

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	828
Data della delibera	10-07-2025
Oggetto	Documentazione sanitaria
Contenuto	Relazione Sanitaria Aziendale anno 2024 Ausl Toscana Centro

Dipartimento	DIRETTORE SANITARIO
Direttore del Dipartimento	ROTI LORENZO
Struttura	DIRETTORE SANITARIO
Direttore della Struttura	ROTI LORENZO
Responsabile del procedimento	GUARDUCCI SILVIA

Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
A	192	Relazione Sanitaria Aziendale anno 2024

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	
Contenuto	Relazione Sanitaria Aziendale anno 2024 Ausl Toscana Centro

Dipartimento	DIRETTORE SANITARIO
Direttore del Dipartimento	ROTI LORENZO
Struttura	DIRETTORE SANITARIO
Direttore della Struttura	ROTI LORENZO
Responsabile del procedimento	GUARDUCCI SILVIA

Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Allegati Atto		
Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
A	192	RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE ANNO 2024

“documento firmato digitalmente”

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;

Richiamate:

- la Delibera del Direttore Generale n.1222 del 16.10.2023 con la quale la Dr.ssa Valeria Favata è stata nominata Direttore Amministrativo dell’Azienda USL Toscana Centro;
- la Delibera del Direttore Generale n.776 del 26.06.2025 con la quale il Dr. Lorenzo Roti è stato nominato Direttore Sanitario dell’Azienda USL Toscana Centro;
- la Delibera del Direttore Generale n.1243 del 24.10.2023 con la quale la Dr.ssa Rossella Boldrini è stata nominata Direttore dei Servizi Sociali dell’Azienda USL Toscana Centro;

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, Dott.ssa Silvia Guarducci, in servizio c/o lo Staff Direzione Sanitaria;

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

Su proposta del Direttore Sanitario;

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

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa:

- 1) di approvare la Relazione Sanitaria Aziendale , anno 2024, 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 VICE DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr.ssa Valeria Favata)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Lorenzo Roti)

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



RELAZIONE SANITARIA

ANNO 2024

LA RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE È A CURA DI:

PER LA SEZIONE I. “LO STATO DI SALUTE” E PER IL CAPITOLO “PREVENZIONE” DELLA SEZIONE II “LA RISPOSTA DELL’AZIENDA SANITARIA”:

UFC EPIDEMIOLOGIA e UFS CERIMP

LEVI Miriam

MENCUCCI Erica

MILLANTI Lorenzo

ROMEO Gianpaolo

TALINI Donatella

VERDI Simona (Dipartimento Servizi Tecnico Sanitari - S.O.S.D. Attività di Assistenza Sanitaria di Firenze, articol. UFC Epidemiologia)

UOC EPIDEMIOLOGIA

POLIMENI Joseph

STAFF DIPARTIMENTO PREVENZIONE

LACHHEB Abdelghani

LIZZERI Claudio

PER LA SEZIONE II. “LA RISPOSTA DELL’AZIENDA SANITARIA”:

STAFF DIREZIONE SANITARIA

BASSETTI Andrea

FRANCHI Sara

GAETTI Giovanni

GUARDUCCI Silvia

GUIDA Andrea

TRAMALLONI Lucia

DIPARTIMENTO DEL FARMACO

PAVONE Eleonora

RETE OSPEDALIERA

MECHI Maria Teresa

RETE SANITARIA TERRITORIALE

MANNELLI Daniele

MESSERI Andrea

PERILLO Giuseppina

ROTI Lorenzo

DIPARTIMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALE TERRITORIO

GUARRACINO Antonio

DIPARTIMENTO SERVIZI SOCIALI

BOLDRINI Rossella

BENSI Sara

STADERI Azzurra

ULIVIERI Laura

STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

FONDI Massimo

INDICE

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	13
2. AMBIENTE	18
2.1 CAMBIAMENTO CLIMATICO E SALUTE	18
2.2 QUALITÀ DELL'ARIA	21
2.3 QUALITÀ DELLE ACQUE	27
3. STILI DI VITA	37
3.1 FUMO	38
3.2 ALCOL	41
3.3 SOSTANZE PSICOTROPE	43
3.4 CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA	43
3.5 SEDENTARIETÀ E ATTIVITÀ FISICA	44
3.6 PESO CORPOREO	45
3.7 COMPORTAMENTI ALLA GUIDA	47
3.8 VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA	48
4. MORTALITÀ	50
5. OSPEDALIZZAZIONI	57
6. ALCUNE PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE	61
6.1 MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	61
6.2 TUMORI	65
6.3 MALATTIE INFETTIVE	70
6.4 DIABETE MELLITO	76
6.5 BPCO	77
6.6 CONSUMO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI	78
7. SALUTE IN DETERMINATI GRUPPI DI POPOLAZIONE	79
7.1 SALUTE MATERNO-INFANTILE	79
7.2 SALUTE DEI LAVORATORI	84
7.3 INCIDENTI STRADALI E INFORTUNI IN ITINERE	86

SEZIONE II. LA RISPOSTA DELL'AZIENDA SANITARIA **90**

8. PRONTO SOCCORSO E 118	91
9. OSPEDALE	94
9.1 RICOVERI	94
9.2 RICOVERI MEDICI E CHIRURGICI	98
9.3 ELENCO DEI PRIMI RICOVERI PER VOLUMI (TOP DRG)	99
9.4 INDICATORI CHIRURGIA ONCOLOGICA	101
9.5 INDICATORI CHIRURGIA GENERALE	103
9.6 CHIRURGIA ORTOPEDICA	103

9.7 DONAZIONI	104
9.8 MATERNO-INFANTILE	104
10. PREVENZIONE	106
10.1 COPERTURE VACCINALI	106
10.2 SCREENING ONCOLOGICI	115
10.3 VIGILANZA E CONTROLLO	124
11. TERRITORIO	129
11.1 CURE PRIMARIE	129
11.2 CURE INTERMEDIE E OSPEDALI DI COMUNITÀ	133
12. PRESTAZIONI DEL PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA	136
12.1 ANDAMENTO DELLA DOMANDA (PRESCRIZIONI ELETTRONICHE) - PRESTAZIONI PRGLA	136
12.2 ANALISI PRENOTATO EFFETTIVO - PRESTAZIONI PRGLA	137
12.3 ANDAMENTO CATCHMENT INDEX - VISITE SPECIALISTICHE AUTC	139
12.4 ANDAMENTO CATCHMENT INDEX - DIAGNOSTICA AUTC	139
12.5 PRESTAZIONI SANITARIE E CATCHMENT INDEX	140
12.6 TASSO PRESCRITTIVO	142
12.7 TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	143
12.8 TEMPI DI ATTESA CHIRURGIA ELETTIVA	147
12.9 PRODUZIONE INTERVENTI - IMPATTI PANDEMIA	148
12.10 RICOGNIZIONE UTILIZZO BLOCCHI OPERATORI AUTC	151
12.11 PIANO MIGLIORAMENTO LISTE DI ATTESA	153
12.12 OFFERTA PRIVATO CONVENZIONATO	154
13. RIABILITAZIONE	157
14. SALUTE MENTALE	158
15. LA PRESA IN CARICO DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	159
15.1 AREA DELLA DOMICILIARITÀ	159
15.2 AREA DELLA SEMI-RESIDENZIALITÀ	160
15.3 AREA DELLA RESIDENZIALITÀ (PERMANENTE, TEMPORANEA E DI SOLLIEVO)	161
15.4 ULTERIORI PROGETTUALITÀ ATTIVATE SUL TERRITORIO	163
16. ASSISTENZA FINE VITA	165
17. ASSISTENZA FARMACEUTICA	167
17.1 SPESA FARMACEUTICA	167
17.2 SPESA DISPOSITIVI MEDICI	170
18. SERVIZI SOCIALI ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	173
19. LA PERFORMANCE	180
19.1 IL BERSAGLIO MES 2023	180
20. GLI ESITI DELLE CURE	183
20.1 GLI ESITI LETTI ATTRAVERSO IL PROGRAMMA REGIONALE PROSE	183
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA	190

SEZIONE I. LO STATO DI SALUTE

1. TERRITORIO E DEMOGRAFIA

1.1 IL TERRITORIO DELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

Il territorio di competenza dell'Azienda USL Toscana Centro (AUTC) comprende le 3 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 residenti in Toscana (alta densità abitativa rispetto alle altre due ASL toscane). 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 nel Mugello, contribuendo ad alcune delle differenze territoriali in termini di stili di vita, esposizioni ambientali, profili socioeconomici e salute.

Tabella 1. Popolazione residente nelle zone distretto dell'AUTC nel 2024. Fonte ARS, 2025

Zona	Abitanti	Densità abitativa (Ab./Kmq)
Empolese Valdarno Inferiore	241.178	258,5
Fiorentina	362.613	3.555,0
Fiorentina Nord-Ovest	208.055	624,8
Fiorentina Sud-Est	181.138	149,5
Mugello	63.201	55,9
Pistoiese	170.453	244,2
Pratese	259.921	710,2
Valdinievole	119.436	449,0
Azienda USL Toscana Centro	1.605.995	318,6
REGIONE TOSCANA	3.660.530	159,2

La distribuzione degli abitanti nei comuni urbani delle diverse zone socio-sanitarie dell'Azienda USL Toscana Centro è illustrata in Tabella 2. Come si può facilmente apprezzare vi è una estrema variabilità nell' Azienda sanitaria (passando da un 100% della zona dell'Area Fiorentina a un 0% della Zona del Mugello) e comunque, superiore al dato complessivo regionale.

Tabella 2. Popolazione totale residente e popolazione residente nei comuni urbani in Regione Toscana, in AUTC e per zona dell'AUTC nel 2024. Fonte ARS, 2025

Zona	Abitanti totali	Abitanti nei comuni urbani	Tasso %
Empolese Valdarno Inferiore	241.178	120.089	49,8
Fiorentina	362.613	362.613	100,0
Fiorentina Nord-Ovest	208.055	184.745	88,8
Fiorentina Sud-Est	181.138	38.854	21,5
Mugello	63.201	0	0,0
Pistoiese	170.453	144.563	84,8
Pratese	259.921	240.757	92,6
Valdinievole	119.436	85.089	49,8
Azienda USL Toscana Centro	1.605.995	1.605.995	73,3
REGIONE TOSCANA	3.660.530	3.660.530	58,8

Vengono di seguito descritte brevemente le principali caratteristiche delle diverse zone socio-sanitarie dell'Azienda USL TC.

ZONA PISTOIESE

Il territorio della Provincia di Pistoia comprende i nove comuni della zona socio-sanitaria Pistoiese e gli undici di quella della Valdinievole. 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 Valdinievole, 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.

ZONA PRATESE

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. Circa il 76% dei 259 mila residenti vive nel Comune di Prato, il secondo in Toscana dopo Firenze per numerosità. Il rimanente 24% 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 tradizionalmente un importante 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.

ZONA FIORENTINA

Il territorio della Zona Fiorentina coincide con quello del comune di Firenze e rappresenta la parte del territorio della AUTC 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 questa zona si concentrano 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 AUTC e circa 1/5 di tutte quelle in Toscana. Turismo, commercio e servizi sono i settori economici tradizionalmente trainanti di questa zona.

ZONA FIORENTINA NORD-OVEST

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 (es.: terza corsia autostradale, tramvia, nuova pista aeroportuale).

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, con conseguenti criticità per la qualità dell'aria.

ZONA FIORENTINA SUD-EST

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.

ZONA DEL MUGELLO

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'AUTC 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.

ZONA EMPOLESE VALDARNO INFERIORE

Il territorio della Zona Empolese Valdarno Inferiore 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. È l'area vocata tradizionale regionale e polo nazionale della filiera del cuoio e della pelle.

LA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO

In Tabella 3 è illustrata nel dettaglio la stratificazione degli abitanti della Azienda USL TC per comune di residenza. I residenti al 1/1/2024 nell'AUTC sono 1.605.995 (Maschi: 779.635, 48,5%; Femmine: 826.360, 51,5%). Per dimensione demografica è la seconda più grande azienda sanitaria in Italia, dopo quella della città metropolitana di Milano.

Tabella 3. Popolazione residente nell'AUTC per zona e per Comune al 1/1/2024. Fonte Istat, 2025.

Zona	Comune	Maschi	Femmine	Totale	% su Zona	% su AUTC
Pistoiese	Abetone	885	929	1.814	1,1%	0,1%
	Cutigliano					
	Agliana	8.855	9.114	17.969	10,5%	1,1%
	Marliana	1.698	1.565	3.263	1,9%	0,2%
	Montale	5.189	5.379	10.568	6,2%	0,7%
	Pistoia	42.884	46.170	89.054	52,2%	5,5%
	Quarrata	13.240	13.732	26.972	15,8%	1,7%
	Sambuca Pistoiese	734	692	1.426	0,8%	0,1%
	San Marcello Piteglio	3.647	3.938	7.585	4,4%	0,5%
	Serravalle Pistoiese	5.817	5.985	11.802	6,9%	0,7%
	Totale Zona Pistoiese	82.949	87.504	170.453	100,0%	10,6%
Valdinievole	Buggiano	4.209	4.516	8.725	7,3%	0,5%
	Chiesina Uzzanese	2.211	2.284	4.495	3,8%	0,3%
	Lamporecchio	3.625	3.776	7.401	6,2%	0,5%
	Larciano	3.070	3.210	6.280	5,3%	0,4%
	Massa e Cozzile	3.684	4.082	7.766	6,5%	0,5%
	Monsummano Terme	10.128	10.699	20.827	17,4%	1,3%

	Montecatini-Terme	10.062	11.044	21.106	17,7%	1,3%
	Pescia	9.369	9.907	19.276	16,1%	1,2%
	Pieve a Nievole	4.425	4.698	9.123	7,6%	0,6%
	Ponte Buggianese	4.306	4.485	8.791	7,4%	0,5%
	Uzzano	2.749	2.897	5.646	4,7%	0,4%
	Totale Zona Val di nievole	57.838	61.598	119.436	100,0%	7,4%
Pratese	Cantagallo	1.626	1.505	3.131	1,2%	0,2%
	Carmignano	7.253	7.365	14.618	5,6%	0,9%
	Montemurlo	9.455	9.679	19.134	7,4%	1,2%
	Poggio a Caiano	4.864	5.053	9.917	3,8%	0,6%
	Prato	96.826	100.262	197.088	75,8%	12,3%
	Vaiano	4.790	5.094	9.884	3,8%	0,6%
	Vernio	3.085	3.064	6.149	2,4%	0,4%
	Totale Zona Pratese	127.899	132.022	259.921	100,0%	16,2%
Fiorentina	Firenze e Zona Fiorentina	171.370	191.243	362.613	100,0%	22,6%
Fiorentina Nord-Ovest	Calenzano	8.915	9.171	18.086	8,7%	1,1%
	Campi Bisenzio	23.656	23.983	47.639	22,9%	3,0%
	Lastra a Signa	9.738	9.974	19.712	9,5%	1,2%
	Scandicci	23.675	25.709	49.384	23,7%	3,1%
	Sesto Fiorentino	23.363	25.634	48.997	23,6%	3,1%
	Signa	9.312	9.701	19.013	9,1%	1,2%
	Vaglia	2.579	2.645	5.224	2,5%	0,3%
	Totale Zona Fiorentina Nord-Ovest	101.238	106.817	208.055	100,0%	13,0%
Fiorentina Sud-Est	Bagno a Ripoli	11.900	13.141	25.041	13,8%	1,6%
	Barberino Tavarnelle	5.973	5.959	11.932	6,6%	0,7%
	Fiesole	6.655	7.158	13.813	7,6%	0,9%
	Figline e Incisa Valdarno	11.297	11.900	23.197	12,8%	1,4%
	Greve in Chianti	6.572	6.785	13.357	7,4%	0,8%
	Impruneta	6.902	7.444	14.346	7,9%	0,9%
	Londa	943	883	1.826	1,0%	0,1%
	Pelago	3.885	3.956	7.841	4,3%	0,5%
	Pontassieve	9.890	10.281	20.171	11,1%	1,3%
Reggello	8.170	8.366	16.536	9,1%	1,0%	

	Rignano sull'Arno	4.252	4.300	8.552	4,7%	0,5%
	Rufina	3.485	3.573	7.058	3,9%	0,4%
	San Casciano in Val di Pesa	7.911	8.517	16.428	9,1%	1,0%
	San Godenzo	516	524	1.040	0,6%	0,1%
	Totale Fiorentina Sud-Est	88.351	92.787	181.138	100,0%	11,3%
Mugello	Barberino di Mugello	5.475	5.493	10.968	17,4%	0,7%
	Borgo San Lorenzo	8.912	9.364	18.276	28,9%	1,1%
	Dicomano	2.825	2.709	5.534	8,8%	0,3%
	Firenze	2.207	2.215	4.422	7,0%	0,3%
	Marradi	1.461	1.420	2.881	4,6%	0,2%
	Palazzuolo sul Senio	546	535	1.081	1,7%	0,1%
	Scarperia e San Piero	5.925	6.032	11.957	18,9%	0,7%
	Vicchio	4.059	4.023	8.082	12,8%	0,5%
	Totale Zona Mugello	31.410	31.791	63.201	100,0%	3,9%
Empolese Valdarno Inferiore	Capraia e Limite	3.847	3.975	7.822	3,2%	0,5%
	Castelfiorentino	8.491	8.771	17.262	7,2%	1,1%
	Castelfranco di Sotto (PI)	6.837	6.788	13.625	5,6%	0,8%
	Cerreto Guidi	5.232	5.495	10.727	4,4%	0,7%
	Certaldo	7.729	7.875	15.604	6,5%	1,0%
	Empoli	23.859	25.254	49.113	20,4%	3,1%
	Fucecchio	11.280	11.589	22.869	9,5%	1,4%
	Gambassi Terme	2.371	2.480	4.851	2,0%	0,3%
	Montaione	1.687	1.783	3.470	1,4%	0,2%
	Montelupo Fiorentino	6.949	7.347	14.296	5,9%	0,9%
	Montespertoli	6.529	6.657	13.186	5,5%	0,8%
	Montopoli in Val d'Arno (PI)	5.567	5.668	11.235	4,7%	0,7%
	San Miniato (PI)	13.595	14.191	27.786	11,5%	1,7%
	Santa Croce sull'Arno (PI)	7.477	7.277	14.754	6,1%	0,9%
	Vinci	7.130	7.448	14.578	6,0%	0,9%

Totale Zona Empolese Valdarno Inferiore	118.580	122.598	241.178	100,0%	15,0%
AUTC	779.635	826.360	1.605.995		
TOSCANA	1.779.906	1.880.624	3.660.530		

La Zona più popolosa è quella Fiorentina, coincidente con il Comune di Firenze, con oltre 360.000 abitanti, il 22,6% dell'intera AUTC, seguita in ordine decrescente dalla Pratese (ca. 260.000; 16,2%), dall'Empolese Valdarno Inferiore (ca. 241.000; 15,0%), Fiorentina Nord-Ovest (ca. 208.000; 13,0%), Fiorentina Sud-Est (ca. 181.000; 11,3%), Pistoiese (ca. 170.000; 10,6%), Valdinievole (ca. 120.000; 7,4%) e Mugello (ca. 63.000; 3,9%). 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 4,2% dell'intera popolazione aziendale ed il 28% della popolazione della Zona Empolese.

Il 96% della popolazione dell'AUTC 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'AUTC), seguita dalla pistoiese (290.000 ab.; 18%) e dalla pratese (ca. 260.000 ab.; 16,2 %).

1.2 CONTESTO DEMOGRAFICO

I dati più recenti di ARS sull'aspettativa di vita per comuni e zone sono aggiornati al 2021, parzialmente influenzati dall'evento pandemico da COVID-19 iniziato a febbraio 2020.

In generale, i residenti della AUTC godono di un'aspettativa di vita alla nascita tra le più alte a livello internazionale, maggiore delle altre due Aziende USL toscane.

Nel 2021, tra i maschi residenti, l'aspettativa di vita più elevata si registra nella zona Fiorentina Nord-Ovest (82,3 anni), mentre tra le femmine al vertice della classifica è la zona Fiorentina (86,3 anni). Meno brillanti i valori delle femmine (85,3 anni) residenti nella Valdinievole e dei maschi della zona Empolese Valdarno Inferiore (81,1 anni).

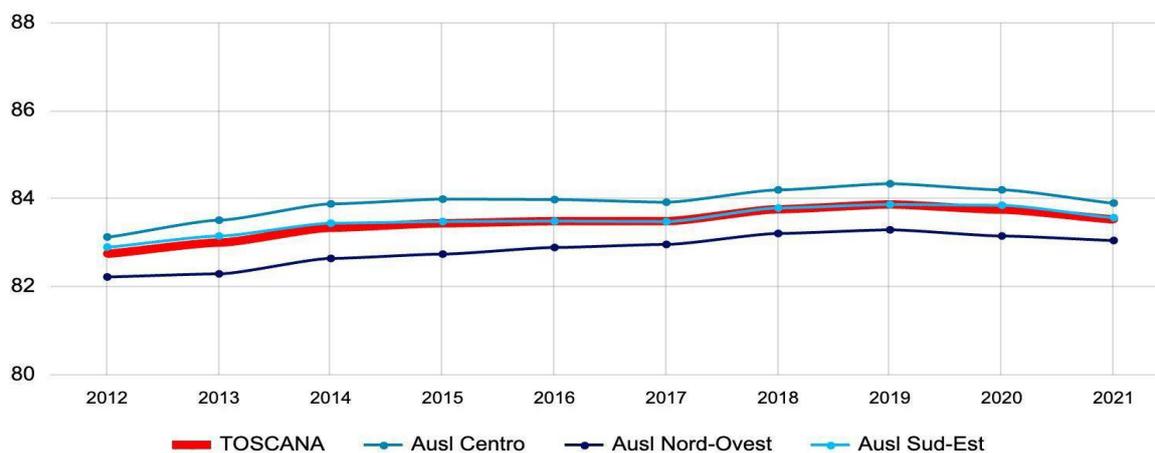
La speranza di vita a 65 anni nell'AUTC nel 2021 si attesta sui 21,4 anni (19,7 nei maschi e 22,9 nelle femmine), la più elevata delle tre Aziende USL toscane.

In tutti i territori dell'AUTC il trend dell'aspettativa di vita alla nascita è in costante e progressiva crescita, anche se dal 2020 si registra una flessione significativa causata dalla pandemia da SARS-CoV-2 in epoca pre-vaccinazione COVID-19, analogamente a quanto si rileva a livello regionale e nazionale (Figura 1). Comunque, i valori per i residenti dell'AUTC sono sempre tra i migliori a livello regionale.

Tabella 4. Speranza di vita alla nascita in Regione Toscana, AUTC e per zona dell'AUTC nel 2021. Fonte: ARS, 2025.

Zona	Speranza di vita alla nascita	
	Maschi	Femmine
Empolese Valdarno Inferiore	81,4	85,3
Fiorentina	82,1	86,3
Fiorentina Nord-Ovest	82,3	85,9
Fiorentina Sud-Est	82,1	86,1
Mugello	81,7	85,9
Pistoiese	81,5	85,9
Pratese	81,5	85,8
Valdinievole	81,1	85,5
AUTC	81,8	85,9
REGIONE TOSCANA	81,4	85,5

Figura 1. Trend della speranza di vita della popolazione generale in Regione Toscana e per Azienda USL. Fonte: ARS 2025.



In base ai dati ARS 2025, nel corso del 2023, l'AUTC fa segnare un quoziente di incremento totale della popolazione positivo pari +4.107 residenti, a differenza delle Aziende USL Nord-Ovest e Sud-Est che registrano rispettivamente un saldo negativo pari a -245 e -593 residenti (Figura 2). Il dettaglio dell'indicatore all'interno delle diverse zone della AUTC è illustrato in Figura 3.

Figura 2. Quoziente di incremento totale della popolazione generale in Regione Toscana e per azienda USL. Fonte: ARS 2025.

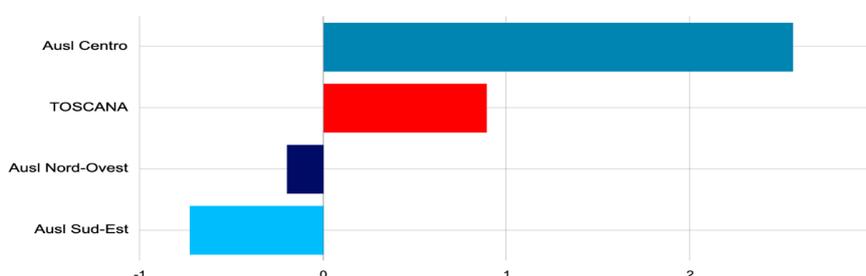
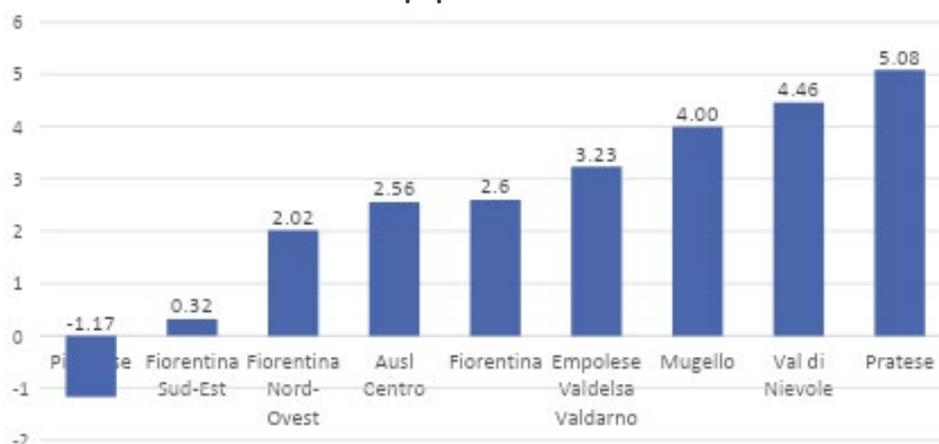


Figura 3. Quoziente di incremento totale della popolazione all'interno della AUTC. Fonte: ARS 2025.



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 AUTC, secondo i dati ISTAT 2024, un residente su quattro ha almeno 65 anni. Quelli di età maggiore di 75 anni sono circa il 12%, quelli di età maggiore di 90 anni sono poco più dell'1%. 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 quasi il doppio dei maschi.

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. Confrontando ulteriori indicatori demografici disponibili, Tabella 5, per area geografica dal portale di ARS, si rilevano segnali demograficamente meno regressivi nell'AUTC 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 2024 sono 187,9 gli ultrasessantacinquenni per ogni 100 giovani di età 0-14 anni) e dell'indice di dipendenza degli anziani (circa 35 ultrasessantacinquenni ogni 100 persone in età attiva 15-64 anni).

Tabella 5. Indicatori demografici di Regione Toscana, AUTC e per zona distretto dell'AUTC nel 2024. Fonte: ARS, 2025

Zona-Distretto	Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza anziani	Tasso di Natalità
Empolese Valdarno Inferiore	200,3	38,1	6,3
Fiorentina	238,6	42,3	6,2
Fiorentina Nord-Ovest	207,4	40,0	6,1
Fiorentina Sud-Est	245,5	45,8	5,4
Mugello	224,3	42,6	5,5
Pistoiese	233,0	43,6	5,7
Pratese	187,9	35,3	5,8
Valdinievole	222,7	40,7	5,8
AUTC	218,3	40,6	5,9
REGIONE TOSCANA	234,0	42,5	5,7

Tabella 6. Stranieri residenti, nati non italiani, nuovi iscritti. Fonte: ARS, 2025

Zona	Proporzione stranieri iscritti alla anagrafe* Dati 2024	Nati di cittadinanza non italiana (x 100)* Dati 2023	Stranieri nuovi iscritti alla anagrafe (x 1000)* Dati 2023
Empolese Valdarno Inferiore	13,4	18,7	8,8
Fiorentina	15,3	22,0	11,3
Fiorentina Nord-Ovest	13,7	18,1	7,5
Fiorentina Sud-Est	9,3	13,1	8,3
Mugello	9,6	18,3	9,8
Pistoiese	9,4	15,6	5,9
Pratese	22,1	27,6	11,7
Valdinievole	12,4	22,8	10,2
AUTC	14,2	20,2	9,5
REGIONE TOSCANA	11,6	18,1	8,8

Nel 2024, nella Azienda USL Toscana Centro si contavano 227.707 cittadini stranieri, pari a circa il 14% della popolazione totale. Dai dati aggiornati al 2024, le proporzioni più elevate si registrano nella zona Pratese (22,1%) e nella zona Fiorentina (15,3%). In queste stesse aree si osservano anche le percentuali più alte sia di nati non italiani (su 100 nuovi nati, 27,6 nella zona Pratese e 22,0 nella zona Fiorentina) sia di nuovi iscritti stranieri (ogni 1000 abitanti, 11,7 e 11,3 rispettivamente).

La distribuzione dei residenti stranieri secondo la cittadinanza in base ai dati ISTAT del 2023 evidenzia che le comunità più rappresentate nel territorio dell'AUTC 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'AUTC 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'AUTC, di cui più di due terzi cittadini stranieri. Gli arrivi turistici nell'AUTC 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. Nel 2023 il Comune di Firenze si è riallineato con i flussi pre-pandemici, accogliendo circa 4 milioni di turisti, di cui quasi 3 milioni di cittadini stranieri (dati Open Data Network – CMFI). 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 CAMBIAMENTO CLIMATICO E SALUTE

Negli ultimi anni è cresciuta la consapevolezza scientifica e istituzionale sul peso che i fattori ambientali esercitano sulla salute della popolazione. L'inquinamento atmosferico, l'esposizione a sostanze chimiche pericolose e le conseguenze del cambiamento climatico, spesso amplificate da eventi estremi come le ondate di calore o le alluvioni, rappresentano una minaccia sempre più evidente per il benessere fisico e mentale, con ricadute su patologie respiratorie, cardiovascolari, metaboliche e oncologiche. Comprendere queste connessioni è fondamentale non solo per proteggere la salute pubblica, ma anche per orientare politiche di governo sostenibili ed efficaci. Per rispondere a queste sfide, la Regione Toscana ha istituito nel 2022 il Sistema Regionale di Prevenzione della Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS), ispirato al modello nazionale SNPS. Il sistema promuove un approccio integrato e intersettoriale, orientato al rafforzamento della prevenzione primaria e della sorveglianza epidemiologica, attraverso la collaborazione tra servizi sanitari (umani e veterinari) e autorità ambientali.

All'interno di questo quadro, l'Azienda USL Toscana Centro riveste un ruolo strategico ed operativo, promuovendo azioni basate sul principio "One Health", in cui la salute umana, animale e dell'ambiente sono strettamente interconnesse. Negli ultimi anni sono stati avviati sul territorio dell'azienda diversi progetti di monitoraggio ambientale e sanitario, volti a comprendere e mitigare i rischi emergenti. Tra queste attività si possono citare il monitoraggio degli effetti avversi delle ondate di calore sulla salute dei lavoratori, la sorveglianza sugli effetti dei campi elettromagnetici e gli studi relativi al rinverdimento urbano. Si tratta di esempi di sanità pubblica orientata ad affrontare le attuali problematiche ambientali e sanitarie, che mostrano come la prevenzione ambientale possa essere integrata in modo utile e coerente nelle politiche locali di tutela della salute.

Da marzo 2024, è attiva sul sito web di ARS una sezione dedicata al tema "Clima e Salute" (<https://www.ars.toscana.it/clima-e-salute.html>), con contributi rivolti a operatori sanitari, amministratori pubblici, associazioni e cittadini. Nella sotto-sezione "Focus Toscana" sono pubblicati i risultati delle analisi epidemiologiche svolte da ARS sui flussi sanitari regionali (mortalità, ospedalizzazioni, pronto soccorso, farmaci, esiti perinatali, ecc.), oltre agli approfondimenti sviluppati nell'ambito di progetti specifici sul nesso tra ambiente, clima e salute.

WORKCLIMATE 2.0

Secondo recenti stime, circa il 30% della popolazione mondiale è attualmente esposta a condizioni di caldo particolarmente critiche per la salute per almeno 20 giorni all'anno, e tale percentuale è destinata ad aumentare nei prossimi anni a causa del cambiamento climatico. I lavoratori, in particolare quelli che svolgono le proprie attività prevalentemente all'aperto, come nel settore agricolo e in quello delle costruzioni, sono tra i soggetti più esposti agli effetti del caldo e, più in generale, a tutti i fenomeni atmosferici estremi.

In questo contesto si inserisce il progetto Workclimate 2.0, promosso dal CNR-IBE e da INAIL, attivo dal 2023, con l'obiettivo di approfondire le conoscenze sull'impatto delle temperature estreme sulla salute dei lavoratori e sulla produttività, anche attraverso l'analisi dei dati sugli infortuni correlati a condizioni termiche critiche nei luoghi di lavoro, e alla stima dei costi sociali ed economici legati allo stress termico. L'AUTC partecipa al progetto tramite la UFC Epidemiologia e il CeRIMP del Dipartimento di Prevenzione, contribuendo alla conduzione dei casi studio ad hoc in aziende selezionate, al monitoraggio degli eventi avversi sul territorio nazionale e alla produzione di evidenze scientifiche e operative. Il progetto prevede, inoltre, lo sviluppo di strumenti previsionali digitali (piattaforma web e web-app) in grado di fornire indicazioni personalizzate sul rischio da caldo e sulle ricadute attese in termini di produttività, oltre alla realizzazione di percorsi formativi rivolti ai diversi attori del mondo del lavoro, nell'ottica di promuovere la prevenzione e l'adattamento al cambiamento climatico nei luoghi di lavoro.

RIQUALIFICAZIONE URBANA ED AREE VERDI

Le ondate di calore rappresentano una delle conseguenze più rilevanti del cambiamento climatico, per l'impatto che hanno su mortalità e morbosità nella popolazione. Nelle aree urbane, tali effetti sono amplificati dal fenomeno dell'isola di calore urbana, che determina temperature significativamente più elevate rispetto alle zone rurali circostanti. Questo fenomeno è legato a diversi fattori: l'estesa presenza di superfici impermeabili, l'assorbimento del calore da parte dei materiali da costruzione, la produzione di calore da attività umane, la limitata circolazione dell'aria, la scarsa vegetazione e il ridotto raffrescamento notturno. I soggetti più esposti sono neonati, anziani, donne in gravidanza, persone con patologie croniche, lavoratori all'aperto, atleti e persone in condizioni socio-economiche svantaggiate. In questo contesto, una delle aree di maggiore interesse riguarda il ruolo della vegetazione urbana nella tutela della salute pubblica. Le aree verdi contribuiscono a mitigare l'effetto isola di calore, migliorano la qualità dell'aria assorbendo inquinanti atmosferici, riducono l'inquinamento acustico e favoriscono l'attività fisica, con effetti benefici su patologie croniche come obesità e malattie cardiovascolari. Inoltre, promuovono il benessere mentale,

contrastano stress, ansia e depressione, e rappresentano un importante elemento di coesione sociale, grazie agli spazi destinati alla socializzazione e alla ricreazione.

A questo proposito, è stato realizzato uno studio sull'area metropolitana di Firenze (inclusi i comuni di Bagno a Ripoli, Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino e Signa), con l'obiettivo di quantificare l'impatto degli spazi verdi urbani sulla mortalità. L'analisi, che ha coinvolto ARS ed Università di Firenze, si è basata sull'indicatore NDVI (Normalized Difference Vegetation Index), ampiamente utilizzato a livello internazionale per misurare la densità del verde. L'indice varia da -1 (assenza di vegetazione) a +1 (copertura vegetale intensa, come boschi e foreste), e consente una valutazione dettagliata dell'esposizione al verde a livello di sezione di censimento.

Secondo le stime prodotte, l'innalzamento medio dell'NDVI a valori pari o superiori a 0,5 nelle aree urbane, potrebbe evitare centinaia di decessi ogni anno. Si tratta di una stima che evidenzia chiaramente il potenziale impatto sanitario positivo di politiche urbanistiche orientate all'espansione delle superfici verdi. Quanto emerso è in linea con lo studio di Giannico et al. (2024) che mette in evidenza come l'aumento della vegetazione al livello già raggiunto dal 25% della popolazione italiana potrebbe prevenire oltre 28.000 decessi l'anno e quasi 280.000 anni di vita persi.

Questi dati evidenziano come le politiche urbanistiche possano avere un impatto diretto sulla salute pubblica. Le istituzioni sanitarie possono svolgere un ruolo attivo nel sostenere interventi di rinverdimento urbano, collaborando con gli enti locali per orientare la pianificazione verso soluzioni che riducano i rischi ambientali e favoriscano il benessere della popolazione.

CAMPI ELETTROMAGNETICI

Il Progetto regionale "Campi elettromagnetici e Salute", approvato nel 2024, richiede l'attivazione di un sistema di studio e monitoraggio degli impatti su ambiente e salute del progetto di potenziamento delle infrastrutture di rete a banda larga, compresa la rete mobile e il 5G, con l'innalzamento dei limiti normativi da 6 V/m a 15 V/m. Il sistema, affidato ad ARPAT (monitoraggio ambientale) e ARS (valutazioni epidemiologiche), mira a stimare l'esposizione e a valutarne l'evoluzione nel tempo, con attenzione ai gruppi di popolazione più vulnerabili. Lo studio include anche l'analisi dei possibili effetti su salute riproduttiva e tumori infantili.

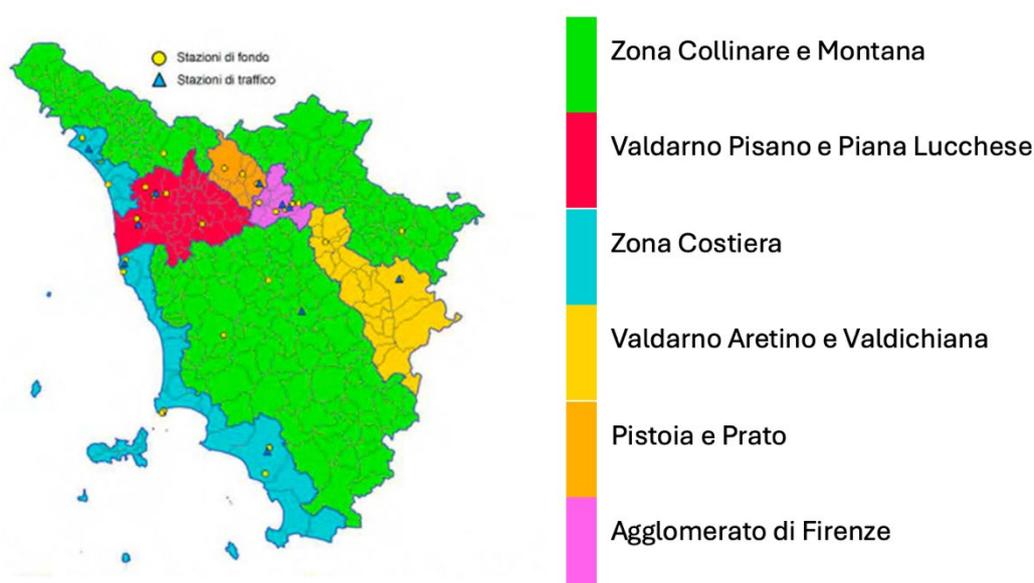
2.2 QUALITÀ DELL'ARIA

Secondo i dati del *Global Burden of Disease Study 2021*, in Italia l'inquinamento da particolato fine (PM_{2.5}) è responsabile di circa il 4% dei decessi totali e del 3% degli anni di vita persi per morte prematura, malattia e disabilità (Disability-Adjusted Life Years, DALYs). Alcune sostanze inquinanti sono note per causare irritazioni acute o croniche a carico delle vie respiratorie, mentre altre sono state associate all'insorgenza di patologie neoplastiche. Inoltre, la presenza di particolato e di sostanze irritanti può compromettere l'equilibrio degli ecosistemi, contribuendo a fenomeni complessi come quello delle piogge acide.

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 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.

In Toscana ARPAT (Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana) controlla sistematicamente la qualità dell'aria attraverso 37 centraline distribuite sul territorio (Figura 1). Le centraline vengono classificate in base alla tipologia di rilevamento effettuato e in base alla collocazione (Tabella 1).

Figura 1. Zone di monitoraggio sul territorio toscano (ARPAT).



Solo 13 delle 37 centraline si trovano sul territorio dell’Azienda USL Toscana Centro, 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).

Tabella 1. Classificazione delle centraline

Tipologia di rilevamento	
Fondo	Rileva l’inquinamento “di fondo” dell’area, ovvero quello diffuso e rappresentativo
Traffico	Posta vicino a strade trafficate; rileva l’impatto diretto del traffico
Industriale	Vicina a impianti produttivi; rileva l’inquinamento da attività industriali
Collocazione	
Urbana	In pieno centro abitato, in aree densamente popolate
Suburbana	In zone residenziali ai margini dei centri urbani
Rurale	In aree agricole, forestali o poco abitate

Negli ultimi anni, i valori di riferimento per gli inquinanti atmosferici sono stati oggetto di importanti aggiornamenti. Nel 2021, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato nuove linee guida, abbassando significativamente i limiti raccomandati per sostanze come PM₁₀, PM_{2,5} e NO₂, sulla base di nuove evidenze scientifiche sugli effetti sulla salute. A livello normativo, l’Unione Europea ha approvato la Direttiva (UE) 2024/2881, definendo limiti più stringenti e più vicini a quelli proposti dall’OMS, da introdurre entro il 2030, con l’obiettivo “inquinamento zero” da raggiungere entro il 2050. Al momento in Italia restano in vigore i limiti stabiliti dal D.Lgs. 155/2010, basati sulle precedenti direttive europee, ma molte regioni, fra cui la Toscana, hanno già avviato percorsi di aggiornamento dei propri piani per la qualità dell’aria, prevedendo l’adeguamento progressivo dei valori limite di emissione.

PM10

Indica la frazione di particelle con diametro inferiore a 10 µm. Proviene principalmente dal traffico, dal riscaldamento e dalle attività industriali. Penetra facilmente nelle vie respiratorie superiori (dal naso alla laringe) e può causare problemi respiratori.

	Limite attuale (D.Lgs. 155/2010)	Valore OMS 2021	Direttiva UE 2024/2881 (entro 2030)
Media giornaliera	50 µg/m ³	45 µg/m ³	45 µg/m ³
Max superamenti media giornaliera (50 µg/m³)	35 giorni/anno	3 giorni/anno	18 giorni/anno
Media annuale	40 µg/m ³	15 µg/m ³	20 µg/m ³

Nel 2024, la qualità dell'aria in Toscana rispetto al particolato PM₁₀ ha mostrato un leggero peggioramento rispetto all'anno precedente, con un lieve aumento della media regionale annuale (passata da 21 a 21,7 µg/m³) e un incremento del numero di superamenti giornalieri in alcune aree urbane. In dettaglio:

- Tutte le stazioni del territorio della AUTC hanno comunque rispettato sia il valore limite annuale di 40 µg/m³, sia il numero massimo di 35 superamenti annui della media giornaliera di 50 µg/m³, mantenendosi nei limiti previsti dalla normativa vigente (D.Lgs. 155/2010).
- Dal confronto con il biennio precedente emerge che, pur nel rispetto dei limiti normativi, il numero di superamenti della soglia giornaliera di 50 µg/m³ è aumentato nel 2024 in alcune aree del territorio della AUTC. In particolare, si registra un incremento presso le stazioni localizzate nell'agglomerato di Firenze e nella zona Pratese-Pistoiese (FI-Gramsci, FI-Mosse, PO-Roma e PT-Montale), confermando una maggiore pressione da PM₁₀ nelle aree urbanizzate a più alta densità e traffico veicolare. Queste stazioni, pur restando al di sotto della soglia dei 35 superamenti annui, mostrano un trend in lieve rialzo rispetto al 2023. L'unica stazione regionale in cui, nel 2024, per il settimo anno consecutivo è stato superato il limite di 35 superamenti è quella di LU-Capannori, situata nel territorio della Azienda USL Toscana Nord-Ovest.
- La media regionale annuale è stata pari a 21,7 µg/m³, con valori medi compresi tra i 18 e i 29 µg/m³ a seconda della zona e della tipologia di stazione. La media annuale più elevata nel 2024 è stata registrata presso la stazione di traffico FI-Gramsci con 29 µg/m³, sostanzialmente in linea a quella rilevata nel 2023. Tuttavia, nessuna stazione ha raggiunto il valore guida dell'OMS di 15 µg/m³, e si osservano situazioni locali, come nel nodo Firenze-Prato-Pistoia, in cui i livelli di particolato sono in lieve risalita. Questo divario evidenzia

come, pur nel rispetto delle norme in vigore, esista ancora una significativa esposizione della popolazione a livelli di particolato associati a rischi sanitari, in particolare nelle aree urbane a maggiore densità di traffico.

PM_{2,5}

Indica la frazione di particelle con diametro inferiore a 2,5 µm. Rispetto al PM₁₀, il diametro più ridotto consente di raggiungere i bronchi, gli alveoli polmonari e, potenzialmente, il circolo sanguigno. Può causare disturbi respiratori e cardiovascolari, sia acuti che cronici.

	Limite attuale (D.Lgs. 155/2010)	Valore OMS 2021	Direttiva UE 2024/2881 (entro 2030)
Media annuale	25 µg/m ³	5 µg/m ³	10 µg/m ³

Anche nel 2024, in tutte le stazioni della Toscana, è **stato rispettato il valore limite** normativo stabilito dal D.Lgs. 155/2010, pari a 25 µg/m³ di media annuale, come accade stabilmente dall'inizio del monitoraggio di questo parametro. La media regionale si è mantenuta invariata rispetto al 2023, attestandosi a 13 µg/m³; la media più elevata è stata registrata ancora una volta presso la stazione di LU-Capannori (19 µg/m³). Tuttavia, tutte le stazioni dell'agglomerato fiorentino, nonché quelle delle zone di Prato e Pistoia, hanno riportato valori superiori alla soglia raccomandata dall'OMS, fissata a 5 µg/m³. Tale superamento riguarda, in misura variabile, anche tutte le altre stazioni regionali attive sul PM_{2,5}, comprese le stazioni di fondo della zona costiera.

BIOSSIDO DI AZOTO (NO₂)

Il biossido di azoto deriva principalmente da processi di combustione, come il riscaldamento e il traffico. È un gas irritante per l'apparato respiratorio e contribuisce alla formazione dello smog fotochimico e delle piogge acide.

	Limite attuale (D.Lgs. 155/2010)	Valore OMS 2021	Direttiva UE 2024/2881 (entro 2030)
Media annuale	40 µg/m ³	10 µg/m ³	20 µg/m ³
Media oraria (max 18 superamenti)	200 µg/m ³ (max 18 superamenti /anno)	-	200 µg/m ³ (max 3 superamenti anno)

Rispetto al biossido di azoto, nel 2024 si conferma il trend decrescente già osservato negli ultimi anni, con un rientro nei limiti normativi su tutto il territorio regionale. Per la prima volta dall'inizio del monitoraggio, nessuna stazione della Toscana ha superato il valore limite annuale di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$, stabilito dal D.Lgs. 155/2010, compresa la stazione di traffico FI-Gramsci, che ha registrato una media annuale di $37 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (contro i $41 \mu\text{g}/\text{m}^3$ del 2023). Anche il limite orario (massimo 18 superamenti della soglia di $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$) è stato rispettato in tutte le stazioni. Tuttavia, rispetto alla soglia più cautelativa raccomandata dalle linee guida OMS 2021, pari a $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$, si confermano superamenti diffusi su tutte le stazioni dell'AUTC, con la sola eccezione della stazione di fondo FI-Settignano. Le stazioni di traffico, in particolare, registrano valori medi annuali più che doppi rispetto alle stazioni di fondo, con una media complessiva di $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$ contro $12 \mu\text{g}/\text{m}^3$, evidenziando il contributo predominante delle emissioni da traffico veicolare.

OZONO (O₃)

Si forma in presenza di forte irradiazione solare. Le concentrazioni più elevate si registrano nelle aree lontane dai centri abitati, dove la presenza di altre sostanze inquinanti è minore. È fortemente irritante per le mucose e potenzialmente pericoloso per i soggetti fragili. È inoltre fitotossico.

Parametro	Limite attuale (D.Lgs. 155/2010) e normativa Direttiva UE 2024/2881 - max 25 superamenti	Valore OMS 2021 – non ammessi superamenti
Media mobile 8h	$120 \mu\text{g}/\text{m}^3$	$100 \mu\text{g}/\text{m}^3$

L'ozono si conferma una **criticità significativa** nel territorio della AUTC, come più in generale in tutta la regione. Nel 2024, nonostante una leggera diminuzione delle concentrazioni medie rispetto agli anni precedenti, il valore obiettivo per la protezione della salute umana (massimo 25 superamenti, come media triennale, della media mobile su 8 ore superiore a $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$) è stato superato in tre delle quattro stazioni di monitoraggio dell'AUTC: FI-Signa, FI-Settignano e PT-Montale. Solo la stazione di PI-Santa Croce ha rispettato il limite normativo. Il superamento risulta ancora più marcato se si considera il valore guida OMS, che raccomanda nessun superamento annuo della soglia di $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (media mobile su 8 ore): tutte le stazioni regionali hanno superato questa soglia.

ALTRI INQUINANTI

Benzene	Sostanza volatile e incolore, proviene principalmente dal traffico, in particolare dai veicoli a benzina. È monitorato in quanto noto cancerogeno, con forte associazione all'insorgenza di leucemie acute e croniche.
CO (Monossido di carbonio)	Gas incolore e inodore, si forma principalmente dalla combustione incompleta di carburanti fossili, soprattutto nei motori a benzina. È pericoloso perché si lega all'emoglobina, ostacolando il trasporto di ossigeno nel sangue
SO₂ (Biossido di zolfo)	Gas irritante di origine prevalentemente industriale e da combustione di combustibili contenenti zolfo. È monitorato per i suoi effetti respiratori e perché contribuisce alla formazione di piogge acide.
H₂S (Idrogeno solforato)	Si origina da processi naturali e da lavorazioni industriali. Ha un caratteristico odore di uova marce, percepibile anche a bassa concentrazione. È irritante per le mucose e tossico per la fauna acquatica.
IPA (Idrocarburi Policiclici Aromatici)	Provengono principalmente dalla combustione incompleta (motori diesel e benzina). Sono monitorati perché cancerogeni e mutageni.
Metalli pesanti (As, Cd, Ni, Pb)	Derivano da industrie, inceneritori e processi di combustione. Si controllano perché tossici e potenzialmente cancerogeni.

Per quanto riguarda gli inquinanti non precedentemente citati, i dati 2023 (ultimi aggiornamenti disponibili) confermano quanto già osservato negli anni precedenti.

In tutte le stazioni di monitoraggio della Toscana, i valori di monossido di carbonio (CO) e biossido di zolfo (SO₂) sono risultati ampiamente al di sotto sia dei limiti normativi stabiliti dal D.Lgs. 155/2010, sia dei valori guida per la salute raccomandati dall'OMS.

Per quanto riguarda l'idrogeno solforato (H₂S), in assenza di un valore limite normativo, si fa riferimento al valore guida OMS di 150 µg/m³ come media giornaliera. Anche nel 2023, presso la stazione di monitoraggio di PI-Santa Croce (l'unica attiva sul territorio dell'AUTC) i valori sono rimasti nettamente inferiori a tale soglia, con una massima media giornaliera pari a 11 µg/m³, confermando una situazione sotto controllo, sebbene con periodi di disagio olfattivo documentati.

Anche i valori di benzene sono stati inferiori al valore limite di legge (5 µg/m³ come media annuale, Allegato XI del D.Lgs. 155/2010). Tuttavia, rispetto al più stringente valore guida OMS di 1,7 µg/m³, solo le stazioni di fondo urbano di FI-Bassi e PO-Roma hanno fatto registrare valori inferiori. La stazione di traffico FI-Gramsci, invece, ha mantenuto valori costantemente

superiori alla soglia OMS, con una media annua di $2,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nel 2023, in linea con gli anni precedenti.

Rispetto alle campagne di monitoraggio del benzo(a)pirene, anche nel 2023 i valori registrati in tutte le stazioni della Toscana sono risultati inferiori al valore obiettivo normativo di $1 \text{ ng}/\text{m}^3$, come stabilito dal D.Lgs. 155/2010. Tuttavia, in riferimento al più cautelativo valore guida dell'OMS, pari a $0,12 \text{ ng}/\text{m}^3$, si conferma una diffusa eccedenza, soprattutto nelle stazioni dell'entroterra. Le uniche eccezioni sono rappresentate dalle stazioni situate lungo la fascia costiera, dove i valori si sono mantenuti inferiori anche alla soglia raccomandata dall'OMS per la tutela della salute.

Per quanto riguarda i metalli pesanti arsenico, cadmio e nichel, nelle stazioni in cui viene effettuato il monitoraggio, anche nel 2023 tutti i valori rilevati sono risultati ampiamente entro i valori obiettivo stabiliti dalla normativa vigente (D.Lgs. 155/2010). Lo stesso vale per il piombo, i cui livelli restano largamente inferiori al valore limite annuale di $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$, sebbene si confermi un lieve aumento nella stazione di PO-Roma, in linea con quanto già osservato negli anni precedenti.

2.3 QUALITÀ DELLE ACQUE

A settembre 2024 ARPAT ha pubblicato il rapporto sul monitoraggio ambientale dei corpi idrici superficiali (fiumi, laghi, acque di transizione) relativamente all'anno 2023. 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 2023 sono provvisori, in quanto il quadro definitivo della qualità ecologica e chimica della Toscana richiederà l'analisi dei dati raccolti fino a fine 2024. A fine capitolo, è presente un paragrafo relativo ai primi dati disponibili sul triennio 2022-2024.

BACINI IDRICI MONITORATI

Le acque superficiali sono tutte le acque, correnti o stagnanti, individuate dalla Direttiva Europea 2000/60/CE (Water Frame Directive). Le varie tipologie di acque superficiali sono classificate come:

- Fiumi e torrenti: corpi idrici che scorrono prevalentemente in superficie ma che possono essere parzialmente sotterranei. Rappresentano la componente prevalente della rete di monitoraggio regionale e costituiscono ecosistemi dinamici, in cui si applica una valutazione basata su un ampio set di indicatori e chimici.
- Laghi o invasi: corpo idrico superficiale interno con acque ferme. Sono classificati come corpi idrici lentic, rispondono più lentamente alle pressioni ambientali e sono soggetti a un

monitoraggio differenziato, che tiene conto della stratificazione e della variazione stagionale.

- Acque di transizione: corpo idrico superficiale in prossimità della foce del fiume, che ha una salinità prossima a quella delle acque costiere, ma è sostanzialmente influenzata da flussi di acqua dolce; richiedono criteri specifici di valutazione.

Le acque sotterranee sono tutte le acque presenti al di sotto della superficie del suolo. Non sono oggetto di classificazione ecologica e, a differenza dei corpi idrici superficiali, non rientrano nel monitoraggio triennale ordinario: la loro valutazione si concentra esclusivamente sullo stato chimico. Queste acque rivestono un ruolo strategico per l'approvvigionamento idropotabile e per l'uso agricolo, e il monitoraggio è finalizzato a individuare eventuali superamenti dei valori soglia normativi per sostanze contaminanti.

QUALITÀ DEI FIUMI

Stato ecologico

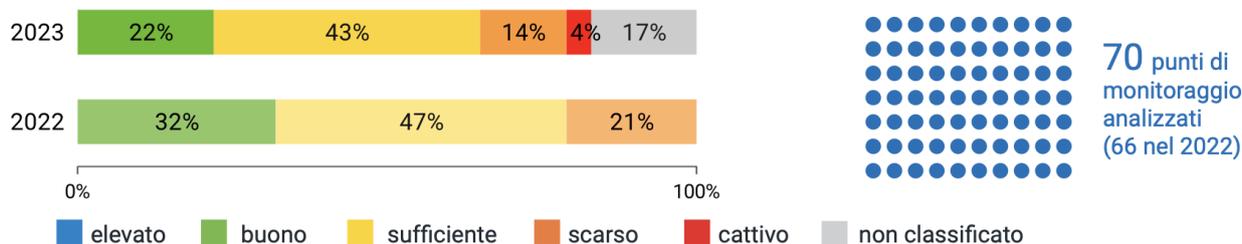
Lo stato ecologico dei fiumi è valutato in base a vari indicatori biologici e chimici, in cui ritroviamo le comunità di macroinvertebrati, macrofite, diatomee, nutrienti, livelli di ossigeno e concentrazioni di sostanze pericolose.

Lo stato ecologico viene attribuito in base al criterio del "peggiore indicatore", ovvero è determinato dal peggior risultato tra gli indici biologici e chimici disponibili (es. Se un solo parametro scende a "sufficiente", anche lo stato complessivo lo sarà).

La frequenza con cui sono programmati i campionamenti di macroinvertebrati, macrofite e diatomee è distribuita su tre anni, per cui ogni anno, dal punto di vista biologico, viene controllato circa un terzo del totale punti di monitoraggio.

