluppata con 4,90 punti, seguita dall'AUSL Sud-Est (4,23 punti) e dall'AUSL Centro (3,79). Naturalmente le aree con valori più elevati sono anche quelle che hanno speso di più nel settore, visto il legame tra livello della spesa e il numero di medici di base integrati.

² Non si tratta delle medie o mediane del loro valore calcolato per singolo comune, ma del rapporto fra i valori aggregati; anche la media fra i due fabbisogni utilizzata per il calcolo del denominatore dell'indice si applica sui dati aggregati a livello distrettuale. L'indice ha un valore minimo (0), ma non un valore massimo: più elevato sarà il valore, maggiore sarà il presunto livello di sviluppo dell'assistenza territoriale nel distretto.

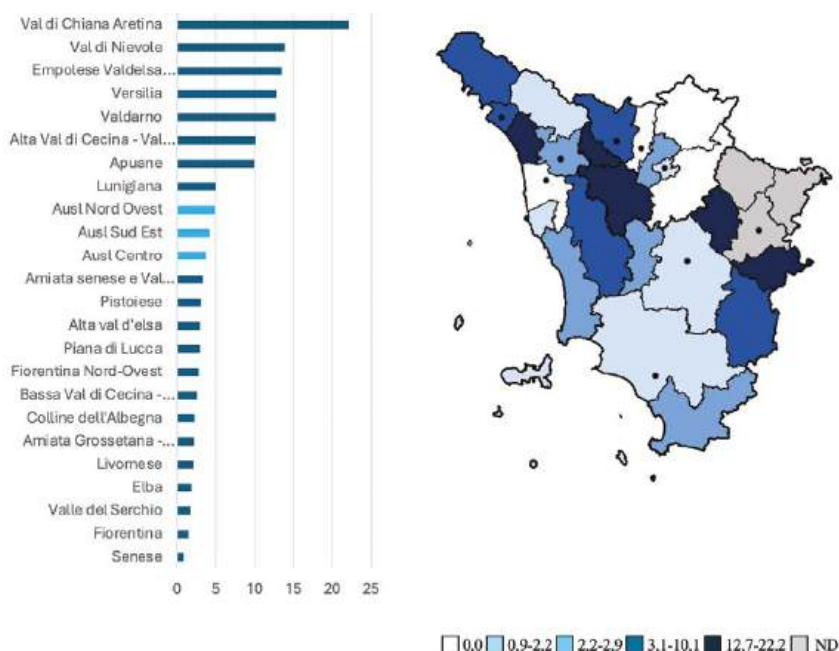


Figura 14 – Grado di sviluppo del modello CdS nei distretti. Anno 2019.

5.2. Indicatori di esito e di processo dell'assistenza territoriale

Dopo aver determinato il diverso grado di sviluppo dell'assistenza territoriale nei distretti toscani, in questo paragrafo si presentano alcuni indicatori di esito e di processo su cui l'assistenza territoriale dovrebbe incidere. In definitiva, «in quale distretto l'assistenza territoriale sembra avere un impatto più significativo su qualità ed efficienza dei servizi?». Non possiamo rispondere direttamente a questa domanda, ma possiamo trarre importanti indicazioni utilizzando delle variabili che, sebbene non siano specificamente costruite per misurare la performance dell'assistenza sanitaria, sono strettamente collegate al settore. Queste misure sono classificabili in due gruppi. Il primo gruppo è composto dagli indicatori di esito, che misurano diversi aspetti del servizio sanitario toscano fornendo indicazioni riguardo all'efficienza del sistema, andando appunto a considerare gli esiti dell'attività sanitaria. In questo contesto, ne sono stati selezionati tre, in quanto particolarmente legati all'assistenza territoriale: il numero di accessi impropri (codice bianco/verde) al pronto soccorso nei giorni feriali, il numero di prese in carico per assistenza domiciliare integrata ed il tasso di ospedalizzazione per complicanze dovute a malattie croniche (diabete, Broncopneumopatia cronica ostruttiva-BPCO, scompenso cardiaco). Il secondo gruppo, invece, è composto dagli indicatori di processo, ovvero delle variabili che hanno il pregio di fornire informazioni sulla qualità delle cure attraverso la misura dell'ade-

guatezza dei processi sanitari attivati. In particolare, sono state selezionate tre variabili relative alle malattie croniche, in quanto specialmente soggette a cure primarie, legate all'aderenza delle terapie prescritte dai professionisti con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: aderenza della terapia diabetica, della terapia BPCO e della terapia per lo scompenso cardiaco. Queste sono infatti le cronicità per cui gli stessi LEA monitorano i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) e che presentano la maggiore diffusione nelle cronicità³.

Tabella 13 – Indicatori di esito e di processo a livello distrettuale. Anno 2019.

	Grado di sviluppo	PS	ADI	OSP	Aderenza alle terapie
Fiorentina	1,51	86,69	9,47	206,12	36,14
Val di Nievole	13,93	95,05	28,72	334,4	36,03
Pratese	0	84,09	8,04	291,11	36,83
Pistoiese	3,08	87,97	10,86	329,12	41,27
Fiorentina Nord-Ovest	2,79	82,44	10,05	194,51	34,74
Fiorentina Sud-Est	0	86,49	9,47	260,41	34,56
Mugello	0	88,13	14,9	216,63	30,84
Empolese Valdelsa Valdarno	13,53	88,06	9,33	316,54	36,93
AUSL Centro	3,79	86,74	11,08	262	36,59
Lunigiana	4,97	98,82	12,75	83,98	29,79
Apuane	9,9	105,23	7,1	31,5	42,04
Valle del Serchio	1,74	82,13	8,68	144,95	36,85
Piana di Lucca	2,91	84,66	9,16	130,97	36,76
Pisana	0	89,35	6,96	280,42	34,31
Elba	1,87	99,33	13,74	267,23	36,41
Versilia	12,75	96,68	10,02	118,35	38,32
Livornese	2,12	106,26	10,43	184,45	39,2
Alta Val di Cecina - Val d'Era	10,14	108,1	8,38	145,79	36,6
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	2,57	96,6	16,24	260,76	35,51
Asl Nord-Ovest	4,9	97,09	9,8	167,38	37,12
Alta val d'elsa	2,93	115,94	13,99	242,06	32,09
Senese	0,93	119,32	10,17	241,85	38,29
Casentino	-	172,99	14,39	331,57	36,04
Val Tiberina	-	159,96	17,39	206,1	43,44

³ Non consideriamo in questa sezione le specifiche legate alle PDTA di ambito oncologico (mammella, colon e retto) perché si intrecciano con altre dimensioni (ospedaliero, hospice, cure palliative).

	Grado di sviluppo	PS	ADI	OSP	Aderenza alle terapie
Val di Chiana Aretina	22,19	148,68	16,82	298,53	38,11
Aretina	-	150,51	10,19	258,68	36,08
Valdarno	12,69	140,27	13,17	266,08	36,73
Colline dell'Albegna	2,23	148,78	12,5	202,36	35,93
Am. Sen. e V.d'O.- Valdic. Sen.	3,4	104,98	15,63	292,39	36,12
Am Gross. – C. Met. – Gross.	2,18	122,32	10,41	289,61	32,57
AUSL Sud-Est	4,23	132,94	12,36	265,03	35,47
Toscana	13,93	100,55	10,93	230,48	36,46

5.3. Indicatori di esito

Il primo indicatore analizzato riguarda gli accessi impropri al Pronto Soccorso (variabile «PS» presentata nella Tabella 13). Nel dettaglio, l'indicatore misura il numero di accessi impropri, considerati i codici bianco e verde, nei giorni feriali fra le 8.00 e le 20.00 ogni 1000 abitanti (Figura 15, Appendice 3 - Tabella 30). Il tasso è stato inoltre standardizzato per sesso ed età. La variabile può servire come proxy del livello di saturazione delle strutture di Pronto Soccorso e soprattutto di quella parte di richieste di servizio che potrebbero essere evitate attraverso lo sviluppo dell'assistenza territoriale. È dunque ragionevole pensare che distretti con un numero elevato di accessi impropri siano zone con una particolare carenza di professionisti e/o strutture dedicate alle cure primarie o, in alternativa, di una generale scarsa efficienza dei servizi territoriali.

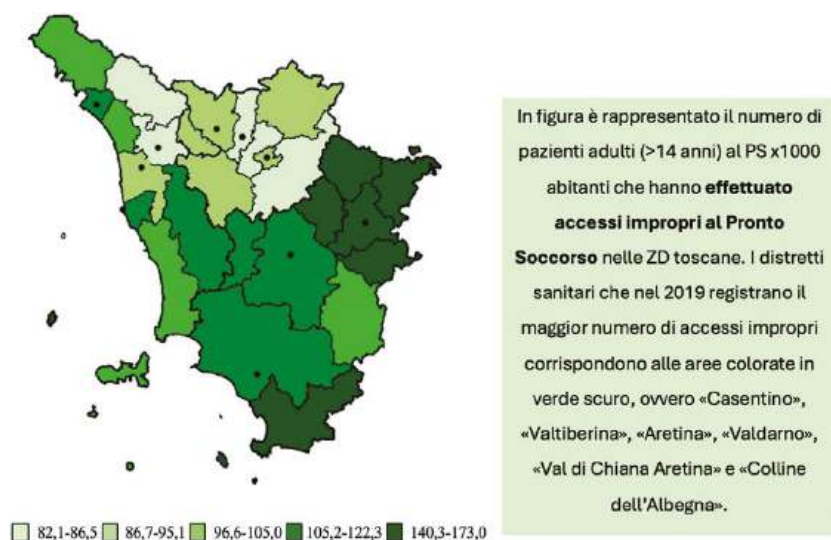


Figura 15 – numero di pazienti adulti (>14 anni) al PS x1000 abitanti che hanno effettuato accessi impropri al Pronto Soccorso nelle ZD toscane.

Le Zone-distretto che nel 2019 sono state soggette ad un numero più basso di accessi impropri sono Valle del Serchio (82,13), Fiorentina Nord-Ovest (82,44) e Pratese (84,09). La ZD che presenta invece il numero di accessi più alti risulta il Casentino. Si può notare, in generale, una tendenziale crescita dell'indice fino al 2019, dopodiché è evidente la fortissima riduzione avvenuta nel 2020⁴ a causa della pandemia dovuta al Covid-19, che si è protratta fino al 2022, sebbene con una leggerissima crescita tra il 2020 e il 2022. Al di là degli effetti esogeni dovuti alla pandemia, sembra che il numero di accessi sia collegato non tanto alla numerosità della popolazione residente, quanto al tasso di ruralità della zona. In effetti, le aree con un numero di accessi più basso sono concentrate maggiormente nell'AUSL Centro, caratterizzata da un livello di urbanizzazione più alto rispetto alle altre e, di conseguenza, con una presenza più diffusa di servizi sanitari pubblici e privati sul territorio. Dato apparentemente anomalo quello della Valle del Serchio che, pur essendo una zona completamente rurale, presenta un numero di accessi impropri al Pronto Soccorso molto basso. Le motivazioni potrebbero risiedere sia nella morfologia del territorio, prevalentemente montuoso, il quale renderebbe particolarmente difficoltoso raggiungere i punti di accesso al PS limitrofi, sia nella specifica dotazione del sistema di emergenza-urgenza presente nel distretto.

Il secondo indicatore considerato è il numero di prese in carico in assistenza domiciliare integrata (ADI) ogni 1000 abitanti (Figura 16, Appendice - Tabella 30). Questo tipo di servizio consiste in un insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, integrati con servizi socio-assistenziali e svolti direttamente al domicilio della persona. Nel calcolo sono inclusi i tre livelli di intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3), costruiti in base al rapporto fra giorni dovuti e giorni effettivi di assistenza. Sicuramente, il numero di prese in carico in ADI è collegato alla presenza di anziani sul territorio, ma non solo, potrebbe indicare la carenza/scarsa efficienza di un sistema di gestione delle cure domiciliari, nel quale rientrerebbero anche le Case della Salute e le ACOT.

La ZD con il numero di prese in carico più elevato risulta la Val di Nievole (28,71), seguita da Val Tiberina (17,39) e Val di Chiana Aretina (16,24). Il dato più basso è registrato, invece, nella ZD Pisana con appena 6,96. I valori si mantengono generalmente costanti fino al 2019, dopodiché si nota una leggera crescita dovuta probabilmente alla pandemia e all'impossibilità di trattare un buon numero di pazienti in ospedale.

⁴ Una parte della riduzione è attribuibile alla variazione della metodologia di calcolo dell'indicatore, avvenuta nel 2020. Fino al 2019 il conteggio dei codici bianchi e verdi includeva gli ultimi 3 livelli (su 4) dalla scala di priorità stabilita dal sistema di triage, mentre dal 2020, seguendo le nuove regole stabilite dal Ministero della Salute, sono inclusi esclusivamente gli ultimi 2 livelli (su 5).

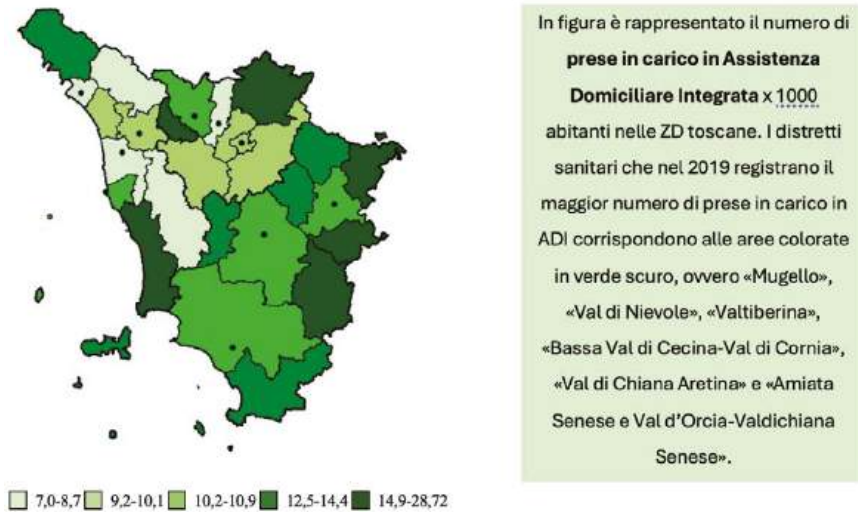


Figura 16 – Numero di prese in carico in Assistenza Domiciliare Integrata x 1000 abitanti nelle ZD toscane.

Come per gli accessi impropri, sembra che vi sia un legame inverso tra assistenza domiciliare e livello di urbanizzazione. Le aree più urbanizzate, infatti, presentano un livello di assistenza domiciliare integrata più basso, come ad esempio l'area Pratese e quella Fiorentina. Quest'ultime risultano, inoltre, ZD con un indice di vecchiaia relativamente basso, dato che conferma come l'obiettivo dell'assistenza domiciliare sia una gestione migliore delle malattie croniche e, pertanto, della popolazione anziana, più soggetta a patologie di questo tipo. L'eccezione è rappresentata dalla Val di Nievole che, pur non essendo una zona rurale e non presentando un tasso di anzianità particolarmente elevato, risulta la zona distretto più attiva in questo ambito. Infine, a livello di Area Vasta, l'AUSL Sud-Est presenta un numero di prese in carico in ADI più elevato (12,36), seguita da AUSL Centro e AUSL Nord-Ovest.

Come ultimo indicatore è stato considerato il numero di ospedalizzazioni per complicanze relative a diabete, BPCO e scompenso cardiaco, ogni 100.000 abitanti e standardizzato per sesso ed età (Figura 17). In questo caso la variabile in oggetto può fornire informazioni circa il numero di ospedalizzazioni evitabili o, meglio, quei ricoveri che potevano essere evitati attraverso l'assistenza territoriale o, più in generale, con un sistema di cure primarie più efficiente. Pertanto, un numero elevato di ospedalizzazioni evitabili potrebbe indicare la carenza/scarsa efficienza del sistema di assistenza territoriale.

Le Zone-distretto che nel 2019 presentano un numero di ospedalizzazioni dovute a complicanze più elevato risultano essere Val di Nievole (334,40), Casentino (331,57) e Pistoiese (329,119). Sembrerebbe che l'aumento di questo tipo di ricoveri sia collegato ad una particolare attenzione che viene fornita

dai servizi territoriali delle Zone-distretto in cui l'incidenza epidemiologica dei pazienti affetti da cronicità è più elevata, escludendo di fatto l'idea che esse si possano definire «evitabili» in maniera chiara.



Figura 17 – Numero di ospedalizzazioni evitabili x 100.000 abitanti dovute a complicanze di malattie croniche nelle ZD toscane.

In generale, comunque, si nota che l'indicatore relativo alle ospedalizzazioni evitabili presenta un trend di riduzione negli anni (Appendice - Tabella 32), che si è leggermente accentuato dal 2020 in poi, probabilmente ancora una volta a causa degli effetti pandemici. A livello di Area Vasta, ancora una volta l'AUSL Sud-Est presenta il numero di ospedalizzazioni «evitabili» più elevato, seguita da AUSL Centro e Nord-Ovest.

5.4. Indicatori di processo

L'analisi degli indicatori di processo può fornire interessanti informazioni sulla qualità delle cure erogate dal sistema sanitario. Si tratta generalmente di indicatori che misurano l'aderenza delle terapie prescritte dai medici alle raccomandazioni fornite dall'OMS. Nel contesto dell'assistenza territoriale, è utile considerare le terapie prescritte per la cura delle malattie croniche, in quanto esse risultano essere le patologie maggiormente sensibili a trattamenti extra-ospedalieri e, dunque, intercettabili da strutture come le CdS. In questo modo è possibile, sia sintetizzare il livello di qualità del trattamento prescritto, sia fornire indicazioni su quanto la presenza di un sistema strutturato di cure primarie possa migliorare la qualità dei servizi.

La prima patologia considerata è il diabete (Tabella 12; Appendice 3 - Figura 24). È stata considerata l'aderenza complessiva alle raccomandazioni OMS (almeno 4 su 5).

Tabella 12 – Diabete, aderenza delle terapie prescritte con le raccomandazioni OMS, almeno 4 su 5 (%).

