



RELAZIONE SANITARIA

ANNO 2025

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

CROCETTI Emanuele

LEVI Miriam

ROMEO Gianpaolo

SPAHO Lediana

TALINI Donatella

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

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

GUIDA Andrea

SOC Screening

TRAMALLONI Daniela

ZIMMITTI Salvatore

DIPARTIMENTO DEL FARMACO

PAVONE Eleonora

RETE OSPEDALIERA

MECHI Maria Teresa

RETE SANITARIA TERRITORIALE

CANZANI Filippo

MANNELLI Daniele

PECCHIOLO Alessandro

PERILLO Giuseppina

DIPARTIMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI OSPEDALE TERRITORIO

GUARRACINO Antonio

DIPARTIMENTO SERVIZI SOCIALI

BOLDRINI Rossella

BENSI Sara

STADERI Azzurra

ULIVIERI Laura

STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

FONDI Massimo

23 giugno 2026

Si segnala che non tutti i dati contenuti nella relazione sanitaria risultano aggiornati al 2025. Per alcuni indicatori, infatti, l'ultima annualità disponibile al momento della stesura della relazione è precedente.

INDICE

1. TERRITORIO E DEMOGRAFIA	7
1.1 IL TERRITORIO DELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	7
ZONA PISTOIESE	9
ZONA PRATESE	9
ZONA FIORENTINA	9
ZONA FIORENTINA NORD-OVEST	10
ZONA FIORENTINA SUD-EST	10
ZONA DEL MUGELLO	10
ZONA EMPOLESE VALDARNO INFERIORE	11
LA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO	11
1.2 CONTESTO DEMOGRAFICO	15
2. AMBIENTE	22
2.1 PROGETTI SINTESI E INSINERGIA: SUPPORTO REGIONALE AGLI INTERVENTI NEI SITI DI INTERESSE NAZIONALE	22
2.2 CAMBIAMENTO CLIMATICO E SALUTE	22
2.3 QUALITÀ DELL'ARIA	24
PM10	26
PM2.5	28
BIOSSIDO DI AZOTO (NO2)	29
OZONO (O3)	30
ALTRI INQUINANTI	31
2.4 QUALITÀ DELLE ACQUE	34
BACINI IDRICI MONITORATI	34
QUALITÀ DEI FIUMI	34
FIUMI – DETTAGLI PER PROVINCIA	36
QUALITÀ DI LAGHI E INVASI	36
QUALITÀ DELLE ACQUE SOTTERRANEE	37
QUALITÀ DELLE ACQUE DESTINATE ALLA POTABILIZZAZIONE	39
PFAS E FITOFARMACI	40
QUALITÀ DELLE ACQUE NEL TRIENNIO 2022-2024	42
3. STILI DI VITA	43
3.1 FUMO	44
3.2 ALCOL	48
3.3 CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA	50
3.4 SEDENTARIETÀ E ATTIVITÀ FISICA	51
3.5 PESO CORPOREO	54
3.6 COMPORTAMENTI ALLA GUIDA	57
3.7 VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA	57
4. MORTALITÀ	59
5. OSPEDALIZZAZIONI	66
RICOVERI PER TUTTE LE CAUSE	66
RICOVERI PER TUMORI	66

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	66
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	67
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	67
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	67
MALATTIE ENDOCRINE E DEL METABOLISMO	67
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	67
MALATTIE DELL'APPARATO OSTEO-MUSCOLARE	68
DISTURBI PSICHICI	68
TRAUMATISMI	68
6. ALCUNE PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE	70
6.1 MALATTIE CRONICHE	70
6.2 MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	73
LA MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	73
I RICOVERI OSPEDALIERI PER MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	74
6.3 TUMORI	77
LA MORTALITÀ PER TUMORE	81
I RICOVERI OSPEDALIERI PER TUMORE	83
6.4 HIV E AIDS IN TOSCANA	84
6.5 DIABETE MELLITO	87
6.6 BPCO	87
6.7 CONSUMO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI	88
7. SALUTE IN DETERMINATI GRUPPI DI POPOLAZIONE	90
7.1 SALUTE MATERNO-INFANTILE	90
7.2 SALUTE DEI LAVORATORI	95
7.2.1 INFORTUNI SUL LAVORO	95
7.2.2 MALATTIE PROFESSIONALI	97
7.3 INCIDENTI STRADALI E INFORTUNI IN ITINERE	99
8. PRONTO SOCCORSO E 118	104
9. OSPEDALE	107
9.1 RICOVERI	107
9.2 RICOVERI MEDICI E CHIRURGICI	110
9.3 ELENCO DEI PRIMI RICOVERI PER VOLUMI (TOP DRG)	112
9.4 INDICATORI CHIRURGIA ONCOLOGICA	113
9.5 INDICATORI CHIRURGIA GENERALE	115
9.6 CHIRURGIA ORTOPEDICA	115
9.7 DONAZIONI	116
9.8 MATERNO-INFANTILE	116
10. PREVENZIONE	118
10.1 COPERTURE VACCINALI	118
10.2 SCREENING ONCOLOGICI	124
SCREENING MAMMOGRAFICO	124
SCREENING DEL TUMORE DEL COLON RETTO	128
SCREENING DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	131
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	133
10.3 VIGILANZA E CONTROLLO	133
ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO	135

11. TERRITORIO	138
11.1 CURE PRIMARIE	138
11.2 CURE INTERMEDIE E OSPEDALI DI COMUNITÀ	139
12. PRESTAZIONI DEL PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA	142
12.1 ANDAMENTO DELLA DOMANDA (PRESCRIZIONI ELETTRONICHE) - PRESTAZIONI PRGLA	142
12.2 ANALISI PRENOTATO EFFETTIVO - PRESTAZIONI PRGLA	143
12.3 ANDAMENTO CATCHMENT INDEX - VISITE SPECIALISTICHE AUTC	145
12.4 ANDAMENTO CATCHMENT INDEX - DIAGNOSTICA AUTC	146
12.5 PRESTAZIONI SANITARIE E CATCHMENT INDEX	146
12.6 TASSO PRESCRITTIVO	147
12.7 TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	148
INDICE COMBINATO – NUOVO INDICATORE PORTALE REGIONALE	150
MONITORAGGIO PRE LISTA ASL TOSCANA CENTRO	151
INDICATORI NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)	152
12.8 TEMPI DI ATTESA CHIRURGIA ELETTIVA	153
12.9 PRODUZIONE INTERVENTI - IMPATTI PANDEMIA	155
12.10 RICOGNIZIONE UTILIZZO BLOCCHI OPERATORI AUTC	157
12.11 PIANO MIGLIORAMENTO LISTE DI ATTESA	160
12.12 OFFERTA PRIVATO CONVENZIONATO	161
13. RIABILITAZIONE	162
14. SALUTE MENTALE	164
15. LA PRESA IN CARICO DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	165
15.1 AREA DELLA DOMICILIARITÀ	165
15.2 AREA DELLA SEMI-RESIDENZIALITÀ	166
15.3 AREA DELLA RESIDENZIALITÀ (PERMANENTE, TEMPORANEA E DI SOLLIEVO)	166
15.4 ULTERIORI PROGETTUALITÀ ATTIVATE SUL TERRITORIO	168
16. ASSISTENZA FINE VITA	170
16.1 QUADRO NORMATIVO E RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE (RLCP)	170
16.2 CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI - HOSPICE	171
16.3 CURE PALLIATIVE DOMICILIARI - UCP-DOM	174
16.4 CURE PALLIATIVE INTRAOSPEDALIERE	177
16.5 INDICATORE D30Z	179
16.6 CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI SVILUPPO 2025-2027	181
17. ASSISTENZA FARMACEUTICA	183
17.1 SPESA FARMACEUTICA	183
17.2 SPESA DISPOSITIVI MEDICI	187
18. SERVIZI SOCIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	189
19. LA PERFORMANCE	195
19.1 IL BERSAGLIO MeS 2025	195
DETTAGLIO INDICATORI	196
20. GLI ESITI DELLE CURE	201
20.1 GLI ESITI LETTI ATTRAVERSO IL PROGRAMMA REGIONALE PROSe	201
AREA MEDICA	201
RETI TEMPO DIPENDENTI	202
AREA CHIRURGICA	203
AREA ORTOPEDICA	205

AREA PERCORSO NASCITA	206
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA	208

206
208

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 urbana fiorentino-pratese-pistoiese e dalla varietà di zone collinari e montane circostanti; si estende su una superficie pari a poco più di un quinto dell'intera Regione e ospita circa il 44% della popolazione toscana, con una densità abitativa superiore rispetto alle altre due Aziende USL Toscane.

Il territorio è suddiviso in 8 Zone Distretto (Figura 1, area in verde) raggruppate in 4 Ambiti Territoriali coincidenti con i territori delle 4 ex ASL dalla cui unione è sorta l'Azienda.

Figura 1. Il territorio dell'Azienda USL Toscana Centro



La densità di popolazione varia notevolmente fra le otto zone socio-sanitarie (Tabella 1). È massima nella zona Fiorentina (3.546 ab./km²), seguita dalla Pratese (709 ab./km²) e dalla Fiorentina Nord-Ovest (625 ab./km²). All'estremo opposto si colloca il Mugello (56 ab./km²), area interamente montana con densità abitativa oltre 60 volte inferiore a quella della zona Fiorentina. Questa marcata eterogeneità territoriale contribuisce ad alcune delle differenze osservate tra le zone in termini di stili di vita, esposizioni ambientali (inquinamento atmosferico, rumore, accesso al verde), profili socioeconomici e, conseguentemente, esiti di salute della popolazione.

Tabella 1. Popolazione residente nelle zone dell'AUTC nel 2025. Fonte ARS, 2026

Zona	Abitanti	Densità abitativa (Ab./Kmq)
Empolese Valdarno Inferiore	241.746	259,1
Fiorentina	361.705	3.546,1
Fiorentina Nord-Ovest	208.082	624,9
Fiorentina Sud-Est	180.999	149,3
Mugello	63.190	55,9
Pistoiese	170.133	243,7
Pratese	259.657	709,5
Val di Nievole	119.792	450,4
Azienda USL Toscana Centro	1.605.304	318,5
REGIONE TOSCANA	3.657.716	159,1

La distribuzione degli abitanti nei comuni urbani delle diverse zone socio-sanitarie dell'AUTC 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 2025. Fonte ARS, 2026

Zona	Abitanti totali	Abitanti nei comuni urbani	Tasso %
Empolese Valdarno Inferiore	241.746	120.594	49,9
Fiorentina	361.705	361.705	100,0
Fiorentina Nord-Ovest	208.082	184.786	88,8
Fiorentina Sud-Est	180.999	38.755	21,4
Mugello	63.190	0	0,0
Pistoiese	170.133	144.319	84,8
Pratese	259.657	240.490	92,6
Val di Nievole	119.792	85.375	71,3
Azienda USL Toscana Centro	1.605.304	1.176.024	73,3
REGIONE TOSCANA	3.657.716	2.151.791	58,8

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

ZONA PISTOIESE

Il territorio della Provincia di Pistoia comprende i nove comuni della zona socio-sanitaria Pistoiese e gli undici di quella della Val di Nievole. Nella Zona Pistoiese oltre la metà della popolazione (52,2%) 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 (Agliaia, Montale, Pistoia, Quarrata, Serravalle Pistoiese) sono in continuità dell'asse metropolitano fiorentino e pratese. La montagna pistoiese è da sempre attrazione per attività sportive invernali. Il complesso del Montalbano separa il territorio della Zona Pistoiese da quello della Zona Val di Nievole, più collinare e con maggiore densità abitativa. L'attività florovivaistica è da sempre specifica e strategica dell'area pistoiese, costituendo un importante polo occupazionale e di reddito locale, coinvolgendo 1.500 aziende, 5.500 addetti, con un fatturato di oltre 300 milioni di euro/anno. Rilevante a Pistoia è anche il polo industriale ferrotranviario della Hitachi (ex Breda).

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

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. Il 75,9% dei quasi 260 mila residenti vive nel Comune di Prato, il secondo in Toscana dopo Firenze per numerosità. Il rimanente 24,1% 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 dell'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

Al 1° gennaio 2025, i residenti nell'AUTC sono 1.605.304 (maschi: 780.548, 48,6%; femmine: 824.756, 51,4%), rendendo l’AUTC una delle aziende sanitarie più popolate in Italia. Per dimensione demografica è la seconda più grande azienda sanitaria in Italia, dopo quella della città metropolitana di Milano.

La **piramide dell'età** (Figura 2) mostra una forma a "bulbo" o "urna", tipica delle popolazioni post-transizione demografica caratterizzate da bassa natalità e progressivo invecchiamento. La base ristretta, corrispondente alle classi di età 0-14 anni, evidenzia la contrazione delle nascite degli ultimi decenni, mentre il rigonfiamento centrale nelle fasce 45-69 anni riflette la presenza delle coorti del baby boom (nati tra gli anni '50 e i primi anni '70), attualmente in età pre-pensionabile e pensionabile. Il vertice espanso nelle classi anziane (65+ anni) e molto anziane (85+ anni) testimonia l'aumento della longevità e conferma il processo di invecchiamento demografico in atto.

La **distribuzione per sesso** è coerente con quanto osservato a livello nazionale e internazionale: nelle fasce più giovani si rileva una lieve prevalenza maschile, in linea con il rapporto di mascolinità alla nascita (circa 105 nati maschi ogni 100 femmine). Con l'aumentare dell'età, la prevalenza si inverte progressivamente e si osserva un crescente squilibrio a favore della componente femminile, particolarmente evidente nelle età anziane (75+) e molto anziane (85+), dove le donne rappresentano la netta maggioranza. Questo fenomeno riflette la maggiore sopravvivenza femminile e la più elevata mortalità maschile accumulata lungo il corso della vita, dovuta a fattori biologici, comportamentali (stili di vita

più a rischio) e occupazionali. Questa configurazione demografica ha importanti implicazioni per la pianificazione sanitaria: l'espansione della popolazione anziana e molto anziana comporta un aumento della domanda di assistenza per patologie croniche, non autosufficienza e fragilità, mentre la ridotta base giovanile prefigura ulteriori sfide future in termini di sostenibilità del sistema socio-sanitario e di equilibrio generazionale.

Questa consistenza demografica, unita all'eterogeneità territoriale che caratterizza l'Azienda - dalla zona Fiorentina metropolitana (3.546 ab./km²) alla zona montana del Mugello (56 ab./km²) - pone sfide specifiche in termini di programmazione sanitaria, accessibilità ai servizi ed equità nell'erogazione delle cure.

Figura 2. Piramide dell'età per sesso della popolazione residente nell'Azienda USL Toscana Centro al 1° gennaio 2025 (maschi in azzurro, femmine in viola). Fonte: ARS, 2026

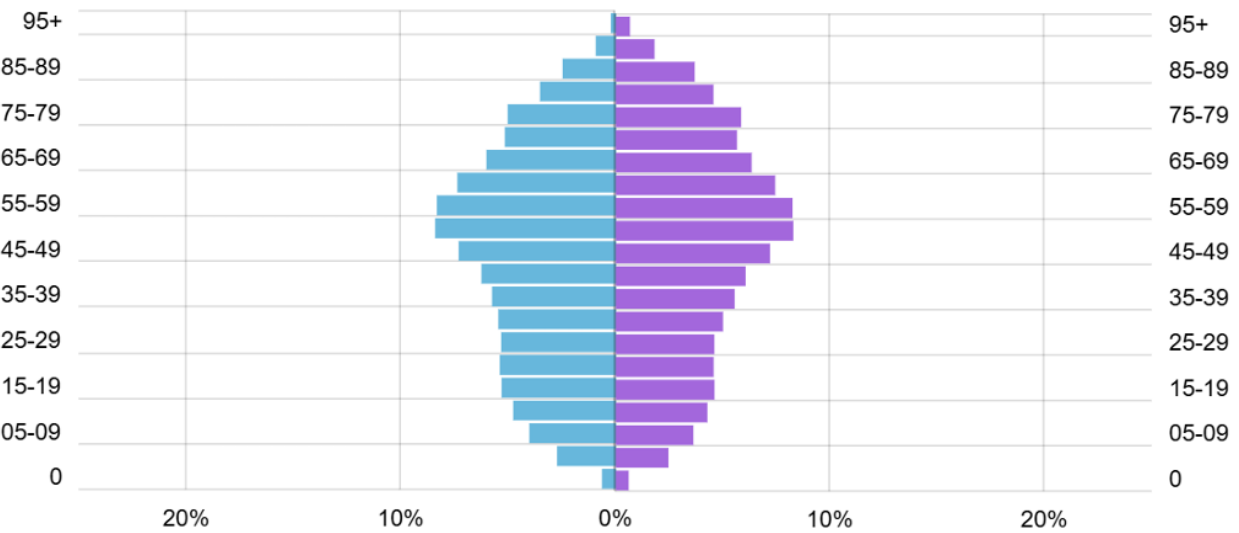


Tabella 3. Popolazione residente nell'AUTC per zona e per Comune al 1/1/2025. Fonte: ARS, 2026.

Zona	Comune	Maschi	Femmine	Totale	% su Zona	% su AUTC
Pistoiese	Abetone	907	922	1.829	1,1%	0,1%
	Cutigliano					
	Aglia	8.841	9.105	17.946	10,5%	1,1%
	Marliana	1.703	1.574	3.277	1,9%	0,2%
	Montale	5.169	5.346	10.515	6,2%	0,7%
	Pistoia	42.910	45.979	88.889	52,2%	5,5%
	Quarrata	13.250	13.719	26.969	15,9%	1,7%

	Sambuca Pistoiese	735	669	1.404	0,8%	0,1%
	San Marcello Piteglio	3.603	3.890	7.493	4,4%	0,5%
	Serravalle Pistoiese	5.846	5.965	11.811	6,9%	0,7%
	Totale Zona Pistoiese	82.964	87.169	170.133	100,0%	10,6%
Val di Nievole	Buggiano	4.229	4.516	8.745	7,3%	0,5%
	Chiesina Uzzanese	2.253	2.304	4.557	3,8%	0,3%
	Lamporecchio	3.605	3.737	7.342	6,1%	0,5%
	Larciano	3.087	3.213	6.300	5,3%	0,4%
	Massa e Cozzile	3.688	4.058	7.746	6,5%	0,5%
	Monsummano Terme	10.106	10.691	20.797	17,4%	1,3%
	Montecatini-Terme	10.245	11.122	21.367	17,8%	1,3%
	Pescia	9.394	9.896	19.290	16,1%	1,2%
	Pieve a Nievole	4.459	4.704	9.163	7,6%	0,6%
	Ponte Buggianese	4.331	4.496	8.827	7,4%	0,5%
	Uzzano	2.756	2.902	5.658	4,7%	0,4%
	Totale Zona Val di nievole	58.153	61.639	119.792	100,0%	7,5%
Pratese	Cantagallo	1.607	1.503	3.110	1,2%	0,2%
	Carmignano	7.197	7.343	14.540	5,6%	0,9%
	Montemurlo	9.398	9.594	18.992	7,3%	1,2%
	Poggio a Caiano	4.832	5.069	9.901	3,8%	0,6%
	Prato	97.094	99.963	197.057	75,9%	12,3%
	Vaiano	4.811	5.100	9.911	3,8%	0,6%
	Vernio	3.083	3.063	6.146	2,4%	0,4%
	Totale Zona Pratese	128.022	131.635	259.657	100,0%	16,2%
Fiorentina	Firenze e Zona Fiorentina	171.140	190.565	361.705	100,0%	22,5%
Fiorentina Nord-Ovest	Calenzano	8.849	9.145	17.994	8,6%	1,1%
	Campi Bisenzio	23.601	23.938	47.539	22,8%	3,0%
	Lastra a Signa	9.883	9.986	19.869	9,5%	1,2%
	Scandicci	23.601	25.611	49.212	23,7%	3,1%
	Sesto Fiorentino	23.463	25.640	49.103	23,6%	3,1%
	Signa	9.356	9.707	19.063	9,2%	1,2%
	Vaglia	2.659	2.643	5.302	2,5%	0,3%

	Totale Zona Fiorentina Nord- Ovest	101.412	106.670	208.082	100,0%	13,0%
	Bagno a Ripoli	11.847	13.099	24.946	13,8%	1,6%
	Barberino Tavarnelle	5.986	5.991	11.977	6,6%	0,7%
	Fiesole	6.650	7.159	13.809	7,6%	0,9%
	Figline e Incisa Valdarno	11.331	11.862	23.193	12,8%	1,4%
	Greve in Chianti	6.595	6.786	13.381	7,4%	0,8%
	Impruneta	6.827	7.423	14.250	7,9%	0,9%
	Londa	934	900	1.834	1,0%	0,1%
Fiorentina Sud-Est	Pelago	3.927	3.972	7.899	4,4%	0,5%
	Pontassieve	9.870	10.257	20.127	11,1%	1,3%
	Reggello	8.181	8.375	16.556	9,1%	1,0%
	Rignano sull'Arno	4.263	4.254	8.517	4,7%	0,5%
	Rufina	3.496	3.574	7.070	3,9%	0,4%
	San Casciano in Val di Pesa	7.860	8.453	16.313	9,0%	1,0%
	San Godenzo	592	535	1.127	0,6%	0,1%
	Totale Fiorentina Sud- Est	88.359	92.640	180.999	100,0%	11,3%
	Barberino di Mugello	5.444	5.495	10.939	17,3%	0,7%
	Borgo San Lorenzo	8.929	9.357	18.286	28,9%	1,1%
	Dicomano	2.875	2.706	5.581	8,8%	0,3%
	Firenzuola	2.238	2.188	4.426	7,0%	0,3%
Mugello	Marradi	1.445	1.395	2.840	4,5%	0,2%
	Palazzuolo sul Senio	566	527	1.093	1,7%	0,1%
	Scarperia e San Piero	5.914	6.038	11.952	18,9%	0,7%
	Vicchio	4.067	4.006	8.073	12,8%	0,5%
	Totale Zona Mugello	31.478	31.712	63.190	100,0%	3,9%
	Capraia e Limite	3.837	3.959	7.796	3,2%	0,5%
	Castelfiorentino	8.528	8.825	17.353	7,2%	1,1%
Empolese Valdarno Inferiore	Castelfranco di Sotto (PI)	6.843	6.743	13.586	5,6%	0,8%
	Cerreto Guidi	5.189	5.474	10.663	4,4%	0,7%
	Certaldo	7.784	7.883	15.667	6,5%	1,0%
	Empoli	24.061	25.330	49.391	20,4%	3,1%

Fucecchio	11.283	11.564	22.847	9,5%	1,4%
Gambassi Terme	2.381	2.476	4.857	2,0%	0,3%
Montaione	1.683	1.755	3.438	1,4%	0,2%
Montelupo Fiorentino	6.948	7.375	14.323	5,9%	0,9%
Montespertoli	6.501	6.669	13.170	5,4%	0,8%
Montopoli in Val d'Arno (PI)	5.591	5.705	11.296	4,7%	0,7%
San Miniato (PI)	13.617	14.214	27.831	11,5%	1,7%
Santa Croce sull'Arno (PI)	7.595	7.346	14.941	6,1%	0,9%
Vinci	7.179	7.408	14.587	6,0%	0,9%
Totale Zona Empolese Valdarno Inferiore	119.020	122.726	241.746	100,0%	15,1%
AUTC	780.548	824.756	1.605.304		
TOSCANA	1.781.954	1.875.762	3.657.716		

In Tabella 3 è illustrata nel dettaglio la stratificazione degli abitanti dell'AUTC per comune di residenza. Il 95,8% della popolazione dell'AUTC risiede nelle tre province metropolitane di Firenze, Prato e Pistoia: la Provincia di Firenze rappresenta la quota maggioritaria con il 61,6% dei residenti, seguita dalla Provincia di Pistoia (18,1%) e dalla Provincia di Prato (16,2%). I quattro comuni pisani inclusi nella Zona Empolese Valdarno Inferiore (Castelfranco di Sotto, Montopoli in Val d'Arno, San Miniato e Santa Croce sull'Arno) contano complessivamente 67.654 residenti, pari al 4,2% della popolazione aziendale e al 28% della popolazione della zona.

A livello zonale, la zona più popolosa è la Fiorentina, coincidente con il Comune di Firenze, con 361.705 abitanti (22,5% dell'AUTC). Seguono, in ordine decrescente le zone: Pratese (259.657; 16,2%), Empolese Valdarno Inferiore (241.746; 15,1%), Fiorentina Nord-Ovest (208.082; 13,0%), Fiorentina Sud-Est (180.999; 11,3%), Pistoiese (170.133; 10,6%), Val di Nievole (119.792; 7,5%) e Mugello (63.190; 3,9%).

1.2 CONTESTO DEMOGRAFICO

I dati più recenti sulla speranza di vita disaggregati per Comune, zona socio-sanitaria e Azienda USL, sono aggiornati al 2022, e risultano ancora influenzati dall'evento pandemico da COVID-19 iniziato a febbraio 2020.

Nel complesso, la popolazione residente nell'AUTC presenta nel 2022 una speranza di vita alla nascita pari a 83,7 anni, valore lievemente superiore alla media regionale, che presenta valori coincidenti pari a 83,4 anni (Tabella 5).

Nel 2022, 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 (85,9 anni). Meno brillanti i valori delle femmine (85,2 anni) residenti nella zona Empolese Valdarno Inferiore e dei maschi (81,3 anni) residenti nella zona Val di Nievole, che però registra un incremento della speranza di vita nelle femmine, unica zona a livello aziendale (Tabella 4).

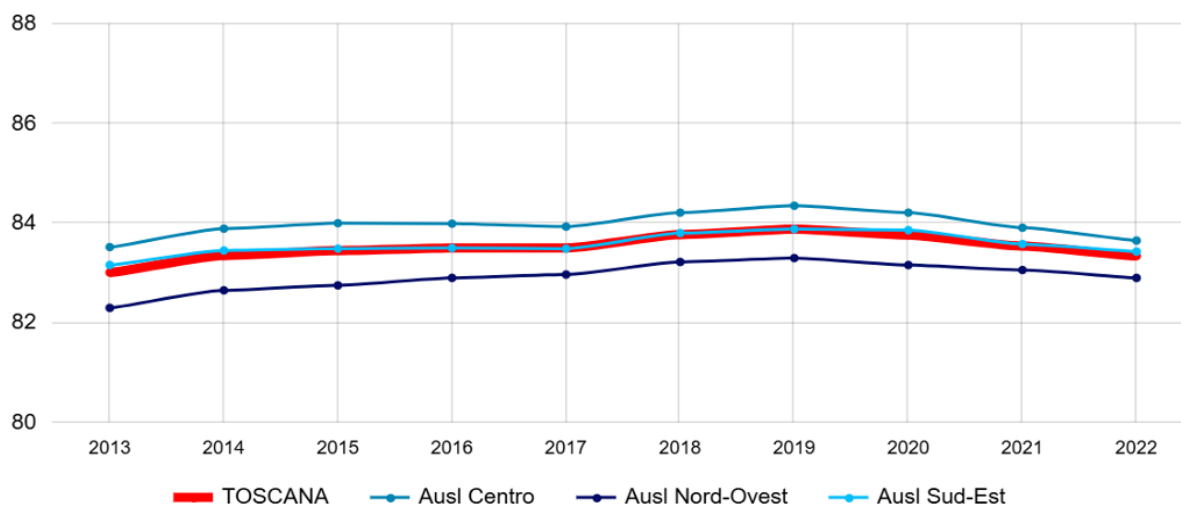
Tabella 4. Speranza di vita alla nascita in Regione Toscana, AUTC e per zona dell'AUTC nel 2022. Fonte: ARS, 2026.

Zona	Speranza di vita alla nascita		
	Maschi	Femmine	Totale
Empolese Valdarno Inferiore	81,3	85,2	83,3
Fiorentina	81,8	85,9	84,0
Fiorentina Nord-Ovest	82,3	85,7	84,1
Fiorentina Sud-Est	82,1	85,6	83,9
Mugello	81,6	85,3	83,5
Pistoiese	81,5	85,6	83,6
Pratese	80,9	85,4	83,3
Val di Nievole	80,8	85,7	83,3
AUTC	81,6	85,6	83,7
REGIONE TOSCANA	81,3	85,3	83,4

Fino al 2019 in tutti i territori dell'AUTC il trend dell'aspettativa di vita alla nascita era in costante e progressiva crescita, ma 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 3). Questa flessione prosegue fino al 2022 senza evidenti segnali di recupero rispetto ai livelli pre-pandemici.

I valori per i residenti dell'AUTC risultano essere i migliori a livello regionale.

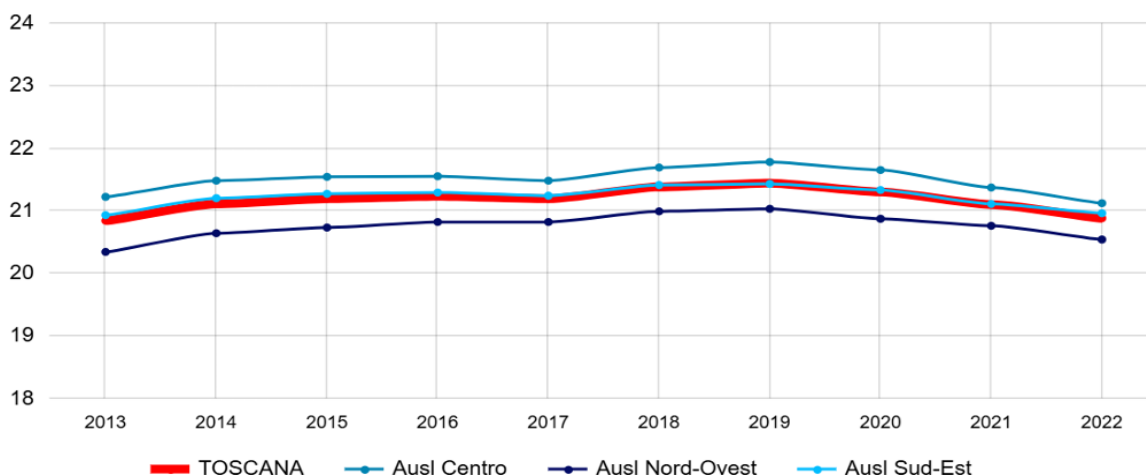
Figura 3. Trend della speranza di vita della popolazione generale in Regione Toscana e per Azienda USL.
Fonte: ARS, 2026.



Nel 2022, la speranza di vita a 65 anni nell'AUTC è pari a 21,1 anni complessivi (19,5 anni nei maschi e 22,6 anni nelle femmine), valore superiore alla media regionale pari a 20,9 anni (19,3 anni nei maschi e 22,3 anni nelle femmine) indicando un profilo di longevità favorevole anche nelle età anziane.

L'andamento temporale della speranza di vita a 65 anni (Figura 4) mostra una dinamica analoga a quella osservata per la speranza di vita alla nascita. A partire dal 2020, in concomitanza con la pandemia da COVID-19, si osserva una flessione in tutte le aree, che prosegue fino al 2022 senza evidenti segnali di recupero rispetto ai livelli pre-pandemici. L'AUTC mantiene sistematicamente valori più elevati rispetto alla media regionale.

Figura 4. Andamento della speranza di vita a 65 anni nelle tre Aziende USL toscane e nella Regione Toscana.
Fonte: ARS, 2026



In base ai dati ARS 2026, nel corso del 2024, l'AUTC fa segnare un quoziente di incremento totale della popolazione (definito come il rapporto tra la variazione netta annuale della popolazione residente – calcolata sommando immigrati e nati vivi, e sottraendo emigrati e deceduti – e la popolazione residente al 31 dicembre dell'anno di riferimento) pari + 1,1 (+1.685 residenti) (Figura 5). In Figura 6 si illustra il dettaglio dell'indicatore all'interno delle diverse zone dell'AUTC.

Figura 5. Quoziente di incremento totale della popolazione generale in Regione Toscana e per azienda USL. Fonte: ARS, 2026.

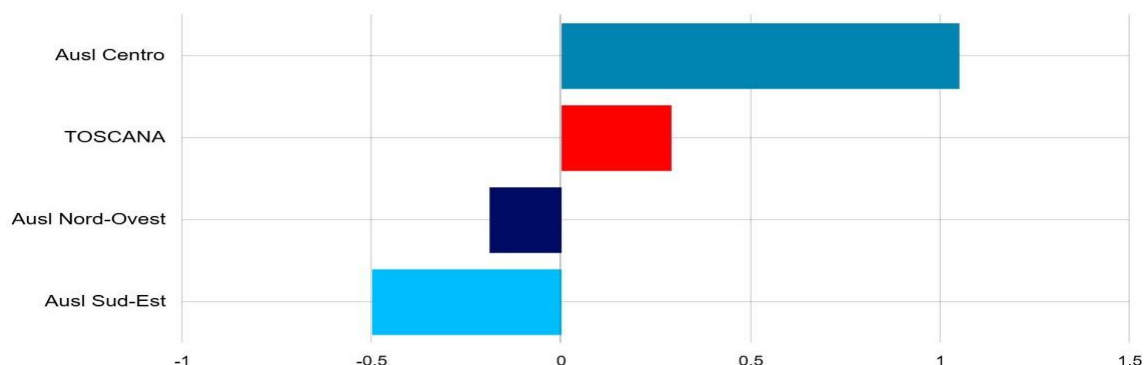
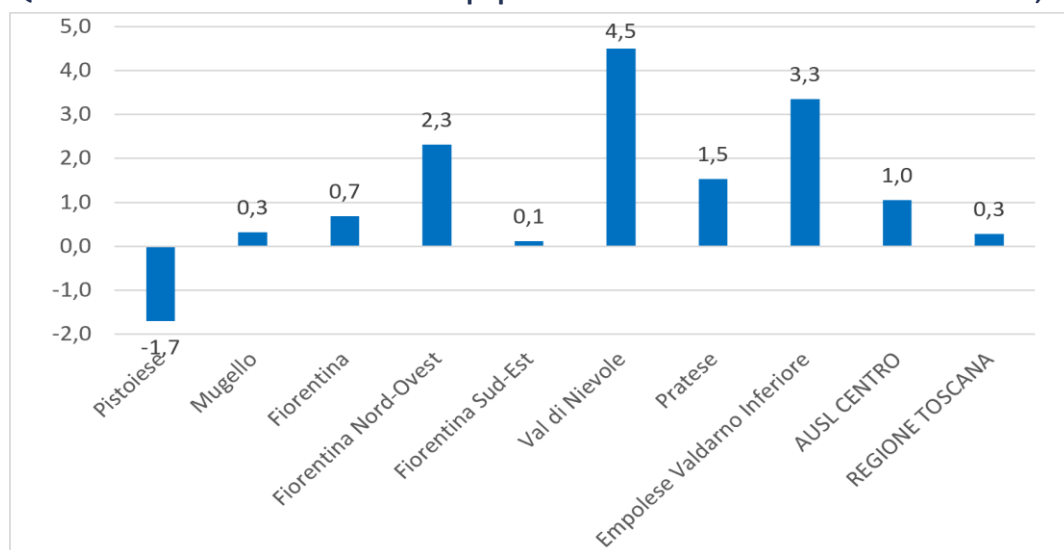


Figura 6. Quoziente di incremento totale della popolazione all'interno della AUTC. Fonte: ARS, 2026.



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.

Nell'AUTC, secondo i dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2025, un residente su quattro (25,8%) ha almeno 65 anni. Quelli di età maggiore di 75 anni sono circa il 14%, quelli di età maggiore di 90 anni sono circa 2%. 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), si rilevano segnali demograficamente meno regressivi nell'AUTC rispetto alla Toscana. L'indice di vecchiaia misura il livello di invecchiamento di una popolazione, (rapporto tra la popolazione ultra65enne e la popolazione nella fascia d'età 0-14 anni residente al 1° gennaio) mostra in AUTC un valore pari a 226,2, nettamente inferiore rispetto alla media regionale pari a 242,5. L'indice di dipendenza degli anziani, che misura quanti ultra64enni ci sono ogni 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni), in AUTC è pari a 41,0% valore inferiore rispetto alla media regionale pari a 43,0%

Il tasso grezzo di natalità è leggermente superiore in AUTC (5,8) rispetto al valore regionale (5,7). In particolare, la zona Pratese ha da sempre i valori più bassi dell'indice di vecchiaia (nel 2025 sono 197 gli ultrasessantacinquenni per ogni 100 giovani di età 0-14 anni) e dell'indice di dipendenza degli anziani (circa 36 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 2025. Fonte: ARS, 2026

Zona-Distretto	Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza anziani	Tasso di Natalità
Empolese Valdarno Inferiore	207,8	38,6	6,1
Fiorentina	243,8	42,6	6,2
Fiorentina Nord-Ovest	214,8	40,3	6,2
Fiorentina Sud-Est	254,7	46,5	5,5
Mugello	235,5	43,4	5,9
Pistoiese	243,2	44,2	5,3
Pratese	197,0	35,6	5,4
Val di Nievole	229,0	41,3	5,7
AUTC	226,2	41,0	5,8
REGIONE TOSCANA	242,5	43,0	5,7

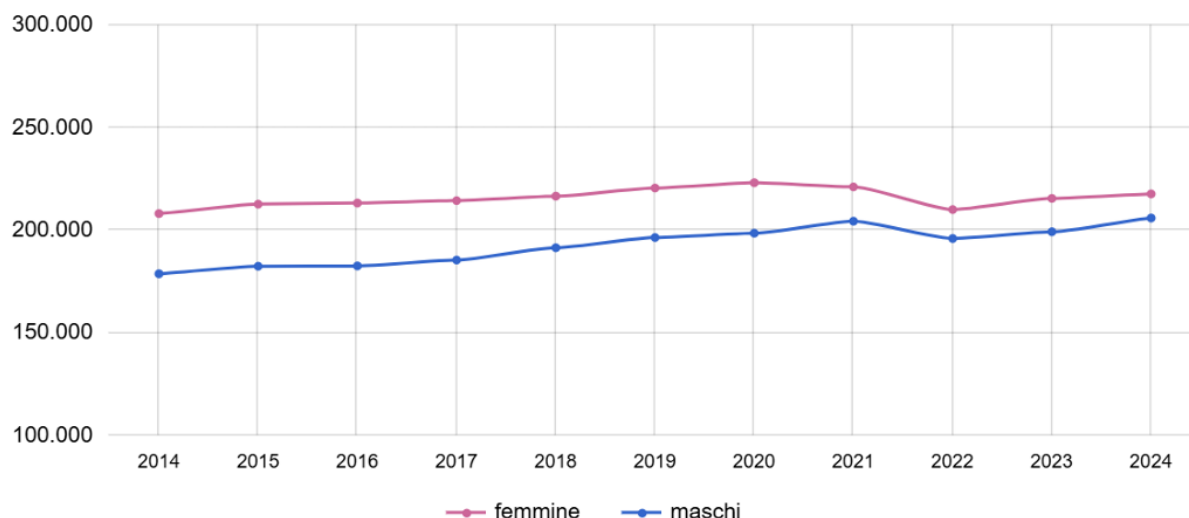
Tabella 6. Stranieri residenti al 31 dicembre 2024 (numero e % sul totale della popolazione residente in Toscana), quota di nati di cittadinanza non italiana sul totale dei nati e stranieri nuovi iscritti all'anagrafe (numero e % sulla Popolazione residente toscana al 31/12 dell'anno di riferimento), a livello zonale, aziendale e regionale. Fonte: ARS, 2026.

Zona	Stranieri residenti al 31 Dicembre 2024		Nati di cittadinanza non italiana al 31/12/2024 in rapporto ai nati totali nell'anno di riferimento	Stranieri nuovi iscritti all'anagrafe al 31/12/2024	
	N	%	%	N	%
Empolese Valdarno Inferiore	32.404	13,4	22,9	2.209	9,1
Fiorentina	55.451	15,3	19,4	4.197	11,6
Fiorentina Nord Ovest	28.517	13,7	16,3	1.793	8,6
Fiorentina Sud Est	16.881	9,3	14,4	1.587	8,8
Mugello	6.095	9,6	17,3	615	9,7
Pistoiese	16.041	9,41	14,5	1.008	5,9
Pratese	57.460	22,1	29,7	2.977	11,5
Val di Nievole	14.858	12,4	25,1	1.175	9,8
AUTC	227.707	14,2	20,4	15.561	9,7
REGIONE TOSCANA	424.066	11,6	17,5	33.194	9,1

Al 31/12/2024, nell'AUTC si contavano 227.707 cittadini stranieri, pari al 14,2% della popolazione totale. Le proporzioni più elevate si registrano nella zona Pratese (22,1%) e nella zona Fiorentina (15,3%). La percentuale più alta di nati non italiani si registra nella zona Pratese (29,7 su 100 nuovi nati) mentre i nuovi iscritti stranieri sono più alti nella zona Fiorentina (11.6 ogni 1000 abitanti) (Tabella 6).

Per quanto riguarda la divisione per genere della popolazione straniera iscritta all'anagrafe, nell'anno 2024 risultano presenti 206.131 maschi e 217.930 femmine, trend in crescita rispetto al 2023 (Figura 7).

Figura 7. Stranieri iscritti all'anagrafe divisi per genere anno 2024. Fonte ARS, 2026.



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 (Istituto Regionale per la Programmazione Economica Toscana), 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.

Secondo le stime elaborate dal Centro Studio Turistico (CST) di Firenze, sulla base dei dati dell'Osservatorio Turistico regionale e di Città Metropolitana, nei primi 10 mesi del 2025 la città di Firenze ha registrato oltre 4 milioni di arrivi (come in epoca pre-pandemico) e 9,7 milioni di presenze, rispettivamente +7,1% e +8,5% nello stesso periodo del 2024.

2. AMBIENTE

2.1 PROGETTI SINTESI E INSINERGIA: SUPPORTO REGIONALE AGLI INTERVENTI NEI SITI DI INTERESSE NAZIONALE

Nell'ambito del Piano Nazionale per gli investimenti Complementari al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, il Ministero della Salute ha finanziato i progetti *SINTESI* e *INSINERGIA*, finalizzati alla definizione e sperimentazione di modelli integrati di intervento in materia di ambiente e salute nei Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche.

Il progetto *SINTESI* prevede interventi di sorveglianza sanitaria, prevenzione e promozione della salute, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle specificità ambientali e sanitarie dei territori. In Toscana interessa i Comuni di Massa e Carrara e il Comune di Orbetello. Il progetto *INSINERGIA*, rivolto alla valutazione dell'esposizione della popolazione a inquinanti organici persistenti, metalli e sostanze perfluoroalchiliche e polifluoroalchiliche, interessa invece i territori di Livorno e Piombino e comprende attività di biomonitoraggio umano e studi epidemiologici, inclusi studi di coorte residenziale.

I territori coinvolti non ricadono nell'ambito di competenza territoriale dell'Azienda USL Toscana Centro (AUTC). La Regione Toscana ha tuttavia affidato all'AUTC compiti di supporto al coordinamento generale e di supervisione delle attività regionali, in raccordo con le Aziende USL territorialmente competenti e con gli altri enti regionali coinvolti nei progetti.

2.2 CAMBIAMENTO CLIMATICO E SALUTE

I cambiamenti climatici rappresentano oggi una delle principali sfide per la salute pubblica. L'aumento delle temperature, le ondate di calore, gli eventi meteorologici estremi, l'inquinamento atmosferico e i cambiamenti ambientali stanno producendo effetti sempre più evidenti sul benessere della popolazione, con conseguenze importanti soprattutto per anziani, bambini, persone fragili e lavoratori esposti all'aperto. Oltre all'aumento di malattie respiratorie e cardiovascolari, il cambiamento climatico influisce anche sulla salute mentale, favorendo condizioni di stress, ansia e disagio sociale legate agli eventi estremi e alla perdita di risorse ambientali.

Da questa crescente consapevolezza è nato l'approccio *One Health*, una visione integrata secondo cui salute umana, salute animale e salute dell'ambiente sono strettamente collegate. Questo modello promuove la collaborazione tra diverse discipline — sanità pubblica, medicina veterinaria, epidemiologia, scienze ambientali e pianificazione territoriale — con l'obiettivo di affrontare in modo coordinato i rischi emergenti legati all'ambiente e al clima.

La Regione Toscana ha recepito questo approccio già nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 e, nel 2022, ha istituito il Sistema Regionale di Prevenzione della Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS), ispirato al modello nazionale SNPS. Il sistema punta a rafforzare la prevenzione primaria, il monitoraggio epidemiologico e la collaborazione tra servizi sanitari, ARPAT, ARS, Università e altri enti coinvolti nella tutela della salute e dell'ambiente.

All'interno di questo quadro, l'AUTC svolge un ruolo importante nello sviluppo di attività di monitoraggio e prevenzione ambientale. Negli ultimi anni sono stati avviati diversi progetti dedicati agli effetti del caldo estremo sui lavoratori, agli impatti dei campi elettromagnetici e ai benefici del verde urbano sulla salute.

Tra le iniziative più rilevanti vi è il progetto *Worklimate*, promosso da CNR-IBE e INAIL, che studia gli effetti delle temperature elevate sulla salute e sulla produttività dei lavoratori, in particolare nei settori agricolo ed edilizio. Il 5 giugno 2026 c'è stato il kickoff meeting di Worklimate 3.0, progetto che prosegue l'attività di studio sugli effetti delle temperature e la promozione di strategie di prevenzione e adattamento ai cambiamenti climatici nei luoghi di lavoro.

Un altro ambito di interesse riguarda il ruolo delle aree verdi urbane nella tutela della salute pubblica. Le città, infatti, sono particolarmente vulnerabili al fenomeno dell'isola di calore urbana, che determina temperature più elevate rispetto alle aree rurali circostanti. Implementare il patrimonio vegetale è l'obiettivo principale del progetto "Forestiamo l'Ausl Toscana Centro". I benefici ottenibili dall'intervento sono molteplici: impatto positivo del verde sulla salute e benessere di pazienti e lavoratori; miglioramento del microclima urbano tramite naturale mitigazione delle temperature; contributo concreto alla lotta ai cambiamenti climatici, anche in conformità all'agenda ONU 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.

L'AUTC riconosce che l'ambiente rappresenti un elemento determinante per la salute delle persone e che possa incidere in modo significativo sulla qualità percepita dell'assistenza e sull'efficacia dei percorsi di cura. Da questa visione è nato il progetto "Prato Green Hospital", promosso dalla Direzione Sanitaria del Nuovo Ospedale Santo Stefano e inserito tra le iniziative di Prato Forest City. L'intervento ha previsto la realizzazione di nuove aree verdi, con l'obiettivo di creare ambienti più distensivi e confortevoli sia per utenti che operatori, valorizzando il ruolo terapeutico del verde.

L'AUTC ha aderito al programma Workplace Health Promotion, questo le consente di assumere un ruolo attivo per la promozione della salute e del benessere dei propri dipendenti, ad esempio con l'iniziativa "Pause attive in movimento" che prevedono esercizi di facile esecuzione da fare alla propria postazione sul luogo di lavoro, per contrastare i rischi lavoro-correlato, ma anche con incontri aperti alla cittadinanza sui corretti stili di vita: alimentazione, fumo di tabacco, alcol e movimento, o con le "Passeggiate della Salute", alla riscoperta delle bellezze di Firenze e a vantaggio della salute e del benessere.

Anche il tema dei campi elettromagnetici rientra nelle attività sviluppate secondo l'approccio One Health. Il progetto regionale "Campi elettromagnetici e Salute", approvato nel 2024, prevede il monitoraggio ambientale e sanitario legato al potenziamento delle reti mobili e del 5G, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e ai possibili effetti sulla salute riproduttiva e infantile.

Queste esperienze dimostrano come la prevenzione sanitaria non possa più essere separata dalla tutela dell'ambiente. Investire in sostenibilità, qualità dell'aria, verde urbano e monitoraggio ambientale significa oggi proteggere la salute delle persone e costruire comunità più resilienti e sicure per il futuro.

2.3 QUALITÀ DELL'ARIA

Secondo le stime del Global Burden of Disease Study 2023, in Italia l'esposizione al particolato fine ($PM_{2.5}$) è responsabile di circa il 7% dei decessi complessivi e del 4,2% degli anni di vita corretti per disabilità (Disability-Adjusted Life Years, DALYs), indicatore che considera sia gli anni di vita persi per morte prematura sia quelli vissuti in condizioni di malattia o disabilità.

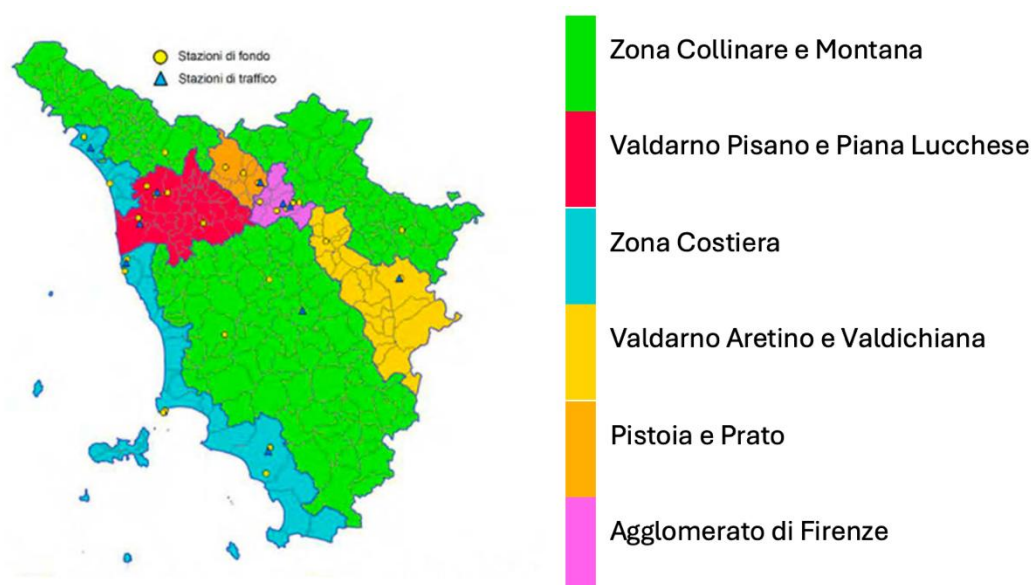
Gli effetti sulla salute possono manifestarsi sia nel breve sia nel lungo periodo. Alcuni inquinanti provocano irritazioni acute o croniche delle vie respiratorie, mentre l'esposizione prolungata al particolato è associata a un aumento della mortalità e dell'incidenza di patologie cardiovascolari e respiratorie, diabete, malattie neurologiche e tumori, in particolare quello del polmone. Una parte rilevante dei decessi attribuibili al particolato riguarda soprattutto la cardiopatia ischemica, l'ictus, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, il tumore del polmone, il diabete e la malattia di Alzheimer.

L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) ha classificato l'inquinamento atmosferico esterno e il particolato in esso presente come cancerogeni certi per l'uomo. Evidenze crescenti indicano inoltre possibili associazioni con le patologie neurodegenerative e con alcuni esiti avversi della gravidanza e del periodo neonatale.

L'inquinamento atmosferico può produrre effetti anche sugli ecosistemi, alterando la qualità dell'aria, del suolo e delle acque. Le deposizioni acide, comunemente indicate come piogge acide, sono legate soprattutto alle emissioni di ossidi di zolfo e di azoto.

In Toscana, l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana (ARPAT) monitora sistematicamente la qualità dell'aria mediante una rete di 37 stazioni di rilevamento distribuite sul territorio. Le stazioni sono classificate in base alla loro collocazione e alla tipologia di area e di sorgenti emissive che sono destinate a rappresentare, come riportato nella Figura 1 e nella 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. La normativa nazionale attualmente vigente è rappresentata dal D.Lgs. 13 agosto 2010, n. 155 e successive modificazioni e integrazioni. Tale disciplina dovrà essere adeguata alla Direttiva (UE) 2024/2881 entro dicembre 2026; i nuovi e più restrittivi valori limite europei dovranno essere conseguiti entro il 1° gennaio 2030.

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.

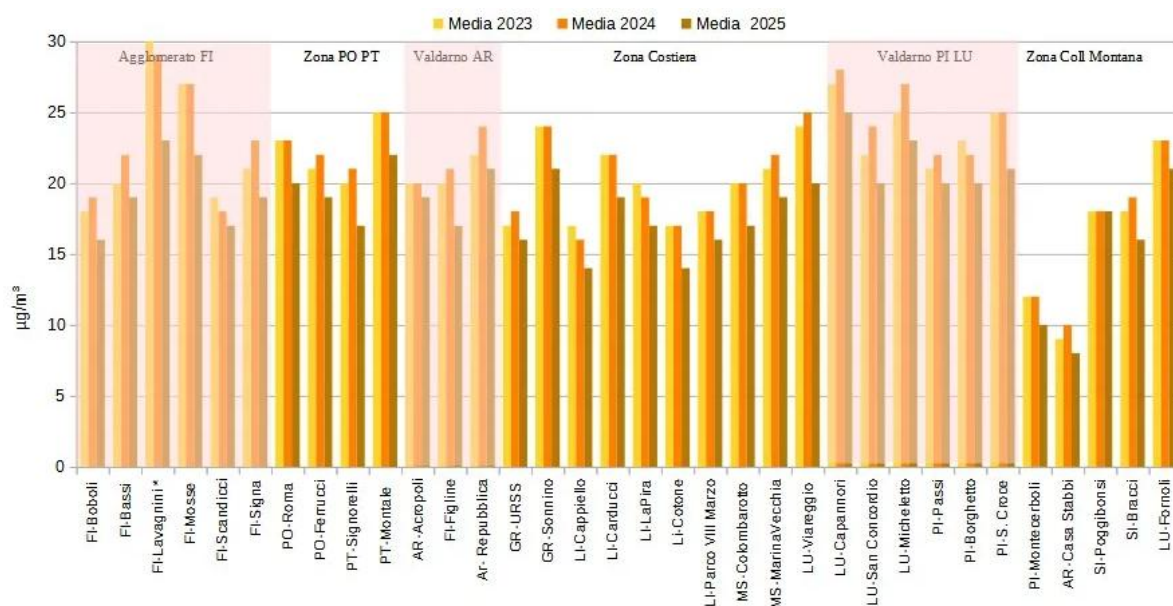
Periodo di mediazione	D.Lgs. 155/2010 – valori limite vigenti	Linee guida OMS 2021	Direttiva (UE) 2024/2881 – valori da rispettare dal 1° gennaio 2030
Media giornaliera	50 µg/m ³	45 µg/m ³	45 µg/m ³
Superamenti della soglia giornaliera	Non più di 35 giorni all'anno oltre 50 µg/m ³	99° percentile, equivalente a circa 3–4 giorni all'anno oltre 45 µg/m ³	Non più di 18 giorni all'anno oltre 45 µg/m ³
Media annuale	40 µg/m ³	15 µg/m ³	20 µg/m ³

Nel 2025, la qualità dell'aria in Toscana, con riferimento al particolato PM10, ha mostrato un miglioramento rispetto all'anno precedente. La media regionale annuale è infatti scesa a 19 µg/m³, rispetto ai 21,7 µg/m³ registrati nel 2024 e ai 21 µg/m³ del 2023.

Tutte le stazioni situate nel territorio dell'AUTC, analogamente a quanto osservato a livello regionale, hanno rispettato sia il valore limite annuale di 40 µg/m³ sia il limite massimo di 35 superamenti annui della concentrazione media giornaliera di 50 µg/m³, mantenendosi pertanto entro i limiti stabiliti dal D.Lgs. 155/2010.

Dal confronto con il biennio precedente emerge inoltre che, in tutti i siti di monitoraggio, le concentrazioni medie annuali registrate nel 2025 sono risultate inferiori sia alla media dei due anni precedenti (Figura 2).

Figura 2. Medie annuali di PM10 - confronto ultimo triennio. Fonte: ARPAT.



Per il sito di FI-Lavagnini il confronto è stato effettuato con i valori registrati nel 2023 e 2024 presso la stazione di FI-Gramsci. Il sito di via Lavagnini sostituisce quello di FI-Gramsci

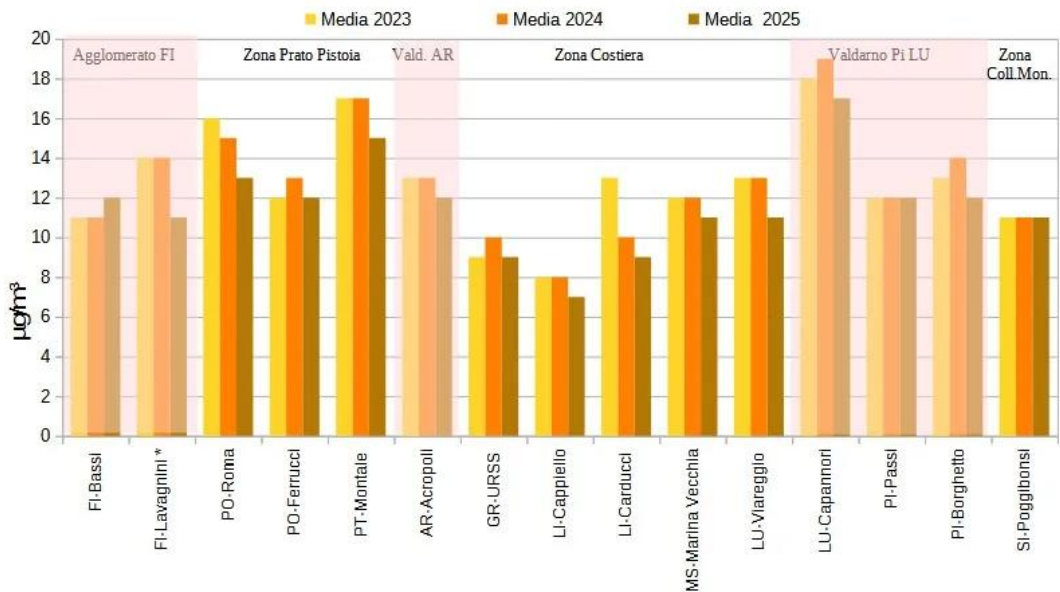
Tuttavia, nessuna delle stazioni situate nel territorio dell'AUTC ha rispettato il valore guida annuale dell'Organizzazione mondiale della sanità, pari a $15 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Ciò indica la persistenza di concentrazioni di PM_{10} superiori ai livelli raccomandati per la tutela della salute, soprattutto nei siti urbani maggiormente influenzati dal traffico.

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.

Periodo di mediazione	D.Lgs. 155/2010 – valore limite vigente	Linee guida OMS 2021	Direttiva (UE) 2024/2881 – valore limite da rispettare dal 1° gennaio 2030
Media annuale	25 µg/m³	5 µg/m³	10 µg/m³

Anche nel 2025, tutte le stazioni della Toscana hanno rispettato il valore limite annuale per il PM_{2,5} stabilito dal D.Lgs. 155/2010, pari a 25 µg/m³, come avviene stabilmente dall’inizio del monitoraggio di questo inquinante. La media regionale è lievemente diminuita rispetto al 2023, passando da 13 a 12 µg/m³. Il valore più elevato è stato registrato, ancora una volta, presso la stazione LU-Capannori, con una media annuale di 17 µg/m³; la stazione PT-Montale ha rilevato il secondo valore più alto a livello regionale, pari a 15 µg/m³. Nonostante il rispetto del limite normativo e sebbene, in quasi tutti i siti della rete regionale, i valori medi di PM_{2,5} siano risultati inferiori rispetto agli anni precedenti (Figura 3), tutte le stazioni dell’agglomerato fiorentino e delle zone di Prato e Pistoia hanno registrato concentrazioni superiori al valore guida annuale raccomandato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, pari a 5 µg/m³.

Figura 3. Medie annuali di PM2.5 - confronto ultimo triennio. Fonte: ARPAT.



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.

Periodo di mediazione	D.Lgs. 155/2010 – valori limite vigenti	Linee guida OMS 2021	Direttiva (UE) 2024/2881 – valori da conseguire entro il 1° gennaio 2030
Media annuale	40 µg/m ³	10 µg/m ³	20 µg/m ³
Media giornaliera	Non prevista	25 µg/m ³ , calcolati come 99° percentile delle medie giornaliere, corrispondente a circa 3–4 giorni di superamento all'anno	50 µg/m ³ , da non superare più di 18 volte per anno civile
Media oraria	200 µg/m ³ , da non superare più di 18 volte per anno civile	200 µg/m ³ *	200 µg/m ³ , da non superare più di 3 volte per anno civile

* Valore guida orario stabilito dall'OMS nel 2005 e mantenuto valido nell'aggiornamento del 2021; non è indicato un numero massimo annuo di superamenti.