Nel 2023 nessun punto monitorato in Toscana risulta di qualità elevata. La maggior parte dei corsi d'acqua è in classe "sufficiente", e il dato risulta in peggioramento rispetto a quanto osservato nel 2022 (Figura 2). Si tratta di un dato non tranquillizzante, per quanto vada tenuto presente che si tratta di classificazione parziale, in quanto il quadro complessivo del triennio si concluderà a fine 2024. Dalle analisi, i bioindicatori più sensibili sono i macroinvertebrati e le macrofite.

Figura 2. Stato ecologico - anno 2023, confronto con 2022. Fonte: Annuario dati ambientali Toscana 2024.



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 2023, lo stato chimico dei fiumi in Toscana risulta buono nel 62% dei punti monitorati, mentre nel 38% dei casi è classificato come non buono (Figura 3). Tra i parametri più frequentemente responsabili del mancato raggiungimento dello stato buono figurano il mercurio, l'acido perfluorottansolfonico (PFOS) e, in modo crescente, il glifosato e il suo metabolita AMPA, rilevati con frequenza crescente in diversi tratti fluviali.

Figura 3. Stato chimico - anno 2023, confronto con 2022. Fonte: Annuario ARPAT dati ambientali Toscana 2024.



FIUMI – DETTAGLI PER PROVINCIA

I dati più recenti disponibili, aggregati per bacino idrico, derivano dagli annuari provinciali 2023, pubblicati sul sito ARPAT a giugno 2024. I dati fanno riferimento all'anno 2022, primo del nuovo triennio 2022-2024 e vanno intesi come parziali. Va inoltre considerato che, a causa della rotazione triennale dei punti di monitoraggio, non tutti i corpi idrici sono stati analizzati, e in alcuni casi i dati 2022 risultano parziali o limitati a specifici indicatori (ecologici o chimici). In dettaglio:

- Nel 2022, i principali corsi d'acqua della provincia di Firenze hanno mostrato condizioni ambientali differenziate. Il fiume Arno ha mantenuto uno stato ecologico scarso lungo tutto il tratto monitorato, mentre lo stato chimico risulta buono solo in alcuni tratti (fiorentino e Valdarno superiore). Il torrente Sieve, principale affluente dell'Arno, si conferma in buono stato sia ecologico che chimico. Al contrario, il fiume Bisenzio (tratto di Signa) mostra criticità con stato ecologico scarso e chimico non buono. Anche il Terzolle e l'Elsa, pur non monitorati dal punto di vista ecologico, presentano uno stato chimico non buono.
- Nel 2022, nella provincia di Prato, il tratto Monte del Bisenzio ha mostrato uno stato ecologico sufficiente e chimico buono. Il tratto Medio del Bisenzio ha mantenuto uno stato ecologico scarso e chimico non buono. Lo stato chimico non buono è stato rilevato anche per l'Ombrone.
- Nel 2022, tra i fiumi della provincia di Pistoia, Nievole Monte, Nievole Valle e Sestaione presentano stato ecologico e chimico prevalentemente buono. Brana, Ombrone Pistoiese Medio e Pescia di Collodi hanno uno stato chimico non buono.

Per ulteriori dettagli e informazioni specifiche sui singoli corpi idrici, è possibile consultare gli annuari provinciali pubblicati periodicamente sul sito di ARPAT.

QUALITÀ DI LAGHI E INVASI

Nel 2023, sono stati monitorati 26 corpi idrici lacustri (laghi naturali e invasi artificiali) della Toscana. Di questi 26, 10 sono collocati nel territorio dell'AUTC, così distribuiti:

- 6 nella provincia di Firenze (Bilancino, Diga Migliorini, Calvanella, Mignetto, Fabbrica 1, Chiostrini);
- 3 nella provincia di Pistoia (Giudea, Due Forre, Falchereto);
- 1 nella provincia di Prato (Montachello).

Anche in questo caso, il rapporto evidenzia che la classificazione è provvisoria, trattandosi del secondo anno del ciclo triennale 2022–2024, e che in molti casi è stata applicata con

confidenza limitata per assenza di altri bioindicatori. Nei corpi idrici lacustri lo stato ecologico viene calcolato usando un numero di indicatori ridotti.

Secondo quanto riportato da ARPAT, tutti i laghi e invasi monitorati hanno ottenuto uno stato ecologico sufficiente, ad eccezione del lago di Chiusi (SI), che è stato classificato in stato “scarso” a causa dell’indice IPAM sulla componente fitoplanctonica.

Per quanto riguarda lo stato chimico, il giudizio “buono” è stato attribuito all’80% dei punti monitorati, mentre nel 15% dei casi è stato riscontrato uno stato chimico “non buono”, in particolare a causa della presenza di sostanze come PFOS, nichel, mercurio e benzo[a]pirene. Il restante 5% non è stato classificato per dati insufficienti.

Tra i laghi e invasi ricadenti nel territorio dell’AUTC, particolare rilievo assume l’invaso di Bilancino, situato nel comune di Barberino di Mugello, principale riserva idrica dell’area fiorentina e regolarmente monitorato da ARPAT per lo stato ecologico e chimico. Nel 2023, secondo i dati del monitoraggio ambientale di ARPAT, l’invaso di Bilancino ha ottenuto uno stato ecologico “sufficiente”, attribuito sulla base del livello trofico e dei parametri fitoplanctonici. Lo stato chimico risulta “buono”, senza superamenti degli standard di qualità ambientale per le sostanze pericolose prioritarie. I risultati relativi agli altri corpi idrici lacustri dell’AUTC non segnalano criticità rilevanti dal punto di vista chimico, ma, come gli altri, evidenziano una condizione ecologica mediamente compromessa.

QUALITÀ DELLE ACQUE SOTTERRANEE

L’indicatore rappresenta lo stato chimico dei complessi idrogeologici presenti in toscana, determinato da condizioni naturali e/o pressioni antropiche. Lo stato chimico prevede 3 livelli di qualità: “buono”, “buono con fondo naturale” e “scarso”.

Lo stato “scarso” riguarda il 43% delle 233 stazioni analizzate nel 2023 e si concentra in maggioranza nelle depressioni più antropizzate. Lo stato “buono con fondo naturale” rappresenta il 18% delle stazioni, secondo una realtà ricca di emergenze termali e minerarie diffuse in Toscana. Lo stato “buono”, infine, esente da contaminazione antropica e con

generale buona qualità delle acque, comprende il restante 39%. Il trend delle classificazioni mostra un 2023 nel complesso stazionario rispetto al 2022 (Figura 4 e Figura 5).

Figura 4. Distribuzione e qualità delle acque sotterranee in Toscana, dati anno 2023. Fonte: Annuario dati ambientali Toscana 2024.

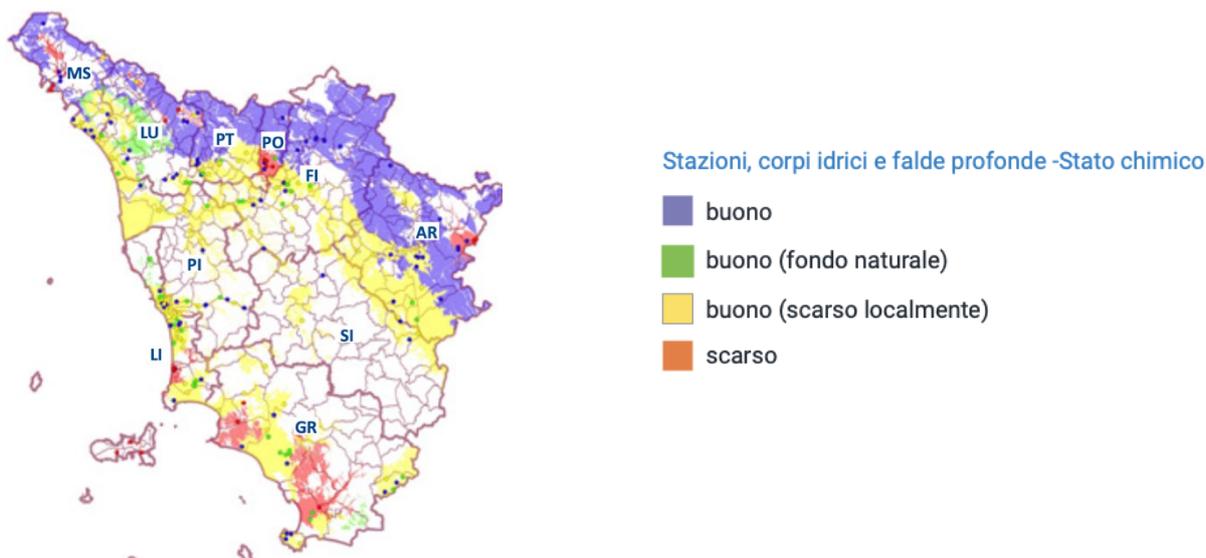
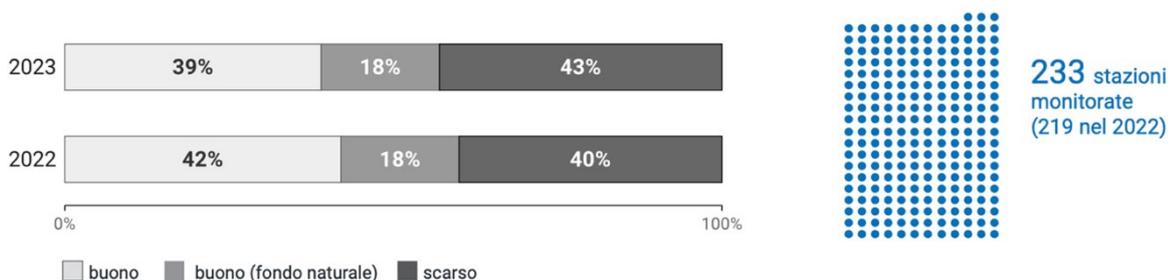


Figura 5. Acque sotterranee - anno 2023, confronto con 2022. Fonte: Annuario dati ambientali Toscana 2024.



In generale, negli ultimi venti anni (trend 2002-2023) si evidenzia una diminuzione dei corpi idrici con stato chimico "buono" e, al contrario, un aumento di quelli in classe "scarso". Stazionari quelli in classe "buono-scarso localmente".

Nel 2022 (ultimi dati disponibili aggregati per provincia), lo stato chimico delle acque sotterranee nelle province di Firenze, Prato e Pistoia è risultato generalmente buono, con alcune criticità locali legate alla presenza di metalli, solventi organici e composti clorurati.

Fanno eccezione la piana di Prato, dove lo stato chimico è classificato come scarso a causa di elevate concentrazioni di nitrati e tetracloroetilene-tricloroetilene.

QUALITÀ DELLE ACQUE DESTINATE ALLA POTABILIZZAZIONE

- La classificazione delle acque superficiali destinate alla potabilizzazione si basa su quattro categorie di qualità (A1, A2, A3 e Sub A3), che riflettono il livello di trattamento necessario per renderle idonee al consumo umano.
- Le acque di classe A1, ormai praticamente scomparse in Toscana, sono quelle di qualità migliore e richiedono soltanto trattamenti semplici, come filtrazione e disinfezione.
- La classe A2 include acque con una qualità media, che necessitano di interventi più articolati, come ossidazione e flocculazione.
- Le acque in classe A3 presentano condizioni più critiche e richiedono trattamenti avanzati e complessi.
- Negli ultimi anni si è resa necessaria l'introduzione della classe Sub A3, una categoria peggiorativa rispetto alla A3, introdotta per segnalare situazioni in cui i parametri di qualità, come la temperatura, risultano frequentemente fuori norma.

Nel triennio 2021–2023, su 104 stazioni monitorate da ARPAT, nessuna è risultata in classe A1, il 13% è rientrato in A2, il 52% in A3 e il 35% in Sub A3 (Figure 6 e 7). Questi dati confermano le criticità già evidenziate nel triennio precedente.

Figura 6. Esiti del monitoraggio triennio 2021-2023 delle acque destinate alla produzione di acqua potabile in Toscana, percentuali e categorie. Fonte: Annuario dati ambientali Toscana 2024.

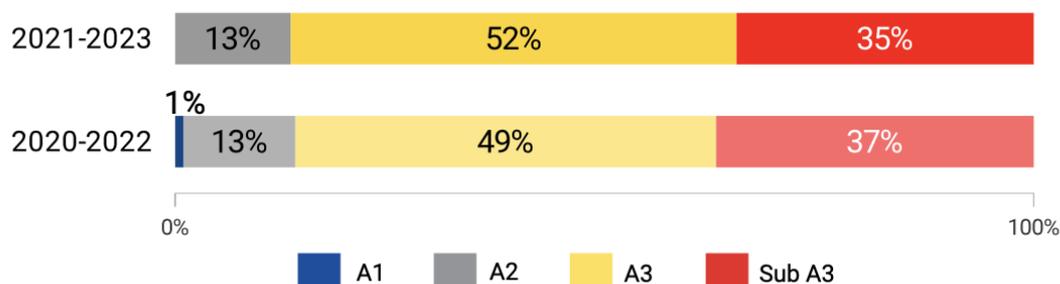
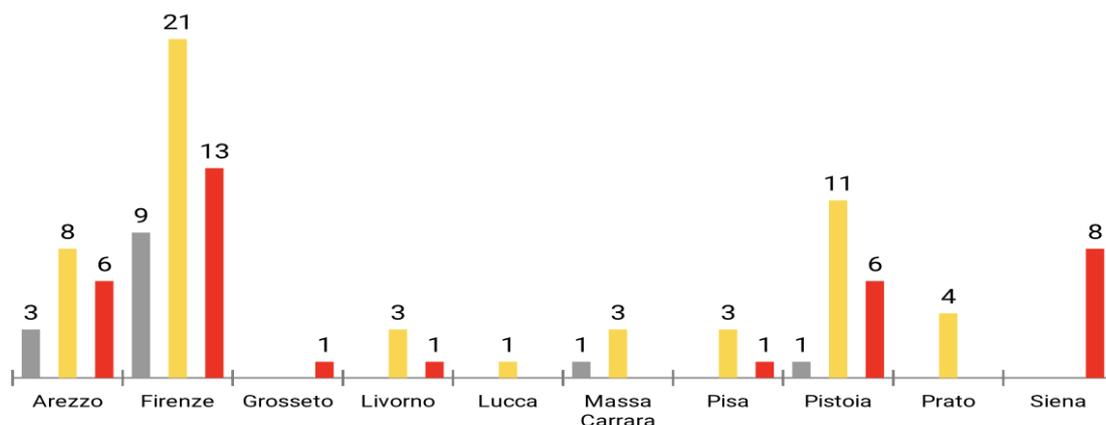


Figura 7. Esiti del monitoraggio delle acque destinate alla produzione di acqua potabile in Toscana, triennio 2021-2023 per provincia. Fonte: Annuario dati ambientali Toscana 2024.



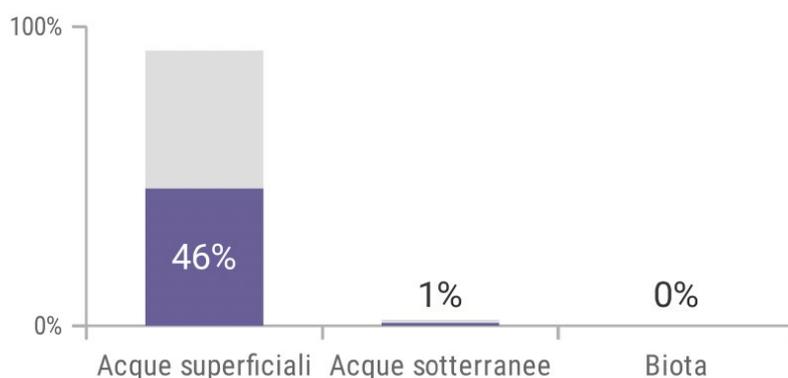
È importante ricordare che queste valutazioni riguardano le acque allo stato grezzo, prelevate da fiumi e invasi, e non si riferiscono all'acqua potabile distribuita alla popolazione, che è sottoposta a controlli specifici di competenza dei Gestori degli impianti di potabilizzazione e delle ASL.

PFAS E DA FITOFARMACI

Le sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) sono composti chimici molto persistenti, utilizzati in numerosi prodotti di uso quotidiano per le loro proprietà impermeabilizzanti e antiaderenti. La loro elevata stabilità li rende difficili da degradare, favorendo l'accumulo nell'ambiente e negli organismi viventi. Proprio per questi motivi, i PFAS sono oggi oggetto di crescente attenzione sanitaria e ambientale, anche alla luce dei potenziali effetti negativi sulla salute umana, legati all'esposizione prolungata attraverso acqua, suolo o alimenti contaminati. Negli ultimi anni, l'Unione Europea ha adottato importanti misure per ridurre l'esposizione ai PFAS e limitarne l'uso. In Toscana, ARPAT conduce regolarmente il monitoraggio della presenza di PFAS nelle acque superficiali, sotterranee e nel biota. Nel 2023, oltre la metà delle stazioni ambientali è stata analizzata per la presenza di PFAS nella matrice acqua, e tutte quelle previste per il biota sono state controllate. I risultati mostrano un superamento degli standard di qualità

ambientale nell'1% delle acque sotterranee e nel 46% delle acque superficiali. Nessun superamento degli standard è stato riscontrato nei campioni di pesce (biota) (Figura 8).

Figura 8. Percentuale di stazioni che hanno superato gli standard di riferimento di qualità ambientale nei livelli di PFAS.



Per quanto riguarda la contaminazione da fitofarmaci, di particolare interesse è il territorio pistoiese, sede di un'intensa attività vivaistica. Nel 2023 ARPAT ha monitorato la presenza di fitofarmaci in 16 stazioni d'acqua superficiale. In 10 di queste stazioni sono stati riscontrati livelli superiori agli Standard di Qualità Ambientale (SQA), in particolare nei corsi d'acqua della piana di Pistoia, Valdinievole e nell'area del Padule di Fucecchio, mentre le zone collinari e montane sono risultate indenni. Tra le sostanze più frequentemente rilevate emergono il glifosato e il suo residuo di degradazione AMPA, presenti rispettivamente nel 75% e nel 95% dei campioni d'acqua superficiale, con un picco record di glifosate pari a 92 µg/L nel Fosso Dogaia Quadrelli, il valore più alto rilevato a livello regionale nel 2023. Analogamente, nel campionamento di 12 pozzi sotterranei, in due casi (uno a Pistoia e uno a Ponte Buggianese) sono stati rinvenuti glifosato e AMPA in concentrazioni significative. Di segno incoraggiante è invece il dato relativo alle acque destinate alla potabilizzazione, tutte in classe A1, con tracce di fitofarmaci in soli circa il 15% dei campioni e valori generalmente bassi.

Questi risultati evidenziano una contaminazione diffusa e significativa dei fitofarmaci nei corpi idrici superficiali pistoiesi, in particolare nelle zone a maggiore vocazione vivaistica, e sottolineano la necessità di promuovere interventi correttivi nelle pratiche agricole locali, mediante l'applicazione delle linee guida nazionali e regionali per la riduzione dell'inquinamento.

QUALITÀ DELLE ACQUE NEL TRIENNIO 2022-2024

Dalle prime analisi relative alla qualità delle acque nel **triennio** 2022-2024 emerge un lieve peggioramento rispetto al periodo 2019-2021. Questo trend sembra legato principalmente a

due fattori: la ripresa delle attività produttive dopo la pandemia e gli effetti del cambiamento climatico. La fase pandemica, infatti, ha comportato una riduzione generalizzata delle attività, influenzando positivamente gli indicatori ambientali del triennio precedente. Al contrario, il periodo successivo ha visto una ripartenza economica e produttiva, con conseguente peggioramento degli indici monitorati. A ciò si aggiungono gli impatti del cambiamento climatico, che condiziona l'andamento delle precipitazioni e la portata dei corsi d'acqua: la siccità può aumentare la concentrazione degli inquinanti in suolo e acque, mentre eventi estremi come le alluvioni possono alterare gli equilibri ambientali consolidati.

In dettaglio:

- In Toscana, solo una minoranza dei fiumi raggiunge la qualità ecologica "buona", con una riduzione di quelli in classe "elevata" e un aumento di quelli in classe "sufficiente". Lo stato chimico mostra un aumento dei corpi idrici "non buoni", influenzati da vari inquinanti, inclusi metalli pesanti e PFOS.
- Lo stato dei corsi d'acqua è così sintetizzabile: stato ecologico: 30% buono, 49% sufficiente, 19% scarso, 2% cattivo. Stato chimico: 55% buono, 45 % non buono (PFOS, mercurio, nichel, benzo(a)pirene, cadmio).
- Per quanto riguarda laghi e invasi, lo stato ecologico risulta generalmente "sufficiente". La qualità chimica è buona nell' 84% dei corpi idrici lacustri e non buona nel 16% per superamento dei valori di mercurio e nichel.
- Per le acque di transizione: lo stato ecologico si mostra "sufficiente", ma lo stato chimico risulta problematico nella maggior parte dei punti.
- Infine, per quanto riguarda le acque sotterranee, emerge che il 35% si trova in stato "scarso", principalmente a causa della scarsità idrica legata al cambiamento del clima e alla presenza di inquinanti specifici come i nitrati.
- I dati confermano inoltre la presenza diffusa di residui di PFAS nelle acque interne superficiali, con una percentuale significativa di stazioni che supera i limiti di quantificazione e gli standard di qualità ambientale. I fitofarmaci rappresentano un'ulteriore problematica, con stazioni che presentano residui e superamenti.

3. STILI DI VITA

Le indagini campionarie periodiche **PASSI** (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), rivolte alla popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni, **PASSI d'Argento**, rivolta alla popolazione anziana, ed **EDIT** (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica Stradale in Toscana), sugli stili di vita degli adolescenti toscani tra i 14 e i 19 anni, consentono di valutare la distribuzione dei comportamenti legati alla salute tra i residenti dell'Azienda USL Toscana Centro, mettendoli a confronto con i dati regionali.

PASSI è un sistema di sorveglianza nazionale che monitora la frequenza e l'evoluzione dei principali fattori di rischio comportamentali e delle misure di prevenzione. Il campione è selezionato casualmente dalle anagrafi sanitarie e le interviste, anonime, sono condotte telefonicamente da operatori ASL appositamente formati. PASSI d'Argento, sistema di sorveglianza nazionale attivo dal 2009, dedicato esclusivamente alla popolazione anziana (65 anni e oltre). L'indagine è condotta con interviste telefoniche da personale delle ASL, su campioni casuali estratti dalle anagrafi sanitarie. PASSI d'Argento raccoglie informazioni su condizioni di salute, autonomia funzionale, stili di vita e supporto sociale. Si riportano di seguito i dati relativi al 2021.

EDIT è invece un sistema di sorveglianza regionale attivo dal 2005 e coordinato dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Con cadenza triennale, coinvolge un ampio campione di studenti delle scuole secondarie di secondo grado (14–19 anni), rappresentativo a livello di ex-ASL. L'indagine esplora numerosi ambiti, tra cui i comportamenti alla guida, l'uso di sostanze, l'attività fisica, e i comportamenti alimentari. I questionari sono somministrati in formato digitale, con registrazione in tempo reale delle risposte. Gli ultimi dati disponibili si riferiscono al 2022. È attualmente in corso la 7ª edizione dell'indagine EDIT, i cui risultati aggiornati saranno disponibili a partire da novembre 2025.

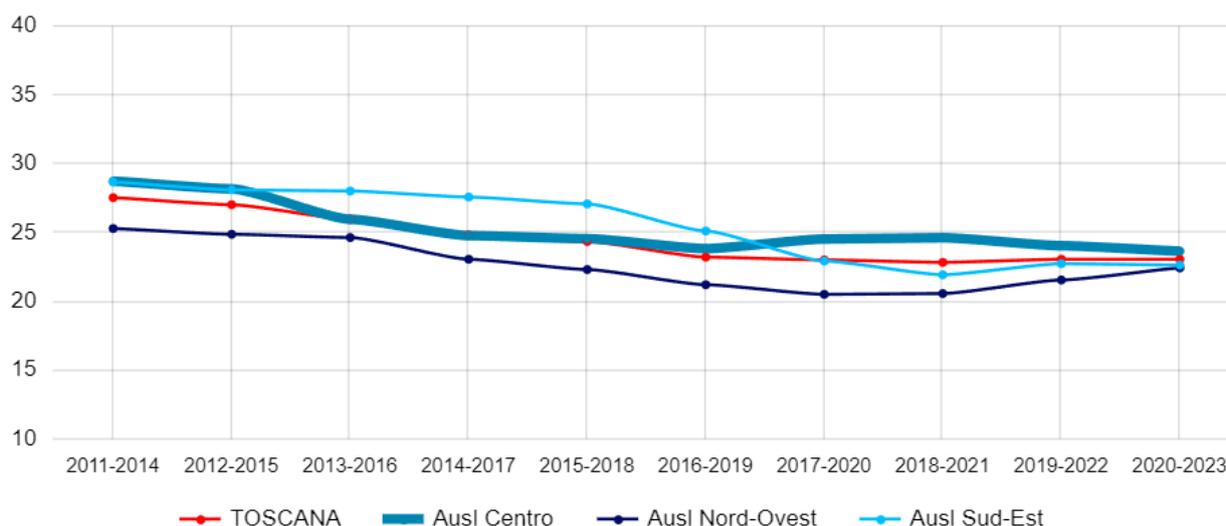
L'Azienda USL Toscana Centro, come tutte le AUSL e AOU della regione, è soggetta al **Sistema di Valutazione della Performance** sviluppato dal **Laboratorio MeS – Scuola Superiore Sant'Anna**, adottato dalla Regione Toscana come strumento istituzionale di governance. Il sistema elabora annualmente indicatori standardizzati su prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera, cronicità, esiti, appropriatezza e qualità percepita, consentendo confronti interaziendali e analisi delle performance mediante rappresentazioni grafiche (bersagli). I risultati supportano la programmazione aziendale, il monitoraggio continuo e la valutazione delle direzioni. Nel presente documento sono riportati anche i dati e gli indicatori elaborati nell'ambito di tale sistema, precisando che i dati riportati per ciascun anno si riferiscono in realtà al biennio mobile comprendente l'anno indicato e quello precedente (es. i dati 2024 si riferiscono al biennio 2023–2024), al fine di garantire una maggiore stabilità delle stime.

3.1 FUMO

La Figura 1 mostra il trend triennale della prevalenza di fumatori nella popolazione adulta (18–69 anni) dal periodo 2011–2014 fino al 2020–2023, confrontando le tre Aziende USL con la media regionale. Si osserva una riduzione significativa del fumo tra gli adulti toscani negli ultimi quindici anni, con convergenza tra le tre Aziende USL nelle stime più recenti. È importante sottolineare che il dato si riferisce esclusivamente ai fumatori di sigaretta tradizionale.

Tra la popolazione adulta maschile si osserva un calo costante della prevalenza di fumatori a partire dal triennio 2018–2021, mentre tra le donne l’andamento risulta sostanzialmente stabile dal triennio 2017–2020.

Figura 1. Percentuale triennale di adulti fumatori (18–69 anni) di sigaretta tradizionale in Toscana e nelle tre Aziende USL, periodi 2011–2014 fino a 2020–2023. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2024.



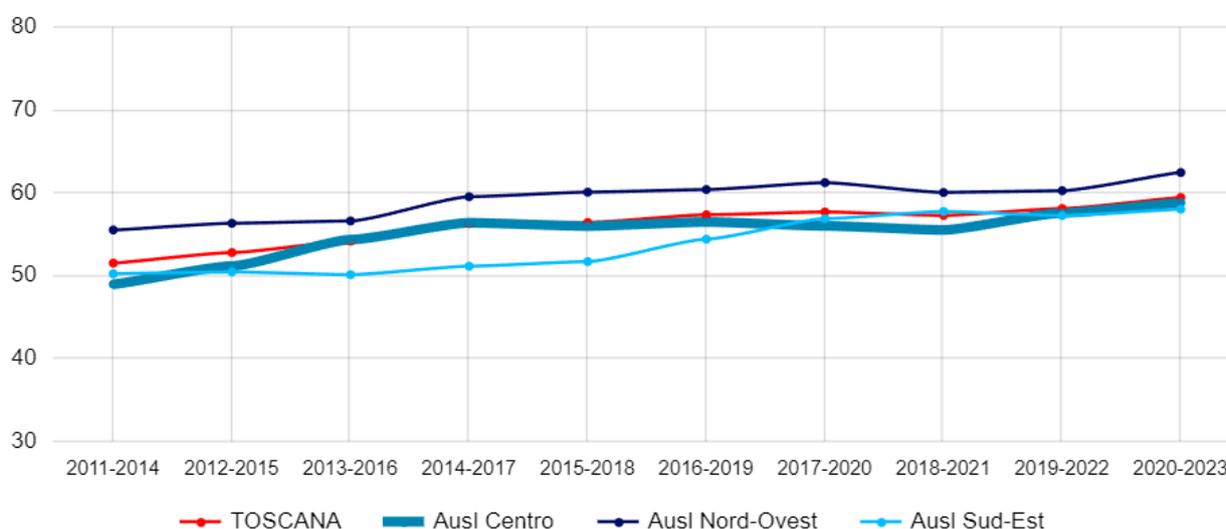
Nel **2024**, la percentuale di fumatori in AUTC è stata pari al 21,9%, in linea con la media regionale (20,5%); con questo valore l’AUTC è rientrata nella fascia di valutazione “ottima” (valori $\leq 24\%$) per questo indicatore, secondo il Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana, sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa¹.

La Figura 2 mostra l’andamento triennale della percentuale di adulti (18–69 anni) che dichiarano di non aver **mai fumato sigarette tradizionali**, nelle tre Aziende USL toscane e nella Regione Toscana, dal periodo 2011–2014 al 2020–2023. Nell’AUTC, la quota di chi non ha mai fumato sigarette è cresciuta costantemente nel tempo: da circa il 49% nel triennio 2011–2014

¹ I dati caricati dal Sistema di Valutazione delle Performance relativi agli stili di vita per l’anno 2024 si riferiscono al biennio 2023-2024.

al 58,9% nel 2020–2023; inizialmente inferiore alla media regionale, a partire dal 2016–2019 la AUTC si allinea alla media regionale, mantenendo un trend positivo. Per il genere maschile nel corso degli anni si è registrata una crescita costante confermata anche per il triennio 2020–2023, mentre il genere femminile ha avuto un andamento oscillatorio, dal triennio 2011–2014 fino al triennio 2014–2017 si è registrata una crescita nella quota di chi non aveva mai fumato, successivamente, fino al triennio 2018–2021, c'è stata una riduzione della quota, che ha iniziato a risalire e anche nel triennio 2020–2023 si conferma in crescita.

Figura 2. Percentuale triennale di adulti (18–69 anni) che dichiarano di non aver mai fumato sigarette tradizionali, in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2011–2023. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2024.



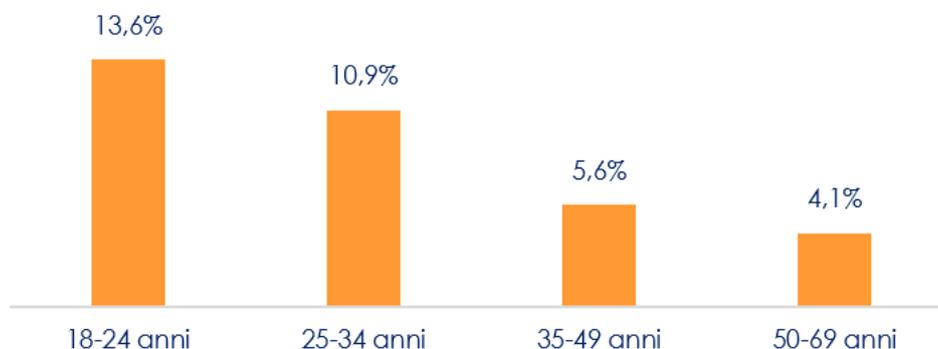
Questo indicatore è un segnale favorevole sul fronte della prevenzione, ma va interpretato tenendo conto del fatto che non include altre forme di consumo di nicotina. Negli ultimi anni, tuttavia, si osserva una crescente diffusione di nuove modalità di consumo di nicotina, come sigarette elettroniche e dispositivi a tabacco riscaldato, non intercettate da questo indicatore (Figura 3).

Figura 3. Trend di utilizzo di sigarette tradizionali, prodotti alternativi (es. sigarette elettroniche, dispositivi a tabacco riscaldato) e policonsumo tra gli adulti (18–69 anni) nella Regione Toscana, anni 2018–2024.
 Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: UFC Igiene Pubblica e Nutrizione Prato.



La capacità di questi prodotti di offrire un'esperienza simile al fumo tradizionale, ma con una percezione di minore danno per la salute, ha contribuito alla loro crescente popolarità. Di conseguenza, la riduzione osservata nel numero di fumatori tradizionali in parte riflette un cambiamento nelle abitudini di consumo più che una reale disassuefazione, e va letta tenendo conto della trasformazione del mercato e dei comportamenti individuali, soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione adulta (Figura 4).

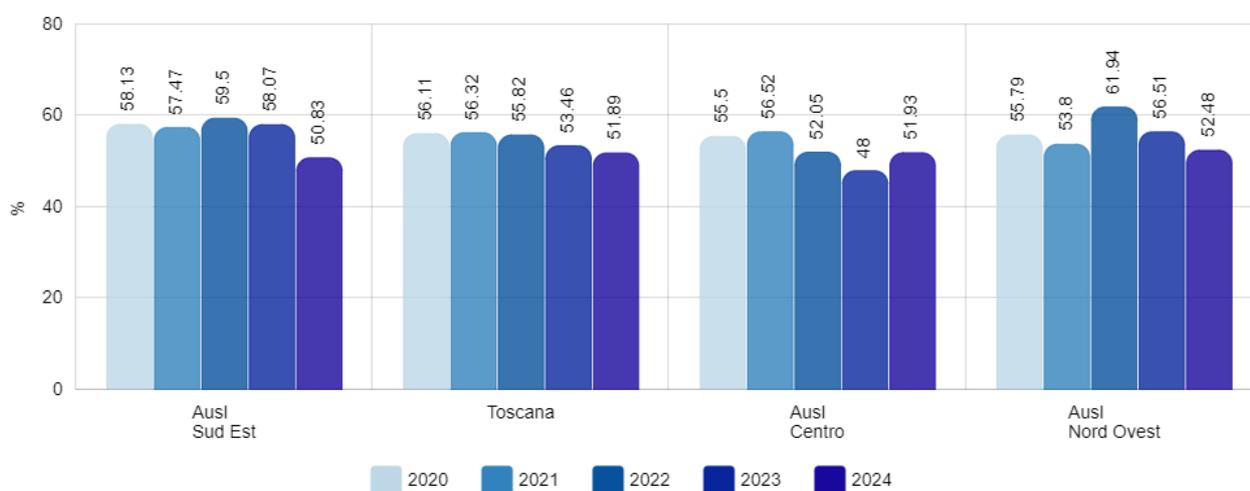
Figura 4. Tasso di utilizzo di prodotti alternativi al fumo di sigaretta (es. sigarette elettroniche, dispositivi a tabacco riscaldato) per classi di età nella popolazione adulta (18–69 anni) residente in Toscana, anni 2023–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: UFC Igiene Pubblica e Nutrizione Prato.



Nel **2024**, poco più della metà dei fumatori della AUTC riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico o altro operatore sanitario, un dato ancora inferiore alla media

regionale (Figura 5). Si tratta di un intervento di prevenzione riconosciuto come semplice, economico ed efficace, ma che negli ultimi anni ha mostrato un’attenzione decrescente: in AUTC si è osservato un calo costante dal 2020 fino al minimo del 2023 (48%), seguito da una parziale ripresa nel 2024, senza però recuperare i livelli iniziali.

Figura 5. Percentuale di fumatori (18–69 anni) che riferiscono di aver ricevuto dal medico o da altro operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare, in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2020–2024.
Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, 2025.



Il fumo di sigaretta riguarda il **6,9% della popolazione anziana** (sono l’8,1% in Toscana). Tra gli over 65, il 25,5% si dichiara ex fumatore, un dato in linea con la media regionale.

Anche i ragazzi di 14-19 anni residenti nell’AUTC sono fumatori regolari in misura maggiore dei loro coetanei toscani (AUTC: 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’AUTC sono meno di quelli Toscani (AUTC: 43,3%; RT: 45,5%). Il 23,3% del campione intervistato nell’AUTC ha dichiarato di essere fumatore regolare di **sigaretta elettronica**, contro il 21,8% del campione Toscano.

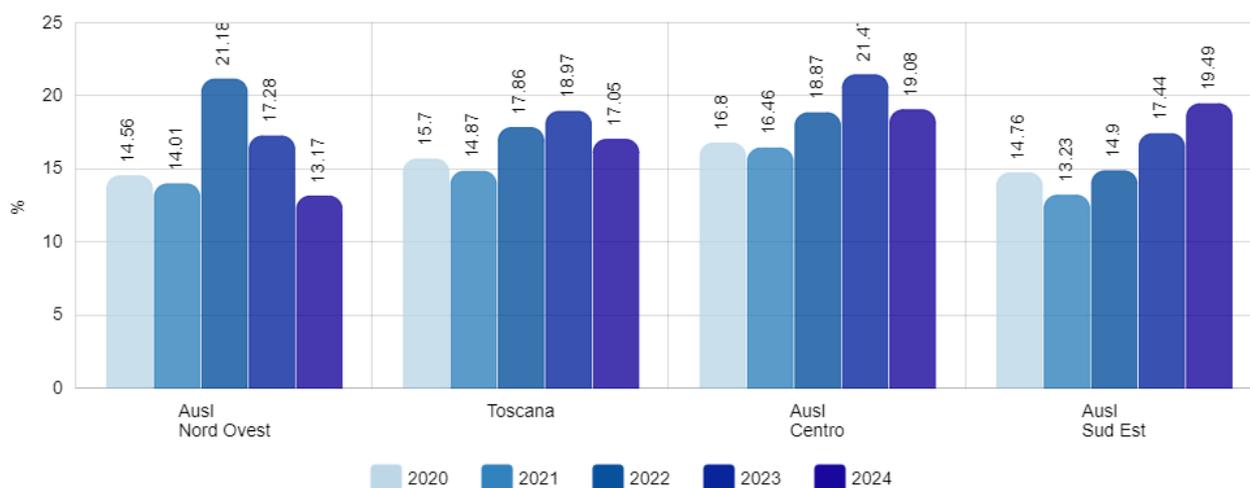
3.2 ALCOL

Nel 2024, la percentuale di adulti che riferiscono un consumo di alcol a maggior rischio nell’AUTC si è attestata al 19,1%, segnando un’interruzione del trend in crescita osservato negli anni precedenti (Figura 6). L’indicatore in questione considera le modalità di assunzione di alcol più dannose per la salute, includendo:

- il consumo abituale elevato [oltre 2 unità alcoliche (UA) giornaliere per gli uomini, oltre 1 per le donne];
- il binge drinking, ossia episodi di consumo eccessivo in un'unica occasione (≥ 4 UA per gli uomini, ≥ 3 UA per le donne negli ultimi 30 giorni);
- il consumo fuori pasto, esclusivo o prevalente.

È sufficiente che sia presente almeno una di queste condizioni perché una persona venga classificata come “consumatore a maggior rischio”. Si tratta quindi di un indicatore composito, utile per identificare i comportamenti più problematici legati all'alcol e orientare le strategie di prevenzione. Il dato rilevato per l'AUTC risulta superiore alla media regionale, che nel 2024 si attesta al 17,0%. Questo conferma la necessità di rafforzare le azioni locali di contrasto al consumo dannoso di alcol.

Figura 6. Percentuale di adulti (18–69 anni) che riferiscono un consumo di alcol a maggior rischio, in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2020–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, 2025.



In relazione al consumo di alcol **nella popolazione anziana**, l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di non superare 1 unità alcolica al giorno (circa un bicchiere di vino). In AUTC, il 19,9% delle persone con più di 64 anni dichiara di superare questa soglia giornaliera.

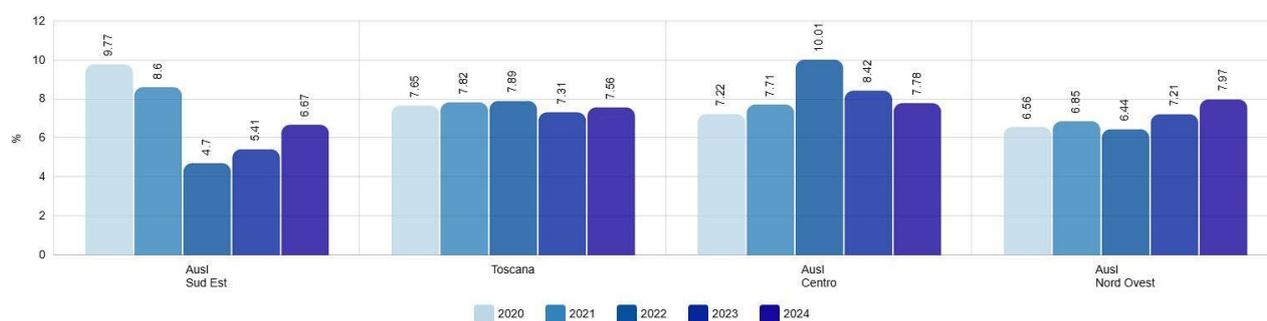
Tra i **ragazzi** di 14-19 anni dell'AUTC, poco più della metà (52,3%) dichiarano di aver avuto almeno una **ubriacatura** nei 12 mesi precedenti l'intervista, in modo del tutto simile a quanto accade ai toscani. Come già registrato da alcuni anni, sono di più le ragazze con questo comportamento (56,9% 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%).

3.3 SOSTANZE PSICOTROPE

Per quanto riguarda **le sostanze psicotrope illegali**, la AUTC è tra le tre Aziende USL 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%).

Nel 2024, nell'AUTC solo il 7,8% dei bevitori a maggior rischio ha dichiarato di aver ricevuto il **consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario**, un valore tuttavia in linea con la media regionale, pari al 7,6% (Figura 7) e classificato nella fascia di valutazione "buona" secondo il Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. Considerando che si tratta di un comportamento ad alto impatto sulla salute e che il consiglio sanitario rappresenta un intervento semplice, ma efficace, esiste ancora un margine di miglioramento per estendere ulteriormente questa pratica.

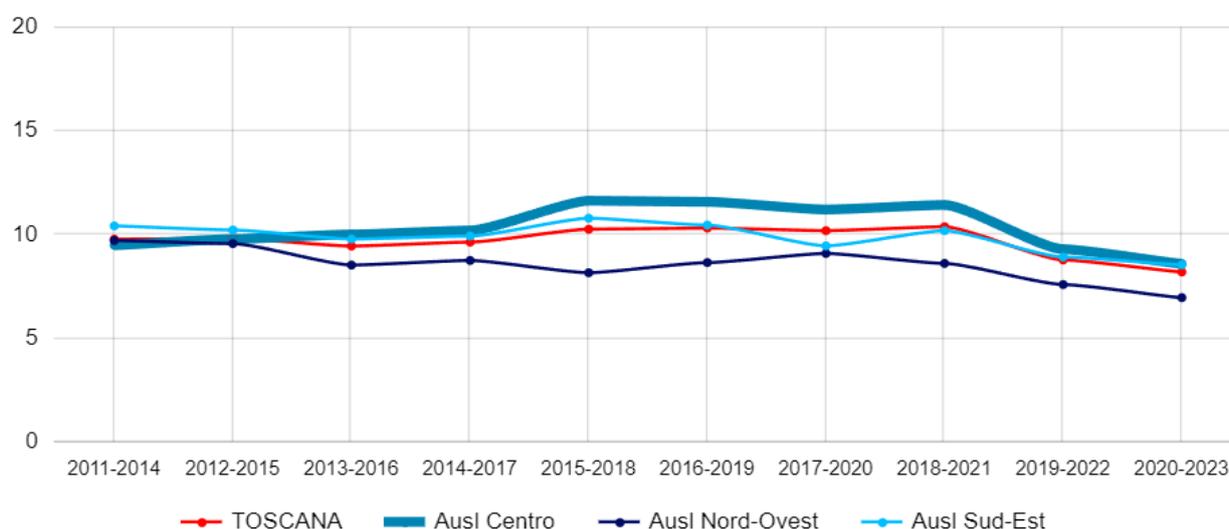
Figura 7. Percentuale di bevitori a maggior rischio (binge drinking o consumo fuori pasto) che riferiscono di aver ricevuto dal medico o da altro operatore sanitario il consiglio di bere meno, nelle tre Aziende USL toscane e nella Regione Toscana, anni 2020–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, 2025.



3.4 CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

La proporzione di adulti che consumano almeno cinque porzioni di **frutta e verdura**, come indicato dalle linee guida per la prevenzione delle malattie croniche, è molto modesta nell'AUTC (8,6%), seppur leggermente superiore alla media regionale (8,2%). I valori risultano migliori tra le donne (10,3%) rispetto agli uomini (6,9%). Nell'AUTC, così come in Toscana, si osserva un trend complessivamente in calo dal 2018 (Figura 8).

Figura 8. Percentuale di adulti (18–69 anni) che consumano più di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2011–2023. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2024.

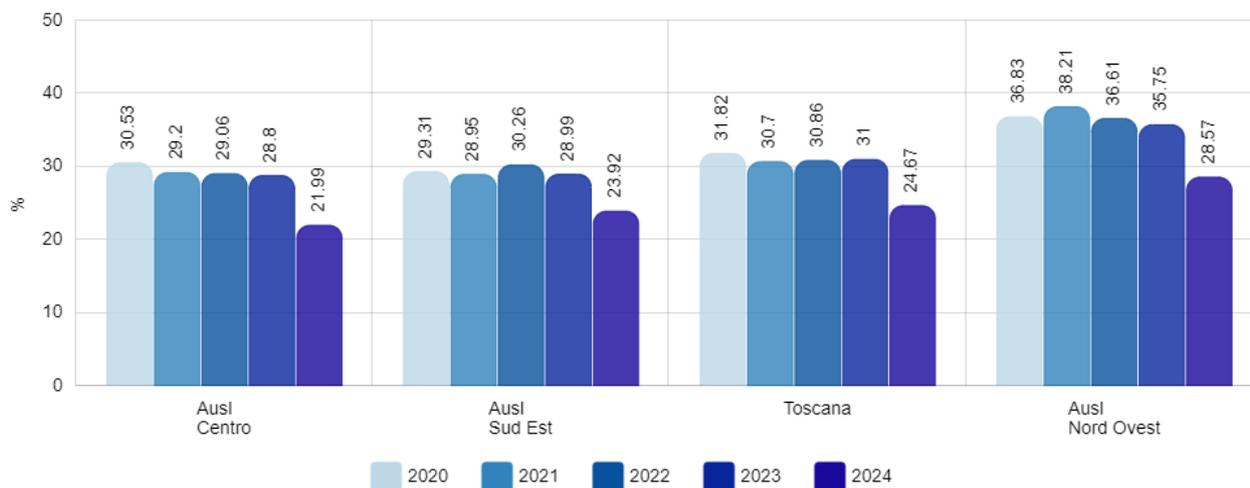


Le abitudini alimentari mostrano ampi margini di miglioramento anche nella **popolazione anziana**, in cui **solo l'8% consuma quotidianamente almeno cinque porzioni di frutta e verdura**, come raccomandato dalle linee guida per la prevenzione delle malattie croniche. Questa abitudine risulta ancora più scarsa tra i ragazzi (AUTC: 2,8%; RT: 3,0%) soprattutto nei maschi rispetto alle femmine.

3.5 SEDENTARIETÀ E ATTIVITÀ FISICA

La **sedentarietà** rappresenta un importante fattore di rischio per numerose patologie croniche, tra cui diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. È definito sedentario chi non svolge un lavoro fisicamente impegnativo e non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero. Nel periodo 2020–2024, la percentuale di sedentari nella popolazione adulta residente dell'AUTC ha mostrato un trend in miglioramento, passando da 30,5% nel 2020 a 22,0% nel 2024 (Figura 9), con le donne tradizionalmente tendenzialmente più sedentarie degli uomini. Il valore del 2024 colloca l'AUTC nella fascia di valutazione "media", secondo il Sistema Valutazione Performance della Sanità Toscana, risultando comunque migliore del valore medio regionale (24,7%).

Figura 9. Percentuale di adulti sedentari (18–69 anni) in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2020–2023.
Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, 2025.



L’attività fisica risulta insufficiente per il 41,3% degli **anziani** intervistati, un dato che evidenzia la necessità di promuovere comportamenti attivi anche in età avanzata.

L’indicatore relativo ai **Programmi di Attività Fisica Adattata (AFA)** – rivolti a persone con bassa e alta disabilità e previsti tra le azioni regionali di sanità di iniziativa per il contrasto alle malattie croniche (DGR 459/2009) – valuta il livello di attivazione dei programmi da parte delle Aziende sanitarie. Sebbene la diffusione risulti ancora limitata, si osserva una tendenza all’aumento. In Toscana, i programmi risultano attivati per il 1,5% della popolazione over 65 con bassa disabilità e per l’1,9% con alta disabilità; nell’AUTC, i valori si attestano in linea rispetto alla media regionale, all’1,7% e all’1,8%.

Per quanto riguarda i **giovani**, in tutti i territori toscani da diversi anni si osserva una maggiore **sedentarietà** nelle ragazze rispetto ai ragazzi, con valori nell’AUTC, 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.

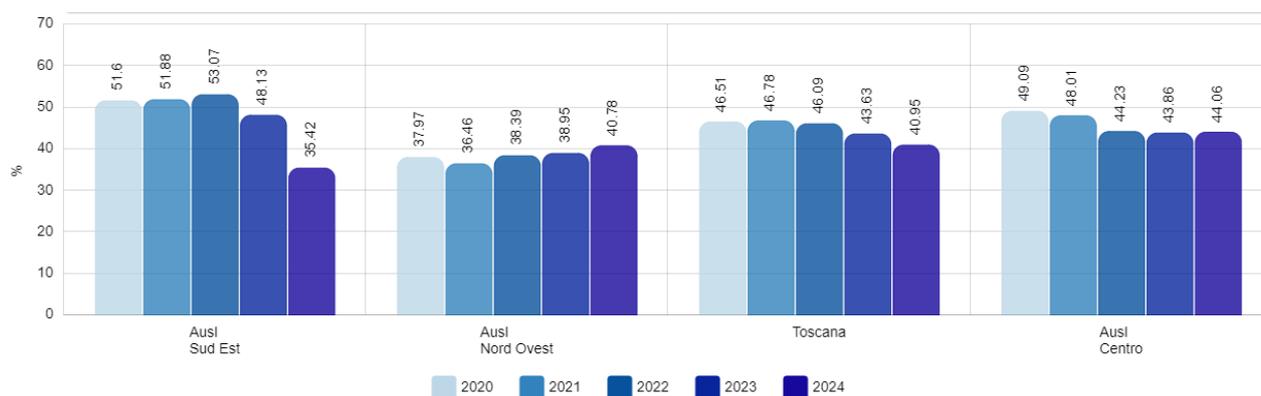
3.6 PESO CORPOREO

Rispetto al **peso corporeo** ed al peso ideale per la prevenzione dalle malattie, nell’AUTC si registrano valori leggermente migliori di quelli toscani, con valori di eccesso ponderale (sovrappeso o obesità) nel 2024 del 34,9% rispetto al 35,8% della Regione Toscana.

Per quanto riguarda il sovrappeso, i valori osservati nei maschi risultano significativamente più elevati rispetto a quelli delle femmine, con un differenziale di oltre 10 punti percentuali, mentre sull'obesità si registrano valori simili tra i generi, attorno al 7%, con valori sostanzialmente allineati tra AUTC e il dato regionale.

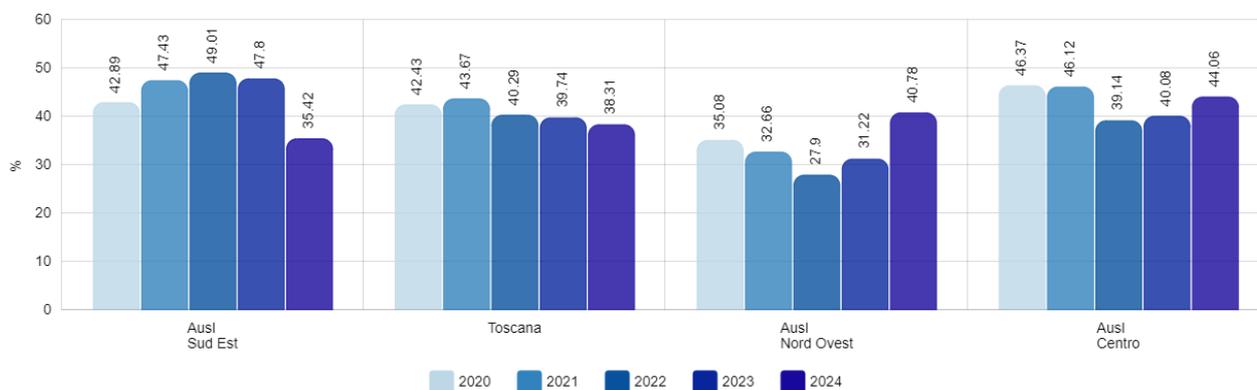
L'eccesso ponderale rappresenta una delle principali sfide di salute pubblica. Gli operatori sanitari hanno un ruolo chiave nel promuovere stili di vita sani, tuttavia, come evidenziato dalle Figure 10 e 11, le occasioni in cui vengono fornite indicazioni su perdita di peso e attività fisica risultano ancora non pienamente sistematizzate nella pratica clinica. Nel 2024, la percentuale di persone sovrappeso o obese dell'AUTC che riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere o mantenere peso da parte di un operatore sanitario è pari al 44,1%, inferiore rispetto alla media regionale che si attesta al 41,0%, ma in fascia di valutazione "scarsa", secondo il Sistema di Valutazione della Performance del MeS (Fig. 10).

Figura 10. Percentuale di persone sovrappeso o obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere o mantenere peso da parte di un medico o altro operatore sanitario in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2020–2024. Fonte: Elaborazione su dati PASSI – Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, 2025.



Nel 2024, solo il 44,1% delle persone sovrappeso o obese ha dichiarato di aver ricevuto l'indicazione a svolgere attività fisica da un medico o altro operatore sanitario (Figura 11). Si tratta di un valore in lieve recupero rispetto agli anni precedenti, ma ancora inferiore ai livelli del 2020–2021 e ben lontano dalla copertura auspicabile per un intervento raccomandato e a basso costo. Sebbene superiore alla media regionale (38,3%), il dato segnala la necessità di rafforzare il ruolo attivo degli operatori nel promuovere comportamenti salutari, soprattutto nei soggetti con eccesso ponderale, per consolidare i progressi registrati sul fronte della sedentarietà.

Figura 11. Percentuale di persone sovrappeso o obese (18–69 anni) che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica da parte di un medico o altro operatore sanitario, in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2020–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, 2025.



Per questo, è importante rafforzare l’impegno del sistema sanitario nel sostenere gli operatori attraverso strumenti e percorsi condivisi, affinché possano accompagnare i pazienti nella consapevolezza dei rischi legati all’eccesso ponderale e nel cambiamento delle abitudini quotidiane.

Tra gli **anziani** si segnala una prevalenza di obesità pari all’10,9% e una quota di sottopeso del 3,8%, con implicazioni importanti per la fragilità e lo stato nutrizionale degli anziani più vulnerabili.

Tra i **ragazzi** dell’AUTC 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 (AUTC: 14,8%; RT: 15,0%). Per l’obesità tra i ragazzi si rilevano valori bassi un po’ ovunque (AUTC: 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’AUTC rispetto al 2,7% della Toscana ed in maggior proporzione nelle femmine rispetto ai maschi (M: 1,8%; F: 3,8%).

3.7 COMPORTAMENTI ALLA GUIDA

Per quanto riguarda i comportamenti alla guida, nell’AUTC, 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’AUTC 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'AUTC, 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.

Nel complesso, i dati suggeriscono l'opportunità di potenziare le strategie di promozione della salute, con interventi mirati a incoraggiare l'attività fisica, migliorare l'alimentazione e ridurre i consumi a rischio.