	2017	2018	2019	2020	2021
Fiorentina	17,92	18,30	18,83	14,86	18,11
Val di Nievole	22,08	24,12	25,47	22,43	20,83
Pratese	19,44	21,49	24,36	16,75	15,02
Pistoiese	25,45	29,01	28,76	22,87	23,58
Fiorentina Nord-Ovest	20,40	20,62	19,86	15,05	17,28
Fiorentina Sud-Est	16,06	15,66	16,46	13,35	17,37
Mugello	16,28	13,91	12,77	9,75	17,76
Empolese Valdelsa Valdarno	17,09	16,01	12,77	9,96	19,28
AUSL Centro	19,13	19,81	19,92	15,48	18,44
Lunigiana	12,89	12,56	14,81	10,93	15,18
Apuane	18,01	16,38	18,10	13,52	17,77
Valle del Serchio	30,75	27,28	26,52	20,31	20,86
Piana di Lucca	15,53	15,18	16,25	13,14	15,99
Pisana	27,99	14,80	13,55	13,48	16,92
Elba	31,99	30,97	31,12	19,84	21,33
Versilia	26,36	23,52	22,31	18,56	21,34
Livornese	35,78	31,95	30,45	21,06	26,23
Alta Val di Cecina - Val d'Era	27,68	22,03	23,85	19,60	11,93
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	34,18	32,20	31,53	21,65	25,42
Asl Nord-Ovest	26,35	22,16	22,16	17,06	19,46
Alta val d'elsa	18,94	18,30	21,57	13,86	18,50
Senese	29,35	31,63	31,59	21,81	27,74
Casentino	26,91	26,82	27,25	18,21	22,32
Val Tiberina	29,52	30,72	34,28	19,55	30,55
Val di Chiana Aretina	29,03	26,57	29,97	20,97	25,54
Aretina	31,67	30,05	28,15	18,74	22,46
Valdarno	29,67	28,83	29,26	17,17	21,70
Colline dell'Albegna	20,19	20,11	22,34	11,30	11,93
Amiata senese e Val d'Orcia-Valdichiana senese	27,00	25,26	27,88	17,47	25,67
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	14,41	14,90	13,10	6,52	8,77

	2017	2018	2019	2020	2021
AUSL Sud-Est	24,62	24,33	24,73	15,43	19,88
Toscana	23,01	21,67	21,82	16,04	19,12

Fonte: ARS Toscana.

Le ZD con una percentuale maggiore di trattamenti che soddisfano il criterio nel 2019 sono Val Tiberina (34,28 %), Senese (31,59 %) e Bassa Val di Cecina (31,53 %). L'AUSL Sud-Est risulta l'area dove è stata registrata una maggiore attenzione nella cura del diabete con il 24,73% delle terapie adeguate. Non si intuiscono particolari legami né con l'assistenza territoriale, né con le caratteristiche demografiche e morfologiche dei distretti. L'ipotesi è che l'aderenza alla terapia possa essere maggiormente legata alle singole decisioni dei MMG e all'eventuale presenza di incentivi applicati a livello distrettuale o di area vasta, riassumibili nel grado di attenzione delle istituzioni sanitarie territoriali verso la gestione delle cronicità e alla presenza delle Strutture Specialistiche di Diabetologia e Malattie Metaboliche. Si riscontra, infine, una leggera diminuzione dell'aderenza negli anni, accentuatasi per ovvie ragioni durante il periodo pandemico.

La seconda patologia considerata è stata la BPCO (Tabella 13; Appendice 3 - Figura 25). Nelle banche dati ARS erano presenti due diversi indicatori di aderenza alla terapia consigliata: è stato scelto di considerare l'adeguatezza del numero di visite pneumologiche. In questo caso, i distretti che vantano le percentuali maggiori sono Amiata Grossetana (69,07 %), Piana di Lucca (66,37 %) e Apuane (66,18%). Anche in questo caso, valgono le stesse considerazioni fatte per il diabete, e cioè riguardo al nesso fra i dati osservati ed il livello di attenzione delle istituzioni sanitarie territoriali verso la malattia cronica in oggetto.

Tabella 13 – BPCO, adeguatezza del numero di visite pneumologiche, entro 12 mesi dal ricovero indice (%).

	2017	2018	2019	2020	2021
Fiorentina	49,37	35,84	37,54	43,28	38,60
Val di Nievole	53,54	47,78	39,83	40,63	48,46
Pratese	59,81	40,94	50,85	62,84	55,06
Pistoiese	54,66	58,28	58,62	56,40	48,06
Fiorentina Nord-Ovest	45,35	45,45	38,10	40,83	46,03
Fiorentina Sud-Est	40,74	36,49	36,81	45,19	32,41
Mugello	48,57	22,22	31,11	40,68	31,03
Empolese Valdelsa Valdarno	48,31	52,22	52,27	54,29	56,00
AUSL Centro	45,46	49,18	45,02	44,18	50,86
Lunigiana	45,45	33,33	18,75	25,00	35,14
Apuane	61,70	40,00	66,18	64,62	45,35

	2017	2018	2019	2020	2021
Valle del Serchio	45,45	30,95	39,58	45,71	43,33
Piana di Lucca	58,11	56,94	66,37	72,04	65,57
Pisana	40,20	37,17	45,51	58,19	52,94
Elba	27,27	50,00	25,00	15,00	24,24
Versilia	38,78	30,77	45,16	61,54	73,44
Livornese	54,79	58,97	53,16	49,23	63,83
Alta Val di Cecina – Val d’Era	39,13	29,41	23,40	31,75	37,50
Bassa Val di Cecina – Val di Cornia	22,22	19,35	27,66	37,74	35,06
AUSL Nord-Ovest	51,30	52,88	47,08	39,47	46,32
Alta val d’elsa	59,09	31,58	32,26	18,18	25,93
Senese	42,86	45,24	50,00	62,75	53,23
Casentino	46,43	45,00	38,46	35,14	45,95
Val Tiberina	57,14	38,46	60,00	58,33	42,42
Val di Chiana Aretina	57,14	43,75	41,46	40,00	36,36
Aretina	34,33	46,67	47,29	51,56	54,96
Valdarno	50,00	37,93	60,42	49,25	35,71
Colline dell’Albegna	47,83	36,36	59,09	44,00	43,48
Amiata senese e Val d’Orcia- Valdichiana senese	40,00	51,61	48,39	60,53	54,72
Amiata Grossetana – Colline Metallifere – Gross.	41,51	39,02	69,07	61,70	60,40
AUSL Sud-Est	49,68	50,38	51,88	43,10	44,23
Toscana	48,13	50,41	47,01	42,72	48,24

Fonte: ARS Toscana.

Per quanto riguarda la variazione temporale dell’indicatore, si riscontra un trend positivo dal 2017 al 2018, seguito da una riduzione nell’anno successivo, accentuatasi poi nel 2020 e in parte riassorbita nel 2021: oltre alla pandemia, altri fattori esterni (scelte territoriali) possono aver influenzato l’andamento dell’indicatore come, ad esempio, il potenziamento nel 2021-2022 della diagnostica nella Val di Nievole (Ospedale di Pescia). Va sottolineato come la BPCO sia una patologia particolarmente sensibile agli effetti del Covid-19 e per questo motivo è possibile che ad una prima riduzione dell’aderenza dei trattamenti, sia seguita una seconda fase di incremento al fine di tutelare i soggetti particolarmente sensibili al virus.

Infine, è stata valutata l’adeguatezza del numero di ecocardiogrammi nel trattamento per lo scompenso cardiaco, scelto fra i tre indicatori presenti per la stessa patologia (Tabella 14; Appendice - Figura 26). Empolese (38,58 %), Fiorentina (36,82 %) e Fiorentina Sud-Est (34,83 %) risultano essere le ZD con le percentuali più alte. Sembra presente un’associazione con il livello di

urbanizzazione del distretto, considerato che tutte e tre le ZD rientrano in quei territori con un coefficiente di ruralità basso. Si potrebbe ipotizzare che ciò sia dovuto ad una maggiore presenza di strutture, pubbliche o private, che abbiano la possibilità di svolgere questo tipo di esami diagnostici.

Tabella 14 – Scompenso Cardiaco, adeguatezza del numero di ecocardiogrammi, entro 12 mesi dal ricovero indice (%).

	2017	2018	2019	2020	2021
Fiorentina	34,39	40,84	36,82	33,89	38,04
Val di Nievole	23,25	30,94	21,71	24,06	27,93
Pratese	17,79	17,57	18,50	17,14	19,46
Pistoiese	21,14	26,43	23,91	21,96	24,30
Fiorentina Nord-Ovest	33,09	32,42	26,44	24,25	29,83
Fiorentina Sud-Est	37,06	39,41	34,83	32,81	34,43
Mugello	51,28	41,83	31,61	31,16	38,73
Empolese Valdelsa Valdarno	39,77	34,88	38,58	34,09	36,02
AUSL Centro	31,52	33,23	29,93	27,97	30,98
Lunigiana	18,56	20,78	18,28	22,67	23,46
Apuane	38,75	36,23	29,73	21,74	23,68
Valle del Serchio	22,45	18,57	18,60	13,75	17,81
Piana di Lucca	19,83	17,16	9,66	11,34	11,49
Pisana	28,92	31,04	24,61	19,74	29,69
Elba	11,67	22,37	18,39	20,55	19,74
Versilia	37,55	34,84	33,63	32,88	32,06
Livornese	17,96	21,00	18,92	19,06	20,67
Alta Val di Cecina - Val d'Era	22,70	27,60	32,27	26,88	30,77
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	23,44	19,81	21,63	23,34	24,76
AUSL Nord-Ovest	25,16	25,78	22,79	21,34	24,59
Alta val d'elsa	12,27	20,81	22,60	18,55	28,17
Senese	20,00	22,73	22,54	20,23	32,88
Casentino	25,00	25,35	21,67	19,05	26,42
Val Tiberina	25,35	24,53	18,46	18,18	15,79
Val di Chiana Aretina	11,76	8,76	12,93	6,00	12,04
Aretina	27,51	22,58	19,32	23,05	23,62
Valdarno	24,30	9,71	10,25	17,95	27,32
Colline dell'Albegna	10,47	15,83	12,80	8,65	14,29
Am. senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	12,50	10,95	11,26	14,75	22,85

	2017	2018	2019	2020	2021
Amiata Grossetana - Colline Metallifere – Gross.	8,30	11,52	8,64	13,16	22,82
AUSL Sud-Est	17,75	16,79	15,11	16,52	23,69
Toscana	26,44	26,96	23,97	22,93	27,06

Fonte: ARS Toscana.

La tendenza temporale segue un andamento simile a quello rilevato per la BPCO e può essere interpretato allo stesso modo, ovvero prendendo in considerazione la particolare sensibilità dei pazienti affetti da scompenso cardiaco al virus Covid-19.

In ultima istanza, possiamo fornire una sintesi dei dati relativi agli indicatori di processo, calcolando un indicatore complessivo che tenga conto di tutte le aderenze finora utilizzate. In Appendice 3 (Tabella 33) sono riportate le percentuali ottenute calcolando la media aritmetica di tutti gli indicatori di processo presenti nel data base relativi alle tre patologie principali. Per BPCO e scompenso cardiaco sono state precedentemente calcolate le medie aritmetiche fra i diversi indicatori relativi alla stessa patologia, dopodiché esse sono state utilizzate nel calcolo dell'indicatore finale.

Sulla base dell'aderenza complessiva alle raccomandazioni così calcolata, i tre distretti che sembrano presentare una qualità delle cure migliore nel trattamento delle principali cronicità sono Val Tiberina (43,44%), Apuane (42,04%) e Pistoiese (41,27%). L'AUSL Nord-Ovest è invece l'area con l'aderenza maggiore, seguita rispettivamente da AUSL Centro e Sud-Est.

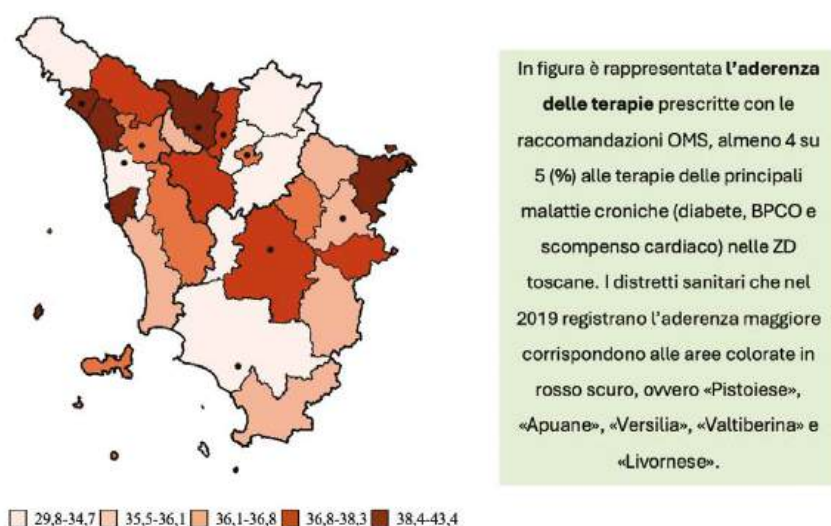


Figura 18 – Aderenza delle terapie prescritte con le raccomandazioni OMS, almeno 4 su 5 (%) alle terapie delle principali malattie croniche.

5.5. Correlazioni tra gli indicatori

Informazioni aggiuntive rispetto a quanto visto fino ad ora possono essere ottenute calcolando i coefficienti di correlazione fra le variabili considerate che mostriamo in Tabella 15. Per il calcolo della correlazione è stato utilizzato il coefficiente di Pearson. È stato considerato un campione di 150 osservazioni (25 distretti per 6 anni): sono stati esclusi i dati mancanti relativi ai tre distretti Aretina, Casentino e Val Tiberina. Per l'aderenza, in mancanza dei dati 2022, le osservazioni si riducono a 125.

Dopodiché è stato svolto il test di significatività sui coefficienti. Nello specifico si verifica l'ipotesi nulla che la correlazione fra le variabili sia uguale a 0. È stata calcolata la statistica test T (distribuzione di Student) e la relativa probabilità $P>T$. I coefficienti che superano il test di significatività corrispondono a quelli con la probabilità $P>T$ inferiore o uguale a 0,05 (in grassetto nella tabella successiva).

Il grado di sviluppo (svi) presenta una correlazione positiva significativa con la spesa, ma non con il resto delle variabili; la spesa media distrettuale conferma il suo (debole) legame negativo con gli accessi impropri al PS; quest'ultimi sono positivamente correlati con le ospedalizzazioni, verosimilmente collegati alle dimensioni dei presidi ospedalieri. Infine, diversamente da quanto ci si poteva attendere, l'assistenza domiciliare integrata presenta una debole correlazione positiva con le ospedalizzazioni e una correlazione negativa con l'aderenza. Ovviamente una valutazione appropriata dell'ADI richiederebbe un'analisi quali-quantitativa più approfondita per ciascuna ZD.

Tabella 15 – Coefficiente di correlazione tra le variabili di interesse.

Correlazione variabili					
<i>Coefficiente di Pearson</i>					
	svi	spesa	Ps	adi	osp
svi	1,00				
spesa	0,58	1,00			
ps	0,12	-0,16	1,00		
adi	0,10	0,04	-0,12	1,00	
osp	0,05	-0,08	0,31	0,11	1,00
ade	0,21	0,06	0,29	-0,21	0,15
<i>Statistica T</i>					
svi	-				
spesa	8,55	-			
ps	1,42	-1,96	-		

Correlazione variabili					
adi	1,21	0,45	-1,53	-	
osp	0,66	-1,02	4,00	1,35	-
ade	2,42	0,62	3,34	-2,44	1,64

$P > T$

svi	-				
spesa	0,00	-			
ps	0,16	0,05	-		
adi	0,23	0,66	0,13	-	
osp	0,51	0,31	0,00	0,18	-
ade	0,02	0,54	0,00	0,02	0,10

Legenda: svi = Grado di sviluppo CdS; spesa = Spesa media totale per CdS; ps = Numero accessi impropri giornalieri al PS x1000 ab.; adi = Numero prese in carico in assistenza domiciliare integrata x 1000 ab.; osp = Numero ospedalizzazioni evitabili x 1000 ab.; ade = aderenza complessiva alle racc. OMS

Come atteso, osserviamo che la correlazione più forte è quella fra il grado di sviluppo del progetto e la spesa media per CdS. Tuttavia, sia per gli accessi al Pronto Soccorso che per le ospedalizzazioni evitabili esiste una debole correlazione negativa con la spesa media per CdS, mentre la correlazione diventa positiva se consideriamo il grado di sviluppo «svi» (bisogna sempre ricordare che il livello spesa è una proxy non sempre fedele del livello della prestazione). Ciò sembra suggerire che l'efficacia delle CdS nel migliorare la performance degli indicatori di esito utilizzati dipenda più dal volume di spesa sostenuta piuttosto che dal numero di strutture e/o dal numero di MMG integrati. Di conseguenza, è ragionevole pensare che, per sviluppare un adeguato sistema di cure primarie finalizzato a decongestionare gli ospedali, sia importante dotare le CdS di strumenti, come ad esempio macchinari per la diagnostica di base, capaci di renderle realmente alternative all'ospedale. Per quanto riguarda invece l'assistenza domiciliare integrata, osserviamo una correlazione positiva con il grado di sviluppo, ma quasi inesistente con la spesa. In questo caso, sembra invece che la presenza delle CdS e di professionisti di base all'interno di esse sia il motore più efficace per migliorare i servizi sanitari domiciliari. Analogamente, nel caso dell'aderenza alle terapie, emerge una (relativamente) buona correlazione con il grado di sviluppo. È comunque da ricordare che la presenza di una correlazione positiva evidenzia esclusivamente eventuali associazioni fra le variabili selezionate, senza che vi sia necessariamente un nesso causale fra esse.

Conclusioni

La Riforma dell'Assistenza Territoriale così come espressa nel DM 77/2022 è sicuramente una delle più grandi sfide che i SSR stanno affrontando in questo momento, a livello organizzativo, a livello di governance e per le risorse (quantitative e qualitative) che il progetto presuppone. La Toscana, assieme a poche altre Regioni, ha per tempo creduto nelle potenzialità di questo modello organizzativo, ed è oggi più preparata a cogliere le opportunità offerte dal Pnrr. I punti principali su cui si focalizza la riforma possono essere riassunti in 4 elementi chiave: il Sistema di Emergenza-Urgenza, le COT, le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità.

Il sistema di Emergenza-Urgenza ha iniziato una propria ridefinizione in tutte le tre AUSL già a metà del 2023, ma ancora ad oggi (febbraio 2025) non è compiuto, sia per la necessità di trovare il personale sanitario necessario, sia per la sperimentazione di nuove configurazioni dei mezzi di emergenza, sia per la necessaria discussione dei cambiamenti nel servizio con i territori.

Le COT, pur non ancora interamente integrate e a regime, sono già state implementate. Lo stesso può dirsi per gli OdC, che nell'accezione prevista dal DM 77/2022 prevedono un adeguamento strutturale di quello che già era stato introdotto dalla D.G.R.T. 909/2017 *Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione*

Michel Rizzo, University of Florence, Italy, michel8rizzo@gmail.com

Lisa Grazzini, University of Florence, Italy, lisa.grazzini@unifi.it, 0000-0003-4549-9282

Patrizia Lattarulo, IRPET, Regional Institute for Economic Planning of Tuscany, Italy, patrizia.lattarulo@irpet.it, 0000-0003-3090-1830

Marika Macchi, University of Florence, Italy, marika.macchi@unifi.it, 0009-0008-6677-0995

Alessandro Petretto, University of Florence, Italy, alessandro.petretto@unifi.it, 0000-0001-5418-1458

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Michel Rizzo, Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo, Marika Macchi, Alessandro Petretto, *Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR*, © 2025 Author(s), CC BY 4.0, published by Firenze University Press, ISBN 979-12-215-0786-7, DOI 10.36253/979-12-215-0786-7

ospedaliera. Le criticità di adeguamento degli standard richiesti risiederanno in maniera significativa nel reclutamento delle figure professionali necessarie (in particolare infermieri).