Per quanto riguarda il biossido di azoto, nel 2025 si conferma la tendenza decrescente osservata negli ultimi anni, con il rispetto dei limiti normativi in tutto il territorio regionale. Per il secondo anno consecutivo, nessuna stazione della Toscana ha superato il valore limite annuale di 40 µg/m³ stabilito dal D.Lgs. 155/2010. La concentrazione media annuale più elevata a livello regionale, pari a 32 µg/m³ e corrispondente all'80% del limite normativo, è stata registrata presso la stazione di traffico FI-Lavagnini, che ha sostituito FI-Gramsci, storicamente la stazione più critica della rete regionale.

Anche il limite relativo alla concentrazione media oraria, pari a 200 µg/m³ e da non superare più di 18 volte nell'anno, è stato rispettato in tutte le stazioni, senza che si verificasse alcun superamento.

Rispetto al valore guida annuale raccomandato dalle Linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità del 2021, pari a 10 µg/m³, si rilevano tuttavia valori superiori in tutte le stazioni situate nel territorio dell'AUTC, con la sola eccezione della stazione di fondo FI-Settignano. A livello regionale, le stazioni di traffico hanno registrato una concentrazione media annuale di 23 µg/m³, doppia rispetto a quella delle stazioni di fondo, pari a 11,5 µg/m³, confermando il rilevante contributo delle emissioni da traffico veicolare alle concentrazioni di biossido di azoto.

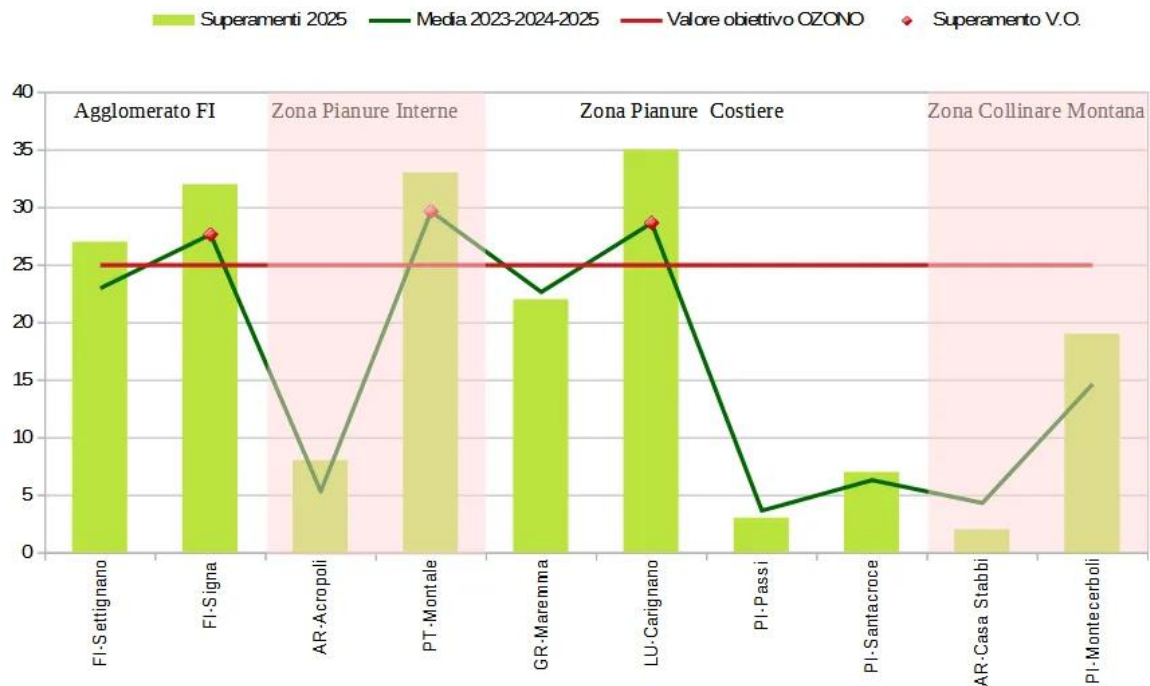
OZONO (O₃)

L'ozono troposferico è un inquinante secondario che si forma nell'atmosfera attraverso reazioni fotochimiche tra altri inquinanti, favorite dall'intensa radiazione solare e dalle alte temperature. Le concentrazioni possono risultare più elevate nelle aree suburbane e rurali, lontane dalle principali sorgenti emissive, anche per la minore presenza di monossido di azoto, che nei centri urbani contribuisce alla rimozione dell'ozono. È fortemente irritante per le mucose e per l'apparato respiratorio e può determinare effetti particolarmente rilevanti nei soggetti più vulnerabili. È inoltre fitotossico.

Parametro	D.Lgs. 155/2010 – valore obiettivo vigente	Linee guida OMS 2021	Direttiva (UE) 2024/2881 – valore obiettivo dal 1° gennaio 2030
Massima media giornaliera su 8 ore	120 µg/m ³ , da non superare per più di 25 giorni per anno civile, come media su tre anni	100 µg/m ³ , calcolati come 99° percentile, corrispondente a circa 3–4 giorni di superamento all'anno	120 µg/m ³ , da non superare per più di 18 giorni per anno civile, come media su tre anni

L'ozono si conferma una criticità significativa nel territorio dell'AUTC, come più in generale nell'intera regione. Nel 2025, tre delle quattro stazioni presenti nel territorio aziendale - FI-Settignano, FI-Signa e PT-Montale - hanno registrato più di 25 giorni nei quali la massima media giornaliera su 8 ore ha superato 120 µg/m³ (Figura 4). Tuttavia, considerando la media del triennio 2023-2025, utilizzata per la verifica del valore obiettivo per la protezione della salute umana, il limite di 25 superamenti annui non è stato rispettato soltanto nelle stazioni FI-Signa e PT-Montale. FI-Settignano e PI-Santa Croce hanno invece rispettato il valore obiettivo normativo.

Figura 4. Ozono: valore obiettivo per la salute. Superamenti della media mobile su 8 ore di 120 µg/m³.
Fonte: ARPAT.



ALTRI INQUINANTI

Benzene	Composto organico volatile, incolore, presente nei carburanti e prodotto anche dai processi di combustione. Nell'aria urbana deriva principalmente dalle emissioni del traffico veicolare e dall'evaporazione dei carburanti. È monitorato perché classificato come cancerogeno certo per l'uomo e associato, in particolare, all'insorgenza della leucemia mieloide acuta e di altre patologie del sistema emolinfopoietico.
CO (Monossido di carbonio)	Gas incolore e inodore che si forma durante la combustione incompleta di combustibili, soprattutto in impianti termici e motori. È pericoloso perché si lega all'emoglobina formando carbossiemoglobina e riduce la capacità del sangue di trasportare ossigeno ai tessuti.
SO₂ (Biossido di zolfo)	Gas irritante prodotto principalmente dalla combustione di combustibili contenenti zolfo e da alcuni processi industriali. Può provocare effetti sull'apparato respiratorio, contribuire alla formazione di particolato secondario e favorire i fenomeni di acidificazione delle precipitazioni e degli ecosistemi.
H₂S (Idrogeno solforato)	Gas che può avere origine naturale, in particolare nelle aree geotermiche, o derivare da determinate attività industriali. È caratterizzato dal tipico odore di uova marce, percepibile anche a concentrazioni molto basse. A

	concentrazioni più elevate può provocare irritazione delle mucose e disturbi a carico dell'apparato respiratorio e del sistema nervoso.
IPA (Idrocarburi Policiclici Aromatici)	Si formano durante la combustione incompleta di combustibili e materiali organici, comprese le biomasse. Le principali sorgenti comprendono il riscaldamento, il traffico e alcune attività industriali. Alcuni IPA presentano proprietà cancerogene e mutagene; il benzo(a)pirene è utilizzato come indicatore del rischio associato a questa classe di sostanze.
Metalli pesanti (As, Cd, Ni, Pb)	Arsenico, cadmio, nichel e piombo sono immessi nell'atmosfera principalmente da attività industriali, processi di combustione e produzione di energia, con contributi differenti a seconda del metallo. Sono monitorati per la loro tossicità, la persistenza nell'ambiente e la possibilità di accumularsi negli organismi e nella catena alimentare. Gli effetti sulla salute variano in base al metallo: arsenico, cadmio e nichel presentano proprietà cancerogene, mentre il piombo esercita soprattutto effetti tossici sul sistema nervoso.

Per quanto riguarda gli inquinanti non precedentemente citati, i dati relativi al 2024, ultimo anno per il quale sono disponibili risultati annuali completi, confermano il quadro complessivamente favorevole già osservato negli anni precedenti.

Per il CO, la massima media giornaliera calcolata su 8 ore è stata registrata presso la stazione FI-Gramsci ed è risultata pari a $4,3 \text{ mg/m}^3$, a fronte di un valore limite di 10 mg/m^3 . Il dato è in aumento rispetto ai valori rilevati nella stessa stazione dal 2020 al 2023 - rispettivamente pari a 2,6, 2,9, 2,0 e $3,3 \text{ mg/m}^3$ - e si avvicina al massimo di $4,5 \text{ mg/m}^3$ registrato nel 2019. Nel complesso, tuttavia, l'andamento delle stazioni regionali mostra oscillazioni contenute, senza una tendenza uniforme all'aumento, e valori che si mantengono ampiamente inferiori al limite normativo.

Per quanto riguarda l'idrogeno solforato (H_2S), in assenza di un valore limite normativo, il rapporto ARPAT assume come riferimento il valore guida dell'Organizzazione mondiale della sanità di $150 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ come media giornaliera. Nel 2024, presso la stazione PI-Santa Croce, unica stazione attiva per questo parametro nel territorio dell'AUTC, la massima media giornaliera è stata pari a $11 \text{ } \mu\text{g/m}^3$, la massima concentrazione oraria a $46 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ e la media annuale a $1 \text{ } \mu\text{g/m}^3$. I valori si sono quindi mantenuti ampiamente inferiori al riferimento sanitario. La soglia indicativa di disturbo olfattivo, pari a $7 \text{ } \mu\text{g/m}^3$, è stata superata nel 2% delle ore di monitoraggio, una percentuale considerata molto contenuta e coerente con l'andamento dell'ultimo decennio.

Anche le concentrazioni di benzene sono risultate nettamente inferiori al valore limite annuale di $5 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ stabilito dal D.Lgs. 155/2010 e al futuro limite europeo di $3,4 \text{ } \mu\text{g/m}^3$ previsto dalla Direttiva (UE) 2024/2881. Nel territorio dell'AUTC, la media annuale più elevata è stata

registrata presso la stazione di traffico FI-Gramsci, con $1,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$, seguita dalle stazioni di fondo FI-Bassi, con $1,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$, e PO-Roma, con $1,1 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Poiché il benzene è un cancerogeno genotossico e non è possibile individuare una soglia di esposizione completamente priva di rischio, resta comunque opportuno perseguire la massima riduzione possibile delle concentrazioni.

Per quanto riguarda gli idrocarburi policiclici aromatici (IPA), nel 2024 le concentrazioni complessive dei sette congeneri monitorati - benzo(a)pirene, benzo(a)antracene, benzo(b)fluorantene, benzo(j)fluorantene, benzo(k)fluorantene, indeno(1,2,3-cd)pirene e dibenzo(a,h)antracene - hanno mostrato differenze rilevanti tra le diverse aree della Toscana. Nel territorio dell'AUTC, la somma delle concentrazioni medie annuali è risultata pari a $1,1 \text{ ng}/\text{m}^3$ presso FI-Bassi, a $1,7 \text{ ng}/\text{m}^3$ presso FI-Gramsci e a $1,3 \text{ ng}/\text{m}^3$ presso PO-Roma. I valori più elevati a livello regionale sono stati invece registrati nelle stazioni di fondo della Piana lucchese, con $4,4 \text{ ng}/\text{m}^3$ a LU-Capannori e $2,6 \text{ ng}/\text{m}^3$ a LU-San Concordio.

Le concentrazioni hanno presentato una marcata stagionalità, con valori più elevati nei mesi freddi e una netta diminuzione nei mesi primaverili ed estivi. Nel sito FI-Bassi, per il quale è disponibile una serie storica specifica, la concentrazione complessiva dei sette congeneri è aumentata da $0,8 \text{ ng}/\text{m}^3$ nel 2023 a $1,1 \text{ ng}/\text{m}^3$ nel 2024, tornando sul valore già registrato nel 2022, ma rimanendo inferiore a quello del 2020, pari a $1,8 \text{ ng}/\text{m}^3$. Nel periodo 2020-2024, pertanto, non emerge per questo sito una tendenza univoca all'aumento. La composizione percentuale della miscela, ossia la distribuzione relativa dei diversi congeneri sul totale, è rimasta inoltre sostanzialmente stabile.

Tra i composti monitorati, particolare rilevanza assume il benzo(a)pirene, per il quale il D.Lgs. 155/2010 stabilisce un valore obiettivo annuale di $1 \text{ ng}/\text{m}^3$. Nel 2024, tale valore è stato rispettato in tutte le stazioni della Toscana. Nel territorio dell'AUTC sono state registrate medie pari a $0,2 \text{ ng}/\text{m}^3$ presso FI-Bassi e PO-Roma e a $0,3 \text{ ng}/\text{m}^3$ presso FI-Gramsci. A livello regionale, il valore più elevato è stato rilevato a LU-Capannori, con $0,9 \text{ ng}/\text{m}^3$, mentre la media complessiva regionale è stata pari a $0,4 \text{ ng}/\text{m}^3$.

Considerando il livello di $0,12 \text{ ng}/\text{m}^3$ associato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità a un rischio aggiuntivo di tumore pari a un caso ogni 100.000 persone esposte per tutta la vita, tutte le stazioni hanno registrato valori superiori, con la sola eccezione di LI-La Pira, dove la media annuale è stata pari a $0,1 \text{ ng}/\text{m}^3$.

Infine, il monitoraggio di arsenico, cadmio, nichel e piombo ha confermato concentrazioni molto basse e ampiamente inferiori ai valori normativi. Le medie annuali di arsenico sono risultate inferiori a $0,4 \text{ ng}/\text{m}^3$ e quelle di nichel inferiori a $2 \text{ ng}/\text{m}^3$ in tutte le stazioni. Nel territorio dell'AUTC, il cadmio ha registrato medie pari a $0,09 \text{ ng}/\text{m}^3$ presso FI-Gramsci e a $0,07 \text{ ng}/\text{m}^3$ presso PO-Roma, a fronte di un valore obiettivo di $5 \text{ ng}/\text{m}^3$. Nelle medesime stazioni, le concentrazioni di piombo sono state rispettivamente pari a $2,5$ e $2,4 \text{ ng}/\text{m}^3$, valori largamente inferiori al limite annuale di $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$, equivalente a $500 \text{ ng}/\text{m}^3$.

2.4 QUALITÀ DELLE ACQUE

A luglio 2025 ARPAT ha pubblicato il rapporto sul monitoraggio ambientale dei corpi idrici superficiali (fiumi, laghi, acque di transizione) relativamente al triennio 2022-2024. 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.

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

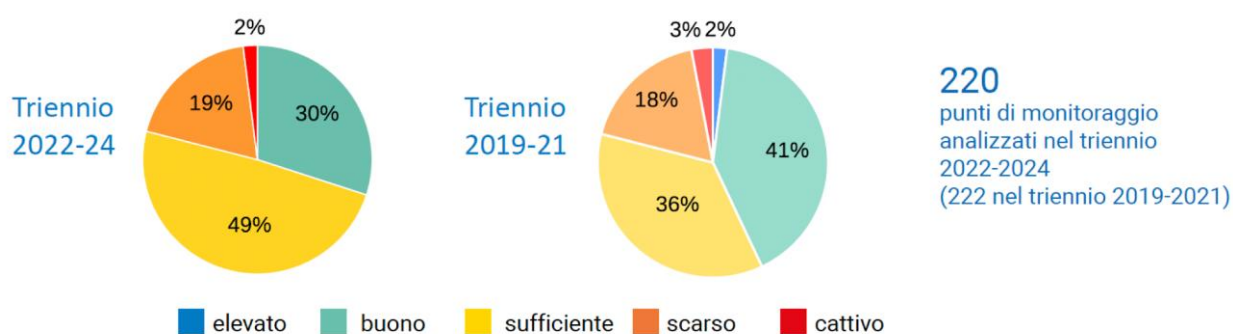
Lo stato ecologico dei fiumi è valutato in base a vari indicatori biologici e chimici, in cui ritroviamo le comunità di macroinvertebrati, macrofite, diatomee, nutrienti, livelli di ossigeno e concentrazioni di sostanze pericolose.

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 dei punti di monitoraggio.

Nel 2022-2024 nessun punto monitorato in Toscana risulta di qualità elevata. La maggior parte dei corsi d'acqua (49%) è in classe “sufficiente”, il 30% buono e quest'ultimo dato risulta in peggioramento rispetto a quanto osservato nel triennio precedente (Figura 5). Dalle analisi, i bioindicatori più sensibili sono i macroinvertebrati e le macrofite.

Figura 5. Stato ecologico - anno 2022-2024, confronto con 2019-21. Fonte: ARPAT, Annuario dati ambientali Toscana 2025.



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 2022-2024, lo stato chimico dei fiumi in Toscana risulta buono nel 55% dei punti monitorati, mentre nel 45% dei casi è classificato come non buono, in lieve peggioramento rispetto al triennio precedente (Figura 6). Tra le sostanze pericolose che mostrano maggiore criticità risultano: il mercurio, l'acido perfluorottansolfonico (PFOS), nichel, piombo, e benzo[a]pirene. Tra i fitofarmaci quelli che mostrano una presenza critica sono: il glifosato il suo metabolita AMPA, e il dimetomorf.

Figura 6. Stato chimico - anno 2022-2024, confronto con 2019-21. Fonte: ARPAT, Annuario dati ambientali Toscana 2025.



FIUMI – DETTAGLI PER PROVINCIA

I dati più recenti disponibili, aggregati per bacino idrico, derivano dagli annuari provinciali pubblicati sul sito ARPAT. In dettaglio:

- Nel 2022-2024, 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, anche se con tratti sufficienti; 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, ma non per il biota. Al contrario, il fiume Bisenzio (tratto di Signa) mostra criticità con stato ecologico scarso e chimico non buono. Anche il Chiesimone, l'Arno-Elsa, la Greve Valle, l'Orme e il Carza presentano uno stato chimico non buono.
- Nel 2022 (ultimi dati disponibili), nella provincia di Prato, il tratto Monte del Bisenzio ha mostrato uno stato ecologico sufficiente e uno stato chimico buono. Il tratto Medio del Bisenzio ha mantenuto uno stato ecologico scarso e uno stato chimico non buono. Lo stato chimico non buono è stato rilevato anche per l'Ombrone.
- Nel 2023 (ultimi dati disponibili), tra i fiumi della provincia di Pistoia, Bura di San Moro, Ombrone Pistoiese Monte, Nievole Monte, Nievole Valle, Pescia di Collodi, Limentra di Sambuca e Sestaione presentano uno stato chimico buono. Brana, Ombrone Pistoiese Medio, Vincio Brandeglio, Cessana, Limestre e Reno Valle hanno uno stato chimico non buono. Stato ecologico buono per Bura di San Moro e Reno Valle e scarso per Brana e Cessana.

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 2022-24, 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, Lago Isola, Calvanella, Mignetto, Fabbrica 1, Chiostrini);
- 3 nella provincia di Pistoia (Giudea, Due Forre, Falchereto);
- 1 nella provincia di Prato (Montachello).

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.

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 almeno 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, tra i laghi e invasi dell'AUTC, il giudizio "buono" è stato attribuito al 90% dei punti monitorati, con l'unico stato "non buono" per le Due Forre, in particolare a causa della presenza di mercurio.

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 38% delle 253 stazioni analizzate nel 2024 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 44%. Il trend delle classificazioni mostra un leggero miglioramento rispetto al 2023 (Figura 7 e Figura 8).

Figura 7. Distribuzione e qualità delle acque sotterranee in Toscana, dati anno 2024. Fonte: Fonte: ARPAT, Annuario dati ambientali Toscana 2025.

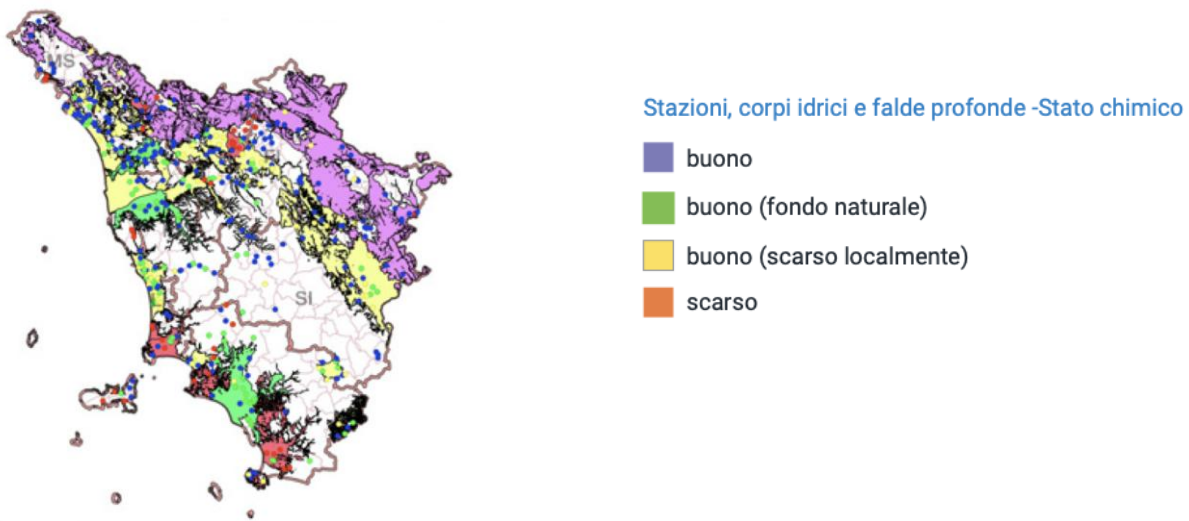
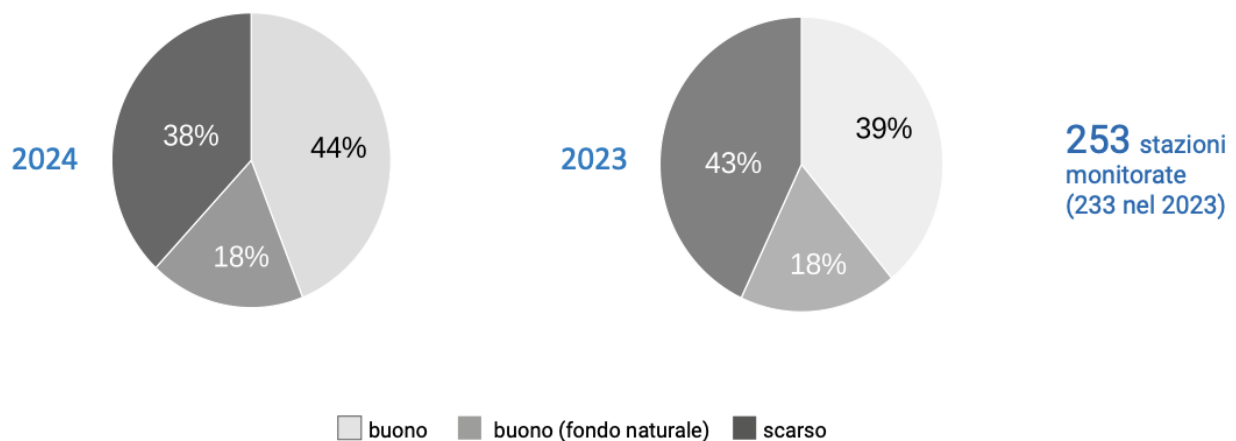


Figura 8. Acque sotterranee - anno 2023, confronto con 2022. Fonte: ARPAT, Annuario dati ambientali Toscana 2024.



In generale, negli ultimi ventitré anni (trend 2002-2024) si è evidenziata una diminuzione dei corpi idrici con stato chimico "buono" e, al contrario, un aumento di quelli in classe "scarso". Il cambiamento è presumibilmente dovuto a pressioni di tipo quantitativo, recentemente accentuate da deficit climatici, con incrementi, oltre i normali valori di fondo naturale, di parametri come manganese, sodio, ferro, conduttività e benzo[a]pirene.

Nel 2023 (ultimi dati disponibili aggregati per provincia), lo stato chimico delle acque sotterranee nell'AUTC è risultato buono per la Piana Firenze, Prato, Pistoia - Zona Pistoia, con alcune criticità locali legate alla presenza di ferro, ione ammonio e cloruro di vinile. Mentre nella Piana Firenze, Prato, Pistoia - Zona Prato lo stato chimico è classificato come scarso, a

causa di elevate concentrazioni di manganese, nitrati, triclorometano, tetracloroetilene-tricloroetilene somma.

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 2022–2024, su 107 stazioni monitorate da ARPAT, nessuna è risultata in classe A1, il 10% è rientrato in A2, il 52% in A3 e il 38% in Sub A3 (Figure 9 e 10). Questi dati confermano le criticità già evidenziate nel triennio precedente.

Figura 9. Esiti del monitoraggio triennio 2022-2024 vs 2021-2023 delle acque destinate alla produzione di acqua potabile in Toscana, percentuali e categorie. Fonte: ARPAT, Annuario dati ambientali Toscana 2025.

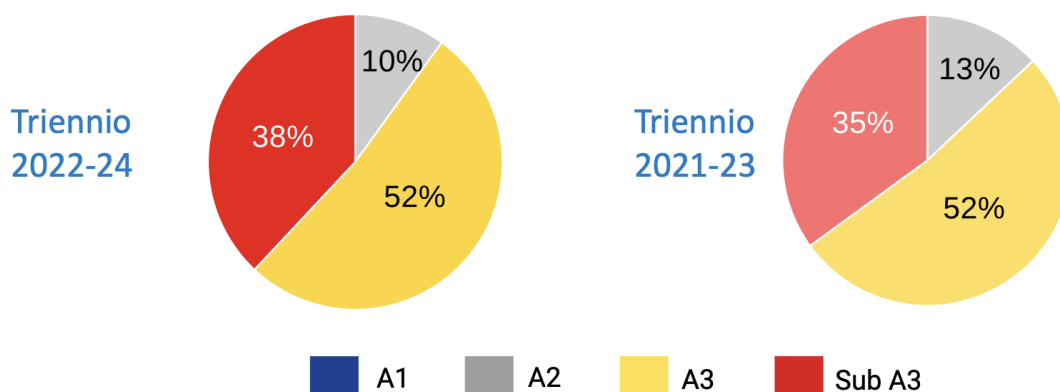
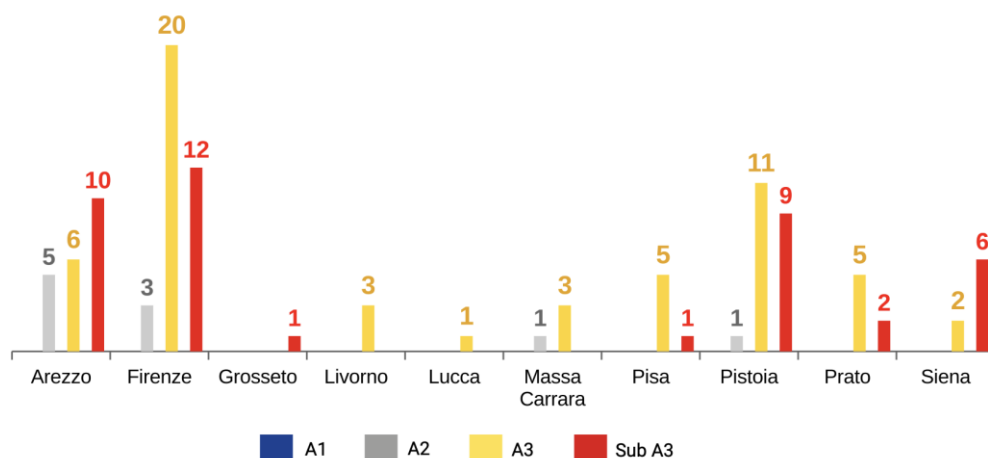


Figura 10. Numero di stazioni di monitoraggio campionate e esiti del monitoraggio delle acque destinate alla produzione di acqua potabile in Toscana, triennio 2022-2024 per provincia. Fonte: ARPAT, Annuario dati ambientali Toscana 2025.

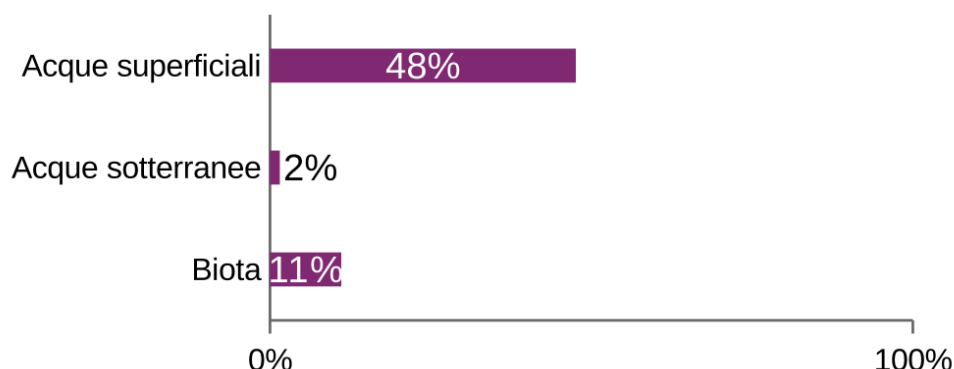


È importante ricordare che queste valutazioni riguardano le acque allo stato grezzo, prelevate da fiumi e invasi, e non si riferiscono all'acqua potabile distribuita alla popolazione, che è sottoposta a controlli specifici di competenza dei Gestori degli impianti di potabilizzazione e delle ASL.

PFAS E 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 2024, oltre la metà delle stazioni ambientali è stata analizzata per la presenza di PFAS nella matrice acqua, e il 6% di quelle previste per il biota, sono state controllate (queste ultime per acido perfluorooottansulfonico). I risultati mostrano un superamento degli standard di qualità ambientale nel 2% delle acque sotterranee e nel 48% delle acque superficiali e 11% nei campioni di pesce (biota) (Figura 11).

Figura 11. Percentuale di stazioni che hanno superato gli standard di riferimento di qualità ambientale nei livelli di PFAS.



Per quanto riguarda la contaminazione da fitofarmaci, ARPAT del 2018 al 2024 ha ricercato fitofarmaci in oltre la metà delle stazioni di monitoraggio, selezionate in base alla presenza di attività agricole e vivaistiche. Nel 2024 il 69% delle stazioni di monitoraggio ambientale delle acque interne è stata sottoposta alla ricerca dei fitofarmaci. Il 14% delle stazioni monitorate per fitofarmaci è risultato compromesso per superamenti dello Standard di Qualità Ambientale (SQA). La situazione peggiore è quella dei fiumi, con il 32% delle stazioni controllate compromesse, seguita da una minima parte delle acque sotterranee (4%); nessuna stazione compromessa invece nei laghi e nelle acque di transizione.

Di particolare interesse è il territorio pistoiese, sede di un'intensa attività vivaistica. Nel 2024 ARPAT ha monitorato la presenza di fitofarmaci in 17 stazioni d'acqua superficiale. In 8 di queste stazioni sono stati riscontrati livelli superiori agli SQA: le 4 stazioni del monitoraggio di indagine specifico dell'area del vivaismo, 3 stazioni poste nell'area del Padule di Fucecchio ed il Torrente Ombrone a Carmignano.

Tra le sostanze più frequentemente rilevate emergono il glifosato e il suo residuo di degradazione AMPA. ARPAT sottolinea che sostanze diverse da Glifosate e AMPA superano gli SQA in maniera sempre meno frequente negli ultimi anni.

Nel 2024 è stato analizzato anche un pozzo sotterraneo dove è stato rinvenuto l'AMPA. Di segno incoraggiante è invece il dato relativo alle acque destinate alla potabilizzazione, tutte in classe A1, e per le quali non viene mai superato nei singoli campioni nemmeno il valore cautelativo.

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.

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 superano gli standard di qualità ambientale. I fitofarmaci rappresentano un'ulteriore problematica, in particolare nell'area vivaistica pistoiese.

3. STILI DI VITA

I sistemi di sorveglianza **PASSI** (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), rivolto alla popolazione adulta di 18–69 anni, e **PASSI d'Argento**, dedicato alle persone di 65 anni e oltre, insieme all'indagine **EDIT** (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica Stradale in Toscana), rivolta agli adolescenti toscani di 14–19 anni, consentono di descrivere la distribuzione dei comportamenti connessi alla salute tra i residenti dell'Azienda USL Toscana Centro e di confrontarla con quella regionale.

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 è un sistema di sorveglianza nazionale, attivo dal 2009 e dedicato alla popolazione di 65 anni e oltre. Le interviste sono condotte telefonicamente da personale appositamente formato delle Aziende sanitarie, su campioni casuali estratti dalle anagrafi sanitarie. La sorveglianza raccoglie informazioni sulle condizioni di salute, sull'autonomia funzionale, sugli stili di vita e sul supporto sociale. Si riportano di seguito i dati relativi al 2021.

EDIT è 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 circa 5.000 studenti delle scuole secondarie di secondo grado, di età compresa tra 14 e 19 anni. L'indagine esplora numerosi ambiti, tra cui i comportamenti alla guida, l'uso di sostanze, l'attività fisica e le abitudini alimentari. Nel 2025 il questionario è stato ampliato con due nuove sezioni, dedicate rispettivamente alla consapevolezza e agli episodi di violenza psicologica o fisica nei rapporti di coppia e alla sensibilità e alle opinioni sulle tematiche ambientali e di sostenibilità. I questionari sono somministrati in formato digitale, con registrazione delle risposte in tempo reale. La settima edizione dell'indagine ha aggiornato i dati al 2025. Dal 2022, i risultati sono disponibili esclusivamente a livello di Azienda sanitaria e non più di zona-distretto.

L'AUTC, 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. Per ciascun anno, i valori si riferiscono al biennio mobile comprendente l'anno indicato e quello precedente; ad esempio, i dati attribuiti al 2024 riguardano il biennio 2023–2024. Tale modalità consente di garantire una maggiore stabilità delle stime.

3.1 FUMO

La Figura 1 mostra l'andamento della prevalenza di fumatori nella popolazione adulta di 18–69 anni, dal quadriennio 2012–2015 al quadriennio 2021–2024, confrontando le tre Aziende USL con la media regionale. I dati confermano, tra gli adulti toscani, una significativa riduzione della prevalenza del fumo negli ultimi quindici anni e un progressivo allineamento tra l'AUTC e la media regionale. È importante sottolineare che l'indicatore considera esclusivamente il consumo di sigarette tradizionali.

Tra gli uomini si conferma una progressiva riduzione della prevalenza di fumatori a partire dal quadriennio 2018–2021. Tra le donne, dopo un andamento sostanzialmente stabile dal quadriennio 2017–2020, nel periodo 2021–2024 si osserva una diminuzione. Nel periodo 2021–2024, la prevalenza di fumatrici nell'AUTC è pari al 20,0%, sostanzialmente in linea con il valore regionale del 19,7%. Nel corso del periodo osservato, il dato aziendale si è mantenuto generalmente superiore a quello regionale, sebbene la differenza si sia progressivamente ridotta. Tra gli uomini, la prevalenza di fumatori nell'AUTC è pari al 24,0%, rispetto al 23,8% registrato a livello regionale. Anche in questo caso, il divario si è gradualmente ridotto, fino a raggiungere valori pressoché sovrapponibili.

Figura 1. Percentuale quadriennale di adulti fumatori di sigarette tradizionali, di età compresa tra 18 e 69 anni, in Toscana e nelle tre Aziende USL, dal periodo 2012–2015 al periodo 2021–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2025.



Nel 2024, ultimo anno disponibile, la percentuale di fumatori nell'AUTC è pari al 21,9%, valore prossimo alla media regionale del 20,5%. L'AUTC si colloca pertanto nella fascia di valutazione «ottima», corrispondente a valori non superiori al 24%, secondo il Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.¹

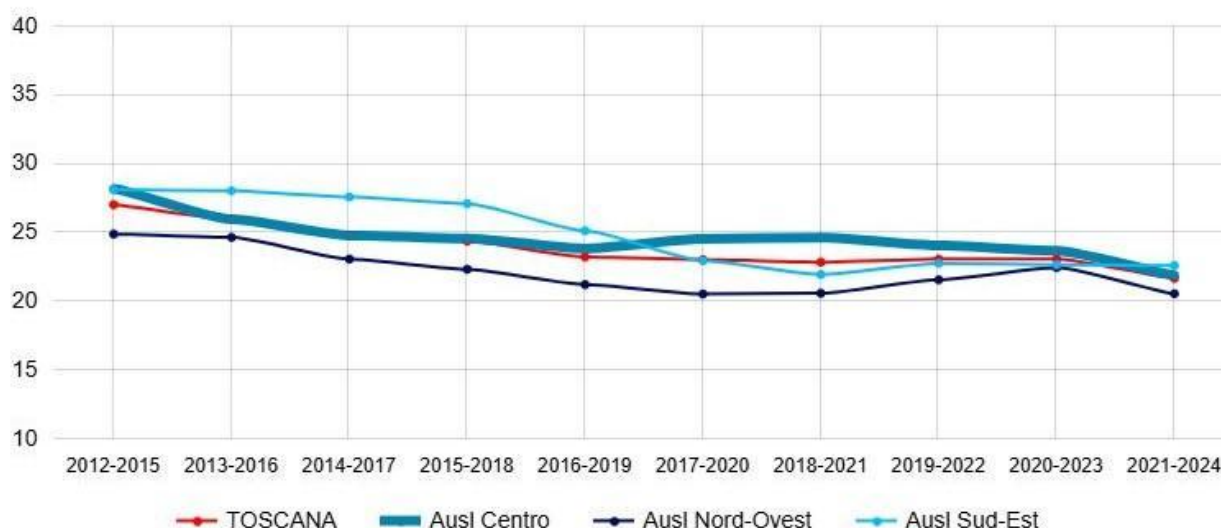
¹ I dati caricati dal Sistema di Valutazione delle Performance relativi agli stili di vita per l'anno 2024 si riferiscono al biennio 2023-2024.

La Figura 2 mostra l'andamento della percentuale di adulti di 18–69 anni che dichiarano di non avere mai fumato sigarette tradizionali, nelle tre Aziende USL toscane e nell'intera regione, dal quadriennio 2012–2015 al quadriennio 2021–2024. Nell'AUTC si osserva una crescita progressiva di questa quota, passata dal 51,3% al 59,5%. Inizialmente inferiore alla media regionale, dal periodo 2016–2019 il valore aziendale si è sostanzialmente allineato a quello toscano, mantenendo un andamento favorevole.

Tra gli uomini si è osservata una crescita pressoché costante, seguita da una stabilizzazione nel quadriennio 2021–2024. Tra le donne, invece, l'andamento è stato più variabile: dopo un aumento fino al periodo 2014–2017, la quota si è ridotta fino al 2018–2021, per poi tornare a crescere negli ultimi periodi considerati.

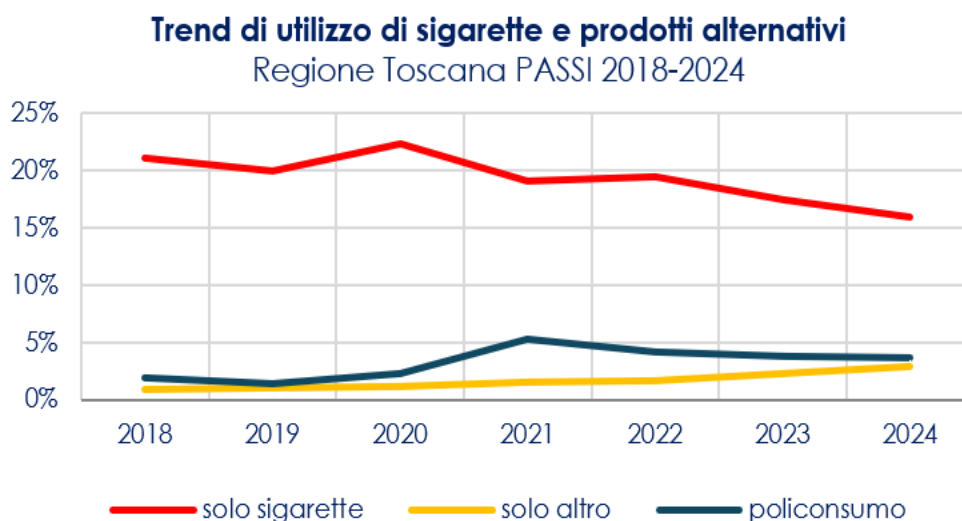
Nel periodo 2021–2024, le donne dell'AUTC che dichiarano di non avere mai fumato rappresentano il 64,4%, valore sostanzialmente in linea con quello regionale del 65,3%. Nel corso del periodo osservato, il dato aziendale è rimasto generalmente prossimo a quello regionale, risultando lievemente inferiore nei periodi compresi tra il 2016–2019 e il 2019–2022. Tra gli uomini, la quota di coloro che non hanno mai fumato è pari al 54,4% nell'AUTC e al 56,6% a livello regionale. L'andamento è complessivamente simile a quello osservato tra le donne, ma nell'ultimo periodo il valore aziendale risulta inferiore a quello regionale

Figura 2. Percentuale quadriennale di adulti di 18–69 anni che dichiarano di non avere mai fumato sigarette tradizionali, in Toscana e nelle tre Aziende USL, dal periodo 2012–2015 al periodo 2021–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2025.



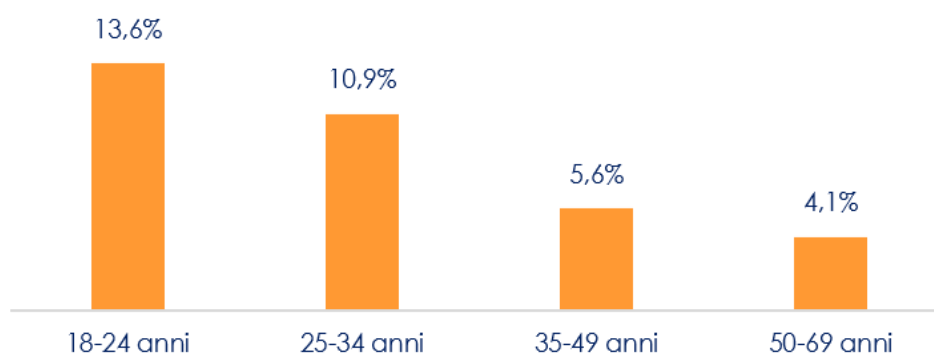
Questo indicatore è un segnale favorevole sul fronte della prevenzione, ma va interpretato tenendo conto del fatto che non include altre forme di consumo di nicotina. Negli ultimi anni, tuttavia, si osserva una crescente diffusione di nuove modalità di consumo di nicotina, come sigarette elettroniche 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 percezione di una minore nocività rispetto alle sigarette tradizionali, unita alla possibilità di riprodurre modalità di consumo simili a quelle del fumo, può avere contribuito alla crescente diffusione di questi prodotti. La riduzione del numero di fumatori di sigarette tradizionali potrebbe quindi riflettere, almeno in parte, uno spostamento verso modalità alternative di consumo della nicotina, più che una completa cessazione, soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione adulta. (Figura 4).

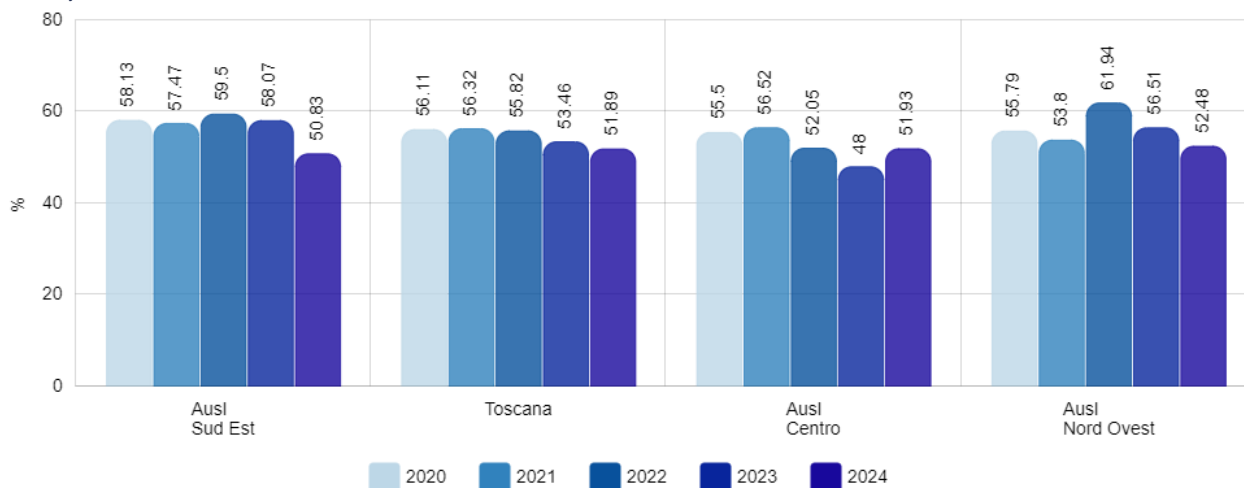
Figura 4. Percentuale di utilizzo di prodotti alternativi alle sigarette tradizionali, quali sigarette elettroniche e dispositivi a tabacco riscaldato, per classe di età nella popolazione adulta di 18–69 anni residente in Toscana, anni 2023–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: UFC Igiene Pubblica e Nutrizione Prato.



Nel 2024, poco più della metà dei fumatori dell'AUTC riferisce di avere ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, una percentuale ancora inferiore alla media regionale (Figura 5). Si tratta di un intervento di prevenzione semplice, poco oneroso ed efficace, che tuttavia ha mostrato una diffusione decrescente negli ultimi anni:

nell'AUTC il valore è diminuito costantemente dal 2020, raggiungendo il minimo del 48% nel 2023, per poi mostrare una parziale ripresa nel 2024, senza 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.

Secondo l'indagine EDIT 2025, nell'AUTC il 15,0% dei ragazzi di 14-19 anni **fuma regolarmente sigarette tradizionali**, valore sostanzialmente in linea con la media regionale del 14,8% e inserito in un andamento complessivamente decrescente. Tra i ragazzi, la prevalenza aziendale è pari al 15,4%, rispetto al 14,9% regionale. L'andamento aziendale è generalmente sovrapponibile a quello toscano, ad eccezione del 2018, quando il valore dell'AUTC risultava inferiore. Tra le ragazze, i valori aziendali e regionali mostrano un andamento analogo e, nell'ultima rilevazione, risultano entrambi pari al 14,6%.

La quota di coloro che riferiscono di fumare **più di dieci sigarette al giorno** è invece aumentata dal 29,7% del 2022 al 34,6% del 2025, valore superiore al 32,8% regionale. Tra i ragazzi, i valori aziendali erano inferiori a quelli regionali dal 2015, ma nel 2025 sono aumentati fino a superarli, raggiungendo il 43,6% nell'AUTC rispetto al 40,3% regionale. Tra le ragazze, il dato aziendale è sostanzialmente in linea con quello regionale e nel 2025 i due valori risultano pressoché coincidenti: 24,4% nell'AUTC e 24,6% in Toscana.

In crescita continua è anche l'uso delle **sigarette elettroniche** che è passato dal 23,8% (AUTC) del 2022, al 31,6% del 2025, crescita che si registra anche a livello regionale (2022: 22,6%; 2025: 31,6%). La crescita è costante anche per il consumo regolare di sigarette elettroniche che aumenta dal 33,0% al 35,2% per l'AUTC, mentre a livello regionale passa dal 31,6% al 35,5%. Il trend aziendale sia per i maschi che per le femmine risulta sovrapponibile a quello regionale, anche se per i maschi risulta nel 2025 leggermente inferiore (AUTC: 25,6%; RT:

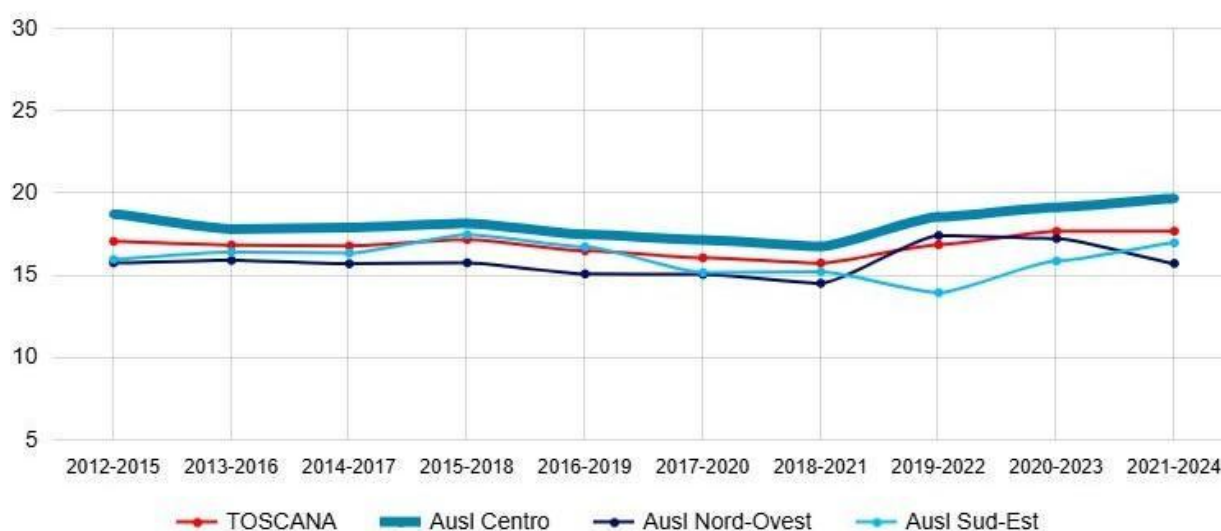
26,5%), mentre nelle femmine risulta sempre leggermente superiore (AUTC: 38,1%; RT: 37,0%).

La quota di adolescenti dell'AUTC che **non ha mai provato a fumare** è pari al 51,6%, sostanzialmente in linea con il valore regionale del 51,3%, e mostra un andamento crescente. Dal 2011, tra i ragazzi, l'andamento aziendale è analogo a quello regionale, con valori nel 2025 pari rispettivamente al 54,7% e al 55,6%. Tra le ragazze, l'andamento è più variabile, con alternanza di valori aziendali inferiori o superiori a quelli regionali; nel 2025 la quota è pari al 48,4% nell'AUTC e al 46,8% in Toscana.

3.2 ALCOL

A partire dal quadriennio 2018–2021, nell'AUTC la percentuale di adulti di 18–69 anni con un consumo di alcol a maggior rischio mostra un andamento crescente. Tale tendenza si conferma nel quadriennio 2021–2024, quando la prevalenza raggiunge il 19,7%, rispetto al 17,7% regionale. (Figura 6). L'aumento interessa entrambi i sessi: tra gli uomini si osserva dopo un periodo di relativa stabilità, mentre tra le donne l'andamento crescente è più continuo. Nel periodo 2021–2024 diminuiscono la quota di persone con consumo abituale elevato, pur con una lieve risalita tra gli uomini, e quella dei bevitori con episodi di consumo eccessivo occasionale; continua invece ad aumentare il consumo prevalentemente o esclusivamente fuori pasto.

Figura 6. Percentuale triennale di adulti (18–69 anni) che dichiarano un consumo abituale elevato e/o un consumo binge e/o un consumo fuori pasto, in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2012–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2025.



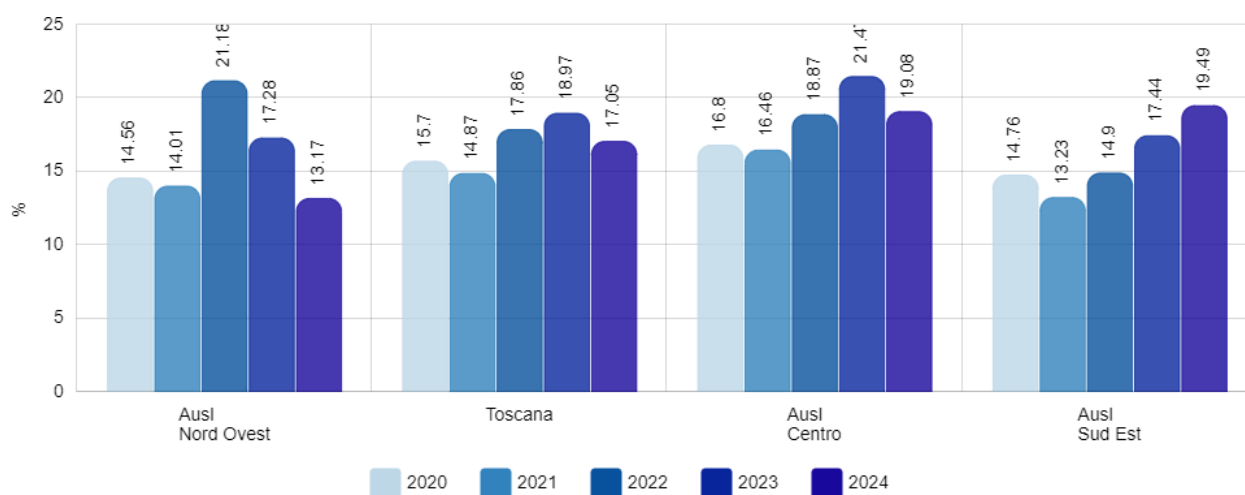
Nel 2024 (ultimo anno disponibile), la percentuale di adulti nell'AUTC che riferiscono un **consumo di alcol a maggior rischio** si è attestata al 19,1%, segnando un'interruzione del

trend in crescita osservato negli anni precedenti (Figura 7). L'indicatore comprende le modalità di consumo di alcol considerate maggiormente dannose per la salute:

- 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 la presenza di almeno una di queste condizioni perché una persona sia classificata come consumatore a maggior rischio. Si tratta pertanto di un indicatore composito, utile a individuare i comportamenti maggiormente problematici e a 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 eccessivo di alcol.

Figura 7. 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.



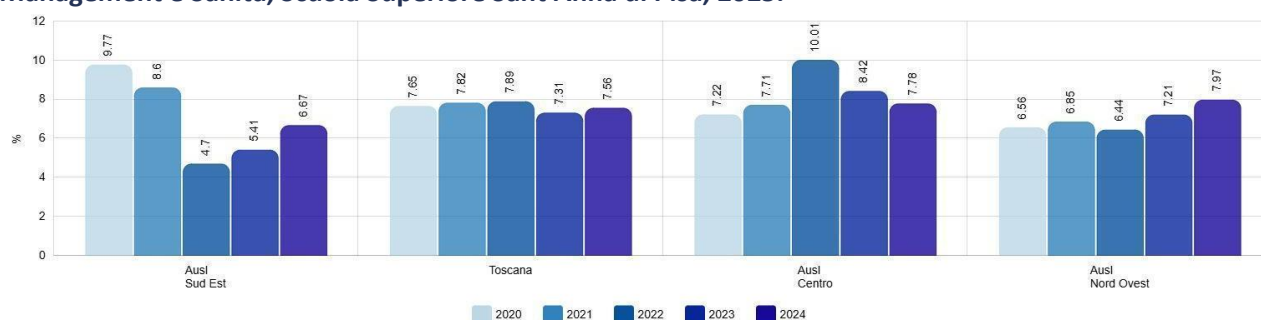
In relazione al consumo di alcol **nella popolazione anziana**, l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di non superare 1 unità alcolica al giorno (circa un bicchiere di vino). In AUTC, il 19,9% delle persone con più di 64 anni dichiara di superare questa soglia giornaliera.

Nell'AUTC i **ragazzi** di 14-19 anni che dichiarano di aver avuto almeno una **ubriacatura** nei 12 mesi precedenti l'intervista sono il 38,6%, valore sostanzialmente in linea con quello regionale del 38,9%. Negli anni precedenti il comportamento risultava più frequente tra le ragazze; nel 2025, invece, la prevalenza è maggiore tra i ragazzi, con valori rispettivamente pari al 39,8% e al 37,3%.

La prevalenza di adolescenti di 14-19enni che ha dichiarato di aver avuto episodi di **binge drinking** (consumo eccessivo occasionale) nell'ultimo anno è pari al 35,4%, valore inferiore alla media regionale del 36,9%.

Nel 2024 (ultimo anno disponibile), 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 8) e classificato nella fascia di valutazione “buona” secondo il Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. Considerato l’elevato impatto di questo comportamento sulla salute e il fatto che il consiglio sanitario rappresenta un intervento semplice ma efficace, permane un ampio margine di miglioramento nella diffusione di tale pratica.

Figura 8. 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.

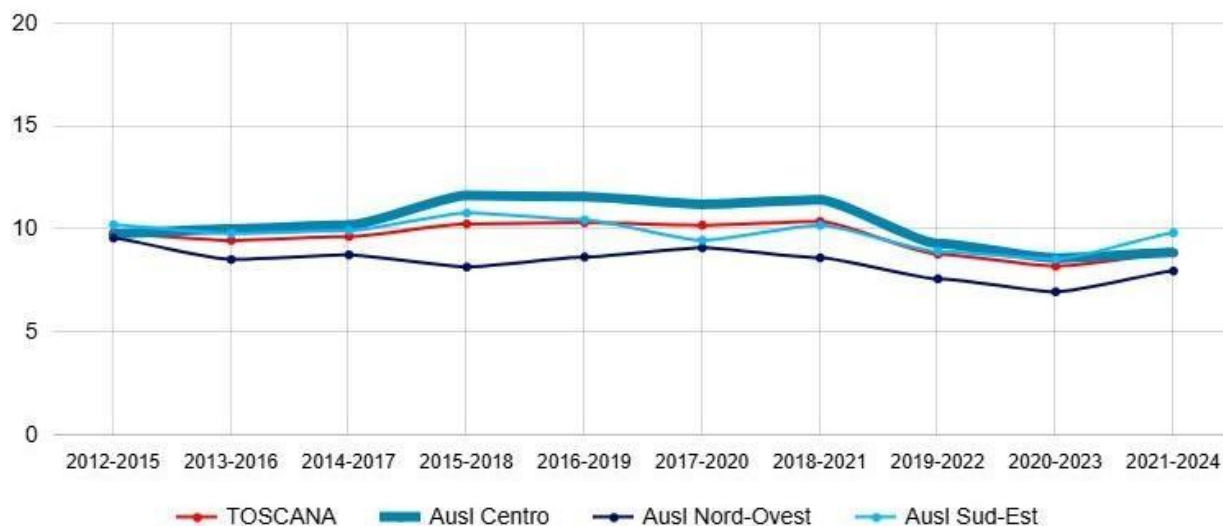


Il 14,3% degli adolescenti di 14-19 anni ha utilizzato **sostanze psicotrope illegali** almeno una volta nell’ultimo anno, valore sostanzialmente in linea con la media regionale del 13,9%. Rispetto al 2022 si osserva una marcata diminuzione sia nell’AUTC, dove la prevalenza è passata dal 24,6% al 14,3%, sia a livello regionale, dove è scesa dal 23,1% al 13,9%. La riduzione interessa sia i ragazzi, dal 26,2% al 15,9%, sia le ragazze, dal 22,9% al 12,6%.

3.3 CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Nel periodo 2021–2024, la quota di adulti che consuma almeno cinque porzioni giornaliere di **frutta e verdura**, come raccomandato per la prevenzione delle malattie croniche, è pari all’8,9% nell’AUTC, valore identico alla media regionale. La prevalenza è maggiore tra le donne, pari all’11,0%, rispetto agli uomini, pari al 6,8%. A partire dal periodo 2018–2021 si osserva, sia nell’AUTC sia in Toscana, un andamento complessivamente decrescente, seguito da una lieve ripresa nell’ultimo quadriennio (Figura 9).

Figura 9. 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 2012–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2025.



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.

Nel 2025, la quota di adolescenti di 14-19 anni dell'AUTC che dichiara di consumare **almeno tre porzioni giornaliere di frutta e verdura** è pari al 23,9%, valore inferiore alla media regionale del 25,3%. Il consumo mostra un andamento crescente in entrambi i sessi. Tra le ragazze la prevalenza è pari al 25,9%, inferiore al 28,8% regionale, mentre tra i ragazzi raggiunge il 22,0%, valore sostanzialmente coincidente con quello regionale del 21,9%.

La quota di giovani che dichiara di consumare **almeno cinque porzioni giornaliere di frutta e verdura** è pari al 3,9%, valore identico alla media regionale e in crescita, in entrambi i sessi, rispetto all'indagine EDIT del 2022.

