

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA **SANITÀ TOSCANA**

**REPORT 2019**



---

Scuola Superiore Sant'Anna  
Istituto di Management  
Laboratorio Management e Sanità

# IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA **SANITÀ TOSCANA**

## **REPORT 2019**

A cura di:  
Milena Vainieri, Federico Vola, Giuseppe D'Orio,  
Domenico Cerasuolo, Antonio Parenti e Sabina Nuti

Laboratorio Management e Sanità  
Istituto di Management  
Scuola Superiore Sant'Anna  
Via San Zeno 2, Pisa  
[www.meslab.santannapisa.it](http://www.meslab.santannapisa.it)

© Copyright 2020 Laboratorio MeS

ISBN 978-8-86528-515-2



---

## IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Questo volume, a cura di Milena Vainieri, Federico Vola, Giuseppe D'Orio, Domenico Cerasuolo, Antonio Parenti e Sabina Nuti, è stato predisposto grazie al lavoro di tutto il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, coadiuvato dai dirigenti e dal personale della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale e dagli altri soggetti del Sistema Sanitario Toscano, quali l'ARS (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana), l'ISPRO (Istituto per lo studio e la prevenzione e rete oncologica), l'OTT (Organizzazione Toscana Trapianti), il GRC (Gestione Rischio Clinico) e il CRS (Centro Regionale Sangue).

In particolare, si ringraziano Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Emanuela Balocchini, Katia Belvedere, Andrea Belardinelli, Giovanna Bianco, Mario Cecchi, Mauro Maccari, Claudio Marinai, Maria Teresa Mechi, Moraldo Neri, Carla Rizzuti, Carlo Rinaldo Tomassini e Barbara Trambusti, nonché le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, che hanno contribuito con professionalità e spirito di collaborazione sia all'aggiornamento del sistema di valutazione delle performance, sia al suo utilizzo a supporto del governo del sistema. In rappresentanza di AIOP Toscana, si ringrazia inoltre Andrea Mecenero.



---

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE  
DELLA PERFORMANCE  
DELLA **SANITÀ TOSCANA**

<b>Introduzione</b>	<b>7</b>	<b>Bersagli e pentagrammi per zone distretto e ospedali</b>	<b>325</b>
<b>Risultati</b>	<b>31</b>	Bersagli e pentagrammi delle Zone distretto	327
Regione Toscana	33	Bersagli degli Ospedali Toscani Pubblici e AIOP	407
Aree Vaste	43	<b>Bibliografia e pubblicazioni</b>	<b>427</b>
<b>Indicatori 2019 *</b>	<b>71</b>		
Stato di salute della popolazione	73		
Efficienza e sostenibilità	79		
Strategie sanitarie regionali	91		
Emergenza-Urgenza	121		
Prevenzione collettiva	129		
Governare e qualità dell'offerta	133		
Responsiveness e comunicazione	275		
Valutazione dell'utenza	283		
Assistenza farmaceutica e dispositivi medici	291		

\* La pagina dei singoli indicatori è dettagliata nella tabella riassuntiva (Tabella 1), riportata alle pagine 11 e seguenti del presente Report.



1

# INTRODUZIONE



## Introduzione

È dal 2005 che la Regione Toscana si avvale – dopo la sperimentazione in 4 aziende sanitarie nel 2004 – del Sistema di Valutazione della Performance, promosso e sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità (Istituto di Management) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, per monitorare i risultati conseguiti dal sistema sanitario regionale.

Dal 2008, la costituzione di un network di regioni che, su base volontaria, hanno scelto di confrontare la performance dei propri sistemi sanitari regionali avvalendosi del Sistema di Valutazione, ha permesso alla Regione Toscana di ampliare il perimetro del confronto, stimolando le aziende e i professionisti a prendere spunto dalle esperienze migliori maturate anche al di fuori dei confini regionali. Ad oggi aderiscono al network Basilicata, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Puglia, Provincia Autonoma di Trento, Umbria e Veneto, oltre, naturalmente, a Regione Toscana.

Nel 2019 aderiscono inoltre al sistema di valutazione la Casa di Cura San Camillo Forte dei Marmi e le seguenti strutture AIOP: IFCA Casa di Cura Olivella e Glicini, Casa di Cura Leonardo, Rugani, Frate Sole, Centro Chirurgico Toscano, Maria Teresa Hospital, Santa Rita Hospital, Ville di Nozzano, Casa di Cura Villa Fiorita, Villa dei Pini, Valdisieve Hospital, Assisi Project-San Giuseppe Hospital, Casa di Cura M.D. Barbantini, Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.a. e la Fondazione Filippo Turati Ente Morale Onlus.

Attraverso il sistema di valutazione, è possibile monitorare nel tempo il valore prodotto per il cittadino, in termini di efficienza, efficacia e appropriatezza. I risultati - sia in forma sintetica, mediante la rappresentazione a “bersaglio” e a “pentagramma”, sia in forma analitica - sono consultabili attraverso la piattaforma ad accesso pubblico

[www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it).

Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello zonale, aziendale e regionale ed è collegato al sistema di obiettivi delle aziende sanitarie toscane.

Dal 2017 i risultati del sistema di valutazione della performance sono presentati in forma sintetica, nel rapporto *Welfare e Salute*, curato in collaborazione con ARS Toscana e con l'Osservatorio Sociale della Regione Toscana. Quest'anno abbiamo ritenuto di stampare il rapporto per intero, con tutti gli indicatori, perché siamo convinti che la fotografia della performance del 2019 rappresenti un importante punto di riferimento per la ripresa e il rilancio del SSR. Si sente spesso parlare della sanità prima e dopo il COVID: ecco che (ri)conoscere le performance ottenute prima dell'emergenza sanitaria può fornire spunti di riflessione essenziali per la ripartenza dei servizi, verso una “nuova normalità”.

### 1. I principi ispiratori del sistema di valutazione della performance della sanità toscana

I principi che hanno guidato i ricercatori del Laboratorio Management e Sanità nello sviluppo del sistema di valutazione della performance sono stati:

- l'utilizzo delle evidenze più solide per analizzare e comprendere i fenomeni, a supporto delle scelte organizzative;
- il ricorso alla valutazione delle performance per attivare processi di responsabiliz-

zazione (accountability) nei confronti della collettività;

- il ricorso a più dimensioni di analisi per cogliere la complessità e agire sulle determinanti dei risultati;
- la tempestività, per fornire risultati in tempi utili alla programmazione;
- la trasparenza, per rispondere alla missione del sistema pubblico con una gestione responsabile;
- il confronto sistematico (benchmarking), per superare l'autoreferenzialità.

Il sistema di valutazione è stato disegnato con i professionisti delle aziende sanitarie e i dirigenti regionali ed è tuttora in continua evoluzione, sulla base degli stimoli forniti dai vari attori che compongono il sistema sanitario.

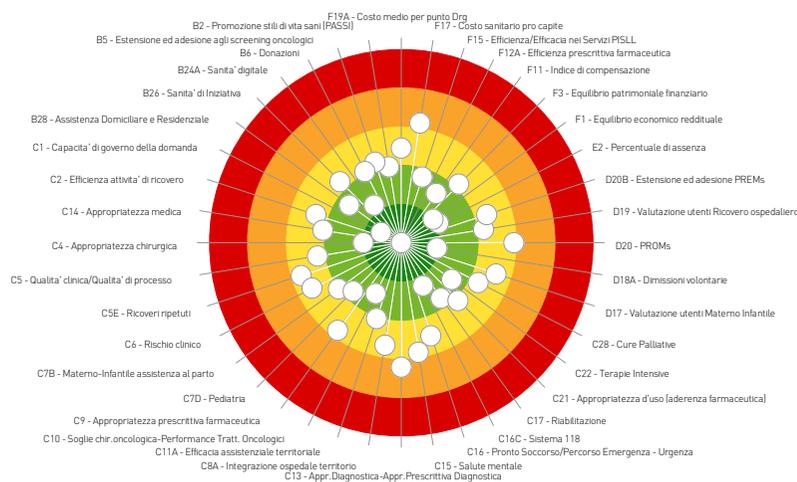
I risultati provengono dall'analisi dei flussi amministrativi aggiornati a giugno 2020. L'elaborazione è il risultato della stretta collaborazione tra il Laboratorio MeS e ARS Toscana. I dati sono aggiornati all'anno 2019 per gli indicatori calcolati sui dati amministrativi e di percezione, mentre gli indicatori economici e la percentuale di assenza si riferiscono al 2018 perché, ad oggi, non sono ancora disponibili le informazioni del 2019 (né è possibile consultare il IV trimestre del flusso CE).

Una caratteristica chiave del sistema di valutazione è la sua capacità di rappresentare graficamente, in modo accurato e sintetico, la performance di istituzioni complesse quali le aziende sanitarie. In questa sezione vengono riportate e descritte quattro soluzioni di sintesi e di analisi sviluppate dal Laboratorio MeS:

1. la sintesi della valutazione della performance della Regione Toscana e delle aziende sanitarie attraverso il bersaglio;
2. l'analisi dell'andamento della capacità di riduzione della variabilità in relazione alla dinamica temporale della performance;
3. la visualizzazione analitica dei percorsi assistenziali, mediante i pentagrammi;
4. l'analisi combinata del trend temporale e della valutazione della performance mediante la “mappa della performance”, in riferimento ai percorsi assistenziali di cui al punto precedente.

### 2. La valutazione della performance in sintesi: il bersaglio

Il bersaglio offre una rappresentazione semplice e chiara, che è diventata il simbolo del sistema di valutazione del Laboratorio. Il bersaglio, con le cinque fasce concentriche che corrispondono alle fasce di valutazione, è stato usato, fin dalla nascita del sistema di valutazione, come rappresentazione sintetica dei risultati raggiunti da ogni soggetto del sistema monitorato (dapprima le aziende, poi le zone, gli stabilimenti e le Aggregazioni Funzionali Territoriali). Il bersaglio infatti è in grado di evidenziare con immediatezza lo stato dell'arte della performance dell'azienda o soggetto analizzato e ha in sé una valenza positiva: l'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse aree avrà i propri risultati riportati vicino al centro, in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più esterne (vedi figura 1).



**Figura 1. Esempio di un bersaglio**

La valutazione delle performance è organizzata in cinque fasce, cui sono associati i colori e i valori (da 0 a 5) di seguito elencati (vedi figura 2):

- fascia verde scuro, al centro del bersaglio, corrisponde a una performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;
- fascia gialla, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma presenta spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione critica;
- fascia rossa, con valutazione fra 0 ed 1: la performance è molto critica.

VALUTAZIONE	COLORE FASCIA	PERFORMANCE
4 - 5	VERDE SCURO	OTTIMA
3 - 4	VERDE	BUONA
2 - 3	GIALLO	MEDIA
1 - 2	ARANCIONE	SCARSA
0 - 1	ROSSO	MOLTO SCARSA

**Figura 2. Le fasce di valutazione**

La definizione, per ciascun indicatore, delle cinque fasce di valutazione dipende dalla presenza di uno standard nazionale o internazionale riconosciuto (ad esempio: la proporzione massima di cesarei, auspicata dall'OMS) o regionale (una delibera o il piano socio-sanitario). In assenza di un parametro di riferimento esogeno, la valutazione è attribuita sulla base della distribuzione dei valori tra i soggetti valutati.

Il sistema conta più di 600 indicatori; di questi, circa la metà è di osservazione: non vengono per questi previste delle fasce di valutazione ma servono a fornire dettagli o indicazioni aggiuntive, per completare le informazioni relative alla valutazione. Tutti gli indicatori del sistema di valutazione sono raggruppati in 60 indicatori di sintesi, rappresentati dai pallini del bersaglio. Questi dunque rappresentano un numero variabile di sotto-indicatori, organizzati in una struttura gerarchica, ad "albero". Il processo di "composizione" dei singoli indicatori negli indicatori di sintesi avviene attraverso una media – semplice o pesata – delle valutazioni associate ai singoli indicatori.

Il numero degli indicatori varia in relazione alle richieste regionali e dei professionisti del sistema sanitario toscano, e alla sistematicità con cui vengono effettuate le indagini rivolte agli utenti e ai dipendenti del sistema sanitario regionale. Alcuni indicatori saranno inoltre introdotti successivamente, in relazione alla loro disponibilità, pertanto la rappresentazione del bersaglio 2019 qui pubblicata potrebbe subire qualche minima variazione.

Una delle caratteristiche fondamentali del sistema di valutazione è la sua multidimensionalità. Il raggruppamento dei risultati di performance permette di evidenziare gli aspetti che caratterizzano un sistema complesso come quello sanitario. Fino a qualche anno fa le dimensioni analizzate erano 6, ciascuna identificata da una lettera dell'alfabeto:

- lo stato di salute della popolazione (codice indicatori iniziate con la lettera A);
- la capacità di perseguimento delle strategie sanitarie regionali (B);
- la valutazione socio-sanitaria, ovvero il governo e la qualità dell'offerta, la presa in carico dell'emergenza-urgenza e l'assistenza farmaceutica (C);
- la soddisfazione dell'utenza (D), quella del personale e i processi di comunicazione (E);
- l'efficienza, la sostenibilità e la prevenzione collettiva (F).

Dopo i primi anni abbiamo deciso di spostare lo stato di salute della popolazione al di sopra il bersaglio, perchè analizza i prerequisiti “di partenza” del sistema. Le misure incluse in questa dimensione, i cui codici indicatori iniziano con la lettera A, monitorati nel lungo periodo, permettono di comprendere la capacità della regione di migliorare la salute dei cittadini, finalità ultima del sistema sanitario.

Nel presente report le dimensioni vengono inoltre leggermente riviste:

- i. **Efficienza e sostenibilità**, dimensione che include gli indicatori relativi all'utilizzo delle risorse economiche, alla struttura finanziaria delle aziende e alla gestione delle risorse umane;
- ii. **Strategie sanitarie regionali**, che include gli indicatori volti a monitorare la capacità dell'azienda di conseguire e applicare i programmi sanitari ritenuti strategici dal livello regionale (come, ad esempio, la sanità di iniziativa e la copertura vaccinale);
- iii. **Emergenza-Urgenza**, che include gli indicatori che misurano l'appropriatezza e la tempestività nel rispondere alle richieste di soccorso da parte degli utenti in pronto soccorso e sul territorio (118);
- iv. **Prevenzione collettiva**, che include gli indicatori riferiti ai servizi di sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare, nutrizione e medicina dello sport;
- v. **Governo e qualità dell'offerta**, che include gli indicatori volti a controllare il governo della domanda, l'appropriatezza e gli aspetti della qualità di esito e di processo dei servizi offerti dal sistema sanitario;
- vi. **Responsiveness e comunicazione**, che include gli indicatori volti a monitorare i processi organizzativi che costituiscono la chiave di congiunzione fra i cittadini e l'azienda (come, ad esempio, la Carta dei Servizi e i tempi di attesa);
- vii. **Valutazione dell'utenza**, che riprende gli indicatori della valutazione esterna;
- viii. **Assistenza farmaceutica e dispositivi medici**, che comprende gli indicatori relativi all'utilizzo appropriato ed efficiente dei farmaci e dei dispositivi medici, sia in ambito territoriale, sia in ambito ospedaliero.

Recentemente abbiamo inoltre ipotizzato un raggruppamento ad hoc, specificamente studiato per le aziende ospedaliero-universitarie, che a loro volta si confrontano all'interno del network inter-regionale delle AOU: Missione; Efficienza; Appropriatezza organizzativa; Qualità dei percorsi; Compliance; Percorso oncologico; Percorso materno-infantile; Pronto soccorso ed Equilibrio economico-finanziario (Nuti e Grillo Ruggieri 2016).

Nella tabella 1 è riportato l'elenco degli indicatori di valutazione e di osservazione, calcolati per misurare la performance dell'anno 2019. Il presente rapporto illustra i soli indicatori di valutazione. Maggiori informazioni e aggiornamenti sono consultabili attraverso la piattaforma web, accessibile all'indirizzo [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it), dove è possibile compulsare l'analisi dettagliata di ciascun indicatore (misure, valutazione, rappresentazione grafica, schede di calcolo).

**Tabella 1.** (a pagina seguente)

*Elenco degli indicatori del sistema di valutazione anno 2019*

In *corsivo*, gli indicatori di osservazione.

In **grassetto**, gli indicatori di sintesi, la cui valutazione è pari alla media semplice o pesata dei propri sotto-indicatori.

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
<b>STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE</b>						
			<b>A1</b>	<b>Mortalità infantile</b>		
			A1.1	Mortalità nel primo anno di vita		
			A1.2	<i>Mortalità neonatale precoce</i>		
			A1.3	<i>Mortalità neonatale totale</i>		
●			<b>A2</b>	<b>Mortalità per tumori</b>		
●			<b>A3</b>	<b>Mortalità per malattie circolatorie</b>		
●			<b>A4</b>	<b>Mortalità per suicidi</b>		
●			<b>A5</b>	<b>Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)</b>		
			<b>A7</b>	<b>Speranza di vita</b>		
			A7.1	Speranza di vita alla nascita		
			A7.1.1	Speranza di vita alla nascita - maschi		
			A7.1.2	Speranza di vita alla nascita - femmine		
			A7.2	Speranza di vita a 75 anni		
			A7.2.1	Speranza di vita a 75 anni - maschi		
			A7.2.2	Speranza di vita a 75 anni - femmine		
			<b>A10</b>	<b>Stili di vita (PASSI)</b>		74
			A10.1.1	Percentuale di sedentari		75
			A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso		76
			A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto		77
			A10.4.1	Percentuale di fumatori		78
<b>EFFICIENZA E SOSTENIBILITA'</b>						
			<b>E2</b>	<b>Percentuale di assenza</b>		80
			<b>F1</b>	<b>Equilibrio economico reddituale</b>		81
			F1.1	Equilibrio economico generale		82
			F1.2	Equilibrio economico sanitario		83
			F1.3	ROI		84
			F1.4	<i>Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)</i>		
			<b>F3</b>	<b>Equilibrio patrimoniale finanziario</b>		85
			F3.1	Indice di disponibilità		86
			F3.2	<i>Politiche di investimento</i>		
			F3.2.1	<i>Incidenza canoni leasing e noleggio</i>		
			F3.2.2	<i>Percentuale di obsolescenza tecnica</i>		
			F3.2.3	<i>Indice rinnovo investimenti</i>		
			F3.3	<i>Indice di elasticità finanziaria</i>		
			F3.4	<i>Costi di finanziamento</i>		
			F3.4.1	<i>Indice di onerosità</i>		
			F3.4.2	<i>Dilazione dei debiti</i>		
			<b>F11</b>	<b>Indice di compensazione</b>		87
			<b>F17</b>	<b>Costo sanitario pro capite</b>		88
			<b>F19A</b>	<b>Costo medio per punto Drg</b>		89
			F19A.3	<i>Costo totale medio per punto DRG</i>		
<b>STRATEGIE SANITARIE REGIONALI</b>						
			<b>B2</b>	<b>Promozione stili di vita sani (PASSI)</b>		92
			B2.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica		93
			B2.2.2	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	Cronicità	94
			B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Cronicità	95
			B2.3.2	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno		96
			B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare		97
●			<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione agli screening oncologici</b>		98
●			B5.1	Screening mammografico		
●			B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	Oncologia	99
●			B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	Oncologia	100
●			B5.2	<i>Screening cervice uterina</i>		
●			B5.2.5	<i>Estensione e adesione dello screening della cervice uterina</i>	Oncologia	
●			B5.3	Screening coloretale		
●			B5.3.1	Estensione dello screening coloretale	Oncologia	101
●			B5.3.2	Adesione allo screening coloretale	Oncologia	102

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			B5.1.7	Proporzione di tumori in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	Oncologia	
	●		<b>B6</b>	<b>Donazioni</b>		103
	●		B6.1.7	Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute		
	●		B6.1.1A	Efficienza di segnalazione		104
	●		B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche		105
	●		B6.1.2	Percentuale di donatori procurati		106
	●		B6.1.4	Percentuale donatori utilizzati		107
			B6.1.15	Conversion rate		
	●		B6.1.8	Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo		
	●		B6.1.5A	Percentuale donatori di tessuti effettivi		108
	●		B6.1.9	Opposizione alla donazione		
	●		B6.1.10	Donazione di organi a cuore fermo		
			<b>B6B</b>	<b>Sistema trasfusionale</b>		
			B6.2.1	Indice di non conformità del plasma conferito all'industria		
			B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per mille residenti		
			B6.2.2.1	Tasso di donazioni di plasma per mille residenti		
			B6.2.2.2	Tasso di donazioni di emazie per mille residenti		
			B6.2.3	Scadenza Emazie Concentrate		
●			<b>B7</b>	<b>Copertura vaccinale</b>		
●			B7.1	Copertura per vaccino MPR	Materno infantile	
●			B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)		
●			B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)		
●			B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari		
●			B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico		
●			B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	Materno infantile	
●			B7.7	Copertura per vaccino esavalente	Materno infantile	
●			B7.8	Copertura vaccinale varicella		
			<b>B11</b>	<b>Complessità della casistica</b>		
●	●		B11.1	Peso medio dei DRG		
●	●		B11.1.1	Peso medio dei DRG medici		
●	●		B11.1.2	Peso medio dei DRG chirurgici		
●	●		B11.1.2.1	Percentuale DRG chirurgici ad alta complessità		
●	●		B11.1.2.2	Peso medio dei DRG chirurgici ad alta complessità		
			<b>B12</b>	<b>Mobilità</b>		109
			B12.1	Fughe		
			B12.1.2.1	Percentuale di fughe extra regionali totali		
			B17A.2	Percentuale di fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		
			B17.3	Percentuale di fughe extraregionali alta specialità chirurgica (AOU)		
			B12.2	Attrazioni		
			B12.2.1	Attrazioni extra Area Vasta per DRG ad alta complessità		
	●	●	B12.2.2.1	Percentuale attrazioni extra-regione		
			B12.2.2.2	Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		110
			B12.2.2.2.1	Percentuale attrazioni extra-regioni - DRG alta complessità (IRCCS, AOU monospécialistiche, Aziende Ospedaliere, ecc)		
			B12.2.2.3	Volume attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		
●			<b>B22</b>	<b>Attività Fisica Adattata (AFA)</b>		
●			B22.1	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Cronicità	
●			B22.2	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Cronicità	
●			B22.3	Anziani che partecipano ad un corso AFA bassa disabilità ogni 1.000 residenti	Cronicità	
●			B22.4	Anziani che partecipano ad un corso AFA alta disabilità ogni 1.000 residenti	Cronicità	
●			B22.5	Corsi AFA B Otago 15.000 residenti => 65 anni		
			<b>B24A</b>	<b>Sanità digitale</b>		111
			B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)		
			B24.1	Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attive		
			B24B	ePrescription		
			B24B.1	Percentuale ricette dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		112
			B24B.1.1	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		113
			B24B.1.2	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		114
			B24B.2	Percentuale ricette elettroniche o dematerializzate su erogato		
			B24B.2.1	Percentuale ricette farmaceutiche elettroniche o dematerializzate su erogato		

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOIP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			B24B.2.2	Percentuale ricette specialistiche elettroniche o dematerializzate su erogato		
			B24B.3	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una dematerializzata o elettronica		115
			B24B.3.1	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata		116
			B24B.3.2	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata		117
			B24C	Fascicolo Sanitario Elettronico		
			B24C.1	Percentuale di consensi prestati per l'alimentazione del FSE		
			B24C.2	Percentuale dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE (con FSE attivo)		
			B24C.3	Percentuale di referti di laboratorio strutturati digitalizzati resi disponibili nei FSE		
			B24B.4	Numero medio di prescrizioni dematerializzate o elettroniche per specialista		
●			<b>B26</b>	<b>Sanità di Iniziativa</b>		118
●			B26.1	Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa	Cronicità	119
<b>EMERGENZA-URGENZA</b>						
●			<b>C16</b>	<b>Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza</b>		122
●			C16A.T1	Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati o trasferiti	Emergenza-Urgenza	
●			C16A.T2	Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati o trasferiti	Emergenza-Urgenza	
●			C16A.T3	Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati o trasferiti	Emergenza-Urgenza	
●			C16A.T4	Percentuale accessi codice colore azzurro (urgenza minore) ricoverati o trasferiti	Emergenza-Urgenza	
●			C16A.T5	Percentuale accessi codice colore bianco (urgenza minore) ricoverati o trasferiti	Emergenza-Urgenza	
●			C16A.T1.B1S	Percentuale di accessi codice 1 ricoverati, trasferiti, o ammessi in OBI		
●			C16A.T2.B1S	Percentuale di accessi codice 2 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI		
●			C16A.T3.B1S	Percentuale di accessi codice 3 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI		
●			C16A.T4.B1S	Percentuale di accessi codice 4 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI		
●			C16A.T5.B1S	Percentuale di accessi codice 5 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI		
●			C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve	Emergenza-Urgenza	
●			C16.5.1A	Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore	Emergenza-Urgenza	
●			C16.5.1A2	Percentuale di ricoveri seguiti ad ammissione in OBI >48 ore	Emergenza-Urgenza	
●			C16.4.1	Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore	Emergenza-Urgenza	123
●			C16.6	Percentuale di accessi in Osservazione breve inviati a ricovero	Emergenza-Urgenza	
●			C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Emergenza-Urgenza	124
●			C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	Emergenza-Urgenza	125
●			D9A	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	Emergenza-Urgenza	126
●			D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	Emergenza-Urgenza	
●			<b>C16C</b>	<b>Sistema 118</b>		127
●			C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	Emergenza-Urgenza	128
<b>PREVENZIONE COLLETTIVA</b>						
			<b>F15</b>	<b>Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)</b>		130
			F15.1.15	Efficienza strutturale riferita al numero di unità locali rispetto al personale qualificato		
			F15.1.45	Efficienza strutturale riferita al numero di lavoratori occupati rispetto al personale qualificato		
			F15.1	Copertura del Territorio		
			F15.1.6	Percentuale di cantieri edili diversi ispezionati		131
			F15.1.7	Prodotti finiti 25-26-72 / unità locali		
			F15.1.8	Percentuale di aziende agricole controllate		132
			F15.2.6	Prodotti finiti 25-26-27-28-40-72 pesati / operatori qualificati		
			<b>F16</b>	<b>Efficienza e Efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN)</b>		
			F16.3	Sicurezza Alimentare		
			F16.3.3	Audit su stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale (stabilimenti latte)		
			F16.3.4	Audit su stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale (stabilimenti carne)		
			F16.5.5	Prodotti finiti 4-43-49 sul personale		
			F16.7	Check list in Banca Dati Nazionale (BDN)		
			F16.7.1	Check list - Bovini		
			F16.7.2	Check list - Caprini/Ovini		
			F16.7.3	Check list - Suini		
			F16.9	Sicurezza veterinaria		
			F16.9.1	Valutazione ed efficacia dei controlli ufficiali		
			F16.9.2	Benessere in allevamento		
			<b>F21A</b>	<b>Efficienza ed efficacia nell'Igiene Pubblica e Nutrizione e Medicina dello sport</b>		
			F21A.1	Nutrizione		
			F16.2.3	Copertura del territorio: controllo nutrizionale sulla ristorazione collettiva		
			F16.2.4	Efficienza produttiva: PF77/personale		

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			F16.2.5	Efficienza produttiva: PF74+PF75/personale		
			F21A.2	Igiene Pubblica		
			F21.3	Studio Passi : Interviste		
			F21.6	Percentuale esami colturali per la diagnosi di TB polmonare		
			F21.4	Efficienza produttiva: (PF1+2+10)/personale		
<b>GOVERNO E QUALITA' DELL'OFFERTA</b>						
			<b>B15</b>	<b>Capacità attività di ricerca</b>		<b>134</b>
			B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti		135
			B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti		136
			<b>C18</b>	<b>Variabilità chirurgia elettiva</b>		
			C18.0	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici in elezione		
			C18.4	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.7	Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.9	Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.2	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.12	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colectomia standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.8	Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per ipertrofia benigna standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.3	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.10	Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti		
			<b>B28</b>	<b>Assistenza Domiciliare e Residenziale</b>		<b>137</b>
			B28.1	Assistenza Domiciliare		
			B28.1.1B	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare		
			B28.1.2	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	Assistenza domiciliare e residenziale	138
			B28.1.3	Tempo medio in gg tra la segnalazione e la prima erogazione		
			B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Assistenza domiciliare e residenziale	139
			B28.2.2	Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	Assistenza domiciliare e residenziale	140
			B28.2.5	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	Assistenza domiciliare e residenziale	141
			B28.2.5A	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (CIA > 0.5)		
			B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	Assistenza domiciliare e residenziale	142
			B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	143
			B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	144
			B28.2.13	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente		
			B28.2.14	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente		
			D222.1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)		
			D222.2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)		
			D222.3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)		
			B28.3	Assistenza Residenziale		
			B28.3.1	Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	Assistenza domiciliare e residenziale	145
			B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	Assistenza domiciliare e residenziale	146
			B28.4	Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	147
			B28.3.10	Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA	Assistenza domiciliare e residenziale	148
			B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	Assistenza domiciliare e residenziale	149
			B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	150
			D33ZA.R1	Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R1)		
			D33ZA.R2	Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R2)		
			D33ZA.R3	Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R3)	Assistenza domiciliare e residenziale	151
			<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>		<b>152</b>
			C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		153
			C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		154
			C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti		155
			C1.1.1.2	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti		
			C1.1.1.3	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti		
			C1.1.2.2.1	Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale		
			C1.5	Indice di case mix		
			B9.6	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio		156
			<b>C2</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>		<b>157</b>
			C2A.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici		158
			C2A.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		159

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
	●	●	C2A.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati		160
	●		C2A.2	Tasso di occupazione dei posti letto per acuti		161
	●		C2A.3	<i>Degenza media ricoveri ordinari</i>		
●	●		<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>		162
●			C4.9	DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)		163
●			C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)		164
	●		C14.2B	Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica		
	●	●	C14.2.1	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti		165
	●		C14.2.2	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici		166
	●	●	C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti > 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)		167
●			C14.5	<i>Tasso di accessi DH medico standardizzato per età per 1.000 residenti</i>		
	●		<b>C4</b>	<b>Appropriatezza chirurgica</b>		168
	●	●	C4.7	DrG LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery		169
	●	●	C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno		170
	●	●	C4.12	DrG LEA Chirurgici: Percentuale standard raggiunti per Percentuale DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)		171
	●	●	C4.13	<i>DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA)</i>		
	●	●	C1.6	<i>Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)</i>		
●			C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti		172
	●		<b>C5</b>	<b>Qualità clinica/Qualità di processo</b>		173
	●	●	C5.1	<i>Percentuale Ricoveri ripetuti entro 30 giorni</i>		
	●		C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)		174
	●	●	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali		175
●			C5.4	<i>Equità di accesso ad intervento di angioplastica (PTCA) post infarto Miocardico acuto (IMA) per genere</i>		
●			C5.4.1	<i>Rischio Relativo [Femmine/Maschi] di PTCA entro 90 minuti ricoverati per IMA STEM</i>		
●			C5.4.2	<i>Rischio Relativo [Femmine/Maschi] di PTCA entro 96 ore ricoverati per IMA NSTEMI</i>		
	●		C5.7	Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale		176
	●		C5.8	<i>Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie</i>		
	●		C5.10	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia		177
	●		C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate		178
	●		C5.17	Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati		179
	●		C5.18.1	<i>Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti</i>		
	●		C5.18.2	<i>Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati</i>		
	●	●	C5.19	Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna		180
	●	●	C5.20	<i>Trombolisi endovenosa per ictus ischemico</i>		
	●		C5.21	<i>Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' dal primo contatto con il servizio sanitario (118, PS o struttura di ricovero)</i>		
	●		C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	Emergenza-Urgenza	181
	●		C5.30	<i>Percentuale fratture operate entro 48 ore</i>		
	●		<b>C5E</b>	<b>Ricoveri ripetuti</b>		182
	●	●	C5.1E	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		183
	●	●	C5.1E.1	<i>Percentuale di riammissioni con drg medico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa</i>		
	●	●	C5.1E.2	<i>Percentuale di riammissioni con drg chirurgico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa</i>		
	●	●	C5.2E	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri programmati		184
	●	●	C5.2E.1	<i>Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri medici programmati</i>		
	●	●	C5.2E.2	<i>Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ric. chirurgici programmati</i>		
			<b>C6</b>	<b>Rischio clinico</b>		185
			C6.1	Indice di richieste di risarcimento		
			C6.1.7	Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali		186
			C6.1.8	Indice triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali		187
			C6.2	Sviluppo del sistema di incident reporting		
			C6.2.1A	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC		188
			C6.2.1B	Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC		189
			C6.2.2A	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere		190
			C6.2.2B	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture territoriali		191
			C6.2.6	<i>Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità (MM) su casi clinici</i>		
			C6.4	<i>Sicurezza del paziente</i>		
	●	●	C6.4.1	<i>Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione</i>		
	●	●	C6.4.2	<i>Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità</i>		
	●	●	C6.4.3	<i>Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica</i>		
			C6.6A	<i>Incidenza delle cadute</i>		

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
	●		<b>C7B</b>	<b>Materno-Infantile assistenza al parto</b>		192
	●		C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	Materno infantile	193
	●		C7.1.2	Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)	Materno infantile	
	●		C7.1.3	Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)	Materno infantile	
	●		C7.1.4	Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati	Materno infantile	
	●		C7.1.1	Percentuale di parti cesarei grezzi	Materno infantile	
	●		H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con meno di 1.000 parti		
	●		H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con piu' di 1.000 parti		
			C7.0.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti		194
			C7.26	Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN		
	●		C7.2	Percentuale di parti indotti	Materno infantile	
	●		C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	Materno infantile	195
	●		C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Materno infantile	196
			C7.20	Asfissie gravi peri/intra-partum	Materno infantile	
			C7.21	Percentuale di neonati che rientrano in ospedale entro 7 giorni dalla dimissione del ricovero per la nascita	Materno infantile	
			C7.12.1A	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	Materno infantile	
			C7.12.2	Percentuale di donne a cui e' stato proposto il contatto pelle a pelle	Materno infantile	
	●		<b>C7C</b>	<b>Materno-Infantile assistenza territoriale</b>		197
	●		D17.1.6	Percentuale di donne con prenotazione degli esami in gravidanza da parte del personale del percorso	Materno infantile	
	●		C7.15	Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile		
	●		C7.17	Percentuale primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	Materno infantile	198
	●		C7.17.1	Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio	Materno infantile	199
	●		C7.27	Percentuale donne che hanno effettuato piu' di 4 ecografie in gravidanza	Materno infantile	
	●		C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	Materno infantile	200
	●		C7.12.3	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	Materno infantile	
	●		C7.12.4	Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi	Materno infantile	
	●		D17.3.7	Proattività del sistema	Materno infantile	
	●		C7.1B.1	Tasso di concepimento per minorenni		
	●		C7.10	Tasso di IVG 1.000 residenti		201
	●		C7.10.1	Percentuale di IVG con certificazione consultoriale		
	●		C7.10.2	Percentuale di donne che ritornano al consultorio nel post-IVG		
	●		C7.10.3	Percentuale di donne con certificazione consultoriale che ritornano al consultorio nel post-IVG		
	●		C7.11	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute		
	●		C7.19	Tasso di accesso al consultorio giovani		
	●		C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione		202
	●		C7.13	Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	Materno infantile	203
	●		C7.14	Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	Materno infantile	204
	●		C7.16A	Accesso area maternità del consultorio	Materno infantile	
	●		C7.16	Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	Materno infantile	205
	●		C7.25	Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti		206
	●		<b>C7D</b>	<b>Pediatria</b>		207
	●		C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		208
	●		C7.7.1R	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	Materno infantile	209
		●	C7D.7	Percentuale pazienti pediatrici in reparti non pediatrici		
		●	C7D.19.3	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per polmonite per 100.000 residenti minorenni		
	●		C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti		210
	●		<b>C10</b>	<b>Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici</b>		211
	●		C10.1	Volumi Oncologia		
	●		C10.1A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella		
	●		C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	Oncologia	
	●		C10.1.4	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	Oncologia	
	●	●	C10.1.7	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella	Oncologia	
	●		H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10Percentuale tolleranza) interventi annui	Oncologia	212
	●		C10.1B	Volumi interventi tumore maligno alla prostata		
	●		C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Oncologia	213
	●		C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Oncologia	214
	●	●	C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Oncologia	
	●		C10.1.1A	Volumi interventi tumore maligno al polmone		
	●	●	C10.1.2A	Volumi interventi tumore maligno alla prostata		215

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
	●	●	C10.1.3A	Volumi interventi per tumore maligno allo stomaco		
	●	●	C10.1.4A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella		216
	●	●	C10.1.5A	Volumi interventi tumore maligno al pancreas		
	●	●	C10.1.6A	Volumi interventi per tumore maligno dell'esofago		
	●	●	C10.1.7A	Volumi interventi per tumore maligno del surrene		
	●	●	C10.1.8A	Volumi interventi per tumore maligno al colon		
	●	●	C10.1.9A	Volumi interventi per tumore maligno al retto		
	●	●	C10.1.10A	Volumi interventi per tumore maligno al fegato		
	●	●	C10.1.11A	Volumi interventi per tumore maligno alla vescica		
	●	●	C10.1.12A	Volumi interventi per tumore maligno al rene		
	●	●	C10.2	Percorso tumore alla mammella		
	●	●	C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	Oncologia	217
	●	●	C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Oncologia	218
	●	●	C10.2.2.1	Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Oncologia	
	●	●	C10.2.3	Percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro 120 giorni dall'intervento conservativo (triennale)	Oncologia	
	●	●	C10.2.4A	Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 6 mesi dall'intervento conservativo	Oncologia	
	●	●	C10.2.5	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante	Oncologia	
	●	●	C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	Oncologia	219
	●	●	C10.2.7	Percentuale di interventi ricostruttivi o inserzione di espansore nel ricovero indice sugli interventi demolitivi per tumore alla mammella	Oncologia	
	●	●	C10.3	Percorso tumore al colon-retto		
	●	●	C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	Oncologia	220
	●	●	C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	Oncologia	221
	●	●	C10.3.3	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante	Oncologia	
	●	●	C10.7	Trattamento diagnostico		
	●	●	C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	Oncologia	222
	●	●	C10.8	Fine vita oncologico		
	●	●	C10.8.1	Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita	Oncologia	
	●	●	C10.8.1.1	Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica	Oncologia	
	●	●	C10.8.2	Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Oncologia	
	●	●	C10D	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore		
	●	●	C10.4.7	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Oncologia	
	●	●	C10.4.8	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	Oncologia	
	●	●	C10.4.9	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	Oncologia	
	●	●	C10.4.10	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	Oncologia	
	●	●	C10.4.11	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	Oncologia	
	●	●	C10.4.12	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	Oncologia	
	●	●	C10.4.13	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	Oncologia	
	●	●	C10.4.14	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	Oncologia	
	●	●	<b>C10C</b>	<b>Tempi di attesa per la chirurgia oncologica</b>		223-224
	●	●	C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Oncologia	225
	●	●	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	Oncologia	
	●	●	C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	Oncologia	226
	●	●	C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	Oncologia	227
	●	●	C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	Oncologia	228
	●	●	C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	Oncologia	229
	●	●	<b>C11A</b>	<b>Efficacia assistenziale territoriale</b>		230
	●	●	C11A.1	Scompenso Cardiaco		
	●	●	C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	Cronicità	231
	●	●	D03CC	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco	Cronicità	
	●	●	C11A.1.2A	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Cronicità	232
	●	●	C11A.1.2B	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Cronicità	233
	●	●	C11A.1.3	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani	Cronicità	234
	●	●	C11A.1.4	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Cronicità	235
	●	●	C11A.2	Diabete		
	●	●	C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	Cronicità	236
	●	●	D03CA	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete	Cronicità	
	●	●	C11A.2.2	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	Cronicità	237
	●	●	C11A.2.3	Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	Cronicità	238
	●	●	C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	Cronicità	239

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatori Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			C11A.2.4.4	Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti	Cronicità	
●			C11A.3	BPCO		
●			C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	Cronicità	240
●			D03CB	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO	Cronicità	
●			C11A.5	Ictus		
●			C11A.5.1	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	Cronicità	241
●			C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	Cronicità	242
●			C8D.1.1	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per titolo di studio		
●			C8D.1.2	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per diabete, scompenso e BPCO per titolo di studio		243
●			<b>C8A</b>	<b>Integrazione ospedale territorio</b>		244
●			C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		245
●			C8A.2	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC		
●			C8A.12	Tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di ADI per 100.000 abitanti	Assistenza domiciliare e residenziale	
●			C14.4A	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni		
●			C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	Emergenza-Urgenza	246
●			C8B.1.1	Tasso di accesso al PS con codice colore bianco/azzurro non seguito da ricovero, standardizzato per età e sesso per 1000 residenti	Emergenza-Urgenza	
●			C8C.1	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	Emergenza-Urgenza	
●			C8C.2	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	Emergenza-Urgenza	
●			C8C.3	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	Emergenza-Urgenza	
●			D07C.P	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	Emergenza-Urgenza	
●			<b>C13</b>	<b>Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica</b>		247
●			C13.1	Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti		
●			C13.2	Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini		
●			C13.2.1	Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti		
●			C13.2.2	Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti		
●			C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)		248
●			C13A.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi		249
●	●		<b>C15</b>	<b>Salute mentale</b>		250
●			C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	Salute Mentale	251
●			C15A.13A	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Salute Mentale	252
●			C15A.13B	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria		
●			C15A.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Salute Mentale	253
●			C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	Salute Mentale	
●			C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	Salute Mentale	254
●			C15A.5A	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	255
●			C15A.5.1A	Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			C15A.5.2A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			C15A.5.3A	Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			C15A.5.4A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			C15A.5.5A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			C15A.5.8A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			C15A.5.6A	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali	Salute Mentale	256
●	●		<b>C17</b>	<b>Riabilitazione</b>		257
●			C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		258
●			C17.1.1.1	Tasso di ospedalizzazione in ricovero ordinario std per 1.000 residenti in specialità 56		
●			C17.1.1.2	Tasso di ospedalizzazione in day hospital std per 1.000 residenti in specialità 56		
●			C8A.20	Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno		259
●			C17.1.4	Durata della degenza in reparti di riabilitazione		
●			C17.1.4.1	Percentuale ricoveri ordinari per Ictus in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni		
●			C17.1.4.2	Percentuale ricoveri ordinari per Ictus in riabilitazione con durata della degenza superiore a 40 giorni		
●			C17.1.4.3	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 gior		
●			C17.1.4.4	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 gio		
●			C17.1.4.5	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni		
●			C17.1.4.6	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni		
●			C17.1.4.7	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni		
●			C17.1.4.8	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni		
●			<b>C22</b>	<b>Terapie Intensive</b>		260

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
	●		C22.21	Validazione dati Progetti GiVITI		
	●		C22.21.1	Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE		261
	●		C22.21.2	Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni		262
	●		C22.21.3	Validazione dati Progetto StART		263
	●		C22.1	Standardized Mortality Ratio (SMR)		264
	●		C22.5	Incidenza di sepsi e/o shock settico		
	●		C22.6	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza		
	●		C22.7	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica		265
	●		C22.8	Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi		266
	●		C22.9	Ore di visita concesse ai parenti		267
	●		C22.10	Percentuale di turni in difetto di risorse		
	●		C22.11	Percentuale di turni in eccesso di risorse		
	●		C22.4	Percentuale di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza		268
	●		C22.12	Percentuale di shock settici provenienti dai reparti di degenza		
	●		<b>C28</b>	<b>Cure Palliative</b>		269
	●		C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	Oncologia	
	●		D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Oncologia	270
	●		C28.2	Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni		
	●		C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	Oncologia	271
	●		C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	Oncologia	272
	●		C28.4	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricoveri ospedaliero o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	Oncologia	
	●		D32Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Oncologia	273
<b>RESPONSIVENESS E COMUNICAZIONE</b>						
			<b>B16</b>	<b>Comunicazione e partecipazione del cittadino</b>		276
			B16.1	Carta dei Servizi		
			B16.1.1	Percentuale impegni raggiunti		277
			B16.1.2	Comitato di partecipazione		278
			B16.2	Front office telefonico		279
	●		<b>B20E</b>	<b>Tempi di attesa specialistica</b>		
	●		B20E.1	Tempi di attesa ex-ante		
	●		B20E.1.1	Percentuale di prime visite specialistiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.1.1	Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.1.2	Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.1.3	Percentuale di prime visite specialistiche oculistiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.1.4	Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.1.5	Percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.1.6	Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.2	Percentuale di prestazioni diagnostiche con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.2.1	Percentuale di RM con contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.2.2	Percentuale di RM senza contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.2.3	Percentuale di TC con contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.2.4	Percentuale di TC senza contrasto con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.2.5	Percentuale di Ecocolor Doppler con prima disponibilità 60 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.3	Percentuale di ecografie con prima disponibilità entro 30 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.1.3.1	Percentuale di ecografie all'addome con prima disponibilità 30 gg per zona e AOU di prenotazione		
	●		B20E.2	Tempi di attesa ex-post		
	●		D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B		
	●		D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D		
			<b>B40</b>	<b>Programmazione della formazione</b>		280-281
			B40.1	Coerenza del piano formativo alle indicazioni regionali		
			B40.2	Dossier formativo		
<b>VALUTAZIONE DELL'UTENZA</b>						
	●		<b>D17</b>	<b>Valutazione utenti Materno Infantile</b>		284
	●		D17.1	Gravidanza		
	●		D17.1.7	Qualità incontro consegna libretto di gravidanza	Materno infantile	
	●		D17.1.8	Esperienza con l'ostetrica alla consegna del libretto	Materno infantile	
	●		D17.1.1A	Utilità del CAN (Corso di Accompagnamento alla Nascita)	Materno infantile	
	●		D17.1.1GR	Utilità del CAN per la gravidanza		
	●		D17.1.1PA	Utilità del CAN per il parto		

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			D17.1.1AL	Utilità del CAN per l'allattamento		
●			D17.1.1NE	Utilità del CAN per la gestione del neonato		
●			D17.1.9	Coinvolgimento nelle scelte in gravidanza		
●			D17.1.5A	Willingness to recommend il consultorio		Materno infantile
	●		D17.2	Parto		
	●		D17.2.13	Libertà di gestione di travaglio e parto		Materno infantile
	●		D17.2.14	Rispetto e dignità da parte dei professionisti in travaglio e parto		Materno infantile
	●		D17.2.15	Continuità assistenziale in travaglio e parto		Materno infantile
	●		D17.2.7A	Gestione del dolore in travaglio e parto		Materno infantile
	●		D17.2.8	Gestione del dolore dopo il parto		
	●		D17.2.9	Lavoro di squadra		Materno infantile
	●		D17.2.11A	Supporto del personale al punto nascita		
	●		D17.2.4A	Informazioni concordanti		Materno infantile
	●		D17.2.5	Pulizia ambienti		Materno infantile
	●		D17.2.16	Chiarezza informazioni alla dimissione		Materno infantile
	●		D17.2.17	Qualità assistenza al punto nascita		Materno infantile
	●		D17.2.18	Esperienza con il personale del punto nascita		
	●		D17.2.10	Willingness to recommend il punto nascita		Materno infantile
●			D17.3	Primo anno di vita		
●			D17.3A	Assistenza Pediatra di Famiglia		
●			D17.3A.1	Facilità contatto con PLS		
●			D17.3A.2	Informazioni concordanti sull'allattamento del PLS		
●			D17.3A.3	Esperienza con il PLS		Materno infantile
●			D17.3A.4	Willingness to recommend il PLS		Materno infantile
●			D17.3B	Assistenza del consultorio		
●			D17.3B.1	Supporto richiesto al personale del consultorio		Materno infantile
●			D17.3B.2	Esperienza con il personale del consultorio		Materno infantile
●			D17.3B.3	Willingness to recommend il consultorio		Materno infantile
●			D17.3C	Vaccinazioni		
●			D17.3C.1	Informazioni del PLS su vaccinazioni		
●			D17.3C.2	Informazioni concordanti sulle vaccinazioni		Materno infantile
●			D17.3C.3	Consapevolezza su vaccinazioni		Materno infantile
●			D17.4	Bilancio del percorso		
●			D17.4.1	Accesso ai servizi		
●			D17.4.2	Coordinamento tra professionisti		
●			D17.4.3	Soddisfazione complessiva		
●			D17.4.4	Esperienza positiva in gravidanza		
●			D17.4.5	Esperienza positiva al parto		
●			D17.4.6	Esperienza positiva nel primo anno		
	●		D19.1.1	Rispetto e dignità per la persona - personale medico		
	●		D19.1.2	Rispetto e dignità per la persona - personale infermieristico		
	●		D19.1.3	Rispetto e dignità per la persona - OSS		
	●		D19.1.5	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Medici		
	●		D19.1.6	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Infermieri		
	●		D19.1.7	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS		
	●		D19.2	Supporto alla persona		
	●		D19.2.1	Gestione paure ed ansie - personale medico		
	●		D19.2.2	Gestione paure ed ansie - personale infermieristico		
	●		D19.3	Comunicazione e relazione		
	●		D19.3.1	Risposte chiare - personale medico		
	●		D19.3.2	Risposte chiare - personale infermieristico		
	●		D19.3.3	Colloqui con i familiari		
	●		D19.3.4	Coinvolgimento del paziente		
	●		D19.3.5	Accoglienza in ospedale		
	●		D19.4	Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management		
	●		D19.4.1	Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management		
	●		D19.4.2	Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici		
	●		D19.5	Comfort ospedaliero		
	●		D19.5.1	Silenziosità del reparto		

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
	●		D19.5.2	Pulizia del reparto		
	●		D19.8	Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero		
	●		D19.9	Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta		
	●		D19.9.3	Lavoro di squadra		
	●		D19.10	Willingness to recommend		
	●		<b>D18A</b>	<b>Dimissioni volontarie</b>		285
	●	●	D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero		286
	●	●	D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione		287
	●		<b>D20B</b>	<b>Estensione ed adesione PREMs</b>		288
	●		D20B.1.1	Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario		
	●		D20B.2.1	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario		
			<b>D20</b>	<b>Patient-reported Outcome Measures (PROMs)</b>		289
			D20.1	Percentuale pazienti arruolati al progetto PROMs		
			D20.1.1	Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica		
			D20.1.1.1	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica urologica		
			D20.1.1.2	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica toracica		
			D20.1.1.3	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica coloretale		
			D20.1.2	Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica		
			D20.1.2.1	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione d'anca		
			D20.1.2.2	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio		
			D20.1.3	Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella		
			D20.1.3.1	Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella		
			D20.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs		
			D20.2.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica		
			D20.2.1.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica urologica		
			D20.2.1.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica toracica		
			D20.2.1.3	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica coloretale		
			D20.2.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica		
			D20.2.2.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di anca		
			D20.2.2.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio		
			D20.2.3	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella		
			D20.2.3.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella		
	●		<b>D19</b>	<b>Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario</b>		290
	●		D19.1	Rispetto per la persona		
<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI</b>						
●	●		<b>C9</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva farmaceutica</b>		293
●			B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore		
●			B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori		294
●			B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio		295
●			B4.1.3	Consumo territoriale di morfina		296
●			B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio		297
●			C9.10.1	Polypharmacy sul territorio	Cronicità	298
●			C9.6.1	Ipolipemizzanti		
●			C9.6.1.1	Iperprescrizione di statine	Cronicità	299
●			C9.6.1.2	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio		300
●			C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione		301
●			C9.6.1.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine		
●			C9.6.2.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi		
●			C9.6.1.7	Percentuale pazienti diabetici in trattamento con farmaci antidiabetici e contestualmente con statine sul territorio		
●			C9.6.1.6	Consumo annuo di farmaci a base di omega-3 (UP per 100 residenti maggiorenni) sul territorio		
●			C9.6B	Antiipertensivi		
●			C9.3.1	Percentuale aderenza pazienti trattati con farmaci antiipertensivi agenti sul sistema regina-angiotensina (ATC C09) sul territorio		
●			C9.3.2	Costo medio per UP farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina sul territorio		
●			C9.7	Gastrointestinali		
●			C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacid) sul territorio		302
●			C9.8	Antimicrobici		
●			C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio		303
●			C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)		304
●			C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica		305

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica		306
●			C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio		307
●			C9.8.1.3	Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina ac. clavulanico sul territorio		
●			C9.8.1.4	Percentuale DDD antibiotici fluorochinoloni sul totale degli antibiotici sul territorio		
●			C9.8.1.5	Percentuale DDD di antibiotici macrolidi sul totale antibiotici sul territorio		
●			C9.8.1.6	Percentuale DDD antibiotici cefalosporine III generazione sul totale degli antibiotici sul territorio		
●			C9.9	Farmaci in Salute Mentale		
●			C9.4	Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	Salute Mentale	308
●			C9.5	Consumo di altri antidepressivi sul territorio	Salute Mentale	309
●			C9.5.1	Percentuale DDD di altri antidepressivi sul totale degli antidepressivi sul territorio		
●			C9.5.2	Percentuale DDD di medicinali a base di vortioxetina sul totale altri antidepressivi sul territorio		
●			C9.9.1	Iperprescrizioni di antidepressivi	Salute Mentale	310
●			C9.9.2	Consumo di antipsicotici sul territorio	Salute Mentale	
●			C9.9.4	Polypharmacy (salute mentale)	Salute Mentale	
●			C9.17	Ospedaliere		
●			D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici		
●			C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti		
●			C9.12A	Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)		
●			C9.13	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti		311
●			C9.20	Percentuale pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica		
●			C9.22	Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare (EBPM) ogni 100 residenti sul territorio		
●			C9.22.1	Consumo ospedaliero di antifungini triazolici per 1000 giornate di degenza		
●			C9.22.2	Consumo ospedaliero di antifungini echinocandine per 1000 giornate di degenza		
●			C9.22.3	Percentuale di antifungini caspofungin (R.O.)		
●			C9.20.3	Consumo di albumina		
●			C9.20.4	Albumina per giornata degenza		
●			C9.19	Farmaci respiratori		
●			C9.19.1	Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie		312
●			C9.19.2	Incidenza Salmeterolo associato sul territorio		
●			C9.19.3	Confezioni di adrenergici sul territorio		
●			C9.21A	Farmaci per il sistema cardio-circolatorio		
●			C9.21	Percentuale di pazienti trattati con NAO sul territorio		
●			C9.21B	Numero di pazienti ogni 100 residenti pesati in trattamento con nuovi anticoagulanti orali (NAO) sul territorio		
●	●		C21.2	Terapia post IMA		
●	●		C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	Cronicità	313
●	●		C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	Cronicità	314
●	●		C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	Cronicità	315
●			<b>C21</b>	<b>Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)</b>		<b>316</b>
●			C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	Cronicità	317
●			C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	Salute Mentale	318
●			C21.3	Compliance terapia post IMA		
●			C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	Cronicità	319
●			C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	Cronicità	320
●			C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	Cronicità	321
●			<b>F10A</b>	<b>Governo della spesa farmaceutica e dispositivi</b>		
●			F10.1A	Spesa farmaceutica complessiva		
●			F10.1B	Spesa farmaceutica per acquisti diretti		
●			F10.1C	Spesa farmaceutica convenzionata		
●			F10.1D	Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA		
●			F10.2.2	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa		
●			F10.2.3	Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV		
●			F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici	Oncologia	
●			F10.3	Spesa dispositivi (ospedaliere)		
●			F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliere) per punto DRG		
●			F10.3.1A	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (ASL)		
●			F10.3.2	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (AOU)		
●			F10.3.3	Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero		
●			F10.3.4	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico		
●			<b>F12A</b>	<b>Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>		<b>322</b>

Zona/ Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOF	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2019 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza		323
●			F12A.14A	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto		
			F12A.19	Ospedaliera		
			F20.11	Percentuale Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara		
			F20.12	Percentuale utenti in trattamento con Adalimumab biosimilare o vincitore di gara		
			F20.13	Percentuale utenti in trattamento con follitropina biosimilare o vincitore di gara		
			F20.14	Percentuale utenti in trattamento con enoxaparina biosimilare o vincitore di gara		
			F20.15	Percentuale utenti in trattamento con somatropina biosimilare o vincitore di gara		
			F20.16	Percentuale utenti in trattamento con epoietina biosimilare o vincitore di gara		
			F20.17	Percentuale utenti in trattamento con fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara		
			F20.18	Percentuale utenti in trattamento con insulina glargine biosimilare o vincitore di gara		
			F20.19	Percentuale utenti in trattamento con insulina lispro biosimilare o vincitore di gara		
			F20.20	Percentuale utenti in trattamento con teriparatide biosimilare o vincitore di gara		
			F20.21.1	Percentuale di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 5 molecole		
			F20.21.2	Percentuale di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 11 molecole		
●			F12A.20	Cura dell'osteoporosi		
●			F12A.21.1	Colecalciferolo. Costo medio per 12,5 DDD (pari a 10.000 UI) sul territorio		
●			F12A.21.2	Consumo di colecalciferolo sul territorio		
			F12A.25	Distribuzione Diretta e Per Conto		
			F12A.25.1	Percentuale Dimessi da ricovero con erogazione in Distribuzione Diretta		
			F12A.25.2	Percentuale Dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in Distribuzione Diretta		
●			F12A.25.3	Incidenza spesa medicinali dell'elenco DPC erogati tramite distribuzione convenzionata		
			F12A.25.4	Percentuale Pazienti RSA con erogazione in Distribuzione Diretta		
			F20.7	Percentuale Imatinib equivalente		
			F20.8	Percentuale utenti in trattamento con Etanercept biosimilare o vincitore di gara		
			F20.9	Percentuale Infliximab biosimilare o vincitore di gara		
			F20.10	Percentuale Rituximab biosimilare o vincitore di gara		
			<b>F12C</b>	<b>Dispositivi medici</b>		
			F12C.1	La percentuale di utilizzo di stent coronarici a cessione di farmaco (DES) della ditta aggiudicataria		
			F12C.2.1	Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (ASL)		
			F12C.2.2	Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (AOU)		
			F12C.3.1	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza (ASL)		
			F12C.3.1A	Consumo di siringhe per giornata di degenza		
			F12C.3.2	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza (AOU)		
			F12C.3.2B	Spesa per siringhe per giornata di degenza		
			F12C.4	Consumo di siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza		
			F12C.4.1A	Consumo di guanti per giornata di degenza		
			F12C.4.1B	Spesa per guanti per giornata di degenza		
			B8.8.2	Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto		
			B8.8.3	Percentuale di record con codice RDM corretto		

### 3. La torta della variabilità

Il confronto sistematico della performance aiuta a comprendere gli ambiti di miglioramento e a valorizzare le buone pratiche ma è, di per sé, anche un efficace mezzo per evidenziare la variabilità geografica della performance, potenzialmente evitabile. Livelli di performance differenti possono essere un segnale che le risposte offerte dalle strutture e dai professionisti del sistema sanitario sono diverse, evidenziando quindi eventuali ambiti di disuguaglianza nell'accesso o nel trattamento. In questo senso la variabilità geografica (a livello di zona-distretto o di stabilimento) può essere considerata una misura di equità cosiddetta orizzontale, ovvero la garanzia di pari risposte a pari bisogni sanitari (Nuti e Seghieri 2014, Barsanti e Nuti 2014).

Mentre il bersaglio e la mappa di performance possono essere applicati a tutti i soggetti coinvolti nei sistemi di valutazione della performance, la torta della variabilità riguarda la regione o le aziende territoriali toscane, che con la riforma hanno assunto dimensioni pari ad alcune regioni come la Liguria (circa 1 milione e 600 mila abitanti, come l'Ausl Centro), l'Umbria (circa 860 mila abitanti, come l'Ausl Sud Est) o il Friuli Venezia Giulia (circa 1 milione e 200 mila abitanti, come l'Ausl Nord Ovest). L'analisi della riduzione della variabilità evitabile può esprimere la capacità del servizio sanitario di offrire lo stesso livello di performance (qualità e accesso alle prestazioni, ad esempio) fra le zone-distretto, per gli indicatori di residenza, o fra gli stabilimenti, per gli indicatori di erogazione.

In questa direzione è stata costruita "la torta della variabilità", che combina in un'unica soluzione grafica l'andamento temporale del valore degli indicatori con quello della loro variabilità.

In base alle possibili combinazioni, gli scenari possibili sono quattro (vedi figura 3):

- performance migliorata e variabilità ridotta (verde scuro). È la situazione ideale, perché il miglioramento è stato ottenuto riuscendo anche a ridurre le differenze fra zone-distretto o stabilimenti della stessa regione (o azienda);
- performance migliorata ma variabilità aumentata (verde chiaro). In questo caso il miglioramento dell'indicatore è stato ottenuto a livello regionale (o aziendale) grazie all'azione di alcune zone o stabilimenti, aumentando quindi il divario fra zone o stabilimenti della stessa regione (o azienda);
- performance peggiorata e variabilità aumentata (arancione). In questo caso, la situazione è di allerta. Qualche zona o stabilimento all'interno della regione (o azienda) è peggiorata significativamente rispetto ad altre che hanno mantenuto una performance stabile, determinando quindi comportamenti differenti;
- performance peggiorata e variabilità ridotta (rosso). Questo è il caso più critico, poiché il peggioramento sembra essere avvenuto in modo diffuso fra tutte le zone o stabilimenti della regione (o azienda). Gli indicatori di questa fetta di torta sono quelli su a cui la Regione (o l'azienda) deve prestare la maggiore attenzione.

L'andamento (2019 verso il 2018), abbinato alla capacità di ridurre la variabilità geografica fra le zone-distretto e gli stabilimenti toscani nel 2019 (segnale di disuguaglianze nell'offerta dei servizi), mostra che per la maggior parte degli indicatori il SST è stato in

grado di migliorare la performance e per ben il 35% degli indicatori è riuscito anche a ridurre le differenze geografiche (figura 3).

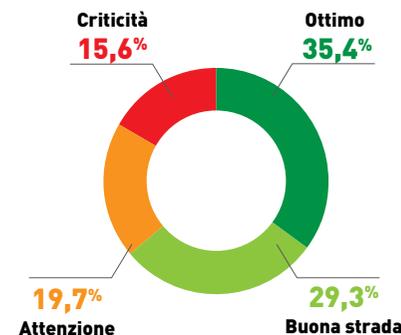


Figura 3. La torta della variabilità

Sono migliorati, riducendo la variabilità, gli indicatori di presa in carico da parte del territorio, come ad esempio il tasso di anziani ammessi nelle RSA (B28.3.10) e il tasso di assistiti in RSA per pazienti con più di 75 anni (R3), e come gli indicatori sull'assistenza domiciliare (B28.2.11 e B28.2.12). Questo indica un miglioramento del SST nel prendere in carico i bisogni complessi, soprattutto della popolazione anziana. A fronte di questi risultati, invece, la sanità di iniziativa e i relativi indicatori di processo della gestione delle cronicità sono ancora in stallo. A distanza di 10 anni dall'introduzione del programma della sanità d'iniziativa e del suo recente rilancio, ancora non sono stati raggiunti i livelli sperati.

Ottimi e in miglioramento gli indicatori relativi all'oncologia, sia nella ridotta dispersione dei volumi della chirurgia oncologica della mammella (volumi elevati sono associati a migliori esiti), sia nel collegamento con la fase del fine vita (C28.3 e C28.2B). Ancora da migliorare i tempi di attesa per la chirurgia oncologica e la dispersione per alcuni interventi chirurgici.

Gli aspetti critici, in peggioramento tra 2018 e 2019, riguardano buona parte degli indicatori del percorso di salute mentale e gli indicatori relativi alle prescrizioni di diagnostica per immagine potenzialmente inappropriate.

Le sfide della ripresa sono numerose: riuscire a recuperare e mantenere buoni livelli come quelli ottenuti nel 2019 non è certo semplice. Tuttavia l'attenzione che ha ricevuto il territorio come avamposto del servizio sanitario e la spinta tecnologica (eprescription e teleconsulto) avviata durante l'emergenza possono essere buoni stimoli per ripartire, offrendo alla popolazione servizi più vicini e più moderni.

#### 4. Il pentagramma come strumento per rappresentare i percorsi clinico-assistenziali

Il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata in Toscana per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema sanitario. La forza del bersaglio è quella di fornire all'organizzazione un quadro immediato e chiaro dei propri punti di forza e di debolezza. Tuttavia, questa rappresentazione rispecchia una visione della valutazione ristretta al setting assistenziale e all'organizzazione sanitaria, mostrando quello che va bene o va male all'interno dei confini organizzativi.

Al contrario, il percorso dei pazienti è molto più complesso e attraversa diversi setting assistenziali, prevedendo interazioni con diversi soggetti che operano nel sistema. Nell'ottica di misurare il valore prodotto per l'utente dall'insieme di tutte le organizzazioni che erogano servizi sanitari e con lo scopo di fornire uno strumento di lavoro in grado di produrre un cambiamento coerente con le strategie regionali, il Laboratorio MeS ha ideato uno strumento di rappresentazione in grado di superare la visione per setting e per soggetto erogatore, e di suggerire una visione integrata di percorso (Nuti et al, 2018).

Dal 2016, è stato quindi introdotto il pentagramma: uno strumento di rappresentazione dei risultati di performance capace di offrire una lettura diversa dei dati presenti nel bersaglio, una lettura basata sulla logica dei percorsi in una prospettiva più vicina a quella degli utenti.

Nel pentagramma, le note rappresentano gli indicatori di performance del percorso assistenziale, organizzati lungo le fasi del percorso, a loro volta rappresentate dalle battute del pentagramma. Gli indicatori sono disposti su una delle cinque fasce di valutazione, come nel bersaglio, a seconda della performance ottenuta.

In una logica di superamento dei confini organizzativi, a favore della continuità e integrazione dei servizi, i pentagrammi sono stati realizzati non solo a livello di area vasta ma anche di zona-distretto, per fornire una rappresentazione più vicina alla realtà territoriale in cui vivono i Toscani.

Ad oggi, i percorsi per i quali gli indicatori presenti sul bersaglio sono stati posizionati in pentagrammi sono il percorso oncologico, il percorso salute mentale, il percorso materno-infantile, il percorso cronicità, il percorso emergenza-urgenza, il percorso di assistenza domiciliare e residenziale per la popolazione anziana non-autosufficiente.

Il pentagramma dà una visione immediata della qualità dei servizi erogati lungo il percorso dei pazienti, indipendentemente dall'organizzazione che ha erogato il servizio. Per questo, nello stesso pentagramma possono apparire organizzazioni diverse e, nel dettaglio, lo stesso indicatore può apparire più volte, valutato per ciascuno dei provider che erogano un servizio del percorso per la popolazione considerata. Ad esempio, nel percorso oncologico la presenza dello stesso indicatore per più organizzazioni riguarda la fase del trattamento, che include prevalentemente indicatori relativi agli interventi per tumore che possono essere effettuati da diverse organizzazioni sanitarie nella stessa area geografica (presidi a gestione diretta della azienda territoriale e AOU) (vedi figura 5).

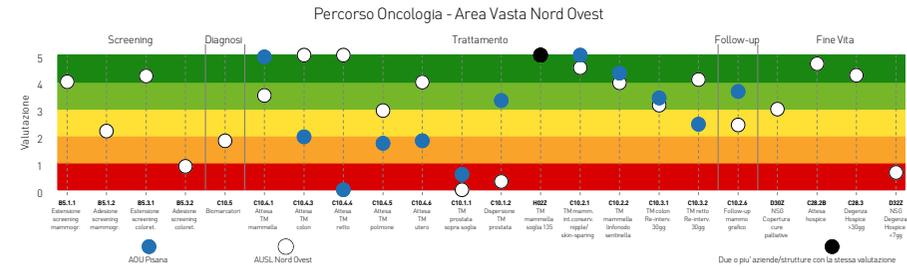


Figura 5. Esempio di pentagramma

L'evoluzione dei pentagrammi prevede l'introduzione futura di indicatori ad hoc, alcuni dei quali raccolti mediante indagini ai pazienti, che seguono il percorso assistenziale e raccolgono dati sull'esperienza degli utenti e sulla loro percezione degli esiti.

Attualmente sono stati sviluppati i pentagrammi dei seguenti percorsi di cura:

- percorso materno-infantile,
- percorso oncologico,
- percorso salute mentale,
- assistenza domiciliare e residenziale,
- percorso cronicità,
- percorso emergenza-urgenza.

#### Il Percorso Materno-Infantile

Gli approfondimenti fatti negli anni dal Laboratorio MeS in riferimento al percorso materno-infantile hanno permesso di strutturare la lettura degli indicatori nella logica del percorso seguito dall'utente (Murante et al, 2014), in modo da metterne in evidenza le diverse fasi (dalla gravidanza, al parto, fino ad un anno di vita del bambino) ed i diversi setting assistenziali coinvolti, in primis i servizi consultoriali ed i punti nascita presenti nel territorio regionale. Attualmente a caratterizzare il pentagramma di questo percorso concorrono indicatori derivanti dai flussi amministrativi propri dell'area materno-infantile, cioè flussi consultoriali e Certificato di Assistenza al Parto, ma anche relativi alle schede di dimissione ospedaliera (SDO) ed alle vaccinazioni per quanto riguarda in particolare la fase finale del percorso riferita ad il primo anno di vita del bambino.

La valutazione del percorso è arricchita poi da altri indicatori costruiti con i dati della rilevazione sistematica rivolta alle utenti, implementata in maniera longitudinale lungo il percorso materno-infantile, attraverso la somministrazione online di questionari a cadenza periodica. La possibilità di seguire la stessa donna nel tempo permette di raccogliere dati su aspetti che non potrebbero essere misurati attraverso i dati derivanti da flussi amministrativi e che offrono un ulteriore sguardo sul percorso, a partire dalla prospettiva delle donne che vivono l'esperienza della maternità. L'indagine all'utenza del percorso materno-infantile permette infatti di valutare la qualità dell'incontro relativo alla consegna del libretto di gravidanza e l'esperienza avuta dalla donna nella relazione con

l'ostetrica che le ha consegnato il libretto, l'utilità percepita del Corso di Accompagnamento alla Nascita per la gravidanza, il parto, l'allattamento, la gestione del neonato, ed il coinvolgimento della stessa donna nelle scelte in gravidanza. In riferimento all'assistenza al punto nascita, attraverso i dati dell'indagine vengono valutati aspetti di rilievo che caratterizzano l'esperienza durante il travaglio ed il parto, ma anche la successiva degenza e dimissione: libertà nel gestire il travaglio ed il parto, rispetto e dignità da parte dei professionisti, continuità assistenziale, gestione del dolore, lavoro di squadra, supporto del personale al punto nascita, concordanza e chiarezza delle informazioni ricevute, in particolare nella fase di dimissione ed indirizzamento ai servizi territoriali. Per la fase relativa al primo anno di vita, sono presenti indicatori che valutano l'esperienza delle utenti in riferimento all'assistenza del pediatra di famiglia e ricevuta presso il consultorio, nonché alle informazioni ricevute sulle vaccinazioni ed al livello di consapevolezza che si ritiene di aver raggiunto sul tema. Il pentagramma del percorso materno-infantile presenta infine indicatori sulla soddisfazione complessiva delle utenti e della loro propensione a consigliare le strutture consultoriali ed i punti nascita.

Nei grafici riportati di seguito non sono tuttavia presenti gli indicatori derivanti dall'indagine alle utenti relativi ai corsi di assistenza al parto, all'allattamento ed all'esperienza nel primo anno di vita del bambino, perché la rilevazione sistematica è stata avviata a marzo 2019 e non è stata raggiunta una numerosità di rispondenti adeguata per costruire gli indicatori su questi aspetti per l'anno 2019. Non sono ancora disponibili anche le coperture vaccinali, ma gli aggiornamenti del pentagramma del percorso materno-infantile possono essere visualizzati sulla piattaforma del sistema di valutazione della performance della Regione Toscana ([www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it)).

## Il Percorso Oncologico

Il percorso oncologico riguarda la prevenzione, diagnosi e gestione dei tumori secondo una lettura integrata degli indicatori di accessibilità, tempestività e qualità delle cure lungo le principali fasi del percorso assistenziale. Tra le fasi del percorso oncologico, la prima è quella dello screening, che presenta indicatori che misurano l'estensione e adesione ai programmi di screening oncologico (mammella e colon retto) per la diagnosi precoce. In questa edizione dei risultati è stato introdotto ed è ancora di osservazione l'indicatore composito di estensione ed adesione dello screening della cervice uterina come indicato dell'Osservatorio Nazionale Screening per il calcolo dei LEA a livello nazionale.

Le fasi centrali del percorso oncologico comprendono: diagnosi, trattamento, follow-up e fine vita. La fase di diagnosi è analizzata da un solo indicatore sull'appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali, che di fatto non andrebbero prescritti per screening ma utilizzati per monitorare un'eventuale recidiva della neoplasia dopo il trattamento del tumore primitivo. La fase di trattamento monitora gli indicatori relativi ai tempi d'attesa per la chirurgia oncologica seguendo l'impostazione del Rapporto SDO ministeriale. Come indicatori di osservazione sono presenti per la prima volta anche gli indicatori come previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021. Sempre nella fase di trattamento, sono inclusi gli indicatori relativi ai volumi d'intervento ed alla concentrazione (dispersione) della casistica per il tumore maligno alla

mammella e alla prostata, seguendo l'impostazione delle comunità scientifiche di settore e dalla normativa ministeriale (DM 70 del 2015 - aggiornato con l'applicazione della tolleranza al 10% della casistica per il tumore maligno alla mammella) e dalle Delibere regionali (DGRT 272/2014 e DGRT 982/2014). La fase del follow-up vede il monitoraggio delle donne che ricevono una mammografia tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento chirurgico primario. L'indicatore tuttavia potrebbe sottostimare l'aderenza al follow-up visto che non include la diagnostica effettuata presso le strutture private. Completano la valutazione del percorso gli indicatori del fine vita e delle cure palliative valutando l'efficienza dei servizi, secondo le linee-guida ministeriali (DM 43 del 2007 e da quanto introdotto dal Nuovo Sistema di Garanzia), per i pazienti in fase terminale (assistenza domiciliare, capacità di presa in carico degli hospice e appropriatezza).

## Il Percorso Salute Mentale

Il percorso della salute mentale si caratterizza per lo status di cronicità dei pazienti, che possono essere sottoposti a trattamenti farmacologici o psicoterapici, o entrambi, e possono vivere momenti di acuzie. I percorsi assistenziali attivabili per i pazienti, a seconda della diagnosi o delle diagnosi di salute mentale, possono richiedere tempistiche e modalità di intervento, coordinamento e integrazione da parte dell'assistenza territoriale e quella ospedaliera diversificate a seconda del profilo di salute del paziente (multimorbilità, fase cronica o acuta, etc) e del profilo sociale. Ne consegue che le fasi temporali del percorso possono non essere sequenziali e al tempo stesso possono variare da paziente a paziente. Per questo motivo, la valutazione del percorso, in generale, avviene considerando macro fasi (trattamenti psicoterapeutici territoriali, trattamenti farmacologici territoriali, e trattamenti ospedalieri) con l'inclusione della valutazione della continuità assistenziale per la persona che passa dalla fase acuta a quella post acuta.

## Il Percorso Assistenza domiciliare e residenziale

Il percorso riguarda le cure domiciliari sanitarie e sociosanitarie (si esclude quindi l'assistenza sociale in quanto non rilevata dai flussi amministrativi) e l'assistenza residenziale nelle RSA per i moduli base temporanei e permanenti erogate dal servizio sociosanitario regionale (solo posti letto convenzionati). Tutti gli indicatori considerati derivano dal flusso amministrativo relativo all'Assistenza domiciliare e Residenziale (RFC 15 e 118). Tale percorso presenta alcune particolarità rispetto agli altri. In primis, non è un percorso "patologia dipendente", ma fa riferimento alle diverse fasi e dimensioni di cura che riflettono i macro snodi per la riuscita di un percorso efficiente e di qualità. Altra particolarità che lo contraddistingue è, infine, il livello di governo che è garantito nelle sue componenti e fasi principali dalle zone distretto. Gli indicatori sono calcolati per zona distretto di presa in carico, in maniera tale da monitorare il percorso attraverso il servizio che sta programmando e gestendo il caso. Tra i nuovi indicatori di valutazione che compaiono in questa edizione del percorso, troviamo il tasso di assistiti in servizi residenziali di tipo R3 secondo la definizione ministeriale; tale definizione comprende le prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non

autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento); questo indicatore fa parte degli indicatori core del nuovo sistema di garanzia dei LEA a livello nazionale. Infine è doveroso considerare che tutti gli indicatori fanno riferimento alla popolazione anziana e sono quindi calcolati o per la popolazione con più di 65 anni o per la popolazione con più di 75 anni.

Le fasi di cui è composto il percorso sono le seguenti: 1. l'accesso, in termini di copertura delle segnalazioni e dell'assistenza domiciliare e residenziale, comprensiva anche dei tempi previsti dalla Legge Regionale 66/2008, 2. l'intensità assistenziale nell'erogazione, in termini di numero di accessi domiciliari e tipologia di assistenza residenziale; 3. la qualità del percorso, attraverso indicatori proxy e 4. la continuità della presa in carico, considerando la tempestività della presa in carico tra setting diversi.

### Il Percorso Cronicità

Il Percorso Cronicità raggruppa un set di indicatori con l'obiettivo di sottolineare la visione di un sistema di cure incentrato sulla persona con patologia cronica e sulle diverse fasi di presa in carico. In questo senso, come sottolinea il Piano Nazionale della Cronicità, il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita e richiede sempre più una continuità dell'assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari, la formulazione di tale percorso ha quindi l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i diversi e classici livelli assistenziali (prevenzione, assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera, riabilitazione) "dando origine a un continuum che include la individuazione di specifici snodi (clinici e non clinici) da parte di ogni attore assistenziale o del team in rapporto all'obiettivo di salute prefissato.

Gli indicatori qui raccolti fanno riferimento ad alcune patologie croniche principali (diabete, scompenso, ictus, BPCO) e sono suddivisi in 5 fasi: prevenzione, compliance, efficienza, ospedalizzazione evitabile ed esiti. In questa edizione del rapporto, la fase di prevenzione è rappresentata solo dall'indicatore che rileva l'adesione alla Sanità di Iniziativa.

La fase di compliance comprende indicatori di processo di alcuni percorsi cronici (scompenso e diabete) che misurano l'adesione alle principali terapie (betabloccanti, Ace-Inibitori, Sartani, Statine), visite ed esami di follow up secondo le linee guida cliniche di patologia. La fase dell'efficienza comprende l'indicatore "Polypharmacy", che valuta l'assunzione da parte di un medesimo paziente (over 75) di più di 5 classi farmaceutiche contemporaneamente in un mese indice (aprile). La fase di ospedalizzazione evitabile comprende i tassi di ricovero per le principali patologie croniche e rappresenta i ricoveri potenzialmente evitabili grazie ad una buona presa in carico territoriale. La fase degli esiti comprende l'indicatore che valuta il tasso di amputazioni maggiori per diabete.

Dopo la descrizione, per ciascun percorso sono proposti i pentagrammi per Area Vasta (AV) nei quali è possibile visualizzare indicatori riferiti alle diverse aziende che insistono ed erogano dei servizi su quel territorio. I pentagrammi per zona-distretto sono, invece, disponibili sulla piattaforma web [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it). Gli stessi indicatori presenti sui pentagrammi sono, inoltre, mostrati nella mappa di performance, allo scopo di mostrare come vanno rispetto alla performance attuale e al trend 2018-2019. Lungo

l'asse delle ascisse-x, infatti, viene indicata la performance raggiunta nel 2019, mentre lungo l'asse delle ordinate-y è mostrato l'andamento nei due anni, con risultati di miglioramento rappresentati nei due quadranti in alto.

### Il Percorso Emergenza-Urgenza

Il servizio di emergenza-urgenza mira a garantire ai cittadini interventi sanitari immediati (emergenza) e interventi sanitari pronti (urgenza) in caso di necessità. Nel pentagramma dedicato al percorso dell'emergenza-urgenza ripercorriamo dunque le fasi vissute dal cittadino che si trova ad usufruire di tale servizio sanitario, valutandone alcuni elementi cruciali, quali: l'accesso, il percorso di cura all'interno del Pronto Soccorso e l'eventuale ricovero. Nella fase di accesso, attraverso l'indicatore "Intervallo allarme-target", è misurata la tempestività di arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto, mentre "Accesso al PS" valuta il tasso di accesso al Pronto Soccorso per la popolazione residente che può essere considerato un indicatore indiretto della presa in carico dei servizi territoriali: elevati tassi di accesso al PS sono segnali di un potenziale accesso inappropriato, ovvero di una mancata risposta ai bisogni di cura degli utenti da parte degli altri servizi di cura primaria. Gli indicatori sulla percentuale degli abbandoni non presidiati prima o dopo la visita medica, sulla percentuale di pazienti dimessi a domicilio o verso strutture ambulatoriali entro 6 ore e sulla percentuale di pazienti che effettuano un nuovo accesso in Pronto Soccorso entro 72 ore sono utilizzati per monitorare la qualità del percorso assistenziale nel suo complesso. Infine, per i pazienti inviati a ricovero, si valuta quanti hanno avuto un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore e qual è la percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione, indicatori che riguardano l'organizzazione dell'ospedale (e non solo del pronto soccorso) per il percorso d'emergenza-urgenza. Pertanto il pentagramma dell'emergenza-urgenza non valuta solo l'attività svolta dal Pronto Soccorso, bensì l'attività dell'intero sistema: dall'attività territoriale del 118 e delle cure primarie a quella ospedaliera.

Dopo la descrizione, per ciascun percorso sono proposti i pentagrammi per Area Vasta (AV) nei quali è possibile visualizzare indicatori riferiti alle diverse aziende che insistono ed erogano dei servizi su quel territorio. I pentagrammi per zona-distretto sono, invece, disponibili sulla piattaforma web [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it). Gli stessi indicatori presenti sui pentagrammi sono, inoltre, mostrati nella mappa di performance, allo scopo di mostrare come vanno rispetto alla performance attuale e al trend 2018-2019. Lungo l'asse delle ascisse-x, infatti, viene indicata la performance raggiunta nel 2019, mentre lungo l'asse delle ordinate-y è mostrato l'andamento nei due anni, con risultati di miglioramento rappresentati nei due quadranti in alto.

### 5. La mappa di performance

Tra gli strumenti del sistema di valutazione, la mappa di performance è un ottimo strumento per evidenziare lo sforzo di miglioramento fatto nell'anno dai soggetti del sistema. La mappa di performance incrocia la dimensione della performance con quella del trend, per fornire il quadro dinamico di come si sta muovendo l'azienda o la regione (o il soggetto

analizzato). La mappa di performance indica, da un lato, la performance dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente. Nelle mappe di performance (vedi figura 6), la capacità di miglioramento (rappresentata sull'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale fra due anni e riproporzionata in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica che il soggetto in esame è quello peggiorato di più, mentre +2, specularmente, indica che il soggetto è stato quello capace di maggiore miglioramento). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x), invece, corrisponde al punteggio di valutazione, per ciascun indicatore, nell'anno in esame. Si possono, quindi, individuare 4 quadranti di riferimento, considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio medio regionale. Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra, presenta una ottima performance, sia in termini di posizionamento, sia in termini di capacità di miglioramento. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra, significa che il soggetto è migliorato ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di performance e si colloca, pertanto, "sulla strada giusta". Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra, ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2019 ma registra un trend peggiore rispetto agli altri e si pone, quindi, in una situazione di "attenzione". Se, infine, il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra, risulta un'"area da migliorare", perché la valutazione non è soddisfacente e con trend in peggioramento (vedi figura 6).

La mappa di performance può essere applicata a diversi ambiti, attraverso la selezione di specifici indicatori: per questo rapporto, le mappe sono state utilizzate per rappresentare l'andamento dei percorsi assistenziali descritti nel paragrafo precedente. Contribuiscono quindi a integrare le informazioni dei pentagrammi con una rappresentazione dell'andamento temporale dei soggetti del sistema, rispetto ai percorsi assistenziali in esame.

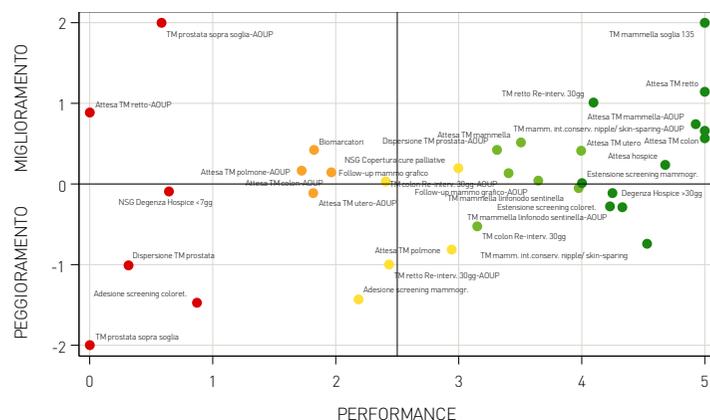


Figura 6. Mappa di performance

## 6. Trasparenza e benchmarking: la consultazione del sistema di valutazione della performance attraverso il portale

Il patrimonio informativo collezionato negli anni con il Sistema di Valutazione delle Performance delle Aziende Sanitarie della Toscana è una risorsa che il Laboratorio MeS mette a disposizione del management aziendale, dei professionisti, degli studiosi e del pubblico. I dati del sistema di valutazione sono consultabili liberamente online, previa registrazione gratuita, all'indirizzo web [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it). Sul portale web è possibile consultare tutti gli indicatori del sistema di valutazione, rispetto ai diversi livelli in cui il sistema sanitario toscano si articola:

- Aziende Territoriali
- Zone-distretto
- Stabilimenti Ospedalieri (sia pubblici, sia privati)
- Percorsi assistenziali
- Aggregazione Funzionali Territoriali

Tramite le funzionalità presenti nel portale è possibile visualizzare le performance dell'azienda selezionata e navigare nella rappresentazione grafica del "bersaglio" o del "pentagramma". È sempre possibile visualizzare e navigare tra gli "alberi" (la struttura gerarchica che schematizza gli indicatori) per visualizzare i sotto-indicatori.

Tutti gli indicatori sono presentati in benchmarking tra le diverse unità di analisi. In tutte le sezioni di visualizzazione dei dati è possibile consultare e scaricare in formato elettronico la "scheda indicatore", che riporta le specifiche di calcolo dell'indicatore: la fonte dei dati, la modalità di calcolo del numeratore, la modalità di calcolo del denominatore, eventuali note di approfondimento, il nome del referente o dei referenti che all'interno del Laboratorio elaborano e presidiano l'indicatore e altre informazioni collegate all'indicatore e, da questo anno, anche gli estremi delle fasce di valutazione, per agevolare i sistemi interni aziendali nell'eventuale utilizzo di questi parametri per i propri centri di responsabilità.

In questo volume vengono riportate le rappresentazioni di sintesi: bersaglio, mappa di performance, torta di variabilità e pentagramma con l'intenzione di fornire all'utente/uttilizzatore finale uno strumento operativo orientato a una consultazione semplice e rapida, rinviando al portale web per eventuali approfondimenti.

## 7. Istruzioni per la consultazione della piattaforma PES

I servizi offerti della piattaforma PES (Performance Evaluation System):

- **Accesso al catalogo di tutti gli indicatori del Sistema di Valutazione.** Questa sezione consente di accedere all'elenco di tutti gli indicatori del sistema di valutazione. La ricerca può essere effettuata per anno e livello di calcolo.
- **Accesso a tutti i dati disponibili** per ciascun indicatore, in particolare è possibile visualizzare:
  - La **Struttura ad albero dove l'indicatore è inserito**. Questo permette una navigazione immediata su indicatori che monitorano aspetti diversi dello stesso fenomeno;
  - La **Scheda Indicatore** contenente tutte le specifiche necessarie per poter calcolare l'indicatore (fonte, modalità di calcolo, numeratore, denominatore, note, ecc.);
  - **Istogrammi della valutazione**, la **variabilità** ed il **trend**, se previsti per l'indicatore selezionato con livello di dettaglio aziendale, zona-distretto, stabilimento e AFT;
  - La **Tabella dei dati scaricabile** in csv, excel e pdf che riporta i dati degli ultimi tre anni dell'indicatore. Sono disponibili il valore, la valutazione, il numeratore, il denominatore, e il criterio di calcolo.
- I **Bersagli** offrono un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati. Lo schema permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza. I "pallini" rappresentano la performance degli indicatori di sintesi. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa esterna.
- I **Percorsi** utilizzano come strumento di rappresentazione il pentagramma e offrono una lettura, diversa da quella del bersaglio, basata sulla logica del percorso assistenziale in una prospettiva più vicina a quella degli utenti. Nel pentagramma, le note sono indicatori di performance del percorso assistenziale, organizzati per fasi, a loro volta rappresentati dalle battute del pentagramma. Gli indicatori sono poi disposti su una delle cinque fasce colorate, come nel bersaglio, a seconda della performance ottenuta.
- **Sezioni aggiuntive per le Aziende ed i professionisti.** Si tratta di sezioni consultabili solo per il management delle aziende dove è possibile trovare informazioni sulla Variabilità, sulle Sintesi Aziendali e sul monitoraggio.
- **Sezione Open Data:** consente di scaricare in formato aperto (csv, excel) tutti i dati del sistema di valutazione. I dati sono disponibili e scaricabili per anno e livello di calcolo (Aziendale/Stabilimenti/Zone/AFT).
- **Application Programming Interface (API)** sono lo strumento scelto dal Laboratorio MeS per favorire la consultazione, l'utilizzo e la diffusione dei dati relativi ai sistemi di Valutazione. Questa funzionalità di accesso ai dati, basata sull'utilizzo di **Web Service RESTful** (URL HTTPS - *Hypertext Transfer Protocol Secure*) facilita l'accesso al sistema e rende possibile la piena integrazione dei dati all'interno in altri software, gestionali applicazioni o siti web. Tutti i dati sono accessibili tramite "Servizi RESTful": questa tecnologia consente di sviluppare moduli software di tipo B2B e quindi realizzare in modo efficiente ed efficace l'integrazione tra il sistema di valutazione (indicatori, valori, valutazioni, numeratori, denominatori, schede di calcolo, razionale) e i software del controllo di gestione e gli altri strumenti di Business analysis della Regione e delle Aziende. Per poter accedere ai Servizi RESTful è necessario utilizzare l'APIKEY personale attribuita dal sistema nella fase di registrazione.

### SCARICA IL TUTORIAL DELLA PIATTAFORMA PES

Per effettuare la scansione del codice QR, è sufficiente scaricare una qualsiasi applicazione da Google play o Apple store, e inquadrare il codice con la fotocamera. L'applicazione aprirà in automatico il contenuto.





2

RISULTATI





---

## 2.1 REGIONE TOSCANA



## La Performance Complessiva della Regione Toscana nel 2019

Il **bersaglio** riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Regione Toscana nel 2019. Dei 255 indicatori di valutazione calcolati a Maggio 2019, la Regione Toscana mostra una performance complessiva buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce centrali del bersaglio.

Le performance che hanno conquistato il centro del bersaglio 2019 riguardano la capacità di governare la domanda attraverso l'analisi dei tassi di **ospedalizzazione** (C1) dei ricoveri per acuti, segnale che il sistema sanitario riesce a rispondere alle esigenze di cura dei propri assistiti al di fuori dell'ospedale, e l'**efficienza prescrittiva farmaceutica** (F12), rappresentata dal ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, ottenuta grazie al monitoraggio costante del settore regionale, in collaborazione con i dipartimenti del farmaco delle aziende sanitarie, che ha ottenuto anche miglioramenti sull'ambito meno performante relativo all'**appropriato utilizzo dei farmaci** (C9). Per questo gruppo di indicatori vi sono segnali positivi soprattutto per la riduzione dell'uso degli antibiotici sul territorio: si passa da 19 DDD per 1000 abitanti del 2018 a 15 DDD per 1000 abitanti; in particolare, si sono ridotti quelli in età pediatrica: da 17 a 13 DDD per 1000 abitanti. Segnale positivo per la lotta all'antibiotico-resistenza, anche in considerazione della performance media rispetto alle altre regioni del network.

Rispetto all'anno precedente, fra gli indicatori monitorati come strategie regionali migliorano le **ricette dematerializzate** (B24) che nel 2019 arrivano a coprire l'80% delle prescrizioni elettroniche, con livelli ancora migliorabili relativi agli specialisti con almeno una prescrizione dematerializzata, che vanno dal 60% dell'Aust Nord Ovest al 95% della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio. Questa copertura ha permesso di trovare un terreno fertile per poter attivare in modo più consistente le strategie di dematerializzazione durante la fase COVID.

Gli **indici di performance della degenza media** (C2) confermano la tenuta del livello di performance del 2018: il "pallino" è posizionato nella fascia media poiché riflette il posizionamento rispetto alla media della degenza del 2016. È comunque rilevante il fatto che la Toscana registra la performance migliore d'Italia. A parità di risultati e di qualità (confermata dagli altri indicatori), questo indicatore di efficienza mette in evidenza la capacità di organizzare il percorso di cura attivando in modo tempestivo i collegamenti con gli altri setting assistenziali (come ad esempio l'assistenza domiciliare o le cure intermedie). Positivi anche gli indicatori di appropriatezza medica, chirurgica e di qualità, a conferma dei risultati già ottenuti gli anni precedenti.

Complessivamente, migliora la capacità di **produzione scientifica** delle aziende ospedaliere-universitarie, Fondazione Toscana Gabriele Monasterio ed ISPRO.

Per quanto riguarda il **Pronto Soccorso**, nel 2019 gli indicatori mostrano un lieve incre-

mento rispetto all'anno precedente, ossia un aumento del tasso di accesso al PS e una permanenza elevata in PS. L'elevato accesso al PS da parte della popolazione residente è considerato a livello internazionale un indicatore indiretto della mancata risposta (o tempestività di risposta) ai bisogni di cura da parte delle cure primarie ed è uno dei servizi che ha visto un drastico calo durante la fase di lockdown, ponendo di nuovo al centro del dibattito la quantificazione degli accessi inappropriati. Ancora in zona critica gli indicatori monitorati relativi al percorso della salute mentale.

Gli **indici economici** (che fanno ancora riferimento al 2018) mostrano un costo procapite superiore a quello della media delle regioni con cui si confronta nel network delle regioni ed una performance positiva nel saldo delle compensazioni (legate alla mobilità dei pazienti) extraregionale. Sicuramente saranno indicatori che peggioreranno nel 2020, anche in relazione alla fase di ridotta libertà di movimento dei pazienti sul territorio nazionale.

Dal pentagramma regionale presente in questo report non emergono disomogeneità evidenti nella performance tra le diverse fasi del **percorso materno-infantile**, con un livello complessivamente più rappresentato nella fascia media (di colore giallo). Il punto di forza consiste nella percentuale di episiotomie per i parti depurati, mentre margini di miglioramento si riscontrano su indicatori relativi sempre alla fase dell'assistenza al parto derivanti dall'indagine alle utenti, ed in particolare per quanto riguarda la valutazione della continuità assistenziale in travaglio e parto e la valutazione del lavoro di squadra del personale ospedaliero.

La mappa di performance del percorso materno-infantile del 2019 mostra una capacità di miglioramento media, con alcuni indicatori migliorati lievemente (parti cesarei, episiotomie, ospedalizzazioni nel primo anno di vita) mentre altri presentano un lieve peggioramento relativo (parti operativi e accesso tardivo delle donne straniere).

La performance regionale sul **percorso oncologico** è complessivamente buona in tutte le fasi del percorso, con risultati ottimi per quanto riguarda la concentrazione della casistica per interventi chirurgici per tumore maligno della mammella, gli interventi conservativi nipple/skin-sparing e l'asportazione del linfonodo sentinella, mentre permangono margini di miglioramento per la gestione delle cure palliative in particolare per la degenza in hospice <=7 giorni dei pazienti oncologici non presi in carico dal servizio stesso.

La mappa di performance indica la quasi totalità degli indicatori migliorati o stabili, ad eccezione dell'adesione allo screening coloretale e mammografico.

Il pentagramma della **salute mentale** mostra come a livello regionale la qualità dell'assistenza sia ancora uno degli ambiti di miglioramento, eccezione fatta per l'indicatore atto a valutare l'appropriatezza psicoterapeutica.

La mappa di performance conferma i margini di miglioramento della performance del percorso della salute mentale, in quanto dal 2018 al 2019 la quasi totalità degli indicatori ha presentato una situazione di stabilità oppure di lieve peggioramento.

Il pentagramma del **percorso assistenza domiciliare e residenziale** riscontra un livello di performance medio o buono nelle quattro fasi del percorso, mostrando, attraverso la mappa di performance, una buona capacità di miglioramento a livello regionale, in quanto nel 2019 la quasi totalità degli indicatori presenta una performance stabile o migliorata rispetto all'anno precedente.

La fase di accesso registra mediamente buone performance, pur con specificità. In particolare più critiche, ma comunque con una valutazione media, sono le performance relative al tasso di segnalazioni, alle ammissioni in RSA entro 30gg e al tasso di nuovi ammessi in RSA.

La fase relativa all'intensità assistenziale ha performance regionali assai variabili: in particolare la percentuale di anziani con assistenza domiciliare con Coefficiente di Intensità Assistenziale per l'ADI maggiore di 0,13 è ancora bassa per tutti i territori, anche se si registra un netto miglioramento tra il 2018 (34%) ed il 2019 (38%). Questo rappresenta l'indicatore più critico di tutto il percorso. Molto buona invece la performance del nuovo indicatori di valutazione relativo agli anziani con più di 75 anni che risiedono in strutture residenziali di tipo R3.

La qualità dell'erogazione, misurata attraverso accessi potenzialmente evitabili verso altri setting assistenziali (in particolare il ricovero ospedaliero), presenta margini di miglioramento. Si sottolineano in ogni caso tra il 2018 ed il 2019 miglioramenti per i due indicatori relativi all'assistenza domiciliare e trend stabili per i due indicatori relativi alle RSA a livello regionale.

Infine la fase relativa alla continuità considera alcuni indicatori che fanno riferimento alla presa in carico nei percorsi domiciliari (ad esempio gli accessi nei giorni festivi) e tra ospedale e territorio (ad esempio la tempestività degli accessi dopo un ricovero ospedaliero). L'indicatore relativo agli accessi domiciliari entro 2 gg da un ricovero ospedaliero per gli anziani ultra 75enni mostra ottime performance, rimanendo stabile tra il 2018 ed il 2019. Più critico è invece l'indicatore sugli accessi domiciliari durante i festivi e prefestivi, che migliora sensibilmente nel tempo.

Il pentagramma del **percorso cronicità** riporta una performance regionale complessivamente buona, mentre permangono ancora alcuni margini di miglioramento, in particolare nella fase della compliance, in particolare la percentuale di residenti con Scenari Cardio in terapia con ACE inibitori o sartani e la percentuale di residenti con diabete che hanno effettuato almeno una visita oculistica negli ultimi due anni.

La mappa di performance conferma la buona capacità di miglioramento della Regione Toscana sul percorso cronicità, con la maggior parte degli indicatori che nel 2019 ha visto un miglioramento rispetto all'anno 2018.

I risultati che si osservano nel pentagramma per la Regione Toscana mostrano com-

pletivamente una performance media del **percorso emergenza-urgenza**. Si sottolinea come criticità più rilevante la percentuale di accessi al PS con tempo di permanenza inferiore alle 8 ore.

La mappa di performance del percorso emergenza-urgenza a livello complessivo regionale mostra un miglioramento per gli indicatori sugli abbandoni, sui ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione e sulla tempestività di arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto. In peggioramento invece la percentuale di accessi al PS con tempo di permanenza inferiore alle 8 ore e il tasso di accesso al PS.

# REGIONE TOSCANA

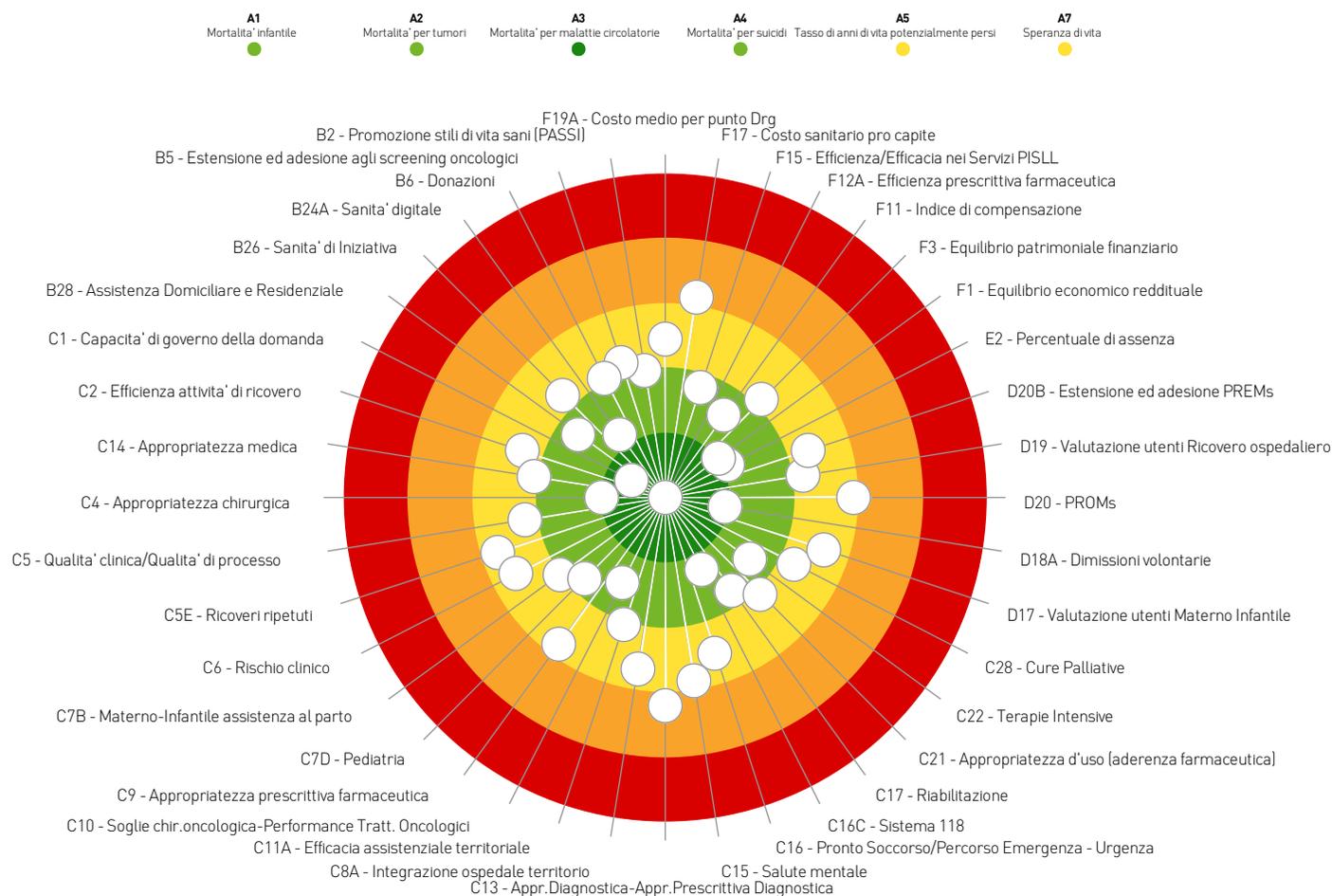
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 203

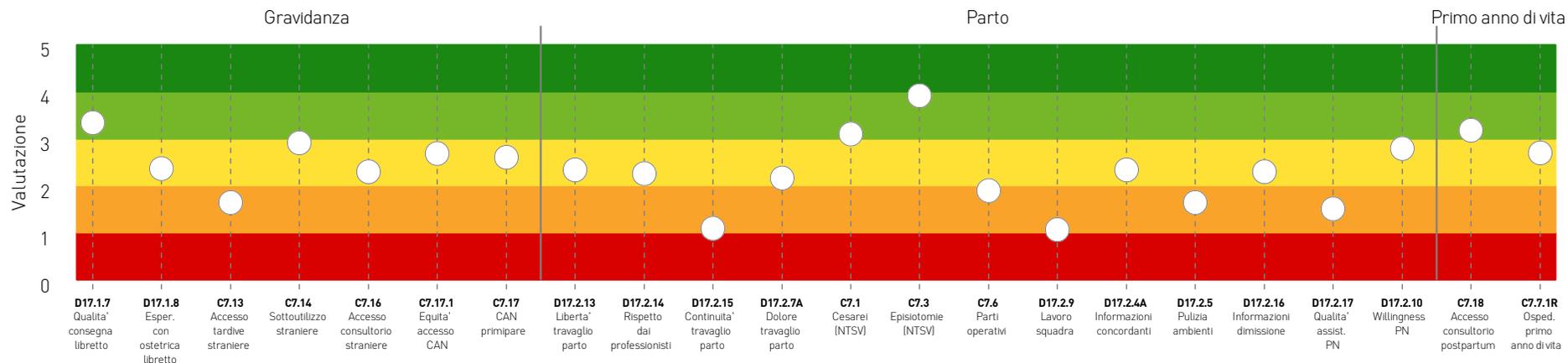


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

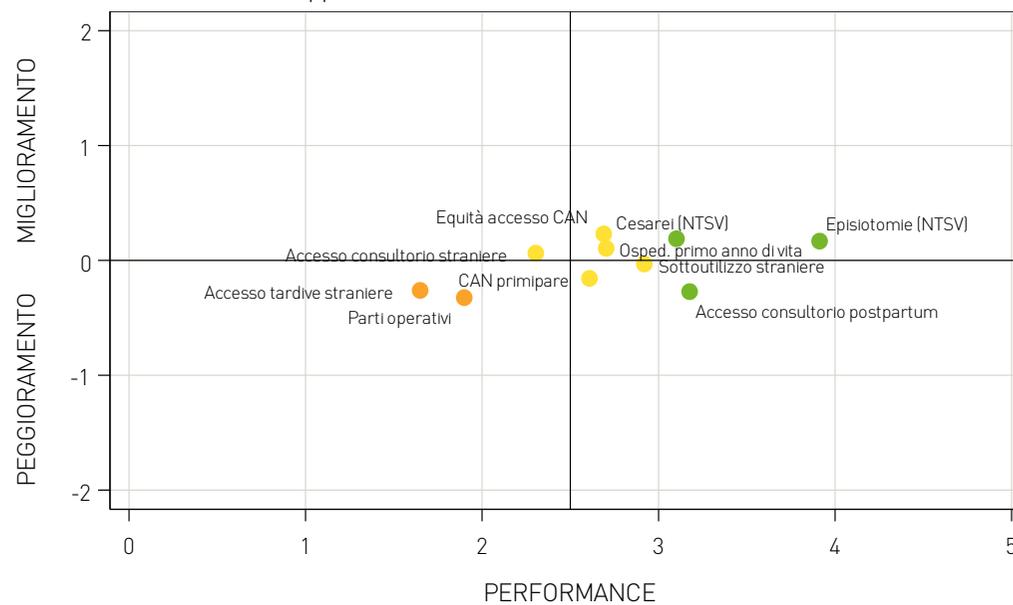
## Valutazione della performance 2019



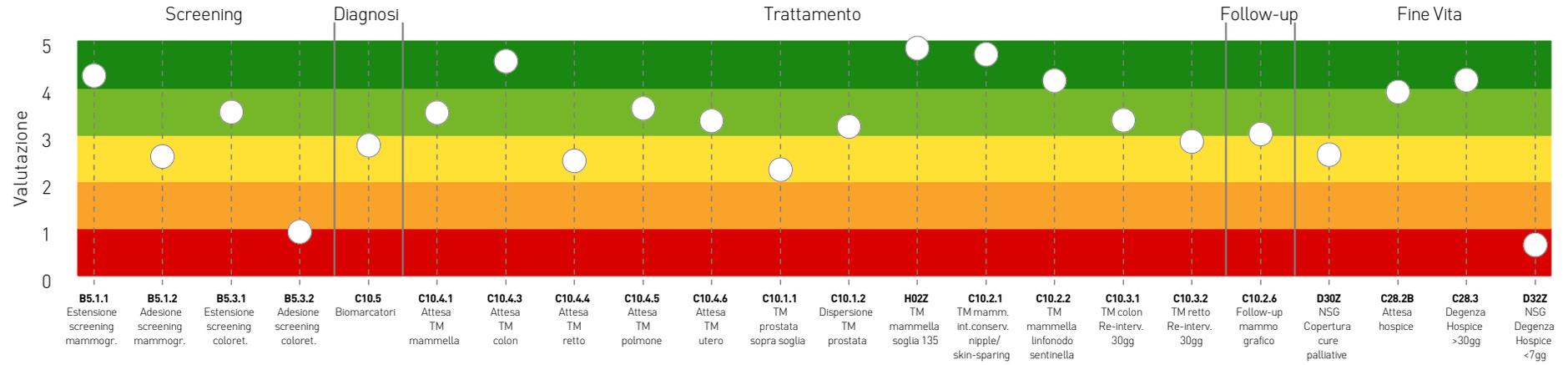
### Percorso Materno-Infantile - Regione Toscana



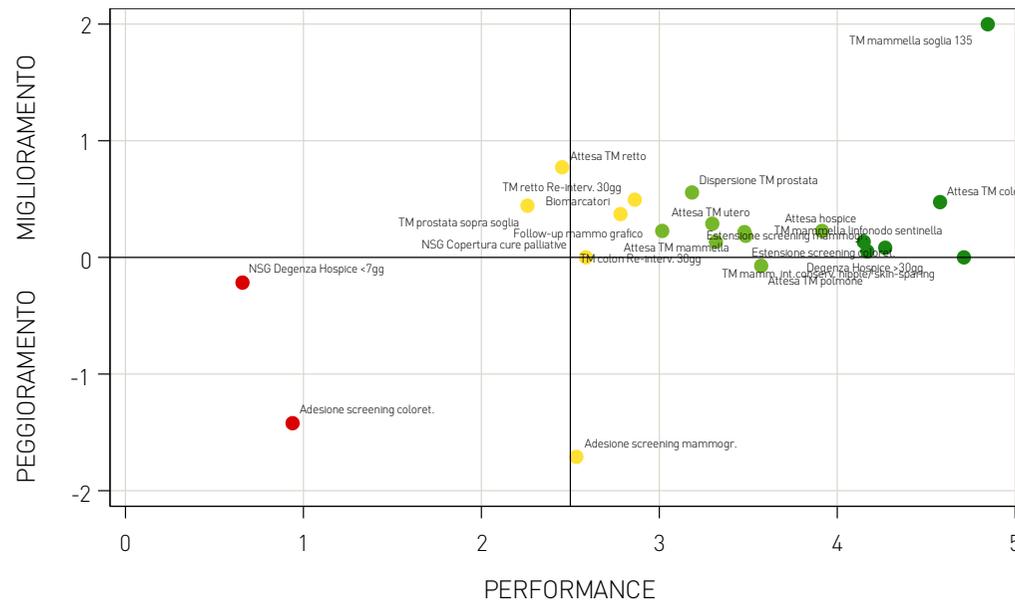
### Percorso Materno-Infantile Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2019



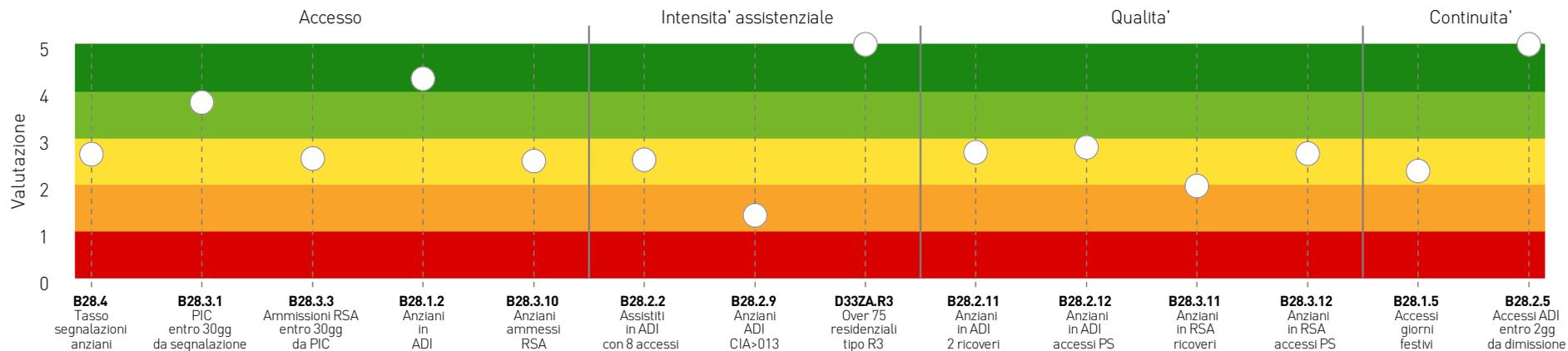
### Percorso Oncologia - Regione Toscana



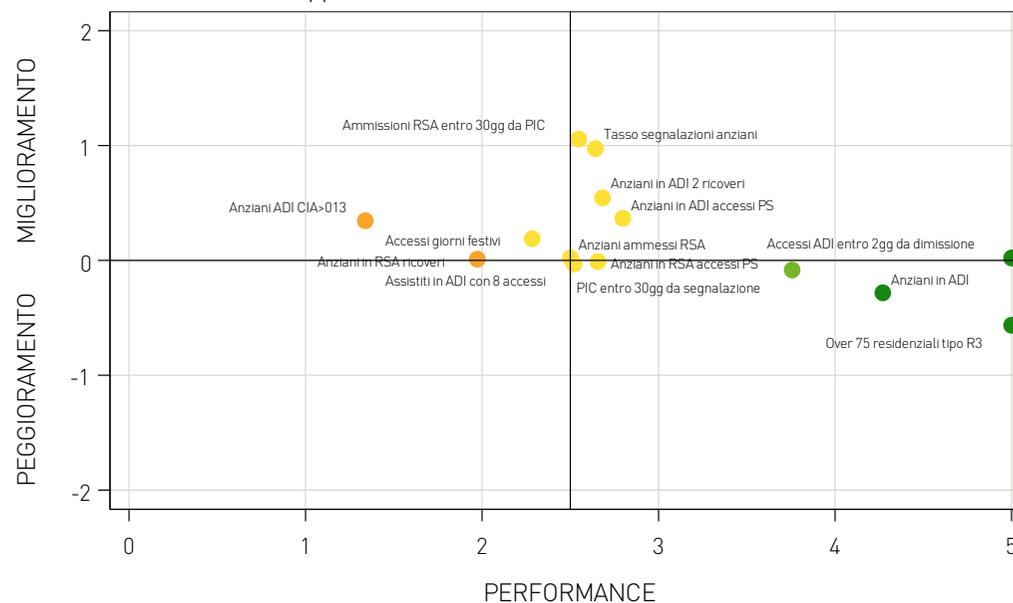
### Percorso Oncologia Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2019



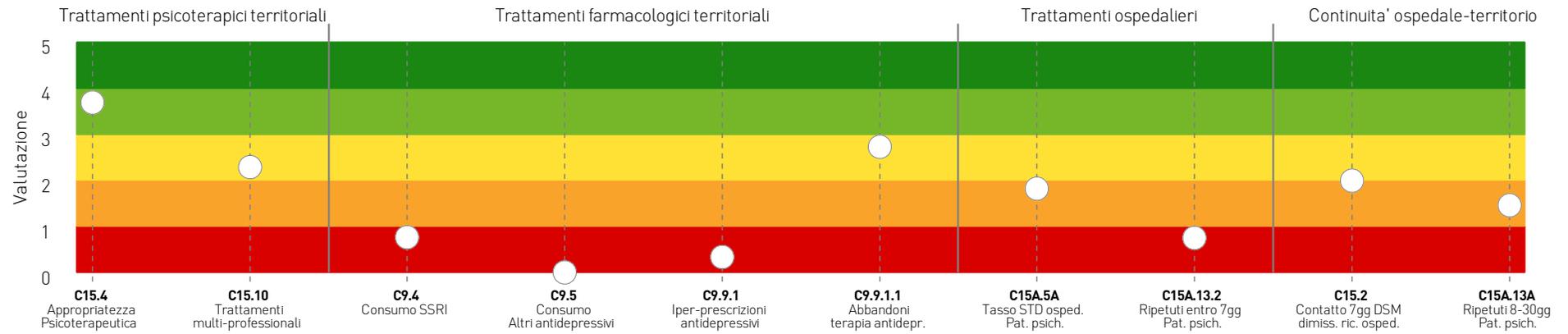
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - Regione Toscana



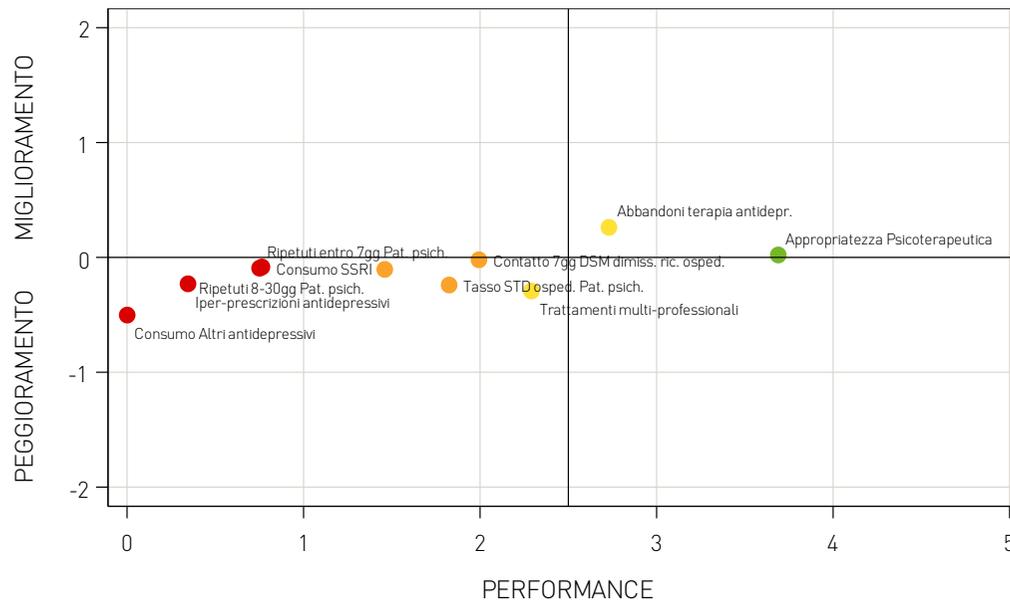
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2019



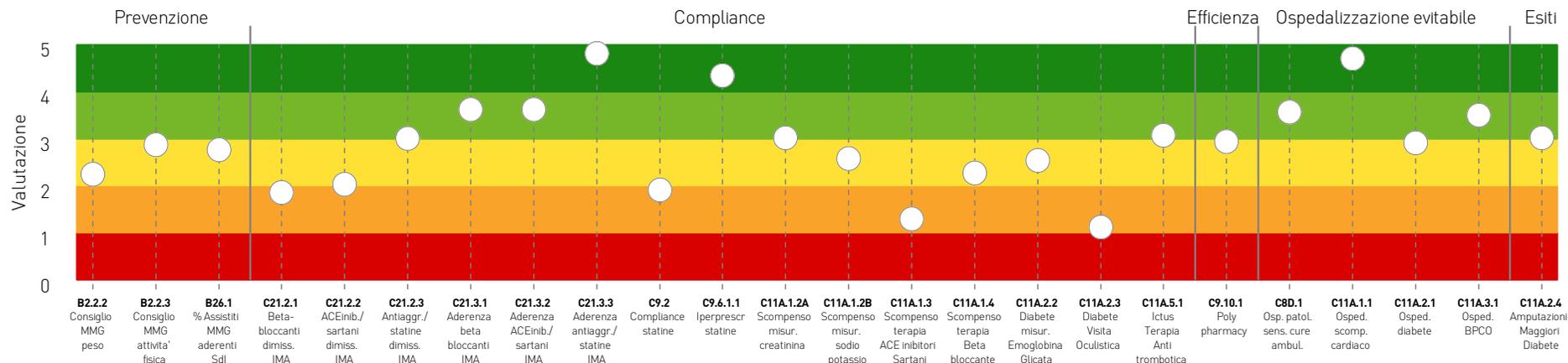
### Percorso Salute Mentale - Regione Toscana



### Percorso Salute Mentale Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2019

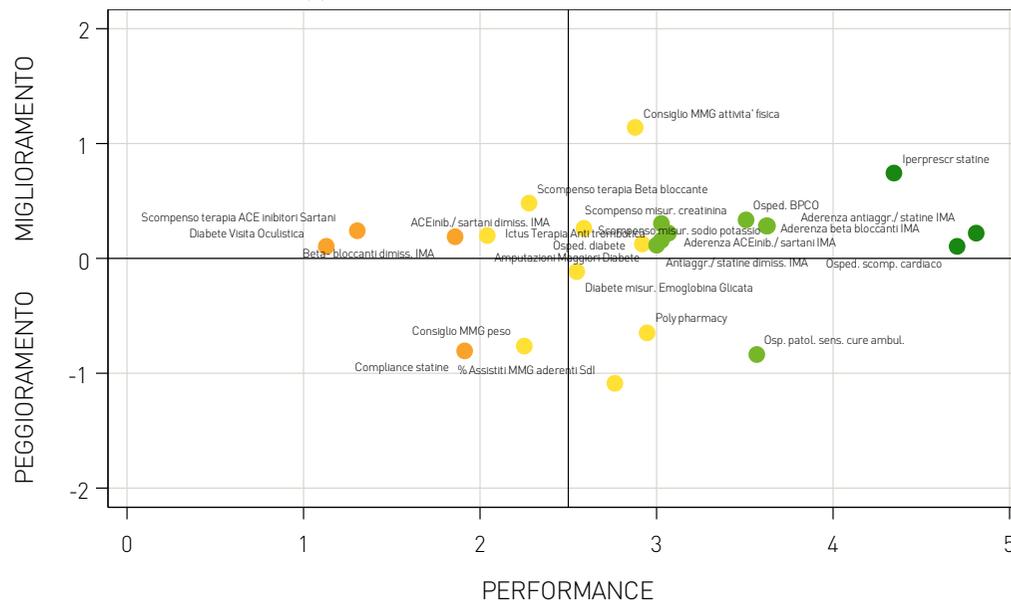


### Percorso Cronicita' - Regione Toscana

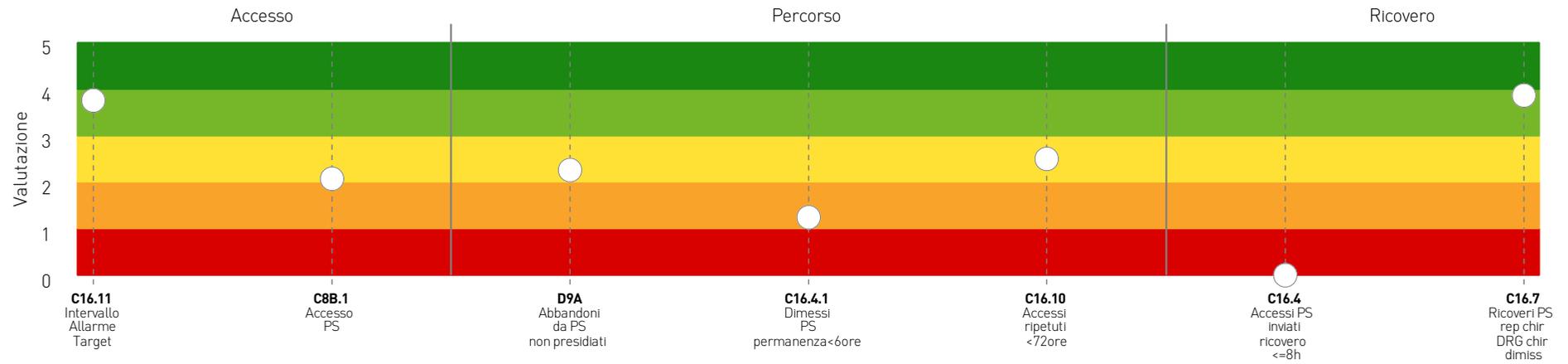


### Percorso Cronicita'

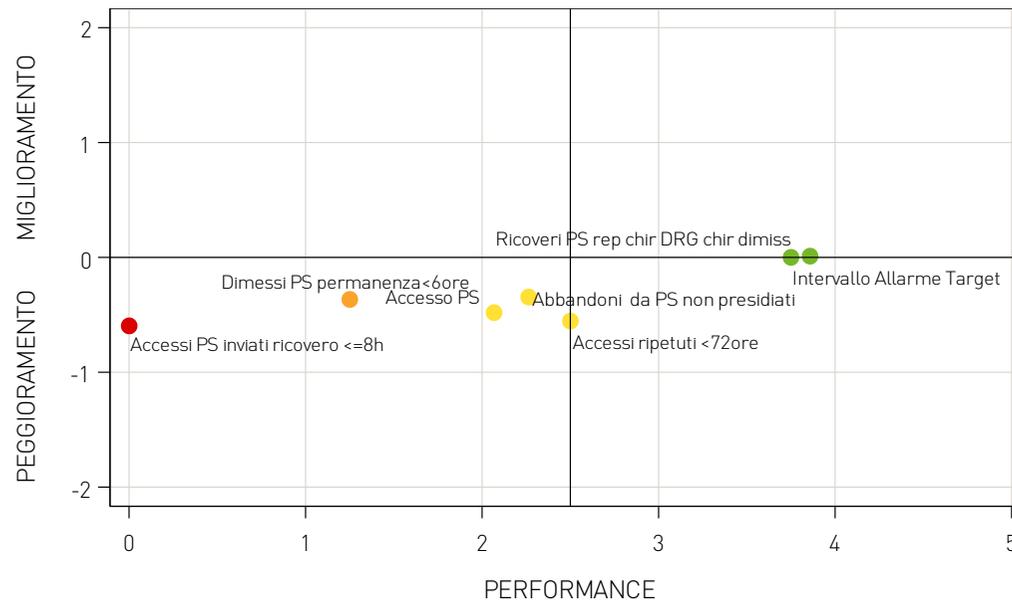
Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2019



### Percorso Emergenza-Urgenza - Regione Toscana



### Percorso Emergenza-Urgenza Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2019



---

## 2.2 AREE VASTE



# AUSL TOSCANA CENTRO

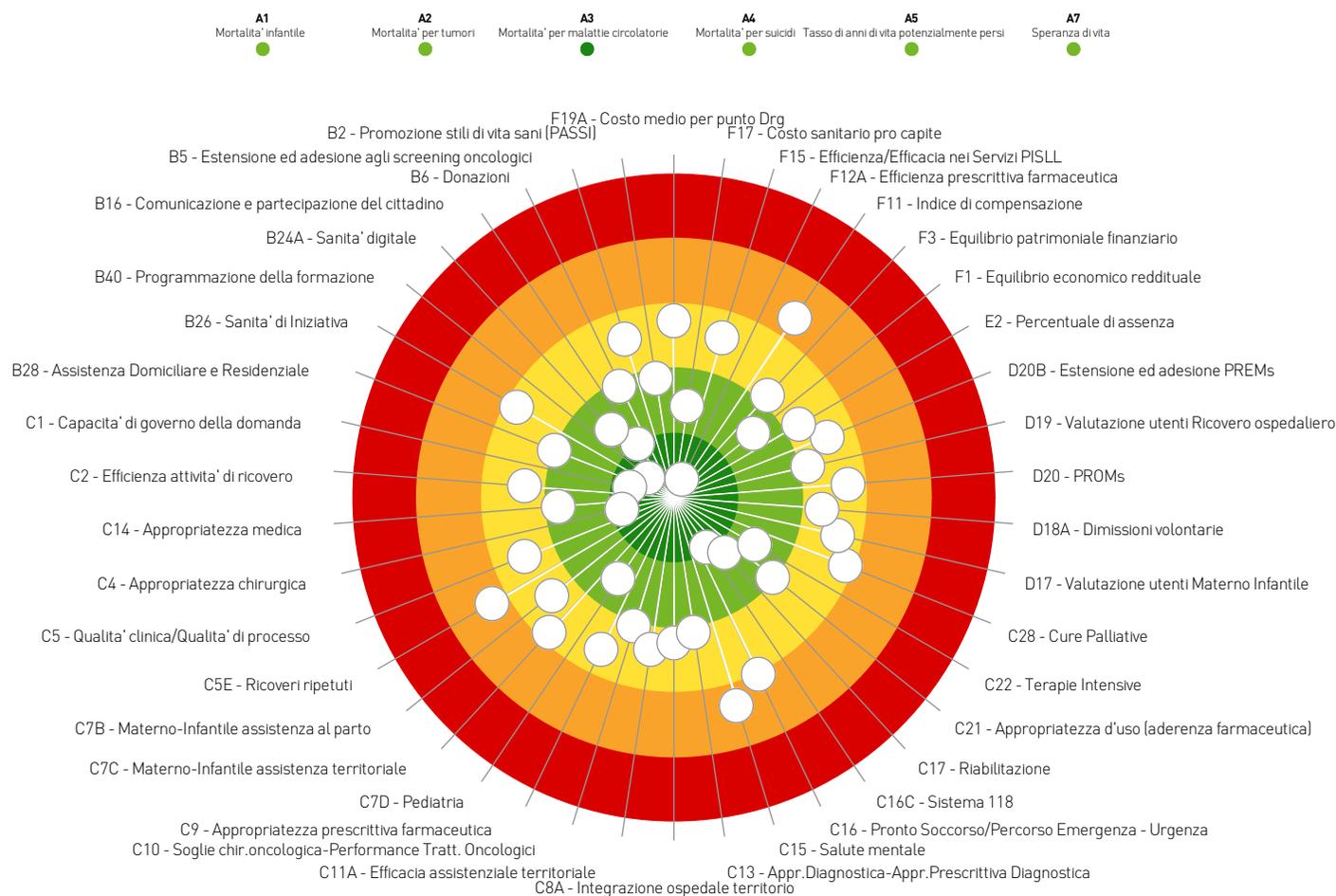
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 199



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2019



# AOU CAREGGI

## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

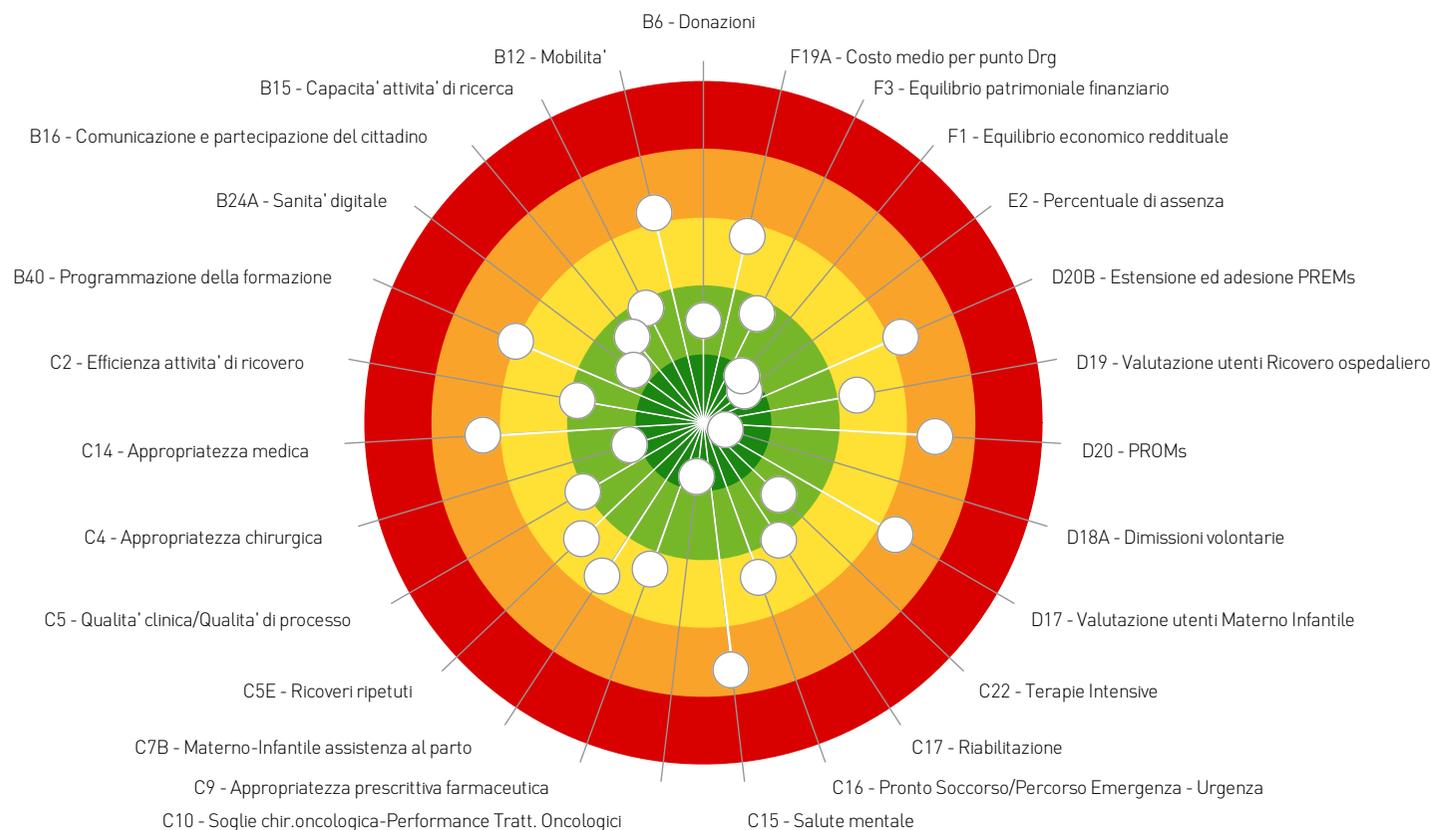
Numero indicatori di valutazione: 93



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2019

**B15.1.1A** Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti  
**B15.1.3** Numero medio pubblicazioni per dirigenti



# AOU MEYER

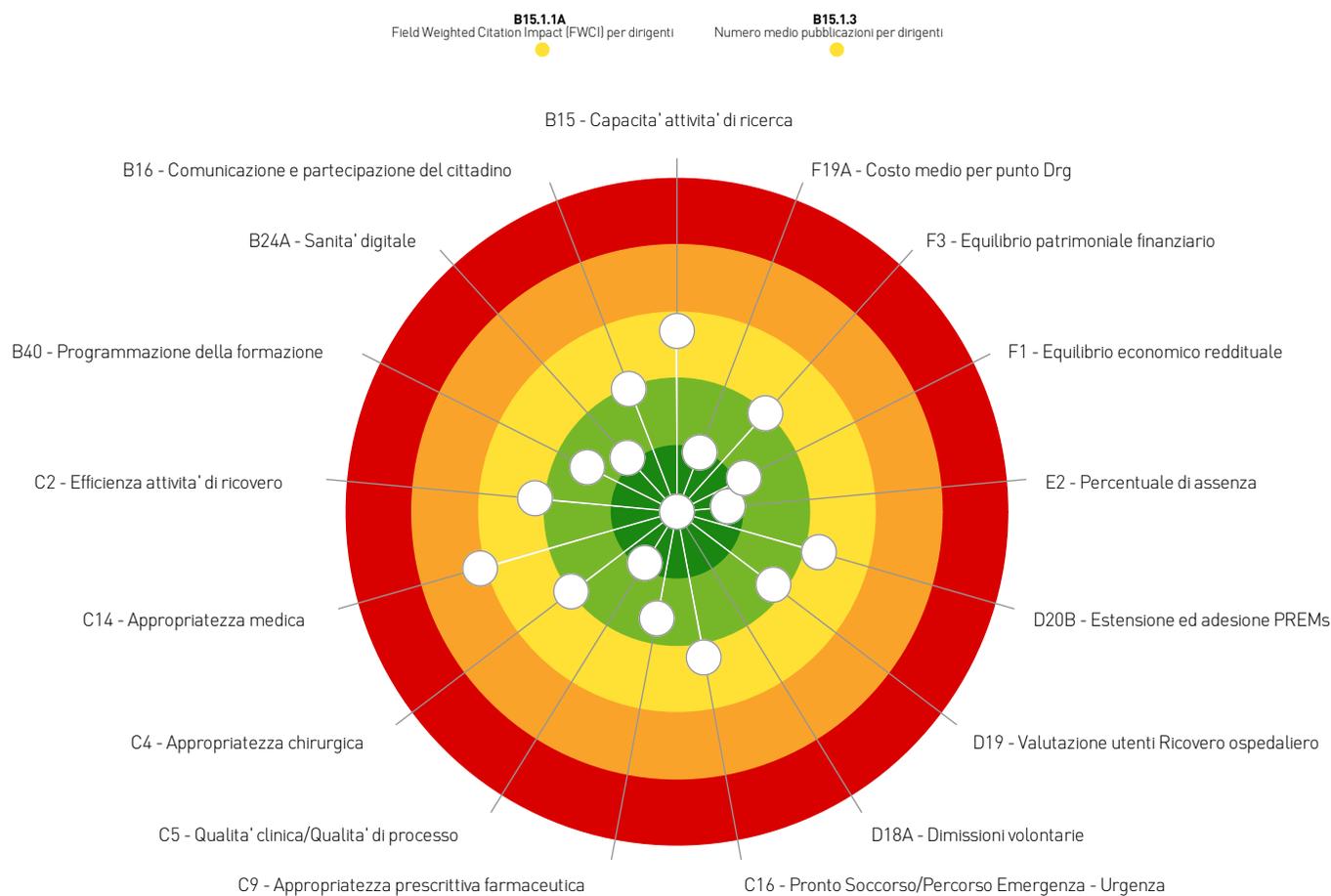
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 31



● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

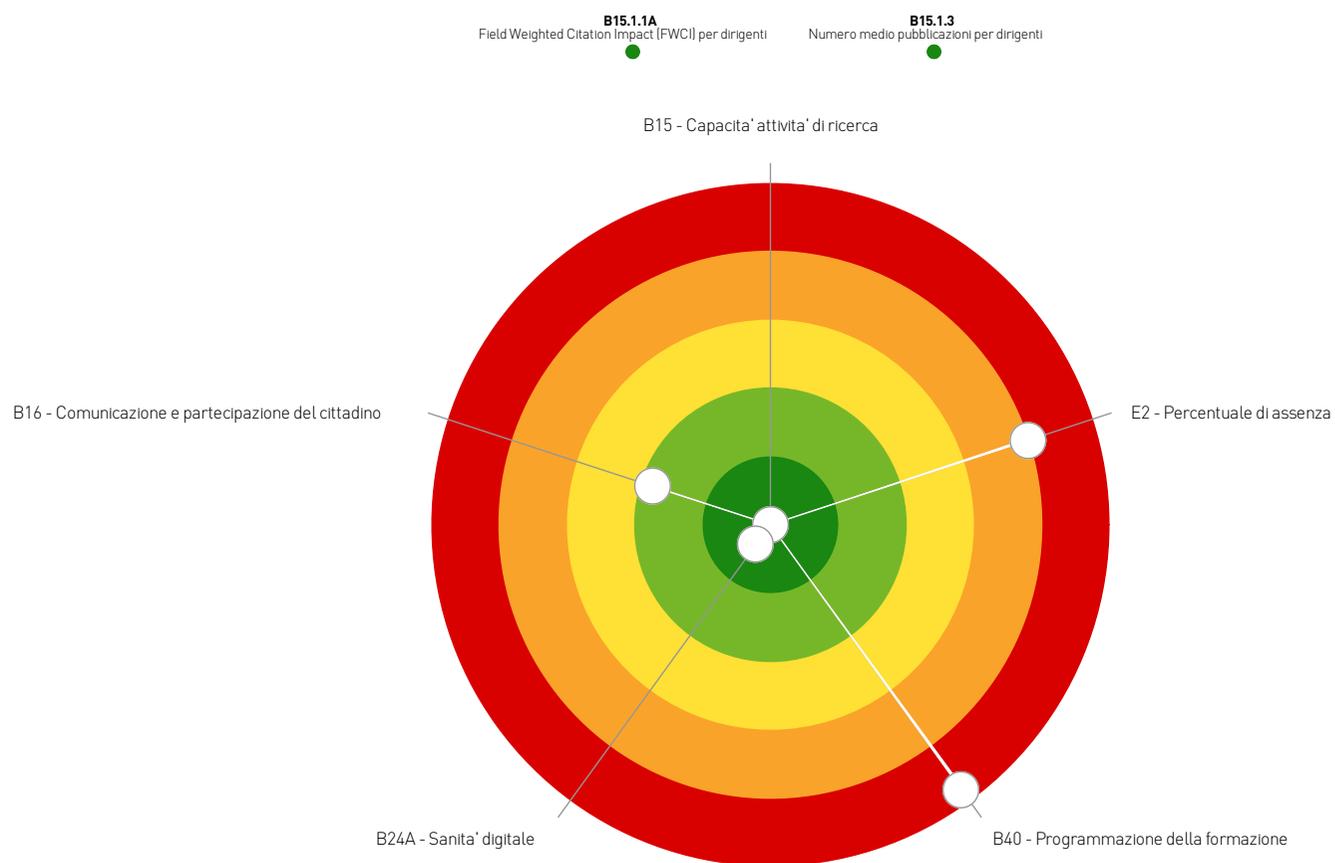
## Valutazione della performance 2019



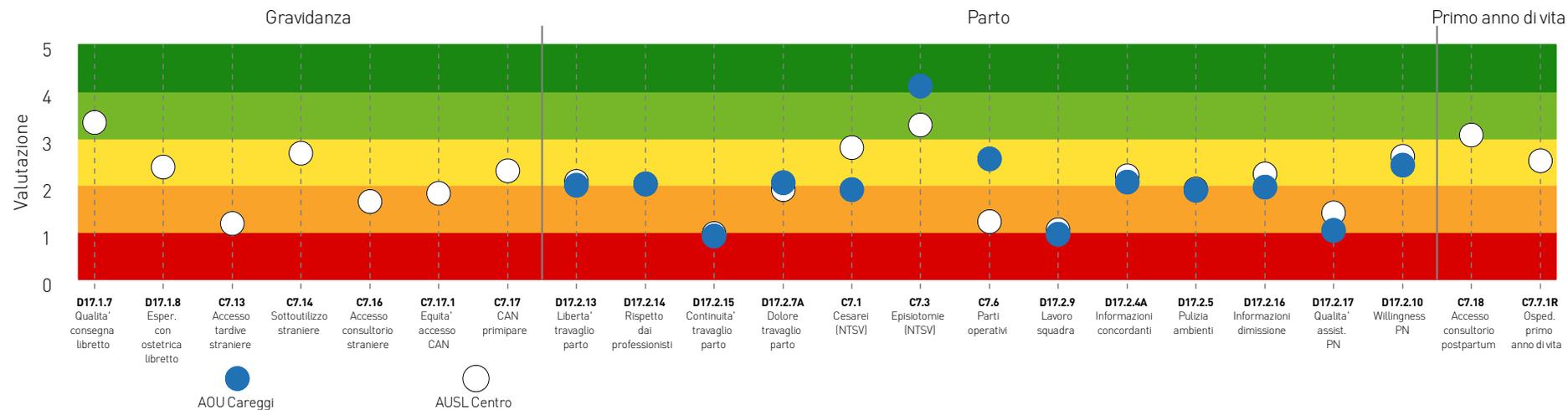
# ISPRO

(Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologia)

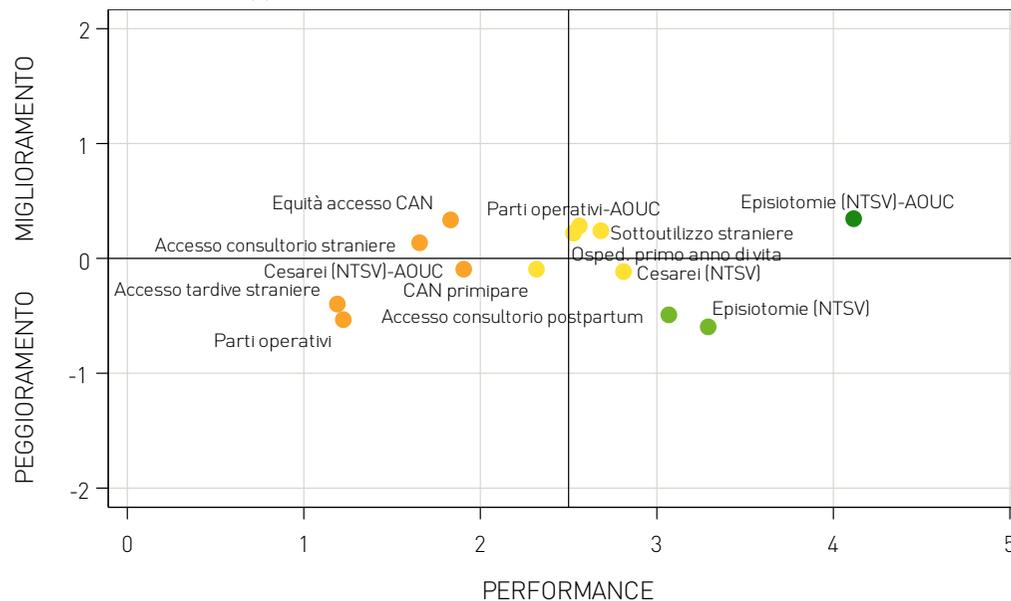
## Valutazione della performance 2019



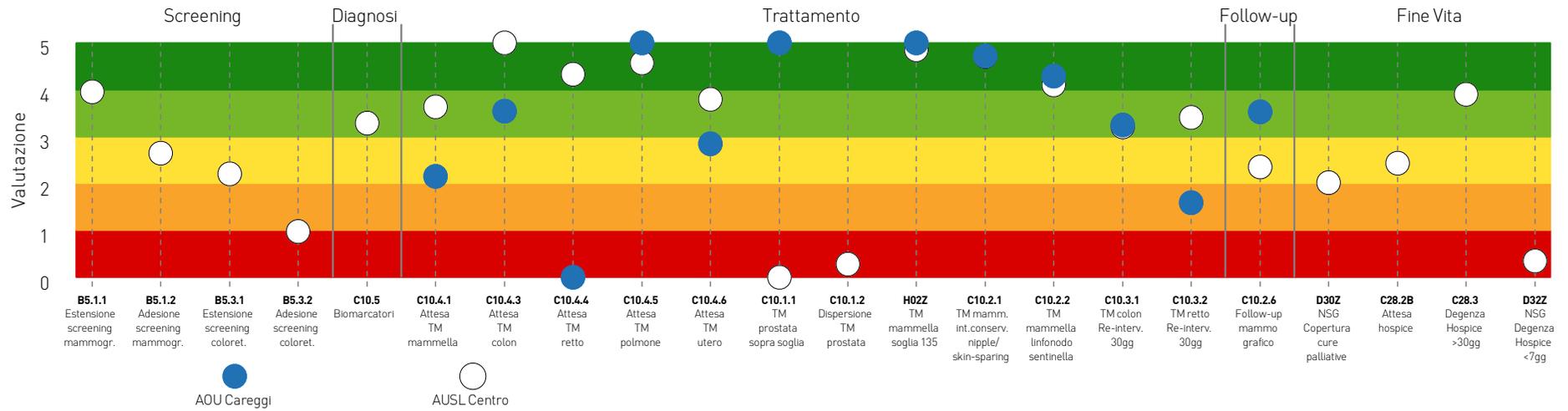
### Percorso Materno-Infantile - Area Vasta Centro



### Percorso Materno-Infantile Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2019

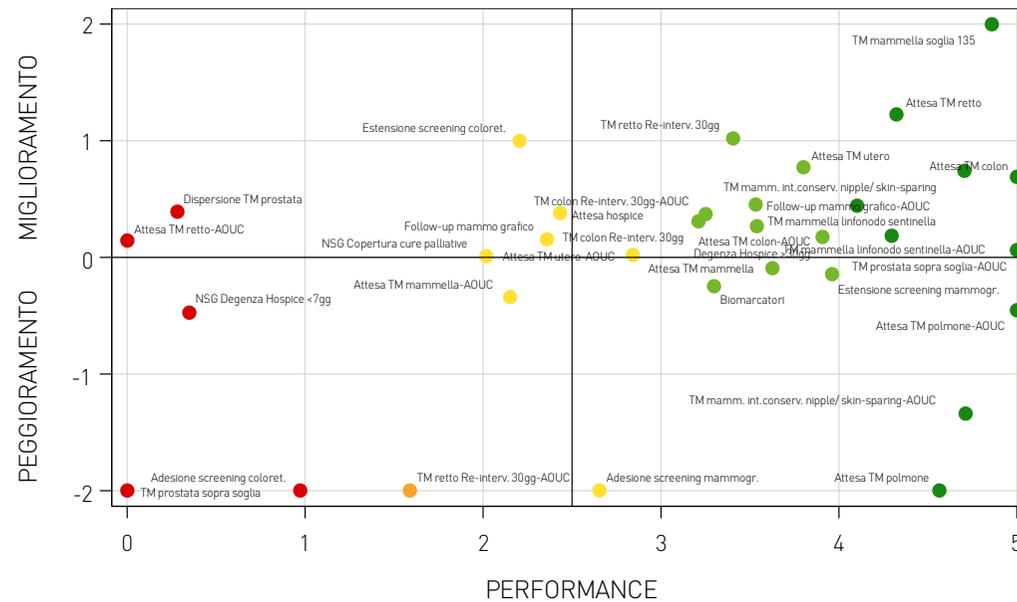


### Percorso Oncologia - Area Vasta Centro

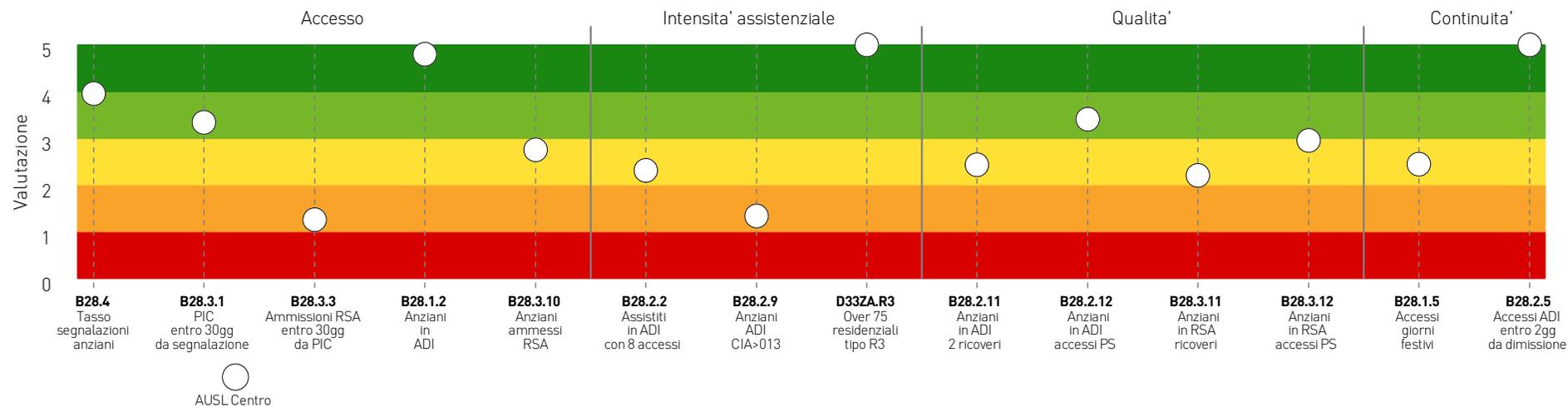


### Percorso Oncologia

Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2019



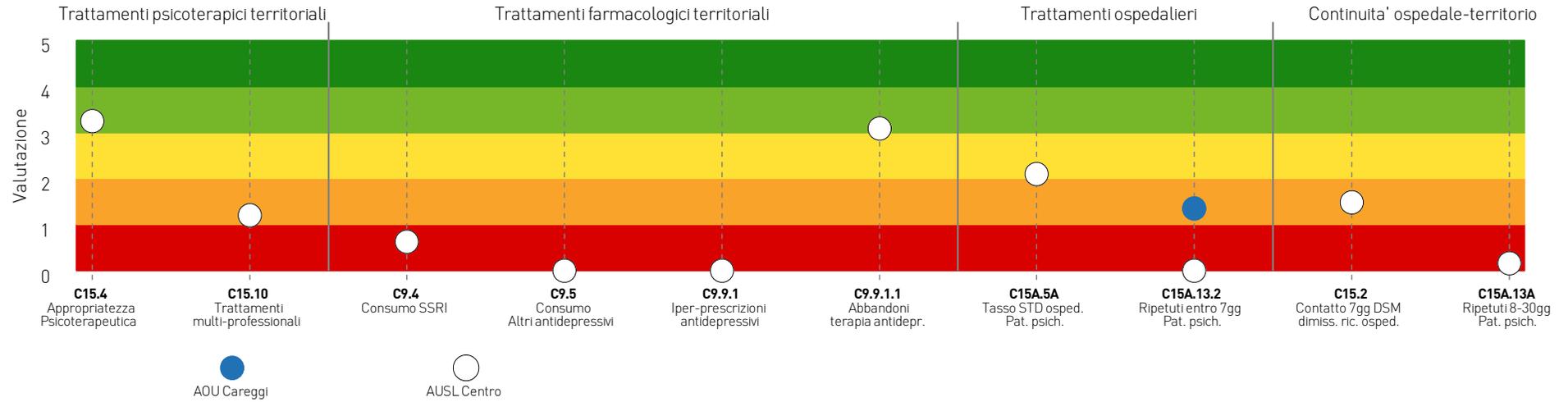
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - AUSL Toscana Centro



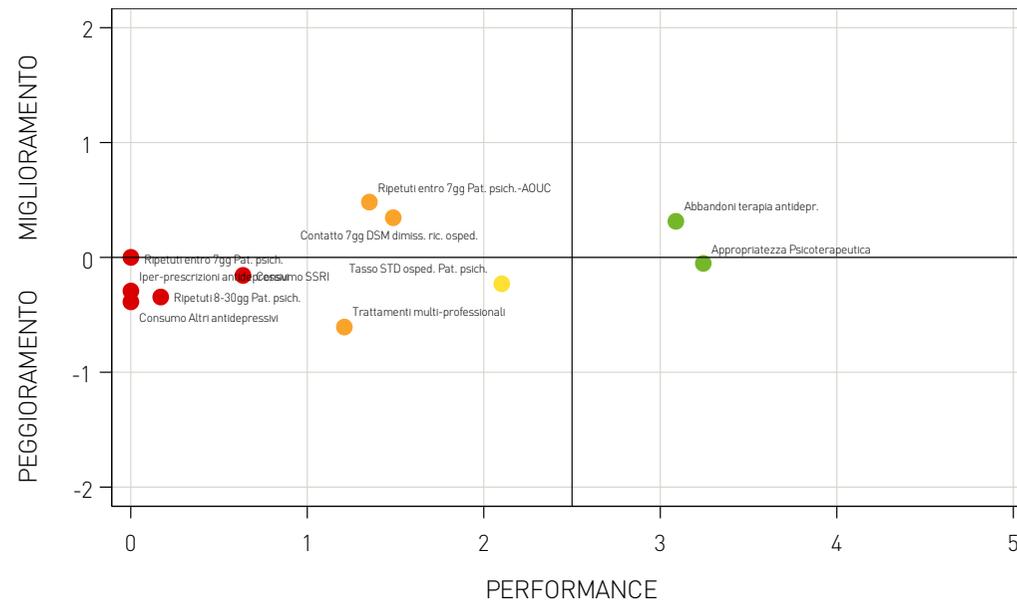
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - AUSL Toscana Centro - Anno 2019



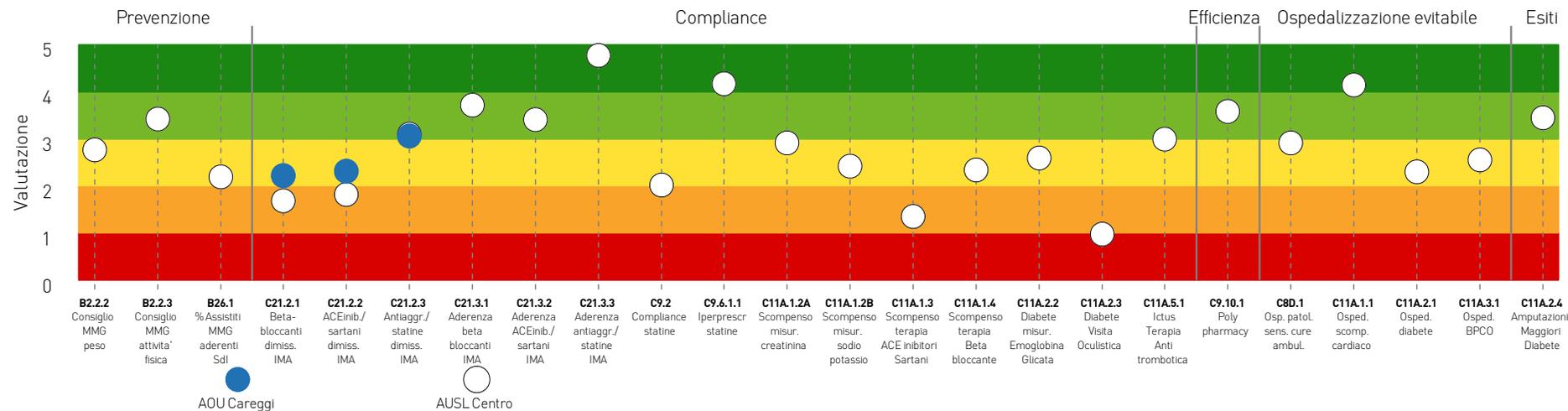
### Percorso Salute Mentale - Area Vasta Centro



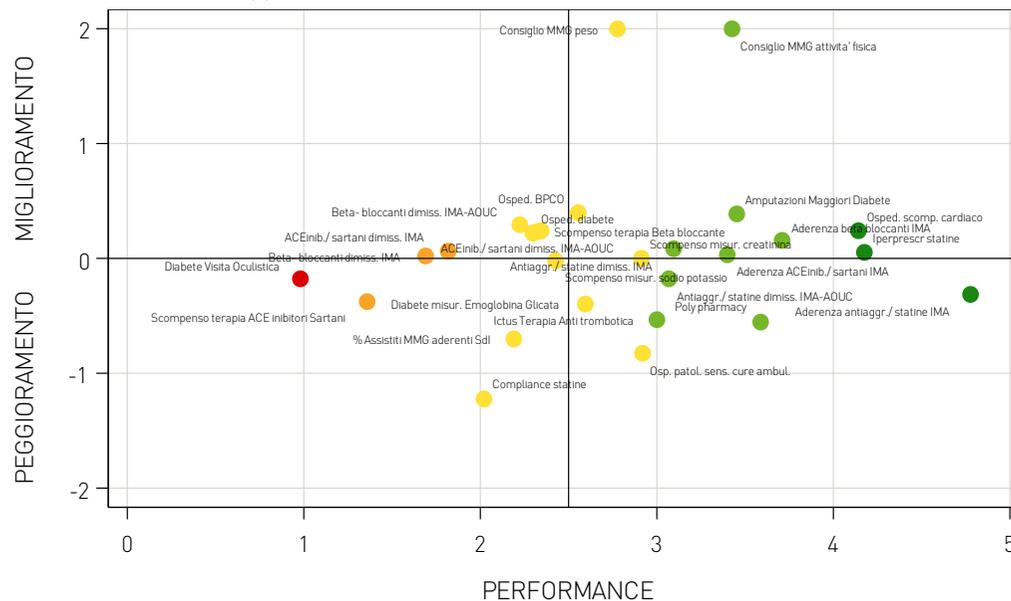
### Percorso Salute Mentale Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2019



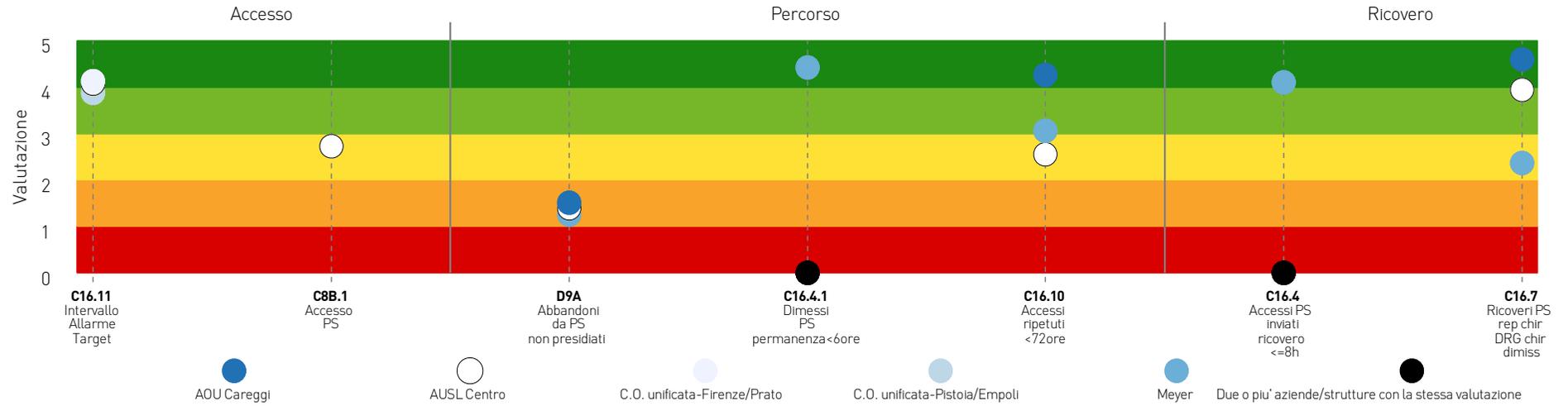
### Percorso Cronicita' - Area Vasta Centro



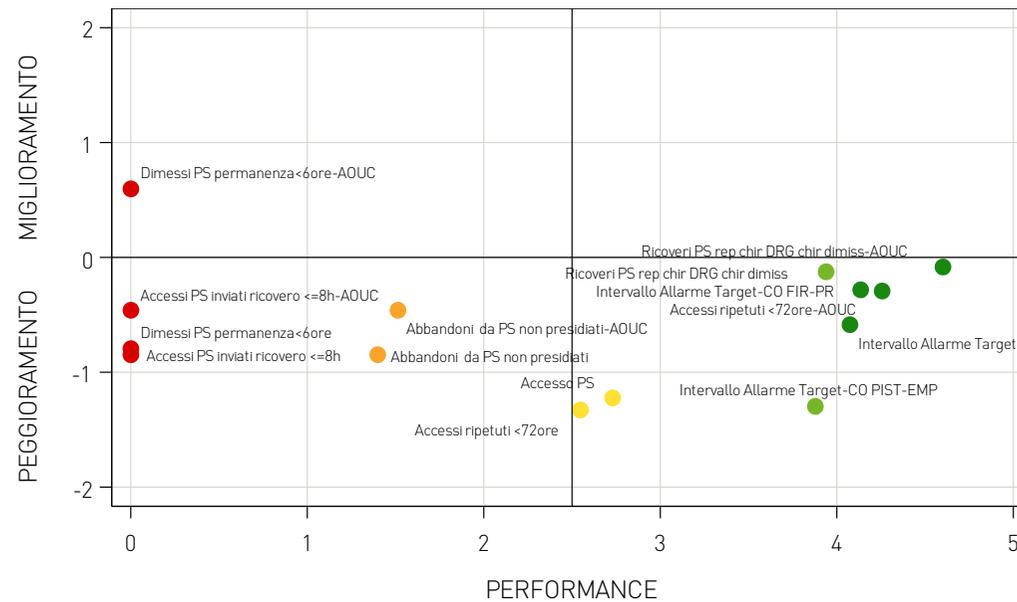
### Percorso Cronicita' - Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2019



### Percorso Emergenza-Urgenza - Area Vasta Centro



### Percorso Emergenza-Urgenza Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2019



# AUSL TOSCANA NORD OVEST

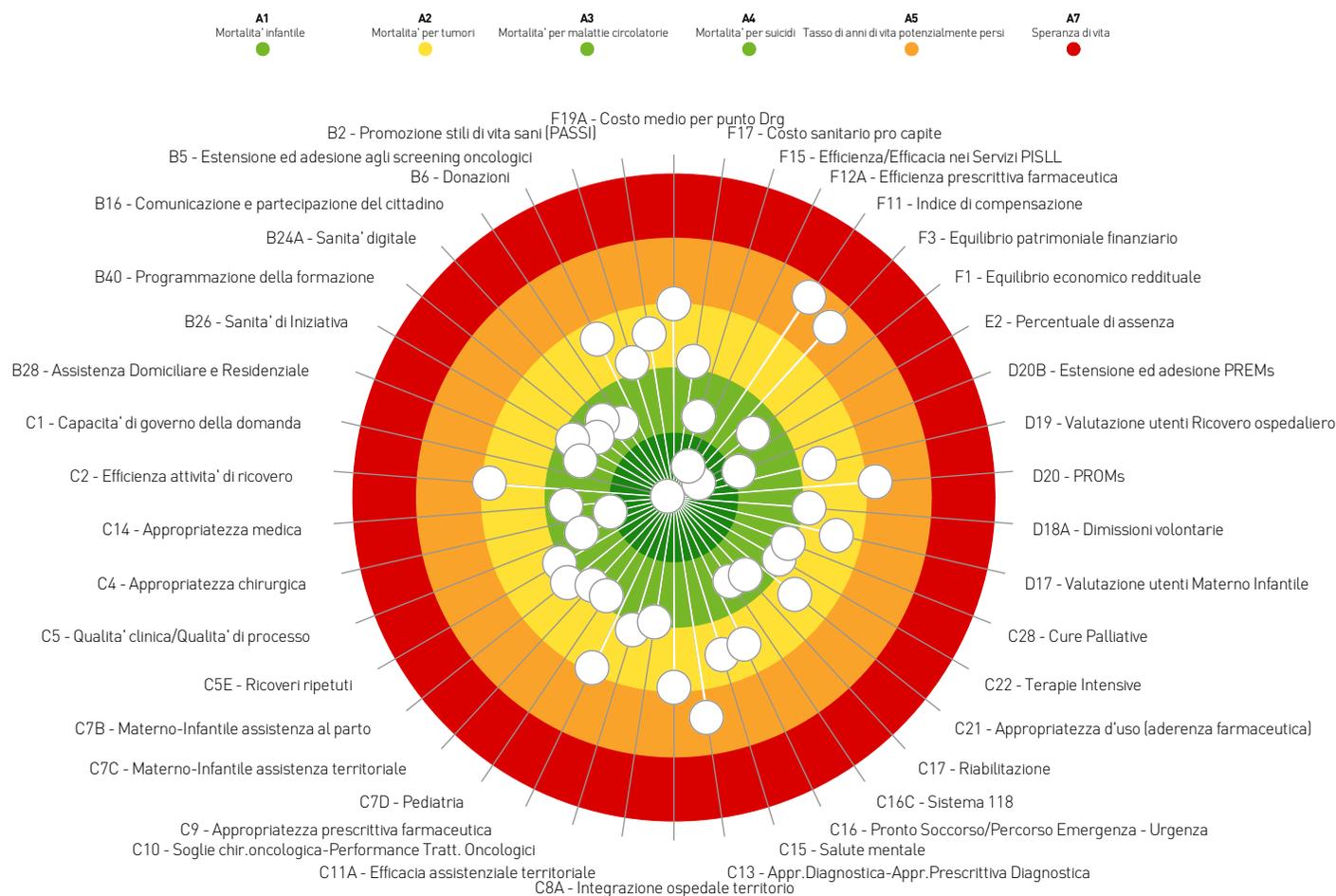
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 200



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2019



# AOU PISANA

## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

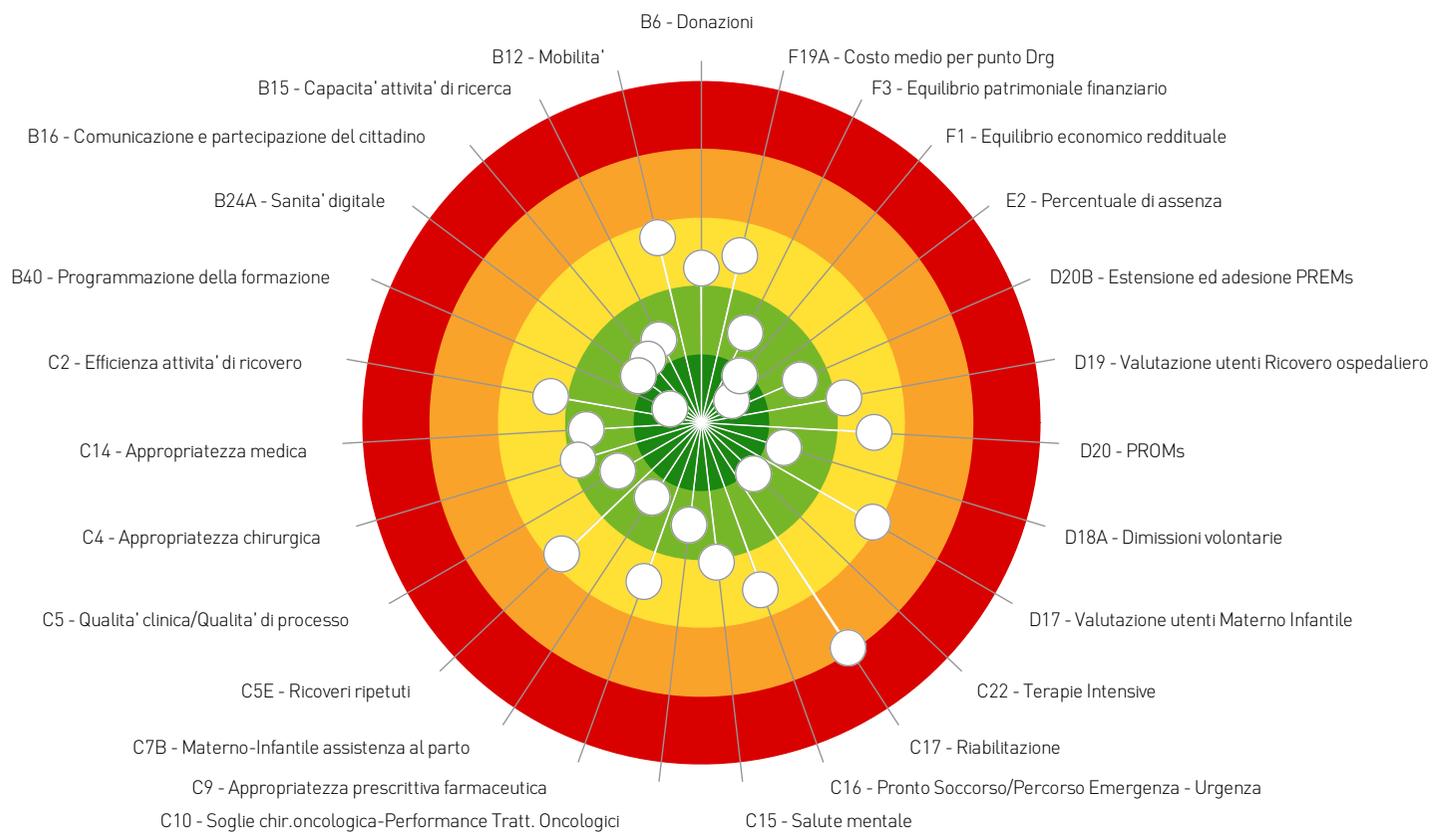
Numero indicatori di valutazione: 97



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2019

**B15.1.1A** Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti  
**B15.1.3** Numero medio pubblicazioni per dirigenti



# FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO

## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 26

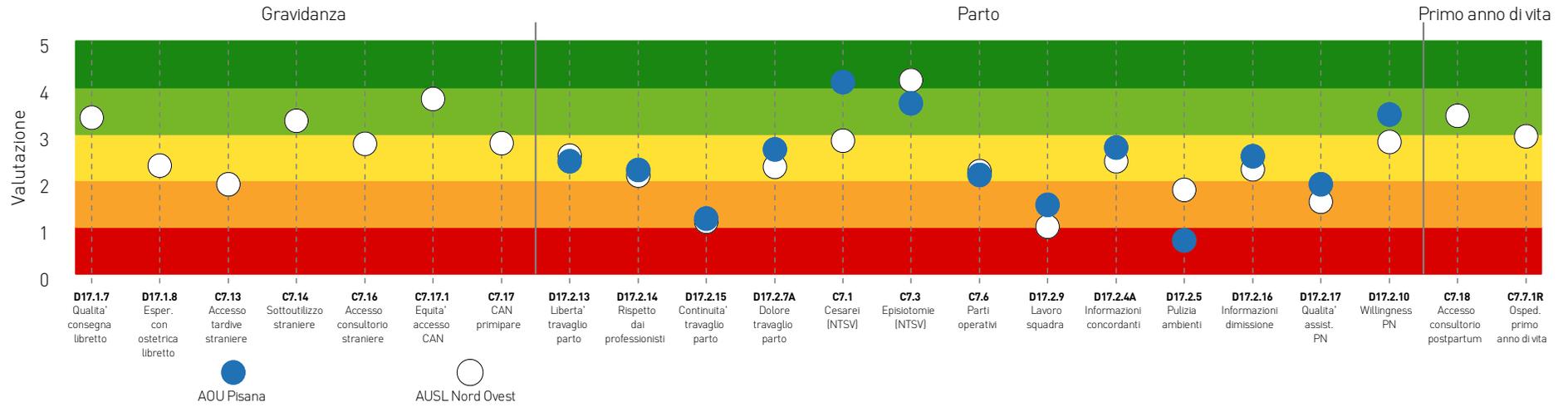


● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2019

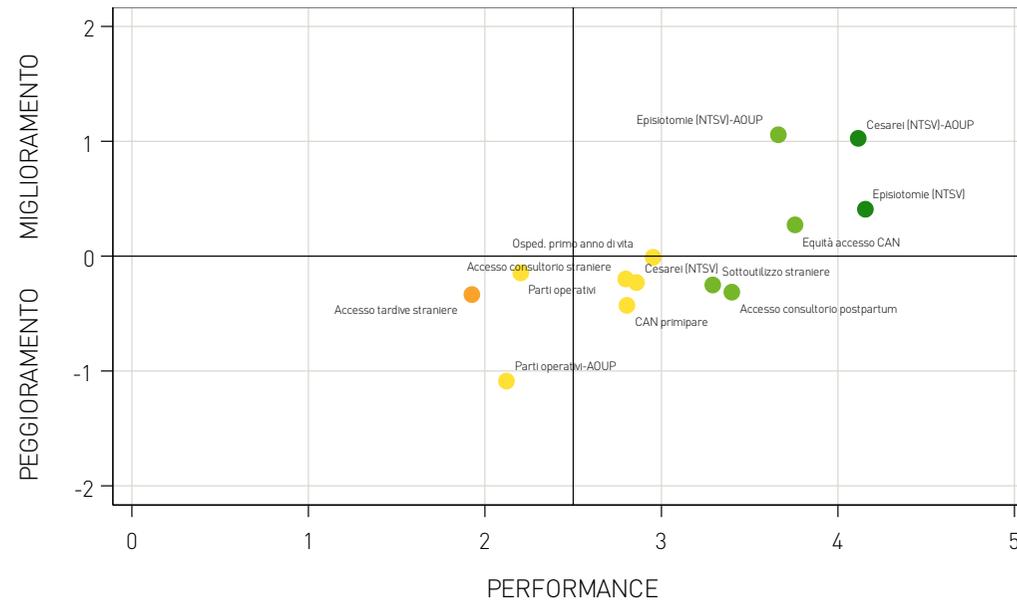


### Percorso Materno-Infantile - Area Vasta Nord Ovest

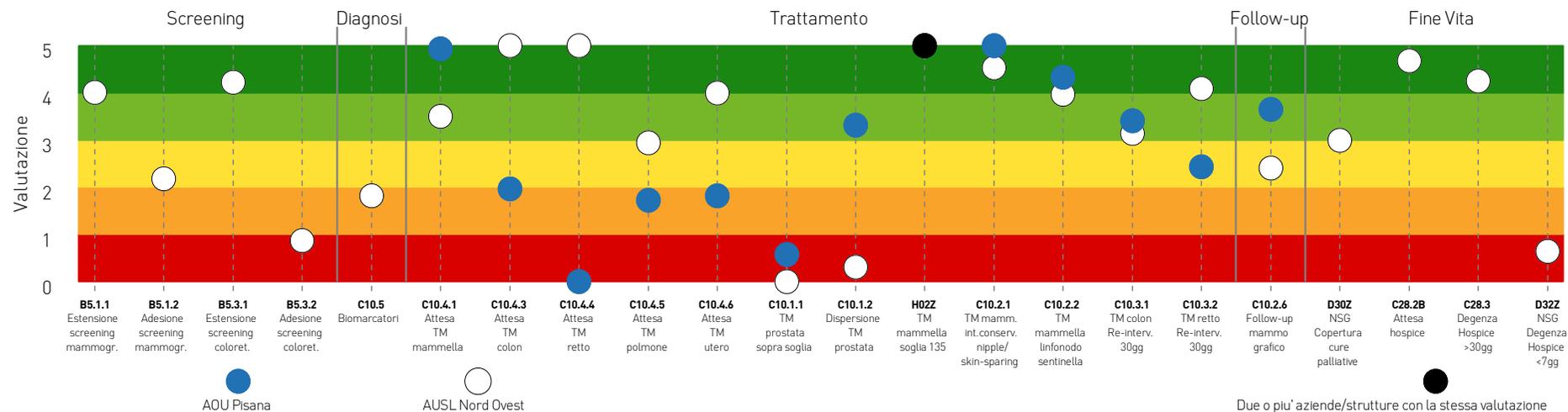


### Percorso Materno-Infantile

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2019

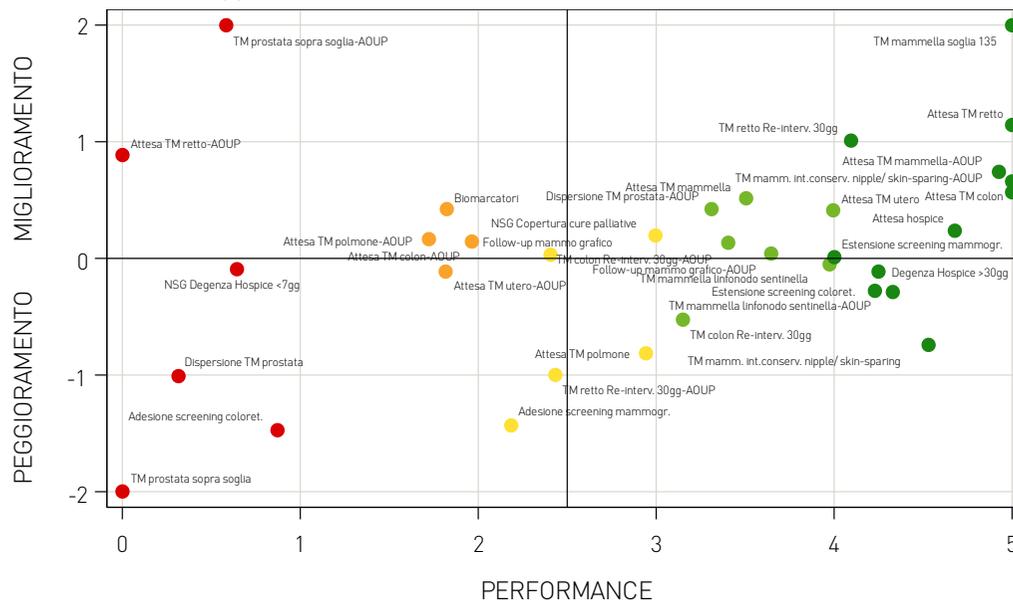


### Percorso Oncologia - Area Vasta Nord Ovest

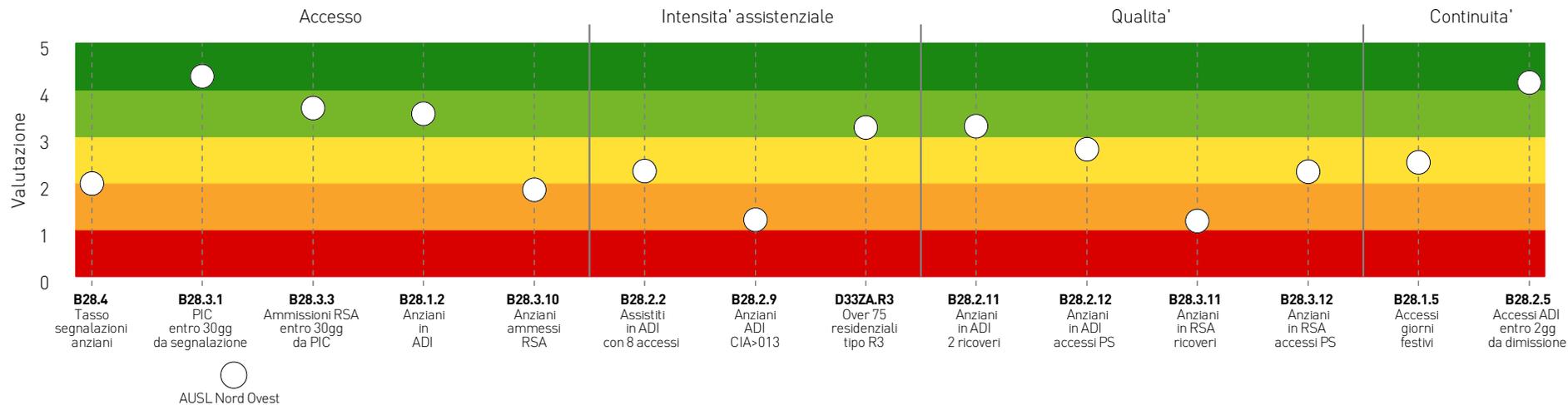


### Percorso Oncologia

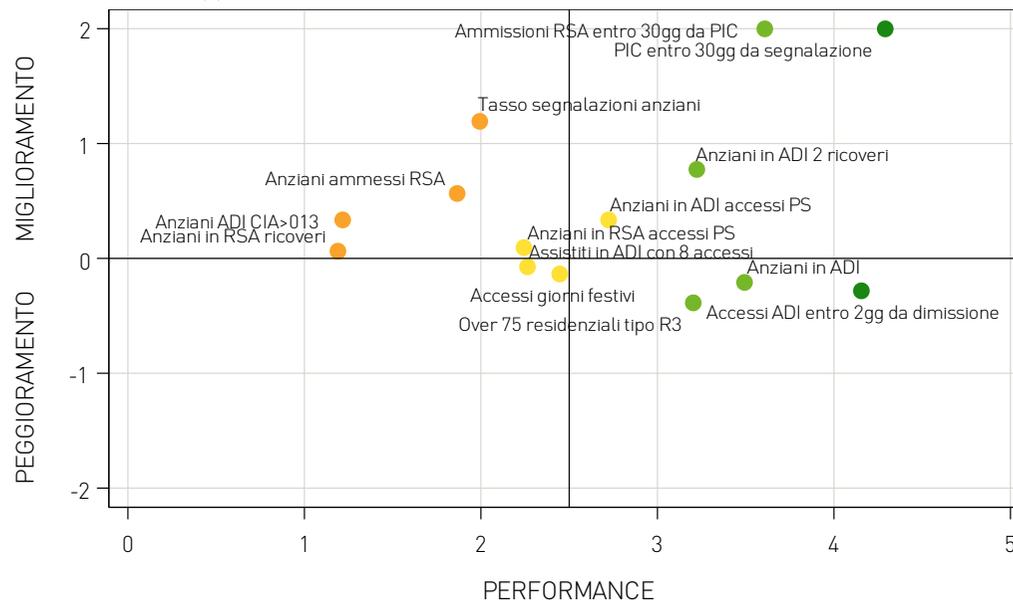
Mappa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2019



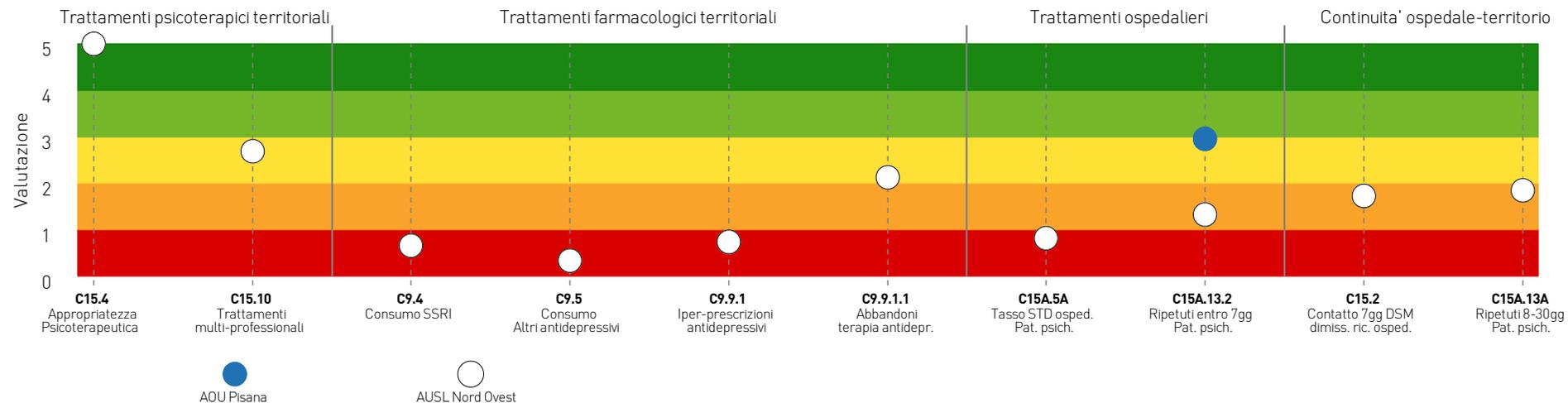
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - AUSL Toscana Nord Ovest



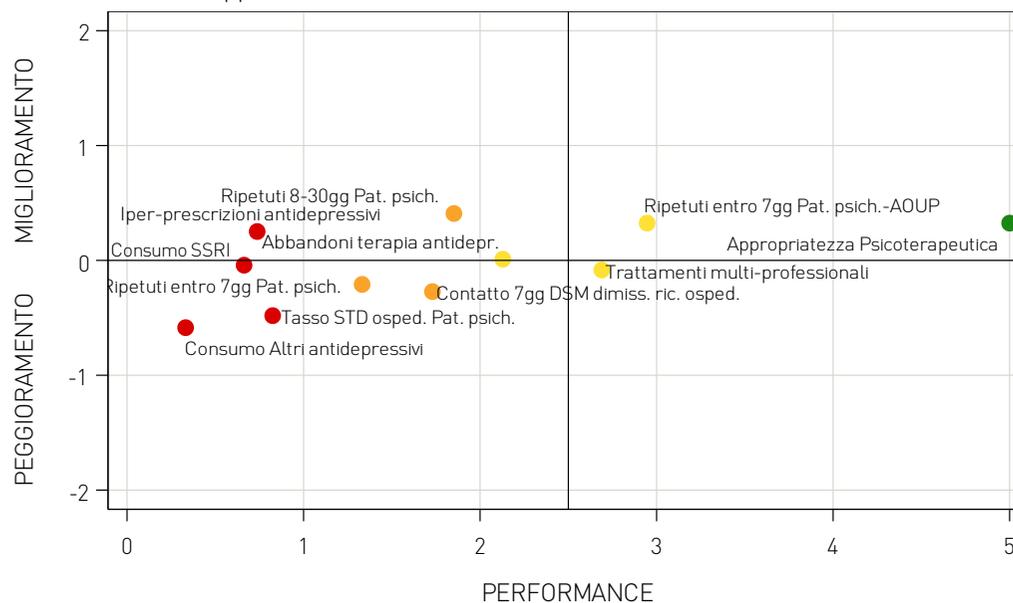
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - AUSL Toscana Nord Ovest - Anno 2019



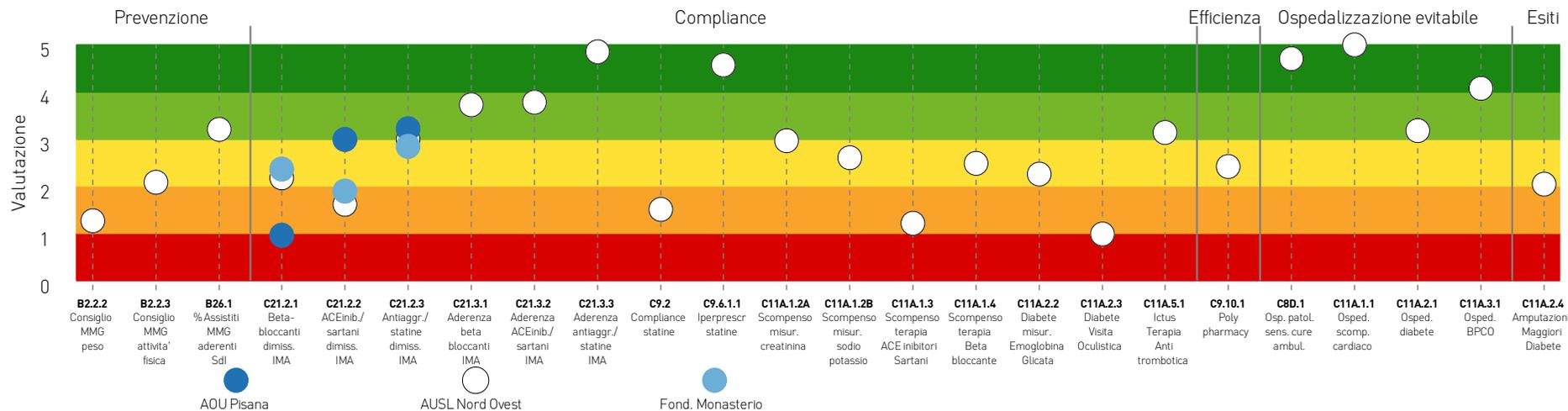
### Percorso Salute Mentale - Area Vasta Nord Ovest



### Percorso Salute Mentale Mappa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2019

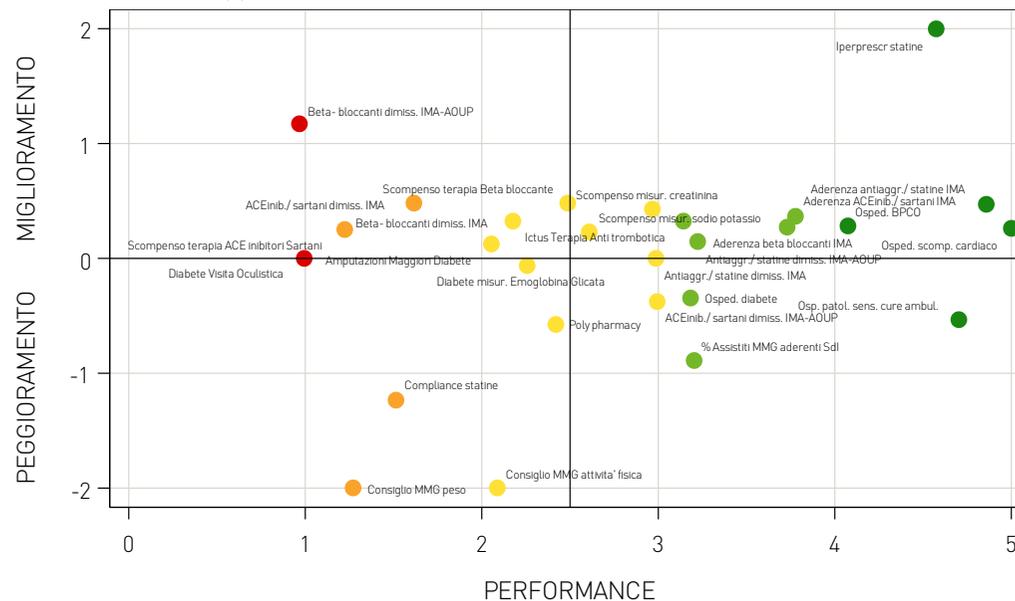


### Percorso Cronicita' - Area Vasta Nord Ovest



### Percorso Cronicita'

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2019



# AUSL TOSCANA SUD EST

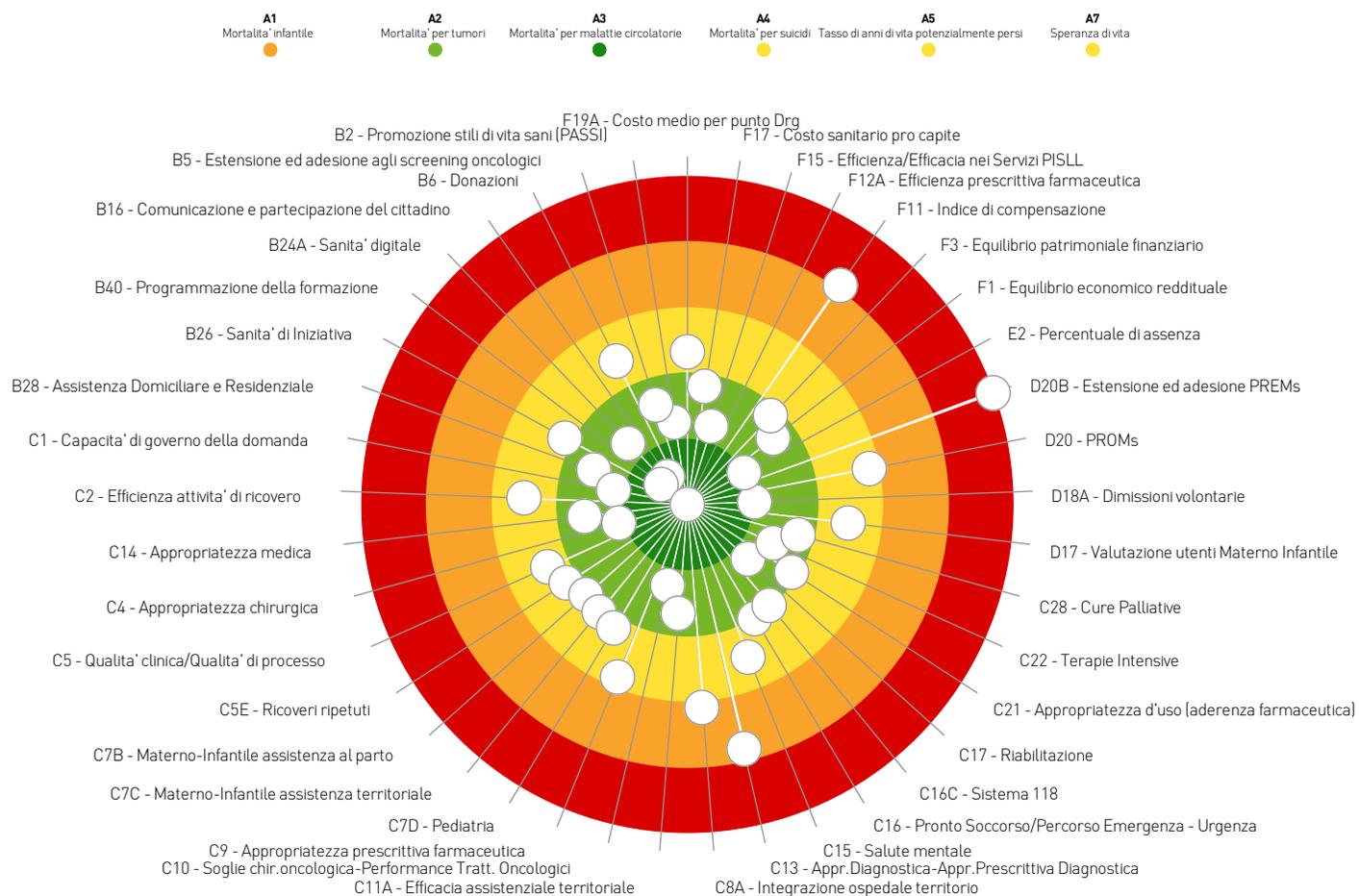
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 205



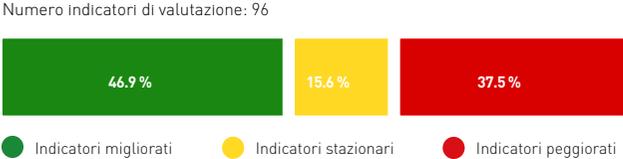
● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2019

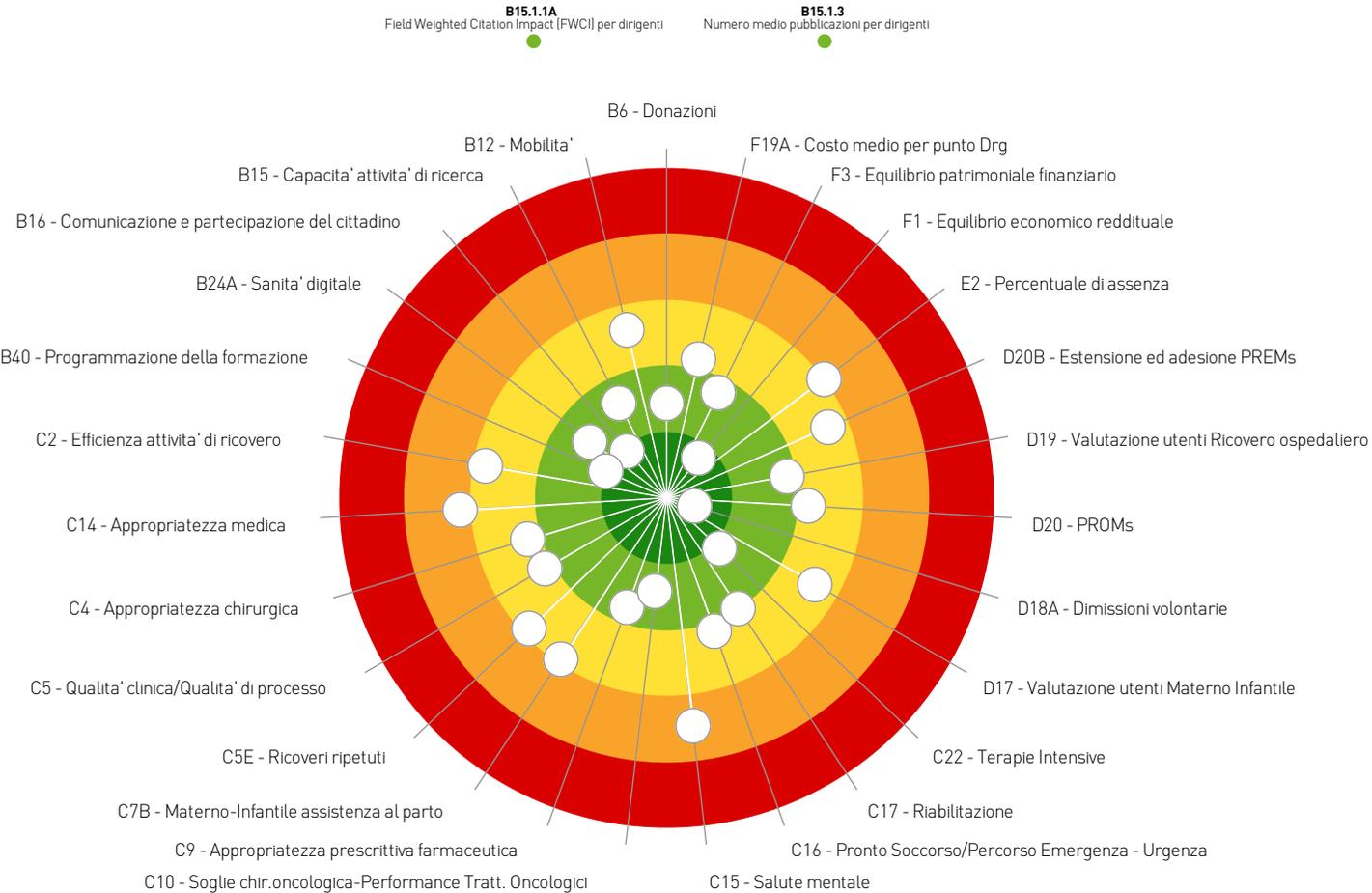


# AOU SENESE

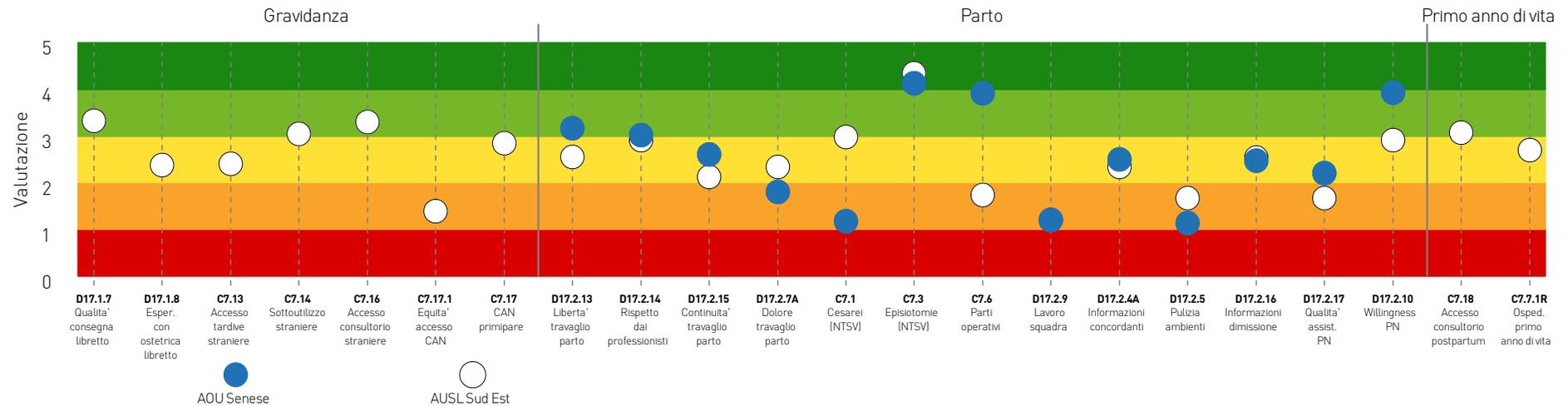
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019



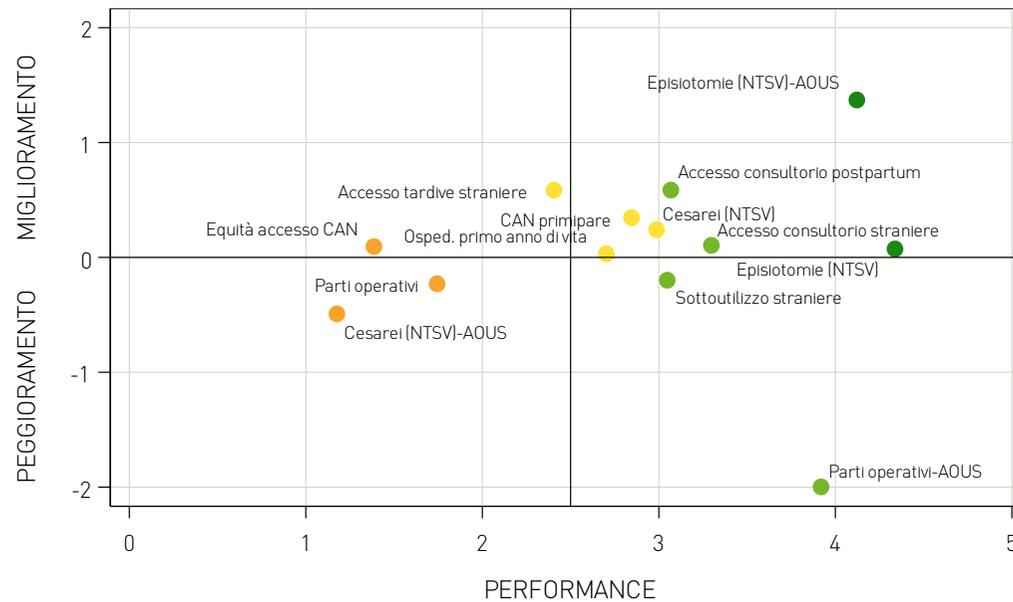
## Valutazione della performance 2019



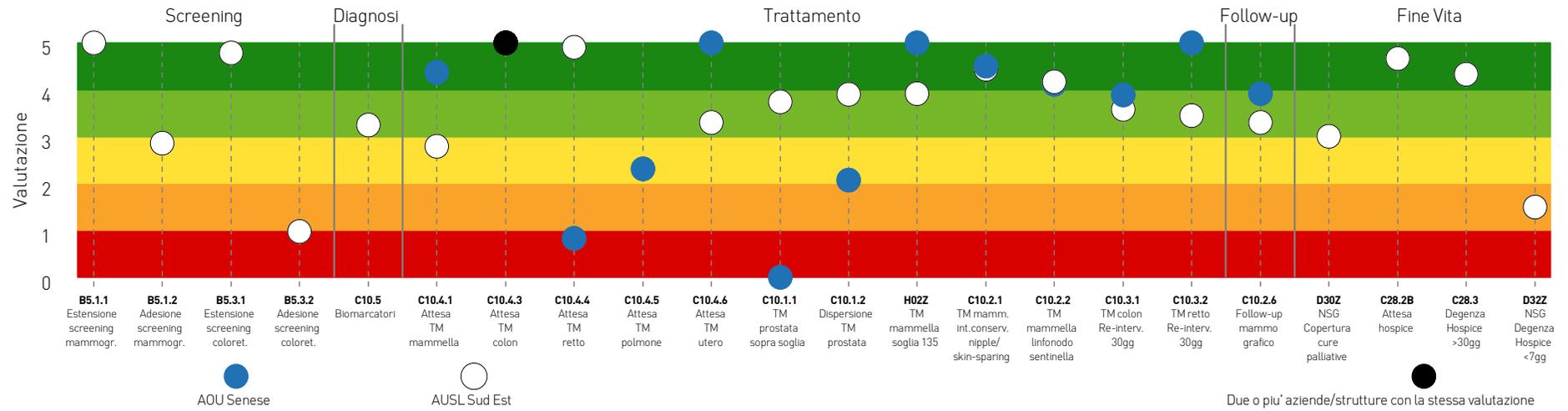
### Percorso Materno-Infantile - Area Vasta Sud Est



### Percorso Materno-Infantile Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2019

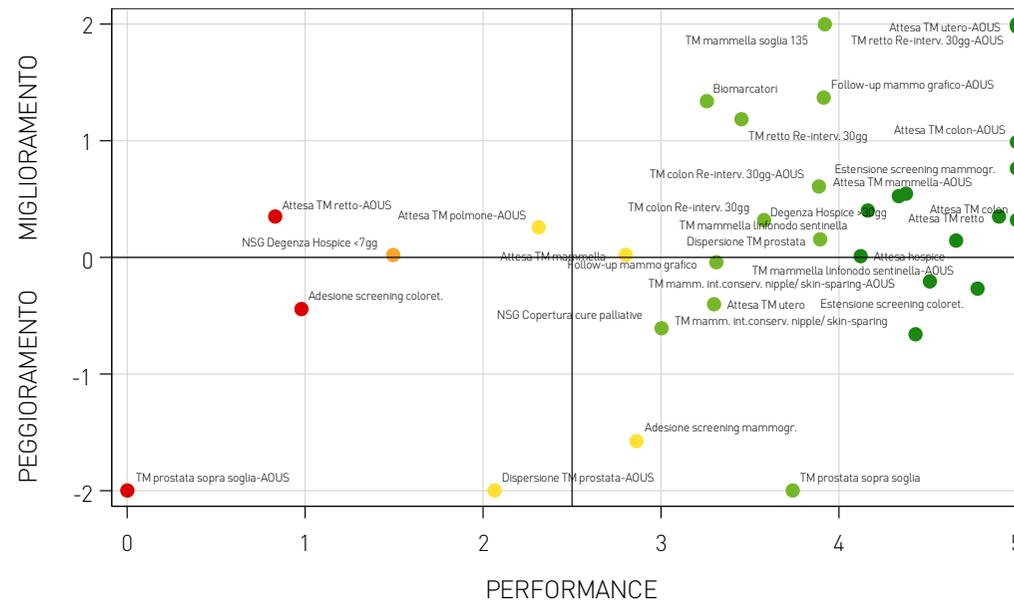


### Percorso Oncologia - Area Vasta Sud Est

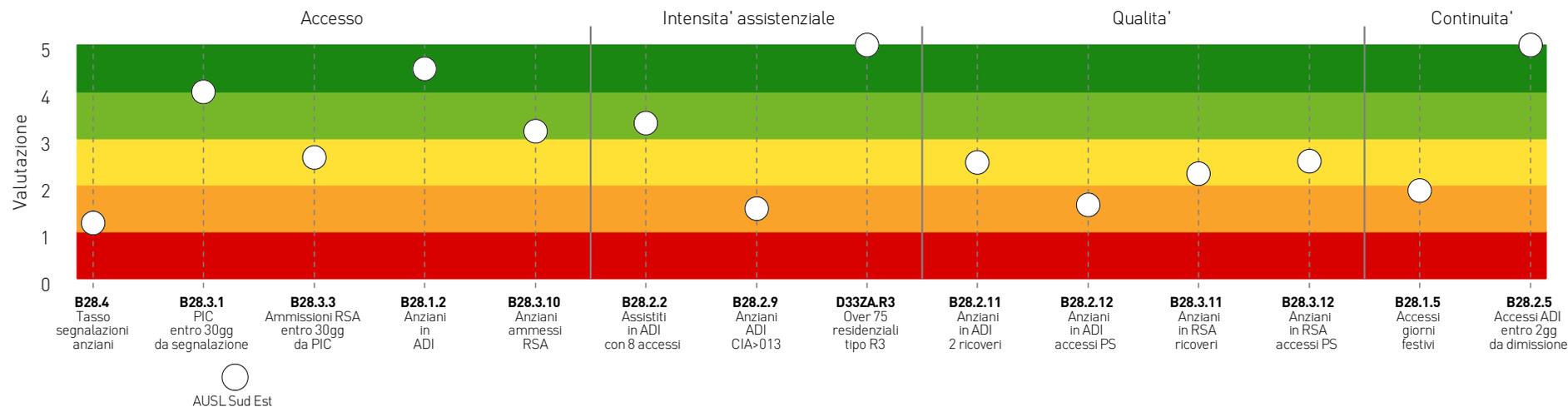


### Percorso Oncologia

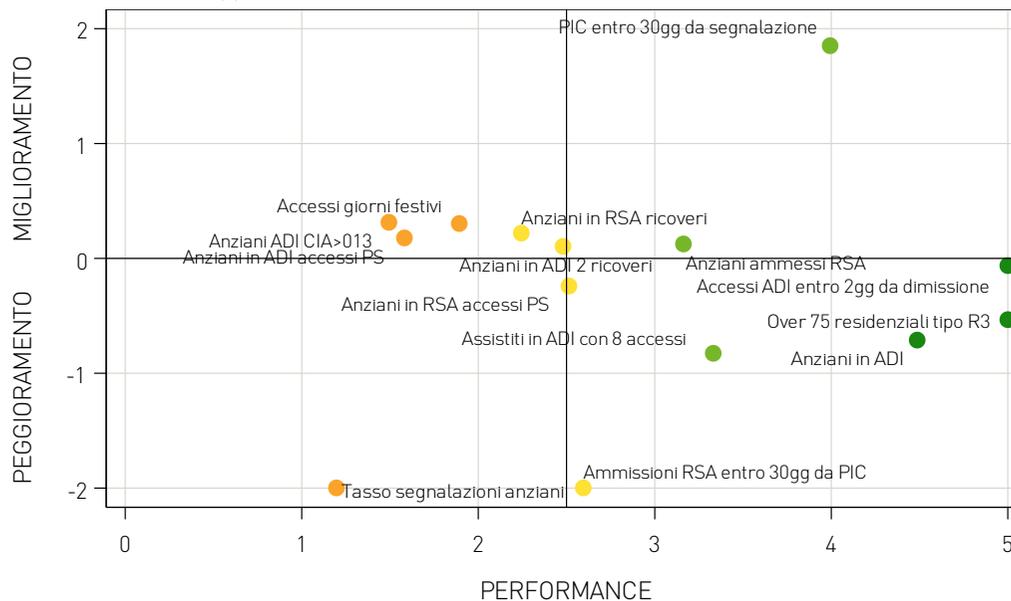
Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2019



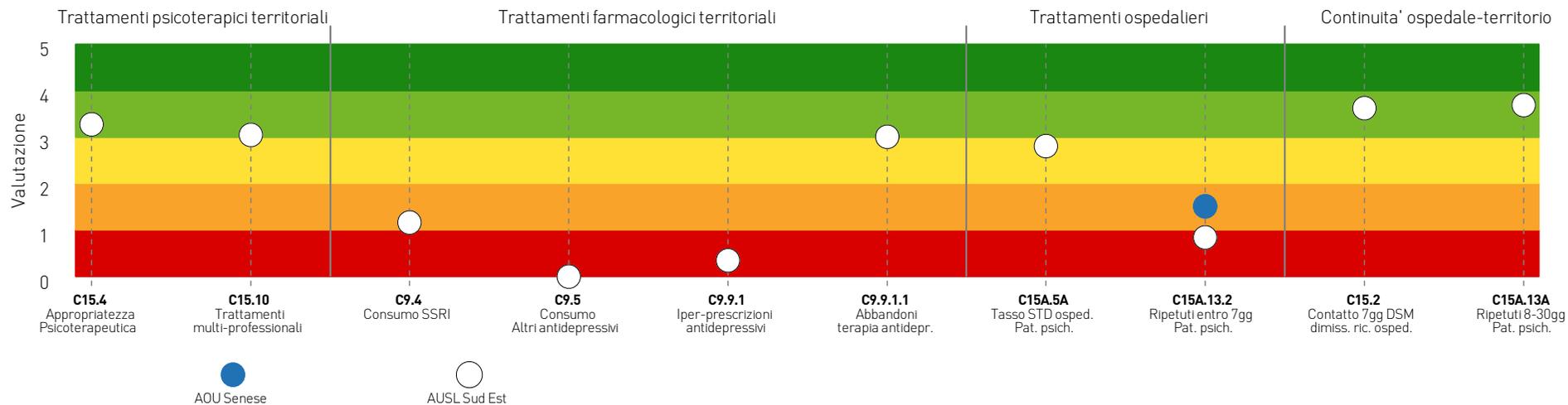
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - AUSL Toscana Sud Est



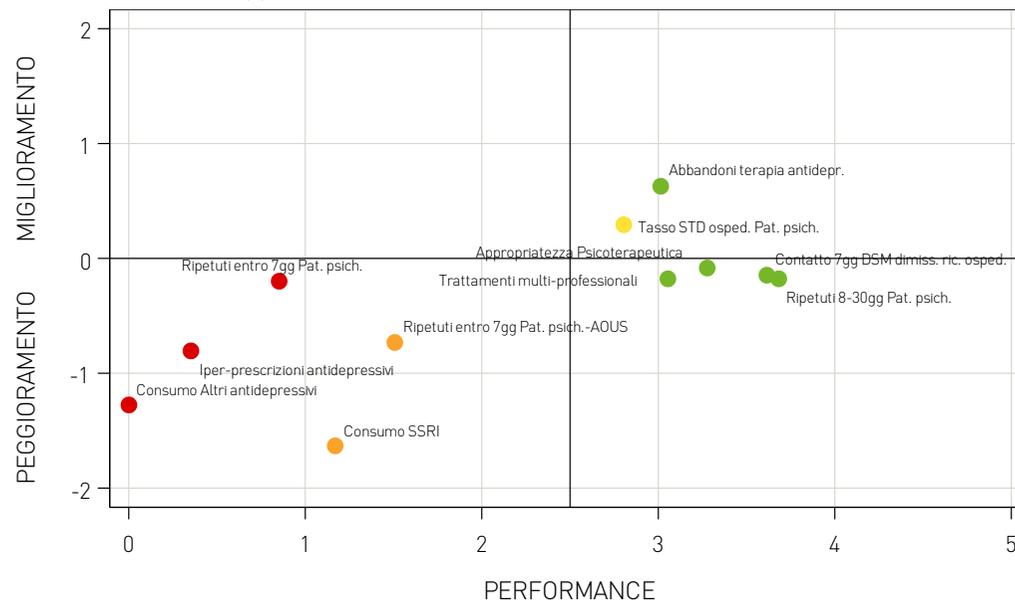
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - AUSL Toscana Sud Est - Anno 2019



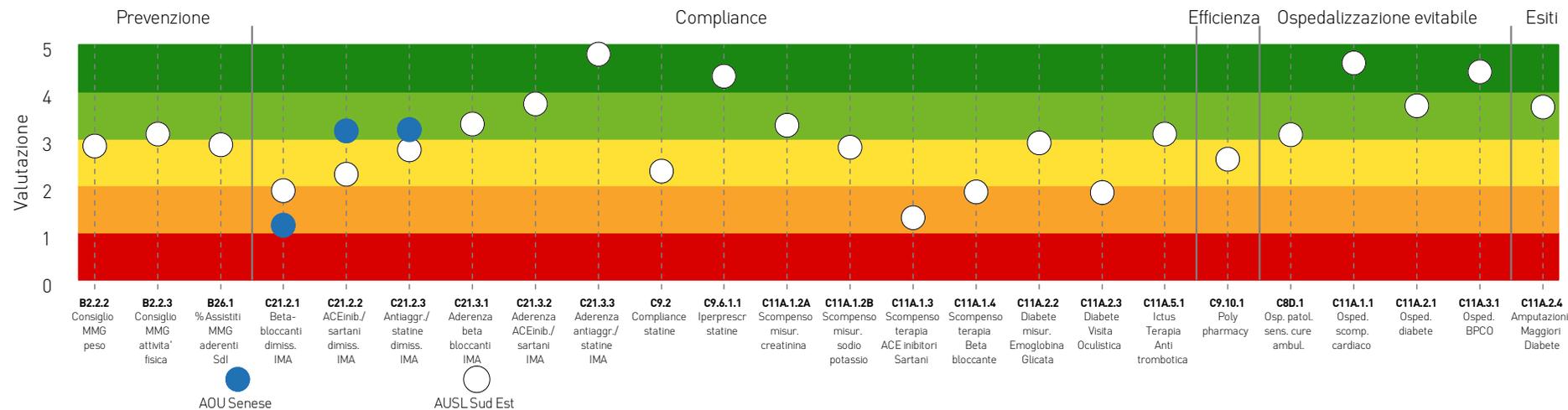
### Percorso Salute Mentale - Area Vasta Sud Est



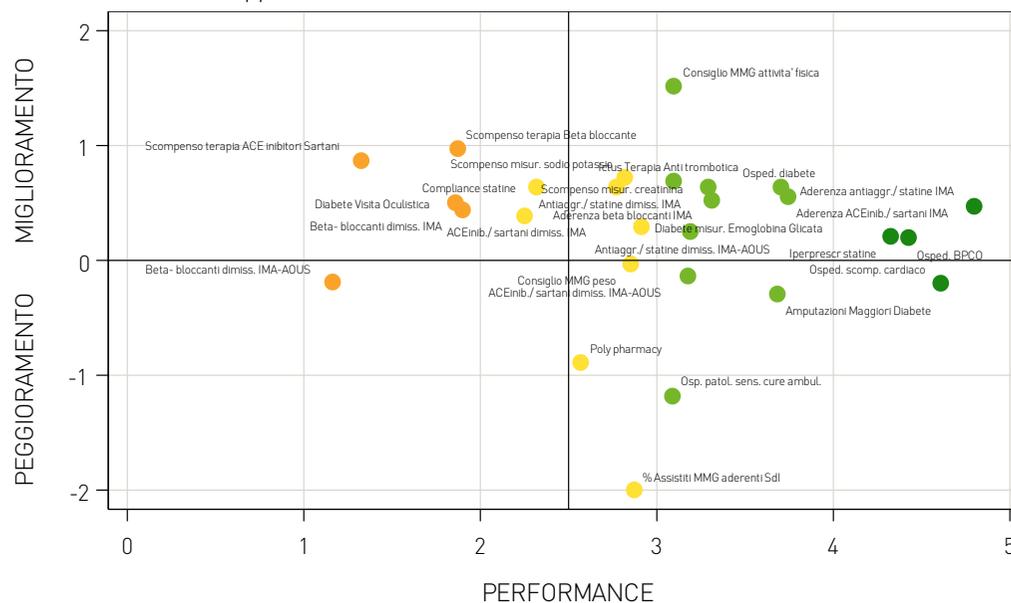
### Percorso Salute Mentale Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2019



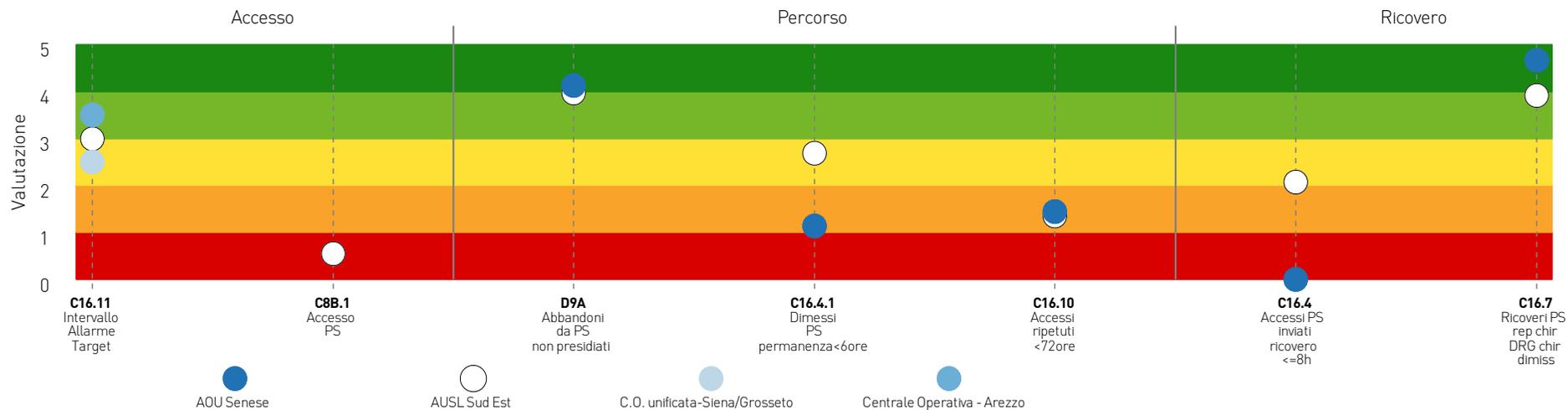
### Percorso Cronicita' - Area Vasta Sud Est



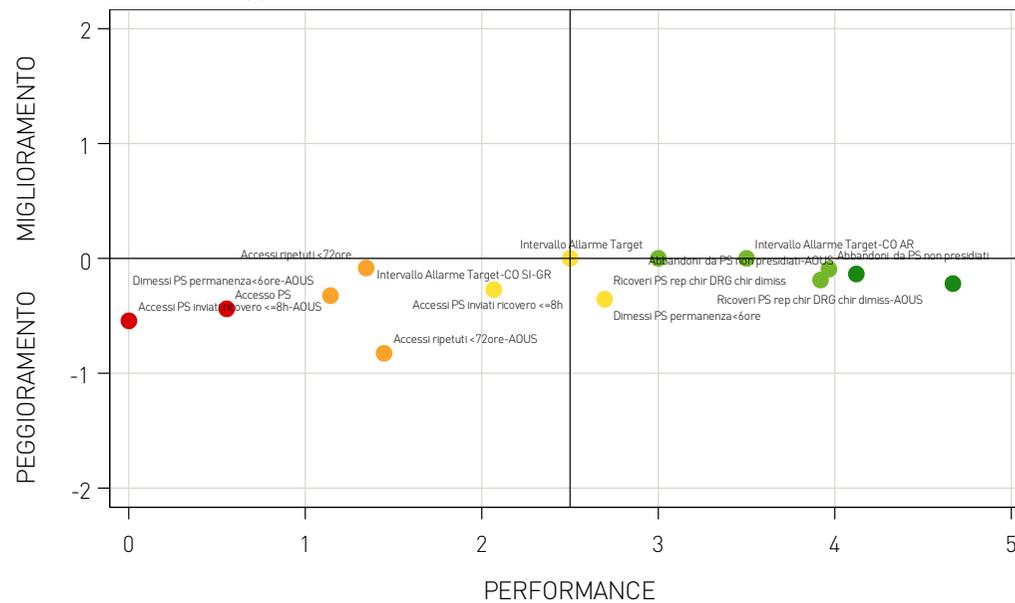
### Percorso Cronicita' - Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2019



### Percorso Emergenza-Urgenza - Area Vasta Sud Est



### Percorso Emergenza-Urgenza Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2019





4

INDICATORI





---

# STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

a cura di Sara Zuccarino e Barbara Lupi



## A10 Stili di vita (PASSI)

L'attenzione agli stili di vita rappresenta un salto di qualità importante nell'attività di valutazione e programmazione delle Aziende Sanitarie. I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni.



