

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

---

## REPORT 2020



---

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

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

## **REPORT 2020**

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

© Copyright 2021 Laboratorio MeS

ISBN: 978-88-6995-920-2



---

## 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, Andrea Belardinelli, Giovanna Bianco, Roberta Bottai, Mario Cecchi, Simona Dini, Giovanni Forte, Mauro Maccari, Claudio Marinai, Maria Teresa Mechi, Moraldo Neri, Lorenzo Righi, 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 ringraziano inoltre Vincenzo Giannuzzi, Paolo Spolaore e tutti i responsabili delle strutture AIOP aderenti.



---

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>349</b>
<b>Risultati</b>	<b>31</b>	Bersagli e pentagrammi delle Zone distretto	351
Regione Toscana	33	Bersagli degli Ospedali Toscani Pubblici e AIOP	431
Aree Vaste	43	<b>Bibliografia e pubblicazioni</b>	<b>449</b>
<b>Indicatori 2020 *</b>	<b>73</b>		
Stato di salute della popolazione	75		
Efficienza e sostenibilità	83		
Strategie sanitarie regionali	93		
Emergenza-Urgenza	141		
Prevenzione collettiva	151		
Governare e qualità dell'offerta	159		
Responsiveness e comunicazione	251		
Valutazione dell'utenza	261		
Assistenza farmaceutica e dispositivi medici	271		
Resilienza	305		

\* 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, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Provincia Autonoma di Trento, Umbria e Veneto, oltre, naturalmente, a Regione Toscana.

Nel 2020 aderiscono inoltre al Sistema di Valutazione le seguenti strutture AIOIP: Casa di Cura San Camillo Forte dei Marmi, IFCA Casa di Cura Ulivella 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 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.

È scontato affermare che l'anno 2020 ha rappresentato uno spartiacque storico: gli stessi sistemi di valutazione della performance dei sistemi sanitari sono stati chiamati a uno sforzo di innovazione non più incrementale, ma “disruptive”, per provare a dar conto dell'eccezionalità del momento storico. Misurare le performance delle aziende sanitarie nel 2020 ha significato accogliere la sfida di un radicale processo di adattamento e sviluppo dell'architettura del sistema di valutazione, in modo tale che potesse contribuire a intercettare e correttamente rappresentare il valore prodotto dai nostri professionisti e dalle nostre organizzazioni, in un periodo storico unico per il nostro SSN. Il Sistema di Valutazione è stato quindi ridisegnato, lungo due direttrici operative:

a) la sospensione della valutazione per gli indicatori il cui significato e la cui rilevanza sono stati modificati dall'evento pandemico. È il caso ad esempio dei tassi di ospedalizzazione per patologie potenzialmente evitabili: se questi indicatori negli anni scorsi potevano essere misure indirette della capacità di presa in carico da parte del territorio, nel 2020 la loro lettura e interpretazione è inficiata dalla riduzione dell'offerta tout court e non dalla presa in carico da parte di altri e più appropriati setting assistenziali. Il loro andamento risulta quindi intrinsecamente non valutabile;

b) l'introduzione, in collaborazione con le altre Regioni del Network – riprendendo, estendendo e sistematizzando alcune precedenti iniziative di analisi inter-regionali (Spadea et al. 2020) – un set di circa 60 indicatori di volume, calcolati mensilmente con uno sfasamento di circa 3 mesi, per individuare tempestivamente i principali cali di offerta e supportare così le direzioni regionali nel contenimento della crisi sanitaria. Gli indicatori – mirati principalmente al monitoraggio dell'attività ospedaliera e ambulatoriale – non sono stati quindi individuati per il monitoraggio dell'attività “Covid” in senso stretto – compito affidato ad altre istituzioni, tra cui il Dipartimento della Protezione Civile e l'Istituto Superiore di Sanità – quanto piuttosto per il monitoraggio della tenuta dell'offerta cosiddetta “non-Covid”.

In altri termini, l'obiettivo del sistema di valutazione si è concentrato sul monitoraggio della capacità di resilienza dei sistemi sanitari regionali in generale e di quello toscano, in particolare. A guidare concettualmente questo processo è stata la definizione del termine stesso “resilienza” messa a punto dall'*EU Expert Group on Health System Performance Assessment*: “la capacità di (a) **prevedere** in modo proattivo, (b) **assorbire** e (c) **adattarsi** a shock e cambiamenti strutturali in modo da consentire di (i) **continuare** nelle attività richieste, (ii) **riprendere le prestazioni ai livelli ottimali** il più rapidamente possibile, (iii) **trasformare** la sua struttura e le sue attività per rafforzare il sistema e (possibilmente) (iv) **ridurre la sua vulnerabilità** a shock simili e cambiamenti strutturali in futuro” (EU Expert Group on Health System Performance Assessment, 2020).

Valutare la capacità mostrata dal sistema toscano di rispondere allo shock pandemico è di fondamentale importanza sia per la valorizzazione degli sforzi profusi dai professionisti toscani, sia per il corretto indirizzamento del processo di rilancio del sistema, all'interno della più ampia cornice del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e – in prospettiva – del Nuovo Patto per la Salute.

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

Storicamente, 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 responsabilizzazione (accountability) nei confronti della collettività;
- il ricorso a più dimensioni di analisi per cogliere la complessità e agire sulle determinanti dei risultati;
- la trasparenza, per rispondere alla missione del sistema pubblico con una gestione responsabile;
- il confronto sistematico (benchmarking), per superare l'autoreferenzialità;
- se la tempestività dei sistemi di valutazione è stata negli ultimi anni riconosciuta come un valore aggiunto per garantire una ricaduta operativa delle evidenze prodotte, in tempi di Covid 19 si è tramutata semplicemente in una precondizione di ogni sistema di valutazione.

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 del sistema sanitario.

I risultati provengono dall'analisi dei flussi amministrativi aggiornati a giugno 2021. L'elaborazione è il risultato della stretta collaborazione tra il Laboratorio MeS e ARS Toscana. I dati sono pressoché tutti aggiornati all'anno 2020, eccezion fatta per alcune specificità relative all'ambito economico-finanziario e alla percentuale di assenza (questi si riferiscono al 2019).

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

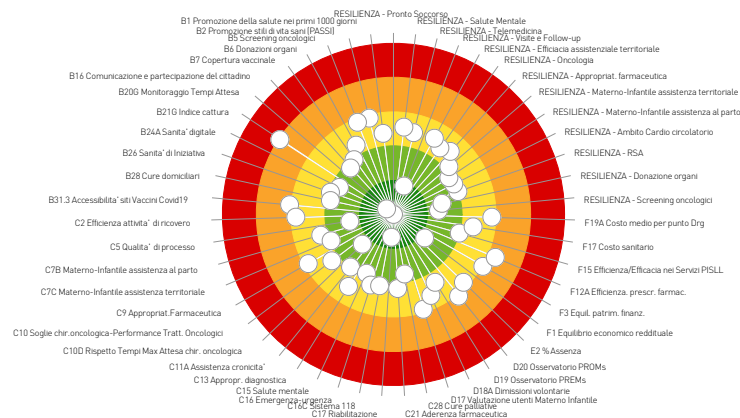


Figura 1. Esempio di un bersaglio

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).

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 attribu-

ita sulla base della distribuzione dei valori tra i soggetti valutati.

Il sistema conta più di 700 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 circa 70 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 2020 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 iniziante 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, perché 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 di analisi sono le seguenti:

- 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 (112);
- 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.

Nel 2020 è stata introdotta una nona dimensione, specificamente volta ad analizzare la capacità dei sistemi regionali e aziendali di rispondere in modo resiliente alla sfida della pandemia. L’ambito della **Resilienza** include un centinaio di nuovi indicatori, che misurano la capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni della popolazione in pandemia, contenendo la contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non Covid. Questa sezione fa luce sia sull’attività di prevenzione (screening oncologici), sia sul setting territoriale (assistenza residenziale e domiciliare, presa in carico farmaceutica, diagnostica, ambulatoriale, percorso materno-infantile, cronicità, telemedicina, salute mentale), sia sull’offerta in senso stretto ospedaliera (volumi per chirurgia oncologica e cardio-circolatoria, donazioni di organi, assistenza al parto, pronto soccorso).

La dimensione della Resilienza trova una collocazione precisa nei bersagli, nel quadrante in alto a destra, per favorirne la veloce individuazione.

Nella tabella 1 è riportato l’elenco degli indicatori di valutazione e di osservazione, calcolati per misurare la performance dell’anno 2020. 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 2020

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.

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - 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	Mortalità neonatale precoce		
			A1.3	Mortalità neonatale totale		
●			<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>		
			A10.1.1	Percentuale di sedentari		77
			A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso		78
			A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto		79
			A10.4.1	Percentuale di fumatori		80
						81
<b>EFFICIENZA E SOSTENIBILITA'</b>						
			<b>E2</b>	<b>Percentuale di assenza</b>		85
			E2A	Indice assenza donne vs. uomini		
			E2B	Indice soffitto di cristallo		
			<b>F1</b>	<b>Equilibrio economico reddituale</b>		86
			F1.1	Equilibrio economico generale		87
			F1.2	Equilibrio economico sanitario		88
			F1.3	ROI		
			<b>F3</b>	<b>Equilibrio patrimoniale finanziario</b>		89
			F3.1	Indice di disponibilità		
			F3.2	Politiche di investimento		
			F3.2.1	Incidenza canoni leasing e noleggio		
			F3.2.2	Percentuale di obsolescenza tecnica		
			F3.2.3	Indice rinnovo investimenti		
			F3.3	Indice di elasticità finanziaria		
			F3.4	Costi di finanziamento		
			F3.4.1	Indice di onerosità		
			F3.4.2	Dilazione dei debiti		
			F11	Indice di compensazione		
			<b>F17</b>	<b>Costo sanitario pro capite</b>		90
			<b>F19A</b>	<b>Costo medio per punto DrG</b>		91
			F19A.3	Costo totale medio per punto DRG		
<b>STRATEGIE SANITARIE REGIONALI</b>						
●			<b>B1</b>	<b>Promozione della salute nei primi 1000 giorni</b>		95
●			B1.1	Assunzione corretta acido folico in periodo periconcezionale	Materno infantile	96
●			B1.2.1	Fumo in gravidanza		
●			B1.2.2	Fumo in allattamento		
●			B1.3.1	Consumo di alcol in gravidanza		
●			B1.3.2	Consumo di alcol in allattamento		
●			B1.4	Posizione corretta in culla	Materno infantile	97
●			B1.5	Lettura ad alta voce	Materno infantile	98
			<b>B2</b>	<b>Promozione stili di vita sani (PASSI)</b>		99
			B2.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica		100
			B2.2.2	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	Cronicità	101
			B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Cronicità	102
			B2.3.2	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno		103
			B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare		104
●			<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione agli screening oncologici</b>		105
●			B5.1	Screening mammografico		
●			B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	Oncologia	106
●			B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	Oncologia	107
			B5.2	Screening cervice uterina		
			B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	Oncologia	108
			B5.3	Screening colorettales		
			B5.3.1	Estensione dello screening colorettales	Oncologia	109
			B5.3.2	Adesione allo screening colorettales	Oncologia	110

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - 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>		111	
	●		B6.1.7	Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute			
	●		B6.1.1A	Efficienza di segnalazione		112	
	●		B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche			
	●		B6.1.2	Percentuale di donatori procurati		113	
	●		B6.1.4	Percentuale donatori utilizzati		114	
			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		115	
			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>		116	
●			B7.1	Copertura per vaccino MPR	Materno infantile	117	
●			B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)		118	
●			B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)		119	
●			B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari		120	
●			B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico		121	
●			B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	Materno infantile	122	
●			B7.7	Copertura per vaccino esavalente	Materno infantile	123	
●			B7.8	Copertura vaccinale varicella		124	
			<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>B20G</b>	<b>Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)</b>		125	
●			B20G.1	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)		126	
●			B20G.2	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)		127	
			<b>B21G</b>	<b>Indice di cattura (Catchment index)</b>		128	
			B21G.1	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)		129	
			B21G.2	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)		130	
●			<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>		131	
			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		132	
			B24B.1.1	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		133	
			B24B.1.2	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		134	
			B24B.2	Percentuale ricette elettroniche o dematerializzate su erogato			
			B24B.2.1	Percentuale ricette farmaceutiche elettroniche o dematerializzate su erogato			
			B24B.2.2	Percentuale ricette specialistiche elettroniche o dematerializzate su erogato			
			B24B.3	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una dematerializzata o elettronica		135	
			B24B.3.1	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata		136	
			B24B.3.2	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata		137	
			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 nel FSE			
●			<b>B26</b>	<b>Sanità di Iniziativa</b>		138	
●			B26.1	Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa	Cronicità	139	
			<b>EMERGENZA-URGENZA</b>				
●			<b>C16</b>	<b>Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza</b>		143	
●			C16A.T1.BIS	Percentuale di accessi codice 1 ricoverati, trasferiti, o ammessi in OBI	Emergenza-Urgenza		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIDP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
	●		C16A.T2.BIS	Percentuale di accessi codice 2 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	Emergenza-Urgenza	
	●		C16A.T3.BIS	Percentuale di accessi codice 3 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	Emergenza-Urgenza	
	●		C16A.T4.BIS	Percentuale di accessi codice 4 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	Emergenza-Urgenza	
	●		C16A.T5.BIS	Percentuale di accessi codice 5 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI	Emergenza-Urgenza	
	●		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	144
	●		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	145
	●		C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	Emergenza-Urgenza	146
	●		D9A	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	Emergenza-Urgenza	147
	●		D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	Emergenza-Urgenza	
	●		<b>C16C</b>	<b>Sistema 118</b>		148
	●		C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	Emergenza-Urgenza	149
<b>PREVENZIONE COLLETTIVA</b>						
			<b>F15</b>	<b>Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)</b>		153
			F15.2	Copertura del territorio		
			F15.2.1T	N.aziende controllate/N.PAT INAIL		154
			F15.2.3T	N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione		155
			F15.1.8	Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole		156
			F15.3	Efficienza produttiva		
			F15.3.1T	N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL		157
			F15.3.2	N.sopraluoghi/N.personale UPG SPSAL		
			F15.1.15	Efficienza strutturale riferita al numero di unità locali (PAT) rispetto al personale qualificato		
			F15.1.45	Efficienza strutturale riferita al numero di lavoratori occupati (ISTAT) rispetto al personale qualificato		
			F15.1.3	Inchieste per infortunio sul lavoro		
			F15.1.4	Inchieste per malattie professionali		
<b>GOVERNO E QUALITA' DELL'OFFERTA</b>						
			<b>B15</b>	<b>Capacità attività di ricerca</b>		
			B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti		161
			B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti		162
	●		<b>C18</b>	<b>Variabilità chirurgia elettiva</b>		
	●		C18.4	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti	Ortopedia e Traumatologia	
	●		C18.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti	Ortopedia e Traumatologia	
	●		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 iperlasia 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>		163
	●		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	164
	●		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	165
	●		B28.2.2	Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	Assistenza domiciliare e residenziale	166
	●		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	167
	●		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	168
	●		B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari		
	●		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	169
	●		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	170
	●		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		
	●		D22Z.1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)		
	●		D22Z.2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)		
	●		D22Z.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	171
	●		B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	Assistenza domiciliare e residenziale	172
	●		B28.4	Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	173
	●		B28.3.10	Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA	Assistenza domiciliare e residenziale	
	●		B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	Assistenza domiciliare e residenziale	
	●		B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	
	●		B28.3.19	Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA		174

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●	●		B28.3.2.1	Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	Assistenza domiciliare e residenziale	175
●	●		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)		
●	●		<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	Assistenza domiciliare e residenziale	
●	●		H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente		
●	●		C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		
●	●		C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		
●	●		C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti		
●	●		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		
●	●		<b>C2</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>		176
●	●		C2A.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici		177
●	●		C2A.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		178
●	●		C2A.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati		179
●	●		C2A.2	Tasso di occupazione dei posti letto per acuti		
●	●		C2A.3	Degenza media ricoveri ordinari		
●	●		<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>		
●	●		C4.9	DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)		
●	●		C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)		
●	●		C14.2B	Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica		
●	●	●	C14.2.1	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti		
●	●	●	C14.2.2	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici		
●	●	●	C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)		
●	●		C14.5	Tasso di accessi DH medico standardizzato per età per 1.000 residenti		
●	●		<b>C4</b>	<b>Appropriatezza chirurgica</b>		
●	●	●	C4.7	DrG LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery		
●	●	●	C4.12	DrG LEA Chirurgici: Percentuale standard raggiunti per Percentuale DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)		
●	●	●	C4.13	DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA)		
●	●	●	C1.6	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)		
●	●		C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti		
●	●		<b>C5</b>	<b>Qualità clinica/Qualità di processo</b>		180
●	●	●	C5.1	Percentuale Ricoveri ripetuti entro 30 giorni		
●	●	●	C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	Ortopedia e Traumatologia	182
●	●	●	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali		183
●	●		C5.4	Equità di accesso ad intervento di angioplastica (PTCA) post infarto Miocardico acuto (IMA) per genere		
●	●		C5.4.1	Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 90 minuti ricoverati per IMA STEMi		
●	●		C5.4.2	Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 96 ore ricoverati per IMA NSTEMi		
●	●		C5.7	Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale		184
●	●		C5.8	Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie		
●	●	●	C5.10	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	Ortopedia e Traumatologia	185
●	●	●	C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnostiche		186
●	●		C5.17	Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati		187
●	●		C5.18.1	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti		
●	●		C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati		
●	●	●	C5.19	Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna		188
●	●	●	C5.20	Trombolisi endovenosa per ictus ischemico		
●	●		C5.21	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)		
●	●		C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	Emergenza-Urgenza	189
●	●		C5.30	Percentuale fratture operate entro 48 ore		
●	●		C5.13	Chirurgia ginecologica mini-invasiva	Ortopedia e Traumatologia	
●	●	●	C5.13.1	Percentuale di isterectomie erogate laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica) per patologie ginecologiche benigne		
●	●	●	C5.13.2	Percentuale di interventi per prolasso degli organi pelvici erogati laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica)		
●	●	●	C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno		181
●	●		<b>C5E</b>	<b>Ricoveri ripetuti</b>		
●	●		C5.1E	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		
●	●		C5.1E.1	Percentuale di riammissioni con drg medico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa		
●	●		C5.1E.2	Percentuale di riammissioni con drg chirurgico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa		
●	●		C5.2E	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri programmati		
●	●		C5.2E.1	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri medici programmati		
●	●		C5.2E.2	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ric. chirurgici programmati		
●	●		<b>C6</b>	<b>Rischio clinico</b>		
●	●		C6.1	Indice di richieste di risarcimento		
●	●		C6.1.7	Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali		
●	●		C6.1.8	Indice triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali		



Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			C6.2	Sviluppo del sistema di incident reporting		
			C6.2.1A	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC		
			C6.2.1B	Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC		
			C6.2.2A	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere		
			C6.2.2B	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture territoriali		
			C6.2.6	Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità (MM) su casi clinici		
			C6.4	Sicurezza del paziente		
	●	●	C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione		
	●	●	C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità		
	●	●	C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica		
			C6.6A	Incidenza delle cadute		
	●		<b>C7B</b>	<b>Materno-Infantile assistenza al parto</b>		190
	●		C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	Materno infantile	191
	●		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 maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti		
	●		H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti		
			C7.0.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti		192
			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	193
	●		C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Materno infantile	194
			C7.20	Asfisse 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 indagare	Materno infantile	195
	●		C7.12.2	Percentuale di donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle	Materno infantile	196
	●		<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	198
	●		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	
	●		C7.17.1	Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio	Materno infantile	
	●		C7.27	Percentuale donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza	Materno infantile	
	●		C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	Materno infantile	199
	●		C7.12.3	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	Materno infantile	200
	●		C7.12.4	Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi	Materno infantile	201
	●		D17.3.7	Proattività del sistema	Materno infantile	
	●		C7.1B.1	Tasso di concepimento per minorenni		
	●		C7.10	Tasso di IVG 1.000 residenti		202
	●		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		203
	●		C7.13	Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva		204
	●		C7.14	Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4		205
	●		C7.16A	Accesso area maternità del consultorio	Materno infantile	
	●		C7.16	Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	Materno infantile	
	●		C7.25	Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti		206
	●		<b>C7D</b>	<b>Pediatria</b>		
	●		C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		
	●		C7.7.1R	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	Materno infantile	
	●		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		
	●		<b>C10</b>	<b>Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici</b>		207
	●		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	
	●		H022	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10Percentuale tolleranza) interventi annui	Oncologia	208
	●		C10.1B	Volumi interventi tumore maligno alla prostata		
	●		C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Oncologia	209
	●		C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Oncologia	210
	●	●	C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Oncologia	

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
	●		C10.1.1A	Volumi interventi tumore maligno al polmone		
	●		C10.1.2A	Volumi interventi tumore maligno alla prostata		
	●	●	C10.1.3A	Volumi interventi per tumore maligno allo stomaco		
	●	●	C10.1.4A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella		
	●	●	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	211
	●		C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Oncologia	212
	●		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	213
	●	●	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	214
	●		C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	Oncologia	215
	●		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	
	●		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	
	●		<b>C10D</b>	<b>Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore</b>		216
	●		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	217
	●	●	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	218
	●	●	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	219
	●	●	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	220
	●		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	221
	●		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	222
	●		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	223
	●	●	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	224
	●		<b>C11A</b>	<b>Efficacia assistenziale territoriale</b>		225
	●		C11A.1	Scempenso Cardiaco		
	●		C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scempenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)		
	●		D03CC	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scempenso cardiaco		
	●		C11A.1.2A	Residenti con Scempenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Cronicità	226
	●		C11A.1.2B	Residenti con Scempenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Cronicità	227
	●		C11A.1.2C	Residenti con Scempenso Cardiaco con almeno un ECG		
	●		C11A.1.3	Residenti con Scempenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani	Cronicità	228
	●		C11A.1.4	Residenti con Scempenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Cronicità	229
	●		C11A.2	Diabete		
	●		C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)		
	●		D03CA	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete		
	●		C11A.2.2	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	Cronicità	230
	●		C11A.2.3	Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	Cronicità	231
	●		C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	Cronicità	232
	●		C11A.2.4.4	Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti	Cronicità	
	●		C11A.2.9	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica		
	●		C11A.3	BPCO		
	●		C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)		
	●		D03CB	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO		
	●		C11A.3.2A	Residenti con BPCO con almeno una spirometria		
	●		C11A.5	Ictus		
	●		C11A.5.1	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	Cronicità	233
	●		C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti		
	●		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, scempenso e BPCO per titolo di studio		234
	●		<b>C8A</b>	<b>Integrazione ospedale territorio</b>		
	●		C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			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		
●			C14.4A	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri medici oltre soglia		
●			C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	Emergenza-Urgenza	
●			C8C.1.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D05C)	Emergenza-Urgenza	
●			C8C.2.N	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D06C)	Emergenza-Urgenza	
●			C8C.3.N	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07C)	Emergenza-Urgenza	
●			D07C.P.N	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07C)	Emergenza-Urgenza	
<b>C13 Appropriately Diagnostica/Approprately Prescrittiva Diagnostica</b>						235
●			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		236
●			C13A.2.2.3	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi		
●			C13.4	Tempi di attesa		
●			D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)		
●			D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)		
<b>C15 Salute mentale</b>						237
●			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	238
●			C15A.13A	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Salute Mentale	239
●			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	240
●			C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	Salute Mentale	
●			C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	Salute Mentale	241
●			C15A.5A	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			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	242
●			C15.17	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti	Salute Mentale	
●			C15.17.1	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti		
●			C15.17.2	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti		
●			C15.19.1	Percentuale di pazienti in carico con rivalutazione programmata nell'anno indice	Salute Mentale	
●			C15.19.2	Percentuale di pazienti in carico con rivalutazione programmata e non nell'anno indice		
<b>C17 Riabilitazione</b>						243
●			C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		
●			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	Percentuale ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno		244
●			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 giorni	Ortopedia e Traumatologia	
●			C17.1.4.4	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni	Ortopedia e Traumatologia	
●			C17.1.4.5	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni	Ortopedia e Traumatologia	
●			C17.1.4.6	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni	Ortopedia e Traumatologia	
●			C17.1.4.7	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni	Ortopedia e Traumatologia	
●			C17.1.4.8	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni	Ortopedia e Traumatologia	
<b>C28 Cure Palliative</b>						245
●			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	256
●			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	247
●			C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	Oncologia	248
●			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	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg	Oncologia	249
<b>RESPONSIVENESS E COMUNICAZIONE</b>						
<b>B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino</b>						253
			B16.1	Carta dei Servizi		
			B16.1.1	Percentuale impegni raggiunti		254
			B16.1.2	Comitato di partecipazione		255

