

REGIONE TOSCANA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO
 Sede Legale P.zza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Numero della delibera	729
Data della delibera	01-07-2024
Oggetto	Documentazione sanitaria
Contenuto	Relazione Sanitaria anno 2023 Ausl Toscana Centro

Dipartimento	DIRETTORE SANITARIO
Direttore del Dipartimento	DEI SIMONA
Struttura	DIRETTORE SANITARIO
Direttore della Struttura	DEI SIMONA
Responsabile del procedimento	BALLERINI DAVID

Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
A	183	Relazione sanitaria aziendale Ausl Toscana Centro anno 2023 - testo

Tipologia di pubblicazione	Integrale Parziale
-----------------------------------	-------------------------

REGIONE TOSCANA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO
 Sede Legale Piazza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Numero della delibera	
Data della delibera	
Oggetto	Documentazione sanitaria
Contenuto	Relazione Sanitaria anno 2023 Ausl Toscana Centro

Dipartimento	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE
Direttore Dipartimento	DEI SIMONA
Struttura	DIRETTORE SANITARIO
Direttore della Struttura	DEI SIMONA
Responsabile del procedimento	BALLERINI DAVID

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° pag.	Oggetto
A	183	Relazione sanitaria aziendale Ausl Toscana Centro anno 2023 - testo

IL DIRETTORE GENERALE
(in forza del D.P.G.R. Toscana n. 169 dell' 11 ottobre 2023)

Vista la Legge Regionale n. 84/2015 recante “*Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla Legge Regionale 40/2005*”;

Vista la delibera n. 1720 del 24.11.2016 di approvazione dello Statuto aziendale e le conseguenti delibere di conferimento degli incarichi dirigenziali delle strutture aziendali;

Visto il vigente Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020 adottato dal Consiglio Regionale con deliberazione n° 73 del 9.10.2019;

Considerato il Piano Operativo di Area Vasta Centro, recepito con delibera G.R n° 1047 del 2016;

Richiamato il Programma regionale di Sviluppo 2016-2020;

Visto il documento preliminare di sintesi del Programma regionale di Sviluppo 2021-2025 illustrato in data 08.06.2021 al Consiglio Regionale;

Preso atto dell’art 24 della L.R 40/2005 che prevede l’adozione della Relazione sanitaria Aziendale da parte del Direttore Generale;

Richiamate:

- La delibera della Giunta regione Toscana n° 274/2001 “Modifica della deliberazione della Giunta Regionale n° 1307/1999 – Approvazione Schema di Relazione Sanitaria Aziendale”;
- La delibera della Giunta Regione Toscana n° 218/2000 “Approvazione Guida alla Compilazione degli Schemi di Relazione Sanitaria Aziendale di cui alla DGRT n° 1307/1999”;

Preso atto che il Direttore Sanitario nel proporre il presente atto attesta la regolarità tecnica ed amministrativa e la legittimità e congruenza dell’atto con le finalità istituzionali di questo Ente, stante anche l’istruttoria effettuata a cura del Responsabile del Procedimento, dr. Ballerini David , in servizio c/o la Struttura Segreteria Direzione Sanitaria Aziendale;

Vista la sottoscrizione dell’atto da parte del Direttore Sanitario;

Su proposta del Direttore Sanitario;

Acquisito il parere favorevole del Amministrativo e del Direttore dei Servizi Sociali;

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa:

- 1) di approvare la Relazione Sanitaria Aziendale , anno 2023, con il testo di cui all’Allegato A;
- 2) di trasmettere, a cura del Responsabile del procedimento, la presente delibera a Regione Toscana, alla Conferenza Aziendale dei Sindaci, ad Ars, e a tutti i Dipartimenti Sanitari aziendali;

3) di trasmettere la presente determinazione al Collegio Sindacale a norma di quanto previsto dall' Art. 42 comma 2, della L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii.

4) Di pubblicare sull' albo on-line ai sensi dell' art. 42 comma 2, della Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Valerio Mari)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Valeria Favata)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Simona Dei)

IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI
(Dott.ssa Rossella Boldrini)



RELAZIONE SANITARIA

Anno 2023

La Relazione Sanitaria Aziendale è a cura di

per **Sezione I. “Lo Stato di Salute”** e per il capitolo **Prevenzione della sezione II “La risposta dell’Azienda Sanitaria”**

UFC Epidemiologia e UFS Cerimp, Staff Dipartimento Prevenzione

ARIANI Filippo
BRUSCHI Mario
CIPRIANI Francesco
FATTORINI Letizia
LEVI Miriam
LIZZERI Claudio
ROMEO Gianpaolo
TALINI Donatella

per **Sezione II. La risposta dell’Azienda Sanitaria**

STAFF DIREZIONE SANITARIA

BASSETTI Andrea
GUARDUCCI Silvia
PAPINI Donato
TRAMALLONI Daniela

DIPARTIMENTO DEL FARMACO

PAVONE Eleonora

RETE OSPEDALIERA

DI RENZO Lucilla

RETE SANITARIA TERRITORIALE

GOSTINICCHI Sandra
MANNELLI Daniele
MESSERI Andrea
PERILLO Giuseppina
ROTI Lorenzo

DIPARTIMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALE TERRITORIO

GUARRACINO Antonio

DIPARTIMENTO SERVIZI SOCIALI

BOLDRINI Rossella
BENSI Sara
STADERI Azzurra
OLIVIERI Laura

STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

FONDI Massimo

28giugno 2024

SEZIONE I. LO STATO DI SALUTE.....	5
1. TERRITORIO E DEMOGRAFIA	6
1.1 Il territorio dell'Azienda USL Toscana Centro.....	6
1.2 Contesto demografico.....	9
2. AMBIENTE	20
2.1 Qualità dell'aria	20
2.2 Qualità delle acque	29
3. STILI DI VITA	37
4. MORTALITÀ.....	43
5. ALCUNE PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE	48
5.1 Malattie cardiovascolari	48
5.2 Tumori.....	51
5.3 Malattie infettive	58
5.4 Infortuni stradali	59
6. SALUTE NEI GRUPPI DI POPOLAZIONE.....	63
6.1 Salute materno-infantile.....	63
6.2 Infortuni sul lavoro	68
6.3 Malattie Professionali.....	70
SEZIONE II. LA RISPOSTA DELL'AZIENDA SANITARIA	72
7. LE ATTIVITÀ	73
7.1 PRONTO SOCCORSO e 118	73
7.2 OSPEDALE	77
7.2.1 Ricoveri.....	77
7.2.2 Ricoveri Medici e Chirurgici	79
7.2.3 Chirurgia Ambulatoriale Complessa	81
7.2.4 Elenco dei primi ricoveri per volumi (Top DGR).....	82
7.2.5 Indicatori Chirurgia Oncologica	83
7.2.6 Indicatori Chirurgia Generale.....	85
7.2.7 Chirurgia Ortopedica.....	85
7.2.8 Donazioni	86
7.2.9 Materno-Infantile.....	86
7.3 PREVENZIONE	88
7.3.1 Vaccinazioni.....	88
7.3.2 Coperture vaccinali	88
7.3.2 Screening Oncologici.....	99
7.3.3 Vigilanza e controllo.....	107
7.4 TERRITORIO.....	114
7.4.1 Cure Primarie.....	114
7.4.2 Continuità Ospedale-Territorio	118

7.4.3 Cure Intermedie e Ospedali di Comunità	119
7.5 PRESTAZIONI DEL PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA	123
7.5.1 Andamento della domanda (prescrizioni elettroniche) - Prestazioni PRGLA	123
7.5.2 Analisi Prenotato Effettivo - Prestazioni PRGLA	124
7.5.3 Andamento Catchment Index - Visite Specialistiche AUSL TC.....	126
7.5.4 Andamento Catchment Index - Diagnostica AUSL TC.....	126
7.5.5 Prestazioni Sanitarie e Catchment Index	127
7.5.6 Tasso Prescrittivo	128
7.5.7 Tempi di Attesa Prestazioni Ambulatoriali	129
7.5.8 Tempi di Attesa Chirurgia Elettiva	132
7.5.9 Produzione Interventi - Impatti Pandemia	134
7.5.10 Ricognizione Utilizzo Blocchi Operatori AUSL TC	135
7.5.11 Piano Miglioramento Liste di Attesa	137
7.5.12 Offerta Privato Convenzionato	138
7.6 RIABILITAZIONE	141
7.7 SALUTE MENTALE	143
7.8 LA PRESA IN CARICO DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	144
7.8.1 Area della domiciliarità.....	144
7.8.2 Area della semi-residenzialità.....	145
7.8.3 Area della residenzialità (permanente, temporanea e di sollievo)	146
7.8.4 Ulteriori progettualità attivate sul territorio	147
7.9 ASSISTENZA FINE VITA	149
7.10 ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	152
7.11 SERVIZI SOCIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA.....	157
8. LA PERFORMANCE	163
8.1 L'andamento dei volumi.....	163
8.2 Il bersaglio MeS 2023	164
9. GLI ESITI DELLE CURE	170
9.1 Gli esiti letti attraverso il programma regionale PrOsE.....	170
9.2 Gli esiti letti attraverso i dati del Programma Nazionale Esiti di Agenas	176

SEZIONE I. LO STATO DI SALUTE

1. TERRITORIO E DEMOGRAFIA

1.1 Il territorio dell'Azienda USL Toscana Centro

Una popolazione che vive e lavora tra aree metropolitane e rurali

Il territorio dell'Azienda USL Toscana Centro (AUSL TC) coincide con quello delle tre province di Firenze, Prato e Pistoia, con l'aggiunta di 4 Comuni pisani dell'area del Valdarno (Castelfranco di Sotto, Montopoli Valdarno, San Miniato, Santa Croce sull'Arno). È caratterizzato dalla presenza dell'area metropolitana toscana e dalla varietà di zone collinari e montane circostanti, con una superficie di poco più di un quinto dell'intera Regione, dove vivono quasi la metà dei toscani.

La densità di popolazione varia notevolmente fra le otto zone socio-sanitarie (Tabella 1). È massima nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, e minima in Mugello, contribuendo ad alcune delle differenze territoriali in termini di stili di vita, esposizioni ambientali, profili socioeconomici e salute.

Tabella 1. Caratteristiche del Territorio delle zone socio-sanitarie dell'AUSL TC. Fonte: ARS e ISTAT, 2024.

Zona sociosanitaria o Società della Salute e AUSL	Superficie (Km ²)	Densità popolazione (Ab/Km ²)- 2022	Popolazione in comuni montani (%) - 2022
Pistoiese	698	245	8,3
Val di Nievole	266	447	0,0
Pratese	366	708	3,6
Fiorentina	102	3.556	0,0
Fiorentina Nordovest	333	624	2,5
Fiorentina Sudest	1.212	149	5,5
Mugello	1.131	56	100,0
Empolese Valdelsa Valdarno	933	258	0,0
AUSL Toscana Centro	5.041	318	6,3
AUSL Nord Ovest	6.388	195	14,0
AUSL Sud Est	11.557	70	17,1
Regione Toscana	22.987	159	11,3

Il territorio della Provincia di Pistoia comprende i nove comuni della zona socio-sanitaria Pistoiese e gli undici di quella della Val di Nievole. Nella Zona Pistoiese circa la metà della popolazione vive nel Comune di Pistoia e vi sono rappresentate le aree montane dei comuni Abetone-Cutigliano, Marliana, Sambuca Pistoiese e San Marcello Pistoiese-Piteglio, mentre i comuni della Piana pistoiese (Aglia, Montale, Pistoia, Quarrata, Serravalle Pistoiese) sono in continuità dell'asse metropolitano fiorentino e pratese. La montagna pistoiese è da sempre attrazione per attività sportive invernali. Il complesso del Montalbano separa il territorio della Zona Pistoiese da quello della Zona Val di Nievole, più collinare e con maggiore densità abitativa. L'attività florovivaistica è da sempre specifica e strategica dell'area pistoiese, costituendo un importante polo occupazionale e di reddito locale, coinvolgendo 1.500 aziende, 5.500 addetti, con un fatturato di oltre 300 milioni di euro/anno. Rilevante a Pistoia è anche il polo industriale ferrotranviario della Hitachi (ex Breda).

La riserva naturale appenninica di Campolino, le zone palustri del Padule di Fucecchio e l'area delle acque termali di Montecatini e Monsummano caratterizzano gli habitat naturali di entrambi i territori.

Il territorio della Zona Pratese, attraversato dalla valle del fiume Bisenzio, coincide con la Provincia di Prato ed è caratterizzata dalla più alta densità abitativa fra le province toscane e tra le più elevate in Italia. Poco più del 75% dei 258 mila residenti vive nel Comune di Prato, il secondo in Toscana dopo Firenze per numerosità. Il rimanente 25% è distribuito negli altri 6 comuni, di cui Cantagallo, Vaiano e Vernio sono collocati sul versante montano, Montemurlo nella piana in continuità dell'asse metropolitano residenziale Firenze-Prato-Pistoia e Poggio a Caiano e Carmignano, detti anche "comuni medicei", sul versante collinare sud, orientati verso l'area fiorentina. L'area pratese è tradizionale centro dell'attività tessile regionale e nazionale, che sta vivendo profonde trasformazioni a seguito dell'ultima crisi economica mondiale e da sempre caratterizzata dalla presenza di manodopera e imprenditoria straniera cinese.

Il territorio della Zona Fiorentina coincide con quello del comune di Firenze e rappresenta la parte del territorio della AUSL TC più antropizzata, con le consolidate caratteristiche positive e negative dei comuni metropolitani per aspetti demografici, abitudini di vita, relazioni sociali, inquinamento, mobilità, residenzialità, sicurezza, disponibilità ed accessibilità dei servizi. In epoca pre-pandemica, in questa zona si concentravano i maggiori flussi turistici dall'Italia e

dall'estero, con circa 11 milioni di presenze all'anno, la metà del totale di presenze straniere dell'intera AUSL TC e circa 1/5 di tutte quelle in Toscana. Turismo, commercio e servizi sono i settori economici tradizionalmente trainanti di questa zona.

La Zona Fiorentina Nord Ovest include i sette comuni della cintura metropolitana di Firenze: Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa, Vaglia. Dal punto di vista demografico è storicamente una porzione di territorio cresciuta grazie all'insediamento di famiglie giovani in cerca di residenze economicamente più accessibili rispetto al centro storico e alle fasce residenziali della città di Firenze. Con esclusione di Vaglia, tutti i comuni sono collocati nella piana fiorentina, interessata in modo diretto o indiretto da significativi progetti di nuove opere infrastrutturali, anche se non tutte di sicura esecuzione (terza corsia autostradale, tramvia, nuova pista aeroportuale, nuovo inceneritore). L'area è già sede di un'elevata concentrazione di rete viaria stradale, impianti industriali, aree residenziali, poli didattici e attività commerciali ed è la zona toscana con maggior intensità di mobilità in entrata ed in uscita per lavoro e studio. Occupa gran parte dell'area che si estende fino alla piana lucchese e dal punto di vista climatologico è interessata da un significativo effetto serra, con conseguenti criticità per la qualità dell'aria.

La Zona Fiorentina Sud Est, con prevalente carattere collinare, presenta aspetti rurali e al tempo stesso urbani con insediamenti sparsi e agglomerati sulle alture. Comprende il comune collinare di Fiesole, i comuni del *Chiantishire*, che testimoniano la toscanità nell'immaginario collettivo globalizzato (Greve in Chianti, Impruneta), quelli della Val di Pesa (San Casciano, Tavarnelle e Barberino Val d'Elsa), che con coerenza paesaggistica si integrano con quelli dell'area senese, i comuni del Valdarno superiore (Figline e Incisa, Reggello, Rignano sull'Arno), caratterizzati da alternanza di aree agricole e commerciali in direzione del territorio aretino e quelli della Val di Sieve (Dicomano, Londa, San Godenzo, Pelago, Pontassieve e Rufina), con aree rurali e montane, in continuità con il Mugello e l'Appennino romagnolo.

Il territorio della Zona Mugello è costituito da una larga conca circondata da colline e aree montuose appenniniche, con oltre il 70% di territorio boschivo. Ha la più bassa densità abitativa dell'AUSL TC e tutti i suoi otto Comuni (Barberino di Mugello, Borgo San Lorenzo,

Dicomano, Firenzuola, Marradi, Palazzuolo sul Senio, Scarperia e San Piero, Vicchio) sono classificati come totalmente montani.

I grandi lavori per la linea ferroviaria ad alta velocità Roma – Milano e per la variante autostradale di valico, la riattivazione della linea ferroviaria “Faentina”, la crescita dell’invaso idrico di Bilancino e del Centro commerciale di Barberino, insieme al motovelodromo sono le opere che negli ultimi anni hanno maggiormente caratterizzato lo sviluppo infrastrutturale dell’ambito territoriale. Significativo è il pendolarismo per lavoro e studio dei residenti nel Mugello sull’area metropolitana e viceversa dei fiorentini nel week end per attività sportive e ricreative.

Il territorio della Zona Empolese Valdelsa Valdarno comprende undici comuni della provincia di Firenze (Capraia e Limite, Cerreto Guidi, Empoli, Fucecchio, Montelupo Fiorentino, Montespertoli, Vinci, Val d’Elsa, Castelfiorentino, Certaldo, Gambassi Terme, Montaione) e quattro comuni della provincia di Pisa (Castelfranco di Sotto, Montopoli in Val d’Arno, San Miniato, Santa Croce sull’Arno). Geograficamente è configurata come un corridoio nella valle dell’Arno tra la Toscana interna e la costa, con territorio pianeggiante con alta densità di mobilità metropolitana. E’ l’area vocata tradizionale regionale e polo nazionale della filiera del cuoio e della pelle.

1.2 Contesto demografico

Dopo il Covid, riparte la crescita dell’aspettativa di vita

I dati più recenti sull’aspettativa di vita per comuni e zone di ARS sono aggiornati solo al 2020, parzialmente influenzati dall’evento pandemico da COVID-19 iniziato a febbraio 2020. L’ISTAT ha pubblicato le stime dell’aspettativa di vita al 2023 con dettaglio geografico fino a livello provinciale ma non comunale. In generale, i residenti della AUSL TC godono di un’aspettativa di vita alla nascita tra le più alte a livello internazionale, maggiore delle altre due AUSL toscane, con il massimo nel 2020 nei residenti della zona Fiorentina Nord Ovest (84,6 anni), in particolare nei maschi (86,4 anni), mentre nelle femmine al vertice della classifica è la zona Fiorentina (86,5 anni). Meno brillanti i valori delle residenti nella Val di Nievole e dei maschi del Mugello. La speranza di vita a 65 anni nell’ AUSL TC nel 2020 si

attesta sui 21,7 anni (19,9 nei maschi e 23,1 nelle femmine), la più elevata delle tre AUSL toscane.

Tabella 2. Speranza di vita alla nascita per zona socio-sanitaria/Società della Salute e AUSL nel 2020 (ultimo anno disponibile).

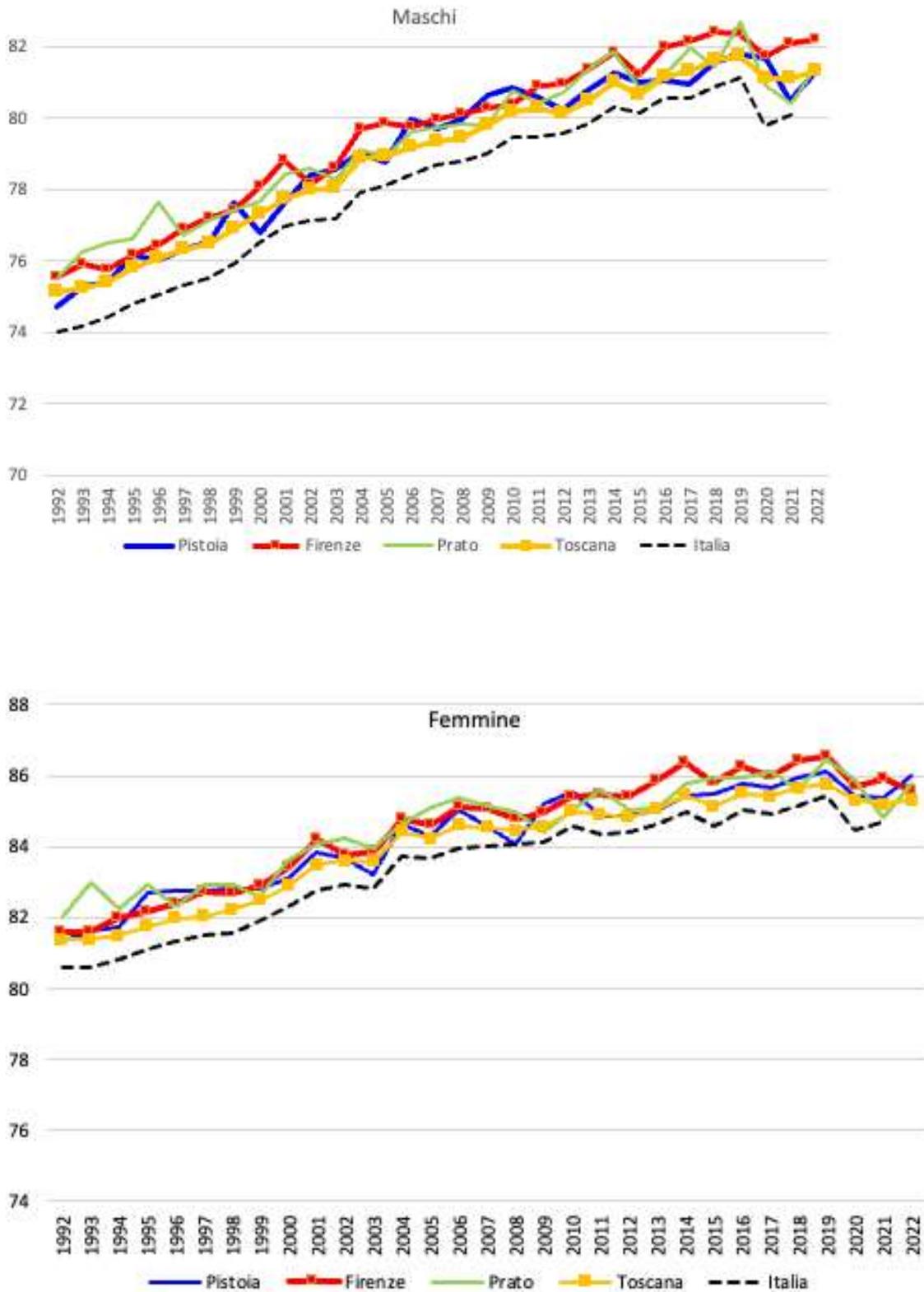
Fonte: ARS, 2024.

Zona sociosanitaria o Società della Salute e AUSL	Speranza di vita alla nascita		
	Maschi	Femmine	Totale
Pistoiese	82,0	86,2	84,2
Val di Nievole	81,6	85,5	83,6
Pratese	81,9	86,3	84,2
Fiorentina	82,0	86,5	84,4
Fiorentina Nord Ovest	82,6	86,4	84,6
Fiorentina Sud Est	82,4	86,1	84,3
Mugello	81,7	85,9	83,8
Empolese Valdelsa Valdarno	81,7	85,9	83,9
AUSL Toscana Centro	82,0	86,2	84,2
AUSL Nord Ovest	81,0	85,2	83,2
AUSL Sud Est	81,8	85,7	83,9
Regione Toscana	81,6	85,7	83,8

Le tavole di mortalità ISTAT, aggiornate al 2022 e solo a livello provinciale, confermano i livelli elevati dell'aspettativa di vita nei territori dell'AUSL TC (escluso i 4 comuni pisani). In particolare, l'aspettativa di vita alla nascita nel 2022 nella Provincia di Firenze è di 82,2 anni per i maschi e 85,6 per le femmine. I valori in quella di Pistoia sono di 81,3 nei maschi e 86,3 nelle femmine e in quella di Prato di 81,4 nei maschi e 85,8 nelle femmine, mentre i valori della Regione Toscana sono di 81,3 per i maschi e 85,4 per le femmine e dell'Italia di 80,6 e 84,8 rispettivamente.

In tutti i territori dell'AUSL TC il trend dell'aspettativa di vita alla nascita è in costante e progressiva crescita, anche se nel 2020 si registra una flessione significativa causata dall'epidemia COVID-19 in epoca pre-vaccinazione, analogamente a quanto si rileva a livello regionale e nazionale (Figura 1). Nel 2021 si colgono segnali di miglioramento, anche se in ritardo ancora nella provincia di Prato e Pistoia. Comunque, i valori per i residenti dell'AUSL TC sono sempre tra i migliori a livello nazionale.

Figura 4. Trend dell'aspettativa di vita alla nascita per maschi e femmine nelle province di Firenze - Prato - Pistoia dell'AUSL TC, in



I residenti al 1/1/2024 nell'AUSL TC sono 1.608.847 (Maschi: 780.774, 48,5%; Femmine: 828.073, 51,5%). Per dimensione demografica è la seconda più grande azienda sanitaria in Italia, dopo quella metropolitana di Milano.

La Zona più popolosa è quella Fiorentina, coincidente con il Comune di Firenze, con quasi 370.000 abitanti, il 22,6% dell'intera AUSL TC, seguita in ordine decrescente dalla Pratese (ca. 261.000; 16,2%), dall'Empolese Valdelsa Valdarno (ca. 241.000; 15,0%), Fiorentina Nord-Ovest (ca. 208.000; 12,9%), Fiorentina Sud Est (ca. 181.000; 11,3%), Pistoiese (ca. 170.000; 10,6%), Val di Nievole (ca. 120.000; 7,4%) e Mugello (ca. 63.000; 3,9%) (Tabella 3). I 4 Comuni pisani della Zona Empolese (Castelfranco di Sotto, Montopoli V.no, San Miniato e Santa Croce sull'Arno) contano poco più di 67.000 residenti, il 4,1% dell'intera popolazione aziendale ed il 28% della popolazione della Zona Empolese. Il 96% della popolazione dell'AUSL TC coincide con quella delle 3 province metropolitane di Firenze, Prato e Pistoia, di cui la fiorentina rappresenta la quota maggioritaria con quasi 1 milione di abitanti (62% dei residenti nell'AUSL TC), seguita dalla pistoiese (290.000 ab.; 18%) e dalla pratese (ca. 260.000 ab.; 16,2 %). Rispetto alle altre due AUSL toscane, per numero di residenti l'AUSL TC è il doppio di quella Sud Est e oltre il 50% della Nord Ovest (Tabella 3).

Tabella 3. Popolazione residente nell'AUSL TC per Comune e Zona al 1.1.2024. Fonte: ISTAT, 2024.

Zona	Comune	Maschi	Femmine	Totale	% su Zona	% su AUSL
Pistoiese	Abetone Cutigliano	883	934	1.817	1,1	0,1
	Agliaiana	8.851	9.109	17.960	10,5	1,1
	Marliana	1.696	1.561	3.257	1,9	0,2
	Montale	5.168	5.377	10.545	6,2	0,7
	Pistoia	42.901	46.215	89.116	52,3	5,5
	Quarrata	13.194	13.705	26.899	15,8	1,7
	Sambuca Pistoiese	743	698	1.441	0,8	0,1
	San Marcello Piteglio	3.662	3.955	7.617	4,5	0,5
	Serravalle Pistoiese	5.843	5.992	11.835	6,9	0,7

	Zona Pistoiese	82.941	87.546	170.487	100,0	10,6
Val di Nievole	Buggiano	4.236	4.540	8.776	7,3	0,5
	Chiesina Uzzanese	2.204	2.284	4.488	3,8	0,3
	Lamporecchio	3.635	3.777	7.412	6,2	0,5
	Larciano	3.075	3.219	6.294	5,3	0,4
	Massa e Cozzile	3.690	4.083	7.773	6,5	0,5
	Monsummano Terme	10.115	10.706	20.821	17,4	1,3
	Montecatini-Terre	10.077	11.103	21.180	17,7	1,3
	Pescia	9.344	9.909	19.253	16,1	1,2
	Pieve a Nievole	4.424	4.707	9.131	7,6	0,6
	Ponte Buggianese	4.297	4.488	8.785	7,3	0,5
	Uzzano	2.747	2.895	5.642	4,7	0,4
		Zona Valdinievole	57.844	61.711	119.555	100,0
Pratese	Cantagallo	1.624	1.507	3.131	1,2	0,2
	Carmignano	7.294	7.411	14.705	5,6	0,9
	Montemurlo	9.444	9.663	19.107	7,3	1,2
	Poggio a Caiano	4.885	5.055	9.940	3,8	0,6
	Prato	97.347	100.687	198.034	75,9	12,3
	Vaiano	4.792	5.097	9.889	3,8	0,6
	Vernio	3.091	3.075	6.166	2,4	0,4
		Zona Pratese	128.477	132.495	260.972	100,0
Fiorentina	Firenze e Zona Fiorentina	171.889	191.948	363.837	100,0	22,6
Fiorentina	Calenzano	8.945	9.185	18.130	8,7	1,1
Nord Ovest	Campi Bisenzio	23.589	23.972	47.561	22,8	3,0
	Lastra a Signa	9.760	10.019	19.779	9,5	1,2

	Scandicci	23.673	25.730	49.403	23,7	3,1
	Sesto Fiorentino	23.425	25.722	49.147	23,6	3,1
	Signa	9.289	9.693	18.982	9,1	1,2
	Vaglia	2.581	2.650	5.231	2,5	0,3
	Zona Fiorentina Nord Ovest	101.262	106.971	208.233	100,0	12,9
Fiorentina	Bagno a Ripoli	11.903	13.168	25.071	13,8	1,6
Sud Est	Barberino Tavarnelle	5.971	5.965	11.936	6,6	0,7
	Fiesole	6.640	7.143	13.783	7,6	0,9
	Figline e Incisa Valdarno	11.271	11.887	23.158	12,8	1,4
	Greve in Chianti	6.566	6.779	13.345	7,4	0,8
	Impruneta	6.910	7.458	14.368	7,9	0,9
	Londa	943	885	1.828	1,0	0,1
	Pelago	3.897	3.962	7.859	4,3	0,5
	Pontassieve	9.907	10.325	20.232	11,2	1,3
	Reggello	8.177	8.381	16.558	9,1	1,0
	Rignano sull'Arno	4.253	4.310	8.563	4,7	0,5
	Rufina	3.478	3.576	7.054	3,9	0,4
	San Casciano in Val di Pesa	7.913	8.523	16.436	9,1	1,0
	San Godenzo	514	525	1.039	0,6	0,1
	Zona Fiorentina Sud Est	88.343	92.887	181.230	100,0	11,3
	Barberino di Mugello	5.472	5.499	10.971	17,3	0,7
	Borgo San Lorenzo	8.933	9.390	18.323	28,9	1,1
Mugello	Dicomano	2.851	2.718	5.569	8,8	0,3
	Firenzuola	2.212	2.216	4.428	7,0	0,3
	Marradi	1.468	1.417	2.885	4,6	0,2

	Palazzuolo sul Senio	545	536	1.081	1,7	0,1
	Scarperia e San Piero	5.929	6.050	11.979	18,9	0,7
	Vicchio	4.063	4.038	8.101	12,8	0,5
	Zona Mugello	31.473	31.864	63.337	100,0	3,9
Empolese Valdelsa Valdarno	Capraia e Limite	3.857	3.969	7.826	3,2	0,5
	Castelfiorentino	8.501	8.792	17.293	7,2	1,1
	Cerreto Guidi	5.248	5.497	10.745	4,5	0,7
	Certaldo	7.742	7.893	15.635	6,5	1,0
	Empoli	23.777	25.226	49.003	20,3	3,0
	Fucecchio	11.232	11.576	22.808	9,5	1,4
	Gambassi Terme	2.371	2.475	4.846	2,0	0,3
	Montaione	1.697	1.780	3.477	1,4	0,2
	Montelupo Fiorentino	6.947	7.361	14.308	5,9	0,9
	Montespertoli	6.515	6.659	13.174	5,5	0,8
	Vinci	7.136	7.448	14.584	6,0	0,9
	Castelfranco di Sotto (PI)	6.851	6.784	13.635	5,7	0,8
	Montopoli in Val d'Arno (PI)	5.581	5.684	11.265	4,7	0,7
	San Miniato (PI)	13.600	14.207	27.807	11,5	1,7
	Santa Croce sull'Arno (PI)	7.490	7.300	14.790	6,1	0,9
	Zona Empolese Valdelsa Valdarno	118.545	122.651	241.196	100,0	15,0
AUSL TC		780.774	828.073	1.608.847		43,9
AUSL NO		605.029	640.267	1.245.296		34,0
AUSL SE		395.518	415.136	810.654		22,1
TOSCANA		1.781.321	1.883.477	3.664.798		100,0

I dati sul bilancio demografico, basati sul saldo naturale (nati – deceduti) e quello migratorio (interno da e per altri comuni + esterno da e per altri Paesi), per i comuni in Italia ad oggi sono quelli scaricati a maggio 2024 dalla banca dati ISTAT e riferiti alla popolazione del 2023. Nel corso di questo anno, l'AUSL TC fa segnare un saldo naturale tra nati e deceduti negativo (- 8.848 residenti), ma rispetto al totale dei residenti il tasso è inferiore a quello delle altre due AUSL e della Regione Toscana (Tabella 4). Il saldo naturale è negativo in tutte le zone, anche se è meno accentuato nella zona Pratese. Il quoziente di incremento migratorio, risultante dalla somma del saldo migratorio interno (trasferimenti da e per altri comuni italiani) ed esterno (trasferimenti da e per l'estero) e riferito a 1.000 abitanti, nel 2023 nell'AUSL TC è positivo (+ 12.886), segnalando una ripresa dopo la contrazione dovuta alla pandemia del 2020.

Tabella 4. Indicatori del bilancio demografico negli ambiti territoriali nell'AUSL TC – Anno 2023. Fonte: ISTAT, 2024.

Ambito territoriale	Nati vivi	Morti	Saldo naturale	Quoziente incremento naturale (x 1000)	Saldo migratorio (interno + estero)	Quoziente incremento migratorio (x 1000)
Pistoiese	970	2.026	- 1.056	- 6,2	791	4,6
Val di Nievole	693	1.474	- 781	- 6,5	1.329	11,1
Pratese	1.499	2.508	- 1.009	- 3,9	2.737	10,5
Fiorentina	2.260	4.262	- 2.002	- 5,5	3.097	8,5
Fiorentina NO	1.265	2.137	- 872	- 4,2	1.206	5,8
Fiorentina SE	981	2.110	- 1.129	- 6,2	1.196	6,6
Mugello	345	718	- 373	- 6,6	650	10,3
Empolese VV	1.512	2.738	- 1.226	- 5,1	1.880	7,8
AUSL TC	9.525	17.973	- 8.448	- 5,3	12.886	8,0
AUSL NO	6.768	15.685	- 8.917	- 7,2	7.884	6,3
AUSL SE	4.546	10.299	- 5.753	- 7,1	5.165	6,0
TOSCANA	20.839	43.957	-23.118	- 6,3	25.935	7,1

La struttura per età non varia molto tra zone (Tabella 5). Nelle zone Pratese, Fiorentina Nord Ovest e Empolese Valdelsa Valdarno sono più rappresentate le classi giovanili, mentre in quella Fiorentina e Fiorentina Sud Est lo sono di più quelle degli anziani. L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno diffuso nei Paesi ad economia avanzata, ma in particolare nell'area europea e mediterranea, perlopiù dovuto alla riduzione della mortalità, soprattutto negli adulti ed anziani e alla diminuzione delle nascite, solo parzialmente compensato dall'arrivo di giovani stranieri da Paesi svantaggiati.

Nella AUSL TC, secondo i dati ISTAT 2023, un residente su quattro ha almeno 65 anni. Quelli di età maggiore di 75 anni sono 198.896 (12,4%), quelli di età maggiore di 90 anni sono 21.650 (1,3%) e gli ultracentenari 706. Dopo i 50 anni le femmine cominciano a superare in numero assoluto i loro coetanei, a causa della differenza di mortalità per genere e per età, a favore delle femmine, tanto che dopo gli 85 anni le femmine sono oltre il doppio dei maschi.

Confrontando gli indicatori demografici disponibili, Tabella 5, per area geografica dal portale di ARS, si rilevano segnali demograficamente meno regressivi nell'AUSL TC rispetto alla Toscana: gli indici di vecchiaia e di dipendenza degli anziani sono inferiori al valore regionale, mentre il tasso grezzo di natalità è superiore.

In particolare, la Zona Pratese ha da sempre i valori più bassi dell'indice di vecchiaia (nel 2023 sono 179 gli ultrasessantacinquenni per ogni 100 giovani di età 0-14 anni) e dell'indice di dipendenza degli anziani (35 ultrasessantacinquenni per 100 persone in età attiva 15-64 anni).

La maggior parte degli indicatori demografici segnala una tendenza regressiva della popolazione negli ultimi anni, coerentemente con le tendenze nazionali che evidenziano un invecchiamento progressivo e una instabilità economica di quelli in età attiva negli ultimi due decenni.

Tabella 5. Alcuni indicatori demografici dell'AUSL TC per zone. Fonte: ARS, 2024
 Saldo Totale = Saldo Naturale (Nati vivi – Morti) – Saldo Migratorio (Iscritti – Cancellati)

Ambito territoriale	Indice di vecchiaia Anni 65+/0-14 * 100 Anno 2023	Indice dipendenza anziani Anni 65 + /15-64 *100 Anno 2023	Tasso di natalità Nati*1.000 resid. Anno 2022	Quoziente incremento totale *1.000 residenti * Anno 2022
Pistoiese	225,4	43,1	6,0	0,1
Val di Nievole	216,7	40,4	5,9	2,5
Pratese	179,0	35,1	5,7	4,1
Fiorentina	233,7	42,2	6,4	2,6
Fiorentina NO	199,6	39,8	6,3	0,6
Fiorentina SE	237,0	45,4	6,1	- 2,8
Mugello	215,3	41,9	6,2	2,6
Empolese Valdelsa Valdarno	193,7	37,7	6,6	2,2
AUSL TOSCANA CENTRO	211,1	40,3	6,2	1,7
AUSL NORD OVEST	238,9	43,3	5,6	- 1,2
AUSL SUD EST	238,2	43,9	5,9	- 1,7
REGIONE TOSCANA	226,2	42,1	5,9	- 0,1

Tabella 6. Stranieri residenti, nati, nuovi iscritti anno 2022. Numero assoluto e % sul totale. Fonte: ARS, 2024.

Ambito territoriale	Stranieri residenti		Nati non italiani		Stranieri nuovi iscritti	
	N	%	N	%	N	%
Pistoiese	15.872	9,3	165	16,2	572	3,3**
Val di Nievole	13.795	11,6	183	26,2*	735	6,2*
Pratese	53.209	20,6	424	28,5*	2.176	8,4*
Fiorentina	53.634	14,8	436	18,7	2.439	6,7*
Fiorentina NO	27.315	13,1	226	17,3	822	3,9
Fiorentina SE	15.973	8,8	143	13,0	276	1,5
Mugello	5.604	8,9	59	15,1	280	4,4
Empolese Valdelsa Valdarno	30.991	12,9	324	20,5*	1.294	5,4*
AUSL TOSCANA CENTRO	216.393	13,5	1.960	19,7*	8.594	5,4*
AUSL NORD OVEST	104.622	8,4	947	13,6**	3.705	3,0**
AUSL SUD EST	85.493	10,5	830	17,5	2.704	3,3**
REGIONE TOSCANA	406.508	11,1	3.737	18,6	15.003	4,1

* valore significativamente ($p < .05$) maggiore di quello regionale; ** valore significativamente minore di quello regionale

In Toscana sono presenti 216.393 stranieri, pari al 13.5% della popolazione totale (Tabella 6), con la proporzione più elevata nella zona pratese (20.6%), dove si osserva anche la proporzione maggiore di nati non italiani (28.5%, 19.7% nella AUSL TC) e di stranieri nuovi iscritti (8.4%, nella AUSL TC 5.4%).

La distribuzione dei residenti stranieri secondo la cittadinanza in base ai dati ISTAT del 2023 evidenzia che le comunità più rappresentate nel territorio dell'AUSL TC sono nell'ordine la cinese, l'albanese, la rumena, la marocchina e la peruviana. La comunità cinese è più rappresentata nell'area metropolitana, in particolare nei comuni e zone con maggiori attività industriali, come quelli della zona Fiorentina, Fiorentina Nord Ovest, Pratese ed Empolese.

Importante nell'AUSL TC è tradizionalmente anche la presenza di turisti, che nel 2020 e parzialmente 2021 si è drammaticamente ridotta per la pandemia mondiale, rispetto agli oltre 6,5 milioni arrivati nel 2019 sul territorio dell'AUSL TC, di cui più di due terzi cittadini stranieri. Gli arrivi turistici nell'AUSL TC nel 2019 erano il 45,4% di quelli in Toscana. Il flusso si concentra nella Zona Fiorentina del Comune di Firenze, che ha la maggior capacità attrattiva, con oltre 4 milioni di turisti in era pre-pandemica. Secondo i dati di IRPET, in Toscana al settore del turismo afferisce circa il 15% delle imprese e degli addetti e la domanda turistica attiva circa il 10 % del lavoro.

2. AMBIENTE

2.1 Qualità dell'aria

La qualità dell'aria sta progressivamente migliorando, ma restano alcune criticità

Secondo i dati del *Global Burden of Disease Study 2017*, in Italia il particolato atmosferico è responsabile di circa il 3% degli anni di vita e in salute che perdiamo per morte prematura, malattia e disabilità. In Toscana ARPAT controlla sistematicamente la qualità dell'aria attraverso 37 centraline, di cui 13 nel territorio dell'AUSL TC. In particolare, 7 sono nell'agglomerato di Firenze (FI-Bassi; FI-Boboli; FI-Gramsci; FI-Mosse; FI-Settignano; FI-Scandicci; FI-Signa); 4 nella zona Pistoia e Prato (PO-Roma; PO-Ferrucci; PT-Montale; PT-Signorelli); 1 nella zona Valdarno aretino e Valdichiana (FI-Figline); 1 nella zona Valdarno pisano e Piana Lucchese a Santa Croce sull'Arno (PI-Santa Croce). Delle 13, 3 sono di traffico (FI-Gramsci; FI-Mosse; PO-Ferrucci), 9 sono di fondo e una è sia di fondo che industriale (PI-Santa Croce); 3 sono suburbane (FI-Settignano; PT-Montale; PI-Santa-Croce) e 10 urbane. Con esclusione di FI-Settignano, tutte misurano il PM₁₀, mentre gli altri inquinanti (PM_{2,5}, NO₂, CO, SO₂ o H₂S, Benzene, IPA, O₃, As, Ni, Cd, Pb) sono misurati solo in alcune.

Nei dati forniti da ARPAT per il 2023 sussistono le stesse criticità già osservate negli ultimi anni ma si evidenziano alcuni miglioramenti:

- Nelle aree della AUSL TC, il PM₁₀ continua ad essere rispettato il limite relativo al numero massimo (35) di superamenti annuo della media giornaliera di 50 µg/m³. Una sola stazione di fondo, quella della Piana lucchese, per il sesto anno consecutivo rappresenta l'unico sito di criticità regionale per il particolato PM₁₀;
- NO₂ non ha rispettato il limite relativo alla massima media annuale di 40 µg/m³ in una stazione di traffico dell'Agglomerato fiorentino che per il sesto anno consecutivo rappresenta il solo sito di criticità regionale per il biossido di azoto;
- l'ozono non ha rispettato il valore obiettivo per la salute della popolazione nel 40% delle stazioni della Rete Regionale, confermando la criticità diffusa per il raggiungimento del valore obiettivo (V.O.). Per AUSL TC, la stazione che si conferma critica è PT-Montale, con valori in miglioramento per le altre tre stazioni presenti nei territori dell'Azienda (FI-Settignano, FI-Signa e PI-S. Croce).

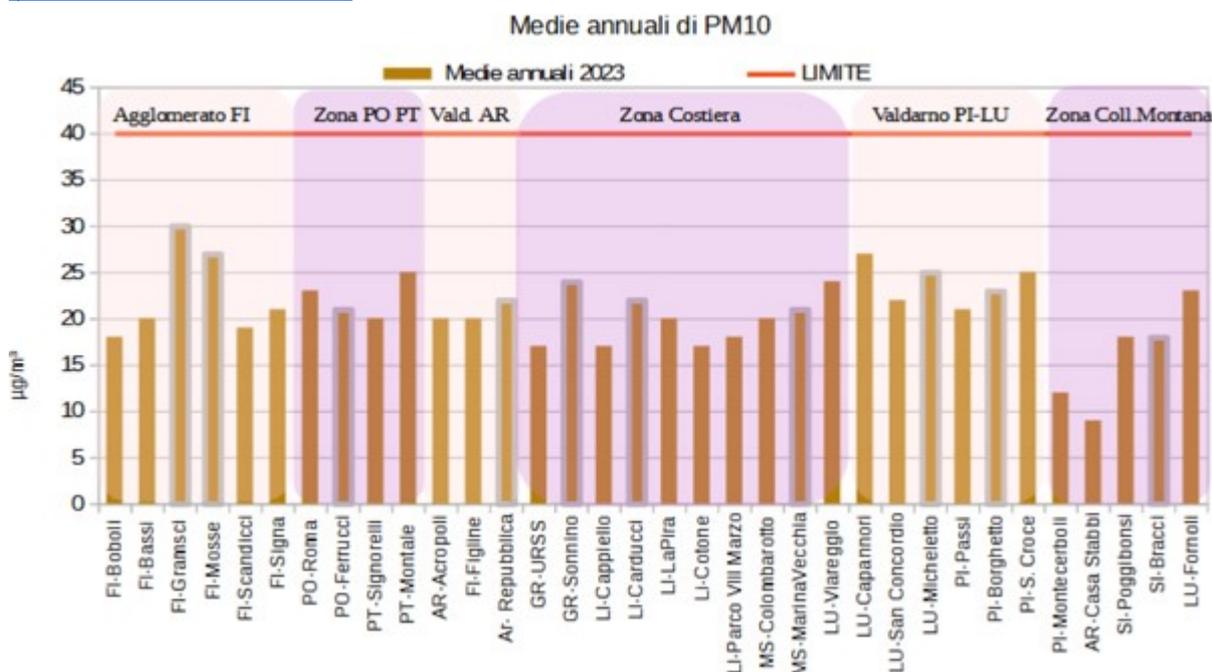
Considerando l'intero anno 2023, rispetto al **particolato PM₁₀**, tutte le stazioni del territorio dell'AUSL TC, così come quelle di tutta la Toscana, hanno rispettato, come già da diversi anni, il valore soglia indicato nel D.lgs. 155/2010 rispetto al parametro "media annuale" (valore limite: 40µg/m³) (Figura 2).

I livelli medi di PM₁₀ sono pressoché stabili dal 2014, con oscillazioni in base alla situazione meteorologica che di volta in volta si viene a creare.

Anche nel 2023, come per il triennio precedente, FI-Gramsci è la stazione di traffico che solitamente fa registrare il valore della media annuale più alto nel territorio dell'AUSL TC: 30 µg/m³, mentre la media complessiva regionale è stata pari a 21 µg/m³.

Figura 2. Medie annuali di PM₁₀ in Regione Toscana nell'anno 2023 – confronto con il limite annuale fissato dal D. Lgs. 155/2010.

Fonte: ARPAT 2024. La qualità dell'aria in Toscana nel 2023. <https://www.arpat.toscana.it/notizie/2024/qualita-aria-toscana-2023/la-qualita-dell-aria-in-toscana-nel-2023>

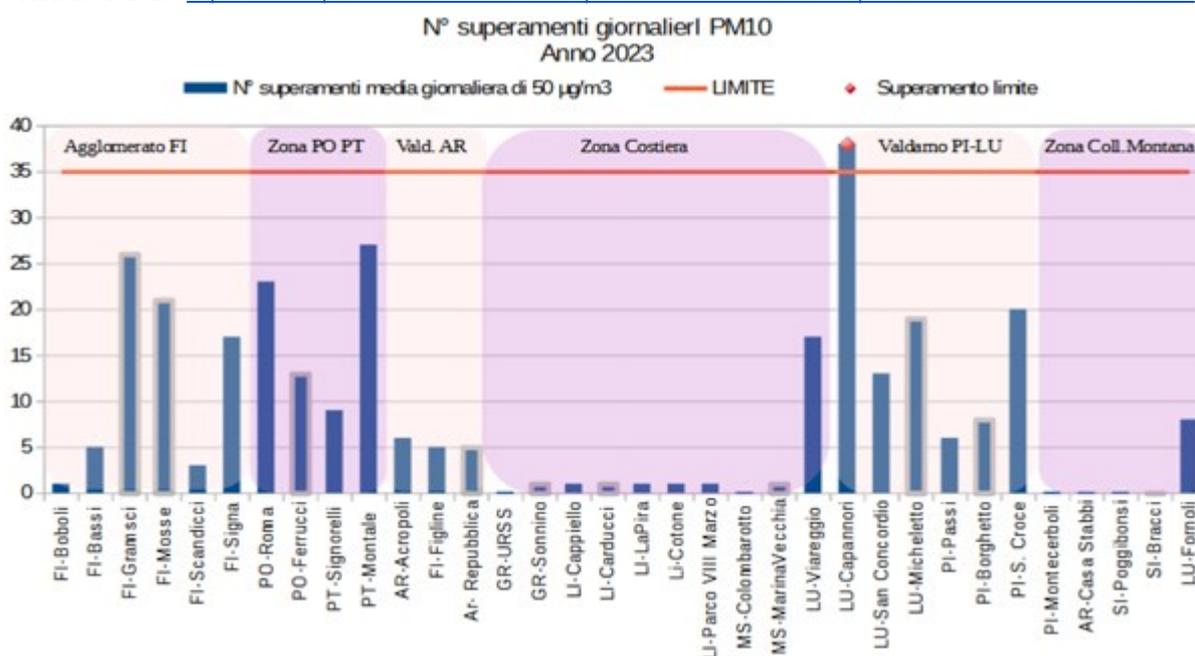


Tuttavia, nel 2023 tutte le stazioni sul territorio dell'AUSL TC hanno registrato una media annuale in eccesso rispetto al valore guida raccomandato dall'OMS nelle nuove linee guida sulla qualità dell'aria globale 2023 per la salvaguardia della salute (media annuale di 15 µg/m³) (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345329>).

Analizzando i limiti di superamenti della media giornaliera di 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM10 consentiti dalla normativa vigente, anche nel 2023, per il quinto anno consecutivo, il limite di 35 superamenti della media è stato rispettato in tutte le stazioni situate nel territorio della AUSL TC (Figura 3). L'unica criticità della Regione resta quella della stazione di fondo del comune di Capannori (dove complessivamente sono stati riscontrati 38 superamenti).

Nel 2023 il valore guida di max 3 superamenti raccomandato dall'OMS per la salvaguardia della salute è stato rispettato a FI-Boboli, FI-Scandicci e PI-Montecertoli. Il riscontro è positivo, considerando che negli anni precedenti nessuna delle stazioni dell'AUSL TC era riuscita a rispettare questo valore guida.

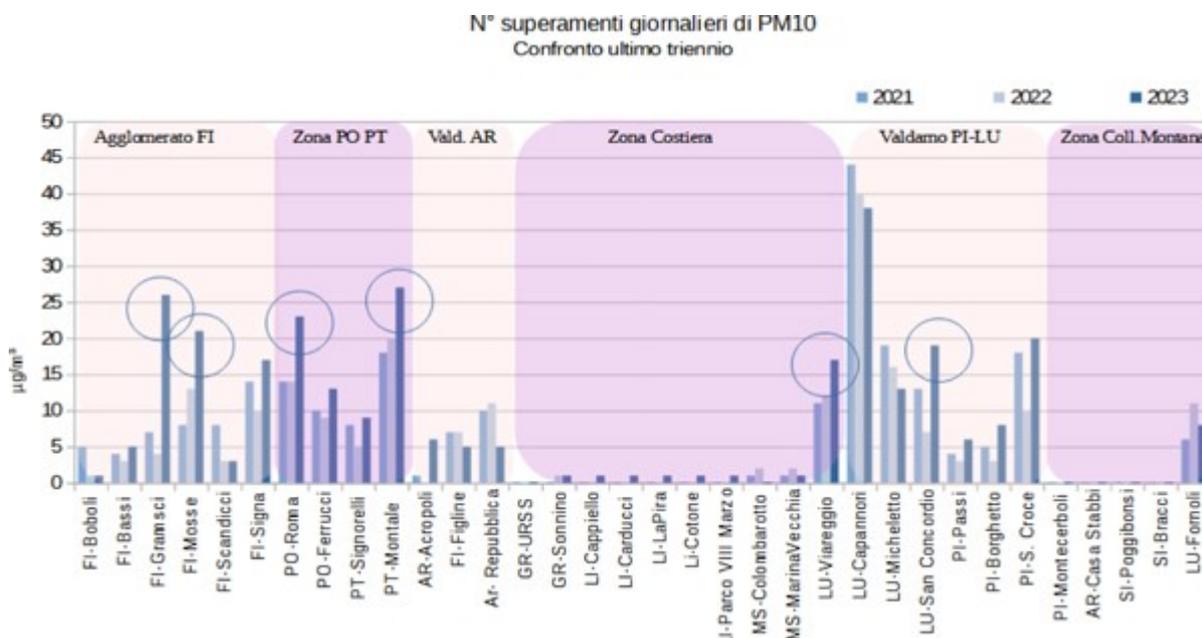
Figura 3. Particolato PM₁₀, confronto con il limite annuale fissato dal D. Lgs. 155/2010. Fonte: ARPAT 2024. La qualità dell'aria in Toscana nel 2023. <https://www.arpat.toscana.it/notizie/2024/qualita-aria-toscana-2023/la-qualita-dell-aria-in-toscana-nel-2023>



Da un confronto con il biennio precedente però, il numero di superamenti, seppur rispettando i limiti di legge, è cresciuto considerevolmente per l'agglomerato di Firenze e la zona Pratese-Pistoiese (zone di FI-Gramsci, FI-Mosse, PO-Roma e PT-Montale) (Figura 4).

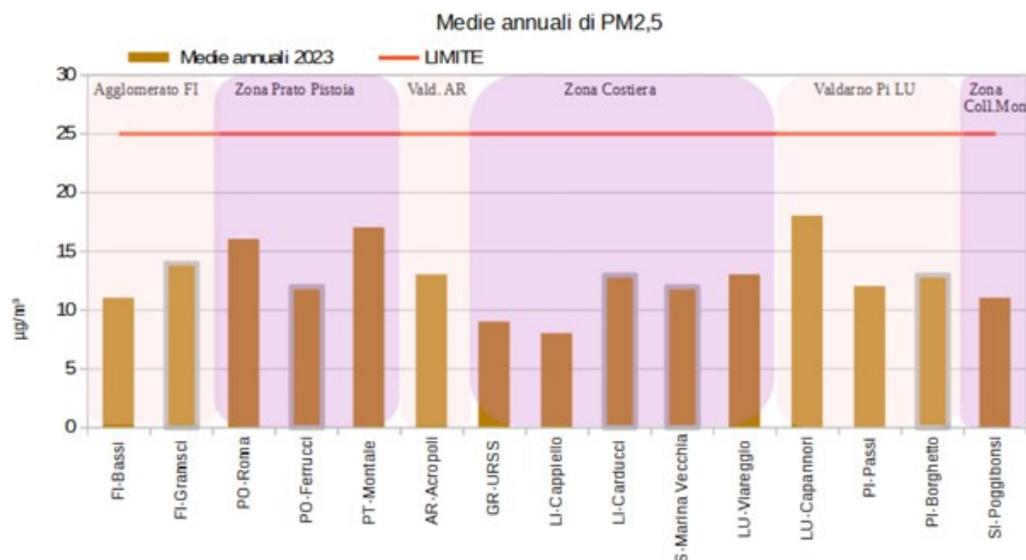
Figura 4. Particolato PM₁₀, confronto con il biennio precedente. Fonte: ARPAT 2024. La qualità dell'aria in Toscana nel 2023.