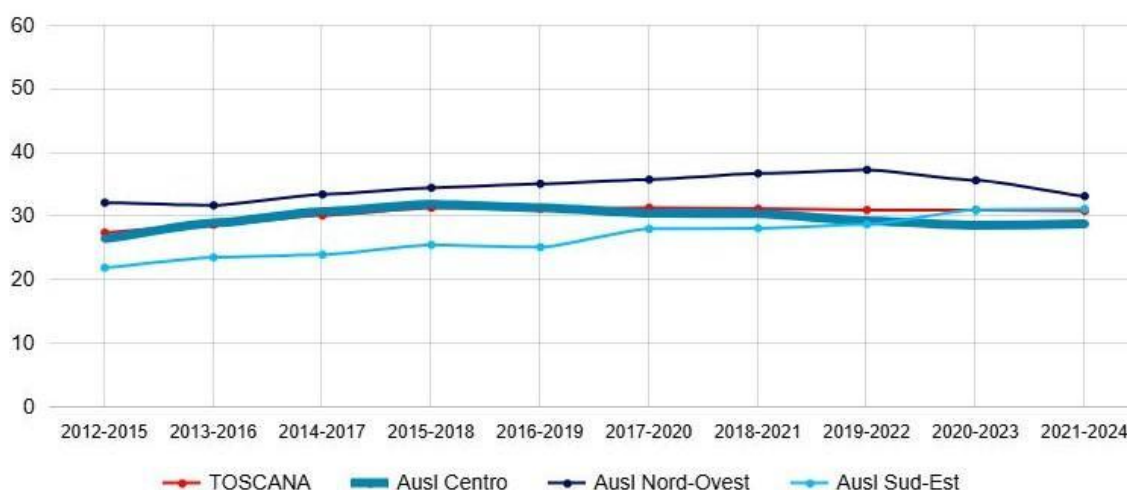
La quota di ragazzi e ragazze dell'AUTC che consuma **almeno una volta al giorno spuntini dolci e/o salati** è diminuita rispetto alla precedente indagine del 2022, passando dal 42,6% al 40,2%, ma rimane superiore alla media regionale del 39,2%.

3.4 SEDENTARIETÀ E ATTIVITÀ FISICA

La sedentarietà rappresenta un importante fattore di rischio per numerose patologie croniche, tra cui diabete, malattie cardiovascolari, tumori, osteoporosi e depressione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce sedentario qualsiasi comportamento svolto durante la veglia in posizione seduta, reclinata o sdraiata e caratterizzato da un dispendio energetico molto basso. Nell'ambito della sorveglianza PASSI, è considerata sedentaria la persona che non svolge un lavoro fisicamente impegnativo e non pratica attività fisica nel tempo libero.

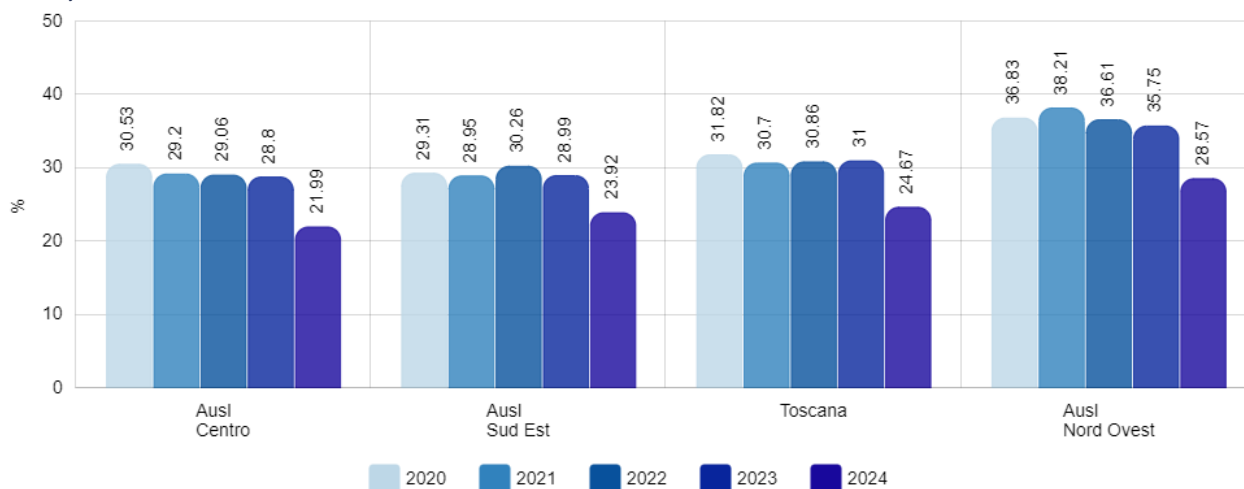
Nel quadriennio 2021–2024, ultimo periodo disponibile, la percentuale di adulti sedentari residenti nell'AUTC è rimasta sostanzialmente stabile, passando dal 28,7% del periodo precedente al 28,9%, e risulta inferiore alla media regionale del 30,9% (Figura 10). La sedentarietà è più frequente tra le donne rispetto agli uomini, con valori rispettivamente pari al 31,5% e al 26,2%.

Figura 10. Percentuale di adulti (18–69 anni) sedentari, in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2012–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2025.



Nel periodo 2020–2024, la percentuale di adulti sedentari residenti nell'AUTC ha mostrato un andamento favorevole, diminuendo dal 30,5% al 22,0%, con valori tendenzialmente più elevati tra le donne. Nel 2024 l'AUTC si colloca nella fascia di valutazione «media» del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana e presenta un valore migliore rispetto alla media regionale del 24,7% (Figura 11).

Figura 11. Percentuale di adulti sedentari (18–69 anni) 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.



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.

Il 27,8% della popolazione toscana over 65 risulta essere **sedentaria**.

L’indicatore relativo ai programmi di **Attività Fisica Adattata**, rivolti alle persone con bassa o alta disabilità e previsti dalle azioni regionali di sanità di iniziativa per il contrasto alle malattie croniche, valuta il livello di attivazione dei programmi da parte delle Aziende sanitarie. Sebbene la loro diffusione sia ancora limitata, si osserva una tendenza all’aumento. In Toscana, i programmi coinvolgono l’1,5% della popolazione di 65 anni e oltre con bassa disabilità e l’1,9% di quella con alta disabilità. Nell’AUTC, i valori sono sostanzialmente in linea con quelli regionali e risultano pari rispettivamente all’1,7% e all’1,8%.

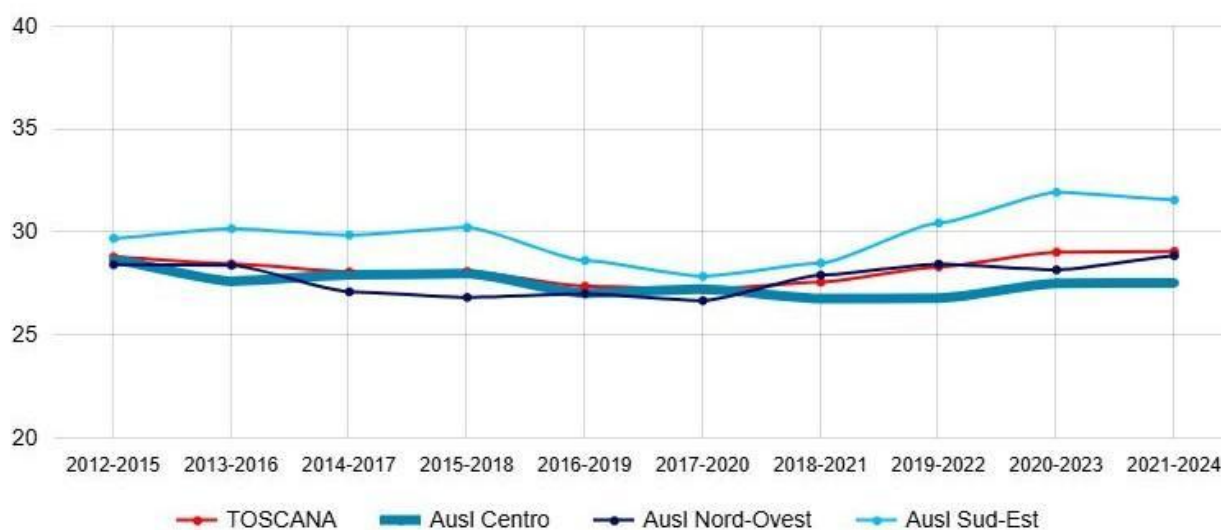
Secondo l’indagine EDIT 2025, nell’AUTC il 16,6% degli adolescenti di 14–19 anni dichiara di **non svolgere mai attività fisica**, valore inferiore alla media regionale del 18,1%. Tra i ragazzi l’andamento è variabile: dopo la diminuzione osservata tra il 2018 e il 2022, nel 2025 si registra un aumento, sebbene il valore aziendale rimanga inferiore a quello regionale, rispettivamente pari al 12,3% e al 14,9%. Tra le ragazze, invece, la prevalenza continua ad aumentare e raggiunge il 21,2%, valore sostanzialmente in linea con il 21,5% regionale.

Gli adolescenti che **praticano regolarmente attività fisica**, per almeno un’ora al giorno da cinque a sette giorni alla settimana, rappresentano il 22,1% nell’AUTC, rispetto al 21,1% regionale. La prevalenza è pari al 27,9% tra i ragazzi, rispetto al 26,4% regionale, e al 15,8% tra le ragazze, valore in linea con il 15,5% regionale.

3.5 PESO CORPOREO

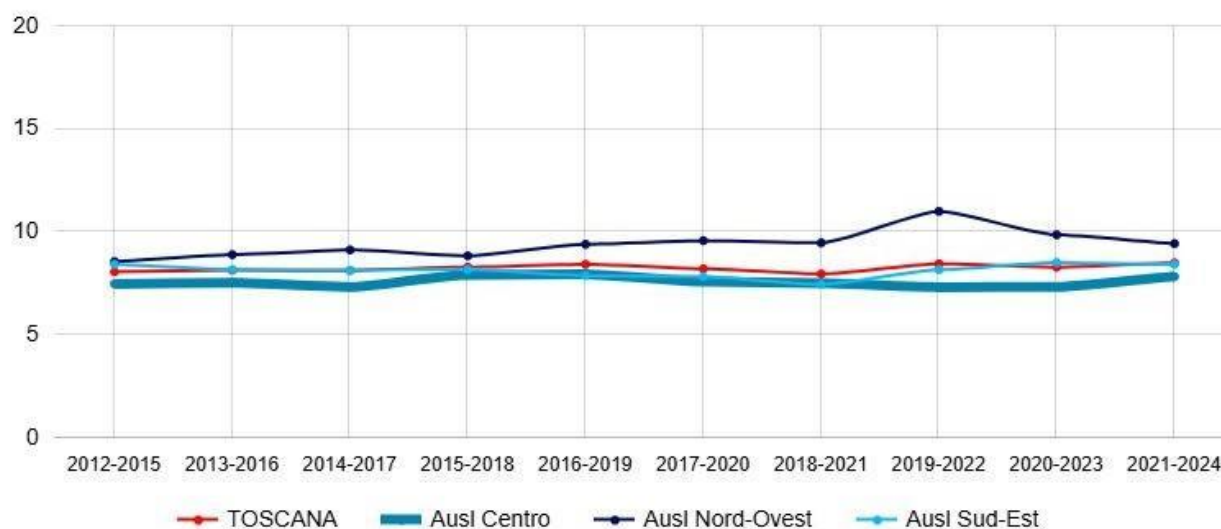
Nel periodo 2021–2024, la prevalenza di sovrappeso tra gli adulti di 18–69 anni nell'AUTC è pari al 27,6%, valore inferiore alla media regionale del 29,1%, e mostra un lieve aumento rispetto al quadriennio 2020–2023 (Figura 12). In entrambi i sessi, i valori aziendali risultano inferiori a quelli regionali: tra gli uomini la prevalenza è pari al 34,7%, rispetto al 37,1% regionale, mentre tra le donne è pari al 20,6%, rispetto al 21,2%.

Figura 12. Percentuale di adulti (18–69 anni) in sovrappeso, in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2012–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2025.



La prevalenza di **obesità** tra gli adulti di 18-69 anni nell'AUTC è pari al 7,9%, valore inferiore alla media regionale dell'8,5%. L'andamento risulta sostanzialmente stabile nel tempo e i valori aziendali si mantengono inferiori a quelli regionali in entrambi i sessi.

Figura 13. Percentuale di adulti (18–69 anni) obesi, in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2012–2024. Fonte: Indagine PASSI – ISS. Elaborazione: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2025.

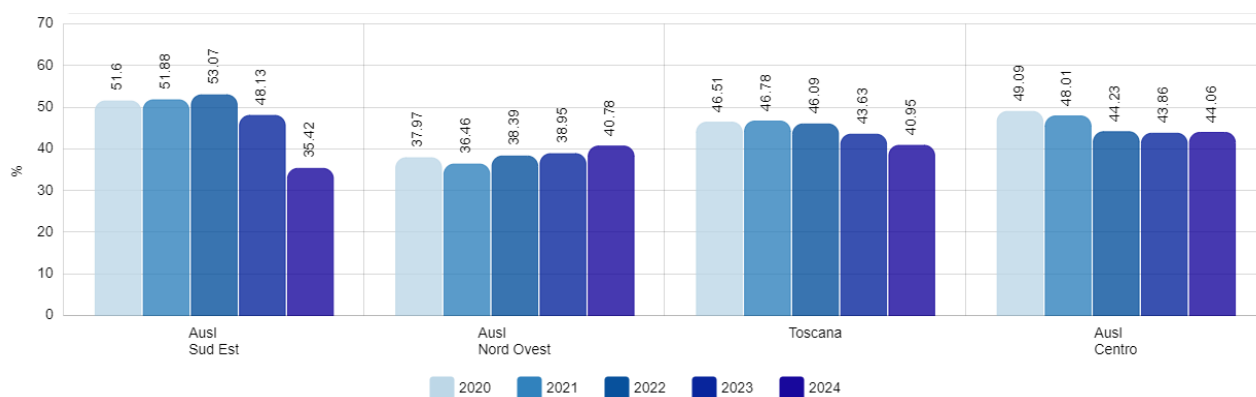


Nel 2024, la prevalenza complessiva di eccesso ponderale, comprendente sovrappeso e obesità, è pari al 34,9% nell'AUTC, valore lievemente inferiore al 35,8% registrato a livello regionale.

La prevalenza di sovrappeso è significativamente maggiore tra gli uomini rispetto alle donne, con una differenza superiore a dieci punti percentuali. Per l'obesità, invece, si osservano valori simili nei due sessi, prossimi al 7%, e sostanzialmente allineati tra l'AUTC e la Toscana.

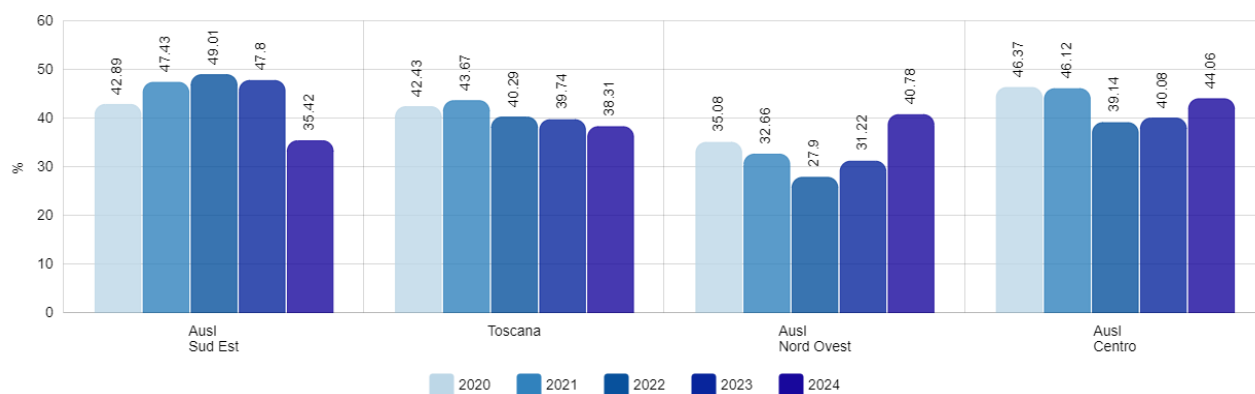
L'eccesso ponderale rappresenta una delle principali sfide di salute pubblica. Gli operatori sanitari hanno un ruolo chiave nel promuovere stili di vita sani, tuttavia le occasioni in cui vengono fornite indicazioni su perdita di peso e attività fisica risultano ancora non pienamente sistematizzate nella pratica clinica. Nel 2024, la percentuale di persone sovrappeso o obese dell'AUTC che riferisce di avere ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso o di mantenerlo è pari al 44,1%, valore superiore alla media regionale del 41,0%, ma comunque collocato nella fascia di valutazione «scarsa» secondo il Sistema di Valutazione della Performance del Laboratorio Management e Sanità (Fig. 14).

Figura 14. 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, ultimo anno disponibile, il 44,1% delle persone sovrappeso o obese dell'AUTC riferisce di avere ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di svolgere attività fisica (Figura 15). Il valore mostra una lieve ripresa rispetto agli anni precedenti, ma rimane inferiore ai livelli osservati nel 2020–2021 e ancora lontano da una copertura adeguata per un intervento raccomandato e poco oneroso. Sebbene superiore alla media regionale del 38,3%, il dato evidenzia la necessità di rafforzare il ruolo degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti salutari, soprattutto tra le persone con eccesso ponderale.

Figura 15. 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.



Nel complesso, i dati indicano l’opportunità di potenziare le strategie di promozione della salute attraverso interventi mirati a favorire l’attività fisica, migliorare le abitudini alimentari e ridurre i comportamenti a rischio. È pertanto importante rafforzare l’impegno del sistema sanitario nel mettere a disposizione degli operatori strumenti e percorsi condivisi, affinché possano accompagnare le persone nell’acquisizione di una maggiore consapevolezza dei rischi associati all’eccesso ponderale e nel cambiamento delle abitudini quotidiane.

Tra le **persone anziane** residenti nell’AUTC, la prevalenza di obesità è pari al 10,9%, mentre il 3,8% risulta sottopeso. Entrambi i valori sono superiori a quelli rilevati complessivamente in Toscana, dove l’obesità interessa il 6,9% delle persone di 65 anni e oltre e il sottopeso l’1,8%.

Secondo l’indagine EDIT 2025, tra gli adolescenti di 14-19 anni la prevalenza di sovrappeso nell’AUTC è pari al 12,5%, valore inferiore al 13,9% regionale. Tra i ragazzi si osserva una diminuzione rispetto al 2022, dal 18,7% al 14,9%, mentre tra le ragazze emerge un lieve aumento, dal 9,6% del 2022 al 10,0% del 2025. Anche la prevalenza di obesità mostra nell’AUTC un andamento decrescente e un valore inferiore alla media regionale, rispettivamente pari al 2,9% e al 3,5%. La diminuzione interessa i ragazzi, tra i quali il valore è pari al 2,8%, mentre tra le ragazze si osserva, come per il sovrappeso, un lieve aumento, fino al 2,9%.

Il sottopeso interessa il 3,1% degli adolescenti dell’AUTC, valore sostanzialmente in linea con il 3,2% regionale. Tra le ragazze si osserva da diversi anni un andamento decrescente, con una prevalenza inferiore a quella regionale, rispettivamente pari al 3,1% e al 3,7%. Tra i ragazzi, invece, il valore è aumentato dall’1,7% del 2022 al 3,1% del 2025, superando la media regionale del 2,7%.

3.6 COMPORTAMENTI ALLA GUIDA

Per quanto riguarda i comportamenti alla guida, il 28,6% degli studenti dell'AUTC dichiara di **possedere una patente**, con una prevalenza del 37,5% tra i ragazzi e del 19,2% tra le ragazze. Il valore complessivo è inferiore alla media toscana del 31,1%.

Il 33,6% degli adolescenti dell'AUTC dichiara di avere avuto **almeno un incidente nella vita mentre era alla guida di un veicolo**. La prevalenza è maggiore tra i ragazzi, pari al 36,4%, rispetto alle ragazze, pari al 28,0%, coerentemente con quanto osservato a livello regionale.

Un elemento particolarmente rilevante riguarda la **guida sotto l'effetto di alcol o sostanze psicotrope**. Nell'AUTC, il comportamento è riferito dal 12,5% degli intervistati per quanto riguarda l'alcol e dal 10,8% per le altre sostanze. La prevalenza è maggiore tra i ragazzi rispetto alle ragazze sia per l'alcol, rispettivamente 15,2% e 7,2%, sia per le sostanze psicotrope, rispettivamente 13,1% e 6,2%. Tale andamento è coerente con quello regionale e indica una maggiore diffusione dei comportamenti di guida a rischio tra i ragazzi.

Differenze tra i sessi si osservano anche nell'**uso di dispositivi durante la guida tra gli studenti che hanno avuto un incidente stradale**. Anche in questo caso, il comportamento a rischio è più frequente tra i ragazzi, con una prevalenza del 11,0%, rispetto all'8,3% delle ragazze; un andamento analogo si riscontra a livello regionale.

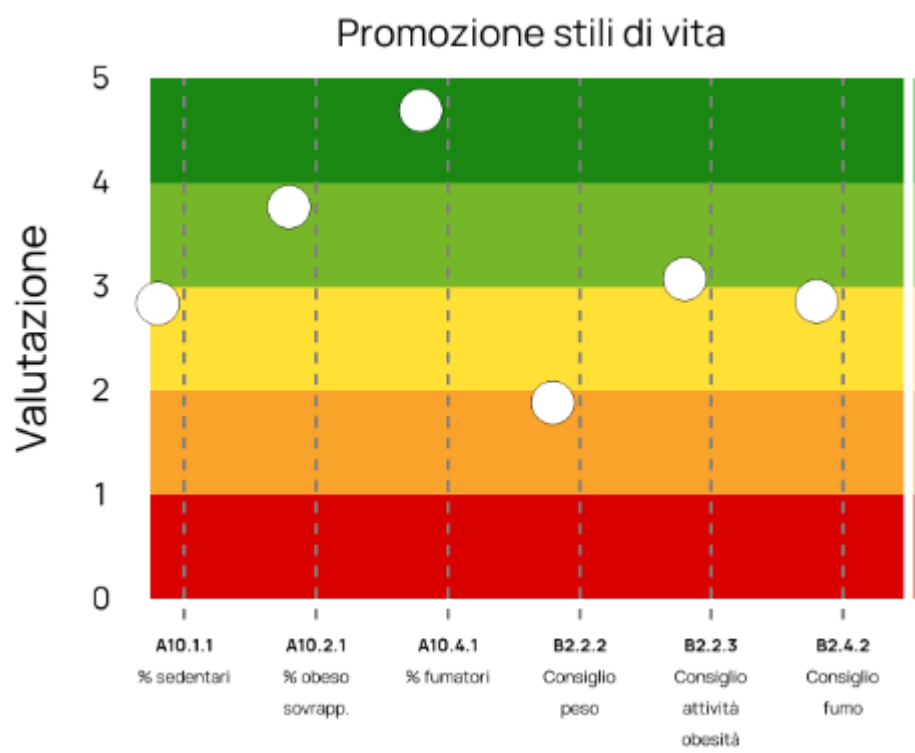
3.7 VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA

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 16 illustra la posizione dell'AUTC nel 2024 (ultimo anno disponibile) 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 relativi alla prevalenza dei comportamenti a rischio delineano un quadro complessivamente favorevole: la quota di fumatori (A10.4.1) si colloca nella fascia «ottima», quella di persone obese o sovrappeso (A10.2.1) nella fascia «buona» e quella di persone sedentarie (A10.1.1) nella 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 evidenzia che, a fronte di livelli relativamente contenuti di fumo, sedentarietà ed eccesso ponderale, l'azione degli operatori sanitari nella promozione dei cambiamenti comportamentali non è ancora sufficientemente diffusa. Pur in presenza di alcuni segnali positivi, come il livello medio-buono raggiunto dal consiglio sull'attività fisica, emerge la necessità di integrare maggiormente tali interventi nelle pratiche cliniche, in particolare nei percorsi di presa in carico delle persone con patologie croniche.

Figura 16. Valutazione degli indicatori relativi alla promozione degli stili di vita inseriti nel pentagramma del percorso cronicità, AUTC, Anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, 2025.



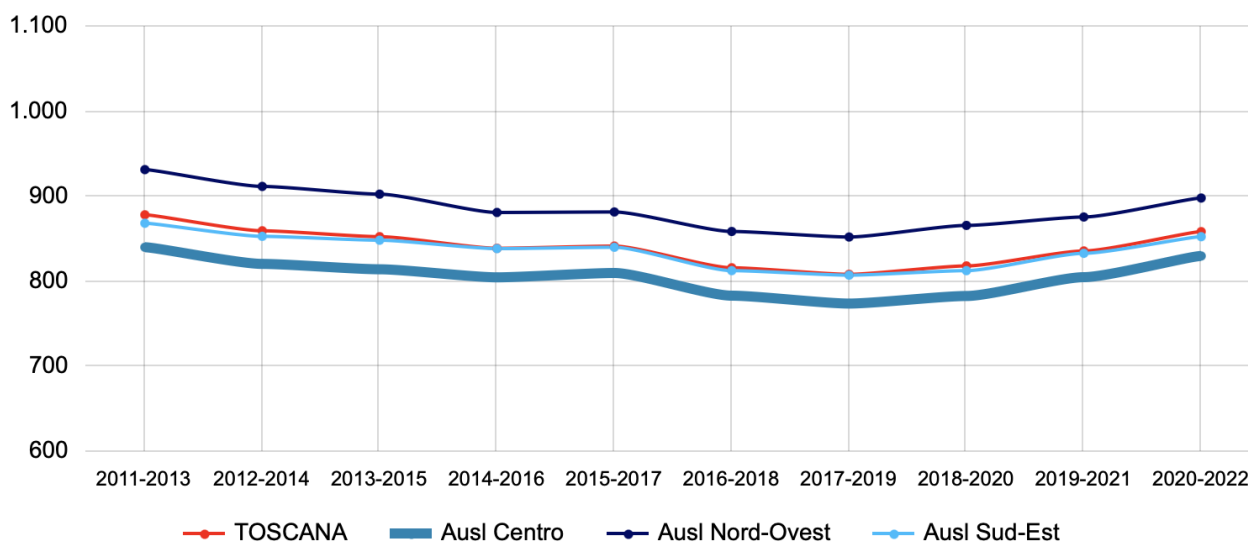
4. MORTALITÀ

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 2022, ultimo anno al momento 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 dal 2018-2020 al 2020-2022, attribuibile all'impatto della pandemia di SARS-CoV-2, comparsa nel 2020.

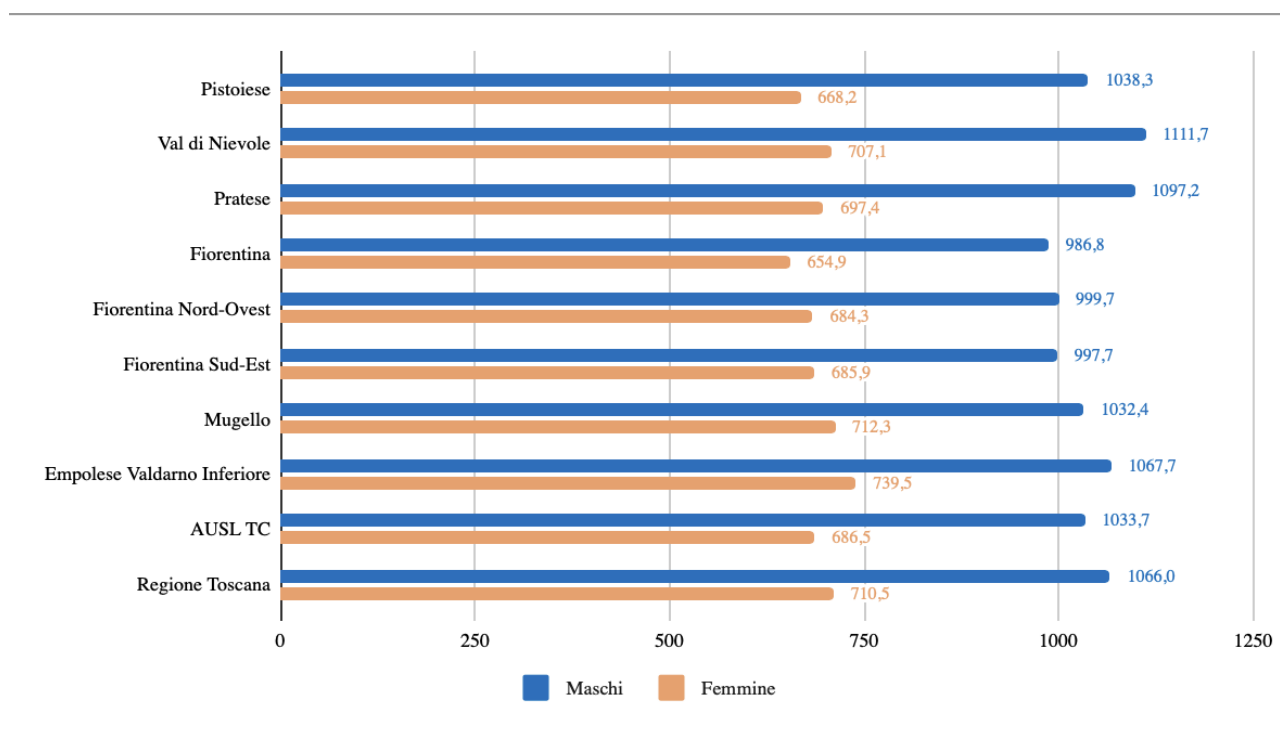
Figura 1. Andamento temporale (media triennale) del tasso di mortalità generale standardizzato per età (per 100.000 abitanti) in Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2011-2022. Fonte: ARS, 2026.



Il confronto con l'andamento della mortalità generale a livello regionale evidenzia una situazione favorevole per l'AUTC, 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 2020-2022 il tasso standardizzato per età dell'AUTC è pari a 830,4 per 100.000, significativamente inferiore rispetto a quello regionale pari a 859,1 per 100.000.

Analizzando il dato per genere, si osserva, nel triennio 2020-2022, una mortalità per tutte le cause significativamente inferiore alla media dell'AUTC in entrambi i sessi nella zona Fiorentina, mentre si rileva un eccesso statisticamente significativo tra le donne nella zona distretto Empolese Valdarno Inferiore e tra gli uomini in quelle Pratese e di Val di Nievole (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 2020-2022. Fonte ARS, 2026.



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 65,0% dei decessi tra le donne e del 67,2% 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 (3,4%).

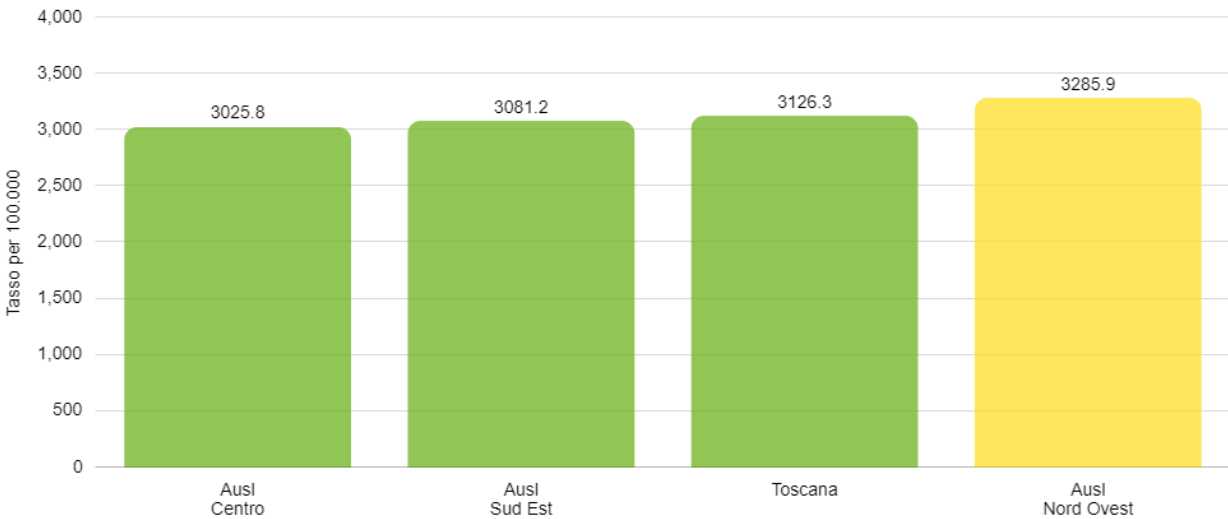
Tabella 1. Prime 10 cause di morte per sesso nei residenti dell'AUTC. Rapporto (x 100) nel triennio 2020-2022. Fonte: ARS, 2026.

Donne	%	Rango	Uomini	%
Malattie del sistema circolatorio	30,6	1	Tumori	28,2
Tumori	21,7	2	Malattie del sistema circolatorio	26,2
Malattie dell'apparato respiratorio	6,8	3	Malattie dell'apparato respiratorio	7,8
Malattie del sistema nervoso	5,9	4	Malattie del sistema nervoso	5,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,7	5	Traumatismi e avvelenamenti	4,4
Disturbi psichici	4,8	6	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3,8
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,1	7	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3,3
Traumatismi e avvelenamenti	3,4	8	Malattie dell'apparato digerente	3,2
Malattie dell'apparato digerente	3,1	9	Disturbi psichici	2,5
Malattie infettive e parassitarie	2,0	10	Malattie infettive e parassitarie	2,3

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.

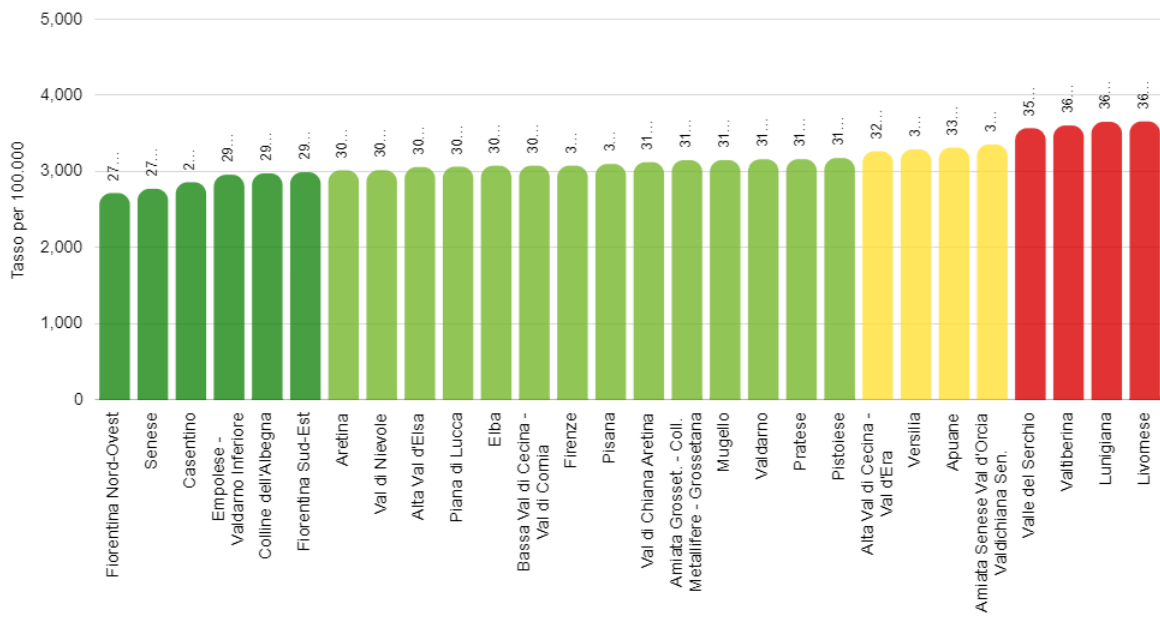
Nel 2024 l'AUTC registra un tasso PYLL pari a 3.025,8 per 100.000, inferiore alla media regionale (3.126,3) e in fascia buona, confermando una performance favorevole rispetto al contesto toscano (Figura 3).

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 (Val di Nievole, Fiorentina, Mugello, Pratese e Pistoiese) in fascia buona (Figura 4).

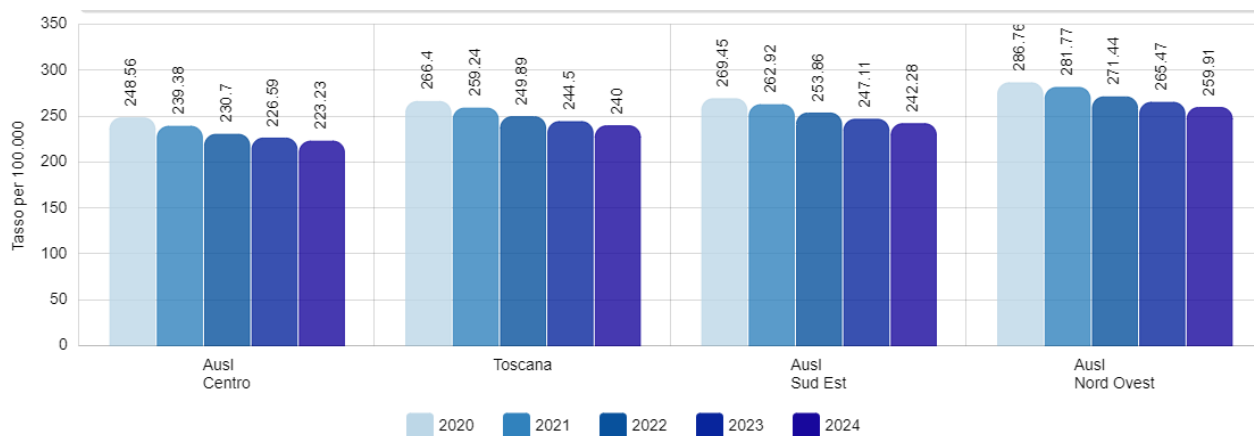
Figura 4. Tasso PYLL per zona-distretto – Anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025



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.

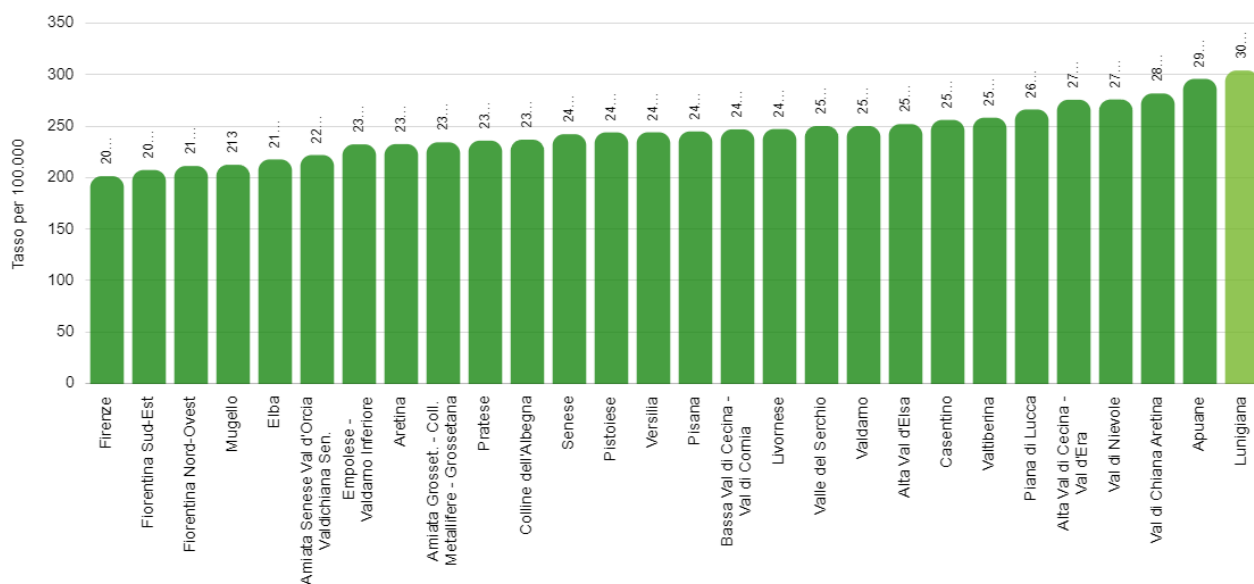
Nel quinquennio 2020–2024 si osserva una diminuzione costante e significativa dei **tassi di mortalità per le malattie del sistema circolatorio** in tutte le aziende sanitarie toscane, confermando un trend positivo a livello regionale (Figura 5). La AUTC si distingue per i valori più bassi in tutto il 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.

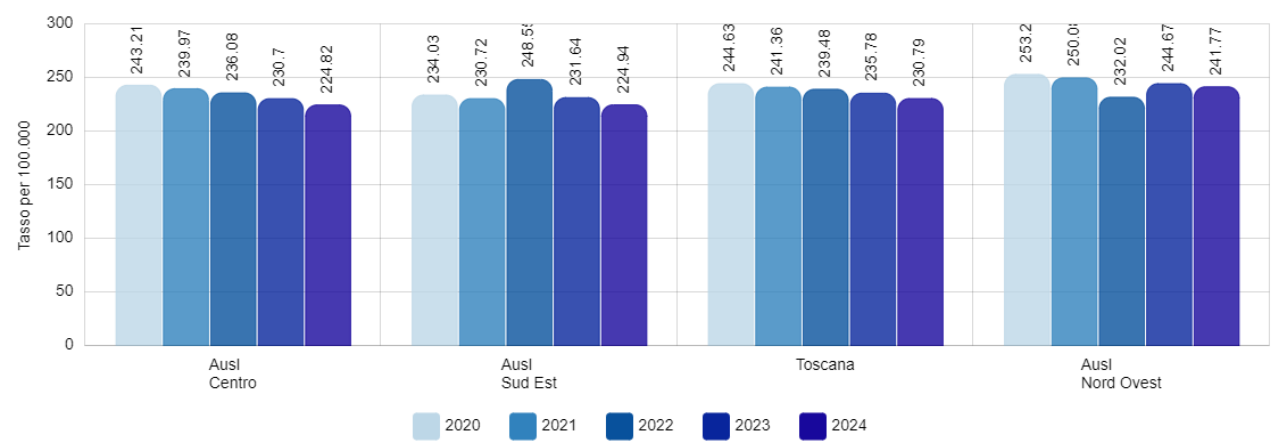
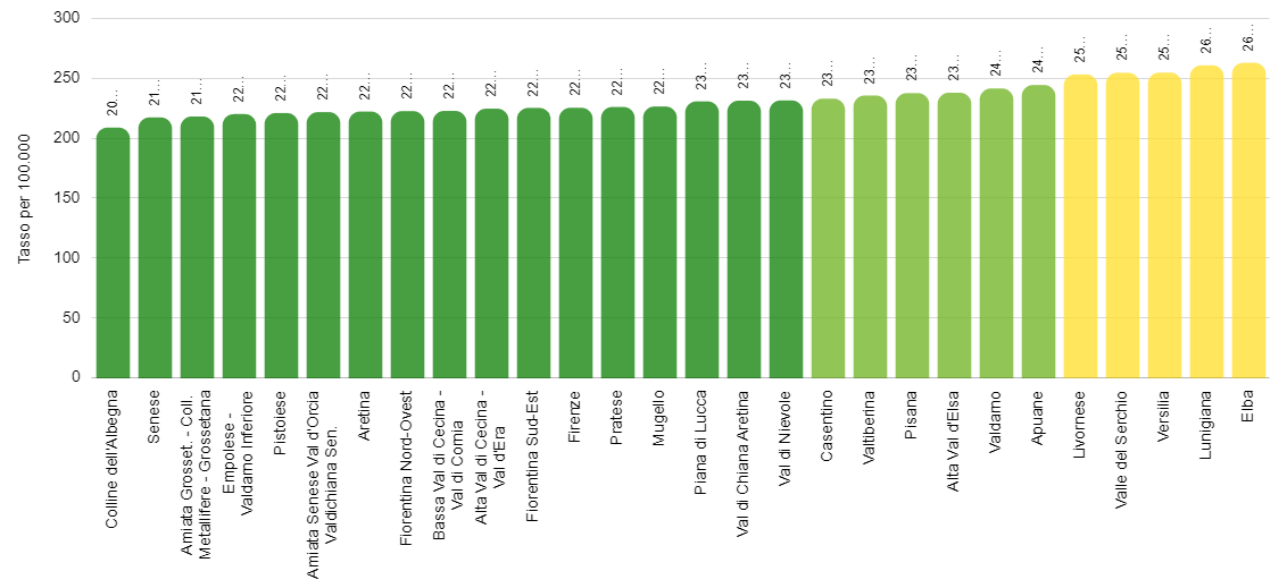


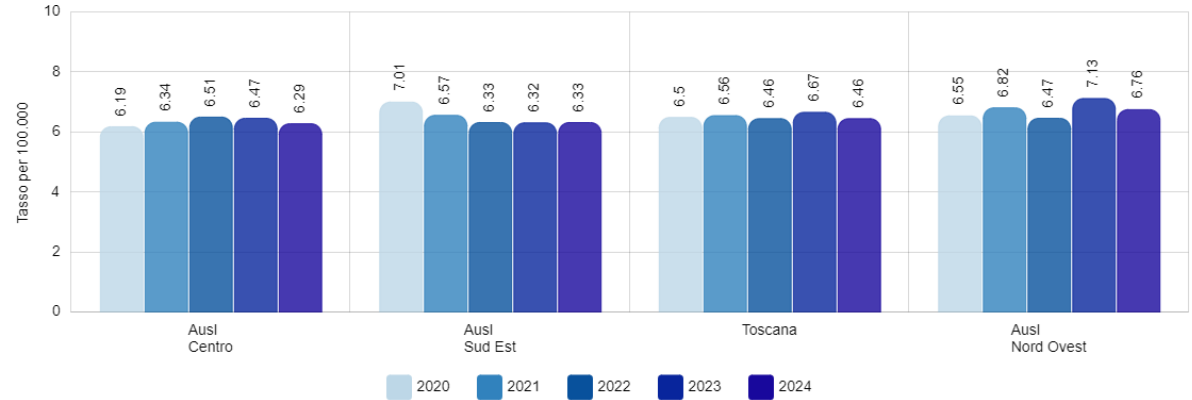
Figura 8. Tasso di mortalità per tumori (standardizzato per età) per zona-distretto in AUTC – media mobile 2020–2022. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, su dati Registro di Mortalità Regionale – ISPRO, 2025.



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.

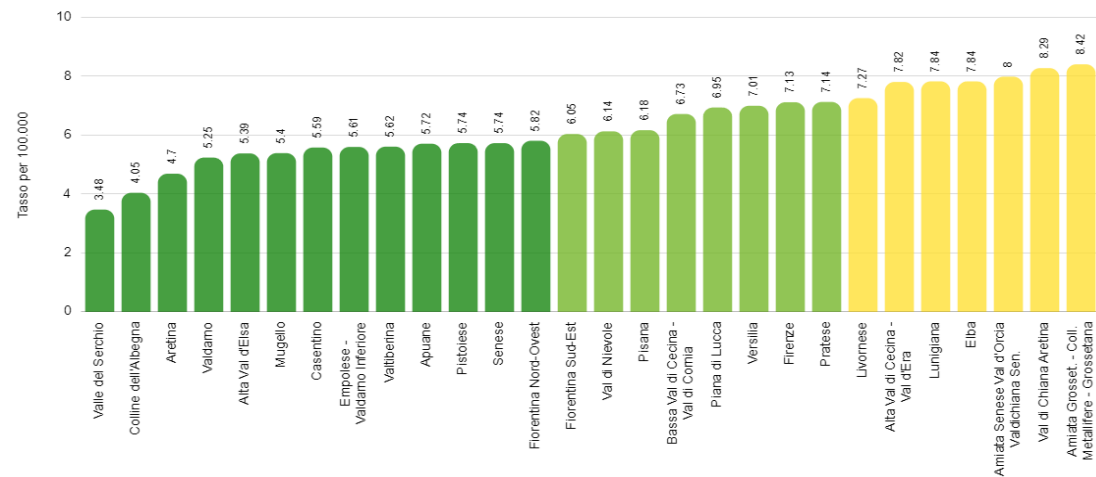
Nel complesso, l'AUTC si conferma nel 2024 nella fascia di valutazione “buona” (valori compresi tra 7,20 e 6,00) secondo i criteri del Sistema di Valutazione della Performance del MeS.

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’AUTC, 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 2025, il tasso standardizzato per età di ospedalizzazione per tutte le cause nell'Azienda USL Toscana Centro è pari a 79,7 per 1.000 residenti, un valore in linea con la media regionale (79,9). Si rileva nella zona Pratese (81,5) un valore significativamente più elevato (Tabella 1). L'indicatore è stato calcolato considerando, al numeratore, il numero di residenti toscani dimessi almeno una volta per qualsiasi causa nel periodo di riferimento, e, al denominatore, la popolazione residente toscana nello stesso periodo. Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

RICOVERI PER TUMORI

Il tasso standardizzato di ricovero per tumori nella popolazione residente dell'AUTC è pari a 10,9 per 1.000 abitanti, un valore sostanzialmente allineato con quello regionale (11,2). A livello territoriale, la zona con i valori più alti è la zona Pratese (11,5 per 1.000). Approfondendo le sedi tumorali:

- **Polmone:** i ricoveri si attestano tra 0,4 e 0,8 per 1.000 residenti. La zona Fiorentina Nord-Ovest mostra valori superiori alla media aziendale
- **Mammella:** con tassi tra 0,8 e 1,0 per 1.000 residenti
- **Colon-retto:** i tassi variano da 0,3 a 0,8 (quest'ultimo nella zona di Val di Nievole, superiore alla media AUTC) per 1.000 residenti
- **Stomaco:** i ricoveri per tumore dello stomaco si attestano tra 0,1 e 0,2 per 1.000 residenti.
- **Prostata:** valori tra 0,4 e 0,6 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 0,9 per 1.000 con la media aziendale e regionale a 0,8.

Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Per quanto riguarda il tasso standardizzato per età di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio, la media aziendale (9,9 per 1.000 residenti) risulta inferiore a quella regionale (10,2), confermando il trend in calo. La zona Empolese Valdarno Inferiore risulta significativamente in eccesso rispetto alla media aziendale. I ricoveri per infarto miocardico acuto (IMA) risultano superiori alla media aziendale (1,0 per 1.000) nelle zone Pratese e Val di Nievole, con un tasso rispettivamente pari a 1,2 e 1,3 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 (2,2 per 1.000); si confermano valori più elevati nelle zone Pratese (3,0) e Val di Nievole (2,7).

Si conferma il trend in calo per infarto miocardico acuto, malattie cerebrovascolari e cardiopatia ischemica. Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

L'Azienda presenta un tasso medio di 8,4 per 1.000, molto simile a quello regionale (8,2), ma con la zona Pratese (11,3) e la Pistoiese (9,4) che mostrano valori più elevati. Rispetto al 2024 il trend è in calo. Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

I ricoveri per le malattie dell'apparato digerente sono risultati superiori alla media aziendale di 8,6 per 1.000 abitanti nelle zone Pratese (9,3) e Val di Nievole (9,5). Il trend in AUTC e in Regione Toscana si conferma in calo dal 2023. Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

Il tasso medio aziendale di ospedalizzazione per malattie del sistema nervoso (4,7 per 1.000 residenti) si conferma superiore alla media regionale (4,1), ma mostra una diminuzione rispetto al 2024. I valori più elevati si registrano nella zona Fiorentina Nord-Ovest (5,2 per 1.000). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

MALATTIE ENDOCRINE E DEL METABOLISMO

Rispetto al tasso medio aziendale di ricovero per malattie endocrine e del metabolismo (2,1 per 1.000 residenti), si confermano con un tasso significativamente più elevato le zone Pistoiese e Pratese (2,5 per 1.000). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO

I ricoveri per le malattie dell'apparato genito-urinario si sono confermati significativamente superiori alla media aziendale (tasso standardizzato per età 7,6 per 1.000) nella zona Pratese (8,2 per 1.000). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEO-MUSCOLARE

I ricoveri per malattie dell'apparato osteo-muscolare si confermano significativamente superiori alla media aziendale (6,9 per 1.000) nelle zone Pistoiese (7,7 per 1.000) e Fiorentina Sud-Est (7,8 per 1.000). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

DISTURBI PSICHICI

Per i ricoveri per disturbi psichici la media aziendale (2,8 per 1.000) risulta essere inferiore alla media regionale (3,2 per 1.000). Risultano superiori alla media aziendale le zone Fiorentina Sud-Est (3,3 per 1.000) e Fiorentina (3,4 per 1.000). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

TRAUMATISMI

La media aziendale, di ricoveri per traumatismi nel 2025, è pari a 9,0 per 1.000, valore superiore rispetto alla media regionale (8,7 per 1.000). Le zone che mostrano eccessi rispetto alla media aziendale sono la Val di Nievole (9,8 per 1.000) e la Fiorentina (9,8). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

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 2025 o ultimo periodo disponibile. Fonte: ARS, 2026. 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	80,5	10,9	0,7	0,9	0,6	0,1	0,5	0,8	9,1	0,8	2,1	1,8	7,7	8,2	5,0	1,9	7,9	6,3	3,4*	9,8*
Fiorentina Nord-Ovest	80,9	10,9	0,8*	1,0	0,5	0,1	0,4	0,9	9,3	0,8	2,1	2,1	7,6	8,7	5,2*	1,9	7,7	7,1	2,7	9,4
Fiorentina Sud-Est	80,5	10,5	0,6	1,0	0,4	0,1	0,5	0,8	9,9	0,9	2,2	2,0	7,6	8,0	5,0	1,9	8,1	7,8*	3,3*	9,6
Mugello	76,9	10,3	0,4	1,0	0,3	0,2	0,5	0,9	8,9	1,0	1,9	2,0	8,7	6,9	4,3	2,4	8,3	5,7	2,3	9,9
Empolese Valdarno Inferiore	76,6	10,8	0,6	0,8	0,5	0,2	0,4	0,8	11,1*	1,1	2,3	2,3	7,0	8,7	4,4	2,0	6,7	6,1	2,5	8,2
Val di Nievole	80,2	11,1	0,6	0,8	0,8*	0,1	0,4	0,9	10,7*	1,3*	2,4	2,7*	9,0	9,5*	4,4	1,9	7,3	7,3	2,4	9,8*
Pistoia	80,0	11,1	0,5	0,9	0,6	0,1	0,4	0,8	9,9	1,0	2,0	2,2	9,4*	8,7	4,4	2,5*	6,9	7,7*	2,7	8,4
Prato	81,5*	11,5*	0,7	0,8	0,6	0,1	0,6	0,9	10,4	1,2*	2,1	3,0*	11,3*	9,3*	4,6	2,5*	8,2*	6,9	2,5	8,0
Asl Toscana Centro	79,7	10,9	0,6	0,9	0,5	0,1	0,5	0,8	9,9	1,0	2,1	2,3	8,4	8,6	4,6	2,1	7,6	6,9	2,8	9,0
Toscana	79,9	11,2	0,6	0,9	0,5	0,1	0,4	0,8	10,2	1,0	2,1	2,2	8,2	9,1	4,1	1,9	7,2	7,1	3,2	8,7

6. ALCUNE PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE

6.1 MALATTIE CRONICHE

La frequenza delle patologie croniche è in aumento. Questo è dovuto al progressivo allungamento dell'aspettativa di vita e quindi degli anni vissuti in età adulto-avanzata, quando più frequenti sono queste patologie, e dal contemporaneo e progressivo miglioramento della capacità di cura e quindi della prognosi (durata) delle malattie stesse. Al contempo aumentano i casi in cui due o più patologie, che solitamente hanno gli stessi fattori di rischio, si presentano e coesistono nello stesso soggetto, aumentando la complessità della loro gestione. La misura della frequenza della cronicità fornisce una indicazione del 'carico' sanitario in termini di bisogno di assistenza e di follow-up, che in particolare è relativo a prestazioni territoriali (assistenza domiciliare/residenziale, farmaceutica) (ARS, 2019).

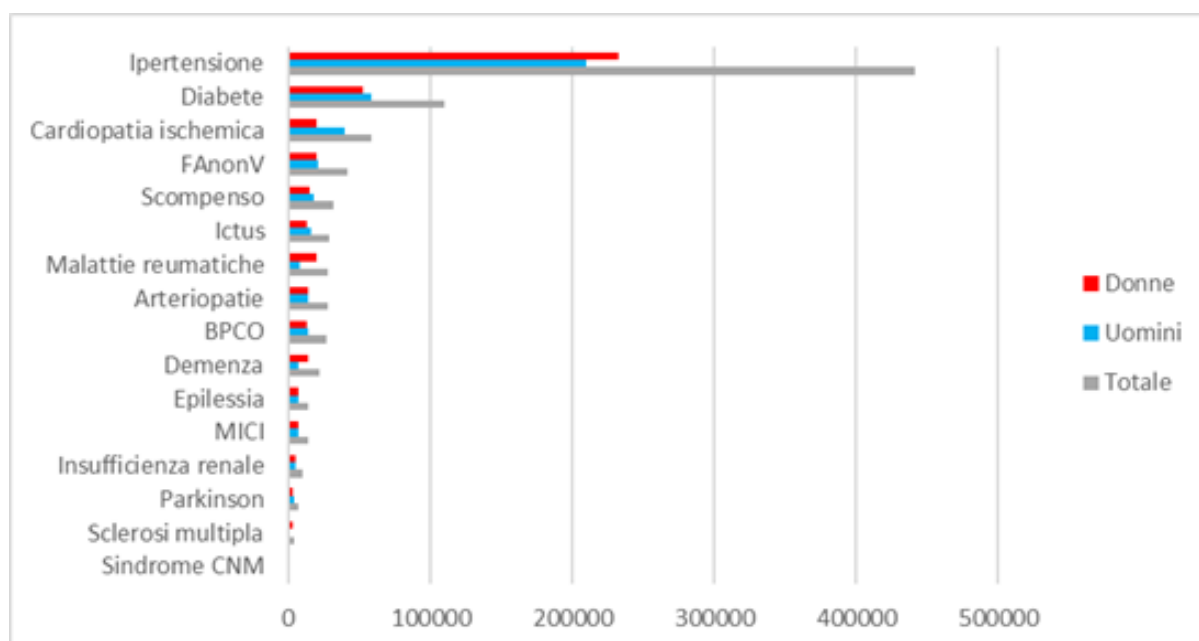
Per quantificare queste patologie di lunga durata non è importante misurare il momento della loro diagnosi (incidenza) ma quanti soggetti hanno almeno una di queste affezioni in un certo momento, si parla quindi di prevalenza. La prevalenza è più elevata per quelle patologie non solo frequenti ma anche a decorso benigno che quindi tendono ad accumularsi nella popolazione nel tempo.

L'ARS Toscana, utilizzando specifici algoritmi applicati ai flussi sanitari correnti della Regione Toscana, identifica le cittadine e i cittadini (di età >16 anni) affetti da un gruppo di malattie croniche delle quali fornisce dati sulla frequenza e indicatori di trattamento.

In base ai dati disponibili in Macro-ARS, al 1° gennaio 2025, il totale degli assistiti nell'AUTC affetti da una delle malattie croniche monitorate era di 865.345, il 51% donne e il 49% uomini. Il dato totale mostra – Figura 1 -come al primo posto ci sia, in entrambi i sessi, l'ipertensione arteriosa (209.310 uomini e 232.294 donne), seguita dal diabete (110.231 malati e malate), cardiopatia ischemica (n.58.530), fibrillazione atriale non valvolare (41.092) e scompenso cardiaco (31.859).

Sono presenti alcune differenze fra i generi, ad esempio fra le donne, tra le prime cinque patologie croniche per frequenza ci sono le malattie reumatiche (19.791) e non lo scompenso cardiaco.

Figura 1. Malati cronici – Valori in migliaia – AUTC, anno 2025 – Fonte: MaCro, ARS, 2026



FAnonV: Fibrillazione atriale non valvolare; BPCO: bronco-pneumopatia cronico ostruttiva; MICI: malattie infiammatorie croniche intestinali; CNM: cardio-nefro-metabolica.

La prevalenza complessiva di una patologia dipende dalla frequenza relativa nelle diverse fasce d'età, solitamente crescente al crescere di questa, e quindi i confronti tra popolazioni possono essere falsati dalla diversa composizione per età, ad esempio fra donne e uomini. Per poter fare un confronto che tenga conto e annulli eventuali differenze legate all'età si usa un indicatore standardizzato per età.

Nella Tabella 1 sono presentati i tassi di prevalenza standardizzati per età riferiti al 1 gennaio 2025 della AUTC (uomini e donne insieme) con i limiti di confidenza al 95% (indice della precisione statistica della stima) e gli stessi dati per l'intera Regione.