Proprio in virtù di quanto appena esposto, il lavoro ha teso a focalizzarsi sulle CdC che ad oggi sembrano essere il punto nevralgico della Riforma, e quello in cui sembrano esserci maggiori fragilità. Dopo una analisi normativa, sono stati rappresentati una serie di indicatori rivolti ad una descrizione il più possibile sistematica delle diverse case della salute sul territorio toscano. Si tratta, comunque, di indicatori semplici, basati sulle fonti informative disponibili. L'analisi ha evidenziato come il grado di sviluppo delle Case della Salute (ora Case della Comunità) vari significativamente tra le diverse Zone-distretto in coerenza con la spesa per l'assistenza territoriale e con il più alto numero di MMG integrati nelle strutture.

L'analisi degli indicatori di esito e di processo ha rivelato correlazioni positive tra il grado di sviluppo delle Case della Salute e l'efficacia dei servizi territoriali, particolarmente nell'assistenza domiciliare integrata e nell'aderenza alle terapie per le malattie croniche. Questo suggerisce che il modello organizzativo toscano, basato sull'integrazione professionale e sulla presa in carico globale del paziente, possa rappresentare un valido riferimento per l'implementazione della riforma a livello nazionale. Tuttavia, se osserviamo i dati dell'ultimo rapporto Agenas sul monitoraggio del DM 77/2022 (Agenas, 2025) è chiaro come le Case della Comunità debbano intendersi come molto altro rispetto alla mera integrazione dei MMG¹, di cui questo è solo il primo passo.

Emergono quindi alcune riflessioni che richiedono attenzione per il successo della riforma. D'altro canto, l'affermazione del modello territoriale nella sanità pre-Pnrr era ancora ben lontana dal dirsi compiuto per più ordini di motivi che sono emersi in questo lavoro: la incompleta copertura territoriale; la difformità dell'integrazione dei servizi; la scarsa presenza di dotazioni mediche e strumentali. Il caso toscano, comunque, apre importanti positive prospettive alle potenzialità del modello, ma già ne anticipa le difficoltà, oltre i fondi PNRR per infrastrutture e telemedicina da cui sembrava muovere l'intero impianto.

Il reperimento di personale sanitario adeguatamente formato, in particolare MMG e infermieri, rappresenta una sfida cruciale. La carenza di queste figure professionali rischia di compromettere l'efficacia delle nuove strutture territoriali.

L'integrazione della telemedicina nei percorsi di presa in carico domiciliare richiede non solo investimenti tecnologici ma anche un ripensamento dei modelli organizzativi e delle competenze professionali.

¹ E anche nell'integrazione dei MMG nelle CdC ad oggi la copertura in termini di orari e giorni è molto di sotto degli standard richiesti dal DM 77 per oltre la metà delle CdC attive.

La co-programmazione e co-progettazione tra Aziende USL, Comuni e Terzo Settore costituisce un elemento di interesse per garantire l'integrazione socio-sanitaria, come dimostra l'esperienza delle Società della Salute, ma porta con sé una governance complessa che richiede strumenti e competenze per essere gestita.

L'esperienza toscana offre importanti indicazioni per l'implementazione del DM 77/2022 a livello nazionale: oltre alla standardizzazione delle strutture e dei servizi, è essenziale considerare le specificità territoriali e la necessità di modelli organizzativi flessibili. Il successo della riforma dipenderà dalla capacità di coniugare il rafforzamento delle infrastrutture con l'innovazione organizzativa e il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema, valorizzando anche il contributo delle comunità locali e del Terzo Settore.

Essendo la Toscana un caso di studio rilevante, riteniamo che questo laboratorio abbia potuto mettere in evidenza i limiti che questo modello può incontrare e che difficilmente l'assistenza territoriale potrà essere strutturata a tavolino. Ciò che emerge è che, fatti salvi gli obiettivi di miglioramento del servizio di assistenza territoriale per il cittadino, sia esplicita la necessità di adeguare ai territori le soluzioni più confacenti.

Riferimenti bibliografici

- Agenas. 2025. *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 II semestre 2024*, https://www.agenas.gov.it/images/2025/DM_77/Report_nazionale_II_semestre_2024.pdf (ultima consultazione: 10/09/2025).
- Agenzia Regionale di Sanità Toscana. 2023. *La Programmazione dell'Assistenza Territoriale in Toscana, tra Sociale e Sanitario*, https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Collana_ARS/2023/Welfare_e_salute_2023/WS2023_vol2.pdf (ultima consultazione: 10/09/2025).
- Ahgren, B. 2008. "Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden." *Health Policy* 87, 1: 92-99.
- Barsanti, S., Bonciani, M., Roti, L. 2016. *Il Quaderno delle Case della Salute*. Firenze: Polistampa.
- Barsanti, S., Bonciani, M., Murante, A.M. 2017. "Is the Co-location of GPs in Primary Care Centres Associated with a Higher Patient Satisfaction? Evidence from a Population Survey in Italy." *BMC Health Services Research* 17, 248: 1-13.
- Betti, M. 2023. "È tutto oro quel che luccica? Il sistema sanitario toscano alla prova della riforma della sanità territoriale." *Autonomie locali e servizi sociali* 46, 1: 61-78.
- Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2022*, Egea, Milano, 2022.
- Dolton, P., Pathania, V. 2016. "Can Increased Primary Care Access Reduce Demand for Emergency Care? Evidence from England's 7-day GP Opening." *Journal of Health Economics* 49: 193-208.
- Falco, A., Palassini, M., Beccattini, G., Calattini, L. 2022. "L'infermieristica di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale." *L'Infermiere* 59, 5: e90-e95.
- Francesconi, P., Marini, C., Lunetta, C., Scopetani, E., Beltrano, A. 2023a. "Case della Salute e Medici di Medicina Generale in Toscana al 1° gennaio 2023 (Integrazione del Report Pubblicato a marzo 2023) e Piano di Realizzazione delle Case della Comunità Hub." *ARS Toscana*, 9 agosto.

- Francesconi, P., Marini, C., Lunetta, C., Scopetani, E., Beltrano, A. 2023b. “Qualità delle cure ed esiti di salute dei malati cronici: migliorano se il medico curante ha l’ambulatorio principale in una casa della salute?” ARS Toscana, 4 settembre.
- Gaughan, J., Siciliani, L., Gravelle, H., Moscelli, G. 2020. “Do small hospitals have lower quality? Evidence from the English NHS.” *Social Science & Medicine* 265: 113500.
- GIMBE, Fondazione. 2024. *7° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*.
- Gotti, G. 2023. “L’attuazione del DM 77/2022 nella Regione Toscana. La valorizzazione del ‘modello toscano’ di assistenza territoriale.” *Corti supreme e salute* 2.
- Lippi Bruni, M., Ugolini, C., Verzulli, R., Leucci, A.C. 2023. “The Impact of Community Health Centres on Inappropriate Use of Emergency Services.” *Health Economics* 32, 2: 375394.
- Malucchi, G., Pasquini, G., Beligni, C., Calamassi, D. 2023. “Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un’indagine qualitativa.” *L’Infermiere* 60, 1.
- Ministero della Salute. 2024. *Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2023*.
- Monitor. 2014. *Facing the future: smaller acute providers*, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/320075/smalleracuteproviders-report.pdf (ultima consultazione: 10/09/2025).
- Nobilio, L., Berti, E., Moro, M.L. 2020. *Valutazione di Impatto delle Case della Salute su Indicatori di Cura 2009-2019, Dossier 269-2020*, Regione Emilia-Romagna.
- Petretto, A. 2024. “Medicina territoriale e PNRR: una riorganizzazione industriale del Servizio sanitario.” In G. Cerrina Feroni (a cura di), *Le nuove frontiere della medicina: assetti istituzionali e gestione dei dati*. Bologna: Il Mulino.
- Pinchbeck, E. W. 2019. “Convenient Primary Care and Emergency Hospital Utilization.” *Journal of Health Economics* 68: 102242.
- Rizzo, M., Grazzini, L., Grilli, L., Lattarulo, P., Macchi, M. (2025), *Do Community Health Centers Improve Territorial Healthcare?*, mimeo.
- Taddeini, F., D’Amato, M. G., Tozzi, V., Limaj, S., Capitani, E., Pagliantini, G., Turillazzi, R., De Luca, A., & D’Urso, A. 2024. “DM 77/22: la riorganizzazione dei servizi per rispondere ai fabbisogni dei pazienti fragili e cronici. L’esperienza dell’Azienda USL Toscana Sud-Est.” *MECOSAN* 128.
- World Health Organization. 2008. *The world health report 2008: primary health care now more than ever: introduction and overview*, <https://iris.who.int/handle/10665/69863> (ultima consultazione: 10/09/2025).
- World Health Organization. Regional Office for Europe. *Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Genet, Nadine, Boerma, Wienke, Kroneman, Madelon. et al. (2012). Home care across Europe: current structure and future challenges*, <https://iris.who.int/handle/10665/327948> (ultima consultazione: 10/09/2025).
- World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2015. *The growing need for home health care for the elderly: home health care for the elderly as an integral part of primary health care services*, <https://iris.who.int/handle/10665/326801> (ultima consultazione: 10/09/2025).

APPENDICI

Popolazione

Osservando Tabella 12 e Tabella 14 si nota che, tanto per popolazione che per popolazione anziana (in termini di numeri assoluti) le ZD più popolate appartengano alla Toscana Centro: ZD Fiorentina (378.839 ab.), ZD Pratese (257.716 ab.) ed Empolese Valdelsa Valdarno (240.488 ab.). La ZD Val Tiberina invece è la zona meno popolata della Regione con solo 29.847 residenti. Il trend temporale è negativo ed evidenzia la riduzione della popolazione toscana negli anni più recenti.

Se considerassimo la mera popolosità, sembrerebbe corretto identificare nelle ZD urbane dell'AUSL Toscana Centro le aree che più necessitano della presenza di servizi sociosanitari sul territorio. Tuttavia, poiché l'assistenza territoriale interessa con maggiore incidenza alcune fasce della popolazione, è necessario non solo considerare la numerosità degli abitanti, ma anche l'età, e l'incidenza dei soggetti più anziani (popolazione con più di 65 anni). Generalmente, infatti, è questa la fascia di età che necessita maggiormente di cure primarie legate alla domiciliarità e alle condizioni di cronicità.

Nella Tabella 13 la ZD con la percentuale di anziani più alta risulta la Lunigiana (30,38%) seguita da Colline dell'Albegna (28,76%) e Bassa Val di Cecina – Val di Cornia (28,10%). La Zona-distretto più «giovane» risulta invece quella Pratese (22,18%), seguita dall'Empolese (23,61%) e dall'Alta Val d'Elsa (24,01%). L'indice risulta in crescita per tutti i distretti, a velocità leggermente diverse: in particolare, si può notare come le zone rurali (e dunque scarsamente popolate) siano soggette ad una crescita dell'incidenza della popolazione anziana maggiore, in linea con i trend di spopolamento delle zone rurali che segna il territorio nazionale (ISTAT, 2024). A livello di

AUSL, la quota di anziani è tendenzialmente la stessa per ogni Area Vasta, con un valore che oscilla intorno al 25% e risulta leggermente più alto per l'AUSL Nord-Ovest.

Tabella 16 – Popolazione residente per Zona-distretto.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	382.258	380.948	378.839	366.927	368.419	361.619
Val di Nievole	120.372	120.169	120.343	119.095	118.803	118.658
Pratese	254.608	256.071	257.716	257.073	265.269	258.123
Pistoiese	171.467	171.723	172.130	172.602	171.442	170.756
Fiorentina Nord-Ovest	208.842	208.689	209.302	207.649	210.278	207.869
Fiorentina Sud-Est	184.442	184.717	184.599	183.719	182.454	181.774
Mugello	63.929	64.015	63.847	63.239	63.207	62.989
Empolese Valdelsa Valdarno	242.046	242.013	241.884	240.488	240.886	239.953
AUSL Centro	1.627.964	1.628.345	1.628.660	1.610.792	1.620.758	1.601.741
Lunigiana	54.356	53.964	53.406	52.556	51.976	51.678
Apuane	142.224	141.885	141.472	139.129	137.860	136.805
Valle del Serchio	56.537	56.198	55.628	55.052	53.797	53.289
Piana di Lucca	168.782	169.218	168.892	167.981	169.405	169.146
Pisana	204.179	203.644	201.935	202.200	202.404	201.192
Elba	32.066	31.981	31.952	31.667	31.477	31.309
Versilia	164.723	163.879	163.356	159.510	160.755	160.029
Livornese	176.033	175.469	174.952	173.936	172.142	171.231
Alta Val di Cecina - Val d'Era	140.010	139.464	139.545	139.169	138.626	138.704
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	139.803	139.287	138.363	136.522	135.517	134.923
AUSL Nord-Ovest	1.278.713	1.274.989	1.269.501	1.257.722	1.253.959	1.248.306
Alta val d'elsa	63.184	63.243	63.196	62.675	62.746	62.381
Senese	126.410	126.548	126.397	125.781	125.545	123.877
Casentino	35.356	35.151	34.827	34.395	33.923	33.709
Val Tiberina	30.240	30.035	29.847	29.486	29.189	28.858
Val di Chiana Aretina	51.970	51.740	51.612	50.893	50.540	50.413
Aretina	131.266	131.095	130.800	129.765	128.401	127.767
Valdarno	95.542	95.428	95.568	94.633	94.448	94.179
Colline dell'Albegna	51.041	50.642	50.303	49.408	49.010	48.757
Am. Sen. e VdO- Valdic. Sen.	78.747	78.219	77.604	76.723	75.510	74.951

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Am. Gross. – C. Met. – Gross.	172.004	171.533	171.326	170.282	168.836	168.252
AUSL Sud-Est	835.760	833.634	831.480	824.041	818.148	813.144
Toscana	3.742.437	3.736.968	3.729.641	3.692.555	3.692.865	3.663.191

Dati: ARS Toscana.

Tabella 17 – Quota di popolazione over 65 per Zona-distretto (%).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	25,81	25,82	25,83	26,27	25,99	26,44
Val di Nievole	24,06	24,27	24,45	24,79	25,14	25,18
Pratese	22,08	22,14	22,18	22,55	21,91	22,56
Pistoiese	25,53	25,67	25,73	25,98	26,20	26,33
Fiorentina Nord-Ovest	24,24	24,35	24,42	24,80	24,47	24,80
Fiorentina Sud-Est	26,04	26,23	26,46	26,90	27,13	27,38
Mugello	23,84	24,18	24,52	24,98	25,37	25,62
Empolese Valdelsa Valdarno	23,35	23,43	23,61	23,83	23,90	23,98
AUSL Centro	24,45	24,55	24,65	25,00	24,88	25,20
Lunigiana	29,90	30,09	30,38	30,80	31,07	31,12
Apuane	24,96	25,17	25,54	25,96	26,36	26,90
Valle del Serchio	28,03	28,21	28,48	28,76	29,03	29,22
Piana di Lucca	24,19	24,27	24,47	24,58	24,76	24,90
Pisana	24,84	24,96	25,06	25,37	25,42	25,64
Elba	24,77	25,11	25,49	25,64	25,69	26,03
Versilia	25,36	25,67	25,98	26,40	26,61	26,90
Livornese	25,83	25,98	26,10	26,40	26,65	26,91
Alta Val di Cecina - Val d'Era	23,71	23,91	24,09	24,27	24,50	24,68
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	27,80	27,91	28,10	28,50	28,80	29,01
AUSL Nord-Ovest	25,52	25,70	25,90	26,20	26,42	26,66
Alta val d'elsa	23,84	23,87	24,01	24,15	24,35	24,44
Senese	25,44	25,42	25,50	25,76	25,69	25,95
Casentino	26,42	26,69	27,00	27,57	27,85	28,24
Val Tiberina	27,92	28,13	28,48	28,92	29,08	29,45
Val di Chiana Aretina	24,36	24,52	24,83	25,43	25,78	25,99

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aretina	24,55	24,81	24,77	25,23	25,60	25,76
Valdarno	24,20	24,42	24,49	24,70	24,74	24,87
Colline dell'Albegna	28,06	28,39	28,76	29,55	30,12	30,59
Amiata senese e Val d'Orcia-Valdic. Senese	27,99	28,19	28,45	28,89	29,19	29,33
Amiata Grossetana-C. Metallifere-Grossetana	26,66	26,76	27,04	27,46	27,60	27,94
AUSL Sud-Est	25,75	25,90	26,07	26,47	26,66	26,90
Toscana	25,11	25,24	25,39	25,74	25,80	26,08

Dati: ARS Toscana.

Tabella 18 – Popolazione over 65 residente per Zona-distretto.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	98.674	98.361	97.852	96.381	95.746	95.616
Val di Nievole	28.960	29.162	29.418	29.525	29.872	29.884
Pratese	56.212	56.686	57.157	57.978	58.125	58.234
Pistoiese	43.767	44.081	44.293	44.846	44.912	44.967
Fiorentina Nord-Ovest	50.630	50.823	51.110	51.506	51.465	51.543
Fiorentina Sud-Est	48.023	48.454	48.848	49.412	49.504	49.774
Mugello	15.243	15.478	15.658	15.797	16.033	16.137
Empolese Valdelsa Valdarno	56.523	56.713	57.107	57.309	57.561	57.551
AUSL Centro	398.032	399.758	401.443	402.754	403.218	403.706
Lunigiana	16.253	16.237	16.224	16.185	16.149	16.081
Apuane	35.494	35.712	36.131	36.114	36.339	36.798
Valle del Serchio	15.849	15.855	15.842	15.832	15.617	15.569
Piana di Lucca	40.827	41.071	41.328	41.284	41.953	42.110
Pisana	50.727	50.837	50.598	51.290	51.452	51.577
Elba	7.944	8.029	8.145	8.119	8.085	8.149
Versilia	41.766	42.073	42.437	42.109	42.778	43.045
Livornese	45.467	45.581	45.664	45.922	45.883	46.086
Alta Val di Cecina - Val d'Era	33.198	33.342	33.611	33.781	33.957	34.235
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	38.862	38.877	38.877	38.914	39.035	39.138
AUSL Nord-Ovest	326.387	327.614	328.857	329.550	331.248	332.788

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alta val d'elsa	15.066	15.097	15.172	15.136	15.281	15.245
Senese	32.153	32.164	32.230	32.404	32.247	32.140
Casentino	9.340	9.382	9.402	9.483	9.446	9.520
Val Tiberina	8.442	8.450	8.499	8.528	8.488	8.500
Val di Chiana Aretina	12.661	12.689	12.817	12.941	13.030	13.101
Aretina	32.230	32.531	32.400	32.742	32.867	32.909
Valdarno	23.123	23.305	23.403	23.370	23.369	23.426
Colline dell'Albegna	14.324	14.375	14.466	14.599	14.763	14.913
Am. Sen. e Val d'Orcia- Valdichiana Senese	22.038	22.047	22.075	22.167	22.045	21.980
Am. Gross. - Colline Me- tallifere - Grossetana	45.853	45.899	46.324	46.754	46.607	47.003
AUSL Sud-Est	215.230	215.939	216.788	218.124	218.143	218.737
Toscana	939.649	943.311	947.088	950.428	952.609	955.231

Dati: ARS Toscana.