<https://www.arpap.toscana.it/notizie/2024/qualita-aria-toscana-2023/la-qualita-dell-aria-in-toscana-nel-2023>



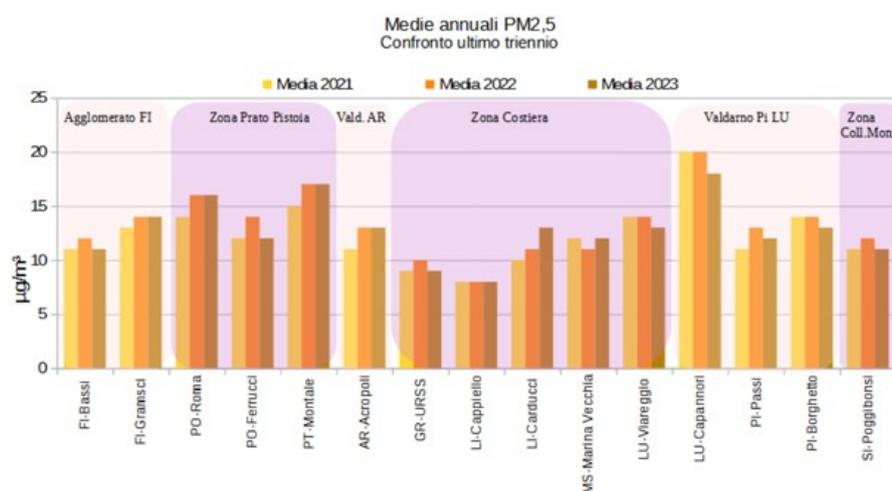
Rispetto al **particolato PM_{2,5}**, il valore limite (D. Lgs. 155/2010 riferito alla media annuale di 25 µg/m³) è stato rispettato anche nel 2023 come sempre dall'inizio del monitoraggio di questo parametro, in tutte le stazioni della Toscana (Figura 5). Tuttavia, tutte le stazioni dell'agglomerato fiorentino e quelle delle zone di Prato e Pistoia hanno registrato medie annuali di PM_{2,5} maggiori del valore consigliato dall'OMS per la protezione della salute umana (5 µg/m³), come peraltro è accaduto, seppure in misura inferiore, in tutte le altre stazioni regionali che misurano i livelli di PM_{2,5}, comprese le due stazioni di fondo della zona costiera (GR-URSS e LI-Cappiello) che hanno i valori più bassi.

Figura 5. Medie annuali delle concentrazioni di PM_{2,5} in rapporto alla soglia da non superare stabilita da D. Lgs.155/2010 (linea rossa). Fonte: ARPAT 2024. La qualità dell'aria in Toscana nel 2023 <https://www.arpat.toscana.it/notizie/2024/qualita-aria-toscana-2023/la-qualita-dell-aria-in-toscana-nel-2023>



Le stazioni dell'Agglomerato e della zona Prato-Pistoia che hanno evidenziato un aumento del numero di superamenti del valore limite giornaliero di PM₁₀ presentano invece valori di media annuale di PM_{2,5} analoghi a quelli del 2022 (Figura 6).

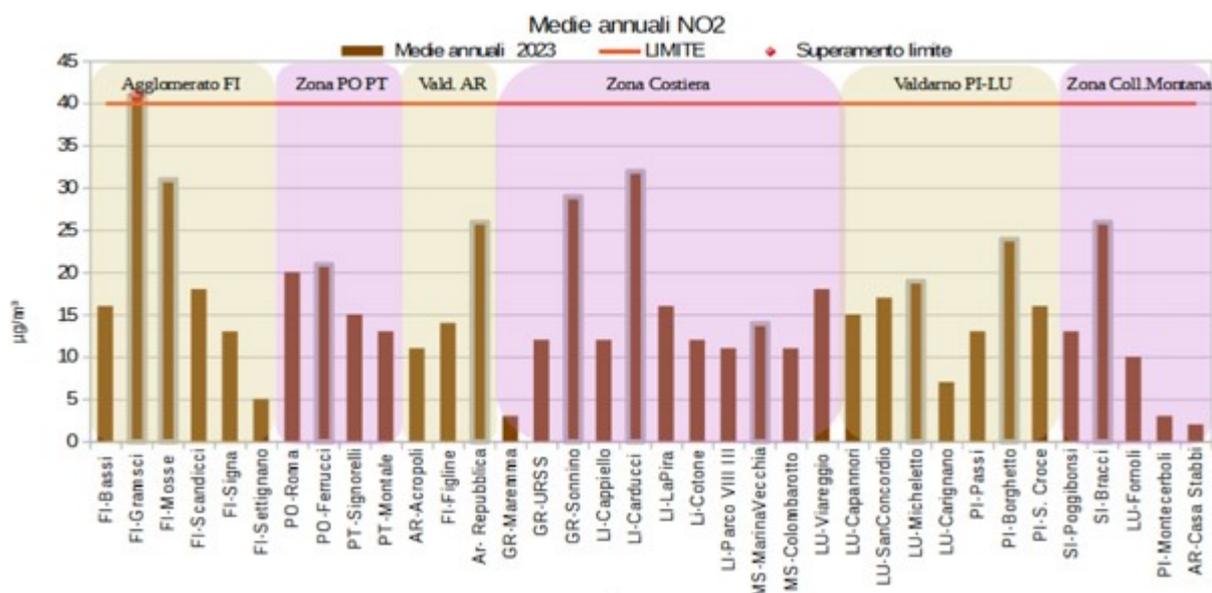
Figura 6. Particolato PM_{2,5}, confronto con il biennio precedente. Fonte: ARPAT 2024. La qualità dell'aria in Toscana nel 2023. <https://www.arpat.toscana.it/notizie/2024/qualita-aria-toscana-2023/la-qualita-dell-aria-in-toscana-nel-2023>



Rispetto al **biossido di azoto**, nel 2023, si assiste alla ripresa del trend decrescente per il biossido di azoto, tendenza che aveva subito un arresto nel 2022. Il limite di legge (D.Lgs.155/2010 e s.m.i., 18 superamenti massimi della media oraria di $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$) è stato rispettato in tutte le stazioni della Toscana e il valore limite relativo alla media annuale ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) è stato superato solamente nella stazione di traffico FI-Gramsci ($41 \mu\text{g}/\text{m}^3$), che tra le centraline di tipo "traffico" è quella posizionata a maggior flusso veicolare. Nella Figura 7 sono mostrate le medie annuali registrate nel 2023. Nelle stazioni di fondo, generalmente, si registrano valori medi complessivi di almeno la metà rispetto alle stazioni di traffico. Le soglie per il biossido di azoto raccomandata dalle linee guida sulla qualità dell'aria del 2021 dell'OMS, $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$, è stato superato da tutte le stazioni presenti nel territorio dell'AUSL TC ad eccezione di FI-Settignano.

Figura 7. Biossido di azoto - medie annuali 2023. Fonte: ARPAT 2024. La qualità dell'aria in Toscana nel 2023.

<https://www.arpato.toscana.it/notizie/2024/qualita-aria-toscana-2023/la-qualita-dell-aria-in-toscana-nel-2023>

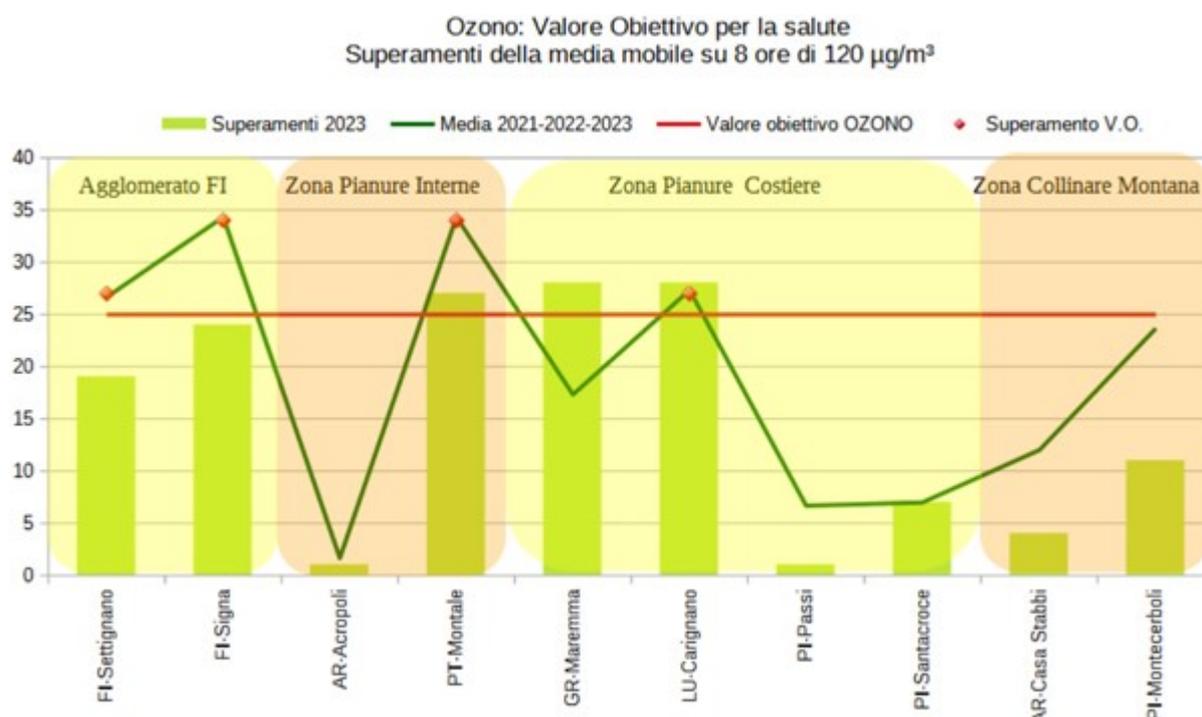


L'**ozono** si conferma una criticità nell'AUSL TC come più in generale in Toscana, nonostante i valori registrati nel 2023 siano stati inferiori ai valori, già in diminuzione rispetto al pregresso, del biennio precedente (Figura 8). Nel triennio 2021-2023 il limite di legge (massimo 25 superamenti come media triennale, della media giornaliera su 8 ore $>120\mu\text{g}/\text{m}^3$) è stato superato però solo in una delle 4 stazioni di monitoraggio presenti sul territorio dell'AUSL TC (PT-Montale), mentre FI-Settignano, FI-Signa e PI-S. Croce hanno rispettato il valore limite. Il superamento è però più

marcato se il confronto è fatto con i limiti più conservativi per la salute dell'OMS, dal momento che nessuna delle stazioni della AUSL TC ha rispettato il valore guida di nessun superamento/anno della massima media mobile giornaliera sulle 8 ore pari a $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Nell'ultimo decennio, i valori dell'ozono, seppur diminuiti, si sono mantenuti elevati e critici in quasi tutte le stazioni regionali.

Figura 8. Ozono confronto con il valore limite di legge. Fonte: ARPAT 2024. La qualità dell'aria in Toscana nel 2023

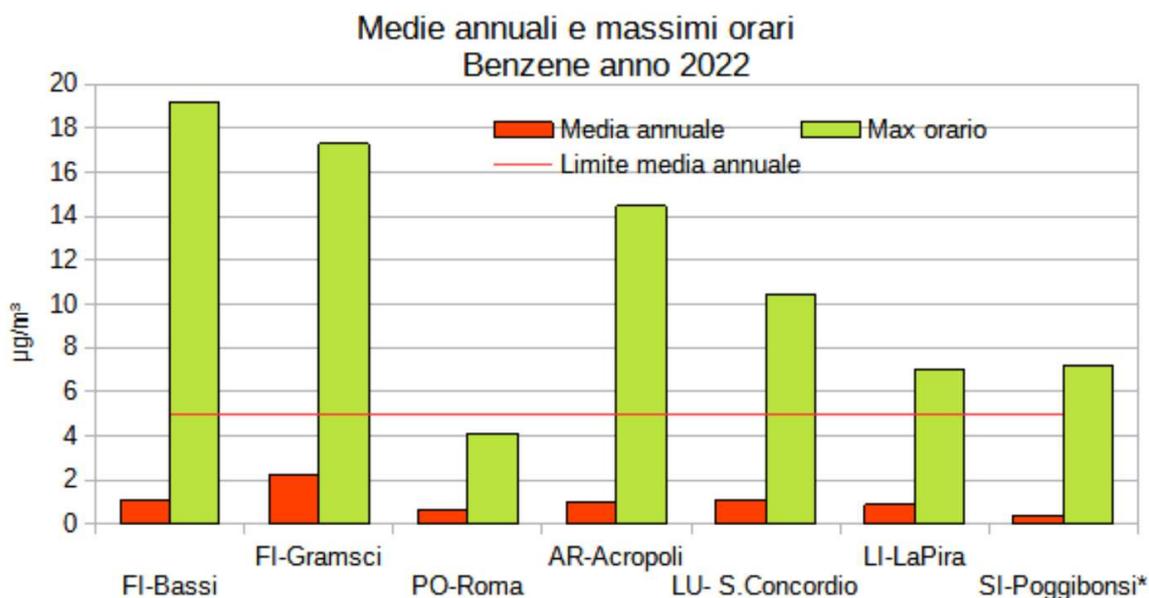
<https://www.arpat.toscana.it/notizie/2024/qualita-aria-toscana-2023/la-qualita-dell-aria-in-toscana-nel-2023>



In relazione ai restanti inquinanti, dalla ultima relazione annuale di ARPAT sullo stato della qualità dell'aria nella Regione Toscana emerge che, nel 2022, in tutte le stazioni di monitoraggio toscane i valori di **monossido di carbonio** e di **biossido di zolfo**, così come nell'anno precedente, sono stati ampiamente al di sotto dei limiti imposti dal D.lgs. 155/2010, così come ai valori guida per la salute raccomandati dall'OMS. Per l'**acido solfidrico**, in assenza di riferimenti normativi ci si riferisce al valore guida OMS, pari ad una media giornaliera di $150 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Anche in questo caso i valori registrati nella stazione di monitoraggio PI-Santa Croce, l'unica presente sul territorio dell'AUSL TC, sono stati inferiori a tale soglia: nel 2022 la max. media giornaliera è stata di $11 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Anche i valori di **benzene** sono stati inferiori al valore limite di legge (Allegato XI del D.

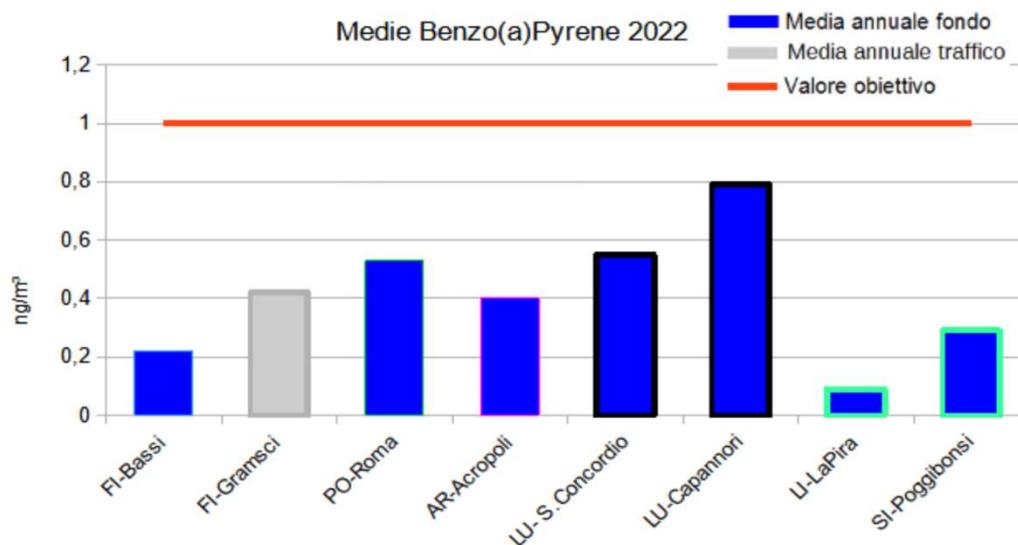
Lgs.155/2010 e s.m.i di $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Tuttavia, rispetto al valore guida di raccomandato dall'OMS per la salute ($1,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$) nel territorio dell'AUSL TC i valori registrati sono più bassi solo nelle centraline di fondo urbano FI-Bassi e PO-Roma, ma non in quella di traffico FI-Gramsci, dove il valore soglia è costantemente superato ($2,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nel 2022) (Figura 9).

Figura 9. Benzene. Medie annuali 2022. Fonte: ARPAT 2024. Relazione annuale sullo stato della qualità dell'aria nella Regione Toscana - Anno 2023. <https://www.arpat.toscana.it/notizie/2024/qualita-aria-toscana-2023/la-qualita-dell-aria-in-toscana-nel-2023>



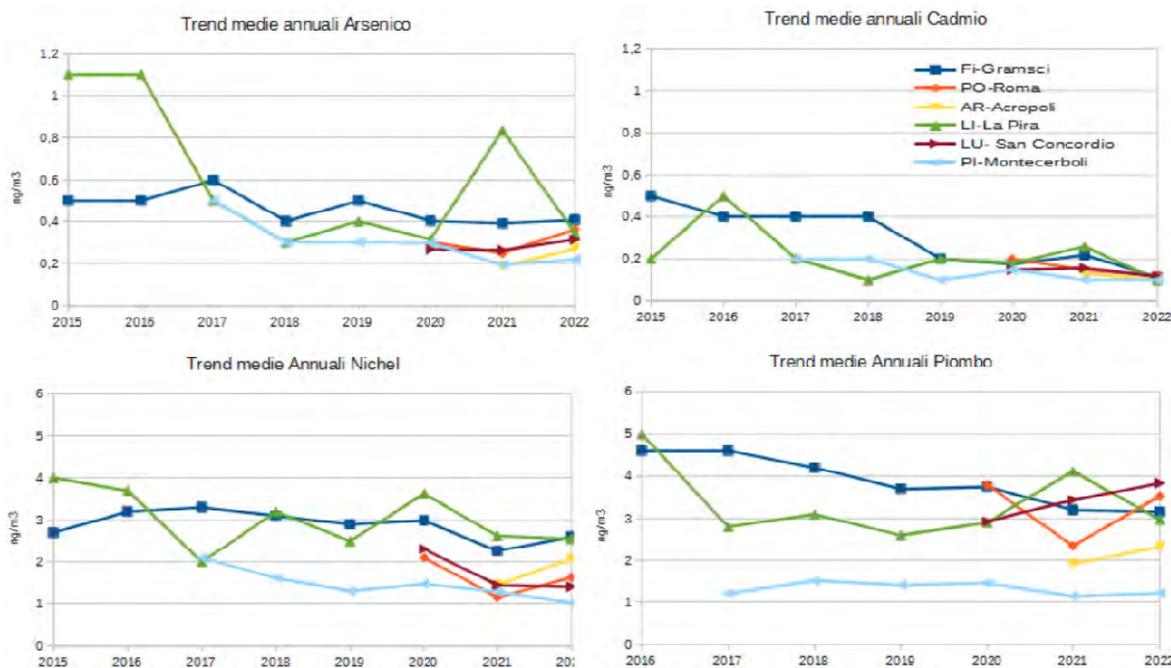
Rispetto alle campagne di monitoraggio del **benzo(a)pirene**, nel 2022 i valori sono sempre al di sotto al valore obiettivo di $1 \text{ ng}/\text{m}^3$ (Figura 10). Tutte le stazioni della Toscana, ad eccezione di quelle costiere, hanno fatto registrare valori superiori rispetto al valore guida dell'OMS per la tutela della salute ($0,12 \text{ ng}/\text{m}^3$).

Figura 10. **Benzo(a)pirene**. Medie annuali 2022. Fonte: ARPAT 2024. Relazione annuale sullo stato della qualità dell'aria nella Regione Toscana - Anno 2022.



Per **arsenico**, **cadmio** e **nicel**, nelle stazioni in cui è effettuato il monitoraggio, nel 2022 tutti i rilievi sono ampiamente entro i valori obiettivo. Anche per il **piombo** i livelli sono largamente al di sotto del valore limite anche se in aumento (PO-Roma) (Figura 11).

Figura 11. Andamenti 2015 - 2022 medie annuali Arsenico, Cadmio, Nichel e Piombo. Fonte: ARPAT. Relazione annuale sullo stato della qualità dell'aria nella Regione Toscana - Anno 2022.



In conclusione, la qualità dell'aria respirata da chi vive e lavora nell'area dell'AUSL TC rispetta per lo più i limiti normativi, ma resta in parte lontana dagli standard di qualità raccomandati dall'OMS per la salute.

L'effetto della pandemia, con diminuzione del traffico veicolare e delle attività produttive, ha avuto effetti positivi transitori sulla qualità dell'aria nella piana metropolitana. Nel 2023 (e per il 2022 laddove non disponibili dati più recenti) si è assistito comunque ad una diminuzione degli inquinanti valutati rispetto agli anni precedenti.

Le maggiori criticità nella qualità dell'aria nel territorio dell'AUSL TC si confermano anche nel 2023 nell'area della piana Firenze-Prato-Pistoia. Ogni sforzo deve essere indirizzato all'applicazione di politiche di dimostrata efficacia per il miglioramento della qualità dell'aria.

La letteratura scientifica ha infatti chiarito che il particolato atmosferico ha un ruolo significativo nella mortalità e nell'incidenza di patologie cardiovascolari, respiratorie e di tumori, in particolare di quelli polmonari. L'inquinamento atmosferico è stato incluso dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) tra le sostanze del Gruppo 1 (<https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono109-F12.pdf>), cancerogeni certi per l'uomo. Ci sono inoltre crescenti nuove evidenze di una possibile relazione tra inquinamento dell'aria e insorgenza di malattie degenerative neurologiche e problemi in neonati di madri esposte in gravidanza.

2.2Qualità delle acque

Permangono alcune criticità legate allo stato dei corpi idrici dell'area coperta dalla AUSL TC

A maggio 2023 ARPAT ha pubblicato il rapporto sul MAS - monitoraggio ambientale dei corpi idrici superficiali (fiumi, laghi, acque di transizione) relativamente all'anno 2022.

La Direttiva europea sulle acque prevede il monitoraggio in un sessennio, ma in diverse regioni italiane, tra cui la Toscana, i dati sono valutati ogni tre anni, basandosi su circa 250 stazioni in fiumi, torrenti, laghi e foci. Perciò i dati del 2022 sono provvisori, in quanto il quadro definitivo della qualità ecologica e chimica della Toscana si otterrà solo a fine 2024.

Stato Ecologico

Lo stato ecologico dei fiumi è valutato in base a vari indicatori **biologici** e **chimici**, in cui ritroviamo le comunità di macroinvertebrati, macrofite, diatomee, nutrienti, livelli di ossigeno e concentrazioni di sostanze pericolose. Questi indicatori sono classificati in cinque classi di qualità: Elevato, Buono, Sufficiente, Scarso e Cattivo.

Nel 2022, primo anno del triennio di monitoraggio 2022-2024, i dati rilevati e elaborati forniscono un quadro provvisorio della qualità ecologica fluviale, in sintesi, lo stato ecologico dei fiumi in Toscana è risultato buono solo nel 32% dei punti, e in nessun punto è risultato elevato. I campionamenti distribuiti nei tre anni sono necessari per una valutazione completa e accurata.

Stato Chimico

Lo stato chimico dei fiumi è determinato confrontando le concentrazioni medie delle sostanze elencate nella Tabella 1A del D.Lgs. 152/06 con gli standard di qualità ambientale (SQA). Se la concentrazione media supera lo SQA anche per una sola sostanza pericolosa, lo stato chimico diventa "Non buono". Inoltre, la ricerca di inquinanti nel biota, sebbene condotta su un numero limitato di stazioni, è parte integrante della valutazione chimica. In base ai dati parziali del 2022, in sintesi, lo stato chimico dei fiumi in Toscana è risultato buono nel 56% dei punti, contro il 44% non buono. Tra i parametri più frequentemente responsabili dello scadimento troviamo mercurio e acido perfluorottansolfonico e suoi derivati (PFOS).

I dati ambientali del 2022 sono disponibili ai seguenti link:

- **Provincia di Firenze:** <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/annuario-dei-dati-ambientali-2022-fascicoli-provinciali/annuario-dei-dati-ambientali-2022-provincia-di-fiorenze>
- **Provincia di Prato** <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/annuario-dei-dati-ambientali-2022-fascicoli-provinciali/annuario-dei-dati-ambientali-2022-provincia-di-prato>
- **Provincia di Pistoia** <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/annuario-dei-dati-ambientali-2022-fascicoli-provinciali/annuario-dei-dati-ambientali-2022-provincia-di-pistoia>

Di seguito riportiamo una sintesi dello stato ecologico e chimico dei corpi idrici delle province di Firenze, Prato e Pistoia.

Stato ecologico e chimico dei corpi idrici della provincia di Firenze

Fiumi

1. Chiesimone (Reggello): stato ecologico sufficiente e stato chimico buono.
2. Del Cesto (Figline Valdarno): stato ecologico buono e stato chimico buono.
3. Mugnone (Firenze): stato ecologico scarso e stato chimico buono.
4. Resco (Reggello): stato ecologico buono e stato chimico buono.
5. Vicano Di Pelago (Pelago): stato ecologico buono e stato chimico non buono.
6. Arno Fiorentino (Firenze): stato ecologico scarso e stato chimico non buono.
7. Arno Valdarno superiore (Figline Valdarno): stato ecologico scarso e stato chimico buono.
8. Arno Valdarno inferiore (Capraia e Limite): stato ecologico scarso e stato chimico non buono.
9. Arno Valdarno inferiore (Fuvecchio): stato ecologico sufficiente e stato chimico non buono.
10. Bisenzio Valle (Signa): stato ecologico scarso e stato chimico buono.
11. Fosso Reale (Campi Bisenzio): stato ecologico scarso e stato chimico non buono.
12. Marina Valle (Calenzano): stato ecologico buono e stato chimico buono.

Laghi e Invasi

1. Lago Fabbrica 1: stato ecologico probabilmente buono (qualità probabile e non certa perché data da un unico indice) e stato chimico buono.
2. Lago Chiostri: stato ecologico probabilmente buono (qualità probabile e non certa perché data da un unico indice) e stato chimico buono.

Acque Sotterranee

Le acque sotterranee nella zona di Firenze presentano vari livelli di qualità chimica:

1. Piana di Firenze, Prato, Pistoia - Zona Firenze: stato chimico buono, ma scarso localmente per la presenza di ferro, triclorometano, tetracloroetilene-tricloroetilene (somma).
2. Carbonatico di Monte Morello: stato chimico buono, ma scarso localmente per la presenza di esaclorobutadiene.
3. Valdarno Superiore, Arezzo e Casentino - Zona Valdarno Superiore: stato chimico buono, ma scarso localmente per la presenza di dibromoclorometano e bromodichlorometano.
4. Carbonatico della Calvana: stato chimico buono, ma scarso localmente per la presenza di piombo ed esaclorobutadiene.
5. Arenarie di Avanfossa della Toscana Nord-Orientale - Zona Dorsale Appenninica: stato chimico buono.
6. Sieve: stato chimico buono.

L'analisi complessiva evidenzia la necessità di un monitoraggio continuo e di interventi mirati per ridurre l'impatto degli inquinanti e migliorare la qualità delle acque nella provincia di Firenze. I principali inquinanti responsabili del deterioramento della qualità delle acque nella provincia di Firenze includono metalli pesanti (come piombo e ferro), solventi clorurati e composti organici volatili. Questi inquinanti, che provengono principalmente da attività industriali, agricole e urbane, richiedono interventi specifici per la loro mitigazione e per il miglioramento dello stato ecologico e chimico dei corpi idrici.

Stato ecologico e chimico dei corpi idrici della provincia di Prato

Fiumi

1. Fiumenta (Vernio): stato ecologico sufficiente e stato chimico non buono per la presenza di sostanze non specificate nel documento.
2. Bisenzio Monte (Vernio): stato ecologico buono e stato chimico non buono per la presenza di sostanze non specificate nel documento.
3. Bisenzio Medio (Prato): stato ecologico scarso e stato chimico non buono per la presenza di sostanze non specificate nel documento.
4. Ombrone Pistoiese Valle (Carmignano): stato ecologico cattivo e stato chimico non buono per la presenza di sostanze non specificate nel documento.

Laghi e Invasi

Invaso Montachello: stato ecologico probabilmente buono (qualità probabile e non certa perché data da un unico indice), stato chimico buono

Acque Sotterranee

Le acque sotterranee nella zona di Prato presentano vari livelli di qualità chimica:

1. Piana Firenze, Prato, Pistoia - Zona Prato: stato chimico scarso per la presenza di nitrati, triclorometano, tetracloroetilene-tricloroetilene (somma).
2. Carbonatico della Calvana: stato chimico buono, ma scarso localmente per la presenza di piombo ed esaclorobutadiene.
3. Arenarie di Avanfossa della Toscana Nord-Orientale - Zona Dorsale Appenninica: stato chimico buono

L'analisi complessiva evidenzia la necessità di un monitoraggio continuo e di interventi mirati per ridurre l'impatto degli inquinanti e migliorare la qualità delle acque nella provincia di Prato. I principali inquinanti responsabili del deterioramento della qualità delle acque nella provincia di Prato includono metalli pesanti (come piombo e mercurio), pesticidi, idrocarburi policiclici aromatici, solventi clorurati e composti organici volatili. Questi inquinanti provengono principalmente da attività industriali, agricole e urbane, richiedendo interventi specifici per la loro mitigazione e per il miglioramento dello stato ecologico e chimico dei corpi idrici.

Stato ecologico e chimico dei corpi idrici della provincia di Pistoia

Fiumi

1. Brana (Pistoia, Codice: MAS-512): stato ecologico scarso e stato chimico non buono.
2. Bure di San Moro (Pistoia): stato ecologico sufficiente e stato chimico buono.
3. Ombrone Pistoiese Monte (Pistoia): stato ecologico buono e stato chimico non buono.
4. Ombrone Pistoiese Medio (Quarrata): stato ecologico scarso e stato chimico non buono.
5. Vincio Brandeglio (Pistoia): stato ecologico buono e stato chimico non buono.

6. Cessana (Massa e Cozzile): stato ecologico cattivo e stato chimico non buono.
7. Nievole Monte (Marliana): stato ecologico elevato e stato chimico buono.
8. Nievole Valle (Monsummano Terme): stato ecologico sufficiente e stato chimico buono.
9. Pescia di Collodi (Ponte Buggianese): stato ecologico sufficiente e stato chimico non buono.
10. Pescia di Pescia (Ponte Buggianese): stato ecologico scarso e stato chimico buono.
11. Limestre (San Marcello Pistoiese): stato ecologico buono e stato chimico non buono.
12. Sestaione (Abetone): stato ecologico buono e stato chimico buono.
13. Limentra di Sambuca (Pistoia): stato ecologico buono e stato chimico buono.
14. Reno Valle (Pistoia): stato ecologico buono e stato chimico buono.

Laghi e Invasi

1. Padule Fucecchio: stato ecologico sufficiente e stato chimico buono.
2. Bacino della Giudea: Stato ecologico probabilmente buono (qualità probabile e non certa perché data da un unico indice) e stato chimico buono.
3. Bacino Due Forre: stato ecologico probabilmente buono (qualità probabile e non certa perché data da un unico indice) e stato chimico buono.
4. Bacino Falchereto: stato ecologico probabilmente buono (qualità probabile e non certa perché data da un unico indice) e stato chimico non buono.

Acque Sotterranee

Le acque sotterranee nella zona di Pistoia presentano vari livelli di qualità chimica:

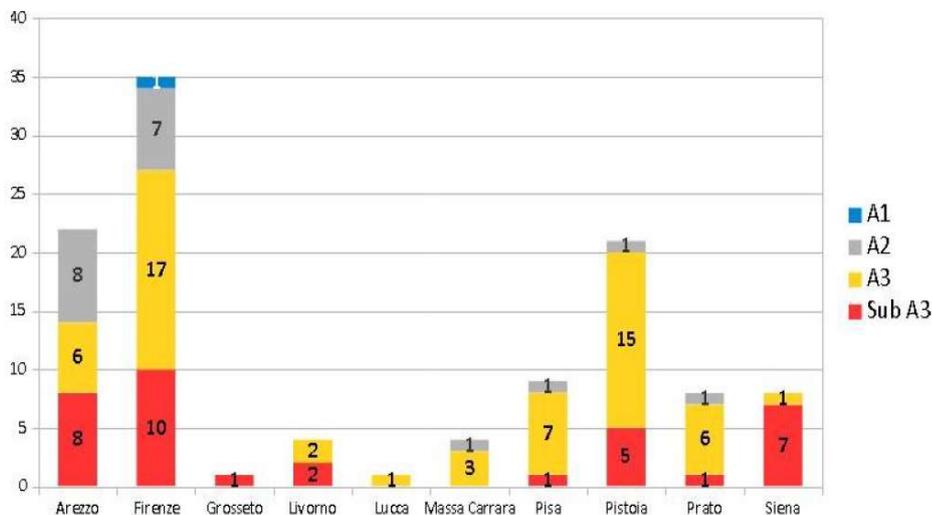
1. Valdarno Inferiore e Piana Costiera Pisana - Zona Val di Nievole, Fucecchio: stato chimico buono, ma scarso localmente per la presenza di cloruro di vinile, 1,2-dicloroetilene, tetracloroetilene-tricloroetilene (somma).
2. Piana Firenze, Prato, Pistoia - Zona Pistoia: stato chimico buono.
3. Arenarie di Avanfossa della Toscana Nord-Orientale - Zona Dorsale Appenninica: stato chimico buono.

L'analisi complessiva evidenzia la necessità di un monitoraggio continuo e di interventi mirati per ridurre l'impatto degli inquinanti e migliorare la qualità delle acque nella provincia di Pistoia. I principali inquinanti responsabili del deterioramento della qualità delle acque nella provincia di Pistoia includono metalli pesanti (come piombo e mercurio), pesticidi, idrocarburi policiclici aromatici, solventi clorurati e composti organici volatili. Questi inquinanti provengono principalmente da attività industriali, agricole e urbane, richiedendo interventi specifici per la loro mitigazione e per il miglioramento dello stato ecologico e chimico dei corpi idrici.

Le acque superficiali destinate alla produzione di acqua potabile nelle province dell'AUSL TC

Per quanto concerne le acque superficiali destinate alla produzione di acqua potabile, le acque sono classificate in 3 classi da A1 se non presentano nessuna criticità ad A3 se sono necessari trattamenti di potabilizzazione più spinti, ed è stata introdotta una classe SubA3, peggiorativa. Nella zona di Firenze su 35 stazioni, 17 (il 48,6%) sono stazioni A3, 10 (il 28,6%) sono in classe SubA3, 7 (il 20%) sono in classe A2 e solamente una stazione è risultata in classe A1 (Figura 1). Nella zona di Pistoia su 21 stazioni, 15 (il 71,4%) sono stazioni A3, 5 (il 23,8%) sono in classe SubA3 e una (il 4,8 %) è in classe A2; nessuna è in classe A1. Infine, nella zona di Prato su 8 stazioni, 6 (75%) sono stazioni A3, 1 è in classe A2 ed una è in classe SubA3; nessuna è in classe A1 (Figura 12).

Figura 12. Esiti del monitoraggio delle acque superficiali destinate alla produzione di acqua potabile – Classificazione 2020-2022 - Numero stazioni suddivise per provincia in Toscana. Fonte: ARPAT. Qualità delle acque superficiali destinate alla produzione di acque potabili - Monitoraggio 2011-2022 <https://www.arpat.toscana.it/datiemappe/dati/qualita-delle-acque-superficiali-destinate-alla-produzione-di-acque-potabili>



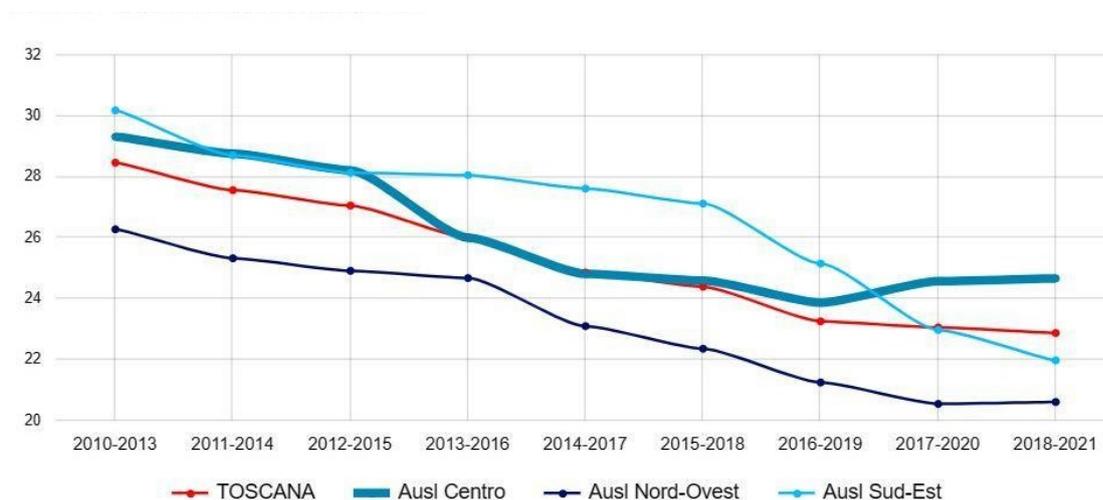
3. STILI DI VITA

Più alcol e fumo, ma migliori abitudini alimentari rispetto ai Toscani

L'indagine periodica campionaria EDIT sugli stili di vita dei ragazzi toscani di 14-19 anni e PASSI per gli adulti di 18-69 anni, consentono di valutare la distribuzione dei comportamenti dei residenti nell'AUSL TC rispetto ai toscani ed alle altre due AUSL per gli anni 2018-2021 per quanto riguarda gli adulti, e per il 2022 per quanto riguarda i ragazzi.

In questo arco temporale, i **fumatori** adulti dell'AUSL TC (24,7%) sono leggermente di più che in Toscana (22,9%), anche se la differenza non è significativa e sono anche meno i forti fumatori (20 o più sigarette/die) che nelle altre zone (AUSL TC: 16,2%; RT: 20,6%). Negli ultimi anni il trend temporale in diminuzione sembra interrompersi o stabilizzarsi, al contrario degli altri territori regionali (Figura 13). Coerentemente con questi dati, la percentuale di adulti che non hanno mai provato a fumare nell'AUSL TC è inferiore rispetto a quella rilevata in Toscana. (AUSL TC: 55,6%; RT: 57,4%).

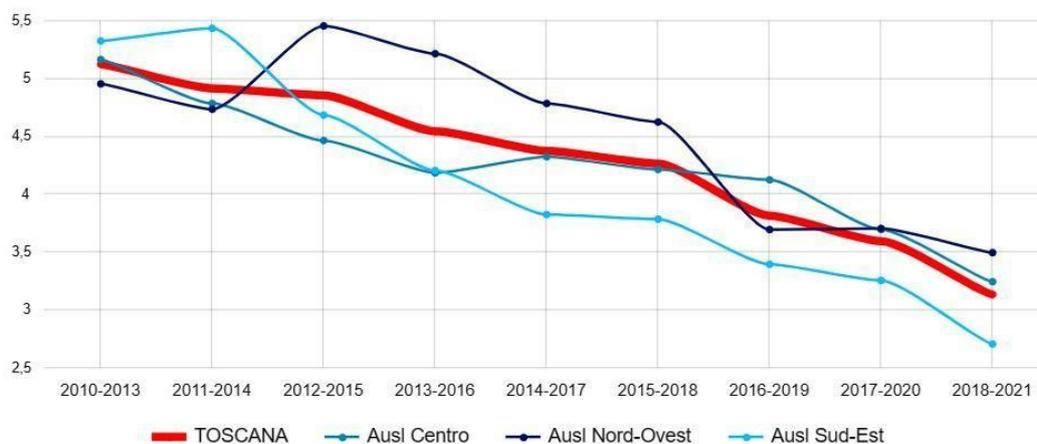
Figura 13. Andamento della percentuale di adulti fumatori (18-69 anni) nelle AUSL toscane dal 2010 al 2021 dall'Indagine PASSI. Fonte ARS, 2024.



Anche i ragazzi di 14-19 anni residenti nell'AUSL TC sono fumatori regolari in misura maggiore dei loro coetanei toscani (AUSL TC: 16,3%; RT: 15,5%); tra questi, quelli che fumano già più di 10 sigarette/die sono il 26,7% rispetto al 27,8 dei toscani. Coerentemente con questi dati, anche i ragazzi che non hanno mai provato a fumare nell'AUSL TC sono meno di quelli Toscani (AUSL TC: 43,3%; RT: 45,5%). Il 23,3% del campione intervistato nell'AUSL TC ha dichiarato di essere fumatore regolare di **sigaretta elettronica**, contro il 21,8% del campione Toscano.

Rispetto al consumo di **alcol**, gli adulti di 18-69 anni che consumano quantità a rischio nell'AUSL TC sono il 16,8% (maschi: 20,2%; femmine: 13,5%), abbastanza in linea con i valori regionali (15,8%). Anche la proporzione di adulti che hanno avuto episodi di bere eccessivo e smodato – *binge drinking* – è nell'AUSL TC simile a quella della Toscana (AUSL TC: 8,1%; RT: 7,5%). Lo stesso è vero per gli adulti che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (AUSL TC: 5,2%; RT: 4,7%) e per quelli che bevono anche fuori dei pasti (AUSL TC: 8,5%; RT: 7,6%). Come per il fumo di tabacco, negli adulti è confortante il trend storico in diminuzione dell'abitudine al consumo elevato giornaliero di alcol (Figura 14).

Figura 14. Andamento della percentuale di adulti (18-69) con consumo elevato di alcol (più di due unità alcoliche al giorno se maschio e più di 1 se femmina) residenti nelle AUSL toscane dal 2010 al 2021 dall'Indagine PASSI. Fonte ARS, 2024.



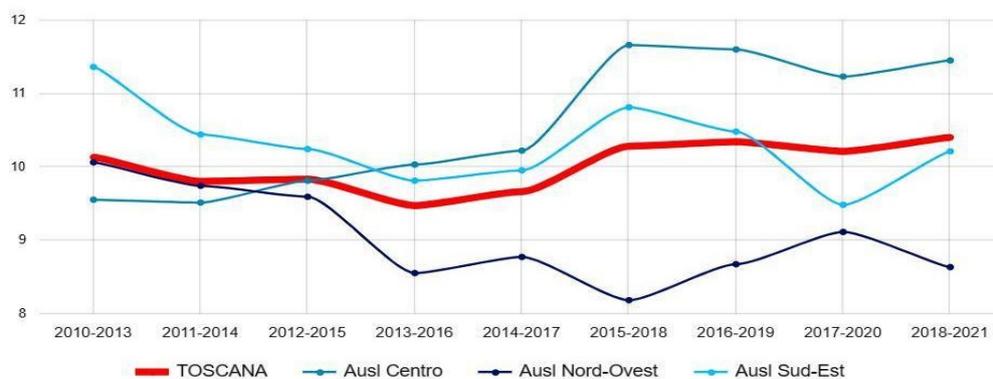
Tra i ragazzi di 14-19 anni dell'AUSL TC, poco più della metà (52,3%) dichiarano di aver avuto almeno una **ubriacatura** nei 12 mesi precedenti l'intervista, in modo del tutto simile a quanto accade ai toscani. Come già registrato da alcuni anni, sono di più le ragazze con questo

comportamento (56,9% vs 47,9% tra i maschi), cosa che accade in tutti i territori toscani. Il 46,9% dei partecipanti all'indagine EDIT 2022 ha riportato almeno un episodio di **binge drinking** nei 12 mesi precedenti l'intervista, una percentuale molto simile a quella rilevata nel campione toscano (47,4%).

Per quanto riguarda **le sostanze psicotrope illegali**, la AUSL TC è tra le tre Ausl toscane quella in cui il consumo tra i ragazzi è maggiore (24,3% vs 22,4% RT), in particolare tra i maschi (M: 24,9%; F: 23,7%).

La proporzione di adulti che consumano 5 o più porzioni di **frutta e verdura**, come raccomandato per la prevenzione della salute, è modesta nell'AUSL TC (11,5%), anche se maggiore delle altre zone (RT: 10,4%; AUSL NO: 8,6%; AUSL SE: 10,2%), con valori leggermente migliori nelle femmine rispetto ai maschi (M: 9,4%; F: 13,4%). Ancora più scarsa l'abitudine tra i ragazzi (AUSL TC: 2,8%; RT: 3,0%). Nell'AUSL TC ed in Toscana sembra di cogliere un trend in miglioramento negli ultimi anni, con l'aumento di chi consuma più frutta e verdura, meno chiaro nelle altre due AUSL toscane (Figura 15).

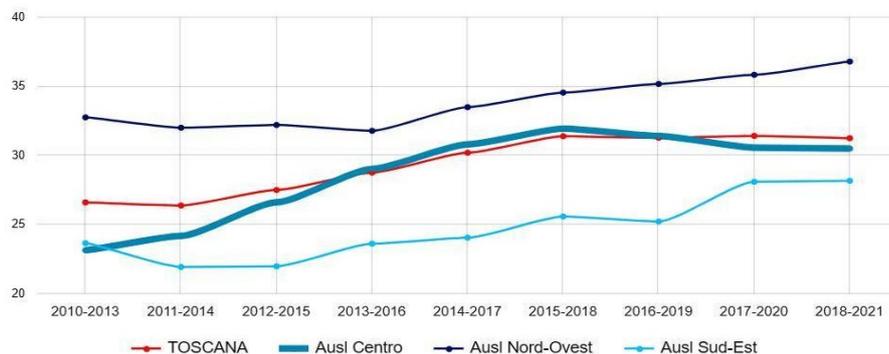
Figura 15. Andamento della percentuale di adulti che consumano più di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura residenti nelle AUSL toscane dal 2010 al 2021 dall'Indagine PASSI. Fonte ARS, 2024.



Rispetto all'**attività fisica**, gli adulti fisicamente attivi nell'AUSL TC sono un po' meno dei loro coetanei toscani (AUSL TC: 32,7%; RT: 34,1%), con maschi che sono più virtuosi delle femmine (M: 38,5%; F: 27,2%), come accade in tutte le aree toscane. La sedentarietà negli adulti dell'AUSL TC è diffusa in modo analogo a quanto si rileva in regione Toscana (AUSL TC: 30,5%; RT: 31,3%)

e lo stesso è vero per i ragazzi (AUSL TC: 13,2%; RTT: 12,6%). Il trend temporale della sedentarietà è nell'AUSL TC stabile da alcuni anni (Figura 16).

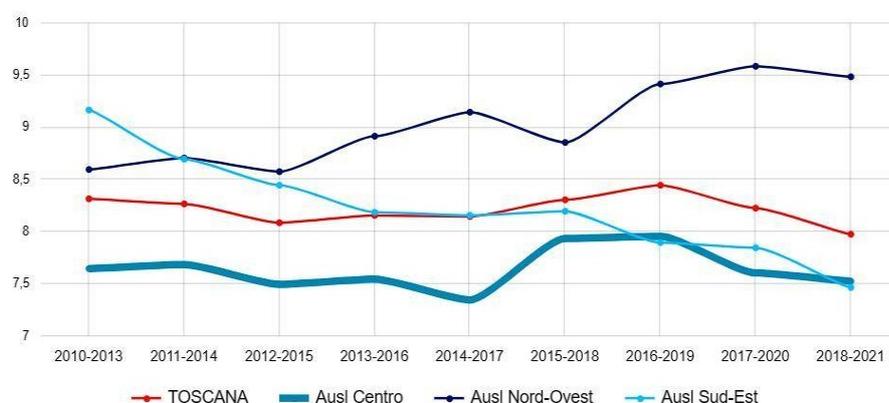
Figura 16. Andamento della percentuale di adulti (18-69 anni) sedentari residenti nelle AUSL toscane dal 2010 al 2021 dall'Indagine PASSI. Fonte ARS, 2024.



In tutti i territori toscani da diversi anni si osserva una maggiore **sedentarietà** nelle ragazze rispetto ai ragazzi, con valori nell'AUSL TC, così come altrove, più che doppi (M: 8,2%; F: 18,6%). Sono sempre i maschi giovani che praticano più attività fisica con regolarità (almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni a settimana) rispetto alle coetanee (M: 30,8%; F: 18,9%), con differenze di genere evidenti in tutte le zone toscane.

Rispetto al **peso corporeo** ed al peso ideale per la prevenzione dalle malattie, nell'AUSL TC si registrano valori leggermente migliori di quelli toscani, con valori di sovrappeso del 26,8% rispetto al 27,6% della Regione Toscana. Per questo indicatore i maschi hanno nell'AUSL TC, analogamente alle altre aree, valori peggiori delle femmine (M: 34,0%; F: 19,8%), mentre sull'obesità si registrano valori simili tra i generi (M: 7,8%; F: 7,3%) ed anche tra le aree geografiche (AUSL TC: 7,5%; RT: 8,0%). L'andamento storico dell'obesità negli adulti dell'AUSL TC è stabile intorno a valori del 7% (Figura 17).

Figura 17. Andamento della percentuale di adulti (18-69 anni) sedentari residenti nelle AUSL toscane dal 2010 al 2021 dall'Indagine PASSI. Fonte ARS, 2024.



Naturalmente tra i ragazzi dell'AUSL TC il sovrappeso è meno diffuso e maggiore nei maschi rispetto alle femmine (M: 19,1%; F: 10,2%), con valori abbastanza omogenei nelle diverse zone toscane (AUSL TC: 14,8%; RT: 15,0%). Per l'obesità tra i ragazzi si rilevano valori bassi un po' ovunque (AUSL TC: 3,0%; RT: 2,9%), con differenze tra generi meno evidenti che per il sovrappeso (M: 3,4%; F: 2,6%). Lo stesso è vero per il sottopeso, problema tipicamente giovanile, diffuso nel 2,9% dei ragazzi dell'AUSL TC rispetto al 2,7% della Toscana ed in maggior proporzione nelle femmine rispetto ai maschi (M: 1,8%; F: 3,8%).

Per quanto riguarda i **comportamenti alla guida**, nell'AUSL TC, il 22,7% degli studenti dichiara di avere la patente, il 30,4% dei maschi rispetto al 14,6% delle femmine. Questo dato è inferiore a quello medio toscano, dove i ragazzi patentati rappresentano circa il 26,6% del campione.

Il 13,4% dei ragazzi dell'AUSL TC ha dichiarato di aver avuto almeno un **incidente nella vita mentre erano alla guida del mezzo**, con una prevalenza maggiore tra i maschi (17,9%) rispetto alle femmine (8,5%), coerentemente con il dato toscano.

Un fattore rilevante è la percentuale di studenti che **guida sotto l'influenza di alcol o sostanze psicotrope**. Nell'AUSL TC, questo comportamento è stato riportato dal 7,7% degli intervistati per quanto riguarda l'alcol e dal 5,6% per quanto riguarda le sostanze, con una prevalenza maggiore tra i maschi rispetto alle femmine (alcol: 10,3% M e 4,6% F; sostanze: 8,1% M e 2,9% F), coerentemente con quanto si osserva a livello regionale, indicando una maggiore propensione tra i maschi a comportamenti di guida rischiosi.

Le differenze di genere sono riscontrabili anche tra coloro che hanno **utilizzato un dispositivo mentre hanno avuto un incidente stradale essendo alla guida di un mezzo**. In questo caso, tuttavia, il comportamento rischioso è significativamente più prevalente tra le femmine (16,3% rispetto al 10,3% tra i maschi), mentre a livello regionale questa differenza è più marginale.

4. MORTALITÀ

In diminuzione fino al COVID

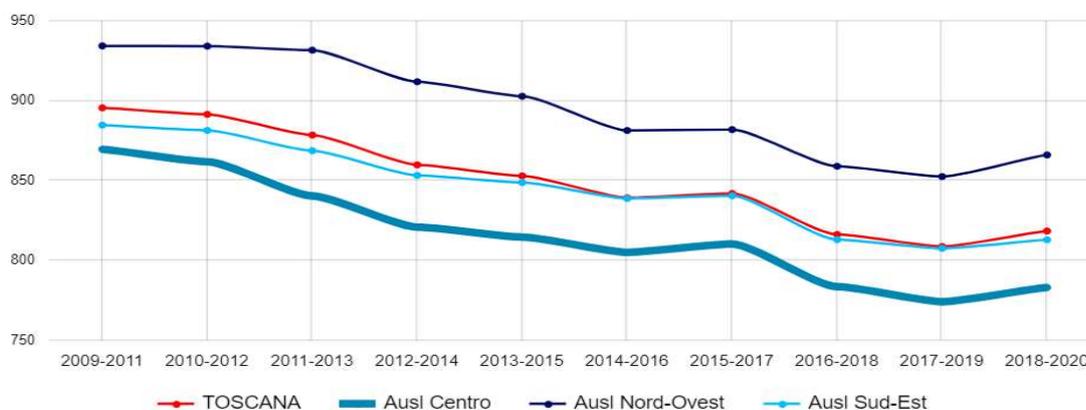
La mortalità è, insieme all'ospedalizzazione, una delle due principali fonti utilizzate in epidemiologia per valutare lo stato di salute e l'impatto delle singole patologie in una popolazione. La misura, infatti, correla con il livello di sviluppo di una popolazione: progresso e sviluppo economico portano vantaggi in termini di salute, migliorano le condizioni igieniche e la qualità delle cure, riducono le morti premature - specialmente quelle causate da malattie infettive o eventi acuti (ad es. traumatismi, infarto, ictus) - edeterminano un aumento della sopravvivenza media della popolazione.

In Regione Toscana, il Registro di Mortalità Regionale (RMR) di ISPRO fornisce i dati sulle cause di decesso dalla fine degli anni 80 fino al 2020, ultimo anno disponibile ad oggi.

Nella Figura 18 è riportato l'andamento nel tempo dei tassi standardizzati per età (cioè depurati dall'effetto "invecchiamento") per la mortalità generale nella popolazione residente in Toscana e nelle tre AUSL della Regione, compresa AUSL TC. L'andamento, in costante diminuzione fino al 2017-2019, ha subito una flessione nell'ultimo triennio analizzato, verosimilmente causato dalla comparsa della pandemia di SARS-CoV-2 nel 2020.

Il confronto con l'andamento della mortalità generale della Regione Toscana nel suo complesso evidenzia una situazione favorevole per la AUSL TC, che presenta tassi standardizzati per età più bassi, sia negli uomini che nelle donne.

Figura 18. Andamento temporale (media triennale) della mortalità generale standardizzata per età (per 100.000 ab.) nelle AUSL toscane nel periodo 2009-2020. Fonte: ARS, 2024.

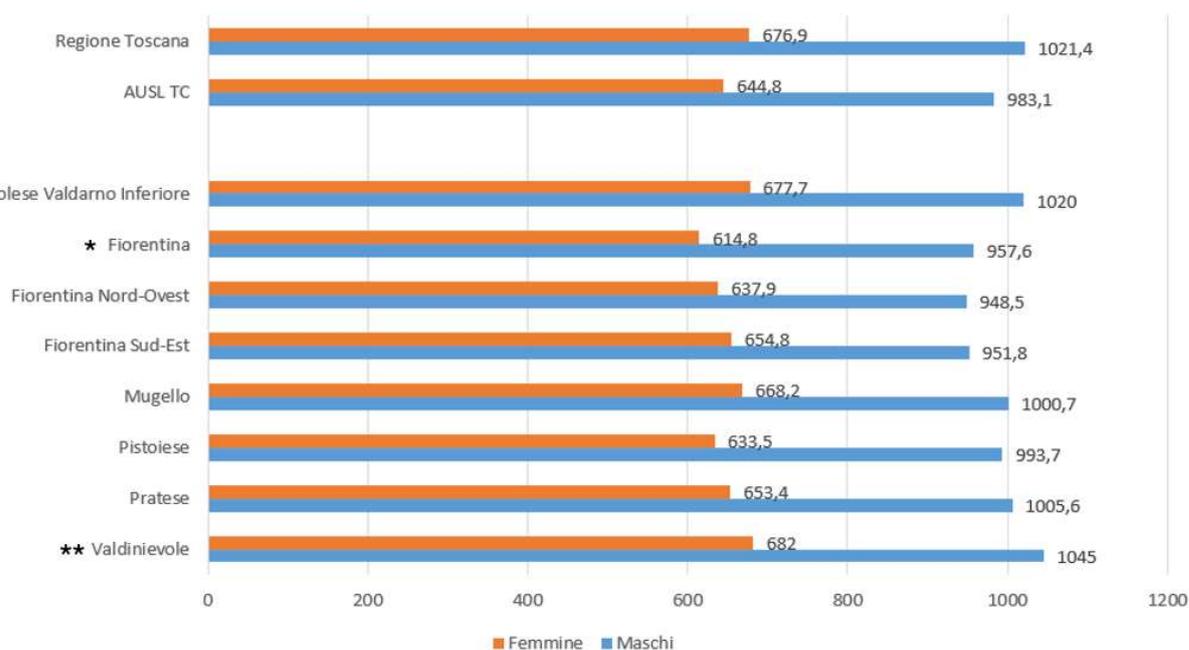


Nell'ultimo triennio disponibile 2018-2020, la mortalità generale dei residenti nell'AUSL TC è significativamente inferiore a quella regionale e delle altre Aziende Sanitarie Locali toscane sia per i maschi che per le femmine. Rispetto all'AUSL TC, si rileva una minore mortalità per tutte le cause nelle donne residenti nella zona Fiorentina, coincidente con il Comune di Firenze (con un tasso standardizzato per età di 614,8 per 100.000 abitanti). Si riscontra invece un eccesso di mortalità rispetto all'AUSL TC nella zona-distretto Empolese Valdarno Inferiore per quanto riguarda le donne (con un tasso standardizzato per età di 677,7 per 100.000 abitanti) e nella zona-distretto Valdinievole per gli uomini (con un tasso standardizzato per età di 1045,0 per 100.00 abitanti) (Figura 19).