Tabella 1 Malati cronici. Tasso standardizzato per età (x 1.000) - Anno 2025 – Totale uomini e donne. Fonte: MaCro, ARS, 2026

Malati cronici di:	AUTC	LC 95%	Toscana	LC 95%
Diabete	62.1	61.7-62.4	66.6	66.4-66.9
Pregresso ictus	15.7	15.5-15.9	15.3	15.2-15.4
Insufficienza cardiaca	17.0	16.8-17.2	19.1	19.0-19.2
AOP	15.3	15.1-15.5	17.8	17.7-18.0
Ipertensione	247.2	246.5-248.0	249.7	249.2-250.2
BPCO	14.4	14.2-14.6	14.2	14.1-14.4
Epilessia	8.9	8.8-9.1	9.2	9.1-9.3
Sclerosi multipla	2.7	2.7-2.8	2.7	2.7-2.8
Demenza	11.3	11.2-11.5	11.5	11.4-11.6
Parkinson	3.7	3.6-3.8	3.9	3.8-3.9
Fibrillazione ANV	21.9	21.7-22.1	22.1	22.0-22.2
Insufficienza Renale	5.0	4.9-5.1	8.1	8.0-8.2
MICI	8.5	8.4-8.7	8.9	8.8-9.0
Malattie reumatiche	16.2	16.0-16.4	15.8	15.7-15.9
Cardiopatía ischemica	32.4	32.1-32.7	34.4	34.2-34.5
Sindrome CNM	0.7	0.7-0.8	1.2	1.2-1.3

BPCO: bronco-pneumopatia cronico ostruttiva; AOP= Arteriopatia obliterante periferica arti inferiori; ANV: atriale non valvolare; MICI: malattie infiammatorie croniche intestinali; CNM: cardio-nefro-metabolica

Il confronto fra AUTC e Toscana mostra come per diverse patologie la prevalenza sia inferiore nella AUTC rispetto al totale regionale, nello specifico ipertensione, diabete, cardiopatia ischemica (le prime tre per frequenza), ma anche l'arteriopatia obliterante periferica, l'insufficienza renale, le malattie croniche intestinali, e la sindrome cardio-nefro-metabolica; valori più elevati per le malattie reumatiche e il pregresso ictus.

Anche se il confronto con la Regione, e quindi indirettamente con le altre AUSL, risulta per alcune patologie favorevole, la maggiore dimensione numerica di assistiti rende la AUTC maggiormente interessata dal fenomeno della cronicità, evidenziando la necessità di consolidare modelli prima di tutto preventivi, al contempo di presa in carico integrata e di sanità d'iniziativa per rispondere in modo efficace ai bisogni di salute e crescenti di assistenza della popolazione.

6.2 MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

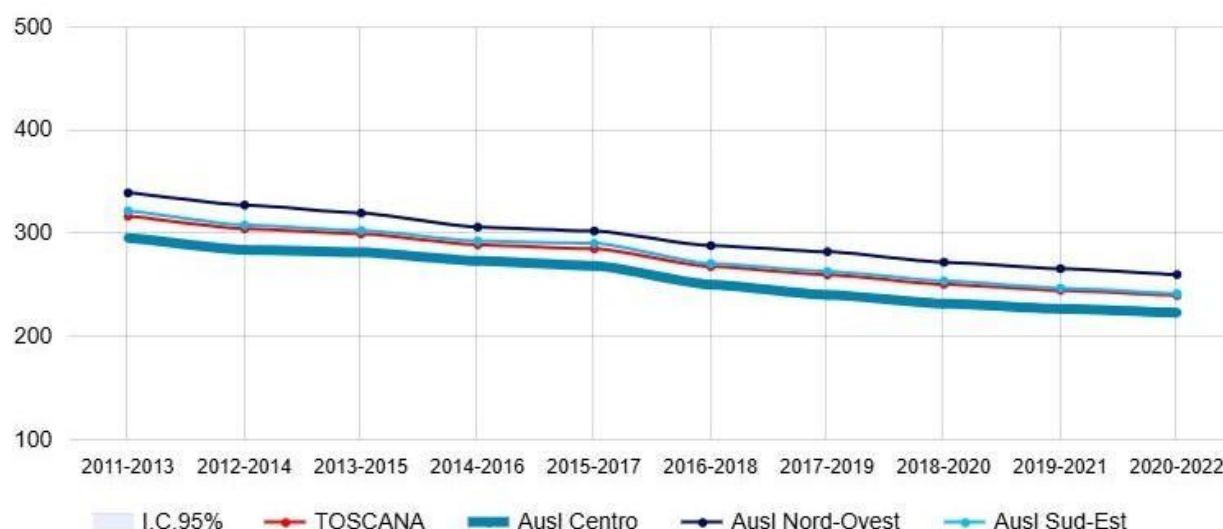
Le malattie del sistema circolatorio rappresentano una delle principali cause di morbosità, disabilità e mortalità a livello globale e anche nel nostro contesto locale. Comprendono in particolare patologie di natura arteriosclerotica, tra cui le malattie ischemiche del cuore (come l'infarto acuto del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

La mortalità generale nell'area dell'AUTC, così come in Toscana e a livello nazionale, negli ultimi trent'anni, 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. Dal triennio 2011-2013 al 2020-2022, il calo della mortalità per malattie del sistema circolatorio nel loro complesso che si osserva è del 39,8%, (39,8% per la cardiopatia ischemica e 29,3% per le malattie cerebrovascolari), come evidenziato in Figura 2.

Figura 2. 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 2011-2022. Fonte: ARS - ISPRO, 2025.



Le malattie del sistema circolatorio continuano a rappresentare la prima causa di morte, risultando responsabili del 29,5% dei decessi in Toscana e del 28,5% nell'ambito dell'AUTC, benché ci siano segnali positivi legati alla riduzione della mortalità e al miglioramento dei principali fattori di rischio. 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.

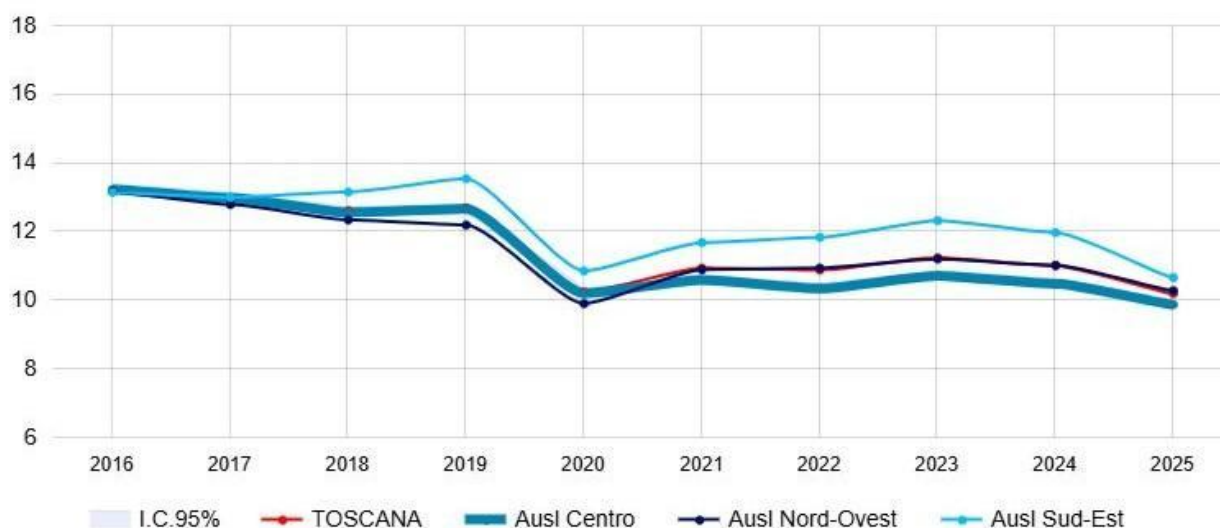
Gli studi longitudinali italiani del Progetto CUORE indicano che circa il 55% della riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari osservata negli ultimi decenni è attribuibile a cambiamenti favorevoli nei principali fattori di rischio, in particolare al miglior controllo della pressione arteriosa (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

Il tasso di ricovero per malattie del sistema circolatorio (Figura 3) è in costante diminuzione 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

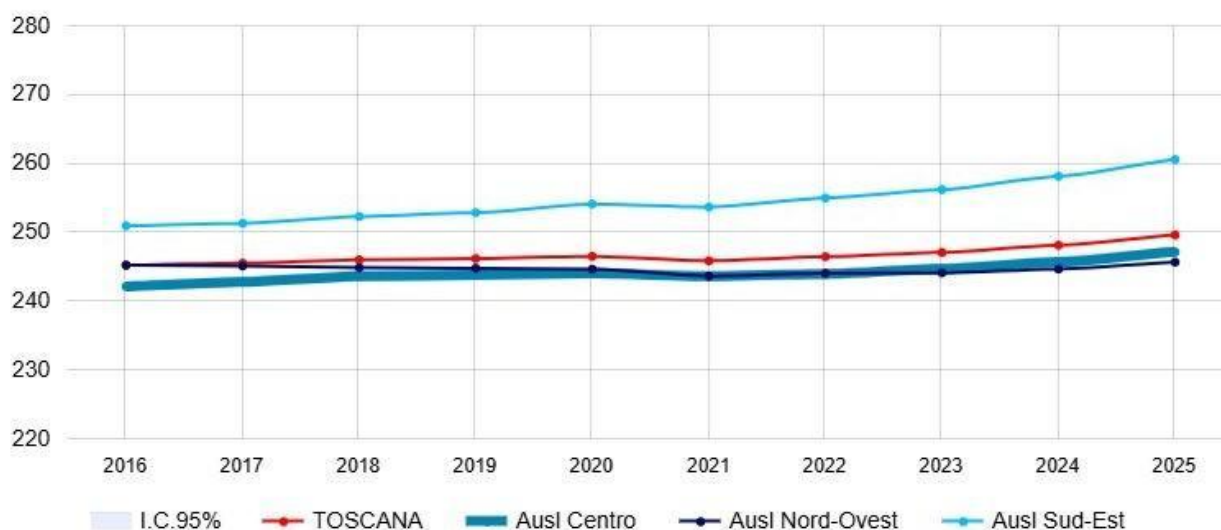
equilibrata. Secondo recenti studi, i miglioramenti terapeutici hanno portato non solo a una riduzione della mortalità e ad un incremento della sopravvivenza, ma anche a una riduzione della disabilità residua in entrambi i sessi. Nel corso del primo anno di pandemia da SARS-CoV-2, il tasso di ricovero 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, registrando nel 2025 un valore inferiore rispetto a quello del 2020 (12,1 per 1.000 nel 2025 vs 13,0 nel 2020). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

Figura 3. 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 2016-2025 (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, 2026.



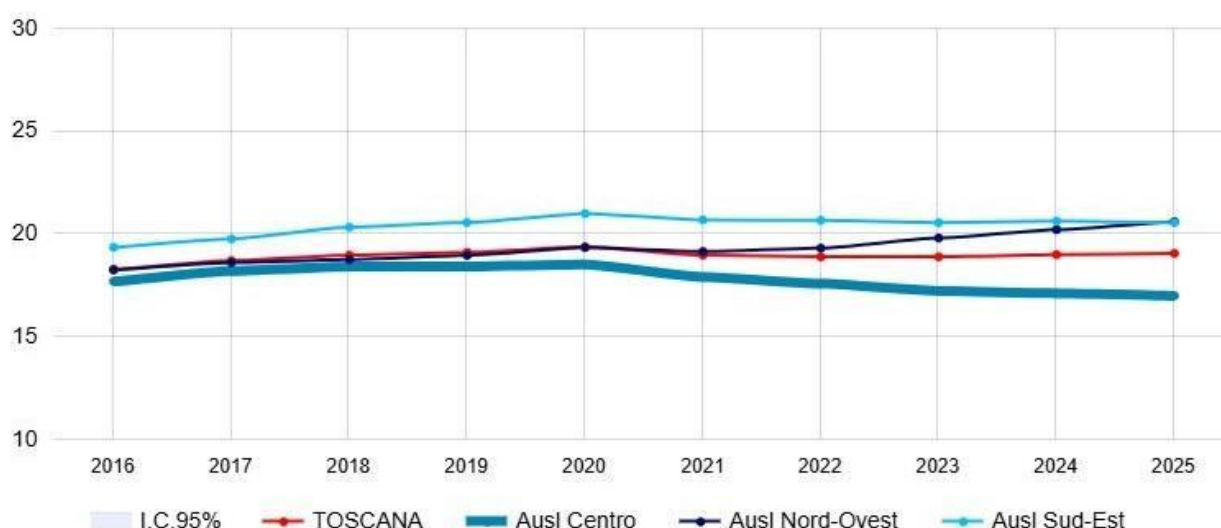
Nel 2025, nell'AUTC si contavano 441.604 soggetti con diagnosi di **ipertensione arteriosa**. A livello aziendale, la prevalenza standardizzata per età è pari a 247,2 per 1.000 abitanti, valore significativamente in difetto rispetto alla prevalenza regionale pari a 249,2 per 1.000, confermando a livello aziendale una diffusione dell'ipertensione lievemente al di sotto della media toscana, ma con un trend in leggera crescita sia a livello aziendale che regionale. Gli uomini risultano avere una prevalenza standardizzata per età più elevata rispetto alle donne, con valori rispettivamente pari a 259,9 e 235,8 per 1.000 abitanti (Figura 4).

Figura 4. Andamento temporale della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 ab.) dell'ipertensione arteriosa in Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2016-2025 Fonte: MaCro, ARS, 2026



Nel 2025 i soggetti con **insufficienza cardiaca** stimati in AUTC sono stati 31.859 (17.315 maschi e 14.544 femmine), con una prevalenza standardizzata per età a livello aziendale (17,0 per 1.000) significativamente inferiore al dato medio regionale (19,1 per 1.000) confermando il trend in diminuzione registrato dal 2020 (Figura 5).

Figura 5. 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 2016- 2025. Fonte: MaCro, ARS, 2026.

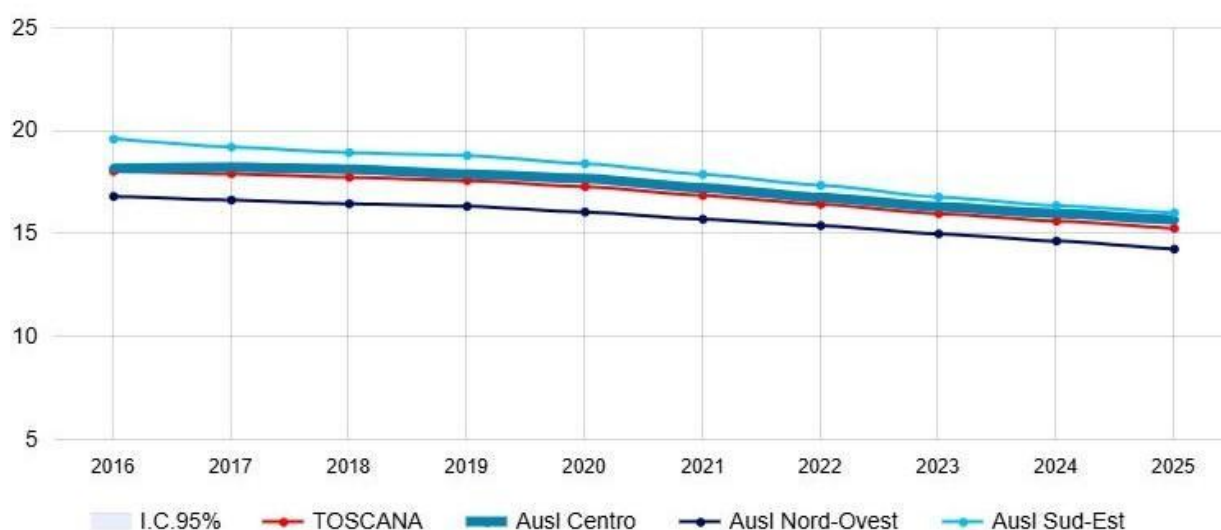


I malati cronici di **pregresso ictus** in AUTC, nel 2025, sono stati 28.975 (15.734 maschi e 13.241 femmine), con una prevalenza standardizzata per età pari a 15,7 per 1.000 abitanti, molto simile ma superiore alla media regionale (15,3 per 1.000). La prevalenza si conferma

maggiore tra i maschi (19,7 per 1.000 abitanti) rispetto alle femmine (12,6 per 1.000); così come si conferma costantemente in diminuzione il trend dal 2017 (Figura 6).

Tra le zone dell'AUTC che presentano la prevalenza più elevata, si confermano la Val di Nievole (20,0 per 1.000), risultando il valore più alto a livello regionale, la zona Pratese (19,3 per 1.000) e la zona Pistoiese (17,7 per 1.000).

Figura 6. Andamento temporale della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 ab.) dell'ictus in Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2016-2025 Fonte: MaCro, ARS, 2026.



6.3 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). Le informazioni sui nuovi casi sono prodotte a partire all'uso combinato dei certificati di morte, dimissioni ospedaliere e referti anatomico-patologici, secondo regole standardizzate a livello nazionale (Airtum) ed internazionale (IARC). Questo permette la confrontabilità dei dati nel tempo per lo stesso registro e tra Registri diversi.

Nella parte del sito di ISPRO relativa al RTT (<https://www.ispro.toscana.it/rtt/>) sono, al momento della stesura di questo capitolo, presenti le stime al 2024 prodotte anche per Area Vasta sulla base dell'analisi della serie storica osservata nel periodo 2013-2018

Al momento sono disponibili per la Regione i dati del periodo 2013-2020 e sono in corso di elaborazione quelli per gli anni successivi².

Tabella 2. Casi incidenti stimati nel 2024 di tumore maligno, per sede e sesso (con esclusione di quelli cutanei diversi dal melanoma nei residenti) in Regione Toscana e per Azienda USL. Fonte: ISPRO, 2026.

SEDE TUMORALE	TOSCANA		AREA VASTA CENTRO		AREA VASTA NORD OVEST		AREA VASTA SUD EST	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
Tutte le sedi escluso epitelomi della cute	12415	12377	4924	4921	4777	4836	2720	2619
Stomaco	460	284	228	119	117	69	117	101
Colon e retto	1220	1141	506	408	490	462	227	270
Fegato	327	104	126	58	154	35	48	14
Pancreas	400	522	205	221	147	201	51	101
Laringe	182	26	65	15	53	16	68	3
Polmone e bronchi	1660	1126	648	428	607	486	410	217
Melanoma	1046	910	387	312	417	428	239	169
Mammella	48	3802	17	1604	21	1397	13	802
Cervice uterina	0	147	0	57	0	52	0	44
Utero, corpo	0	531	0	206	0	199	0	130
Ovaio	0	352	0	128	0	171	0	58
Prostata	2295	0	677	0	1031	0	584	0
Rene e pelvi renali	645	246	288	99	236	89	125	59
Tiroide	246	516	103	203	108	198	42	117
Linfoma di Hodgkin	62	56	26	30	31	27	16	8
Linfoma non-Hodgkin	590	541	241	220	227	185	128	138
Mieloma	245	202	88	78	93	87	63	43
Leucemia	341	311	186	111	125	109	69	94

*Numero di nuovi casi di tumore attesi nel 2024 per sede tumorale e sesso
(Metodi: stima con trend lineare che tiene conto della distribuzione dell'età e l'andamento nel periodo osservato di riferimento 2013-2018)*

Secondo i dati del Registro Tumori della Regione Toscana, Tabella 2, nell'Area Vasta Centro sono stimati circa 9845 nuovi casi nel 2024 (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma). I cinque tumori più frequenti in totale (donne e uomini) sono a carico della mammella (16.5% di tutte le nuove diagnosi oncologiche), polmone (10.9%), colonretto (9.3%), melanoma cutaneo (7.9%) e prostata (6.9%).

²

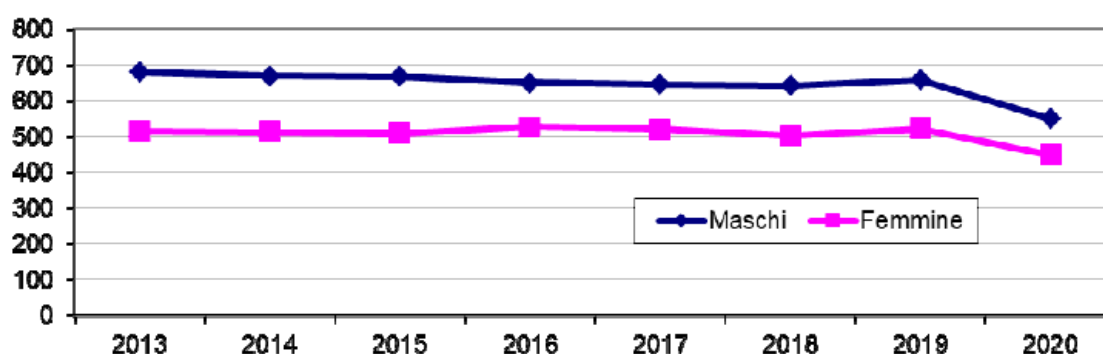
<https://www.ispro.toscana.it/sites/default/files/Documenti/RegistroTumori/Dati%20Incidenza%20Registro%20Tumori%202013-2020%20e%20stime%202024.pdf>

Nelle donne, la mammella rappresenta un terzo di tutte le neoplasie (32.6%), seguita da polmone (8.7%), colonretto (8.3%), melanoma (6.3%) e, con la stessa proporzione, pancreas e linfomi non Hodgkin (4.5%). Tra gli uomini al primo posto c'è il tumore della prostata (13.7%), seguito da polmone (13.2%), colonretto (10.3%), melanoma (7.9%) e rene (5.8%).

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.

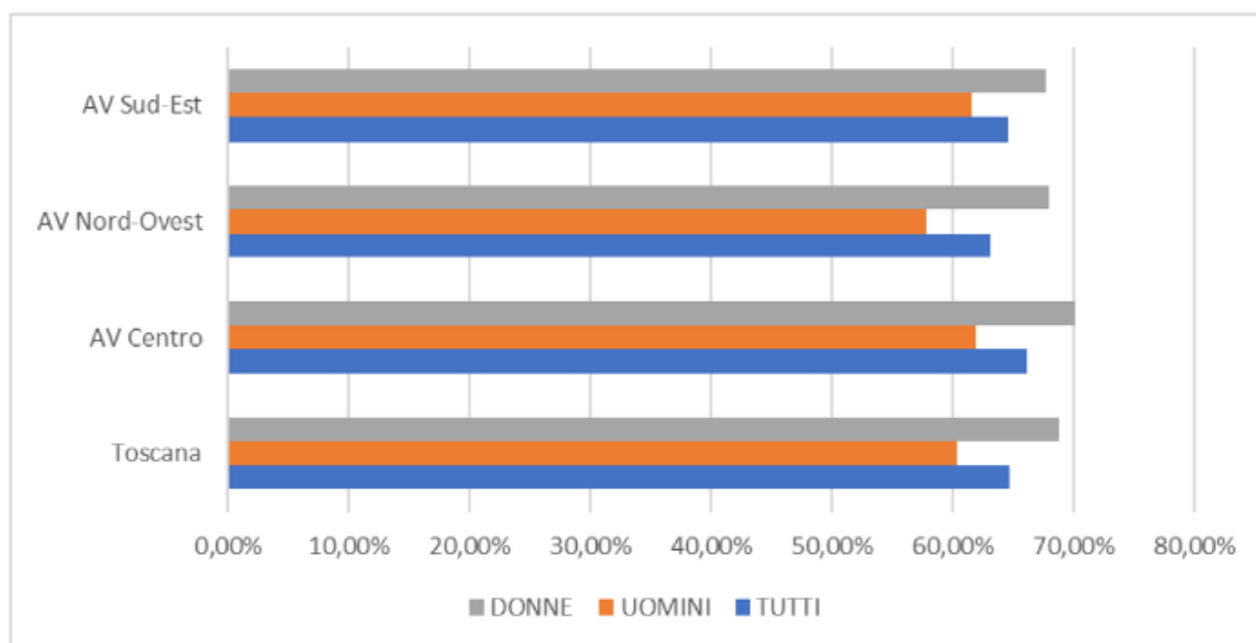
Il RTT fornisce anche i dati relativi ai trend temporali di incidenza per tumore, al netto dell'invecchiamento, e si riferiscono alla casistica osservata in Toscana nel periodo 2013-2020 (Figura 7). Nel 2020, secondo il RTT, si è registrata una riduzione di circa il 10% delle nuove diagnosi di tumore 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 7. 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 sopravvivenza a 5 anni, per il totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) è mostrata nella Figura 8, per Aree Vaste e per la Toscana ed è relativa ai casi incidenti nel periodo 2013-2017 (ultimi dati disponibili).

Figura 8. Sopravvivenza a 5 anni, per il totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute), per Aree Vaste e sesso. Fonte: ISPRO, 2026.



Tutti i tumori, esclusi i carcinomi della cute (ICD IX 140-208, escluso 173). Regione Toscana, Aree Vaste. Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, diagnosi 2013-2017

Come riportato nel sito del RTT, la sopravvivenza per il totale dei tumori sfiora in Toscana il 64%, maggiore nelle donne (68%) rispetto agli uomini (60%). Nonostante né i dati numerici per le Aree Vaste né i limiti di confidenza delle stime siano disponibili, e questo non permetta un confronto formale, le barre relative alla sopravvivenza soprattutto per le cittadine ma anche per i cittadini (rispetto alla Toscana e all'Area Vasta SE) dell'Area Vasta Centro appaiono leggermente migliori.

Il dato complessivo medio risente della composizione del totale in base alla tipologia dei tumori e alla loro prognosi, e anche dalla composizione dei residenti e quindi dei pazienti in termini di sesso ed età. La sopravvivenza per specifici tumori può essere molto diversa, ad esempio, per la Toscana (dati 2013-2017) il RTT riporta come per i due tumori più frequenti, quello della mammella nelle donne e la prostata negli uomini, la sopravvivenza a cinque anni sia del 90% per la mammella e del 94% per la prostata mentre per il tumore del colonretto sia del 66% e per il polmone non superi il 20%.

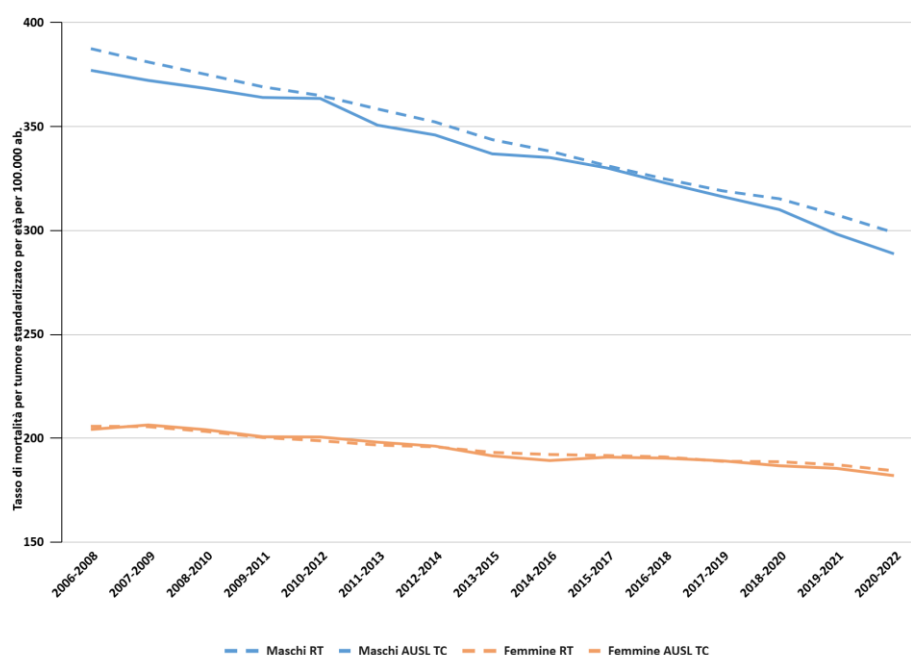
Il melanoma cutaneo e il tumore della tiroide, che sono i tumori più frequenti fra i giovani, hanno in media una sopravvivenza molto alta (93% e 98 %).

Il tumore a peggior prognosi, sia negli uomini che nelle donne, è il tumore del pancreas, per il quale la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi risulta pari al 12%.

LA MORTALITÀ PER TUMORE

La differenza nella mortalità per tumore tra i due sessi (Figura 9) mostra una progressiva riduzione, attribuibile principalmente al più marcato calo della mortalità tra gli uomini che continua ad essere costantemente in calo.

Figura 9. Andamento del tasso di mortalità standardizzata per età (per 100.000 ab.) per tumore maligno in Toscana e in AUTC per sesso, periodo 2006-2022. Fonte: ARS, 2026.



Il **tumore del polmone** si conferma la principale causa di mortalità oncologica tra i maschi (Tabella 3). Dal triennio 2011-2013 il tasso di mortalità standardizzato per età (per 100.000 abitanti) continua a diminuire, e anche dal triennio 2020-2022 si conferma il trend in diminuzione, raggiungendo il valore di 62,5 in AUTC e 65,1 in Regione Toscana.

Per le femmine, si registra un incremento costante del tumore del polmone, rappresentando la seconda causa di morte oncologica. Il tasso di mortalità standardizzato per età è pari a 28,5 in AUTC, valore leggermente superiore al dato regionale pari a 27,1.

Il **tumore della mammella** rappresenta la prima causa di mortalità per tumore nelle femmine in Toscana (Tabella 3); dal triennio 2018-2020 si osserva una lieve diminuzione del tasso di mortalità standardizzato per età per 100.000 abitanti. Nel triennio 2020-2022 il tasso risulta essere pari a 28,1 (per 100.000) in AUTC e 28,8 (per 100.000) in RT.

Il **tumore del colon retto** rappresenta in Toscana la seconda causa di morte per tumore negli uomini e la terza nelle donne (Tabella 3). Il tasso di mortalità per questa neoplasia è in progressiva diminuzione, passando da 39,7 nel triennio 2002-2004 a 25,7 nel triennio 2020-2022. In AUTC si registra un tasso pari a 25,5 per 100.000 abitanti confermando il trend in

diminuzione. Nel dettaglio, per il genere maschile il tasso di mortalità standardizzato per età nell'AUTC è pari a 32,0, in linea con la media regionale (32,4). Per il genere femminile, il tasso è pari a 21,2 per 100.000 abitanti, in linea con la media regionale (21,0).

Il **tumore gastrico** presenta un tasso di mortalità standardizzato per età pari a 12,1 per 100.000 abitanti a livello aziendale, in linea con il valore regionale (12,0). Il trend si conferma in progressiva diminuzione. Tuttavia, nella zona del Mugello, il tumore gastrico continua a rappresentare una rilevante causa di morte oncologica, con il tasso più elevato dell'AUTC e il secondo in Toscana con valore di 24,4 per 100.000 abitanti. In questa zona si osserva un eccesso significativo in entrambi i generi: tra i maschi il tasso raggiunge il 31,8 (secondo valore più alto in Toscana), mentre tra le femmine si registra il valore più elevato a livello regionale, pari a 20,0 (Tabella 3).

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 3. 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 2020–2022. Fonte: ARS, 2026. Gli eccessi di mortalità rispetto alla media AUTC sono evidenziati in grassetto.

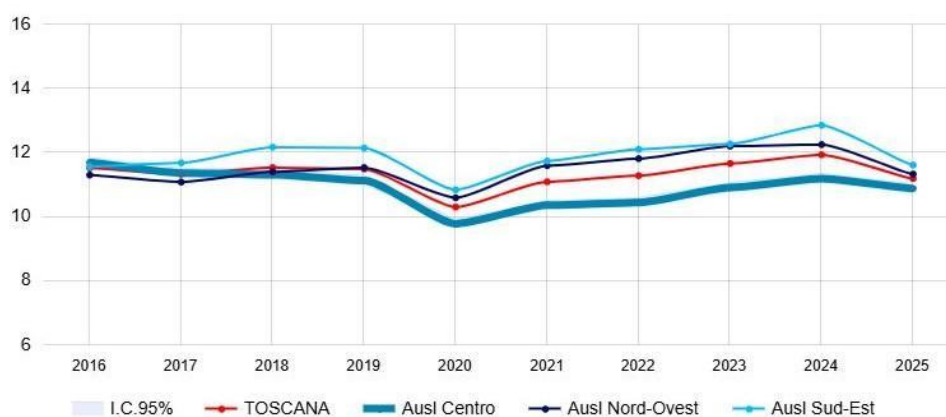
Maschi										
Sede tumore	Zona									
	Pistoiese	Val di Nievole	Pratese	Fiorentina	Fiorentina NO	Fiorentina SE	Mugello	EVI	AUTC	RT
Polmone	69,7	71,7	68,0	55,9	68,1	56,2	56,3	59,3	62,5	65,1
Colon-retto	33,5	34,7	33,7	28,8	31,2	27,2	32,7	36,6	32,0	32,4
Stomaco	16,4	19,5	20,2	16,0	18,4	18,3	31,8	11,6	17,6	17,4
Prostata	20,5	25,5	23,3	29,6	22,8	27,0	21,8	25,3	25,3	24,4

Femmine										
Sede tumore	Zona									
	Pistoiese	Val di Nievole	Pratese	Fiorenti na	Fiorentin a NO	Fiorenti na SE	Mugello	EVI	AUTC	RT
Mammella	26,2	31,0	29,1	28,4	26,8	26,4	31,2	28,6	28,1	28,8
Polmone	25,8	23,3	26,5	33,1	27,4	30,6	38,1	24,0	28,5	27,1
Colon- retto	21,8	23,2	18,7	21,9	19,3	20,9	20,0	23,2	21,2	22,0
Stomaco	7,7	7,2	9,0	7,2	8,1	7,6	20,0	7,5	8,2	8,1

I RICOVERI OSPEDALIERI PER TUMORE

Il tasso di ricovero standardizzato per età (per 1.000 abitanti) nei residenti dell'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 10). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

Figura 10. 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. Fonte: ARS, 2026.



La diffusione delle diverse forme di malattia nelle varie zone ed anche una diversa disponibilità di servizi sanitari territoriali alternativi all'ospedale possono contribuire a differenze geografiche dei tassi standardizzati per età di ospedalizzazione.

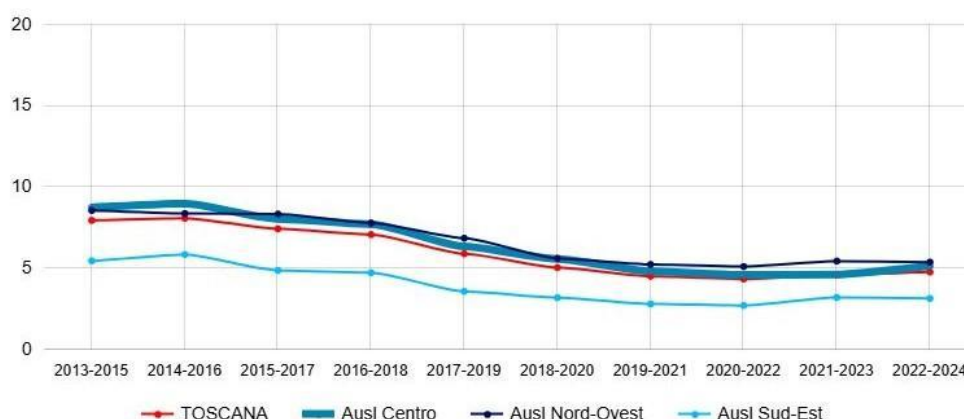
6.4 HIV E AIDS IN TOSCANA

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 2024, l'incidenza dell'HIV a livello nazionale è stata pari a 4,0 nuovi casi ogni 100.000 abitanti, confermando il dato precedente, e che il valore è sempre sotto la media dei Paesi europei, pari a 5,9. La Toscana nel 2024 risulta essere tra le Regioni con la più alta incidenza osservata insieme a Lazio ed Emilia-Romagna.

In Toscana, il trend delle nuove diagnosi di infezione da HIV, in calo dal 2013-2015 fino al 2020-2022, ha mostrato nei due periodi più recenti un andamento leggermente in crescita con un valore, nel 2022-2024, pari a 4,8 casi ogni 100.000 abitanti. Nello stesso periodo, l'incidenza registrata nell'AUTC è stata pari a 5,2 casi ogni 100.000 abitanti, valore superiore alla media regionale e in crescita rispetto al passato (Figura 11).

Figura 11. Incidenza dell'infezione da HIV in Toscana e nelle tre Aziende USL. Anni 2013-2024. Fonte ARS, 2026



Si osservano ampie variazioni all'interno del territorio AUTC, con un minimo di 2,2 casi ogni 100.000 abitanti nel territorio corrispondente all'ex-ASL 11 di Empoli e un massimo di quasi 6,3 nel territorio dell'ex-ASL 3 di Pistoia.

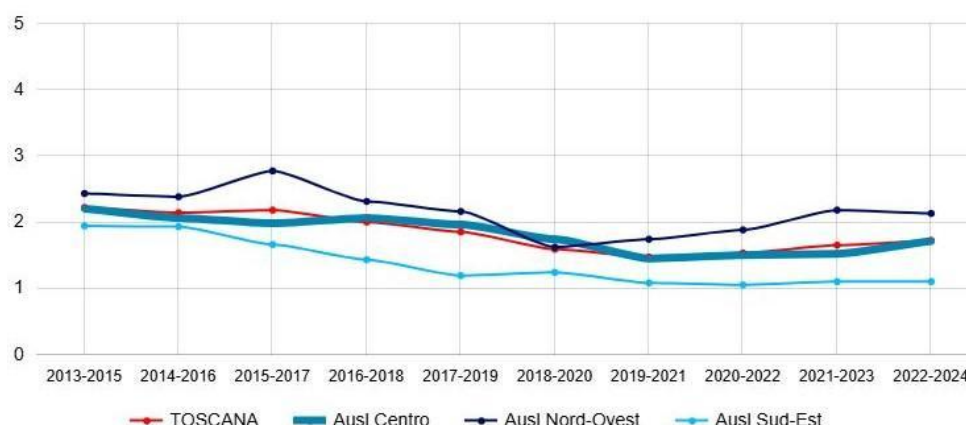
Parte della diminuzione osservata negli ultimi anni potrebbe essere attribuita a ritardi di notifica legati all'emergenza Covid-19, ma è riconosciuto anche il contributo positivo delle

strategie di prevenzione e delle terapie antiretrovirali, che permettono di raggiungere la non rilevabilità 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 35,9% 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 (87,6%) e quelli omosessuali tra gli uomini (41,6%). 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% delle persone scopre di essere sieropositiva solo a seguito di sintomi o patologie correlate, mentre appena il 27% 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 2022-2024 si attesta ancora a 1,7 casi per 100.000 abitanti sia a livello regionale che aziendale con una lieve crescita rispetto al 2021-2023 (Figura 12).

Figura 12. Incidenza di AIDS in Toscana e nelle tre Aziende USL, anni 2013-2024. Fonte ARS, 2026

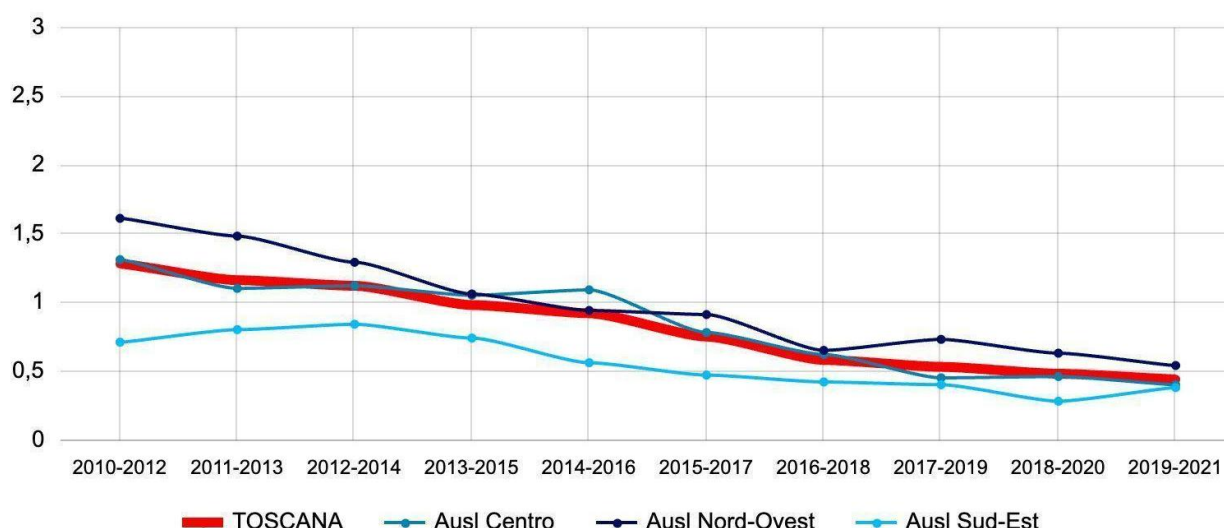


Come per l'infezione da HIV, anche in questo caso, si rileva una certa variabilità all'interno del territorio AUTC, con un minimo di 1,0 casi ogni 100.000 abitanti nell'ex-ASL 11 di Empoli e un massimo di 2,5 nell'ex-ASL 3 di Pistoia.

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. Nel 2020-2022, 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 13). 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 13. Tassi di mortalità standardizzati per età per AIDS in Toscana e nelle tre Aziende USL. Anni 2010-2023. Fonte ARS, 2025



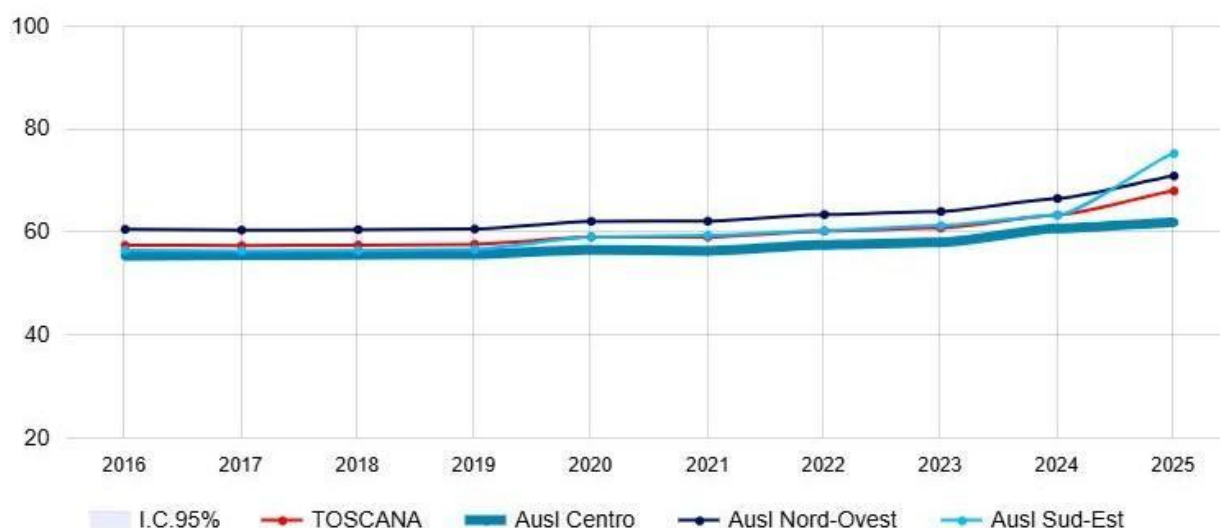
Oggi la quasi totalità dei nuovi casi di AIDS è legata a trasmissione sessuale, soprattutto eterosessuale, in netto contrasto con le prime fasi epidemiche dominate dalla tossicodipendenza. Questa inversione di tendenza, unita alla crescente disinformazione e alla sottovalutazione del rischio, evidenzia 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.

6.5 DIABETE MELLITO

In AUTC, nel 2025, si sono registrate 110.232 persone affette da diabete mellito con una prevalenza standardizzata per età, pari a 62,1 per 1.000 abitanti, un valore significativamente inferiore rispetto alla media regionale (66,7 per 1.000) che si conferma come il più basso tra le tre Aziende USL della Toscana. La zona Fiorentina presenta il valore più basso a livello regionale (56,8 per 1.000) preceduta dalla zona Fiorentina Sud-Est (60,1). I casi hanno riguardato maggiormente i maschi con una prevalenza pari a 72,1 per 1.000, mentre le femmine hanno registrato una prevalenza pari a 53,8 per 1.000.

A livello aziendale si osservano valori simili rispetto al 2024, mentre a livello regionale e delle altre Aziende c'è stato un incremento (Figura 14).

Figura 14. Andamento della prevalenza standardizzata per età (per 1000 ab.) del diabete mellito in Toscana e nelle tre Aziende USL, periodo 2016–2025. Fonte: MaCro, ARS, 2026.



6.6 BPCO

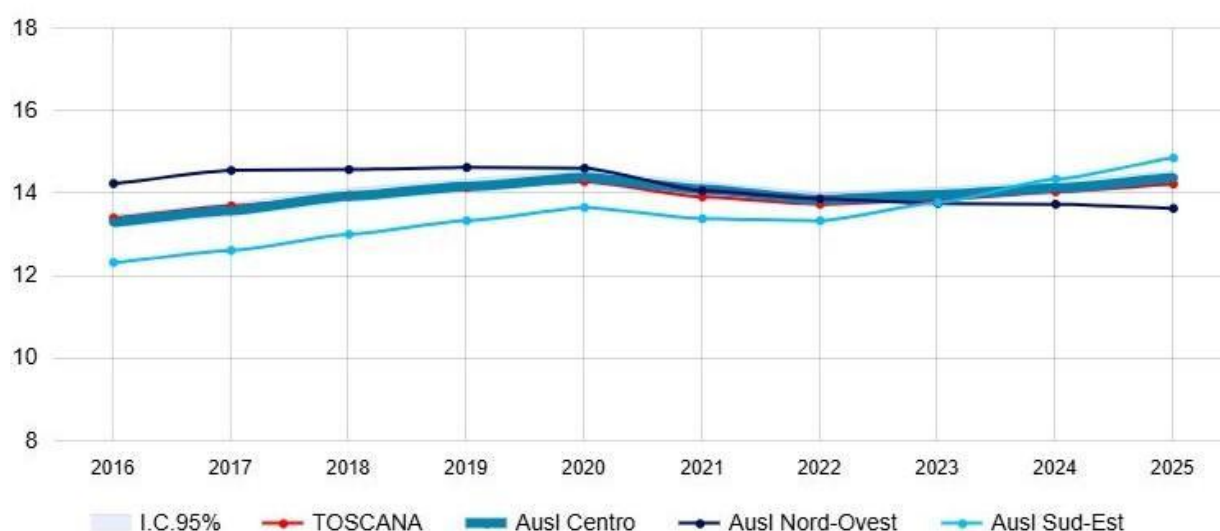
La prevalenza della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), dopo una lieve flessione registrata durante gli anni della pandemia da COVID-19, ha mostrato dal 2023 un lieve incremento che rimane costante anche nel 2025 (Figura 15). La prevalenza standardizzata per età, nell'AUTC si attesta a 14,4 per 1.000 abitanti, in linea con la media regionale (14,2 per 1.000).

Probabilmente la riduzione osservata nel periodo pandemico è attribuibile alle misure di contenimento che hanno ridotto l'esposizione a fattori di rischio ambientali e infettivi riducendo le riacutizzazioni e le diagnosi di BPCO; un'accessibilità ridotta ai servizi sanitari comportando una sotto-diagnosi e un ritardo nella presa in carico di nuovi casi; criteri di

codifica e registrazione modificati che ponevano maggior attenzione al COVID-19 e potrebbero aver nascosto o ritardato l'identificazione di patologie croniche come la BPCO.

La crescita post-pandemica potrebbe essere attribuibile in parte 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.

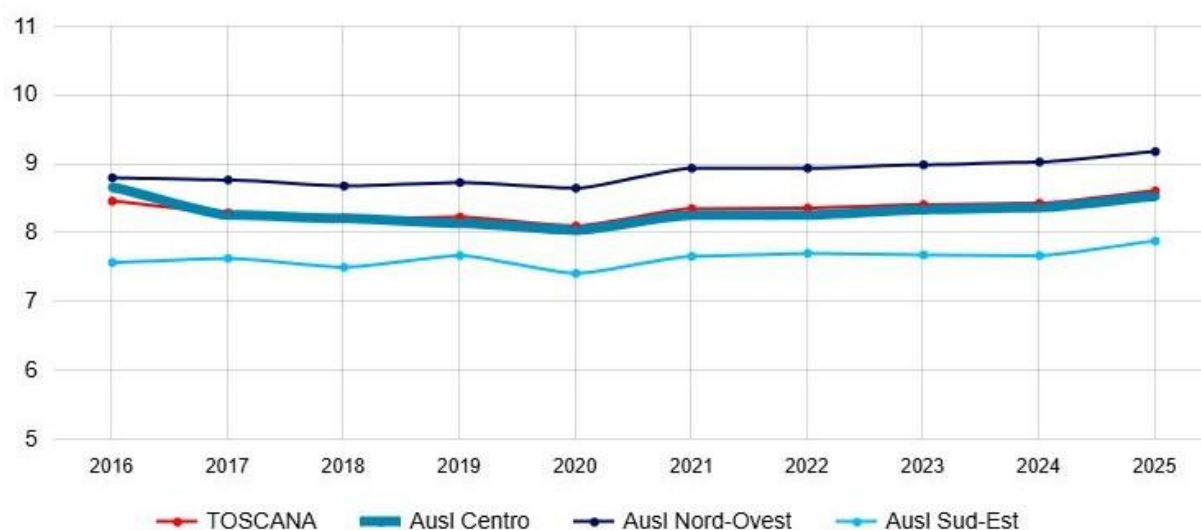
Figura 15. Andamento temporale della prevalenza standardizzata per età (per 1.000 ab.) della BPCO in Toscana e nelle tre Aziende USL nel periodo 2016-2025 Fonte: MaCro, ARS, 2026.



6.7 CONSUMO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI

La prevalenza standardizzata per età dell'uso di farmaci antidepressivi (Figura 16), dal 2016 al 2025 mostra, per una flessione nel 2020, una leggera diminuzione iniziale e successivamente un lieve incremento, infatti a livello regionale, i valori nel 2025 (8,5%) sono tornati a livelli comparabili col 2016 (8,4%). Per l'anno 2025 l'AUTC ha una prevalenza di 8,5%, significativamente inferiore a quello regionale; la zona Pistoiese risulta la più elevata all'interno dell'AUTC con una prevalenza di 9,8%. Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

Figura 16. Andamento temporale della prevalenza dell'uso dei farmaci antidepressivi in Toscana e nelle tre Aziende USL (per 100 ab.). Fonte: ARS, 2026



7. SALUTE IN DETERMINATI GRUPPI DI POPOLAZIONE

7.1 SALUTE MATERNO-INFANTILE

Nel 2024 nell'AUTC sono nati 9.356 bambini, confermando il trend di progressiva diminuzione delle nascite, in linea con quanto rilevato negli altri territori della Toscana (Figura 1). Nell'ambito di questo contesto di calo demografico, l'AUTC si conferma come l'Azienda USL con il più alto tasso di natalità a livello regionale, con 5,8 nati ogni 1.000 abitanti, a fronte di una media toscana pari a 5,7 per 1.000. All'interno dell'AUTC, nel 2024, la zona Fiorentina registra il valore più elevato, con un tasso di natalità pari a 6,2 per 1.000 abitanti.

Nel 2025, le donne residenti in AUTC che hanno partorito in ospedale sono state 8.704, pari a un tasso di 28,4 per 1.000 donne in età fertile (15–49 anni). Le zone Fiorentina Nord-Ovest, Mugello ed Empolese Valdarno Inferiore mostrano un tasso di ospedalizzazione per età per parto significativamente superiore al 32 rispetto ad una media regionale, di 27,4 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. Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

Figura 1. Tasso di natalità per 1.000 residenti in Regione Toscana e nelle tre Aziende USL. Periodo 2015-2024. Fonte: ARS, 2026.

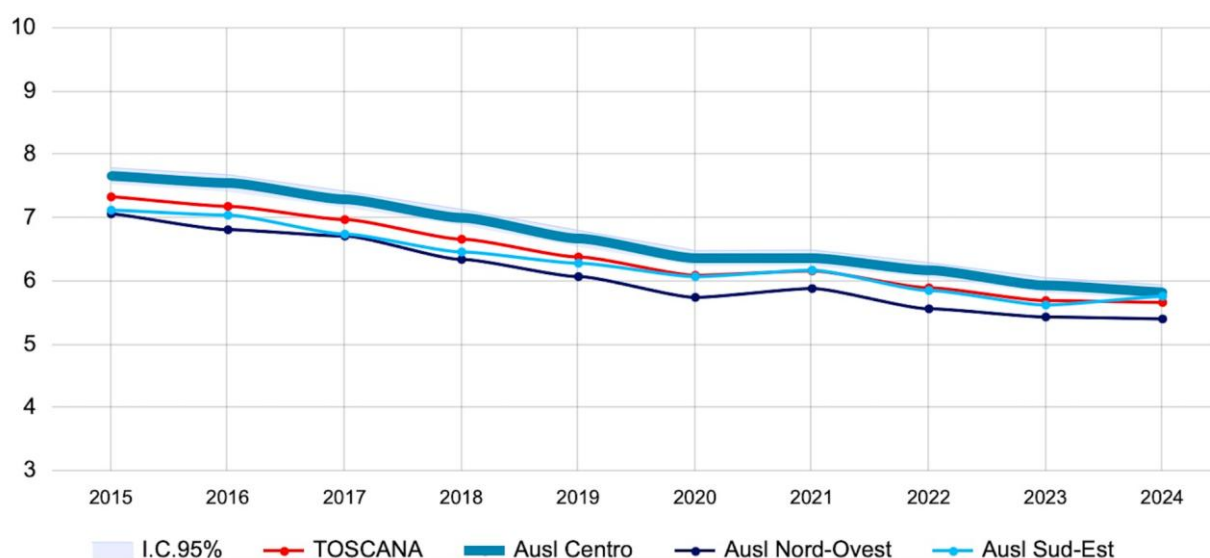
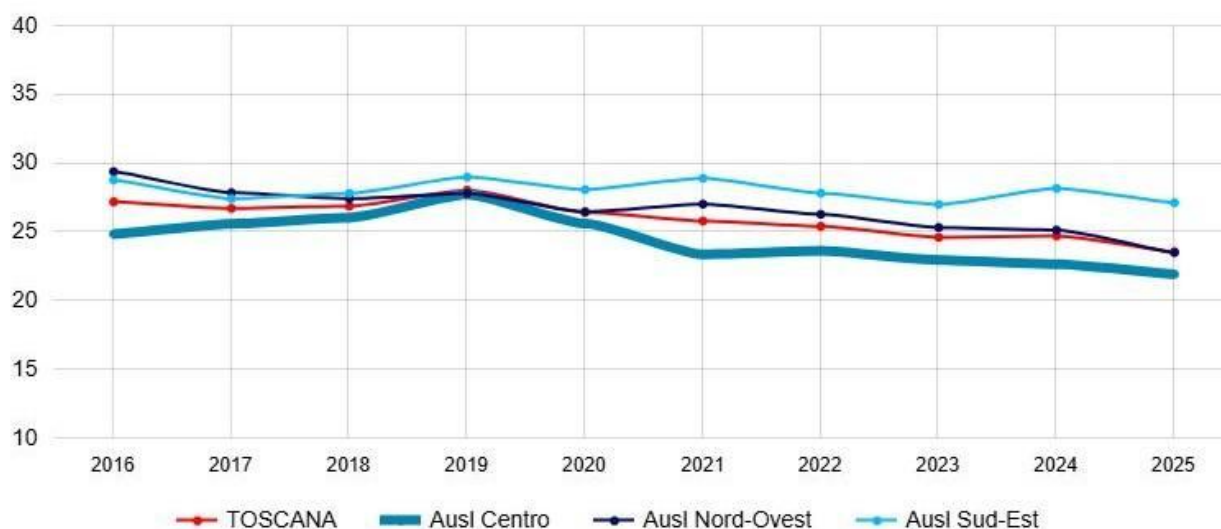


Tabella 1. Numero di ricoveri per parto, tasso grezzo e tasso standardizzato per età (per 1.000 donne in età fertile) in Toscana, AUTC e per zona di residenza, anno 2025. Fonte: ARS, 2026. *Eccesso rispetto alla media di AUTC ed ^eccesso rispetto alla media di RT.

Zona	Ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf.	Limite sup.
Pistoiese	865	27,6	30,0	28,0	32,0
Val di Nievole	646	28,4	30,3	28,0	32,7
Pratese	1.292	24,8	27,5	26,0	29,0
Fiorentina	2.036	28,9	28,9	27,6	30,1
Fiorentina Nord-Ovest**^	1.186	29,8	32,1	30,2	33,9
Fiorentina Sud-Est	931	28,5	30,9	29,0	33,9
Mugello	349	30,0	32,6	29,2	36,1
Empolese Valdarno Inferiore**^	1.401	30,4	33,0	31,3	34,7
AUTC	8.704	28,4	30,2	29,5	30,8
REGIONE TOSCANA	18.630	27,4	29,4	28,9	29,8

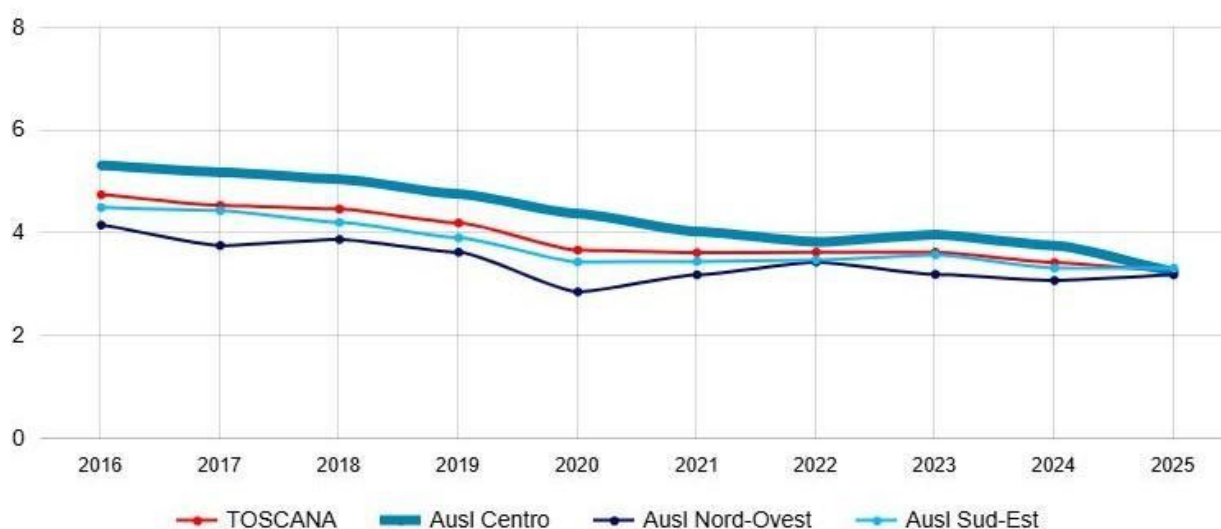
Nel 2025, il 22,0% dei parti avvenuti in AUTC è stato eseguito mediante taglio cesareo, un valore inferiore alla media regionale del 23,6% (Figura 2). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

Figura 2. Proporzione cesarei sul totale dei parti in Regione Toscana e nelle tre Aziende USL toscane. Periodo 2016-2025. Fonte: ARS, 2026.



Nel 2025, l'AUTC ha un tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo in linea con la media regionale, confermando il trend di progressiva riduzione osservato già in precedenza in tutta la Toscana (Figura 3). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

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: 2016-2025. Fonte: ARS, 2026



Nel 2025, i ricoveri per aborto spontaneo tra le donne residenti in AUTC sono stati 1.005, pari a un tasso grezzo di 3,3 per 1.000 donne in età fertile, uguale al valore regionale (Tabella 2). Tra le zone dell'AUTC solo la Fiorentina (4,3 per 1.000) presenta 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 2025. Fonte: ARS, 2026

Zona	Totale ricoveri	Tasso grezzo	Lim. inf.	Lim. sup.
Pistoiese	84	2,7	2,1	3,3
Val di Nievole	57	2,5	1,9	3,2
Pratese	145	2,8	2,3	3,2
Fiorentina	301	4,3	3,8	4,
Fiorentina Nord-Ovest	136	3,4	2,8	4,0
Fiorentina Sud-Est	105	3,2	2,6	3,8
Mugello	38	3,3	2,2	4,3
Empolese Valdarno Inferiore	139	3,0	2,5	3,5
AUTC	1.005	3,3	3,1	3,5
REGIONE TOSCANA	2.218	3,3	3,1	3,4

Si conferma il trend in calo dei tassi di ospedalizzazione per IVG in AUTC, in linea con l'andamento regionale (Figura 4).