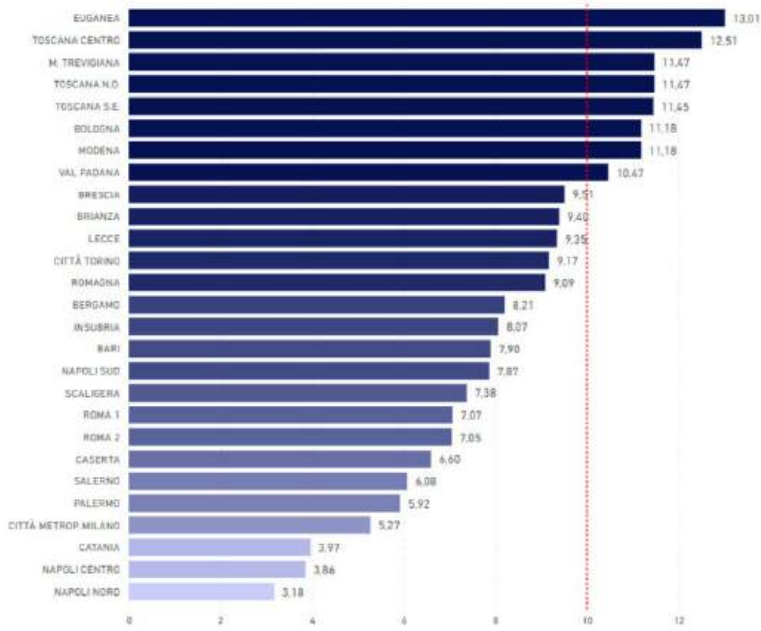


Figura 19 – percentuale del numero di assistiti over 65 in assistenza domiciliare sul totale popolazione >65 anni.

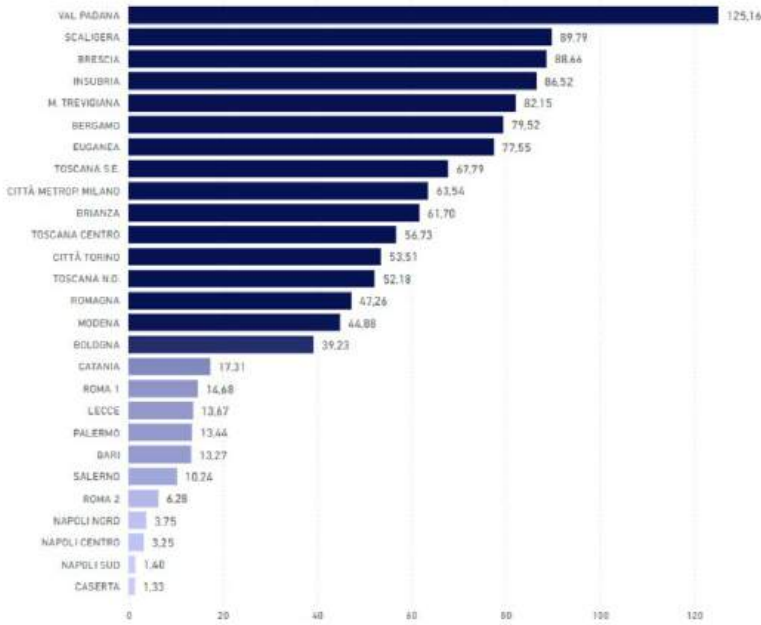


Figura 20 – Numero di assistiti >75 anni in trattamento sanitario residenziale-semiresidenziale per 1.000 abitanti.

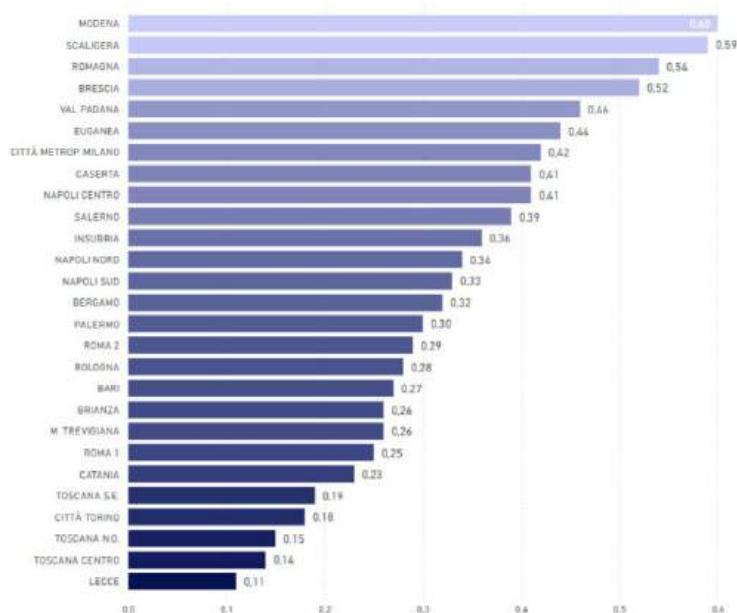


Figura 21 – tasso di ospedalizzazione per complicazione a breve e lungo termine del diabete.

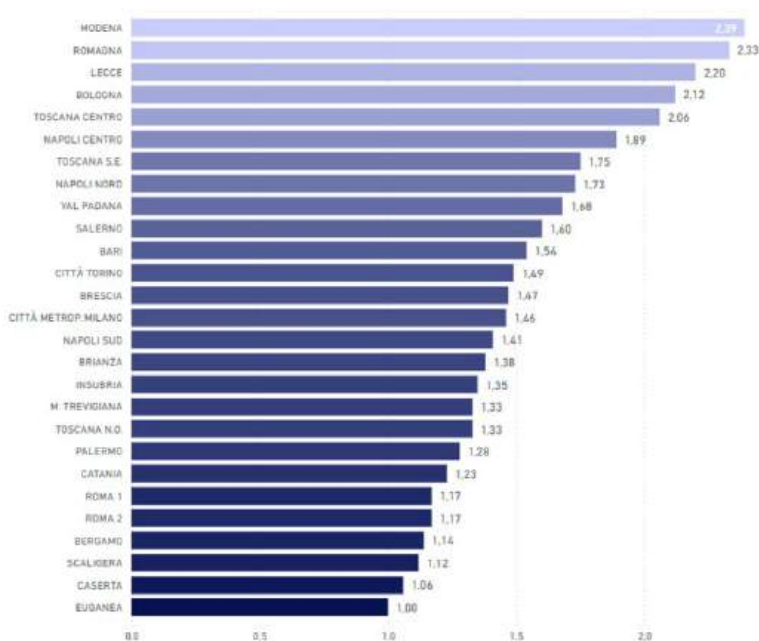


Figura 22 – Tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico-ostruttiva.

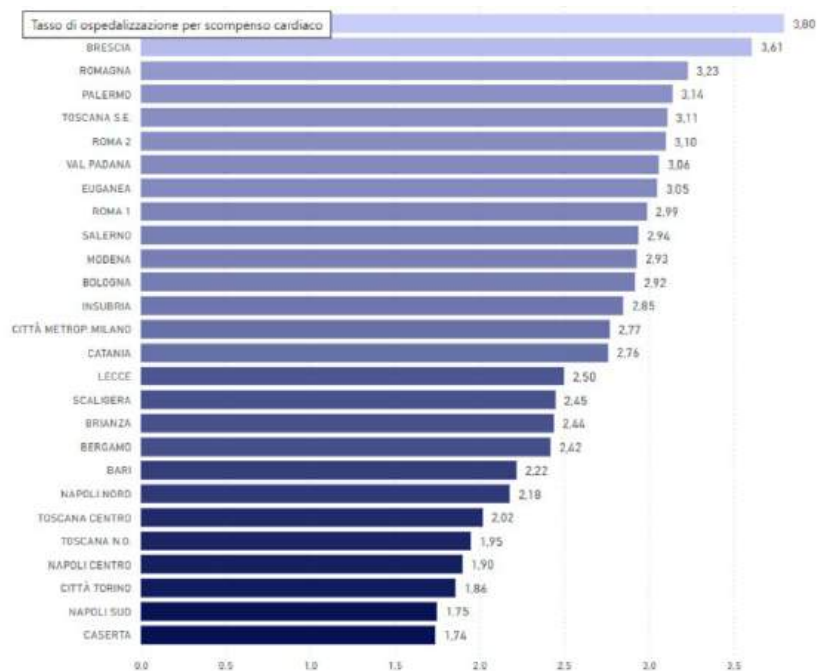


Figura 23 – Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco.

Territorio Zone-distretto

In Tabella 15 sono presentate sia l'estensione territoriale di ogni Zona-distretto, sia il cosiddetto coefficiente di ruralità; quest'ultimo è stato costruito utilizzando la classificazione dei Comuni in base al loro livello di «ruralità», effettuata dalla Regione Toscana al fine di predisporre il Programma di Sviluppo Rurale (Psr Feasr 2014-2020). Nel dettaglio l'indice è costruito come il rapporto fra i Comuni della Zona-distretto definibili rurali, pesati in base al livello di intensità del fenomeno, diviso il numero totale dei comuni afferenti alla ZD. Di conseguenza, valori prossimi allo 0 indicano una percentuale di aree rurali molto bassa, mentre valori prossimi al 100% indicano una presenza molto elevata delle stesse.

La ZD più estesa risulta essere l'Amiata Grossetana – Colline Metallifere – Grossetana, con un'estensione di 3.104,73 km², seguita dalla ZD Senese (1.993,54 km²) e dalle Colline dell'Albegna (1.398,39 km²), tutte e tre afferenti all'AUSL Sud-Est, che a sua volta è l'Area Vasta più grande della Toscana, con 11.557 km² di superficie.

Per quanto riguarda invece la presenza di zone remote, la ZD rurale per eccellenza è il Casentino, nella quale tutti i Comuni sono classificabili come aree rurali a rischio. Valori molto alti sono riscontrati anche per la Valle del Serchio (99,05%), la Val Tiberina e l'Elba (80,00% entrambe). I distretti completamente urbani sono invece, come atteso, la Fiorentina e la Val di Nievole. A livello di Area Vasta, l'AUSL Sud-Est detiene il coefficiente più alto con il 62,10%, seguita dall'AUSL Nord-Ovest con il 54,21%. L'AUSL Centro, invece, presenta un coefficiente molto più basso (26,23%), segnale di un grado di urbanizzazione del territorio molto più elevato

Tabella 19 – Principali indicatori territoriali delle Zone-distretto. Anno 2019.

	Estensione (kmq)	Coeff. di ruralità r (%)	Superficie equi- valente (kmq)
Fiorentina	102,32	0	102,32
Val di Nievole	265,95	0	265,95
Pratese	365,72	22,86	449,31
Pistoiese	698,17	54,55	1.078,99
Fiorentina Nord-Ovest	332,87	10	366,15
Fiorentina Sud-Est	1.335,30	32	1.762,60
Mugello	1.131,13	68,89	1.910,36
Empolese Valdelsa Valdarno	932,91	5,33	982,67
AUSL Centro	5.164,37	26,23	6.519,17
Lunigiana	973,09	67,69	1.631,79
Apuane	181,59	20	217,91
Valle del Serchio	905,82	99,05	1.803,01
Piana di Lucca	511,16	22,86	628
Pisana	575,65	17,78	677,99
Elba	244,99	80	440,98
Versilia	356,24	28,57	458,02
Livornese	231,79	26,67	293,6
Alta Val di Cecina - Val d'Era	1.344,01	42,11	1.909,92
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	1.064,15	45	1.543,02
AUSL Nord-Ovest	6.388,49	54,21	9.851,41
Alta val d'elsa	582,51	48	862,12
Senese	1.993,54	65	3.289,35
Casentino	701,1	100	1.402,20
Val Tiberina	673,1	80	1.211,58
Val di Chiana Aretina	563,88	16	654,1
Aretina	725,62	56,67	1.136,80
Valdarno	569,38	18	671,87
Colline dell'Albegna	1.398,39	62,22	2.268,50
Am. Sen. e VdO- Valdic. Sen.	1.244,93	63,75	2.038,57
Am. Gross. – C. Met. – Gross.	3.104,73	70	5.278,05
AUSL Sud-Est	11.557,18	62,1	18.733,63
Toscana	23.110,07	49,62	34.577,14

Dati: Istat e regione Toscana.

APPENDICE 3

Case della Salute

Tabella 20 – Numero di Case della Salute attive per distretto sanitario toscano.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	2	2	2	2	2	2
Val di Nievole	2	4	4	4	5	4
Pratese	0	0	0	0	1	1
Pistoiese	2	2	3	3	3	3
Fiorentina Nord-Ovest	1	1	2	2	2	2
Fiorentina Sud-Est	0	0	0	0	0	0
Mugello	0	0	0	0	0	0
Empolese Valdelsa Valdarno	9	9	10	11	11	11
AUSL Centro	16	18	21	22	24	23
Lunigiana	4	4	4	4	4	4
Apuane	3	3	3	3	3	3
Valle del Serchio	0	0	1	1	1	1
Piana di Lucca	2	2	2	0	1	1
Pisana	0	0	0	0	0	0
Elba	0	0	1	1	1	1
Versilia	6	6	6	6	6	6
Livornese	0	0	1	1	1	1

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4	4	4	4	4	4
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	2	2	3	3	3	3
AUSL Nord-Ovest	21	21	25	23	24	24
Alta val d'elsa	0	0	1	1	1	1
Senese	1	1	1	1	1	2
Casentino	2	2	2	3	3	3
Val Tiberina	2	2	3	3	3	3
Val di Chiana Aretina	3	3	3	3	3	3
Aretina	3	3	3	3	3	3
Valdarno	3	3	4	4	4	4
Colline dell'Albegna	2	2	2	0	0	0
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	2	2	2	2	2	2
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	2	2	2	0	0	0
AUSL Sud-Est	20	20	23	20	20	21
Toscana	57	59	69	65	68	68

Dati: ARS Toscana.

Tabella 21 – Numero di MMG attivi in CdS per Zona-distretto.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	7	8	8	8	8	7
Val di Nievole	22	32	27	27	36	31
Pratese	0	0	0	0	10	11
Pistoiese	12	8	12	12	12	12
Fiorentina Nord-Ovest	9	10	9	9	9	10
Fiorentina Sud-Est	0	0	0	0	0	0
Mugello	0	0	0	0	0	0
Empolese Valdelsa Valdarno	49	50	60	62	56	56
AUSL Centro	99	108	116	118	131	127
Lunigiana	16	16	16	16	17	16
Apuane	22	22	22	19	17	18
Valle del Serchio	0	0	6	6	7	5
Piana di Lucca	13	9	9	8	10	7
Pisana	0	0	0	0	0	0
Elba	0	0	2	3	2	1

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Versilia	35	35	37	34	32	32
Livornese	0	0	6	6	5	5
Alta Val di Cecina - Val d'Era	44	46	46	48	56	50
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	9	8	11	10	10	10
AUSL Nord-Ovest	139	136	155	150	156	144
Alta val d'elsa	0	0	6	6	6	6
Senese	7	7	6	5	5	15
Casentino	-	-	-	-	-	-
Val Tiberina	-	-	-	-	-	-
Val di Chiana Aretina	37	36	36	32	31	28
Aretina	-	-	-	-	-	-
Valdarno	19	20	28	28	27	27
Colline dell'Albegna	9	9	9	8	0	0
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	13	12	14	16	16	15
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	23	24	22	14	0	0
AUSL Sud-Est	143	144	163	154	121	137
Toscana	381	388	434	422	408	408

Dati: ARS Toscana.

Tabella 22 – Quota di MMG attivi nel distretto sanitario il cui ambulatorio è integrato in una CdS (%).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	2,67	2,96	2,91	3,00	3,19	2,78
Val di Nievole	23,91	34,78	31,40	32,93	43,37	40,26
Pratese	0	0	0	0	5,78	6,59
Pistoiese	9,52	6,45	9,68	10,00	11,11	11,01
Fiorentina Nord-Ovest	5,96	6,62	5,92	5,96	6,34	6,94
Fiorentina Sud-Est	0	0	0	0	0	0
Mugello	0	0	0	0	0	0
Empolese Valdelsa Valdarno	29,34	29,59	37,27	38,04	36,60	37,84
AUSL Centro	8,64	9,35	10,18	10,55	12,27	12,20
Lunigiana	39,02	39,02	44,44	40,00	42,50	43,24
Apuane	20,75	21,78	22,45	21,35	19,32	21,18
Valle del Serchio	0	0	15,00	15,79	17,50	13,16

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piana di Lucca	11,71	7,89	8,11	7,48	9,09	6,86
Pisana	0	0	0	0	0	0
Elba	0	0	10,00	15,79	10,00	5,56
Versilia	31,53	31,53	33,33	32,08	32,00	32,00
Livornese	0	0	5,00	5,36	4,76	4,39
Alta Val di Cecina - Val d'Era	44,00	47,42	50,55	51,61	54,90	54,35
B. Val di Cecina - Val di Cor.	8,26	7,69	11,34	10,53	10,31	10,64
AUSL Nord-Ovest	16,00	16,13	18,83	18,82	19,52	18,30
Alta val d'Elsa	0	0	13,33	13,64	13,95	13,95
Senese	7,87	7,53	6,82	5,88	5,95	18,29
Casentino	-	-	-	-	-	-
Val Tiberina	-	-	-	-	-	-
Val di Chiana Aretina	97,37	100,00	97,30	94,12	93,94	100,00
Aretina	-	-	-	-	-	-
Valdarno	28,36	31,25	44,44	45,90	45,00	43,55
Colline dell'Albegna	23,68	24,32	25,00	25,00	0	0
Am. Sen. e VdO - Valdic. Sen.	22,81	20,69	25,45	26,67	30,77	30,00
Am. Gross. - C. Met. - Gross.	18,70	19,83	19,13	11,97	0	0
AUSL Sud-Est	23,91	24,32	29,00	27,75	21,96	26,05
Toscana	14,58	14,98	17,19	17,09	16,87	17,33

Dati: ARS Toscana.