3.8 VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA

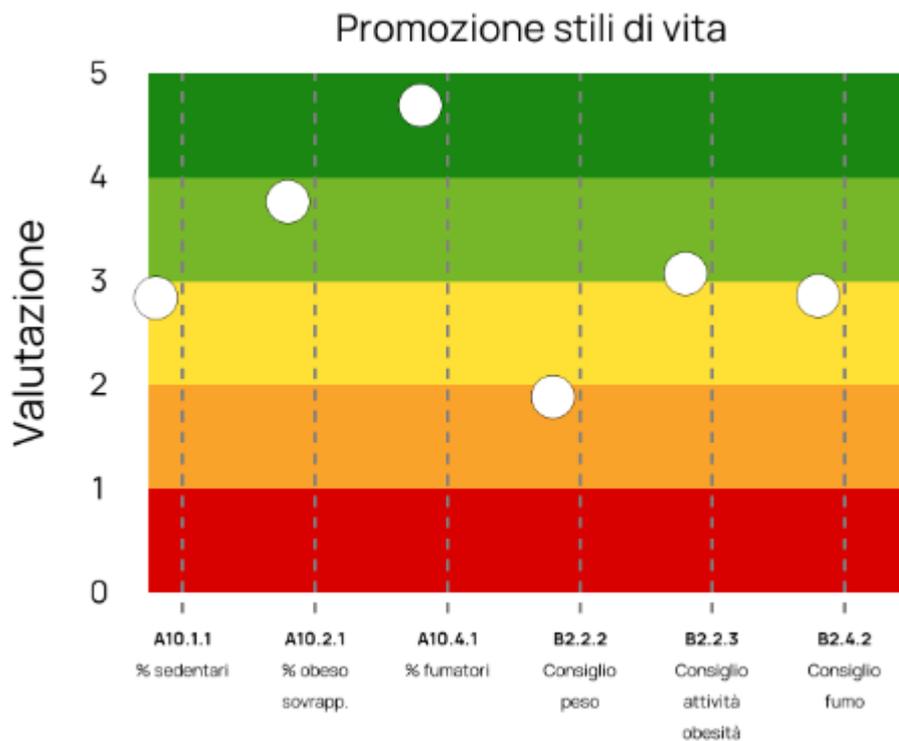
Nel contesto del sistema sanitario toscano, i pentagrammi del percorso cronicità rappresentano uno strumento di monitoraggio sviluppato dal Sistema di Valutazione della Performance del Laboratorio Management e Sanità (MeS). Essi servono a valutare la presa in carico delle persone con patologie croniche, attraverso una serie di indicatori chiave che consentono di misurare la performance dei servizi sanitari, individuare aree di miglioramento, monitorare l'aderenza alle linee guida e valutare l'efficacia delle politiche sanitarie.

La Figura 12 illustra la posizione dell'AUTC nel 2024 rispetto a questi indicatori, inclusi quelli relativi alla promozione degli stili di vita. L'AUTC mostra nel complesso una buona situazione epidemiologica, ma una performance solo parzialmente soddisfacente sul fronte dell'attività di prevenzione attiva. Gli indicatori di prevalenza dei comportamenti a rischio restituiscono un quadro favorevole, con la % fumatori (A10.4.1) in fascia ottima, la % obesi/sovrappeso (A10.2.1) in fascia buona, e la % sedentari (A10.1.1) in fascia media. Gli indicatori di counselling da parte degli operatori sanitari sono più variabili: il consiglio sull'attività fisica per persone con eccesso ponderale (B2.2.3) si colloca in fascia medio-buona, rappresentando il dato migliore tra i tre di questa categoria. Il consiglio a perdere peso ai pazienti in eccesso ponderale (B2.2.2) e il consiglio ai fumatori di smettere di fumare (B2.4.2) restano invece in fascia scarsa e media, segnalando una copertura ancora limitata.

Il pentagramma suggerisce che, a fronte di una popolazione con livelli relativamente contenuti di rischio (fumo, sedentarietà e obesità), l'azione degli operatori sanitari nel promuovere cambiamenti comportamentali non è ancora sufficientemente estesa. Pur con qualche

segnale positivo, come il livello medio-buono del consiglio sull'attività fisica, si evidenzia la necessità di rafforzare l'integrazione del counselling nelle pratiche cliniche, in particolare nei contesti di presa in carico della cronicità.

Figura 12. Valutazione degli indicatori relativi alla promozione degli stili di vita inseriti nel pentagramma del percorso cronicità, AUTC, Anno 2025. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, 2025.



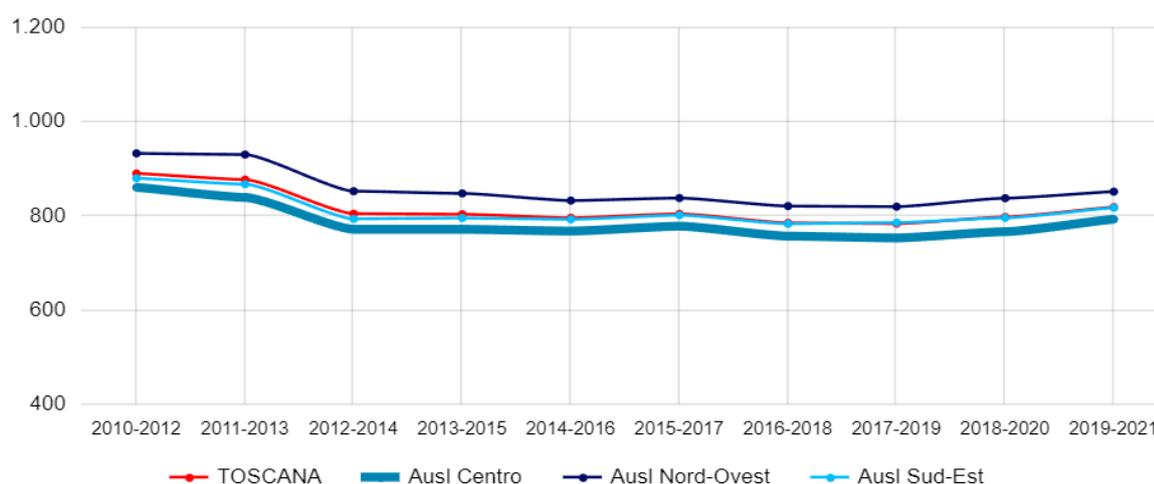
4. MORTALITÀ

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) - e determinano 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 2021, ultimo anno finora disponibile.

Nella Figura 1 è riportato l'andamento nel tempo dei tassi standardizzati per età (cioè depurati dall'effetto "invecchiamento") della mortalità generale nella popolazione residente in Toscana e nelle tre Aziende USL della Regione. I valori rappresentano medie mobili triennali, una tecnica utilizzata per smorzare la variabilità temporale del fenomeno e mettere in evidenza il trend di fondo, eliminando le fluttuazioni dovute a componenti stagionali o cicliche. L'andamento mostra una costante diminuzione fino al triennio 2017-2019, seguita da un'inversione di tendenza nei periodi 2018-2020 e 2019-2021, attribuibile all'impatto della pandemia di SARS-CoV-2, comparsa nel 2020.

Figura 1. Andamento temporale (media triennale) del tasso di mortalità generale standardizzato per età (per 100.000 abitanti) in Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2010-2021. Fonte: ARS, 2025.

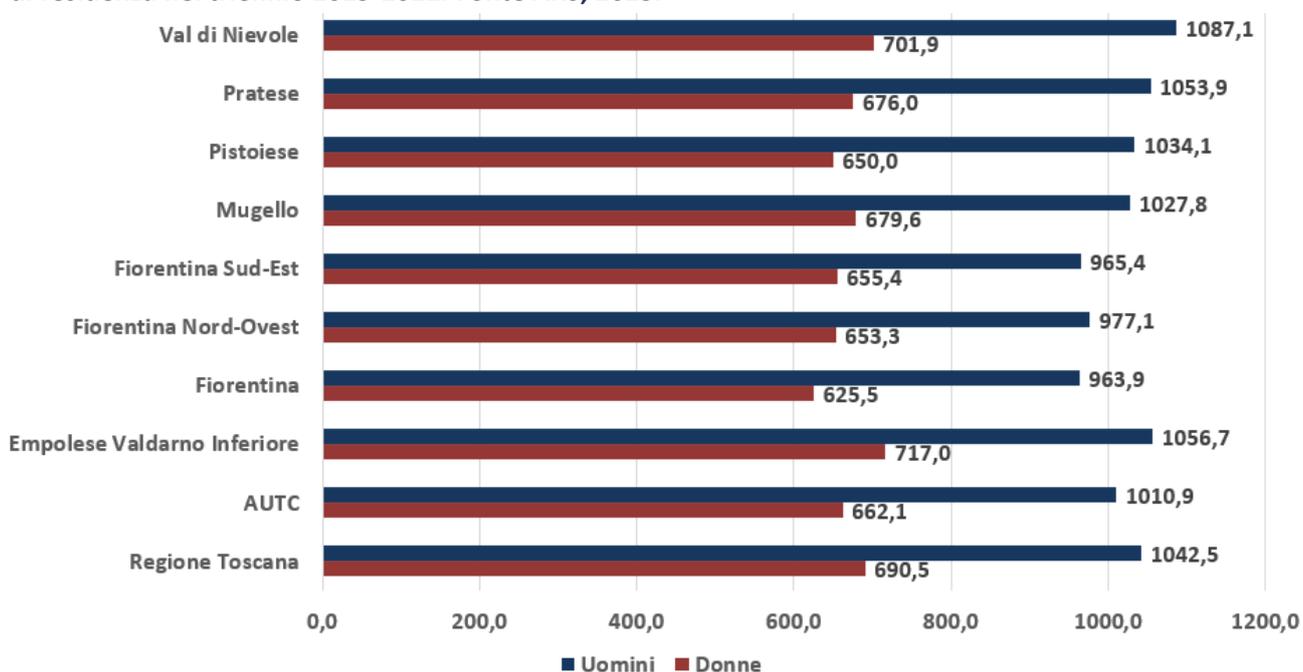


Il confronto con l'andamento della mortalità generale a livello regionale evidenzia una situazione favorevole per l'Azienda USL Toscana Centro, che presenta tassi standardizzati per età sistematicamente inferiori rispetto alla media della Toscana. Questo vantaggio si osserva in modo coerente per entrambi i sessi. Nel triennio 2019-2021 il tasso standardizzato per età

dell'AUTC è pari a 805,6 per 100.000, significativamente inferiore rispetto a quello regionale pari a 836,4 per 100.000.

Analizzando il dato per genere, si osserva, nel triennio 2019-2021, una mortalità per tutte le cause significativamente inferiore alla media dell'Azienda USL Toscana Centro tra gli uomini residenti nella zona Fiorentina Sud-Est e in entrambi i sessi nella zona Fiorentina, mentre si rileva un eccesso statisticamente significativo in entrambi i sessi nelle zone distretto della Valdinievole ed Empolese Valdarno Inferiore (Figura 2).

Figura 2. Tassi di mortalità per tutte le cause standardizzati per età (per 100.000 ab.), per sesso e zona di residenza nel triennio 2019-2021. Fonte ARS, 2025.



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 sessi (Tabella 1), 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. Complessivamente, questi 4 gruppi di patologie sono responsabili del 68,3% dei decessi tra le donne e del 70,6% tra gli uomini. Al quinto posto tra le cause di morte maschili si trovano i traumatismi e gli avvelenamenti (4,4%), che nelle donne si collocano solo al nono posto (3,3%).

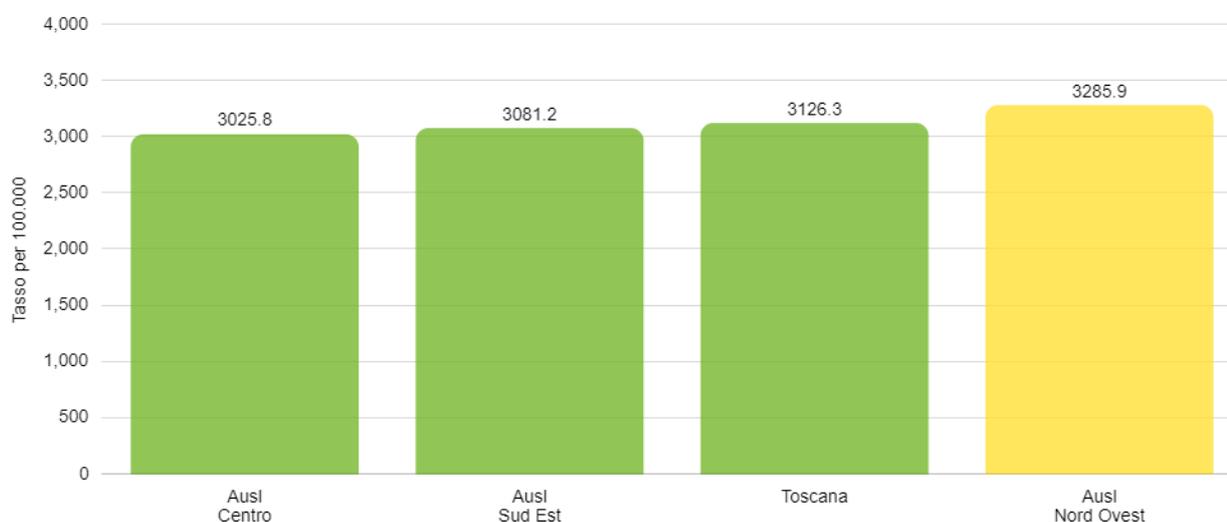
Tabella 1. Prime 10 cause di morte per sesso nei residenti dell'AUTC. Rapporto (x 100) nel triennio 2019-2021. Fonte: ARS, 2025.

Donne	%	Rango	Uomini	%
Malattie del sistema circolatorio	32,1	1	Tumori	29,9
Tumori	22,9	2	Malattie del sistema circolatorio	27,5
Malattie dell'apparato respiratorio	7,4	3	Malattie dell'apparato respiratorio	8,2
Malattie del sistema nervoso	5,9	4	Malattie del sistema nervoso	5,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4,8	5	Traumatismi e avvelenamenti	4,4
Disturbi psichici	4,6	6	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3,8
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,1	7	Malattie dell'apparato digerente	3,2
Malattie dell'apparato digerente	3,3	8	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,6
Traumatismi e avvelenamenti	3,3	9	Disturbi psichici	2,5
Malattie infettive e parassitarie	2,1	10	Malattie infettive e parassitarie	2,0

Il **tasso di anni potenzialmente persi** (Potential Years of Life Lost, PYLL), calcolato dal Laboratorio MeS dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna, misura la mortalità precoce attribuendo maggior peso ai decessi che avvengono in giovane età. L'indicatore considera i decessi sotto i 75 anni, è standardizzato per età e rappresentato come tasso per 100.000 abitanti. È utile in sanità pubblica per individuare aree prioritarie di intervento e orientare la programmazione preventiva.

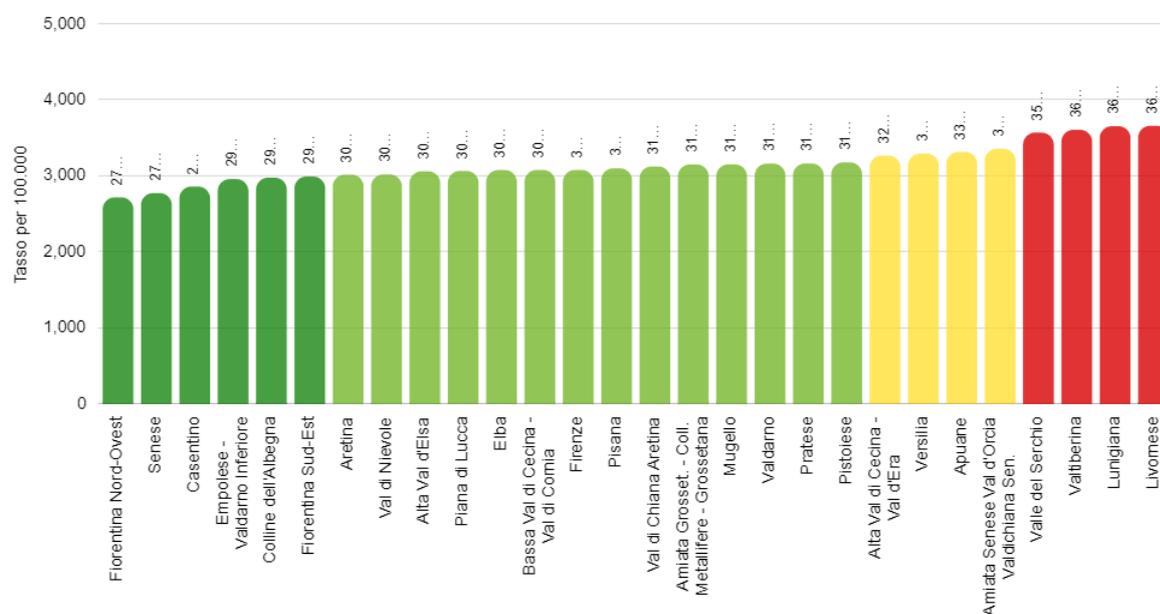
Nel 2024 l'AUTC registra un tasso PYLL pari a 3.025,8 per 100.000, inferiore alla media regionale (3.126,3) e in fascia buona, confermando una performance favorevole rispetto al contesto toscano (Figura 3).

Figura 3. Confronto del tasso PYLL tra le Aziende USL e la Regione Toscana – Anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



Tra le 8 zone dell'AUTC, tre zone (Fiorentina Nord-Ovest, Empolese Valdarno Inferiore e Fiorentina Sud-Est) si collocano in fascia ottima e le restanti cinque (Valdinievole, Fiorentina, Mugello, Pratese e Pistoiese) in fascia buona (Figura 4).

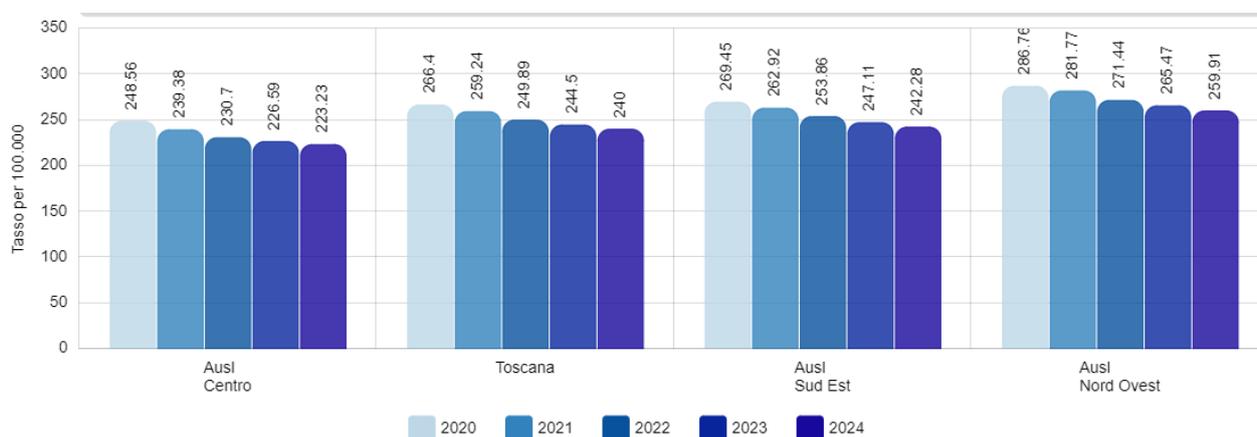
Figura 4. Tasso PYLL per zona-distretto – Anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025



Il Registro di Mortalità Regionale (RMR) – U.O. Epidemiologia Ambientale e Occupazionale di ISPRO ha fornito al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna i tassi di mortalità per le malattie del sistema circolatorio, per i tumori, per i suicidi e i tassi mortalità infantile standardizzati per età e calcolati come media mobile riferita all'ultimo triennio 2020–2022.

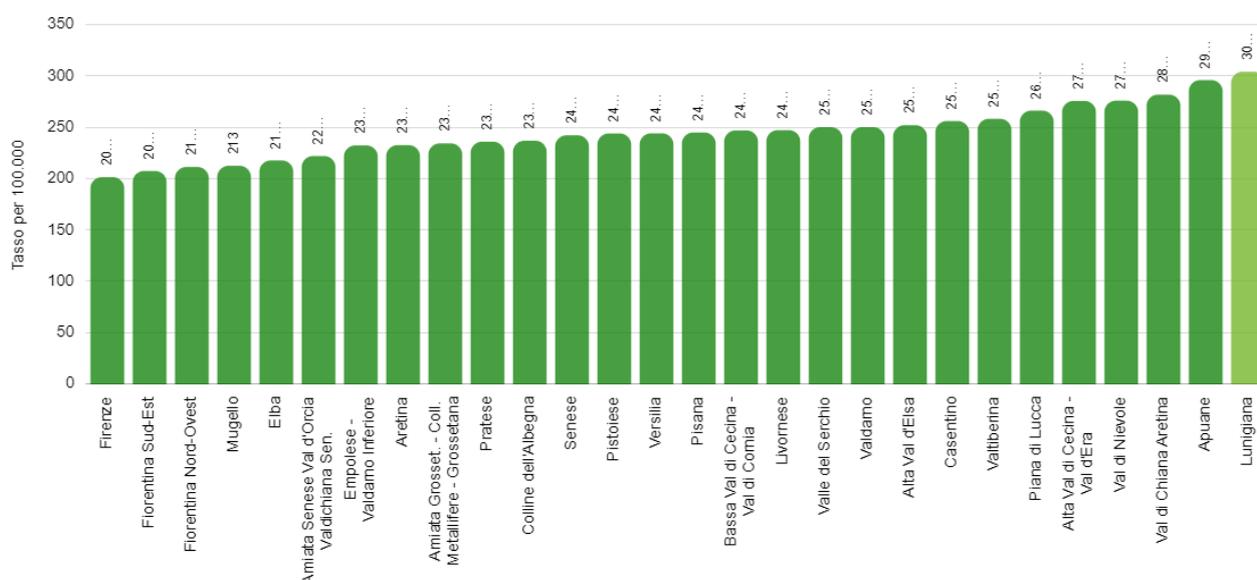
Nel quinquennio 2020–2024 si osserva una diminuzione costante e significativa dei **tassi di mortalità per le malattie del sistema circolatorio** in tutte le aziende sanitarie toscane, confermando un trend positivo a livello regionale (Figura 5). La AUTC si distingue per i valori più bassi in tutto il periodo, con un calo che va da 248,6 per 100.000 abitanti nel 2020 a 223,2 nel 2024.

Figura 5. Trend della mortalità per malattie del sistema circolatorio (tasso standardizzato per età) per 100.000 abitanti nella Regione Toscana e per Azienda USL – Anni 2020–2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, su dati Registro di Mortalità Regionale – ISPRO, 2025.



Tutte le zone dell’AUTC presentano valori compresi tra 276,4 e 201,9 decessi per 100.000 abitanti (Figura 6), riferiti alla media mobile del triennio 2022–2024 e si collocano nella fascia di valutazione “ottima” per la **mortalità da malattie del sistema circolatorio** (media mobile 2022–2024), confermando una situazione epidemiologica favorevole e omogenea sul territorio aziendale.

Figura 6. Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio (standardizzato per età) per zona-distretto – anni 2020-2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, su dati Registro di Mortalità Regionale – ISPRO, 2025.



Per quanto riguarda i **decessi per tumori maligni** tra i residenti toscani, il trend temporale mostra una progressiva riduzione della mortalità per tumori in tutte le aziende sanitarie

toscane. In particolare, l'AUTC registra un calo costante nell'ultimo quinquennio (Figura 7). Tutte le otto zone dell'AUTC si collocano nel 2024 in una fascia di valutazione "ottima", con livelli di mortalità inferiori alla soglia di 233 per 100.000 abitanti, che rappresenta il limite per accedere alla fascia di valutazione "ottima" secondo i criteri del Sistema di Valutazione della Performance del MeS. I valori che si registrano nelle 8 zone sono compresi tra 232,1 e 220,7 decessi per 100.000 abitanti (Figura 8), indicando una situazione epidemiologica favorevole. Si conferma dunque una performance molto positiva per l'AUTC rispetto al contesto regionale.

Figura 7. Trend della mortalità per tumori (tasso standardizzato per età) in Toscana e nelle tre Aziende USL – Anni 2020–2024.

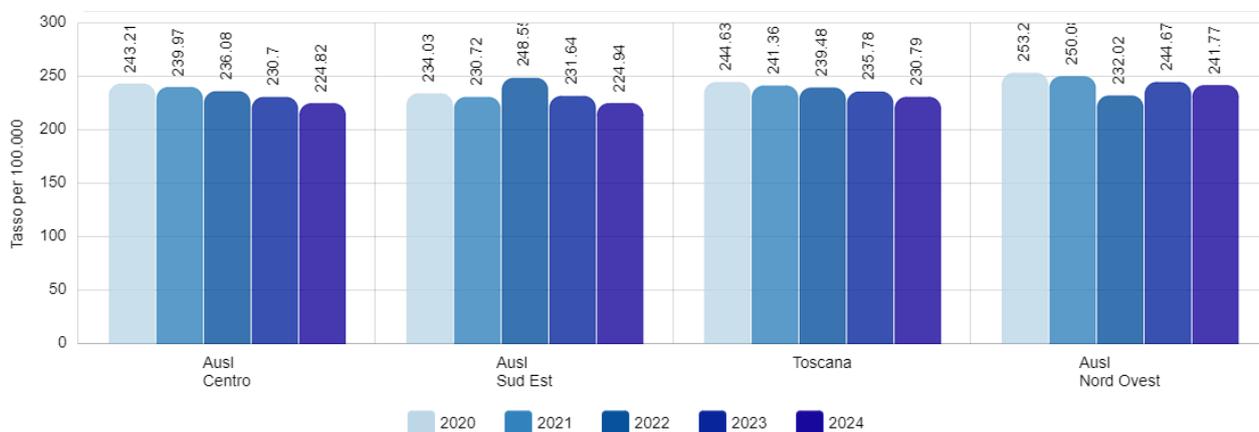
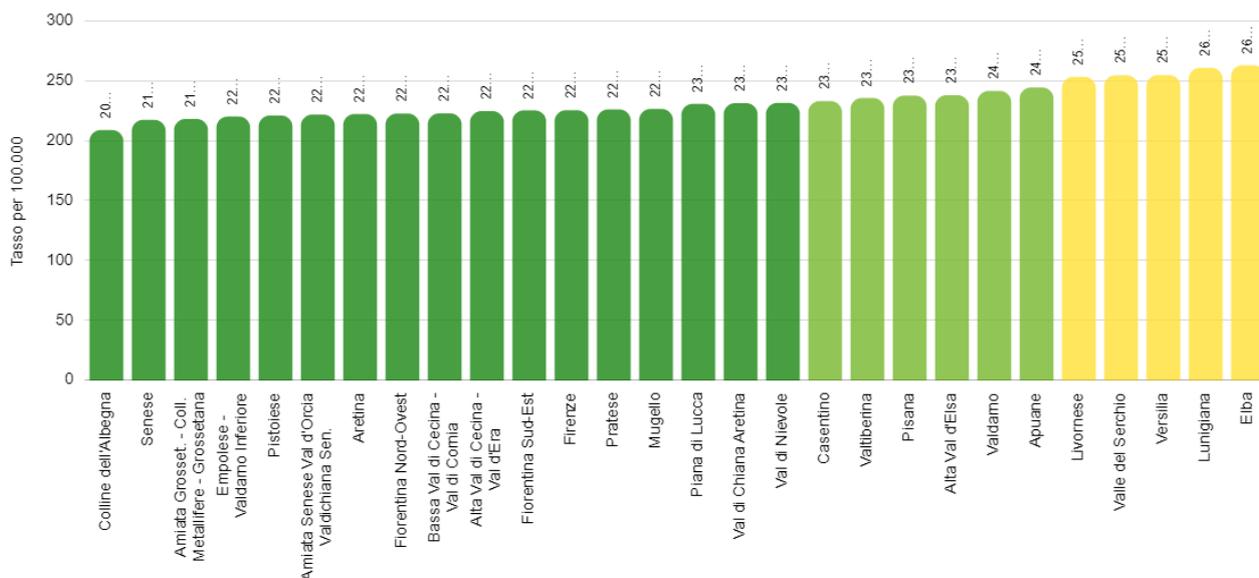
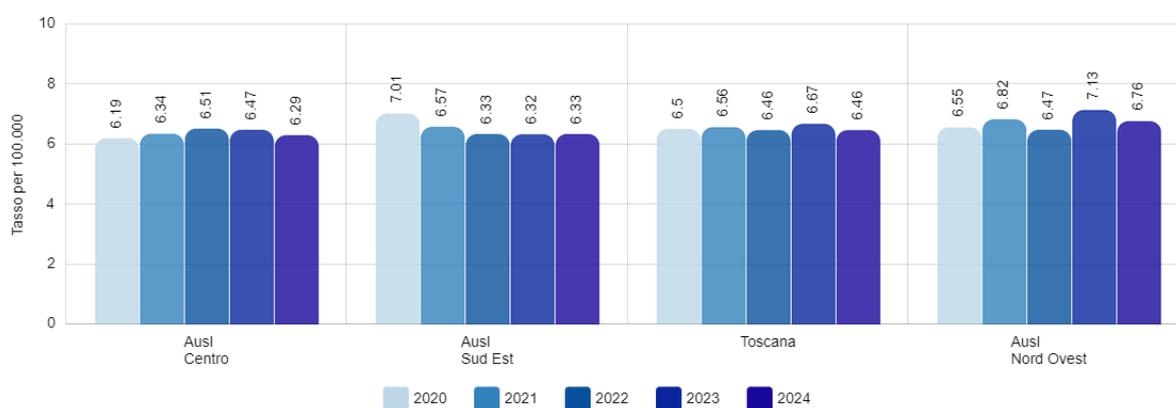


Figura 8. Tasso di mortalità per tumori (standardizzato per età) per zona-distretto in AUTC – media mobile 2020–2022. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, su dati Registro di Mortalità Regionale – ISPRO, 2025.



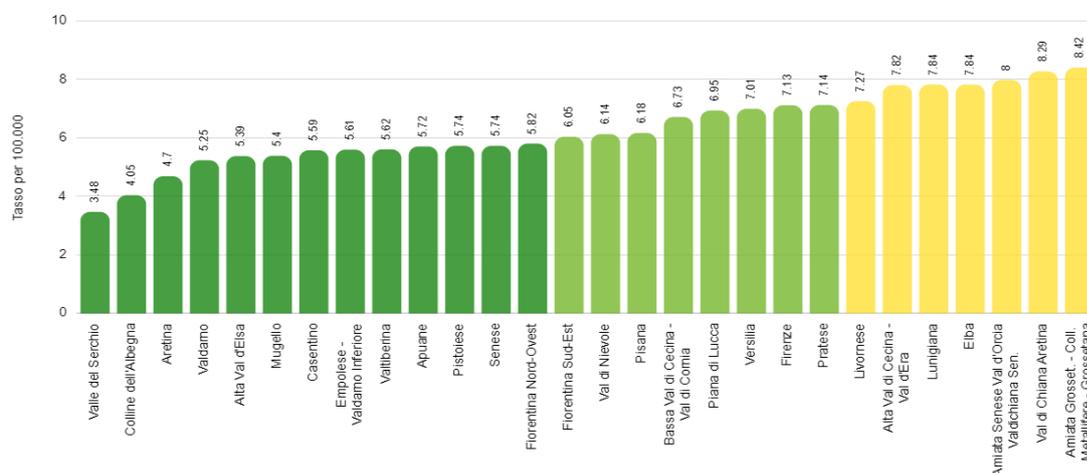
Nel periodo 2020–2024, il tasso standardizzato di mortalità per suicidi nell’AUTC si mantiene sostanzialmente stabile, con valori compresi tra 6,2 e 6,5 decessi per 100.000 abitanti (Figura 9). Anche la media regionale mostra un andamento analogo, con lievi oscillazioni tra 6,5 e 6,7. Nel complesso, l’Azienda USL Toscana Centro si conferma nel 2024 nella fascia di valutazione “buona” (valori compresi tra 7,20 e 6,00) secondo i criteri del Sistema di Valutazione della Performance del MeS.

Figura 9. Trend della mortalità per suicidi (tasso standardizzato per età) – in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2020–2024 Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, su dati Registro di Mortalità Regionale – ISPRO, 2025.



Nel 2024, tra le otto zone dell’Azienda USL Toscana Centro, quattro (Mugello, Empolese, Valdarno Inferiore, Pistoiese e Fiorentina Nord-Ovest) si collocano nella fascia di valutazione “ottima” (tasso inferiore a 6,00 per 100.000 abitanti) e le restanti quattro nella fascia “buona” (tra 6,00 e 7,20 per 100.000), secondo i criteri del Sistema di Valutazione della Performance del MeS (Figura 10).

Figura 10. Tasso di mortalità per suicidi (standardizzato per età) per zona-distretto – Anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, su dati Registro di Mortalità Regionale – ISPRO, 2025.



5. OSPEDALIZZAZIONI

RICOVERI PER TUTTE LE CAUSE

Nel 2024, il tasso standardizzato per età di ospedalizzazione per tutte le cause nell'Azienda USL Toscana Centro è pari a 80,9 per 1.000 residenti, un valore lievemente inferiore alla media regionale (81,3). Si rilevano tuttavia valori significativamente più elevati nelle zone Pratese (83,0) e Pistoiese (82,7) (Tabella 1). L'indicatore è stato calcolato considerando, al numeratore, il numero di residenti toscani dimessi almeno una volta nel periodo di riferimento, e, al denominatore, la popolazione residente toscana nello stesso periodo.

RICOVERI PER TUMORI

Il tasso standardizzato di ricovero per tumori nella popolazione residente dell'AUTC è pari a 10,8 per 1.000 abitanti, un valore sostanzialmente allineato con quello regionale (11,4). A livello territoriale, le zone con i valori più alti sono la zona Pratese (11,4 per 1.000) e la Fiorentina Nord-Ovest (11,0). Approfondendo le sedi tumorali:

- **Polmone:** i ricoveri si attestano tra 0,5 e 0,7 per 1.000 residenti.
- **Mammella:** con tassi tra 0,8 e 1,1 per 1.000 la zona Fiorentina (1,1) supera la media regionale (0,9 per 1.000).
- **Colon-retto:** il tasso è maggiore nella zona Pistoiese (0,8), contro una media aziendale e regionale di 0,6 per 1.000.
- **Stomaco:** i ricoveri per tumore dello stomaco si attestano tra 0,1 e 0,2 per 1.000 residenti.
- **Prostata:** valori tra 0,3 e 0,5 per 1.000, distribuiti in modo omogeneo, con dati coerenti con la media regionale (0,4) e aziendale (0,5).
- **Vescica:** i valori dei ricoveri si attestano tra 0,8 e 1,0 per 1.000 con la media aziendale e regionale a 0,9.

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Per quanto riguarda il tasso standardizzato per età di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio, la media aziendale (10,1 per 1.000 residenti) risulta leggermente inferiore a quella regionale (10,6). I ricoveri per infarto miocardico acuto (IMA) risultano lievemente superiori alla media aziendale (1,0 per 1.000) nella zona Empolese Valdarno Inferiore, con un tasso pari a 1,2 per 1.000 residenti. Per le malattie cerebrovascolari, il tasso medio aziendale è pari a 2,3 per 1.000 residenti, in linea con il dato regionale; si osservano tuttavia valori più elevati nelle zone Pratese (3,3) e Valdinievole (2,8)

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

L'Azienda presenta un tasso medio di 8,4 per 1.000, molto simile a quello regionale (8,3), ma con la zona Pratese (11,4), quella Pistoiese (9,3) e la Valdinievole (9,2) che mostrano valori più elevati.

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

I ricoveri per le malattie dell'apparato digerente sono risultati superiori alla media aziendale di 9,0 per 1.000 abitanti nelle zone Pratese (10,0) e Pistoiese (10,3).

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

Il tasso medio aziendale di ospedalizzazione per malattie del sistema nervoso (4,7 per 1.000 residenti) risulta superiore alla media regionale (4,0). I valori più elevati si registrano nelle zone Fiorentina (5,0) e Fiorentina Nord-Ovest (5,3 per 1.000).

MALATTIE ENDOCRINE E DEL METABOLISMO

Rispetto al tasso medio aziendale di ricovero per malattie endocrine e del metabolismo (2,2 per 1.000 residenti), le zone Pistoiese e Pratese presentano entrambe un tasso pari a 2,7 per 1.000, significativamente più elevato.

MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO

I ricoveri per le malattie dell'apparato genito-urinario sono risultati significativamente superiori alla media aziendale (tasso standardizzato per età 7,9 per 1.000) nella zona Pratese (8,8 per 1.000).

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEO-MUSCOLARE

I ricoveri per malattie dell'apparato osteo-muscolare sono risultati significativamente superiori alla media aziendale nelle zone Fiorentina Sud-Est e Pistoiese.

DISTURBI PSICHICI

I ricoveri per disturbi psichici sono risultati significativamente superiori alla media aziendale (2,7 per 1.000) nella zona Fiorentina (3,4 per 1.000).

TRAUMATISMI

Nel 2024 i ricoveri per traumatismi sono risultati superiori alla media aziendale, pari a 9,0 per 1.000, così come a quella regionale (8,8 per 1.000) nelle seguenti zone: Valdinievole (10,6 per 1.000), Mugello (10,1 per 1.000) e Fiorentina (9,6).

Tabella 1. Tassi di ricovero standardizzati per età per tutte le cause e per cause specifiche nella popolazione residente – Regione Toscana, AUTC e zona distretto dell’AUTC, anno 2024 o ultimo periodo disponibile. Fonte: ARS, 2025. Gli intervalli di confidenza al 95% non sono riportati; gli eccessi significativi rispetto alla media aziendale sono indicati con asterisco.

Zona	Tutte le cause	Tumori	Tumore polmonare	Tumore mammella	Tumore colon-retto	Tumore stomaco	Tumore prostata	Tumore vescica	Malattie sistema circolatorio	IMA	Cardiopatia ischemica	Malattie cerebrovascolari	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Malattie del sistema nervoso	Malattie ghiandole endocrine e del metabolismo	Malattie apparato genitourinario	Malattie apparato osteomuscolare	Disturbi psichici	Traumatismi
Fiorentina	80,8	10,8	0,7	1,1*	0,6	0,1	0,5	0,9	9,4	0,9	2,1	2,0	7,4	8,4	5,0*	2,0	7,8	6,1	3,4*	9,6*
Fiorentina Nord-Ovest	81,2	11,0*	0,7	0,9	0,5	0,1	0,5	0,9	9,3	0,8	2,1	2,0	7,7	8,5	5,3*	2,0	7,6	6,6	2,5	9,2
Fiorentina Sud-Est	80,7	10,5	0,6	0,9	0,5	0,1	0,4	0,9	9,7	1,0	2,2	2,0	7,3	8,7	4,7	2,1	8,0	7,8*	2,9	9,2
Mugello	78,2	10,3	0,5	0,8	0,4	0,1	0,3	1,0	9,8	1,2	2,3	2,0	8,1	8,5	4,1	2,3	8,1	6,1	1,9	10,1*
Empolese Valdarno Inferiore	78,8	10,4	0,6	0,8	0,6	0,2	0,4	0,9	11,7*	1,2*	2,4*	2,5	7,7	8,6	4,5	1,9	7,2	6,6	2,4	8,3
Valdinievole	82,3	10,8	0,6	1,0	0,6	0,2	0,5	1,0	11,0*	1,1	2,0	2,8*	9,2*	9,2	4,2	2,1	8,0	7,2	2,5	10,6*
Pistoia	82,7*	11,3	0,6	0,9	0,8*	0,1	0,5	0,8	10,2	1,0	2,0	2,3	9,3*	10,3*	4,3	2,7*	7,4	7,8*	2,6	8,2
Prato	83,0*	11,4*	0,7	0,8	0,7	0,2	0,5	0,9	10,5*	1,2	1,9	3,3*	11,4*	10,0*	4,4	2,7*	8,8*	6,8	2,4	8,0
Asl Toscana Centro	80,9	10,8	0,7	0,9	0,6	0,1	0,5	0,9	10,1	1,0	2,1	2,3	8,4	9,0	4,7	2,2	7,9	6,8	2,7	9,0
Toscana	81,3	11,4	0,6	0,9	0,6	0,1	0,4	0,9	10,6	1,1	2,1	2,3	8,3	9,5	4,0	2,0	7,4	7,0	3,1	8,8

6. ALCUNE PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE

6.1 MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

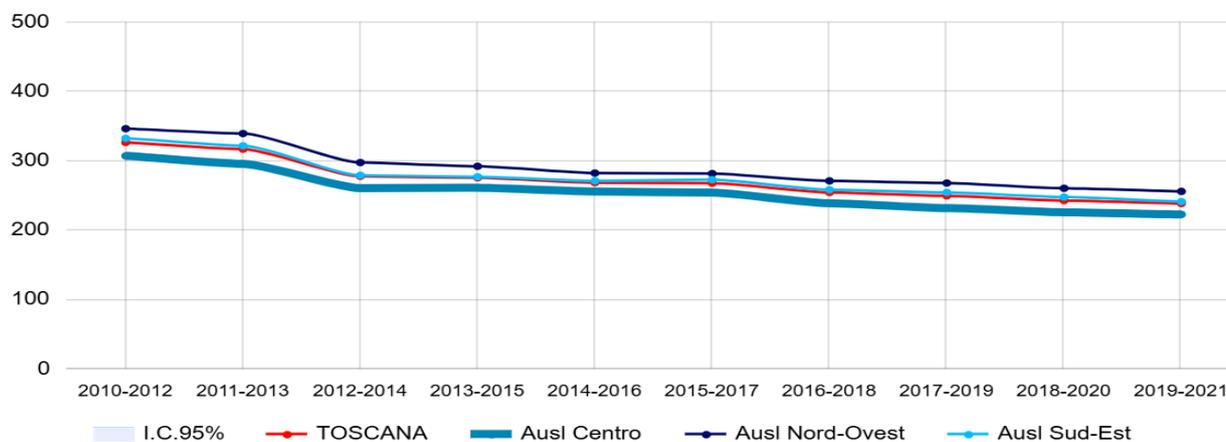
Le malattie del sistema circolatorio rappresentano una delle principali cause di morbosità, disabilità e mortalità a livello globale e anche nel nostro contesto locale. Comprendono in particolare patologie di natura arteriosclerotica, tra cui le malattie ischemiche del cuore (come l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico).

L'impatto di tali patologie non si esaurisce nell'evento acuto: chi sopravvive a un infarto o ad un ictus si trova spesso a convivere con conseguenze croniche, che possono compromettere in modo significativo la qualità della vita. Disabilità fisiche, limitazioni nelle attività quotidiane e difficoltà psicologiche richiedono un percorso assistenziale continuativo, basato su cure mediche, interventi riabilitativi e supporto sociale. La prevenzione, il monitoraggio costante dei fattori di rischio e un sistema sanitario orientato alla presa in carico multidisciplinare rappresentano elementi chiave per ridurre il peso individuale e collettivo di queste patologie.

LA MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Negli ultimi trent'anni, la mortalità generale nell'area dell'AUTC, così come in Toscana e a livello nazionale, ha mostrato un netto e progressivo calo. Gran parte di questo miglioramento è riconducibile alla significativa riduzione delle morti causate dalle malattie cardiovascolari. L'introduzione di terapie più efficaci, le campagne di prevenzione, i cambiamenti negli stili di vita e il potenziamento dell'assistenza sanitaria hanno contribuito in modo determinante a questa tendenza positiva, segnando un importante progresso nella salute della popolazione. Anche nel periodo più recente (2010-2021), come evidenziato in Figura 1, si conferma un calo della mortalità per malattie del sistema circolatorio nel loro complesso (-27,4%), così come per la cardiopatia ischemica e per le malattie cerebrovascolari.

Figura 1. Andamento temporale (media triennale) del tasso di mortalità standardizzato per età (per 100.000 ab.) in Toscana e nelle tre Aziende USL toscane per le malattie del sistema circolatorio nel periodo 2010-2021. Fonte: ARS - ISPRO, 2024.



Nonostante i segnali positivi legati alla riduzione della mortalità e al miglioramento dei principali fattori di rischio, le malattie del sistema circolatorio continuano a rappresentare la prima causa di morte, risultando responsabili del 30,9% dei decessi in Toscana e del 29,9% nell'ambito dell'Azienda USL Toscana Centro. La prevenzione cardiovascolare continua a rappresentare una priorità di sanità pubblica, attraverso programmi di screening e interventi mirati alla promozione di stili di vita salutari e al rafforzamento delle pratiche cliniche nella gestione del rischio cardiovascolare.

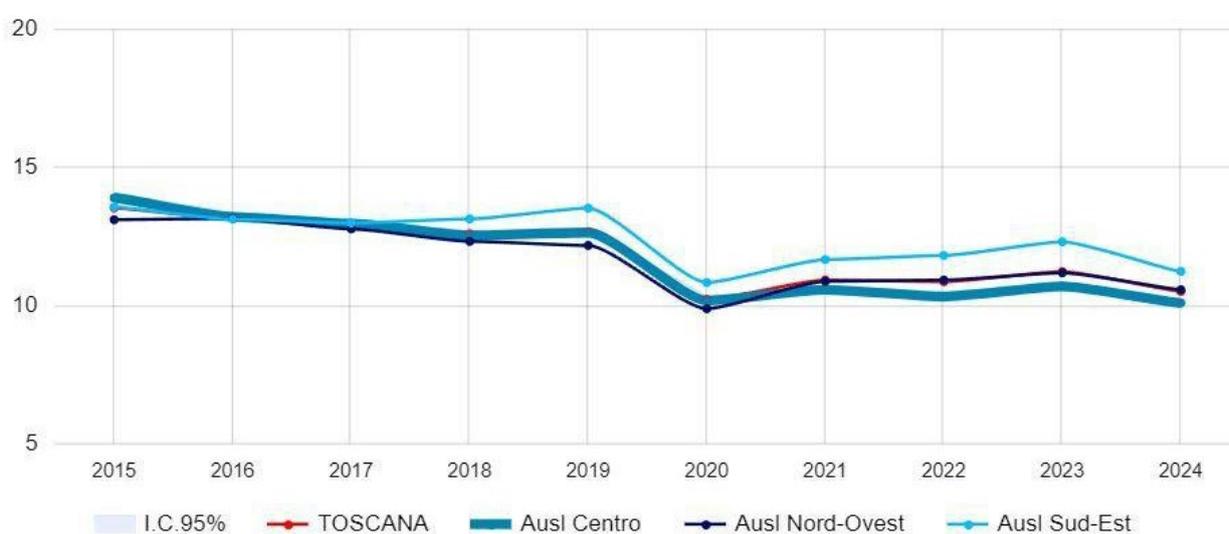
Gli studi longitudinali italiani del Progetto CUORE indicano che circa il 55% della riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari osservata negli ultimi decenni è attribuibile a cambiamenti favorevoli nei principali fattori di rischio, in particolare al miglior controllo della pressione arteriosa (25%) e della colesterolemia totale (23%). Nel caso della cardiopatia ischemica, e in particolare dell'infarto miocardico, un ulteriore 6% di riduzione è legato all'introduzione di interventi terapeutici tempestivi, come la rivascolarizzazione percutanea. Nel 2023 è stata avviata una nuova indagine nazionale sulla popolazione generale italiana (Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE 2023), finalizzata ad aggiornare le stime sui fattori di rischio cardiovascolare.

I RICOVERI OSPEDALIERI PER MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Come il tasso di mortalità, anche quello di ricovero per le malattie del sistema circolatorio (Figura 2) 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

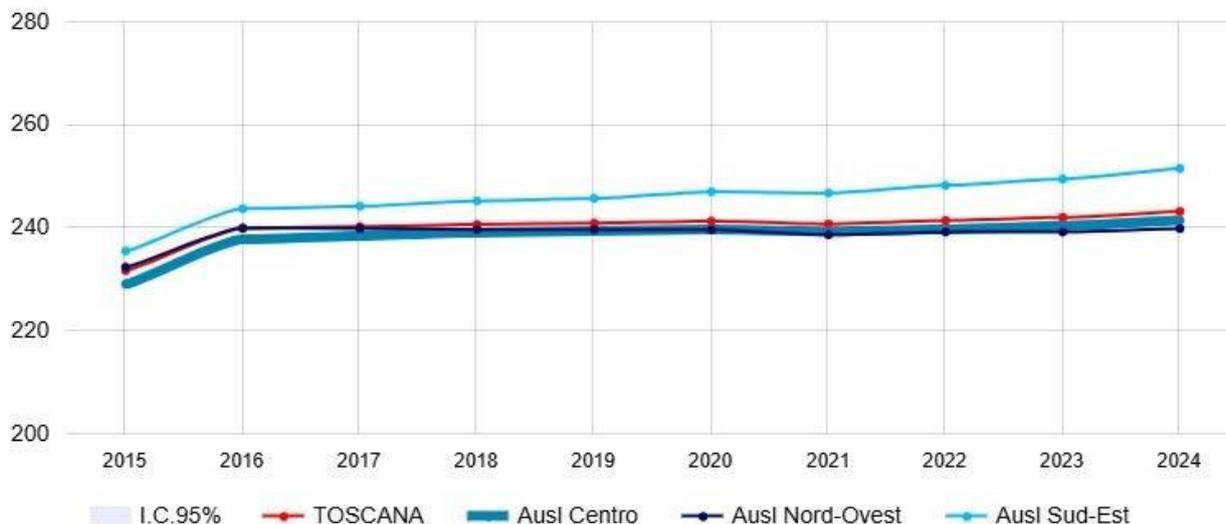
portato non solo a una riduzione della mortalità e ad un incremento della sopravvivenza, ma anche a una riduzione della disabilità residua in entrambi i sessi. Nel corso del primo anno di pandemia da SARS-CoV-2, il tasso di ricovero per le malattie del sistema circolatorio subì una riduzione consistente (-19,4%) per l'effetto della pandemia sull'organizzazione delle attività ospedaliere. Nei quattro anni a seguire il tasso di ricovero per tali patologie è rimasto stabile o leggermente superiore a quello del 2020.

Figura 2. Andamento temporale del tasso di ricovero standardizzato per età (per 1.000 ab.; I.C. 95%) in Toscana e nelle tre Aziende USL per le malattie del sistema circolatorio nel periodo 2015-2024 (numeratore: residenti toscani dimessi almeno una volta per malattie del sistema circolatorio nel periodo di riferimento; denominatore: popolazione residente toscana nel periodo di riferimento). Fonte: ARS, 2025.



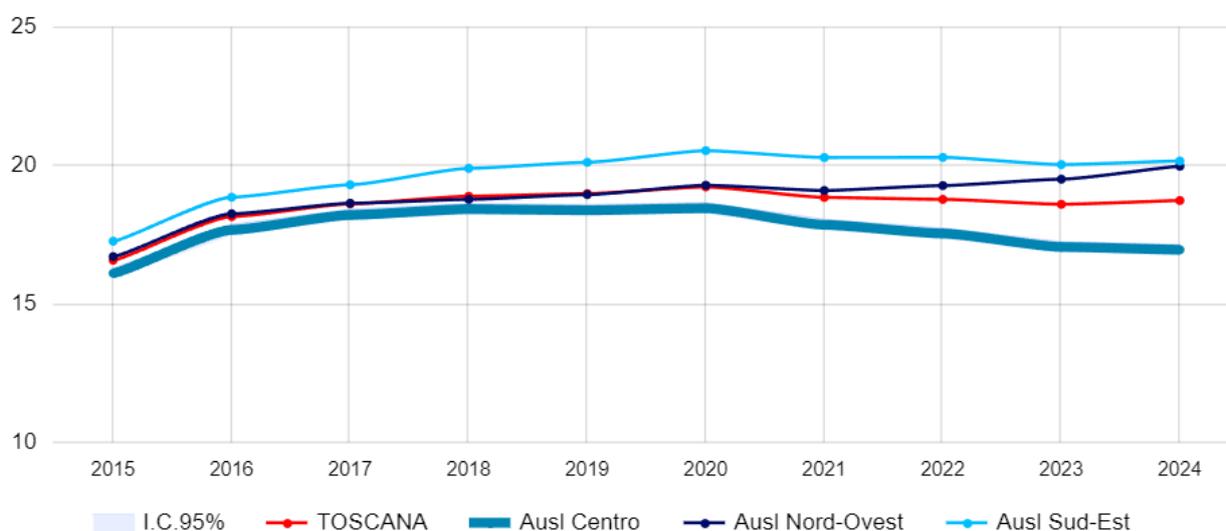
Nel 2024, nell'AUTC si contavano 431.889 soggetti con diagnosi di **ipertensione arteriosa**. A livello regionale, la prevalenza standardizzata per età si attesta a 243,3 per 1.000 abitanti, mentre l'AUTC registra un valore leggermente inferiore, pari a 241,6 per 1.000, confermando una diffusione dell'ipertensione lievemente al di sotto della media toscana. La prevalenza standardizzata per età risulta più elevata negli uomini rispetto alle donne, con valori pari rispettivamente a 253,7 e 230,6 per 1.000 abitanti (Figura 3).

Figura 3. Andamento temporale della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 ab.) dell'ipertensione arteriosa in Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2015-2024 Fonte: MACRO, ARS, 2025



Nel 2024 i soggetti con **insufficienza cardiaca** stimati in AUTC sono 31.499 (17.084 maschi e 14.415 femmine), con una prevalenza standardizzata per età significativamente inferiore al dato medio regionale (Figura 4).

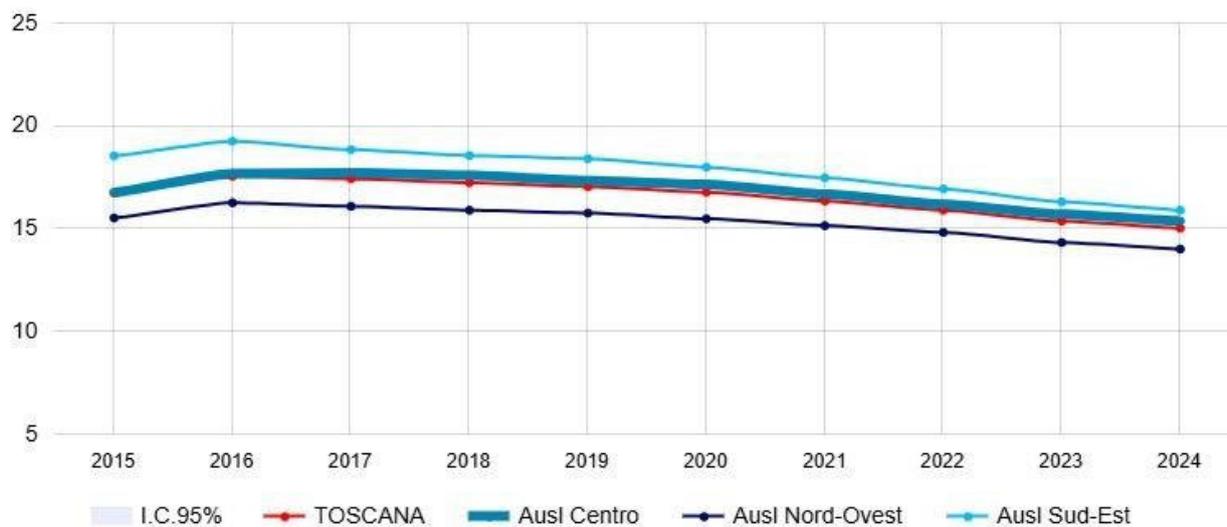
Figura 4. Andamento temporale della prevalenza standardizzata per età dell'insufficienza cardiaca (per 1.000 ab.) relativamente alla popolazione di età > 16 anni residente in Regione Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2015- 2024. Fonte: MaCro, ARS, 2025.



Nel 2024, i malati cronici di **progresso ictus** in AUTC, sono stati 28.251 (15.198 uomini e 13.053 donne), con una prevalenza standardizzata per età pari a 15,4 per 1.000 abitanti, in linea con

la media regionale (15,1 per 1.000). La prevalenza è maggiore tra gli uomini (19,3 per 1.000 abitanti) rispetto alle donne (12,4 per 1.000); l'andamento è in diminuzione dal 2017 (Figura 5). Le zone con la prevalenza più elevata sono il Mugello (16,1 per 1.000), la zona Pistoiese (17,8), quella Pratese (19,0) e la Valdinievole (20,2).

Figura 5. Andamento temporale della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 ab.) dell'ictus in Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2015-2024 Fonte: MACRO, ARS, 2025.



6.2 TUMORI

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. I dati di incidenza per l'area Firenze-Prato sono disponibili dal 1985 al 2011, mentre quelli del 2012 sono in fase di elaborazione. A partire dal 2013, la rilevazione è stata estesa all'intera regione Toscana (circa 3,7 milioni di abitanti). Al momento sono disponibili per la Regione i dati del periodo 2013-2020 e sono in corso di elaborazione quelli per gli anni successivi¹. Tuttavia, il RTT ha stimato il numero dei nuovi casi di tumore maligno, con esclusione di quelli cutanei diversi dal melanoma, in Toscana nel 2024: in AUTC il numero dei nuovi casi all'anno stimato è di circa 10.000. Sempre secondo RTT, il numero di casi rilevati dal RTT, nell'AUTC nel periodo 2013-2020 sarebbe di quasi 86.000 persone (circa 44.000 maschi e 42.000 femmine) (Tabella 1).

¹

<https://www.ispro.toscana.it/sites/default/files/Documenti/RegistroTumori/Dati%20Incidenza%20Registro%20Tumori%202013-2020%20e%20stime%202024.pdf>

Tabella 1. Casi incidenti stimati nel 2024 e casi rilevati nel periodo 2013-2020 di tumore maligno di tutte le sedi con esclusione di quelli cutanei diversi dal melanoma nei residenti in Regione Toscana e per Azienda USL. Fonte: ISPRO, 2025.