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			B16.2	Front office telefonico		256
			<b>B31.3</b>	<b>Accessibilità online dell'informazione sulla vaccinazione anti-Covid 19</b>		257
			B31.3.1	Informazioni sugli effetti collaterali della vaccinazione anti-Covid 19		
			B31.3.2	Leggibilità dei testi sulla vaccinazione anti-Covid 19		
			B31.3.2.1	Indice GulpEase dei testi sulla vaccinazione anti-Covid 19		258
			B31.3.2.2	Indice di Nuovo Vocabolario di Base della lingua italiana (NBIV) sui testi della vaccinazione anti-Covid 19		259
			B31.3.2.3	Indice READ-IT sui testi della vaccinazione anti-Covid 19		260
			<b>B40</b>	<b>Programmazione della formazione</b>		
			B40.1	Coerenza del piano formativo alle indicazioni regionali		
			B40.2	Dossier formativo		
			B40.3	Capacità di resilienza attività formativa aziendale 2019-2020		
<b>VALUTAZIONE DELL'UTENZA</b>						
●	●		<b>D17</b>	<b>Valutazione utenti Materno Infantile</b>		263
●			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		
●			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	Materno infantile	
●			D17.1.5A	Willingness to recommend il consultorio		
	●		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		
	●		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		
●			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		
●			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		
●			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		
	●		<b>D18A</b>	<b>Dimissioni volontarie</b>		264
	●	●	D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero		265
	●	●	D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	Ortopedia e Traumatologia	266
			<b>D20</b>	<b>PROMs</b>		267
			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		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			D20.1.2.1	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione d'anca	Ortopedia e Traumatologia	
			D20.1.2.2	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	Ortopedia e Traumatologia	
			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	Ortopedia e Traumatologia	
			D20.2.2.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	Ortopedia e Traumatologia	
			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>		<b>268</b>
			D19.1	Rispetto per la persona		
			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		
			D19.1.4F	Rispetto e dignità per la persona - Fisioterapisti		
			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		
			D19.1.8F	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Fisioterapisti		
			D19.2	Supporto alla persona		
			D19.2.1	Gestione paure ed ansie - personale medico		
			D19.2.2	Gestione paure ed ansie - personale infermieristico		
			D19.2.3F	Gestione paure ed ansie - Fisioterapisti		
			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		
			D19.3.6F	Risposte chiare - Fisioterapisti		
			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		
			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>D20B</b>	<b>Estensione ed adesione PREMs</b>		
			D20B.1.1	Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario		
			D20B.2.1	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario		
				<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI</b>		
			<b>C9</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva farmaceutica</b>		<b>273</b>
			B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore		
			B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori		274
			B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio		275
			B4.1.3	Consumo territoriale di morfina		276
			B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio		277
			C9.10.1	Polypharmacy sul territorio		278
			C9.6.1	Ipolipemizzanti	Cronicità	
			C9.6.1.1	Iperprescrizione di statine	Cronicità	279
			C9.6.1.2	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio		280
			C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione		281
			C9.6.1.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine		
			C9.6.2.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi		
			C9.6.1.6	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		
			C9.7	Gastrointestinali		
			C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio		282
			C9.8	Antimicrobici		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio		283
●			C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)		284
●			C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica		285
●			C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica		286
●			C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio		287
●			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		
●			C9.12C	N.Utenti con erogazione farmaci in fascia H iniettabili sul territorio		
●			C9.9	Farmaci in Salute Mentale		
●			C9.4	Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	Salute Mentale	288
●			C9.5	Consumo di altri antidepressivi sul territorio	Salute Mentale	289
●			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	290
●			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)		
●			C9.12B	Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)		
●			C9.13	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti		291
●			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		292
●			C9.19.2	Incidenza Salmeterolo associato sul territorio		
●			C9.19.3	Confezioni di adrenergici 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	293
●	●		C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	Cronicità	294
●	●		C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	Cronicità	295
●			<b>C21</b>	<b>Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)</b>		296
●			C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (lipipemizzanti)	Cronicità	297
●			C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	Salute Mentale	298
●			C21.3	Compliance terapia post IMA		
●			C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	Cronicità	299
●			C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	Cronicità	300
●			C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	Cronicità	301
●			<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 alla		
●			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>		
●			F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza		302
●			F12A.14A	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto		303
●			F12A.19	Ospedaliere		
●			F20.11	Percentuale Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara		
●			F20.12	Percentuale Adalimumab biosimilare o vincitore di gara		
●			F20.13	Percentuale Follitropina biosimilare o vincitore di gara		
●			F20.14	Percentuale Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			F20.15	Percentuale Somatropina biosimilare o vincitore di gara		
			F20.16	Percentuale Epoietina biosimilare o vincitore di gara		
			F20.17	Percentuale Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara		
			F20.18	Percentuale Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara		
			F20.19	Percentuale Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara		
			F20.20	Percentuale 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 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.3.1A	Consumo di siringhe per giornata di degenza		
			F12C.3.2B	Spesa per siringhe per giornata di degenza		
			F12C.4.1B	Spesa per guanti per giornata di degenza		
			F12C.3.1	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza (ASL)		
			F12C.3.2	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza (AOU)		
				<b>RESILIENZA</b>		
			<b>B5R</b>	<b>RESILIENZA - Screening oncologici</b>		309
			B5.1.2R	Andamento volumi screening mammografico	Oncologia	
			B5.2.2R	Andamento volumi screening cervice uterina	Oncologia	
			B5.3.2R	Andamento volumi screening colorettales	Oncologia	
			<b>B6.R</b>	<b>RESILIENZA - Donazioni di organi</b>		310
			B6.1.1A.R	Differenza Percentuale efficienza di segnalazione		
			B6.1.6.R	Differenza Percentuale segnalazione Morti Encefaliche		
			B6.1.15.R	Differenza Percentuale conversion rate		
			<b>B283R</b>	<b>RESILIENZA - Setting Residenziale, Domiciliare e Intermedio</b>		311
			B283R.1	Capacità invio dati da RSA		
			B283R.1.1	Percentuale schede settimanali inviate per il sistema di sorveglianza ISS	Assistenza domiciliare e residenziale	312
			B283R.1.2	Percentuale schede trimestrali inviate per il sistema di sorveglianza ISS	Assistenza domiciliare e residenziale	313
			B283R.1.3	Percentuale RSA che hanno inviato Sezione CoVID-19 MeS	Assistenza domiciliare e residenziale	314
			B283R.2	Attività di screening in RSA		
			B283R.2.1	Screening assistiti RSA	Assistenza domiciliare e residenziale	315
			B283R.2.2	Screening operatori RSA	Assistenza domiciliare e residenziale	316
			B283R.3	Soddisfazione RSA e ASL		
			B283R.3.1	Coordinamento generale con ASL	Assistenza domiciliare e residenziale	317
			B283R.3.2	Supporto logistico per DPI	Assistenza domiciliare e residenziale	318
			B283R.3.3	Supporto per la presa in carico positivi	Assistenza domiciliare e residenziale	319
			B283R.3.4	Indicazioni ricevute	Assistenza domiciliare e residenziale	320
			B283R.4	Tasso positività RSA		
			B283R.4.1	Percentuale di assistiti positivi (media settimanale)		
			B283R.4.2	Percentuale operatori positivi (media settimanale)		
			B283R.4.3	Percentuale RSA con assistiti positivi		
			B283R.4.4	Percentuale RSA con operatori positivi		
			B283R.5	Variazione percentuale 2019-2020 ammissioni anziani in RSA		
			B283R.6	Variazione percentuale 2019-2020 ammissioni anziani in Cure Intermedie		
			AD.M1	Volumi per Accessi domiciliari AD/ADP	Cronicità	
			<b>CC.R</b>	<b>RESILIENZA - Ambito Cardio Circolatorio</b>		321
			S.M12	Volumi per ricoveri per IMA STEMI		
			S.M13	Volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica		
			S.M14	Volumi per ricoveri per ictus ischemico		
			S.M16	Volumi per ricoveri per interventi di By pass aortocoronarico		
			<b>C7B.R</b>	<b>RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto</b>		322
			C7.28.1.R	Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio	Materno infantile	323
			C7.28.2.R	Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto		324
			<b>C7C.R</b>	<b>RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza territoriale</b>		325
			MI.1	Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali		
			MI.1.1	Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali delle prestazioni consultoriali dell'area salute riproduttiva (maternità, sterilità, IVG e contraccezione)		
			MI.1.2	Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali dell'area disagio e abusi/maltrattamenti		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			MI.2	Differenza della quota di nuovi utenti dei servizi consuntoriali		326
●			MI.3	Differenza delle Percentuale di gestanti seguite dal consultorio	Materno infantile	327
●			C7.16	Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	Materno infantile	
●			C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	Materno infantile	
●			C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione		
●			C7.10.1	Percentuale di IVG con certificazione consultoriale		
●			<b>C9R</b>	<b>RESILIENZA - Farmaceutica</b>		328
●			F.M1	Consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	Cronicità	
●			F.M2	Consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	Cronicità	
●			F.M3	Consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale sul territorio		
●			<b>C10R</b>	<b>RESILIENZA - Oncologia</b>		329
●			S.M3	Volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	Oncologia	
●			S.M4	Volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	Oncologia	
●			S.M5	Volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	Oncologia	
●			S.M6	Volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	Oncologia	
●			S.M7	Volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	Oncologia	
●			S.M8	Volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	Oncologia	
●			S.M9	Volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	Oncologia	
●			S.M10	Volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A	Oncologia	
●			F.M4	Numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	Oncologia	
●			<b>C11R</b>	<b>RESILIENZA - Efficacia assistenziale territoriale</b>		330
●			C11A.1.3.R	Variazione Residenti con Scompensamento Cardiaco in terapia con ACE inibitori - sartani	Cronicità	
●			C11A.1.4.R	Variazione Residenti con Scompensamento Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Cronicità	
●			C11A.1.2C.R	Variazione Residenti con Scompensamento Cardiaco con almeno un ECG		
●			C11A.2.2.R	Variazione Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	Cronicità	
●			C11A.2.3.R	Variazione Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	Cronicità	
●			C11A.2.9.R	Variazione Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica		
●			C11A.3.2A.R	Variazione Residenti con BPCO con almeno una spirometria		
●			C11A.5.1.R	Variazione Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	Cronicità	
●			<b>C13.R1</b>	<b>RESILIENZA - Ambulatoriale e Diagnostica</b>		
●			A.M1	Volumi prestazioni ambulatoriali		
●			A.M2	Volumi diagnostica per immagini		
●			<b>C13.R2</b>	<b>RESILIENZA - Visite e Follow-up</b>		331
●			A.M3	Volumi per prima visita cardiologica		
●			A.M4	Volumi per prima visita chirurgia vascolare		
●			A.M5	Volumi per prima visita endocrinologica		
●			A.M6	Volumi per prima visita neurologica		
●			A.M7	Volumi per prima visita oculistica		
●			A.M8	Volumi per prima visita ortopedica		
●			A.M9	Volumi per prima visita ginecologica		
●			A.M10	Volumi per prima visita otorinolaringoiatrica		
●			A.M11	Volumi per prima visita urologica		
●			A.M12	Volumi per prima visita dermatologica		
●			A.M13	Volumi per prima visita fisiatrica		
●			A.M14	Volumi per prima visita gastroenterologica		
●			A.M15	Volumi per prima visita oncologica		
●			A.M16	Volumi per prima visita pneumologica		
●			A.M17	Volumi per visita di controllo cardiologica	Cronicità	
●			A.M18	Volumi per visita di controllo chirurgia vascolare		
●			A.M19	Volumi per visita di controllo endocrinologica		
●			A.M20	Volumi per visita di controllo neurologica		
●			A.M21	Volumi per visita di controllo oculistica		
●			A.M22	Volumi per visita di controllo ortopedica		
●			A.M23	Volumi per visita di controllo ginecologica		
●			A.M24	Volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica		
●			A.M25	Volumi per visita di controllo urologica		
●			A.M26	Volumi per visita di controllo dermatologica		
●			A.M27	Volumi per visita di controllo fisiatrica		
●			A.M28	Volumi per visita di controllo gastroenterologica		
●			A.M29	Volumi per visita di controllo oncologica	Oncologia	
●			A.M30	Volumi per visita di controllo pneumologica	Cronicità	
●			<b>C13.R3</b>	<b>RESILIENZA - Telemedicina</b>		332
●			C13.R3.1	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo [Reumatologica]		333
●			C13.R3.2	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo [Psichiatrica]		334
●			C13.R3.3	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo [Oncologica]		335
●			C13.R3.4	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo [Neurologica]		336
●			C13.R3.5	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo [Infettivologica]		
●			C13.R3.6	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo [Immunologica]		



Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2020 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			C13.R3.7	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Geriatrica)		337
			C13.R3.8	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Gastroenterologica)		338
			C13.R3.9	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Endocrinologica)		339
			C13.R3.10	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)		340
			C13.R3.11	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)		341
			C13.R3.12	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Nutrizionale)		342
			C13.R3.13	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)		343
			C13.R3.14	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Allergologica)		344
			C13.R3.15	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Algologica)		
			<b>C15R</b>	<b>RESILIENZA - Salute Mentale</b>		345
			C15.2.R	Variazione pazienti psichiatrici maggiorenni con contatto con il DSM entro 7 gg dal ricovero ospedaliero	Salute Mentale	
			C15A.13A.R	Variazione ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Salute Mentale	
			C15.4.R	Variazione appropriatezza psicoterapia	Salute Mentale	
			C15.19.1.R	Variazione pazienti in carico con rivalutazione programmata nell'anno indice		
			C15.17.R	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti - variazione		
			SM.M1	Salute mentale: volumi prestazioni domiciliari		
			SM.M2	Salute mentale: volumi prestazioni erogate nel territorio	Salute Mentale	
			<b>C16R</b>	<b>RESILIENZA - Pronto Soccorso</b>		346
			PS.M1	Volumi accessi in Pronto soccorso		
			PS.M2	Tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero	Emergenza-Urgenza	

### 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.

La torta della variabilità mostra in modo semplice e sintetico la percentuale di indicatori per i quali si è ridotta la variabilità in relazione all'andamento della performance degli indicatori misurati, restituendo una valutazione che utilizza le fasce colore di valutazione del bersaglio.

In base alla combinazione del trend relativo al valore ed alla variabilità, gli scenari possibili sono quattro:

- **Ottimo:** 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);
- **Buona Strada:** 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);
- **Attenzione:** 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;
- **Criticità:** 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 cui la Regione (o azienda) deve controllare in modo prioritario.

In riferimento all'analisi delle performance relative al 2020, il monitoraggio dell'andamento della variabilità intra-regionale e intra-aziendale assume una diversa interpretazione, rispetto agli anni precedenti. Specifiche scelte regionali e aziendali possono aver determinato un suo aumento: l'istituzione dei Covid-hospital è il caso più emblematico. È evidente quindi come non vada letto come una riduzione dell'equità geografica, quanto piuttosto come il risultato di specifiche strategie, volte a fronteggiare l'epidemia. Per questo motivo, quest'anno non viene mostrata e commentata la "torta della variabilità". Vengono però ugualmente riportate, per il livello regionale e per quello aziendale, le barre in pila che riportano il complessivo trend dell'istituzione in esame. Vengono considerati tutti gli indicatori di valutazione, ad esclusione di quelli afferenti alla dimensione A (Stato di salute della popolazione). Sono considerati "stazionari" gli indicatori il cui andamento si situa nell'intorno del  $-1 / + 1\%$ .

### 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 (Nutti 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 assisten-

za 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).

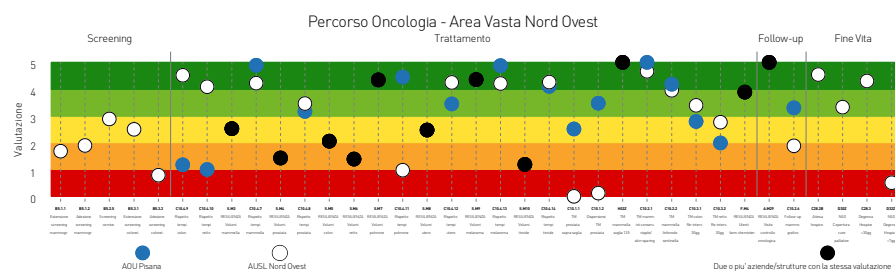


Figura 3. Esempio di pentagramma

I pentagrammi 2020, così come i bersagli, sono stati integrati dagli indicatori di Resilienza, nelle rispettive fasi.

### 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) e i diversi setting assistenziali coinvolti, in primis i servizi consultoriali e i punti nascita presenti nel territorio regionale. Per il 2020 la composizione del pentagramma ha subito dei cambiamenti in riferimento all'impatto della pandemia e alcuni indicatori non sono stati inseriti, come quelli relativi ai corsi di accompagnamento alla nascita, che sono stati sospesi in presenza, e quello relativo alle ospedalizzazioni nel primo anno di vita, per l'importante contrazione determinata dalle restrizioni per il Covid 19. Sono stati invece inclusi alcuni indicatori di resilienza, che misurano da una parte la capacità di tenuta dei servizi consultoriali nel seguire le gravidanze e dall'altra la possibilità di aver avuto una persona di fiducia in travaglio.

Attualmente, a caratterizzare il pentagramma di questo percorso, concorrono vari indicatori derivanti dai flussi amministrativi propri dell'area materno-infantile e 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. Grazie all'utilizzo dei flussi consultoriali e del Certificato di Assistenza al Parto, è possibile valutare l'accessibilità ai servizi consultoriali per le donne straniere durante la gravidanza e per tutte le utenti nel post-parto, nonché la qualità clinico-assistenziale al punto nascita attraverso gli indicatori sui cesarei, i parti operativi e le episiotomie. La possibilità di raccogliere dati direttamente dalla donna nel tempo permette inoltre di monitorare 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, la possibilità di prenotare le prestazioni previste dal protocollo della gravidanza attraverso il personale del percorso e 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 e il parto, ma anche la successiva degenza e dimissione: libertà nel gestire il travaglio e il parto, rispetto e dignità da parte dei professionisti, continuità assistenziale, gestione del dolore, lavoro di squadra, concordanza e chiarezza delle informazioni ricevute, in particolare nella fase di dimissione e indirizzamento ai servizi territoriali e la qualità percepita dell'assistenza ricevuta al punto nascita. 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 e al livello di consapevolezza che si ritiene di aver raggiunto sul tema.

Grazie all'utilizzo dei dati dell'indagine, il pentagramma permette anche di valorizzare indicatori che misurano alcuni determinanti di salute relativi ai primi mille giorni, quale l'allattamento esclusivo a tre e sei mesi, l'assunzione di acido folico da prima del concepimento e per i primi mesi della gravidanza, la posizione in culla a pancia in su e la lettura ad alta voce per i bambini di sei mesi.

### 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 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 per l'anno corrente è di osservazione e dunque non incluso nel pentagramma. La fase di trattamento monitora gli indicatori relativi ai

tempi d'attesa per la chirurgia oncologica seguendo l'impostazione del 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 e 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). Sono presenti indicatori di qualità del percorso chirurgico per le pazienti con tumore maligno al seno e indicatori di outcome per i pazienti con tumore maligno al retto e colon. 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 sottovalutare 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).

In particolare, gli indicatori di resilienza si riferiscono alla capacità della rete oncologica di mantenere l'erogazione dei servizi in periodo di emergenza pandemica. Si tratta di indicatori sui volumi di attività erogata per gli screening, gli interventi chirurgici, i farmaci chemioterapici e le visite oncologiche di controllo.

### **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 dei pazienti (multi morbidità, 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).

Il percorso si articola attraverso le seguenti fasi: 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, sia in valori assoluti che in relazione alla presa in carico; 3. la qualità del percorso, attraverso indicatori proxy; 4. la continuità della presa in carico, considerando la tempestività della presa in carico tra setting diversi e 5. la resilienza rispetto alla pandemia.

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. Inoltre, il livello di governo, che è garantito nelle sue componenti e fasi principali dalle zone distrette. 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. Altra particolarità che lo contraddistingue, in questa edizione, è la presenza di una fase interamente dedicata alla resilienza del sistema rispetto alla pandemia. Gli indicatori di resilienza inseriti nel percorso riguardano l'assistenza residenziale e sono alimentati dal sistema di sorveglianza Covid 19 predisposto dall'ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, nonché dalla Sezione Covid 19, predisposta dal Laboratorio MeS nell'ambito della Mappatura RSA 2019 (prevista dalla DGRT n. 496 del 2013). Gli aspetti presi in considerazione dagli indicatori di resilienza riguardano la capacità di tenere sotto controllo l'andamento della pandemia, sia in termini di raccolta delle informazioni dalle RSA, sia in termini di screening effettuati.

Inoltre, si prende in esame la valutazione fornita dai referenti delle RSA sul supporto ricevuto dalle ASL nella gestione della pandemia e sulla tempestività, sulla chiarezza e sulla completezza delle indicazioni ricevute in merito dalla Regione Toscana. Gli indicatori relativi alle altre fasi del percorso, invece, sono principalmente alimentati dai flussi amministrativi relativi all'assistenza domiciliare e residenziale (RFC115 e 118) e fanno riferimento alla popolazione anziana; sono quindi calcolati o per la popolazione con più di 65 anni o per la popolazione con più di 75 anni. Tra i nuovi indicatori di valutazione che compaiono in questa edizione del percorso, troviamo anche un indicatore che monitora l'invio da parte della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Piano Assistenziale Personalizzato (PAP) alla RSA.

### **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 assistenziale. L'ambito della cronicità è in progressiva crescita e richiede sempre più una continuità dell'assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari. Tale complessità è emersa ancor più chiaramente a seguito delle difficoltà intervenute dopo l'avvento della pandemia di Covid 19 rispetto alla gestione delle patologie croniche. Come sottolineato nel Piano Nazionale della Cronicità, la formulazione dei percorsi di presa in carico di tali patologie ha 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 4 fasi: promozione degli stili di vita, presa in carico, efficienza ed esiti. In questa edizione del rapporto non viene inclusa la fase delle ospedalizzazioni evitabili in quanto gli indicatori legati alle attività di ricovero ospedaliero sono considerati di osservazione data l'influenza relativa della pandemia su tali misure.

La fase di promozione degli stili di vita è rappresentata dall'indicatore che monitora la percentuale di assistiti che sono in carico a MMG aderenti ai moduli della Sanità d'Iniziativa. La fase di presa in carico comprende indicatori di processo di alcuni percorsi cronici (scompenso, diabete, ictus) 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; e l'indicatore sull'iper-prescrizione di statine volto a misurare l'appropriatezza prescrittiva di queste molecole ampiamente usate per il trattamento delle patologie considerate. La fase degli esiti comprende l'indicatore che valuta il tasso di amputazioni maggiori per diabete, mirato a valutare l'organizzazione complessiva del percorso assistenziale e la tempestività delle cure.

Per ciascun percorso sono proposti i pentagrammi per Area Vasta, nei quali è possibile visualizzare indicatori riferiti alle diverse aziende che insistono ed erogano 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 2019-2020. Lungo l'asse delle ascisse-x, infatti, viene indicata la performance raggiunta nel 2020, 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 a 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. 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 112 a quella ospedaliera.

## 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 5), 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.

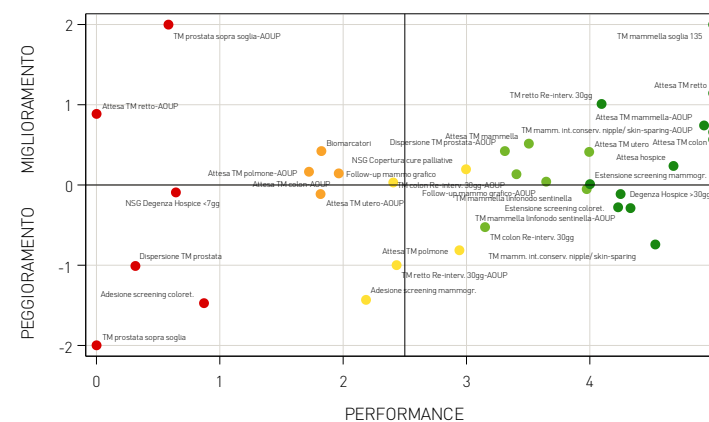


Figura 5. Mappa di performance

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 2020 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.

## 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);
- 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 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, pentagramma e mappa di performance, con l’intenzione di fornire all’utente/utilizzatore 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, etc.);
  - **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 rappresentano gli 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 della Regione Toscana nel 2020

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Regione Toscana nel 2020. Dei 262 indicatori di valutazione calcolati a giugno 2020, la Regione Toscana mostra una performance complessiva buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce centrali del bersaglio. Nonostante lo shock pandemico, solo il 36% degli indicatori peggiora tra il 2019 e il 2020 (il 38% migliora, il 26% resta stabile).