Figura 19. Tassi standardizzati per età (per 100.000 ab.) di mortalità generale nell'ultimo triennio disponibile 2018-2020 per zona-distretto dell'AUSL TC. Fonte ARS, 2024.

** mortalità nella zona-distretto in eccesso rispetto ad AUSL TC

* mortalità nella zona-distretto in difetto rispetto ad AUSL TC



Le malattie del sistema circolatorio, i tumori, le malattie dell'apparato respiratorio e del sistema nervoso rappresentano le prime quattro principali cause di morte in entrambi i generi (Tabella 7), ma mentre nelle donne le malattie del sistema circolatorio sono al primo e i tumori al secondo posto, negli uomini le prime due posizioni sono invertite. Nel loro insieme questi 4 raggruppamenti

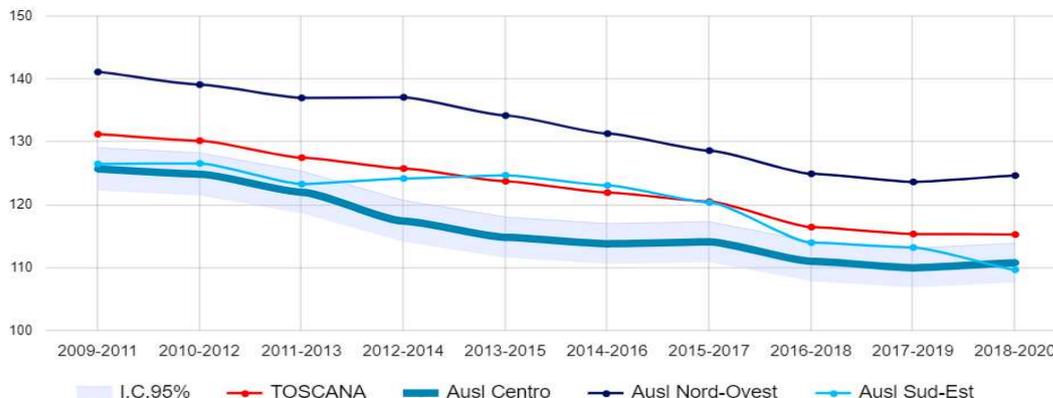
costituiscono il 71,7% dei decessi nelle donne e il 74,9% negli uomini. Al quinto posto, per gli uomini, si collocano i traumatismi e gli avvelenamenti (4,5%) che occupano invece il nono posto (3,3%) nelle donne. I miglioramenti nella prevenzione e nella cura di queste patologie hanno contribuito alla progressiva diminuzione della mortalità specifica per queste cause e, conseguentemente, anche a quella generale, come già evidenziato in Figura 18.

Tabella 7. Prime 10 cause di morte per genere nei residenti dell'AUSL TC. Rapporto (x 100) nell'ultimo triennio disponibile 2018-2020. Fonte: ARS, 2024.

Donne	%	Rango	Uomini	%
Malattie del sistema circolatorio	33,8	1	Tumori	32,1
Tumori	23,7	2	Malattie del sistema circolatorio	28,6
Malattie dell'apparato respiratorio	8,1	3	Malattie dell'apparato respiratorio	9,1
Malattie del sistema nervoso	6,1	4	Malattie del sistema nervoso	5,1
Disturbi psichici	4,5	5	Traumatismi e avvelenamenti	4,5
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4,2	6	Malattie endocrine, del metab. ed immun.	3,8
Malattie endocrine, del metab. ed immun.	4,0	7	Malattie dell'apparato digerente	3,4
Malattie dell'apparato digerente	3,5	8	Disturbi psichici	2,6
Traumatismi e avvelenamenti	3,3	9	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,2
Malattie infettive e parassitarie	2,1	10	Malattie infettive e parassitarie	2,0

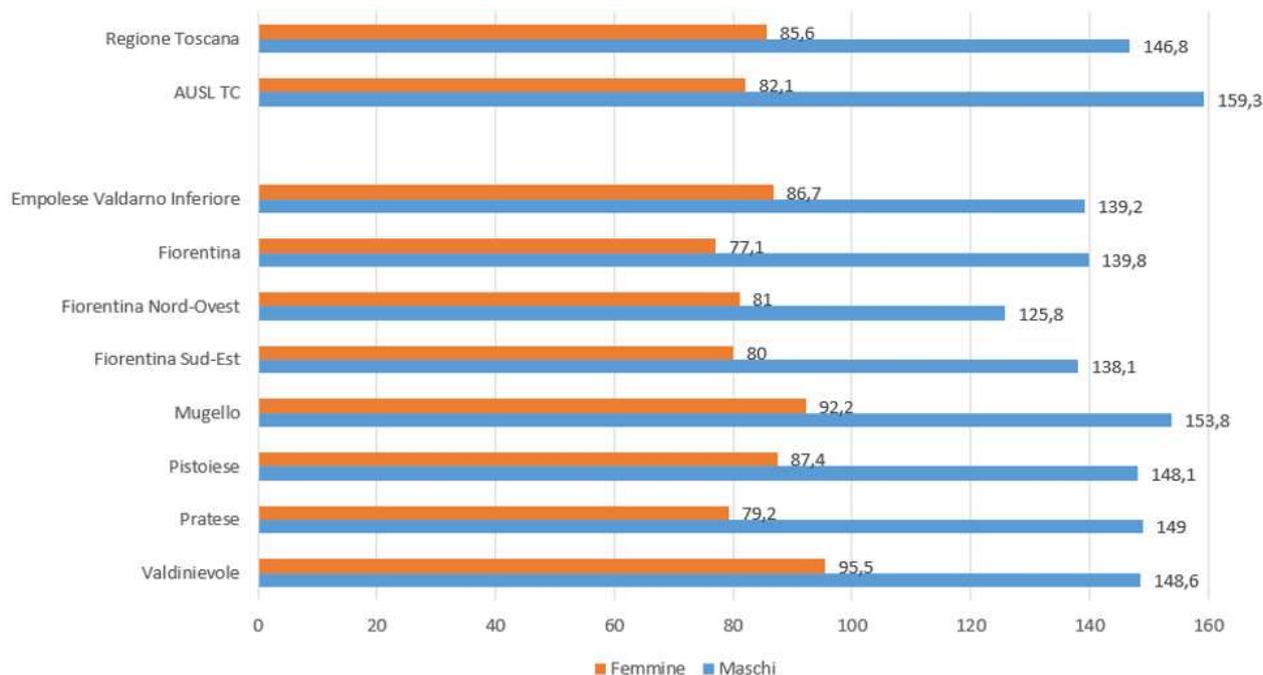
Le morti premature, convenzionalmente identificate come quelle che si verificano prima dei 65 anni di età, costituiscono uno dei principali indicatori utilizzati per descrivere le condizioni di salute di una popolazione. Il trend in diminuzione - più accentuato negli anni rispetto alla Regione e alle altre AUSL toscane - nel periodo 2018-2020 ha avuto un arresto, con una leggerissima flessione verso l'alto rispetto al triennio precedente (Figura 20). Anche in questo caso la motivazione può essere attribuita all'infezione da SARS-CoV-2.

Figura 20. Andamento temporale (media triennale) della mortalità prematura (<65 anni) standardizzata per età (per 100.000 ab.) nelle AUSL toscane nel periodo 2009-2020. Fonte: ARS, 2024.



In particolare, nell'ultimo triennio il tasso standardizzato per età della mortalità prematura nell'AUSL TC (Figura 21) è risultato significativamente più alto del valore medio regionale per gli uomini (159,3 vs 146,8), mentre per le donne il valore è di poco inferiore rispetto alla Regione Toscana (82,1 vs 85,6).

Figura 21. Tassi standardizzati per età (per 100.000 ab.) di mortalità prematura (<65 anni) nell'ultimo triennio disponibile 2018-2020 per zona-distretto dell'AUSL TC. Fonte ARS, 2024.



Non si riscontrano eccessi o difetti significativi nelle zone-distretto rispetto all'Azienda Sanitaria Locale. Il valore più basso della mortalità prematura per gli uomini è nella zona Fiorentina Nord-Ovest (125,8 per 100.000 abitanti) e per le donne nella zona Fiorentina (77,1 per 100.000 abitanti). I tassi più elevati si evidenziano, per gli uomini, nel Mugello (153,8 per 100.000 abitanti) e, per le donne, in Valdinievole (95,5 per 100.000 abitanti).

5. ALCUNE PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE

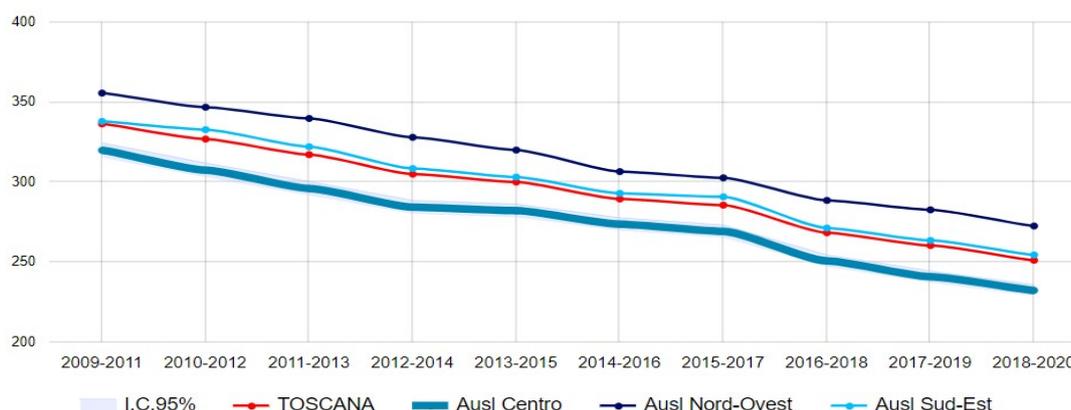
5.1 Malattie cardiovascolari

Aumenta la prevalenza, ma diminuiscono decessi e ricoveri

Le malattie cardiovascolari (MCV) rappresentano una delle principali cause di morbosità, invalidità e mortalità a livello globale. Questo gruppo comprende prevalentemente patologie di origine arteriosclerotica, tra cui le malattie ischemiche del cuore come l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris, e le malattie cerebrovascolari come l'ictus ischemico ed emorragico. Chi sopravvive a un evento acuto spesso diventa un paziente cronico, affrontando ripercussioni significative sulla qualità della vita. Le conseguenze possono includere disabilità fisica, limitazioni nelle attività quotidiane e un impatto psicologico rilevante, richiedendo un continuo supporto medico e riabilitativo.

Negli ultimi trent'anni, la mortalità generale nell'area della AUSL TC, come in Toscana e nel resto d'Italia, ha registrato un significativo declino. Questo miglioramento è stato principalmente attribuito alla sostanziale riduzione delle morti legate alle malattie cardiovascolari. L'introduzione di nuove terapie mediche, campagne di prevenzione più efficaci, miglioramenti nello stile di vita e nell'assistenza sanitaria hanno giocato un ruolo cruciale in questa tendenza positiva, riflettendo un avanzamento generale nelle condizioni di salute della popolazione. Anche nel periodo più recente dal 2009 al 2020 (Figura 22) permane la progressiva riduzione della mortalità per MCV nel suo complesso (- 27%), ma anche per la cardiopatia ischemica e per le malattie cerebrovascolari.

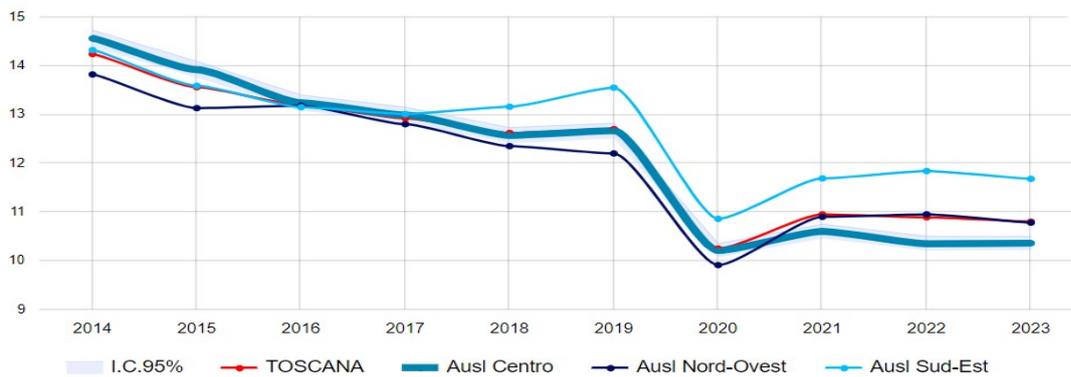
Figura 22. Andamento temporale (media triennale) della mortalità standardizzata per età (per 100.000 ab.) nelle AUSL toscane per malattie del sistema circolatorio nel periodo 2009-2020. Fonte: ARS - ISPRO, 2024



Gli studi longitudinali italiani del progetto CUORE indicano che circa il 55% di questa diminuzione è dovuto ai cambiamenti favorevoli nei maggiori fattori di rischio cardiovascolare, principalmente la riduzione e controllo verso valori ottimali della pressione arteriosa (25%) e della colesterolemia totale (23%). Nella cardiopatia ischemica, per l'infarto miocardico in particolare, una riduzione del 6% è imputata a efficaci interventi tempestivi, come la rivascolarizzazione percutanea.

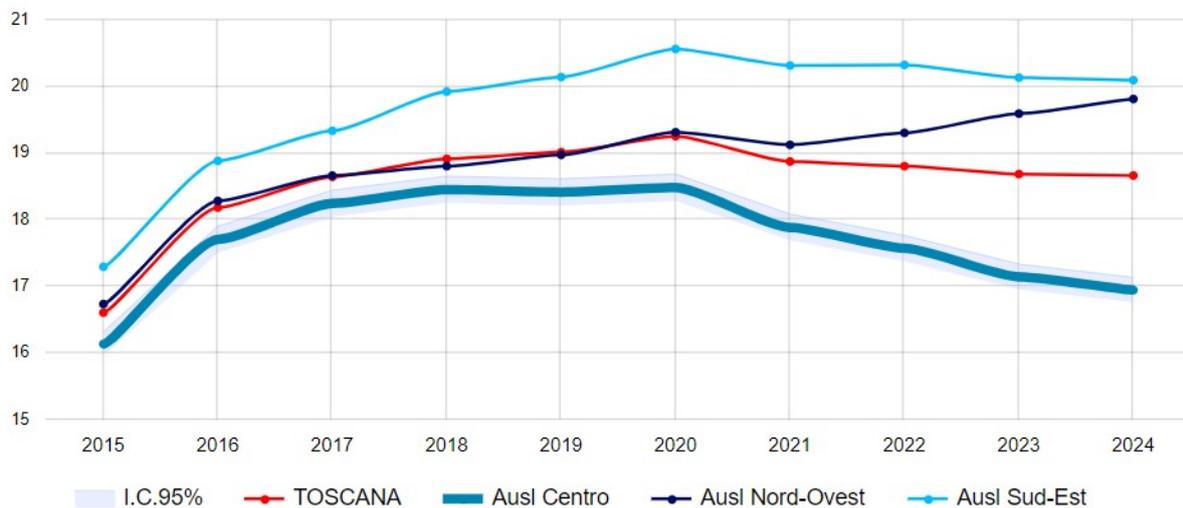
Anche il tasso di ricovero per MCV (Figura 23) diminuisce nel tempo, avvalorando l'ipotesi di un decremento dell'incidenza legata alla riduzione e controllo dei fattori di rischio nella popolazione, tra cui anche la riduzione del fumo di tabacco – soprattutto nei maschi – ed una maggiore attenzione ad una regolare attività fisica e ad una dieta equilibrata. Secondo recenti studi, i miglioramenti terapeutici hanno portato non solo a una riduzione della mortalità e ad un incremento della sopravvivenza, ma anche a una riduzione della disabilità residua legata alle MCV in entrambi i sessi. Nel corso del primo anno di pandemia da SARS-CoV-2, il tasso di ricovero per malattie cardiovascolari nel loro complesso subì una riduzione consistente (-19,7%), meno evidente nei ricoveri per malattie cerebrovascolari (-7,4%) per l'effetto della pandemia sull'organizzazione delle attività ospedaliere. Nei tre anni a seguire il tasso di ricovero per malattie cardiovascolari è stato di poco superiore rispetto al 2020. Nonostante questi dati incoraggianti, le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare la principale causa di morte in Italia, e sono responsabili di circa il 40% di tutti i decessi. La prevenzione cardiovascolare continua a essere un obiettivo fondamentale, con programmi di screening e interventi che mirano a ridurre ulteriormente il rischio cardiovascolare attraverso la promozione di stili di vita salutari e il miglioramento delle pratiche cliniche.

Figura 23. Andamento temporale del tasso di ricovero standardizzato per età (per 1.000 ab.) nelle AUSL toscane per Malattie del sistema circolatorio nel periodo 2014-2023. Fonte: ARS, 2024.



Il netto miglioramento delle cure negli eventi cardiovascolari acuti, che favoriscono la sopravvivenza dei malati, ha determinato un aumento dei casi di insufficienza cardiaca, una malattia cronica che richiede un notevole impegno per il sistema sanitario, sia in termini di costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.) che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita, ecc.). Nel 2024 i soggetti con insufficienza cardiaca stimati in AUSL TC sono 31.478 (17.073 maschi e 14.405 femmine), con una prevalenza standardizzata per età significativamente inferiore al dato medio regionale (Figura 24).

Figura 24. Andamento temporale della prevalenza dell'insufficienza cardiaca standardizzata per età (per 1.000 ab.) relativamente alla popolazione di età > 16 anni residente nelle AUSL toscane nel periodo 2015- 2024. Fonte: MaCro, ARS, 2024



Concludendo, le malattie del sistema cardiocircolatorio hanno subito negli ultimi anni un significativo decremento sia in termini di mortalità che di ospedalizzazione. Questo miglioramento

è in parte attribuibile a interventi di prevenzione primaria, come la riduzione del fumo, l'incremento dell'attività fisica e un'alimentazione più salutare. Importanti progressi sono stati registrati anche nelle cure mediche: dalle terapie farmacologiche efficaci per il controllo dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia per la prevenzione secondaria e terziaria, agli interventi di ri-perfusione cardiaca e cerebrale tempestivi come il bypass aorto-coronarico, l'angioplastica coronarica, la trombolisi e la trombectomia. Questi avanzamenti terapeutici hanno portato a una riduzione della mortalità e a un aumento dei soggetti prevalenti nella popolazione. Tuttavia, è probabile che molti di questi casi siano in condizioni meno gravi rispetto al passato, riflettendo una gestione più efficace e precoce delle malattie cardiovascolari.

5.2 Tumori

Effetti fumo di tabacco: diminuiscono nei maschi ed aumentano nelle femmine

Il Registro dei Tumori della Toscana (RTT) dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) fornisce dati su incidenza, mortalità e sopravvivenza dei tumori nella popolazione residente a Firenze e Prato dal 1985 al 2015 e dal 2013 anche per la restante popolazione toscana. Al momento sono disponibili per la Regione i dati del quinquennio 2013-2017 e sono in corso di elaborazione quelli per gli anni successivi.

(<https://www.ispro.toscana.it/sites/default/files/Documenti/RegistroTumori/1%20tumori%20in%20Toscana%20-%20fonte%20Registri%20Tumori%20-%20agg.%2007-03-2023.pdf>). Tuttavia, il RTT ha stimato il numero dei nuovi casi di tumore maligno, con esclusione di quelli cutanei diversi dal melanoma, in Toscana nel 2022: in AUSL TC il numero dei nuovi casi all'anno stimato è circa 6.000 nei maschi e oltre 5.500 nelle femmine (Tabella 8), per un totale di quasi 12.000 persone all'anno. Sempre secondo RTT, il numero di casi prevalenti, ovvero dei residenti ad oggi che sono portatori di un tumore, nell'AUSL TC sarebbe di quasi 89.000 persone (circa 41.000 maschi e 48.000 femmine) (Tabella 8). Le persone con una storia pregressa di tumore nell'AUSL TC, così come in Toscana ed in Italia, sono in costante aumento. L'incremento è dovuto all'aumento della sopravvivenza ottenuto grazie a nuovi efficaci farmaci e alla diagnosi precoce attuata nei programmi di screening per il tumore del colon-retto nei due sessi e della mammella e del collo dell'utero nelle donne.

Tabella 8. Casi incidenti e prevalenti di tumore maligno di tutte le sedi nei residenti in Regione Toscana per AUSL. Stima anno 2022. Fonte: ISPRO, 2024.

ANNO 2022	CASI INCIDENTI			CASI PREVALENTI		
	MASCHI	FEMMINE	M + F	MASCHI	FEMMIN E	M + F
AUSL Toscana Centro	5.972	5.599	11.57 1	40.827	47.885	88.712
AUSL Nord Ovest	4.972	5.658	10.63 0	33.176	38.731	71.907
AUSL Sud Est	3.178	2.861	6.039	22.095	25.181	47.276
Regione Toscana	14.169	13.156	27.32 5	96.431	112.165	208.596

Alcuni dei casi presenti con diagnosi di tumore stanno seguendo terapie specifiche, altri affrontano solo esami di follow-up, mentre una piccola parte di pazienti si trova in una fase finale di malattia. L'insieme dei casi prevalenti è costituito, quindi, da un insieme eterogeneo di soggetti, caratterizzati da bisogni sanitari diversi, che assorbono con diversa intensità le risorse del sistema regionale. Ad es. è stimato che circa il 14% dei soggetti con tumore abbiano affrontato la diagnosi da oltre 20 anni e il 24% siano i casi diagnosticati negli ultimi 2 anni.

Secondo i dati del RTT, oltre la metà di tutte le nuove diagnosi in Toscana riguardano persone di oltre 70 anni, poco più di un terzo sono soggetti in età 50-69 anni, mentre sotto i 50 anni è il restante 10-15% dei nuovi casi.

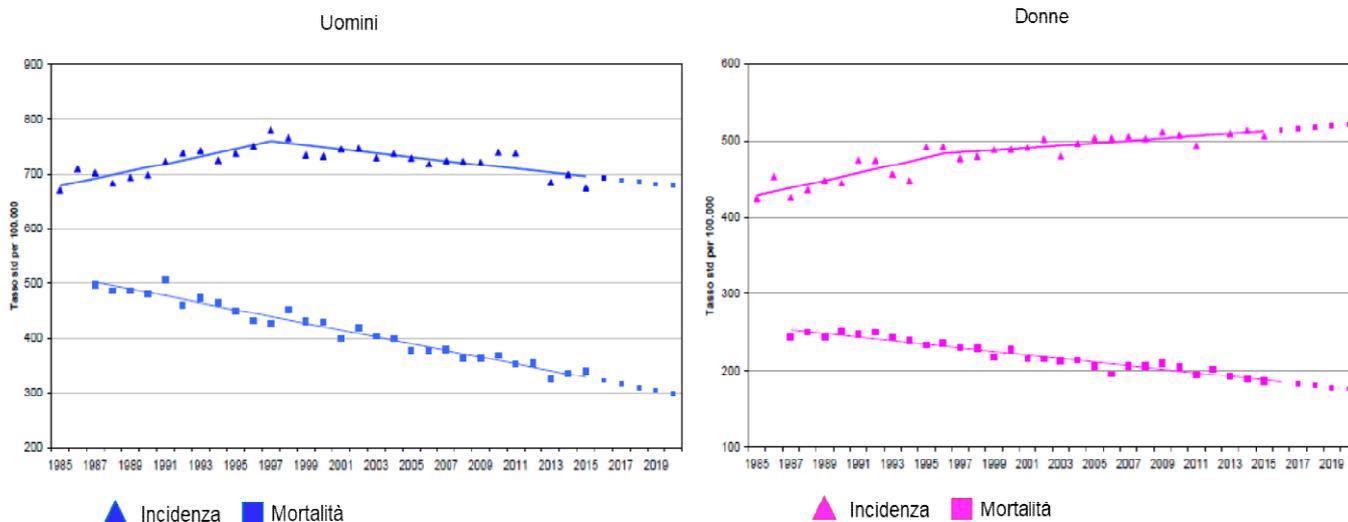
I tre tumori più frequenti nelle donne dell'AUSL TC sono i tumori della mammella (29% di tutte le nuove diagnosi oncologiche), del colon-retto (12%) e del polmone (8%), mentre negli uomini sono quelli della prostata (19%), del polmone (15%) e del colon-retto (13%).

Nei maschi toscani i tumori più frequenti nel periodo 2013-2017 in età giovanile (prima dei 50 anni) sono il melanoma cutaneo (16%), il tumore del testicolo (10%) e quello della tiroide (9%); tra i 50 e 69 anni e sopra 70 anni il più frequente è quello della prostata (20% e 18% rispettivamente), seguito da polmone (14% e 17%) e colon-retto (11% e 14%). Tra le femmine toscane il tumore più frequente è quello della mammella in tutte le fasce di età (39% dei tumori prima dei 50 anni, 34% tra 50 e 69 anni, 21% dopo i 70 anni). Tra le donne sotto i 50 anni al secondo e terzo posto si collocano i tumori della tiroide (15%) e i melanomi (11%), mentre nelle donne di 50-69 anni e di 70+ anni, al secondo posto compare il tumore del colon-retto (9% e 15% rispettivamente), e al terzo quello del polmone (8% e 9%).

Il RTT fornisce anche i dati relativi ai trend temporali di incidenza e mortalità per tumore, al netto dell'invecchiamento, e si riferiscono alla casistica osservata nelle aree di Firenze e Prato nel periodo 1985-2011 e 2013-2015, proiettata fino al 2020 (Figura 25). Si tratta solo di una parte del

territorio della USL TC (province di Firenze e Prato), ma che sicuramente approssima abbastanza la realtà di tutta la AUSL TC. In generale, nelle province di Firenze e Prato, assistiamo ad una diminuzione di incidenza negli ultimi anni per tutti i tumori nel sesso maschile (-0.5% per anno), legata principalmente alla riduzione dei tumori del polmone e del colon-retto ed un andamento in aumento per i tumori femminili (+0.3% per anno), in particolare a carico del polmone. La diminuzione del fumo tra i maschi e l'aumento tra le femmine spiegano gran parte delle differenze dell'incidenza dei tumori nei due sessi. La mortalità per tutti i tumori appare in calo sia negli uomini (-1,3% per anno) che nelle donne (-1,0% per anno), grazie a diagnosi tempestive e a nuovi efficaci farmaci.

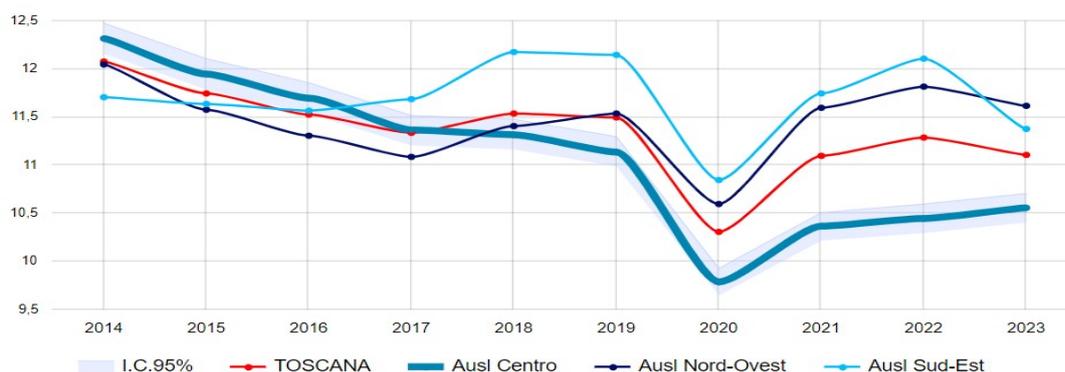
Figura 25. Tassi standardizzati (standard: Europa 2013) di incidenza e mortalità per tumore, escluso i carcinomi della cute. Province di Firenze e Prato 1985-2011, 2013-2015 e proiezioni al 2020. Fonte AIRTUM



I ricoveri ospedalieri per tumore

Il tasso di ricovero standardizzato per età (per 1.000 ab.) di soggetti residenti nell'AUSL TC e in RT è andato progressivamente riducendosi dal 2011 al 2017 dell'1-2% all'anno, si è poi mantenuto stabile nel 2018 e 2019 per ridursi invece drasticamente nel 2020 (-12,1% nell'AUSL TC) a causa dello sconvolgimento nell'organizzazione ospedaliera causata dalla pandemia, e nel 2021 il tasso è stato solo del 2,2% più elevato rispetto al 2020 in AUSL TC (-10,1% rispetto al 2019), per poi risalire nel 2021 e 2022 ed assestarsi sul trend in diminuzione simile al periodo prepandemico (Figura 26).

Figura 26. Andamento del tasso di ricovero standardizzata per età (per 1.000 ab.) per tumori maligni di soggetti residenti nelle AUSL toscane nel periodo 2014-2023. Fonte: ARS, 2024.



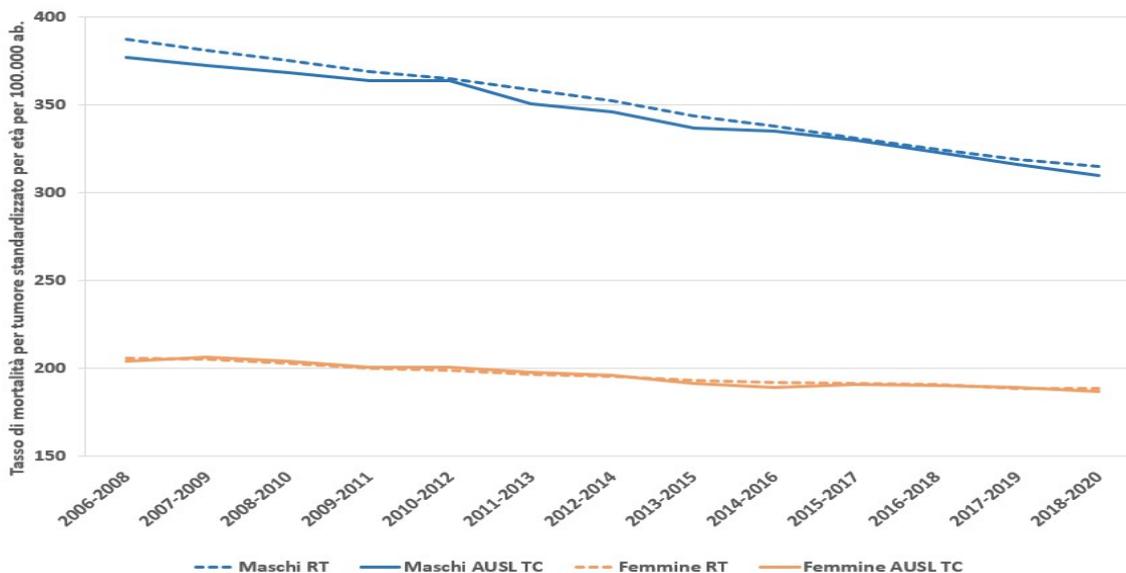
È bene ricordare che le differenze geografiche dei tassi standardizzati per età di ospedalizzazione possono dipendere non solo da reali differenze nella diffusione delle malattie nelle varie zone, ma anche da una diversa disponibilità di servizi sanitari territoriali alternativi all'ospedale.

La mortalità per tumore

I dati di mortalità per tumore sono una misura che approssima il valore dell'incidenza per i tumori con alta letalità, ma non per quelli più curabili. Nel triennio 2018-2020, i decessi per tumore maligno nell'AUSL TC sono stati 15.323, rappresentando la seconda causa di morte (27,7% dei decessi) dopo le malattie cardiovascolari (31,3%), come avviene anche in Italia e in Toscana.

Analogamente alla mortalità generale e cardiovascolare, anche quella per tumori maligni è in progressiva e costante diminuzione da molti anni, sia nei maschi che nelle femmine (Figura 27). Il divario di genere nella mortalità oncologica, storicamente a favore delle femmine, si mantiene nel tempo ma tende a ridursi negli anni più recenti, grazie alla più consistente diminuzione della mortalità maschile. Questa riduzione è significativamente sostenuta dalla diminuzione della mortalità per tumore polmonare, conseguenza del forte incremento del numero di maschi che hanno smesso di fumare.

Figura 27. Andamento del tasso di mortalità standardizzata per età (per 100.000 ab.) per tumore maligno nei residenti nell'AUSL TC e in Toscana dal 2006 al 2020. Fonte: ARS, 2024.



Il **tumore del polmone** rimane tuttavia la prima causa di morte per tumore negli uomini (Tabella 2), sebbene la mortalità sia drasticamente diminuita, passando da 107,3 x 100.000 abitanti nel triennio 2002-2004 a 72,2 per 100.000 nel triennio 2018-2020. Nell'ultimo triennio, le zone Val di Nievole, Pratese e Pistoiese hanno registrato tassi di mortalità standardizzati per età per tumore polmonare negli uomini superiori alla media regionale (Val di Nievole: 83,9; Pratese: 78,8; Pistoiese: 76,1 vs RT 71,7 per 100.000 ab.). Nelle donne, il trend di mortalità per tumore polmonare è in diminuzione solo dal triennio 2016-2018 e il tasso di mortalità standardizzato per età nell'ultimo triennio è stato di 27,6 per 100.000, ancora superiore rispetto al valore riscontrato nel triennio 2002-2004 (24,2 per 100.000 abitanti); la zona Pistoiese è al quarto posto in Toscana (30,4 per 100,000 ab.). Questo dato è coerente con la prevalenza dell'abitudine al fumo tra le donne.

La prima causa di morte per tumore nelle donne è il **tumore della mammella** (Tabella 9). Nell'AUSL TC il tasso di mortalità è diminuito da 33,8 nel periodo 2002-2004 a 30,5 per 100.000 abitanti nel periodo 2018-2020.

Per quanto riguarda il **tumore gastrico** nella zona del Mugello si rileva un eccesso rispetto al valore medio regionale, soprattutto nelle donne (17,1 vs 8,5 x 100.000 ab. in RT). Questo eccesso di mortalità per tumore gastrico, noto da molti decenni, è concentrato in un'area dell'Appennino tra Toscana, Marche ed Emilia-Romagna, con valori tra i più elevati del mondo simili a quelli giapponesi. Tale eccesso è attribuito a una combinazione di dieta povera del passato, carente di vitamine, frutta e verdura, poco variata e ricca di salumi e prodotti conservati, oltre che a fattori

genetici e alla diffusione dell'infezione da *Helicobacter pylori*. Come nel resto del mondo, anche in questa zona il tasso di incidenza del tumore gastrico è tuttavia in progressiva diminuzione.

Tabella 9. Tassi di mortalità per tumore standardizzati per età per 100.000 ab., suddivisi per sesso e sede tumorale per zona dell'AUSL TC, in AUSL TC e in Regione Toscana nel periodo 2018-2020. Fonte: ARS, 2024.

*: eccessi di mortalità rispetto all'AUSL TC

Maschi										
Sede tumore	Zona									
	Pistoiese	Valdinievole	Pratese	Fiorentina	Fiorentina NO	Fiorentina SE	Mugello	Empolese Valdarno Inferiore	AUSL TC	RT
Polmone	76,1	83,9	78,8	64,5	73,1	65,4	67,9	74,9	72,2	71,7
Colon-retto	39,3	34,8	40,3	31,0	32,5	32,2	28,8	35,6	34,6	34,8
Stomaco	17,7	23,7	21,0	17,9	21,1	18,7	30,4	15,9	19,5	19,0
Prostata	20,2	24,0	23,4	25,5	23,3	28,2	25,1	26,3	24,6	25,1
Femmine										
Sede tumore	Zona									
	Pistoiese	Valdinievole	Pratese	Fiorentina	Fiorentina NO	Fiorentina SE	Mugello	Empolese Valdarno Inferiore	AUSL TC	RT
Polmone	30,4	25,3	28,2	29,9	24,0	29,0	28,6	23,8	27,6	27,0
Colon-retto	20,8	21,8	18,7	20,4	22,3	19,6	24,4	23,5	21,0	21,2
Stomaco	7,5	6,8	9,7	7,3	10,4	8,8	17,1	6,5	8,5	8,5

5.3 Malattie infettive

L'incidenza di quasi tutte le malattie infettive ritorna ai valori pre-pandemici, in aumento i casi di scabbia e scarlattina

La Tabella 10 mostra l'andamento dei nuovi casi di alcune delle principali malattie infettive. Nel 2023 si assiste ad un generalizzato aumento dei casi di Epatite A, Epatite B, Influenza, Malattie Batteriche Invasive e Tubercolosi, con valori che ritornano in linea con quanto registrato prima della pandemia. Si riducono invece i nuovi casi registrati di Morbillo, dove anche nel 2023 i valori rimangono sensibilmente inferiori rispetto a quelli del 2019.

Nel 2023, per Scabbia e Scarlattina si registrano valori sensibilmente superiori agli anni precedenti che, rispetto al 2019, risultano aumentati di quasi 5 e 3 volte rispettivamente (nel 2023, 1468 nuovi casi di Scabbia e 899 nuovi casi di Scarlattina). Se per la Scabbia l'aumento è da considerarsi in

gran parte generato dall'accoglienza dei migranti e ha visto coinvolti i territori della Regione e dell'AUSLTC (contribuendo in maniera sensibile all'aumento delle notifiche), per la Scarlattina, invece, l'aumento dei casi è verosimilmente generato da un effetto rebound dovuto al venire meno delle restrizioni legate alla pandemia.

Tabella 10. Nuovi casi registrati in AUSL TC per alcune delle principali malattie infettive, anni 2019-2023.

Fonte Igiene Pubblica e Nutrizione 2024.

Anno	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Dengue</i>	13	4	< 3	3	10
<i>Epatite A</i>	34	15	6	14	30
<i>Epatite B</i>	7	12	10	13	12
<i>Epatite C</i>	< 3	< 3	< 3	< 3	3
<i>Influenza</i>	128	45	8	24	103
<i>Malattie batteriche invasive</i>	60	27	8	19	53
<i>Morbillo</i>	44	7	<3	3	<3
<i>Rosolia</i>	<3	<3	<3	<3	<3
<i>Scabbia</i>	354	200	272	744	1468
<i>Scarlattina</i>	356	73	6	82	899
<i>Tubercolosi</i>	160	50	61	104	130

5.4 Infortuni stradali

Tornati ai livelli pre-pandemici

I dati ACI-ISTAT indicano che il numero di incidenti stradali (IS) occorsi nel territorio dell'AUSL TC è cresciuto dagli anni '90, ha raggiunto il valore più elevato nel 2005-2006 ed è poi diminuito a meno di 7.000 nel 2019. Successivamente vi è una fase di forte discontinuità:

- il lockdown per Covid ha causato una forte riduzione nel 2020 (concentrata sugli eventi più lievi), il 2021 ha visto una lieve ripresa ed il 2022 ha visto il ripristino dei livelli precedenti alla pandemia
- la tendenza nazionale rilevata sul primo semestre del 2023, indica il mantenimento di livelli simili al 2022 forse con minime riduzioni (Tabella 11).

Tabella 11. Incidenti stradali (IS) nell'AUSL TC. Numero IS, Feriti per IS, Decessi per IS, in totale e di quelli occorsi sul lavoro. Fonti: ACI, INAIL, ISTAT - 2023.

ANNO	IS in generale			Denunce INAIL per IS "in itinere" e sul lavoro	
	Numero IS	Numero Feriti per IS	Numero Decessi per IS	Infortuni Per IS in itinere	Infortuni Per IS sul lavoro
2023	N.D. (Trend nazionale - 1%)	N.D. (Trend nazionale - 0.9%)	N.D. (Trend nazionale - 2.5%)	ND	ND
2022	6.938	8.488	81	3.269	576
2021	5.957	7.454	75	2.497	618
2020	4.544	5.574	60	1.821	487
2019	6.969	8.905	69	3.318	724
2018	7.053	9.078	95	3.139	780
2017	7.303	9.451	90	3.095	759
2016	7.401	9.494	72	3.118	819
2015	6.989	8.949	82		
2014	7.468	9.461	80		
2013	7.070	9.202	68		
2012	7.435	9.756	71		
2011	8.042	10.486	74		
2010	8.438	11.092	106		
2009	8.538	11.001	92		
2008	8.700	11.332	89		
2007	9.861	12.522	91		
2006	10.077	13.102	104		
2005	10.089	12.885	133		
2004	10.508	13.376	137		
2003	10.784	13.844	144		
2002	10.714	13.888	128		
2001	10.699	13.749	156		
2000	9.823	12.636	125		
1999	9.804	12.797	155		
1998	10.171	13.243	138		
1997	9.257	12.079	148		
1996	8.759	11.396	139		
1995	9.002	11.814	175		
1994	8.481	10.821	170		
1993	8.559	11.178	164		
1992	8.678	11.479	154		
1991	8.804	11.698	191		

Un andamento analogo è evidente per il tasso di IS rapportato alla popolazione presente, misura utilizzata da ISTAT ed ACI quale proxy delle persone che guidano o dei veicoli effettivamente in

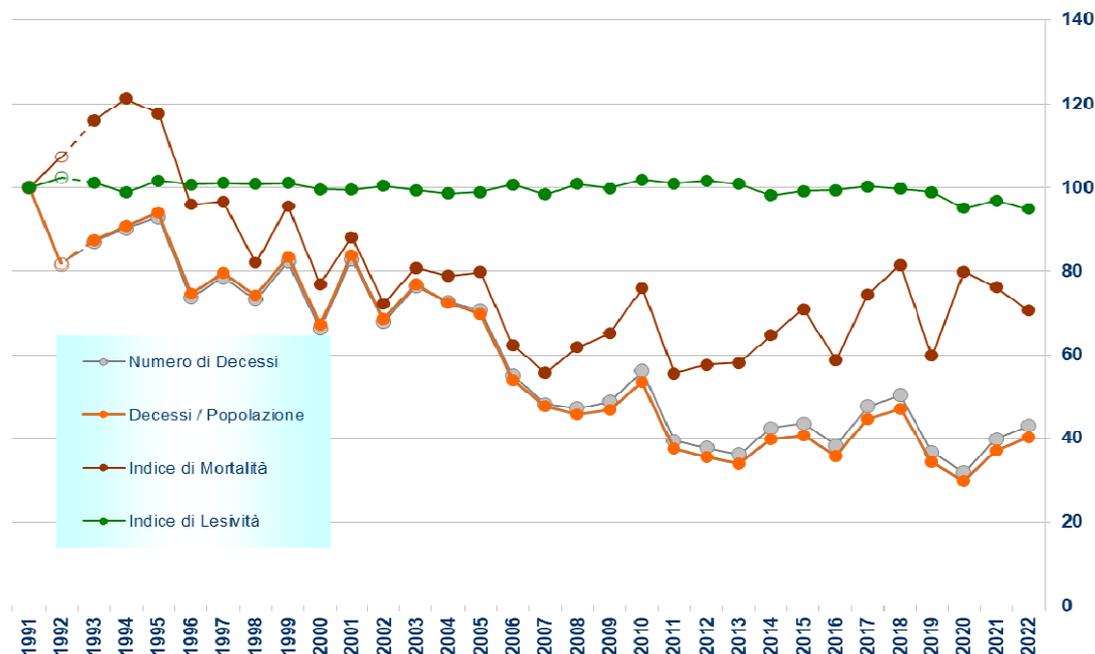
circolazione nell'area di riferimento, che sarebbero i denominatori corretti su cui calcolare il tasso di incidentalità. L'informazione sul luogo di accadimento degli IS è utilizzata per valutare il rischio per tratta stradale, mentre quella sul comportamento alla guida (consumo di alcol, droghe, eccesso di velocità) è utilizzata per valutare il rischio correlato alle caratteristiche del conducente e dei passeggeri.

Nel 2020 i decessi per IS sulle strade dell'AUSL TC sono stati 60, il valore più basso nell'ultimo trentennio, attribuibile alle restrizioni alla mobilità collegate alla pandemia. Successivamente il valore è risalito fino ad 81 nel 2022, con tendenza alla stabilizzazione.

Gli indici di lesività (numero di feriti per ogni IS) e di mortalità (numero decessi per ogni IS) esprimono la gravità in termini di conseguenze sanitarie degli IS (Figura 28). Nel 2019, l'indice di lesività nell'AUSL TC era stato di 1.278 feriti ogni 1.000 IS, costante in 27 anni di osservazione. Il 2020 ha visto una lieve contrazione forse dovuta alla pandemia, che sembra comunque proseguire anche nel 2021 e 2022.

L'indice di mortalità nel 2019 era stato di 9.9 decessi ogni 1.000 IS. Nel 2020 è tornato ad aumentare fino a 13.2 decessi ogni 1.000 IS poiché la contrazione degli incidenti dovuta alle restrizioni per il Covid aveva influito maggiormente sugli eventi più lievi. Il 2021 e il 2022 hanno visto una nuova riduzione. La tendenza di lungo periodo dell'indice di mortalità vede una costante e significativa riduzione negli anni fino al 2007, con successiva stabilizzazione unita però ad instabilità nel breve periodo.

Figura 28. Andamento temporale (1990-2022) dei decessi per IS nell'AUSL TC, indice di lesività (n. feriti/n. IS) ed indice di mortalità (n. decessi / n. IS) posto il dato 1991 = 100. Fonte: Elaborazioni su dati ACI-ISTAT



Per quanto riguarda la componente di IS correlata al lavoro, gli eventi “in itinere” denunciati ad INAIL costituiscono un terzo circa degli IS totali, mentre quelli occorsi durante il vero e proprio svolgimento del lavoro sono un ulteriore 8% circa di tutti gli IS.

In questo settore, nel 2020 si è rilevato un consistente effetto del lockdown. Nel 2020 le denunce di IS lavorativi si erano ridotte del 36.8% rispetto ai quattro anni precedenti, mentre le denunce di IS “in itinere” la riduzione aveva raggiunto il 42.5%.

I dati 2021 e 2022 hanno visto una ripresa, comunque inferiore a quella dell’incidentalità generale e tale da suggerire che:

- le modalità di spostamento da/verso ed i corrispondenti livelli di rischio per infortunio “in itinere” siano tornate simili a quelle pre-pandemia
- l’incremento degli IS “sul lavoro” sia stato invece minore. Ciò potrebbe indicare il mantenimento di una certa quota di lavoro “a distanza”, introdotto a causa del lockdown ma risultato concretamente utile a ridurre in qualche misura gli infortuni stradali causati dal lavoro.

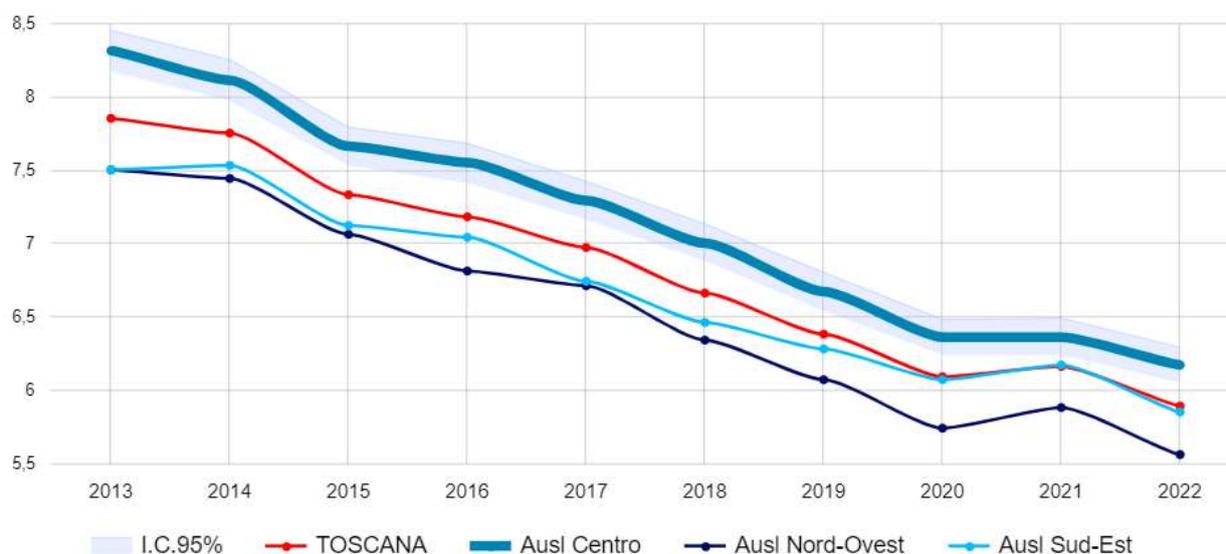
6. SALUTE NEI GRUPPI DI POPOLAZIONE

6.1 Salute materno-infantile

Inarrestabile calo delle nascite

Nel 2022 nella AUSL TC sono nati 9.910 bambini, confermando il trend di decrescita di nascite, come peraltro accade negli altri territori toscani (Figura 29). Comprendendo l'area metropolitana di Firenze, Prato e Pistoia, l'AUSL TC rappresenta comunque l'Azienda Sanitaria con il più alto tasso di natalità della Toscana. Tra le zone, quella di Empoli Valdarno Inferiore mostra nel 2022 i valori di natalità più elevati (6,6 x 1.000), significativamente maggiori di quello regionale (5,9 x 1.000).

Figura 29. Tasso di natalità per 1.000 residenti nelle AUSL toscane e in Regione Toscana. Periodo 2013-2022. Fonte: ARS, 2024.



Nel 2023 le donne residenti nell'AUSL TC che hanno partorito in ospedale sono state 9.051, ovvero 30,9 per 1.000 donne in età fertile (15-49 anni). Da sottolineare le zone Fiorentina Sud-Est e Empolese Valdarno Inferiore, che presentano un tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per parto significativamente più elevato rispetto al valore medio regionale (Tabella 12). I tassi di ospedalizzazione per parto fanno riferimento a tutti i parti, con o senza problemi di salute della mamma e del neonato.

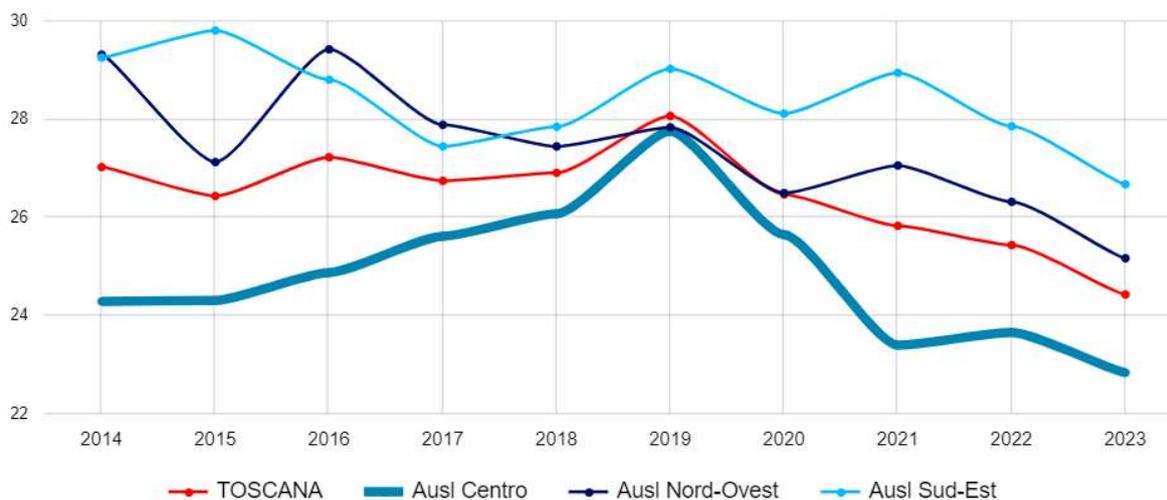
Tabella 12. Numero di ricoveri per parto, tasso grezzo e tasso standardizzato per età di ricovero per parto per zona di residenza (per 1.000 donne in età fertile) e in AUSL TC e in Toscana. Anno 2023. Fonte: ARS, 2024.

* eccesso rispetto ad AUSL TC e RT

Residenza	Ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
Pistoiese	932	28,9	31,7	29,6	33,7
Val di Nievole	655	28,3	30,9	28,5	33,2
Pratese	1.492	26,8	29,3	27,8	30,9
Fiorentina	2.105	29,4	29,6	28,3	30,9
Fiorentina Nord-Ovest	1.216	29,8	32,4	30,6	34,3
Fiorentina Sud-Est *	941	28,3	29,1	32,2	33,0
Mugello	315	26,6	29,1	25,9	32,3
Empolese Valdarno Inferiore *	1.458	31,0	34,0	32,3	35,8
AUSL TOSCANA CENTRO	9.051	28,9	30,9	30,3	31,6
REGIONE TOSCANA	19.710	28,3	30,5	30,1	31,0

Nel 2023 il 22,8% dei parti nell'AUSL TC è stato di tipo cesareo, un valore al di sotto della media regionale (24,4%) (Figura 30).

Figura 30. Proporzione cesarei sul totale dei parti nella AUSL toscane. Periodo 2014-2023. Fonte: ARS, 2024.



I ricoveri sostenuti da donne residenti in AUSL TC per aborto spontaneo nel 2023 sono stati complessivamente 1.224, ovvero 3,9 per 1.000 donne in età fertile, superiore al valore regionale (3,5 per 1.000) (Tabella 13). Tra le zone situate nel territorio dell'AUSL TC, quella Fiorentina

mostra un tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo significativamente più alto della media regionale.

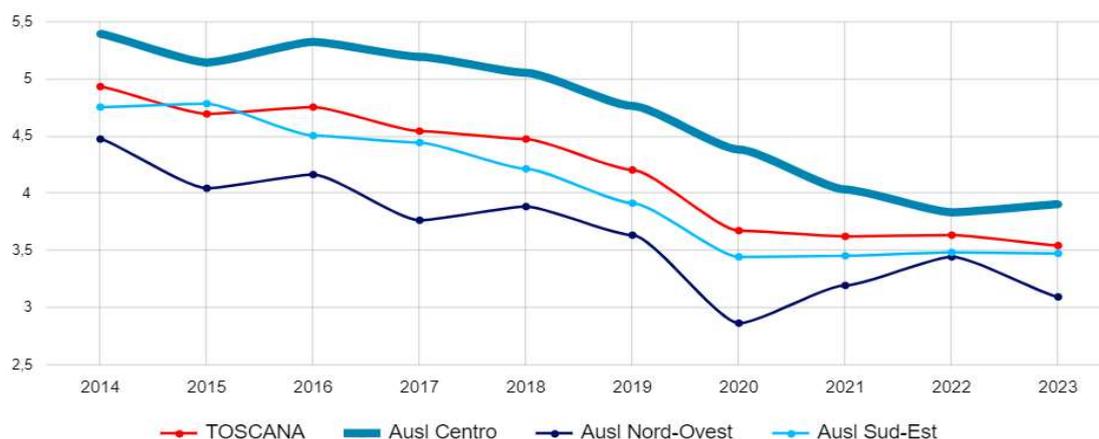
Tabella 13. Tasso grezzo di ospedalizzazione per aborto spontaneo (x 1.000 donne in età fertile) delle residenti in Toscana per zona socio-sanitaria dell'AUSL TC, in AUSL TC e in Toscana - Anno 2023 – ARS 2024.