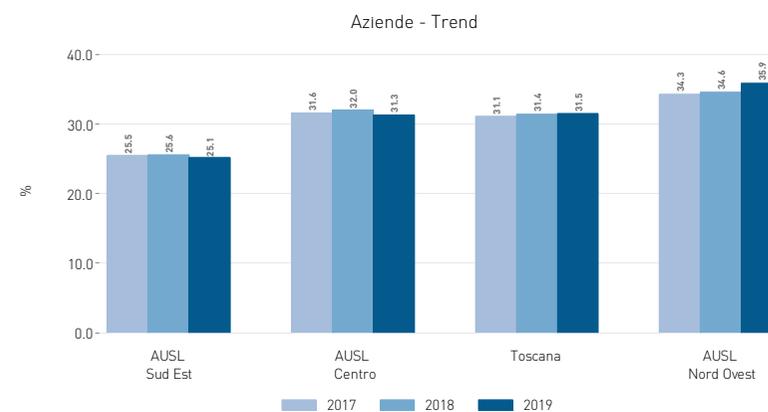
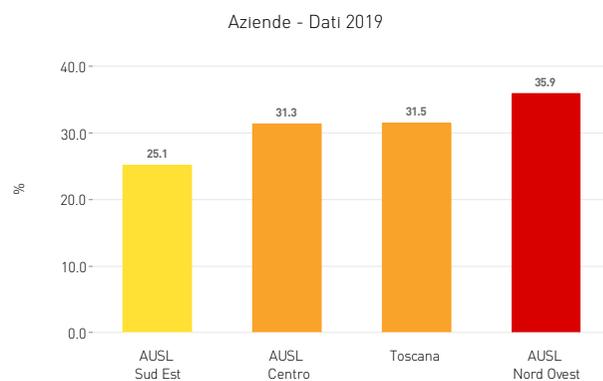
### A10 Stili di vita (PASSI)

- A10.1.1 Percentuale di sedentari
- A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso
- A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto
- A10.4.1 Percentuale di fumatori

Regione	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
Toscana			
	●	●	●
	31.45	35.87	31.33
	35.68	36.30	35.44
	16.62	15.10	17.98
	22.73	20.56	23.70
			25.12
			35.19
			16.36
			24.17

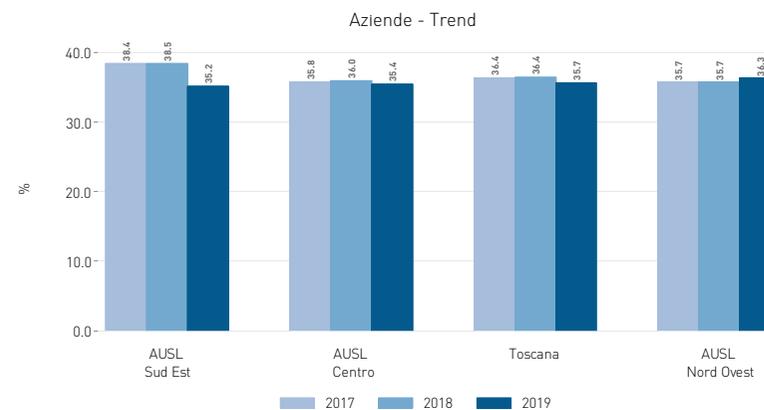
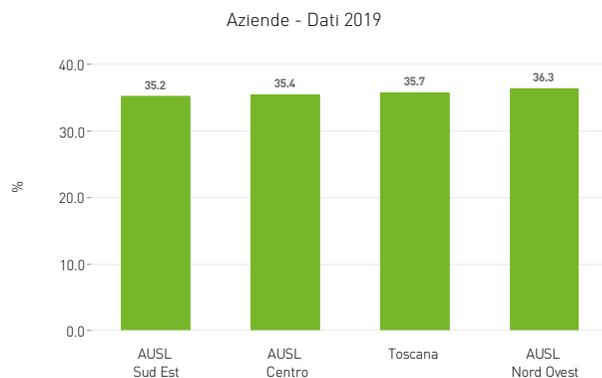
## A10.1.1 Percentuale di sedentari

Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unitamente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione dell'obesità. Per sedentaria, si intende una persona che non svolge un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.



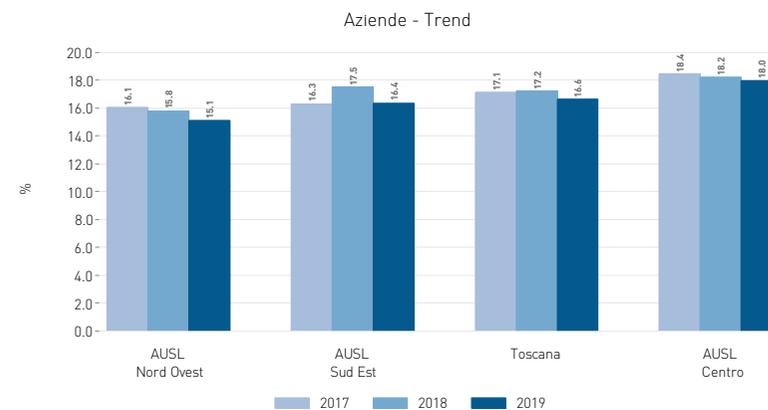
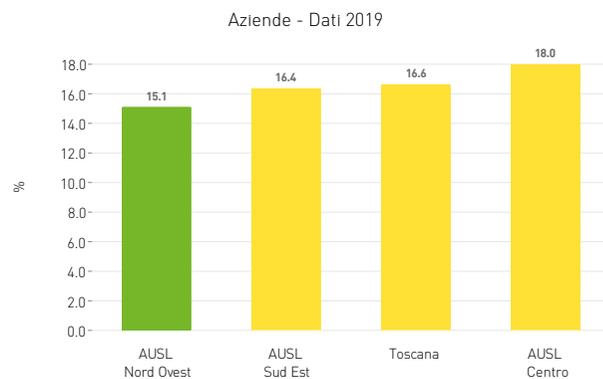
## A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Imc) o Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al quadrato. L'Imc descrive le seguenti categorie di peso: grave magrezza (Imc<16,00); sottopeso (16,00 -18,49), normopeso (18,50 -24,99), sovrappeso (25,00 -29,99), obeso (Imc>=30) con tre gradi di gravità con l'aumentare dell'Imc. L'indicatore si calcola considerando sia le persone obese che quelle sovrappeso.



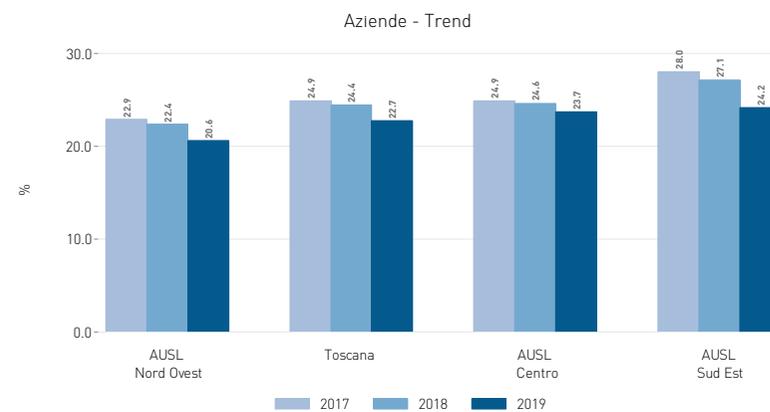
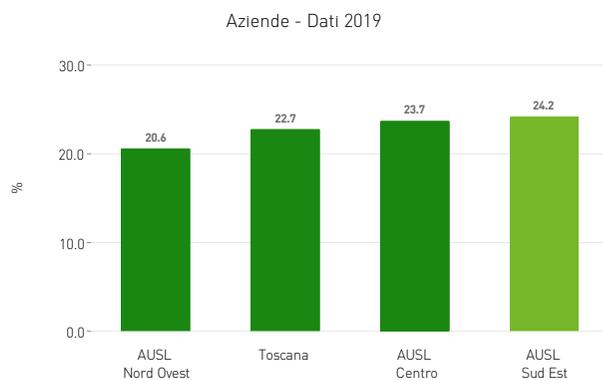
### A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma ad essere rilevanti, dal punto di vista degli effetti sulla salute, sono soprattutto le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol nella popolazione intervistata, considerando il consumo abituale elevato, il consumo episodico eccessivo, il consumo fuori pasto. Questo indicatore corrisponde alla prevalenza di intervistati che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne), oppure almeno un episodio di binge drinking (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne), oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.



### A10.4.1 Percentuale di fumatori

Gli effetti negativi del fumo ricadono non solo sulle persone che ne sono dipendenti, ma anche su quelle che sono esposte abitualmente al fumo passivo. Per fumatore, secondo la definizione dell'OMS, si intende chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e, attualmente, fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi.



---

# EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ

a cura di Paola Cantarelli e Paolo Belardi

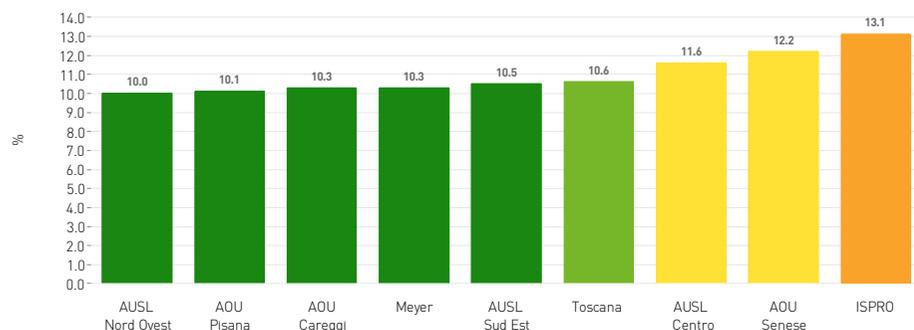


## E2 Percentuale di assenza

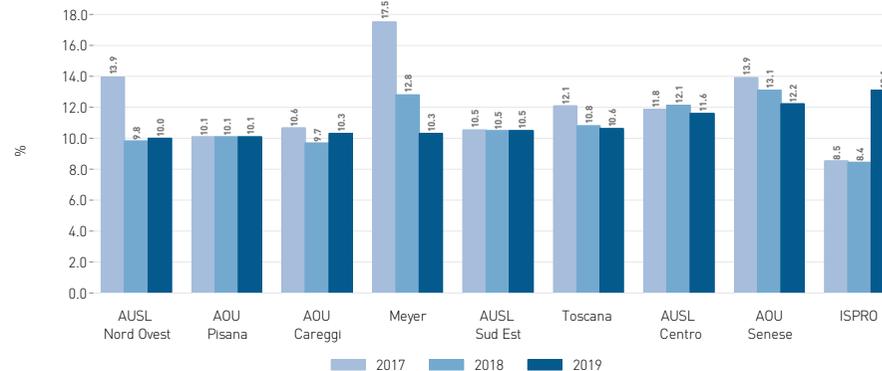
L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992, per maternità, congedo parentale e malattia dei figli, per altri permessi ed assenze retribuite, per sciopero e per altre assenze non retribuite (al numeratore) ed il numero di giornate lavorabili al netto delle ferie godute (al denominatore). Con riferimento alle aziende ospedaliero-universitarie, l'indicatore considera anche il personale universitario (coerentemente con quanto disposto dalla Circolare del 15 aprile 2016, n. 13). I dati utilizzati per la costruzione dell'indicatore corrispondono ai dati forniti dalle aziende per la compilazione dal conto annuale. Il periodo di rilevazione dei dati presentati si riferisce all'anno 2018.



Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



## F1 Equilibrio economico reddituale

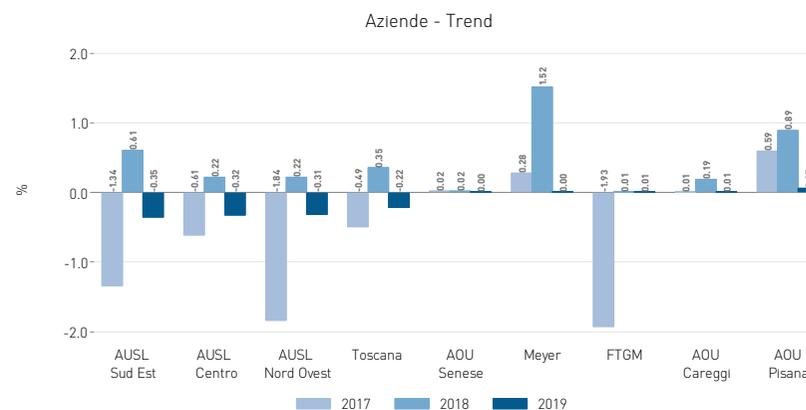
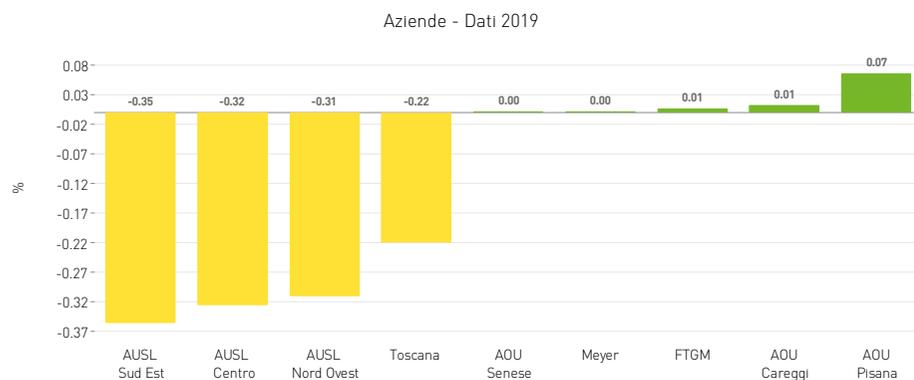
L'indicatore F1 analizza l'equilibrio economico ed esprime la capacità dell'azienda di raggiungere condizioni di funzionalità e sviluppo durature nel tempo. L'indicatore si compone di tre indici: il primo esprime la situazione economica complessiva dell'azienda; il secondo analizza la situazione economica della gestione caratteristica che corrisponde all'attività principale svolta dall'azienda, ossia l'attività sanitaria; il terzo misura l'efficienza dell'utilizzo del capitale investito. I dati di questi indicatori fanno riferimento ai bilanci 2018 (Conto Economico e Stato Patrimoniale).



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>F1 Equilibrio economico reddituale</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
F1.1 Equilibrio economico generale	-0.22	-0.31	-0.32	-0.35	0.07	0.00	0.01	0.00	0.01
F1.2 Equilibrio economico sanitario	2.78	1.33	1.43	1.09	3.41	5.70	3.63	2.17	2.97
F1.3 ROI	2.42				1.95	3.01	2.06	1.45	1.93
<i>F1.4 Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)</i>									

## F1.1 Equilibrio economico generale

L'equilibrio economico generale è calcolato come rapporto tra il risultato d'esercizio ed il valore della produzione così come riportato dal flusso CE. L'indicatore esprime la capacità del management di realizzare l'attività aziendale sostenendo costi in equilibrio con il complesso delle risorse attribuite, considerando l'effetto di tutte le gestioni (tipica, accessoria, finanziaria, straordinaria e fiscale).



## F1.2 Equilibrio economico sanitario

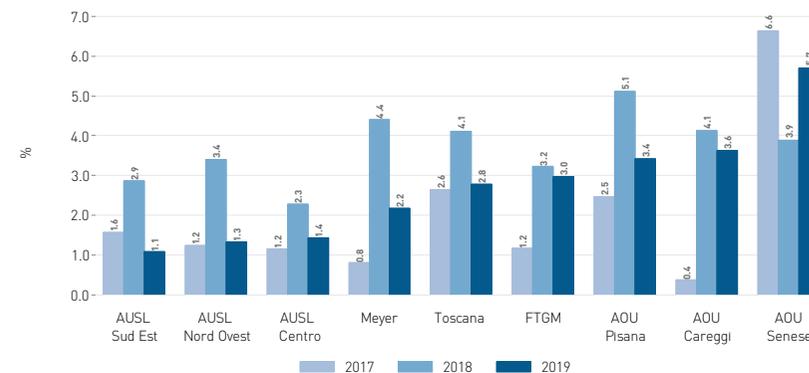
L'indicatore F1.2 indica la capacità dell'azienda di raggiungere l'equilibrio economico relativo all'attività tipica, escludendo quindi sia i fattori straordinari (pluvalenze o le sopravvenienze passive), sia i risultati positivi o negativi derivanti dalle altre gestioni. E' costruito come il rapporto fra il margine sanitario netto (l'equivalente del margine operativo netto), calcolato come differenza fra valore e costi della produzione, e il valore della produzione. Tale indice, molto utilizzato a livello internazionale, è noto con il nome di "ROS", Return On Sales.



Aziende - Dati 2019

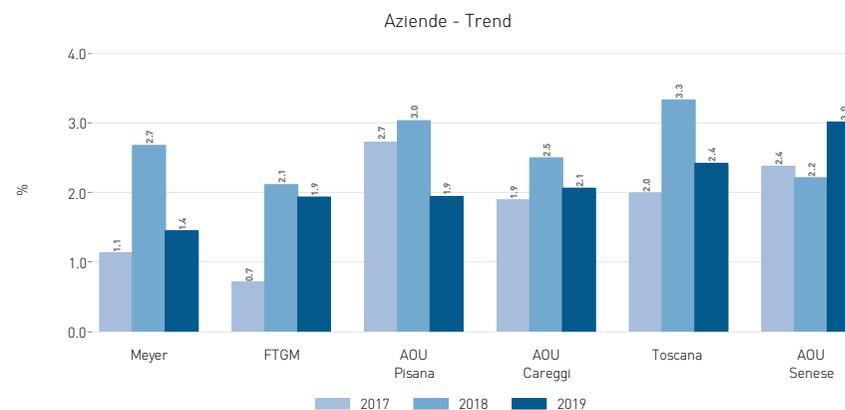


Aziende - Trend



### F1.3 ROI

Questo indicatore è calcolato come rapporto fra margine sanitario netto (differenza fra valore e costi della produzione) e capitale investito. E' previsto per le sole Aziende ospedaliero-universitarie, in quanto sono le uniche che applicano un sistema di tariffazione delle prestazioni (DRG) che correla, seppur in parte, i ricavi al volume dell'attività svolta, diversamente da quanto accade nelle ASL. Questo indice esprime l'efficienza con la quale è utilizzato il capitale investito, ovvero la redditività del capitale investito (il cosiddetto return on investment). Nel caso del settore sanitario indica, quindi, il rapporto tra la necessità di garantire continui investimenti e la possibilità di offrire ai cittadini livelli di eccellenza delle prestazioni con adeguate strutture di ricerca.



## F3 Equilibrio patrimoniale finanziario

L'indicatore di equilibrio patrimoniale-finanziario mira a monitorare gli indicatori di solvibilità e solidità tradizionalmente utilizzati nelle analisi di bilancio. A questi sono stati aggiunti indicatori relativi alle politiche di investimento. L'unico indicatore di valutazione è l'indice di disponibilità che misura la capacità dell'azienda di essere solvibile, ossia la capacità di far fronte agli impegni di pagamento di breve periodo (passivo corrente) con impieghi di breve periodo (attivo corrente) e per il quale il valore di riferimento è superiore all'unità. I dati si riferiscono all'esercizio 2018.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>F3 Equilibrio patrimoniale finanziario</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
F3.1 Indice di disponibilità	0.97	0.69	0.97	1.07	1.27	1.11	1.10	1.01	0.93
F3.2 Politiche di investimento									
F3.2.1 Incidenza canoni leasing e noleggio	38.13	43.51	50.13	22.73	25.58	13.45	20.40	22.16	17.04
F3.2.2 % di obsolescenza tecnica	87.84	84.79	91.91	88.30	92.86	81.47	85.33	88.01	81.33
F3.2.3 Indice rinnovo investimenti	2.80	2.36	2.21	3.87	1.91	4.81	2.85	4.26	8.24
F3.3 Indice di elasticità finanziaria	-1.41	-14.36	-1.20	2.37	9.35	46.82	5.29	0.39	-5.39
F3.4 Costi di finanziamento									
F3.4.1 Indice di onerosità	3.94	2.40	2.16	2.22	2.72	4.65	2.92	3.16	
F3.4.2 Dilazione dei debiti	73.40	71.86	72.78	73.50	84.30	67.25	77.03	111.58	146.58

### F3.1 Indice di disponibilità

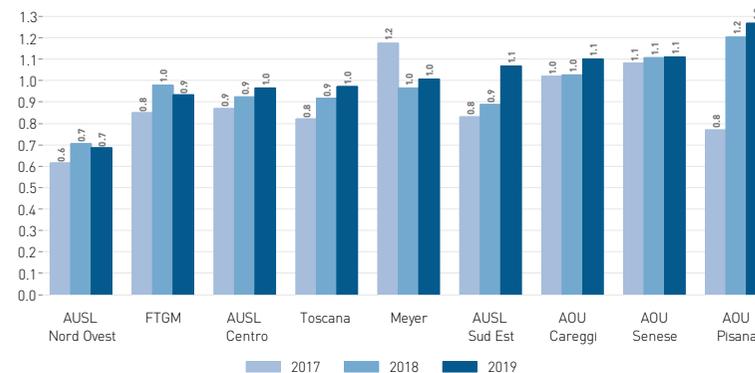
L'indice di disponibilità valuta la solvibilità dell'azienda, intesa come capacità di far fronte ai propri impegni a breve attraverso le attività correnti, ossia cassa, crediti a breve termine e rimanenze di magazzino.



Aziende - Dati 2019

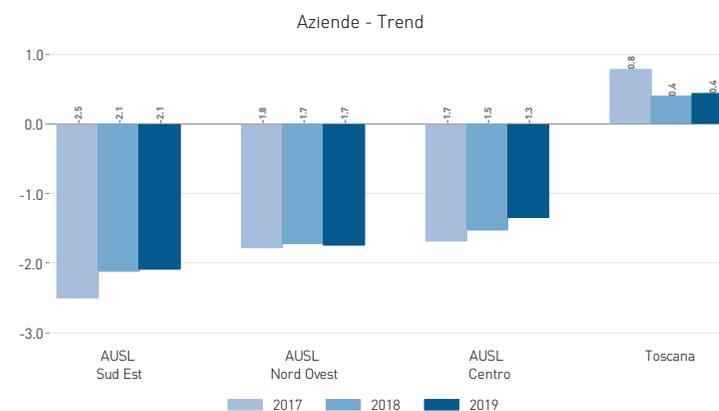
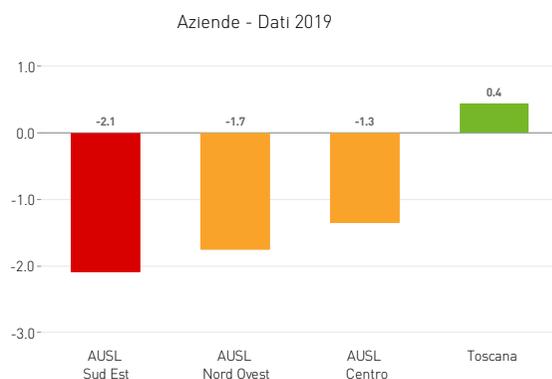


Aziende - Trend



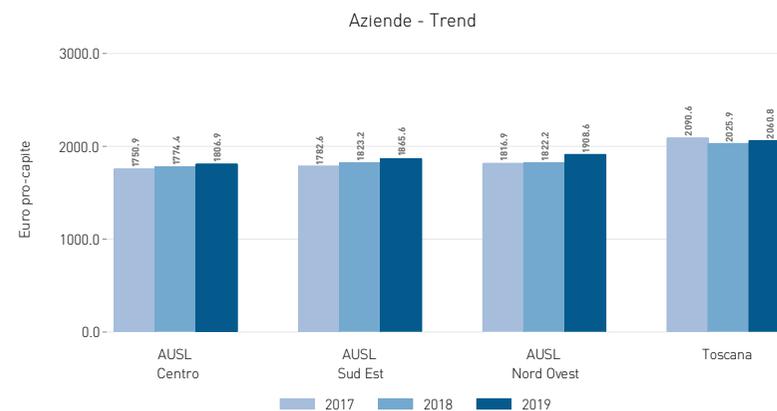
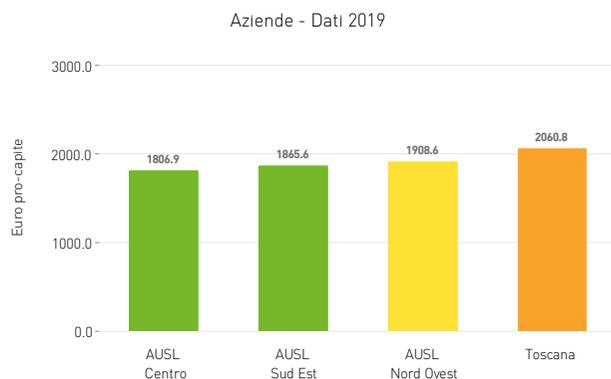
## F11 Indice di compensazione

L'indice di compensazione è costituito dal saldo delle compensazioni extraregionali. L'indicatore viene calcolato soltanto per le ASL, poiché sono le uniche soggette a compensazione passiva. Il sistema di finanziamento del SSN prevede che le aziende territoriali debbano garantire l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari a tutti gli assistiti del proprio territorio e che sia l'ASL di residenza a sostenere i costi dei servizi usufruiti dai propri assistiti nelle proprie strutture e in strutture di altre aziende pubbliche o private convenzionate. Questo indicatore esprime la capacità dell'azienda di mantenere un equilibrio fra costi e ricavi derivanti dalle compensazioni extraregionali gestendo le fughe dei residenti verso altre regioni (mobilità passiva) e le attrazioni di utenti fuori regione (mobilità attiva). L'indicatore è calcolato come la differenza fra la compensazione attiva e passiva extraregionale in percentuale sui costi della produzione.



## F17 Costo sanitario pro capite

L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo totale sostenuto dall'azienda sanitaria territoriale per i propri residenti e la popolazione di riferimento pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale. I costi sono calcolati come differenza fra i costi totali ed i ricavi della mobilità attiva, ipotizzando che questi siano pari ai costi sostenuti dall'azienda per erogare servizi ai non-residenti. L'indicatore non prende in considerazione i costi complessivi sostenuti dalle aziende ospedaliere ma soltanto il valore (riconosciuto) delle prestazioni da queste erogate ai residenti dei vari territori delle Ausl regionali. In questo modo le Ausl sono valutate per la loro capacità di contenere i costi per i servizi erogati ai propri residenti senza considerare la struttura e le scelte organizzative di altre aziende (come le AO). Per poter comprendere invece quanto costa non solo l'erogazione/produzione ma anche l'organizzazione dei servizi sanitari è necessario considerare anche i costi delle AO ed altri enti del servizio sanitario regionale: tale informazione è contenuta nel dato complessivo regionale. Il dato regionale quindi non è dato dalla media dei costi delle Ausl ma dai costi complessivamente sostenuti a livello regionale per i residenti, che sono mediamente più alti (anche per la possibile presenza di gestioni accentrate a livello regionale). La fonte dei dati è il flusso CE provvisorio dell'anno 2019.



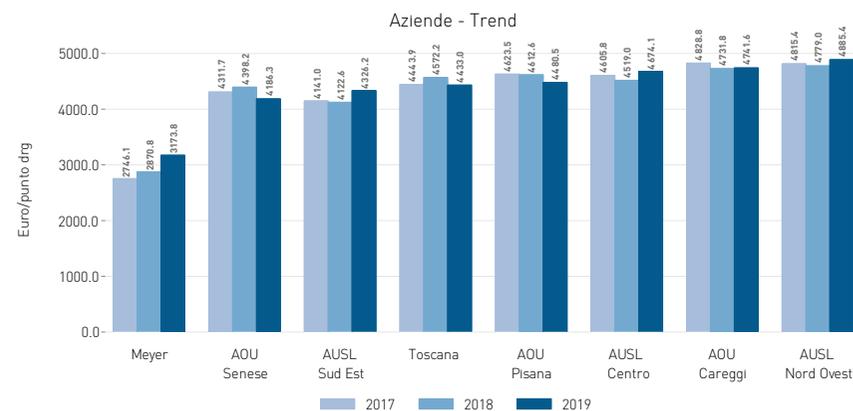
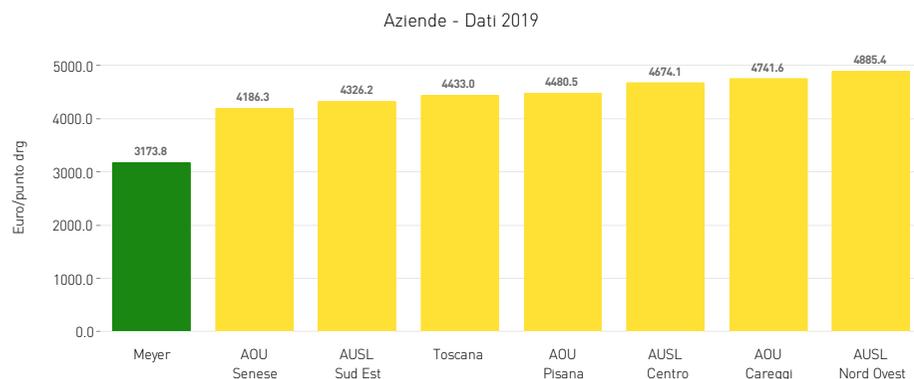
## F19A Costo medio per punto Drg

L'indicatore intende misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto anche con aziende di altre regioni (si veda Nuti S, Vola F. (2016), Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, Report 2015 e Nuti S, Vola F., Amat P.; (2015), Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - Report 2014), i punti drg utilizzati fanno riferimento ai pesi indicati nel decreto ministeriale del 2008 (D.M. 18.12.2008). Per quanto riguarda la stima dei costi relativi ai ricoveri per acuti sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti al netto dei costi per servizi ricevuti da altre aziende per l'assistenza ospedaliera.



### F19A Costo medio per punto Drg

F19A.3 Costo totale medio per punto DRG





---

# STRATEGIE SANITARIE REGIONALI

a cura di Sara Barsanti, Maria Sole Bramanti, Paolo Belardi,  
Elisa Foresi, Gabriele Gennuso, Barbara Lupi,  
Antonio Parenti e Sara Zuccarino



## B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)

L'attenzione agli stili di vita rappresenta è molto importante nell'attività di valutazione e programmazione delle Aziende Sanitarie. I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni.



### B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)

B2.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
33.13	27.05	35.46	38.77

B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso

46.70	39.74	50.47	51.05
-------	-------	-------	-------

B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

42.52	36.12	47.00	44.30
-------	-------	-------	-------

B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

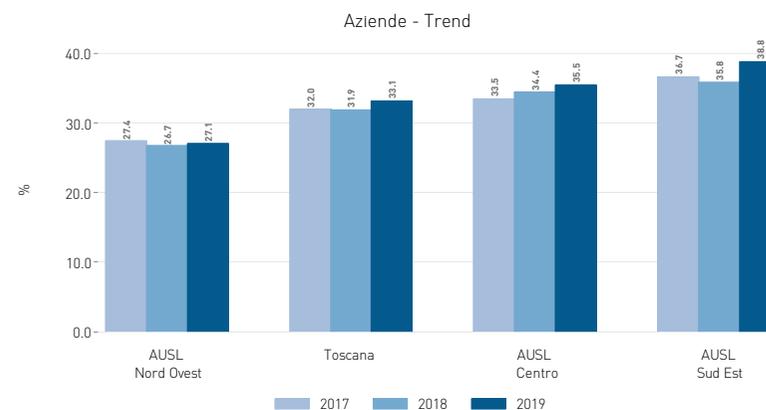
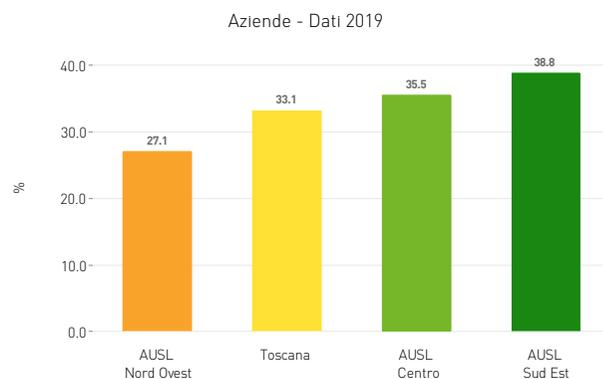
7.70	8.22	6.13	10.11
------	------	------	-------

B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

57.92	57.79	56.56	60.70
-------	-------	-------	-------

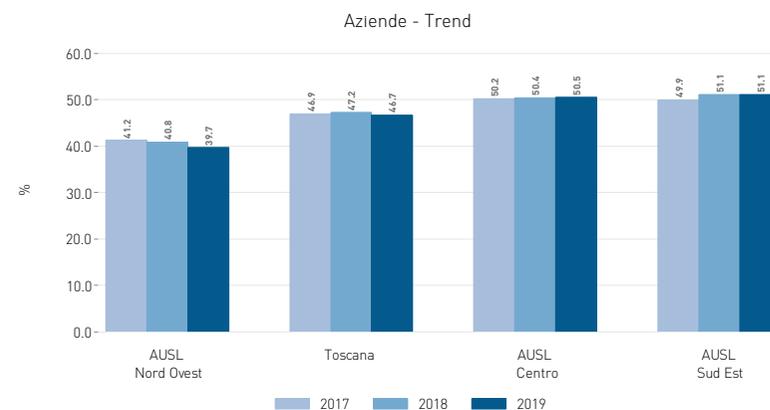
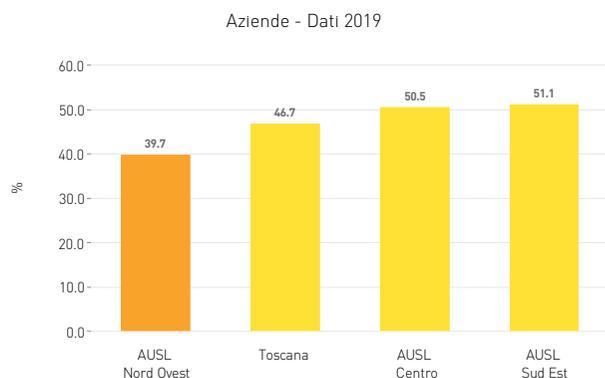
## B2.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni.



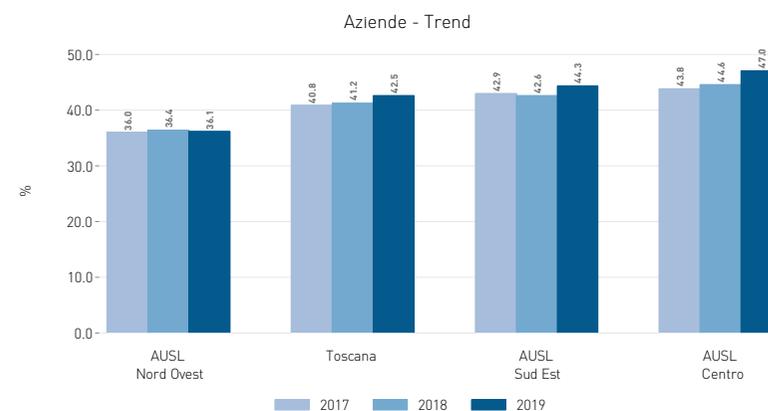
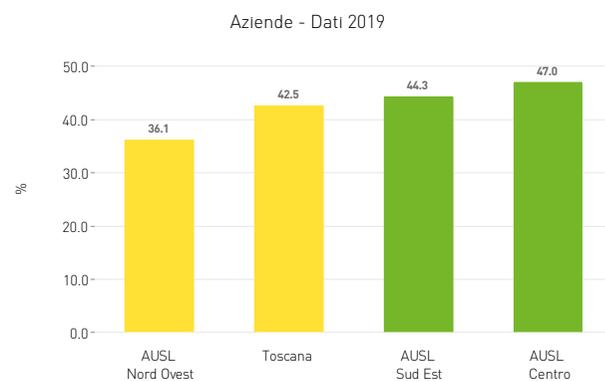
## B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso

I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni.



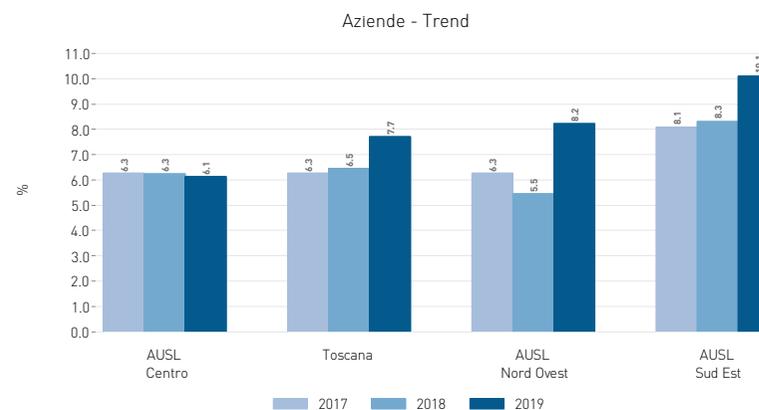
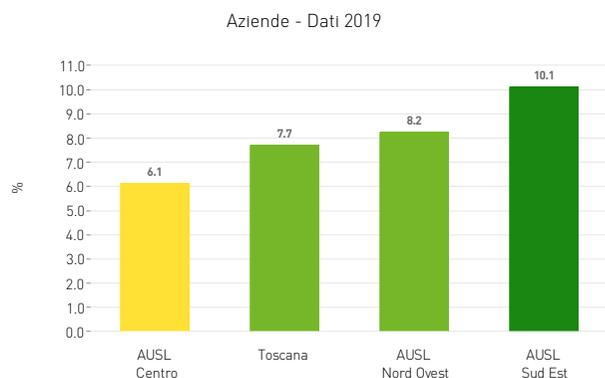
### B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni.



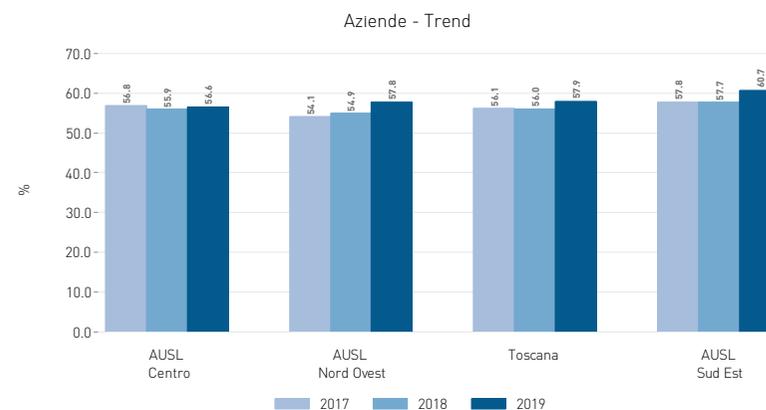
## B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni.



## B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni.



## B5 Estensione ed adesione agli screening oncologici

Le regioni hanno dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori difficilmente controllabili influiscono sui livelli di partecipazione. Per i programmi screening mammografico e coloretale deve considerarsi come critica (fascia colore rosso) un'estensione inferiore all'80% (il dato va letto su due anni). Per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali del 70% per lo screening mammografico, del 65% per il coloretale. Le adesioni e le estensioni degli screening sono calcolate applicando i criteri di correzione ONS (Osservatorio Nazionale Screening) che prevedono, nel caso delle estensioni, la sottrazione a numeratore del numero di inviti inesitati e la sottrazione a denominatore del numero di persone escluse prima dell'invito; mentre, nel caso delle adesioni, prevedono la sottrazione a denominatore degli inviti inesitati e delle persone escluse dopo l'invito. Con riguardo al programma di screening cervice uterina, l'estensione e l'adesione viene calcolata considerando l'indicatore P15C del Nuovo Strumento di Garanzia (NSG), che prevede nella formula, un elemento di correzione per le chiamate per PAP test e HPV.



### B5 Estensione ed adesione agli screening oncologici

#### B5.1 Screening mammografico

B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

B5.1.2 Adesione allo screening mammografico

*B5.1.7 Proporzioni di tumori in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancer screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza*

#### B5.2 Screening cervice uterina

*B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina*

#### B5.3 Screening coloretale

B5.3.1 Estensione dello screening coloretale

B5.3.2 Adesione allo screening coloretale

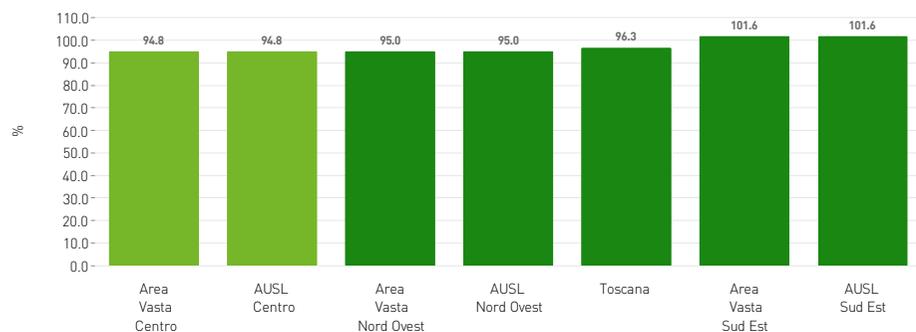
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
96.34	95.02	94.80	101.57
70.24	67.91	71.01	72.41
66.04	63.48	64.48	73.18
92.41	96.14	86.04	98.91
46.89	43.61	48.59	49.10

### B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

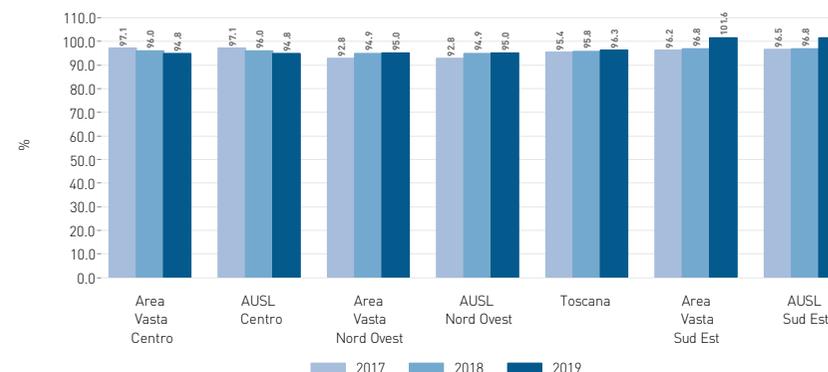
Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli effettivi anni di riferimento degli indicatori per ogni regione sono riportati nelle tabelle dei dati. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio). L'estensione può assumere valori superiori al 100%, se si considerano periodi non coincidenti con il round di invito (biennale o triennale, a seconda del programma di screening).



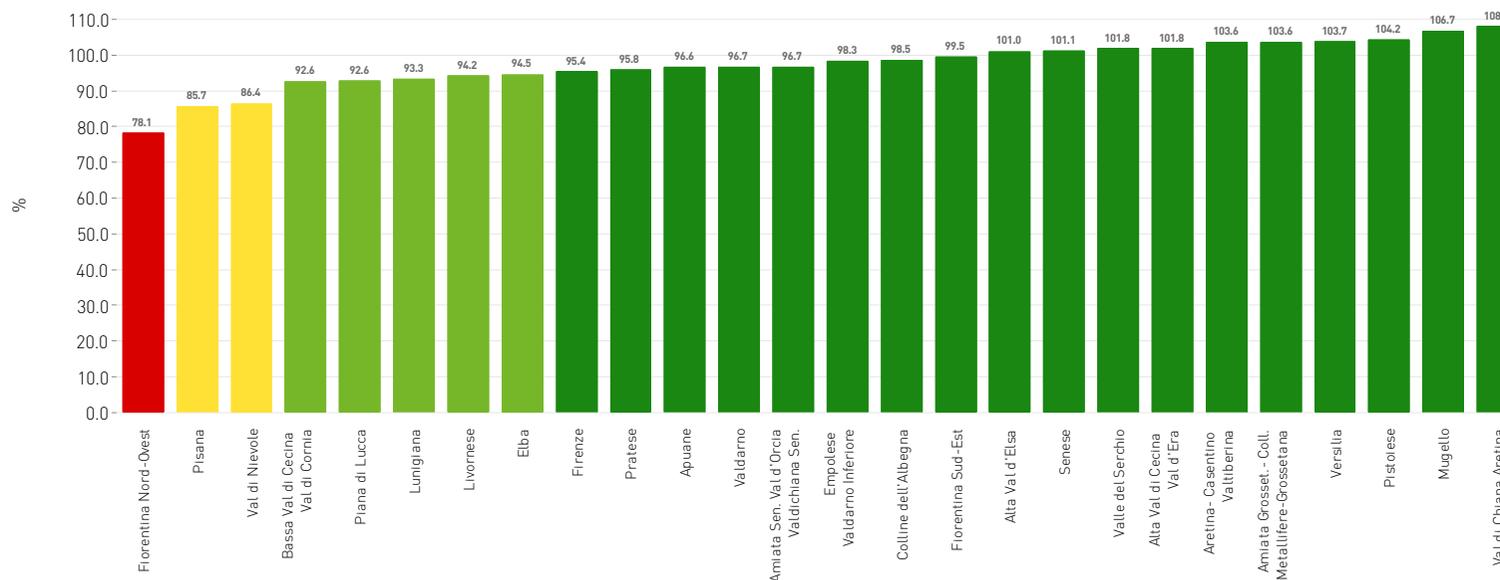
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019



## B5.1.2 Adesione allo screening mammografico

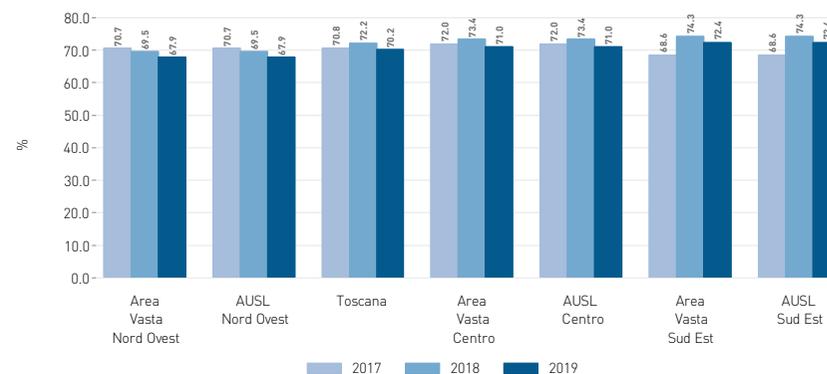
Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.



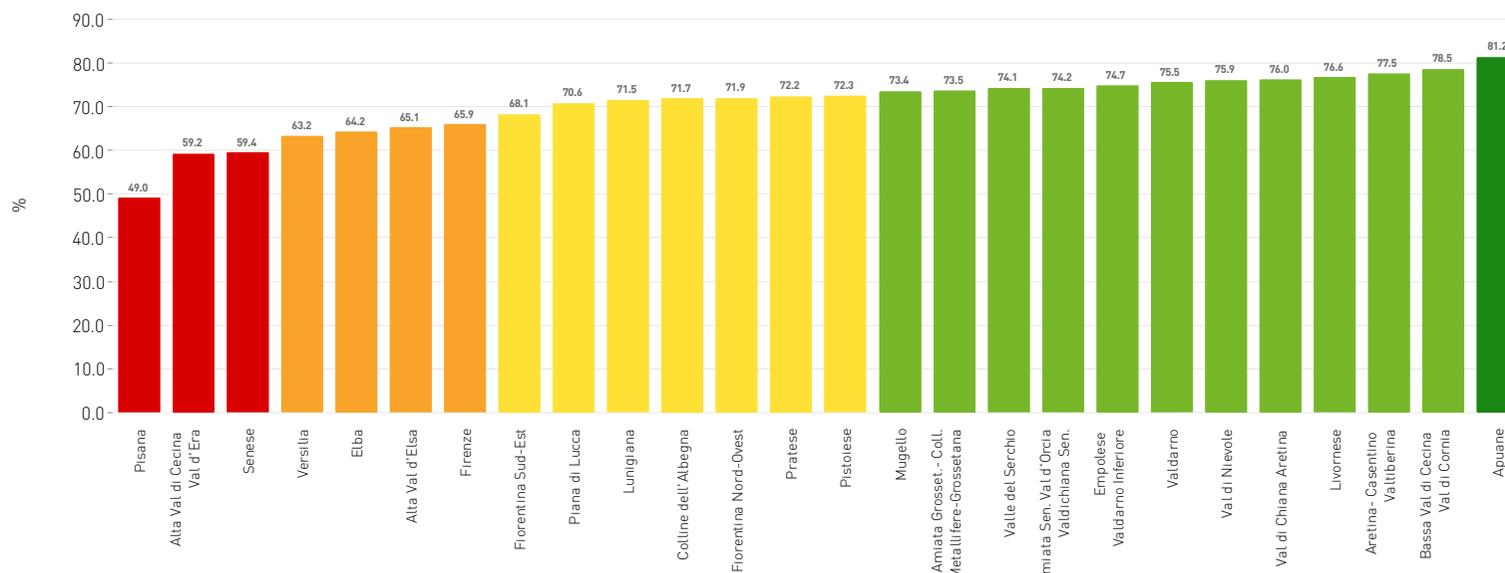
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

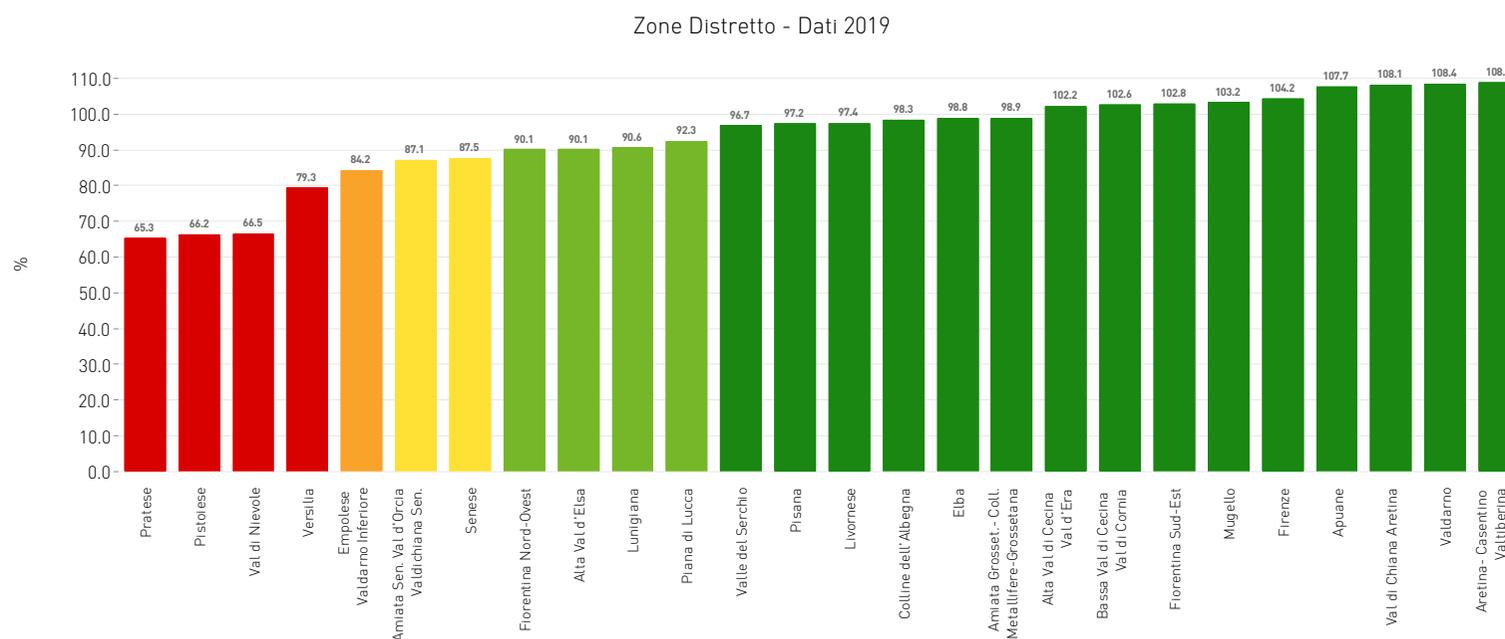
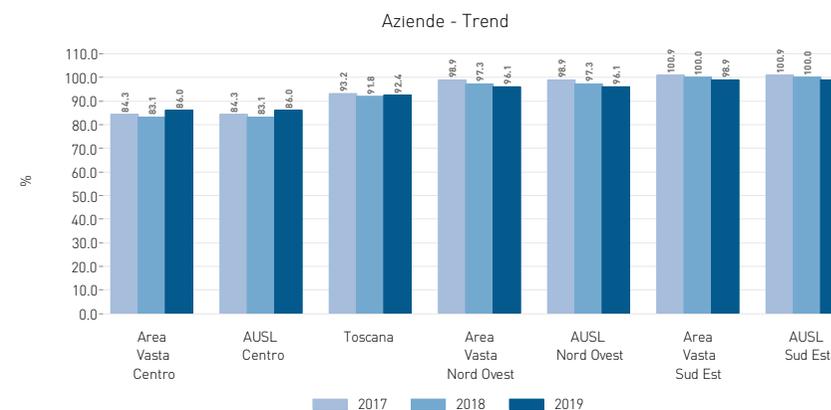
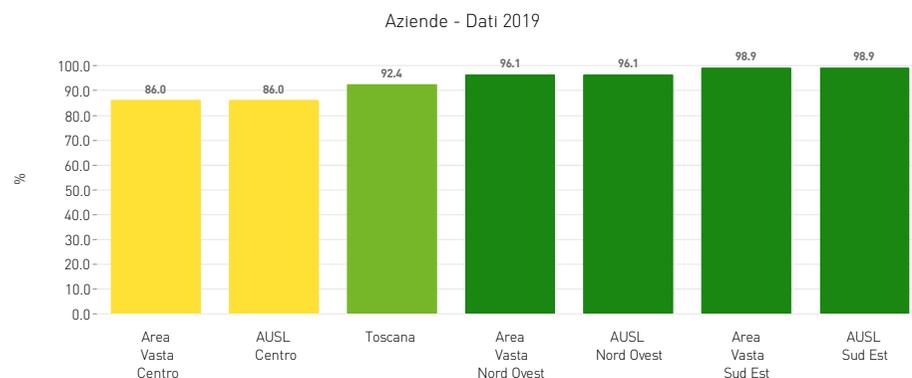


Zone Distretto - Dati 2019



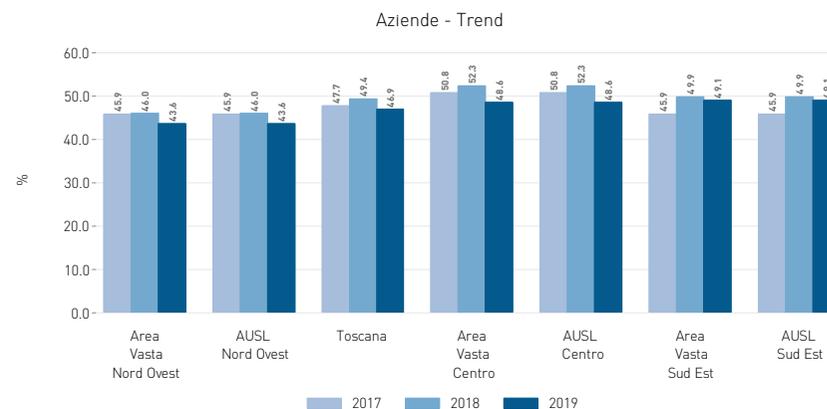
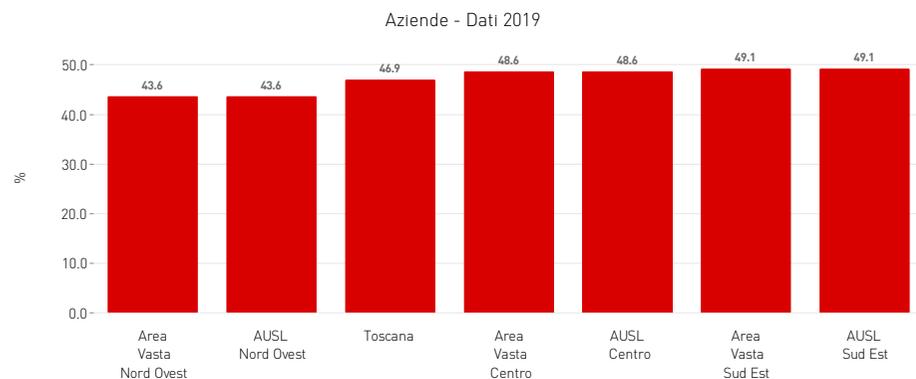
### B5.3.1 Estensione dello screening colorettales

Lo screening colorettales è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'estensione può assumere valori superiori al 100%, se si considerano periodi non coincidenti con il round di invito (biennale o triennale, a seconda del programma di screening).

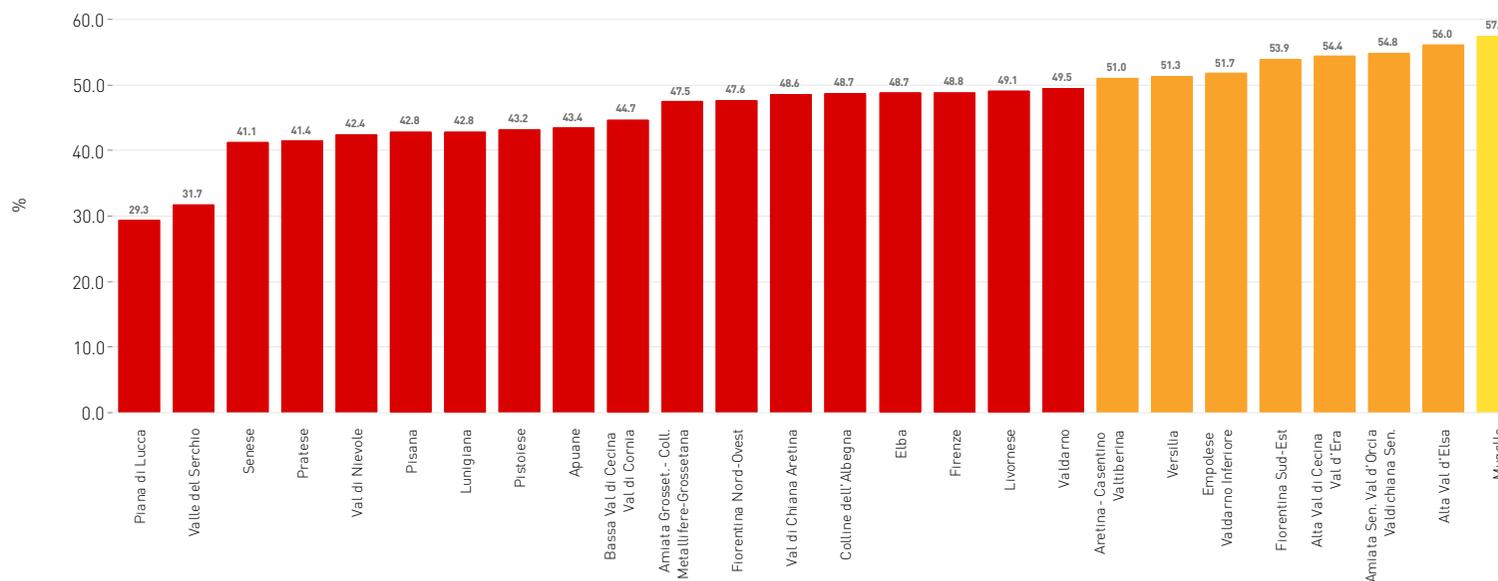


### B5.3.2 Adesione allo screening coloretale

Lo screening coloretale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati.



Zone Distretto - Dati 2019



## B6 Donazioni

La Regione Toscana da anni si impegna per la promozione della cultura della donazione quale valore aggiunto di un sistema sanitario, sia in termini di solidarietà che di garanzia del diritto alla salute. Scopo dell'indicatore è quello di monitorare in termini di efficienza e organizzazione i processi di donazione degli organi e dei tessuti. La carenza di organi rispetto alle necessità dei pazienti in attesa è stata individuata quale problema centrale delle attività di trapianto in molti paesi europei, tuttavia in Toscana i risultati ottenuti negli ultimi anni sono apprezzabili e al di sopra della media nazionale, sia per quanto riguarda le donazioni che i trapianti (PSSIR 2012-2015). Al fine di rendere ancora più efficiente il sistema donazione e trapianto è importante monitorare le varie fasi del percorso per superare le difficoltà legate alla mancata identificazione dei potenziali donatori e alla conseguente attivazione delle procedure di accertamento di morte cerebrale. Da qui la necessità di una valutazione della qualità del processo di individuazione, donazione e prelievo di organi nell'intento di fare emergere l'effettivo potenziale di donazione delle singole strutture sanitarie e identificare i punti dell'intero processo sui quali poter intervenire. Scopo dell'indicatore è pertanto quello di monitorare in termini di efficienza e organizzazione i processi di donazione degli organi e dei tessuti.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>B6 Donazioni</b>	●	●	●	●	●	●	●		
<i>B6.1.7 Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute</i>	2.93	2.80	2.21	3.20	3.48	5.13	4.70	0.17	2.08
B6.1.1A Efficienza di segnalazione	55.92	38.68	52.88	28.28	79.25	90.63	85.56		
B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche	1.50	1.78	1.91	0.67	1.75	2.32	1.43		
B6.1.2 Percentuale di donatori procurati	61.21	54.88	66.34	64.29	47.62	67.24	62.34		
B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati	73.66	68.89	73.13	61.11	85.00	76.92	81.25		
<i>B6.1.15 Conversion rate</i>	52.74	54.64	57.35	59.80	39.39	46.67	48.35		
<i>B6.1.8 Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo</i>	38.52	30.81	46.95	33.87	13.21	62.46	56.14		
B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi	21.49	16.97	24.87	29.86	7.36	25.00	25.07		
<i>B6.1.9 Opposizione alla donazione</i>	30.23	26.83	23.76	35.71	45.24	29.31	32.47		
<i>B6.1.10 Donazione di organi a cuore fermo</i>	4.64	0.65	0.57	1.87	8.57	41.67	26.67		

## B6.1.1A Efficienza di segnalazione

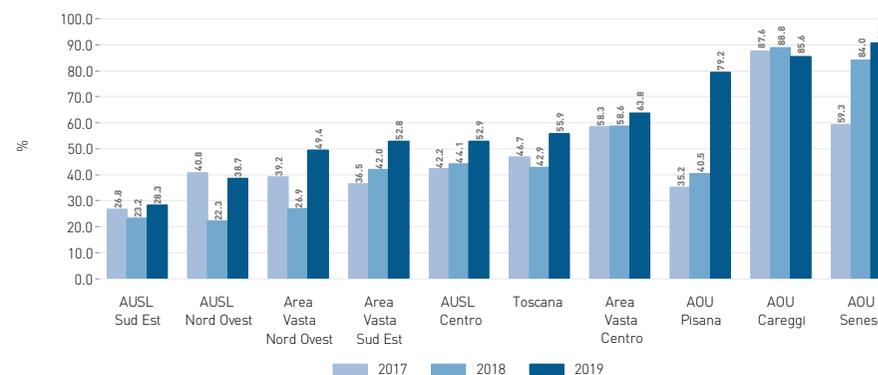
L'indicatore misura l'efficienza di segnalazione, in linea con il modello adottato dalla regione Toscana (Delibera Giunta regionale n.1380 del 27 dicembre 2016) di sviluppo delle Reti cliniche tempo dipendenti. Trattandosi di un indicatore di percorso, rappresenta un elemento core del sistema di procurement degli organi, considerando tutti i deceduti in ospedale nelle prime 72 ore dal ricovero o in Pronto Soccorso con lesioni cerebrali acute.



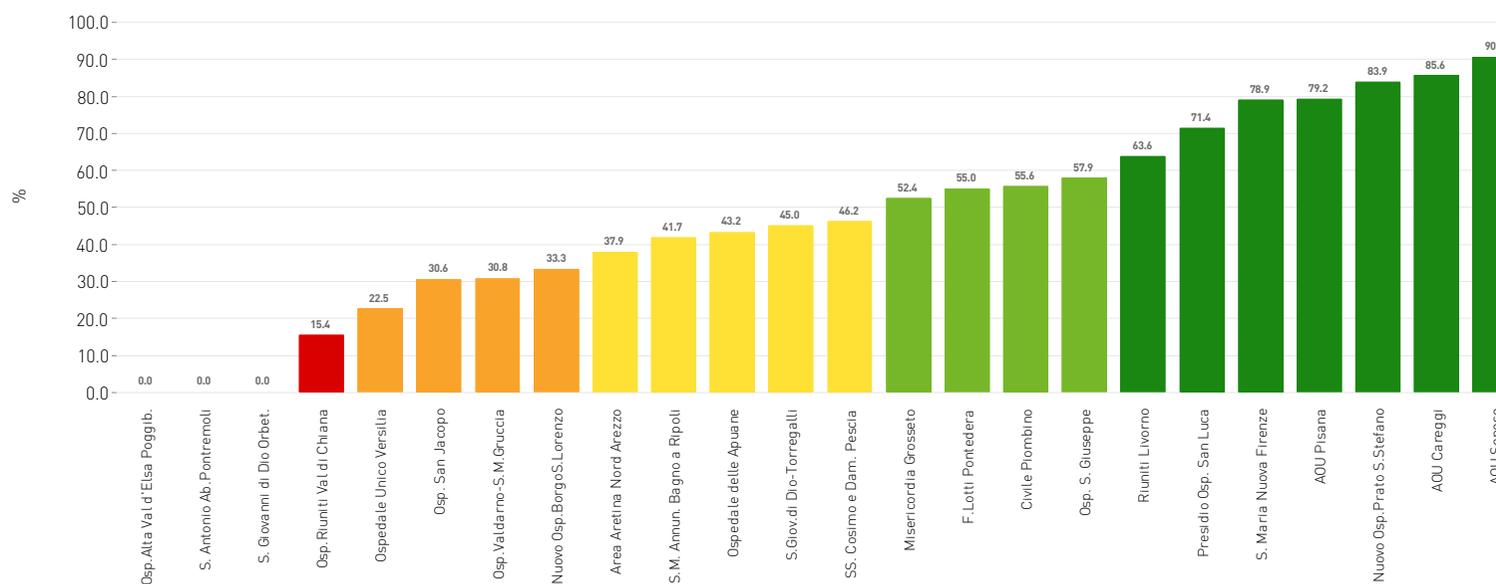
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



### B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche

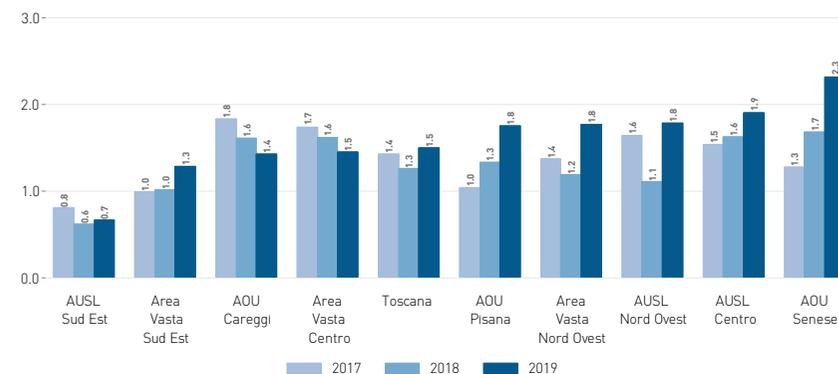
I trapianti di organo rappresentano una terapia sicura e consolidata per la cura delle gravissime insufficienze di organo, ma attualmente la disponibilità di organi risulta essere inferiore rispetto alla richiesta. Ne consegue che la capacità di una regione di favorire il procurement di organi è essenziale per erogare questo servizio al maggior numero possibile di cittadini. Fra le criticità del meccanismo di donazione-trapianto, gioca un ruolo importante la segnalazione non sistematica dei potenziali donatori, associata ad inefficienze organizzative nel processo di donazione e trapianto più evidenti in alcune aree del Paese rispetto ad altre. Le diverse esperienze nazionali ed internazionali mostrano come l'aumento del numero dei donatori segnalati, ovvero i soggetti sottoposti ad accertamento di morte con criteri neurologici, e la corretta identificazione di tutti i potenziali donatori determini un aumento diretto del numero di donatori utilizzati, evidenziando come un corretto governo del processo di donazione sia essenziale ai fini dell'aumento dell'attività di trapianto (Rapporto Osservasalute 2017).



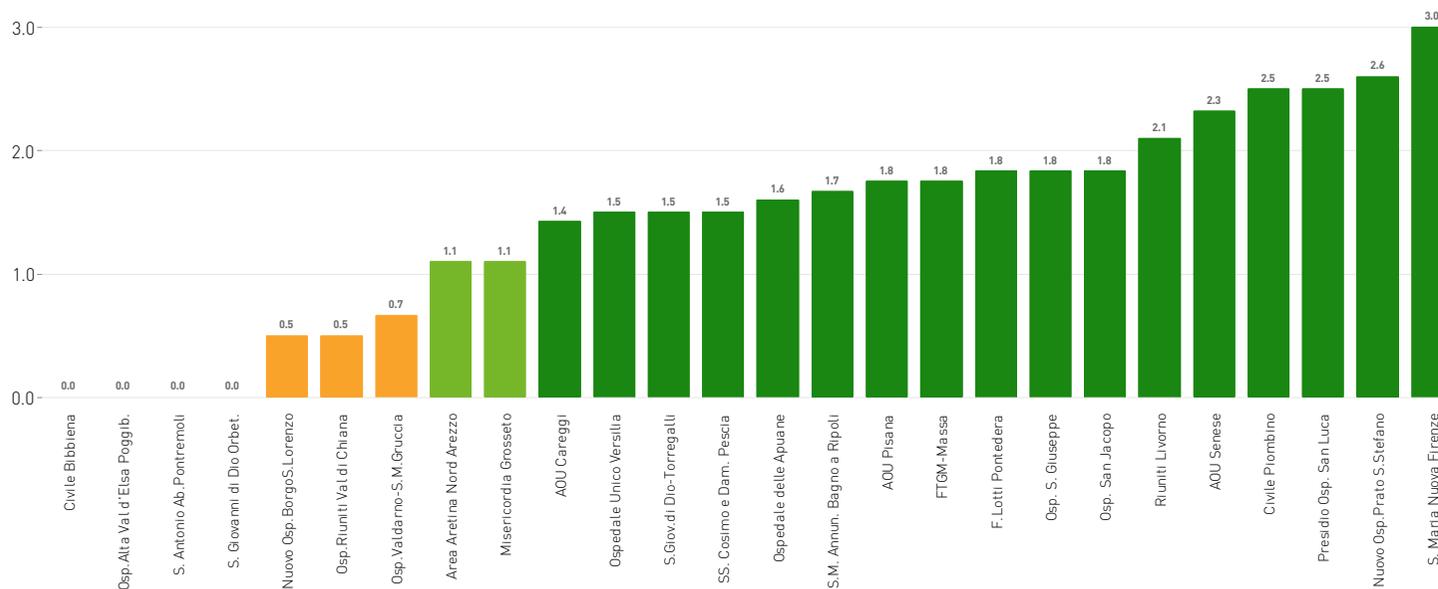
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

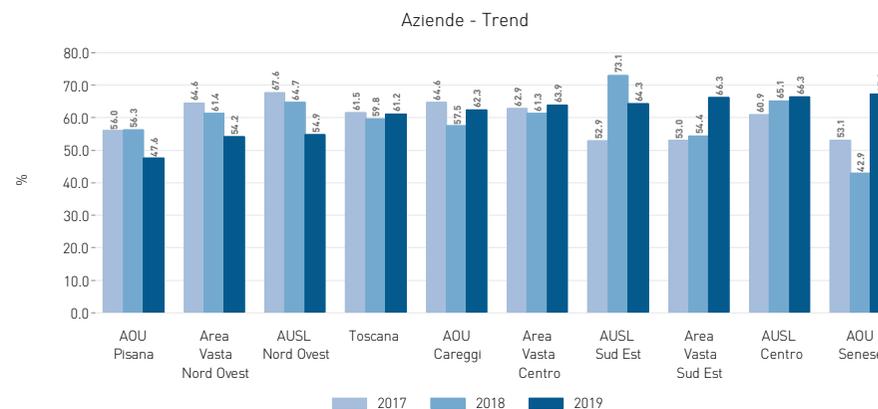
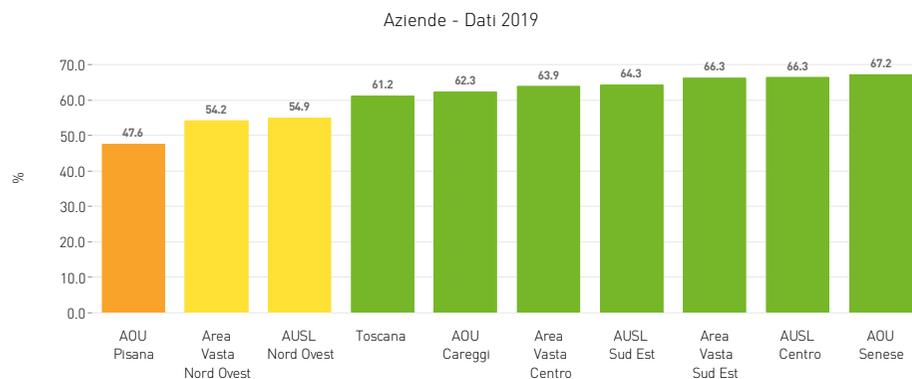


Stabilimenti - Dati 2019

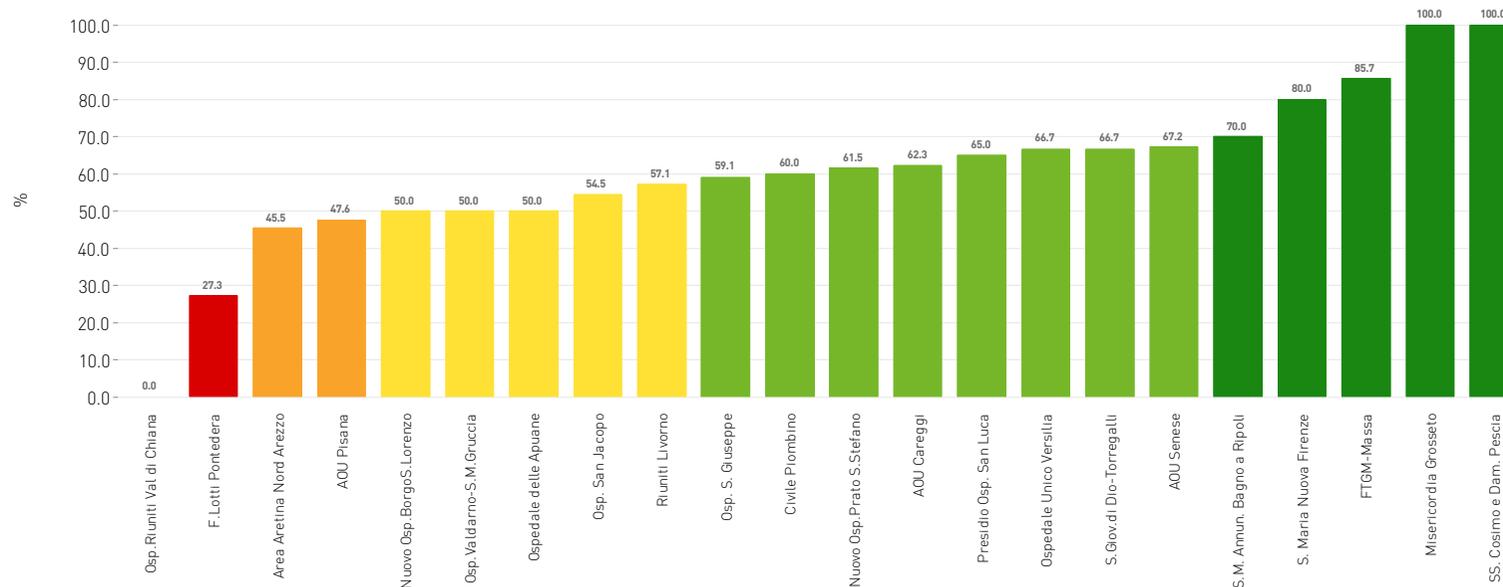


## B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

La percentuale di donatori procurati di organi considera il risultato dell'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. Si intende procurato il soggetto con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica, nei tempi e modi stabiliti dalla normativa, in assenza di fattori clinici già noti che controindicano la donazione ed in presenza di non opposizione alla donazione di organi e tessuti espressa in vita, oppure dagli aventi diritto.



Stabilimenti - Dati 2019



### B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati

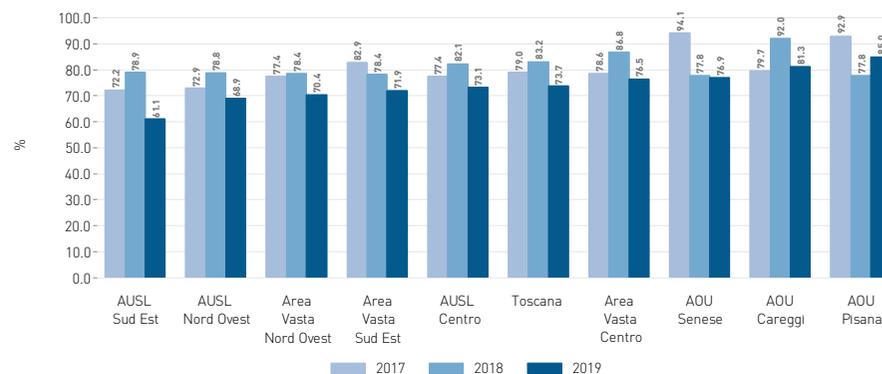
L'indicatore misura la percentuale dei donatori effettivamente utilizzati (dai quali è stato prelevato e utilizzato per un trapianto almeno un organo solido) rispetto ai donatori procurati.



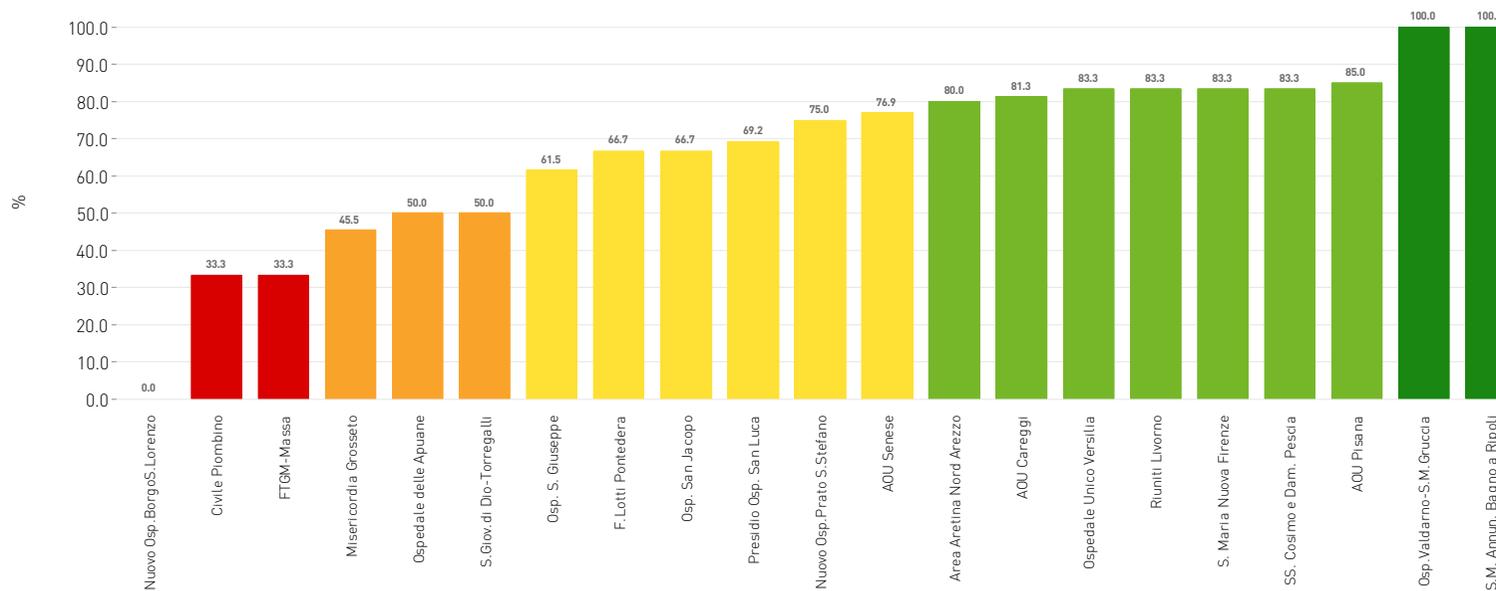
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

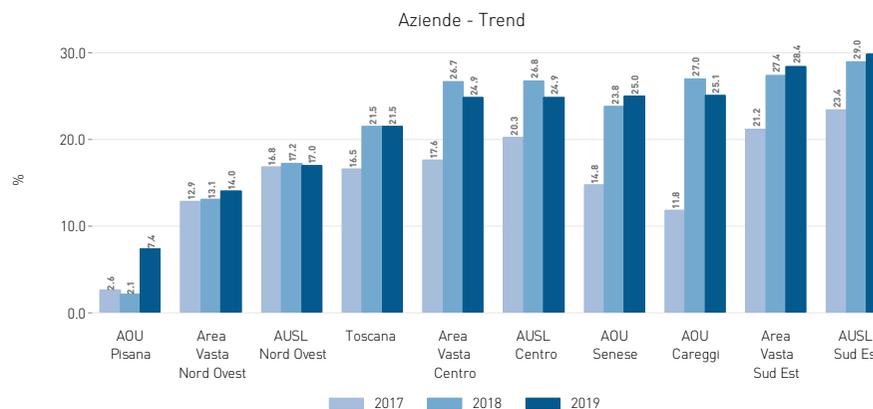
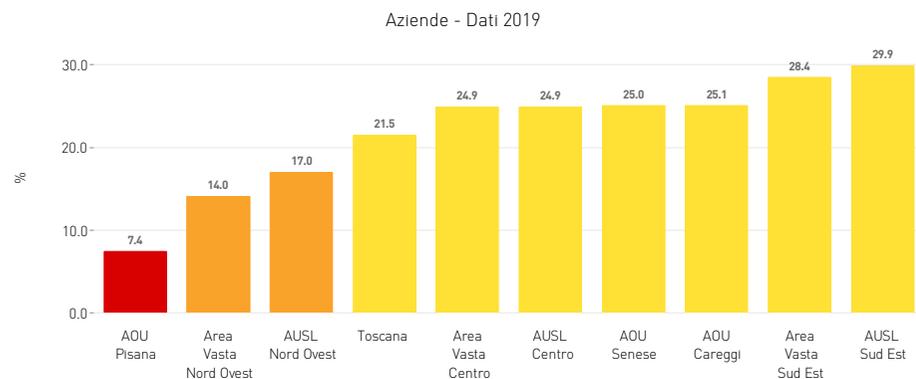


Stabilimenti - Dati 2019

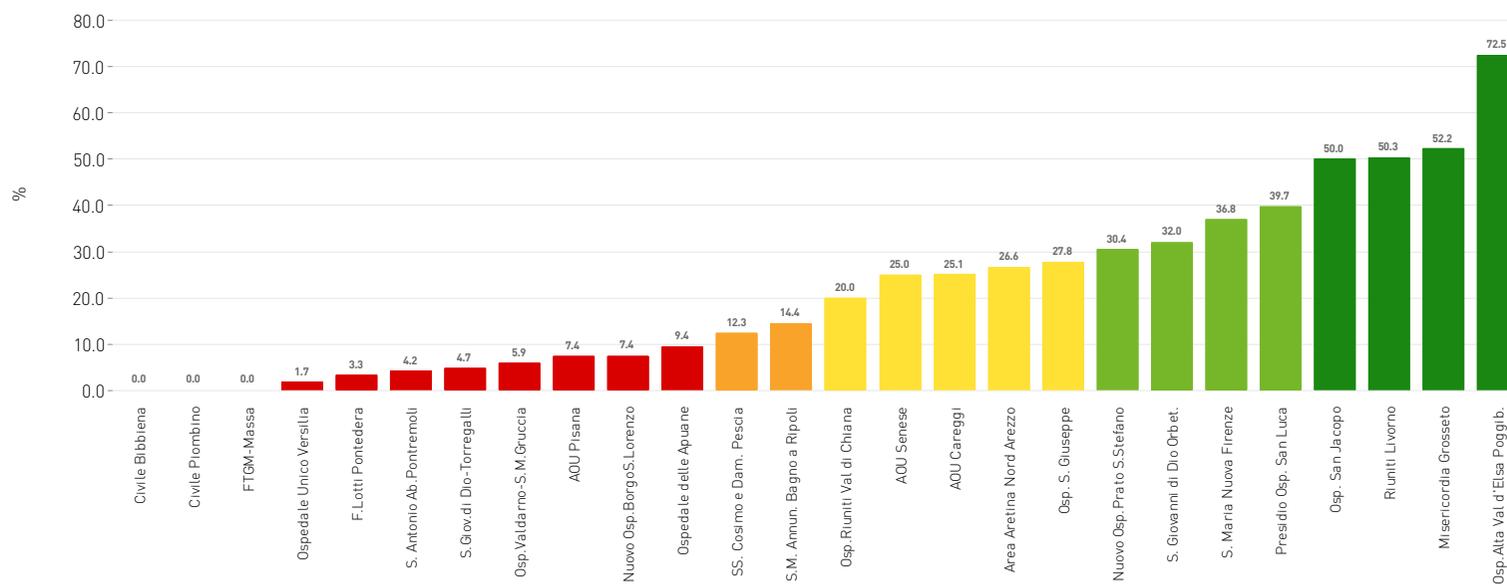


## B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi

Il monitoraggio dei decessi nosocomiali e in Pronto Soccorso consente l'analisi delle fasi del processo donazione dei tessuti, permettendo di individuare eventuali ambiti di miglioramento in particolare sulle mancate segnalazioni dei donatori a cuore fermo.



Stabilimenti - Dati 2019



## B12 Mobilità

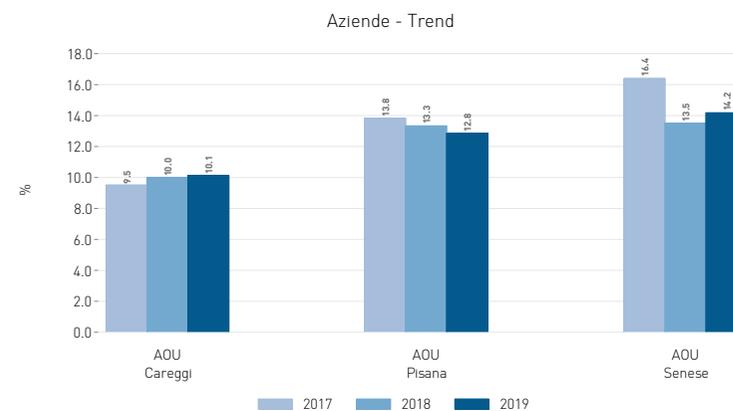
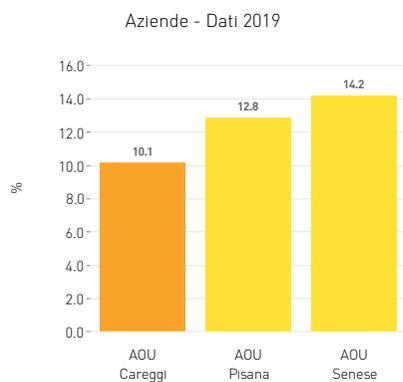
L'analisi della mobilità sanitaria, nelle sue diverse forme, ricopre un ruolo centrale nella programmazione dei sistemi regionali e nello sviluppo di politiche condivise a livello interregionale. La popolazione deve trovare, nel suo territorio, risposte adeguate alle sue esigenze di salute; pertanto, la mobilità è da considerarsi un fenomeno di notevole interesse ai fini della valutazione dei servizi erogati e, più in generale, delle dinamiche che regolano la complessa dialettica tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e di promozione della qualità delle cure. La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è, poi, il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Le attrazioni extraregionali, inoltre, hanno un impatto positivo a livello economico. Vengono analizzate le attrazioni per patologie complesse (DRG indicati come ad "Alta complessità" nella TUC). Il dato relativo alle fughe è presentato, per comodità di consultazione, per le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento, ma è da attribuirsi all'intera Area Vasta.



	Regione Toscana	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>B12 Mobilità</b>		●	●	●		
<i>B12.1 Fughe</i>						
<i>B12.1.2.1 Percentuale di fughe extra regionali totali</i>						
<i>B17A.2 Percentuale di fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)</i>						
<i>B17.3 Percentuale di fughe extraregionali alta specialità chirurgica (AOU)</i>						
<b>B12.2 Attrazioni</b>						
<i>B12.2.1 Attrazioni extra Area Vasta per DRG ad alta complessità</i>	14.35	16.58	11.53	14.04		
<i>B12.2.2.1 % attrazioni extra-regione</i>	15.95	17.33	17.35	9.16	25.86	16.37
<i>B12.2.2.2 % attrazioni extra-regione - DRG alta complessità</i>		12.83	14.17	10.13		
<i>B12.2.2.2.1 % attrazioni extra-regioni - DRG alta complessità (IRCCS, AOU monospécialistiche, Aziende Ospedaliere, ecc)</i>	30.67				46.27	20.90
<i>B12.2.2.3 Volumi attrazioni extra-regione - DRG alta complessità</i>	8914.00	863.00	611.00	934.00	527.00	380.00

### B12.2.2.2 Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità

La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Le attrazioni extraregionali, inoltre, hanno un impatto positivo a livello economico. Questo indicatore mette in evidenza la capacità di attrazione da parte delle Aziende Ospedaliero - Universitarie di pazienti provenienti da altre regioni per patologie complesse.



## B24A Sanità digitale

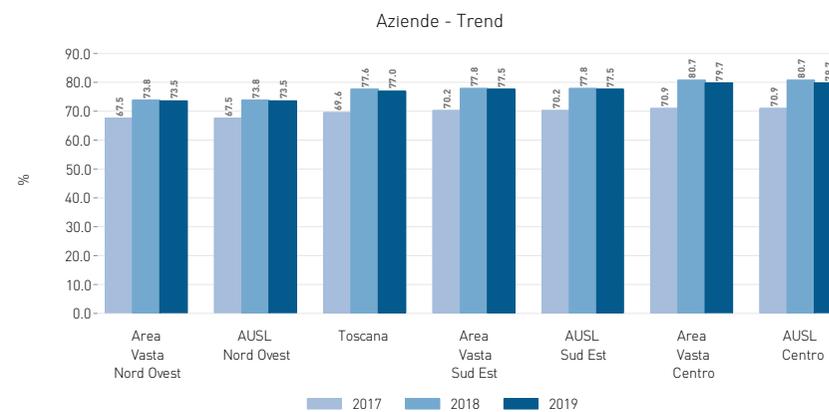
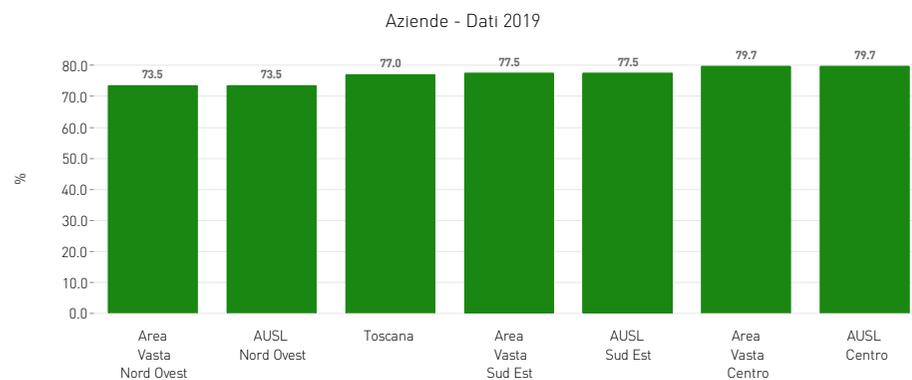
L'obiettivo dell'indicatore è finalizzato a cogliere i cambiamenti dell'approccio alla sanità digitale da parte dei cittadini e degli operatori del settore, in particolare i professionisti. La sanità digitale rappresenta uno stimolo in continua crescita ed espansione, certificato dalla sempre maggior diffusione del ricorso al Fascicolo sanitario elettronico e alle prescrizioni digitalizzate.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>B24A Sanità digitale</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B24 Carta Sanitaria Elettronica (CSE)										
B24.1 Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attive										
B24B ePrescription										
B24B.1 Percentuale ricette dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	76.98	73.49	79.68	77.48						
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	79.07	78.13	80.34	78.23						
B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	70.10	59.20	77.33	73.87						
B24B.2 Percentuale ricette elettroniche o dematerializzate su erogato	93.25	83.78	76.22	49.79	146.09	118.40	138.88	132.46	114.23	103.42
B24B.2.1 Percentuale ricette farmaceutiche elettroniche o dematerializzate su erogato	65.40	52.10	60.44	18.90	440.15	55.40	483.25	18341.51	1960.15	
B24B.2.2 Percentuale ricette specialistiche elettroniche o dematerializzate su erogato	99.12	94.05	81.70	57.23	137.98	126.14	130.24	123.52	108.44	102.03
B24B.3 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una dematerializzata o elettronica	70.01	65.64	67.21	68.94	78.82	76.71	77.89	79.14	97.67	87.50
B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	58.42	56.18	60.11	45.38	70.83	70.32	67.81	57.06	67.44	37.50
B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	65.74	60.57	61.19	64.40	77.56	74.89	77.40	79.14	95.35	87.50
B24B.4 Numero medio di prescrizioni dematerializzate o elettroniche per specialista										
B24C Fascicolo Sanitario Elettronico										
B24C.1 % di consensi prestati per l'alimentazione del FSE	57.57									
B24C.2 % dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE (con FSE attivo)	12.33									
B24C.3 % di referti di laboratorio strutturati digitalizzati resi disponibili nei FSE	99.64									

## B24B.1 Percentuale ricette dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

Questo indicatore esprime l'andamento, sul territorio della Regione Toscana, della diffusione delle ricette de-materializzate. Vengono considerate sia le ricette farmaceutiche che quelle specialistiche. E' interessante evidenziare che il trend è in crescita costante in tutte le Aziende dal 2017.

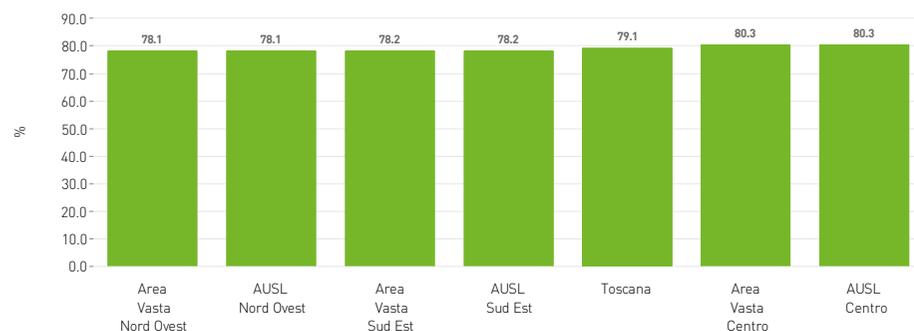


### B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

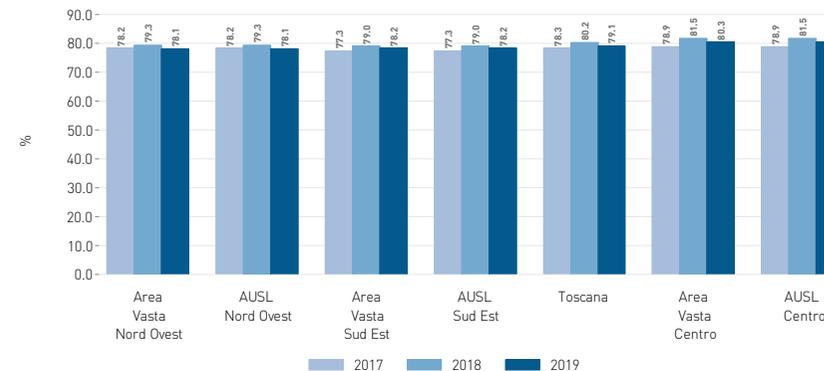
Questo indicatore indica la percentuale di ricette farmaceutiche dematerializzate sul totale del prescritto elettronico, con riguardo soltanto ai medici convenzionati. Il trend dell'indicatore risulta in continua crescita in tutte le Aziende dal 2017.



Aziende - Dati 2019

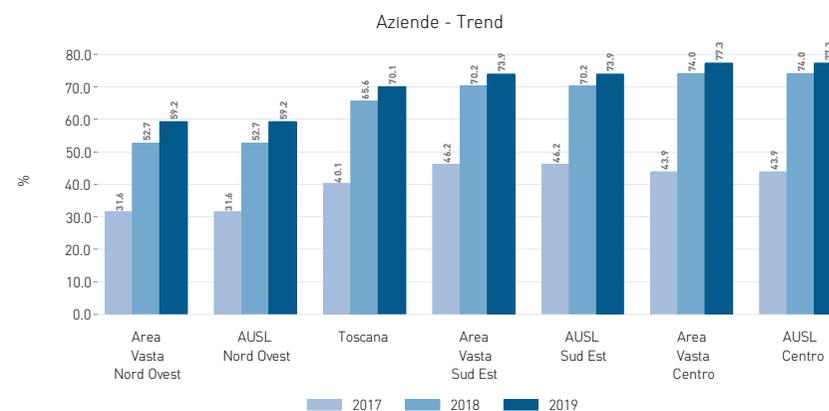
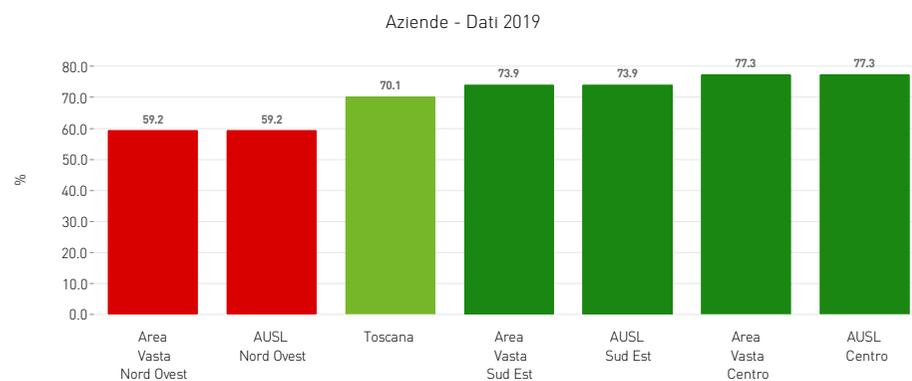


Aziende - Trend



## B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

Questo indicatore esprime la percentuale di ricette specialistiche dematerializzate sul totale del prescritto elettronico per i medici convenzionati. Questo indicatore ha un trend in crescita in tutte le Aziende dal 2017.



### B24B.3 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una dematerializzata o elettronica

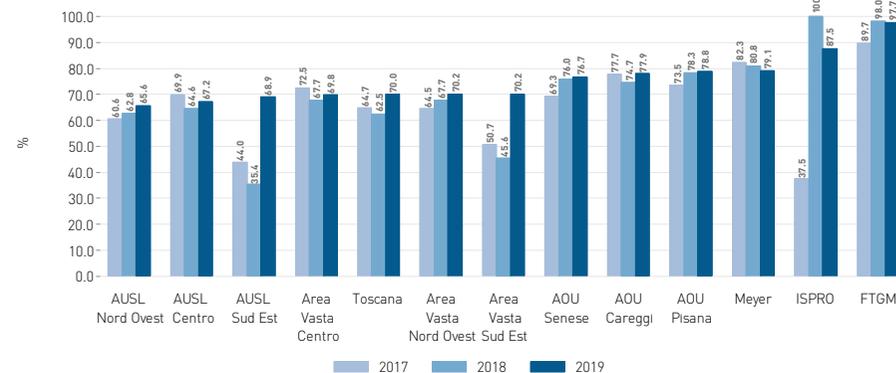
Questo indicatore è calcolato attraverso una media tra la "Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata" e la "Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata". Questo indicatore risulta avere un trend in continua crescita dal 2017 omogeneo in tutta la Regione Toscana.



Aziende - Dati 2019

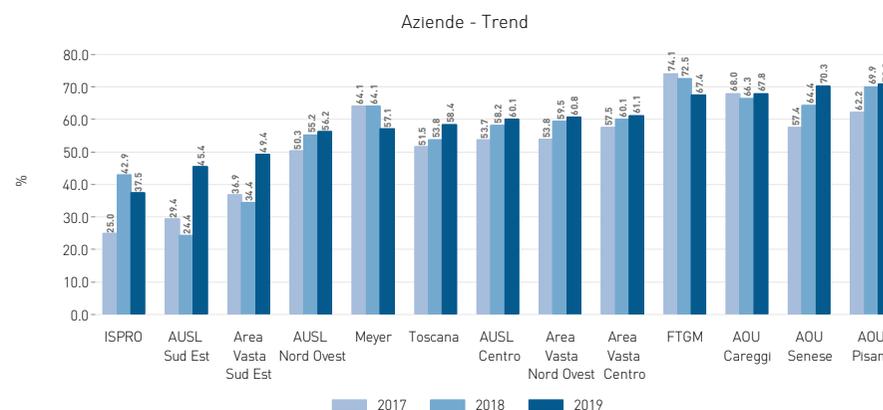


Aziende - Trend



### B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata

L'indicatore è calcolato confrontando il "Numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione farmaceutica elettronica o dematerializzata" con il "Numero di specialisti a cui è stato assegnato almeno un ricettario cartaceo negli ultimi due anni". Bisogna sottolineare che Il dato regionale del numero dei medici è diverso dalla somma del dato aziendale. Lo stesso specialista viene conteggiato in tutte le aziende di appartenenza. L'indicatore esprime un trend in crescita in tutte le Aziende dal 2017.



### B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata

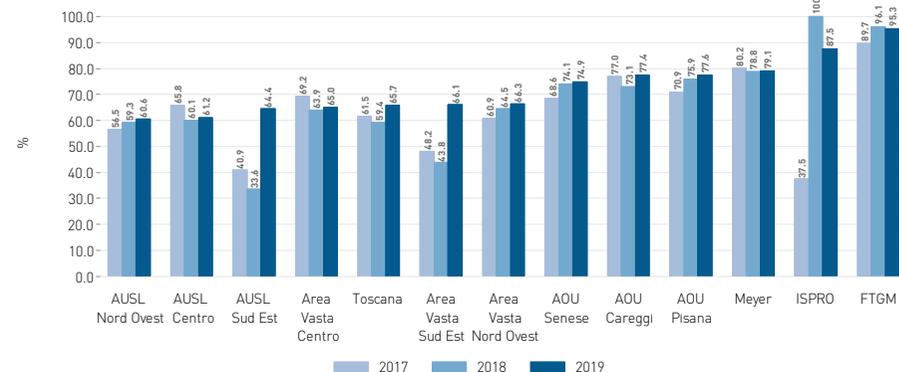
L'indicatore restituisce la misura percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata e si calcola utilizzando il Numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione specialistica elettronica o dematerializzata confrontato al Numero di specialisti a cui è stato assegnato almeno un ricettario cartaceo negli ultimi due anni. È da rilevare che il dato regionale del numero dei medici è diverso dalla somma del dato aziendale. Lo stesso specialista viene conteggiato in tutte le aziende di appartenenza. Il trend dell'indicatore è in crescita in maniera quasi del tutto omogenea sul territorio della Regione Toscana.



Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



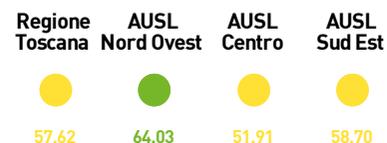
## B26 Sanità di Iniziativa

L'indicatore B26 si pone l'obiettivo di monitorare lo sviluppo e l'implementazione della Sanità di Iniziativa, il programma della Regione Toscana che introduce all'interno del servizio di medicina generale il Chronic Care Model (Wagner, 1998) per la gestione dei pazienti cronici. A partire dal 2010 (anno pilota), i medici di medicina generale con il supporto degli operatori infermieristici hanno arruolato pazienti diabetici, scompensati, con BPCO e Ictus/TIA e attivato un percorso di follow up strutturato e finalizzato a rendere il paziente attivo e informato, andando inoltre ad incrementare i livelli di proattività del team che li ha in carico. La diffusione del programma di Sanità di Iniziativa tra i medici di medicina generale può produrre benefici per l'intera popolazione e non solo per i pazienti cronici. Con questi presupposti, l'indicatore B26.1 misura la percentuale di popolazione, di età superiore o uguale a 16 anni, assistita da Medici di Medicina Generale che hanno scelto di aderire alla Sanità di Iniziativa (ex DGR 894/2008 e 716/2009).



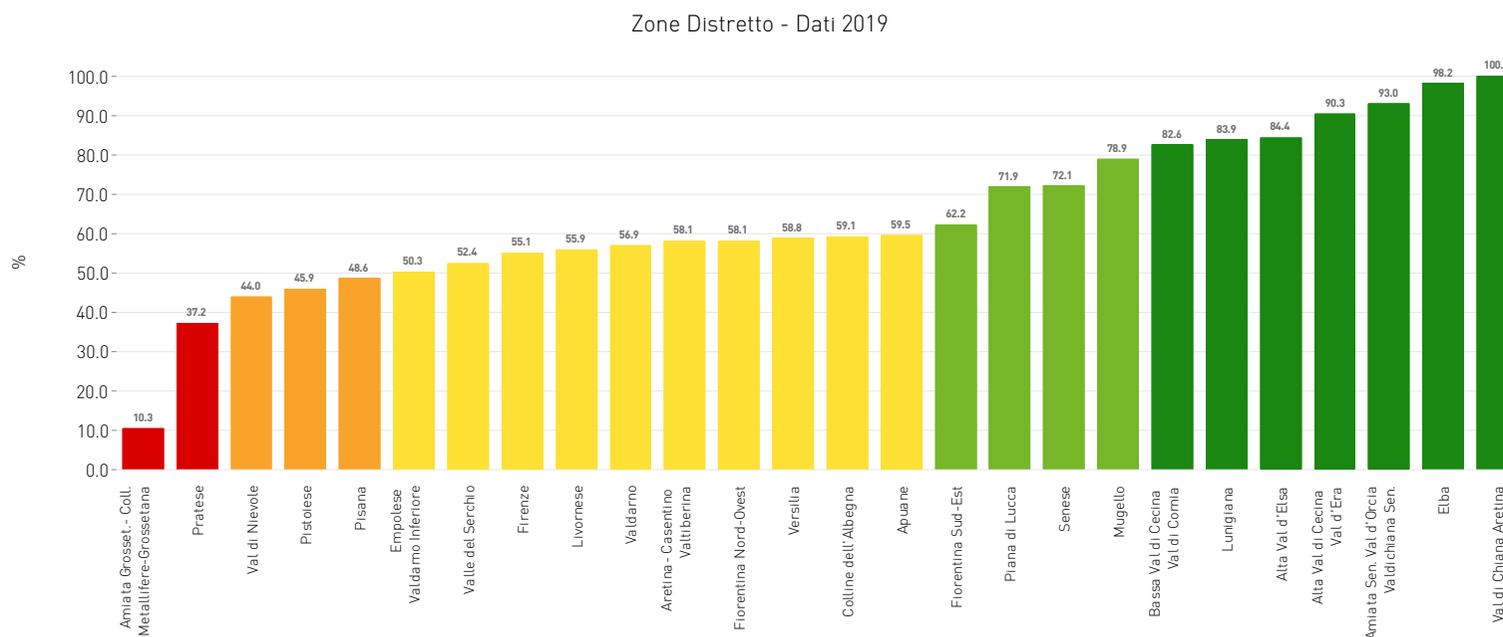
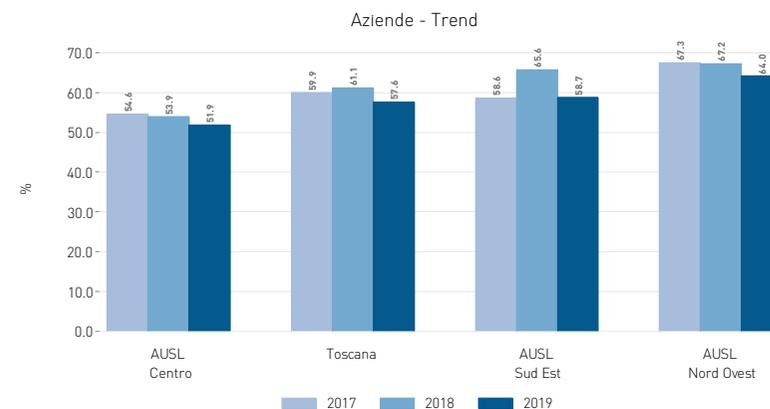
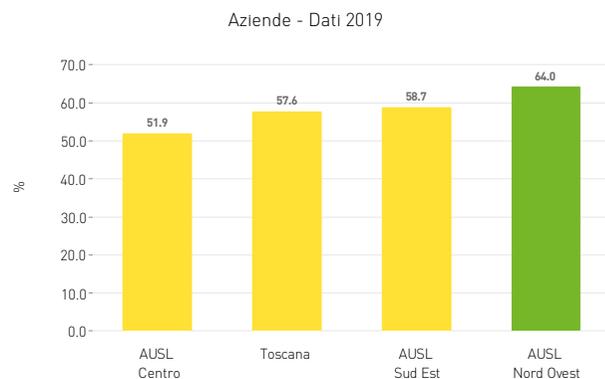
### B26 Sanità di Iniziativa

B26.1 Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa



## B26.1 Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa

La diffusione del programma di Sanità di Iniziativa tra i medici di medicina generale può produrre benefici per l'intera popolazione e non solo per i pazienti cronici. Il medico di medicina generale che decide di modificare il proprio approccio assistenziale da re-attivo a pro-attivo è in grado di intervenire efficacemente su tutti i livelli della piramide dei bisogni assistenziali, dalla popolazione sana o a rischio alla popolazione cronica. Con questi presupposti, l'indicatore B26.1 misura la percentuale di popolazione residente, di età superiore o uguale a 16 anni, assistita da Medici di Medicina Generale che hanno scelto di aderire alla Sanità di Iniziativa (ex DGR 894/2008 e 716/2009).





---

# EMERGENZA-URGENZA

a cura di Anna Maria Murante e Lucrezia Coletta



## C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza

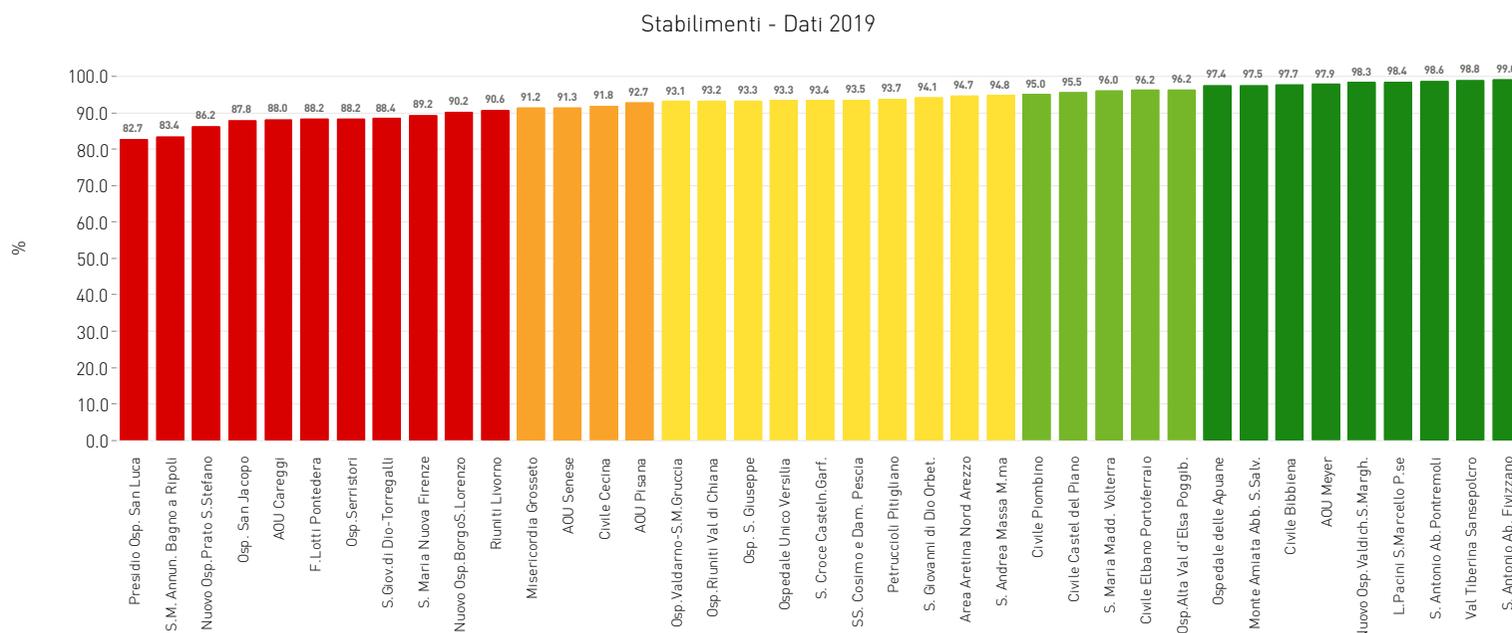
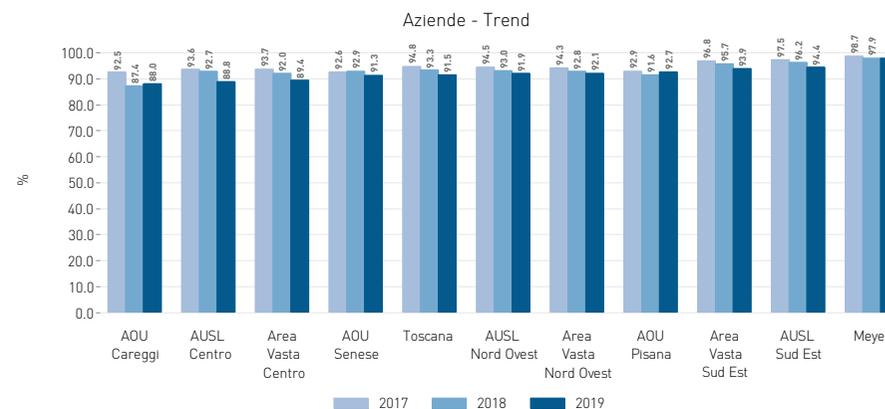
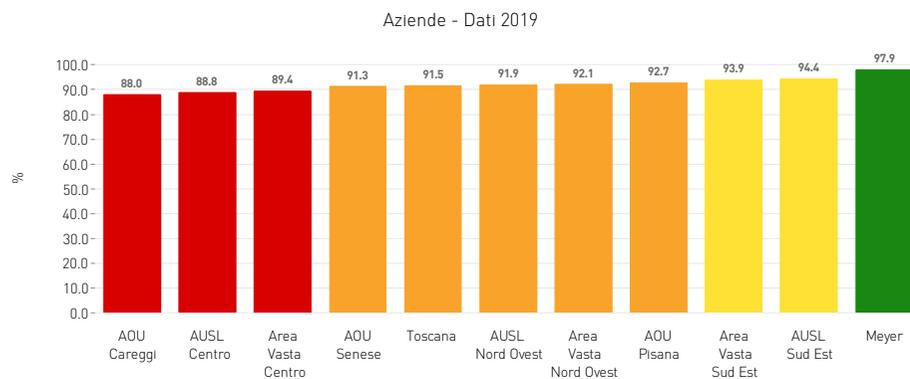
L'indicatore C16 permette di ripercorrere buona parte delle fasi del percorso dell'emergenza urgenza: valuta la qualità del triage (C16a.T1), l'appropriatezza della scelta del setting assistenziale (C16.7), il fenomeno degli accessi ripetuti (C16.10), le tempistiche di permanenza in PS con dimissione ambulatoriale o a domicilio (C16.4.1) e il fenomeno degli abbandoni (D9a). Per l'anno 2019, gli indicatori sul triage non concorrono alla valutazione dell'indicatore C16 perchè questo è un anno di transizione dal vecchio modello di triage (codice colore) al nuovo modello (codice priorità).



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
<b>C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza</b>	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>C16A.T1 Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati o trasferiti</i>	84.02	81.73	82.90	81.04	91.59	87.01		89.56
<i>C16A.T1.BIS Percentuale di accessi codice 1 ricoverati, trasferiti, o ammessi in OBI</i>	85.21	83.28	86.53	81.25	92.73	88.06	83.43	80.65
<i>C16A.T2 Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati o trasferiti</i>	46.59	39.85	50.40	45.44	64.06	48.50		41.29
<i>C16A.T2.BIS Percentuale di accessi codice 2 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	55.72	51.23	57.48	37.96	75.19	59.72	60.12	37.71
<i>C16A.T3 Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati o trasferiti</i>	13.42	10.83	17.94	13.32	21.71	13.53		7.66
<i>C16A.T3.BIS Percentuale di accessi codice 3 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	21.83	19.20	23.62	17.35	38.08	23.48	20.76	12.18
<i>C16A.T4 Percentuale accessi codice colore azzurro (urgenza minore) ricoverati o trasferiti</i>	1.96	0.76	3.64	1.66	3.41	1.22		0.47
<i>C16A.T4.BIS Percentuale di accessi codice 4 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	3.87	3.96	4.01	4.55	11.47	4.97	2.62	2.55
<i>C16A.T5 Percentuale accessi codice colore bianco (urgenza minore) ricoverati o trasferiti</i>	1.28	1.21	0.73	1.24	1.73	1.44		1.00
<i>C16A.T5.BIS Percentuale di accessi codice 5 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	3.83	3.83	5.25	0.99	4.25	0.78	0.51	0.50
<i>C16.5 Percentuale di accessi in Osservazione Breve</i>	5.98	4.85	4.37	10.53	8.48	1.80	3.13	5.77
<i>C16.5.1A Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata &gt; 48 ore</i>	14.79	16.55	31.22	6.07	10.33	45.70	11.26	5.77
<i>C16.5.1A2 Percentuale di ricoveri seguiti ad ammissione in OBI &gt;48 ore</i>	37.55	22.49	46.24	35.61	32.24	48.23	46.70	36.11
<i>C16.4.1 Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso &lt;= 6 ore</i>	91.50	91.93	88.84	94.39	92.69	91.28	88.03	97.86
<i>C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione</i>	73.96	70.06	74.55	74.40	79.58	80.03	79.51	62.77
<i>C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore</i>	5.32	4.97	5.28	6.06	5.66	6.00	4.18	4.95
<i>C16.6 Percentuale di accessi in Osservazione breve inviati a ricovero</i>	29.53	24.19	31.99	32.00	27.96	43.83	32.84	30.17
<i>D9A Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati</i>	3.19	3.45	4.20	1.21	4.45	1.02	4.06	4.36
<i>D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso</i>	4.02	4.76	4.24	2.95	5.41	1.02	4.06	4.36

### C16.4.1 Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore

L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 6 ore, dal momento di assegnazione del codice colore alla dimissione a domicilio o a strutture ambulatoriali. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.



## C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

L'indicatore è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di pazienti che, ricoverati a seguito di un accesso al Pronto Soccorso, sono ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico rispetto ai pazienti ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico o chirurgico. L'indicatore mette in luce eventuali inapproprietezze nella scelta del setting assistenziale da parte dei medici di PS e/o inefficienze organizzative dell'ospedale nel suo complesso.



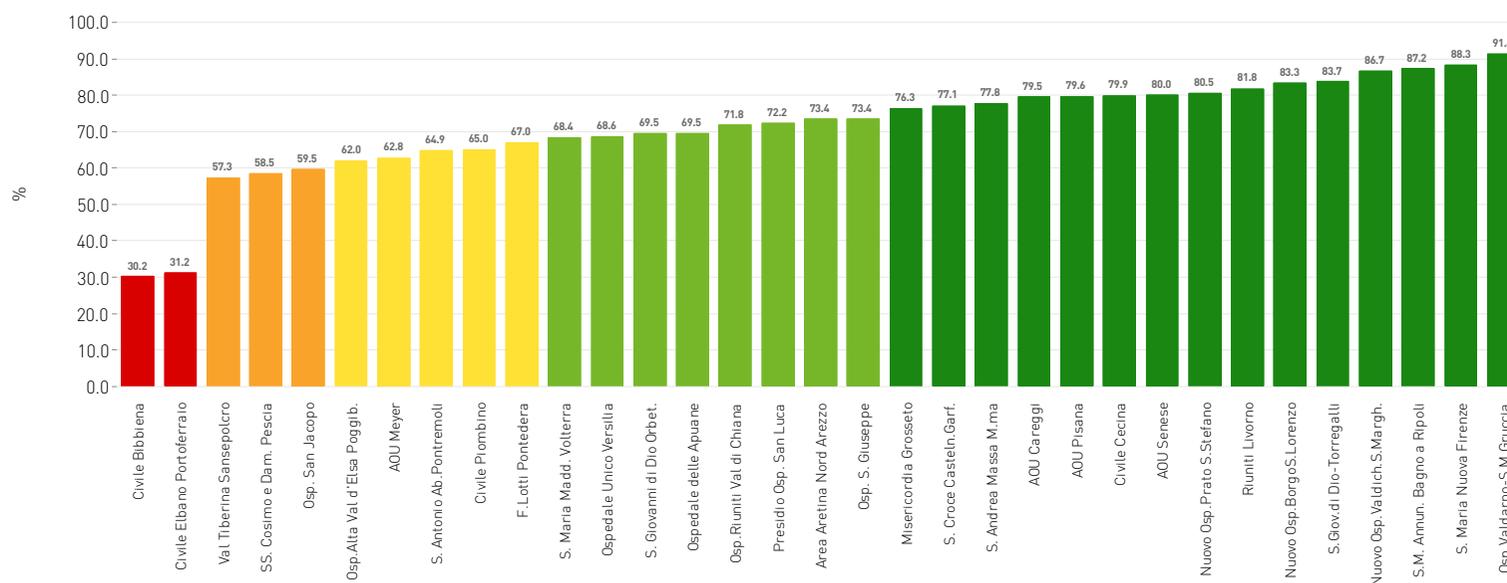
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore

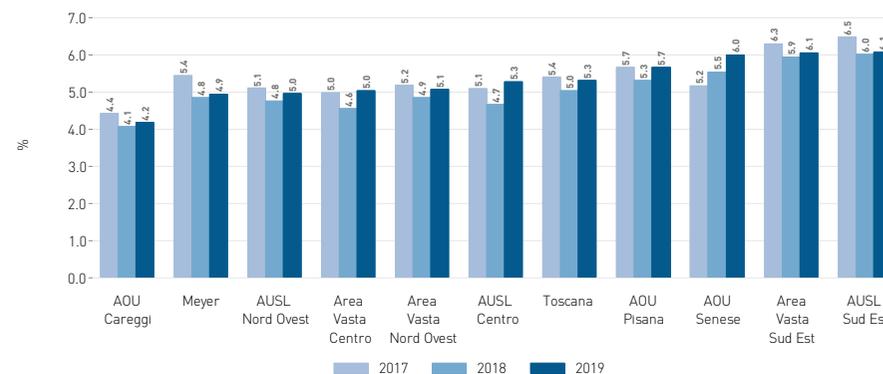
L'indicatore monitora la percentuale di pazienti che rientrano in un qualsiasi Pronto Soccorso presente sul territorio regionale, entro 72 ore rispetto all'accesso precedente, sul totale degli accessi al PS effettuati dai residenti toscani.



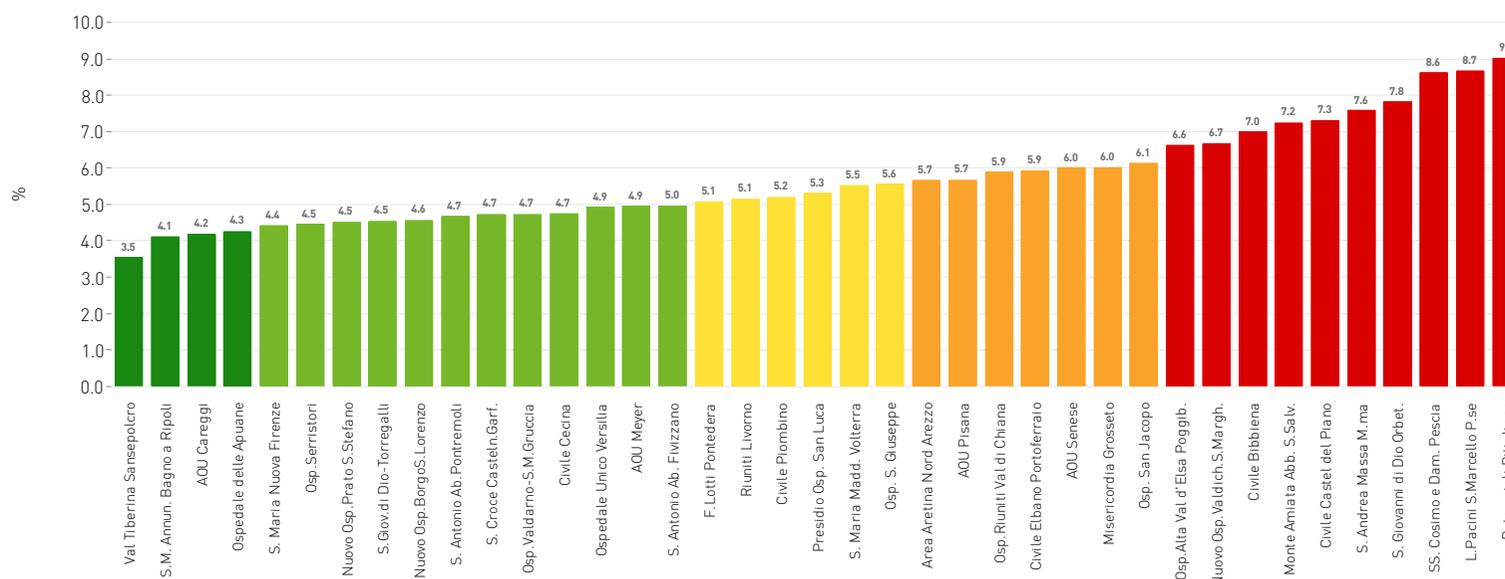
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

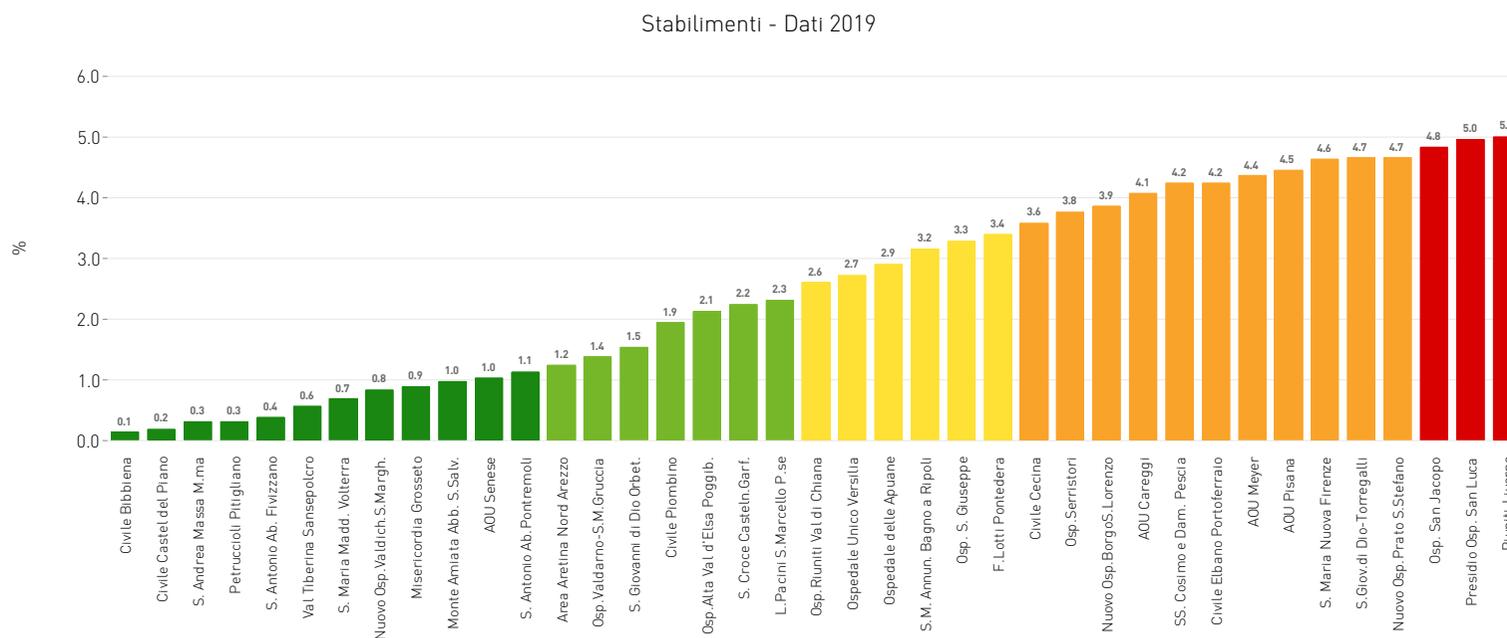
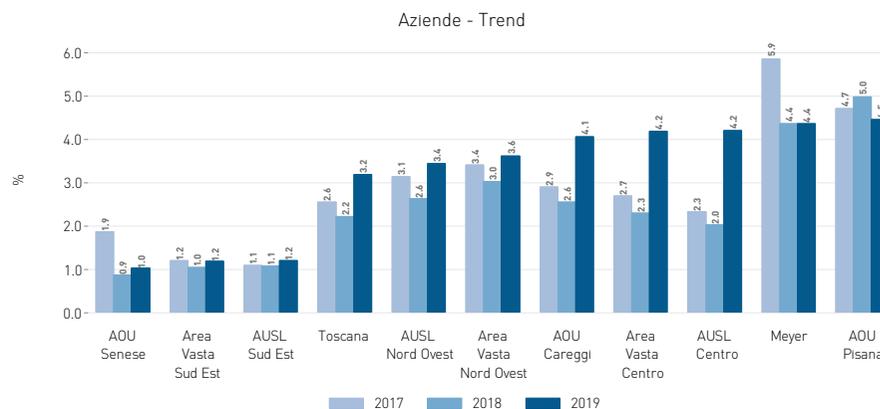
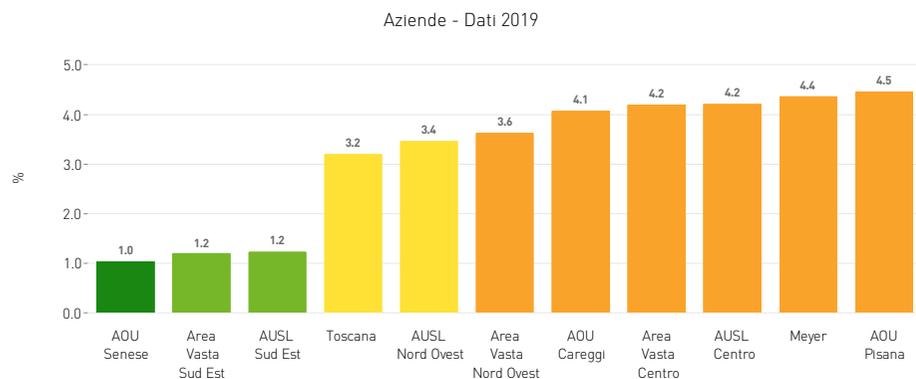


Stabilimenti - Dati 2019



## D9A Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati

L'indicatore valuta il dato relativo al numero di accessi al Pronto Soccorso che esitano con un abbandono spontaneamente da parte del paziente dopo l'accettazione, senza informarne il personale. Il dato relativo agli abbandoni include sia quelli dei pazienti che si allontanano prima di essere visti dal medico, sia di quelli che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica senza aver terminato il percorso assistenziale.



## C16C Sistema 118

L'indicatore C16C "Sistema 118" permette di valutare la performance del sistema 118 per ogni Centrale Operativa. La valutazione del C16C si riferisce alla valutazione dell'indicatore C16.11 "Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso", che valuta la tempestività di arrivo dei mezzi di soccorso dal momento della chiamata.



### C16C Sistema 118

C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso

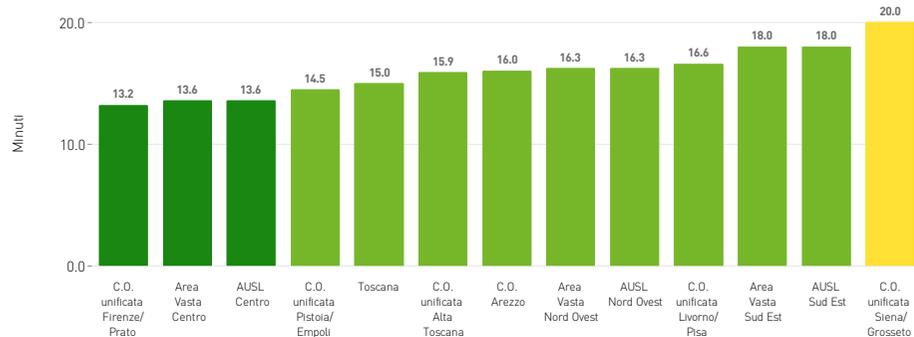
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
15.00	16.25	13.57	18.00

## C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso

L'indicatore descrive l'offerta assistenziale dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target).



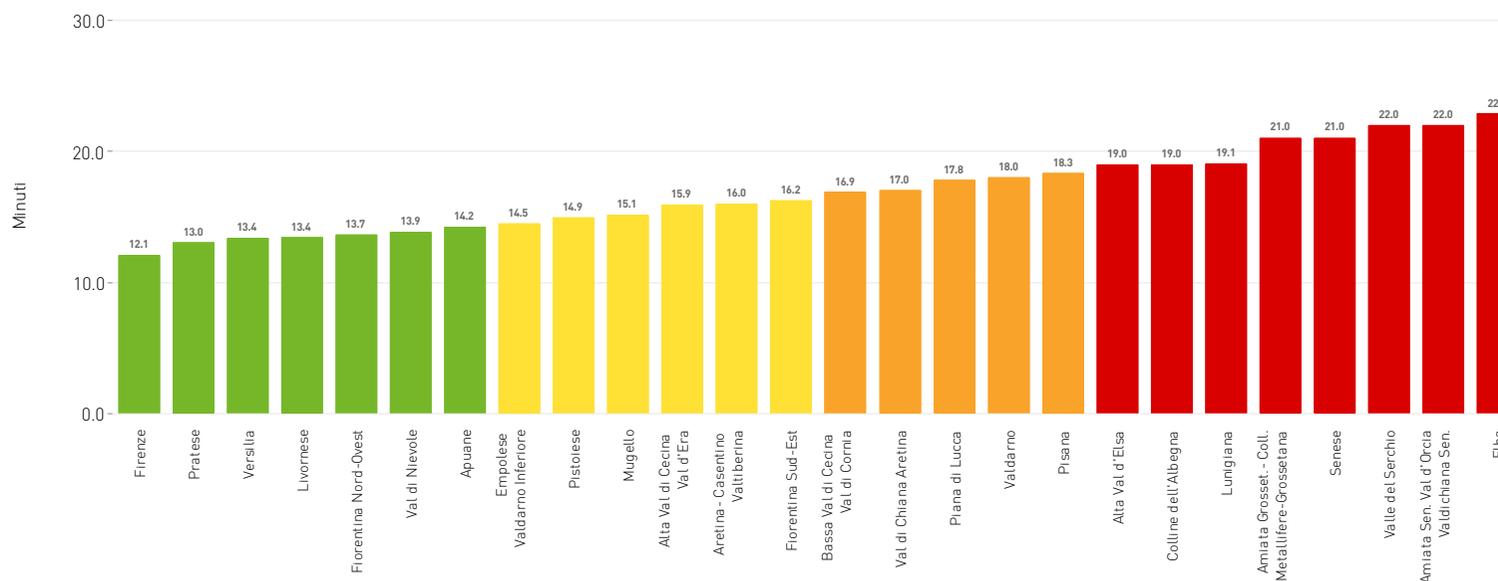
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



---

# PREVENZIONE COLLETTIVA

a cura di Sara Zuccarino



## F15 Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)

L'indicatore è strutturato in due macro-indicatori che analizzano fenomeni di rilevante importanza per il monitoraggio dell'attività del settore Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro: la Copertura del territorio e l'Efficienza riferita ai prodotti finiti.



### F15 Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di

Lavoro (PISLL)

*F15.1.1S Efficacia strutturale riferita al numero di unità locali rispetto al personale qualificato*

*F15.1.4S Efficacia strutturale riferita al numero di lavoratori occupati rispetto al personale qualificato*

F15.1 Copertura del Territorio

F15.1.6 % di cantieri edili diversi ispezionati

F15.1.7 Prodotti finiti 25-26-72 / unità locali

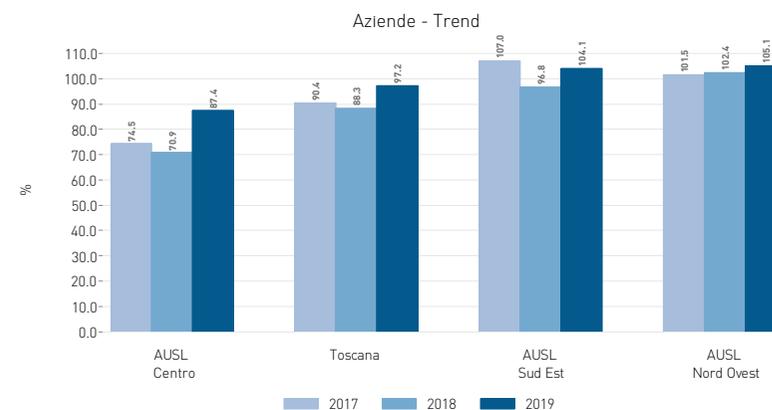
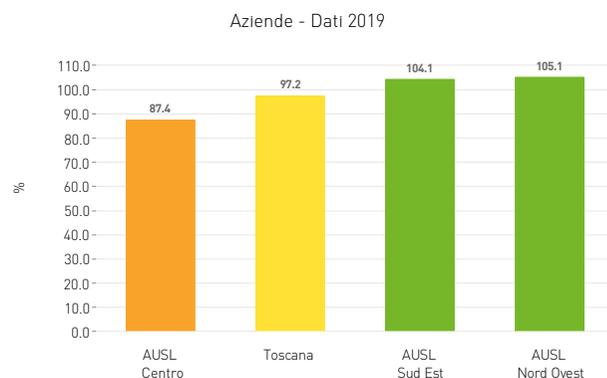
F15.1.8 % di aziende agricole controllate

F15.2.6 Prodotti finiti 25-26-27-28-40-72 pesati / operatori qualificati

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
560.94	559.67	598.82	494.03
4596.15	4855.15	4564.82	4301.28
97.25	105.14	87.36	104.08
122.00	112.11	107.27	137.26

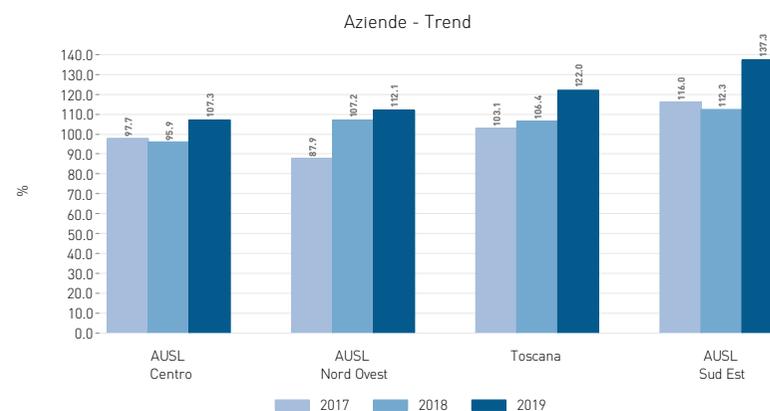
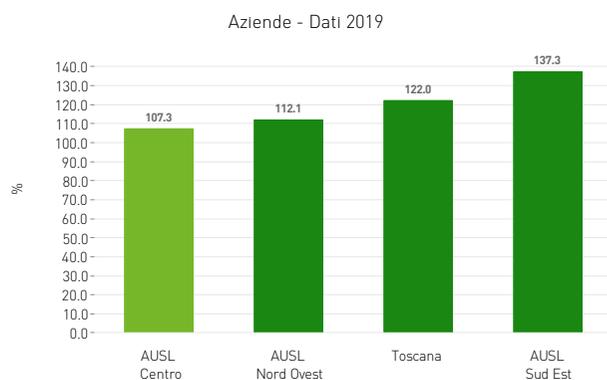
### F15.1.6 Percentuale di cantieri edili diversi ispezionati

Questo indicatore di copertura del territorio evidenzia, rispetto al totale delle unità locali ispezionate, il numero di cantieri rispetto ai quali l'obiettivo posto dalla delibera 330/2008 risulta raggiunto. Per la Regione Toscana, il Piano Regionale Edilizia impone un numero di cantieri da controllare pari a 4.000.



## F15.1.8 Percentuale di aziende agricole controllate

La copertura del territorio viene valutata anche tramite la rilevazione delle aziende agricole. La fonte dati deriva dal Piano regionale agricoltura (formalizzato dalla DGR 783/2010 e dal DD 5395) che a sua volta discende dal Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura (PNPAS). Quest'ultimo impone per la Regione Toscana, per l'anno 2010, un numero di aziende agricole da controllare pari a 800. Il flusso di aziende agricole controllate viene raccolto dal 2007 ed è quindi un flusso consolidato.



---

# GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA

a cura di Sara Barsanti, Paolo Belardi, Manila Bonciani, Alice Borghini,  
Maria Sole Bramanti, Lucrezia Coletta, Ilaria Corazza,  
Alessandra Da Ros, Sabina De Rosis, Giuseppe D'Orio,  
Francesca Ferrè, Elisa Foresi, Daniel Adrian Lungu,  
Barbara Lupi, Enrico Lupi, Anna Maria Murante,  
Emiliano Pardini, Antonio Parenti,  
Francesca Pennucci e Chiara Seghieri



## B15 Capacità attività di ricerca

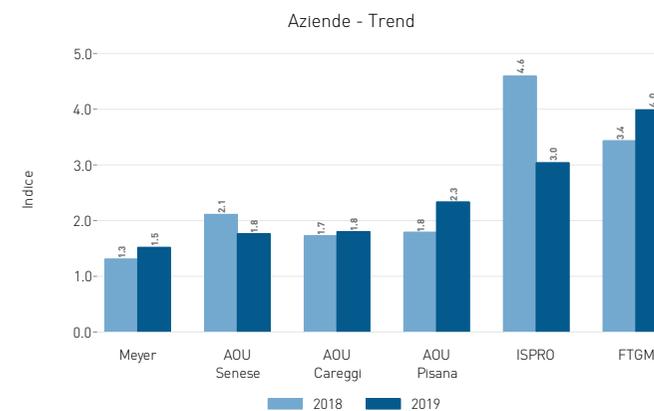
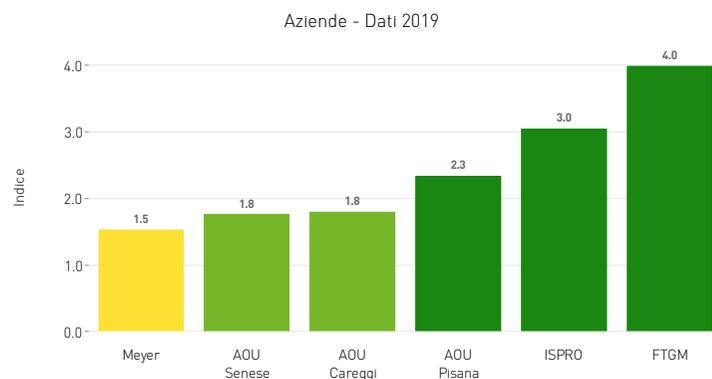
L'indicatore B15 monitora l'attività di ricerca delle AOU Pisana, AOU Careggi, AOU Senese, AOU Meyer, Fondazione Monasterio e ISPRO in termini di pubblicazioni (Articles e Review articles, Letters, Proceedings Papers, Editorials), indicizzate sulla banca dati Scopus pubblicate nel triennio 2016-2018. L'indicatore B15 assume una valutazione pari alla media dei punteggi degli indicatori B15.1.1A e B15.1.3. Le fasce di valutazione degli indicatori relativi alla valutazione della ricerca sono state assegnate in benchmarking con le AOU/enti specialistici delle Regioni del Network che hanno adottato questo set di indicatori.



	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>B15 Capacità attività di ricerca</b>						
B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti	2.33	1.76	1.80	1.52	3.98	3.04
B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigenti	2.34	2.64	2.37	1.88	3.09	9.85

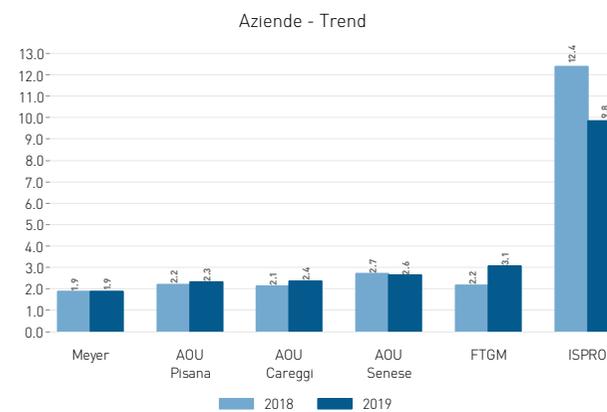
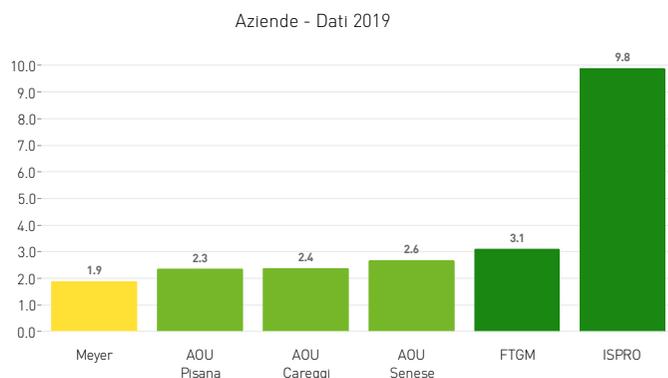
### B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

L'indicatore B15.1.1A monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra il FWCI medio dei dirigenti medici, sia ospedalieri che universitari, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. Il FWCI indica la qualità degli articoli sulla base del numero di citazioni ottenute dagli stessi rapportato al numero medio di citazioni ottenuto da pubblicazioni dello stesso anno, stesso tipo (paper, review, ecc.) e stessa specialità. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2016-2018.



### B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigenti

L'indicatore mostra il numero medio di pubblicazioni per i dirigenti medici sia ospedalieri che universitari. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2016-2018.



## B28 Assistenza Domiciliare e Residenziale

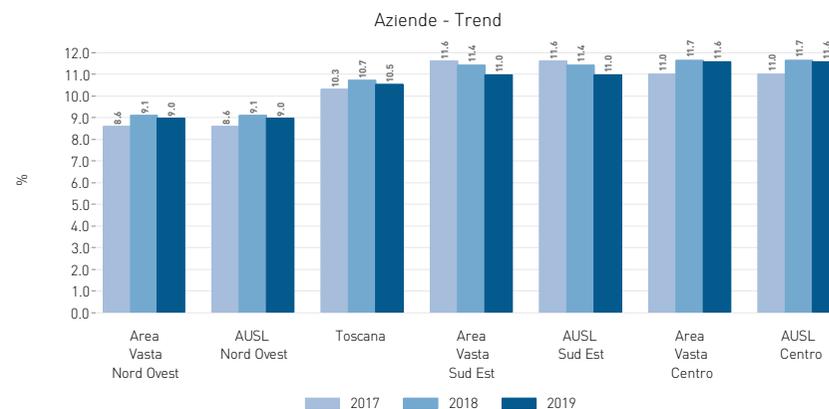
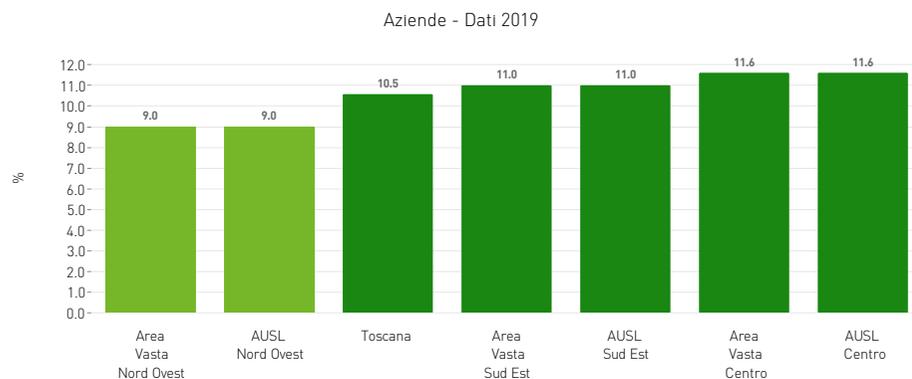
L'indicatore B28 monitora l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria nei setting domiciliari e residenziali, con particolare riferimento agli anziani. Nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare (AD), le Cure Domiciliari rappresentano la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria e consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi. Gli indicatori relativi all'Assistenza Domiciliare considerano non solo la copertura sulla popolazione anziana, ma anche informazioni riguardanti il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) come proxy della complessità del bisogno a cui si risponde e sulla qualità, considerando pazienti in AD che accedono al ricovero o al PS. Gli indicatori sull'Assistenza Residenziale hanno un duplice obiettivo: 1. monitorare i servizi per la Non Autosufficienza, con riferimento alla legge regionale n.66/08 che istituisce il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e alla normativa successiva finalizzata alla regolamentazione del settore; 2. monitorare l'utilizzo dei servizi residenziali legati nello specifico alle RSA. In particolare sul primo obiettivo gli indicatori misurano le principali caratteristiche del percorso con riguardo l'attivazione di servizi per bisogni complessi socio-sanitari. Sul secondo obiettivo, invece, gli indicatori misurano la copertura e utilizzo dei posti letto in RSA, nonché la qualità offerta con indicatori proxy di utilizzo potenzialmente inappropriato di ricoveri ospedalieri e accesso al PS.



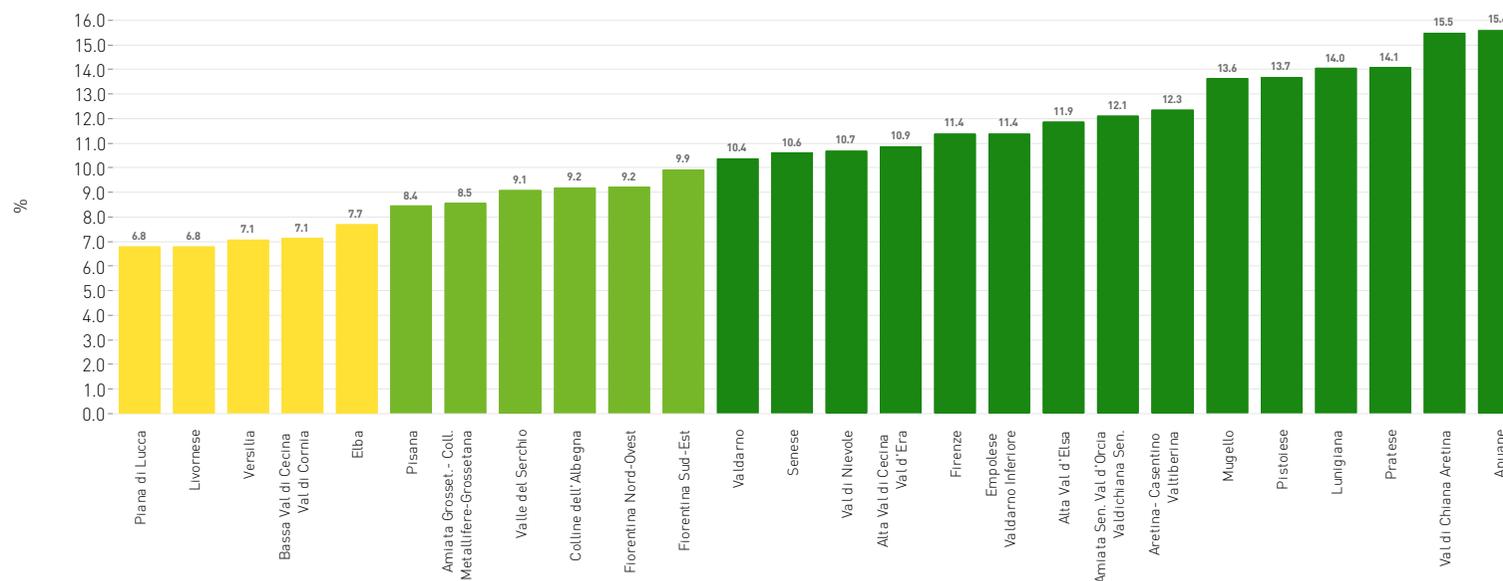
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>B28 Assistenza Domiciliare e Residenziale</b>	●	●	●	●
B28.1 Assistenza Domiciliare				
<i>B28.1.1B Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare</i>	22.29	19.29	24.55	22.55
B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	10.54	8.99	11.58	10.97
<i>B28.1.3 Tempo medio in gg tra la segnalazione e la prima erogazione</i>	10.04	10.16	9.91	10.20
B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	10.57	10.89	10.89	9.78
B28.2.2 Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	7.04	6.53	6.62	8.66
B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	18.10	14.63	19.94	19.32
<i>B28.2.5A Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (CIA &gt; 0.5)</i>				
B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	38.70	37.06	38.65	40.82
B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	5.75	4.99	6.10	6.03
B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	23.08	23.40	20.22	28.67
<i>B28.2.13 Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente</i>	15.09	13.26	15.50	17.08
<i>B28.2.14 Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente</i>	0.26	0.31	0.24	0.21
<i>D22Z.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)</i>	5.29	4.29	6.08	5.27
<i>D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)</i>	2.64	2.60	2.57	2.82
<i>D22Z.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)</i>	1.92	1.66	1.90	2.37
B28.3 Assistenza Residenziale				
B28.4 Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	102.86	89.95	129.06	73.91
B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	75.12	85.81	66.82	79.79
B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	51.00	72.18	25.05	51.89
B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA	5.00	3.73	5.50	6.32
B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	15.14	19.03	13.96	13.79
B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	18.74	22.03	16.31	19.89
<i>D33ZA.R1 Tasso di assistiti in RSA di età &gt;=75 aa (R1)</i>	0.11	0.08	0.09	0.18
<i>D33ZA.R2 Tasso di assistiti in RSA di età &gt;=75 aa (R2)</i>	4.55	1.28	6.27	6.26
<i>D33ZA.R3 Tasso di assistiti in RSA di età &gt;=75 aa (R3)</i>	25.22	16.00	28.77	32.41

## B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

L'indicatore rileva la percentuale di anziani con almeno un accesso in cure domiciliari per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali mono professionali occasionali.

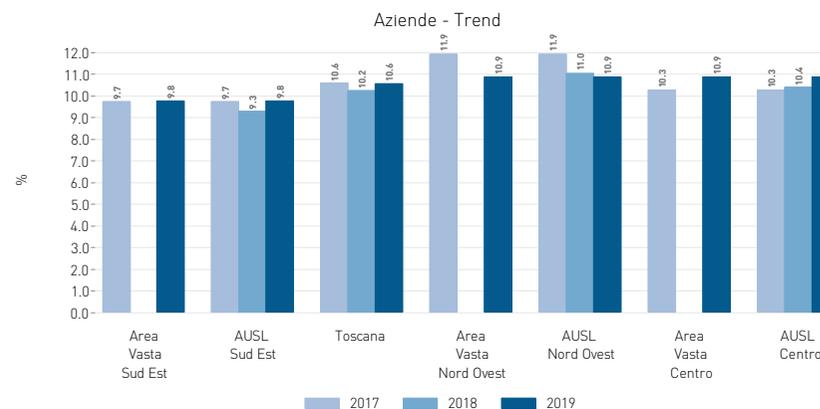
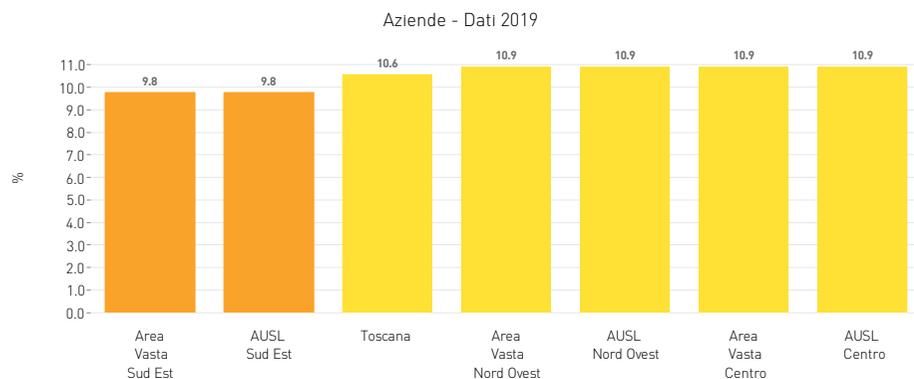


Zone Distretto - Dati 2019

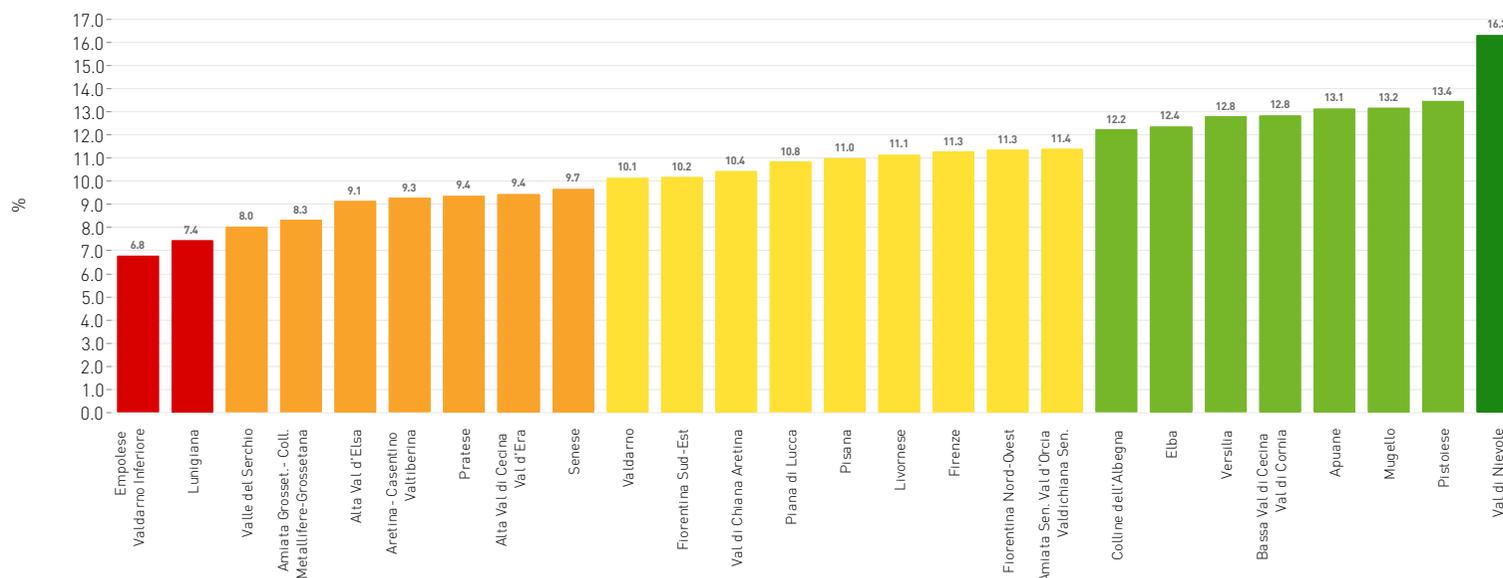


## B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

L'indicatore misura nell'anno la percentuale di accessi fatta in giorni festivi o prefestivi quale proxy del carico assistenziale e della conseguente organizzazione del percorso domiciliare.



### &tipologia - Dati 2019

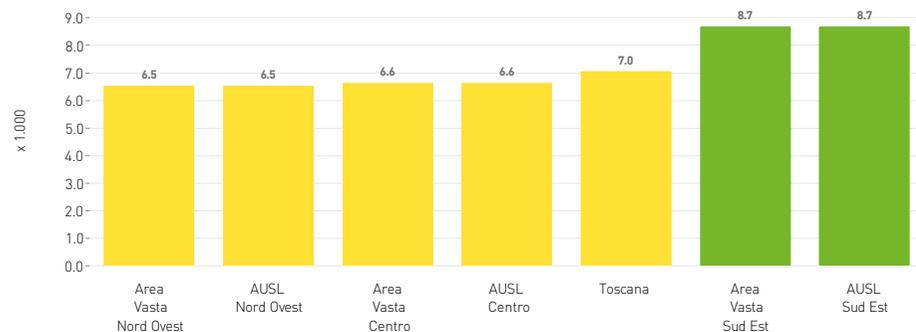


## B28.2.2 Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti

L'indicatore misura il numero di assistiti ogni 1.000 residenti che nel mese hanno almeno 8 accessi domiciliari, quale proxy del numero di assistiti con un certo livello di intensità assistenziale del percorso.



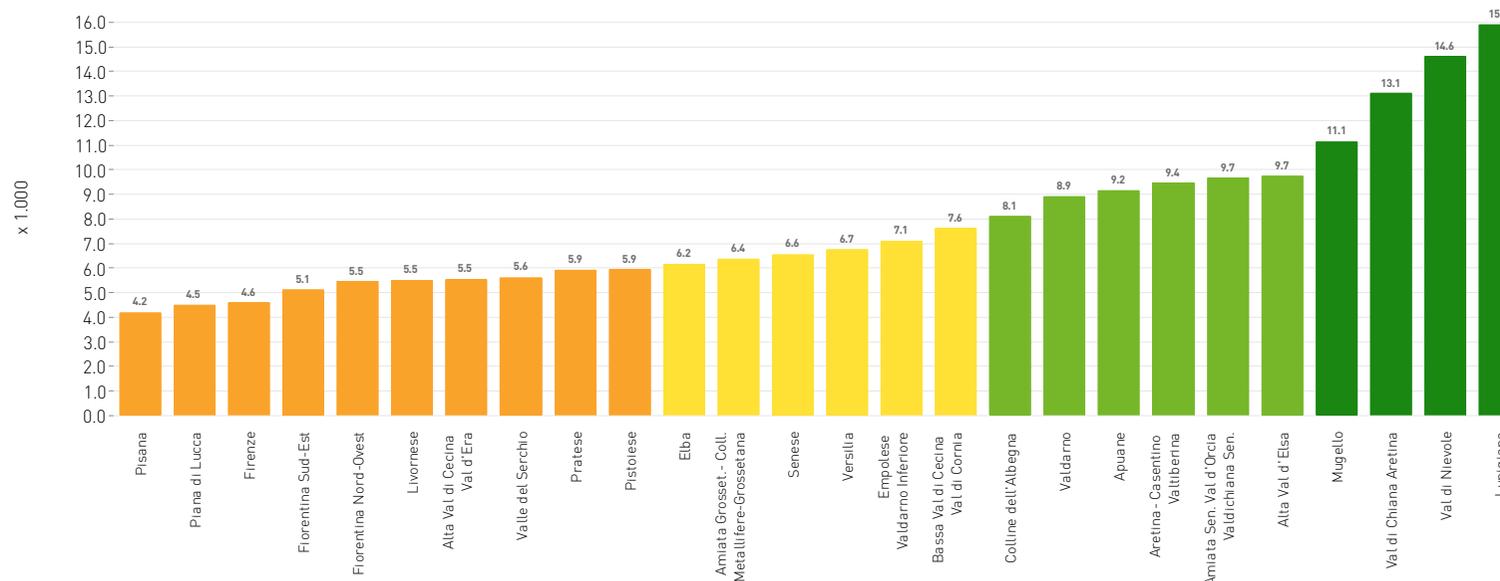
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

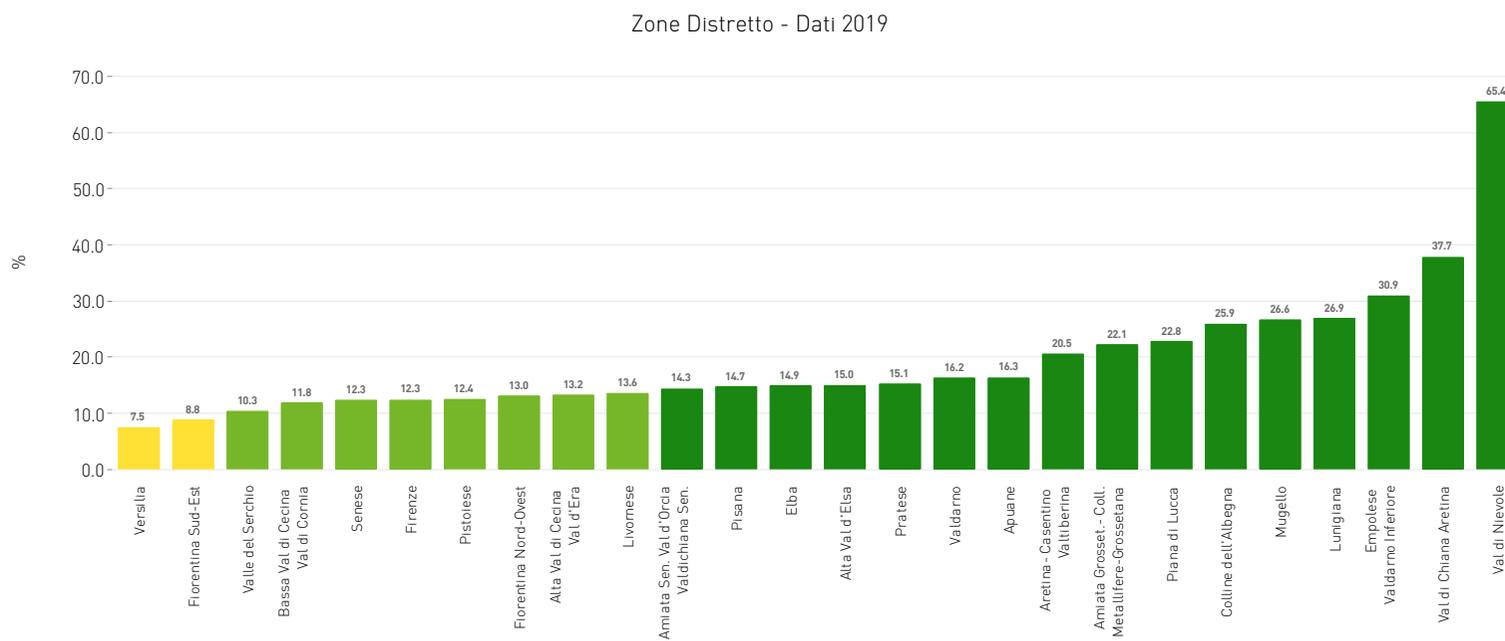
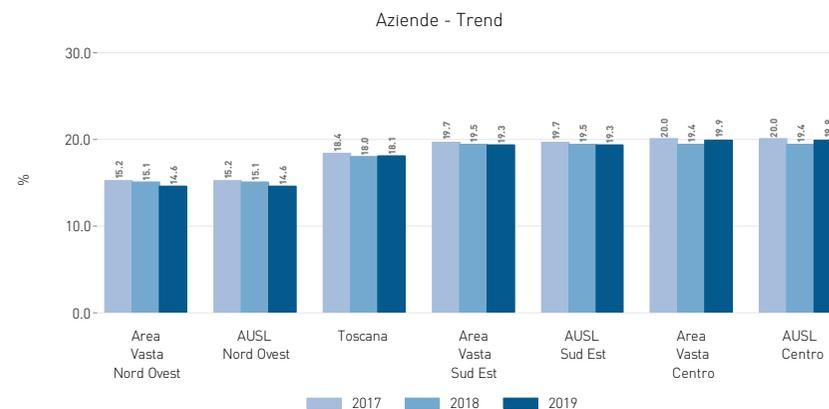
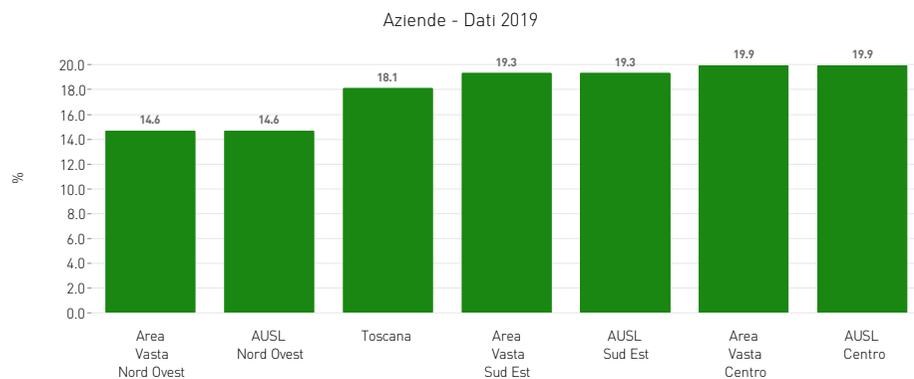


Zone Distretto - Dati 2019



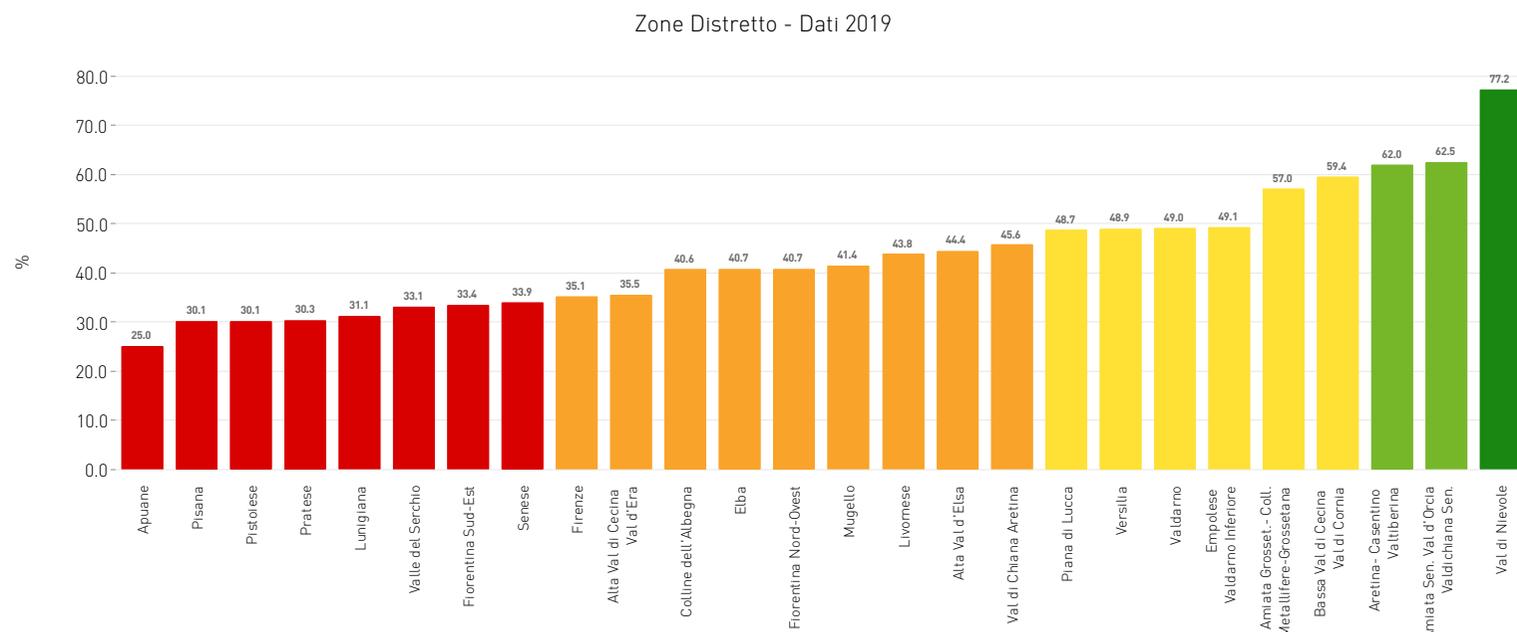
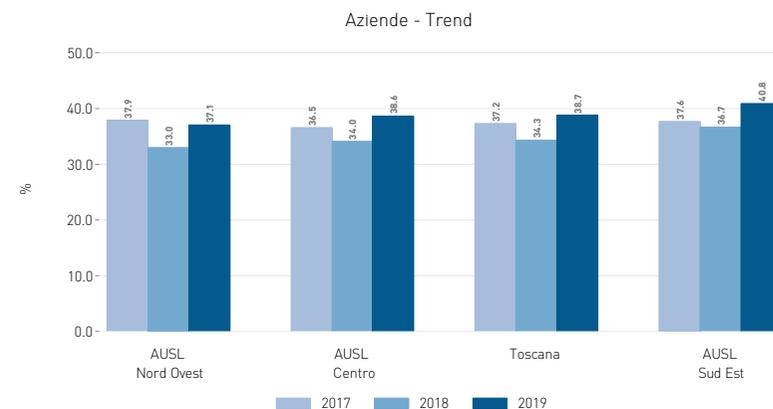
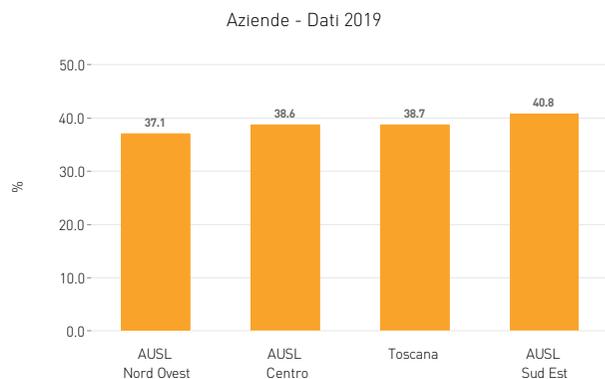
## B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg dalla dimissione

La percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio.



## B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari

Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.

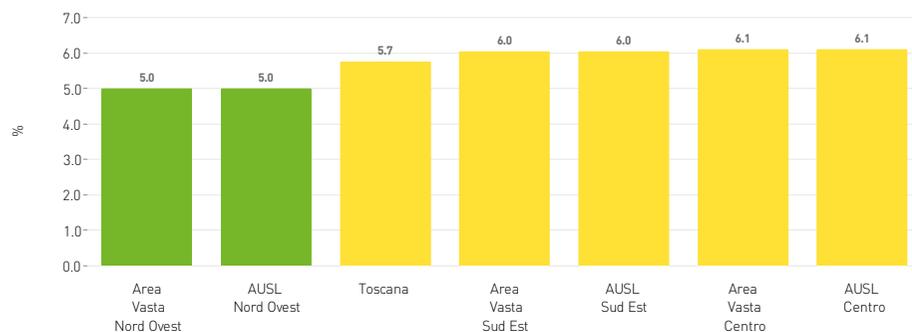


## B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni

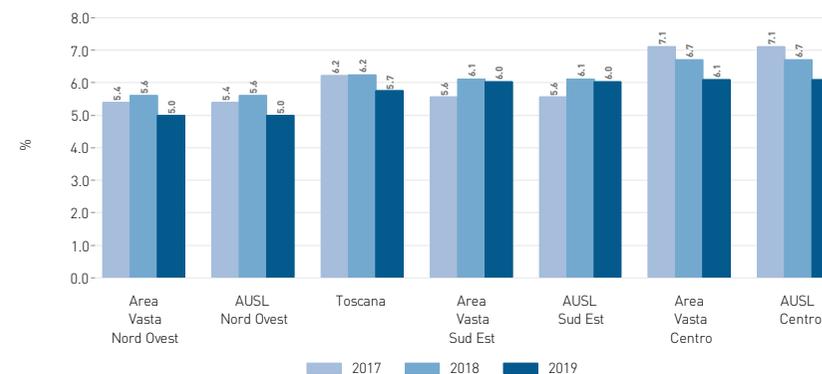
L'indicatore misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno due ricoveri ospedalieri di tipo medico. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza domiciliare, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso al setting ospedaliero.



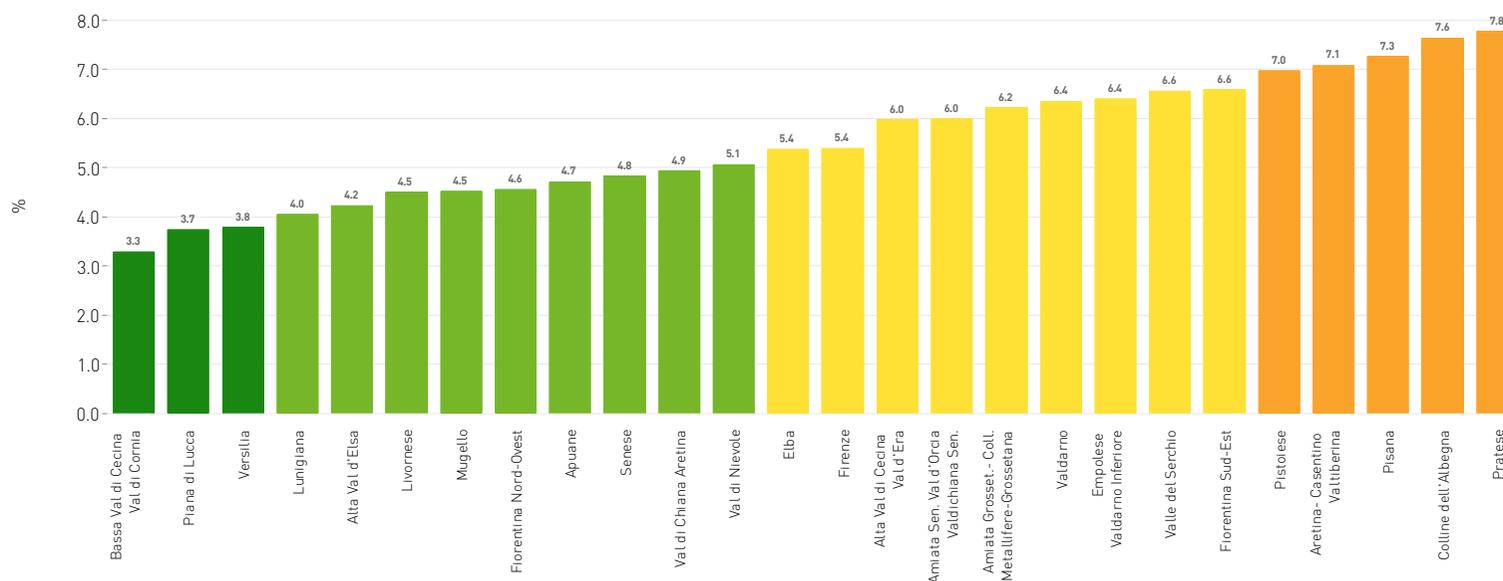
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

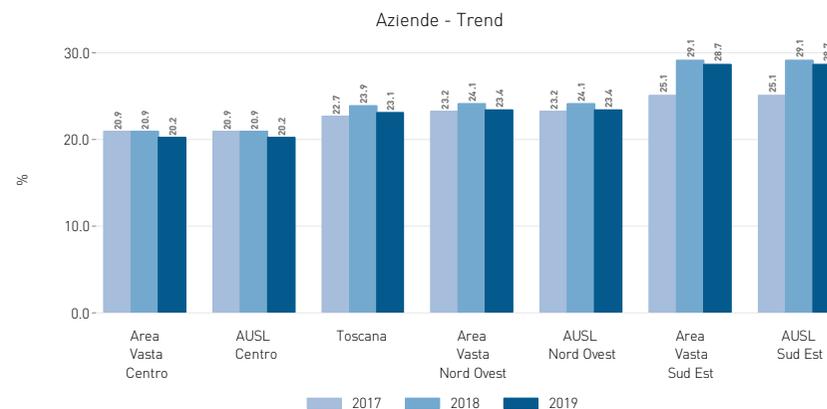
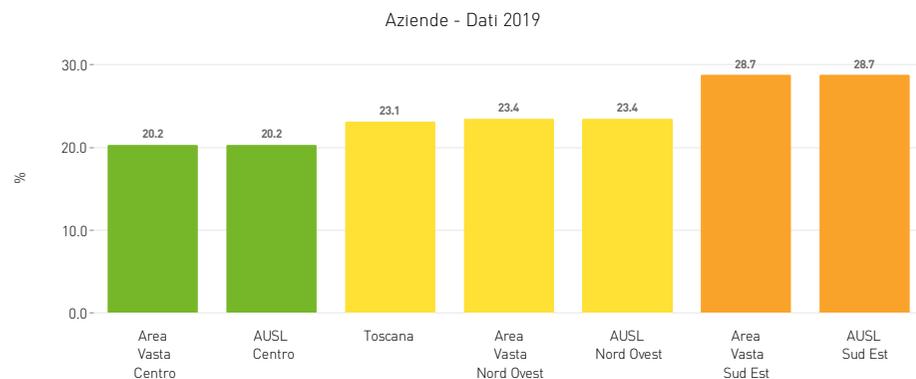


Zone Distretto - Dati 2019

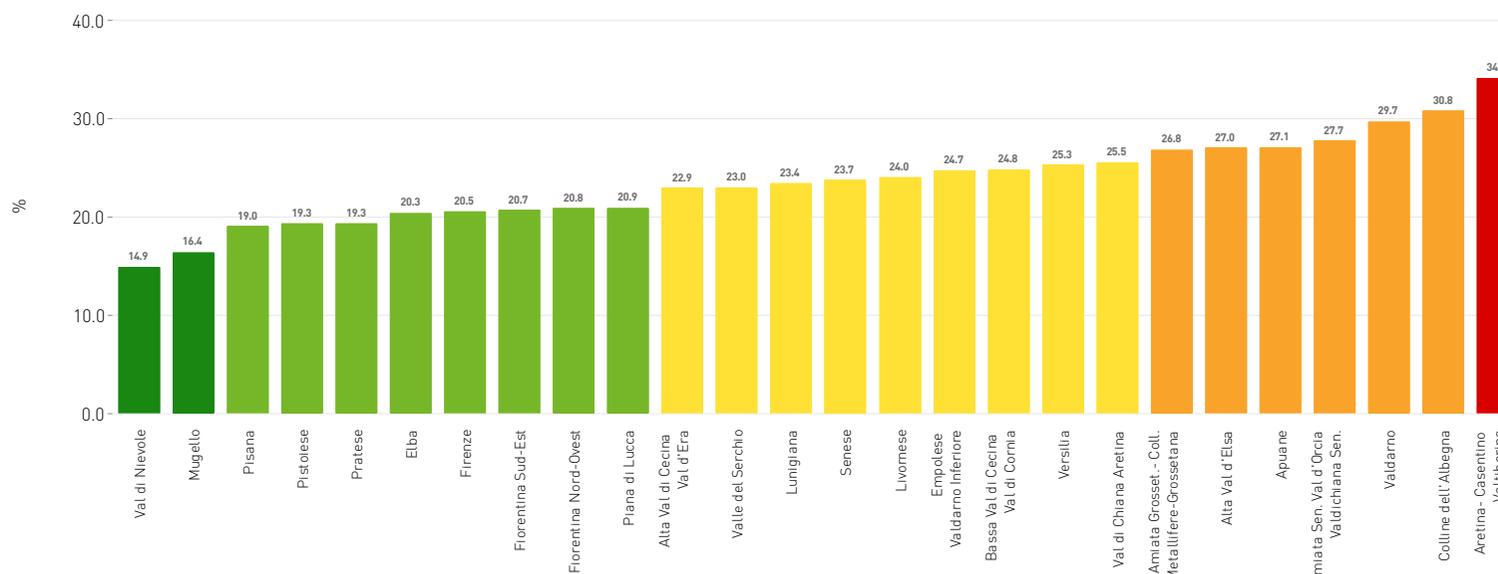


## B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

L'indicatore misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno un accesso al Pronto Soccorso. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico domiciliare consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso urgente al Pronto Soccorso.



Zone Distretto - Dati 2019



### B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione

L'indicatore monitora le tempistiche di approvazione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) secondo la normativa regionale, in base alla quale l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) deve concordare il PAP entro 30 giorni dalla data di segnalazione.



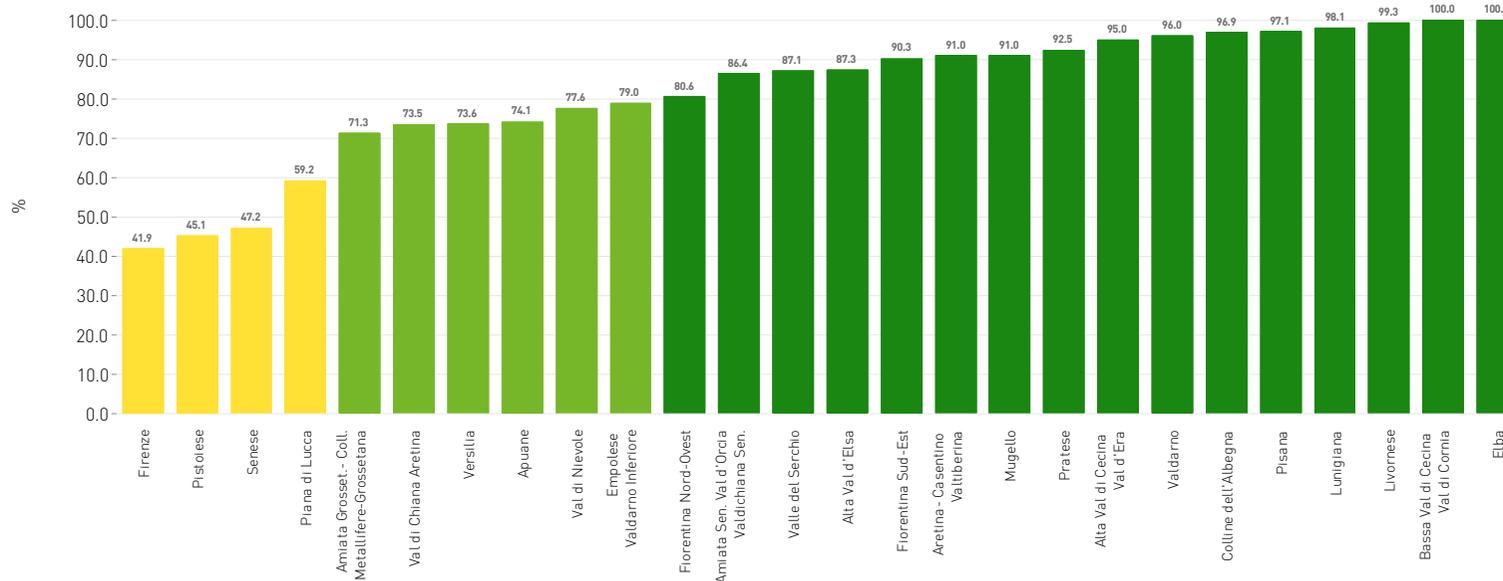
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

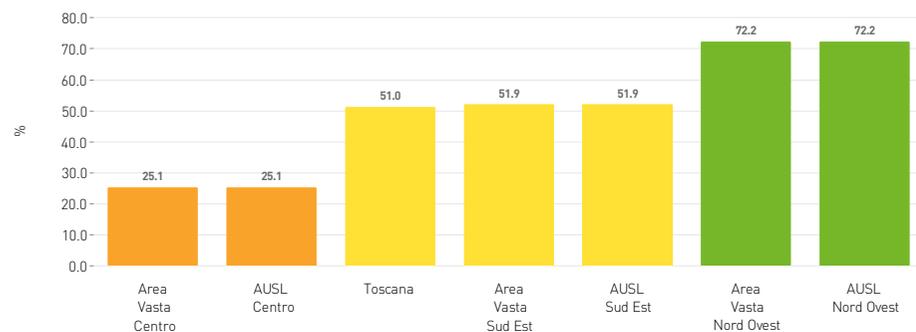


### B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico

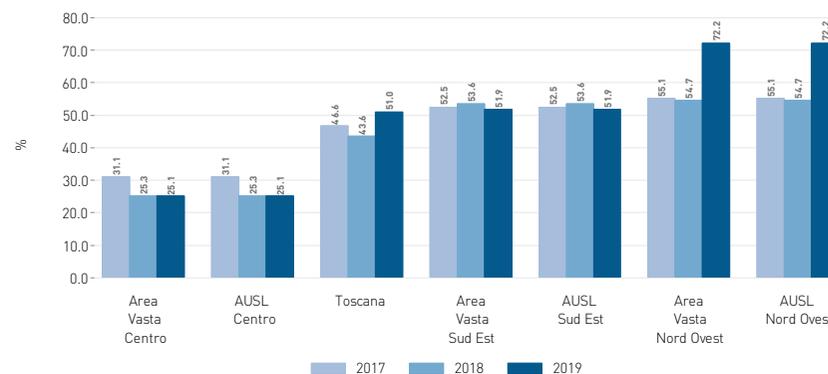
L'indicatore monitora le tempistiche di ammissione in RSA definite dalla normativa regionale, in base alla quale l'ammissione nella struttura deve avvenire entro 30 giorni dalla data di approvazione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP).