Nel 2025 le donne residenti nella AUTC ricoverate per interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) sono state 660 (erano 705 nel 2024, 733 nel 2023 e 881 nel 2022), ovvero 2,2 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 la Fiorentina Nord-Ovest mostrano i tassi di ospedalizzazione per IVG più alti (2.7). Si precisa che, per l'ultimo periodo considerato, l'indicatore non include le prestazioni erogate fuori regione a residenti toscani.

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 2016 -2025. Fonte: ARS, 2026

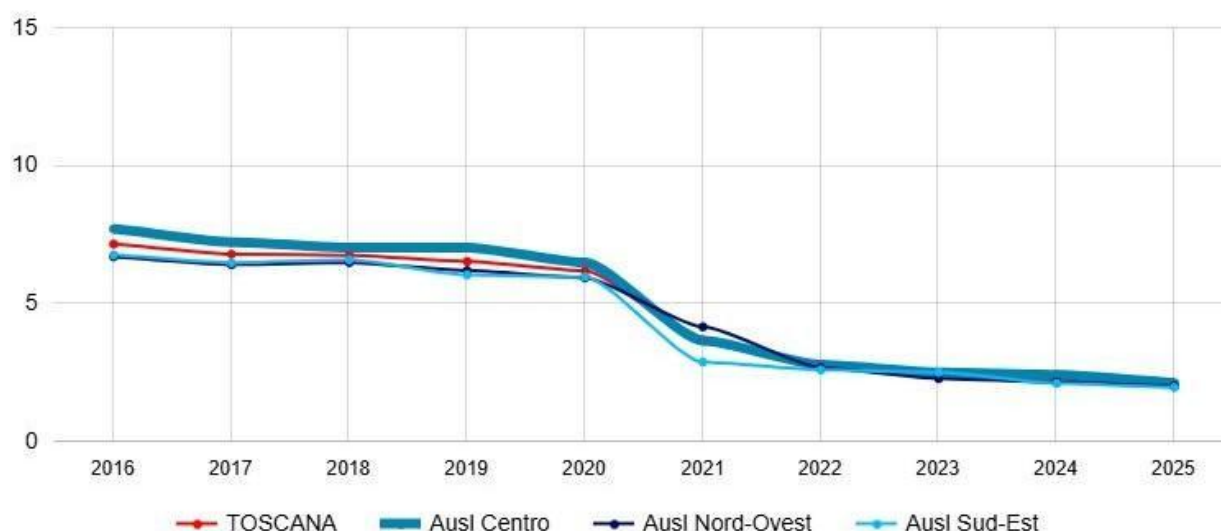


Tabella 3. Numero assoluto e tasso grezzo di ospedalizzazione per interruzione volontaria di gravidanza (per 1.000 donne in età fertile) in Toscana, nell'AUTC e per zona distretto, anno 2025. Fonte: ARS, 2026.

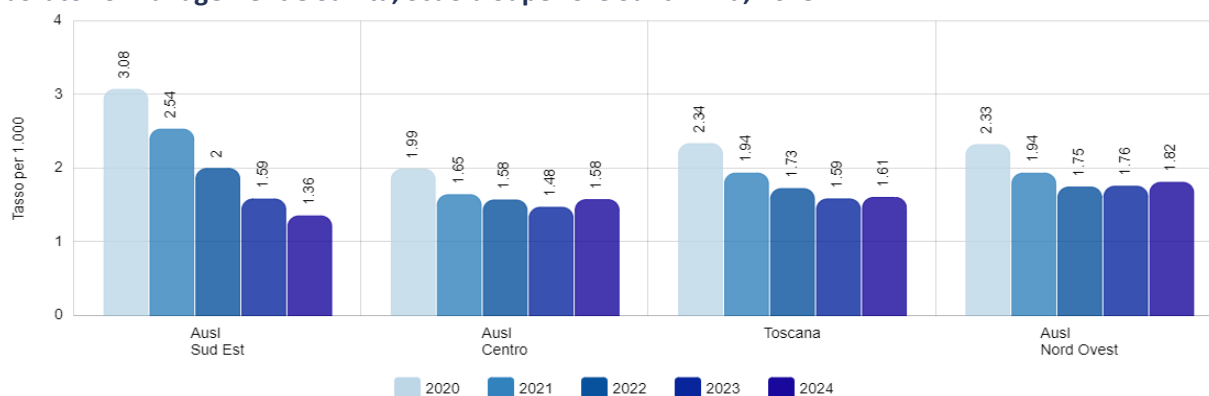
*In eccesso rispetto ad AUTC e RT.

Zona	Totale ricoveri	Tasso grezzo	Lim. inf.	Lim. sup.
Pistoiese	62	2,0	1,5	2,5
Val di Nievole	46	2,0	1,4	2,6
Pratese	103	2,0	1,6	2,4
Fiorentina*	189	2,7	2,3	3,1
Fiorentina Nord-Ovest*	106	2,7	2,2	3,2
Fiorentina Sud-Est	54	1,7	1,2	2,1
Mugello	18	1,5	0,8	2,3
Empolese Valdarno Inferiore	82	1,8	1,4	2,2
AUTC	660	2,2	2,0	2,3
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, si registra:

- Nel triennio 2023–2025, il tasso di natimortalità – calcolato come (numero di nati morti / totale dei nati, vivi + morti) × 1.000 – è risultato pari a 2,15 per 1.000, un valore del tutto sovrapponibile alla media regionale toscana (2,19 per 1.000).
- L'AUTC 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 2021–2023, la prevalenza alla nascita delle anomalie congenite (il rapporto tra nati vivi, morti fetali e le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con almeno una diagnosi di anomalia congenita escludendo i difetti minori, e i nati vivi nell'anno di riferimento residenti in Toscana) (tasso grezzo per 1.000) è stata 21,4 (N=614), per un totale di 1.608 anomalie, valore inferiore rispetto al tasso regionale di 25,6 per 1.000. A partire dal 2011, il valore risulta in lieve aumento, come a livello regionale, verosimilmente per effetto del maggiore ricorso alla diagnosi prenatale e dell'aumento dell'età materna;
- Nel triennio 2023-2025 sono stati 1.743 i bambini nati con basso peso alla nascita (<2.500 grammi), pari al 6,4% 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 nel 2025 148 in Toscana, pari allo 0,7% del totale; anche questo indicatore è risultato del tutto in linea con la media regionale.
- Nel triennio 2023–2025, i nati vivi prematuri (entro la 37^a settimana di gestazione) nella AUTC sono stati 1.685, pari al 6,2% dei nati vivi, un valore leggermente inferiore alla media regionale (6,6%). Nel 2025, i nati vivi gravemente prematuri (entro la 32^a settimana) sono stati 69 (erano 65 nel 2024) e corrispondono allo 0,8% dei nati vivi, un dato in linea con la media regionale pari allo 0,7%.

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

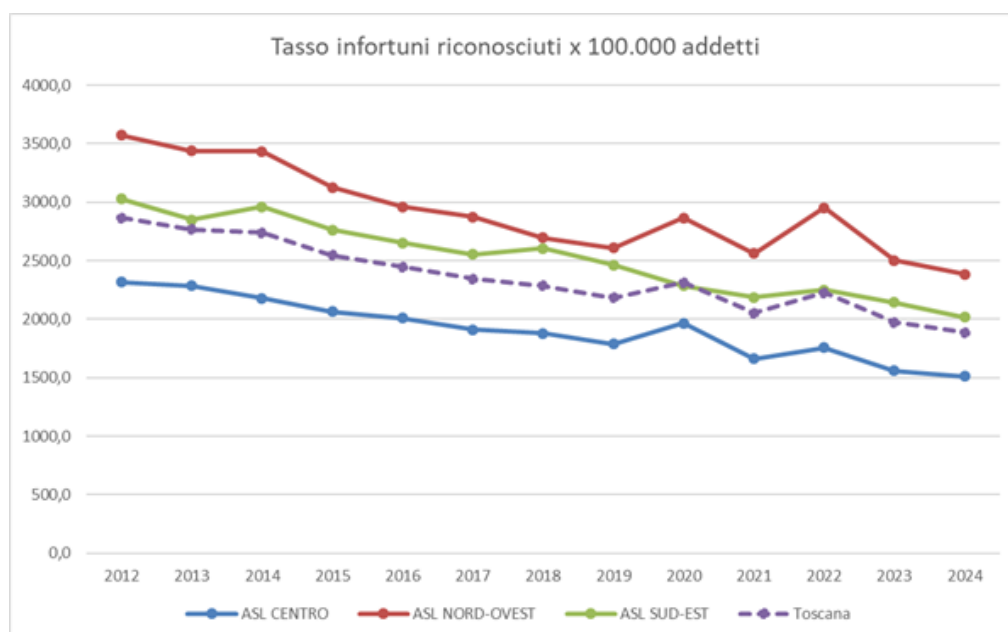
7.2.1 INFORTUNI SUL LAVORO

I dati INAIL degli infortuni lavorativi (in occasione di lavoro, esclusi studenti, colf e sportivi) riconosciuti ed indennizzati, analizzati per il periodo 2012-2024 evidenziano una diversa distribuzione regionale. In termini assoluti la AUTC presenta un numero di infortuni di poco inferiore a quello della Nordovest e superiore rispetto a quello della Sudest (Tabella 4). E' tuttavia evidente una progressiva riduzione del numero di eventi su tutto il territorio regionale, come si può vedere dalla Figura 6, in cui è riportato l'andamento degli infortuni in termini di tasso, in confronto fra ASL e rispetto al dato regionale.

Tabella 4. Infortuni definiti positivamente accaduti nel territorio AUTC in occasione di lavoro, esclusi studenti colf e sportivi. Fonte: Flussi INAIL-Regioni. EVI: Empoli Valdarno Inferiore; RT: Regione Toscana.

Anno evento	EVI	Fioren tina	Fioren tina NO	Fioren tina SE	Mugell o	Pistoi ese	Prates e	Val di Nievol e	AUTC	ASL NO	ASL SE	RT
2024	1.222	2.817	1.123	978	394	824	1.126	447	8.931	9.087	5.456	23.474
2023	1.215	2.753	1.124	916	373	876	1.138	501	8.896	9.147	5.671	23.714
2022	1.322	3.222	1.188	1.175	425	883	1.281	492	9.988	10.671	5.870	26.529
2021	1.202	2.494	1.056	962	386	835	1.186	482	8.603	8.630	5.334	22.567
2020	1.265	2.896	987	1.061	460	979	1.173	474	9.295	8.904	5.183	23.382
2019	1.254	2.907	1.220	1.039	475	959	1.275	531	9.660	8.907	6.142	24.709
2018	1.356	2.895	1.223	1.042	497	1.066	1.303	475	9.857	8.954	6.279	25.090
2017	1.320	2.905	1.265	1.064	427	1.108	1.355	472	9.916	9.420	6.282	25.618
2016	1.368	3.045	1.210	1.106	502	996	1.384	462	10.073	9.711	6.414	26.198
2015	1.433	2.923	1.213	1.001	513	1.091	1.357	537	10.068	9.957	6.517	26.542
2014	1.564	3.115	1.282	1.035	510	1.187	1.330	575	10.598	10.734	7.103	28.435
2013	1.595	3.329	1.291	1.151	522	1.295	1.411	578	11.172	10.979	7.091	29.242
2012	1.559	3.393	1.332	1.147	555	1.376	1.480	624	11.466	11.726	7.561	30.753

Figura 6. Tasso infortuni riconosciuti x 100.000 abitanti



Rispetto al 2012, dal punto di vista numerico gli infortuni sul lavoro nel 2024 risultano ridotti di circa un quarto nella AUTC, con una diversa distribuzione a seconda delle diverse zone. La riduzione si evidenzia nel triennio 2012-2014, in coincidenza con le fasi più acute della crisi economico-produttiva e dalla conseguente riduzione del numero di ore lavorate, ma si mantiene, anche se in maniera meno pronunciata, negli anni successivi. E' evidente l'effetto del periodo pandemico, caratterizzato dall'interruzione dell'attività produttiva in molti settori lavorativi ma dalla contemporanea registrazione di numerosi casi di infezione da COVID contratte sul lavoro nelle attività produttive rimaste aperte. Segue nel 2022, con la ripresa dell'attività lavorativa, un incremento del fenomeno infortunistico, a cui fa seguito una riduzione negli ultimi anni, con una tendenza alla stabilità.

Limitandosi al 2024 ed escludendo i casi privi di informazione sul settore lavorativo, il settore in cui si sono verificati più infortuni appare quello delle attività manifatturiere, circa il 19% del totale, seguito dalle costruzioni (13,4%), poi dal trasporto e dal magazzinaggio (con il 11,2%) e la sanità (10,6%) (Tabella 6).

Tabella 6. Infortuni riconosciuti in occasione di lavoro accaduti nel 2024 nell'AUTC, per i quali è specificato il settore ATECO. Fonte: Flussi INAIL-Regioni.

Ateco 2007	Casi	%
C Attività manifatturiere	1.699	19,0
F Costruzioni	1.191	13,3
H Trasporto e magazzinaggio	1005	11,3
Q Sanità	932	10,4
G Commercio	860	9,6
I Alloggio e ristorazione	717	8,0
N Noleggio, agenzie di viaggio	714	8,0
E Fornitura di acqua	343	3,8
O Amministrazione pubblica	173	1,9
M Professioni	103	1,2
S Altre attività di servizi	90	1,0
R Arte, sport, intrattenimento	62	0,7
J Informazione e comunicazione	57	0,6
P Istruzione	53	0,6
K Finanza e assicurazioni	32	0,4
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	22	0,2
L Attività immobiliari	19	0,2
D Fornitura di energia	12	0,1
B Estrazione di minerali	2	0,0
X Non classificato	845	9,5

7.2.2 MALATTIE PROFESSIONALI

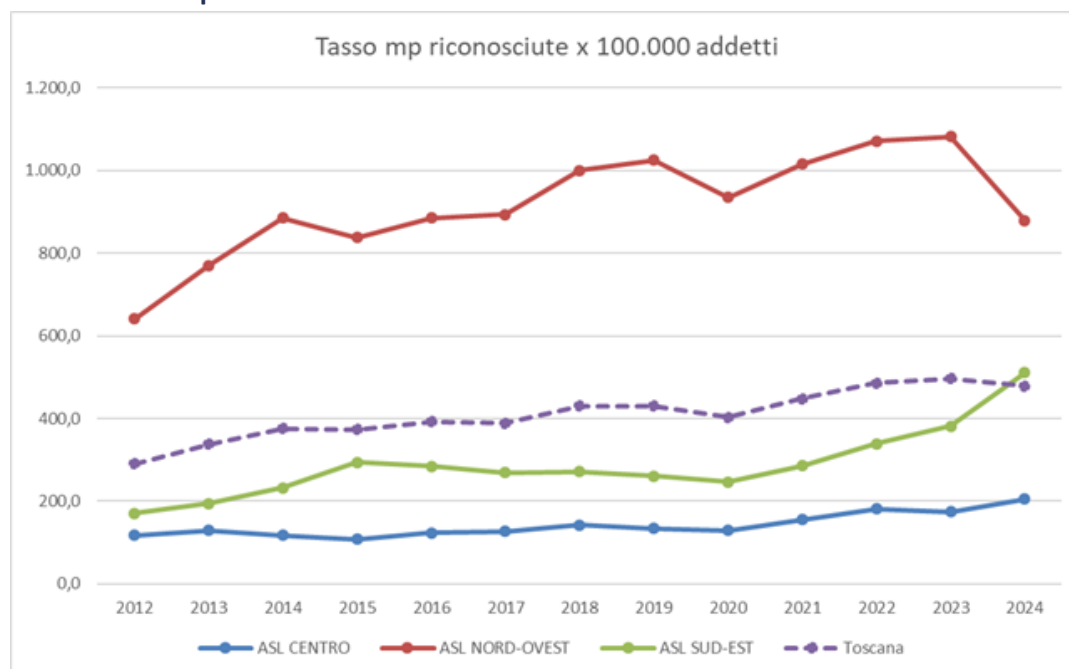
Dal 2012 al 2024 si rileva un incremento del numero delle Malattie professionali (MP) riconosciute da INAIL. L'evento pandemico del 2020, in analogia con gli infortuni, ha indotto un decremento delle segnalazioni di MP, seguito da un incremento delle segnalazioni ad INAIL e dei conseguenti riconoscimenti di MP in tutta la Regione, compresa la AUTC, in cui siamo passati dalle 611 del 2020 alle 1.212 del 2024 (Tabella 7).

Tabella 7. Malattie professionali riconosciute. Fonte: Flussi INAIL-Regioni. EVI: Empoli Valdarno Inferiore; RT: Regione Toscana.

Anno evento	EVI	Fioren tina	Fioren tina NO	Fioren tina SE	Mugell o	Pistoi ese	Prates e	Val di Nievol e	AUTC	ASL NO	ASL SE	RT
2024	473	144	200	100	55	76	105	59	1.212	3.353	1.381	5.946
2023	349	140	173	70	49	82	89	44	996	3.958	1.010	5.964
2022	345	148	174	96	64	58	92	52	1.029	3.873	885	5.787
2021	260	102	145	74	43	68	75	39	806	3.422	698	4.926
2020	173	86	110	57	38	59	57	31	611	2.903	559	4.073
2019	231	114	105	61	47	56	74	33	721	3.498	651	4.870
2018	237	119	125	61	47	58	66	36	749	3.322	655	4.726
2017	203	106	89	56	64	45	72	26	661	2.929	661	4.251
2016	202	110	82	47	44	44	58	28	615	2.902	689	4.206
2015	167	86	68	37	31	44	57	35	525	2.668	694	3.887
2014	199	90	76	57	32	40	48	31	573	2.768	557	3.898
2013	214	92	84	61	14	47	74	44	630	2.459	484	3.573
2012	201	97	84	45	13	47	59	35	581	2.106	425	3.112

L'andamento mostra un progressivo incremento del numero di eventi su tutto il territorio regionale, compresa l'AUTC. La Figura 7, riporta l'andamento degli MP in termini di tasso, in confronto fra AUSL (che evidenzia un tasso di MP inferiore nell'AUTC rispetto a quello delle altre due ASL, nonostante il maggiore numero di PAT registrate da INAIL nel territorio) e rispetto al dato regionale.

Figura 7. Tasso malattie professionali riconosciute x 100.000 addetti



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 e anche delle stime del Global Burden of Diseases, risulta evidente la sottotifica dei tumori, delle malattie respiratorie e delle malattie allergiche e da sensibilizzazione, le cui diagnosi e le conseguenti procedure di riconoscimento 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 10.000 fino a dimezzarsi negli ultimi anni (poco meno di 7.000 nel 2024), mostrando nel periodo pandemico una forte riduzione.

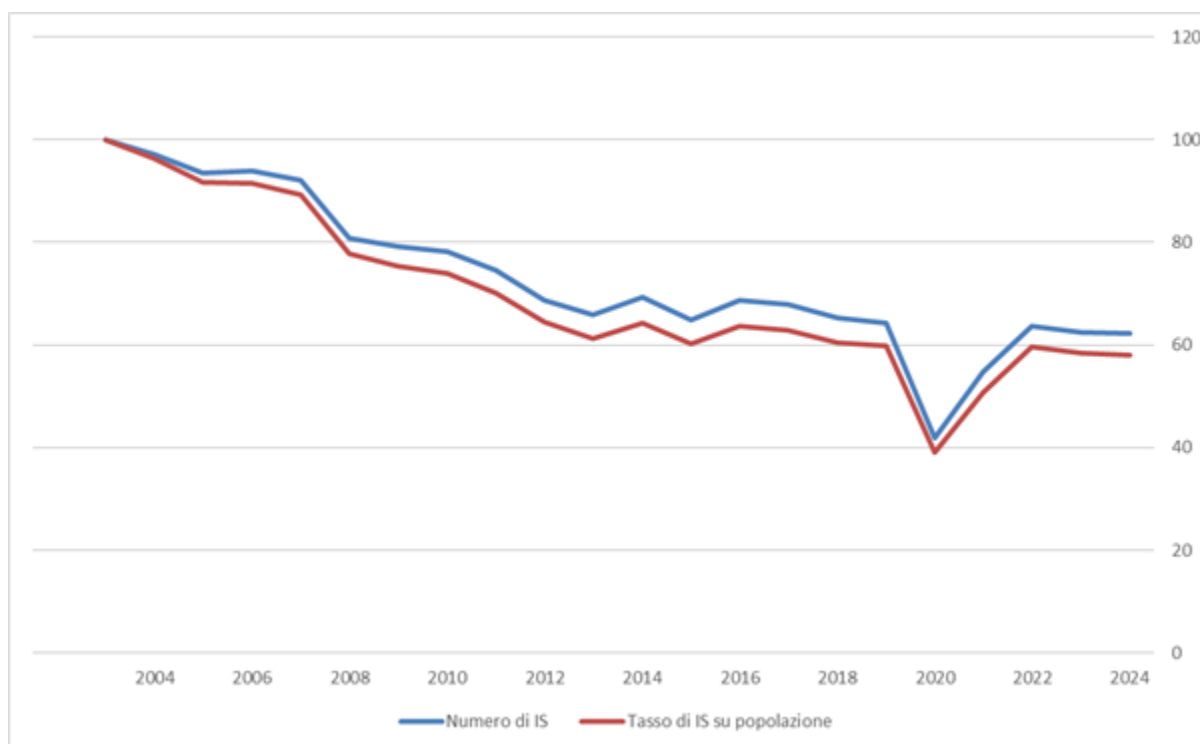
Per quanto riguarda i dati INAIL, benché le denunce di infortunio per attività legata al lavoro si riducono costantemente per tutto il periodo analizzato, le denunce degli infortuni in itinere, ovvero accaduti nel tragitto casa-lavoro/lavoro-casa, mostrano un progressivo incremento, con l'intervallo della pandemia (Tabella 8).

Tabella 8. Incidenti stradali (IS) nell'AUTC. Numero IS, Feriti per IS, Decessi per IS. Denunce infortuni stradali suddivisi in itinere ed in occasione di lavoro. Fonte: ACI, INAIL, ISTAT

ANNO	IS in generale			Denunce INAIL per IS “in itinere” e sul lavoro	
	Numero IS	Numero Feriti	Numero Decessi	Infortuni Per IS in itinere	Infortuni Per IS sul lavoro
		per IS	per IS		
2024	6.946	8.632	76	2.842	602
2023	6.975	8.658	78	2.979	605
2022	7.121	8.745	84	2.817	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	1.893
2012	7.680	10.098	73	2.300	1.890
2011	8.326	10.916	76	2.746	2.061
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		

Un andamento analogo è evidente per il tasso di IS rapportato alla popolazione presente (Figura 8), 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 8. 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. 2003 = 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 2024 è di 76 morti, tornato in linea con il trend dell'intero periodo.

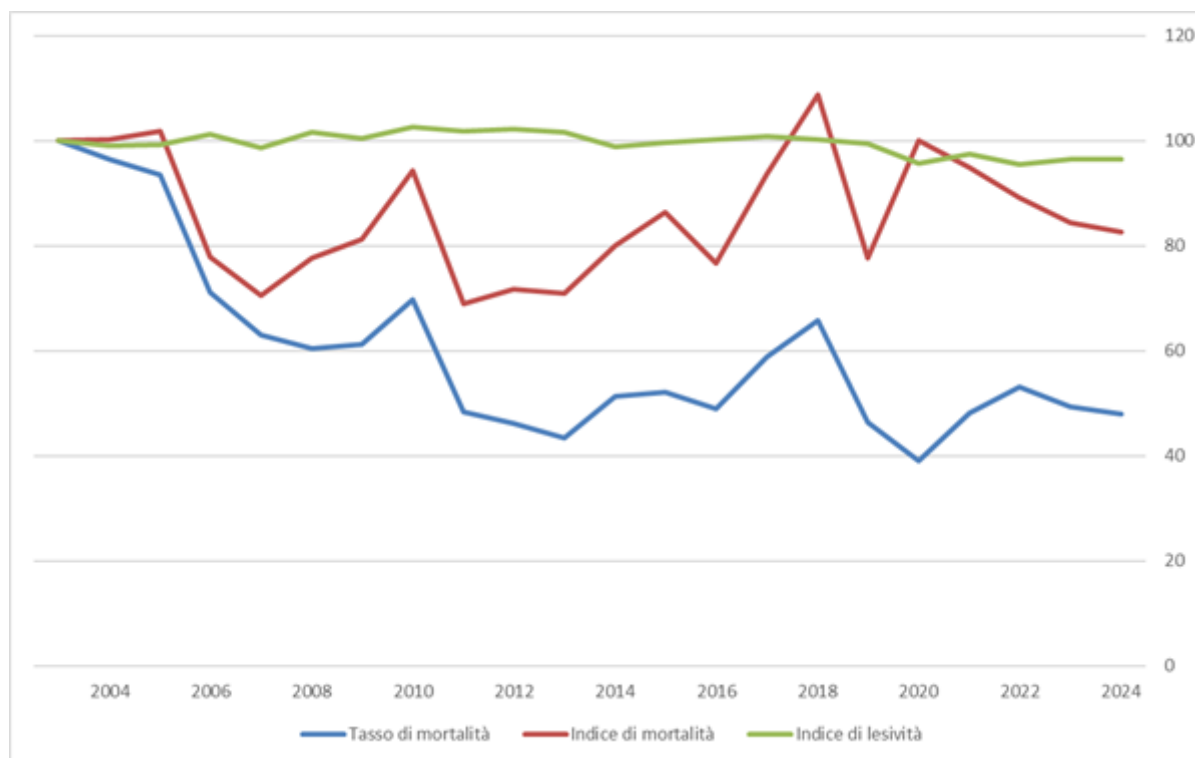
Esistono oscillazioni di breve periodo, che riflettono la variabilità statistica. Queste si sovrappongono ad una favorevole tendenza di lungo periodo, che dal 2003 (anno col maggior numero di IS) al 2019 (ultimo anno prima della discontinuità-Covid) vedono una riduzione progressiva dell'incidentalità 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) può dimostrarsi in grado di consentire una concreta riduzione dei decessi e delle invalidità dovute ad incidenti stradali.

Gli indici di lesività (numero di feriti per ogni IS) e di mortalità (numero decessi per ogni IS) esprimono la gravità in termini di conseguenze sanitarie degli IS (Figura 9).

Considerando l'anomala riduzione degli spostamenti del periodo della pandemia, nel 2019 l'indice di lesività nell'AUTC 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 a valori al valore osservato nell'anno iniziale di osservazione

Figura 9. Andamento temporale dell'indice di lesività (n. feriti/n. IS) ed indice di mortalità (n. decessi / n. IS) e tasso di mortalità (decessi / popolazione). 2003 = 100. Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT



Anche per questo tipo di infortuni stradali, si è rilevato un consistente 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 rispetto al 2020, soprattutto per gli IS “in Itinere” (+57%).

Tale ripresa non sembra comunque tale da tornare a raggiungere i livelli precedenti, segnando comunque una riduzione dell'ordine del 20% rispetto ai dati medi del periodo 2016-2019. Tale miglioramento potrebbe essere attribuibile alla maggiore diffusione del lavoro a distanza, un cambio di abitudini che se maggiormente esteso e integrato con altre eventuali soluzioni (car sharing ecc), potrebbe ulteriormente migliorare i dati di incidentistica stradale.

SEZIONE II. LA RISPOSTA DELL'AZIENDA SANITARIA

8. PRONTO SOCCORSO E 118

L'AUTC mostra per l'anno 2025 un aumento degli accessi ai Pronto Soccorso rispetto all'anno 2024 in quasi tutti presidi, come indicato nella Tabella 1.

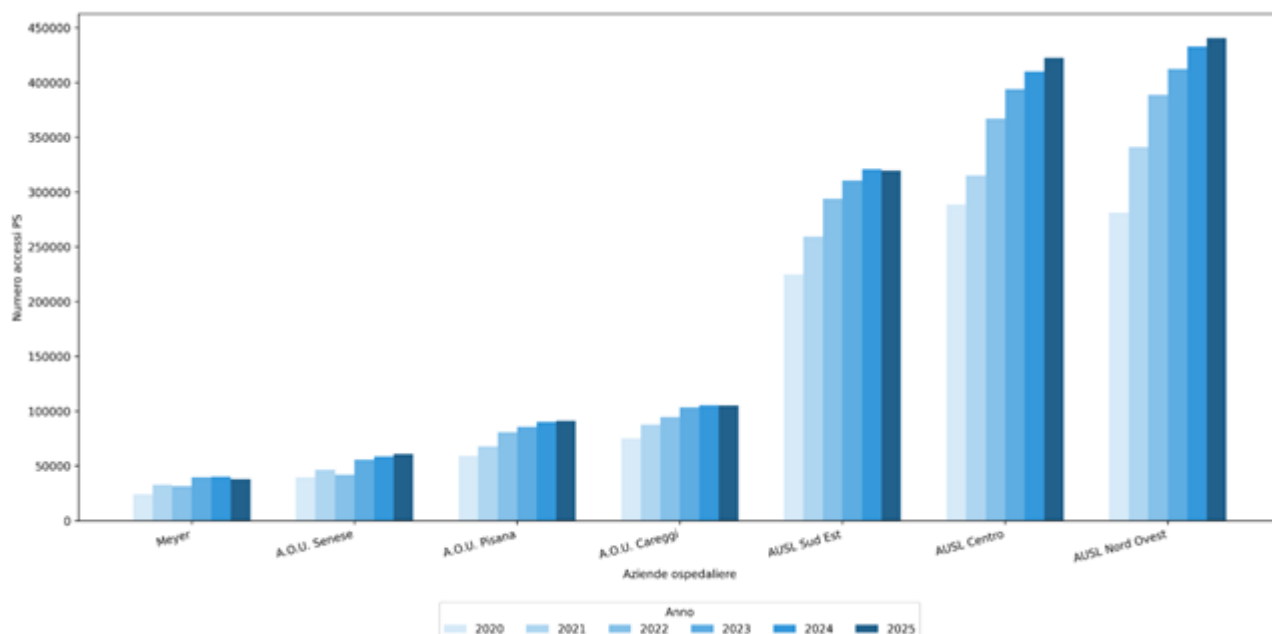
Nel corso dell'anno l'ASL ha avviato il modello dei Punti di intervento rapido (Pir), con l'obiettivo di garantire una risposta medica rapida per le "urgenze minori". Questo nuovo modello di assistenza territoriale si configura in ambulatori diurni di continuità assistenziale avanzata, distribuiti sull'intero territorio di riferimento, offrendo prestazioni che si integrano a quelle dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta. L'introduzione dei PIR si inserisce nel più ampio percorso di potenziamento dell'assistenza territoriale promosso dall'Azienda, finalizzato ad avvicinare i servizi sanitari ai cittadini e a garantire risposte assistenziali efficaci, tempestive e maggiormente accessibili.

Tabella 1. Numero di accessi ai Pronto Soccorso in AUTC, anni 2024-2025. Fonte: cruscotto aziendale.

Sede PS	Accessi 2024	Accessi 2025
Osp. Santo Stefano	94.700	97.050
Osp. San Giuseppe	66.161	67.352
Osp. San Jacopo	63.845	65.852
Osp. San Giovanni di Dio	46.037	51.674
Osp. Santa Maria Annunziata	47.723	48.708
Osp. Santa Maria Nuova	35.582	36.771
Osp. della Val di Nievole	34.269	35.662
Osp. Borgo San Lorenzo	24.294	24.991
Osp. Lorenzo Pacini	3.335	2.662
Totale complessivo	415.946	430.722

Anche analizzando il trend di accessi nel periodo 2020-2025, l'AUTC mostra dati in progressivo aumento, in linea con le altre aziende toscane (Figura n. 1).

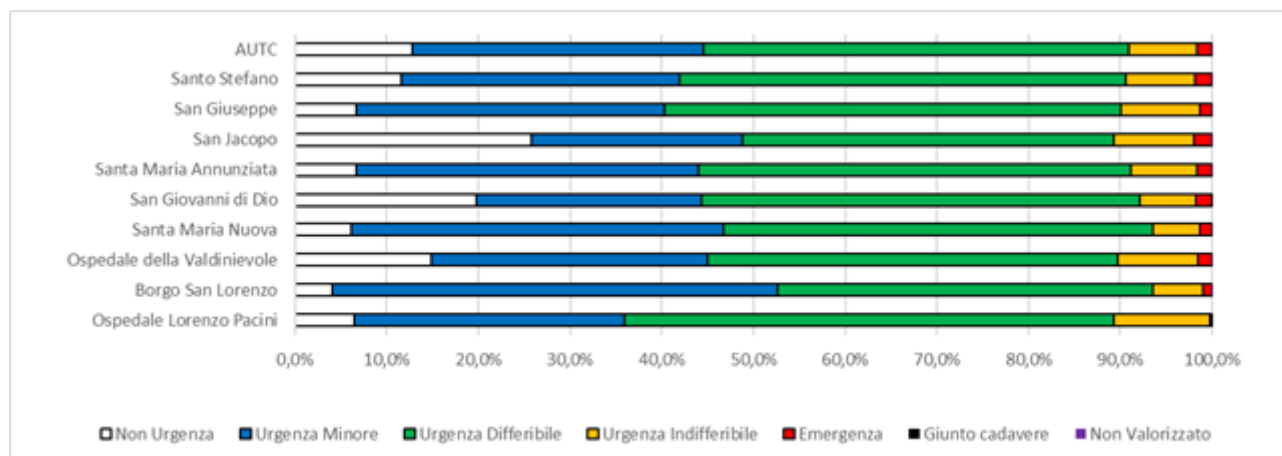
Figura 1. Trend degli accessi in PS 2020-2025.



Il 10 % degli accessi nei Pronto Soccorso è rappresentato dalle urgenze indifferibili e dalle emergenze come rappresentato nella Figura 2.

Figura 2. Proporzioni di tipologie di accesso (triage), ANNO 2025. 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 buoni risultati sulla qualità delle cure, dimostrati dalle basse percentuali di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore (C16.10), seppur con un lieve aumento rispetto all'anno precedente, e dall'alta percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (C16.7).

Rimangono su livelli di attenzione il tasso di abbandono (D9A), seppur con un lieve miglioramento rispetto al 2024, e gli indicatori relativi alla permanenza in pronto soccorso, sia prima della dimissione a domicilio (C16.4.1.N) che prima del ricovero (C16.4), nonostante entrambi mostrino un miglioramento rispetto al 2024.

Tabella 2. Indicatori MeS Pronto Soccorso dell'AUTC, anni 2023-2025.

Indicatore	Standard	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2025
C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	<7,8	5,2	5,1	5,32	
C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	>90%	53,2	53,8	54,44	
C16.4.1.N Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso ≤ 8 ore	>92%	88,8	89,0	90,09	
C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>65%	78,0	77,3	79,27	
D9A Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	<2,33	3,9	4,3	4,17	

Per quanto riguarda l'indicatore NSG relativo all'intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (D09Z), i valori 2025 risultano in linea con l'annualità precedente: si registra un lieve incremento per la C.O. 118 unificata ex-USL 3 - USL 11 (da 13,92 a 14,10 minuti) e un decremento per la C.O. 118 unificata ex-USL 4 - USL 10 (da 14,05 a 13,60 minuti). Per entrambe le C.O. afferenti all'AUTC si confermano, anche per il 2025, i migliori dati a livello regionale (Tabella 3).

Tabella 3. Indicatore NSG relativi all'intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (D09Z)

Centrale Operativa 118	Standard	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025
C.O. 118 unificata ex-USL 3 - USL 11	<21	13,86	13,92	14,10
C.O. 118 unificata ex-USL 4 - USL 10	<21	14,00	14,05	13,60

9. OSPEDALE

9.1 RICOVERI

Nel corso del 2025 i ricoveri nelle strutture pubbliche della AUTC sono stati 111.437 (giornate di degenza maturate 653.221), con leggero aumento rispetto all'anno precedente seppur con disomogeneità nei diversi setting: in particolare, si è assistito ad una diminuzione dei ricoveri ordinari dello 0,5% e un aumento dei Day Hospital del 4%. È parallelamente aumentato anche il peso medio dei DRG per i ricoveri DH, mentre quello per ricoveri ordinari rimane pressoché stabile con una lievissima deflessione.

Come viene evidenziato dalle tabelle successive (Tabella 3 e 4) la lieve deflessione dei ricoveri ordinari è a carico dei ricoveri di tipo medico mentre per quelli chirurgici si nota un lieve aumento.

Rispetto al 2024 la degenza media è rimasta pressoché costante (da 6,41 a 6,40 giorni), seppur con una certa variabilità fra i vari presidi (Tabella 1).

Tabella 1. Ricoveri avvenuti nelle strutture dell'AUTC, anni 2024-2025. Fonte: cruscotto aziendale

			2024				2025			
Ex USL	Presidio	Regime	n.casi	tot gg	deg. media	peso medio DRG	n.casi	tot gg	deg. media	peso medio DRG
Pistoia	Ospedale San Jacopo	D.H.	2.425	8.162		0,527	2.599	10.670		0,540
		Ordinario	14.185	91.948	6,48	0,899	14.149	89.517	6,33	0,899
	L.Pacini S.Marcello P.se (PT)	D.H.	0	0		0,000	0	0		0
		Ordinario	679	6.899	10,16	0,850	684	6.681	9,77	0,867
	SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)	D.H.	1.240	3.845		0,510	1.138	4.070		0,513
		Ordinario	6.025	42.612	7,07	0,995	5.846	42.144	7,21	0,986
Prato	Nuovo Ospedale di Prato S.Stefano	D.H.	4.187	14.122		0,508	4.668	16.162		0,490
		Ordinario	23.489	155.714	6,63	0,909	24.036	159.105	6,62	0,896
Firenze	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	D.H.	582	1.989		0,521	486	2.486		0,497
		Ordinario	3.930	24.675	6,28	0,885	3.766	23.192	6,16	0,879
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	D.H.	1.701	6.173		0,652	1.832	6.669		0,669
		Ordinario	11.416	67.104	5,88	0,970	11.283	66.927	5,93	0,989
	Serristori Figline V.A. (FI)	D.H.	1.125	4.066		0,457	907	4.042		0,472
		Ordinario	1.591	6.036	3,79	0,656	1.620	6.328	3,91	0,662
	S. Maria Nuova Firenze	D.H.	763	1.772		0,514	882	1.952		0,500

		Ordinario	4.874	25.606	5,25	0,968	4.668	24.141	5,17	0,957
	I.O.T. Firenze	D.H.	2.658	2.658		0,473	2.928	2.928		0,474
		Ordinario	1	1	1,00	1,124	1	1	1,00	0,377
	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	D.H.	1.641	10.129		0,557	1.545	9.006		0,604
		Ordinario	11.161	68.497	6,14	0,952	10.958	68.302	6,23	0,946
	Spdc Oblate	D.H.	1	1		0,754	0	0		0
		Ordinario	389	2.701	6,94	0,639	417	2.836	6,80	0,635
Empoli	Ospedale S. Giuseppe	D.H.	2.145	8.181		0,470	2.277	10.160		0,483
		Ordinario	13.900	97.198	6,99	0,884	13.624	96.039	7,05	0,882
	Ospedale San Pietro Igneo	D.H.	321	321		0,824	305	305		0,779
		Ordinario	684	2.562	3,75	1,921	733	2.423	3,31	1,845
Totale DH			18.789	61.419		0,522	19.567	68.450		0,525
Totale ricoveri ordinari			92.324	591.553	6,41	0,926	91.785	587.636	6,40	0,922
Totale complessivo			111.113	652.972		0,858	111.352	656.086		0,852

In Tabella 2 è possibile notare un miglioramento degli indicatori MeS relativi all'Indice di Performance degenza media per i DRG chirurgici e DRG medici nel 2025.

Tabella 2. Indicatori MeS su indici di performance di degenza media dell'AUTC, anni 2023-2025.

Indicatore	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2024
C2A,C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	-0,41	-0.45	-0.46	3,68
C2A,M Indice di performance degenza media - DRG Medici	-0,52	-0.53	-0.59	3,41

9.2 RICOVERI MEDICI E CHIRURGICI

Il confronto tra DRG medici e chirurgici (Tabella 3 e 4) evidenzia una pressoché stabilità dei DRG chirurgici ordinari che mantiene anche per il 2025 i livelli riscontrati nell'annualità precedente con un lieve incremento (+1,38%). Si osserva parallelamente anche un incremento dei DRG chirurgici in Day Hospital (+3,57%). I DRG medici ordinari sono diminuiti (-1,59%), mentre i Day Hospital medici sono leggermente aumentati (+5,23%).

Tabella 3. Ricoveri con DRG medico nelle strutture dell'AUTC. Fonte: cruscotto aziendale.

DRG Medico			2024		2025	
Ambito	Presidio	Regime	Casi	Giornate	Casi	Giornate
Pistoia	Ospedale San Jacopo	D.H.	907	6.644	1.067	9.138
		Ordinario	9.172	60.806	9.177	61.001
	L.Pacini S.Marcello P.se (PT)	Ordinario	660	6.471	668	6.352
	SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)	D.H.	401	2.992	419	3.351
		Ordinario	4.261	32.473	3.885	30.958
Prato	Nuovo Ospedale di Prato S.Stefano	D.H.	1.334	10.442	1.455	12.231
		Ordinario	16.237	112.942	16.345	115.552
Firenze	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	D.H.	181	1.586	222	2.222
		Ordinario	2.544	18.002	2.585	17.490
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	D.H.	961	5.362	911	5.712
		Ordinario	5.978	37.923	5.866	38.233
	Serristori Figline V.A. (FI)	D.H.	227	3.168	195	3.325
		Ordinario	537	4.692	570	4.853
	S. Maria Nuova Firenze	D.H.	322	1.331	363	1.433
		Ordinario	2.591	16.954	2.579	16.607
	I.O.T. Firenze	D.H.	230	230	273	273
	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	D.H.	1.112	9.560	1.021	8.413
		Ordinario	7.355	44.787	7.242	45.163
	Spdc Oblate	D.H.	1	1	0	0

		Ordinario	389	2.701	417	2.836
Empoli	Ospedale S. Giuseppe	D.H.	794	6.822	880	8.729
		Ordinario	9.275	66.342	8.386	63.040
	Ospedale San Pietro Igneo	D.H.	6	6	5	5
		Ordinario	18	25	25	39
Totale DH			6.476	48.144	6.811	54.832
Totale Ordinario			59.017	404.118	58.045	402.124
Totale complessivo			65.493	452.262	64.856	456.956

Tabella 4. Ricoveri con DRG chirurgico nelle strutture dell'AUTC. Fonte: cruscotto aziendale.

DRG Chirurgico			2024		2025	
Ambito	Presidio	Regime	Casi	Giornate	Casi	Giornate
Pistoia	Ospedale San Jacopo	D.H.	1.518	1.518	1.532	1.532
		Ordinario	5.013	31.142	4.972	28.516
	L.Pacini S.Marcello P.se (PT)	D.H.	0	0	0	0
		Ordinario	19	428	16	329
	SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)	D.H.	839	853	719	719
		Ordinario	1.764	10.139	1.961	11.186
Prato	Nuovo Ospedale di Prato S.Stefano	D.H.	2.853	3.680	3.213	3.931
		Ordinario	7.252	42.772	7.691	43.553
Firenze	Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	D.H.	401	403	264	264
		Ordinario	1.386	6.673	1.181	5.702
	S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	D.H.	740	811	920	956
		Ordinario	5.438	29.181	5.414	28.674
	Serristori Figline V.A. (FI)	D.H.	898	898	712	717
		Ordinario	1.054	1.344	1.050	1.475
	S. Maria Nuova Firenze	D.H.	441	441	519	519
		Ordinario	2.283	8.652	2.089	7.534
	I.O.T. Firenze	D.H.	2.428	2.428	2.655	2.655
		Ordinario	1	1	1	1
	S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	D.H.	529	569	523	592
		Ordinario	3.806	23.710	3.715	23.138
Empoli	Ospedale S. Giuseppe	D.H.	1.351	1.359	1.396	1.430
		Ordinario	4.625	30.856	4.937	32.996
	Ospedale San Pietro Igneo	D.H.	315	315	300	300
		Ordinario	666	2.537	708	2.384
Totale DH			12.313	13.275	12.753	13.615
Totale Ordinario			33.307	187.435	33.735	185.488
Totale complessivo			45.620	200.71	46.488	199.103

9.3 ELENCO DEI PRIMI RICOVERI PER VOLUMI (TOP DRG)

La classifica dei Top DRG vede confermate nelle prime 4 posizioni, come per il 2024, ricoveri per edema polmonare e insufficienza respiratoria, setticemia senza ventilazione meccanica, interventi su utero e annessi e emorragia intracranica o infarto cerebrale. Scende il DRG 127 (Insufficienza cardiaca e shock) che passa dal quinto all'ottavo posto, mentre sale il DRG 410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) che passa dal settimo al quinto posto. Nelle posizioni sottostanti, si segnala un notevole incremento del DRG 055 (Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola), che passa dalla diciassettesima alla dodicesima posizione, oltre che il DRG 266 (Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC), fuori classifica nell'annualità precedente, che invece nel 2025 si posiziona diciassettesimo posto.

Tabella 5. Elenco dei primi ricoveri per volumi nella AUTC, anni 2024-2025 (sono esclusi dall'analisi il parto vaginale senza diagnosi complicanti e i ricoveri relativi ai neonati sani). Fonte: cruscotto aziendale.

DRG	Tipo DRG	classe	2025	Pos. 2025	2024	Pos. 2024	Delta
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	potenzialmente appropriato	7.408	1	7.665	1	-257
576 - Setticemia senza ventilazione meccanica > o = 96 ore, età > 17 anni	M	potenzialmente appropriato	3.690	2	3.528	2	+162
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	potenzialmente appropriato	2.585	3	2.947	3	-362
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	potenzialmente appropriato	2.312	4	2.269	4	+43
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	potenzialmente inappropriato	2.160	5	2.028	7	+132
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	potenzialmente appropriato	2.153	6	1.966	8	+187
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	potenzialmente inappropriato	1.917	7	2.047	6	-130
127 - Insufficienza cardiaca e shock	M	potenzialmente appropriato	1.895	8	2.047	5	-152
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	C	potenzialmente appropriato	1.509	9	1.435	12	+74
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	potenzialmente appropriato	1.459	10	1.486	10	-27
430 - Psicosi	M	potenzialmente appropriato	1.407	11	1.503	9	-96
055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	potenzialmente inappropriato	1.350	12	1.060	17	+290
316 - Insufficienza renale	M	potenzialmente appropriato	1.189	13	1.227	15	-38

162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	1.132	14	1.465	11	-333
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	potenzialmente appropriato	1.047	15	1.113	16	-66
125 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	potenzialmente appropriato	1.006	16	1.015	18	-9
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	potenzialmente inappropriato	961	17	823	26	+138
219 - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente appropriato	920	18	854	24	+66
210 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	C	potenzialmente appropriato	913	19	866	22	+47
211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente appropriato	905	20	909	21	-4

9.4 INDICATORI CHIRURGIA ONCOLOGICA

Gli indicatori riportati nella Tabella 6 confermano, nel complesso, livelli di performance elevati per il 2025 per la chirurgia oncologica. Risultano ancora leggermente sopra lo standard la percentuale di pazienti sottoposti entro 30 giorni per tumore del colon e del retto.

Restano da monitorare l'indicatore PDTA 07 – Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi, mentre risulta in miglioramento il PDTA 09 – Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi.

Tabella 6. Indicatori MeS sulla chirurgia oncologica dell'AUTC, anni 2023-2025.

Indicatore	Standard	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2025
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	>57%	79,11	81,85	75,75	
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	>79%	86,95	90,62	87,20	
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	<3,39	4,23	3,55	3,94	

C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	<1,92	4,18	2,73	2,37	
PDTA06.1 Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	>61,25%	59,00	65,43	84,47	
PDTA07 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)	>83,85%	87,97	81,27	82,68	
PDTA09 Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)	>64%	68,87	60,36	69,53	

Si conferma invece il mantenimento di performance positive per gli indicatori relativi alle Classi di priorità A (Tabella 7) per la maggior parte dei tumori (retto, colon, utero e melanoma). Per il tumore della tiroide si osserva un lieve peggioramento nel rispetto dei tempi.

Si rileva tuttavia un'importante eccezione legata all'indicatore C10.4.8 (Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la Classe di priorità A negli interventi chirurgici per tumore alla prostata), che registra una flessione marcata, passando dal 75,13% all'11,24%. Tale criticità è in larga parte riconducibile alla raccomandazione di ricorso alla chirurgia robotica, che ha determinato un allungamento della lista di attesa per questo tipo di intervento.

Tabella 7. Indicatori MeS sui tempi di attesa della chirurgia oncologica dell'AUTC, anni 2023-2025

Indicatore	Standard	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2025
C10.4.10 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	>80%	96,75	97,72	95,31	
C10.4.12 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	>80%	86,36	92,59	94,12	
C10.4.13 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	>80%	81,10	90,74	96,69	
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	>80%	92,79	93,67	88,24	
C10.4.7 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	>80%	90,94	90,95	84,61	
C10.4.8 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	>80%	84,34	75,13	11,24	

C10.4.9 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	>80%	99,21	99,17	98,21	
---	------	-------	-------	-------	--

9.5 INDICATORI CHIRURGIA GENERALE

Gli indicatori relativi alla chirurgia generale (Tabella 8) mostrano il mantenimento di ottime performance e prassi consolidate.

Tabella 8. Indicatori MeS sulla chirurgia generale dell'AUTC, anni 2023-2025.

Indicatore	Standard	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2025
C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	>55%	89,25	88,68	88,42	
C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	>45%	77,54	78,87	74,76	
C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali	>85%	86,11	92,97	97,90	

9.6 CHIRURGIA ORTOPEDICA

Il principale indicatore relativo all'ortopedia (Tabella 9) misura la tempestività nell'intervento chirurgico per frattura del collo del femore che dall'anno 2024 viene calcolato sia dal momento dell'accesso del paziente nella struttura di ricovero, in pronto soccorso nella maggior parte dei casi (H13C.N), che dal momento del ricovero in reparto (H13C.S). In entrambi i casi si è assistito ad un miglioramento complessivo rispetto al 2024, prima annualità in cui i due indicatori sono stati sdoppiati. Il valore calcolato entro le 48 ore dall'ingresso in reparto (ricovero) si attesta al 76%, con uno scarto di 15 punti percentuali rispetto al medesimo intervallo calcolato dall'ingresso nella struttura (accesso al Pronto Soccorso). Tale differenza risulta in linea con quella rilevata presso le altre Aziende regionali.

Tabella 9. Indicatori MeS sulla chirurgia ortopedica dell'AUTC, anno 2025.

Indicatore	Standard	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2024
H13C.N Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	>60%	53,81	61,55	
H13C.S Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'ingresso in ospedale	>60%	68,71	76,26	

9.7 DONAZIONI

Si segnala un aumento dei donatori utilizzati rispetto al 2024, ma una diminuzione della percentuale di donatori procurati (Tabella 10), dato quest'ultimo che valuta l'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi.

La percentuale di donatori effettivi risulta ancora lontana dai target ottimali ed in peggioramento rispetto al 2024.

Tabella 10. Indicatori MeS sulle donazioni di organo dell'AUTC, anni 2023-2025.

Indicatore	Standard	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2025
B6.1.1A Efficienza di segnalazione	>48%	40,88	35,41	34,46	
B6.1.2 Percentuale di donatori procurati	>58%	56,76	66,21	57,38	
B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati	>80%	83,33	77,55	90,91	
B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	21,66	18,59	10,55	

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; permane ancora la criticità sull'accessibilità ai servizi da parte delle donne straniere, con lieve miglioramento rispetto all'annualità precedente (Tabella 11).

Tabella 11. Indicatori MeS nell'area materno infantile dell'AUTC, anni 2023-2025.

Indicatore	Standard	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2025
C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	<19%	14,82	15,51	15,11	
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	<20%	9,06	10,94	7,62	
C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	<8,8%	20,17	19,53	18,08	
C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	<9%	20,96	18,06	16,11	
C7.30 Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	>25%	31,22	27,76	28,07	
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<7,5%	9,97	9,94	8,81	
C7.7.1R Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	<32,6	38,9	37,53	34,24	
C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	<4,8	4,7	4,56	4,52	

10. PREVENZIONE

10.1 COPERTURE VACCINALI

I dati sulle vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia mostrano risultati buoni o ottimi; si confermano bassi i valori per la vaccinazione antinfluenzale negli ultra 65enni, la copertura anti-meningococco e anti-pneumococco mostrano valori in crescita seppur ancora sotto la soglia del 95%. La copertura per il vaccino anti HPV è in crescita sia tra le ragazze che tra i ragazzi (Tabella 1).

Tabella 1. Indicatori NSG sulle vaccinazioni dell'AUTC, anni 2023-2025.

Indicatore	CV 2023	CV 2024	CV 2025
Copertura per vaccino MPR	96,4	96,5	96,8
Copertura per vaccino antinfluenzale (≥ 65 anni)	62,9	63,1	63,8
Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV) Femmine	42,0	75,6	81,2
Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV) Maschi		62,9	68,5
Copertura per vaccino antimeningococcico	89,7	93,3	94,1
Copertura per vaccino antipneumococcico	91,3	92,4	93,9
Copertura per vaccino esavalente	97,4	97,1	97,5

Uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive è la vaccinazione. Sui soggetti vaccinati si manifestano direttamente i benefici conseguenti a tale pratica, mentre per i soggetti non vaccinati si ha indirettamente una protezione di comunità.

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

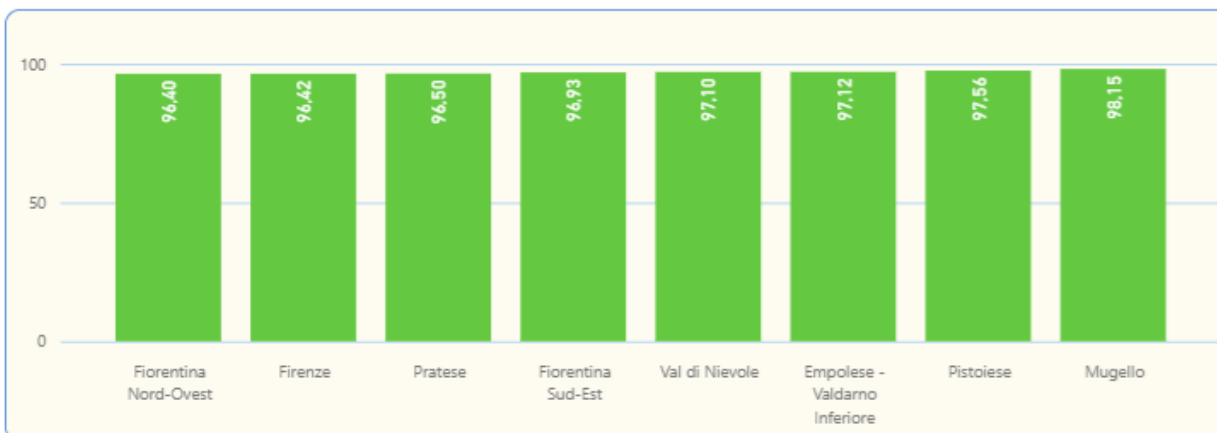
l'AUTC che nel 2025 raggiunge il 97,5% (RT: 96,9%) rimanendo stabile rispetto al 2024 quando il valore aziendale era del 97,1% (RT: 96,4%), confermando un livello di copertura consolidato e ottimale. In Figura 1 si rappresenta la copertura vaccinale raggiunta nel 2025 per le 8 zone afferenti all'AUTC, tutte superiori al 95%, con valori dal 97% della zona Fiorentina Nord-Ovest, la più bassa, al 99,4% della zona Mugello, la più alta.

Figura 1. Copertura vaccinale per esavalente (Polio, DTP, HBV, HiB) in AUTC nell'anno 2025. Fonte: Monitoraggio Indicatori Nuovo Sistema di Garanzia, Regione Toscana, 2026.



Nel 2025 per la vaccinazione contro **Morbillo-Parotite-Rosolia** (MPR), nell'AUTC si registra una copertura vaccinale superiore alla soglia minima del 95% raccomandata dal PNPV con un valore del 96,8% in linea con la media regionale del 96,4% e stabile rispetto al 2024 (AUTC: 96,5%; RT: 95,9%). Come per il vaccino esavalente anche per il vaccino Morbillo-Parotite-Rosolia si registra il valore più basso nella zona Fiorentina Nord-Ovest (96,4%) e il valore più alto nella zona Mugello (98,2%) (Figura 2).

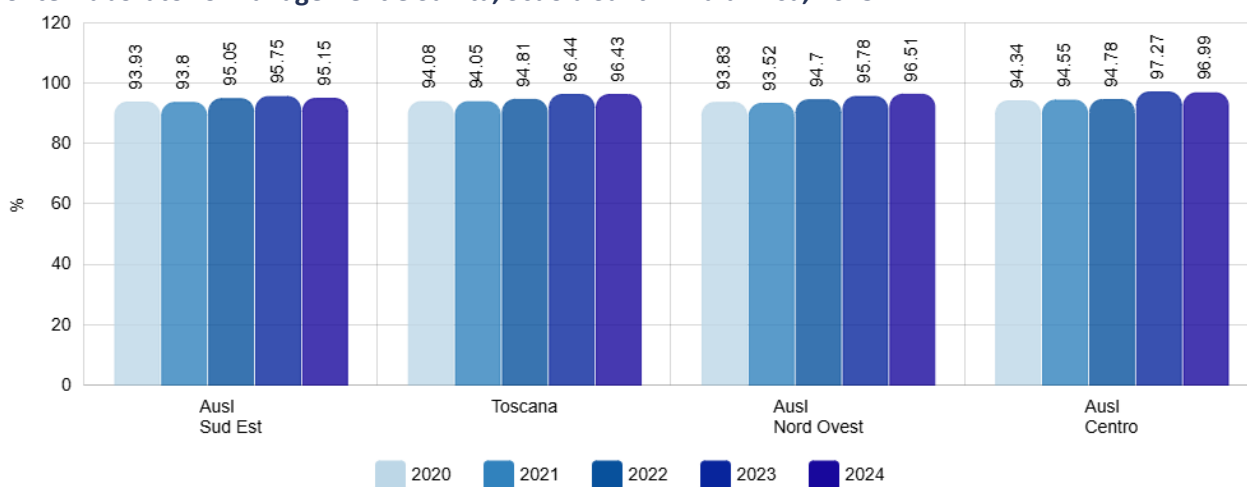
Figura 2. Copertura vaccinale per Morbillo-Parotite-Rosolia in AUTC nell'anno 2025. Fonte: Monitoraggio Indicatori Nuovo Sistema di Garanzia, Regione Toscana, 2026.



Per la copertura vaccinale della **varicella**, l'ultimo dato disponibile è quello del 2024, dove l'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 3), ha ricevuto la valutazione massima (5,00) da parte del Sistema di Valutazione della Performance del MeS.

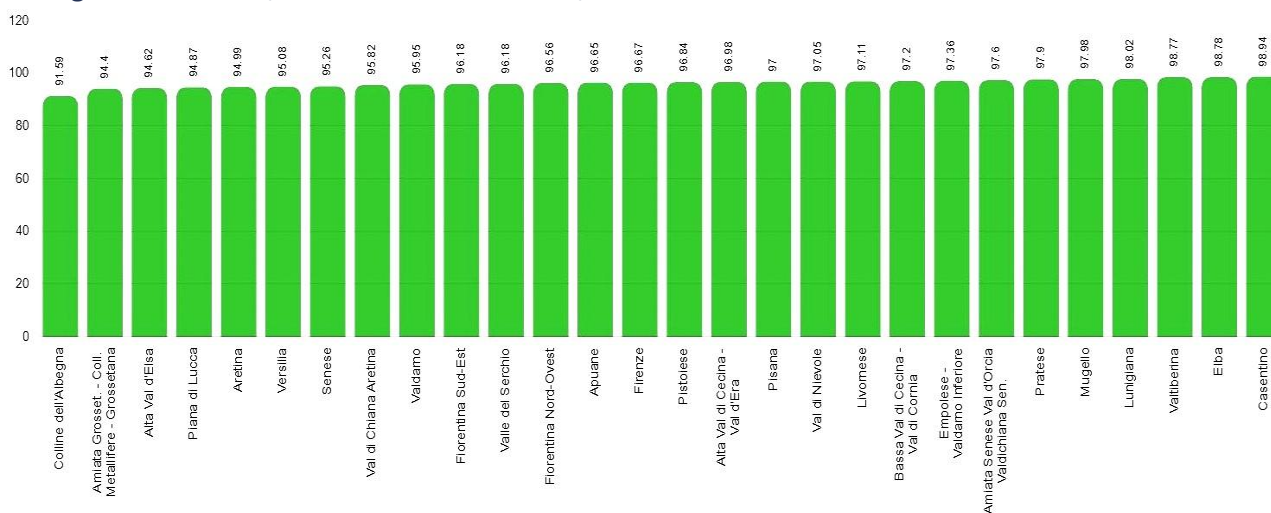
Figura 3. Trend 2020-2024 di copertura vaccinale per Varicella in Regione Toscana e relative Aziende USL.

Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



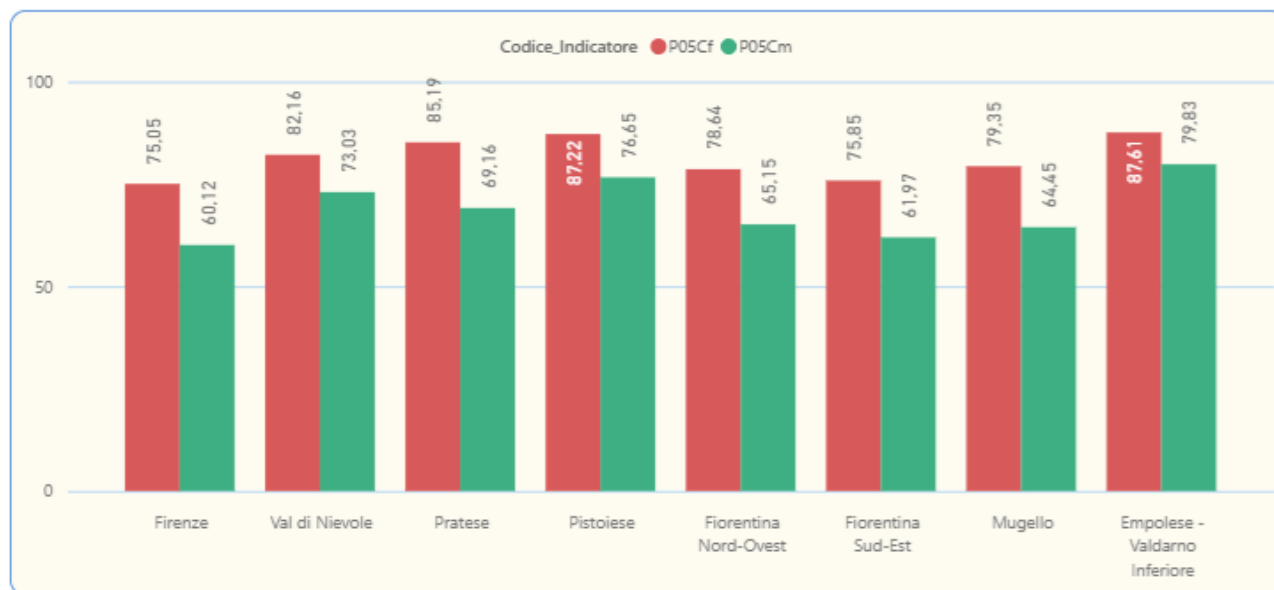
La Figura 4 mostra la distribuzione della copertura vaccinale per la varicella nelle Zone Distretto della Toscana nel 2024.

Figura 4. Copertura per vaccino Varicella nelle zone distretto della Toscana, anno 2024. Fonte: Laboratorio Management e Sanità, Scuola Sant'Anna di Pisa, 2025.



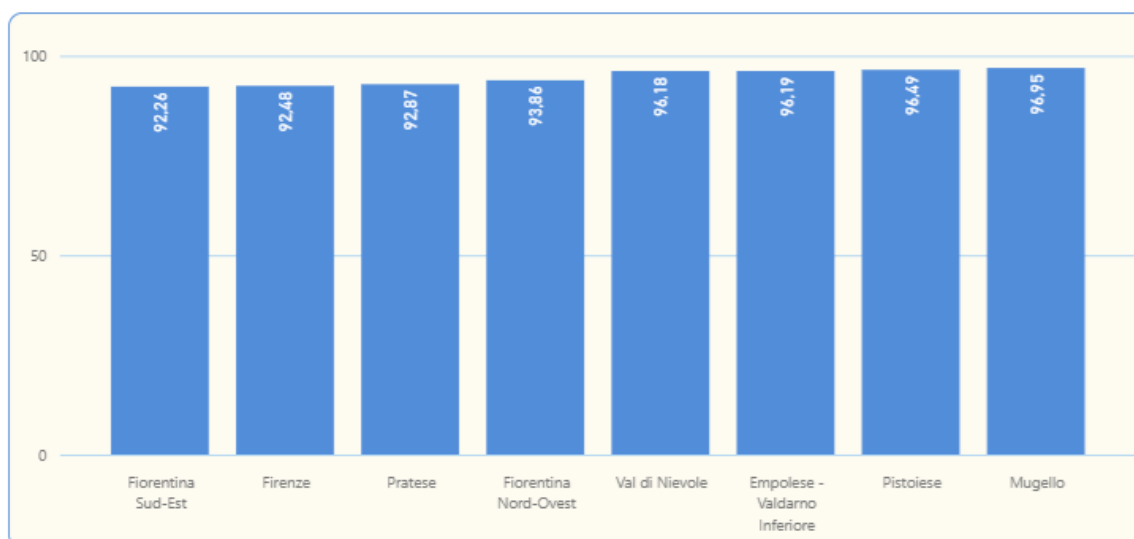
La vaccinazione contro il **Papilloma virus** (HPV), raccomandata e offerta gratuitamente in Italia a tutti i soggetti nel corso del dodicesimo anno di vita (11 anni compiuti) – alle femmine dal 2008 e ai maschi dal 2017 – pur mostrando un trend in crescita, non ha ancora raggiunto una copertura vaccinale soddisfacente. Nel 2025, in Toscana la copertura vaccinale per le ragazze dodicenni si è attestata al 81,7%, mentre nell'AUTC è risultata inferiore alla media regionale, con un valore pari al 81,2%. Nel 2025, la copertura vaccinale per i ragazzi dodicenni si è attestata al 70,1% e a livello aziendale al 68,5% raggiunto il 76,8%, mostrando un miglioramento in entrambi i generi, ma restando ancora distanti dalla soglia del 95% raccomandata dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023–2025 per garantire un'adeguata protezione di popolazione. A livello aziendale sia per i ragazzi che per le ragazze la zona con i valori più alti è la zona Empolese-Valdarno Inferiore (maschi: 79,8%; femmine: 87,6%), mentre per entrambi i generi i valori più bassi si registrano nella zona Fiorentina (maschi: 60,1%; femmine: 75,1%) (Figura 5). Nell'immagine sottostante l'indicatore P05Cf si riferisce al genere femminile, mentre l'indicatore P05Cm si riferisce al genere maschile.

Figura 5. Copertura vaccinale per HPV in AUTC nell'anno 2025. Fonte: Monitoraggio Indicatori Nuovo Sistema di Garanzia, Regione Toscana, 2026.



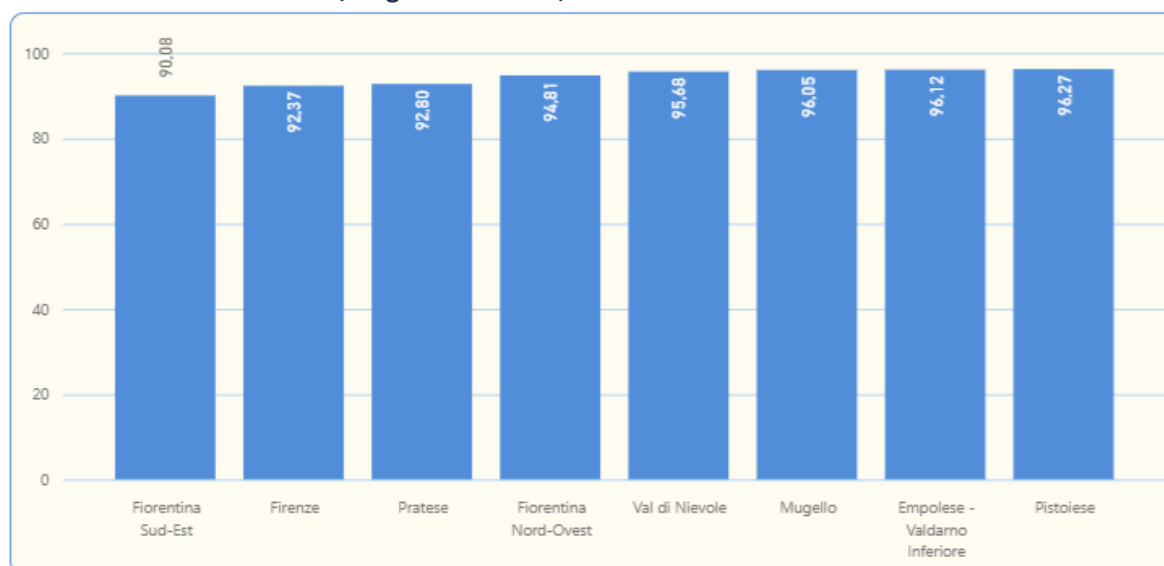
Riguardo alle coperture vaccinali per **Meningococco C a 24 mesi di vita** - vaccinazione non obbligatoria, ma offerta attivamente e gratuitamente - nel 2025, si osserva un aumento della copertura vaccinale nell'AUTC, che raggiunge il 94,1%, in crescita rispetto al 2024 93,3%. Tra le zone afferenti all'AUTC la metà supera la soglia minima del 95%, mentre le altre quattro hanno valori compresi tra il 92,3% e il 93,9% (Figura 6).

Figura 6. Copertura vaccinale per Meningococco C in AUTC nell'anno 2025. Fonte: Monitoraggio Indicatori No Core Nuovo Sistema di Garanzia, Regione Toscana, 2026.



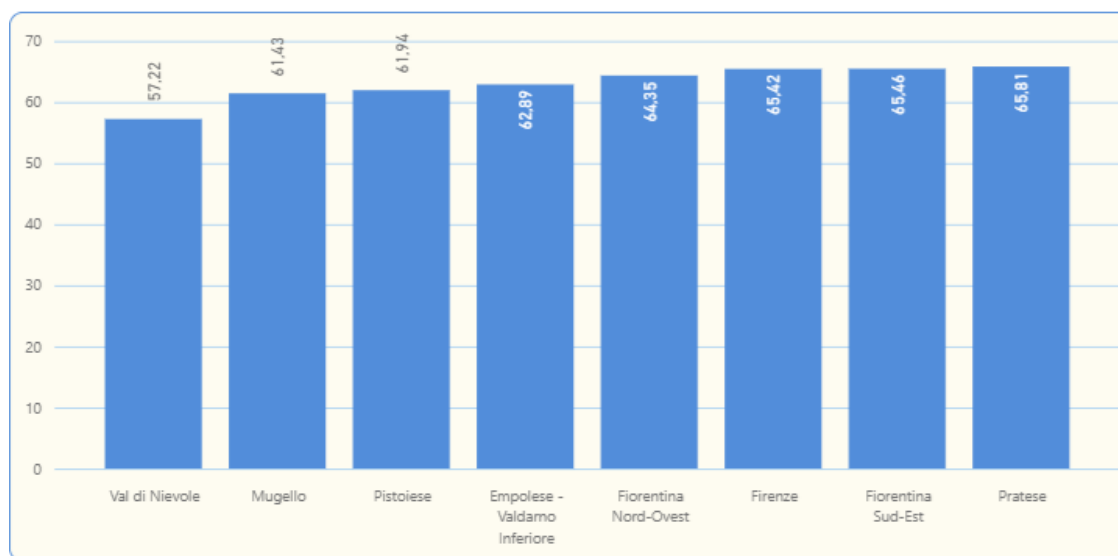
Per quanto riguarda la copertura vaccinale contro lo **Pneumococco a 24 mesi di vita**, nel 2025 l'AUTC ha registrato una copertura del 93,9%, in linea con la media regionale del 93,7% ed in miglioramento rispetto al 2024 (92,4%). In AUTC, per il 2025, la soglia minima del 95% viene superata da quattro zone su otto: Val di Nievole, Mugello, Empolese-Valdarno Inferiore e Pistoiese; le zone: Fiorentina, Pratese e Fiorentina Nord-Ovest) mostrano valori tra il 92,4% e il 94,8%, mentre la zona più bassa risulta la Fiorentina Sud-Est che registra un valore del 90,1% (Figura 7).

Figura 7. Copertura vaccinale per Pneumococco in AUTC nell'anno 2025. Fonte: Monitoraggio Indicatori No Core Nuovo Sistema di Garanzia, Regione Toscana, 2026.



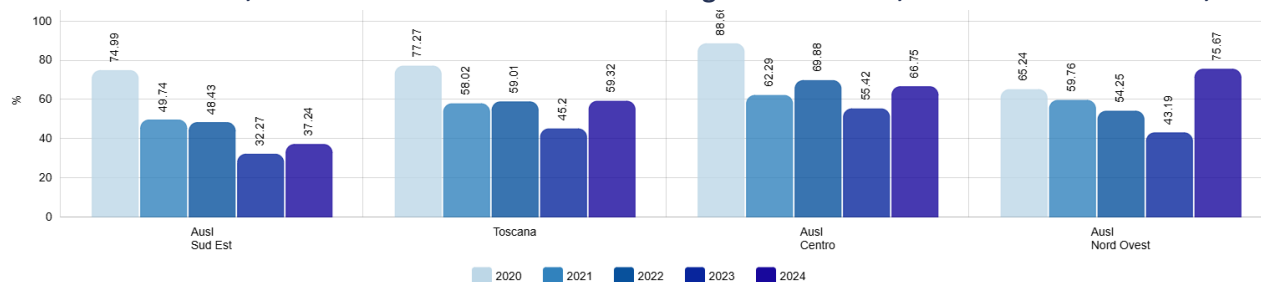
L'AUTC per quanto riguarda la copertura vaccinale **antinfluenzale negli over 65** (Figura 8) si attesta su un valore, per il 2025, del 63,8% valore leggermente superiore rispetto al 2024 (63,1%), e molto superiore alla media regionale del 58,1%. Il valore dell'AUTC nonostante superiore a quello regionale, 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. Tra le zone afferenti all'AUTC la zona Val di Nievole registra il valore più basso (57,2%), mentre la zona Pratese il valore più alto (65,8%).

Figura 8. Copertura vaccinale per antinfluenzale negli over 65 in AUTC nell'anno 2025. Fonte: Monitoraggio Indicatori No Core Nuovo Sistema di Garanzia, Regione Toscana, 2026.



In merito alla **copertura vaccinale antinfluenzale tra gli operatori sanitari** (Figura 9), l'AUTC 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, ultimo anno disponibile, segnala una netta ripresa in tutte le Aziende USL della Regione, con l'AUTC che si attesta al 66,8%.

Figura 9. 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 Firenze, Empoli, Prato, Pistoia e Val di Nievole nel 2025.

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 2025 sono state invitate nei programmi di screening mammografico 122.789 donne in fascia di età 50-69 anni (fascia LEA), su una popolazione bersaglio di 124.127 (estensione grezza del 99%). Rispetto all'anno 2024 l'estensione è aumentata a Pistoia ed Empoli, mentre è diminuita a Prato e Firenze.

Per Prato il calo dell'estensione era atteso, motivato da una scelta organizzativa per ri-allineare le tempistiche di richiamo delle utenti a un intervallo di tempo non inferiore a 22 mesi (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 2025.

Programmi	Denominazione Zona	Popolazione bersaglio annuale°	Donne escluse prima dell'invito	Invitate	Inviti inesitati	Estensione aggiustata^ (%)
Pistoia	Pistoiese	13.308	235	14.080	842	101,3
	della Val di Nievole	9.490	160	9.600	828	94,0
	Totale	22.798	395	23.680	1.670	98,2
Prato	Pratese	19.473	537	17.989	807	90,7
	Totale	19.473	537	17.989	807	90,7
Empoli	Empolese – Valdarno Inferiore	18.632	407	18.495	510	98,7
	Totale	18.632	407	18.495	510	98,7
Firenze*	Fiorentina Sud-Est	14.270	629	12.760	720	88,3
	Firenze	28.309	1.267	23.441	2.556	77,2
	Fiorentina Nord-Ovest	15.793	252	21.478	1.587	128,0
	Mugello	4.853	277	4.946	273	102,1
	Totale	63.224	2.425	62.625	5.136	94,6

*Nota: metà della popolazione ISTAT al 31/12/2025 – 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, con lievi variazioni rispetto all'anno precedente, ma tutto sommato costante.

Tabella 3. Popolazione invitata, inviti inesitati, esclusioni dopo l'invito e adesione all'invito (%) aggiustata dello screening mammografico per zona - Anno 2025.

Programmi	Denominazione Zona	Pop. Invitata (N.)	Inviti inesitati (N.)	Donne escluse dopo l'invito (N.)	Donne rispondenti (N.)	Adesione aggiustata^ (%)	P15Cb^ ^
Pistoia	Pistoiese	14.080	842	714	8.354	66,7	63,9
	della Val di Nievole	9.600	828	515	5.739	69,5	61,5
	Totale	23.680	1.670	1.229	14.093	67,8	62,9
Prato	Pratese	17.989	807	873	11.547	70,8	61,0
	Totale	17.989	807	873	11.547	70,8	61,0
Empoli	Empolese – Valdarno Inferiore	18.495	510	926	12.287	72,0	67,4
	Totale	18.495	510	926	12.287	72,0	67,4
Firenze*	Fiorentina Sud-Est	12.760	720	946	7.713	69,5	56,5
	Firenze	23.441	2.556	1.743	12.197	63,7	45,1
	Fiorentina Nord-Ovest	21.478	1.587	2.001	12.041	67,3	77,5
	Mugello	4.946	273	259	3.255	73,7	71,1
	Totale	62.625	5.136	4.949	35.206	67,0	57,9

Nota: ^Adesione aggiustata: $\frac{\text{Donne rispondenti}}{(\text{popolazione invitata} - \text{inviti inesitati} - \text{totale escluse dopo invito})} \times 100$; * dato ISPRO; n.d. = non disponibile

^^Indicatore NSG P15Cb: $\frac{\text{Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello (Donne rispondenti)}}{\text{Popolazione bersaglio annuale} - \text{Donne escluse prima dell'invito}} \times 100$.

Il valore NSG risultante per lo screening mammografico in ASL toscana Centro è 60,8 (valore soglia P15Ca $\geq 60\%$).

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, per l'ambito di Empoli, Prato e Pistoia.

Non sono disponibili i dati di Firenze.

Le donne 45-49enni sono invitate a eseguire la mammografia con intervallo annuale su unità mobile acquisita con gara.

L'estensione ha visto un importante recupero sul programma di Empoli (+41,5%) che nei primi mesi dell'anno ha invitato le utenti che non erano state convocate l'anno precedente per problemi organizzativi illustrati nella relazione relativa al 2024.

L'adesione in questa fascia di età è storicamente più bassa rispetto a quella delle donne in fascia LEA. Solo Prato supera il 50%. Il calo di 10 punti empoles è spiegabile per la tipologia di utenti invitate (nel 2024 data la ristretta disponibilità del mezzo mobile erano state invitate donne rispondenti).

Tabella 4. Estensione e adesione delle donne 45-49enni – screening mammografico. Anno 2025 e confronto con 2024.

Programma	Popolazione	Donne escluse prima dell'invito	Popolazione invitata	Inviti inesitati	Donne escluse dopo l'invito	Donne rispondenti	Estensione aggiustata° (%)	Adesione aggiustata^ (%)	Estensione aggiustata° (%)	Adesione aggiustata^ (%)
							Anno 2025	Anno 2025	Anno 2024	Anno 2024
Pistoia	10.745	69	10.013	650	265	4.398	87,7	48,3	96,7	49,3
Prato	10.203	259	7.506	274	493	3.828	72,7	56,8	76,5	54,5
Empoli	9.086	137	7.803	15	104	3.409	87,0	44,4	45,5	54,1
Firenze	10.745	69	10.013	650	265	4.398	87,7	48,3	96,7	49,3

popolazione ISTAT 45-49 anni al 31/12/2025 - 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: Donne rispondenti/(popolazione invitata-inviti inesitati-totale escluse dopo invito) x 100

*dato ISPRO

Ai sensi della DGRT n. 875/2016 sono state anche invitate 17.600 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, il calcolo dell'estensione per questa coorte di età non è pertinente. In ogni caso, applicando solo il criterio della popolazione

bersaglio (senza considerare le utenti aventi diritto ai sensi della DGRT n. 875/2016) è stata garantita l'offerta al 76% delle donne in questa fascia di età.

SCREENING DEL TUMORE DEL COLON RETTO

Nell'anno 2025, nei programmi di screening coloretale della AUTC, sono state invitate 243.697 persone in fascia di età 50-69 anni (fascia LEA).

Questo programma ha visto nel 2025 un importante cambiamento: 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 che ha compreso anche il passaggio al nuovo gestionale unico regionale GHOST.

Tale passaggio è avvenuto con tempistiche diverse per i vari programmi, nello specifico: Firenze ha iniziato a dicembre 2024, Empoli a maggio 2025 (senza import dello storico), Pistoia e Prato a novembre 2025. Il cambio di gestionale, oltre alle criticità organizzative nelle fasi di passaggio e di formazione del personale, ha modificato la cosiddetta popolazione aziendale, ovvero la popolazione inevitabile importata dall'anagrafe sul gestionale di screening.

Questi due aspetti spiegano il calo di estensione (Tabella 5) nei programmi di Pistoia e Empoli. Per Prato la problematica è stata legata al gestionale in dismissione, infatti è in linea con il 2024, ed è verosimile che con l'implementazione di GHOST nel 2026 l'estensione sarà in miglioramento.

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 2025.

Programmi	Denominazione Zona	Popolazione e Bersaglio annuale	Esclusi prima dell'invito	Invitati	Inesitati	Estensione Aggiustata °
Pistoia	Pistoiese	27.025	860	23.976	1757	84,9
	della Val di Nievole	19.189	622	16.678	1846	79,9
	Totale	46.214	1.482	40.654	3603	82,8
Prato	Pratese	38.302	1.699	32.175	633	86,2
	Totale	38.302	1.699	32.175	633	86,2
Empoli	Empolese - Valdarno Inferiore	36747	0	38.262	3.521	94,5
	Totale	36747	0	38.262	3.521	94,5
Firenze	Fiorentina Sud-Est	28.982	406	21.945	1.626	71,1

	Firenze	55.473	661	49.714	6.133	79,5
	Fiorentina Nord-Ovest	31.990	661	51.189	4.310	149,6
	Mugello	10.107	143	9.758	665	91,3
	Totale	126.552	1.871	132.606	12.734	96,1

^oaggiustata per esclusioni prima dell'invito e sottrazione degli inviti inesitati dal numeratore

*dato ISPRO

Per quanto riguarda l'adesione aggiustata mostrata in tabella 5: l'aumento del programma di Pistoia è legato al fatto che nel corso del 2024, in relazione al progetto CCM denominato "*BESTcc - Behavioural economics, sigmoidoscopy and TC colonography*", erano stati invitati prevalentemente soggetti non rispondenti, mentre nel 2025 la tipologia di utenti è tornata ad essere mista.

Si evidenzia un'importante diminuzione nel programma di Empoli che storicamente registrava l'adesione più alta, con una riduzione di 8 punti; questo perché il passaggio a GHOST senza import dello storico si è tradotto nell'impossibilità di inviare solleciti ai soggetti invitati da gennaio a maggio 2025, azione che solitamente alza l'adesione di alcuni punti percentuali.

Anche il peggioramento, seppur minore, di Prato e Firenze è da ricondursi all'implementazione del nuovo gestionale. Il nuovo modello organizzativo vincola il ritiro della provetta alla lettera di invito dove sono presenti le etichette, che hanno già l'abbinamento codice utente/codice campione. Questa modalità, seppur garante di sicurezza, ha scoraggiato il ritiro del kit da parte degli utenti fidelizzati, abituati a recarsi ai distretti spesso senza lettera oppure a ritirare il kit anche per altre persone.

Nonostante questo calo, l'indicatore complessivo NSG p15Cc della Toscana Centro è risultato 41,55%, di soli 2 punti percentuale inferiore rispetto al 2024, e sempre al di sotto della soglia richiesta.

Con il recepimento del protocollo di intesa per il ritiro e consegna del kit presso le farmacie aderenti (DGRT n.5 del 12/01/2026) a inizio 2026 è iniziata la distribuzione delle provette e la riconsegna presso le farmacie. L'impatto sulla adesione dovuto al nuovo modello che coinvolge le farmacie per il 2025 non è valutabile perché riguarda solo i cittadini che hanno ricevuto la lettera di sollecito, quindi soggetti meno "aderenti" per definizione.

Tabella 6. Popolazione invitata, inviti inesitati, esclusioni dopo l'invito e adesione all'invito (%) aggiustata dello screening coloretale per zona - Anno 2025.

Programmi	Denominazione Zona	Invitati	Inesitati	Esclusi dopo l'invito	Rispondenti	Adesione Aggiustata°	P15Cc ^
Pistoia	Pistoiese	23.976	1.757	561	10.082	46,4	38,5
	della Val di Nievole	16.678	1.846	284	7.041	48,4	37,9
	Totale	40.654	3.603	807	17.123	47,3	38,3
Prato	Pratese	32.175	633	148	13.504	43,0	36,9
	Totale	32.175	633	148	13.504	43,0	36,9
Empoli	Empolese - Valdarno Inferiore	38.262	3.521	51	16.181	46,6	44,0
	Totale	38.262	3.521	51	16.181	46,6	44,0
Firenze*	Fiorentina Sud-Est	21.945	1.626	41	10.034	49,5	35,1
	Firenze	49.714	6.133	112	16.355	37,6	29,8
	Fiorentina Nord-Ovest	51.189	4.310	133	22.803	48,8	72,8
	Mugello	9.758	665	4	4.433	48,8	44,5
	Totale	132.606	12.734	290	53.625	44,8	43,0

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

*dati ISPRO

^Indicatore NSG P15Cc: *Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello (Persone rispondenti/Popolazione bersaglio annuale-Persone escluse prima dell'invito) x 100*

SCREENING DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

Nel 2025 sono state invitate a sottoporsi al test di screening cervicale (PAP test o HPV test) 132.278 donne. Tutti i programmi hanno superato il 100% di estensione (Tabella 7). Il programma di Pistoia ha raggiunto il primo round dopo il passaggio con HPV primario nel 2020, riportando l'estensione a regime.

In Tabella 8 viene riportata l'estensione corretta.

Tabella 7. Estensione (%) del numero di donne invitate rispetto alla teorica popolazione da invitare annualmente ai Programmi di Screening Cervicale per zona - Anno 2025. 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 Val di Nievole	16.962	354	1.527	18.904	104,6
	Totale	16.962	354	1.527	18.904	104,6
Prato	Pratese	15.508	347	1.070	16.698	103,1
	Totale	15.508	347	1.070	16.698	103,1
Empoli	Empolese – Valdarno Inferiore	14.275	156	1.262	16.649	109,0
	Totale	14.275	156	1.262	16.649	109,0
Firenze*	Fiorentina Sud-Est	10.252	90	1.831	16.230	141,7
	Firenze	22.211	160	7.959	38.866	140,2
	Fiorentina Nord-Ovest	12.187	78	2.539	19.670	141,5
	Mugello	3.596	21	518	5.261	132,7
	Totale	48.245	349	12.847	80.027	140,3

Tabella 8. Adesione ai Programmi di Screening Cervicale per zona - Anno 2025. 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	P15Ca [^]
Pistoia	Pistoiese e della Val di Nievole	18.904	1.527	534	9.163	54,4	55,1
	Totale	18.904	1.527	534	9.163	54,4	55,1
Prato	Pratese	16.698	1.070	484	8.712	57,5	57,0
	Totale	16.698	1.070	484	8.712	57,5	57,0
Empoli	Empolese – Valdarno Inferiore	16.649	1.262	117	8.778	57,5	61,6
	Totale	16.649	1.262	117	8.778	57,5	61,6
Firenze	Fiorentina Sud-Est	16.230	1.831	147	8.803	61,8	66,9
	Firenze	38.866	7.959	320	14.758	48,2	87,5
	Fiorentina Nord-Ovest	19.670	2.539	191	10.591	62,5	86,6
	Mugello	3.780	267	30	2.390	68,6	88,6
	Totale	58.305	9.096	551	29.456	60,5	79,1

Tutti i programmi superano il valore accettabile ($\geq 50\%$) proposto dal Gruppo Italiano di Screening del Cervicocarcinoma (GISCi), ma non quello desiderabile $\geq 70\%$. I valori sono complessivamente in linea con quelli dell'anno precedente, con un ottimo recupero di Pistoia, maggiore di 8 punti percentuali (46% nel 2024) per il nuovo round HPV, dovuto al fatto che è stato possibile invitare le donne rispondenti ad HPV test del 2020.

Il valore NSG risultante per lo screening del tumore della cervice uterina in AUTC è di 68,6% (valore soglia P15Ca $\geq 50\%$).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Come sempre, per i programmi di screening mammografico e cervicale l'adesione risulta abbastanza consolidata, mentre lo screening del tumore del colon retto continua a registrare una partecipazione minore rispetto agli altri e inferiore all'indicatore nazionale.

Anche nel 2025, numerose sono state le iniziative di promozione degli screening oncologici, in linea con le indicazioni della delibera regionale n.1257 del 30/10/2023: giornate multiscreening su sede fissa e mobile in collaborazione con ISPRO, nell'ambito di iniziative comunali o presso centri commerciali, open-day presso i distretti socio-sanitari, incontri con i Medici di Medicina Generale, incontri con cittadini diffusi con comunicati stampa, post pubblicati attraverso il canale social della Azienda USL TC su Facebook e Instagram, realizzazione di un corso in modalità FAD sincrona nell'ambito dell'iniziativa WHP (Workplace Health Promotion) dal titolo "Promozione della salute in ASL TC: il programma di screening per il tumore del colon".

Per agevolare anche l'adesione al 2° livello dello screening coloretale, è stata introdotta la possibilità di fornire gratuitamente la preparazione a bassissimo volume per la colonscopia agli utenti risultati positivi al test di screening.

Come indicato al paragrafo sullo screening del tumore del colon retto, a inizio 2026 è iniziata la distribuzione delle provette e la riconsegna presso le farmacie. L'obiettivo della Regione Toscana è che la capillarità del servizio in farmacia aumenti significativamente l'adesione allo screening, rendendo la prevenzione più accessibile ed eliminando i disagi legati a orari e sedi limitate.

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
- 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 2025 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 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 2025 e la successiva programmazione per il 2026 hanno perseguito e garantito 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 2025 si caratterizza per l'importante contributo allo sviluppo e al compimento delle azioni previste dai Programmi Predefiniti e Liberi del PRP 2020-2025, che hanno coinvolto 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 2025 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 arbovirus;
- 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 2025 sopra elencate, sono riassunte nella Tabella 9, in base ai relativi Prodotti Finiti.

Tabella 9. Dati flusso 47 - Sistema dei Prodotti finiti (PF) dell'attività del Dipartimento di Prevenzione.

PF	Prodotto	TOTALE
1	Pareri e valutazioni su richiesta	1.234
2	Controllo di UL x motivi di sanità pubblica	930
3	Sistema di allerta sanitario	1.151
4	Controllo analitico ufficiale	1.572
5	Inchieste per tossinfezioni alimentari	46
10	Interventi per segnalazioni	956
15	Medicina del viaggiatore	3.963
19	Intervento a seguito di notifica di mal. infettiva	319
21	Punto di prelievo controllato per piani di monitoraggio acqua	2.798
25	Controllo UL per rischi lavorativi	1.571
26	Controllo cantiere edile	1.375
27	Procedura sanzionatoria penale	997
28	Inchiesta infortuni	184
31	Procedura per non conformità macchine, impianti, etc.	4
34	Ex esposto sotto sorveglianza	55
36	Revoca/conferma del giudizio di idoneità rilasciato dal MC	95
37	Certificazione idoneità sportiva	7.333
39	Valutazione sanitaria individuale dei lavoratori	64
40	Inchiesta per malattia professionale	18
41	Interventi di sterilizzazione e di prevenzione sul randagismo	6.178
42	Interventi di profilassi antirabbica	290
43	Allevamenti sotto controllo per piani di profilassi / sorveglianza	908
48	Interventi su animali morti destinati alla distruzione	498
49	Stabilimento registrato/riconosciuto controllato	3153
50	Controllo UVAC/PIF/TRACES/SINTESI	275
52	Certificazione	8.799
53	Certificazioni per U.G.B. macellate in stabilimenti	1.643
54	Suino macellato per autoconsumo	463
68	Interventi di educazione alla salute, campagne etc.	7
71	Indagine di igiene del lavoro	15
72	Controllo in cava	36
74	Percorso di counseling nutrizionale di gruppo	0
75	Seduta di counseling nutrizionale individuale	675
76	Redazione / revisione di piano nutrizionale	0
77	Valutaz., validazione, controllo applicazione piano nutrizionale	43
79	Consulenza nutrizionale nell'ambito di programmi interistituzionali	0
80	Provvedimenti dell'ingegnere capo	0
81	Procedura sanzionatoria amministrativa in ambito PISLL	243

11. TERRITORIO

11.1 CURE PRIMARIE

In riferimento all'assistenza domiciliare nel 2025, dopo l'entrata in funzione del nuovo flusso ministeriale SIAD nel 2023, l'AUTC si posiziona complessivamente, rispetto a quanto richiesto dal Nuovo Sistema di Garanzia del ministero della Salute (NSG), con buoni livelli di performance ben descritti dall'andamento dell'indicatore "core" D22Z nel triennio 2023-2025; infatti il "Tasso di prese in carico in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)" misurato proprio attraverso l'indicatore D22Z nel 2025 si attesta a 16,13 per 1.000 residenti contro i 15,64 del 2024 e i 13,44 del 2023, mostrando nei fatti un trend in crescita che certifica la capacità del sistema di intercettare i bisogni di salute dei propri utenti nei setting di cura più appropriati.

Se si analizzano i dati delle 8 Zone Distretto si osserva un tendenziale miglioramento di tutti gli ambiti territoriali con una progressiva riduzione anche della variabilità tra zone (costituisce una eccezione in positivo la sola zona Val di Nievole che mantiene livelli di presa in carico domiciliari storicamente più alti rispetto alle altre).

Il target minimo del 10% previsto dalla missione salute del PNRR investimento 6.1.1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" rispetto al numero di soggetti da prendere in carico in assistenza domiciliare sul totale degli ultra65enni residenti, è stato pienamente raggiunto e superato anche nel 2025 in analogia con quanto già accaduto negli anni precedenti, con una percentuale pari all' 11,1% che rimane fra le più alte in Italia.

Da evidenziare in questo caso una differenziazione più marcata tra i vari territori con valori stabilmente più elevati per le ZD di Firenze (12,03%), Prato (13,29%) e Val di Nievole (12,59%) e livelli di presa in carico leggermente al di sotto della media aziendale per la zona Pistoiese (9,90%), Fiorentina Nord-Ovest (9,91%) e Fiorentina Sud Est (10%); trend quest'ultimo già presente nel 2024 e nel 2023.

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 2,9 per 1.000 residenti del 2023 al 4,48 nel 2024 fino ad

arrivare al 4,68 del 2025, dato quest'ultimo che testimonia la crescente capacità di risposta dei nostri operatori domiciliari per la casistica più complessa da trattare.

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 destinata ai pazienti che non necessitano di un ospedale per acuti, ma che non si trovano nemmeno nelle condizioni di far rientro o 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 alla necessità di stabilizzazione clinica per pazienti in dimissione dall'ospedale o provenienti dal territorio, con particolare riferimento alle riacutizzazioni delle patologie croniche.

Gli obiettivi perseguiti da tali setting, richiamati anche dalla normativa nazionale e regionale (PNRR, DM 70/2015, Piano Nazionale Cronicità, DM 77/2022, DGRT 1508/2022 e DGRT 1534/2024), sono molteplici: supportare la dimissione tempestiva, evitare ospedalizzazioni inopportune, garantire la presa in carico multidisciplinare, favorire il recupero funzionale e la formazione del paziente e del care-giver, ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione e rafforzare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

In Toscana la DGRT 1534/2024 ha delineato il modello organizzativo regionale degli Ospedali di Comunità (OdC), prevedendo la progressiva riconversione dei precedenti setting di cure intermedie residenziali istituiti con DGRT 909/2017. In particolare, i precedenti setting 1 (Low Care) e setting 2 (Residenzialità Sanitaria Intermedia) sono ricondotti rispettivamente a due tipologie di OdC:

Ospedale di Comunità ad alta complessità assistenziale, corrispondente al precedente setting 1 - Low Care, con assistenza orientata a pazienti che richiedono maggiore complessità clinico-assistenziale e sorveglianza infermieristica continuativa;

Ospedale di Comunità a medio-bassa complessità assistenziale, corrispondente al precedente setting 2 - Residenzialità Sanitaria Intermedia, destinato a pazienti che necessitano di interventi sanitari a medio-bassa intensità clinica e di continuità assistenziale territoriale;

Le cure intermedie setting 3 (Residenzialità assistenziale intermedia presso RSA) non sono state coinvolte nella riconversione in OdC e continuano a concorrere all'offerta di assistenza intermedia residenziale per persone anziane, con disabilità e/o fragili con bisogni sociosanitari residenziali a bassa intensità.

In tutti i setting è garantita la riattivazione funzionale al fine di favorire il recupero delle autonomie e il rientro al domicilio del paziente, in raccordo con la rete dei servizi territoriali e con i percorsi di continuità assistenziale coordinati dalle Centrali Operative Territoriali (COT). Anche nel corso del 2025 i modelli organizzativi dell'assistenza intermedia, in Toscana e nell'AUTC, hanno rappresentato una modalità di risposta valida e 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 ha continuato ad assicurare una presa in carico in stretta collaborazione con la rete ospedaliera, valorizzando anche la ricerca di risposte post-acute di prossimità. Le strutture hanno inoltre accolto utenti segnalati direttamente dal domicilio, in particolare dai MMG e dai servizi territoriali, con l'obiettivo di favorire una presa in carico rapida, multidisciplinare e orientata a evitare invii in Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri inappropriati.

L'anno 2025 si è caratterizzato, inoltre, per il proseguimento del percorso aziendale di riconversione delle cure intermedie in Ospedali di Comunità, avviato in coerenza con il DM 77/2022, la DGRT 1508/2022 e la DGRT 1534/2024. A giugno 2025 anche 3 strutture private convenzionate hanno avviato la riconversione dei pl di cure intermedie.

Il percorso di riconversione non risulta ancora concluso e, pertanto, durante l'anno nell'AUTC hanno coesistito posti letto di cure intermedie e posti letto già ricondotti al modello di Ospedale di Comunità. La distribuzione zonale dell'offerta, comprensiva dei posti letto di cure intermedie e degli OdC attivati o in fase di riconversione, sarà descritta nella Tabella 1.

Nel 2025 sono stati complessivamente messi a disposizione 377 posti letto tra cure intermedie e Ospedali di Comunità, cui si aggiungono 29 posti letto di lungodegenza presso strutture private accreditate che concorrono a rispondere alla casistica di pazienti eleggibili per i percorsi di assistenza intermedia. Nel corso dell'anno il numero di posti letto disponibili ha subito variazioni correlate sia alla progressiva riconversione di parte dell'offerta in OdC, sia alla rimodulazione delle attività presso le strutture convenzionate.

Tabella 1. Distribuzione nelle zone dei posti letto di cure intermedie e Ospedali di Comunità in AUTC, anno 2025.

Zona	N° strutture	PL CI set. 1/OdC alta complessità	PL CI set. 2/OdC medio bassa complessità	PL CI setting 3
Empolese Valdarno Inferiore	1		38	
Firenze	4	62	52	
Firenze Sud-Est	3	25	95	
Pistoia	2		18	14
Prato	2	42	23	
Val di Nievole	1			8
TOT AUTC	13	129	26	22

La gestione dei percorsi di cure intermedie e OdC nel 2025 è stata assicurata dalle Centrali Operative Territoriali (COT), attivate nel 2024 nell'ambito del processo di riorganizzazione della rete territoriale. Nel corso dell'anno è stata promossa la gestione dei percorsi in tutte le COT zonali, con il raccordo e il supporto della COT aziendale, al fine di sostenere il principio della prossimità, superare la disomogeneità nella distribuzione delle risorse e favorire un equo accesso ai percorsi da parte degli assistiti.

Nel 2025 sono stati assegnati complessivamente 7861 percorsi tra cure intermedie, Ospedali di Comunità e lungodegenza. La distribuzione per tipologia di setting è riportata nella Tabella 2. Nel corso dell'anno è stato inoltre avviato il monitoraggio delle proroghe di degenza nei setting di cure intermedie e OdC, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza dei percorsi, individuare eventuali ambiti di criticità sui quali attivare azioni di miglioramento e favorire un più efficiente turnover dei posti letto.

Tabella 2. Setting/tipologia di percorso. Fonte: DVH - OSLO AUTC e Astercloud - COT WP3, GPI. Dettaglio relativo ad AUTC, anno 2025.

Setting/tipologia	Percorsi assegnati 2025
OdC alta complessità/CI setting 1 e lungodegenza	2.914
OdC medio bassa complessità/CI setting 2	4.452
Residenzialità assistenziale intermedia setting 3	495

Nell'ambito della rete delle cure intermedie e degli OdC, le 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 e implementazione degli Ospedali di Comunità, con l'obiettivo di rafforzare la rete dell'assistenza territoriale di prossimità. Le Cure Intermedie presenti nel territorio aziendale risultano coerenti con le progettualità e gli investimenti territoriali previsti nella Missione 6 del PNRR. Nel corso del 2025 l'Azienda ha portato avanti il percorso di riconversione delle cure intermedie in OdC: cinque strutture di cure intermedie convenzionate con l'AUTC hanno aderito al processo di riconversione. Sono state inoltre avviate le attività propedeutiche alla validazione/certificazione degli OdC previsti dai progetti PNRR, tra cui la programmazione della distribuzione dei moduli di alta e medio-bassa complessità, la stima del fabbisogno di personale e l'elaborazione della bozza del documento organizzativo aziendale degli OdC. Parallelamente è stato istituito un tavolo per la predisposizione della procedura per l'erogazione dei farmaci agli OdC nelle strutture private convenzionate. Il processo di riconversione risulta in corso e non ancora concluso, con progressivo allineamento agli standard regionali e nazionali e con piena operatività attesa secondo la tempistica prevista dalla programmazione PNRR.

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 2025, superiori agli ultimi tre anni (fonte dati: Regione Toscana). In particolare, per l'anno 2025, in tutta l'AUTC, sono state richieste in totale circa 90.300 prestazioni (tra visite ed esami diagnostici) in più rispetto al 2024. Tale dato risulta purtroppo ancora inficiato dalle cosiddette "richieste ripetute" (che nell'anno 2025, per le visite PRGLA, ad esempio, in tutta l'AUTC incidono per il 22,9%).

Figura 1. Numero prescrizioni elettroniche (trend quindicinale); periodo considerato: anno 2025 vs 2024 vs 2023. Prime Visite Specialistiche, Ambito AUTC.



Figura 2. Numero prescrizioni elettroniche (trend quindicinale); periodo considerato: anno 2025 vs 2024 vs 2023. Esami diagnostici, Ambito AUTC.

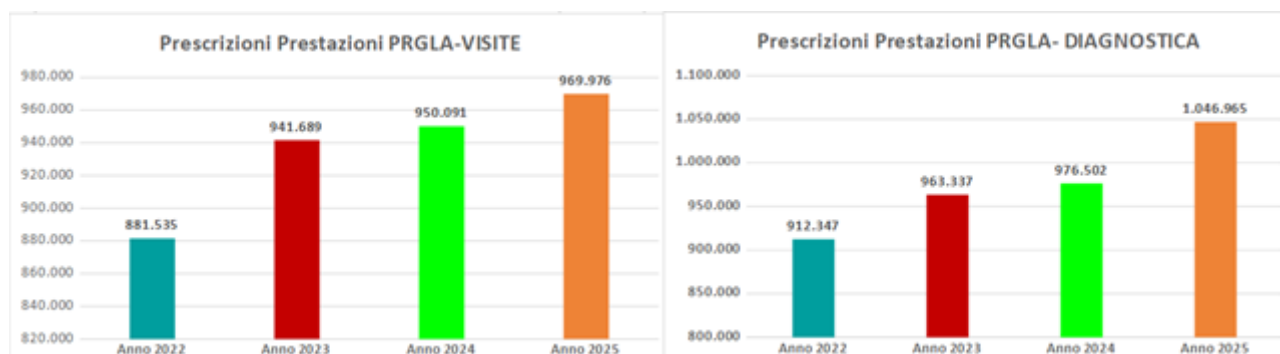


12.2 ANALISI PRENOTATO EFFETTIVO - PRESTAZIONI PRGLA

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 2022-2025.



Nel 2025, in AUTC, si è registrato un aumento delle prenotazioni per le visite specialistiche con più di **23.000** richieste prenotate in più rispetto al 2024. Per gli esami diagnostici si è osservato un aumento delle prenotazioni ancor più rilevate con più di **64.000** richieste prenotate in più rispetto al 2024.

Complessivamente si è osservato un incremento delle prenotazioni rispetto al 2024 (+9). 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 2022-2025.

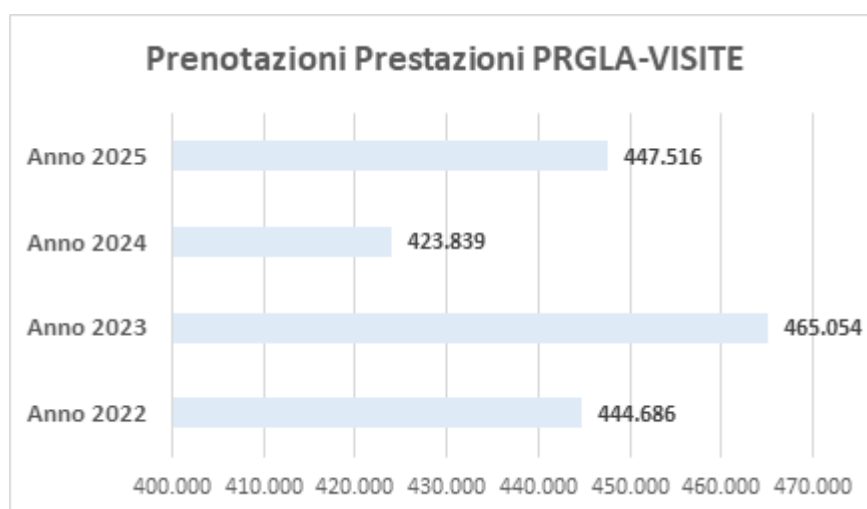
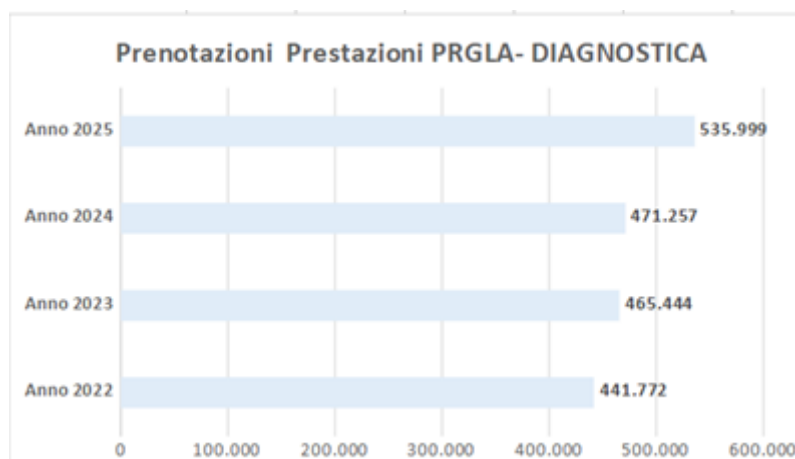


Figura 5. Numero prenotazioni Diagnostica AUTC, anni 2022-2025.



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 2025 (Figura 6).

Figura 6. Andamento Catchment Index per visite specialistiche AUTC 2024-2025.

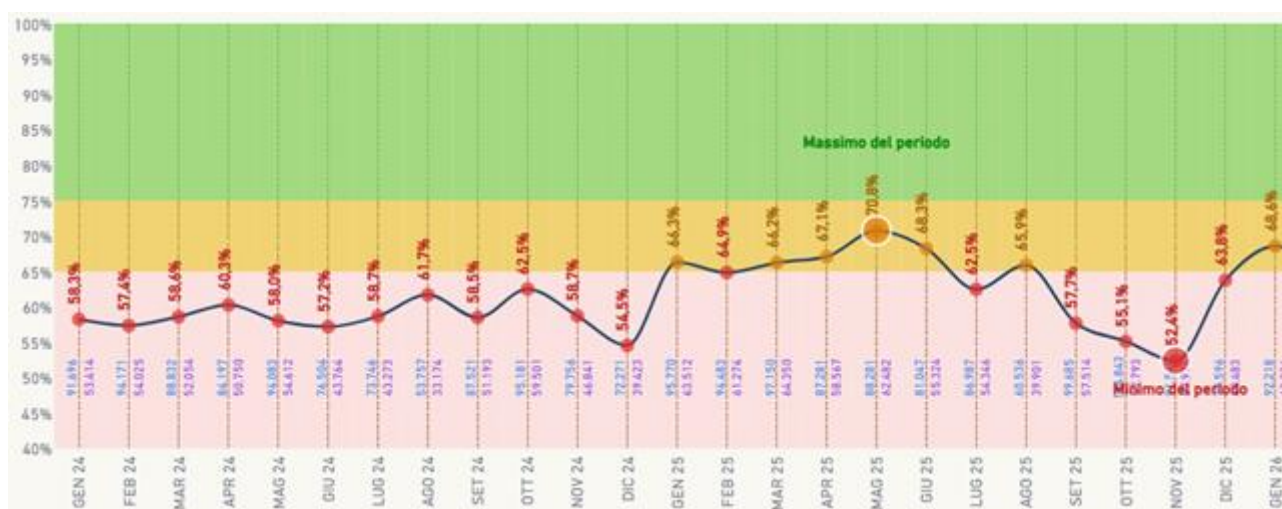


Si evidenzia che l'indice di cattura in AUTC per quanto riguarda le visite specialistiche, si è attestato al 57,6% a gennaio 2026 (in miglioramento rispetto a gennaio 2025 precedente quando si era attestato al 55,8%).

12.4 ANDAMENTO CATCHMENT INDEX - DIAGNOSTICA AUTC

Per quanto riguarda, invece, la diagnostica l'indice di cattura in Azienda USL TC si è attestato al 68,6% (in miglioramento rispetto a gennaio 2025 quando si era attestato al 66,3%) (Figura 7).

Figura 7. Andamento Catchment Index per la diagnostica, AUTC 2024 - 2025.



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 anno 2025.

PRESTAZIONE	Prescrizioni anno 2025	Prenotazioni anno 2025	Catchment index anno 2025	Delta fabbisogno per raggiungere catchment index 75% (numero di prestazioni mancanti)
Visita oculistica	140.159	74.318	53,0%	-30.801
Visita urologica	54.239	27.544	50,8%	-13.135
Visita otorino	90.577	44.181	48,8%	-23.752
Visita endocrinologica	43.969	21.162	48,1%	-11.815
Visita dermatologica	137.981	66.290	48,0%	-37.196

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

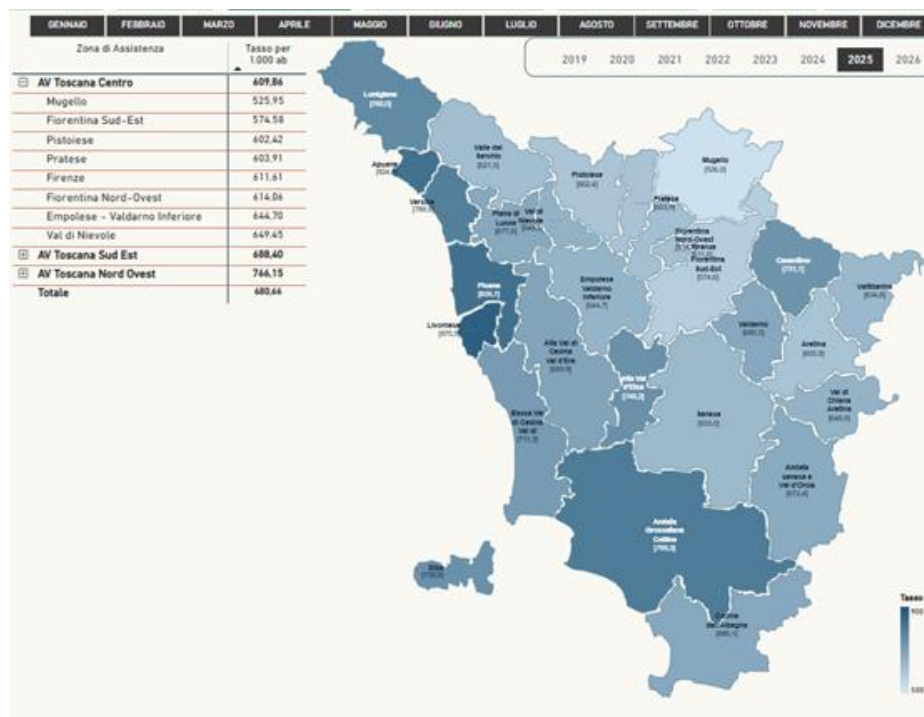
Tabella 2. C.I. esami diagnostici più critici AUTC anno 2025.

PRESTAZIONE	Prescrizioni anno 2025	Prenotazioni anno 2025	Catchment index anno 2025	Delta fabbisogno per raggiungere catchment index 75% (numero di prestazioni mancanti)
Diagnostica ecografica del capo e del collo	72.764	42.502	58,4%	12.071
RM colonna	55.000	31.130	56,6%	10.120
Elettromiografia	53.405	28.266	52,9%	11.788
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	37.586	19.793	52,7%	8.397
RM muscoloscheletrica	51.199	26.886	52,5%	11.513

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 2025 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 Val di Nievole (Figura 8).

Figura 8. 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 9).

	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
Zona di Assistenza	Tasso per 1.000 ab											
AV Toscana Centro	678.52											
Mugello	627.09											
Empolese - Valdarno Inferiore	647.60											
Fiorentina Sud-Est	649.99											
Pistoiese	655.04											
Pratese	655.79											
Val di Nievole	674.68											
Firenze	713.84											
Fiorentina Nord-Ovest	743.64											
AV Toscana Sud Est	682.12											
AV Toscana Nord Ovest	796.71											
Totale	719.60											

Nell'anno 2025, 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 99,8% dei casi entro i tempi di attesa previsti da normativa; si sottolinea che anche per la classe B (Breve) e per la classe D, i tempi medi di erogazione sono in linea con la normativa vigente rispettivamente nell'83,8% dei casi e nel 90,2% dei casi. 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 2025 sulle visite specialistiche (Tabella 4) e per la diagnostica (Tabella 5).

Tabella 3. Percentuale di prenotazioni entro i Tempi Nazionali (classi di priorità U,B,D) 2025 visite e diagnostica per ambito territoriale Azienda Toscana Centro.

TEMPI DI ATTESA Visite		TEMPI DI ATTESA Esami diagnostici	
AREA	ANNO 2025	AREA	ANNO 2025
FIRENZE	92,0%	FIRENZE	95,0%
PRATO	83,0%	PRATO	92,0%
PISTOIA	78,5%	PISTOIA	91,0%
EMPOLI	77,0%	EMPOLI	85,0%
TOTALE	85,0%	TOTALE	92,0%

Tabella 4. Visite SPECIALISTICHE: Sintesi aziendale prenotazioni entro e non oltre i tempi di attesa regionali sulla prima disponibilità, anno 2025

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)
⊕ GASTROENTEROLOGIA	7.311	56	7.367	99,2%	99,2%	1,50
⊕ ALLERGOLOGIA	14.492	520	15.012	96,5%	96,5%	8,41
⊕ REUMATOLOGIA	8.323	307	8.630	96,4%	96,4%	4,36
⊕ CHIRURGIA VASCOLARE	4.204	189	4.393	95,7%	95,7%	6,12
⊕ ORTOPEDIA	32.430	2.582	35.012	92,6%	95,0%	9,85
⊕ ONCOLOGIA	3.262	230	3.492	93,4%	94,8%	4,22
⊕ NEUROLOGIA	12.641	2.310	14.951	84,5%	93,6%	7,50
⊕ CARDIOLOGIA	47.810	9.271	57.081	83,8%	91,7%	10,35
⊕ ENDOCRINOLOGIA	9.845	1.453	11.298	87,1%	87,1%	14,79
⊕ OTORINO	18.997	10.345	29.342	64,7%	84,3%	17,57
⊕ UROLOGIA	8.951	3.439	12.390	72,2%	83,4%	14,59
⊕ FISIATRIA	15.877	4.224	20.101	79,0%	79,0%	14,49
⊕ OCULISTICA	26.320	16.562	42.882	61,4%	78,0%	18,60
⊕ GINECOLOGIA	16.016	6.841	22.857	70,1%	76,9%	17,02
⊕ DERMATOLOGIA	23.217	19.893	43.110	53,9%	72,5%	27,07
⊕ PNEUMOLOGIA	10.891	4.575	15.466	70,4%	70,4%	18,63
Totale	260.587	82.797	343.384	75,9%	84,8%	14,74

Tabella 5. DIAGNOSTICA: Sintesi aziendale prenotazioni entro e non oltre i tempi di attesa regionali sulla prima disponibilità, anno 2025.

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)
ECO/COLOR/DOPPLER	61.945	2.289	64.234	96,4%	96,5%	11,19
MAMMOGRAFIA	11.060	411	11.471	96,4%	96,4%	9,84
TC	18.025	804	18.829	95,7%	95,9%	4,91
ALTRO	14.000	1.166	15.166	92,3%	94,2%	9,24
GASTROSCOPIA	10.520	1.040	11.560	91,0%	93,6%	9,75
ELETTROMIOGRAFIA	12.385	1.003	13.388	92,5%	92,5%	15,99
SPIROMETRIA	11.341	998	12.339	91,9%	91,9%	14,42
ECOGRAFIA	29.361	4.502	33.863	86,7%	90,1%	13,05
COLONSCOPIA	10.824	2.401	13.225	81,8%	89,6%	16,45
RM	34.906	4.091	38.997	89,5%	89,5%	11,70
ECOGRAFIA DELL'ADDOME	47.371	7.345	54.716	86,6%	88,7%	9,84
Totale	261.738	26.050	287.788	90,9%	92,3%	11,20

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 2025 si attesta complessivamente (visite specialistiche ed esami diagnostici) all'89,5% con un andamento stabile rispetto al 2024. L'indicatore per l'anno 2025 mostra un miglioramento per gli esami diagnostici e un lieve calo per le visite specialistiche rispetto al 2024. In particolare:

- Visite specialistiche: 85,3% nel 2025 e 87,1% nel 2024
- Esami diagnostici: 94,1% nel 2025 e 92,2% nel 2024

Nella figura sotto riportata è schematizzato l'indice combinato suddiviso per zona per l'anno 2025 rispettivamente per le visite e per gli esami diagnostici.