Tabella 23 – Spesa totale per i servizi sanitari territoriali (Case della Salute) per Zone-distretto (€).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	3.396.427	3.814.842	3.181.007	3.471.873	4.634.194	3.947.900
Val di Nievole	12.259.878	16.654.597	16.446.401	17.314.450	22.386.762	22.151.969
Pratese	0	0	0	0	6.313.278	7.289.973
Pistoiese	7.128.757	5.227.302	7.526.064	8.685.759	7.990.668	9.693.736
Fior. Nord-Ovest	6.598.069	5.973.766	5.702.794	6.558.309	7.631.081	7.692.490
Fiorentina Sud-Est	0	0	0	0	0	0
Mugello	0	0	0	0	0	0
Emp. V. Valdarno	31.003.038	28.816.926	69.498.517	72.790.018	76.477.031	75.356.362
AUSL Centro	60.386.169	60.487.433	102.354.783	108.820.409	125.433.014	126.132.430
Lunigiana	8.868.887	8.364.273	9.523.592	9.309.519	9.335.132	8.814.172

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Apuane	13.565.504	13.637.864	14.399.597	12.964.894	13.671.817	14.625.875
Valle del Serchio	0	0	4.289.241	3.919.297	3.867.163	3.642.083
Piana di Lucca	0	0	0	0	6.144.914	6.378.616
Pisana	0	0	0	0	0	0
Elba	0	0	1.120.204	2.662.260	2.656.151	794.984
Versilia	22.894.556	22.925.471	22.894.556	20.661.930	22.230.149	22.686.200
Livornese	0	0	3.923.276	4.146.060	4.414.670	3.618.429
A. V.di C. – V. d'Era	30.009.591	28.848.041	64.692.124	62.970.461	68.924.766	68.590.031
B. V.di C. – V. di Cor.	4.074.217	3.717.733	11.835.901	10.722.595	12.265.479	12.262.393
AUSL Nord-Ovest	78.896.555	77.493.382	132.678.491	127.357.016	143.510.241	141.412.783
Alta val d'elsa	0	0	2.992.123	2.938.689	3.763.422	4.213.780
Senese	3.265.577	4.129.838	4.062.400	2.254.082	3.610.346	12.513.198
Casentino	0	0	9.668.187	8.605.260	9.948.396	9.568.933
Val Tiberina	0	0	4.189.184	10.758.359	11.979.900	10.686.187
Val di Chiana Aret.	21.092.557	21.204.442	22.347.803	21.459.625	23.812.574	22.689.507
Aretina	0	0	11.978.500	11.863.200	14.158.270	14.156.878
Valdarno	11.405.839	12.828.092	17.548.970	19.144.001	21.052.206	20.424.647
Colline dell'Albegna	0	0	0	0	0	0
Am. S. e V.d'O.-V.S.	2.846.675	2.904.838	17.246.336	19.906.665	25.278.103	24.223.268
Am. Gr.-C. Met.-Gr.	0	0	0	0	0	0
AUSL Sud-Est	38.610.648	41.067.210	90.033.503	96.929.881	113.603.217	118.476.398
Toscana	177.893.372	179.048.025	325.066.777	333.107.306	382.546.472	386.021.611

Dati: ARS Toscana.

Tabella 24 – Spesa media per CdS a livello distrettuale (€).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	1.698.214	1.907.421	1.590.504	1.735.937	2.317.097	1.973.950
Val di Nievole	6.129.939	4.163.649	4.111.600	4.328.613	5.596.691	4.430.394
Pratese	0	0	0	0	6.313.278	7.289.973
Pistoiese	3.564.379	2.613.651	2.508.688	2.895.253	2.663.556	3.231.245
Fiorentina N-O	6.598.069	5.973.766	2.851.397	3.279.155	3.815.541	3.846.245
Fiorentina S-E	0	0	0	0	0	0
Mugello	0	0	0	0	0	0

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Emp. V. Valdarno	3.444.782	3.201.881	6.949.852	6.617.274	6.952.457	6.850.578
AUSL Centro	3.774.136	3.360.413	4.874.037	4.946.382	5.453.609	5.255.518
Lunigiana	2.217.222	2.091.068	2.380.898	2.327.380	2.333.783	2.203.543
Apuane	4.521.835	4.545.955	4.799.866	4.321.631	4.557.272	4.875.292
Valle del Serchio	0	0	4.289.241	3.919.297	3.867.163	3.642.083
Piana di Lucca	0	0	0	0	6.144.914	6.378.616
Pisana	0	0	0	0	0	0
Elba	0	0	1.120.204	2.662.260	2.656.151	794.984
Versilia	3.815.759	3.820.912	3.815.759	3.443.655	3.705.025	3.781.033
Livornese	0	0	3.923.276	4.146.060	4.414.670	3.618.429
Alta V.di Cec.-V.d'Era	7.502.398	7.212.010	16.173.031	15.742.615	17.231.192	17.147.508
B. V.di .-V.di Cornia	2.037.109	1.858.867	3.945.300	3.574.198	4.088.493	4.087.464
AUSL Nord-Ovest	4.152.450	4.078.599	5.768.630	5.537.262	5.979.593	5.892.199
Alta val d'elsa	0	0	2.992.123	2.938.689	3.763.422	4.213.780
Senese	3.265.577	4.129.838	4.062.400	2.254.082	3.610.346	6.256.599
Casentino	0	0	3.222.729	2.868.420	3.316.132	3.189.644
Val Tiberina	0	0	2.094.592	3.586.120	3.993.300	3.562.062
Val di Chiana a.	7.030.852	7.068.147	7.449.268	7.153.208	7.937.525	7.563.169
Aretina	0	0	3.992.833	3.954.400	4.719.423	4.718.959
Valdarno	3.801.946	4.276.031	4.387.243	4.786.000	5.263.052	5.106.162
Colline alb.	0	0	0	0	0	0
Am. S. e V.d'O.-V. Sen.	1.423.338	1.452.419	8.623.168	9.953.333	12.639.052	12.111.634
Am. Gr.-C. Met.-Gross.	0	0	0	0	0	0
AUSL Sud-Est	4.290.072	4.563.023	4.738.605	4.846.494	5.680.161	5.641.733
Toscana	4.043.031	3.892.348	5.159.790	5.124.728	5.709.649	5.594.516

Dati: ARS Toscana.

Tabella 25 – Case della Salute, Spesa pro capite a livello distrettuale (€).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	8,89	10,01	8,40	9,46	12,58	10,92
Val di Nievole	101,85	138,59	136,66	145,38	188,44	186,69
Pratese	0,00	0,00	0,00	0,00	23,80	28,24
Pistoiese	41,58	30,44	43,72	50,32	46,61	56,77
Fiorentina Nord-Ovest	31,59	28,63	27,25	31,58	36,29	37,01
Fiorentina Sud-Est	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mugello	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Empolese Valdelsa Valdarno	128,09	119,07	287,32	302,68	317,48	314,05
AUSL Centro	37,09	37,15	62,85	67,56	77,39	78,75
Lunigiana	163,16	155,00	178,32	177,14	179,60	170,56
Apuane	95,38	96,12	101,78	93,19	99,17	106,91
Valle del Serchio	0,00	0,00	77,11	71,19	71,88	68,35
Piana di Lucca	0,00	0,00	0,00	0,00	36,27	37,71
Pisana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Elba	0,00	0,00	35,06	84,07	84,38	25,39
Versilia	138,99	139,89	140,15	129,53	138,29	141,76
Livornese	0,00	0,00	22,42	23,84	25,65	21,13
Alta Val di Cecina - Val d'Era	214,34	206,85	463,59	452,47	497,20	494,51
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	29,14	26,69	85,54	78,54	90,51	90,88
AUSL Nord-Ovest	61,70	60,78	104,51	101,26	114,45	113,28
Alta val d'elsa	0,00	0,00	47,35	46,89	59,98	67,55
Senese	25,83	32,63	32,14	17,92	28,76	101,01
Casentino	0,00	0,00	277,61	250,19	293,26	283,87
Val Tiberina	0,00	0,00	140,36	364,86	410,43	370,30
Val di Chiana Aretina	405,86	409,83	433,00	421,66	471,16	450,07
Aretina	0,00	0,00	91,58	91,42	110,27	110,80
Valdarno	119,38	134,43	183,63	202,30	222,90	216,87
Colline dell'Albegna	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	36,15	37,14	222,24	259,46	334,76	323,19
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AUSL Sud-Est	46,20	49,26	108,28	117,63	138,85	145,70
Toscana	47,53	47,91	87,16	90,21	103,59	105,38

Dati: ARS Toscana.

Tabella 26 – Case della Salute, spesa per assistito integrato a livello distrettuale.

	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	482,95	420,99	425,37	473,8	517,21
Val di Nievole	451,17	472,83	473,81	487,2	521,2
Pratese	0	0	0	492,34	455,74
Pistoiese	527,21	522,32	553,69	523,7	529,94
Fiorentina Nord-Ovest	477,75	485,72	513,93	561,23	549,42
Fiorentina Sud-Est	0	0	0	0	0
Mugello	0	0	0	0	0
Empolese Valdelsa Valdarno	453,16	454,96	457,32	505,34	490,05
AUSL Centro	462,36	462,63	468,41	504,26	500,14
Lunigiana	450,52	502,88	487,18	478,53	445,43
Apuane	498,41	521,57	498,13	542,81	550,01
Valle del Serchio	0	589,26	546,24	574,53	579,95
Piana di Lucca	0	0	0	457,28	636,72
Pisana	0	0	0	0	0
Elba	0	495,01	932,16	1291,27	503,15
Versilia	509,09	511,69	493,04	521,52	510,69
Livornese	0	553,28	507,97	654,8	653,38
Alta Val di Cecina - Val d'Era	497,94	517,84	491,95	532,03	551,64
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	479,15	484,8	472,86	509,74	488,62
AUSL Nord-Ovest	460,39	492,59	477,17	531,71	536,36
Alta val d'elsa	0	440,6	405,5	498,86	537,4
Senese	478,99	511,7	452,63	549,94	585,71
Casentino	0	547,68	488,74	527,21	535,44
Val Tiberina	0	192,54	493,71	566,72	514,11
Val di Chiana Aretina	488,49	518,55	505,69	569,53	539,34
Aretina	0	510,57	487,22	577,98	551,26
Valdarno	521,02	554,91	551,29	573,6	564,11
Colline dell'Albegna	0	0	0	0	0
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	204,97	522,08	500,47	614,02	600,63
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	0	0	0	0	0
AUSL Sud-Est	323,41	330,61	393,47	572,9	558,46
Toscana	420,18	426,08	446,79	533,58	530,25

Dati: ARS Toscana.

Tabella 27 – Caratteristiche morfologiche dei distretti, estensione territoriale e coefficiente di ruralità.

	Estensione (km ²)	Coeff. di ruralità r (%)	Superficie equivalente (km ²)
Fiorentina	102,32	0,00	102,32
Val di Nievole	265,95	0,00	265,95
Pratese	365,72	22,86	449,31
Pistoiese	698,17	54,55	1.078,99
Fiorentina Nord-Ovest	332,87	10,00	366,15
Fiorentina Sud-Est	1.335,30	32,00	1.762,60
Mugello	1.131,13	68,89	1.910,36
Empolese Valdelsa Valdarno	932,91	5,33	982,67
AUSL Centro	5.164,37	26,23	6.519,17
Lunigiana	973,09	67,69	1.631,79
Apuane	181,59	20,00	217,91
Valle del Serchio	905,82	99,05	1.803,01
Piana di Lucca	511,16	22,86	628,00
Pisana	575,65	17,78	677,99
Elba	244,99	80,00	440,98
Versilia	356,24	28,57	458,02
Livornese	231,79	26,67	293,60
Alta Val di Cecina - Val d'Era	1.344,01	42,11	1.909,92
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	1.064,15	45,00	1.543,02
AUSL Nord-Ovest	6.388,49	54,21	9.851,41
Alta val d'elsa	582,51	48,00	862,12
Senese	1.993,54	65,00	3.289,35
Casentino	701,10	100,00	1.402,20
Val Tiberina	673,10	80,00	1.211,58
Val di Chiana Aretina	563,88	16,00	654,10
Aretina	725,62	56,67	1.136,80
Valdarno	569,38	18,00	671,87
Colline dell'Albegna	1.398,39	62,22	2.268,50
Am. Sen. e Val d'O- Valdic. Sen.	1.244,93	63,75	2.038,57
Am. Gross. – C. Met – Gross.	3.104,73	70,00	5.278,05
AUSL Sud-Est	11.557,18	62,10	18.733,63
Toscana	23.110,07	49,62	34.577,14

Dati: ISTAT e Regione Toscana.

Tabella 28 – 2019, Indicatori di sintesi utilizzati per la costruzione del grado di sviluppo.

	MMG in CDS	Fabbisogno demografico (%)	Fabbisogno morfologico (%)
Fiorentina	8	10,33	5,31
Val di Nievole	27	3,11	1,94
Pratese	0	6,04	3,67
Pistoiese	12	4,68	3,90
Fiorentina Nord-Ovest	9	5,40	3,23
Fiorentina Sud-Est	0	5,16	5,13
Mugello	0	1,65	3,59
Empolese Vald. Valdarno	60	6,03	4,44
AUSL Centro	116	42,39	30,62
Lunigiana	16	1,71	3,22
Apuane	22	3,81	2,22
Valle del Serchio	6	1,67	3,44
Piana di Lucca	9	4,36	3,09
Pisana	0	5,34	3,65
Elba	2	0,86	1,07
Versilia	37	4,48	2,90
Livornese	6	4,82	2,84
A. Val di Cecina - Val d'Era	46	3,55	4,54
B. V. di Cec. – V. di Cornia	11	4,10	4,28
AUSL Nord-Ovest	155	34,72	31,61
Alta val d'elsa	6	1,60	2,05
Senese	6	3,40	6,46
Casentino	-	0,99	2,52
Val Tiberina	-	0,90	2,20
Val di Chiana Aretina	36	1,35	1,62
Aretina	-	3,42	3,35
Valdarno	28	2,47	2,21
Colline dell'Albegna	9	1,53	4,04
Am. Sen. e V.d'Or.- Valdic. Sen.	14	2,33	4,11
Am. Gross. – C. Met. – Gross.	22	4,89	10,08
AUSL Sud-Est	163	22,89	38,53
Toscana	434	100,00	100,00

Dati: ARS Toscana.

Tabella 29 – Grado di sviluppo del modello CdS nei distretti.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	1,30	1,49	1,51	1,53	1,55	1,36
Val di Nievole	11,43	16,58	13,93	13,93	18,44	15,91
Pratese	0	0	0	0	2,70	2,97
Pistoiese	3,09	2,05	3,08	3,06	3,06	3,07
Fiorentina Nord-Ovest	2,79	3,10	2,79	2,78	2,79	3,10
Fiorentina Sud-Est	0	0	0	0	0	0
Mugello	0	0	0	0	0	0
Empolese Valdelsa Valdarno	11,06	11,29	13,53	13,98	12,61	12,63
AUSL Centro	3,23	3,53	3,79	3,85	4,28	4,16
Lunigiana	4,96	4,97	4,97	4,98	5,30	5,00
Apuane	9,98	9,96	9,90	8,58	7,65	8,03
Valle del Serchio	0	0	1,74	1,74	2,04	1,46
Piana di Lucca	4,22	2,92	2,91	2,60	3,22	2,25
Pisana	0	0	0	0	0	0
Elba	0	0	1,87	2,82	1,88	0,94
Versilia	12,13	12,10	12,75	11,82	11,01	10,98
Livornese	0	0	2,12	2,11	1,77	1,76
Alta Val di Cecina - Val d'Era	9,72	10,16	10,14	10,58	12,32	10,98
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	2,09	1,86	2,57	2,34	2,34	2,34
AUSL Nord-Ovest	4,40	4,30	4,90	4,75	4,93	4,55
Alta val d'elsa	0	0	2,93	2,94	2,93	2,93
Senese	1,08	1,08	0,93	0,77	0,78	2,33
Casentino	-	-	-	-	-	-
Val Tiberinaa	-	-	-	-	-	-
Val di Chiana Aretina	22,85	22,24	22,19	19,67	19,02	17,16
Aretina	-	-	-	-	-	-
Valdarno	8,63	9,06	12,69	12,72	12,28	12,29
Colline dell'Albegna	2,23	2,23	2,23	1,98	0	0
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana Senese	3,15	2,92	3,40	3,89	3,90	3,66
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	2,28	2,38	2,18	1,39	0	0
AUSL Sud-Est	3,71	3,74	4,23	3,99	3,14	3,55

Fonte: Nostra elaborazione su dati ARS Toscana.

Tabella 30 – Accessi impropri di pazienti adulti (>14 anni) al PS x1000 abitanti nei giorni feriali, fascia oraria 8.00-20.00.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	80,97	82,63	86,69	17,39	17,32	19,23
Val di Nievole	55,77	56,69	95,05	17,37	16,36	16,73
Pratese	64,68	68,37	84,09	13,87	10,31	11,09
Pistoiese	52,27	51,95	87,97	16,91	14,49	16,06
Fiorentina Nord-Ovest	74,89	76,73	82,44	16,28	16,75	18,41
Fiorentina Sud-Est	84,45	83,34	86,49	17,65	21,89	23,39
Mugello	88,23	88,19	88,13	23,45	23,93	28,85
Empolese Valdelsa Valdarno	81,86	85,69	88,06	21,69	19,64	18,19
Asl Centro	73,61	75,32	86,74	17,54	16,80	17,96
Lunigiana	76,84	76,85	98,82	25,63	29,93	37,01
Apuane	90,25	97,20	105,23	25,26	29,61	37,61
Valle del Serchio	79,72	81,87	82,13	7,89	9,71	13,45
Piana di Lucca	80,24	82,62	84,66	23,78	28,90	24,86
Pisana	92,96	94,13	89,35	16,04	17,60	16,38
Elba	98,80	92,06	99,33	11,87	13,03	16,54
Versilia	91,97	91,36	96,68	10,90	12,13	14,89
Livornese	98,67	82,86	106,26	23,20	24,24	23,91
Alta Val di Cecina – Val d’Era	102,08	102,55	108,10	28,41	33,76	30,81
Bassa Val di Cecina – Val di Cornia	82,20	88,75	96,60	14,45	15,36	18,90
Asl Nord-Ovest	90,42	90,17	97,09	19,62	22,30	23,31
Alta val d’Elsa	98,23	113,37	115,94	55,82	45,33	50,73
Senese	97,78	110,15	119,32	48,98	54,18	49,11
Casentino	147,26	163,96	172,99	73,12	81,04	86,24
Val Tiberina	163,33	162,96	159,96	73,25	80,05	38,47
Val di Chiana Aretina	135,90	142,02	148,68	60,55	60,28	62,57
Aretina	143,92	145,35	150,51	53,75	53,84	59,23
Valdarno	135,82	138,40	140,27	52,60	55,11	55,27
Colline dell’Albegna	147,92	154,77	148,78	34,60	32,60	34,56
Am. Sen. E Val d’Orcia- Valdichiana senese	114,09	114,77	104,98	51,70	41,75	49,63
Am. Gross. – Colline Metallifere – Gross.	113,49	114,86	122,32	35,09	41,40	46,16
Asl Sud-Est	124,05	129,40	132,94	49,83	50,94	52,09
Toscana	90,63	92,46	100,55	25,46	26,21	27,34

Dati: ARS Toscana.