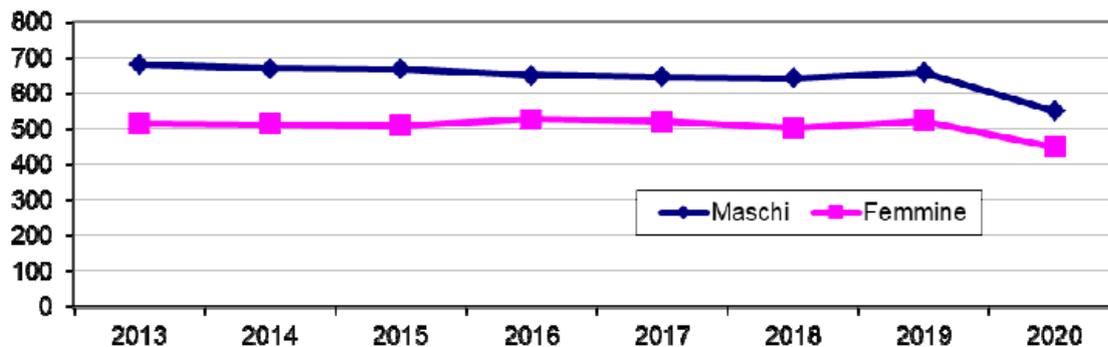
	CASI INCIDENTI ANNO 2024			CASI RILEVATI NEL PERIODO 2013-2020		
	MASCHI	FEMMINE	M + F	MASCHI	FEMMINE	M + F
Azienda USL Toscana Centro	4.924	4.921	9.845	44.123	41.771	85.894
Azienda USL Nord-Ovest	4.777	4.836	9.613	36.859	35.573	72.432
Azienda USL Sud-Est	2.720	2.619	5.339	23.716	21.580	47.276
Regione Toscana	12.415	12.377	24.792	96.431	112.165	208.596

Le persone con una storia pregressa di tumore nell'AUTC, 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. 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.

I tre tumori più frequenti nelle donne sono i tumori della mammella (in AUTC rappresentano il 29% di tutte le nuove diagnosi oncologiche), del colon-retto (11%) e del polmone (8%), mentre negli uomini sono quelli della prostata (in AUTC sono il 19% di tutte le nuove diagnosi), del polmone (15%) e del colon-retto (12%).

Il RTT fornisce anche i dati relativi ai trend temporali di incidenza per tumore, al netto dell'invecchiamento, e si riferiscono alla casistica osservata in Toscana nel periodo 2013-2020 (Figura 6). Nel 2020, secondo il RTT, si è registrata una riduzione di circa il 10% delle nuove diagnosi di tumore rispetto agli anni precedenti, in linea con i dati nazionali e internazionali (AIOM-AIRTUM, *I numeri del cancro 2024*). Sono stati diagnosticati circa 23.000 nuovi casi (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma), con un tasso standardizzato di 550,8 per 100.000 uomini e 449,4 per 100.000 donne. Il calo ha riguardato soprattutto i tumori della mammella, del colon-retto, della prostata e della vescica.

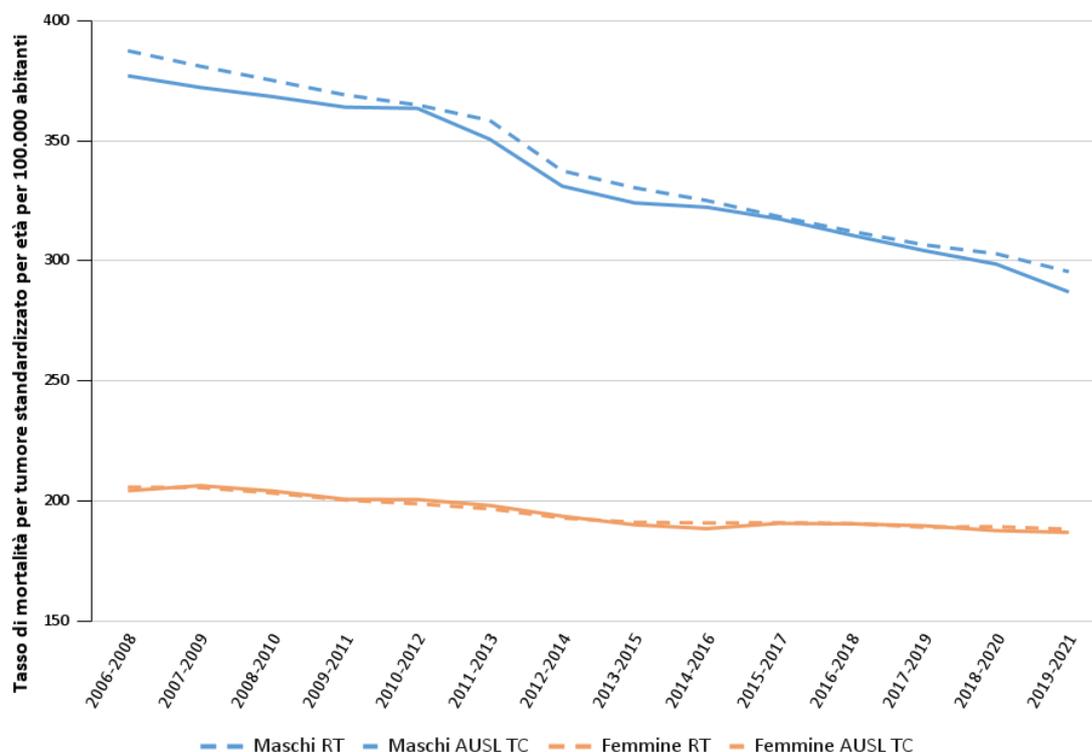
Figura 6. Tassi standardizzati per età (pop. standard: Europa 2013) di incidenza per tumore, escluso i carcinomi della cute per 100.000. Regione Toscana 2013-2020. Fonte AIRTUM.



LA MORTALITÀ PER TUMORE

La differenza nella mortalità per tumore tra i due sessi (Figura 7) mostra una progressiva riduzione, attribuibile principalmente al più marcato calo della mortalità tra gli uomini.

Figura 7. Andamento del tasso di mortalità standardizzata per età (per 100.000 ab.) per tumore maligno in Toscana e in AUTC per sesso, periodo 2006-2021. Fonte: ARS, 2025.



Il **tumore del polmone** si conferma la principale causa di mortalità oncologica tra gli uomini (Tabella 2). Il tasso di mortalità standardizzato per età (per 100.000 abitanti) ha continuato a diminuire nel triennio 2019-2021, raggiungendo 67,0 nell'AUTC e 68,3 nella Regione Toscana. Per le donne, nello stesso triennio, il tumore del polmone ha registrato un lieve incremento rispetto al triennio 2018-2020, rappresentando la seconda causa di morte oncologica. Il tasso di mortalità standardizzato per età è pari a 27,7 a livello regionale e risulta leggermente superiore nella AUTC, con un valore di 28,2.

Il **tumore della mammella** rappresenta la prima causa di mortalità per tumore nelle donne in Toscana (Tabella 2); nel triennio 2019-2021 si osserva una lieve diminuzione del tasso standardizzato di mortalità per età per 100.000 abitanti rispetto al triennio precedente (2018-2020), con la media regionale che passa da 31,5 a 29,9 e quella dell'AUTC da 30,5 a 29,7.

Il **tumore del colon retto** rappresenta in Toscana la seconda causa di morte per tumore negli uomini e la terza nelle donne (Tabella 2). Il tasso di mortalità per questa neoplasia è in progressiva diminuzione, passando da 39,7 nel triennio 2002-2004 a 26,4 nel triennio 2019-2021. Il calo si conferma anche nell'AUTC, che registra un tasso pari a 25,9 per 100.000 abitanti. Nel dettaglio, per il genere maschile il tasso di mortalità standardizzato per età nell'AUTC è pari a 33,3, risultando inferiore alla media regionale (34,2). Per il genere femminile, il tasso è pari a 21,0 per 100.000 abitanti, in linea con la media regionale (21,1).

Il **tumore gastrico** presenta un tasso di mortalità standardizzato per età pari a 12,3 per 100.000 abitanti a livello regionale, leggermente superiore nell'AUTC, dove si attesta a 12,8. Il trend risulta in progressiva diminuzione. Tuttavia, nella zona del Mugello, il tumore gastrico continua a rappresentare una delle principali cause di morte oncologica, con i tassi di mortalità più elevati della Toscana: si colloca al secondo posto a livello regionale con un valore di 24,9 per 100.000 abitanti. In questa zona si osserva un eccesso significativo in entrambi i generi: tra gli uomini il tasso raggiunge 31,7 (secondo valore più alto in Toscana), mentre tra le donne si registra il valore più elevato a livello regionale, pari a 19,8 (Tabella 2).

È noto da tempo che l'eccesso di mortalità per tumore gastrico interessa un'area dell'Appennino compresa tra Toscana, Marche ed Emilia-Romagna, dove si registrano alcuni dei valori più alti a livello mondiale. Le cause sono da ricondurre a una combinazione di fattori: una dieta tradizionalmente povera, ricca di salumi e alimenti conservati, con un basso apporto di vitamine e una limitata varietà di frutta e verdura, insieme a predisposizioni genetiche e all'ampia diffusione dell'infezione da *Helicobacter pylori*.

Nonostante ciò, anche in questa area, come nel resto del mondo, il tasso di incidenza del tumore gastrico è in costante diminuzione.

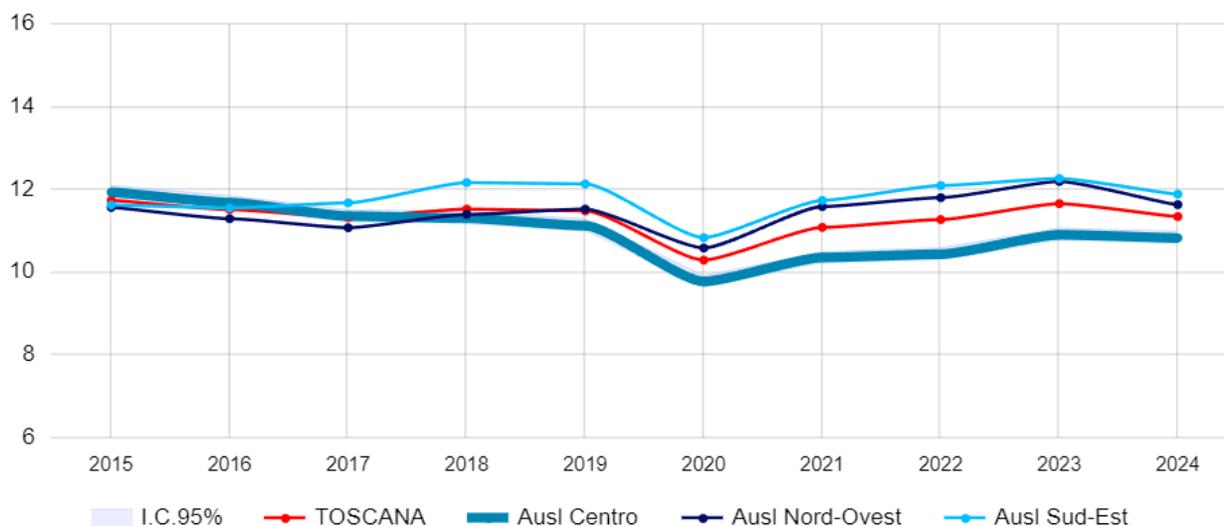
Tabella 2. Tassi di mortalità standardizzati per età (per 100.000 abitanti) per i tumori sede-specifici più frequenti, distinti per sesso e per zona dell'AUTC, confronto con AUTC e Regione Toscana. Periodo 2019–2021. Fonte: ARS, 2025. *Gli eccessi di mortalità rispetto alla media AUTC sono evidenziati in grassetto.*

Maschi										
Sede tumore	Zona									
	Pistoiese	Val di Nievole	Pratese	Fiorentina	Fiorentina NO	Fiorentina SE	Mugello	Empolese Valdarno Inferiore	AUSL TC	RT
Polmone	73,0	71,8	68,4	61,3	75,3	57,6	62,9	68,8	67,0	68,3
Colon-retto	35,9	33,7	37,8	27,9	33,3	32,8	26,6	37,1	33,3	34,2
Stomaco	15,6	19,9	21,0	17,1	19,5	18,1	31,7	15,0	18,4	17,9
Prostata	21,6	28,6	21,6	27,4	23,1	28,6	26,0	25,1	25,2	24,8
Femmine										
Sede tumore	Zona									
	Pistoiese	Val di Nievole	Pratese	Fiorentina	Fiorentina NO	Fiorentina SE	Mugello	Empolese Valdarno Inferiore	AUSL TC	RT
Mammella	32,4	33,4	30,1	29,1	30,3	30,0	22,3	27,9	29,7	29,9
Polmone	29,7	22,3	29,2	32,6	24,7	27,0	31,5	24,2	28,2	27,7
Colon-retto	19,4	22,6	20,1	21,0	19,6	20,1	24,6	23,4	21,0	21,1
Stomaco	8,0	8,1	9,7	7,7	8,9	7,5	19,8	6,8	8,5	8,1

IRICOVERI OSPEDALIERI PER TUMORE

Il tasso di ricovero standardizzato per età (per 1.000 abitanti) nei residenti dell'Azienda USL Toscana Centro (AUTC) e della Regione Toscana (RT) ha mostrato un calo progressivo dell'1-2% annuo tra il 2011 e il 2019. Nel 2020 si è osservata una riduzione più marcata (-11,7% in AUTC), dovuta in larga parte alla riorganizzazione delle attività sanitarie in risposta all'emergenza COVID-19. Nel 2021 il tasso è aumentato di circa il 6% rispetto al 2020 (-6,3% rispetto al 2019), per poi risalire ulteriormente nel biennio successivo e stabilizzarsi su un trend di diminuzione analogo a quello osservato nel periodo pre-pandemico (Figura 8).

Figura 8. Andamento del tasso di ricovero standardizzato per età (per 1.000 abitanti) per tumore in Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2015–2024. (Numeratore: residenti in Toscana dimessi almeno una volta per tumori maligni nel periodo di riferimento. Denominatore: popolazione residente in Toscana nel periodo di riferimento. Intervallo di confidenza al 95% (IC 95%)). Fonte: ARS Toscana, 2025.



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.

6.3 MALATTIE INFETTIVE

QUADRO GENERALE E SORVEGLIANZA TERRITORIALE

Nel periodo compreso tra il 2019 e il 2024 si osservano importanti variazioni nel numero di casi incidenti delle principali malattie infettive segnalate nel territorio dell'Azienda USL Toscana Centro. L'analisi dei dati evidenzia come l'andamento di numerose patologie sia stato fortemente influenzato dalla pandemia di COVID-19, che ha determinato una temporanea alterazione delle dinamiche di trasmissione di molte infezioni.

Per la **scarlattina**, dovuta a infezione da Streptococco beta-emolitico di gruppo A, come per altre infezioni delle vie respiratorie facilmente trasmesse attraverso il contatto sociale, si è osservato un crollo della circolazione durante il periodo pandemico: dai 357 casi del 2019 si è passati a 74 nel 2020 e soli 6 nel 2021, seguiti da una recrudescenza significativa nei due anni successivi, con 892 casi nel 2023 e 909 nel 2024 (Tabella 3). Questo aumento è attribuibile non solo alla ripresa delle interazioni sociali, ma anche all'accumulo di popolazione suscettibile,

determinato dalla ridotta esposizione al patogeno negli anni precedenti, con conseguente rialzo dell'incidenza.

Un comportamento analogo è stato osservato anche per altre patologie, come la **pertosse**, che ha registrato 387 casi nel 2024, rispetto ai soli 4 del 2023, dopo valori quasi nulli nel triennio precedente (inferiore a 3 casi all'anno tra il 2020 e il 2022). Un incremento è stato rilevato anche per altre **malattie tipiche dell'età pediatrica**, come il morbillo (da meno di 3 casi l'anno tra il 2021 e il 2023 a 16 nel 2024), la parotite (da 3 a 14 casi) e la varicella, che pur rimanendo inferiore ai livelli pre-pandemici (117 casi nel 2024 contro 409 nel 2019), mostra una circolazione più sostenuta rispetto al periodo 2020–2021.

Nel periodo 2020–2024 si osserva un incremento progressivo e rilevante dei casi di **scabbia** nel territorio dell'AUTC, con una crescita da 212 casi nel 2020 a 1.609 nel 2024. L'aumento, in linea con quanto segnalato anche a livello nazionale ed europeo, è attribuibile a diversi fattori: la maggiore trasmissione in ambito familiare e comunitario favorita dai periodi di isolamento e dalle successive riaperture; la difficoltà di completare correttamente i cicli terapeutici, che richiedono applicazioni rigorose e ripetute; la possibile comparsa di fenomeni di resistenza ai trattamenti tradizionali (es. permetrina); e infine la presenza di focolai in ambienti a rischio quali scuole, strutture residenziali, carceri e contesti ad alta densità abitativa. Tali elementi rendono necessario un rafforzamento della sorveglianza, della diagnosi precoce e delle attività di prevenzione e informazione alla popolazione.

Anche alcune **infezioni gastrointestinali e a trasmissione alimentare**, come le infezioni da salmonella e le tossinfezioni alimentari, mostrano nel 2024 un netto aumento: i casi di salmonella passano da 39 nel 2023 a 268 nel 2024, e quelli da tossinfezioni da 197 a 208, confermando la necessità di una costante sorveglianza anche nei confronti di patogeni veicolati da alimenti o acqua.

Infine, si evidenzia una crescita rilevante dell'incidenza delle **infezioni sessualmente trasmissibili**: la sifilide passa da 27 casi nel 2023 a 102 nel 2024, le infezioni gonococciche da 3 a 26, e la clamidia, assente negli anni precedenti, registra 3 casi nel 2024. Tale incremento nel biennio 2023–2024 merita particolare attenzione nell'ambito della prevenzione e dell'educazione sanitaria.

Anche per la dengue si registra un incremento nel 2024, con 30 casi rispetto ai 12 del 2023.

Tabella 3. Casi notificati di malattie infettive in AUTC, anni 2019-2024. Fonte: PREMAL, 2025

Nota: non sono riportate le malattie infettive che presentano una casistica regolarmente inferiore a 3 casi all'anno.

Malattia	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Scabbia	370	212	280	766	1.498	1.609
Scarlattina	357	74	6	79	892	909
Pertosse	19	7	inf a 3	inf a 3	4	387
Infezioni da Salmonella	55	23	34	49	39	268
Legionellosi	202	70	93	154	147	256
Infezioni, Tossinfezioni di origine alimentare	105	28	13	65	197	208
Influenza	145	53	10	24	112	163
Varicella	409	110	45	74	150	117
Tubercolosi	175	55	69	112	145	113
Sifilide	9	6	inf a 3	16	27	102
Malattia Batterica Invasiva	65	30	8	21	55	72
Malaria	26	8	14	17	34	41
Dengue	15	4	inf a 3	5	12	30
Epatite virale A	34	15	6	13	31	29
Infezione gonococcica (Blenorragia)	inf a 3	inf a 3	inf a 3	inf a 3	3	26
Infezioni da Enterobatteri produttori di Carbapenemasi	8	8	86	45	14	22
Pediculosi e Ftiriasi	5	21	5	13	17	22
Infezione intestinale da Campylobacter	11	23	11	11	15	20
Altre meningiti virali specificate	35	14	inf a 3	14	21	19
Herpes zoster	inf a 3	12	18	17	14	16
Leishmaniosi Viscerale	3	inf a 3	6	19	19	16
Morbillo	45	7	inf a 3	inf a 3	inf a 3	16
Parotite	25	10	inf a 3	5	3	14
Monkeypox	inf a 3	inf a 3	inf a 3	17	3	12
Encefalite virale trasmessa da artropodi	inf a 3	10	6	11	31	11
Micobatteriosi non tubercolare	inf a 3	10	10	11	10	11
Epatite virale B	10	12	10	12	12	9
Dermatofitosi	4	inf a 3	inf a 3	inf a 3	5	7
Epatite Virale C	inf a 3	inf a 3	inf a 3	inf a 3	3	5

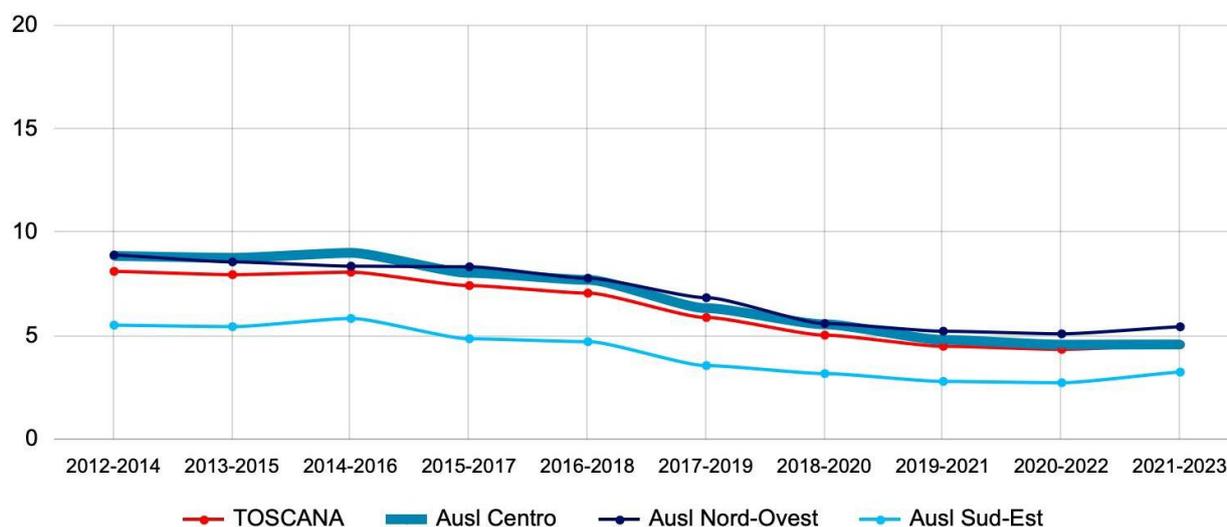
Infezione intestinale da E. coli produttori di Shiga-Tossina o verocitotossi	inf a 3	inf a 3	inf a 3	inf a 3	3	4
Malattia di Jakob-Creutzfeldt	inf a 3	3	3	inf a 3	inf a 3	4
Infezione da Chlamydia	inf a 3	3				
Listeriosi	5	6	3	11	3	3
Malattia di Lyme	6	3	6	8	inf a 3	3
Shigellosi	inf a 3	3				
Febbre virale West Nile	inf a 3	inf a 3	inf a 3	3	inf a 3	inf a 3
Giardiasi	inf a 3	inf a 3	3	9	inf a 3	inf a 3
Leishmaniosi cutanea	inf a 3	inf a 3	inf a 3	3	6	inf a 3
Epatite virale E	inf a 3	inf a 3	inf a 3	3	inf a 3	inf a 3
Febbre da Chikungunya	3	inf a 3	inf a 3	inf a 3	4	inf a 3

HIV E AIDS IN TOSCANA: AGGIORNAMENTO EPIDEMIOLOGICO

In Toscana il sistema di sorveglianza di AIDS e HIV è gestito dall’Agenzia Regionale di Sanità (ARS), che dal 2004 raccoglie i casi di AIDS nel Registro regionale AIDS (RRA) e dal 2009 le notifiche delle nuove diagnosi di HIV.

In occasione della Giornata mondiale di lotta contro l’AIDS del 1° dicembre 2024, l’Agenzia Regionale di Sanità ha diffuso un aggiornamento sulla situazione epidemiologica dell’infezione da HIV e dell’AIDS in Toscana. Nel 2023, l’incidenza dell’HIV a livello nazionale è stata pari a 4,0 nuovi casi ogni 100.000 abitanti, un dato inferiore rispetto alla media dei Paesi europei, pari a 6,2. In Toscana, le nuove diagnosi di infezione da HIV, riferite a residenti e non residenti (dati aggiornati al 31 ottobre 2024), hanno mostrato un andamento stabile tra il 2009 e il 2016, seguito da una progressiva riduzione che, negli ultimi quattro anni, si è stabilizzata attorno a 4,5 casi ogni 100.000 abitanti. Nel 2023, l’incidenza registrata nell’Azienda USL Toscana Centro (AUTC) è stata pari a 4,6 casi ogni 100.000 abitanti, in linea con il valore regionale (Figura 9).

Figura 9. Incidenza dell'infezione da HIV in Toscana e nelle tre Aziende USL. Anni 2012-2023. Fonte ARS, 2025



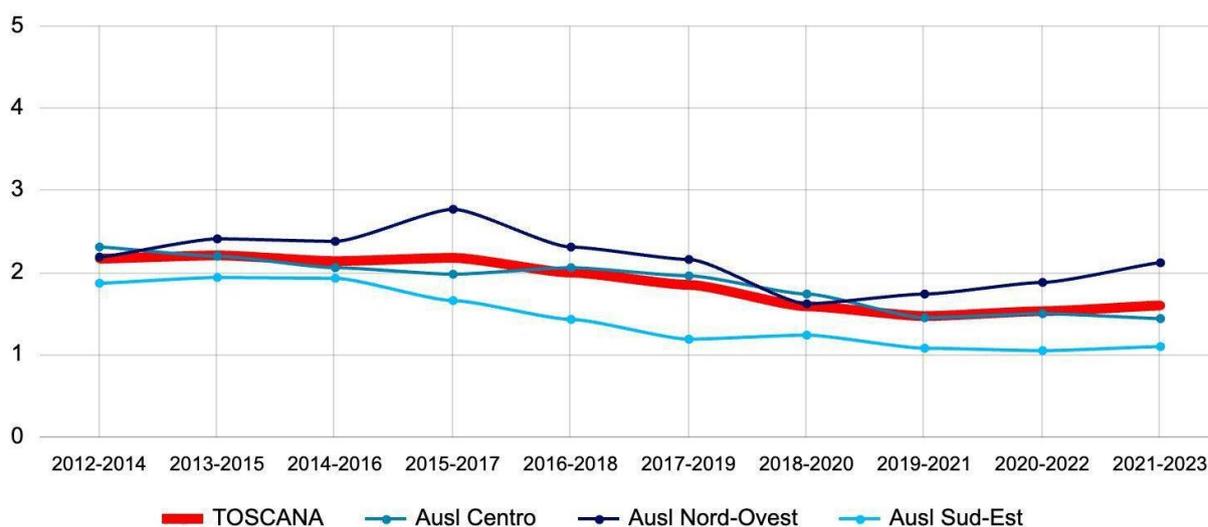
All'interno del territorio AUTC si osservano tuttavia ampie variazioni, con un minimo di 2,1 casi ogni 100.000 abitanti nel territorio corrispondente all'ex-ASL 11 di Empoli e un massimo di quasi 5,5 nel territorio dell'ex-ASL 4 di Prato.

Parte della diminuzione osservata negli ultimi anni potrebbe essere attribuita a ritardi di notifica legati all'emergenza Covid-19, ma è riconosciuto anche il contributo positivo delle strategie di prevenzione e delle terapie antiretrovirali, che permettono di raggiungere la non rilevanza del virus e, conseguentemente, la sua non trasmissibilità.

In Toscana, nel biennio 2022–2023, il 78,9% dei nuovi casi ha riguardato uomini, mentre i casi pediatrici sono ormai rari grazie all'efficacia della profilassi in gravidanza e all'inclusione del test HIV tra gli esami previsti. Tra i nuovi casi, il 33,6% riguarda cittadini stranieri, i cui tassi grezzi risultano più di tre volte superiori a quelli degli italiani, pur mostrando anch'essi un andamento decrescente. La modalità di trasmissione prevalente resta quella sessuale, con i rapporti eterosessuali nettamente predominanti tra le donne (88,7%) e quelli omosessuali tra gli uomini (48,3%). Tuttavia, ciò che emerge con particolare preoccupazione è il calo costante della percezione del rischio all'interno della popolazione generale. Questa ridotta consapevolezza costituisce un ostacolo serio alla diagnosi precoce e alla prevenzione: il 73,2% delle persone scopre di essere sieropositiva solo a seguito di sintomi o patologie correlate, mentre appena il 21% si sottopone al test spontaneamente per percezione del rischio. Si tratta di un dato in netto peggioramento rispetto al passato e che coinvolge soprattutto la popolazione eterosessuale, ancora largamente convinta di non appartenere a un gruppo "a rischio". Questa falsa sicurezza espone a diagnosi tardive, con gravi implicazioni cliniche e un maggiore rischio di trasmissione inconsapevole.

L'andamento storico dell'AIDS in Toscana conferma quanto già evidenziato: dopo il picco epidemico del 1995, l'introduzione delle terapie antiretrovirali ha determinato un netto calo dell'incidenza, che tuttavia nel 2023 si attesta ancora a 1,6 casi per 100.000 abitanti a livello regionale e a 1,5 nell'ambito dell'Azienda USL Toscana Centro (AUTC) (Figura 10).

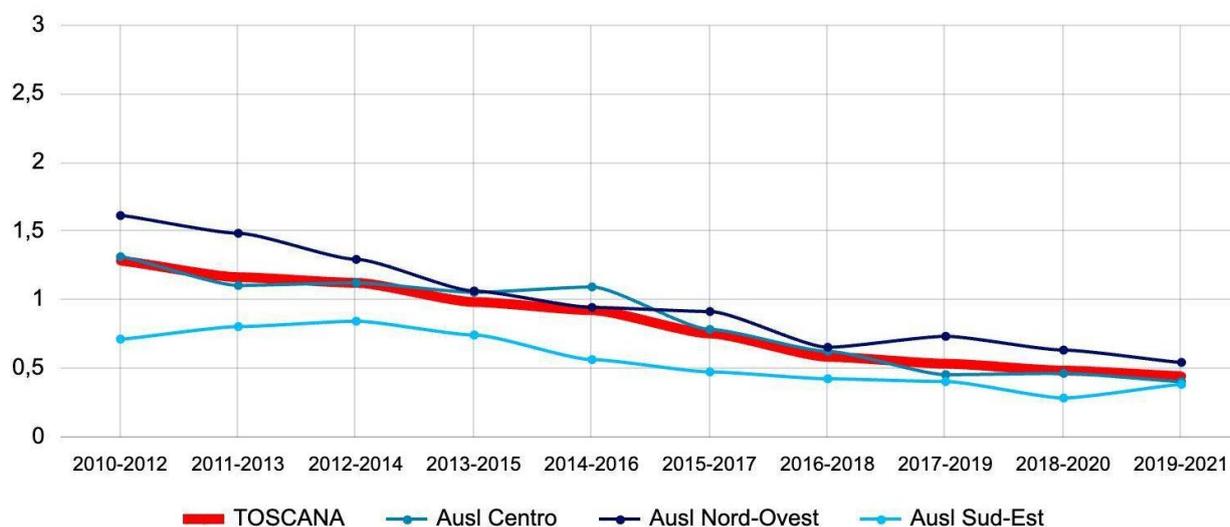
Figura 10. Incidenza di AIDS in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2012-2023. Fonte ARS, 2025



Anche in questo caso, come per l'infezione da HIV, si rileva variabilità all'interno del territorio AUTC, con un minimo di 1,0 casi ogni 100.000 abitanti nell'Empolese e un massimo di 1,7 nel Pistoiese.

L'età alla diagnosi è aumentata progressivamente nel tempo, riflettendo sia l'efficacia dei trattamenti nel ritardare la progressione dell'infezione, sia un cambiamento nei comportamenti a rischio, oggi più diffusi anche tra la popolazione adulta. A fronte di una stabilizzazione delle nuove diagnosi, si registra un costante incremento della prevalenza, pari a 2.456 casi al 31 dicembre 2023, dovuto al miglioramento della sopravvivenza. Nello stesso anno, la mortalità per AIDS nella AUTC è stata pari a 0,4 casi ogni 100.000 abitanti (tasso standardizzato), un valore sostanzialmente in linea con quello regionale (0,5 per 100.000), confermando il trend di progressiva riduzione nel corso degli anni (Figura 11). Per quanto riguarda l'incidenza di AIDS, come per HIV, si conferma una marcata differenza per cittadinanza: nella popolazione straniera il tasso di incidenza dell'AIDS risulta quasi quattro volte superiore rispetto a quello registrato tra gli italiani.

Figura 11. Tassi di mortalità standardizzati per età per AIDS in Toscana e nelle tre Aziende USL. Anni 2010-2023. Fonte ARS, 2025



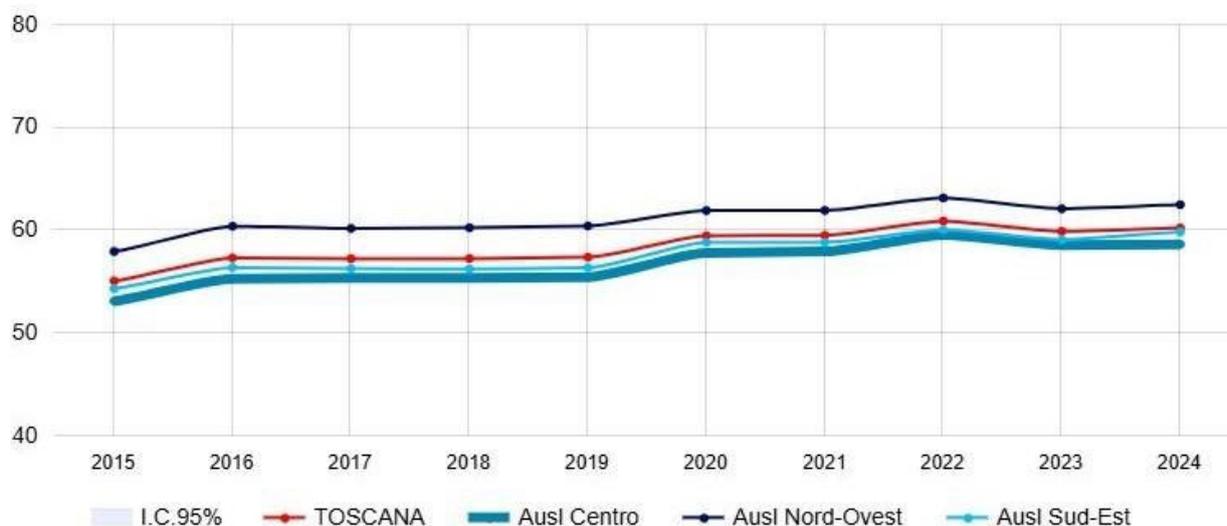
Oggi la quasi totalità dei nuovi casi di AIDS è legata a trasmissione sessuale, soprattutto eterosessuale, in netto contrasto con le prime fasi epidemiche dominate dalla tossicodipendenza. Questa inversione di tendenza, unita alla crescente disinformazione e alla sottovalutazione del rischio, evidenzia l'urgenza di rafforzare le strategie educative e le campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale. Il contesto post-pandemico ha inoltre aggravato i ritardi diagnostici e l'accesso ai servizi, suggerendo la necessità di prevedere misure di risposta sanitaria prioritaria anche in situazioni di emergenza, per non compromettere la presa in carico tempestiva delle persone con HIV.

6.4 DIABETE MELLITO

Nel 2024, tra i residenti di età ≥ 16 anni dell'AUTC, si contavano 104.240 persone affette da diabete mellito. La prevalenza standardizzata per età è pari a 58,7 per 1.000 abitanti, un valore inferiore alla media regionale (60,3 per 1.000) e il più basso tra le tre aziende USL della Toscana. Nel dettaglio, i casi riguardano 54.203 uomini (prevalenza standardizzata: 67,7 per 1.000) e 50.037 donne (51,3 per 1.000).

A livello regionale si osserva un lieve incremento della prevalenza rispetto al 2023, mentre nell'AUTC il dato è rimasto stabile (Figura 12).

Figura 12. Andamento della prevalenza standardizzata per età (per 1000 ab.) del diabete mellito in Toscana e nelle tre Aziende USL, periodo 2015–2024. Fonte: MACRO, ARS Toscana, 2025.



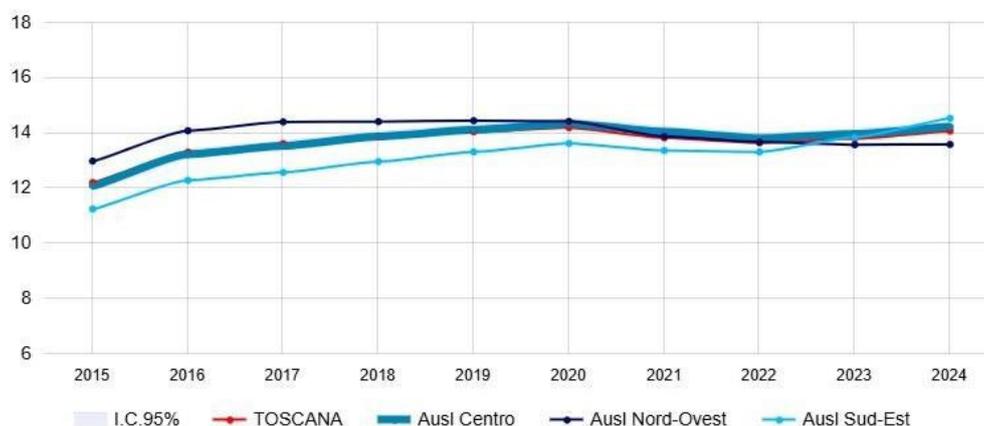
6.5 BPCO

La prevalenza della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), dopo una lieve flessione registrata durante gli anni della pandemia da COVID-19, ha mostrato un incremento nel 2023, confermato anche nel 2024 (Figura 13). Nell'AUTC, la prevalenza standardizzata per età si attesta a 14,2 per 1.000 abitanti, in linea con la media regionale (14,1 per 1.000).

La riduzione osservata durante la pandemia può essere spiegata da diversi fattori, quali, una minore esposizione ai fattori di rischio ambientali e infettivi grazie alle misure di contenimento (uso di mascherine, lockdown, riduzione dell'inquinamento atmosferico urbano), che hanno temporaneamente ridotto le riacutizzazioni e le diagnosi di BPCO; una ridotta accessibilità ai servizi sanitari nel biennio 2020–2021, che ha comportato una sotto-diagnosi e un ritardo nella presa in carico di nuovi casi, con un conseguente calo artificiale della prevalenza rilevata; modifiche nei criteri di codifica e nella registrazione dei casi durante l'emergenza, con una maggiore attenzione verso il COVID-19 e i suoi effetti respiratori acuti, che potrebbero aver occultato o ritardato l'identificazione di patologie croniche come la BPCO.

La ripresa della crescita post-pandemica è dunque verosimilmente attribuibile alla riattivazione dell'attività diagnostica e assistenziale ordinaria, oltre che a una possibile riemersione di casi sommersi, aggravati dal ritardo nella diagnosi o nella gestione.

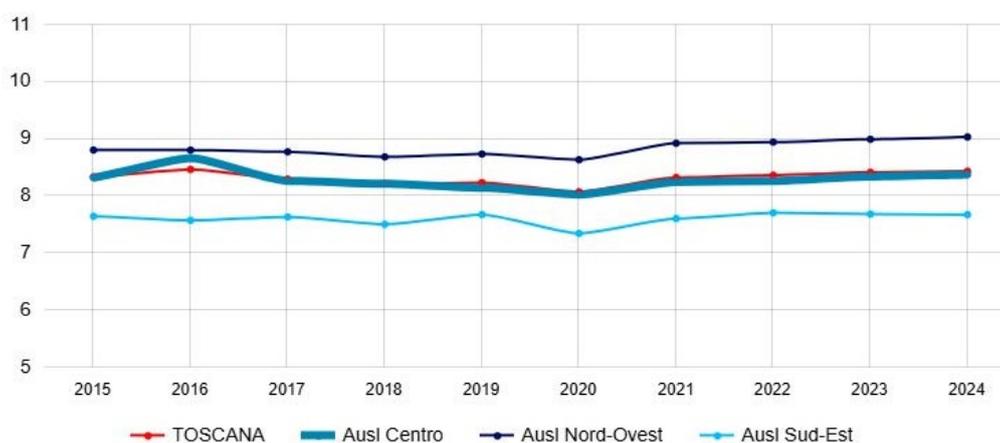
Figura 13. Andamento temporale della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 ab.) della BPCO in Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2015-2024 Fonte: MACRO, ARS, 2025.



6.6 CONSUMO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI

La prevalenza standardizzata per età dell'uso di farmaci antidepressivi (Figura 14), dopo una costante diminuzione iniziata nel 2016, ha mostrato a partire dal 2020 una lenta crescita. A livello regionale, i valori nel 2024 sono tornati agli stessi livelli del 2016 (8,4%), mentre nell'AUTC si osserva un lievissimo calo rispetto al 2016: dal 8,7% del 2016 all'8,5% del 2024 (-0,3%). All'interno dell'AUTC, le zone con la più alta prevalenza di consumo ogni 100 abitanti sono la Pistoiese (9,6%), la Valdinievole (9,3%) e il Mugello (8,9%). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

Figura 14. Andamento temporale della prevalenza dell'uso dei farmaci antidepressivi in Toscana e nelle tre Aziende USL (per 100 ab.). Fonte: ARS, 2025



7. SALUTE IN DETERMINATI GRUPPI DI POPOLAZIONE

7.1 SALUTE MATERNO-INFANTILE

Nel 2023, nell'Azienda USL Toscana Centro (AUTC) sono nati 9.541 bambini, confermando il trend di progressiva diminuzione delle nascite, in linea con quanto rilevato negli altri territori della Toscana (Figura 1). Nonostante questo contesto di calo demografico, l'AUTC si conferma come l'azienda USL con il più alto tasso di natalità a livello regionale, con 5,9 nati ogni 1.000 abitanti, a fronte di una media toscana pari a 5,7 per 1.000. All'interno dell'AUTC, anche nel 2023, come nell'anno precedente, la zona dell'Empolese Valdarno Inferiore registra il valore più elevato, con un tasso di natalità pari a 6,3 per 1.000 abitanti.

Nel 2024, le donne residenti in AUTC che hanno partorito in ospedale sono state 8.897, pari a un tasso di 28,7 per 1.000 donne in età fertile (15–49 anni). Le zone Fiorentina Nord-Ovest ed Empolese Valdarno Inferiore mostrano un tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per parto significativamente superiore alla media regionale, pari a 28,5 per 1.000 (Tabella 1). I tassi di ospedalizzazione per parto includono tutti i parti, indipendentemente dalla presenza di eventuali problemi di salute della madre o del neonato.

Figura 1. Tasso di natalità per 1.000 residenti in Regione Toscana e nelle tre Aziende USL. Periodo 2014-2023. Fonte: ARS, 2025.

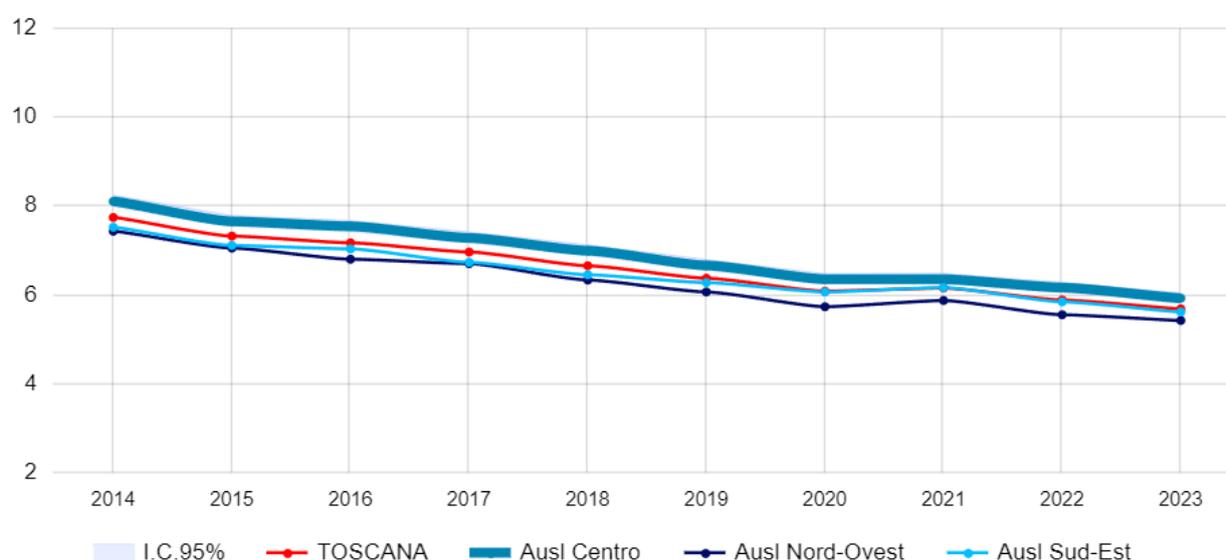
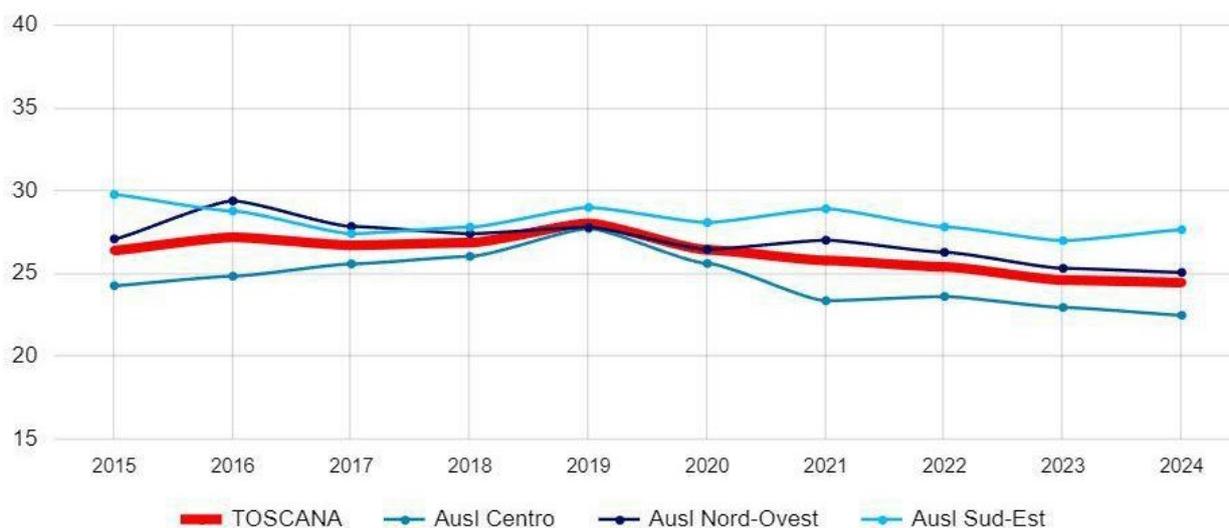


Tabella 1. Numero di ricoveri per parto, tasso grezzo e tasso standardizzato per età (per 1.000 donne in età fertile) in Toscana, AUTC e per zona di residenza, anno 2024 (Fonte: ARS, 2025). *Eccesso rispetto alla media di AUTC e RT.

Zona	Ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf.	Limite sup.
Pistoiese	863	27,2	29,6	27,6	31,6
Valdinievole	659	28,7	30,9	28,5	33,3
Pratese	1.322	25,1	27,6	26,1	29,1
Fiorentina	2.111	29,6	29,8	28,5	31,1
Fiorentina Nord-Ovest*	1.239	30,8	33,4	31,5	35,2
Fiorentina Sud-Est	951	28,8	31,5	29,5	33,6
Mugello	338	28,8	31,4	28,1	34,8
Empolese Valdarno Inferiore*	1.414	30,4	33,3	31,5	35,0
AUTC	8.897	28,7	30,6	30,0	31,3
REGIONE TOSCANA	19.590	28,5	30,7	30,2	31,1

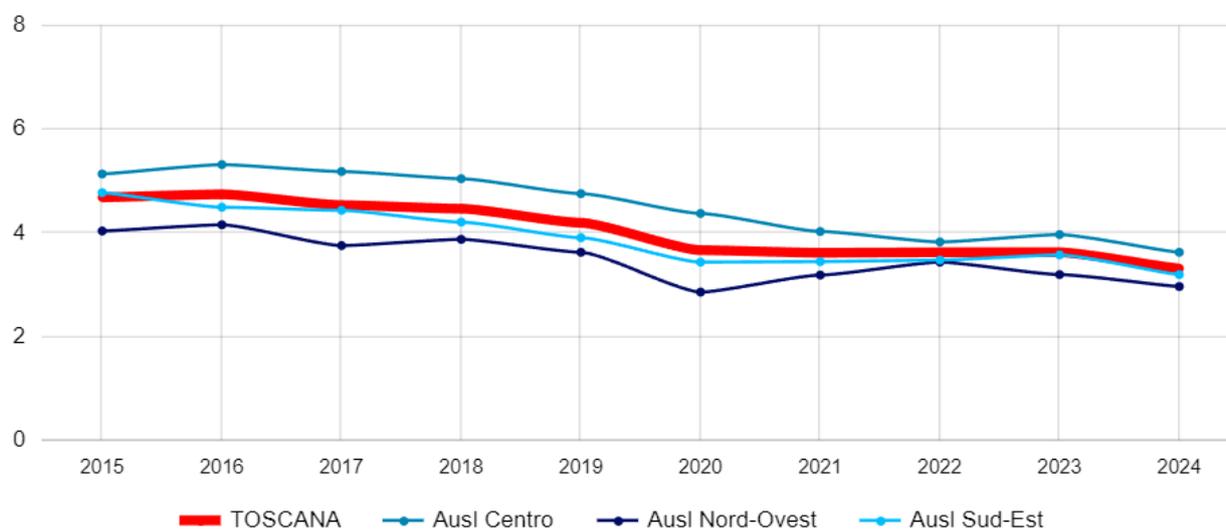
Nel 2024, il 22,5% dei parti avvenuti in AUTC è stato eseguito mediante taglio cesareo, un valore inferiore alla media regionale del 24,5% (Figura 2).

Figura 2. Proporzione cesarei sul totale dei parti in Regione Toscana e nelle tre Aziende USL toscane. Periodo 2015-2024. Fonte: ARS, 2025.



Nel 2024, l'Azienda USL Toscana Centro conferma un tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo lievemente più elevato rispetto alla media regionale, ma allineato al trend di progressiva riduzione osservato in tutta la Toscana (Figura 3).

Figura 3. Tasso grezzo di ospedalizzazione per aborto spontaneo (per 1.000 donne in età fertile) in Regione Toscana e nelle tre Aziende USL. Periodo: 2015-2024. Fonte: ARS, 2025



Nel 2024, i ricoveri per aborto spontaneo tra le donne residenti in AUTC sono stati 1.129, pari a un tasso di 3,6 per 1.000 donne in età fertile, in linea con il valore regionale (3,3 per 1.000) (Tabella 2). Tra le zone dell’AUTC, il Mugello (4,7 per1.000), la Fiorentina Nord-Ovest (4,0 per 1.000) e la Fiorentina (3,9 per 1.000) presentano un tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo superiore alla media di AUTC.

Tabella 2. Tasso grezzo di ospedalizzazione per aborto spontaneo (per 1.000 donne in età fertile) tra le residenti in Toscana, nell’AUTC e per zona distretto – Anno 2024 (Fonte: ARS, 2025).

Zona	Totale ricoveri	Tasso grezzo	Lim. inf.	Lim. sup.
Pistoiese	108	3,4	2,8	4,0
Valdinievole	70	3,0	2,3	3,8
Pratese	191	3,6	3,1	4,1
Fiorentina	281	3,9	3,5	4,4
Fiorentina Nord-Ovest	161	4,0	3,4	4,6
Fiorentina Sud-Est	111	3,4	2,7	4,0
Mugello	55	4,7	3,5	5,9
Empolese Valdarno Inferiore	152	3,3	2,8	3,8
AUTC	1.129	3,6	3,4	3,9
REGIONE TOSCANA	2.290	3,3	3,2	3,5

Da anni i tassi di ospedalizzazione per IVG in AUTC mostrano un trend in calo, in linea con l’andamento regionale (Figura 4).

Nel 2024 le donne residenti nella AUTC ricoverate per interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) sono state 705 (erano 733 nel 2023 e 881 nel 2022), ovvero 2,3 per 1.000 donne residenti

in età fertile, a fronte del valore regionale di 2,1 per 1.000 (Tabella 3). Tra le zone socio-sanitarie dell'AUTC, quella Fiorentina e il Mugello mostrano i tassi di ospedalizzazione per IVG più alti.

Figura 4. Tasso grezzo di ospedalizzazione per interruzione volontaria di gravidanza per 1.000 donne in età fertile in Toscana e nelle tre Aziende USL, periodo 2015 -2024. Fonte: ARS, 2025

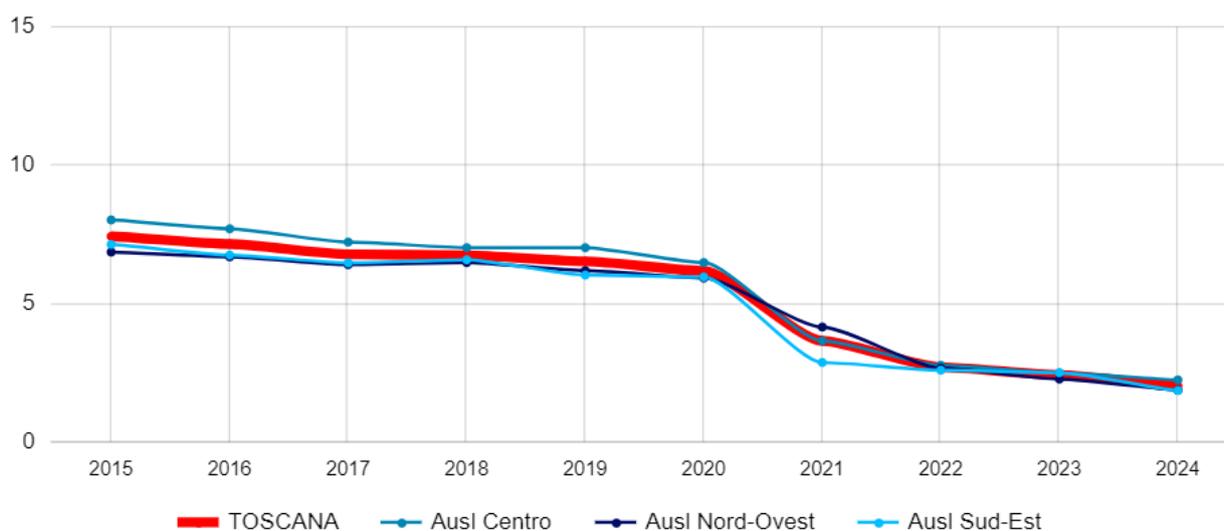


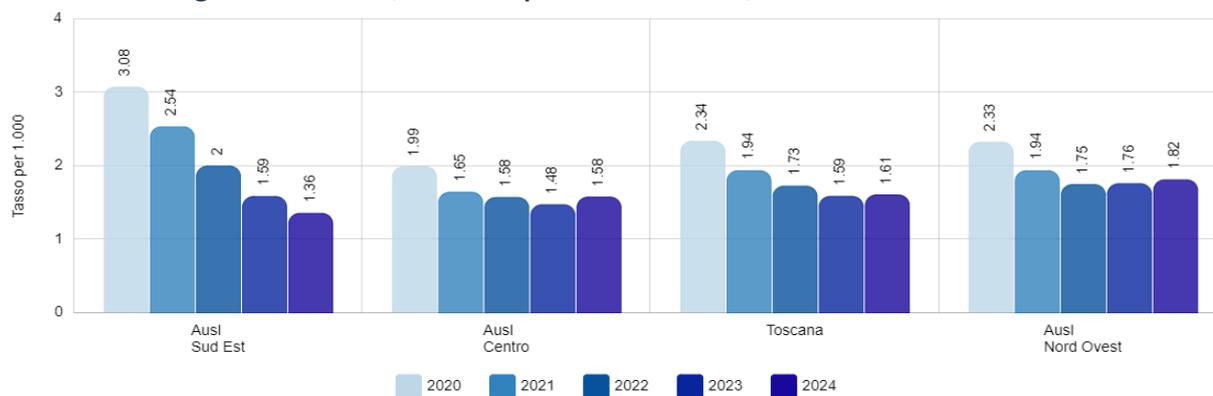
Tabella 3. Numero assoluto e tasso grezzo di ospedalizzazione per interruzione volontaria di gravidanza (per 1.000 donne in età fertile) in Toscana, nell'AUTC e per zona distretto, anno 2024. Fonte: ARS 2025. *In eccesso rispetto ad AUTC e RT.