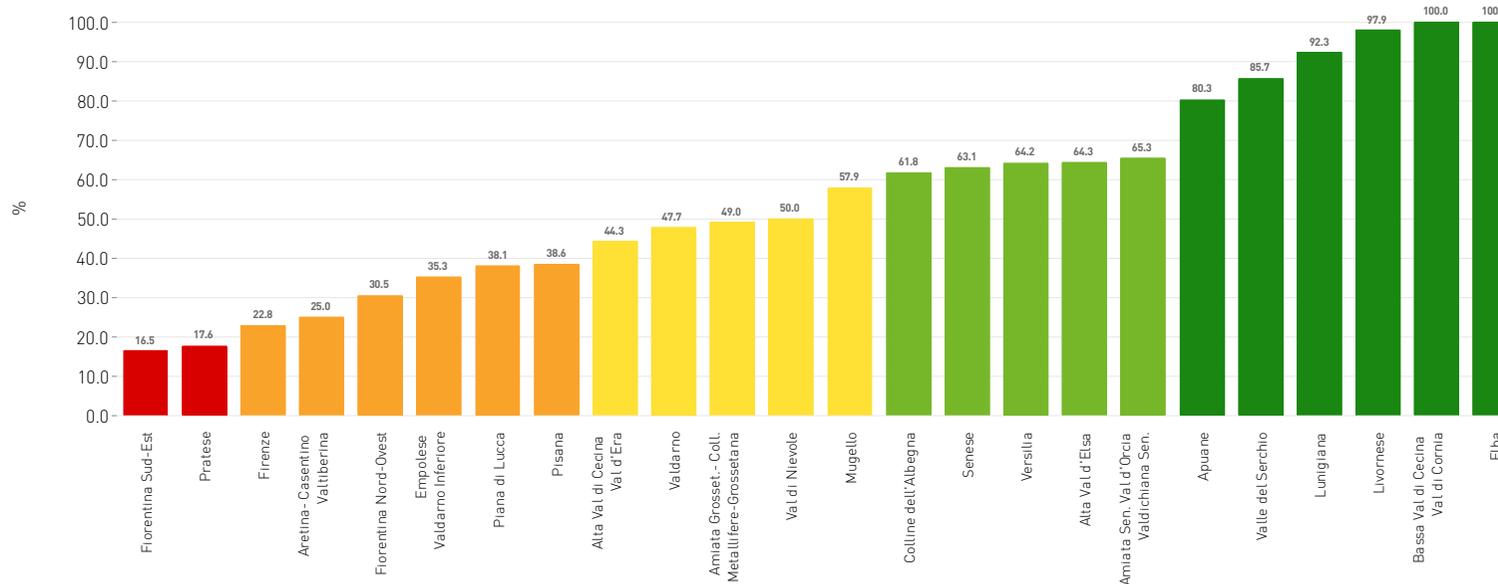
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

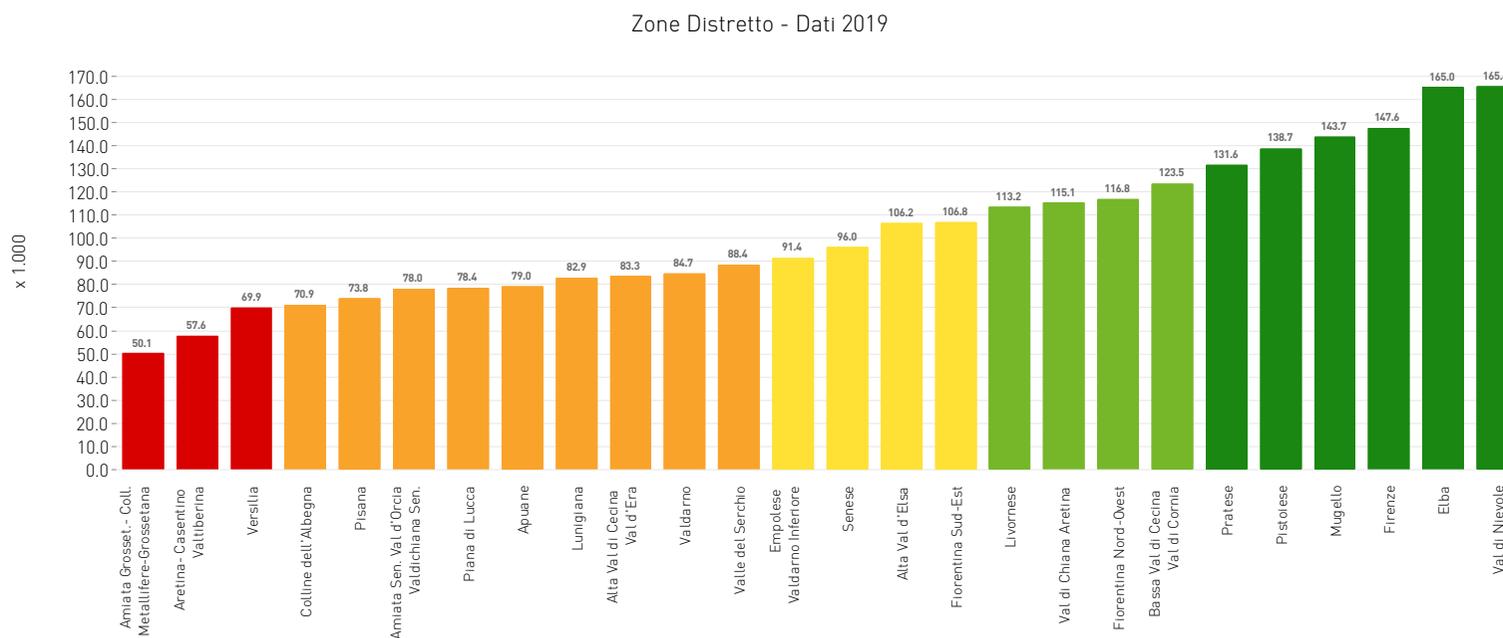
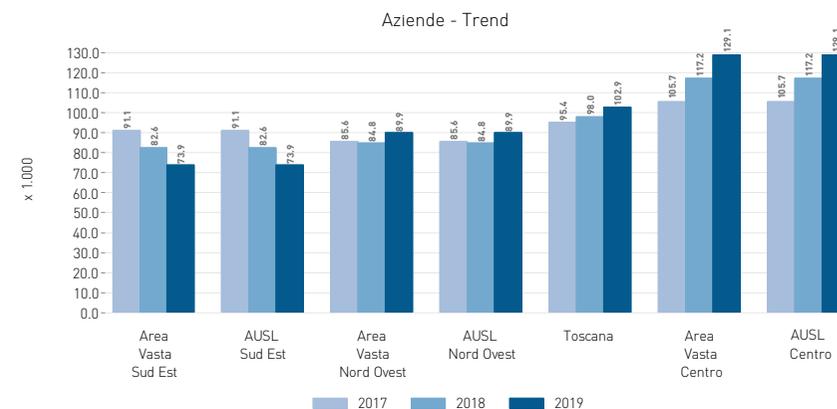
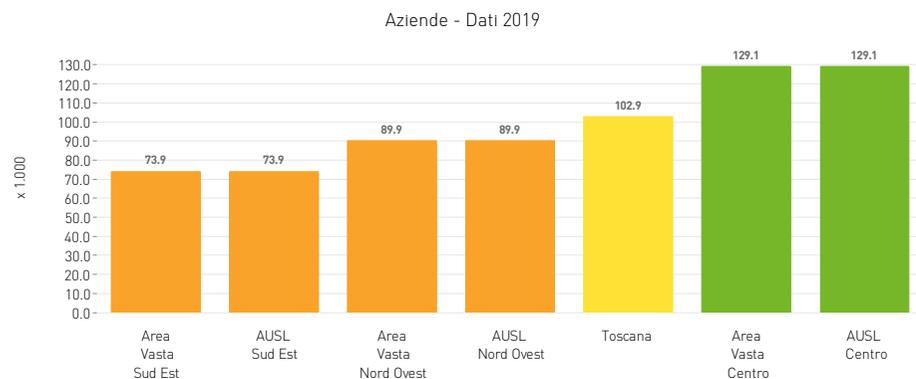


Zone Distretto - Dati 2019



## B28.4 Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni

L'indicatore misura il numero di segnalazione che arrivano ai Punti Insieme ogni 1000 persone anziane. Le segnalazioni rappresentano il possibile punto di avvio di un percorso assistenziale domiciliare o residenziale e possono essere fatte generalmente dal medico di famiglia, da un assistito o familiare, dal personale medico ospedaliero e territoriale o dall'assistente sociale. Nell'indicatore è incluso il numero totale di segnalazioni, relative a bisogni semplici o complessi.

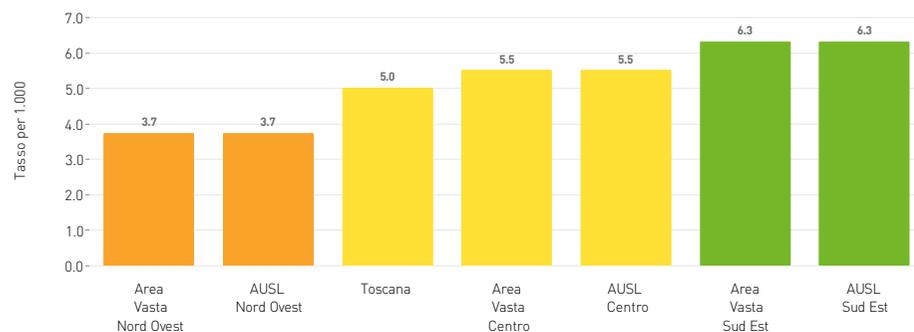


## B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA

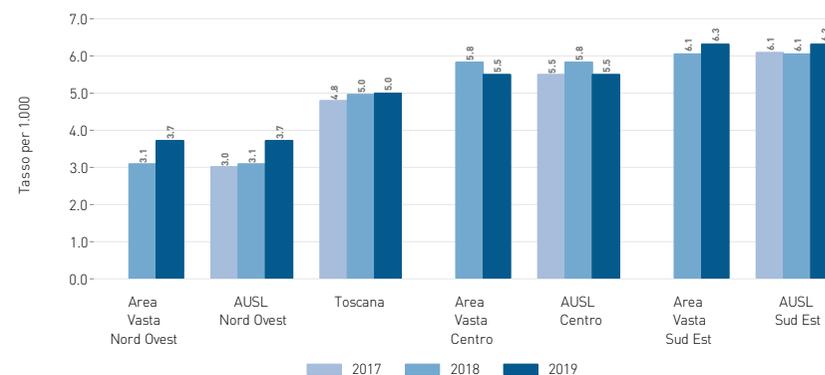
L'indicatore misura il numero di anziani ammessi nell'anno nelle RSA ogni 1000 anziani. L'indicatore rappresenta una proxy di copertura dei servizi residenziale e di soddisfacimento del bisogno.



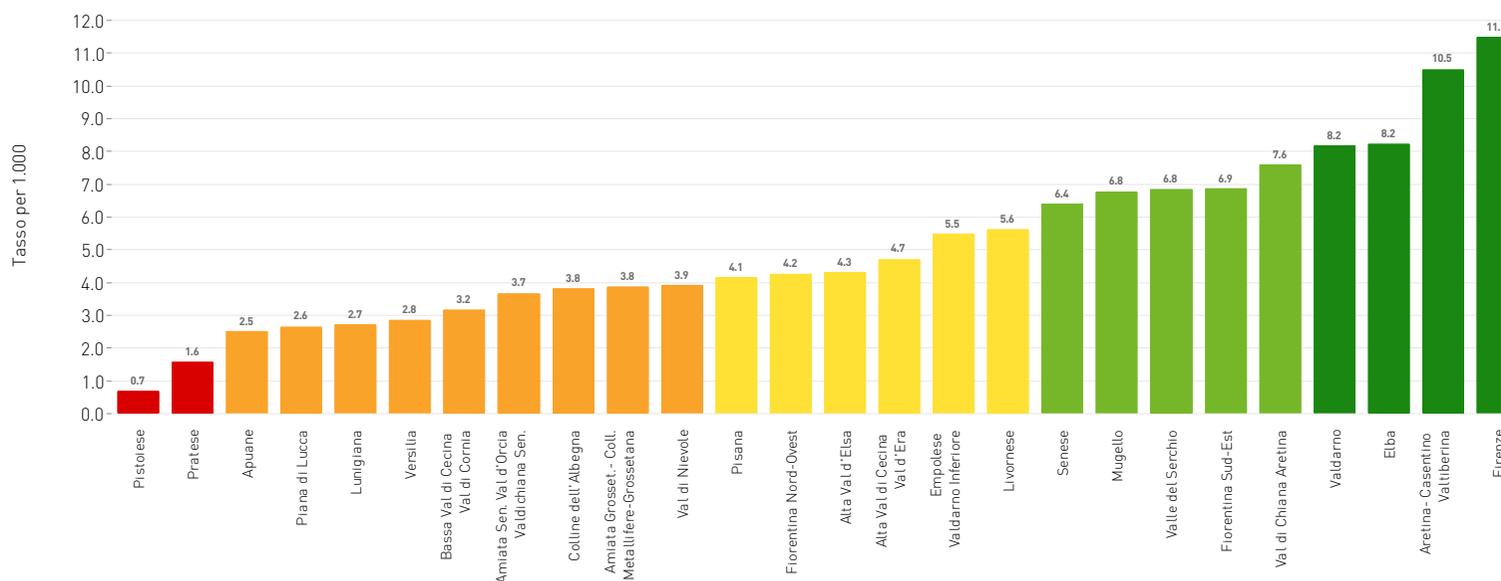
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

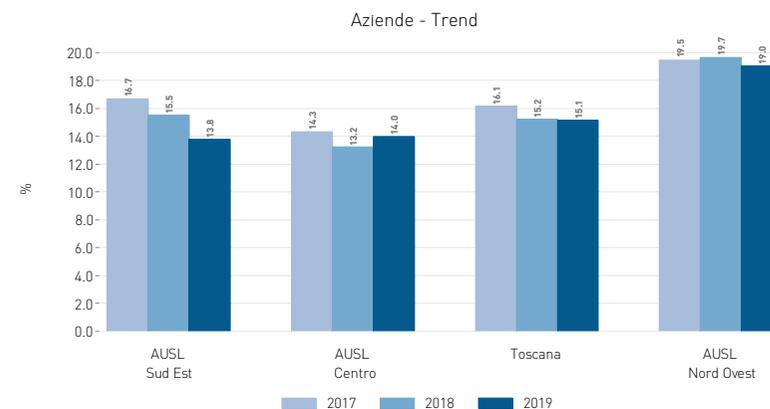
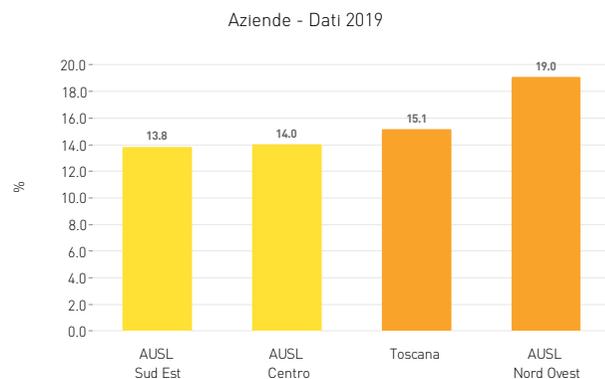


Zone Distretto - Dati 2019

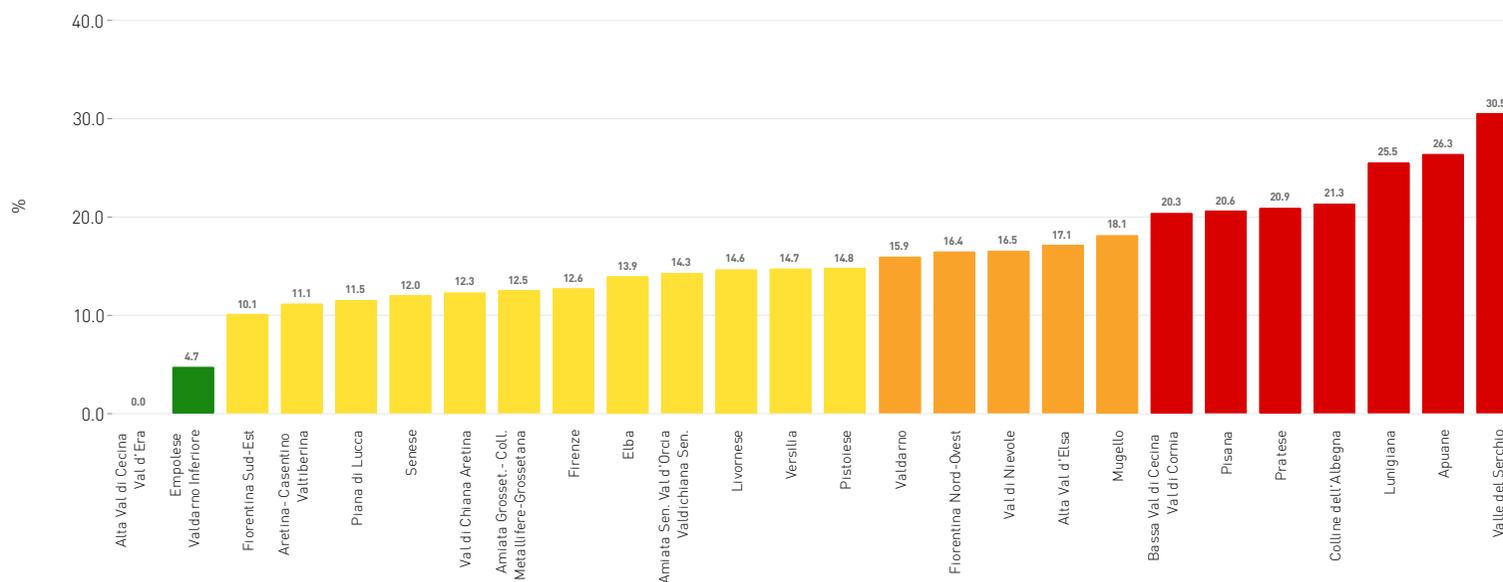


### B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)

L'indicatore misura la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno un ricovero ospedaliero. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza residenziale, in quanto una buona presa in carico residenziale consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso al setting ospedaliero.

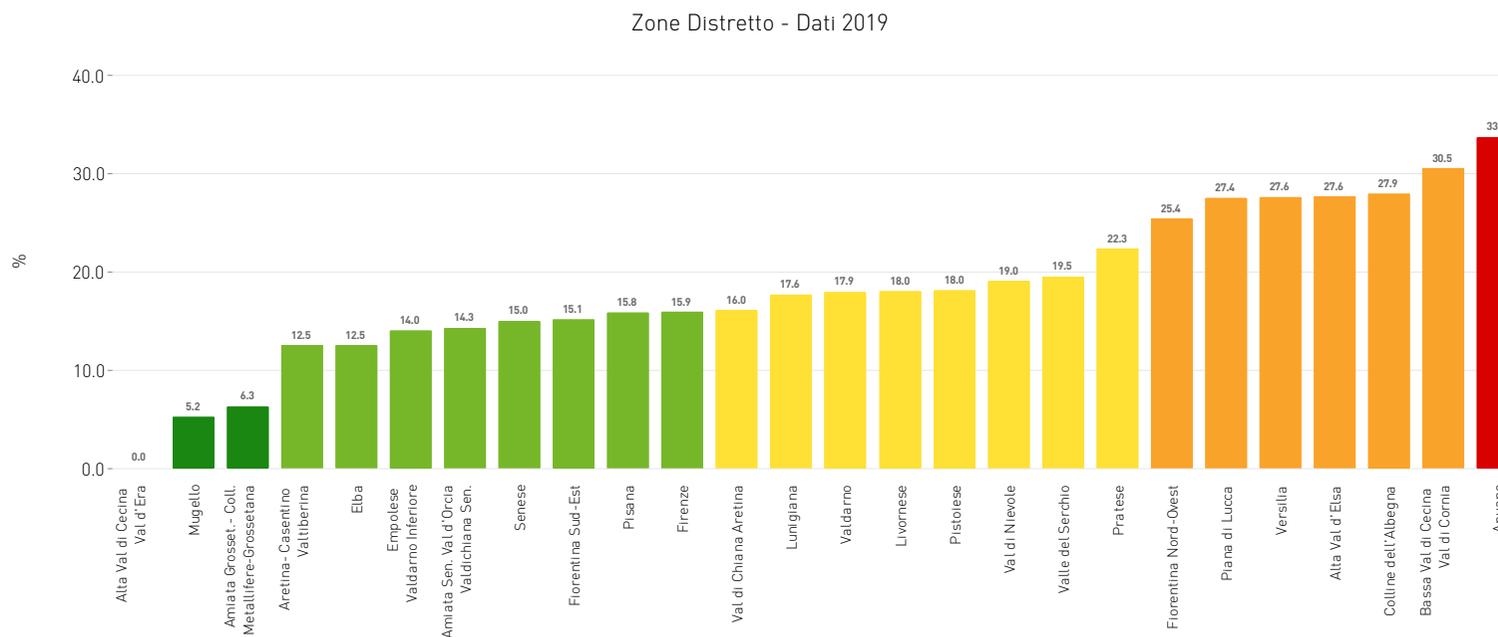
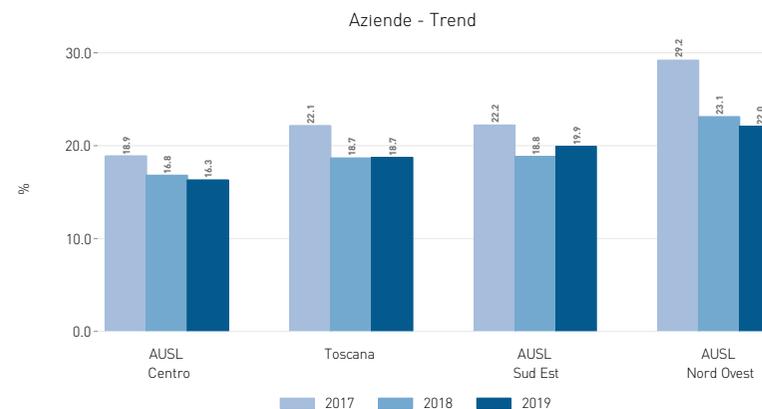
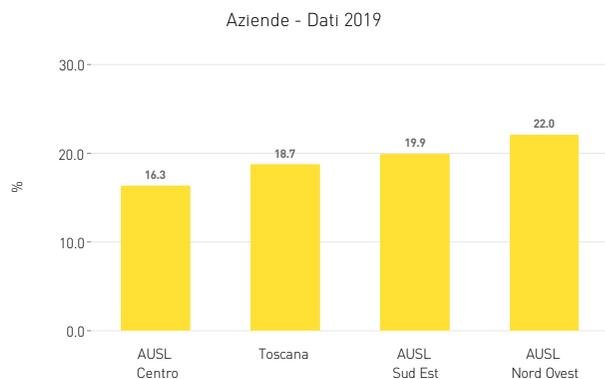


Zone Distretto - Dati 2019



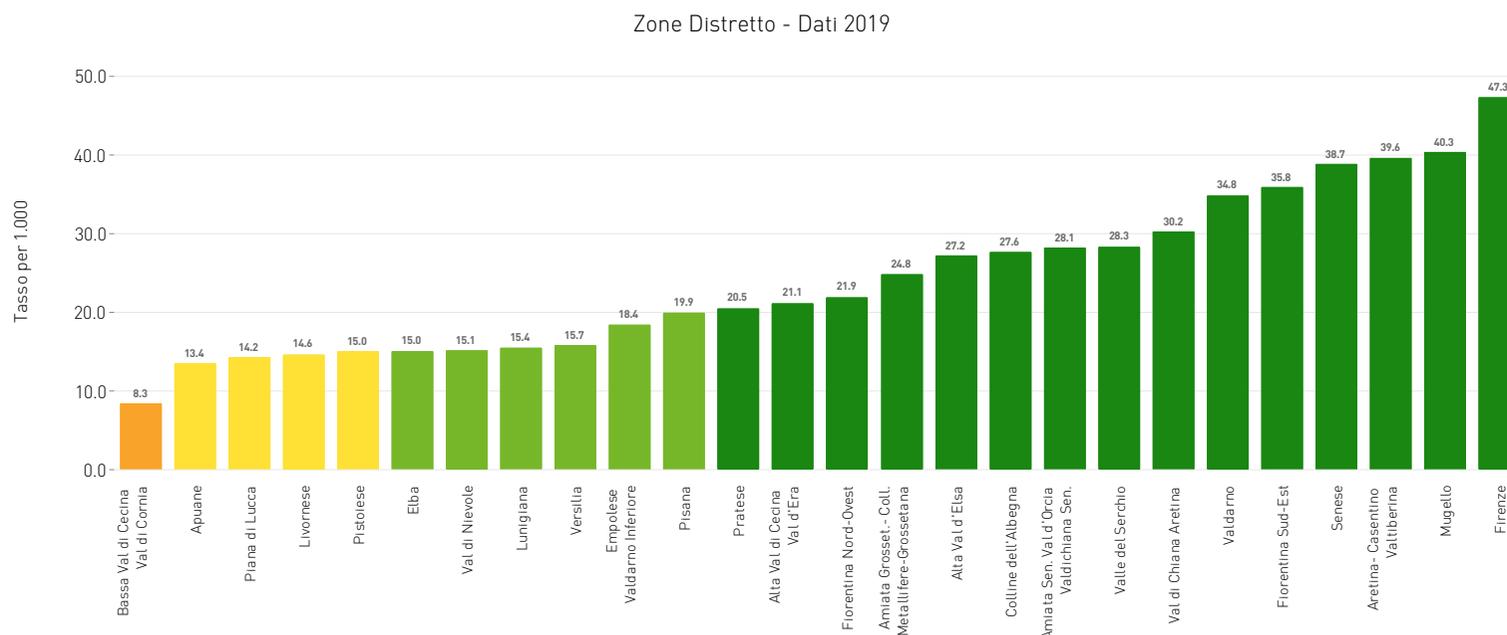
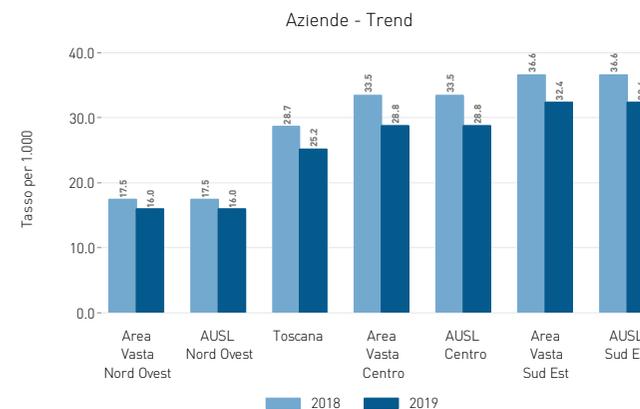
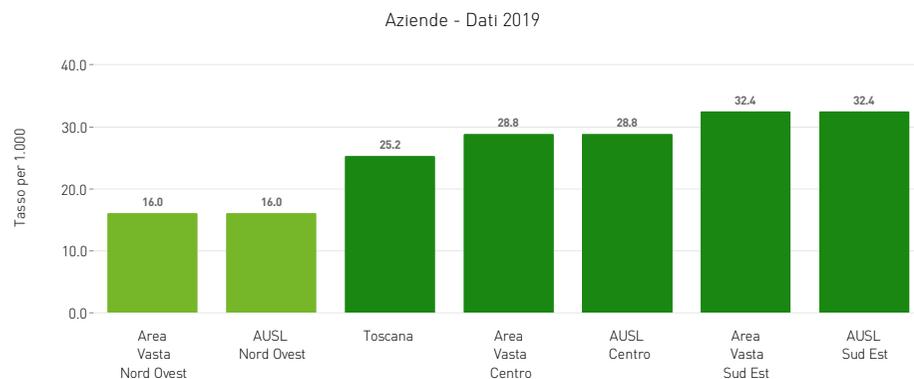
### B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

L'indicatore misura la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico residenziale, almeno un accesso al Pronto Soccorso. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico residenziale consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso urgente al Pronto Soccorso.



### D33ZA.R3 Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R3)

L'indicatore misura il numero di assistiti presenti nelle strutture residenziali di tipo R3 con età maggiore di 75 anni sulla popolazione relativa. Secondo la definizione ministeriale per R3 vengono indicate le prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento). Questo indicatore fa parte degli indicatori core del nuovo sistema di garanzia.



## C1 Capacità di governo della domanda

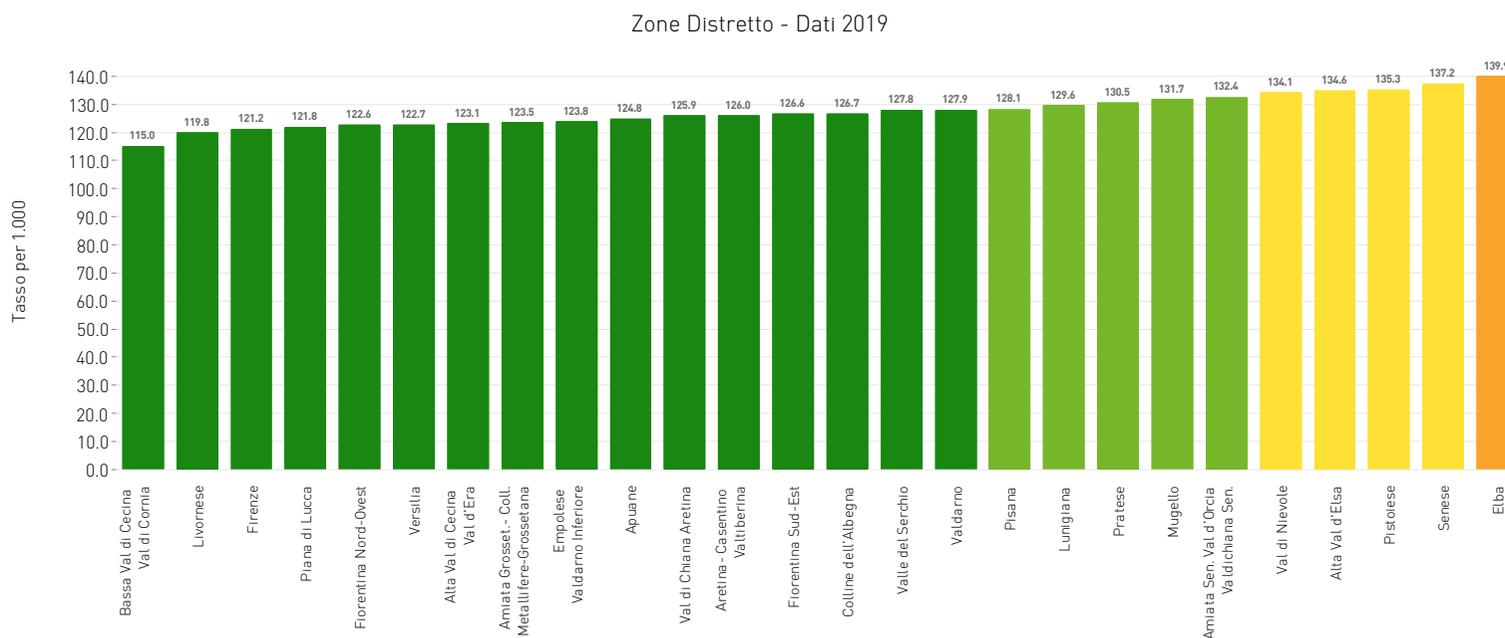
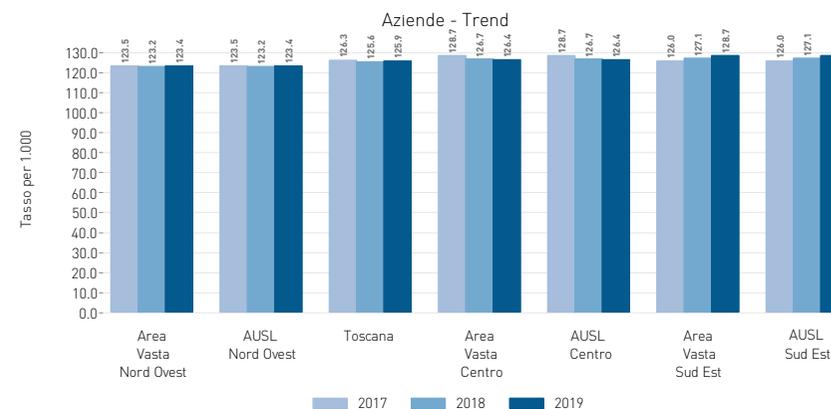
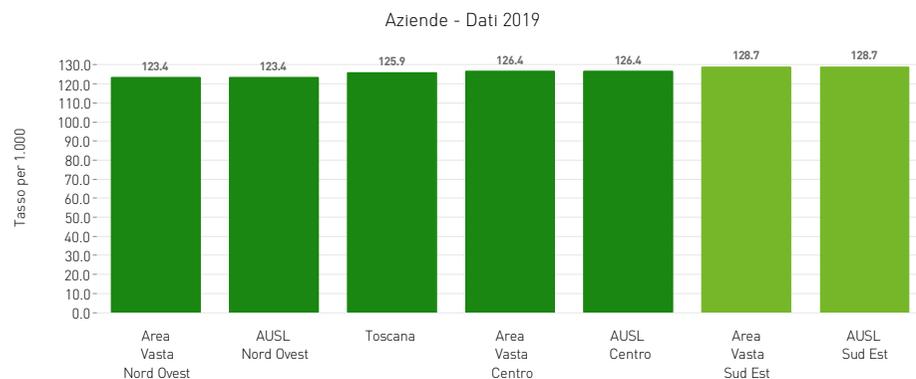
La domanda di assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico deve essere guidata dal sistema sanitario, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e, quindi, al tasso di ospedalizzazione, in modo che la risposta sia adeguata al bisogno sanitario e venga erogata nelle forme più appropriate.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C1 Capacità di governo della domanda</b>	●	●	●	●					
<i>H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente</i>	125.99	113.81	120.19	115.14					
C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	125.95	123.42	126.44	128.73					
C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	29.15	28.42	29.89	28.78					
C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti	92.11	92.05	91.36	93.65					
<i>C1.1.1.2 Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti</i>	52.82	52.25	54.09	51.16					
<i>C1.1.1.3 Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti</i>	36.92	37.95	34.87	39.39					
<i>C1.1.2.1 Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale</i>	438.63	517.19	381.73	426.18					
<i>C1.5 Indice di case mix</i>	1.12	1.04	0.97	1.01	1.26	1.29	1.34	0.95	2.19
B9.6 Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio	0.71	0.88	0.95	0.74					

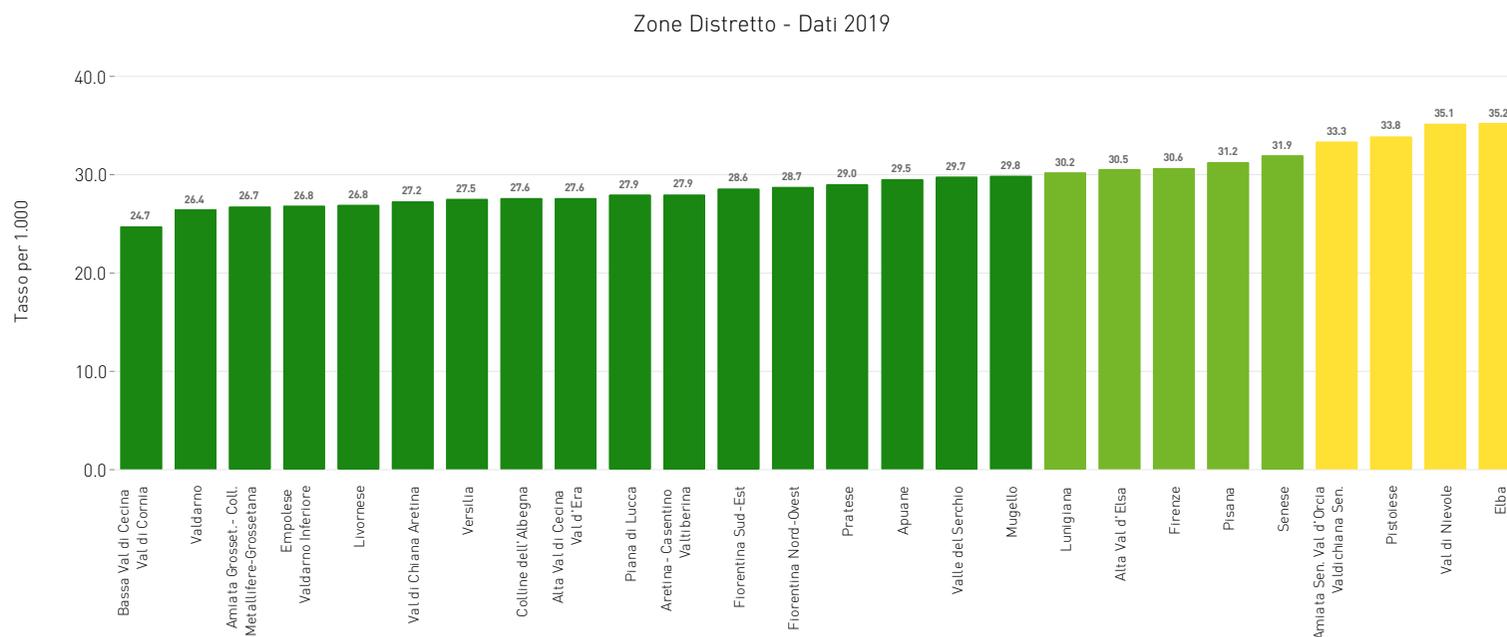
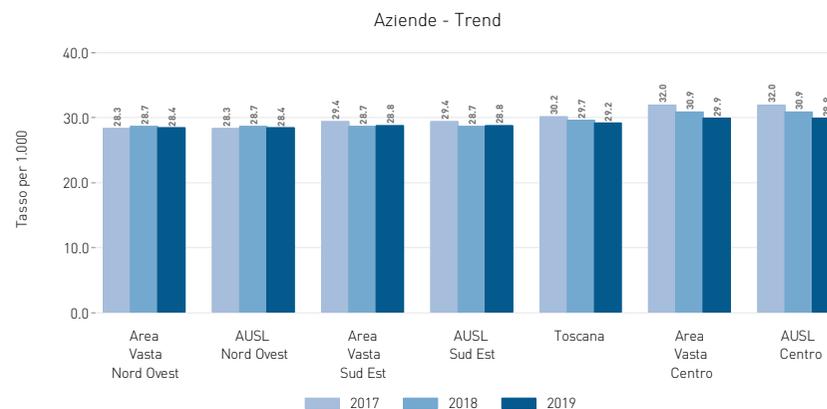
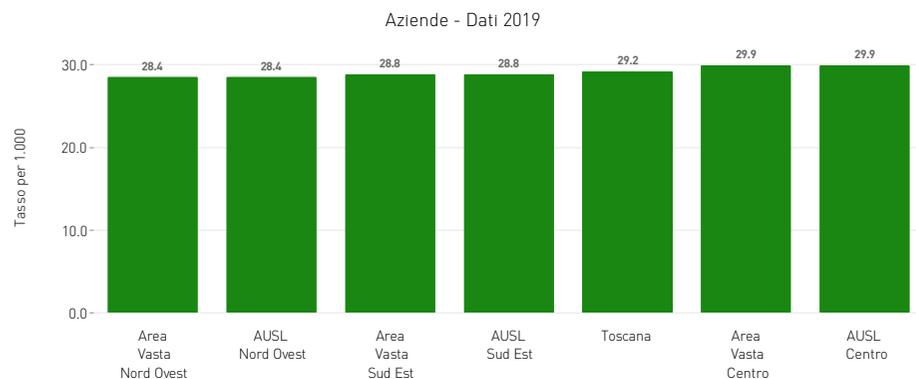
### C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria ad organizzazione ad alto livello tecnologico in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse.



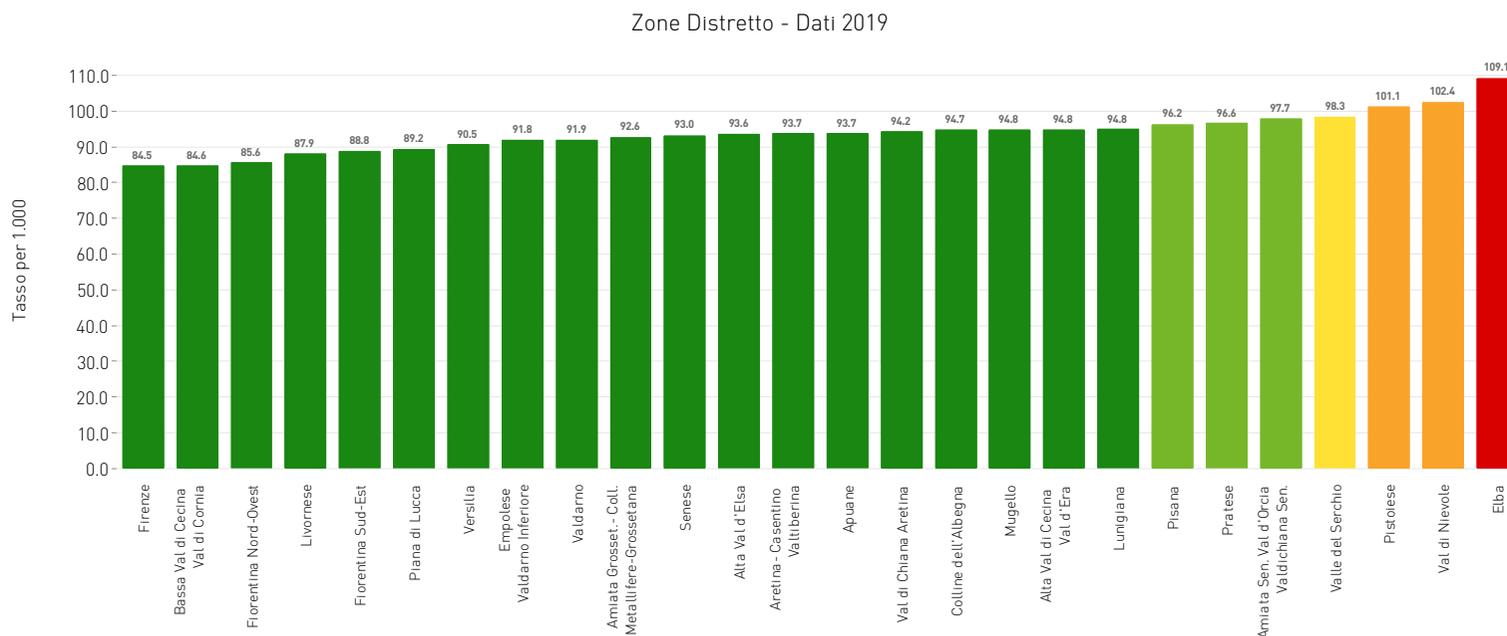
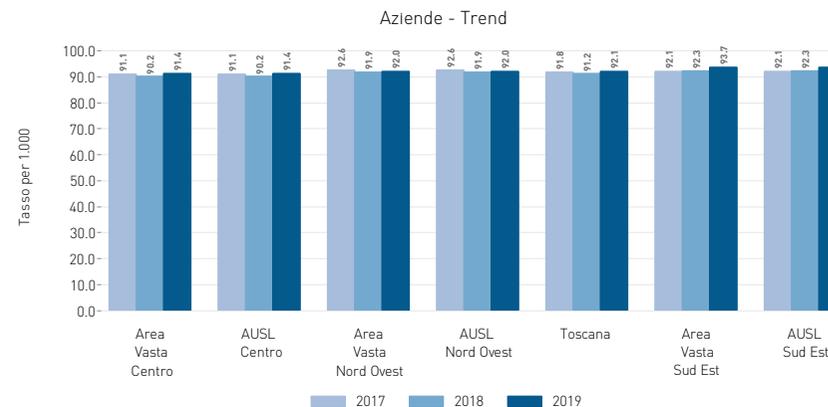
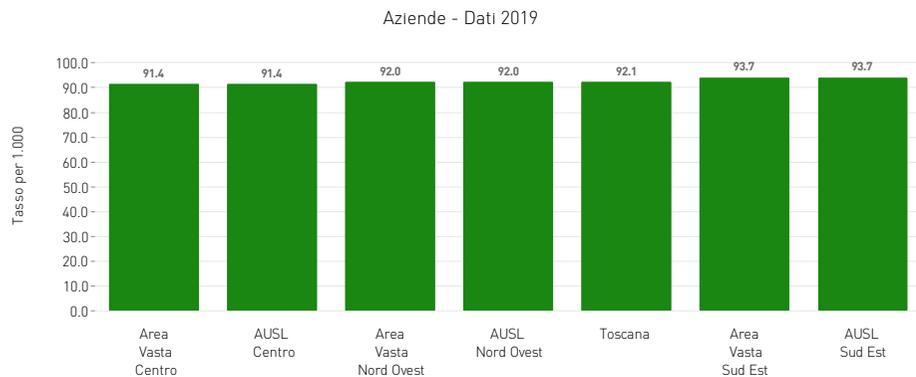
### C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'ospedale non può essere sostitutivo di altre più efficaci e meno onerose soluzioni assistenziali che il Territorio, ossia distretti e medicina di base, possono fornire. Viene considerata la popolazione inferiore ai 64 anni poiché, oltre tale età, è più frequente il verificarsi di patologie croniche e cresce il bisogno di cura, per cui è più probabile che il ricovero sia necessario.



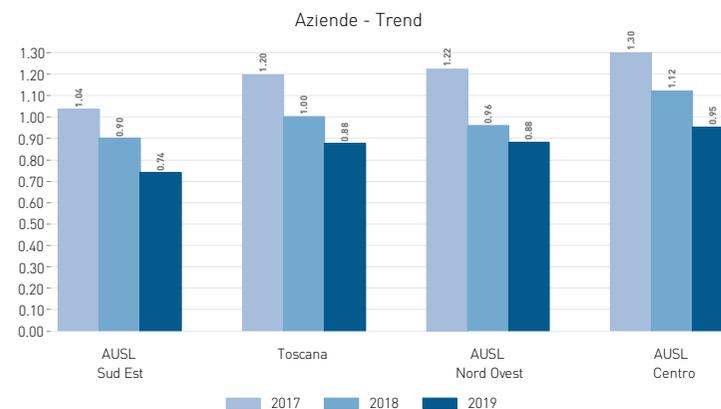
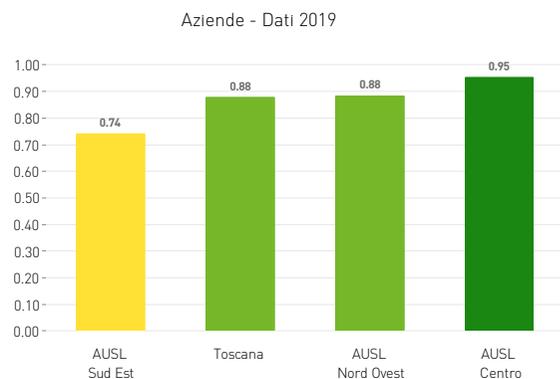
### C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti

L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.

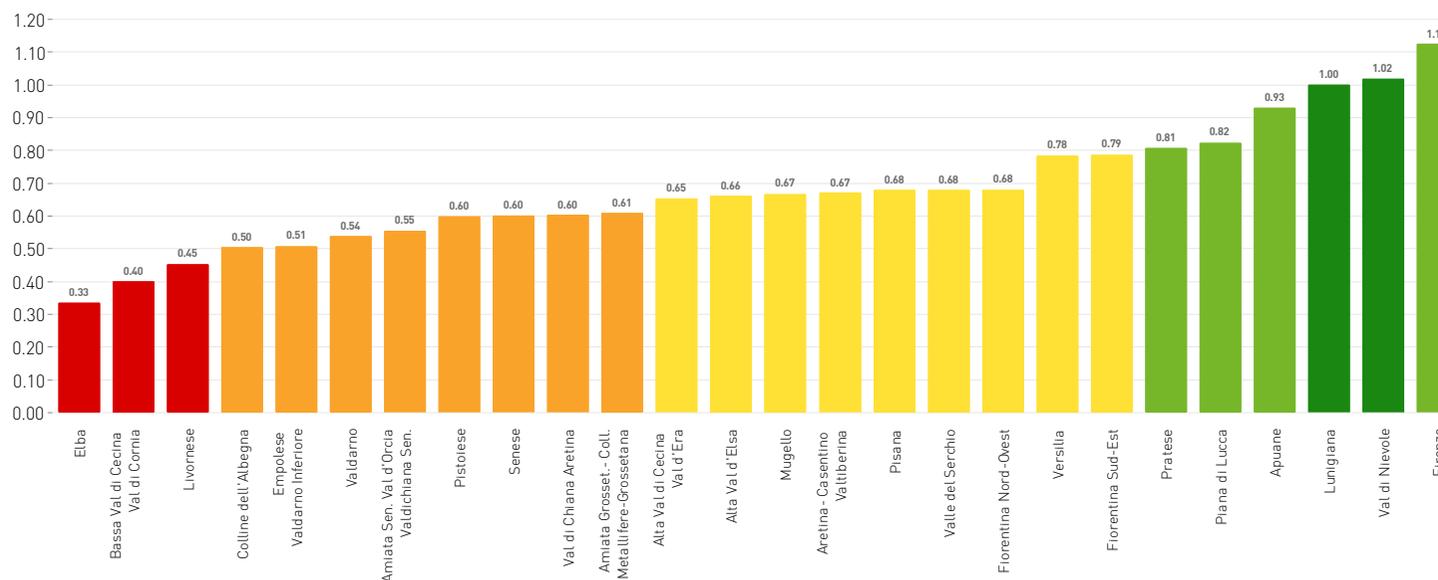


## B9.6 Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio

L'indicatore mostra il rapporto tra i tassi di ospedalizzazione standardizzati per età per ricovero urgente per coloro che hanno un titolo di studio basso (nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore) rispetto a coloro che hanno un titolo di studio alto (diploma, laurea). Se il valore è uguale a 1, il tasso di ospedalizzazione per gli individui con basso titolo di studio è lo stesso del tasso per gli individui con alto titolo di studio; se il valore è maggiore di 1, il tasso di ospedalizzazione per gli individui con basso titolo di studio è maggiore del tasso per gli individui con alto titolo di studio; se il valore è minore di 1, il tasso di ospedalizzazione per gli individui con basso titolo di studio è minore del tasso per gli individui con alto titolo di studio. Il valore 1 identifica quindi una situazione di equità, maggiore la distanza da 1, maggiori sono le disuguaglianze. Tali disuguaglianze a scapito della popolazione meno istruita possono voler indicare sia una maggior diffusione tra la popolazione meno istruita di patologie più gravi, sia una maggior difficoltà per tali persone a muoversi appropriatamente nei percorsi assistenziali presenti nelle aziende e la conseguente necessità di una più attenta presa in carico.



Zone Distretto - Dati 2019



## C2 Efficienza attività di ricovero

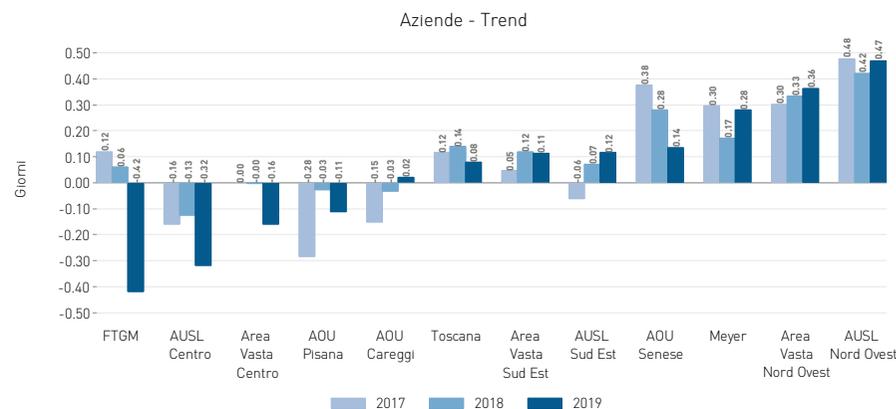
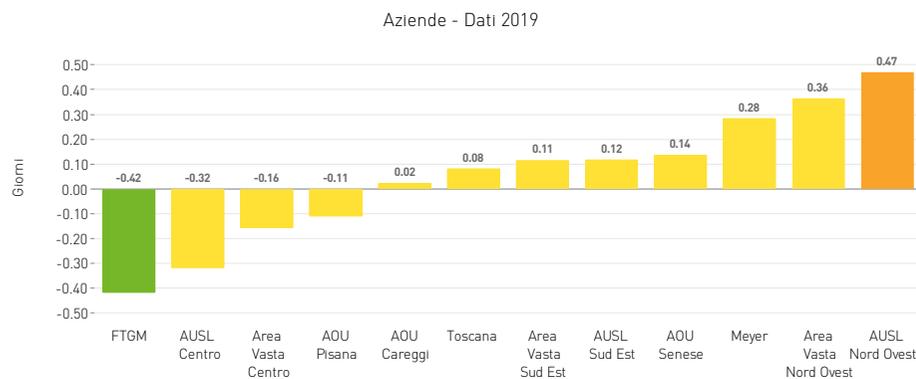
Questo indicatore misura l'efficienza dell'attività di ricovero attraverso una serie di sotto-indicatori relativi alla durata della degenza. Le misure prese in considerazione sono: l'indice di Performance di Degenza Media (presentato per ricoveri Medici, Chirurgici, programmati) ed il Tasso di occupazione dei posti letto.



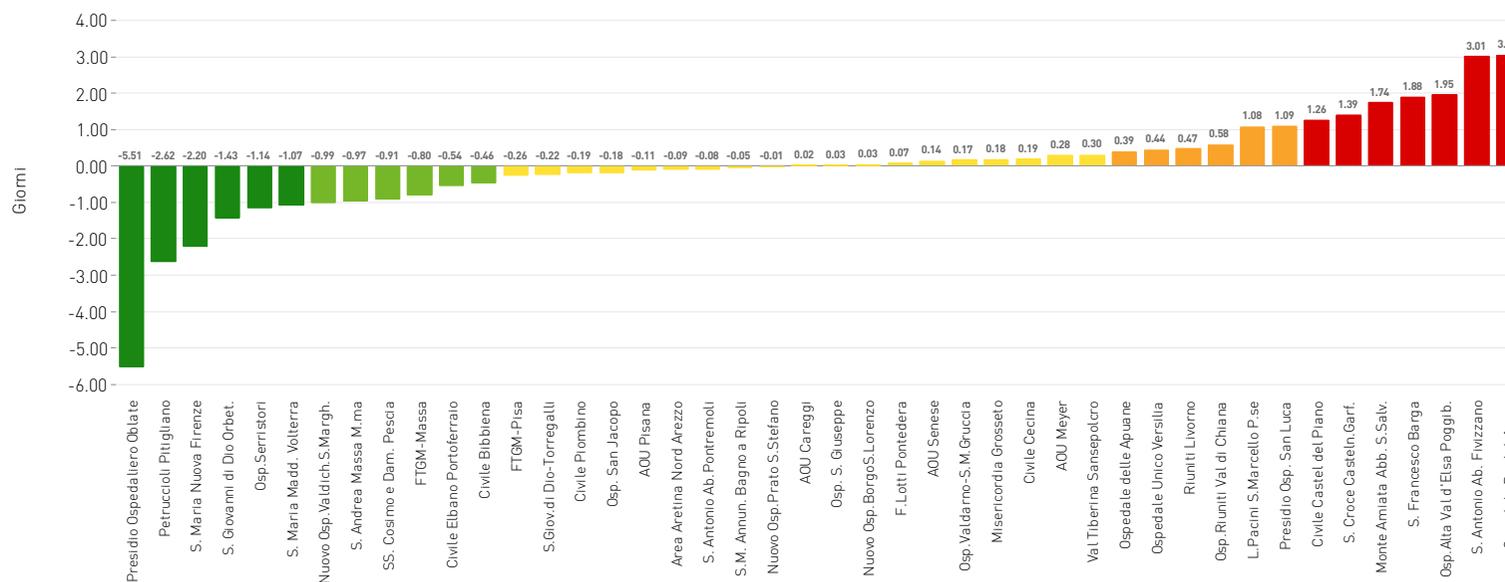
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C2 Efficienza attività di ricovero</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	0.08	0.47	-0.32	0.12	-0.11	0.14	0.02	0.28	-0.42
C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	-0.37	-0.08	0.24	-0.41	-0.29	0.26	-0.18	0.35	-1.11
C2A.1 Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0.25	-0.34	-0.07	-0.18	0.09	-0.18	-0.26	-0.36	-0.32
C2A.2 Tasso di occupazione dei posti letto per acuti	79.77	76.26	81.25	77.34	80.04	77.32	87.39	88.69	77.90
C2A.3 Degenza media ricoveri ordinari	6.97	7.46	6.60	6.71	6.27	7.00	6.91	6.00	6.78

## C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per i ricoveri medici confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero medico con la media regionale del 2016 per la stessa tipologia di ricovero; misura, cioè, i giorni di ricovero erogati in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza) rispetto alla media regionale per la stessa casistica. L'IPDM permette, pertanto, una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, rispetto alla tipologia di pazienti trattati. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni in maniera efficiente: la struttura che presenta un basso valore dell'indicatore si dimostra, infatti, in grado di gestire il paziente in maniera adeguata rispetto alla condizione clinica, e senza sprechi di risorse.

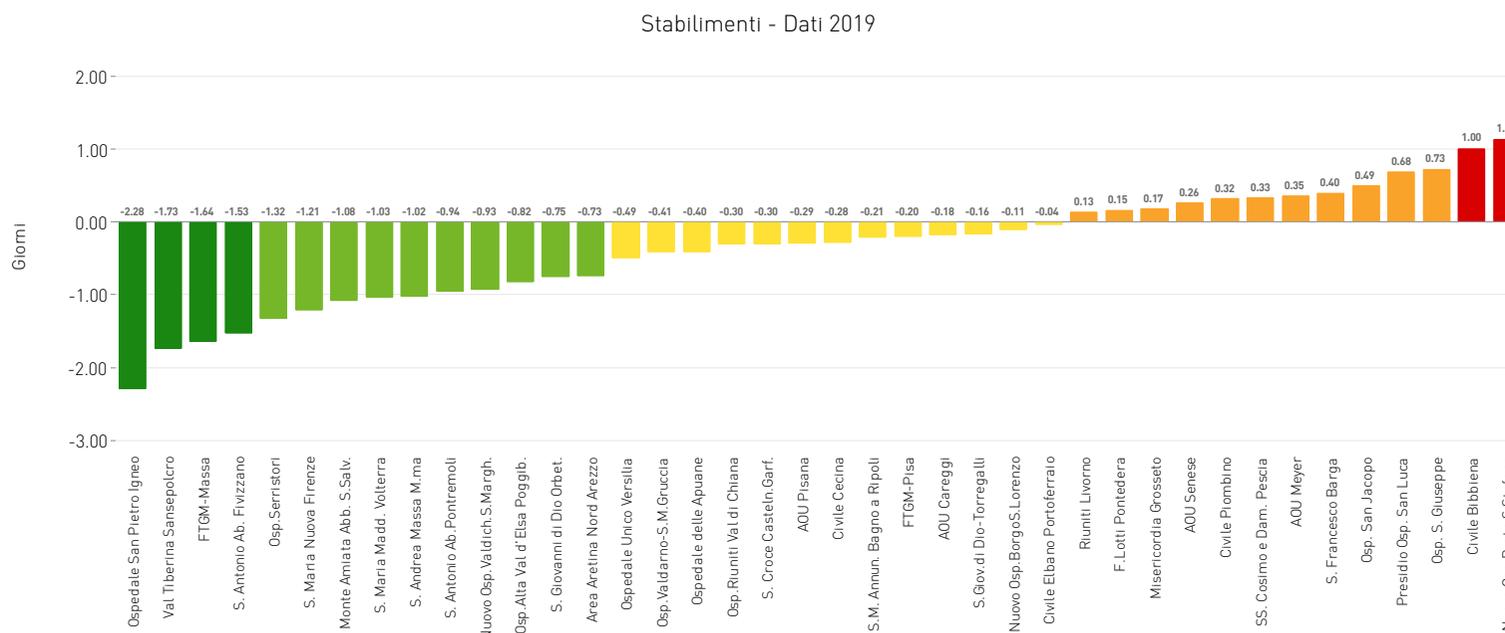
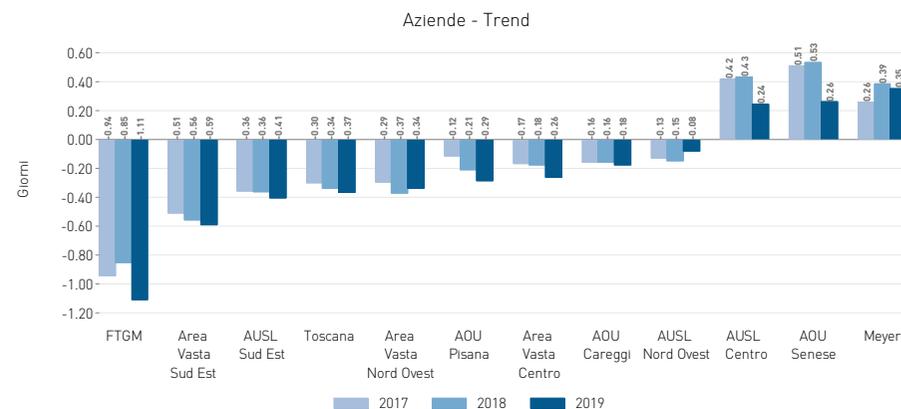
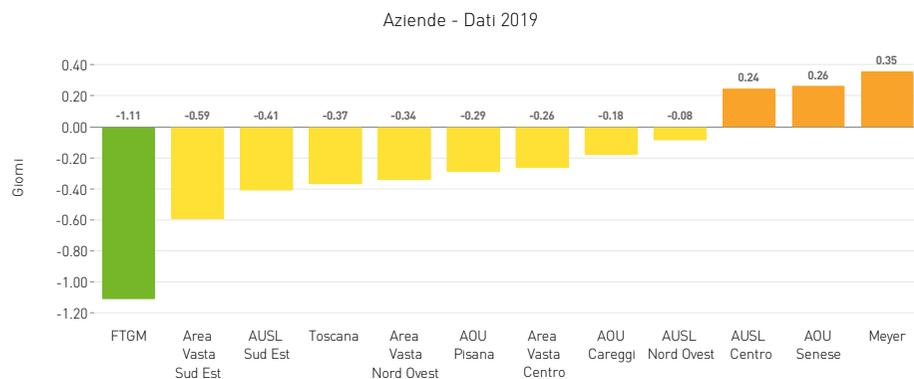


### Stabilimenti - Dati 2019



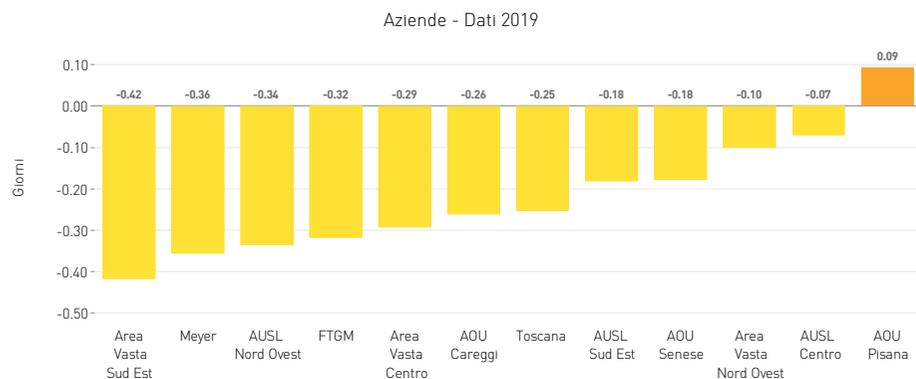
## C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: a un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici.

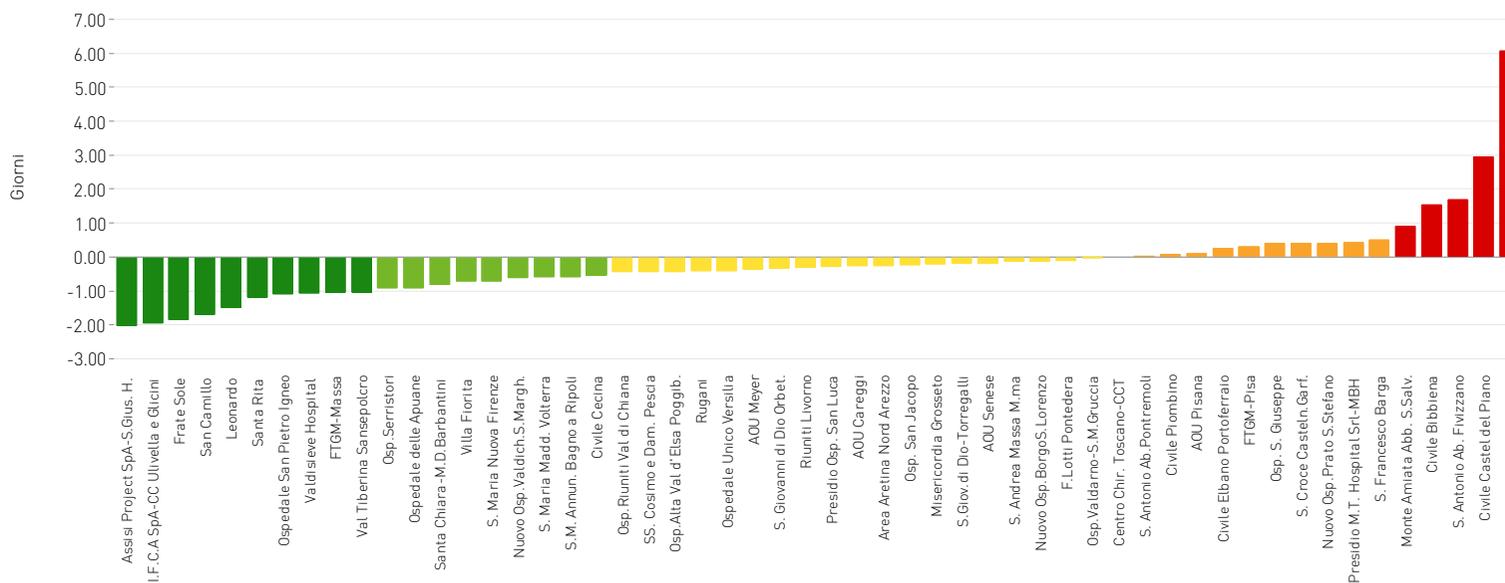


## C2A.1 Indice di performance degenza media: ricoveri programmati

L'indice di Performance di Degenza Media per i ricoveri programmati, confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero programmato con la media regionale del 2016 per la stessa tipologia di ricovero; misura, cioè, i giorni di ricovero erogati in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza) rispetto alla media regionale per la stessa casistica.



Stabilimenti - Dati 2019

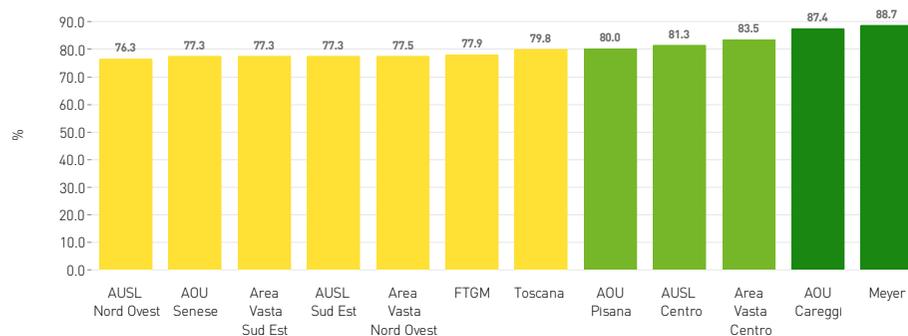


## C2A.2 Tasso di occupazione dei posti letto per acuti

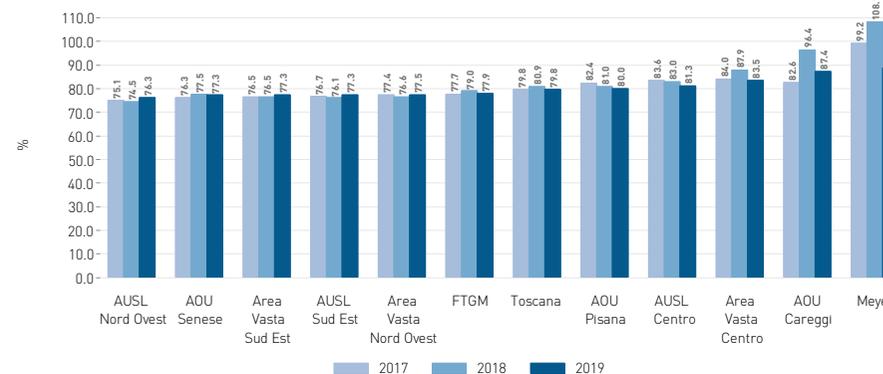
Il tasso di occupazione dei posti letto indica il rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate dai pazienti e le giornate di degenza teoricamente disponibili (queste ultime moltiplicando il numero dei posti letto per i giorni dell'anno in esame). In termini gestionali, il tasso di occupazione dei posti letto consente di comprendere il grado di efficienza con cui viene programmata e gestita l'attività di ricovero e quindi dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse.



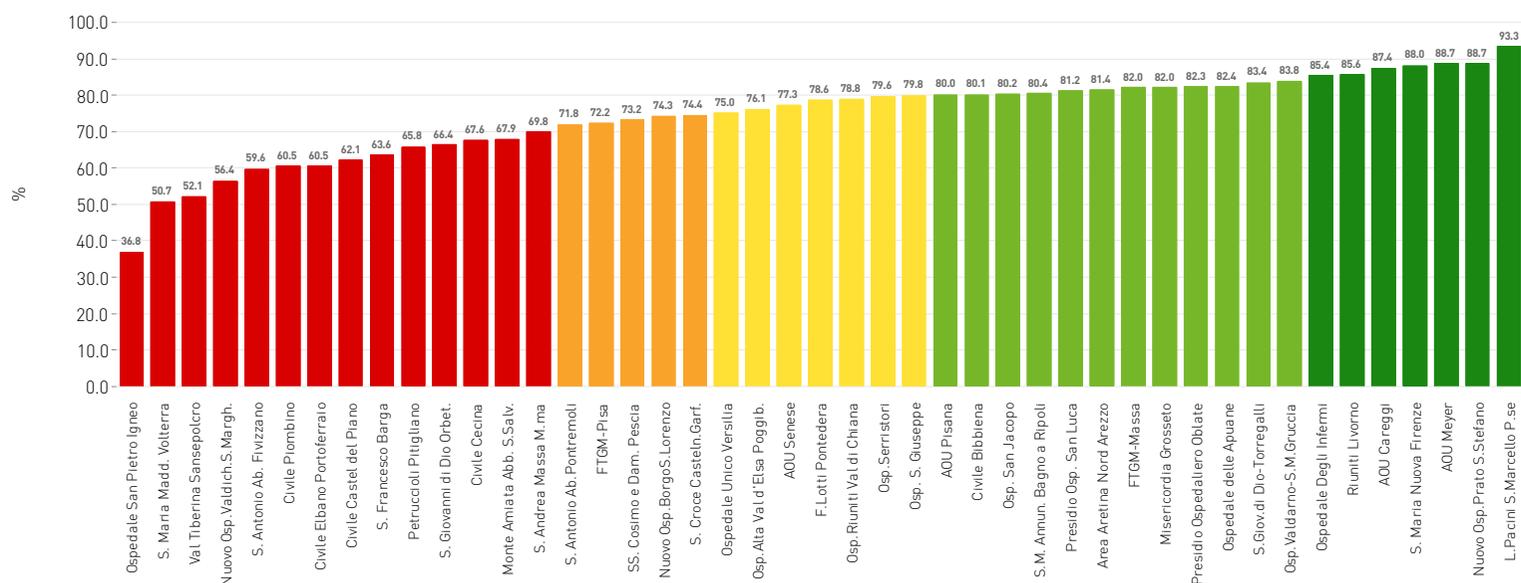
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C14 Appropriatelyzza medica

L'appropriatelyzza medica si verifica quando le prestazioni vengono erogate al momento giusto, secondo standard clinicamente riconosciuti e condivisi, in modo da aumentare la probabilità di ottenere i risultati desiderati. Tramite il set di indicatori che costituisce questo albero (tassi di ospedalizzazione per i LEA medici, ricoveri medici con finalità diagnostica, ricoveri medici troppo lunghi, accessi in DH) si vuole delineare un quadro dell'appropriatelyzza delle prestazioni mediche erogate dalle strutture toscane.



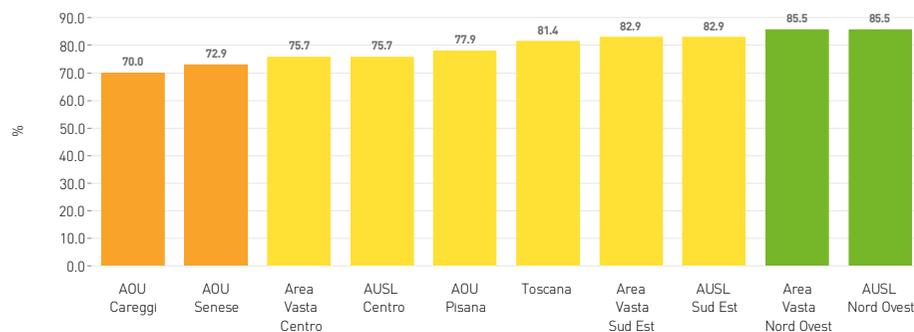
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C14 Appropriatelyzza medica</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C14.2A Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	1.72	1.28	2.14	1.57					
C14.2B Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica									
C14.2.1 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti	9.16	3.36	0.00	2.99	3.21	16.94	14.02		3.10
C14.2.2 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici	26.58	3.03	0.00	2.38	0.00	10.41	30.74		
C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	81.43	85.51	75.71	82.86	77.94	72.86	70.00		
C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)	2.12	2.56	1.66	2.02	2.33	3.06	1.69		2.20
C14.5 Tasso di accessi DH medico standardizzato per età per 1.000 residenti	59.61	52.95	56.73	73.49	40.26	98.64	55.91		

### C4.9 DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)

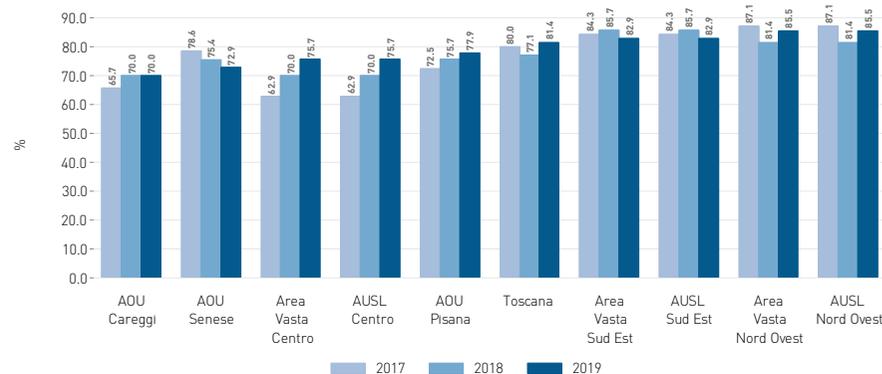
Con Delibera GRT 1140/2014 la Regione ha aggiornato gli standard per i Tassi di ospedalizzazione dei DRG medici ad alto rischio di inappropriattezza (come da Patto per la salute 2010-2012). Questo indicatore vuole monitorare quanto le aziende siano in grado di rispettare tali standard.



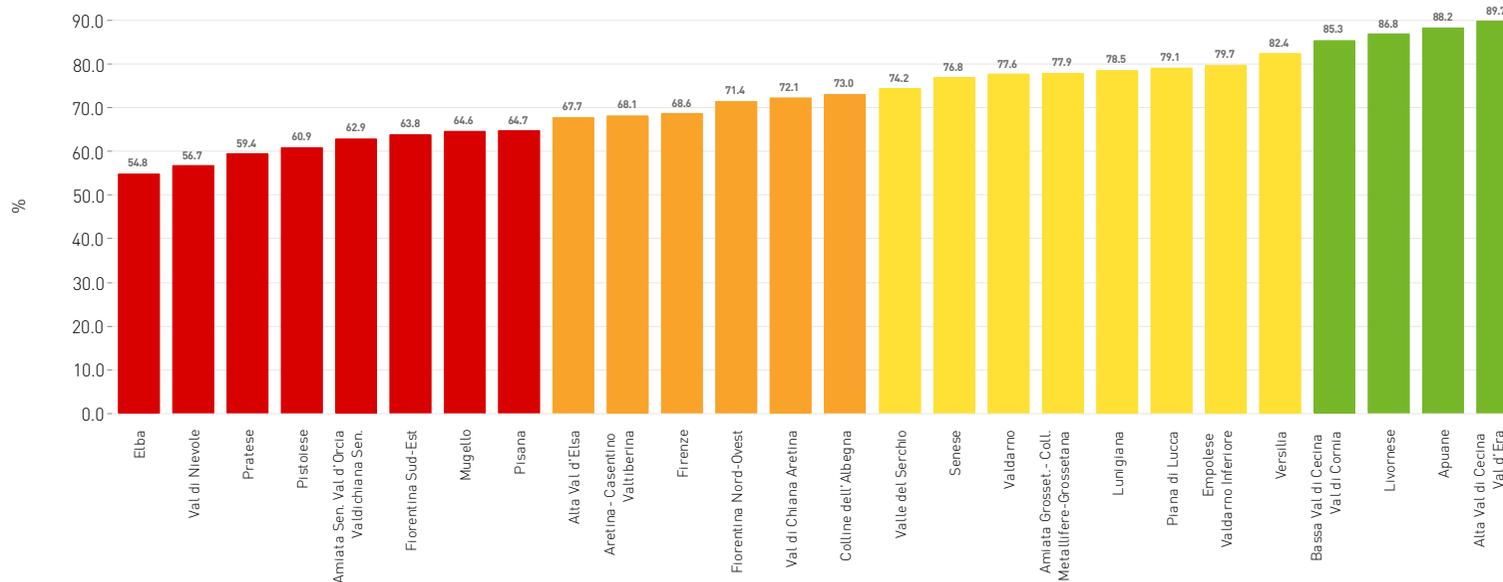
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

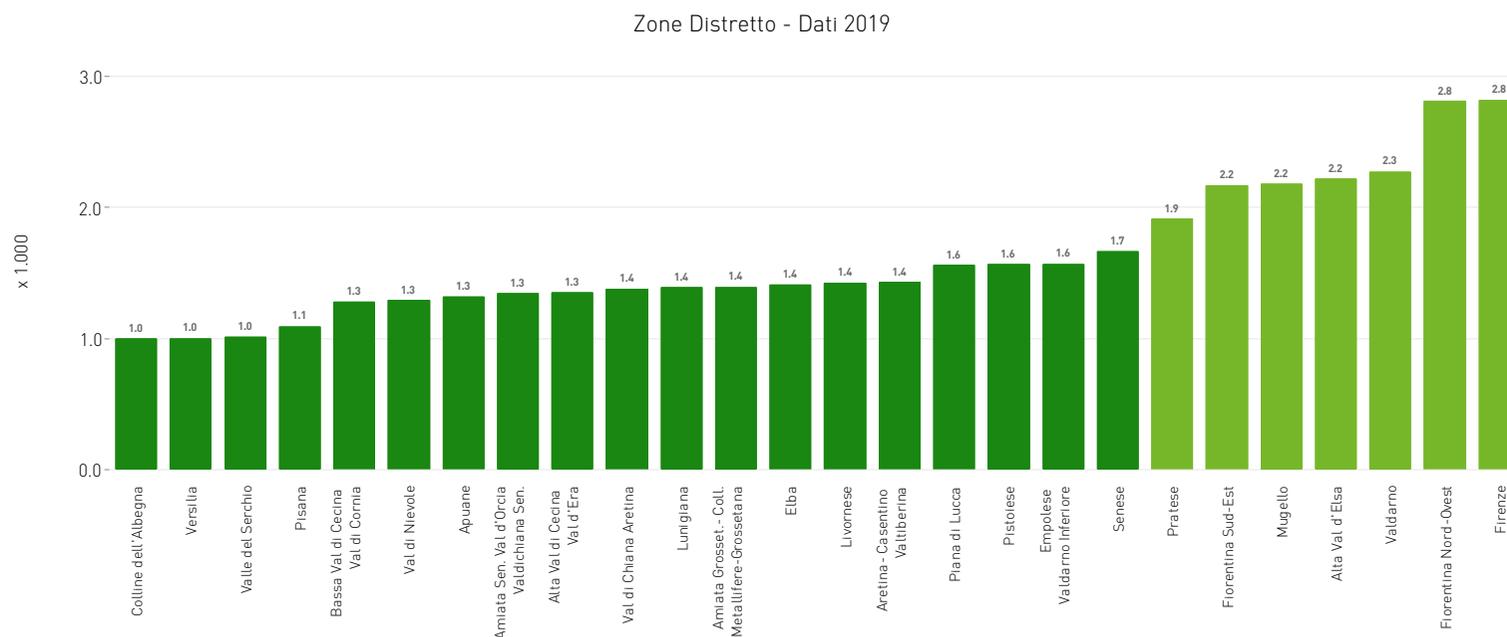
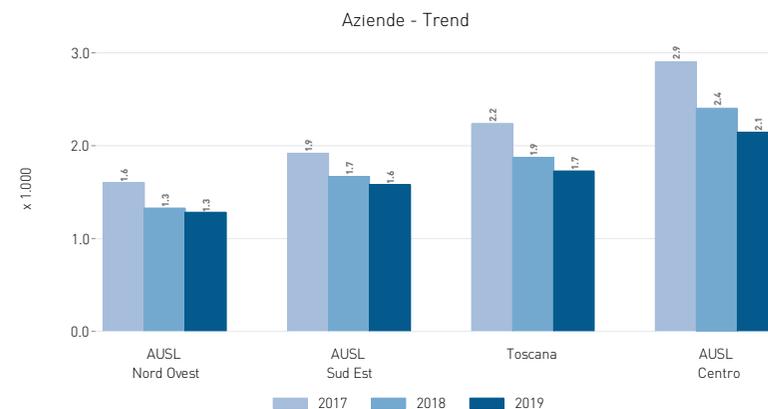
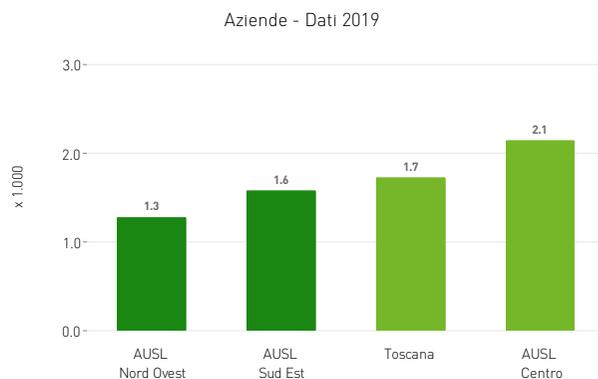


Zone Distretto - Dati 2019



## C14.2A Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)

Poiché i letti in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno, gli accertamenti diagnostici dovrebbero essere fatti in regime ambulatoriale, in modo da evitare il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura, dunque, il tasso di ospedalizzazione di day hospital medici effettuati ai soli fini diagnostici,

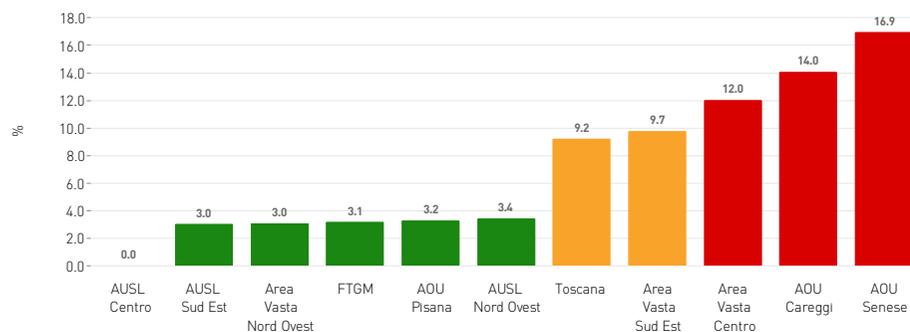


### C14.2.1 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti

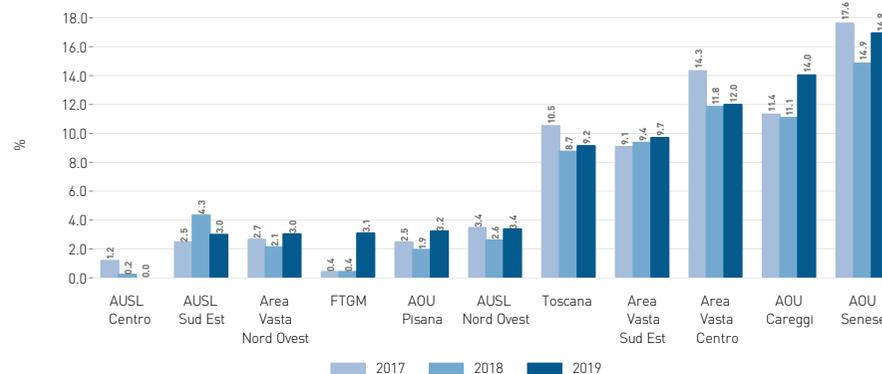
L'indicatore misura la percentuale di Day Hospital medici effettuati ai soli fini diagnostici (Patto per la Salute 2010-2012) per gli adulti.



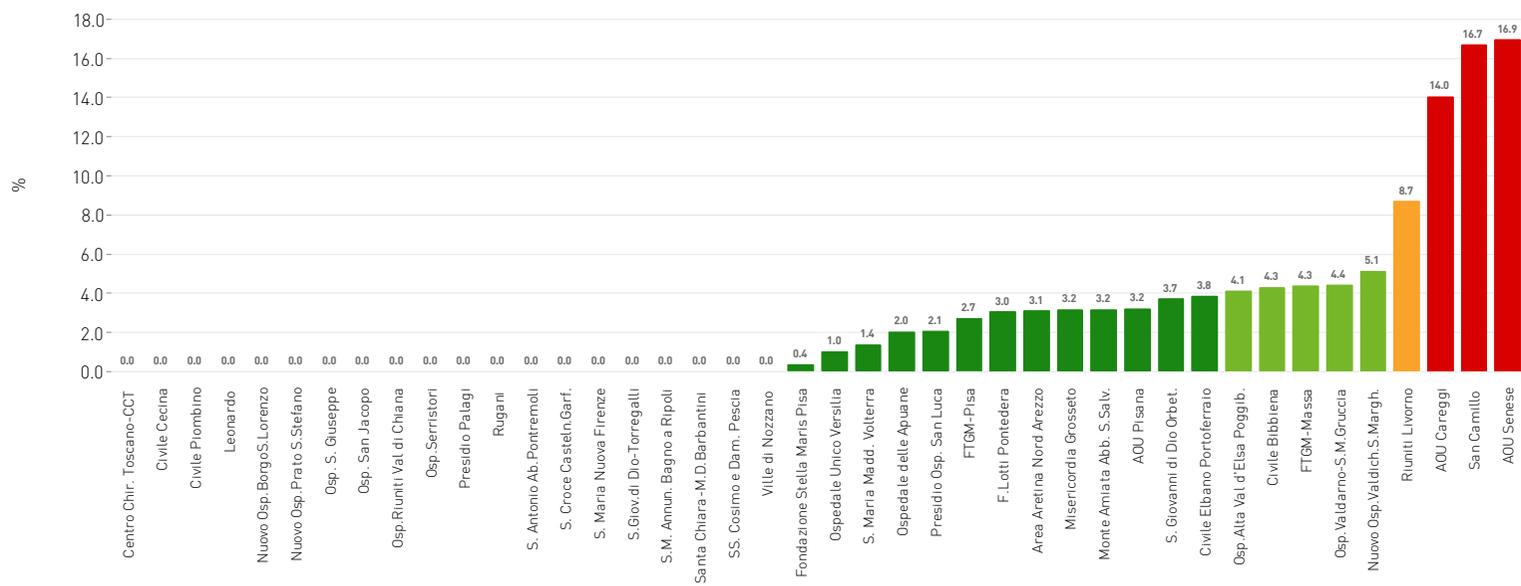
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

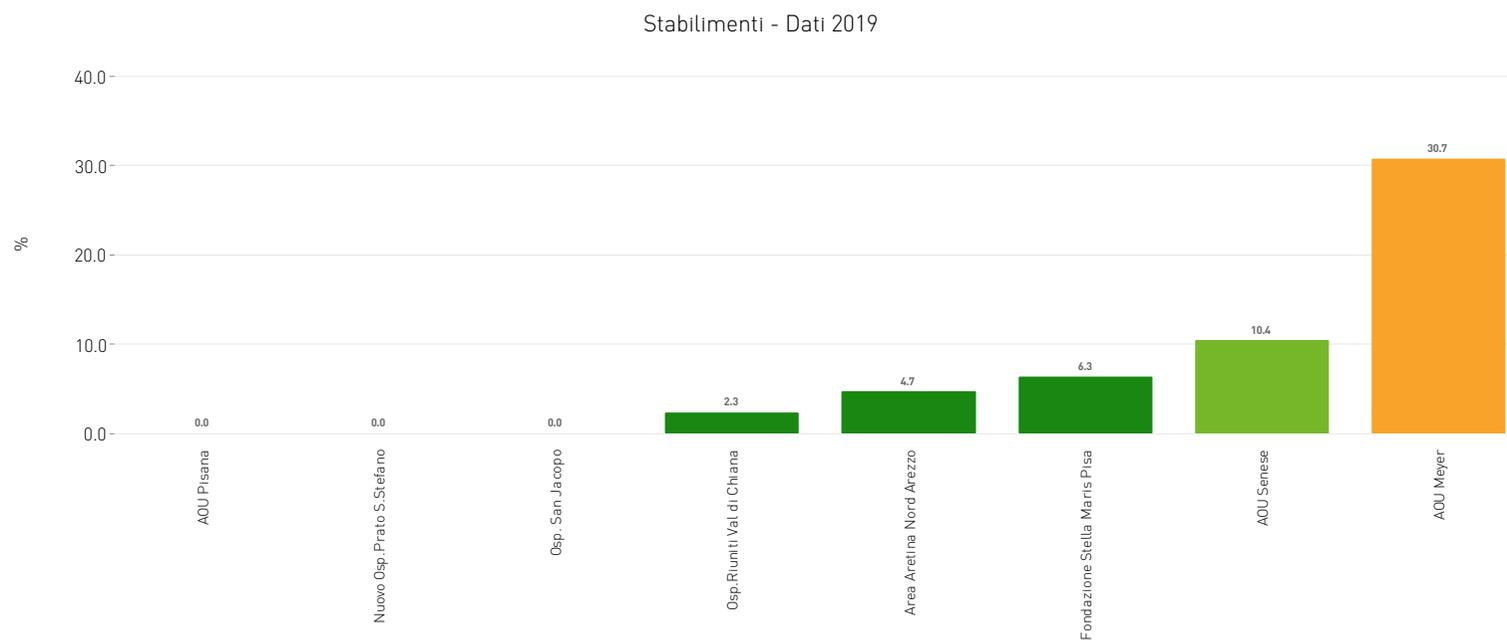
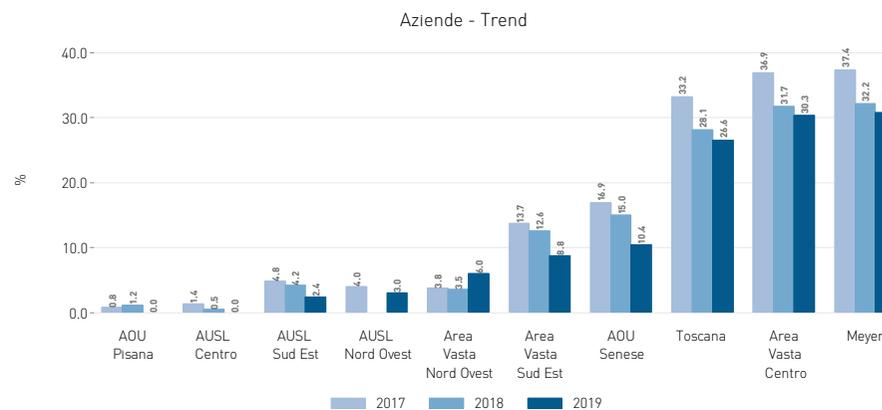
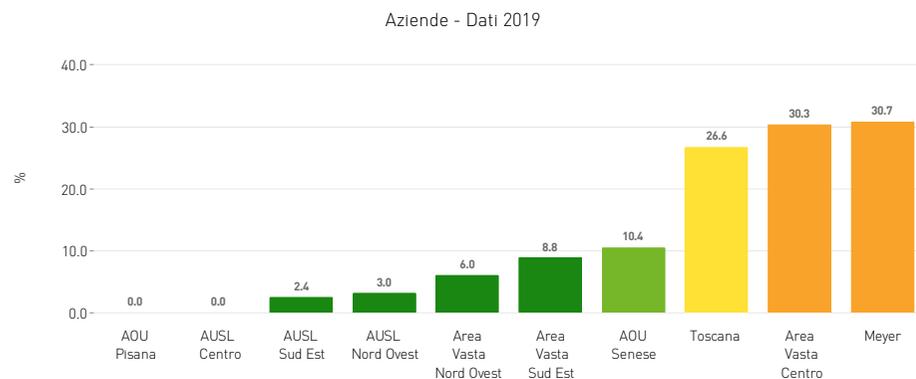


Stabilimenti - Dati 2019



### C14.2.2 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici

L'indicatore misura la percentuale di Day Hospital medici pediatrici effettuati ai soli fini diagnostici (Patto per la Salute 2010-2012).



### C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)

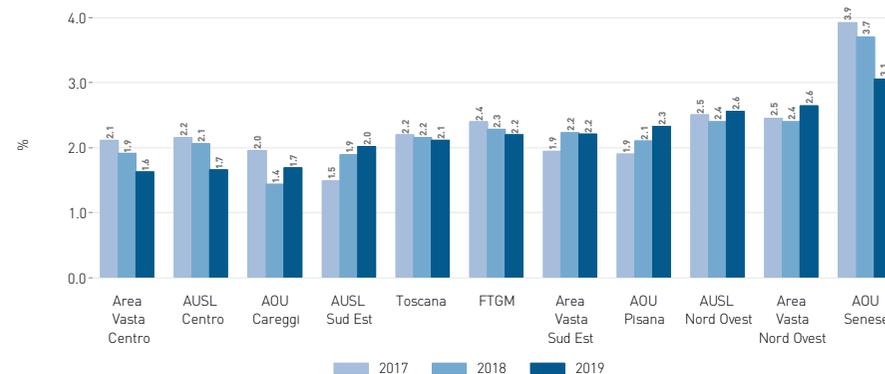
Questo indicatore identifica i ricoveri di pazienti che rimangono in ospedale più a lungo di quanto ci si aspetterebbe per motivi clinici. Una degenza troppo lunga può essere dovuta ad inefficienza sia da parte dell'ospedale, che da parte del territorio, manchevole di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare o, comunque, ad una scarsa integrazione tra ospedale e territorio (cfr Patto per la salute 2010-2012). Il valore soglia di un DRG indica la durata massima che ci si aspetta per quel ricovero; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giorni eccedenti la soglia. Il ricorso ai ricoveri medici oltre soglia rischia di essere particolarmente accentuato nella popolazione di età superiore a 64 anni, pertanto l'indicatore relativo a questa fascia di età è di valutazione.



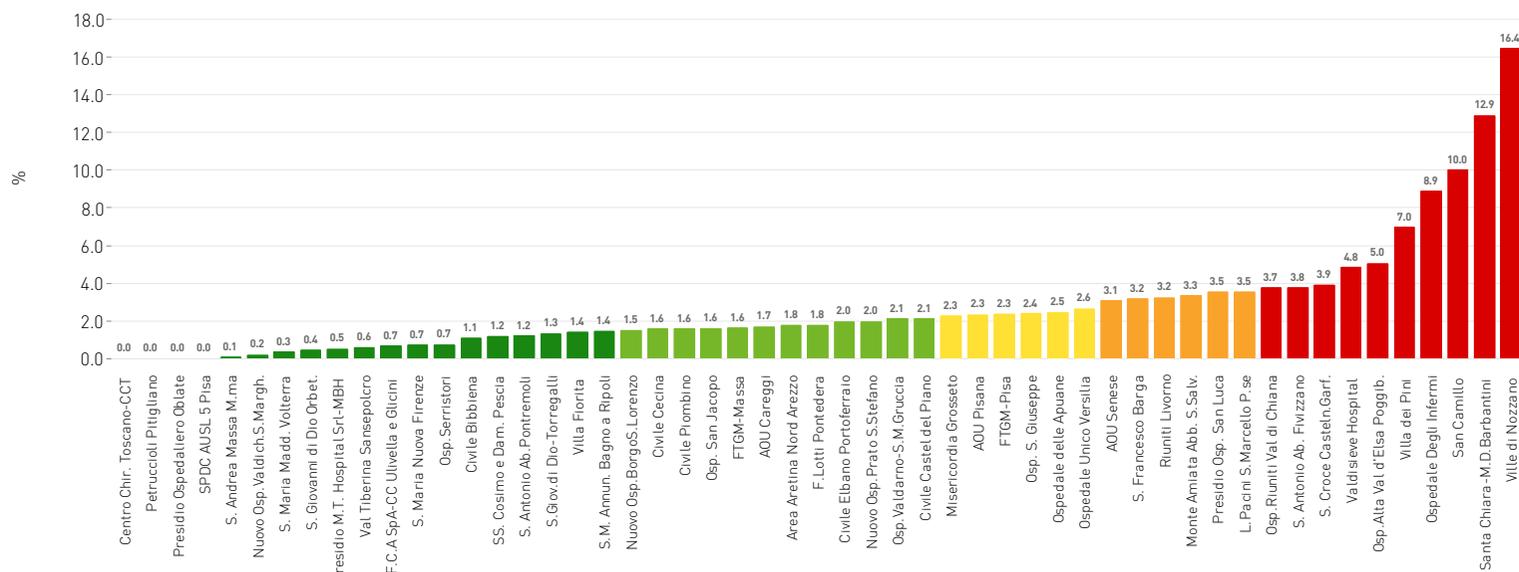
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C4 Appropriatelyzza chirurgica

Si parla di appropriatezza chirurgica quando le prestazioni specialistiche sono erogate con le giuste tempistiche e utilizzando tecniche e modalità clinicamente consolidate, in modo da rispondere efficacemente ai bisogni del paziente, ottimizzando il rapporto tra costi, rischi e benefici. In questa ottica, l'albero C4 dell'appropriatelyzza chirurgica mette in evidenza l'utilizzo delle risorse a disposizione dei reparti di chirurgia delle strutture, sia in regime di ricovero ordinario che di day surgery, ponendo l'attenzione sui DRG LEA a rischio di inappropriatezza in regime di ricovero e sulle colecistectomie laparoscopiche.



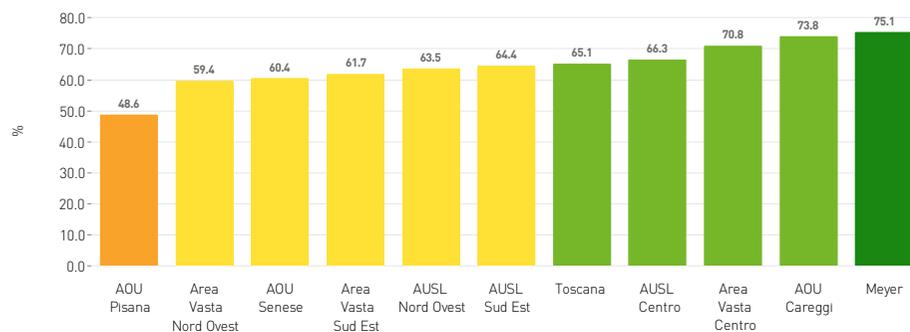
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C4 Appropriatelyzza chirurgica</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	
C4.7 Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery	65.07	63.55	66.29	64.38	48.60	60.37	73.82	75.14	
C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	76.71	77.88	84.23	72.02	74.87	56.95	80.31		
C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	89.23	88.39	89.56	88.97	76.62	76.43	86.27	80.13	
C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA)	0.13	0.10	0.11	0.11	0.22	0.12	0.12	0.37	0.02
C1.6 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)	45.04	38.42	34.15	37.21	55.74	49.48	57.59	40.76	70.53
C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti	59.70	32.89	71.26	78.82					

### C4.7 Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery

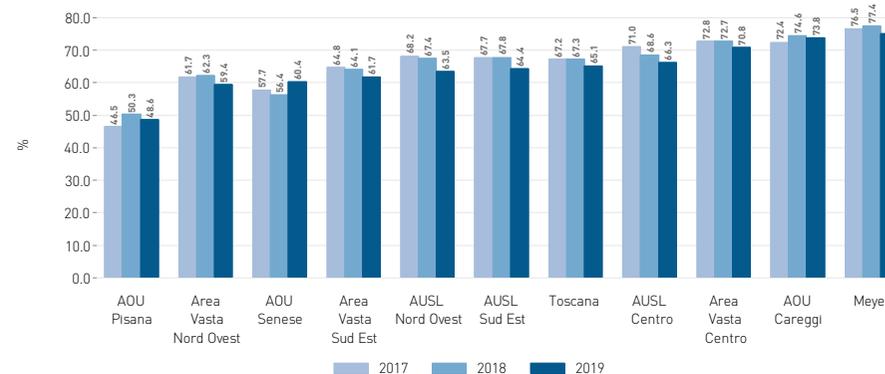
Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni.



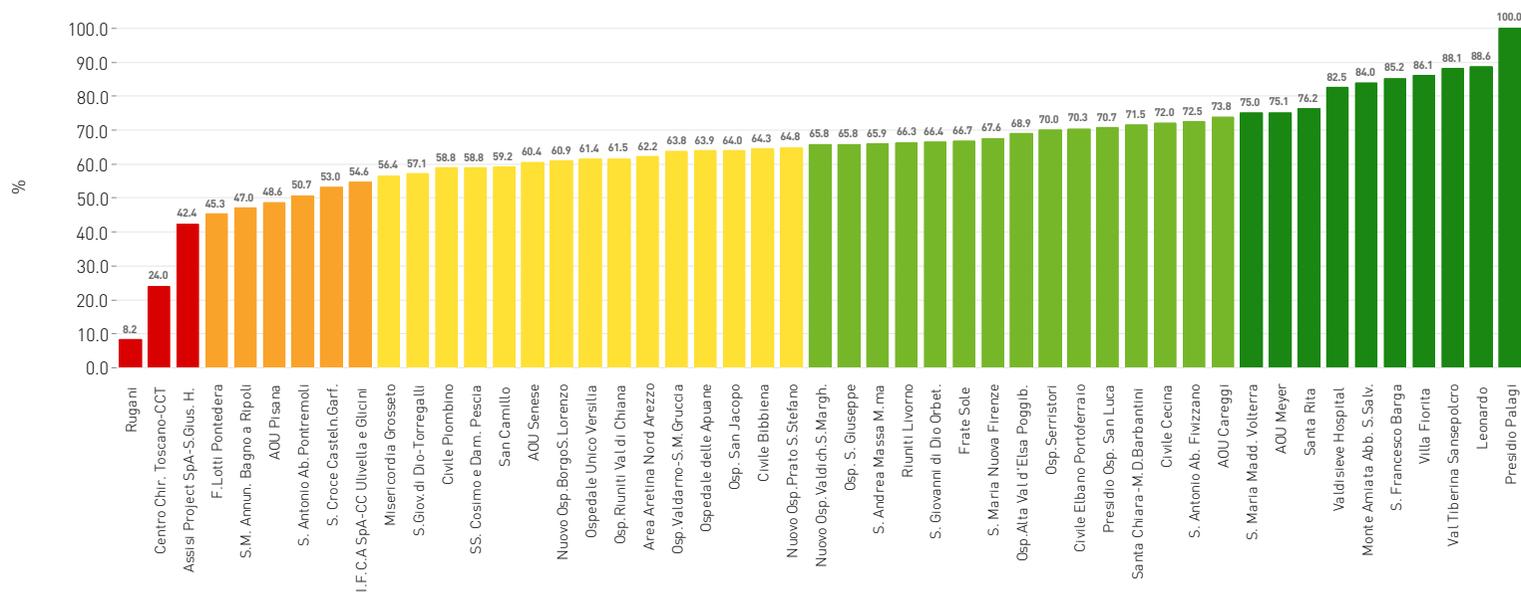
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

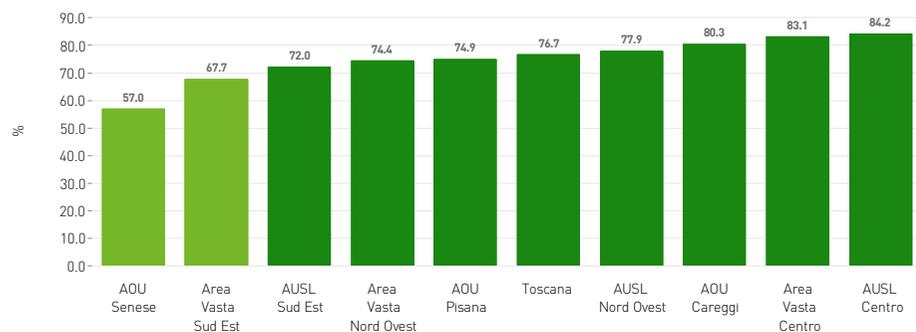


### C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

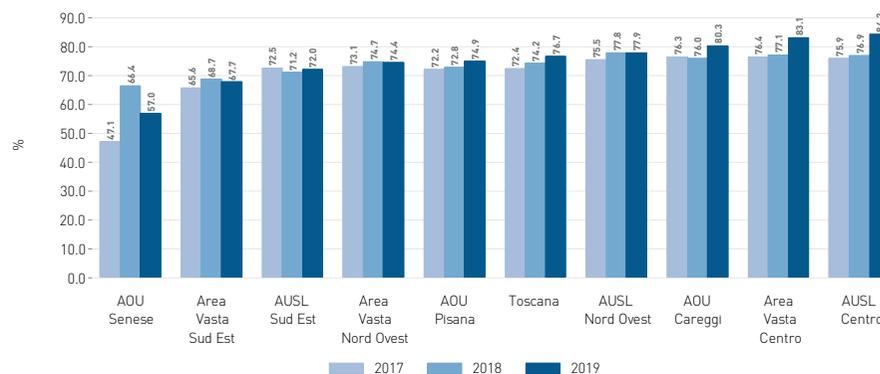
In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica torna a casa in giornata o, al massimo, il giorno seguente. L'obiettivo regionale per questo indicatore è, comunque, fissato all'80% poiché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga monitorato più a lungo. L'analisi, tra l'altro, è ristretta agli interventi programmati, così da escludere le eventuali complicanze legate ad un ricovero in urgenza (Calland et al 2001; Litwin, Mitchell 2008; National Institutes of Health 1992; Shea et al 1998; The Southern Surgeons Club 1991; Vaughan et al 2013).



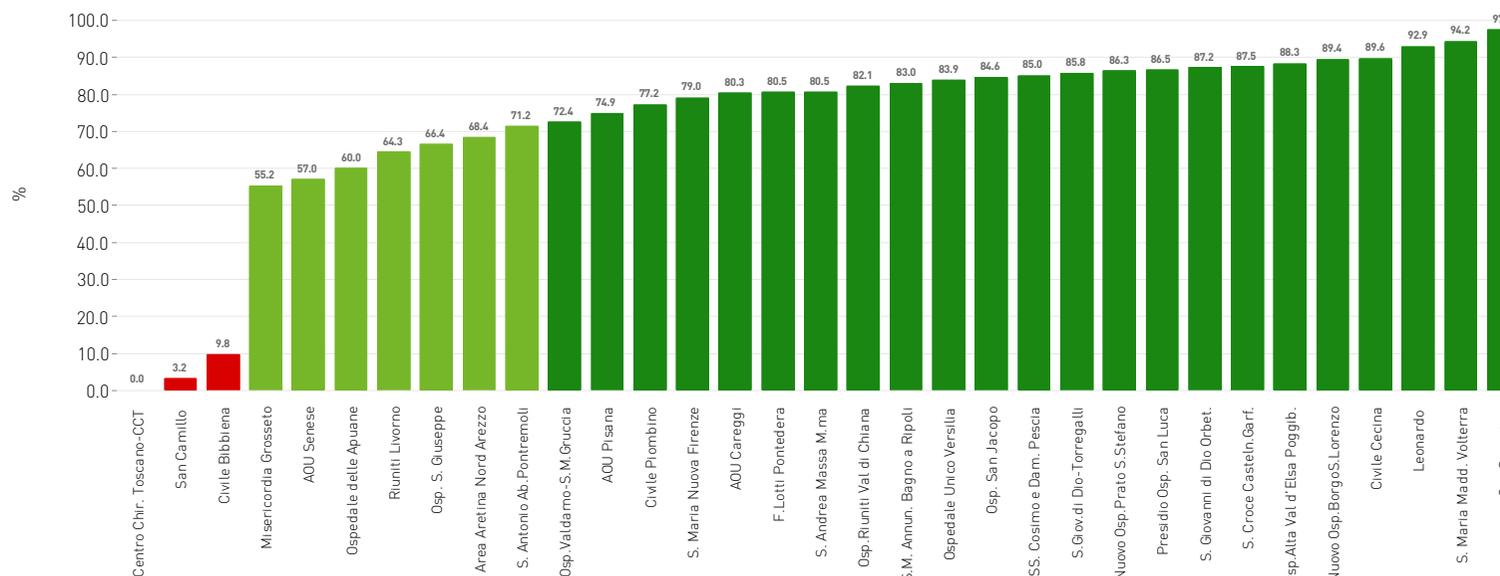
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

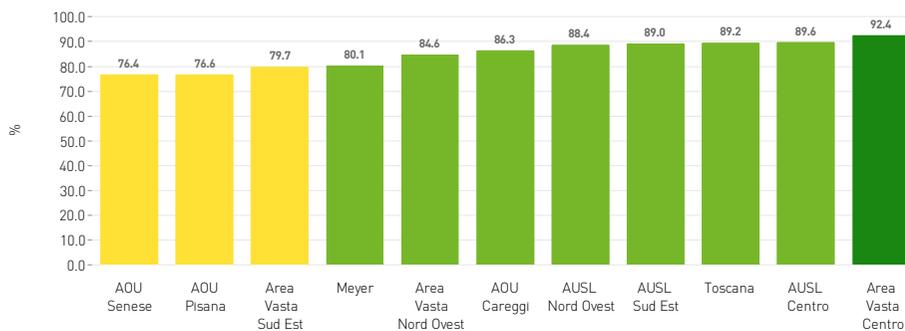


## C4.12 Drg LEA Chirurgici: Percentuale standard raggiunti per Percentuale DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)

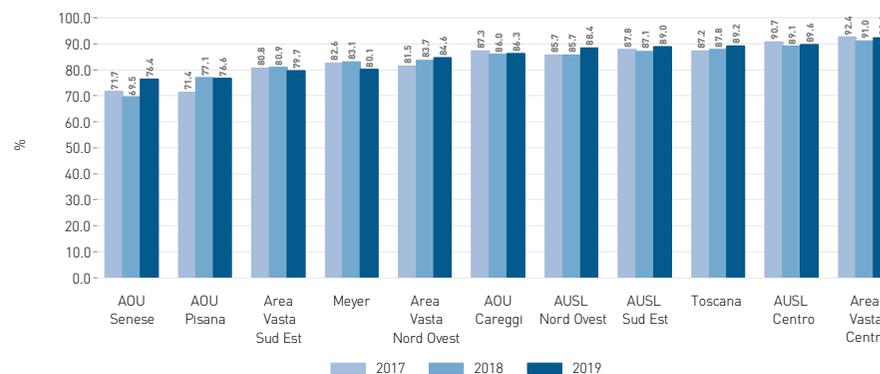
Con il Patto per la salute 2010-2012, il Ministero della Salute ha aggiornato l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario (Allegato B). Con Delibera GRT 1140/2014 la Regione Toscana ha, poi, aggiornato per ciascuno di questi DRG gli standard di erogazione in day surgery. Questo indicatore misura la percentuale di raggiungimento degli standard regionali.



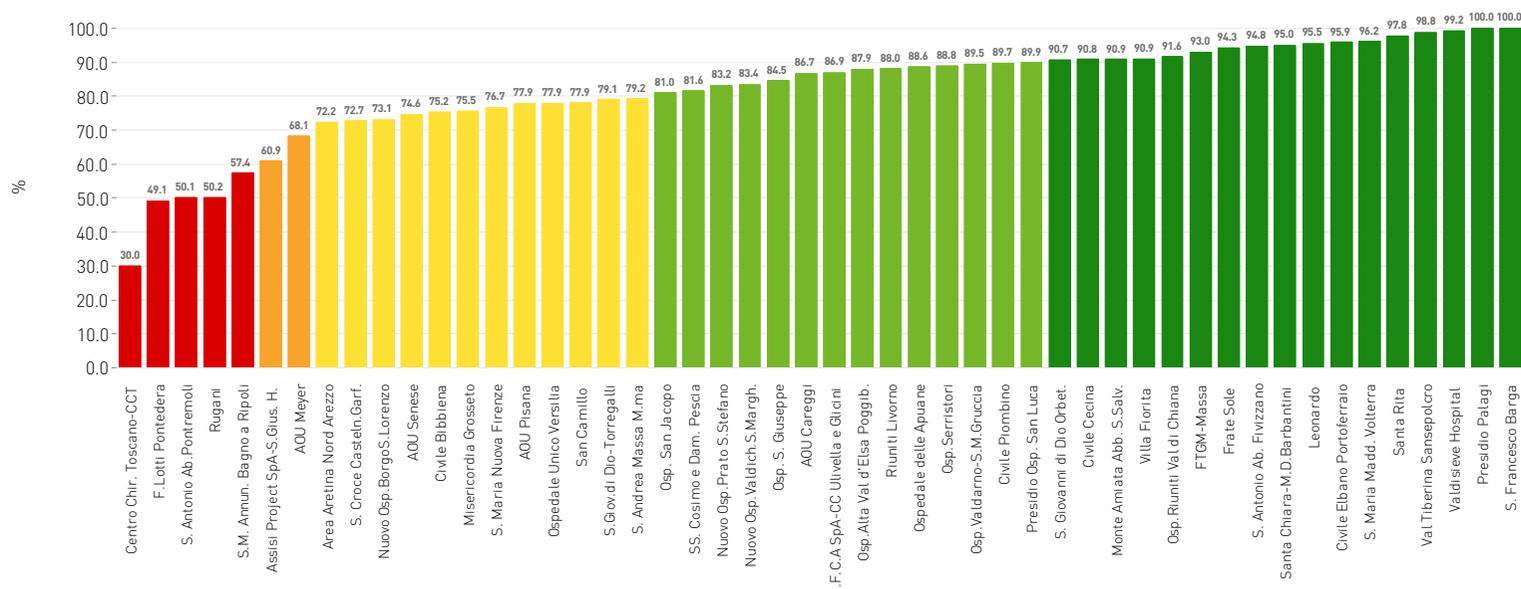
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

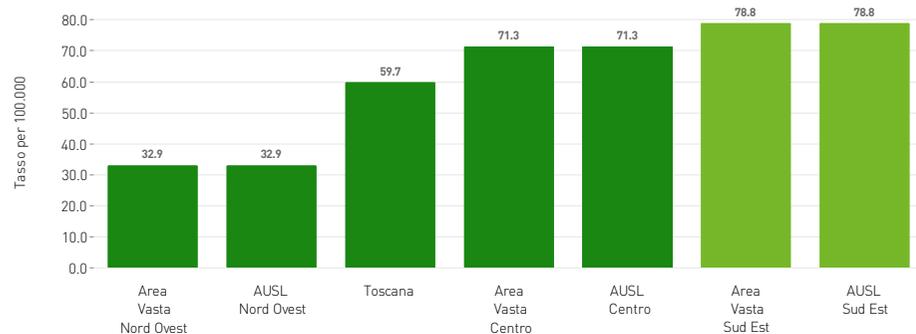


## C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti

La variabilità negli interventi di stripping di vene non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e innovazione tecnologici, ai diversi comportamenti clinico-professionali. Dal momento che risulta poco probabile una variabilità sistematica delle indicazioni per l'intervento di legatura o stripping tra le aree considerate, l'indicatore consente di identificare un potenziale sovra-utilizzo o sotto-utilizzo della tecnica chirurgica. Si ricorda inoltre che per questa tipologia di intervento il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" prevede la migrazione dal trattamento in regime ordinario ad ambulatoriale. L'indicatore registra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per interventi chirurgici di stripping vene, in pazienti con età maggiore o uguale a 18 anni.



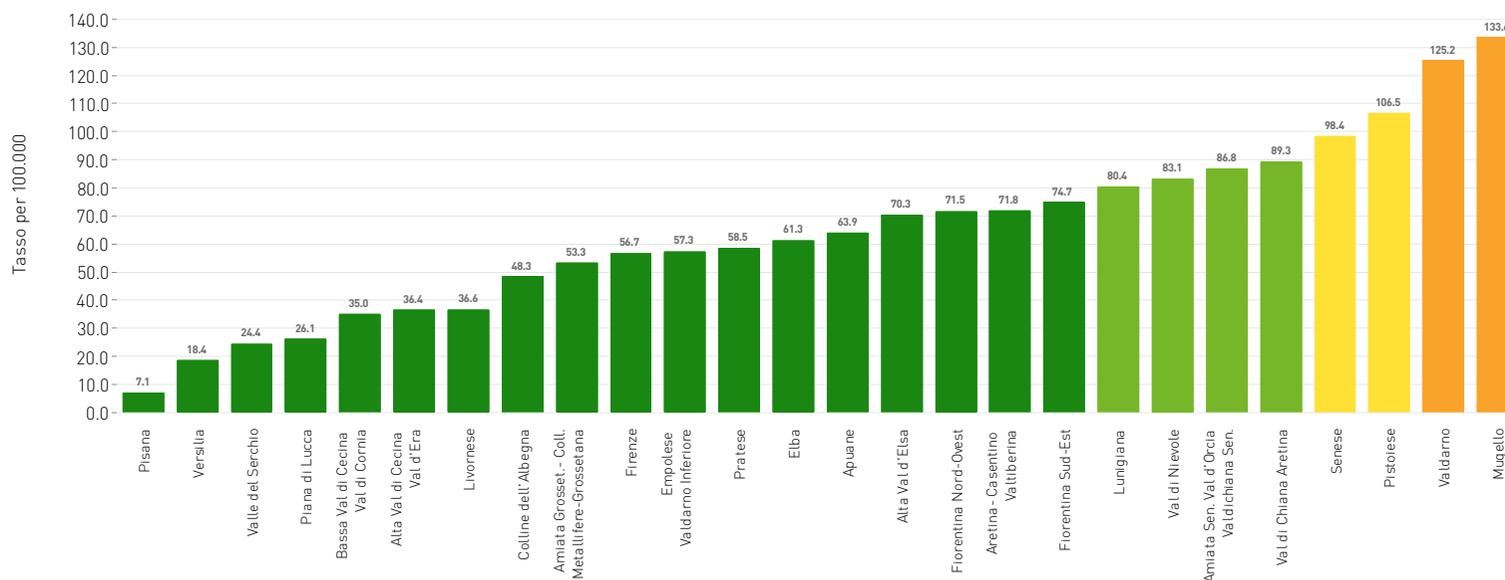
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019



## C5 Qualità clinica/Qualità di processo

Ogni sistema sanitario persegue l'obiettivo di fornire prestazioni di elevata qualità nell'assistenza ai pazienti. Gli indicatori di qualità clinica fanno riferimento alla componente professionale, per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, la tempestività delle stesse e la correttezza di esecuzione delle prestazioni, in base alle evidenze scientifiche e alla condivisione con i professionisti.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C5 Qualità clinica/Qualità di processo</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>C5.30 % fratture operate entro 48 ore</i>	67.33	78.13	59.86	72.95	80.62	49.67	48.15	94.50	
<i>C5.1 % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni</i>	5.34	5.15	5.56	4.76	5.92	5.21	5.76	5.73	3.72
<i>C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)</i>	79.17	87.72	73.16	74.69	85.89	78.54	78.71		
<i>C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali</i>	85.78	79.63	89.92	74.41	82.39	91.55	93.40		
<i>C5.7 Percentuale di Interventi di riparazione della valvola mitrale</i>	64.58				66.67	67.06	64.86		62.50
<i>C5.21 Proporzioni di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' dal primo contatto con il servizio sanitario (118, PS o struttura di ricovero)</i>									
<i>C5.4 Equità di accesso ad intervento di angioplastica (PTCA) post infarto Miocardico acuto (IMA) per genere</i>									
<i>C5.4.1 Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 90 minuti ricoverati per IMA STEMI</i>	0.86	0.87	0.84	0.86					
<i>C5.4.2 Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 96 ore ricoverati per IMA NSTEMI</i>	0.69	0.67	0.73	0.62					
<i>C5.8 Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie</i>	95.87	95.61	96.39	94.24	98.38	86.84	97.95		
<i>C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia</i>	61.16	63.38	58.35	68.18	65.61	48.12	62.00		
<i>C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate</i>	94.80	93.83	95.49	94.59	97.43	95.72	93.96		
<i>C5.17 Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati</i>	11.41	10.98	10.70	13.37					
<i>C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti</i>	2.32	2.01	2.91	1.89	1.69	3.78	3.00	0.74	
<i>C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati</i>	8.55	7.93	8.80	7.86	8.10	11.86	10.94	4.35	
<i>C5.19 % pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna</i>	5.24	3.81		14.29	2.37	6.18	5.71		
<i>C5.20 Trombolisi endovenosa per ictus ischemico</i>	6.23	6.30	7.98	4.97	7.82	2.33	4.90		
<i>C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore</i>	73.23	79.24	66.53	85.33	76.89	63.54	59.35	95.53	

## C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)

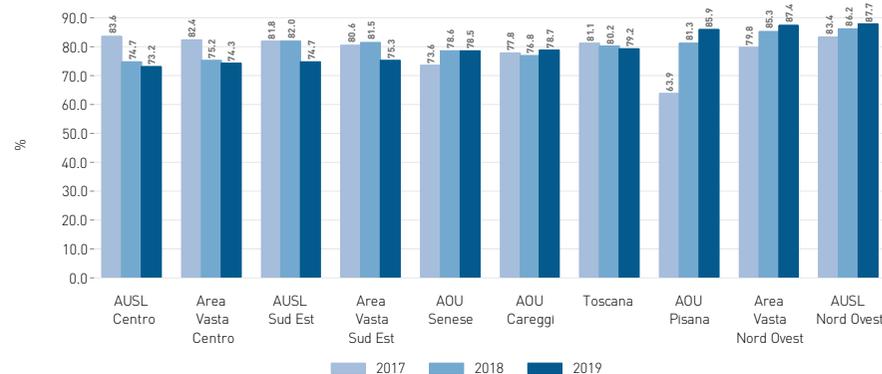
La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili raccomanda che l'intervento chirurgico venga effettuato entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore, a seconda del case mix. Queste Linee Guida mostrano che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente. La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è, quindi, una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale. Il processo assistenziale, in questo caso, è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare tempestivamente il paziente al reparto. Considerando che, in alcuni casi specifici, il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione, l'obiettivo è posto all'80%.



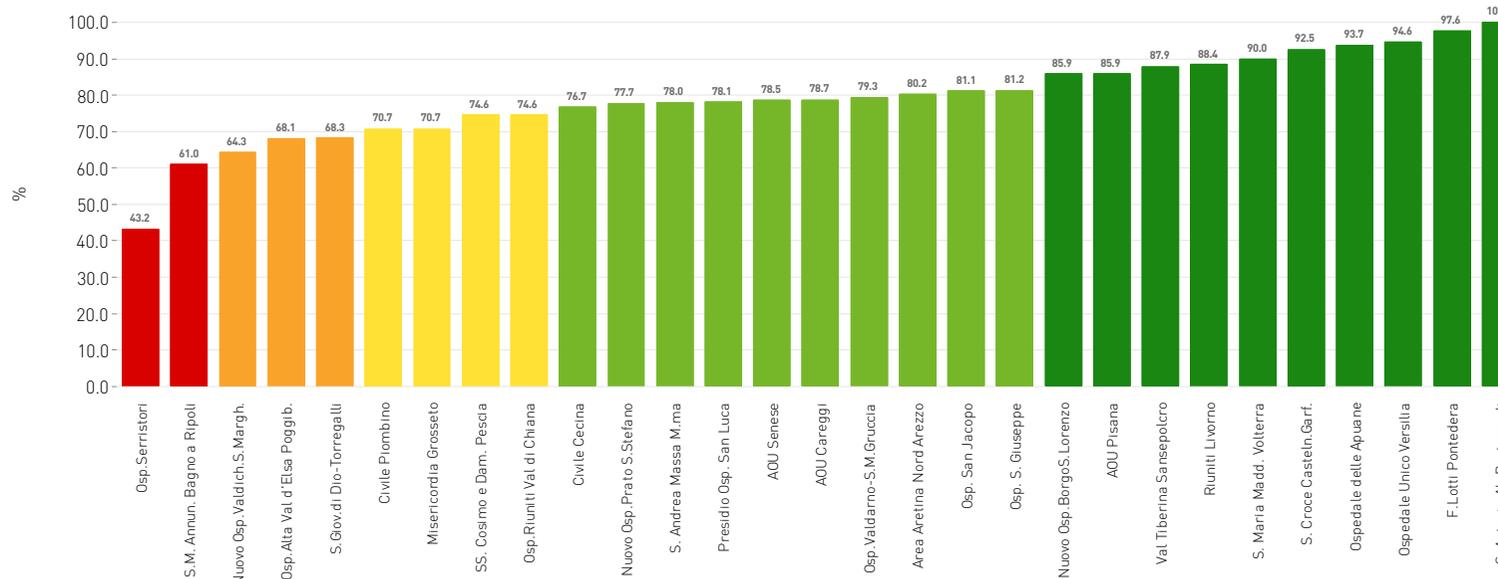
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

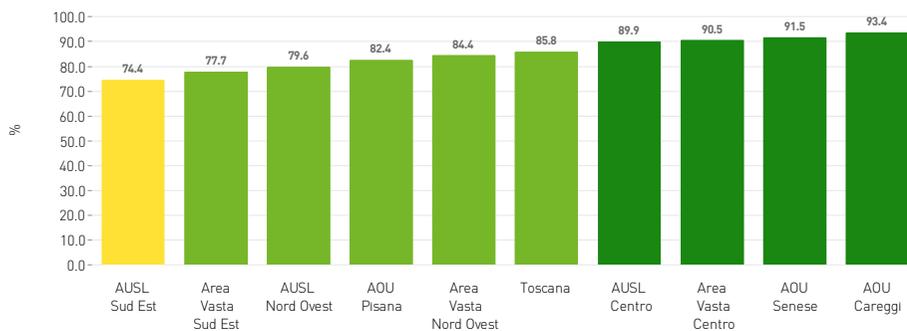


### C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

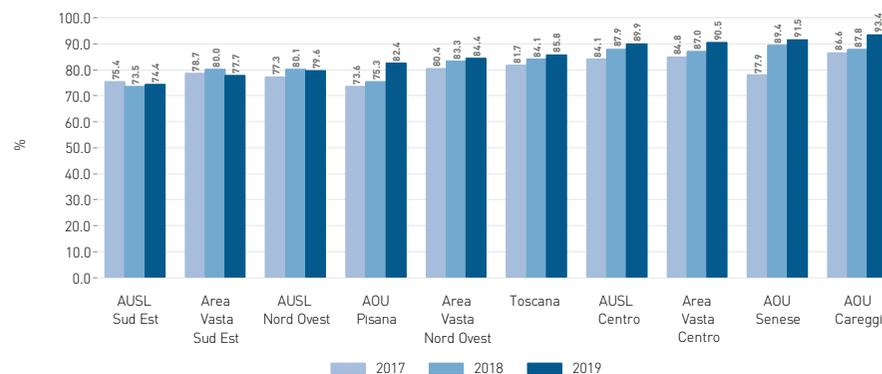
L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce anche in un minor assorbimento di risorse.



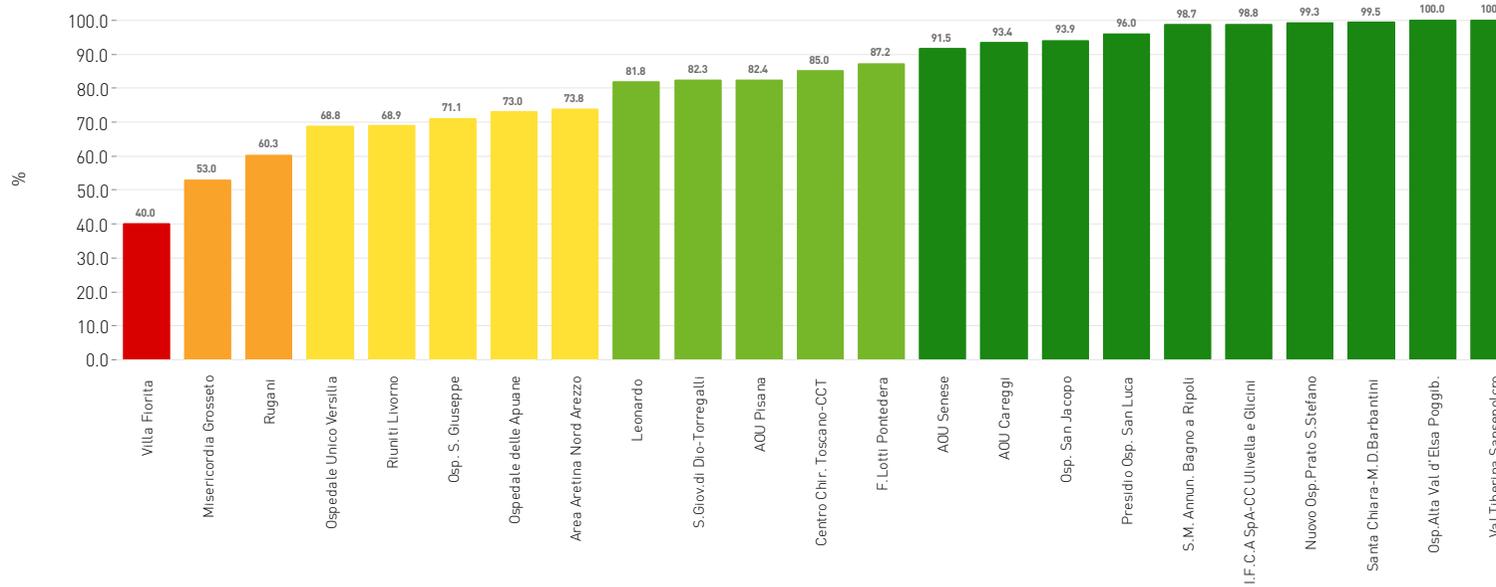
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C5.7 Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale

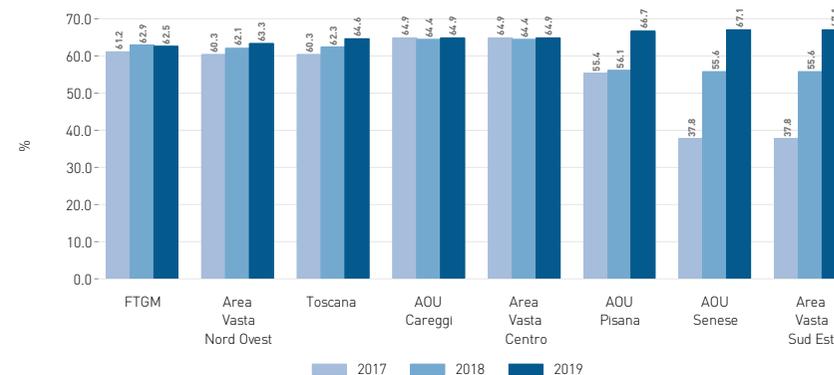
La possibilità di riparare la valvola mitrale garantisce l'integrità dell'apparato sotto-vascolare, con effetti positivi sulla qualità della vita del paziente. Solo alcuni ospedali effettuano questa tipologia di intervento, ed in particolare le Aziende Ospedaliero-Universitarie.



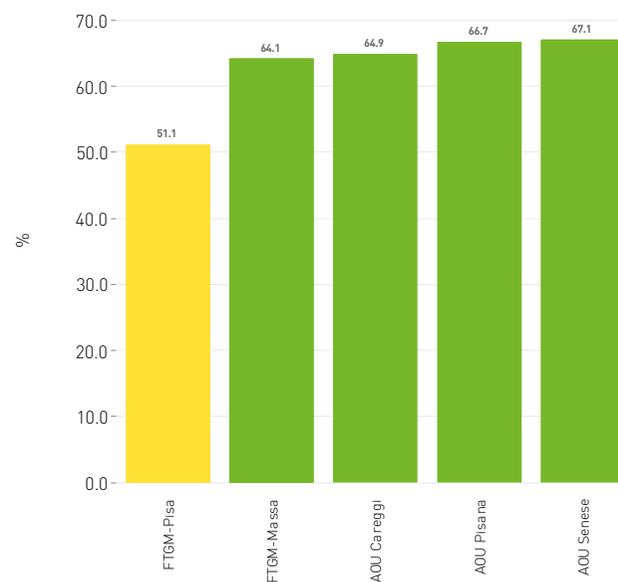
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

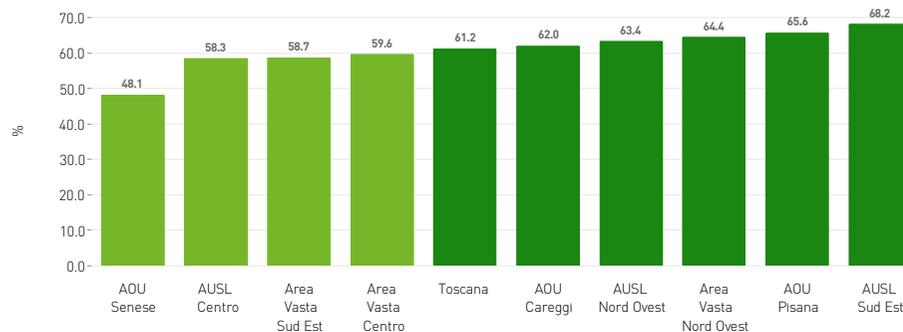


### C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia

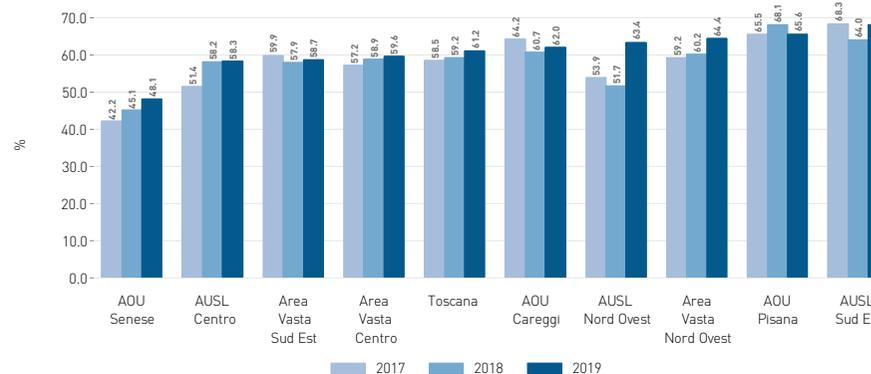
L'indicatore mette in luce l'utilizzo di una tecnica innovativa come la laparoscopia. Il trattamento mininvasivo consente di ottenere vantaggi per il paziente quali minore dolore, migliore ripresa della funzione intestinale ed infine minori tempi di degenza post-operatoria.



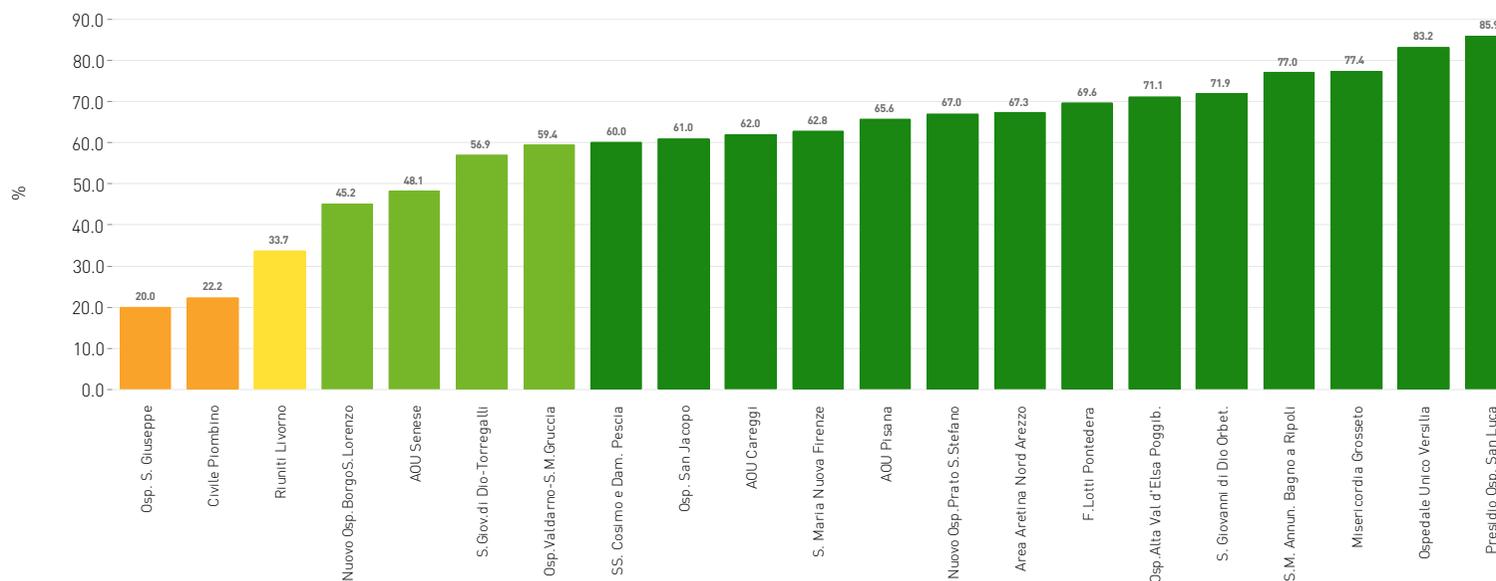
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate

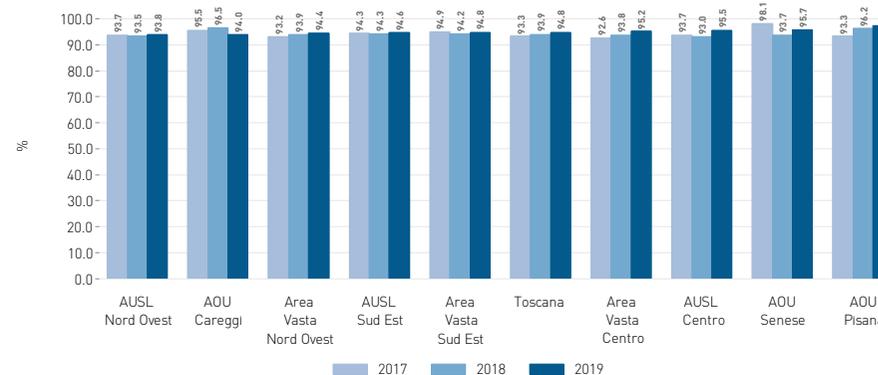
La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità a un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento negli ultimi anni, con un incremento degli interventi di emi-artroplastica pari a dieci volte. Rispetto ad altre opzioni terapeutiche, infatti, all'intervento chirurgico precoce sono stati associati un minor rischio di complicanze post-operatorie, una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità a breve e medio termine. Perciò, se è importante la tempistica con cui i pazienti con frattura del collo del femore vengono operati, è preliminare e ancora più importante che essi siano innanzitutto sottoposti a intervento chirurgico. Questo indicatore monitora quanti fratturati di femore vengono effettivamente operati, lasciando la valutazione della tempistica di intervento all'indicatore C5.2.



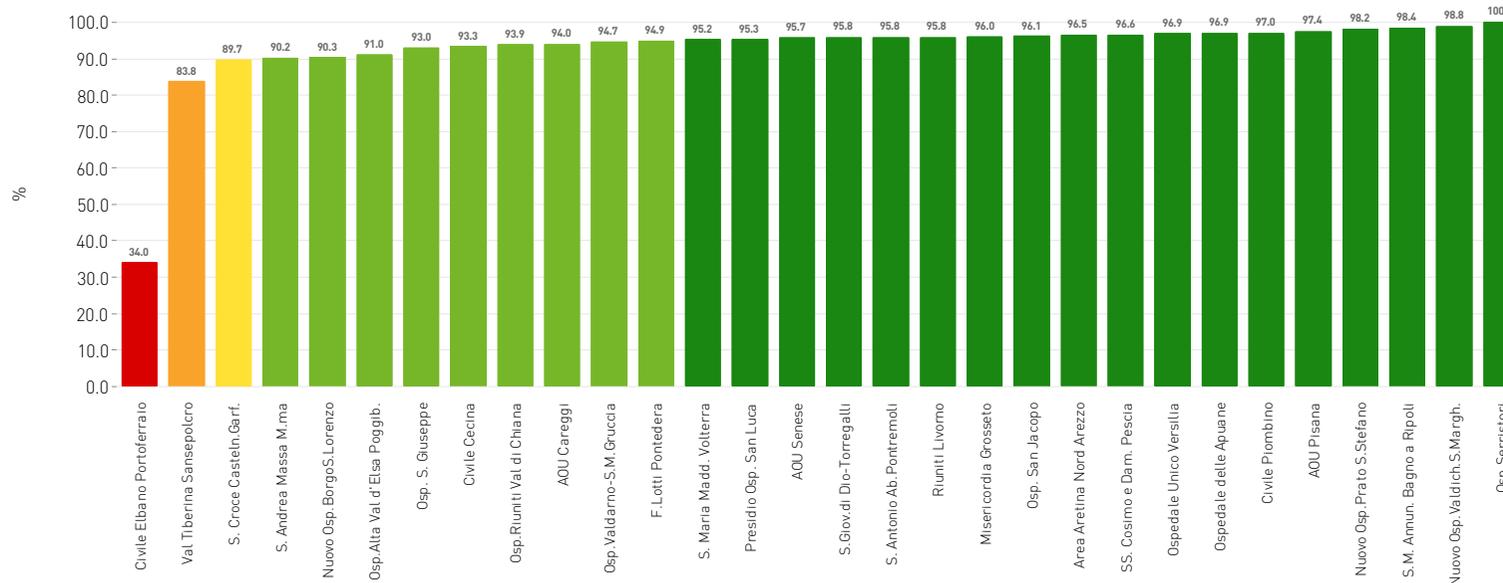
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

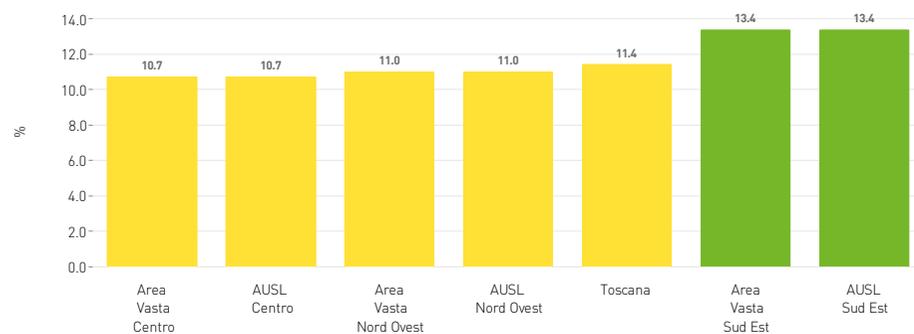


## C5.17 Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati

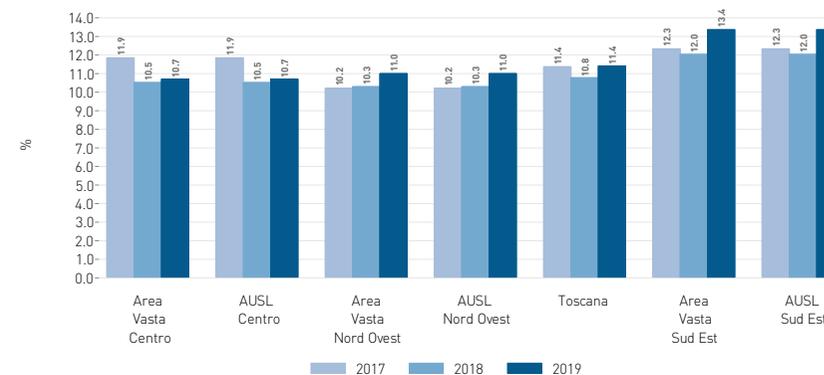
La percentuale di pazienti in dialisi peritoneale rispetto al totale dei pazienti dializzati è un indicatore di qualità; laddove possibile, ovvero quando le condizioni cliniche lo permettono, andrebbe preferita la dialisi peritoneale, in quanto comporta notevoli vantaggi per il paziente: può essere eseguita ovunque, la depurazione avviene durante tutte le ore del giorno e senza strumenti particolari; con l'emodialisi, invece, il paziente deve eseguire diverse sedute per settimana, in ambiente controllato e attrezzato, il che determina un impegno tale da limitarne la libertà, con effetti negativi psicologici, sociali e lavorativi.



Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

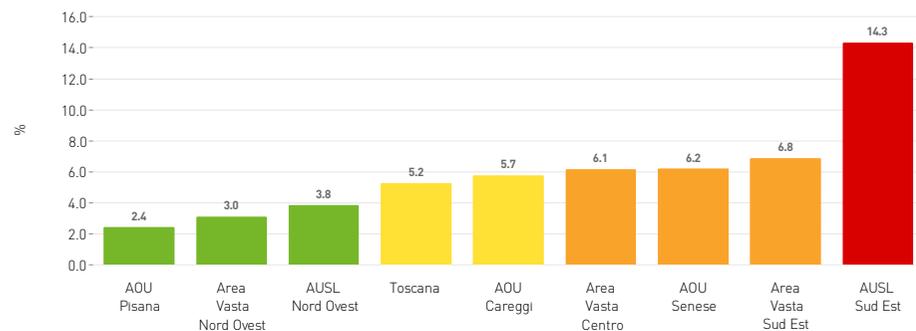


### C5.19 Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna

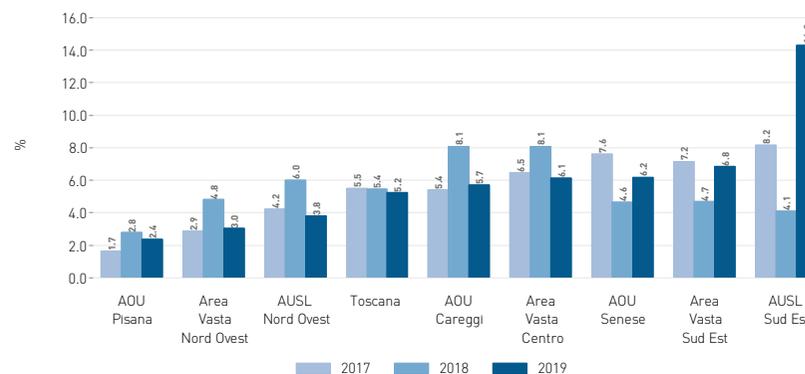
L'indicatore valuta l'esito degli interventi alla colonna vertebrale ernie discali; misura, infatti, la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi dall'intervento di chirurgia della colonna vertebrale. Nell'analisi dei ripetuti, si considerano i ricoveri con stessa MDC ed in particolare si analizzano le MDC relative a: malattie e disturbi del sistema nervoso, malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo e traumatismi ed avvelenamenti



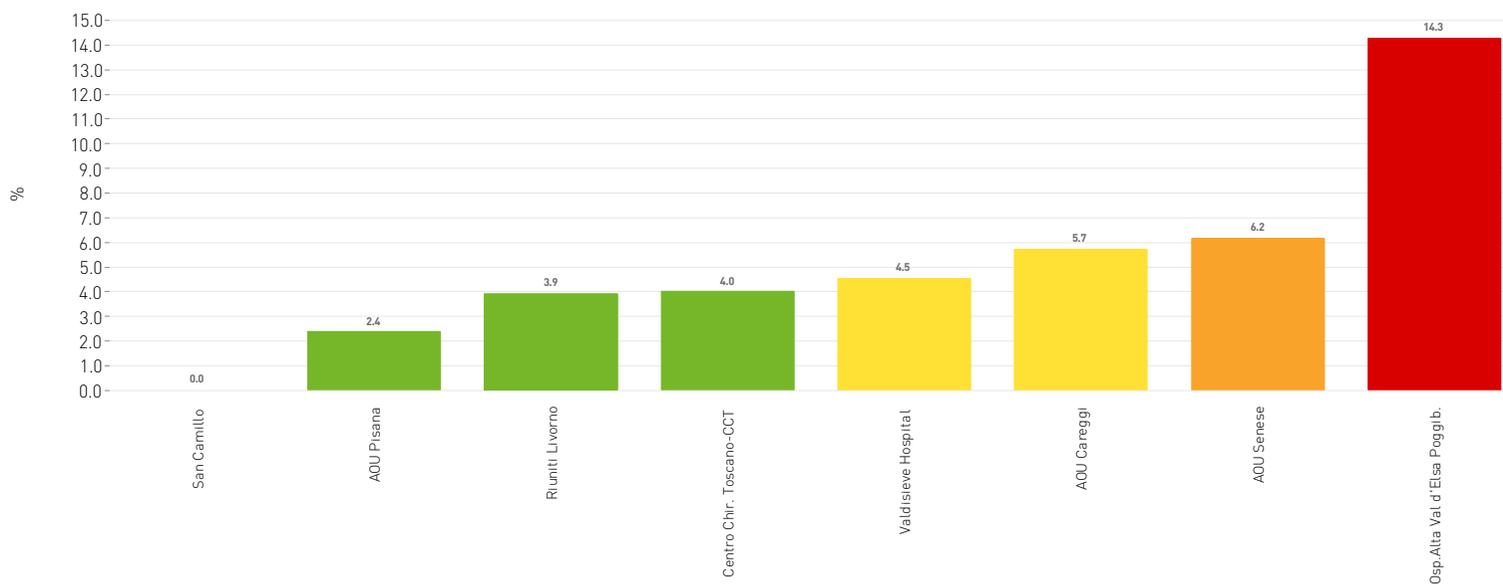
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

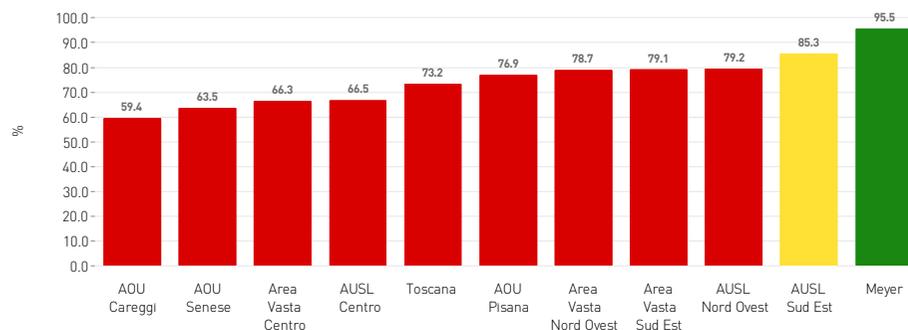


## C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore

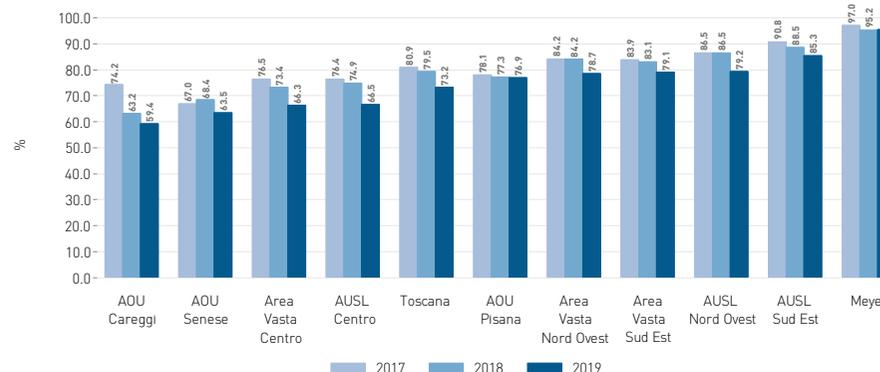
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento dell'assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve. Poiché questo indicatore misura la tempestività con cui si è proceduto ad ammettere in reparto i pazienti per i quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, indica la necessità di ricovero, non monitora solo l'efficienza del solo Pronto Soccorso, ma permette di valutare quella del sistema ospedale nel suo complesso. La dilatazione del tempo di permanenza, infatti, può non essere responsabilità del solo Pronto Soccorso, ma dipendere anche dalla capacità di "aspirazione" del reparto, ossia di rendere disponibili posti letto con tempistiche adeguate al ritmo delle attività di Pronto Soccorso, in mancanza della quale si genera il fenomeno del "boarding" (ossia il permanere in Pronto Soccorso di pazienti inviati a ricovero). Il boarding è attualmente ritenuto una delle criticità determinanti il sovraffollamento ed il protrarsi dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.



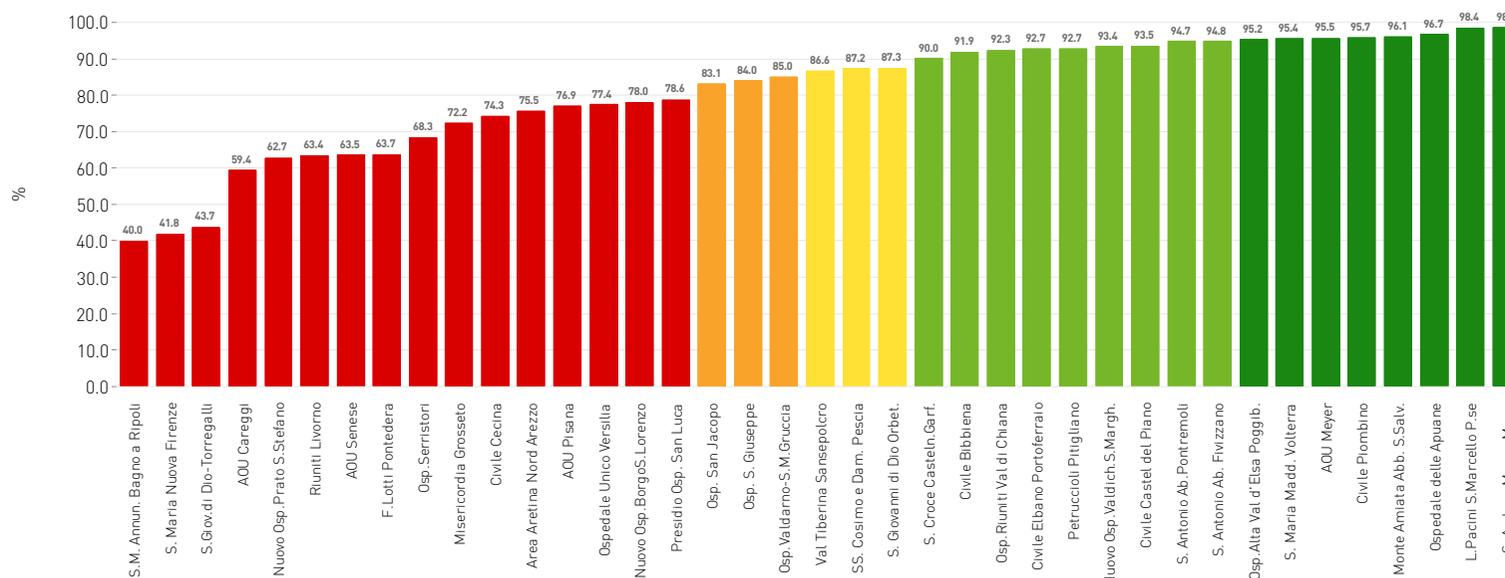
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C5E Ricoveri ripetuti

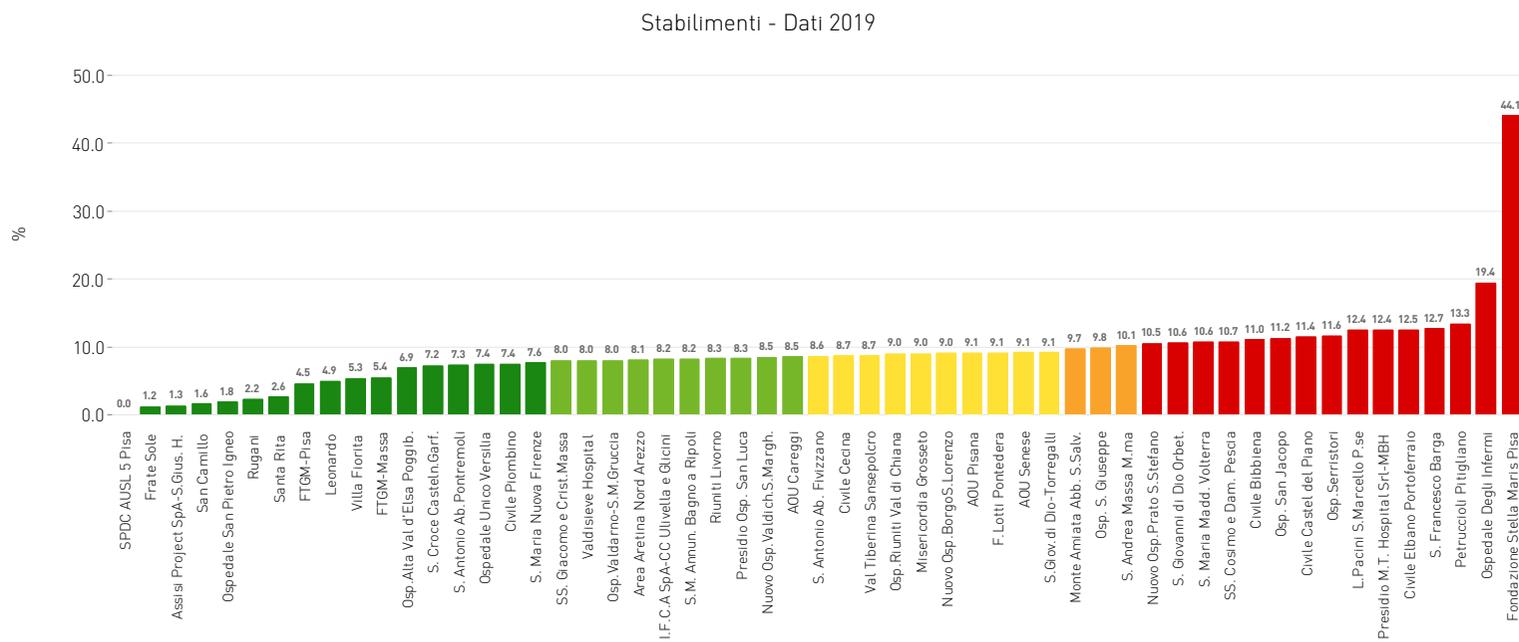
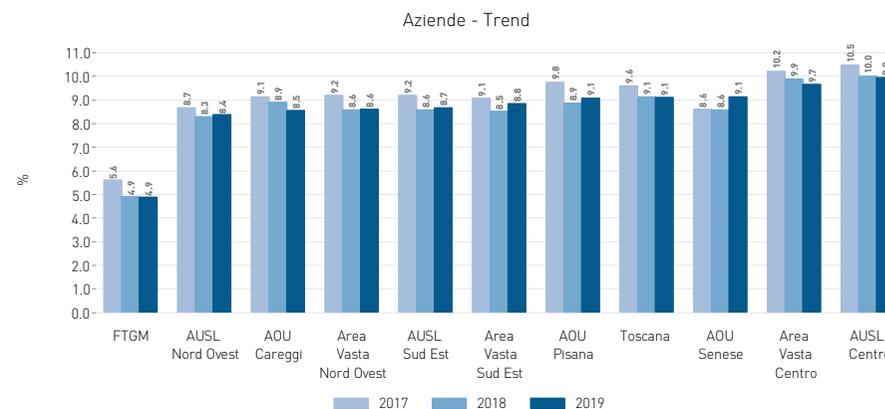
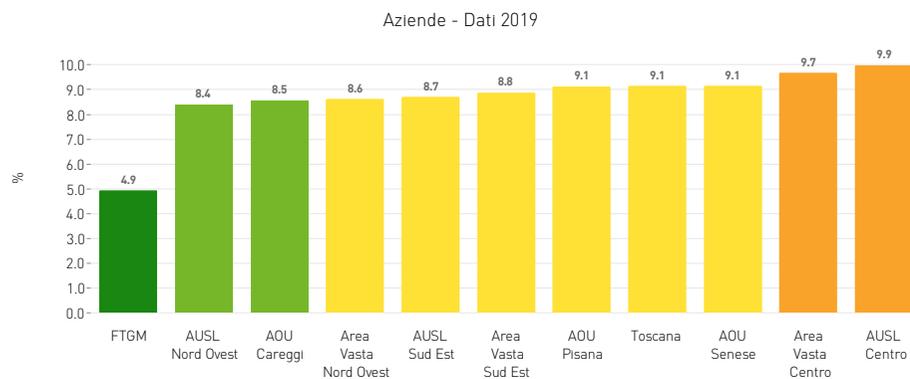
I ricoveri ripetuti sono un importante indicatore della qualità e sicurezza delle prestazioni di ospedali in quanto rappresentano un danno per i pazienti e un costo per il sistema sanitario. Non tutte le riammissioni sono prevenibili, ma diversi studi sul tema hanno messo in luce come interventi mirati a migliorare il processo di dimissione dall'ospedale e presa in carico nel territorio possano ridurre questo indicatore. Nello specifico si intendono ricoveri ripetuti i ricoveri non pianificati successivi al primo, avvenuti entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa. Come indicato dal CMS-USA, si intendono ricoveri pianificati: quelli in riabilitazione o psichiatria; per trattamento medico del tumore; per l'esecuzione di alcune procedure in assenza di condizione acuta (ad esempio interventi di angioplastica non associato a diagnosi di IMA). Tali ricoveri sono esclusi dal calcolo delle riammissioni. Tutti gli altri ricoveri, indipendentemente dalla causa, vengono inclusi nel calcolo.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Fond. G. Monasterio
<b>C5E Ricoveri ripetuti</b>	●	●	●	●	●	●	●	●
C5.1E Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	9.11	8.37	9.95	8.68	9.09	9.14	8.55	4.90
<i>C5.1E.1 Percentuale di riammissioni con drg medico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa</i>	12.41	10.83	12.66	11.27	13.85	12.65	13.47	6.88
<i>C5.1E.2 Percentuale di riammissioni con drg chirurgico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa</i>	4.75	4.74	4.72	4.49	5.04	5.59	4.52	3.60
C5.2E Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri programmati	5.68	4.74	5.68	4.59	6.03	6.20	6.02	4.12
<i>C5.2E.1 Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri medici programmati</i>	14.30	12.86	16.58	11.93	14.60	11.90	15.20	5.95
<i>C5.2E.2 Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ric. chirurgici programmati</i>	3.58	3.03	3.38	3.12	4.16	4.43	3.86	3.25

### C5.1E Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa

Un processo assistenziale integrato e in grado di fornire ai pazienti in dimissione dagli ospedali informazioni chiare e recise può ridurre il rischio di essere riammessi in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione. Nel calcolo sono inclusi tutti i ricoveri con alcune eccezioni riportate sulla scheda sottostante. I dati sono elaborati da ARS Toscana e sono aggiustati per comorbidità, sesso ed età. Il ricovero ripetuto è attribuito alla prima azienda che ha dimesso il paziente.



## C5.2E Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri programmati

In analogia con l'indicatore C5.1e - percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa - questo indicatore misura, quante volte un paziente viene nuovamente ricoverato in un ospedale del Sistema Sanitario Toscano entro 30 giorni da quello di dimissione del primo ricovero, per qualsiasi causa.



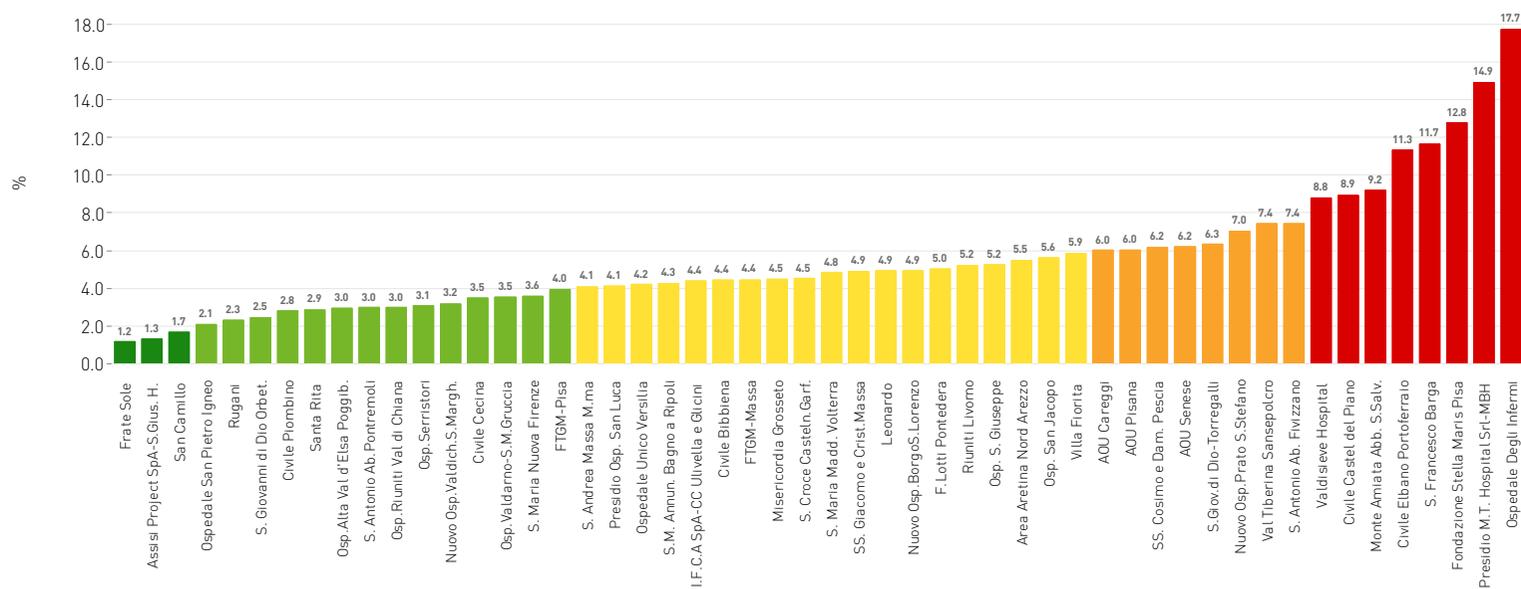
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C6 Rischio clinico

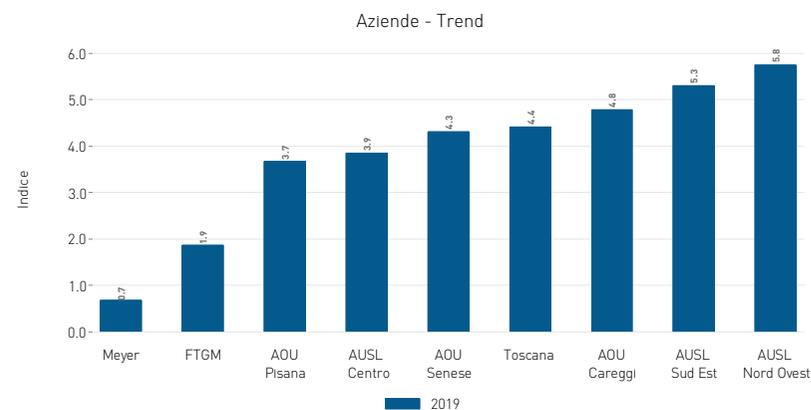
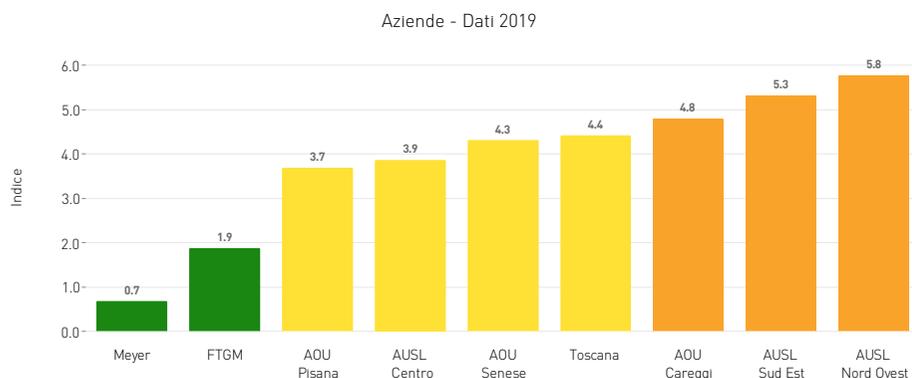
Gli indicatori relativi alla sicurezza del paziente provengono dai Patient Safety Indicators (PSIs) dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). I PSIs mirano ad evidenziare il verificarsi di complicanze durante il ricovero, mediante l'individuazione dei codici delle diagnosi e delle procedure principali e secondarie presenti nella SDO; essi possono fare riferimento a casi ad elevato rischio di complicanze o ad eventi correlati a problemi di qualità dell'assistenza (Nuti, 2007). I tre indicatori adottati dal sistema di GRC toscano permettono di monitorare: la sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione; la mortalità intra-ospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità; l'embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica. Tali indicatori non vengono valutati poiché, rilevando fenomeni caratterizzati da bassi volumi, il loro risultato è notevolmente influenzato dalla corretta codifica dei codici di diagnosi/procedura e dall'accuratezza con cui viene compilata la SDO.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>C6 Rischio clinico</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C6.1 Indice di richieste di risarcimento										
C6.1.7 Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	4.41	5.75	3.85	5.31	3.68	4.30	4.78	0.67	1.87	
C6.1.8 Indice triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	12.56	19.06	9.77	14.89	11.21	8.13	13.10	1.22	10.33	
C6.2 Sviluppo del sistema di incident reporting										
C6.2.1A Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	0.59	0.94	0.27	0.46	1.47	0.47	0.17	1.61	0.56	0.75
C6.2.1B Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	58.99	65.18	29.25	51.35	100.00	2.56	52.63	50.00	0.00	0.00
C6.2.2A Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere	6.02	8.24	3.50	6.05	8.68	5.64	6.38	8.32	3.75	
C6.2.2B Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture territoriali	5.37	10.38	1.50	6.43						4.50
C6.2.6 <i>Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità (MM) su casi clinici</i>	2.25	1.24	3.13	2.55	4.89	2.06	1.31	5.96	1.18	0.86
C6.4 Sicurezza del paziente										
C6.4.1 <i>Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione</i>	2.23	2.56	2.76	1.81	4.07	5.46	3.13	1.90	1.06	
C6.4.2 <i>Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità</i>	0.76	0.96	0.80	0.68	1.19	0.54	0.50		1.55	
C6.4.3 <i>Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica</i>	2.11	1.23	1.58	1.42	2.77	1.84	5.47	0.00	2.30	
C6.6A <i>Incidenza delle cadute</i>	0.55	0.84	0.35	0.81	0.32	0.12	0.65	0.03	0.68	

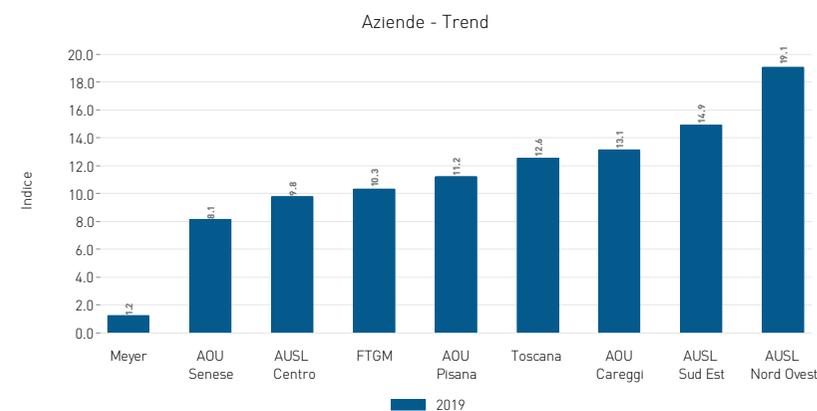
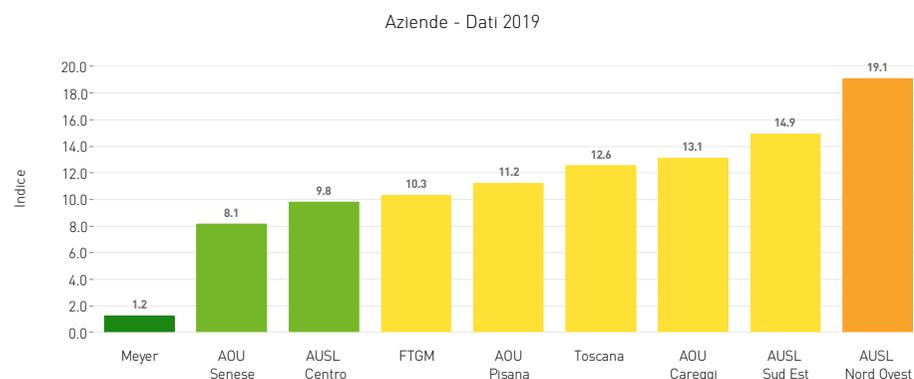
### C6.1.7 Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali

L'indice di richieste di risarcimento in strutture ospedaliere e territoriali è un indicatore che esprime una proxy della sinistrosità delle strutture stesse, per ciascuna Azienda Sanitaria, e che mette in relazione le richieste di danni pervenute nell'anno solare, per lesioni o decessi, con i ricoveri avvenuti nel medesimo lasso di tempo presso le strutture ospedaliere e territoriali. Il monitoraggio di questi dati, obbligatoriamente inseriti dalle Aziende Sanitarie nel Sistema Informativo Regionale di Gestione Sinistri fin dal 2006, consente di monitorare nel tempo l'andamento dei sinistri occorsi in ospedale e sul territorio e contribuisce, quindi, al controllo del rischio economico associato agli eventi avversi.



## C6.1.8 Indice triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali

Si tratta di una misura molto robusta per il controllo dei sinistri, in quanto nell'arco di tre anni si ottiene una copertura tra l'80 ed il 90% di tutte le richieste di risarcimento che giungono per eventi occorsi in un anno solare, mentre il primo anno la copertura si attesta intorno al 40%. Questo dato ha una particolare rilevanza per la gestione diretta dei risarcimenti, in quanto è su questa base che si definiscono di anno in anno le riserve di fondi destinati a coprire i costi delle richieste che giungeranno in anni successivi a quello di accadimento.

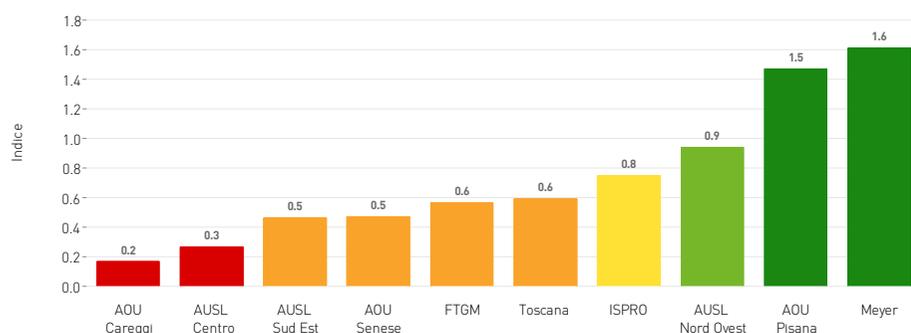


### C6.2.1A Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC

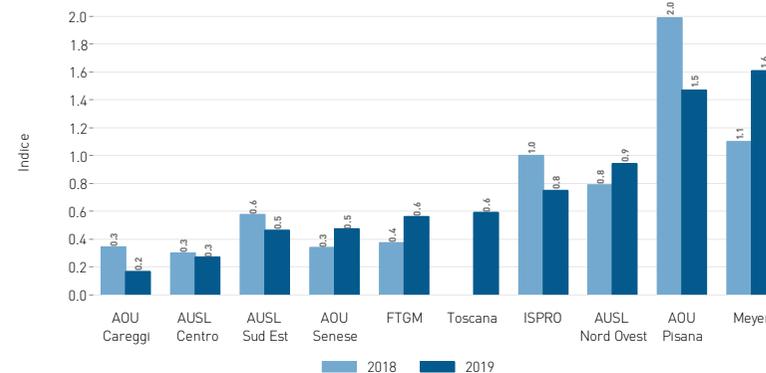
L'Audit Clinico, in quanto processo di miglioramento della qualità, finalizzato a migliorare i servizi sanitari tramite la revisione sistematica dell'assistenza, è fondamentale nelle Organizzazioni ad alta affidabilità. Porta i suoi frutti quando le azioni individuate dall'analisi e dalla ricerca di soluzioni sono diffuse e condivise tra gli stakeholders per assicurare sicurezza ai pazienti/parenti in tutte le fasi del processo (Principles for best practice in clinical audit, NICE, UK 2002).



Aziende - Dati 2019

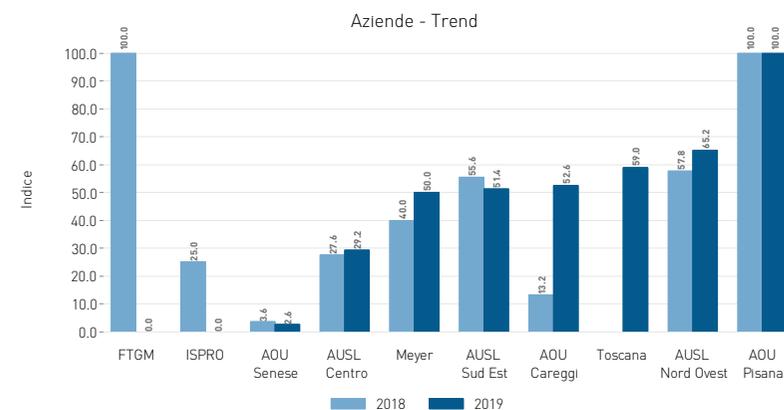
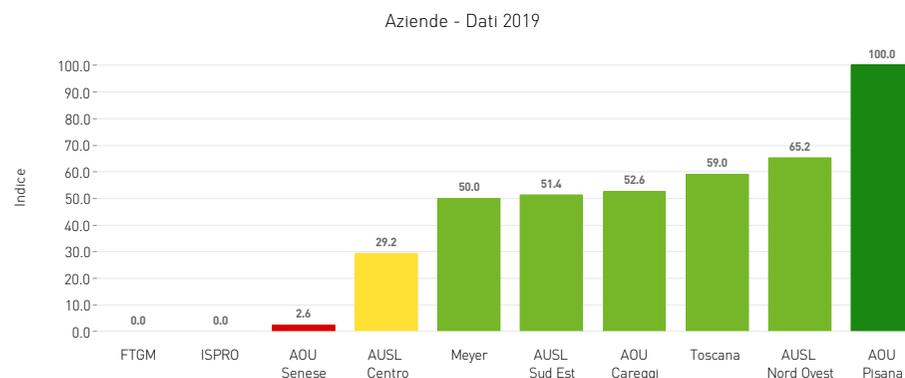


Aziende - Trend



### C6.2.1B Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC

L'Audit Clinico, in quanto processo di miglioramneto della qualità, finalizzato a migliorare i servizi sanitari tramite la revisione sistematica dell'assistenza, è fondamentale nelle Organizzazioni ad alta affidabilità. Porta i suoi frutti quando le azioni individuate dall'analisi e dalla ricerca di soluzione contribuiscono all'implementazione del cambiamento per assicurare sicurezza ai pazienti/parenti in tutte le fasi del processo (Principles for best practice in clinical audit, NICE, UK 2002).

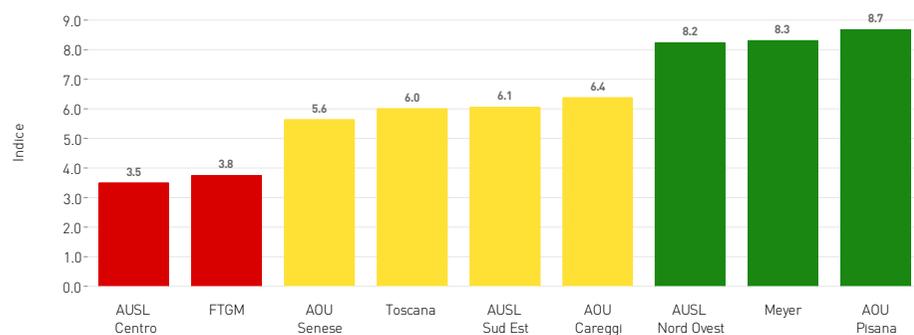


## C6.2.2A Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere

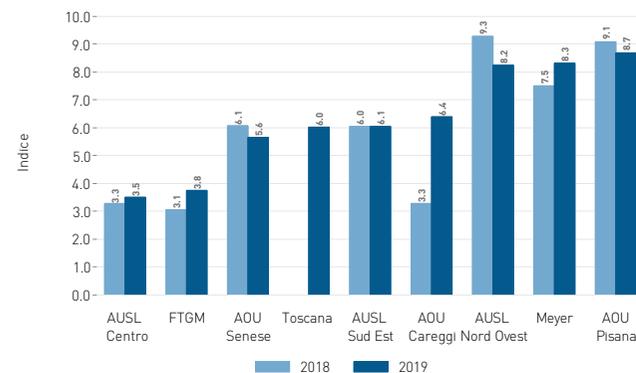
Le Rassegne di Mortalità e Morbilità sono riunioni durante le quali vengono discussi i casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che hanno avuto un esito inatteso di mortalità o morbidità. L'obiettivo posto a livello regionale è di realizzare sei rassegne di Mortalità e Morbilità all'anno in ogni struttura semplice dipartimentale o complessa delle Aziende sanitarie.



Aziende - Dati 2019

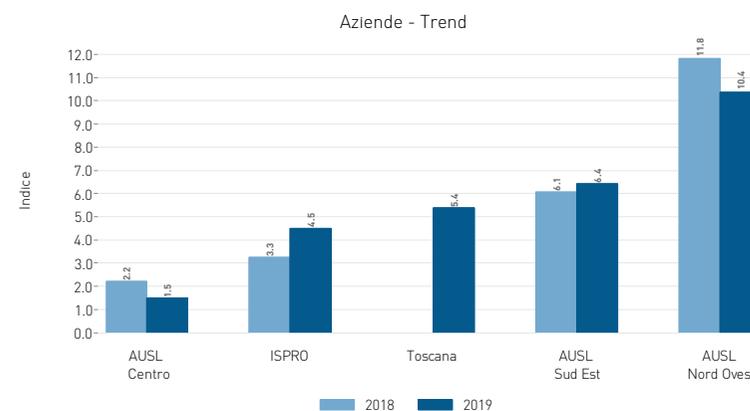
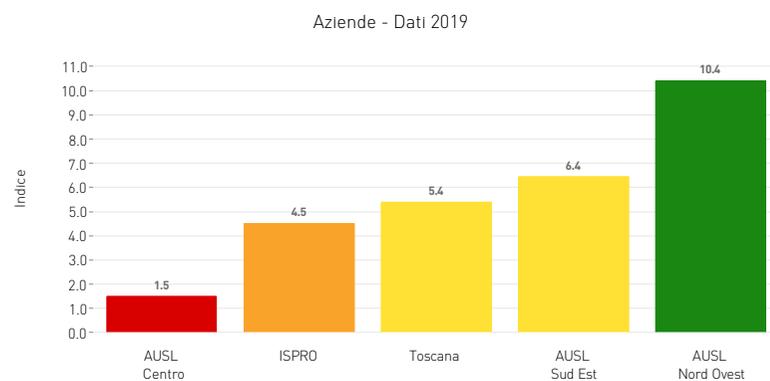


Aziende - Trend



## C6.2.2B Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture territoriali

Le Rassegne di Mortalità e Morbilità sono riunioni durante le quali vengono discussi i casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che hanno avuto un esito inatteso di mortalità o morbilità. L'obiettivo posto a livello regionale è di realizzare sei rassegne di Mortalità e Morbilità all'anno in ogni struttura semplice dipartimentale o complessa delle Aziende sanitarie.



## C7B Materno-Infantile assistenza al parto

L'indicatore riguarda specificamente la valutazione dell'assistenza nella fase del parto. La qualità sanitaria dell'assistenza ospedaliera in ambito materno-infantile è misurata tramite indicatori clinico-sanitari scelti tenendo conto della bibliografia internazionale e in condivisione con i professionisti toscani. Oltre agli indicatori relativi alla fase parto, sono presenti alcuni indicatori relativi all'assistenza neonatale ed indicatori inerenti l'allattamento al seno. Dei 13 indicatori presenti, quattro sono di valutazione, mentre gli altri vengono forniti come indicatori di contesto per una più completa lettura del percorso. Agli indicatori di valutazione sono stati assegnati pesi differenti in base alla loro rilevanza, sia sanitaria che strategica, a livello regionale. La percentuale di cesarei depurata è l'indicatore che maggiormente incide sulla valutazione del percorso materno-infantile, vista la sua importanza a livello clinico e l'ampia condivisione dell'indicatore anche a livello internazionale.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C7B Materno-Infantile assistenza al parto</b>	●	●	●	●	●	●	●
C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	18.60	19.56	19.76	19.06	14.55	26.29	23.37
<i>C7.1.2 % parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)</i>	8.41	8.25	9.67	7.42	2.76	8.87	10.24
<i>C7.1.3 % parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)</i>	24.84	26.61	23.46	27.24	7.80	21.78	30.16
<i>C7.1.4 % parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati</i>	4.46	3.98	2.96	4.98	4.39	10.68	5.48
<i>C7.1.1 % di parti cesarei grezzi</i>	28.27	26.66	25.96	26.22	35.15	37.94	32.94
<i>H17C Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti</i>	18.46	18.48	20.79	15.41			
<i>H18C Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti</i>	21.63	19.15	18.42	20.59	23.53	29.93	25.95
C7.0.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	94.04	90.24	95.04	88.28	100.00	100.00	100.00
<i>C7.26 % di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN</i>	9.60						
<i>C7.2 % di parti indotti</i>	25.01	21.25	28.07	22.09	28.03	19.71	29.19
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	12.70	10.76	17.66	9.28	14.72	11.02	11.07
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	7.75	7.00	9.44	8.15	7.19	2.70	6.09
<i>C7.20 Asfissie gravi per/intra-partum</i>							
<i>C7.21 % di neonati che rientrano in ospedale entro 7 giorni dalla dimissione del ricovero per la nascita</i>							
<i>C7.12.1A % di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine</i>							
<i>C7.12.2 Percentuale di donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle</i>							

## C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche, ma che tuttavia riesce a comprendere un'ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei [Freeman et al, 2000]. La percentuale di parti cesarei NTSV rappresenta l'indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero.



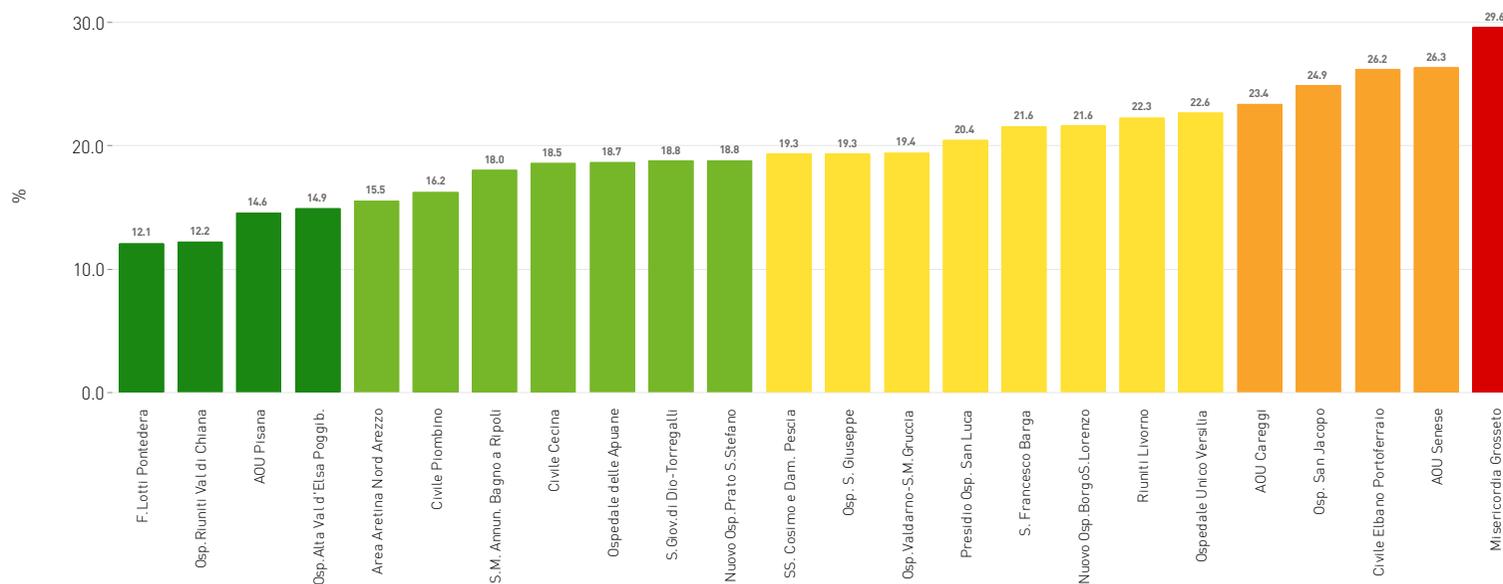
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

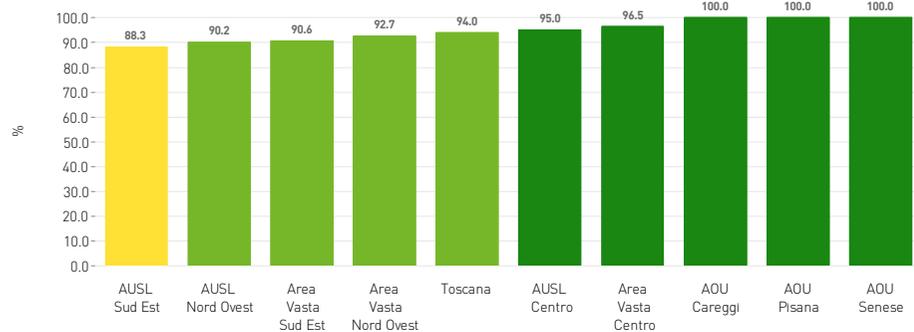


### C7.0.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti

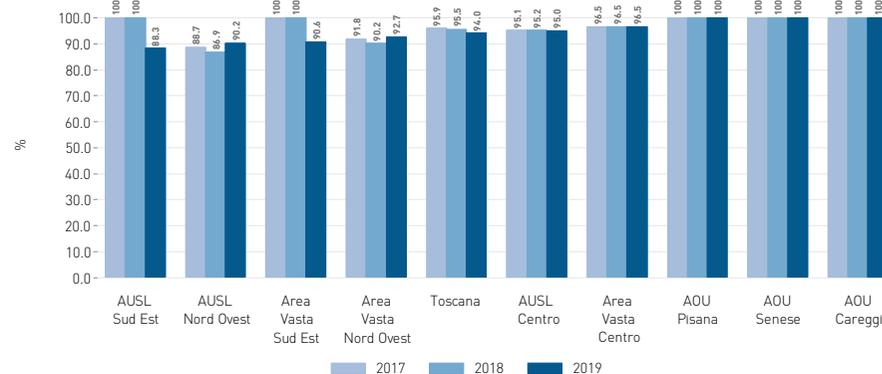
L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica nella soglia di 500 parti/anno il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché il livello di qualità dell'assistenza erogata sia accettabile. Anche il Decreto Baluzzi riprende questa soglia per ciascun punto nascita. L'indicatore serve a mettere in evidenza la rilevanza dei parti effettuati in punti nascita sopra soglia sul totale dei parti erogati. La costruzione dell'indicatore fa riferimento al protocollo condiviso dal Programma PNE. Viene escluso dal calcolo il punto nascita dell'Elba.



Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

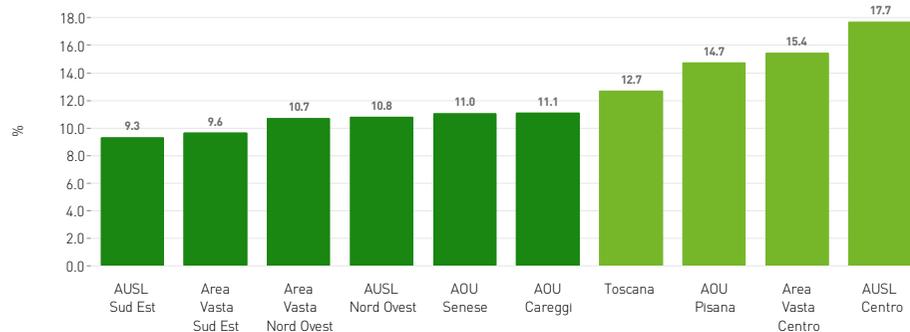


### C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

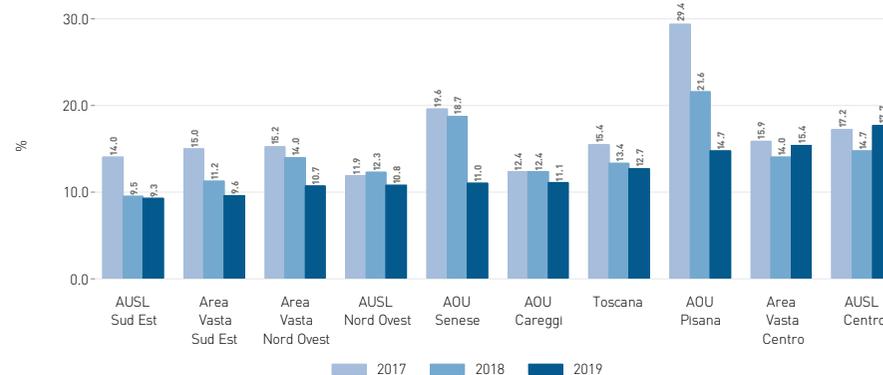
L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia (sia mediana che mediolaterale) riduce l'incidenza di traumi e complicazioni dell'area perineale [Viswanathan et al., 2005]. L'OMS considera buona pratica ostetrica una percentuale di episiotomie inferiore al 20%.



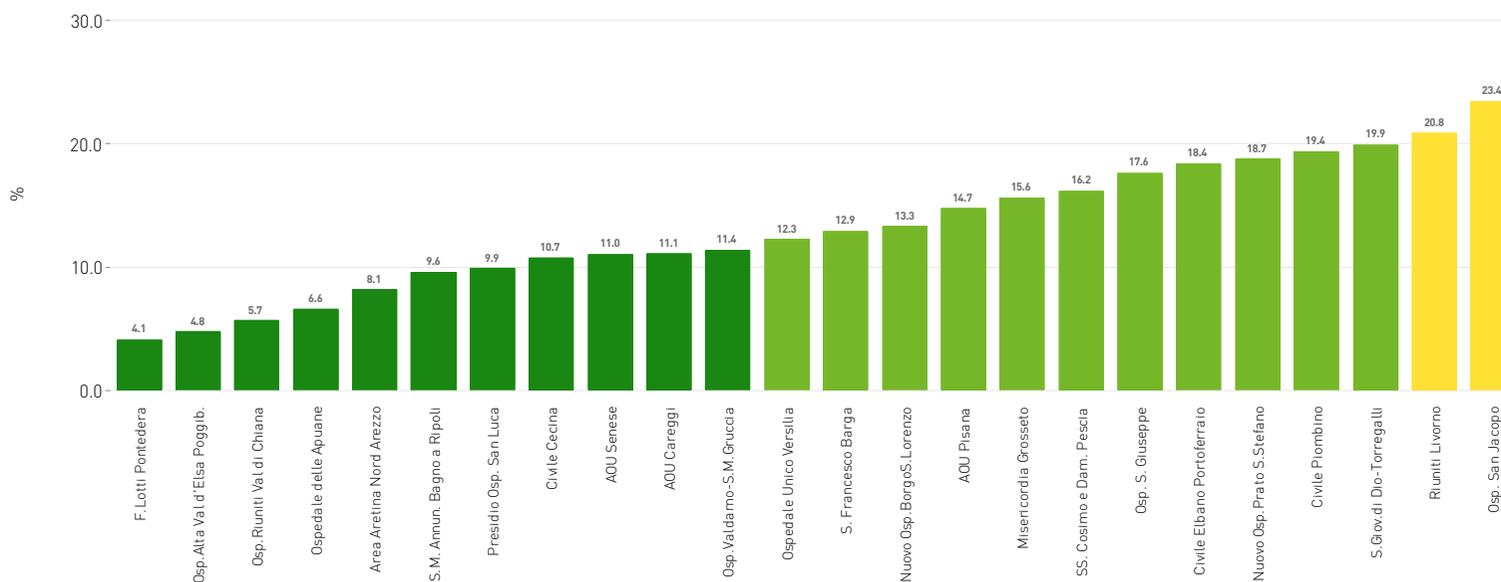
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

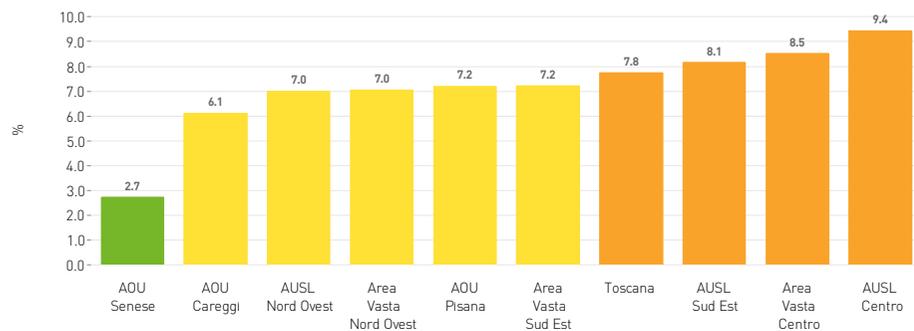


## C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

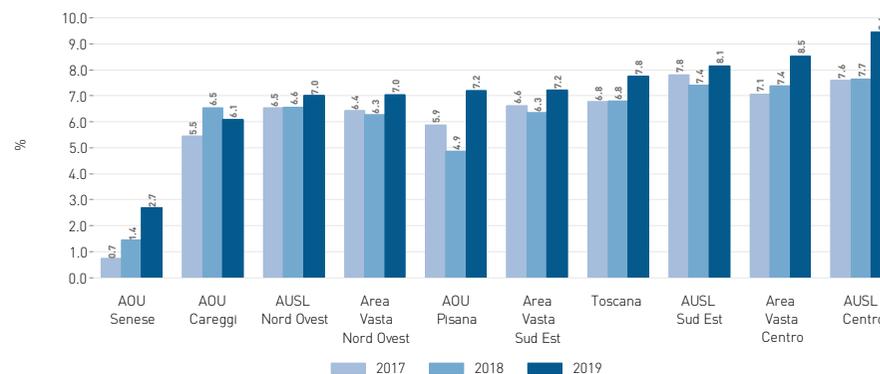
La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore si integra alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali correlazioni fra livelli più bassi di incidenza del taglio cesareo ed un maggior ricorso al parto operativo.



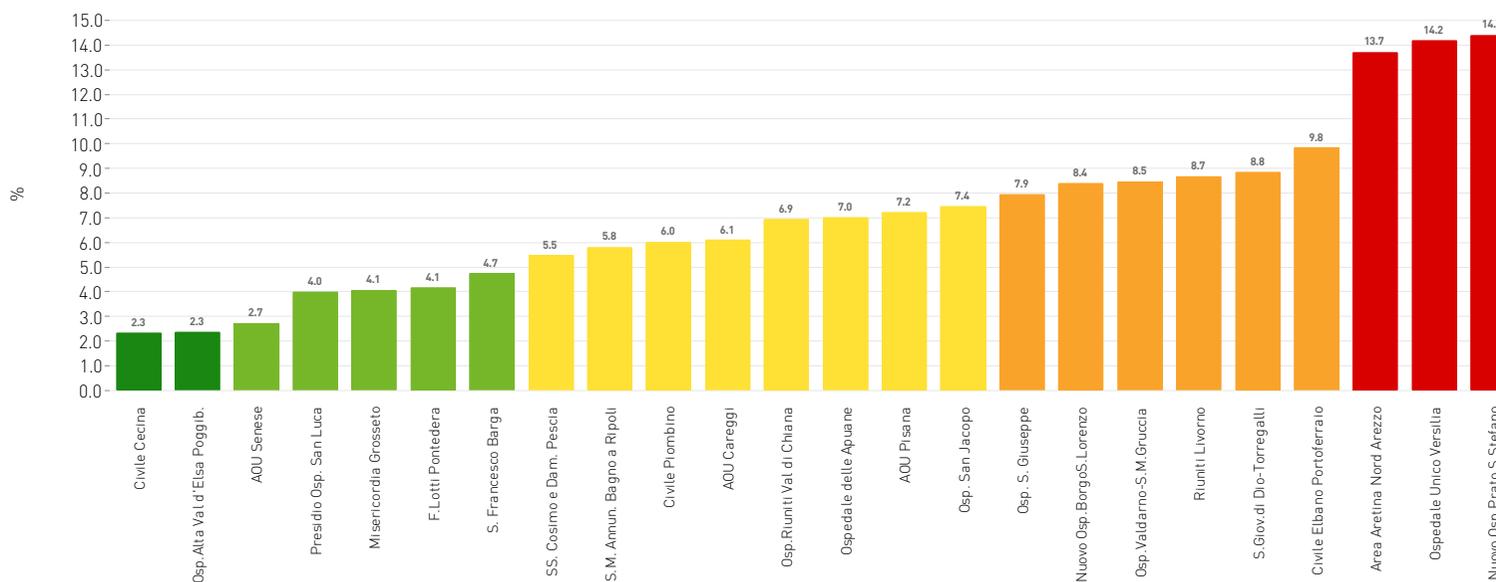
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C7C Materno-Infantile assistenza territoriale

La qualità dell'assistenza volta a promuovere e tutelare la salute delle donne e dei bambini rappresenta una cartina di tornasole della qualità dell'intero sistema sanitario. Questo indicatore riguarda la valutazione dell'assistenza territoriale, in particolare per la fase pre- e post-parto offerta dal consultorio, ma include anche indicatori relativi al monitoraggio delle attività consultoriali di prevenzione delle gravidanze indesiderate e del percorso IVG, con focus specifico anche sull'assistenza offerta alle donne straniere che potrebbero avere maggiori difficoltà di accesso e fruizioni dei servizi del percorso nascita. Per valutare l'assistenza in gravidanza, sono inclusi anche due indicatori relativi alla partecipazione al Corso di Accompagnamento alla Nascita e all'equità di accesso al Corso per titolo di studio. Il percorso consultoriale per le IVG è analizzato mediante il tasso di IVG per le donne residenti, tre indicatori di osservazione che misurano la capacità dei consultori familiari di proporsi come punto di riferimento per le donne che decidono di ricorrere all'IVG, e infine il tasso di IVG per le donne straniere residenti.