Quello che emerge dal confronto con le altre Regioni italiane è la buona capacità di resilienza mostrata dal sistema toscano, di fronte alla pandemia. Complessivamente si registra una tenuta in riferimento alla presa in carico oncologica – sia in riferimento agli screening, sia in riferimento alle operazioni chirurgiche –, così come buona è la tenuta per quanto riguarda l'attività non differibile per patologie cardiovascolari. Non si registra una contrazione maggiore delle altre regioni neanche per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, grazie anche al ricorso alla telemedicina. Per quanto ci siano ambiti di miglioramento, la presa in carico della salute mentale e delle patologie oncologiche non ha abdicato di fronte alla pandemia. Ugualmente, hanno relativamente retto bene RSA e pronto soccorso.

Anche in riferimento ad altri servizi si registra una sostanziale tenuta: in riferimento alle vaccinazioni pediatriche, ad esempio, i cali sono decisamente contenuti. Un deciso aumento si registra, invece, nel campo delle vaccinazioni antinfluenzali per persone di età superiore ai 65 anni, a riprova di una maggiore propensione da parte della popolazione e di una attenzione da parte delle strutture sanitarie. Rispetto all'anno precedente, inoltre, migliorano le ricette dematerializzate (B24B) che nel 2020 arrivano a coprire oltre l'80% delle prescrizioni elettroniche, con livelli decisamente elevati relativamente agli specialisti con almeno una prescrizione dematerializzata, che vanno dal 52% dell'Ausl Nord Ovest al 85% della Ausl Centro. Calano, invece, il numero di accessi domiciliari (ADI/ADP) rispetto al 2019: si oscilla da una contrazione del 23% dell'AUSL Centro fino al -12% di AUSL Sud-Est e Nord-Ovest. L'attenzione per la continuità tra ospedale e territorio sembra però aver retto il colpo: ad esempio, la percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasessantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione cresce da 10.7 a 10.9%.

In generale, si registra una contrazione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per quelle ospedaliere, a fronte ovviamente di un minore accesso ai servizi da parte della popolazione stessa.

In termini di qualità dei processi, gli indici di performance della degenza media (C2), seppur con alcune eterogeneità tra le varie realtà toscane, confermano la tenuta del livello di performance del 2019: anche se l'indicatore fa registrare un leggero peggioramento rispetto all'anno precedente, riesce comunque a mantenere un livello di valutazione medio. In particolare, la percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni cala rispetto al 2019, ma in modo contenuto (dal 79.2 al 75.3%).

Il già menzionato minore ricorso ai servizi da parte della popolazione si traduce anche in un potenziale recupero di appropriatezza, in riferimento a quelle prestazioni potenzial-

mente viziate da *over-consumption*. Crolla ad esempio il consumo di antibiotici: questo mette in luce come la risposta al COVID-19 abbia anche portato ad un contenimento della diffusione di altre malattie infettive, favorendo peraltro indirettamente la lotta all'antibiotico-resistenza. Per portare un altro esempio, il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato passa da 166.9 per 100.000 residenti a 78.2 nel 2020.

Il costo pro-capite sanitario del 2020 è superiore alla media delle altre regioni (2.177 euro pro-capite), con un incremento del 8% rispetto al 2019.

I pentagrammi dei percorsi assistenziali e le relative mappe di performance offrono un'ulteriore lente di ingrandimento per leggere l'andamento del Sistema Sanitario di Regione Toscana.

Il percorso materno-infantile non mostra disomogeneità evidenti. La fase della gravidanza risulta leggermente più performante rispetto alle altre ma dispone anche di meno indicatori. Complessivamente, la valutazione delle diverse fasi del percorso si attesta su un livello di fascia media (di colore giallo). Anche quest'anno, il punto di forza consiste nella percentuale di episiotomie per i parti depurati, mentre margini di miglioramento si riscontrano su indicatori relativi alla fase del coinvolgimento nelle scelte in gravidanza, indicatori derivanti dall'indagine alle utenti, oltre all'area della consapevolezza sulle vaccinazioni. Alcuni indicatori del percorso migliorano lievemente rispetto al (copertura MPR, episiotomie, qualità consegna libretto di gravidanza) mentre altri presentano un lieve peggioramento (chiarezza informazioni alla dimissione e parti operativi).

La performance regionale sul percorso oncologico è complessivamente buona in tutte le fasi del percorso, con molti indicatori che si posizionano nella fascia più alta (verde scuro) del pentagramma. In particolare, spicca l'indicatore relativo all'appropriatezza dei volumi di interventi per tumore maligno della mammella e gli interventi conservativi nipple/skin-sparing. Solo l'area degli screening risente di comunque modeste contrazioni rispetto agli anni precedenti. Permangono margini di miglioramento per la gestione delle cure palliative, in particolare per la degenza in *hospice* minore o uguale a 7 giorni. Gran parte degli indicatori sono migliorati o stabili, rispetto al 2019.

Rispetto alla presa in carico della salute mentale, il pentagramma mostra come a livello regionale la qualità dell'assistenza sia ancora uno degli ambiti di miglioramento, messo ulteriormente sotto pressione durante la pandemia; la quasi totalità degli indicatori presenta rispetto al 2019 una situazione di stabilità oppure di lieve peggioramento.

L'assistenza domiciliare e residenziale mostra un livello di performance buono, lungo tutte le quattro fasi del percorso, con diversi indicatori che si collocano nella parte alta del pentagramma. Attraverso la mappa di performance è possibile osservare un complessivo miglioramento di tutti gli indici.

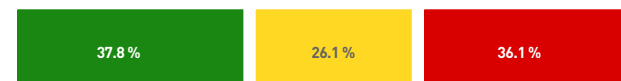
Il pentagramma del percorso cronicità riporta una performance regionale complessivamente medio-buona. Questo è confermato dagli indicatori relativi alla percentuale di pazienti con infarto acuto del miocardio aderenti alla terapia con ACE inibitori o sartani e a quelli relativi alla fase dell'efficienza (*polypharmacy* e iper-prescrizione di statine). La mappa di performance restituisce un quadro eterogeneo, con molti indici che rimangono stabili o migliorano, fatta eccezione per l'indicatore di follow-up relativo alla percentuale di pazienti diabetici con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni, che peggiora.

La risposta dell’Emergenza-Urgenza alla sfida pandemica è stata piuttosto buona, con la maggior parte degli indicatori che presentano una valutazione media o buona. Nella mappa di performance, si osserva però il peggioramento, rispetto allo scorso anno, della percentuale di dimessi con permanenza in pronto soccorso inferiore alle 6 ore e di quella relativa agli accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore. Queste due informazioni, unite alla bassa mobilità dovuta alla pandemia, rispecchiano la necessità di concentrare maggiormente le risorse, per assicurare una chiara e univoca strategia organizzativa, al fine di assorbire efficacemente gli accessi in PS anche durante periodi di grande crisi.

# REGIONE TOSCANA

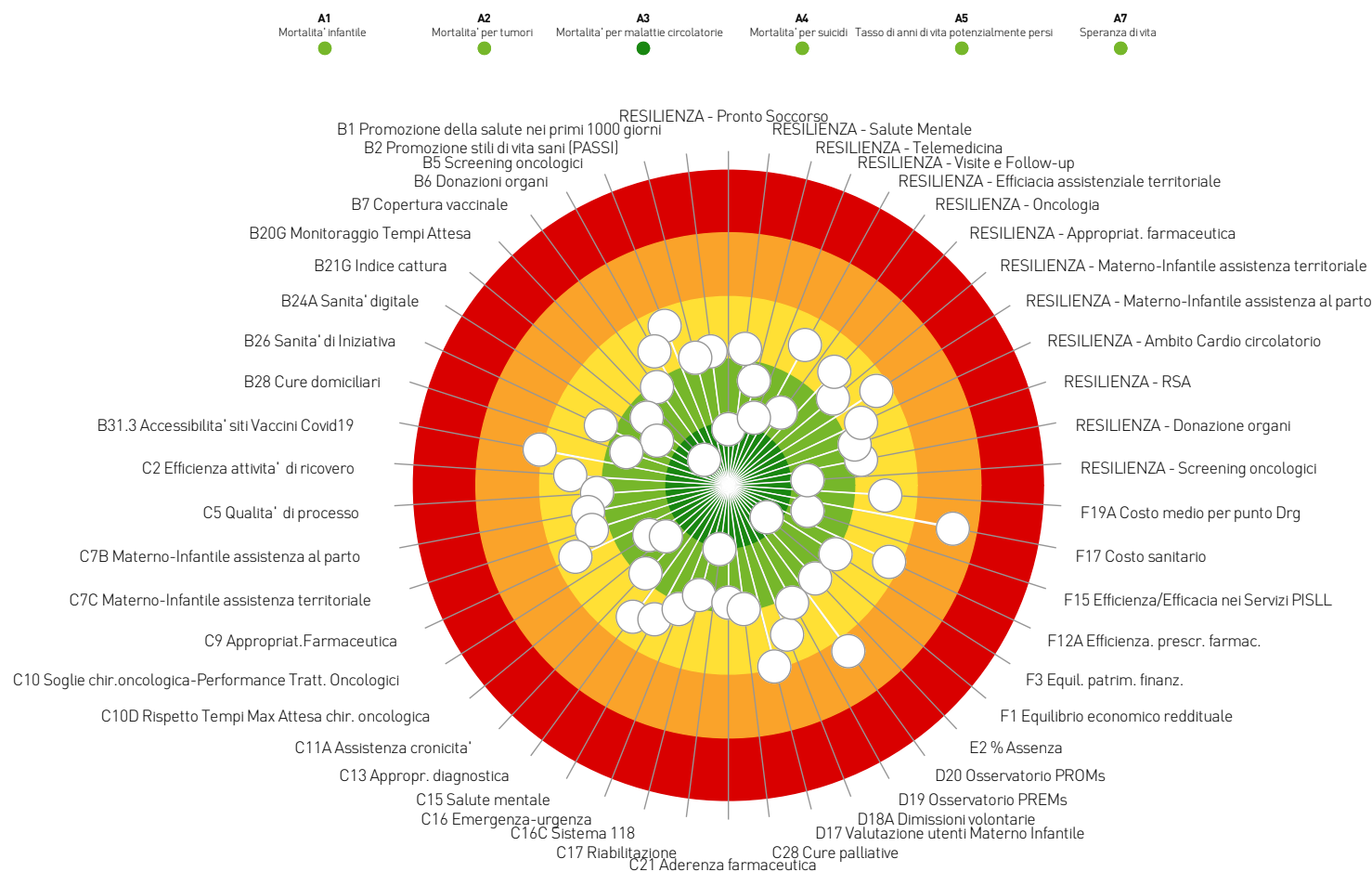
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 180

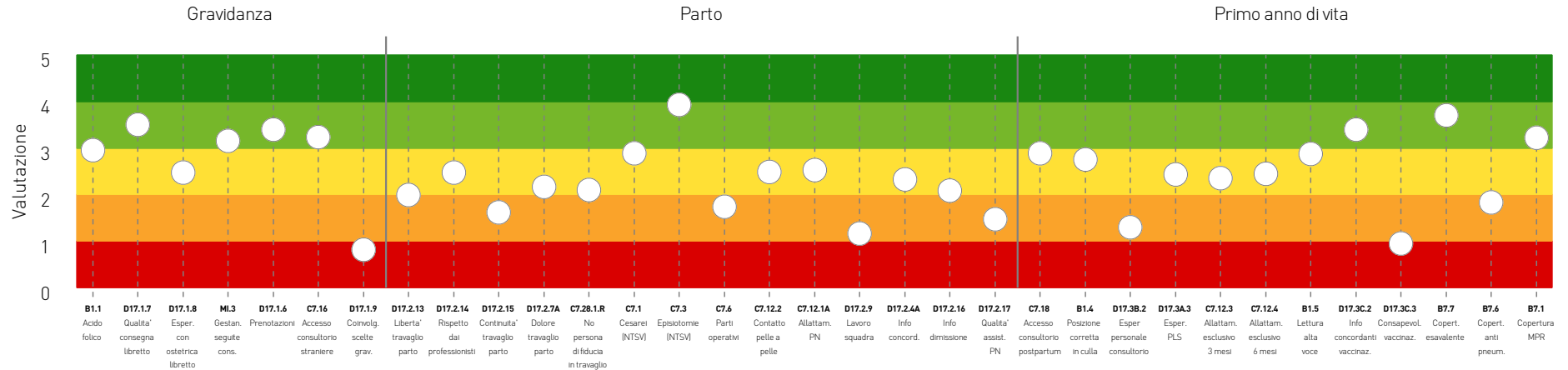


● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2020



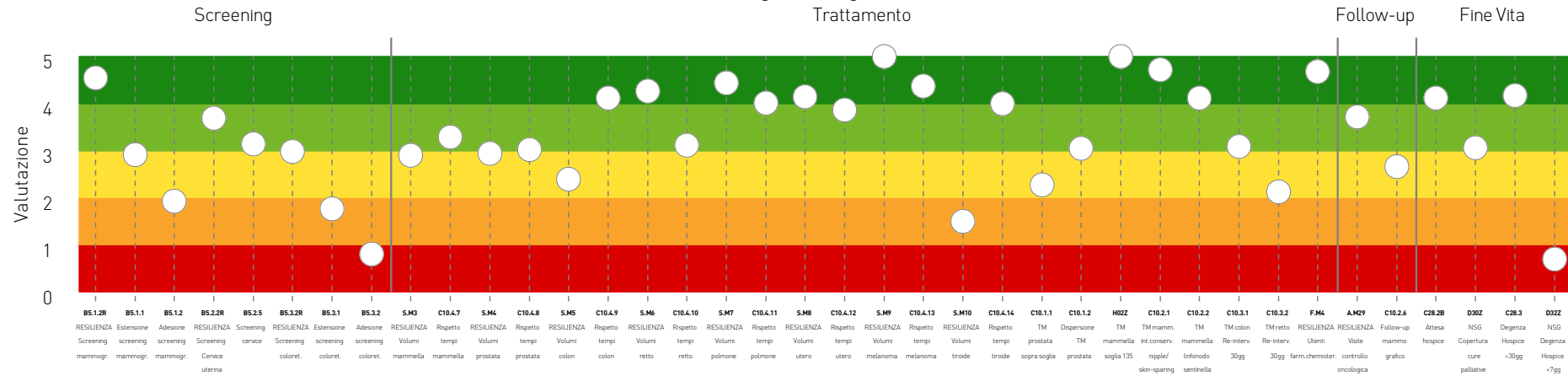
### Percorso Materno-Infantile - Regione Toscana



### Percorso Materno Infantile Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2020

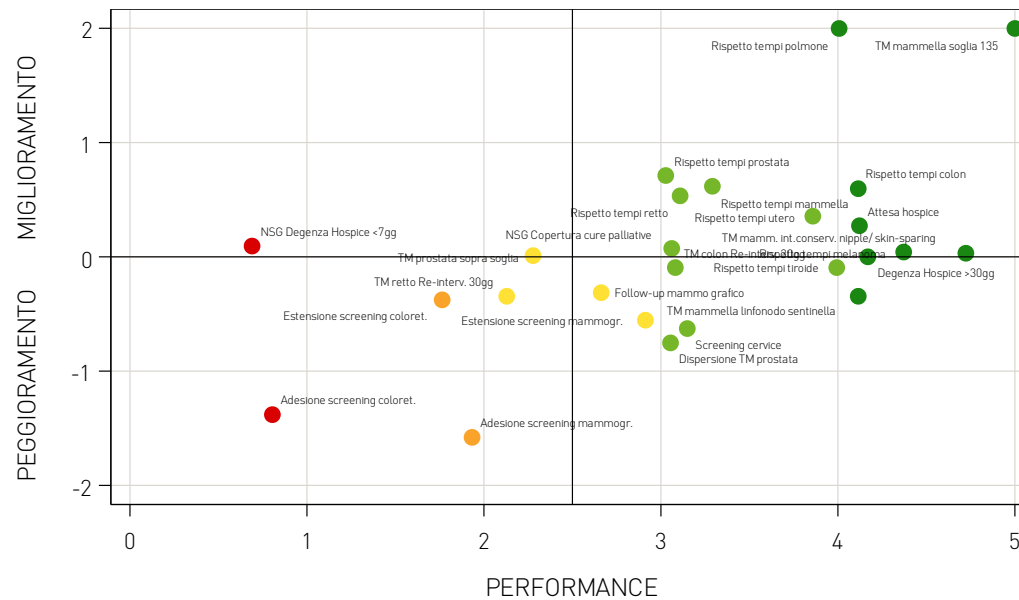


### Percorso Oncologia - Regione Toscana



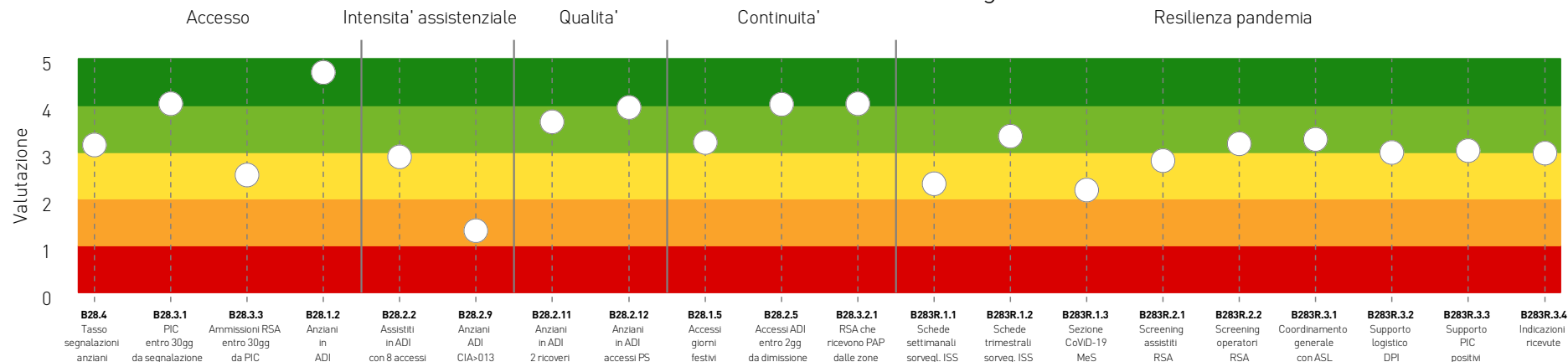
### Percorso Oncologia

Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2020

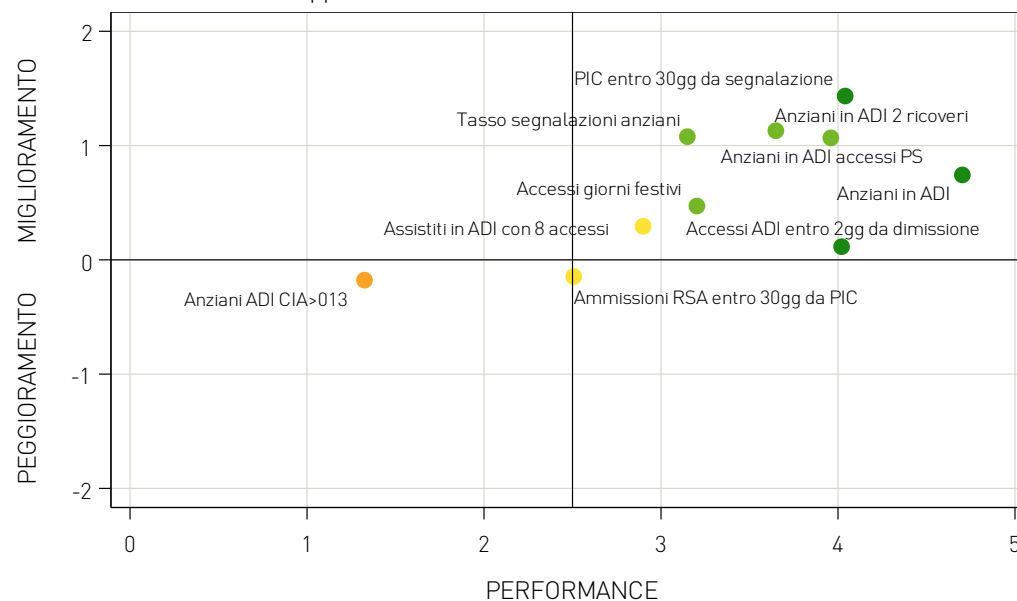




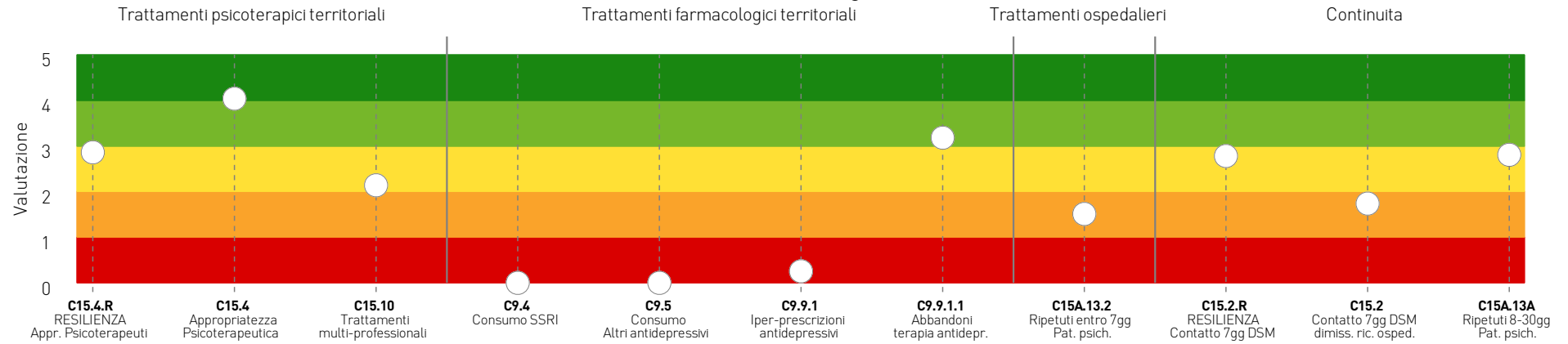
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - Regione Toscana



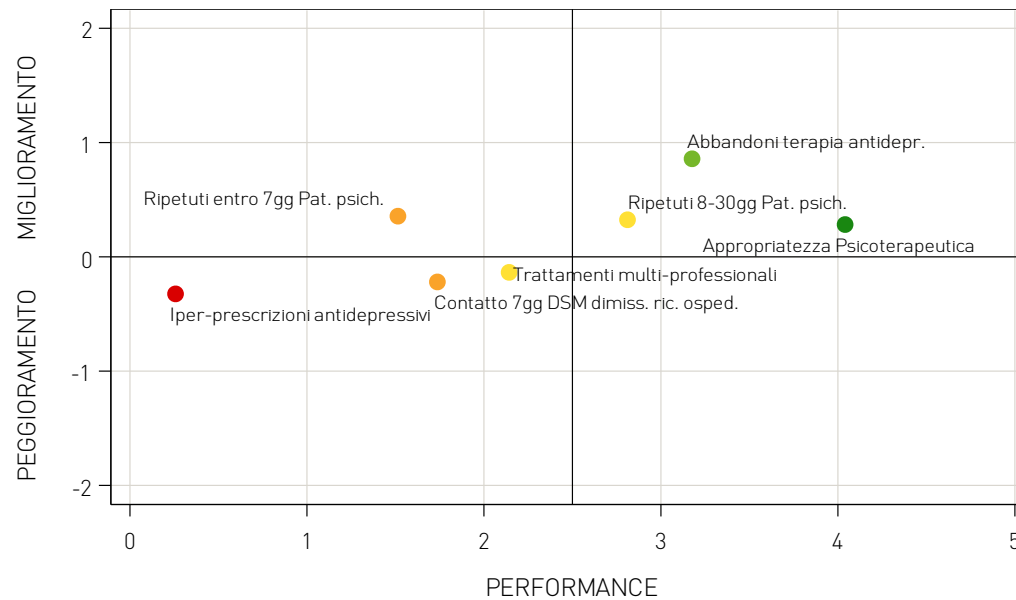
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2020