Zona	Totale ricoveri	Tasso grezzo	Lim. inf.	Lim. sup.
Pistoiese	67	2,1	1,6	2,6
Valdinievole	46	2,0	1,4	2,6
Pratese	96	1,8	1,5	2,2
Fiorentina*	220	3,1	2,7	3,5
Fiorentina Nord-Ovest	90	2,2	1,8	2,7
Fiorentina Sud-Est	70	2,1	1,6	2,6
Mugello	31	2,6	1,7	3,6
Empolese Valdarno Inferiore	85	1,8	1,4	2,2
AUTC	705	2,3	2,1	2,4
REGIONE TOSCANA	1.421	2,1	2,0	2,2

I principali indicatori degli esiti del parto nei residenti dell'AUTC 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 2025, si registra:

- Nel triennio 2022–2024, il tasso di natimortalità – calcolato come (numero di nati morti / totale dei nati, vivi + morti) × 1.000 – è risultato pari a 1,96 per 1.000, un valore del tutto sovrapponibile alla media regionale toscana.
- L’Azienda USL Toscana Centro registra una diminuzione del tasso di mortalità nel primo anno di vita, da 1,99 per 1.000 nel 2020 a 1,58 per 1.000 nel 2024, mantenendosi costantemente al di sotto della media regionale e collocandosi negli ultimi 4 anni all’interno della fascia di valutazione “ottima” (tassi compresi tra 1,20 e 1,80 per 1.000) (Figura 5).
- Nel periodo 2017–2019, i nati vivi e le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con almeno una malformazione congenita – escludendo i difetti minori – hanno riguardato 655 soggetti, per un totale di 928 malformazioni, con un tasso grezzo pari a 19,9 per 1.000 nati vivi. A partire dal 2011, il valore risulta in aumento, in linea con l’andamento regionale, verosimilmente per effetto del maggiore ricorso alla diagnosi prenatale e dell’aumento dell’età materna;
- Nel triennio 2022-2024 sono stati 1.788 i bambini nati con basso peso alla nascita (<2.500 grammi), pari al 6,5% del totale dei nati vivi, un valore in linea con la media regionale toscana (6,6%). I nati vivi con peso molto basso alla nascita (<1.500 grammi) sono stati 206, pari allo 0,7% del totale; anche questo indicatore è risultato del tutto in linea con la media regionale.
- Nel triennio 2022–2024, i nati vivi prematuri (entro la 37^a settimana di gestazione) sono stati 1.767, pari al 6,4% dei nati vivi, un valore leggermente inferiore alla media regionale (6,7%). Nel 2024, i nati vivi gravemente prematuri (entro la 32^a settimana) sono stati 65, in calo rispetto ai 79 del 2023, e corrispondono allo 0,7% dei nati vivi, un dato in linea con la media regionale pari allo 0,8%.

Figura 5. Trend della mortalità nel primo anno di vita (tasso per 1.000 nati vivi) in Regione Toscana e in azienda USL – Anni 2020–2024. Fonte: Registro di Mortalità Regionale – ISPRO, elaborazione a cura del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna, 2025.



7.2 SALUTE DEI LAVORATORI

7.2.1 INFORTUNI SUL LAVORO

I dati INAIL degli infortuni lavorativi riconosciuti ed indennizzati, analizzati per il periodo 2011-2023 evidenziano una progressiva riduzione del numero di eventi, con una tendenza alla stabilizzazione negli ultimi anni (Tabella 4).

Tabella 4. Infortuni in occasione di lavoro, riconosciuti da INAIL, e accaduti sul territorio toscano. Fonte: INAIL. Sono esclusi gli infortuni occorsi a studenti, colf e sportivi.

Anno	Empolese Valdarno Inferiore	Firenze 1	Firenze 2	Pistoiese	Pratese	Valdinievole	Totale AUTC	Regione Toscana
2023	1.190	3.607	1.476	839	1.102	484	10.721	25.212
2022	1.320	4.374	1.609	877	1.279	489	11.970	28.439
2021	1.195	3.452	1.441	833	1.185	480	10.607	24.541
2020	1.255	3.955	1.445	979	1.172	474	11.300	25.368
2019	1.254	3.946	1.695	959	1.275	531	11.679	26.728
2018	1.356	3.937	1.720	1.066	1.303	475	11.875	27.108
2017	1.320	3.969	1.692	1.108	1.355	472	11.933	27.635
2016	1.368	4.151	1.712	996	1.384	462	12.089	28.214
2015	1.433	3.924	1.726	1.091	1.357	537	12.083	28.557
2014	1.564	4.150	1.792	1.187	1.330	575	12.612	30.449
2013	1.595	4.480	1.813	1.295	1.411	578	13.185	31.255
2012	1.559	4.540	1.887	1.376	1.480	624	13.478	32.765
2011	1.851	5.080	2.053	1.547	1.631	722	14.895	37.339

Confrontando il dato 2023 col 2011, gli infortuni si sono ridotti di un quarto per le varie zone della Azienda USL Toscana Centro. La riduzione aumenta ancora, da meno un terzo fin quasi a dimezzarsi, nei restanti territori. Considerando complessivamente l'AUTC, gli infortuni in poco più di 10 anni si sono ridotti di oltre il 30%. La riduzione si evidenzia soprattutto nel triennio 2011-2014, 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.

Dopo il periodo pandemico, in cui pur in presenza di un'importante riduzione delle attività lavorative, ha pesato la registrazione dei casi di COVID correlati con il lavoro registrati come infortuni, si osserva nel 2022 un incremento del fenomeno infortunistico, da imputare sia

all'intensa ripresa della produzione che al persistere di un residuale numero di casi di COVID registrati in ambito lavorativo. Nel 2023 il dato appare stabilizzato e tornato ai livelli pre-COVID. Limitandosi al 2023 ed escludendo i casi privi di informazione relativa al settore lavorativo, il settore in cui si sono verificati più infortuni è quello delle attività manifatturiere, circa il 21% del totale, seguito dalle costruzioni (14,8%), seguono poi il trasporto e magazzinaggio con il 12,4% e la sanità (11,7%) (Tabella 5).

Tabella 5. Infortuni riconosciuti in occasione di lavoro accaduti nel 2023 nell'AUTC, per i quali è specificato il settore ATECO. Fonte: INAIL.

Ateco 2007	Casi	%
C Attività manifatturiere	1.684	21,2
F Costruzioni	1.174	14,8
H Trasporto e magazzinaggio	985	12,4
Q Sanità	926	11,7
G Commercio	915	11,5
I Alloggio e ristorazione	702	8,9
N Noleggio, agenzie di viaggio	679	8,6
E Fornitura di acqua	302	3,8
O Amministrazione pubblica	170	2,1
M Professioni	76	1,0
S Altre attività di servizi	75	0,9
R Arte, sport, intrattenimento	63	0,8
J Informazione e comunicazione	59	0,7
P Istruzione	36	0,5
K Finanza e assicurazioni	27	0,3
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	21	0,3
L Attività immobiliari	21	0,3
D Fornitura di energia	7	0,1
B Estrazione di minerali	5	0,1

7.2.2 MALATTIE PROFESSIONALI

Sempre prendendo in considerazione i dati INAIL, dal 2011 al 2023 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 da una ripresa delle denunce di MP nella AUTC passando dalle 497 del 2020 alle 740 del 2023, un numero comunque più contenuto rispetto alle altre due Aziende USL. Il dato dell'Azienda USL Toscana NO che, come ben noto ormai da anni, appare fortemente disallineato rispetto alle altre due Aziende USL, è sintomo dell'elevato numero di segnalazioni trasmesse dai Patronati

(particolarmente attivi in questo territorio) ad INAIL, che comunque ne riconosce il nesso lavorativo in circa il 50% dei casi (Tabella 6).

Tabella 6. Malattie professionali riconosciute da INAIL. Fonte: INAIL.

Anno	Empolese Valdarno Inferiore	Firenze 1	Firenze 2	Pistoiese	Pratese	Valdinievole	Totale AUTC	Regione Toscana
2023	240	179	179	49	64	29	740	4.587
2022	255	189	197	48	83	40	812	4.529
2021	189	148	152	62	66	35	652	3.770
2020	134	123	124	50	41	25	497	3.144
2019	185	135	127	39	46	21	553	3.644
2018	214	159	155	53	63	30	674	3.861
2017	195	143	143	42	71	24	618	3.852
2016	193	148	126	44	57	27	595	3.971
2015	160	118	96	44	53	34	505	3.704
2014	195	144	104	39	48	30	560	3.789
2013	210	150	96	46	67	44	613	3.500
2012	192	139	93	45	59	33	561	3.066
2011	129	126	113	39	45	44	496	2.951

Come per il resto della Regione le MP più diffuse nell'AUTC 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 sotto-notifica 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.

7.3 INCIDENTI STRADALI E INFORTUNI IN ITINERE

I dati ACI-ISTAT indicano che il numero di incidenti stradali (IS) occorsi nel territorio dell'AUTC è in diminuzione costante nel corso degli ultimi 20 anni, passando da valori superiori ai 11.000 fino a quasi dimezzarsi negli ultimi anni (poco meno di 7.000 nel 2023) Da notare che la forte riduzione osservabile nel 2020 è stata determinata dal lockdown per la pandemia Covid (Tabella 7).

Per quanto riguarda la componente di IS correlata al lavoro, gli infortuni "in itinere" denunciati

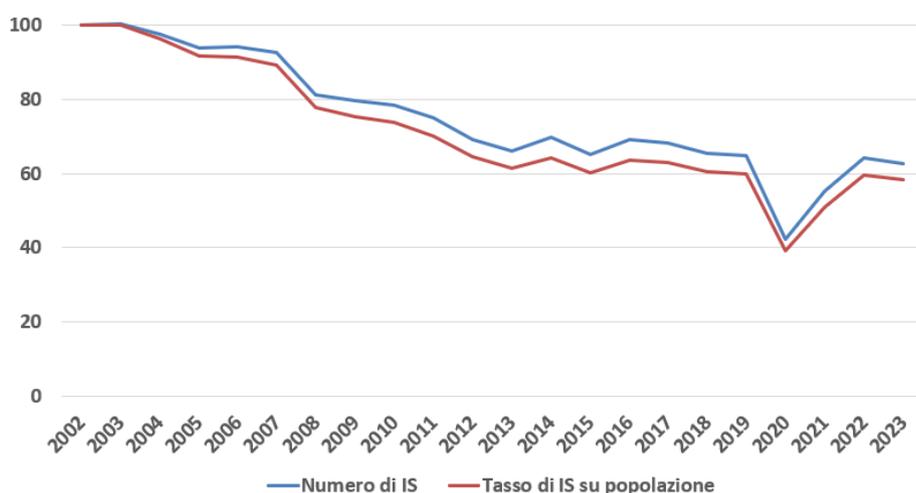
all'INAIL costituiscono un terzo circa degli IS totali, mentre quelli stradali occorsi in occasione di lavoro sono un ulteriore 8% circa. Per l'effetto del lockdown, nel 2020 le denunce di IS lavorativi si erano ridotte del 36% rispetto ai quattro anni precedenti, per le denunce di IS "in itinere" la riduzione aveva raggiunto il 42%. Il dato dal 2021 in poi mostra una forte ripresa soprattutto per gli IS "in Itinere" (+57%). Tale ripresa sembra non sia stata comunque tale da tornare a raggiungere i livelli precedenti. In particolare la quantità di IS "in itinere" ha segnato comunque una riduzione dell'ordine del 20% rispetto ai dati medi del periodo 2016-2019. Tale importante miglioramento è attribuibile alla maggiore diffusione del lavoro a distanza avvenuta nel periodo del lockdown, un virtuoso cambio di abitudini che fortunatamente non sembra essere stato totalmente dismesso, almeno nelle realtà più lungimiranti.

Tabella 7. Incidenti stradali (IS) nell'AUTC. Numero di IS totale e numero feriti e decessi per IS. Numero di denunce fatte ad INAIL per IS in itinere o in occasione di lavoro. Fonti: ACI, INAIL, ISTAT

ANNO	IS in generale			Denunce INAIL per IS "in itinere" e sul lavoro	
	Numero IS	Numero Feriti	Numero Decessi	Infortunati Per IS in itinere	Infortunati Per IS sul lavoro
		per IS	per IS		
2023	6.975	8.658	78	2.866	576
2022	7.121	8.745	84	2.811	610
2021	6.131	7.696	77	2.544	644
2020	4.682	5.766	62	1.821	489
2019	7.191	9.207	74	3.318	723
2018	7.289	9.407	105	3.139	781
2017	7.576	9.833	94	3.094	760
2016	7.675	9.892	78	3.118	819
2015	7.251	9.306	83	2.952	812
2014	7.742	9.844	82	3.028	884
2013	7.350	9.606	69	1.867	1893
2012	7.680	10.098	73	2.300	1890
2011	8.326	10.916	76	2.746	2061
2010	8.732	11.527	109		
2009	8.842	11.428	95		
2008	9.032	11.803	93		
2007	10.290	13.076	96		
2006	10.483	13.652	108		
2005	10.452	13.351	141		
2004	10.857	13.835	144		
2003	11.173	14.383	148		
2002	11.117	14.445	136		

Un andamento analogo è evidente per il tasso di IS rapportato alla popolazione presente (Figura 6), 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, errata manovra) è utilizzata per valutare il rischio correlato alle caratteristiche del conducente e dei passeggeri.

Figura 6. Andamento temporale del numero di incidenti stradali (IS) e del tasso di IS rispetto alla popolazione residente, utilizzando il dato del 1992 come riferimento iniziale. 2002 = 100. Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT.



Nel 2020 i decessi per IS occorsi sulle strade dell'AUTC sono stati 62, il valore più basso nell'ultimo trentennio, attribuibile come detto alle restrizioni alla mobilità. Il dato definitivo per il 2023 è di 78 morti, tornato in linea con il trend dell'intero periodo.

Esistono oscillazioni di breve periodo, che riflettono la variabilità statistica. Queste si sovrappongono ad una favorevole tendenza di lungo periodo, che dal 2003 (anno col maggior numero di IS) al 2019 (ultimo anno prima della discontinuità-Covid) vedono una riduzione progressiva dell'incidentalità di circa il 3% per anno. La prosecuzione non è scontata: l'eliminazione delle restrizioni nel 2021 corrisponde ad un nuovo aumento dell'incidentalità. Se però verranno colte le opportunità involontariamente sperimentate nel 2020, il possibile cambiamento di abitudini di mobilità (es. per sviluppo del lavoro a distanza) si dimostra in grado di consentire una concreta riduzione dei decessi e delle invalidità dovute ad incidenti stradali.

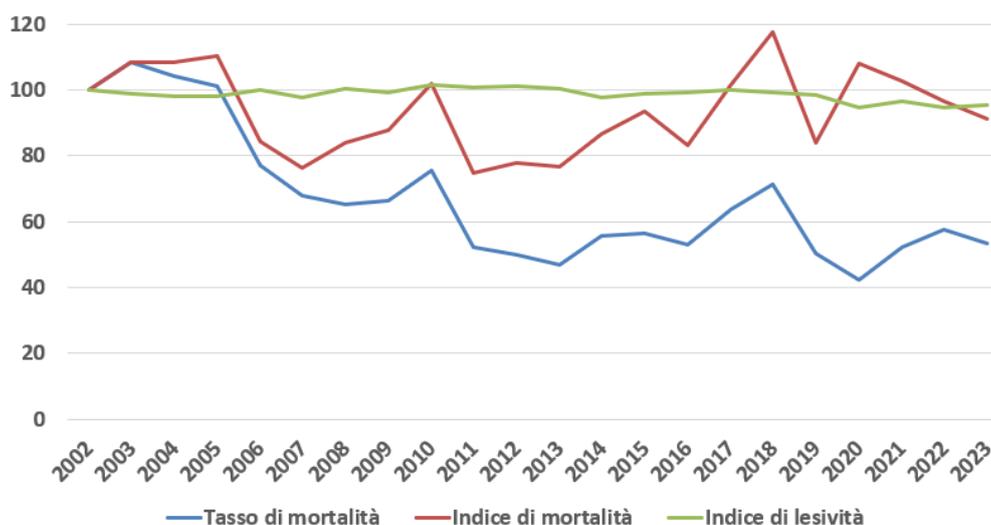
Nel grafico (Figura 7) viene rappresentato l'andamento temporale di tre indicatori relativi alla

gravità degli incidenti stradali (IS), con il **2002 preso come anno di riferimento base (indice = 100)**. Questo significa che tutti i valori degli anni successivi sono espressi in percentuale rispetto al valore del 2002, facilitando così il confronto dei cambiamenti nel tempo, indipendentemente dai valori assoluti. 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.

Considerando l'anomala riduzione degli spostamenti del periodo della pandemia, nel 2019 l'indice di lesività nell'AUSL TC era stato di 1.278 feriti ogni 1.000 IS, un valore costante su tutto il periodo di osservazione. Il 2020 ha visto una lieve contrazione pari a 1.231 per 1.000, ma comunque in linea con il trend degli ultimi 20 anni.

Per quanto riguarda l'indice di mortalità, il 2020 ha mostrato un leggero aumento rispetto all'anno precedente (13 su 1.000 rispetto a 10 su 1.000 del 2019), per poi tornare al valore osservato nell'anno iniziale di osservazione.

Figura 7. Andamento temporale dell'indice di lesività (n. feriti/n. IS) ed indice di mortalità (n. decessi / n. IS) e tasso di mortalità (decessi / popolazione). 2002 = 100. Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT



**SEZIONE II. LA RISPOSTA DELL'AZIENDA
SANITARIA**

8. PRONTO SOCCORSO E 118

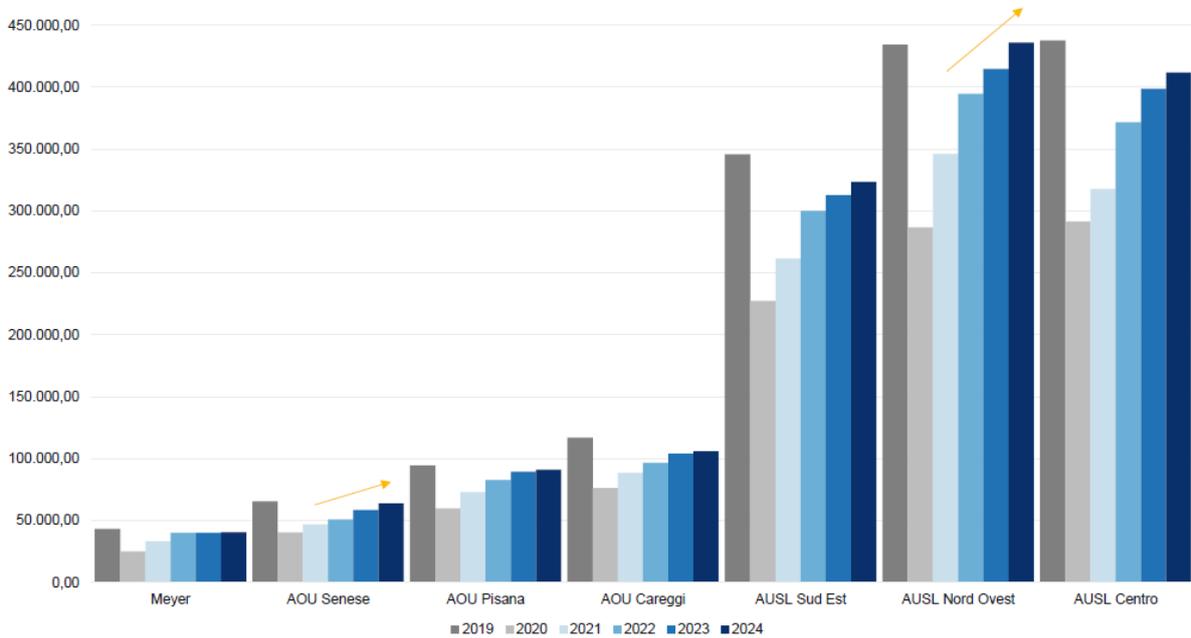
Nella sottostante Tabella 1, sono indicati gli accessi presso i Pronto Soccorso / Punti di Primo Soccorso della AUTC negli anni 2023 e 2024.

Tabella 1. Numero di accessi ai Pronto Soccorso in AUTC, anni 2023-2024. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche. NOTA: *Presso l'ospedale Serristori è presente un Centro Medico Avanzato aperto H12.

Sede PS	Accessi 2023	Accessi 2024
Osp. Borgo San Lorenzo	22.585	24.294
Osp. della Valdinevole	33.321	34.269
Osp. Lorenzo Pacini	3.528	3.335
Osp. San Giovanni di Dio	44.788	46.037
Osp. San Giuseppe	65.101	66.161
Osp. San Jacopo	60.906	63.845
Osp. Santa Maria Annunziata	45.035	47.723
Osp. Santa Maria Nuova	34.402	35.582
Osp. Santo Stefano	91.483	94.700
Osp. Serristori*	1.632	2.834
PPS Zona Empolese	5	8
PPS Zona Fiorentina	913	1115
PPS Zona Pistoiese	220	147
PPS Zona Pratese		28
Totale complessivo	402.781	418.780

Nella Figura 1 è invece rappresentato il trend di accessi 2019-2024 dell'AUTC e della Toscana: l'analisi del Trend Temporale mostra un aumento degli accessi rispetto al 2023 con un continuo avvicinamento al numero degli accessi pre-pandemici.

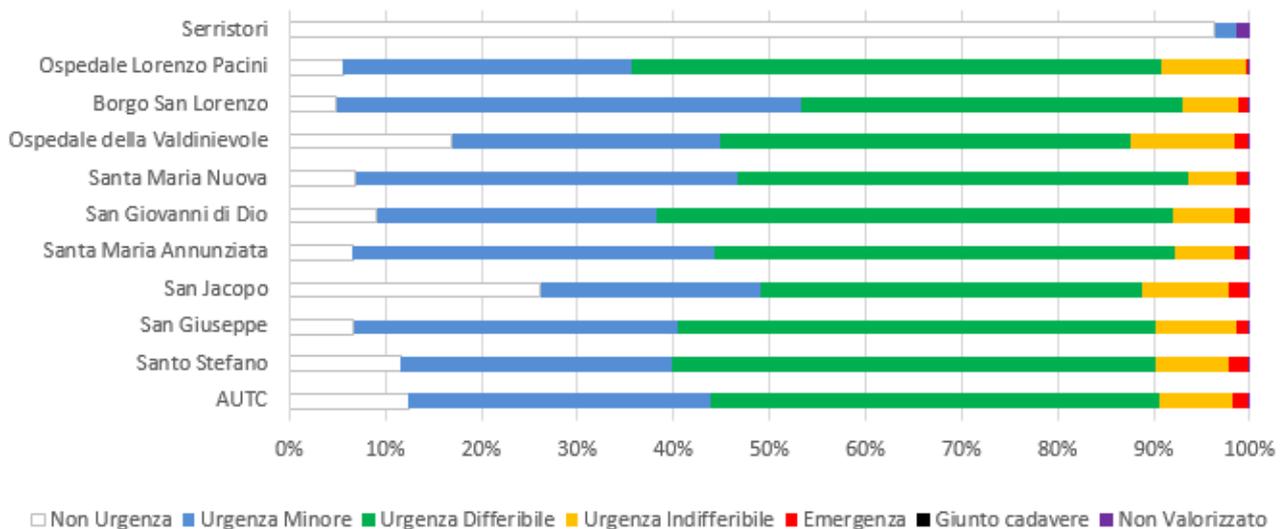
Figura 1. Trend degli accessi in PS 2019-2024.



La Figura 2 mostra la percentuale di tipologia di accesso per Pronto Soccorso: le urgenze indifferibili e le emergenze rappresentano meno del 10% degli accessi.

Figura 2. Proporzioni di tipologie di accesso (triage), ANNO 2024. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche.

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



Gli indicatori MeS (Tabella 2) evidenziano che il tasso di abbandono rimane su livelli di attenzione con un lieve peggioramento rispetto al 2023. L'indicatore C16.4 sulla percentuale di accessi inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore rimane critico nonostante un lieve aumento rispetto al 2023. Si mantiene buono l'indicatore C16.10 sulla percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore e l'indicatore C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione.

Tabella 2. Indicatori MeS Pronto Soccorso dell'AUTC, anni 2022-2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	5,1	5,2	5,1	4,1
C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	48,2	53,2	53,8	0
C16.4.1.N Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	87,3	88,8	89,0	2,2
C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	77,6	78,0	77,3	4,2
D9A Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	4,3	3,9	4,3	1,3

Non sono disponibili alla data odierna gli indicatori MES relativi all'Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso, per centrale operativa.

9. OSPEDALE

9.1 RICOVERI

Nel corso del 2024 i ricoveri nelle strutture pubbliche della AUTC sono stati 111.113 (giornate di degenza maturate 652.972), con leggera diminuzione rispetto all'anno precedente; in particolare, si è assistito ad una diminuzione dei ricoveri ordinari dello 0,88% e dei Day Hospital del 3,57. È parallelamente aumentato anche il peso medio dei DRG sia per i ricoveri ordinari che DH.

Rispetto al 2023 la degenza media è rimasta pressoché costante (da 6,39 a 6,41 giorni), seppur con una certa variabilità fra i vari presidi (Tabella 1).

Tabella 1. Ricoveri avvenuti nelle strutture dell'AUTC, anni 2023-2024. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche.

Ex USL	Presidio	Regime	2023				2024			
			n.casi	tot gg	deg. media	peso medio DRG	n.casi	tot gg	deg. media	peso medio DRG
Pistoia	Ospedale San Jacopo	D.H.	2.499	6.744		0,5051	2.425	8.162		0,5275
		Ordinario	14.548	92.662	6,37	0,8956	14.185	91.948	6,48	0,8993
	L.Pacini S.Marcello P.se (PT)	D.H.	1	1		0,9577	0	0		0,0000
		Ordinario	673	6.936	10,31	0,8087	679	6.899	10,16	0,8500
	SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)	D.H.	1.216	3.251		0,4941	1.240	3.845		0,5108
		Ordinario	6.455	44.814	6,94	0,9619	6.025	42.612	7,07	0,9953
Prato	Nuovo Ospedale di Prato S.Stefano	D.H.	4.236	14.261		0,5010	4.187	14.122		0,5082
		Ordinario	23.244	153.403	6,60	0,8928	23.489	155.714	6,63	0,9099
Firenze	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	D.H.	692	2.213		0,5014	582	1.989		0,5214
		Ordinario	3.797	23.976	6,31	0,9658	3.930	24.675	6,28	0,8859
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	D.H.	1.487	6.122		0,6535	1.701	6.173		0,6527
		Ordinario	10.891	63.342	5,82	0,9959	11.416	67.104	5,88	0,9709
	Serristori Figline V.A. (FI)	D.H.	1.143	3.993		0,4305	1.125	4.066		0,4577
		Ordinario	1.565	5.788	3,70	0,6420	1.591	6.036	3,79	0,6560
	S. Maria Nuova Firenze	D.H.	921	1.731		0,5008	763	1.772		0,5145

		Ordinario	5.032	26.970	5,36	0,9907	4.874	25.606	5,25	0,9689
	I.O.T. Firenze	D.H.	3.028	3.056		0,4555	2.658	2.658		0,4734
		Ordinario	4	4	1,00	0,4010	1	1	1,00	1,1241
	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	D.H.	1.595	9.954		0,5824	1.641	10.129		0,5574
		Ordinario	11.647	71.247	6,12	0,9245	11.161	68.497	6,14	0,9529
	Spdc Oblate	D.H.	0	0		0,0000	1	1		0,7546
		Ordinario	413	3.093	7,49	0,6439	389	2.701	6,94	0,6396
Empoli	Ospedale S. Giuseppe	D.H.	2.337	9.169		0,4719	2.145	8.181		0,4703
		Ordinario	14.257	100.534	7,05	0,8710	13.900	97.198	6,99	0,8849
	Ospedale San Pietro Igneo	D.H.	330	330		0,8263	321	321		0,8240
		Ordinario	620	2.171	3,50	1,8752	684	2.562	3,75	1,9217
Totale DH			19.485	60.825		0,5102	18.789	61.419		0,5221
Totale ricoveri ordinari			93.146	594.940	6,39	0,9196	92.324	591.553	6,41	0,9265
Totale complessivo			112.631	655.765		0,8487	111.113	652.972		0,8581

I ricoveri ordinari per COVID-19 sono stati 1.550 (Tabella 2), contro i 2.792 del 2023, con un decremento del 44%.

Tabella 2. Ricoveri con diagnosi di COVID-19 avvenuti nelle strutture dell'AUTC, anno 2024. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche.

Presidio	Ordinario	Tot gg	Deg media
Ospedale San Jacopo	290	2.899	10,00
L.Pacini S.Marcello P.se (PT)	38	586	15,42
SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)	165	1.852	11,22
Nuovo Ospedale di Prato S.Stefano	420	3.357	7,99
Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	76	903	11,88
S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	150	1.643	10,95
Serristori Figline V.A. (FI)	5	94	18,80
S. Maria Nuova Firenze	45	312	6,93
S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	137	1.320	9,64
Spdc Oblate	1	12	12,00
Ospedale S. Giuseppe	223	2.195	9,84
Totale	1.550	15.173	9,79

In Tabella 3 è possibile notare un miglioramento degli indicatori relativi all'Indice di Performance degenza media per i DRG chirurgici e DRG medici nel 2024.

Tabella 3. Indicatori MeS su indici di performance di degenza media dell'AUTC, anni 2022-2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
C2A,1 Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0,23	-0,25	ND	ND
C2A,C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	-0,32	-0,41	-0.45	3,4
C2A,M Indice di performance degenza media - DRG Medici	-0,36	-0,52	-0.53	3,56

9.2 RICOVERI MEDICI E CHIRURGICI

Il confronto tra DRG medici e chirurgici (Tabella 4 e 5) evidenzia i risultati dell'impegno dell'Azienda per incrementare l'attività chirurgica: tale impegno ha determinato un aumento dei DRG chirurgici ordinari (+0,7%) a fronte di una diminuzione di quelli in Day Hospital (-5,8%). I DRG medici ordinari sono diminuiti (-1,74%), mentre i Day Hospital medici sono leggermente aumentati (+0,97%).

Tabella 4. Ricoveri con DRG medico nelle strutture dell'AUTC. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche.

DRG Medico			2023		2024	
Ambito	Presidio	Regime	Casi	Giornate	Casi	Giornate
Pistoia	Ospedale San Jacopo	D.H.	799	5.032	907	6.644
		Ordinario	9.618	62.406	9.172	60.806
	L.Pacini S.Marcello P.se (PT)	Ordinario	646	6.452	660	6.471
	SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)	D.H.	390	2.425	401	2.992
Ordinario		4.572	34.076	4.261	32.473	
Prato	Nuovo Ospedale di Prato S.Stefano	D.H.	1.371	10.790	1.334	10.442
		Ordinario	16.211	111.385	16.237	112.942
Firenze	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	D.H.	179	1.700	181	1.586
		Ordinario	2.450	16.846	2.544	18.002
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	D.H.	919	5.554	961	5.362
		Ordinario	5.640	35.376	5.978	37.923
	Serristori Figline V.A. (FI)	D.H.	180	3.030	227	3.168
		Ordinario	451	4.407	537	4.692
	S. Maria Nuova Firenze	D.H.	274	1.065	322	1.331
		Ordinario	2.675	17.934	2.591	16.954
	I.O.T. Firenze	D.H.	318	346	230	230
	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	D.H.	1.041	9.381	1.112	9.560
Ordinario		7.653	47.449	7.355	44.787	
Spdc Oblate	D.H.	0	0	1	1	
	Ordinario	413	3.093	389	2.701	
Empoli	Ospedale S. Giuseppe	D.H.	939	7.746	794	6.822
		Ordinario	9.709	70.309	9.275	66.342
	Ospedale San Pietro Igneo	D.H.	4	4	6	6
		Ordinario	24	52	18	25
Totale DH			6.414	47.073	6.476	48.144
Totale Ordinario			60.062	409.785	59.017	404.118
Totale complessivo			66.476	456.858	65.493	452.262

Tabella 5. Ricoveri con DRG chirurgico nelle strutture dell'AUTC. Fonte: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche.

DRG Chirurgico			2023		2024		
Ambito	Presidio	Regime	Casi	Giornate	Casi	Giornate	
Pistoia	Ospedale San Jacopo	D.H.	1.700	1.712	1.518	1.518	
		Ordinario	4.930	30.256	5.013	31.142	
	L.Pacini S.Marcello P.se (PT)	D.H.	1	1	0	0	
		Ordinario	27	484	19	428	
	SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)	D.H.	826	826	839	853	
		Ordinario	1.883	10.738	1.764	10.139	
Prato	Nuovo Ospedale di Prato S.Stefano	D.H.	2.865	3.471	2.853	3.680	
		Ordinario	7.033	42.018	7.252	42.772	
Firenze	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	D.H.	513	513	401	403	
		Ordinario	1.347	7.130	1.386	6.673	
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	D.H.	568	568	740	811	
		Ordinario	5.251	27.966	5.438	29.181	
	Serristori Figline V.A. (FI)	D.H.	963	963	898	898	
		Ordinario	1.114	1.381	1.054	1.344	
	S. Maria Nuova Firenze	D.H.	647	666	441	441	
		Ordinario	2.357	9.036	2.283	8.652	
	I.O.T. Firenze	D.H.	2.710	2.710	2.428	2.428	
		Ordinario	4	4	1	1	
	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	D.H.	554	573	529	569	
		Ordinario	3.994	23.798	3.806	23.710	
	Empoli	Ospedale S. Giuseppe	D.H.	1.398	1.423	1.351	1.359
			Ordinario	4.548	30.225	4.625	30.856
Ospedale San Pietro Igneo		D.H.	326	326	315	315	
		Ordinario	596	2.119	666	2.537	
Totale DH			13.071	13.752	12.313	13.275	
Totale Ordinario			33.084	185.155	33.307	187.435	
Totale complessivo			46.155	198.907	45.620	200.710	

9.3 ELENCO DEI PRIMI RICOVERI PER VOLUMI (TOP DRG)

La classifica dei Top DRG vede confermate le prime quattro posizioni. Scende nettamente il DRG 162 (Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC) che passa dal quinto all'undicesimo posto. La classifica si mantiene mediamente simile all'anno scorso (Tabella 6).

Tabella 6. Elenco dei primi ricoveri per volumi nella AUTC, anni 2023-2024 (sono esclusi dall'analisi il parto vaginale senza diagnosi complicanti e i ricoveri relativi ai neonati sani). Fonte dati: SOC Sistemi informativi e analisi statistiche.

DRG	Tipo DRG	classe	2024	Pos. 2024	2023	Pos. 2023	Delta
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	potenzialmente appropriato	7.665	1	6.954	1	10,22%
576 - Setticemia senza ventilazione meccanica > o = 96 ore, età > 17 anni	M	potenzialmente appropriato	3.528	2	3.282	2	7,50%
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	potenzialmente appropriato	2.947	3	2.788	3	5,70%
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	potenzialmente appropriato	2.269	4	2.289	4	-0,87%
127 - Insufficienza cardiaca e shock	M	potenzialmente appropriato	2.047	5	2.180	6	-6,10%
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	potenzialmente inappropriato	2.041	6	1.998	7	2,15%
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	potenzialmente inappropriato	2.028	7	1.930	9	5,08%
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	potenzialmente appropriato	1.966	8	1.945	8	1,08%
430 - Psicosi	M	potenzialmente appropriato	1.503	9	1.647	10	-8,74%
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente appropriato	1.486	10	1.510	11	-1,59%
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	1.465	11	2.276	5	-35,63%
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	C	potenzialmente appropriato	1.435	12	1.313	13	9,29%
371 - Parto cesareo senza CC	C	potenzialmente appropriato	1.249	13	1.276	14	-2,12%
079 - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente appropriato	1.227	14	1.496	12	-17,98%
316 - Insufficienza renale	M	potenzialmente appropriato	1.227	15	1.236	15	-0,73%
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	potenzialmente appropriato	1.113	16	1.111	17	0,18%
055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	potenzialmente inappropriato	1.060	17	1.150	16	-7,83%
125 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	potenzialmente appropriato	1.015	18	993	18	2,22%
211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente appropriato	908	19	951	19	-4,52%
210 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	C	potenzialmente appropriato	866	20	887	22	-2,37%

9.4 INDICATORI CHIRURGIA ONCOLOGICA

Molti indicatori nella Tabella 7 sottostante presentano valori di performance alti e in miglioramento rispetto all'anno precedente, con un aumento sostanziale per l'indicatore C10.4.13 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma che passa dall'81% al 90,7%. Si segnalano performance positive per gli indicatori relativi alle Classi di priorità A per tumori Retto e Colon, mentre per il tumore della Prostata si è assistito ad un peggioramento del rispetto dei tempi. Sono da attenzionare gli indicatori PDTA 07 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi e PDTA 09 Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi, entrambi indicatori NSG no-core.

Tabella 7. Indicatori MeS sulla chirurgia oncologica dell'AUTC, anni 2022-2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	64,13	5,85	ND	ND
C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	85,15	88,28	ND	ND
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	78,55	79,11	81,85	4,39
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	90,62	4,11
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3,53	4,23	3,55	2,92
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	4,30	4,18	2,73	2,56
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	97,72	5
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	92,59	4,51
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	90,74	4,07

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	93,67	4,36
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	90,95	4,19
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	75,13	3,3
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	99,17	4,92
PDTA06.1 Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	59,36	59,00	65,43	3,66
PDTA06.2 Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	54,03	49,12	ND	ND
PDTA07 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)	88,71	87,97	81,27	2,35
PDTA08 Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)	63,49	61,21	ND	ND
PDTA09 Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)	67,50	68,87	60,36	2,35
PDTA10 Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)	67,23	74,11	ND	ND

9.5 INDICATORI CHIRURGIA GENERALE

Gli indicatori relativi alla chirurgia generale (Tabella 8) mostrano il perdurare di una buone performance e prassi consolidate.

Tabella 8. Indicatori MeS sulla chirurgia generale dell'AUTC, anni 2022-2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	87,67	89,25	88,68	4,68
C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	69,14	77,54	78,87	5
C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali	90,72	86,11	92,97	3,79

9.6 CHIRURGIA ORTOPEDICA

Il principale indicatore relativo all'ortopedia (Tabella 9) viene da quest'anno sdoppiato per evidenziare una differenza nel calcolo delle tempistiche relative all'intervento al femore entro 48 ore. Il calcolo entro le 48 ore dall'ingresso (ricovero) ha valore del 68% con una differenza di 15 punti percentuali rispetto alle 48 ore calcolate dall'ingresso nella struttura di ricovero (accesso PS). Tale differenza è in linea con altre Aziende regionali.

Tabella 9. Indicatori MeS sulla chirurgia ortopedica dell'AUTC, anno 2024.

Indicatore	Valore 2024	Valutazione 2024
H13C.N Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	53,81	ND
H13C.S Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'ingresso in ospedale	68,71	3,43

9.7 DONAZIONI

Si segnala un aumento dei donatori procurati rispetto al 2023, ma una diminuzione della percentuale di donatori utilizzati. (Tabella 10).

Tabella 10. Indicatori MeS sulle donazioni di organo dell'AUTC, anni 2022-2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
B6.1.1A Efficienza di segnalazione	30,49	40,88	ND	ND
B6.1.2 Percentuale di donatori procurati	70,59	56,76	66.21	3,82
B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati	89,58	83,33	77.55	2,87
B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi	15,02	21,66	ND	ND

9.8 MATERNO-INFANTILE

I dati relativi al percorso materno infantile risentono dell'indisponibilità del calcolo di alcuni indicatori relativi alle IVG. Per la maggior parte degli indicatori i valori rimangono stabili o in miglioramento; permangono ancora criticità sull'accessibilità ai servizi da parte delle donne straniere (Tabella 11).

Tabella 11. Indicatori MeS nell'area materno infantile dell'AUTC, anni 2022-2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	15,64	14,82	15,51	3,86
C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti	5,1	5,67	ND	ND
C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti	11,55	11,58	ND	ND
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	13,27	9,06	10,94	4,13
C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	18,39	20,17	19,53	0,5
C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	18,84	20,96	ND	ND
C7.30 Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	25,33	31,22	27,76	3,18
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	9,78	9,97	9,94	2,02
C7.7.1R Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	41,15	38,9	37,53	2,10
C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	4,64	4,7	4,56	3,44

10. PREVENZIONE

10.1 COPERTURE VACCINALI

I dati sulle vaccinazioni mostrano buoni o ottimi risultati per le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia; ancora su valori bassi i tassi di vaccinazione per influenza negli ultra 65enni e la copertura anti-meningococco e anti-pneumococco. In crescita la copertura per vaccino anti HPV (Tabella 1).

Tabella 1. Indicatori MeS sulle vaccinazioni dell'AUTC, anni 2020- 2024.

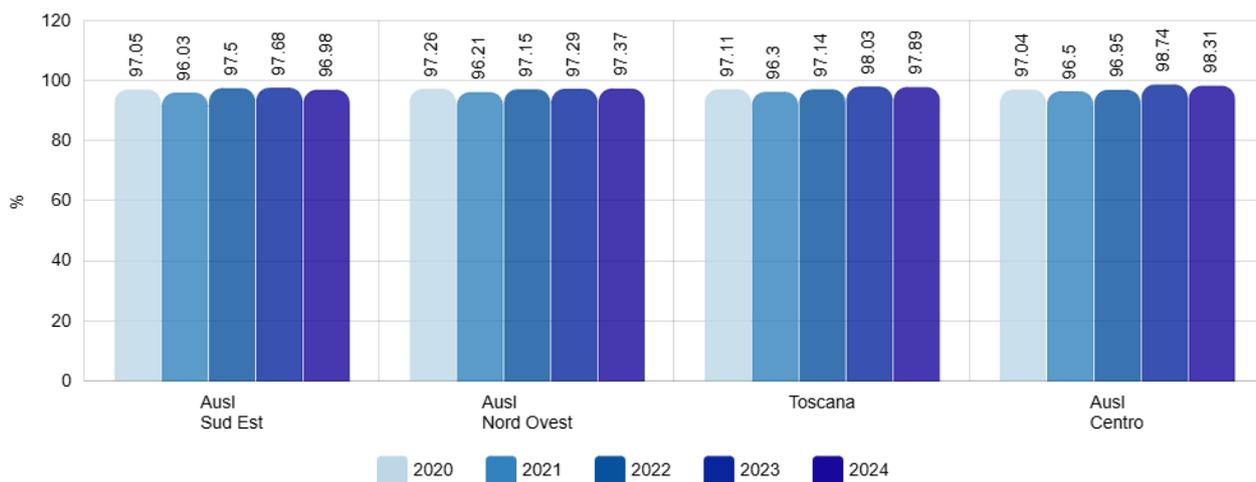
Indicatore	CV 2020	CV 2021	CV 2022	CV 2023	CV 2024	Valutazione 2024
Copertura per vaccino MPR	95,6	95,4	95,5	98,2	97,7	3,90
Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	68,9	62,0	63,4	63,3	63,7	1,97
Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	50,1	51,3	57,2	71,6	76,8	2,45
Copertura per vaccino antimeningococcico	89,8	91,9	90,6	90,4	92,9	2,30
Copertura per vaccino antipneumococcico	91,0	93,3	92,8	92,8	92,5	2,16
Copertura per vaccino esavalente	97,0	96,5	97,0	98,7	98,3	4,15
Copertura vaccinale varicella	96,3	98,6	94,8	97,3	97,0	5,00

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 di comunità, indotta anche ai soggetti non vaccinati. Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020–2025, approvato nel 2020, rappresenta il quadro strategico nazionale per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. All'interno di questo contesto, il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023–2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 agosto 2023, definisce in modo specifico gli obiettivi di copertura vaccinale da raggiungere su tutto il territorio nazionale, distinti 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 percentuali. Il raggiungimento di tali obiettivi è rilevante anche ai fini del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), il meccanismo nazionale che monitora l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Tra gli indicatori utilizzati per valutare le performance regionali rientrano infatti anche quelli relativi all'adesione ai programmi vaccinali.

I cicli vaccinali completati entro i 24 mesi di vita per l'**esavalente** (poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite virale B, Haemophilus Influenzae tipo B) risultano stabilmente superiori alla soglia di copertura del 95% raccomandata dal PNPV in tutta la Toscana, con

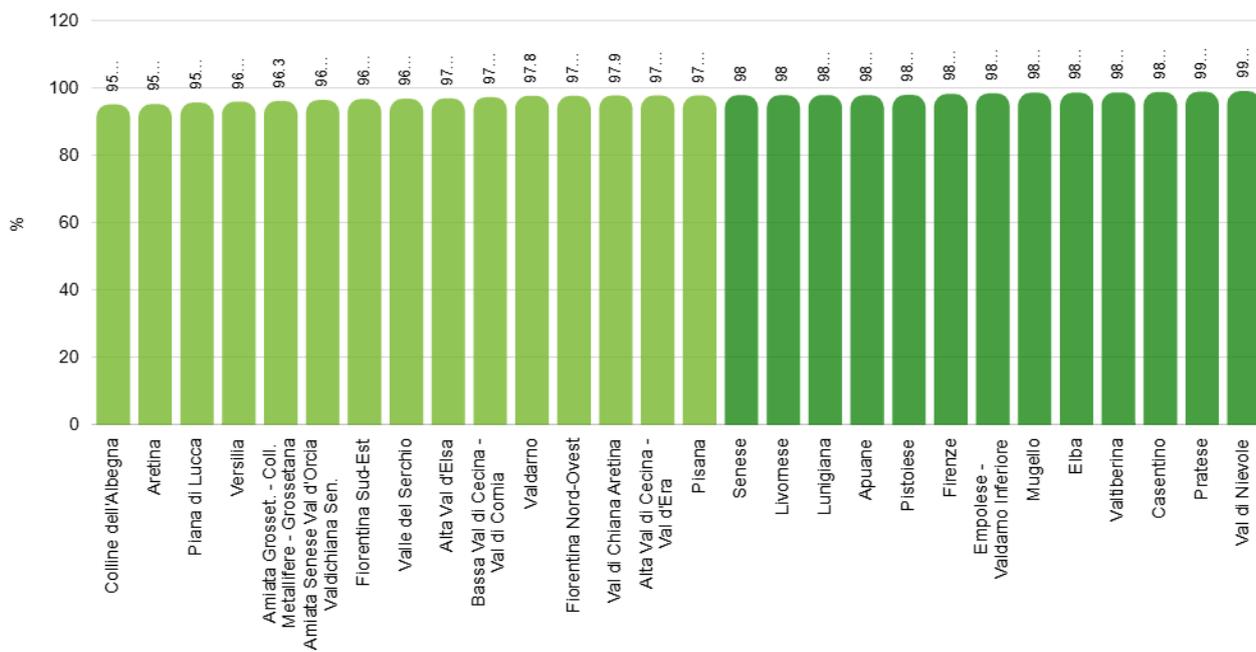
l'Azienda USL Toscana Centro che nel 2023 raggiunge il 98,7%; per il 2024, il valore aziendale si attesta al 98,3%, confermando un livello di copertura consolidato e ottimale (Figura 1).

Figura 1. Trend 2020-2024 di copertura vaccinale per esavalente (Polio, DTP, HBV, HiB) in Regione Toscana e relative Aziende USL. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



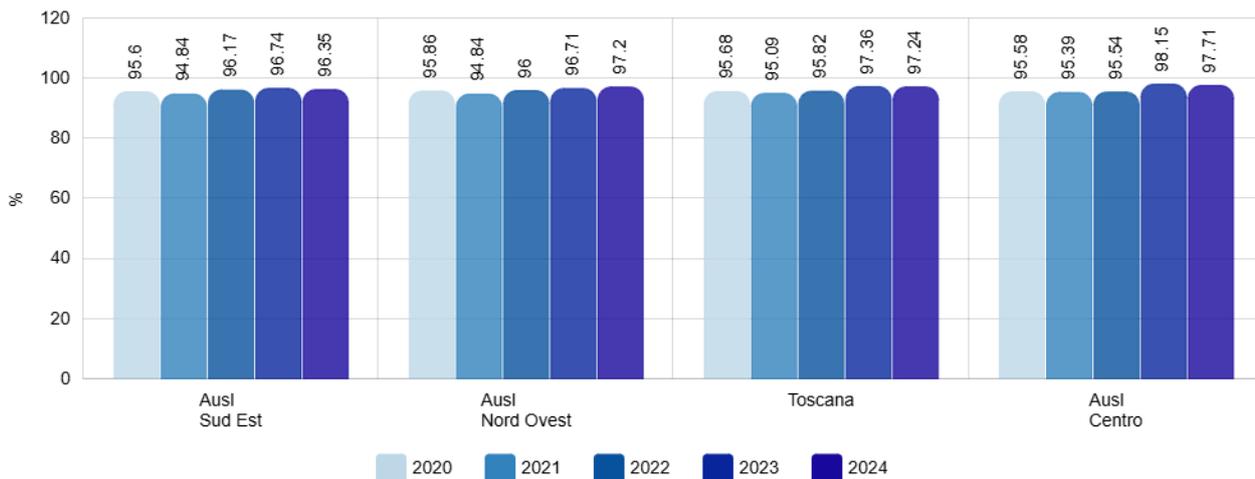
Nel dettaglio zonale riferito al 2024, la copertura per l'Esavalente risulta ottima (>98%) in tutte le Zone Distretto dell'Azienda USL Toscana Centro, tranne che nelle zone Fiorentina Nord-Ovest e Fiorentina Sud-Est, dove è comunque buona, superiore al 96% (Figura 2).

Figura 2. Copertura per vaccino esavalente nelle zone distretto della Toscana, anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



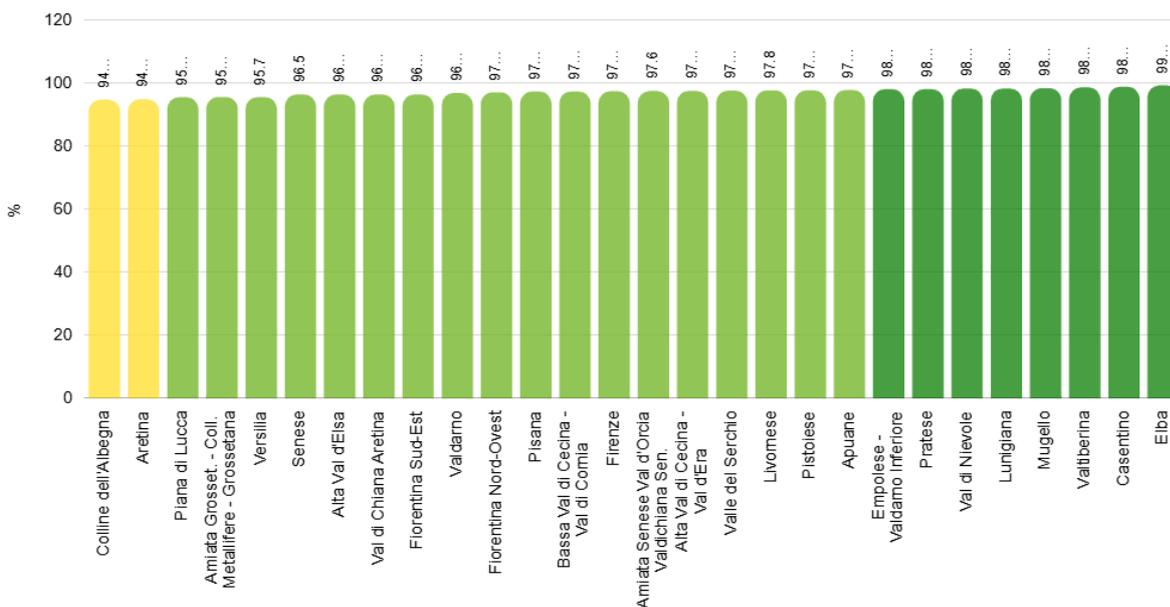
Anche per quanto riguarda la vaccinazione contro **Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR)**, nelle tre Aziende USL della Toscana si registra una copertura vaccinale superiore alla soglia minima del 95% raccomandata dal PNPV. Nel 2024 la CV è stata del 97,7% (Figura 3).

Figura 3. Trend 2020-2024 di copertura vaccinale per MPR in Regione Toscana e relative Aziende USL. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



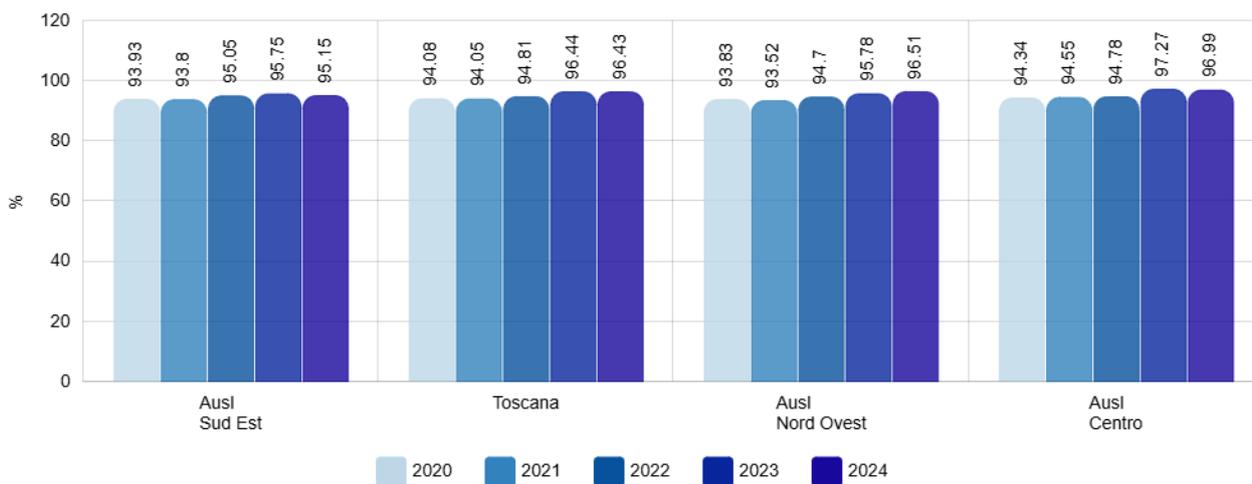
Nel 2024, la copertura vaccinale per l'MPR è risultata buona o ottima in tutte le Zone Distretto dell'AUTC, con 4 zone (Mugello, Valdinievole, Pratese ed Empolese Valdarno Inferiore) che hanno superato il 98% di copertura (Figura 4).

Figura 4. Copertura per vaccino MPR nelle Zone Distretto Toscana, anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



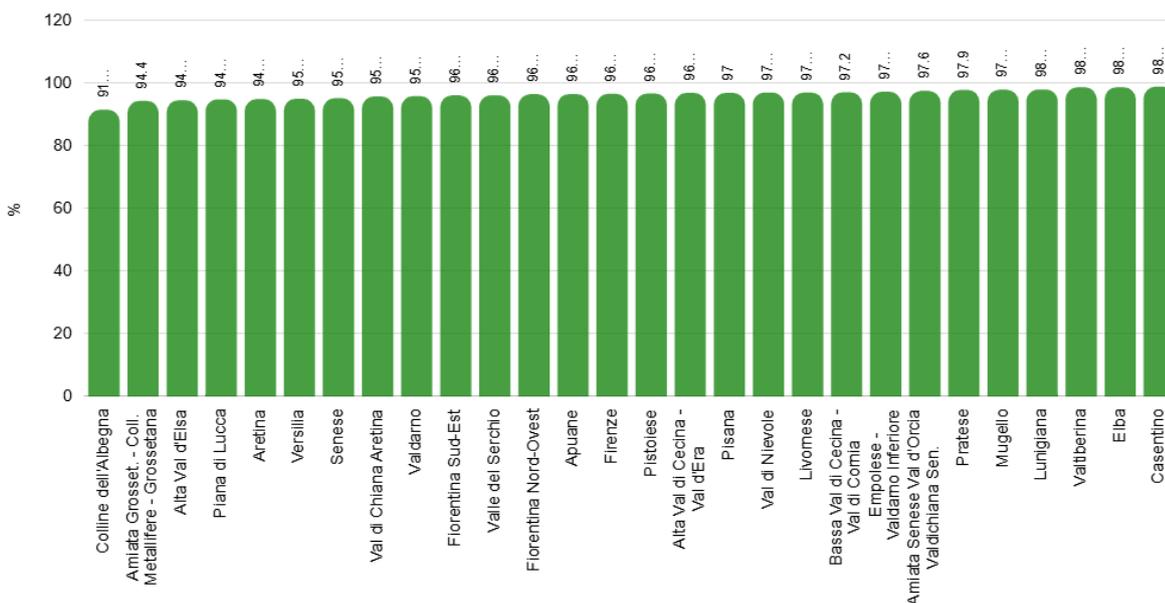
Nel 2024, la copertura vaccinale per la **varicella** nell'AUTC raggiunge il 97,0%, confermandosi al di sopra della soglia minima del 95% raccomandata dal PNPV. Questo risultato, che segue un trend positivo rispetto agli anni precedenti (Figura 5), ha ricevuto la valutazione massima (5,00) da parte del Sistema di Valutazione della Performance del MeS.