### C7C Materno-Infantile assistenza territoriale

*C7.15 Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile*

D17.1.6 % di donne con prenotazione degli esami in gravidanza da parte del personale del percorso

C7.17 % primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita

C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio

*C7.27 % donne che hanno effettuato piu' di 4 ecografie in gravidanza*

C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum

C7.12.3 Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi

C7.12.4 Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi

D17.3.7 Proattività del sistema

*C7.1B.1 Tasso di concepimento per minorenni*

C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti

*C7.10.1 % di IVG con certificazione consultoriale*

*C7.10.2 % di donne che ritornano al consultorio nel post-IVG*

*C7.10.3 % di donne con certificazione consultoriale che ritornano al consultorio nel post-IVG*

*C7.11 % di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute*

*C7.19 Tasso di accesso al consultorio giovani*

C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione

C7.13 % donne straniere che effettuano la prima visita tardiva

C7.14 % donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4

*C7.16A Accesso area maternità del consultorio*

C7.16 Accesso area maternità del consultorio di donne straniere

C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti

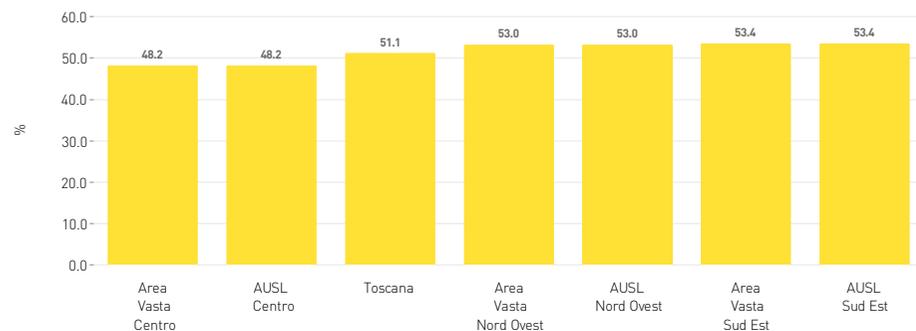
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
	●	●	●	●
	173.96	188.12	152.11	196.77
	51.07	53.02	48.16	53.43
	0.75	0.91	0.63	0.56
	51.51	65.47	33.48	68.70
	61.14	64.09	59.70	59.72
	1.57	1.77	1.36	1.69
	6.11	5.90	6.46	5.75
	52.05	66.31	45.05	47.07
	24.32	32.69	16.36	31.62
	25.36	34.41	12.86	36.07
	28.28	26.01	31.08	24.59
	45.47	55.32	34.19	53.71
	21.59	29.43	14.63	24.03
	14.61	13.40	16.58	11.35
	9.37	7.68	10.43	8.79
	24.06	25.99	22.09	25.33
	63.04	67.99	56.57	72.97
	13.28	12.36	14.38	11.66

## C7.17 Percentuale primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita

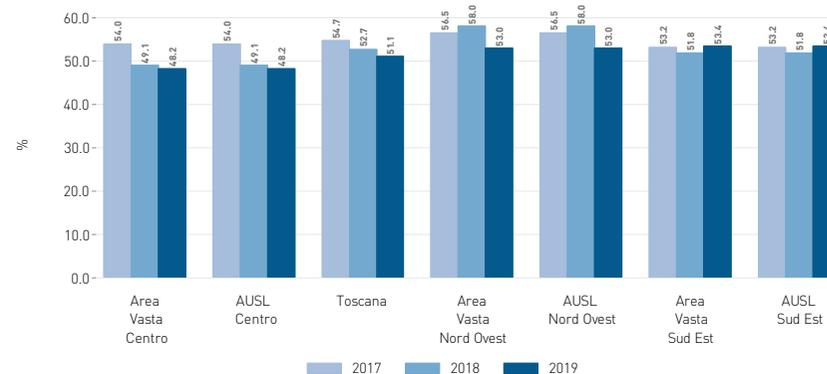
p>La nascita di un bambino è un momento da affrontare con serenità e consapevolezza. La partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita offre ai futuri genitori le informazioni utili per rafforzare le naturali competenze della donna e mettere la coppia nella condizione migliore per accogliere il figlio e far fronte alle necessità del dopo parto. Questi aspetti sono maggiormente rilevanti per le donne che affrontano per la prima volta l'esperienza della maternità. Per questo motivo l'indicatore si focalizza sulla percentuale di donne primipare che hanno partecipato ad almeno 3 incontri del corso di accompagnamento alla nascita.



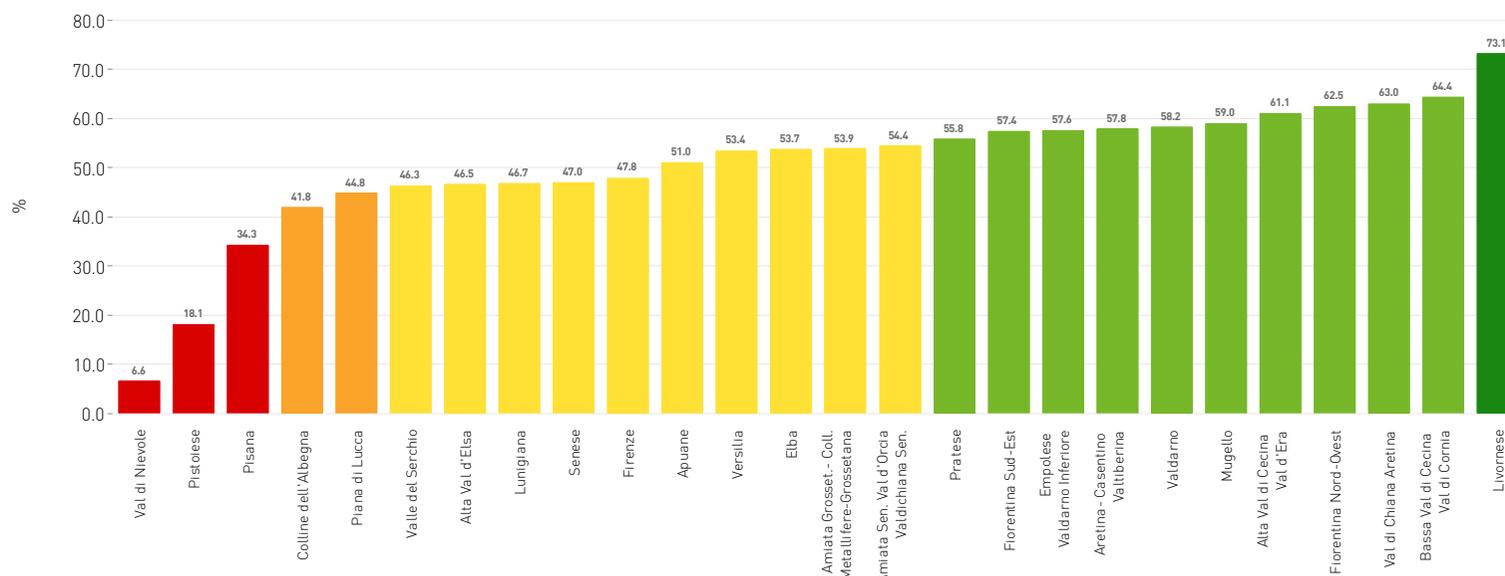
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

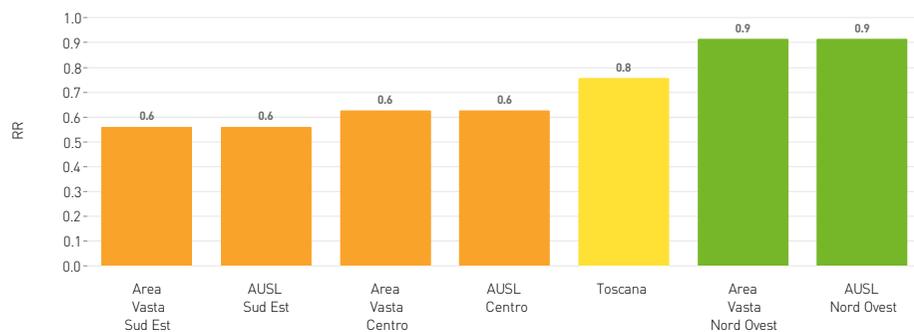


### C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio

L'indicatore è calcolato come rapporto tra la percentuale di donne primipare residenti con titolo di studio basso ed almeno 3 presenze al CAN e la percentuale di donne primipare residenti con titolo di studio alto ed almeno 3 presenze al CAN. I valori del numeratore e denominatore sono calcolati sulla base dell'indicatore C7.17 Percentuale di primipare residenti (14-49) con almeno tre presenze al CAN stratificato per titolo di studio. BASSO TITOLO DI STUDIO: diploma di scuola media inferiore, licenza elementare/nessun titolo. ALTO TITOLO DI STUDIO: diploma e maturità di scuola media superiore, diploma universitario o laurea breve, laurea.



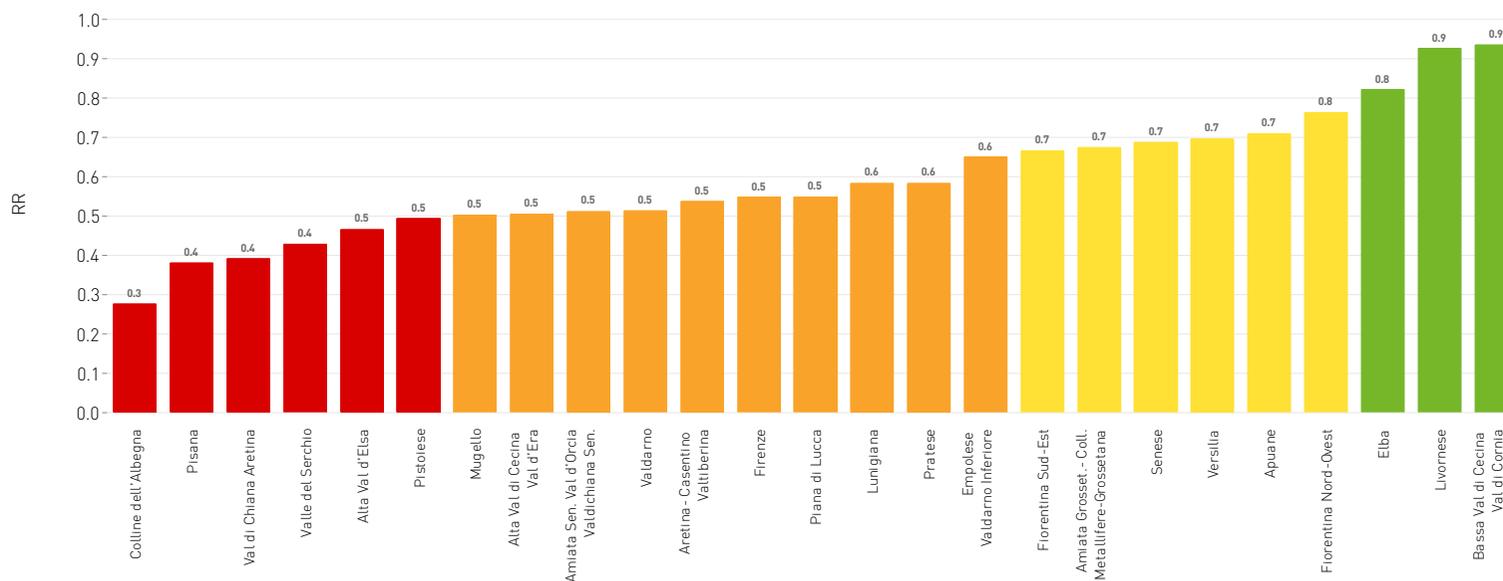
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

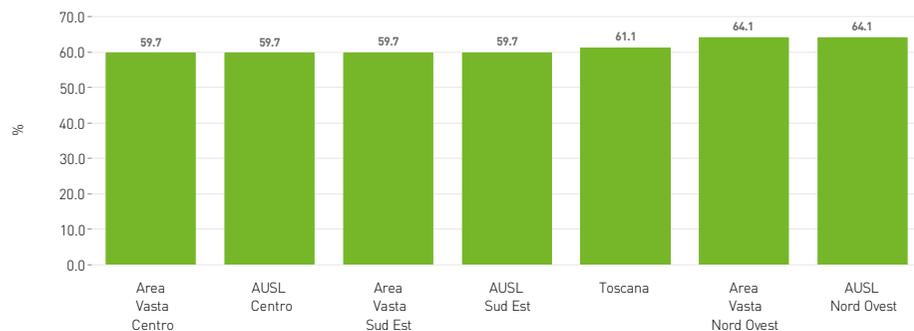


## C7.18 Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum

I consultori hanno un ruolo importante anche nel puerperio nell'offrire supporto alle madri in questa fase che può rappresentare per loro un momento molto delicato. L'offerta di assistenza può permettere di identificare eventuali complicanze su cui intervenire tempestivamente, promuovere comportamenti sani e garantire supporto nella cura dei nuovi arrivati, nell'allattamento al seno e nel processo di consolidamento della genitorialità.



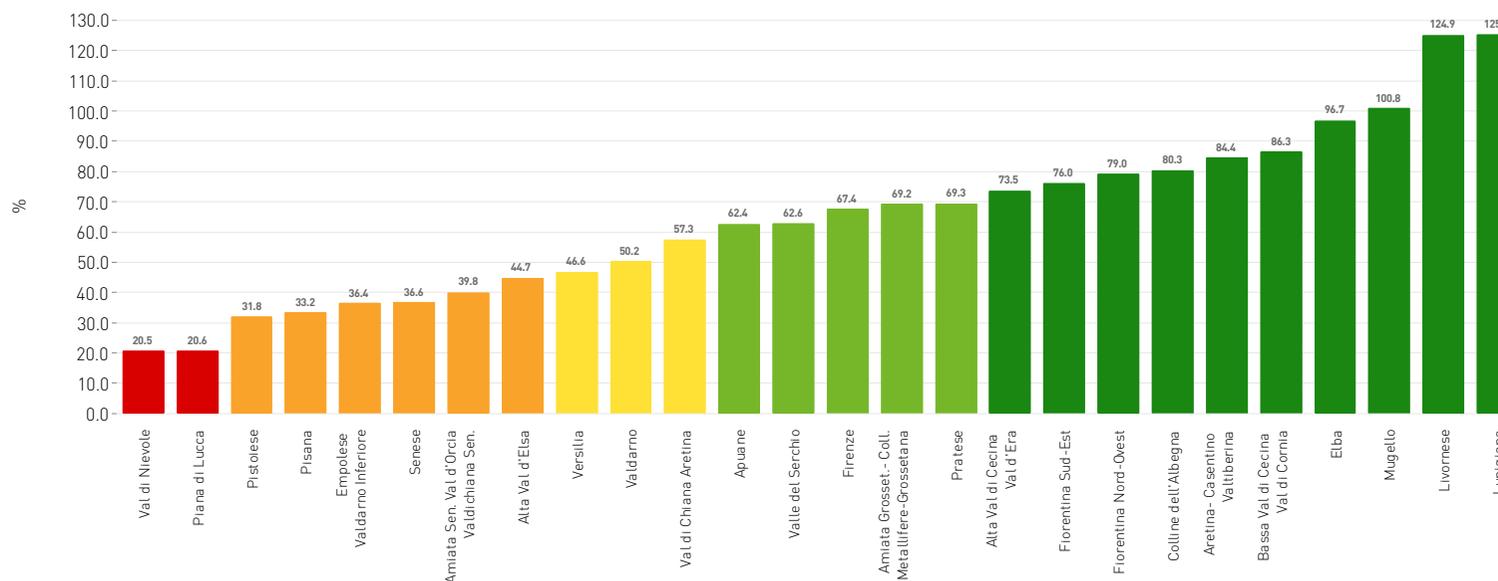
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

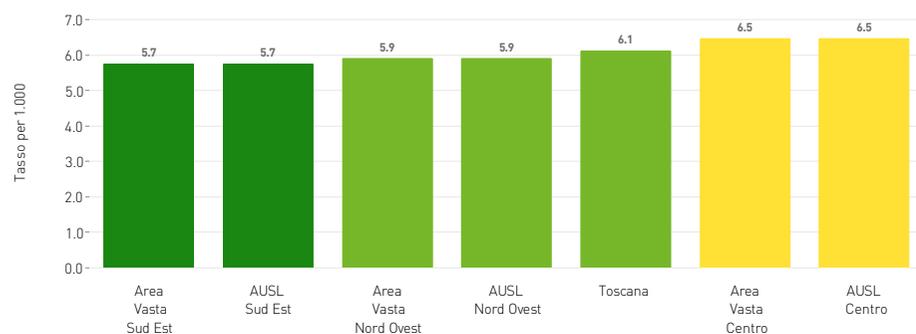


## C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti

La Legge 194 del 1978 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza" regola le modalità del ricorso all'aborto volontario In Italia. Grazie ad essa qualsiasi donna, per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione, da effettuarsi presso le strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle regioni. Il tasso di abortività volontaria è l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG. Le conoscenze acquisite attraverso l'osservazione costante di questo indicatore hanno permesso di identificare strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della procreazione consapevole e responsabile.



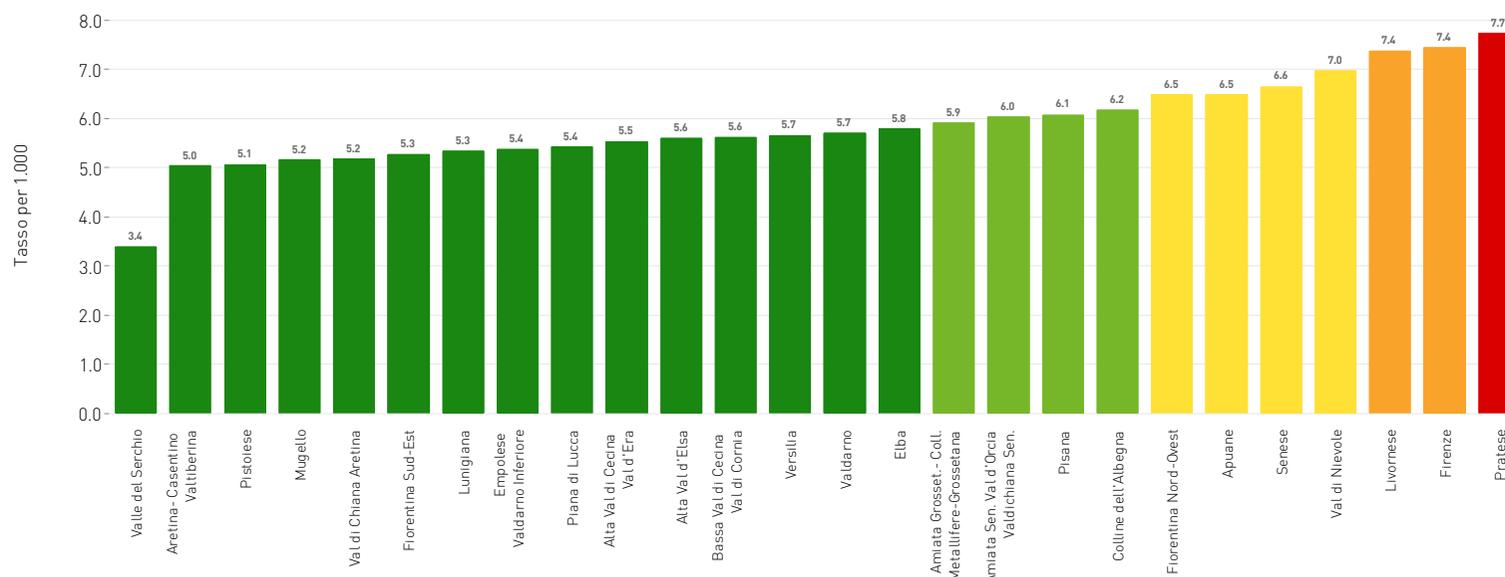
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

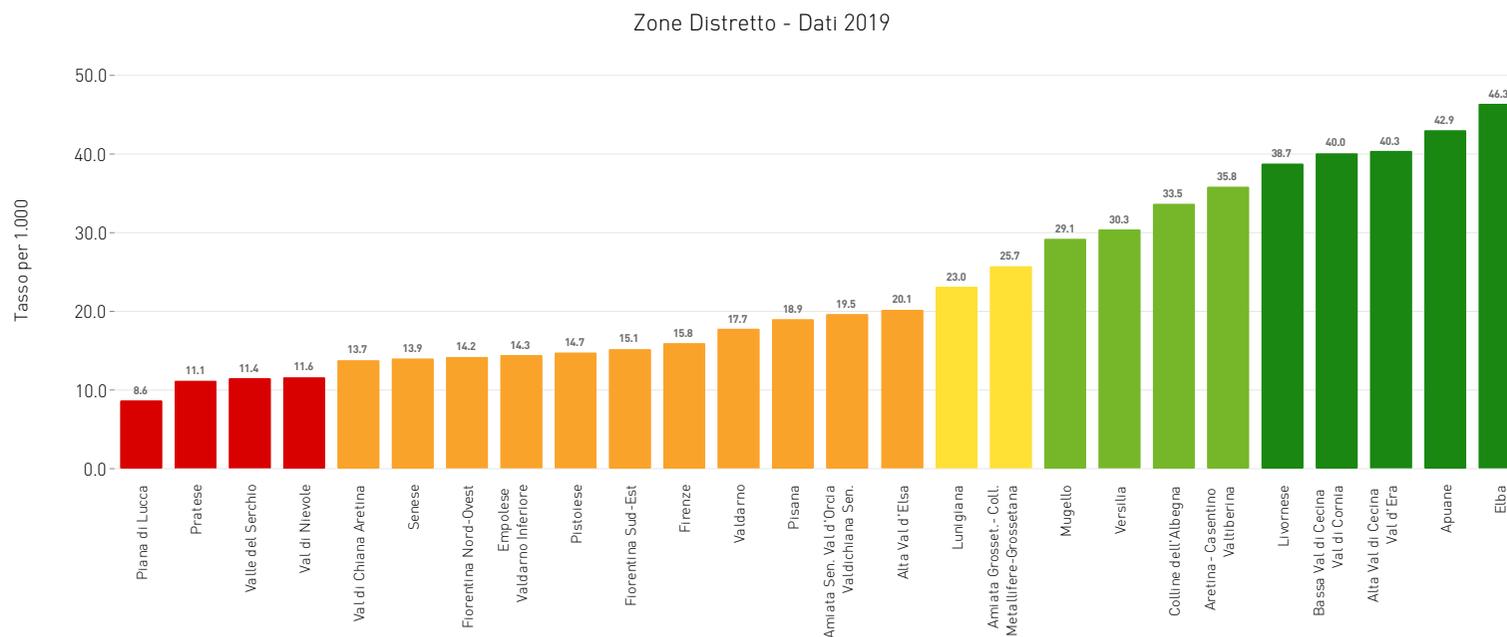
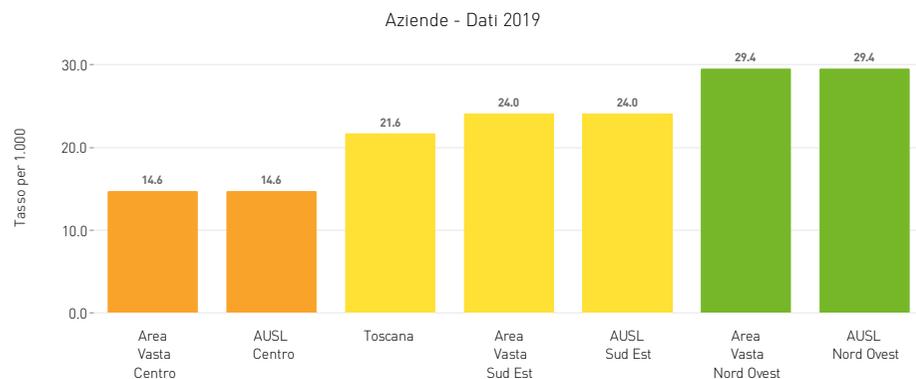


Zone Distretto - Dati 2019



### C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione

I consultori rappresentano un fondamentale presidio sul territorio per la prevenzione e riduzione delle IVG e per la promozione di una procreazione cosciente e responsabile. In particolare per i giovani, che hanno spesso una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione, l'informazione e la formazione sui temi della contraccezione riduce il ricorso all'IVG grazie all'aumento del livello di consapevolezza rispetto all'utilizzo dei sistemi contraccettivi e consentendo alle donne e alle coppie di prendere coscienza della necessità di tutelare la propria salute e di scegliere in sicurezza quando e come avere una gravidanza.

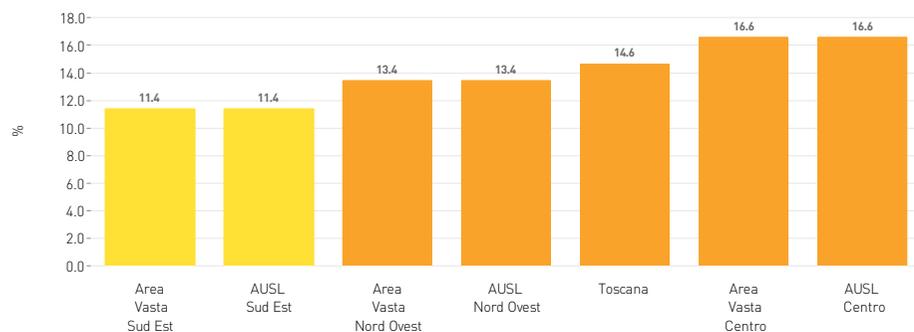


### C7.13 Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva

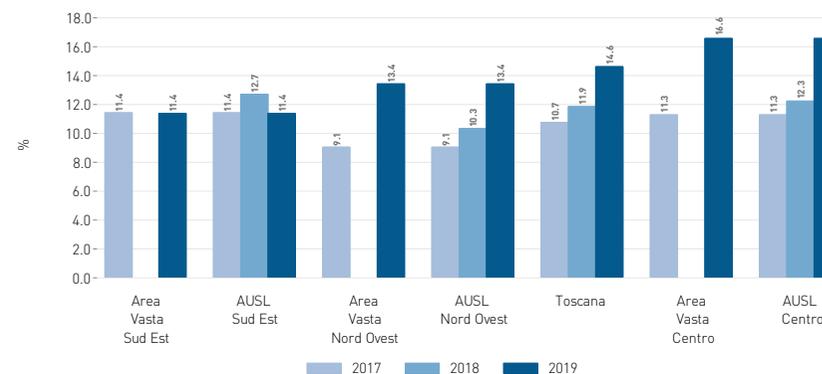
Il monitoraggio sulla percentuale di donne in gravidanza che effettua la prima visita tardiva viene proposto dal Rapporto Europeo sulla salute perinatale. Un'appropriate tempistica nello svolgimento della prima visita assicura una migliore "presa in carico" della paziente; aumentando, da un lato, la probabilità di identificare precocemente eventuali situazioni di rischio, dall'altro permettendo di migliorare l'informazione sui servizi e la pianificazione delle prestazioni. L'indicatore prende specificatamente in considerazione le donne straniere provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria, in quanto meno soggette a visite di controllo entro le prime 12 settimane di gravidanza e quindi maggiormente esposte al verificarsi di complicazioni.



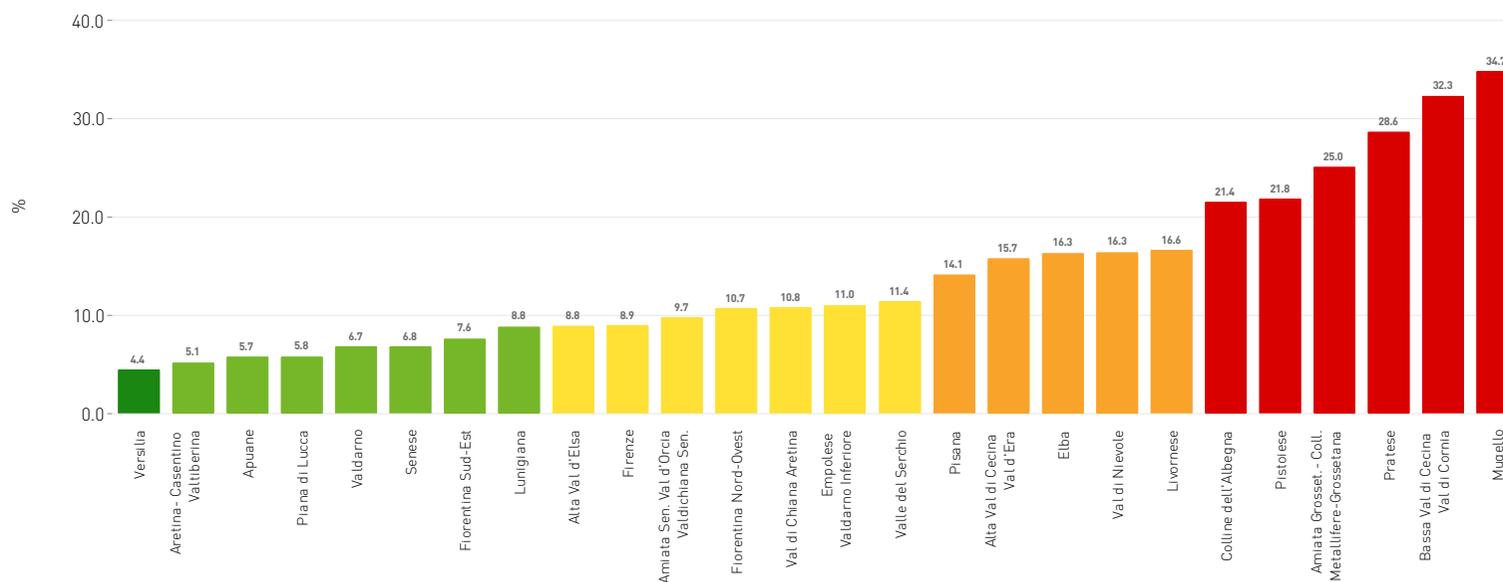
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

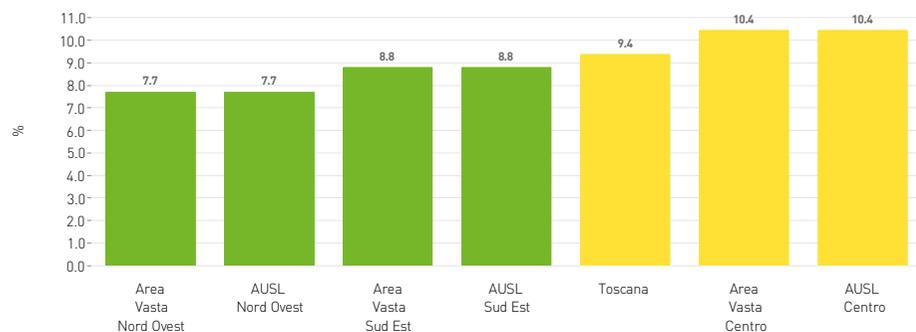


## C7.14 Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4

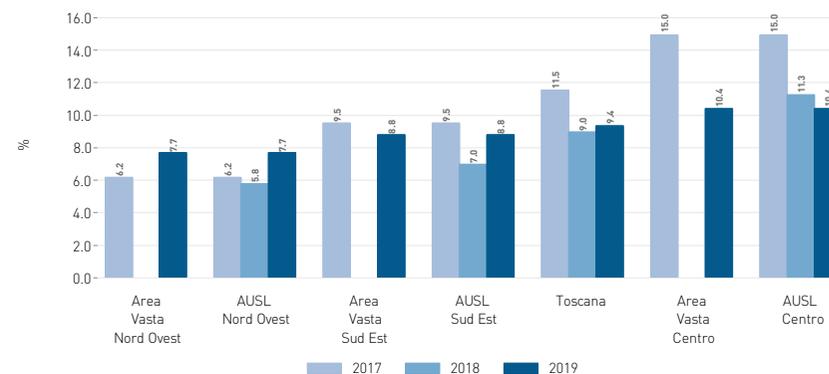
L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene insufficiente l'assistenza sanitaria erogata in gravidanza a donne che effettuano un numero di visite inferiore o uguale a 4. Analogamente al precedente indicatore vengono monitorate le donne con cittadinanza straniera in quanto ad esse si associa un minor accesso alle visite di controllo.



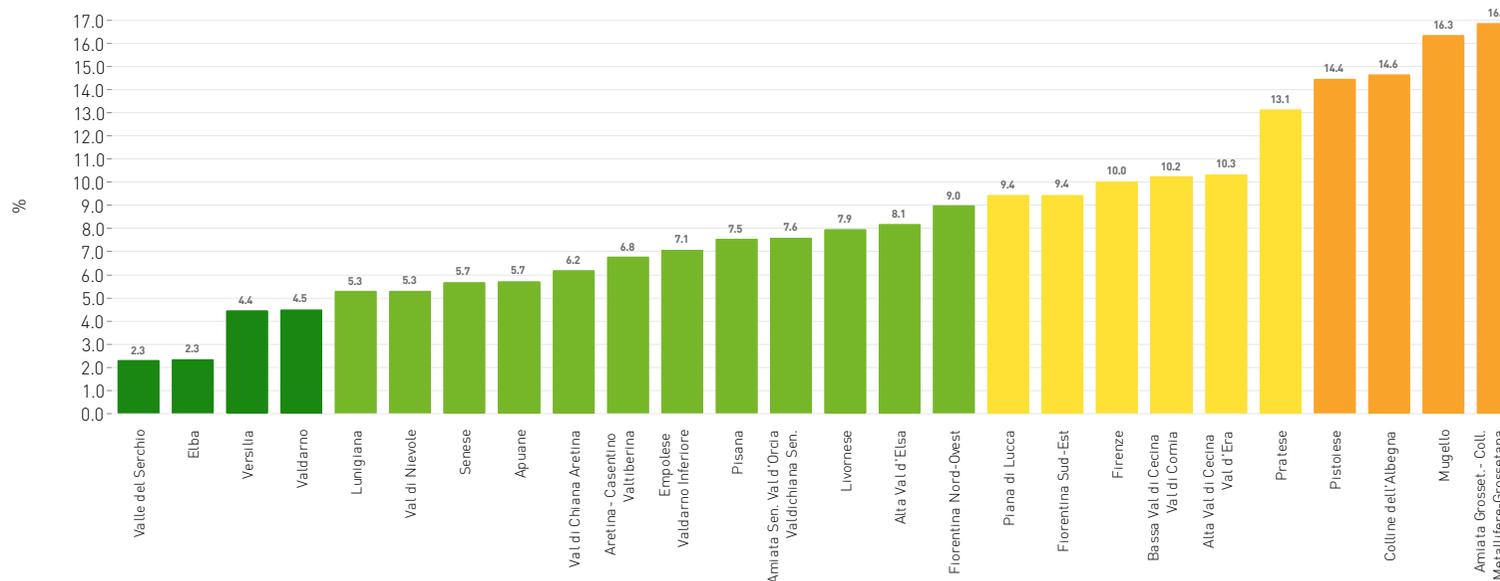
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

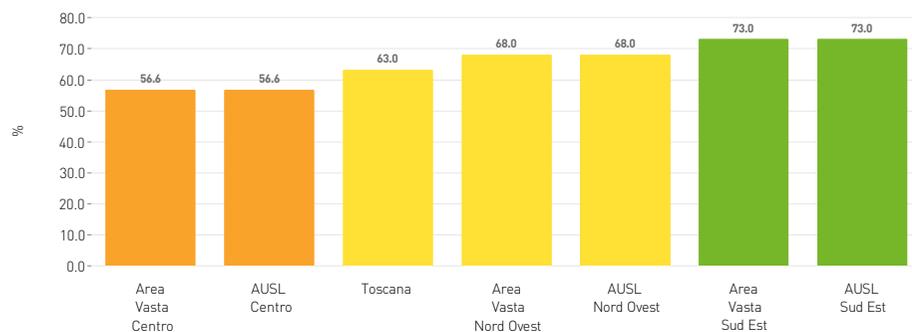


## C7.16 Accesso area maternità del consultorio di donne straniere

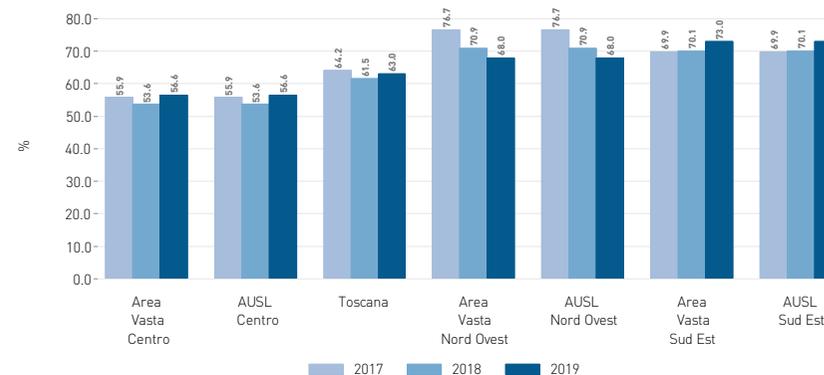
Per poter assicurare alle donne straniere, e in particolare a quelle irregolari, un adeguato livello di assistenza in gravidanza, è di fondamentale importanza favorirne l'accesso ai consultori familiari. Queste strutture hanno infatti un ruolo strategico per il perseguimento di questo obiettivo: l'approccio integrato e multiprofessionale che le caratterizza, la presenza – in molte aziende – di mediatori culturali che aiutano le gestanti nella comprensione delle informazioni sui percorsi sanitari e sociali, la predisposizione di strumenti per il superamento delle barriere linguistiche e culturali e la maggior facilità d'accesso fanno sì che l'assistenza consultoriale rappresenti uno dei principali servizi di sostegno alla salute delle donne, specie di quelle in condizioni più svantaggiate.



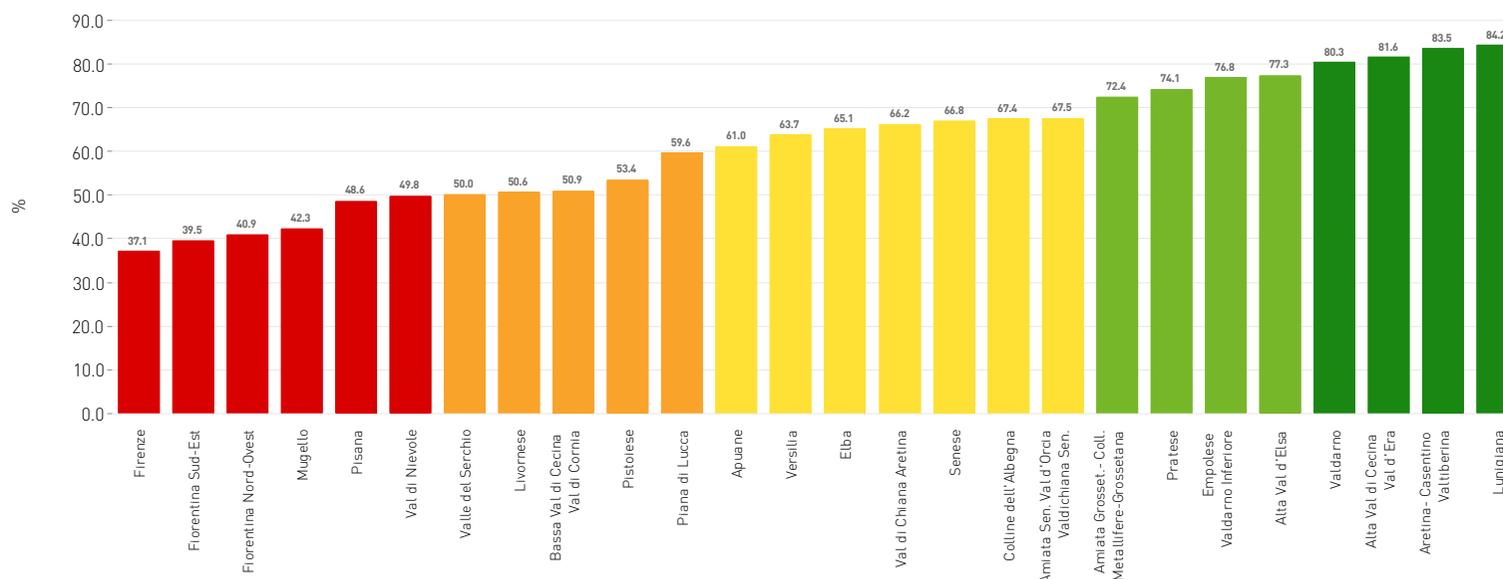
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

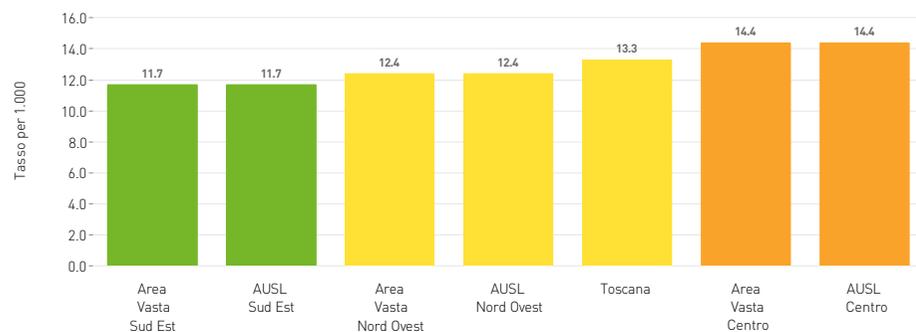


## C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti

Con l'aumentare della popolazione immigrata, quasi per la metà costituita da donne, negli ultimi anni si è registrato un eccessivo aumento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza per le donne straniere. Monitorare il fenomeno, sia nella sua evoluzione temporale, che nella sua distribuzione geografica, costituisce la base per la riorganizzazione dei servizi attraverso la rimozione delle barriere d'accesso organizzative, burocratico-amministrative e culturali, per la formazione degli operatori sul fenomeno, sulle normative vigenti e sulle diversità culturali e per un aumento dell'accesso delle donne straniere ai servizi socio-sanitari integrati. A livello territoriale è quindi importante individuare i contesti con una maggiore concentrazione di donne straniere e con un più frequente ricorso all'IVG al fine di pianificare e attuare strategie preventive ad hoc.



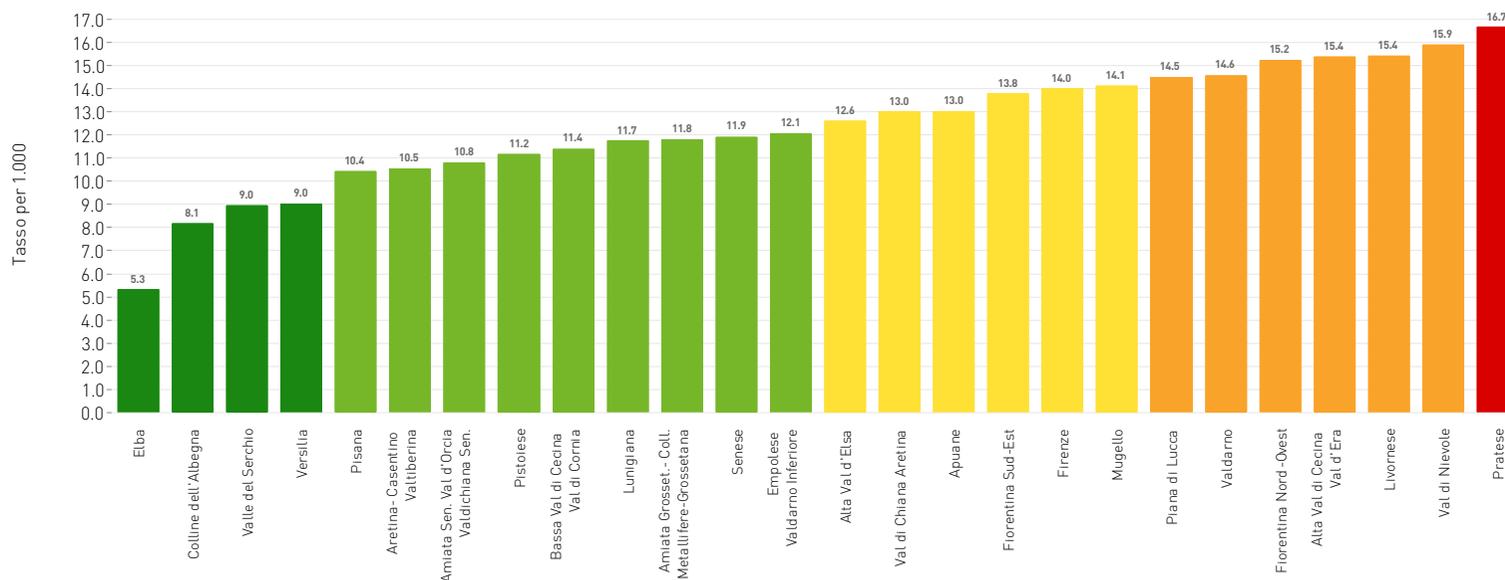
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019



## C7D Pediatria

L'indicatore raggruppa le varie misure relative all'ospedalizzazione in età pediatrica, sia complessiva, che per alcune patologie a rischio di ricoveri inappropriati.



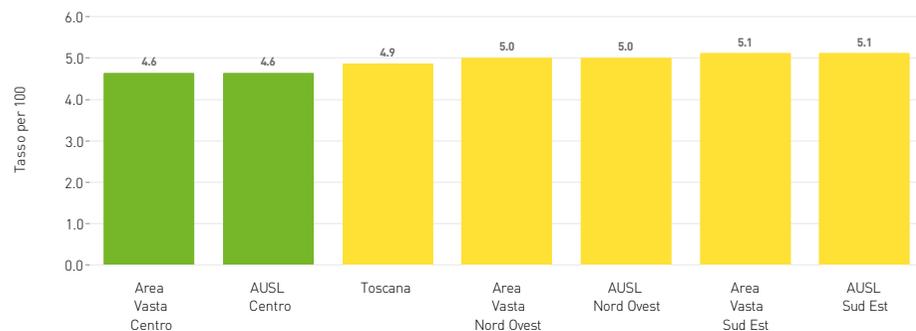
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Fond. G. Monasterio
<b>C7D Pediatria</b>	●	●	●	●				
C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	4.86	5.00	4.63	5.11				
C7.7.1R Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	34.24	32.86	35.20	34.23				
C7D.7 % pazienti pediatrici in reparti non pediatrici	20.28	18.75	4.24	8.02	48.00	8.52	76.87	54.66
C7D.19.3 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per polmonite per 100.000 residenti minorenni								
C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	165.20	172.93	139.01	208.14				

## C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario

In Italia si assiste ancora oggi ad un eccesso di ricoveri impropri in età pediatrica, pur se in diminuzione negli ultimi anni. Il tasso di ospedalizzazione (TO) in età pediatrica appare più elevato di quanto si possa osservare in altre nazioni europee, dove è assente il filtro all'assistenza secondaria da parte del Pediatria di Famiglia. In assenza di condizioni epidemiologiche diverse, l'alto valore del tasso di ospedalizzazione e la sua variabilità all'interno del territorio regionale potrebbe essere imputato ad una varietà nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriately dei ricoveri in età pediatrica. La continuità assistenziale è uno degli strumenti dell'"assistenza globale" e la pediatria deve rafforzare il proprio ruolo centrale - preventivo e terapeutico - di intervento coordinato tra ospedale e territorio, tenendo sempre come primo concetto ispiratore la centralità del bambino (Dgr n.1227 del 28/12/2012). In accordo con le riflessioni avviate nell'ambito della rete pediatrica regionale, l'indicatore considera i soli ricoveri ordinari. In attesa dei dati relativi ai ricoveri effettuati fuori regione nell'anno di interesse, il calcolo del tasso include una stima della quota effettuata extra-regione calcolata con i ricoveri dell'anno precedente.



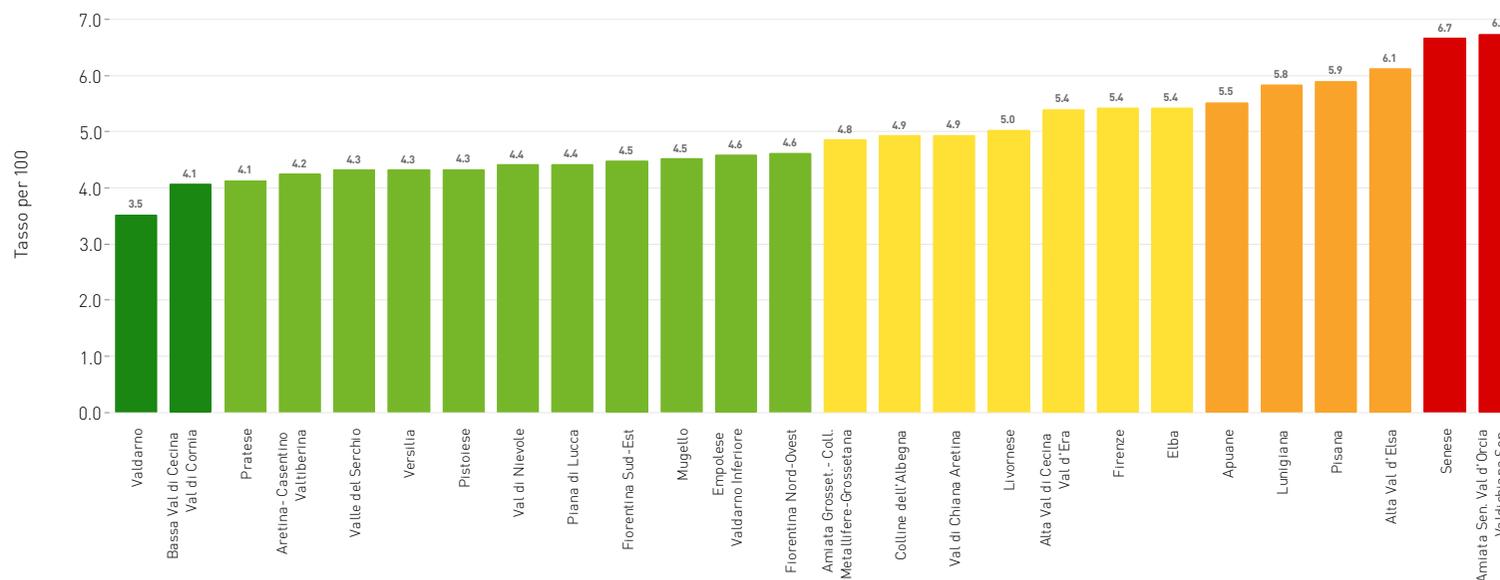
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

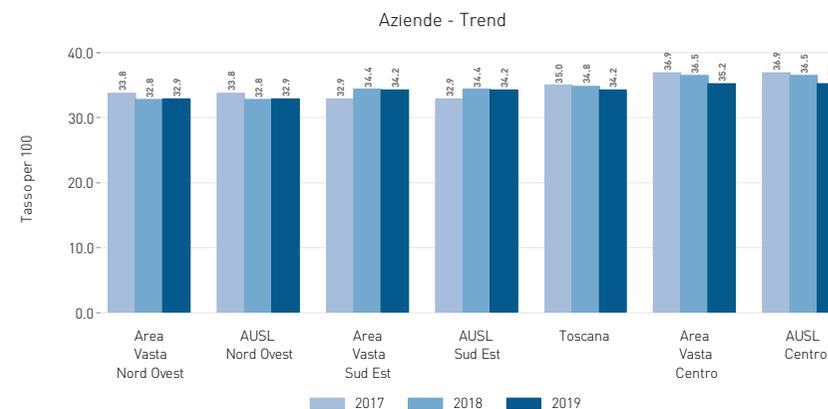
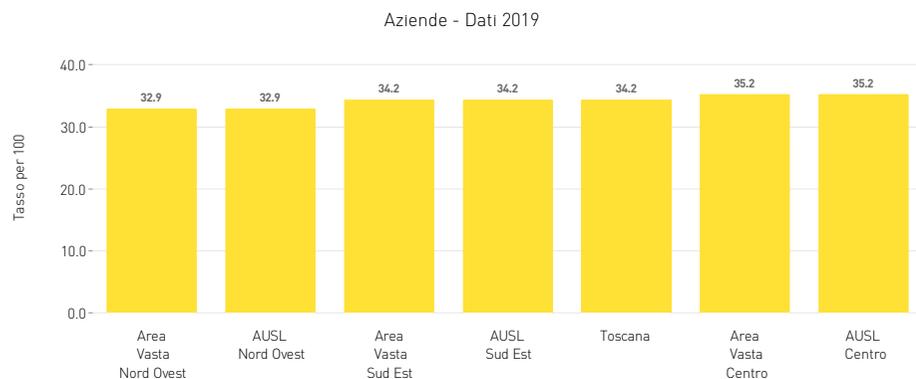


Zone Distretto - Dati 2019

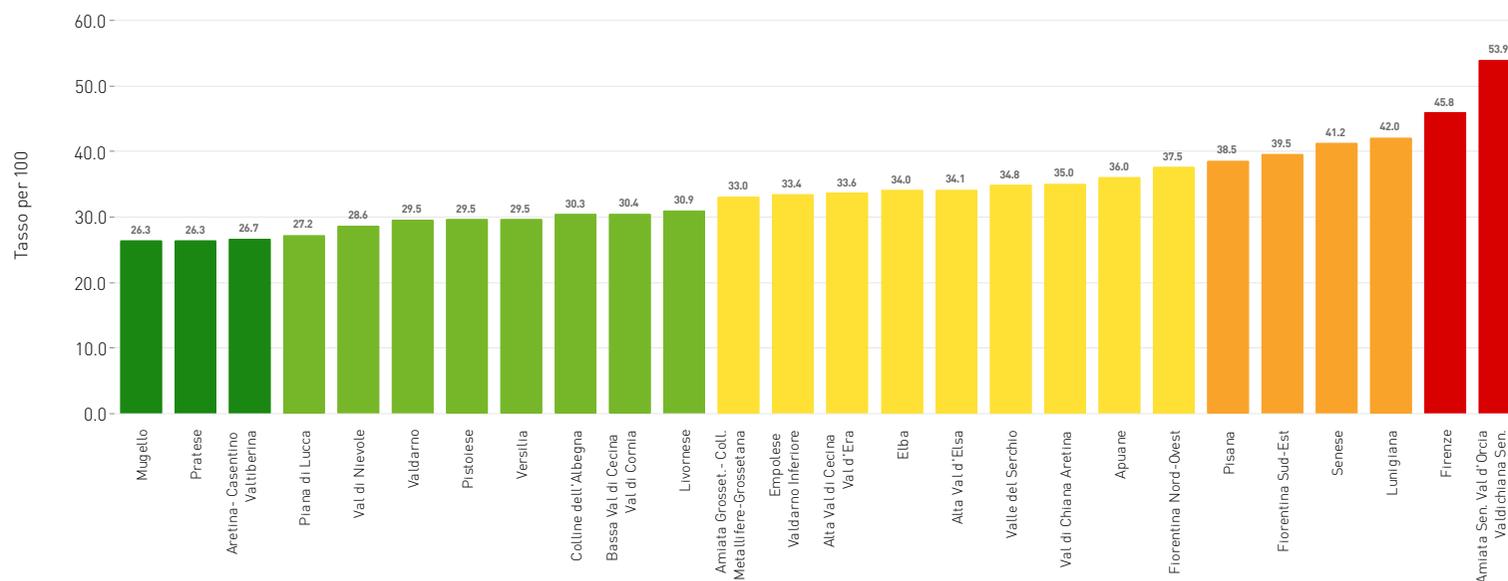


## C7.7.1R Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari

L'accesso più frequente alle risorse ospedaliere da parte dei pazienti in età pediatrica riguarda proprio il primo anno di vita del bambino. I dati italiani di ospedalizzazione pediatrica, con valori molto più elevati rispetto a quanto avviene nel resto del mondo, pongono la questione dei modelli organizzativi adottati, forse poco attenti al corretto utilizzo delle risorse disponibili e alle vere necessità del bambino e della sua famiglia. Fondamentali nel limitare i ricoveri inappropriati sono: una vera continuità assistenziale sul territorio e in ospedale, un efficace filtro ai ricoveri realizzato dall'osservazione temporanea in Pronto Soccorso e la garanzia di una guardia pediatrica 24h. In accordo con le riflessioni avviate nell'ambito della rete pediatrica regionale, l'indicatore considera i soli ricoveri ordinari. In attesa dei dati relativi ai ricoveri effettuati fuori regione nell'anno di interesse, il calcolo del tasso include una stima della quota effettuata extra-regione calcolata con i ricoveri dell'anno precedente.

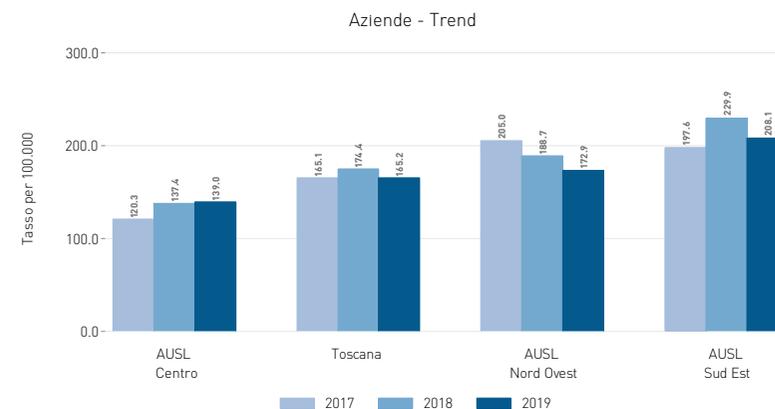
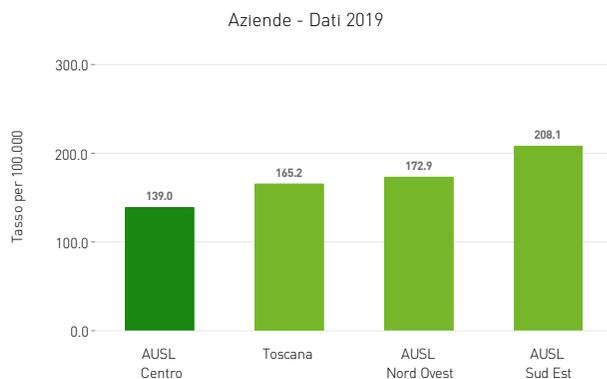


### Zone Distretto - Dati 2019

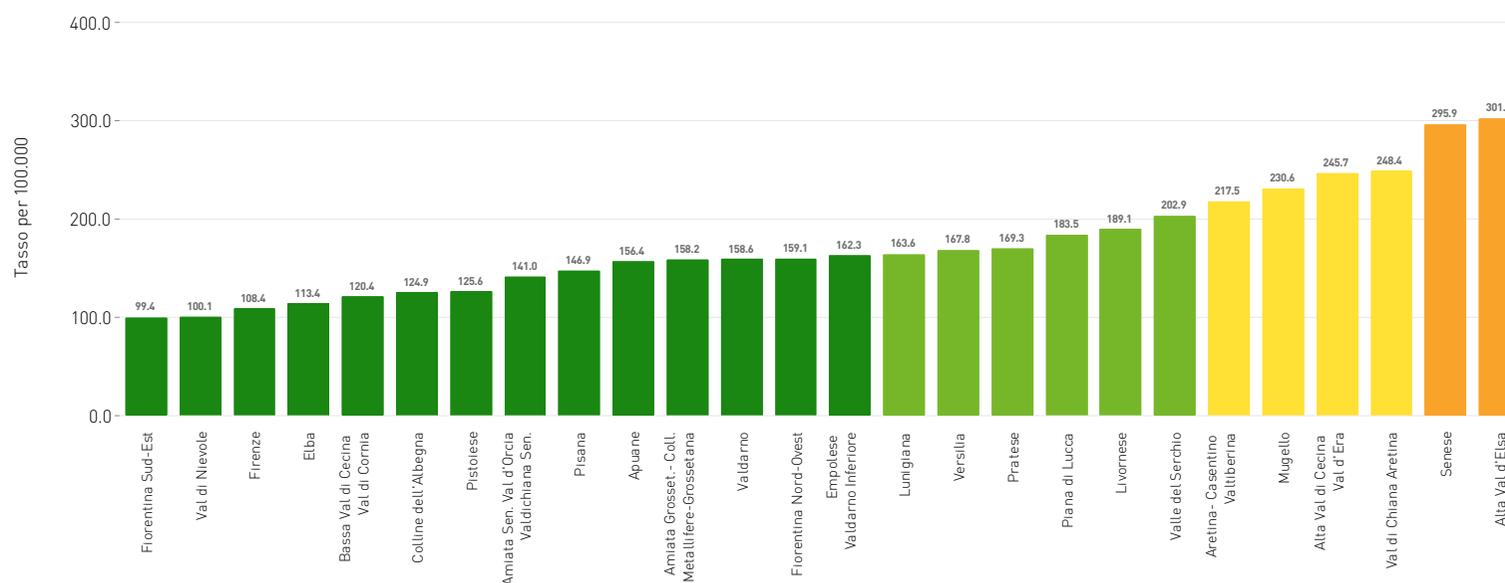


## C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti

La variabilità negli interventi di tonsillectomia non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e innovazione tecnologici, ai diversi comportamenti clinico-professionali. Elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione al trattamento chirurgico. L'indicatore consente di evidenziare eventuali variabilità nelle pratiche cliniche e nell'equità di accesso all'assistenza sanitaria tra le diverse aree geografiche esaminate. L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di tonsillectomia, in pazienti con età minore o uguale a 17 anni, standardizzato per età e sesso.



Zone Distretto - Dati 2019



## C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici

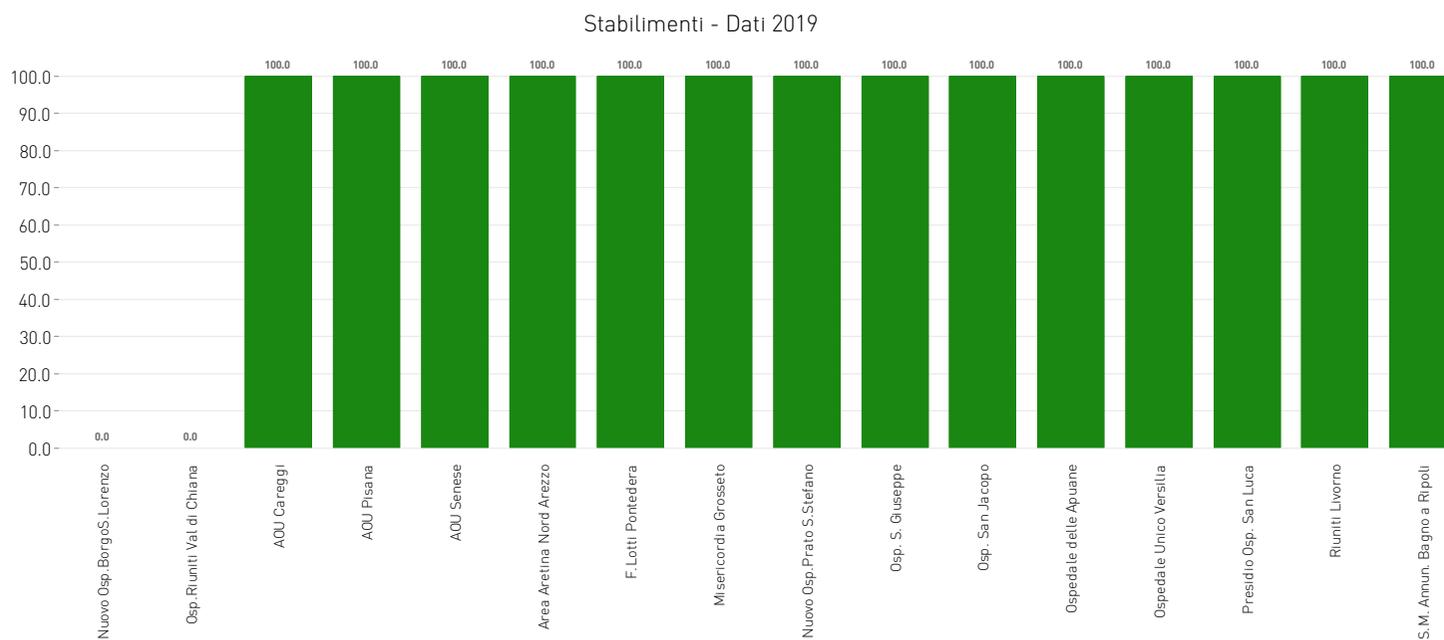
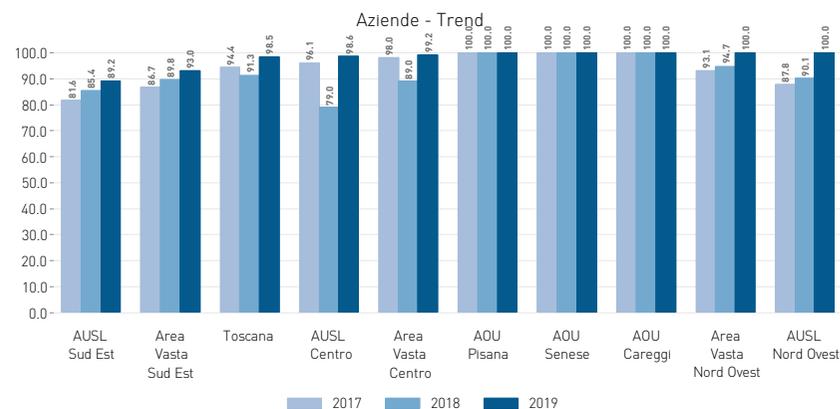
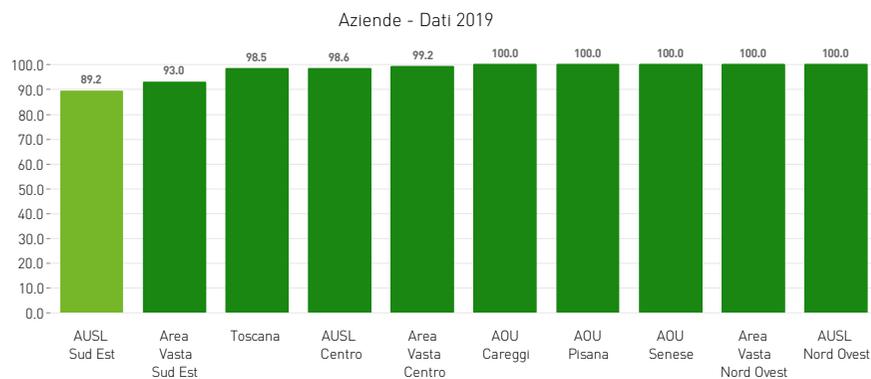
L'indicatore C10 è dedicato alla qualità dell'attività chirurgica in oncologia, con focus specifici sui volumi, sui trattamenti chirurgici offerti alle donne con tumore mammario (conservativi, nipple / skin sparing, ricostruttivi) e completamento del quadro diagnostico (linfonodo sentinella), sui ritorni in sala operatoria (mammella e colon-retto) e sulla tempistica di avvio dei trattamenti chemioterapia e radioterapici per alcuni tipi di tumore. È incluso un indicatore sul follow-up mammografico e sull'utilizzo dei biomarcatori. Completano l'analisi gli indicatori su setting assistenziali e utilizzo di risorse (ospedale e chemioterapia) durante il fine vita.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
<b>C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici</b>	●	●	●	●	●	●	●	
C10.1 Volumi Oncologia								
C10.1A Volumi interventi tumore maligno alla mammella								
C10.1.3 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	94.41	83.97	98.27	87.32	99.86	99.22	99.19	
C10.1.4 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	7.95	21.36	2.53	17.90	0.21	1.16	1.19	
C10.1.7 Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella	33.33	44.44	50.00	25.00	50.00	50.00	20.00	
H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	98.48	100.00	98.57	89.18	100.00	100.00	100.00	
C10.1B Volumi interventi tumore maligno alla prostata								
C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	72.62	0.00	0.00	87.41	55.82	0.00	100.00	
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	22.28	84.35	86.04	11.56	20.36	39.00		
C10.1.6 Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	17.24	0.00	0.00	33.33	33.33	0.00	100.00	
C10.1.1A Volumi interventi tumore maligno al polmone	914.00	85.00	23.00	277.00	277.00	186.00	343.00	
C10.1.2A Volumi interventi tumore maligno alla prostata	1520.00	113.00	74.00	262.00	258.00	61.00	669.00	
C10.1.3A Volumi interventi per tumore maligno allo stomaco	531.00	85.00	128.00	103.00	70.00	44.00	89.00	
C10.1.4A Volumi interventi tumore maligno alla mammella	4272.00	940.00	981.00	473.00	728.00	260.00	876.00	
C10.1.5A Volumi interventi tumore maligno al pancreas	283.00	7.00	45.00	4.00	166.00	23.00	38.00	
C10.1.6A Volumi interventi per tumore maligno dell'esofago	34.00			20.00	1.00	13.00		
C10.1.7A Volumi interventi per tumore maligno del surrene	41.00	5.00	8.00	3.00	7.00	4.00	14.00	
C10.1.8A Volumi interventi per tumore maligno al colon	1976.00	468.00	509.00	318.00	316.00	99.00	239.00	1.00
C10.1.9A Volumi interventi per tumore maligno al retto	462.00	63.00	99.00	68.00	120.00	14.00	87.00	
C10.1.10A Volumi interventi per tumore maligno al fegato	466.00	40.00	57.00	25.00	210.00	15.00	114.00	
C10.1.11A Volumi interventi per tumore maligno alla vescica	419.00	62.00	52.00	81.00	51.00	20.00	145.00	
C10.1.12A Volumi interventi per tumore maligno al rene	1197.00	176.00	88.00	140.00	249.00	52.00	473.00	5.00
C10.2 Percorso tumore alla mammella								
C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	87.11	85.33	87.06	84.32	91.85	85.10	87.13	
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	77.04	73.54	76.09	77.28	80.66	76.41	79.90	
C10.2.2.1 Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	19.30	16.45	19.27	17.28	27.92	16.41	17.80	
C10.2.3 Percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro 120 giorni dall'intervento conservativo (triennale)	2.10	1.70	2.68	4.42	0.50	0.92	2.00	
C10.2.4 Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 6 mesi dall'intervento conservativo	54.24	59.09	44.97	67.08	76.81	71.08	26.09	
C10.2.5 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante	69.46	61.99	73.27	59.89	65.45	91.43	77.21	
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	79.18	72.86	72.38	82.20	85.69	88.49	84.54	
C10.2.7 Percentuale di interventi ricostruttivi o inserzione di espansore nel ricovero indice sugli interventi demolitivi per tumore alla mammella	57.79	54.77	43.75	39.13	77.91	60.53	60.84	
C10.3 Percorso tumore al colon-retto								
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	2.65	3.04	2.89	2.04	2.44	1.30	2.80	
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	2.18	0.54	1.38	1.32	2.98	0.00	4.55	
C10.3.3 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante	48.50	50.54	38.24	54.90	48.15	100.00	66.67	
C10.7 Trattamento diagnostico								
C10.5 Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali	509.30	631.47	442.89	448.12				
C10.8 Fine vita oncologico								
C10.8.1 Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita	29.81	29.98	31.75	26.01				
C10.8.1.1 Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica	13.38	13.27	14.46	11.62				
C10.8.2 Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	6.73	6.80	6.24	7.49				

## H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in rep. con volume di attività superiore a 150 (10% toll.) interventi annui

L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia dei 135 casi (150/anno con l'applicazione della tolleranza del 10%), rispetto al totale degli interventi per tumore della mammella erogati.

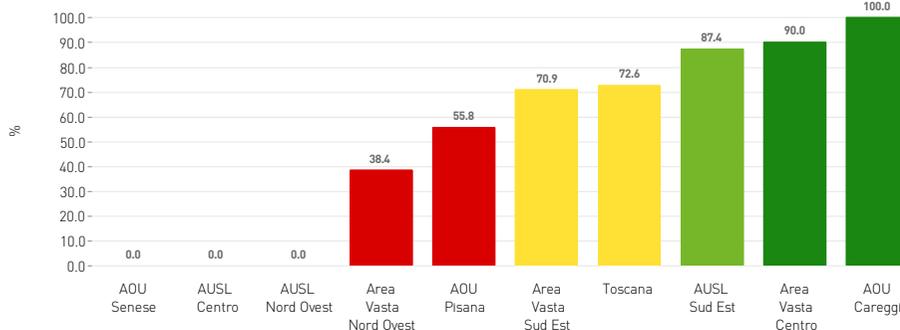


### C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

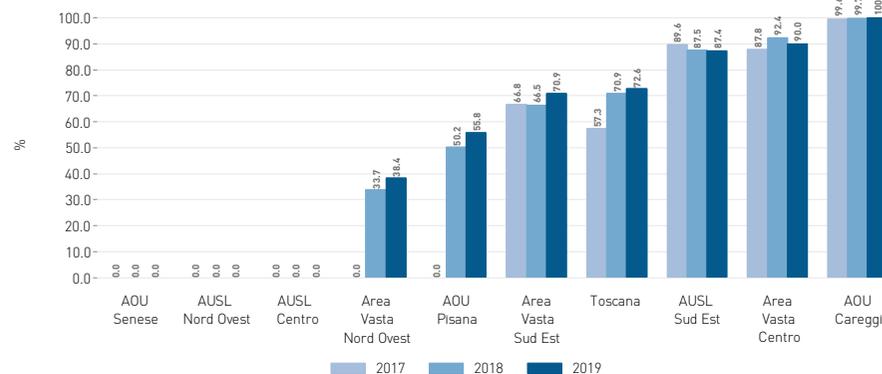
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore della prostata delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di interventi per tumore della prostata effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi per tumore alla prostata superiore al valore soglia (100/anno), sul totale degli interventi per tumore della prostata erogati.



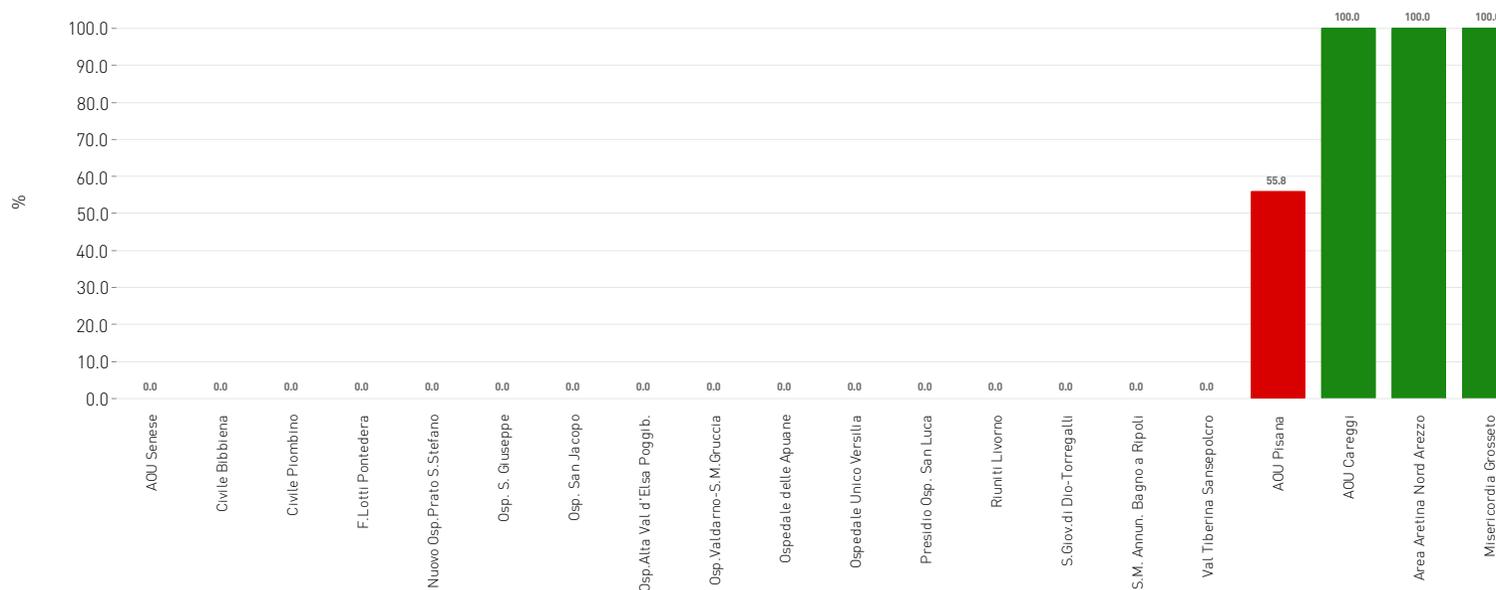
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

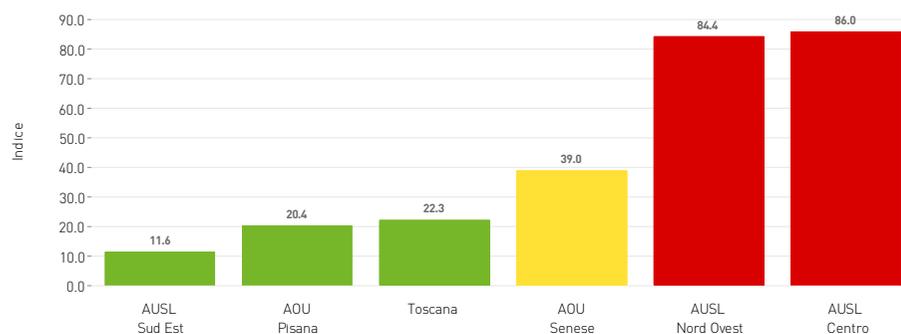


## C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore alla prostata è inferiore alla soglia prevista (100/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia, moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri erogati. L'indice di dispersione della casistica non viene calcolato per le aziende che risultano sopra soglia (indicatore C10.1.1).



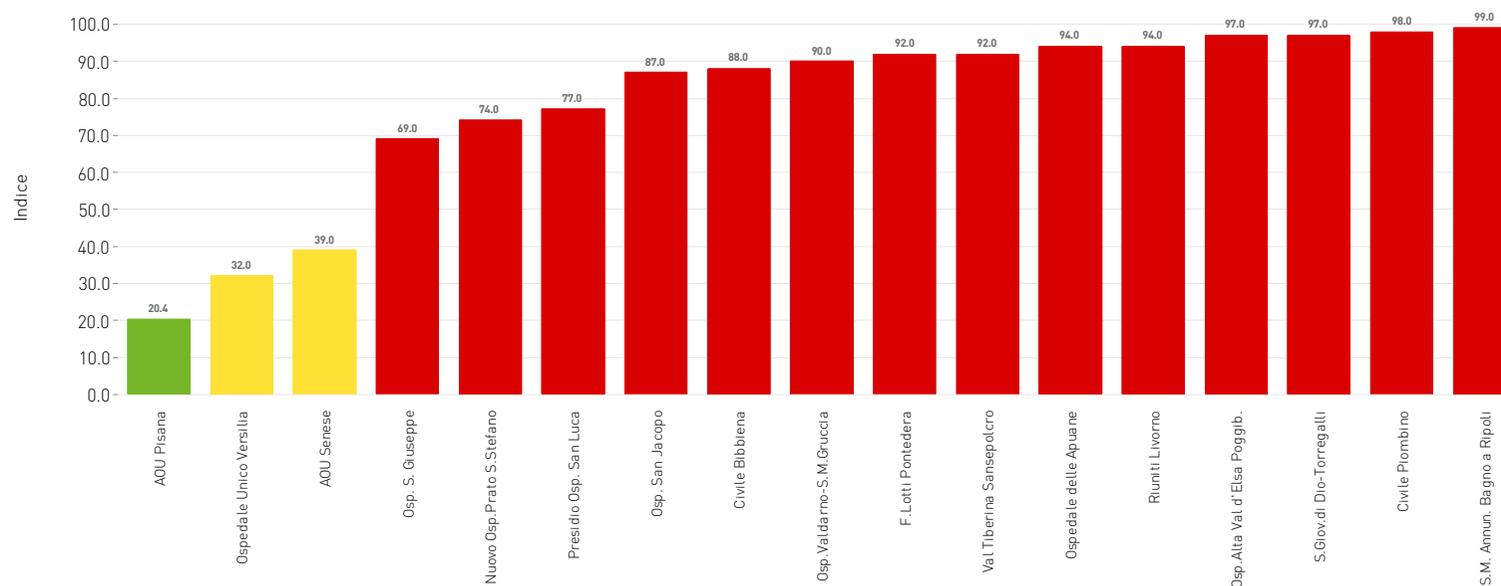
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

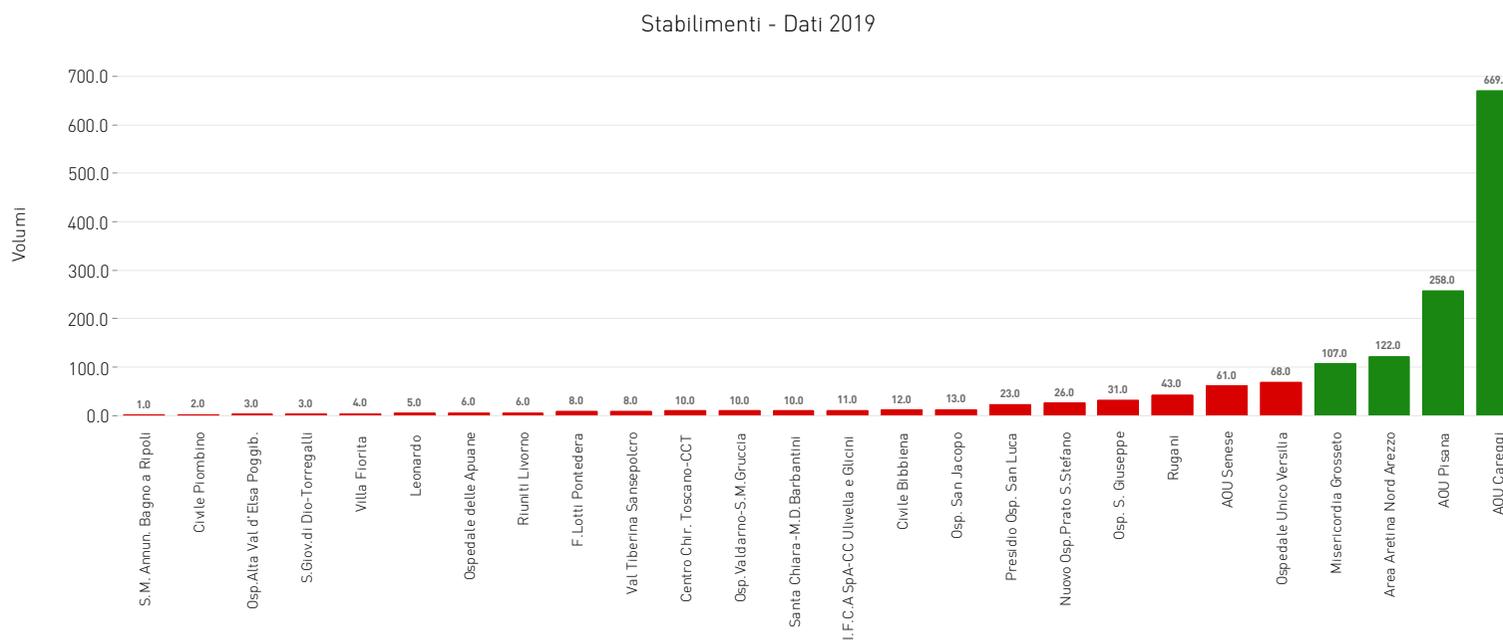
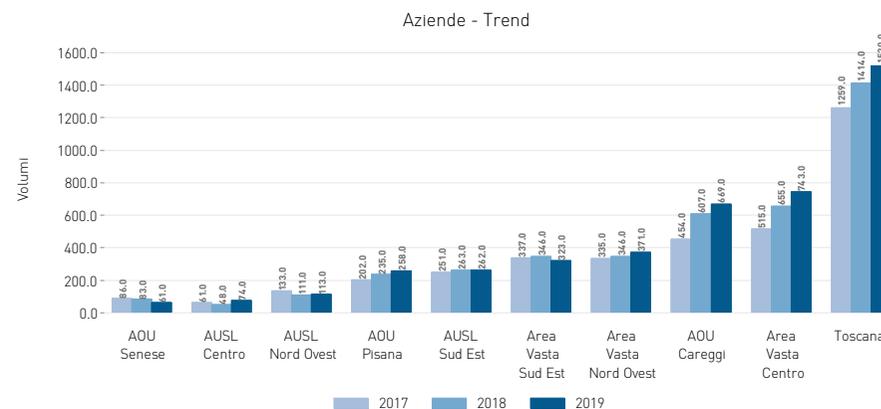
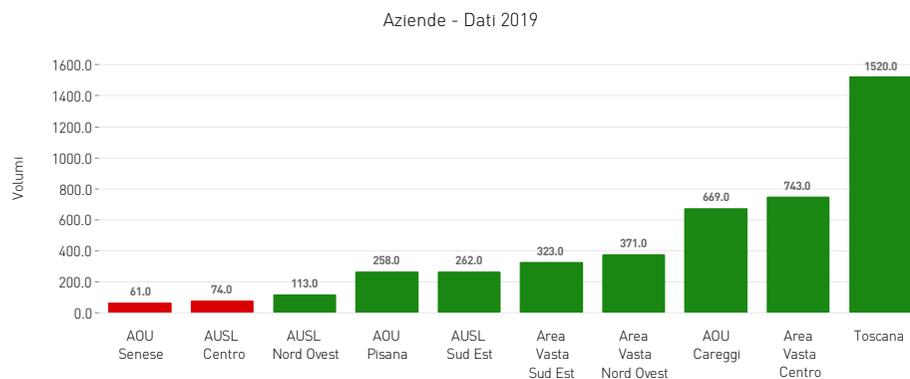


Stabilimenti - Dati 2019



## C10.1.2A Volumi interventi tumore maligno alla prostata

L'indicatore valuta i volumi di interventi per tumore maligno alla prostata erogati dagli stabilimenti pubblici in regime ordinario e day hospital.

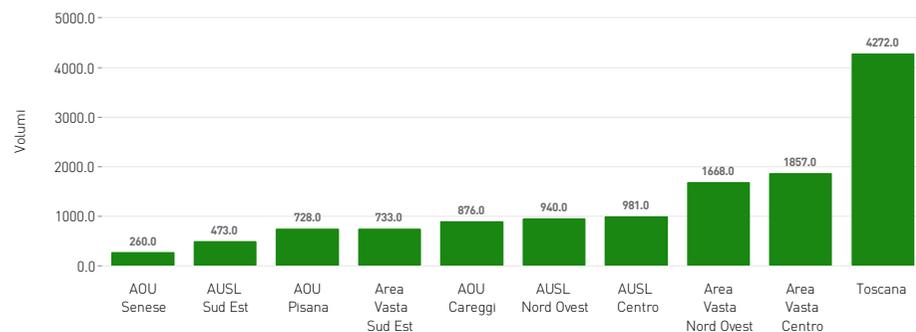


## C10.1.4A Volumi interventi tumore maligno alla mammella

L'indicatore valuta i volumi di interventi per tumore maligno alla mammella erogati dagli stabilimenti pubblici in regime ordinario e day hospital.



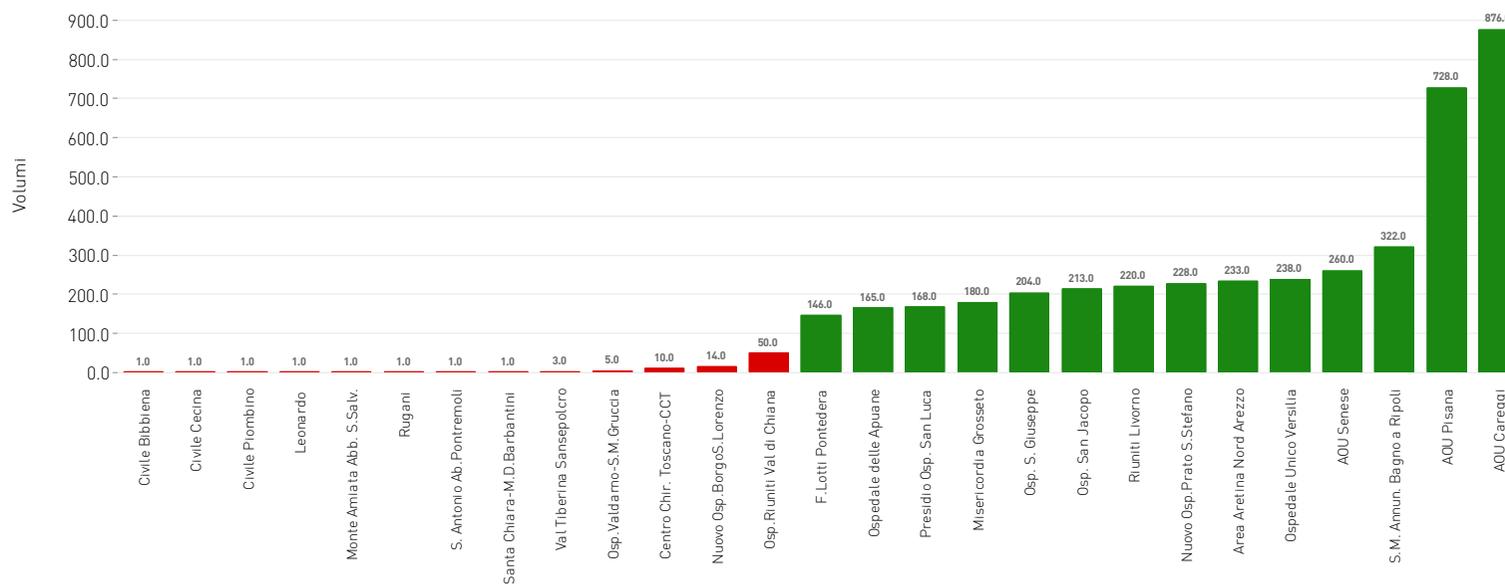
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

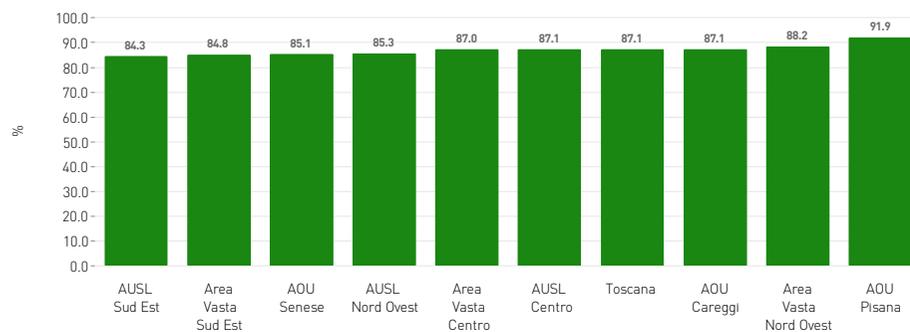


## C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella

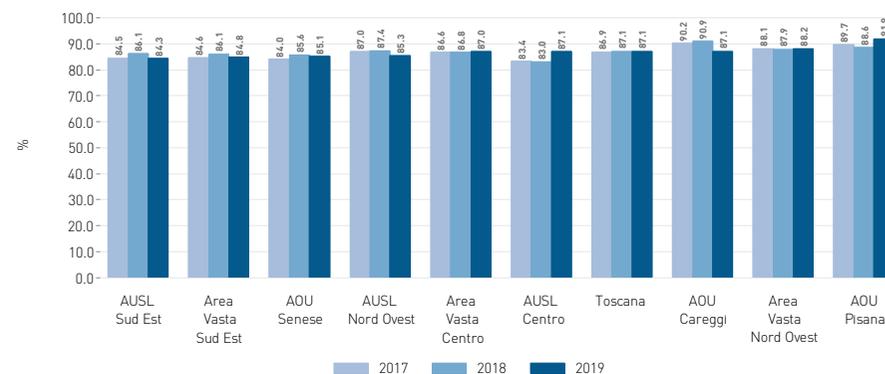
L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in conservative o demolitive. Questo indicatore supera questa netta classificazione proponendo di considerare, ai fini della valutazione della qualità del trattamento chirurgico, unitamente la percentuale di interventi conservativi e la percentuale di interventi che preservano la cute o il capezzolo o prevedono la ricostruzione, in contrapposizione alle mastectomie a cui non segue una ricostruzione. La valutazione dei risultati avviene tenendo conto degli standard individuati dalla European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) per gli interventi conservativi (Rosselli del Turco et al, 2010) e, allo stesso tempo, i volumi di attività chirurgica per tumore mammario. Secondo questo criterio misto, le Aziende che raggiungono gli standard di qualità chirurgica attesi, ma non realizzano un numero di interventi pari o superiore a 135 casi (indicatore C10.1.4A), ottengono valutazione pessima (fascia rossa).



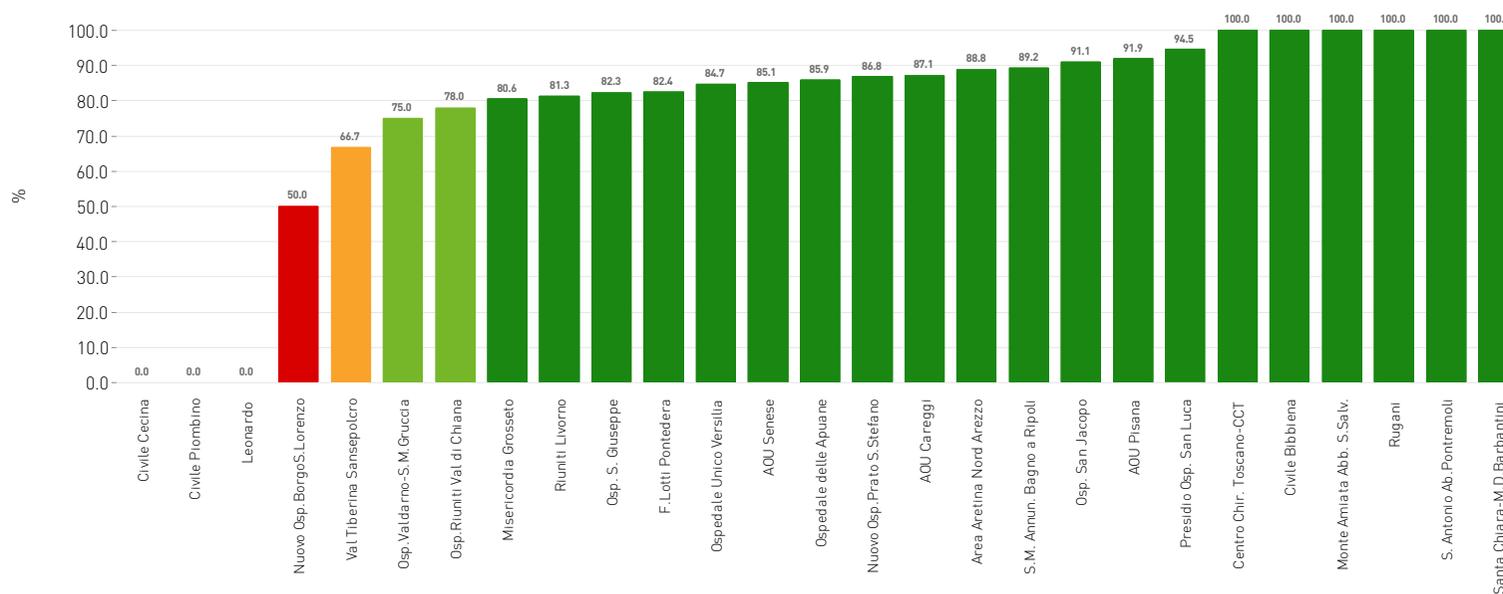
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

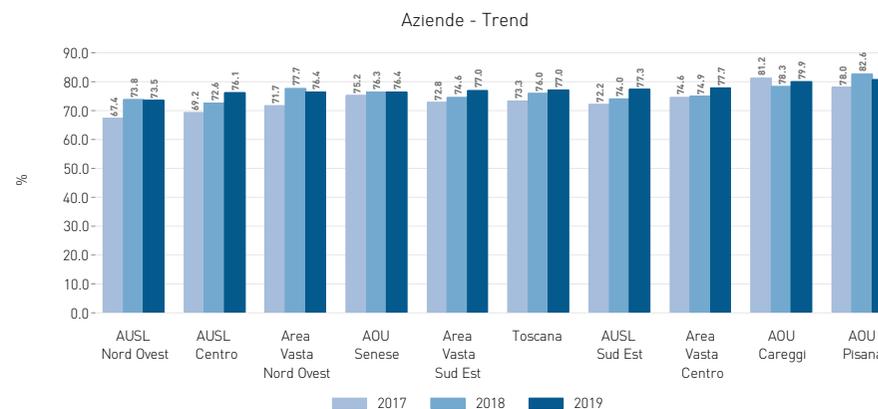
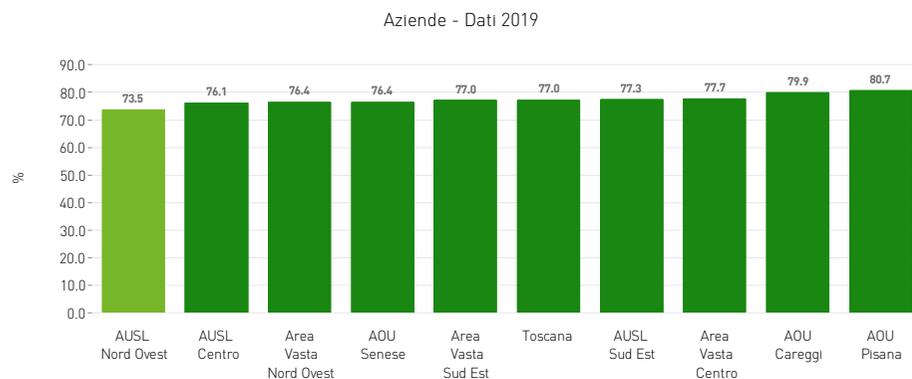


Stabilimenti - Dati 2019

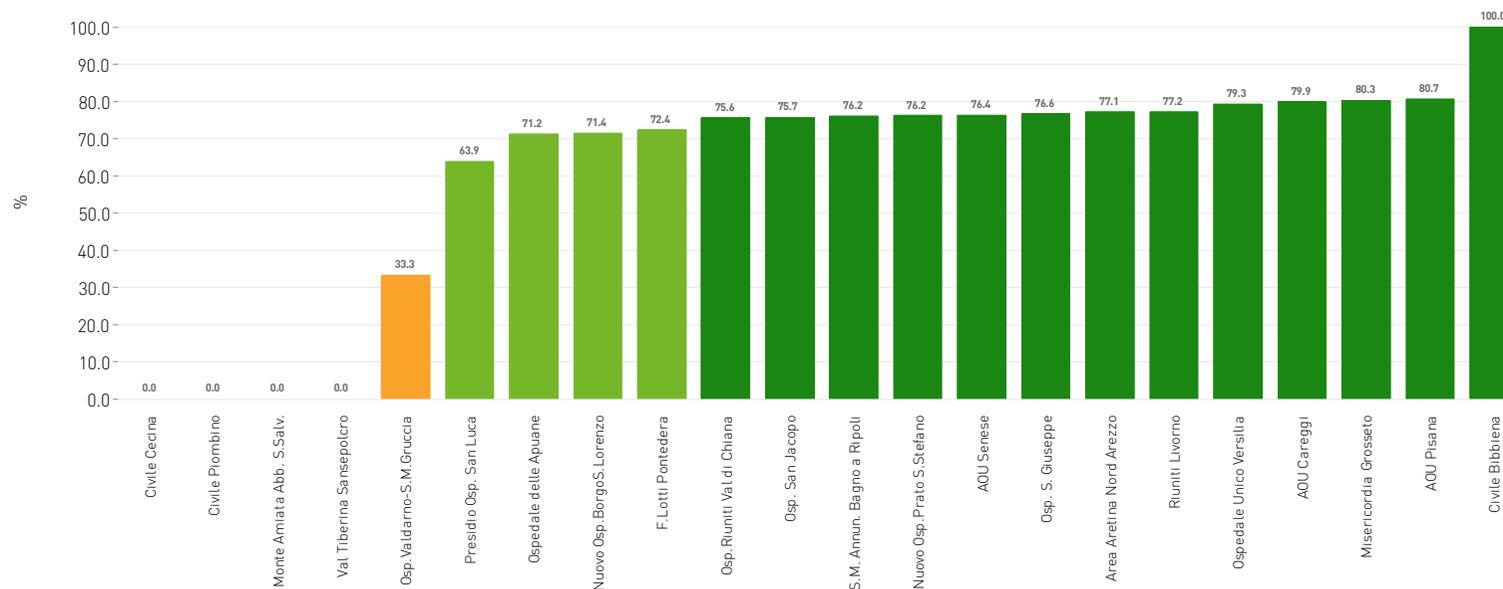


## C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

L'indicatore misura la percentuale di donne sottoposte ad asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per intervento chirurgico per tumore al seno. La biopsia del Linfonodo Sentinella (SLNB) aggiunge elementi per la stadiazione del tumore e per la pianificazione dei trattamenti post-chirurgici. La biopsia del SNLB permette di verificare velocemente se i linfonodi ascellari sono stati aggrediti e di valutare la loro rimozione. La valutazione dei risultati avviene tenendo conto dei volumi di attività chirurgica per tumore mammario. Secondo questo criterio, le Aziende che raggiungono gli standard di qualità chirurgica attesi, ma non realizzano un numero di interventi pari o superiore a 135 casi (indicatore C10.1.4A), ottengono valutazione pessima (fascia rossa).

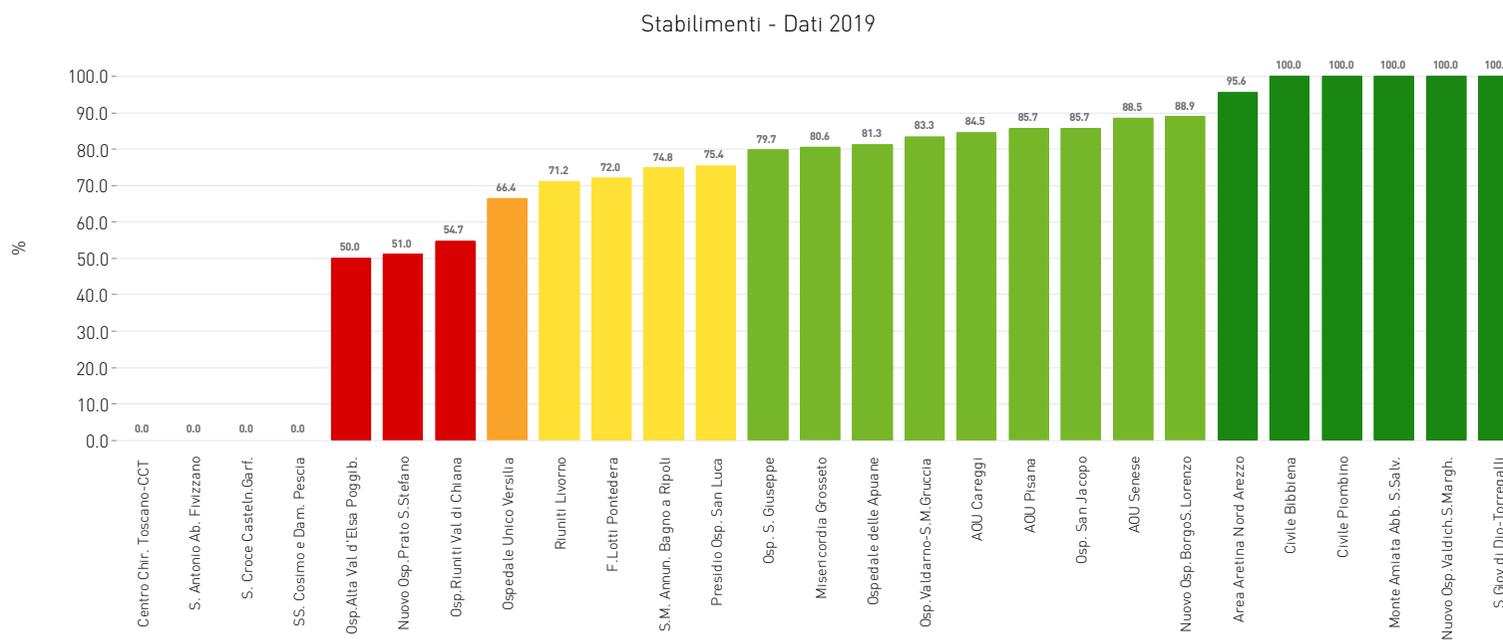
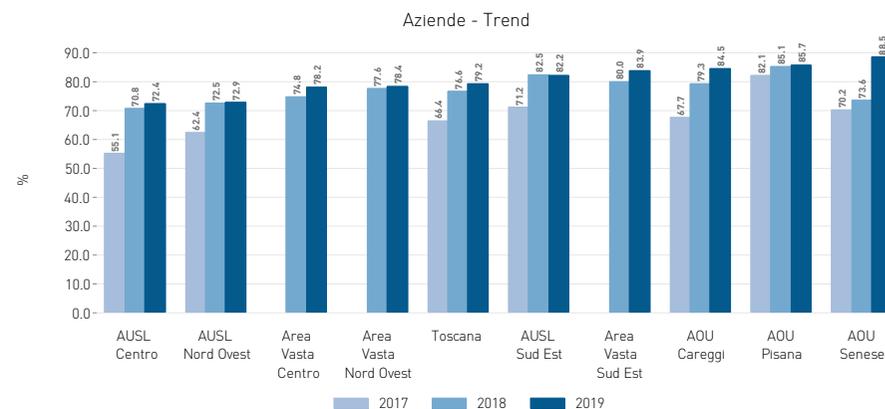
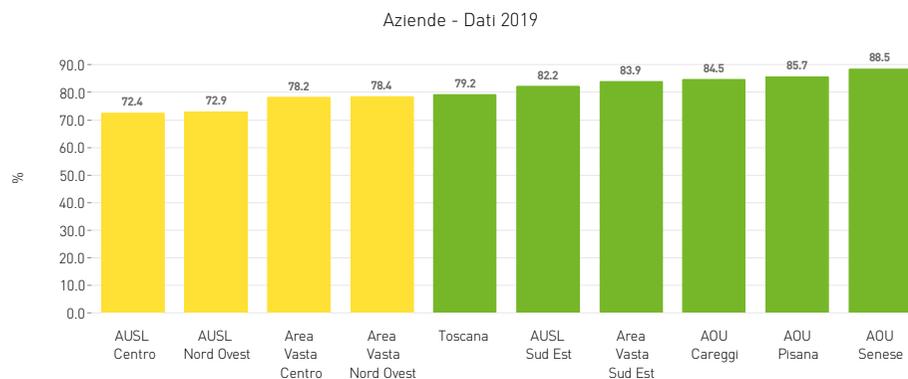


Stabilimenti - Dati 2019



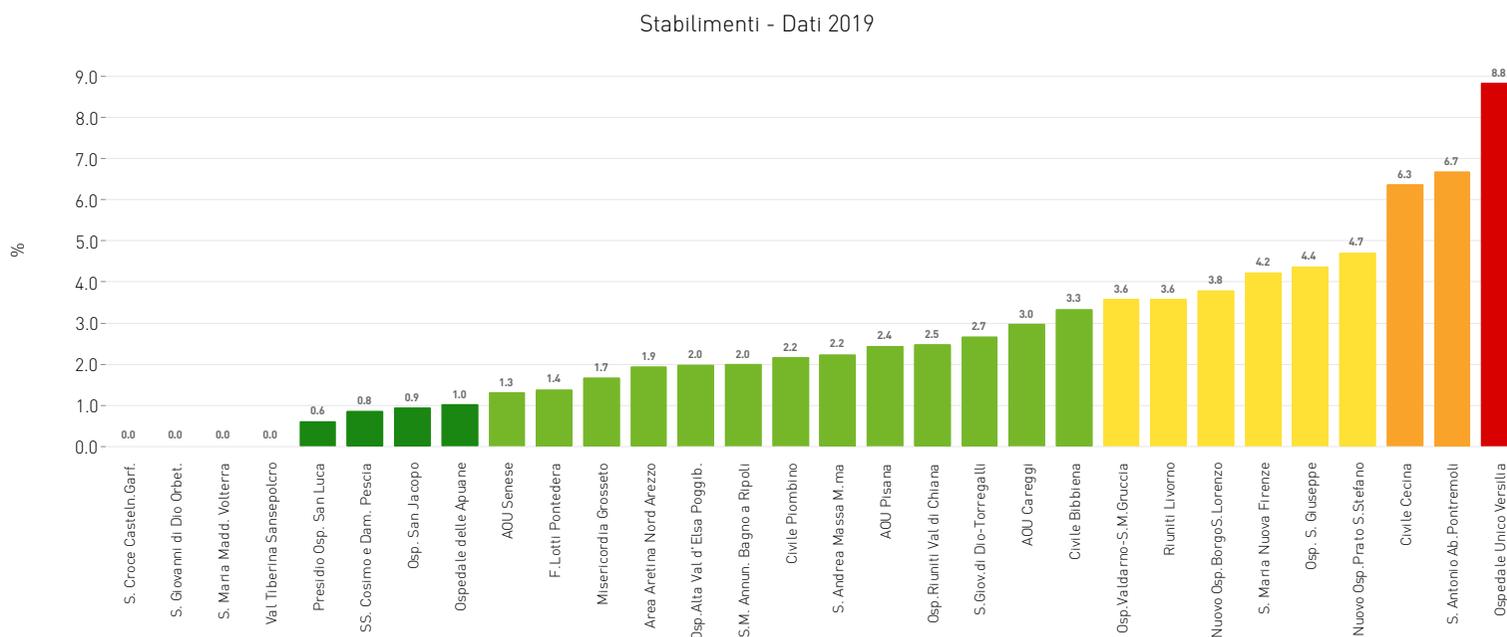
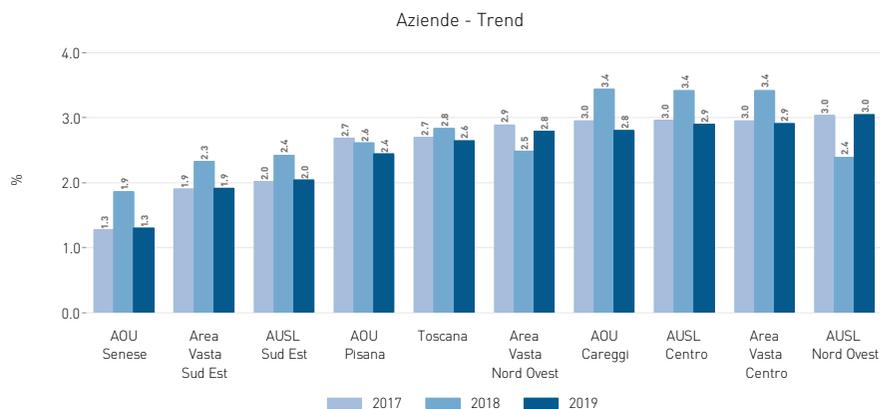
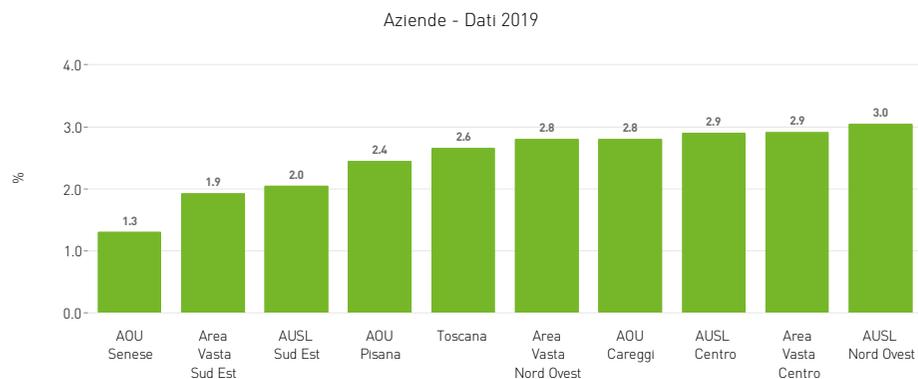
### C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella

L'indicatore descrive la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up mammografico attivo tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento, finalizzato all'identificazione precoce di recidive di malattia e diagnosticare i tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale.



### C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.

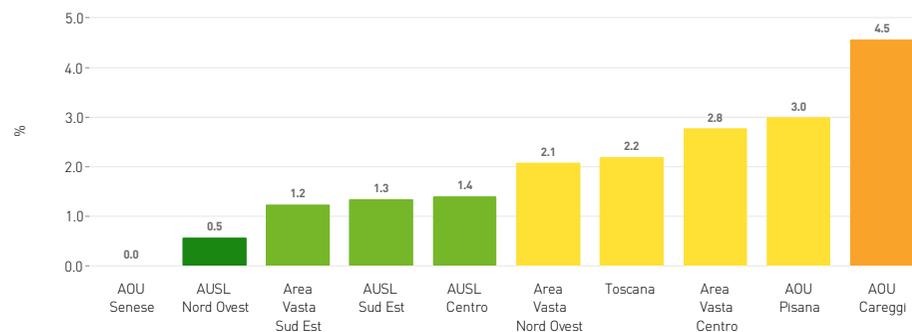


### C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

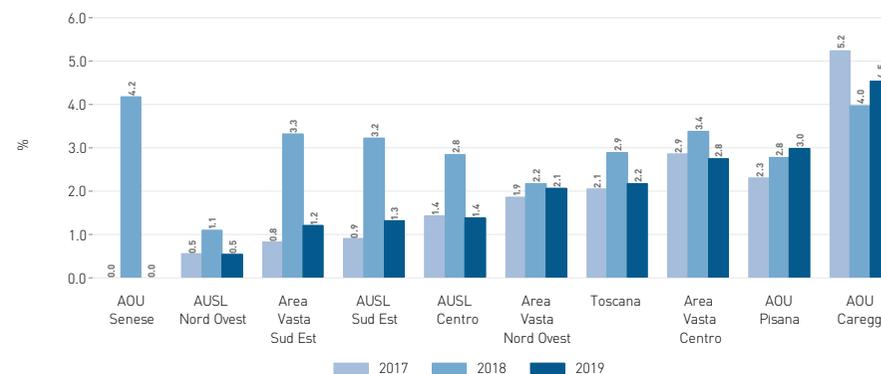
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



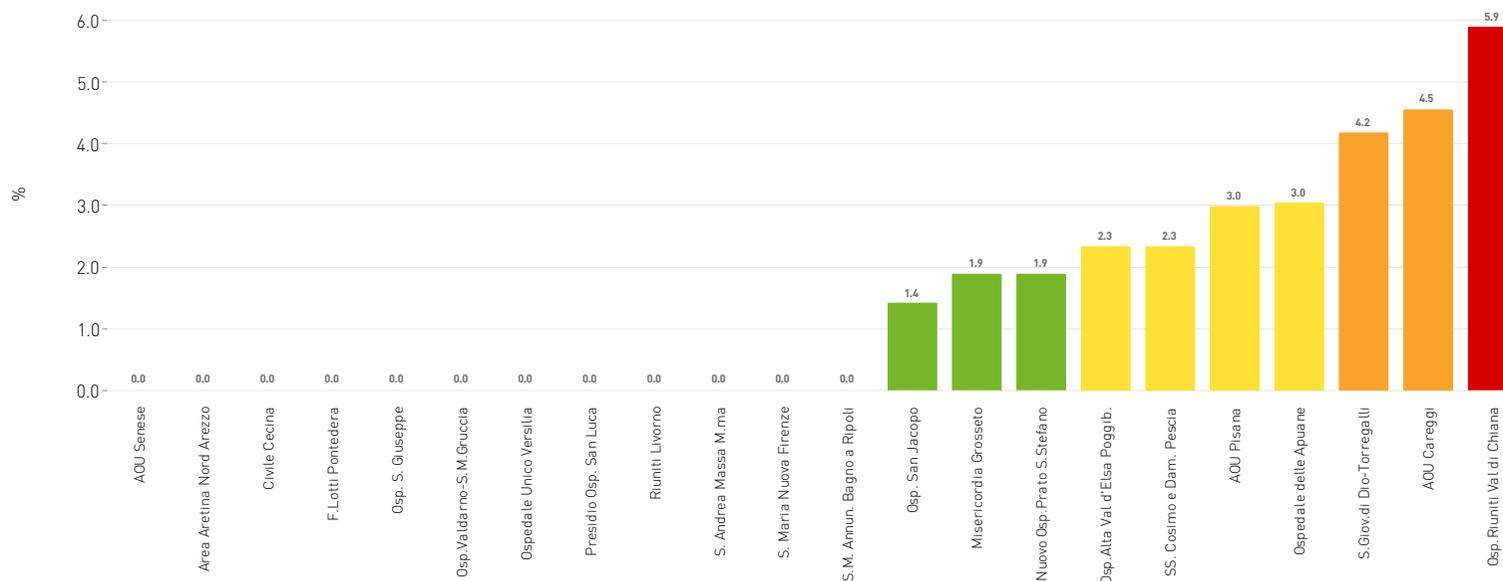
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

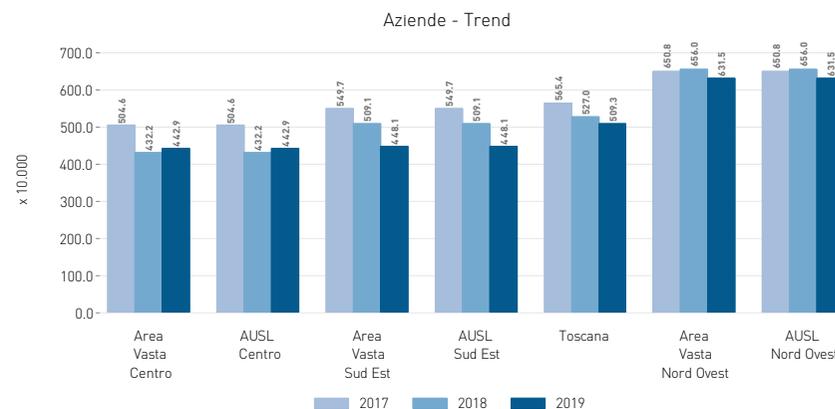
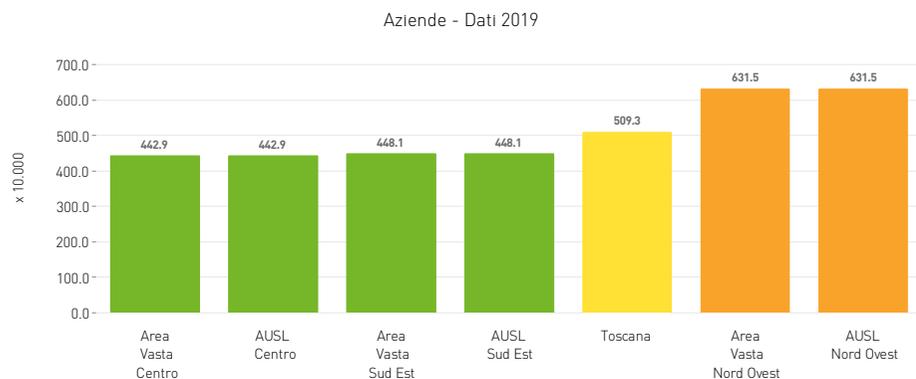


Stabilimenti - Dati 2019

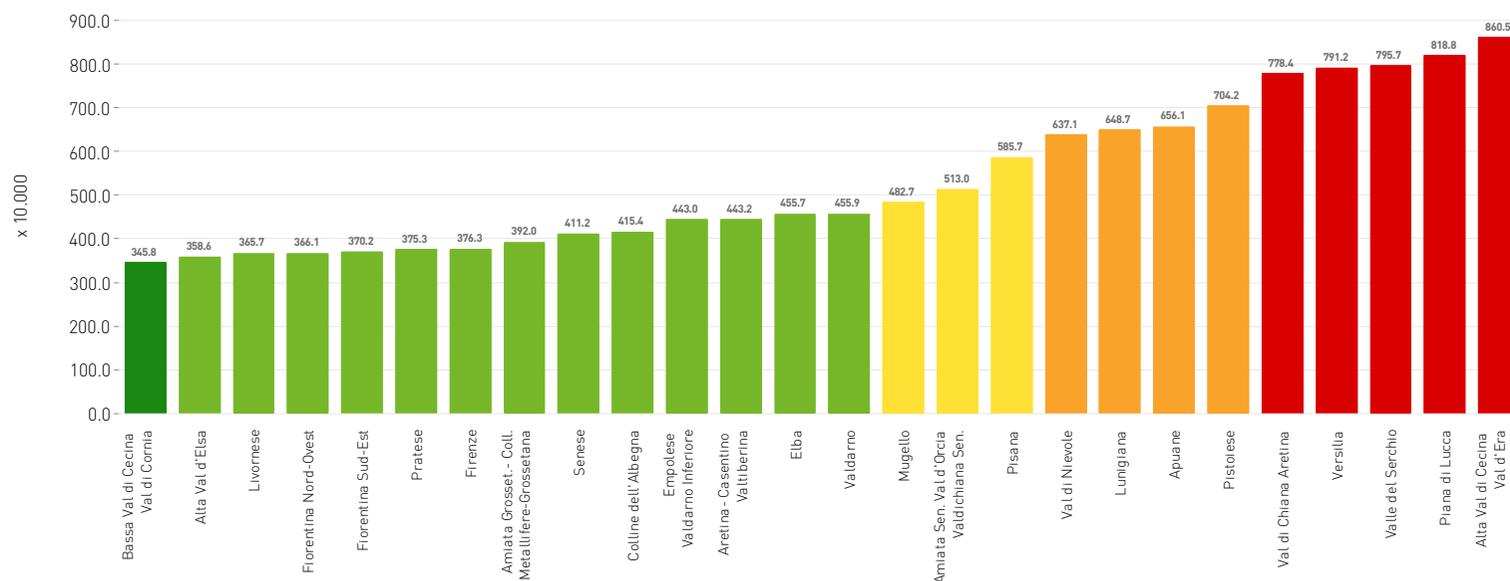


## C10.5 Appropriatelyzza prescrittiva dei biomarcatori tumorali

Il numero di prescrizioni di alcuni biomarcatori tumorali specifici sulla popolazione non affetta da patologia oncologia o gastroenterologia cronica valuta indirettamente l'appropriatelyzza di utilizzo degli stessi. Di fatto, i biomarcatori tumorali sono utili per monitorare un'eventuale recidiva della neoplasia dopo il trattamento del tumore primitivo, e non dovrebbero invece essere prescritti per screening in quanto non riducono la mortalità ma possono causare inutili complicanze da trattamento e assorbimento ingiustificato di risorse.



Zone Distretto - Dati 2019



## C10C Tempi di attesa per la chirurgia oncologica

Questo indicatore riporta i dati sui tempi di attesa come definiti dal Ministero all'interno del Rapporto SDO e nel Nuovo Sistema di Garanzia. Nel primo caso si esprime il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Nel secondo caso esprime la percentuale di ricoveri per intervento per tumore (priorità A) eseguiti entro 30 giorni. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e quelli per Trattamento Sanitario Volontario. Le patologie prese in considerazione sono il tumore alla mammella, alla prostata, al colon, al retto, al polmone, all'utero, melanoma e alla tiroide.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C10C Tempi di attesa per la chirurgia oncologica</b>	●	●	●	●	●	●	●
<i>C10D Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore</i>	73.89	79.41	87.74	69.58	69.89	85.12	58.67
<i>C10.4.7 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella</i>	74.76	75.98	85.29	65.68	81.73	85.58	54.64
<i>C10.4.8 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata</i>	41.30	66.36	83.87	32.30	13.93	82.69	39.32
<i>C10.4.9 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon</i>	84.47	93.17	94.09	95.59	61.83	88.24	72.00
<i>C10.4.10 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto</i>	73.08	87.06	94.64	95.46	47.06	70.37	56.79
<i>C10.4.11 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone</i>	72.57	75.00	90.48		49.09	83.81	87.91
<i>C10.4.12 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero</i>	78.98	79.61	88.30	77.05	63.33	82.35	84.27
<i>C10.4.13 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma</i>	93.10	81.36	98.44	79.17	90.59	97.78	
<i>C10.4.14 Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide</i>	84.35	84.95	54.32	73.53	89.41	79.31	61.77
<i>C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella</i>	27.61	27.49	26.86	31.00	20.37	23.12	34.23
<i>C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata</i>	55.76	33.89	30.32	91.17	75.16	27.05	45.38
<i>C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon</i>	22.12	15.80	19.80	17.67	35.18	14.39	27.32
<i>C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto</i>	32.74	18.31	23.38	20.51	47.51	40.86	46.21
<i>C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone</i>	27.14	30.29	22.18		36.38	33.42	18.43
<i>C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero</i>	28.52	25.03	26.01	28.52	35.90	13.09	30.78

## C10C Tempi di attesa per la chirurgia oncologica

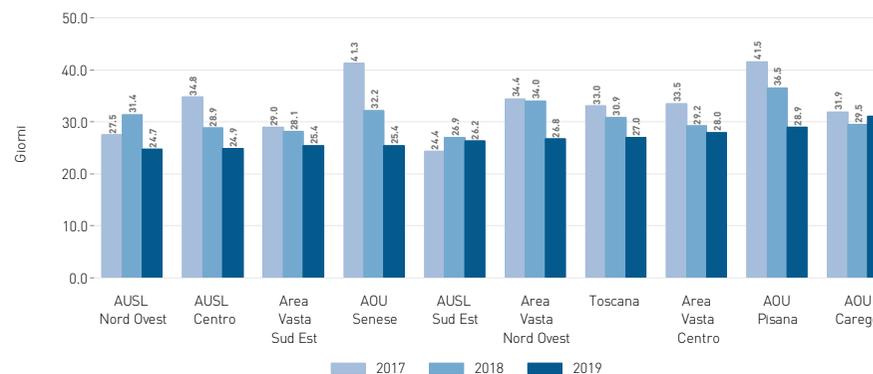
Questo indicatore riporta i dati sui tempi di attesa come definiti dal Ministero all'interno del Rapporto SDO e nel Nuovo Sistema di Garanzia. Nel primo caso si esprime il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Nel secondo caso esprime la percentuale di ricoveri per intervento per tumore (priorità A) eseguiti entro 30 giorni. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e quelli per Trattamento Sanitario Volontario. Le patologie prese in considerazione sono il tumore alla mammella, alla prostata, al colon, al retto, al polmone, all'utero, melanoma e alla tiroide.



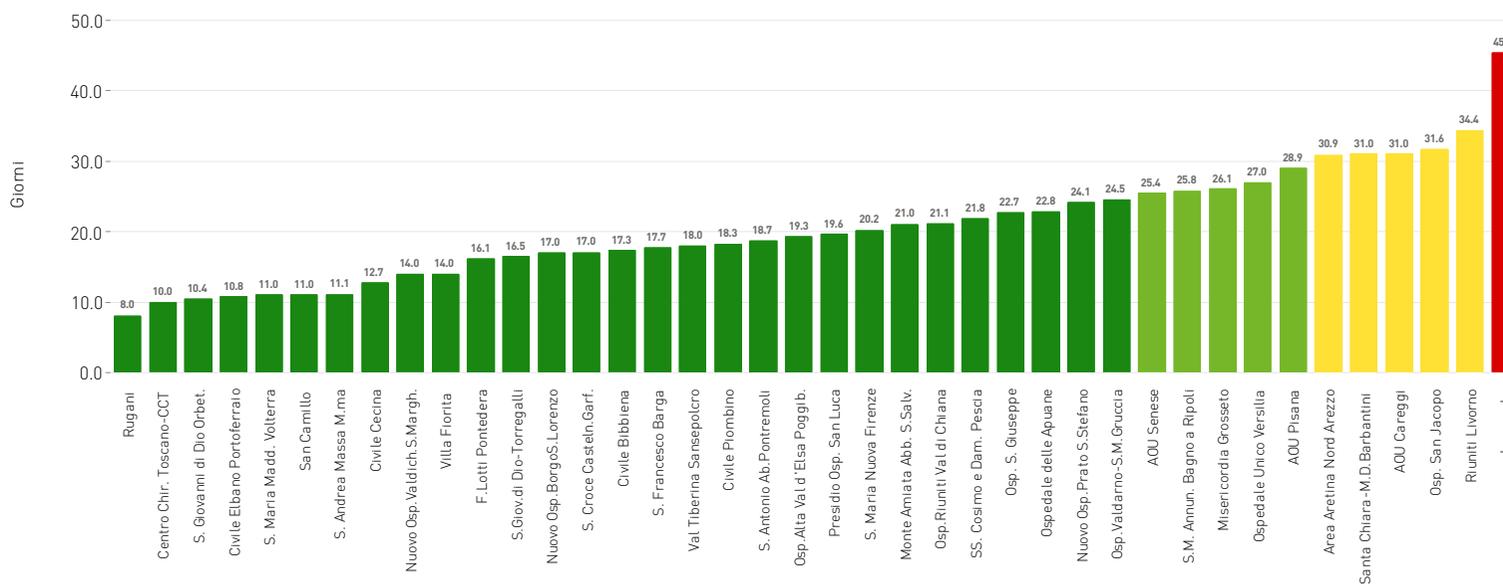
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

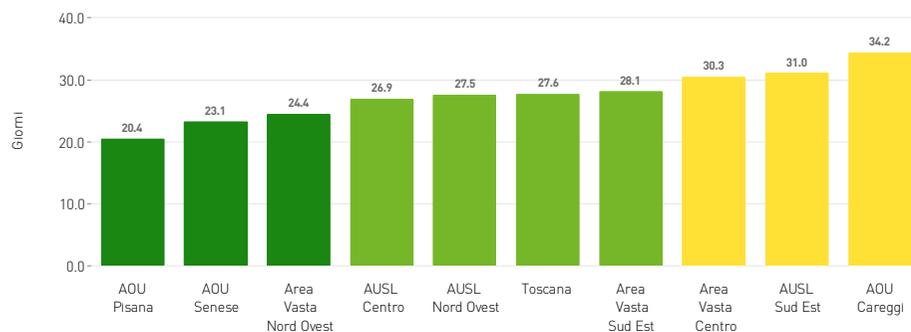


### C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella

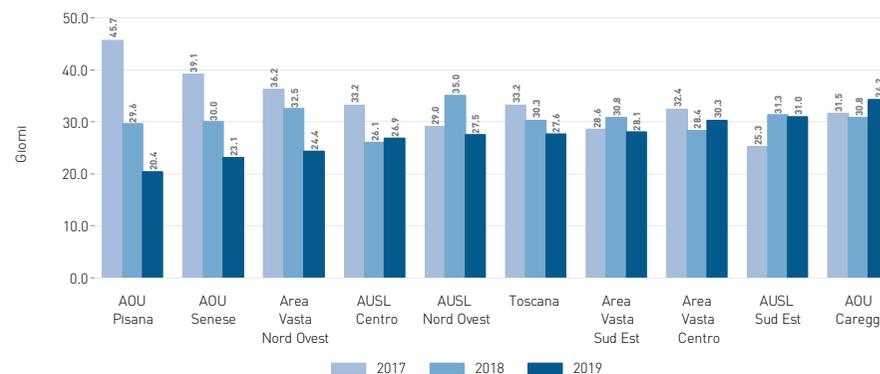
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno alla mammella e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV). La valutazione dei risultati avviene tenendo conto degli standard individuati dal Ministero per i tempi d'attesa e, allo stesso tempo, dai volumi di attività chirurgica per tumore mammario. Secondo questo criterio misto, le Aziende che raggiungono gli standard di tempestività attesi, ma non realizzano un numero di interventi pari o superiore ai 150 casi, ottengono valutazioni pessime (fascia rossa).



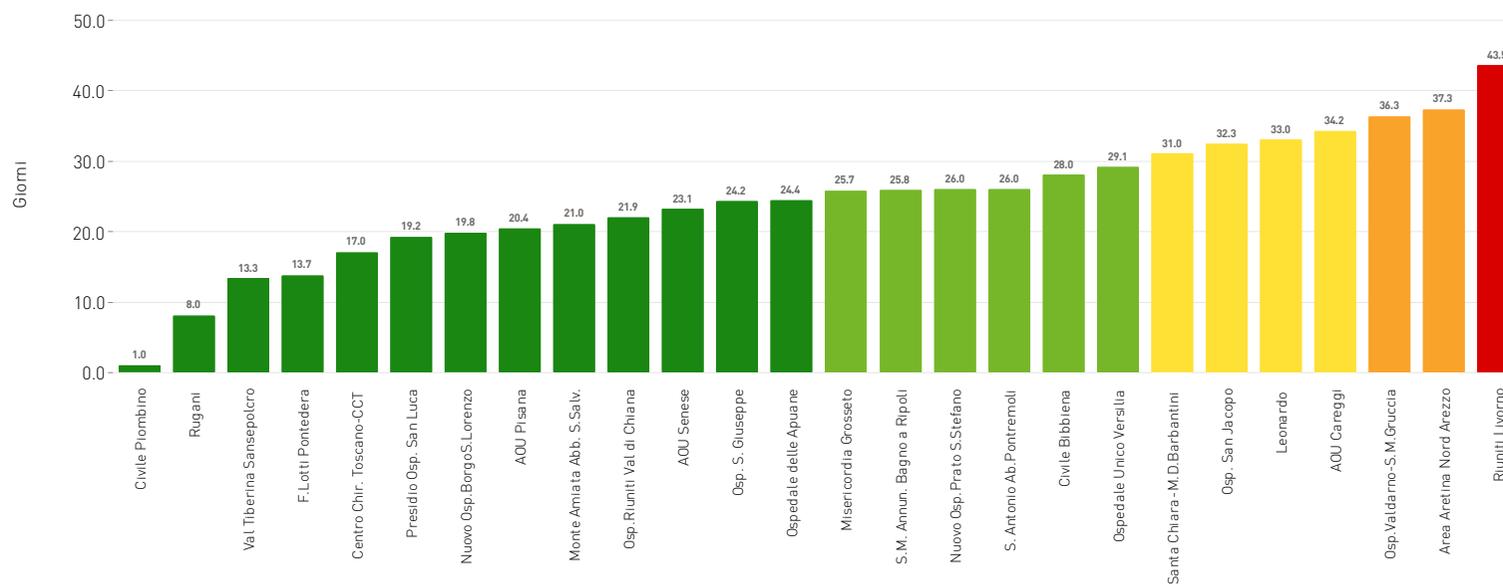
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

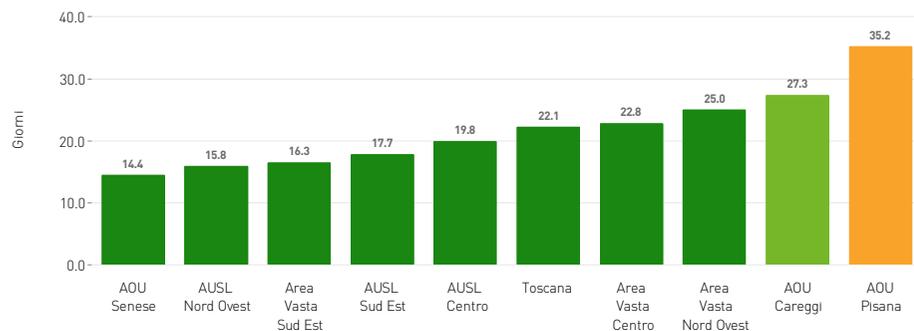


### C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon

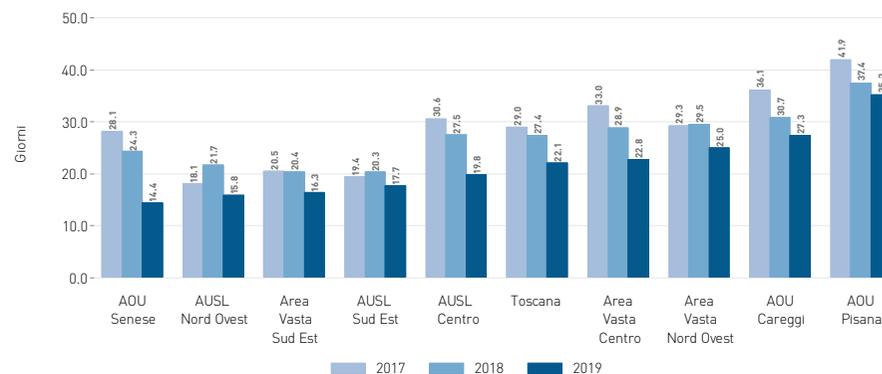
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al colon e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



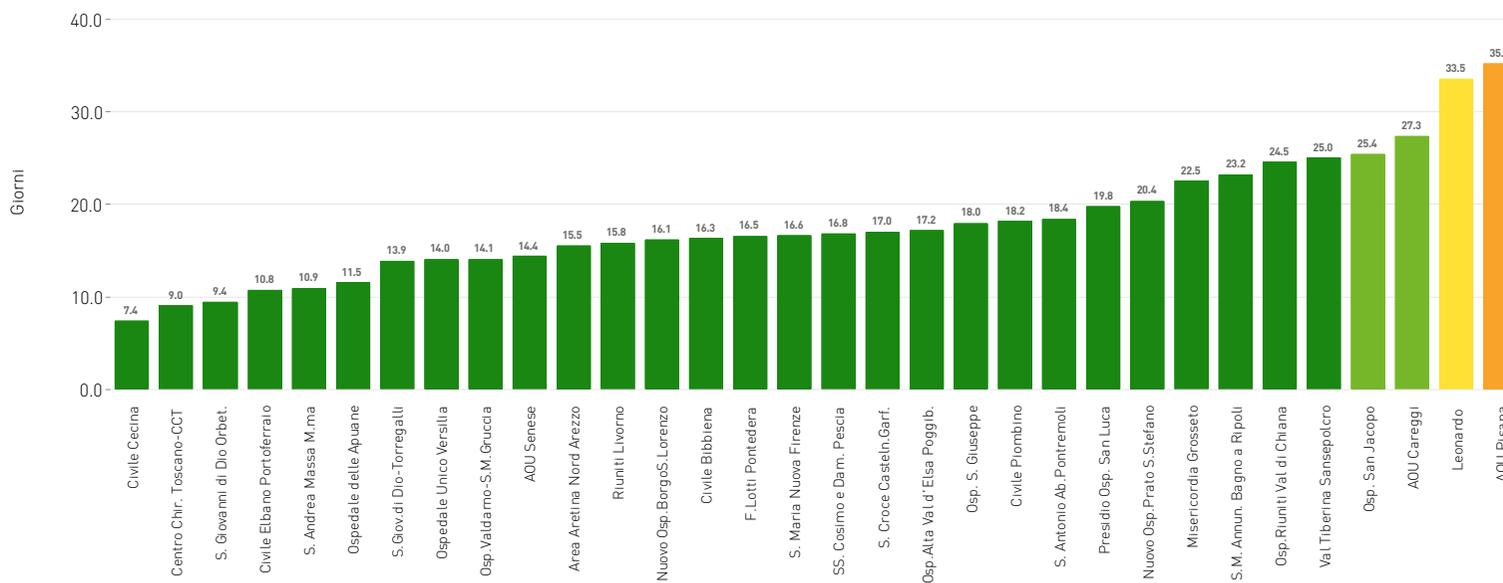
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

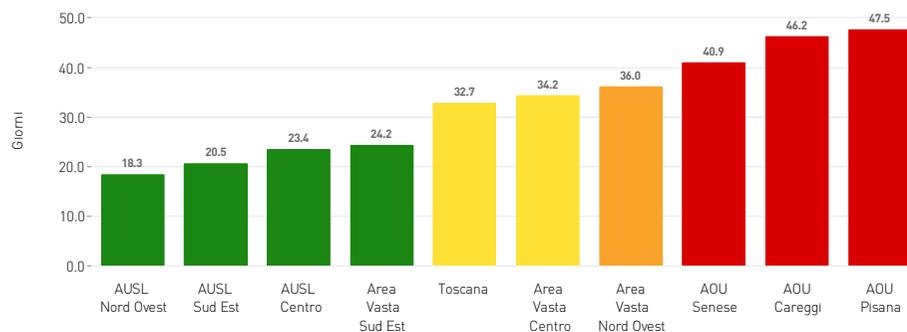


### C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto

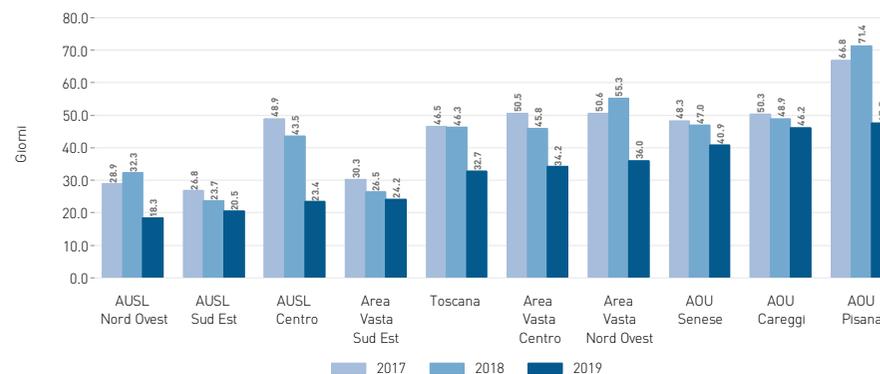
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al retto e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quelli per Trattamento Sanitario Volontario (TSV).



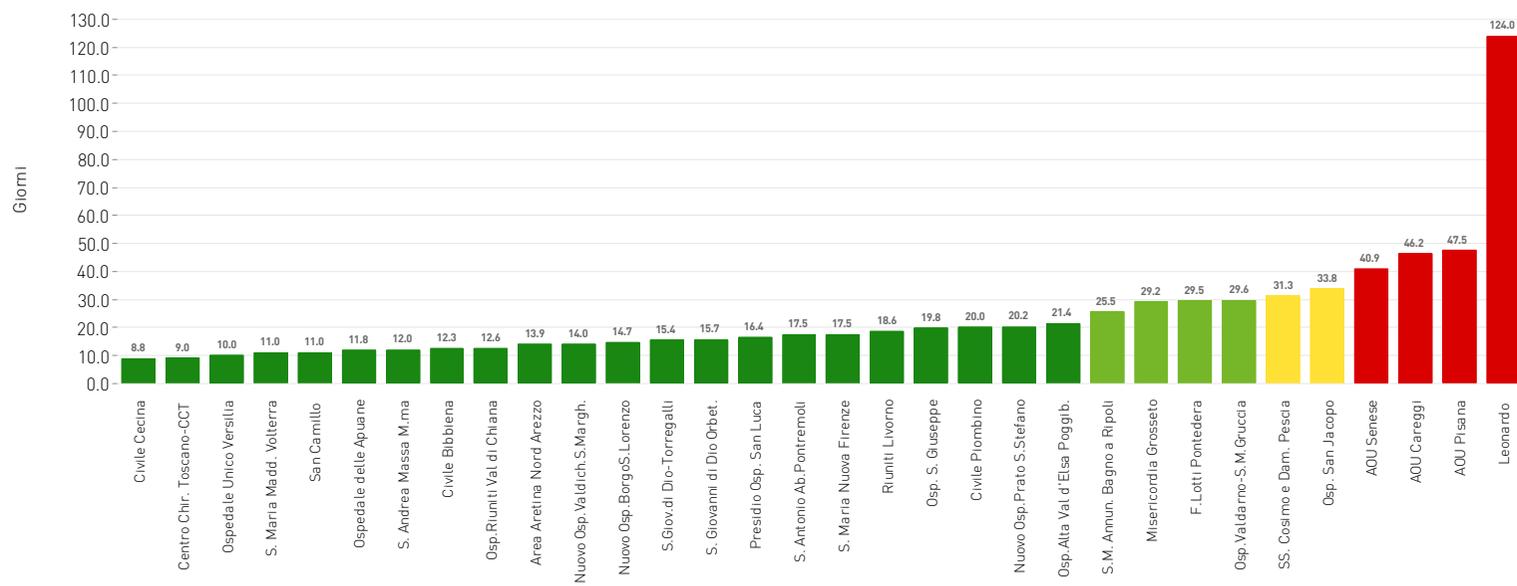
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

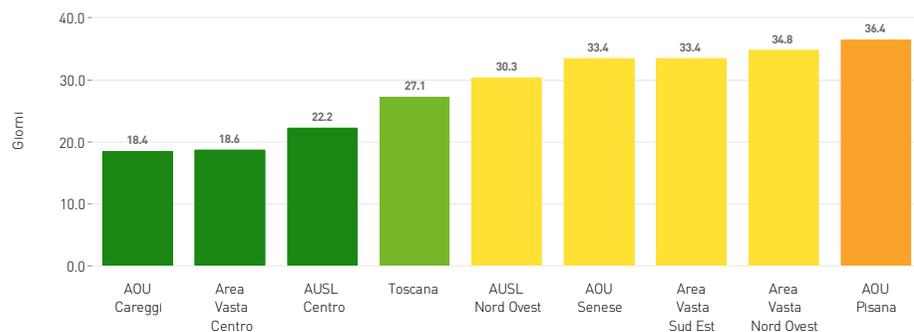


### C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone

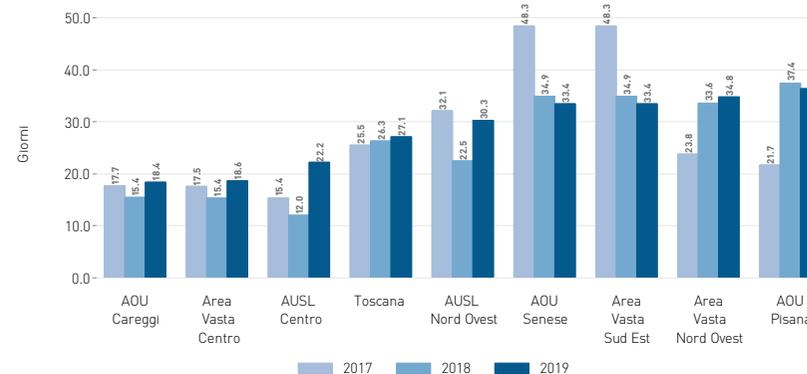
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno al polmone e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e quelli per Trattamento Sanitario Volontario.



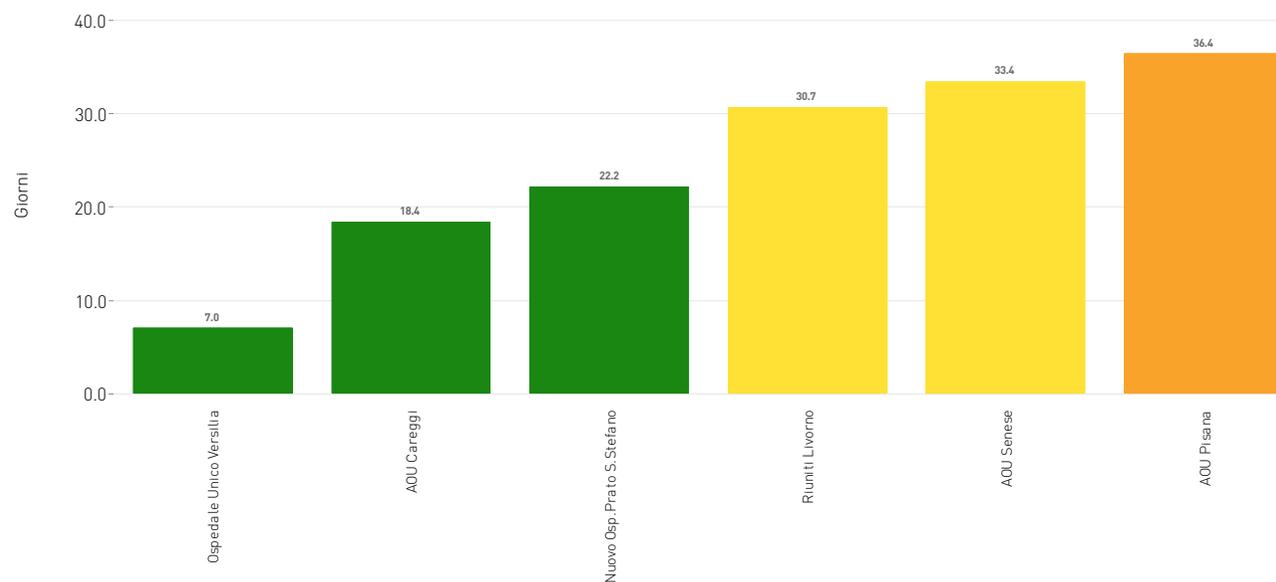
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



### C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero

Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore maligno all'utero e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e quelli per Trattamento Sanitario Volontario.



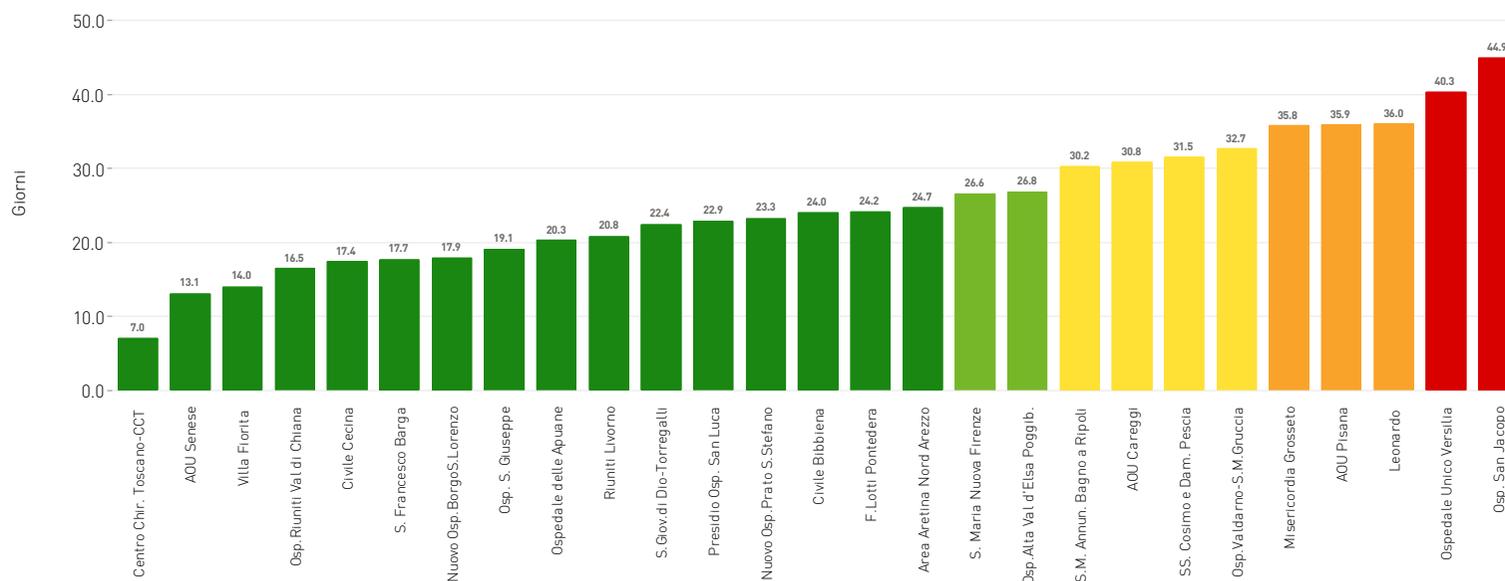
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C11A Efficacia assistenziale territoriale

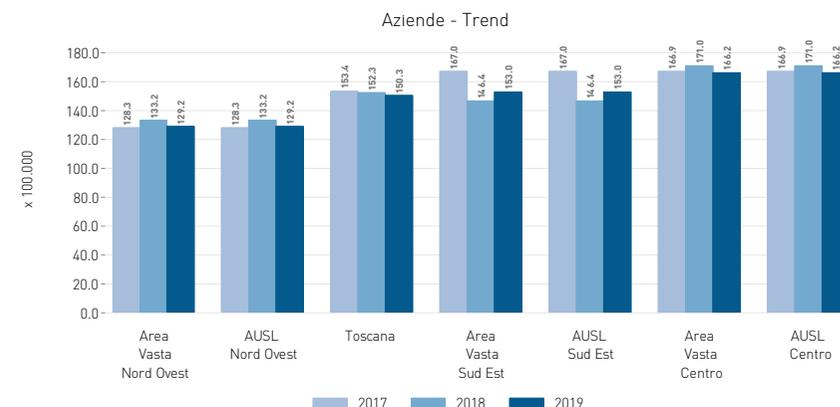
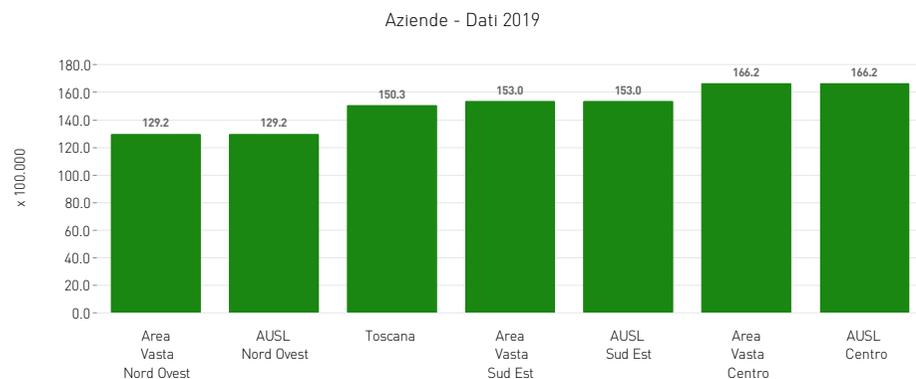
I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità o i livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la capacità dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano, pertanto, strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute. Gli indicatori che seguono si propongono di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale. Le misurazioni di efficacia indiretta delle cure primarie, attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza, sono integrate con rilevazioni sulla capacità di presa in carico e compensazione della malattia sul territorio stesso.



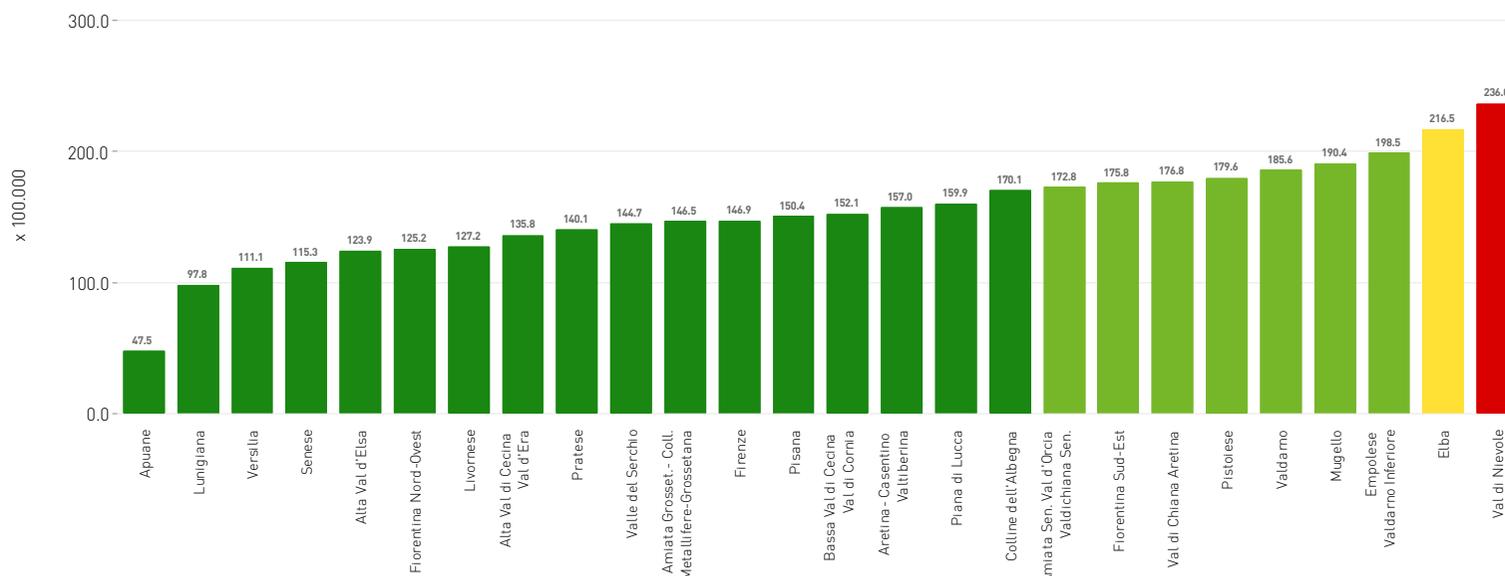
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>C11A Efficacia assistenziale territoriale</b>	●	●	●	●
C11A.1 Scopenso Cardiaco				
C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	150.33	129.19	166.20	153.02
<i>D03CC Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per scopenso cardiaco</i>	287.60	219.75	314.26	337.28
C11A.1.2A Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	68.29	67.62	66.94	71.49
C11A.1.2B Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	53.02	53.29	51.11	55.78
C11A.1.3 Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani	57.64	56.65	58.29	57.93
C11A.1.4 Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	59.32	61.84	60.10	54.50
C11A.2 Diabete				
C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	15.94	14.73	18.73	12.41
<i>D03CA Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete</i>	18.43	17.10	20.37	16.76
C11A.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	62.54	59.12	63.18	66.97
C11A.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	35.63	34.90	34.29	39.30
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	24.18	32.17	20.68	18.79
<i>C11A.2.4.4 Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti</i>	76.10	94.95	79.02	41.59
C11A.3 BPCO				
C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	25.48	19.68	35.17	16.11
<i>D03CB Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per BPCO</i>	29.56	17.63	42.43	23.42
C11A.5 Ictus				
C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	61.40	62.88	60.01	61.90
C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	7.85	6.15	8.83	8.57
<i>C8D.1.1 Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per titolo di studio</i>	0.99	0.93	1.16	0.85
C8D.1.2 Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per diabete, scopenso e BPCO per titolo di studio	0.85	0.73	1.03	0.76

### C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scopenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74 anni, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella presa in carico. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronic-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni può essere giustificato dalla complessità dei casi trattati.



Zone Distretto - Dati 2019

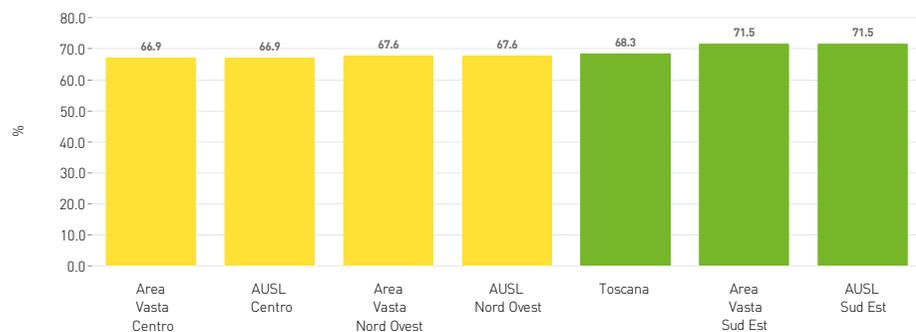


## C11A.1.2A Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina

La misurazione della creatinina nei pazienti affetti da scompenso cardiaco rappresenta un'importante attività di monitoraggio di tale patologia cronica. I dati per questo indicatore di follow-up a livello ambulatoriale provengono dalla banca dati delle malattie croniche MaCro dell'ARS Toscana.



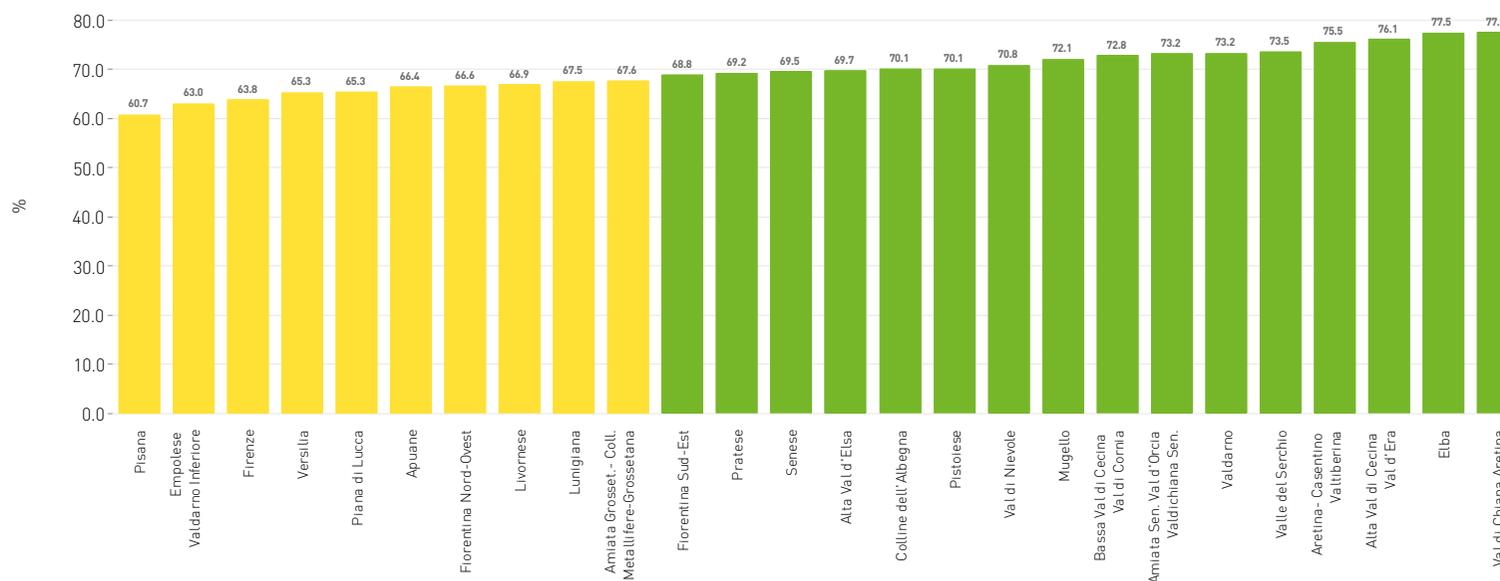
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019



### C11A.1.2B Residenti con Scompeso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio

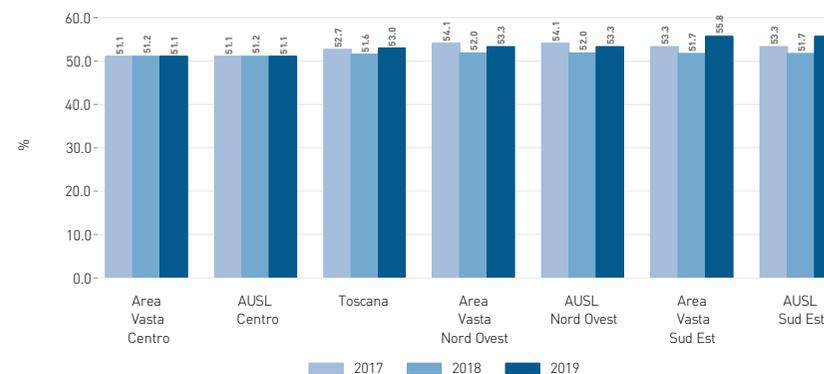
La misurazione di sodio e potassio nei pazienti affetti da scompenso cardiaco rappresenta un'importante attività di monitoraggio di tale patologia cronica. I dati per questo indicatore di follow-up a livello ambulatoriale provengono dalla banca dati delle malattie croniche MaCro dell'ARS Toscana.



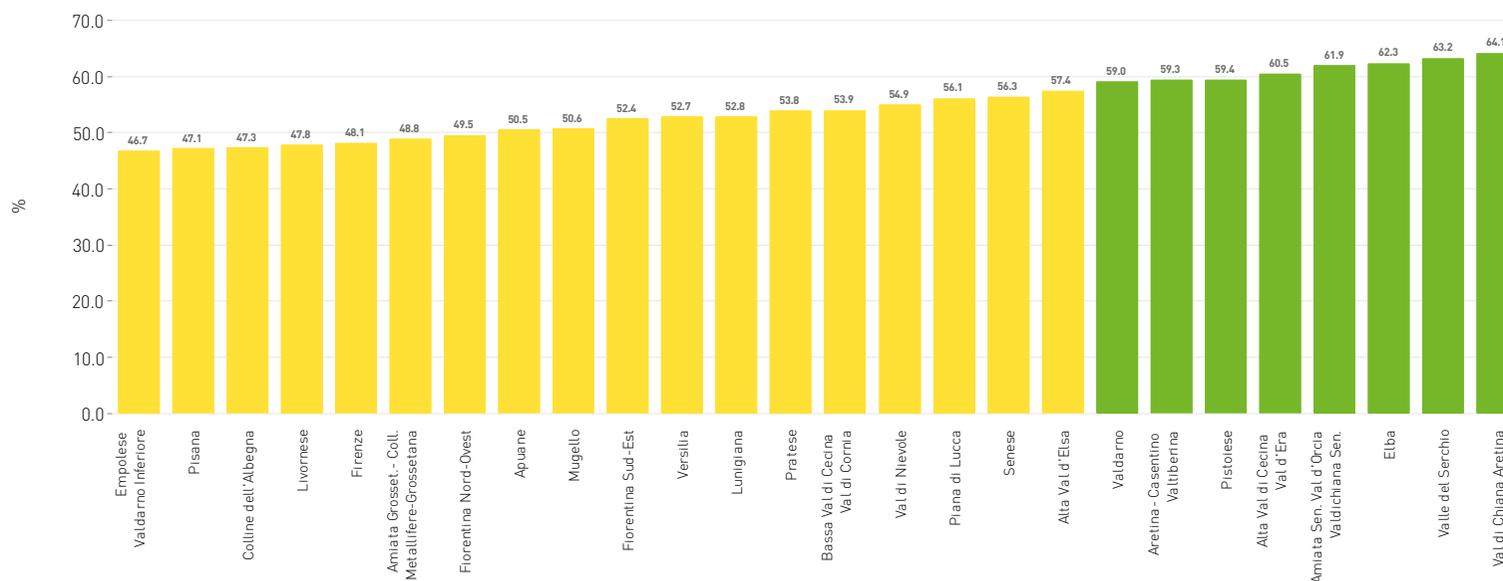
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

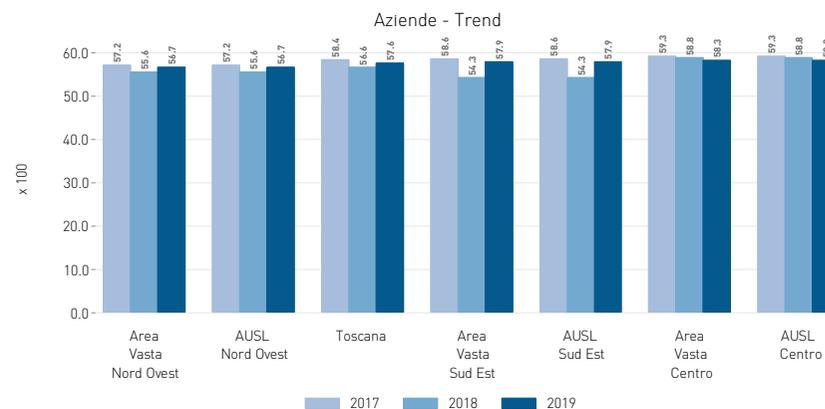
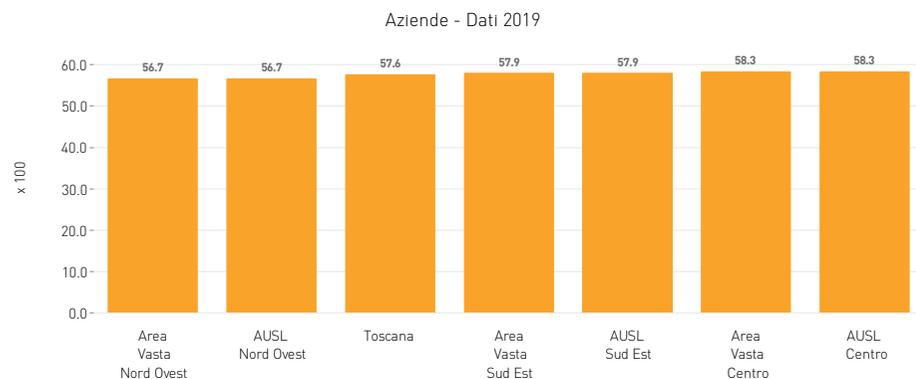


Zone Distretto - Dati 2019

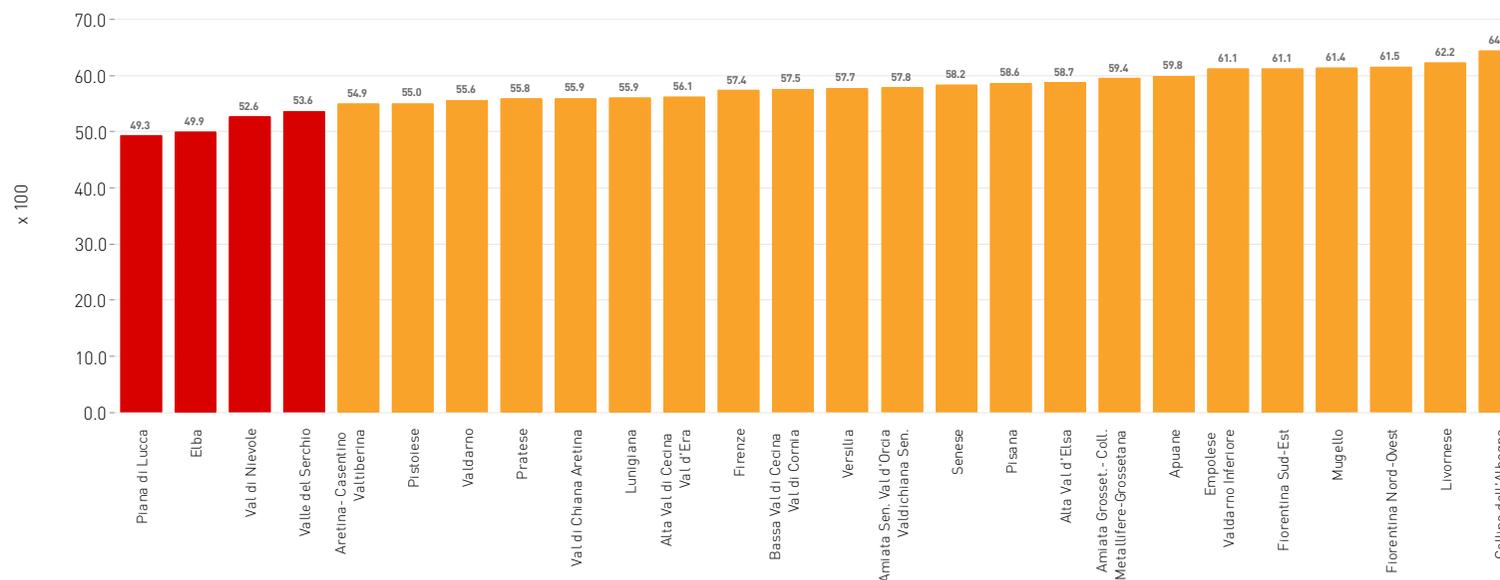


### C11A.1.3 Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani

L'indicatore che segue misura il livello di adesione alle linee guida terapeutiche per la gestione dello scompenso cardiaco, valutando il grado di prescrizione del trattamento farmacologico a livello ambulatoriale dei pazienti scompensati. Il consumo di ACE-inibitore o sartani da parte di soggetti scompensati viene rilevato attraverso i flussi regionali della Farmaceutica Convenzionata e della Farmaceutica Diretta. Fonte dei dati: MaCro ARS Toscana.



Zone Distretto - Dati 2019



### C11A.1.4 Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante

La percentuale di "Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con betabloccante" è, come il precedente, un indicatore sul trattamento farmacologico a livello ambulatoriale dei pazienti con scopenso cardiaco. I dati provengono da MaCro ARS Toscana.



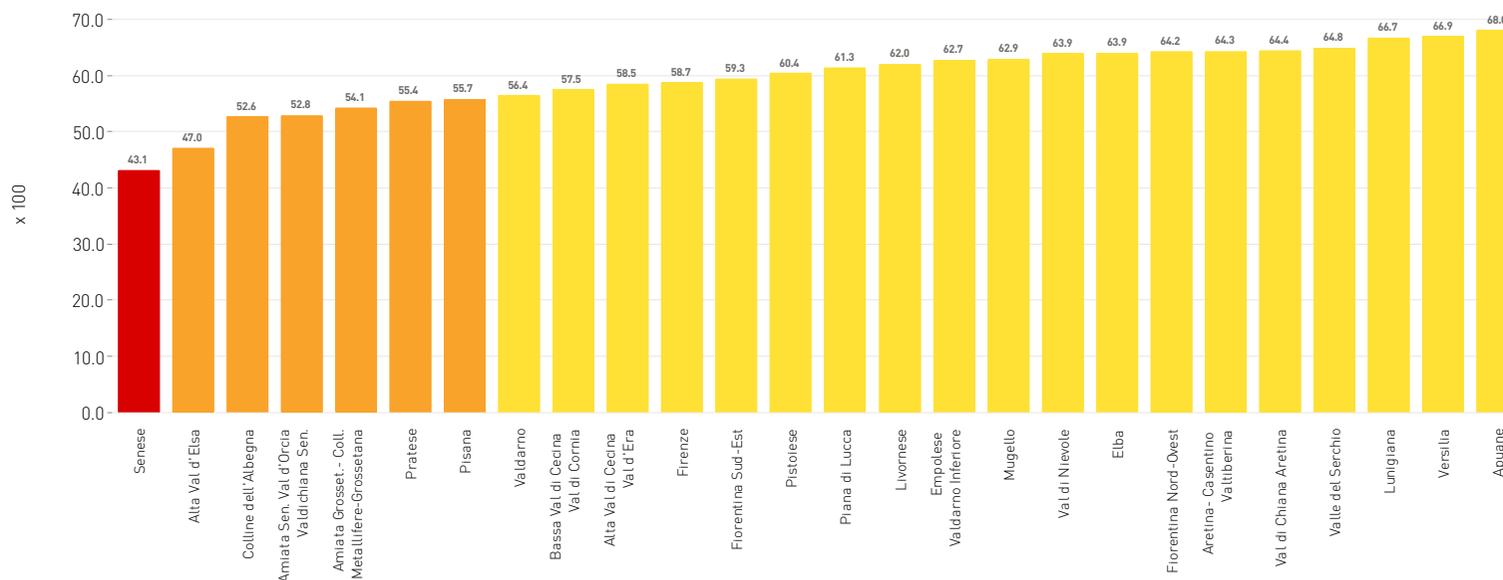
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

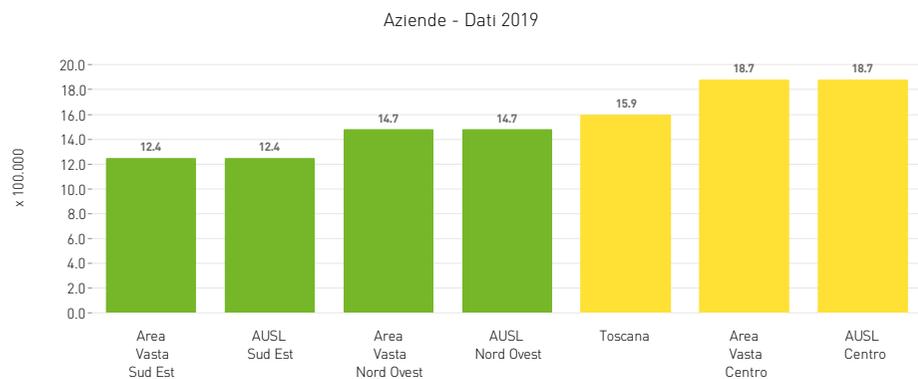


Zone Distretto - Dati 2019

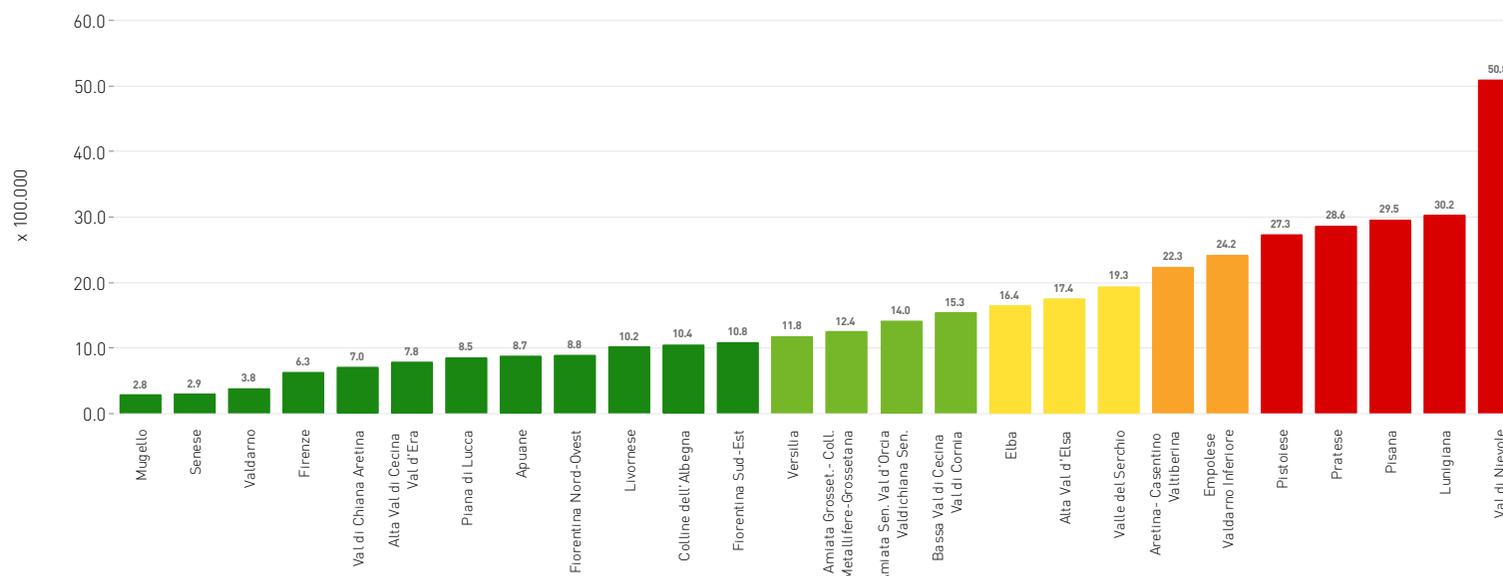


## C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)

Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale [Rapporto Osservasalute 2012]. In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile proxy, il tasso di ricovero per diabete.

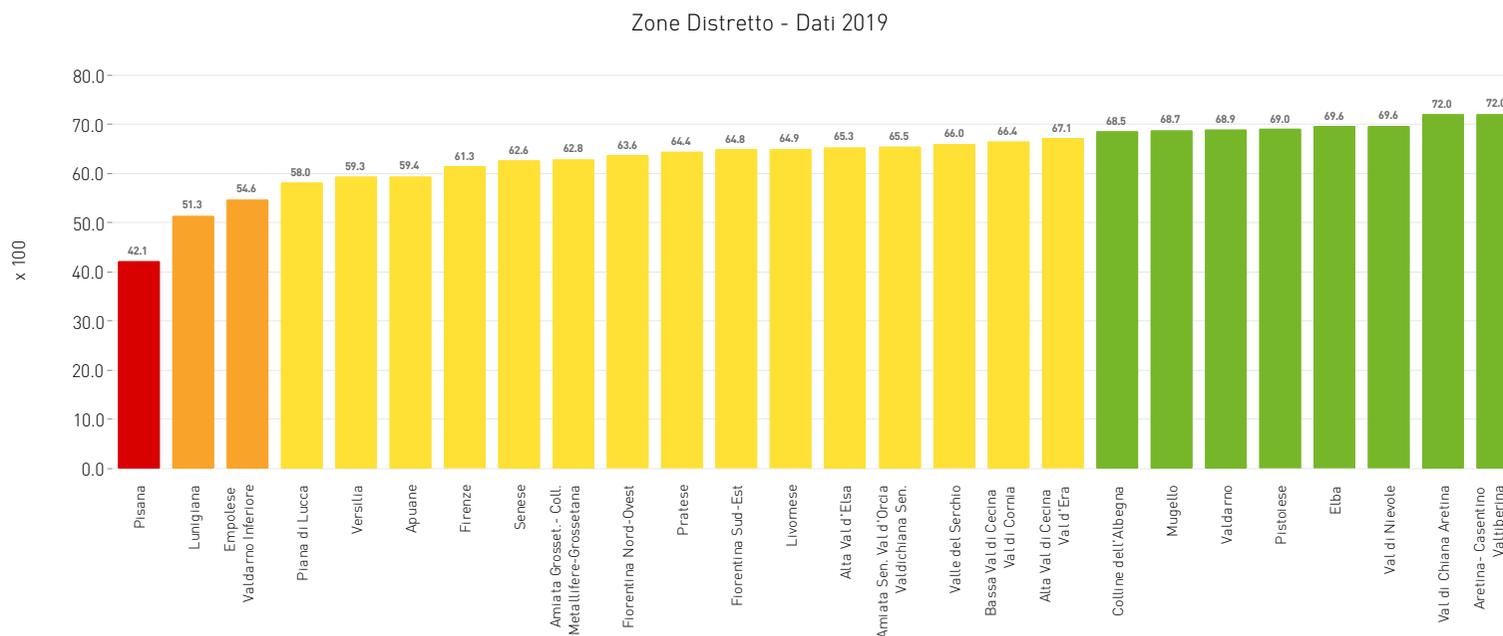
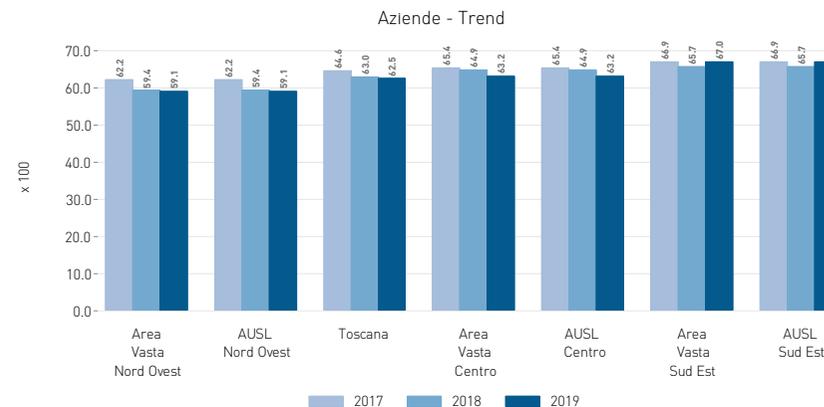
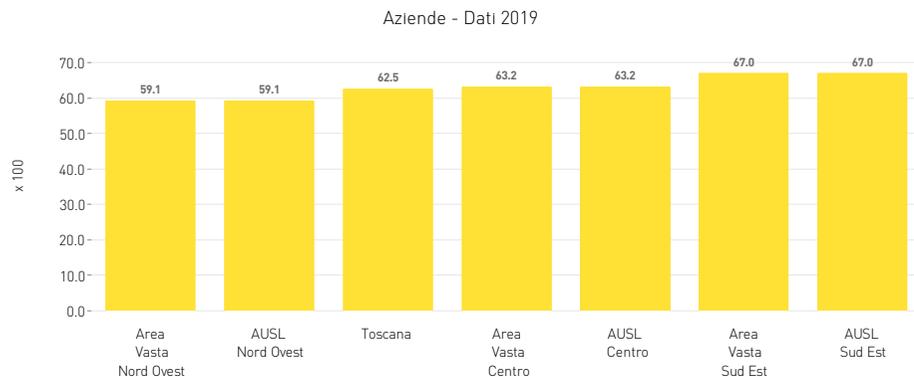


Zone Distretto - Dati 2019



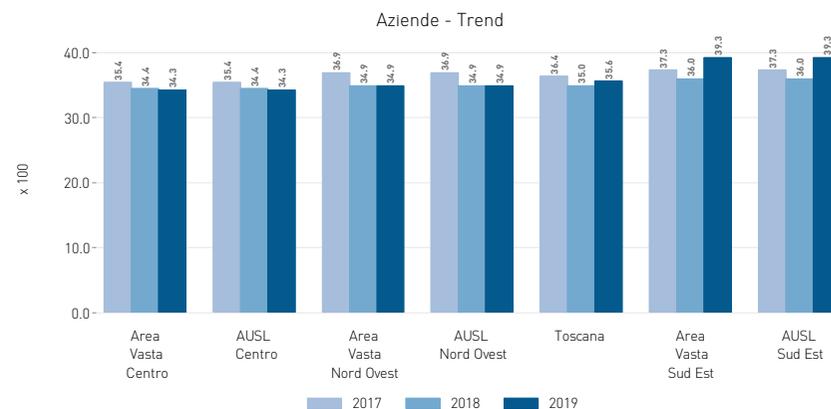
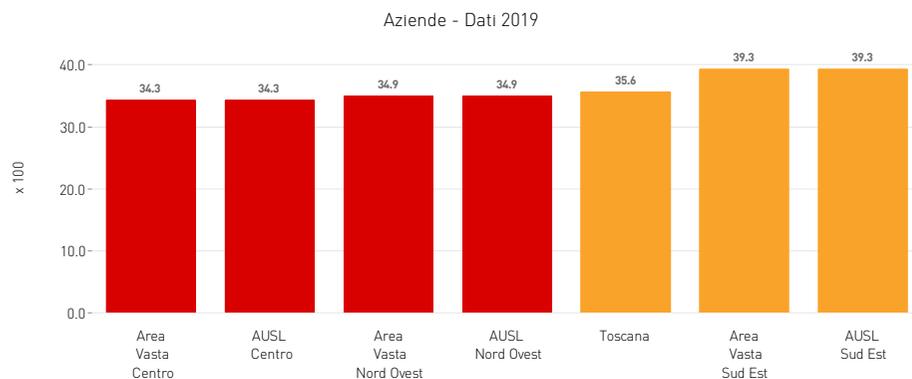
## C11A.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata

L'esame dell'emoglobina glicata è espressione della glicemia media nel lungo periodo; si tratta quindi di un esame molto utile per monitorare il controllo glicemico del paziente diabetico. I dati sono elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) utilizzando la banca dati MaCro ARS Toscana.

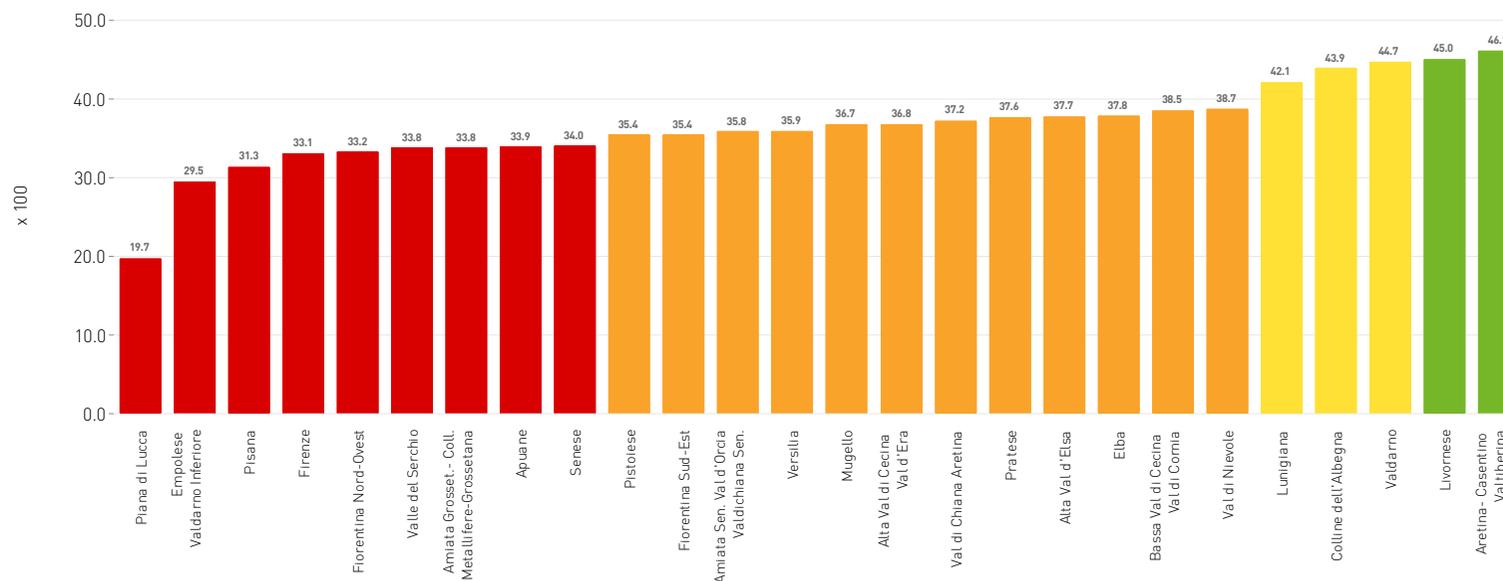


### C11A.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni

L'indicatore "Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni" è un indicatore di follow-up a livello ambulatoriale dei pazienti affetti da diabete mellito. L'esame è utile a diagnosticare precocemente l'insorgenza della retinopatia diabetica che può manifestarsi come complicanza della patologia cronica. Fonte dei dati: MaCro ARS Toscana.



Zone Distretto - Dati 2019



### C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

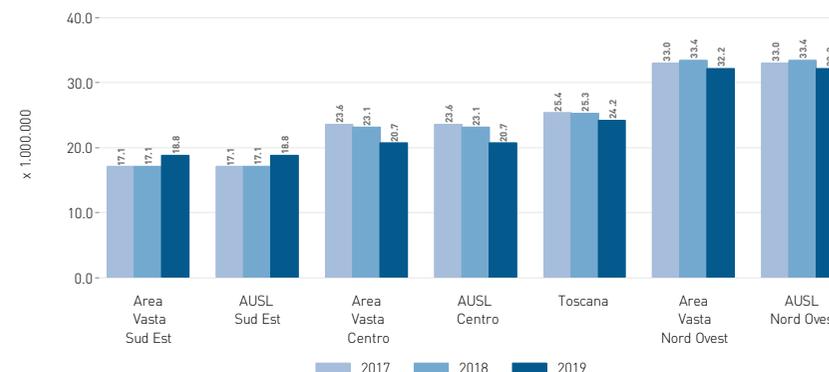
I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario per conseguenza un contestuale miglioramento nella gestione delle complicazioni croniche. Il "piede diabetico" rappresenta un insieme di complicanze agli arti inferiori dovute alla patologia diabetica che, quando non identificate precocemente e trattate tempestivamente, possono rendere inevitabile l'amputazione dell'arto. Nel complesso, la chiave per il trattamento efficace di questi pazienti è l'approccio multidisciplinare: una corretta cura del piede, l'integrazione tra i diversi professionisti coinvolti e le procedure di rivascolarizzazione possono migliorare la prognosi del paziente e ridurre la necessità di intervenire chirurgicamente [Faglia et al., 2009]. L'indicatore C11a.2.4 monitora il tasso di amputazioni nei pazienti diabetici, associando un giudizio positivo ad una sua riduzione, al fine di valutare l'organizzazione complessiva del percorso assistenziale e la tempestività delle cure [Nuti et al. 2014; Nuti et al. 2016]



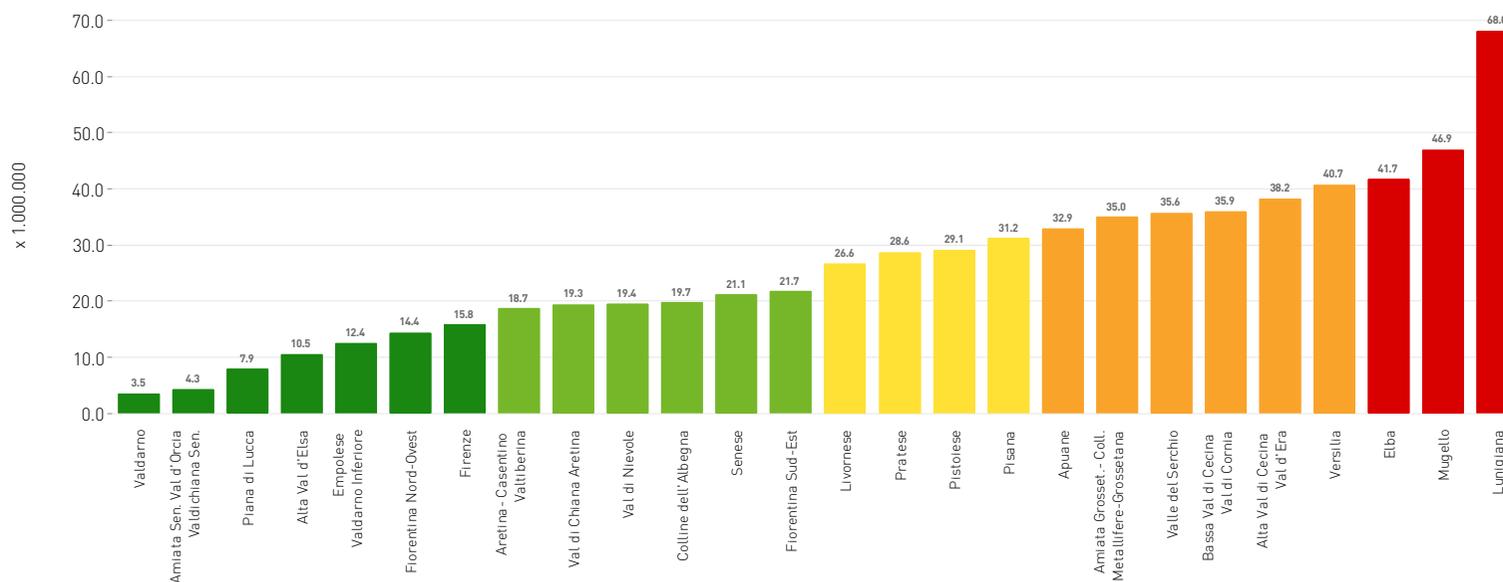
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

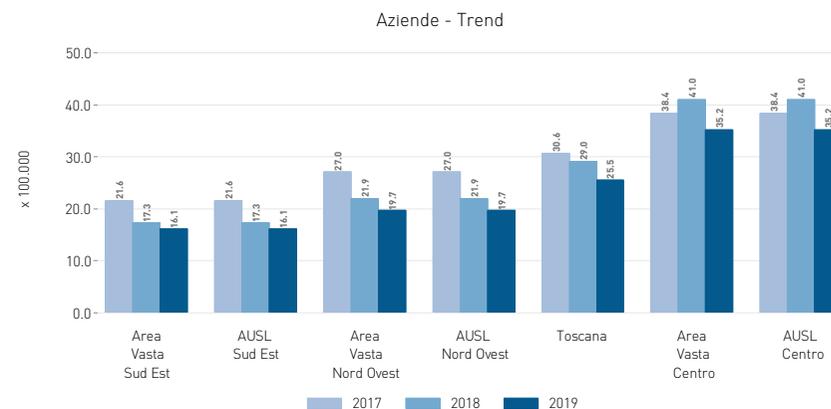
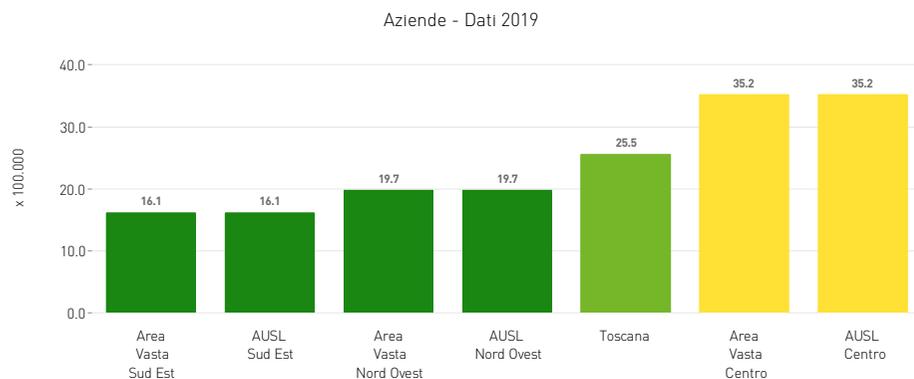


Zone Distretto - Dati 2019

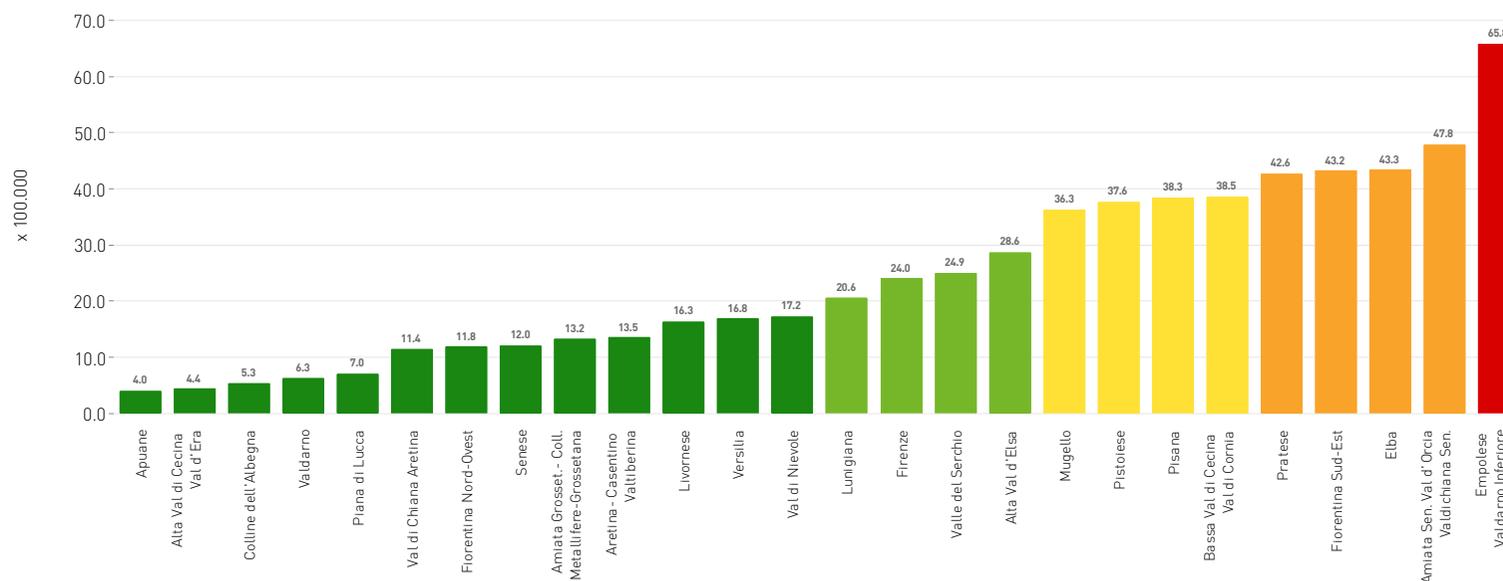


### C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Per le broncopneumopatie croniche ostruttive, alla pari di molte malattie croniche-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005). L'indicatore monitora quindi il tasso di ospedalizzazione per BPCO come proxy di qualità dei servizi assistenziali.

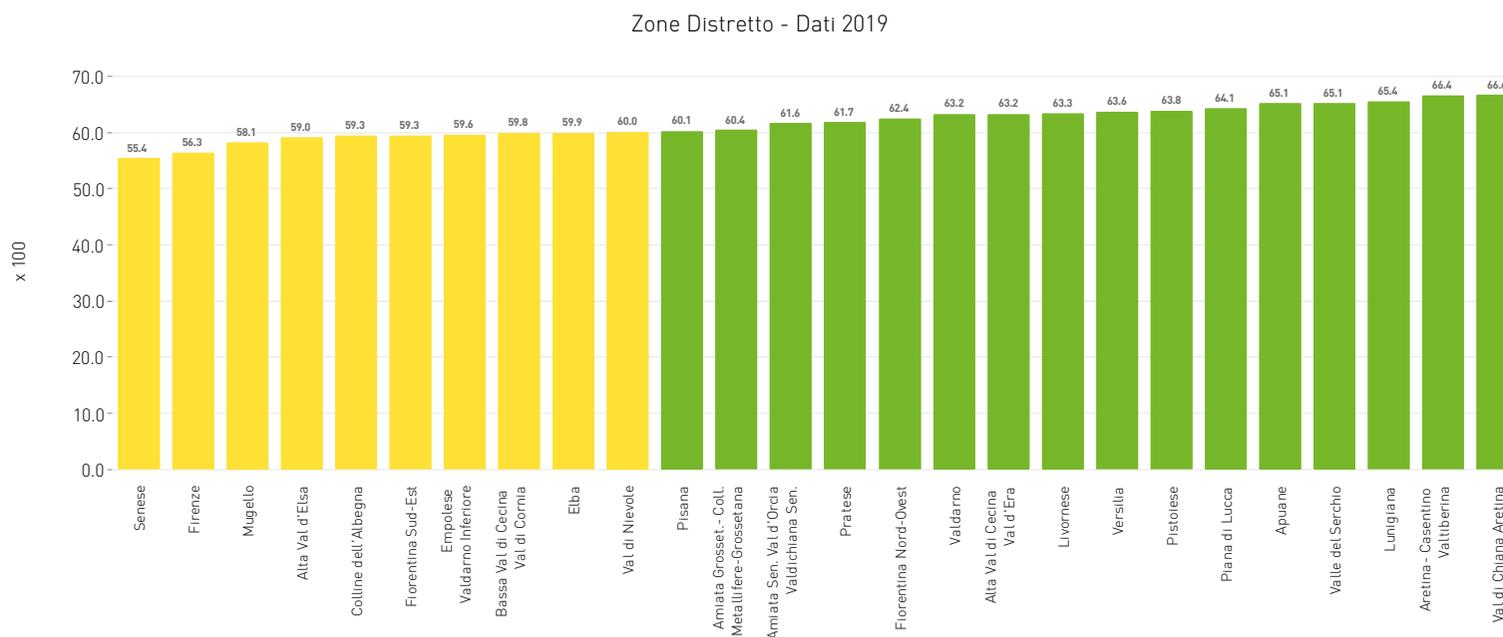
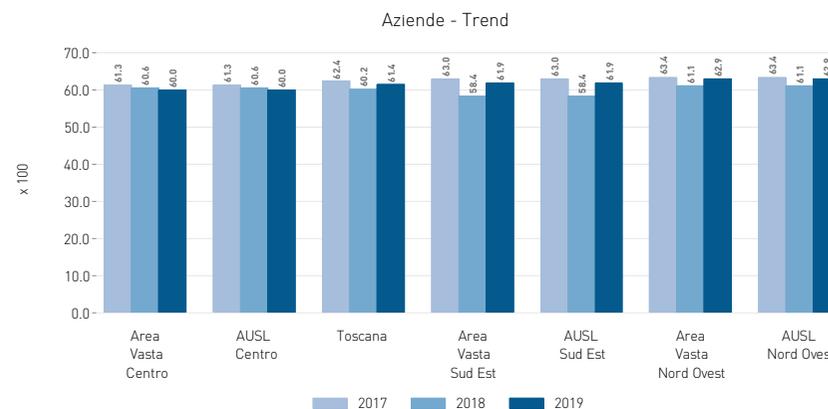
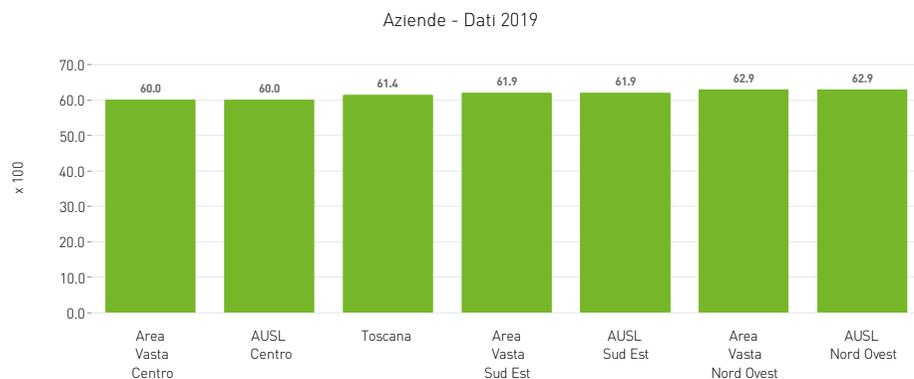


Zone Distretto - Dati 2019



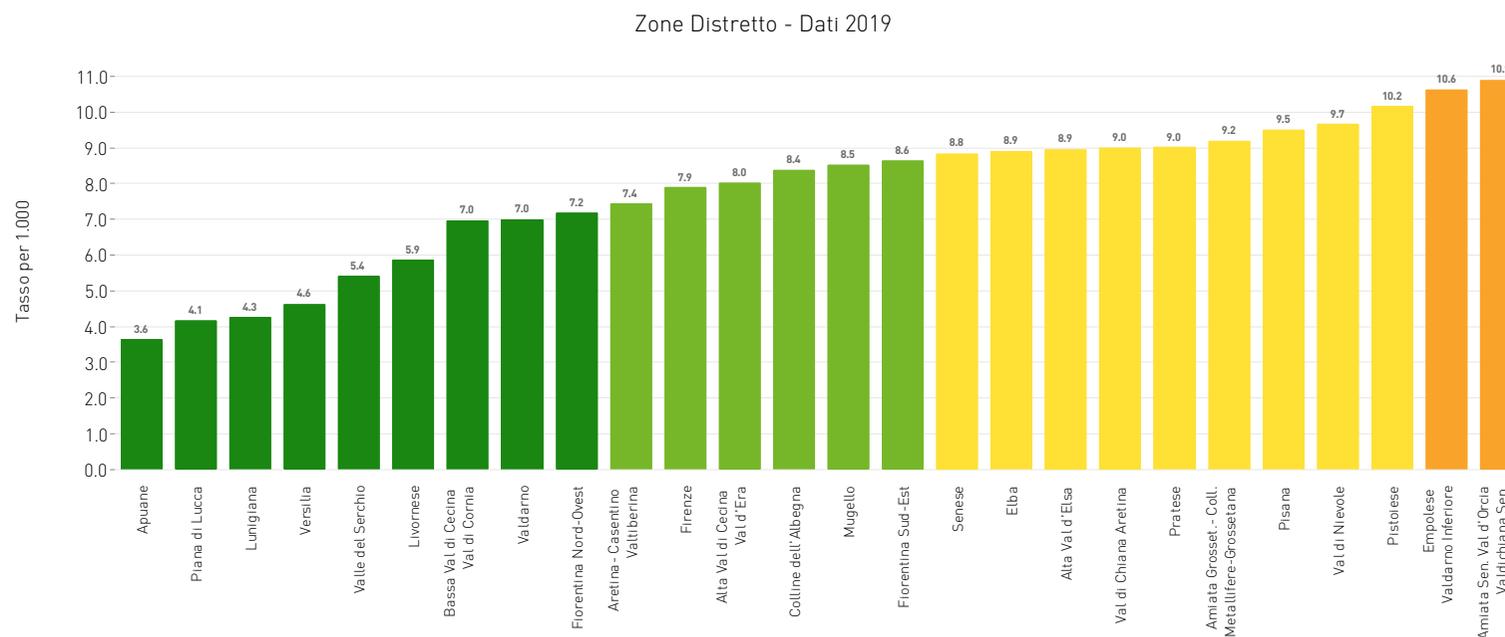
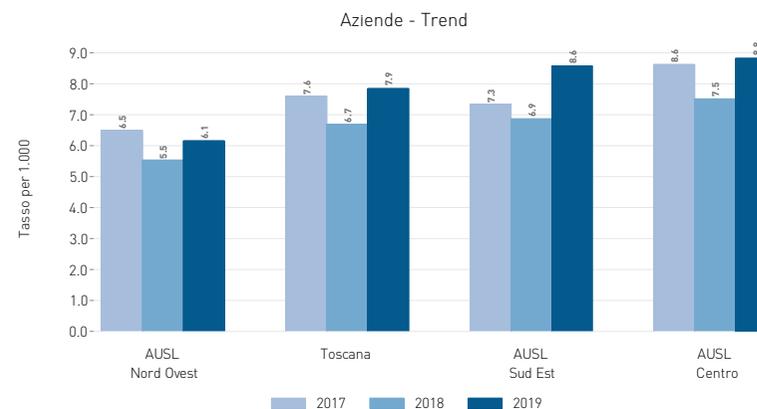
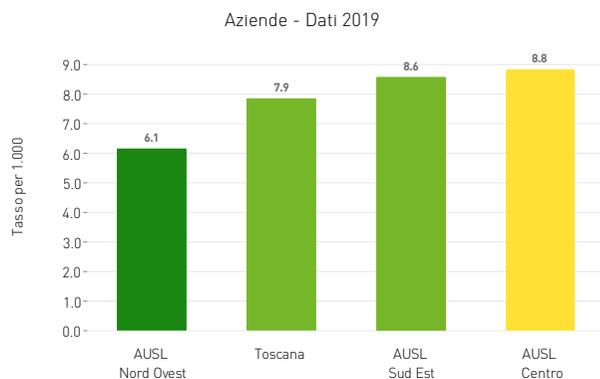
### C11A.5.1 Residenti con ictus in terapia antitrombotica

La percentuale di residenti con ictus in terapia con terapia antitrombotica è un indicatore del trattamento farmacologico a livello ambulatoriale dei pazienti che hanno avuto un ictus non emorragico o TIA (Transient Ischemic Attack). Il trattamento farmacologico è utile ai fini della prevenzione delle recidive. Fonte dei dati: MaCro ARS Toscana



## C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti

Questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", perché un'assistenza ambulatoriale appropriata può contribuire a tenere sotto controllo la malattia, evitando riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati.