* in eccesso rispetto ad AUSL TC e RT

Zona	Totale ricoveri	Tasso grezzo	Lim. inf.	Lim. sup.
Pistoiese	115	3,6	2,9	4,2
Val di Nievole	98	4,2	3,4	5,1
Pratese	179	3,3	2,9	3,8
Fiorentina *	335	4,7	4,2	5,2
Fiorentina Nord-Ovest	144	3,5	2,9	4,1
Fiorentina Sud-Est	137	4,1	3,4	4,8
Mugello	54	4,6	3,3	5,8
Empolese Valdarno Inferiore	162	3,4	2,9	4,0
AUSL CENTRO	1.224	3,9	3,7	4,1
REGIONE TOSCANA	2.470	3,5	3,4	3,7

Nel periodo 2014-2023 il trend dell'ospedalizzazione per aborto spontaneo nell'AUSL TC è in leggero aumento rispetto all'andamento regionale (Figura 31).

Figura 31. Tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo (per 1.000 donne in età fertile) di residenti nell'AUSL TC e in Regione Toscana. Periodo: 2014-2023. Fonte: ARS, 2024



Nel 2023 le donne residenti nella AUSL TC ricoverate per interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) sono state 733 (881 nel 2022), ovvero 2,3 per 1.000 donne residenti in età fertile, a fronte del valore regionale di 2,2 per 1.000 (Tabella 14). Tra le zone socio-sanitarie dell'AUSL TC i valori di ospedalizzazione per IVG risultano in linea con quelli medi regionali, eccetto che per quella Fiorentina, che mostra un tasso di ospedalizzazione per IVG più alto.

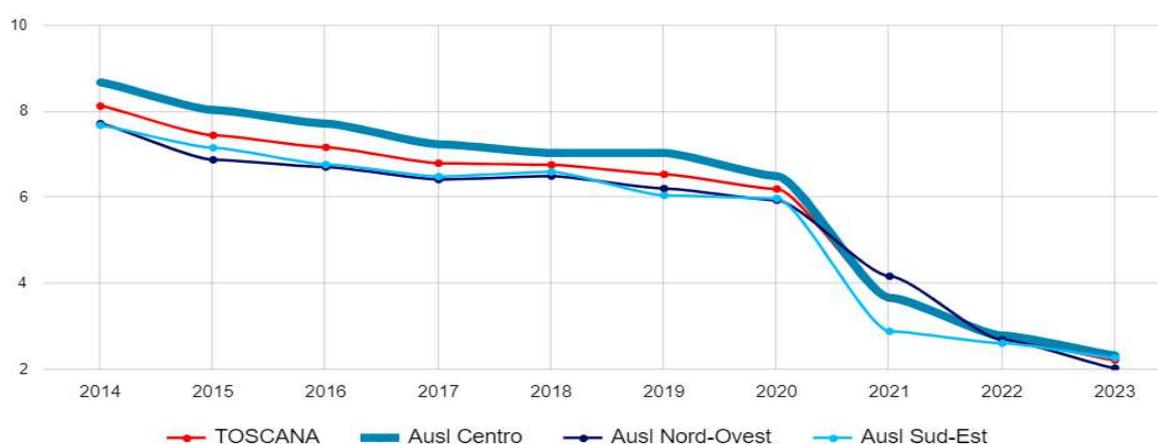
Tabella 14. Numero assoluto e tasso grezzo di ospedalizzazione per Interruzione Volontaria di Gravidanza (per 1.000 donne in età fertile) per zona socio-sanitaria dell'AUSL TC, in AUSL TC e in Toscana. Anno 2023. Fonte: ARS 2024.

* in eccesso rispetto ad AUSL TC e RT

Zona	Totale ricoveri	Tasso grezzo	Lim. inf.	Lim. sup.
Pistoiese	59	1,8	1,4	2,3
Val di Nievole	46	2,0	1,4	2,6
Pratese	127	2,4	2,0	2,8
Fiorentina *	199	2,8	2,4	3,2
Fiorentina Nord-Ovest	100	2,4	2,0	2,9
Fiorentina Sud-Est	67	2,0	1,5	2,5
Mugello	31	2,6	1,7	3,5
Empolese Valdarno Inferiore	104	2,2	1,8	2,6
AUSL TOSCANA CENTRO	733	2,3	2,2	2,5
REGIONE TOSCANA	1.552	2,2	2,1	2,3

Da anni i tassi di ospedalizzazione per IVG nell'AUSL TC mostrano un trend in calo, in linea con l'andamento regionale (Figura 32).

Figura 32. Tasso di ospedalizzazione per interruzione volontaria di gravidanza per 1.000 donne in età fertile in AUSL TC e in Regione Toscana. Periodo: 2014 -2023 Fonte: ARS, 2024



I principali indicatori degli esiti del parto nei residenti dell'AUSL TC sono risultati in generale simili o leggermente inferiori ai valori medi regionali. In particolare, in base ai dati più aggiornati disponibili sul portale di ARS del 2024, si registra:

- Nel triennio 2021-2023 la natimortalità (bambini nati morti ogni 1.000 nati vivi) è di 2,25, del tutto sovrapponibile a quella media toscana;
- Nel triennio 2018-2020 sono 52 i bambini che sono deceduti nel primo anno di vita, equivalenti ad un tasso di mortalità di 1,5 ogni 1.000 nati vivi. La mortalità infantile nella USL con valore più elevato - di poco superiore al valore regionale - si registra nella zona Val di Nievole (1,7 per 1.000 nati vivi);
- Nel periodo 2017-2019 i nati vivi e le IVG con almeno una malformazione congenita, escludendo i difetti minori, hanno interessato 655 soggetti, per un totale di 928 malformazioni, con un tasso grezzo pari a 19,9 per 1.000 nati vivi. Dal 2011 il valore è in aumento, in sintonia con quello regionale;
- Nel triennio 2021-2023 sono 1.857 i bambini con basso peso alla nascita (<2.500 gr), pari al 6,5% del totale dei nati vivi, valore in linea con quello medio toscano (6,6%);
- Nel 2021-2023 i nati vivi prematuri (entro le 37 settimane di gestazione) sono stati 1.867 (6,5% dei nati vivi; in Toscana sono il 6,9%);
- Nel 2023 gli immaturi gravi (entro le 32 settimane di gestazione) sono stati 79, pari allo 0,9% dei nati vivi, valore di poco superiore a quello medio regionale (0,8%).

6.2 Infortuni sul lavoro

In diminuzione anche prima del COVID

I dati INAIL degli infortuni lavorativi riconosciuti ed indennizzati, analizzati per il periodo 2010-2021 evidenziano una progressiva riduzione del numero di eventi (Tabella 15).

Tabella 15. Infortuni definiti positivamente accaduti nel territorio AUSL TC in occasione di lavoro, esclusi studenti colf e sportivi.
Fonte: INAIL.

ANNO	AUSL TOSCANA CENTRO									AUSL NORD- OVEST	AUSL SUD- EST	Regio ne Tosca na
	Empolese V.V.	Fiorentina	Fiorentin a NO	Fiorentin a SE	Mugello	Pistoiese	Prates e	Val di Nievol e	Totale AUSL TC			
2022	1272	3122	1149	1142	407	915	1248	470	9725	10286	5720	25731
2021	1186	2472	1051	958	385	879	1182	478	8591	8551	5325	22467
2020	1250	2888	986	1059	459	1021	1171	474	9308	8855	5182	23345
2019	1.253	2.906	1.219	1.037	475	958	1.275	531	9.654	8.900	6.131	24.685
2018	1.355	2.895	1.224	1.042	496	1.066	1.303	475	9.856	8.951	6.279	25.086
2017	1.319	2.905	1.265	1.064	427	1.108	1.355	472	9.915	9.420	6.281	25.616
2016	1.368	3.045	1.210	1.106	502	996	1.384	462	10.073	9.711	6.414	26.198
2015	1.433	2.923	1.213	1.001	513	1.091	1.357	537	10.068	9.957	6.517	26.542
2014	1.564	3.115	1.282	1.035	510	1.187	1.330	575	10.598	10.734	7.103	28.435
2013	1.617	3.195	1.259	1.150	507	1.309	1.390	587	11.014	11.124	7.200	29.338
2012	1.574	3.370	1.318	1.159	556	1.389	1.485	626	11.477	11.809	7.647	30.933
2011	1.871	3.709	1.421	1.397	643	1.562	1.624	724	12.951	13.609	8.923	35.483
2010	2.034	4.166	1.531	1.506	774	1.728	1.725	777	14.241	14.639	9.421	38.301

Confrontando il dato 2022 (tornato ai livelli pre-covid) col 2010, gli infortuni si sono ridotti di un quarto per le zone Fiorentina, Fiorentina Sud Est, Fiorentina Nord-Ovest e Pratese. La riduzione aumenta ancora, da meno un terzo fin quasi a dimezzarsi, nei restanti territori. Considerando complessivamente l'AUSL TC, gli infortuni in poco più di 10 anni si sono ridotti di oltre il 30%. La riduzione si evidenzia nel triennio 2010-2013, in coincidenza con le fasi più acute della crisi economico-produttiva e dalla conseguente riduzione del numero di ore lavorate, seguita da un periodo di riduzione meno pronunciata. Nell'ultimo triennio il dato è sostanzialmente stabile.

Limitando il 2022 ed escludendo i casi privi di informazione sull'ambito lavorativo, il settore in cui si sono verificati più infortuni è quello delle attività manifatturiere, circa il 22% del totale, seguito dalla sanità (15.9%) dove il dato è temporaneamente distorto al rialzo per il gran numero di casi di Covid contratti sul lavoro e conteggiati come infortuni, Seguono poi le costruzioni 13.6% ed il settore trasporti e magazzinaggio 11.9% (Tabella 16).

Tabella 16 - Infortuni riconosciuti in occasione di lavoro accaduti nel 2021 nella AUSL CENTRO per i quali è specificato il settore ATECO. Fonte: INAIL.

Ateco2007	Casi	%
C Attività manifatturiere	4251	21.6%
Q Sanità	3117	15.9%
F Costruzioni	2663	13.6%
H Trasporto e magazzinaggio	2334	11.9%
G Commercio	1940	9.9%
I Alloggio e ristorazione	1431	7.3%
N Noleggio, ag. viaggio	1376	7.0%
E Fornitura di acqua	973	5.0%
O Ammin.pubblica	274	1.4%
S Altre attività di servizi	265	1.3%
L Attività immobiliari	244	1.2%
M Professioni	158	0.8%
R Arte, sport, intratt.	153	0.8%
J Informaz. e comunicaz.	120	0.6%

Ateco2007	Casi	%
A Agricoltura silvic. pesca	91	0.5%
P Istruzione	72	0.4%
K Finanza e assicurazioni	71	0.4%
B Estrazione di minerali	69	0.4%
D Fornitura di energia	34	0.2%
U Organizzazioni	8	0.0%
T Attivita' di famiglie	1	0.0%

Negli ultimi 3 anni, la pandemia ha causato un sensibile aumento di infortuni nel settore della sanità ed assistenza sociale, attribuibili a contagi Covid durante l'attività lavorativa, e ad un andamento diversificato in vari settori a seconda degli effetti del lockdown e del lavoro da remoto.

6.3 Malattie Professionali

Dal 2010 al 2021 si rileva un incremento del numero delle Malattie professionali (MP). L'evento pandemico iniziato nel 2020, in analogia con gli infortuni, ha indotto un decremento delle segnalazioni di MP, seguito nel 2021 da un incremento del 10% rispetto al 2020 delle denunce di MP nella AUSL TC, più contenuto rispetto alle altre due AUSL. Il dato dell'AUSL NO appare fortemente disallineato, in misura non spiegabile in termini di reali differenze del rischio (Tabella 17).

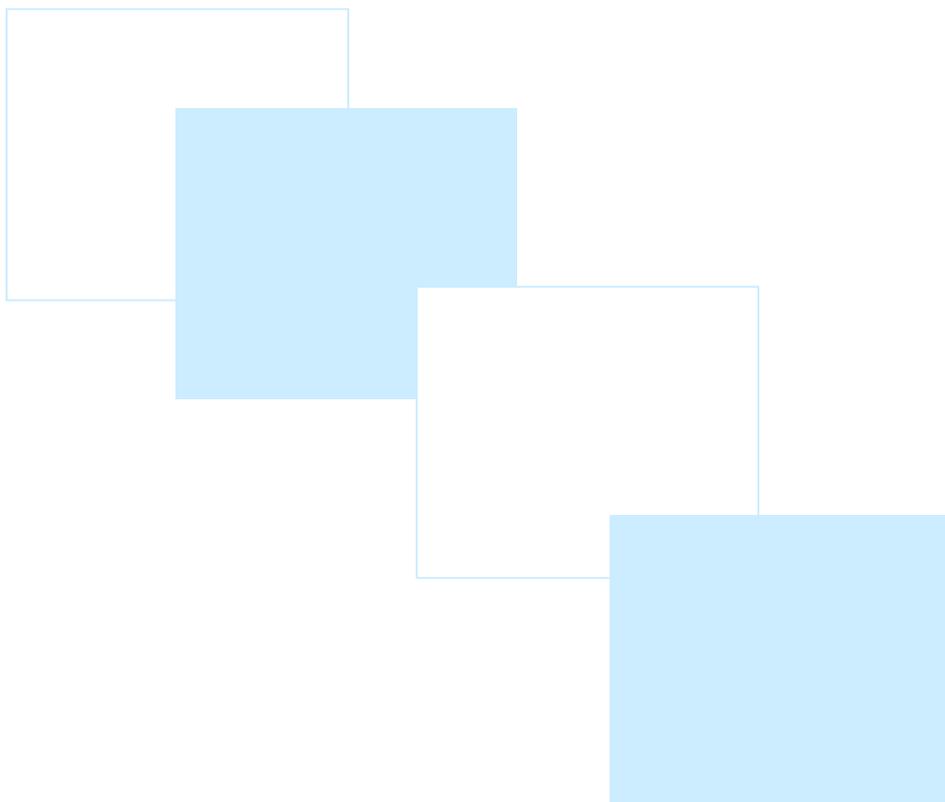
Tabella 17 - Malattie professionali riconosciute, esclusi studenti, sportivi e colf. Fonte: INAIL.

ANNO	EMPOL ESE	FIOREN TINA	FIOREN TINA NO	FIORE NTINA SE	MUGE LLO	PISTOI ESE	PRAT ESE	VAL DI NIEVO LE	AUSL TC	AUSL NO	AUSL SE	TOSCANA
2022	209	129	69	98	41	43	72	29	690	2194	686	3570
2021	228	131	70	86	40	65	70	36	726	2832	627	4185
2020	162	104	57	81	38	64	52	28	586	2547	533	3666
2019	221	103	58	107	46	55	74	34	698	3278	626	4602
2018	226	121	61	113	46	63	66	36	732	3177	640	4549
2017	198	87	54	102	63	46	71	25	646	2859	658	4163
2016	197	82	46	109	44	46	58	28	610	2848	685	4143
2015	162	65	36	85	31	44	57	34	514	2615	692	3821
2014	195	90	71	54	33	39	48	30	560	2.687	542	3.789
2013	210	90	82	60	14	46	67	44	613	2.408	479	3.500
2012	192	94	80	45	13	45	59	33	561	2.085	420	3.066
2011	129	77	88	49	25	39	45	44	496	2.077	378	2.951
2010	110	99	120	46	8	42	72	57	554	1.349	376	2.279

Le MP più diffuse nell'AUSL TC sono quelle a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, indicate come disturbi dei tessuti molli, dorsopatie, artropatie, disturbi dei nervi prevalentemente ascrivibili alla sindrome del tunnel carpale, che rappresentano più del 75% delle MP totali riconosciute. Rispetto alle MP attese sulla base dei dati di letteratura, risulta evidente la sottonotifica dei tumori, delle malattie respiratorie e delle malattie allergiche e da sensibilizzazione, le cui procedure di riconoscimento peraltro sono spesso complesse e prolungate nel tempo.



SEZIONE II. LA RISPOSTA DELL'AZIENDA SANITARIA



7. LE ATTIVITÀ

7.1 PRONTO SOCCORSO e 118

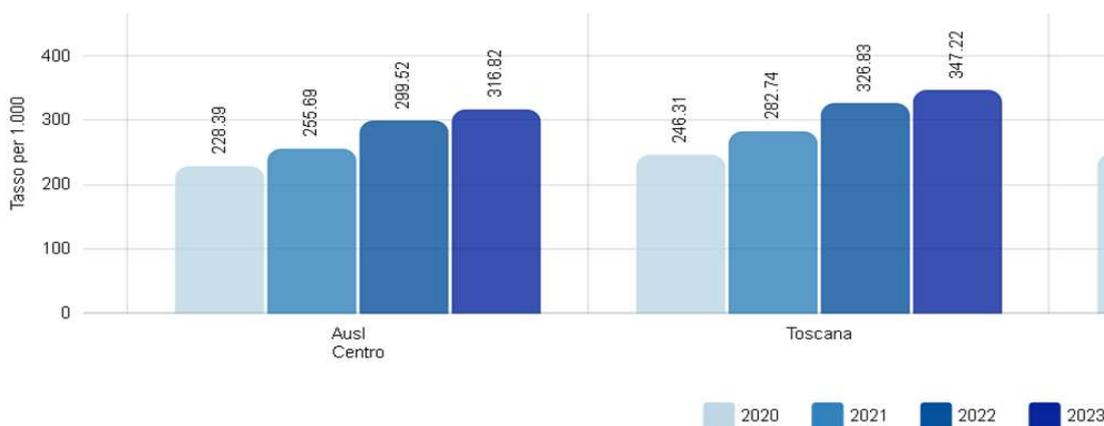
Nella sottostante Tabella 18, sono indicati gli accessi presso i Pronto Soccorso / Punti di Primo Soccorso della AUSL TC negli anni 2022 e 2023; nella Figura33 è invece rappresentato il trend di accessi 2020-2023 della AUSL TC e della Toscana.

Tabella 18. Numero Accessi ai Pronto Soccorso in AUSL TC, anno 2023. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche

Sede PS	Accessi 2022	Accessi 2023
Osp. Borgo San Lorenzo	20.389	22.585
Osp. della Valdinievole	32.214	33.308
Osp. Lorenzo Pacini	3.501	3.529
Osp. San Giovanni di Dio	43.434	44.779
Osp. San Giuseppe	60.124	65.096
Osp. San Jacopo	54.808	60.882
Osp. Santa Maria Annunziata	42.631	45.029
Osp. Santa Maria Nuova	32.445	34.398
Osp. Santo Stefano	85.728	91.462
Osp. Serristori*		1.632
Totale complessivo	375.274	402.700

*Presso l'ospedale Serristori è presente un Centro Medico Avanzato aperto H12.

Figura 33. Trend 2020-2023 di accessi al Pronto Soccorso in AUSL TC. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.

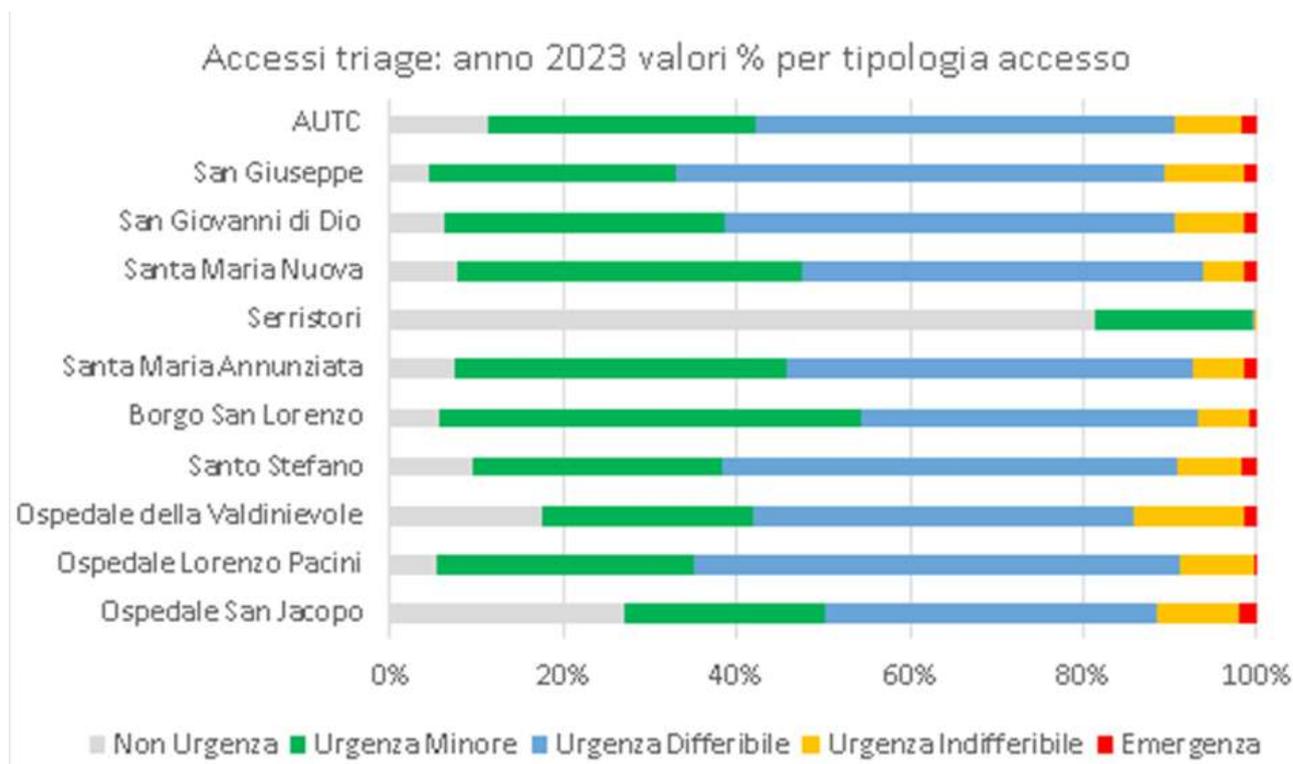


Dopo il minimo del 2020, continua la ripresa degli accessi al pronto soccorso, con valori che tuttavia non raggiungono, a livello aziendale, i valori pre covid del 2019. Dal confronto con le altre

AUSL toscane, anche nel 2023, AUSL TC conferma un tasso di accesso per 1.000 residenti inferiore rispetto a quello delle altre Aziende (Figura 33).

La Figura34 mostra la percentuale di tipologia di accesso per Pronto Soccorso: le urgenze indifferibili e le emergenze rappresentano solo circa il 10% degli accessi.

Figura 34. Proporzioni di tipologie di accesso. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche



*Presso l'ospedale Serristori è presente un Centro Medico Avanzato aperto H12.

Gli indicatori MeS (Tabella 19) evidenziano che il tasso di abbandono dal pronto soccorso è diminuito rispetto all'anno precedente, rimanendo tuttavia su livelli di attenzione. L'indicatore C16.4 sulla percentuale di accessi inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore rimane critico nonostante l'incremento dell'offerta di posti letto, riflettendo il permanere nel 2023 di una situazione di boarding non ottimale. È plausibile che le azioni dispiegate con la DGRT 532/2023 vedranno il loro effetto nel 2024. In lieve miglioramento ma ancora su livelli di attenzione l'indicatore sulla percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore. Si mantiene buono l'indicatore sulla percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore. Si registra anche una diminuzione la variabilità per tutti gli indicatori.

Tabella 19. Indicatori MeS Pronto Soccorso dell'AUSL TC, anno 2023[1]

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	5,10	5,17	4,06	Attenzione
C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	48,17	53,23	0	Buona Strada
C16.4.1.N Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	87,31	88,83	2,21	Ottimo
C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	77,58	78	4,3	Ottimo
D9A Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	4,25	3,94	1,62	Ottimo

L'indicatore più utilizzato per misurare la performance del 118 è l'intervallo Allarme-Target che descrive l'offerta assistenziale dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito anche nel Nuovo Sistema di Garanzia e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). La Figura 35 riporta la tendenza nel tempo di questo indicatore che mostra un miglioramento dei tempi di risposta. Si evidenzia che sia la centrale Firenze-Prato che quella Empoli-Pistoia hanno performance migliori della media regionale. Nella successiva Figura 36 si mostra il dato suddiviso per zona distretto.

[1] Gli indicatori del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna sono rappresentati, in questa e nelle successive analoghe tabelle, nelle dimensioni di valutazione da 1 a 5 (caselle colorate) e di variabilità intra-aziendale. I valori di variabilità hanno il seguente significato in base alla combinazione del trend relativo al valore ed alla variabilità:

1.**Ottimo**. Performance migliorata e variabilità ridotta. È la situazione ideale, perché il miglioramento è stato ottenuto riuscendo anche a ridurre le differenze fra zone-distretto o stabilimenti

2. Buona Strada. Performance migliorata ma variabilità aumentata. In questo caso il miglioramento dell'indicatore è stato ottenuto a livello aziendale, grazie all'azione di alcune zone o stabilimenti, aumentando quindi il divario fra zone o stabilimenti.

3. Attenzione. Performance peggiorata e variabilità aumentata. In questo caso, la situazione è di allerta. Qualche zona o stabilimento all'interno dell'azienda è peggiorata significativamente rispetto ad altre che hanno mantenuto una performance stabile, determinando quindi comportamenti differenti.

4. Criticità. Performance peggiorata e variabilità ridotta. Questo è il caso più critico, poiché il peggioramento sembra essere avvenuto in modo diffuso fra tutte le zone o stabilimenti dell'azienda.

Figura 35. Trend dell'indicatore Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso, per centrale operativa, con confronto con il valore medio della Toscana.

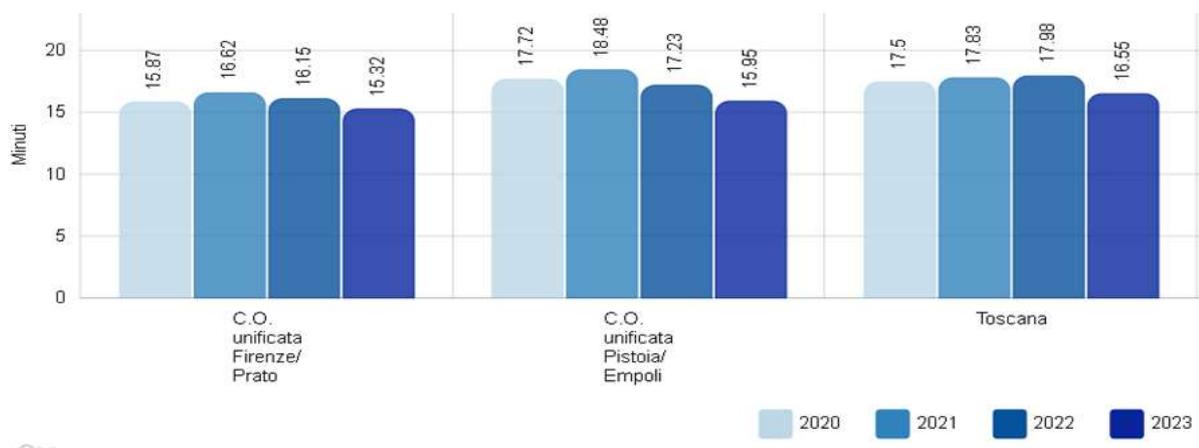
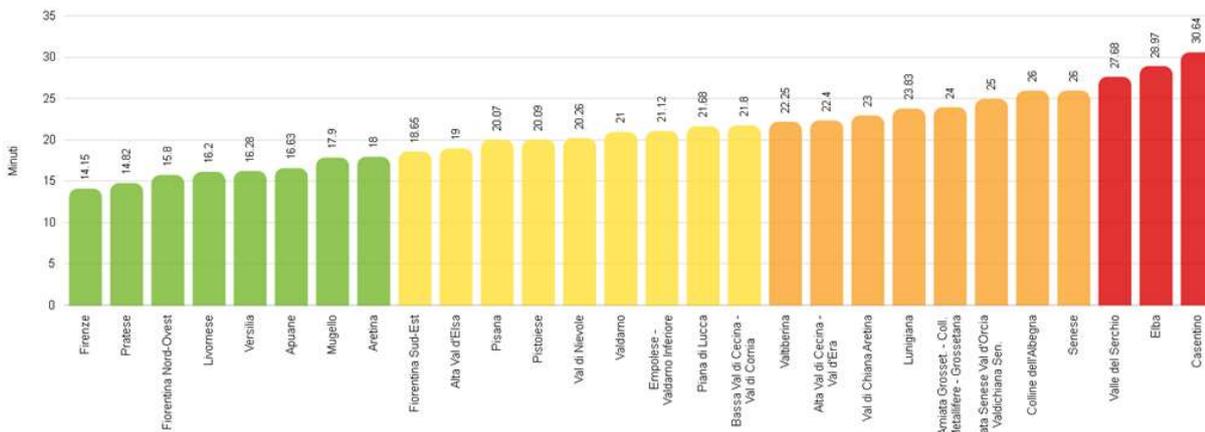


Figura 36. Indicatore Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso per zona distretto, 2023



7.2 OSPEDALE

7.2.1 Ricoveri

Nel corso del 2023 i ricoveri nelle strutture della AUSL TC sono stati 112.631 (giornate di degenza maturate 655.765). Rispetto al 2022 la degenza media si è ridotta passando da 6,61 a 6,39. Ciò ha fatto sì che a fronte di un lieve incremento del numero di ricoveri (+2,9%), il numero delle giornate di degenza maturate si sia ridotto dell'1,4% (Tabella 20). In particolare, si è assistito ad un incremento dei ricoveri ordinari dell'1,4% e dei Day Hospital del 10,4%. La lettura combinata di questi dati evidenzia un maggior ricorso al Day Hospital ed un miglioramento dell'efficienza del ricovero con un calo delle giornate di degenza maturate del 2,9%.

Riguardo alla degenza media esiste ancora una certa variabilità con performance però in miglioramento rispetto all'anno precedente.

Tabella 20. Descrittiva dei ricoveri avvenuti nelle strutture della AUSL TC, anni 2022-2023. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche

			2022				2023			
Ex USL	Presidio	Regime	n. casi	tot. gg	deg. media	peso medio DRG	n. casi	tot. gg	deg. media	peso medio DRG
Empoli	Ospedale S. Giuseppe	Ord.	13.921	101.784	7,31	0,8817	14.257	100.534	7,05	0,8710
	Ospedale S. Giuseppe	D.H.	2.107	7.651		0,4492	2.337	9.169		0,4719
	Ospedale San Pietro Igneo	Ord.	503	2.187	4,35	2,0445	620	2.171	3,50	1,8752
	Ospedale San Pietro Igneo	D.H.	280	280		0,6574	330	330		0,8263
Firenze	I.O.T. Firenze	Ord.	1	1	1,00	0,9249	4	4	1,00	0,4010
	I.O.T. Firenze	D.H.	2.923	2.943		0,4759	3.028	3.056		0,4555
	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	Ord.	3.988	24.774	6,21	1,0212	3.797	23.976	6,31	0,9658
	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	D.H.	656	2.053		0,5121	692	2.213		0,5014
	S. Maria Nuova Firenze	Ord.	4.892	27.595	5,64	1,0185	5.032	26.970	5,36	0,9907
	S. Maria Nuova Firenze	D.H.	817	1.451		0,5200	921	1.731		0,5008
	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	Ord.	11.905	75.382	6,33	0,9242	11.647	71.247	6,12	0,9245
	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	D.H.	1.463	8.945		0,6248	1.595	9.954		0,5824
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	Ord.	11.317	67.465	5,96	0,9725	10.891	63.342	5,82	0,9959
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	D.H.	1.349	5.411		0,6441	1.487	6.122		0,6535
	Serristori Figline V.A. (FI)	Ord.	1.180	6.683	5,66	0,6565	1.565	5.788	3,70	0,6420
	Serristori Figline V.A. (FI)	D.H.	595	3.245		0,4424	1.143	3.993		0,4305

	Spdc Oblate	Ord.	430	2.573	5,98	0,6662	413	3.093	7,49	0,6439
	Spdc Oblate	D.H.	0	0	0	0,0000	0	0	0	0,0000
Pistoia	Lorenzo Pacini	Ord.	650	6.313	9,71	0,7866	673	6.936	10,31	0,8087
	Lorenzo Pacini	D.H.	0	0			1	1		0,9577
	San Jacopo	Ord.	14.150	91.702	6,48	0,9020	14.548	92.662	6,37	0,8956
	San Jacopo	D.H.	2.050	5.788		0,5263	2.499	6.744		0,5051
	SS Cosma e Damiano	Ord.	6.895	45.673	6,62	0,8860	6.455	44.814	6,94	0,9619
	SS Cosma e Damiano	D.H.	1.141	2.667		0,4877	1.216	3.251		0,4941
Prato	Santo Stefano	Ord.	22.018	155.452	7,06	0,9003	23.244	153.403	6,60	0,8928
	Santo Stefano	D.H.	4.268	16.892		0,4874	4.236	14.261		0,5010
	Totale ricoveri ordinari		91.850	607.584	6,61		93.146	594.940	6,39	
	Totale DH		17.649	57.326			19.485	60.825		
	Totale generale		109.499	664.910			112.631	655.765		

I ricoveri ordinari per CoViD-19 sono stati 2882 (Tabella 21), contro i 8493 del 2022, con un decremento del 66%.

Tabella 21. Descrittiva dei ricoveri con diagnosi di CoViD-19 avvenuti nelle strutture della AUSL TC, anno 2023. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche.

Presidio	Ordinari	Tot. gg	Degenza Media
Lorenzo Pacini	6	81	13,5
Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	123	1118	9,09
Ospedale S. Giuseppe	561	5675	10,12
S. Maria Nuova Firenze	111	879	7,92
S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	188	1880	10,00
S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	260	2930	11,27
San Jacopo	593	5552	9,36
Santo Stefano	740	5842	7,89
Serristori Figline V.A. (FI)	62	787	12,69
SS Cosma e Damiano	238	2530	10,63
Totale	2882	27274	

Riguardo agli indicatori MeS, gli indici di Performance di Degenza Media (Tabella 22) confrontano la degenza media registrata con la media regionale di riferimento per la stessa tipologia di ricovero; i valori rilevati, essendo tutti con segno negativo, indicano una performance migliore della

media regionale. La valutazione non pienamente positiva da parte del MeS rispecchia l'idea che ci siano ancora margini di miglioramento. Molto migliorata la variabilità rispetto al 2022.

Tabella 22. Indicatori MeS su indici di performance di Degenza Media dell'AUSL TC, anno 2022

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
C2A,1 Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0,23	-0,25	2,50	Ottimo
C2A,C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	-0,32	-0,41	2,70	Ottimo
C2A,M Indice di performance degenza media - DRG Medici	-0,36	-0,52	3,26	Ottimo

7.2.2 Ricoveri Medici e Chirurgici

Il confronto tra DRG medici e chirurgici (Tabella 23e 24) evidenzia i risultati dell'impegno dell'Azienda per incrementare l'attività chirurgica: tale impegno ha determinato un aumento dei DGR chirurgici (+8,0% sul numero ricoveri ordinari e +13,7% sul numero di Day Surgery) a fronte di una diminuzione di quelli medici ordinari (-1,9%) ed un contenuto aumento dei Day Hospital medici (+4,5%).

Tabella 23. Ricoveri con DRG medico nelle strutture dell'AUSL TC. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche

Ex USL	Presidio	Regime	Casi 2022	GG 2022	Casi 2023	GG 2023
Empoli	Ospedale S. Giuseppe	Ord.	9.792	74.185	9.705	70.302
	Ospedale S. Giuseppe	D.H.	873	6.391	936	7.743
	Ospedale San Pietro Igneo	Ord.	17	49	24	52
	Ospedale San Pietro Igneo	D.H.	5	5	4	4
Firenze	I.O.T. Firenze	Ord.	0	0	0	0
	I.O.T. Firenze	D.H.	328	348	311	339
	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	Ord.	2.618	17.263	2.449	16.844
	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	D.H.	180	1.577	178	1.699
	S. Maria Nuova Firenze	Ord.	2.868	19.131	2.673	17.930
	S. Maria Nuova Firenze	D.H.	189	820	274	1.065
	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	Ord.	8.012	50.939	7.651	47.440

	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	D.H.	943	8.382	1.039	9.379
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	Ord.	6.244	40.402	5.640	35.376
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	D.H.	753	4.813	918	5.553
	Serristori Figline V.A. (FI)	Ord.	508	5.844	451	4.407
	Serristori Figline V.A. (FI)	D.H.	164	2.773	180	3.030
	Spdc Oblate	Ord.	430	2.573	413	3.093
	Spdc Oblate	D.H.	0	0	0	0
Pistoia	Lorenzo Pacini	Ord.	632	5.993	646	6.452
	Lorenzo Pacini	D.H.	0	0	0	0
	San Jacopo	Ord.	9.631	62.578	9.617	62.403
	San Jacopo	D.H.	737	4.475	799	5.032
	SS Cosma e Damiano	Ord.	5.104	34.422	4.572	34.076
	SS Cosma e Damiano	D.H.	399	1.925	390	2.425
Prato	Santo Stefano	Ord.	15.346	113.014	16.210	111.383
	Santo Stefano	D.H.	1.564	13.534	1.370	10.789
	Totale Ordinario		61.202	426.393	60.051	409.758
	Totale DH		6.135	45.043	6.399	47.058
	Totale generale		67.337	471.436	66.450	456.816

Tabella 24. Ricoveri con DRG chirurgico nelle strutture dell'AUSL TC. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche

Ex USL	Presidio	Regime	Casi 2022	GG 2022	Casi 2023	GG 2023
Empoli	Ospedale S. Giuseppe	Ord.	4.124	27.538	4.548	30.225
Empoli	Ospedale S. Giuseppe	D.H.	1.231	1.257	1.398	1.423
Empoli	Ospedale San Pietro Igneo	Ord.	486	2.138	596	2.119
Empoli	Ospedale San Pietro Igneo	D.H.	275	275	326	326
Firenze	I.O.T. Firenze	Ord.	1	1	4	4
Firenze	I.O.T. Firenze	D.H.	2.593	2.593	2.710	2.710
Firenze	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	Ord.	1.368	7.505	1.347	7.130

Firenze	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	D.H.	475	475	513	513
Firenze	S. Maria Nuova Firenze	Ord.	2.024	8.464	2.357	9.036
Firenze	S. Maria Nuova Firenze	D.H.	628	631	647	666
Firenze	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	Ord.	3.893	24.443	3.994	23.798
Firenze	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	D.H.	516	559	554	573
Firenze	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	Ord.	5.073	27.063	5.251	27.966
Firenze	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	D.H.	596	598	568	568
Firenze	Serristori Figline V.A. (FI)	Ord.	672	839	1.114	1.381
Firenze	Serristori Figline V.A. (FI)	D.H.	431	472	963	963
Pistoia	Lorenzo Pacini	Ord.	18	320	27	484
Pistoia	Lorenzo Pacini	D.H.	0	0	1	1
Pistoia	San Jacopo	Ord.	4.518	29.121	4.930	30.256
Pistoia	San Jacopo	D.H.	1.313	1.313	1.700	1.712
Pistoia	SS Cosma e Damiano	Ord.	1.791	11.251	1.883	10.738
Pistoia	SS Cosma e Damiano	D.H.	742	742	826	826
Prato	Santo Stefano	Ord.	6.667	42.415	7.033	42.018
Prato	Santo Stefano	D.H.	2.700	3.354	2.865	3.471
	Totale Ordinario		30.635	181.098	33.084	185.155
	Totale DH		11.500	12.269	13.071	13.752
	Totale generale		42.135	193.367	46.155	198.907

7.2.3 Chirurgia Ambulatoriale Complessa

Gli interventi effettuati in Chirurgia ambulatoriale complessa nel 2023 sono oltre 10000 di cui i tre quarti con i codici di cui alla DRG.5417/2018 "Procedure eseguibili in chirurgia ambulatoriale complessa". Il dettaglio è illustrato in Tabella 24bis.

Tabella 24bis. Chirurgia ambulatoriale complessa, anno 2023. Fonte: SOC gestione operativa

Ospedale	Numero di interventi di chirurgia ambulatoriale complessa		
	CON codici del DRG.5417/2018)	SENZA codici del DRG.5417/2018)	Total e

Nuovo Ospedale Di Prato - S. Stefano	1271	223	1494
Ospedale Del Mugello	31	76	107
Ospedale Pescia	768	253	1021
Ospedale Piero Palagi	1470	594	2064
Ospedale Pistoia	1548	245	1793
Ospedale S. Maria Nuova	2	10	12
Ospedale S.M. Annunziata	4	142	146
Ospedale San Giovanni Di Dio	132	498	630
Ospedale San Giuseppe Empoli	1373	338	1711
Ospedale San Pietro Igneo Fucecchio	0	6	6
Ospedale Serristori	919	109	1028
San Marcello Pistoiese	0	0	0
Totale	7518	2494	1001
			2

7.2.4 Elenco dei primi ricoveri per volumi (Top DGR)

La classifica dei Top DRG vede confermate le prime due posizioni con i due DRG “Edema polmonare e insufficienza respiratoria” e “Setticemia senza ventilazione meccanica \geq 96 ore, età $>$ 17 anni”. Scende nettamente il DRG 79 (Infezioni e infiammazioni respiratorie, età $>$ 17 anni con CC) che passa dal terzo all’undicesimo posto. In forte ascesa il DRG “Interventi per ernia inguinale e femorale, età $>$ 17 anni senza CC” (Tabella 25).

Tabella 25. Elenco dei primi ricoveri per volumi nella AUSL TC, anni 2021-2022 (Sono esclusi dall’analisi il parto vaginale senza diagnosi complicanti e il neonato normale). Fonte dati: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche.

DRG	Tipo	Classe	2023	Pos. 23	2022	Pos. 22	delta
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	potenzialmente appropriato	6942	1	5703	1	21,73%
576 - Setticemia senza ventilazione meccanica \geq 96 ore, età $>$ 17 anni	M	potenzialmente appropriato	3282	2	2940	2	11,63%
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	potenzialmente appropriato	2788	3	2546	4	9,51%
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	potenzialmente appropriato	2289	4	2292	6	-0,13%

162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	Potenzialmente inappropriato	2276	5	1761	10	29,24%
127 - Insufficienza cardiaca e shock	M	potenzialmente appropriato	2180	6	2518	5	-13,42%
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	potenzialmente appropriato	1998	7	1847	8	8,18%
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	potenzialmente appropriato	1945	8	1826	9	6,52%
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	Alta complessità	1929	9	1941	7	-0,62%
430 - Psicosi	M	potenzialmente appropriato	1650	10	1745	11	-5,44%
079 - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente appropriato	1496	11	2832	3	-47,18%
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente appropriato	1484	12	1369	13	8,40%
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	C	potenzialmente appropriato	1313	13	1270	14	3,39%
371 - Parto cesareo senza CC	C	potenzialmente appropriato	1276	14	1384	12	-7,80%
316 - Insufficienza renale	M	potenzialmente appropriato	1236	15	1197	15	3,26%
055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	Potenzialmente inappropriato	1150	16	990	18	16,16%
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	potenzialmente appropriato	1112	17	1024	16	8,59%
125 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	potenzialmente appropriato	993	18	906	21	9,60%
211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente appropriato	951	19	942	19	0,96%

7.2.5 Indicatori Chirurgia Oncologica

Indicatori in generale miglioramento sia per valutazione che variabilità (Tabella 26). Si osserva un miglioramento dell'indicatore "indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata". Permangono criticità sugli indicatori relativi alla percentuale di pazienti con tumore al colon e retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni. Su questa tipologia di intervento sono in atto processi di revisione ed analisi delle casistiche. Si evidenziano infine elementi di peggioramento sulla tempestività dell'intervento per melanoma.

Tabella 26. Indicatori MeS sulla chirurgia oncologica dell'AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	64,13	5,85	4,42	Buona strada
C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	85,15	88,28	4,83	Ottimo
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	78,55	79,11	4,26	Buona strada
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	86,57	86,95	3,76	Ottimo
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3,53	4,23	2,64	Attenzione
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	4,30	4,18	1,78	Buona strada
C10.4.10 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	95,08	96,75	5	Ottimo
C10.4.12 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	90,53	86,36	3,27	Attenzione
C10.4.13 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	93,27	81,10	2,22	Attenzione
C10.4.14 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	76,36	92,79	4,28	Ottimo
C10.4.7 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	83,32	90,94	4,19	Ottimo
C10.4.8 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	72,73	84,34	3,76	Ottimo
C10.4.9 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	96,41	99,21	4,92	Ottimo

PDTA06.1 Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	59,36	59,00	2,64	Attenzione
PDTA06.2 Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	54,03	49,12	4,07	Attenzione
PDTA07 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)	88,71	87,97	4,01	Criticità
PDTA08 Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)	63,49	61,21	3,78	Attenzione
PDTA09 Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)	67,50	68,87	3,88	Ottimo
PDTA10 Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)	67,23	74,11	4,16	Buona strada

7.2.6 Indicatori Chirurgia Generale

Gli indicatori relativi alla chirurgia generale (Tabella 27) mostrano il perdurare di una buona tenuta del sistema anche nel 2023, con consolidamento delle attuali buone prassi.

Tabella 27. Indicatori MeS sulla chirurgia generale dell'AUSL TC, anno 2023.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione e 2023	Variabilità
C4.4 Percentuale di colecistomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	87,67	89,25	4,71	Buona strada
C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	69,14	77,54	5	Ottimo
C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali	90,72	86,11	3,11	Attenzione

7.2.7 Chirurgia Ortopedica

Il principale indicatore relativo all'ortopedia (Tabella 28) mostra un sensibile miglioramento a testimonianza della riuscita delle azioni messe in atto (mobilità di professionisti tra presidi e altre misure di mitigazione della carenza di personale attraverso l'utilizzo dei diversi strumenti contrattuali).

Tabella 28. Indicatori MeS sulla chirurgia ortopedica dell'AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni	53,98	71,2	2,31	Ottimo

7.2.8 Donazioni

Gli indicatori sono in generale miglioramento rispetto al 2022. In controtendenza l'indicatore Percentuale di donatori procurati che mostra una riduzione (Tabella 29).

Tabella 29. Indicatori MeS sulle donazioni di organo dell'AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
B6.1.1A Efficienza di segnalazione	30,49	40,88	2,49	Buona strada
B6.1.2 Percentuale di donatori procurati	70,59	56,76	2,88	Attenzione
B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati	89,58	83,33	3,17	Attenzione
B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi	15,02	21,66	2,17	Ottimo

7.2.9 Materno-Infantile

Si mantengono buoni i risultati relativi agli indicatori sulla percentuale di parti cesarei, episiotomie e sulle IVG. Il dato sui parti operativi con tendenza all'aumento va letto congiuntamente alla buona performance sui parti cesarei che sono in costante diminuzione. Permangono ancora criticità sulla accessibilità ai servizi da parte delle donne straniere (Tabella 30).

Tabella 30. Indicatori MeS sull'area materno infantile dell'AUSL TC, anno 2022

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	15,6 4	14,82	4,05	Ottimo
C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti	5,1	5,67	4,21	Attenzione
C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti	11,5 5	11,58	3,24	Criticità
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	13,2 7	9,06	4,37	Buona strada
C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano	18,3	20,17	0,36	Attenzione

la prima visita tardiva	9			
C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	18,8 4	20,96	0,34	Criticità
C7.30 Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	25,3 3	31,22	3,41	Ottimo
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	9,78	9,97	2,01	Criticità
C7.7.1R Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	41,1 5	38,9	1,86	Ottimo
C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	4,64	4,7	3,14	Criticità

7.3 PREVENZIONE

7.3.1 Vaccinazioni

I dati sulle vaccinazioni mostrano buoni risultati per le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia; ancora su valori bassi i tassi di vaccinazione per influenza negli ultra 65 anni e la copertura anti-meningococco e anti-pneumococco. In crescita la copertura per vaccino anti HPV (Tabella 31).

Tabella 31. Indicatori MeS sulle vaccinazioni dell'AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023
B7.1 Copertura per vaccino MPR	95,54	98,15	4,08
B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	63,38	63,30	1,94
B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	57,22	71,60	2,11
B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	90,64	90,35	1,45
B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	92,83	92,80	2,27
B7.7 Copertura per vaccino esavalente	96,95	98,74	4,37
B7.8 Copertura vaccinale varicella	94,78	97,27	5,00

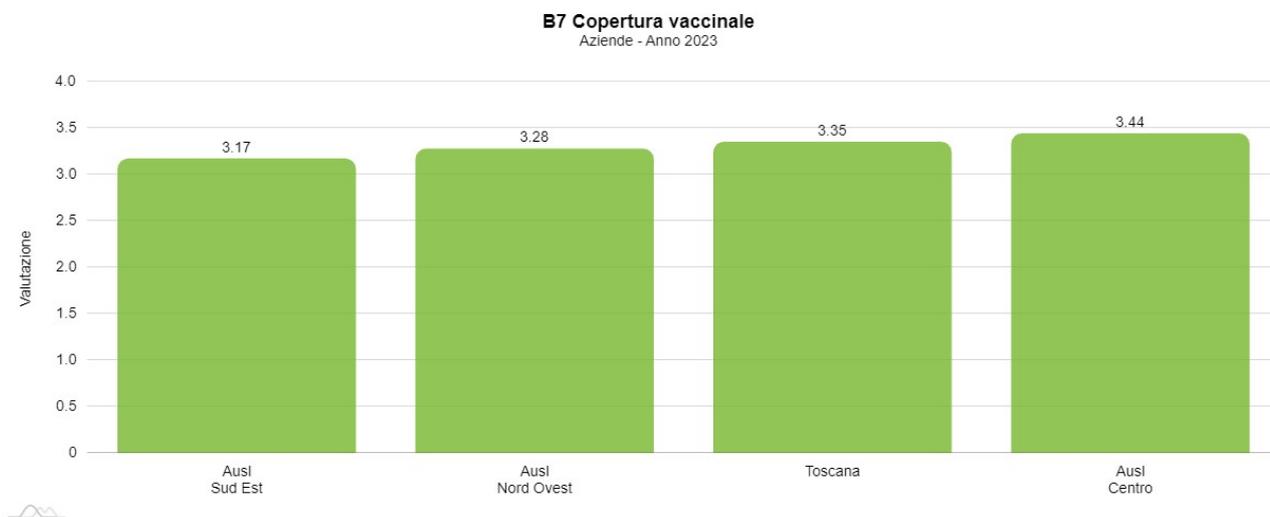
7.3.2 Coperture vaccinali

Buone per i vaccini obbligatori, da incrementare per quelli raccomandati

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (PNPV) - approvato in conferenza Stato-Regioni il 2 Agosto 2023 - definisce gli obiettivi di copertura vaccinale che ogni Regione deve raggiungere, per tipologia di vaccino e fascia di età. Le coperture vaccinali sono calcolate come la proporzione di soggetti vaccinati sulla popolazione target e sono espresse in termini di percentuale.

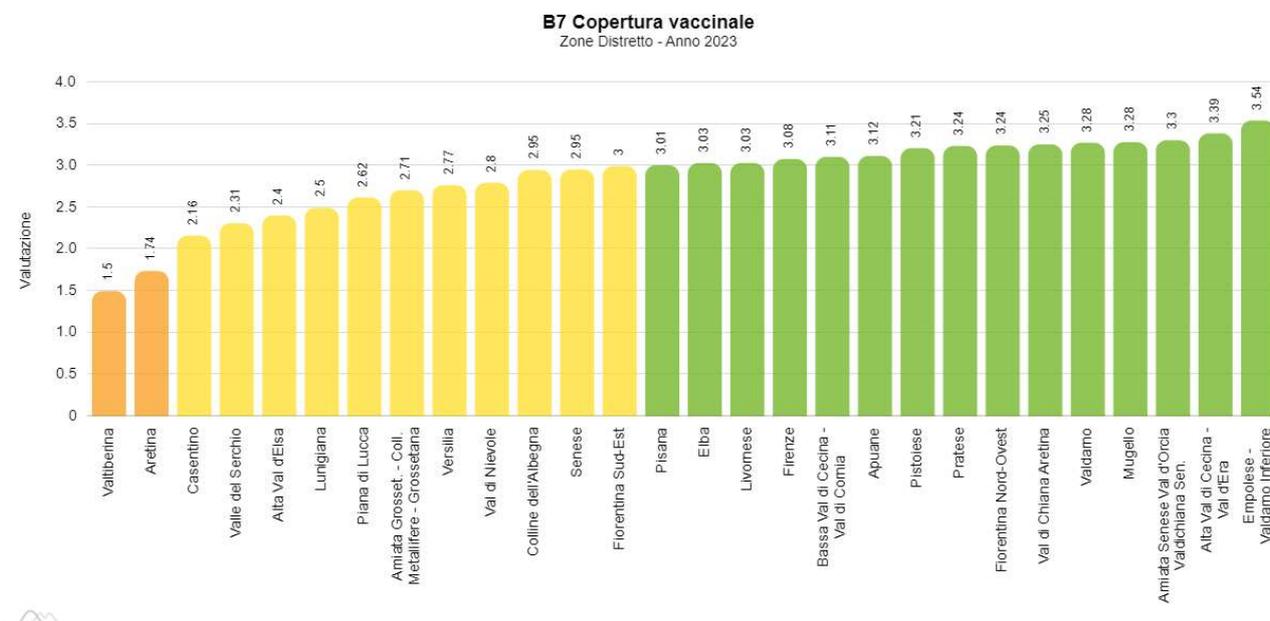
La vaccinazione costituisce uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive: i benefici conseguenti a tale pratica si manifestano direttamente sui soggetti vaccinati e, indirettamente, per la protezione indotta, anche ai soggetti non vaccinati (*herd immunity*). Le AUSL della Toscana - valutate sulla base della media dei punteggi delle coperture vaccinali MPR, varicella, HPV, esavalente, antimeningococcica, antipneumococcica, antinfluenzale anziani, antinfluenzale operatori sanitari (Figura 37) - presentano una buona copertura vaccinale.

Figura 37. Copertura vaccinale Regione Toscana e relative AUSL, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



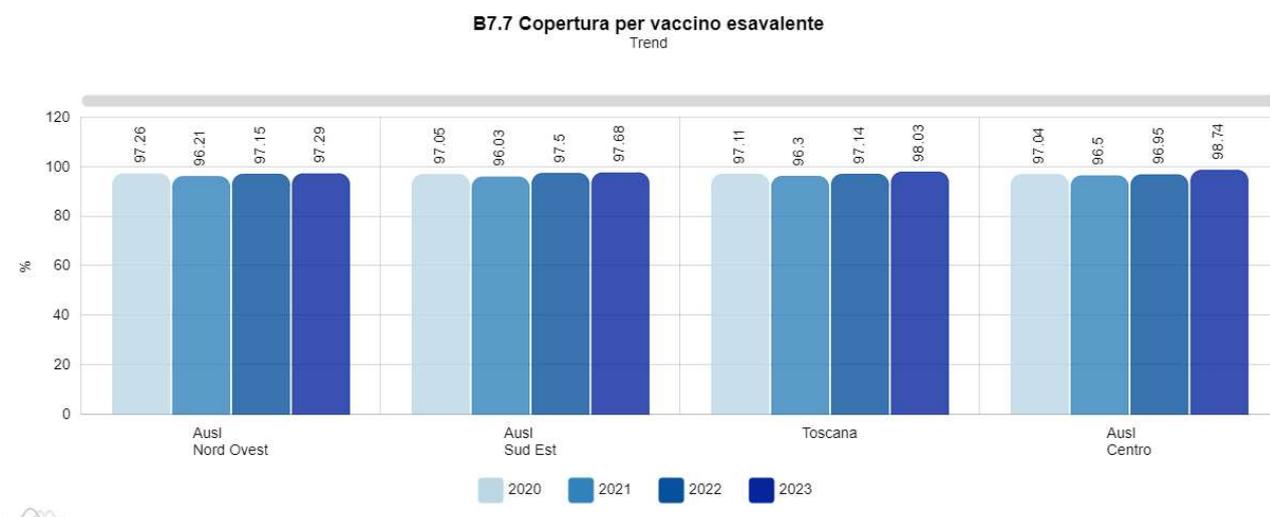
Per l'anno 2023, le Zone Distretto dell'AUSL TC mostrano una buona copertura vaccinale, ad eccezione della Valdinievole, che non arriva a raggiungere tale valutazione (Figura 38).