Figura 5. Trend 2020-2024 di copertura vaccinale per Varicella in Regione Toscana e relative Aziende USL. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



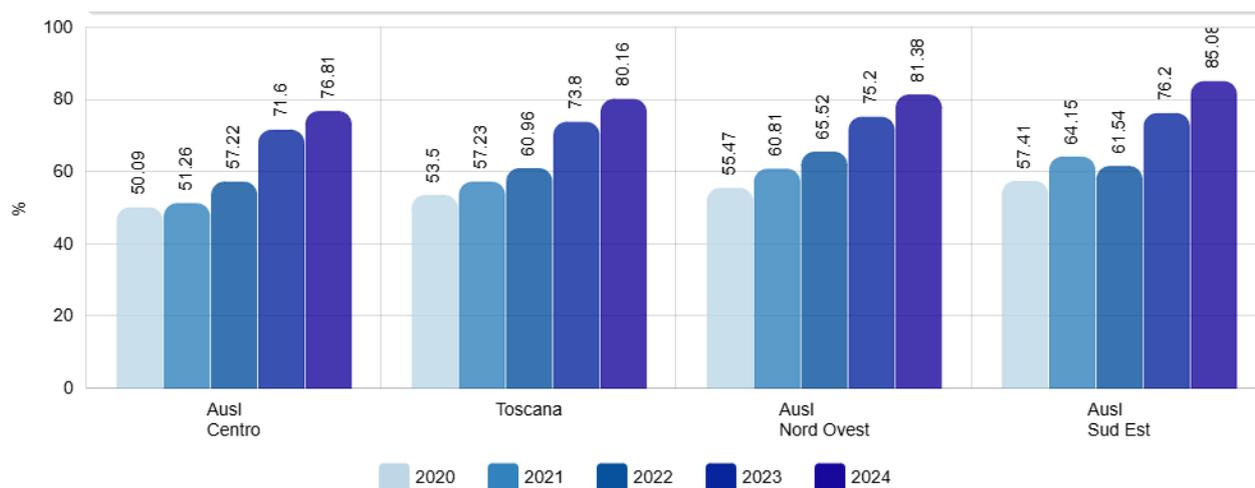
La Figura 6 mostra la distribuzione della copertura vaccinale per la varicella nelle Zone Distretto della Toscana nel 2024.

Figura 6. Copertura per vaccino Varicella nelle zone distretto della Toscana, anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



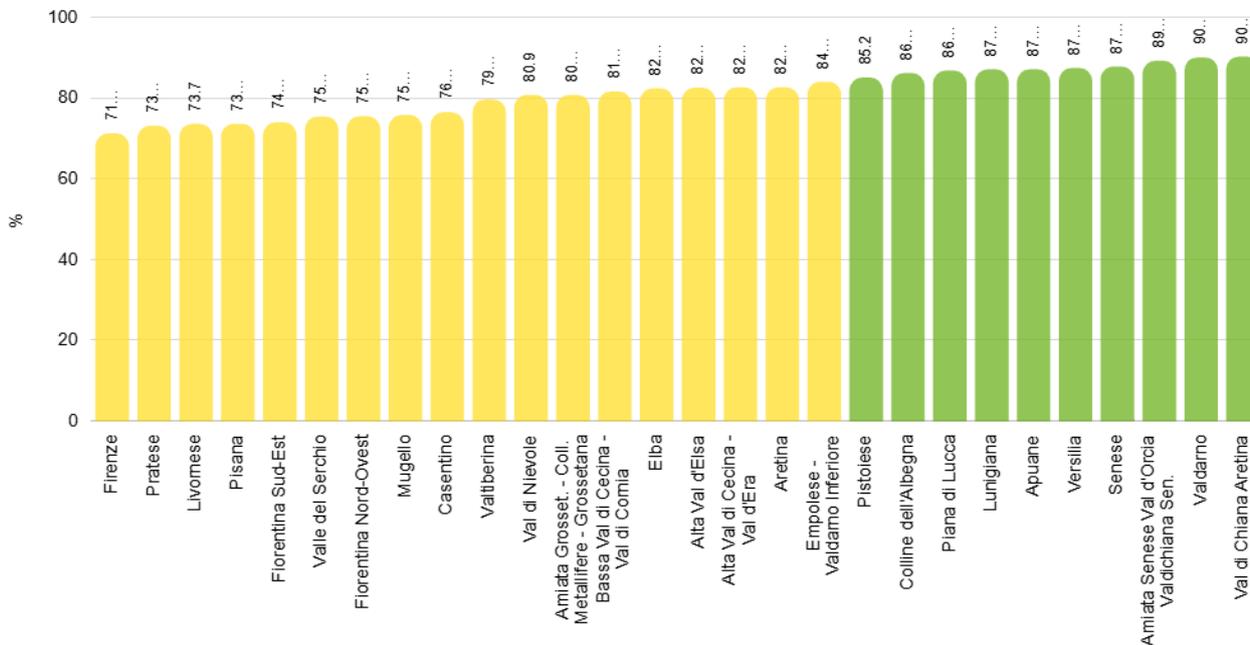
La vaccinazione contro il **Papilloma virus** (HPV), raccomandata e offerta gratuitamente in Italia a tutti i soggetti nel corso del dodicesimo anno di vita (11 anni compiuti) – alle femmine dal 2008 e ai maschi dal 2017 – pur mostrando un trend in crescita, non ha ancora raggiunto una copertura vaccinale soddisfacente. Nel 2024, in Toscana la copertura vaccinale per le ragazze dodicenni si è attestata al 80,2%, mentre nell'AUTC è risultata inferiore alla media regionale, con un valore pari al 76,8% (Figura 7). Nel 2024, la copertura aziendale ha raggiunto il 76,8%, mostrando un ulteriore miglioramento, ma restando ancora distante dalla soglia del 95% raccomandata dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023–2025 per garantire un'adeguata protezione di popolazione. Il dato ha ottenuto una valutazione pari a 2,45/5 da parte del Sistema di Valutazione della Performance del MeS. Sebbene in crescita, la copertura rilevata indica che circa un quarto dei genitori continua a non aderire alla vaccinazione, nonostante l'ampia accessibilità e gratuità dell'offerta vaccinale.

Figura 7. Trend 2020-2024 di copertura vaccinale per HPV in Regione Toscana e relative Aziende USL. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



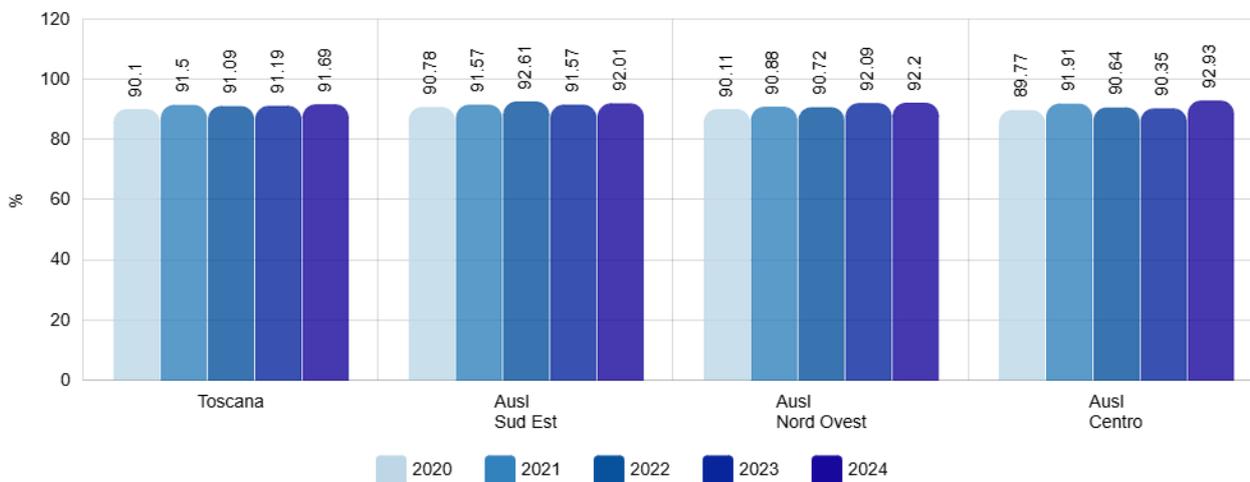
All'interno dell'Azienda USL Toscana Centro, solo la Zona Distretto Pistoiese ha ottenuto una valutazione buona, mentre le restanti sette zone hanno ricevuto una valutazione di livello medio (Figura 8).

Figura 8. Copertura vaccinale per vaccino HPV nelle zone distretto Toscana, anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



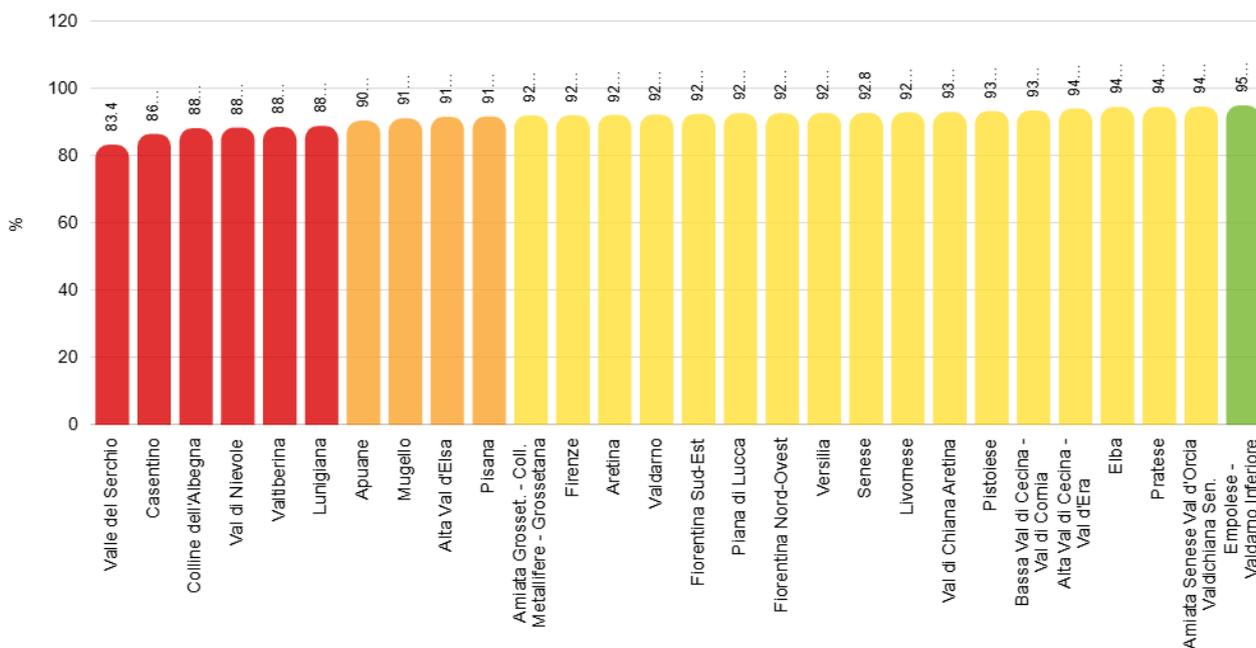
Riguardo alle coperture vaccinali per **Meningococco C a 24 mesi di vita** - vaccinazione non obbligatoria, ma offerta attivamente e gratuitamente - nel 2024, si osserva un aumento della copertura vaccinale nell'AUTC, che raggiunge il 92,9%, in crescita rispetto agli anni precedenti (Figura 9). Nell'ambito del Sistema di Valutazione della Performance del MeS, l'indicatore ha ricevuto nel 2024 una **valutazione media**, pari a 2,30 su 5.

Figura 9. Trend 2020-2024 di copertura per vaccino antimeningococcico in Regione Toscana e relative Aziende USL. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



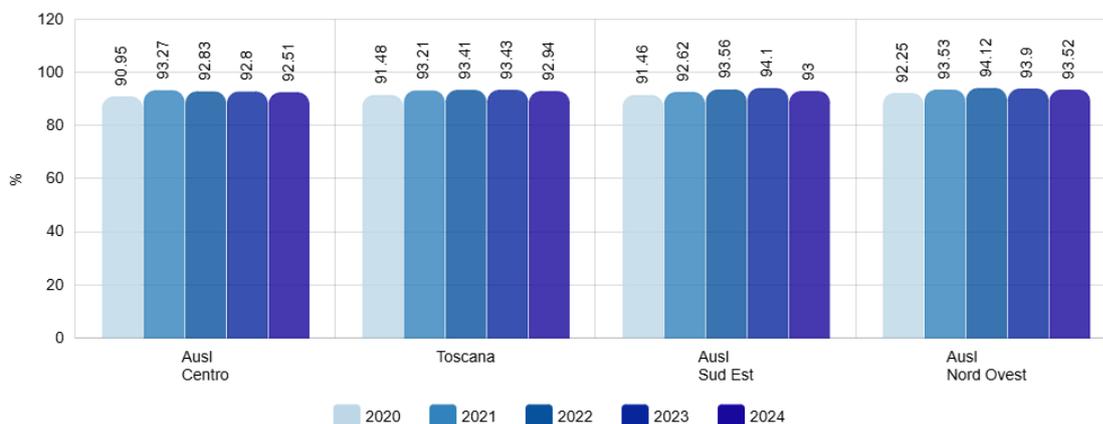
Nel dettaglio zonale riferito al 2024, la copertura ha superato il 95% solo nella zona Empolese Valdarno Inferiore, mentre nelle altre zone dell'AUTC la copertura risulta ancora insufficiente, con performance particolarmente critiche nelle zone Valdinievole e Mugello (Figura 10).

Figura 10. Copertura per vaccino antimeningococcico nelle zone distretto Toscana, anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



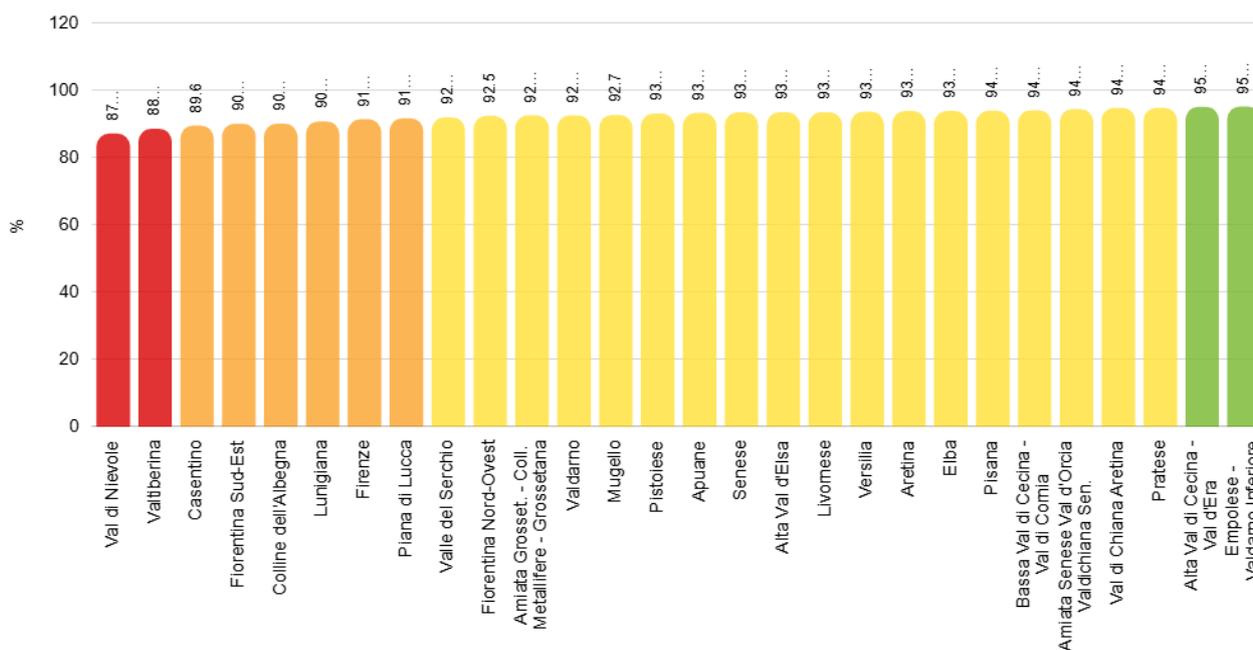
Per quanto riguarda la copertura vaccinale contro lo **Pneumococco a 24 mesi di vita**, nel 2024 l'Azienda USL Toscana Centro ha registrato una copertura del 92,5%, sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti (il trend dal 2020 al 2024 è mostrato in Figura 11). Nel Sistema di Valutazione della Performance del MeS, questo indicatore ha ottenuto nel 2024 un punteggio di 2,16 su 5, evidenziando la necessità di migliorare ulteriormente l'adesione alla vaccinazione.

Figura 11. Trend 2020-2024 di copertura per vaccino antipneumococcico in Regione Toscana e relative Aziende USL. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



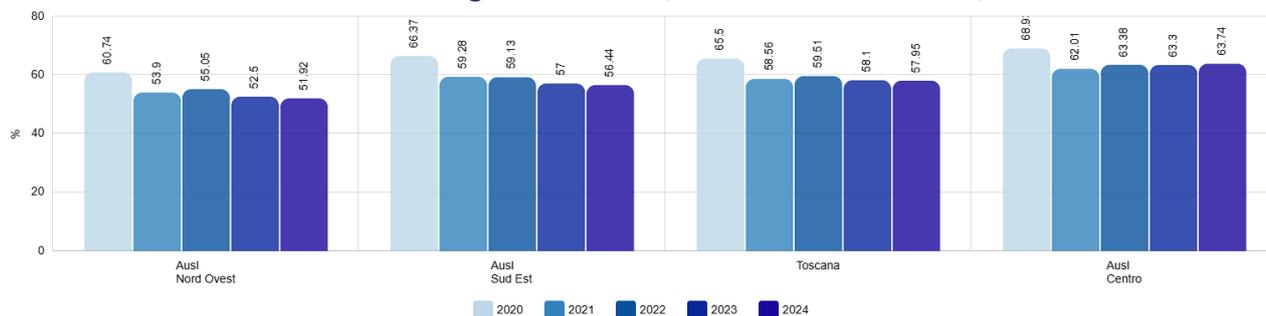
Per quanto riguarda le Zone Distretto dell'Azienda USL Toscana Centro, i dati evidenziano nel 2024 una copertura classificata in prevalenza come scarsa o media, fatta eccezione per l'Empolese-Valdarno Inferiore, dove si registra un buon livello di copertura, pari al 95,3% (Figura 12).

Figura 12. Copertura per vaccino antipneumococcico nelle zone distretto della Toscana, anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



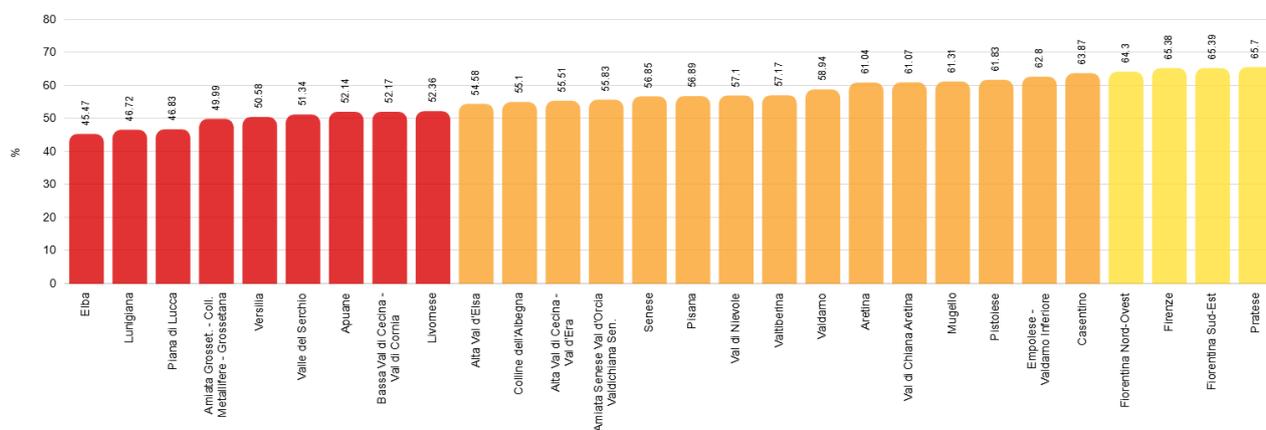
L'Azienda USL Toscana Centro mostra, nel periodo 2020–2024, una performance relativamente migliore rispetto alle altre aziende sanitarie toscane per quanto riguarda la copertura vaccinale **antinfluenzale negli over 65** (Figura 13). Dopo il picco del 2020 (68,9%), la copertura ha subito una progressiva diminuzione, attestandosi al 63,3% nel 2023. Il valore di copertura vaccinale raggiunto nel 2020 rifletteva il contesto emergenziale della pandemia da COVID-19. In quella fase, la vaccinazione antinfluenzale era fortemente raccomandata per diversi motivi: ridurre il rischio di co-infezione da virus influenzale e SARS-CoV-2, alleggerire la pressione sui servizi sanitari già sovraccarichi e facilitare la diagnosi differenziale tra le due infezioni, che possono presentare sintomi simili. In un clima di grande incertezza e attenzione alla protezione individuale e collettiva, la vaccinazione contro l'influenza era percepita come una misura aggiuntiva e necessaria di prevenzione. Negli anni successivi, con l'attenuarsi dell'emergenza COVID-19 e un calo generale della percezione del rischio, si è osservata una flessione dell'adesione alla vaccinazione antinfluenzale.

Figura 13. Trend 2020-2024 di copertura per vaccino antinfluenzale ≥ 65 anni in Regione Toscana e relative Aziende USL. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



Nel 2024 si osserva una lieve ripresa, con una copertura in AUTC pari al 63,7%, che si mantiene sopra la media regionale, ma resta inferiore sia alla soglia del 95%, obiettivo previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia al valore minimo del 75% richiesto per una valutazione positiva secondo il Sistema di Valutazione della Performance del MeS. Nel Sistema di Valutazione della Performance del MeS, l'indicatore ha ricevuto nel 2024 un punteggio pari a 1,97 su 5, segnalando l'opportunità di rafforzare ulteriormente le strategie di informazione, accessibilità e promozione della vaccinazione, anche in considerazione del rischio di co-circolazione di virus respiratori e dell'invecchiamento della popolazione, che rende prioritario tutelare la salute degli anziani. Le zone con le coperture più elevate nel 2024 risultano la Fiorentina Sud-Est e la Fiorentina (entrambe con una copertura pari al 65,4%) e la Pratese (65,7%), mentre la Valdnievole registra il valore più basso (57,1%) (Figura 14).

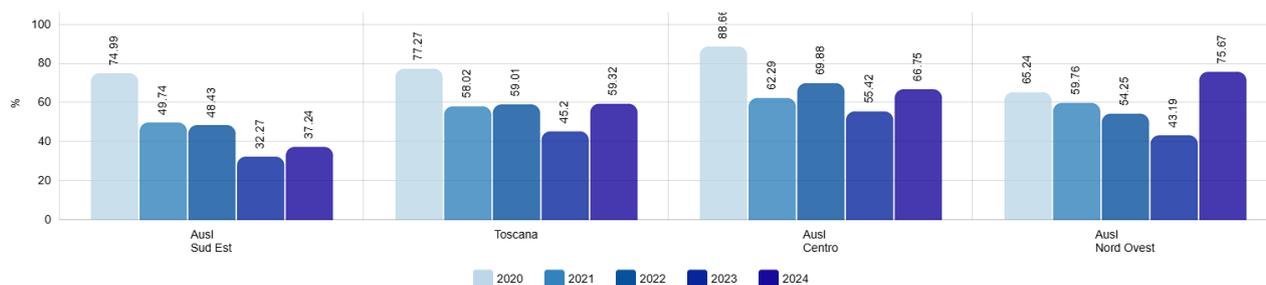
Figura 14. Copertura per vaccino antinfluenzale ≥ 65 anni nelle zone distretto della Toscana, anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2024.



In merito alla **copertura vaccinale antinfluenzale tra gli operatori sanitari** (Figura 15), l'Azienda USL Toscana Centro ha registrato nel 2023 una copertura pari al 55,4%, in diminuzione rispetto al 69,9% del 2022 e nettamente inferiore al picco raggiunto nel 2020

(88,6%). Il dato relativo al 2024 segnala una netta ripresa in tutte le Aziende USL della Regione, con l'AUTC che si attesta al 66,8%.

Figura 15. Trend 2020-2024 di copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari in Regione Toscana e relative Aziende USL, anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



10.2 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). 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.

Per ogni programma è stato calcolato anche l'indicatore relativo agli screening (P15C) del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Il P15C rappresenta la 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.

In Regione Toscana, i dati vengono trasmessi preliminarmente a ISPRO che li elabora e li trasmette, in qualità di Osservatorio Nazionale Screening, al Ministero.

Pertanto il valore qui calcolato dell'indicatore NSG è da considerarsi attendibile, anche se potrà subire leggere variazioni.

La popolazione bersaglio è calcolata utilizzando i dati demografici forniti dall'ISTAT, che vengono poi suddivisi per round di invito. La popolazione bersaglio ISTAT può discostarsi da quella che viene definita "popolazione aziendale", ovvero la popolazione presente negli applicativi di screening a loro volta alimentati dall'anagrafe comunale o regionale, a seconda dei programmi.

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 2024.

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 2024 sono state invitate nei programmi di screening mammografico 128.189 donne in fascia di età 50-69 anni (fascia LEA), su una popolazione bersaglio di 122.630 (estensione grezza del 105%). Rispetto all'anno 2023 l'estensione è diminuita su tutte le zone, eccetto Firenze.

Per Prato e Empoli il calo era atteso, perché nel 2023 l'estensione ha superato il 110%, motivo per cui questi indicatori vanno sempre considerati per round e non per singolo anno. Per Pistoia – in cui il calo è più marcato - è possibile che ci sia stato un disallineamento tra il bersaglio ISTAT e la popolazione aziendale, per le motivazioni sopra spiegate: in ogni caso l'indicatore si è mantenuto sopra il 90% (Tabella 2).

Tabella 2. 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 2024.

Programmi	Denominazione Zona	Popolazione bersaglio annuale ^o	Donne escluse prima dell'invito	Invitate	Inviti inesitati	Estensione aggiustata [^] (%)
Pistoia	Pistoiese	13.137	535	12.173	628	91,6
	della Valdinievole	9.351	390	8.891	827	90,0
	Totale	22.487	925	21.064	1.455	90,9
Prato	Pratese	19.221	884	18.533	1100	95,1
	Totale	19.221	884	18.533	1.100	95,1
Empoli	Empolese – Valdarno Inferiore	18.310	827	17.522	980	94,6
	Totale	18.310	827	17.522	980	94,6
Firenze*	Fiorentina Sud-Est	14.172	1.194	15.674	1.150	111,9
	Firenze	28.061	2.160	37.798	3.672	131,8
	Fiorentina Nord-Ovest	15.577	765	12.751	1.137	78,4
	Mugello	4.802	294	4.847	258	101,8
	Totale	62.612	4.413	71.070	6.217	111,4

*Nota: metà della popolazione ISTAT al 31/12/2023 – Settore servizi digitali e integrazione dati. Ufficio regionale di statistica. Elaborazione da dati ISTAT; ^ Estensione aggiustata: $\frac{\text{invitati anno} - \text{inviti inesitati annui}}{\text{popolazione bersaglio annua} - \text{totale esclusi prima dell'invito nell'anno}} \times 100$; * dato ISPRO; n.d. = non disponibile*

In Tabella 3, 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. Si conferma l'andamento storico, vicino allo standard giudicato "desiderabile" (>75%) dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMA), con un miglioramento per Pistoia (2 punti percentuali rispetto al 71,9% del 2023) e Prato (rispetto al 66,8% dell'anno precedente). In calo di 4 punti percentuali l'adesione di Empoli e di quasi 2 punti quella di Firenze.

Tabella 3. Popolazione invitata, inviti inesitati, esclusioni dopo l'invito e adesione all'invito (%) aggiustata dello screening mammografico per zona - Anno 2024.

Programmi	Denominazione Zona	Pop. Invitata (N.)	Inviti inesitati (N.)	Donne escluse dopo l'invito (N.)	Donne rispondenti (N.)	Adesione aggiustata ^ (%)
Pistoia	Pistoiese	12.173	628	692	8.167	75,3
	della Valdinievole	8.891	827	543	5.430	72,2
	Totale	21.064	1.455	1.235	13.597	74,0
Prato	Pratese	18.533	1.100	749	11.216	67,2
	Totale	18.533	1.100	749	11.216	67,2
Empoli	Empolese – Valdarno Inferiore	17.522	980	1.258	10.812	70,7
	Totale	17.522	980	1.258	10.812	70,7
Firenze*	Fiorentina Sud-Est	15.674	1.150	1.019	9.606	71,1
	Firenze	37.798	3.672	3.091	19.385	62,5
	Fiorentina Nord-Ovest	12.751	1.137	1.182	6.850	65,7
	Mugello	4.847	258	237	3.229	74,2
	Totale	71.070	6.217	5.529	39.070	65,9

*Nota: ^Adesione aggiustata: Donne rispondenti/(popolazione invitata-inviti inesitati-totale escluse dopo invito) x 100; * dato ISPRO; n.d. = non disponibile*

Il valore NSG risultante per lo screening mammografico in ASL toscana Centro è 64,63% (valore soglia P15Ca ≥ 60%).

In Tabella 4 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. Se da un lato questo approccio garantisce maggior prossimità alle utenti, dall'altro si pongono alcune criticità organizzative.

In generale, i dati sull'estensione testimoniano lo sforzo dell'Azienda Sanitaria di garantire l'erogazione del servizio anche in questa fascia di età, ma riflettono anche i limiti organizzativi sopra citati; nello specifico, la programmazione del 2024 ha subito un'interruzione della durata di circa 2 mesi. I conseguenti ritardi hanno impattato sui programmi di Empoli e Prato, in cui una parte delle donne invitabili è slittata a gennaio 2025 e rientrerà quindi nell'estensione dell'anno successivo. Per Pistoia, invece, l'estensione ha superato per la prima volta il 90%, L'adesione, mediamente superiore al 50%, in questa fascia di età è notoriamente più bassa rispetto a quella delle donne in fascia LEA. Il 49% di Pistoia è legato all'aumento dell'estensione che ha portato all'invito di un maggior numero di donne non rispondenti.

Tabella 4. Estensione e adesione delle donne 45-49enni – screening mammografico Anno 2024 e confronto con 2023.

Programma	Pop bersaglio	Donne escluse prima dell'invito	Pop invitata	Inviti inesitati	Donne escluse dopo l'invito	Donne rispondenti	Estensione aggiustata° (%)	Adesione aggiustata^ (%)	Estensione aggiustata° (%)	Adesione aggiustata^ (%)
							Anno 2024	Anno 2024	Anno 2023	Anno 2023
Pistoia	11.177	219	11.240	649	279	5.088	96,7	49,3	75,2	64,5
Prato	10.493	210	8.350	482	376	4.080	76,5	54,5	89,2	49,5
Empoli	9.579	97	4.349	32	29	2.321	45,5	54,1	59,2	47,7
Firenze	30.354	1.024	35.046	4.599	2.384	16.497	103,8	58,8	91,3	60,2

popolazione ISTAT 45-49 anni al 31/12/2023 - Settore Servizi digitali e integrazione dati. Ufficio regionale di statistica. Elaborazione da dati Istat

°Estensione aggiustata ONS per persone escluse prima dell'invito e sottrazione degli inviti inesitati dal totale delle persone invitate

^Adesione aggiustata: $\text{Donne rispondenti} / (\text{popolazione invitata} - \text{inviti inesitati} - \text{totale escluse dopo invito}) \times 100$

*dato ISPRO

Ai sensi della DGRT n. 875/2016 sono state anche invitate 19.038 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 2024 nei programmi di screening coloretale della AUTC in fascia di età 50-69 anni (fascia LEA) sono state invitate 436.029 persone. Per Pistoia si evidenzia un ottimo recupero dopo la riduzione degli inviti dello scorso anno (92,0%), mentre il calo dell'estensione su Prato era atteso, a compensazione del 117,2% del 2023 (Tabella 5).

Tabella 5. 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 2024.

Programmi	Denominazione Zona	Popolazione e Bersaglio annuale	Esclusi prima dell'invito	Invitati	Inesitati	Estensione Aggiustata °
Pistoia	Pistoiese	26.618	1.494	27.355	1765	101,9
	della Valdinievole	18.884	1.062	19.190	2115	95,8
	Totale	45.502	2.556	46.545	3.880	99,3
Prato	Pratese	39.001	2.137	33.901	1868	86,9
	Totale	39.001	2.137	33.901	1.868	86,9
Empoli	Empolese - Valdarno Inferiore	37.291	1974	38.266	1811	103,2
	Totale	37.291	1.974	38.266	1.811	103,2
Firenze	Fiorentina Sud-Est	27.634	1.724	30.765	2.519	109,0
	Firenze	53.001	2.751	67.088	8.864	115,9
	Fiorentina Nord-Ovest	30.437	560	15.145	1.943	44,2
	Mugello	9.611	550	9.577	612	98,9
	Totale	120.683	5.585	122.575	13.938	94,4

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

*dato ISPRO

L'adesione aggiustata allo screening coloretale supera su quasi tutti i programmi il valore del 45% (valore accettabile secondo il Gruppo Italiano Screening ColoRettale - GISCoR); tuttavia è evidente un complessivo calo rispetto al 2023, in cui 3 programmi su 4 – Pistoia, Empoli e Firenze - avevano raggiunto il 50%.

Il 42,1% di Pistoia è legato al progetto CCM denominato “BESTcc - Behavioural economics, sigmoidoscopy and TC colonography”, al quale l'AUTC ha aderito con due programmi, Pistoia e Prato. L'obiettivo era quello di valutare l'impatto di differenti strategie di invito sul tasso di partecipazione allo screening coloretale, tra cui l'applicazione dei principi dell'economia comportamentale nelle strategie di comunicazione per la lettera di invito. Sono stati quindi selezionati, come richiesto dai criteri di inclusione dello studio, soggetti che non hanno partecipato allo screening coloretale per almeno due round consecutivi.

Per motivi legati alla configurazione dei gestionali di screening, tutta la popolazione dello studio BESTcc è stata invitata nel 2024, concentrando quindi tutti i soggetti non rispondenti in un solo anno.

L'impatto sull'adesione è stato minore su Prato, dove è stato possibile apportare alcuni correttivi sulla restante popolazione invitabile.

Tabella 5. Popolazione invitata, inviti inesitati, esclusioni dopo l'invito e adesione all'invito (%) aggiustata dello screening coloretale per zona - Anno 2024.

Programmi	Denominazione Zona	Invitati	Inesitati	Esclusi dopo l'invito	Rispondenti	Adesione Aggiustata ^o
Pistoia	Pistoiese	27.355	1.765	1.451	9.350	38,7
	della Valdinievole	19.190	2.115	843	7.662	47,2
	Totale	46.545	3.880	2.294	17.012	42,1
Prato	Pratese	33.901	1.868	915	14.786	47,5
	Totale	33.901	1.868	915	14.786	47,5
Empoli	Empolese -Valdarno Inferiore	38.266	1.811	2.590	18.291	54,0
	Totale	38.266	1.811	2.590	18.291	54,0
Firenze*	Fiorentina Sud-Est	30.765	2.519	115	14.267	50,7
	Firenze	67.088	8.864	141	24.979	43,0
	Fiorentina Nord-Ovest	15.145	1.943	30	6.438	48,9
	Mugello	9.577	612	14	4.724	52,8
	Totale	122.575	13.938	300	50.408	46,5

^o adesione aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo l'invito

*dati ISPRO

Il valore NSG risultante per lo screening del tumore del colon retto in ASL toscana Centro è di 43,75% (valore soglia P15Cc \geq 50%).

SCREENING DEL TUMORE DELLA CERVICIE UTERINA

Nel 2024 sono state invitate a sottoporsi al test di screening cervicale (PAP test o HPV test) 113.903 donne. Come per il 2023, tutti i programmi, ad eccezione di Pistoia, hanno ampiamente superato il 100% di estensione (Tabella 6). Il programma di Pistoia è passato allo screening con HPV primario nel 2020, in ritardo rispetto agli altri, e come atteso la popolazione invitabile nel quinto anno dal passaggio era ridotta (passaggio da round triennale a round quinquennale per le donne dai 34 ai 64 anni).

In Tabella 7 viene riportata l'adesione corretta.

Tabella 6. Estensione (%) del numero di donne invitate rispetto alla teorica popolazione da invitare annualmente ai Programmi di Screening Cervicale per zona - Anno 2024. Non è stato possibile suddividere il programma di Pistoia in Zone, come avvenuto per gli altri screening.

Programmi	Denominazione Zona	Popolazione Bersaglio annuale [^]	Esclusi prima dell'invito	Inesitati	Invitati	Estensione aggiustata [°]
Pistoia	Pistoiese e della Valdinievole	17.057	725	2.462	16.268	84,5
	Totale	17.057	725	2.462	16.268	84,5
Prato	Pratese	15.607	815	1.844	18.470	112,4
	Totale	15.607	815	1.844	18.470	112,4
Empoli	Empolese – Valdarno Inferiore	14.291	1007	2.029	20.860	141,8
	Totale	14.291	1007	2.029	20.860	141,8
Firenze*	Fiorentina Sud-Est	15.566	31	1.047	11.465	101,3
	Firenze	33.318	66	6.246	29.400	104,1
	Fiorentina Nord-Ovest	18.404	37	1.536	13.660	99,4
	Mugello	5.433	12	267	3.780	97,2
	Totale	72.721	146	9.096	58.305	101,8

Tabella 7. Adesione ai Programmi di Screening Cervicale per zona - Anno 2024. Non è stato possibile suddividere il programma di Pistoia in Zone, come avvenuto per gli altri screening.

Programmi	Denominazione Zona	Invitati	Inesitati	Esclusi dopo l'invito	Rispondenti	Adesione aggiustata
Pistoia	Pistoiese e della Valdinievole	16.268	2.462	709	6.029	46,0
	Totale	16.268	2.462	709	6.029	46,0
Prato	Pratese	18.470	1.844	470	9.448	58,5
	Totale	18.470	1.844	470	9.448	58,5
Empoli	Empolese – Valdarno Inferiore	20.860	2.029	149	11.468	61,4
	Totale	20.860	2.029	149	11.468	61,4
Firenze	Fiorentina Sud-Est	11.465	1.047	126	6.655	64,7
	Firenze	29.400	6.246	252	12.502	54,6
	Fiorentina Nord-Ovest	13.660	1.536	143	7.909	66,0
	Mugello	3.780	267	30	2.390	68,6
	Totale	58.305	9.096	551	29.456	60,5

Tutti i programmi, eccetto Pistoia per i motivi già spiegati, superano il valore accettabile ($\geq 50\%$) proposto dal Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma (GISCi), ma non quello desiderabile $\geq 70\%$. I valori sono complessivamente in linea con quelli dell'anno precedente, eccetto l'ottimo di recupero di Firenze di quasi 10 punti percentuali (51,4% nel 2023).

Il valore NSG risultante per lo screening del tumore della cervice uterina in AUTC è di 59,44% (valore soglia P15Cb $\geq 50\%$).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Se per i programmi di screening mammografico e cervicale l'adesione risulta abbastanza consolidata, seppur con ampi margini di miglioramento, lo stesso non vale per lo screening del tumore del colon retto, che ha registrato una ulteriore diminuzione nella partecipazione dei cittadini.

Come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, al Programma Libero 12 Screening Oncologici, e anche in linea con le indicazioni della delibera regionale n.1257 del 30/10/2023, nel 2024 sono state realizzate numerose iniziative per promuovere l'attività degli screening oncologici e in particolare dello screening del colon-retto, oltre l'adozione della campagna di sensibilizzazione regionale "Di di sì"), come giornate multiscreening su sede fissa e mobile, open-day presso gli ospedali aziendali nell'ambito dell'iniziativa Workplace Health Promotion (WHP), iniziative con Medici di Medicina Generale per consegna del kit per la ricerca del sangue occulto ai proprio pazienti, realizzazione di un corso FAD per dipendenti, eventi in piazza nell'ambito di iniziative comunali o presso centri commerciali, eventi informativi per associazioni di cittadini, video promozionali e post pubblicati attraverso il nuovo canale social della Azienda USL TC su Facebook e Instagram, interviste presso TV locali,

Inoltre, in ottica equity oriented, dopo l'avvio nel 2023 dello screening coloretale presso la Casa Circondariale di Prato, nel 2024 è stata avviata la campagna di screening del tumore del colon retto presso la Casa circondariale di Pistoia.

Infine, con DGRT n. 957 del 05/08/2024 "Progetto preliminare per la riorganizzazione del programma di screening oncologico coloretale", Regione Toscana ha avviato un processo di centralizzazione su ISPRO del primo livello di screening; tale delibera prevede anche "lo sviluppo di ogni iniziativa utile per semplificare l'adesione allo screening, anche attraverso Accordi di collaborazione, di livello regionale, con le Farmacie". Se tali accordi verranno definiti, è verosimile attendersi un aumento di partecipazione a questo screening, come già registrato in regione Veneto, dove è possibile ritirare e riconsegnare il kit per la ricerca del sangue occulto direttamente nelle farmacie aderenti all'accordo regionale.

10.3 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 2024 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 2024 e la successiva programmazione per il 2025 hanno garantito la ripresa delle 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 ordinarie 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 2024 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 fitosanitari 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 Tabella 8, in base ai relativi Prodotti Finiti.

Tabella 8. Dati flusso 47 - Sistema dei Prodotti finiti (PF) dell'attività del Dipartimento di Prevenzione.

PF	Prodotto	TOTALE
1	Pareri e valutazioni su richiesta	1367
2	Controllo di UL x motivi di sanità pubblica	839
3	Sistema di allerta sanitario	1058
4	Controllo analitico ufficiale	1511
5	Inchieste per tossinfezioni alimentari	20
10	Interventi per segnalazioni	909
15	Medicina del viaggiatore	4080
19	Intervento a seguito di notifica di mal. infettiva	252
21	Punto di prelievo controllato per piani di monitoraggio acqua	2134
25	Controllo UL per rischi lavorativi	1730
26	Controllo cantiere edile	1374
27	Procedura sanzionatoria penale	1131
28	Inchiesta infortuni	244
31	Procedura per non conformità macchine, impianti, etc.	7
34	Ex esposto sotto sorveglianza	140
36	Revoca/conferma del giudizio di idoneità rilasciato dal MC	131
37	Certificazione idoneità sportiva	8450
39	Valutazione sanitaria individuale dei lavoratori	56
40	Inchiesta per malattia professionale	19
41	Interventi di sterilizzazione e di prevenzione sul randagismo	6970
42	Interventi di profilassi antirabbica	269
43	Allevamenti sotto controllo per piani di profilassi / sorveglianza	912
48	Interventi su animali morti destinati alla distruzione	108
49	Stabilimento registrato/riconosciuto controllato	3156
50	Controllo UVAC/PIF/TRACES/SINTESI	270
52	Certificazione	8467
53	Certificazioni per U.G.B. macellate in stabilimenti	1528
54	Suino macellato per autoconsumo	128
68	Interventi di educazione alla salute, campagne etc.	0
71	Indagine di igiene del lavoro	22
72	Controllo in cava	33
74	Percorso di counseling nutrizionale di gruppo	0
75	Seduta di counseling nutrizionale individuale	585
76	Redazione / revisione di piano nutrizionale	0
77	Valutaz., validazione, controllo applicazione piano nutrizionale	46
79	Consulenza nutrizionale nell'ambito di programmi interistituzionali	0
80	Provvedimenti dell'ingegnere capo	0
81	Procedura sanzionatoria amministrativa in ambito PISLL	238

11. TERRITORIO

11.1 CURE PRIMARIE

In riferimento all'assistenza domiciliare, dopo l'entrata in funzione del nuovo flusso ministeriale SIAD nel 2023, l'AUTC si posiziona complessivamente, rispetto ai dati del bersaglio MeS e agli obiettivi del DM 77/22, con buoni livelli per performance con un "Tasso di prese in carico in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)" di 17,98 contro i 15,33 del 2023, proseguendo nella riduzione della variabilità per Zona Distretto. Il target minimo del 10%, tale standard è stato pienamente raggiunto e superato, con una percentuale di presa in carico fra i più alti in Italia.

L'assistenza domiciliare è articolata secondo quattro livelli assistenziali caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità dell'intervento (CIA), nello specifico:

- 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): 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

Particolarmente significativo è stato l'incremento registrato delle ADI a maggiore intensità assistenziale "CIA 3" che è passato dal 3,31 del 2023 al 5,32 nel 2024.

Nel 2024 si evidenzia un leggero decremento degli accessi domiciliari effettuati nei giorni festivi, accompagnato però, da una positiva riduzione della "Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni".

Per quanto riguarda la "Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione" si registra un significativo incremento da 22,8% a 28,2%, segno dell'efficacia dell'attivazione delle COT nei processi di continuità assistenziale per i pazienti in dimissione dall'ospedale.

Tabella 1. Indicatori MeS sulle cure primarie dell'AUTC, anno 2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	12,37	13,17	12,30	3,15
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	ND	ND
B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	7,85	9,02	ND	ND
B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	19,04	22,3	ND	ND

La gestione territoriale delle patologie croniche ha confermato nel 2024 un progressivo, anche se lento, miglioramento dell'adesione dei pazienti ai percorsi di cura previsti nei PDTA aziendali (con l'eccezione della spirometria nei pazienti con BPCO) e ha mostrato un trend significativo di riduzione dell'ospedalizzazione delle patologie sensibili alle cure ambulatoriali quali Diabete, BPCO e Scopenso Cardiaco. La crescita degli accessi in PS dei pazienti cronici (in particolare con BPCO) verificatasi nel 2024, è comunque risultata inferiore rispetto alla percentuale di aumento degli accessi generali registrati nei PS dell'AUTC dalla popolazione generale (Tabella 2).

Per quanto riguarda gli indicatori di appropriatezza farmaceutica (Tabella 3), a fronte di una sostanziale tenuta delle performance, si è registrato, soprattutto per l'età pediatrica, un incremento di utilizzo degli antibiotici, sebbene in misura minore rispetto alle altre aziende, ma con una disomogeneità significativa tra le zone. Nel generale quadro positivo dell'appropriatezza prescrittiva si segnala il risultato relativo l'utilizzo di amoxicillina su amoxicillina/acido clavulanico in età pediatrica.

Tabella 2. Indicatori MeS su appropriatezza su diagnostica e trattamenti per particolari patologie, AUTC, anno 2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	125,25	117,23	ND	ND
C11A.1.2A Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	69,48	73,88	74,5	3,54
C11A.1.2B Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	54,39	59,24	61,7	3,31
C11A.1.8 Tasso di accesso al PS dei residenti con Scompenso Cardiaco	659,56	676,13	686,37	2,60
C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	12,08	10,38	ND	ND
C11A.2.10 Tasso di accesso al PS dei residenti con Diabete	358,24	375,47	385,19	2,71
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	15,31	14,09	15,17	4,12
C11A.2.9 Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	29,31	28,81	28,46	1,84
C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	27,65	17,54	ND	ND
C11A.3.5 Residenti con BPCO con almeno una spirometria	31,86	29,91	22,38	1,23
C11A.3.9 Tasso di accesso al PS dei residenti con BPCO	504,49	532,91	570,12	2,56
C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	70,44	71,35	72,44	3,6

Tabella 3. Indicatori MeS appropriatezza prescrittiva dei farmaci dell'AUTC, anno 2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	23,99	22,23	21.30	3,95
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti	83,54	86,95	90.49	0,48
C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	37,45	33,74	30.04	4.12
C9.12B Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	29,72	26,92	27.54	5
C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	63,46	65,48	ND	ND
C9.19.1 Incidenza di farmaci adrenergici associati sul totale dei farmaci adrenergici per aerosol sul territorio	68,39	66,47	63.62	1.1
C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	11,94	12,34	12.29	1.20
C9.6.1.2 Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio	50,04	47,2	ND	ND
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio	11,56	12,75	13.17	4.19
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	8,42	12,94	2.27 (cambio criterio calcolo)	3.29
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	0,88	1,32	ND	ND
C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	0,83	0,79	ND	ND
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	1,78	1,73	1.57	2.37
C9.8.1.3 Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e amoxicillina ac. clavulanico sul territorio	30,49	35,58	41.99	4,12
C9.8.1.7 Proporzione di antibiotici Access	51,89	56,66	ND	ND
C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi	12,37	12,74	ND	ND
C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	19,72	19,23	18.85	3.88

11.2 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.

Le cure intermedie (CI) nella Regione Toscana, come definito nella Delibera di Giunta Regionale Toscana (DGRT) 909 nel 2017, prevedono attualmente 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 24h, medio-alta intensità assistenziale.
- SETTING 2- RESIDENZIALITÀ SANITARIA INTERMEDIA: assistenza infermieristica nelle 24h e medica in orario diurno.
- SETTING 3 – RESIDENZIALITÀ ASSISTENZIALE INTERMEDIA: bassa intensità assistenziale con presenza infermieristica nelle 24h 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 al domicilio del paziente.

Anche nel corso del 2024 i modelli organizzativi dell'assistenza intermedia, in Toscana e nell'AUTC, 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.

L'offerta di residenzialità intermedia presente in Azienda è stata 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 2024 le strutture di cure intermedie a disposizione per l'AUTC sono state in totale 14, con una distribuzione nelle zone descritta nella Tabella 4.

Nel 2024 sono stati complessivamente messi a disposizione 333 pl di cure intermedie a cui vanno aggiunti i circa 100 pl di lungodegenza presso strutture private accreditate che concorrono a rispondere alla casistica di pazienti eleggibili per le cure intermedie setting 1. Nel corso dell'anno il numero di posti letto disponibili hanno subito delle variazioni correlate alla necessità di ridurre o sospendere parte dei posti letto nelle strutture interessate dagli interventi previsti dai progetti PNRR e alla necessità di rimodulare le attività presso le strutture convenzionate.

Tabella 4. Distribuzione nelle zone delle cure intermedie in AUTC, anno 2024.

Zona	N° strutture	PL setting 1	PL setting 2	PL setting 3
Empolese Valdarno Inferiore	2		50	
Firenze	4	62	52	
Firenze Sud-Est	3	33	30	
Pistoia	2		19	14
Prato	2	42	23	
Valdinievole	1			8
TOT AUTC	14	137	174	22

La gestione dei percorsi di cure intermedie nel 2024 era in carico alle Agenzie di continuità ospedale territorio (ACOT) fino a maggio. Da giugno 2024, come previsto dal processo di riorganizzazione della rete territoriale, sono state attivate le Centrali Operative Territoriali (COT) che hanno assorbito le funzioni delle ACOT. La COT è un nuovo modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento delle transizioni tra i diversi setting assistenziali (transizioni ospedale-territorio, territorio-territorio, territorio-ospedale) al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Nel 2024 sono stati assegnati complessivamente circa 10.000 percorsi tra cure intermedie e lungodegenza. Di questi percorsi il 47% (4.680) ha coinvolto il setting 1- Low-care e la lungodegenza, il 48% (4.757) il setting 2- Residenzialità sanitaria intermedie, ed il 6% (561) il setting 3 - Residenzialità assistenziale intermedie (Tabella 5). Tali dati potrebbero essere sottostimati in relazione al fatto che nel corso del 2024 è stata introdotta la nuova piattaforma informatizzata regionale COT con import dei dati dalla precedente piattaforma con conseguente possibile disallineamento dei record.

Tabella 5. Setting. Fonte: Astercloud - COT WP3, GPI. Dettaglio relativo ad AUTC.

Setting	Percorsi assegnati 2024
Setting 1 – Low Care e Lungodegenza	4680
Setting 2 – Residenzialità sanitaria intermedia	4757
Setting 3 – Residenzialità assistenziale intermedia	561

Nell'ambito della rete delle CI le recenti direttive nazionali e regionali (PNRR/2021, DM 77/2022, DGRT 1508/2022, DGRT 495/2024 e DGRT 1534/2024) prevedono la riorganizzazione delle strutture territoriali, con conseguente revisione dei servizi offerti tra cui l'implementazione degli Ospedali di comunità (OdC) con l'obiettivo di rafforzare la rete dell'assistenza territoriale di prossimità. 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 posti letto 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'AUTC. Nel corso del 2024 sono stati avviati gran parte dei cantieri previsti dai progetti PNRR. Da dicembre 2024 sono attivi i primi 3 OdC della Azienda USL Toscana Centro: l'OdC di Camerata a Firenze (temporaneamente collocato presso il PO S. Maria Nuova), l'OdC Presidio di continuità/VOP a Prato e l'OdC il Ceppo a Pistoia.

12. PRESTAZIONI DEL PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA

12.1 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.

Di seguito sono riportati i grafici (Figura 1 e 2) con gli andamenti delle prescrizioni prodotte, considerando l'ambito AUTC; si potrà riscontrare, sia per le visite che per la diagnostica, la tendenza crescente della domanda, con picchi evidenti nel 2024, superiori anche al periodo ante pandemia, anno 2019 (fonte dati: Regione Toscana). In particolare, per l'anno 2024, in tutta l'AUTC, sono state richieste in totale circa 75.000 prestazioni (tra visite ed esami diagnostici) in più rispetto al 2023. Tale dato risulta purtroppo ancora inficiato dalle cosiddette "richieste ripetute" (che nell'anno 2024, per le visite PRGLA, ad esempio, in tutta l'AUTC incidono per il 22,4%).

Figura 1. Numero prescrizioni elettroniche (trend quindicinale); periodo considerato: anno 2024 vs 2023 vs 2022 vs 2021 vs 2020 vs 2019. Prime Visite Specialistiche, Ambito AUTC.

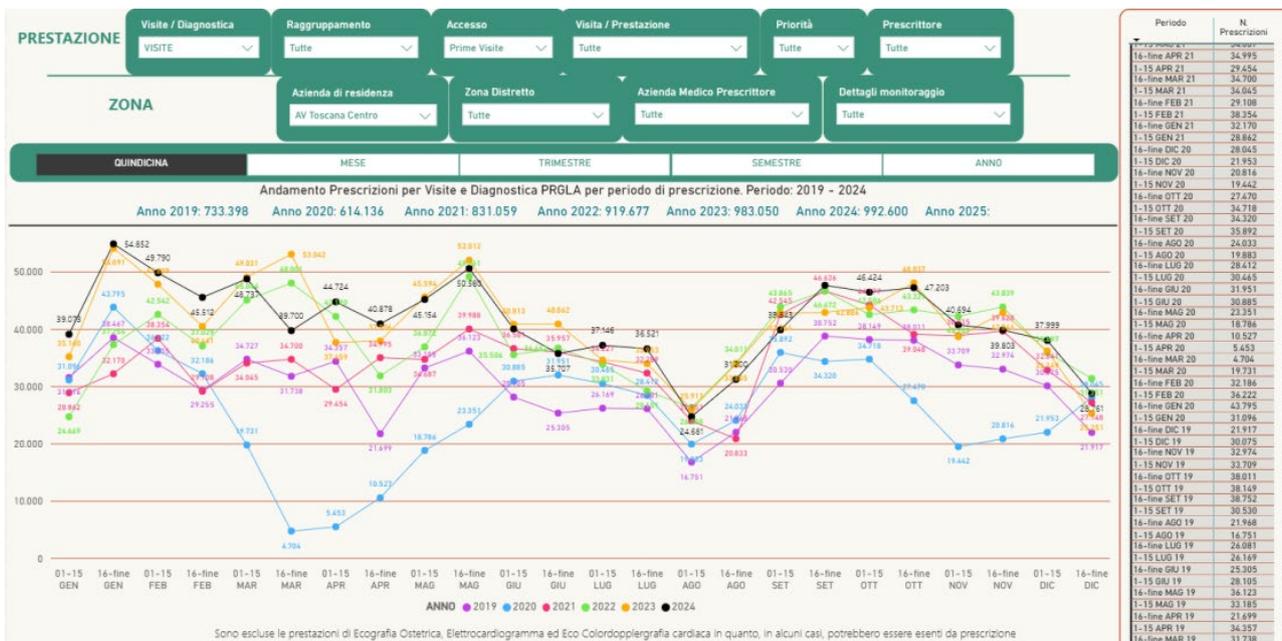
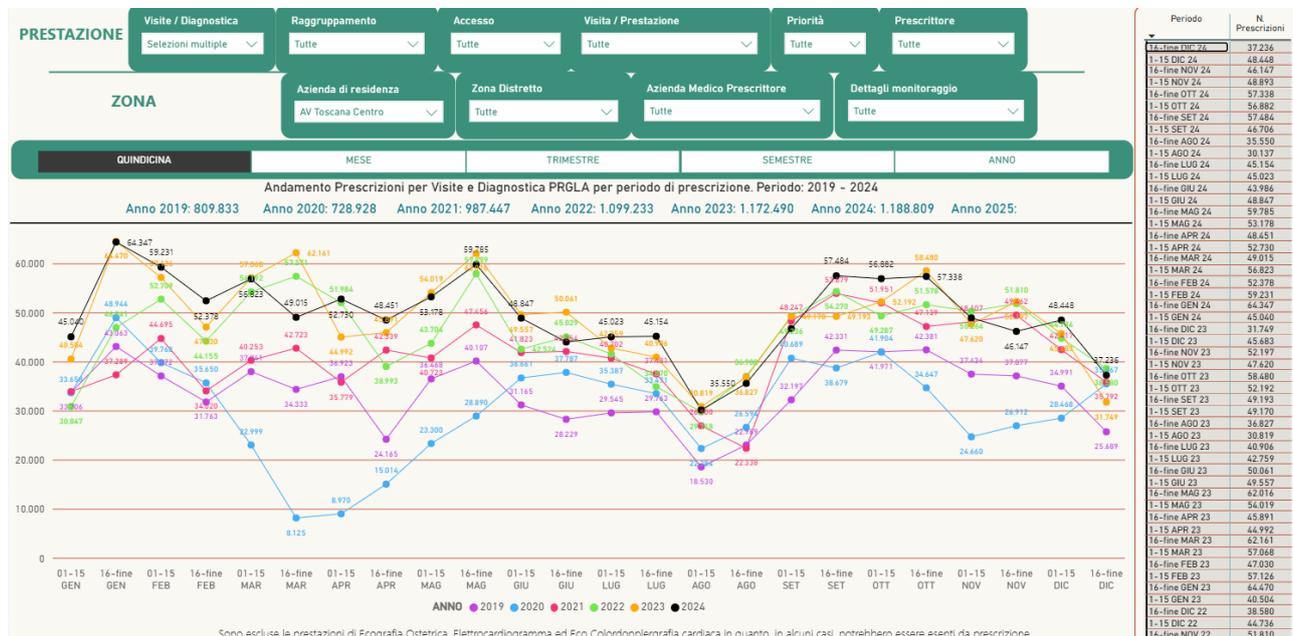


Figura 2. Numero prescrizioni elettroniche (trend quindicinale); periodo considerato: anno 2024 vs 2023 vs 2022 vs 2021 vs 2020 vs 2019. Diagnostica, Ambito AUTC.