Tabella 31 – Numero di prese in carico in assistenza domiciliare integrata x 1000 abitanti.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	9,06	9,09	9,47	10,41	11,15	9,76
Val di Nievole	31,59	29,82	28,72	25,90	28,86	26,07
Pratese	6,53	7,14	8,04	11,32	12,68	10,67
Pistoiese	10,86	10,09	10,86	15,28	20,89	19,11
Fiorentina Nord-Ovest	8,91	9,46	10,05	12,82	13,72	11,10
Fiorentina Sud-Est	8,83	8,97	9,47	13,65	11,30	10,93
Mugello	14,03	14,07	14,90	14,52	14,97	16,18
Empolese Valdelsa Valdarno	10,56	9,78	9,33	10,11	10,68	8,82
Asl Centro	10,89	10,75	11,08	13,02	14,16	12,53
Lunigiana	8,94	10,56	12,75	17,54	13,66	16,20
Apuane	5,51	6,59	7,10	8,83	8,16	7,80
Valle del Serchio	9,23	9,86	8,68	9,21	10,61	12,82
Piana di Lucca	9,69	8,77	9,16	10,61	9,43	13,73
Pisana	6,41	6,41	6,96	11,83	11,61	8,16
Elba	14,66	13,60	13,74	12,38	12,58	8,56
Versilia	8,90	8,66	10,02	10,76	11,56	10,94
Livornese	12,46	10,54	10,43	10,91	10,19	13,16
Alta Val di Cecina - Val d'Era	7,56	7,39	8,38	9,73	9,75	9,73
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	19,16	17,04	16,24	14,05	16,03	12,73
Asl Nord-Ovest	9,86	9,38	9,80	11,22	11,07	11,13
Alta val d'elsa	16,14	14,53	13,99	25,24	67,97	23,13
Senese	9,96	9,80	10,17	19,16	32,89	27,07
Casentino	13,92	15,45	14,39	18,93	15,39	12,04
Val Tiberina	19,61	17,15	17,39	32,86	63,17	104,41
Val di Chiana Aretina	17,39	15,91	16,82	19,37	21,05	19,64
Aretina	9,78	9,99	10,19	13,68	29,45	11,21
Valdarno	12,18	12,27	13,17	20,46	32,18	12,01
Colline dell'Albegna	8,33	10,64	12,50	19,96	32,79	37,59
Am. senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	15,40	15,15	15,63	19,60	25,27	20,32
Am. Gross. - Colline Metallifere – Grossetana	9,88	10,31	10,41	21,09	40,97	36,74
Asl Sud-Est	12,03	12,01	12,36	19,89	35,54	26,20
Toscana	10,79	10,56	10,93	13,94	17,85	15,09

Dati: ARS Toscana.

Tabella 32 – Numero di ospedalizzazioni evitabili x 100.000 abitanti.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fiorentina	254,47	209,20	206,12	162,67	156,30	144,80
Val di Nievole	319,41	314,61	334,40	258,11	277,59	257,19
Pratese	306,43	263,92	291,11	191,70	210,83	213,22
Pistoiese	393,70	338,29	329,12	205,63	196,16	170,37
Fiorentina Nord-Ovest	250,93	195,00	194,51	161,30	168,61	146,80
Fiorentina Sud-Est	315,71	286,24	260,41	144,09	157,99	125,34
Mugello	330,84	221,83	216,63	199,89	217,38	132,47
Empolese Valdelsa Valdarno	296,22	305,32	316,54	239,53	270,85	292,12
Asl Centro	270,54	260,63	262,00	188,54	198,07	183,69
Lunigiana	392,81	76,25	83,98	79,52	88,19	94,40
Apuane	148,41	25,22	31,50	16,88	27,83	35,90
Valle del Serchio	88,07	106,59	144,95	134,87	102,92	142,87
Piana di Lucca	135,45	77,31	130,97	119,25	134,43	119,26
Pisana	324,41	339,08	280,42	195,36	215,26	219,09
Elba	233,12	228,41	267,23	247,21	259,76	270,38
Versilia	153,47	111,86	118,35	127,68	169,07	125,48
Livornese	300,03	227,01	184,45	163,68	176,15	162,61
Alta Val di Cecina - Val d'Era	221,50	130,34	145,79	123,29	140,92	143,13
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	190,44	239,53	260,76	213,69	199,40	218,27
Asl Nord-Ovest	189,07	167,21	167,38	140,67	153,52	150,45
Alta val d'elsa	391,85	281,55	242,06	220,46	224,05	232,08
Senese	268,44	231,21	241,85	165,97	148,35	127,24
Casentino	349,09	369,23	331,57	295,81	332,17	249,69
Val Tiberina	175,14	143,90	206,10	167,50	250,83	193,29
Val di Chiana Aretina	308,01	293,25	298,53	206,63	257,80	282,95
Aretina	288,25	290,62	258,68	269,83	285,22	241,79
Valdarno	265,67	215,69	266,08	244,87	238,50	245,31
Colline dell'Albegna	174,96	215,44	202,36	180,80	212,55	169,73
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	339,10	262,38	292,39	237,07	295,50	253,13
Amiata Grossetana - Colline Metallifere – Grossetana	134,28	213,35	289,61	225,82	252,17	293,10
Asl Sud-Est	240,14	247,12	265,03	222,67	243,51	232,57
Toscana	235,52	225,54	230,48	180,13	193,16	183,36

Dati: ARS Toscana.

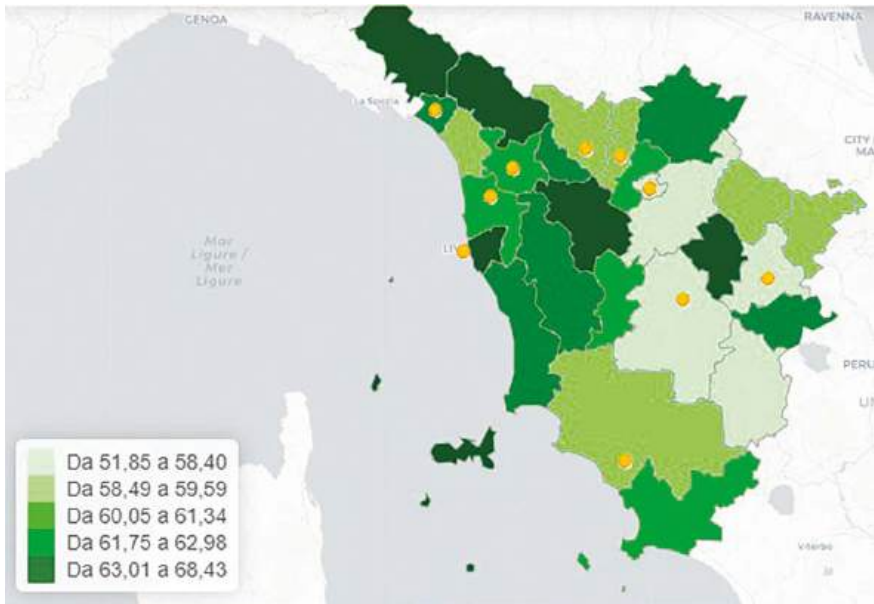


Figura 24 – Malati Cronici diabete mellito, Tasso standardizzato per età (x1000). Dati: ARS Toscana.

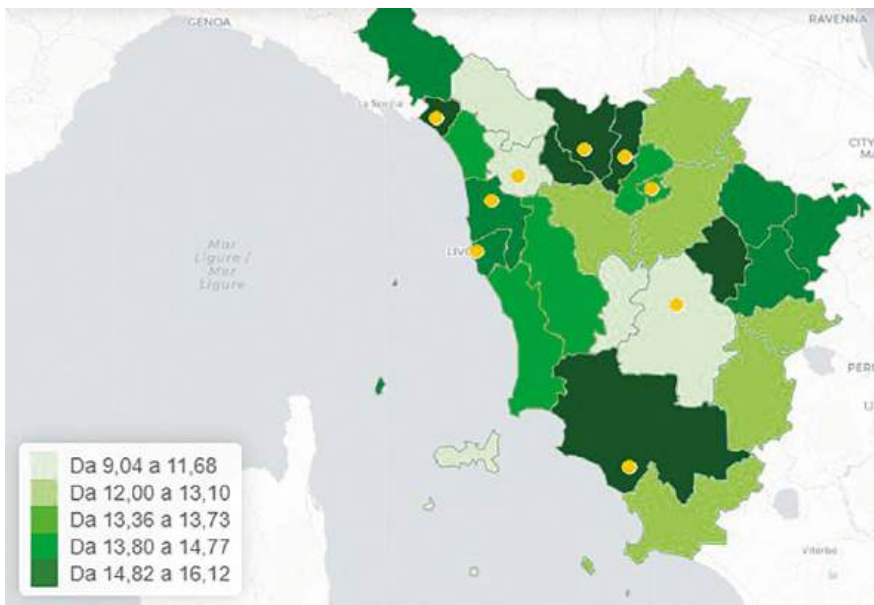


Figura 25 Malati Cronici BPCO . Tasso standardizzato per età (x1000). Dati: ARS Toscana.

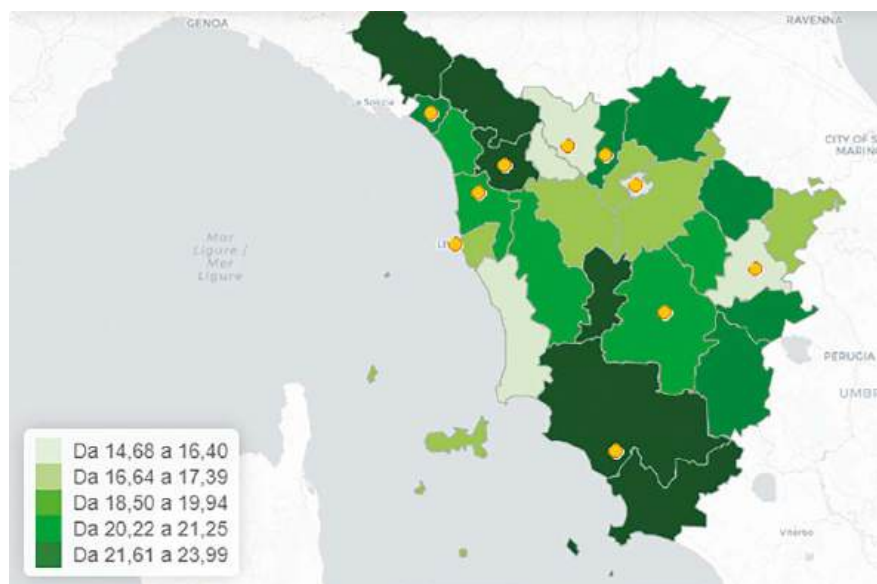


Figura 26 – Malati Cronici insufficienza cardiaca . Tasso standardizzato per età (x1000). Dati: ARS Toscana.

Tabella 33 – Aderenza complessiva delle terapie per la cura di diabete, BPCO, scompenso cardiaco (%).

	2017	2018	2019	2020	2021
Fiorentina	37,56	36,41	36,14	34,00	33,03
Val di Nievole	38,41	39,26	36,03	37,06	37,40
Pratese	37,62	36,10	36,83	37,10	34,24
Pistoiese	38,78	40,83	41,27	38,07	37,16
Fiorentina Nord-Ovest	37,76	36,99	34,74	32,61	33,45
Fiorentina Sud-Est	34,78	34,69	34,56	34,85	32,13
Mugello	38,22	33,90	30,84	33,11	33,16
Empolese Valdelsa Valdarno	39,34	37,48	36,93	35,07	37,55
AUSL Centro	37,18	38,13	36,59	34,52	35,68
Lunigiana	34,51	32,16	29,79	27,51	28,18
Apuane	40,79	36,67	42,04	36,21	32,57
Valle del Serchio	40,85	34,74	36,85	34,67	33,47
Piana di Lucca	37,83	38,22	36,76	38,83	35,51
Pisana	39,35	35,45	34,31	34,31	34,94
Elba	38,73	39,43	36,41	32,54	32,29
Versilia	45,53	38,35	38,32	40,09	40,42
Livornese	42,94	40,96	39,20	36,30	38,25
Alta Val di Cecina – Val d’Era	36,69	35,91	36,60	36,14	33,41
Bassa Val di Cecina – Val di Cornia	37,37	36,42	35,51	35,50	37,18
Asl Nord-Ovest	40,53	39,25	37,12	33,95	34,70
Alta val d’elsa	37,26	30,78	32,09	27,68	28,92
Senese	35,58	39,08	38,29	35,69	37,88
Casentino	39,30	40,09	36,04	31,15	36,73
Val Tiberina	43,55	40,41	43,44	38,16	35,42
Val di Chiana Aretina	40,14	37,86	38,11	30,89	35,13
Aretina	38,27	41,30	36,08	36,69	37,49
Valdarno	40,79	34,33	36,73	31,12	33,88
Colline dell’Albegna	33,59	29,11	35,93	30,14	27,72
Am. Senese e Val d’Orcia- Valdichiana senese	35,27	34,23	36,12	34,36	34,21
Amiata Grossetana – Colline Metallifere – Gross.	28,19	28,20	32,57	29,33	30,15

	2017	2018	2019	2020	2021
AUSL Sud-Est	36,54	36,56	35,47	31,26	33,13
Toscana	38,18	38,07	36,46	33,64	34,84

Fonte: Nostra elaborazione su dati ARS Toscana.

Tabella 34 – 2019, Indicatori di sintesi.

	Grado di sviluppo	Spesa	PS	ADI	OSP	Aderenza
Fiorentina	1,51	1.590.504	86,69	9,47	206,12	36,14
Val di Nievole	13,93	4.111.600	95,05	28,72	334,4	36,03
Pratese	0	0	84,09	8,04	291,11	36,83
Pistoiese	3,08	2.508.688	87,97	10,86	329,12	41,27
Fiorentina Nord-Ovest	2,79	2.851.397	82,44	10,05	194,51	34,74
Fiorentina Sud-Est	0	0	86,49	9,47	260,41	34,56
Mugello	0	0	88,13	14,9	216,63	30,84
Empolese Valdelsa Valdarno	13,53	6.949.852	88,06	9,33	316,54	36,93
AUSL Centro	3,79	4.874.037	86,74	11,08	262	36,59
Lunigiana	4,97	2.380.898	98,82	12,75	83,98	29,79
Apuane	9,9	4.799.866	105,23	7,1	31,5	42,04
Valle del Serchio	1,74	4.289.241	82,13	8,68	144,95	36,85
Piana di Lucca	2,91	0	84,66	9,16	130,97	36,76
Pisana	0	0	89,35	6,96	280,42	34,31
Elba	1,87	1.120.204	99,33	13,74	267,23	36,41
Versilia	12,75	3.815.759	96,68	10,02	118,35	38,32
Livornese	2,12	3.923.276	106,26	10,43	184,45	39,2
Alta Val di Cecina - Val d'Era	10,14	16.173.031	108,1	8,38	145,79	36,6
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	2,57	3.945.300	96,6	16,24	260,76	35,51
Asl Nord-Ovest	4,9	5.768.630	97,09	9,8	167,38	37,12
Alta val d'elsa	2,93	2.992.123	115,94	13,99	242,06	32,09
Senese	0,93	4.062.400	119,32	10,17	241,85	38,29
Casentino	-	3.222.729	172,99	14,39	331,57	36,04
Val Tiberina	-	2.094.592	159,96	17,39	206,1	43,44
Val di Chiana Aretina	22,19	7.449.268	148,68	16,82	298,53	38,11
Aretina	-	3.992.833	150,51	10,19	258,68	36,08

	Grado di sviluppo	Spesa	PS	ADI	OSP	Aderenza
Valdarno	12,69	4.387.243	140,27	13,17	266,08	36,73
Colline dell'Albegna	2,23	0	148,78	12,5	202,36	35,93
Am. Sen. e V.d'O.- Valdic. Sen.	3,4	8.623.168	104,98	15,63	292,39	36,12
Am Gross. – C. Met. – Gross.	2,18	0	122,32	10,41	289,61	32,57
AUSL Sud-Est	4,23	4.738.605	132,94	12,36	265,03	35,47
Toscana	13,93	5.159.790	100,55	10,93	230,48	36,46

Fonte: Nostra elaborazione su dati ARS Toscana.