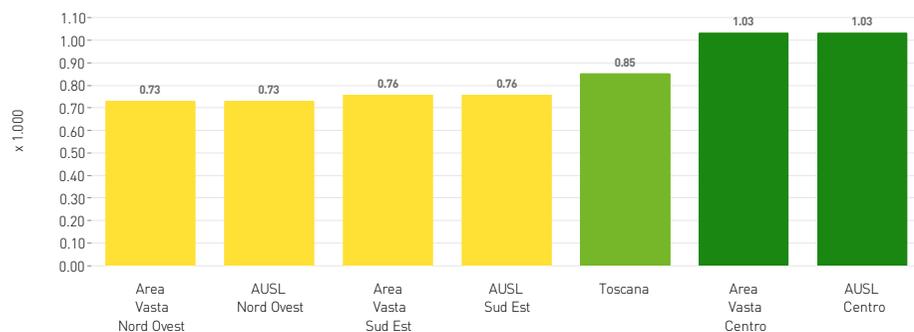


### C8D.1.2 Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per diabete, scompenso e BPCO per titolo di studio

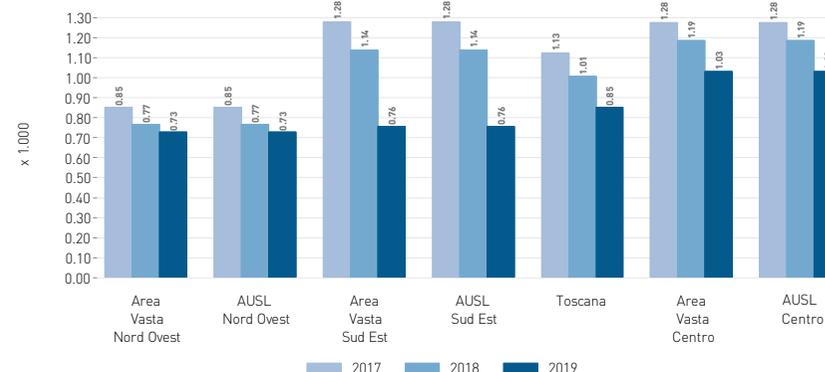
L'indicatore mostra il rapporto tra i tassi di ospedalizzazione standardizzati per età per diabete, scompenso e/o BPCO per coloro che hanno un titolo di studio basso (nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore) rispetto a coloro che hanno un titolo di studio alto (diploma, laurea). Se il valore è uguale a 1, il tasso di ospedalizzazione per gli individui con basso titolo di studio è lo stesso del tasso per gli individui con alto titolo di studio; se il valore è maggiore di 1, il tasso di ospedalizzazione per gli individui con basso titolo di studio è maggiore del tasso per gli individui con alto titolo di studio; se il valore è minore di 1, il tasso di ospedalizzazione per gli individui con basso titolo di studio è minore del tasso per gli individui con alto titolo di studio. Il valore 1 identifica quindi una situazione di equità, maggiore la distanza da 1, maggiori sono le diseguaglianze. Tali diseguaglianze a scapito della popolazione meno istruita possono voler indicare una maggior difficoltà per tali persone a muoversi appropriatamente nei percorsi assistenziali presenti nelle aziende e la conseguente necessità di una più attenta presa in carico.



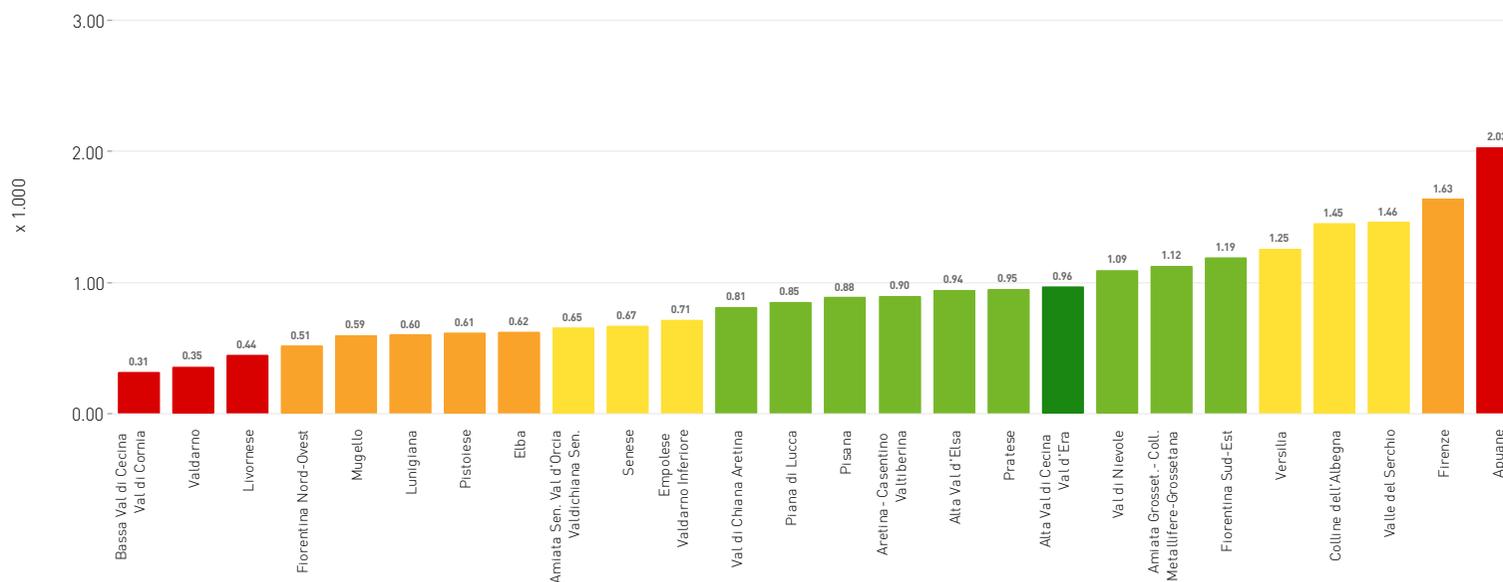
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019



## C8A Integrazione ospedale territorio

Il set di indicatori sull'integrazione Ospedale-Territorio intende rilevare l'efficacia delle attività e dei servizi forniti dall'Assistenza Territoriale. L'indicatore raggruppa sotto-indicatori relativi alla capacità delle strutture territoriali di prendere in carico l'utente guardando nello specifico la percentuale di ricoveri maggiori di 30 giorni, il tasso di accesso al Pronto Soccorso e il tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di ADI.



### C8A Integrazione ospedale territorio

*C14.4A Tasso di ospedalizzazione per ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni*

*C8B.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti*

*C8A.2 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC*

*C8A.12 Tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di ADI per 100.000 abitanti*

*C8B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso*

*C8B.1.1 Tasso di accesso al PS con codice colore bianco/azzurro non seguito da ricovero, standardizzato per età e sesso per 1000 residenti*

*C8C.1 Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*

*C8C.2 Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*

*C8C.3 Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*

*D07C.P Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente*

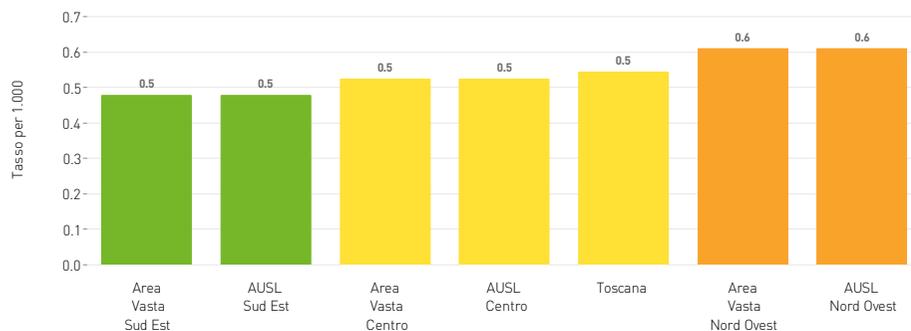
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
0.97	1.15	0.85	0.97
0.54	0.61	0.52	0.48
365.58	359.95	340.57	423.34

## C8B.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti

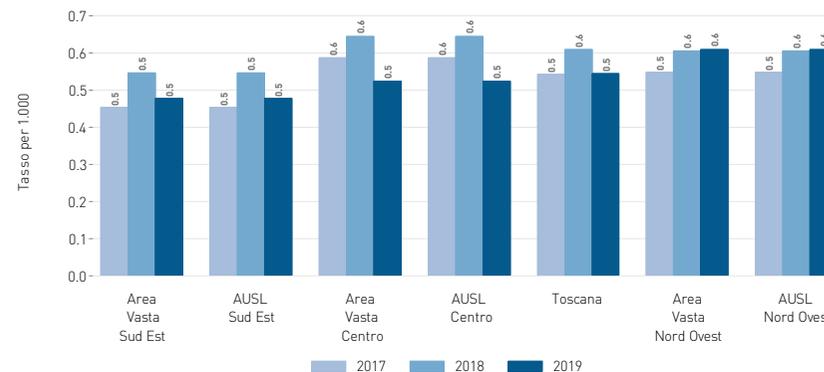
L'indicatore misura indirettamente la capacità ricettiva del territorio ed il grado di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Un elevato numero di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni - depurati dalla casistica più complessa - evidenzia una scarsa organizzazione a livello territoriale per la gestione dei cosiddetti ricoveri sociali, che richiederebbero l'accoglienza dei pazienti non autosufficienti in strutture residenziali protette per un periodo di tempo predefinito e sulla base di un progetto assistenziale individualizzato.



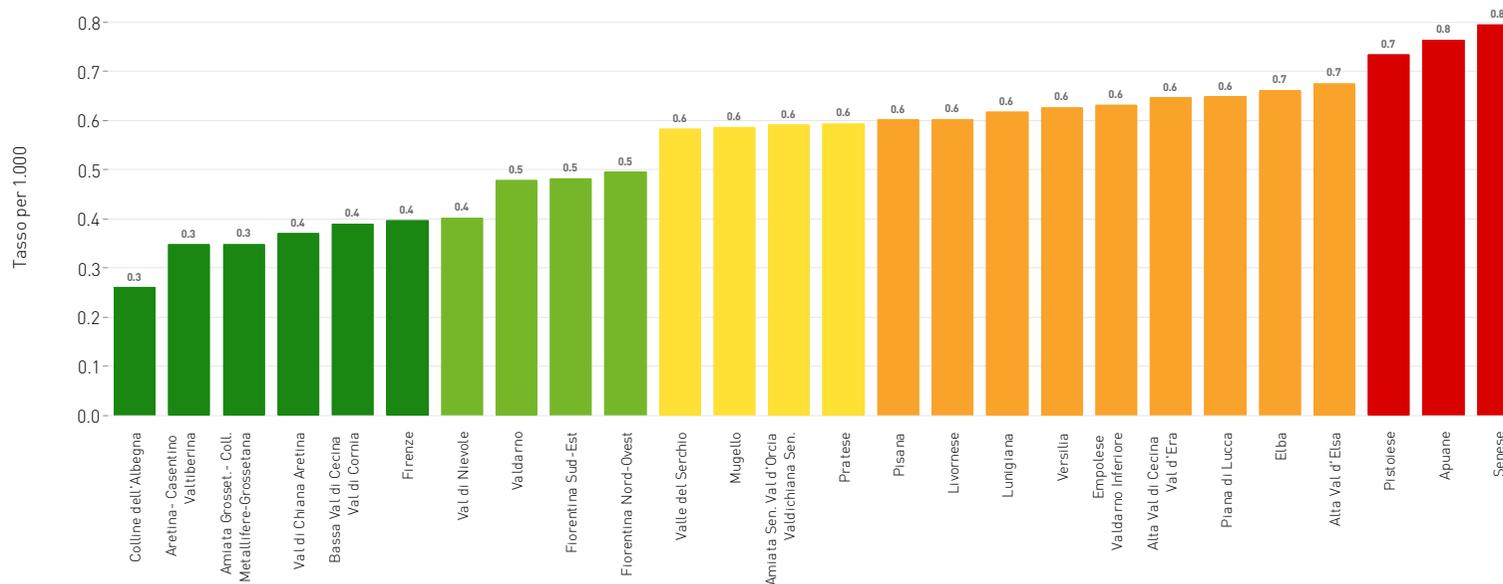
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

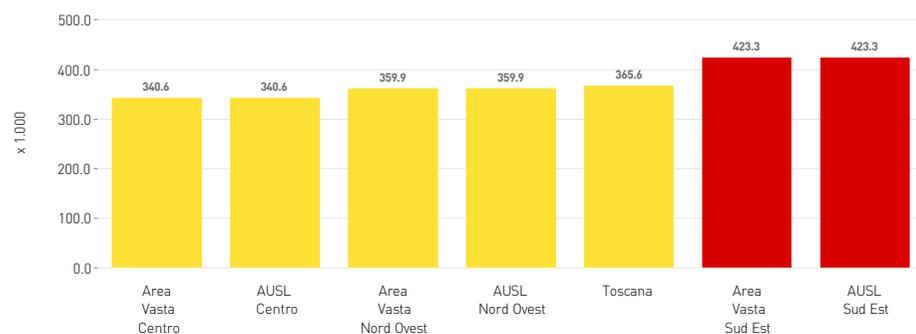


## C8B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso

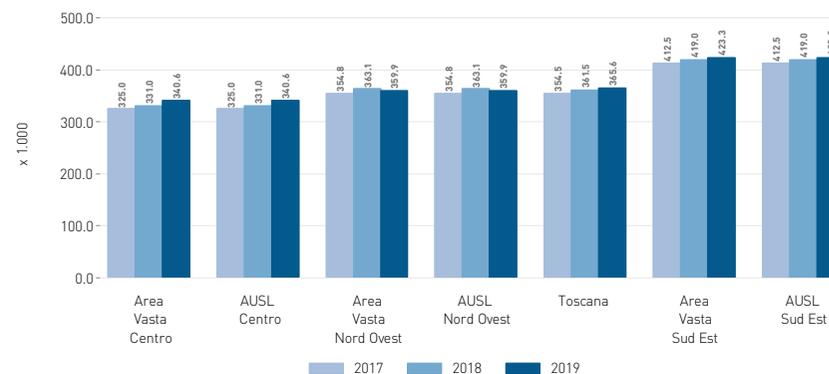
Il tasso di accesso al Pronto Soccorso mostra il rapporto tra il numero complessivo di accessi in PS dei residenti toscani e la popolazione residente. Nel calcolo sono inclusi gli accessi nei Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere - Universitarie. Tale indicatore non monitora l'attività del PS ma è in realtà un indicatore indiretto per misurare l'efficacia di risposta assistenziale del territorio.



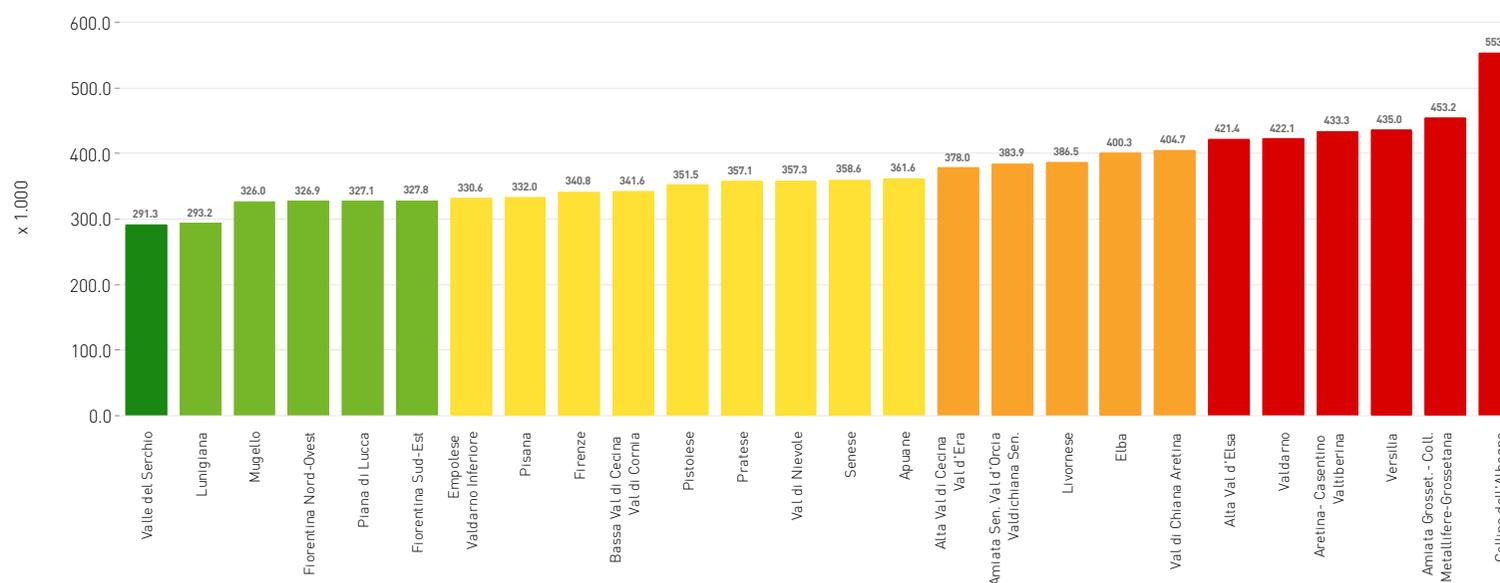
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019



## C13 Appropriately Diagnostica/Appropriately Prescrittiva Diagnostica

L'albero dell'indicatore "Appropriately diagnostica" è composto dai tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di prestazioni di diagnostica per immagine. Particolare attenzione è dedicata alla realizzazione di Risonanze Magnetiche muscoloscheletriche nei pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni poiché, in tale fascia di età, l'utilizzo di RM muscoloscheletriche è ad alto rischio di inappropriately. Dal 2013 per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata, come standard, la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT.



### C13 Appropriately Diagnostica/Appropriately Prescrittiva Diagnostica

C13.1 Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti

C13.2 Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini

C13.2.1 Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti

C13.2.2 Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti

C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

C13A.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
2930.15	3054.31	2694.77	3189.25
647.34	645.05	594.77	751.52
67.70	67.65	64.70	73.45
63.58	69.15	54.24	73.24
19.13	19.37	16.67	23.34
9.67	10.47	8.66	10.23

### C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato è pertanto segnale di un'attività prescrittiva potenzialmente inappropriata.



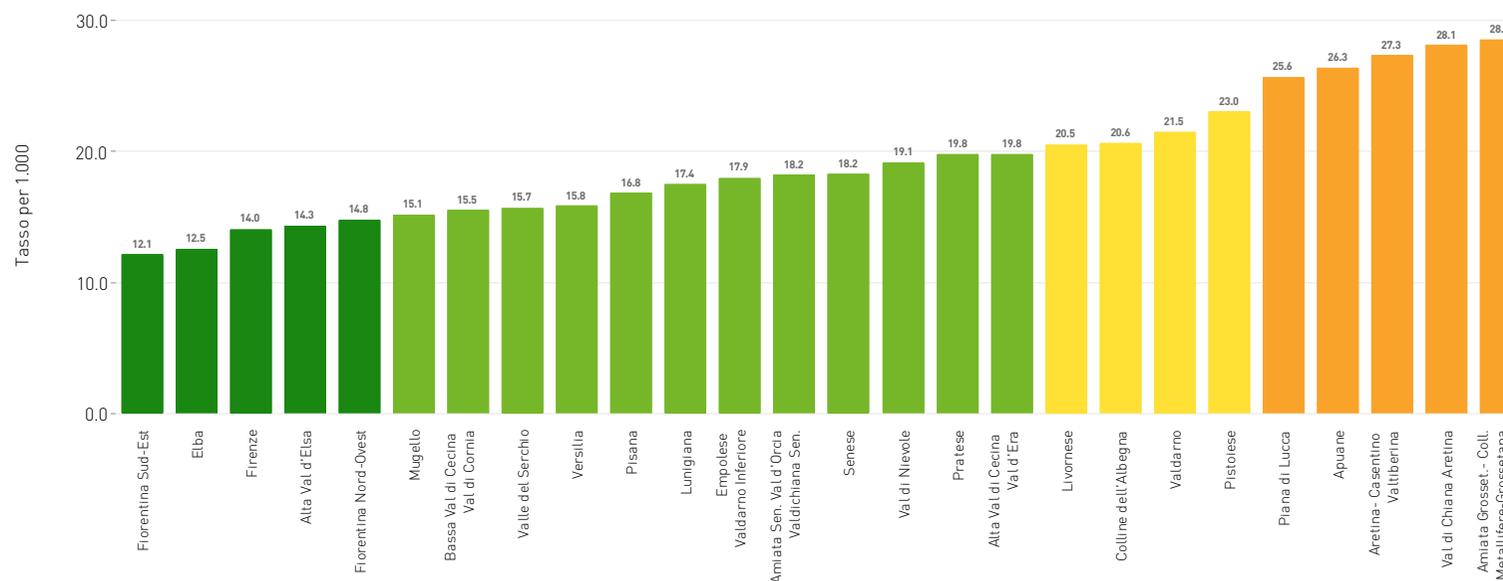
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

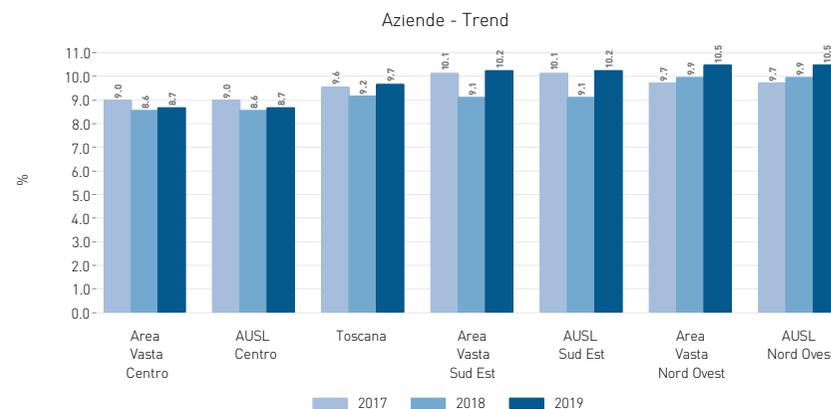
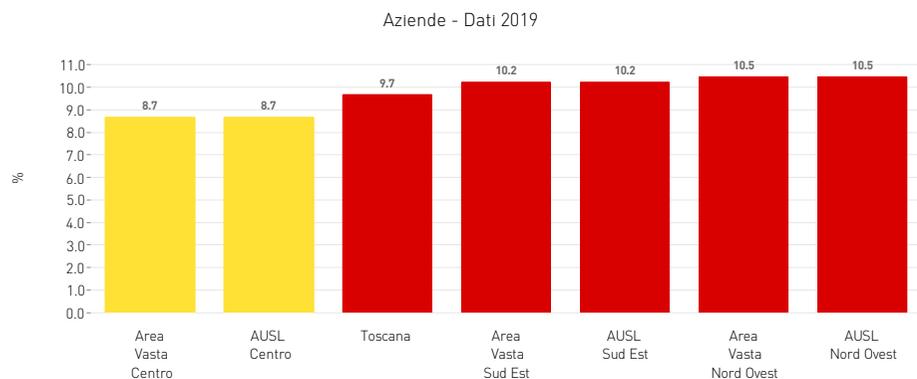


Zone Distretto - Dati 2019

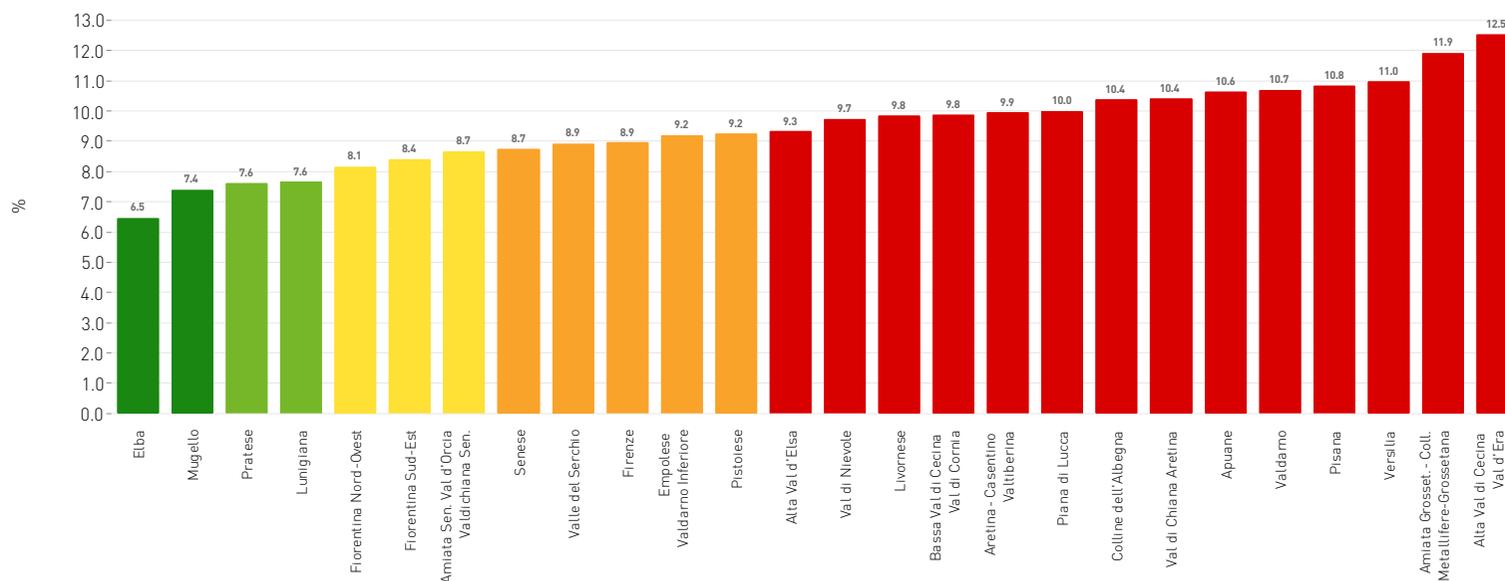


### C13A.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inappropriatelyzza indica la prescrizione di esami diagnostici che non conducono ad una decisione terapeutica e inadatti a risolvere il quesito clinico. Tra le metodiche più costose e maggiormente a rischio di inappropriatelyzza vi è la Risonanza Magnetica (RM), e in particolare la RM del rachide lombosacrale, ginocchio ed encefalo. L'indicatore rileva il numero di persone che ripetono l'esame lombare entro 12 mesi dal precedente, suggerendo un potenziale uso improprio di tale metodica.



### Zone Distretto - Dati 2019



## C15 Salute mentale

I disturbi relativi alle malattie mentali ed alle dipendenze rivestono un'importanza crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi, per l'elevata frequenza ed i costi sociali ed economici conseguenti all'alto grado di disabilità dei soggetti colpiti. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine ed anche al consumo di sostanze, renderanno la patologia mentale sempre più frequente (Rapporto OsservaSalute, 2012). Per far fronte a questa situazione l'OMS, nel Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020, si concentra su quattro obiettivi, con particolare attenzione alle azioni da adottare per contrastare l'insorgenza dei disturbi mentali e migliorare la qualità di vita dei cittadini. L'OMS raccomanda, al fine di migliorare l'accesso alle cure e la qualità dei servizi, la creazione di servizi completi di salute mentale e di supporto sociale inseriti nella comunità locale; l'integrazione delle cure e dei trattamenti per la salute mentale negli ospedali generali e nelle cure primarie; la continuità di cura tra le diverse agenzie e livelli del sistema sanitario; un'efficace collaborazione tra gli operatori formali ed informali; la promozione della cura personale, per esempio grazie all'utilizzo di tecnologie elettroniche e mobili.



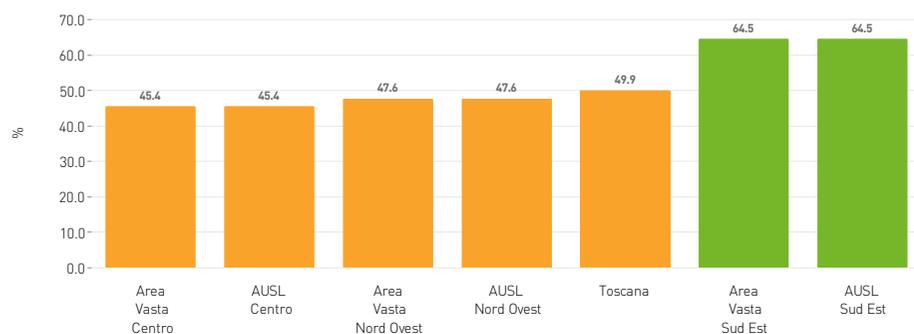
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C15 Salute mentale</b>	●	●	●	●	●	●	●
<i>C15.1 Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni</i>	110.03	117.48	87.36	142.55			
<i>C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero</i>	49.92	47.56	45.36	64.55			
<i>C15A.13.2 % di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche</i>	6.38	5.52	7.57	6.23	3.14	5.26	5.50
<i>C15A.13A % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche</i>	6.73	6.42	7.76	4.95			
<i>C15A.13B Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria</i>	7.24	6.82	8.58	5.07			
<i>C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche</i>	0.37	-0.73	-1.10	0.79	1.03	-5.39	-1.69
<i>C15.4 Appropriatazza psicoterapeutica</i>	36.28	45.56	33.84	34.03			
<i>C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni</i>	238.83	288.82	224.93	189.81			
<i>C15A.5.1A Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni</i>	55.91	49.03	64.43	49.56			
<i>C15A.5.2A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni</i>	68.47	90.22	57.51	56.65			
<i>C15A.5.3A Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni</i>	25.24	29.69	23.46	21.88			
<i>C15A.5.4A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni</i>	8.43	8.71	10.12	4.63			
<i>C15A.5.5A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni</i>	22.80	23.48	22.41	22.47			
<i>C15A.5.6A Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni</i>	22.94	28.03	22.25	16.49			
<i>C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni</i>	35.04	59.65	24.76	18.14			
<i>C15.10 % di trattamenti multi-professionali</i>	35.55	39.73	24.21	43.54			

## C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero

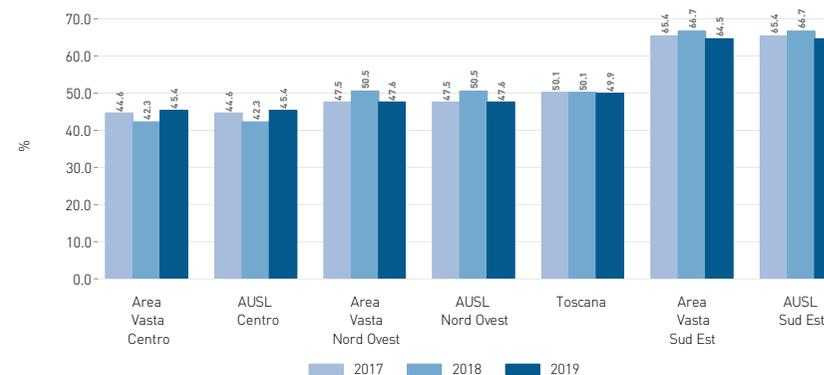
Al momento del ricovero psichiatrico, l'SPDC rappresenta un nodo vitale per il DSM, poiché interviene in una fase delicata e decisiva del percorso di cura degli utenti dei servizi psichiatrici. L'SPDC rappresenta il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie; in questo senso, ha un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e nello sviluppo delle condizioni favorevoli alla presa in carico da parte delle strutture territoriali. L'indicatore "Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero", misurando la tempestività con cui i DSM prendono in carico i pazienti psichiatrici dimessi dagli SPDC, intende porre particolare attenzione al momento delle dimissioni, principalmente per i casi ad alta complessità e gravità clinica, al fine di garantire sempre la continuità delle cure attraverso la tempestiva presa in carico da parte delle strutture territoriali. In linea con quanto emerso dal tavolo per la salute mentale del network delle regioni l'indicatore è stato modificato, a partire da quest'anno, includendo nella coorte dei pazienti anche la casistica con disturbo di personalità.



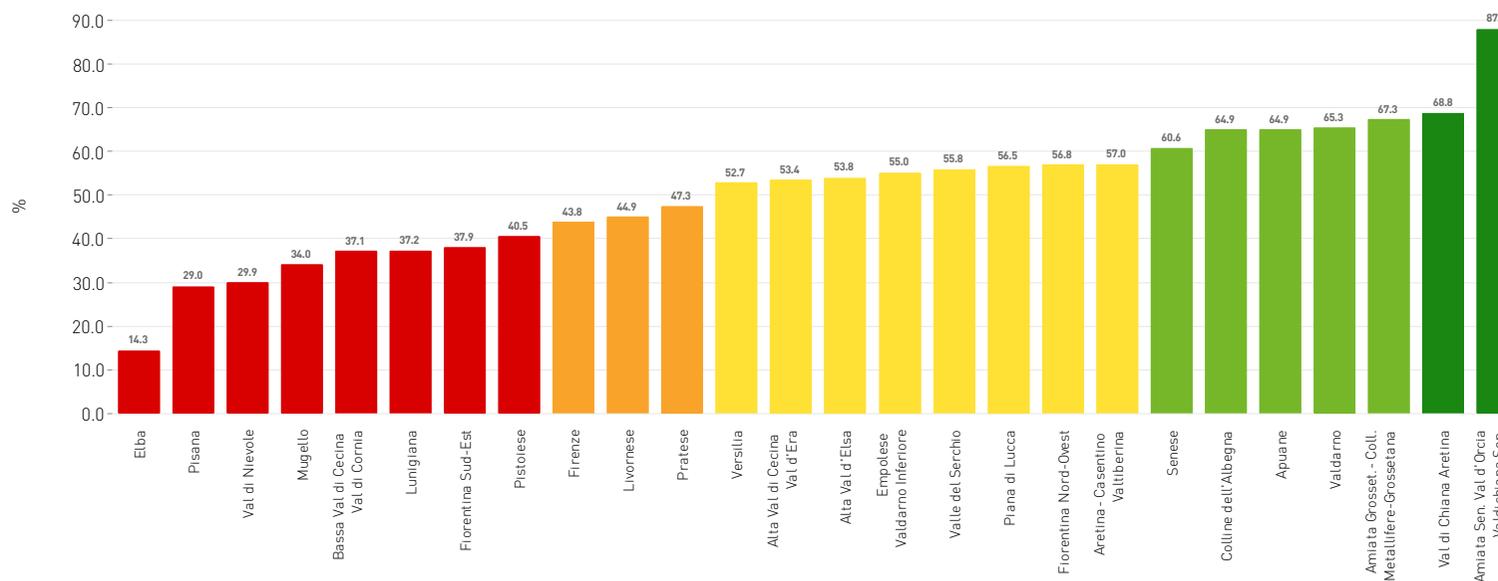
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

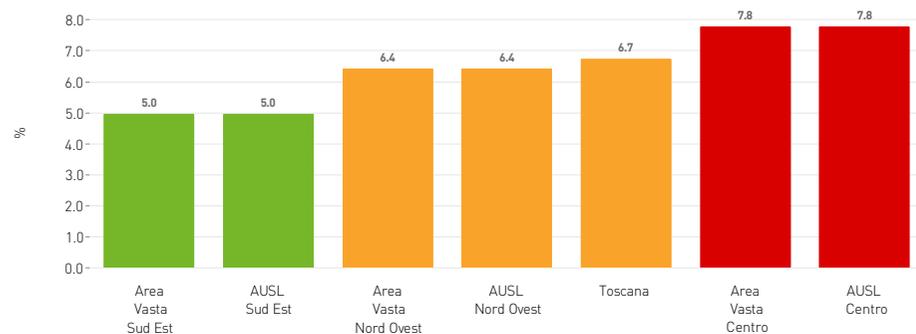


## C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei Centri di Salute Mentale (OECD 2011). A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione ad personam delle opportunità riabilitative e terapeutiche. A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23/04/08 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.



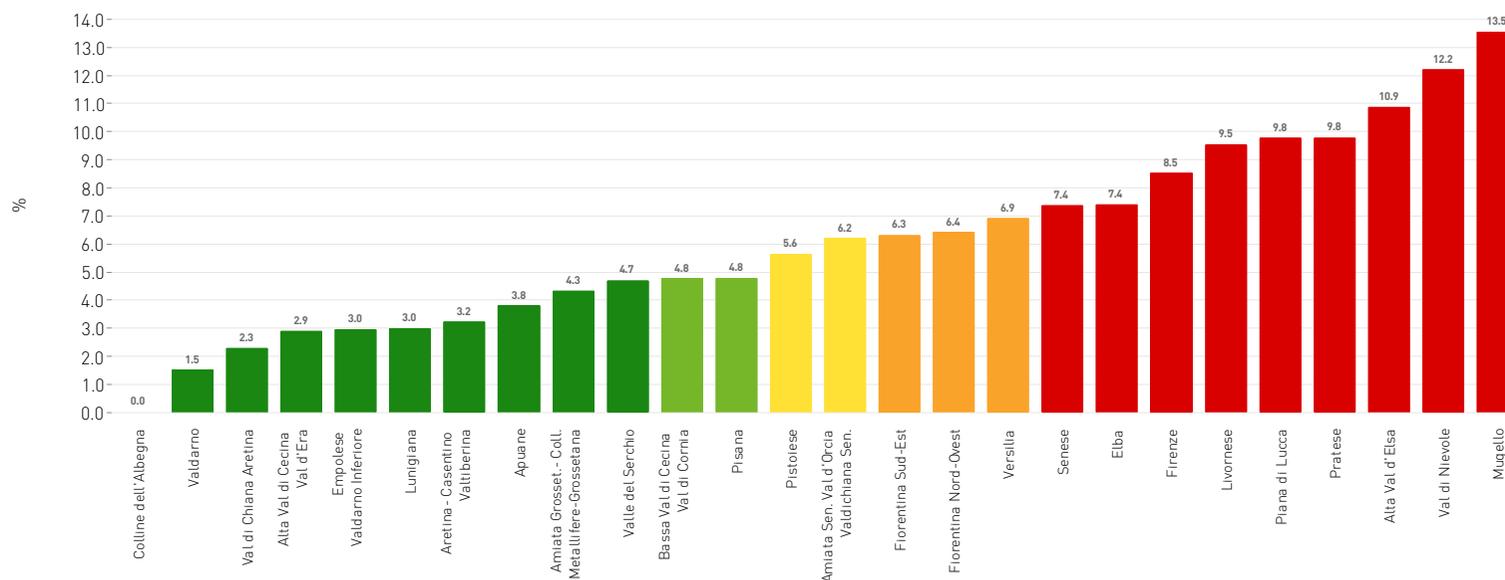
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019

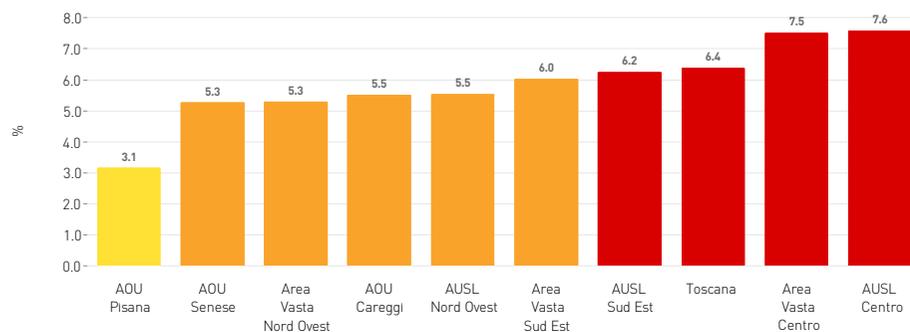


### C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

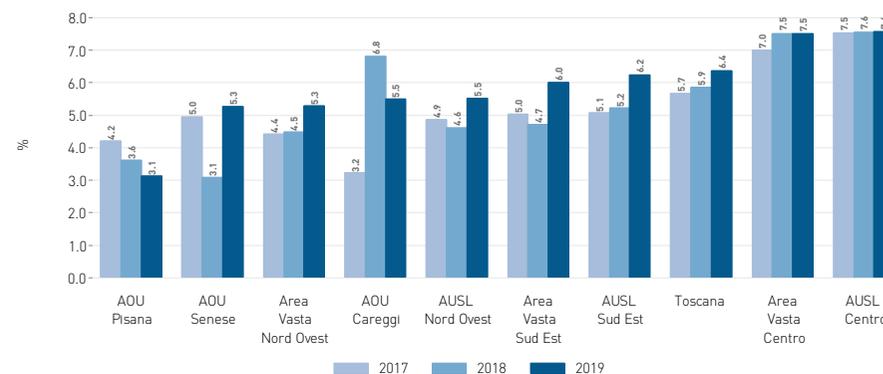
Il re-ricovero di un paziente, entro 7 giorni dall'ultima dimissione, può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera della casistica psichiatrica, collegate alla non corretta valutazione del paziente o alla sua dimissione precoce.



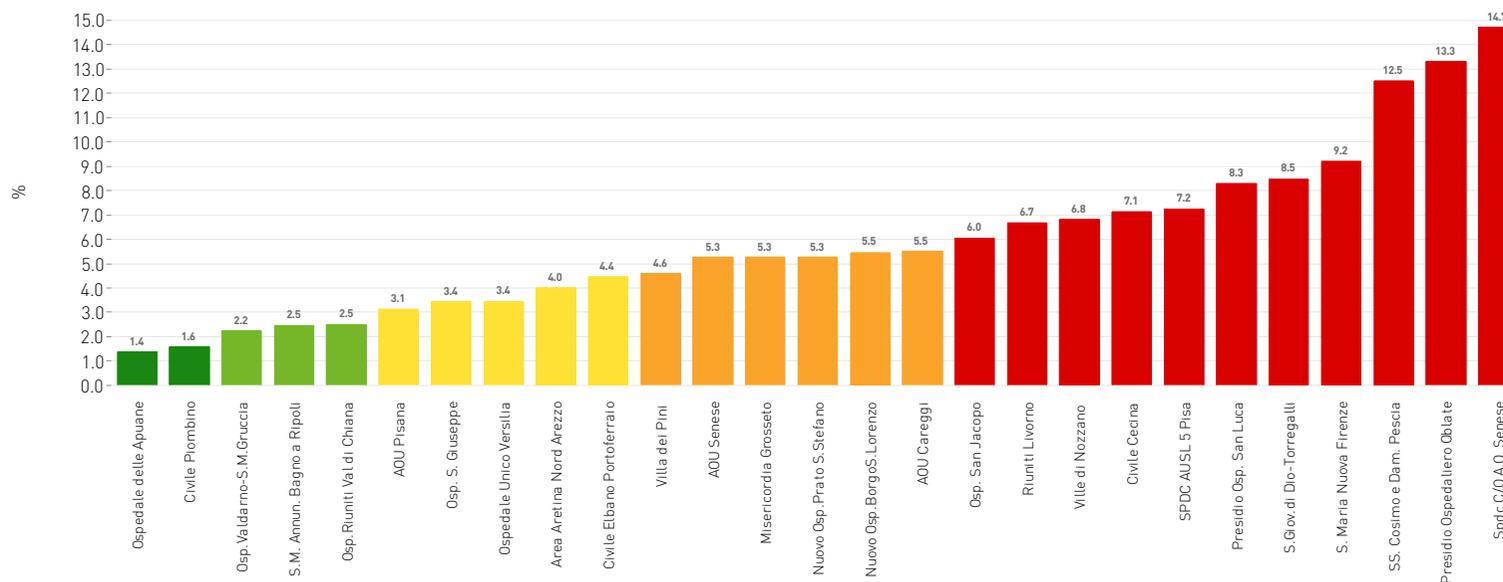
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

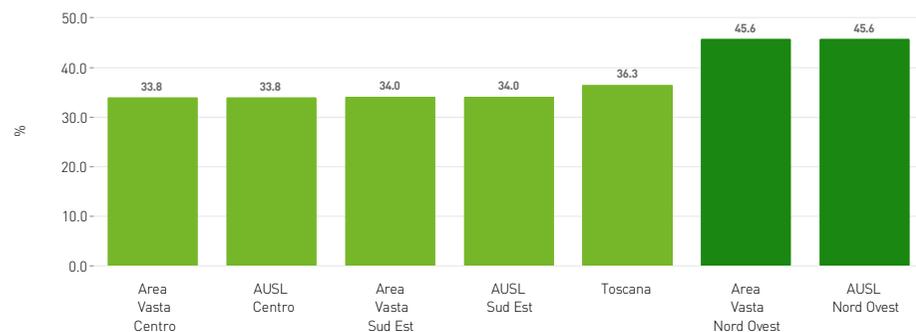


## C15.4 Appropriatelyzza psicoterapeutica

La psicoterapia presenta un'elevata efficacia, largamente confermata in letteratura, nel trattamento di un ampio spettro di disturbi mentali e condizioni di disagio sociale. E' considerata una componente fondamentale dei percorsi di trattamento e cura nei servizi di salute mentale, spesso integrata ai trattamenti farmacologici. Se utilizzata appropriatamente, la psicoterapia, è in grado di apportare da un lato miglioramenti duraturi, e dall'altro un notevole vantaggio nel rapporto costo-beneficio, riducendo l'utilizzo di altri servizi da parte dei pazienti trattati con successo.



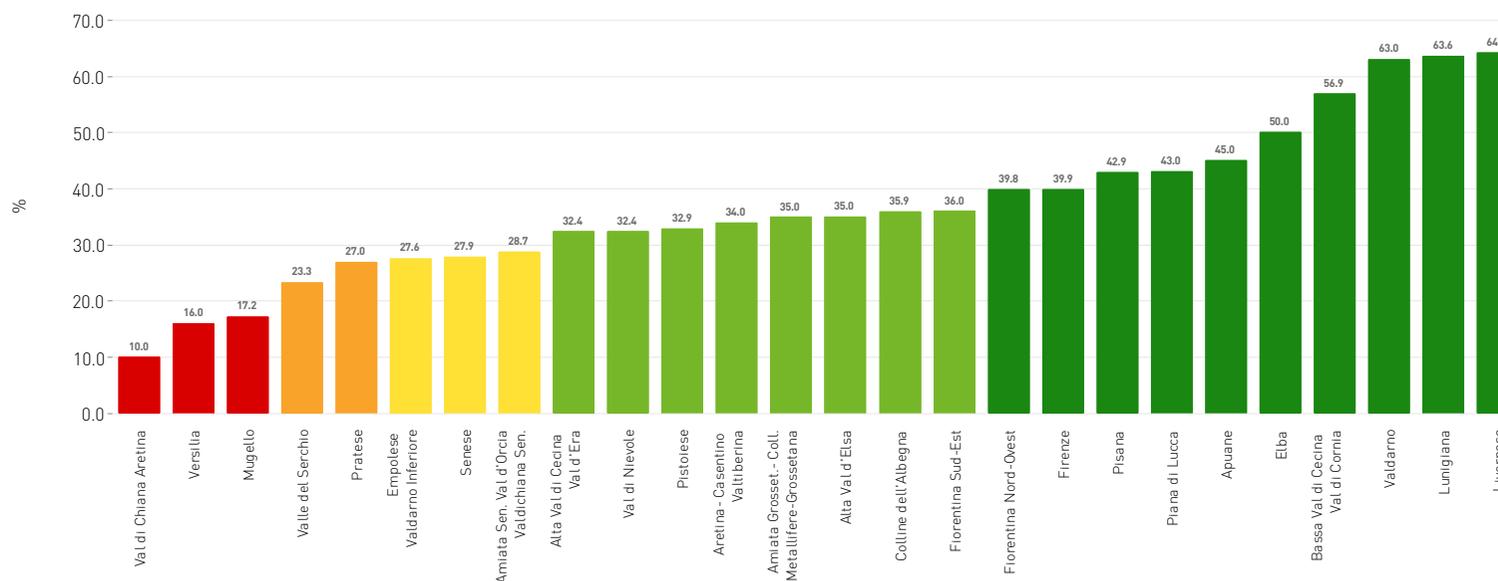
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

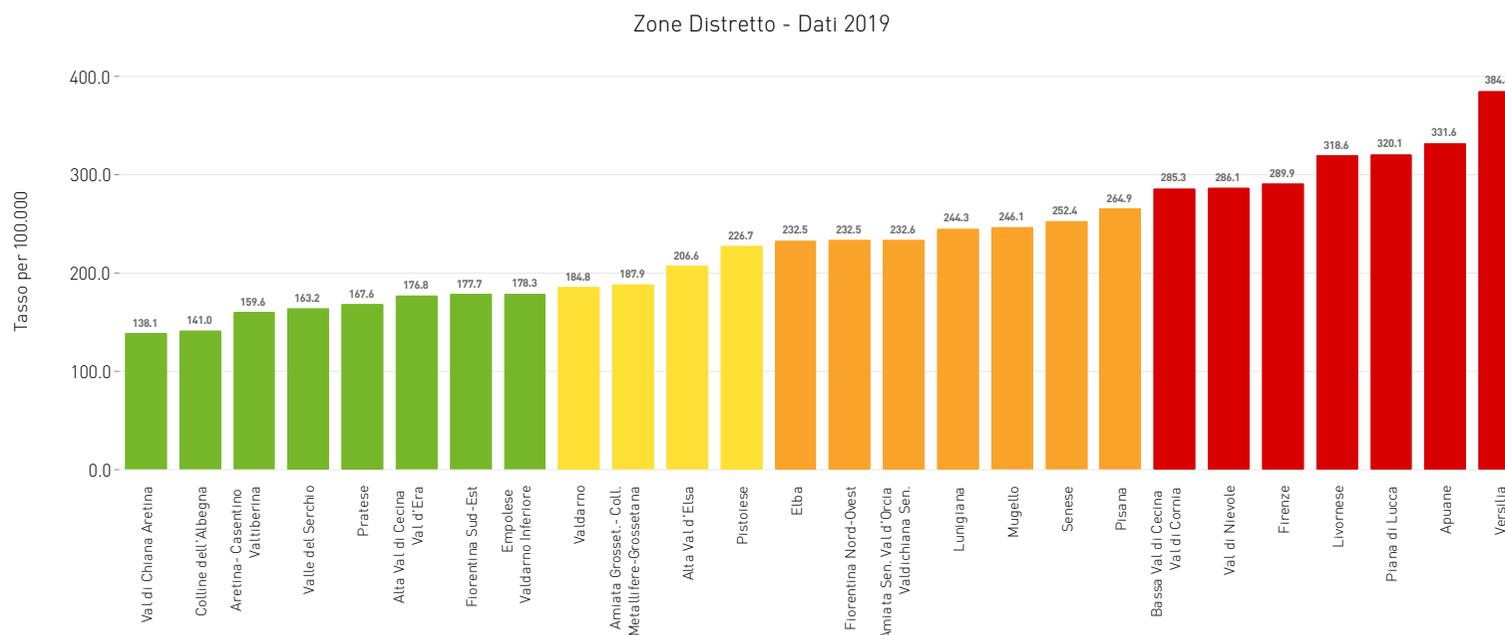
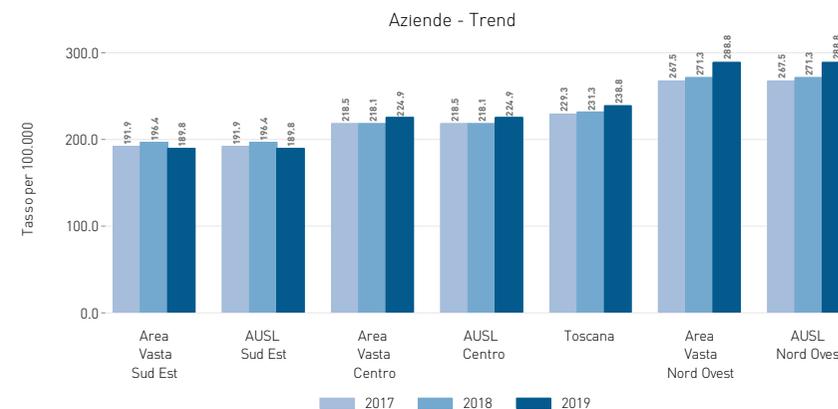


Zone Distretto - Dati 2019



## C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni

Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi. In linea con quanto emerso dal tavolo della salute mentale del network delle regioni, il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche non considera i ricoveri per demenze ed è standardizzato per età e sesso.

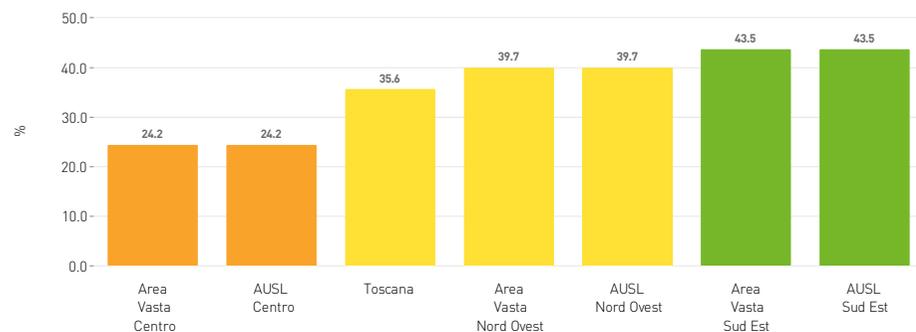


## C15.10 Percentuale di trattamenti multi-professionali

Assicurare al paziente un trattamento multiprofessionale, in cui il gruppo curante sia attivato intorno ad un progetto di cura unitario, garantisce che la presa in carico copra la globalità dei suoi bisogni bio-psico-sociali.



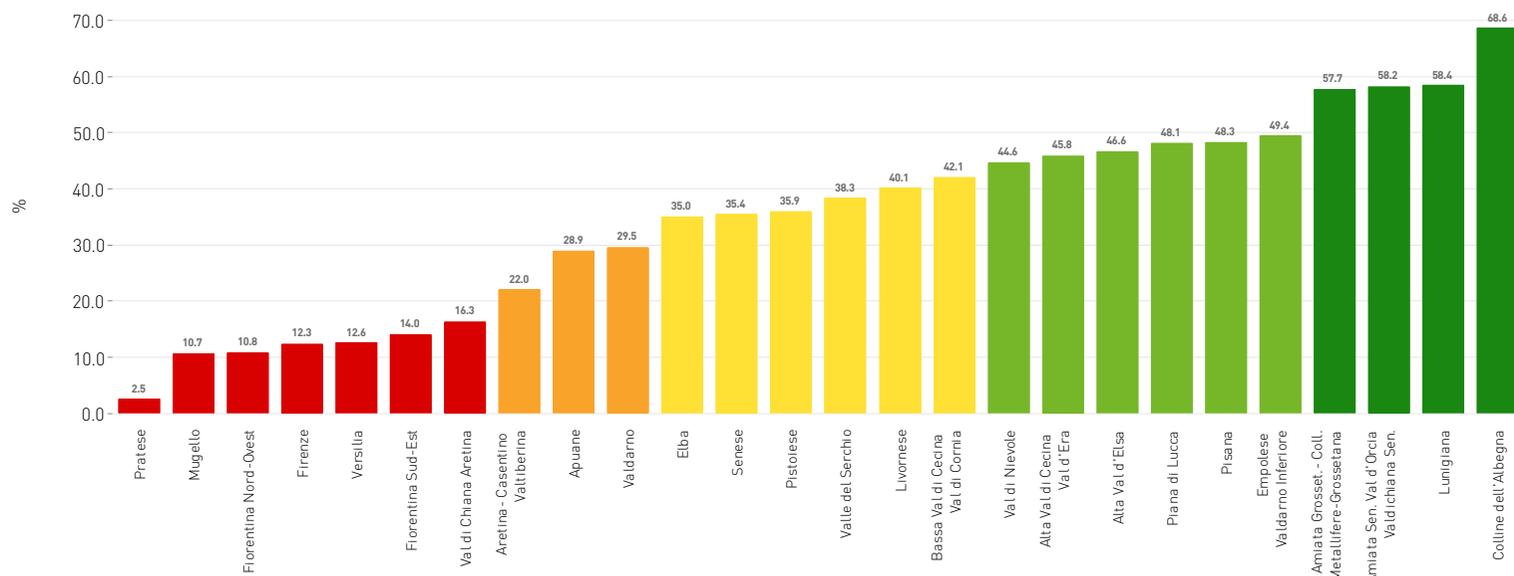
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019



## C17 Riabilitazione

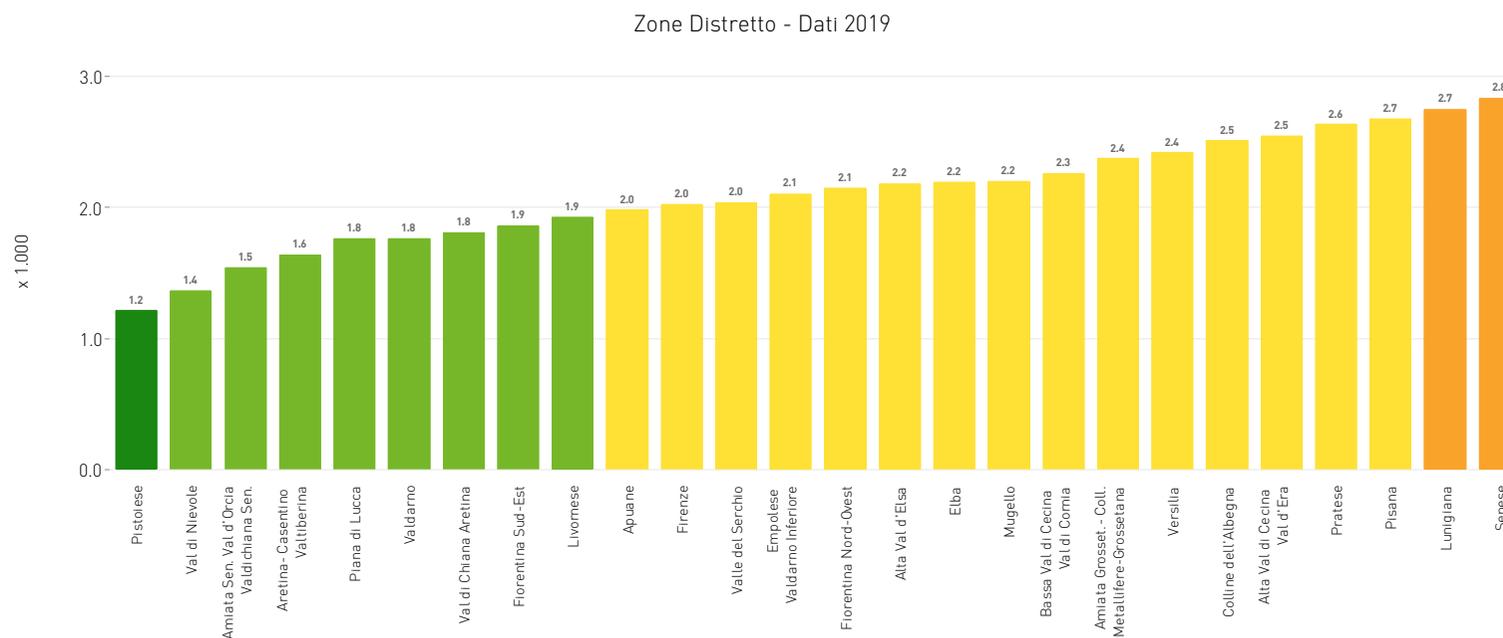
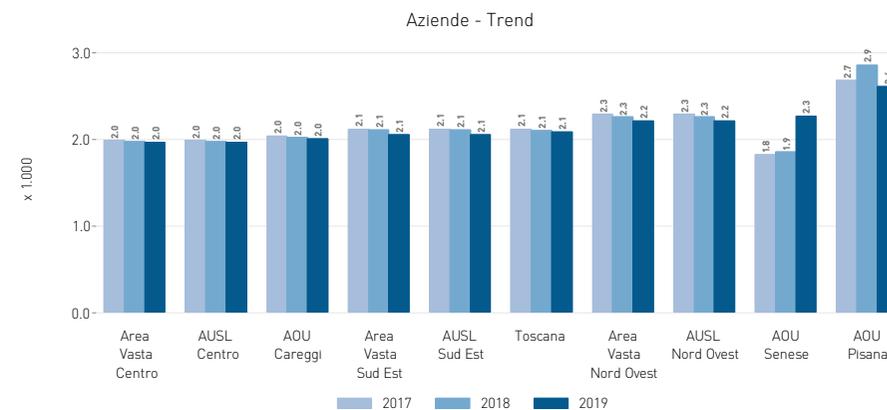
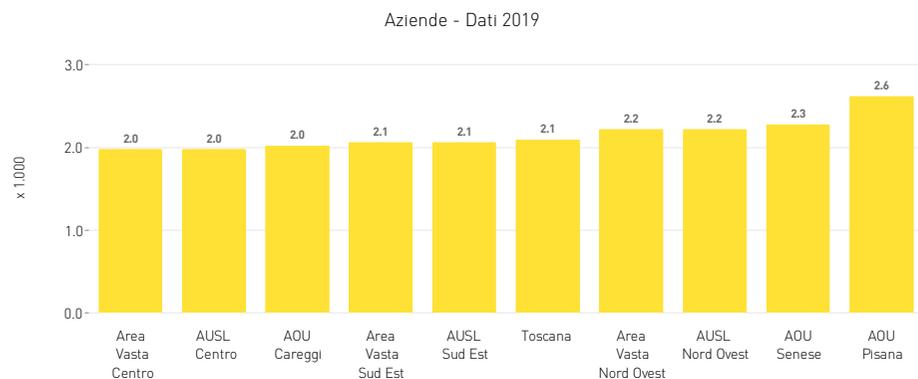
Questo indicatore nasce dall'esigenza di analizzare le attività riabilitative erogate in regime di ricovero ospedaliero. Ad oggi, l'attenzione si è focalizzata sulla riabilitazione in specialità 56 ("Recupero e riabilitazione funzionale"). Il tavolo regionale appositamente costituito ha elaborato una serie di indicatori che hanno l'obiettivo di valutare l'appropriatezza e l'efficienza di questi percorsi riabilitativi.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C17 Riabilitazione</b>	●	●	●	●	●	●	●
C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	2.09	2.21	1.97	2.06	2.61	2.27	2.01
<i>C17.1.1.1 Tasso di ospedalizzazione in ricovero ordinario std per 1.000 residenti in specialità 56</i>	1.99	2.07	1.91	1.96	2.42	2.17	1.95
<i>C17.1.1.2 Tasso di ospedalizzazione in day hospital std per 1.000 residenti in specialità 56</i>	0.10	0.14	0.06	0.10	0.19	0.10	0.06
C8A.20 Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	13.78	9.45	3.40	3.96	77.28	16.13	
<i>C17.1.4 Durata della degenza in reparti di riabilitazione</i>							
<i>C17.1.4.1 % ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni</i>	8.33	5.79	7.90	9.55	17.39	0.00	
<i>C17.1.4.2 % ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza superiore a 40 giorni</i>	18.28	23.15	8.95	4.49	8.70	0.00	
<i>C17.1.4.3 % ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 gior</i>	58.10	10.35	6.10	28.57	100.00		
<i>C17.1.4.4 % ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 gio</i>	7.08	55.17	9.76	4.76	0.00		
<i>C17.1.4.5 % ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni</i>	65.21	0.00	5.68	66.67	100.00		
<i>C17.1.4.6 % ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni</i>	4.75	64.52	9.09	4.76	0.00		
<i>C17.1.4.7 % ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni</i>	8.46	5.13	7.83	8.45	83.33		
<i>C17.1.4.8 % ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni</i>	8.46	35.90	3.04	9.86	0.00		

## C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56

L'indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri in reparti di Recupero e riabilitazione funzionale (specialità 56).

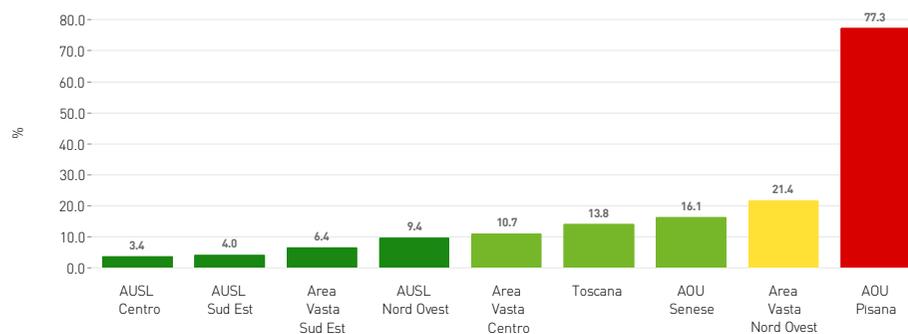


## C8A.20 Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno

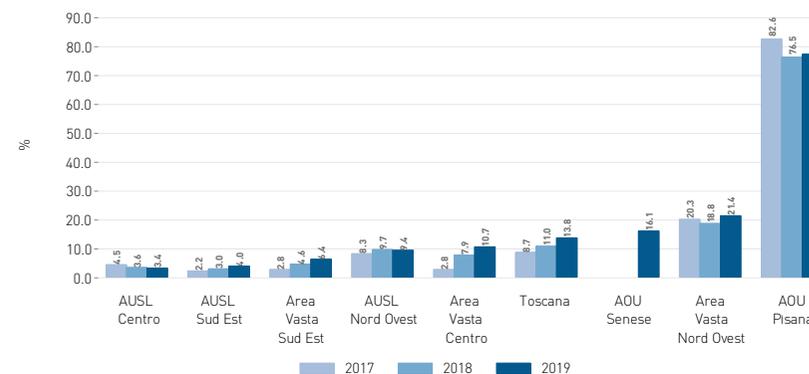
È opinione diffusa tra i tecnici che l'ammissione in riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero debba avvenire nello stesso giorno della dimissione dal ricovero acuto che ha generato la necessità riabilitativa. L'indicatore valuta questo aspetto, evidenziando, di fatto, quanti ricoveri ordinari in codice 56 avvengono direttamente dal territorio anziché in assoluta continuità col ricovero precedente.



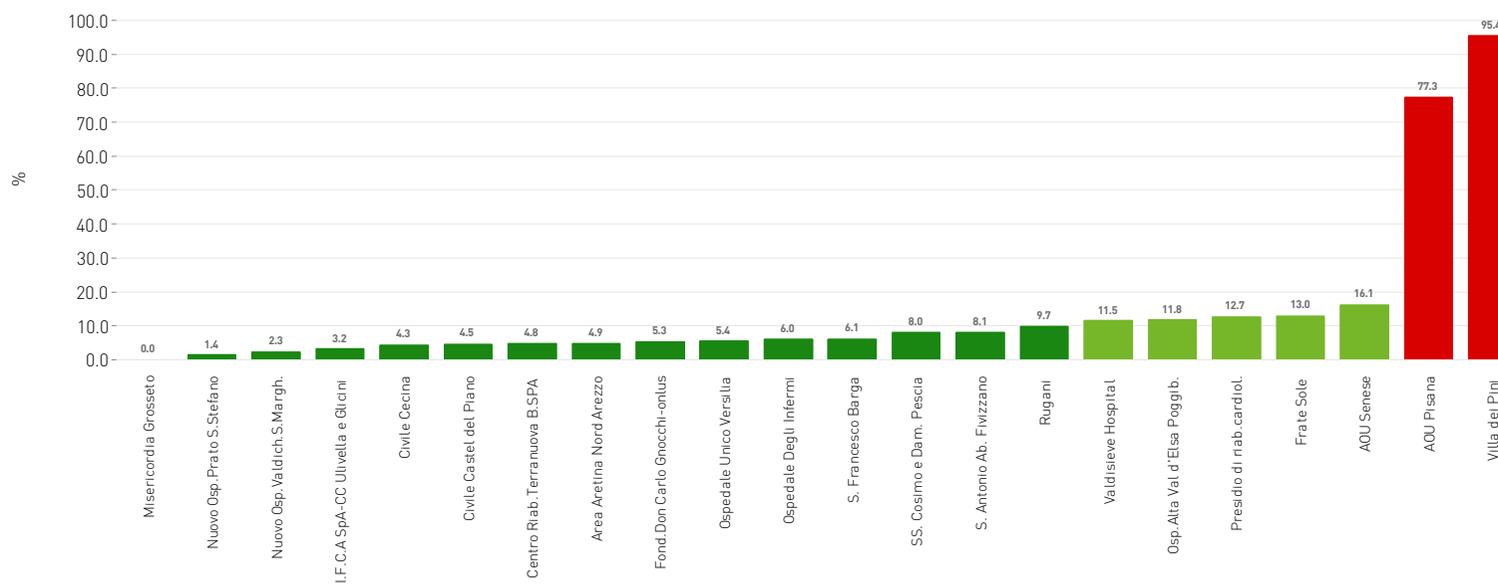
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C22 Terapie Intensive

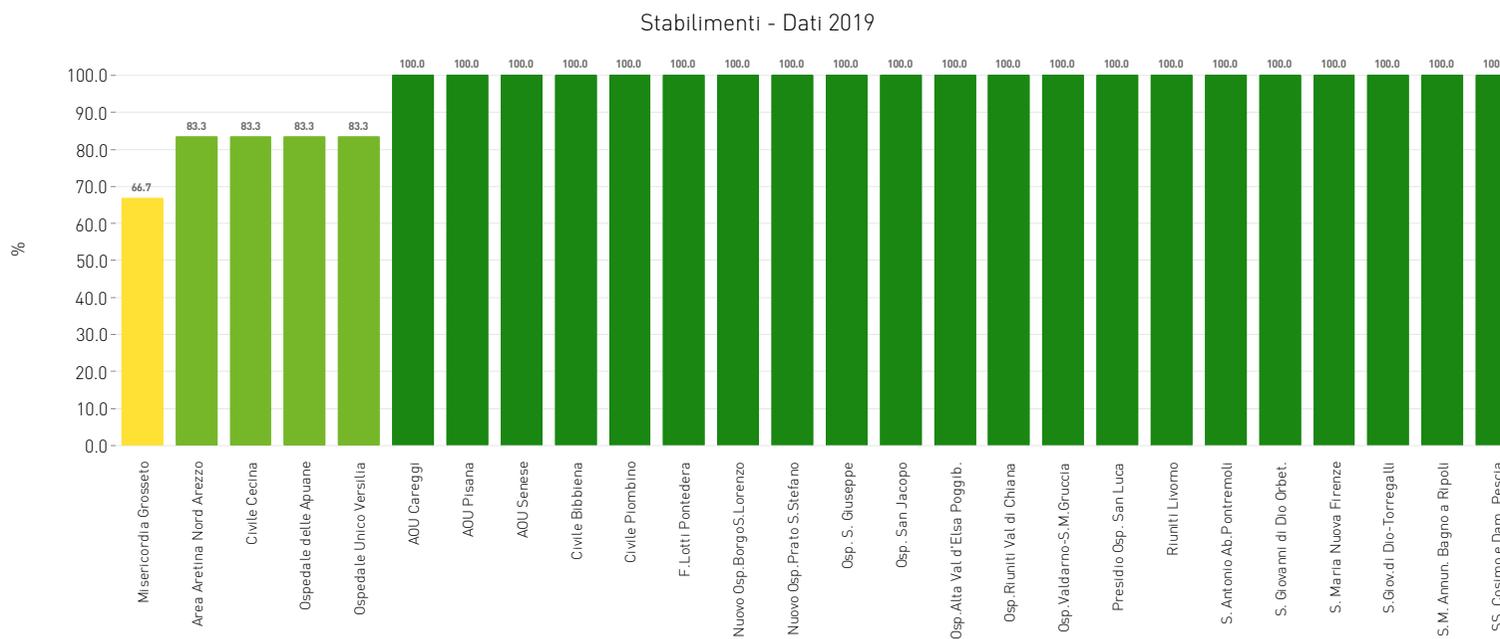
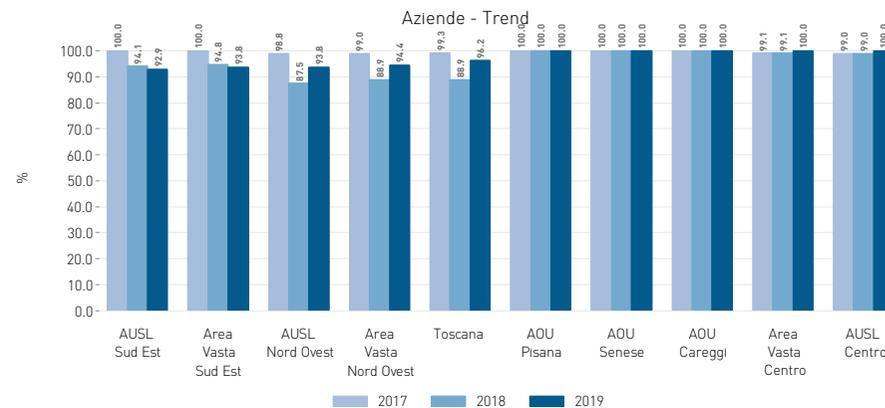
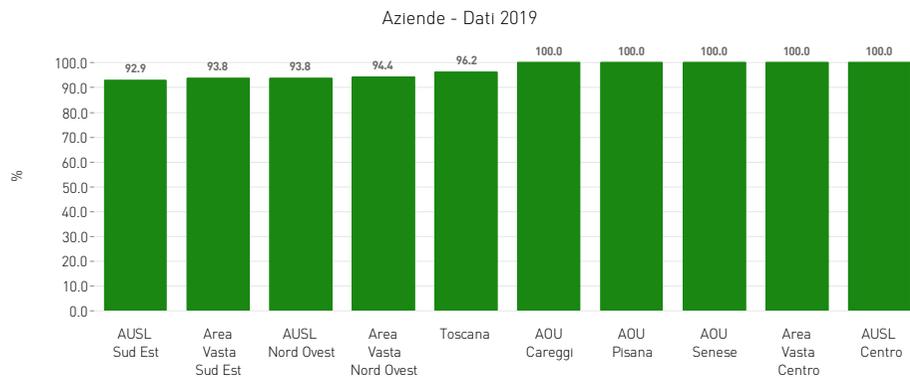
L'indicatore C22 - Terapie Intensive, si propone di monitorare e valutare le attività dei reparti intensivi polivalenti (non a vocazione prettamente post-chirurgica o specialistica). A tal fine, include indicatori di esito, di processo, di appropriatezza dell'utilizzo delle risorse e di integrazione con gli altri reparti e servizi ospedalieri. Queste misure di osservazione utilizzano come fonte dei dati i Progetti ProSAFE, Sorveglianza Infezioni e StART del GiViTI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) dell'Istituto Mario Negri. Accanto a tali indicatori, sono state aggiunte alcune misure che valutano la partecipazione delle terapie intensive ai Progetti e la validazione dei dati basata su controlli di qualità e completezza effettuati da GiViTI.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C22 Terapie Intensive</b>	●	●	●	●	●	●	●
C22.21 Validazione dati Progetti GiViTI							
C22.21.1 Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE	96.15	93.75	100.00	92.86	100.00	100.00	100.00
C22.21.2 Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni	83.65	72.92	85.42	89.29	83.33	100.00	100.00
C22.21.3 Validazione dati Progetto StART	85.90	75.00	95.83	83.33	100.00	83.33	100.00
C22.1 Standardized Mortality Ratio (SMR)	0.96	1.02	0.91	0.98	1.05	0.87	0.93
C22.5 Incidenza di sepsi e/o shock settico	10.48	5.51	8.66	7.37	45.08	35.78	7.50
C22.6 Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza	26.32	30.71	25.19	22.35	45.05	2.63	25.00
C22.7 Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	5.42	5.38	6.46	4.49	3.42	2.42	4.46
C22.8 Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi	3.42	3.46	2.86	3.42	0.46	1.68	7.42
C22.9 Ore di visita concesse ai parenti	12.42	12.00	12.75	11.86	11.00	7.00	24.00
C22.10 Percentuale di turni in difetto di risorse	12.65	21.35	10.02	3.50	12.48	22.10	21.21
C22.11 Percentuale di turni in eccesso di risorse	44.34	46.47	50.80	50.41	10.09	5.15	11.97
C22.4 Percentuale di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza	30.87	40.59	34.40	19.30	10.37	16.57	42.32
C22.12 Percentuale di shock settici provenienti dai reparti di degenza							

### C22.21.1 Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE

L'indicatore C22.21.1 mostra la validazione dei dati ottenuta dai diversi reparti per il Progetto Margherita ProSAFE. L'indicatore, in particolare, monitora il numero di mesi che raggiungono lo standard richiesto da GIVITI per tale Progetto, con riferimento alla qualità e alla completezza dei dati dei record dei pazienti.

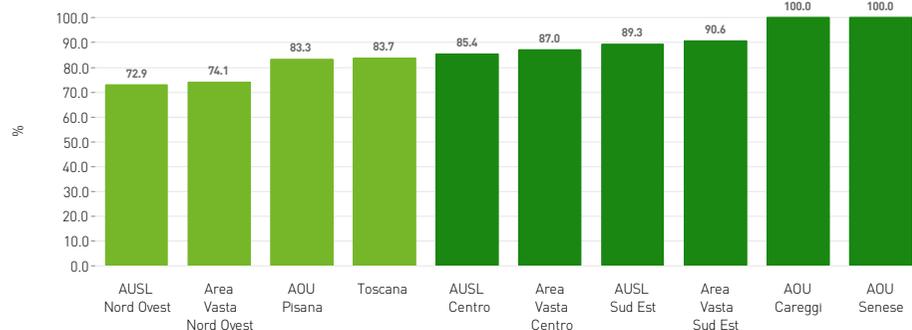


## C22.21.2 Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni

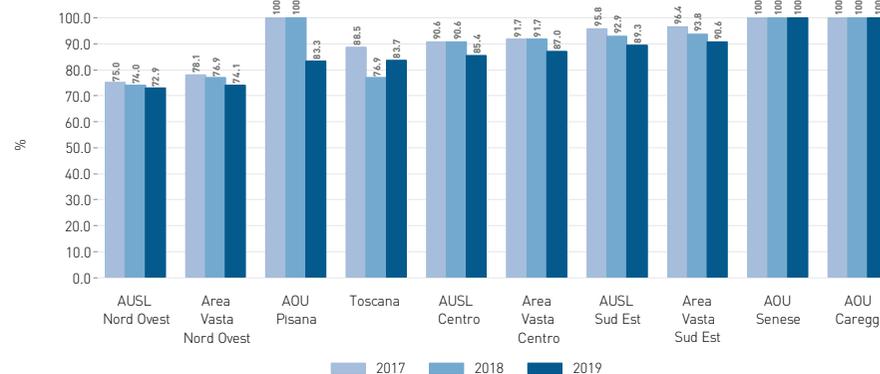
L'indicatore C22.21.2 mostra la validazione dei dati ottenuta dai diversi reparti per il Progetto Sorveglianza Infezioni. L'indicatore, in particolare, monitora il numero di mesi che raggiungono lo standard richiesto da GIVITI per tale Progetto, con riferimento alla qualità e alla completezza dei dati dei record dei pazienti.



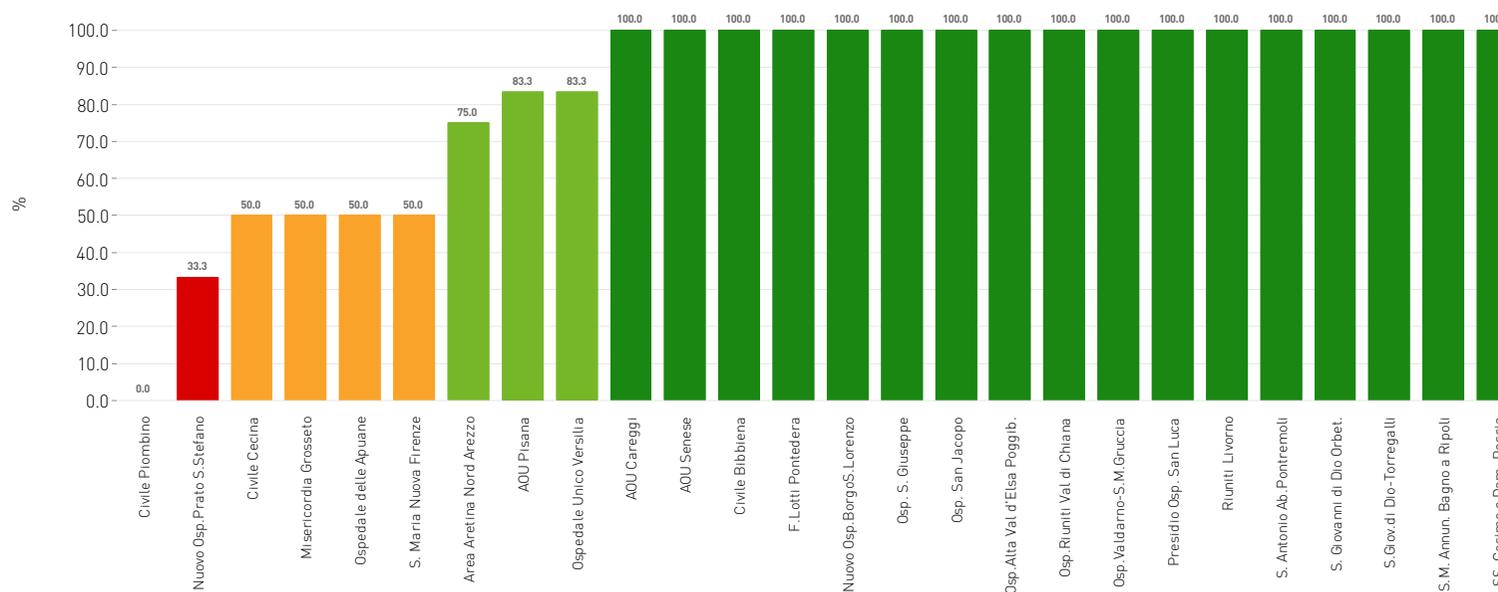
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

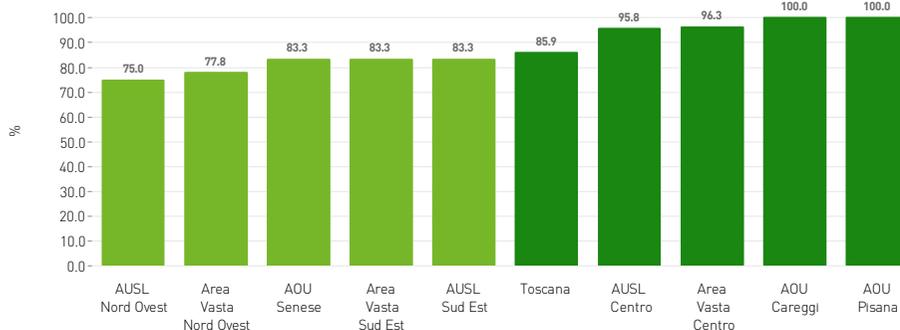


### C22.21.3 Validazione dati Progetto StART

L'indicatore C22.21.3 mostra la validazione dei dati ottenuta dai diversi reparti per il Progetto StART - Studio sull'Appropriatezza dei Ricoveri in Terapia intensiva. L'indicatore, in particolare, monitora il numero di mesi che raggiungono lo standard richiesto da GIVITI per tale Progetto, con riferimento alla qualità e alla completezza dei dati dei record dei pazienti.



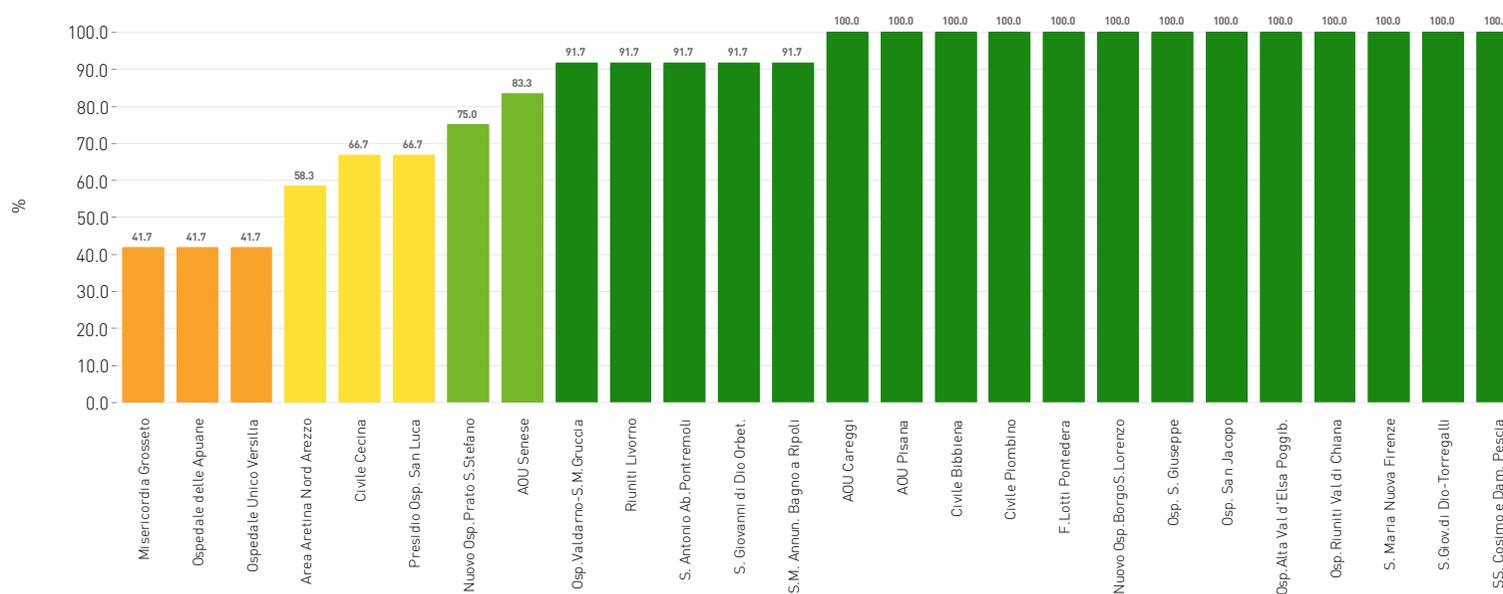
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

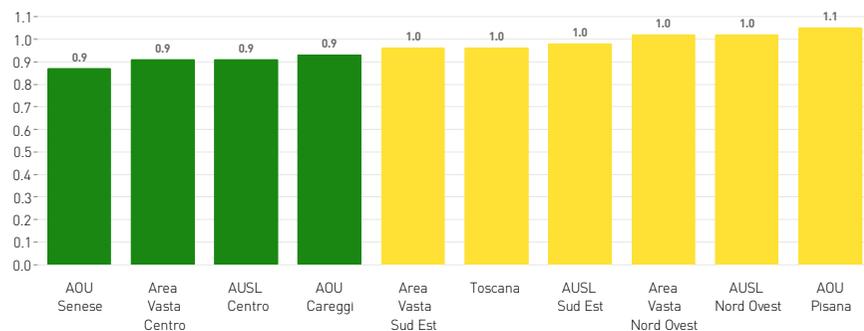


## C22.1 Standardized Mortality Ratio (SMR)

L'indicatore C22.1 monitora il rapporto tra il tasso di mortalità effettivamente osservato in un centro e quello che ci si sarebbe atteso se questo stesso centro avesse lavorato in accordo alla performance media di tutti i centri partecipanti al Progetto Margherita ProSAFE.



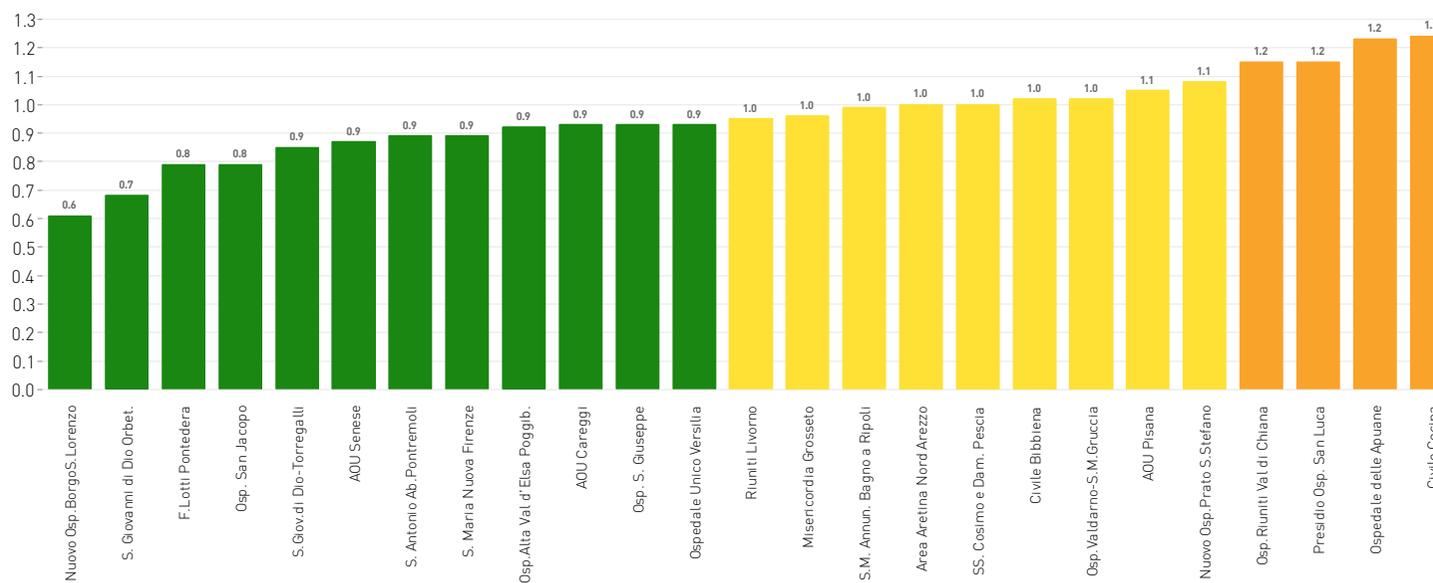
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend

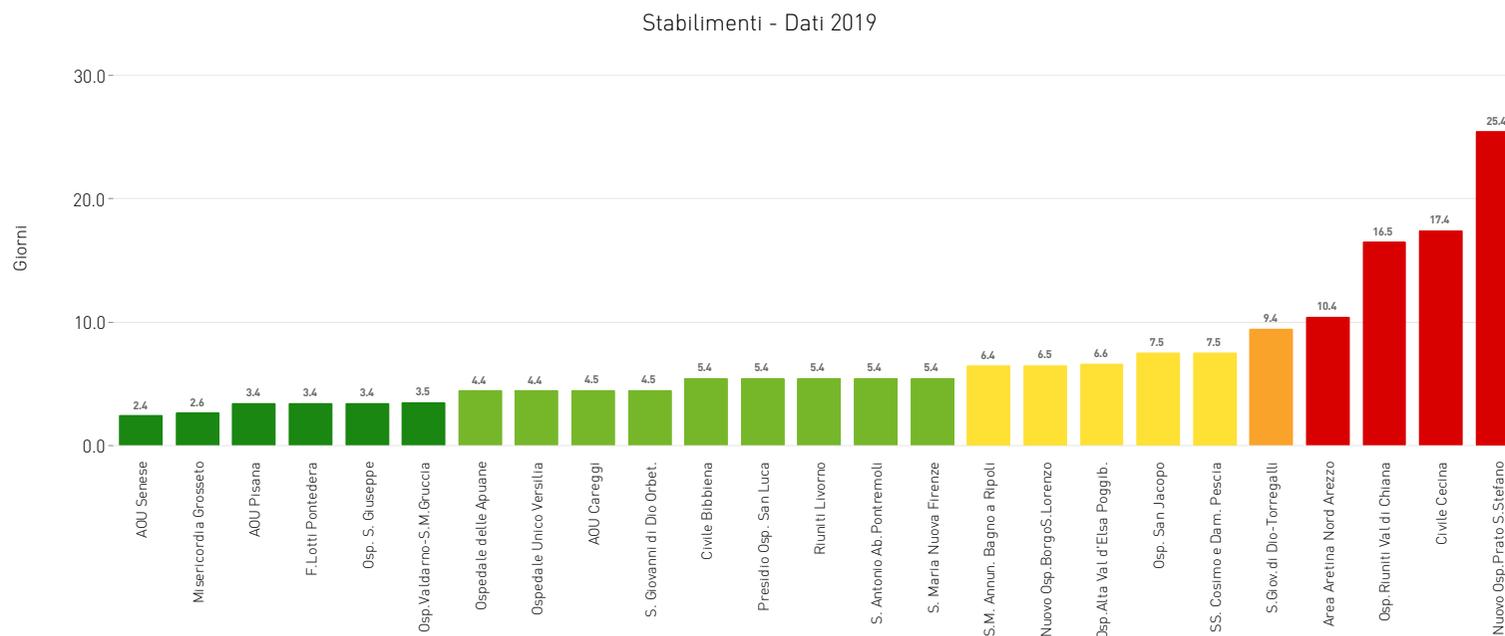
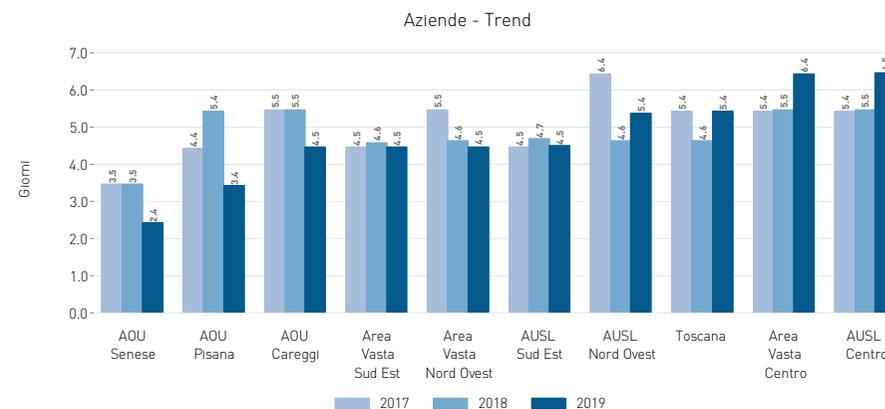
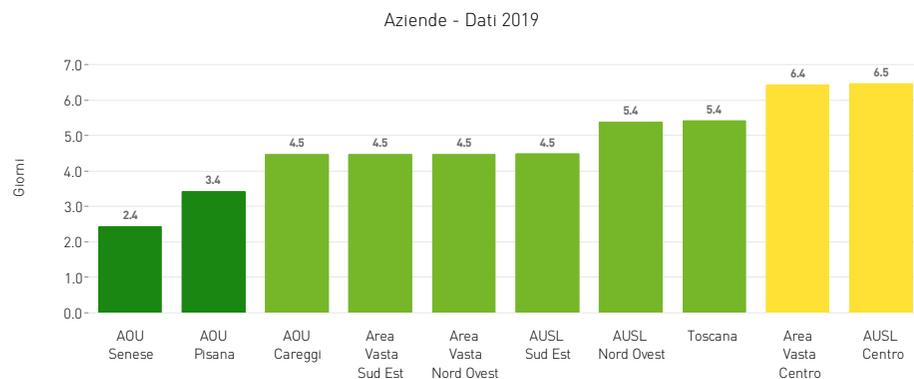


Stabilimenti - Dati 2019



## C22.7 Mediana della durata della terapia antibiotica empirica

L'indicatore C22.7 monitora la durata della terapia antibiotica empirica nei reparti di terapia intensiva aderenti al progetto, considerando il valore mediano dei giorni di durata sul 90% dei pazienti ammessi e con dati completi.



## C22.8 Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi

L'indicatore C22.8 monitora la durata della terapia antibiotica in profilassi nei reparti di terapia intensiva aderenti al progetto, considerando il valore mediano dei giorni di durata sul 90% dei pazienti ammessi e con dati completi.



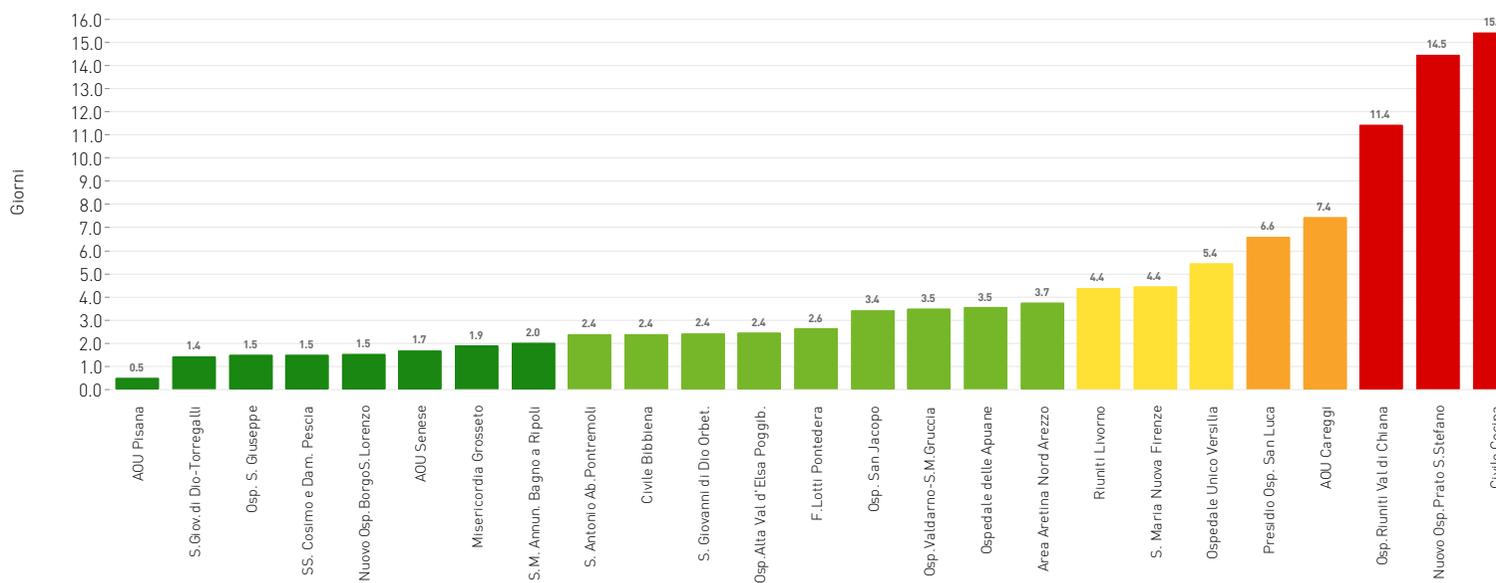
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C22.9 Ore di visita concesse ai parenti

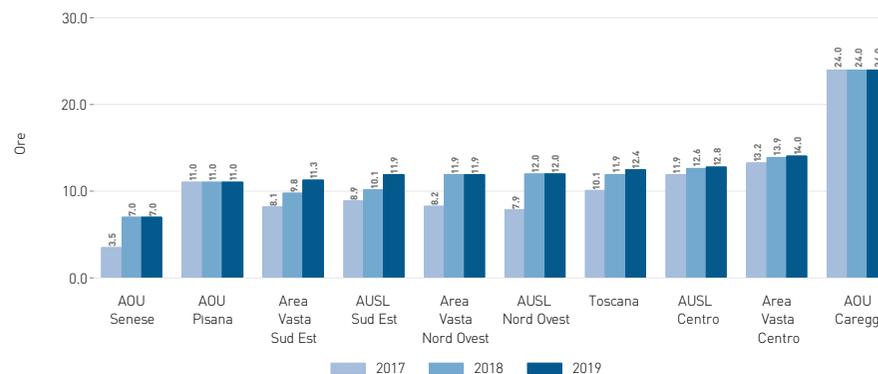
L'indicatore C22.9 monitora il numero di ore giornaliere di visita concesse ai parenti dei pazienti nei reparti di terapia intensiva aderenti al Progetto Margherita ProSAFE, mostrando che la maggior parte delle terapie intensive assicura un orario minimo sufficiente a garantire una maggiore umanizzazione delle cure.



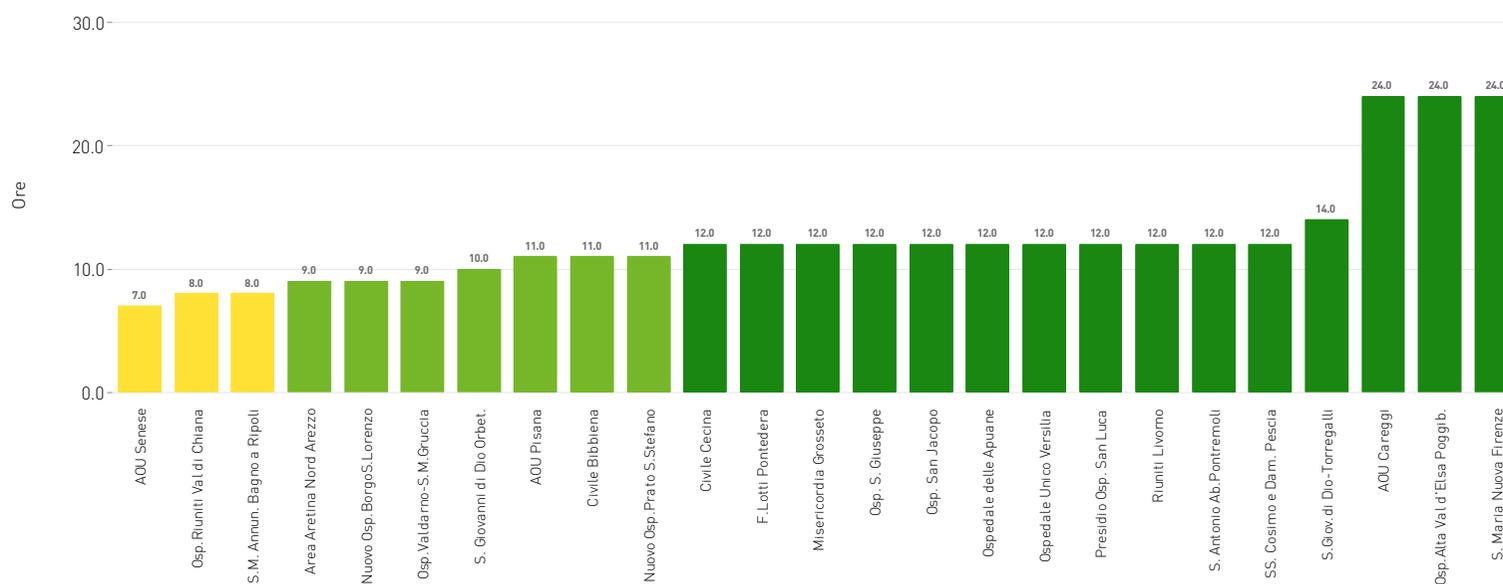
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

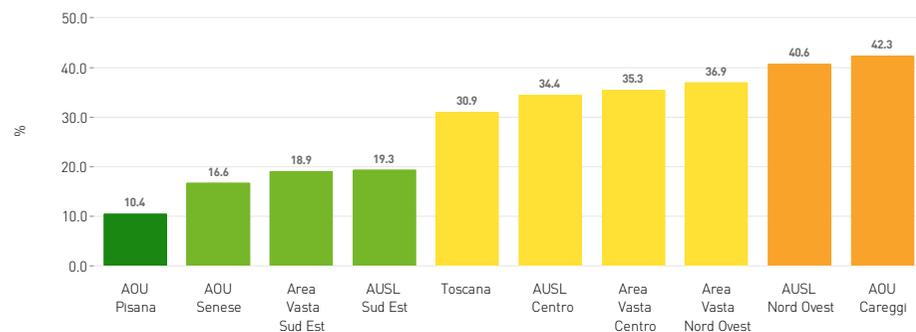


## C22.4 Percentuale di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza

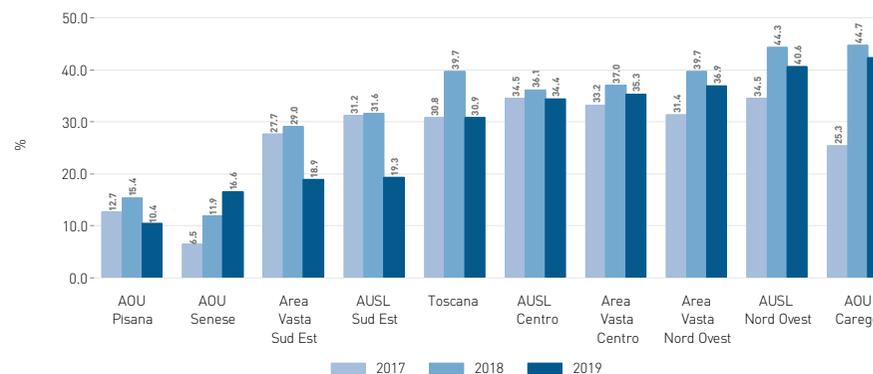
L'indicatore C22.4 è un indicatore di percorso che monitora il numero di pazienti ordinari, cioè che necessita di cure ordinarie abitualmente garantite da un qualsiasi reparto ospedaliero per acuti, che si trovano a fine degenza in un reparto di terapia intensiva. Tale indicatore ci permette di valutare il grado di integrazione organizzativa tra la terapia intensiva e i reparti di degenza ordinaria.



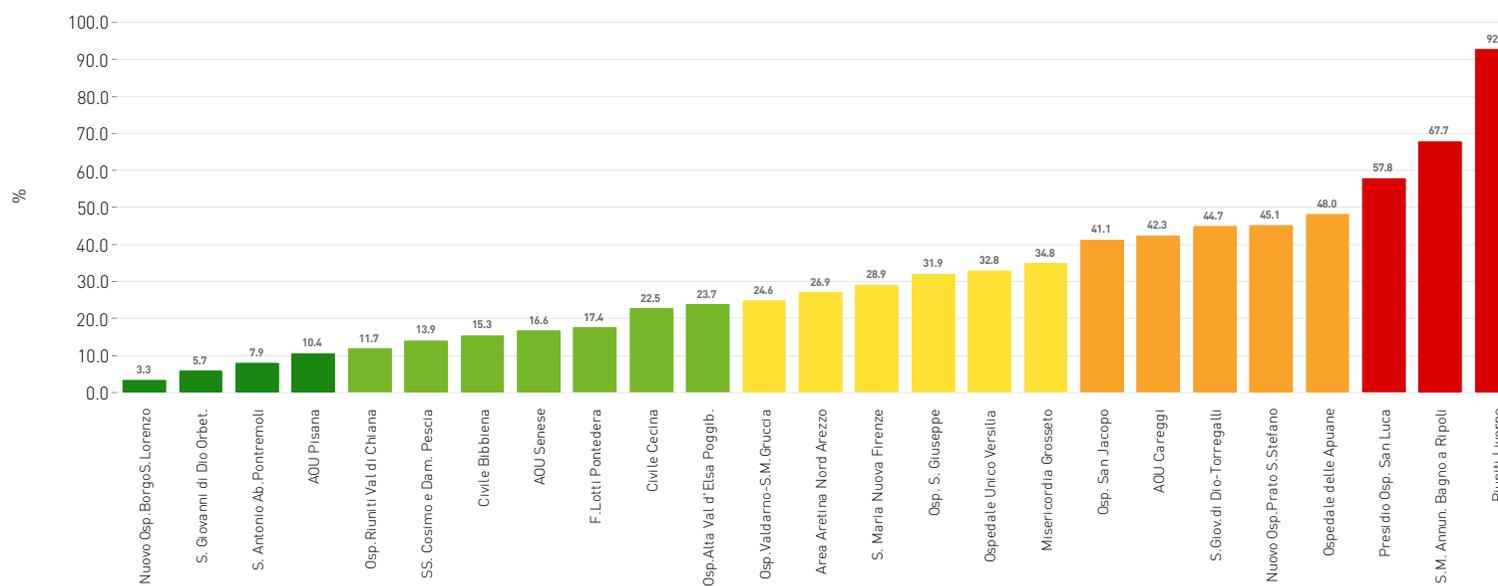
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C28 Cure Palliative

L'indicatore "Cure Palliative" raccoglie gli indicatori che misurano alcuni elementi caratterizzanti la fase del fine vita oncologico, quali la tempestività di ricovero, la durata della degenza in Hospice per valutare sia i ricoveri brevi che i ricoveri di lungo-permanenza in Hospice, e la proporzione di malati oncologici deceduti assistiti dalla Rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice sul numero totale dei deceduti per malattia oncologica.



### C28 Cure Palliative

*C28.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative*

D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

*C28.2 Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni*

C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni

C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg

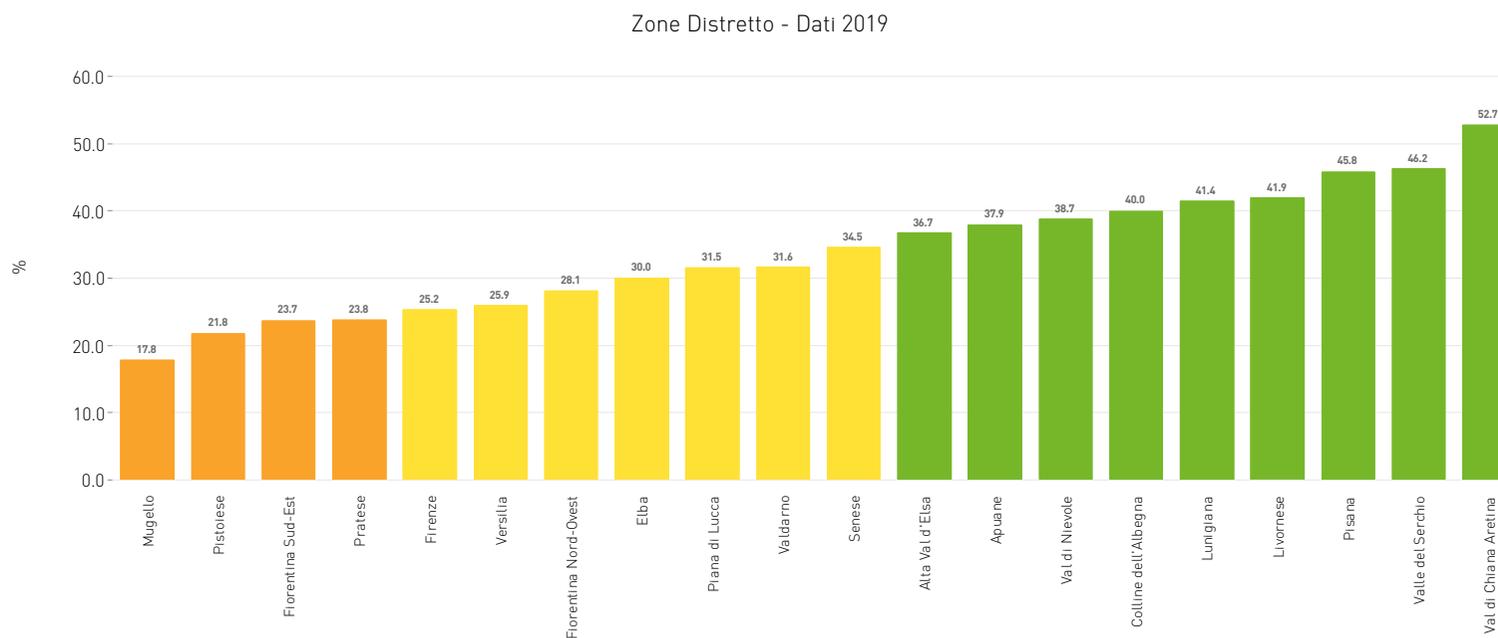
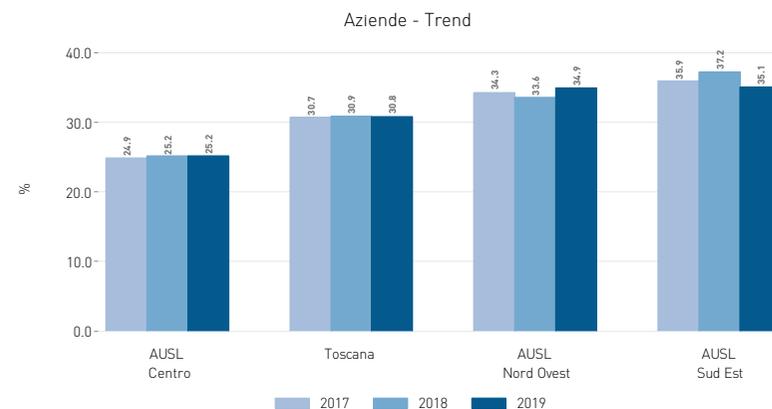
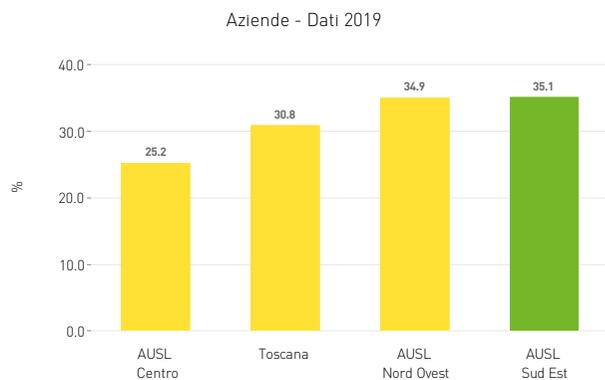
*C28.4 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricoveri ospedaliero o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg*

D32Z N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
48.51	55.44	42.22	48.56
30.85	34.94	25.20	35.10
94.28	98.10	87.08	98.18
93.47	98.07	84.62	97.94
8.30	7.48	10.47	6.65
34.24	35.66	37.13	27.81
36.90	37.16	43.05	27.52

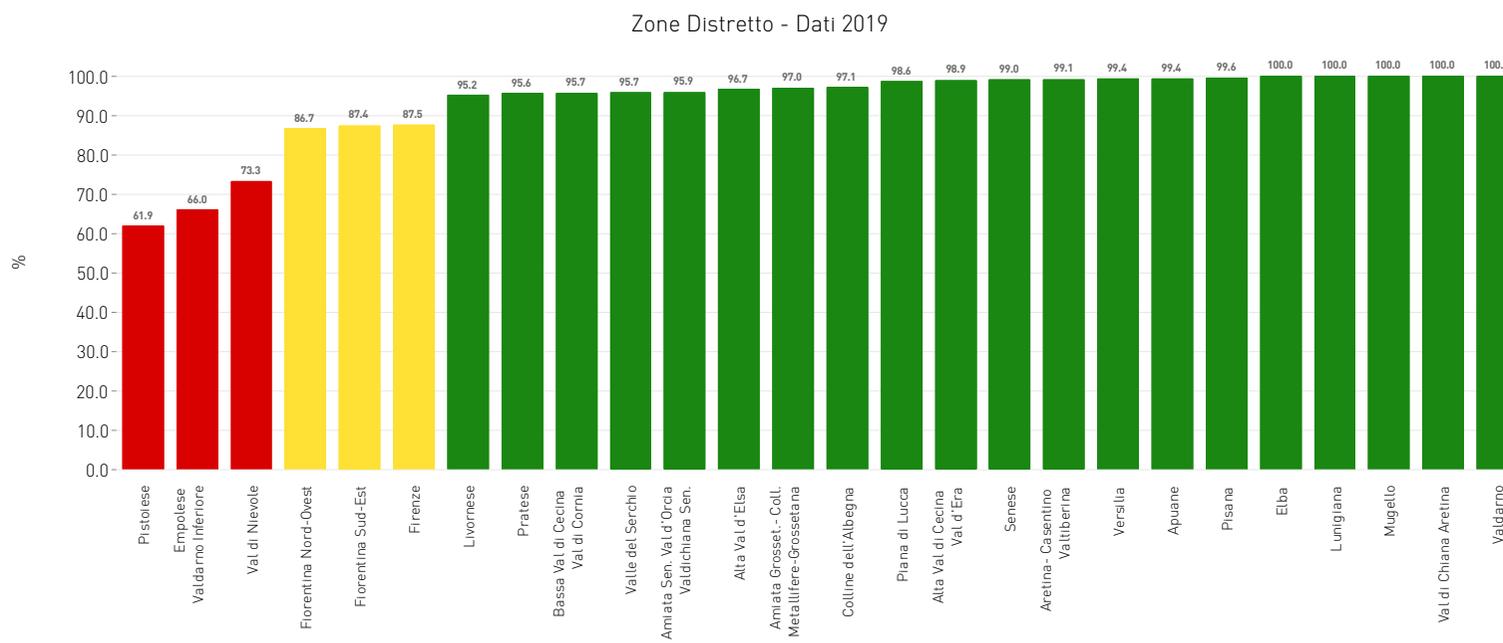
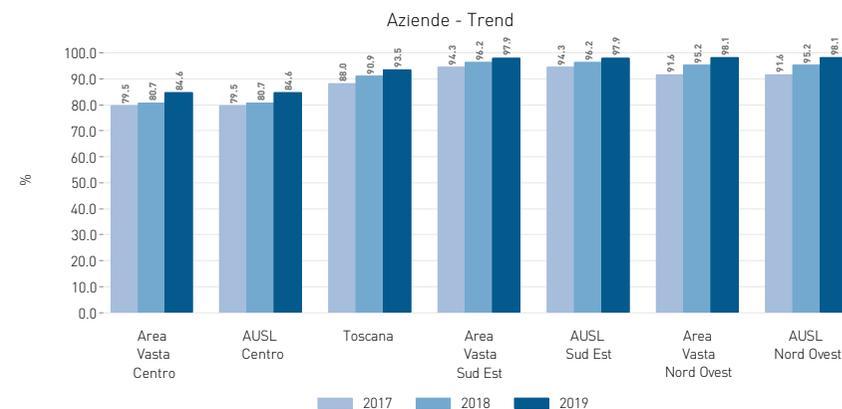
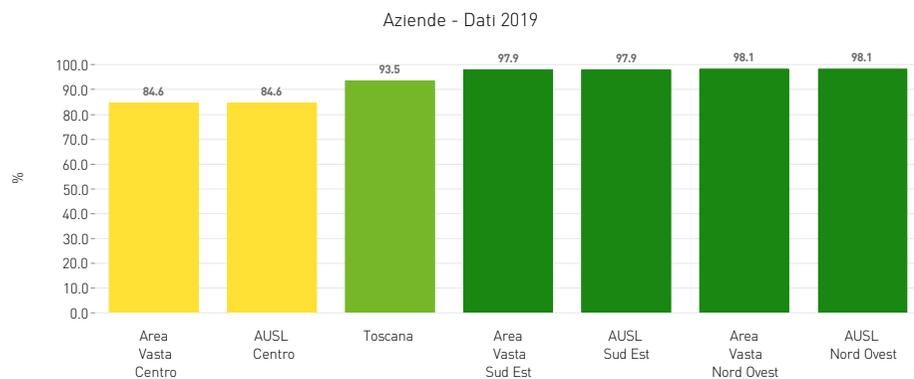
## D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

La gestione dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice).



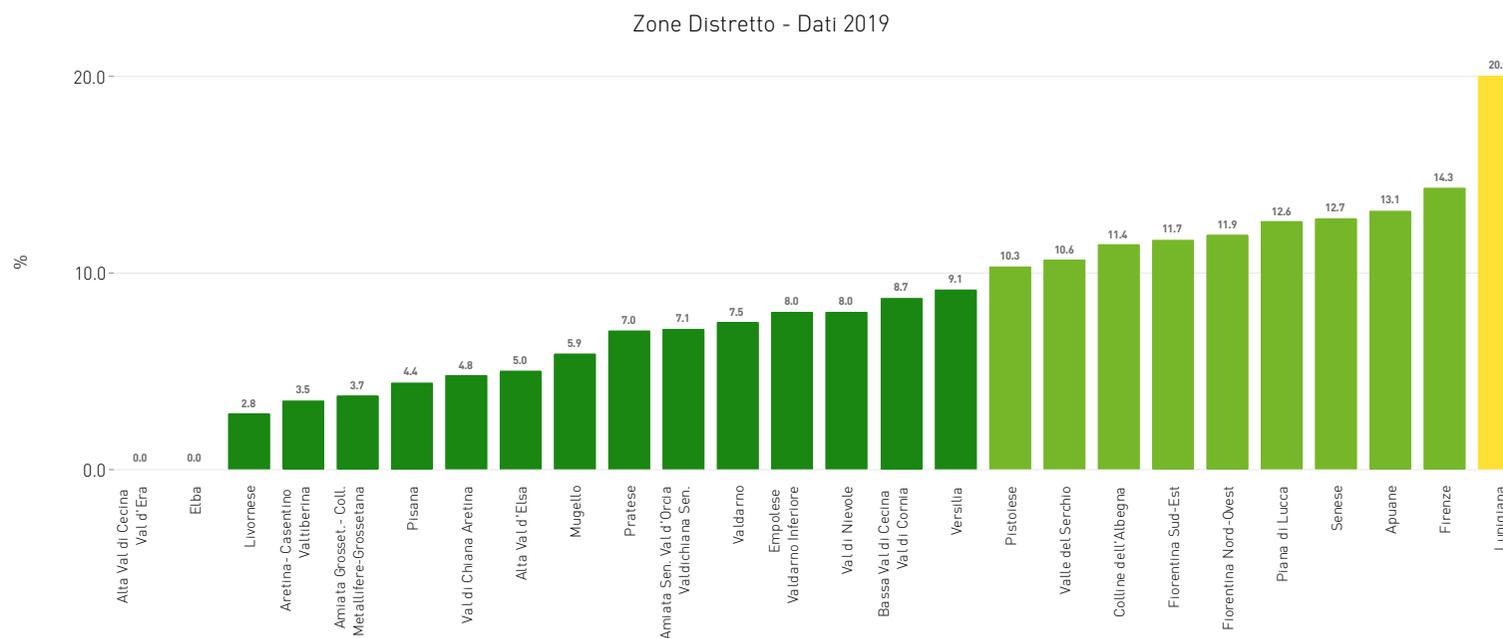
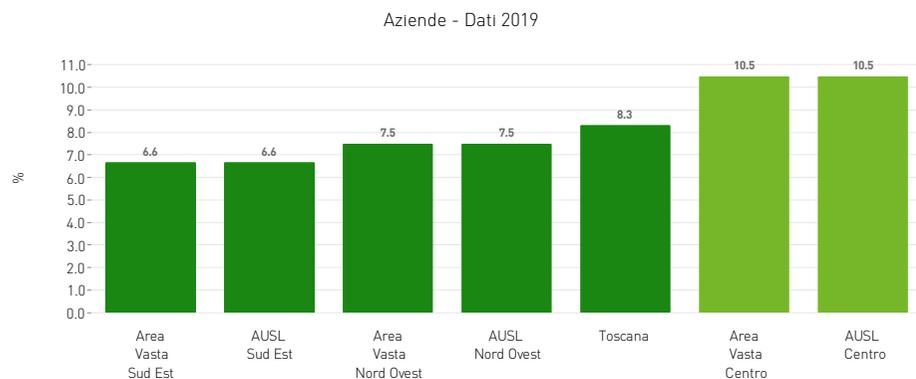
## C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg

La presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva. L'indicatore misura il numero di pazienti per i quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di pazienti ricoverati con assistenza conclusa. L'obiettivo dello standard nazionale almeno il 40% (DM 43/2007).



### C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg

L'indicatore misura il numero di pazienti con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice superiore o uguale a 30 giorni, sul numero di ricoveri in Hospice di pazienti con patologia oncologica. L'obiettivo dello standard nazionale un valore <=25% (DM 43/2007). Attraverso il calcolo dell'indicatore si ricava la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta superiore rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico. L'obiettivo dello standard è quello di ridurre il numero dei ricoveri di durata superiore ai 30 giorni.

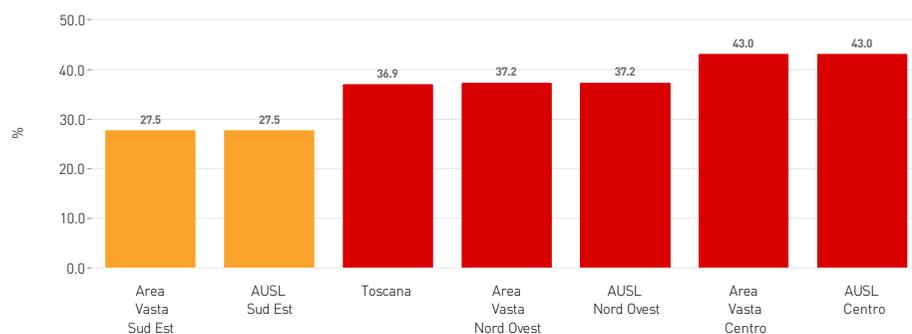


## D32Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

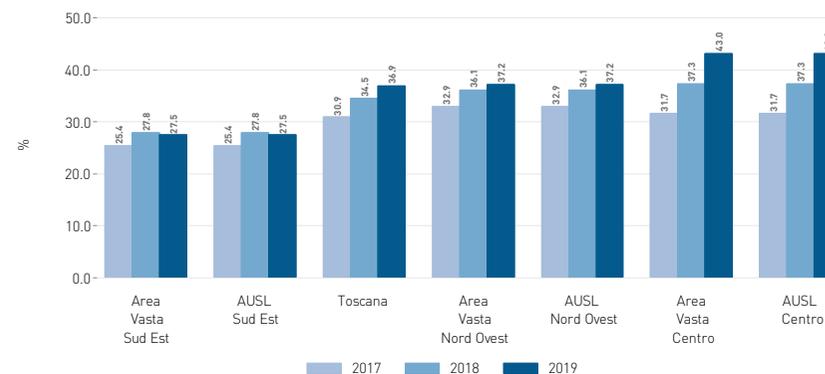
L'indicatore valuta la durata della degenza in Hospice dei pazienti oncologici dimessi dall'ospedale o provenienti dal domicilio non precedentemente assistiti dalla rete delle cure palliative. L'indicatore vuole mettere in luce la quota di ricoveri brevi (inferiori o uguali a 7 giorni) di pazienti che non sono stati presi in carico dalla Rete cure palliative.



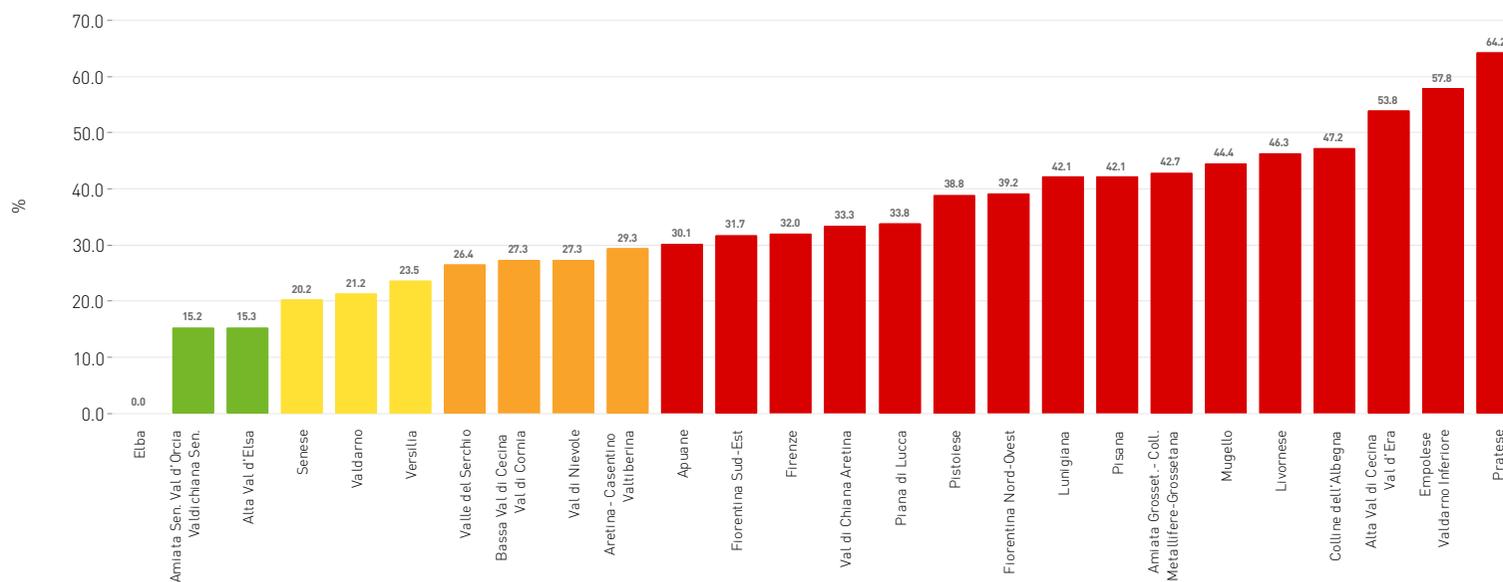
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2019





---

# RESPONSIVENESS E COMUNICAZIONE

a cura di Maria Sole Bramanti, Sabina De Rosis,  
Anna Maria Murante e Sara Zuccarino



## B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino

Una chiara diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti verso gli utenti e la loro partecipazione consapevole al proprio percorso di cura e all'organizzazione costituiscono presupposti fondamentali per garantire un accesso equo e appropriato al sistema sanitario stesso. L'indicatore B16 misura: - ciò che le aziende sanitarie dichiarano di mettere in atto in termini di informazione, modalità di accesso ai servizi e coinvolgimento dei pazienti; - quanto la popolazione si dichiara soddisfatta rispetto alla comunicazione e alla semplificazione dell'accesso ai servizi.



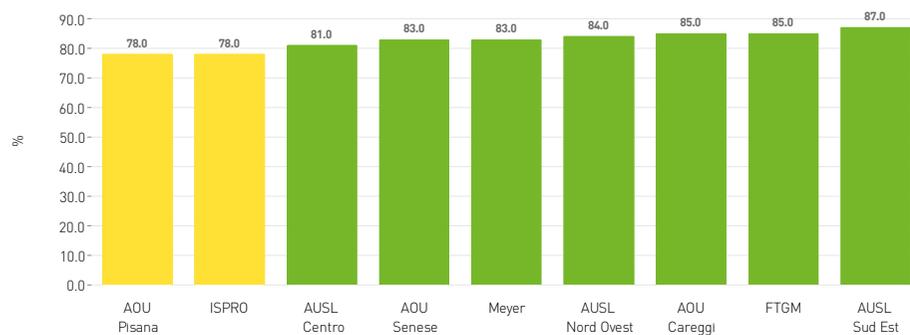
	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B16.1 Carta dei Servizi									
B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti	84.00	81.00	87.00	78.00	83.00	85.00	83.00	85.00	78.00
B16.1.2 Comitato di partecipazione	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	50.00
B16.2 Front office telefonico	77.00	93.00	100.00	92.00	93.00	69.00	61.00	61.00	84.00

### B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti

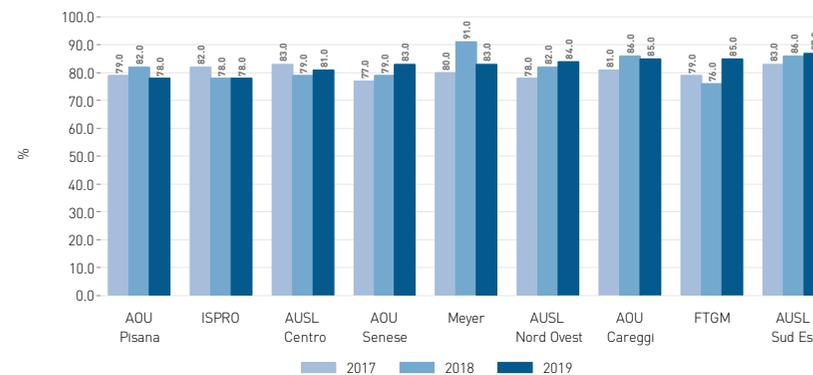
Una chiara diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti verso gli utenti e la loro partecipazione consapevole al proprio percorso di cura e all'organizzazione costituiscono presupposti fondamentali per garantire un accesso equo e appropriato al sistema sanitario stesso.



Aziende - Dati 2019

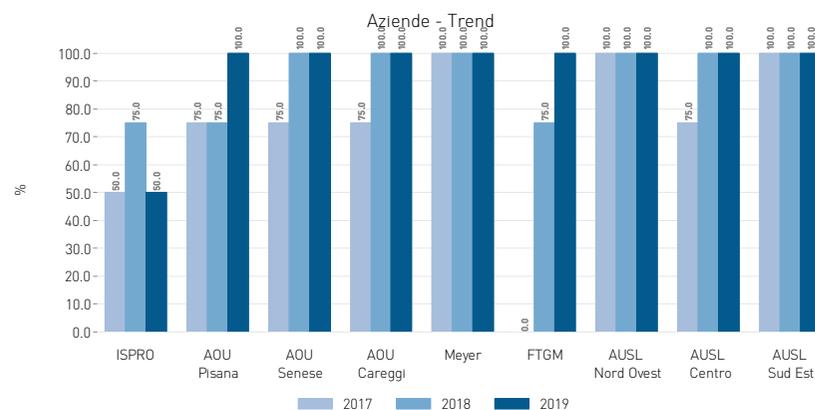


Aziende - Trend



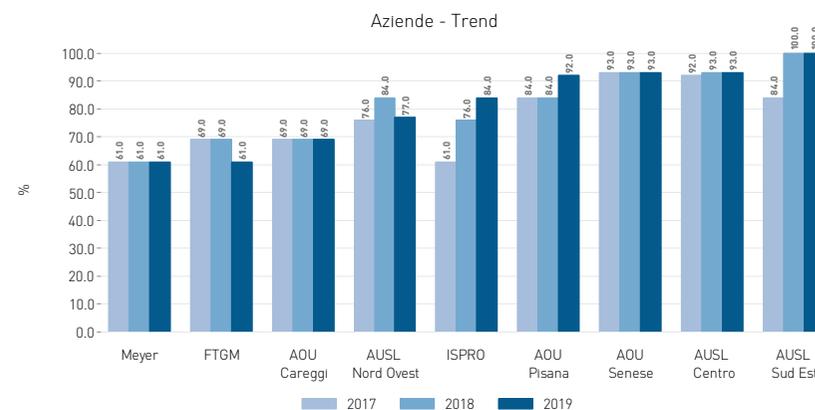
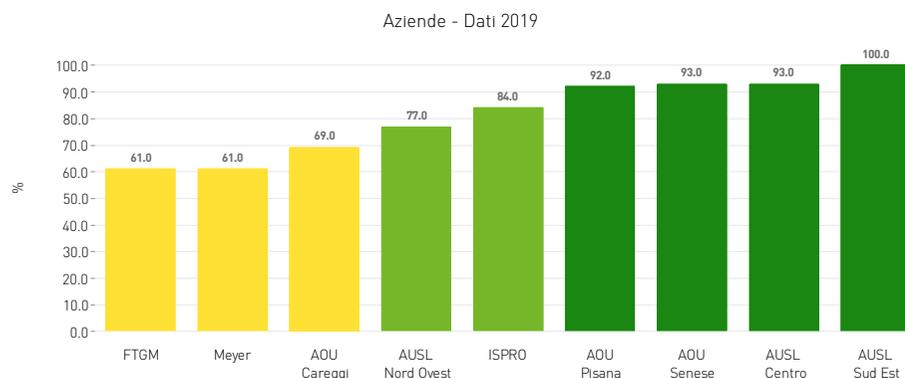
## B16.1.2 Comitato di partecipazione

Una chiara diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti verso gli utenti e la loro partecipazione consapevole al proprio percorso di cura e all'organizzazione costituiscono presupposti fondamentali per garantire un accesso equo e appropriato al sistema sanitario stesso.



## B16.2 Front office telefonico

Una chiara diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti verso gli utenti e la loro partecipazione consapevole al proprio percorso di cura e all'organizzazione costituiscono presupposti fondamentali per garantire un accesso equo e appropriato al sistema sanitario stesso.



## B40 Programmazione della formazione

L'obiettivo dell'indicatore è finalizzato a valutare la coerenza dei sistemi formativi aziendali rispetto alle strategie regionali di sviluppo e valorizzazione delle risorse professionali del SSRLa necessità di costruire un indicatore sulla programmazione della formazione nasce dall'esigenza di stimolare le Aziende Sanitarie a collegare, da una parte, la programmazione degli eventi formativi alle strategie di gestione del personale e alle trasformazioni organizzative e tecnologiche aziendali, dall'altra, la redazione dei dossier formativi con la programmazione formativa aziendale.



### B40 Programmazione della formazione

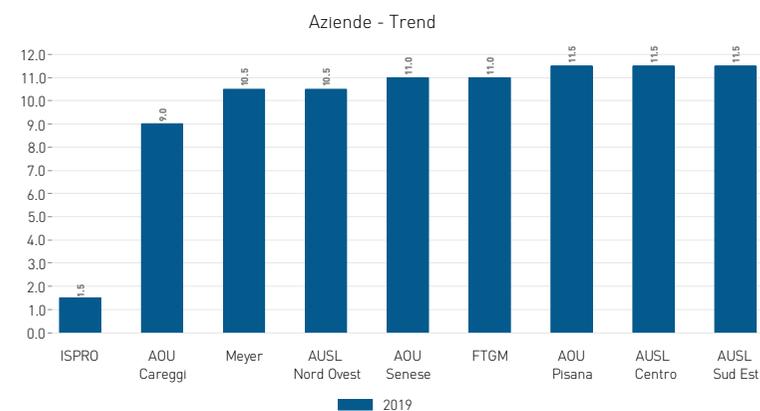
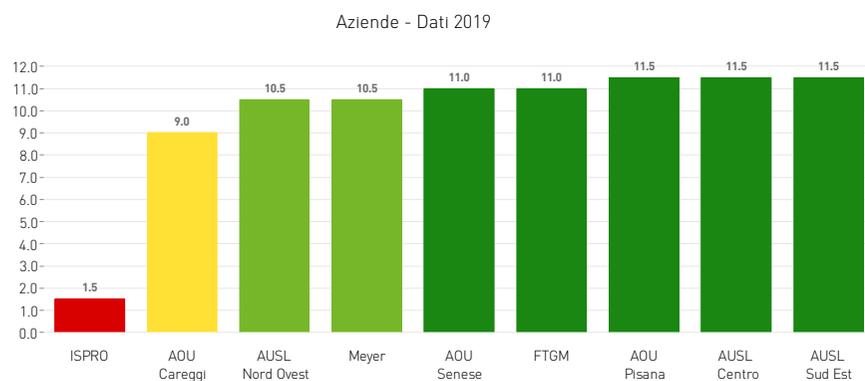
*B40.2 Dossier formativo*

*B40.1 Coerenza del piano formativo alle indicazioni regionali*

AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
0.00	1.00	1.00	1.00	0.50	0.00	0.00	1.00	0.50
10.50	10.50	10.50	10.50	10.50	9.00	10.50	10.50	1.00

## B40 Programmazione della formazione

L'obiettivo dell'indicatore è finalizzato a valutare la coerenza dei sistemi formativi aziendali rispetto alle strategie regionali di sviluppo e valorizzazione delle risorse professionali del SSRLa necessità di costruire un indicatore sulla programmazione della formazione nasce dall'esigenza di stimolare le Aziende Sanitarie a collegare, da una parte, la programmazione degli eventi formativi alle strategie di gestione del personale e alle trasformazioni organizzative e tecnologiche aziendali, dall'altra, la redazione dei dossier formativi con la programmazione formativa aziendale.





---

# VALUTAZIONE DELL'UTENZA

a cura di Manila Bonciani, Sabina De Rosis e Barbara Lupi



## D17 Valutazione utenti Materno Infantile

La Regione Toscana ha sempre avuto una grande attenzione per il percorso nascita, prevedendo attraverso la pianificazione e programmazione regionale politiche d'intervento e azioni mirate ad assicurare un'adeguata risposta ai bisogni delle donne e dei nascituri, in termini di qualità e appropriatezza, ponendo grande centralità al punto di vista delle utenti. L'indicatore D17 permette la valutazione dell'esperienza delle utenti durante tutto il percorso nascita, con misure specifiche per la fase della gravidanza (con focus sulla consegna del libretto e sul corso di accompagnamento alla nascita), del parto (con focus sulle cure amiche, sul controllo del dolore e sulla relazione con i professionisti del punto nascita) e del primo anno di vita (con focus sull'assistenza del pediatra, sull'assistenza offerta dai consultori nel post-parto e sulle vaccinazioni). Un'ulteriore sottodimensione riguarda il bilancio complessivo del percorso, con indicatori che misurano la percezione delle donne su accesso ai servizi, coordinamento tra i professionisti e soddisfazione complessiva, nonché il giudizio sull'esperienza positiva vissuta nelle diverse fasi. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dell'indagine sistematica sul percorso nascita, avviata a marzo 2019 che permette di raccogliere in maniera longitudinale le informazioni sull'esperienza e sugli esiti percepiti nel percorso nascita, attraverso 8 momenti di rilevazione dal momento della consegna del libretto di gravidanza fino ad un anno di vita del bambino) (<https://www.santannapisa.it/it/ricerca/progetti/indagine-sul-percorso-nascita-toscana>). Per la valutazione relativa all'anno 2019 sono disponibili solo alcuni dati relativi alla fase della gravidanza e del parto, sulla base dei tempi di implementazione dell'indagine sistematica. Gli indicatori relativi alla dimensione sul bilancio del percorso sono calcolati utilizzando l'ultima indagine campionaria longitudinale sul percorso nascita che ha completato il follow up delle donne a 12 mesi dal parto ad aprile 2020.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>D17 Valutazione utenti Materno Infantile</b>	●	●	●	●	●	●	●
D17.1 Gravidanza							
D17.1.7 Qualità incontro consegna libretto di gravidanza	83.43	83.61	83.44	83.26			
D17.1.8 Esperienza con l'ostetrica alla consegna del libretto	73.65	73.28	73.90	73.87			
D17.1.1A Utilità del CAN (Corso di Accompagnamento alla Nascita)							
D17.1.1GR Utilità del CAN per la gravidanza							
D17.1.1PA Utilità del CAN per il parto							
D17.1.1AL Utilità del CAN per l'allattamento							
D17.1.1NE Utilità del CAN per la gestione del neonato							
D17.1.9 Coinvolgimento nelle scelte in gravidanza							
D17.1.5A Willingness to recommend il consultorio							
D17.2 Parto							
D17.2.13 Libertà di gestione di travaglio e parto	73.36	75.38	70.91	75.57	74.22	81.64	70.00
D17.2.14 Rispetto e dignità da parte dei professionisti in travaglio e parto	86.31	85.59	85.14	89.54	86.19	90.14	85.19
D17.2.15 Continuità assistenziale in travaglio e parto	80.48	80.63	78.58	85.61	80.94	88.02	76.56
D17.2.7A Gestione del dolore in travaglio e parto	71.73	73.04	69.19	73.35	76.70	68.02	70.56
D17.2.8 Gestione del dolore dopo il parto	73.52	72.17	74.23	73.22	73.11	74.11	73.36
D17.2.9 Lavoro di squadra	80.34	80.07	80.27	81.00	82.44	81.06	78.72
D17.2.11A Supporto del personale al punto nascita	79.99	76.97	83.25	80.88	78.56	85.48	78.29
D17.2.4A Informazioni concordanti	73.36	74.26	72.07	73.40	77.20	74.98	70.73
D17.2.5 Pulizia ambienti	66.46	68.00	69.22	66.75	51.66	61.33	68.99
D17.2.16 Chiarezza informazioni alla dimissione	73.06	72.42	72.49	75.45	75.30	74.73	69.61
D17.2.17 Qualità assistenza al punto nascita	82.59	82.75	82.11	83.37	84.66	86.03	80.24
D17.2.18 Esperienza con il personale del punto nascita	71.13	71.29	71.26	72.46	72.64	73.85	67.36
D17.2.10 Willingness to recommend il punto nascita	89.01	89.18	88.07	89.60	92.13	94.67	87.16
D17.3 Primo anno di vita							
D17.3A Assistenza Pediatra di Famiglia							
D17.3A.1 Facilità contatto con PLS							
D17.3A.2 Informazioni concordanti sull'allattamento del PLS							
D17.3A.3 Esperienza con il PLS							
D17.3A.4 Willingness to recommend il PLS							
D17.3B Assistenza del consultorio							
D17.3B.1 Supporto richiesto al personale del consultorio							
D17.3B.2 Esperienza con il personale del consultorio							
D17.3B.3 Willingness to recommend il consultorio							
D17.3C Vaccinazioni							
D17.3C.1 Informazioni del PLS su vaccinazioni							
D17.3C.2 Informazioni concordanti sulle vaccinazioni							
D17.3C.3 Consapevolezza su vaccinazioni							
D17.4 Bilancio del percorso							
D17.4.1 Accesso ai servizi	88.19	88.44	87.93	88.20			
D17.4.2 Coordinamento tra professionisti	63.20	63.88	63.07	62.52			
D17.4.3 Soddisfazione complessiva	70.72	71.62	70.97	69.35			
D17.4.4 Esperienza positiva in gravidanza	82.07	82.58	81.69	81.90			
D17.4.5 Esperienza positiva al parto	73.62	74.17	73.70	72.86			
D17.4.6 Esperienza positiva nel primo anno	80.31	81.50	79.35	80.02			

## D18A Dimissioni volontarie

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente o un suo legale rappresentante di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., ed in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura e le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici. Nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani [Murante et al. 2013] è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa. Sulla base anche di quest'ultima evidenza, dal 2009 è stato introdotto nel sistema di valutazione l'indicatore D18A che monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. È stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini nella misura in cui il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.



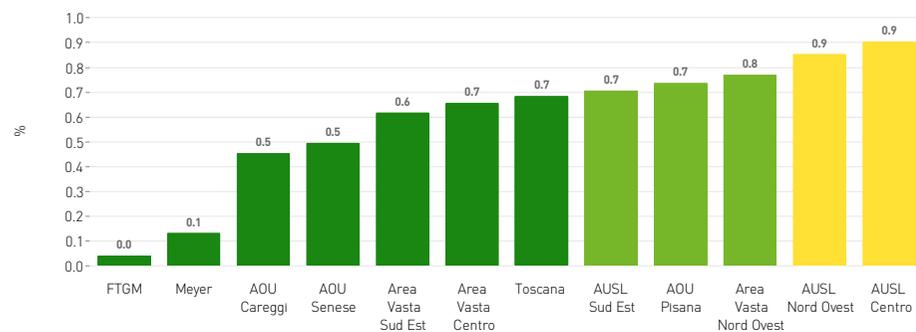
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>D18A Dimissioni volontarie</b>									
D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0.68	0.85	0.90	0.71	0.73	0.49	0.45	0.13	0.04
D18.1 Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	1.02	1.11	0.24	1.19	0.18	0.00			

## D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

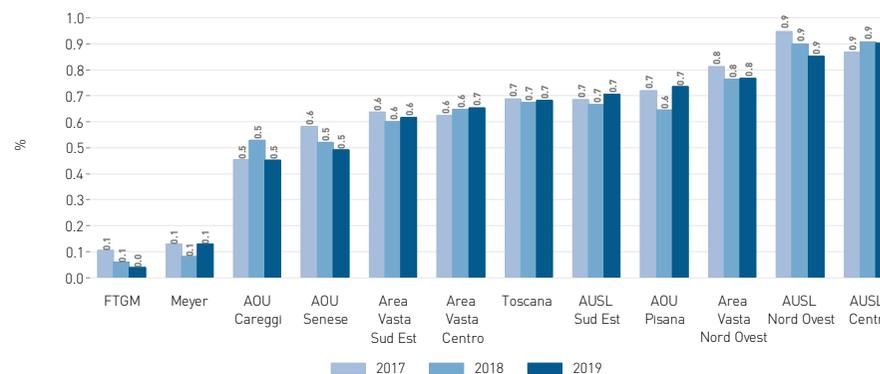
L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge [ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio], il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici. Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani [Murante et al., 2013] è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa. L'indicatore D18 monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.



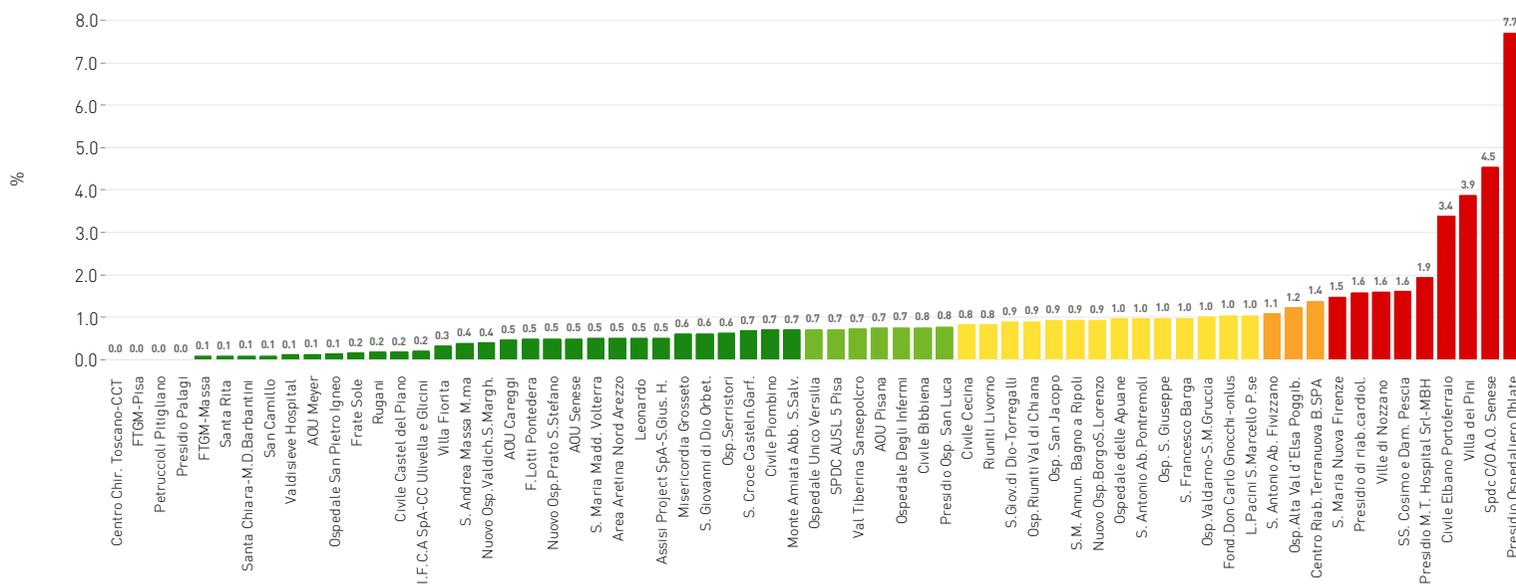
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

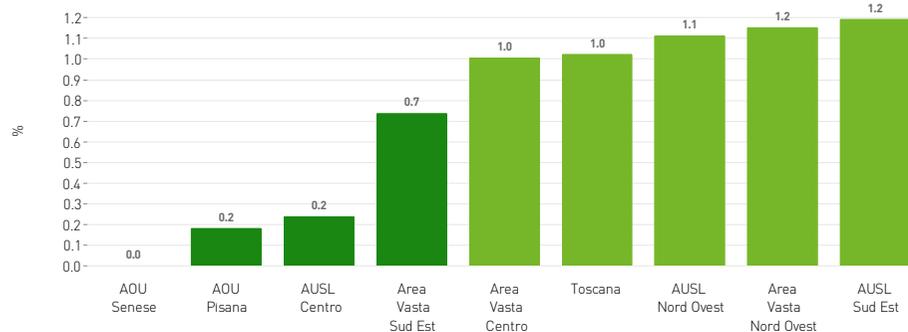


## D18.1 Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione

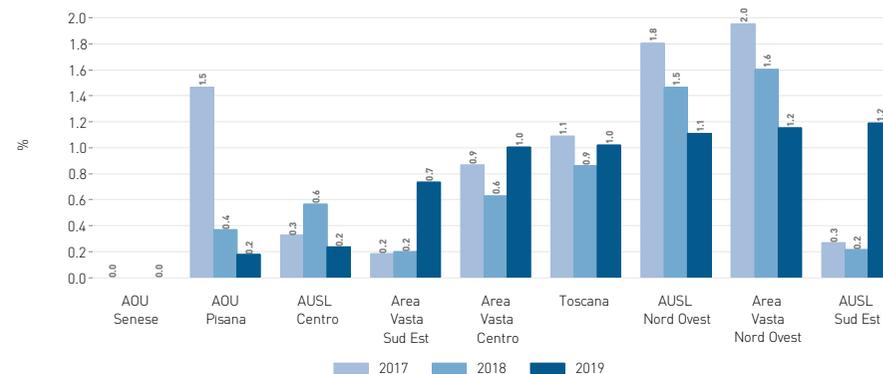
Questo indicatore analizza nello specifico le dimissioni volontarie dei pazienti dai reparti di lungodegenza o di riabilitazione.



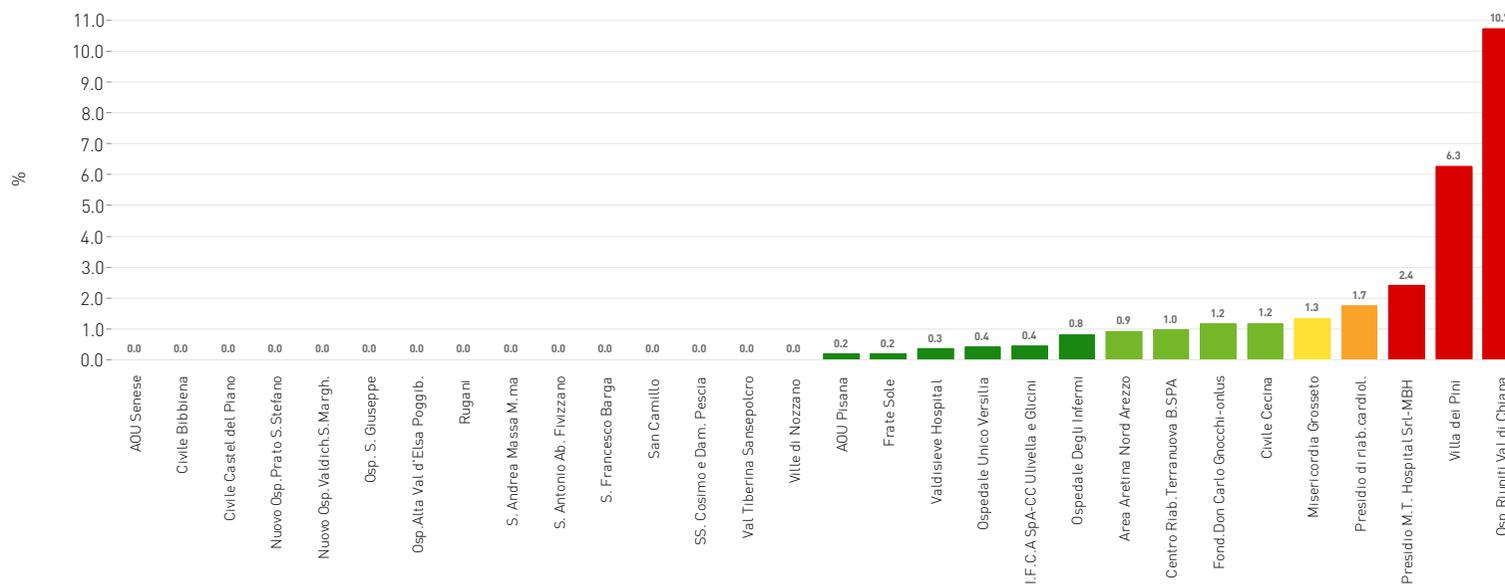
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## D20B Estensione ed adesione PREMs

L'Osservatorio PREMs è stato introdotto in Toscana con lo scopo di aprire un vero e proprio canale di ascolto continuo dell'utenza. Le sue caratteristiche innovative includono la sistematicità e la continuità. Tutti i pazienti toscani che hanno fruito di un servizio indagato (es. dimessi da ricovero ordinario) devono avere la possibilità di partecipare all'indagine di esperienza. L'indicatore D20b valuta proprio questo aspetto, misurato in termini di estensione dell'indagine e di partecipazione degli utenti. I PREMs attualmente raccolgono il feedback dei pazienti rispetto all'esperienza con il ricovero ordinario. L'estensione dei PREMs si riferisce all'implementazione dei requisiti tecnici per permettere ai pazienti di essere arruolati e partecipare, ed è misurato come percentuale di reparti per presidio che hanno attivato l'indagine con almeno un loro paziente dimessi arruolato all'indagine. L'adesione a PREMs misura, invece, la percentuale di pazienti dimessi che hanno lasciato i loro contatti per partecipare all'indagine, sul totale dei pazienti dimessi da un certo presidio.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>D20B Estensione ed adesione PREMs</b>									
D20B.1.1 Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario	61.95	75.82	69.68	0.00	90.22	64.82	61.97	51.85	83.33
D20B.2.1 Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	21.86	41.93	13.77		22.95	13.82	5.24	29.32	46.98

## D20 PROMs

L'Osservatorio PROMs è stato introdotto in Toscana con lo scopo di seguire i pazienti lungo alcuni percorsi di cura specifici, raccogliendo tanto la loro percezione di stato di salute, funzionalità, qualità della vita, quanto la valutazione dell'esperienza con i servizi di cui hanno fruito lungo il loro percorso. Le caratteristiche innovative dell'Osservatorio PROMs includono la sistematicità e la continuità, affinché tutti i pazienti toscani in un certo percorso possano avere sempre la possibilità di partecipare all'indagine. L'indicatore D20 valuta proprio questi aspetti, misurato in termini di arruolamento dei pazienti all'indagine e di partecipazione degli utenti. I PROMs attualmente raccolgono il feedback dei pazienti rispetto a sette diversi percorsi di cura, di cui sei monitorati con i sotto-indicatori D20. L'arruolamento dei pazienti a PROMs è misurato come percentuale di pazienti eleggibili che sono stati informati dai professionisti e hanno lasciato i loro contatti per partecipare all'indagine, sul totale dei pazienti eleggibili estratti da SDO. Il tasso di risposta dei pazienti PROMs è misurato come percentuale di pazienti rispondenti al primo questionario (T0 - baseline) dell'indagine, sul totale dei pazienti arruolati nell'anno di riferimento.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>D20 PROMs</b>	●	●	●	●	●	●	●
D20.1 Percentuale pazienti arruolati al progetto PROMs							
D20.1.1 Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica	29.36			29.01	22.79	53.78	29.93
D20.1.1.1 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica urologica	25.54			23.79	14.17	60.35	27.91
D20.1.1.2 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica toracica	48.84				49.50	40.00	60.00
D20.1.1.3 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica coloretale	34.30			35.90	16.67	51.22	39.80
D20.1.2 Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica	25.64	34.20	12.82	14.30	33.33	45.68	32.65
D20.1.2.1 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione d'anca	29.44	41.62	14.37	15.20	32.66	55.56	29.15
D20.1.2.2 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	21.99	26.31	11.36	13.72	34.16	28.21	35.92
D20.1.3 Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	51.07	18.07	52.04	79.07	100.00	39.13	15.63
D20.1.3.1 Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella	51.07	18.07	52.04	79.07	100.00	39.13	15.63
D20.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs							
D20.2.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica	47.45			62.14	46.34	44.00	41.67
D20.2.1.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica urologica	45.17			64.58	54.29	48.57	37.21
D20.2.1.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica toracica	40.00				42.11	50.00	16.67
D20.2.1.3 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica coloretale	56.76			60.00	33.33	22.22	65.79
D20.2.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica	32.16	31.56	34.83	15.66	40.11	46.58	28.88
D20.2.2.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di anca	35.26	34.75	38.14	14.49	35.42	51.75	30.51
D20.2.2.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	28.18	26.19	30.86	16.50	45.68	28.13	27.67
D20.2.3 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	58.26	67.86	74.51	53.13	53.70	61.11	56.00
D20.2.3.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella	58.26	67.86	74.51	53.13	53.70	61.11	56.00

## D19 Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario

L'importanza di comprendere come i pazienti sperimentino l'assistenza sanitaria ha portato allo sviluppo di misure di esperienza riportate dai pazienti (Patient-Reported Experience Measures - PREMs) in grado di misurare la percezione che i pazienti hanno dei servizi sanitari erogati. Studi precedenti (Coulter et al. 2009) hanno messo in luce le dimensioni fondamentali dell'esperienza dei pazienti con i ricoveri ospedalieri: compassione ed empatia da parte del personale ospedaliero, incluso il trattare i pazienti con rispetto e dignità (D19.1); supporto emotivo, alleviando la paura e l'ansia (D.19.2); informazione e comunicazione (D19.3), incluso il coinvolgimento di familiari e amici (D19.3.3) e le informazioni fornite in fase di dimissione (D19.4); gestione del dolore (D19.8); coordinamento del personale (D19.9.3); comfort della struttura (D19.5).

Anche le definizioni di sistema sanitario centrato sul paziente vedono tra le attività fondamentali quelle elencate sopra (Scholl et al, 2014). A questo proposito, oltre all'esperienza riportata dai pazienti, le attuali indagini PREMs misurano anche la soddisfazione dei pazienti (indicatori D19.9 e D19.10) in termini di valutazione complessiva e disponibilità a raccomandare il reparto a parenti e amici.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>D19 Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario</b>	●	●	●	●	●	●	●	●
D19.1 Rispetto per la persona								
D19.1.1 Rispetto e dignità per la persona - personale medico	95.26	94.54	95.36	95.70	96.43	94.61	95.46	98.16
D19.1.2 Rispetto e dignità per la persona - personale infermieristico	94.21	93.64	95.27	92.95	95.39	93.51	94.08	97.76
D19.1.3 Rispetto e dignità per la persona - OSS	92.77	92.16	93.44	92.04	92.90	93.10		96.66
D19.1.5 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Medici	90.62	89.98	91.21	90.48	91.40	89.76		93.24
D19.1.6 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Infermieri	88.57	87.69	89.17	88.27	89.82	87.57		93.34
D19.1.7 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS	89.49	88.85	88.96	90.52	90.09	89.31		92.73
D19.2 Supporto alla persona								
D19.2.1 Gestione paure ed ansie - personale medico	82.74	81.80	82.88	82.87	85.36	80.30		88.21
D19.2.2 Gestione paure ed ansie - personale infermieristico	83.41	82.90	85.16	80.69	83.59	81.43		89.33
D19.3 Comunicazione e relazione								
D19.3.1 Risposte chiare - personale medico	92.01	91.10	92.02	92.93	94.29	91.40	91.49	94.86
D19.3.2 Risposte chiare - personale infermieristico	90.54	89.84	91.47	90.16	92.65	89.56	88.96	94.29
D19.3.3 Colloqui con i familiari	89.09	88.86	88.79	89.05	90.95	86.95		92.23
D19.3.4 Coinvolgimento del paziente	83.76	82.69	83.74	84.10	86.83	82.40	84.47	88.16
D19.3.5 Accoglienza in ospedale	94.92	94.64	95.93	94.06	94.60	94.12	93.53	98.50
D19.4 Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management								
D19.4.1 Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management	84.47	83.80	84.03	85.96	85.82	80.74		87.72
D19.4.2 Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici	90.33	89.50	89.76	91.60	92.27	89.24		93.79
D19.5 Comfort ospedaliero								
D19.5.1 Silenziosità del reparto	38.48	39.22	39.39	39.78	32.34	37.57		30.16
D19.5.2 Pulizia del reparto	74.52	74.90	72.73	75.36	74.27	73.13	72.79	80.63
D19.8 Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero	90.92	90.17	91.27	90.87	91.74	92.08	91.25	93.99
D19.9 Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta	88.72	87.49	89.05	88.71	91.13	88.48	88.72	94.80
D19.9.3 Lavoro di squadra	86.19	84.93	86.59	86.63	88.17	84.96	85.35	93.03
D19.10 Willingness to recommend	93.55	91.87	93.61	94.34	96.16	94.15	94.52	99.21

---

# ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI

a cura di Bruna Vinci, Elisa Guidotti,  
Giuseppe D'Orio, Federico Vola  
e Stefania Manetti





## C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

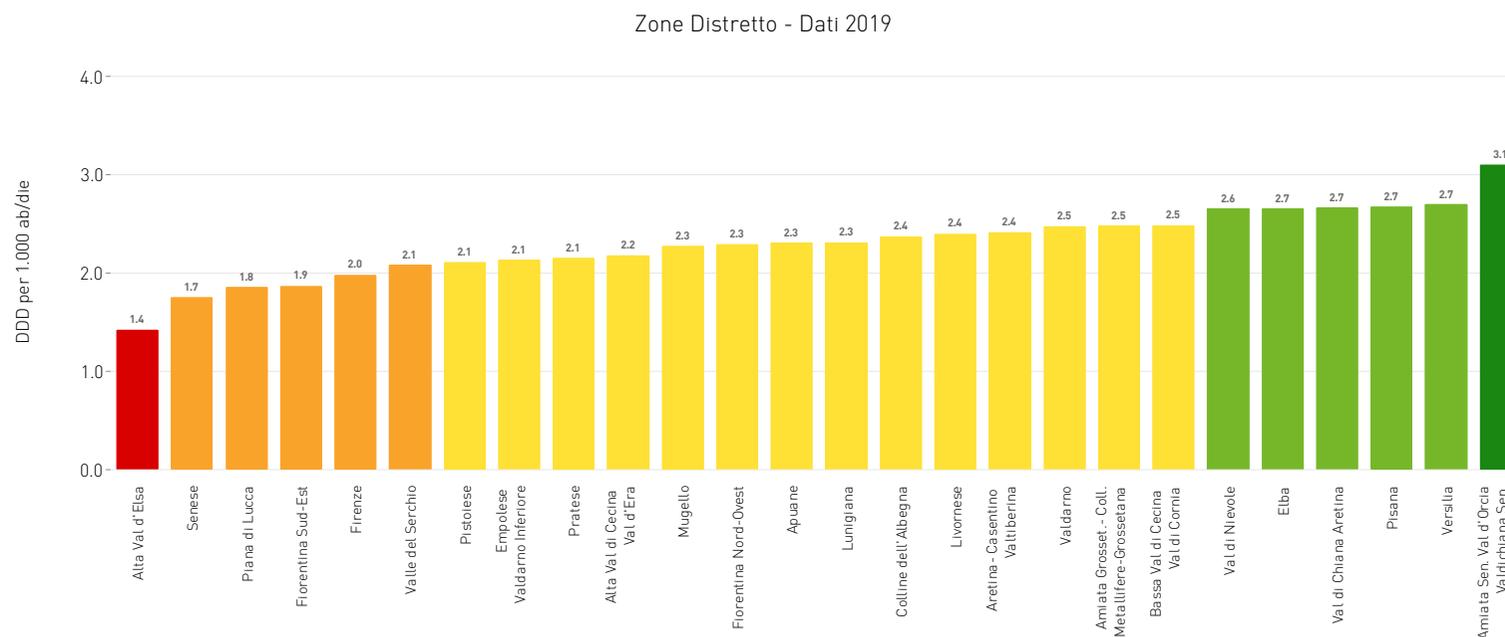
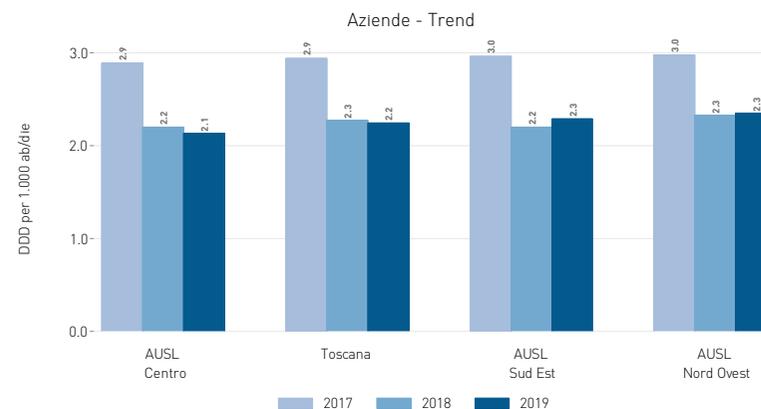
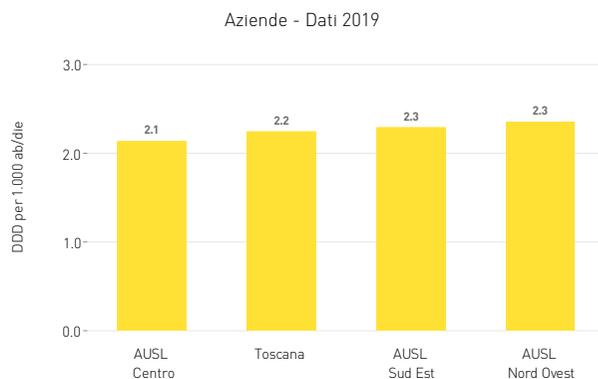
“Secondo il Codice Deontologico, l'appropriatelyzza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. L'autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario” (fonte: Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, a cura della Commissione terapeutica Regione Toscana, Settembre 2010). I dati sui consumi dei farmaci sono elaborati su flussi regionali nati prevalentemente per fini amministrativi; tuttavia gli stessi consentono di analizzare l'appropriatelyzza prescrittiva, perché, pur mancando nella prescrizione l'indicazione della patologia per cui il farmaco è prescritto, è altrettanto vero che un farmaco, contrariamente a quanto accade per la prescrizione di una prestazione specialistica che serve a diagnosticare una patologia, viene prescritto - o almeno dovrebbe esserlo - per una patologia già diagnosticata. L'indicatore C9 costituisce un primo passo per monitorare il corretto impiego dei farmaci, perché troppo spesso i provvedimenti presi a livello istituzionale sono orientati ad un contenimento della spesa fine a se stesso. L'indicatore C9 costituisce alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriatelyzza.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>C9.6B Antipertensivi</i>									
<i>C9.6.2.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antipertensivi</i>	8715.96	7935.54	8915.79	9529.02					
<i>C9.3.1 Percentuale aderenza pazienti trattati con farmaci antipertensivi agenti sul sistema regina-angiotensina (ATC C09) sul territorio</i>	58.04	57.83	58.47	58.01					
<i>C9.3.2 Costo medio per UP farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina sul territorio</i>	0.25	0.25	0.24	0.25					
<b>B4.1 Consumo di farmaci per il controllo del dolore</b>									
<i>B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio</i>	5.21	5.43	4.83	5.60					
<i>B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori</i>	2.24	2.35	2.13	2.29					
<i>B4.1.3 Consumo territoriale di morfina</i>	3.36	4.63	2.40	3.22					
<i>B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio</i>	5.24	6.81	3.71	5.50					
<b>C9.10.1 Polypharmacy sul territorio</b>	19.05	19.73	18.20	19.53					
<b>C9.6.1 Ipotipemizzanti</b>									
<i>C9.6.1.1 Iperprescrizione di statine</i>	2.66	2.43	2.83	2.68					
<i>C9.6.1.2 Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio</i>	50.38	49.87	50.99	50.30					
<i>C9.6.1.3 Consumo di statine in associazione</i>	154.17	146.70	146.93	179.30					
<i>C9.6.1.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine</i>	27718.96	26618.83	29711.92	25618.02					
<i>C9.6.1.6 Consumo annuo di farmaci a base di omega-3 (UP per 100 residenti maggiorenni) sul territorio</i>	242.34	214.26	241.70	284.99					
<i>C9.6.1.7 % pazienti diabetici in trattamento con farmaci antidiabetici e contestualmente con statine sul territorio</i>	47.76	47.82	49.66	44.21					
<b>C9.7 Gastrointestinali</b>									
<i>C9.7.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio</i>	26.22	26.50	23.70	30.56					
<b>C9.8 Antimicrobici</b>									
<i>D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici</i>	5512.99	5877.54	4937.59	6083.46					
<i>C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio</i>	15.10	15.88	13.78	16.44					
<i>C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)</i>	1.60	1.89	1.20	1.92					
<i>C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica</i>	13.49	15.18	11.24	15.63					
<i>C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica</i>	2.21	3.04	1.33	2.79					
<i>C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio</i>	2.42	2.63	2.25	2.39					
<i>C9.8.1.3 Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina ac. clavulanico sul territorio</i>	18.78	9.91	26.00	18.32					
<i>C9.8.1.4 Percentuale DDD antibiotici fluorochinoloni sul totale degli antibiotici sul territorio</i>	10.59	11.75	8.89	11.60					
<i>C9.8.1.5 Percentuale DDD di antibiotici macrolidi sul totale antibiotici sul territorio</i>	22.23	24.11	21.08	21.31					
<i>C9.8.1.6 Percentuale DDD antibiotici cefalosporine III generazione sul totale degli antibiotici sul territorio</i>	10.90	11.58	9.29	12.45					
<b>C9.9 Farmaci in Salute Mentale</b>									
<i>C9.9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio</i>	47.74	48.32	48.48	45.44					
<i>C9.9.5 Consumo di altri antidepressivi sul territorio</i>	14.62	13.03	16.23	13.97					
<i>C9.5.1 Percentuale DDD di altri antidepressivi sul totale degli antidepressivi sul territorio</i>	22.88	20.61	24.54	23.04					
<i>C9.5.2 Percentuale DDD di medicinali a base di vortioxetina sul totale altri antidepressivi sul territorio</i>	10.76	10.90	8.89	14.69					
<i>C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi</i>	11.32	10.53	12.01	11.30					
<i>C9.9.2 Consumo di antipsicotici sul territorio</i>	7.33	7.49	7.37	7.00					
<i>C9.9.4 Polypharmacy (salute mentale)</i>	16.62	17.80	16.53	16.82					
<b>C9.17 Ospedaliere</b>									
<i>C9.20 % pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica</i>	68.00	64.28	63.37	71.34	80.07	72.96	78.51	42.47	55.98
<i>C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti</i>	60.16	90.49	49.97	68.89	60.00	60.99	22.69	12.62	39.38
<i>C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)</i>	64.11	65.58	60.57	61.20	69.08	65.28	68.30	66.98	64.68
<i>C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti</i>	27.24	25.65	21.85	27.15	40.22	33.82	30.42	39.32	8.28
<i>C9.22.1 Consumo ospedaliero di antifungini triazolici per 1000 giornate di degenza</i>	5.43	3.79	3.11	3.35	13.96	5.24	9.38	14.18	4.76
<i>C9.22.2 Consumo ospedaliero di antifungini echinocandine per 1000 giornate di degenza</i>	91.81	94.68	92.03	90.64	93.56	93.27	93.36	66.24	94.31
<i>C9.22.3 % di antifungini caspofungin (R.O.)</i>	348.18	354.31	278.11	476.07					
<i>C9.20.3 Consumo di albumina</i>	404.01	402.93	324.87	562.53					
<i>C9.20.4 Albumina per giornata degenza</i>									
<b>C9.19 Farmaci respiratori</b>									
<i>C9.19.1 Consumo di Adrennergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie</i>	67.17	68.42	68.22	63.40					
<i>C9.19.2 Incidenza Salmeterolo associato sul territorio</i>	45.17	46.19	46.94	40.70					
<i>C9.19.3 Confezioni di adrennergici sul territorio</i>	5.77	5.90	5.36	6.20					
<b>C21.2 Terapia post IMA</b>									
<i>C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione</i>	70.17	74.09	68.00	70.68	58.63	61.09	74.69		76.47
<i>C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione</i>	65.38	61.17	63.18	67.51	74.92	76.74	68.19		64.04
<i>C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione</i>	80.03	79.88	80.98	77.72	82.20	81.90	80.67		78.51
<b>C9.21A Farmaci per il sistema cardio-circolatorio</b>									
<i>C9.22 Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare (EBPM) ogni 100 residenti sul territorio</i>	5.48	6.05	5.35	4.85					
<i>C9.21 Percentuale di pazienti trattati con NAO sul territorio</i>	64.08	64.95	64.00	62.90					
<i>C9.21B Numero di pazienti ogni 100 residenti pesati in trattamento con nuovi anticoagulanti orali (NAO) sul territorio</i>	2.01	2.14	1.94	1.94					

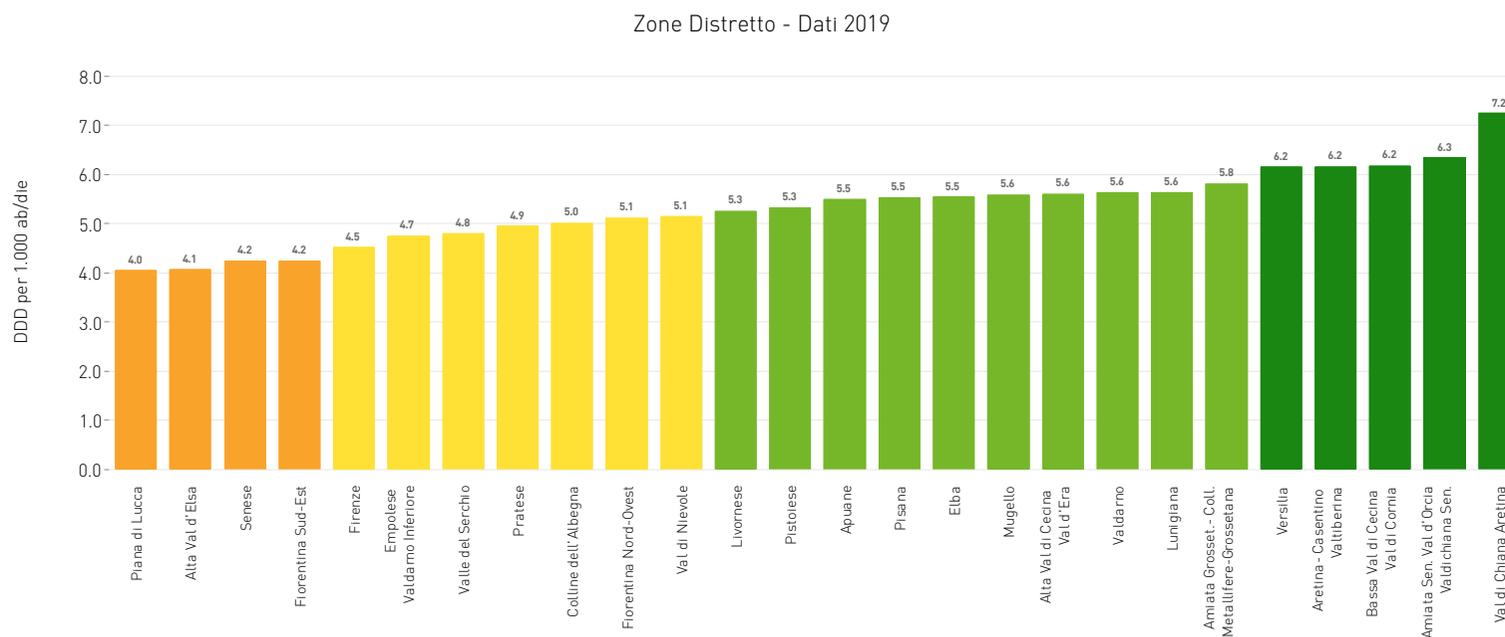
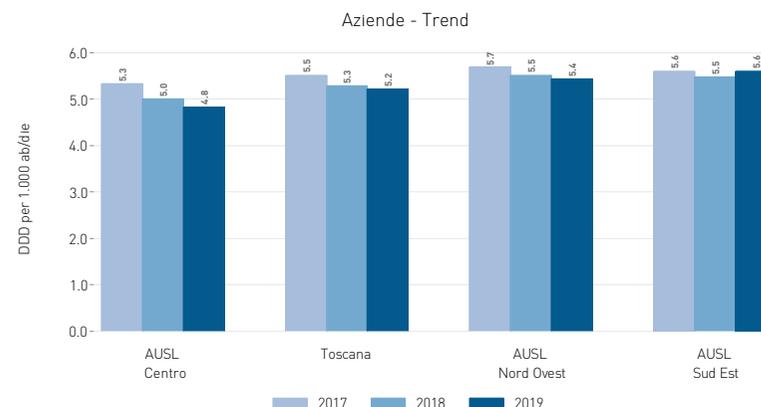
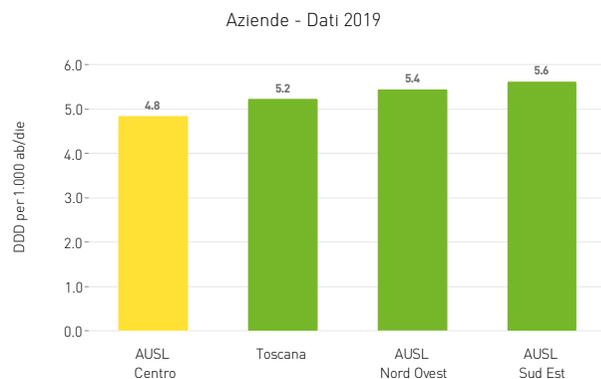
## B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori

Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. La medicina, i suoi professionisti ed il Sistema Sanitario lavorano non solo per prevenire e mantenere la salute, ma anche per dare al malato sollievo dalla sofferenza. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, la quantità di morfina erogata dalle farmacie e l'incidenza d'uso della morfina sul territorio a garanzia del rispetto della dignità e dell'autonomia della persona malata, di un'adeguata risposta al bisogno di salute tramite un equo accesso ai medicinali impiegati per il trattamento del dolore sul territorio. Ricordiamo che la legge 38/2010 ha semplificato le procedure di accesso ai farmaci impiegati per il trattamento del dolore tramite lo snellimento delle procedure prescrittive a carico dei MMG.



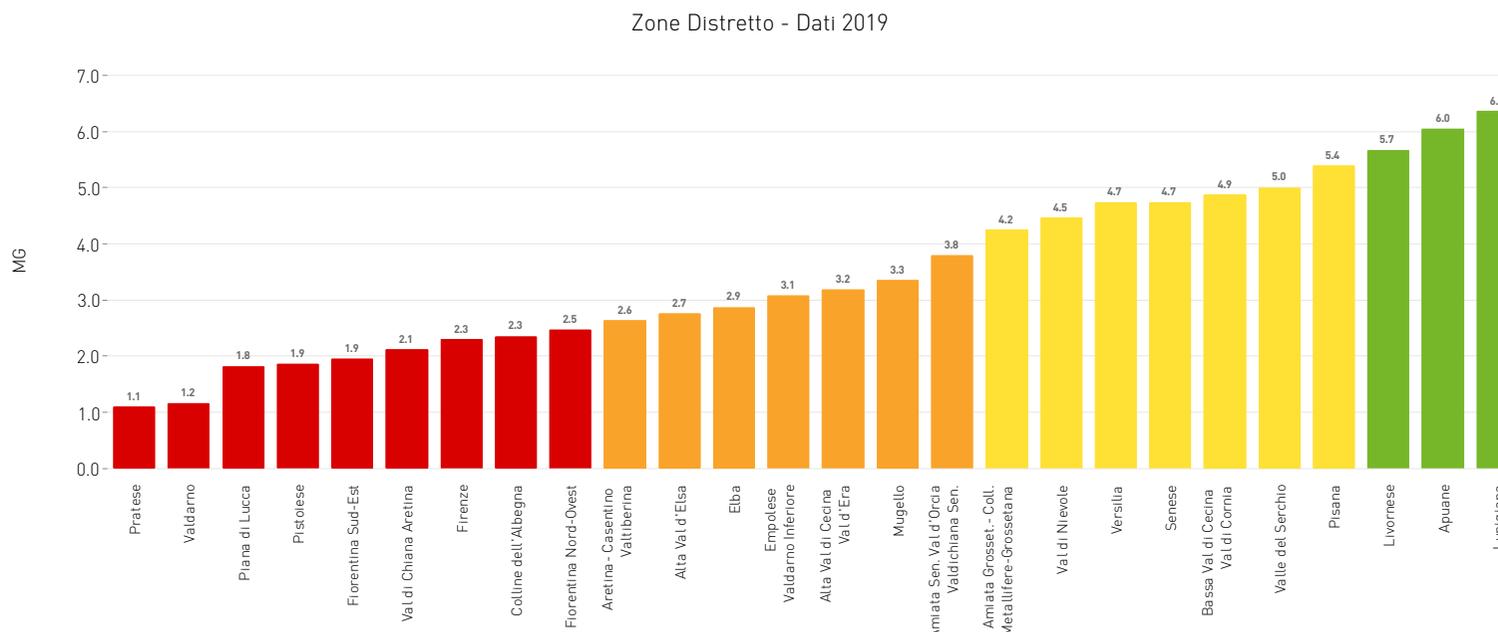
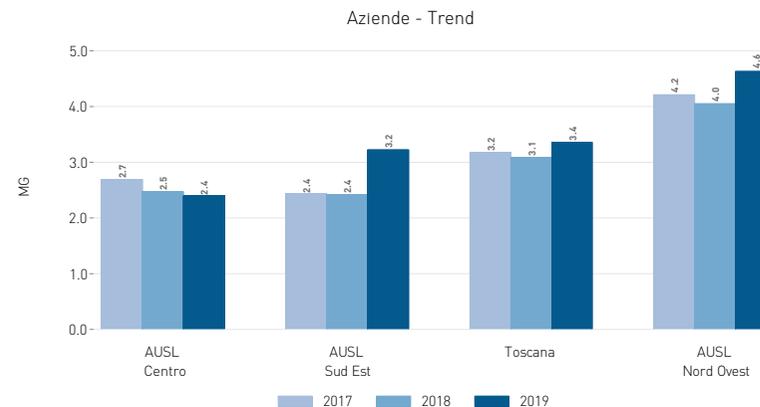
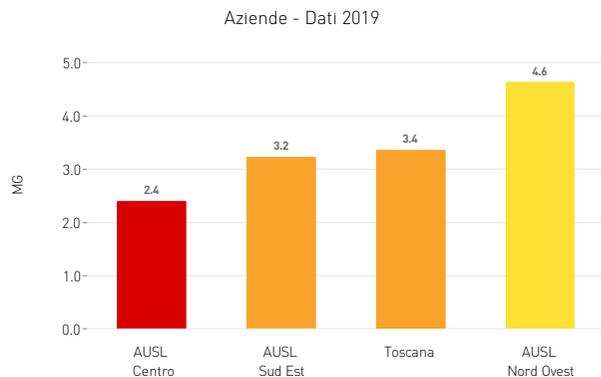
### B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio

Gli oppioidi sono farmaci essenziali per il trattamento del dolore, cronico e acuto, moderato-severo sia di origine neoplastica sia da altre cause, quale per esempio il dolore post operatorio. Notoriamente in ambito internazionale l'Italia è sempre stato uno dei Paesi con il minore consumo di oppioidi. Risulta quindi fondamentale monitorare il consumo di oppioidi con l'obiettivo di raggiungere un giusto equilibrio, ricorrendo a prescrizioni appropriate senza limitare l'accesso a questi farmaci o facilitarne l'abuso. L'ambizione è che il monitoraggio costante del consumo di questi farmaci contribuisca a innalzare la soglia di attenzione degli operatori verso l'uso dei farmaci oppioidi, un campo in cui l'Italia registra ancora un ritardo. Questo aumento di prescrizioni si prevede, ovviamente, che avvenga seguendo le raccomandazioni pubblicate in letteratura per prevenire l'epidemia di abuso prescrittivo evidenziato in altri paesi.



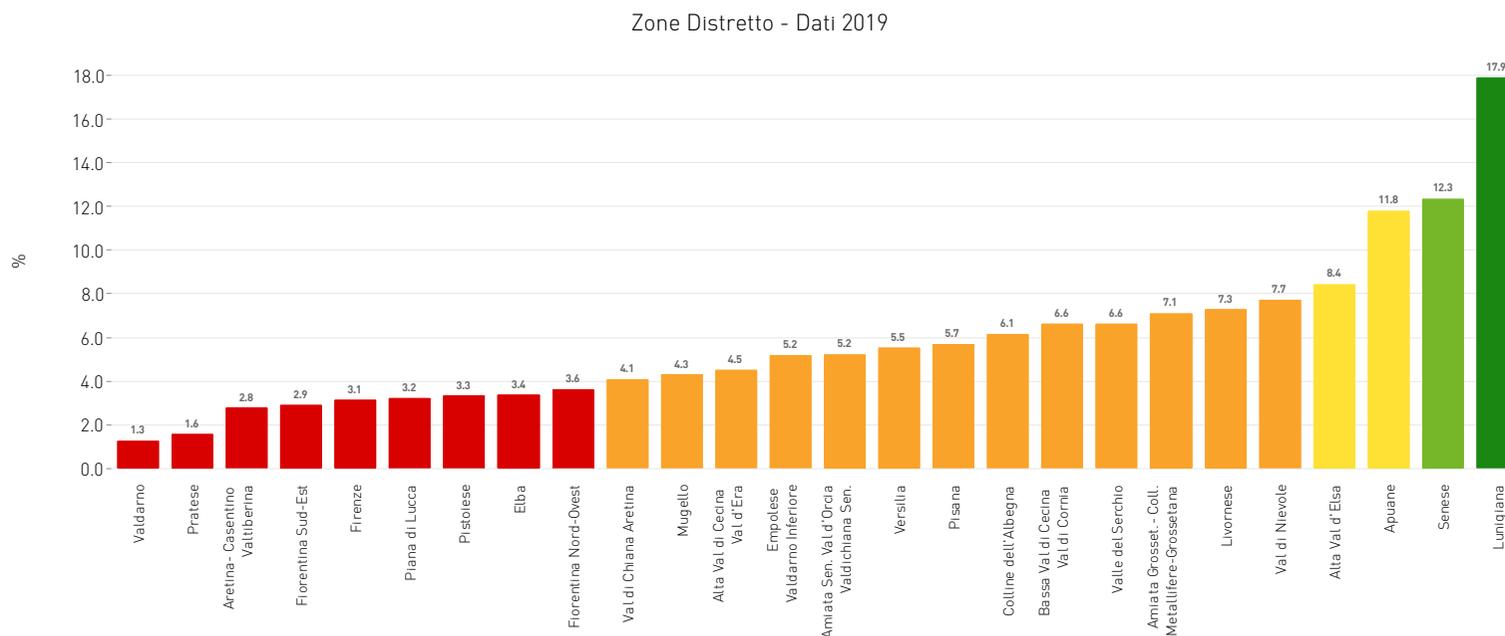
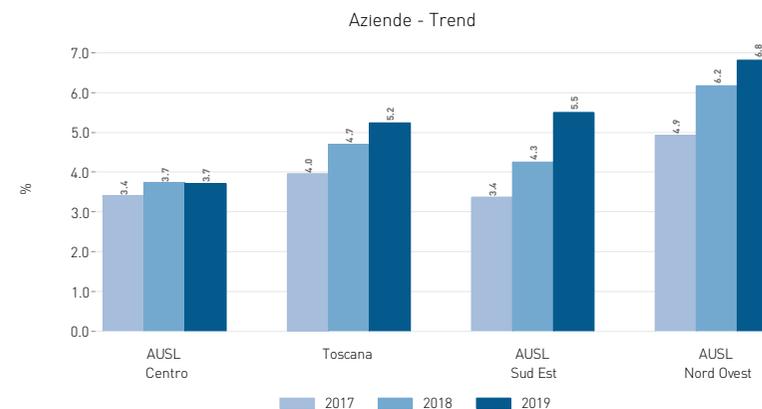
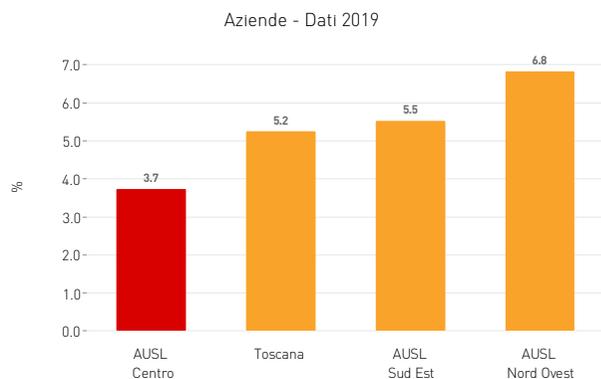
### B4.1.3 Consumo territoriale di morfina

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il consumo pro-capite di morfina un indice importante della qualità di un Sistema Sanitario Nazionale. L'Italia storicamente si colloca agli ultimi posti in Europa per questo indicatore con conseguenti ricadute nella pratica clinica del controllo del dolore. La serie di interventi normativi realizzati negli ultimi anni dal Ministero della Salute ha senz'altro contribuito a determinare un trend di crescita nel consumo di analgesici oppiacei, tuttavia risulta fondamentale monitorare costantemente il consumo di morfina sul territorio per raggiungere il livelli auspicati.



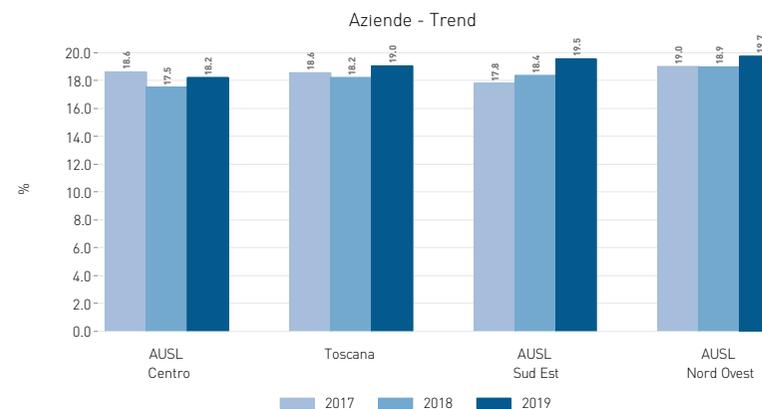
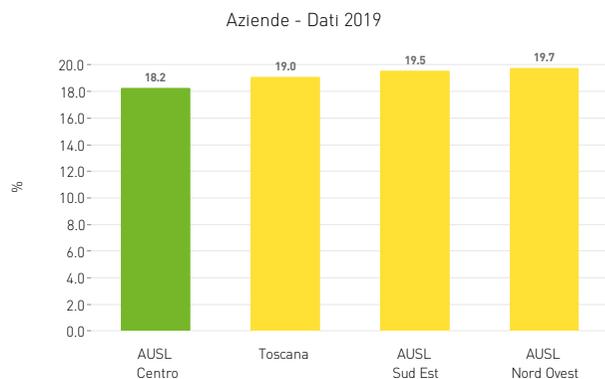
### B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio

L'Italia è sempre stato uno dei Paesi con il minore consumo di oppioidi nel contesto internazionale. Se mediante una serie di interventi normativi l'Italia è riuscita ad incrementare progressivamente l'utilizzo di oppioidi maggiori (oppioidi per il trattamento del dolore di entità da moderata a grave), i livelli di consumo di morfina si registrano ancora limitati con conseguenti ricadute nella pratica clinica del controllo del dolore. Per questo risulta importante monitorare costantemente il consumo sul territorio di morfina (morfina e morfina+antispastici) rispetto al consumo di oppioidi maggiori.

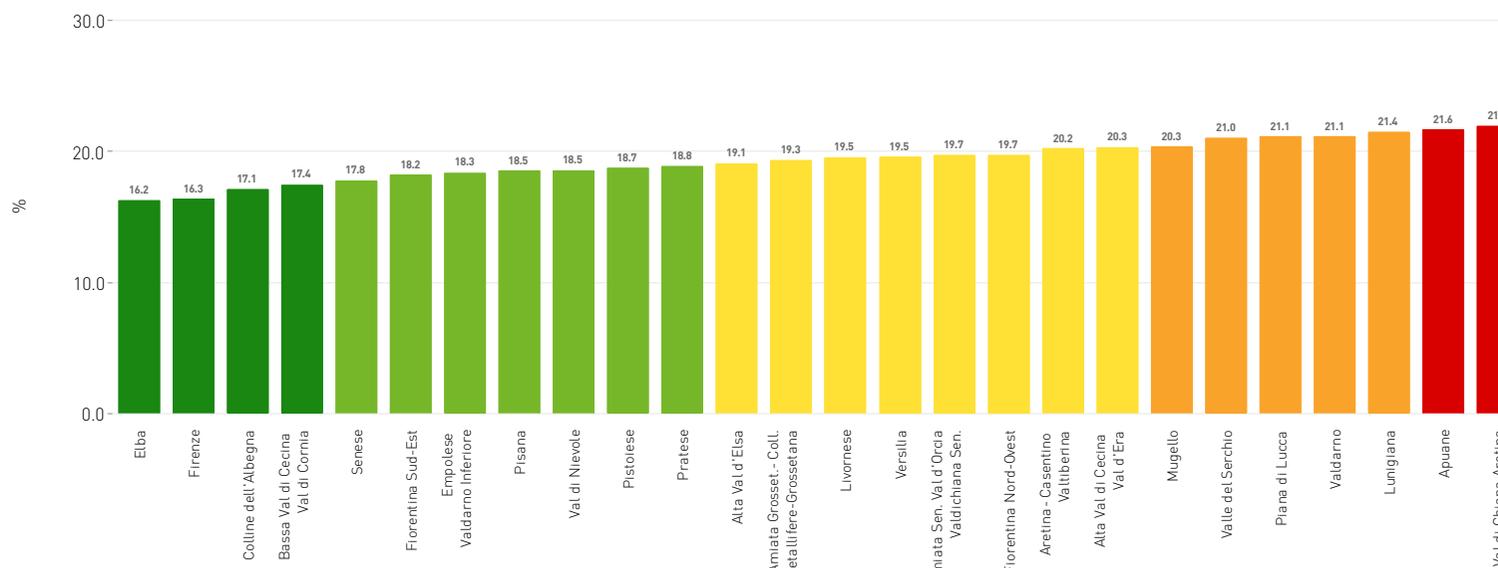


### C9.10.1 Polypharmacy sul territorio

Con l'espressione "polypharmacy" (o "politerapia") si intende l'assunzione, da parte di un medesimo paziente, di più farmaci contemporaneamente. Il fenomeno è in crescita, in larga misura a causa dell'invecchiamento della popolazione. Le preoccupazioni circa la politerapia riguardano l'aumento di potenziali reazioni avverse ai farmaci, imputabili sia alle possibili interazioni farmacologiche, sia ad una assunzione erronea del farmaco. La conoscenza dei profili farmacologici dei singoli farmaci non è garante di una previsione accurata degli effetti collaterali della loro combinazione; il monitoraggio, quindi, diventa necessario per garantire un controllo dei rischi di inappropriatelyzza. L'indicatore monitora i pazienti anziani che assumano più di 5 classi farmaceutiche contemporaneamente.

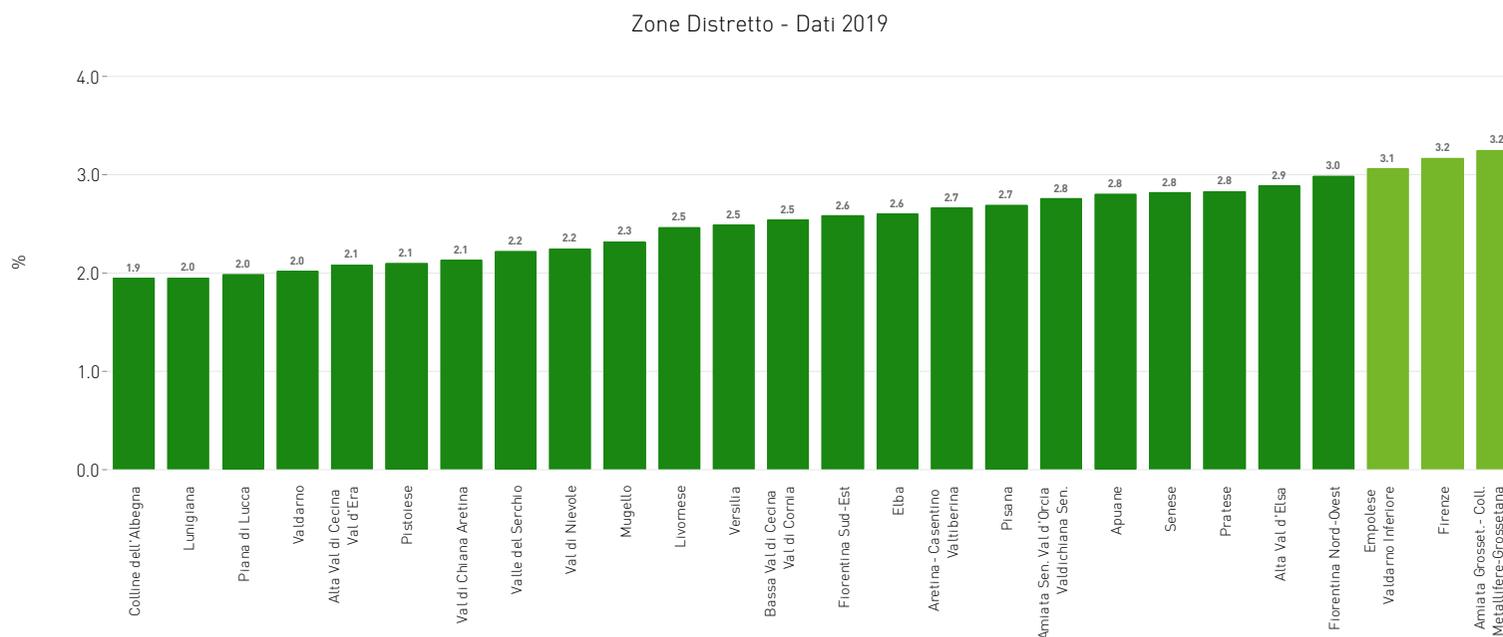
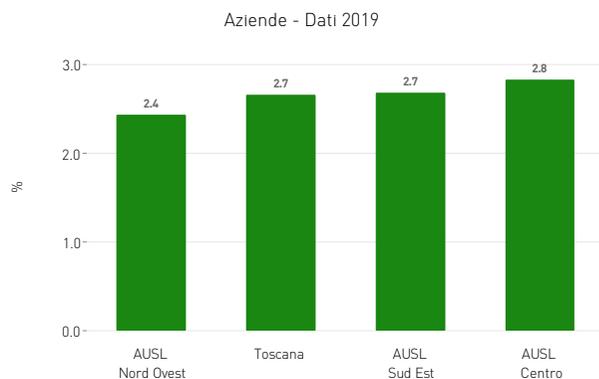


Zone Distretto - Dati 2019



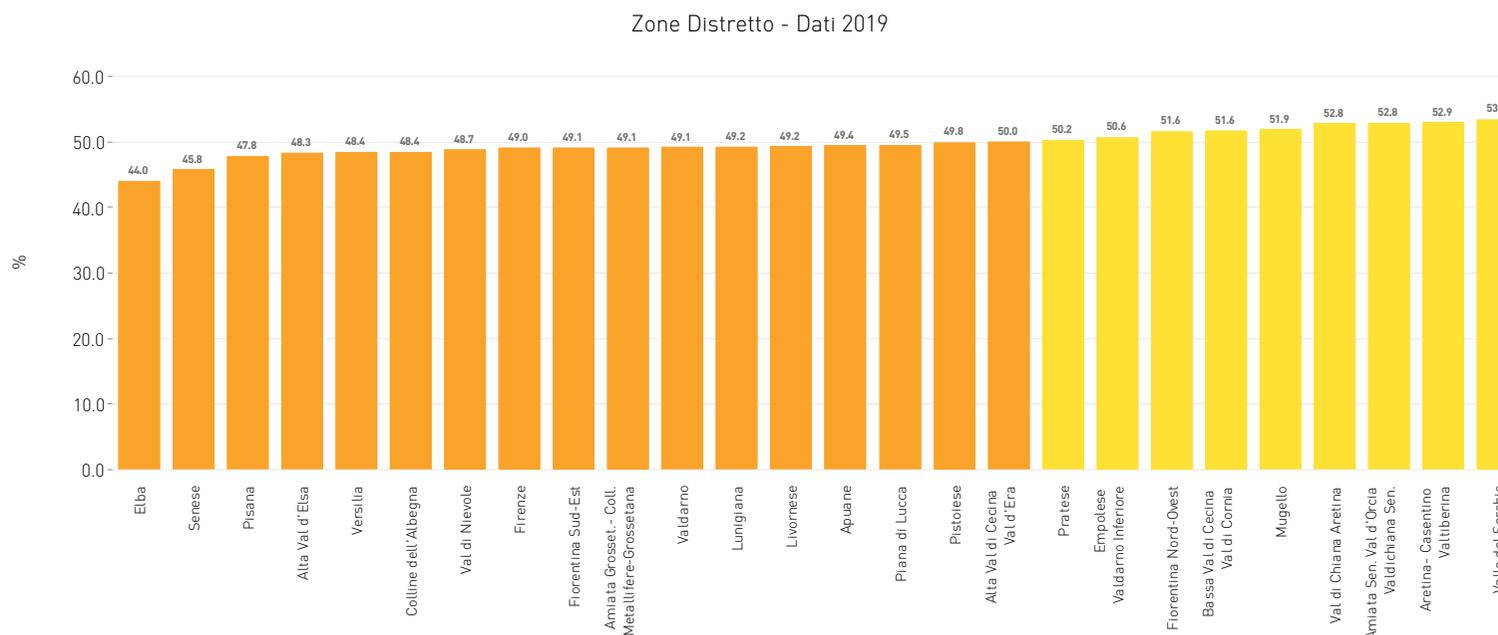
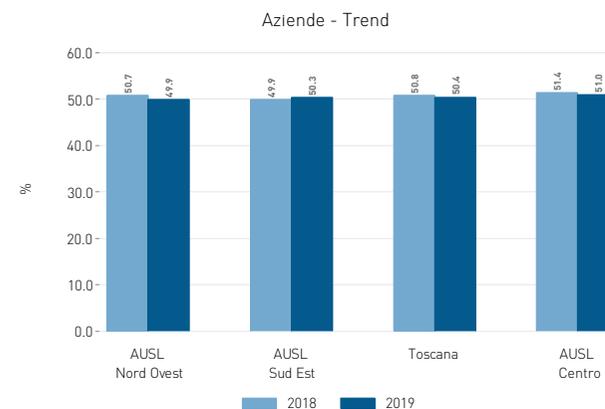
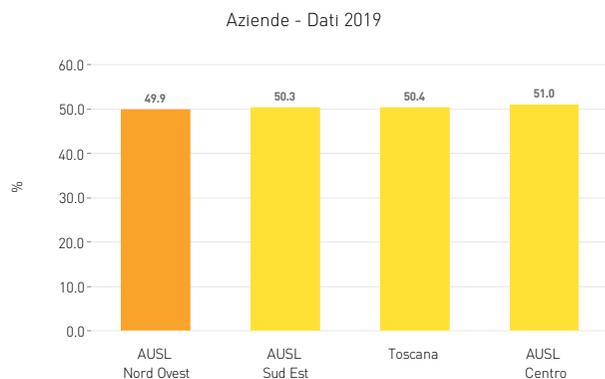
### C9.6.1.1 Iperprescrizione di statine

Le statine rappresentano farmaci insostituibili nel trattamento della ipercolesterolemia e nella prevenzione degli eventi cardiovascolari in pazienti ad alto rischio. Ampie evidenze cliniche, eccellente sicurezza e alta efficacia hanno determinato una crescita esponenziale della loro prescrizione nel corso degli ultimi anni. I sistemi sanitari sono chiamati a garantire l'appropriatezza prescrittiva di queste molecole per la salute del paziente e per la sostenibilità del sistema stesso. Risulta quindi importante monitorare costantemente la dimensione dell'iperprescrizione.