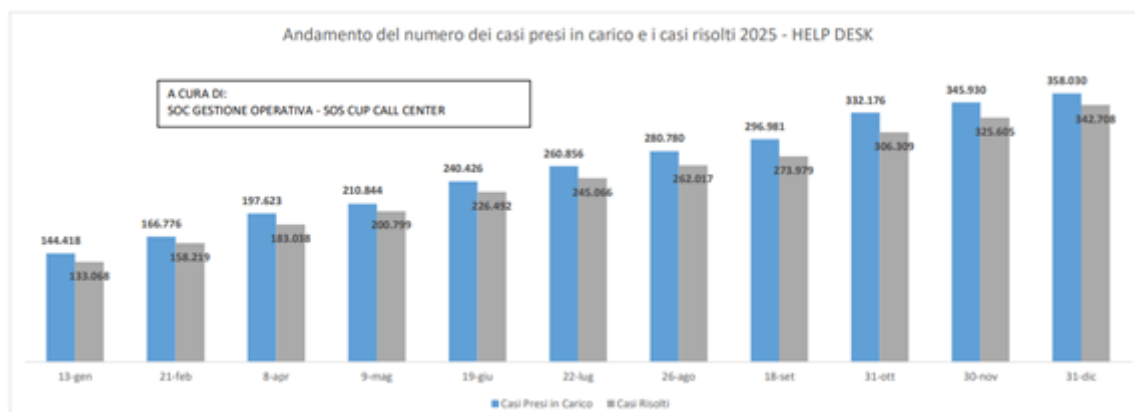
Tabella 6a. Indice Combinato: 2025 – prestazioni visite specialistiche PRGLA

Area Vasta	% Raggiungimento Tempi	Catchment Index	Indice Combinato	Valutazione
AV Sud Est	79,48%	66,4%	88,4%	
Arezzo	81,72%	69,2%	91,5%	
Siena / AOU Senese	80,10%	64,2%	87,4%	
Grosseto	75,82%	65,1%	85,4%	
AV Centro	84,66%	56,1%	85,3%	
Firenze / AOU Careggi / AOU Meyer / Ispro	89,26%	61,0%	91,0%	
Prato	82,86%	59,4%	86,2%	
Empoli	78,48%	50,6%	78,3%	
Pistoia	76,84%	43,2%	72,8%	
AV Nord Ovest	75,32%	55,2%	79,1%	
Pisa / AOU Pisana / Fondazione	91,97%	56,5%	90,0%	
Massa Carrara	68,72%	65,0%	81,0%	
Lucca	75,56%	53,6%	78,3%	
Viareggio	73,18%	54,8%	77,5%	
Livorno	66,30%	48,8%	69,8%	
Totale	79,76%	58,1%	83,5%	

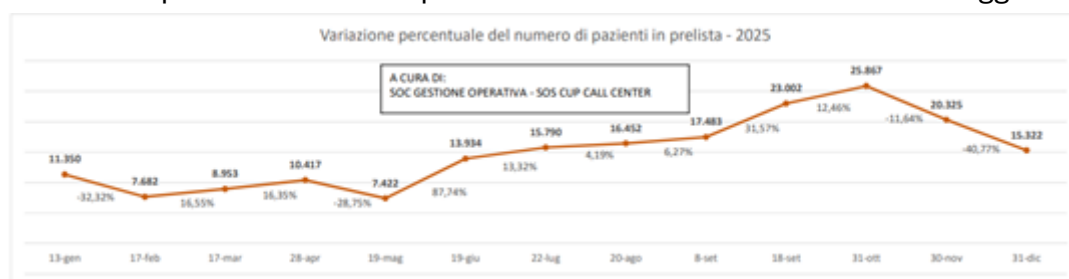
Tabella 6b. Indice Combinato: 2025 – prestazioni diagnostiche PRGLA

Area Vasta	% Raggiungimento Tempi	Catchment Index	Indice Combinato	Valutazione
AV Sud Est	92,25%	69,2%	97,9%	
Arezzo	96,79%	83,0%	108,9%	
Grosseto	90,40%	70,1%	97,3%	
Siena / AOU Senese	86,26%	55,7%	86,0%	
AV Centro	92,20%	63,1%	94,1%	
Pistoia	91,26%	67,9%	96,5%	
Prato	92,16%	65,3%	95,4%	
Firenze / AOU Careggi / AOU Meyer / Ispro	94,47%	62,2%	95,0%	
Empoli	84,80%	58,5%	86,8%	
AV Nord Ovest	89,79%	58,7%	90,0%	
Lucca	93,64%	64,1%	95,6%	
Livorno	92,94%	60,4%	92,9%	
Pisa / AOU Pisana / Fondazione	93,92%	54,7%	90,1%	
Massa Carrara	81,64%	63,1%	87,7%	
Viareggio	78,33%	55,4%	81,0%	
Totale	91,41%	62,8%	93,4%	

Tra le azioni di miglioramento, si evidenzia che sono stati attivati "percorsi di tutela" e un nuovo servizio di Helpdesk di secondo livello, integrato in un'ottica di Area Vasta con le Aziende Ospedaliere (Careggi, Meyer, ISPRO), per gestire le richieste non soddisfatte nei canali ordinari utilizzando lo strumento delle pre-liste. Di seguito il grafico che mostra l'andamento del numero dei casi presi in carico e gestiti dal servizio Help Desk.



L'andamento della pre-lista è riportato nella figura sotto: si evidenzia che il numero complessivo resta stabile nel tempo grazie ad un attento monitoraggio da parte della direzione e alle azioni messe in atto riguardanti il potenziamento dell'offerta. Si segnala che nel periodo dalla messa in produzione del nuovo CUP 3.0 nel mese di aprile 2025 l'estrazione delle pre-liste non è stata alimentata correttamente fino ai primi di giugno 2025 quando l'operatore CUP utilizzava la nuova piattaforma causa problema informatico che risulta a tutt'oggi risolto.



INDICATORI NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)

Si riportano di seguito le tabelle relative all'indicatore DZ10 del Nuovo Sistema di Garanzia. Si evidenzia un valore critico per la visita oculistica mentre a livello complessivo, considerando tutte le prestazioni monitorate, il valore aziendale supera la sufficienza. Le aree aziendali con i valori più critici ma al di sopra della sufficienza sono quella di Pistoia e Val di Nievole.

DZ10: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe

Anno	2025		
Regione	Numeratore	Denominatore	Valore
Regione Toscana	81.242	95.589	84,99
AUSL Centro	35.099	43.452	80,78
Empolese - Valdarno Inferiore	5.637	7.525	74,91
Fiorentina Nord-Ovest	1.457	1.772	82,22
Fiorentina Sud-Est	4.000	4.267	93,74
Firenze	8.040	9.165	87,73
Mugello	1.080	1.167	92,54
Pistoiese	4.513	6.346	71,12
Pratese	7.694	9.634	79,86
Val di Nievole	2.678	3.576	74,89

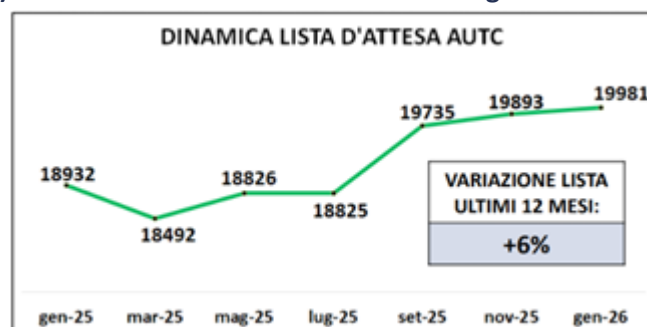
Anno	2026				
CL Prestazione NSG	Numeratore	Denominatore	Valore	Obiettivo	Gap
Ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici	1.048	1.189	88,14	1.070	22
Ecografia Ostetrica-Ginecologica	336	404	83,17	364	28
Mammografia	966	1.059	91,22	953	0
RMN Colonna	2.442	2.763	88,38	2.487	45
TC Torace	1.692	1.803	93,84	1.623	0
Visita Cardiologica	5.926	6.788	87,30	6.109	183
Visita Oculistica	2.580	2.948	87,52	2.653	73
Visita Ortopedica	4.759	5.415	87,89	4.874	115
Totale	19.749	22.369	88,29	20.132	383

Indicatore crescente		DATA AGGIORNAMENTO
Sufficienza con indicatore superiore a 60	Punteggio massimo con indicatore superiore a 90	08/05/2026

12.8 TEMPI DI ATTESA CHIRURGIA ELETTIVA

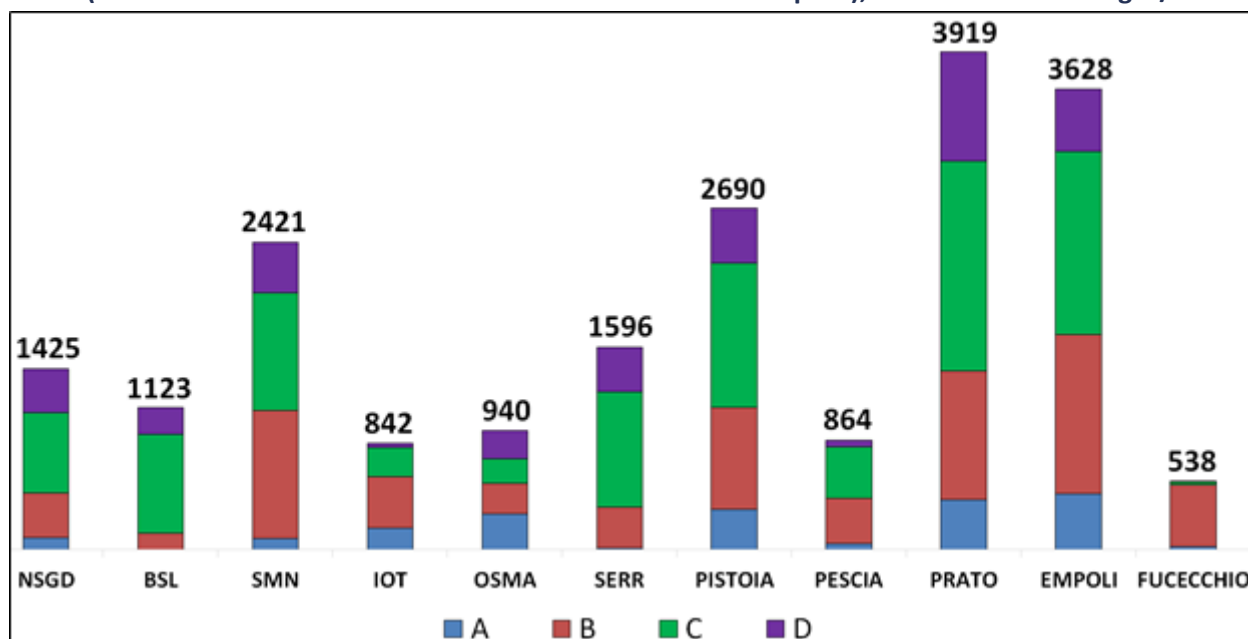
Grazie all'aumento della produzione, la numerosità delle liste di attesa complessivamente dell'AUTC ha mantenuto un andamento virtuoso decrescente nel primo semestre 2025, leggermente attenuato durante il periodo estivo per poi risalire nella seconda parte dell'anno: a gennaio 2025 si riscontravano in lista di attesa di intervento infatti 18.932 cittadini, a inizio gennaio 2026 il dato si è attestato a 19.981 casi (+1.049 pazienti in lista rispetto ad inizio anno) (Figura 10).

Figura 10. 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 11).

Figura 11. 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), Fine 2025. Fonte: Argos/CR1.



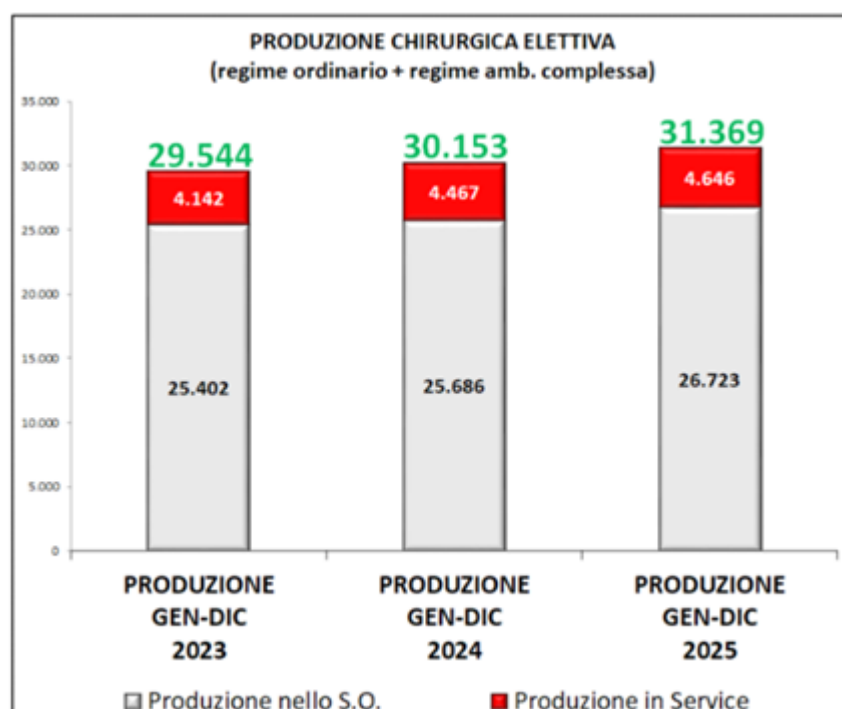
- In sintesi, i dati sui tempi di attesa aggregati a livello aziendale degli operati nell'anno 2025 in elezione (ordinario, day surgery, ambulatoriale complessa) sono in seguenti:
- Gli interventi di classe A (tempi massimi previsti 30 gg) hanno registrato un'attesa mediana di 1,2 mesi
- Gli interventi di classe B (tempi massimi previsti 60 gg) hanno registrato un'attesa mediana di 3,7 mesi
- Gli interventi di classe C (tempi massimi previsti 180 gg) hanno registrato un'attesa mediana di 7,3 mesi

- Gli interventi di classe D (tempi massimi previsti 365 gg) hanno registrato un'attesa mediana di 13,1 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), si osservano virtuosi tassi di produzione in tutti gli Ospedali aziendali. Nel periodo gennaio-dicembre 2025 presso l'AUTC sono stati erogati complessivamente 31.369 interventi chirurgici elettivi (di cui 4.646 in erogazione congiunta), 1216 interventi in più rispetto allo stesso periodo del 2024 (Figura 12).

Figura 12. Interventi chirurgici erogati in elezione nel periodo gennaio-dicembre (2023 vs 2024 vs 2025) 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, nel 2025 (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 2025, fonte SDO).

Tabella 7. Interventi PRGLA classe A 2025.

Periodo Intervento	2025			
	N. Ricoveri	N. Ricoveri Entro i Tempi	N. Ricoveri Fuori dai Tempi	% nei tempi
Angioplastica Coronarica (PTCA)	200	196	4	98,0%
Biopsia percutanea del fegato	137	137		100,0%
Colecistectomia laparoscopica	100	87	13	87,0%
Coronarografia	873	851	22	97,5%
Emorroidectomia	20	20		100,0%
Endoarteriectomia carotidea	118	107	11	90,7%
Interventi chirurgici melanoma	244	236	8	96,7%
Interventi chirurgici tumore colon	381	374	7	98,2%
Interventi chirurgici tumore mammella	1.056	892	164	84,5%
Interventi chirurgici tumore prostata	257	26	231	10,1%
Interventi chirurgici tumore retto	123	116	7	94,3%
Interventi chirurgici tumori dell'utero	237	223	14	94,1%
Interventi chirurgici tumori tiroide	186	164	22	88,2%
Intervento protesi d'anca	322	235	87	73,0%
Riparazione ernia inguinale	113	98	15	86,7%
Totale	4.367	3.762	605	86,1%

Sono stati elaborati i report dei tempi di attesa per le prestazioni chirurgiche PRGLA, così come indicato dalla DGRT n.372 del 24/03/2025:

- rispetto dei tempi massimi per gli interventi di classe B (60 giorni) previsti dal PRGLA: nell'anno 2025 è pari al **64% (tabella 8a)**;
- 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' **87,4% (tabella 8b)**

Tabella 8a. Interventi PRGLA classe B e PNE classe A.

Periodo	2025			
Intervento	N. Ricoveri	N. Ricoveri Entro i Tempi	N. Ricoveri Fuori dai Tempi	% nei tempi
Angioplastica Coronarica (PTCA)	36	32	4	88,9%
Biopsia percutanea del fegato	3	3		100,0%
Colecistectomia laparoscopica	652	279	373	42,8%
Coronarografia	161	132	29	82,0%
Emorroidectomia	215	71	144	33,0%
Endoarteriectomia carotidea	214	170	44	79,4%
Interventi chirurgici melanoma	3	2	1	66,7%
Interventi chirurgici tumore colon	4	3	1	75,0%
Interventi chirurgici tumore mammella	27	12	15	44,4%
Interventi chirurgici tumore prostata	14	10	4	71,4%
Interventi chirurgici tumori dell'utero	3	3		100,0%
Interventi chirurgici tumori tiroide	44	25	19	56,8%
Intervento protesi d'anca	1.116	901	215	80,7%
Riparazione ernia inguinale	684	390	294	57,0%
Totale	3.176	2.033	1.143	64,0%

Tabella 8b. Interventi PNE classe A.

Periodo	2025			
Intervento	N. Ricoveri	N. Ricoveri Entro i Tempi	N. Ricoveri Fuori dai Tempi	% nei tempi
Interventi chirurgici tumori del cavo orale	38	30	8	78,9%
Interventi chirurgici tumori del fegato	54	53	1	98,1%
Interventi chirurgici tumori del pancreas	47	46	1	97,9%
Interventi chirurgici tumori della colecisti	4	4		100,0%
Interventi chirurgici tumori della laringe	105	72	33	68,6%
Interventi chirurgici tumori della vescica	43	35	8	81,4%
Interventi chirurgici tumori dello stomaco	76	74	2	97,4%
Interventi chirurgici tumori dell'ovaio	60	59	1	98,3%
Totale	427	373	54	87,4%

12.10 RICOGNIZIONE UTILIZZO BLOCCHI OPERATORI AUTC

Complessivamente, la produzione chirurgica elettiva 2025 conferma il trend di crescita registrato negli ultimi anni, con un incremento del +4% rispetto all'anno 2024 e del +6% rispetto al 2023.

Nel confronto con il 2024, sono stati eseguiti complessivamente 1.216 interventi in più (+4%), di cui 1.037 presso ospedali aziendali (+4%) e 179 in erogazione congiunta presso case di cura private (+4%). Rispetto al 2023, l'incremento complessivo è stato pari a 1.825 interventi (+6%), con un aumento di 1.321 interventi nelle strutture aziendali (+5%) e di 504 interventi in erogazione congiunta (+12%).

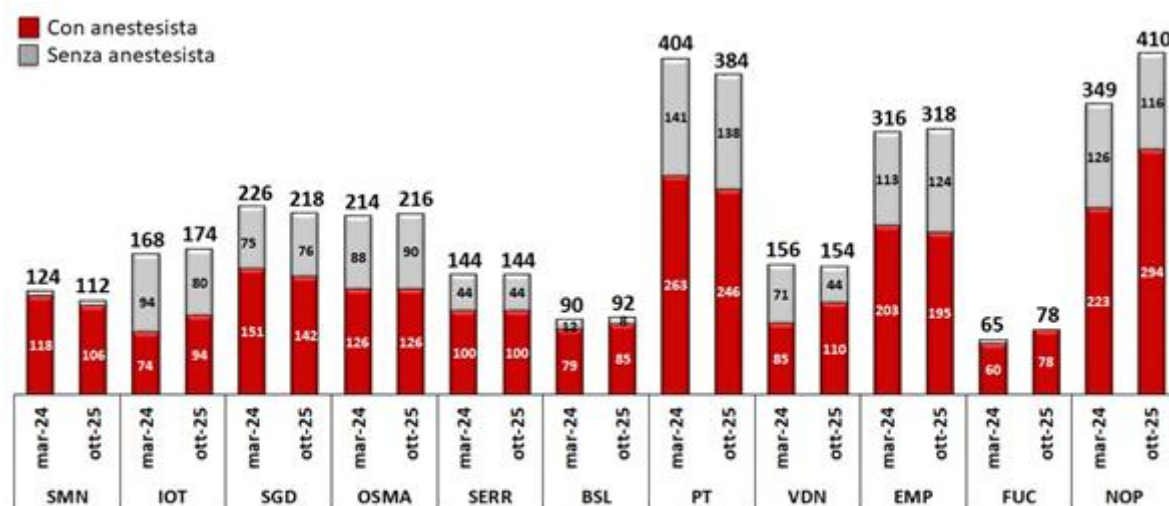
Il risultato assume particolare rilievo se si considera che, nel corso dell'anno, alcuni blocchi operatori sono stati interessati da interventi di manutenzione straordinaria che ne hanno influenzato la capacità produttiva. Tali riduzioni sono state compensate attraverso interventi organizzativi mirati e il potenziamento dell'attività in altre sedi aziendali che hanno permesso la continuità dell'attività chirurgica attraverso il recupero di parte dei volumi non erogati negli ospedali interessati dai lavori.

Parallelamente, la revisione sistematica delle liste di attesa tramite le azioni di recall ha contribuito a contenerne l'incremento, che si è mantenuto entro il 6%.

Nel complesso, i risultati confermano un andamento positivo dell'attività chirurgica programmata e la capacità del sistema di assorbire le criticità temporanee.

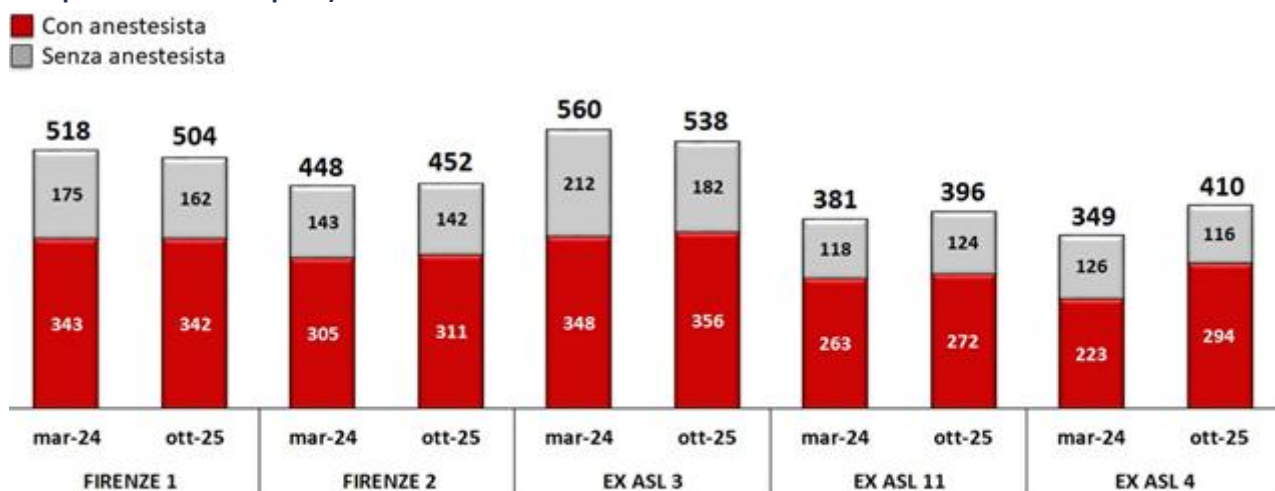
Di seguito i grafici che testimoniano l'utilizzo nel tempo delle sale elettive nella nostra Azienda (Figure 13, 14 e 15).

Figura 13. 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).



Criteri:
- Sono conteggiate solamente ore sala a disposizione (programmate) per attività ELETIVA presso i blocchi operatori UTC (non è incluso il Service presso Cdc)

Figura 14. 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).

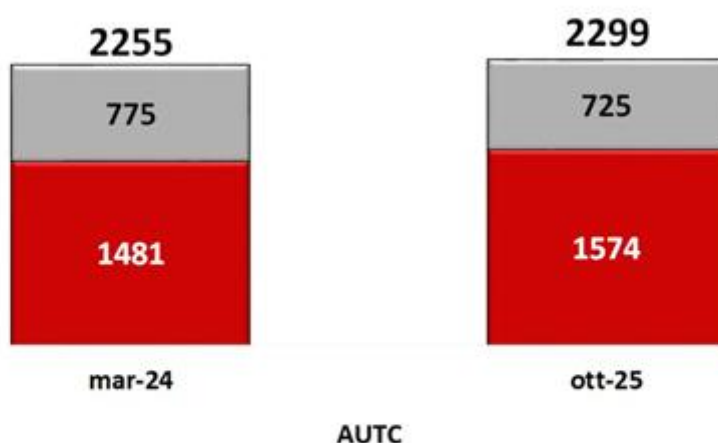


Intesi:
Sono conteggiate solamente ore sala a disposizione (programmate) per attività ELETTIVA presso i blocchi operatori UTC (non è incluso il Service presso C&C)



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

■ Con anestesista
■ Senza anestesista



Intesi:
Sono conteggiate solamente ore sala a disposizione (programmate) per attività ELETTIVA presso i blocchi operatori UTC (non è incluso il Service presso C&C)



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 372/2025 (9.000.000 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 2025:

- 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** dal 2024 fino a fine 2025 in Azienda USL Toscana Centro sono stati presi in carico e prenotati **più di 342.000 cittadini** e a questi è stata garantita la **prestazione desiderata nei tempi previsti dalla normativa vigente nella stragrande maggioranza dei casi**.
- è stato presentato il piano di miglioramento liste di attesa di Area Vasta Centro in Regione che prevede una gestione condivisa delle **pre-liste di area vasta con le Aziende Ospedaliere presenti sul territorio (Careggi, Meyer, ISPRO)**.
- è stato implementato il 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 31.000 gli interventi erogati nel 2025 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 [1], l'Azienda ha proceduto con l'aumento fin da subito l'offerta delle prestazioni; di seguito il dettaglio relativo alle prenotazioni sull'offerta privata convenzionata su tutta l'azienda per le visite e la diagnostica, si è osservato un incremento del +79% nel 2025 rispetto al 2024: (Tabella 9).

Tabella 9. Visite e diagnostica oggetto di potenziamento (numero prestazioni erogate nel modello competitivo al netto del percorso 2 e della pma)

Produzione Privato Accreditato Modello Competitivo Visite e Diagnostica		
ZONA	ANNO 2024	ANNO 2025
EMPOLI	32.729	59.625
FIRENZE	143.635	264.636
PISTOIA	59.238	92.782
PRATO	58.987	112.642

Tabella 10. Volume prenotato suddiviso per tipologia di prestazione

TIPOLOGIA CONTATORE	VOLUME PRENOTATO
ECD ARTI	83
ECOGRAFIE	239
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	72
RMN DIRETTE	84
RMN MDC	84
SPIROMETRIA	72
TC DIRETTE	12
TC MDC	84
VISITE	1511
Totale complessivo	2099

[1] una parte di queste risorse saranno destinate anche all'incremento delle ore di produttività aggiuntiva, sempre per l'abbattimento liste di attesa, quindi andrà a rafforzare i servizi ad erogazione diretta.

13. RIABILITAZIONE

L'indicatore C8A.20, che misura la percentuale di ricoveri ordinari codice 56 avvenuti direttamente dal territorio anziché in assoluta continuità con il ricovero precedente, nel 2025 risulta in aumento rispetto al 2024, evidenziando un peggioramento rispetto al periodo precedente. Sarebbe auspicabile che le ammissioni in riabilitazione in regime di ricovero avvenissero nello stesso giorno della dimissione dal ricovero acuto che ha generato la necessità riabilitativa.

Nonostante ciò, la performance complessiva dell'AUTC rimane soddisfacente e indicativa di una buona continuità del percorso assistenziale (Tabella 1).

Tabella 1. Indicatore MES su riabilitazione dell'AUTC, anno 2025.

Indicatore	Standard	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2025
C8A.20 % ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	<20%	9,76	9,13	13	

Figura 1. C17.1.1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti in specialità 56, Aziende 2025.

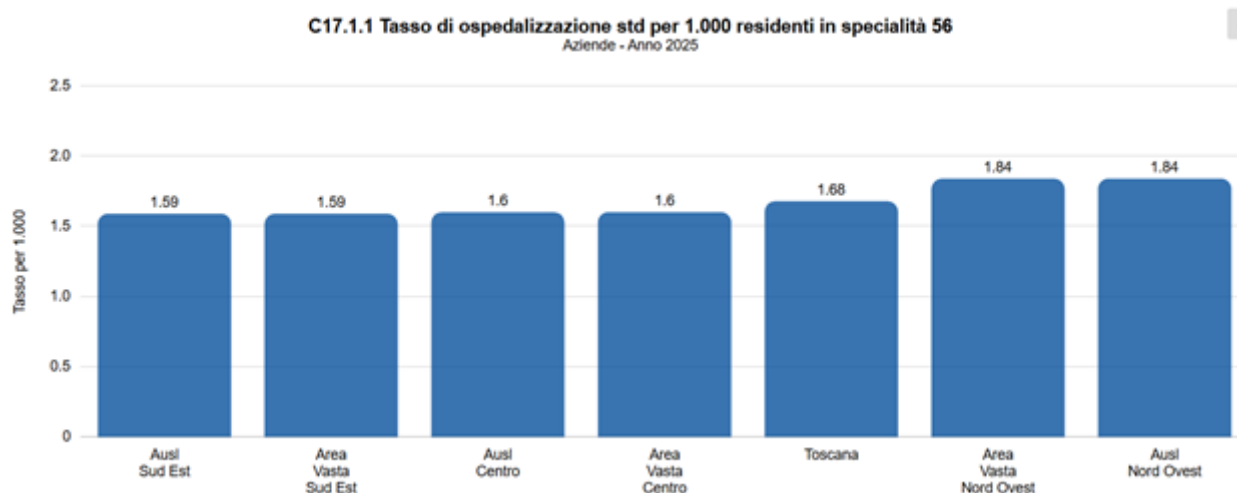
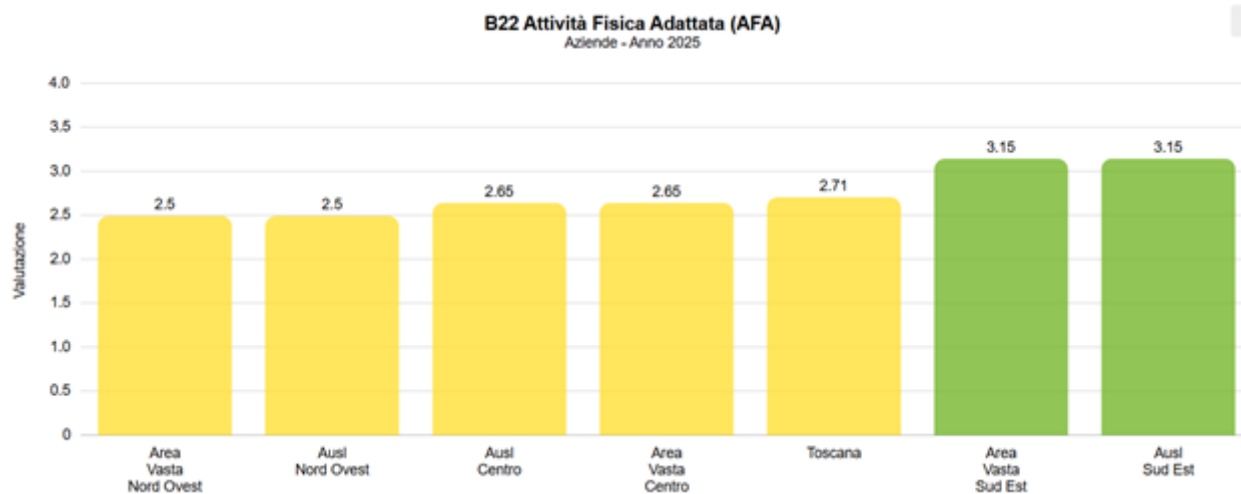


Figura 2. B22 Attività Fisica Adattata (AFA) 2025.



Rispetto al 2024, si osserva un miglioramento di entrambi gli indicatori: il tasso di ospedalizzazione standardizzato (C17.1.1) si riduce da 1,66 a 1,60, indicando una buona appropriatezza dei ricoveri in reparti di recupero e riabilitazione funzionale (specialità 56), mentre l'indicatore B22 (AFA) aumenta da 2,36 a 2,65, indicando una buona diffusione del programma. Tali risultati confermano il buon andamento delle attività riabilitative dell'AUTC.

14. SALUTE MENTALE

L'indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche (C15.8) mostra un miglioramento nel triennio considerato. Anche l'indicatore relativo ai ricoveri ripetuti entro 7 giorni (C15A.13.2) registra un miglioramento rispetto al 2024. Permangono tuttavia alcune criticità, come evidenziato dalle valutazioni degli indicatori, e si osserva un lieve peggioramento della percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni (C15A.13A).

Tabella 1. Indicatori MeS su salute mentale dell'AUTC, anni 2023-2025.

Indicatore	Standard	Valore 2023	Valore 2024	Valore 2025	Valutazione 2025
C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	<-0,25	1	0,73	0,39	
C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	<3,06%	6,06	6,93	5,67	
C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	<5,5%	7,22	5,65	6,11	

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 Unici di Accesso, 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 (PAI), 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 di varia tipologia: assistenza domiciliare tutelare, assistenza domiciliare per interventi di natura sanitaria (AD), assistenza domiciliare integrata (ADI) o programmata (ADP).

L'indicatore D22Z del Nuovo sistema di Garanzia evidenzia le Persone in Assistenza domiciliare con almeno una erogazione nel periodo di riferimento per Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) $\geq 0,14$.

Tabella 1: Persone in Assistenza domiciliare con almeno una erogazione per Coefficiente di intensità assistenziale (CIA $\geq 0,14$), AUTC anno 2025; Fonte: Monitoraggio Indicatori Nuovo Sistema di Garanzia – Flusso SDO, SPA, Sistema prevenzione, TAT. Estrazione del 20.05.2026, tab. D22Z)

	GdC=0		CIA base (<0,14)		CIA I (0,14-0,30)		CIA II (0,31-0,50)		CIA III (>0,50)		Totale Assistiti	Totale Residenti	CIA $\geq 0,14$	
Zona/SdS	Assistiti	x 1.000 residenti	Assistiti	x 1.000 residenti	Assistiti	x 1.000 residenti	Assistiti	x 1.000 residenti	Assistiti	x 1.000 residenti			Assistiti	x 1.000 residenti
Firenze	1.248	3,45	5.086	14,06	2.750	7,60	1.383	3,82	1.710	4,73	12.177	361.705	5.843	16,15
VDN	641	5,35	1.151	9,61	1.163	9,71	800	6,68	640	5,34	4.395	119.792	2.603	21,73
Pratese	1.185	4,56	2.795	10,76	1.627	6,27	1.091	4,20	1.944	7,49	8.642	259.657	4.662	17,95

Pistoiese	694	4,08	1.566	9,20	1.368	8,04	640	3,76	467	2,74	4.735	170.133	2.475	14,55
FI NO	531	2,55	1.965	9,44	1.660	7,98	811	3,90	679	3,26	5.646	208.082	3.150	15,14
FISE	370	2,04	2.401	13,27	1.139	6,29	592	3,27	987	5,45	5.489	180.999	2.718	15,0
Mugello	208	3,29	997	15,78	486	7,69	214	3,39	193	3,05	2.098	63.190	893	14,13
EVI	647	2,68	2.586	10,70	1.785	7,38	1.008	4,17	926	3,83	6.952	241.746	3.719	15,38
AUTC	5.534	3,45	18.729	11,67	11.989	7,47	6.545	4,08	7.548	4,70	50.345	1.605.304	26.082	16,25

CIA = rapporto fra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GdC)

GEA = conteggio delle date di accesso in cui si sia registrata almeno una erogazione

GdC = conteggio dei giorni intercorrenti fra la data del primo accesso e la data dell'ultimo accesso al netto delle sospensioni +1.

Se GEA e GdC sono uguali a 1, il valore della CIA viene forzato a zero (0).

L'indicatore è riferito agli assistiti: in caso di utenti con più percorsi questi sono conteggiati una sola volta per il percorso che ha registrato il CIA massimo per singolo utente.

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 28/05/2026, tab. Nr assistiti 2024 per Tipo Prestazione.

Zona/SdS	Firenze	VDN	Pratese	Pistoiese	F.na NO	F.na SE	Mugello	EVI	AUTC
CD base	116	63	63	93	84	73	14	71	577
CDA	73	36	17	29	25	0	6	1	187
TOT.	189	99	80	122	109	73	20	72	764

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 2025 le persone inserite nei suddetti moduli sono state in totale 14.133 (Tabella 3).

Tabella 3. Giornate di assistenza in RSA, AUTC anno 2024. Fonte: archivio regionale AD-RSA RFC 115 RFC 118 – estrazione Infoview del 28/05/2026, tab. Nr assistiti 2026 per Tipo Prestazione.

Zona/SdS	Firenze	VDN	Pratese	Pistoiese	F.na NO	F.na SE	Mugello	EVI	AUTC
Residenzialità Sanitaria intermedia	1.473	22	479	547	505	631	170	616	4.443
Residenzialità territoriale SUAP	6				1	2		1	10
Residenzialità Territoriale USV	48				2	1		1	52
Struttura Territoriale Low Care	569		814	1	53	708	21	9	2.175
Modulo 2 (motorio) Temporaneo			1					122	123
Modulo 4 (vegetativo) Permanente	2	2		1	1				6
Residenzialità Assistenziale intermedia		181		324					505
Modulo 3 (cognitivo) Permanente	165			3	14	71	3	4	260

Modulo 3 (cognitivo) Temporaneo	24	1	1	30	3	2		103	164
BIA modulo Bassa intensità assistenziale		8	1	23	36	2	1	7	78
Modulo base Permanente	1.698	67	164	77	625	467	195	516	3.809
Modulo base Temporaneo	1.342	299	164	128	177	48	58	292	2.508
TOT.	5.327	580	1.624	1.134	1.417	1.478	448	1.671	14.133

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 non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3,) ogni 1.000 abitanti”*.

Per l'anno 2025 il valore dell'indicatore è 42,68 (punteggio sufficiente >24,6-punteggio massimo >41 – Fonte regionale: Monitoraggio Indicatori Nuovo Sistema di Garanzia – Flusso SDO, SPA, Sistema prevenzione, TAT. Estrazione del 20.05.2026, tab. D33Z):

Zona/SdS	Numeratore	Denominatore	Valore
Zona/SdS Firenze	3.056	55.193	55,37
Zona/SdS Val di Nievole	145	16.570	8,75
Zona/SdS Pratese	1.383	32.299	42,82
Zona/SdS Pistoiese	557	25.560	21,79
Zona/SdS F.na Nord-Ovest	794	32.442	24,47
Zona/SdS F.na Sud-Est	2.283	25.688	88,87
Zona/SdS Mugello	508	8.828	57,54
Zona/SdS EVI	1.037	32.184	32,22
AUTC	9.763	228.764	42,68

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

Le cure palliative rappresentano l'insieme degli interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali rivolti alla persona con malattia cronica inguaribile in fase avanzata o evolutiva e al suo nucleo familiare, con l'obiettivo del controllo dei sintomi, della qualità della vita e del sostegno psico-sociale e spirituale. Nell'AUTC la risposta al bisogno di cure palliative è organizzata nella Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) articolata su cinque setting: hospice/day hospice, cure palliative domiciliari (UCP-DOM), ospedale (ambulatori di cure simultanee con oncologia e consulenze) ed ambulatorio.

16.1 QUADRO NORMATIVO E RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE (RLCP)

Il quadro normativo nazionale e regionale di riferimento per l'organizzazione delle cure palliative include i seguenti atti principali:

1. Legge 15 marzo 2010, n. 38 — “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, che riconosce le cure palliative come diritto del cittadino e definisce le reti di assistenza.
2. Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 — requisiti minimi e modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture della rete.
3. Decreto del Ministro della Salute 4 giugno 2015 — individuazione dei criteri per la certificazione dell'esperienza triennale del medico in cure palliative.
4. DPCM 12 gennaio 2017 — Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che includono le cure palliative residenziali, domiciliari e ambulatoriali tra le prestazioni garantite.
5. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 — “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (DAT)”, che disciplina anche la pianificazione condivisa delle cure (PCC).
6. DM 23 maggio 2022, n. 77 — modello organizzativo per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, che ridefinisce il ruolo della rete di cure palliative all'interno del Distretto, in raccordo con la Casa della Comunità, l'Ospedale di Comunità, l'ADI e la Centrale Operativa Territoriale (COT).
7. Piano Nazionale Cure Palliative 2024-2026 (Intesa Stato-Regioni 1 agosto 2024) — obiettivi di copertura, standard organizzativi e indicatori di monitoraggio della rete.
8. Investimento PNRR Missione 6 Componente 1 (Casa come primo luogo di cura e Reti di prossimità) — target di copertura dell'assistenza domiciliare per la popolazione over-65 e potenziamento della rete CP.
9. Normativa regionale di riferimento (DGRT, deliberazioni AUTC) — declinazione operativa della rete a livello di Area Vasta Centro e di Zona/Società della Salute (SdS).

Nell'assetto previsto dal DM 77/2022 la Rete Locale di Cure Palliative dell'AUTC si configura come rete clinico-assistenziale integrata, con un coordinamento aziendale dedicato e una articolazione territoriale che garantisce continuità tra il livello ospedaliero, il domicilio e l'hospice. L'accesso ai diversi nodi della rete è regolato a livello di Zona/SdS, in raccordo con il Medico di Medicina Generale, le UU.OO. ospedaliere segnalanti e le strutture residenziali. Nella tabella seguente si riporta la mappa dei nodi della rete AUTC al 2025.

Tabella 1. Nodi della RLCP dell'AUTC e principali volumi di attività 2025. Fonte: elaborazione su dati delle sezioni 16.2-16.5.

Nodo della rete	N°strutture/UO	Note (volumi 2025)
Hospice	7	93 posti letto di ricovero; 1.860 utenti
Day Hospice	4	9 posti letto (7 attivi); 21 utenti
UCP-DOM	8	4.478 assistiti
Ambulatori CP	6	2.823 visite; 760 assistiti

16.2 CURE PALLIATIVE RESIDENZIALI - HOSPICE

Nel 2025 gli Hospice dell'AUTC hanno preso in carico complessivamente 1.860 utenti, per un totale di 27.972 giornate di assistenza e una degenza media aziendale di 15,04 giorni. L'attività semiresidenziale (Day Hospice) ha coinvolto 21 malati.

L'offerta residenziale dell'AUTC si articola in sette Hospice per complessivi 93 posti letto di ricovero e 9 posti di Day Hospice. Gli Hospice Istituto Prosperius (FI) e Anni Azzurri (Campi Bisenzio) operano in regime di privato convenzionato. Il dettaglio per struttura è riportato nelle Tabelle 2 e 3.

Tabella 2. Offerta di posti letto e attività residenziale Hospice nell'AUTC per struttura, anno 2025. Fonte: dotazione posti letto da atti aziendali; attività da estrazione AsterCloud WP2 del 05/06/2026 (riepilogo movimenti). La quota percentuale dei decessi è calcolata sul totale delle chiusure di ciascuna struttura.

Struttura	Zona / SdS	Posti letto	Utenti	Decessi (% su chiusi)	Giornate di assistenza	Degenza media (gg)
Hospice S. Felice a Ema	SdS Firenze	10	193	170 (92,4%)	3.002	15,55
Hospice Convento delle Oblate	SdS Firenze	10	250	219 (91,3%)	3.589	14,36
Hospice Istituto Prosperius Srl	SdS Firenze	18	294	276 (96,8%)	5.225	17,77
Hospice La Limonaia	SdS Val di Nievole	11	252	237 (97,9%)	3.426	13,60
Hospice Fiore di Primavera	SdS Pratese	12	266	243 (94,6%)	4.014	15,09
Hospice Anni Azzurri	SdS F.na Nord-Ovest	20	341	301 (93,2%)	4.819	14,13
Hospice San Martino	SdS Empolese	12	264	242 (96,4%)	3.897	14,76
TOTALE AUTC	—	93	1.860	1.688 (94,7%)	27.972	15,04

Nel 2025 i sette Hospice dell'AUTC hanno complessivamente preso in carico 1.860 utenti: 67 risultavano già in carico al 1° gennaio 2025 e 1.793 sono stati immessi nel corso dell'anno; al 31/12/2025 risultavano ancora ricoverati 78 assistiti. Le chiusure dei percorsi residenziali sono state complessivamente 1.782. La causale largamente prevalente è il decesso in hospice (1.688 chiusure, pari al 90,8% degli utenti presi in carico e al 94,7% delle chiusure), coerentemente con la natura del setting, dedicato alla presa in carico nella fase avanzata di malattia. Le restanti 94 chiusure (5,3% delle chiusure) corrispondono a dimissioni non per decesso — pazienti dimessi vivi — riconducibili a trasferimenti ad altro setting assistenziale, dimissioni per stabilizzazione del quadro clinico e altre causali residuali. La degenza media

aziendale è di 15,04 giorni, con una variabilità contenuta tra le strutture, dal minimo di 13,60 giorni dell'Hospice La Limonaia al massimo di 17,77 giorni dell'Hospice Istituto Prosperius.

L'attività semiresidenziale è erogata in quattro sedi di Day Hospice attive nel 2025, per complessivi 7 posti letto, e ha riguardato 21 utenti per 21 giornate di attività (Tabella 3). Dispone inoltre di 2 posti di Day Hospice l'Hospice S. Felice a Ema, non utilizzati nel corso del 2025; la dotazione complessiva aziendale di Day Hospice è quindi pari a 9 posti.

Tabella 3. Posti letto e attività semiresidenziale (Day Hospice) nell'AUTC per struttura, anno 2025. Fonte: dotazione posti letto da atti aziendali; attività da estrazione AsterCloud WP2 del 05/06/2026.

Struttura	Zona/SdS	Posti letto	Utenti	Giornate	Media giorni
Day Hospice Oblate	SdS Firenze	1	1	1	1,0
Day Hospice Prato	SdS Pratese	2	15	15	1,0
Day Hospice Empoli San Martino	SdS Empolese	2	2	2	1,0
La Limonaia – Day Hospice	SdS Val di Nievole	2	3	3	1,0
TOTALE AUTC	—	7	21	21	1,0

Si segnala che l'estrazione 2025 non include la Residenza Hospice Turati Gavinana (Firenze), presente nella Relazione Sanitaria 2024 con attività residuale (1 utente, 366 giornate): la struttura risulta chiusa come hospice e a tutto il 2025 non concorre alla rilevazione dell'attività residenziale.

Nota metodologica. I dati di attività residenziale e semiresidenziale riportati in questa sezione derivano dall'estrazione del sistema informativo aziendale AsterCloud WP2, la medesima fonte utilizzata per l'attività domiciliare (§ 16.3). Tale fonte è differente da quella impiegata nella Relazione Sanitaria 2024 (flussi regionali STS24 – AD-RSA RFC 115/118) e adotta una struttura di rilevazione per movimenti (assistiti in carico a inizio e fine periodo, nuovi immessi, chiusure per causale) non direttamente confrontabile con i volumi di ammissioni e dimissioni pubblicati per il 2024. Per questa ragione il presente capitolo non riporta confronti numerici diretti con i dati 2024.

16.3 CURE PALLIATIVE DOMICILIARI - UCP-DOM

Le cure palliative domiciliari sono erogate dalle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM) attive nelle Zone/Società della Salute (SdS) dell'AUTC, secondo i livelli di base e specialistici previsti dalla normativa nazionale e regionale. Nel 2025 sono stati presi in carico complessivamente 4.478 assistiti residenti nel territorio aziendale o assistiti in mobilità (di cui 47 residenti fuori dal territorio AUTC). Le prese in carico (PIC) attivate nel periodo sono state complessivamente 4.588 (108 in più rispetto al numero di assistiti, riconducibili a pazienti con più di una PIC). Di queste, 3.898 risultavano concluse entro il 31/12/2025 e 690 ancora aperte a fine periodo, con prosecuzione nel 2026.

Tabella 4. Attività domiciliare UCP-DOM nell'AUTC per Zona/SdS, anno 2025. Fonte: estrazioni aziendali al 05/06/2026 dal sistema informativo dei medici delle Cure Palliative.

Zona/SdS	Assistiti UCPDOM	PIC concluse	PIC ancora aperte al 31/12	Durata media PIC concluse (gg)
SdS Firenze	931	777	172	57,2
SdS Pratese	905	755	186	55,6
SdS EVI (Empolese / Valdelsa / Valdarno Inf.)	665	622	46	48,0
SdS F.na Nord-Ovest	490	445	55	44,9
SdS F.na Sud-Est	456	407	78	58,7
SdS Pistoiese	434	377	58	53,8
SdS Val di Nievole	357	307	54	61,0
SdS Mugello	193	178	24	37,8
Assistiti extra-territoriali	47	30	17	73,9
TOTALE AUTC	4.478	3.898	690	53,4

La durata media delle PIC concluse a livello aziendale è di 53,4 giorni, con eterogeneità tra le Zone/SdS. La voce "assistiti extra-territoriali" comprende residenti in Comuni esterni al territorio AUTC che, per ragioni cliniche o di gravitazione, sono stati assistiti dalla rete domiciliare aziendale.

Il riepilogo dei movimenti delle prese in carico nel 2025, articolato per stato e motivazione di chiusura, è riportato nella Tabella 5. I dati riferiscono lo stato dei pazienti a inizio e fine periodo, gli ingressi avvenuti durante l'anno e le motivazioni di chiusura delle prese in carico, raggruppate secondo le principali categorie clinico-organizzative.

Tabella 5. Riepilogo movimenti delle prese in carico UCPDOM per Zona/SdS, anno 2025. Fonte: estrazione aziendale del 05/06/2026 dal sistema informativo. Le voci di chiusura sono aggregate come segue: "Ricovero in Hospice" comprende i due flussi di chiusura (RICOVERO IN HOSPICE e Ricovero in Hospice); "Altro motivo" comprende Trasferimento, Chiusura d'ufficio (ADI), passaggio ad altri profili di assistenza domiciliare e altre causali.

Zona/SdS	In carico inizio	Nuovi immessi	In carico fine	Decesso	Ric. Hospice	Ric. osp.	Fine prest.	Altro motivo
SdS Firenze	241	690	240	539	113	1	31	7
SdS Pratese	218	687	251	479	133	3	13	26
SdS EVI	97	568	97	422	117	1	23	5
SdS F.na Nord-Ovest	91	399	103	299	74	0	10	4
SdS F.na Sud-Est	136	320	118	270	57	0	7	4
SdS Pistoiese	108	326	89	257	72	1	12	3
SdS Val di Nievole	83	274	89	202	63	0	2	1
SdS Mugello	34	159	39	132	18	0	2	2
Extra-territoriali	25	22	22	17	5	0	1	2
TOTALE AUTC	1.033	3.445	1.048	2.617	652	6	101	54

A livello aziendale, su 4.478 assistiti UCPDOM, 1.033 (23,1%) erano già in carico al 1° gennaio 2025 mentre 3.445 (76,9%) sono stati immessi durante l'anno; al 31/12/2025 risultavano ancora in carico 1.048 assistiti (23,4% del totale annuale).

Le chiusure dei percorsi UCP-DOM nel 2025 sono state complessivamente 3.430. La causale prevalente è il decesso (2.617 chiusure, pari al 76,3% del totale), coerentemente con la natura della presa in carico in cure palliative. Segue il ricovero in Hospice (652 chiusure, 19,0%), che rappresenta la transizione dal setting domiciliare al setting residenziale all'interno della stessa Rete. Le chiusure per fine prestazione (101, 2,9%), per ricovero ospedaliero (6, 0,2%) e per altro motivo (54 chiusure complessive, 1,6%, comprensive di trasferimenti, chiusure d'ufficio, passaggi ad altri profili ADI e altre causali residuali) sono numericamente marginali.

A integrazione delle prese in carico strutturate, nel 2025 sono stati registrati 311 assistiti con soli accessi occasionali della rete (per un totale di 397 accessi al domicilio, mediamente 1,28 accessi per assistito). Si tratta di situazioni di consulenza territoriale o intervento sporadico al domicilio senza attivazione di un percorso UCP-DOM continuativo. La maggior parte di tale attività è concentrata nelle zone Firenze (87 assistiti) e Sud-Est (131 assistiti).

La distribuzione del case-mix per categoria diagnostica costituisce un indicatore di maturità della rete previsto dal PNCP 2024-2026, che pone tra gli obiettivi l'estensione della presa in carico ai pazienti non oncologici. Nella Tabella 6 si riporta la distribuzione dei pazienti UCP-DOM per categoria diagnostica nel 2025, distinguendo le patologie oncoematologiche maligne (codici ICD-9-CM 140-208) dalle restanti patologie non oncologiche o oncologiche benigne.

Tabella 6. Distribuzione del case-mix UCP-DOM per Zona/SdS secondo categoria diagnostica, anno 2025.
Fonte: estrazione aziendale del 05/06/2026 dal sistema informativo. Un paziente con diagnosi multiple appartenenti a entrambe le categorie è conteggiato in entrambe le colonne (comorbidità).

Zona / SdS	Onco- ematologiche maligne (ICD-9 140-208)	Non oncologiche / oncologiche benigne	Pazienti con ICD codificato	% onc maligne
SdS Firenze	259	304	506	46,0%
SdS Pratese	379	390	597	49,3%
SdS EVI	355	119	485	74,9%
SdS F.na Nord-Ovest	209	147	327	58,7%

SdS F.na Sud-Est	201	82	270	71,0%
SdS Pistoiese	222	109	297	67,1%
SdS Val di Nievole	231	42	268	84,6%
SdS Mugello	118	31	142	79,2%
Extra-territoriali	17	5	22	77,3%
TOTALE AUTC	1.991	1.229	2.914	61,8%

A livello aziendale, dei 2.914 assistiti UCP-DOM con almeno un codice diagnostico registrato nel 2025, il 61,8% presenta una patologia oncoematologica maligna; la restante quota (38,2%) è riferibile a patologie non oncologiche o a forme oncologiche benigne. La distribuzione mostra una marcata eterogeneità tra le Zone/SdS, con una proporzione di patologia oncologica che varia dal 46,0% di Firenze e 49,3% di Prato all'84,6% della Val di Nievole e al 79,2% del Mugello. Le Zone Firenze e Pratese, che si collocano al di sotto della media aziendale, esprimono una rete relativamente più orientata alla presa in carico dei pazienti non oncologici, in linea con gli obiettivi di estensione del PNCP 2024-2026. La somma delle due categorie (3.220) supera il totale dei pazienti con ICD codificato (2.914) per la presenza di pazienti con diagnosi multiple appartenenti a entrambe le categorie (circa il 10% dei casi).

Si segnala che il numero di assistiti con almeno un codice ICD-9 registrato (2.914) è inferiore al totale degli assistiti UCP-DOM 2025 (4.478, di cui Tabella 4): la quota di pazienti senza codifica diagnostica registrata nel sistema (34,9%) costituisce un'area di miglioramento della qualità del dato e sarà oggetto di azioni specifiche nell'ambito del Coordinamento aziendale della Rete CP.

Nota metodologica. I dati di attività UCP-DOM riportati in questa sezione derivano dall'estrazione del sistema informativo aziendale AsterCloud WP2. La fonte è differente da quella utilizzata nella Relazione Sanitaria 2024 (flussi regionali RFC 391) e adotta definizioni operative parzialmente diverse di "assistito" e "presa in carico". Per questa ragione il presente capitolo non riporta confronti diretti con i dati pubblicati nella Relazione Sanitaria 2024.

16.4 CURE PALLIATIVE INTRAOSPEDALIERE

L'attività di consulenza intra-ospedaliera e l'attività ambulatoriale di cure simultanee costituiscono sono finalizzate alla presa in carico precoce (simultaneous care) e al raccordo

con i reparti ospedalieri per i pazienti in fase avanzata di malattia. L'attività consulenziale è svolta dal medico palliativista presso i reparti dei presidi ospedalieri aziendali; l'attività ambulatoriale è erogata, sempre dal medico palliativista, presso gli ambulatori di cure simultanee collocati nei Day Hospice oncologici dei presidi.

Tabella 7. Attività di consulenza palliativa nei reparti per presidio ospedaliero, AUTC anno 2025. Fonte: software aziendale Argos

Presidio ospedaliero	Assistiti	Consulenze
Ospedale Santo Stefano di Prato	602	988
Ospedale San Jacopo di Pistoia	329	526
Ospedale S.M. Annunziata	346	482
Ospedale San Giuseppe di Empoli	316	407
Ospedale San Giovanni di Dio	247	286
Ospedale Santa Maria Nuova	157	174
Ospedale del Mugello	112	133
Ospedale Serristori - Figline Valdarno	66	82
Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia	55	59
TOTALE AUTC	1.841	3.137

Nel 2025 sono state erogate 3.137 consulenze palliative nei reparti ospedalieri a favore di 1.841 assistiti. I volumi maggiori si registrano presso l'Ospedale Santo Stefano di Prato (988 consulenze) e l'Ospedale San Jacopo di Pistoia (526), seguiti dall'Ospedale S.M. Annunziata (482) e dall'Ospedale San Giuseppe di Empoli (407).

Tabella 8. Attività ambulatoriale di cure simultanee per presidio ospedaliero, AUTC anno 2025. Fonte: Argos.

Presidio ospedaliero	Assistiti	Visite	Media visite/assistito
Ospedale S.M. Annunziata	278	1.261	4,5
Ospedale Santa Maria Nuova	130	450	3,5
Ospedale San Giovanni di Dio *	129	307	2,4
Ospedale del Mugello	58	287	4,9
Ospedale Serristori - Figline Valdarno	68	283	4,2
Ospedale San Giuseppe di Empoli	134	235	1,8
TOTALE AUTC	760	2.823	3,7

* Dalla fine del 2025, presso il presidio è entrato in funzione il nuovo software CR1, dal quale non è al momento possibile esportare i dati di attività: il quadro complessivo qui riportato è pertanto incompleto e sottostima l'attività effettivamente erogata.

L'attività ambulatoriale di cure simultanee ha riguardato 760 assistiti per complessive 2.823 visite, con una media di 3,7 visite per assistito. La concentrazione maggiore si osserva presso l'Ospedale S.M. Annunziata (1.261 visite). I presidi di Pistoia e di Pescia, presenti nell'attività consulenziale, non figurano nell'attività ambulatoriale estraibile, coerentemente con la migrazione a CR1 descritta in nota.

Nota metodologica. I dati di questa sezione sono estratti dal software aziendale Argos. Poiché uno stesso assistito può ricevere più consulenze o più visite, il numero di prestazioni è superiore al numero di assistiti; il totale aziendale degli assistiti risulta inferiore alla somma dei valori per presidio (pazienti seguiti in più presidi). Il numero di assistiti è ricavato dall'identificativo anagrafico disponibile nell'estrazione e costituisce una stima prudenziale.

16.5 INDICATORE D30Z

Il monitoraggio della rete CP si avvale di indicatori del Sistema di Valutazione della Performance del Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna, del Nuovo Sistema di Garanzia LEA (NSG) e dei target PNRR Missione 6 Componente 1. Per l'anno 2025 si riporta l'indicatore

regionale D30Z (quota di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul totale dei deceduti per tumore), per il quale è disponibile il dato consolidato a livello regionale; gli ulteriori indicatori MES/NSG e i target PNRR non sono allo stato estraibili con gli strumenti informativi a disposizione e saranno oggetto delle prossime edizioni della Relazione.

Tabella 9. Indicatore regionale D30Z — deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative (tutte le attività) sul totale dei deceduti per tumore, per zona/SdS, AUTC anni 2024-2025. Fonte: cruscotto regionale del Servizio Sanitario della Toscana, aggiornamento 16/02/2026. Soglie regionali: sufficienza > 35; punteggio massimo > 55. Il denominatore è il numero atteso (modellato) di deceduti per tumore; valori superiori a 100 indicano un numero di assistiti superiore all'atteso e la somma dei denominatori di Zona può differire dal totale per arrotondamenti.

Zona/SdS	Deceduti attesi (den.)	Valore 2024 (%)	Valore 2025 (%)
SdS Firenze	1.155	82,71	72,14
SdS Val di Nievole	360	103,61	109,44
SdS Pratese	697	54,23	56,67
SdS Pistoiese	502	14,95	13,36
SdS F.na Nord-Ovest	599	24,36	30,87
SdS F.na Sud-Est	567	11,64	14,64
SdS Mugello	187	34,76	29,95
SdS EVI	658	60,52	66,60
TOTALE AUTC	4.724	51,99	51,88

Nel 2025 l'indicatore D30Z di rete (tutte le attività) si attesta a livello aziendale al 51,88%, in linea con il 2024 (51,99%) e stabilmente al di sopra della soglia regionale di sufficienza (> 35), pur al di sotto del punteggio massimo (> 55). Il valore aggrega 2.451 deceduti per tumore assistiti dalla Rete sul totale atteso di 4.724. La distribuzione per zona è marcatamente eterogenea, dai valori più elevati della Val di Nievole (109,44%) e di Firenze (72,14%) ai più contenuti del Pistoiese (13,36%) e della Fiorentina Sud-Est (14,64%). I valori superiori a 100 derivano dalla natura del denominatore, numero atteso modellato di deceduti per tumore: una

Zona che assiste un numero di pazienti superiore all'atteso supera il 100%. Si segnala inoltre una non corretta attribuzione della distribuzione zonale per paziente, legata alla strutturazione del software AsterCloud WP2, che attribuisce la zona non al domicilio o residenza del paziente, bensì all'operatore che inserisce il dato.