Indice dei nomi

- Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) 14, 17-18, 37, 72
- Ahgren B. 25
- ARS Toscana (Agenzia Regionale di Sanità Toscana) 22, 39, 64-65, 67, 81-83, 90-96, 98-104, 106-107
- Barsanti S. 13
- Decreto Ministeriale 77/2022 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale 9, 11, 13, 15, 18-19, 23, 25-27, 29, 71-73
- Dolton P. 8
- Falco A. 23
- Fondazione GIMBE 14
- Francesconi P. 13
- Gaughan J. 25
- Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) 19, 23
- Lippi Bruni M. 8, 13
- Malucchi G. 23
- Ministero della Salute (Italia) 8, 25, 60
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) 22
- Nobilio L. 13
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità / World Health Organization) 62-63, 67, 69
- Ospedali di Comunità (OdC) 13, 19, 25, 71
- Petretto A. 8
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 7-9, 13-14, 18, 29, 72
- Pinchbeck E.W. 8
- Emilia-Romagna 12, 13, 19, 20
- Lombardia 19
- Regione Toscana 8, 18, 21-22, 25, 27, 29, 34, 47, 49, 87, 97
- Società della Salute (SdS) 13, 19-21, 27, 31-32, 73
- Unione Europea (UE) 14
- Zone-Distretto (ZD) 20

STUDI E SAGGI

TITOLI PUBBLICATI

ARCHITETTURA, STORIA DELL'ARTE E ARCHEOLOGIA

- Acciai Serena, *Sedad Hakki Eldem. An aristocratic architect and more*
- Bartoli Maria Teresa, Lusoli Monica (a cura di), *Le teorie, le tecniche, i repertori figurativi nella prospettiva d'architettura tra il '400 e il '700. Dall'acquisizione alla lettura del dato*
- Bartoli Maria Teresa, Lusoli Monica (a cura di), *Diminuzioni e accrescimenti. Le misure dei maestri di prospettiva*
- Benelli Elisabetta, *Archetipi e citazioni nel fashion design*
- Benzi Sara, Bertuzzi Luca, *Il Palazzo di Parte Guelfa a Firenze. Documenti, immagini e percorsi multimediali*
- Betti Marco, Brovadan Carlotta Paola (a cura di), *Donum. Studi di storia della pittura, della scultura e del collezionismo a Firenze dal Cinquecento al Settecento*
- Biagini Carlo (a cura di), *L'Ospedale degli Infermi di Faenza. Studi per una lettura tipomorfologica dell'edilizia ospedaliera storica*
- Bologna Alberto, *Pier Luigi Nervi negli Stati Uniti. 1952-1979. Master Builder of the Modern Age*
- Eccheli Maria Grazia, Cavallo Claudia (a cura di), *Il progetto nei borghi abbandonati*
- Eccheli Maria Grazia, Pireddu Alberto (a cura di), *Oltre l'Apocalisse. Arte, Architettura, Abbandono*
- Fischer von Erlach Johann Bernhard, *Progetto di un'architettura storica. Entwurff einer Historischen Architectur*, a cura di Rakowitz Gundula
- Fratini Marco, *"De bonis lapidibus concis": la costruzione di Firenze ai tempi di Arnolfo di Cambio. Strumenti, tecniche e maestranze nei cantieri fra XIII e XIV secolo*
- Gregotti Vittorio, *Una lezione di architettura. Rappresentazione, globalizzazione, interdisciplinarietà*
- Gulli Riccardo, *Figure. Ars e ratio nel progetto di architettura*
- Gulli Riccardo, *Tempo e materia. Per un'etica del costruire*
- Lauria Antonio, Benesperi Beatrice, Costa Paolo, Valli Fabio, *Designing Autonomy at home. The ADA Project. An Interdisciplinary Strategy for Adaptation of the Homes of Disabled Persons*
- Lauria Antonio, Flora Valbona, Guza Kamela, *Five Albanian Villages. Guidelines for a Sustainable Tourism Development through the Enhancement of the Cultural Heritage*
- Lisini Caterina, *Lezione di sguardi. Edoardo Detti fotografo*
- Maggiore Giuliano, *Sulla retorica dell'architettura*
- Mantese Eleonora (a cura di), *House and Site. Rudofsky, Lewerentz, Zanuso, Sert, Rainer*
- Mazza Barbara, *Le Corbusier e la fotografia. La vérité blanche*
- Mazzoni Stefania (a cura di), *Studi di Archeologia del Vicino Oriente. Scritti degli allievi fiorentini per Paolo Emilio Pecorella*
- Méndez Baiges Maite, *Les Demoiselles d'Avignon and Modernism*
- Messina Maria Grazia, *Paul Gauguin. Un esotismo controverso*
- Paolucci Fabrizio (a cura di), *Epigrafia tra erudizione antiquaria e scienza storica. Ad honorem Detlef Heikamp*
- Pireddu Alberto, *In limine. Between Earth and Architecture*
- Pireddu Alberto, *In abstracto. Sull'architettura di Giuseppe Terragni*
- Pireddu Alberto, *The Solitude of Places. Journeys and Architecture on the Edges*
- Rakowitz Gundula, *Tradizione, traduzione, tradimento in Johann Bernhard Fischer von Erlach*
- Tonelli Maria Cristina, *Industrial design: latitudine e longitudine. Una prima lezione*
- Tonelli Maria Cristina (a cura di), *Giovanni Klaus Koenig. Un fiorentino nel dibattito nazionale su architettura e design (1924-1989)*

CULTURAL STUDIES

- Candotti Maria Piera, *Interprétations du discours métalinguistique. La fortune du sutra A 1 1 68 chez Patanjali et Bhartrhari*

- Castorina Miriam, *In the garden of the world. Italy to a young 19th century Chinese traveler*
 Castorina Miriam, Cucinelli Diego (edited by), *Food issues* 雲路. *Interdisciplinary Studies on Food in Modern and Contemporary East Asia*
 Cucinelli Diego, Scibetta Andrea (edited by), *Tracing Pathways* 雲路. *Interdisciplinary Studies on Modern and Contemporary East Asia*
 Graziani Michela, Casetti Lapo, Vuelta García Salomé (a cura di), *Nel segno di Magellano tra terra e cielo. Il viaggio nelle arti umanistiche e scientifiche di lingua portoghese e di altre culture europee in un'ottica interculturale*
 Nesti Arnaldo, *Qual è la religione degli italiani?. Religioni civili, mondo cattolico, ateismo devoto, fede, laicità*
 Nesti Arnaldo, *Per una mappa delle religioni mondiali*
 Pedone Valentina, *A Journey to the West. Observations on the Chinese Migration to Italy*
 Pedone Valentina, Sagiyama Ikuko (edited by), *Transcending Borders. Selected papers in East Asian studies*
 Pedone Valentina, Castorina Miriam (edited by), *Words and visions around/about Chinese transnational mobilities* 流动
 Rigopoulos Antonio, *The Mahanubhavs*
 Sagiyama Ikuko, Castorina Miriam (edited by), *Trajectories. selected papers in East Asian studies* 軌跡
 Sagiyama Ikuko, Pedone Valentina (edited by), *Perspectives on East Asia*
 Squarcini Federico (edited by), *Boundaries, Dynamics and Construction of Traditions in South Asia*
 Vanoli Alessandro, *Il mondo musulmano e i volti della guerra. Conflitti, politica e comunicazione nella storia dell'islam*
 Vinci Renata (edited by), *Navigating the Mediterranean Through the Chinese Lens. Transcultural Narratives of the Sea Among Lands*

DIRITTO

- Allegretti Umberto (a cura di), *Democrazia partecipativa. Esperienze e prospettive in Italia e in Europa*
 Campus Mauro, Dorigo Stefano, Federico Veronica, Lazzerini Nicole (a cura di), *Pago, dunque sono (cittadino europeo). Il futuro dell'UE tra responsabilità fiscale, solidarietà e nuova cittadinanza europea*
 Chiaromonte William, Vallauri Maria Luisa (a cura di), *Trasformazioni, valori e regole del lavoro. Scritti per Riccardo Del Punta*, vol. III, 2024
 Cingari Francesco (a cura di), *Corruzione: strategie di contrasto. (legge 190/2012)*
 Curreri Salvatore, *Democrazia e rappresentanza politica. Dal divieto di mandato al mandato di partito*
 Curreri Salvatore, *Partiti e gruppi parlamentari nell'ordinamento spagnolo*
 Del Punta Riccardo, *Trasformazioni, valori e regole del lavoro. Scritti scelti sul Diritto del lavoro*, vol. 1, a cura di William Chiaromonte e Maria Luisa Vallauri
 Del Punta Riccardo, *Trasformazioni, valori e regole del lavoro. Scritti scelti di diritto del lavoro*, vol. 2, a cura di William Chiaromonte e Maria Luisa Vallauri
 Federico Veronica, Fusaro Carlo (edited by), *Constitutionalism and democratic transitions. Lessons from South Africa*
 Ferrara Leonardo, Sorace Domenico, Cavallo Perin Roberto, Police Aristide, Saitta Fabio (a cura di), *A 150 anni dell'unificazione amministrativa italiana. Vol. I. L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni tra Stato nazionale e integrazione europea*
 Ferrara Leonardo, Sorace Domenico, De Giorgi Cezzi Gabriella, Portaluri Pier Luigi (a cura di), *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana. Vol. II. La coesione politico-territoriale*
 Ferrara Leonardo, Sorace Domenico, Marchetti Barbara, Renna Mauro (a cura di), *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana. Vol. III. La giuridificazione*
 Ferrara Leonardo, Sorace Domenico, Civitaresse Matteucci Stefano, Torchia Luisa (a cura di), *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana. Vol. IV. La tecnificazione*

- Ferrara Leonardo, Sorace Domenico, Cafagno Maurizio, Manganaro Francesco (a cura di), *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana. Vol. V. L'intervento pubblico nell'economia*
- Ferrara Leonardo, Sorace Domenico, Chiti Edoardo, Gardini Gianluca, Sandulli Aldo (a cura di), *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana. Vol. VI. Unità e pluralismo culturale*
- Ferrara Leonardo, Sorace Domenico, Comporti Gian Domenico (a cura di), *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana. Vol. VII. La giustizia amministrativa come servizio (tra effettività ed efficienza)*
- Ferrara Leonardo, Sorace Domenico, Bartolini Antonio, Pioggia Alessandra (a cura di), *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana. Vol. VIII. Cittadinanze amministrative*
- Fiorita Nicola, *L'Islam spiegato ai miei studenti. Otto lezioni su Islam e diritto*
- Fiorita Nicola, *L'Islam spiegato ai miei studenti. Undici lezioni sul diritto islamico. II edizione riveduta e ampliata*
- Fossum John Erik, Menendez Agustin José, *La peculiare costituzione dell'Unione Europea*
- Gregorio Massimiliano, *Le dottrine costituzionali del partito politico. L'Italia liberale*
- Lucarelli Paola (a cura di), *Giustizia sostenibile. Sfide organizzative e tecnologiche per una nuova professionalità*
- Palazzo Francesco, Bartoli Roberto (a cura di), *La mediazione penale nel diritto italiano e internazionale*
- Ragno Francesca, *Il rispetto del principio di pari opportunità. L'annullamento della composizione delle giunte regionali e degli enti locali*
- Sorace Domenico (a cura di), *Discipline processuali differenziate nei diritti amministrativi europei*
- Trocker Nicolò, De Luca Alessandra (a cura di), *La mediazione civile alla luce della direttiva 2008/52/CE*
- Urso Elena (a cura di), *Le ragioni degli altri. Mediazione e famiglia tra conflitto e dialogo: una prospettiva comparatistica ed interdisciplinare*
- Urso Elena, *La mediazione familiare. Modelli, principi, obiettivi*

ECONOMIA

- Ammannati Francesco, *Per filo e per segno. L'arte della lana a Firenze nel Cinquecento*
- Bardazzi Rossella (edited by), *Economic multisectoral modelling between past and future. A tribute to Maurizio Grassini and a selection of his writings*
- Bardazzi Rossella, Ghezzi Leonardo (edited by), *Macroeconomic modelling for policy analysis*
- Barucci Piero, Bini Piero, Conigliello Lucilla (a cura di), *Economia e Diritto in Italia durante il Fascismo. Approfondimenti, biografie, nuovi percorsi di ricerca*
- Barucci Piero, Bini Piero, Conigliello Lucilla (a cura di), *Il Corporativismo nell'Italia di Mussolini. Dal declino delle istituzioni liberali alla Costituzione repubblicana*
- Barucci Piero, Bini Piero, Conigliello Lucilla (a cura di), *Intellettuali e uomini di regime nell'Italia fascista*
- Barucci Piero, Bini Piero, Conigliello Lucilla (a cura di), *I mille volti del regime. Opposizione e consenso nella cultura giuridica, economica e politica italiana tra le due guerre*
- Barucci Piero, Bini Piero, Conigliello Lucilla (a cura di), *Le sirene del corporativismo e l'isolamento dei dissidenti durante il fascismo*
- Bellanca Nicolò, Pardi Luca, *O la capra o i cavoli. La biosfera, l'economia e il futuro da inventare*
- Bellanca Nicolò, *La forza delle comunità locali. Giacomo Becattini e la teoria della cultura sociale*
- Cecchi Amos, Paul M. Sweezy, *Monopolio e finanza nella crisi del capitalismo*
- Ciampi Francesco, *Come la consulenza direzionale crea conoscenza. Prospettive di convergenza tra scienza e consulenza*
- Ciampi Francesco, *Knowing Through Consulting in Action. Meta-consulting Knowledge Creation Pathways*

- Ciappei Cristiano (a cura di), *La valorizzazione economica delle tipicità rurali tra localismo e globalizzazione*
- Ciappei Cristiano, Sani Azzurra, *Strategie di internazionalizzazione e grande distribuzione nel settore dell'abbigliamento. Focus sulla realtà fiorentina*
- Ciappei Cristiano, Citti Paolo, Bacci Niccolò, Campatelli Gianni, *La metodologia Sei Sigma nei servizi. Un'applicazione ai modelli di gestione finanziaria*
- Ciappei Cristiano, Mininni Giacomo, *A Religious Foundation for Global Business Ethics. CSR and Religious Ethics in an Age of Globalization*
- Garofalo Giuseppe (a cura di), *Capitalismo distrettuale, localismi d'impresa, globalizzazione*
- Laureti Tiziana, *L'efficienza rispetto alla frontiera delle possibilità produttive. Modelli teorici ed analisi empiriche*
- Lazzeretti Luciana, Cinti Tommaso, *La valorizzazione economica del patrimonio artistico delle città d'arte. Il restauro artistico a Firenze*
- Lazzeretti Luciana, *Nascita ed evoluzione del distretto orafico di Arezzo, 1947-2001. Primo studio in una prospettiva ecology based*
- Lazzeretti Luciana (edited by), *Art Cities, Cultural Districts and Museums. An economic and managerial study of the culture sector in Florence*
- Lazzeretti Luciana (a cura di), *I sistemi museali in Toscana. Primi risultati di una ricerca sul campo*
- Mastronardi Luigi, Romagnoli Luca (a cura di), *Metodologie, percorsi operativi e strumenti per lo sviluppo delle cooperative di comunità nelle aree interne italiane*
- Meade Douglas S. (edited by), *In Quest of the Craft. Economic Modeling for the 21st Century*
- Perrotta Cosimo, *Il capitalismo è ancora progressivo?*
- Rizzo Michel, Grazzini Lisa, Lattarulo Patrizia, Macchi Marika, Petretto Alessandro, *Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR*
- Simoni Christian, *Approccio strategico alla produzione. Oltre la produzione snella*
- Simoni Christian, *Mastering the dynamics of apparel innovation*
- Stefani Gianluca, Cecchetti Maria Chiara, Bucelli Andrea, Martellozzo Federico, Paziienza Maria Grazia, Vecchio Bruno, *La proprietà fondiaria nelle aree interne. Un'indagine sulla Montagna Fiorentina e la Val Bisenzio*

FILOSOFIA

- Baldi Massimo, Desideri Fabrizio (a cura di), *Paul Celan. La poesia come frontiera filosofica*
- Barale Alice, *La malinconia dell'immagine. Rappresentazione e significato in Walter Benjamin e Aby Warburg*
- Berni Stefano, Fadini Ubaldo, *Linee di fuga. Nietzsche, Foucault, Deleuze*
- Borsari Andrea, *Schopenhauer educatore? Storia e crisi di un'idea tra filosofia morale, estetica e antropologia*
- Brunkhorst Hauke, *Habermas*
- Cambi Franco, Mari Giovanni (a cura di), *Giulio Preti. Intellettuale critico e filosofo attuale*
- Cambi Franco, *Pensiero e tempo. Ricerche sullo storicismo critico: figure, modelli, attualità*
- Casalini Brunella, Cini Lorenzo, *Giustizia, uguaglianza e differenza. Una guida alla lettura della filosofia politica contemporanea*
- Desideri Fabrizio, Matteucci Giovanni (a cura di), *Dall'oggetto estetico all'oggetto artistico*
- Desideri Fabrizio, Matteucci Giovanni (a cura di), *Estetiche della percezione*
- Di Stasio Margherita, *Alvin Plantinga: conoscenza religiosa e naturalizzazione epistemologica*
- Giovagnoli Raffaella, *Autonomy: a Matter of Content*
- Honneth Axel, *Capitalismo e riconoscimento*, a cura di Solinas Marco
- Michellini Luca, *Il nazional-fascismo economico del giovane Franco Modigliani*
- Mindus Patricia, *Cittadini e no. Forme e funzioni dell'inclusione e dell'esclusione*
- Perni Romina, *Pubblicità, educazione e diritto in Kant*
- Sandrini Maria Grazia, *La filosofia di R. Carnap tra empirismo e trascendentalismo. In appendice: R. Carnap Sugli enunciati protocollari Traduzione e commento di E. Palombi*
- Solinas Marco, *Psiche: Platone e Freud. Desiderio, sogno, mania, eros*
- Trentin Bruno, *La città del lavoro. Sinistra e crisi del fordismo*, a cura di Ariemma Iginio

Valle Gianluca, *La vita individuale. L'estetica sociologica di Georg Simmel*

FISICA

Arecchi Fortunato Tito, *Cognizione e realtà*

Pelosi Giuseppe, Selleri Stefano, *The Roots of Maxwell's A Dynamical Theory of the Electromagnetic Field. Scotland and Tuscany, 'twinning by science'*

LETTERATURA, FILOLOGIA E LINGUISTICA

Antonucci Fausta, Vuelta García Salomé (a cura di), *Ricerche sul teatro classico spagnolo in Italia e oltralpe (secoli XVI-XVIII)*

Bastianini Guido, Lapini Walter, Tulli Mauro (a cura di), *Harmonia. Scritti di filologia classica in onore di Angelo Casanova*

Battistin Sebastiani Breno, Ferreira Leão Delfim (edited by), *Crises (Staseis) and Changes (Metabolai). Athenian Democracy in the Making*

Berté Monica (a cura di), *Intorno a Boccaccio/Boccaccio e dintorni 2021. Atti del Seminario internazionale di studi (Certaldo Alta, Casa di Giovanni Boccaccio, 9-10 settembre 2021)*

Bilenchi Romano, *The Conservatory of Santa Teresa*, edited by Klopp Charles, Nelson Melinda

Bresciani Califano Mimma (Vincenza), *Piccole zone di simmetria. Scrittori del Novecento*

Caracchini Cristina, Minardi Enrico (a cura di), *Il pensiero della poesia. Da Leopardi ai contemporanei. Letture dal mondo di poeti italiani*

Cauchi Santoro Roberta, *Beyond the Suffering of Being: Desire in Giacomo Leopardi and Samuel Beckett*

Colucci Dalila, *L'Eleganza è frigida e L'Empire des signes. Un sogno fatto in Giappone*

Dei Luigi (a cura di), *Voci dal mondo per Primo Levi. In memoria, per la memoria*

Fanucchi Sonia, Virga Anita (edited by), *A South African Convivio with Dante. Born Frees' Interpretations of the Commedia*

Ferrara Enrica Maria, *Il realismo teatrale nella narrativa del Novecento: Vittorini, Pasolini, Calvino*

Ferrone Siro, *Visioni critiche. Recensioni teatrali da «l'Unità-Toscana» (1975-1983)*, a cura di Megale Teresa, Simoncini Francesca

Francese Joseph, *Vincenzo Consolo: gli anni de «l'Unità» (1992-2012), ovvero la poetica della colpa-espiazione*

Francese Joseph, *Leonardo Sciascia e la funzione sociale degli intellettuali*

Franchini Silvia, *Diventare grandi con il «Pioniere» (1950-1962). Politica, progetti di vita e identità di genere nella piccola posta di un giornalino di sinistra*

Francovich Onesti Nicoletta, *I nomi degli Ostrogoti*

Frau Ombretta, Gragnani Cristina, *Sottoboschi letterari. Sei "case studies" fra Otto e Novecento. Mara Antelling, Emma Boghen Conigliani, Evelyn, Anna Franchi, Jolanda, Flavia Steno*