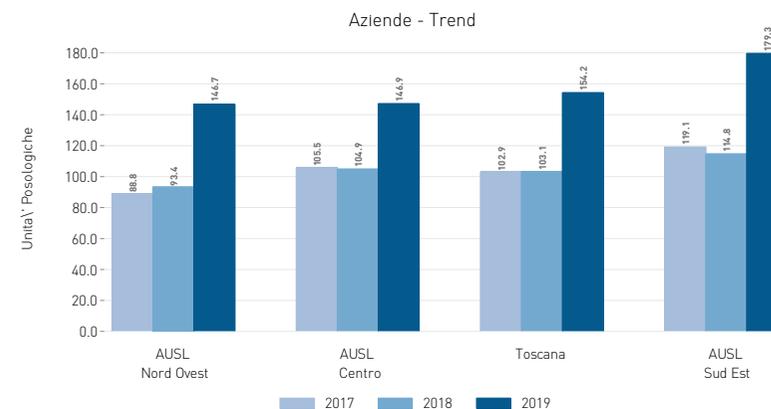
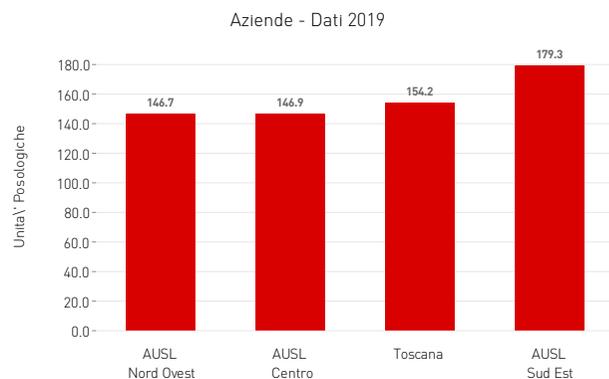
### C9.6.1.2 Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio

E' da tempo documentato come le statine siano in grado di ridurre gli esiti non fatali e di aumentare l'aspettativa di vita nei pazienti ad alto rischio cardio-vascolare. Sebbene numerose evidenze scientifiche abbiano dimostrato che un'adeguata aderenza e persistenza alla terapia con statine sia associata a una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari, questi farmaci sono fra le categorie con la peggiore aderenza terapeutica. Risulta quindi molto importante monitorare l'aderenza dei pazienti alla terapia con statine.

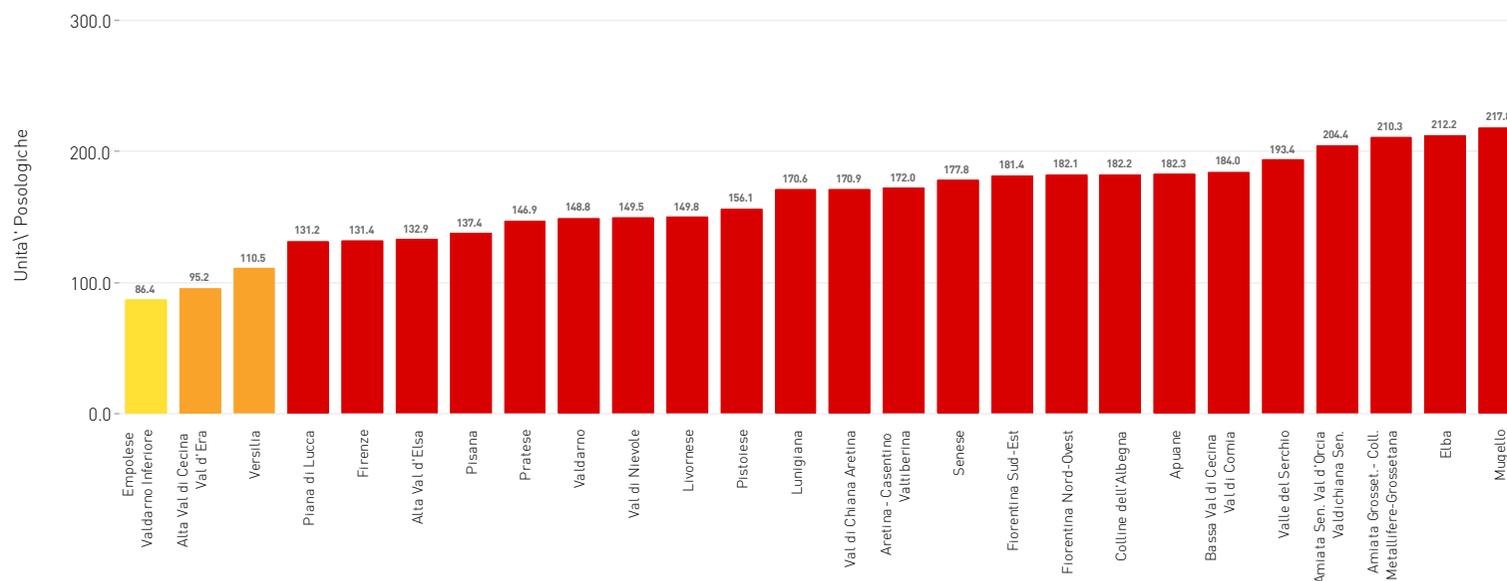


### C9.6.1.3 Consumo di statine in associazione

Le statine rappresentano farmaci insostituibili nel trattamento della ipercolesterolemia e nella prevenzione degli eventi cardiovascolari in pazienti ad alto rischio. Le statine si presentano come monocomposti o in associazione. Le sole statine (monocomposti) non sono sempre sufficienti. Questi farmaci, infatti, non consentono il raggiungimento degli obiettivi terapeutici in tutti i pazienti. Risulta quindi, in questo caso fondamentale l'utilizzo delle associazioni. I sistemi sanitari sono chiamati a garantire l'appropriatezza prescrittiva (una prescrizione può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche e, in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose, durata, ...) per le quali è dimostrata l'efficacia), sia per la salute del paziente che per la sostenibilità del sistema stesso. Questo indicatore rileva il consumo pro-capite delle statine in associazione.

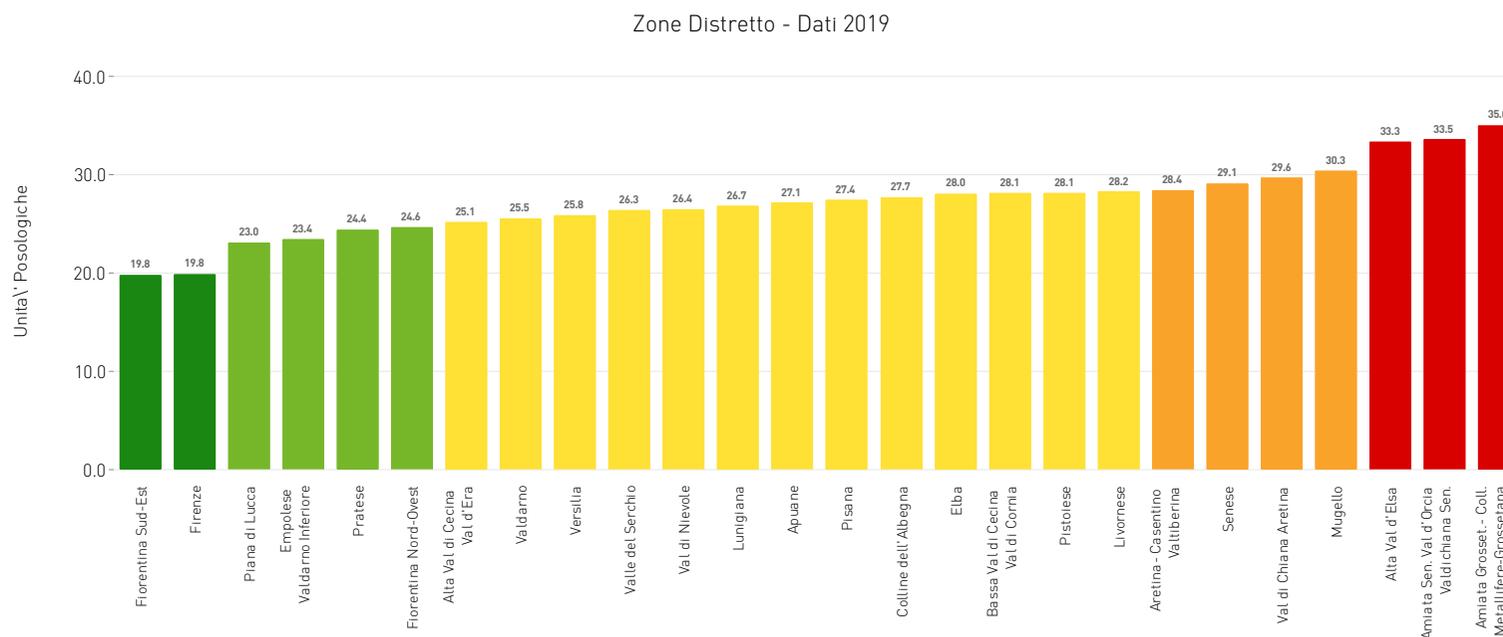
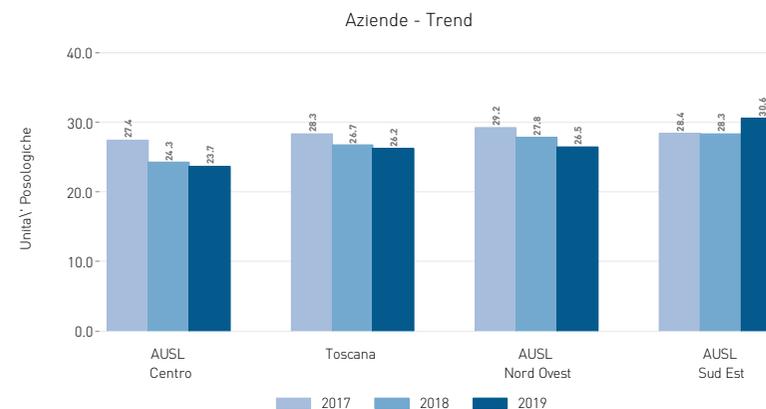
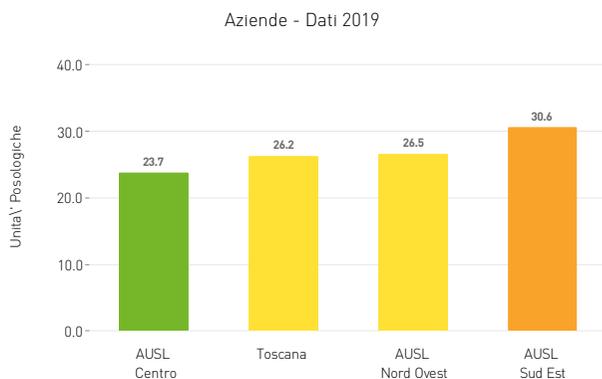


Zone Distretto - Dati 2019



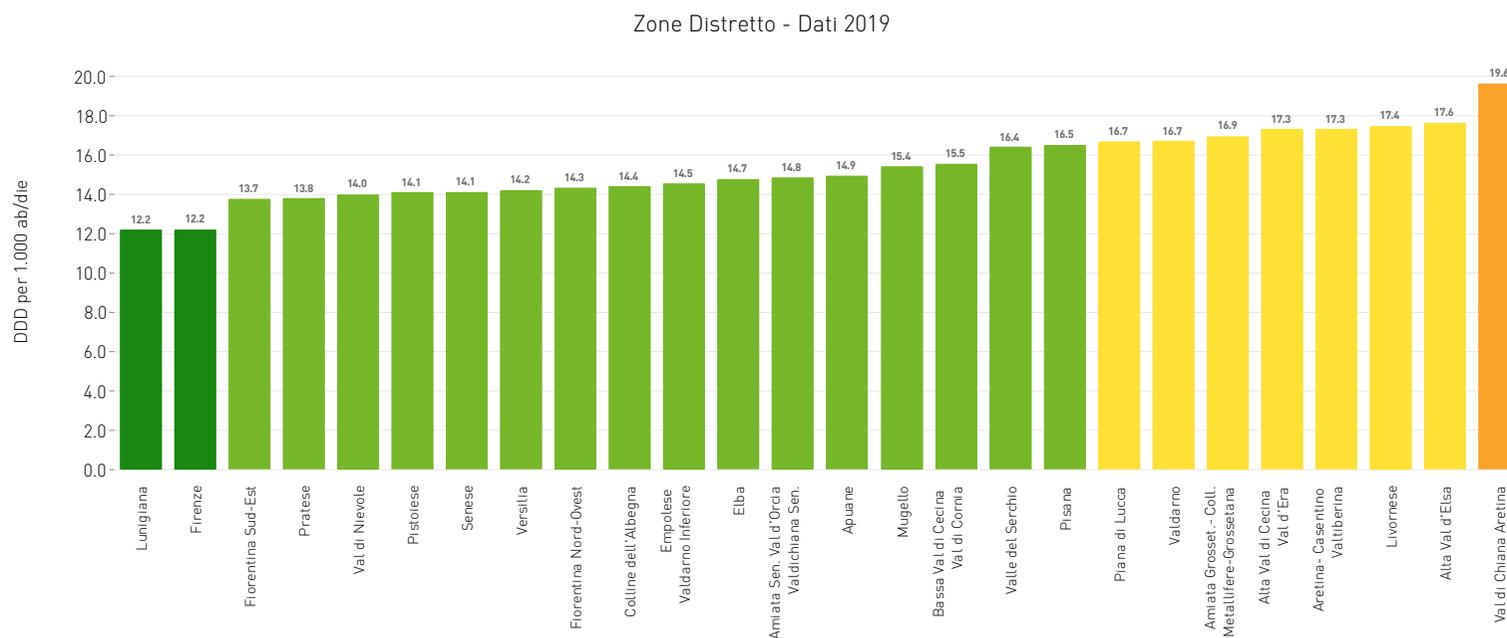
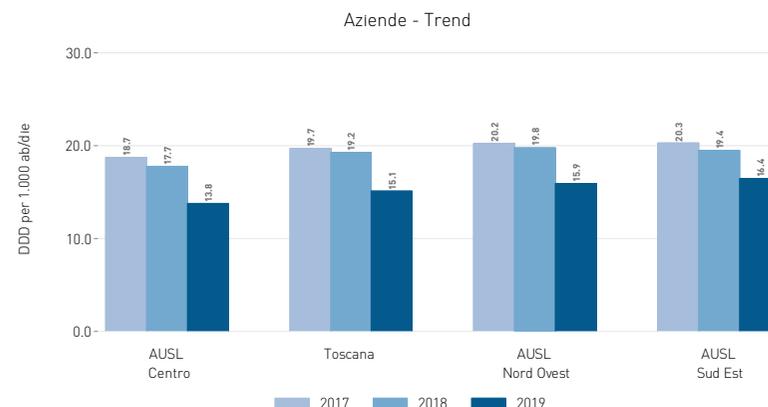
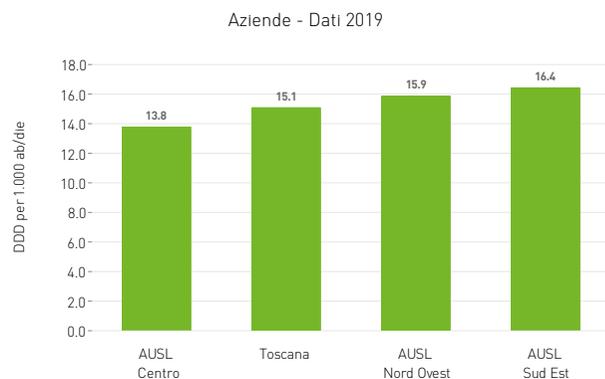
## C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriatelyzza e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.



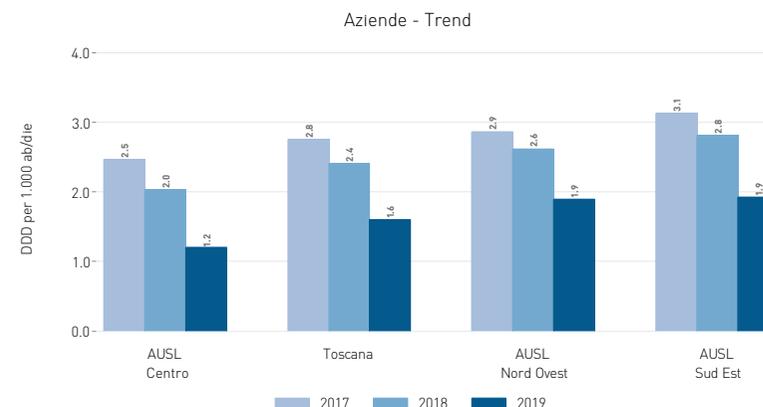
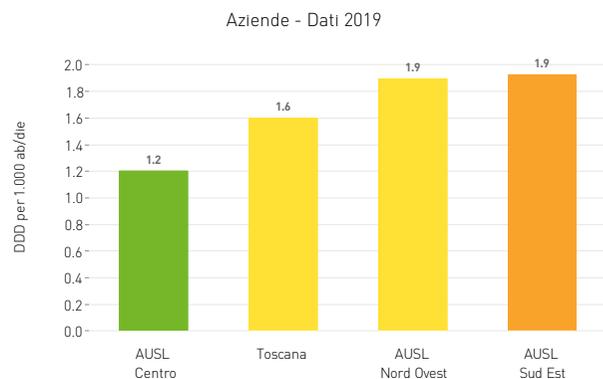
### C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. Oggi si parla di superbatteri contro cui gli antibiotici attualmente in uso sono quasi inefficaci. In Italia le infezioni portate da tali germi rappresentano una vera e propria emergenza, sia per la valenza clinica (elevata mortalità o associazione con numerose complicanze gravi), sia per l'alta incidenza. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali.

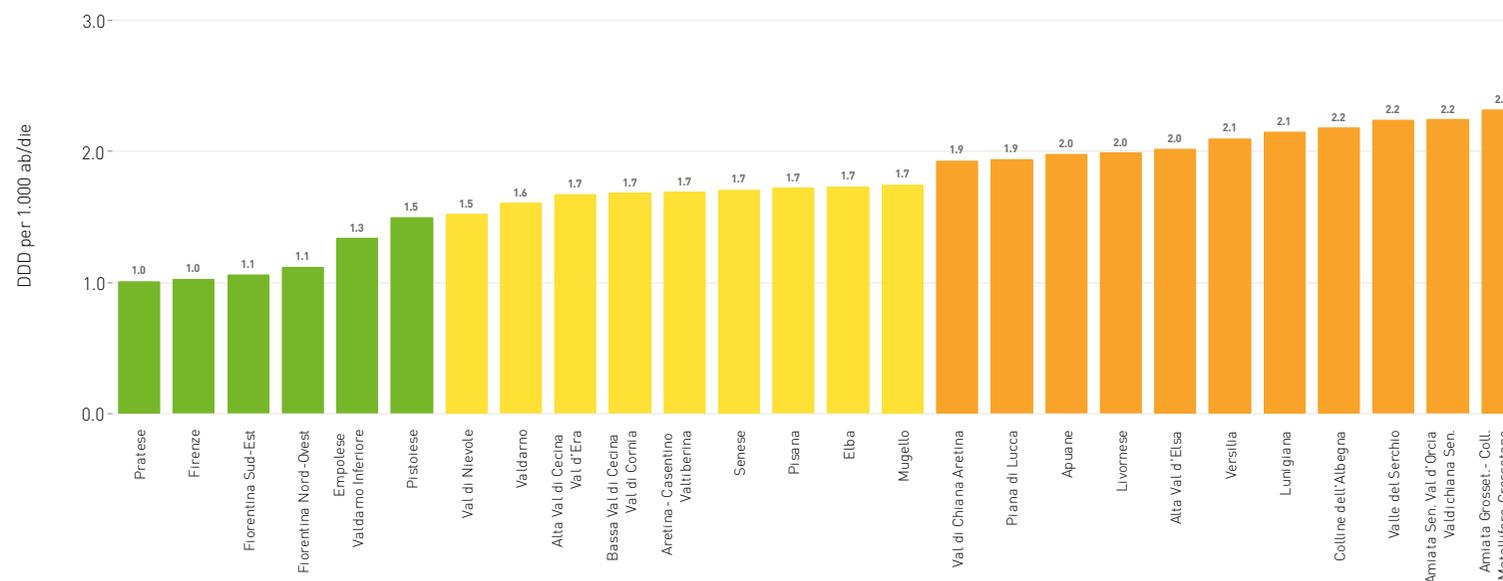


### C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)

Particolare attenzione è rivolta ad una classe di antibiotici - i fluorochinoloni. L'attenzione specifica segue alla comunicazione dell' EMA (European Medicines Agency), intervenuta a novembre 2018, circa gli effetti indesiderati gravi, invalidanti e potenzialmente permanenti associati all'uso di antibiotici chinolonici e fluorochinoloni somministrati per bocca, iniezione o via inalatoria. In seguito l'AIFA (Agenzia Italiana del farmaco) in una nota ha segnalato come alcune molecole appartenenti alle famiglie dei chinoloni e dei fluorochinoloni debbano essere prescritte con grande cautela poiché sono in grado di indurre, oltre alle note reazioni avverse a carico del sistema muscolo-scheletrico e del sistema nervoso, la comparsa di gravi patologie a carico dell'aorta. E' di conseguenza prevista una riduzione dell'utilizzo di questa classe di antibiotici. Questo indicatore monitora il consumo di fluorochinoloni sul territorio ed è allineato all'indicatore previsto dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.

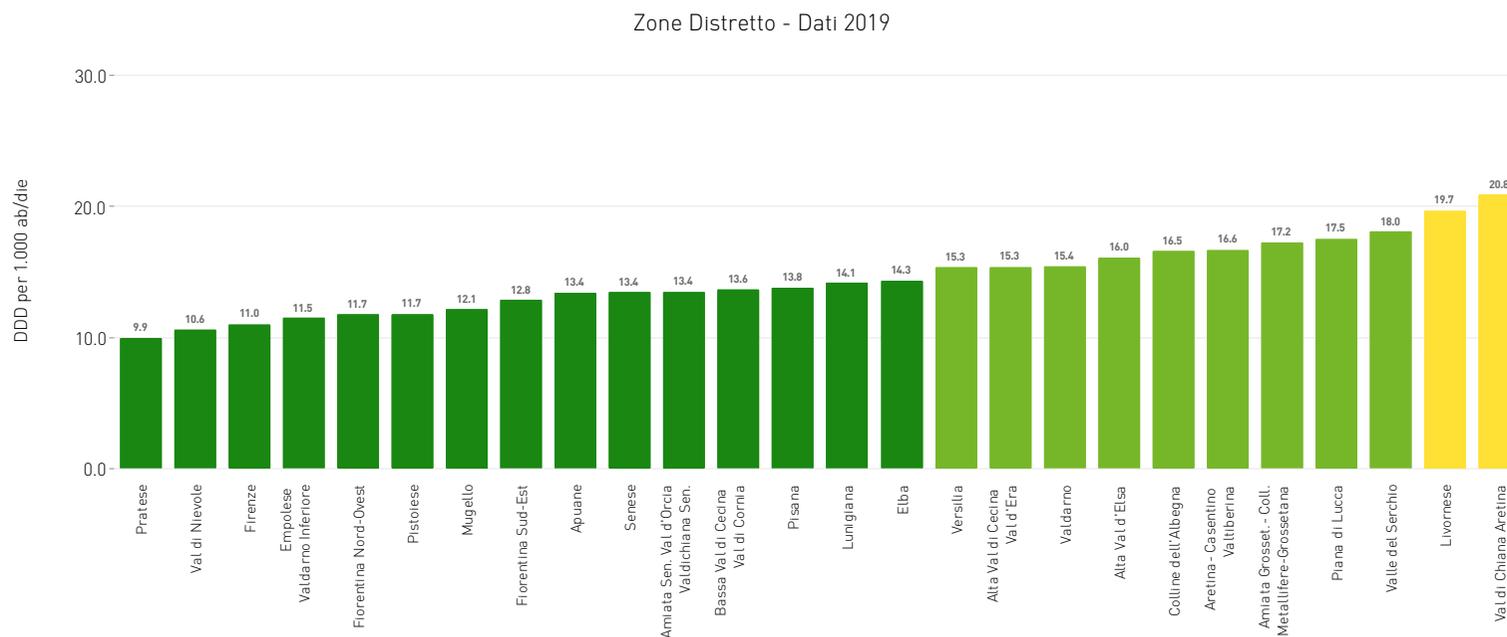
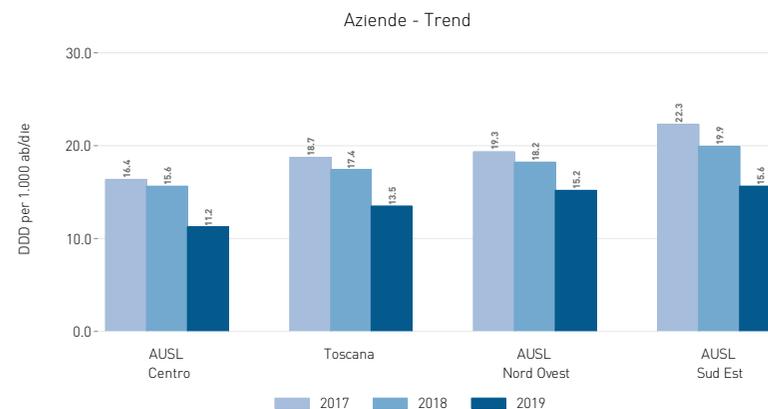
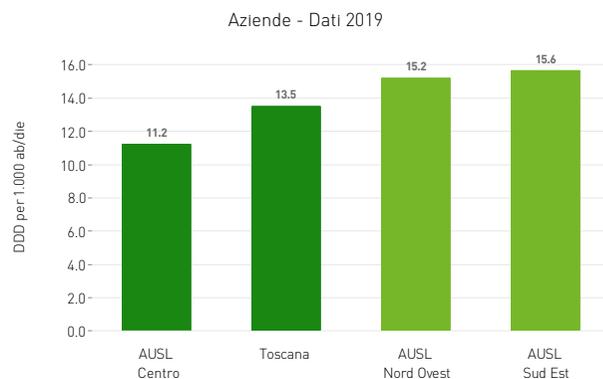


Zone Distretto - Dati 2019



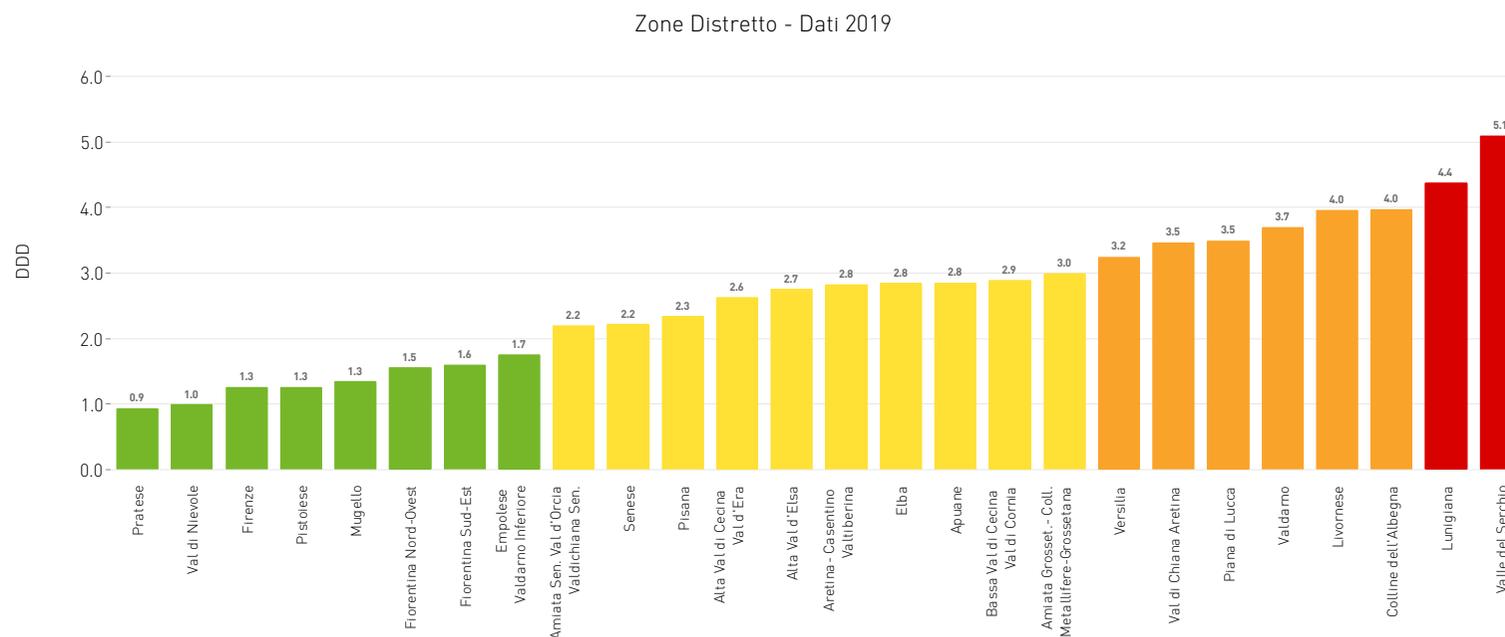
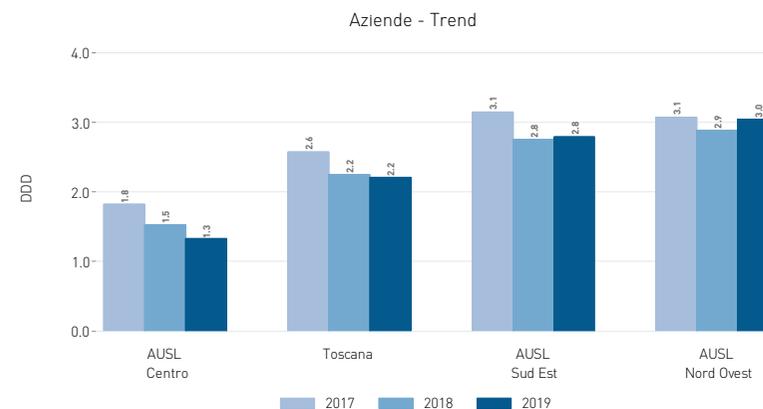
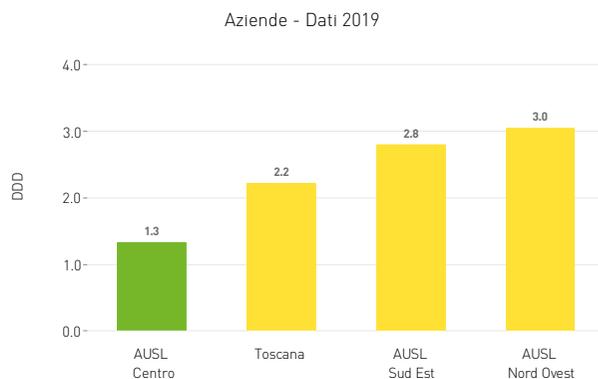
### C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali. L'età pediatrica rappresenta una delle fasi della vita nelle quali maggiormente si concentra il consumo di antibiotici; la letteratura concorda nell'individuare in questa i maggiori margini di potenziale inappropriata. Da qui l'esigenza di un monitoraggio dei consumi specificamente focalizzato su questo target di popolazione.



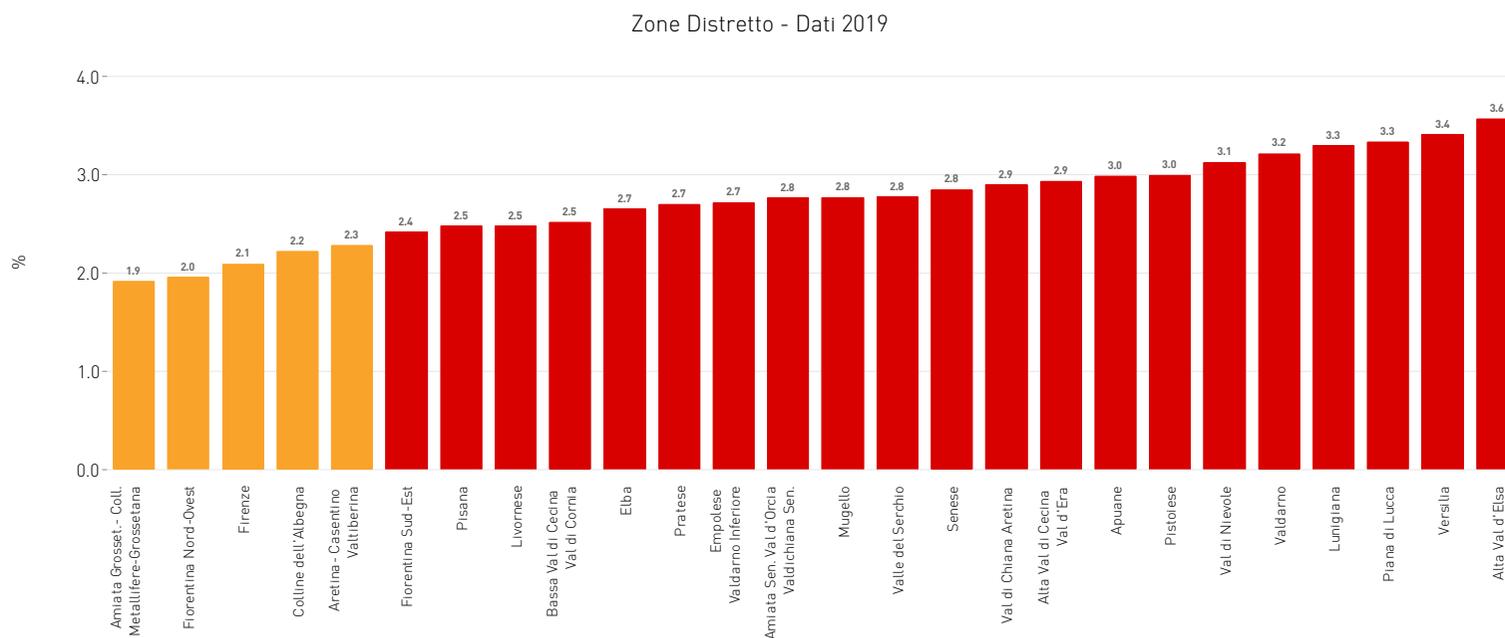
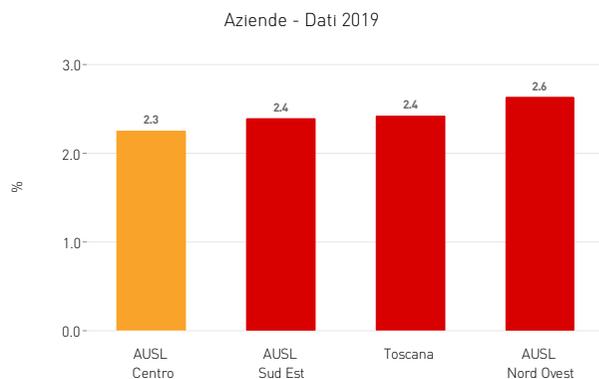
### C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica

La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali. L'età pediatrica rappresenta una delle fasi della vita nelle quali maggiormente si concentra il consumo di antibiotici; la letteratura concorda nell'individuare in questa i maggiori margini di potenziale inappropriata. In particolare, le cefalosporine sono una classe di antibiotici ad ampio spettro, che nelle patologie più frequenti dovrebbero rappresentare la seconda scelta, perché costano di più e hanno uno spettro troppo ampio, favorendo la comparsa di ceppi resistenti.



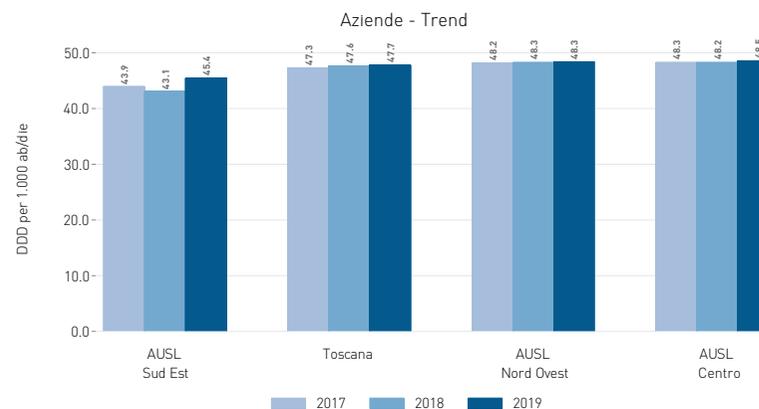
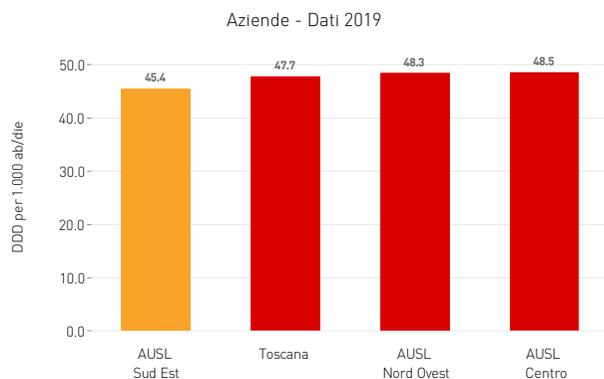
### C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il Sistema sanitario è di conseguenza chiamato ad operare scelte che mirino a garantire la sostenibilità dello stesso. Gli antibiotici iniettabili rappresentano per il sistema un costo rilevante tanto da rendere importante il monitoraggio del loro utilizzo rispetto alla complessità degli antibiotici erogati sul territorio.

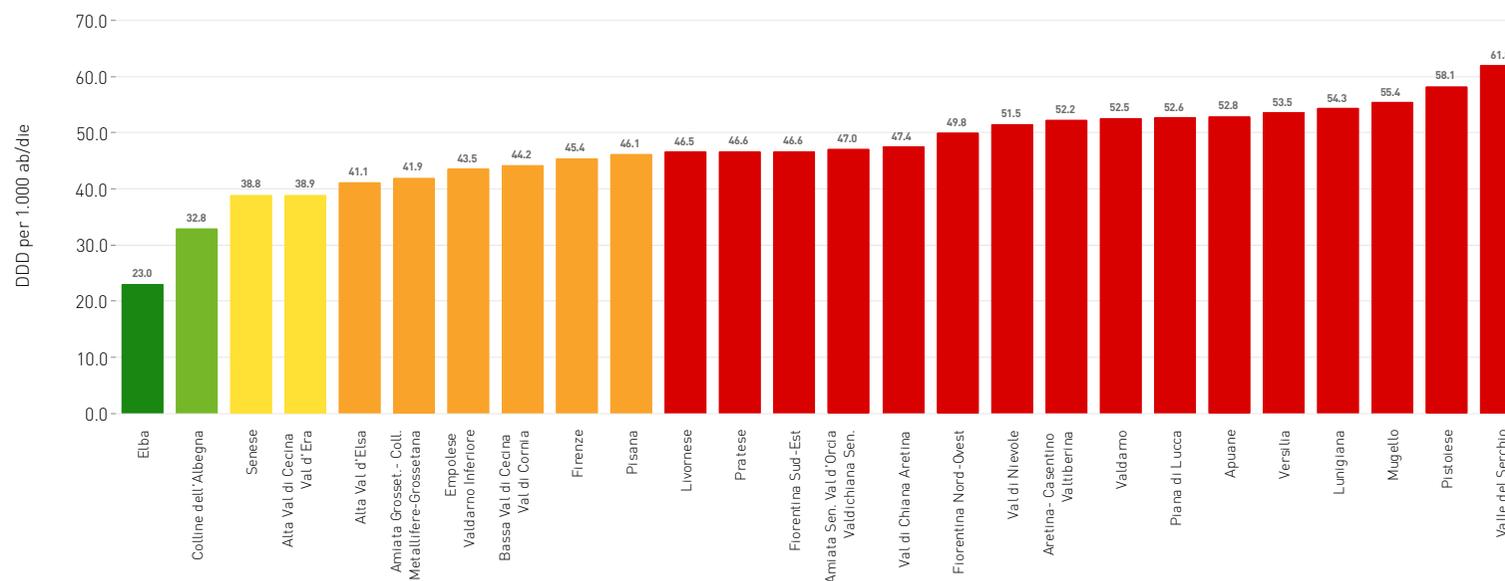


## C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio

Da un approfondimento dell'Agenzia Italiana del Farmaco sui consumi di antidepressivi in Italia nel periodo 2015-2017 emerge che il trend di impiego di questi medicinali risulta pressoché stabile. In particolare, tra il 2015 e il 2017 i consumi di antidepressivi si attestano su una media di 40 dosi giornaliere ogni mille abitanti (DDD /1000 abitanti die). Ciò significa che ogni giorno 1000 abitanti consumano in media 40 dosi di antidepressivi. Il seguente indicatore è stato introdotto con l'obiettivo di monitorare la variabilità regionale nella prescrizione di antidepressivi. Un consumo molto superiore o inferiore alle 40 dosi giornaliere in alcune regioni rispetto ad altre potrebbe suggerire una potenziale utilizzo inappropriato.

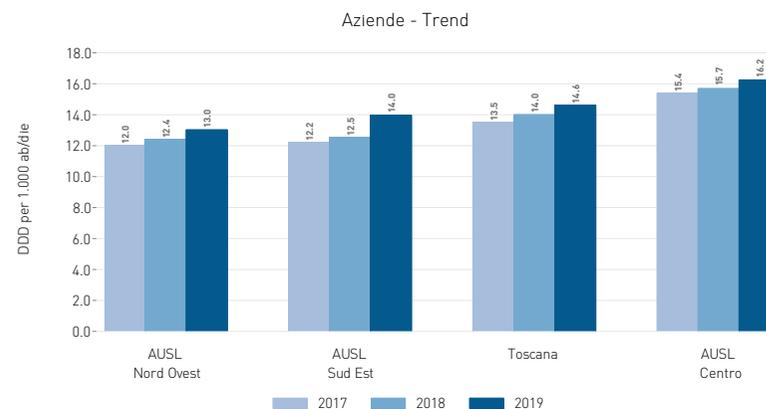
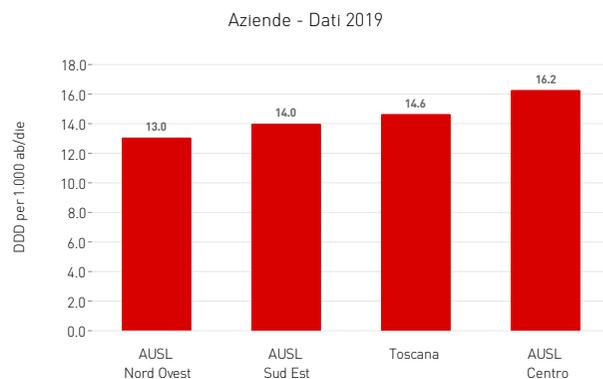


Zone Distretto - Dati 2019

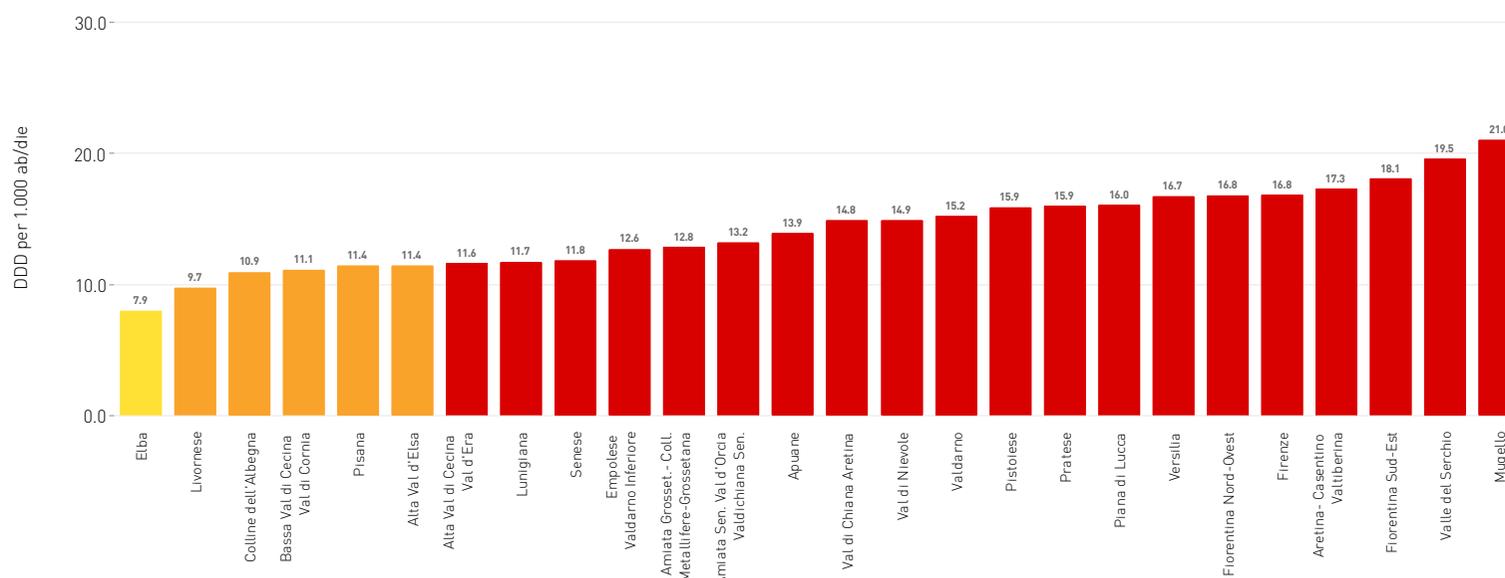


## C9.5 Consumo di altri antidepressivi sul territorio

La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il Sistema sanitario è di conseguenza chiamato ad operare scelte che mirino a garantire la sostenibilità dello stesso. Gli 'altri antidepressivi' rappresentano un costo sostenuto per il sistema sanitario nazionale nonchè presentano una significativa variabilità intra-regionale nei consumi (che potrebbe essere indice di inappropriatazza), per cui risulta importante monitorarne costantemente il consumo.

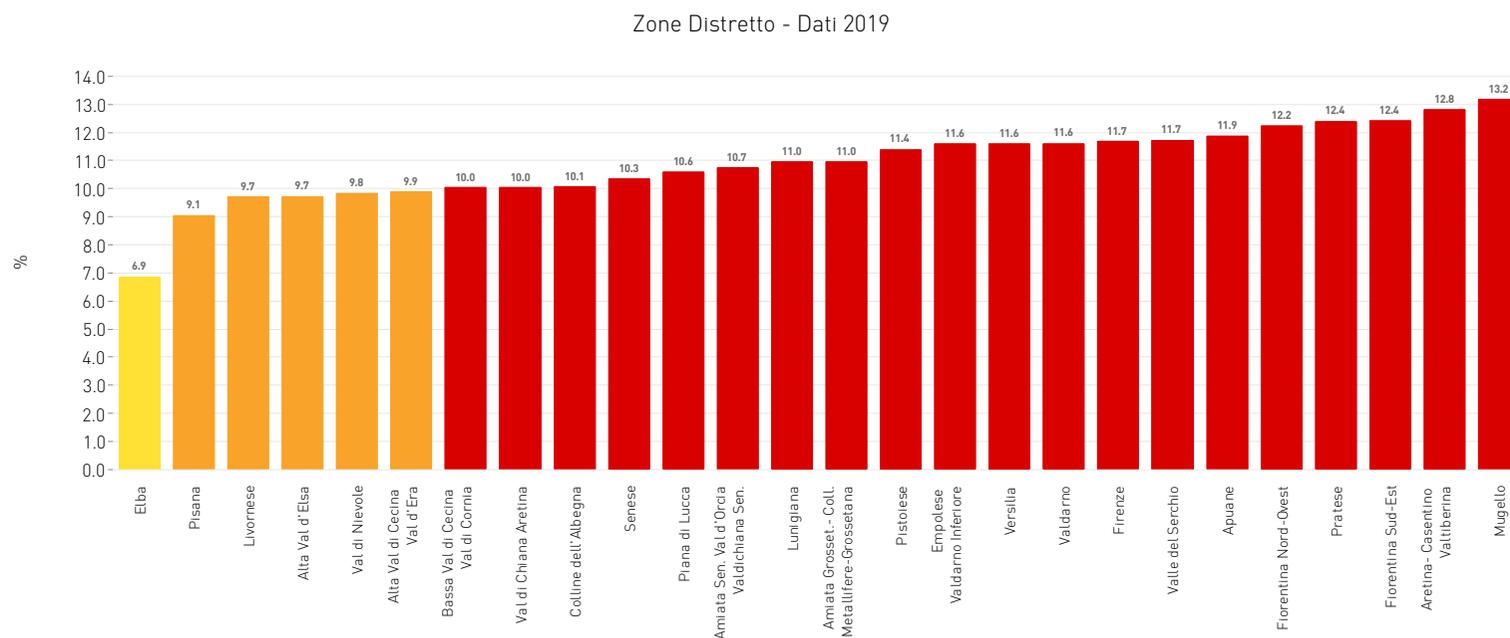
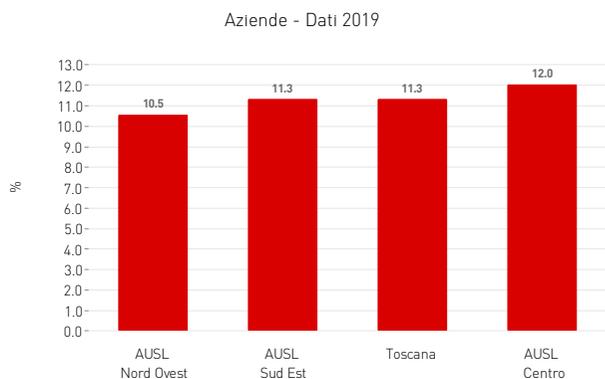


Zone Distretto - Dati 2019



### C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi

Gli antidepressivi sono tra i farmaci più utilizzati al mondo. In Italia si stima che li assumano 6 persone su 100: un dato che porta queste molecole a essere le più prescritte, tra gli psicofarmaci. Al cospicuo utilizzo si aggiunge una significativa variabilità intra-regionale che fa ipotizzare aree di inappropriata prescrizione. Risulta quindi fondamentale monitorare frequentemente il fenomeno dell'iperprescrizione di anti-depressivi.

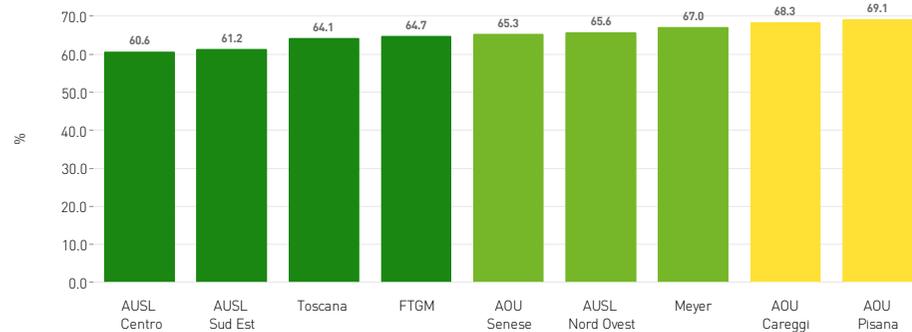


### C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti

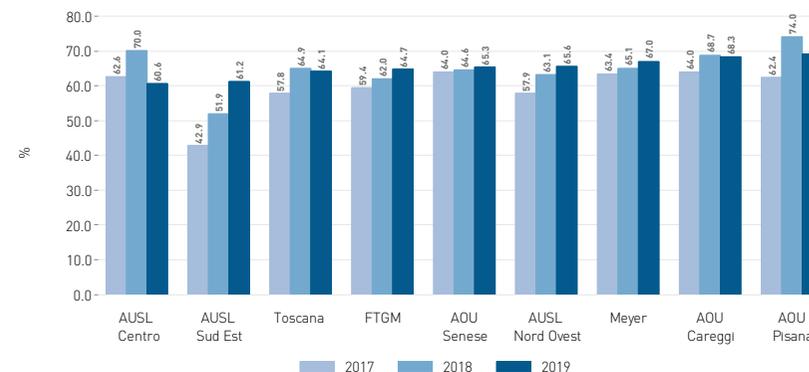
La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il Sistema sanitario è di conseguenza chiamato ad operare scelte che mirino a garantire la sostenibilità dello stesso. Gli antibiotici iniettabili rappresentano per il sistema un costo rilevante tanto da rendere importante il monitoraggio del loro utilizzo rispetto alla complessità degli antibiotici erogati nei reparti.



Aziende - Dati 2019

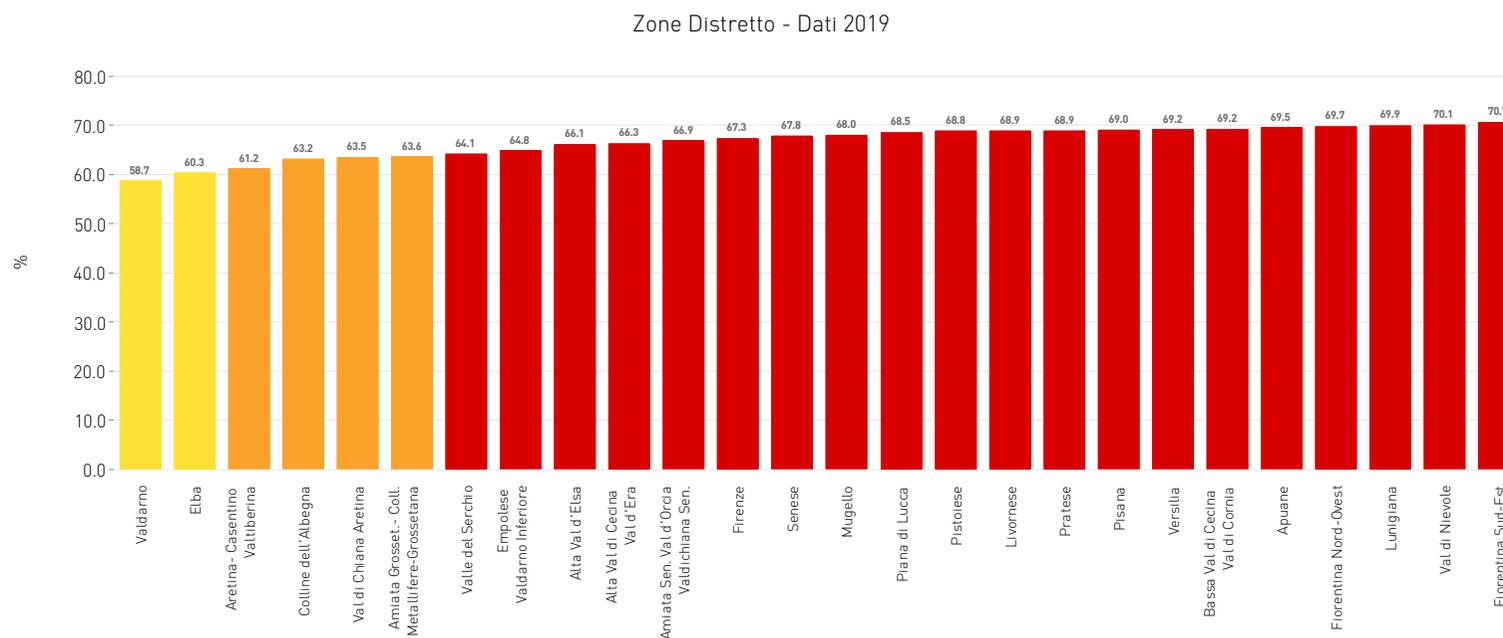
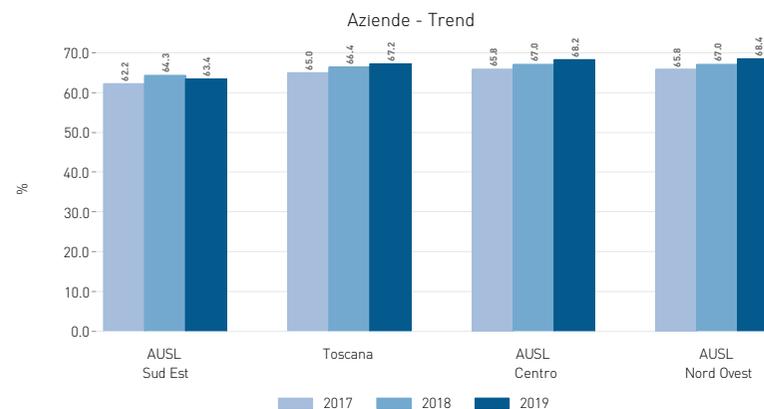
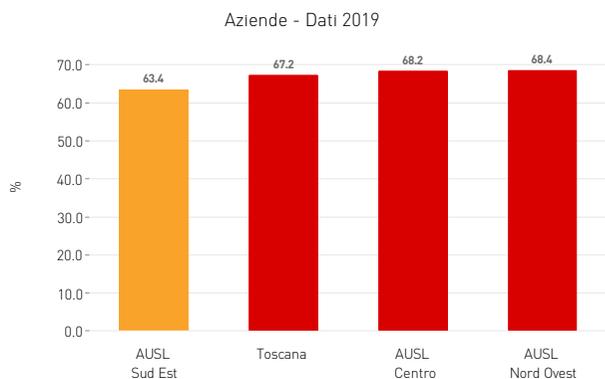


Aziende - Trend



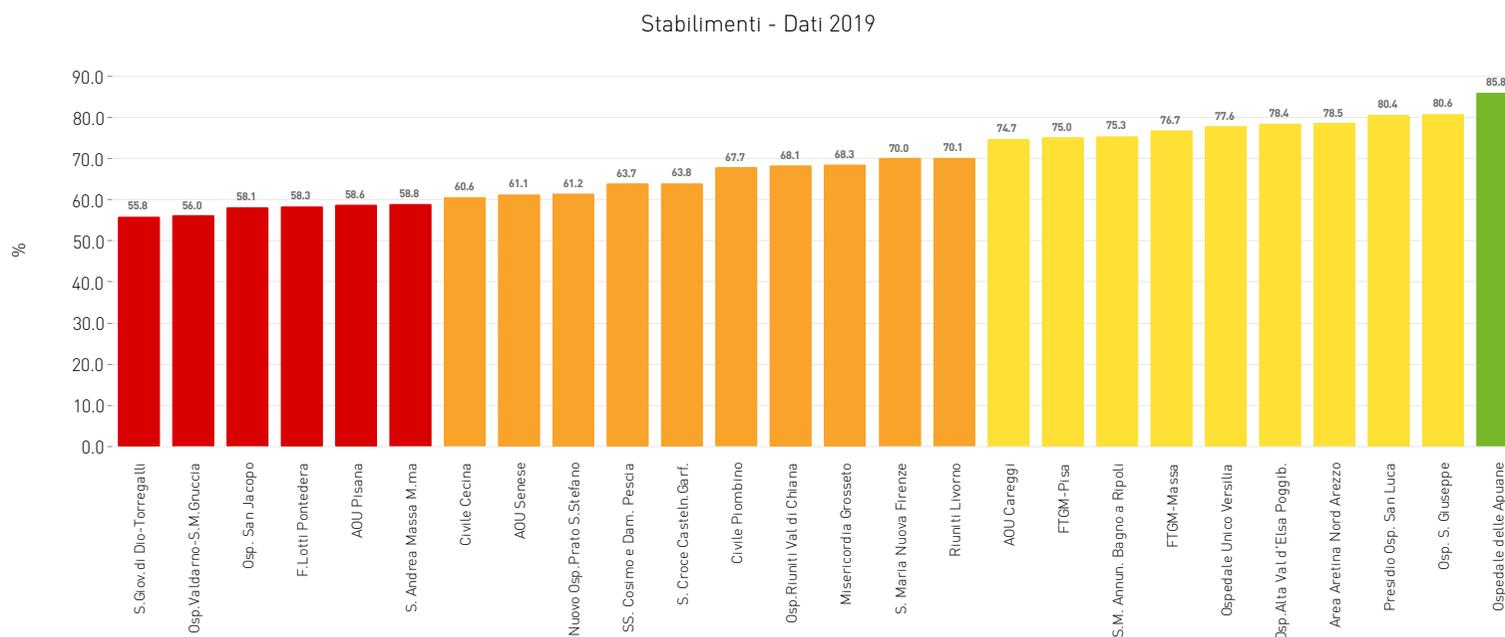
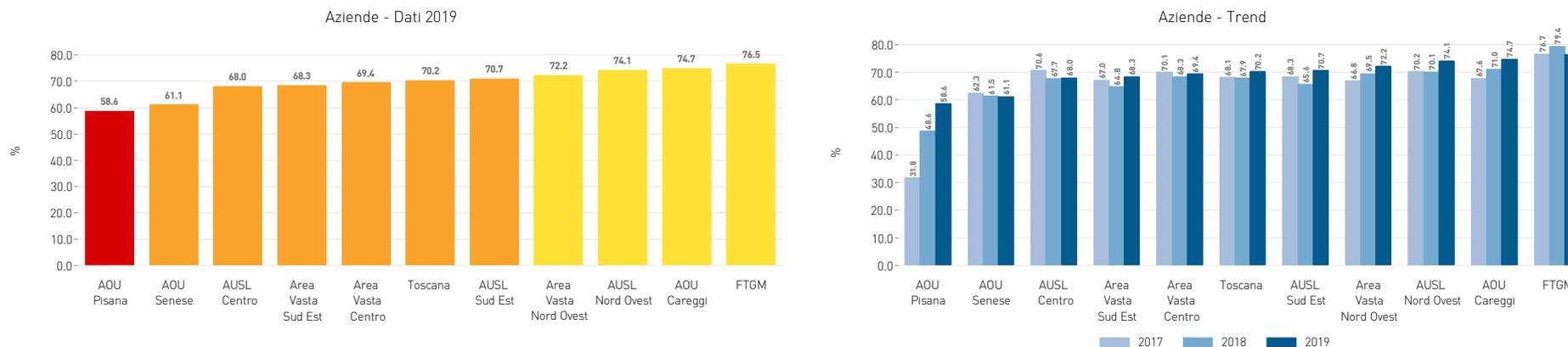
### C9.19.1 Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie

I farmaci dell'apparato respiratorio costituiscono una delle categorie terapeutica a maggior spesa pubblica. La classe degli adrenergici e altriantiasmatici è quella con il valore più elevato sia in termini di spesa che di consumo. Le duplici associazioni fisse rappresentano una parte significativa della spesa per questa categoria terapeutica. Al fine di garantire la sostenibilità del sistema sanitario nazionale risulta quindi fondamentale monitorare costantemente il consumo di questa classe di adrenergici rispetto al totale dei farmaci adrenergici.



## C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione

I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime in una migliore prognosi sia a breve che a lungo termine. Le linee guida cardiologiche nord-americane ed europee indicano come obbligatoria la somministrazione dei beta-bloccanti al momento della dimissione dopo un evento di infarto. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con beta-bloccanti al momento della dimissione.

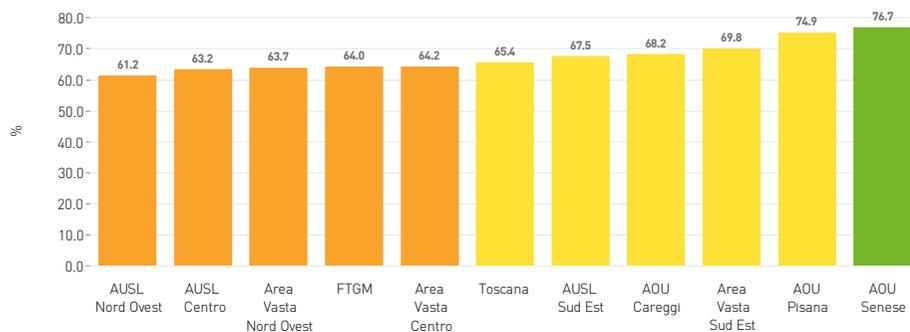


## C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione

La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori o sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con ACE-inibitori o sartani al momento della dimissione.



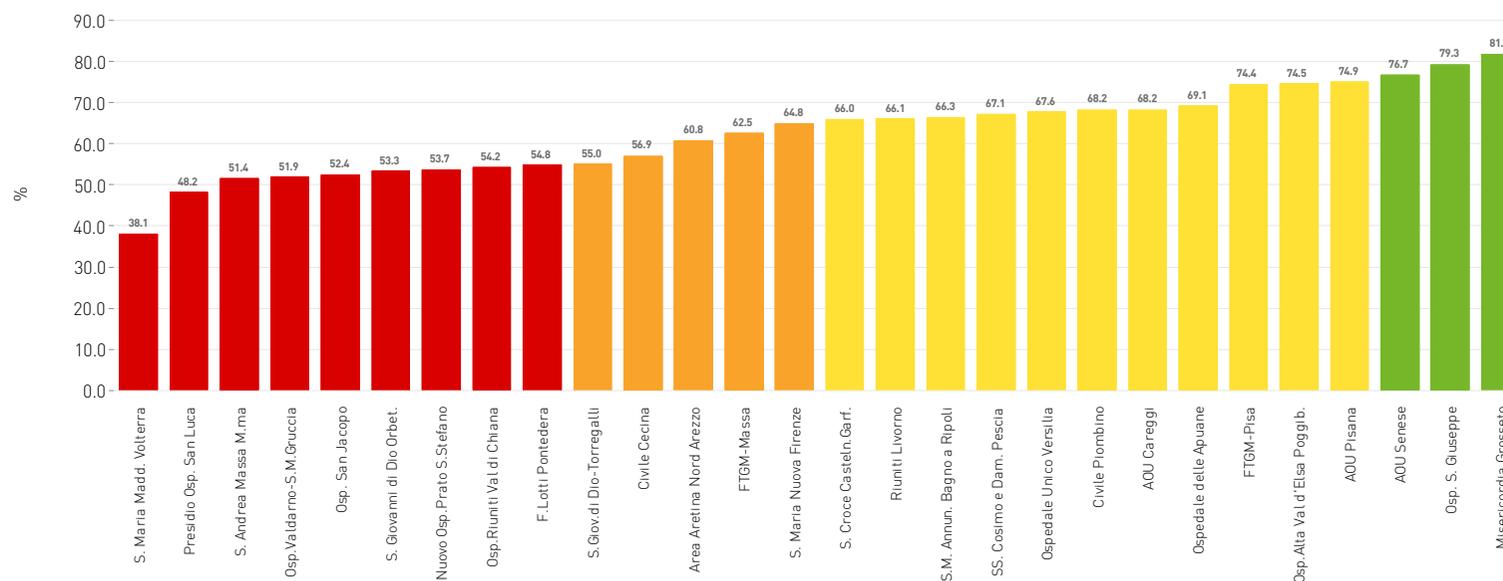
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019

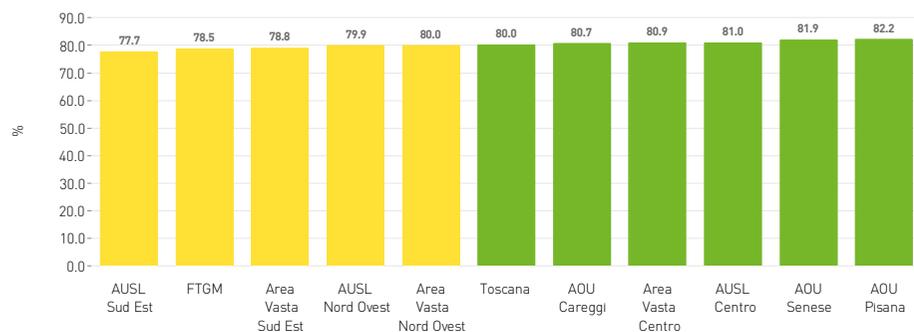


### C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

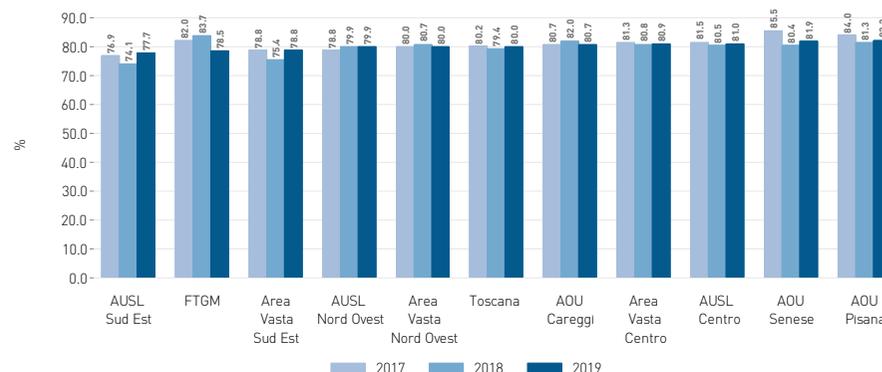
La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali siano stati contestualmente prescritti antiaggreganti e statine al momento della dimissione.



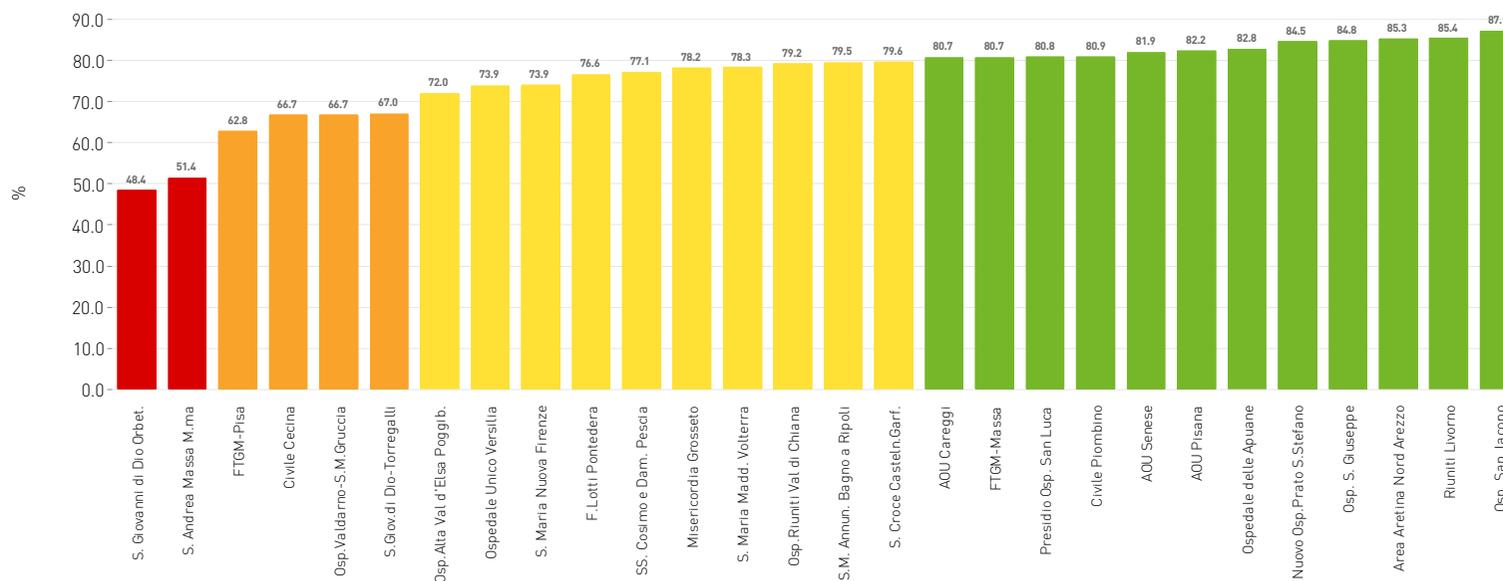
Aziende - Dati 2019



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2019



## C21 Appropriatelyzza d'uso (aderenza farmaceutica)

Il completo beneficio (e la relativa sicurezza) della maggioranza dei farmaci dipende sostanzialmente dal comportamento del paziente nel seguire il regime terapeutico prescritto in maniera corretta. Quindi, il termine aderenza si riferisce ad una sorta di alleanza terapeutica fra paziente e medico che condividono un piano di trattamento terapeutico con una proiezione spesso a lungo termine. La stretta aderenza al regime di cura conferisce una migliore prognosi ed è certamente indice di una migliore qualità della vita, senza considerare che un'alta percentuale di tutte le ammissioni in ospedale di soggetti adulti è dovuta alla scarsa aderenza alle prescrizioni, con un costo annesso complessivamente alto ed evitabile ogni anno. L'indicatore C21 rappresenta la sintesi del continuo monitoraggio dell'aderenza terapeutica sul territorio regionale.



### C21 Appropriatelyzza d'uso (aderenza farmaceutica)

C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

C21.3 Compliance terapia post IMA

C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

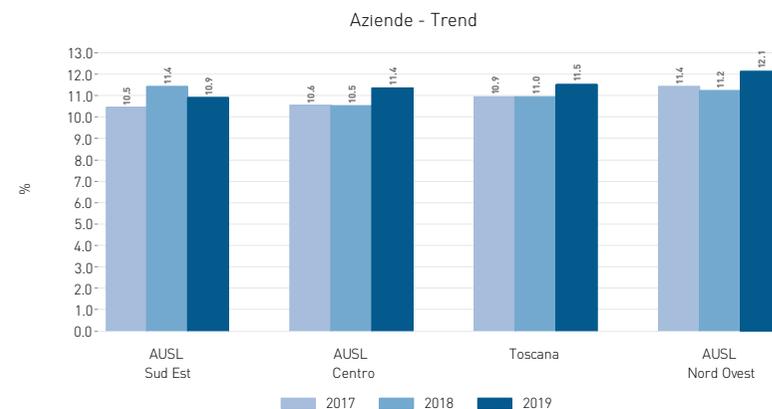
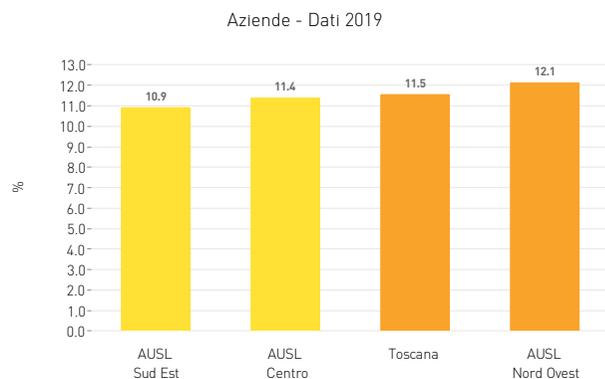
C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)

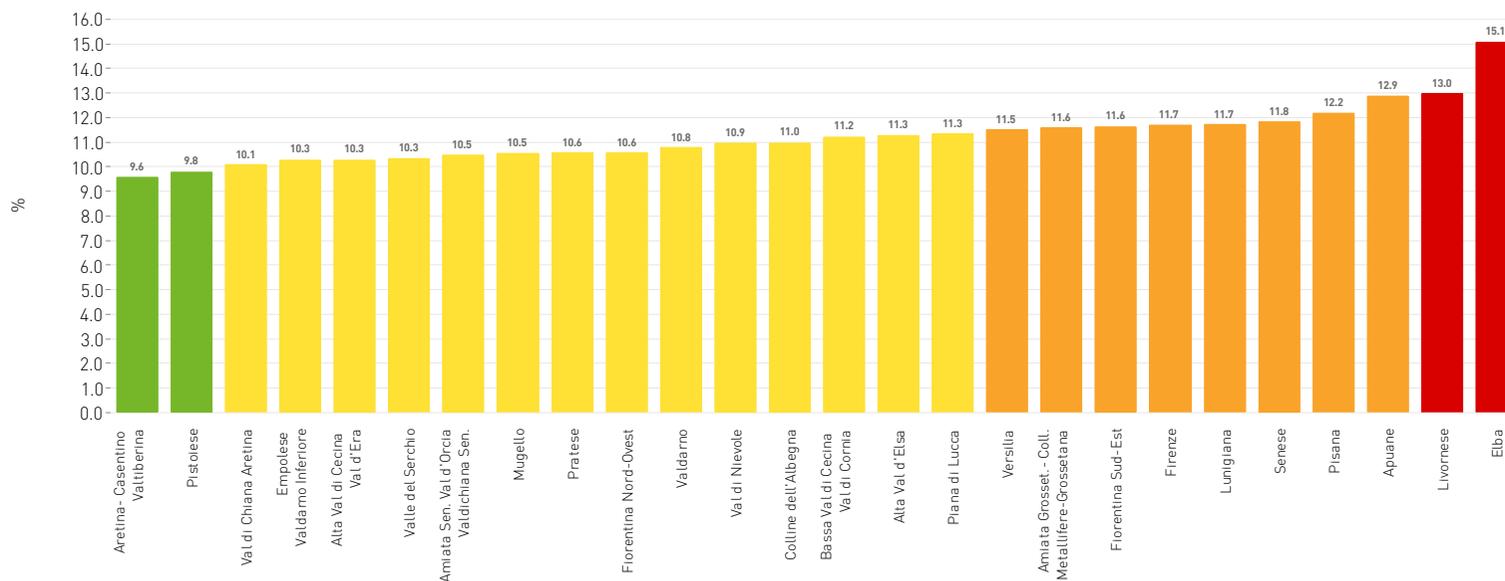
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
11.53	12.13	11.37	10.90
22.32	24.12	21.24	21.46
86.28	87.32	87.12	83.13
86.25	87.78	84.02	87.43
98.11	98.57	97.74	97.99

## C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

La terapia con statine - che sono tra i farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica - risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci.

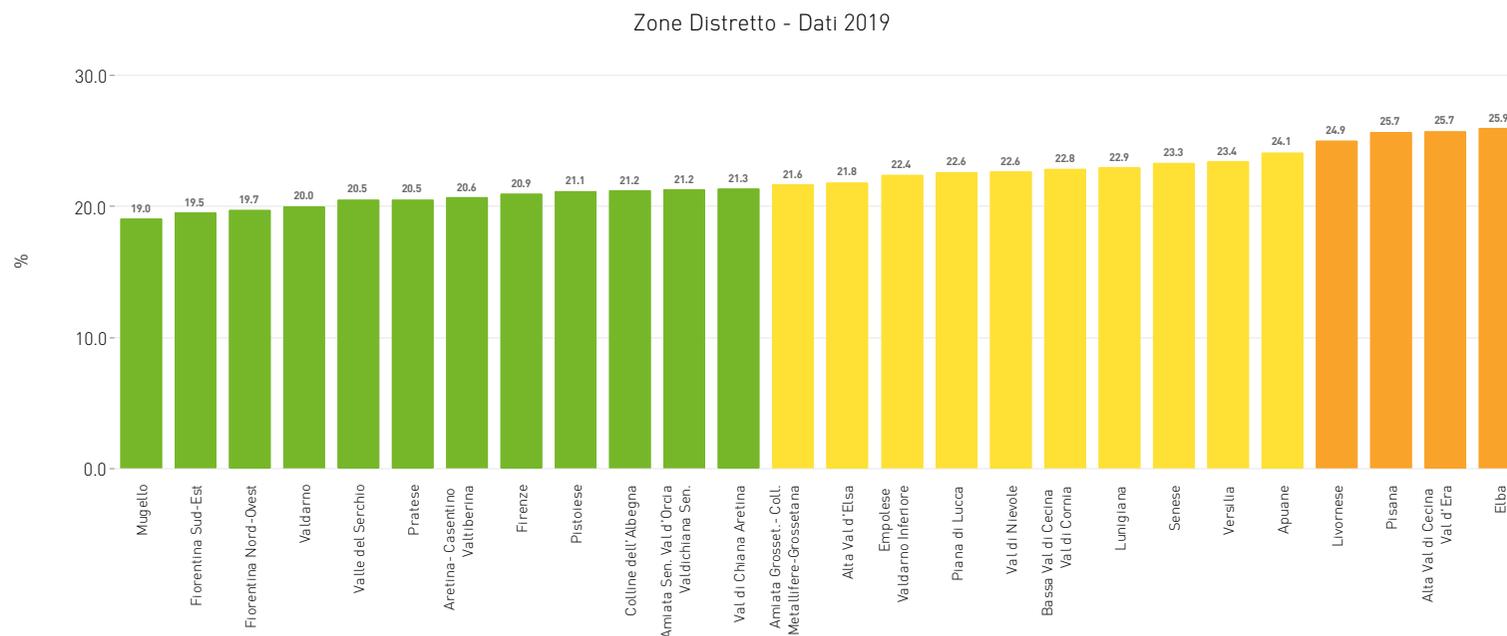
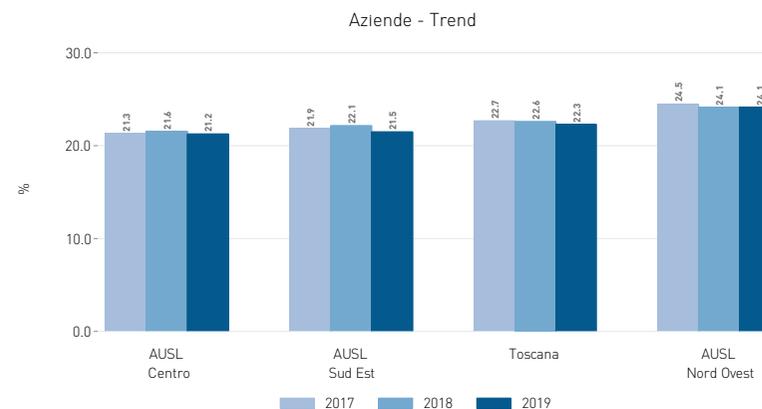
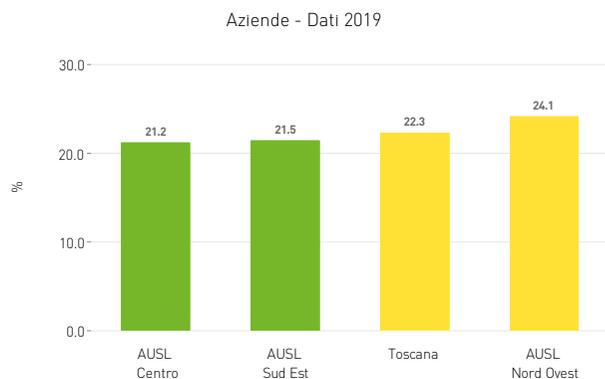


Zone Distretto - Dati 2019



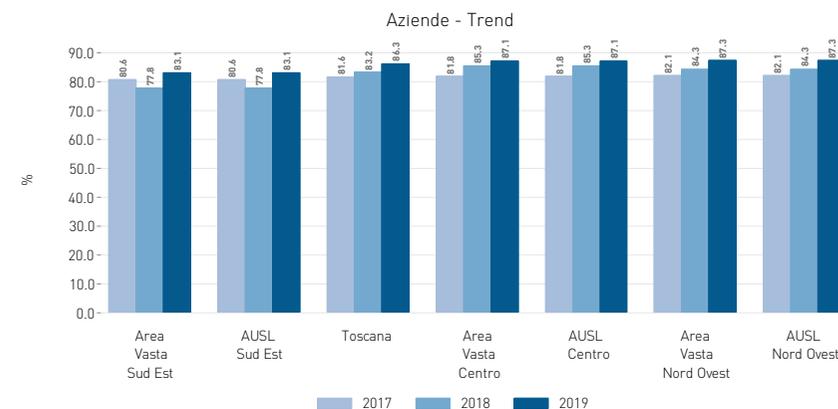
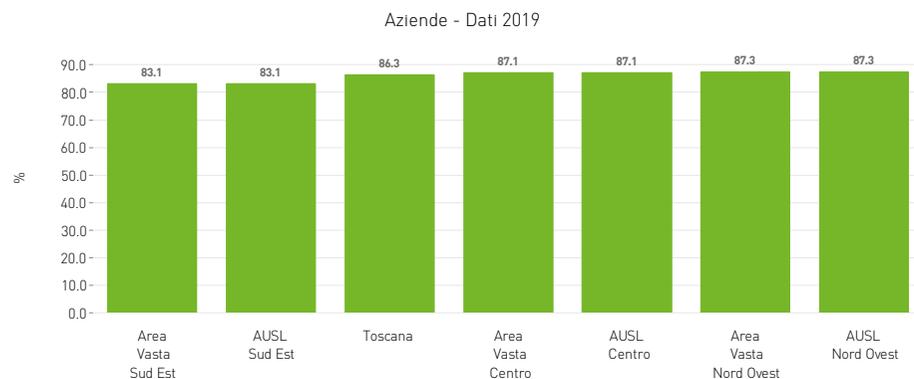
### C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

La terapia farmacologica con antidepressivi risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di antidepressivi in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci.

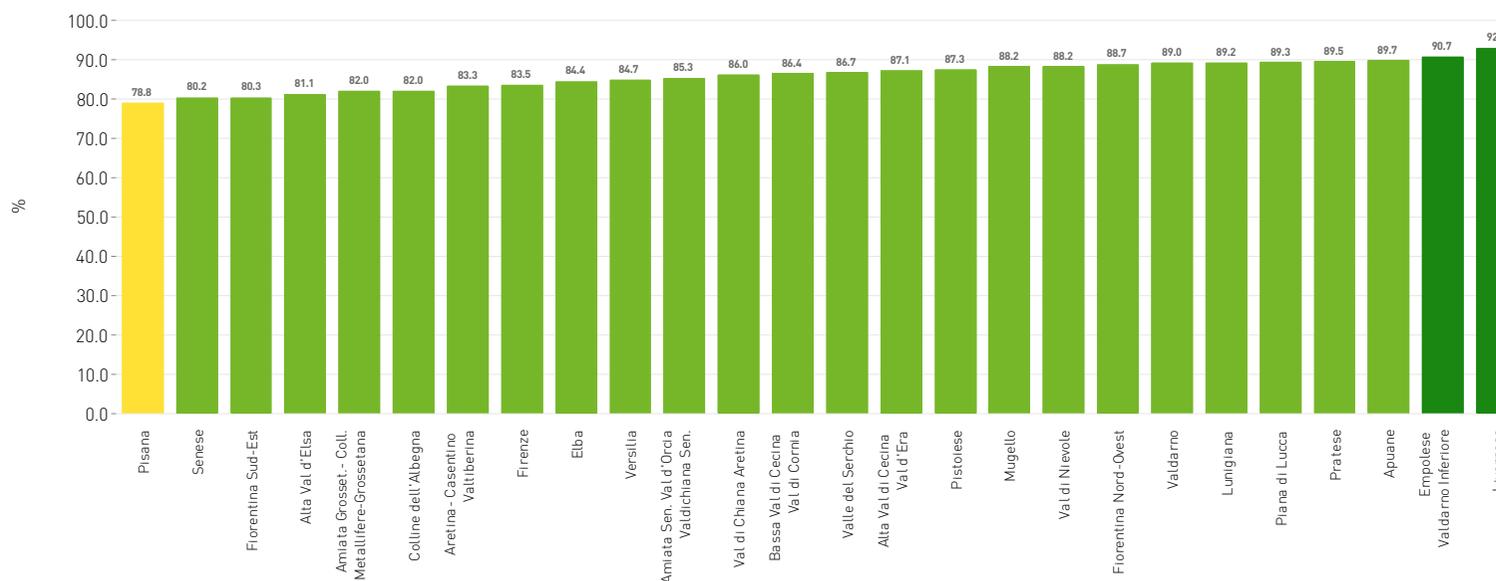


### C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

L'infarto miocardico acuto (IMA) è uno fra i più gravi eventi patologici a carico del sistema cardiovascolare. L'IMA si presenta a seguito di un'ischemia acuta che si dilunga nel tempo per un periodo maggiore di quindici-venti minuti e che causa danni permanenti al cuore. Nel nostro Paese circa 120-130.000 persone all'anno vengono colpite da IMA e la mortalità fra le persone che riescono a raggiungere un ospedale, ad oggi, è di circa il 6-11%. In riferimento al suo trattamento farmacologico, le linee guida internazionali prevedono l'utilizzo dei beta-bloccanti non solo a ridosso dell'evento, ma anche a medio-lungo termine. Il medico di medicina generale (MMG) riveste pertanto un ruolo fondamentale nella presa in carico del paziente sul territorio, per garantire che questi aderisca alla terapia farmacologica. Questo indicatore monitora l'aderenza del malato al trattamento, nel medio-lungo periodo, rilevando se il paziente - cui sia stato comunque prescritto il farmaco in dimissione - ritiri lo stesso nel lasso di tempo compreso tra 90 e 180 giorni.

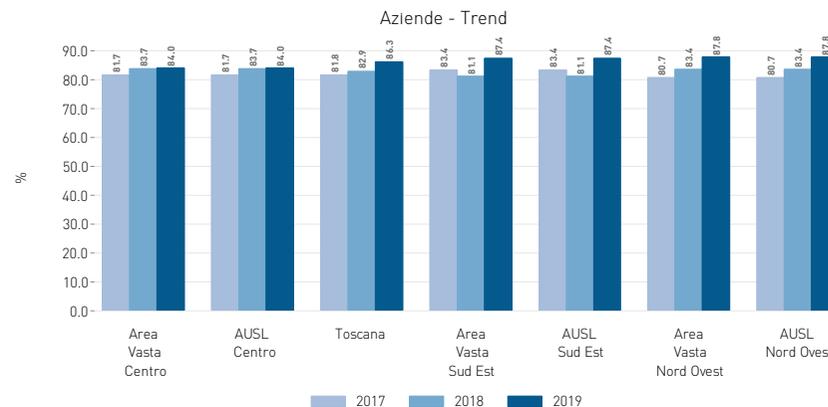
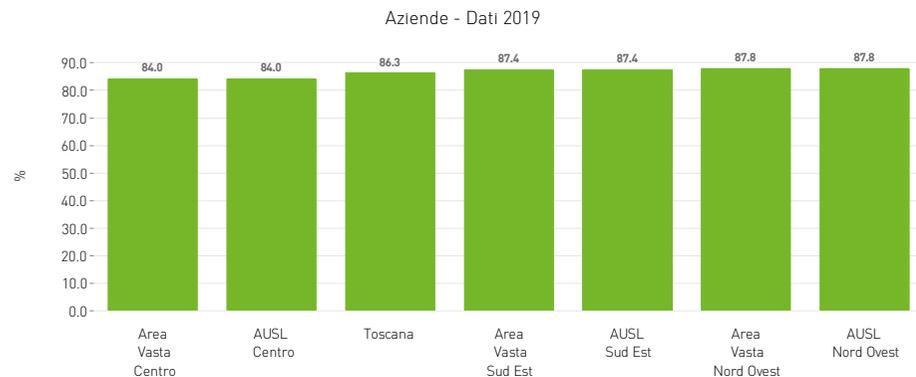


#### Zone Distretto - Dati 2019

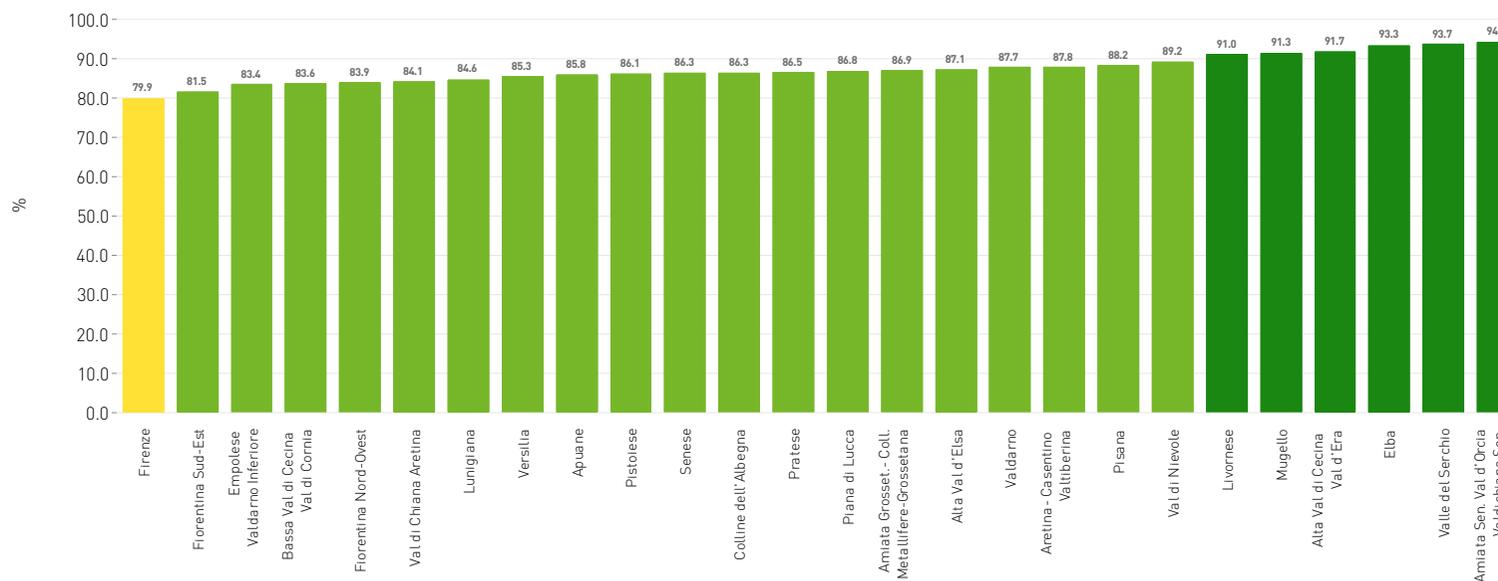


### C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

L'obiettivo alla base degli approcci farmacologici che vengono intrapresi in seguito ad infarto miocardico acuto (IMA) è il prevenire nuovi eventi vascolari. Il corredo farmacologico della terapia post-infarto si è negli ultimi anni arricchito degli ACE-inibitori e dei Sartani, oltre agli antiaggreganti, ai beta-bloccanti e alle statine. La letteratura mostra come gli ACE-inibitori e i Sartani riducano la mortalità nei pazienti con IMA e ne migliorino la prognosi: vi è ormai comune accordo scientifico sull'opportunità del trattamento con questi farmaci, non solo in una fase precoce e quindi già nelle prime ore dopo l'evento acuto, ma anche come terapia a lungo termine nel post-dimissione. Nonostante le forti raccomandazioni al loro utilizzo, i dati degli ultimi anni, rilevati sul territorio italiano, ne rivelano una prescrizione sub-ottimale. A questo proposito, l'indicatore vuole essere sentinella di una corretta terapia farmacologica e aderenza al trattamento a medio-lungo termine del post IMA. Monitora l'aderenza del malato al trattamento, rilevando se il paziente - cui sia stato comunque prescritto il farmaco in dimissione - ritiri lo stesso nel lasso di tempo compreso tra 90 e 180 giorni.

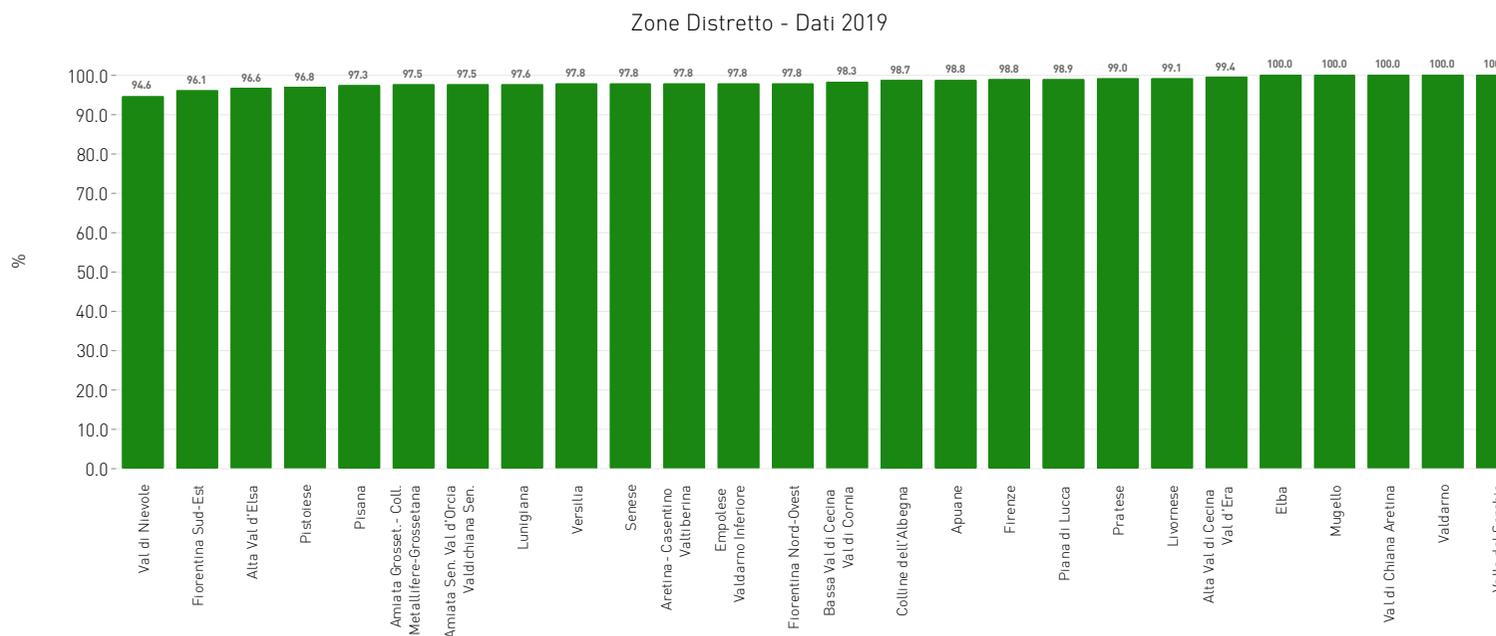
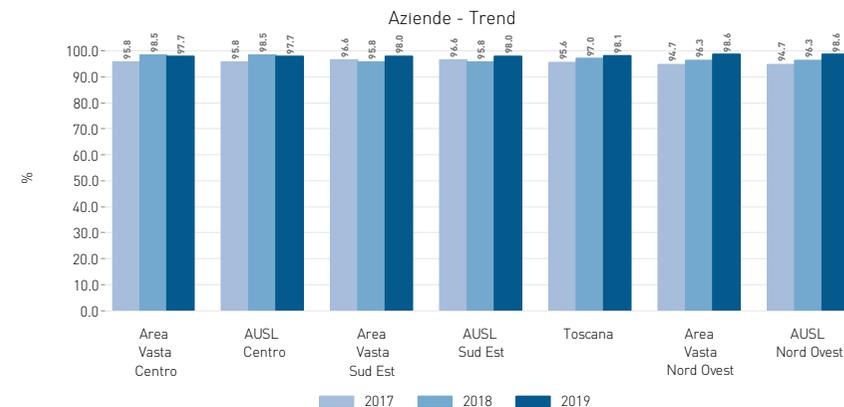
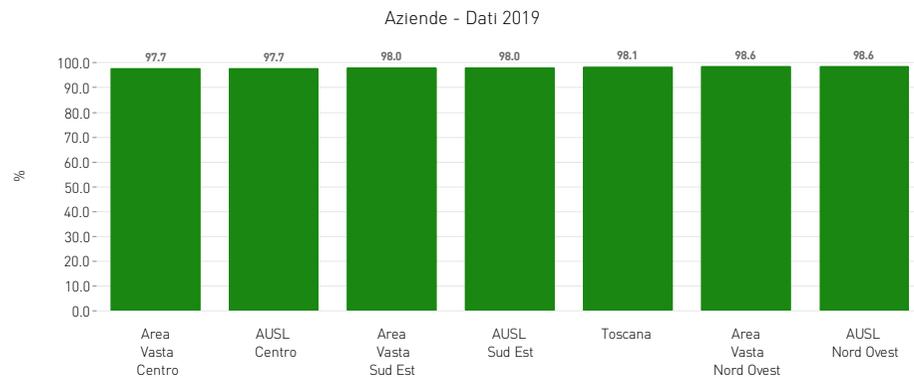


Zone Distretto - Dati 2019



### C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)

L'infarto del miocardio, tra cui l'evento acuto (IMA), rappresenta la principale causa di morbilità e mortalità nel mondo occidentale. La popolazione colpita è destinata a crescere, con l'aumento dell'età media della popolazione e il profilo di rischio dei pazienti è sempre più complesso. Il miglioramento della prognosi è legata strettamente al controllo dei fattori di rischio coronarico e tra questi il livello di colesterolo plasmatico; la sua riduzione oggi rappresenta in assoluto l'intervento terapeutico più efficace. La terapia con statine ha quindi una duplice motivazione: il contenimento della dislipidemia (controllo -aggressivo- dei livelli di colesterolo Low Density Lipoprotein - LDL nel sangue) e l'effetto antinfiammatorio e di riduzione-stabilizzazione della placca aterosclerotica nel soggetto infartuato. La terapia con statine dovrebbe generalmente essere associata a quella con antiaggregante. Questo indicatore monitora l'aderenza del malato al trattamento, nel medio-lungo periodo, rilevando se il paziente - cui siano stati comunque prescritti i farmaci in dimissione - ritiri gli stessi nel lasso di tempo compreso tra 90 e 180 giorni.



## F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica

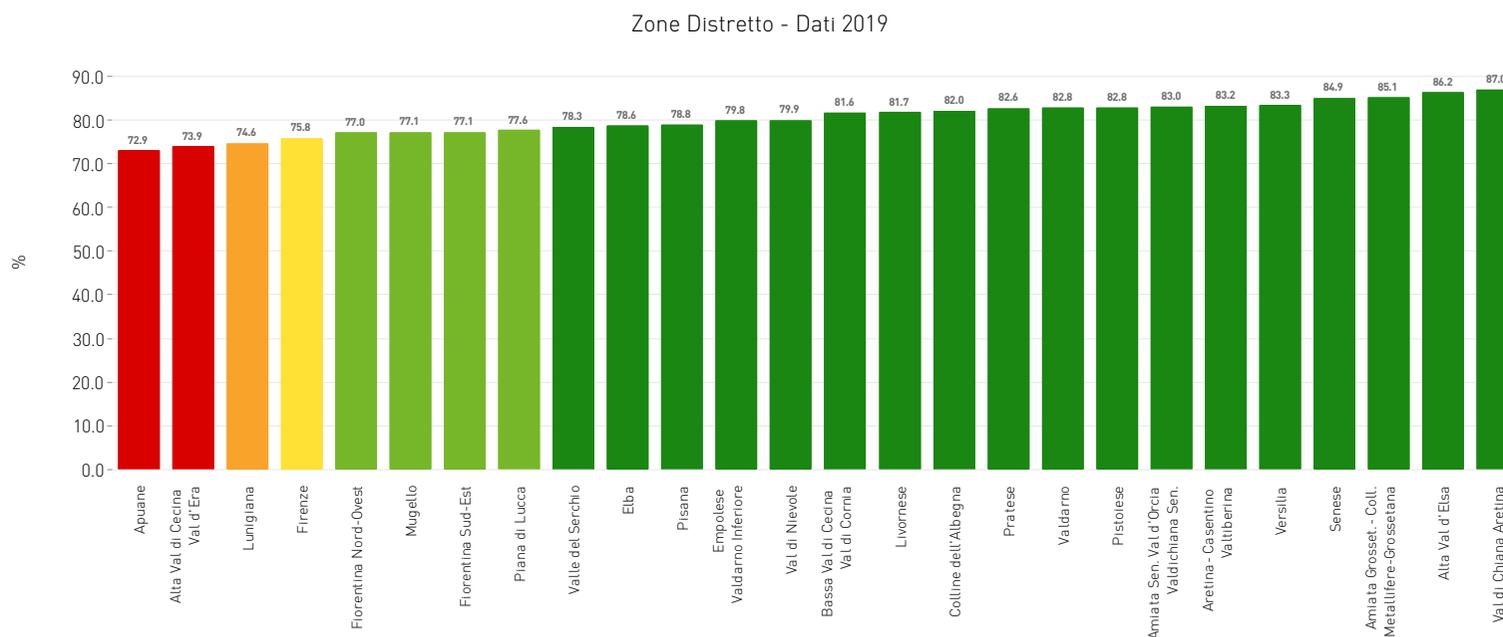
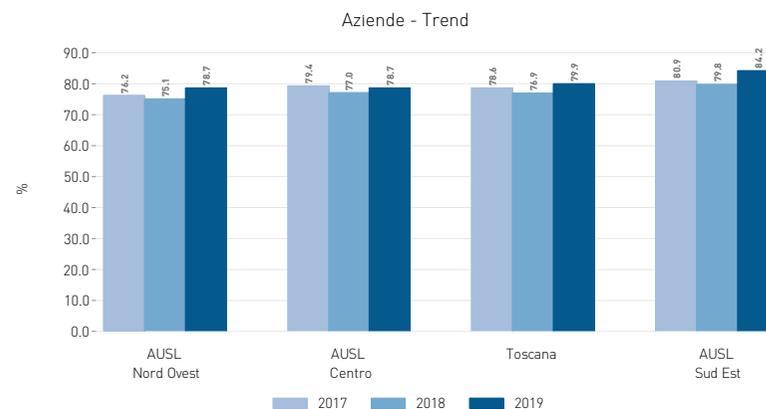
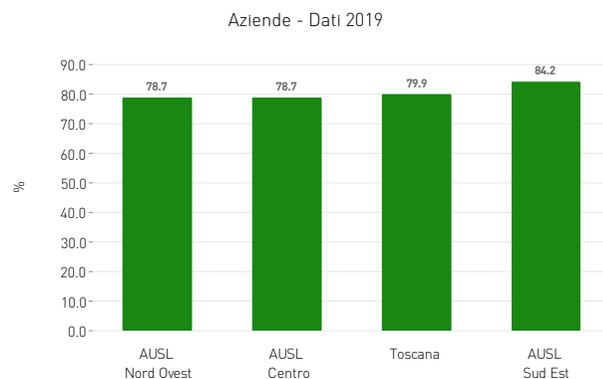
L'indicatore monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. La selezione delle categorie farmacologiche oggetto di valutazione e la determinazione degli obiettivi specifici sono state aggiornate negli anni. L'indicatore monitora, in particolare, l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto - che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale - perché spesso i farmaci più nuovi e ancora coperti da brevetto non portano effettivi benefici terapeutici, a fronte di un prezzo più elevato. L'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>	●	●	●	●					
<i>F12A.19 Ospedaliere</i>									
<i>F20.21.2 % di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 11 molecole</i>									
<i>F20.21.1 % di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 5 molecole</i>									
<i>F20.20 % utenti in trattamento con teriparatide biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F20.7 % Imatinib equivalente</i>	71.09	72.47	69.45	70.22					
<i>F20.8 % utenti in trattamento con Etanercept biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F20.9 % Infliximab biosimilare o vincitore di gara</i>	96.05	97.89	99.52	95.31	91.56	85.79	99.00		
<i>F20.10 % Rituximab biosimilare o vincitore di gara</i>	89.02	91.65	85.95	96.69	98.74	92.00	80.57		
<i>F20.11 % Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara</i>	88.73	92.91	90.15	83.36	85.11	90.41	90.30		
<i>F20.12 % utenti in trattamento con Adalimumab biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F20.13 % utenti in trattamento con follitropina biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F20.14 % utenti in trattamento con enoxaparina biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F20.15 % utenti in trattamento con somatropina biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F20.16 % utenti in trattamento con epoietina biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F20.17 % utenti in trattamento con fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara</i>									
<i>F20.18 % utenti in trattamento con insulina glargine biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F20.19 % utenti in trattamento con insulina lispro biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza</i>	79.92	78.68	78.73	84.15					
<i>F12A.14A Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto</i>	36.09	34.54	39.02	32.89					
<i>F12A.20 Cura dell'osteoporosi</i>									
<i>F12A.21.1 Colecalciferolo. Costo medio per 12,5 DDD (pari a 10.000 UI) sul territorio</i>	0.48	0.40	0.42	0.74					
<i>F12A.21.2 Consumo di colecalciferolo sul territorio</i>	163.52	178.39	161.53	144.59					
<i>F12A.25 Distribuzione Diretta e Per Conto</i>									
<i>F12A.25.1 % Dimessi da ricovero con erogazione in Distribuzione Diretta</i>	58.15	60.55	43.01	73.92	35.25	78.60	71.90	70.97	88.85
<i>F12A.25.2 % Dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in Distribuzione Diretta</i>	20.22	22.06	13.70	24.72	23.83	28.15	18.49	35.98	6.15
<i>F12A.25.3 Incidenza spesa medicinali dell'elenco DPC erogati tramite distribuzione convenzionata</i>									
<i>F12A.25.4 % Pazienti RSA con erogazione in Distribuzione Diretta</i>									

## F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilanciamento fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbe da privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il perseguimento di maggiori livelli di costo-efficacia, ottenuti tramite lo spostamento delle attuali terapie sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto (sono esclusi i biologici; es: insuline).





4

**BERSAGLI E PENTAGRAMMI  
PER ZONE DISTRETTO  
E OSPEDALI**





---

4.1

## BERSAGLI E PENTAGRAMMI DELLE ZONE DISTRETTO





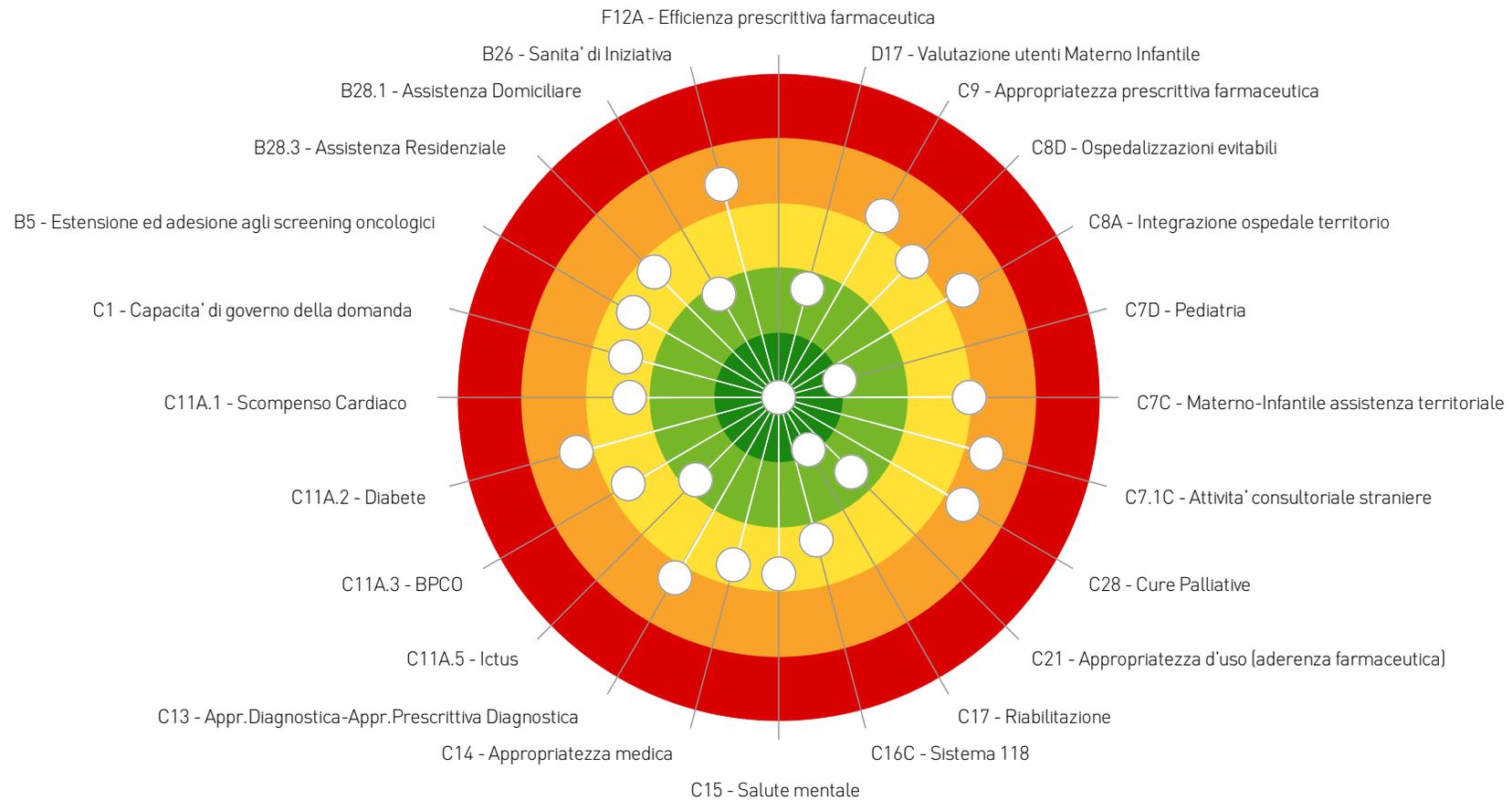
# Pistoiese

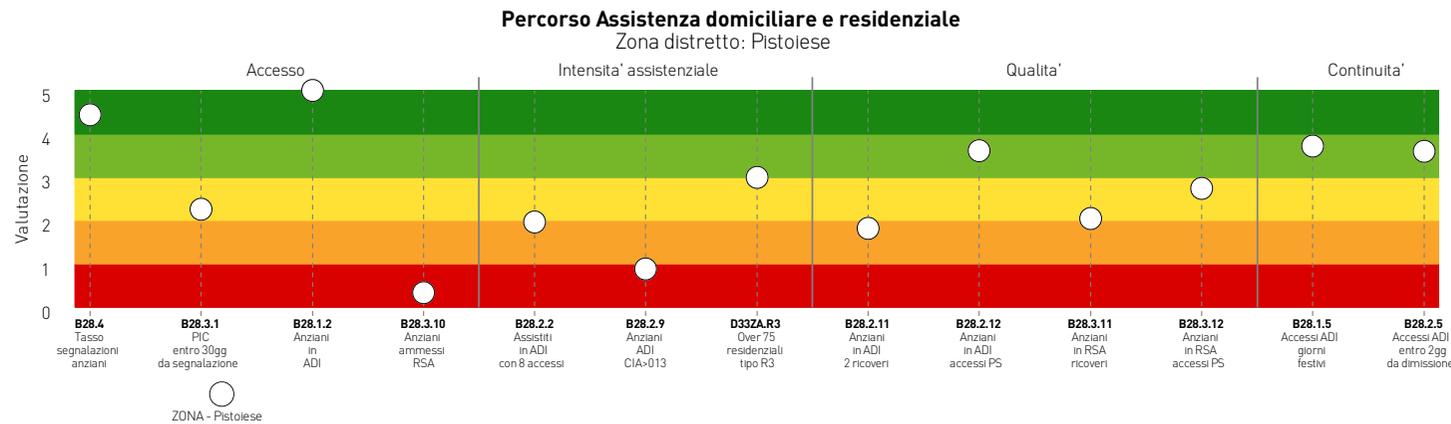
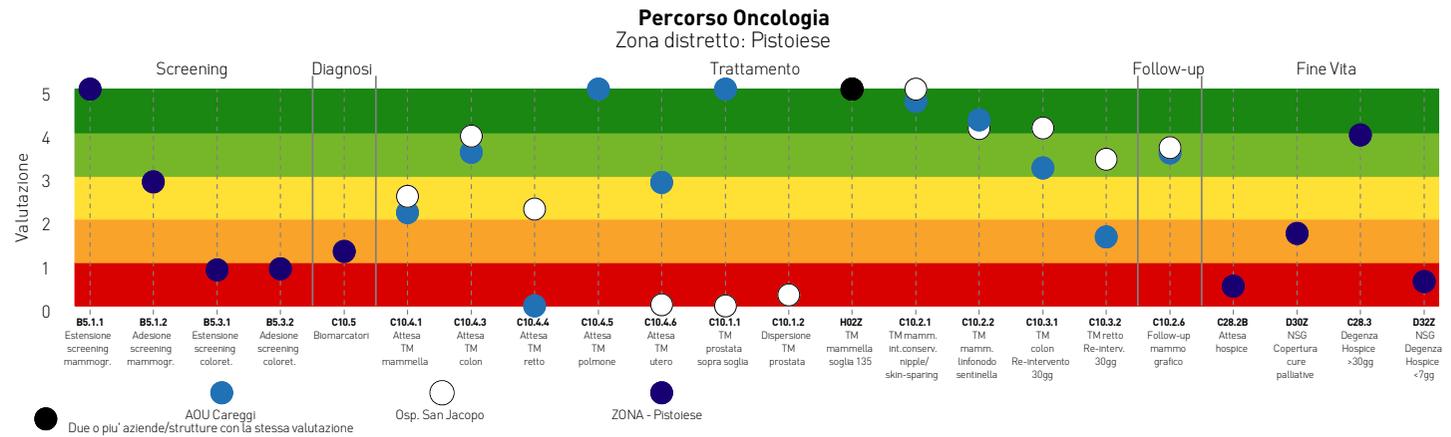
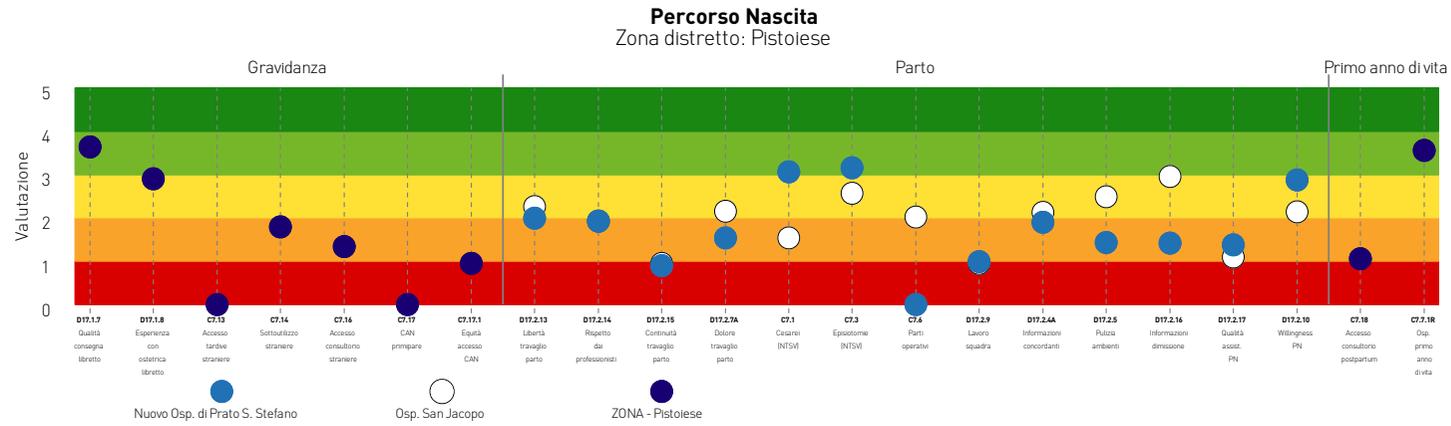
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 94

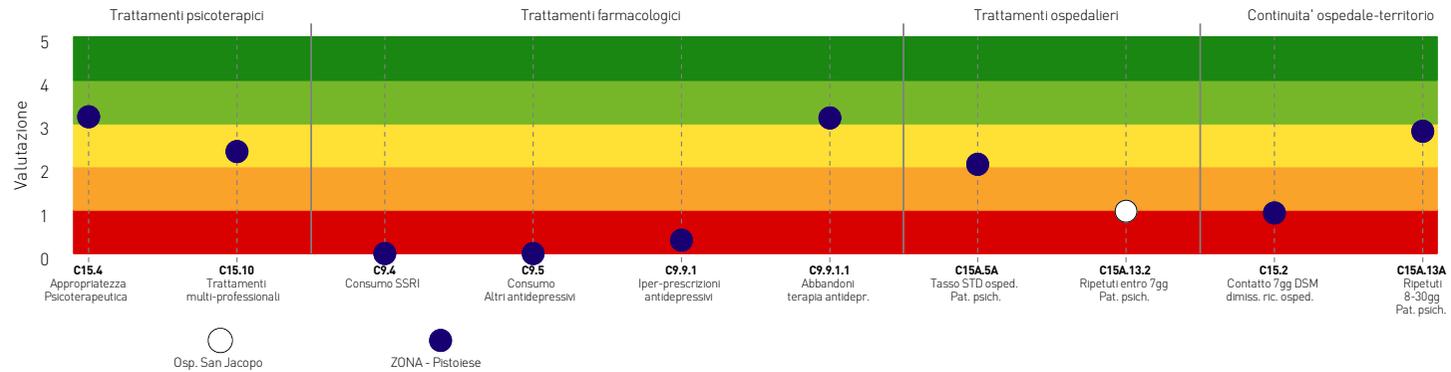


## Pistoiese Valutazione della performance 2019

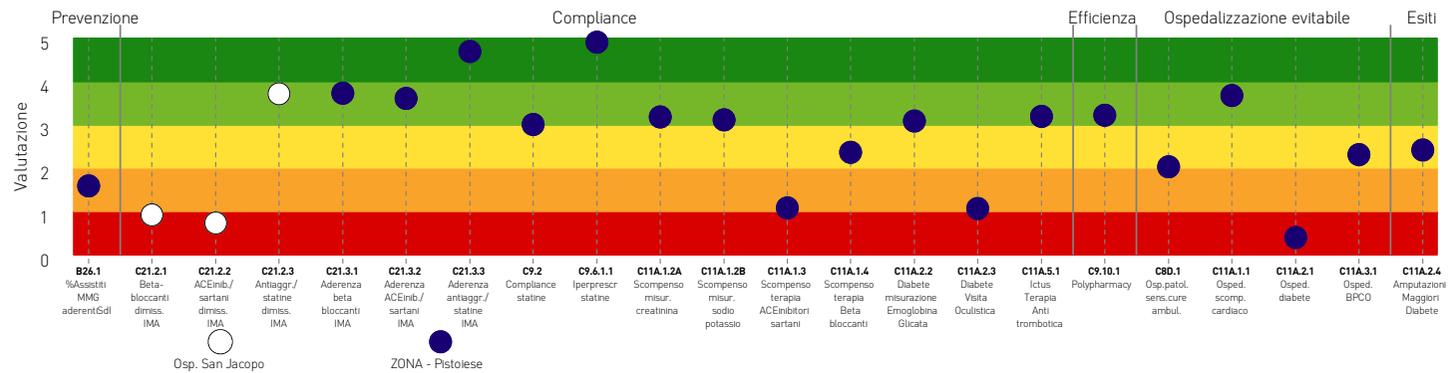




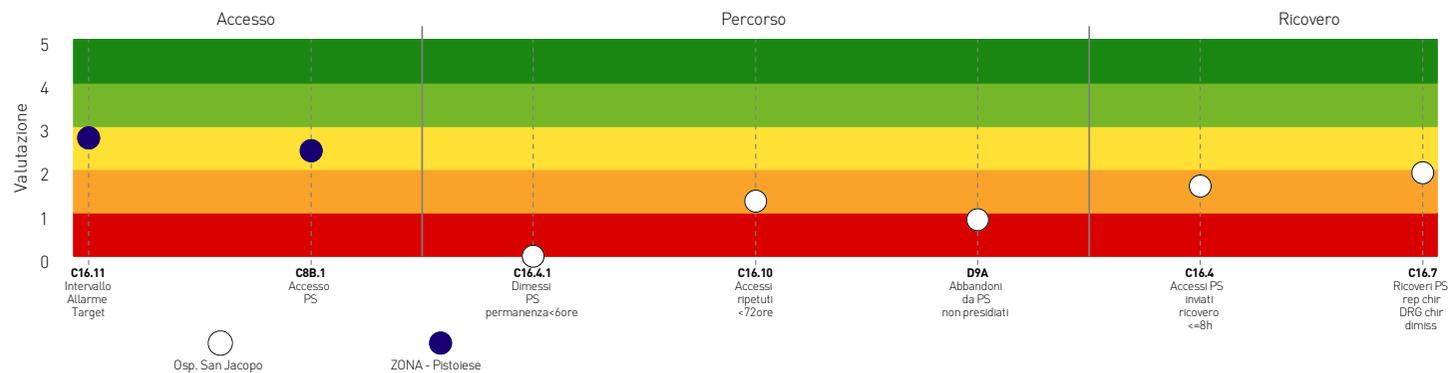
### Percorso Salute Mentale Zona distretto: Pistoiese



### Percorso Cronicita' Zona distretto: Pistoiese



### Percorso Emergenza-Urgenza Zona distretto: Pistoiese



# Val di Nievole

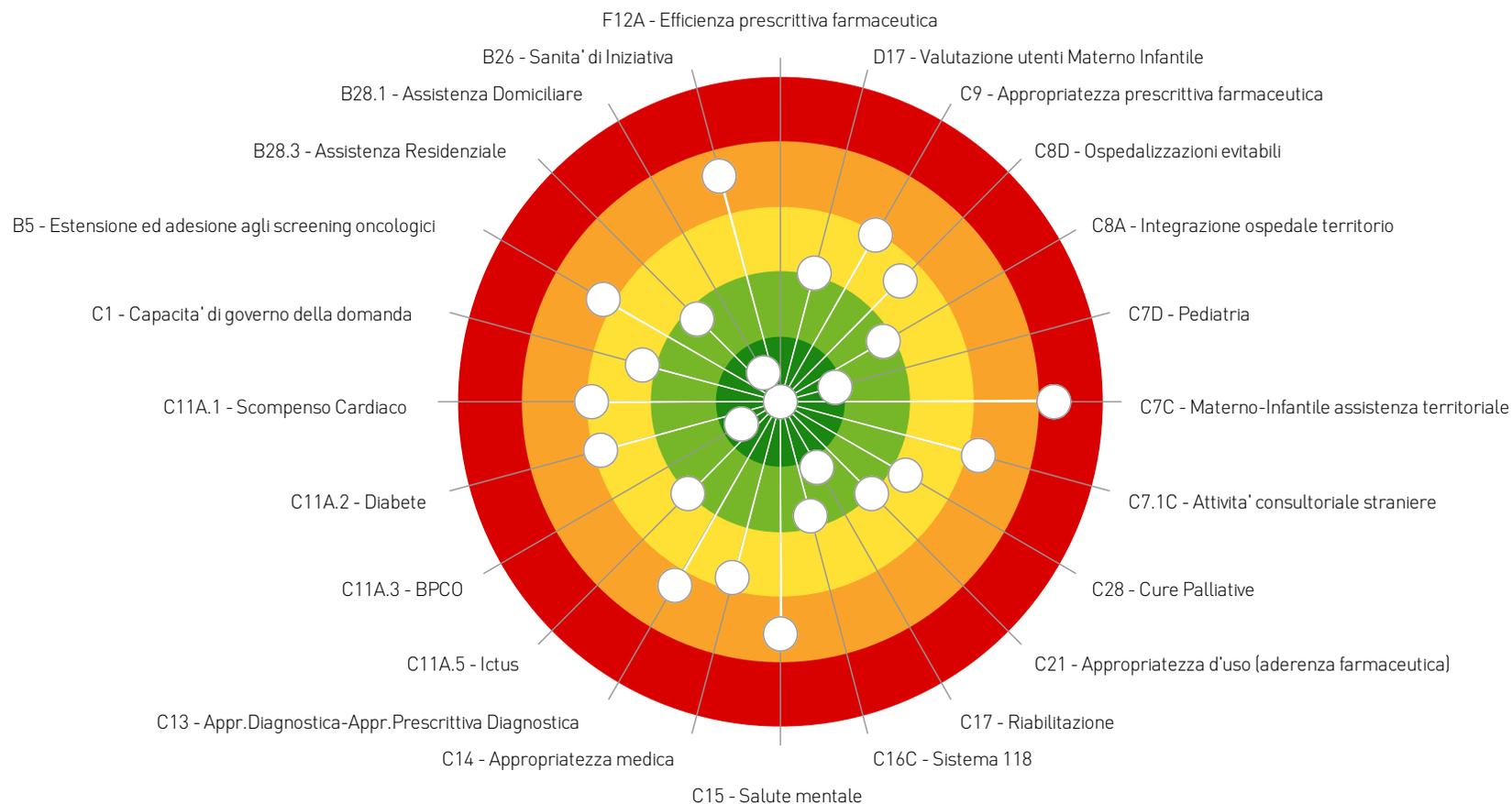
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

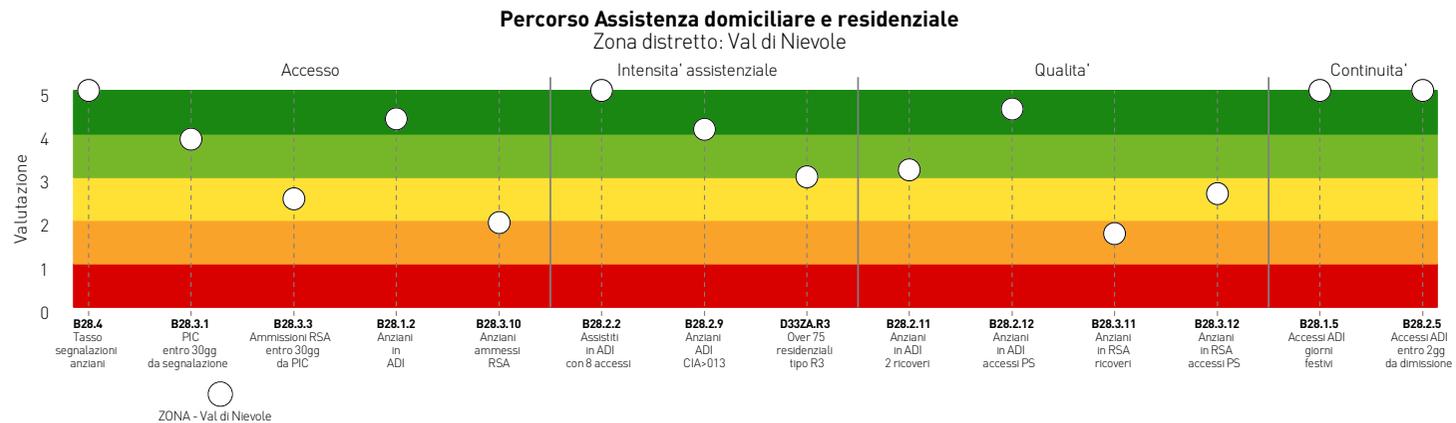
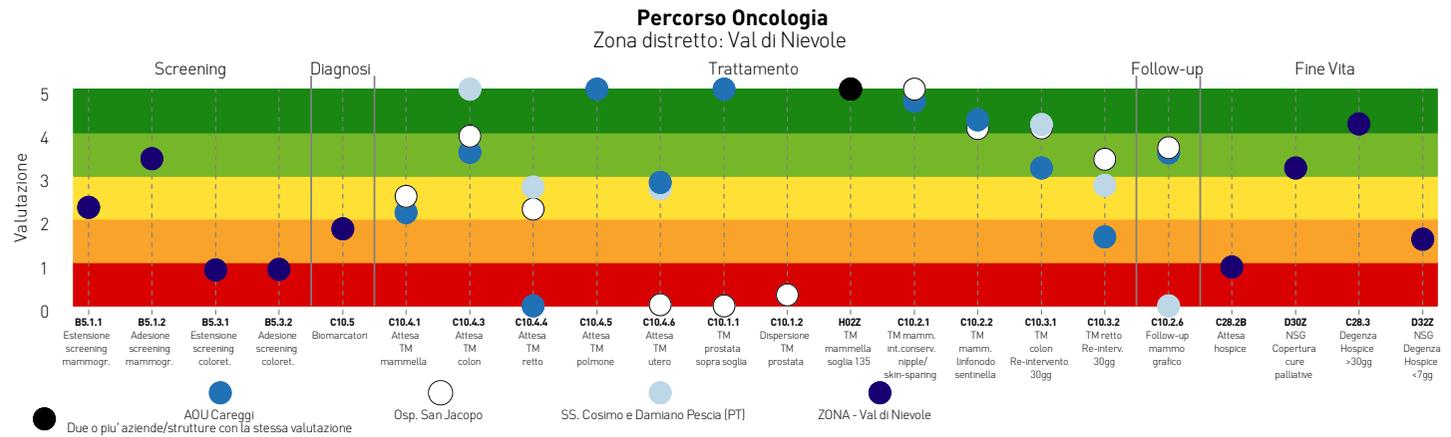
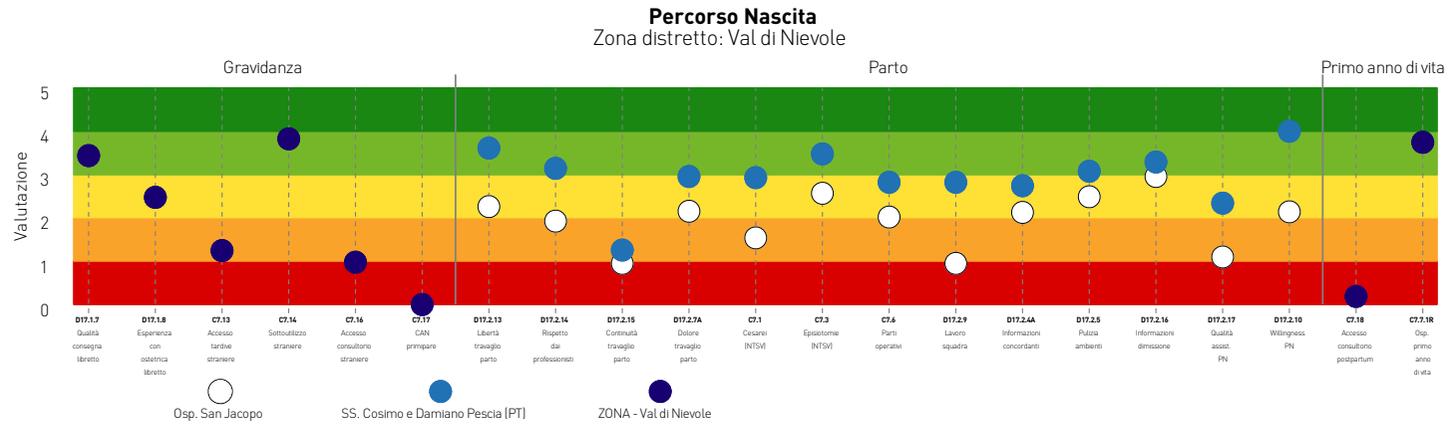
Numero indicatori di valutazione: 95

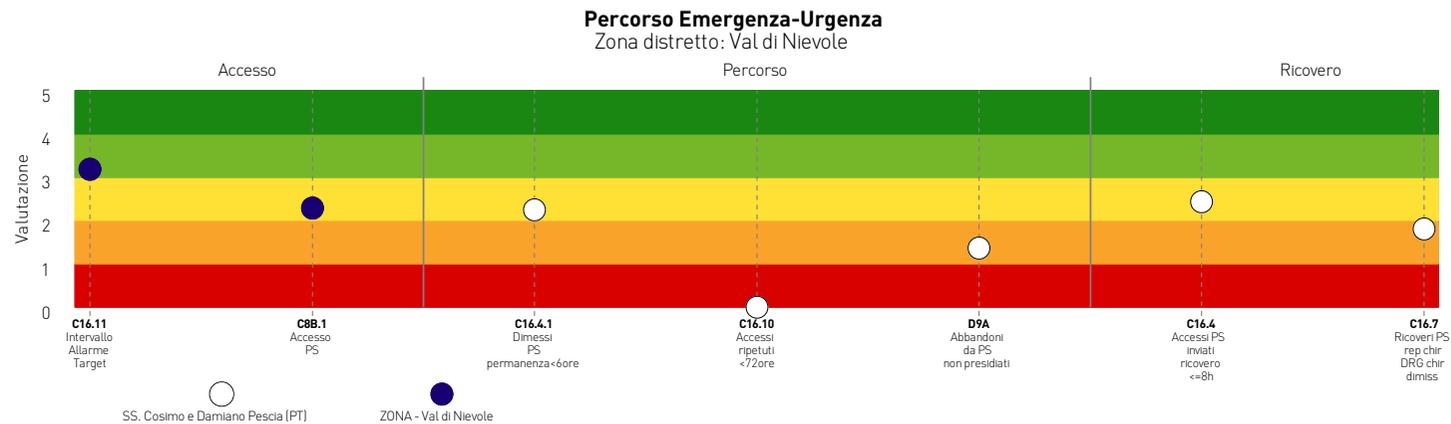
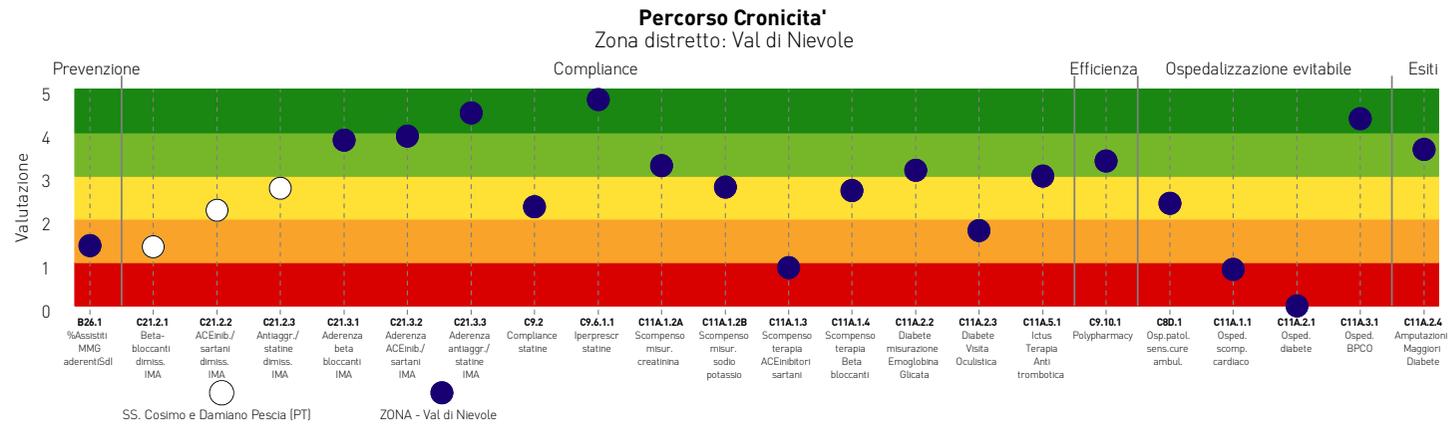
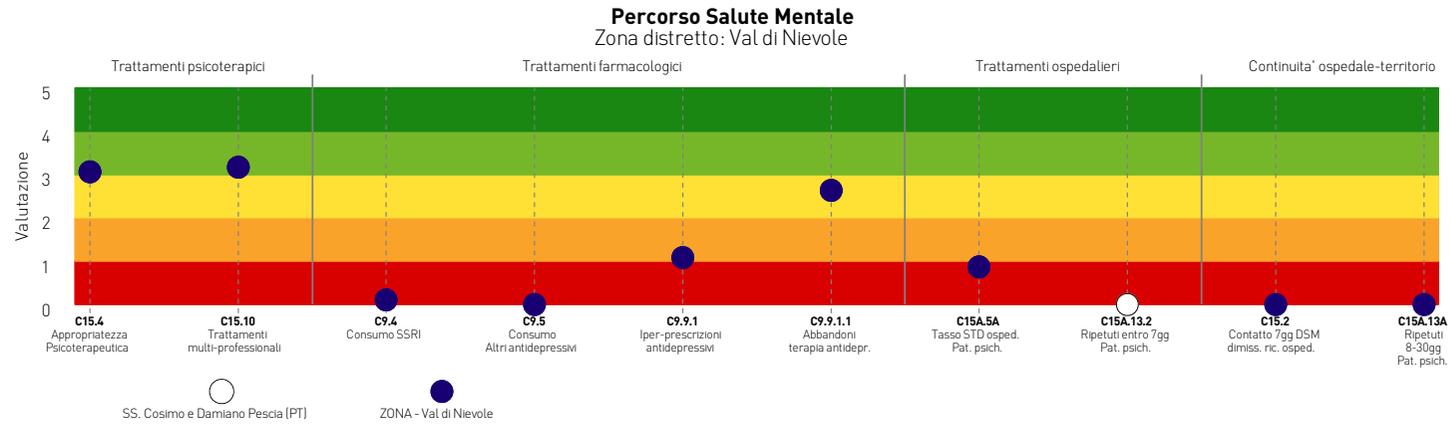


● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Val di Nievole Valutazione della performance 2019



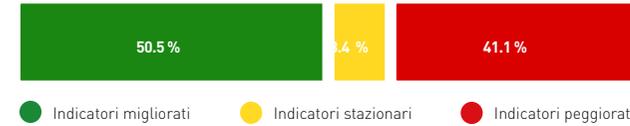




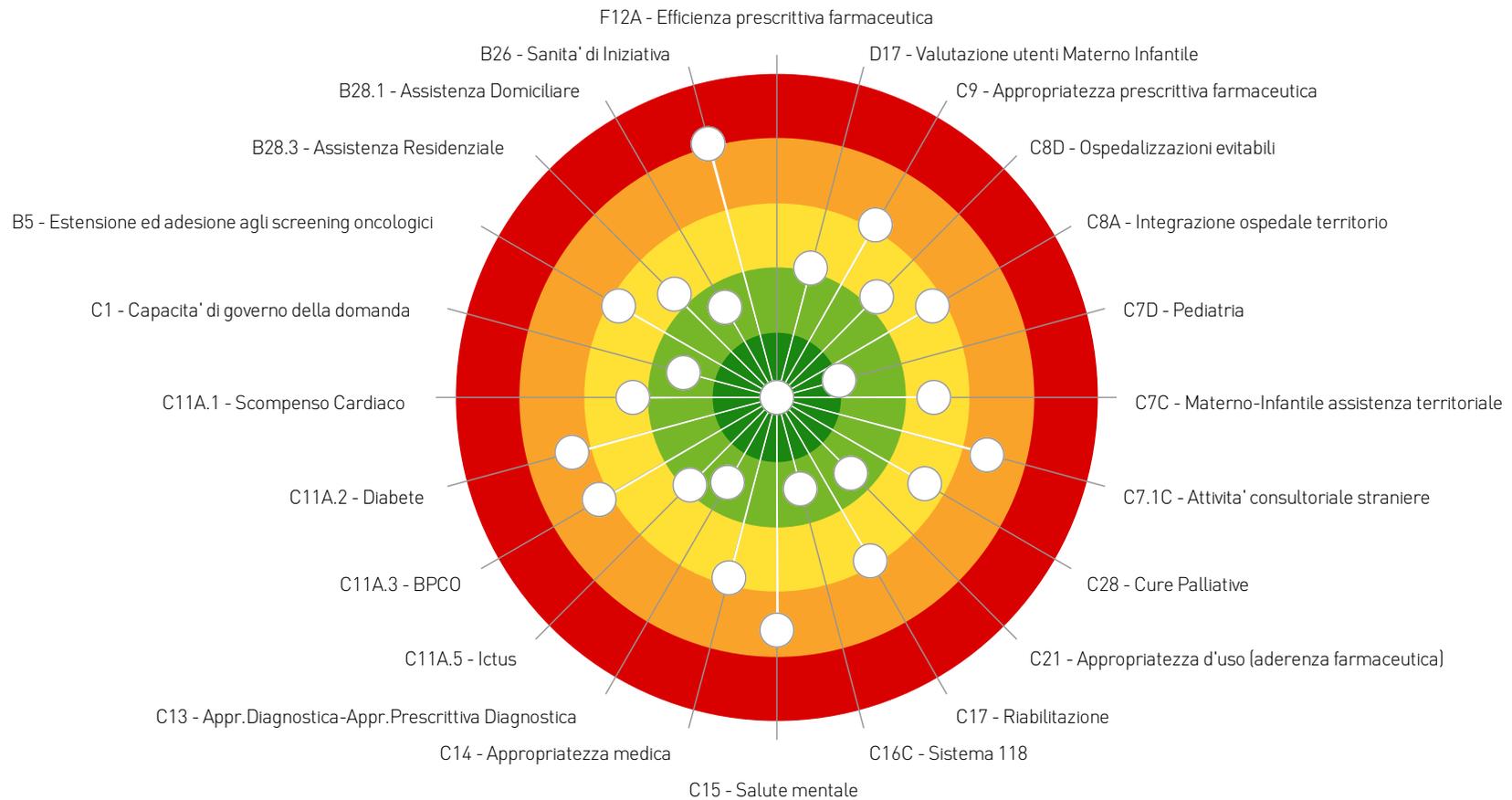
# Pratese

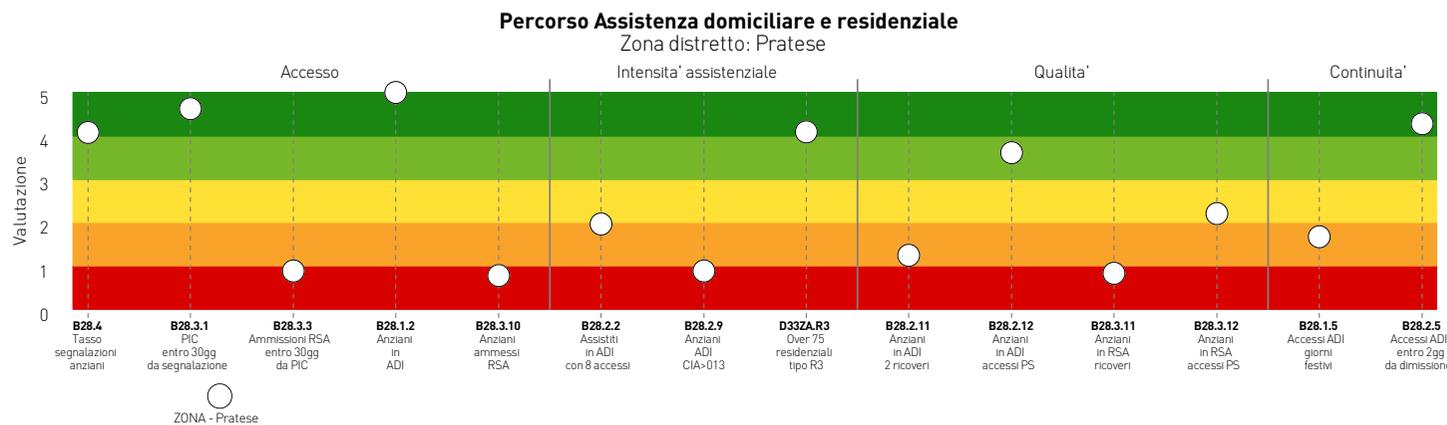
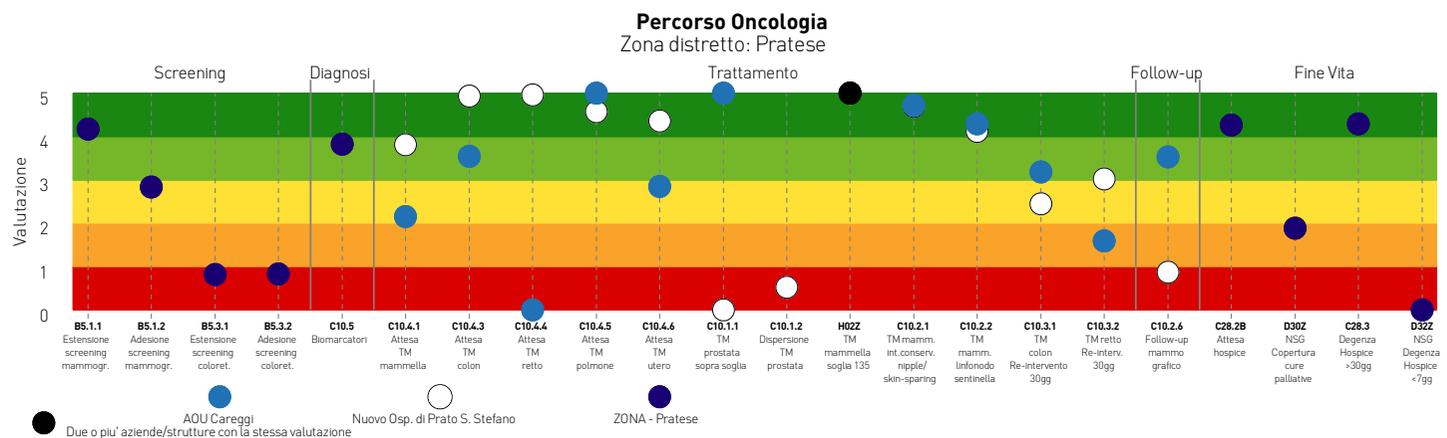
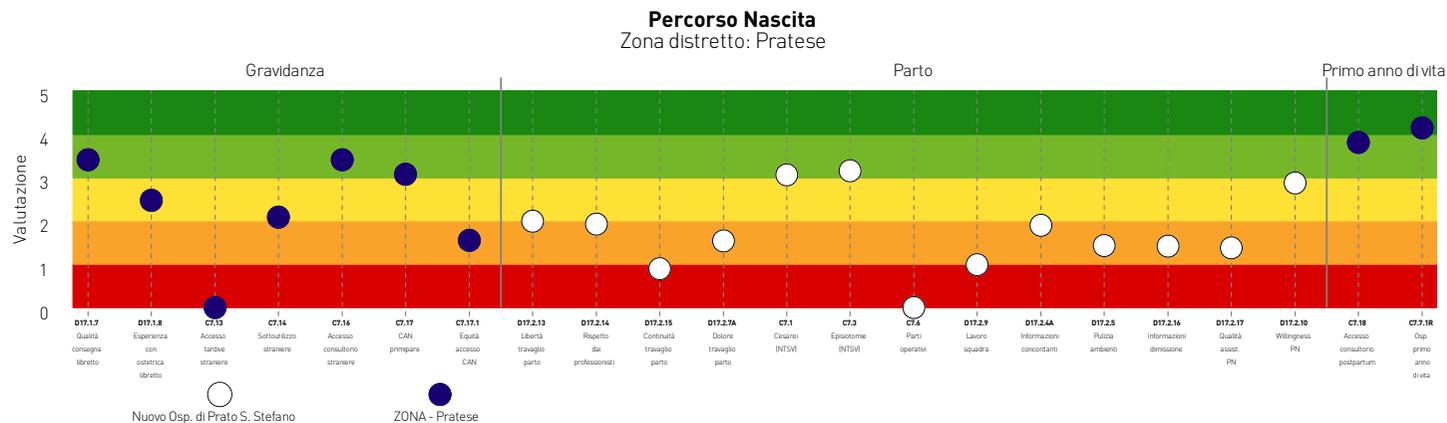
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 95

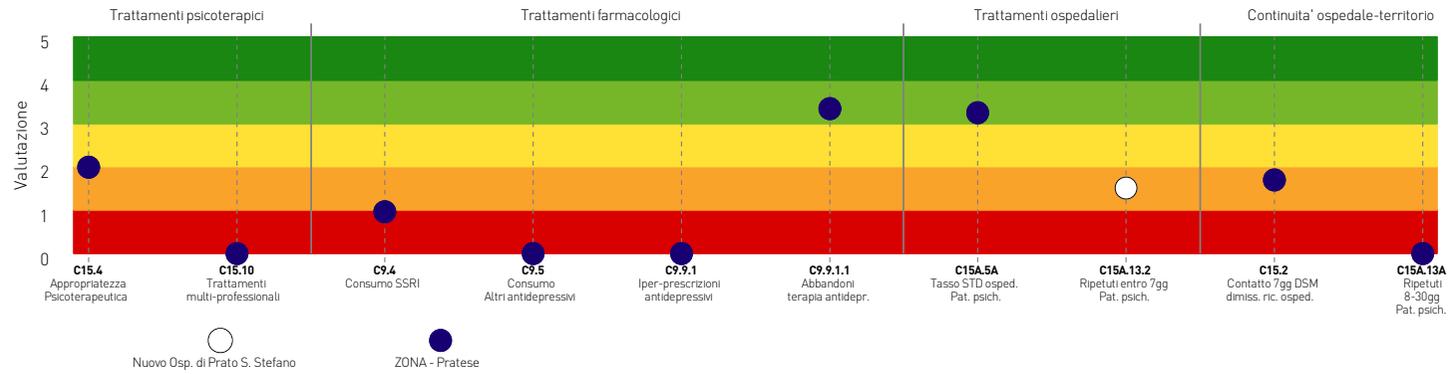


## Pratese Valutazione della performance 2019

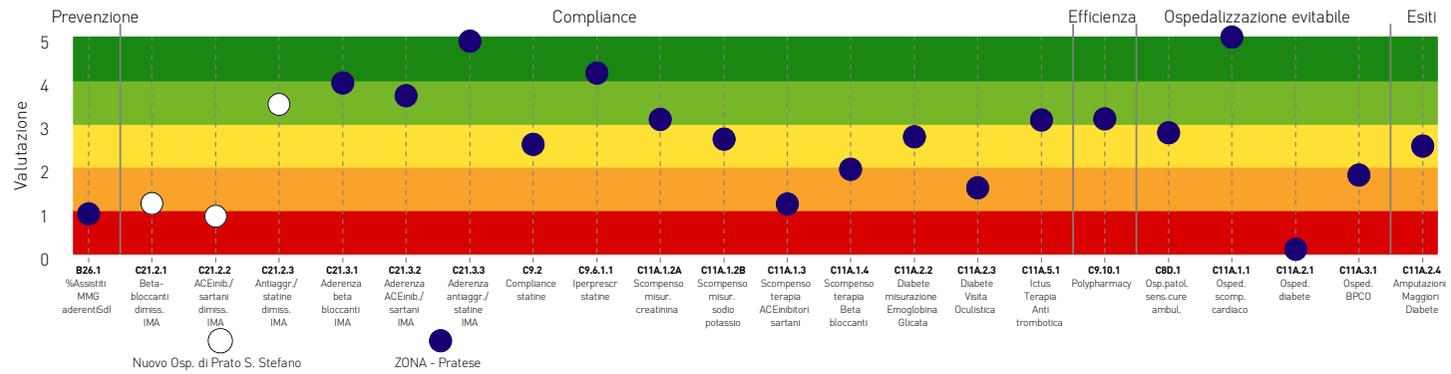




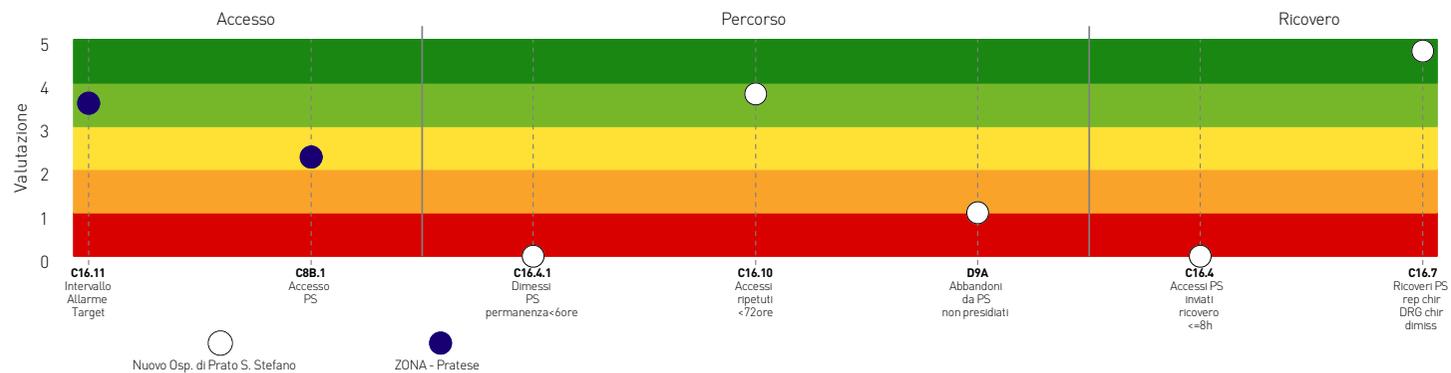
### Percorso Salute Mentale Zona distretto: Pratese



### Percorso Cronicita' Zona distretto: Pratese



### Percorso Emergenza-Urgenza Zona distretto: Pratese



# Firenze

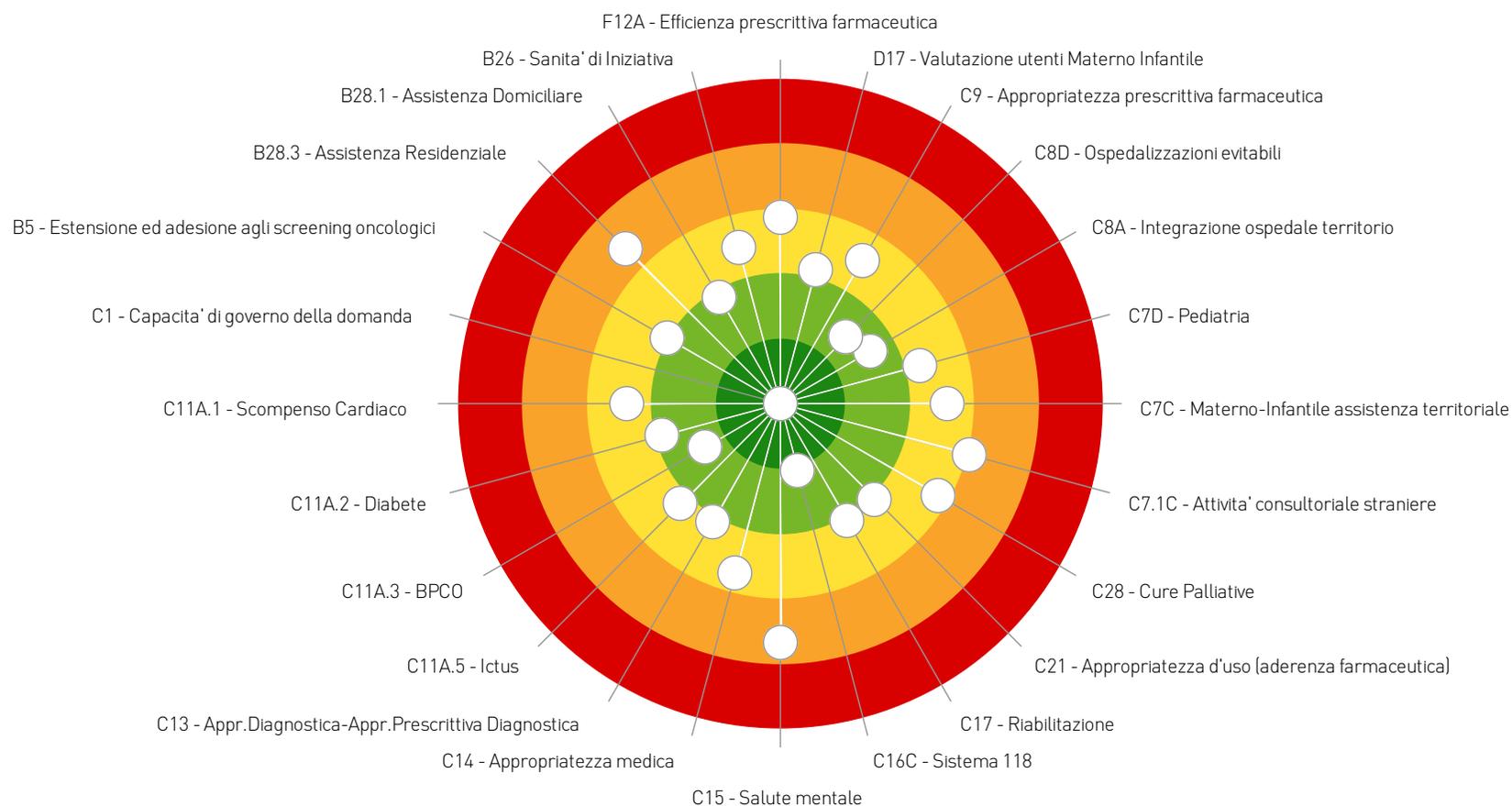
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

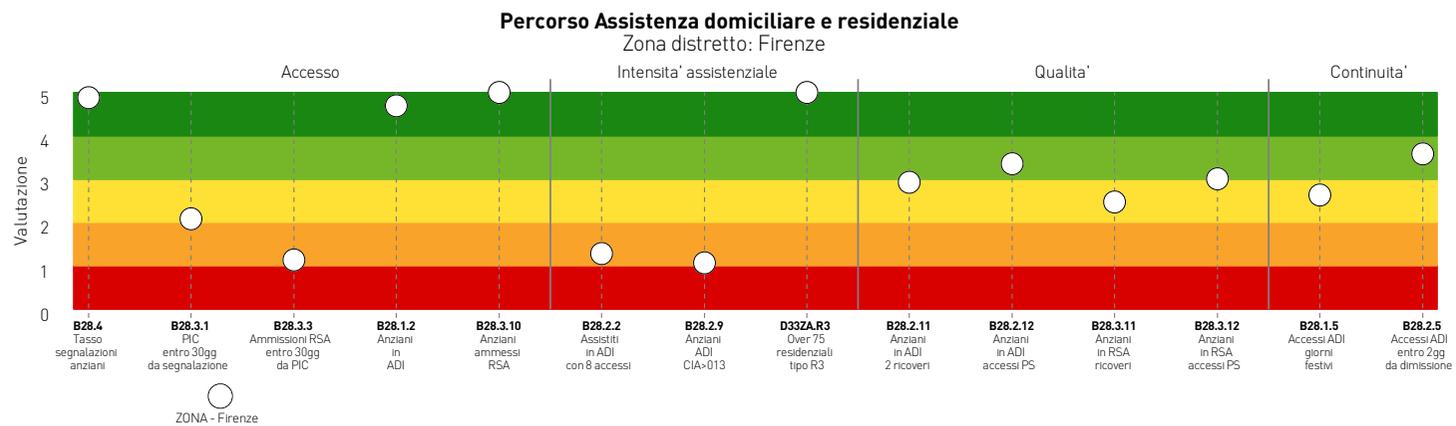
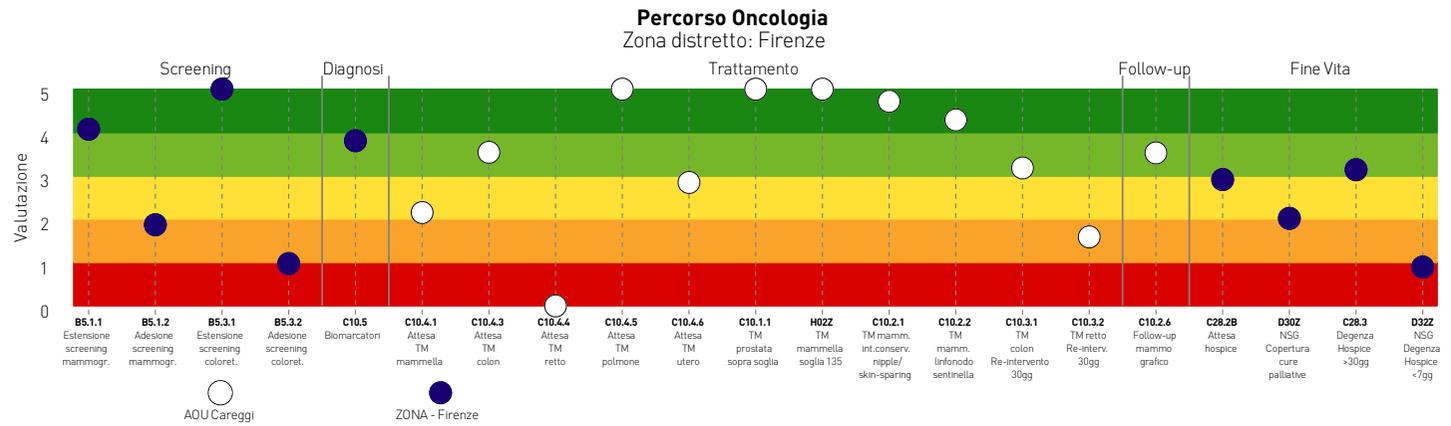
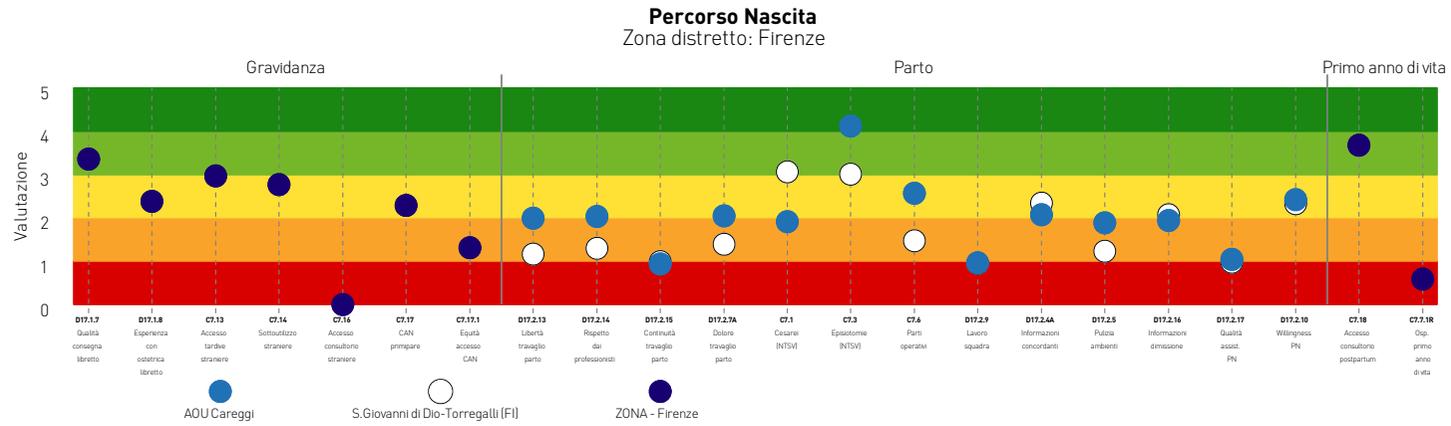
Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

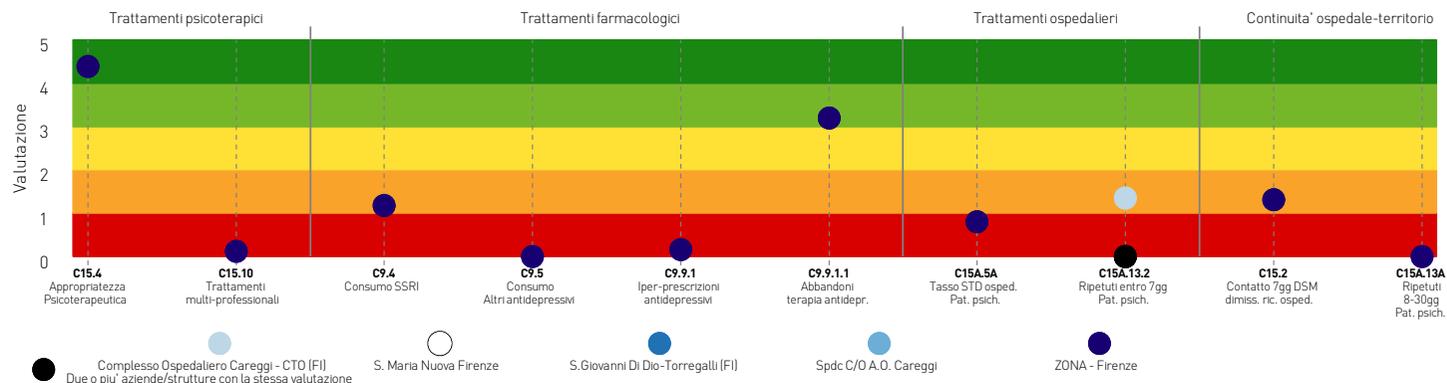
## Firenze Valutazione della performance 2019





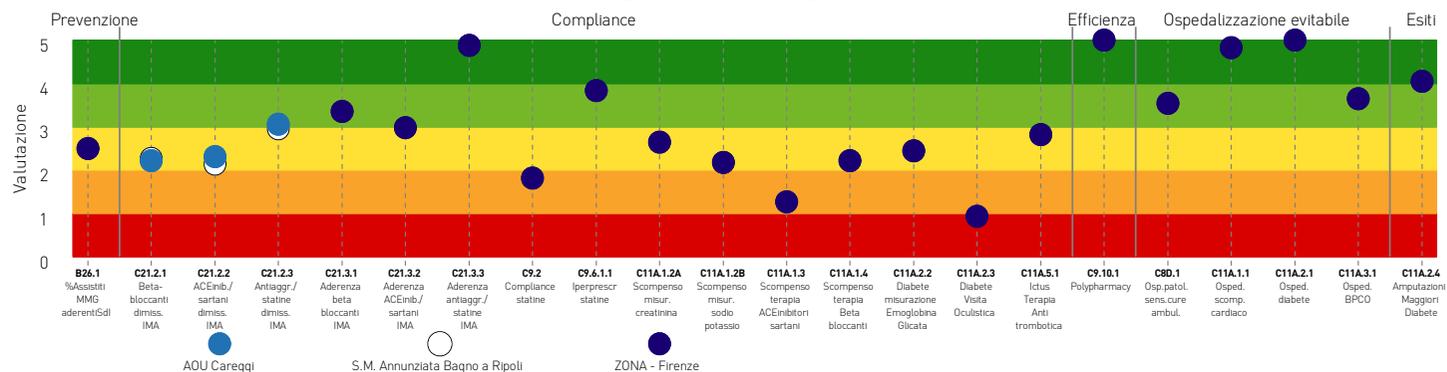
### Percorso Salute Mentale

Zona distretto: Firenze



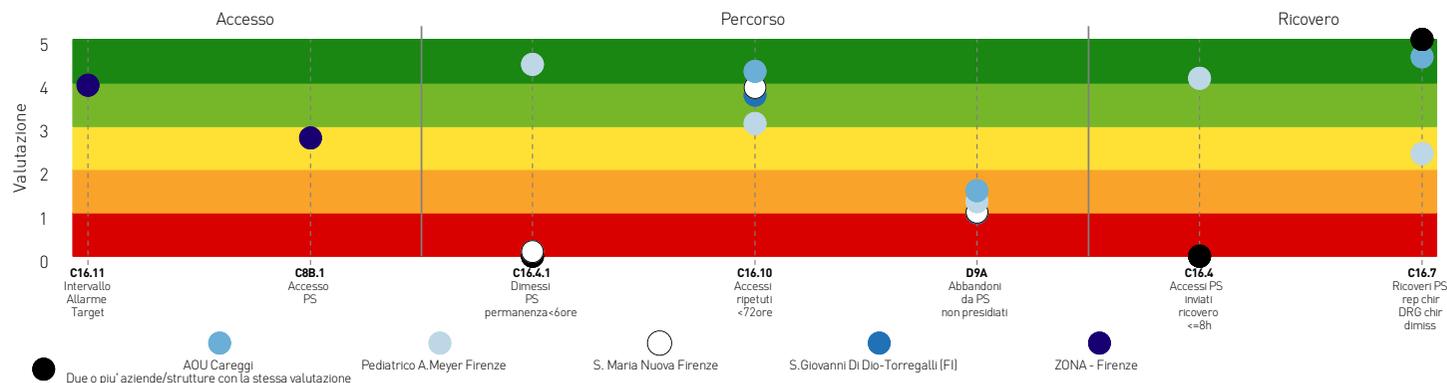
### Percorso Cronicita'

Zona distretto: Firenze



### Percorso Emergenza-Urgenza

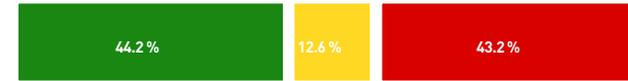
Zona distretto: Firenze



# Fiorentina Nord-Ovest

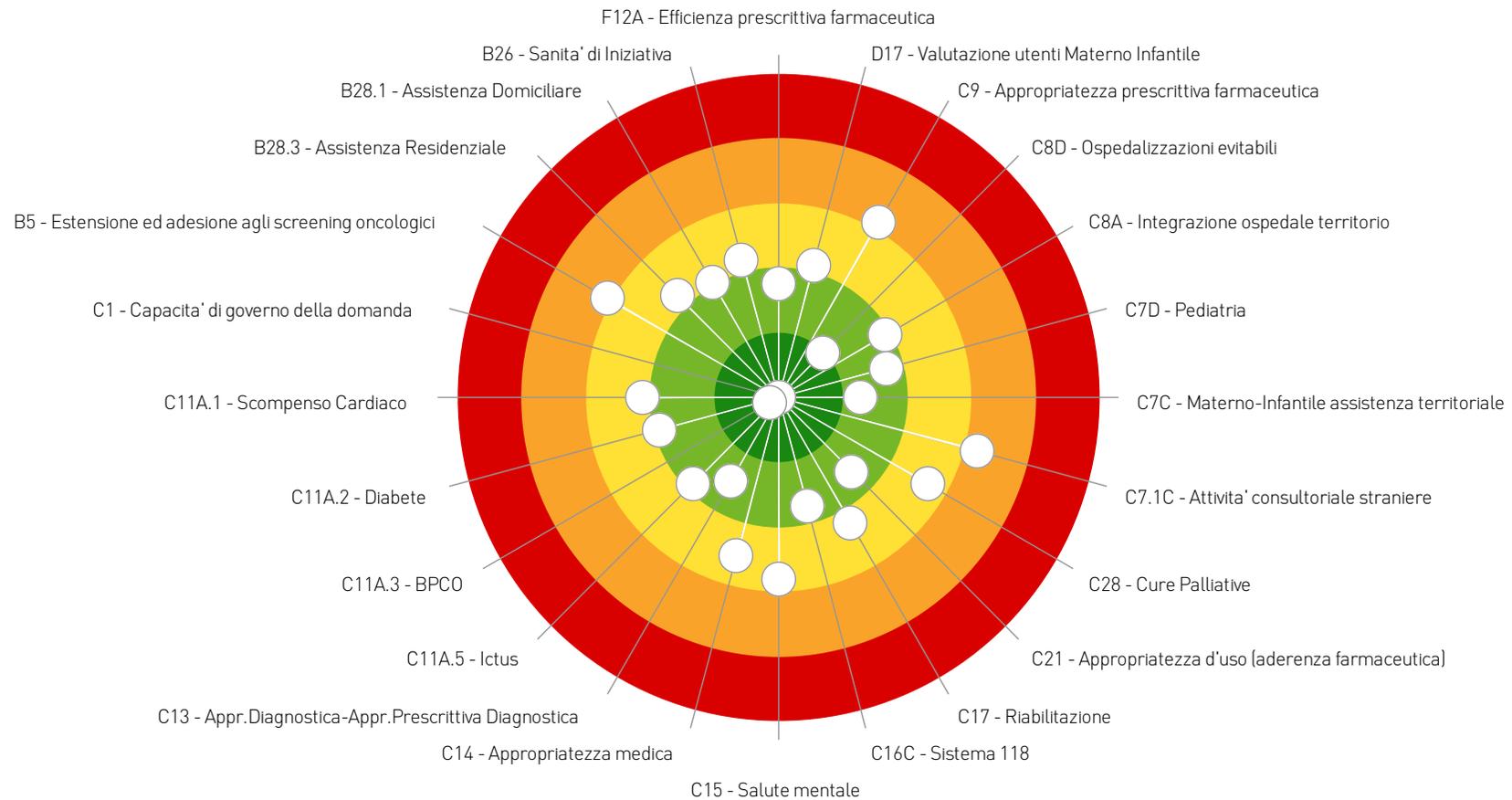
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

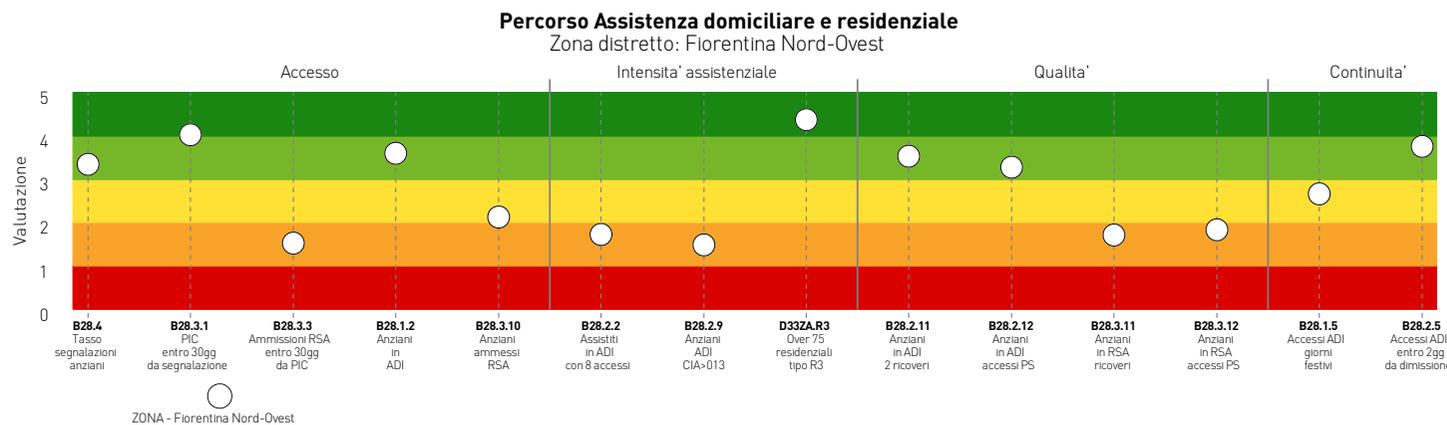
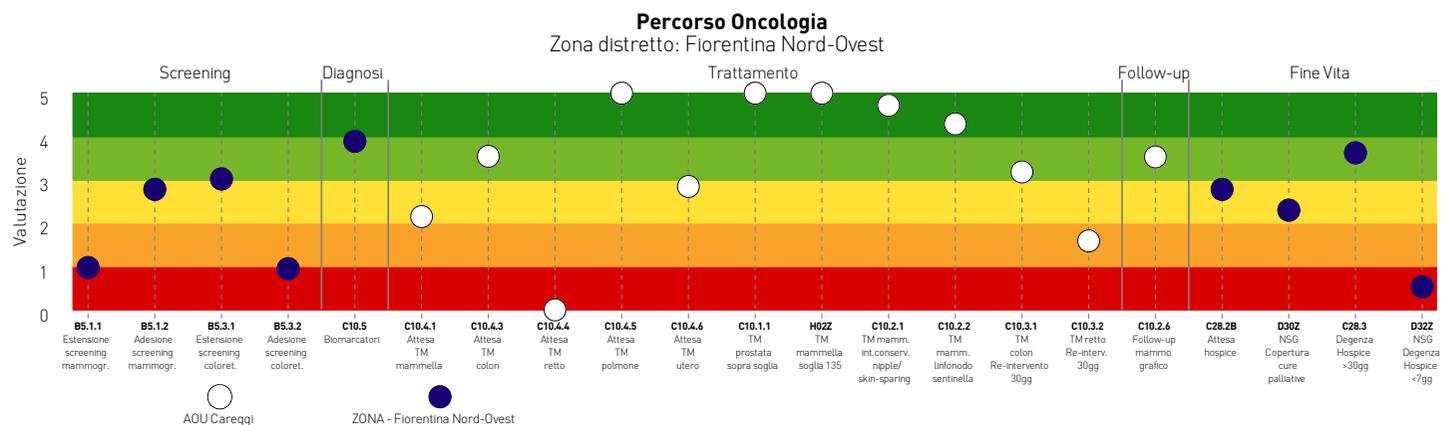
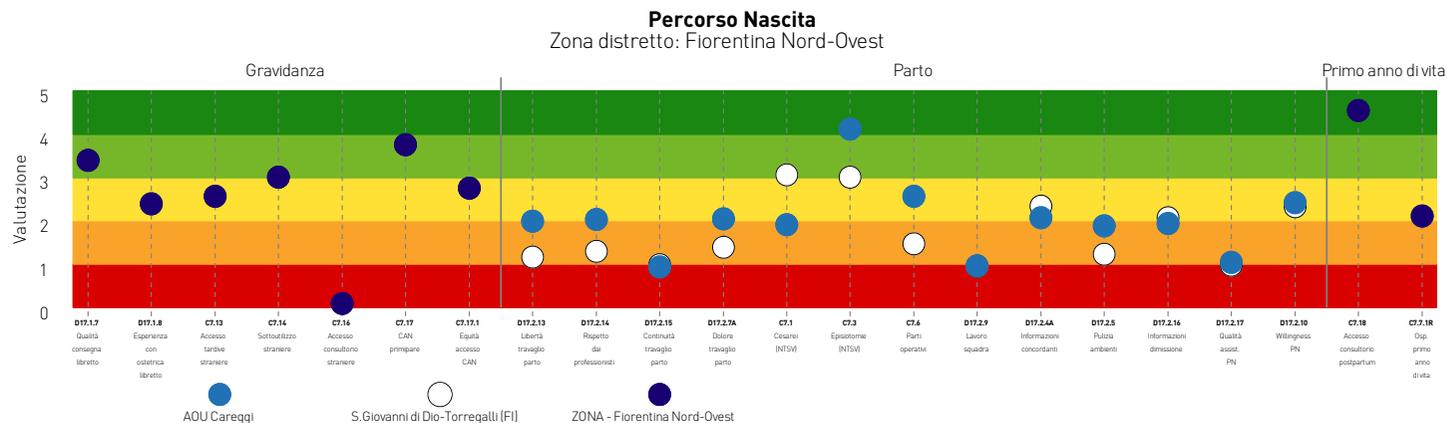
Numero indicatori di valutazione: 95

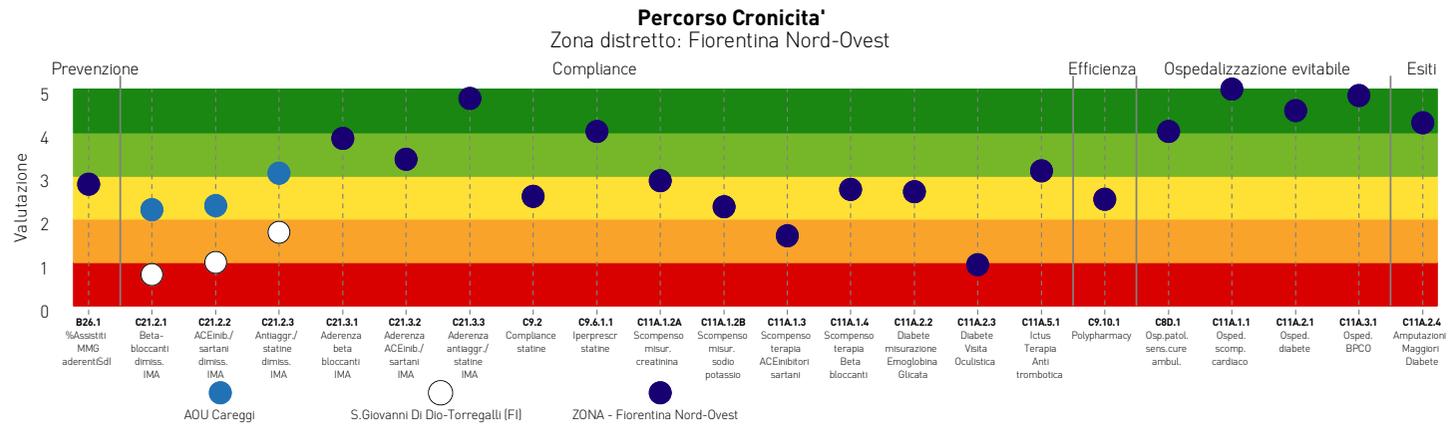
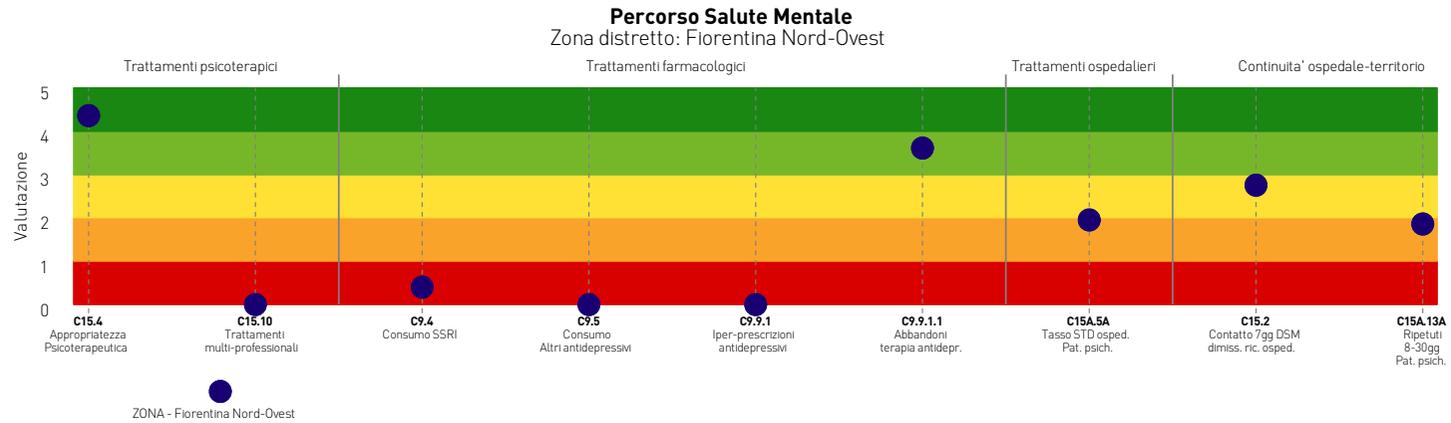


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Fiorentina Nord-Ovest Valutazione della performance 2019







# Fiorentina Sud-Est

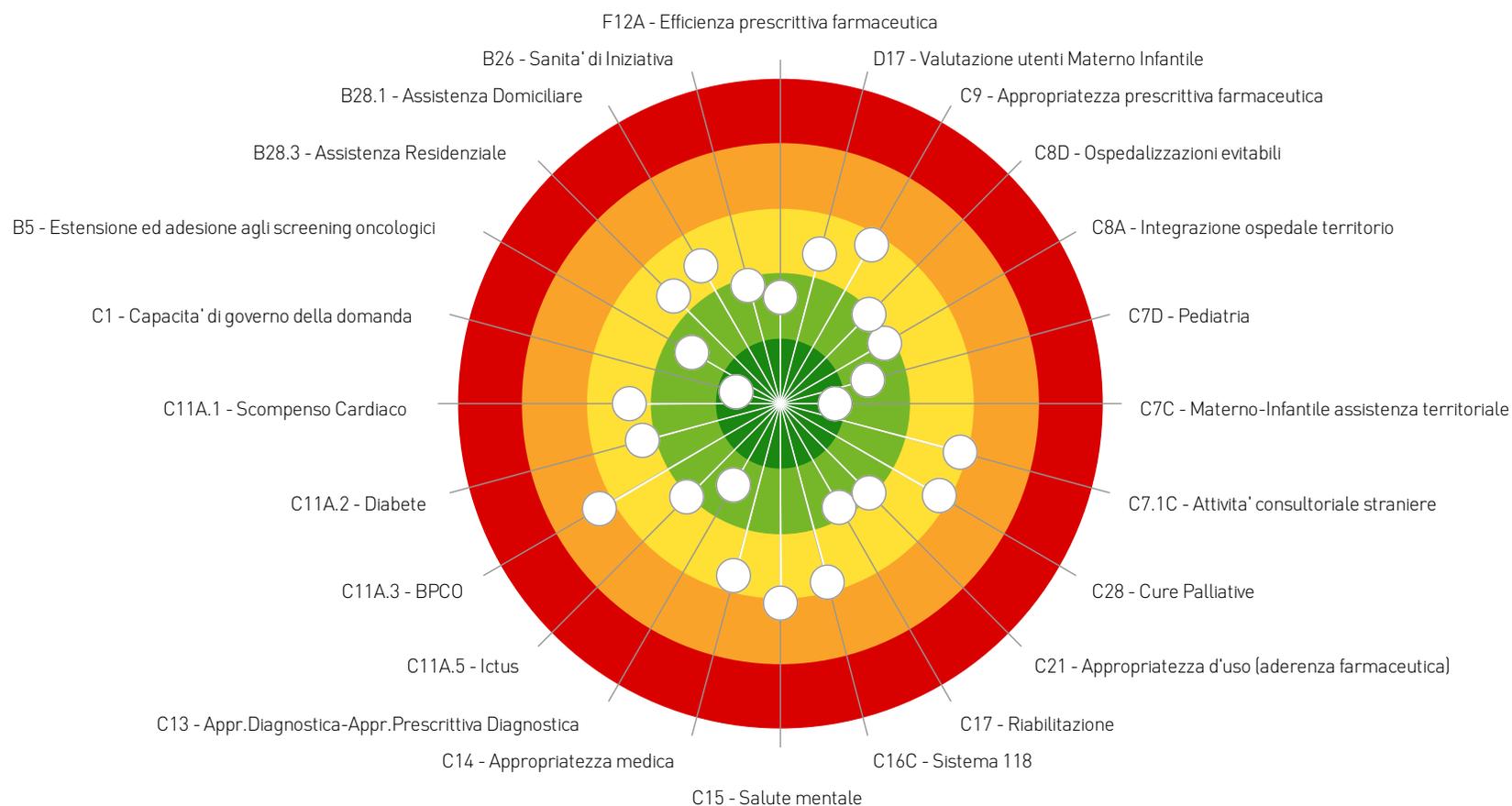
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

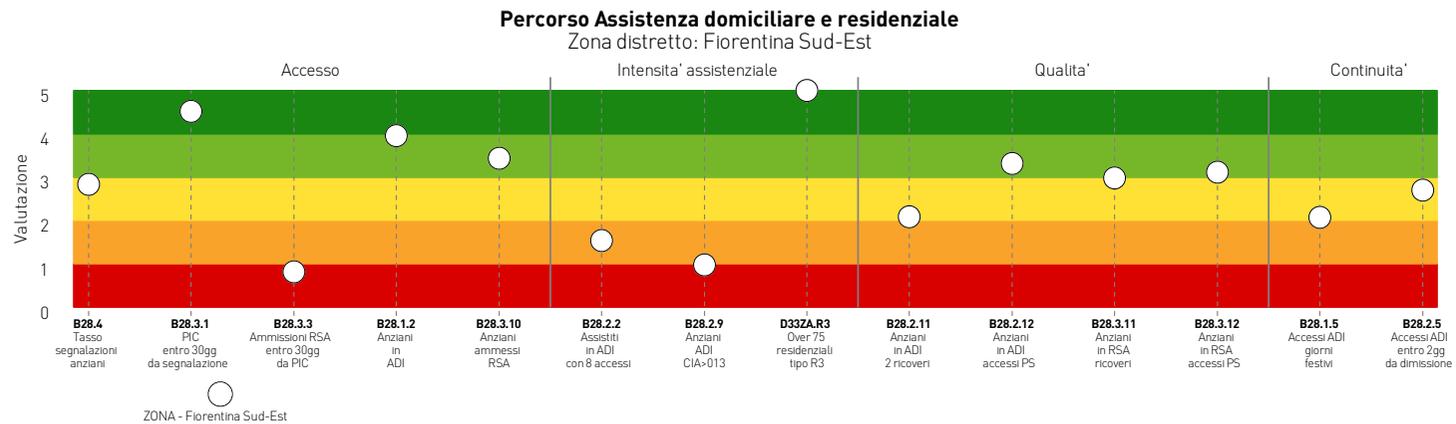
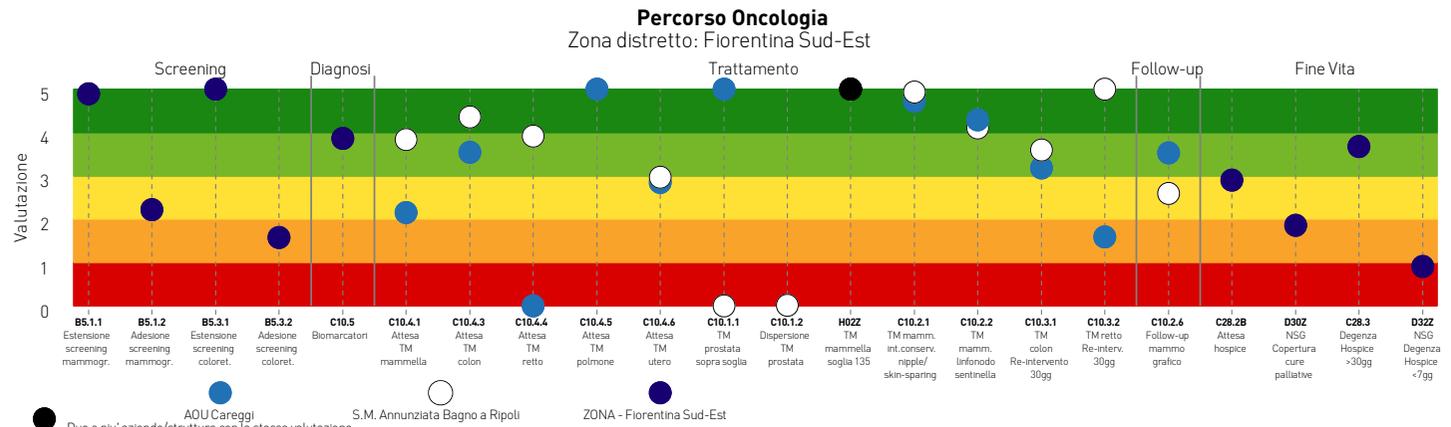
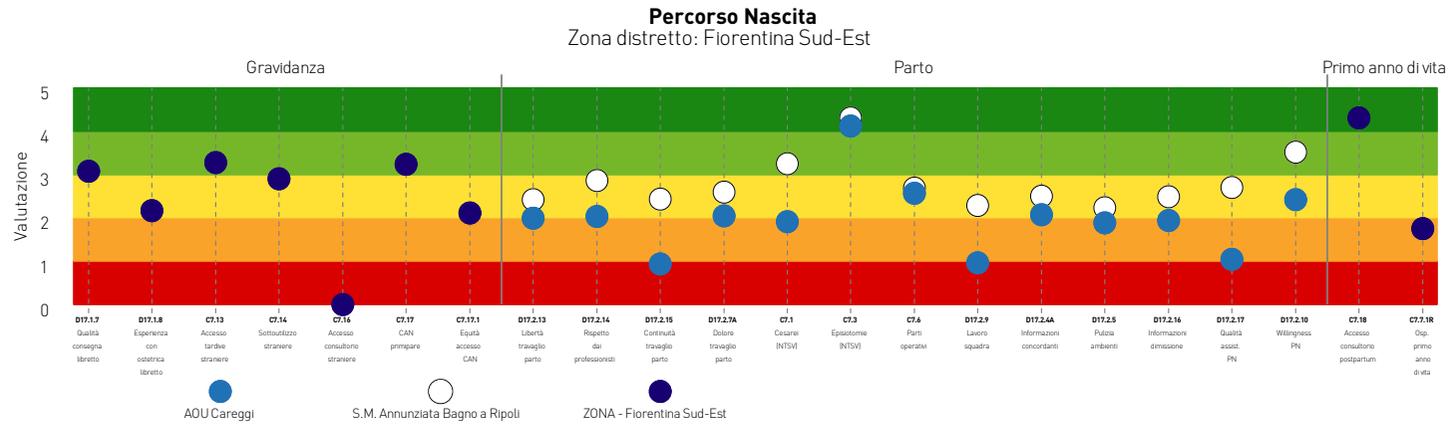
Numero indicatori di valutazione: 95

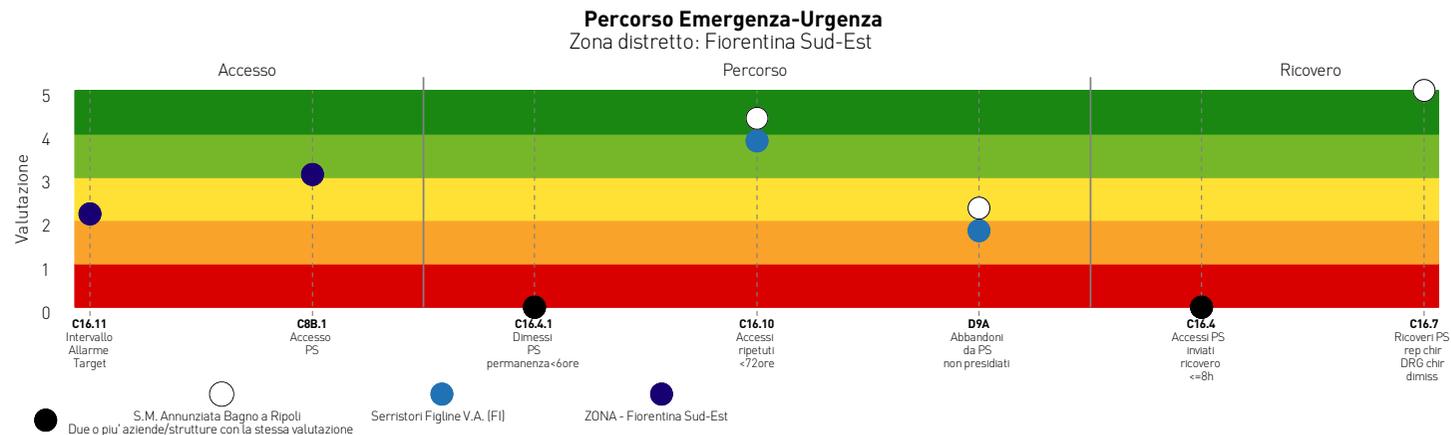
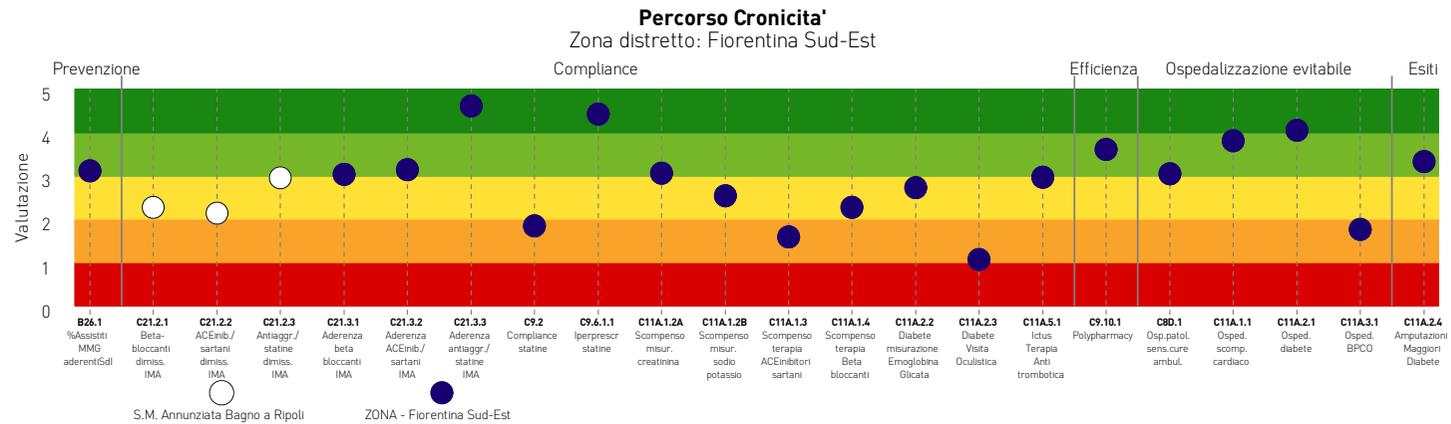
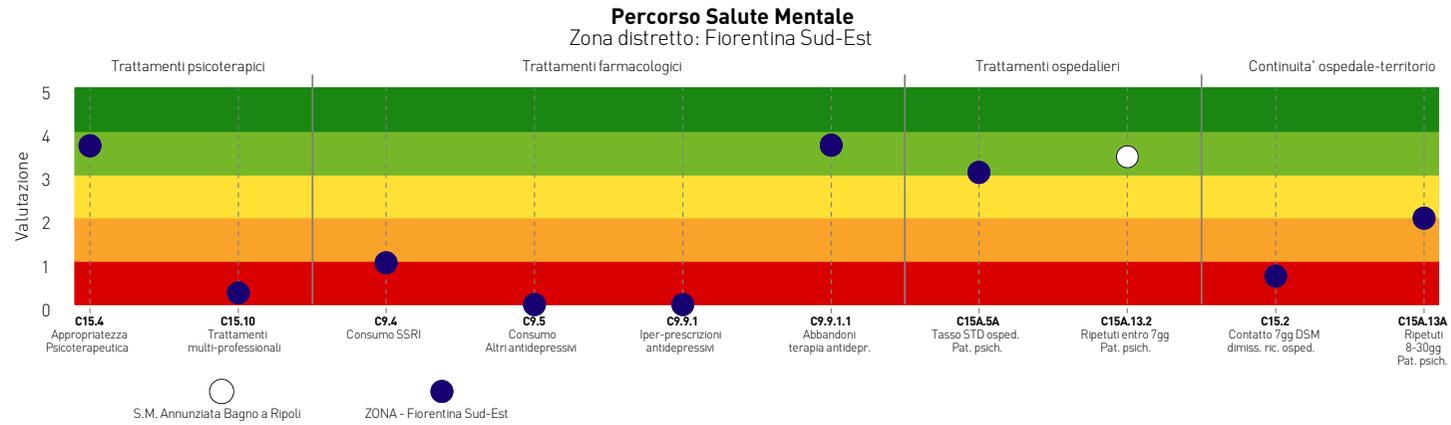


● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

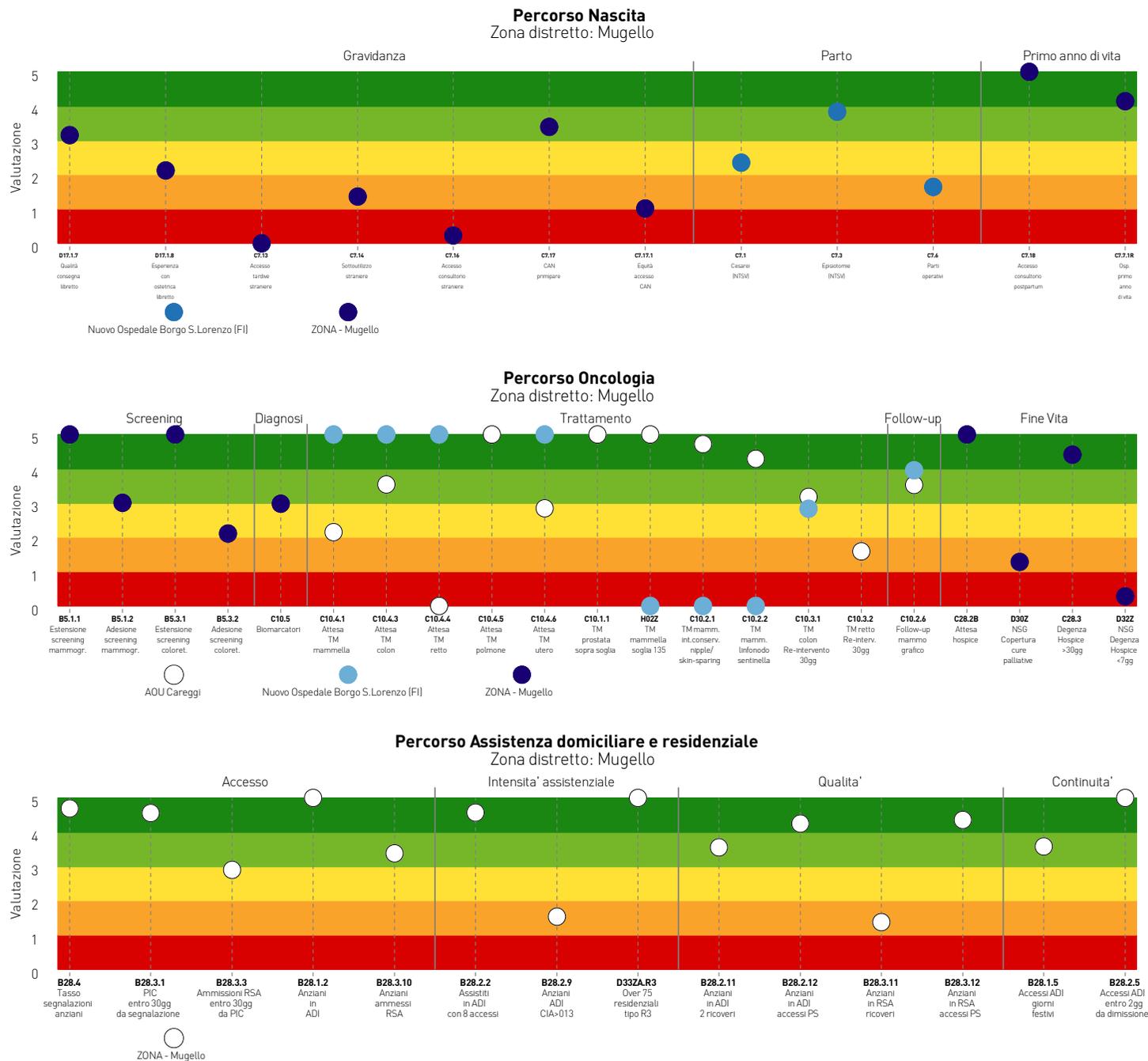
## Fiorentina Sud-Est Valutazione della performance 2019



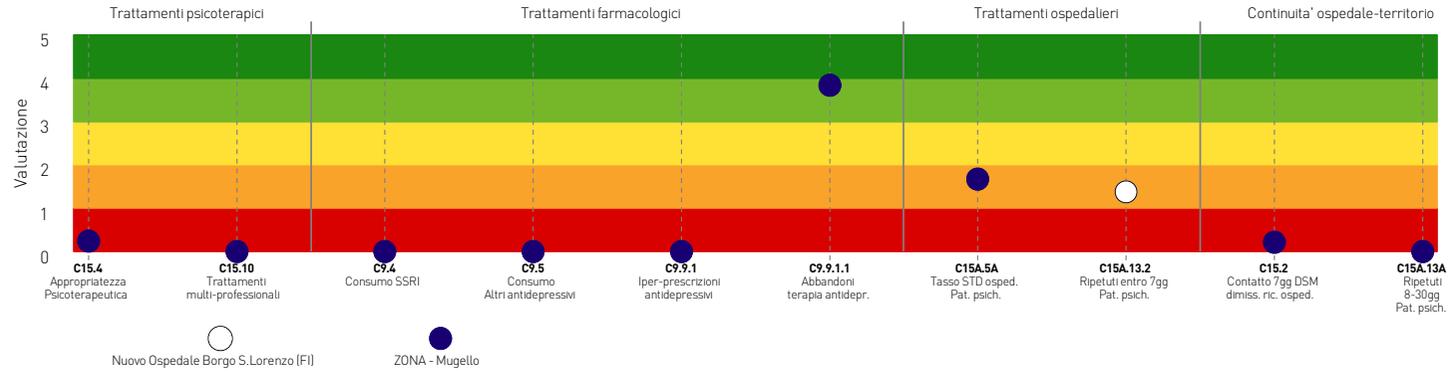




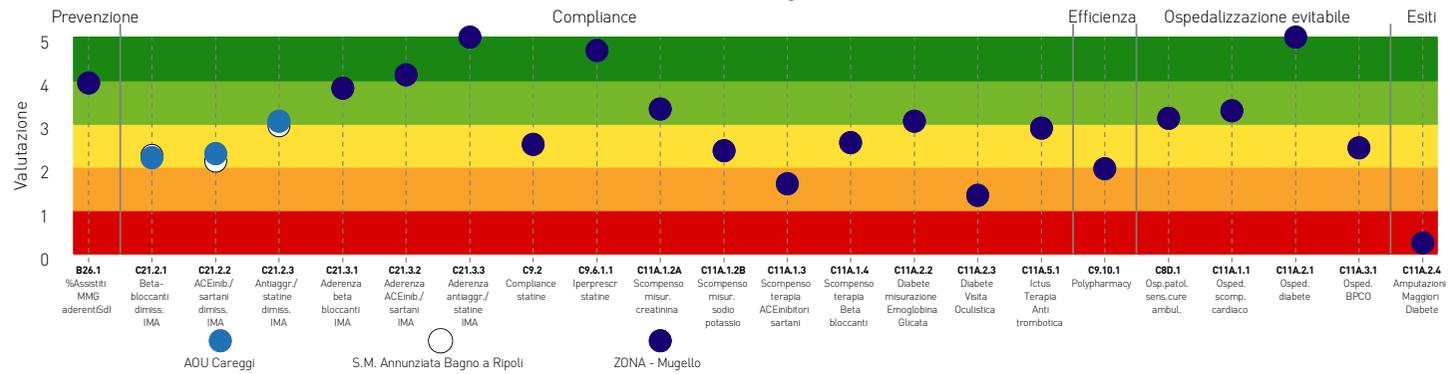




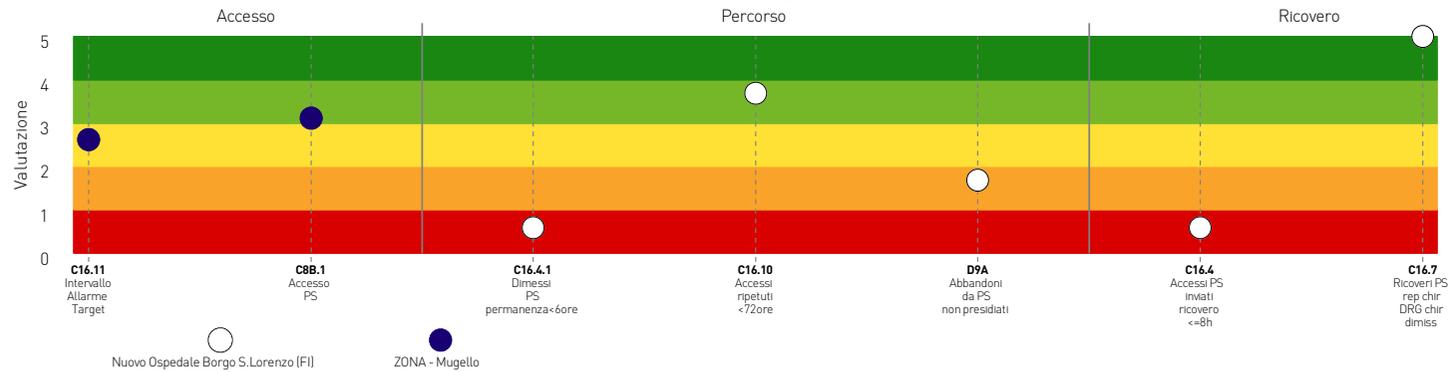
### Percorso Salute Mentale Zona distretto: Mugello



### Percorso Cronicita' Zona distretto: Mugello



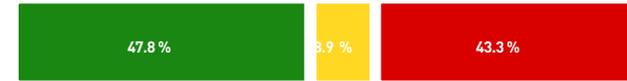
### Percorso Emergenza-Urgenza Zona distretto: Mugello



# Empelese -Valdarno Inferiore

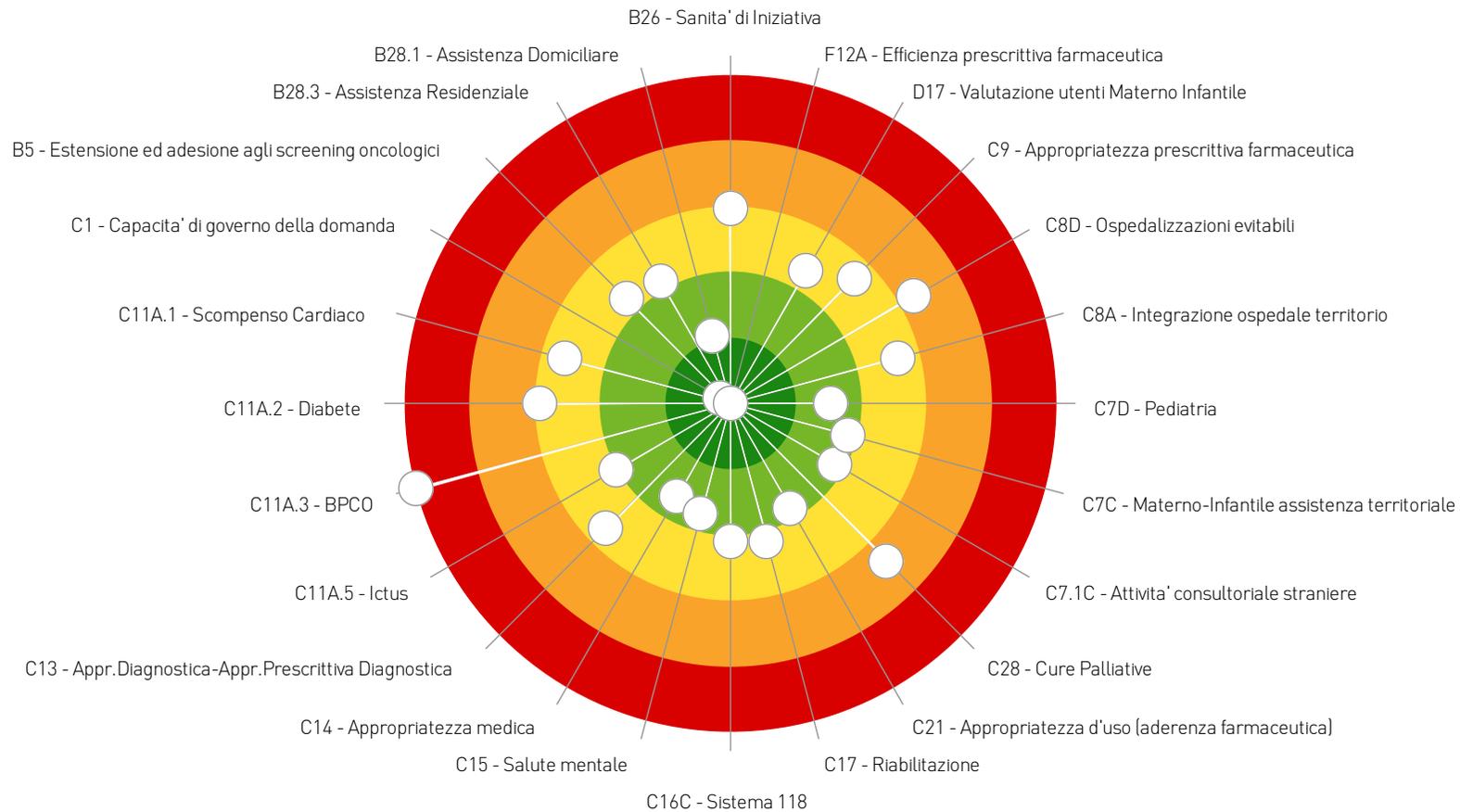
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

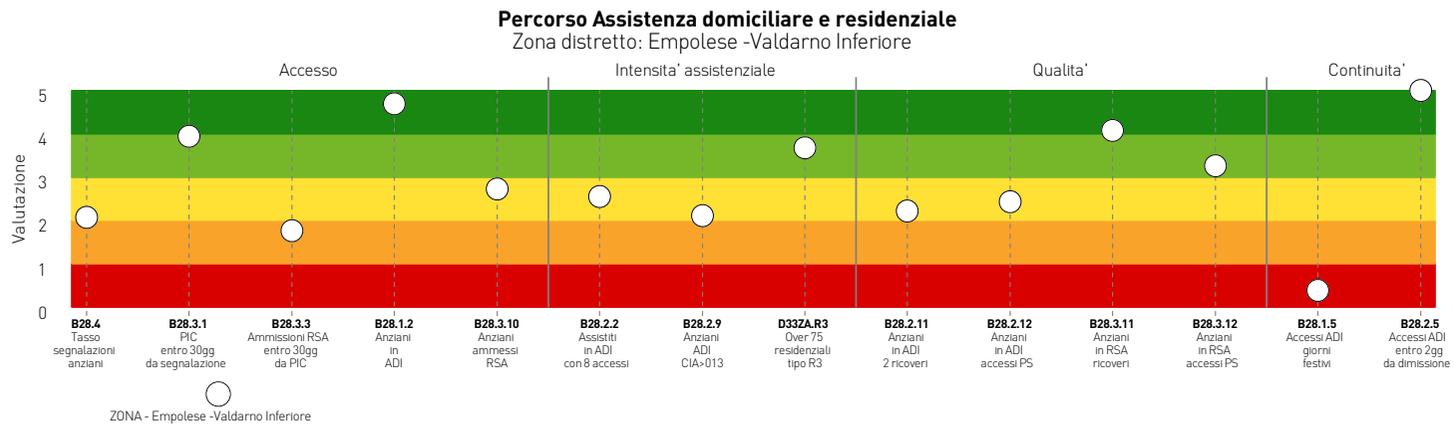
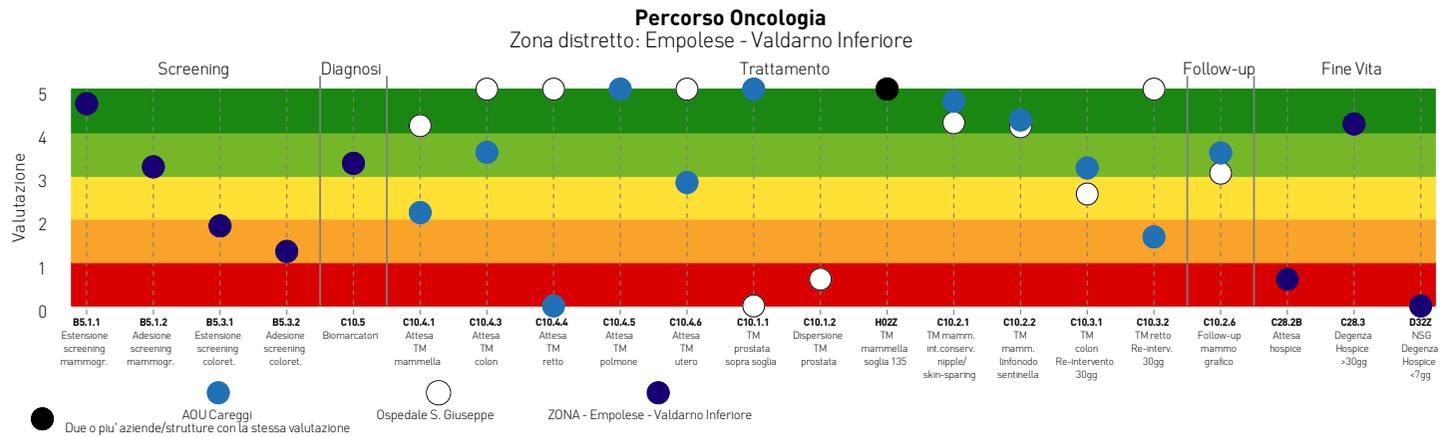
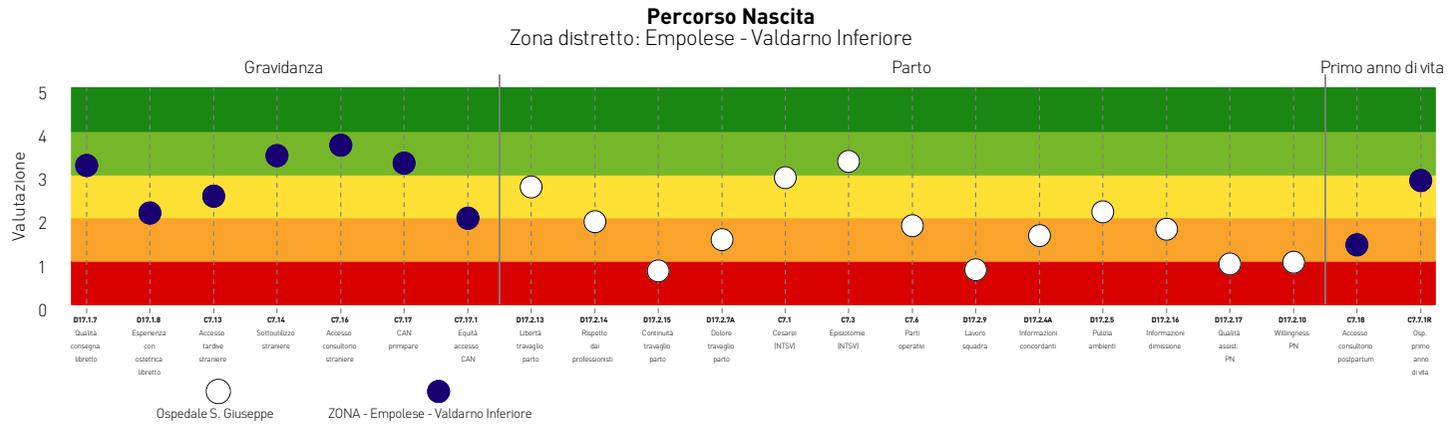
Numero indicatori di valutazione: 90

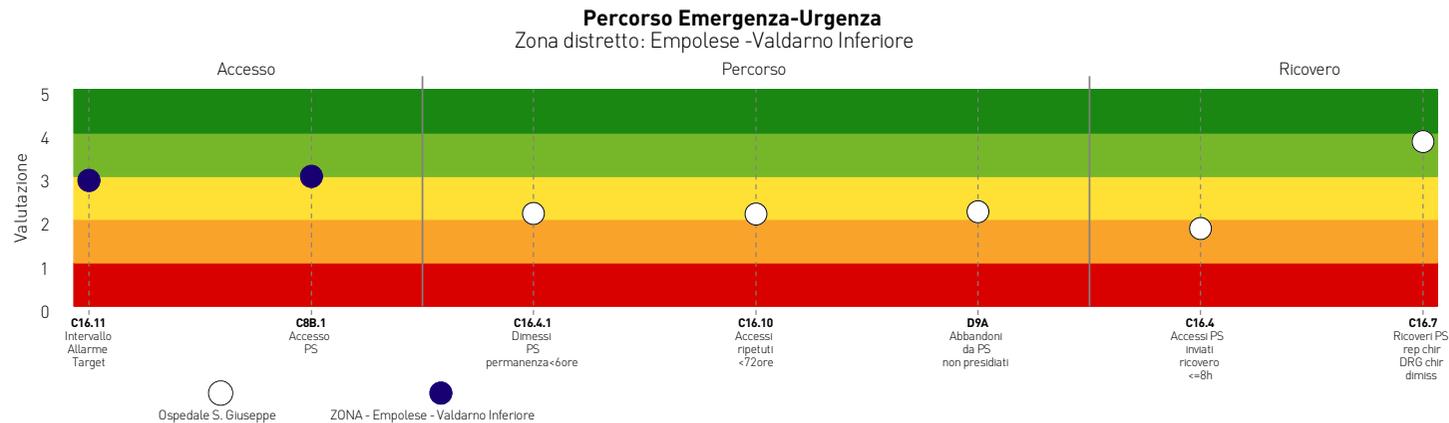
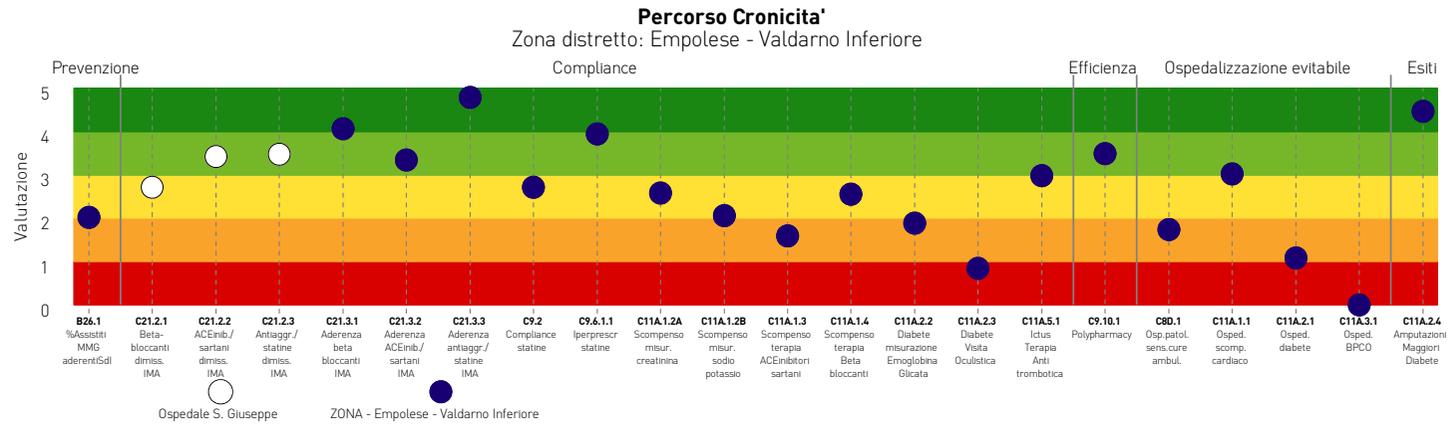
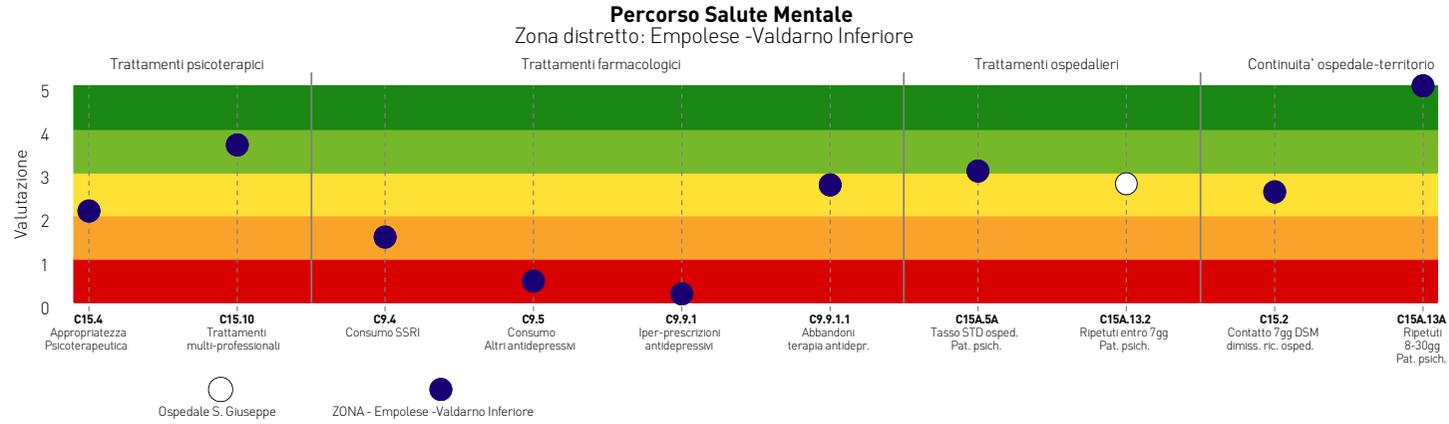


● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Empelese -Valdarno Inferiore Valutazione della performance 2019







# Lunigiana

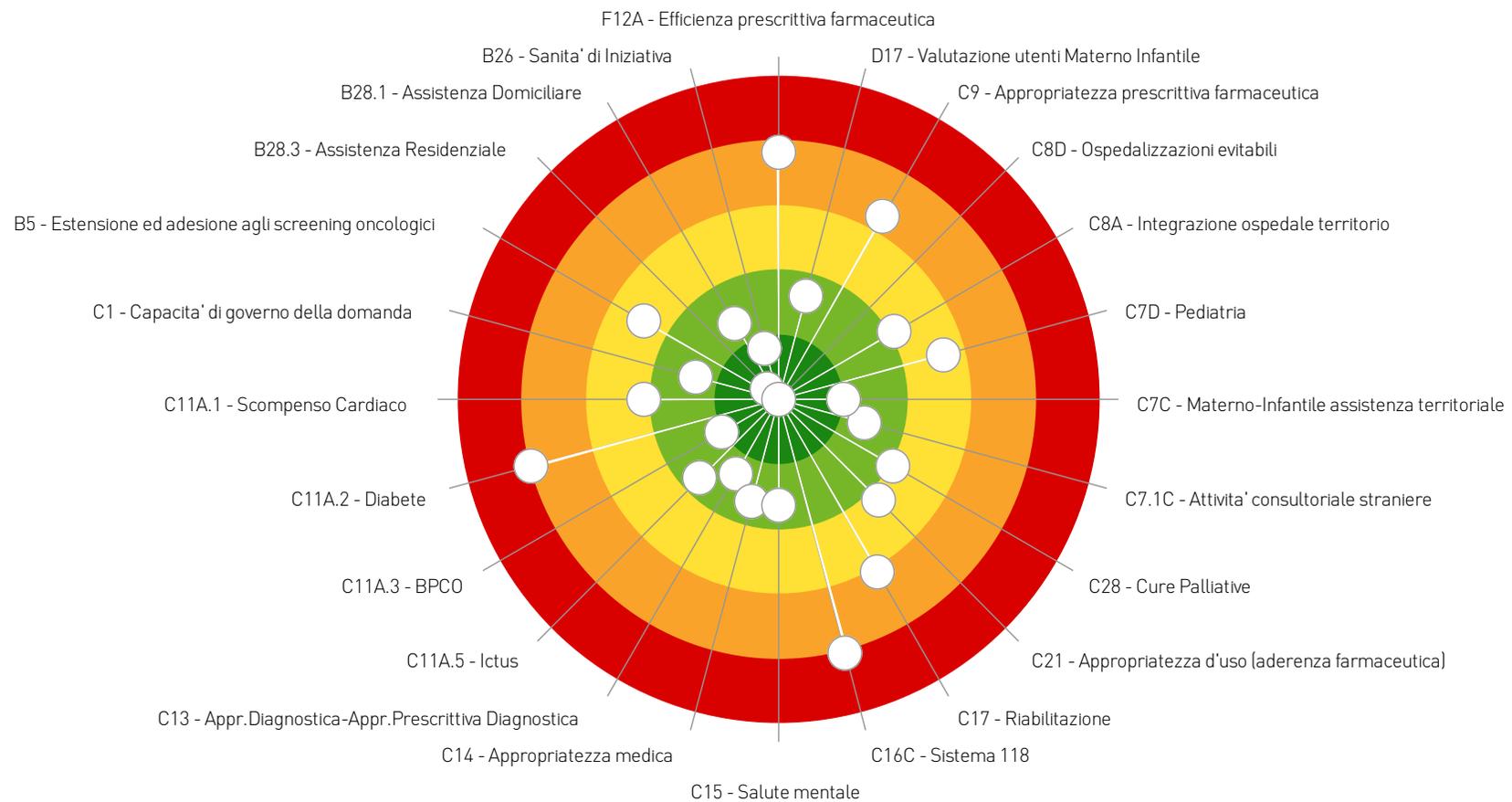
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

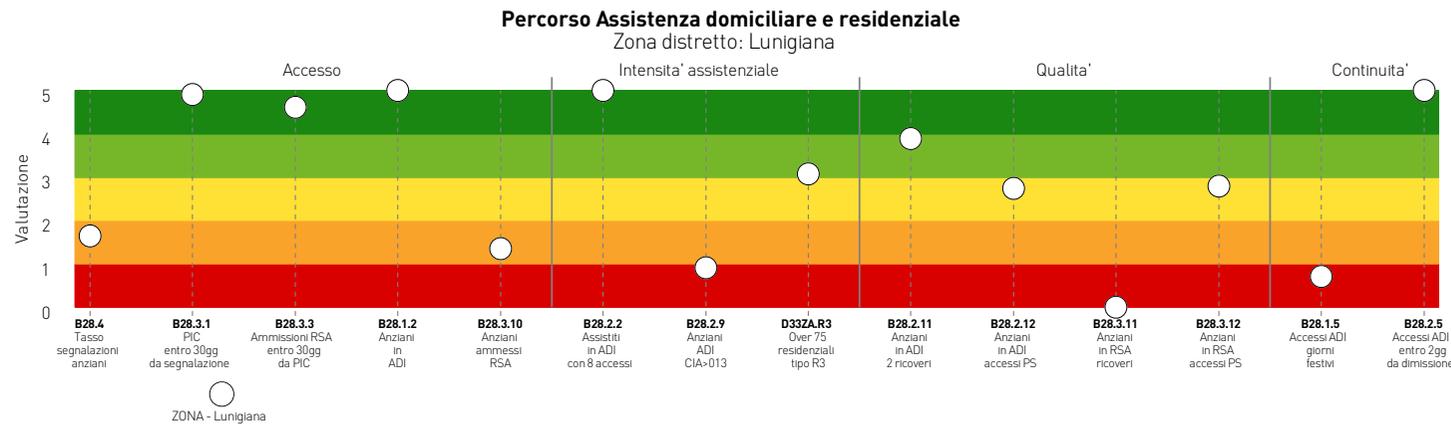
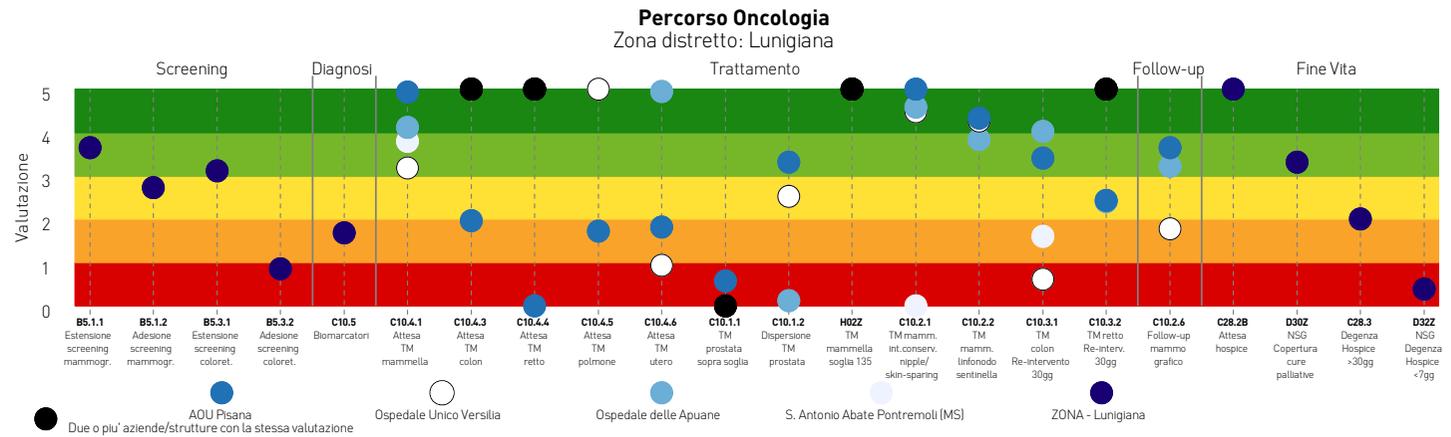
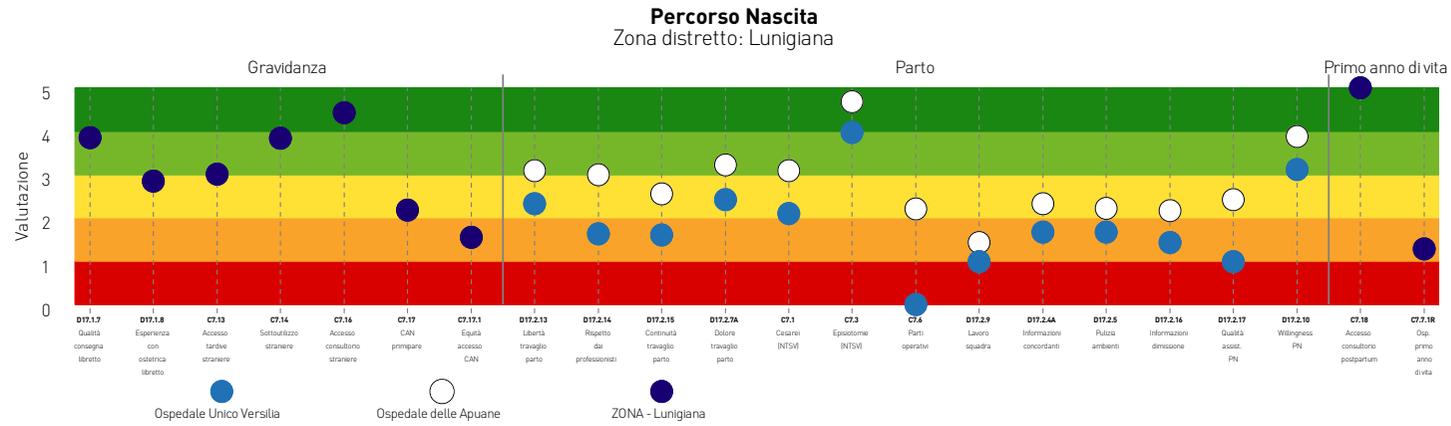
Numero indicatori di valutazione: 95

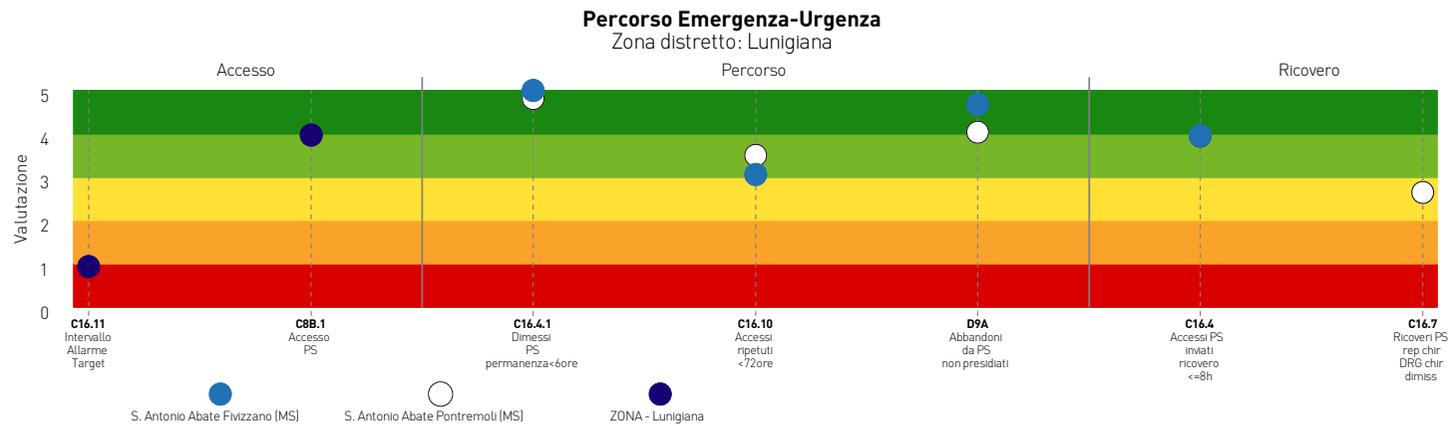
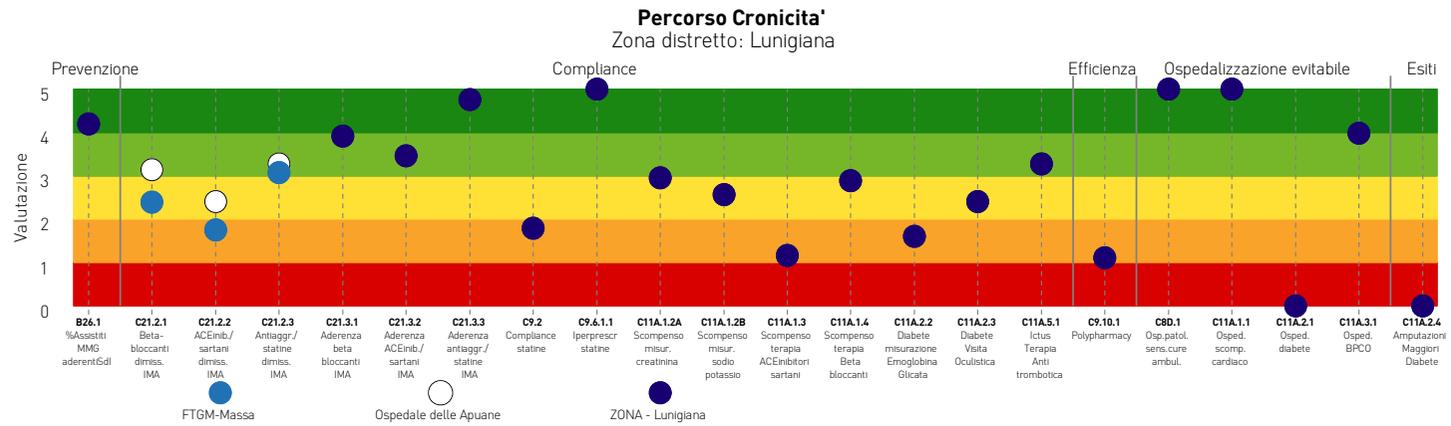
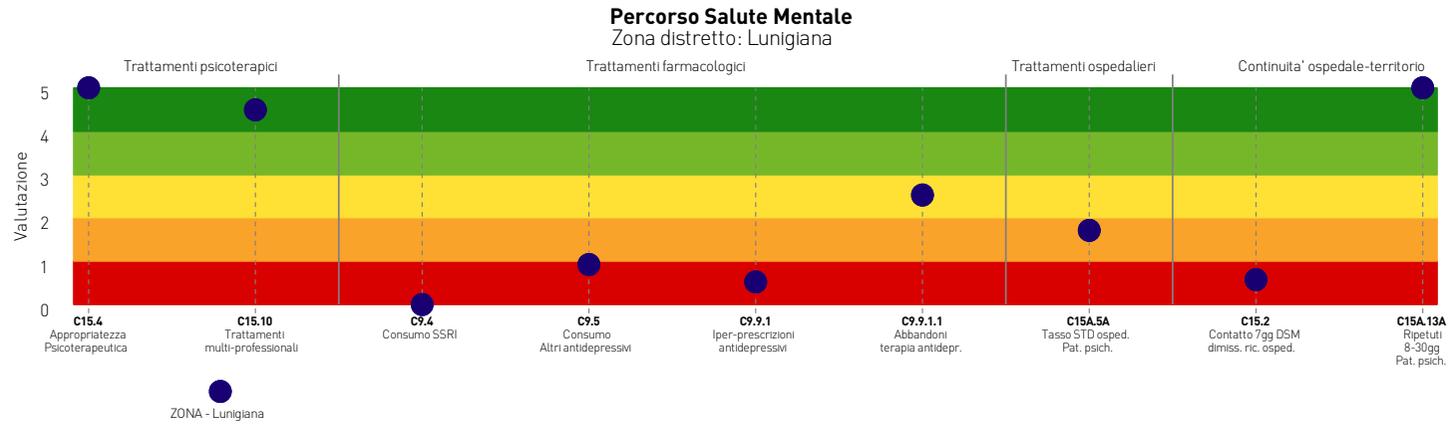


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Lunigiana Valutazione della performance 2019







# Apuane

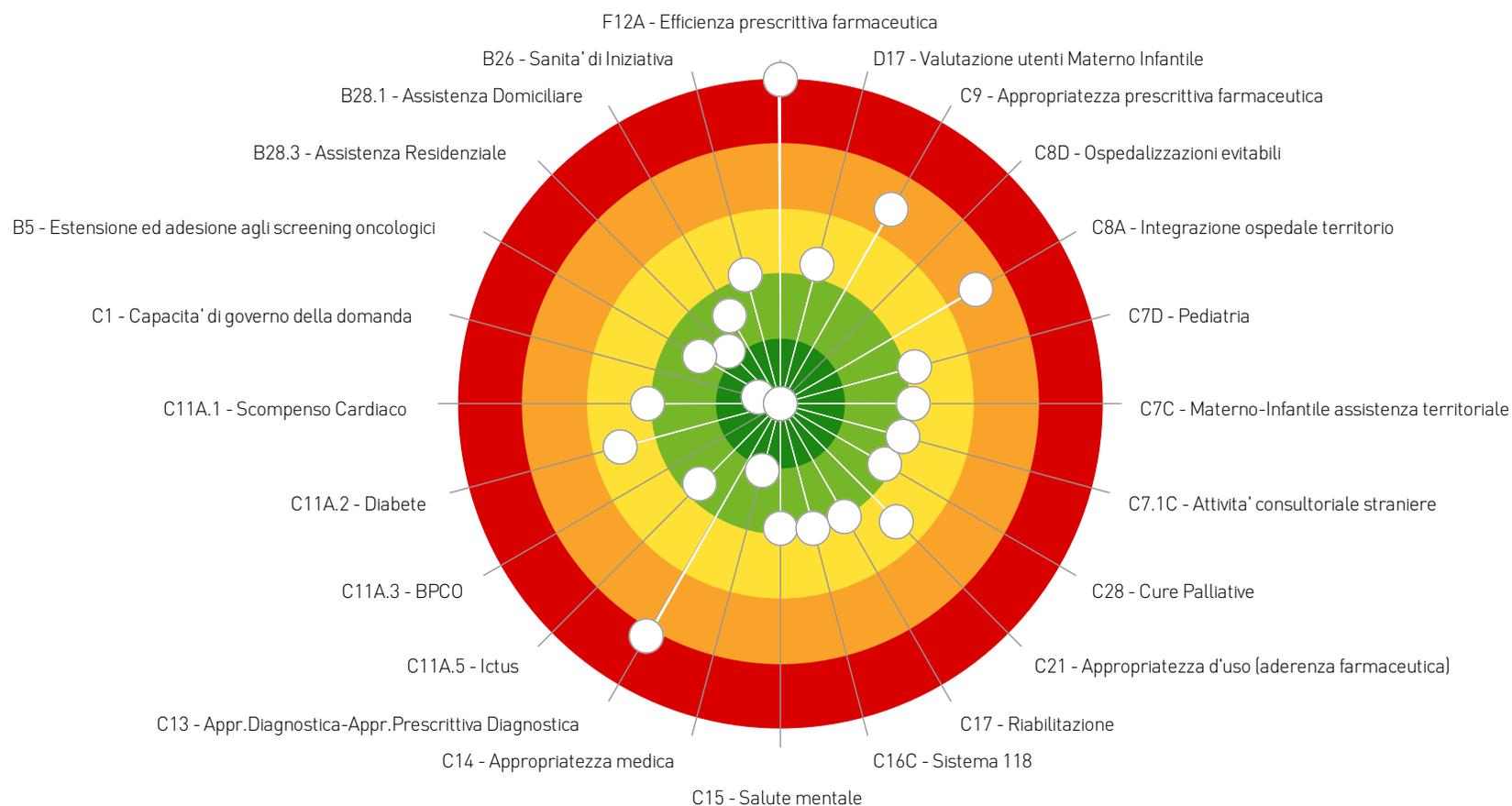
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

Numero indicatori di valutazione: 95

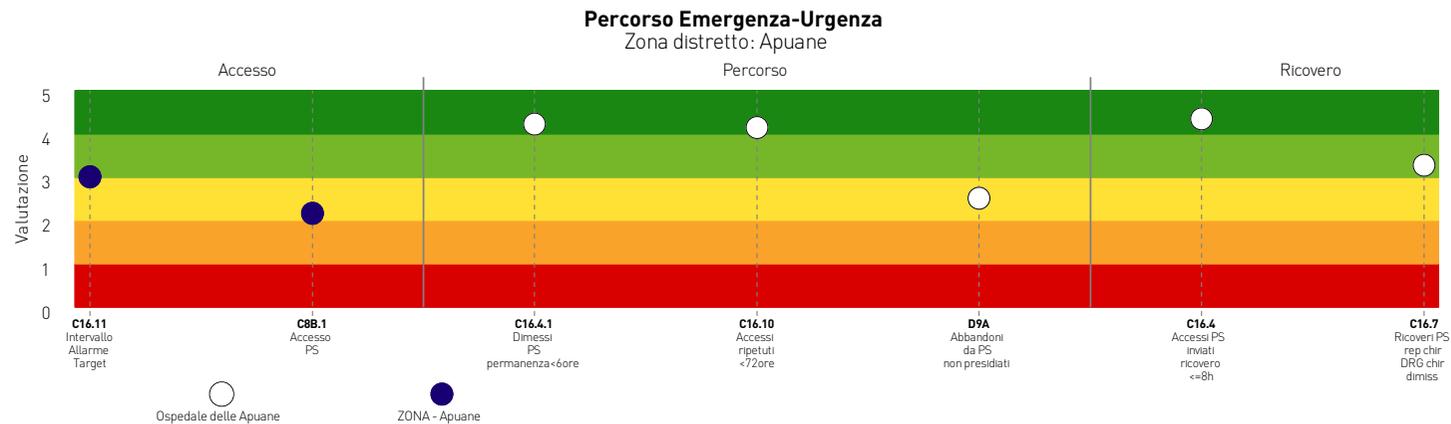
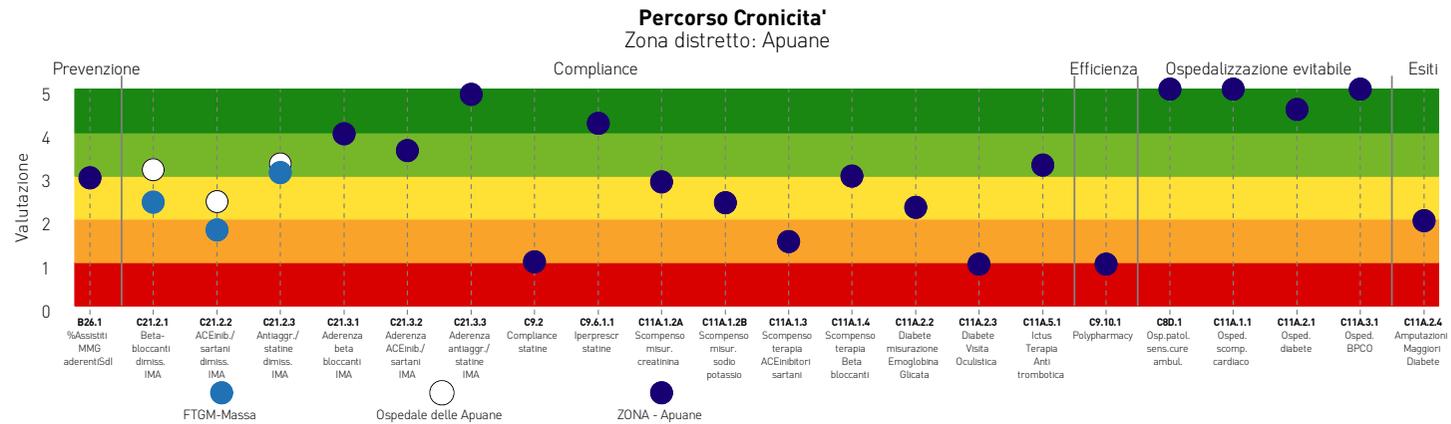
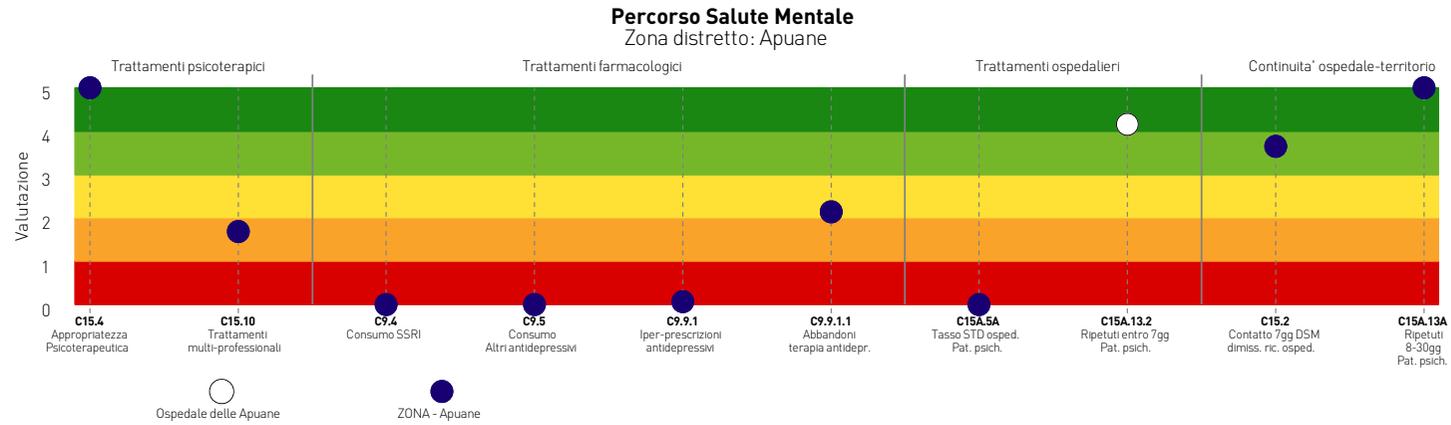


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

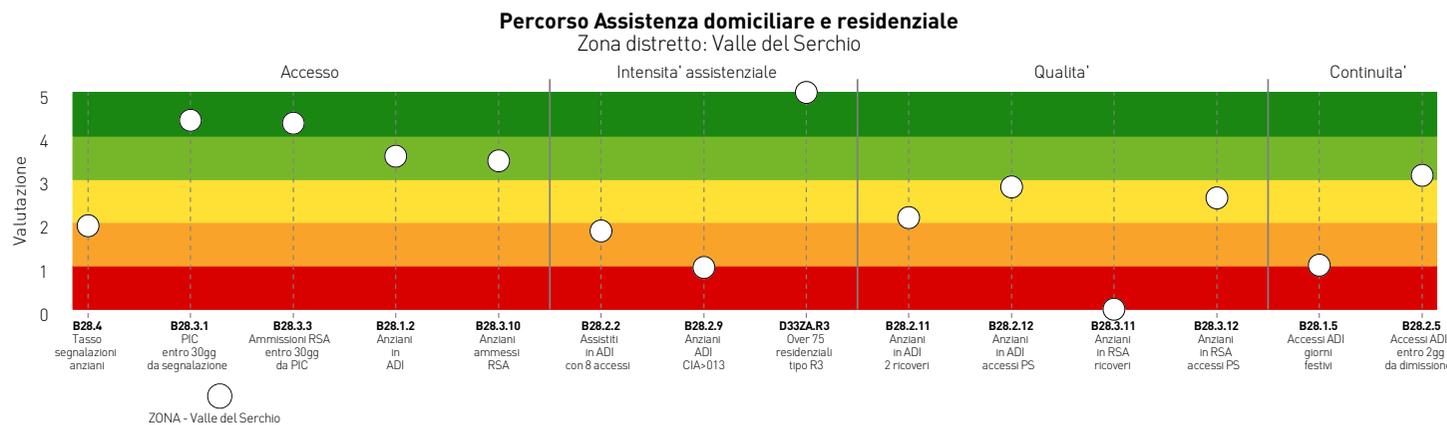
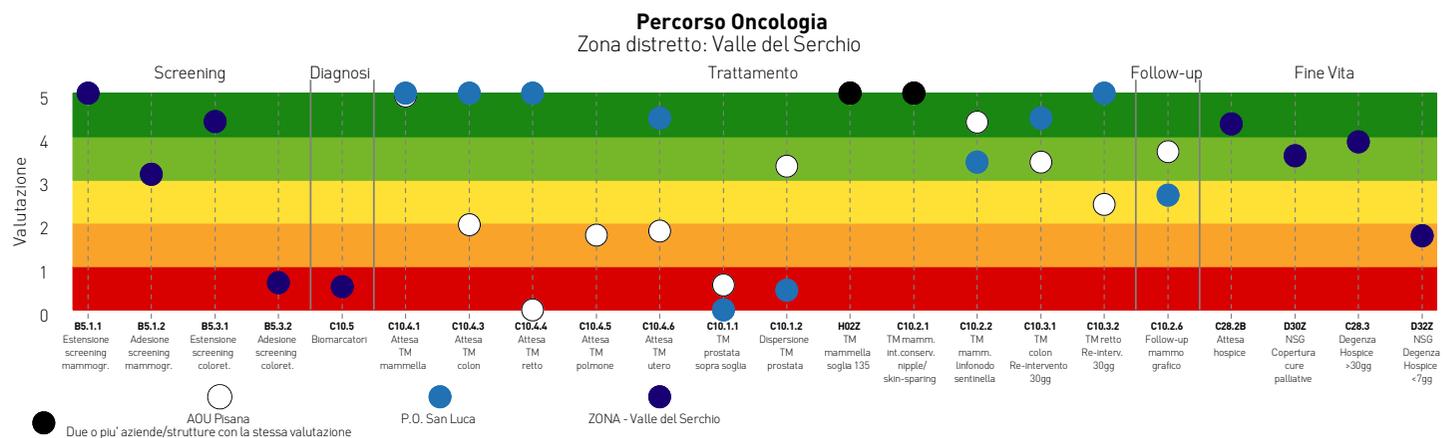
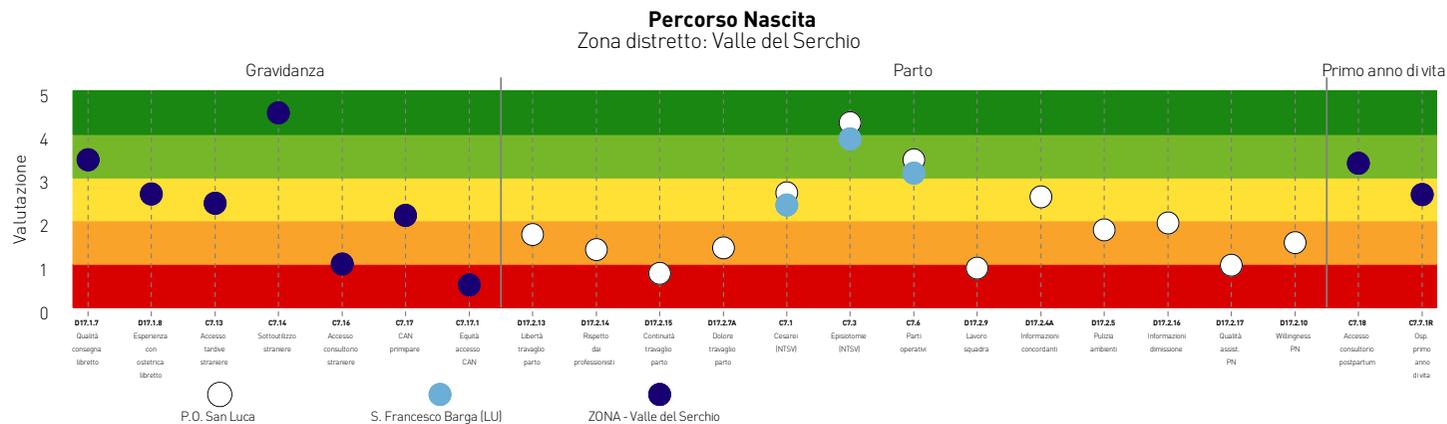
## Apuane Valutazione della performance 2019

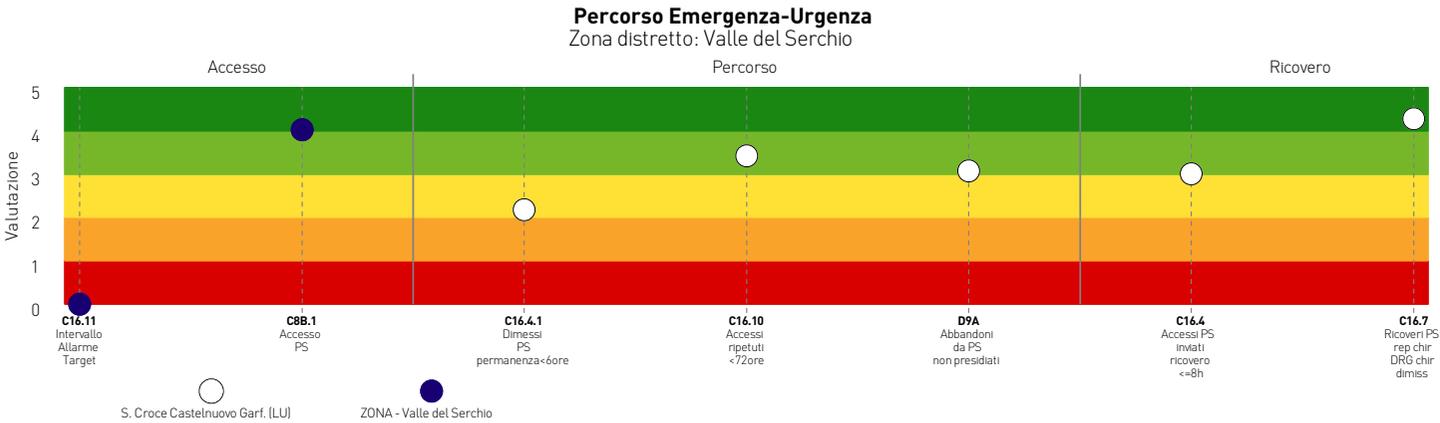
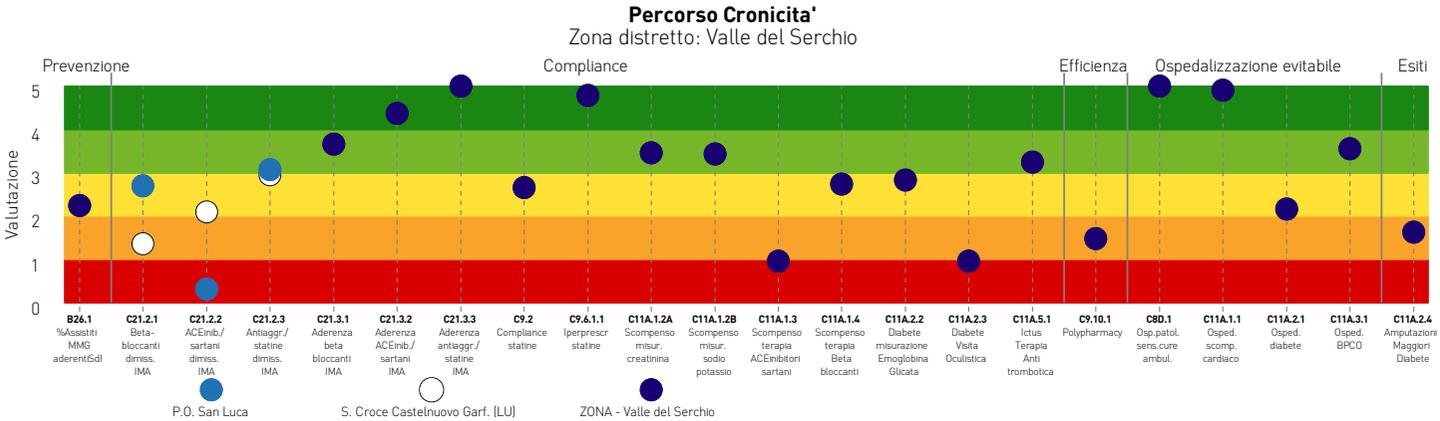
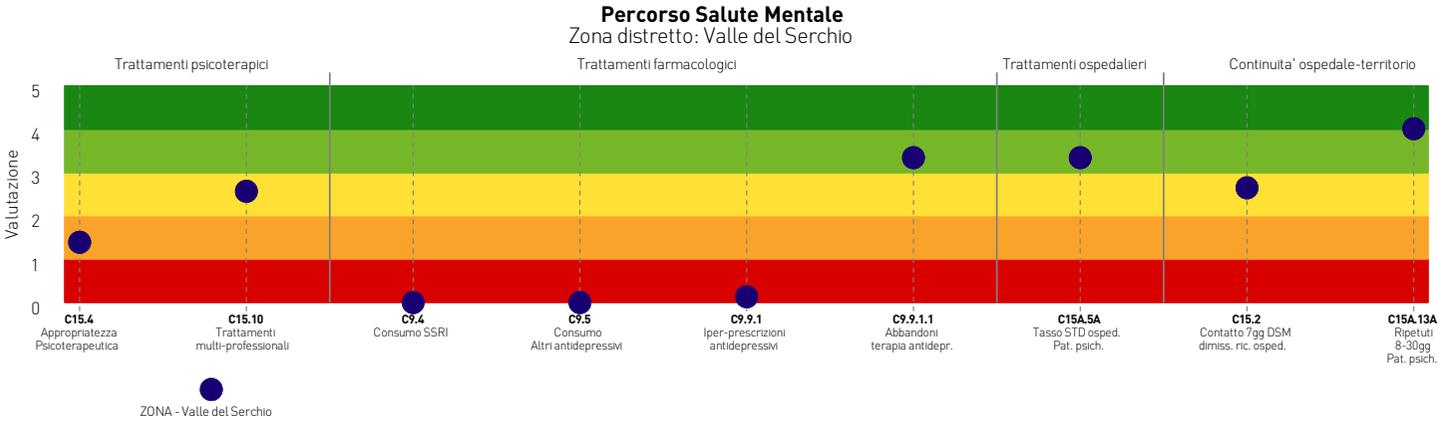












# Piana di Lucca

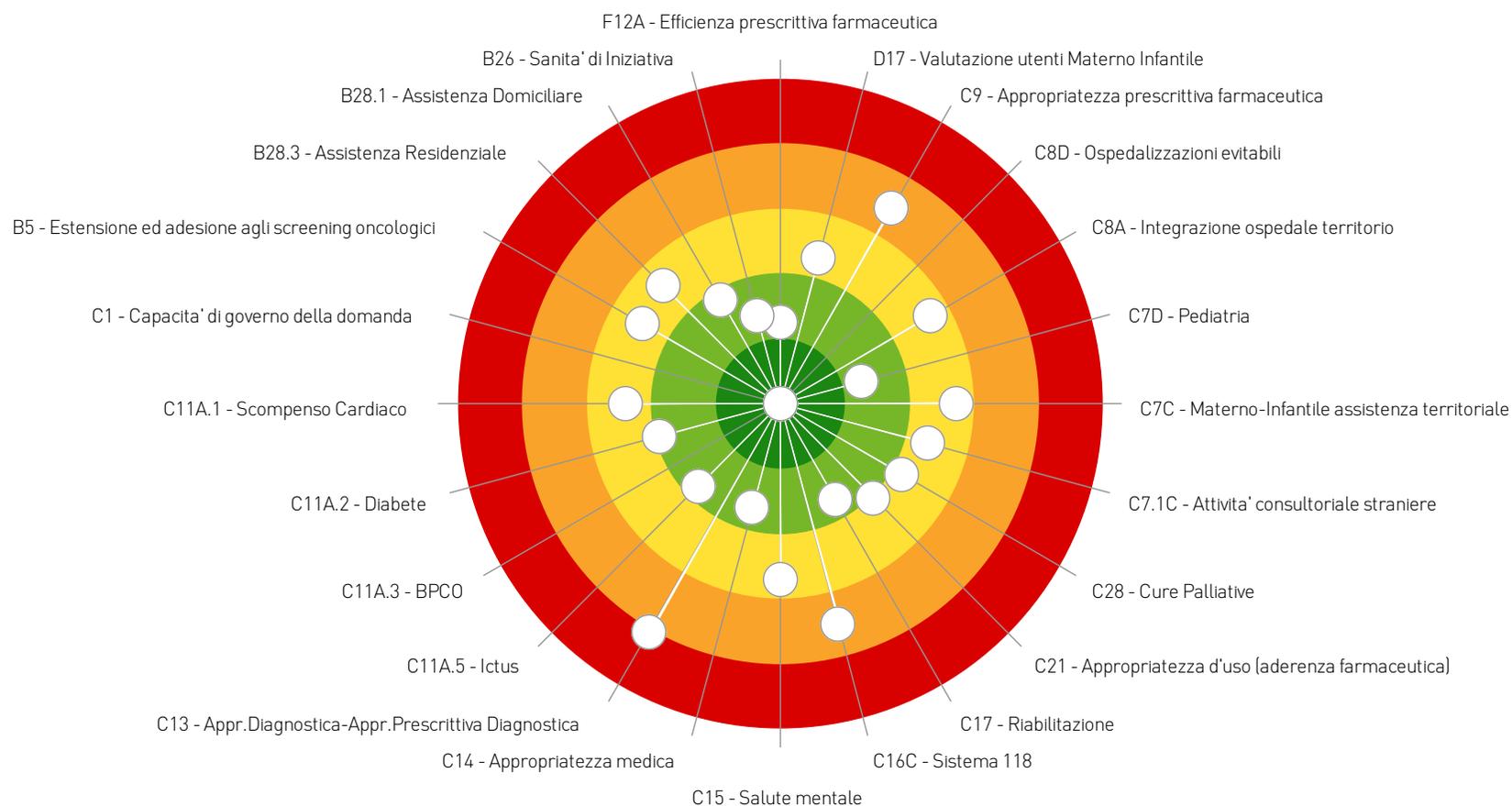
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

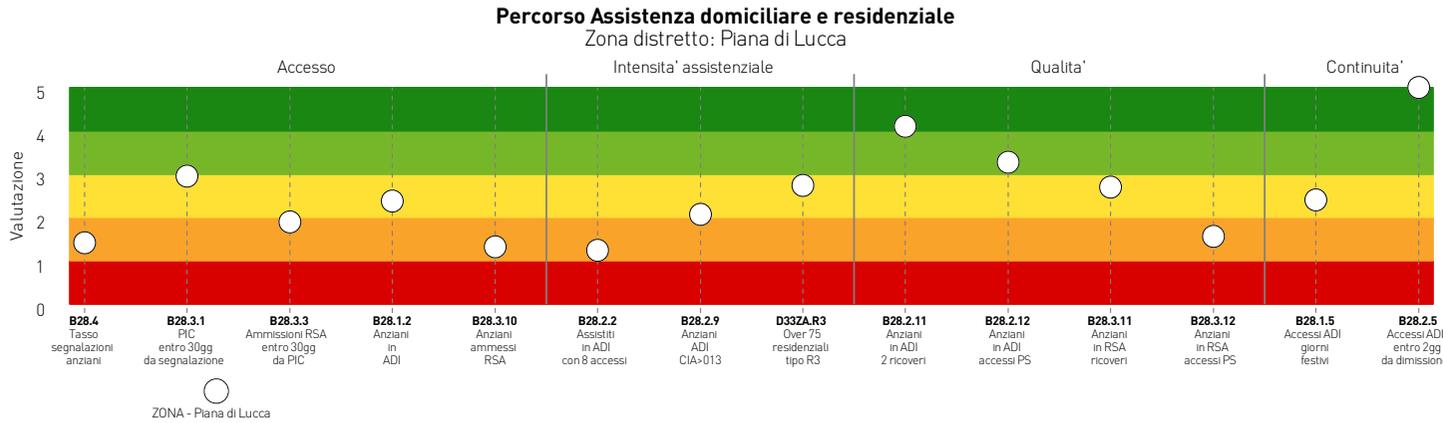
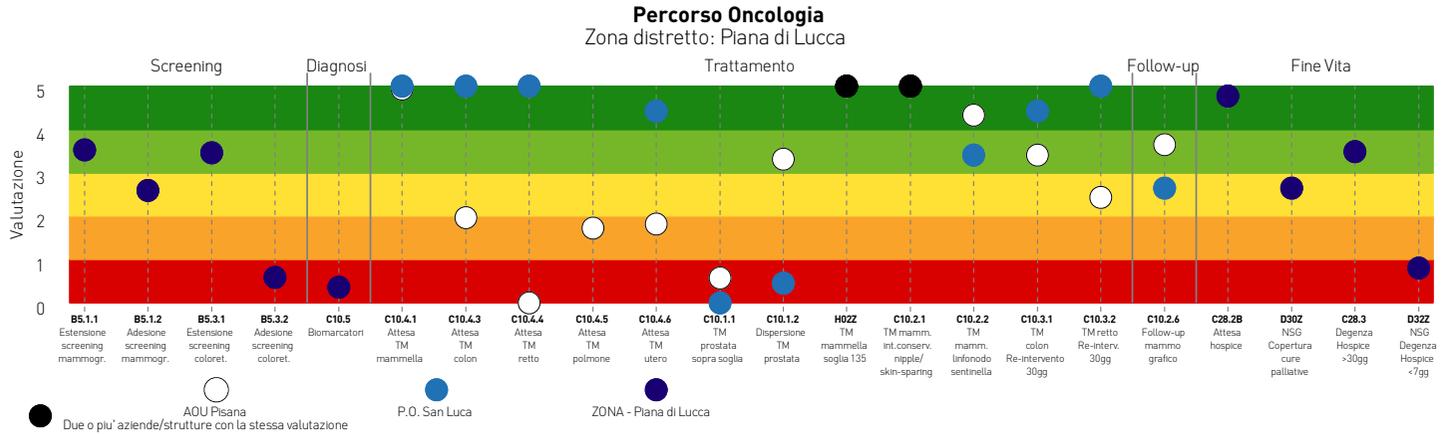
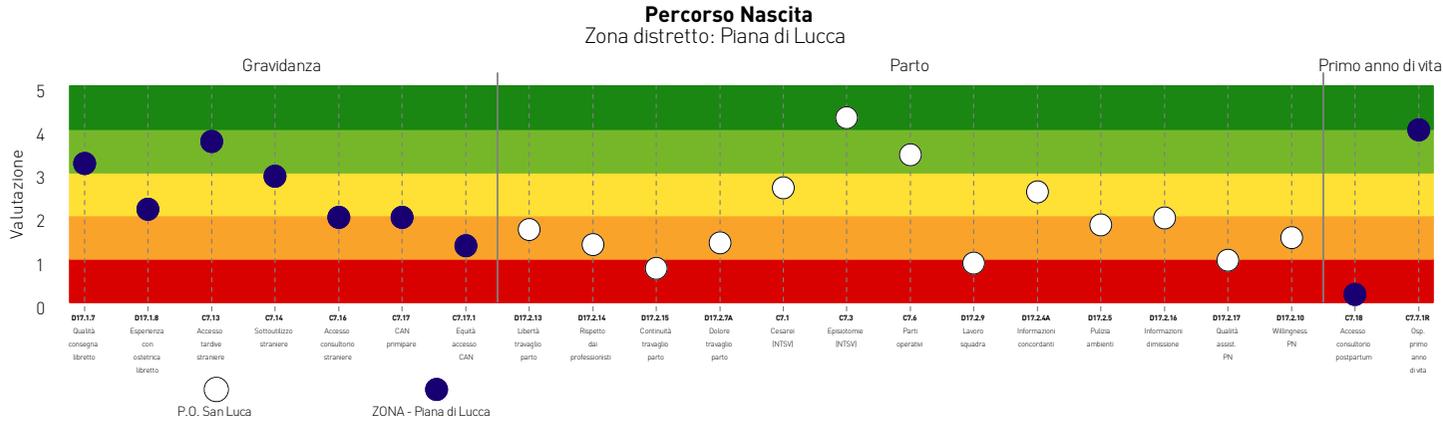
Numero indicatori di valutazione: 95

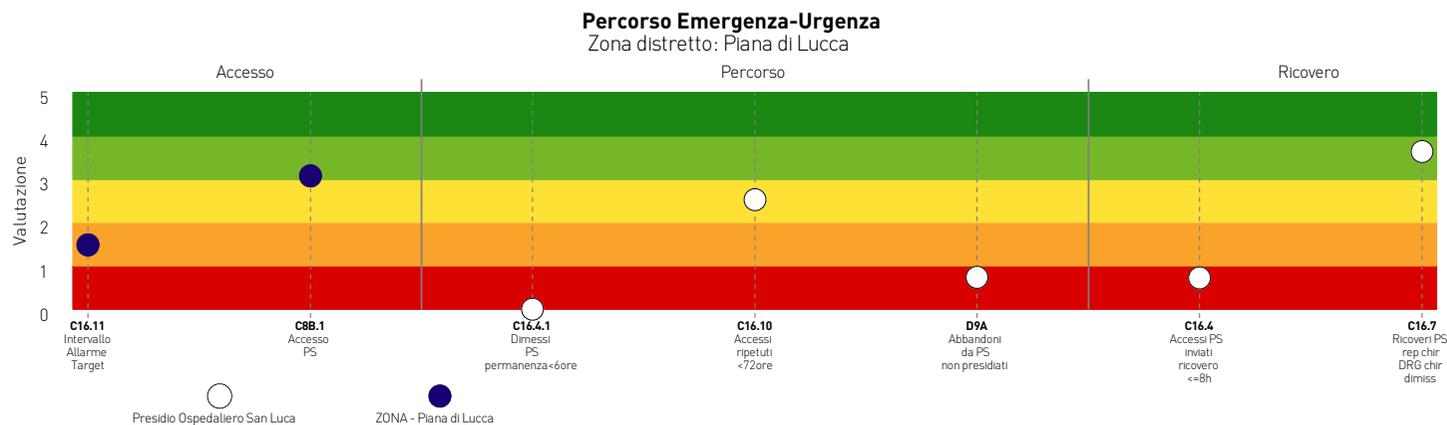
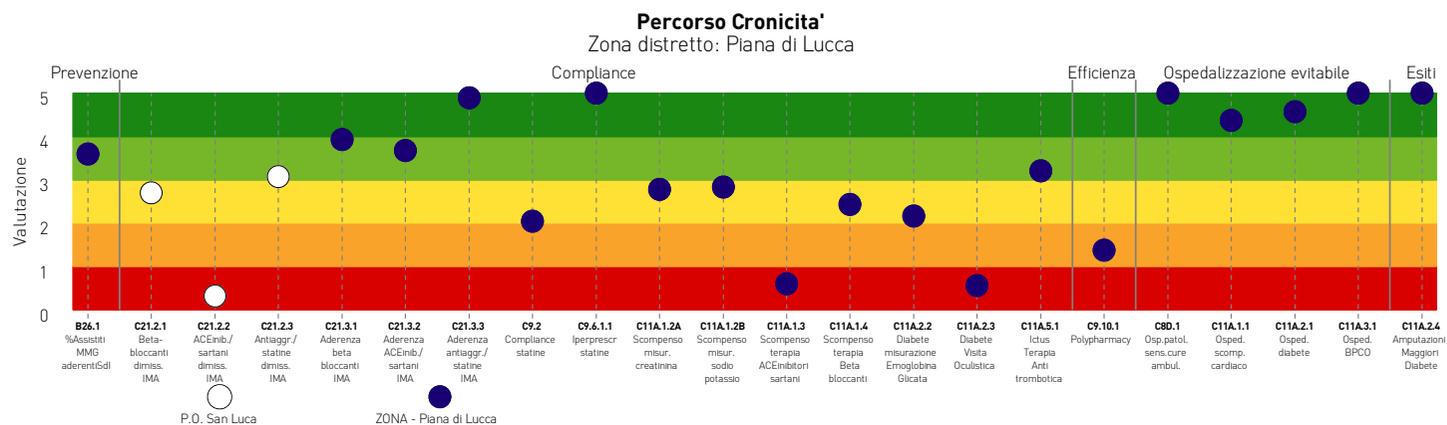
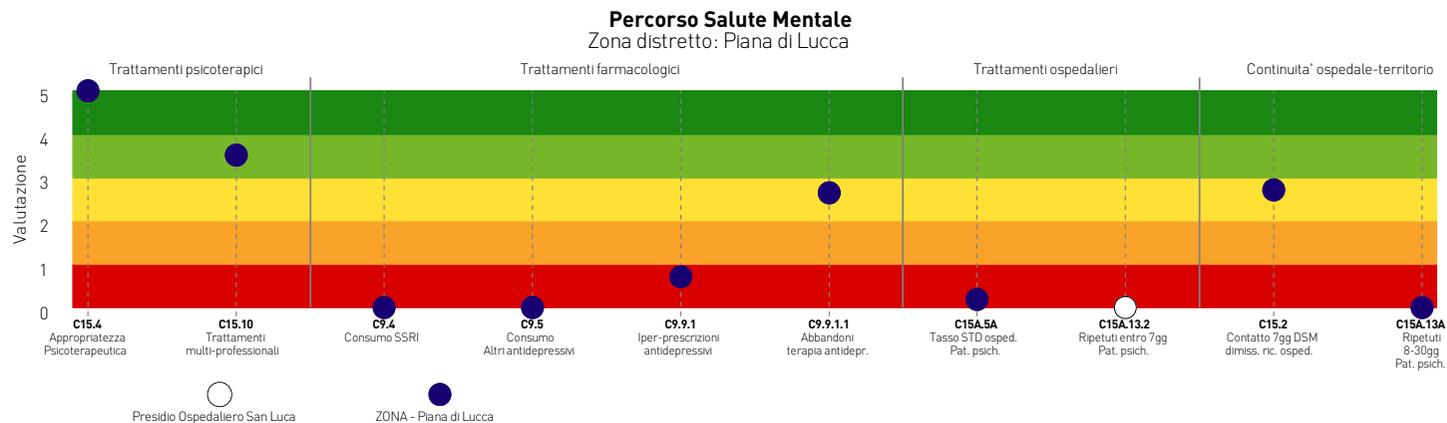


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Piana di Lucca Valutazione della performance 2019







# Pisana

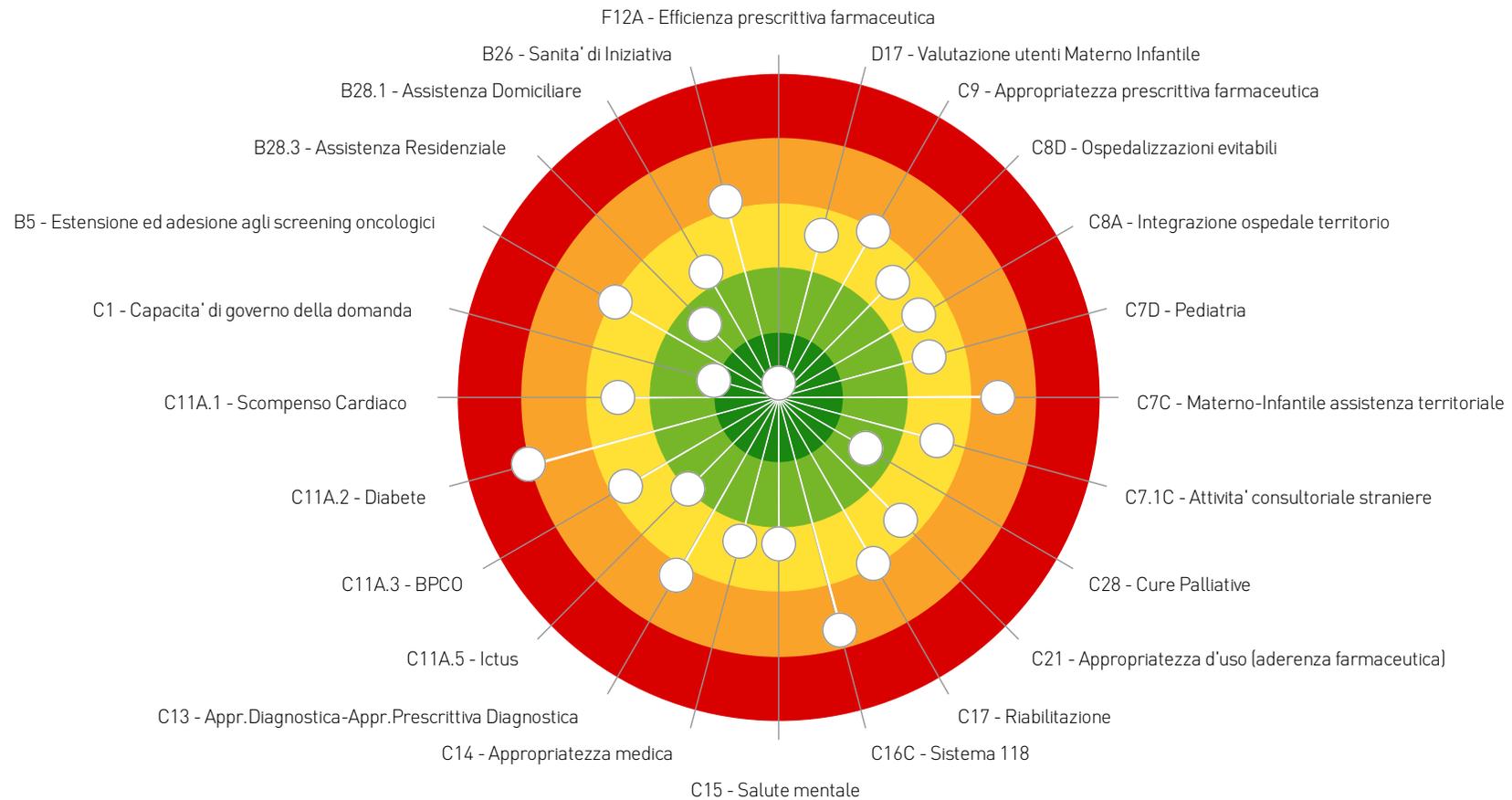
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

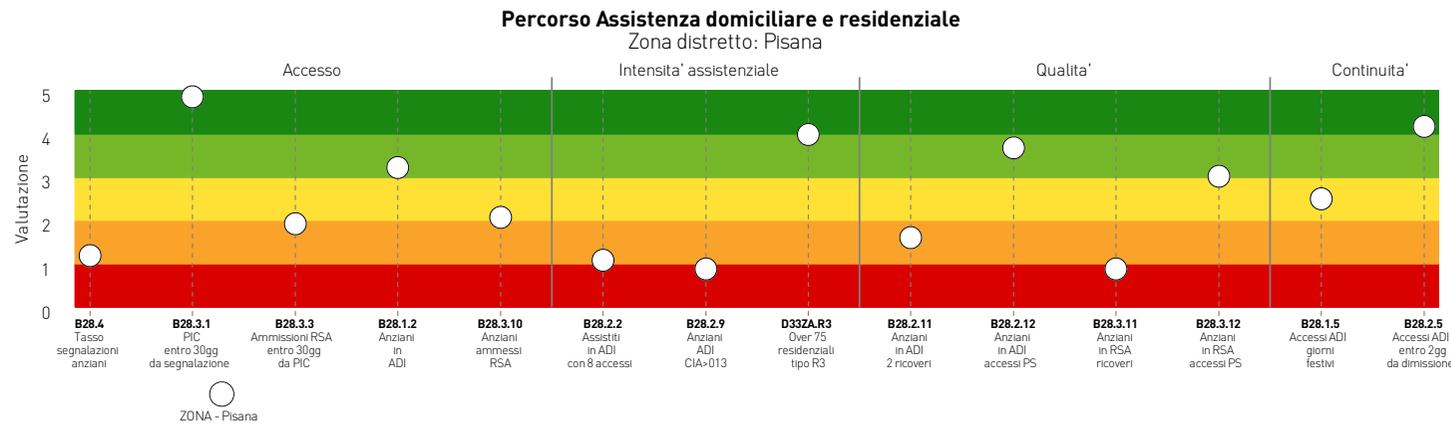
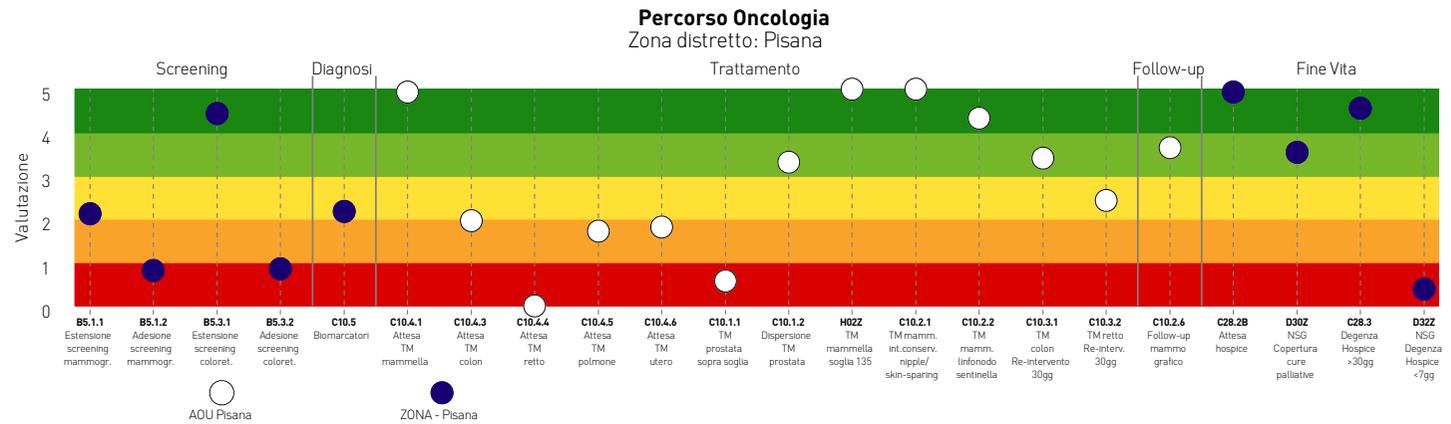
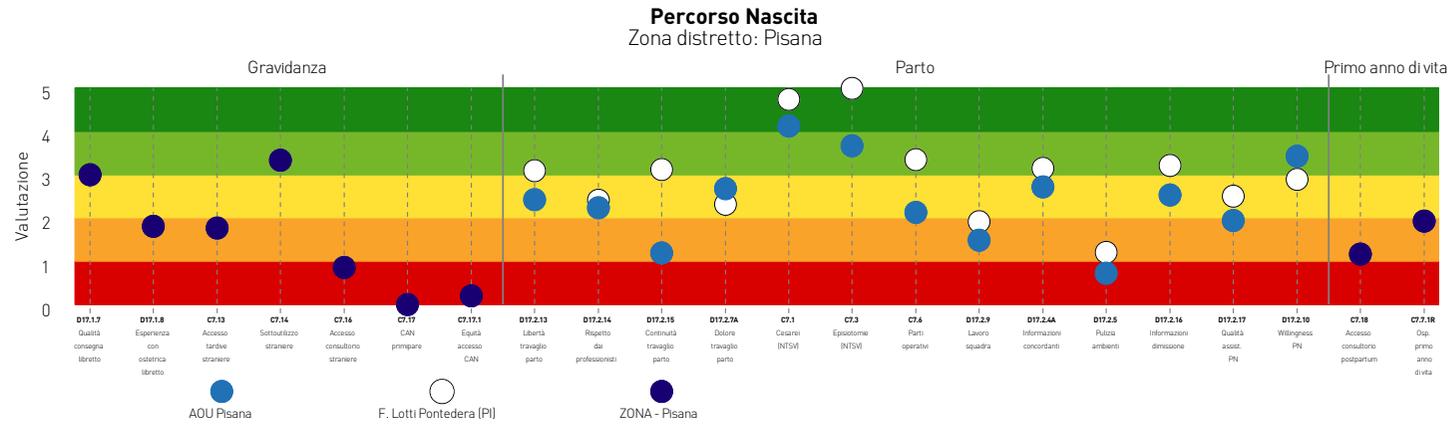
Numero indicatori di valutazione: 95



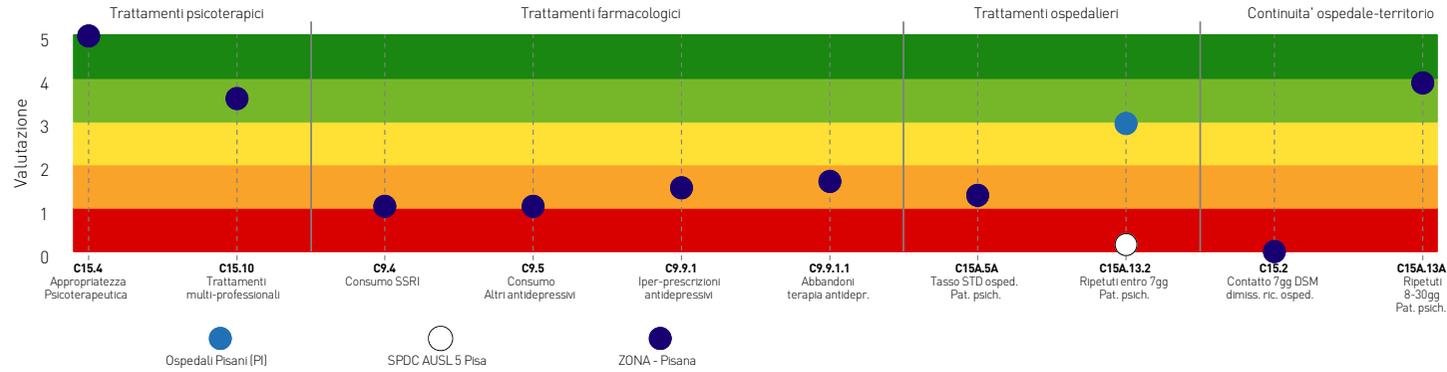
● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Pisana Valutazione della performance 2019

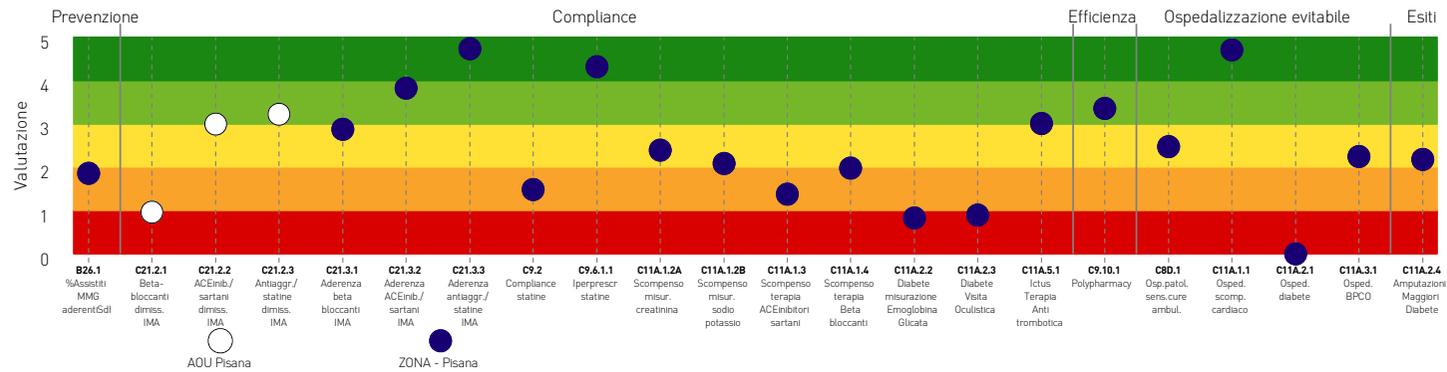




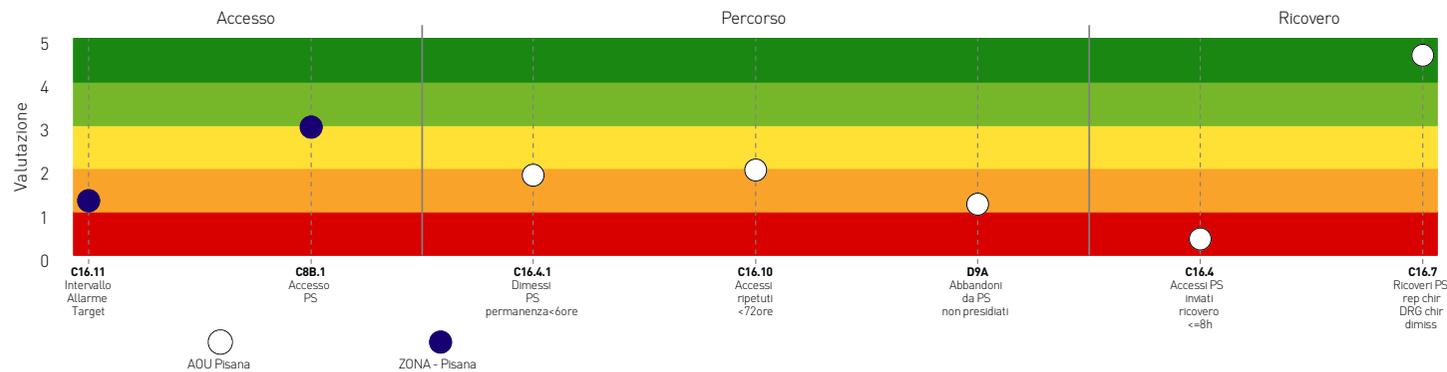
### Percorso Salute Mentale Zona distretto: Pisana



### Percorso Cronicita' Zona distretto: Pisana



### Percorso Emergenza-Urgenza Zona distretto: Pisana



# Alta Val di Cecina - Val d'Era

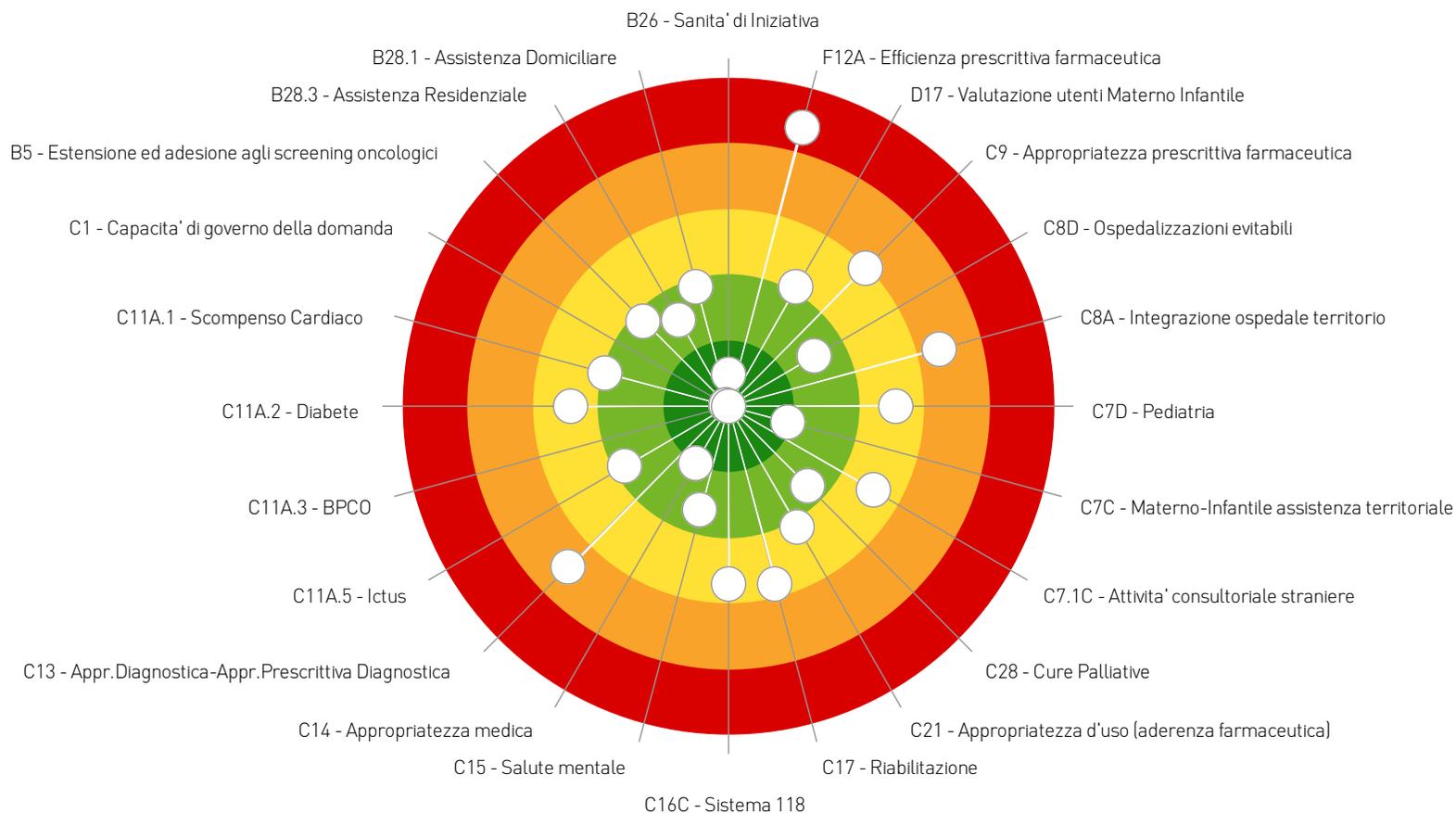
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

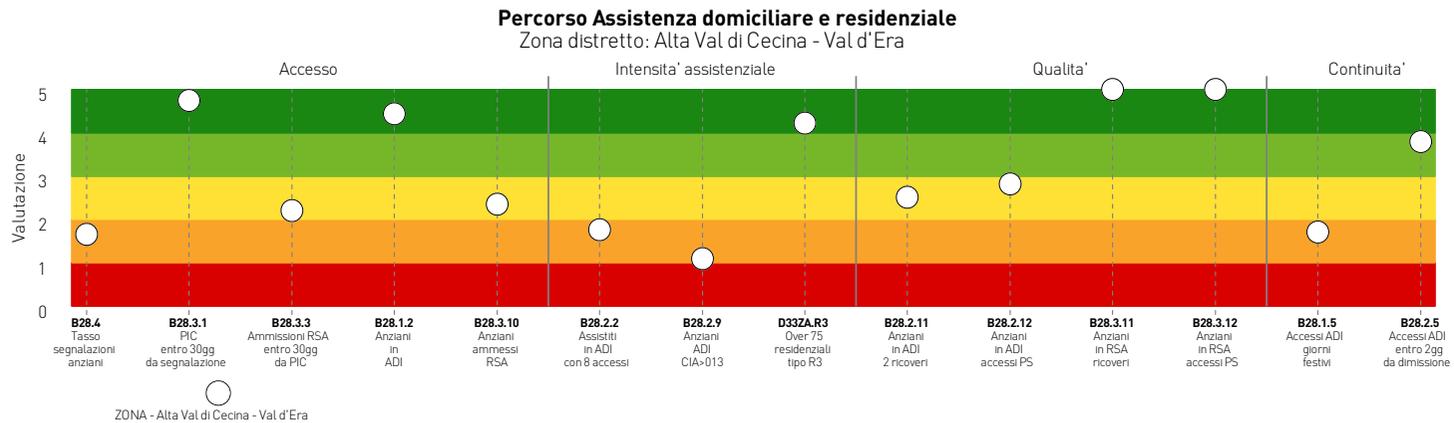
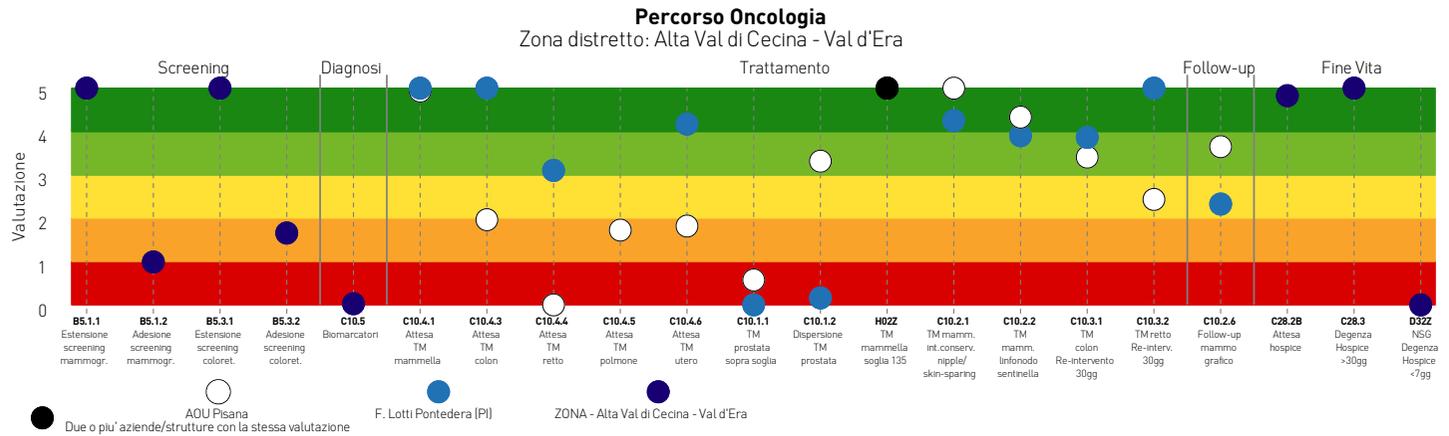
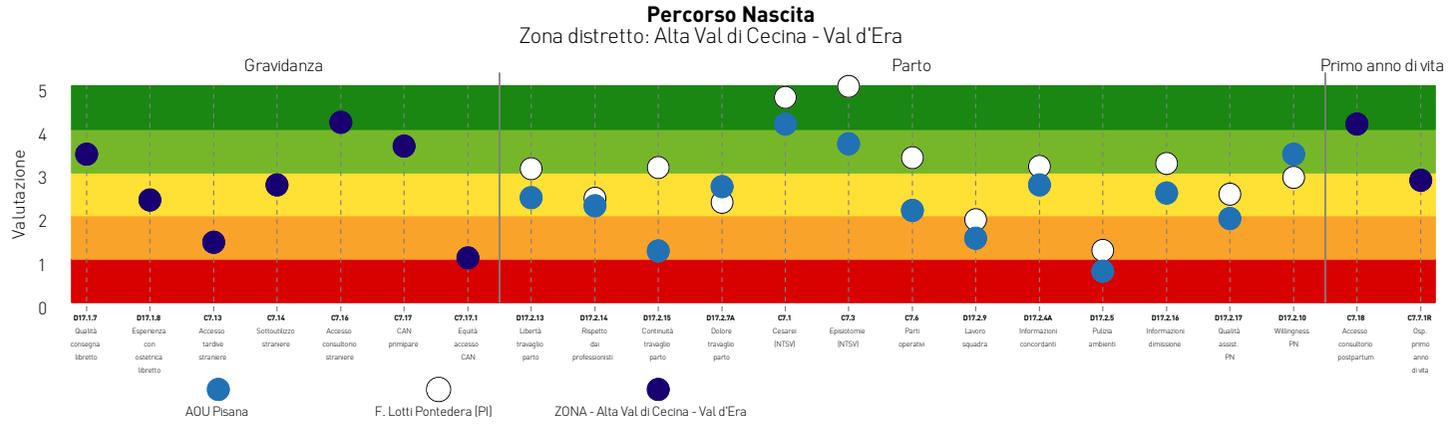
Numero indicatori di valutazione: 90

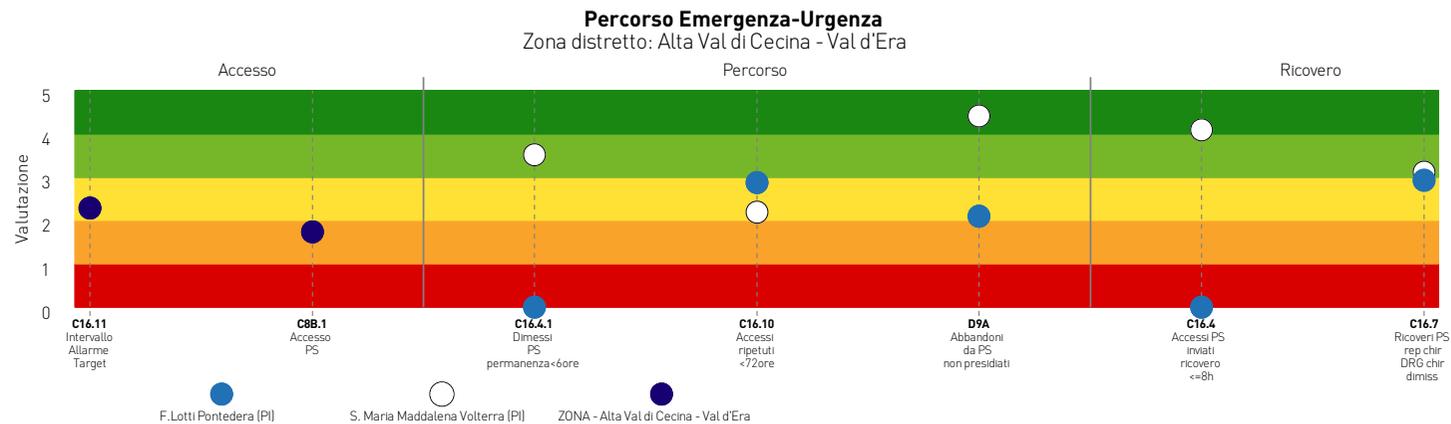
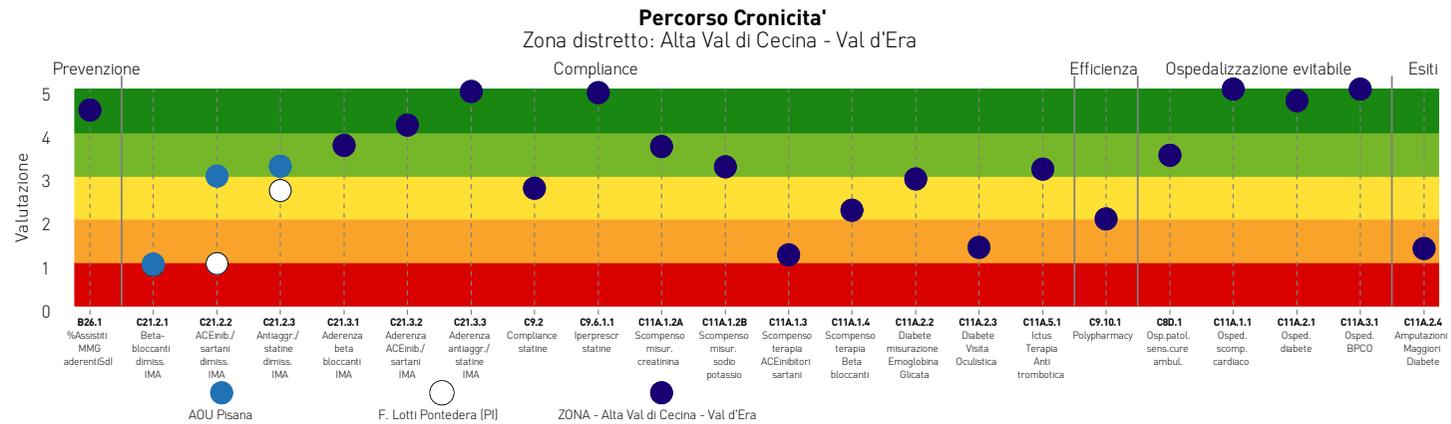
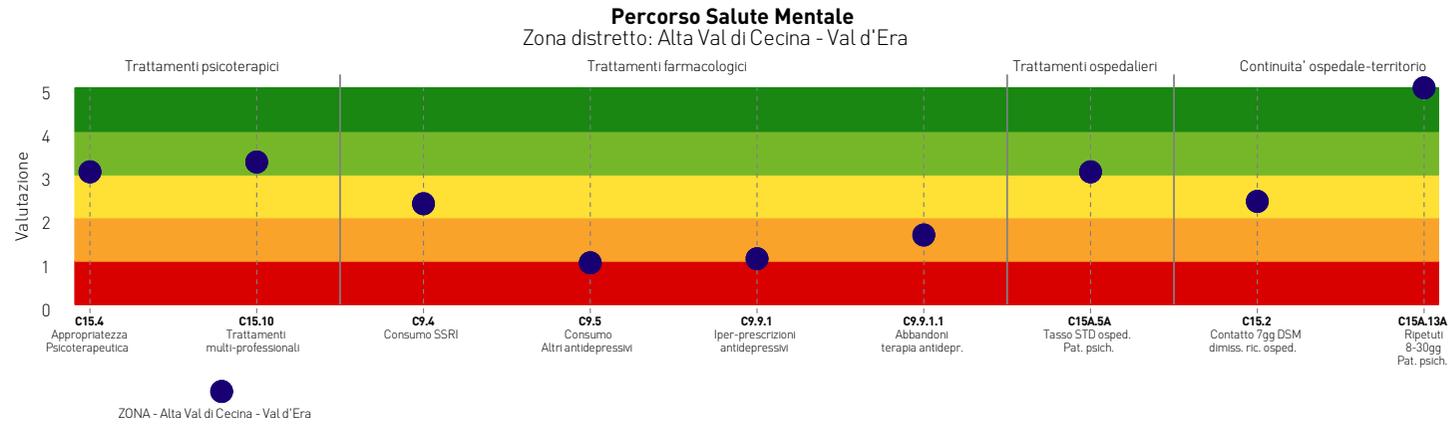


● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Alta Val di Cecina - Val d'Era Valutazione della performance 2019







# Livornese

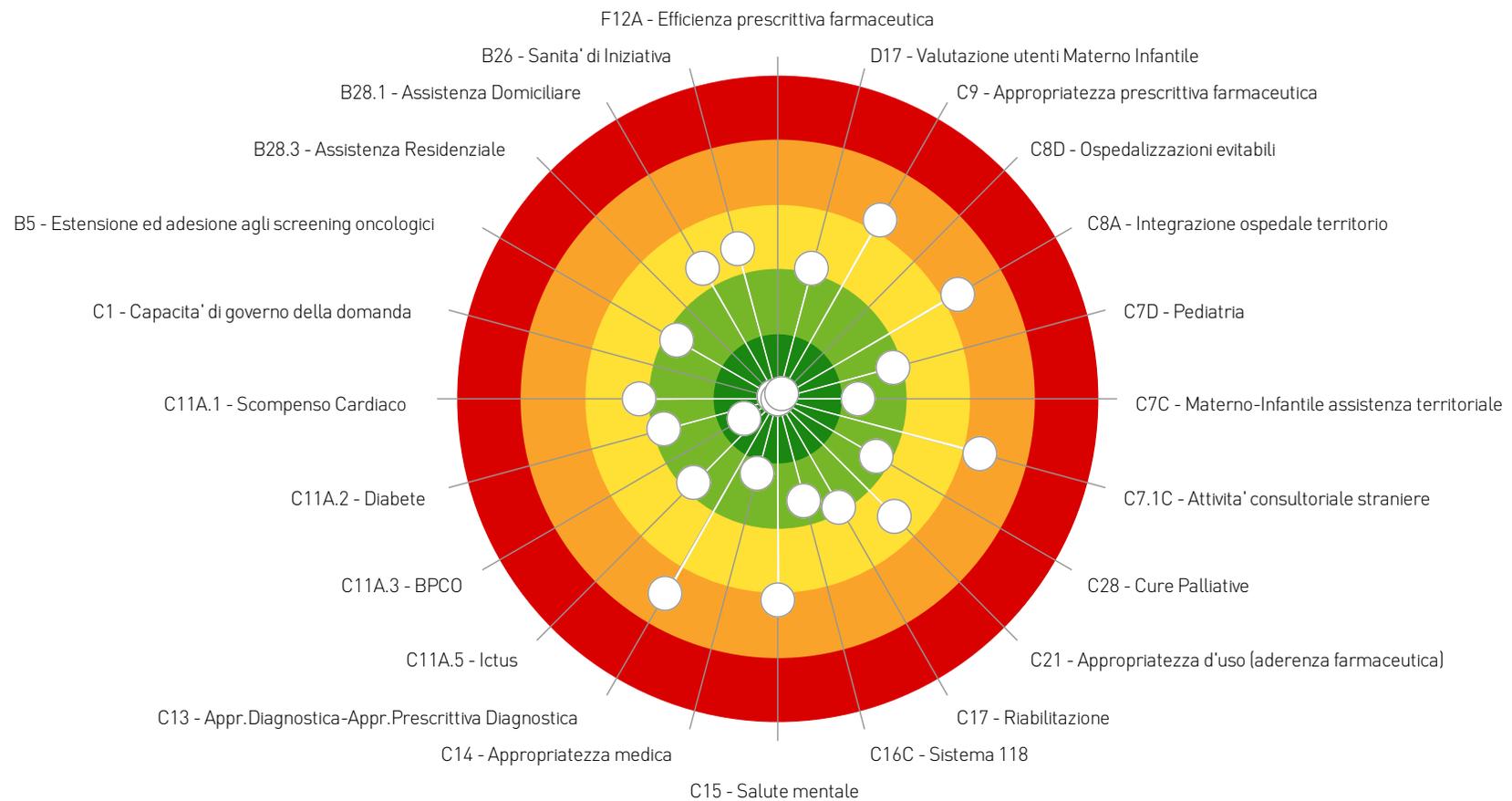
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

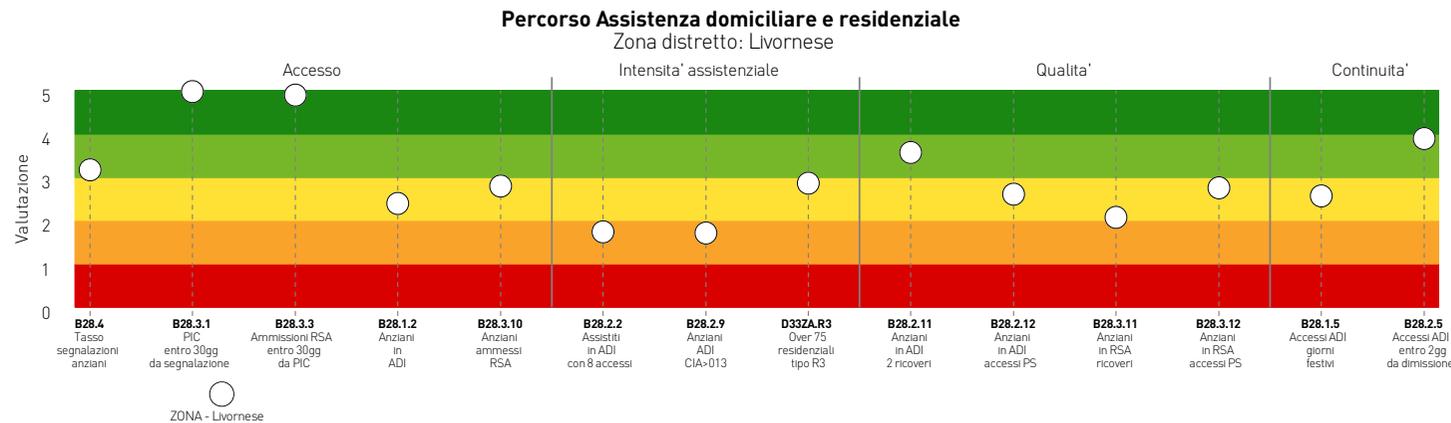
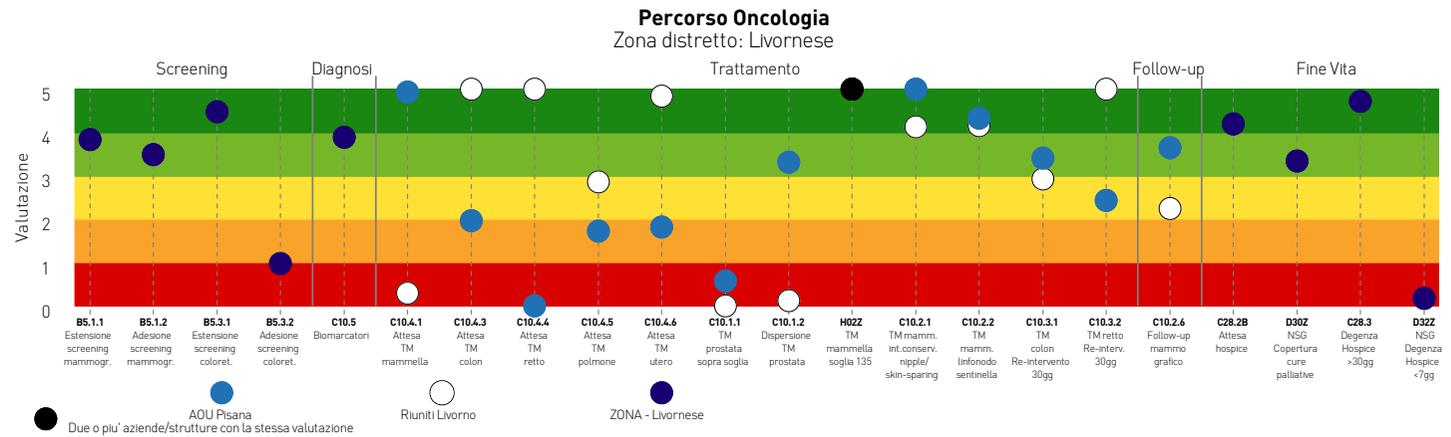
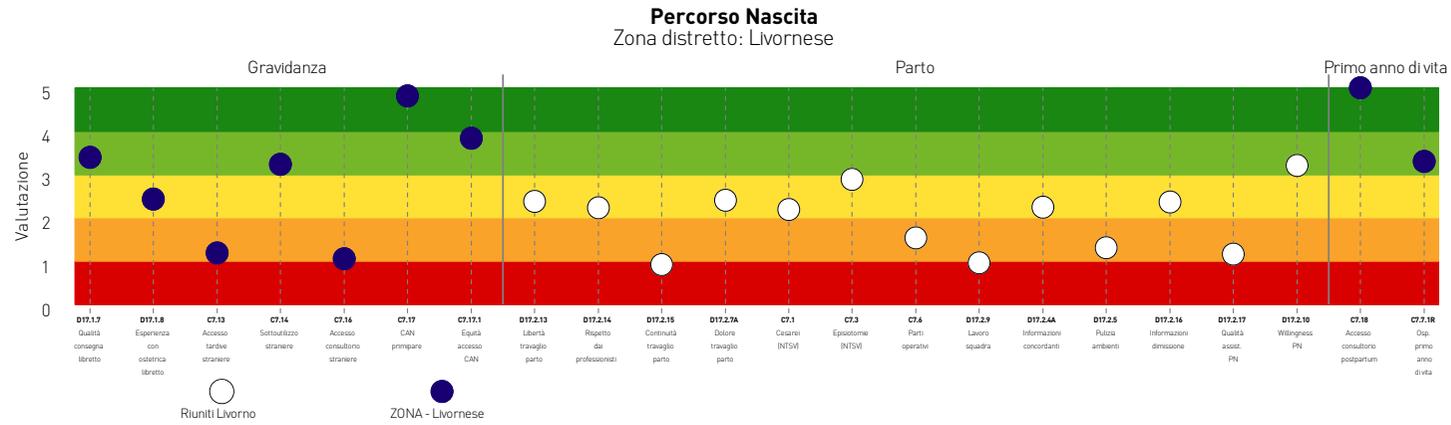
Numero indicatori di valutazione: 95



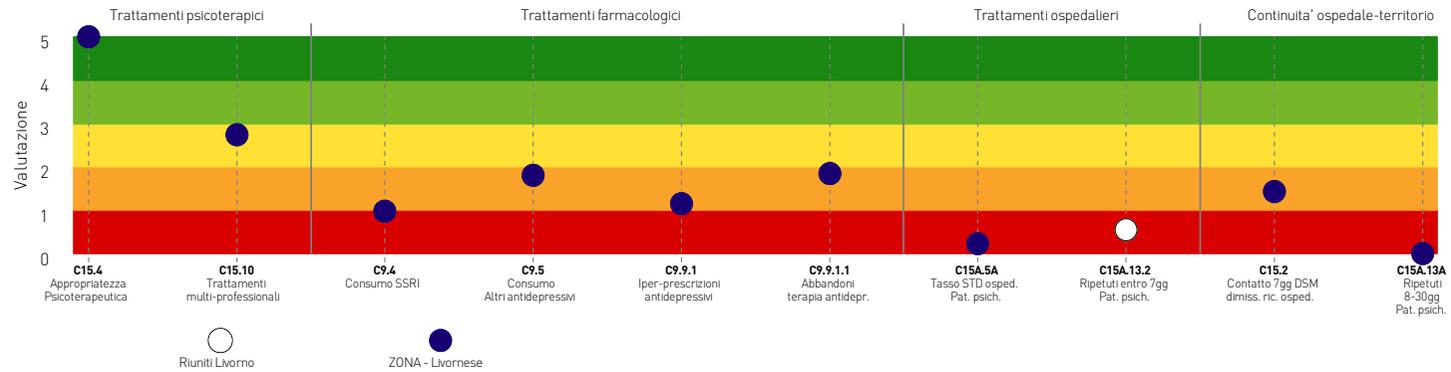
● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Livornese Valutazione della performance 2019

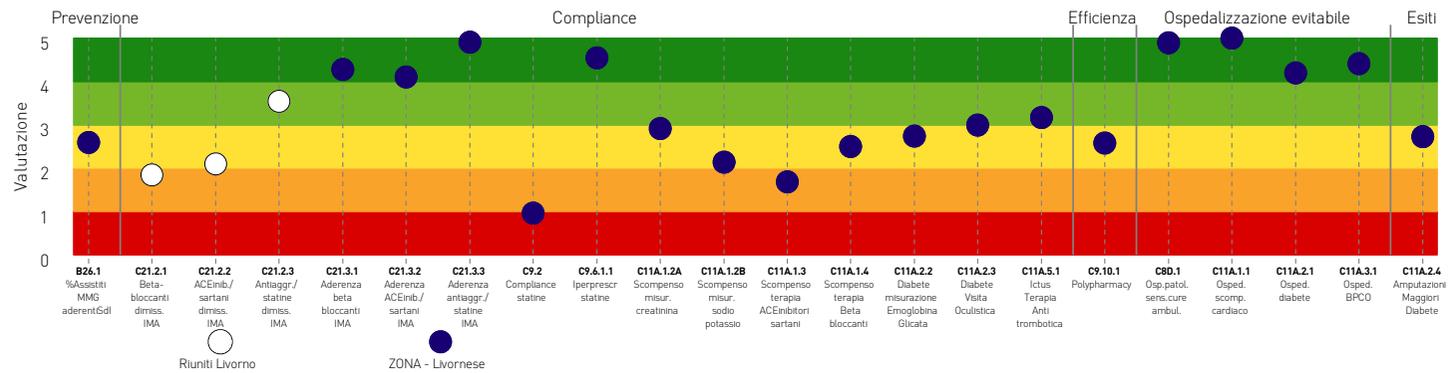




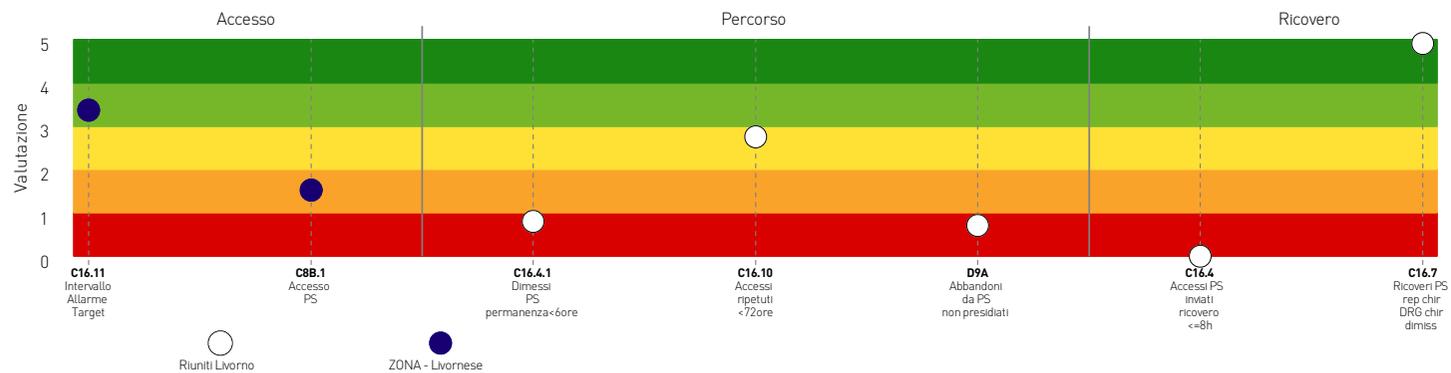
### Percorso Salute Mentale Zona distretto: Livornese



### Percorso Cronicita' Zona distretto: Livornese



### Percorso Emergenza-Urgenza Zona distretto: Livornese



**Elba**

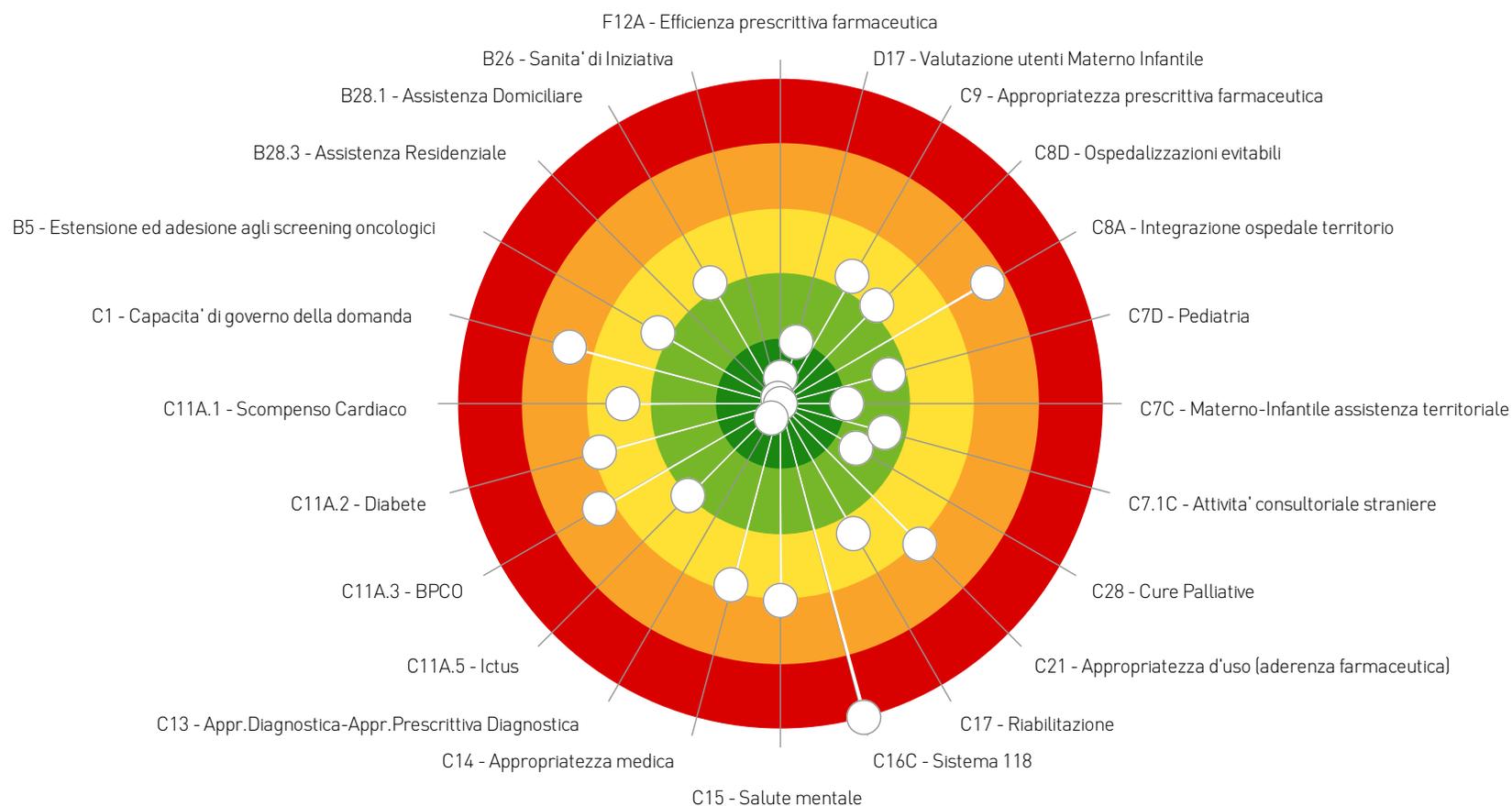
**Andamento indicatori - Trend 2018/2019**

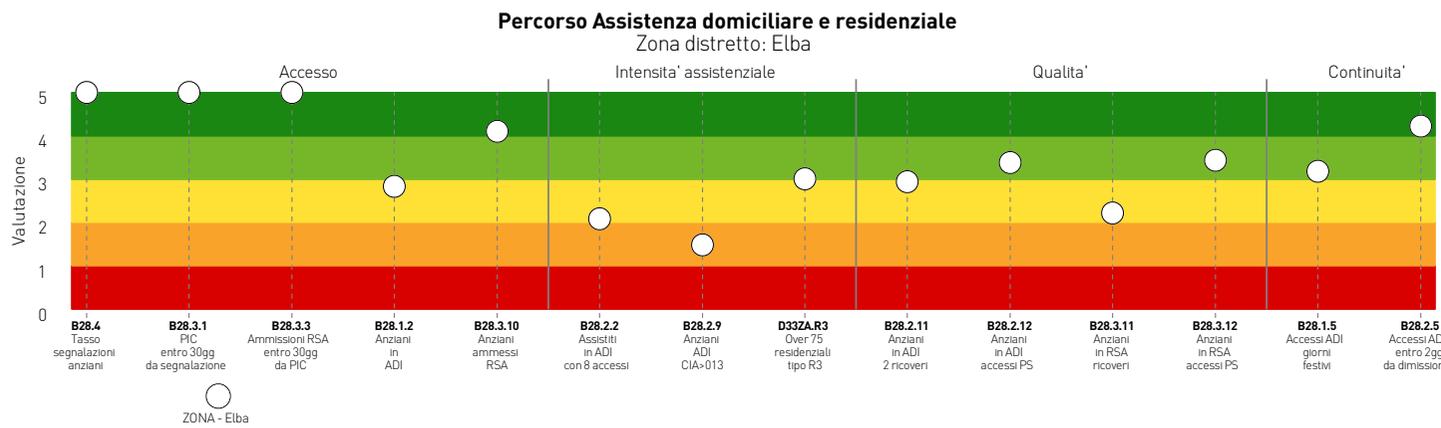
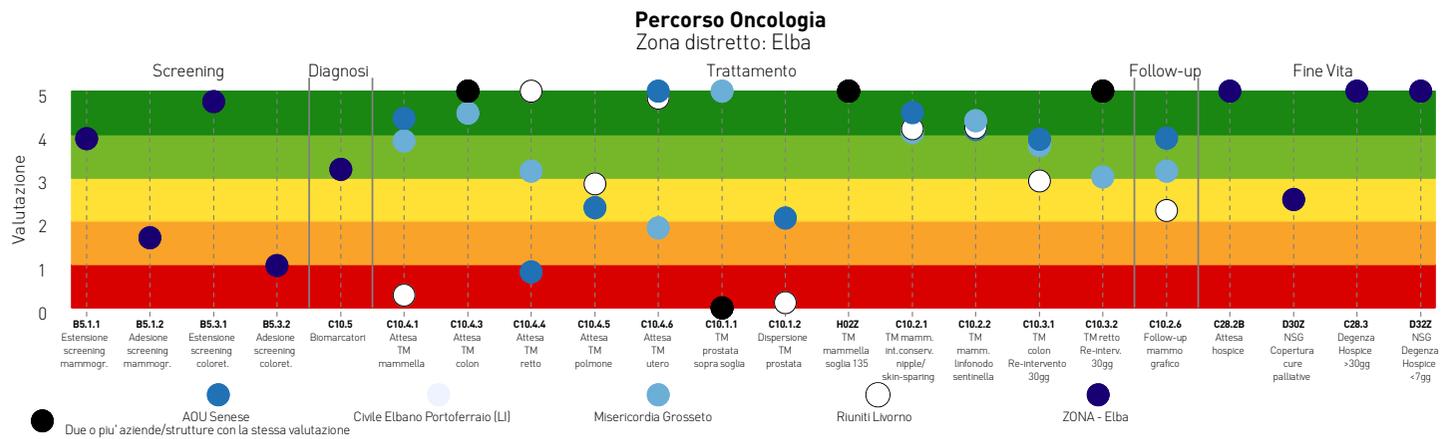
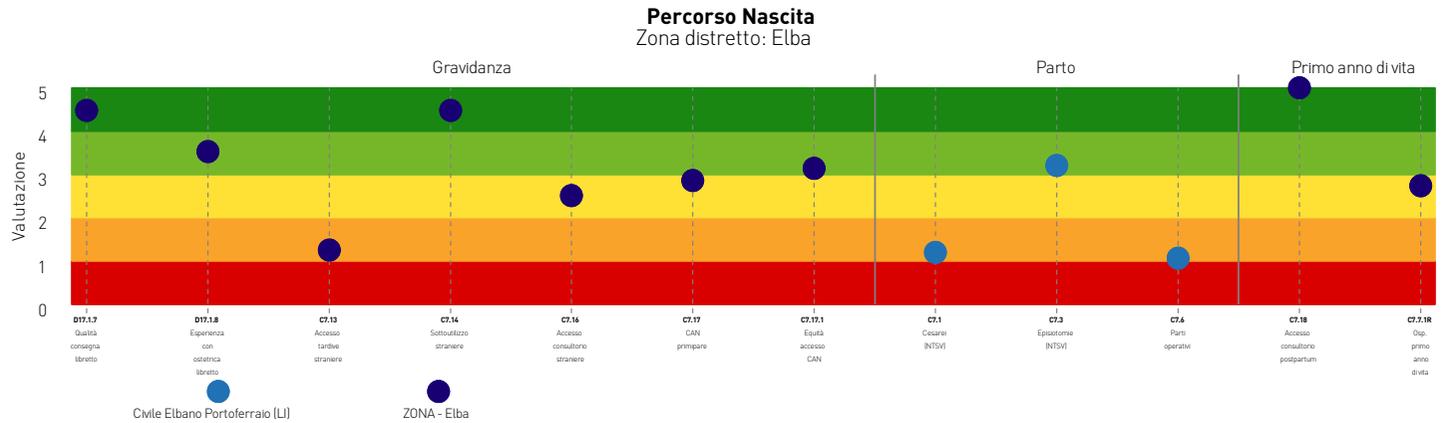
Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

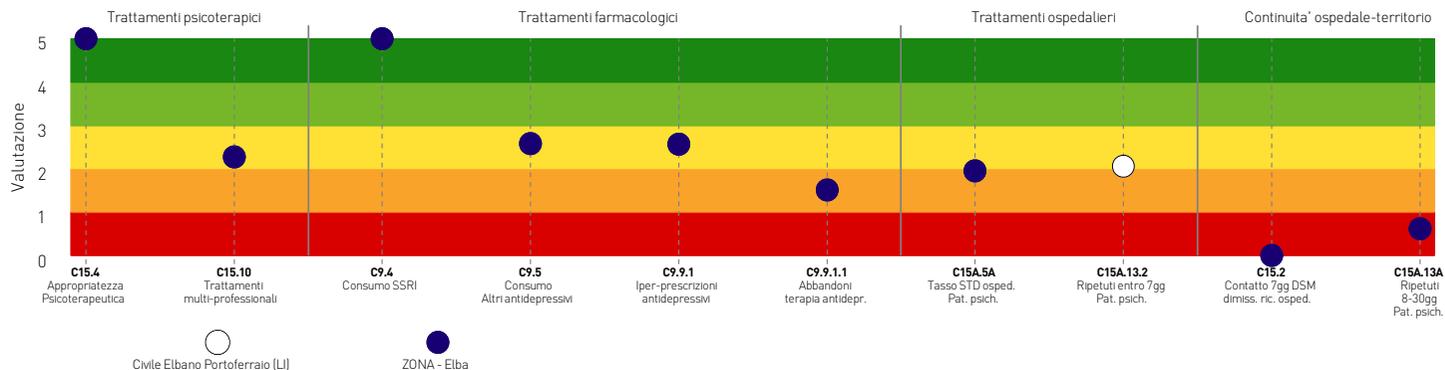
**Elba**  
**Valutazione della performance 2019**





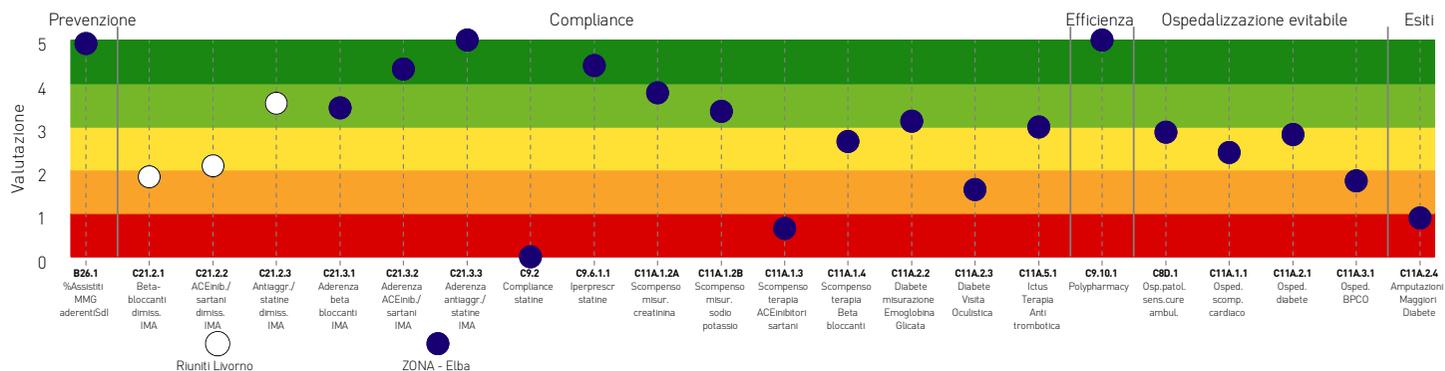
### Percorso Salute Mentale

Zona distretto: Elba



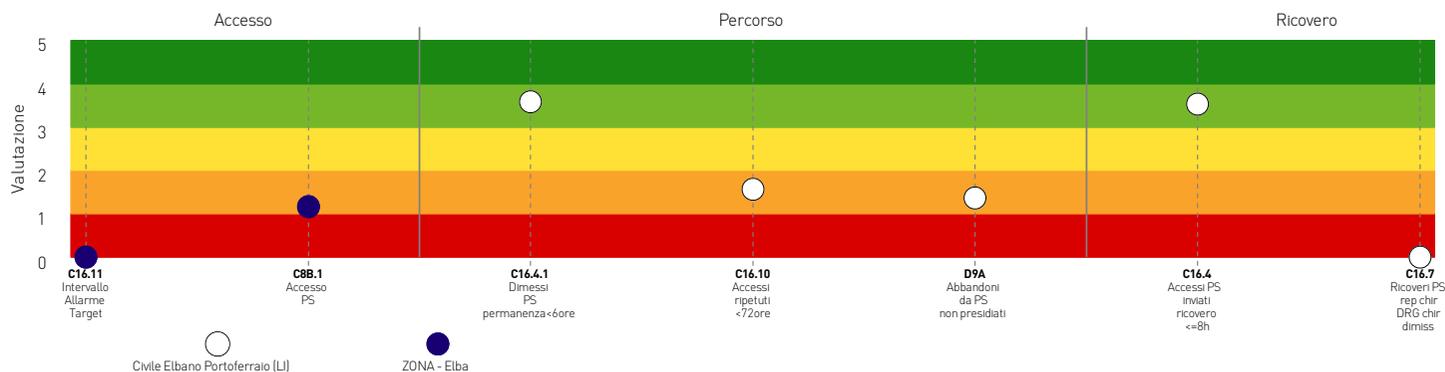
### Percorso Cronicita'

Zona distretto: Elba



### Percorso Emergenza-Urgenza

Zona distretto: Elba



# Bassa Val di Cecina - Val di Cornia

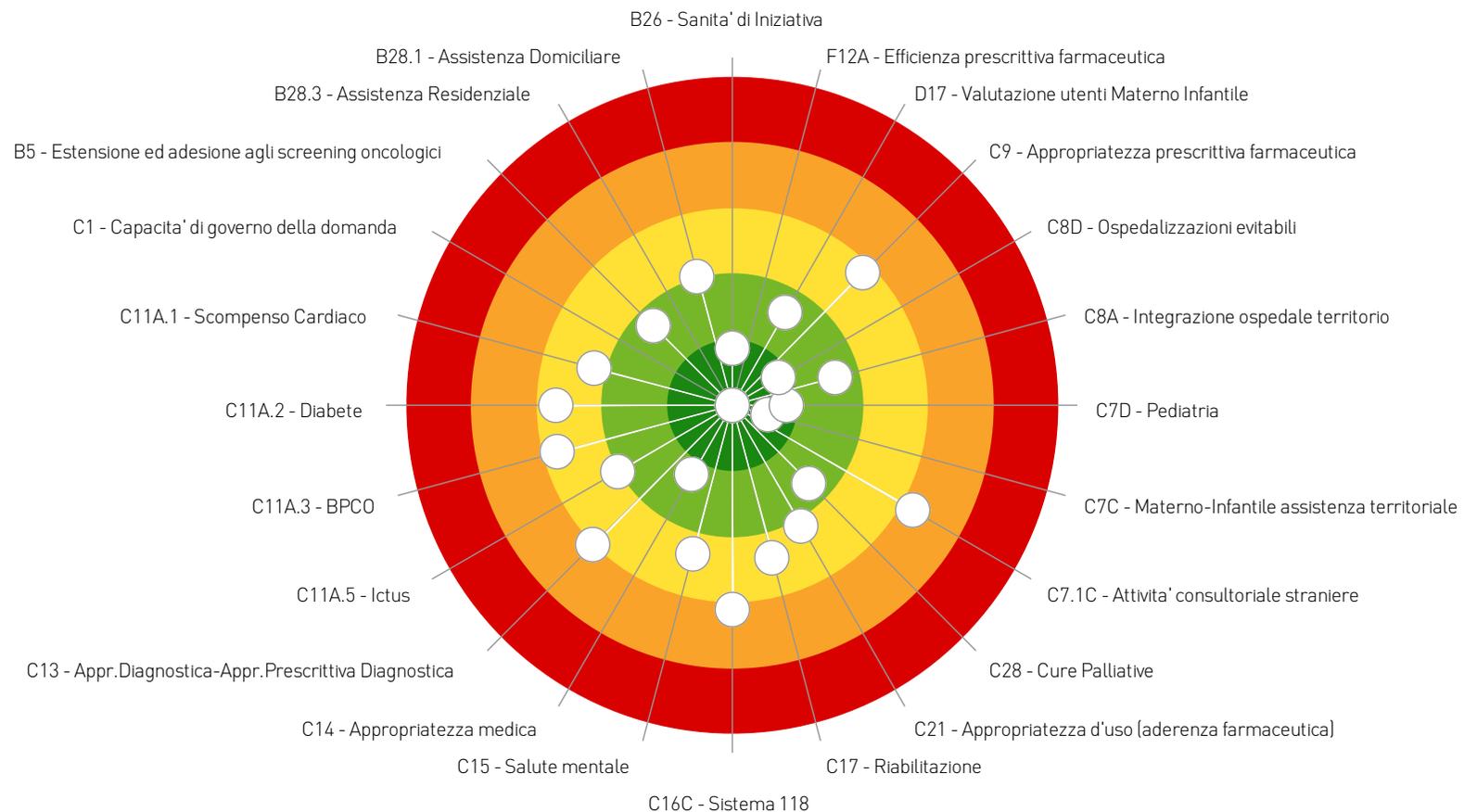
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

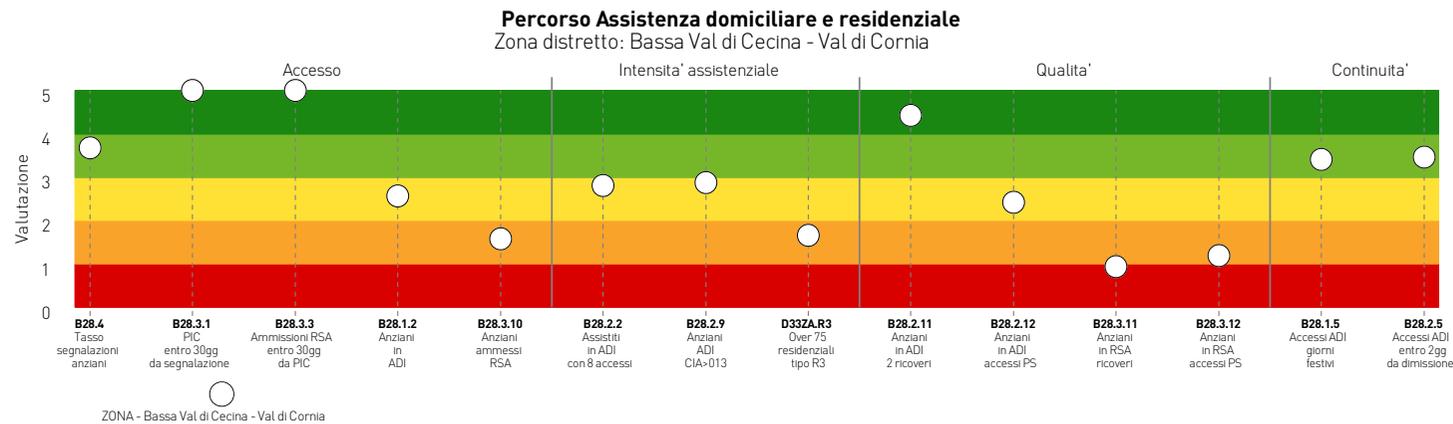
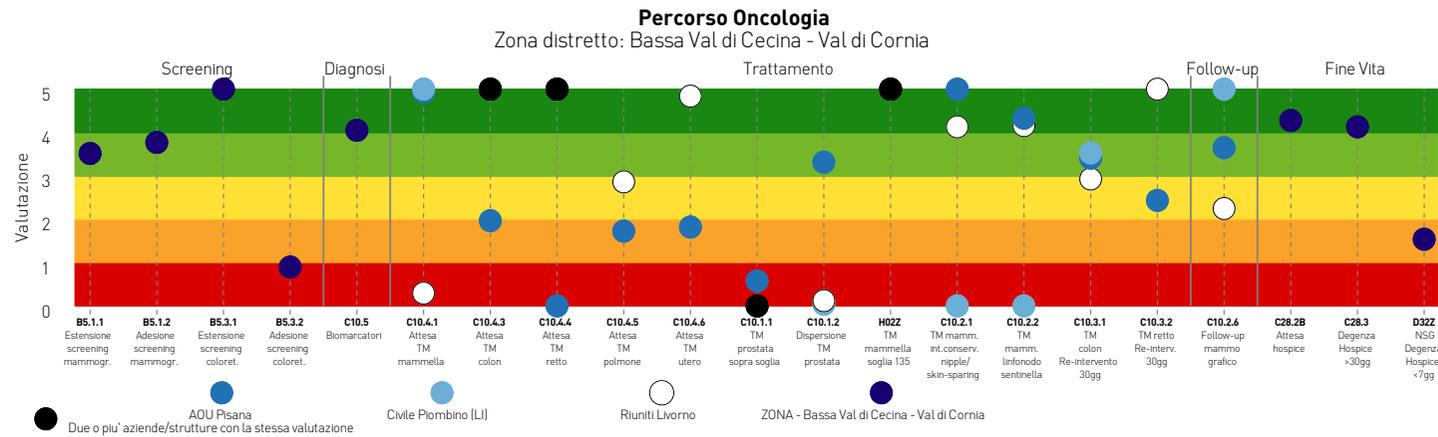
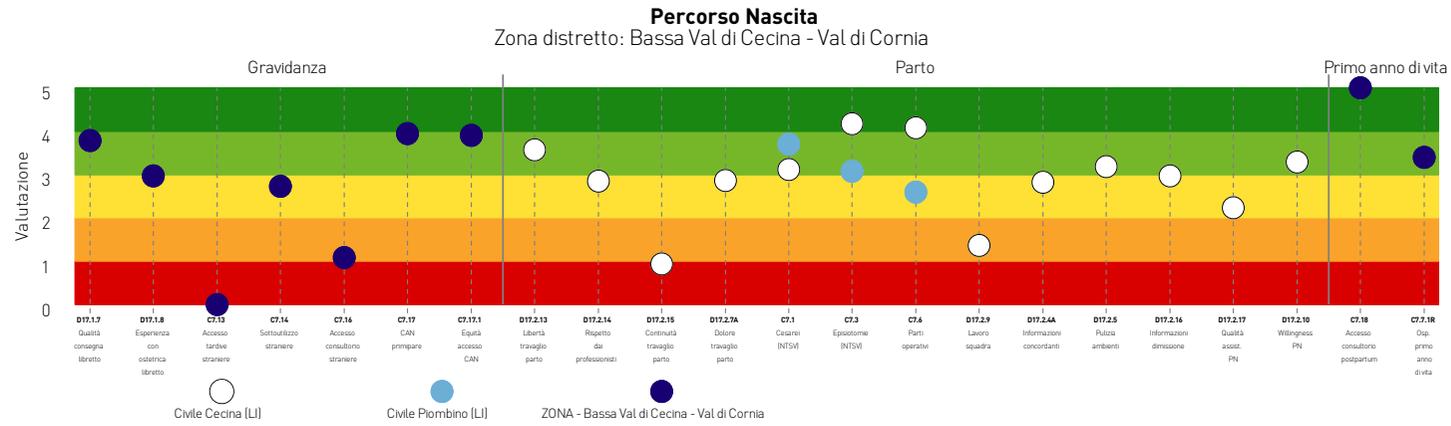
Numero indicatori di valutazione: 90

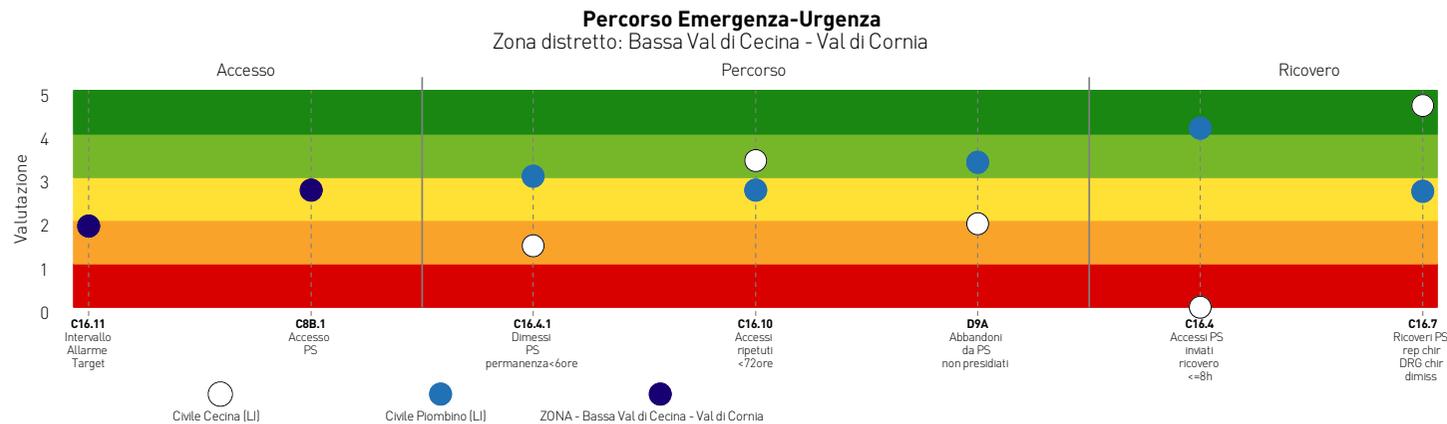
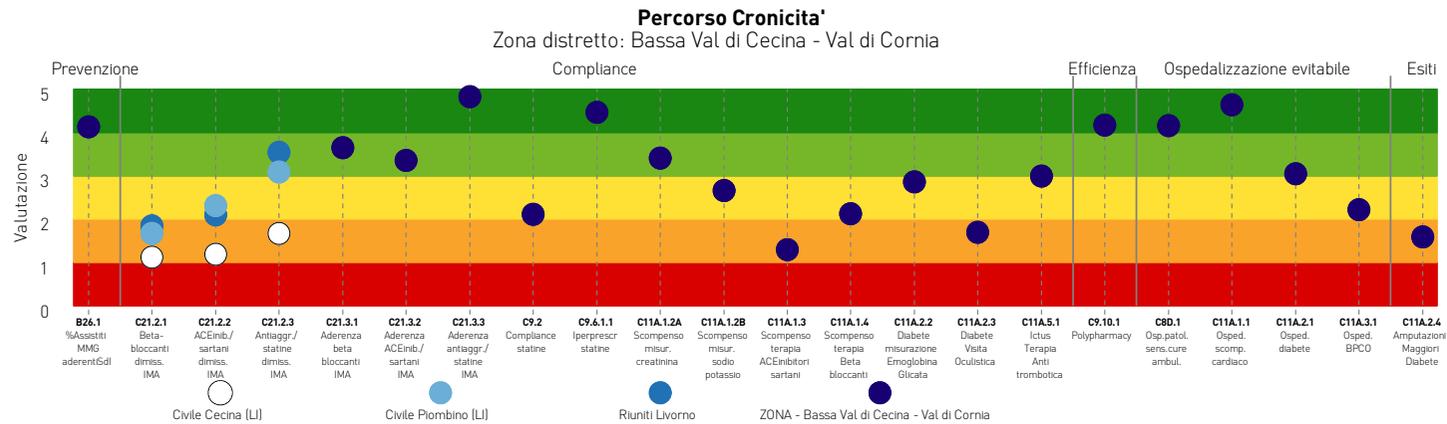
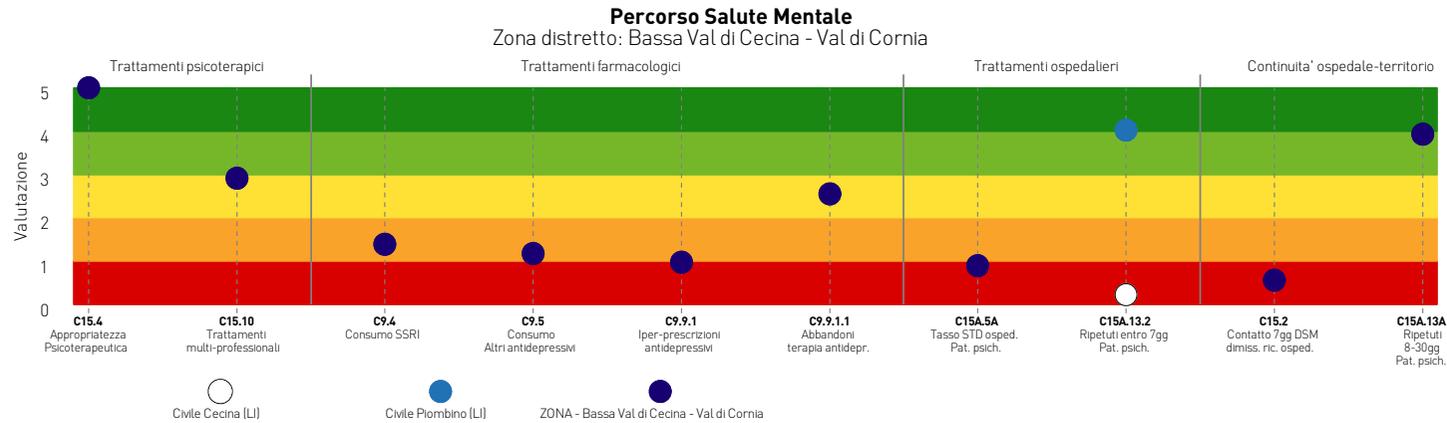


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Bassa Val di Cecina - Val di Cornia Valutazione della performance 2019







# Versilia

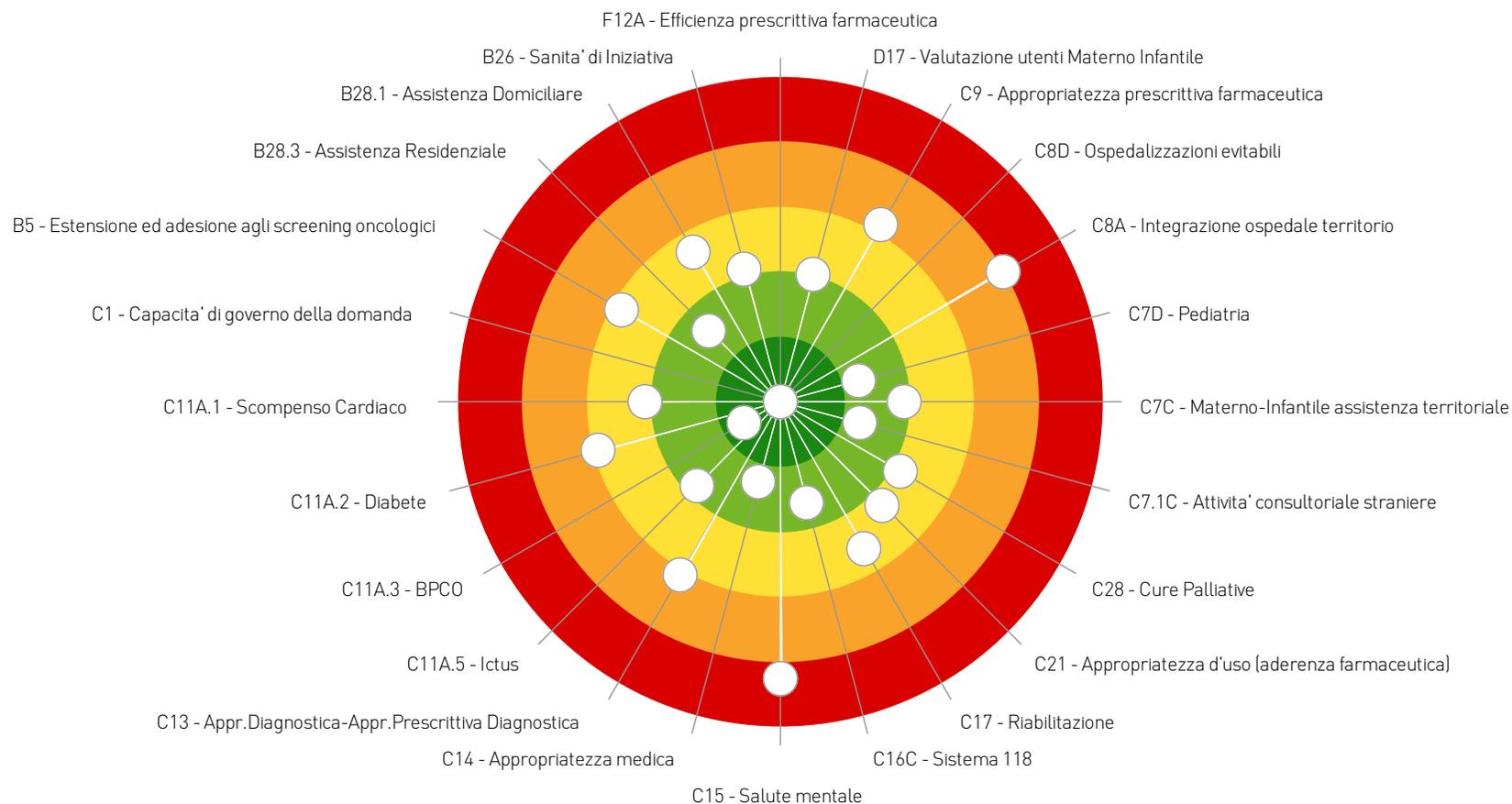
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

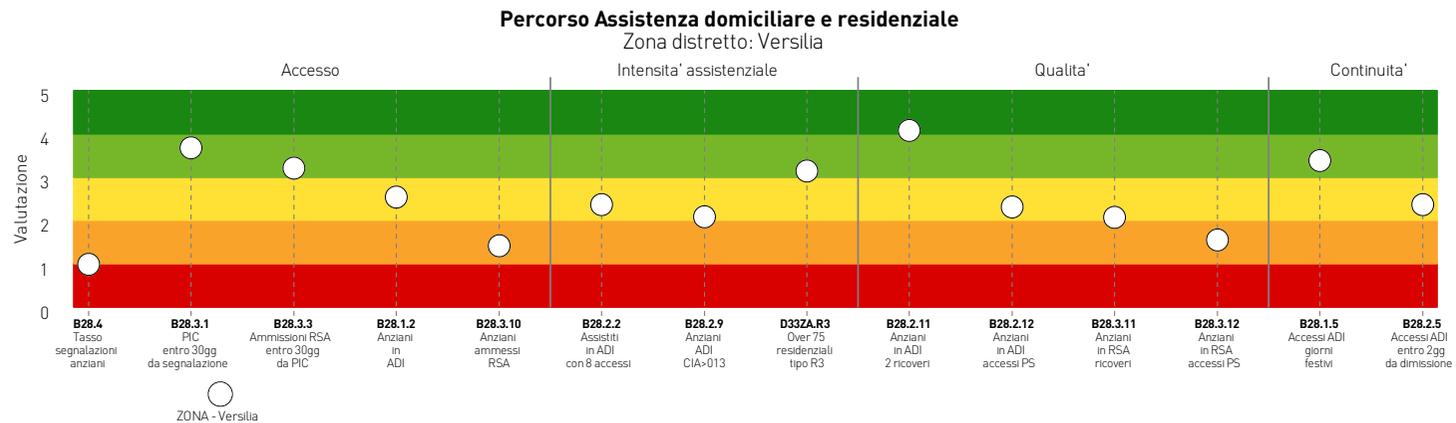
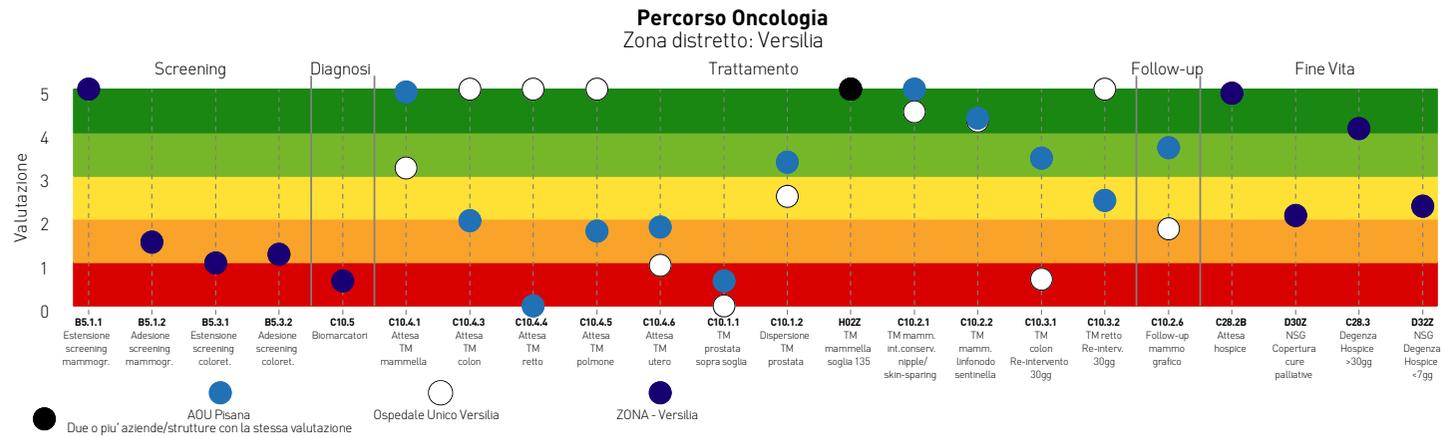
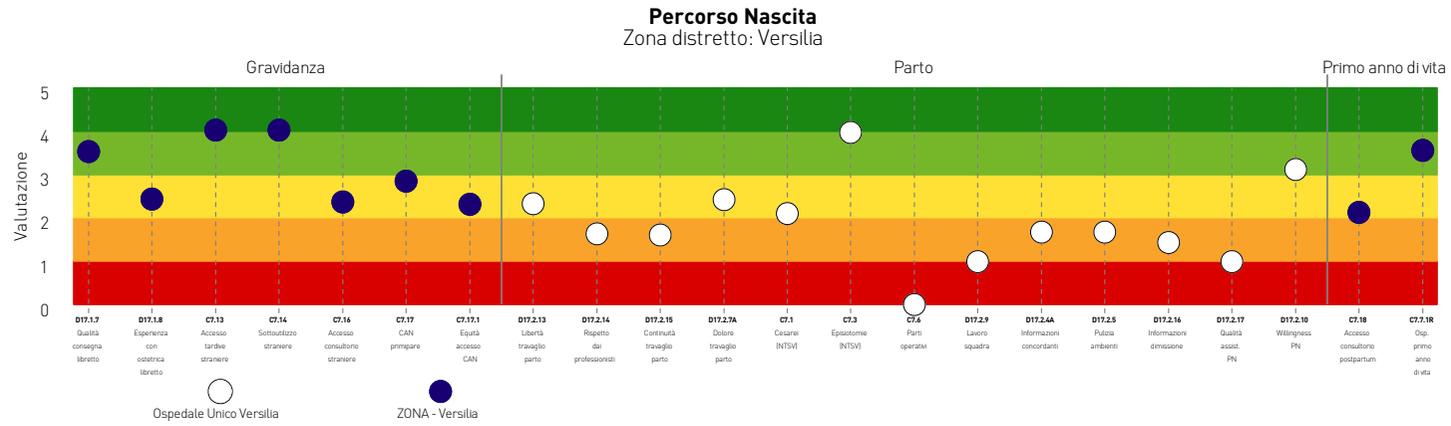
Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

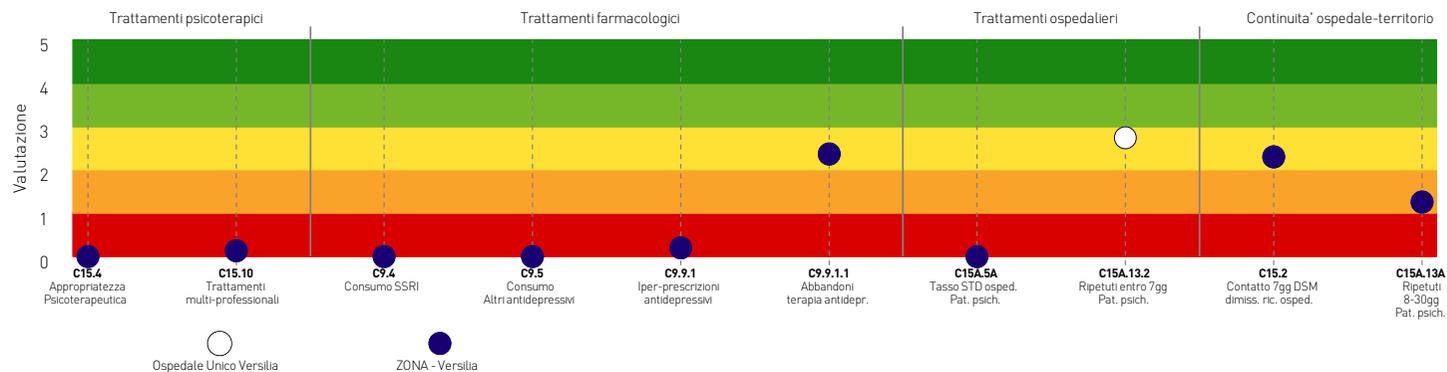
## Versilia Valutazione della performance 2019





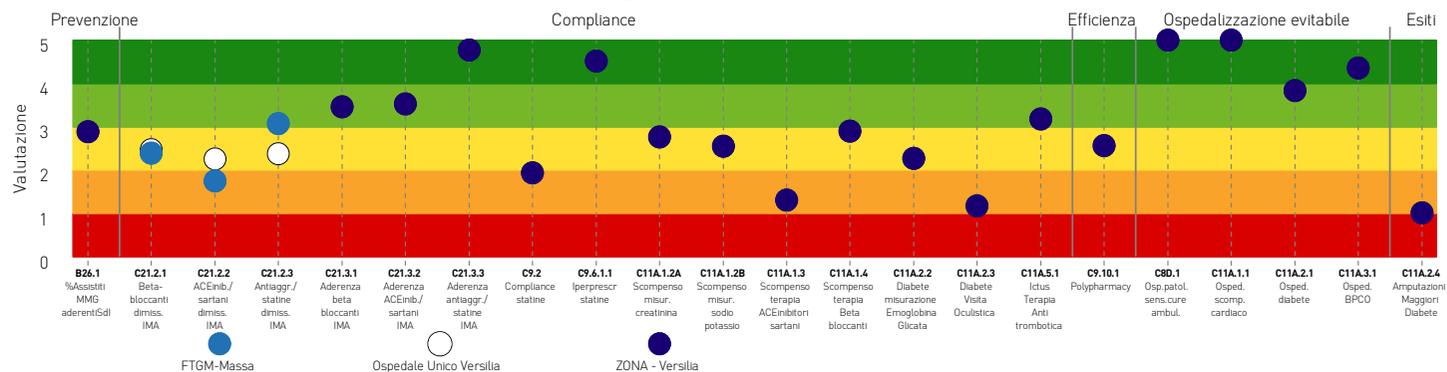
### Percorso Salute Mentale

Zona distretto: Versilia



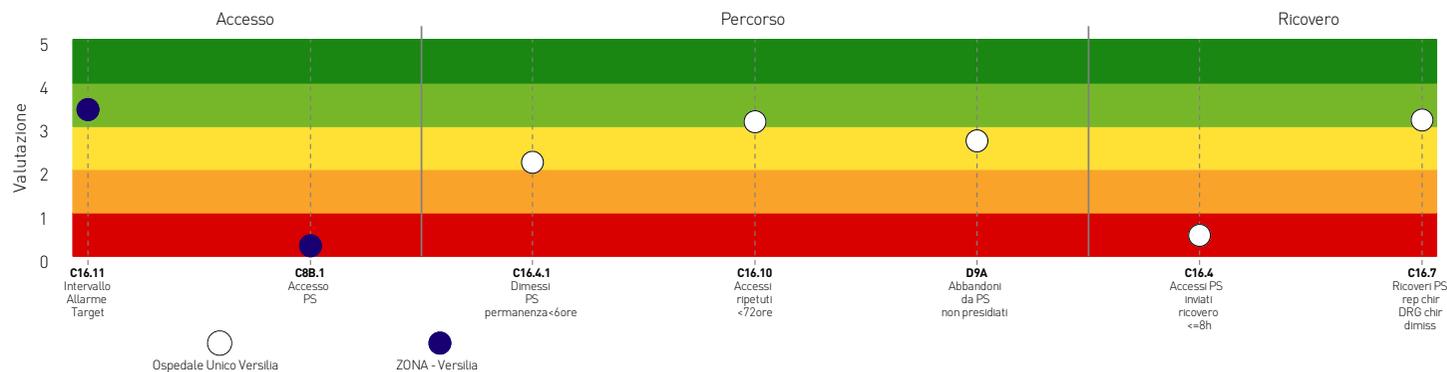
### Percorso Cronicità

Zona distretto: Versilia



### Percorso Emergenza-Urgenza

Zona distretto: Versilia



# Alta Val d'Elsa

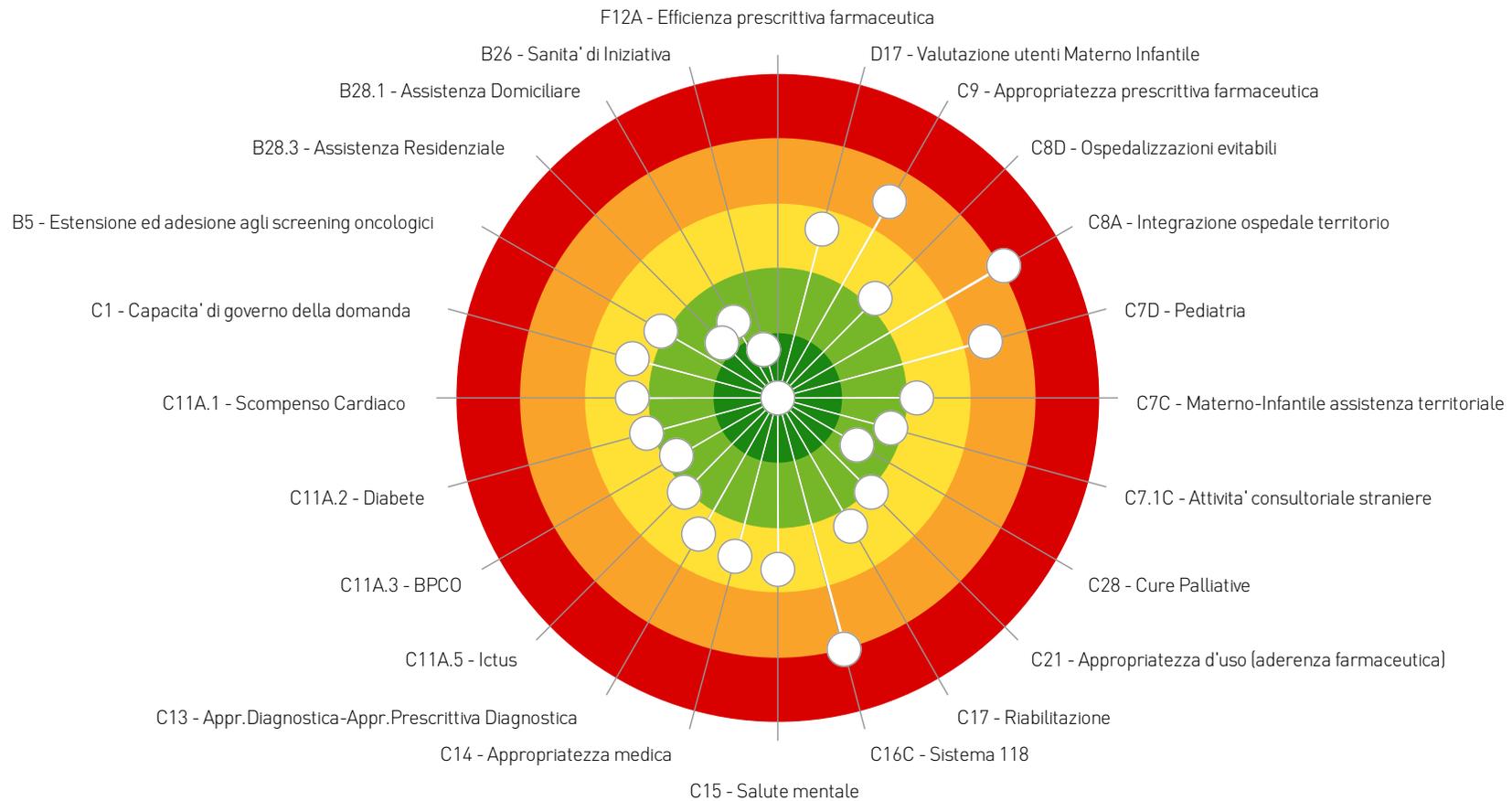
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

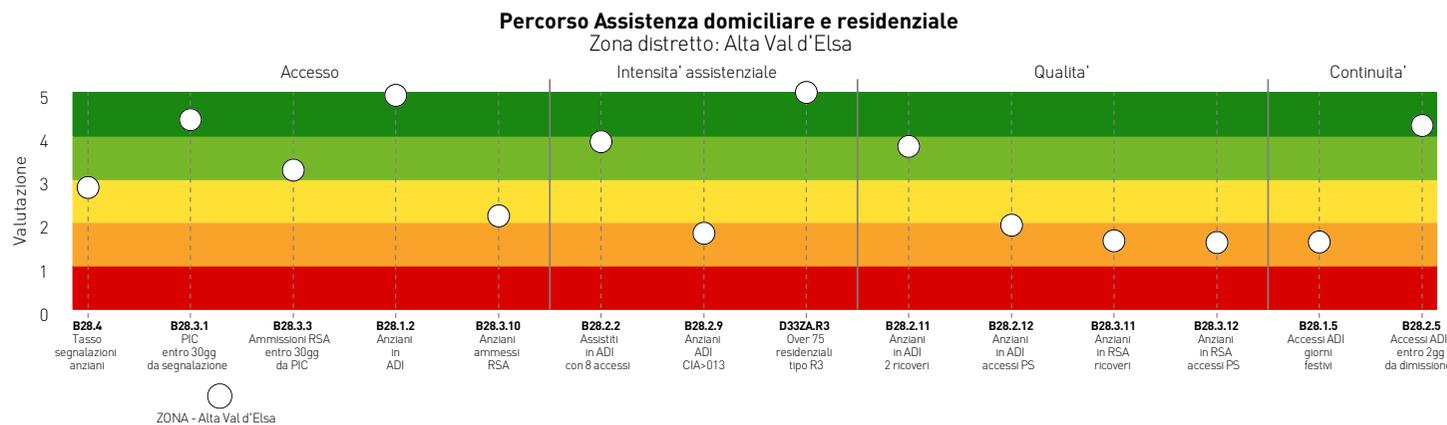
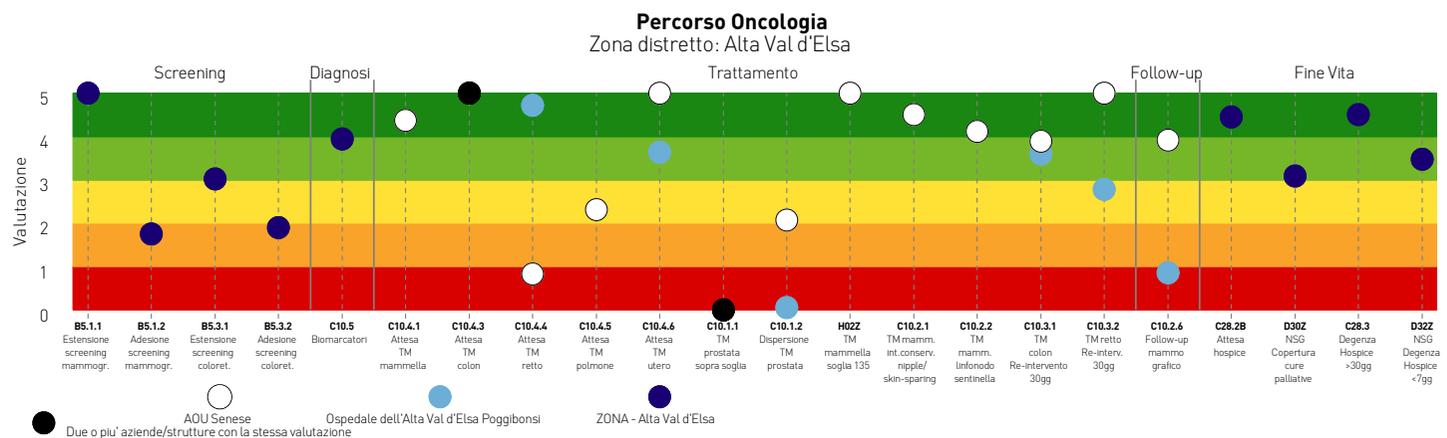
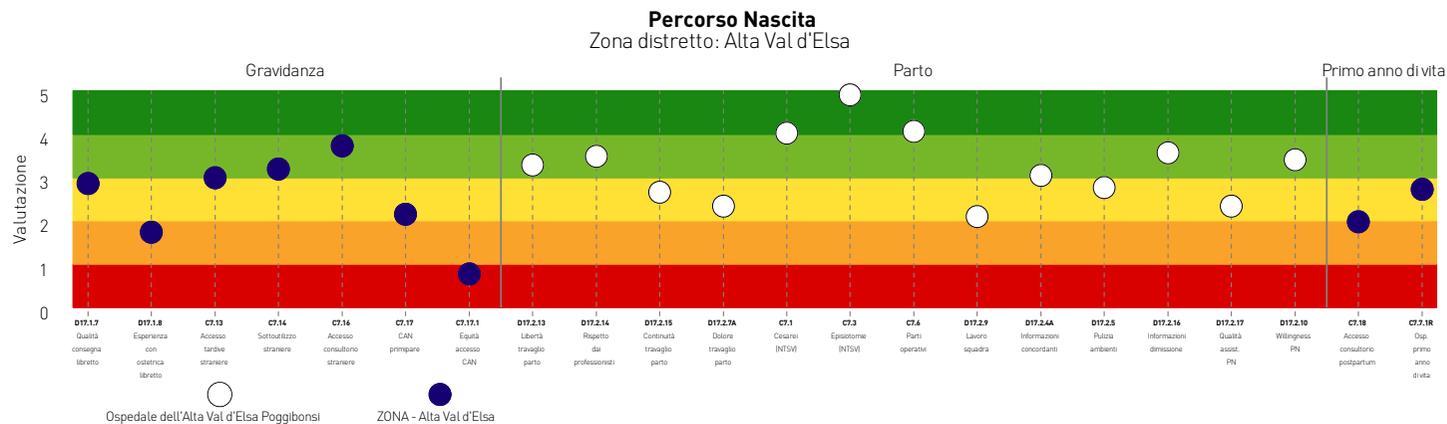
Numero indicatori di valutazione: 95

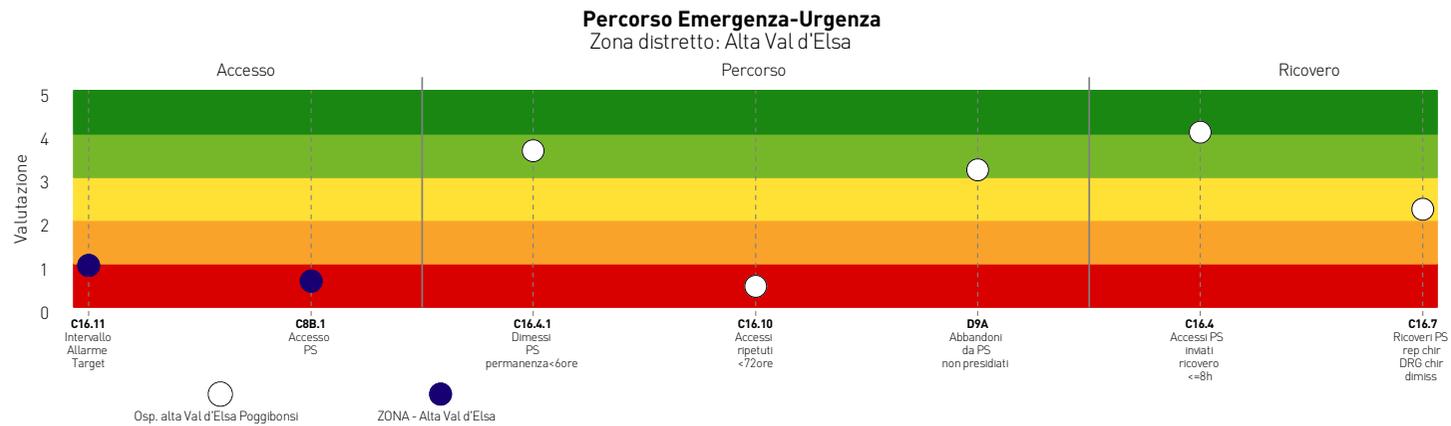
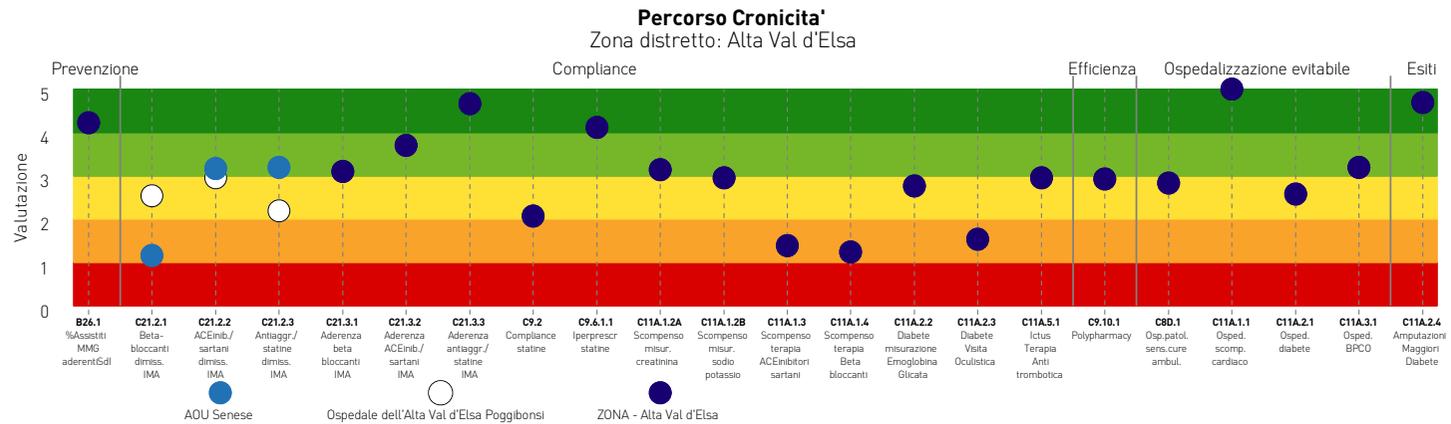
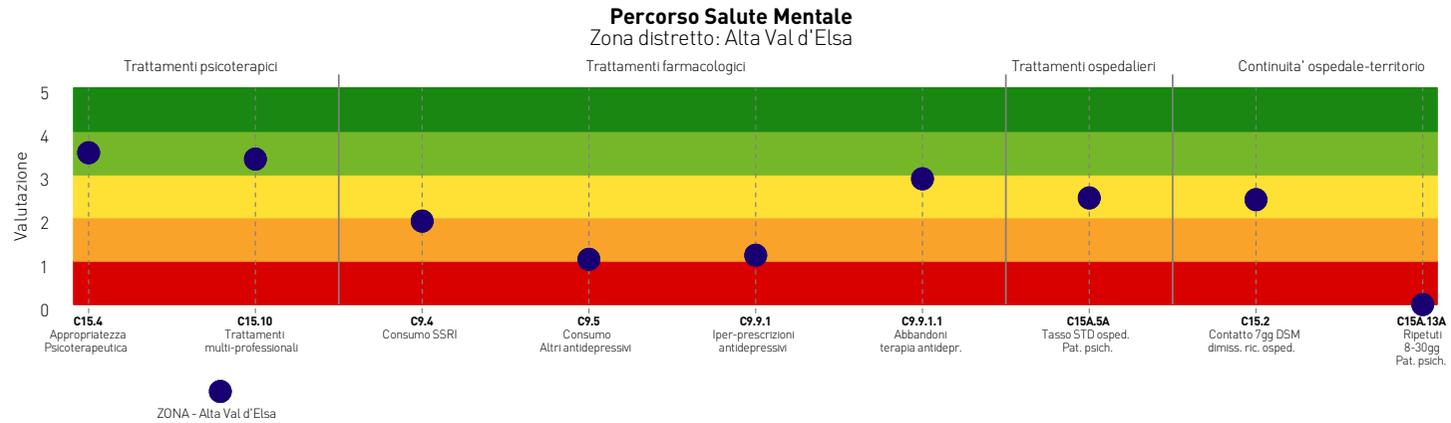


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Alta Val d'Elsa Valutazione della performance 2019







# Senese

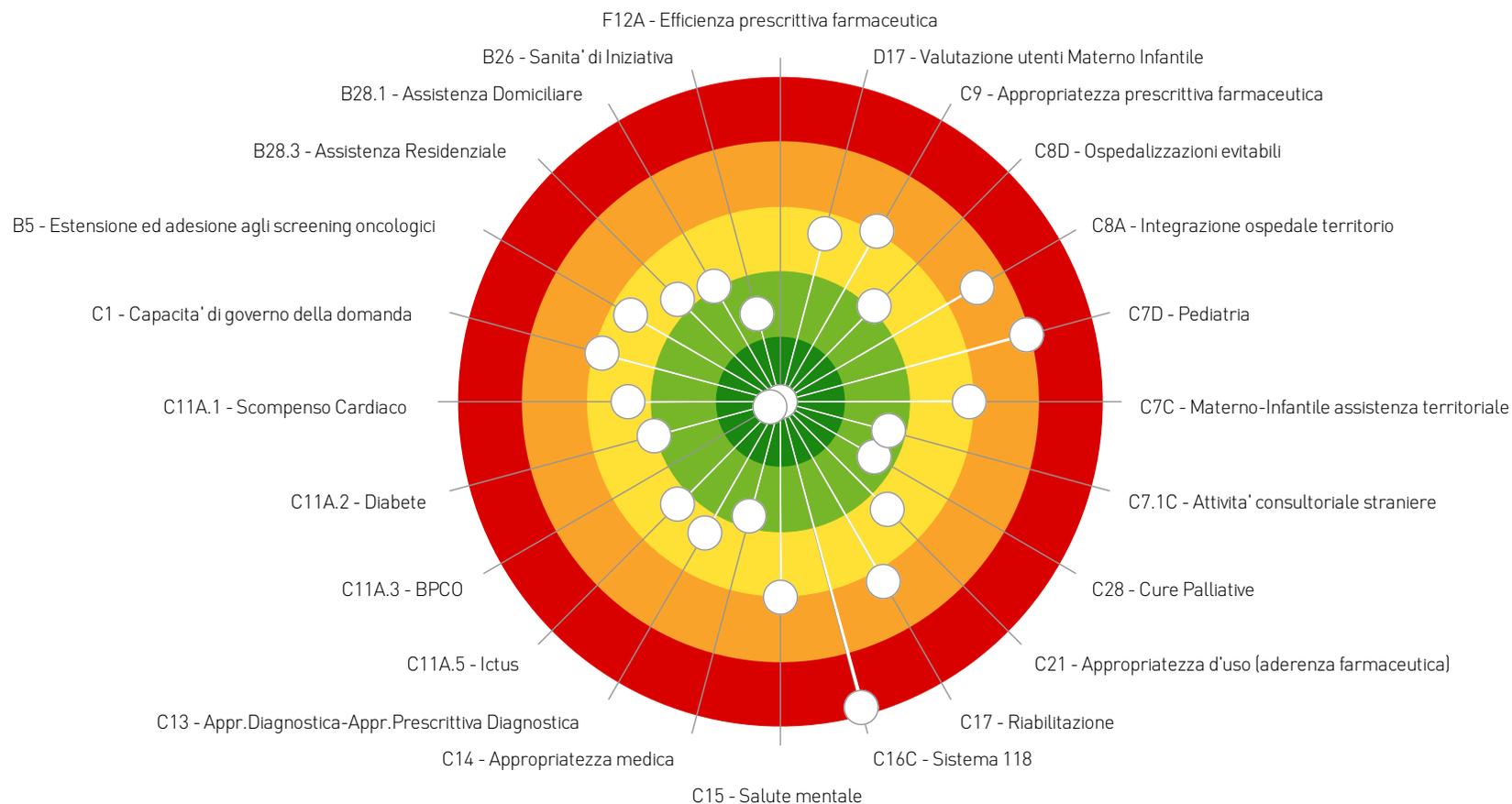
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

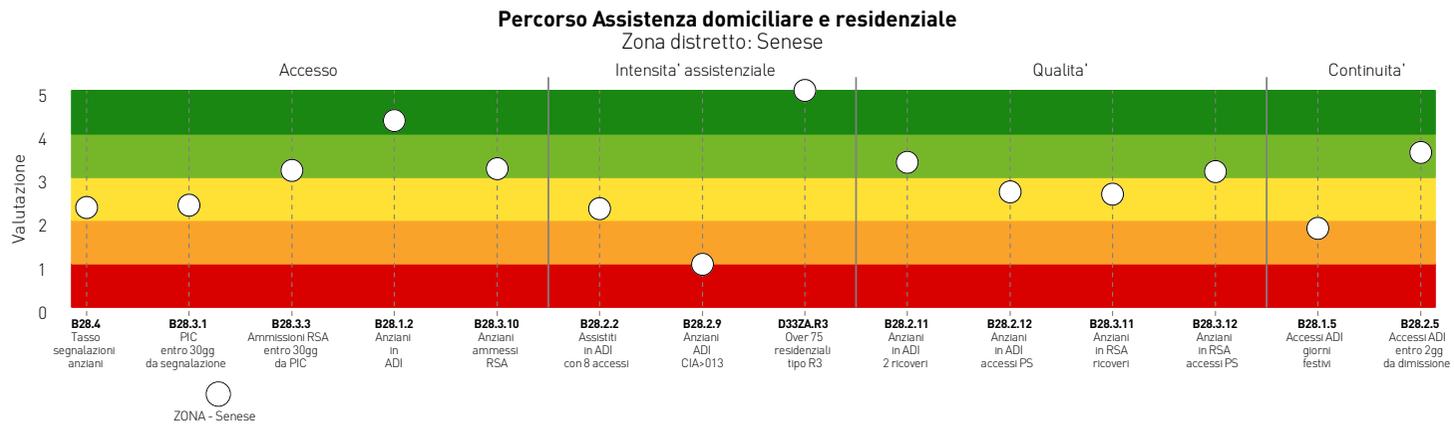
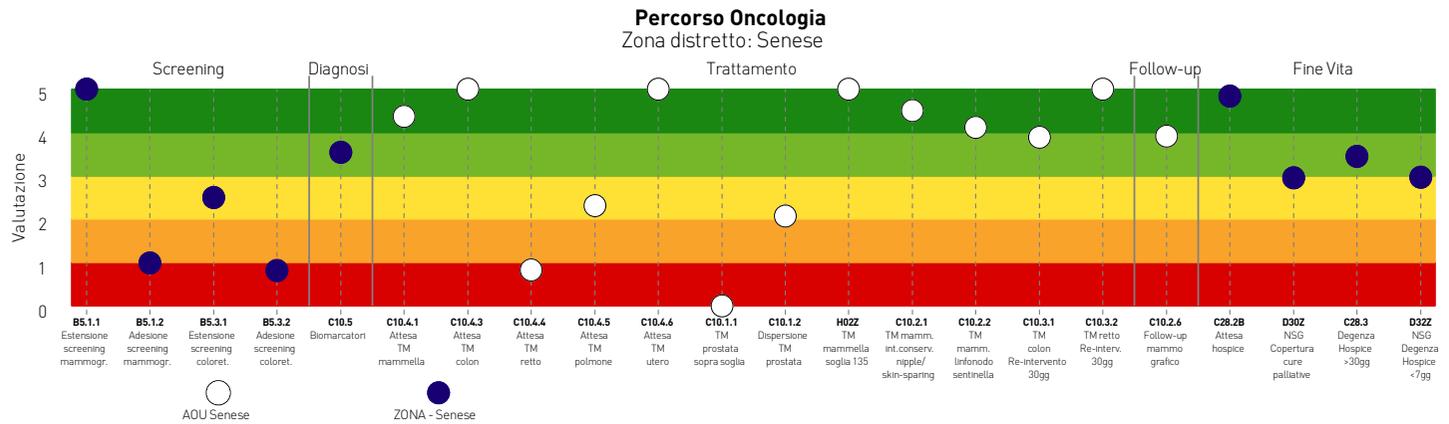
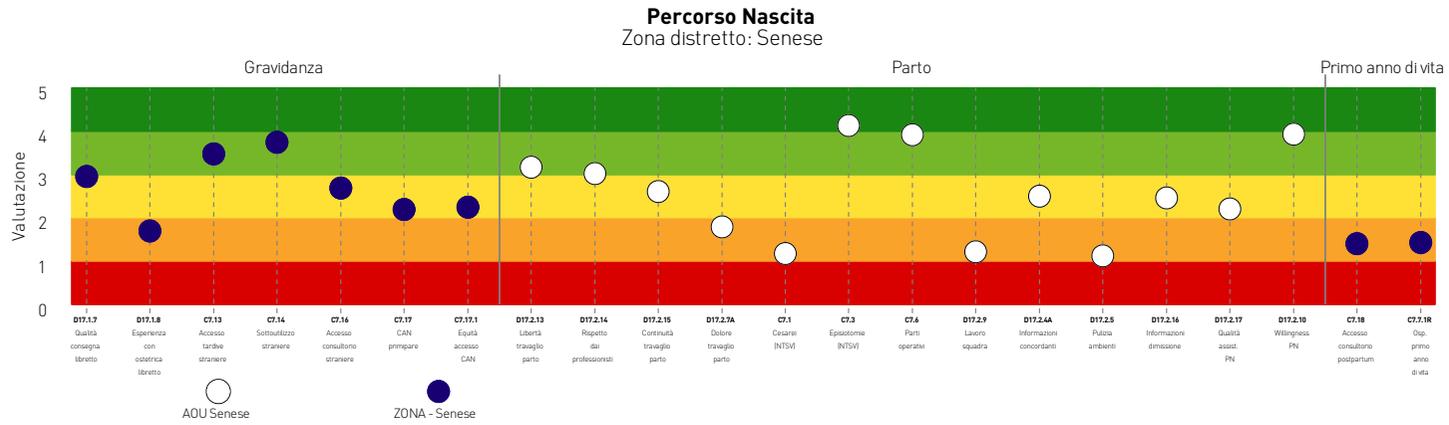
Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

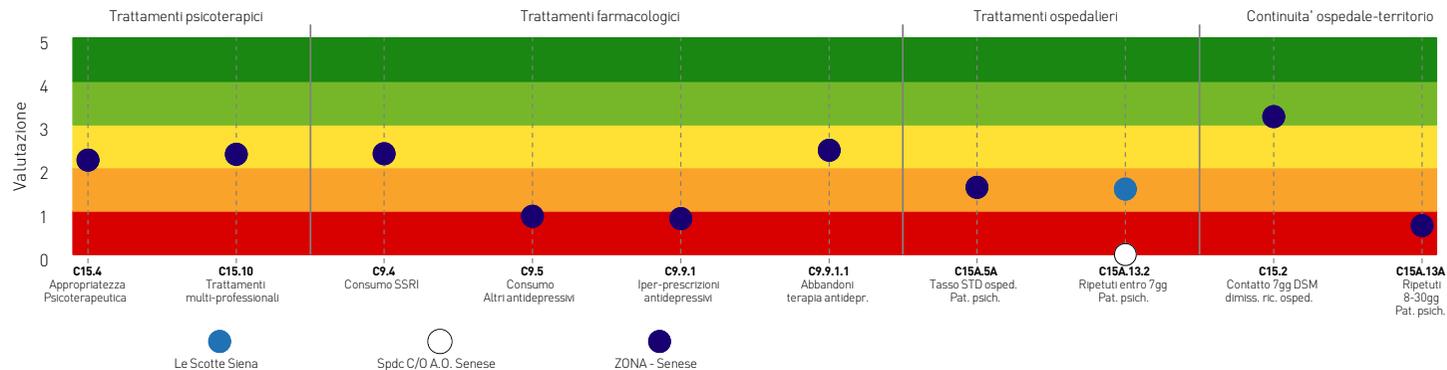
## Senese Valutazione della performance 2019





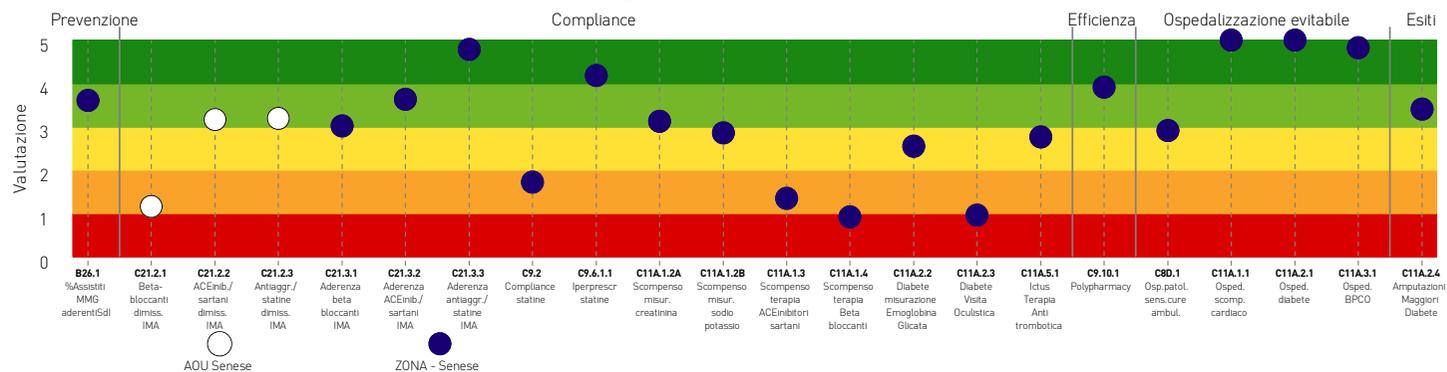
### Percorso Salute Mentale

Zona distretto: Senese



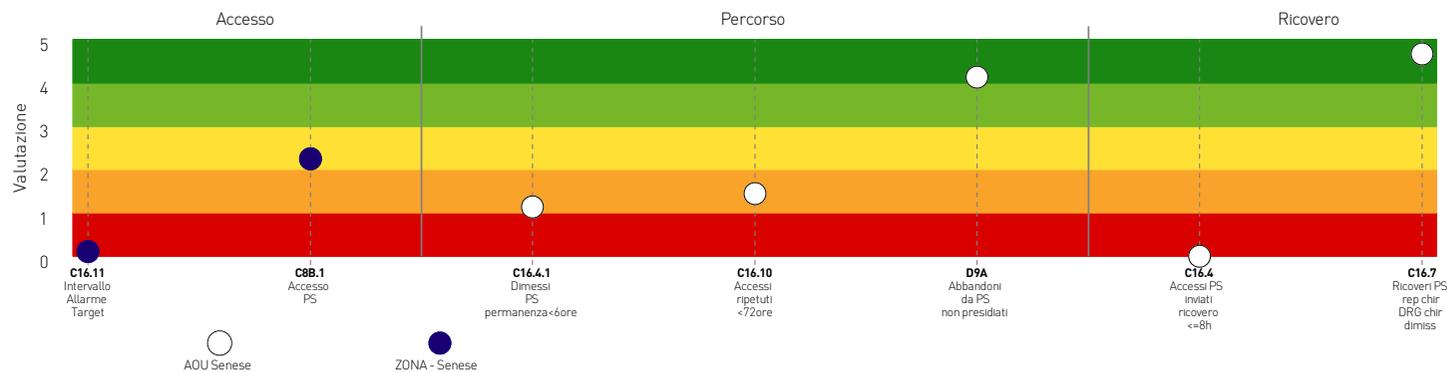
### Percorso Cronicit 

Zona distretto: Senese



### Percorso Emergenza-Urgenza

Zona distretto: Senese



# Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese

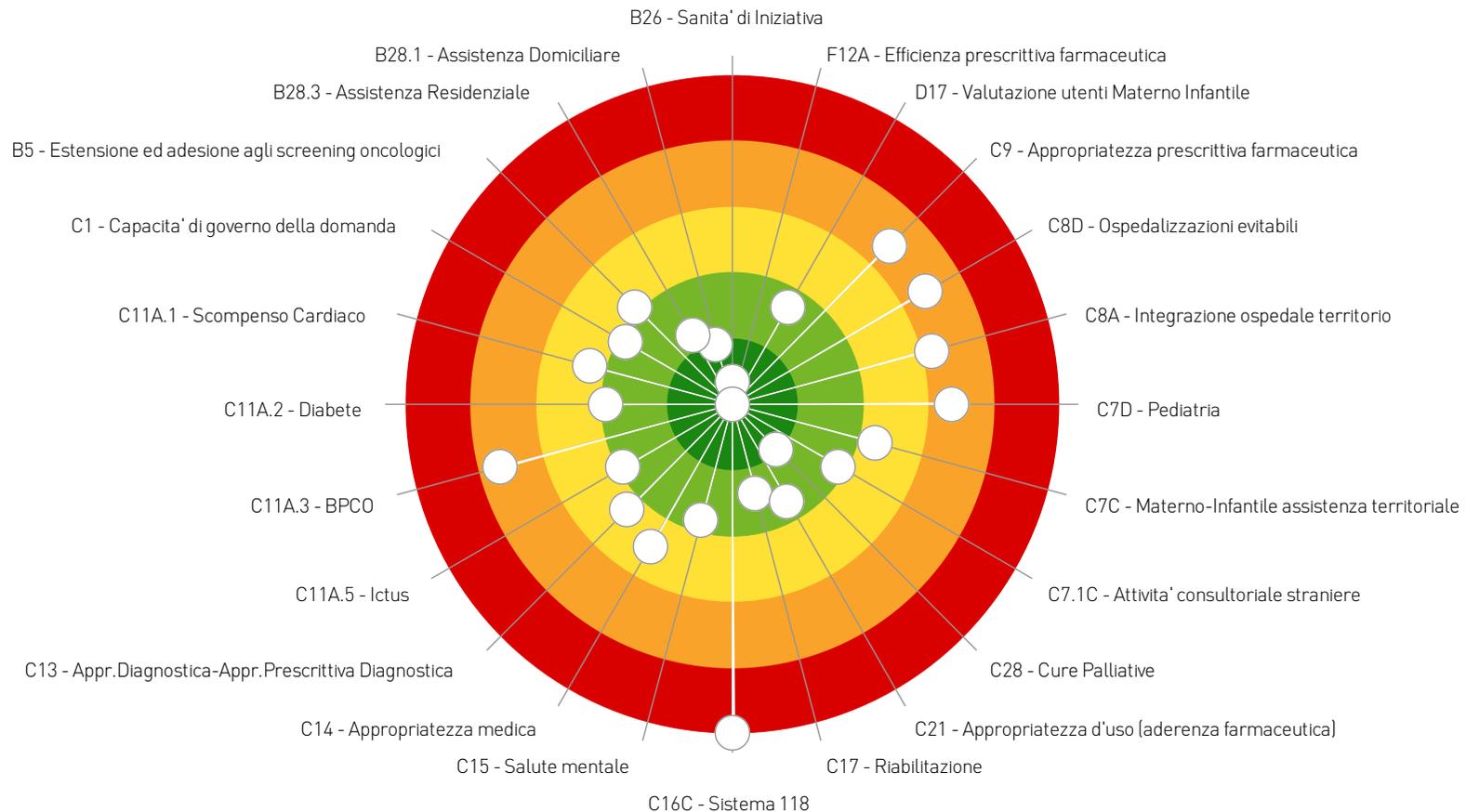
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