16.6 CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI SVILUPPO 2025-2027

L'analisi dei dati e degli indicatori riportati nelle sezioni precedenti evidenzia, nella rete CP dell'AUTC, alcune aree di sviluppo prioritarie per il triennio 2025-2027, coerenti con il PNCP 2024-2026 e con il modello organizzativo definito dal DM 77/2022:

1. Miglioramento della qualità e della completezza del dato: completamento dell'esportazione dai nuovi applicativi regionali (CR1 per l'attività ospedaliera, AsterCloud WP3 per hospice e domicilio).
2. Costruzione di una serie storica omogenea a partire dal 2025, superando la discontinuità con i flussi utilizzati fino al 2024 (STS24/RFC), così da consentire confronti pluriennali affidabili.
3. Estensione della copertura ai pazienti con patologia non oncologica — che nel 2025 rappresentano il 38,2% degli assistiti UCPDOM con diagnosi codificata — in particolare insufficienze d'organo avanzate e patologie neurodegenerative, secondo la stima del bisogno indicata dal PNCP.
4. Consolidamento della presa in carico precoce (simultaneous care) attraverso il potenziamento degli ambulatori di cure simultanee, in raccordo con oncologia, pneumologia, cardiologia e neurologia.
5. Riduzione dell'eterogeneità tra le Zone/SdS nella copertura del bisogno, evidenziata sia dalla distribuzione del case-mix domiciliare sia dai valori dell'indicatore D30Z (dal 13,4% del Pistoiese al 109,4% della Val di Nievole), anche attraverso il pieno funzionamento della Centrale Operativa Territoriale (COT) e l'integrazione con le Case della Comunità.
6. Sviluppo del set di indicatori di qualità e performance (MES, NSG e target PNRR Missione 6 Componente 1), oggi non estraibili con gli strumenti informativi disponibili, per affiancare all'indicatore regionale D30Z un cruscotto aziendale di monitoraggio della rete.
7. Avvio nel 2026 di un programma strutturato per la pianificazione condivisa delle cure (PCC) ex L. 219/2017: definizione del modello operativo, formazione degli operatori e individuazione di un set minimo di indicatori di processo per il monitoraggio aziendale.
8. Sviluppo della telemedicina applicata alle cure palliative (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio), in coerenza con le linee di indirizzo regionali e nazionali.

9. Consolidamento del raccordo con la Rete Regionale di Cure Palliative Pediatriche, a titolarità del Centro di Riferimento Regionale, per i pazienti pediatrici residenti nel territorio aziendale (l'attività pediatrica non rientra nel perimetro della presente sezione).

Le azioni indicate verranno declinate in obiettivi misurabili nell'ambito della programmazione aziendale e di Area Vasta Centro, con monitoraggio annuale degli indicatori di pertinenza della rete CP.

17. ASSISTENZA FARMACEUTICA

17.1 SPESA FARMACEUTICA

Nel 2025 la spesa farmaceutica aziendale ha registrato un significativo incremento (+5,9%) rispetto all'anno precedente. L'aumento ha interessato sia i farmaci acquistati direttamente dall'Azienda ed erogati in Distribuzione diretta, in DPC o somministrati in regime di ricovero (+29,5 milioni di euro) sia la farmaceutica convenzionata (+4,3 milioni di euro) ossia i farmaci erogati dalle farmacie pubbliche e private convenzionate.

Tale andamento conferma il trend di crescita costante della spesa farmaceutica osservato negli ultimi anni che è determinato prevalentemente dall'immissione in commercio di nuovi farmaci ad alto costo e dal processo di invecchiamento della popolazione.

Il monitoraggio della spesa pro capite per assistito pesato negli anni 2023, 2024 e 2025 riportata in Figura 1 conferma quanto già rilevato negli anni passati ovvero un incremento più moderato della spesa nel canale della convenzionata, (+2,2 % 2025 vs 2024, +5,0% 2024 vs 2023), rispetto agli acquisti diretti (+7,7 % 2025 vs 2024, +11,1% 2024 vs 2023).

Figura 1. Andamento spesa pro capite assistito pesato triennio 2023-2025. Fonte: dati CoAn

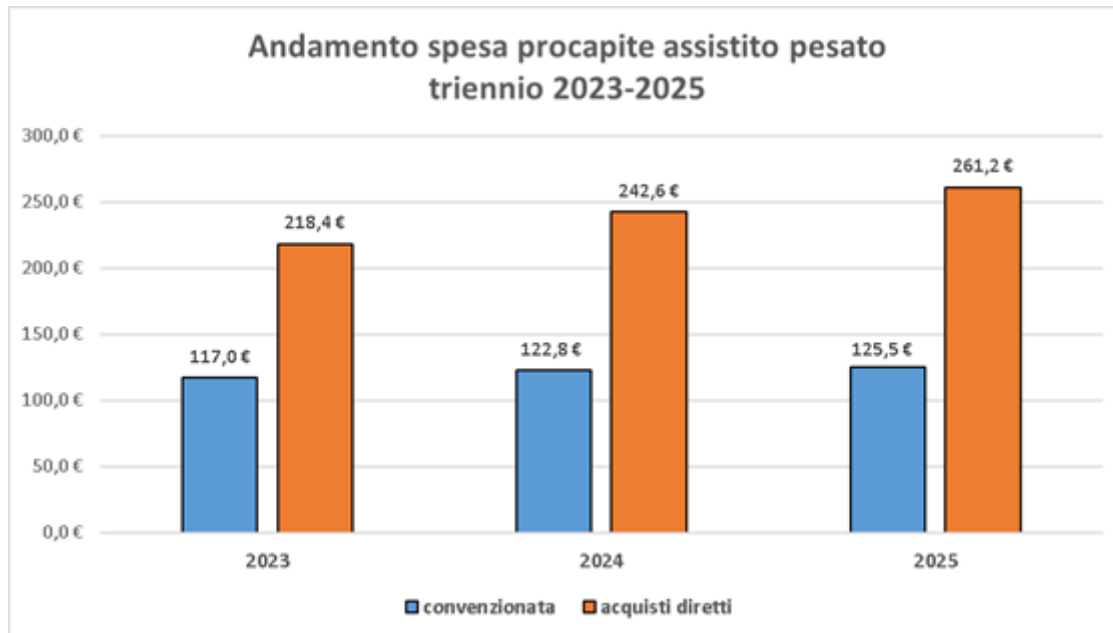
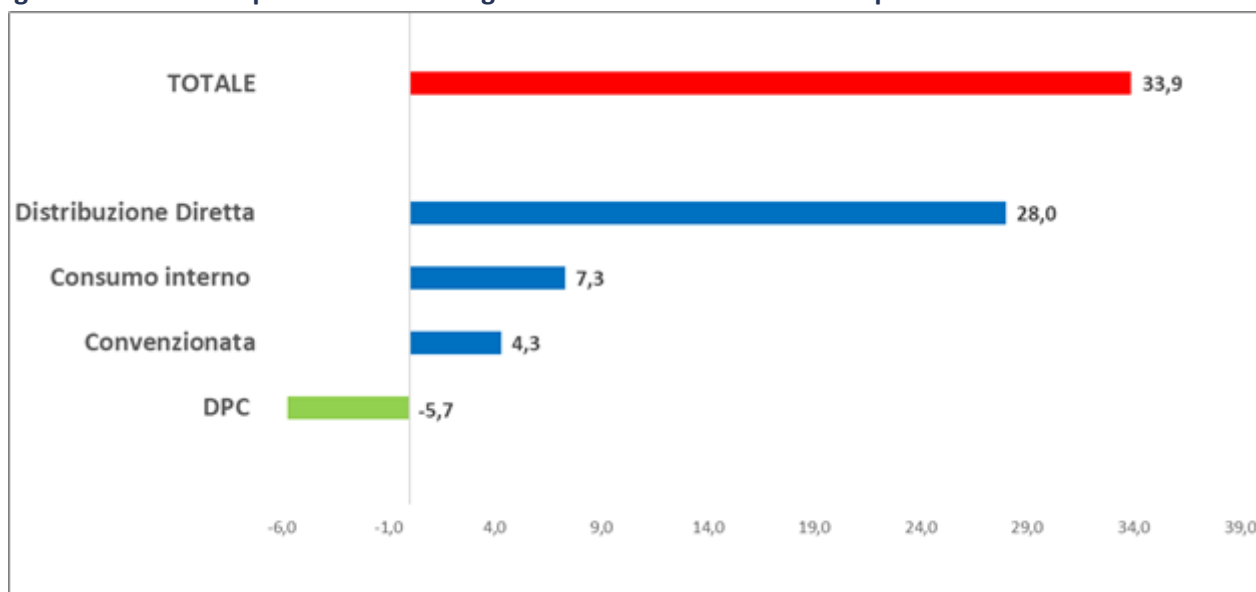


Figura 2. Variazione spesa farmaceutica gennaio-dicembre 2025 vs 2024 per canale distributivo.



Il fenomeno più rilevante osservato nel 2025 riguarda l'incremento della spesa per i farmaci destinati al trattamento delle malattie rare che è stato di 11,9 M euro. Tra i principali fattori che hanno contribuito a tale crescita si segnalano i medicinali a base di tafamidis per il trattamento dell'amiloidosi da transtiretina (TTR), con un incremento di 3,3 M euro, e di Skyclarys® (omaveloxolone), prima terapia orale approvata per l'Atassia di Friedreich, che ha registrato un aumento della spesa pari a 3,0 M euro. Hanno inoltre contribuito all'incremento i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolico classificati nel gruppo ATC A16A (+0,8 M euro) e le immunoglobuline per uso sottocutaneo (+0,8 M euro).

Un notevole aumento della spesa acquisti diretti 2025 è stato registrato per i farmaci oncologici (+5,1 M euro) e a seguito dell'entrata in commercio di molte nuove specialità medicinali e per l'estensione delle indicazioni terapeutiche di farmaci già in uso con un conseguente aumento del numero dei pazienti trattati, come registrato anche per i farmaci per apparato respiratorio classificati del gruppo ATC R03DX (+1,4 M euro)

In sensibile crescita anche i farmaci inibitori PCSK-9 (+1,9 M euro) che si somministrano per via sottocutanea a cadenza quindicinale o mensile indicati in pazienti ad alto rischio cardiovascolare.

Cresce, inoltre, la spesa per l'anticorpo monoclonale dupilumab (+1,5 M euro) utilizzato in ambito dermatologico e allergologico a seguito di ulteriori estensioni di indicazione terapeutica nell'ambito del prurigo nodulare grave e nel trattamento di dermatite atopica e di asma anche nel setting pediatrico.

La Distribuzione per Conto (DPC) realizza nell'anno 2025 una riduzione di spesa di -5,7 M euro, nonostante l'incremento dei consumi (+3,2%). La categoria terapeutica che registra la maggiore riduzione di spesa rispetto all'anno 2024, è rappresentata dai Nuovi Anticoagulanti Orali (-3,7 M euro) grazie alla disponibilità dei generici di dabigatran (da marzo 2024) e di

rivaroxaban (da dicembre 2024). Ulteriori risparmi si registrano per ticagrelor (- 0,9 M euro) in quanto da luglio 2025 si è reso disponibile il generico a minor prezzo e per le eparine (- 0,1 M euro). Si evidenzia invece l'incremento di spesa di 1,0 M euro collegato al maggior utilizzo delle specialità medicinali a base di acido bempedoico.

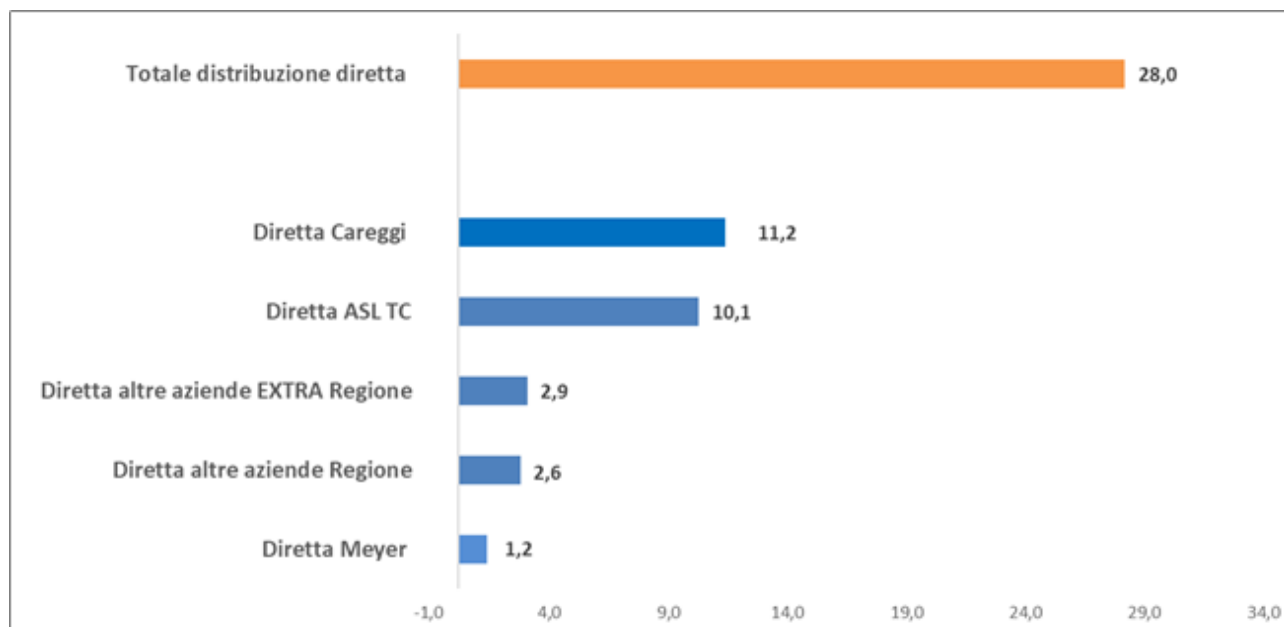
Per i farmaci usati nel diabete (ATC A10), distribuiti attraverso il canale DPC, si registra complessivamente una riduzione di spesa di -0,6 M euro dovuta a vari fattori:

- riduzione di spesa sia della categoria terapeutica delle gliflozine (-1,2 M euro) che delle gliptine (-0,8 M euro) che a seguito di riclassificazione da parte di AIFA a fascia A sono state trasferite nel canale distributivo della convenzionata
- incremento di spesa (+1,5 M euro) per gli agonisti dei recettori-GLP1 dovuto principalmente al nuovo farmaco tirzepatide (Mounjaro®) disponibile nel canale DPC dal mese di marzo 2025.

Nell'anno 2025 la farmaceutica convenzionata registra un aumento della spesa del 2,2% dovuto prevalentemente all'incremento del costo medio della ricetta del 3,4%, solo parzialmente calmierato dalla riduzione dei consumi (-1,1%). Tale incremento è correlabile alla sopra citata riclassificazione di farmaci per il diabete (gliptine e gliflozine), dalla fascia A-PHT alla fascia A, che ha implicato il passaggio dal canale distributivo della DPC a quello della convenzionata. Si riportano di seguito i principali incrementi registrati nel periodo:

- gliptine -inibitori DPP4- (+2,2 M euro), non più erogati in DPC da maggio 2024 (GU n.108 del 10/5/2024)
- gliflozine - inibitori SGLT2- (+3,3 M euro) il cui incremento nel 2025 è stato tenuto sotto controllo grazie alla scorta disponibile nella filiera distributiva della DPC sufficiente a coprire i fabbisogni per questo canale fino a ottobre (G.U. n. 153 del 04/07/2025)
- antidiipidemicici (+1,5 M euro), il cui incremento è da correlare all'aumento dei consumi delle associazioni di statine con ezetimibe

Figura 3. Variazione (M euro) spesa farmaceutica 2025 vs 2024 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 (45%) è quella generata dai medici della AOU Careggi, a seguire la spesa indotta dai medici della AUTC (34%), quella riferita alla AOU Meyer (7%). Si segnala inoltre che la spesa indotta da clinici afferenti ad altre Aziende sanitarie e/o ospedaliere sia regionali che extra-regionali impatta per il restante 14%.

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 AVCE (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 2025 il DIF ha individuato azioni per migliorare l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica con modalità integrata tra 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 AVCE è stato mantenuto il metodo di organizzare riunioni in task force con i farmacisti e i clinici di AVCE 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 10,6 M euro.

Si ricorda, inoltre, che nel corso del 2025 è stata ulteriormente potenziata la distruzione diretta dei farmaci ai pazienti ospiti in RSA come da DGRT 824/24. Infatti, in virtù della nascita dei 2 HUB delle RSA (San Salvi e Prato), il numero delle confezioni di farmaci erogati in diretta alle RSA è aumentato del 43% generando così un risparmio di -1,4 M euro.

17.2 SPESA DISPOSITIVI MEDICI

Nel 2025 la spesa aziendale per dispositivi medici ha registrato un incremento complessivo di 4,7 M euro rispetto all'anno precedente.

Tale aumento è attribuibile in parte al consumo interno (+4,0 M euro) e in parte all'assistenza integrativa (+0,7 M euro).

L'incremento del consumo interno è principalmente correlato all'attività ospedaliera. Si evidenzia però che l'aumento di 0,6 M euro relativo agli impiantabili attivi (pacemaker e defibrillatori) non rappresenta un reale incremento dei consumi in quanto il confronto avviene con l'anno 2024 in cui la gestione di tali dispositivi era stata trasferita al conto deposito e quindi in una parte dell'anno sono state utilizzate scorte già disponibili, senza generare nuova spesa; nel 2025, invece, ogni utilizzo è stato regolarmente registrato e contabilizzato, determinando un incremento apparente rispetto all'anno precedente. Il dato del 2024 risulta pertanto non replicabile, in quanto basato su disponibilità di magazzino non più presenti nel 2025.

Gli ulteriori incrementi di spesa si concentrano principalmente su dispositivi di uso ordinario, protesi, diagnostici in vitro e consumabili per elettromedicali, in larga parte correlati all'aumento dei volumi di attività ospedaliera.

Si registra, in particolare, un aumento del 4% degli accessi al Pronto Soccorso. Per quanto riguarda l'attività chirurgica, pur mantenendo una media stabile di circa 149 interventi giornalieri, si evidenzia un incremento delle procedure in chirurgia robotica e degli interventi ambulatoriali complessi e in day surgery, con conseguente maggiore utilizzo di dispositivi mediamente più costosi.

Figura 4. Sintesi variazioni di spesa DM 2025 vs 2024

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

Al fine di garantire il governo dell'appropriatezza d'uso e il contenimento della spesa per dispositivi medici, sono stati definiti specifici obiettivi e declinati nelle schede di budget 2025 degli specialisti. Le azioni intraprese hanno riguardato:

- il contenimento della spesa per dispositivi ad alto consumo (guanti e medicazioni);
- la riduzione della variabilità (kit teleria TNT e TTR);
- L'introduzione di nuove gare condivisa con gli utilizzatori cercando di razionalizzare le scelte, riservando i dispositivi più costosi ad indicazioni di nicchia.

In coerenza con la Delibera G.R.T. n. 306 del 18/03/2024, sono state condivise con i professionisti sanitari, le reportistiche sull'andamento della spesa e gli obiettivi assegnati.

Gli acquisti di dispositivi medici innovativi sono gestiti dal centro operativo regionale, che ne valuta l'impatto economico in relazione al miglioramento degli esiti clinici attesi. L'inserimento nel repertorio aziendale di nuovi dispositivi a minor impatto economico è invece demandato alla sottocommissione HTA aziendale, previa verifica della sostenibilità economica e del valore aggiunto.

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, Val di Nievole, 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 2025 è stato approvato dalla Conferenza aziendale dei Sindaci 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" da un gruppo di lavoro composto dai dipartimenti aziendali interessati, condiviso dalle 8 SdS.
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 2026.

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	n. schede 2025	TOT 2025	n. schede 2026	TOT 2026
Cure primarie - Sanità territoriale	Assistenza territoriale	31	49	28	49	33	65	31	60	31	62	32	63	24	54
	Materno-infantile	12		13		15		15		15		15		15	
	Cure palliative	5		4		5		3		4		4		3	
	Azioni di sistema Cure primarie	1		1		10		11		12		12		12	
	Schede Covid Cure Primarie	0		3		2									
Socio-Sanitario	Salute mentale - Adulti	11	56	11	54	12	73	10	69	13	68	14	66	15	58
	Salute mentale - Minori	11		11		16		16		17		17		15	
	Dipendenze	12		12		13		14		12		12		7	
	Non Autosufficienza	3		2		4		4		3		2		2	
	Disabilità	6		6		11		10		6		5		2	
	Azioni di sistema Socio-Sanitario	13		10		16		15		17		16		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	1	1	1	1
Prevenzione e promozione	Sicurezza e salute sul lavoro	5	24	5	29	5	27	5	23	5	24	5	24	/	24
	Malattie infettive e vaccini	2		2		1		1		1		1		/	
	Igiene e sanità pubblica	1		1		1		1		1		1		/	
	Salute ambienti aperti e confinati	4		4		4		2		2		2		/	
	Sanità pubblica veterinaria	1		1		1		1		1		1		/	
	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori	4		4		4		4		4		4		/	
	Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale	2		2		2		2		2		2		/	
	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	4		4		3		4		6		6		/	
	Azione di Sistema Prevenzione e Promozione	1		1		2		3		2		2		1	
	Covid 19 Promozione e Prevenzione	0		6		5									
TOT schede POA trasversali alle otto ZD/SDS TC			130		133		166		153		155		154		136

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.

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 e 3).

Figura 1. Numero di Segnalazioni in AUTC divise per zona e per tipologia segnalanti, anno 2025.

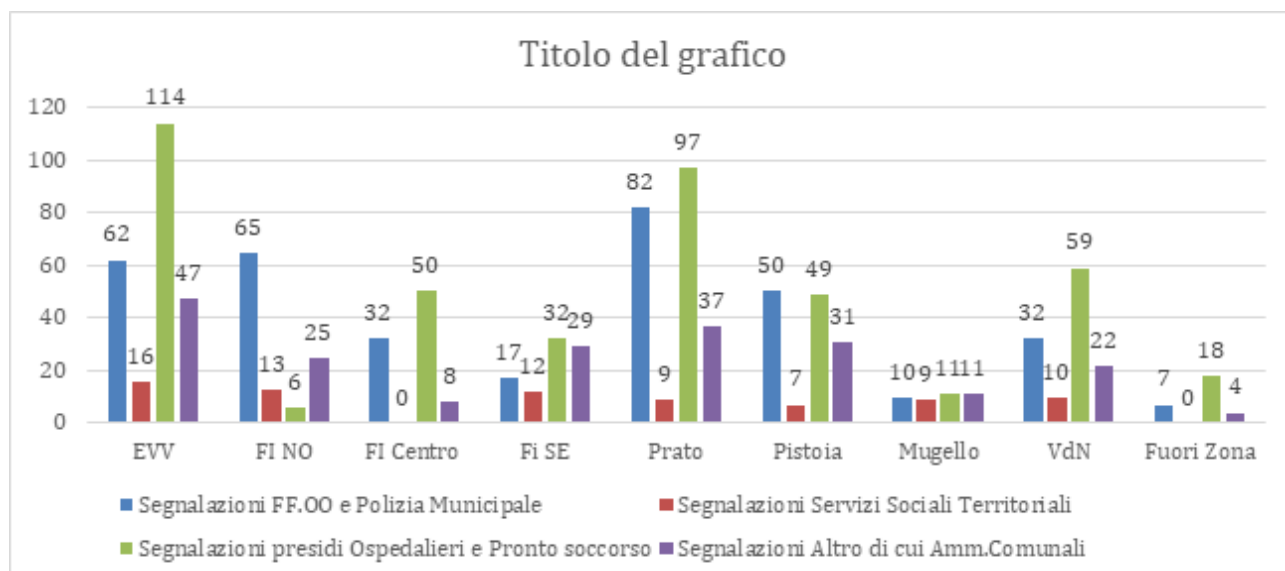
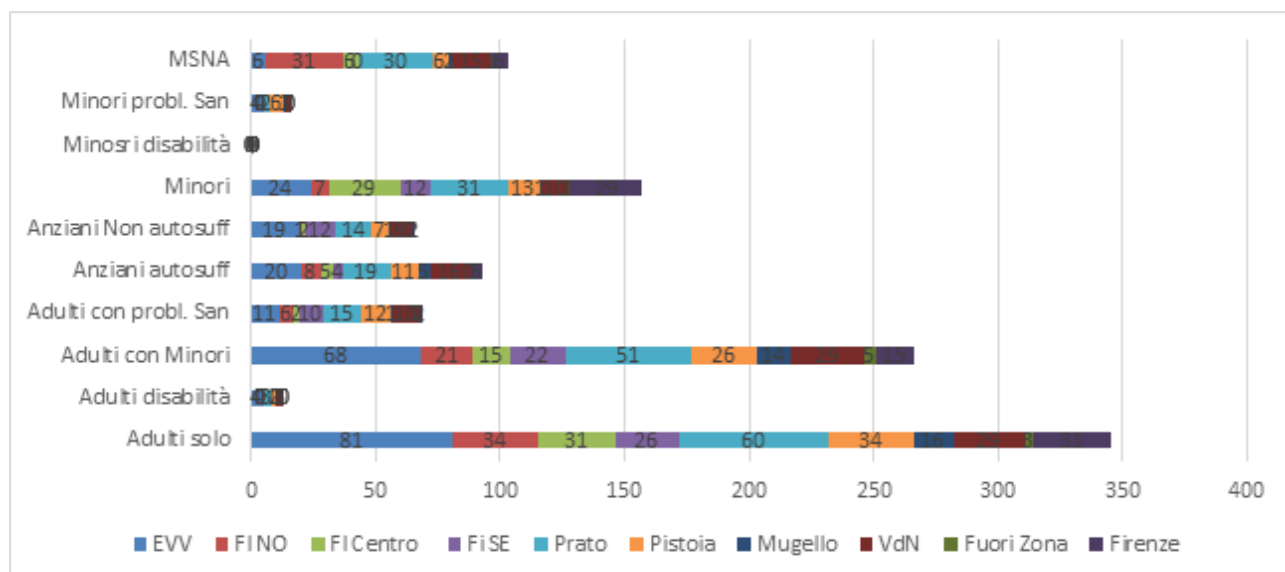


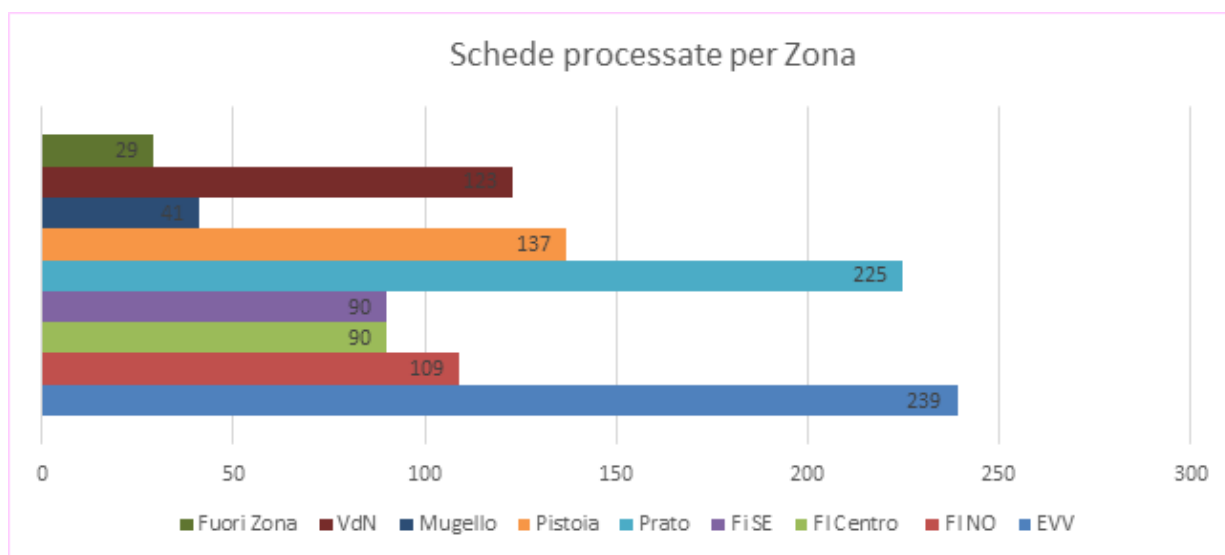
Figura 2. Percentuali "Problematiche segnalate in ricezione", AUTC anno 2025.



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 3. Numero "Schede processate", divise per zona, AUTC anno 2025.



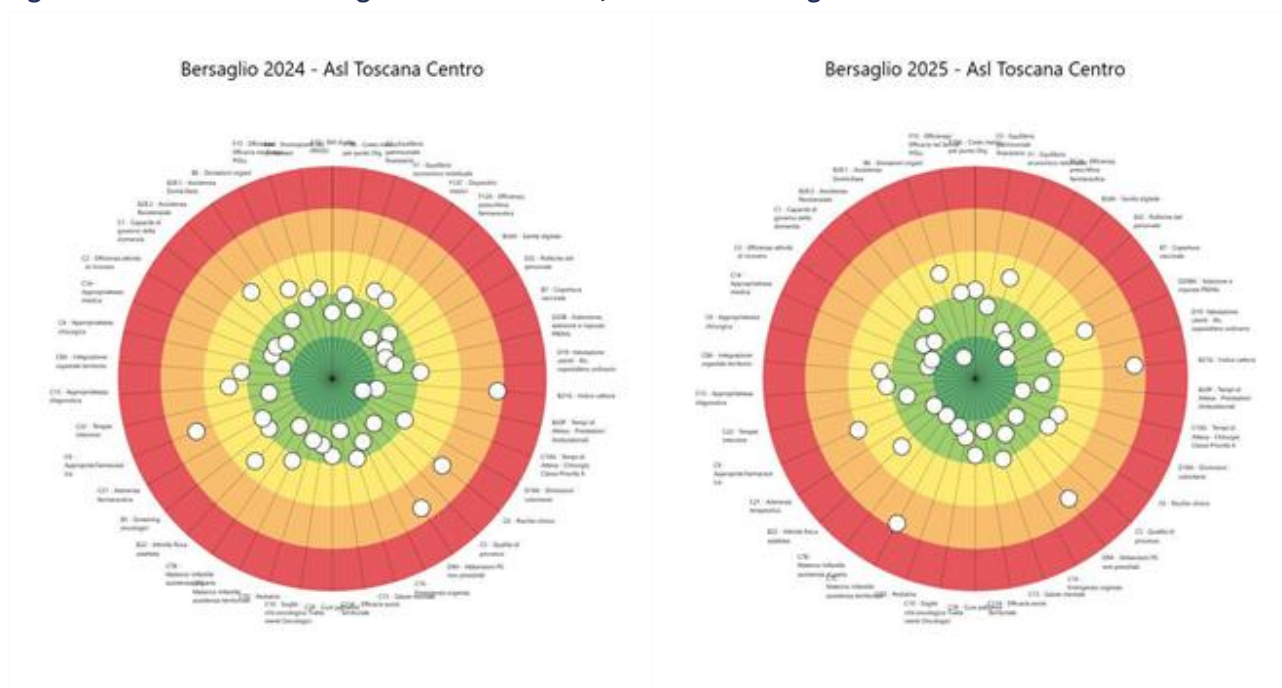
19. LA PERFORMANCE

19.1 IL BERSAGLIO MES 2025

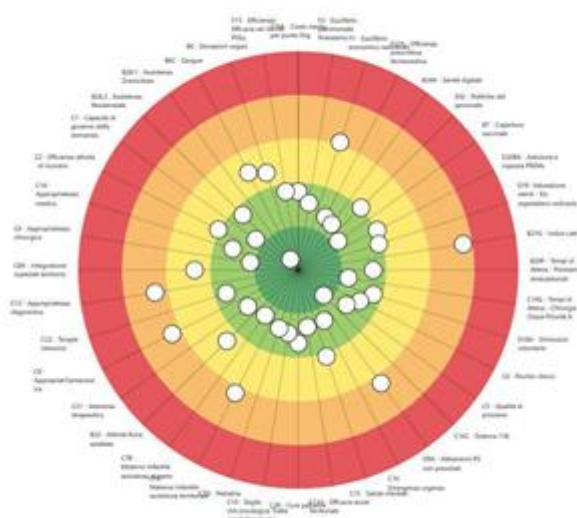
Per rappresentare in modo sintetico la performance aziendale, il sistema di valutazione del MeS utilizza uno schema a "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione. L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati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

Nella Figura 1 si possono confrontare il bersaglio della AUTC del 2025, con quello dell'anno precedente e con il bersaglio regionale del 2025. La rappresentazione visiva mostra una concentrazione prevalente degli indicatori compositi nelle fasce verdi e gialle del bersaglio, segno di una performance complessivamente positiva, con alcune aree di criticità che richiedono attenzione. Dal confronto tra il 2024 e il 2025, si rileva che il 49,8% degli indicatori mostra un miglioramento, il 14,6% rimane stabile e il 35,6% presenta un peggioramento.

Figura 1. Confronto fra bersaglio MES AUTC 2024, AUTC 2025 e Regione Toscana 2025



Bersaglio 2025 - Toscana



DETTAGLIO INDICATORI

Nella Tabella 1 sono confrontati uno per uno gli indicatori del bersaglio con quelli regionali:

per la stragrande maggioranza degli indicatori l'AUTC si colloca nella media regionale. Inoltre si rileva una sostanziale stabilità della performance aziendale rispetto al 2024, con alcune aree in cui permangono delle criticità (come l'Indice di cattura, gli abbandoni del PS non presidiati e l'appropriatezza farmacologica) nonostante un miglioramento rispetto al 2024. L'indicatore C7C-Materno-Infantile assistenza territoriale, ad ora risulta così negativo per una mancanza di dati che vanno a comporre l'indicatore, ne risulta un valore che non permette di effettuare delle valutazioni e delle considerazioni precise ed affidabili. In altre aree, invece l'azienda mostra dei miglioramenti, ottenendo dei risultati miglior rispetto alla media regionale in particolare in merito all'efficienza attività di ricovero e all'appropriatezza medica.

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

Indicatore	Performance e AUTC 2024	Performance e AUTC 2025	Performance e RT 2025	Performance AUTC vs RT
D20BA - Adesione e risposta PREMs		2,185	2,988	Peggior
C6 - Rischio clinico	1,723	2,95	3,43	Peggior
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	2,853	1,131*	1,846	Peggior
A10 - Stili di vita (PASSI)	3,445			Non disponibile
F12C - Dispositivi medici	2,762			Non disponibile
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	3,498			Non disponibile
B5 - Screening oncologici	3,118			Non disponibile
B2A - Promozione stili di vita sani	2,87			Non disponibile
F19A - Costo medio per punto Drg	3,008	2,909	3,207	Simile al valore RT
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3,322	3,278	3,452	Simile al valore RT
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	3,708	3,704	3,641	Simile al valore RT
B24A - Sanità digitale	3,3	3,843	3,709	Simile al valore RT

E02 - Politiche del personale	3,587	3,323	2,985	Simile al valore RT
B7 - Copertura vaccinale	3,666	4,114	3,88	Simile al valore RT
D19 -Valutazione utenti - Ric. ospedaliero ordinario	2,935	3,081	3,078	Simile al valore RT
B21G - Indice cattura	1,137	1,247	1,21	Simile al valore RT
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	3,929	3,416	3,297	Simile al valore RT
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	4,236	3,854	3,848	Simile al valore RT
D18A - Dimissioni volontarie	3,051	2,871	3,206	Simile al valore RT
C5 - Qualità di processo	3,569	3,692	3,647	Simile al valore RT
D9A - Abbandoni PS non presidiati	1,312	1,426	1,801	Simile al valore RT
C16 - Emergenza-urgenza	3,358	3,518	3,705	Simile al valore RT
C15 - Salute mentale	3,031	3,001	2,924	Simile al valore RT
C11A - Efficacia assist. Territoriale	3,757	3,764	3,681	Simile al valore RT
C28 - Cure palliative	3,182	3,2	3,327	Simile al valore RT

C10 - Soglie chir.oncologica-Trattamenti Oncologici	3,423	3,604	3,539	Simile al valore RT
C7D - Pediatria	3,486	3,813	3,599	Simile al valore RT
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	3,648	3,906	3,721	Simile al valore RT
B22 - Attività fisica adattata	2,357	2,645	2,709	Simile al valore RT
C21 - Aderenza terapeutica		3,846	3,586	Simile al valore RT
C9 - Appropriat.Farmaceutica	1,599	1,993	1,787	Simile al valore RT
C22 - Terapie intensive	3,494	3,348	3,285	Simile al valore RT
C8A - Integrazione ospedale territorio	2,87	2,769	2,646	Simile al valore RT
C4 - Appropriatazza chirurgica	3,807	3,853	3,896	Simile al valore RT
C1 - Capacità di governo della domanda	3,636	3,706	3,807	Simile al valore RT
B28.3 - Assistenza Residenziale	2,221	3,119	3,218	Simile al valore RT
B28.1 - Assistenza Domiciliare	3,342	4,429	4,699	Simile al valore RT
B6 - Donazioni organi	2,665	2,393	2,666	Simile al valore RT
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3,036	2,949	3,185	Simile al valore RT

F1 - Equilibrio economico reddituale	2,716	2,499	1,933	Migliore
C13 - Appropriatelyzza diagnostica	2,584	2,902	1,706	Migliore
C14 - Appropriatelyzza medica	3,491	3,888	3,434	Migliore
C2 - Efficienza attività di ricovero	3,488	3,546	2,964	Migliore

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.

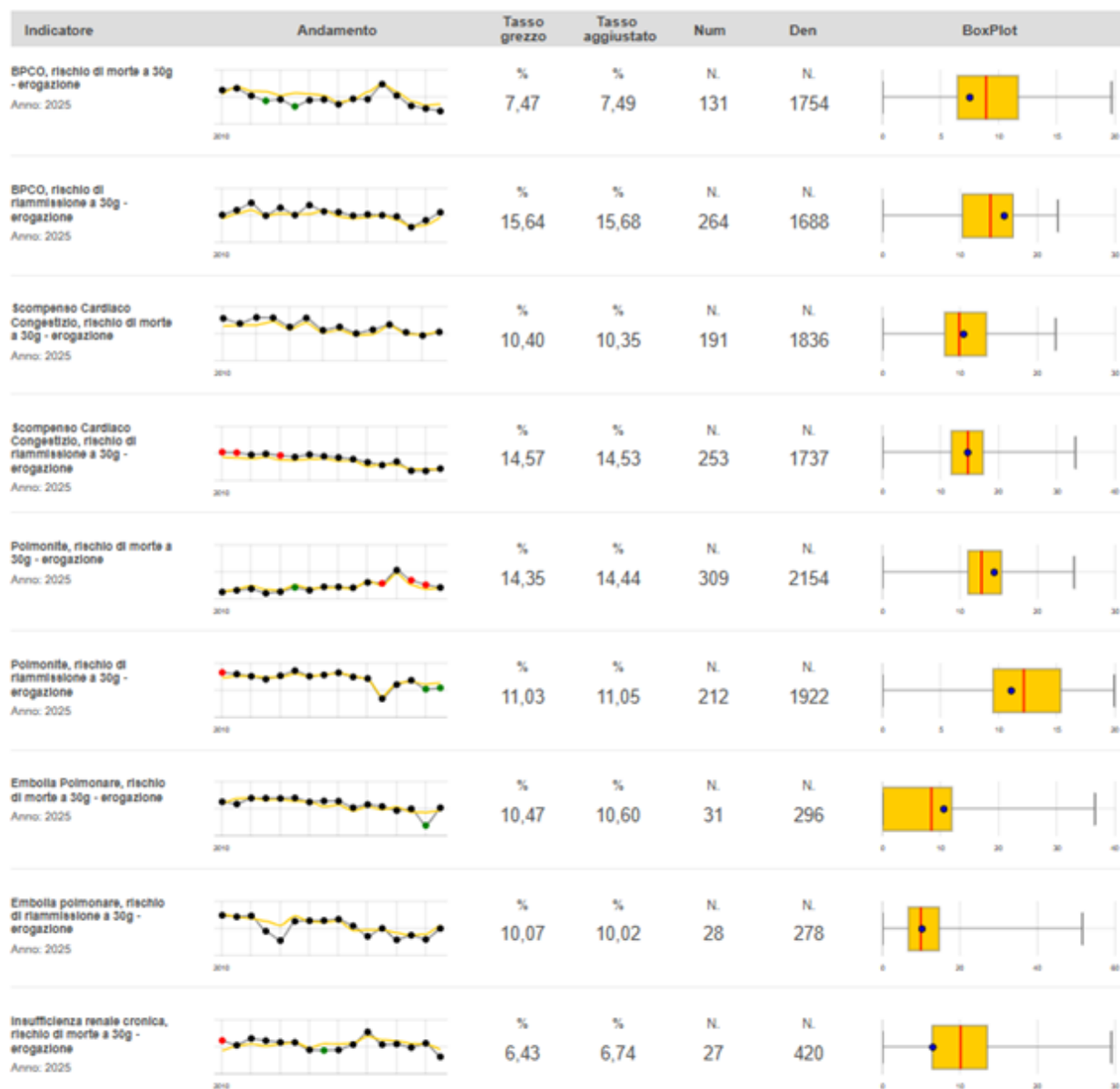
Figura 1. Esempio di lettura degli indicatori riportati nella sintesi iniziale del Programma di Osservazione degli Esiti in Toscana.



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 (6,43% aziendale vs 9,27% regionale) comprendendo valori discretamente variabili tra le strutture (dal 12,5% di Santa Maria Nuova al 2,99% di San Giovanni di Dio-Torregalli).

Figura 2. Indicatori ProSe area medica, per AUTC, anno 2025.



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, l'ospedale San Jacopo di Pistoia conferma un tasso nettamente migliore della media regionale (75,85% ospedaliero vs 55,6% regionale).

Figura 3. Indicatori ProSE reti tempo dipendenti, per AUTC, anno 2025.

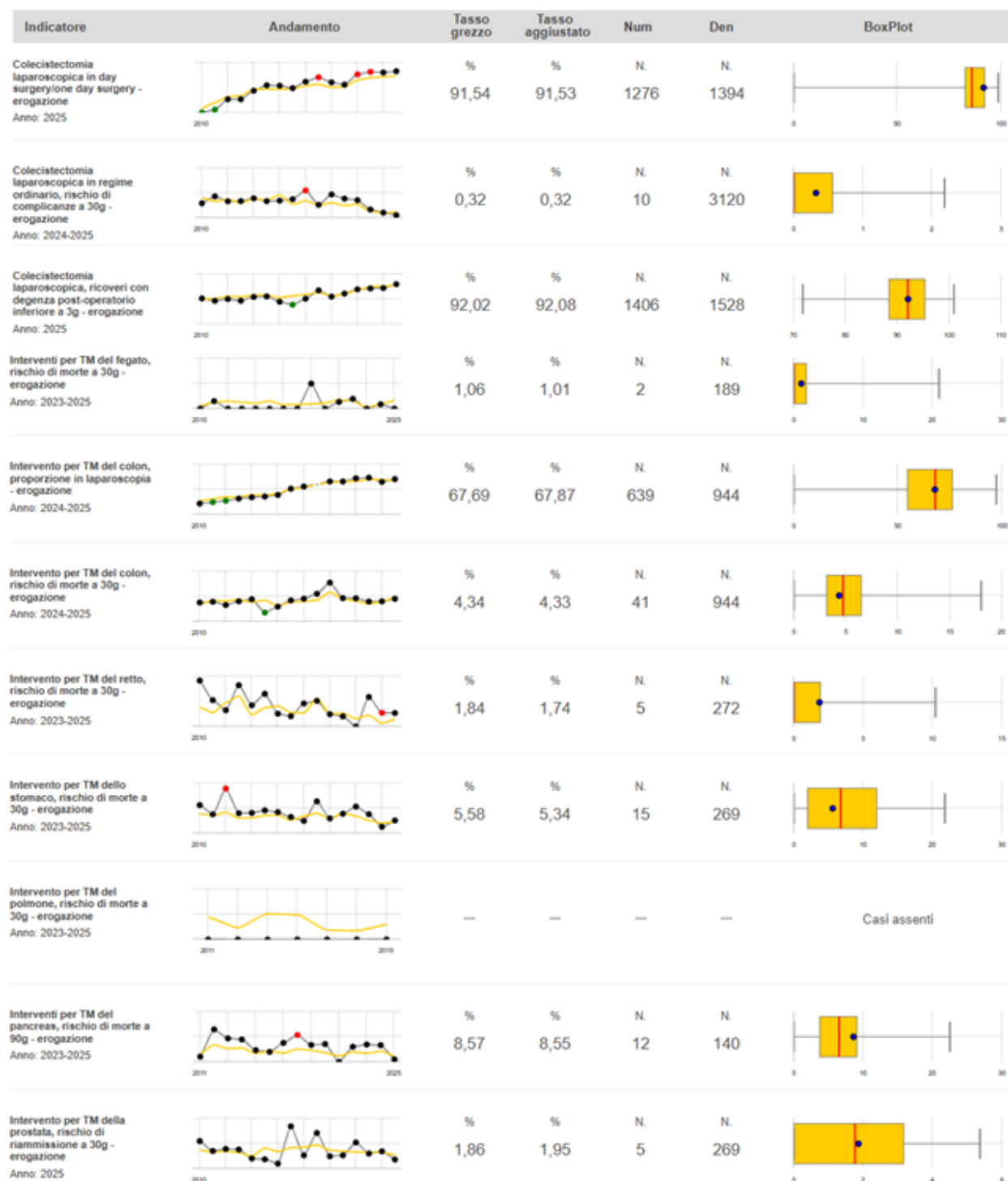


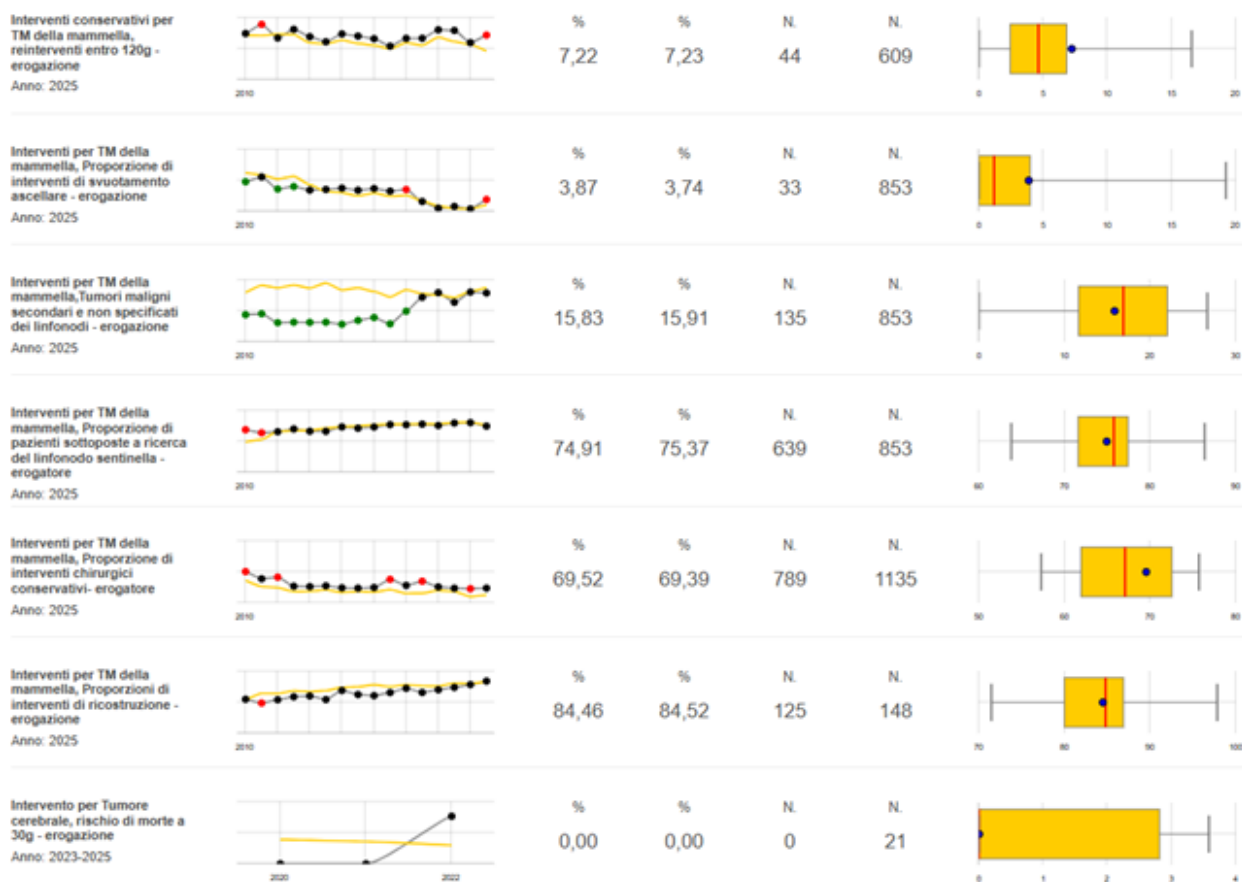
AREA CHIRURGICA

Nella media regionale la mortalità a 30 giorni per gli interventi per le neoplasie di colon, stomaco e polmone, in miglioramento quelle per tumore al retto e al pancreas.

Si confermano i risultati positivi relativamente all'applicazione della tecnica laparoscopica per colecistectomie nei nostri presidi, al rischio di complicanze e alla percentuale di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Figura 4. Indicatori ProSE area chirurgica, per AUTC, anno 2025.



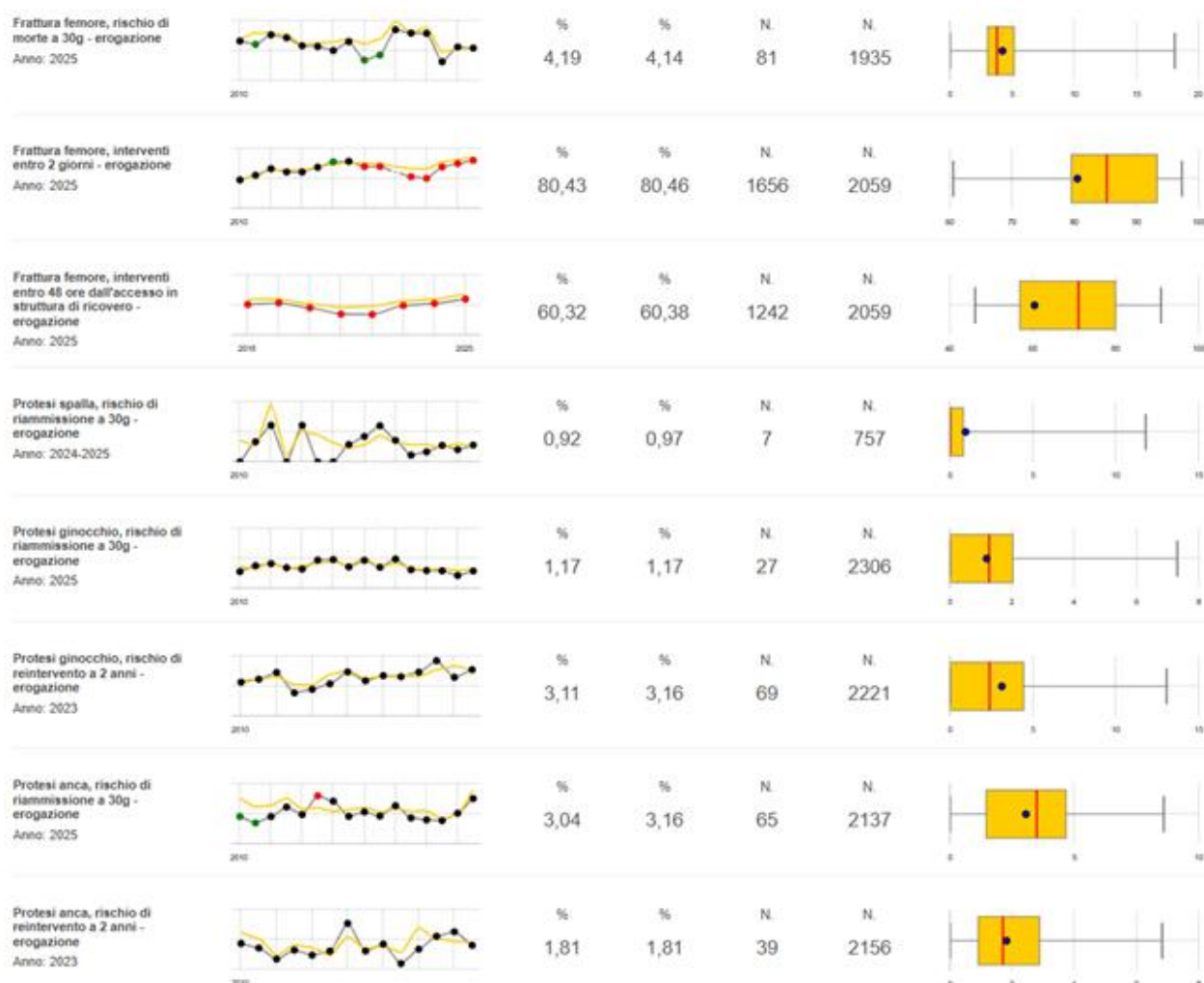


AREA ORTOPEDICA

La mortalità a 30 giorni da frattura del collo del femore si mantiene a livello della media regionale.

Relativamente alla tempestività, la proporzione di interventi eseguiti entro 48 ore dal primo accesso in struttura di ricovero, migliora significativamente dal 53,08% del 2024 al 60,32%. 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 2025.



AREA PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita è caratterizzato da proporzioni di parti cesarei migliori della media regionale. Si registra un moderato miglioramento, rispetto al 2024, nel tasso di riammissioni ospedaliere a 42 giorni dal ricovero per parto, sia per parti vaginali che con taglio cesareo. Gli indicatori di esito sono compresi nella media regionale.

Figura 6. Indicatori ProSe percorso nascita per AUTC, anno 2025.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA

- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS). Disponibile al seguente link:
<https://www.ars.toscana.it/>
- Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile al link: <https://www.istat.it/>
- Open Data Network – CMFI Disponibile al seguente link: <https://www.opendatanetwork.com>
- Comune di Firenze. **Centro Studio Turistico** Disponibile al seguente link:
<https://www.comune.firenze.it/riscossioneonline/novita/area-stampa/comunicati-stampa/turismo-dati-cst-nel-2025-firenze-aumento-arrivi-71-presenze>
- Azienda USL Toscana Centro. **“Forestiamo l'AUSL TC!”** Disponibile al seguente link:
<https://www.uslcentro.toscana.it/news/comunicati-stampa/comunicati-stampa-anno-2023/al-via-il-progetto-forestiamo-l-ausl-toscana-centro>
- Azienda USL Toscana Centro. **Prato “Green Hospital”** Disponibile al seguente link:
<https://www.uslcentro.toscana.it/news/comunicati-stampa/comunicati-stampa-anno-2022/santo-stefano-sempre-piu-green-hospital-grazie-al-giardino-del-pronto-soccorso-pediatrico-finanziato-da-obi>
- Azienda USL Toscana Centro. **Workplace Health Promotion** Disponibile al seguente link:
<https://www.uslcentro.toscana.it/promozione-alla-salute/lavoro>
- Azienda USL Toscana Centro. Disponibile al seguente link: <https://www.uslcentro.toscana.it/igiene-pubblica-e-della-nutrizione/attivita-igiene-pubblica-e-della-nutrizione>
- 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/>
- Istituto Superiore di Sanità. **PASSI d'Argento** Disponibile al seguente link:
<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>
- ARS Toscana. **Relazione sanitaria: i dati delle AUSL toscane AUSL Centro** Disponibile al seguente link:
https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintaziendale-ausl-centro?provenienza=home_tasti&dettaglio=ric_geo_ausl&par_top_geografia=201
- ARS Toscana. **EDIT Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani** Disponibile al seguente link:
[https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintedit-risultati-VI-edizione-del-progetto-EDIT-2022-indagine-infortunistica-stradale-e-sugli-stili-di-vita-e-i%E2%80%93comportamenti-della-popolazione-adolescente-toscana-\(14-19-anni\)?provenienza=home_ricerca&dettaglio=ric_geo_edit&par_top_geografia=090](https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintedit-risultati-VI-edizione-del-progetto-EDIT-2022-indagine-infortunistica-stradale-e-sugli-stili-di-vita-e-i%E2%80%93comportamenti-della-popolazione-adolescente-toscana-(14-19-anni)?provenienza=home_ricerca&dettaglio=ric_geo_edit&par_top_geografia=090)
- ARS Toscana portale MACRO. **MACRO: la banca dati delle patologie croniche** Disponibile al seguente link:
https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintmacro-macro-banca-dati-delle-patologie-croniche?provenienza=home_ricerca&dettaglio=ric_geo_macro&par_top_geografia=090

- **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>
- **ARS Toscana. Giornata mondiale AIDS 2025: i nuovi dati ARS su HIV/AIDS in Toscana.** Disponibile al seguente link: <https://www.ars.toscana.it/approfondimenti-ns/5375-giornata-mondiale-aids-2025-nuovi-dati-ars-su-hiv-aids-in-toscana.html?highlight=WyJhaWRzll0=>
- **ARS Toscana. Epidemiologia dell'infezione da HIV e AIDS in Toscana.** Disponibile al seguente link: https://www.ars.toscana.it/images/a_ns_approfondimenti/2025/HIV_AIDS.pdf
- **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>
- **Monitoraggio Indicatori Nuovo Sistema di Garanzia.** Disponibile al seguente link: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZDMwZmVINWUyYzVjOS00ZmI4LTgzNGEtYzFjMmJlMmNhYWU1liwidCI6ImNhNTUyYWI3LTk4ZmYtNDAwNy1iYjUxLTUwMjNjOWMwYjNhNCIsImMiOiJl>
- **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 2022-2024.** Disponibile al seguente link: https://issuu.com/arpatoscana/docs/annuario_dei_dati_ambientali_2025/35
- **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/app/uploads/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arpat/annuario-dei-dati-ambientali-2024-fascicoli-provinciali/annuario-dei-dati-ambientali-2024-provincia-di-firenze.pdf>

- **Provincia di Prato.** Disponibile al seguente link:
<https://www.arp.at.toscana.it/documentazione/catalogo-pubblicazioni-arp.at/annuario-dei-dati-ambientali-2023-fascicoli-provinciali/annuario-dei-dati-ambientali-2023-provincia-di-prato>
- **Provincia di Pistoia.** Disponibile al seguente link:
<https://www.arp.at.toscana.it/pubblicazione/annuario-dei-dati-ambientali-2024-provincia-di-pistoia/>
- GBD 2023 Italy Risk Factors Collaborators. **National and subnational burden of disease attributable to risk factors in Italy, 1990-2023: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2023.** Lancet Public Health. 2026 May;11(5):e293-e305. doi: 10.1016/S2468-2667(26)00048-4.
- ARPAT (2026, 16 gennaio). **La qualità dell'aria in Toscana nel 2025: le prime anticipazioni.** Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana. Disponibile al seguente link:
<https://www.arp.at.toscana.it/la-qualita-dellaria-in-toscana-nel-2025-le-prime-anticipazioni/>
- ARPAT. **Relazione annuale sullo stato della qualità dell'aria nella regione Toscana relativa al monitoraggio dell'anno 2024.** Disponibile al seguente link:
<https://www.arp.at.toscana.it/pubblicazione/relazione-annuale-sullo-stato-della-qualita-dell-aria-in-toscana-anno-2024/>
- ARPAT. **I fitofarmaci nel territorio pistoiese: risultati del monitoraggio 2023.** Disponibile al seguente link: <https://www.arp.at.toscana.it/notizie/2024/monitoraggio-fitofarmaci-2023-territorio-di-pt/i-fitofarmaci-nel-territorio-pistoiese>
- ARPAT. (2025). **Monitoraggio ambientale dei corpi idrici superficiali: fiumi, laghi, acque di transizione – triennio 2022-2024.** Disponibile al seguente link:
<https://www.arp.at.toscana.it/pubblicazione/monitoraggio-ambientale-dei-corpi-idrici-superficiali-fiumi-laghi-acque-di-transizione-triennio-2022-2024/>
- ARPAT – Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana. **Acque superficiali: cosa sono.** Disponibile al seguente link: <https://www.arp.at.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.arp.at.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.arp.at.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 - 2002-2024.** Disponibile al seguente link: <https://www.arp.at.toscana.it/datiemappe/trend-qualita-acque-sotterranee/>
- ARPAT. **La qualità delle acque in Toscana: il quadro di sintesi.** Disponibile al seguente link:
<https://www.arp.at.toscana.it/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.
- ARPAT - Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana. (2025). **Andamento della contaminazione da pesticidi nel territorio pistoiese – Risultati 2024** Disponibile al seguente link:
<https://www.arpat.toscana.it/app/uploads/2026/03/andamento-della-contaminazione-da-fitofarmaci-nel-territorio-pistoiese-risultati-2024.pdf>
- ARPAT (2025). **ARPAT Percentuale delle stazioni di monitoraggio delle acque con residui di fitofarmaci – anni 2018-2024** Disponibile al seguente link:
<https://www.arpat.toscana.it/datiemappe/percentuale-stazioni-monitoraggio-acque-con-residui-di-fitofarmaci/>
- Direttiva Europea 2000/60/CE (Water Frame Directive). Disponibile al seguente link:
https://environment.ec.europa.eu/topics/water/water-framework-directive_en