Frosini Giovanna, Zamponi Stefano (a cura di), *Intorno a Boccaccio/Boccaccio e dintorni. Atti del Seminario internazionale di studi (Certaldo Alta, Casa di Giovanni Boccaccio, 25 giugno 2014)*

Frosini Giovanna (a cura di), *Intorno a Boccaccio / Boccaccio e dintorni 2020. Atti del Seminario internazionale di studi (Certaldo Alta, Casa di Giovanni Boccaccio, 10-11 settembre 2020)*

Frosini Giovanna (a cura di), *Intorno a Boccaccio / Boccaccio e dintorni 2019. Atti del Seminario internazionale di studi (Certaldo Alta, Casa di Giovanni Boccaccio, 12-13 settembre 2019)*

Galigani Giuseppe, *Salomè, mostruosa fanciulla*

Gigli Daria, Magnelli Enrico (a cura di), *Studi di poesia greca tardoantica. Atti della Giornata di Studi Università degli Studi di Firenze, 4 ottobre 2012*

Giuliani Luigi, Pineda Victoria (edited by), *La edición del diálogo teatral (siglos XVI-XVII)*

Giuliani Luigi, Pineda Victoria (edited by), *Estemática: el Siglo de Oro por las ramas. Actas del XVII Taller Internacional de Estudios Textuales*

Gori Barbara, *La grammatica dei clitici portoghesi. Aspetti sincronici e diacronici*

- Gorman Michael, *I nostri valori, rivisti. La biblioteconomia in un mondo in trasformazione*, a cura di Guerrini Mauro
- Graziani Michela (a cura di), *Un incontro lusofono plurale di lingue, letterature, storie, culture*
- Graziani Michela, *Il Settecento portoghese e lusofono*
- Graziani Michela, Abbati Orietta, Gori Barbara (a cura di), *La spugna è la mia anima. Omaggio a Piero Ceccucci*
- Guerrini Mauro, Mari Giovanni (a cura di), *Via verde e via d'oro. Le politiche open access dell'Università di Firenze*
- Guerrini Mauro, *De bibliothecariis. Persone, idee, linguaggi*, a cura di Stagi Tiziana
- Keidan Artemij, Alfieri Luca (a cura di), *Deissi, riferimento, metafora. Questioni classiche di linguistica e filosofia del linguaggio*
- López Castro Cruz Hilda, *America Latina aportes lexicos al italiano contemporaneo*
- Mario Anna, *Italo Calvino. Quale autore laggiù attende la fine?*
- Masciandaro Franco, *The Stranger as Friend: The Poetics of Friendship in Homer, Dante, and Boccaccio*
- Nosilia Viviana, Prandoni Marco (a cura di), *Trame controllo. Il patriarca 'protestante' Cirillo Loukaris / Backlighting Plots. The 'Protestant' Patriarch Cyril Loukaris*
- Pagliaro Annamaria, Zuccala Brian (edited by), *Luigi Capuana: Experimental Fiction and Cultural Mediation in Post-Risorgimento Italy*
- Pestelli Corrado, *Carlo Antici e l'ideologia della Restaurazione in Italia*
- Rosengarten Frank, *Through Partisan Eyes. My Friendships, Literary Education, and Political Encounters in Italy (1956-2013). With Sidelights on My Experiences in the United States, France, and the Soviet Union*
- Ross Silvia, Honess Claire (edited by), *Identity and Conflict in Tuscany*
- Totaro Luigi, *Ragioni d'amore. Le donne nel Decameron*
- Turbanti Simona, *Bibliometria e scienze del libro: internazionalizzazione e vitalità degli studi italiani*
- Vicente Filipa Lowndes, *Altri orientismi. L'India a Firenze 1860-1900*
- Virga Anita, *Subalternità siciliana nella scrittura di Luigi Capuana e Giovanni Verga*
- Zamponi Stefano (a cura di), *Intorno a Boccaccio / Boccaccio e dintorni 2015. Atti del Seminario internazionale di studi (Certaldo Alta, Casa di Giovanni Boccaccio, 9 settembre 2015)*
- Zamponi Stefano (a cura di), *Intorno a Boccaccio / Boccaccio e dintorni 2018. Atti del Seminario internazionale di studi (Certaldo Alta, Casa di Giovanni Boccaccio, 6-7 settembre 2018)*
- Zamponi Stefano (a cura di), *Intorno a Boccaccio / Boccaccio e dintorni 2016. Atti del Seminario internazionale di studi (Certaldo Alta, Casa di Giovanni Boccaccio, 9 settembre 2016)*
- Zamponi Stefano (a cura di), *Intorno a Boccaccio / Boccaccio e dintorni 2017. Atti del Seminario internazionale di studi (Certaldo Alta, Casa di Giovanni Boccaccio, 16 settembre 2017)*

MATEMATICA

- De Bartolomeis Paolo, *Matematica. Passione e conoscenza. Scritti (1975-2016)*, a cura di Battaglia Fiammetta, Nannicini Antonella, Tomassini Adriano

MEDICINA

- Mannaioni Pierfrancesco, Mannaioni Guido, Masini Emanuela, *Club drugs. Cosa sono e cosa fanno*
- Saint Sanjay, Krein Sarah, Stock Robert W., *La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Problemi reali, soluzioni pratiche*, a cura di Bartoloni Alessandro, Gensini Gian Franco, Moro Maria Luisa, Rossolini Gian Maria
- Saint Sanjay, Chopra Vineet, *Le 30 regole per la leadership in sanità*, a cura di Bartoloni Alessandro, Boddi Maria, Damone Rocco Donato, Giusti Betti, Mechi Maria Teresa, Rossolini Gian Maria

PEDAGOGIA

Bandini Gianfranco, Oliviero Stefano (a cura di), *Public History of Education: riflessioni, testimonianze, esperienze*

Mariani Alessandro (a cura di), *L'orientamento e la formazione degli insegnanti del futuro*

Nardi Andrea, *Il lettore 'distratto'. Leggere e comprendere nell'epoca degli schermi digitali*

Ranieri Maria, Luzzi Damiana, Cuomo Stefano (a cura di), *Il video a 360° nella didattica universitaria. Modelli ed esperienze*

POLITICA

Attinà Fulvio, Bozzo Luciano, Cesa Marco, Lucarelli Sonia (a cura di), *Eirene e Atena. Studi di politica internazionale in onore di Umberto Gori*

Bulli Giorgia, Tonini Alberto (a cura di), *Migrazioni in Italia: oltre la sfida. Per un approccio interdisciplinare allo studio delle migrazioni*

Caruso Sergio, "Homo oeconomicus". *Paradigma, critiche, revisioni*

Cipriani Alberto, Gramolati Alessio, Mari Giovanni (a cura di), *Il lavoro 4.0. La Quarta Rivoluzione industriale e le trasformazioni delle attività lavorative*

Cipriani Alberto (a cura di), *Partecipazione creativa dei lavoratori nella 'fabbrica intelligente'. Atti del Seminario di Roma, 13 ottobre 2017*

Cipriani Alberto, Ponzellini Anna Maria (a cura di), *Colletti bianchi. Una ricerca nell'industria e la discussione dei suoi risultati*

Corsi Cecilia (a cura di), *Felicità e benessere. Una ricognizione critica*

Corsi Cecilia, Magnier Annick (a cura di), *L'Università allo specchio. Questioni e prospettive*

Cruciani Sante, Del Rossi Maria Paola (a cura di), *Diritti, Europa, Federalismo. Bruno Trentin in prospettiva transnazionale (1988-2007)*

De Boni Claudio, *Descrivere il futuro. Scienza e utopia in Francia nell'età del positivismo*

De Boni Claudio (a cura di), *Lo stato sociale nel pensiero politico contemporaneo. 1. L'Ottocento*

De Boni Claudio, *Lo stato sociale nel pensiero politico contemporaneo. Il Novecento. Parte prima: Da inizio secolo alla seconda guerra mondiale*

De Boni Claudio (a cura di), *Lo stato sociale nel pensiero politico contemporaneo. II Novecento. Parte seconda: dal dopoguerra a oggi*

Del Punta Riccardo (a cura di), *Valori e tecniche nel diritto del lavoro*

Gramolati Alessio, Mari Giovanni (a cura di), *Bruno Trentin. Lavoro, libertà, conoscenza*

Gramolati Alessio, Mari Giovanni (a cura di), *Il lavoro dopo il Novecento: da produttori ad attori sociali. La città del lavoro di Bruno Trentin per un'altra sinistra»*

Grassi Stefano, Morisi Massimo (a cura di), *La cittadinanza tra giustizia e democrazia. Atti della giornata di Studi in memoria di Sergio Caruso*

Lombardi Mauro, *Transizione ecologica e universo fisico-cibernetico. Soggetti, strategie, lavoro*

Lombardi Mauro, *Fabbrica 4.0: I processi innovativi nel Multiverso fisico-digitale*

Marasco Vincenzo, *Coworking. Senso ed esperienze di una forma di lavoro*

Mari Giovanni, Ammannati Francesco, Brogi Stefano, Faitini Tiziana, Fermani Arianna, Seghezzi Francesco, Tonarelli Annalisa (a cura di), *Idee di lavoro e di ozio per la nostra civiltà*

Molteni Tagliabue Giovanni, *Rationalized and Extended Democracy. Inserting Public Scientists into the Legislative/Executive Framework, Reinforcing Citizens' Participation*

Nacci Michela (a cura di), *Nazioni come individui. Il carattere nazionale fra passato e presente*

Renda Francesco, Ricciuti Roberto, *Tra economia e politica: l'internazionalizzazione di Finmeccanica, Eni ed Enel*

Spini Debora, Fontanella Margherita (a cura di), *Il sogno e la politica da Roosevelt a Obama. Il futuro dell'America nella comunicazione politica dei democrats*

Spinoso Giovanni, Turrini Claudio, *Giorgio La Pira: i capitoli di una vita*

Tonini Alberto, Simoni Marcella (a cura di), *Realtà e memoria di una disfatta. Il Medio Oriente dopo la guerra dei Sei Giorni*

Trentin Bruno, *La libertà viene prima. La libertà come posta in gioco nel conflitto sociale*.
Nuova edizione con pagine inedite dei Diari e altri scritti, a cura di Cruciani Sante
Zolo Danilo, *Tramonto globale. La fame, il patibolo, la guerra*

PSICOLOGIA

Aprile Luigi (a cura di), *Psicologia dello sviluppo cognitivo-linguistico: tra teoria e intervento*
Luccio Riccardo, Salvadori Emilia, Bachmann Christina, *La verifica della significatività dell'ipotesi nulla in psicologia*

SCIENZE E TECNOLOGIE AGRARIE

Surico Giuseppe, *Lampedusa: dall'agricoltura, alla pesca, al turismo*

SCIENZE NATURALI

Bessi Franca Vittoria, Clauser Marina, *Le rose in fila. Rose selvatiche e coltivate: una storia che parte da lontano*
Friis Ib, Demissew Sebsebe, Weber Odile, van Breugel Paulo, *Plants and vegetation of NW Ethiopia. A new look at Rodolfo E.G. Pichi Sermolli's results from the 'Missione di Studio al Lago Tana', 1937*
Sánchez Marcelo, *Embrioni nel tempo profondo. Il registro paleontologico dell'evoluzione biologica*

SOCIOLOGIA

Alacevich Franca, *Promuovere il dialogo sociale. Le conseguenze dell'Europa sulla regolazione del lavoro*
Alacevich Franca, Bellini Andrea, Tonarelli Annalisa, *Una professione plurale. Il caso dell'avvocatura fiorentina*
Battiston Simone, Mascitelli Bruno, *Il voto italiano all'estero. Riflessioni, esperienze e risultati di un'indagine in Australia*
Becucci Stefano (a cura di), *Oltre gli stereotipi. La ricerca-azione di Renzo Rastrelli sull'immigrazione cinese in Italia*
Becucci Stefano, Desideri Agnese, Landucci Sandro, Pezzoli Silvia, *L'università su misura. Governance, valutazione e ranking in quattro paesi europei*
Becucci Stefano, Garosi Eleonora, *Corpi globali. La prostituzione in Italia*
Bettin Lattes Gianfranco (a cura di), *Giovani Jeunes Jovenes. Rapporto di ricerca sulle nuove generazioni e la politica nell'Europa del sud*
Bettin Lattes Gianfranco (a cura di), *Per leggere la società*
Bettin Lattes Gianfranco, Turi Paolo (a cura di), *La sociologia di Luciano Cavalli*
Burroni Luigi, Piselli Fortunata, Ramella Francesco, Trigilia Carlo (a cura di), *Città metropolitane e politiche urbane*
Catarsi Enzo (a cura di), *Autobiografie scolastiche e scelta universitaria*
Leonardi Laura (edited by), *Opening the european box. Towards a new Sociology of Europe*
Virginia Miller, *Child Sexual Abuse Inquiries and the Catholic Church: Reassessing the Evidence*
Virginia Miller, *Child Sexual Abuse Inquiries and the Catholic Church: Reassessing the Evidence. Second Edition, Revised and Expanded*
Nuvolati Giampaolo (a cura di), *Sviluppo urbano e politiche per la qualità della vita*
Nuvolati Giampaolo, *L'interpretazione dei luoghi. Flânerie come esperienza di vita*
Nuvolati Giampaolo, *Mobilità quotidiana e complessità urbana*
Ramella Francesco, Trigilia Carlo (a cura di), *Reti sociali e innovazione. I sistemi locali dell'informatica*
Rondinone Antonella, *Donne mancanti. Un'analisi geografica del disequilibrio di genere in India*

STATISTICA E DEMOGRAFIA

Salvini Maria Silvana, *Globalizzazione: e la popolazione?. Le relazioni fra demografia e mondo globalizzato*

STORIA E SOCIOLOGIA DELLA SCIENZA

- Angotti Franco, Pelosi Giuseppe, Soldani Simonetta (a cura di), *Alle radici della moderna ingegneria. Competenze e opportunità nella Firenze dell'Ottocento*
- Cabras Pier Luigi, Chiti Silvia, Lippi Donatella (a cura di), *Joseph Guillaume Desmaysons Dupallans. La Francia alla ricerca del modello e l'Italia dei manicomi nel 1840*
- Califano Salvatore, Schettino Vincenzo, *La nascita della meccanica quantistica*
- Cartocci Alice, *La matematica degli Egizi. I papiri matematici del Medio Regno*
- Fontani Marco, Orna Mary Virginia, Costa Mariagrazia, *Chimica e chimici a Firenze. Dall'ultimo de' Medici al padre del Centro Europeo di Risonanze Magnetiche*
- Guatelli Fulvio (a cura di), *Scienza e opinione pubblica. Una relazione da ridefinire*
- Massai Veronica, *Angelo Gatti (1724-1798). Un medico toscano in terra di Francia*
- Meurig Thomas John, *Michael Faraday. La storia romantica di un genio*
- Schettino Vincenzo, *Scienza e arte. chimica, arti figurative e letteratura*

STUDI DI BIOETICA

- Baldini Gianni, Soldano Monica (a cura di), *Tecnologie riproduttive e tutela della persona. Verso un comune diritto europeo per la bioetica*
- Baldini Gianni, Soldano Monica (a cura di), *Nascere e morire: quando decido io? Italia ed Europa a confronto*
- Baldini Gianni (a cura di), *Persona e famiglia nell'era del Biodiritto. Verso un diritto comune europeo per la bioetica*
- Bucelli Andrea (a cura di), *Produrre uomini. Procreazione assistita: un'indagine multidisciplinare*
- Costa Giovanni, *Scelte procreative e responsabilità. Genetica, giustizia, obblighi verso le generazioni future*
- Galletti Matteo, Zullo Silvia (a cura di), *La vita prima della fine. Lo stato vegetativo tra etica, religione e diritto*
- Galletti Matteo, *Decidere per chi non può. Approcci filosofici all'eutanasia non volontaria*

STUDI EUROPEI

- Bosco Andrea, Guderzo Massimiliano (edited by), *A Monetary Hope for Europe. The Euro and the Struggle for the Creation of a New Global Currency*
- Scalise Gemma, *Il mercato non basta. Attori, istituzioni e identità dell'Europa in tempo di crisi*

Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR. Il volume esamina l'esperienza toscana delle Case della Salute, valutandone l'efficacia alla vigilia della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR. La Toscana può essere considerata infatti come laboratorio di soluzioni simili a quelle delineate dal DM 77/2022 già nel periodo precedente. L'analisi sui dati del periodo 2017-2022 evidenzia punti di forza, come la gestione delle cronicità e l'assistenza domiciliare, e criticità, come la distribuzione delle strutture e l'integrazione ospedaliera. Alla luce dell'esperienza toscana, la prospettiva di successo della riforma risiederà nella capacità di sviluppare scelte organizzative che coniughino standardizzazione e flessibilità, adattandosi alle diverse caratteristiche territoriali e mantenendo al contempo un'uniformità nei servizi erogati.

Michel Rizzo è analista dati presso la Fondazione IFEL - ANCI, dove svolge indagini statistiche sulla finanza locale a supporto dell'attività di consulenza che l'associazione svolge per gli enti locali italiani.

Lisa Grazzini è professoressa ordinaria in Scienza delle finanze presso l'Università di Firenze. I suoi interessi di ricerca riguardano l'economia pubblica e, in particolare, l'economia della sanità e dell'istruzione, il federalismo fiscale e la competizione fiscale internazionale.

Patrizia Lattarulo è coordinatrice dell'area di ricerca Economia pubblica presso l'Istituto regionale di programmazione economica della Toscana e responsabile per l'Istituto della valutazione dei Fondi sociali europei.

Marika Macchi è una ricercatrice indipendente. Ha collaborato con realtà accademiche e istituzionali su progetti di economia pubblica, politiche regionali, sanità, sviluppo territoriale e sostenibilità.

Alessandro Petretto è professore emerito all'Università di Firenze, già ordinario di economia pubblica dal 1980 al 2015.

Sommario: Introduzione – 1. La sfida dell'assistenza territoriale. Un sistema sanitario in evoluzione – 2. Le analogie con il modello distrettuale in Toscana – 3. Le caratteristiche demografiche e territoriali delle Zone-distretto della Toscana come proxy dei fabbisogni – 4. Case della Salute e MMG nelle Zone-distretto: una proxy della struttura dei servizi offerti – 5. La performance distrettuale – Conclusioni – Riferimenti bibliografici – Appendici – Appendice 1. Popolazione – Appendice 2. Territorio Zone-distretto – Appendice 3. Case della Salute – Indice dei nomi.

ISSN 2704-6478 (print)
ISSN 2704-5919 (online)
ISBN 979-12-215-0786-7 (PDF)
ISBN 979-12-215-0787-4 (XML)
DOI 10.36253/979-12-215-0786-7
www.fupress.com