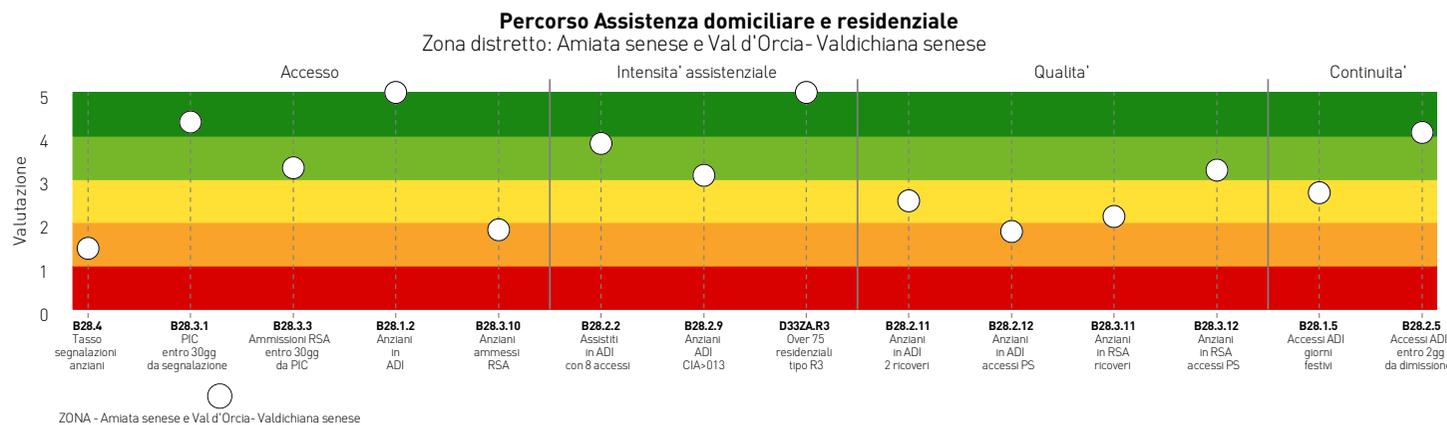
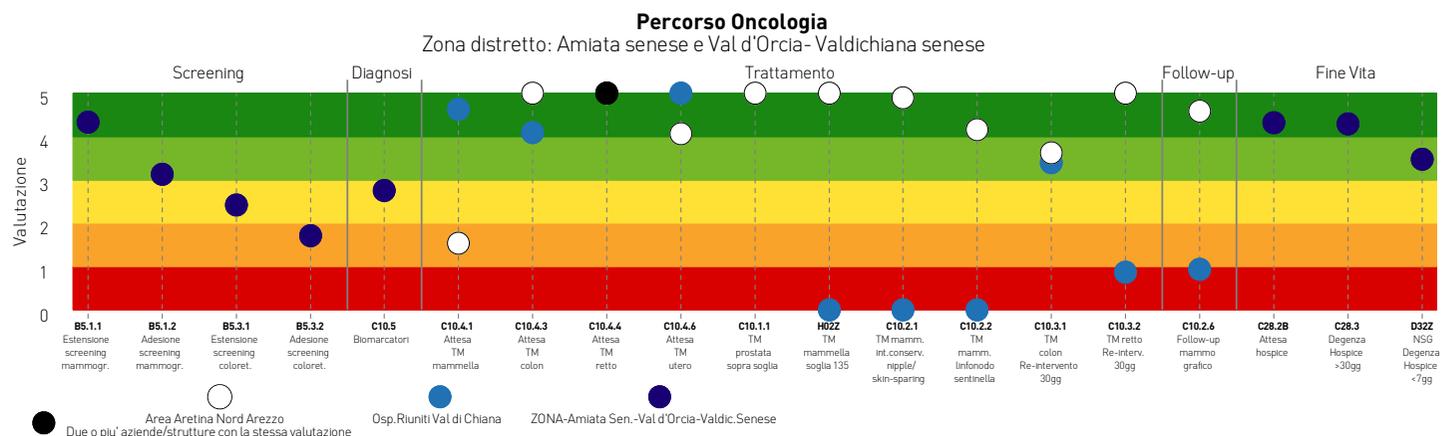
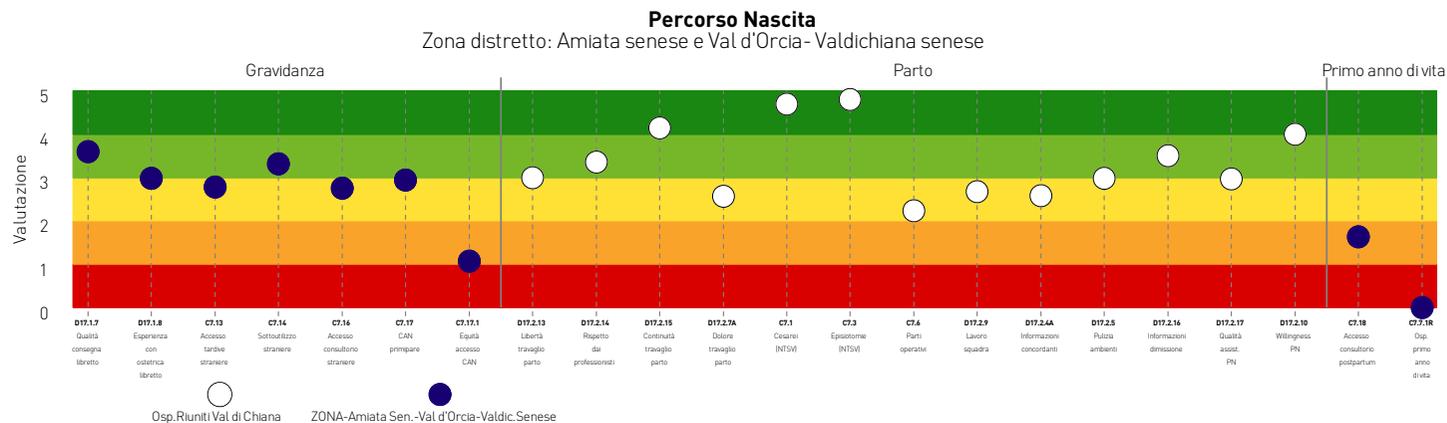
Numero indicatori di valutazione: 90

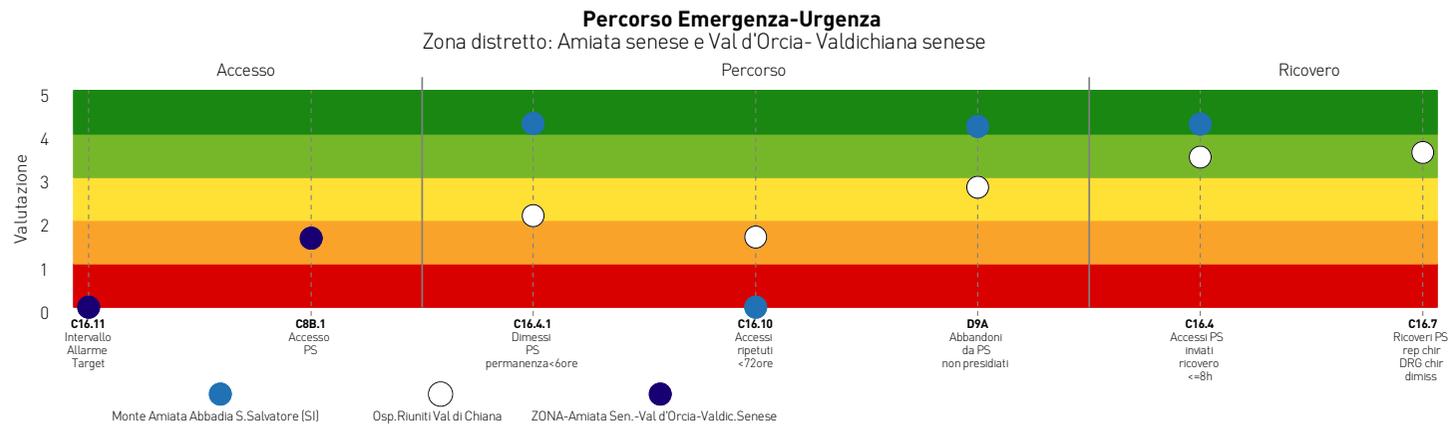
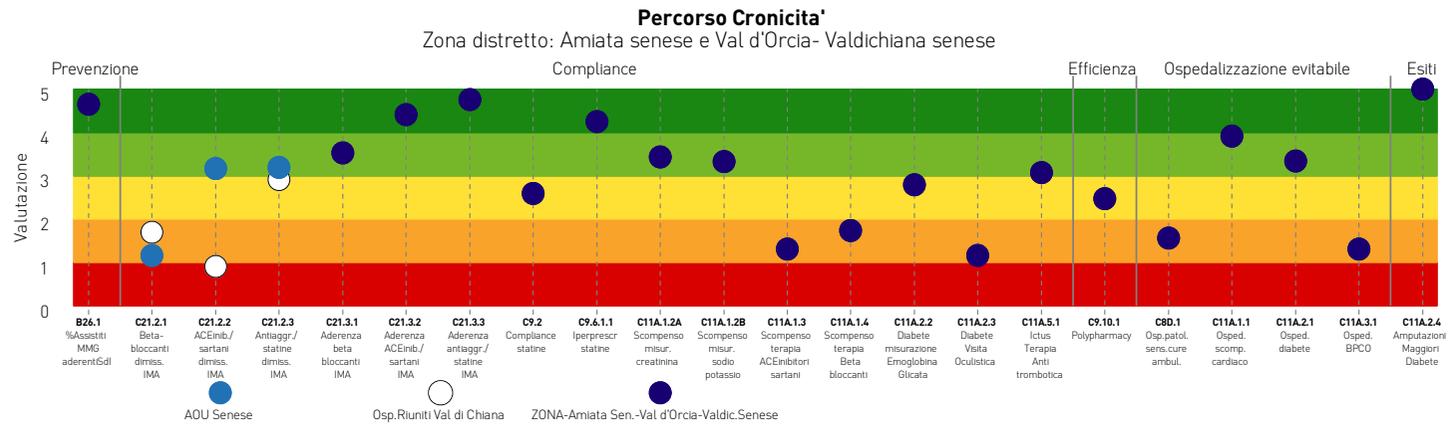
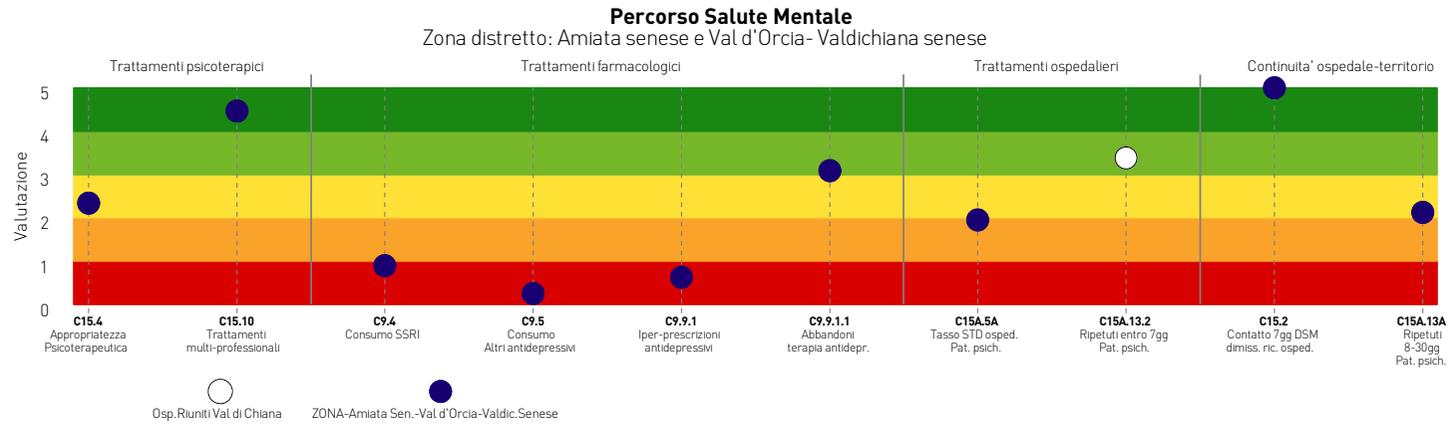


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese Valutazione della performance 2019



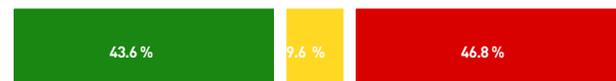




# Val di Chiana Aretina

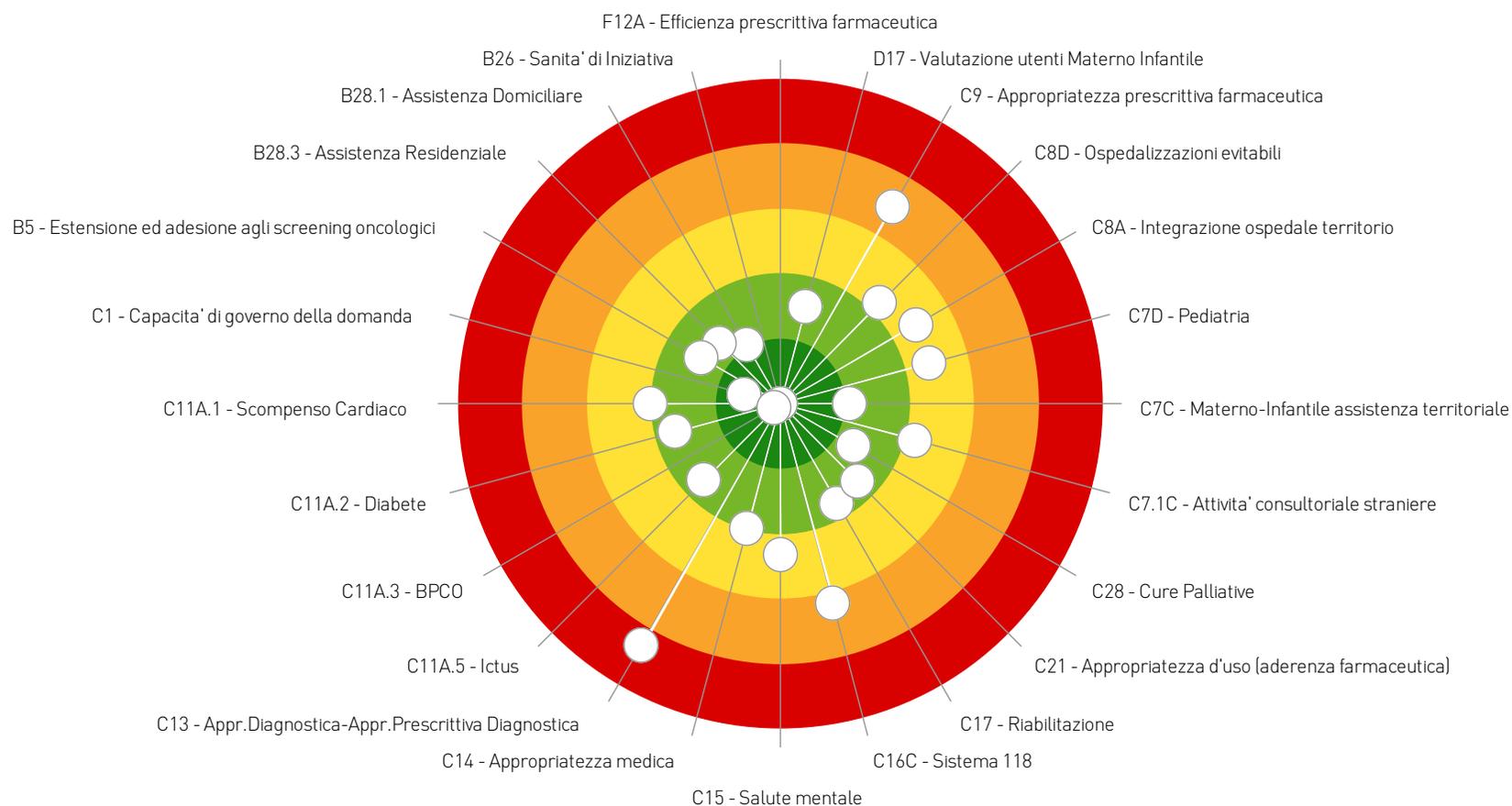
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

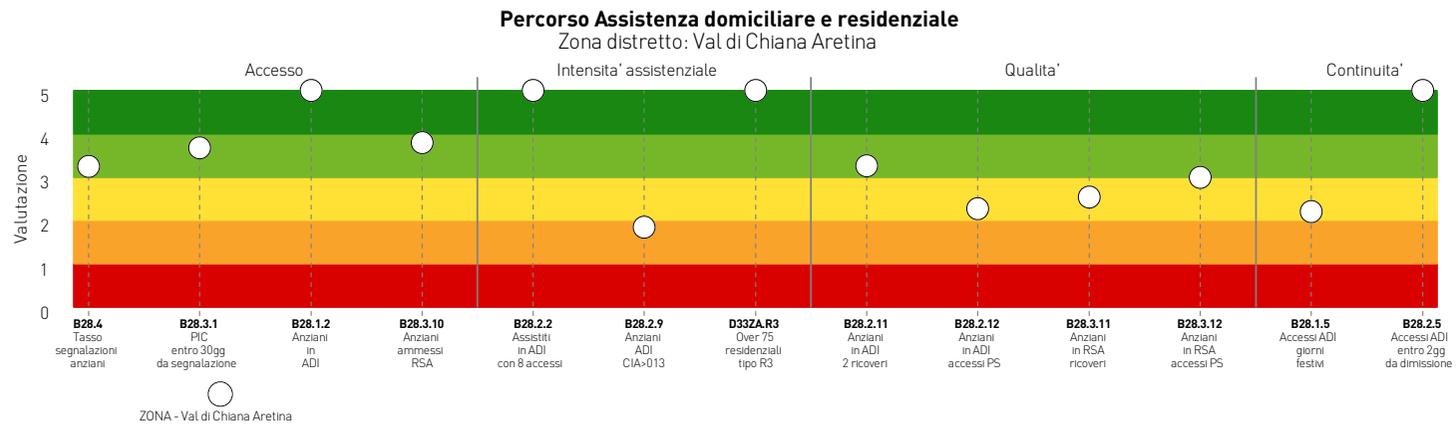
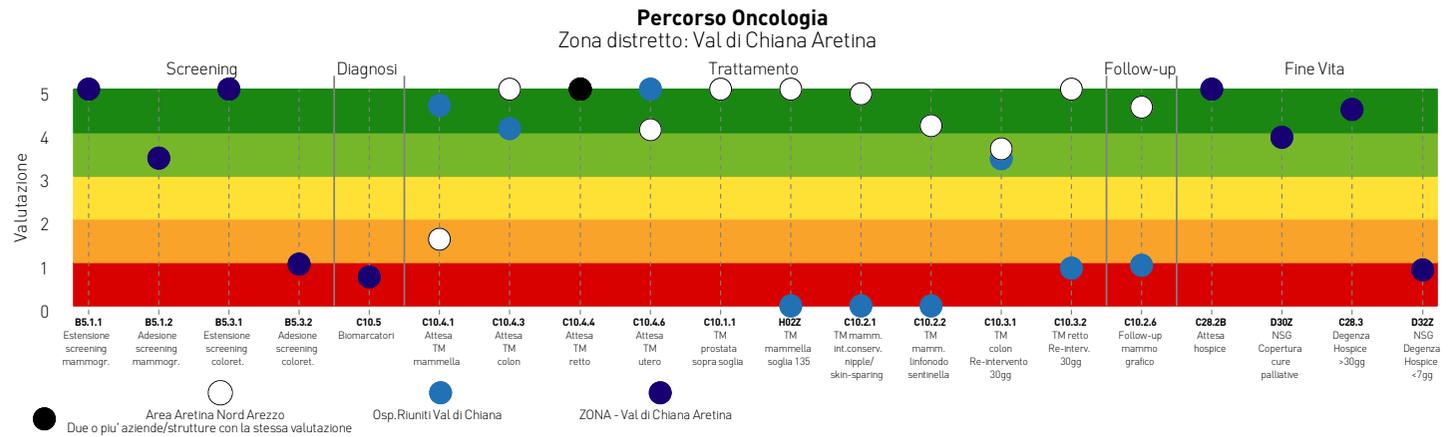
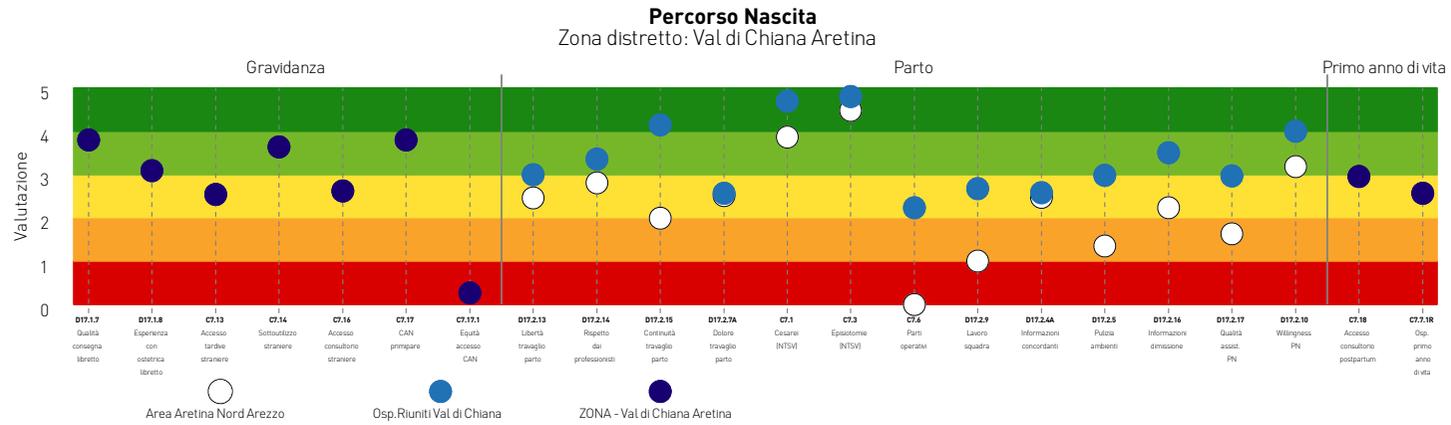
Numero indicatori di valutazione: 94

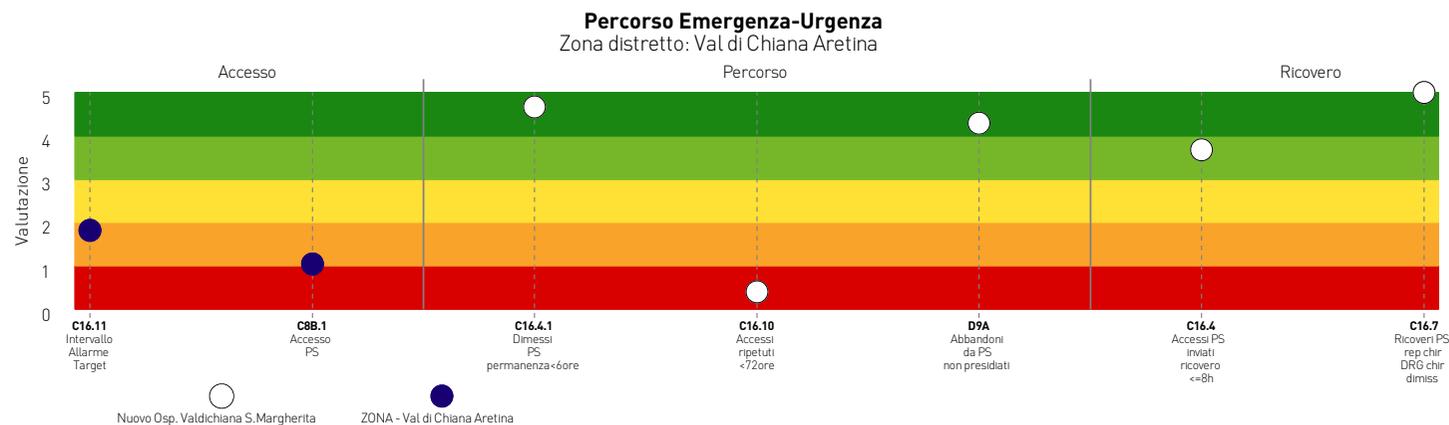
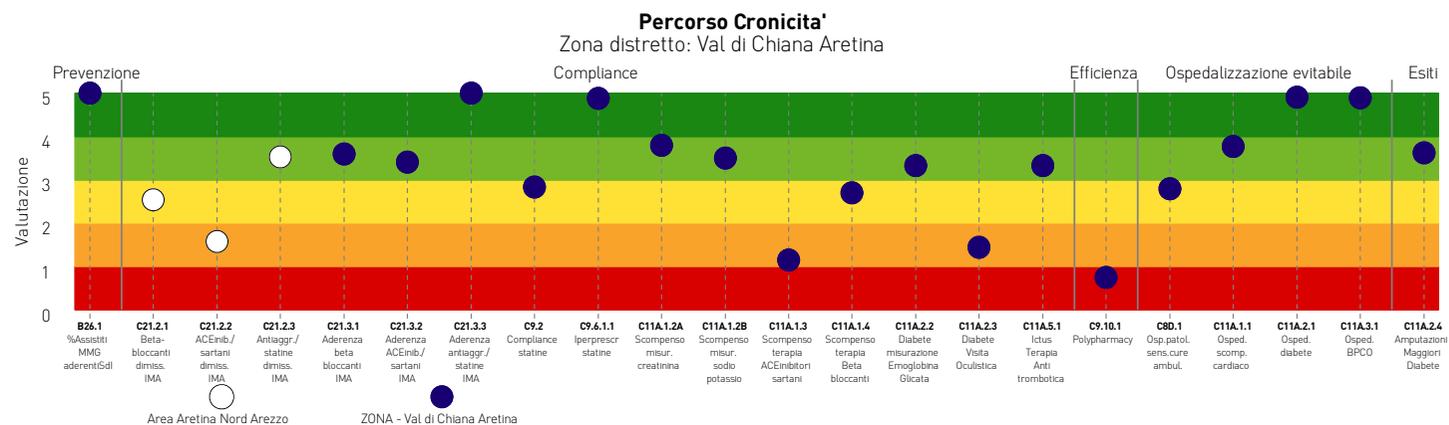
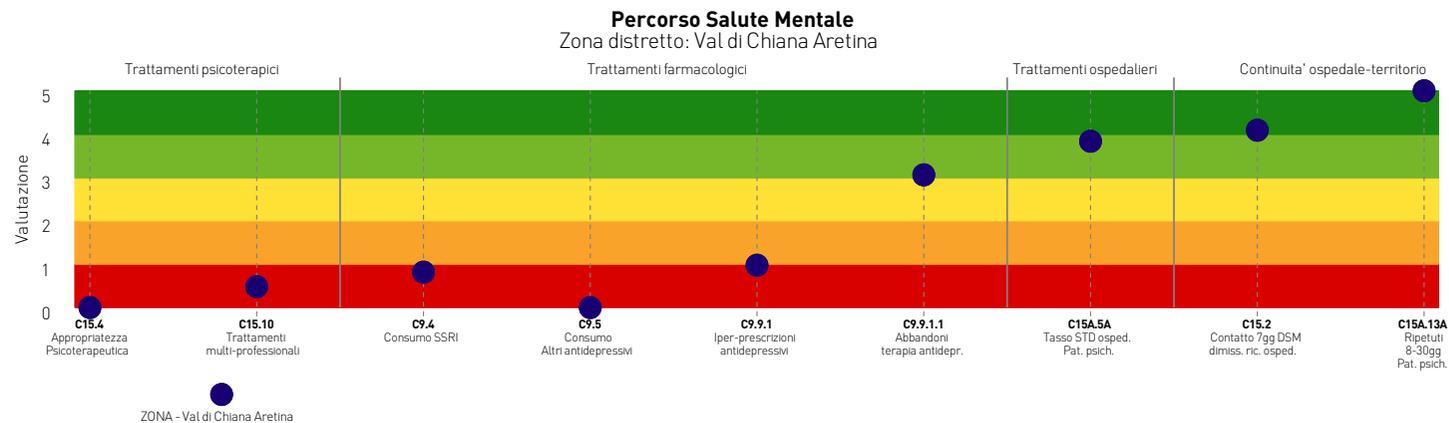


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Val di Chiana Aretina Valutazione della performance 2019







# Valdarno

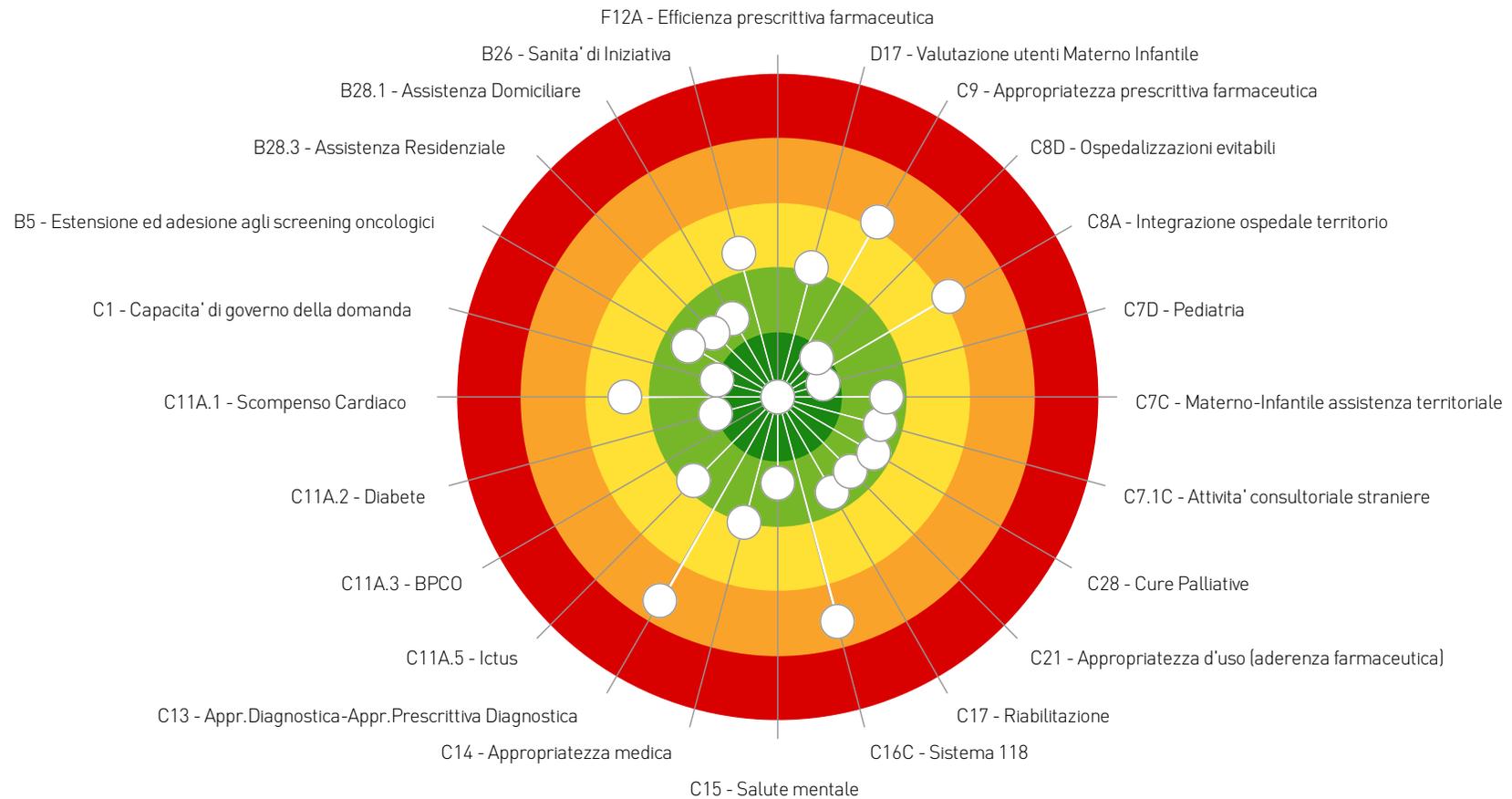
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

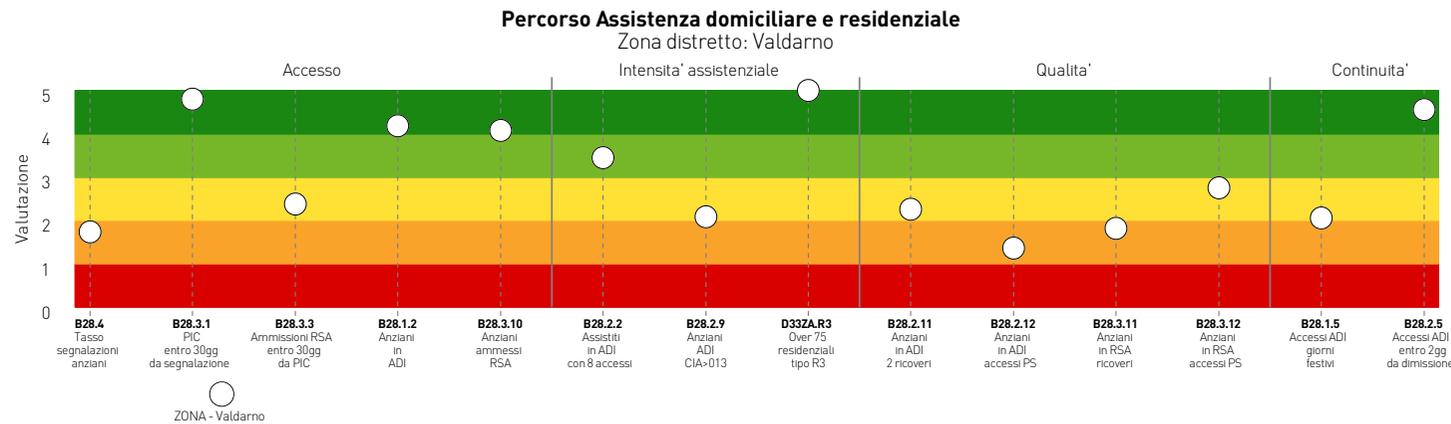
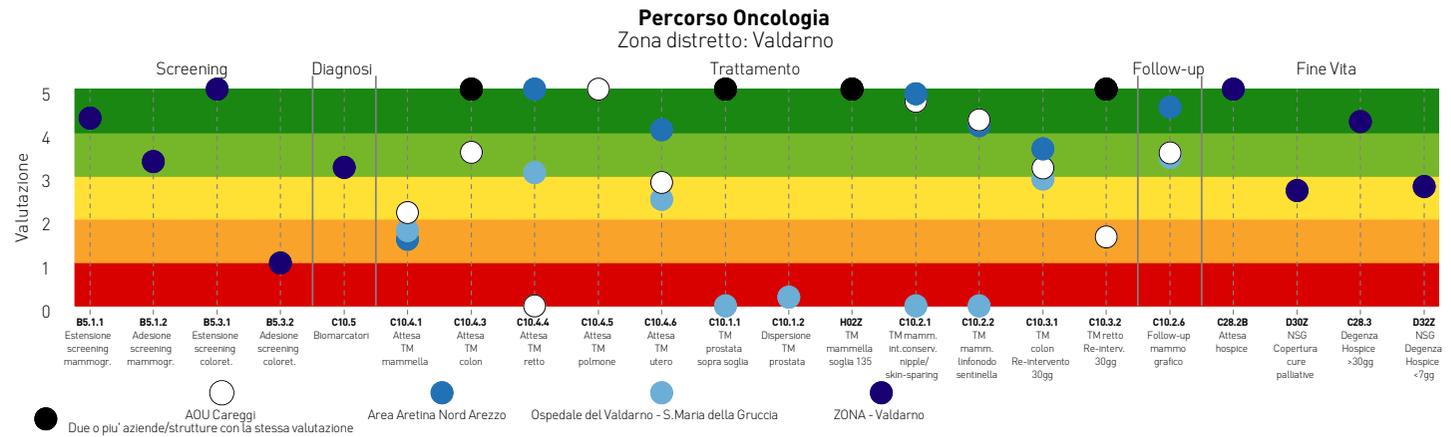
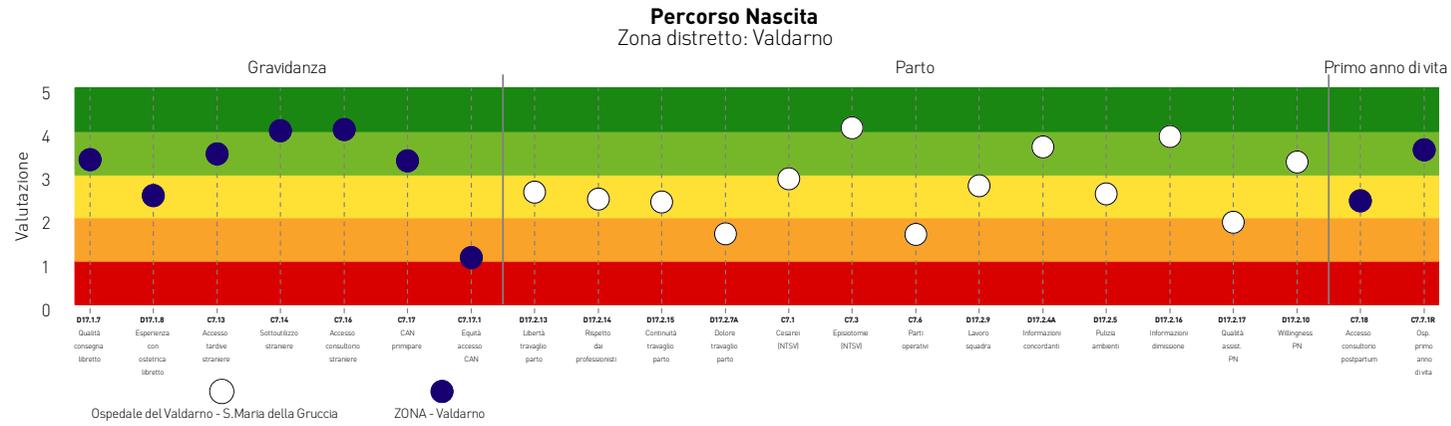
Numero indicatori di valutazione: 95



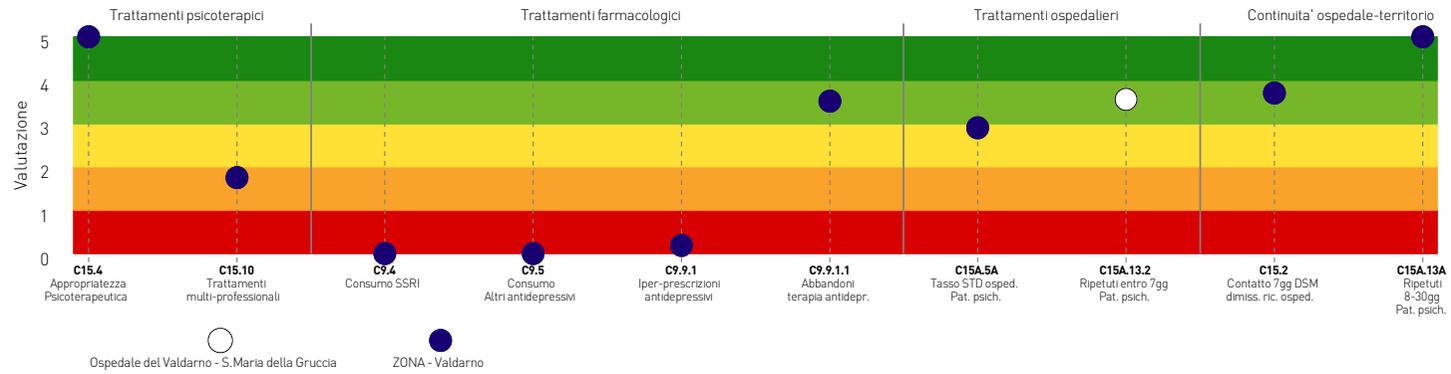
● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Valdarno Valutazione della performance 2019

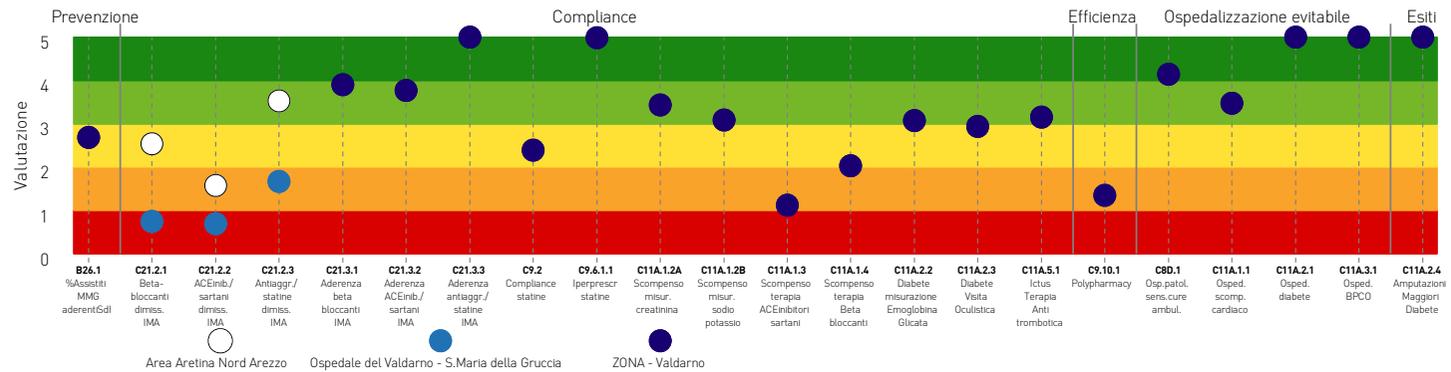




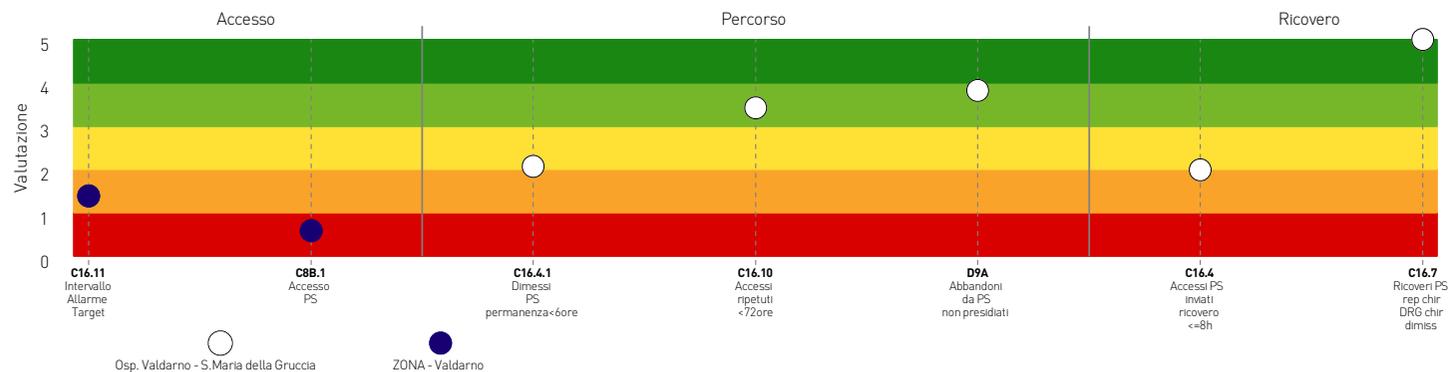
### Percorso Salute Mentale Zona distretto: Valdarno



### Percorso Cronicita' Zona distretto: Valdarno



### Percorso Emergenza-Urgenza Zona distretto: Valdarno



### Andamento indicatori - Trend 2018/2019

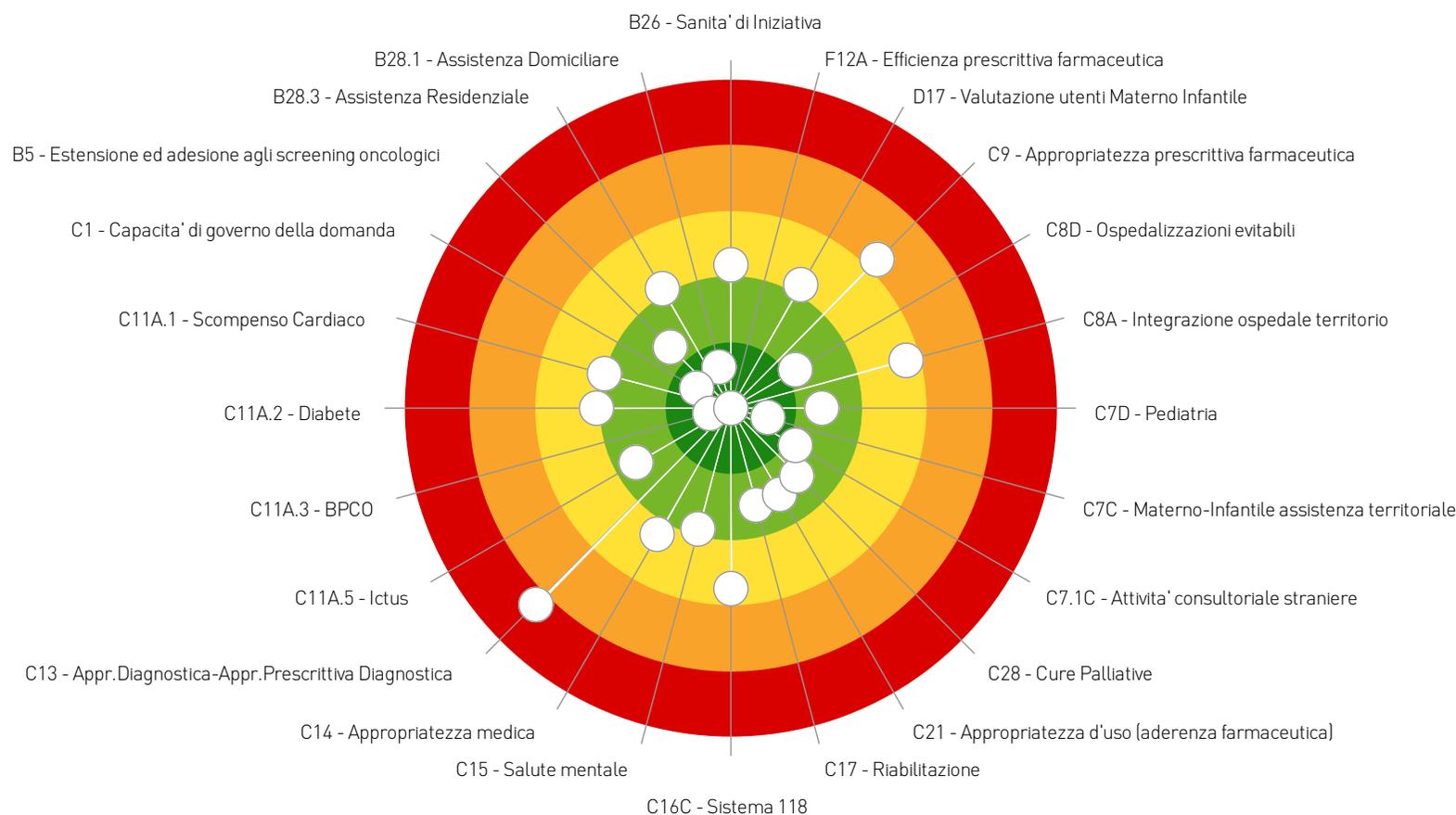
Numero indicatori di valutazione: 90

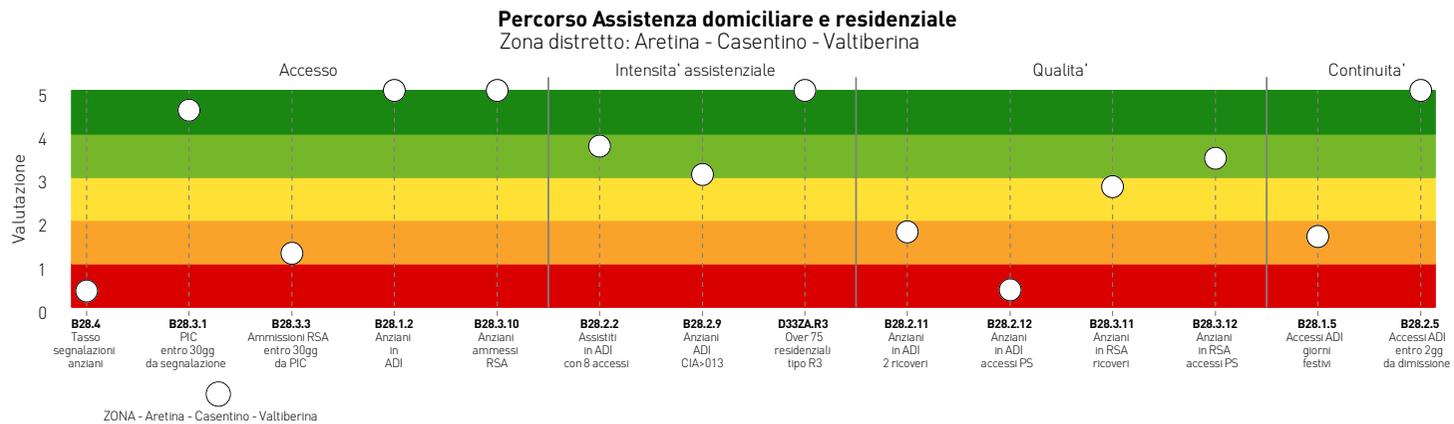
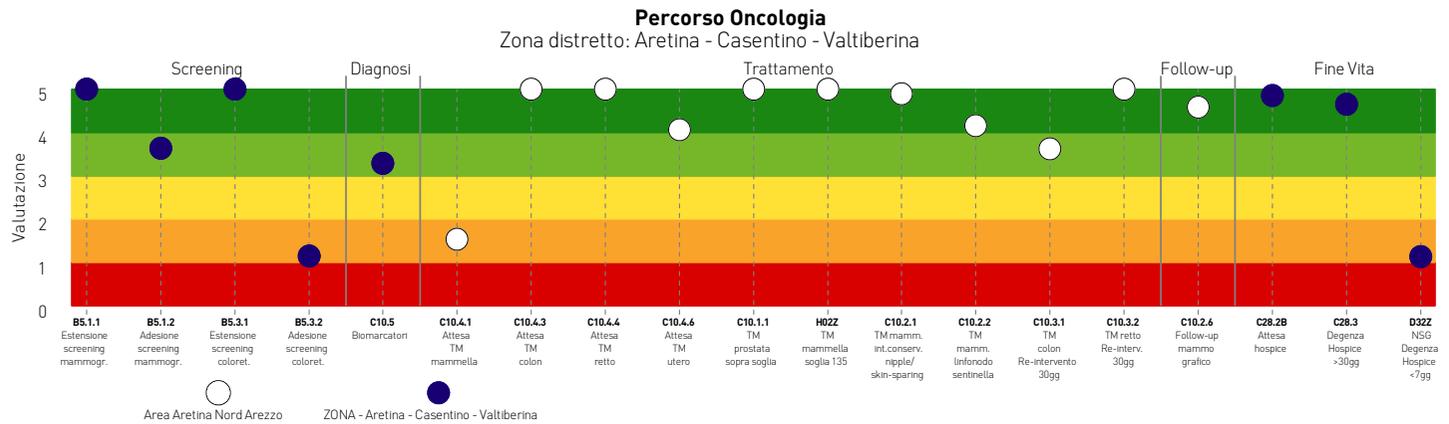
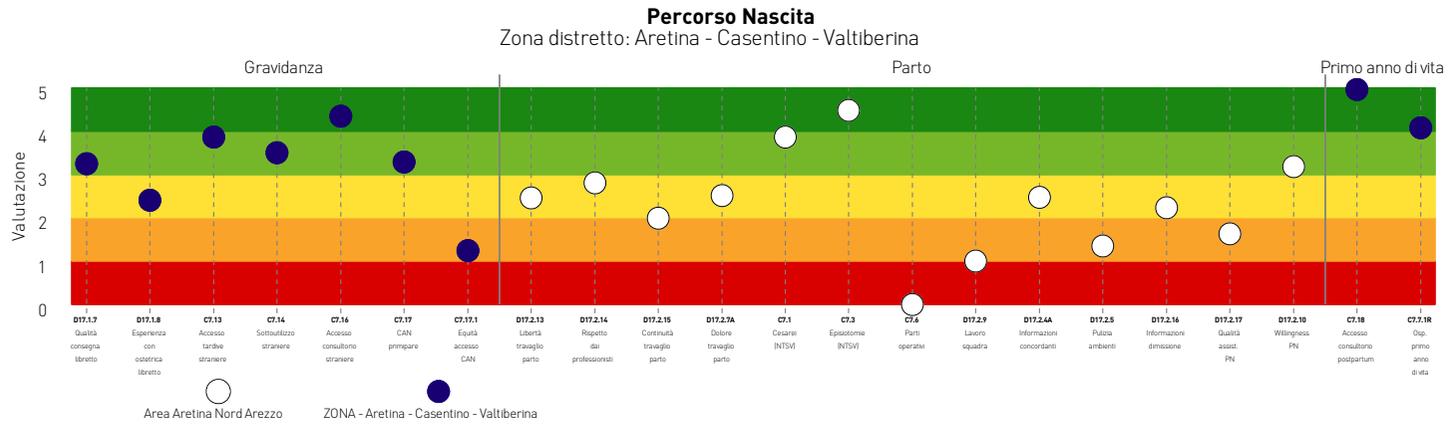


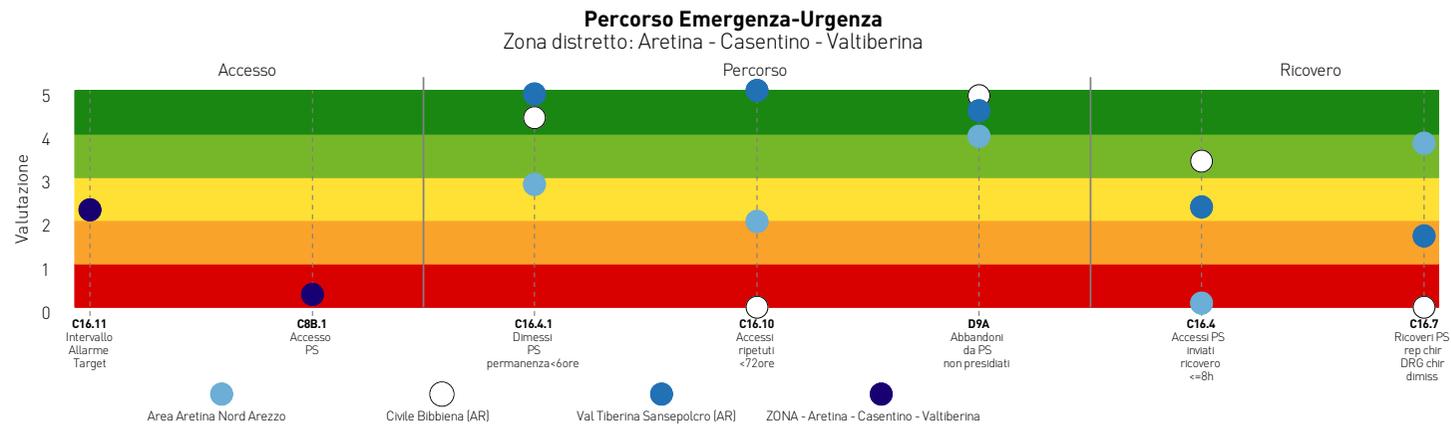
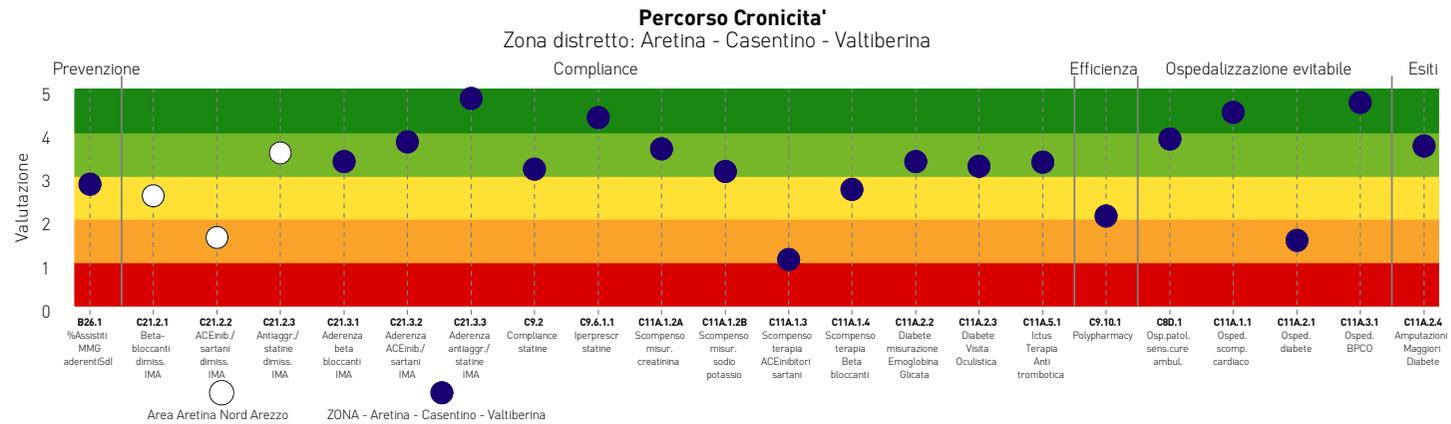
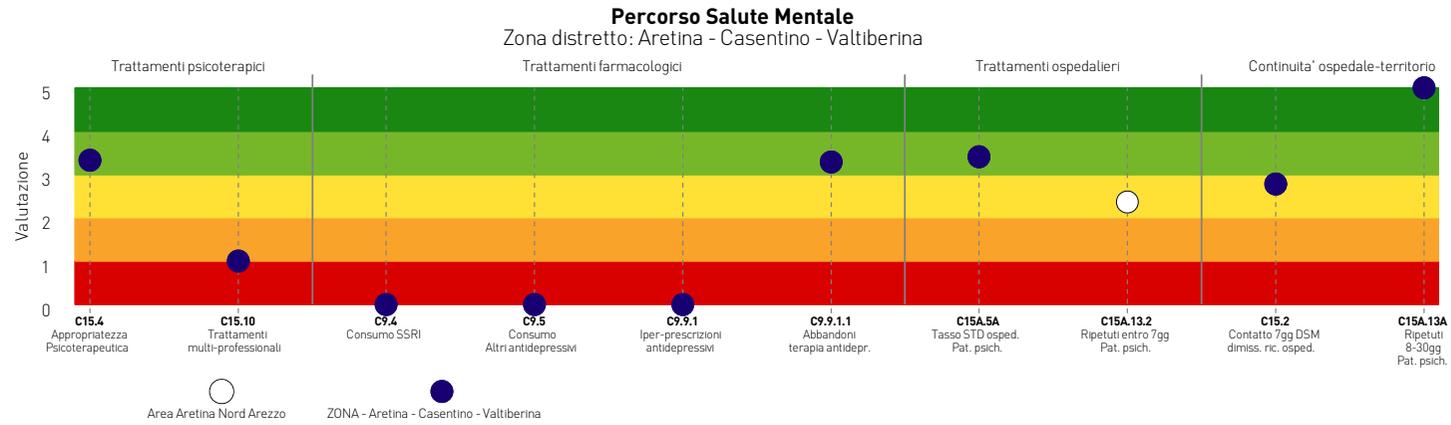
● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Aretina - Casentino - Valtiberina

### Aretina - Casentino - Valtiberina Valutazione della performance 2019



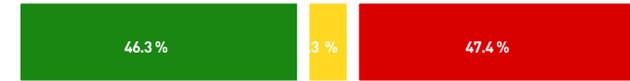




# Colline dell'Albegna

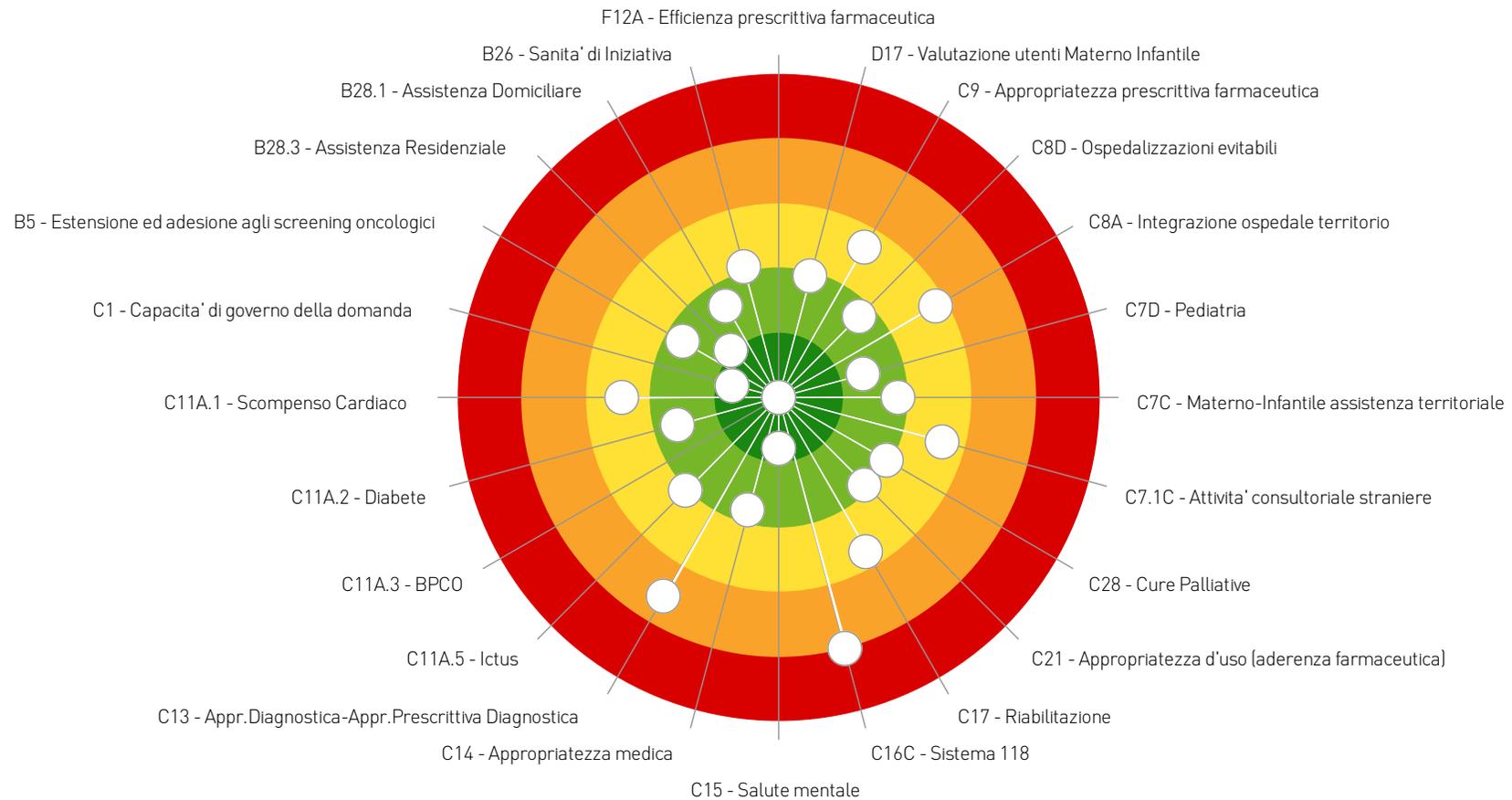
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

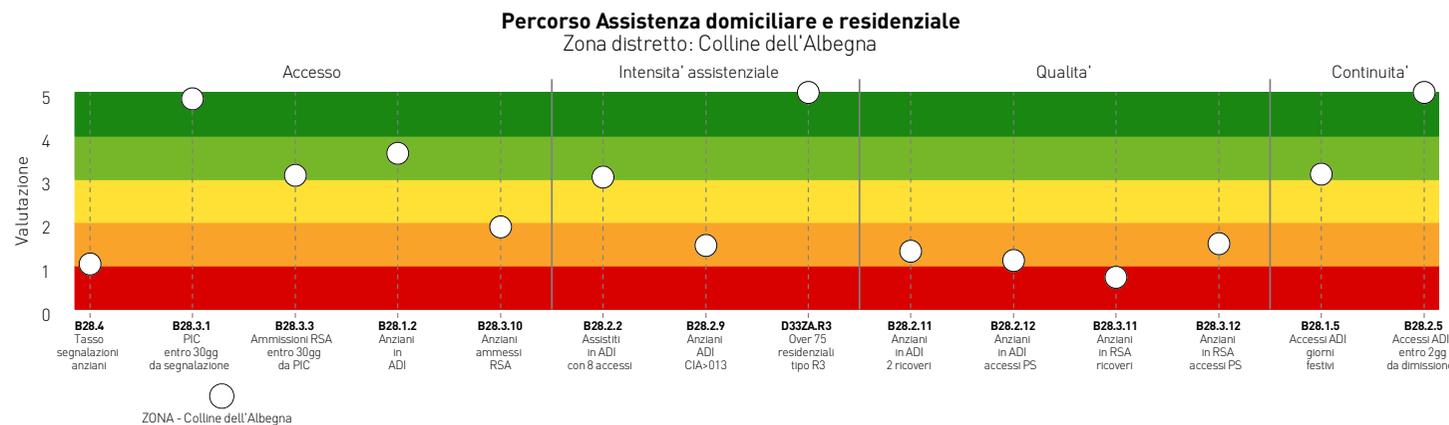
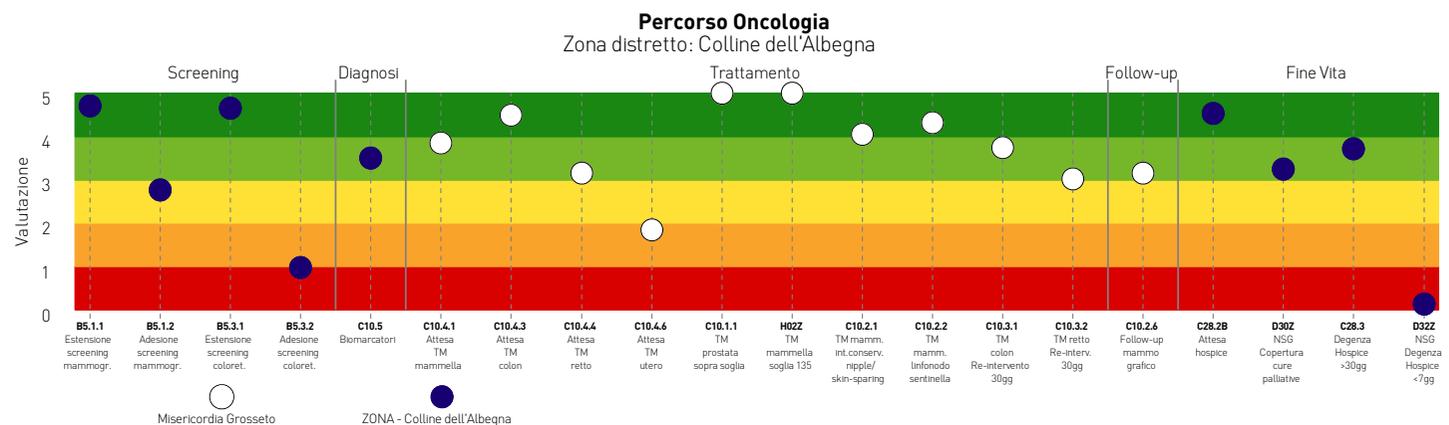
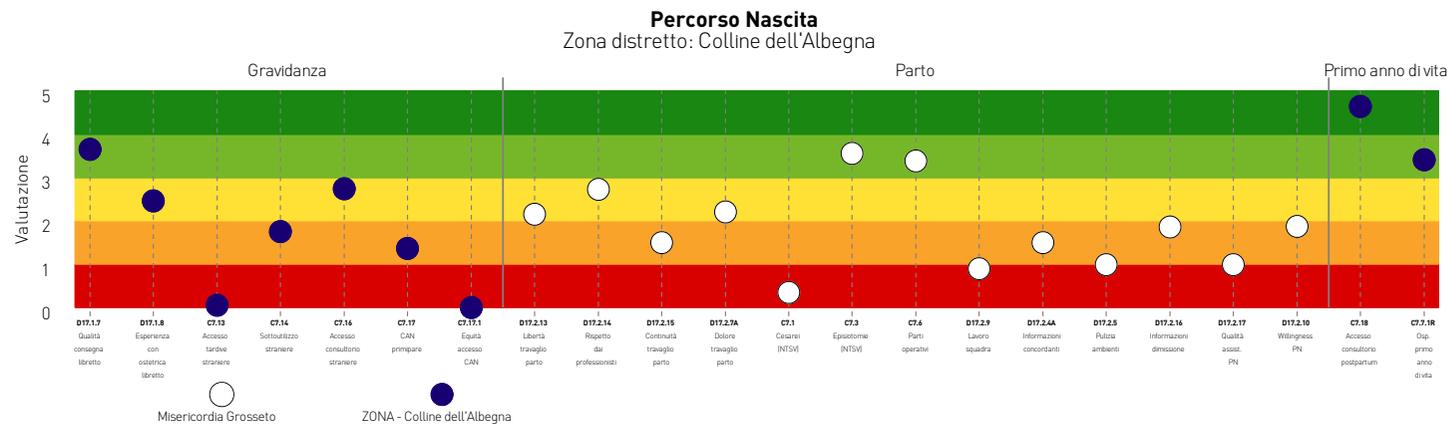
Numero indicatori di valutazione: 95

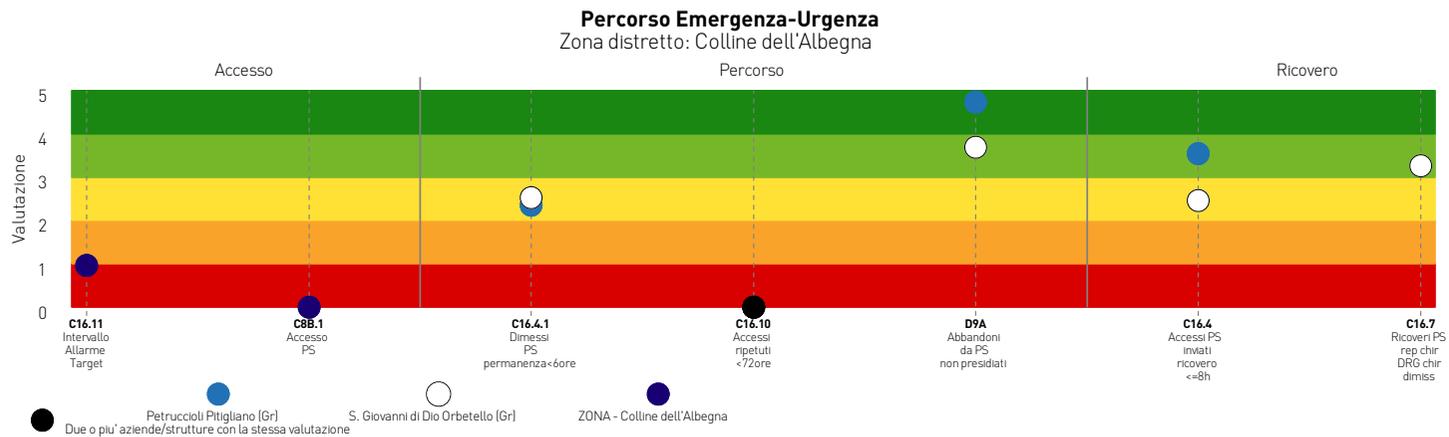
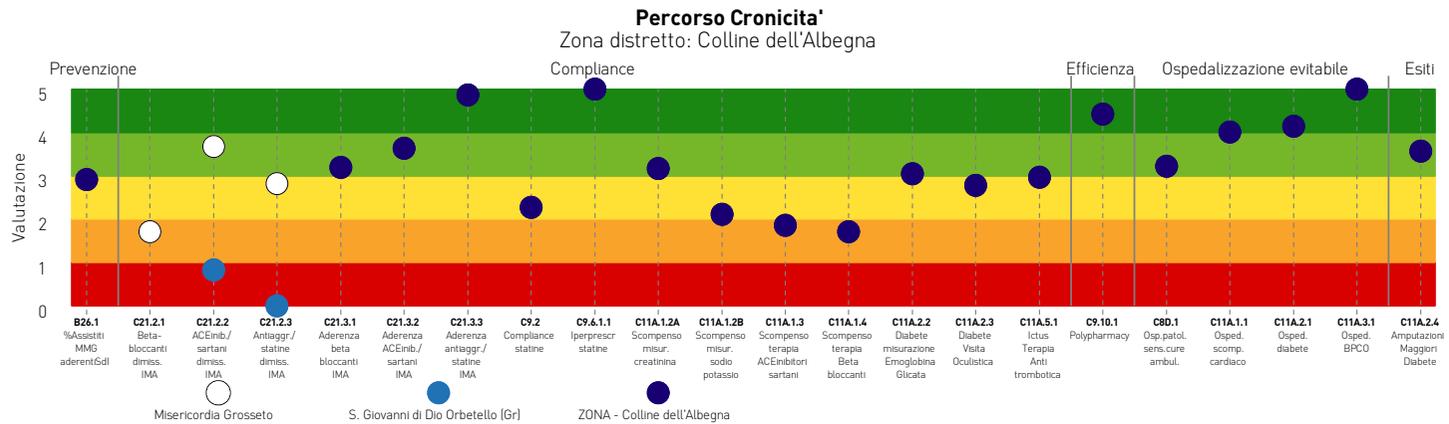
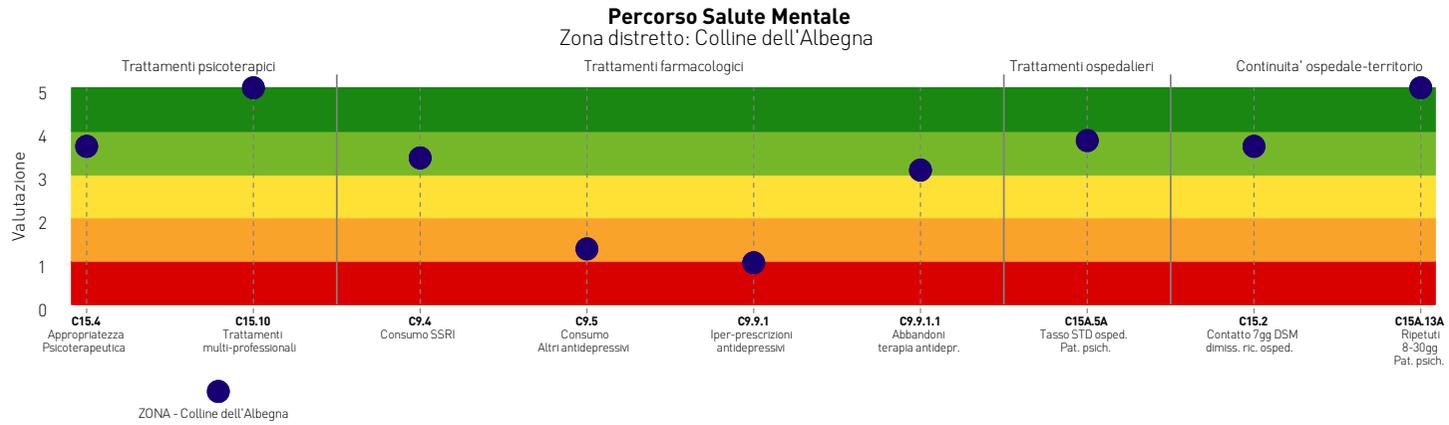


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Colline dell'Albegna Valutazione della performance 2019







● Due o piu' aziende/strutture con la stessa valutazione

● Petruccioli Pittigliano (Gr)

○ S. Giovanni di Dio Orbetello (Gr)

● ZONA - Colline dell'Albegna

# Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

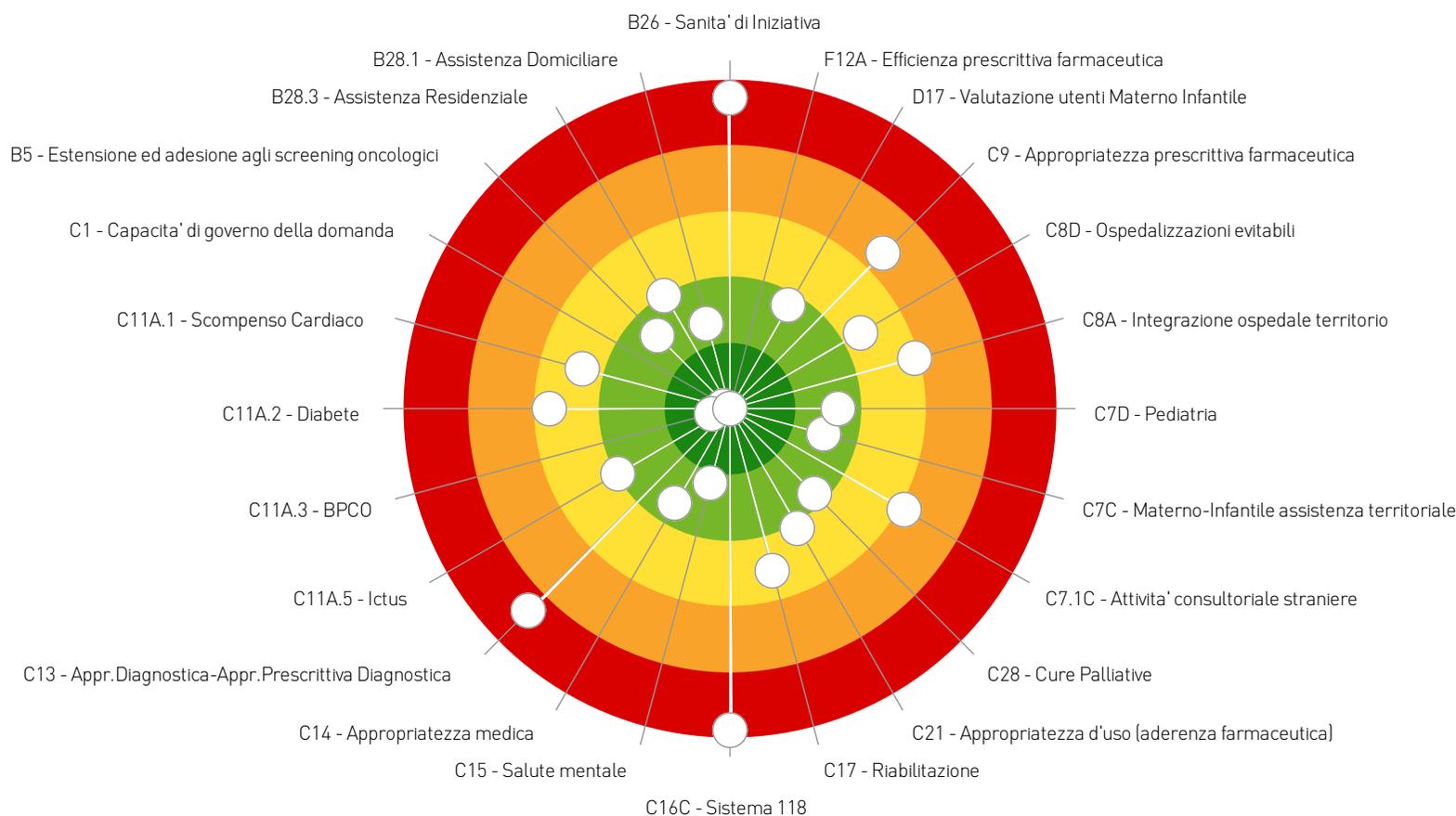
## Andamento indicatori - Trend 2018/2019

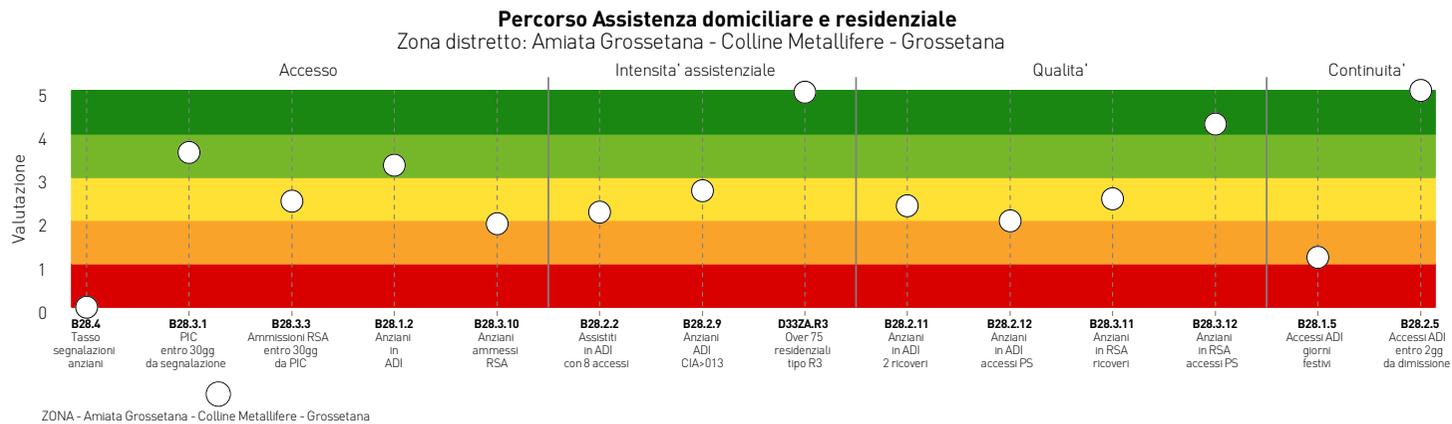
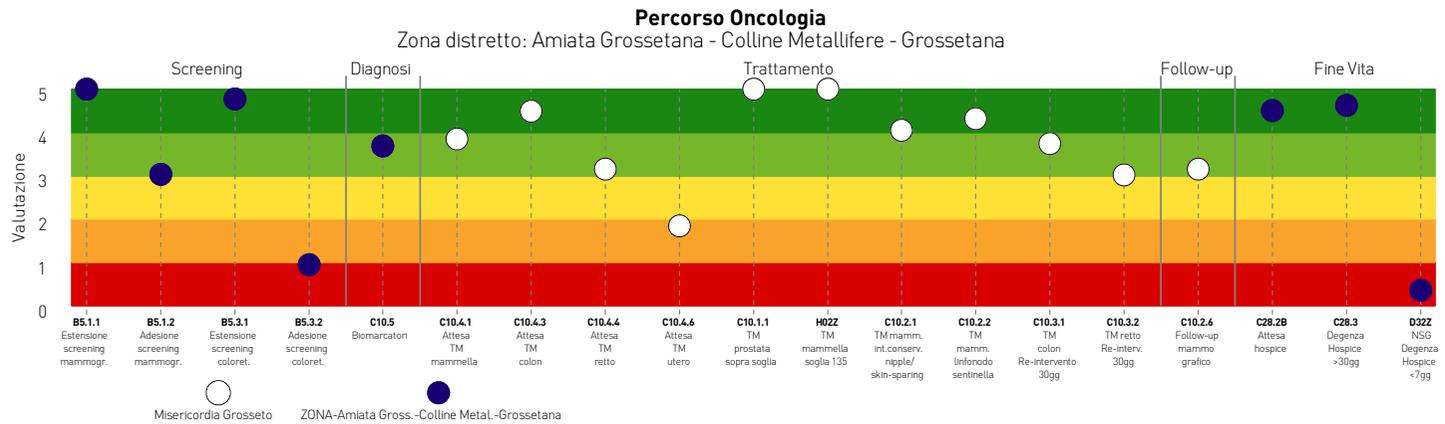
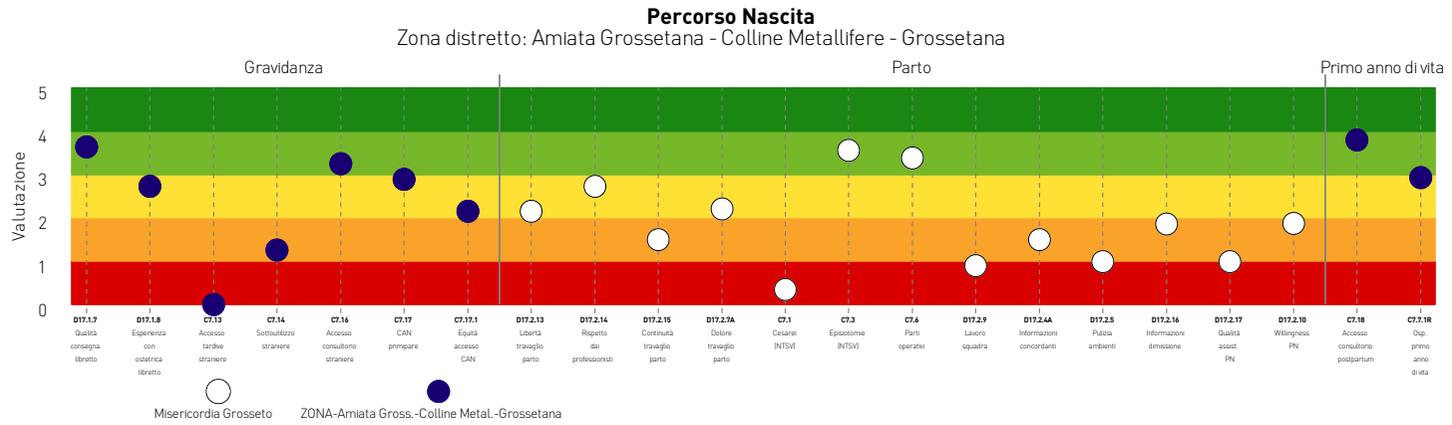
Numero indicatori di valutazione: 90

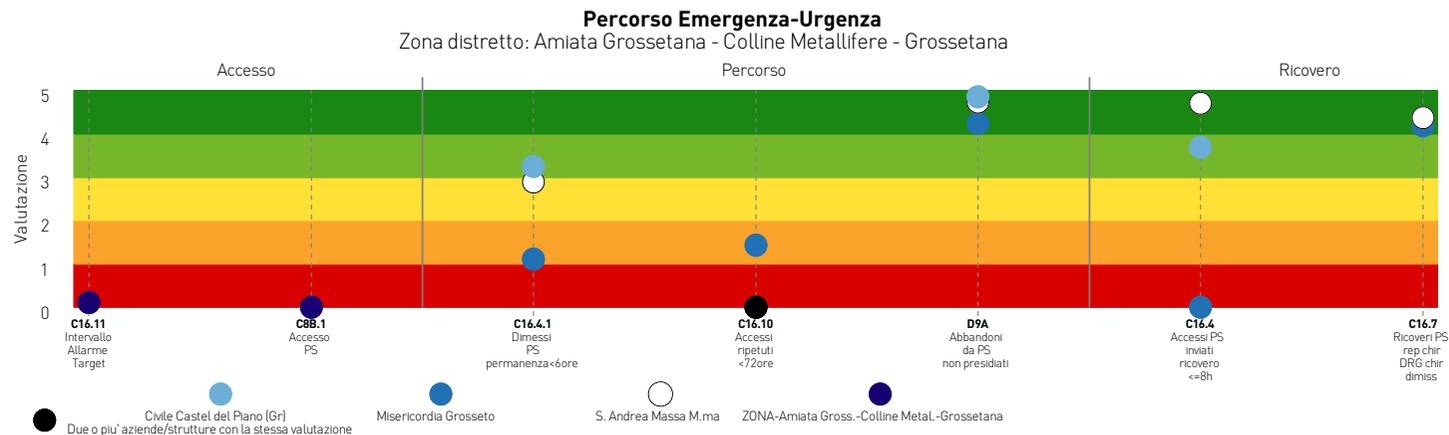
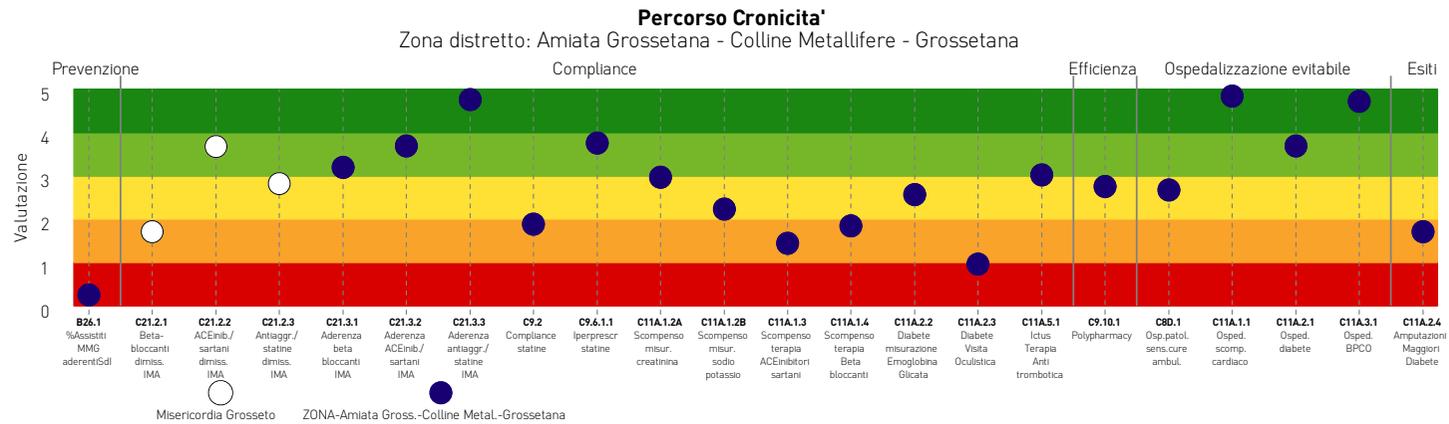
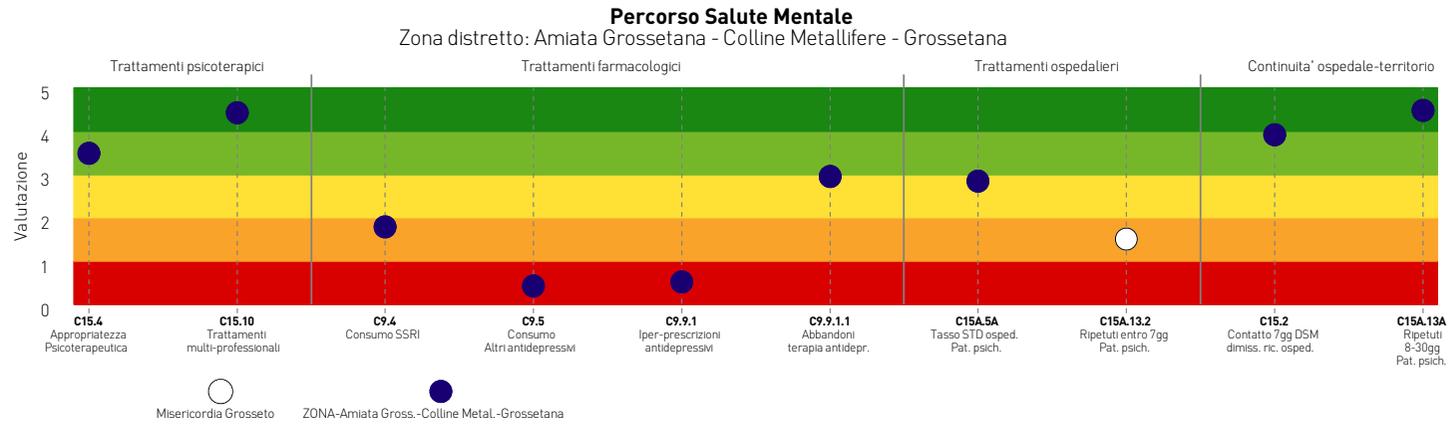


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana Valutazione della performance 2019







---

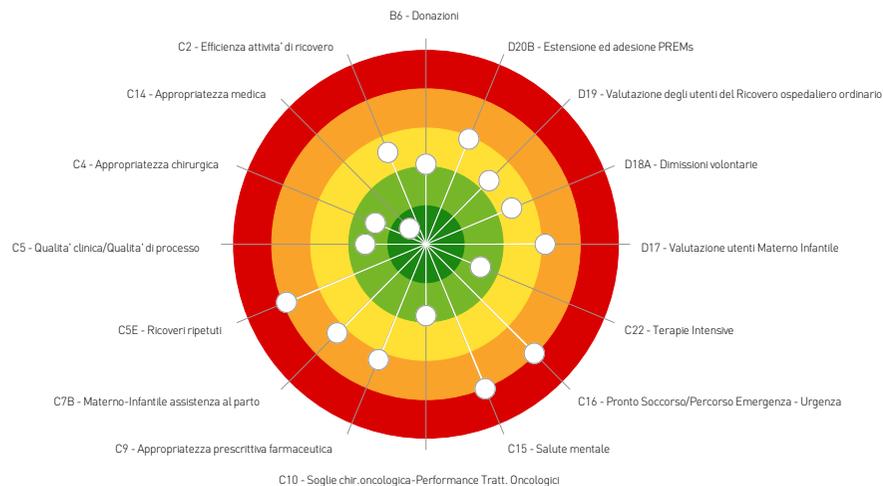
## 4.2 BERSAGLI DEGLI OSPEDALI TOSCANI PUBBLICI E AIOP



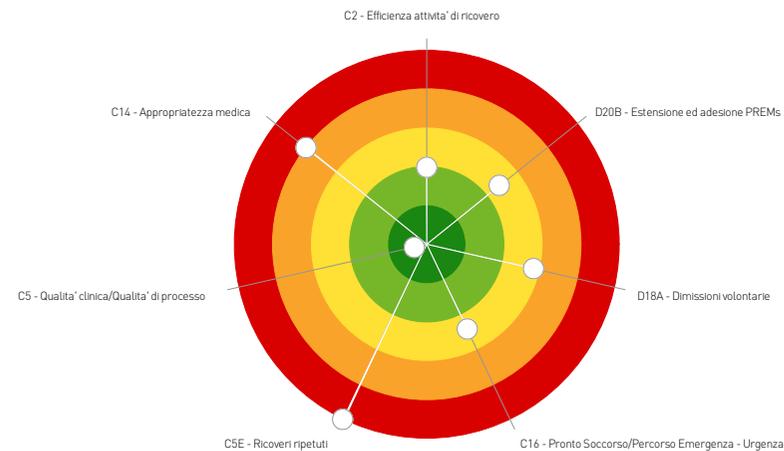


## Ospedali Area Vasta Centro

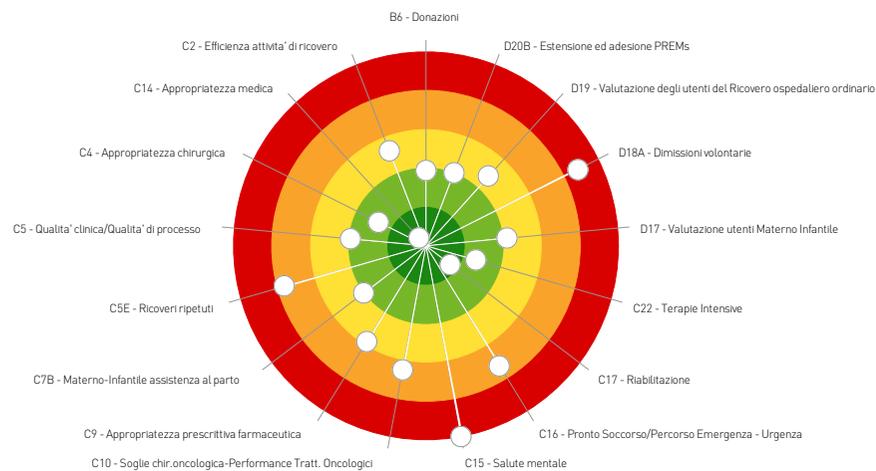
**Osp. San Jacopo**



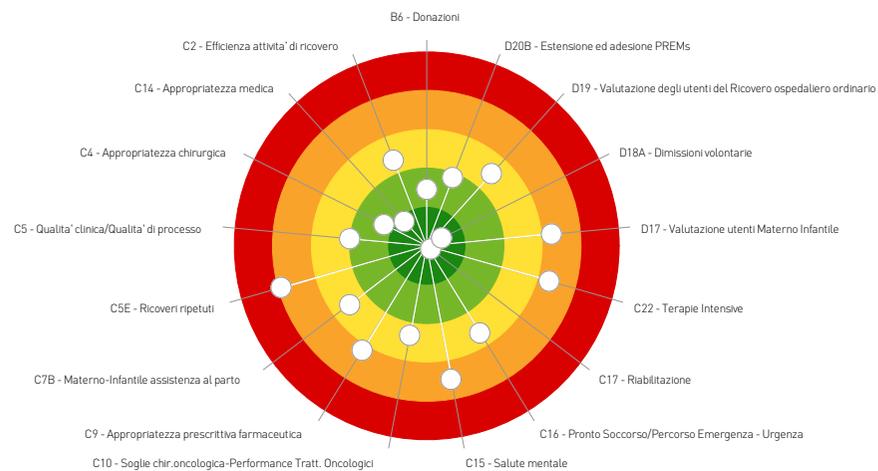
**L.Pacini S.Marcello P.se**



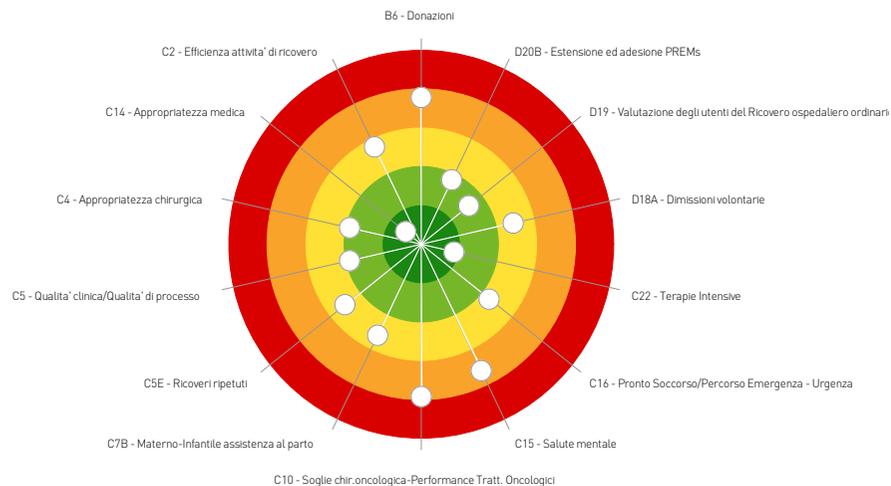
**SS. Cosimo e Damiano Pescia**



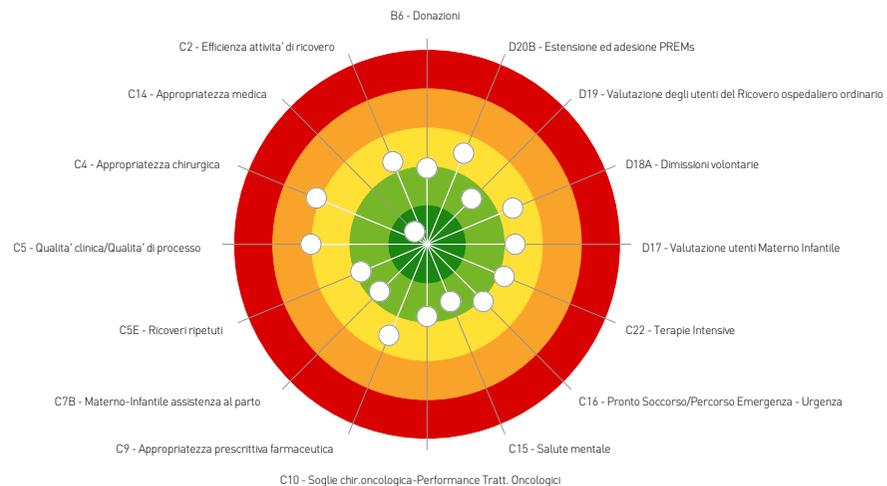
**Nuovo Osp. di Prato S. Stefano**



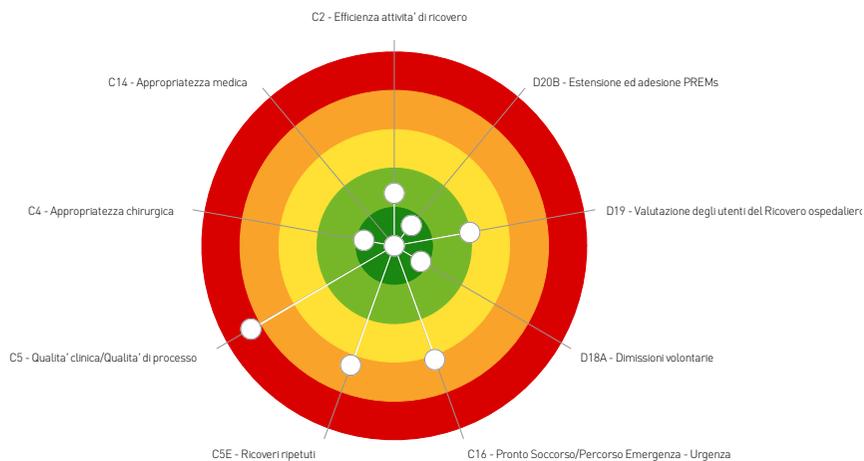
### Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo



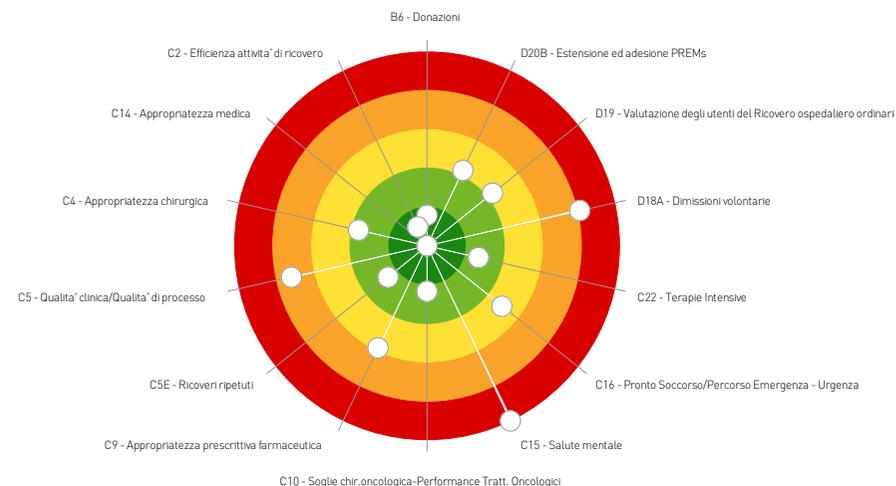
### S.M. Annunziata Bagno a Ripoli



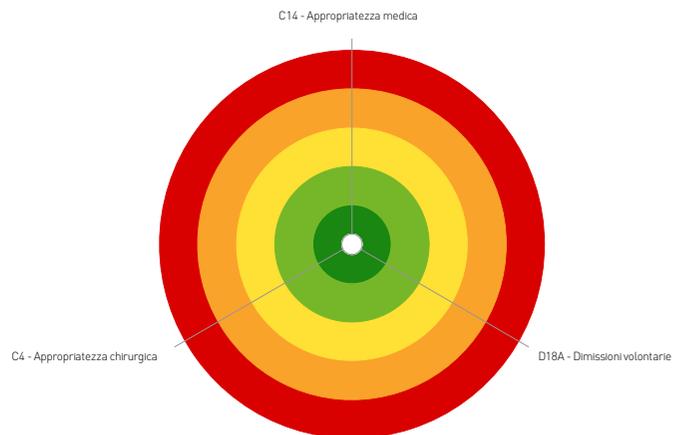
### Serristori Figline V.A.



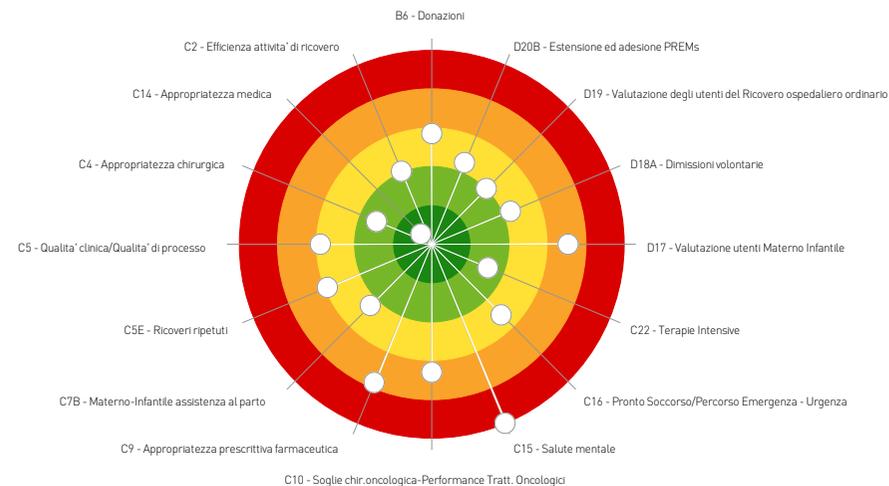
### S. Maria Nuova Firenze



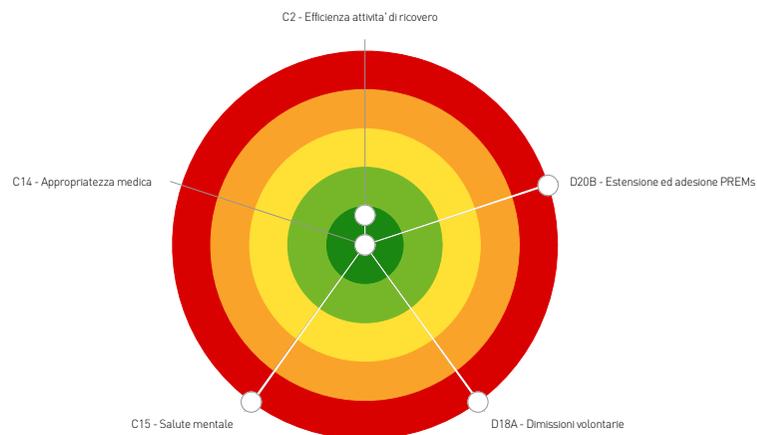
**Presidio Palagi**



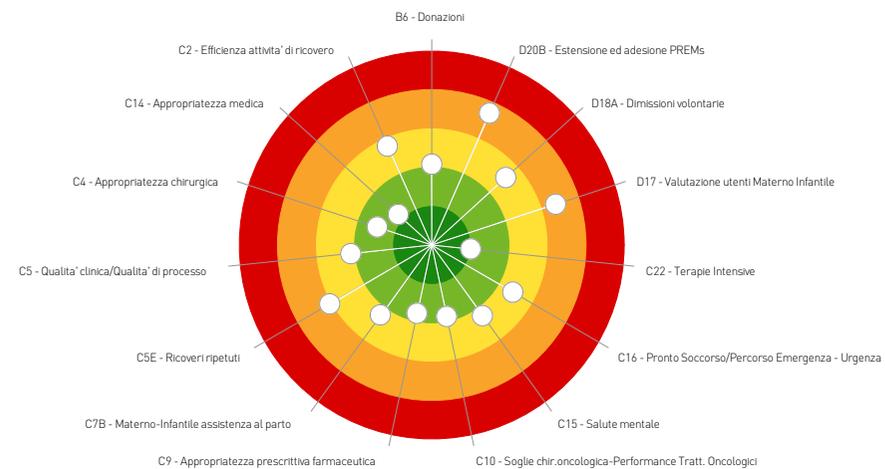
**S.Giovanni Di Dio-Torregalli**



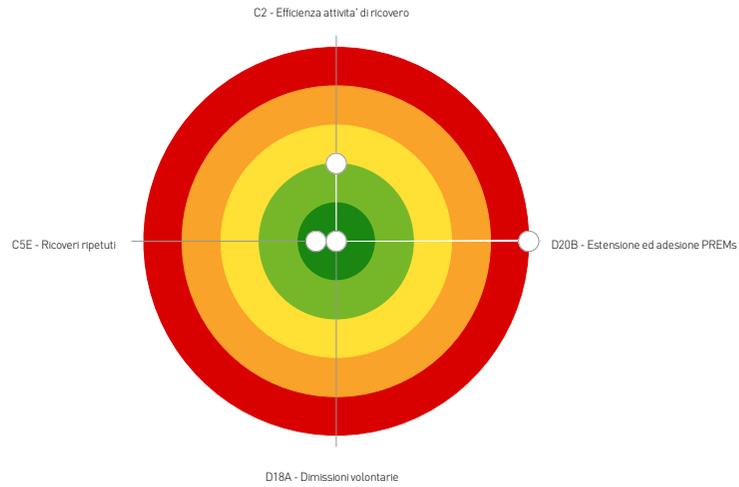
**Presidio Ospedaliero Oblate**



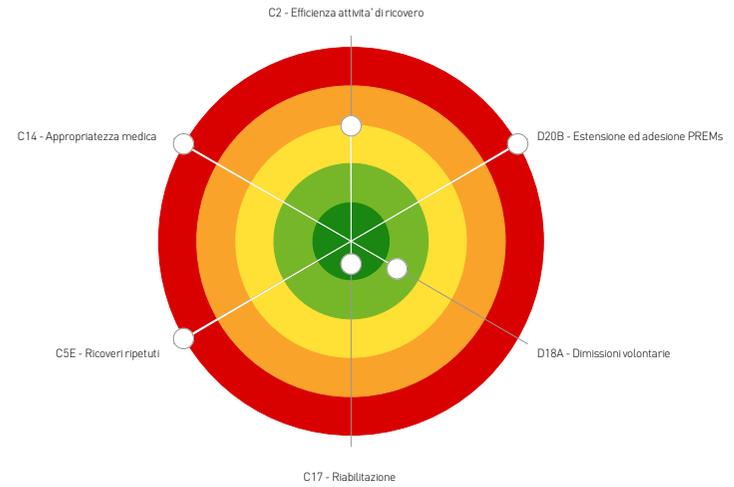
**Osp. S. Giuseppe**



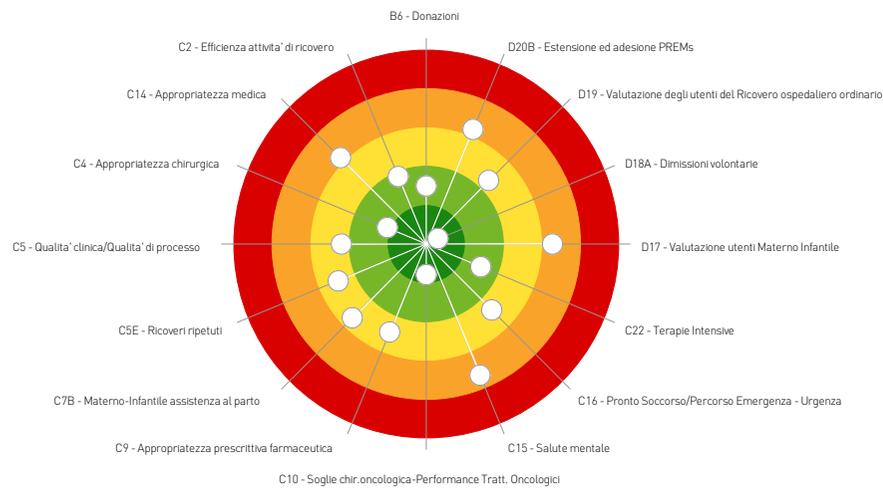
### Ospedale San Pietro Igneo



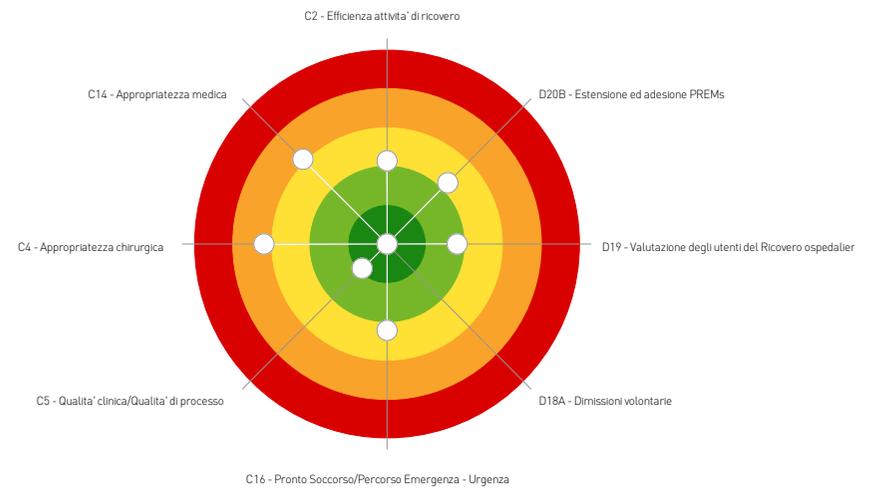
### Ospedale Degli Infermi



### AOU Careggi

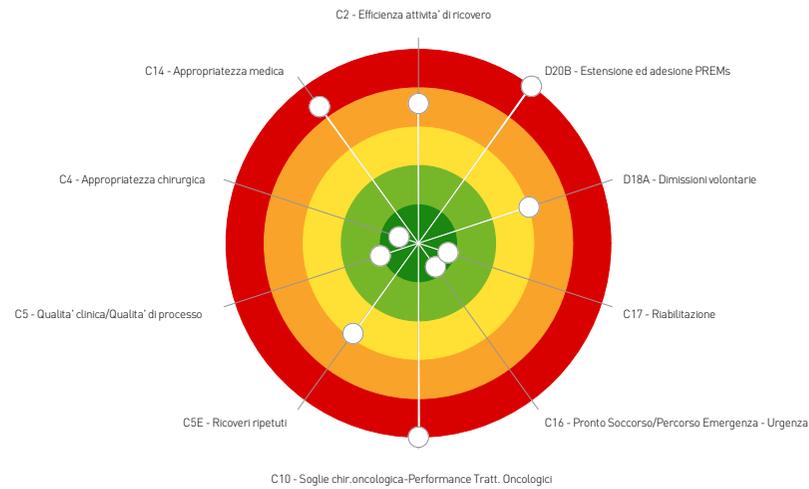


### AOU Meyer

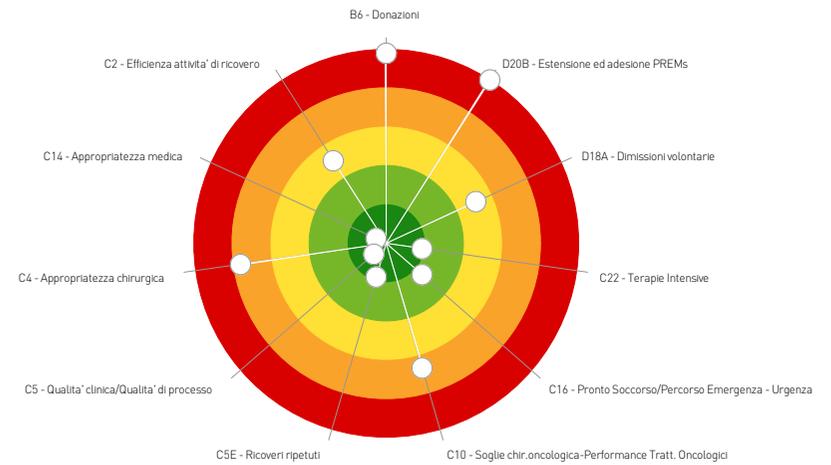


## Ospedali Area Vasta Nord Ovest

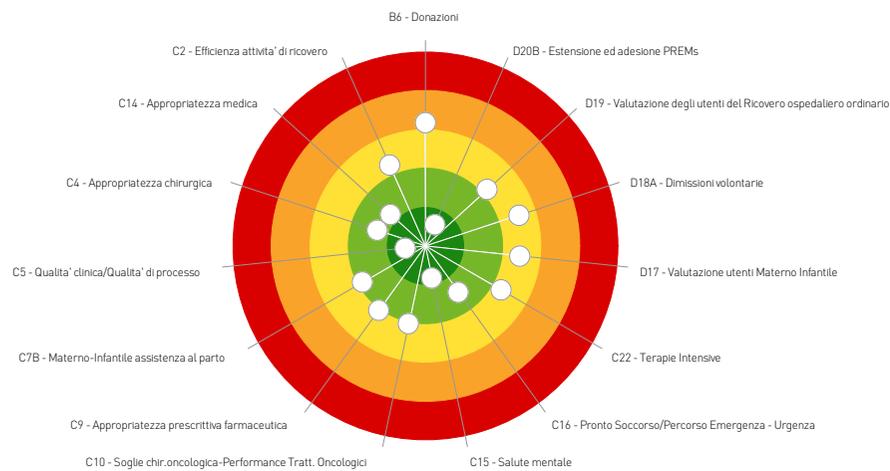
**S. Antonio Abate Fivizzano**



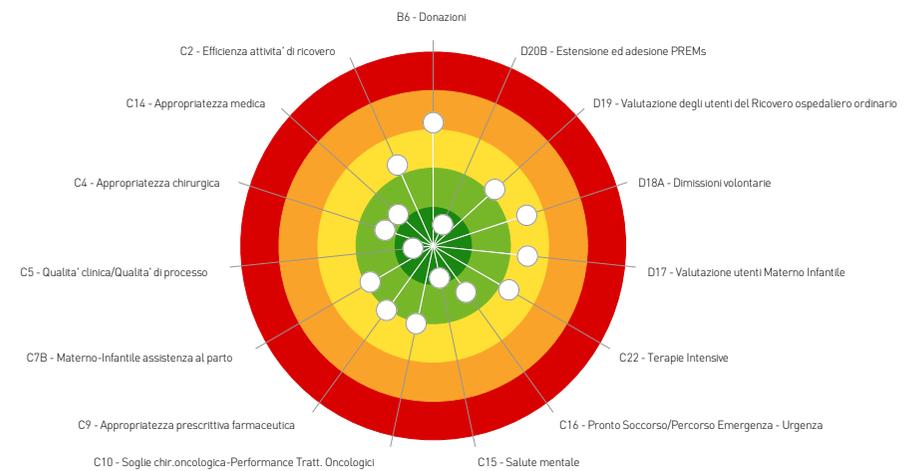
**S. Antonio Abate Pontremoli**



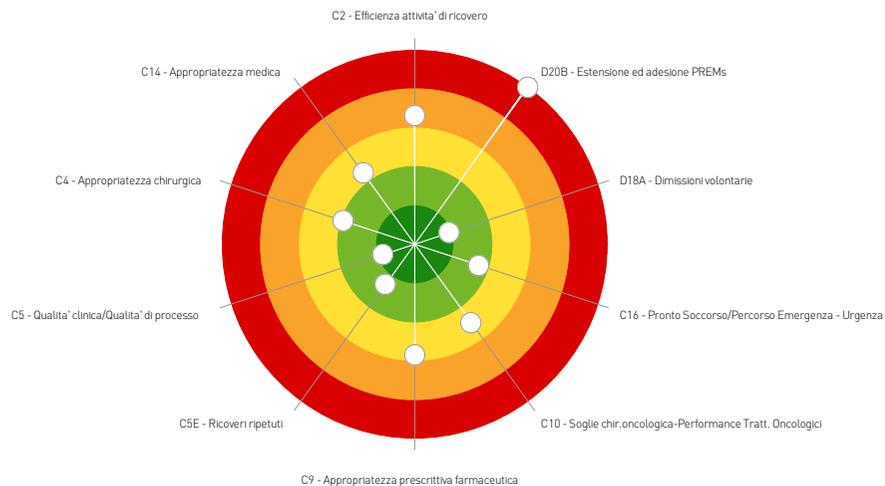
**Ospedale delle Apuane**



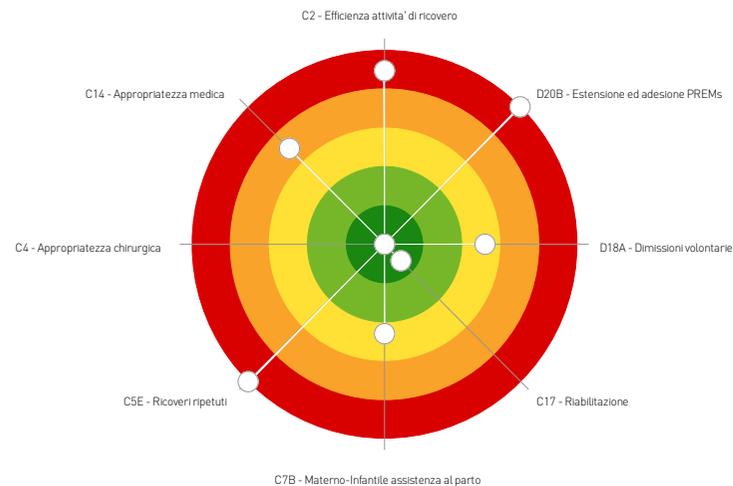
**Ospedale delle Apuane**



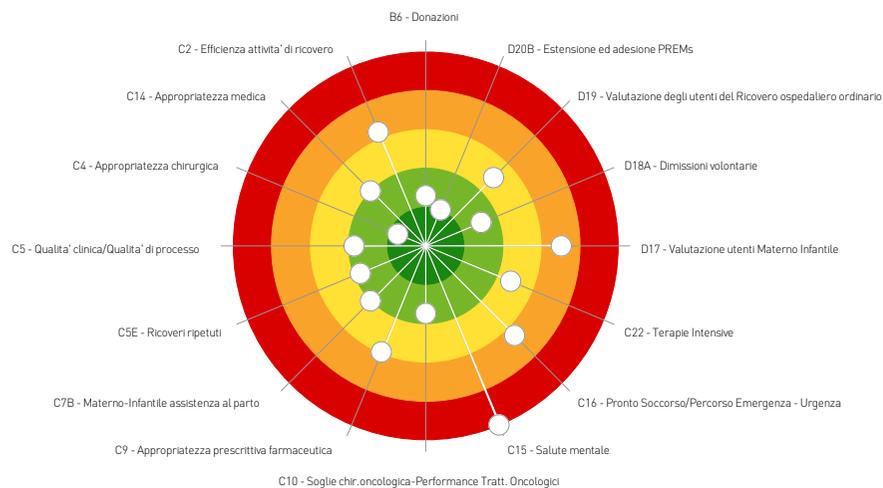
**S. Croce Castelnuovo Garf.**



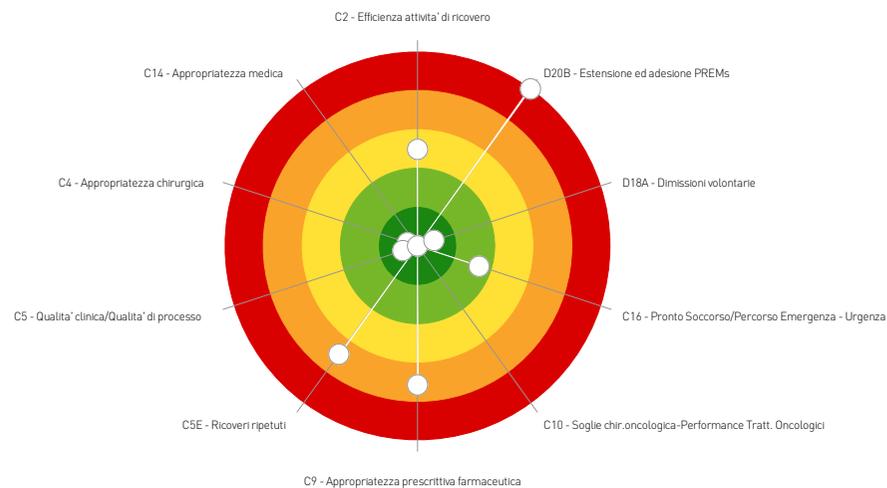
**S. Francesco Barga**



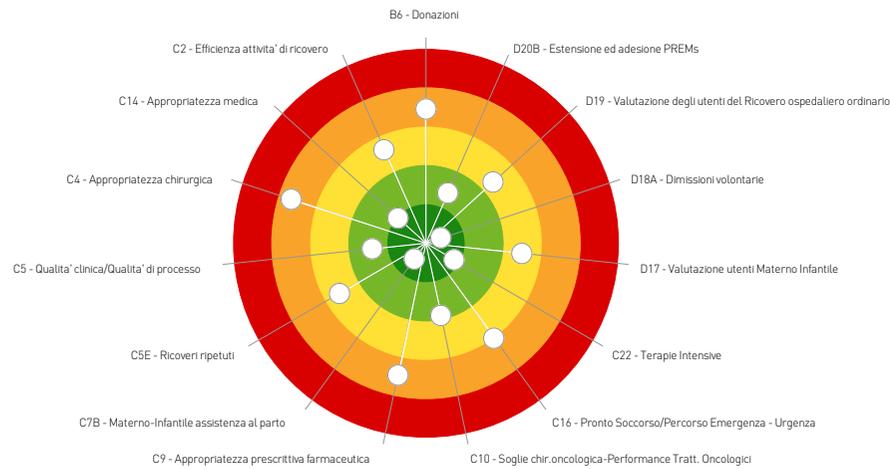
**Presidio Ospedaliero San Luca**



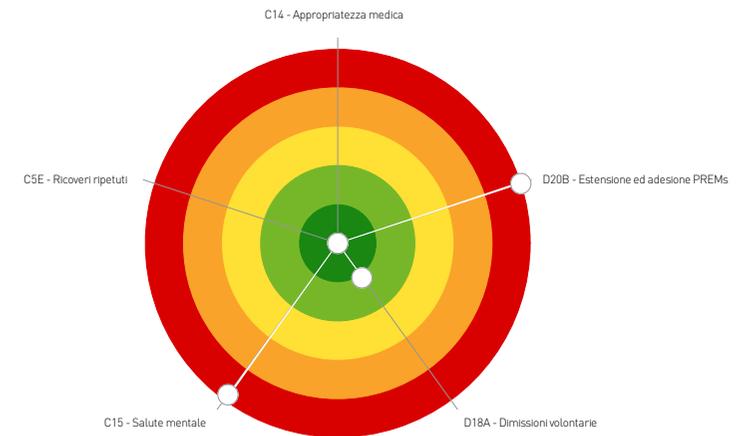
**S. Maria Maddalena Volterra**



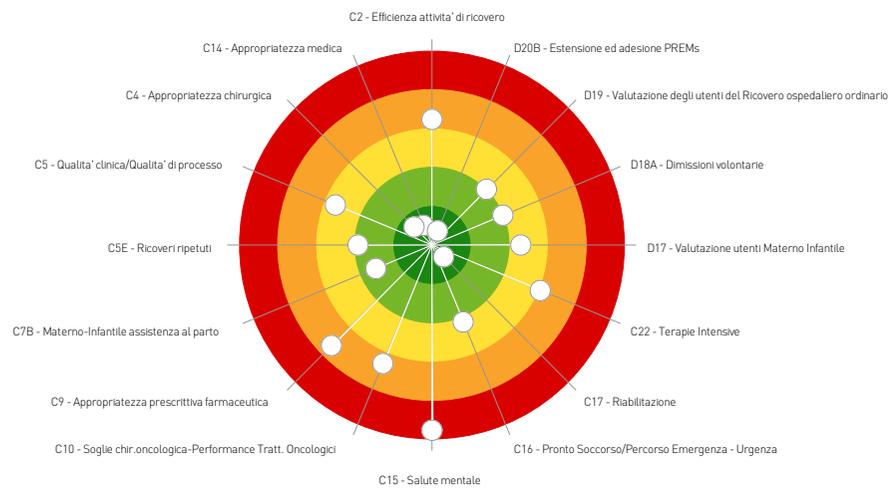
**F.Lotti Pontedera**



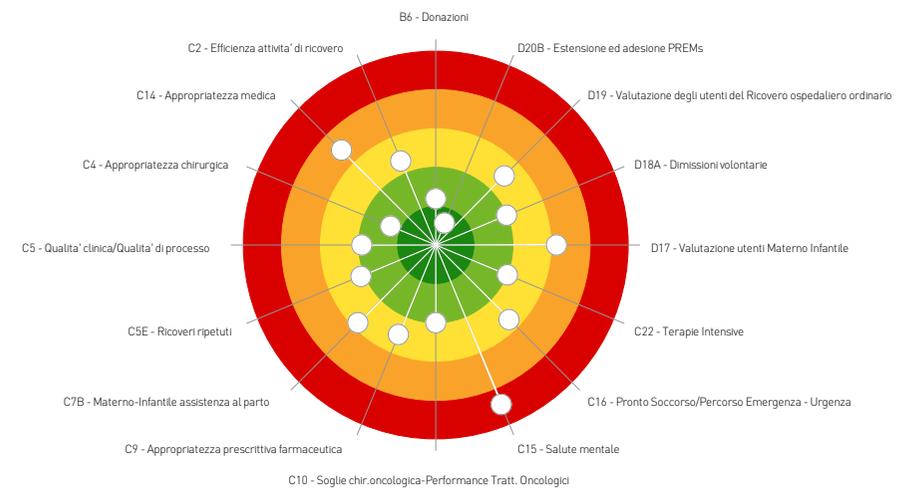
**SPDC AUSL 5 Pisa**



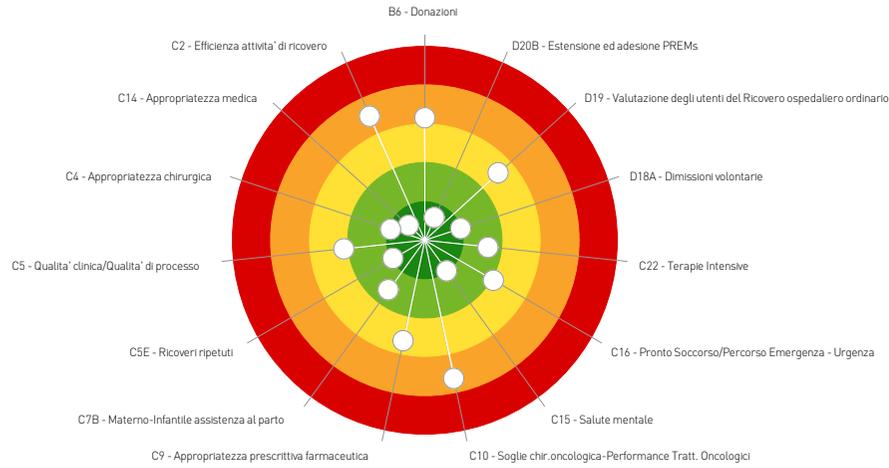
**Civile Cecina**



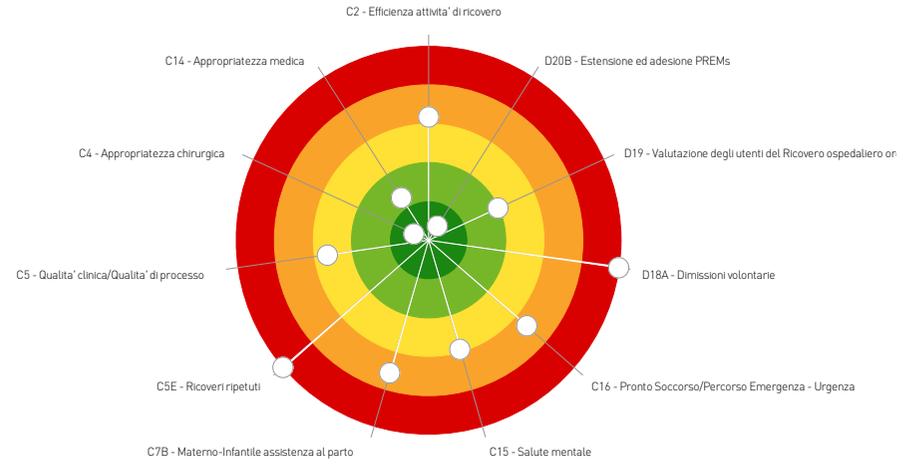
**Riuniti Livorno**



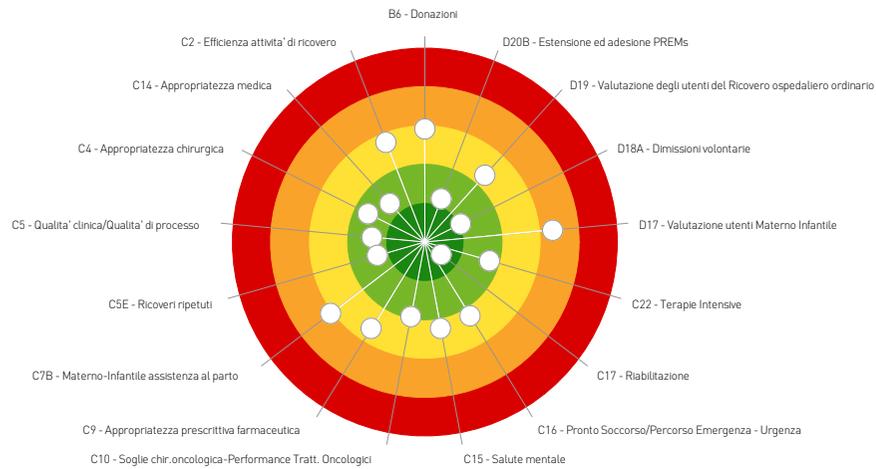
**Civile Piombino**



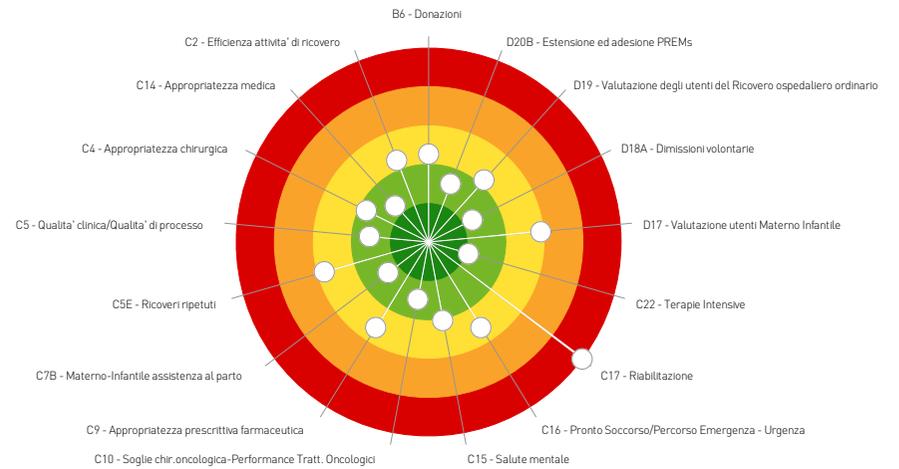
**Civile Elbano Portoferraio**



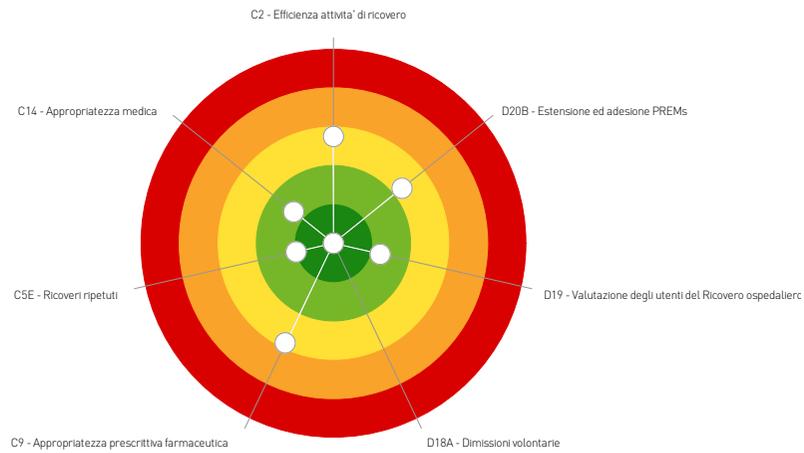
**Ospedale Unico Versilia**



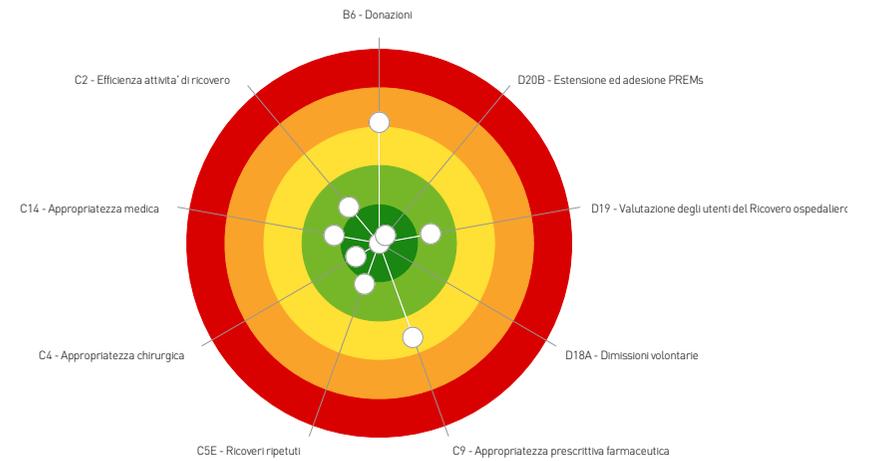
**AOU Pisana**



**FTGM-Pisa**

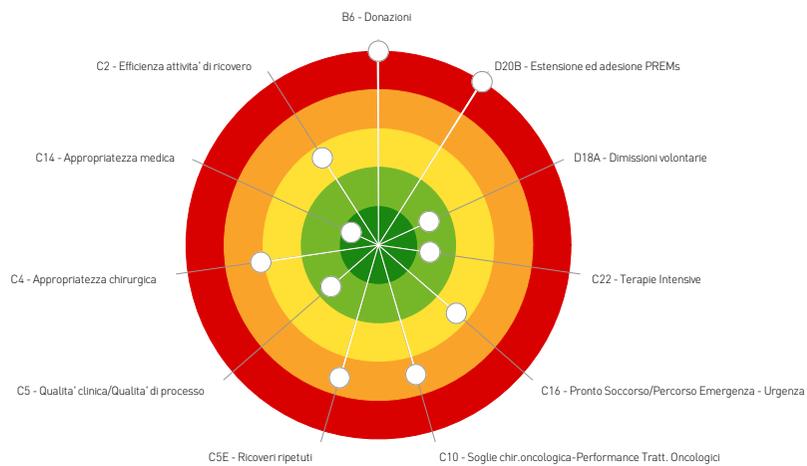


**FTGM-Massa**

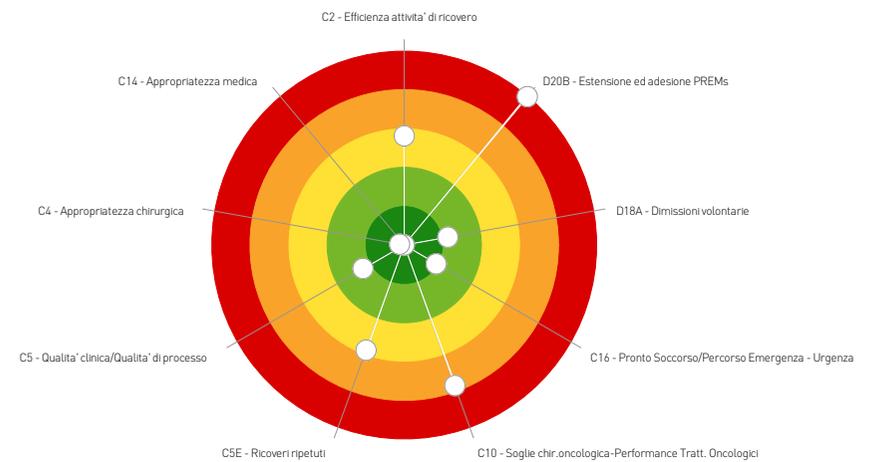


## Ospedali Area Vasta Sud Est

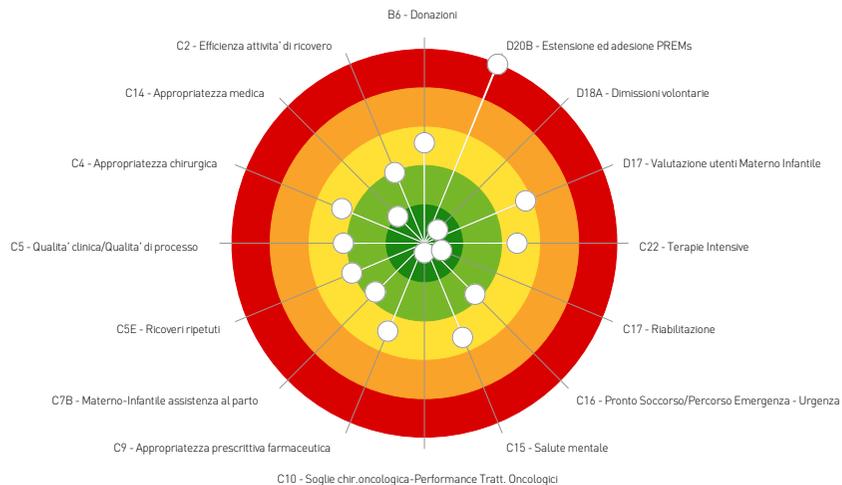
**Civile Bibbiena**



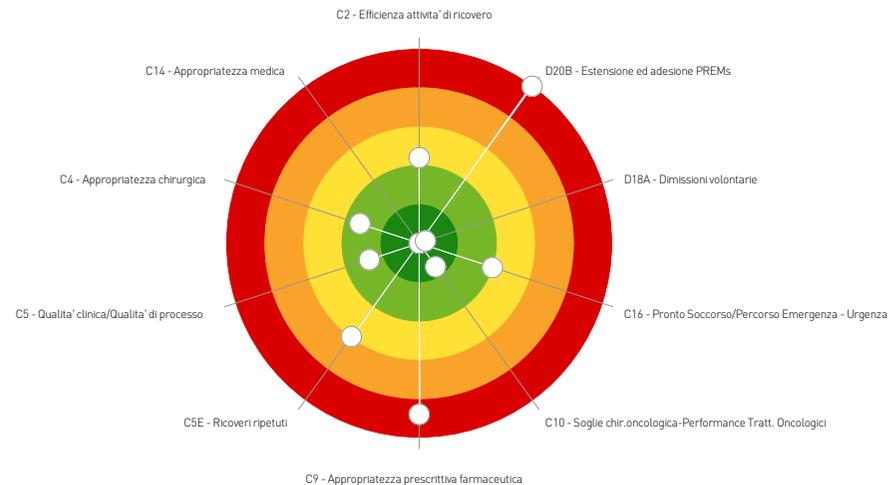
**Val Tiberina Sansepolcro**



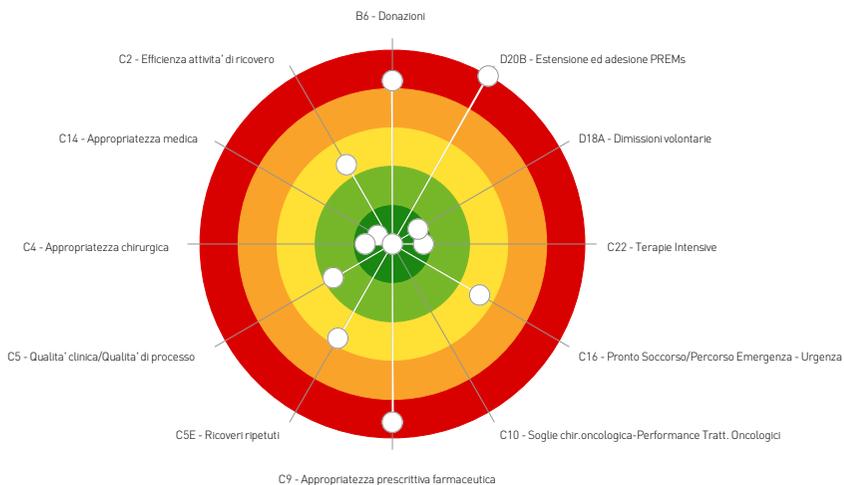
**Area Aretina Nord Arezzo**



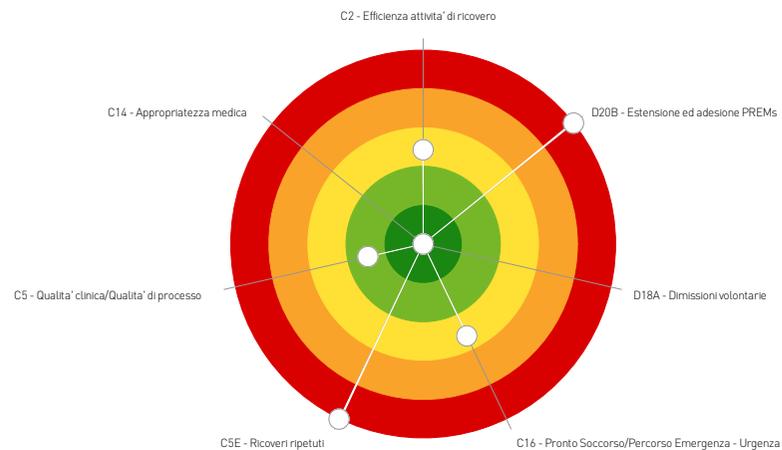
**S. Andrea Massa M.ma**



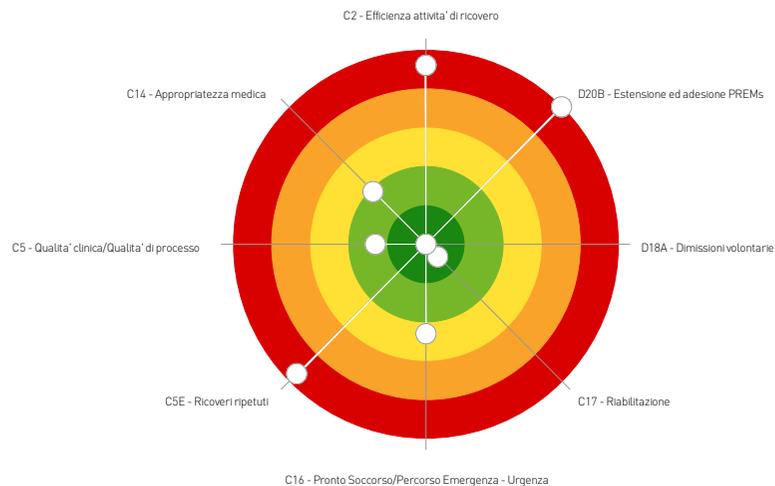
**S. Giovanni di Dio Orbetello**



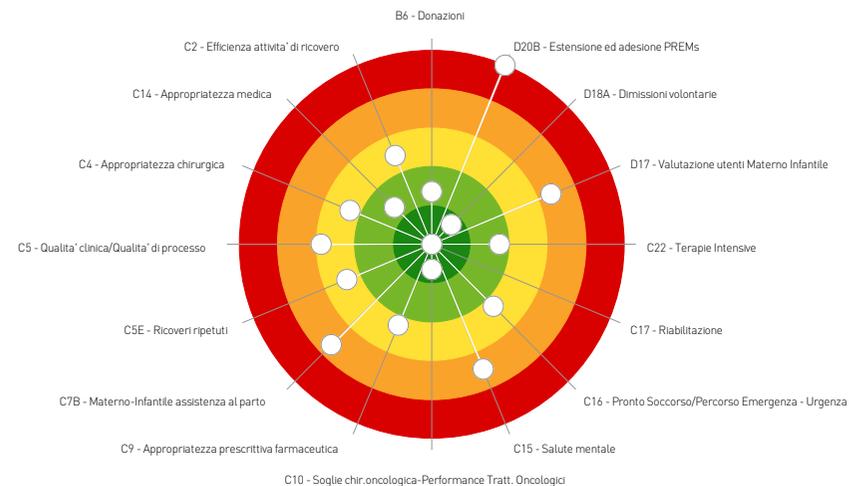
**Petruccioli Pitigliano**



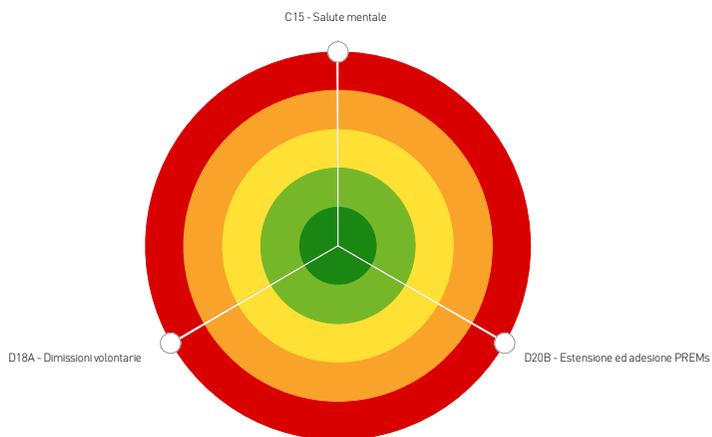
**Civile Castel del Piano**



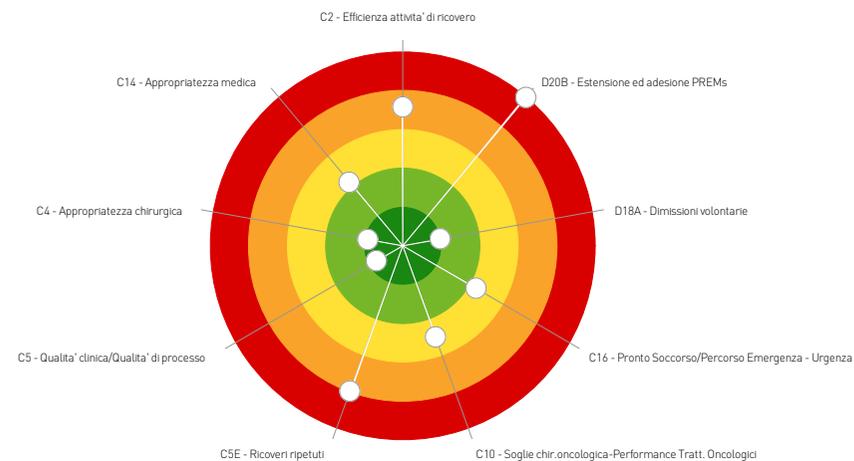
**Misericordia Grosseto**



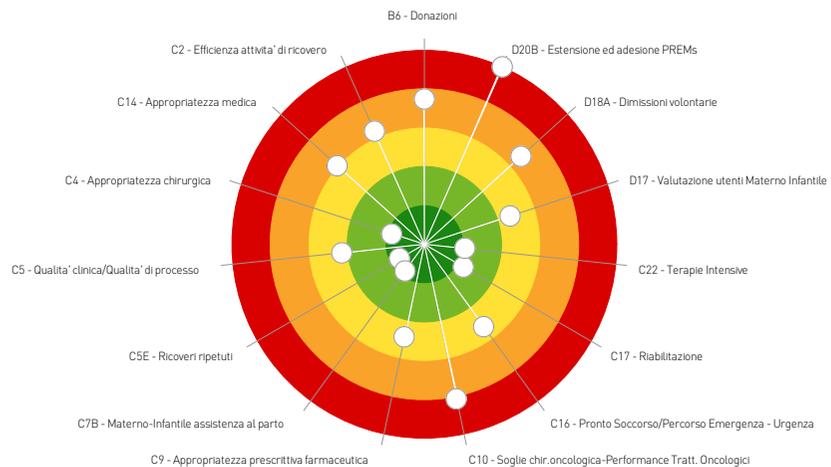
**Spdc C/O A.O. Senese**



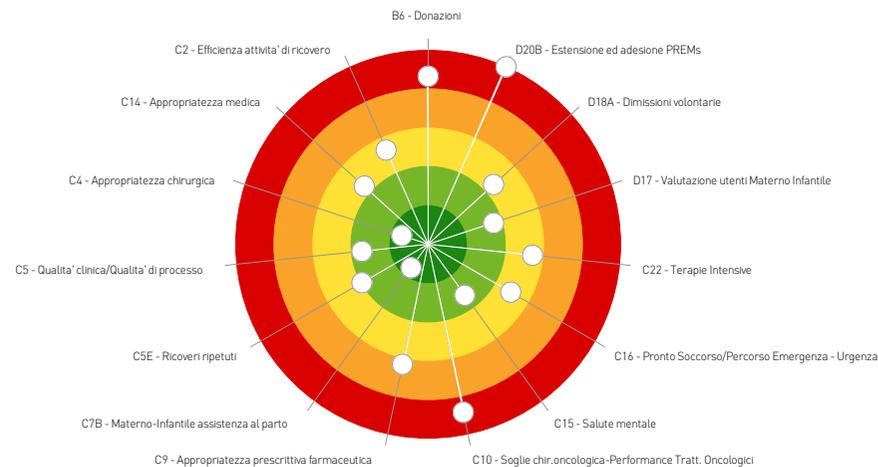
**Monte Amiata Abbadia S.Salvatore**



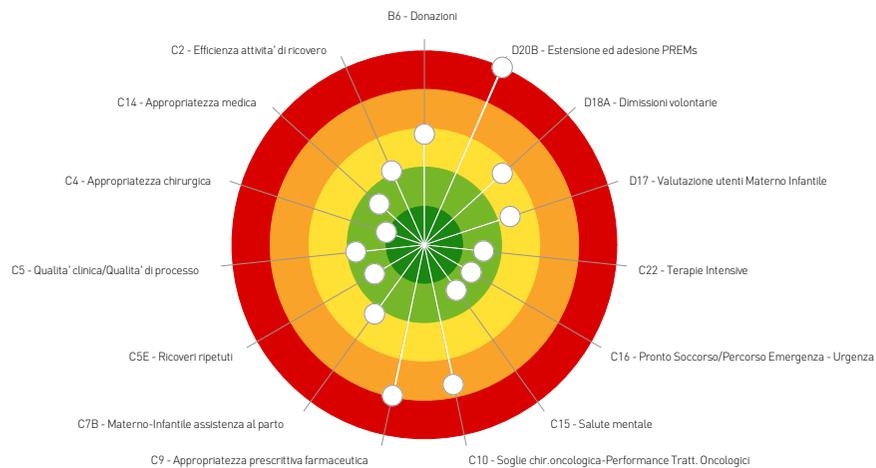
**Osp. alta Val d'Elsa Poggibonsi**



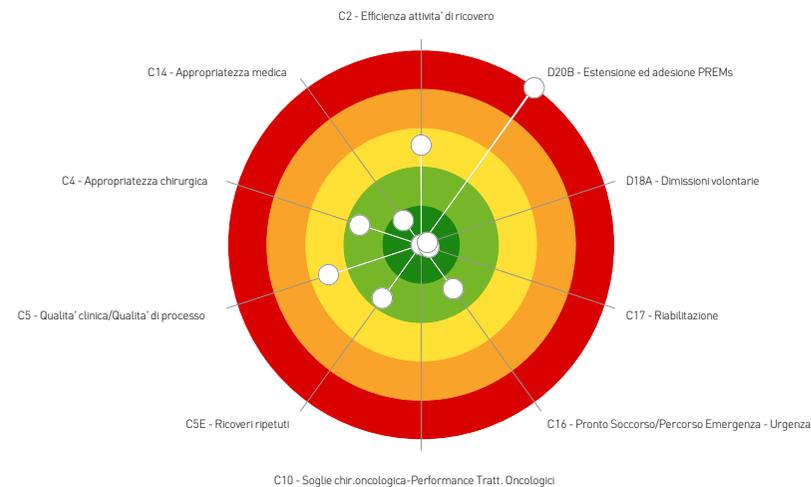
**Osp. Riuniti della Val di Chiana**



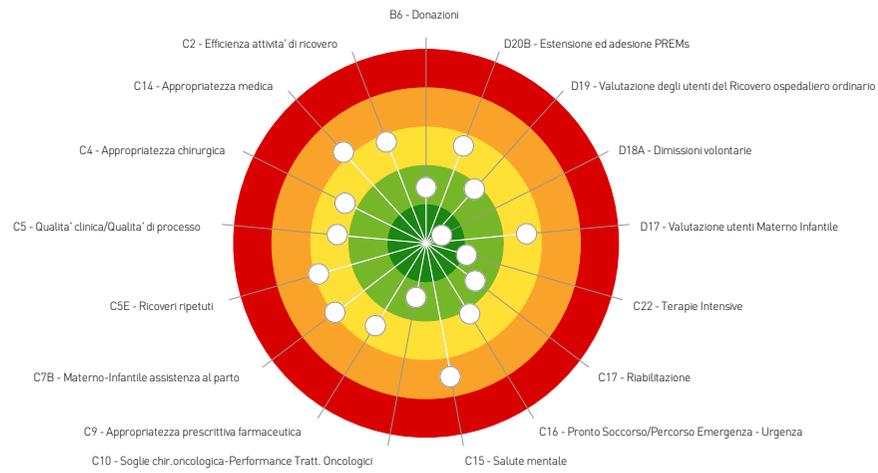
**Osp. Valdarno - S.Maria della Gruccia**



**Nuovo Osp. Valdichiana S.Margherita**

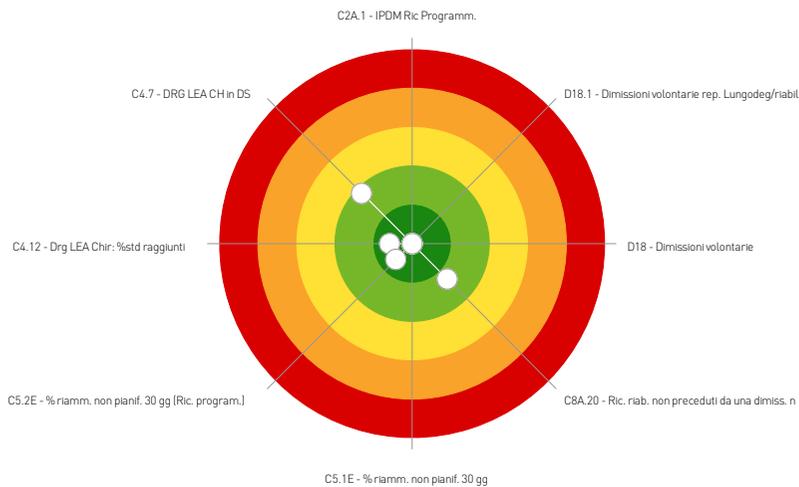


**AOU Senese**

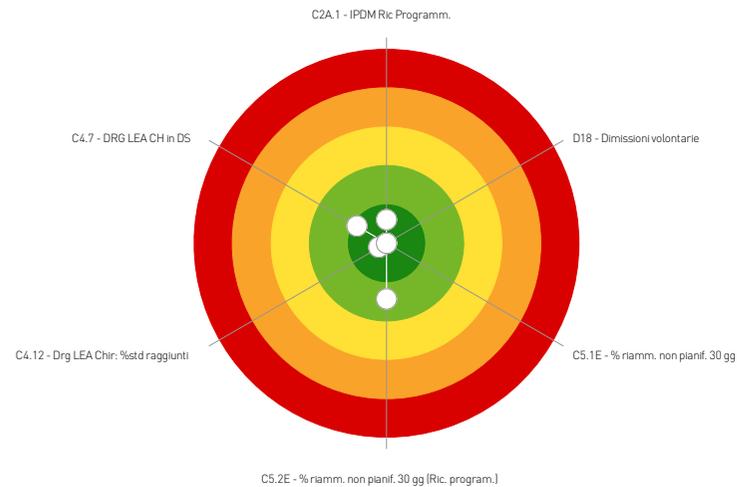


Ospedali Privati AIOP

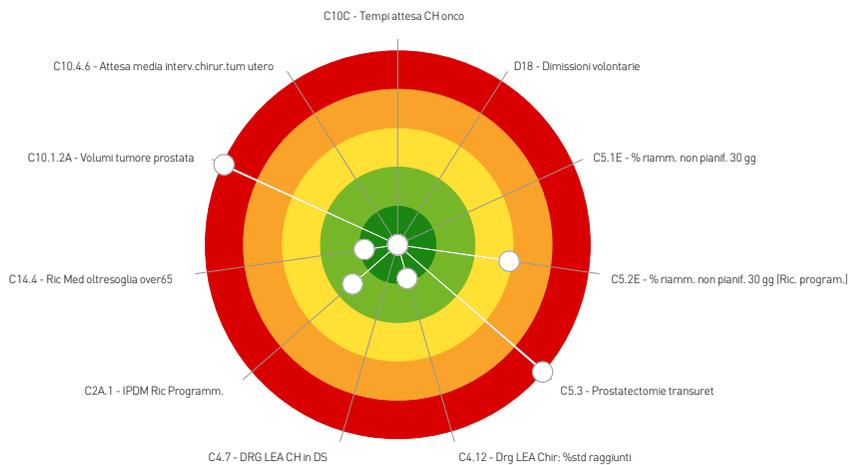
**Frate Sole**



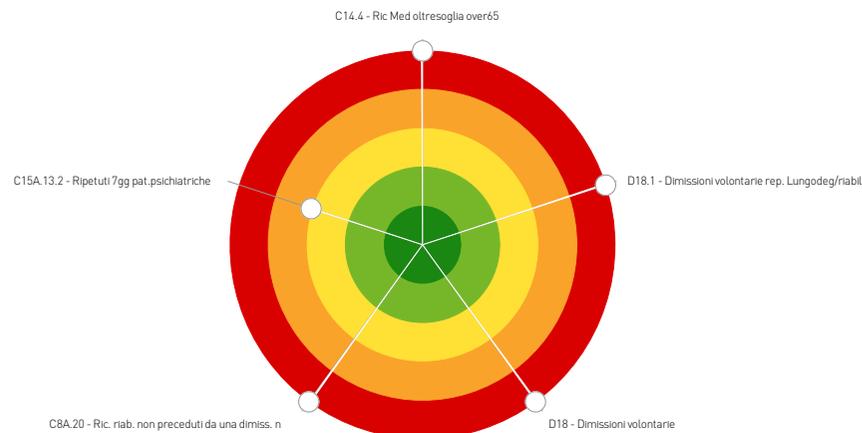
**Santa Rita**



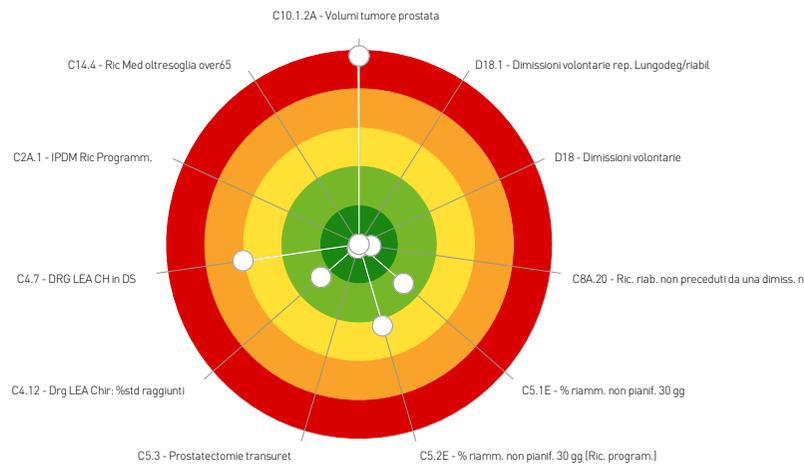
**Villa Fiorita**



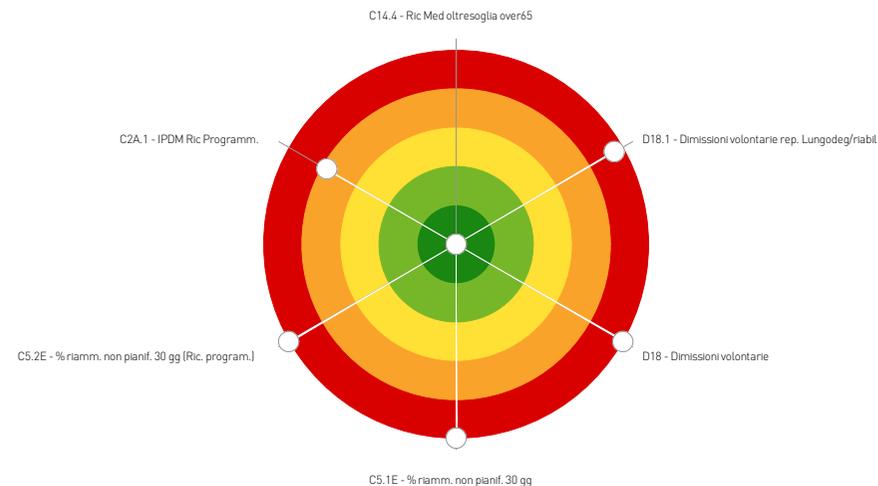
**Villa dei Pini**



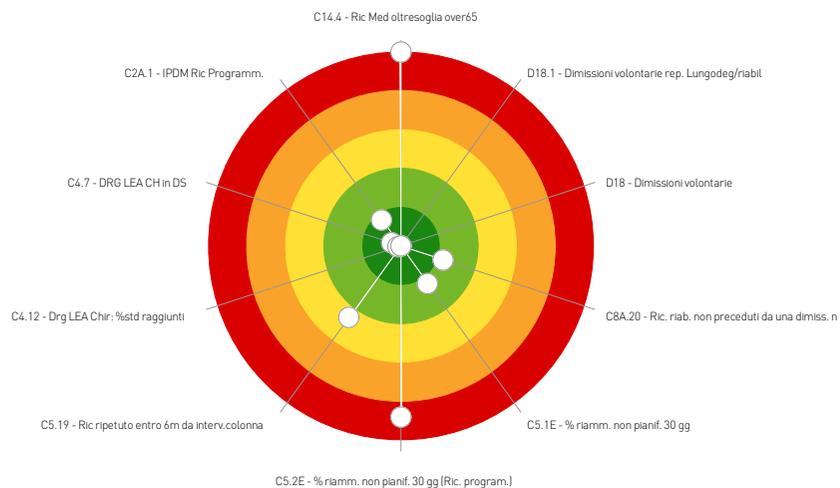
### Ist.Fiorentino di Cura e Assistenza



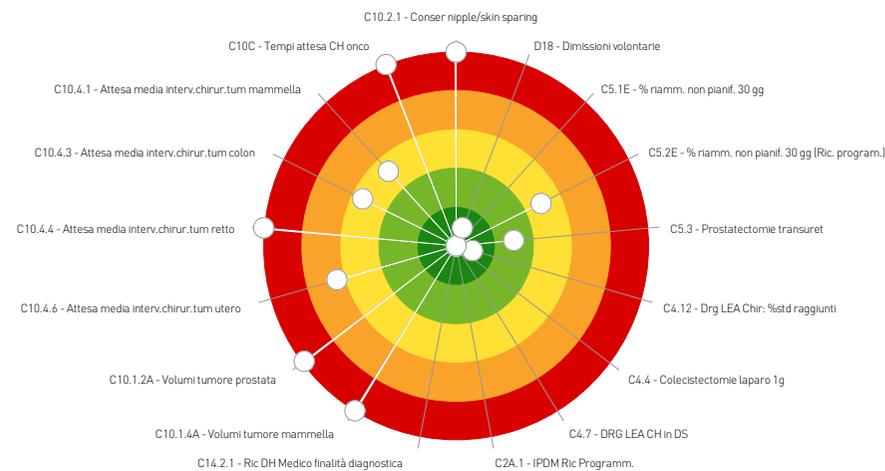
### Maria Teresa Hospital



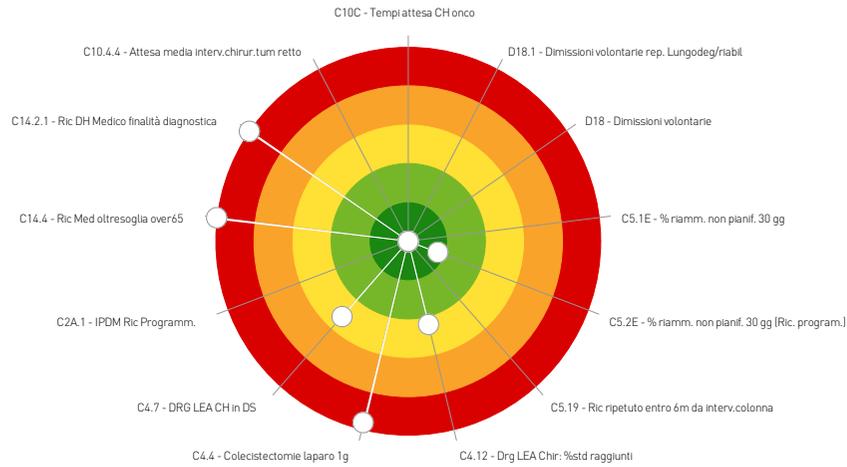
### Valdisieve Hospital



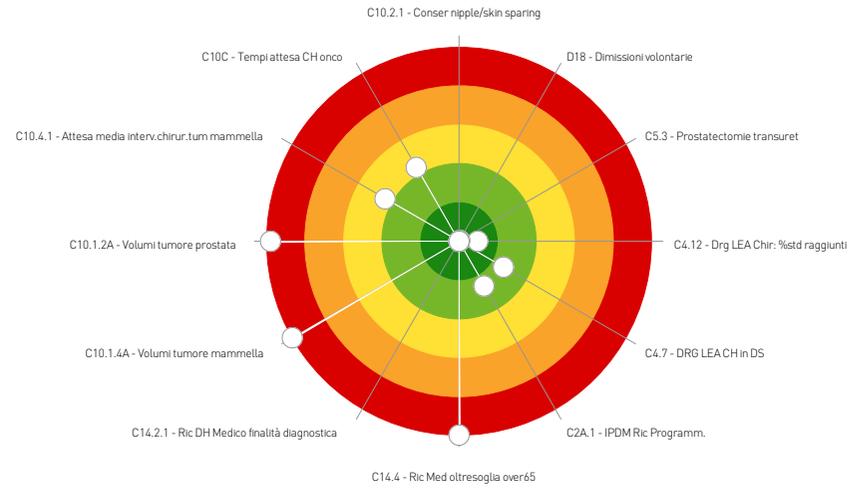
### Casa di Cura Leonardo



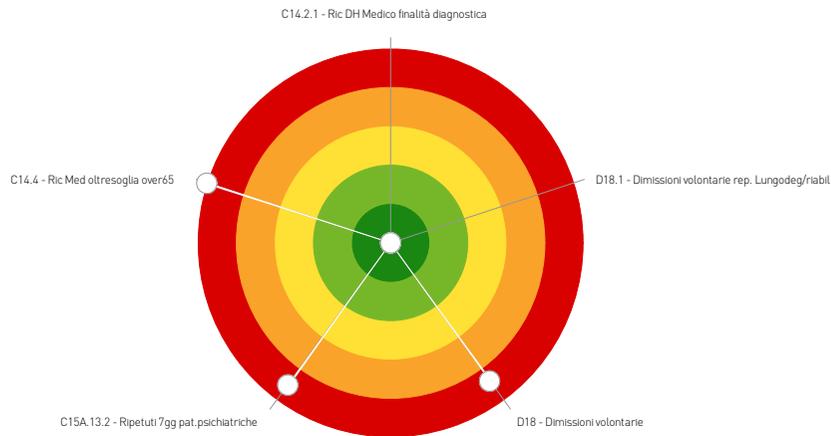
### San Camillo



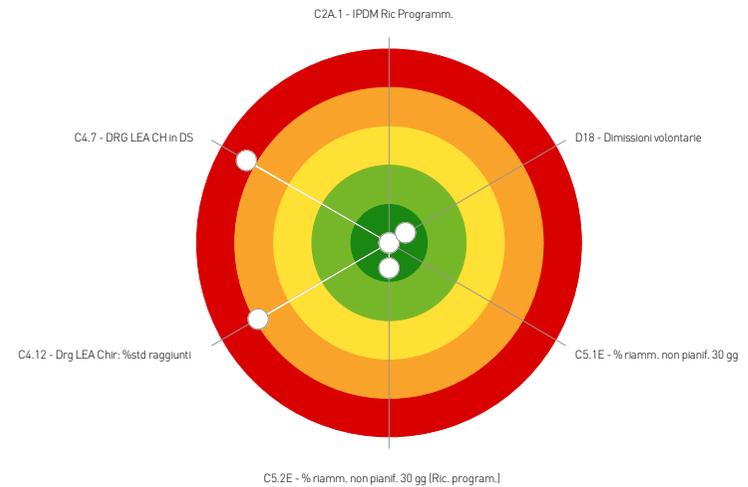
### Santa Chiara - Barbantini



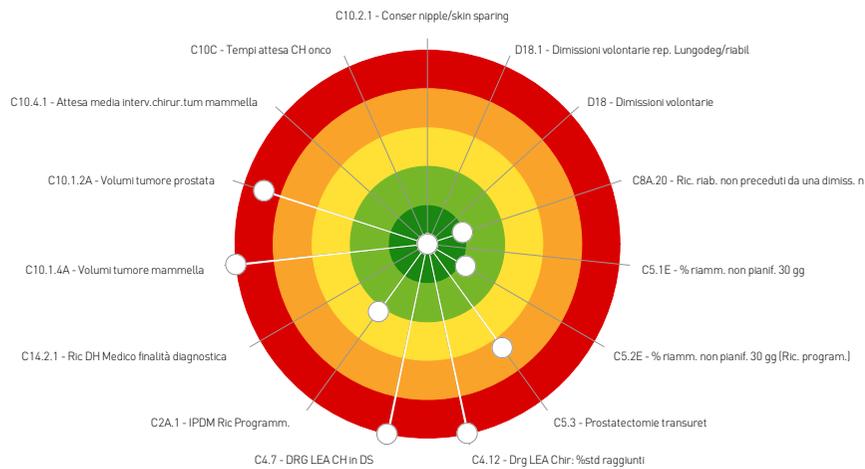
### Ville di Nozzano



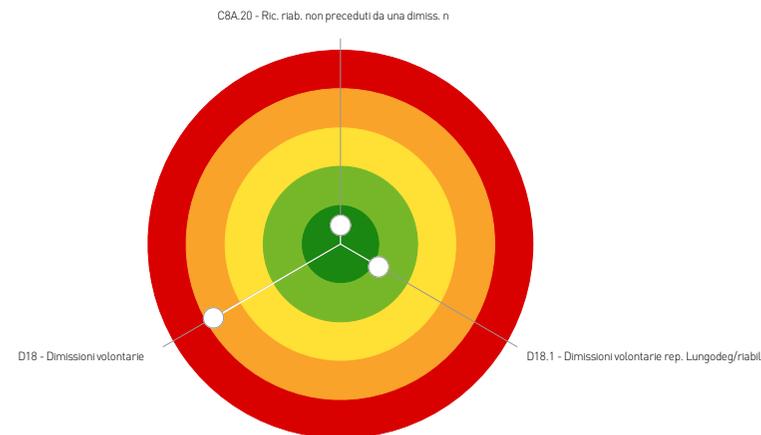
### Assisi Project-S.Giuseppe Hospital



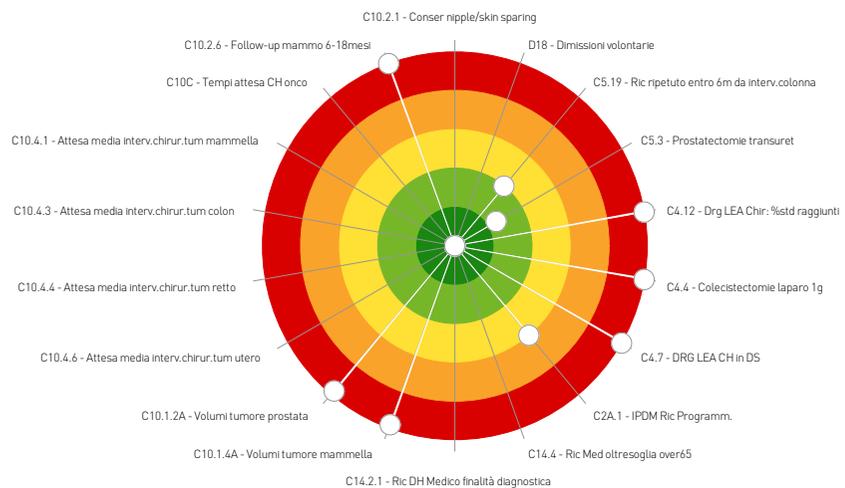
### Rugani Hospital



### Clinica di Riabilitazione Toscana



### Centro Chirurgico Toscano-CCT





# BIBLIOGRAFIA E PUBBLICAZIONI



## Bibliografia

- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), "Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in management complex organizations", *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17
- Abramo, G., D'Angelo, C. A. (2014). How do you define and measure research productivity? *Scientometrics*, 101(2), 1129- 1144.
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2008, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2013, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2015), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2014, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. DRG a rischio di inappropriatazza – Analisi delle schede di dimissione ospedaliera. Percentuali di ricovero ordinario e di Day Hospital. Anno 2002.
- Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization", *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40
- AIOM-AIRTUM I numeri del cancro in Italia 2014", [http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2014.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf)
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna
- American College of Emergency Physicians (ACEP). Crowding (policy statement). Revised and approved by the ACEP Board of Directors February 2013. Originally approved by the ACEP Board of Directors January 2006. Available at: <https://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Crowding/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, Washington DC, ACOG.
- Andrulis D.P., Kellermann A., Hintz E.A., Hackman B.B., Weslowski V.B. (1991), "Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals", *Annals of Emergency Medicine*, 20:980-6.
- Audiweb (2016). Total digital audience. Report Gennaio 2016
- Audiweb (2017). We are social, digital yearbook.
- Baibergenova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), "Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen", *Healthcare Policy*, 1(4), pp. 35-42
- Barsanti, S., & Nuti, S. (2014). The equity lens in the health care performance evaluation system. *The International journal of health planning and management*, 29(3), e233-e246.
- Basaglia S., Paolino C. (2015), *Clima aziendale: crescere dando voce alle persone*, EGEA, Milano
- Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16:1-10
- Berti E., Casolari L., Cisbani L., Fortuna D., Guastaroba P., Nobilio L., Vizioli M., Grilli R. (2004) - Il monitoraggio delle performance cliniche, in *Governo Clinico a cura di Roberto Grilli e Francesco Taroni*, 2004, Edizioni Il Pensiero Scientifico
- Bevan, G., Evans, A., & Nuti, S. (2018). Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world. *Health Economics, Policy and Law*.
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C., (2007), *Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2004*, pubblicazione del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_2024\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf)
- Brook RH (1994) *Health Care Reform Is on the Way: Do We Want To Compete on Quality?*. *Annals of Internal medicine*
- Cafagna, G., Seghieri, C., Vainieri, M. et al. A turnaround strategy: improving equity in order to achieve quality of care and financial sustainability in Italy. *Int J Equity Health* 17, 169 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0878-x>
- Calland Forrest J, Tanaka Koji, Foley Eugene, Bovbjerg Viktor E, Markey Donna W, Blome Sonia, Minasi John S, Hanks John B, Moore Marcia M, Young Jeffery S, Jones Scott R, Schirmer, Bruce D, Adams Reid B (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", *Annals of Surgery*, 2001 May. 233(5):704-15.
- Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", *British Journal of General Practice*, 52, pp. 1004-1006
- Cattaneo, A., Bettinelli, M. E., Chapin, E., Macaluso, A., do Spirito Santo, L. C., Murante, A. M., & Montico, M. (2016). Effectiveness of the Baby Friendly Community Initiative in Italy: a non-randomised controlled study. *BMJ open*, 6(5), e010232.
- Cerasuolo D., Campani A., Sinigaglia M.G., Seghieri C. (2008), "La valutazione interna", in Nuti S. (a cura di), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), "The NHS Performance Assessment Framework. A balanced scorecard approach?", *Journal of Management in Medicine*, 16, p. 345
- Ciappei C. (2002), "La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere nel governo imprenditoriale", in Ciappei C., Ninci D., *Il governo imprenditoriale*, Firenze University Press, Firenze
- Cinquini L, Campanale C, Vainieri M (2014). Measuring Efficiency in Public Health: The Case of the Final Product System. *International Journal of Management Accounting*. N. 4; 183:199
- Cinquini L., Miolo Vitali P., Nuti S. (2003), *La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie toscane*, Franco Angeli, Milano
- Cinquini L., Nuti S., Boccaccio A., Vainieri M. (2005), *Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della regione Toscana*, "Mecosan" n. 54, pp. 43-63
- Cinquini L, Vainieri M, Campanale C (2009), *La misurazione dei Dipartimenti di prevenzione: il caso del sistema dei 'prodotti finiti' nella Regione toscana*, *Politiche Sanitarie* Vol.10 n.3 pp.175-184.
- Cinquini L., Vainieri M., Felloni E., Campanale C., Marcacci L. (2008), *La valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa in Nuti S. (a cura di) La valutazione della performance in sanità*, Il Mulino, Bologna
- Cisco Visual Networking Index (2015). *Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2015-2020 White Paper*
- Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", *Emergency Medicine Journal*, 29,8: 617-621.
- Cramer J.A, Rosenheck R. (1998), *Compliance With Medication Regimens for Mental and*

- Physical Disorders, Psychiatr Serv, Volume 49, Issue 2, February 1998, pp. 196-201 <http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.2.196>
- Cumbey D.A., Alexander J.W. (1998), "The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing", *Journal of Nursing Administration*, 28(5), pp. 39-46
- De Mauro T. (1994), Com'è nato il vocabolario di base, in Thornton, A.M., Iacobini, C., Burani, C. Una base di dati sul Vocabolario di Base della lingua italiana, Roma, Istituto di psicologia del CNR, pp. 51-5
- De Mauro, T., et al. (1993), *Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP)*, Milano, Etaslibri
- De Mauro T., Chiari I. (2005) (a cura di), *Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua*, Roma, Aracne
- De Rosis, S., Cerasuolo, D. e Nuti, S., Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy, *BMC Health Service Research*, 2020.
- De Rosis, S., Guidotti, E., Zuccarino, S., Venturi, G. e Ferré, F., Waiting time information in the Italian NHS: A citizen perspective, *Health Policy*, 2020
- Del Turco, M. R., Ponti, A., Bick, U., Biganzoli, L., Cserni, G., Cutuli, B., ... & Mano, M. P. (2010). Quality indicators in breast cancer care. *European journal of cancer*, 46(13), 2344-2356.
- Dickinson G. (1989), "Emergency department overcrowding", *CMAJ*, 140:270-1
- Donabedian, A (1973) *Aspects of medicalcare administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard Univer.Press
- EURO-PERISTAT Project. *European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. May 2013; 60-2 URL: <http://www.europeristat.com>
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", *Diabetes Care*, 32(5), pp. 822-7
- Forrest C.J., Koji T., Eugene F., Bovbjerg V.E., Markey D.W., Blome S., Minasi J.S., Hanks J.B., Moore M.M., Young J.S., Scott J.R., Schirmer B.D., Reid A.B. (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", *Annals of Surgery*, 233(5), pp. 704-15
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO*, Ministero della Salute, Roma, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1001\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1001_allegato.pdf)
- Franchina V., Vacca R. (1986). Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore, in "Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione", *Linguaggi*, a. III, n. 3, pp. 47-9.
- Freeman, R.K., American College of Obstetricians and Gynecologists. Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Jossey Bass, San Francisco (Ca.)
- Giacomelli, G., Ferré, F., Furlan, M., & Nuti, S. (2019). Involving hybrid professionals in top management decision-making: How managerial training can make the difference. *Health services management research*, 32(4), 168-179.
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016). *Linee guida di design per i sitiweb della pubblica amministrazione*. Linee guida online
- Grillo Ruggieri, T., Berta, P., Murante, A. M., & Nuti, S. Patient Satisfaction, patients leaving hospital against medical advice and mortality in Italian university hospitals: a cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*, 2018
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication*. Canada Health Act Division, Canada Health Act
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma
- ISTAT (2014). *Cittadini e nuove tecnologie*. Report 2014.
- Jamieson Gilmore, K., Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C., *Value in Healthcare and the Role of the Patient Voice*, *HealthcarePapers*, 20
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", *Journal of Business and Psychology*, 18(1), 73-99
- Laura Lauria, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Manila Bonciani e Silvia Andreozzi. *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. 2012 Rapporti ISTISAN 12/39
- Leonard M., Graham S., Bonacum D. (2004), *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. *Quality and Safety in Health Care* 13.suppl 1: i85-i90.
- Litwin D, Cahan Mitchell A. (2008), *Laparoscopic cholecystectomy*, *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6):1295-313.
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, *Scuola e Città*, a. 3, n. 31, marzo 1988, pp. 57-68
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano
- Macaluso, A., Bettinelli, M. E., Chapin, E. M., Córdova do Espírito Santo, L., Mascheroni, R., Murante, A. M., ... & Cattaneo, A. (2013). *A controlled study on baby-friendly communi-*

- ties in Italy: methods and baseline data. *Breastfeeding Medicine*, 8(2), 198-204.
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74:3- 18.
- Mastidoro N., Amizzoni A. (1993). *Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni*, Bollettino della Società Filosofica Italiana, n. 149, maggio-agosto 1993, pp. 49-6
- Mazzoleni, F., et al. (2011), *Usò degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale*, Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, 5: 11-16
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- McMullan J.T., Vesper, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journal*, vol. 97 (8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Meterko M., Mohr D.C., Young G.J. (2004). "Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals." *Medical care* 42.5: 492-498.
- Ministero della Salute (2010), *Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi*, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1238\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf)
- Ministero della Salute 2016 *Piano Nazionale della cronicità*: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf)
- Ministero della Salute, *Progetto SIVEAS*, disponibile su <http://salute.gov.it>
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519.
- Murante A.M., Nuti S. (2011), *A Marketing Approach For Creating Patient Oriented Pathways In Hospital Services*, in the proceedings of 10th International Conference Marketing Trends, 2011, Paris, ed. Jean-Claude Andreani and Umberto Collesei, Paris: Marketing Trends Association.
- Murante A.M., Nuti S, Matarrese D (2014) *Il quaderno del percorso materno infantile*. Polistampa
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A. and Nuti S. (2013), *How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach*, "Int. J. Health Plann. Mgmt.", doi: 10.1002/hpm.2201
- National Institutes of Health (NIH) (1992), "Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy", NIH Consensus Statement, September 14-16, <http://consensus.nih.gov/1992/1992GallstonesLaparoscopy090html.htm>.
- Noto, G., Belardi, P., Vainieri, M., *Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems*, *Health Policy*, 2020.
- Nuti S. (2005), *Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane*, in Baraldi S. (a cura di), *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Barsanti S. (2006), "Equità ed accesso nel percorso materno infantile", *Salute e Territorio*, n. 158, n. 1, pp. 303-306
- Nuti, S., Bini, B., Grillo Ruggieri, T. (2016), *Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany*. *International Journal of Integrated Care*. 16(2), p.9. doi.org/10.5334/ijic.1991.
- Nuti S., Bonini A., Gussoni M., Panizza G., Trentini C. (a cura di) (2001), *Il sistema di valutazione della performance della Sanità nella Provincia Autonoma di Trento*, Edizioni Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento, Trento
- Nuti S., Grillo Ruggieri T., Bini B., (2014) *Come creare valore per i pazienti del percorso del piede diabetico? L'esperienza della Regione Toscana*, in "Bellandi, T., Grillo Ruggieri, T. (a cura di), Øvretveit J., *Il miglioramento del valore nei servizi sanitari. Un metodo basato sulle evidenze*", Il Mulino, Bologna, 2014, pp. 241-256.
- Nuti S., Grillo Ruggieri T., D'Orio G. (a cura di) (2017), *I risultati delle Aziende Ospedaliere-Universitarie a confronto. Report 2016*, Pisa, Pacini Editore
- Nuti, S., Ruggieri, T. G., & Podetti, S. (2016). *Do university hospitals perform better than general hospitals? A comparative analysis among Italian regions*. *BMJ open*, 6(8).
- Nuti S., Macchia A. (2005), "The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities", in Tartaglia R., Albolino S., Bellandi T., Bagnara S. (a cura di), *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, Taylor & Francis, London
- Nuti, S., Noto, G., Vola, F., & Vainieri, M. *Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare*. *Management Decision*, 2018
- Nuti S., Seghieri C (2014), *Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy*, *Health Policy*, <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.healthpol.2013.08.003>
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M. (2012), *Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience*, "Journal of Management and Governance", DOI 10.1007/s10997-012-9218-5
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), "Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system", *Journal of Healthcare Management*, vol. 53, n. 3, pp. 182-198
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica",  *Mercati e competitività*, fasc. 1, pp. 119-39
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*, Edizioni ETS, Pisa
- Nuti S., Vainieri M. (2016), *Strategies and Tools to Manage Variation in Regional Governance Systems in Johnson A, Stukel T, Medical Practice Variations*. Springer, DOI 10.1007/978-1-4899-7573-7\_90-5
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143
- Nuti S, Vainieri M, Vola F (2017) *Priorities and targets: a methodology to support the policy-making process in healthcare*, forthcoming. *Public Money and Management*.
- Nuti S, Vola F, *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Report 2015*. Del Gallo Editore
- Nuti S, Vola F, *Individuare gli obiettivi prioritari: un metodo a supporto della governance regionale in Vainieri M, Nuti S (a cura di) Governance e meccanismi di incentivazione nei servizi sanitari regionali*. Il Mulino 2015

- Nuti, S., Vola, F., & Amat, P. (2015). Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - Report 2014.
- OECD (2009), Health at glance 2009. OECD Indicators, OECD
- OECD (2011), Health at glance 2011. OECD Indicators, OECD
- OECD (2016), Engaging Public Employees for a high performing civil service, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris
- OHA (1999), Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)
- OHA (2006), The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
- OMS (2000), The World Health Report 2000
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), Rapporto Osservasalute 2004, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), Rapporto Osservasalute 2009, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2012), Rapporto Osservasalute 2011, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2016), Rapporto Osservasalute 2015, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2018), Rapporto Osservasalute 2017, Osservasalute, Roma
- Panero C., Murante A.M. (2012), "Il See and Treat nell'esperienza dei pazienti", in: AA.VV. See & Treat - Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso, Giunti Editore, Firenze.
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A (2016) (a cura di), "Il quaderno del Pronto Soccorso", Polistampa Editore, Firenze ISBN: 9788859616184, pp. 1-95.
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", Health Care Finance, 27(3), pp. 1-20
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2012), "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", British Medical Journal - Quality and Safety, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
- Politecnico di Milano (2016), Osservatorio Mobile & App Economy
- Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", The Journal of Emergency Medicine, 42, 2: 186-196
- Rapporto Osservasalute (2012), Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Edizione italiana Prex
- Rapporto Osservasalute (2016), Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Edizione italiana Prex
- Rojas D., Seghieri C., Nuti S. (2014), "Organizational climate: Comparing private and public hospitals within professional roles", Suma De Negocios, 5(1): 10-14
- Rosselli A. (2012), "Pronto Soccorso: iperaffollamento e strategie di risposta", in Rosselli et al. (a cura di), See & Treat. Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso, Giunti Editore SpA, Firenze.
- Schneider, Sandra M., et al. "Emergency department crowding: a point in time." Annals of emergency medicine 42.2 (2003): 167-172.
- Scognamiglio A., Matterelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzi I., Viegi G. (2003), "L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva", Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Seghieri C., Sandoval G.A., Brown A.D., Nuti S. (2009), Where to Focus Efforts to Improve Overall Ratings of Care and Willingness to Return: The Case of Tuscan Emergency Departments, Academic Emergency Medicine, 16, pp.1-9
- Shea Judy A, Berlin Jesse A, Bachwich Dale R, Staroscik Rudolf N, Malet Peter F, McGuckin Maryanne, Schwartz Sanford, Escarce José J (1998), Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and postlaparoscopic eras, Annals of Surgery, Mar. 227(3):343-50.
- Sitzia J., Wood N. (1997), Patient Satisfaction: a Review of Issues and Concepts, Social, Science and Medicine, 45, 12: 1829-1843.
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", PLoS One, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", Health Care Management Review, 27(1), pp. 76-95
- Sun B.C., Adams J., Orav E.J. Rucker D.W. (2000), "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care", Annals of Emergency Medicine, 35 (5): 426-434
- Sutter Women's & Children's Services (2001), First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources, Sutter Health, California
- The Southern Surgeons Club (1991), A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies, New England Journal of Medicine, 324(16):1073-8.
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. (2005), La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile", 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005
- Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say?", Academic Emergency Medicine, 7,6: 695-709
- Vainieri, M., Panero, C. e Coletta, L., Waiting times in emergency departments: a resource allocation or an efficiency issue?, MC Health Services Research, 2020.
- Vainieri M e Demicheli V (a cura di) La valutazione della performance dei servizi di prevenzione a confronto Egon Edizioni, 2014.
- Vainieri, AC Fabrizi, V. Demicheli, "Sistemi di misura dei servizi di prevenzione e sistemi di misurazione della performance aziendale. Quali le potenzialità?" Politiche sanitarie n.4, 2013
- Vainieri M., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S. (2017), "Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference", Health Care Management Review, doi: 10.1097/HMR.000000000000164
- Vainieri, M., Lungu, D. A., & Nuti, S. Insights on the effectiveness of reward schemes from 10-year longitudinal case studies in 2 Italian regions. International Journal of Health Planning and Management, 2018

- Vainieri, M., Quercioli, C., Maccari, M., Barsanti, S., & Murante, A. M. Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: Empirical evidence from Italy. *BMC Health Services Research*, 2018
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. (2015), "Politiche sanitarie, tra razionamento e razionalizzazione: il ruolo e l'evoluzione del monitoraggio dell'assistenza farmaceutica a livello regionale", *Giornale Italiano di Farmacoconomia*, 7(4): 20-28
- Vainieri, M., Vola, F., Soriano, G. G., & Nuti, S. (2016). How to set challenging goals and conduct fair evaluation in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany Regions. *Health Policy*, 120(11), 1270-1278.
- Vaughan Jessica, Gurusamy Kurinchi Selvan, Davidson Brian R (2013), Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD006798.
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. (2016), "Discontinuation and re-starting in patients on statin treatment: prospective open cohort study using a primary care database", *BMJ*; 353:i330
- Viswanathan M., Hartmann K., Palmieri R., Lux L., Swinson T., Lohr K.N., Gartlehner G., Thorp J. Jr. (2005), The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. *Effective clinical practice*, 1(1).
- White B.A., Biddinger P.D., Chang Y., Grabowski B., Carignan S., Brown D.F.M. (2013), "Boarding Inpatients in the Emergency Department Increases Discharged Patient Length of Stay", *The Journal of Emergency Medicine*, 44, 1: 230-235
- WHO (1991), The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth", *Lancet*, vol. 2, pp. 436-437
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000*, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2014), *Preventing suicide: A global imperative*, World Health Organization, Geneva
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. (2005), "Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma", *Medico e Bambino*, 8(9), [http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509_10.html).

## Pubblicazioni del Laboratorio Management e Sanità

- L'attività di ricerca e la produzione scientifica del Laboratorio MeS valorizzano le logiche fondanti della valutazione della performance a supporto della gestione dei sistemi sanitari. Di seguito una selezione dei principali contributi degli ultimi anni:
- De Rosis, S., Cerasuolo, D., & Nuti, S. (2020). Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. *BMC health services research*, 20, 1-17.
- De Rosis, S., Guidotti, E., Zuccarino, S., Venturi, G., & Ferré, F. (2020). Waiting time information in the Italian NHS: A citizen perspective. *Health Policy*.
- Gori, L., Lupi, E., Manfredi, P., & Sodini, M. (2020). A contribution to the theory of economic development and the demographic transition: fertility reversal under the HIV epidemic. *JODE-Journal of Demographic Economics*, 86(2), 125-155.
- Noto, G., Belardi, P., & Vainieri, M. (2020). Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems. *Health Policy*.
- Quattrone, F., Vabanesi, M., Borghini, A., De Vito, G., Emdin, M., & Passino, C. (2020). The value of hospital personnel serological screening in an integrated COVID-19 infection prevention and control strategy. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 1-5.
- Tavoschi, L., Quattrone, F., D'Andrea, E., Ducange, P., Vabanesi, M., Marcelloni, F., & Lo-palco, P. L. (2020). Twitter as a sentinel tool to monitor public opinion on vaccination: an opinion mining analysis from September 2016 to August 2017 in Italy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(5), 1062-1069.
- Vainieri, M., Panero, C., & Coletta, L. (2020). Waiting times in emergency departments: a resource allocation or an efficiency issue?.
- Barsanti, S., & Guarneri, F. (2020). Chronic disease management: Discussing the perspectives of general practitioners in Italy. *Health Services Management Research*, 33(1), 13-23.
- Barsanti, S., Vola, F., & Bonciani, M. (2020). Trade union or trait d'union? Setting targets for general practitioners: A regional case study. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(1), 262-279.
- Coletta L., Murante A.M. (2019). The continuous collection of user experience for timely addressing critical factors of the hospital journey. 22th Excellence in Services International Conference (Eisic), ISBN 978-88-9043-279-8.
- Corazza, I., Gilmore, K.J., Bonciani, M., De Rosis, S. (2019). Building big data from experience: a new model for prems collection and utilization. *Jerusalem Conference on Health Policy*. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(1), 168.
- De Rosis, S., Pennucci, F., & Nuti, S. (2019). From Experience and Outcome Measurement to the Health Professionals' Engagement. *Micro & Macro Marketing*, 28(3), 493-520.
- De Rosis, S., Pennucci, F., & Seghieri, C. (2019). Segmenting Adolescents Around Social Influences on Their Eating Behavior: Findings From Italy. *Social Marketing Quarterly*, 25(4), 256-274.
- De Rosis, Sabina; Murante, Anna Maria. (2019). La valutazione della performance dei servizi sanitari attraverso gli occhi degli utenti. Focus sulla protezione dei dati. *Rivista Italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 243-249.
- Gilmore, K. J., Pennucci, F., De Rosis, S., & Passino, C. (2019). Value in Healthcare and the

- Role of the Patient Voice. *HealthcarePapers*, 18(4), 28-35.
- Lungu, D. A., Pennucci, F., De Rosis, S., Romano, G., & Melfi, F. (2020). Implementing successful systematic Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in robotic oncological surgery—The role of physicians. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(3), 773-787.
- Nuti, S., Ferré, F., Seghieri, C., Foresi, E., & Stukel, T. A. (2020). Managing the performance of general practitioners and specialists referral networks: A system for evaluating the heart failure pathway. *Health Policy*, 124(1), 44-51.
- Pennucci, F., De Rosis, S., Murante, A.M., & Nuti, S. (2019). Behavioural and social sciences to enhance the efficacy of health promotion interventions: Redesigning the role of professionals and people. *Behavioural Public Policy*, 1-21.
- Pennucci, F., De Rosis, S., & Nuti, S. (2019). Can the jointly collection of PROMs and PREMs improve integrated care? The changing process of the assessment system for the heart failure path in Tuscany Region. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 19.
- Pennucci, F., et al. (2019). The role of PROMs in managing geographical variation in orthopaedic elective surgery. *WIC Conference*.
- Schäfer, W. L., Boerma, W. G., van den Berg, M. J., De Maeseneer, J., De Rosis, S., Detollenaere, J., ... & Pavlič, D. R. (2019). Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. *Primary Health Care Research & Development*, 20.
- Seghieri, C., Lupi, E., Exarchos, T. P., Ferro, F., Tzioufas, A. G., & Baldini, C. (2019). Variation in primary Sjögren's syndrome care among European countries.

Accanto agli articoli scientifici e ai Report, i volumi curati dai ricercatori del Laboratorio fanno parte delle seguenti collane editoriali:

#### **Innovazione e management in sanità, edito da Il Mulino**

I volumi pubblicati in questa collana affrontano temi quali la gestione del cambiamento organizzativo e il governo dell'appropriatezza e dell'equità nei sistemi a copertura universale.

- Vainieri, M., Barchielli, C., Bellé, N. (2020), Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica
- Nuti S., Grillo Ruggieri T. (2016), La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto
- Vainieri M., Nuti S., (2015), Governance e meccanismi di incentivazione nei sistemi sanitari regionali
- Nuti S., Fantini M.P., Murante A.M. (2014), Valutare i percorsi in sanità. I percorsi della salute mentale e il percorso oncologico. Un progetto della Commissione parlamentare d'inchiesta del Senato sull'efficienza e l'efficacia del SSN
- Øvretveit J. (2014), Il miglioramento del valore nei servizi sanitari. Un metodo basato sulle evidenze, Edizione italiana a cura di Bellandi T. e Grillo Ruggieri T.

- Nuti S., Vainieri M. (2013), Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2
- Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), Immigrazione e Salute. Percorsi di integrazione sociale
- Nuti S., Vainieri M. (2011), Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale. Un binomio possibile
- Barretta A. D. (2009), L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca operativa ed esperienze operative a confronto
- Nuti S. (2008), La valutazione della performance in sanità
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale

#### **Creare valore in sanità, edito da ETS**

I volumi pubblicati in questa collana divulgano esperienze e best practice nel contesto della sanità pubblica, offrendo agli esperti del settore sanitario, ai manager pubblici e agli amministratori locali metodi ed esempi per cambiare e migliorare la sanità pubblica.

- Borghini A., Vola F., Nuti S. (2019), Dall'individuazione alla valorizzazione delle best practice. L'esperienza del sistema di valutazione dei servizi sanitari regionali a supporto della diffusione dell'eccellenza
- Barsanti S., Rosa A. (2018), Il management della salute nel territorio. Competenze e strumenti nell'esperienza della Regione Toscana
- Niccolai F., Nuti S. (2012), Intensità di Cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale
- Nuti S., Furlan M. (2012), La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in sanità
- Frey M., Meneguzzo M., Floriani G., (2009), La sanità come volano dello sviluppo economico
- Nuti S., Vainieri M. (2009), Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana – Una sfida aperta
- Nuti S. (2005), Innovare in sanità - Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto

#### **I quaderni, editi da Polistampa**

I volumi pubblicati in questa collana approfondiscono l'analisi dei dati disponibili nel sistema di valutazione della performance della sanità toscana, in ottica di percorso assistenziale, per evidenziare e condividere con i professionisti sanitari l'interpretazione delle determinanti e dei risultati raggiunti, con la finalità di individuare strade adeguate per migliorare la salute della popolazione.

- Barsanti S., Bonciani M., Roti L. (2016), Il Quaderno delle Case della Salute
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. (2016), Il Quaderno del Pronto Soccorso
- Murante A.M., Nuti S., Matarrese D. (2014), Il Quaderno del Percorso Materno Infantile

## Il Laboratorio Management e Sanità

Il Laboratorio Management e Sanità (MeS) fa parte dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ed è stato costituito nel 2004 grazie alla collaborazione con la Regione Toscana. Oggi lavora per la ricerca e formazione in economia e management sanitario a favore di Istituzioni sanitarie pubbliche e private a livello regionale, nazionale ed internazionale.

La sua missione consiste nel valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario pubblico, nello studio e valutazione delle sue specificità, nel confronto tra diversi sistemi regionali e internazionali, nell'innovazione organizzativa e gestionale a beneficio della tutela della salute e infine nella sistematizzazione di know-how manageriale per chi opera nel mondo della sanità.

Il Laboratorio MeS adotta un approccio alla valutazione multidisciplinare, integrando metodologie sia quantitative che qualitative. In questa prospettiva, il Laboratorio MeS ha progettato e sviluppato il sistema di valutazione della performance per la sanità toscana, ovvero uno strumento di governo regionale in grado di supportare, valutare e valorizzare l'azione delle Aziende socio-sanitarie quali attori fondamentali del sistema.

A partire dal 2008, per indirizzare i processi di programmazione e valutazione dei risultati, alcune Regioni hanno aderito al sistema e ne costituiscono il network. Le Regioni che nel 2019 hanno fatto parte del network sono Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento.

I dati contenuti nel presente report sono generati direttamente dalla piattaforma online che raccoglie i dati elaborati dal laboratorio MeS ed è consultabile all'indirizzo solo tramite password: [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it)

**Responsabili scientifici del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana:**  
Milena Vainieri e Sabina Nuti

**Responsabile scientifico del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Privata:**  
Anna Maria Murante

**Responsabile del sistema informativo:**  
Domenico Cerasuolo, con la collaborazione di Fabio Gentile

**Il team di ricerca del Laboratorio MeS è composto da:**  
Chiara Barchielli, Sara Barsanti, Paolo Belardi, Nicola Bellè, Letizia Bertoli, Manila Bonciani, Alice Borghini, Maria Sole Bramanti, Anita Mariana Bunea, Paola Cantarelli, Domenico Cerasuolo, Lucrezia Coletta, Giulia Colombini, Ilaria Corazza, Federica Covre, Alessandra Da Ros, Sabina De Rosis, Giuseppe D'Orio, Francesca Ferrè, Elisa Foresi, Manuela Furlan, Gabriele Gennuso, Fabio Gentile, Kendall Jamieson Gilmore, Elisa Guidotti, Daniel Adrian Lungu, Barbara Lupi, Enrico Lupi, Stefania Manetti, Irene Martelli, Irene Masoni, Anna Maria Murante, Francesco Noferi, Emiliano Pardini, Antonio Parenti, Katy Pelagagge, Francesca Pennucci, Filippo Quattrone, Chiara Seghieri, Virginia Sommati, Kinzica Sorrenti, Chiara Tramontani, Milena Vainieri, Bruna Vinci, Federico Vola, Claire Willmington, Sara Zuccarino.

**Coordinamento Statistico ed elaborazione dati:**  
Giuseppe D'Orio

**Coordinamento, Progettazione editoriale, editing del report:**  
Antonio Parenti, Francesco Noferi

Il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito nel 2004 dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, lavora nell'ambito della ricerca e formazione in economia e management sanitario con Istituzioni sanitarie pubbliche e private a livello regionale, nazionale e internazionale.

La sua missione consiste nel valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario pubblico, nello studio e valutazione delle sue specificità, nel confronto tra diversi sistemi regionali e internazionali, nell'innovazione organizzativa e gestionale a beneficio della tutela della salute e infine nella sistematizzazione di *know-how* manageriale per chi opera nel mondo della sanità.

[www.meslab.santannapisa.it](http://www.meslab.santannapisa.it)

ISBN 978-8-86528-515-2



9 788865 285152 >