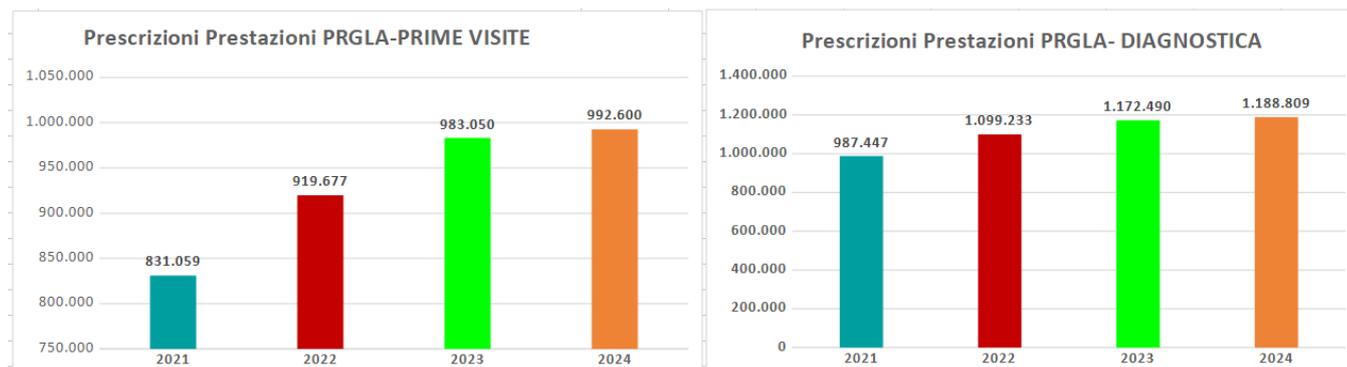


12.2 ANALISI PRENOTATO EFFETTIVO - PRESTAZIONI PRGLA

Anche focalizzandosi solo sulle prime visite e sugli esami diagnostici prescritti dai medici afferenti all'AUTC, 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.

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

Figura 3. Numero prescrizioni Prime Visite-Diagnostica AUTC, anni 2021-2024.



Nel 2024, in AUTC, si è registrato un aumento delle prenotazioni per gli esami diagnostici, con circa **7.000** richieste prenotate in più rispetto al 2023. In particolare, focalizzando l'attenzione sulla seconda quindicina di dicembre 2024, come mostrano gli istogrammi in Figura 4 e in Figura 5, si è osservato un incremento delle prenotazioni rispetto allo stesso periodo del 2023 (**+3.076**).

Nonostante ciò, l'aumento ancor più marcato della domanda (prescrizioni), non ha comportato effetti benefici sull'indicatore C.I.

Figura 4. Numero prenotazioni Visite AUTC, anni 2021-2024.



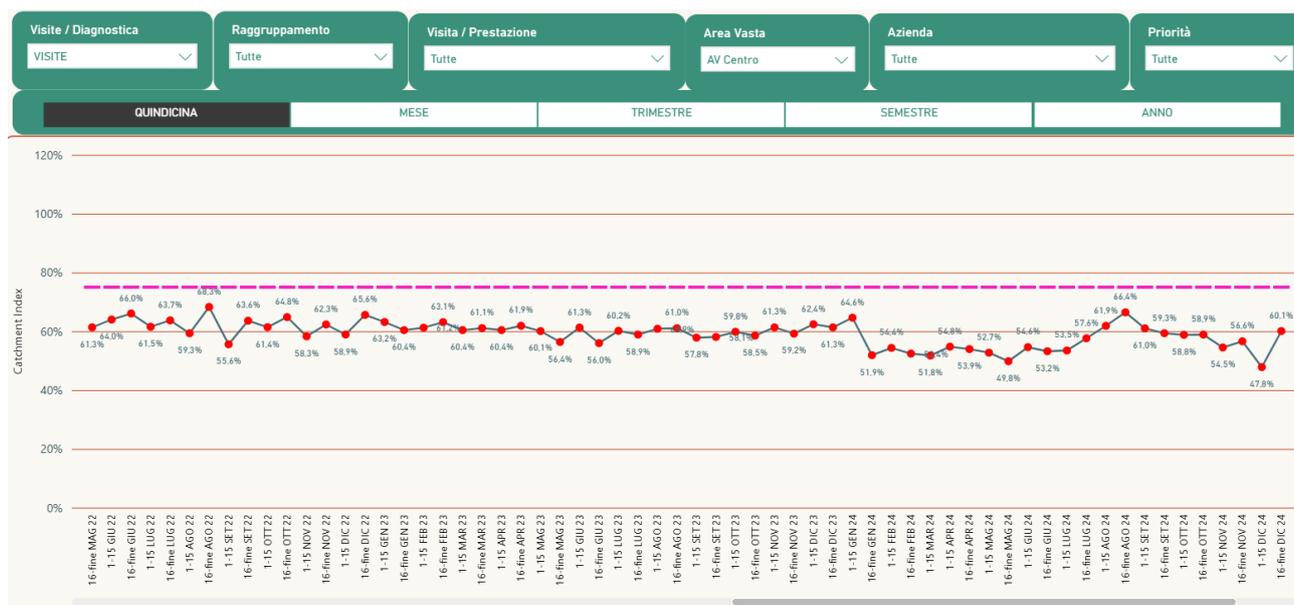
Figura 5. Numero prenotazioni Diagnostica AUTC, anni 2021-2024.



12.3 ANDAMENTO CATCHMENT INDEX - VISITE SPECIALISTICHE AUTC

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 AUTC si è riscontrato un miglioramento nel 2024 (Figura 6).

Figura 6. Andamento Catchment Index per visite specialistiche AUTC 2023-2024.

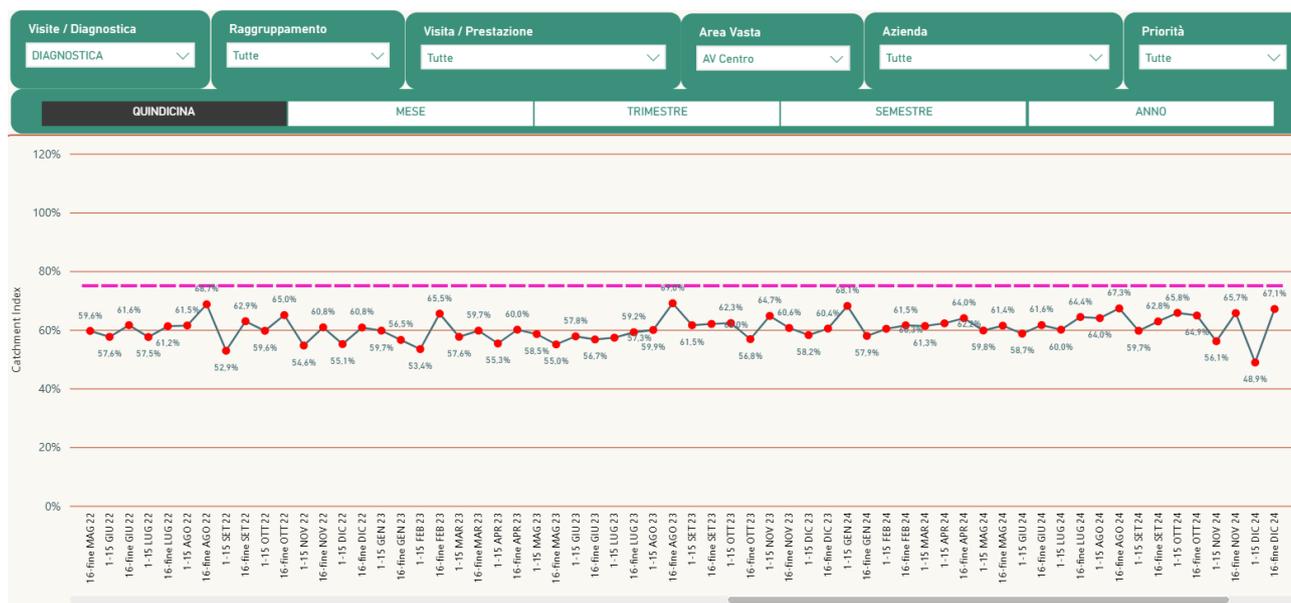


Nell'ultimo monitoraggio disponibile (prenotazioni CUP registrate nel periodo 16-31 dicembre 2024) l'indice di cattura in AUTC per quanto riguarda le visite specialistiche, si è attestato al 60% (in miglioramento rispetto alla quindicina precedente quando si era attestato al 57,5%).

12.4 ANDAMENTO CATCHMENT INDEX - DIAGNOSTICA AUTC

Per quanto riguarda, invece, la diagnostica nell'ultimo monitoraggio disponibile (prenotazioni CUP registrate nel periodo 16-31 dicembre 2024) l'indice di cattura in Azienda USL TC si è attestato al 67,1% (in miglioramento rispetto alla quindicina precedente quando si era attestato al 61,5%) (Figura 7).

Figura 7. Andamento Catchment Index per la diagnostica, AUTC 2023 - 2024.



12.5 PRESTAZIONI SANITARIE E CATCHMENT INDEX

In Tabella 1 sono riportate le visite specialistiche con i valori più critici di catchment index per l'AUTC.

Tabella 1. Visite specialistiche con i valori più critici di catchment index 16-31, dicembre 2024.

	Prescrizioni 16-31 dic 2024	Prenotazioni 16-31 dicembre 2024	Catchment index 16-31 dicembre 2024	Delta fabbisogno per raggiungere catchment index 75% (numero di prestazioni mancanti)
Visita endocrinologica	1.166	666	57,1%	-209
Visita neurologica	1.310	742	56,6%	-241
Visita otorinolaringoiatrica	2.630	1.400	53,2%	-573
Visita urologica	1.792	924	51,6%	-420
Visita ortopedica	2.811	1.412	50,2%	-696

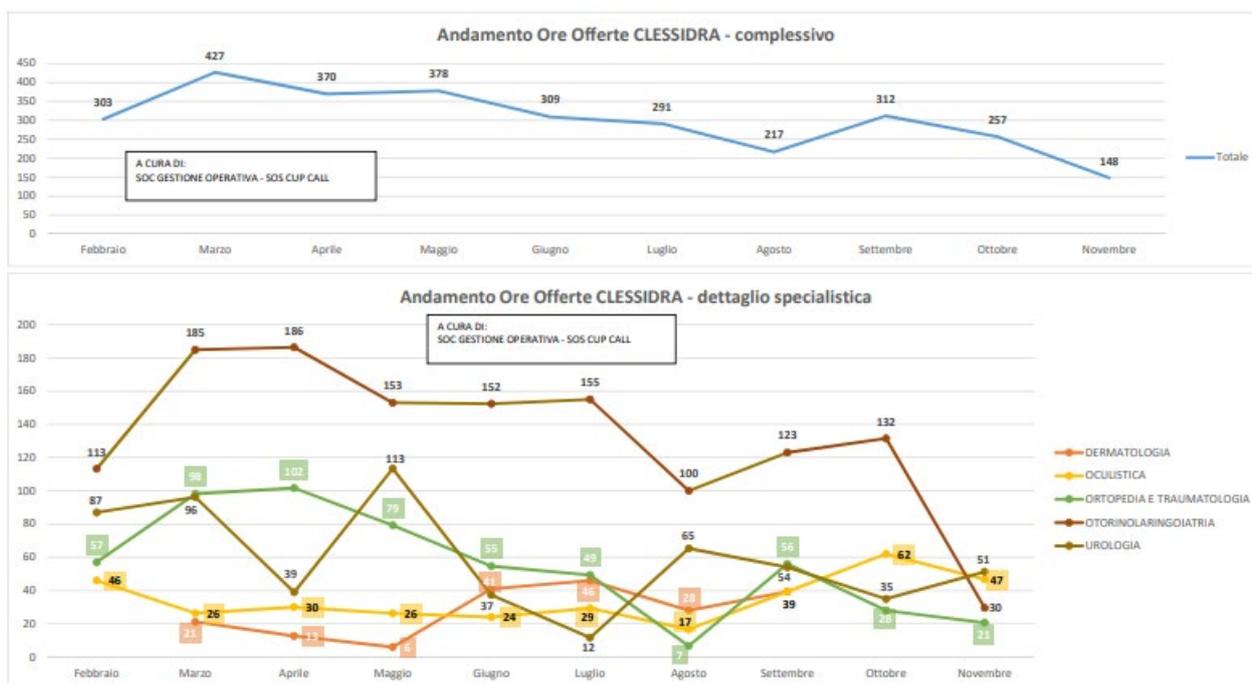
In Tabella 2 sono riportate gli esami diagnostici con i valori più critici di catchment index (C.I.) per l'AUTC.

Tabella 2. C.I. esami diagnostici più critici AUTC 16-31 dicembre 2024.

	Prescrizioni 16-31 dic 2024	Prenotazioni 16-31 dicembre 2024	Catchment index 16-31 dicembre 2024	Delta fabbisogno per raggiungere catchment index 75% (numero di prestazioni mancanti)
RM colonna	1.540	920	59,7%	-235
RM muscoloscheletrica	1.420	848	59,7%	-217
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	1.245	640	51,4%	-294
Elettromiografia	1.671	758	45,4%	-542

Tra le azioni di miglioramento, si evidenzia che per il 2024 è stata prevista l'attivazione del progetto Clessidra per le prime visite di otorinolaringoiatria, ortopedia, urologia, oculistica e dermatologia. L'adesione al progetto nel periodo di attivazione dello stesso (febbraio-novembre 2024) è riportata nella Figura 8.

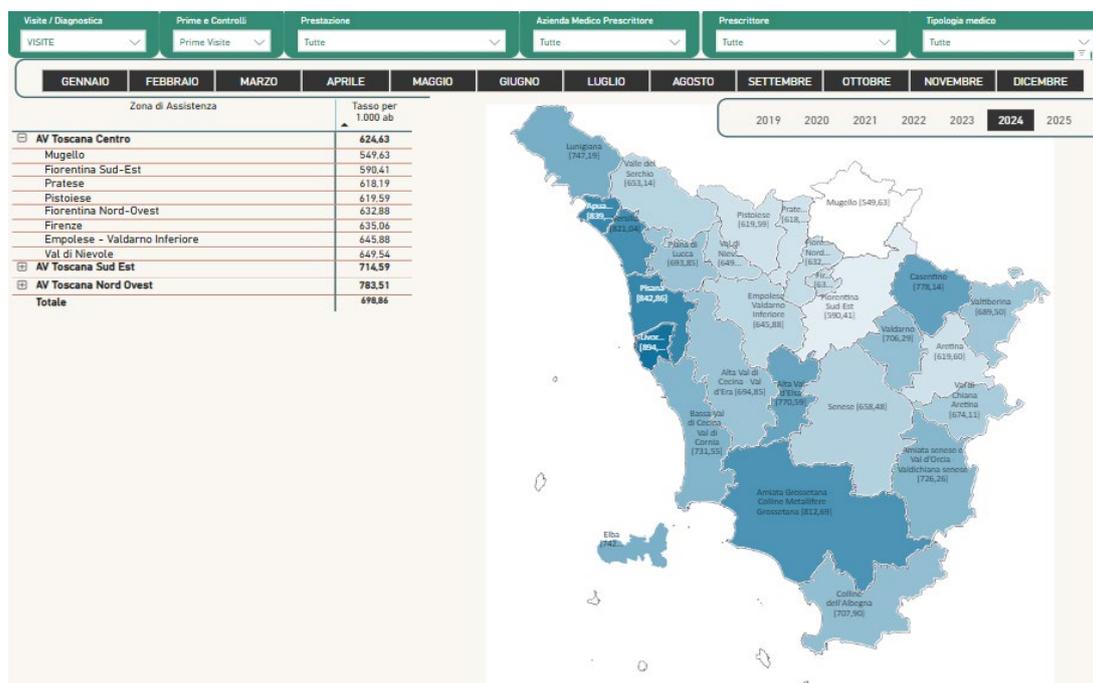
Figura 8. Adesione al progetto Clessidra, anno 2024.



12.6 TASSO PRESCRITTIVO

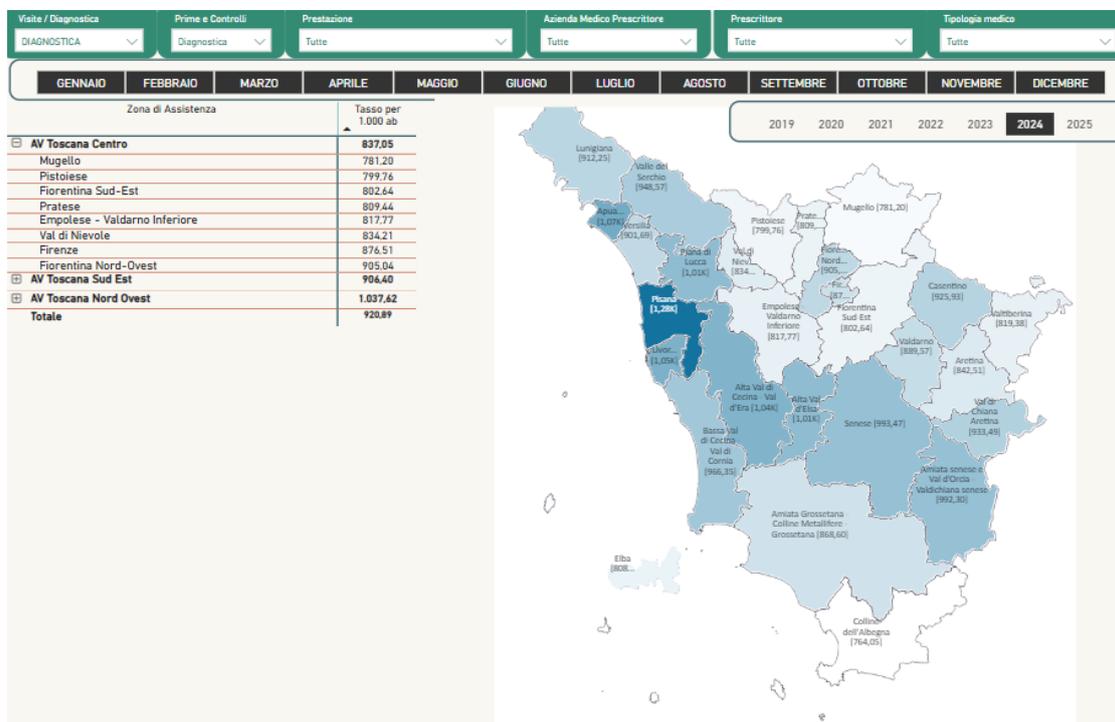
Per quanto riguarda il tasso prescrittivo per 1000 ab. per zona di assistenza, riferito alle visite, risulta che l'AUTC nel 2024 ha avuto un comportamento prescrittivo più contenuto rispetto alle altre Aziende. Analizzando poi, le zone di assistenza riferite ad AUTC il più alto tasso si rileva nella zona Valdinievole (Figura 9).

Figura 9. Tasso prescrittivo prime visite per 1000 ab. per zona assistenza.



Analogamente per la diagnostica la zona di assistenza con tasso maggiore è quella relativa alla zona Fiorentina Nord-Ovest (Figura 10).

Figura 10. Tasso prescrittivo diagnostico per 1000 ab. per zona di assistenza.



12.7 TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nell'anno 2024, 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 dell'AUTC le visite e gli esami diagnostici oggetto del PRGLA per la classe di priorità U (urgenti) sono effettuate nel 99,6% 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) nel 91% dei casi e anche per la D il dato è in miglioramento (89,6%). Le prestazioni sono erogate generalmente nei tempi previsti dalla normativa nazionale vigente (Tabella 3) in tutte le aree aziendali. Si evidenzia la performance per l'AUTC, correlata al 2024 sulle visite specialistiche (Tabella 4) e per la diagnostica (Tabella 5).

Tabella 3. Sintesi aziendale prenotazioni entro e non oltre i tempi di attesa regionali sulla prima disponibilità, anno 2024 vs anno 2023.

TEMPI DI ATTESA VISITE ED ESAMI DIAGNOSTICI		
AREA	ANNO 2023	ANNO 2024
FIRENZE	81,8%	93,7%
PRATO	67,4%	90,3%
PISTOIA	69,4%	87,9%
EMPOLI	64,3%	84,9%
TOTALE	73,7%	90,4%

Tabella 4. Visite SPECIALISTICHE: Sintesi aziendale prenotazioni entro e non oltre i tempi di attesa regionali sulla prima disponibilità, anno 2024

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	4.210	8	4.218	99,8%	99,8%	1,36
⊕ REUMATOLOGIA	7.444	139	7.583	98,2%	98,2%	3,12
⊕ GASTROENTEROLOGIA	6.449	139	6.588	97,9%	97,9%	2,84
⊕ CHIRURGIA GENERALE	16.966	896	17.862	95,0%	96,4%	3,63
⊕ ALLERGOLOGIA	14.704	818	15.522	94,7%	94,7%	11,80
⊕ ORTOPEDIA	28.403	1.909	30.312	93,7%	94,7%	9,53
⊕ NEUROLOGIA	13.516	1.047	14.563	92,8%	94,7%	6,51
⊕ CARDIOLOGIA	48.484	4.365	52.849	91,7%	95,4%	7,22
⊕ ENDOCRINOLOGIA	8.566	1.056	9.622	89,0%	89,0%	16,70
⊕ CHIRURGIA VASCOLARE	3.459	436	3.895	88,8%	88,8%	14,54
⊕ FISIATRIA	17.869	2.350	20.219	88,4%	88,4%	9,21
⊕ GINECOLOGIA	20.818	3.389	24.207	86,0%	88,2%	12,62
⊕ PNEUMOLOGIA	11.820	2.785	14.605	80,9%	80,9%	20,50
⊕ OCULISTICA	29.799	8.345	38.144	78,1%	86,9%	18,74
⊕ OTORINO	22.274	7.084	29.358	75,9%	82,7%	16,98
⊕ UROLOGIA	9.083	3.384	12.467	72,9%	76,8%	26,99
⊕ DERMATOLOGIA	25.739	10.871	36.610	70,3%	80,7%	25,33
Totale	289.603	49.021	338.624	85,5%	89,4%	13,43

Tabella 5. DIAGNOSTICA: Sintesi aziendale prenotazioni entro e non oltre i tempi di attesa regionali sulla prima disponibilità, anno 2024.

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)
⊕ TC	30.383	105	30.488	99,7%	99,7%	3,98
⊕ TC MDC	38.239	821	39.060	97,9%	98,5%	6,23
⊕ MAMMOGRAFIA	14.757	336	15.093	97,8%	97,8%	7,80
⊕ ALTRO	38.048	1.155	39.203	97,1%	97,3%	7,05
⊕ RM MDC	8.913	359	9.272	96,1%	96,1%	11,27
⊕ ECOGRAFIA	55.923	2.563	58.486	95,6%	96,1%	10,41
⊕ ECO(COLOR)DOPPLER	70.637	4.216	74.853	94,4%	94,4%	13,01
⊕ ECOGRAFIA DELL ADDOME	55.209	3.564	58.773	93,9%	94,4%	10,11
⊕ GASTROSCOPIA	11.739	866	12.605	93,1%	93,7%	8,18
⊕ SPIROMETRIA	14.172	1.111	15.283	92,7%	92,7%	13,42
⊕ RM	28.563	4.114	32.677	87,4%	87,4%	20,86
⊕ COLONSCOPIA	15.449	2.248	17.697	87,3%	89,1%	12,66
⊕ ELETTROMIOGRAFIA	8.504	1.692	10.196	83,4%	83,4%	24,69
Totale	390.536	23.150	413.686	94,4%	94,7%	10,89

INDICE COMBINATO – NUOVO INDICATORE PORTALE REGIONALE

Con l'avvento delle pre-liste, la Regione Toscana ha inserito nel portale regionale la simulazione di un nuovo unico indicatore, pesando in ugual misura la performance correlata all'indice di cattura e ai tempi di attesa, con l'obiettivo di sintetizzare la performance aziendale relativa al tema del rispetto dei tempi di attesa con un solo parametro, l'**indice combinato**. L'indicatore pesa in egual misura (50% e 50%) la performance correlata all'Azienda oggetto di interesse relativa all'indice di cattura (target RT pari al 75%) e al rispetto dei tempi di attesa previsti dalla normativa vigente (target RT pari al 90%), nel periodo temporale desiderato. Il target regionale per l'indice combinato, per ogni azienda, è il 100%.

L'indicatore per l'anno 2024 mostra un miglioramento sia per le visite specialistiche che per gli esami diagnostici rispetto al 2023. In particolare:

- Visite specialistiche: 87,6% nel 2024 e 82,7% nel 2023
- Esami diagnostici: 93,7% nel 2024 e 85,7% nel 2023

Tabella 6a. Indice Combinato: 2024 – prestazioni visite specialistiche PRGLA

Area Vasta	% Raggiungimento Tempi	Catchment Index	Indice Composto	Valutazione
AV Sud Est	81,41%	70,1%	91,8%	
Arezzo	80,71%	74,0%	93,7%	
Siena / AOU Senese	86,51%	67,1%	93,1%	
Grosseto	77,39%	68,4%	88,4%	
AV Centro	88,85%	55,8%	87,6%	
Firenze / AOU Careggi / AOU Meyer / Ispro	90,94%	61,2%	92,2%	
Prato	89,21%	55,3%	87,6%	
Empoli	85,86%	48,9%	81,7%	
Pistoia	83,82%	45,4%	78,3%	
AV Nord Ovest	74,73%	58,1%	80,5%	
Pisa / AOU Pisana / Fondazione Monasterio	92,22%	61,9%	93,4%	
Viareggio	69,62%	63,0%	80,4%	
Massa Carrara	70,35%	60,7%	79,4%	
Lucca	72,01%	54,4%	76,6%	
Livorno	66,43%	51,7%	71,6%	
Totale	81,40%	59,9%	85,6%	

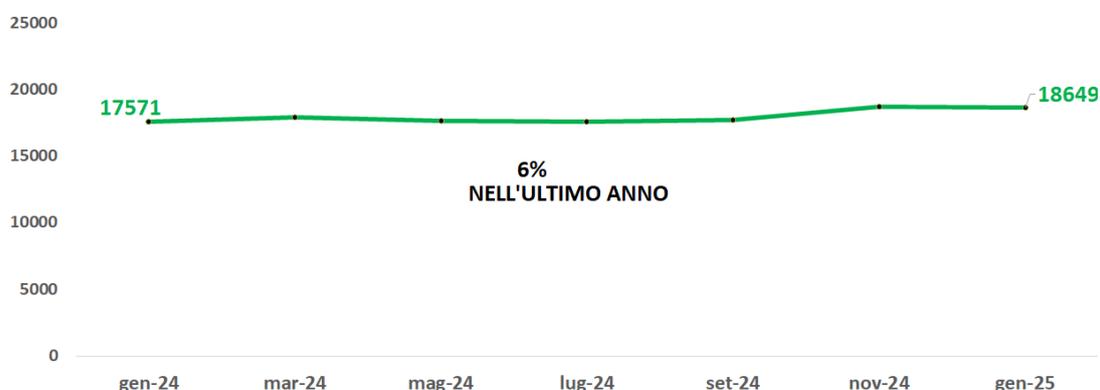
Tabella 6b. Indice Combinato: 2024 – prestazioni diagnostiche PRGLA

Area Vasta	% Raggiungimento Tempi	Catchment Index	Indice Composto	Valutazione
AV Sud Est	91,45%	72,9%	99,6%	
Arezzo	93,59%	89,7%	111,1%	
Grosseto	89,29%	66,4%	94,4%	
Siena / AOU Senese	90,29%	62,2%	92,4%	
AV Centro	92,86%	61,7%	93,7%	
Pistoia	92,22%	71,9%	99,4%	
Prato	95,26%	66,7%	98,2%	
Firenze / AOU Careggi / AOU Meyer / Ispro	93,81%	59,0%	92,6%	
Empoli	85,89%	55,4%	85,6%	
AV Nord Ovest	85,10%	62,4%	89,4%	
Pisa / AOU Pisana / Fondazione Monasterio	89,18%	67,5%	95,0%	
Lucca	85,63%	69,8%	94,2%	
Viareggio	84,41%	63,1%	89,4%	
Livorno	86,19%	51,8%	83,6%	
Massa Carrara	74,73%	56,2%	79,4%	
Totale	89,79%	64,4%	93,5%	

12.8 TEMPI DI ATTESA CHIRURGIA ELETTIVA

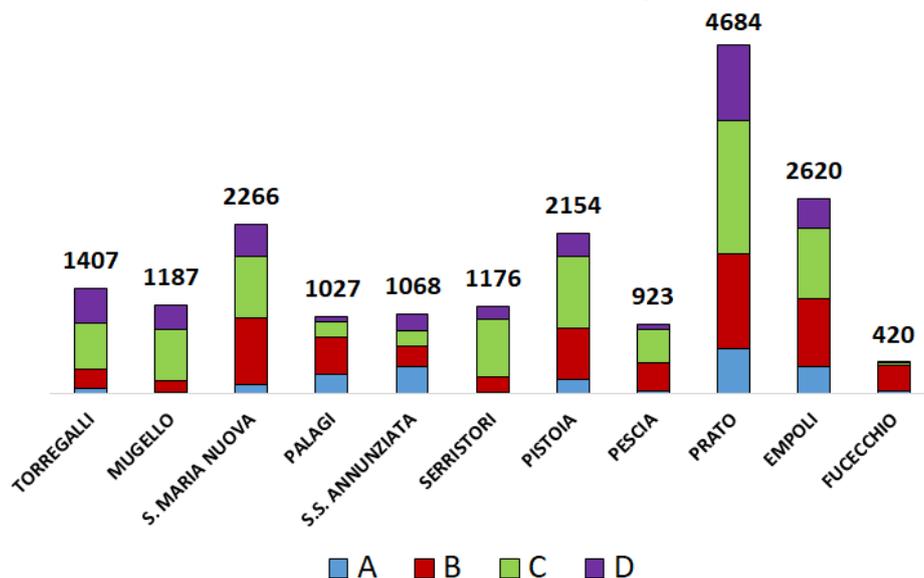
Grazie all'aumento della produzione, la numerosità delle liste di attesa complessivamente dell'AUTC sta mantenendo un andamento virtuoso decrescente, leggermente attenuato durante il periodo estivo; a gennaio 2024 si riscontravano in lista di attesa di intervento infatti 17.571 cittadini, a inizio gennaio 2025 il dato è calato attestandosi a 18.649 casi (+1.078 pazienti in lista rispetto ad inizio anno) (Figura 11).

Figura 11. Andamento temporale del numero di pazienti in lista d'attesa presso l'AUTC (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 12).

Figura 12. Pazienti presenti in lista d'attesa chirurgica presso l'AUTC per presidio Ospedaliero e classe di priorità (al netto dell'oculistica e della casistica ambulatoriale semplice), anno 2024. Fonte: Argos.



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

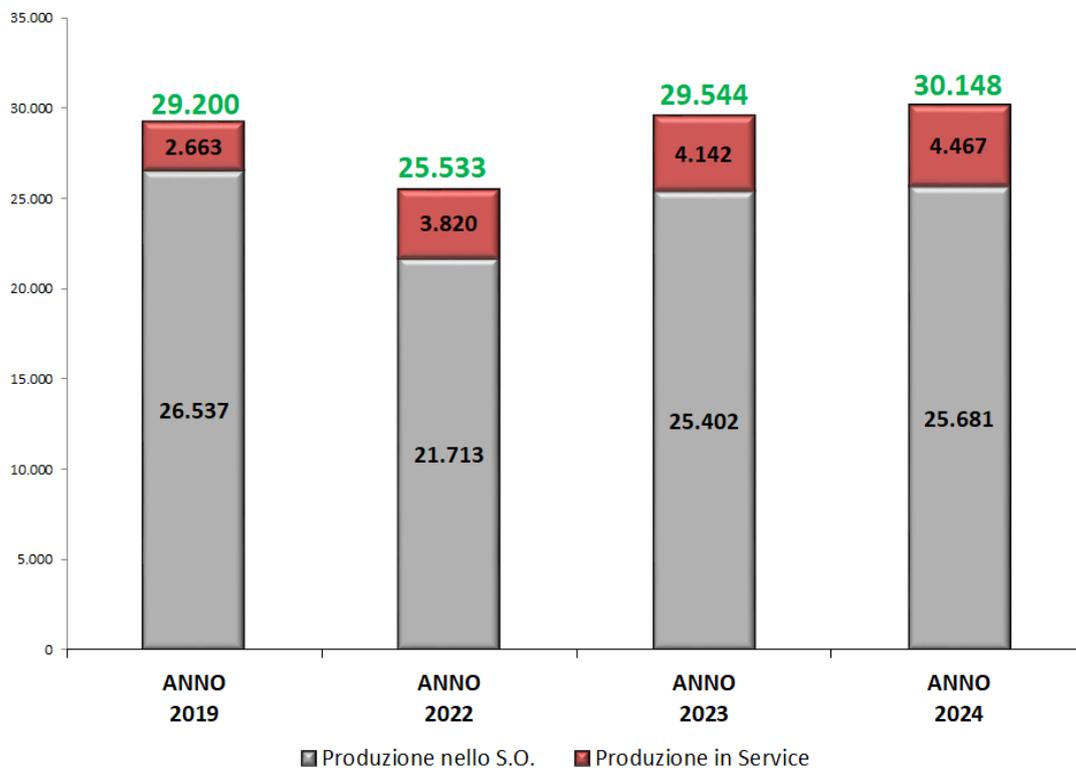
- Gli interventi di classe A (tempi massimi previsti 30 gg) sono erogati entro i tempi previsti dalla normativa vigente
- Gli interventi di classe B (tempi massimi previsti 60 gg) sono erogati in circa 5–6 mesi, a seconda del Presidio
- Gli interventi di classe C (tempi massimi previsti 180 gg) sono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

12.9 PRODUZIONE INTERVENTI - IMPATTI PANDEMIA

Grazie alle azioni messe in campo dall'Azienda USL 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 2024 presso l'AUTC sono stati erogati complessivamente 30.148 interventi chirurgici elettivi (di cui 4.467 in erogazione congiunta), 604 interventi in più rispetto allo stesso periodo del 2023 (Figura 13).

Figura 13. Interventi chirurgici erogati in elezione nel periodo gennaio-dicembre (2019 vs 2022 vs 2023 vs 2024) c/o AUTC, regime ordinario + regime amb. complessa. Fonte: O4C/ADT.



Si sottolinea, inoltre, come la quasi totalità degli interventi di classe A è stata erogata, sia nel 2023 che nel 2024 (Tabella 7), 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 2024, fonte SDO).

Tabella 7. Prestazioni DH o Ordinarie, 2023.

Periodo Descrizione Intervento	2024					
	Numero Ricoveri Entro i Tempi	Numero Ricoveri Fuori dai Tempi	Totale	% nei Tempi	Target	Δ Assoluto
▲ Angioplastica Coronarica (PTCA)	238	1	239	99,6%	215	23
Biopsia percutanea del fegato	99	1	100	99,0%	90	9
Colecistectomia laparoscopica	212	10	222	95,5%	200	12
Coronarografia	787	18	805	97,8%	724	63
Emorroidectomia	69	6	75	92,0%	67	2
Endoarteriectomia carotidea	131	1	132	99,2%	119	12
Interventi chirurgici melanoma	267	29	296	90,2%	266	1
Interventi chirurgici tumore colon	352	3	355	99,2%	319	33
Interventi chirurgici tumore mammella	999	95	1.094	91,3%	985	14
Interventi chirurgici tumore prostata	182	46	228	79,8%	205	-23
Interventi chirurgici tumore retto	131	3	134	97,8%	121	10
Interventi chirurgici tumori dell'utero	202	16	218	92,7%	196	6
Interventi chirurgici tumori tiroide	152	11	163	93,3%	147	5
Intervento protesi d'anca	416	87	503	82,7%	453	-37
Riparazione ernia inguinale	341	25	366	93,2%	329	12
Totale	4.578	352	4.930	92,9%	4.437	141

Sono stati elaborati i report dei tempi di attesa per le prestazioni chirurgiche PRGLA, così come indicato dalla DGRT n.243 del 04-03-2024:

- rispetto dei tempi massimi per gli interventi oncologici di classe B (60 giorni) previsti dal PRGLA: nell'anno 2024 è pari al **75%**;
- rispetto del tempo massimo di 30 giorni per gli interventi oncologici di classe A con riferimento agli interventi monitorati nell'ambito del PNE (Piano Nazionale Esiti): nell'anno 2024 è pari all' **85,1%**.

Nel corso del bimestre settembre-ottobre 2024, grazie alla graduale ripresa dell'attività a pieno regime post riduzioni estive, il trend di crescita della lista d'attesa è stato interrotto.

Più nello specifico, gli interventi eseguiti in regime di elezione negli s.o. aziendali hanno soddisfatto circa il 70% del numero dei nuovi ingressi (81% includendo la produzione Service) con conseguente stabilizzazione della lista d'attesa grazie anche all'azione di Recall centralizzato (che nel V° bimestre ha riguardato soprattutto NOP e VDN).

Complessivamente, la produzione elettiva registrata nel V° bimestre 2024 risulta in linea con quella dell'isoperiodo 2019 (-5% in ospedale e +53% in Service), ed in leggero aumento rispetto a quella dello stesso bimestre 2023 (-1% in ospedale e +22% in Service, per un incremento complessivo del +2%).

Tabella 8. Interventi PNE. Fonte: ADT Arianna.

PERIODO: Gennaio - Dicembre 2024					
Prestazioni DH o Ordinarie					
Elenco Interventi PRGLA ONCOLOGICI	INTERVENTI TOTALI	INTERVENTI TOTALI ELETTIVI	Tot. classi 2 operate	Classi 2 operate entro 60 gg	% Classi 2 operate entro 60 gg
melanoma	287	287	2	2	75%
tumore maligno della tiroide	207	206	41	27	
tumore maligno del polmone	0	0	0	0	
tumore maligno colon	517	366	6	5	
tumore maligno utero e ovaie	212	207	5	4	
tumore maligno mammella	1026	1024	22	20	
tumore maligno della prostata	209	207	8	5	
tumore maligno del retto	152	136	4	3	
Totale complessivo ASL TC	2610	2433	88	66	
Elenco Interventi PNE (Piano Nazionale Esiti) ONCOLOGICI	INTERVENTI TOTALI	INTERVENTI TOTALI ELETTIVI	Tot. classi 1 operate	Classi 1 operate entro 30 gg	% Classi 1 operate entro 30 gg
TM CAVO ORALE	37	35	35	26	85.1%
TM COLECISTI	5	4	3	2	
TM ESOFAGO	1	1	1	1	
TM FEGATO	94	80	75	70	
TM LARINGE	108	97	94	58	
TM OVAIO	60	57	52	51	
TM PANCREAS	56	39	38	38	
TM STOMACO	102	78	74	72	
TM VESCICA	67	60	58	48	
Totale complessivo ASL TC	530	451	430	366	

12.10 RICOGNIZIONE UTILIZZO BLOCCHI OPERATORI AUTC

Grazie alle azioni messe in campo dall'Azienda (potenziamento produttività aggiuntiva), nel quinto bimestre 2024 (settembre-ottobre 2024) la produzione elettiva risulta in linea con quella dell'isoperiodo 2019 ed in leggero aumento rispetto a quella dello stesso bimestre 2023 (+2%); 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 14, 15 e 16).

Figura 14. 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).

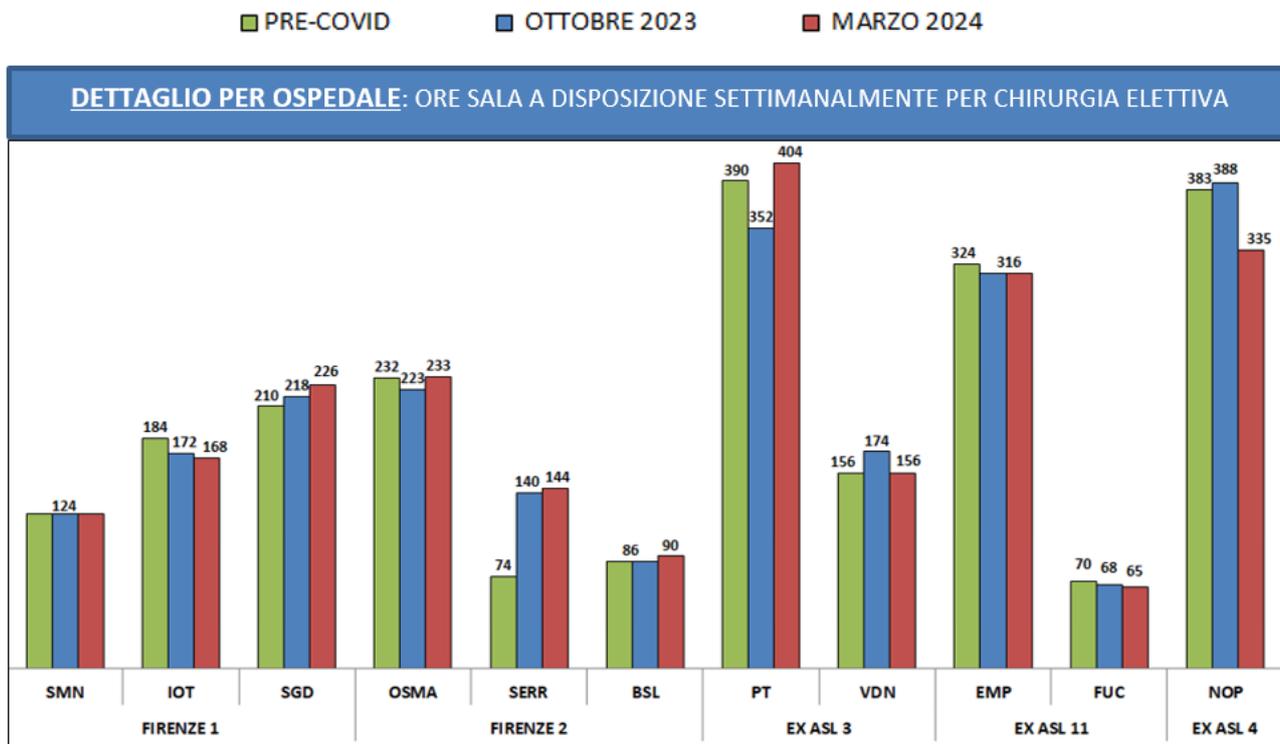


Figura 15. AGGREGAZIONE PER PRESIDIO OSPEDALIERO - Numero medio di ore sala disponibili settimanalmente per esecuzione interventi chirurgici in regime di elezione (Ordinario-Day Surgery-Amb. complessa-Amb. semplice).

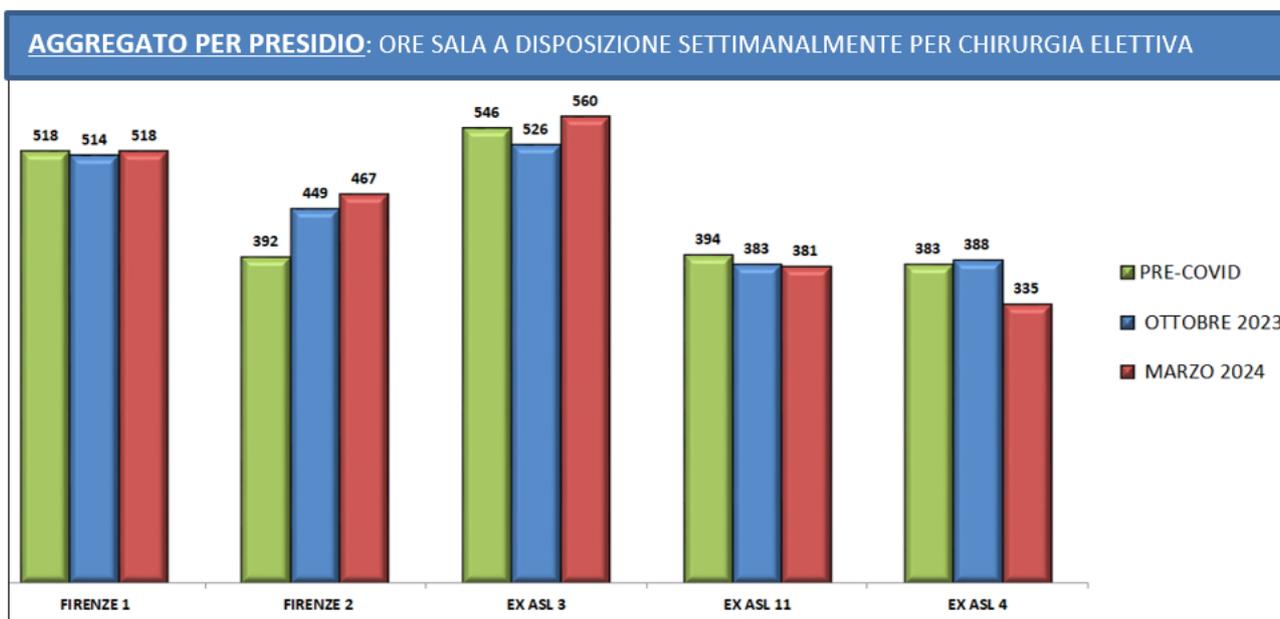
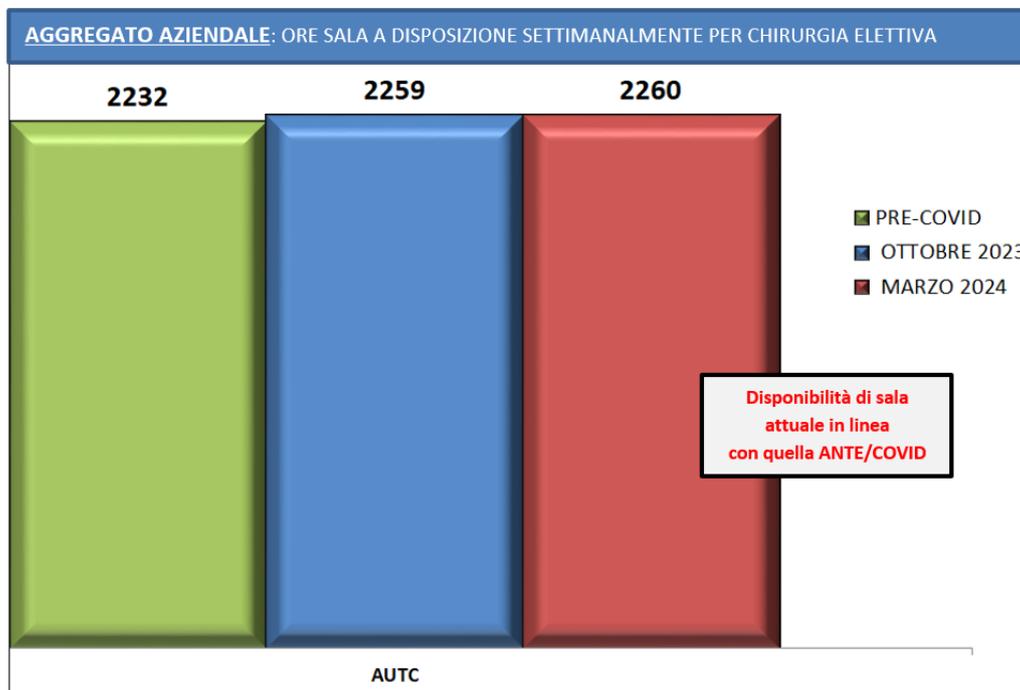


Figura 16. AGGREGAZIONE AZIENDALE - Numero medio di ore sala disponibili settimanalmente per esecuzione interventi chirurgici in regime di elezione (Ordinario-Day Surgery-Amb. complessa-Amb. semplice).



12.11 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. 21832 del 29/03/2024, il piano di gestione delle liste di attesa, utilizzando tutte le risorse messe a disposizione dalla Regione Toscana con la DGRT 243/2024 (9.706.673 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 2024:

- sono stati implementati, in linea con la DGRT 213/2023, i "percorsi di tutela" per soddisfare il bisogno sanitario del cittadino; in particolare per le prestazioni ambulatoriali (sia visite specialistiche sia esami diagnostici) è previsto, nel sistema Cup 2.0 (dato tracciato e trasparente), l'inserimento della richiesta di prestazione del paziente, che in prima battuta non risulta essere possibile soddisfare dall'offerta correlata all'ambito di garanzia della

prestazione desiderata, all'interno di opportune pre-liste per una successiva evasione nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti. **Per la specialistica ambulatoriale**, con il sistema della **pre-lista** sono stati presi in carico e prenotati, nel 2024, **più di 95.000 cittadini e a questi è stata garantita la prestazione desiderata nei tempi previsti dalla normativa vigente nella stragrande maggioranza dei casi.**

- è stato presentato un progetto in Regione di gestione condivisa delle **pre-liste di area vasta con le Aziende Ospedaliere presenti sul territorio (Careggi, Meyer, ISPRO).**
- è stato implementato un nuovo **servizio di Helpdesk (HD) di secondo livello** all'interno della SOS Cup dell'ASL TC. Tale servizio ha l'obiettivo di prendere in carico e gestire le richieste di prestazioni sanitarie che, in prima battuta, non trovano disponibilità nei canali ordinari di prenotazione a causa di errori prescrittivi e/o per indisponibilità di offerta (inserimento in pre lista).
- 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 30.000 gli interventi erogati nel 2024 dalle nostre equipe chirurgiche sfruttando la collaborazione e le risorse messe a disposizione dal privato convenzionato (erogazione congiunta).

12.12 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, l'Azienda ha proceduto con l'aumento fin da subito dell'offerta delle prestazioni. 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.

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 9a, 9b e 9c).

Tabella 9a, 9b 9c. Visite e diagnostica oggetto di potenziamento.

RESOCONTO MODELLO COMPETITIVO	
AMBITO	N° PRESTAZIONI 2024
EMPOLI	32.435
FIRENZE	136.510
PISTOIA	57.939
PRATO	58.780
TOTALE COMPLESSIVO	285.664

Prestazione	Contatori gen-24	Contatori dic-24
Neurologica	47	39
Ginecologica	143	93
Consulenza cardiologica	1970	2246
Ortopedica	1263	884
Otorinolaringoiatrica	383	156
Dermatologica	480	413
Pneumologica	41	96
Urologica	264	210
Endocrinologica	124	103
Totale	4715	4240

Prestazione	Contatori gen-24	Contatori dic-24
Ecografie	4981	5945
RMN dirette	1979	2714
RMN mdc	575	664
Tc dirette	1359	1599
Tc mdc	658	796
Endoscopia digestiva	623	423

Angiologia (ECD arti)	1591	1407
Spirometria	92	99
Holter cardiaco	693	535
Angiologia ECD tronchi	1757	2012
Mammografia	410	220
Ecografia mammaria	498	505
Elettromiografia	38	85
Medicina sportiva	287	220
ECD cardiaco a riposo	201	102
Campo visivo computerizzato	150	0
Holter pressorio [24h]	150	0
OCT	200	0
Ecografia pelvica transvaginale	37	114
Ecografia prostatica transrettale	102	0
RM Colonna Diretta	0	0
RM Colonna con MDC	0	0
TC Torace	0	0
TC Torace con MDC	0	0
Test cardiovascolare da sforzo	0	2
Totale	16.381	17.442

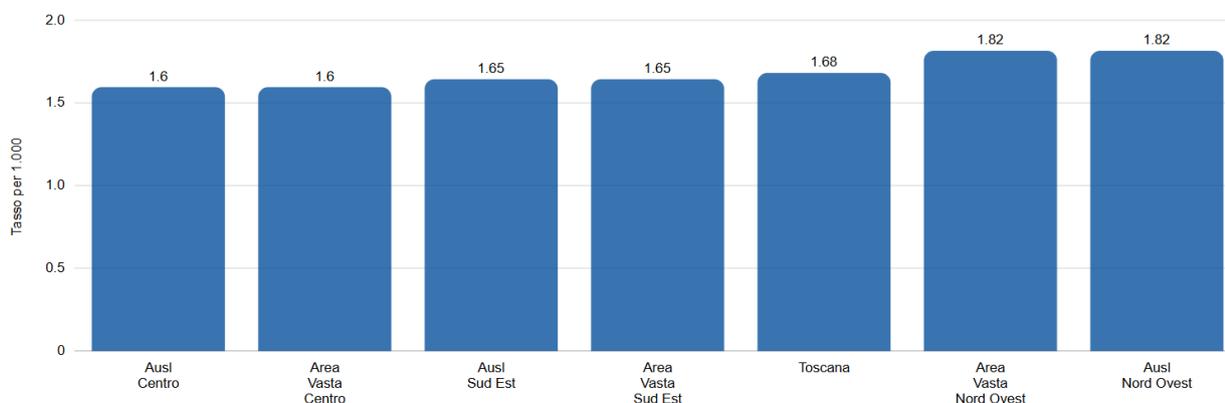
13. RIABILITAZIONE

L'AUTC si caratterizza per una buona performance rispetto alla media regionale, in particolare per la continuità del percorso assistenziale, misurata dall'indicatore C8A.20 (Tabella 1).

Tabella 1. Indicatore MES su riabilitazione dell'AUTC, anno 2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
C8A.20 % ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	10,66	9,76	9,13	4,08

Figura 1. C17.1.1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti in specialità 56, Aziende 2023.



14. SALUTE MENTALE

I dati confermano una tendenza non ottimale. In particolare, sono confermate le criticità sui ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, mentre si osserva un miglioramento per i ricoveri ripetuti fra l'8° e il 30° giorno (Tabella 1).

Tabella 1. Indicatori MeS su salute mentale dell'AUTC, anni 2022-2024.

Indicatore	Valore 2022	Valore 2023	Valore 2024	Valutazione 2024
C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	0,37	1	0,73	1,05
C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	5,88	6,06	6,93	0,38
C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	6,71	7,22	5,65	2,81
C15A.7 Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	151,3	161,02	162,14	2,92

La percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche è oggetto di valutazione anche da parte del NSG.

15. 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).

15.1 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'AUTC le giornate di assistenza domiciliare (Giornate di cura) erogate dalle SdS/ZD nel 2024 sono state 1.613.997 (Tabella 1).

Tabella 1: Assistenza domiciliare, erogazioni per tipo di percorso, Azienda USL TC anno 2024; Fonte: archivio regionale AD-RSA RFC 115 RFC 118 - estrazione Infoview del 16/05/2025.

Zona	AD solo sanitaria	ADI	ADP	Cure Palliative Domiciliari	UVM Standard (PAP)	Totale
SdS Firenze	106.093	34.572	15.703	19.361	243.786	419.515
SdS Valdinievole	75.389	10.018	31.925	14.490	36.987	168.809
SdS Pratese	91.636	4.595	35.705	21.747	92.775	246.458
SdS Pistoiese	74.150	1.601	13.210	4.753	41.734	135.448
SdS F.na Nord-Ovest	64.745	5.106	8.252	4.664	82.920	165.687
SdS F.na Sud-Est	62.542	5.475	8.922	3.688	73.901	154.528
SdS Mugello	34.175	3.715	3.124	3.692	43.336	88.042
SdS EVI	88.031	3.822	249	10.643	132.765	235.510
TOT.	596.761	68.904	117.090	83.038	748.204	1.613.997

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

15.2 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 2).