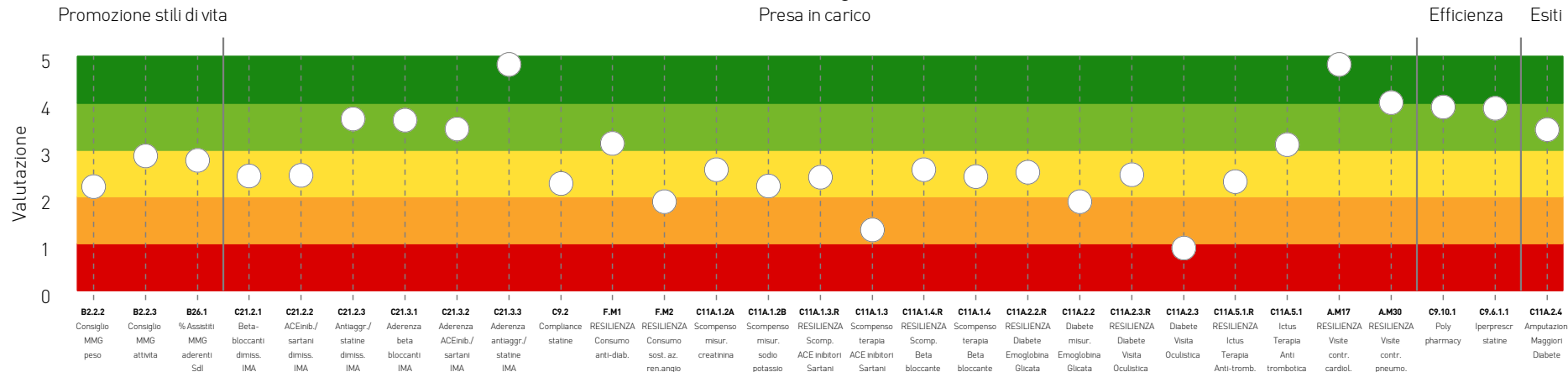
### Percorso Salute Mentale - Regione Toscana



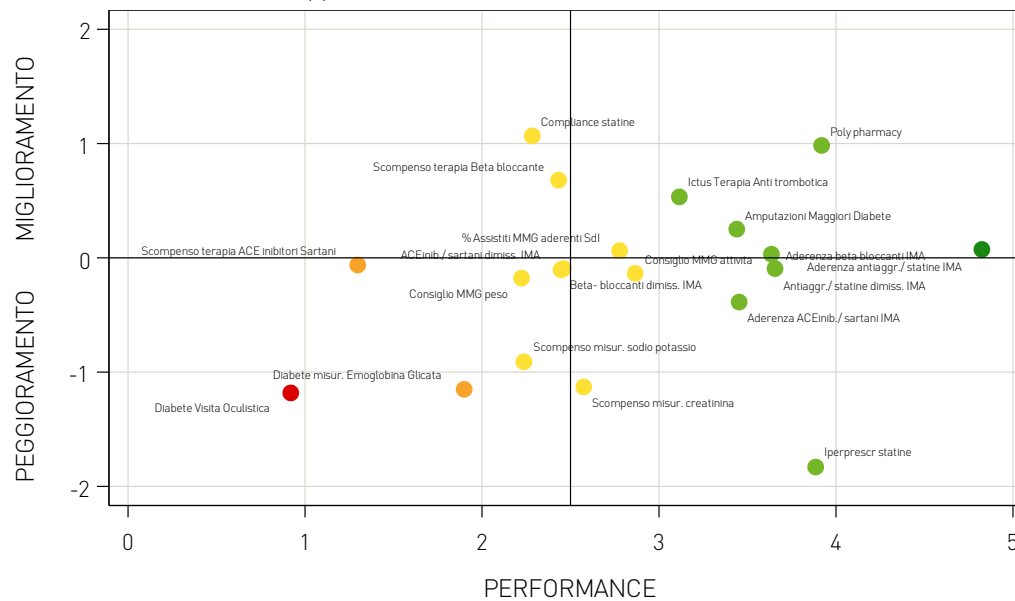
### Percorso Salute Mentale Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2020



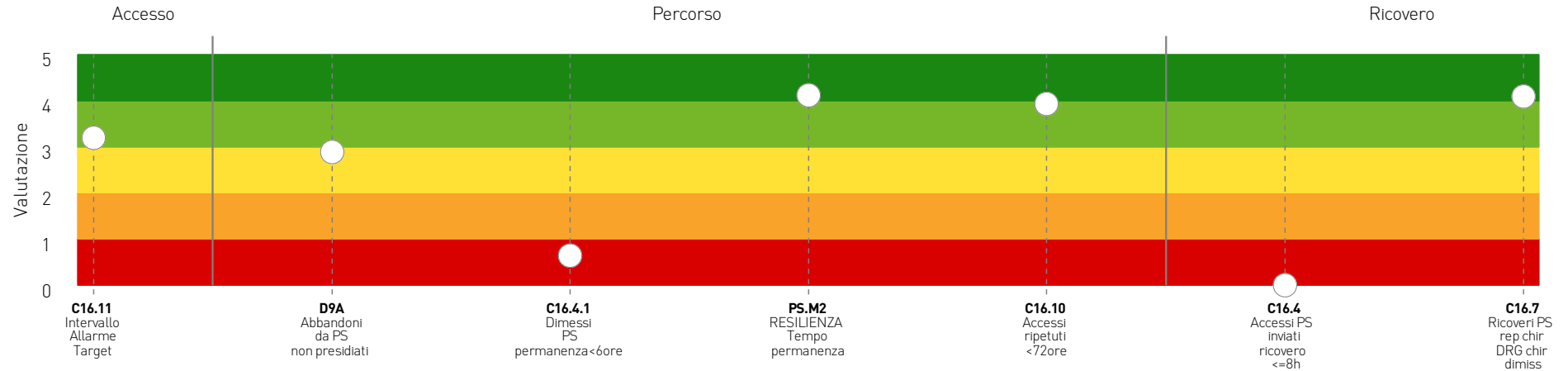
### Percorso Cronicita' - Regione Toscana



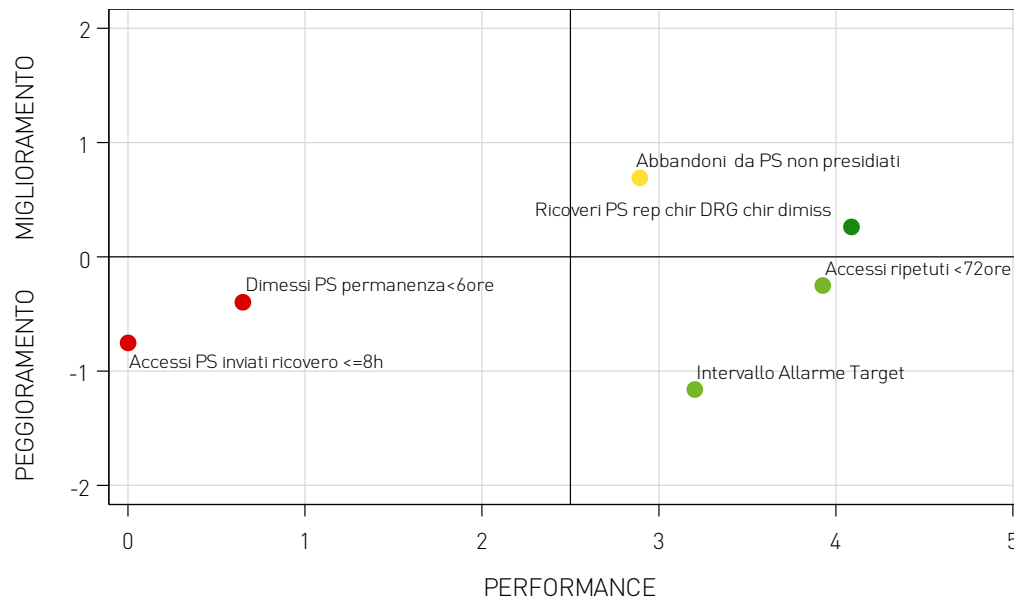
### Percorso Cronicità Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2020



### Percorso Emergenza-Urgenza - Regione Toscana



### Percorso Emergenza urgenza Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2020



---

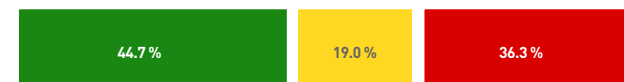
## 2.2 AREE VASTE



# AUSL TOSCANA CENTRO

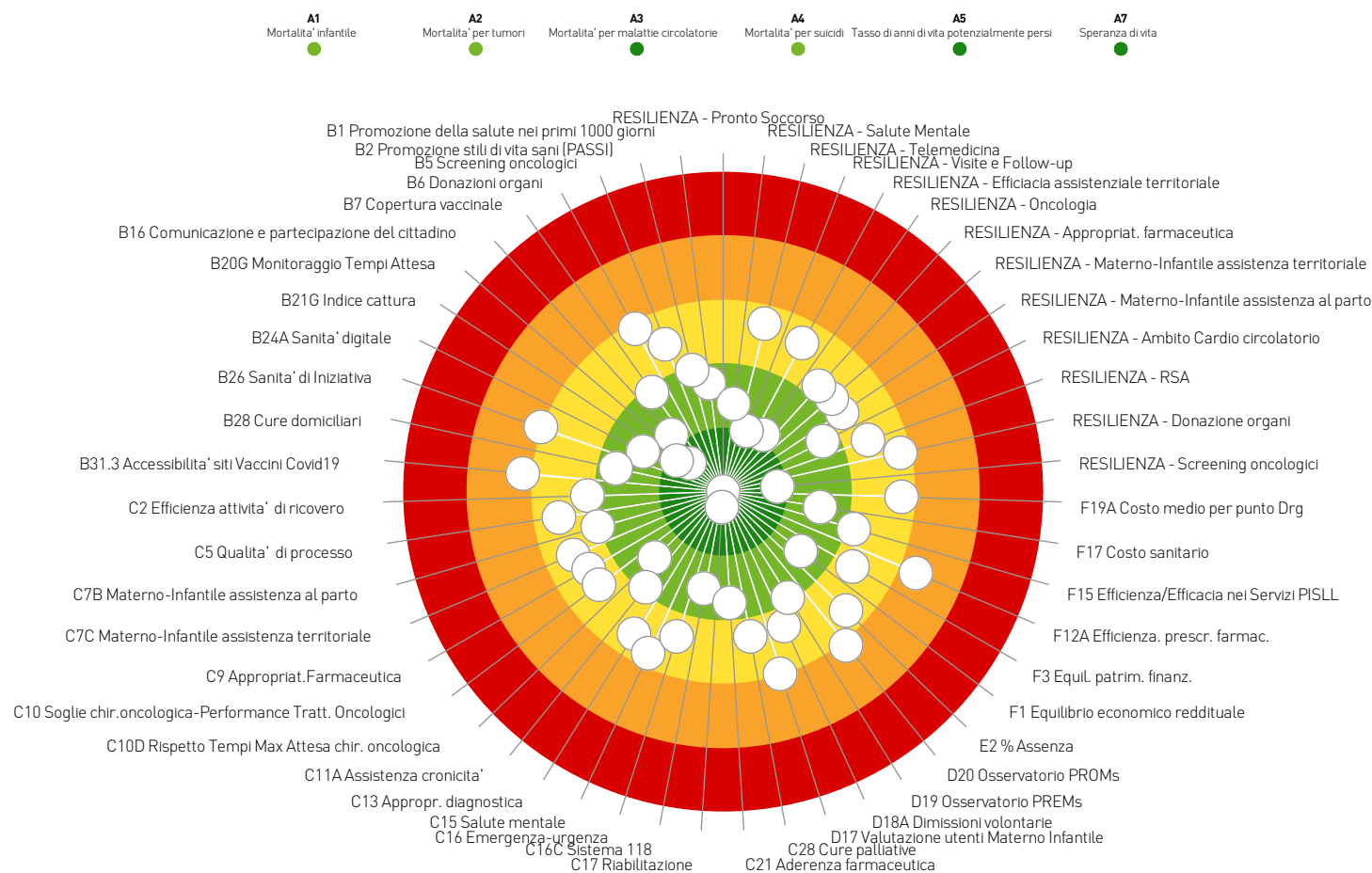
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 179



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2020



# AOU CAREGGI

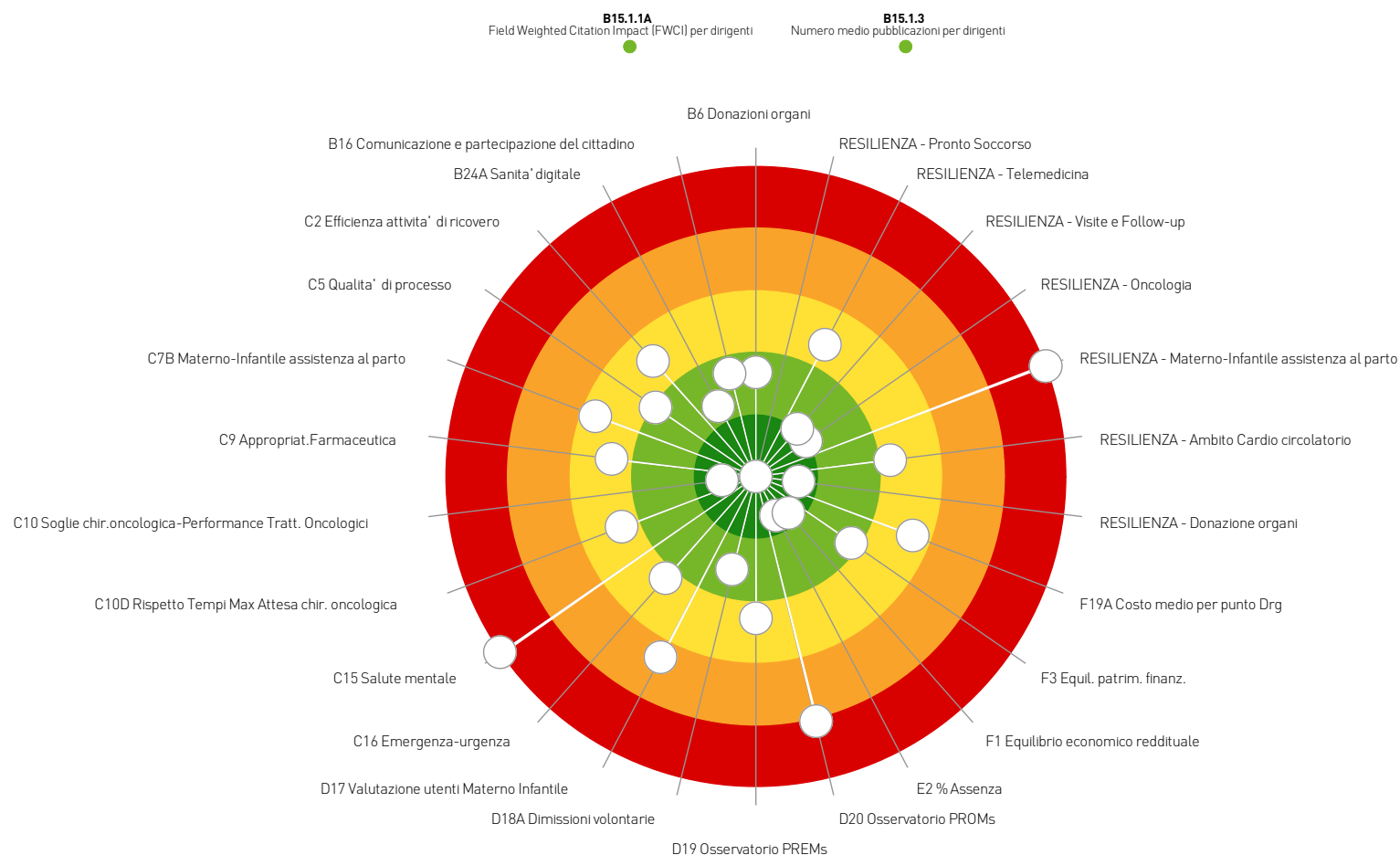
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 91



● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2020





# AOU MEYER

## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

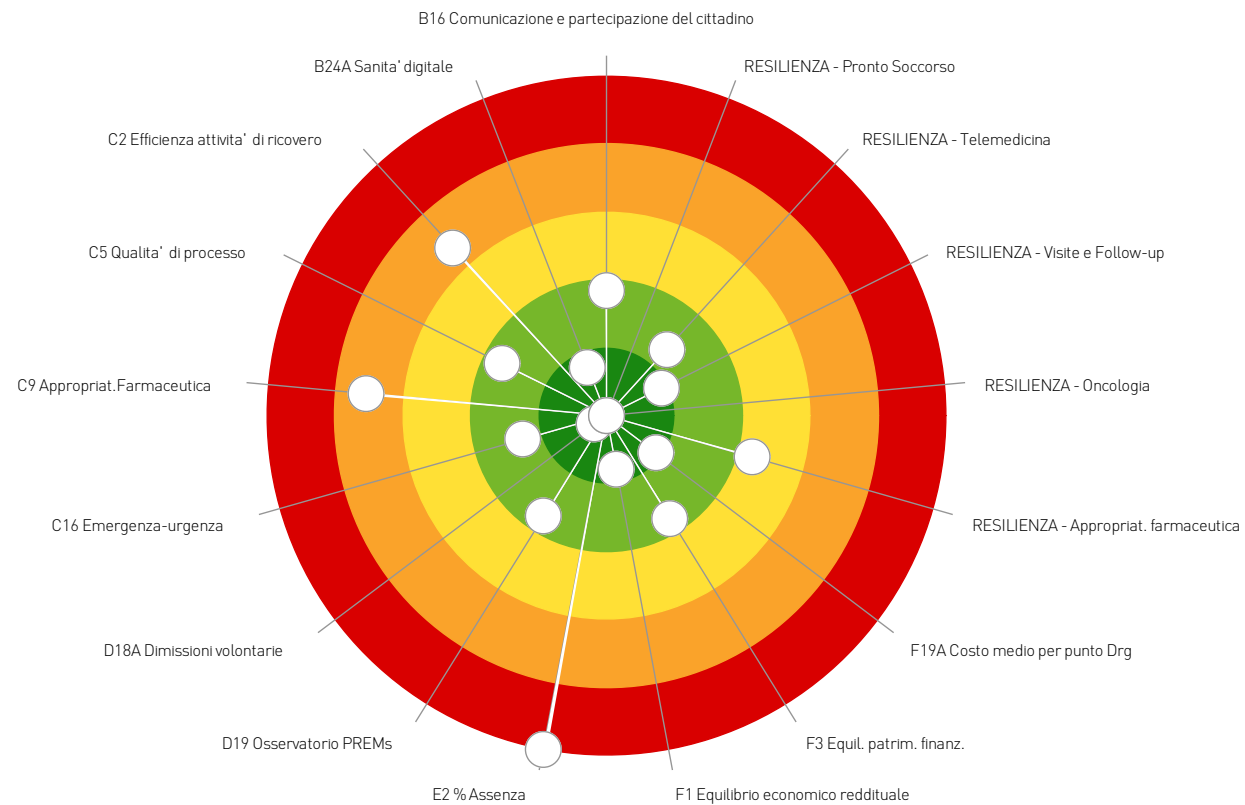
Numero indicatori di valutazione: 30



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2020

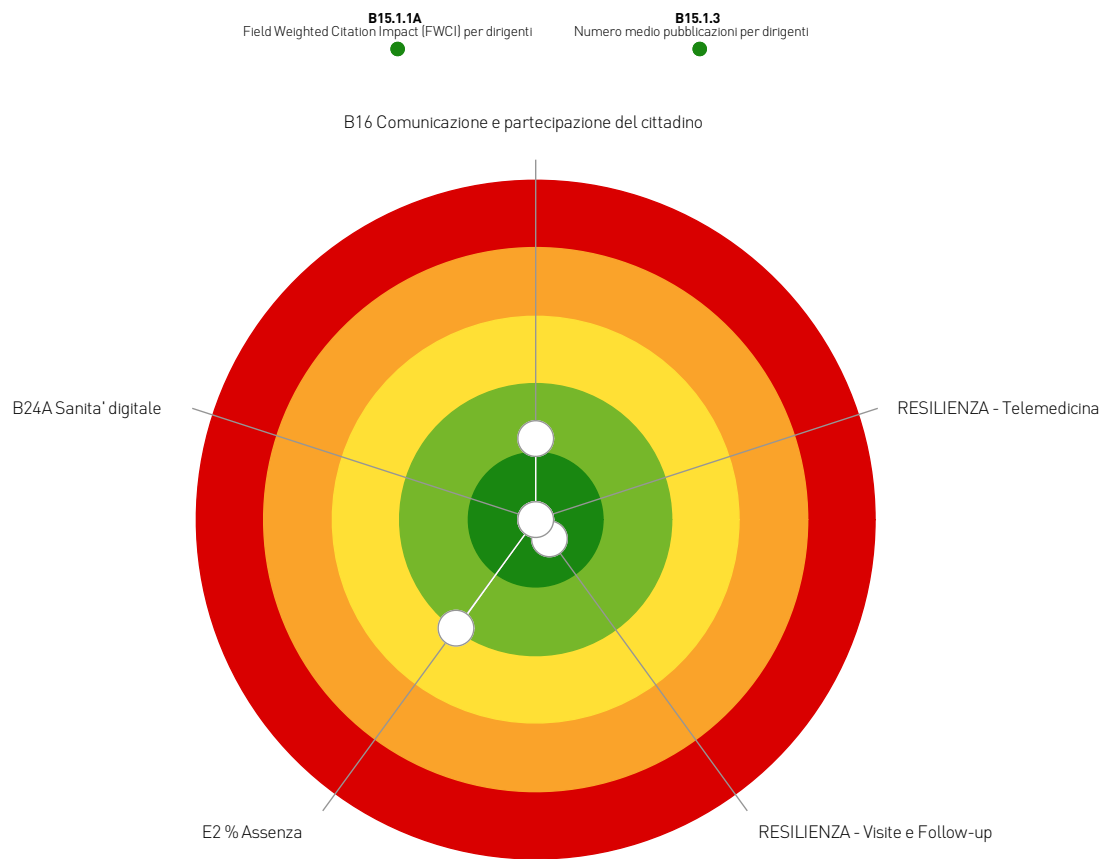
**B15.1.1A** Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti  
**B15.1.3** Numero medio pubblicazioni per dirigenti