Figura 38. Copertura vaccinale Zone Distretto Toscana, anno: 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



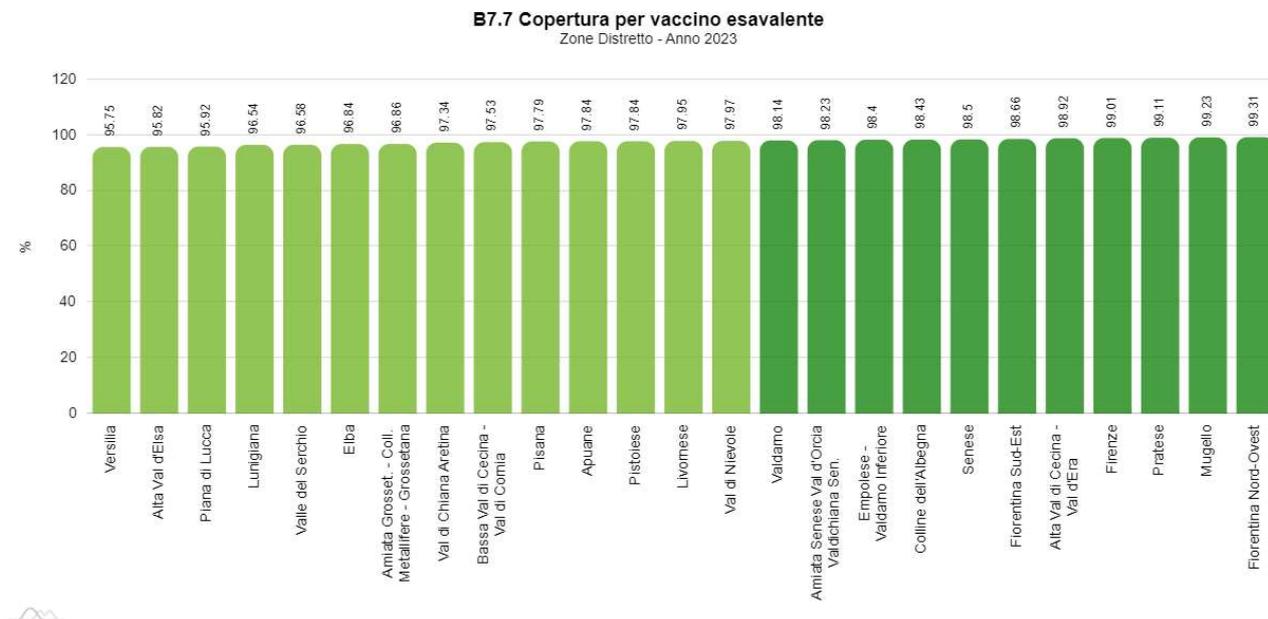
I cicli vaccinali per Esavalente (poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite virale B, Haemophilus Influenzae tipo B) completati nei bambini residenti entro 24 mesi di vita (Figura 39), nel 2023 mostrano un trend in aumento per tutta la Toscana, registrando il valore più alto nell'AUSL TC che, rispetto al 96.9% del 2022, raggiunge il 98,7%. Si consolida quindi il superamento della soglia minima di copertura vaccinale del 95% raccomandata dall'OMS.

Figura 39. Trend 2020-2023 di copertura vaccinale per Esavalente (Polio, DTP, HBV, HiB) in Regione Toscana e relative AUSL, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



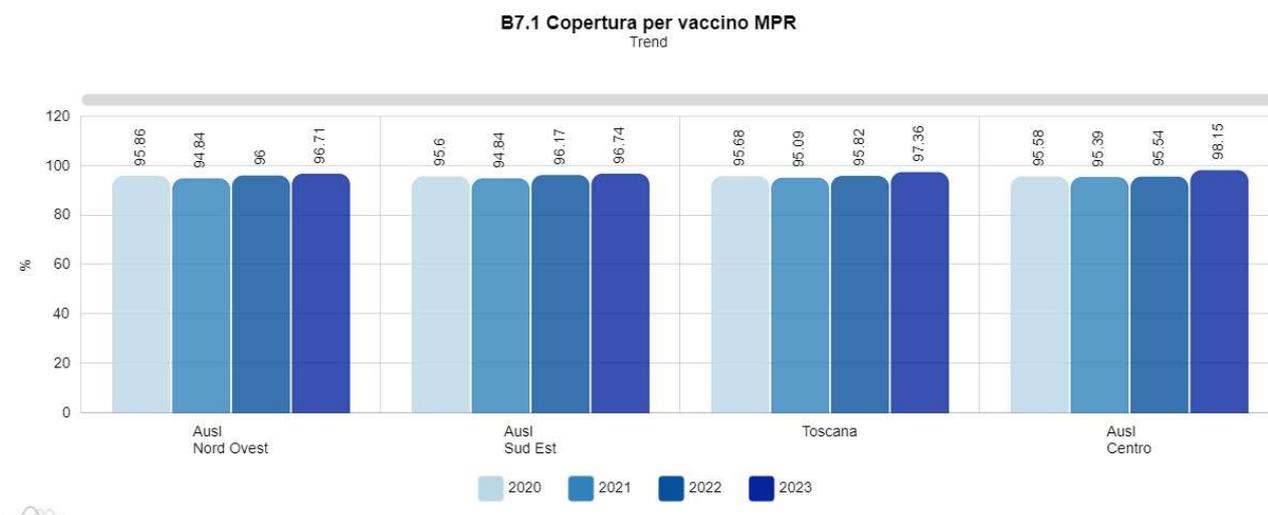
La copertura per questo vaccino nelle Zone Distretto dell'AUSL TC è buona per le zone Pistoiese e Valdinievole, e addirittura ottima per tutte le altre, raggiungendo il 99,3% nella Zona Fiorentina Nord-Ovest (Figura 40).

Figura 40. Copertura per vaccino Esavalente nelle Zone Distretto Toscana, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



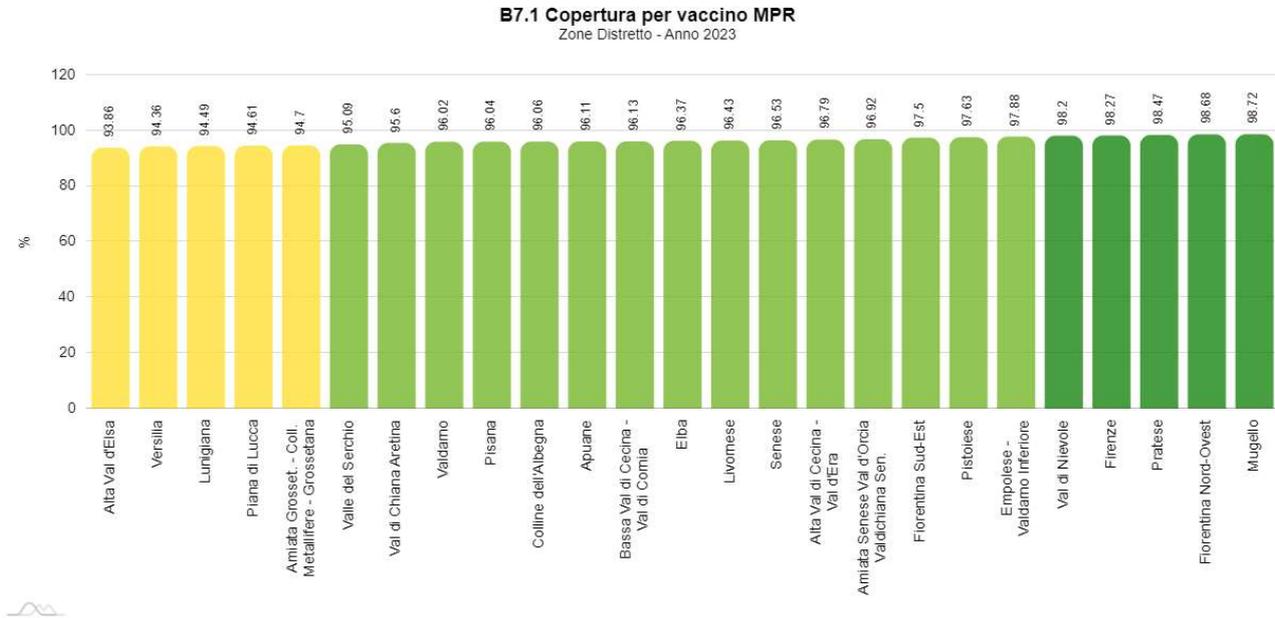
Anche per quanto concerne la vaccinazione contro Morbillo-Parotite-Rosolia (Figura 41) per le 3 Aziende Sanitarie della Toscana si mantiene una copertura vaccinale superiore alla soglia minima del 95%, con una tendenza nel 2023 in aumento, in particolare per l'AUSL TC, che raggiunge una copertura del 98%.

Figura 41. Trend 2020-2023 di copertura vaccinale per MPR in Regione Toscana e relative AUSL, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



La copertura del vaccino MPR nelle Zone Distretto dell'AUSL TC è buona o ottima, con il 98,7% per Fiorentina Nord-Ovest e Mugello (Figura 42).

Figura 42. Copertura per vaccino MPR nelle Zone Distretto Toscana, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



Per la varicella la copertura del vaccino è ottima e superiore al 90% per tutte le Aziende Sanitarie Locali della Toscana, con l'AUSL TC che supera il 97% (Figura 43), con la Zona Distretto Mugello al 97,9% (Figura 44).

Figura 43. Trend 2020-2023 di copertura vaccinale per Varicella in Regione Toscana e relative AUSL, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.

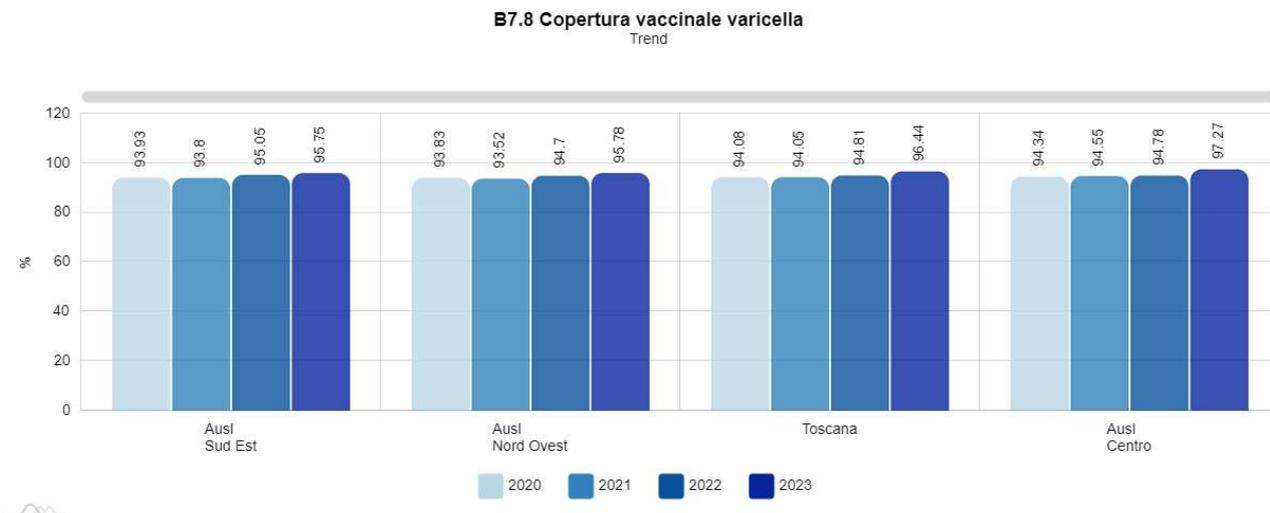
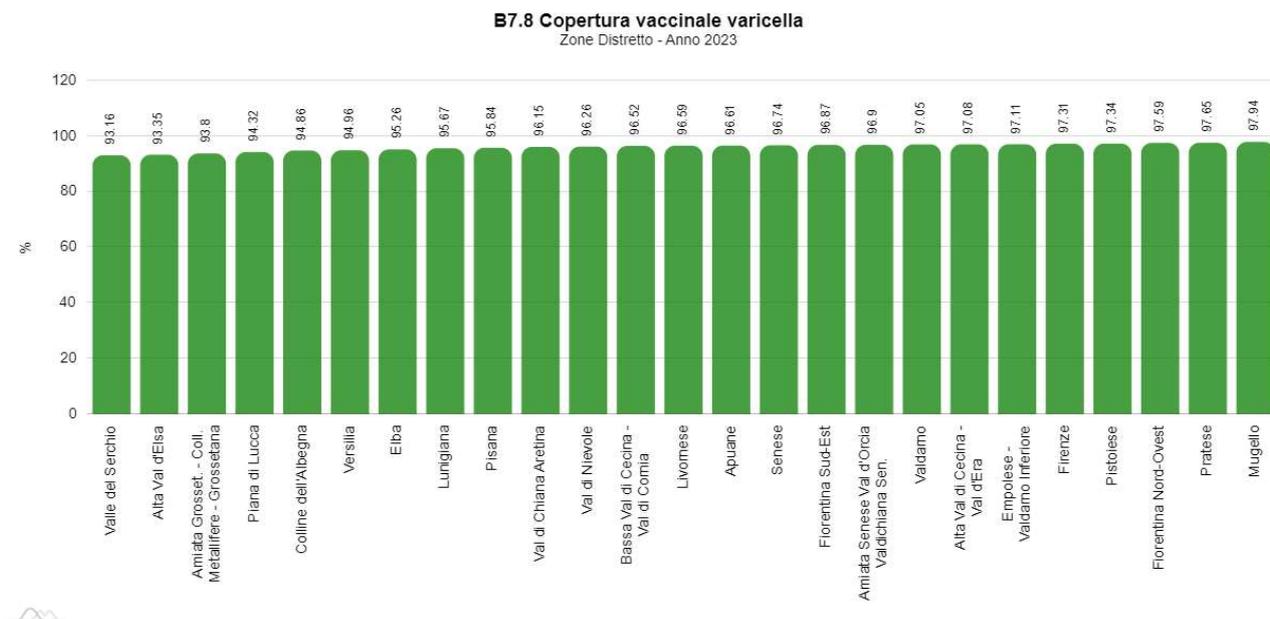


Figura 44. Copertura per vaccino Varicella nelle Zone Distretto Toscana, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), in Toscana raccomandata e offerta gratuitamente a tutti i soggetti, femmine e maschi nel corso del dodicesimo anno di vita (11 anni compiuti), nonostante un trend in crescita rispetto al 2020, nel 2023 non raggiunge

tuttavia una buona copertura vaccinale (Figura 45). Le Zone Distretto dell'AUSL TC (Figura 46) vengono classificate nelle fasce di valutazione media (Empolese-Valdarno Inferiore, Pistoiese, Valdinievole, Pratese) o scarsa (Fiorentina, Fiorentina Sud-Est, Fiorentina Nord-Ovest, Mugello).

Figura 45. Trend 2020-2023 di copertura vaccinale per HPV in Regione Toscana e relative AUSL, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.

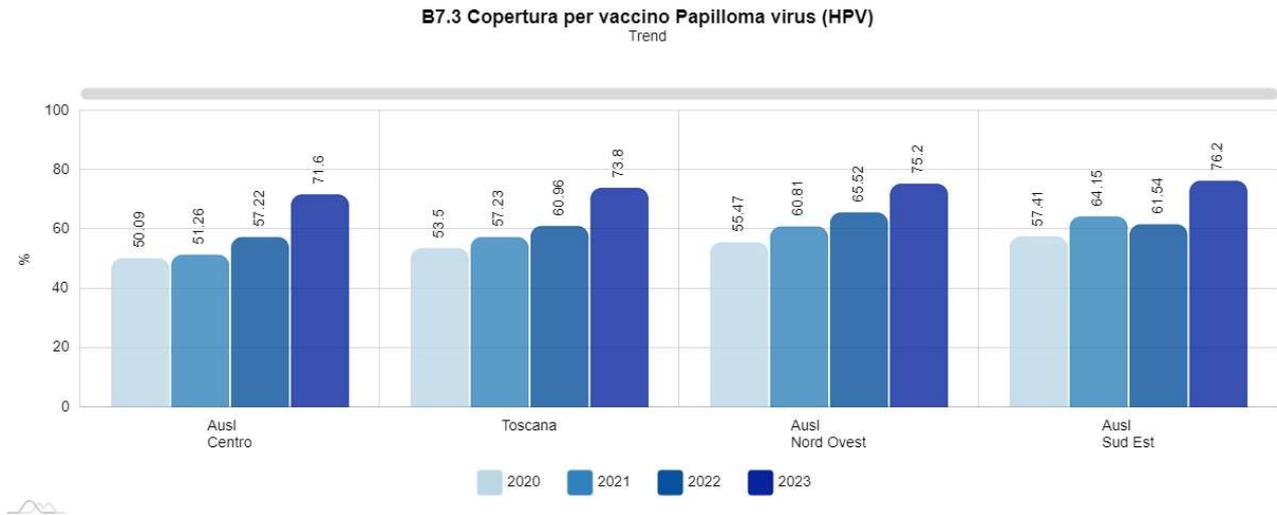
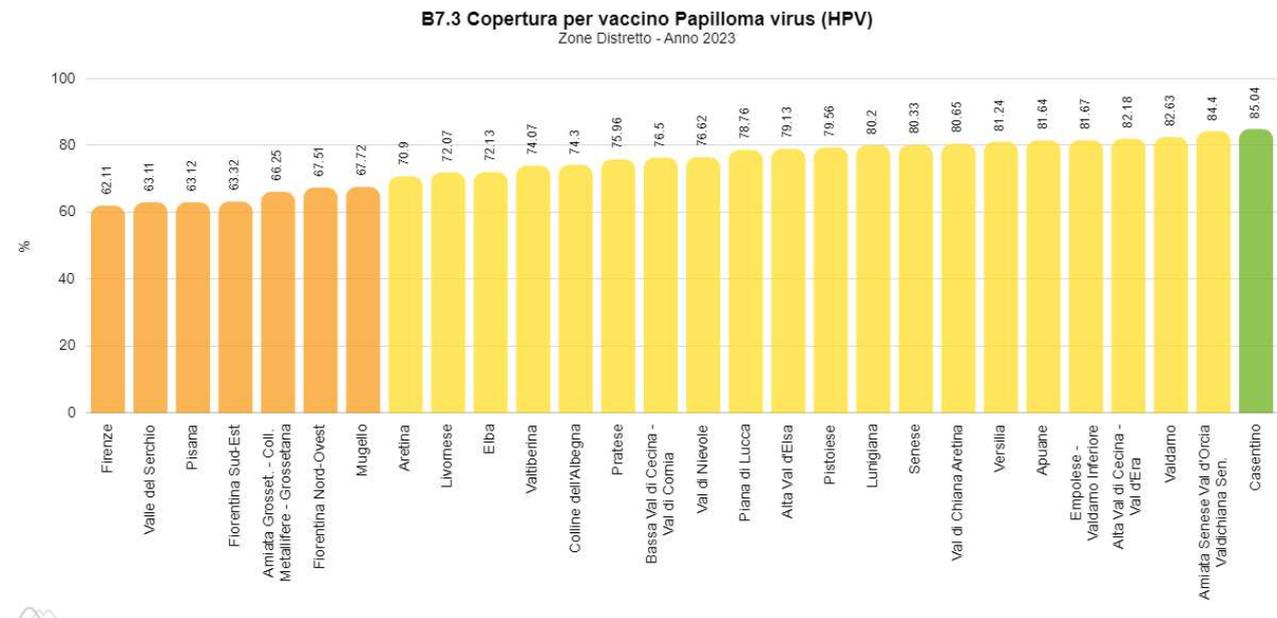
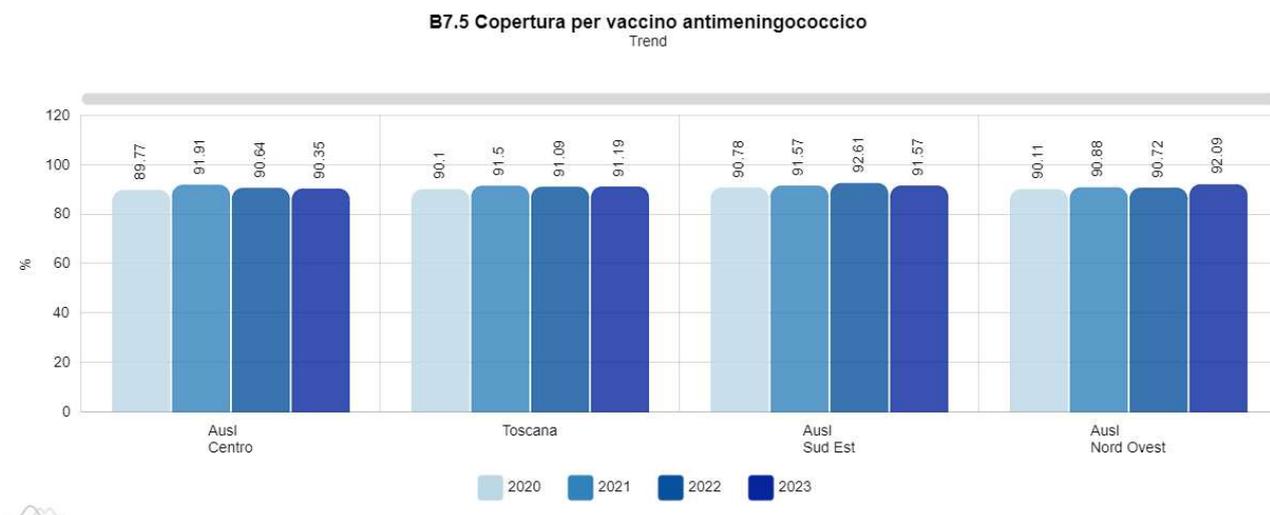


Figura 46. Copertura per vaccino HPV nelle Zone Distretto Toscana, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



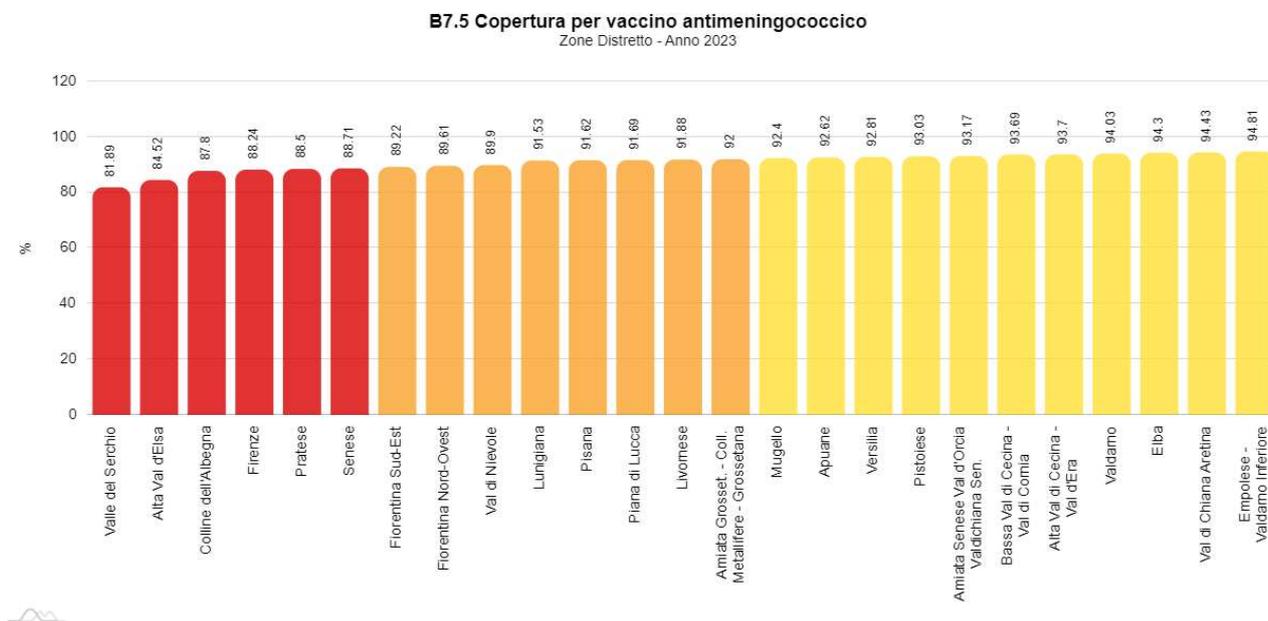
Riguardo alle coperture vaccinali per Meningococco C a 24 mesi di vita (vaccinazione non obbligatoria, ma ad offerta attiva e gratuita), in Toscana non si rileva un trend di crescita, continuando queste ad oscillare intorno al 90% per tutte le AUSL (Figura 47).

Figura 47. Copertura per vaccino antimeningococcico in Regione Toscana e relative AUSL, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



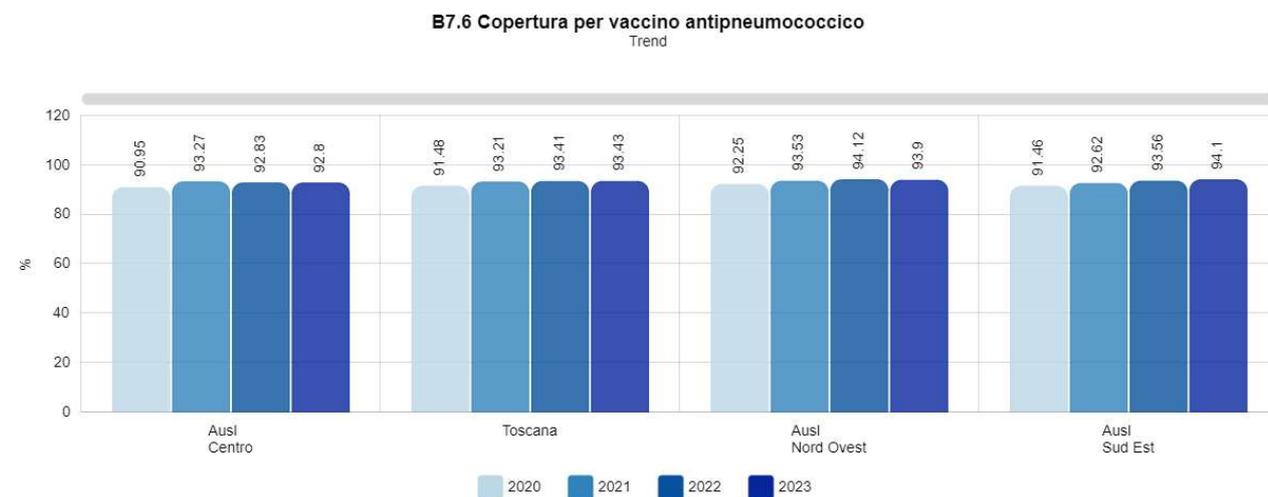
La valutazione per le Zone Distretto non è buona e, per alcune di queste (comprese Fiorentina e Pratese dell'AUSL TC) la performance è pessima (Figura 48).

Figura 48. Copertura per vaccino antimeningococcico nelle Zone Distretto Toscana, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



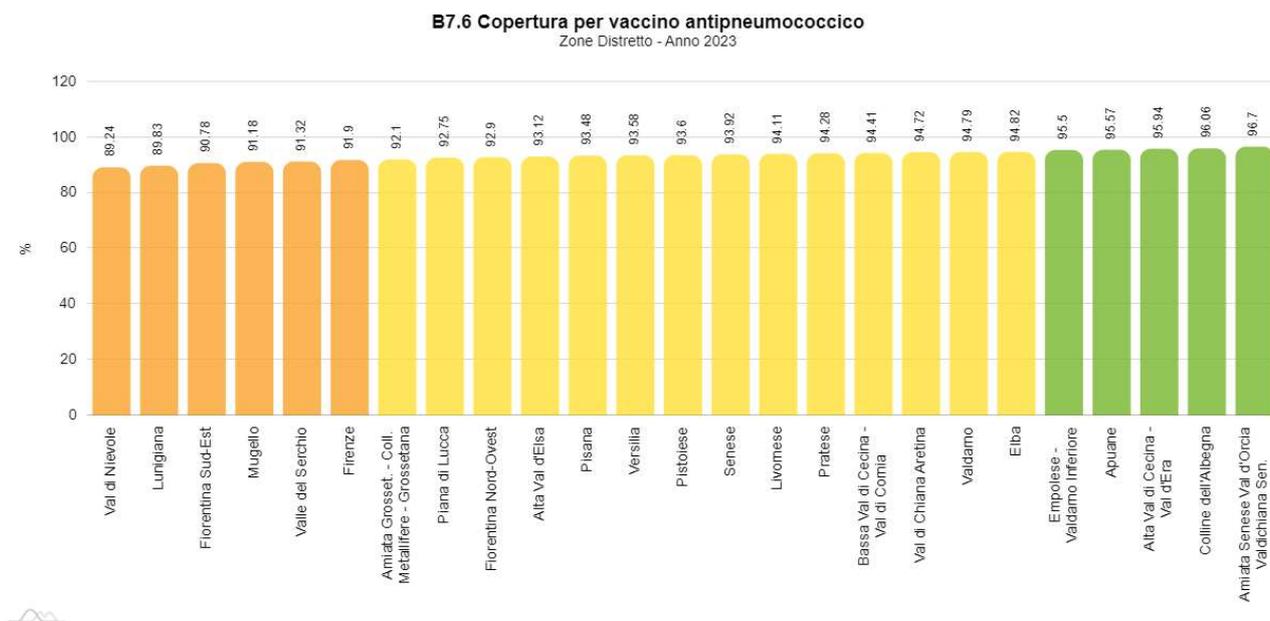
Anche relativamente alla copertura per vaccino antipneumococcico a 24 mesi di vita la performance in tutta la Toscana non è complessivamente brillante (Figura 49).

Figura 49. Copertura per vaccino antimeningococcico in Regione Toscana e relative AUSL, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



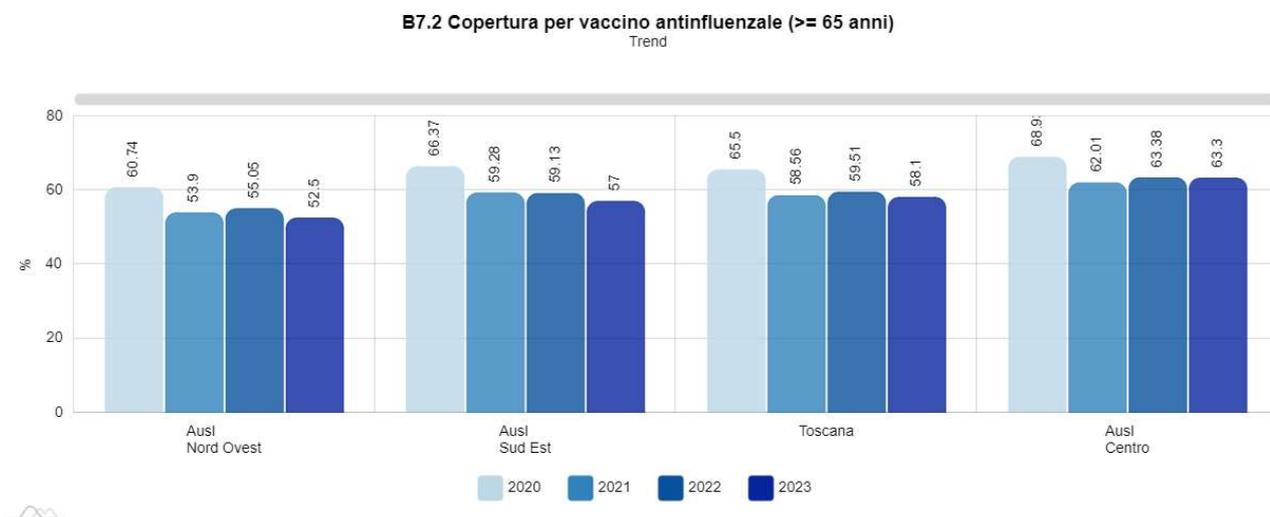
Per le Zone Distretto dell'AUSL TC la performance viene in maggioranza valutata come scarsa o media, ad eccezione per l'Empolese-Valdarno Inferiore, in cui può essere considerata buona (Figura 50).

Figura 50. Copertura per vaccino antimeningococcico nelle Zone Distretto Toscana, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



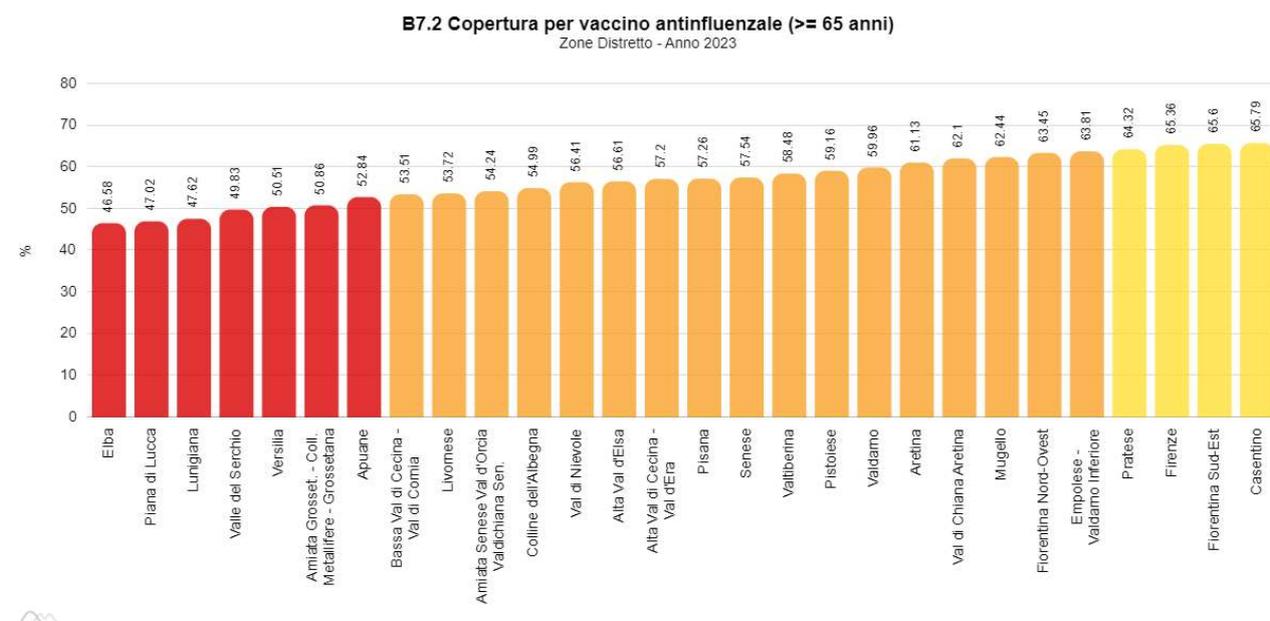
A proposito del vaccino antinfluenzale nella popolazione di età pari o superiore a 65 anni, si osserva un trend in riduzione della copertura in tutta la regione. In AUSL TC la copertura per il vaccino si riduce dal 68,9% nel 2020 al 63,3% nel 2023 (Figura 51).

Figura 51. Copertura per vaccino antinfluenzale ≥ 65 anni in Regione Toscana e relative AUSL, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



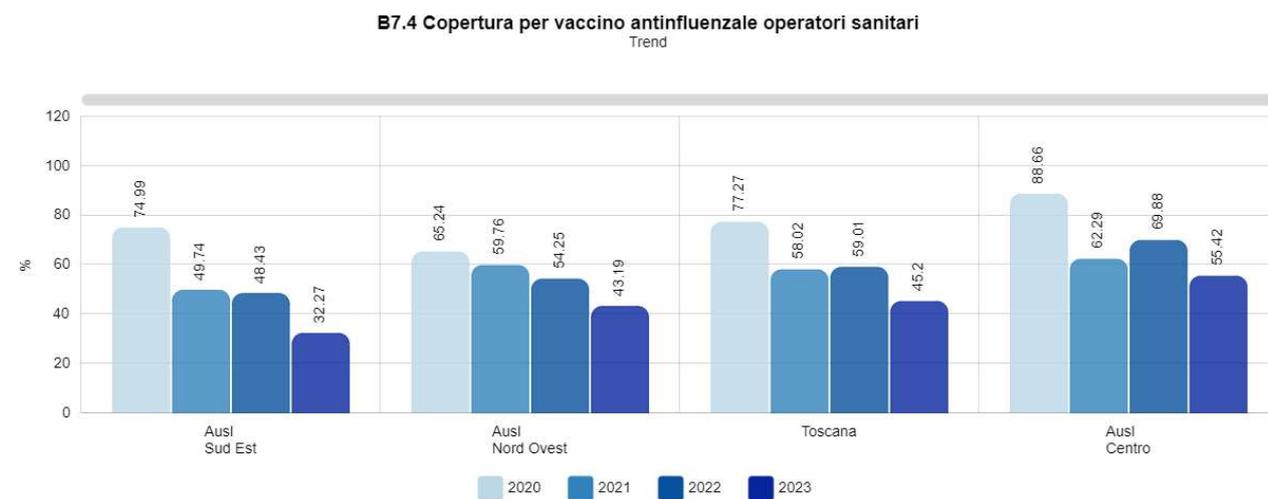
Tutte le Zone Distretto dell'AUSL TC, pur non registrando valori di performance pessimi, non raggiungono livelli buoni (Figura 52).

Figura 52. Copertura per vaccino antinfluenzale ≥ 65 anni nelle Zone Distretto Toscana, anno 2023. Fonte: Sistemi di Valutazione Regione Toscana 2024



La copertura per il vaccino antinfluenzale negli operatori sanitari ha subito un'importante contrazione rispetto al periodo pre-pandemico (Figura 53). In AUSL TC la percentuale di personale sanitario vaccinato, dall'88,7% del 2020 si è ridotta nel 2023 al 55,4%, risultando comunque superiore rispetto alle altre AUSL e alla Regione Toscana.

Figura 53. Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari in Regione Toscana e relative AUSL, anno 2023. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



7.3.2 Screening Oncologici

Per descrivere l'andamento dei programmi di screening verranno descritti i principali indicatori di processo: la copertura della popolazione bersaglio (estensione degli inviti) e la partecipazione allo screening (adesione all'invito); oltre a questi vengono inseriti anche quelli relativi agli screening (P15C) del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Poiché la survey nazionale raccoglie i dati di adesione al 30 aprile dell'anno successivo, l'adesione agli inviti di un anno solare viene calcolata includendo tutti coloro che si sottopongono al test prima del 30 aprile dell'anno successivo con un sollecito legato all'invito dell'anno precedente.

L'indicatore NSG dei programmi di screening rappresenta proporzione di utenti che hanno effettuato il test di screening (mammella, cervice uterina, colon retto) sul totale della popolazione bersaglio avente diritto (popolazione di riferimento: ISTAT) per l'anno di osservazione.

I dati di seguito riportati sono stati inviati all'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) ed esprimono l'andamento dei programmi per le zone di Empoli, Prato, Pistoia e Valdinievole nel 2023. I dati riguardanti l'ambito fiorentino – gestito da ISPRO con apposita convenzione – non sono ad oggi disponibili e vengono quindi indicati solo nel dato complessivo di AUSL TC (e solo per colon retto e mammella); pertanto anche il calcolo dell'indicatore NSG potrà essere soggetto a ulteriori variazioni.

Screening mammografico

Per il calcolo dell'estensione aggiustata si sottraggono dal totale dei soggetti invitati quelli con invito inesitato, ovvero quei soggetti non raggiungibili (per indirizzo errato o sconosciuto) e le cui lettere di invito sono state restituite al programma di screening. Nell'anno 2023 sono state invitate nei programmi di screening mammografico 136.922 donne in fascia di età 50-69 anni (fascia LEA). Rispetto all'anno 2022 l'estensione è aumentata su tutte le zone, soprattutto quelle della zona Firenze e di Prato. Anche Empoli ha mostrato un netto incremento a recupero del 93,6% del 2022 (Tabella 32).

Tabella 32. Estensione (%) del numero di donne invitate rispetto alla teorica popolazione da invitare annualmente dei programmi di screening mammografico (metà della popolazione residente fra i 50 e i 69 anni) per zona - Anno 2023.

Programmi	Denominazione Zona	Popolazione Bersaglio annuale*	Donne escluse prima dell'invito	Invitate	Inviti inesitati	Estensione Aggiustata^ (%)	Estensione Grezza (%)
Pistoia	Pistoiese	12.974	633	13.977	1014	105,0	99,9
	della Val di Nievole	9.193	735	9.377	934	99,8	91,8
	Totale	22.166	1.368	23.354	1.948	102,9	96,6
Prato	Pratese	18.772	1.174	25.141	1892	132,1	123,9
	Totale	18.772	1.174	25.141	1.892	132,1	123,9
Empoli	Empolese -Valdarno Inferiore	17.899	1029	19.338	729	110,3	104,0
	Totale	17.899	1.029	19.338	729	110,3	104,0
Firenze*	Firenze	61.805	3513	69.089	n.d.	107,6	n.d.
	Totale	61.805	3.513	69.089	n.d.	107,6	n.d.

*metà della popolazione ISTAT al 31/12/2022 - www.regione.toscana.it/statistiche/banca-dati-demografia a cura del settore Sistema Informativo di supporto alle decisioni. Ufficio regionale di Statistica-dati Demo Istat

^Estensione aggiustata: $\frac{\text{invitati anno} - \text{inviti inesitati annuali}}{\text{popolazione bersaglio annua} - \text{totale esclusi prima dell'invito nell'anno}} \times 100$

*dato ISPRO

n.d. = non disponibile

Per quanto riguarda l'adesione (Tabella 33), è presentata l'adesione aggiustata, ovvero calcolata considerando i soggetti aderenti sul totale della popolazione invitata meno gli inviti inesitati e i soggetti esclusi dopo l'invito (ad es. soggetti che hanno comunicato di aver effettuato un test di

recente). Si conferma l'andamento storico, vicino allo standard giudicato "desiderabile" (>75%) dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico. Tuttavia, si registra una netta diminuzione a Prato, con un calo di circa 10 punti percentuali rispetto al 77,3% registrato nel 2022).

Tabella 33. Popolazione invitata, inviti inesitati, esclusioni dopo l'invito e adesione all'invito (%) aggiustata dello screening mammografico per zona - Anno 2023.

Programmi	Denominazione Zona	Pop. Invitata (N.)	Inviti inesitati (N.)	Donne escluse dopo l'invito (N.)	Donne Rispondenti (N.)	Adesione Aggiustata [^] (%)
Pistoia	Pistoiese	13.977	1.014	686	8.985	73,2
	della Val di Nievole	9.377	934	547	5.524	70,0
	Totale	23.354	1.948	1.233	14.509	71,9
Prato	Pratese	25.141	1.892	1.022	14.837	66,8
	Totale	25.141	1.892	1.022	14.837	66,8
Empoli	Empolese-Valdarno Inferiore	19.338	729	1.079	13.146	75,0
	Totale	19.338	729	1.079	13.146	75,0
Firenze*	Firenze	61.805	n.d.	n.d.	38.694	67,8
	Totale	61.805	n.d.	n.d.	38.694	67,8

[^]Adesione aggiustata: Donne rispondenti/(popolazione invitata-inviti inesitati-totale escluse dopo invito)x100

*dato ISPRO

n.d. = non disponibile

Delle 136.922 donne invitate (110,9% della popolazione target) hanno risposto 81.186 donne (69,4%). Il totale delle donne invitate supera il 100% di estensione a compensazione dell'anno precedente in cui l'estensione era inferiore al 95% su tutte le zone.

Il valore NSG risultante è di 71,5% (valore soglia P15Ca ≥ 60%).

In Tabella 34 si riporta per completezza l'andamento di estensione e adesione per lo screening mammografico alle donne in fascia di età 45-49, fuori fascia LEA, invitate in ottemperanza alla DGRT n. 875/2016. Le donne 45-49enni sono invitate a eseguire la mammografia con intervallo annuale su unità mobile acquisita con gara: il cambio di appalto ha comportato un ritardo nell'inizio dello screening rispetto al 2022 ed una quota di popolazione non è stata invitata. Si può notare una forte riduzione dell'estensione sia su Empoli (oltre 30 punti percentuali in meno rispetto al 2022) che su Pistoia (riduzione di circa 10 punti percentuali).

Tabella 34. Estensione e adesione delle donne 45-49enni – screening mammografico Anno 2023 e confronto con 2022.

Programmi	Pop. bersaglio annuale*	Donne escluse prima dell'invito	Pop. invitata	Inviti inesitati	Estensione aggiustata^(%)		
					Anno 2023	Anno 2022	Anno 2021
Pistoia	22.166	1.368	23.354	1.948	102,9	87,9	94,8
Prato	18.772	1.174	25.141	1.892	132,1	61,8	105,1
Empoli	17.899	1.029	19.338	729	110,3	93,6	101,6
Firenze**	61.805	3.513	69.089	n.d.	107,6	95,1	94,2

*metà della popolazione ISTAT al 31/12/2022 - www.regione.toscana.it/statistiche/banca-dati-demografia a cura del settore Sistema Informativo di supporto alle decisioni. Ufficio regionale di Statistica-dati Demo Istat

**dato ISPRO

^Estensione aggiustata: $\frac{\text{invitati anno} - \text{inviti inesitati annui}}{(\text{popolazione bersaglio annua} - \text{totale esclusi prima dell'invito nell'anno})} \times 100$

n.d.= dato non disponibile

Ai sensi della DGRT n. 875/2016 sono state anche invitate 9.777 donne in fascia di età 70-74, fuori fascia LEA. Dal momento che la delibera prevede di invitare solo le donne che hanno partecipato all'ultimo round di screening prima dei 70 anni non è pertinente il calcolo dell'estensione per questa coorte di età.

Screening del tumore del colon retto

Nell'anno 2023 nei programmi di screening coloretale della AUSL TC in fascia di età 50-69 anni (fascia LEA) sono state invitate 245.924 persone. Per Pistoia l'estensione risulta ancora non ottimale, mentre per Prato si evidenzia l'ampio recupero dopo la riduzione degli inviti dello scorso anno (61,3%) dovuta alla scarsa disponibilità di sedute di 2° livello mentre per Firenze e Empoli risulta buona (Tabella 35).

Tabella 35. Estensione (%) del numero di persone invitate rispetto alla teorica popolazione da invitare annualmente dai programmi di screening coloretale (metà della popolazione residente fra i 50 e i 69 anni) per Zona - Anno 2023.

Programmi	Denominazione Zona	Popolazione Bersaglio annuale	Esclusi prima dell'invito	Invitati	Inesitati	Estensione Aggiustata*
Pistoia	Pistoiese e Val di Sieve	43.195	3.666	40.141	3283	93,2
	Totale	43.195	3.666	40.141	3.283	93,2
Prato	Pratese	36.773	3.788	41.443	3220	115,9
	Totale	36.773	3.788	41.443	3.220	115,9
Empoli	Empolese - Valdarno Inferiore	35.281	2.792	36.931	1983	107,6
	Totale	35.281	2.792	36.931	1.983	107,6
Firenze*	Firenze	119.108	3.893	127.409	n.d.	99,8
	Totale	119.108	3.893	127.409	n.d.	99,8

*aggiustata per esclusioni prima dell'invito e sottrazione degli inviti inesitati dal numeratore

*dato ISPRO

n.d. = non disponibile

L'adesione allo screening coloretale dell'ultimo triennio mostra un andamento stabilmente al di sotto del 45% (valore accettabile secondo il Gruppo Italiano Screening ColoRettale - GISCoR) per Prato; per Empoli e Firenze l'indicatore si è mantenuto intorno al 50%, mentre per Pistoia si è registrato un incremento nell'anno 2023 rispetto agli anni precedenti (Tabella 36).

Tale dato è in linea con l'andamento storico nazionale e con i dati internazionali.

Tabella 36. Popolazione invitata, inviti inesitati, esclusioni dopo l'invito e adesione all'invito (%) aggiustata dello screening colorettaie per zona - Anno 2023.

Programmi	Denominazione Zona	Invitati	Inesitati	Esclusi dopo l'invito	Rispondenti	Adesione Aggiustata*
Pistoia	Pistoiese e Val di Sieve	40.141	3.283	3.666	18.569	51,7
	Totale	40.141	3.283	3.666	18.569	51,7
Prato	Pratese	41.443	3.220	3.788	16.123	42,2
	Totale	41.443	3.220	3.788	16.123	42,2
Empoli	Empolese - Valdarno Inferiore	36.931	1.983	2.792	17.268	51,6
	Totale	36.931	1.983	2.792	17.268	51,6
Firenze**	Firenze	127.409	n.d.	n.d.	59.983	52,0
	Totale	127.409	n.d.	n.d.	59.983	52,0

* adesione aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo l'invito

**dato ISPRO.

n.d. = non disponibile

Complessivamente, in AUSL TC, sono state invitate 245.924 persone (105% della popolazione target) e hanno risposto 111.943 (45,5%). Il totale delle donne invitate supera il 100% di estensione a compensazione dell'anno precedente.

Il valore NSG risultante è di 50,8% (valore soglia P15Cc \geq 50%).

Screening del tumore della cervice uterina

Nel 2023 sono state invitate a sottoporsi al test di screening cervicale (PAP test o HPV test) 113.096 donne. Hanno risposto all'invito 50.352 donne (Tabella 37).

Tabella 37. Estensione (%) del numero di donne invitate rispetto alla teorica popolazione da invitare annualmente ai Programmi di Screening Cervicale per zona - Anno 2023.

Programmi [§]	Denominazione Zona	Popolazione Bersaglio annuale [#]	Esclusi prima dell'invito	Inesitati	Invitati	Estensione Aggiustata [^]
Pistoia	Pistoiese	9.961	499	1346	12.699	120
	della Val di Nievole	7.169	613	855	6.322	83,4
	Totale	17.130	1.112	2.201	19.021	105
Prato	Pratese	15643	922	1.806	17.933	109,6
	Totale	15643	922	1806	17933	109,6
Empoli	Empolese -Valdarno Inferiore	14.300	688	1630	14.551	94,9
	Totale	14.300	688	1.630	14.551	94,9
Firenze*	Firenze	72.952	118	n.d.	61.591	102
	Totale	72.952	118	n.d.	61.591	102

#= un terzo della popolazione ISTAT 25-33 anni (fascia di età dello screening primario con Pap test) più un quinto della popolazione ISTAT 34-64 anni (fascia di età dello screening primario con HPV test) al 31/12/2022 o un terzo della popolazione ISTAT 25-64 anni per i programmi con solo Pap test primario – www.regione.toscana.it/statistiche/banca-dati-demografia a cura del settore Sistema Informativo di supporto alle decisioni. Ufficio regionale di Statistica-dati Demo Istat.

[^]= estensione aggiustata per donne escluse prima dell'invito con sottrazione degli inviti inesitati dal totale degli inviti e applicando modalità di calcolo secondo il Manuale GISCI sugli indicatori di monitoraggio per lo screening con test HPV primario.

*dato ISPRO

n.d.= dato non disponibile

Le zone di Firenze, Prato e Empoli, pur non raggiungendo il valore di adesione desiderabile $\geq 70\%$ del Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma GISCI), registrano un'adesione accettabile ($\geq 50\%$ GISCI); in particolare per Prato si è verificato un incremento significativo, passando da un'adesione del 50,9% del 2022 al 62,8% del 2023.

Per Pistoia, la forte riduzione dell'adesione aggiustata all'invito (dal 60,1% del 2022 al 46,2% del 2023) è spiegabile e attesa perché il programma nel 2023 era nel 4° anno del primo round HPV test: nel passaggio da Pap test a test HPV le donne 34-64 anni sono state invitate nei primi 3 anni e nel 4° e 5° sono state invitate soltanto le non aderenti dei 3 anni precedenti. Le non rispondenti HPV degli anni precedenti portano quindi a un'adesione più bassa (Tabella 38).

Tabella 38. Adesione ai Programmi di Screening Cervicale per zona - Anno 2023.

Programmi§	Denominazione Zona	Invitati	Inesitati	Esclusi dopo l'invito	Rispondenti	Adesione Aggiustata#
Pistoia	Pistoiese	12.699	1346	386	5.206	47,5
	della Val di Nievole	6.322	855	317	2.238	43,5
	Totale	19.021	2.201	703	7.444	46,2
Prato	Pratese	17.933	1.806	649	9.718	62,8
	Totale	17.933	1.806	649	9.718	62,8
Empoli	Empolese -Valdarno Inferiore	14.551	1630	157	8.065	63,2
	Totale	14.551	1.630	157	8.065	63,2
Firenze*	Firenze	61.591	n.d.	n.d.	25.125	51,4
	Totale	61.591	n.d.	n.d.	25.125	51,4

§= attivazione dello screening HPV per programma: Firenze nel 2013; Empoli alla fine del 2016; Prato nel 2017; Pistoia nel 2020.

#= adesione aggiustata per inviti inesitati e donne escluse dopo l'invito

*dato ISPRO

n.d.= dato non disponibile

Il valore NSG risultante è di 53,1% (valore soglia P15Cb \geq 50%).

Conclusioni e azioni migliorative

La non ottimale adesione ai programmi di screening oncologici, in particolare allo screening del tumore del colon retto, è stata oggetto di incontri regionali e aziendali, in seguito ai quali sono state messe in atto alcune azioni di miglioramento, quali: l'adozione della campagna di sensibilizzazione regionale "Dì di sì" (<https://www.regione.toscana.it/-/di-di-si>), incontri a tema screening con i coordinatori di tutte le AFT della AUSL TC e anche con alcune AFT, inserimento nel PAF di due corsi sugli screening, un evento multiscreening.

Con particolare focus sullo screening coloretale sono state inoltre realizzate:

l'invio della terza lettera di invito (2° sollecito) per Prato e Pistoia, iniziative di "open day" nei presidi ospedalieri di Empoli, Prato, Pistoia e Pescia con consegna del kit per la ricerca del sangue occulto a dipendenti e cittadini.

Un'ultima riflessione riguarda il problema degli inviti inesitati. Tale nota e importante problematica si traduce nel non raggiungimento di tutti gli aventi diritto a partecipare ai programmi di prevenzione. In particolare:

-screening mammografico: a Pistoia netto incremento degli inviti inesitati che superano quest'anno l'8%; a Prato gli inviti inesitati sono passati dal 5% del 2022 a 7,5%.

-screening colon retto: a Pistoia, come per lo screening mammografico, gli inesitati superano l'8%; a Prato forte incremento degli inesitati che passano dal 4,5 dello scorso anno al 7,6%; a Empoli la quota degli inesitati è passata dal 4% del 2022 al 5,3%.

-screening cervicale: a Pistoia l'incremento è stato dal 9,8% del 2022 allo 11,6% del 2023; a Prato si è registrato un lieve aumento dall' 8,7% del 2022 al 10,1% del 2023; a Empoli gli inviti inesitati sono più che raddoppiati dal 4,5% del 2022 allo 11,2% del 2023 a seguito dell'avvio del nuovo programma di screening su software regionale unico che utilizza un'anagrafe diversa dalla precedente per l'invio degli inviti.

In risposta al problema, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dal Dipartimento ICT dell'Ente di supporto tecnico amministrativo regionale (ESTAR) con gli attori coinvolti di AUSL TC per l'individuazione dei problemi dell'anagrafe e dei software di screening e loro relative interazioni con le anagrafi di riferimento, le cui azioni correttive sono tutt'ora in corso, con l'obiettivo di un totale riallineamento sulle zone di Empoli, Pistoia e Prato, in attesa che sia attivato il gestionale screening unico regionale.

7.3.3 Vigilanza e controllo

Il Dipartimento di Prevenzione identifica la propria missione nella tutela della salute collettiva mediante azioni volte ad individuare e prevenire i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, anche attraverso attività di sorveglianza epidemiologica.

Il Dipartimento persegue, quindi, obiettivi di promozione della salute, prevenzione di infortuni e malattie, miglioramento della qualità degli stili di vita, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per la Prevenzione Collettiva, di cui all'Allegato 1 del DPCM 12/01/2017.

Le materie delle quali si occupa il Dipartimento di Prevenzione sono principalmente:

- Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro
- Igiene pubblica e della nutrizione
- Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
- Micologia e produzioni primarie

- Igiene urbana
- Medicina dello sport
- Promozione della salute
- Verifiche impianti e macchine
- Vigilanza sulle strutture sociali e sanitarie
- Epidemiologia
- Laboratorio di sanità pubblica

A seguito della fusione dei quattro ex-Dipartimenti della Prevenzione di Firenze, Prato, Empoli e Pistoia, iniziata nel 2016, si è articolato un modello organizzativo basato su Aree Funzionali, Unità Operative e Unità Funzionali, semplici e complesse.