Tabella 2. Numero di assistiti semiresidenziali per intensità di cura, AUTC anno 2024. Fonte: archivio regionale AD-RSA RFC 115 RFC 118 - estrazione Infoview del 19/05/2024, tab. Nr assistiti 2024 per Tipo Prestazione.

	SdS Firenze	SdS Valdinievole	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS F.na Nord-Ovest	SdS F.na Sud-Est	SdS Mugello	SdS EVI	AUTC
CD base	129	68	84	95	84	86	19	111	676
CDA	80	37	12	30	24	5	3	1	192
TOT.	209	105	96	125	108	91	22	112	868

15.3 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; quest'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 2024 le persone inserite nei suddetti moduli sono state in totale 11.591 (Tabella 3).

Tabella 3. Giornate di assistenza in RSA, AUTC anno 2024. Fonte: archivio regionale AD-RSA RFC 115 RFC 118 – estrazione Infoview del 19/05/2024, tab. Nr assistiti 2024 per Tipo Prestazione.

	SdS Firenze	SdS Valdinevole	SdS Pratese	SdS Pistoiese	SdS F.na Nord-Ovest	SdS F.na Sud-Est	SdS Mugello	SdS EVI	AUTC
Residenzialità Sanitaria intermedia	891	17	359	433	124	485	52	471	2832
Residenzialità territoriale SUAP	21				1	2		0	24
Residenzialità Territoriale USV	75	1	1			3		2	82
Struttura Territoriale Low Care	525	2	508	1	85	212	25	6	1.364
Modulo 2 (motorio) Temporaneo	1		1	1				132	135
Modulo 4 (vegetativo) Permanente	2	2		1	1			0	6
Modulo 4 (vegetativo) Temporaneo								0	0
Residenzialità Assistenziale intermedia		127	1	208				0	336
Modulo 3 (cognitivo) Permanente	154			2	8	77	2	2	245
Modulo 3 (cognitivo) Temporaneo	13	3	2	19	2	3		71	113
BIA modulo Bassa intensità assistenziale		7	1	23	26	4		7	68
Modulo base Permanente	1.725	76	227	121	659	589	238	621	4.256
Modulo base Temporaneo	1.064	190	207	108	143	103	68	247	2.130
TOT.	4.471	425	1.307	917	1.049	1.478	385	1.559	11.591

15.4 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 D33Z (NSG – Nuovo Sistema di Garanzia) 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 2024 il valore dell'indicatore è 36,75 (punteggio sufficiente >24,6-punteggio massimo >41 - fonte: archivio regionale AD-RSA RFC 115 RFC 118 – estrazione del 12.05.2025, tab.D33Z):

Zona /SdS	Numeratore	Denominatore	Valore
SdS Firenze	2.605	54.877	47,47
SdS Valdinievole	232	16.404	14,14
SdS Pratese	1.051	31.694	33,16
SdS Pistoiese	685	25.251	27,13
SdS F.na Nord-Ovest	637	32.064	19,87
SdS F.na Sud-Est	1.551	25.160	61,65
SdS Mugello	438	8.734	50,15
SdS EVI	1.101	31.694	34,74
AUTC	8.300	225.878	36,75

La deliberazione dell'AUTC n. 1449 del 19/12/2024 “Pianificazione strategica triennale 2025-2026-2027 dei posti letto di RSA, comprese le Cure Intermedie Setting 3 e moduli specialistici.” individua l'offerta complessiva dell'Azienda USL Toscana Centro da raggiungere nel triennio 2025-2027 per poter migliorare il livello dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, sia in relazione dei servizi residenziali, che semiresidenziali, attraverso l'individuazione di indicatori chiave finalizzati alla programmazione strategica ed un specifico Indice di Bisogno assistenziale (Tabella 4).

Tabella 4. Fabbisogno triennio 2025-2027, AUTC.

ZONA/SDS	Setting 3 Cure Intermedie in attesa 2R/18	Modulo disabilità di natura motoria	Modulo disabilità di natura cognitivo comportamentale	Modulo Stati Vegetativi persistenti	Modulo Bassa Intensità Assistenziale	Centro Diurno base	Centro Diurno cognitivo comportamentale
Valdinievole	8	4	12	3	18	39	22
Mugello	25	1	20	0	12	22	10
Firenze	0	16	140	10	40	140	75
Fiorentina Nord Ovest	8	2	40	2	30	60	20
Pratese	0	15	20	10	20	150	20
Pistoiese	14	8	20	8	48	72	14
Empolese Valdarno Valdelsa	8	30	56	4	16	110	14
Fiorentina Sud Est	0	6	62	4	10	114	15
TOTALE	63	82	370	41	194	707	190

16. ASSISTENZA FINE VITA

Nel 2024 gli Hospice hanno registrato un volume di attività in crescita, con un numero di utenti che è passato a livello aziendale da 1.525 del 2023 a 1.679 del 2024 (Tabella 1). L'attività semiresidenziale / Day Hospice ha visto coinvolte 32 persone.

Tabella 1. Attività residenziale Hospice nell'AUTC, anno 2024. Fonte: flussi dati regionali (STS24) AD-RSA RFC 115 RFC 118 – estrazione Infoview del 19/05/2024.

Struttura	N Utenti struttura	Nr. Ammissioni	Nr. Dimissioni	Giornate di assistenza
Hospice S. Felice A Ema	238	230	232	2.975
Hospice Oblate	290	284	283	3.332
Hospice Istituto Prosperius Srl	321	310	312	5.571
Hospice - La Limonaia	219	215	212	3.290
Hospice Fiore di Primavera Residenziale	232	227	225	3.989
Residenza Hospice Turati Gavinana	1	0	0	366
Hospice Campi Bisenzio	152	152	141	2.413
Hospice Empoli San Martino	226	224	223	2.521
TOT.	1.679	1.642	1.628	24.457

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare la tabella 2 presenta i dati riferiti al 2024.

Tabella 2. Attività domiciliare nell'AUTC, anno 2024. Fonte: flussi dati regionali Hospice (RFC 391) – estrazione Infoview del 19/05/2024.

Zona	Assistiti con PIC attive UCPDOM	Percorsi (PIC) attivi UCPDOM	Assistiti Trattati con PIC UCPDOM		Percorsi Trattati con PIC UCPDOM		Giorni di assistenza con PIC UCPDOM	
			AD	di cui con terminalità	AD	di cui con terminalità	AD	di cui con terminalità
SdS Firenze	1.019	1.064	967	965	1.010	1.008	11.577	11.559
SdS Valdinievole	474	478	436	436	439	439	7.701	7.701
SdS Pratese	608	613	543	543	545	545	10.182	10.182
SdS Pistoiese	160	160	156	156	156	156	2.788	2.788
SdS F.na Nord-Ovest	138	139	128	127	129	128	2.355	2.337
SdS F.na Sud-Est	121	122	120	120	121	121	2.100	2.100
SdS Mugello	106	107	106	106	107	107	2.282	2.282
SdS EVI	512	520	506	506	514	514	7.172	7.172
TOT.	3.138	3.203	2.962	2.943	3.021	3.018	46.157	46.121

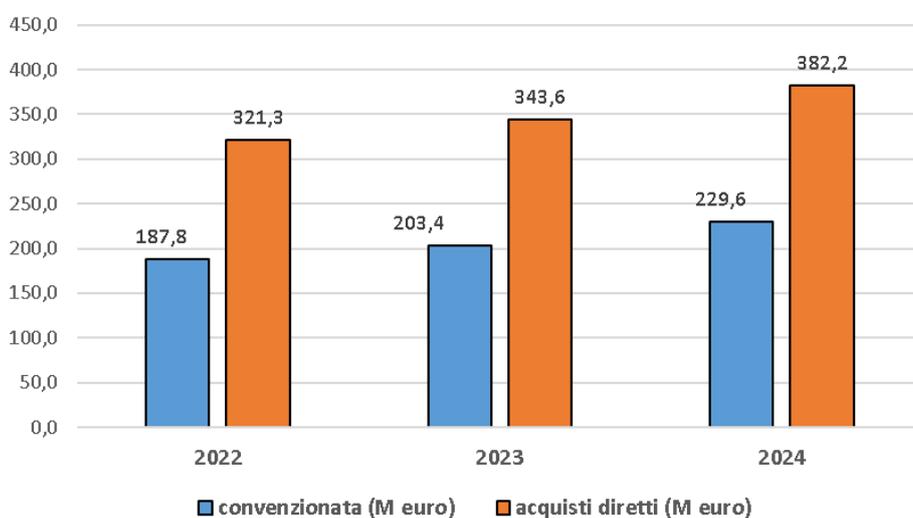
Non sono disponibili i dati aggiornati sugli indicatori MES C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice ≤ 3 giorni e C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero ≥ 30 gg.

17. ASSISTENZA FARMACEUTICA

17.1 SPESA FARMACEUTICA

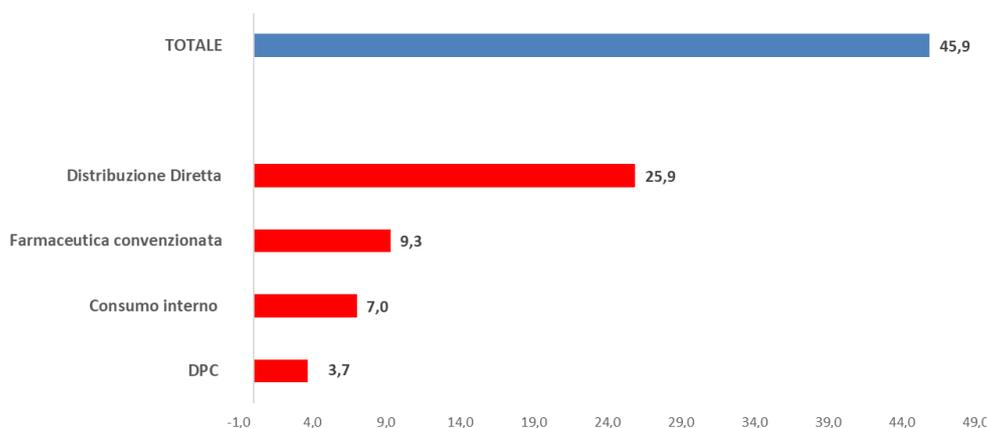
Nel 2024 la spesa farmaceutica aziendale è stata caratterizzata da un consistente aumento (+9,1%) rispetto all'anno precedente, che ha riguardato sia i farmaci acquistati direttamente dall'Azienda (+36,6 M euro) che la farmaceutica convenzionata (+9,3 M euro). Questo dato conferma il trend in crescita costante degli ultimi anni di spesa per l'acquisto dei medicinali.

Figura 1. Andamento spesa triennio 2022-2024. Fonte dati CoAn estrazione al 29.05.2025



Nonostante l'incremento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti stabilito dalla Legge di Bilancio 2024, viene confermato quanto già da alcuni anni emerso chiaramente, ossia che il fondo attribuito a livello nazionale per gli acquisti diretti (pari a 8,3% del FSN 2024) non è sufficiente a coprire la maggior richiesta dei farmaci erogati in DPC, ma soprattutto in distribuzione diretta, mentre il tetto della convenzionata (pari a 6,8% del FSN 2024) risulta essere anche troppo capiente, almeno in Regione Toscana.

Figura 2. Variazione spesa farmaceutica gennaio-dicembre 2024 vs 2023 per canale distributivo.



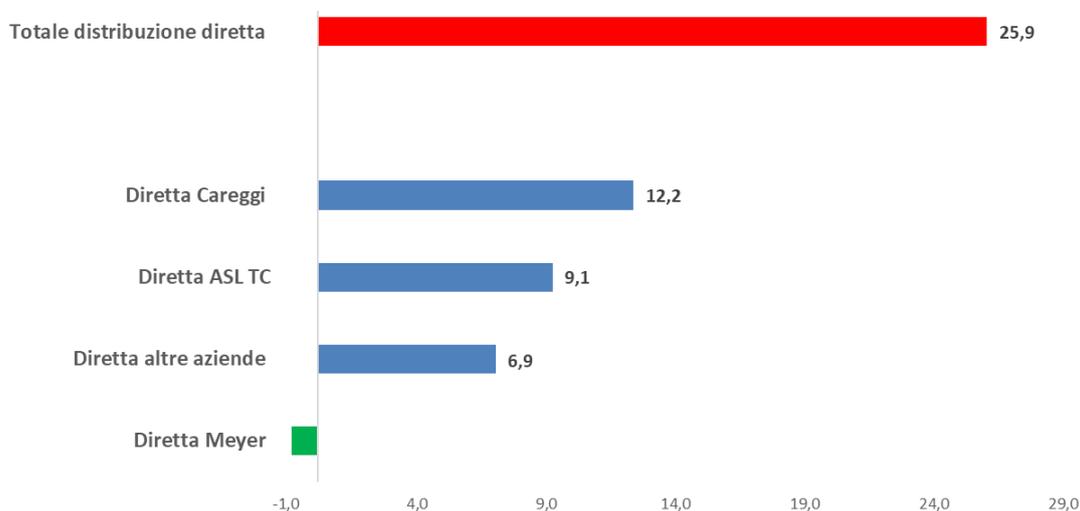
La categoria terapeutica che ha fatto registrare i maggiori incrementi è quella dei farmaci oncologici (+13,4 M euro) a causa dell'entrata in commercio di molte nuove specialità e dell'estensione delle indicazioni terapeutiche di medicinali già in uso che ha oltretutto determinato un aumento del numero dei pazienti trattati. Un notevole aumento (+6,8 M euro) della spesa acquisti diretti 2024 è stato registrato per i farmaci utilizzati nel trattamento delle malattie rare, in particolare per i medicinali a base di tafamidis per il trattamento della amiloidosi da TTR (+2,5 M euro). In sensibile crescita anche i farmaci per il trattamento della sclerosi multipla (+1,6 M euro) dove si sono verificati due eventi importanti ossia il ritorno del brand di dimetilfumarato, che era disponibile nel 2023 come generico, che ha generato una maggior spesa di +2,8 M euro e la disponibilità del biosimilare di natalizumab nella seconda parte del 2024 il cui minor costo ha solo parzialmente calmierato l'aumento della categoria terapeutica. Cresce la spesa dei medicinali immunomodulatori per il trattamento delle patologie infiammatorie croniche (+1,2 M euro) per le quali sono disponibili diverse categorie terapeutiche ad alto costo (Jack inibitor, anti-IL, anti-TNF-alfa). Ulteriori incrementi si registrano per i farmaci utilizzati per il trattamento della fibrosi cistica (+1,1 M euro), per gli inibitori PCSK-9 (+1,0 M euro) che si somministrano per via sottocutanea a cadenza quindicinale o mensile e sono particolarmente indicati in pazienti ad alto rischio cardiovascolare ed in fine per l'anticorpo monoclonale dupilumab (+0,9 M euro) utilizzato in ambito dermatologico e allergologico per trattare diverse condizioni infiammatorie come Dermatite atopica, Asma, Rinosinusite cronica con poliposi nasale.

Per quanto riguarda la DPC è da evidenziare il forte incremento dei consumi e della spesa (+2,5 M euro) dei nuovi farmaci per il trattamento del diabete (inibitori SGLT2, Agonisti recettoriali GLP1, inibitori DPP4 e le associazioni precostituite) nonostante il passaggio delle gliptine da maggio 2024 in convenzionata in quanto riclassificati dalla fascia A-PHT alla fascia A (GU n.108 del 10/5/2024).

La farmaceutica convenzionata ha registrato un aumento di +9,3 M euro dovuto principalmente all'applicazione della nuova remunerazione in vigore dal 01/03/2024 (+8,8 M euro). Si segnalano, inoltre, aumenti di spesa relativi a particolari categorie terapeutiche tra antidiplidemicici (+1,4 M euro) e farmaci per asma e BPCO (+0,9 M euro) ma soprattutto le

gliptine che, come prima descritto sono passati dalla DPC al canale convenzionale. Da segnalare inoltre la maggior spesa di circa +0,9 M euro dovuta alla spedizione in regime convenzionale di un farmaco antidiabetico a base di dulaglutide perché carente a livello nazionale e non disponibile per diversi mesi nel canale DPC.

Figura 3. Variazione spesa farmaceutica 2024 vs 2023 della distribuzione diretta per Azienda Sanitaria di appartenenza del medico prescrittore.



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 AUTC (34%) e della AOU Meyer (7%).

Vista l'influenza delle prescrizioni dei clinici dell'Aziende Ospedaliere di Area Vasta sulla spesa dell'Azienda Sanitaria, è stato ulteriormente consolidato il lavoro del Dipartimento Interaziendale del farmaco (DIF) di AVC (istituito con Delibera GRT n.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.

Nel 2024 il DIF ha individuato azioni per migliorare l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica con modalità integrata fra le varie Aziende dell'Area Vasta ed in particolare fra

ospedale e territorio concentrando l'attenzione su quelle categorie terapeutiche per cui erano stati definiti obiettivi specifici anche da parte del settore Regionale competente.

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

A livello aziendale la condivisione degli obiettivi di spesa e di appropriatezza prescrittiva con i clinici prescrittori, sia attraverso le schede di budget degli specialisti che la sottoscrizione dell'Accordo AIA con le OOSS della Medicina Generale e dei PDF, ha permesso alla ASL TC un risparmio complessivo di 11,1 M euro.

La condivisione delle azioni di appropriatezza prescrittiva a livello di AVC ha prodotto un risultato positivo sulla spesa farmaceutica della AUTC in termini di riduzione dei costi producendo un risparmio complessivo di 13,0 M euro di cui 11,1 M euro generato dalle prescrizioni dei clinici della AUTC e 1,9 M euro dai clinici delle altre aziende di AVC.

Figura 4. Sintesi variazioni di spesa gennaio-dicembre 2024.

Sintesi variazioni di spesa gennaio-dicembre 2024				
	<u>Prescrittori</u> ASL TC		<u>Prescrittori</u> altre aziende	Totale
Aumenti	40,3 M euro	+	18,7 M euro	= 59,0 M euro
Risparmi	-11,1 M euro	+	-1,9 M euro	= -13,0 M euro
Variazione	29,2 M euro	+	16,8 M euro	= 46,0 M euro

17.2 SPESA DISPOSITIVI MEDICI

Nel 2024 la spesa aziendale per Dispositivi medici ha registrato un aumento di +7,5 M euro rispetto all'anno precedente, che ha riguardato in parte il consumo interno (+4,3 M euro) e in parte (+2,4 M euro) l'assistenza integrativa.

Gli aumenti nel consumo interno sono essenzialmente da correlare all'incremento di attività, in particolare si registra un +4% degli accessi al Pronto Soccorso e un +4% degli interventi ordinari chirurgici tra cui la chirurgia robotica (+37%) che utilizza dispositivi decisamente più costosi.

Si assiste inoltre ad uno spostamento degli interventi da Day Surgery (-6%) verso l'ambulatoriale (+7%) con un conseguente aumento dei DM per chirurgia ambulatoriale, anche in questo caso, mediamente più costosi.

Da segnalare inoltre +2,4M euro nei diagnostici in vitro utilizzati nell'attività di laboratorio, in particolare della Patologia Clinica.

Rilevante l'aumento dei pazienti diabetici che utilizzano microinfusori e che ha generato una maggior spesa di 2,4 M euro nel settore dell'assistenza integrativa.

Figura 5. Sintesi variazioni di spesa DM 2024 vs 2023

	Consumo interno	Assistenza Integrativa	Totale
Aumenti	5,6M euro	4,2M euro	9,8 M euro
Risparmi	-1,3M euro	-1,0 M euro	-2,3 M euro
Variazione	4,3M euro	3,2M euro	7,5 M euro

Per garantire il governo dell'appropriatezza d'uso e il contenimento della spesa dei Dispositivi medici la Regione ha emanato il 18/03/2024 la Delibera G.R.T n.306, che ha portato ad una riorganizzazione del settore all'interno della azienda con l'individuazione di Referenti farmacisti DM per ogni Presidio Ospedaliero e di un Coordinatore farmacista con la funzione di collettore con il settore regionale competente.

Le funzioni assunte da questo gruppo sono:

- validazione delle richieste dei reparti basate su criteri univoci e condivisi
- individuazione dei DM ad alto costo per i quali è strategica la gestione in conto deposito d
- definizione del percorso di vigilanza sulla corretta gestione e tenuta dei DM
- incontri periodici con i Responsabili di Struttura e con i clinici utilizzatori per la presentazione di reportistica specifica prodotta

- condivisione con i clinici degli obiettivi di appropriatezza regionali e aziendali in audit dedicati

Gli acquisti dei DM innovativi sono gestiti dal centro operativo regionale che confronta l'impatto economico rispetto al miglioramento del risultato clinico atteso.

L'inserimento nel repertorio aziendale di nuovi dispositivi medici con più basso impatto economico viene, invece, deciso dalla sottocommissione dell'HTA aziendale previa valutazione della sostenibilità economica anche in considerazione del valore aggiunto derivato dall'acquisizione.

18. 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’AUTC 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’Azienda USL Toscana Centro, 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 AUTC, 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 1).
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 AUTC 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'AUTC 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.

Tabella 1. Schede di programmazione trasversale dell'AUTC dal 2020 al 2024.

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	n. schede 2024	TOT 2024
Cure primarie - Sanità territoriale	Assistenza territoriale	31	49	28	49	33	65	31	60	31	62
	Materno-infantile	12		13		15		15		15	
	Cure palliative	5		4		5		3		4	
	Azioni di sistema Cure primarie	1		1		10		11		12	
	Schede Covid Cure Primarie	0		3		2					
Socio-Sanitario	Salute mentale - Adulti	11	56	11	54	12	73	10	69	13	68
	Salute mentale - Minori	11		11		16		16		17	
	Dipendenze	12		12		13		14		12	
	Non Autosufficienza	3		2		4		4		3	
	Disabilità	6		6		11		10		6	
	Azioni di sistema Socio-Sanitario	13		10		16		15		17	

	Schede Covid Sociosanitario	0		2		1					
Violenza di genere	Azioni di sistema Violenza di genere	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Prevenzione e promozione	Sicurezza e salute sul lavoro	5	24	5	29	5	27	5	23	5	24
	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		155

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'AUTC (Del. GRT 1322/2015). Nell'anno 2018 si sviluppa a carattere regionale (Del. GRT 838/2019) e nel 2024 vede coinvolte ben 15 zone distretto della Regione Toscana.

Attualmente, il Dipartimento Servizi Sociali dell'AUTC 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 1, 2, 3 e 4).

Figura 1. Numero di "Segnalazioni" in AUTC per Zona di residenza, anno 2024.

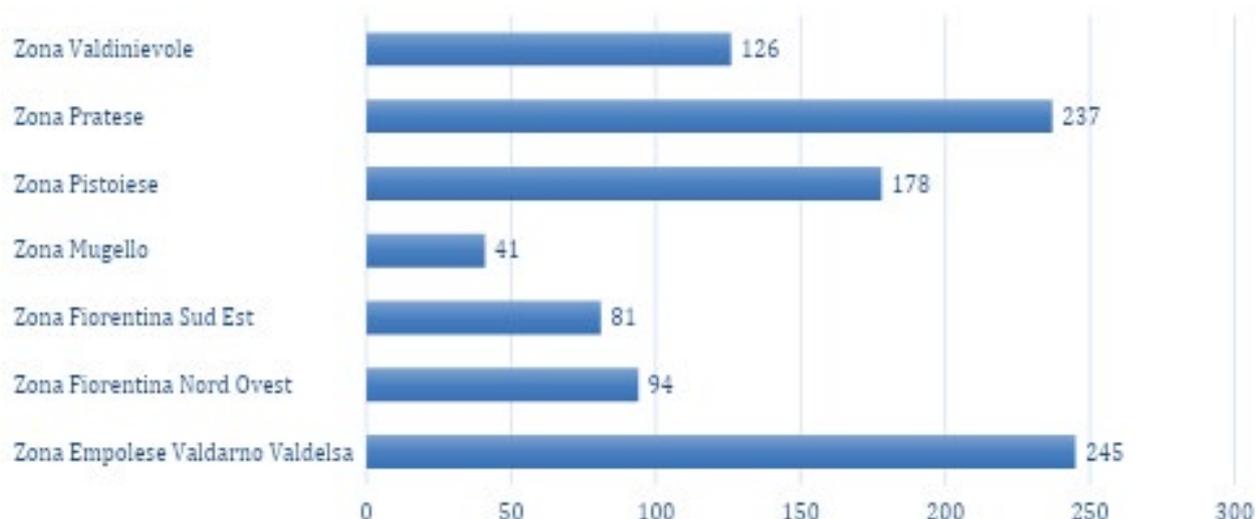


Figura 2. Numero di Segnalazioni in AUTC per "Soggetti segnalanti", anno 2024.

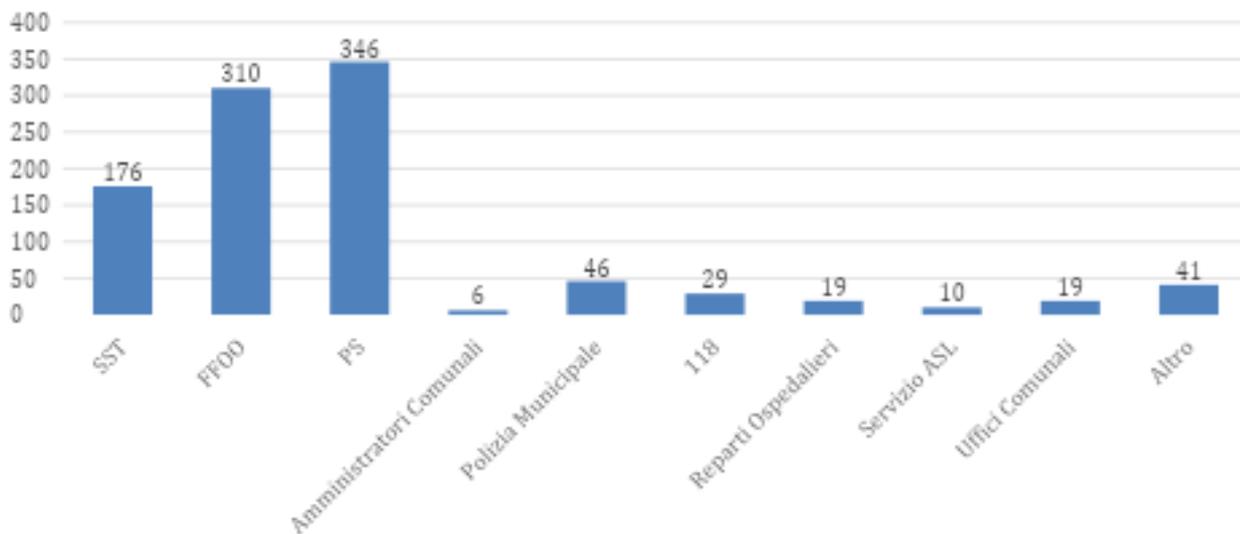


Figura 3. Numero "Tipologia segnalati" e percentuali, AUTC anno 2024.

- [AD] ADULTI SENZA MINORI
- [ADL] ADULTI CON DISABILITA'
- [ADM] ADULTI CON MINORI
- [ADS] ADULTI CON PROBLEMATICHE SANITARIE/DIPENDENZE
- [ANZ] ANZIANI AUTOSUFFICIENTI
- [ANZNA] ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
- [M] MINORI
- [ML] MINORI CON DISABILITA'
- [MS] MINORI CON PROBLEMATICHE SANITARIE/DIPENDENZE
- [MSNA] MSNA

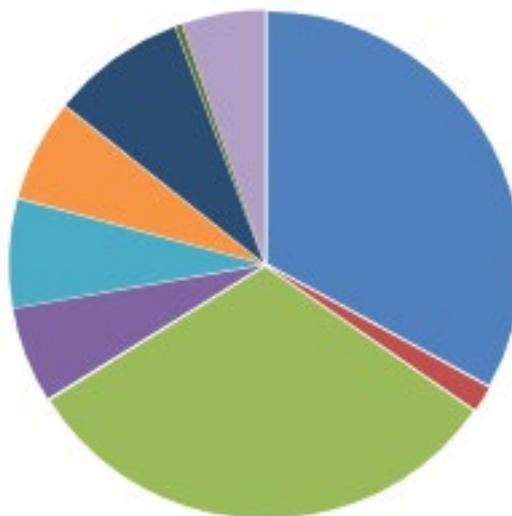
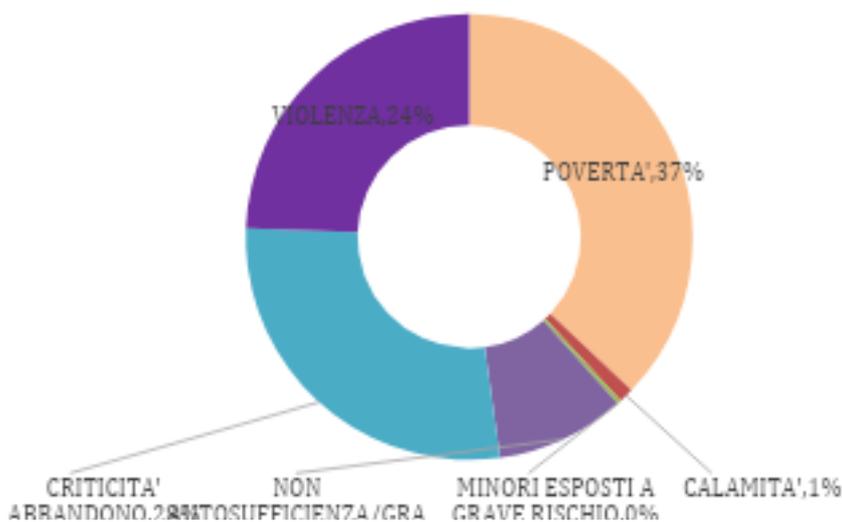


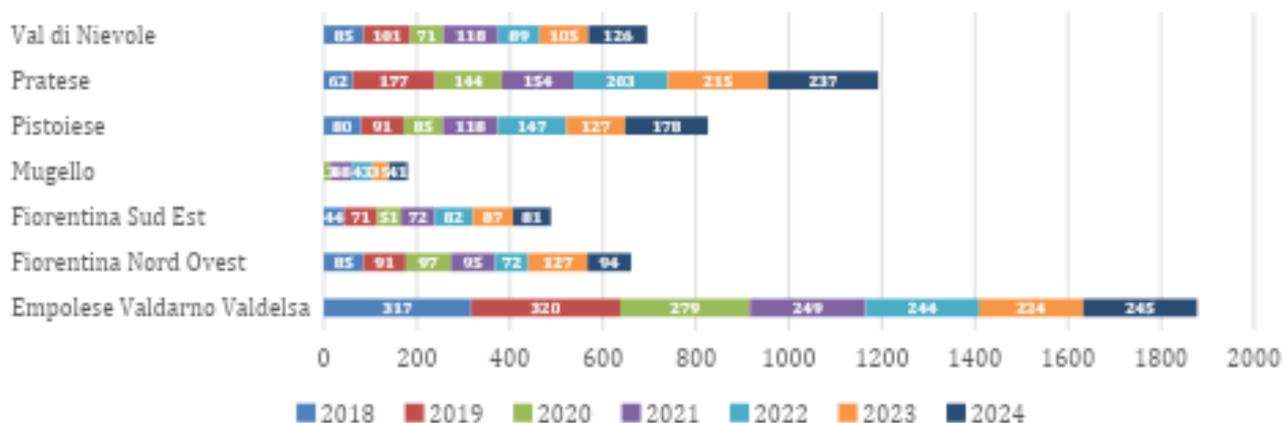
Figura 4. Percentuali “Problematiche segnalate in ricezione”, AUTC anno 2024.



ITEM “PROBLEMATICHE SOCIALI” SCORPORATI

- **POVERTÀ:** Emergenza abitativa e Assenza mezzi di sostentamento.
- **CALAMITÀ:** Emergenza Ambientale, Emergenza climatica e Emergenza di massa.
- **MINORI ESPOSTI A GRAVE RISCHIO:** Bullismo e Violenza assistita.
- **NON AUTOSUFFICIENZA/GRAVE DISABILITÀ:** Mancata assistenza per inadeguatezza della rete e Mancata assistenza per evento traumatico
- **CRITICITÀ 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 5. Numero “Schede processate” periodo dal 2018 al 2024, AUTC.



19. LA PERFORMANCE

19.1 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.

Tra le novità del Bersaglio 2024, emerge una generale semplificazione del bersaglio, con eliminazione di indicatori ridondanti e/o ricavabili da altri indicatori oltre all'eliminazione di indicatori relativi a:

- Comunicazione e partecipazione del cittadino
- Indicatori di equità per genere e titolo di studio
- Indicatori di dispersione della casistica oncologica
- Riduzione nel numero di tassi di ospedalizzazione
- Indagine IFeC
- Semplificazione dell'albero dell'appropriatezza farmaceutica
- Semplificazione dell'albero dell'efficienza prescrittiva farmaceutica
- Sono stati inseriti gli indicatori relativi a:
 - Allineamento nuovi indicatori NSG CORE (mortalità, frattura collo del femore)
 - Ampliata l'area dell'oncologia
 - Ampliata l'area della salute mentale
 - Politiche del personale, con l'obiettivo di migliorare la lettura degli indicatori di valutazione già presenti
- Modifiche agli indicatori sulla percentuale di prescrittori con ricetta dematerializzata
- Novità nei pentagrammi

Nella Figura 1 si possono confrontare a colpo d'occhio il bersaglio regionale con quello della Azienda USL Toscana Centro. Per la stragrande maggioranza degli indicatori l'AUTC si colloca nella media regionale.

Figura 1. Confronto fra bersagli MES Regione Toscana e AUTC, anno 2024



DETTAGLIO INDICATORI

Nella Tabella 1 sotto sono confrontati uno per uno gli indicatori del bersaglio con quelli regionali: nel 28 su 38 hanno un valore simile al valore Regionale (delta performance < 0,4), 3 su 28 sono peggiori e 7 su 38 migliori, con un trend in miglioramento sull'anno precedente.

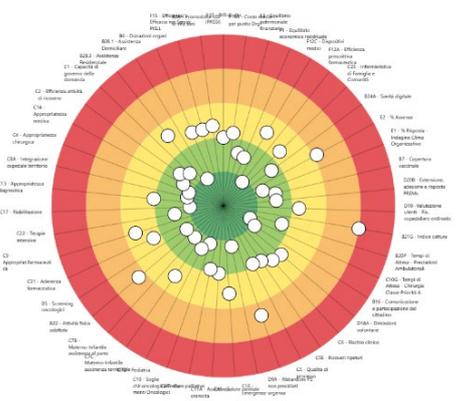
Tabella 1. Confronto performance MeS con media regionale, anno 2024.

Indicatore	Performance Regione Toscana	Performance USL Toscana Centro	Performance USL TC rispetto al valore Regione Toscana
C6 - Rischio clinico	2,490	1,280	peggiore
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	1,903	1,005	peggiore
B28.3 - Assistenza Residenziale	3,297	2,775	peggiore
D9A - Abbandoni PS non presidiati	1,659	1,312	simile al valore RT
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	3,827	3,498	simile al valore RT
B21G - Indice cattura	1,441	1,137	simile al valore RT
C16 - Emergenza-urgenza	3,658	3,358	simile al valore RT
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3,610	3,322	simile al valore RT
D18A - Dimissioni volontarie	3,263	3,051	simile al valore RT
F19A - Costo medio per punto Drg	3,214	3,008	simile al valore RT
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3,186	3,036	simile al valore RT
F12C - Dispositivi medici	2,911	2,762	simile al valore RT
B24A - Sanità digitale	3,405	3,300	simile al valore RT
C4 - Appropriatezza chirurgica	3,865	3,768	simile al valore RT

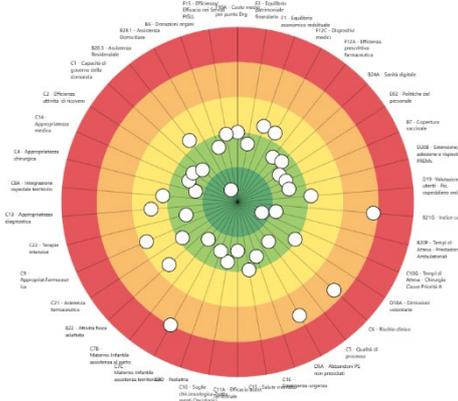
C1 - Capacità di governo della domanda	3,735	3,644	simile al valore RT
B28.1 - Assistenza Domiciliare	4,644	4,606	simile al valore RT
D19 -Valutazione utenti - Ric. ospedaliero ordinario	2,919	2,910	simile al valore RT
C5 - Qualità di processo	3,510	3,569	simile al valore RT
C10 - Soglie chir. oncologica-Tratt. Oncologici	3,200	3,262	simile al valore RT
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	3,557	3,648	simile al valore RT
C22 - Terapie intensive	3,398	3,494	simile al valore RT
C15 - Salute mentale	2,896	3,035	simile al valore RT
B6 - Donazioni organi	3,203	3,350	simile al valore RT
C11A - Efficacia assist. Territoriale	3,437	3,599	simile al valore RT
B7 - Copertura vaccinale	3,339	3,502	simile al valore RT
C9 - Appropriat. Farmaceutica	1,968	2,177	simile al valore RT
C21 - Aderenza farmaceutica	2,889	3,127	simile al valore RT
C7D - Pediatria	3,238	3,520	simile al valore RT
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	3,074	3,378	simile al valore RT
B22 - Attività fisica adattata	2,029	2,357	simile al valore RT
C8A - Integrazione ospedale territorio	2,509	2,870	simile al valore RT
E02 - Politiche del personale	3,185	3,587	migliore
B20P - Tempi di Attesa – Prestazioni Amb.	3,355	3,877	migliore
C14 - Appropriatazza medica	2,896	3,490	migliore
C2 - Efficienza attività di ricovero	2,862	3,488	migliore
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia CI Priorità A	3,535	4,248	migliore
F1 - Equilibrio economico reddituale	1,920	2,716	migliore
C13 - Appropriatazza diagnostica	1,705	2,536	migliore

Figura 2. Bersagli MeS dell'AUTC, Anni 2023-2024

Bersaglio 2023



Bersaglio 2024



20. GLI ESITI DELLE CURE

20.1 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. Quando il pallino blu (Figura 1) 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.

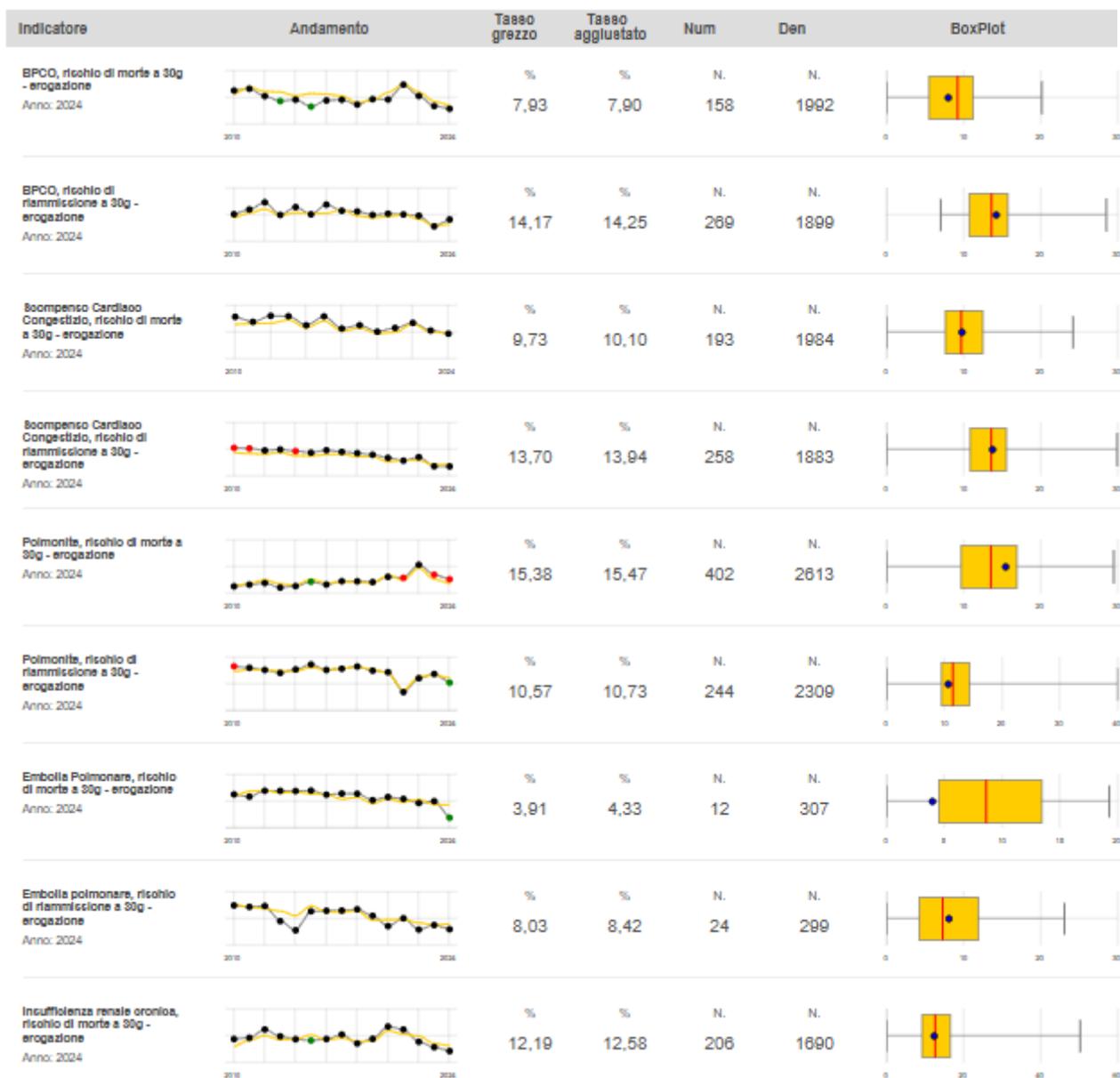
Figura 1. Esempio di lettura degli indicatori riportati nella sintesi iniziale del Programma di Osservazione degli Esiti in Toscana.



AREA MEDICA

I rischi di morte a 30 giorni dal ricovero dopo ricovero ospedaliero per bronchite cronica e scompenso cardiaco sono sovrapponibili a quelli regionali. Relativamente alla mortalità per insufficienza renale cronica, il valore aziendale è migliore rispetto al valore regionale (10,8% vs 13,2%) comprendendo valori molto variabili tra le strutture (27% dell'Ospedale Borgo San Lorenzo al 4% del SS. Cosimo e Damiano Pescia).

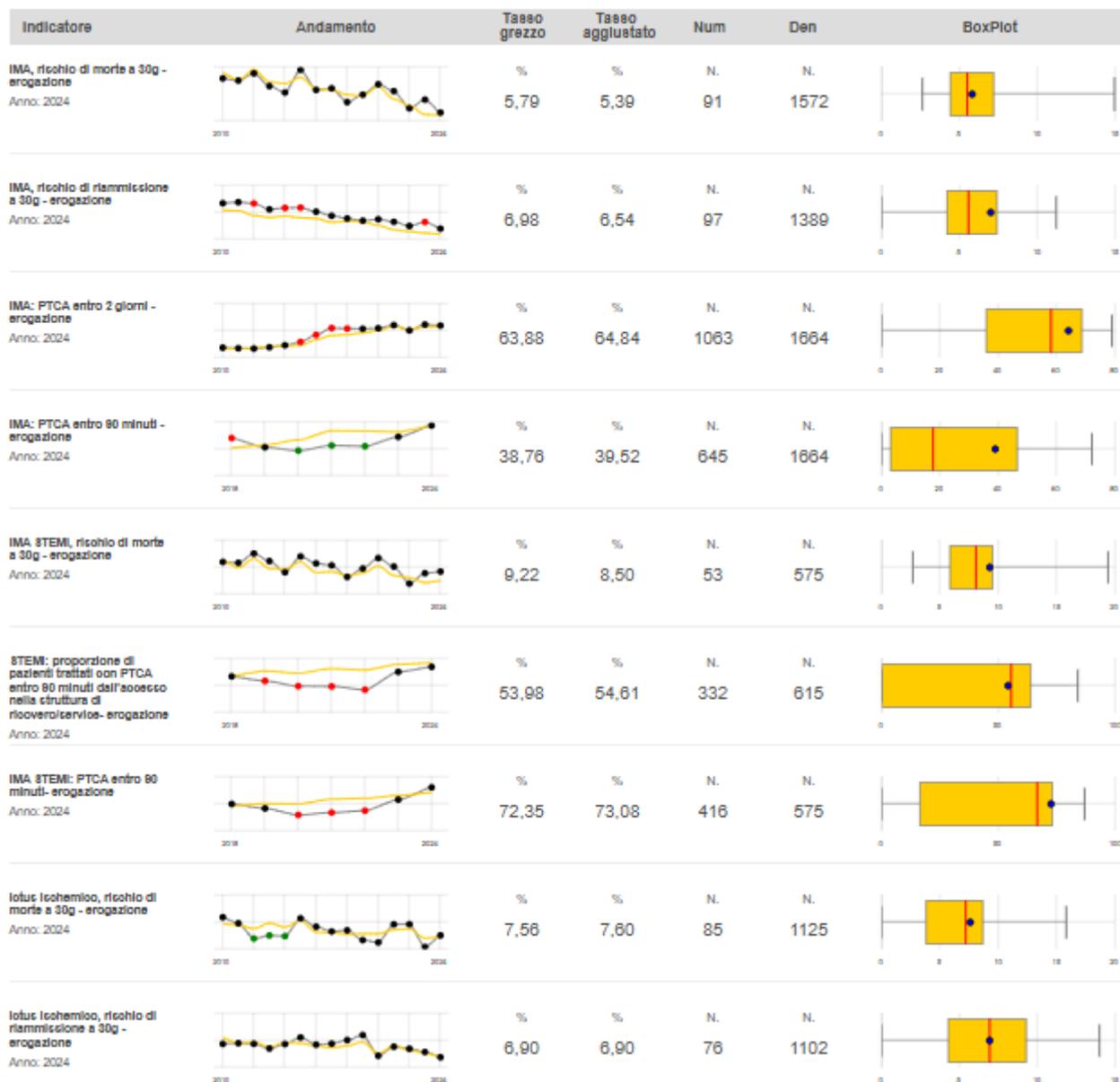
Figura 2. Indicatori ProSE area medica, per AUTC, anno 2024.



RETI TEMPO DIPENDENTI

Per le patologie tempo dipendenti Infarto miocardico e ictus si nota una performance a livello della media regionale per ictus ischemico, per infarto miocardico e per percentuali di PTCA eseguite entro 90 minuti. Relativamente a quest'ultimo indicatore, è significativo il miglioramento del Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano (40,4% del 2023 vs 54,5% del 2024).

Figura 3. Indicatori ProSE reti tempo dipendenti, per AUTC, anno 2024.



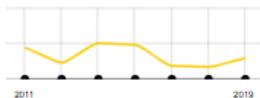
AREA CHIRURGICA

Nella media regionale la mortalità a 30 giorni per gli interventi per le neoplasie di colon, stomaco e polmone, in miglioramento quelle per tumore cerebrale e tumore al retto. Si confermano i risultati positivi relativamente all'applicazione della tecnica laparoscopica per colecistectomie nei nostri presidi e alla percentuale di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Figura 4. Indicatori ProSE area chirurgica, per AUTC, anno 2024.

Indicatore	Andamento	Tasso grezzo	Tasso aggiustato	Num	Den	BoxPlot
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, rischio di complicanze a 30g - erogazione Anno: 2023-2024		0,54	0,52	18	3320	
Colecistectomia laparoscopica, ricoveri con degenza post-operatorio inferiore a 3g - erogazione Anno: 2024		89,25	89,70	1660	1860	
Interventi per TM del fegato, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2022-2024		1,98	1,76	4	202	
Interventi per TM della mammella, Proporzioni di interventi di ricostruzione- erogazione Anno: 2024		51,69	53,97	138	267	
Intervento per TM del colon, proporzione in laparoscopia - erogazione Anno: 2023-2024		69,28	69,21	663	957	
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2023-2024		4,08	4,04	39	957	
Intervento per TM del retto, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2022-2024		1,43	1,31	4	279	
Intervento per TM dello stomaco, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2022-2024		7,38	6,84	20	271	

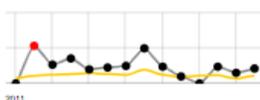
Intervento per TM dello stomaco, rischio di morte a 30g - erogazione
Anno: 2022-2024



--- --- --- ---

Casi assenti

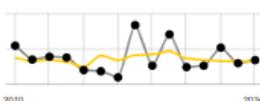
Intervento per TM del pancreas, rischio di morte a 30g - erogazione
Anno: 2022-2024



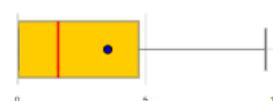
%	%	N.	N.
6,72	6,56	8	119



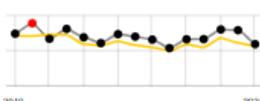
Intervento per TM della prostata, rischio di riammissione a 30g - erogazione
Anno: 2024



%	%	N.	N.
3,48	3,55	7	201



Interventi conservativi per TM della mammella, reinterventi entro 120g - erogazione
Anno: 2024



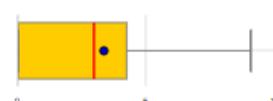
%	%	N.	N.
6,00	5,95	36	600



Intervento per T cerebrale, rischio di morte a 30g - erogazione
Anno: 2022-2024



%	%	N.	N.
3,33	4,98	1	30



AREA ORTOPEDICA

La mortalità a 30 giorni da frattura del collo del femore aumenta riportandosi a livello della media regionale (da 3,2% del 2023 a 4,3% del 2024). Relativamente alla tempestività, la proporzione di interventi eseguiti entro 48 ore dal primo accesso in struttura (accesso in PS), migliora significativamente dal 50,5% del 2023 al 53,08% del 2024, con aumenti significativi per l'ospedale San Giuseppe (da 26,4% del 2023 a 49,2% del 2024).

Il rischio di riammissione a 30 giorni dopo protesi di anca e dopo protesi di ginocchio è in linea con la media regionale.

Figura 5. Indicatori ProSE area ortopedica per AUTC, anno 2024.



AREA PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita è caratterizzato da proporzioni di parti cesarei migliori della media regionale; gli indicatori di esito sono compresi nella media regionale.

Figura 6. Indicatori ProSE percorso nascita per AUTC, anno 2024.

Indicatore	Andamento	Tasso grezzo	Tasso aggiustato	Num	Den	BoxPlot
Parto, riammissioni ospedaliere a 42 giorni dal ricovero per parto (parto vaginale) - erogazione Anno: 2023-2024		1,10	1,10	93	8491	
Parto, riammissioni ospedaliere a 42 giorni dal ricovero per parto (parto con taglio cesareo) - erogazione Anno: 2023-2024		1,33	1,34	32	2399	
Parto, proporzione cesarei primari - erogazione Anno: 2024		15,09	15,36	807	5347	
Parto naturale, complicanze severe - erogazione Anno: 2021		0,56	0,55	27	4831	
Parto cesareo, complicanze severe - erogazione Anno: 2021		0,21	0,21	3	1409	
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo Anno: 2024		25,42	25,23	151	594	
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali Anno: 2024		2,52	2,52	107	4245	

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA

- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. **Welfare e salute in Toscana 2025**. ARS Toscana.
- AIOM-AIRTUM, I numeri del cancro 2024
- <https://www.cerimp.it/>
- **Sistema di valutazione della performance del MES (Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa)**. Disponibile al seguente link: <https://performance.santannapisa.it>
- ARS Toscana. **Il virus respiratorio sinciziale in Toscana: gli effetti della pandemia da COVID-19 e nuove frontiere per la prevenzione**. Disponibile al seguente link: <https://www.ars.toscana.it/approfondimenti-ns/5034-il-virus-respiratorio-sinciziale-in-toscana-gli-effetti-della-pandemia-da-covid-19-e-nuove-frontiere-per-la-prevenzione.html>
- ARS Toscana. **World AIDS Day 2024: ARS Toscana aggiorna i dati epidemiologici su HIV/AIDS in Toscana**. Disponibile al seguente link: <https://www.ars.toscana.it/approfondimenti-ns/5253-world-aids-day-2024-ars-toscana-aggiorna-dati-epidemiologici-su-hiv-aids-in-toscana.html>
- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. **Clima e salute**. Disponibile al seguente link: <https://www.ars.toscana.it/clima-e-salute.html>
- **Worklimate 2.0 – Temperature estreme e impatti su salute, sicurezza e produttività**. Disponibile al seguente link: <https://www.worklimate.it/>
- ARS Toscana. (2024, 13 marzo). **Spazi verdi urbani per contrastare cambiamenti climatici e inquinamento**. Disponibile al seguente link: <https://www.ars.toscana.it/clima-e-salute-2/5101-spazi-verdi-urbani-per-contrastare-cambiamenti-climatici-e-inquinamento.html>
- ARS Toscana. (2025, 3 giugno). **L'impatto del cosiddetto "greening" sulla mortalità in Italia**. Disponibile al seguente link: <https://www.ars.toscana.it/clima-e-salute-2/5329-impatto-del-cosiddetto-greening-sulla-mortalita-in-italia.html>
- Giannico, O. V., Sardone, R., Bisceglia, L., et al. (2024). **The mortality impacts of greening Italy**. Nature Communications, 15(1), 10452. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-54388-7>
- ARPAT. (2024). **Annuario dei dati ambientali 2024**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/annuario-dei-dati-ambientali-2024>
- ARPAT. **Annuario dei dati ambientali 2023 – Fascicoli provinciali**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/annuario-dei-dati-ambientali-2023-fascicoli-provinciali>
- **Provincia di Firenze**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/annuario-dei-dati-ambientali-2023-fascicoli-provinciali/annuario-dei-dati-ambientali-2023-provincia-di-firenze>
- **Provincia di Prato**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/annuario-dei-dati-ambientali-2023-fascicoli-provinciali/annuario-dei-dati-ambientali-2023-provincia-di-prato>
- **Provincia di Pistoia**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/annuario-dei-dati-ambientali-2023-fascicoli-provinciali/annuario-dei-dati-ambientali-2023-provincia-di-pistoia>
- ARPAT (2025, 17 gennaio). **La qualità dell'aria in Toscana nel 2024: il biossido di azoto rientrato nei limiti normativi**. Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana. Disponibile al seguente link:

<https://www.arpat.toscana.it/notizie/comunicati-stampa/2025/la-qualita-dell2019aria-in-toscana-nel-2024-il-biossido-di-azoto-rientrato-nei-limiti-normativi>

- ARPAT. **I fitofarmaci nel territorio pistoiese: risultati del monitoraggio 2023**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/notizie/2024/monitoraggio-fitofarmaci-2023-territorio-di-pt/i-fitofarmaci-nel-territorio-pistoiese>
- ARPAT. (2024). **Monitoraggio ambientale dei corpi idrici superficiali: fiumi, laghi, acque di transizione – anno 2023**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/monitoraggio-ufficiale-delle-acque-superficiali/monitoraggio-ambientale-dei-corpi-idrici-superficiali-fiumi-laghi-acque-di-transizione-anno-2023>
- ARPAT – Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana. **Acque superficiali: cosa sono**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/documentazione/acque-superficiali-cosa-sono>
- ARPAT - Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (2024). **Lo stato delle acque superficiali in Toscana nel 2023**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/notizie/2024/annuario-2024-anticipazione-dati-acque-superficiali/lo-stato-delle-acque-superficiali-in-toscana-nel-2023>
- ARPAT - Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (2025). **I dati sulla qualità delle acque interne presentati al 4° Forum di Legambiente ad Arezzo**. Comunicato stampa del 12 maggio 2025. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/notizie/2025/intervento-rubellini-4-forum-legambiente-arezzo/i-dati-sulla-qualita-delle-acque-interne-presentati-al-4-forum-di-legambiente-ad-arezzo>
- ARPAT – Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana. (2024). **Trend qualità acque sotterranee - 2002-2023**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/datiemappe/dati/trend-qualita-acque-sotterranee>
- **ARPAT. La qualità delle acque in Toscana: il quadro di sintesi**. Disponibile al seguente link: <https://www.arpat.toscana.it/notizie/2025/intervista-sandra-botticelli-acque-superficiali/la-qualita-delle-acque-in-toscana-il-quadro-di-sintesi>
- ISPRA – Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale. (2014). **Linee guida per la progettazione di reti e programmi di monitoraggio delle acque ai sensi del D.Lgs. 152/2006**. Manuale 116/2014.