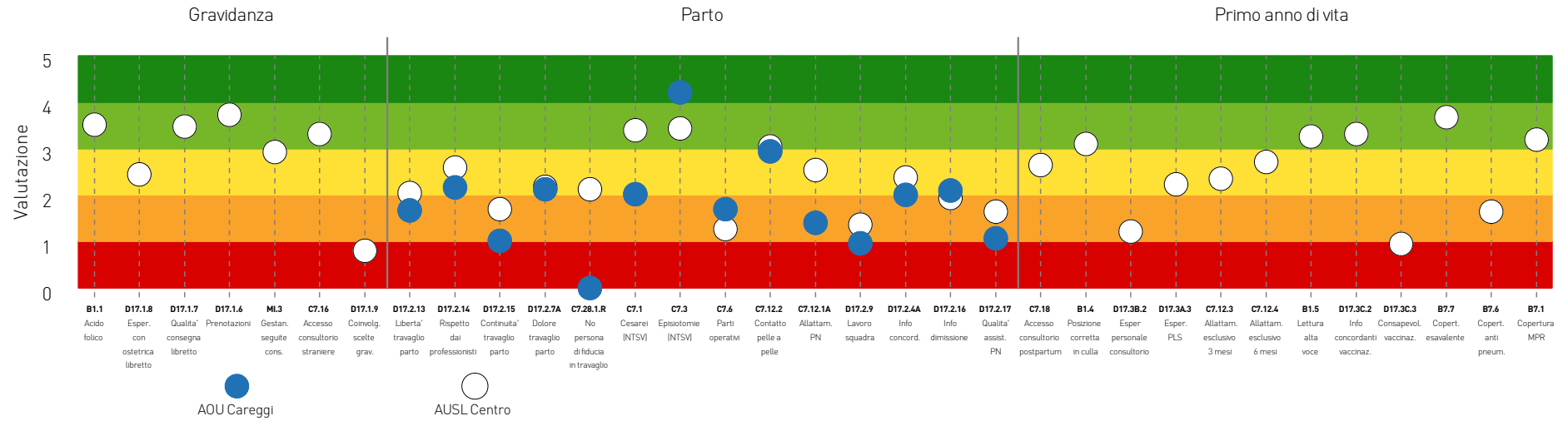
# ISPRO

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

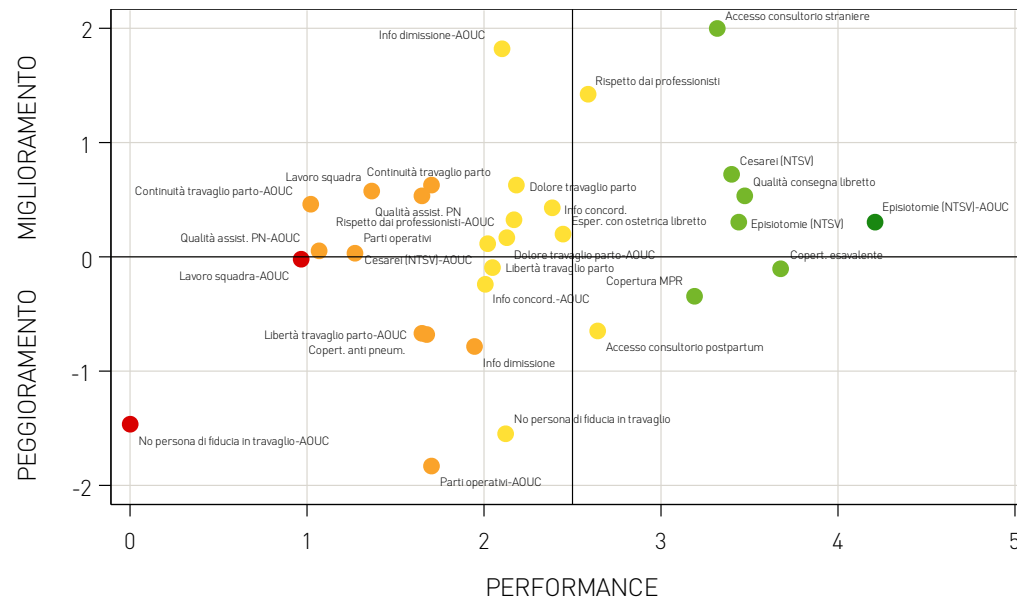
## Valutazione della performance 2020



### Percorso Materno-Infantile - Area Vasta Centro

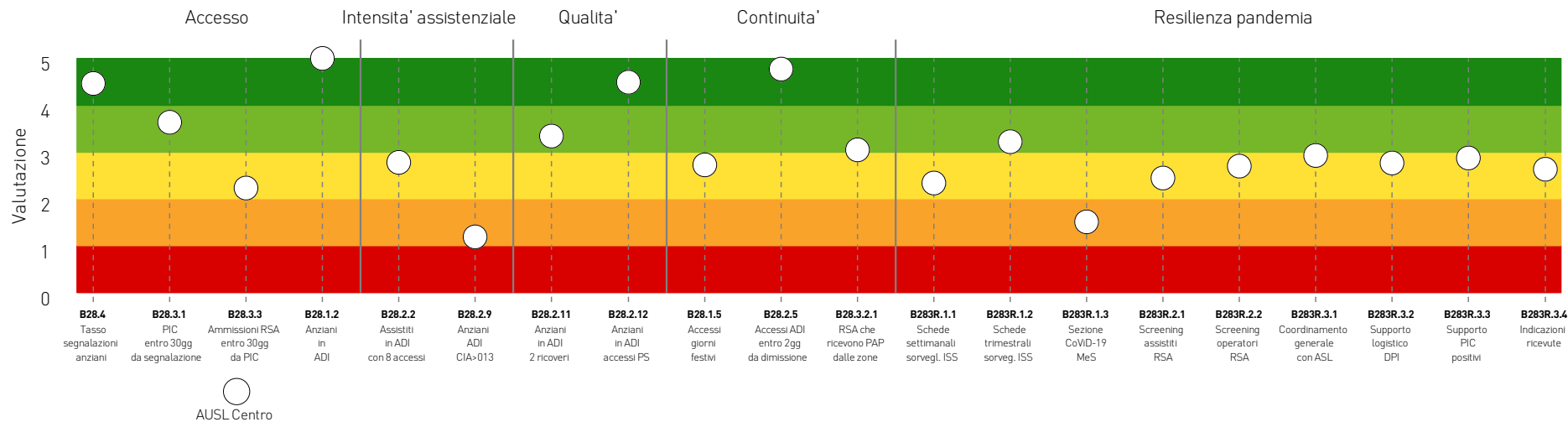


### Percorso Materno Infantile Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2020

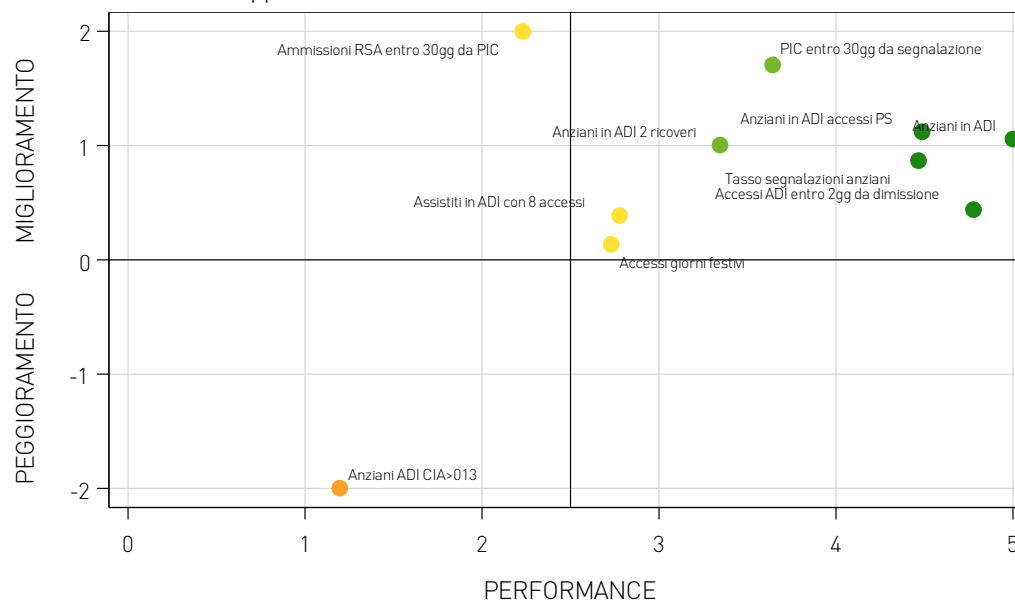




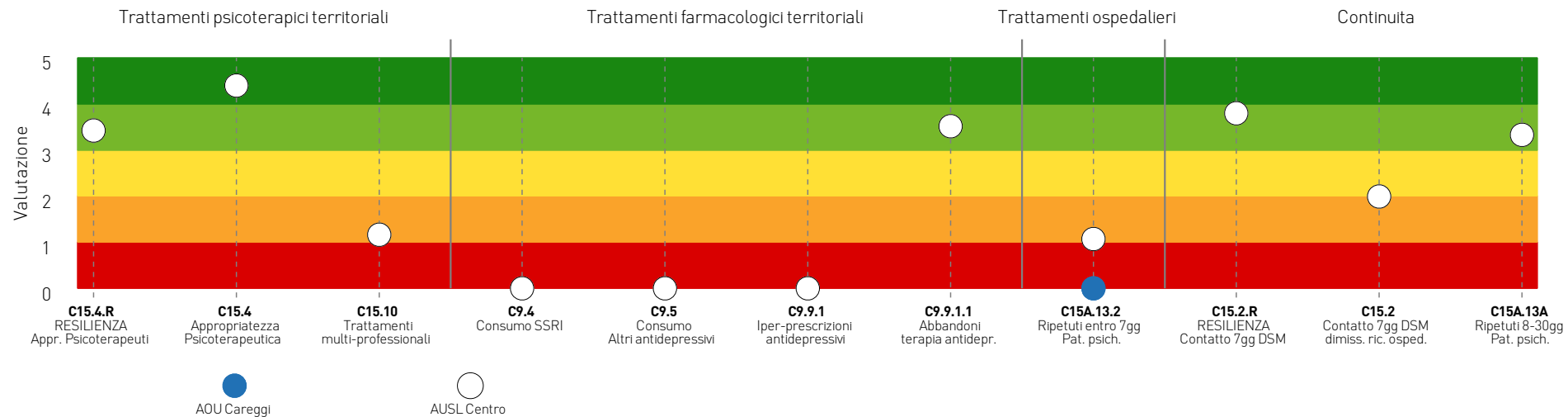
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - AUSL Toscana Centro



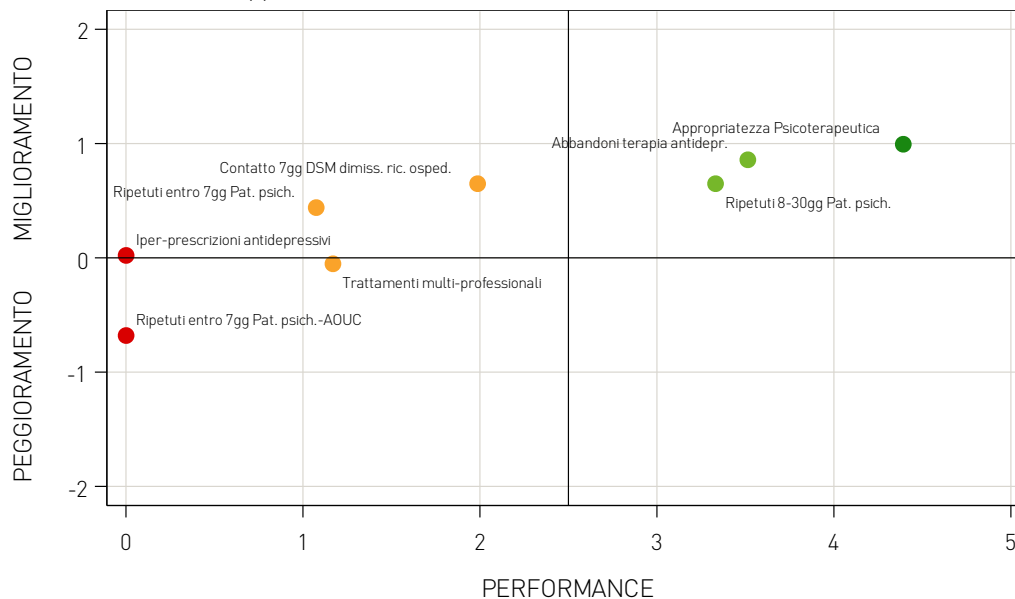
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2020



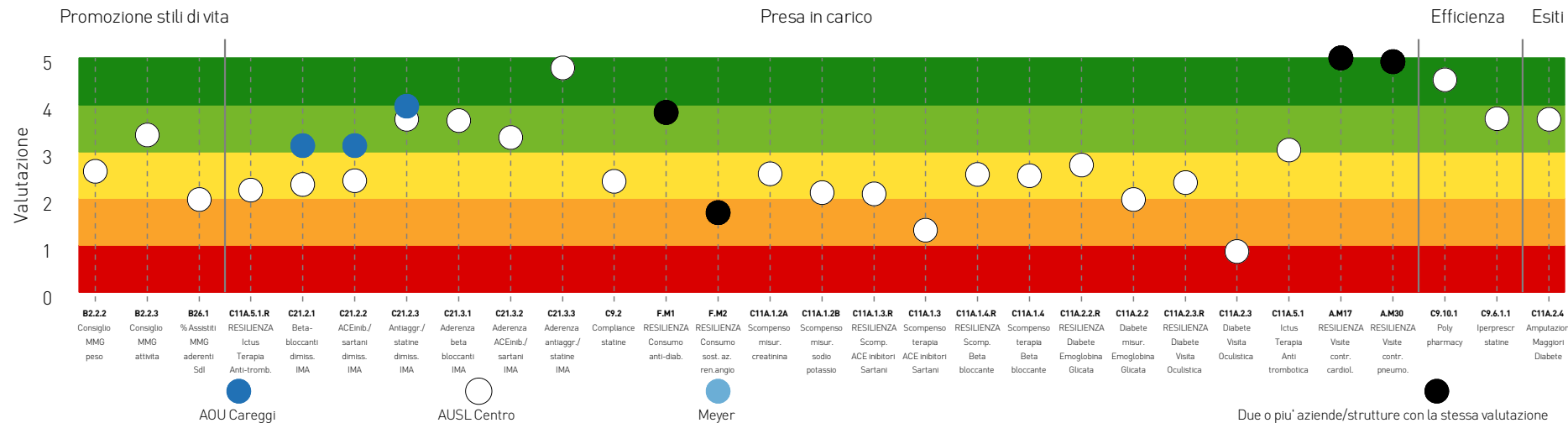
### Percorso Salute Mentale - Area Vasta Centro



### Percorso Salute Mentale Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2020

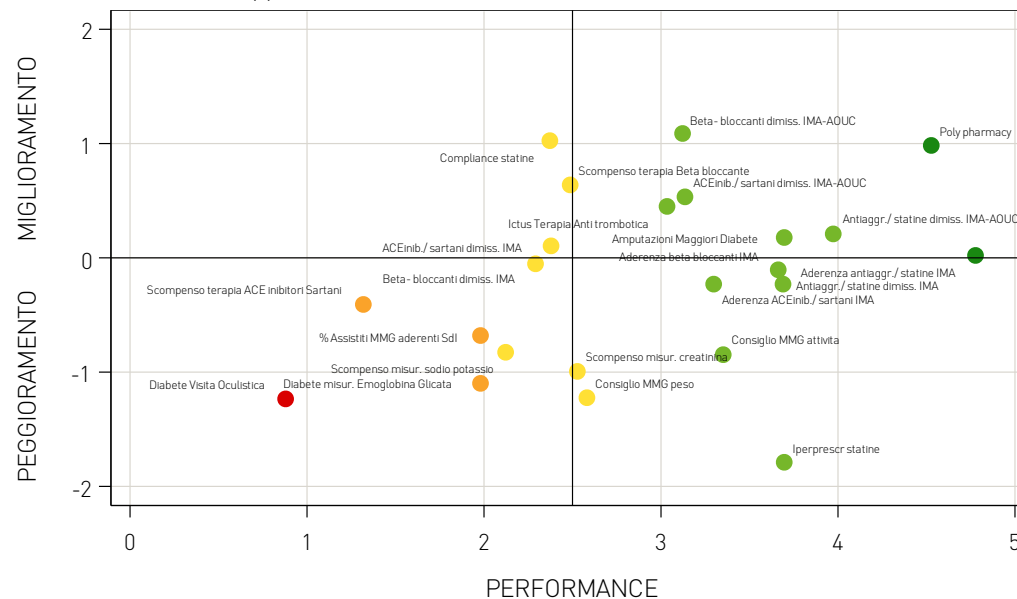


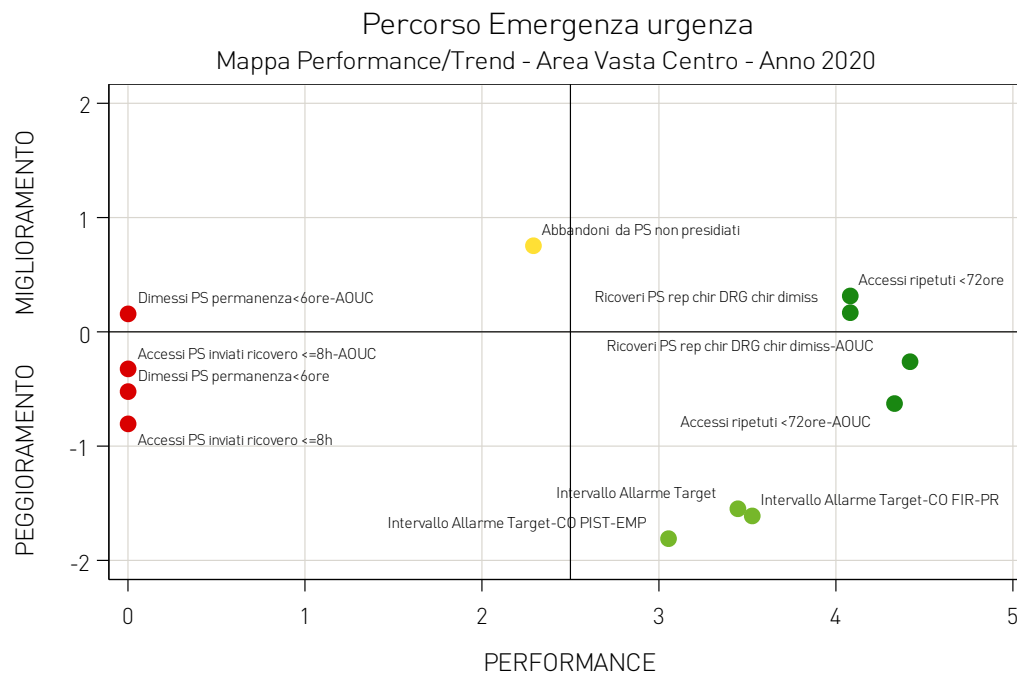
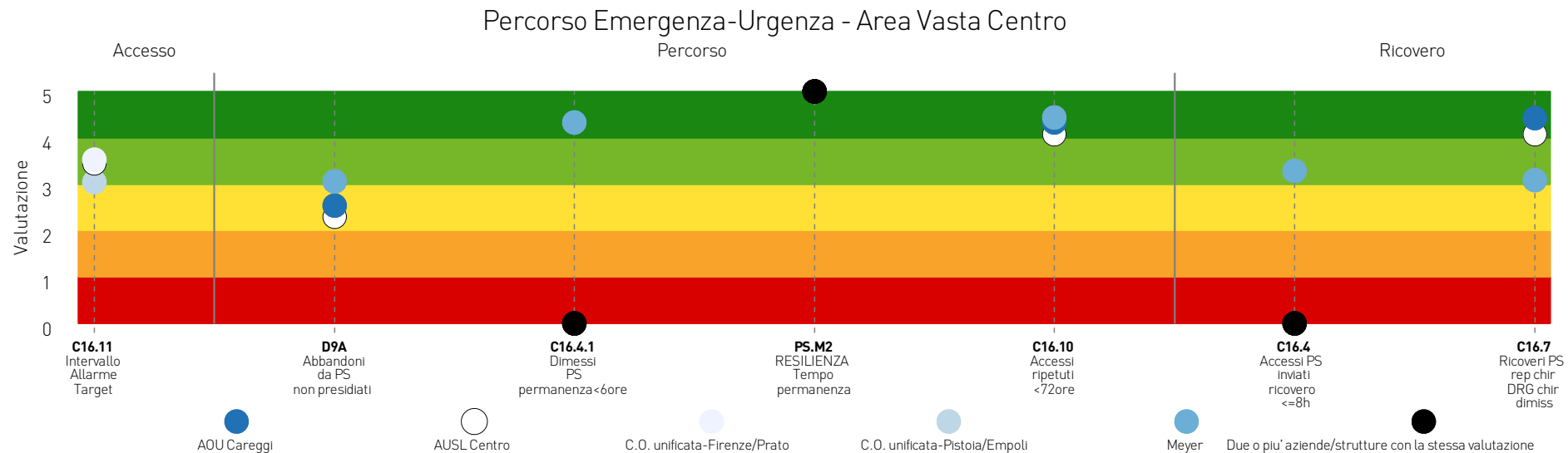
### Percorso Cronicita' - Area Vasta Centro



### Percorso Cronicità

Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2020



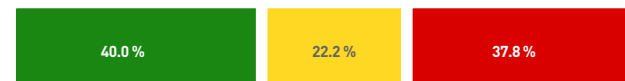




# AUSL TOSCANA NORD OVEST

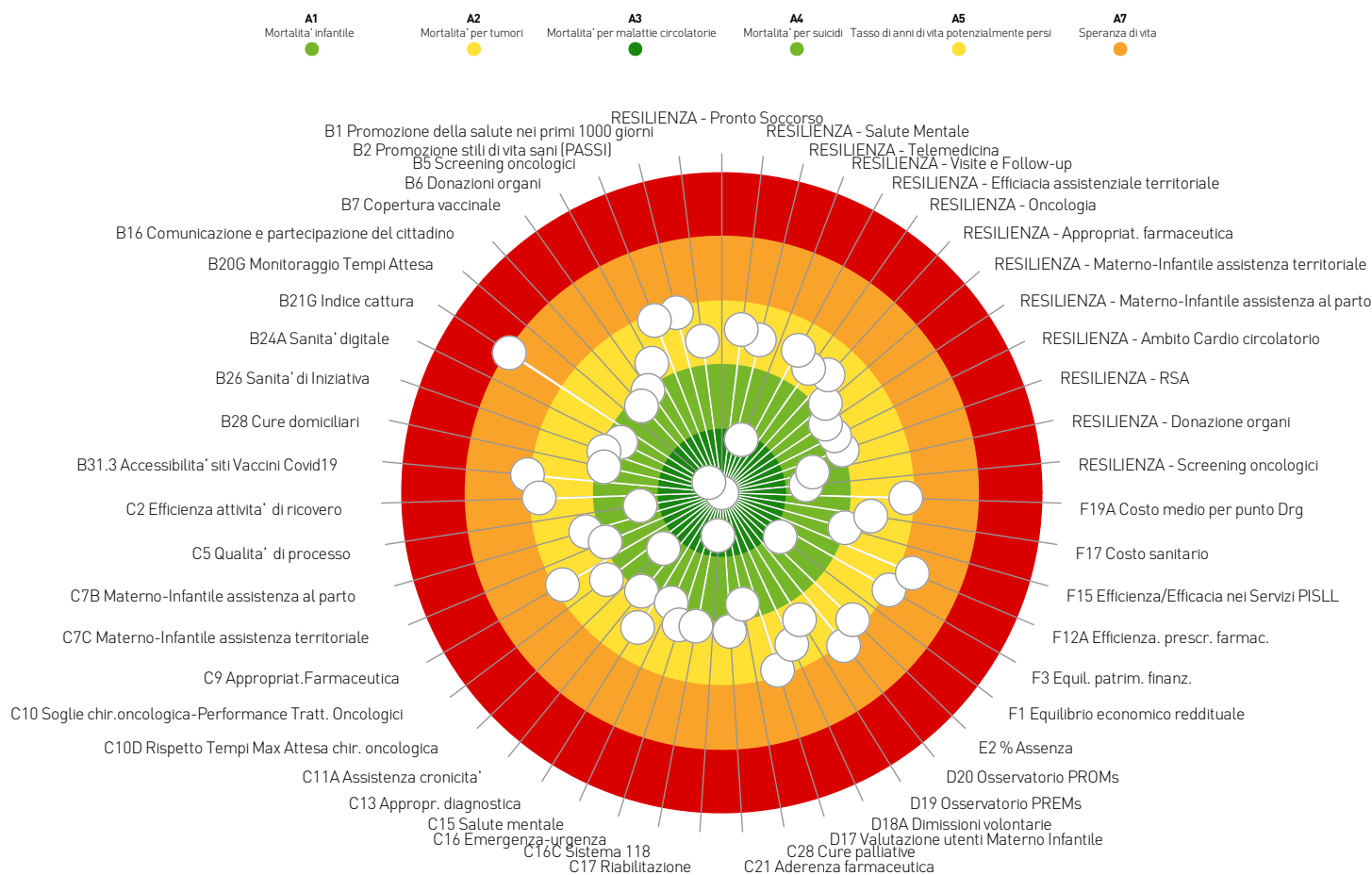
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 180



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

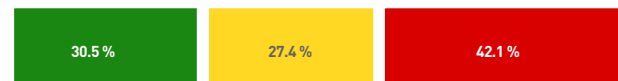
## Valutazione della performance 2020



# AOU PISANA

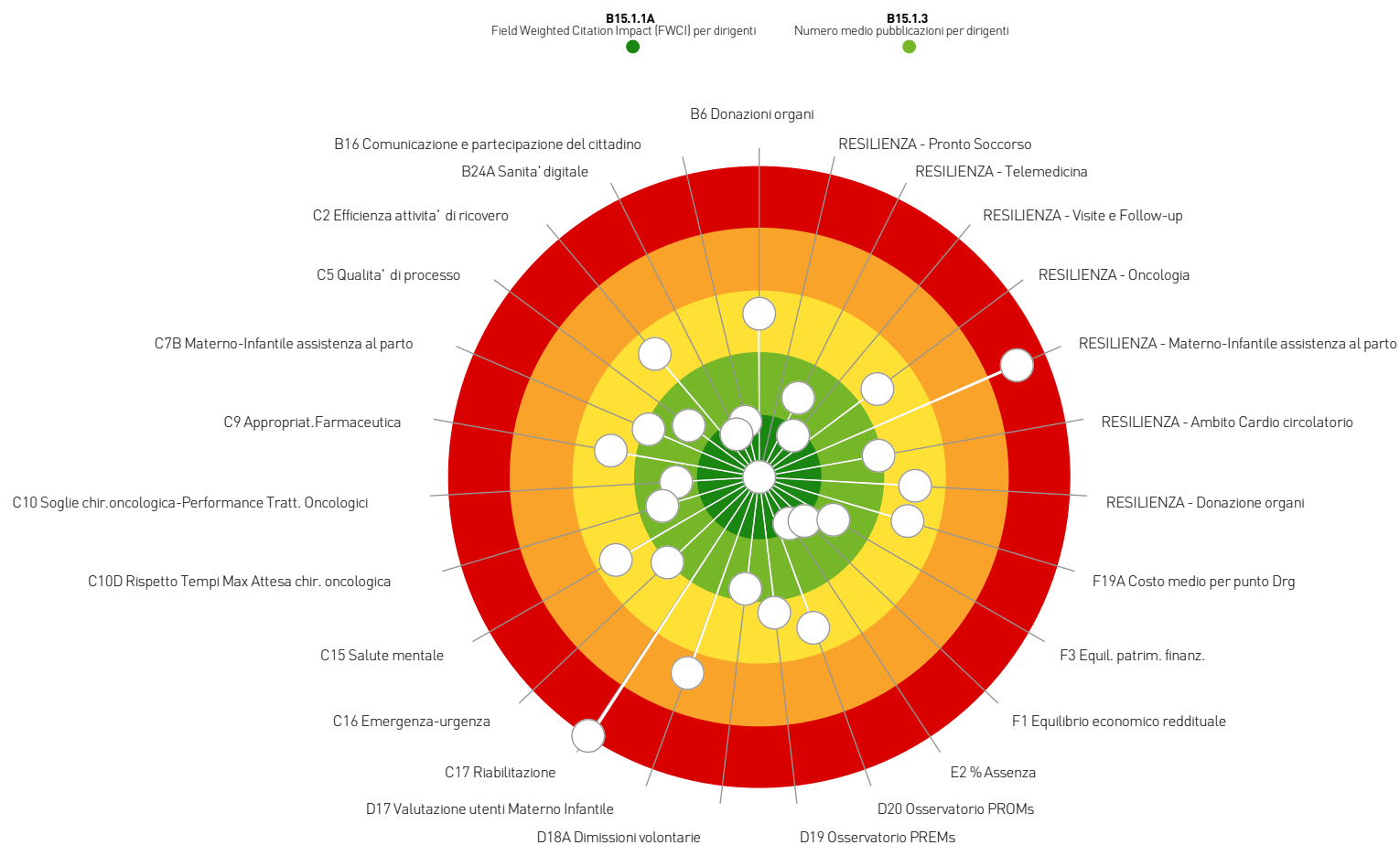
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2020



# FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO

## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

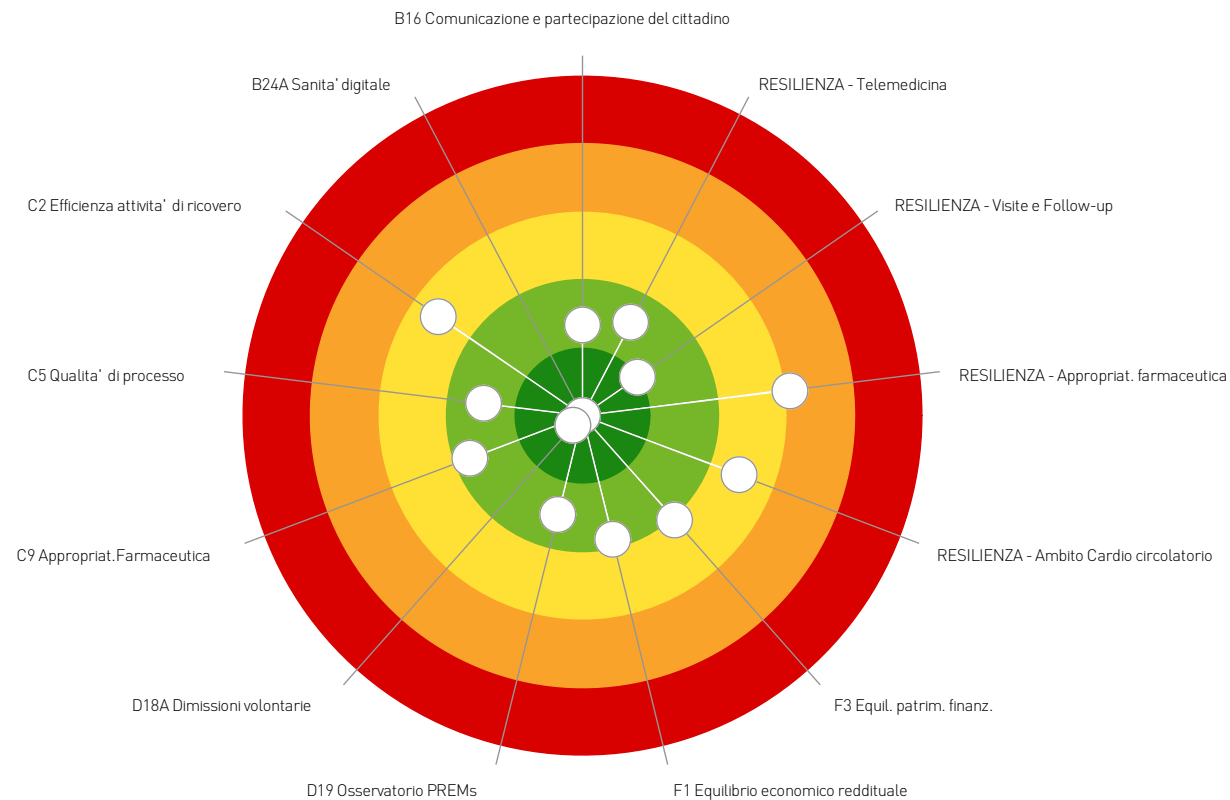
Numero indicatori di valutazione: 35



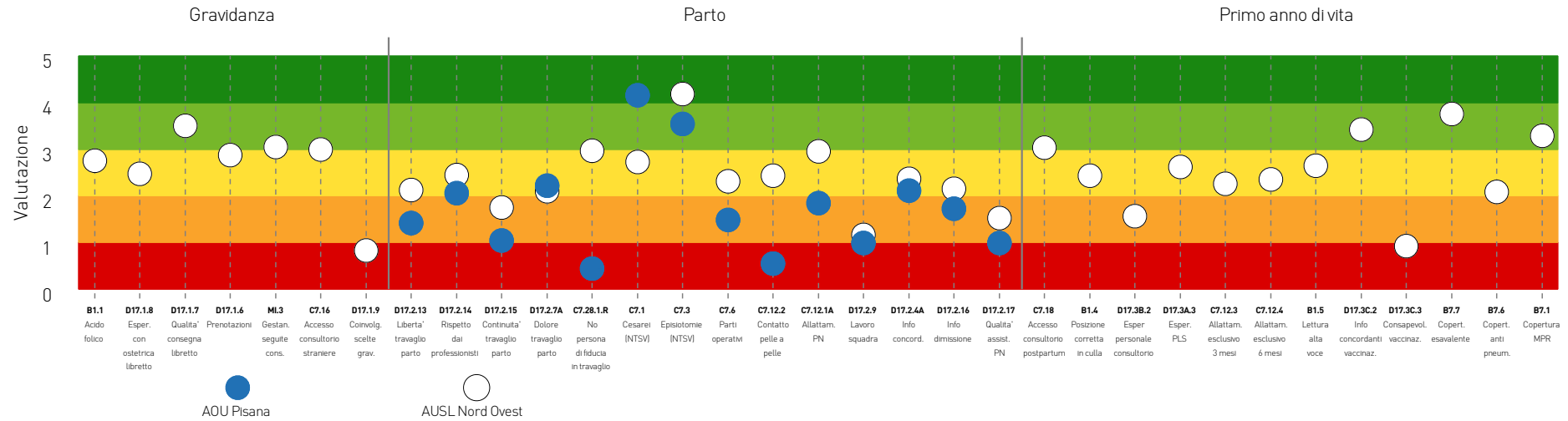
● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Valutazione della performance 2020

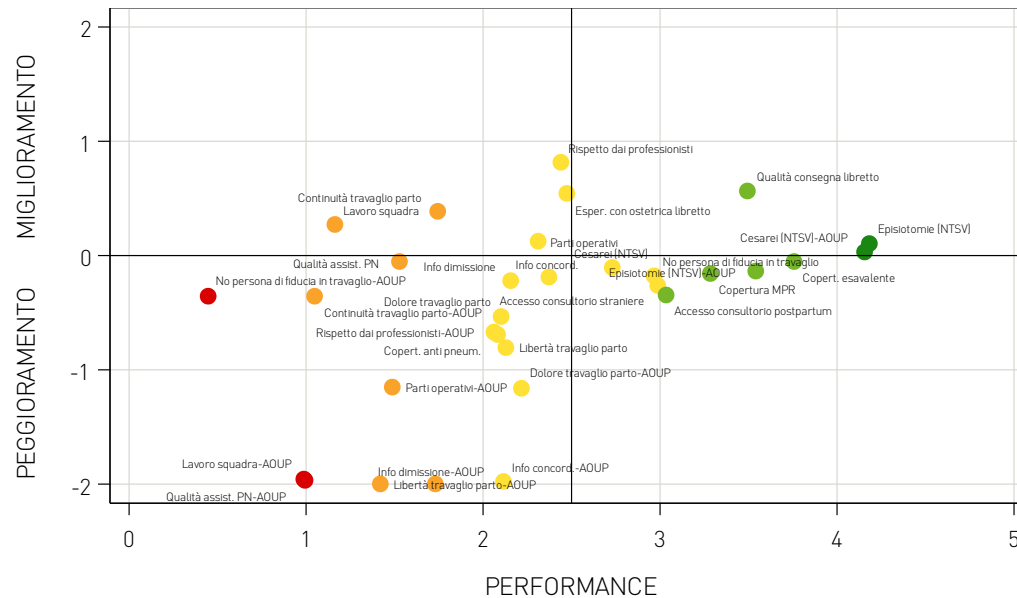
**B15.1.1A** Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti  
**B15.1.3** Numero medio pubblicazioni per dirigenti



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

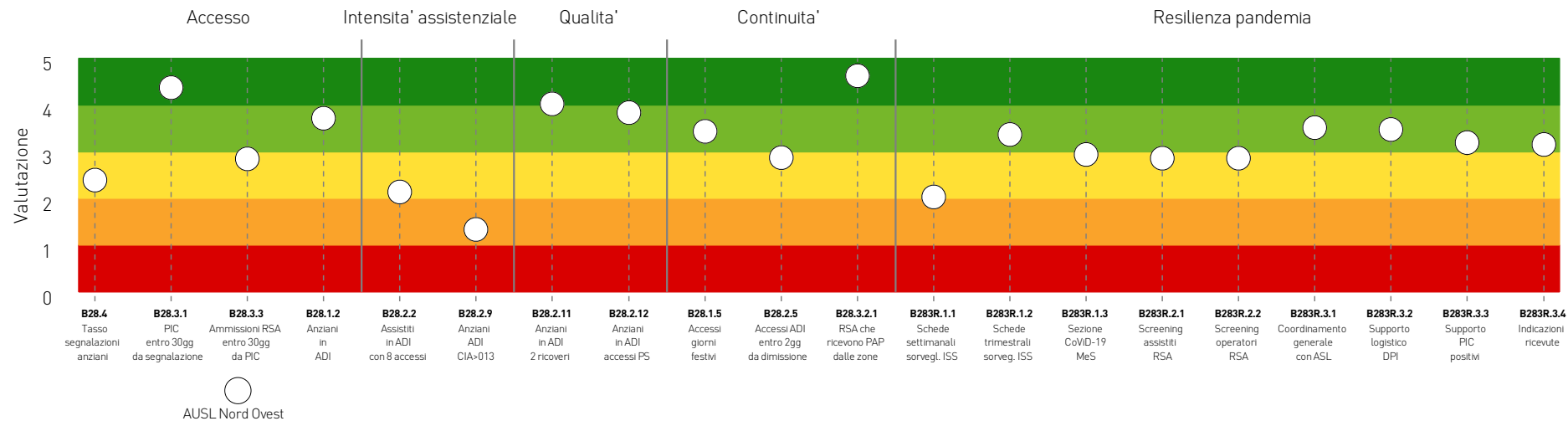


### Percorso Materno Infantile Mappa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2020

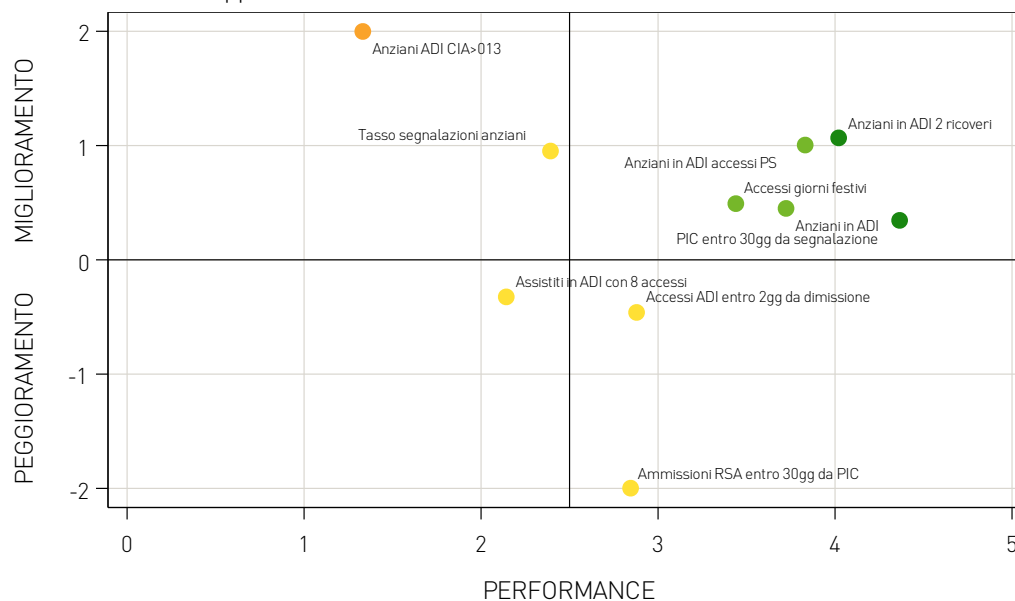




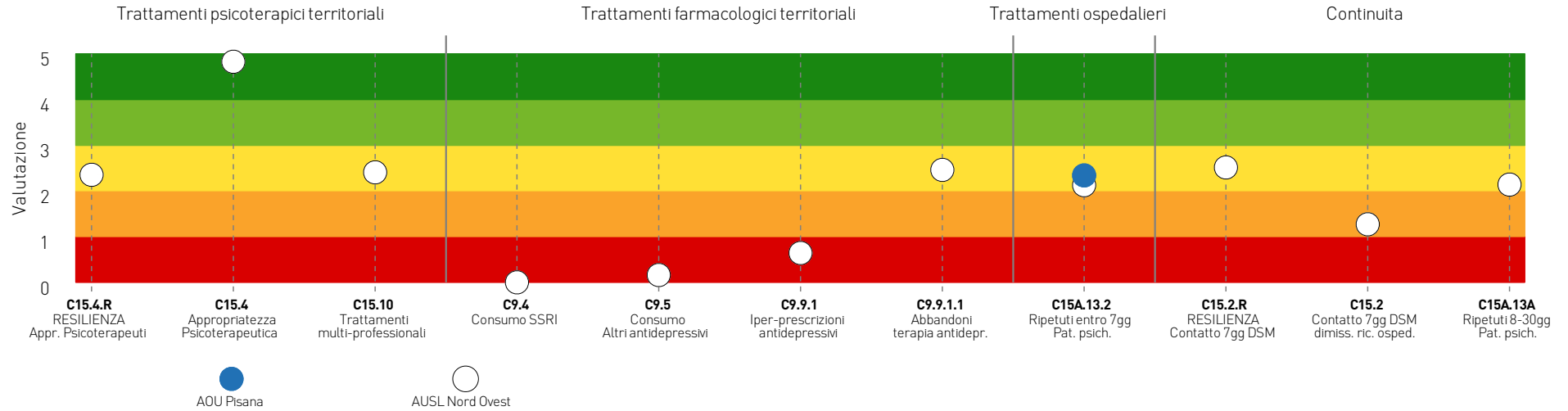
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - AUSL Toscana Nord Ovest



### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2020

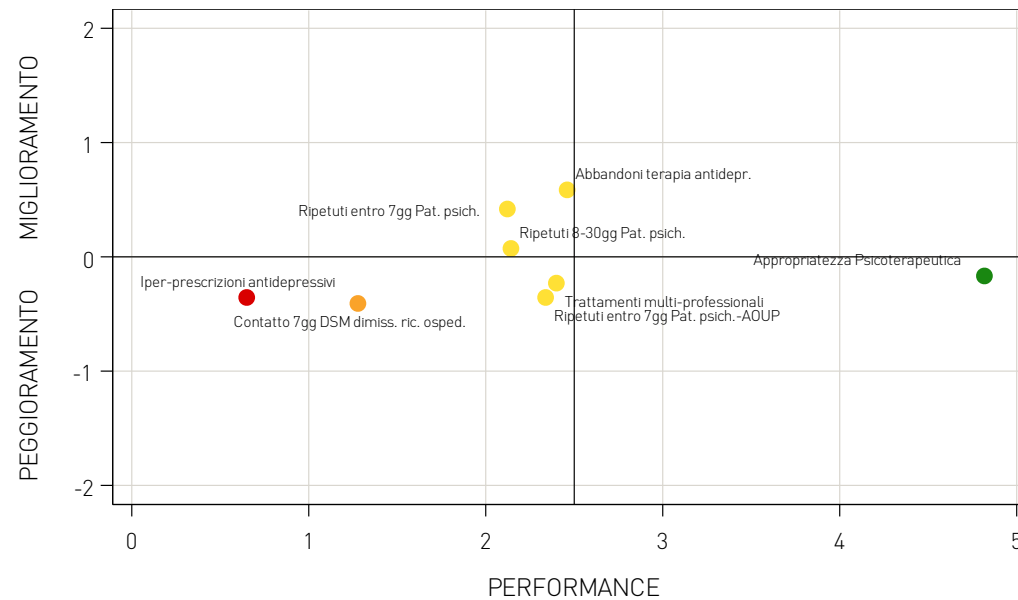


### Percorso Salute Mentale - Area Vasta Nord Ovest



### Percorso Salute Mentale

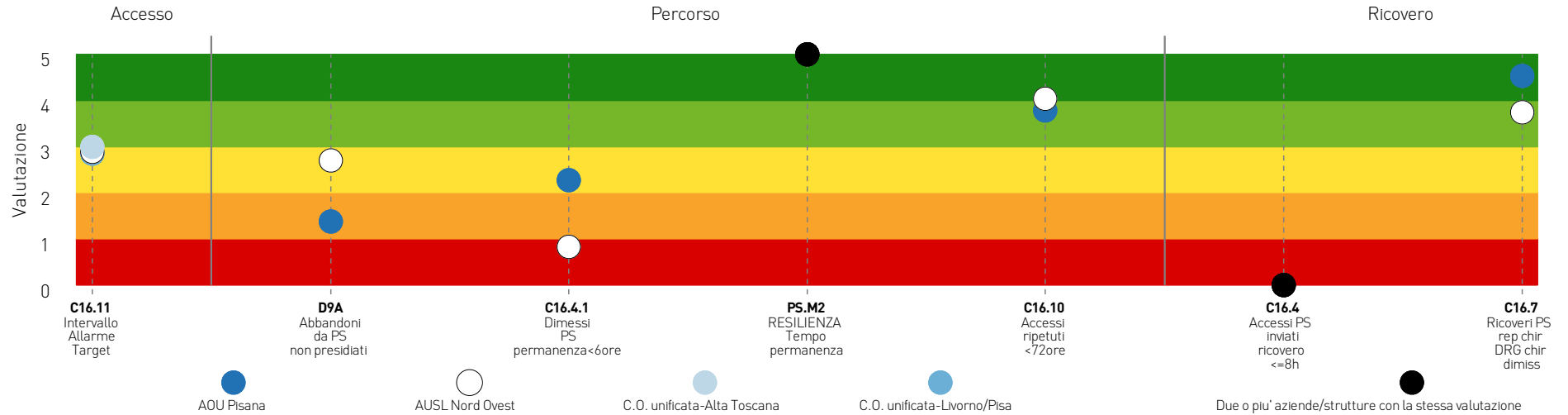
Mappa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2020



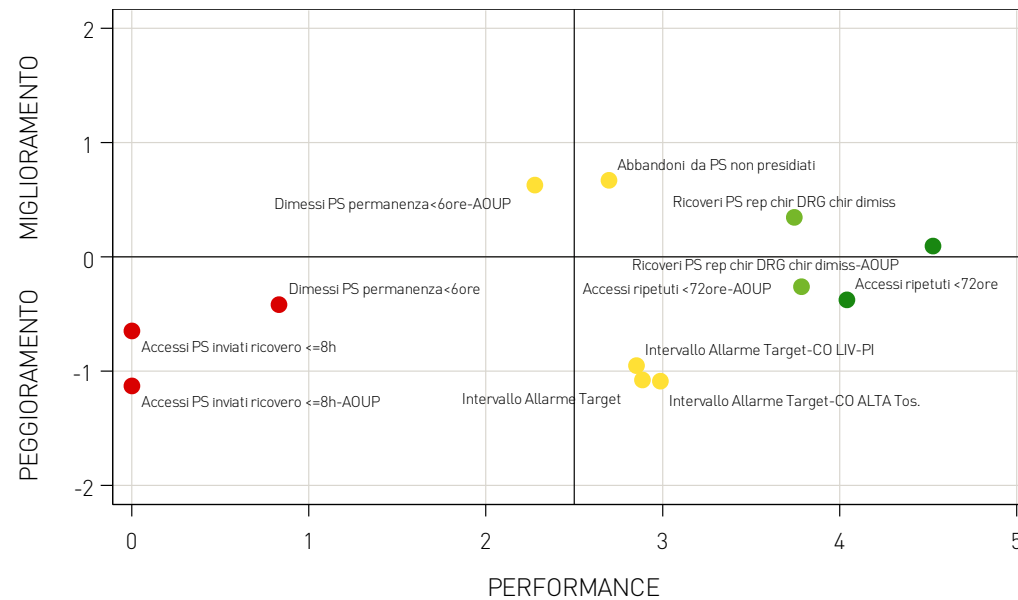




### Percorso Emergenza-Urgenza - Area Vasta Nord Ovest



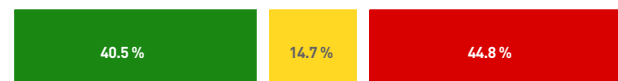
### Percorso Emergenza urgenza Mappa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2020



# AUSL TOSCANA SUD EST

## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 163



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

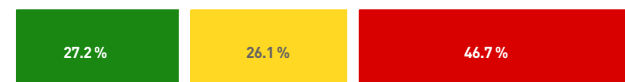
## Valutazione della performance 2020



# AOU SENESE

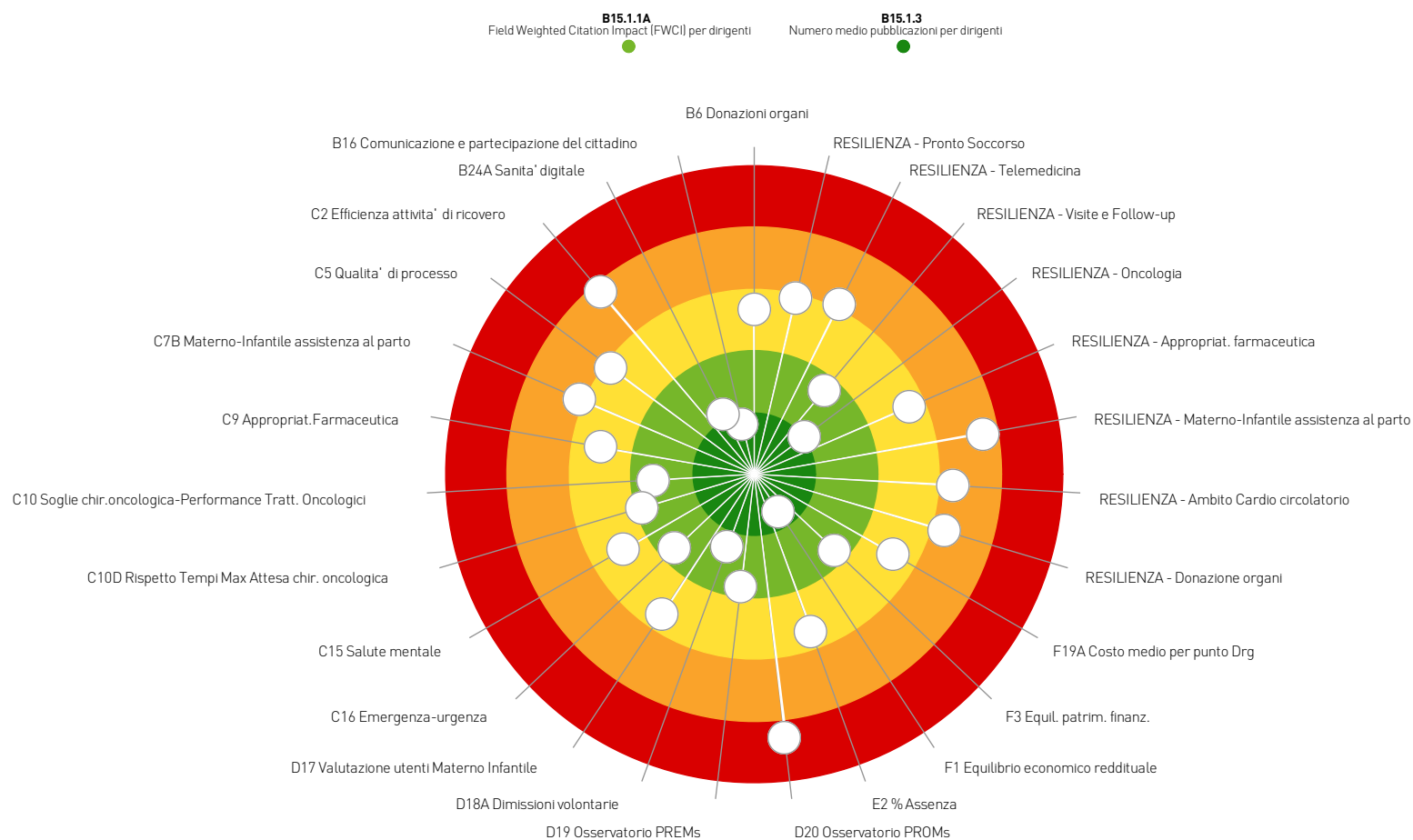
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 92