A seguito del ridisegno delle strutture che compongono il Dipartimento, attuato negli anni 2020 (delibera del Direttore Generale n.1333 del 12 novembre e successivi atti interni, con cancellazione di gran parte delle UFS e riallineamento delle stesse funzioni in UFC territoriali) e nel 2022 (definizione dell'UFSD "Produzioni primarie vegetali e raccolta dei prodotti selvatici" afferente all'Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimenti), la composizione dei Servizi della Prevenzione nell'anno 2023 si è articolata in:

- Area Funzionale Igiene Sanità Pubblica e Nutrizione, articolata nelle UFC di Firenze 1, Firenze 2 Prato, Empoli e Pistoia.
- Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e sicurezza Alimentare (SPVSA), articolata nelle UFC di Firenze 1, Firenze 2, Prato, Empoli e Pistoia, Igiene Urbana e UFSD Produzioni primarie vegetali e raccolta dei prodotti selvatici.
- Area Funzionale Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi Di Lavoro (PISLL), articolata nelle UFC di Firenze 1, Firenze 2, Prato, Empoli e Pistoia.
- UFC Epidemiologia, comprensiva dell'UFS Cerimp.
- UFC Laboratorio di Sanità Pubblica, articolata nelle UFS Laboratorio Biotossicologia, UFS Chimica Alimenti, Acqua, Farmaci e Cosmetici
- UFC Medicina dello Sport, comprensiva delle UFS zonali di Firenze, Prato, Empoli e Pistoia.
- UFC Promozione della Salute
- UFC Verifiche impianti e macchine (VIM)
- UFS Vigilanza e Controllo Strutture Sanitarie e Sociali.

Sono presenti, inoltre, le seguenti Unità Operative professionali (U.O.):

- Igiene e salute nei luoghi di lavoro
- Prevenzione e Sicurezza
- Igiene degli alimenti di origine animale e derivati
- Sanità animale
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- Igiene e Sanità Pubblica
- Igiene degli alimenti e nutrizione

Trasversalmente al Dipartimento della Prevenzione afferisce il personale appartenente ai seguenti dipartimenti esterni:

- Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale e Territorio
- Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica
- Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie
- Dipartimento Servizio Sociale

L'attività svolta dal Dipartimento della Prevenzione nell'anno 2023 e la successiva programmazione per il 2024 sono state caratterizzate dalla piena ripresa dell'attività ordinaria dei Servizi, con la chiusura dei piani emergenziali anti-Covid19.

Sono state quindi programmate e attuate le funzioni dei Servizi pre pandemia, assorbendo le misure di contrasto della diffusione del virus pandemico all'interno delle attività ordinarie. Nello specifico le funzioni degli HUB vaccinali sono state inserite nelle offerte degli ambulatori pubblici, seguendo le indicazioni e gli obiettivi via via definiti da Regione Toscana. Le strutture dipartimentali hanno quindi ripreso a perseguire e garantire prioritariamente gli obiettivi e servizi dettati da indirizzi nazionali e regionali, determinati principalmente dal Piano Regionale di Prevenzione, nonché dai piani Nazionali di competenza di ogni Area Funzionale, quale il Piano Nazionale e Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare, il Piano Regionale Nutrizione, il Piano Vaccinale e tutta la normativa regionale in materia di Sicurezza sui luoghi di lavoro.

Particolare attenzione è stata riservata all'erogazione di servizi previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza, al fine di adempiere alle indicazioni dettate dal Ministero della Salute in termini di servizi e prestazioni.

L'attività degli operatori è stata, quindi, rivolta alla gestione delle richieste puntuali provenienti dai territori e volte a tutelare la salute e la sicurezza di cittadini, la sanità

veterinaria e alimentare, nonché ad individuare e prevenire i rischi quotidiani presenti negli ambienti di vita e di lavoro.

L'anno 2023 si caratterizza per l'importante contributo allo sviluppo delle azioni previste dai Programmi Predefiniti e Liberi del PRP 2020-2025, che coinvolgono trasversalmente tutte le strutture del Dipartimento.

Attività di vigilanza e controllo

L'organizzazione dell'attività di vigilanza e controllo è condivisa fra il dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento delle professioni sanitarie, con un approccio basato sull'analisi del rischio e sulle evidenze di efficacia.

I controlli comprendono una serie di attività obbligatorie o comunque dovute dalla necessità di adempiere a specifici obblighi normativi e dalle attività di vigilanza in ambiti ritenuti prioritari riferite ai principali problemi di salute e agli indirizzi dei piani nazionali e regionali della prevenzione e dei Lea.

In ambito PISLL per l'anno 2023 sono state programmate ed effettuate attività di vigilanza e controllo nelle seguenti principali casistiche:

- cantieri edili pubblici e privati
- cantieri grandi opere (cantieri di importo superiore ad euro 5.000.000,00)
- unità locali pubbliche e private;
- aziende agricole
- attività di conceria e trattamento pelli
- grande distribuzione organizzata
- metalmeccanica
- attività del Legno
- attività Tessili
- attività di Florovivaismo
- logistica e magazzini

In ambito di IPN le azioni di vigilanza e controllo hanno interessato principalmente:

- Interventi ambientali a seguito di arbovirosi
- Vigilanza e controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi e dei biocidi;
- Controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici;
- Controllo sulla vendita, detenzione ed uso di prodotti fito-sanitari in ambito agricolo ed extra agricolo

- Vigilanza sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione;
- Piano di monitoraggio delle acque potabili;
- Vigilanza sugli impianti natatori
- Vigilanza nelle attività estetica-tatuatori
- Vigilanza nella produzione e commercio dei prodotti cosmetici
- Vigilanza nelle collettività (scuole, istituti penitenziari)
- Vigilanza nelle strutture ricettive
- Immigrazione: vigilanza delle strutture e adozione delle misure per la sorveglianza delle malattie infettive

Le attività di controllo di competenza dell'Area SPVSA sono articolate nei seguenti principali argomenti:

- Alimenti
- Mangimi
- sanità animale
- Benessere animale
- Sanità delle piante.
- Attività trasversali (con i settori Sistema di Allerta, Ambiente, Sottoprodotti, Salute animale, Igiene urbana e Zoonosi).

Ulteriori attività di vigilanza e controllo sono svolte dalle strutture in STAFF e principalmente comprendono:

- Verifica e controllo di macchine e impianti (UFC VIM)
- Vigilanza e controllo strutture sanitarie (UFS VCEPSSS)
- Vigilanza e controllo strutture e impianti sportivi (Medicina dello Sport).

Gli esiti delle principali attività del 2023 sopra elencate, sono riassunte nella seguente Tabella, in base ai relativi Prodotti Finiti (Tabella 39).

Tabella 39. Dati flusso 47 - Sistema dei Prodotti finiti (PF) dell'attività del Dipartimento di Prevenzione.

PF	Prodotto	TOTALE
1	Pareri e valutazioni su richiesta	1356
2	Controllo di UL x motivi di sanità pubblica	738
3	Sistema di allerta sanitario	845
4	Controllo analitico ufficiale	1589
5	Inchieste per tossinfezioni alimentari	30

10	Interventi per segnalazioni	874
15	Medicina del viaggiatore	2249
19	Intervento a seguito di notifica di mal. Infettiva	356
21	Punto di prelievo controllato per piani di monitoraggio acqua	3618
25	Controllo UL per rischi lavorativi	1685
26	Controllo cantiere edile	1408
27	Procedura sanzionatoria penale	1193
28	Inchiesta infortuni	303
31	Procedura per non conformità macchine, impianti, etc.	7
34	Ex esposto sotto sorveglianza	159
36	Revoca/conferma del giudizio di idoneità rilasciato dal MC	108
37	Certificazione idoneità sportiva	9746
39	Valutazione sanitaria individuale dei lavoratori	47
40	Inchiesta per malattia professionale	26
41	Interventi di sterilizzazione e di prevenzione sul randagismo	6862
42	Interventi di profilassi antirabbica	649
43	Allevamenti sotto controllo per piani di profilassi / sorveglianza	1369
48	Interventi su animali morti destinati alla distruzione	171
49	Stabilimento registrato/riconosciuto controllato	2957
50	Controllo UVAC/PIF/TRACES/SINTESI	240
52	Certificazione	7317
53	Certificazioni per U.G.B. macellate in stabilimenti	1509
54	Suino macellato per autoconsumo	151

68	Interventi di educazione alla salute, campagne etc.	44
71	Indagine di igiene del lavoro	0
72	Controllo in cava	22
75	Seduta di counseling nutrizionale individuale	493
77	Valutaz., validazione, controllo applicazione piano nutrizionale	42
81	Procedura sanzionatoria amministrativa in ambito PISLL	177

Per quanto riguarda gli indicatori MES, l'AUSL TC si posiziona su valori allineati alla media regionale per la maggior parte degli indicatori (Tabella 40).

Tabella 40. Indicatori MeS su Prevenzione Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro dell'AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023
F15.1.8 Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole	113,18	105,46	3,55
F15.2.1T N. Aziende controllate/N.PAT INAIL	7,23	6,85	2,67
F15.2.3T N. Cantieri controllati/N. Controlli in edilizia secondo programmazione	119,82	109,05	3,45
F15.3.1T N. Aziende controllate/N. Personale UPG SPSAL	41,01	40,71	2,18

7.4 TERRITORIO

7.4.1 Cure Primarie

In riferimento all'assistenza domiciliare e residenziale l'AUSL TC si posiziona complessivamente, rispetto ai dati del bersaglio MeS, su buoni livelli per performance anche se si evidenzia una tendenza al decremento delle prestazioni, tale fenomeno non si conferma per la percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare over 65 anni, che evidenzia un consistente miglioramento; resta ancora critica la variabilità nelle diverse zone distretto (Tabella 41).

In riferimento all'assistenza domiciliare a partire da gennaio 2023 è entrato in funzione il nuovo flusso ministeriale SIAD, che aggiunge alcune informazioni obbligatori e introduce la tipologia di presa in carico AD-UCPDOM.

L'assistenza domiciliare è articolata secondo quattro livelli assistenziali caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità dell'intervento. La valutazione dell'intensità assistenziale si basa sul calcolo del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA).

-Cure domiciliari di livello base (CIA <0,14): basso livello di intensità assistenziale, anche a carattere episodico; non integrate. < 1 accesso/sett

-Cure domiciliari integrate (ADI) di I livello (CIA 0,14-0,30): cure domiciliari integrate, prevalentemente medico-infermieristico-assistenziali o riabilitativo-assistenziali, compresa fornitura di diagnostica, farmaci, dispositivi. Accesso su valutazione UVM, presenza di PAI/PRI. 1 accesso/sett

-Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello (CIA 0,31-0,50): fino a 2 accessi/sett

-Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello (CIA >0,50): 3 o + accessi/sett

Il tasso complessivo di pazienti trattati in ADI è risultato di poco inferiore al 2022 (anno nel quale erano compresi nel dato anche i casi domiciliari di Covid), 12,58 contro i 12,76 pazienti in carico per 1000. In particolare, si è registrato un incremento delle ADI CIA 1 (da 6,39 a 6,44) e CIA 2 (da 2,87 a 3,27) e una riduzione del CIA 3 (da 3,59 a 2,94). L'AUSL TC ha raggiunto l'obiettivo dell'indicatore core D22Z del nuovo sistema di garanzia per tutti e tre i livelli di CIA, armonizzando i dati delle Zone Distretto, per le quali la variabilità si è molto ridotta.

Riguardo all'indicatore relativo all'obiettivo percentuale di presa in carico degli ultrasessantacinquenni, che prevedeva un target minimo del 10%, tale standard è stato pienamente raggiunto e superato, con una percentuale di presa in carico del 12.54% degli anziani, valore più alto fra le USL toscane e fra i più alti in Italia.

Nel corso del 2023 si è proceduto al consolidamento dell'esperienza dei GIROT e del "Progetto AIUTI" con l'obiettivo di sostenere con efficacia la gestione clinica e assistenziale dei pazienti fragili in dimissione dai PS o in carico all'assistenza domiciliare o residenti in RSA.

Nella seconda metà del 2023 si è proceduto inoltre a una revisione dei processi domiciliari per la standardizzazione delle procedure di presa in carico e inserimento dati, volta ad assicurare la completezza e validità dei dati rilevati con il CIA. In particolare, si è proceduto nell'ultimo trimestre al recupero delle prestazioni di riabilitazione, alla riclassificazione delle prese in carico in ADI in caso di accessi multiprofessionali, alla completa copertura delle attività domiciliari dei GIROT e alla formazione su utilizzo Aster 2023 ai dipartimenti aziendali.

Tabella 41. Indicatori MeS sulle cure primarie dell'AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	12,37	13,17	3,59	Buona strada
B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	12,79	12,32	4,62	Criticità
B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	7,85	9,02	3,71	Attenzione
B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	19,04	22,3	2,21	Criticità

La gestione territoriale delle patologie croniche ha confermato i dati del 2022 rispetto agli indicatori di valutazione relativi all'adesione dei pazienti ai percorsi di cura previsti nei PDTA aziendali e ha mostrato una complessiva riduzione dell'ospedalizzazione delle patologie sensibili alle cure ambulatoriali (Tabella 42)

Per quanto riguarda gli indicatori di appropriatezza farmaceutica, a fronte di una sostanziale tenuta delle performance, si è registrato, soprattutto per l'età pediatrica, un incremento generale di utilizzo degli antibiotici controbilanciato da una tendenza positiva dell'appropriatezza prescrittiva (Tabella 43).

Tabella 42. Indicatori MeS su appropriatezza su diagnostica e trattamenti per particolari patologie, AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scompensazione Cardiaca per 100.000 residenti (50-74 anni)	125,25	117,23	5,00	Ottimo
C11A.1.2A Residenti con Scompensazione Cardiaca con almeno una misurazione di creatinina	69,48	73,88	3,49	Ottimo
C11A.1.2B Residenti con Scompensazione Cardiaca con almeno una misurazione di sodio e potassio	54,39	59,24	3,10	Buona strada
C11A.1.8 Tasso di accesso al PS dei residenti con Scompensazione Cardiaca	659,56	676,13	2,73	Attenzione
C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	12,08	10,38	4,15	Ottimo
C11A.2.10 Tasso di accesso al PS dei residenti con Diabete	358,24	375,47	2,91	Attenzione
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	15,31	14,09	4,25	Buona strada
C11A.2.9 Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	29,31	28,81	1,88	Attenzione
C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	27,65	17,54	4,28	Ottimo
C11A.3.5 Residenti con BPCO con almeno una spirometria	31,86	29,91	1,99	Attenzione
C11A.3.9 Tasso di accesso al PS dei residenti con BPCO	504,49	532,91	3,05	Attenzione
C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	20,28	19,97	1,00	Criticità

Tabella 43. Indicatori MeS appropriatezza prescrittiva dei farmaci dell'AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	23,99	22,23	3,69	Ottimo
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti	83,54	86,95	0,66	
C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	37,45	33,74	3,63	
C9.12B Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	29,72	26,92	4,19	
C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	63,46	65,48	3,89	
C9.19.1 Incidenza di farmaci adrenergici associati sul totale dei farmaci adrenergici per aerosol sul territorio	68,39	66,47	0,30	Buona strada
C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolepizzanti)	11,94	12,34	1,37	Attenzione
C9.6.1.2 Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio	50,04	47,2	1,72	Attenzione
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio	11,56	12,75	4,38	Criticità
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	8,42	12,94	4,42	Attenzione
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	0,88	1,32	3,62	Attenzione
C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	0,83	0,79	4,21	Buona strada
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	1,78	1,73	2,12	Ottimo
C9.8.1.3 Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e amoxicillina ac. clavulanico sul territorio	30,49	35,58	4,02	Ottimo
C9.8.1.7 Proporzione di antibiotici Access	51,89	56,66	2,83	Ottimo

C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi	12,37	12,74	0,00	Attenzion e
C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	19,72	19,23	3,76	Buona strada

7.4.2 Continuità Ospedale-Territorio

Per la definizione del percorso di continuità assistenziale ruolo cardine è stato svolto dall'ACOT (Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio) con il compito di valutare, pianificare, coordinare e monitorare la messa in atto del Piano Assistenziale Personalizzato. L'obiettivo è quello di disegnare, per ogni utente che venga segnalato dal reparto ospedaliero/struttura post-acuzie/territorio un percorso adeguato a seconda delle esigenze socio-clinico- assistenziali.

Il DM77/2022 e la DGRT 1509/2022 hanno definito le linee di indirizzo per lo sviluppo delle Centrali Operative Territoriale (COT) nell'ambito delle quali rientra anche la gestione della continuità ospedale-territorio con la necessità di riadattare il modello organizzativo della AUSL TC che per la gestione dei percorsi/risorse della continuità ospedale territorio prevede al momento 2 articolazioni:

-una a livello zonale rappresentata dalle Agenzie di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) che gestiscono tutti i percorsi e le risorse di competenza zonale (prestazioni domiciliari e ambulatoriali, percorsi sociosanitari, ecc.)

-una a livello aziendale rappresentata dal CDCA (Coordinamento dimissioni complesse aziendale) che gestisce tutti i percorsi centralizzati (risorse residenziali post-acuzie nelle strutture private convenzionate sotto il governo della Direzione Aziendale, risorse di cure intermedie in alcune strutture aziendali, percorsi di riabilitazione cod. 75, cod. 56 ed ex art. 26, percorsi di continuità di alta complessità come le Gravi Cerebrolesioni Acquisite, ecc.).

Il processo di implementazione delle COT, che riassume le funzioni svolte dalle ACOT, dovrà tenere conto dei punti di forza dell'attuale organizzazione che con una gestione delle risorse in parte zonale e in parte centralizzata ha permesso di ottimizzare l'uso delle risorse favorendone l'appropriatezza, garantire risposte di prossimità e allo stesso tempo omogeneità di accesso per tutti gli assistiti della AUSL TC superando la disomogenea distribuzione di alcune risorse connessa alla complessità organizzativa del territorio.

Le ACOT e il CDCA sono stati coinvolti nella valutazione, organizzazione e coordinamento dei percorsi relativi alle dimissioni complesse e di continuità, prendendo in carico le persone segnalate da parte di setting di cura differenti (reparti per acuti, cure intermedie, territorio etc.).

Nel 2023 le ACOT e il CDCA hanno gestito complessivamente 52.206 segnalazioni.

I percorsi di continuità ospedale-territorio sono attivabili e disponibili sul territorio aziendale; le attivazioni dipendono dalla valutazione multiprofessionale dell'equipe, a seconda della situazione sanitaria e sociale della persona. Il paniere prevede l'offerta di servizi e interventi di tipo domiciliare, preferibili quando adeguati e attuabili, oltre che residenziali.

Tra i primi si annoverano:

- Attivazione del servizio infermieristico domiciliare;
- Segnalazione al servizio e rete delle cure palliative;
- Attivazione del servizio di assistenza domiciliare tutelare o sociosanitaria con interventi da parte di operatori OSS;
- Segnalazione e continuità con i servizi sociali territoriali;
- Terapia somministrata a domicilio con prescrizione alla dimissione;
- Pacchetti di prestazioni e servizi sociali/infermieristici/fisioterapeutici finanziati attraverso fondi sociali zonali/europei;
- Percorsi di riabilitazione ambulatoriale/domiciliare.

Tra i percorsi residenziali:

- Low Care/Cure intermedie Setting 1;
- Cure Intermedie Setting 2 e 3;
- Percorsi di riabilitazione svolti in strutture residenziali;
- Accoglienza in RSA (moduli base, modulo cognitivo-comportamentale, modulo a bassa intensità assistenziale);
- Strutture per migranti privi di titolo di soggiorno, con necessità sanitarie.

7.4.3 Cure Intermedie e Ospedali di Comunità

Negli ultimi decenni il Sistema Sanitario si è dovuto confrontare con una realtà estremamente mutevole, uno dei principali cambiamenti intercorsi è stata l'inevitabile sostituzione del paradigma della cura delle acuzie con quello della presa in carico della cronicità che ha richiesto una

progressiva rimodulazione della capacità assistenziale del sistema di cure territoriali con l'attivazione di setting residenziali territoriali in cui è prevista una presa in carico multidisciplinare destinati ai pazienti che non necessitano di un ospedale per acuti ma che non si trovino nemmeno nelle condizioni di far rientro/permanere al proprio domicilio.

Il fabbisogno di assistenza intermedia residenziale a carico del SSR trova ragione nella necessità di assicurare risposte sanitarie adeguate al rischio di instabilità clinica o di necessità di stabilizzazione clinica per pazienti in dimissione dall'ospedale o di provenienza dal territorio, con particolare riferimento alle riacutizzazioni delle patologie croniche.

Gli obiettivi perseguiti da tali setting, come riportato anche dalla numerosa normativa nazionale (es. Piano Nazionale Sanitario 2006-2008, Patto per la Salute 2014-2016, DM 70/2015, Piano Nazionale Cronicità 2016) sono molteplici: supportare la dimissione tempestiva, evitare ospedalizzazioni inopportune, garantire la presa in carico multidisciplinare, favorire il recupero funzionale e la formazione del paziente/care-giver, ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione etc.

La Delibera di Giunta Regionale Toscana (DGRT) 909 nel 2017 ha emanato gli indirizzi relativi all'implementazione delle Cure Intermedie (CI) nel territorio, prevedendo 3 tipi di setting, diversificati in base all'intensità assistenziale e da declinare sui diversi specifici bisogni degli utenti:

- SETTING 1- LOW CARE: assistenza medica e infermieristica nelle 24 h, medio-alta intensità assistenziale.
- SETTING 2- RESIDENZIALITA' SANITARIA INTERMEDIA: assistenza infermieristica nelle 24 h e medica in orario diurno.
- SETTING 3 – RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA: bassa intensità assistenziale con presenza infermieristica nelle 24 h e assistenza medica assicurata dal Medico di Medicina Generale (MMG) con accessi programmati

In tutti i setting è garantita inoltre la riattivazione funzionale al fine di favorire il recupero delle autonomie e il rientro a domicilio del paziente.

Anche nel corso del 2023 i modelli organizzativi dei setting di CI, in Toscana e nella AUSL TC, hanno sicuramente rappresentato una modalità di risposta valida ed appropriata ai bisogni di cura e assistenza di utenti provenienti da reparti ospedalieri in fase post-acuzie o dal territorio. Durante l'anno sono stati evidenti, anche all'interno dei setting di cure intermedie, la netta diminuzione delle

necessità legate alle infezioni da SARS-CoV 2 e l'allentamento delle misure restrittive imposte ai pazienti infetti, che hanno contribuito ad un certo cambiamento delle caratteristiche dei ricoveri.

I setting di CI presenti in Azienda sono stati in grado di assicurare una presa in carico in stretta collaborazione con la rete ospedaliera valorizzando anche la ricerca di risposte post-acute di prossimità. Queste strutture sono state anche utili per accogliere una parte di utenti segnalati direttamente dal proprio domicilio (soprattutto dai MMG), al fine di una presa in carico rapida, multidisciplinare ed indirizzata ad evitare invii al PS o ricoveri inappropriati in ospedale.

Nel corso del 2023 le strutture di cure intermedie a disposizione per l'AUSL TC erano in totale 12, con una distribuzione nelle zone descritta nella Tabella 44.

Nel 2023 sono stati complessivamente messi a disposizione 284 pl di cure intermedie comprensivi dell'offerta di almeno 90 pl di lungodegenza presso strutture private accreditate che concorrono a rispondere alla casistica di pazienti eleggibili per le cure intermedie setting 1.

Tabella 44. Distribuzione nelle zone delle cure intermedie

Zona	N° strutture	PL setting 1	PL setting 2	PL setting 3
Empolese Valdarno	1		12	
Firenze	3	46	44	
Firenze Sud Est	3	33	30	
Pistoia	2		34	14
Prato	2	42	23	
Valdinievole	1			6
TOT AUSL TC	12	121	143	20

Durante l'anno 2023 sono stati assegnati in totale 10.966 percorsi di CI dalle ACOT zonali e dal CDCA. Di questi percorsi il 46% (5.091) ha coinvolto il setting 1- Low-care, il 49% (5.323) il setting 2- Residenzialità sanitaria intermedia, ed una minoranza (5%, 552) il setting 3- Residenzialità assistenziale intermedia (Tabella 45).

Tabella 45. Setting. Fonte: Astercloud - ACOT WP2, GPI. Dettaglio relativo ad AUSL TC.

Setting	Percorsi assegnati 2023
Setting 1 – Low Care	5091
Setting 2 – Residenzialità sanitaria intermedia	5323
Setting 3 – Residenzialità assistenziale intermedia	552

Nell'ambito della rete delle CI, il PNRR/2021 e il DM77/2022 pongono l'obiettivo di potenziare l'offerta dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità, strutture residenziali sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Le Cure Intermedie presenti nel territorio aziendale sono in linea con le progettualità e gli investimenti territoriali previsti nella Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il territorio deve infatti garantire la presenza di Case di Comunità e Ospedali di Comunità al fine di fornire servizi territoriali capaci di assicurare diversi livelli di intensità e di assistenza a garanzia della cura e gestione dei pazienti complessi e/o fragili.

Per raggiungere gli obiettivi di dotazione di pl programmati in attuazione del DM 77/22 e finanziati dal PNRR sono in corso progetti di implementazione degli Ospedali di Comunità nei territori delle Zone Distretto dell'AUSL TC.

7.5 PRESTAZIONI DEL PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA

7.5.1 Andamento della domanda (prescrizioni elettroniche) - Prestazioni PRGLA

Analizzando le casistiche oggetto di monitoraggio del Piano Regionale Governo Liste di attesa (PRGLA), si nota un andamento crescente della domanda di prestazioni ambulatoriali in tutti gli ambiti territoriali, anche superiore al periodo ante pandemia Covid 19. È probabile che si stia facendo fronte ad una domanda “sommersa”, che sta riemergendo con forza con la fine dell'emergenza nazionale.

Di seguito sono riportati i grafici (Figura 54 e 55) con gli andamenti delle prescrizioni prodotte, considerando l'ambito AUSL TC; si potrà riscontrare, sia per le visite che per la diagnostica, la tendenza crescente della domanda, con picchi evidenti nel 2023, superiori anche al periodo ante pandemia, anno 2019 (fonte dati: Regione Toscana). In particolare, per l'anno 2023, in tutta l'AUTC, sono state richieste in totale circa 220.000 prestazioni (tra visite ed esami diagnostici) in più rispetto al 2022. Tale dato risulta purtroppo ancora inficiato dalle cosiddette “richieste ripetute” (che nell'anno 2023, per le visite PRGLA, ad esempio, in tutta l'AUTC incidono per il 23.68 %).

Figura 54. Numero prescrizioni elettroniche (trend quindicinale); periodo considerato: anno 2023 vs 2022 vs 2021 vs 2020 vs 2019. Prime Visite Specialistiche, Ambito AUSL TC



Figura 55. Numero prescrizioni elettroniche (trend quindicinale); periodo considerato: anno 2023 vs 2022 vs 2021 vs 2020 vs 2019. Diagnostica, Ambito AUSL TC



7.5.2 Analisi Prenotato Effettivo - Prestazioni PRGLA

Anche focalizzandoci solo sulle prime visite e sugli esami diagnostici prescritti dai medici afferenti all'area vasta Centro, l'andamento segue lo stesso trend e si riscontra una domanda che esponenzialmente sta crescendo se paragonata con gli anni precedenti. Dunque, riportando gli istogrammi di confronto con gli anni sia per prime visite che per diagnostica ritroviamo il medesimo andamento per entrambe le tipologie di prestazioni.

Figura 56. Numero prescrizioni Visite-Diagnostica AUTC



Accanto all'aumento della domanda, l'AUSL TC ha potenziato l'offerta con azioni tese a mitigare il gap tra domanda offerta.

Rispetto agli anni precedenti, infatti, è stato possibile per i cittadini prenotare tra prime visite ed esami diagnostici circa 100 mila prestazioni in più rispetto al 2022. Gli istogrammi 4 e 5 dimostrano la crescita dell'offerta sull'area vasta Toscana Centro.

Figura 57. Numero prenotazioni Visite AUTC

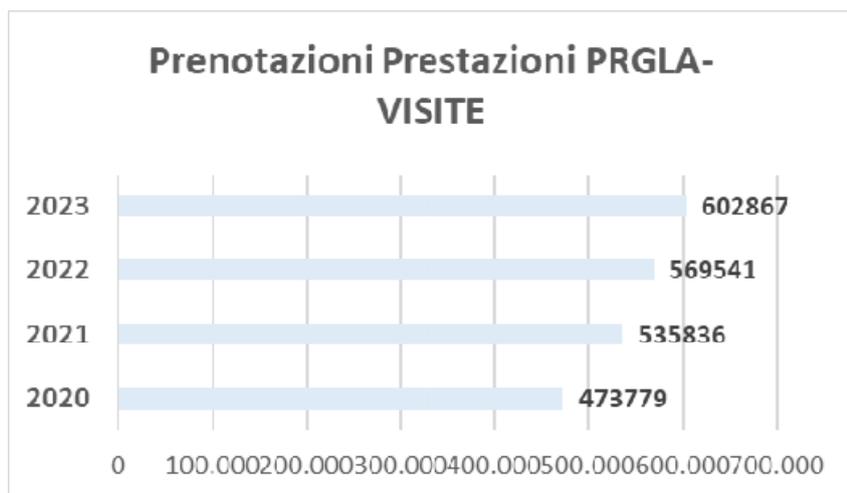
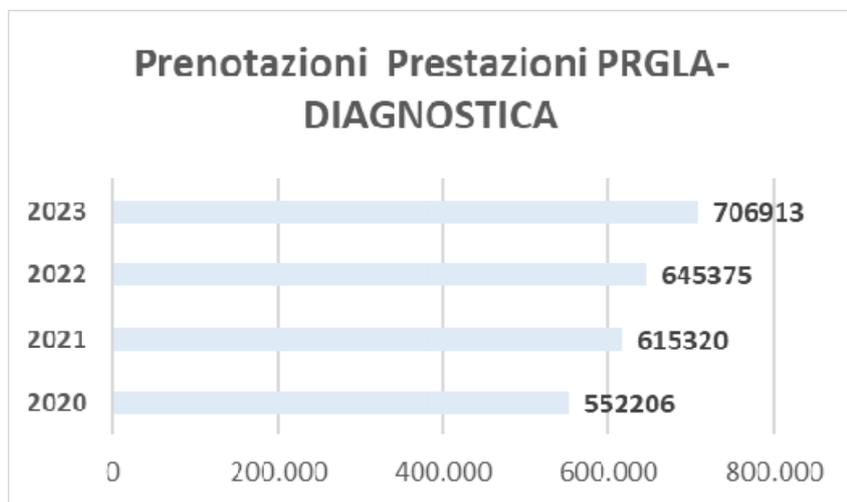


Figura 58. Numero prenotazioni Diagnostica AUTC



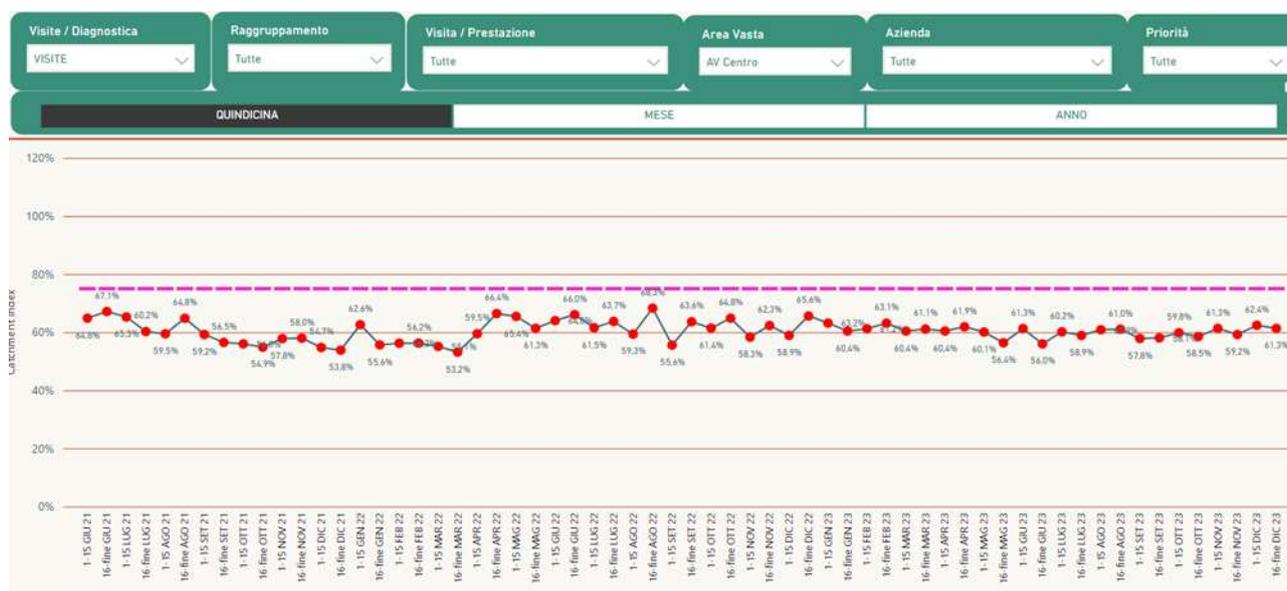
Nel confronto 2023 vs 2022, sono infatti oltre 61.000 le prestazioni diagnostiche in più nel 2023, garantite in ambito AUSL TC; mentre per le visite siamo oltre 33.000 prestazioni in più.

Nonostante ciò, l'aumento ancor più marcato della domanda (prescrizioni), causato dalla probabile riemersione di richieste sommerse a causa della pandemia, non ha comportato effetti benefici sull'indicatore C.I.

7.5.3 Andamento Catchment Index - Visite Specialistiche AUSL TC

Analizzando l'indice di cattura in termini di prenotazioni mancanti per raggiungere la soglia del 75% sia per le visite che per la diagnostica in AUSL TC si è riscontrato un miglioramento nel 2023. Nell'ultimo monitoraggio disponibile (16-31 dicembre) il C.I. per le visite specialistiche ha raggiunto quota 61,63%, rimasto stabile rispetto alla quindicina precedente (Figura 59).

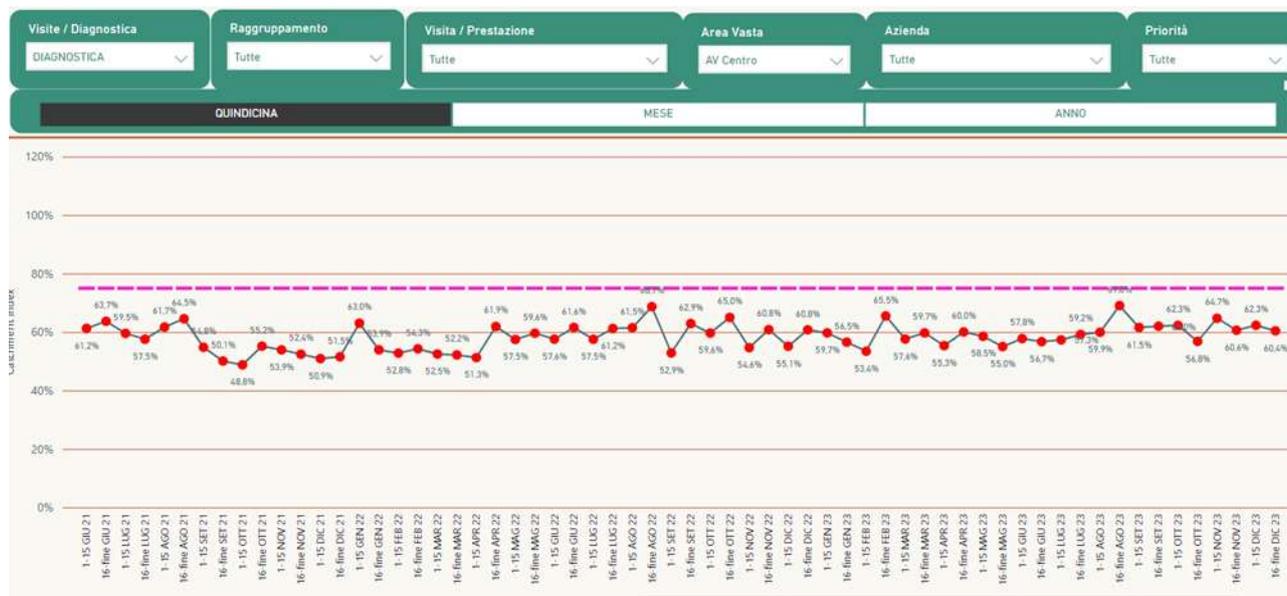
Figura 59. Andamento Catchment Index per le visite specialistiche, AUSL TC 2022-2023



7.5.4 Andamento Catchment Index - Diagnostica AUSL TC

Per quanto riguarda, invece, la diagnostica nell'ultimo monitoraggio disponibile (prenotazioni CUP registrate nel periodo 16-31 dicembre 2023) l'indice di cattura nell'AUSL TC si è consolidato sul 60,4% (Figura 60).

Figura 60. Andamento Catchment Index per la diagnostica, AUSL TC 2022-2023



7.5.5 Prestazioni Sanitarie e Catchment Index

In Tabella 46 sono riportate le visite specialistiche con i valori più critici di catchment index per l'AUSL TC. Tra le azioni di miglioramento, si evidenzia che per il 2024 è prevista l'attivazione del progetto Clessidra per le prime visite di otorinolaringoiatria, ortopedia, urologia, oculistica e dermatologia.

In Tabella 47 sono riportate gli esami diagnostici con i valori più critici di catchment index per l'AUSL TC.

Tabella 46. Visite specialistiche con i valori più critici di catchment index

	Prescrizioni anno 2023	Prenotazioni anno 2023	Catchment index 2023	Delta fabbisogno per raggiungere catchment index 75% (numero di prestazioni mancanti)
Visita urologica	52.921	30.494	57,6%	-9.197
Visita otorino	93.280	52.734	56,5%	-17.226
Visita dermatologica	132.462	72.416	54,7%	-26.931
Visita endocrinologica	38.421	20.580	53,6%	-8.236
Visita ortopedica	91.958	44.860	48,8%	-24.109

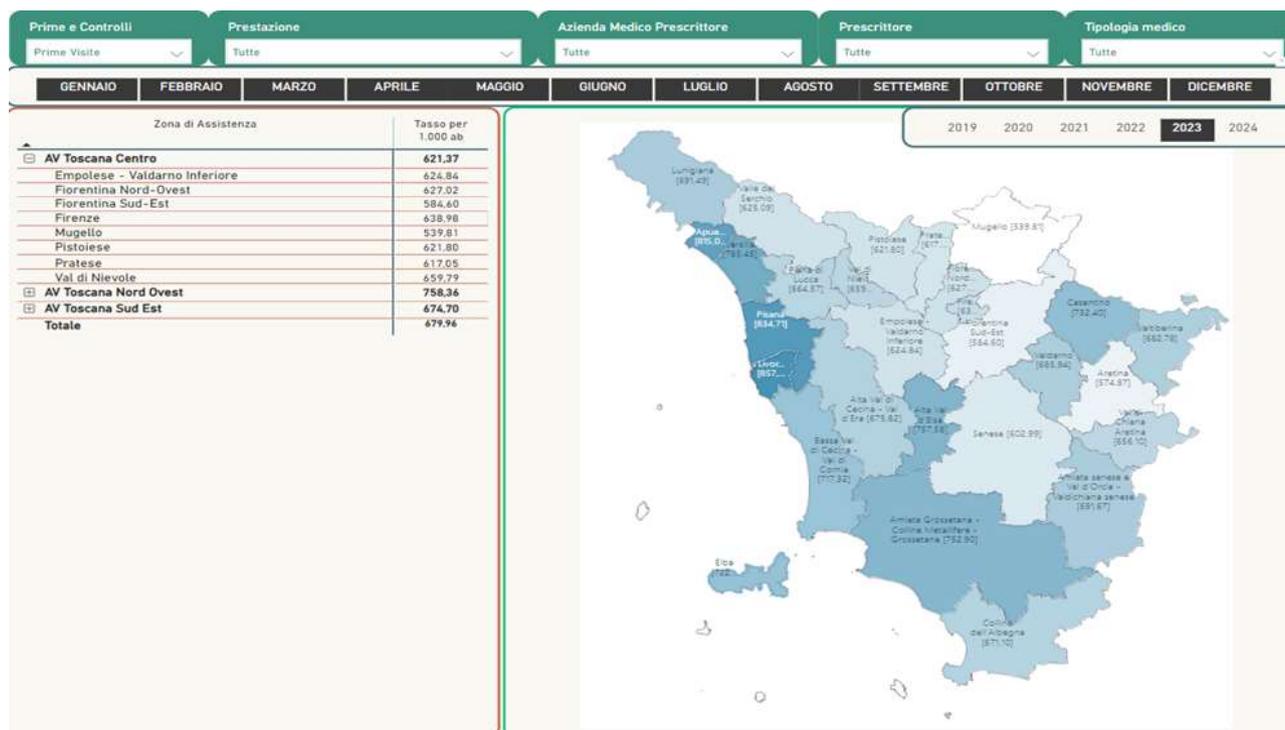
Tabella 47. C.I. esami diagnostici più critici AUTC anno 2023

	Prescrizioni anno 2023	Prenotazioni anno 2023	Catchment index 2023	Delta fabbisogno per raggiungere catchment index 75% (numero di prestazioni mancanti)
RM colonna	71.336	36.639	51,4%	-16.863
Ecografia mammella	59.274	29.176	49,2%	-15.280
Spirometria semplice	9.210	4.452	48,3%	-2.456
Mammografia	74.766	33.212	44,4%	-22.863
RM muscoloscheletrica	64.486	26.498	41,1%	-21.867

7.5.6 Tasso Prescrittivo

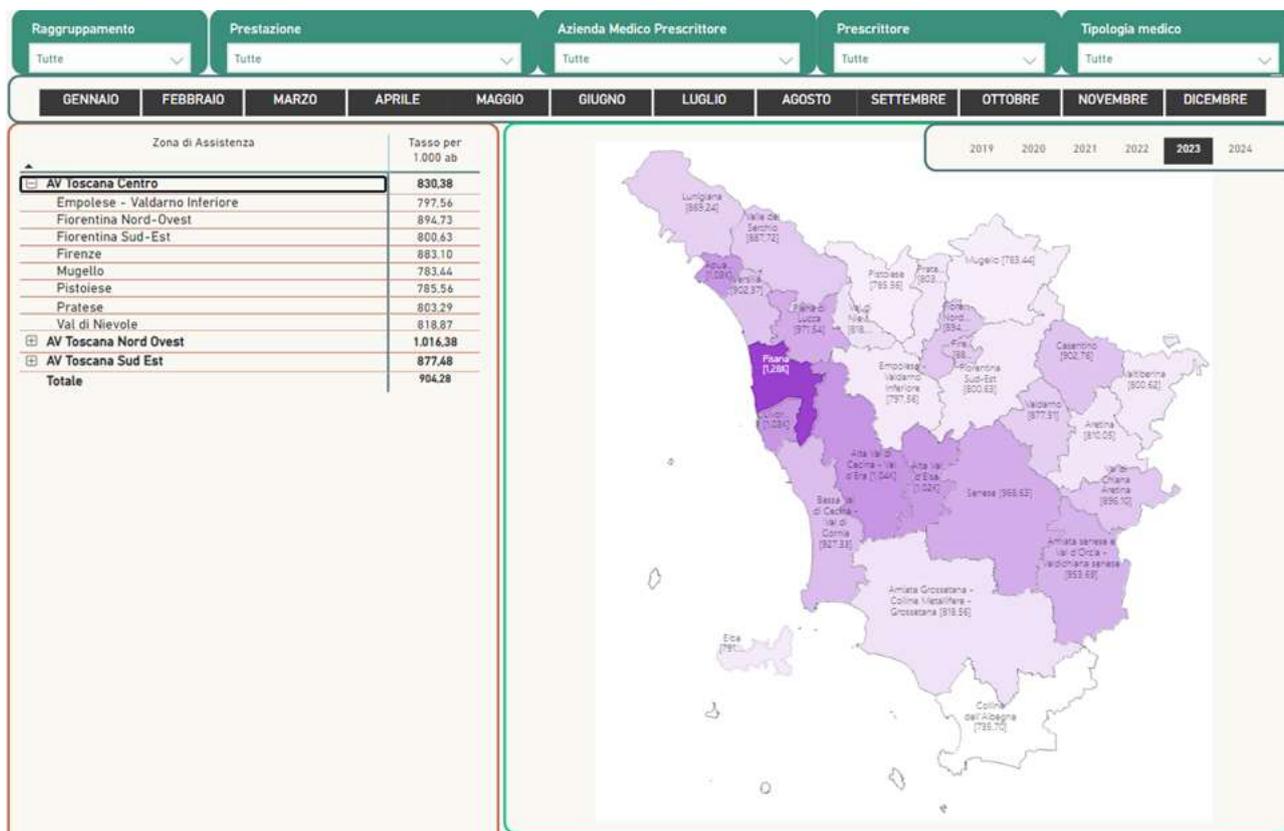
Per quanto riguarda il tasso prescrittivo per 1000 ab. per zona assistenza, riferito alle visite, risulta che l'area vasta Toscana Centro nel 2023 ha avuto un comportamento prescrittivo più contenuto rispetto alle altre aziende. Analizzando poi, le zone di assistenza riferite ad AV centro il più alto tasso si rileva nella zona Valdinievole (Figura 61).

Figura 61. Tasso prescrittivo prime visite per 1000 ab. per zona assistenza



Analogamente per la diagnostica la zona di assistenza con tasso maggiore è quella relativa a Firenze Nord Ovest (Figura 62).

Figura 62. Tasso prescrittivo diagnostica per 1000 ab. per zona di assistenza



7.5.7 Tempi di Attesa Prestazioni Ambulatoriali

Nell'anno 2023, grazie alle azioni intraprese (potenziamento produzione interna tramite la produttività aggiuntiva, potenziamento degli incarichi degli specialisti ambulatoriali, incremento dell'offerta nel privato convenzionato), nel territorio della AUSL TC le visite e gli esami diagnostici oggetto del PRGLA per la classe di priorità U (urgenti) sono effettuate nel 98,8% dei casi entro i tempi di attesa previsti da normativa; si sottolinea che anche per la classe B (Breve), i tempi medi di erogazione sono in linea con la normativa vigente (entro 10 gg) mentre per la D restano margini di miglioramento. Le prestazioni sono erogate generalmente nei tempi previsti dalla normativa nazionale vigente (Tabelle 48 e 49). Ecco la performance per l'AUSL TC, correlata all'ultimo monitoraggio ufficiale (prenotazioni registrate tra il 16 e il 31 dicembre 2023) sulle visite specialistiche, con confronto isoperiodo 2022. Per la diagnostica la situazione, come vedremo, è simile (Tabelle 50 e 51).

Tabella 48. VISITE SPECIALISTICHE: Sintesi aziendale prenotazioni entro e non oltre i tempi di attesa regionali sulla prima disponibilità, 16 e il 31 dicembre 2023

SPECIALITA'	N. Prenotazioni Entro i Tempi Regionali	N. Prenotazioni Oltre i Tempi Regionali	Totale Prenotazioni	% entro Tempi Regionali	% entro Tempi Nazionali	Tempo Medio di Attesa (prima disponibilità)
⊕ ONCOLOGIA	196	2	198	99,0%	99,0%	1,72
⊕ REUMATOLOGIA	335	5	340	98,5%	98,5%	2,09
⊕ CARDIOLOGIA	1.369	144	1.513	90,5%	92,0%	12,95
⊕ ALLERGOLOGIA	373	51	424	88,0%	88,0%	24,81
⊕ GASTROENTEROLOGIA	197	29	226	87,2%	87,2%	9,33
⊕ FISIATRIA	562	114	676	83,1%	83,1%	12,14
⊕ ORTOPEdia	712	154	866	82,2%	82,7%	30,88
⊕ NEUROLOGIA	363	86	449	80,8%	82,9%	22,16
⊕ ENDOCRINOLOGIA	353	102	455	77,6%	77,6%	35,25
⊕ PNEUMOLOGIA	409	128	537	76,2%	76,2%	26,86
⊕ GINECOLOGIA	589	191	780	75,5%	84,0%	15,72
⊕ OCULISTICA	1.186	396	1.582	75,0%	77,3%	40,36
⊕ CHIRURGIA GENERALE	468	182	650	72,0%	83,4%	10,91
⊕ DERMATOLOGIA	732	434	1.166	62,8%	64,3%	54,54
⊕ UROLOGIA	339	272	611	55,5%	57,3%	50,02
⊕ OTORINO	475	414	889	53,4%	55,1%	38,67
⊕ CHIRURGIA VASCOLARE	67	67	134	50,0%	50,0%	46,98
Totale	8.725	2.771	11.496	75,9%	78,1%	28,42

Tabella 49. Visite SPECIALISTICHE: Sintesi aziendale prenotazioni entro e non oltre i tempi di attesa regionali sulla prima disponibilità, 16 e il 31 dicembre 2022

SPECIALITA'	N. Prenotazioni Entro i Tempi Regionali	N. Prenotazioni Oltre i Tempi Regionali	Totale Prenotazioni	% entro Tempi Regionali	% entro Tempi Nazionali	Tempo Medio di Attesa (prima disponibilità)
ONCOLOGIA	5.352	53	5.405	99,0%	99,6%	2,56
REUMATOLOGIA	7.874	271	8.145	96,7%	96,7%	9,19
CHIRURGIA VASCOLARE	4.487	268	4.755	94,4%	94,4%	6,49
GASTROENTEROLOGIA	8.341	679	9.020	92,5%	92,5%	7,90
CHIRURGIA GENERALE	18.280	2.112	20.392	89,6%	94,9%	5,73
ALLERGOLOGIA	12.072	1.842	13.914	86,8%	86,8%	20,03
ENDOCRINOLOGIA	12.383	2.520	14.903	83,1%	83,1%	19,84
FISIATRIA	16.272	3.562	19.834	82,0%	82,0%	24,35
PNEUMOLOGIA	13.695	3.334	17.029	80,4%	80,4%	35,53
OCULISTICA	47.111	17.314	64.425	73,1%	80,6%	33,47
UROLOGIA	16.080	6.097	22.177	72,5%	86,2%	15,15
GINECOLOGIA	15.810	6.765	22.575	70,0%	79,9%	23,33
CARDIOLOGIA	37.087	17.192	54.279	68,3%	85,3%	27,87
NEUROLOGIA	10.900	6.004	16.904	64,5%	80,0%	29,30
OTORINO	24.308	14.128	38.436	63,2%	82,2%	20,42
DERMATOLOGIA	24.972	22.773	47.745	52,3%	71,2%	51,17
ORTOPEDIA	16.396	15.293	31.689	51,7%	79,2%	31,12
Totale	291.420	120.207	411.627	70,8%	82,5%	27,24

Tabella 50. DIAGNOSTICA: Sintesi aziendale prenotazioni entro e non oltre i tempi di attesa regionali sulla prima disponibilità, 16 e il 31 dicembre 2023

SPECIALITA'	N. Prenotazioni Entro i Tempi Regionali	N. Prenotazioni Oltre i Tempi Regionali	Totale Prenotazioni	% entro Tempi Regionali	% entro Tempi Nazionali	Tempo Medio di Attesa (prima disponibilità)
GASTROSCOPIA	315	15	330	95,5%	97,6%	6,25
ALTRO	1.010	69	1.079	93,6%	94,3%	12,03
COLONSCOPIA	406	28	434	93,5%	96,8%	12,86
MAMMOGRAFIA	396	29	425	93,2%	93,2%	16,13
SPIROMETRIA	286	25	311	92,0%	92,0%	18,13
TC	1.463	150	1.613	90,7%	92,3%	13,44
ECOGRAFIA	1.581	169	1.750	90,3%	94,1%	17,82
ECOGRAFIA DELL ADDOME	1.086	118	1.204	90,2%	92,5%	18,71
RM	1.071	127	1.198	89,4%	89,4%	26,22
ECO(COLOR)DOPPLER	1.468	210	1.678	87,5%	87,6%	22,82
ELETTROMIOGRAFIA	199	30	229	86,9%	86,9%	23,10
Totale	9.281	970	10.251	90,5%	92,0%	17,90

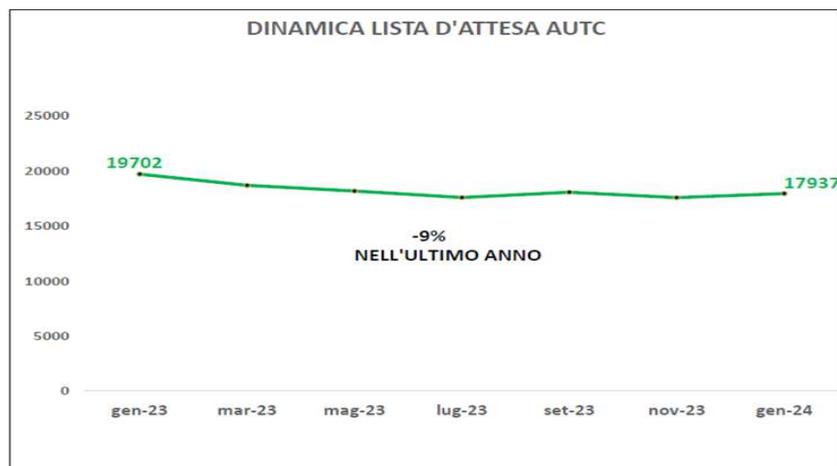
Tabella 51. DIAGNOSTICA: Sintesi aziendale prenotazioni entro e non oltre i tempi di attesa regionali sulla prima disponibilità, 16 e il 31 dicembre 2022

SPECIALITA'	N. Prenotazioni Entro i Tempi Regionali	N. Prenotazioni Oltre i Tempi Regionali	Totale Prenotazioni	% entro Tempi Regionali	% entro Tempi Nazionali	Tempo Medio di Attesa (prima disponibilità)
⊕ MAMMOGRAFIA	13.194	1.509	14.703	89,7%	89,7%	25,89
⊕ TC	44.877	8.009	52.886	84,9%	88,0%	26,59
⊕ ECO(COLOR)DOPPLER	62.641	11.194	73.835	84,8%	85,1%	29,68
⊕ ALTRO	33.424	7.603	41.027	81,5%	84,7%	32,23
⊕ ECOGRAFIA DELL ADDOME	48.440	13.614	62.054	78,1%	81,7%	37,76
⊕ RM	39.670	12.114	51.784	76,6%	76,6%	54,00
⊕ ECOGRAFIA	39.733	12.531	52.264	76,0%	81,5%	34,27
⊕ ELETTRMIOGRAFIA	6.528	2.540	9.068	72,0%	72,0%	54,62
⊕ GASTROSCOPIA	7.978	3.365	11.343	70,3%	74,6%	66,71
⊕ COLONSCOPIA	10.723	5.074	15.797	67,9%	74,5%	75,11
⊕ SPIROMETRIA	6.450	3.081	9.531	67,7%	67,7%	84,24
Totale	313.658	80.634	394.292	79,5%	82,1%	39,24

7.5.8 Tempi di Attesa Chirurgia Elettiva

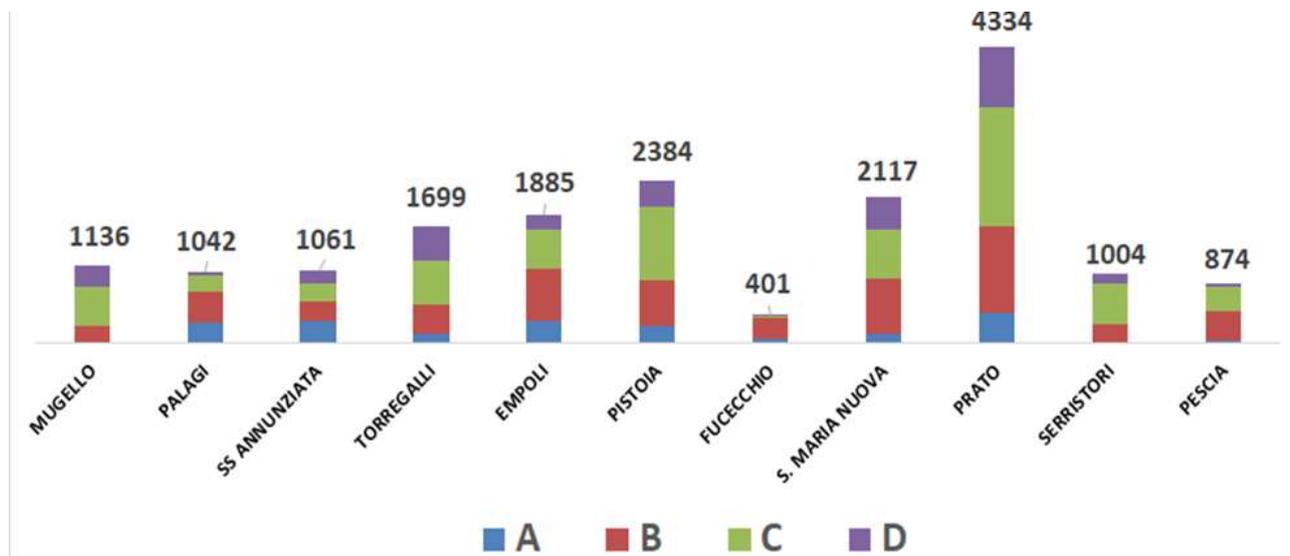
Grazie all'aumento della produzione, la numerosità delle liste di attesa complessivamente dell'AUTC sta mantenendo un andamento virtuoso decrescente, leggermente attenuato durante il periodo estivo; a gennaio 2023 si riscontravano in lista di attesa di intervento infatti 19.702 cittadini, a inizio gennaio 2024 il dato è calato attestandosi a 17.937 casi (-1.765 pazienti in lista rispetto ad inizio anno) (Figura 63).

Figura 63. Andamento temporale del numero di pazienti in lista d'attesa presso l'AUSL TC (regime ricovero+amb. complessa). Dati al netto dell'Oculistica. Fonte: Argos



Di seguito, il dettaglio della scomposizione della lista di attesa chirurgica per ospedale e classe di priorità (Figura 64).

Figura 64. Pazienti presenti in lista d'attesa chirurgica presso l'AUSL TC suddiviso per presidio ospedaliero. (dato al netto dell'oculistica e della casistica ambulatoriale semplice). Fonte: Argos.



In sintesi, l'attuale produzione garantisce generalmente la seguente performance in termini di tempi di attesa:

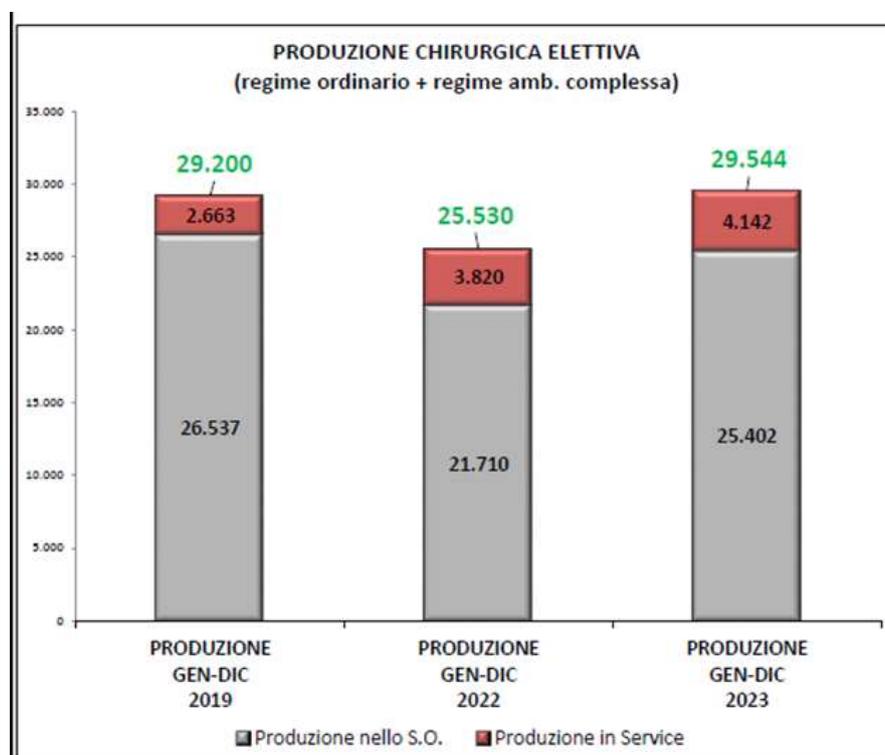
- Gli interventi di classe A (tempi massimi previsti 30 gg) sono erogati entro i tempi previsti dalla normativa vigente
- Gli interventi di classe B (tempi massimi previsti 60 gg) sono erogati in circa 5 – 6 mesi, a seconda del Presidio considerate
- Gli interventi di classe C (tempi massimi previsti 180 gg) sono erogati in circa 8 - 9 mesi, a seconda del Presidio considerate
- Gli interventi di classe D (tempi massimi previsti 365 gg) sono erogati oltre l'anno (15-16 mesi)

7.5.9 Produzione Interventi - Impatti Pandemia

Grazie alle azioni messe in campo dall'Azienda Sanitaria Toscana Centro (aumento della produzione di interventi, sia a gestione diretta sia ad erogazione congiunta con il privato convenzionato), a partire dal secondo semestre 2022, sono stati praticamente ripristinati in tutti gli Ospedali aziendali i virtuosi tassi di produzione ante pandemia.

Nel periodo gennaio - dicembre 2023 presso l'AUTC sono stati erogati complessivamente 29.544 interventi chirurgici elettivi (di cui 4.142 in erogazione congiunta), 4.014 interventi in più rispetto allo stesso periodo del 2022 (+16%). (Figura 65).

Figura 65. Interventi chirurgici erogati in elezione nel periodo gennaio-ottobre (2019 vs 2022 vs 2023) c/o AUTC. Fonte: O4C/ADT.



Si sottolinea, inoltre, come la quasi totalità degli interventi di classe A è stata erogata, sia nel 2022 che nel 2023 (Tabella 52), generalmente entro i 30 giorni di attesa massimi previsti dalla normativa vigente; a testimonianza di ciò, di seguito una Tabella con un focus sulla performance aziendale correlata ai tempi di attesa delle casistiche monitorate dal PRGLA, classe A (analisi erogato anno 2023, fonte SDO)

Tabella 52. Prestazioni DH o Ordinarie, 2023

Periodo Descrizione Intervento	2023							
	Ricoveri entro 30 Giorni	Ricoveri fuori dai 30 giorni	N. Ricoveri	Soglia Ministeriale	% entro i tempi	Δ % rispetto alla Soglia	Target	Δ assoluto
Angioplastica Coronarica (PTCA)	255	5	260	90.0%	98.1%	8.1%	234	21
Biopsia percutanea del fegato	102		102	90.0%	100.0%	10.0%	92	10
Colecistectomia laparoscopica	250	14	264	90.0%	94.7%	4.7%	238	12
Coronarografia	797	6	803	90.0%	99.3%	9.3%	723	74
Emorroidectomia	80	6	86	90.0%	93.0%	3.0%	77	3
Endoarteriectomia carotidea	70	2	72	90.0%	97.2%	7.2%	65	5
Interventi chirurgici melanoma	215	49	264	90.0%	81.4%	-8.6%	238	-23
Interventi chirurgici tumore colon	374	3	377	90.0%	99.2%	9.2%	339	35
Interventi chirurgici tumore mammella	933	90	1.023	90.0%	91.2%	1.2%	921	12
Interventi chirurgici tumore polmone	3		3	90.0%	100.0%	10.0%	3	0
Interventi chirurgici tumore prostata	210	29	239	90.0%	87.9%	-2.1%	215	-5
Interventi chirurgici tumore retto	148	4	152	90.0%	97.4%	7.4%	137	11
Interventi chirurgici tumori dell'utero	175	26	201	90.0%	87.1%	-2.9%	181	-6
Interventi chirurgici tumori tiroide	114	8	122	90.0%	93.4%	3.4%	110	4
Intervento protesi d'anca	511	128	639	90.0%	80.0%	-10.0%	575	-64
Riparazione ernia inguinale	372	24	396	90.0%	93.9%	3.9%	356	16
Totale	4.609	394	5.003	90.0%	92.1%	2.1%	4.503	106

7.5.10 Ricognizione Utilizzo Blocchi Operatori AUSL TC

Grazie alle azioni messe in campo dall'Azienda (potenziamento produttività aggiuntiva), nell'ultimo bimestre 2023 si conferma il completo recupero, superiore rispetto ai livelli pre-pandemici, in termini di utilizzo dei blocchi operatori (+1% rispetto alla disponibilità di sale riscontrata nell'anno 2019, anno in cui si sono riscontrati i massimi produttivi storici dell'Azienda); di seguito i grafici che testimoniano l'utilizzo nel tempo delle sale elettive nella nostra Azienda (Figure 66, 67 e 68).

Figura 66. AGGREGAZIONE PER STABILIMENTO OSPEDALIERO - Numero medio di ore sala disponibili settimanalmente per esecuzione interventi chirurgici in regime di elezione (Ordinario-Day Surgery-Amb. complessa-Amb. Semplice)

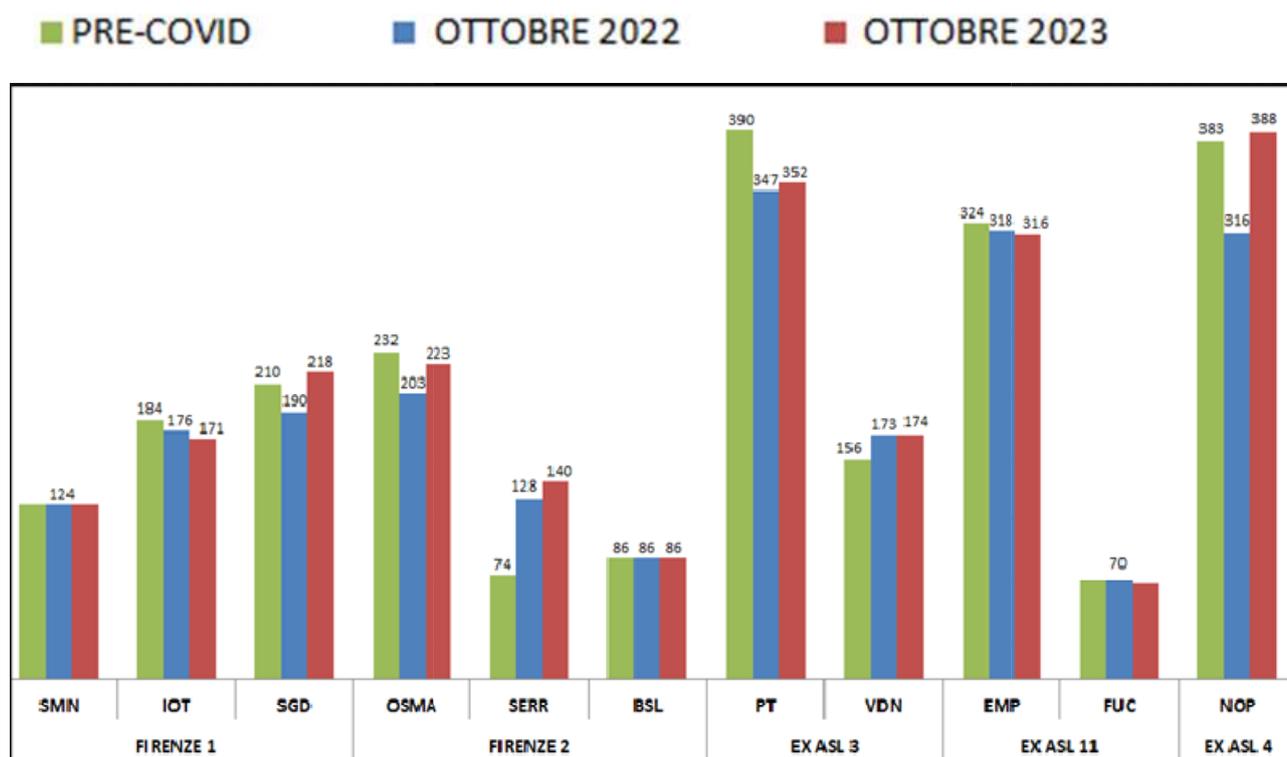


Figura 67. AGGREGAZIONE PER PRESIDIO OSPEDALIERO - Numero medio di ore sala disponibili settimanalmente per esecuzione interventi chirurgici in regime di elezione (Ordinario-Day Surgery-Amb. complessa-Amb. semplice)

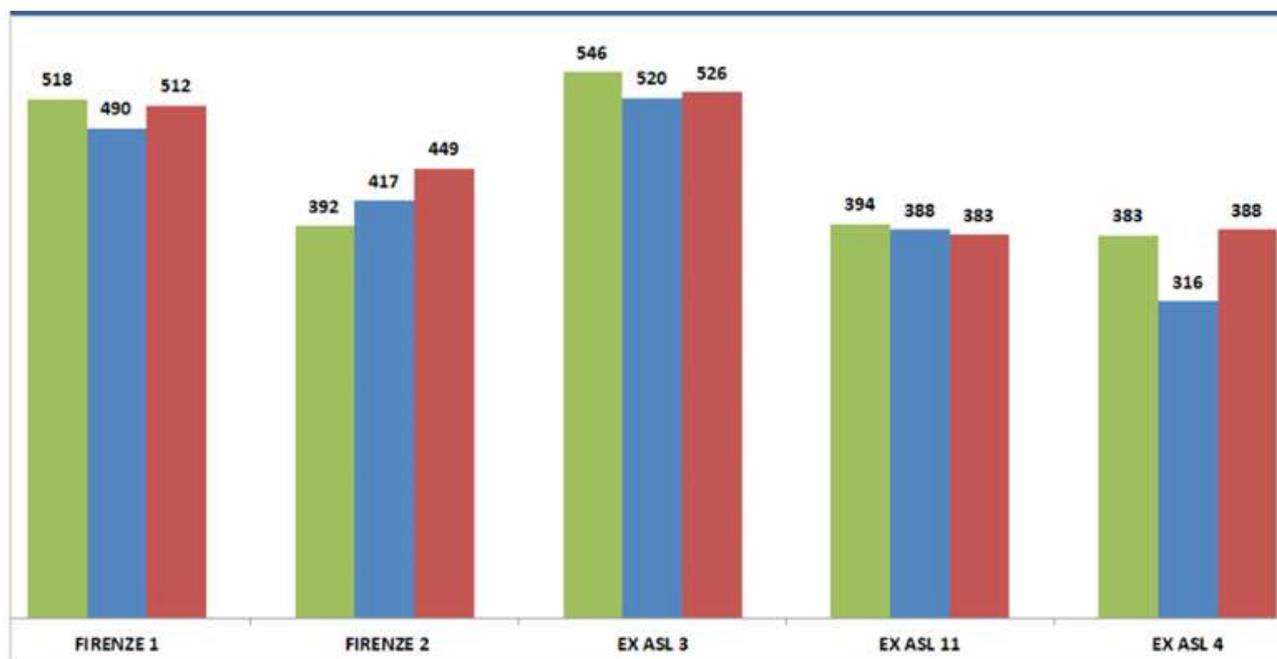
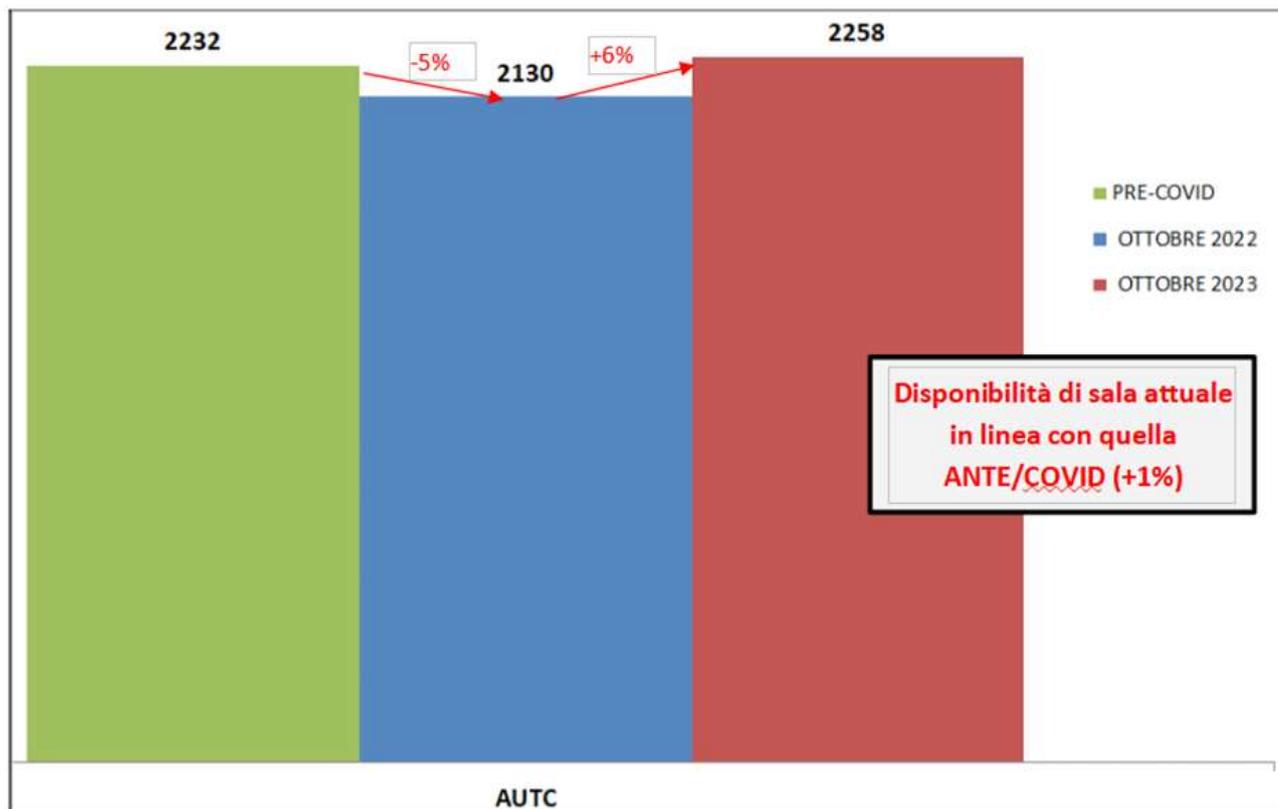


Figura 68. AGGREGAZIONE AZIENDA - Numero medio di ore sala disponibili settimanalmente per esecuzione interventi chirurgici in regime di elezione (Ordinario-Day Surgery-Amb. complessa-Amb. semplice).



7.5.11 Piano Miglioramento Liste di Attesa

L'Azienda Sanitaria Toscana Centro, nel recepire le disposizioni regionali (DGRT 213/2023, DGRT 349/2023 e DGRT 351/2023), ha definito, con protocollo nr.32564 del 16/05/2023, il piano di gestione delle liste di attesa, utilizzando tutte le risorse messe a disposizione dalla Regione Toscana con la DGRT 349/2023 (8.736.872 euro), per promuovere iniziative finalizzate al miglioramento delle liste di attesa chirurgiche ed ambulatoriali. Ha individuato il "Coordinatore aziendale del governo delle prestazioni sanitarie per il governo e il monitoraggio delle prestazioni sanitarie", nel direttore della Struttura SOS "Gestione Privato Accreditato e Liste di Attesa".

Di seguito alcune delle iniziative aziendali che sono state portate avanti nel 2023:

-è stata potenziata la produttività aggiuntiva correlata a specifici progetti di abbattimento liste di attesa relativi sia alla chirurgia elettiva sia alla produzione ambulatoriale

-sono stati acquisiti e potenziati i turni di specialisti ambulatoriali convenzionati da destinare al miglioramento delle liste di attesa delle visite specialistiche con particolare attenzione alle principali visite specialistiche oggetto di monitoraggio del PRGLA 2019-2021

-è stata incrementata l'offerta nel privato convenzionato tramite il modello competitivo e l'erogazione congiunta (service): sono stati oltre 29.000 gli interventi erogati nel 2023 dalle nostre equipe chirurgiche sfruttando la collaborazione e le risorse messe a disposizione dal privato convenzionato (erogazione congiunta).

7.5.12 Offerta Privato Convenzionato

Per quanto attiene il potenziamento dell'offerta del privato convenzionato, a seguito della conferma dell'incremento delle autorizzazioni di spesa finalizzate all'abbattimento liste di attesa[1], l'Azienda ha proceduto con l'aumento fin da subito l'offerta delle prestazioni; di seguito il dettaglio relativo alle prenotazioni delle sole prestazioni per cui è stata aumentata l'offerta privata convenzionata rispetto a gennaio 2023 su tutta l'Azienda per le visite e la diagnostica (tabelle 53 e 54).

Tabelle 53 e 54. Visite e diagnostica oggetto di potenziamento.

Prestazione	Contatori gen-23 USLTC	Contatori dic-23 USLTC
Neurologica	34	34
Consulenza cardiologica	1.274	1.821
Endocrinologica	24	50
Totale	3.699	3.832

Prestazione	Contatori gen-23 USLTC	Contatori dic-23 USLTC
Ecografie	2.247	4.576
Rima dirette	1.126	2.194
Rima inde	267	396
Tc dirette	535	1.033
Tc inde	211	537
Endoscopia Digestiva	340	456
Angiologia (ecd arti)	685	848
Holter cardiaco	409	492
Angiologia ecd tronchi	1.180	1.713
Mammografia	198	315
Ecografia mammaria	200	319
Elettromiografia	0	118
Ecd cardiaco a riposo	91	140
Campo visivo computerizzato	150	162
Holter pressione [24h]	10	126
OCT	150	199
Ecografia pelvica transvaginale	25	12
Ecografia prostatica transrettale	20	77
RM Colonna Diretta	0	335
RM Colonna con MDC	0	18
TC Torace	0	33
TC Torace con MDC	0	34
Test Cardiovascolare Da Sforzo	0	39
Totale	7.844	14.172

[1] una parte di queste risorse è stata destinata anche all'incremento delle ore di produttività aggiuntiva, sempre per l'abbattimento liste di attesa, quindi è stata utilizzata per rafforzare i servizi ad erogazione diretta

7.6 RIABILITAZIONE

Nel complesso, nell'anno 2023, si sono registrati 1,5 ricoveri in codice 56 (recupero e riabilitazione funzionale) ogni 1.000 residenti, il lievissimo aumento rispetto al 2022 quando erano 1,4 (Figura 69, 70 e 71). L'AUSL TC si caratterizza per una buona performance rispetto alla media regionale, in particolare per la continuità del percorso assistenziale, misurata dall'indicatore C8A.20 (Tabella 55).

Tabella 55. Indicatore MES su riabilitazione dell'AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
C8A.20 % ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	10,66	9,76	4,02	Ottimo

Figura 69. Indicatore C8A.20 Percentuale di ricoveri ordinari in cod. 56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno, Aziende anno 2023

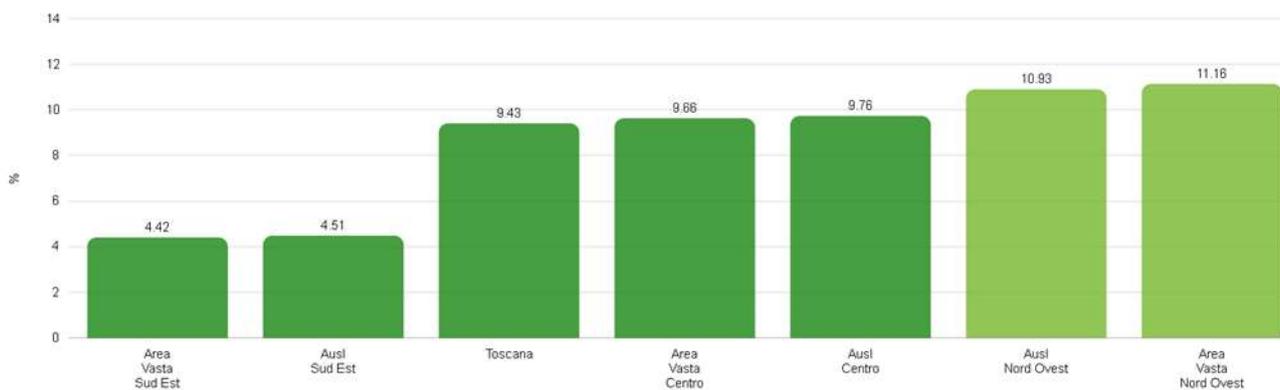


Figura 70. C17.1.1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti in specialità 56, Aziende 2022

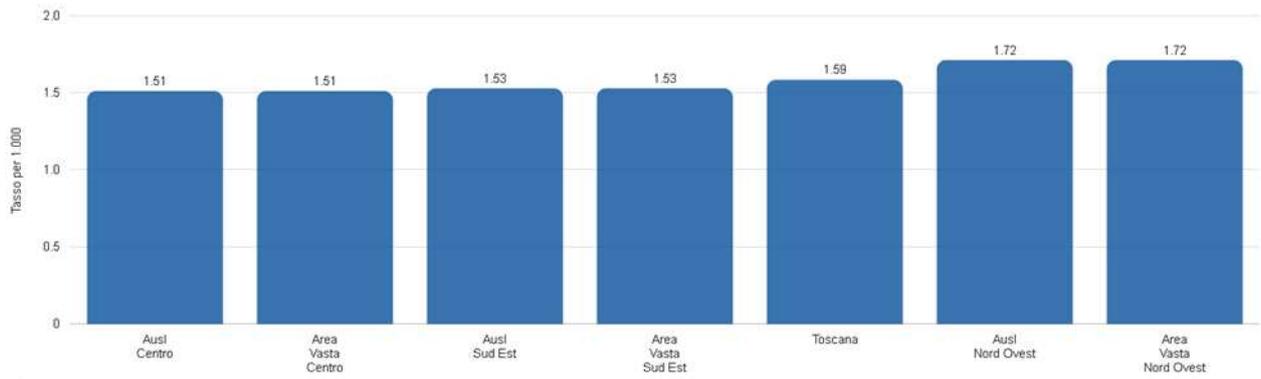
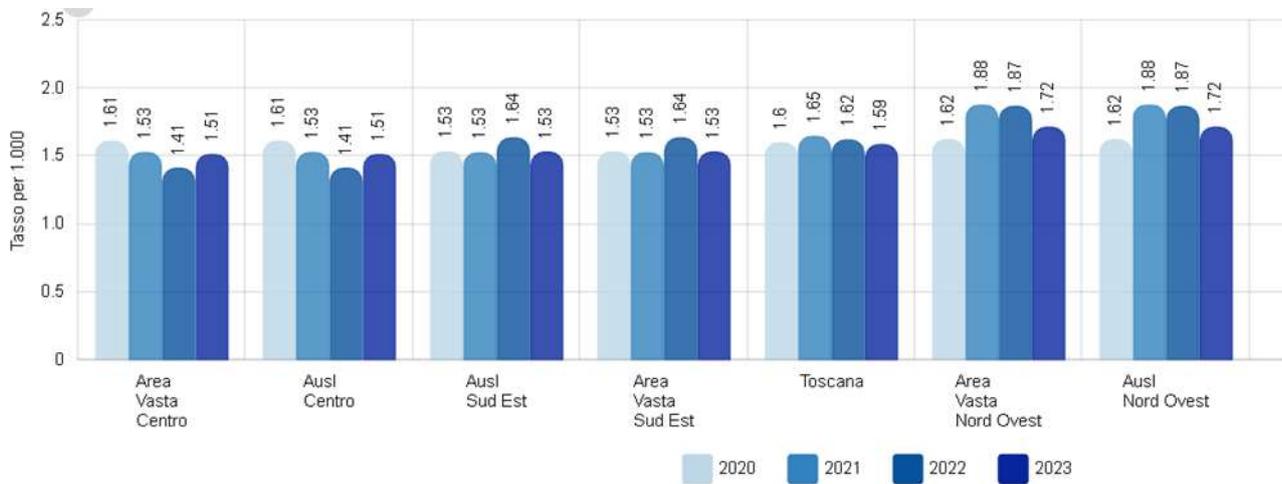


Figura 71. C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti in specialità 56, trend per Azienda 2020-2023



7.7 SALUTE MENTALE

I dati confermano un trend presente da tempo, che vede i nostri servizi nella parte bassa della media regionale per diversi indicatori. In particolare, sono confermate le criticità sui ricoveri ripetuti sia entro 7 che entro 30 giorni (Tabella 56).

Tabella 56. Indicatori MeS su salute mentale dell'AUSL TC, anno 2022

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazion e 2023	Variabilità
C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	0,37	1	2,00	Attenzione
C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	5,88	6,06	0,97	Attenzione
C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	6,71	7,22	0,86	Criticità
C15A.7 Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	151,3	161,02	2,94	Attenzione

La percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche è oggetto di valutazione anche da parte del nuovo sistema di garanzia. Il dato è sotto la soglia prevista ma è leggero miglioramento rispetto al 2022.

7.8 LA PRESA IN CARICO DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

La Legge Regionale n.66/2008 "*Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza*" e la DGRT 370/2010 "*Approvazione progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente*" dettano le linee guida per l'assistenza alle persone non autosufficienti, prevedendo:

-Punti Insieme, presenti su tutto il territorio, finalizzati ad accesso, accoglienza, informazione e orientamento alle diverse opportunità/tipologie di assistenza;

-Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) in ogni ambito zonale;

-Piano personalizzato di assistenza (PAP), elaborato dalla UVM che individua gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona.

Le tipologie di servizi previste dal progetto riguardano i seguenti ambiti: domiciliarità, semi-residenzialità, residenzialità (permanente e/o temporanea e di sollievo).

7.8.1 Area della domiciliarità

Le cure domiciliari che vengono erogate sul territorio della Toscana Centro sono tipologie diverse di assistenza domiciliare (assistenza domiciliare tutelare, assistenza domiciliare per interventi di natura sanitaria (AD solo sanitaria), assistenza domiciliare integrata (ADI), assistenza domiciliare programmata (ADP). Sul territorio dell'AUSL TC le prestazioni di assistenza domiciliare erogate dalle SdS/ZD nel 2023 sono state 1.093.654, di cui quasi il 90% a favore di persone ultrasessantacinquenni (Tabella 57).

Tabella 57. Assistenza domiciliare, erogazioni per tipo di percorso, AUSL TC anno 2023. Fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 - estrazione Infoview del 28/05/2024, tab.51.02_2023.

Assistenza Domiciliare Erogazioni per tipo percorso Anno 2023	ADI		ADP		ADP-ADI		AD solo sanitaria		Cure Intermedie attivate da ACOT		Cure Intermedie attivate da medico d distretto		Cure Palliative Domiciliari		Presca in carico per stati vegetativi		UVM Standard (PAP)		Totale		
	Nr. Erog.	di cui anziani	Nr. Erog.	di cui anziani	Nr. Erog.	di cui anziani	Nr. Erog.	di cui anziani	Nr. Erog.	di cui anziani	Nr. Erog.	di cui anziani	Nr. Erog.	di cui anziani	Nr. Erog.	di cui anziani	Nr. Erog.	di cui anziani	Nr. Erog.	di cui anziani	
SdS Firenze	12.315	7.630	8.425	7.122	18	18	79.858	63.034	5.558	4.037	12	12	18.502	15.634	53	51	243.123	242.616	367.864	340.154	
SdS Valdnievole	3.439	2.543	13.518	12.456	166	113	55.537	50.083	1.939	1.699	4	4	13.710	10.450	143	143	17.757	17.756	106.213	95.247	
SdS Pratese	1.218	957	10.520	9.342	3.658	2.919	65.216	54.650	4.818	4.555	53	53	18.392	15.942			49.244	46.919	153.119	135.337	
SdS Pistoiese	256	222	3.970	3.826	30	30	60.101	53.776	6.949	6.280			4.356	3.735			19.723	17.668	95.385	85.537	
SdS Fiorentina Nord-Ovest	1.680	1.195	3.651	3.500			54.500	48.315	1.785	1.773			5.133	4.728			25.742	24.269	92.491	83.780	
SdS Fiorentina Sud-Est	1.956	1.564	2.433	2.362			42.795	37.574	1.814	1.764			4.712	4.538	12		32.981	29.935	86.703	77.737	
SdS Mugello	1.636	957	941	895			24.539	21.756	554	456	13	13	6.244	4.935			15.309	13.718	49.236	42.730	
SdS Empolese Valdarno Valdelsa	218	123	171	171	0	0	61.543	51.274	3.773	3.255	2	2	12.457	10.107	0	0	64.479	58.401	142.643	123.333	
Totale AUSL TC	22.718	15.191	43.629	39.674	3.872	3.080	444.089	380.462	27.190	23.819	84	84	83.506	70.069	208	194	468.358	451.282	1.093.654	983.655	
																			Tot Regionale	2.839.509	2.565.402

Rientrano nell'Area della domiciliarità, inoltre, i contributi per il caregiver e i contributi per l'assistente familiare.

7.8.2 Area della semi-residenzialità

La semi-residenzialità è attuata attraverso i Centri Diurni, quali strutture sociosanitarie (Regolamento 2R di attuazione dell'articolo 62 della Legge Regionale 24 febbraio 2005, n.41) la cui azione è di integrazione e supporto alla domiciliarità. Sono previsti due moduli per i servizi semiresidenziali, il modulo base e il modulo cognitivo comportamentale (Tabella 58).

Tabella 58. Numero di assistiti semiresidenziali per 1.000 abitanti per intensità di cura, AUSL TC anno 2023. Fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 - estrazione Infoview del 30/05/2024, tab. Nr assistiti 2023 per Tipo Prestazione.

Nr. assistiti semiresidenziali per 1.000 abitanti per intensità di cura Anno 2023	CD Modulo Base		CD Modulo Cognitivo comportale		Tot. Assistiti semiresid.	Demografia
	N. assistiti	Tasso	N. assistiti	Tasso		
SdS Firenze	210	0,58	152	0,42	362	362.742
SdS Valdinievole	54	0,45	27	0,23	81	119.007
SdS Pratese	75	0,29	6	0,02	81	259.244
SdS Pistoiese	47	0,28	34	0,20	81	170.752
SdS Fiorentina Nord-Ovest	90	0,43	34	0,16	124	207.899
SdS Fiorentina Sud-Est	114	0,63	3	0,02	117	181.163
SdS Mugello	23	0,36		0,00	23	63.060
SdS Empolese Valdarno Inferiore	81	0,34	1	0,00	82	240.542
Totale AUSL Toscana Centro	694	0,43	257	0,16	951	1.604.409

7.8.3 Area della residenzialità (permanente, temporanea e di sollievo)

Sulla base della valutazione multidimensionale UVM e della definizione del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP), una persona, attraverso il principio della libera scelta per i progetti residenziali di modulo base, può essere accolta in RSA. Il costo di tale servizio consta di una quota sanitaria e una sociale; questa ultima è a carico della persona, con eventuale integrazione pubblica determinata in base all'ISEE, secondo il regolamento della SdS di residenza.

L'accoglienza in RSA può essere un servizio temporaneo, di sollievo o permanente, subordinato alla definizione, a cura dell'UVM, di un PAP di tipo residenziale, a seguito dell'accertamento e valutazione multidimensionale e multidisciplinare di uno stato di bisogno sociosanitario che rende impossibile, in via temporanea o permanente, l'attivazione di servizi di tipo domiciliare.

Il DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R (Regolamento 2R di attuazione dell'articolo 62 della Legge Regionale 24 febbraio 2005, n.41) prevede la declinazione dell'offerta in RSA nei seguenti moduli:

- Modulo base

- Modulo BIA (Bassa Intensità Assistenziale)

- Moduli specialistici

Nell'anno 2023 le persone inserite nei suddetti moduli sono state in totale 11.788 (Tabella 59).

Tabella 59. Giornate di assistenza in RSA, AUSL TC anno 2023. Fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview del 30/05/20243, tab. Nr assistiti 2023 per Tipo Prestazione.

	SdS Firenze	SdS Valdinievole	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS F.na Nord-Ovest	SdS F.na Sud-Est	SdS Mugello	SdS EVV	Totale
BIA modulo bassa intensità assistenziale		6		26	24	4		3	63
Modulo 2 (motorio) Temporaneo	1	1						118	120
Modulo 3 (cognitivo) Permanente	145			3	11	89	2	3	253
Modulo 3 (cognitivo) Temporaneo	14	4	3	12	2	8		80	123
Modulo 4 (vegetativo) Permanente		2		2	1			1	6
Modulo 4 (vegetativo) Temporaneo				1				0	1
Modulo base Permanente	1746	78	252	136	642	638	209	590	4291
Modulo base Temporaneo	1249	180	225	170	129	214	59	296	2522
Residenzialità assistenziale intermedia		122	2	166				2	292
Residenzialità sanitaria intermedia	694	15	255	584	268	299	67	261	2443
Residenzialità Territoriale SUAP	21	1			1			0	23
Residenzialità territoriale USV	59	2	1	2	2	2		5	73
Struttura Territoriale Low Care	511	3	413	3	289	242	97	20	1578
TOTALE	4440	414	1151	1105	1369	1496	434	1379	11788

7.8.4 Ulteriori progettualità attivate sul territorio

La presa in carico della persona anziana non autosufficiente prevede, oltre a quanto sopra descritto, ulteriori progettualità, azioni e prestazioni (Centro di riferimento per i Disturbi Cognitivi e

le Demenze, Progetti Demenze/Alzheimer, Progetto regionale gravissime disabilità, Progetto Pronto Badante, Progetto Home Care Premium, Progetto invecchiamento attivo/AFA).

L'indicatore della griglia LEA 9.19, che va a misurare il "numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti", raggiunge nel 2023, il valore di 12,78 per l'AUSL TC, superando il valore di soglia minimo ministeriale previsto del 9,8. (fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview del 03/06/2024, tab.FAR05 -LEA E.9.1.

L'indicatore D33Z (NSG – Nuovo Sistema di Garanzia), invece, misura il "numero di assistiti residenti di età >75 aa presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3,) ogni 1.000 abitanti"; per l'anno 2023 il valore dell'indicatore è 37,41 (punteggio sufficiente $>24,6$ -punteggio massimo >41 - fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview del 30.05.2024, tab.D33Z). La deliberazione dell'AUSL TC n. 1786 del 19/12/2019 "Pianificazione strategica dei posti letto di Cure Intermedie e RSA e ripartizione moduli specialistici" individua l'offerta complessiva dell'AUSL TC da raggiungere nel triennio 2020-2023 per poter migliorare il livello dei servizi per le persone anziane non autosufficienti. La programmazione del successivo triennio è in corso di elaborazione (Tabella 60).

Tabella 60. Fabbisogno triennio 2020-2023, AUSL TC

FABBISOGNO TRIENNIO 2020-2023 Del. ASL TC 1786/2019	SdS Firenze	ZD Sud Est	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Modulo disabilità di natura motoria	16	6	6	2	12	4	10	30
Modulo disabilità di natura cognitivo comportamentale	136	62	40	13	20	10	20	56
Modulo stati vegetativi persistenti	20	4	4	0	10	3	14	4
Modulo BIA	80	10	20	10	20	10	44	15
Centro diurno base	140	114	65	22	100	40	63	106
Centro Diurno cognitivo comportamentale	80	15	15	5	16	10	14	14

7.9 ASSISTENZA FINE VITA

Nel 2023 gli Hospice hanno registrato un volume di attività in crescita, con un numero di utenti che è passato a livello aziendale da 1199 del 2022 a 1525 del 2023 (+ 27%) (Tabella 61). Anche l'assistenza domiciliare è cresciuta con una presa in carico di oltre 500 pazienti in più rispetto al 2022 (Tabella 63).

Tabella 61. Attività residenziale Hospice nell'AUSL TC, anno 2023. Fonte: flussi dati regionali (STS24)

Denominazione Struttura	N. Posti	N. Utenti	Ammissioni nel periodo	gg Assistenza	Dimessi
Hospice - La Limonaia	11	202	199	2.603	194
Hospice S. Felice A Ema	10	201	195	3.319	193
Hospice Fiore Di Primavera Residenziale	12	291	294	3.523	294
Hospice Oblate	11	267	265	3.288	263
Hospice Empoli San Martino	10	232	230	2.510	229
Hospice Istituto Prosperius Srl	18	332	324	5.443	322
TOTALI	72	1.525	1.507	20.686	1.495

Tabella 62. Attività Day Hospice nell'AUSL TC, anno 2023. Fonte: flussi dati regionali (STS24)

Struttura	N. Posti	N. Utenti	Numero di Giornate
Day Hospice Prato	2	23	37
Day Hospice Oblate	3	3	4
La Limonaia - Day Hospice	1	3	3
Day Hospice S. Felice A Ema	2	2	2
Day Hospice Empoli San Martino	2	1	1
TOTALI	10	32	47

Tabella 63. Attività domiciliare nell'AUSL TC, anno 2023. Fonte: AsterCloud.

Zona territoriale	Pz assistiti *
Empolese/Valdelsa/Valdarno	597
Firenze	952
Mugello	188
Nord-Ovest	438
Sud-Est	496
Prato	830
Pistoia	513
Valdinievole	317
TOTALE	4331

* Pazienti assistiti nel livello base e specialistico, nei nodi domicilio + ambulatorio

Rispetto al 2022 rimane sostanzialmente la rapidità di intervento misurata dall'indicatore C28.2B "Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice ≤ 3 giorni". In peggioramento l'indicatore C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero ≥ 30 gg (Tabella 64).

Riguardo agli indicatori NSG si registra un lieve miglioramento del numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero deceduti per causa di tumore (D30Z) che passa dal 46% al 48% rimanendo tuttavia sotto la soglia di massimo punteggio (soglia al 55%).

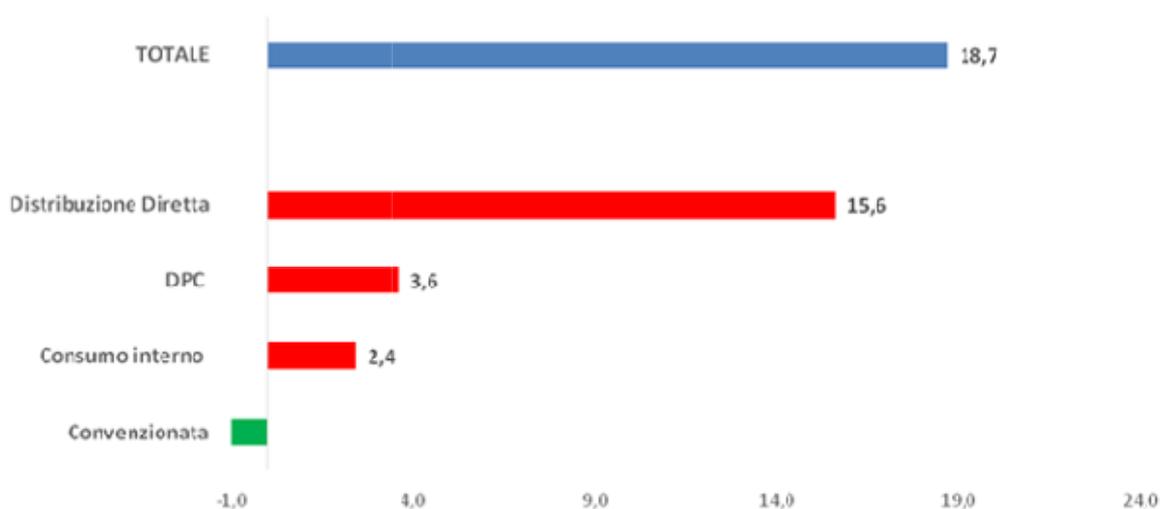
Tabella 64. Indicatori MeS ricorso all'Hospice in AUSL TC

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valutazione 2023	Variabilità
C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice ≤ 3 giorni	89,76	88,14	3,02	Criticità
C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero ≥ 30 gg	8,86	12,27	3,55	Criticità

7.10 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel 2023 la spesa farmaceutica aziendale è stata caratterizzata da un consistente aumento (+3,7%) rispetto all'anno precedente, che ha riguardato esclusivamente i farmaci acquistati direttamente dall'Azienda (+21,6 M euro) e che solo in parte è stato calmierato dai minori costi (-2,9 M euro) registrati dalla farmaceutica convenzionata. L'andamento della spesa del 2023 rispecchia e conferma quanto già da alcuni anni emerso chiaramente, ossia che il tetto di spesa attribuito a livello nazionale per gli acquisti diretti (7,65% del FSN 2023) non è sufficiente a coprire la maggior richiesta dei farmaci erogati in DPC, ma soprattutto in distribuzione diretta, mentre il tetto della convenzionata (7,0% del FSN 2023) risulta essere anche troppo capiente almeno in Regione Toscana.

Figura 72. Variazione spesa gennaio-dicembre 2023 vs 2022.

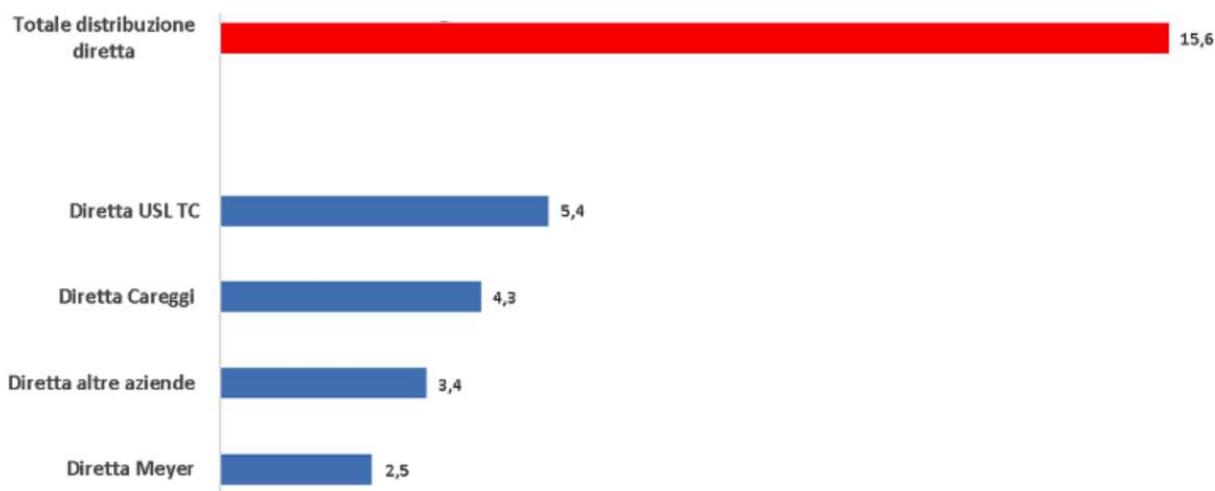


Le categorie terapeutiche che hanno fatto registrare i maggiori incrementi sono gli oncologici (+8,1 M euro) a causa dell'entrata in commercio di molte nuove specialità e dell'estensione delle indicazioni terapeutiche di medicinali già in commercio. Anche i farmaci per il trattamento delle malattie rare hanno registrato nel 2023 un notevole aumento (4,2 M euro), in particolare i medicinali a base di tafamidis per il trattamento della amiloidosi da TTR. In forte crescita anche i medicinali immunomodulatori per il trattamento delle patologie infiammatorie croniche (+3,0 Meuro) quali artrite reumatoide, artrite psoriasica, malattia di Crohn e psoriasi, per le quali sono disponibili diverse categorie terapeutiche ad alto costo (Jack inibitor, anti-IL, anti-TNF-alfa).

Fra i maggiori incrementi di spesa si evidenziano inoltre quelli relativi ai farmaci utilizzati per il trattamento della fibrosi cistica (+3,0 M euro) in conseguenza dei continui arruolamenti di pazienti con nuovi farmaci ad altissimo costo immessi in commercio (Kaftrio®) a fine 2021 e quasi totalmente prescritti dagli specialisti della AOU Meyer.

Per quanto riguarda la DPC è da evidenziare il forte incremento dei consumi e della spesa dei nuovi farmaci per il trattamento del diabete (inibitori SGLT2, Agonisti recettoriali GLP1, inibitori DPP4 e le associazioni precostituite) che, a seguito dell'introduzione della Nota limitativa AIFA 100 (26/1/2022), sono diventati prescrivibili anche dalla Medicina Generale e quindi largamente utilizzati nella popolazione diabetica secondo i criteri stabiliti dalle Linee Guida nazionali ed internazionali. Lo stesso fenomeno si registra anche per i farmaci anticoagulanti NAO, che dall'introduzione della Nota limitativa AIFA 97 sono diventati largamente prescritti anche dai medici curanti.

Figura 73. Variazione spesa distribuzione diretta per prescrittore gennaio-dicembre 2023 vs 2022.



Come sopra anticipato i maggiori incrementi di spesa si sono registrati per i farmaci erogati nel canale della distribuzione diretta che, si evidenzia essere gravato dalle prescrizioni di clinici afferenti ad altre Aziende Sanitarie e Ospedaliere limitrofe, in particolare la maggior incidenza (46%) è quella generata dai medici della AOU Careggi, a seguire la spesa indotta dai medici della AUSL TC (34%) e della AOU Meyer (9%).

Vista l'influenza delle prescrizioni dei clinici dell'Aziende Ospedaliere di Area Vasta sulla spesa dell'Azienda Sanitaria, preme rappresentare la scelta strategica regionale di istituire i Dipartimenti Interaziendali di AV (Delibera GRT 1506 del 19/12/2022) al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'integrazione dei servizi assistenziali in rete, l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze

Le funzioni definite del Dipartimento Interaziendale del farmaco sono:

- proporre iniziative a migliorare l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica con modalità integrata fra le varie Aziende dell'Area Vasta ed in particolare fra ospedale e territorio;
- individuare strategie comuni tra le Aziende per la produzione di farmaci galenici al fine di integrare i vari laboratori aziendali verso un fabbisogno integrato di area vasta;
- individuare percorsi assistenziali integrati tra le varie aziende dell'Area Vasta ed ESTAR con particolare riferimento all'erogazione dei farmaci nei reparti di diagnosi e cura e direttamente ai cittadini da parte delle farmacie ospedaliere e delle farmacie convenzionate
- proporre alla Direzione regionale competente obiettivi di budget per la spesa farmaceutica di area vasta capaci di integrare gli obiettivi aziendali;
- partecipare ad iniziative di formazione integrate tra le Aziende vasta, con particolare riferimento al coinvolgimento della Assistenza territoriale;
- definire procedure organizzative per l'efficientamento dell'erogazione di farmaci in dimissione (ricovero e ambulatoriale)
- definire orari e modalità operative omogenee delle farmacie di continuità di AA.VV.
- autorizzazione nuovi farmaci
- definire le modalità di gestione delle referenze nei magazzini dell'AV di riferimento
- programmare l'attività gestionale e funzionale delle AASS dell'AV in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati, coordinando le Aree delle Aziende Sanitarie Locali con le Unità Operative delle Aziende Ospedaliere Universitarie
- predisporre il piano annuale delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili di AA.VV in relazione al budget definito dalla Direzione regionale competente nell'ambito della programmazione aziendale;
- coordinare nell'area vasta le azioni mirate al governo dei consumi dei farmaci e dei dispositivi medici (sia per l'ospedale che per il territorio) allo scopo di promuovere il contenimento e l'ottimizzazione della spesa

Si riportano di seguito le azioni intraprese a livello di AVC nel 2023:

Riunioni in task force con i colleghi di AOU Careggi e AOU Meyer per la condivisione dei criteri di alimentazione dei dati di monitoraggio della spesa a livello interdipartimentale

Produzione mensile dei dati di monitoraggio della spesa farmaceutica interaziendale da parte del gruppo di lavoro costituito da farmacisti della AUSL TC, AOU Careggi e AOU Meyer

Invio mensile da parte della AUSL TC alla AOU Careggi e alla AOU Meyer dei dati ricavati dal gestionale EDF e relativi alla distribuzione diretta dei farmaci generata dalle prescrizioni dei clinici afferenti alle rispettive aziende.

Invio trimestrale da parte della AUSL TC alla AOU Careggi e alla AOU Meyer dei report di spesa farmaceutica territoriale (convenzionata, DPC e Distribuzione Diretta) generata dagli specialisti afferenti alle AAOO.

Riunioni in task-force con i farmacisti di AVC per la condivisione di azioni di appropriatezza prescrittiva relative alle categorie terapeutiche attenzionate a livello regionale oggetto di obiettivi specifici e per i quali si rendeva necessaria una strategia condivisa

Riunione in task force con i farmacisti e i clinici di AVC per la condivisione di azioni di appropriatezza e per rendere maggiormente omogenee le modalità prescrittive a livello di AVC con particolare riferimento ai farmaci per il trattamento del Diabete, Sclerosi Multipla, Oncologia, Intravitreali

Riunione in task force con i colleghi di AOU Meyer per analisi dei dati di consumo in distribuzione diretta dei farmaci per il trattamento della fibrosi cistica quale voce di spesa in forte crescita anche nel primo semestre 2023. Sono stati effettuati approfondimenti specifici anche riguardo ai trattamenti terapeutici a minor costo (per esempio antibiotici) assunti dai pazienti con fibrosi cistica e ritirati in distribuzione diretta piuttosto che in convenzionata.

Riunione in task force del gruppo di lavoro interaziendale (clinici e farmacisti della AUSL TC e della AOU Careggi) avente per oggetto il monitoraggio delle terapie antiretrovirali con lo scopo di adottare una modalità di lavoro condivisa a livello di AVC nel rispetto delle indicazioni regionali

La condivisione delle azioni di appropriatezza prescrittiva a livello di AVC ha prodotto un risultato positivo sulla spesa farmaceutica della AUSL TC in termini di riduzione dei costi producendo un risparmio complessivo di 9,2 M euro di cui 6,9 generato dalle prescrizioni dei clinici della AUSL TC e 2,3 M euro dai clinici delle altre aziende di AVC.

Figura 74. Sintesi variazioni di spesa gennaio-dicembre 2023.

	Prescrittori ASL TC		Prescrittori altre aziende		Totale
Aumenti	15,4 M euro	+	12,5 M euro	=	27,9 M euro
Risparmi	-6,9 M euro	+	-2,3 M euro	=	-9,2 M euro
Variazione	8,5 M euro	+	10,2 M euro	=	18,7 M euro

7.11 SERVIZI SOCIALI ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il DPCM del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del D.Lgs. 502/1992”, di aggiornamento del precedente DPCM 14 febbraio 2001, indica per quali bisogni ed in favore di quali cittadini è garantita la presa in carico sociosanitaria e descrive anche gli ambiti di attività ed i regimi assistenziali (domicilio, ambulatorio, residenza, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali:

-Persone con malattie croniche e non autosufficienti (incluse le demenze)

-Persone in fine vita

-Persone con patologie di salute mentale

-Persone minori di età con patologie psichiatriche e del neuro sviluppo

-Persone con dipendenze patologiche

-Persone con disabilità.

Come previsto dal suddetto DPCM, in base alle specifiche condizioni e allo stato di bisogno, oltre che di salute delle persone, le prestazioni ed i servizi per la presa in carico potranno essere erogati in forma intensiva o estensiva, oppure mirare al semplice mantenimento dello stato di salute della persona e delle sue capacità funzionali e di lungoassistenza.

In base al modello Toscano, l’integrazione sociosanitaria viene garantita attraverso due modelli organizzativi: la Società della Salute (SdS, artt. 71 bis ss l.r. 40/2005 ss.mm. ii.) o la Convenzione per l’esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria (art. 70 bis l.r. 40/2005 ss.mm. ii.).

Ne consegue che, oltre all’azienda sanitaria, le Società della Salute e le Zone Distretto rivestono un ruolo centrale nella programmazione, organizzazione e nella gestione delle attività sociosanitarie.

Nel territorio di competenza dell'AUSL TC ci sono 8 SdS (Firenze, Fiorentina Nord Ovest, Fiorentina Sud Est, Mugello, Pistoiese, Pratese, Valdinievole, Empolese Valdarno Valdelsa), le quali contribuiscono alla responsabilità dell'attuazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali sociali (PDTAS) che coinvolgono sia i dipartimenti aziendali che, in alcuni casi, gli enti locali (Comuni e Unioni dei Comuni) attraverso le SdS. Tali percorsi, organizzati e finanziati a livello zonale, si realizzano in modo coordinato e complesso secondo una modalità a matrice con i dipartimenti aziendali interessati (DGRT 269/2019).

L'integrazione tra SdS e Dipartimenti aziendali costituisce uno snodo centrale nella qualità e nell'appropriatezza dei servizi sociosanitari erogati sul territorio. Per questo motivo, a seguito della riforma sanitaria toscana e della costituzione dell'AUSL TC, si è reso opportuno creare sinergie grazie all'organizzazione di incontri mensili strutturati e collaborazioni tra dipartimenti aziendali e le Società della Salute/Zone Distretto, attivando modalità di confronto sulle diverse realtà, frutto di storie e di contesti differenti, prevedendo da un lato profili di armonizzazione e dall'altro modalità di valorizzazione delle differenze zonali.