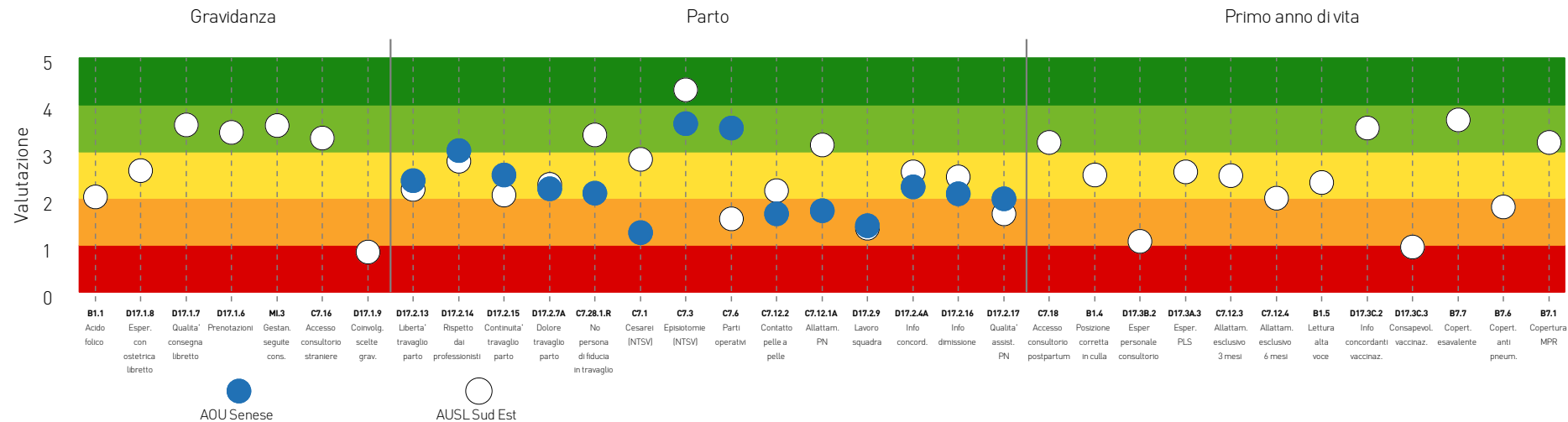


● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

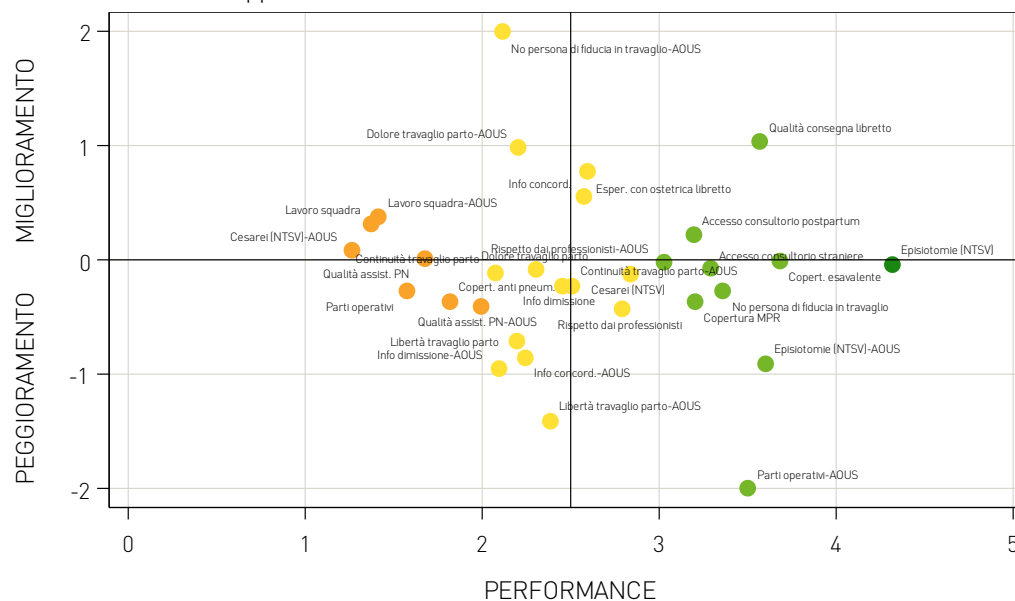
## Valutazione della performance 2020

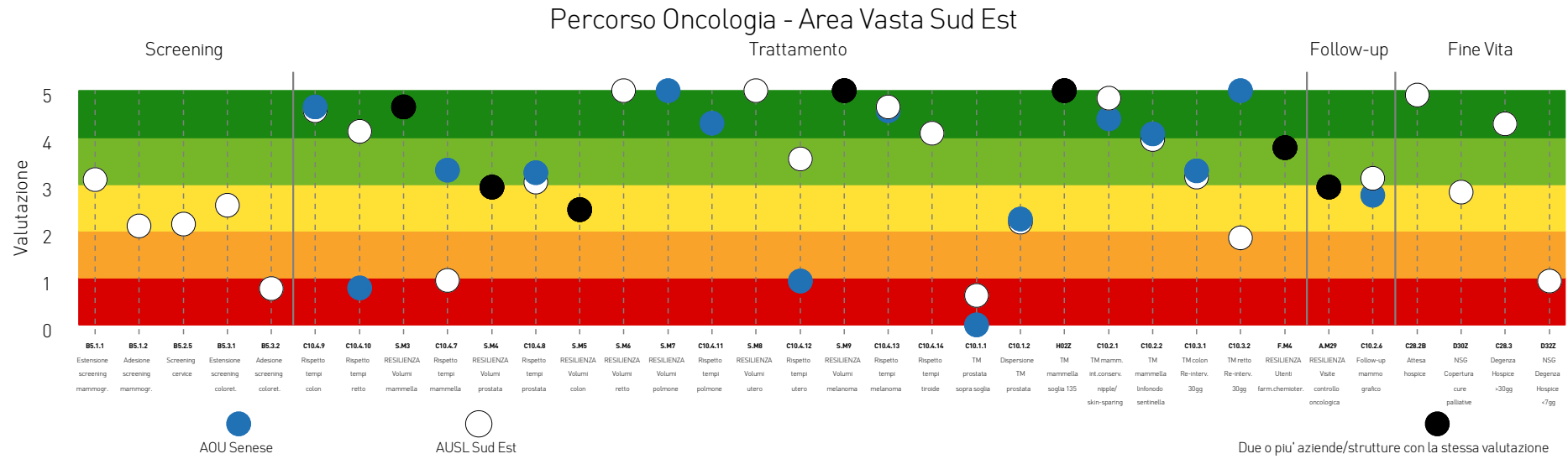


### Percorso Materno-Infantile - Area Vasta Sud Est

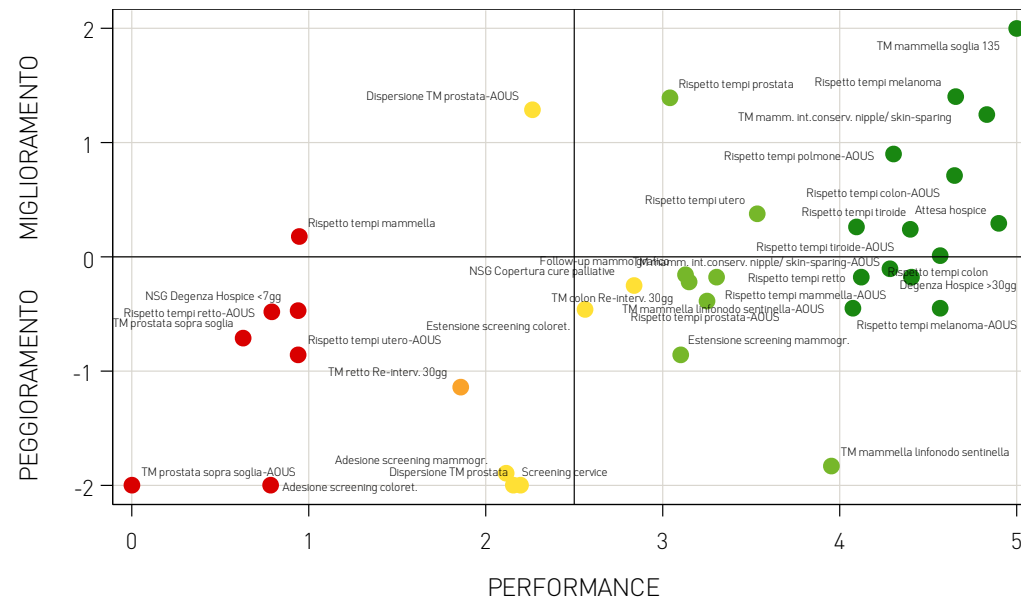


### Percorso Materno Infantile Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2020

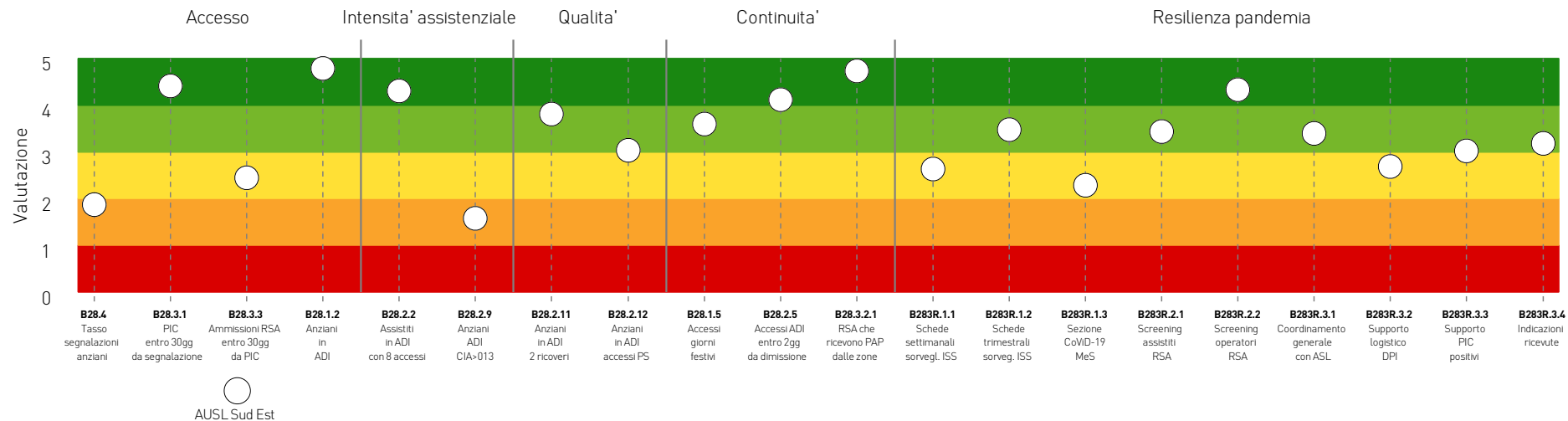




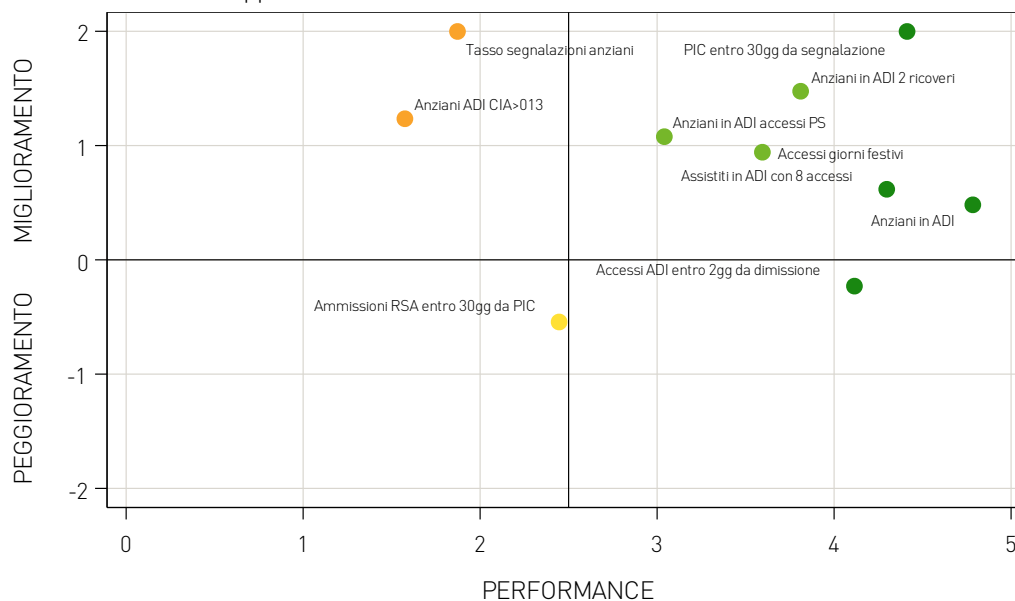
Percorso Oncologia  
Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2020



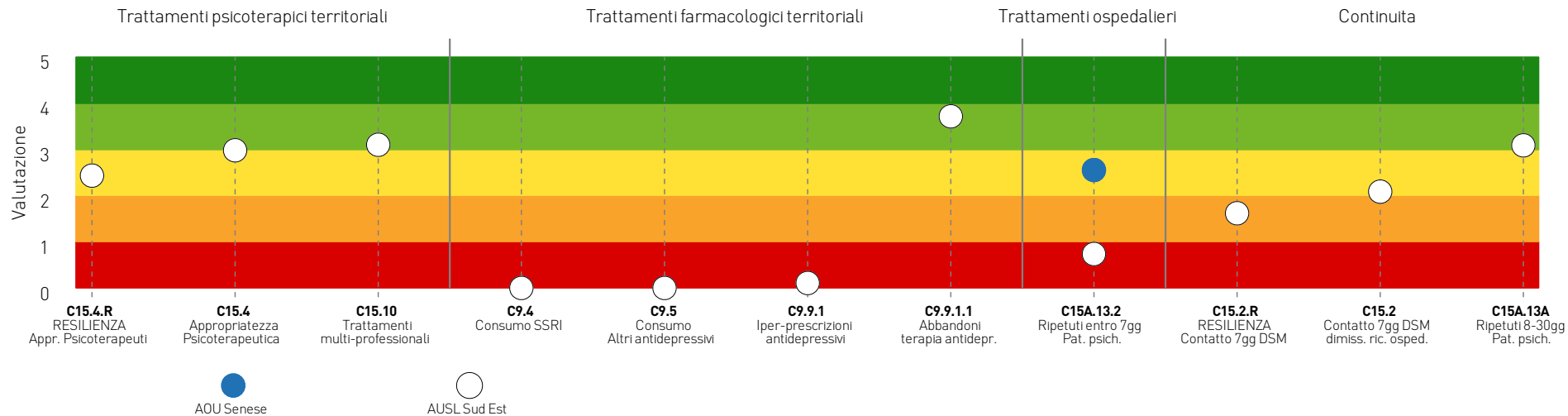
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - AUSL Toscana Sud Est



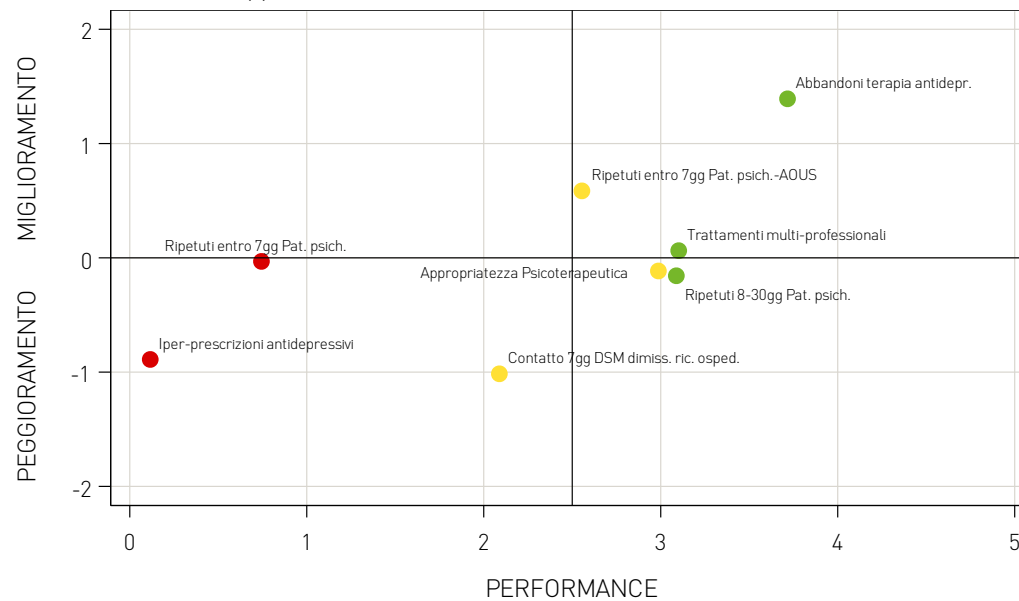
### Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2020



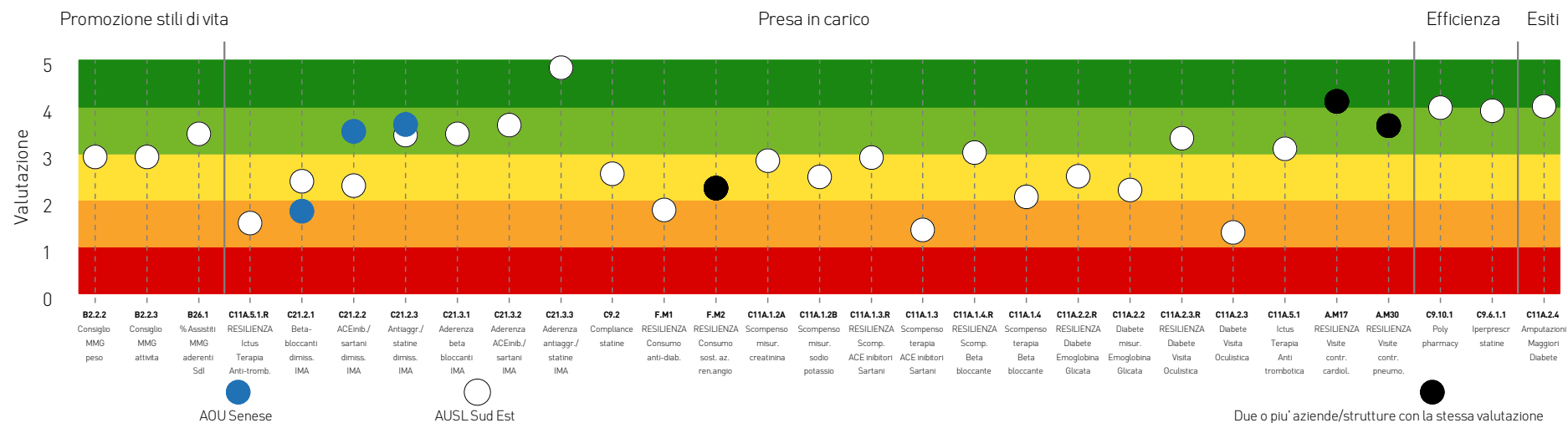
### Percorso Salute Mentale - Area Vasta Sud Est



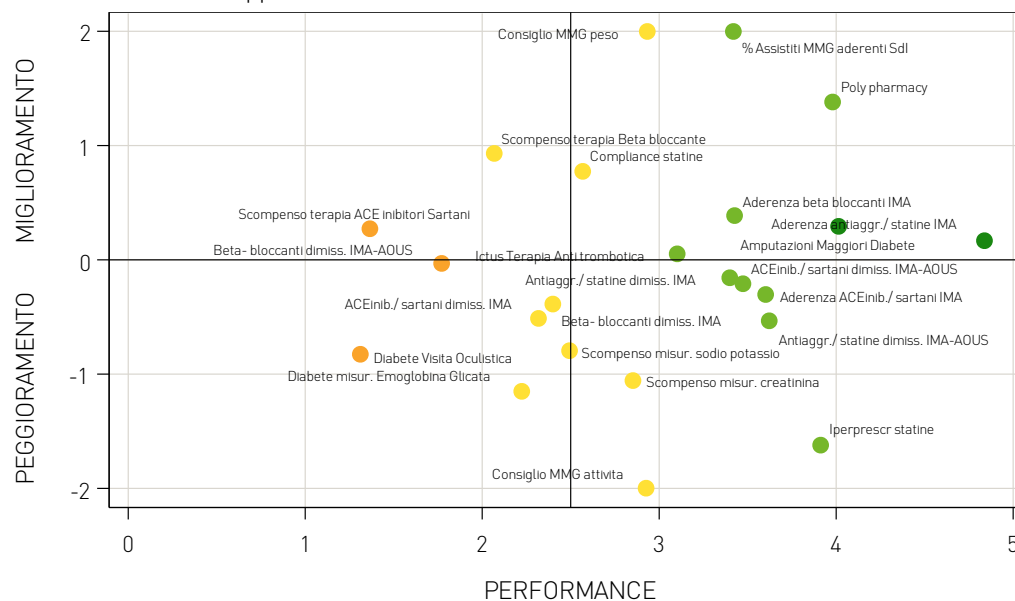
### Percorso Salute Mentale Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2020



### Percorso Cronicità - Area Vasta Sud Est

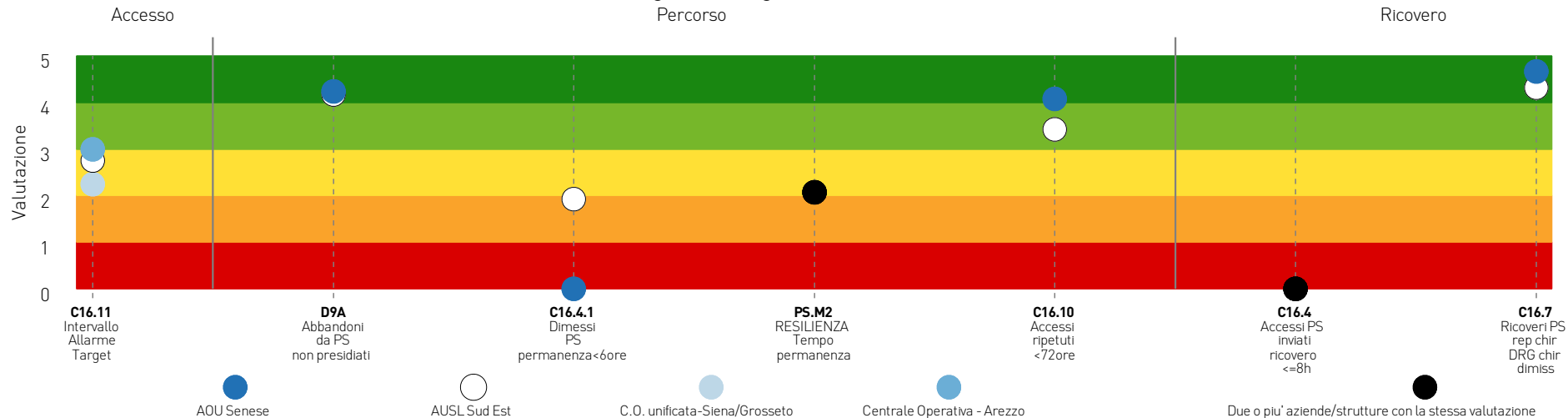


### Percorso Cronicità Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2020





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



### Percorso Emergenza urgenza Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2020





3

INDICATORI



---

# STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

a cura di Barbara Lupi, Alessandro Vinci e Federico Vola



## 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

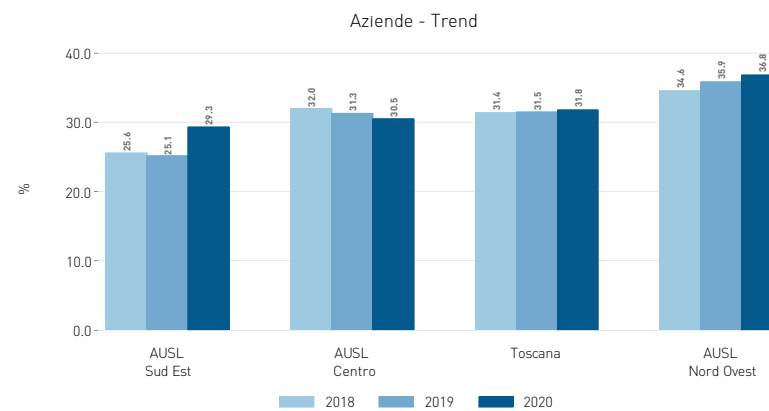
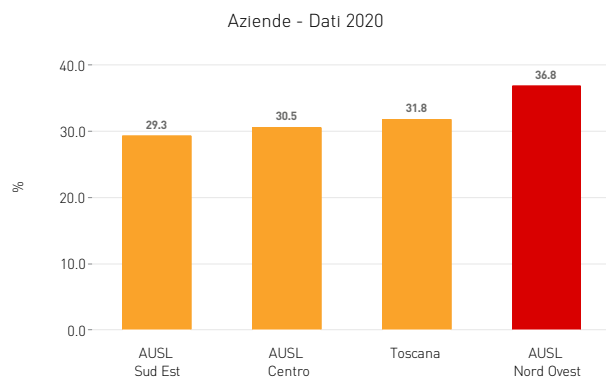
A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