Tale collaborazione, sviluppata anche grazie all'organizzazione di incontri mensili fra i Direttori SdS e la Direzione Servizi Sociali, ai quali partecipano anche i Dipartimenti aziendali in base all'odg, hanno determinato:

1) Programmazione Integrata Territoriale trasversale alle 8 SdS/ZD - L'Azienda e le SdS hanno lavorato ai Piani Operativi Annuali (POA), sia a livello dei singoli ambiti zonali, che in modo coordinato tra loro attraverso "l'Ufficio di Piano Aziendale". Gli atti di programmazione zonale della AUSL TC, infatti, sono caratterizzati dalla presenza di un nucleo comune e trasversale a tutte le zone, condiviso con i dipartimenti aziendali coinvolti nei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, in un'ottica di matrice ex DGRT 269/2019. La "quota trasversale di bacino aziendale" del POA si intreccia e si arricchisce con le specificità e le progettualità degli ambiti territoriali, delle SdS e con i PIZ che sono parte integrante della programmazione (Tabella 65).

Tabella 65. Schede di programmazione trasversale dell'AUSL TC

Area programmazione	settore di programmazione	n. schede 2020	TOT 2020	n. schede 2021	TOT 2021	n. schede 2022	TOT 2022	n. schede 2023	TOT 2023
Cure primarie - Sanità territoriale	Assistenza territoriale	31	49	28	49	33	65	31	60
	Materno-infantile	12		13		15		15	
	Cure palliative	5		4		5		3	
	Azioni di sistema Cure primarie	1		1		10		11	
	Schede Covid Cure Primarie	0		3		2			
Socio-Sanitario	Salute mentale - Adulti	11	56	11	54	12	73	10	69
	Salute mentale - Minori	11		11		16		16	
	Dipendenze	12		12		13		14	
	Non Autosufficienza	3		2		4		4	
	Disabilità	6		6		11		10	
	Azioni di sistema Socio-Sanitario	13		10		16		15	
	Schede Covid Sicosanitario	0		2		1			
Violenza di genere	Azioni di sistema Violenza di genere	1	1	1	1	1	1	1	1
Prevenzione e promozione	Sicurezza e salute sul lavoro	5	24	5	29	5	27	5	23
	Malattie infettive e vaccini	2		2		1		1	
	Igiene e sanità pubblica	1		1		1		1	
	Salute ambienti aperti e confinati	4		4		4		2	
	Sanità pubblica veterinaria	1		1		1		1	
	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori	4		4		4		4	
	Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale	2		2		2		2	
	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	4		4		3		4	
	Azione di Sistema Prevenzione e Promozione	1		1		2		3	
	Covid 19 Promozione e Prevenzione	0		6		5			
TOT schede POA trasversali alle otto ZD/SDS TC			130	133	166	153			

2) Budget integrato Zona-Distretto / Dipartimenti – il budget qualitativo è stato individuato con obiettivi sulla base di un'organizzazione matriciale tra zone-distretto e dipartimenti; gli obiettivi condivisi si basano principalmente sui contenuti della parte trasversale del POA.

3) Gestione diretta SdS – il PSSIR indica i contenuti minimi, i tempi e le modalità con cui la SdS assicura la gestione diretta a partire dal 2021. Nel 2020 è stato elaborato il documento “Schema di Accordo tra AUSL TC e Società della Salute per la gestione diretta e unitaria prevista dall' art. 71 bis l.r. 40/2005 ss.mm. ii e dal PSSIR 2018-2020” da un gruppo di lavoro composto dai dipartimenti aziendali interessati, condiviso dalle 8 SdS. Tale Accordo, con contenuti comuni, è stato sottoscritto dall'AUSL TC e dalle 8 Società della Salute presenti sul territorio.

4) Il Servizio di Pronto Intervento Sociale (SPIS) del Sistema Regionale Emergenza Urgenza (SEUS), realizza a livello esecutivo il LEPS del Pronto Intervento Sociale come stabilito dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021/2023. Prevede, in sinergia tra Zone Distretto e Dipartimenti dei Servizi Sociali la gestione degli interventi di emergenza/urgenza sociale. Nell'anno 2015, prende avvio la sperimentazione del servizio per soddisfare quanto previsto dalla Legge 328/2000 (art. 22, c. 4, lett b), includendo buona parte delle Zone/SdS dell'AUSL TC (Del. GRT 1322/2015). Nell'anno 2018 si sviluppa a carattere regionale (Del. GRT 838/2019) e nel 2023 vede coinvolte ben 14 zone distretto della Regione Toscana. Attualmente, il Dipartimento Servizi Sociali dell'AUSL TC svolge funzioni di coordinamento tecnico scientifico per l'implementazione regionale del Servizio di Pronto Intervento Sociale (SPIS), e per il governo del Sistema Regionale Emergenza Urgenza (SEUS) è stata istituita una cabina di regia regionale. Il Servizio di Pronto Intervento Sociale (SPIS) ha visto la costituzione di una Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno. Servizio di secondo livello è dotato di un numero verde dedicato ed è contattabile, come stabilito in delibera regionale, dal Servizio Sociale Professionale, dai Pronto Soccorso, dalle Forze dell'Ordine e dagli Amministratori Comunali (figure 75,76,77 e 78).

Figura 75. Numero di "Persone" per Zona/SDS di residenza, AUSL TC anno 2023.

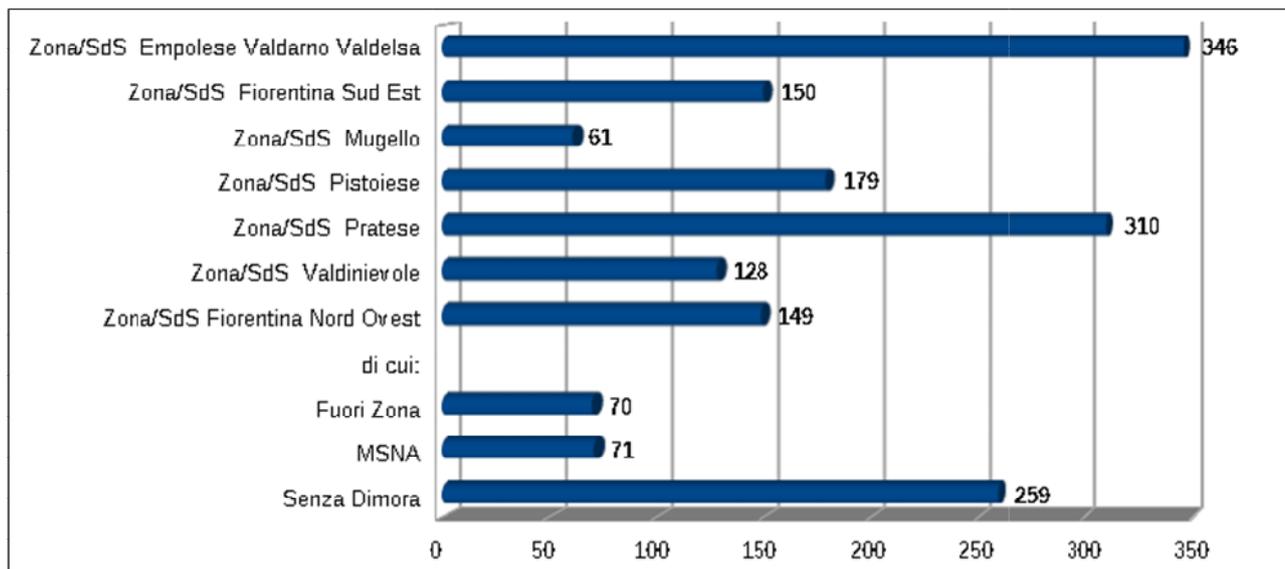


Figura 76. Numero di Segnalazioni per "Soggetti segnalanti", AUSL TC anno 2023.

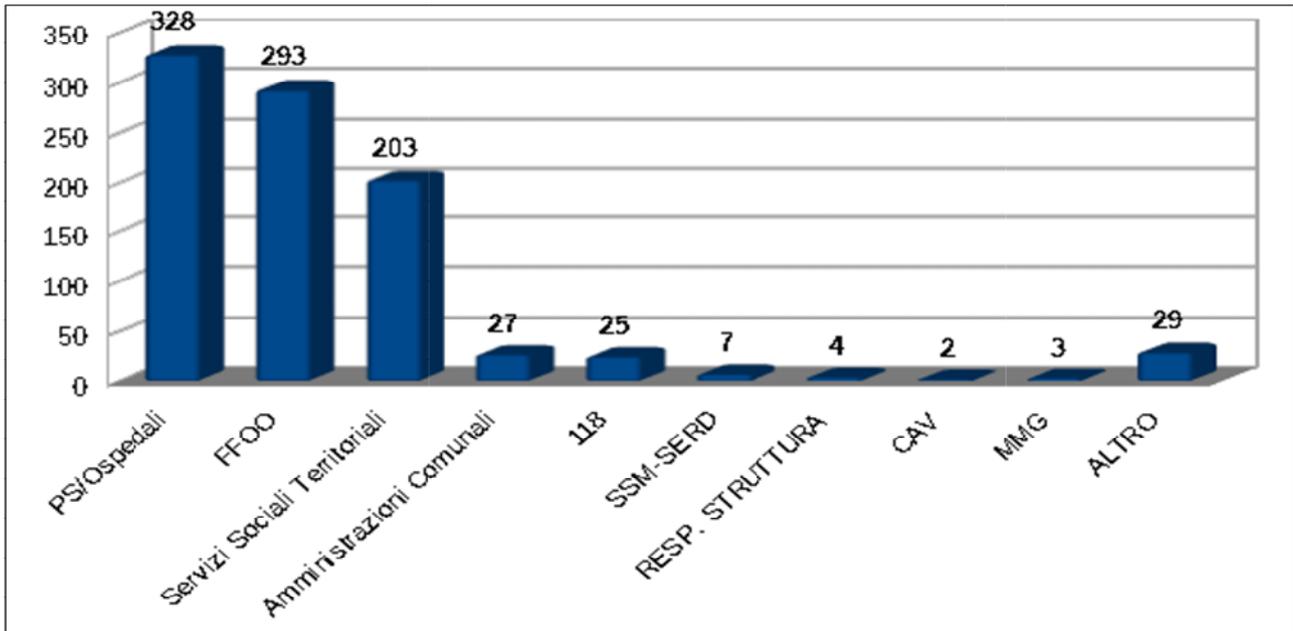
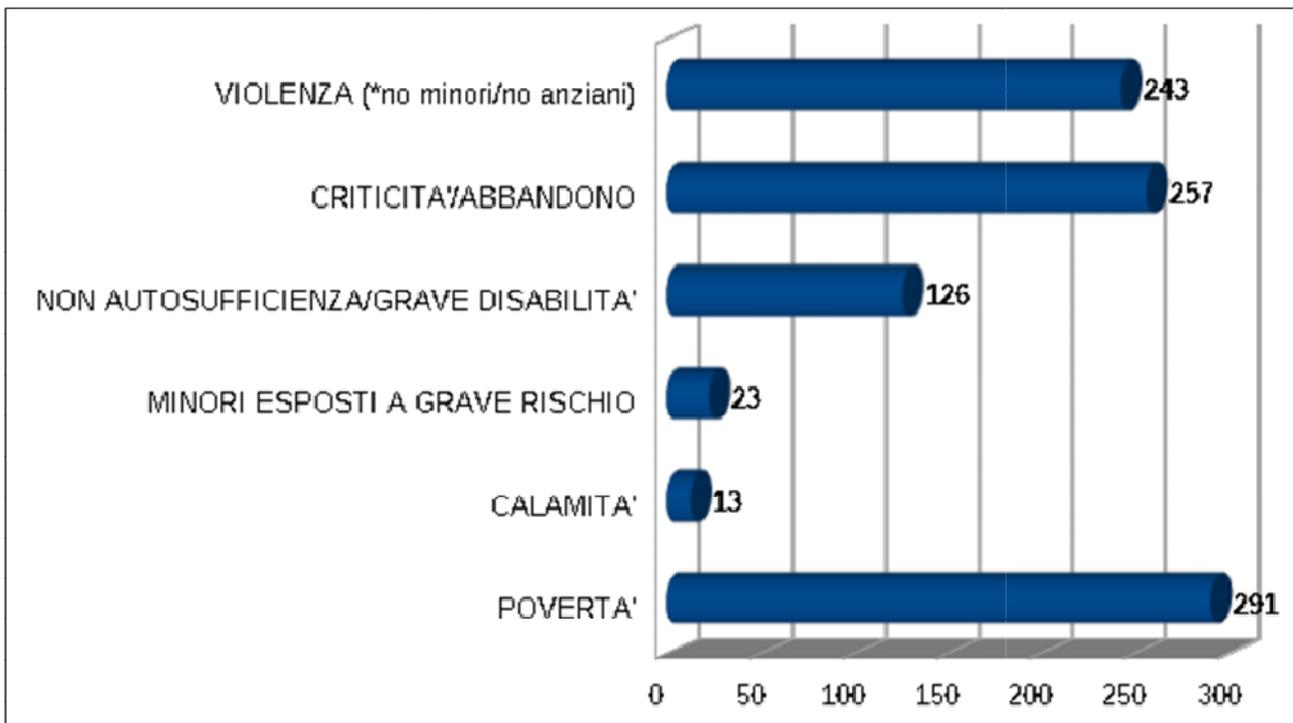


Figura 77. Numero "Problematiche Sociali" suddivise in macro-aree , AUSL TC anno 2023.



ITEM “PROBLEMATICHE SOCIALI” SCORPORATI

-POVERTA': Emergenza abitativa e Assenza mezzi di sostentamento.

-CALAMITA': Emergenza Ambientale, Emergenza climatica e Emergenza di massa.

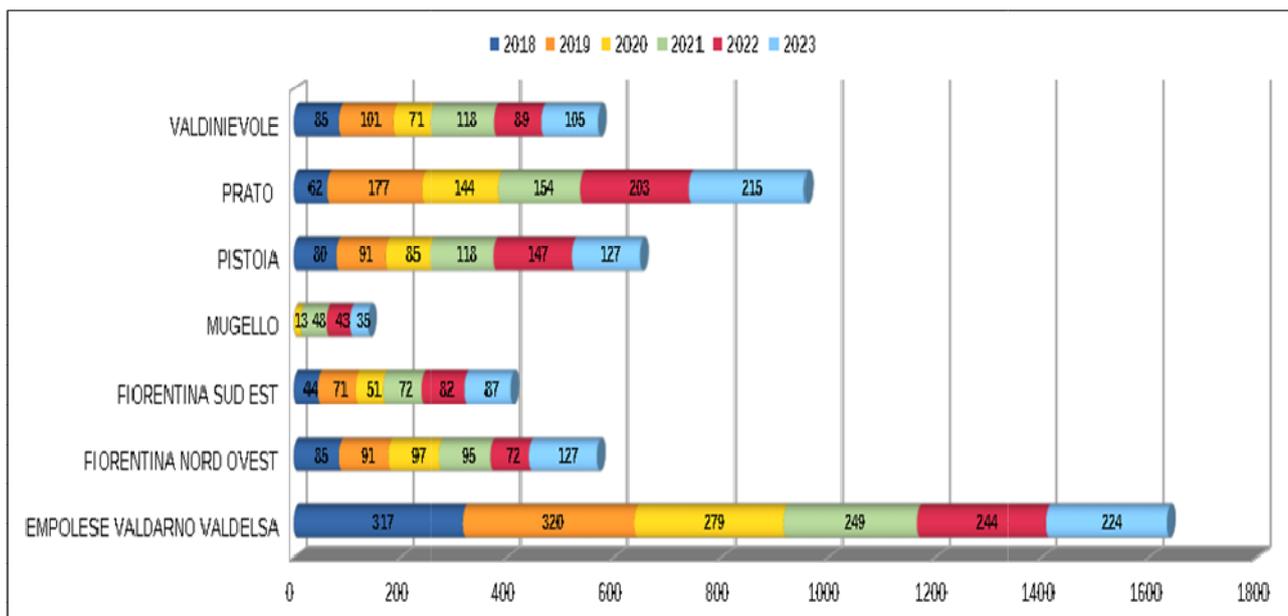
-MINORI ESPOSTI A GRAVE RISCHIO: Bullismo e Violenza assistita.

-NON AUTOSUFFICIENZA/GRAVE DISABILITA': Mancata assistenza per inadeguatezza della rete e Mancata assistenza per evento traumatico

-CRITICITA' ABBANDONO: Maltrattamento su persone vulnerabili (no donne e uomini), Trascuratezza grave, Abbandono, Conflittualità familiare e Gravi episodi di disfunzionamento sociale

-VIOLENZA (*no minori / no anziani): Violenza di genere, Abuso sessuale e Sfruttamento sessuale/tratta.

Figura 78. Numero “Schede processate” periodo dal 2018 al 2023, AUSL TC.



8. LA PERFORMANCE

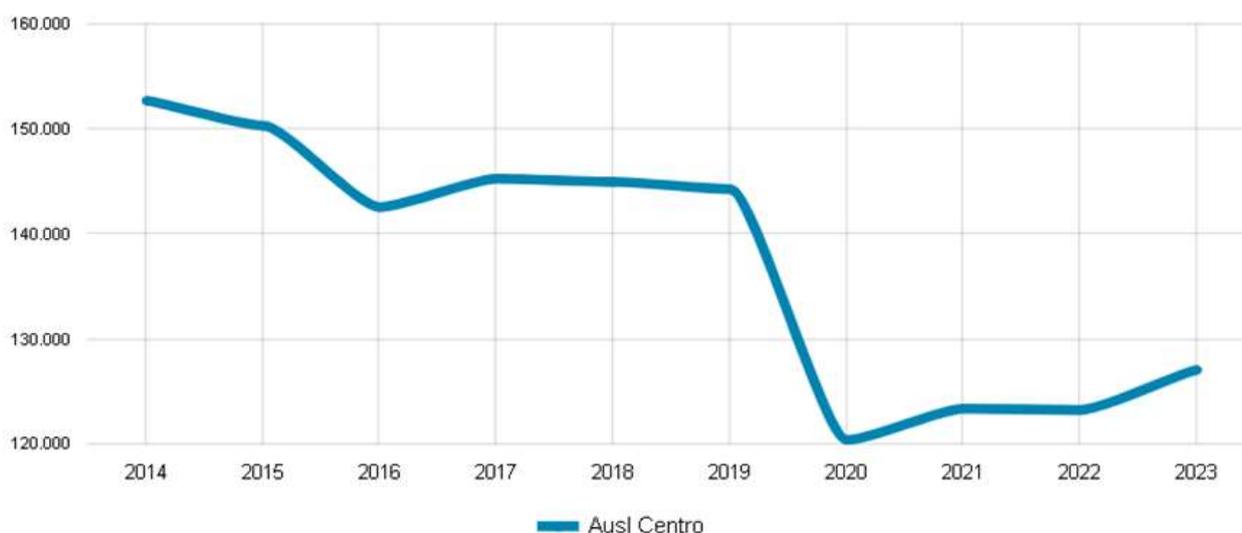
8.1 L'andamento dei volumi

I volumi dei ricoveri hanno avuto una tendenza di lenta e progressiva riduzione dal 2014 al 2019 riducendosi nel corso di 5 anni di circa il 10%. Nel 2020 il Covid ha provocato in un solo anno un crollo del 16% (Figura 79). Dal 2020 si è assistito ad una ripresa, più marcata nell'ultimo anno; i volumi restano comunque al di sotto dei valori 2019. Aspetto interessante è la ripresa più marcata dei ricoveri chirurgici e dei ricoveri programmati.

Figura 79. Volume totale dei ricoveri escluso il neonato sano

Numero - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Gli accessi al PS sono aumentati con una crescita media annua composta dello 0,81% fino al 2019. Dal crollo del 2020 per il COVID c'è poi stata una progressiva ripresa con valori attuali inferiori del 2% rispetto al 2019.

Per le visite specialistiche ambulatoriali (Figura 80) si evidenzia una sostanziale stabilità dei volumi negli anni antecedenti al Covid. Dopo il crollo di attività del 2020 c'è stato un forte incremento di volumi nel 2022 e una successiva riduzione nel 2023 che potrebbe far presumere che nel 2022 sia terminata la fase di recupero delle prestazioni arretrate del periodo Covid. Il tasso di accessi per

visite specialistiche, perseguendo nel tempo l'andamento regionale è costantemente inferiore alla media regionale.

Figura 80. Accessi per visite specialistiche (totale per 7 specialità del PSR). Fonte ARS 2024



8.2 Il bersaglio MeS 2023

Per rappresentare in modo sintetico la performance Aziendale, il sistema di valutazione del MeS utilizza uno schema a "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione. L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

La novità principali del bersaglio 2023 è aver posto l'attenzione su 6 lenti:

- Efficienza
- Sfide post covid
- Responsiveness & esperienza utenti
- Qualità e sicurezza
- Percorsi clinico assistenziali
- Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria

Inoltre, sono stati introdotti nuovi indicatori e dismessi altri:

Nuovi indicatori:

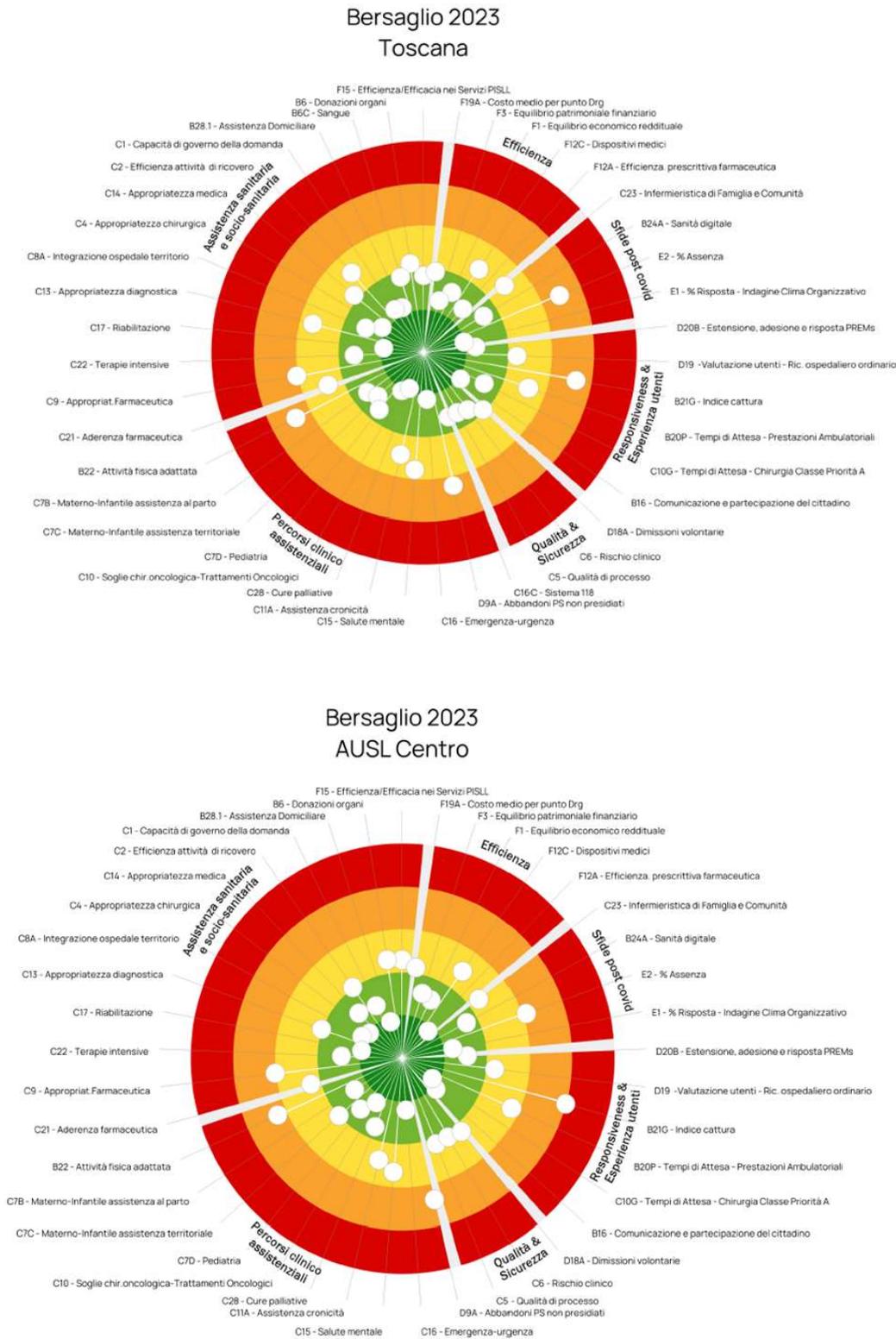
- Monitoraggio risorse e progetti PNRR
- Nuovi indicatori NSG CORE
- Indicatori materno infantile così da compensare la chiusura dell'indagine
- Mortalità per specifici tumori
- Ampliata l'area dei dispositivi medici
- Potenziati gli indicatori dei PREMs ricovero ospedaliero ordinario
- Indagine IFeC

Indicatori dismessi:

- PROMs
- Indagine materno infantile
- Indagine siti web AUSL

È stato infine semplificato l'albero dell'appropriatezza farmaceutica. Nella pagina seguente si possono confrontare a colpo d'occhio il bersaglio regionale con quello della AUSL Centro. Per la stragrande maggioranza degli indicatori la AUSL si colloca nella media regionale (Figura 81).

Figura 81. Il bersaglio MeS della Toscana paragonato a quello della AUSL TC



Dettaglio indicatori

Nella Tabella 66 sotto sono confrontati uno per uno gli indicatori del bersaglio con quelli regionali: nel 29 su 41 sono nella stessa fascia, 7 su 41 sono peggiori e 5 su 41 migliori.

Tabella 66. Confronto performance MeS con media regionale, anno 2023

Indicatore	Perform. Toscana	Perform. AUSL	performance rispetto a media regionale
Area Efficienza			
F19A - Costo medio per punto Drg	3,06	2,86	peggiore
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3,72	3,40	simile alla Toscana
F1 - Equilibrio economico reddituale	3,43	3,47	simile alla Toscana
F12C - Dispositivi medici	2,63	2,52	simile alla Toscana
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	3,61	4,11	migliore
Area Sfide Post Covid			
C23 - Infermieristica di Famiglia e Comunità	2,52	2,72	simile alla Toscana
B24A - Sanità digitale	3,34	3,26	simile alla Toscana
E2 - % Assenza	1,54	1,90	simile alla Toscana
E1 - % Risposta - Indagine Clima Organizzativo	4,01	3,78	peggiore
Area Responsiveness & Esperienza Utenti			
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	3,76	3,45	simile alla Toscana
D19 -Valutazione utenti - Ric. ospedaliero ordinario	2,80	2,80	simile alla Toscana
B21G - Indice cattura	1,36	1,01	simile alla Toscana
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	2,40	2,17	simile alla Toscana
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	3,39	4,14	migliore
B16 - Comunicazione e partecipazione del cittadino	3,93	3,92	simile alla Toscana
Qualità e sicurezza			
D18A - Dimissioni volontarie	3,05	2,80	peggiore
C6 - Rischio clinico	3,29	2,87	peggiore
C5 - Qualità di processo	3,37	2,85	peggiore
D9A - Abbandoni PS non presidiati	1,77	1,62	simile alla Toscana
Percorsi clinico assistenziali			
C16 - Emergenza-urgenza	3,89	3,79	simile alla Toscana
C15 - Salute mentale	2,22	2,34	simile alla Toscana
C11A - Assistenza cronicità	2,52	2,57	simile alla Toscana

C28 - Cure palliative	4,09	3,29	peggiore
C10 - Soglie chir.oncologica-Trattamenti Oncologici	3,96	3,80	simile alla Toscana
C7D - Pediatria	3,29	3,47	simile alla Toscana
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	3,51	3,00	simile alla Toscana
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	3,38	3,67	simile alla Toscana
B22 - Attività fisica adattata	1,62	1,78	simile alla Toscana
Assistenza sanitaria e socio sanitaria			
C21 - Aderenza farmaceutica	2,62	2,76	simile alla Toscana
C9 - Appropriat.Farmaceutica	1,96	1,98	simile alla Toscana
C22 - Terapie intensive	3,37	3,57	simile alla Toscana
C17 - Riabilitazione	4,06	4,02	simile alla Toscana
C13 - Appropriatazza diagnostica	2,31	2,98	simile alla Toscana
C8A - Integrazione ospedale territorio	3,52	3,92	simile alla Toscana
C4 - Appropriatazza chirurgica	3,86	4,03	migliore
C14 - Appropriatazza medica	2,88	3,53	migliore
C2 - Efficienza attività di ricovero	2,47	2,98	simile alla Toscana
C1 - Capacità di governo della domanda	3,77	3,63	simile alla Toscana
B28.1 - Assistenza Domiciliare	3,82	4,11	migliore
B6 - Donazioni organi	2,87	2,68	simile alla Toscana
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3,18	2,70	peggiore

Figura 82. Bersagli MeS dell'AUSL TC, Anni 2022-2023

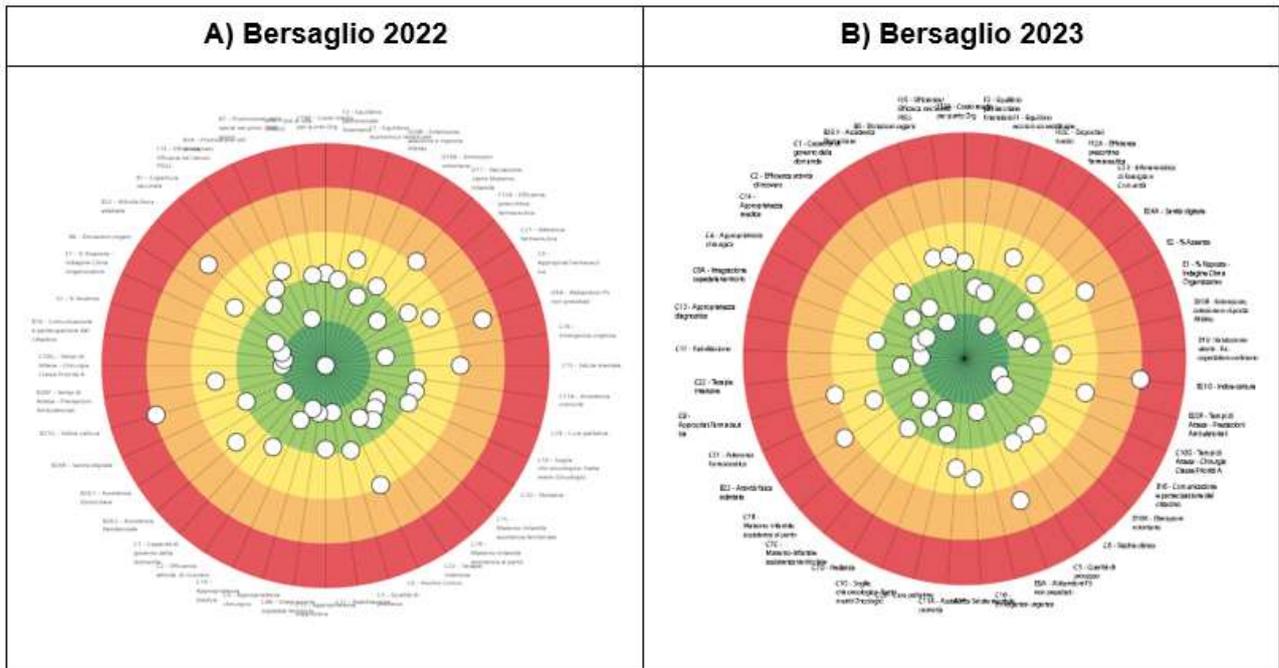
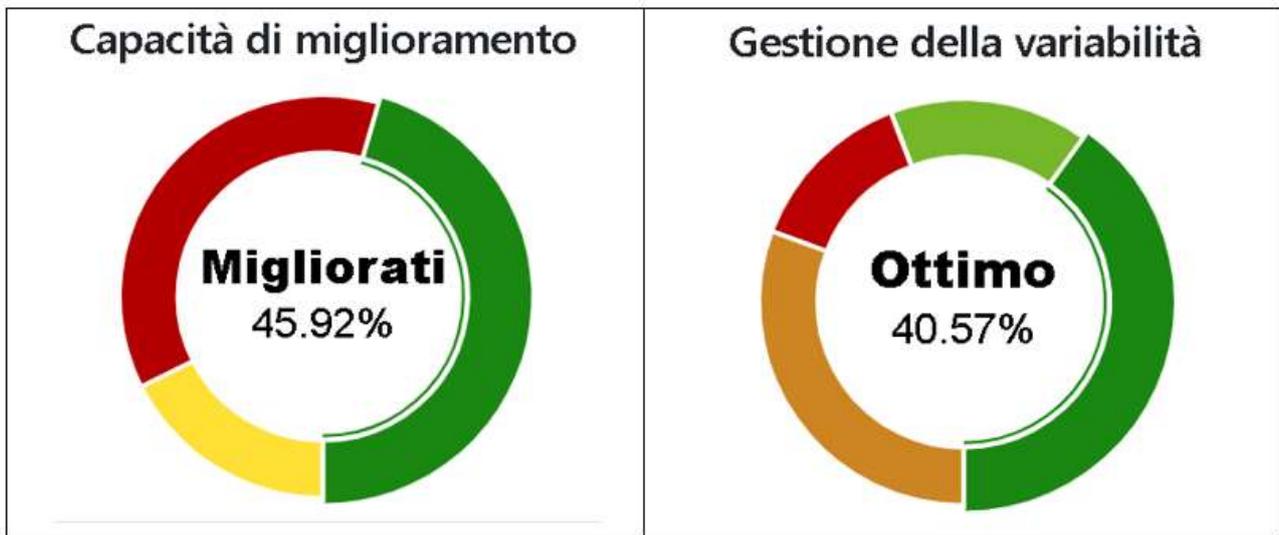


Figura 83. Capacità di miglioramento e gestione della variabilità degli indicatori MeS dell'AUSL TC, anno 2023



9. GLI ESITI DELLE CURE

9.1 Gli esiti letti attraverso il programma regionale PrOsE

La valutazione della qualità delle cure è stata monitorata e valutata attraverso il **Programma di Osservazione degli Esiti (PrOsE)** del Sistema sanitario toscano. **PrOsE** è un'iniziativa scientifica di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate nel contesto ospedaliero e territoriale. Il Programma propone all'attenzione di diversi stakeholder principalmente indicatori di esito quali mortalità, riammissioni e complicanze, con l'obiettivo di promuovere l'apprendimento organizzativo e costituire un momento di valutazione. Gli indicatori si riferiscono ai seguenti ambiti: **area medica, reti tempo-dipendenti, chirurgia generale, area oncologica, percorso nascita, ortopedia, chirurgia vascolare e territorio.**

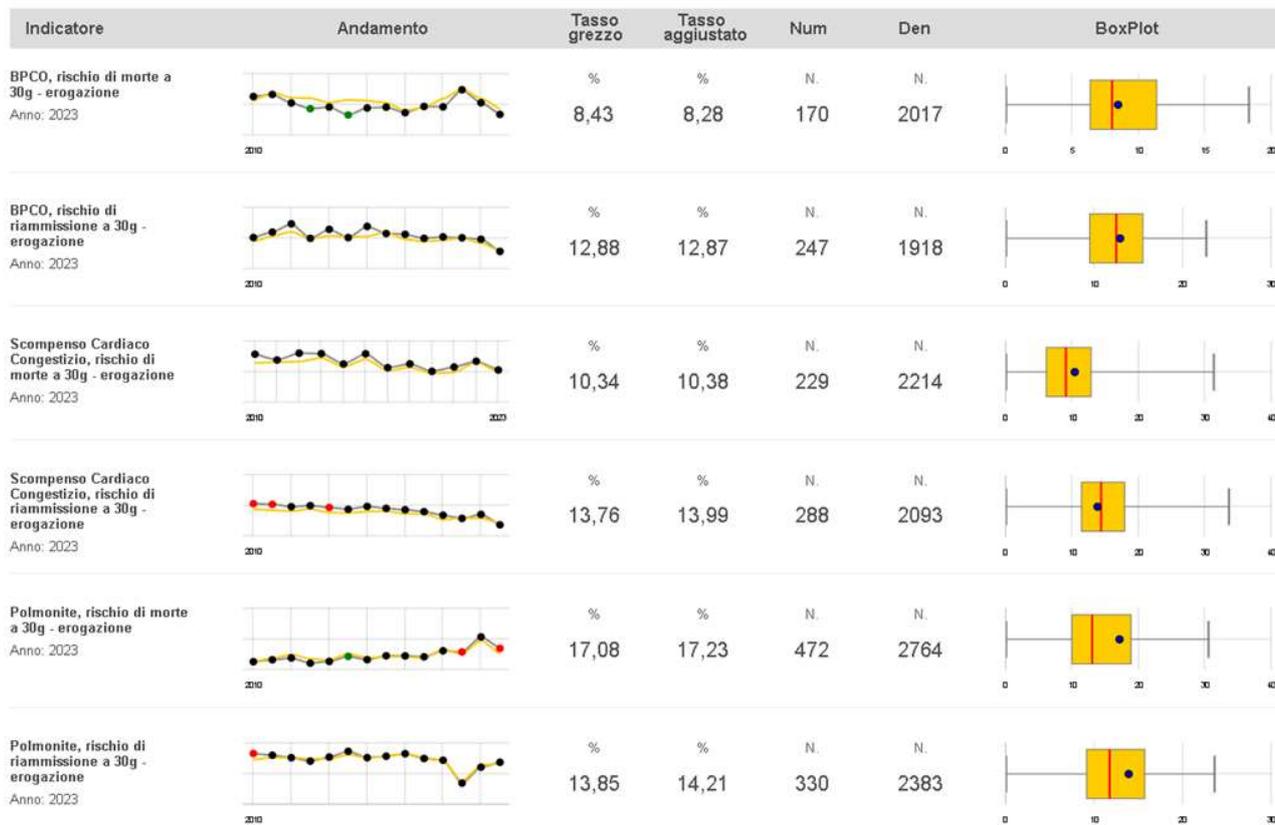
Figura 84. Esempio di lettura degli indicatori riportati nella sintesi iniziale del Programma di Osservazione degli Esiti in Toscana



Quando il pallino blu (Figura 84) è compreso nel rettangolo giallo, il risultato non è differente dalla media regionale. Gli indicatori sono calcolati tenendo conto dei protocolli sviluppati da AGENAS, su mandato del Ministero della Salute, nel Programma Nazionale Esiti.

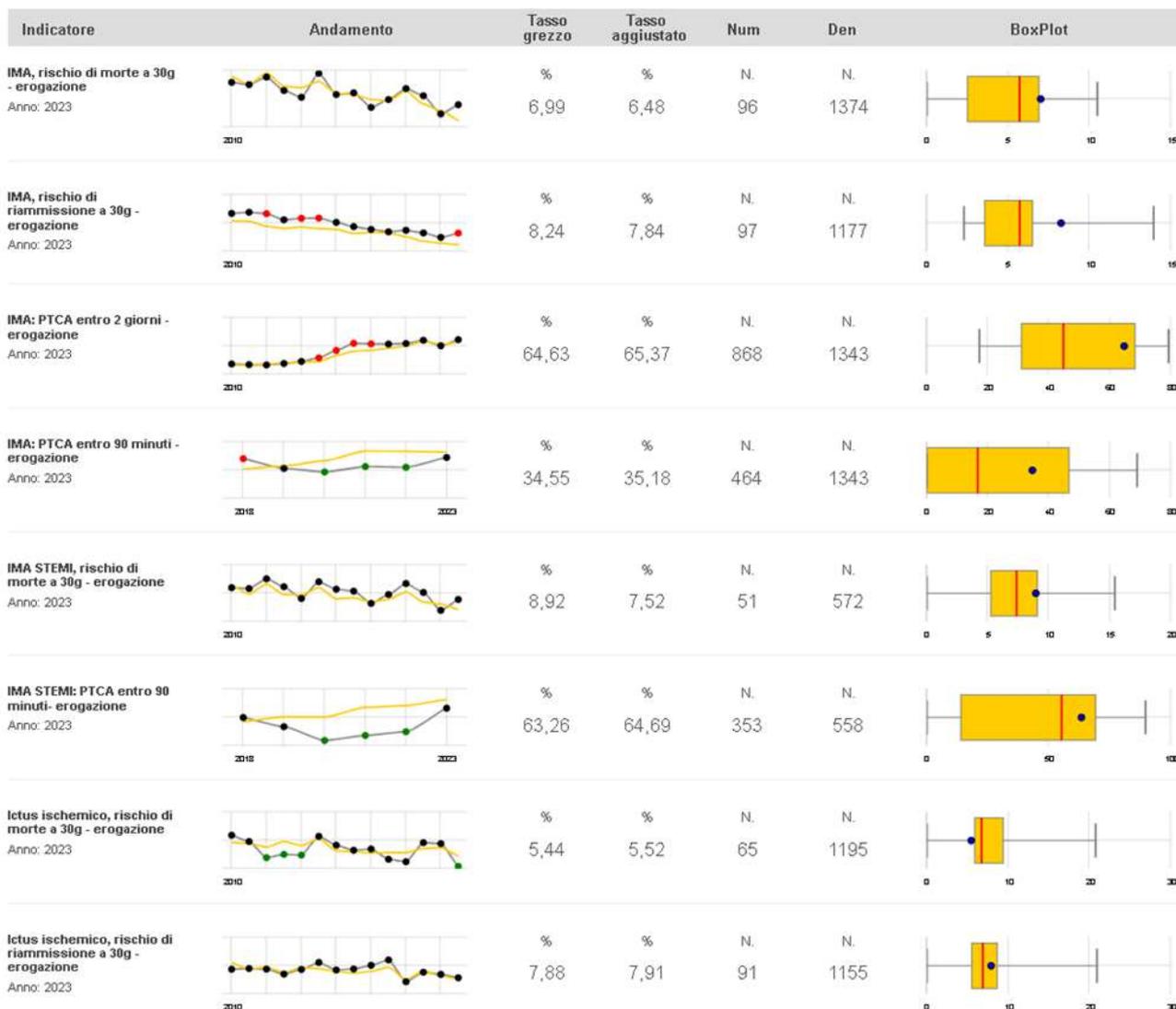
I dati sono rappresentati per erogazione, a prescindere dalla residenza.

Figura 85. Indicatori PrOsE area medica, per AUSL TC, anno 2023



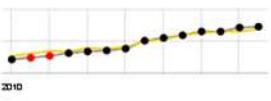
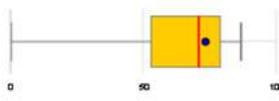
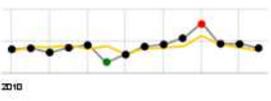
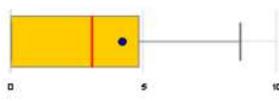
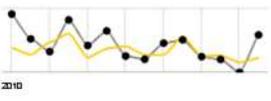
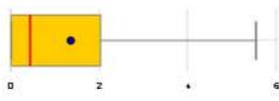
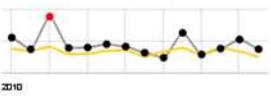
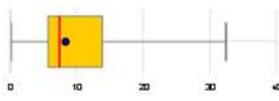
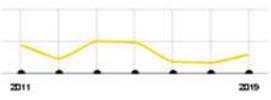
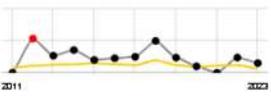
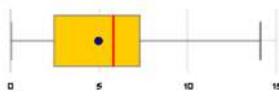
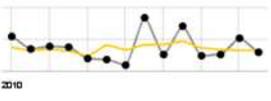
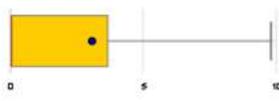
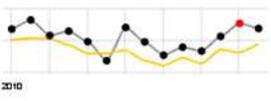
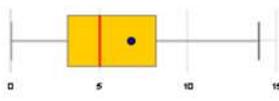
I rischi di morte dopo ricovero ospedaliero per bronchite cronica e scompenso cardiaco sono del tutto sovrapponibili a quelli regionali. Per la polmonite si osserva un tasso di mortalità in decremento, come peraltro in tutta la regione. Il tasso di decremento è tuttavia inferiore a quello regionale. lievemente sopra la media regionale, nella media regionale il rischio di riammissione per polmonite (Figura 85).

Figura 86. Indicatori ProSe reti tempo dipendenti, per AUSL TC, anno 2023



Per le principali patologie tempo dipendenti, Infarto miocardico e ictus, dove la tempestività delle cure è fondamentale, si nota una performance in termini di mortalità migliore della media per ictus ischemico. Nella media regionale la mortalità per infarto miocardico (sia per il tipo STEMI sia per il dato complessivo). Nella media regionale anche le percentuali di PTCA entro 90 minuti. Lievemente peggiore della media regionale il tasso di riammissioni per infarto miocardico (Figura 86).

Figura 87. Indicatori PrOsE area oncologica, per AUSL TC, anno 2023

Indicatore	Andamento	Tasso grezzo	Tasso aggiustato	Num	Den	BoxPlot
Intervento per TM del colon, proporzione in laparoscopia - erogazione Anno: 2022-2023		73,19	73,08	699	955	
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2022-2023		4,19	4,05	40	955	
Intervento per TM del retto, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2021-2023		1,35	1,26	4	296	
Intervento per TM dello stomaco, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2021-2023		8,21	7,85	22	268	
Intervento per TM del polmone, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2021-2023		---	---	---	---	Casi assenti
Intervento per TM del pancreas, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2021-2023		4,94	4,94	4	81	
Intervento per TM della prostata, rischio di riammissione a 30g - erogazione Anno: 2023		3,05	3,05	6	197	
Interventi conservativi per TM della mammella, reinterventi entro 120g - erogazione Anno: 2023		6,79	6,89	29	427	

Nella media regionale la mortalità a 30 giorni per gli interventi per tutte le neoplasie oggetto di analisi. In costante miglioramento l'applicazione della tecnica laparoscopica nei nostri presidi; si conferma anche la riduzione della mortalità per tumore maligno del colon. L'indicatore relativo ai reinterventi entro 120 giorni dall'intervento per tumore conservativo della mammella, dopo un aumento durato diversi anni ha finalmente invertito la tendenza (Figura 87).

Figura 88. Indicatori PrOsE chirurgia generale, per AUSL TC, anno 2023



Gli indicatori di processo ed esito della chirurgia generale sono allineati alla media regionale (Figura 88).

Figura 89. Indicatori PrOsE percorso nascita per AUSL TC, anno 2021



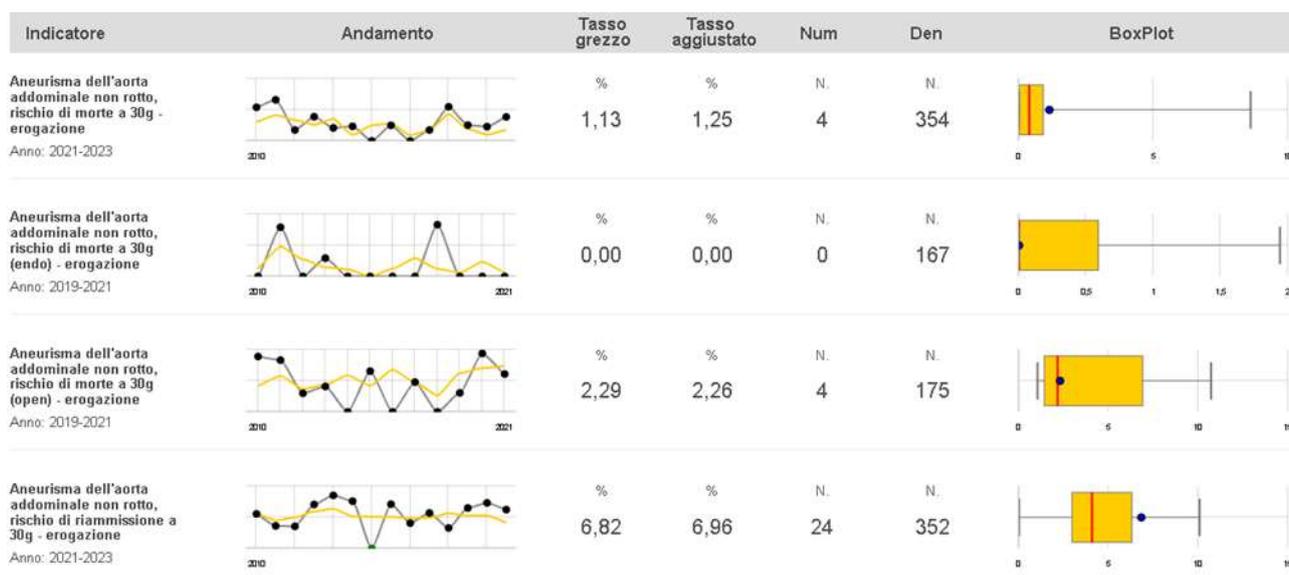
Il percorso nascita è caratterizzato da proporzioni di parti cesarei migliori della media regionale; gli indicatori di esito sono compresi nella media regionale, ma i dati sono aggiornati solo al 2021. (Figura 89).

Figura 90. Indicatori PrOsE area ortopedica per AUSL TC, anno 2022



Gli indicatori di esito sono nella media regionale anche ed è sempre confermata la bassa tempestività dell'intervento. Gli indicatori di tempestività, pur essendo sotto la media, nell'ultimo anno sono migliorati (Figura 90).

Figura 91. Indicatori ProSe chirurgia vascolare per AUSL TC, anno 2022



Senza differenze statisticamente significative dalla media regionale anche le prestazioni della chirurgia vascolare (Figura 91).

9.2 Gli esiti letti attraverso i dati del Programma Nazionale Esiti di Agenas

Il PNE rappresenta un osservatorio nazionale sull'assistenza ospedaliera che, attraverso l'analisi della variabilità dei processi e degli esiti tra soggetti erogatori e tra gruppi di popolazione, consente di monitorare i trattamenti di provata efficacia e produrre evidenze epidemiologiche sulle interazioni esistenti tra assetti organizzativi, modalità di erogazione e performance assistenziali, anche nell'ottica di far emergere eventuali criticità. Riportiamo nelle tabelle seguenti i dati relativi alla AUSL TC. La misura di associazione utilizzata è il Rischio Relativo (RR). Il RR è calcolato come rapporto tra due tassi/proporzioni ed esprime l'eccesso (o il difetto) di rischio del gruppo posto al numeratore rispetto al gruppo posto al denominatore. Il rischio di riferimento è quello medio a livello nazionale. Valori di P minori di 0,05 indicano che la differenza di RR non è spiegabile con le fluttuazioni dovute al caso. I dati PNE sono aggregati per provincia. Si segnala che nel rapporto PNE 2023 i dati sono comunque riferiti al 2022, per questo motivo possono esserci differenze con gli indicatori MeS e PROSE.

Tabella 67. Area chirurgia generale

Indicatore	Firenze		Prato		Pistoia	
	RR	P	RR	P	RR	P
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	1,47	0,026	0,71	0,439	1,34	0,283
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	1,40	0,014	1,66	0,024	0,77	0,328
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	1,05	0,000	1,03	0,138	1	0,840
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	2,67	0,000	2,54	0,000	2,25	0,000
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	0,78	0,669	0,87	0,891		

Dai dati della Tabella 67 si conferma il buon risultato dell'indicatore sulla day surgery, residuano eccessi di complicanze in alcuni ospedali per la Colecistectomia laparoscopica.

Tabella 68. Area ortopedica

Indicatore	Firenze		Prato		Pistoia	
	RR	P	RR	P	RR	P
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	0,92	0,000	0,86	0,001	0,57	0,000
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	0,80	0,000	0,72	0,000	0,62	0,000
Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno	0,86	0,005	0,75	0,029	0,85	0,120
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	0,69	0,002	0,77	0,265	0,93	0,703
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	1,2	0,421	1,13	0,764	1,33	0,422
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	1,02	0,896	0,92	0,825	1,01	0,981
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	0,62	0,002	1,13	0,606	1,29	0,195
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	0,75	0,138	2,28	0,000	0,63	0,249
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	0,62	0,085	0,18	0,087	0,92	0,837
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	0,33	0,115	1,29	0,719	0,58	0,583

I dati della Tabella 68 mostrano il noto fenomeno del ritardo nella chirurgia per frattura di femore. Questo dato evidenzia negli ultimi mesi un netto miglioramento. Migliori della media i dati sulla mortalità per frattura di femore.

Tabella 69. Area chirurgia oncologica

Indicatore	Firenze		Prato		Pistoia	
	RR	P	RR	P	RR	P
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	0,69	0,098	1,19	0,620	0,98	0,962
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	0,69	0,482	1,58	0,530	0,7	0,623
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	1,34	0,322	1,29	0,681	0,88	0,863
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a	1,02	0,958	1,32	0,700	0,47	0,456

30 giorni						
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	1,15	0,604	1,55	0,372	0,38	0,336
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni - con nuove variabili	1,15	0,604	1,55	0,372	0,38	0,336
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	0,55	0,311			0,64	0,678
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	0,57	0,342	0,66	0,682	0,75	0,773
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	1,11	0,669	0,65	0,413	0,94	0,882
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	0,98	0,943	1,23	0,590	0,87	0,764
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	1,18	0,009	0,99	0,965	1,27	0,021
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella - con nuove variabili	1,17	0,012	1	0,998	1,29	0,014
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	1,61	0,000	1,51	0,160	1,18	0,526
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	1,62	0,991	1,54	0,992	1,18	0,997
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	1,69	0,000	2,06	0,005	1,47	0,111
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	1,73	0,000	2,14	0,003	1,47	0,114

Nella media la mortalità per tutti gli interventi di tumore. Migliore delle media in due province su tre la “proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella”. Sotto la media invece la “proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella” (Tabella 69).

Tabella 70. Area cardiovascolare

Indicatore	Firenze		Prato		Pistoia	
	RR	P	RR	P	RR	P
IMA: MACCE a 1 anno con mortalità per ogni causa	0,95	0,450	0,93	0,516	0,91	0,410
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a 1 anno	0,91	0,297	0,98	0,905	0,95	0,730
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	0,59	0,015	0,72	0,242	0,53	0,028
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni - con nuove variabili	0,63	0,037	0,59	0,076	0,57	0,060
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	0,57	0,000	0,64	0,070	0,54	0,014
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	0,92	0,513	1,07	0,708	0,83	0,382
MACCE a 1 anno nei sopravvissuti a 30 giorni da Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	1,05	0,620	0,59	0,042	1,22	0,268
Mortalità a 1 anno nei sopravvissuti a 30 giorni da Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	0,86	0,327	0,91	0,735	0,5	0,070
STEMI: Mortalità a 30 giorni	0,51	0,000	0,57	0,075	0,30	0,001
STEMI: proporzione di PTCA entro 90 minuti sul totale dei trattati con PTCA entro 12h dall'accesso nella struttura di ricovero/service	0,96	0,302	0,66	0,000	0,92	0,167
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service	0,89	0,018	0,50	0,000	0,83	0,020

Nonostante persistano criticità sulla tempestività della PTCA, sono generalmente buoni i dati sugli esiti dell'infarto. In particolare, a Firenze e Pistoia i dati mortalità per Infarto Miocardico Acuto sono migliori della media (Tabella 70).

Tabella 71. Area internistica

	Firenze		Prato		Pistoia	
Indicatore	RR	P	RR	P	RR	P
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	0,83	0,056	0,51	0,000	0,87	0,253
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	0,96	0,640	1,09	0,494	1,26	0,019
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	0,87	0,076	0,88	0,291	0,95	0,604
Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	1,07	0,508	0,94	0,800	1,22	0,271
Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve	1,58	0,004	1,2	0,699	1,1	0,798
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	1,02	0,814	0,72	0,034	0,84	0,154
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	1,11	0,151	1,21	0,113	1,49	0,000

Generalmente nella media i dati dell'area internistica con buoni risultati a Prato su esiti per scompenso e BPCO. Peggior della media l'indicatore su Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica a Firenze e Peggior della media l'indicatore su riammissioni ospedaliere a 30 giorni per BPCO a Pistoia (Tabella 71).

Tabella 72. Area ostetrico-ginecologica

Indicatore	Firenze		Prato		Pistoia	
	RR	P	RR	P	RR	P
Parto con taglio cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1,23	0,172	1,32	0,384	0,49	0,110
Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio	0,75	0,093	0,46	0,079	0,79	0,488
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	0,23	0,000	0,33	0,000	0,48	0,000
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	0,69	0,000	0,69	0,000	0,84	0,007
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	2,30	0,000	2,51	0,000	1,50	0,021

Molto buoni i dati sui parti con taglio cesareo primario (più bassi della media) e sulle episiotomie nei parti vaginali (Tabella 72).