A10.4.1 Percentuale di fumatori

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
			
31.82	36.83	30.53	29.31
35.43	37.44	34.34	35.52
15.70	14.56	16.80	14.76
22.76	20.62	24.68	21.21

## A10.1.1 Percentuale di sedentari

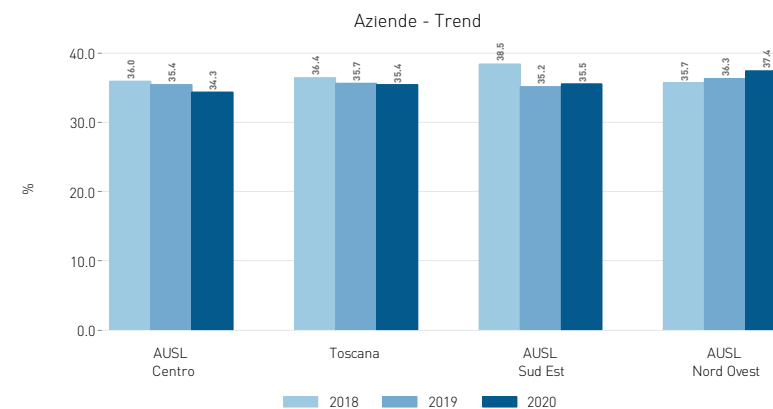
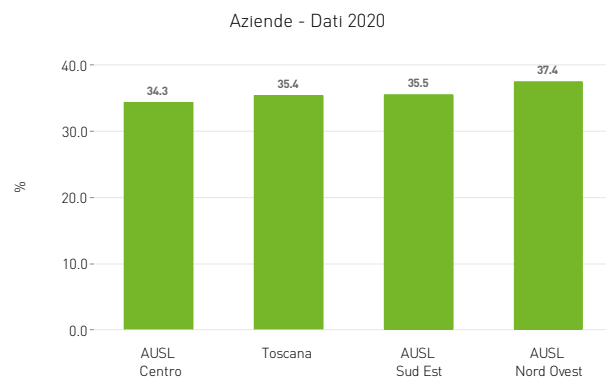
Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unitamente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione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





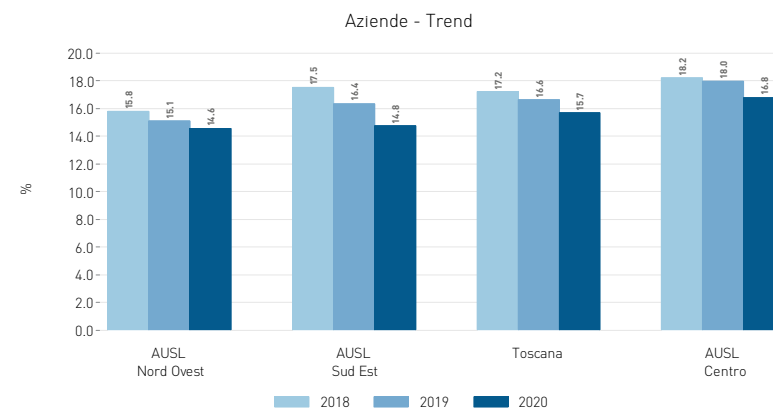
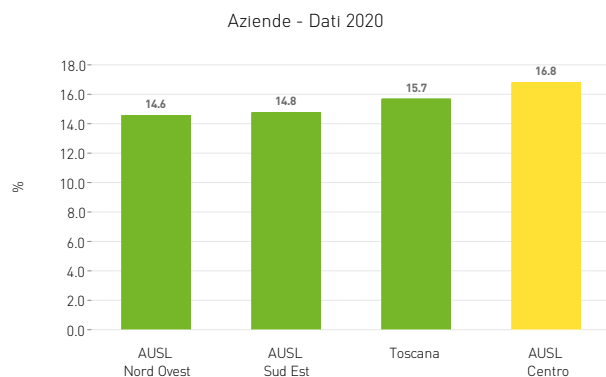
## A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso

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<18,5) con tre gradi di gravità con l'aumentare dell'Imc. L'indicatore si calcola considerando sia le persone obese che quelle sovrappeso.



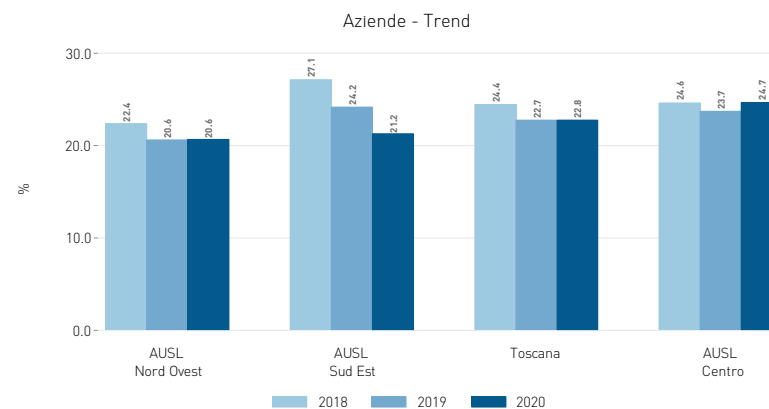
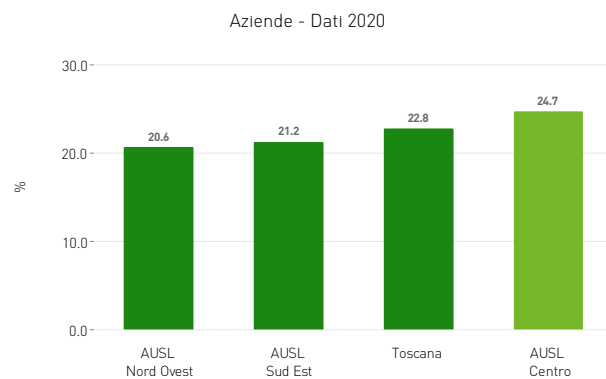
### A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

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 (binge drinking), 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.





---

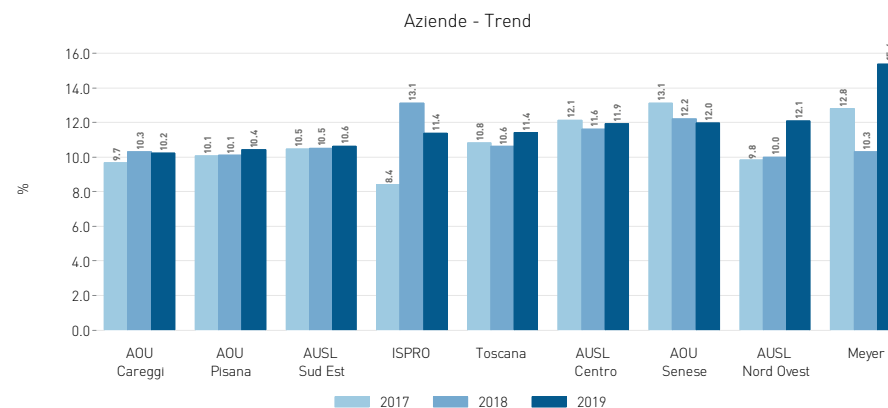
# EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ

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 2019.



## 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 2019 (Conto Economico e Stato Patrimoniale).

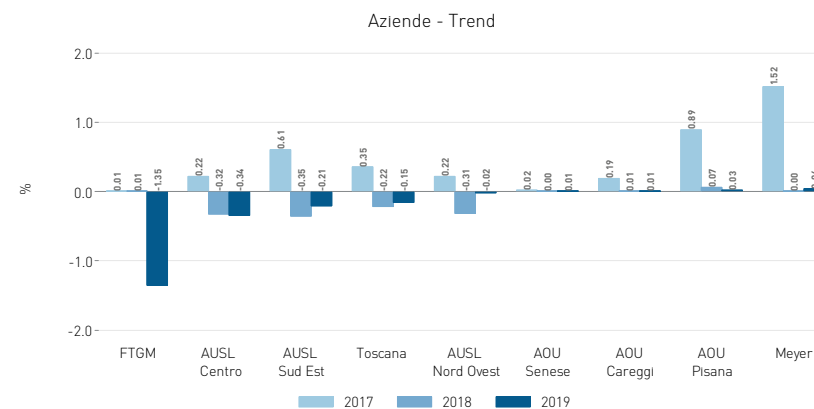
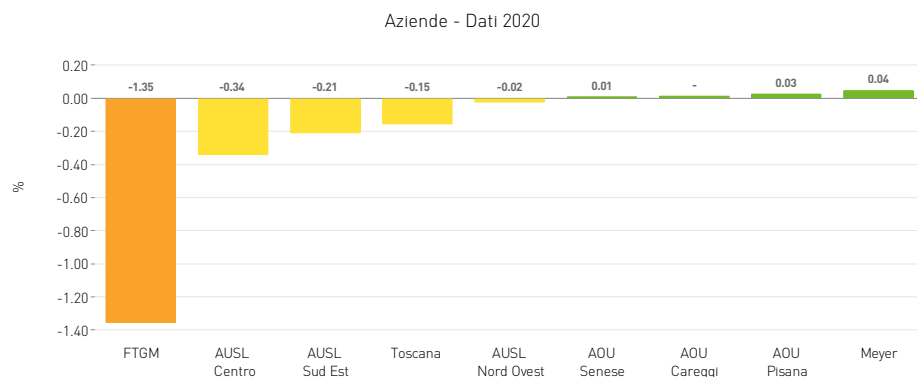


	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>F1 Equilibrio economico reddituale</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
F1.1 Equilibrio economico generale	-0.15	-0.02	-0.34	-0.21	0.03	0.01	0.01	0.04	-1.35
F1.2 Equilibrio economico sanitario	3.31	2.76	1.70	1.75	2.79	5.67	4.32	4.12	1.22
F1.3 ROI	3.55				1.64	3.45	2.89	2.68	0.91



## 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

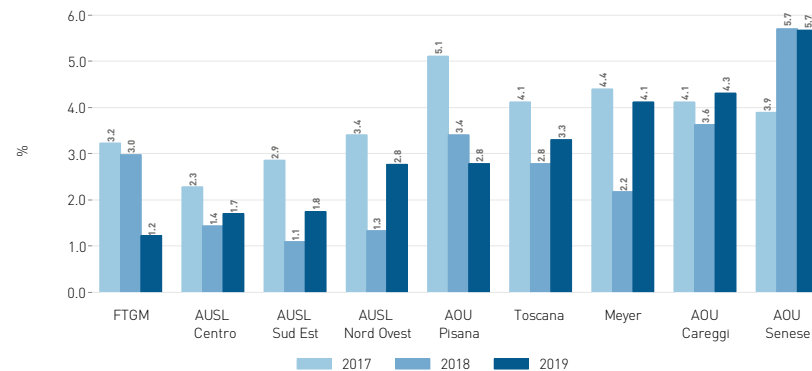
L'indicatore F1.2 indica la capacità dell'azienda di raggiungere l'equilibrio economico relativo all'attività tipica, escludendo quindi sia i fattori straordinari (plu-svalenze o le sopravvenienze passive), sia i risultati positivi o negativi derivanti dalle altre gestioni. E' costruito come il rapporto 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 Return On Sales (ROS).



Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



## 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 2019.



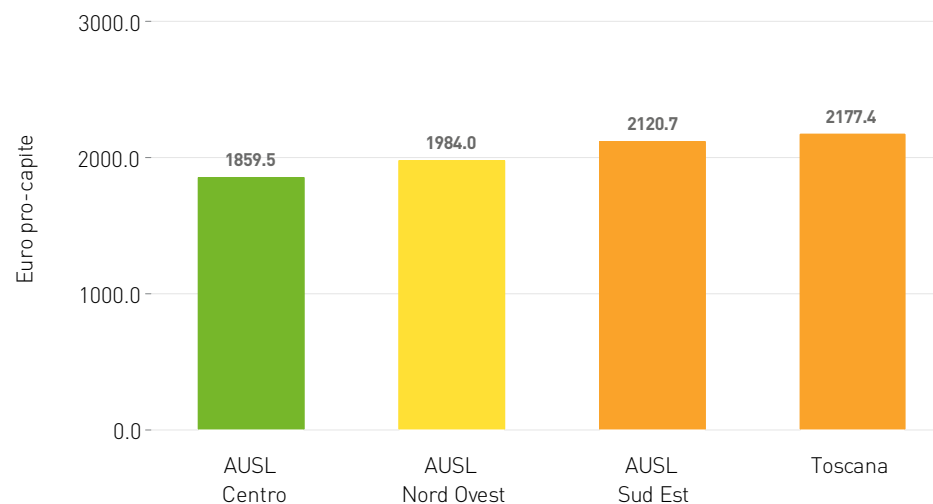
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>F3 Equilibrio patrimoniale finanziario</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
F3.1 Indice di disponibilità	0.99	0.79	0.93	1.08	1.30	1.11	1.06	1.11	0.99
F3.2 Politiche di investimento									
F3.2.1 Incidenza canoni leasing e noleggio	23.93	20.92	29.67	22.83	27.17	13.75	19.40	24.99	17.77
F3.2.2 % di obsolescenza tecnica	87.95	85.69	91.91	86.40	94.37	79.63	85.92	88.67	82.88
F3.2.3 Indice rinnovo investimenti	3.51	2.59	2.57	6.06	1.67	9.66	3.29	4.07	4.95
F3.3 Indice di elasticità finanziaria	-0.34	-9.09	-2.48	2.75	28.08	10.15	4.81	7.92	-1.17
F3.4 Costi di finanziamento									
F3.4.1 Indice di onerosità	7.09	4.56	4.08	5.16	6.39	9.42	6.16	8.00	
F3.4.2 Dilazione dei debiti	67.91	73.09	61.81	73.44	64.68	85.99	67.45	82.00	56.68

## 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 al IV trimestre dell'anno 2020.

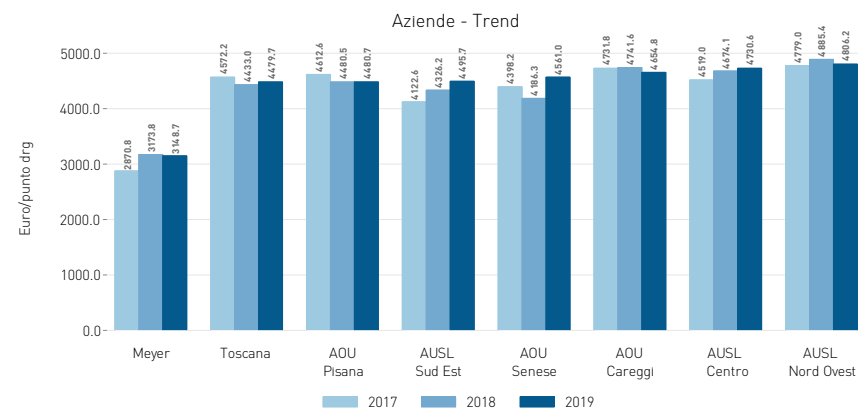
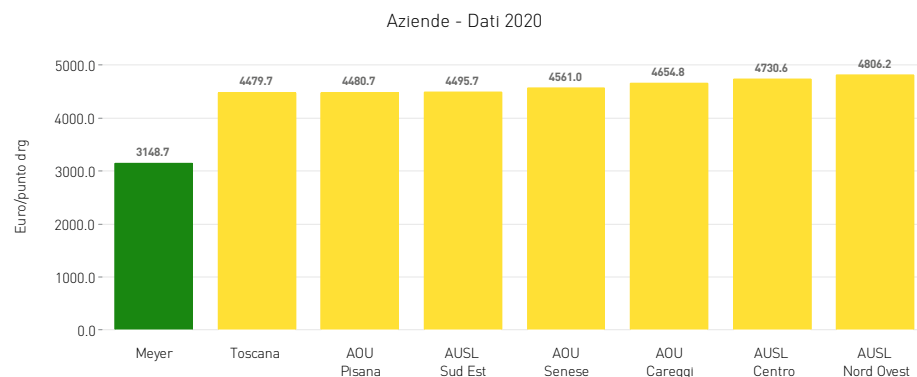


Aziende - Dati 2020



## 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.





---

# STRATEGIE SANITARIE REGIONALI

a cura di Sara Barsanti, Paolo Belardi, Manila Bonciani,  
Giuseppe D'Orio, Gabriele Gennuso, Barbara Lupi,  
Antonio Parenti, Francesca Pennucci  
e Federico Vola.





## B1 Promozione della salute nei primi 1000 giorni

La promozione di interventi precoci per il supporto della salute, in riferimento ai primi 1000 giorni di vita, dal concepimento ai due anni di vita, è sempre più apprezzata e sostenuta a livello internazionale (Organizzazione Mondiale della Sanità e UNICEF), in quanto strategia di investimento di lungo termine sul potenziale di salute individuale secondo la prospettiva di life course. È noto infatti che, alcuni rilevanti problemi di salute del bambino e dell'adulto, siano prevenibili mediante semplici azioni realizzabili nel periodo perinatale e nei primi anni di vita, sia attraverso la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio, che con la promozione di fattori protettivi (WHO. Meeting report: nurturing human capital along the life course: investing in early child development, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 10-11 January 2013). Anche il documento sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni ribadisce la rilevanza di focalizzare su alcuni aspetti di prevenzione primaria, tra i quali l'uso corretto di acido folico, il contrasto al consumo di alcol e fumo in gravidanza e allattamento, la corretta posizione in culla, la lettura ad alta voce per i bambini. Nel Piano Prevenzione Nazionale 2020-2025 sono stati inseriti alcuni indicatori relativi ai principali determinanti di salute del bambino che vengono misurati nel sistema di sorveglianza 0-2 promosso dal Ministero della Salute e che sono stati inseriti nel sistema di valutazione della performance della Toscana a supporto delle politiche e degli interventi indirizzati a tutelare e promuovere la salute dei primi 1000 giorni.



### B1 Promozione della salute nei primi 1000 giorni

B1.1 Assunzione corretta acido folico in periodo periconcezionale

*B1.2.1 Fumo in gravidanza*

*B1.2.2 Fumo in allattamento*

*B1.3.1 Consumo di alcol in gravidanza*

*B1.3.2 Consumo di alcol in allattamento*

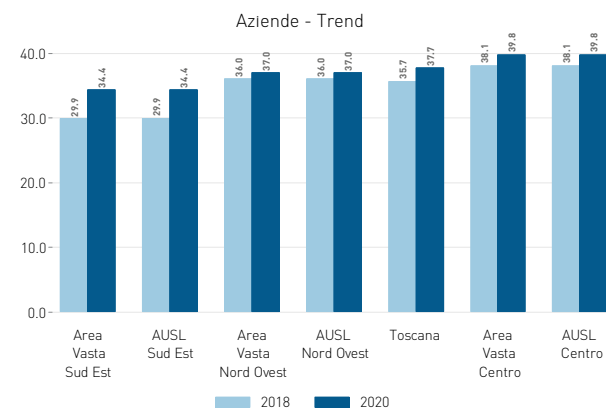
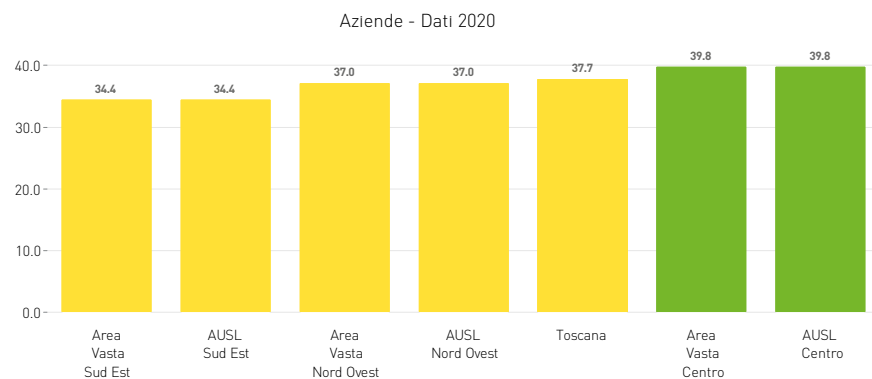
B1.4 Posizione corretta in culla

B1.5 Lettura ad alta voce

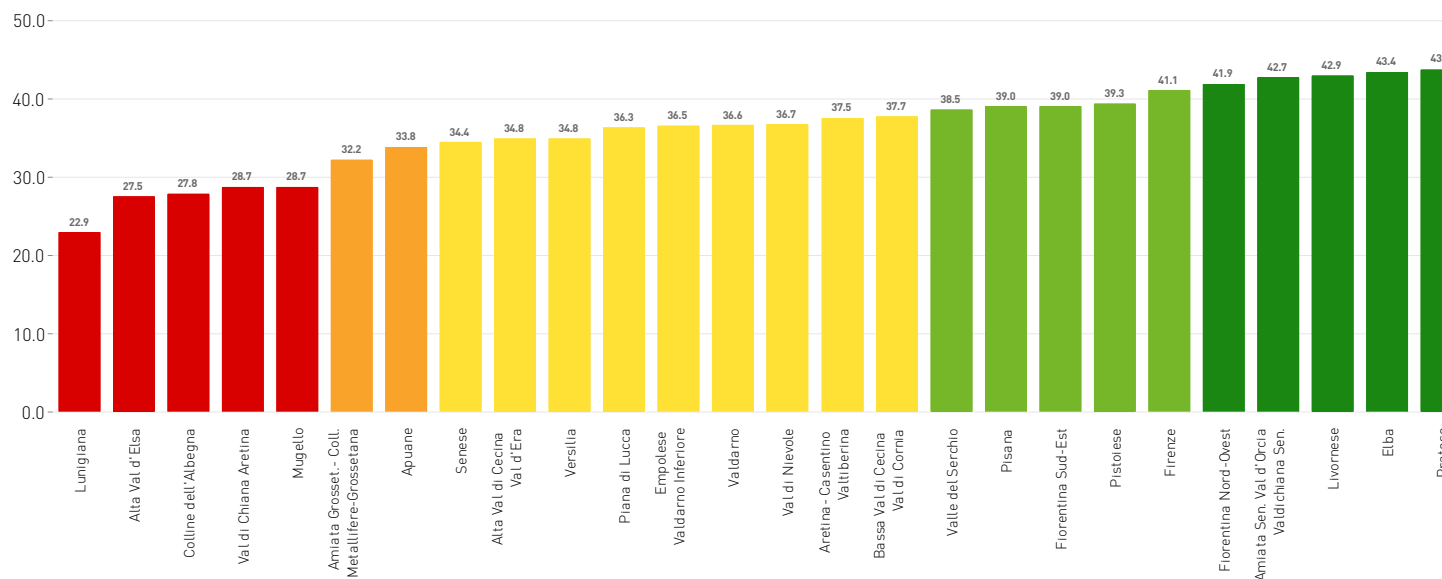
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
37.72	37.03	39.76	34.38
5.88	5.77	5.31	7.24
5.68	4.94	5.61	6.86
26.30	26.95	26.63	24.66
49.99	49.85	52.50	44.80
79.91	79.06	80.82	79.21
58.13	56.81	60.55	54.91

## B1.1 Assunzione corretta acido folico in periodo periconcezionale

L'assunzione corretta di acido folico, a partire da un mese prima del concepimento e fino a tre mesi dopo, costituisce un indicatore indiretto dell'empowerment delle donne, perché evidenzia la capacità di mettere in atto un'azione con un'elevata ricaduta in termini di salute, per la protezione da spina bifida, anencefalia, labiopalatosi, malformazioni congenite cardiache, urinarie, degli arti ecc.. Evidenze scientifiche indicano, infatti, che un apporto di acido folico maggiore di quello assunto con una normale alimentazione, durante il periodo periconcezionale, rappresenta uno strumento importante per la prevenzione dei difetti congeniti, riducendo, di circa il 70%, il rischio di difetti del tubo neurale del nascituro, come anche sostenuto dal progetto ministeriale GenitoriPiù. L'indicatore è calcolato a partire dai dati raccolti con l'indagine sistematica alle utenti sul percorso nascita.



Zone Distretto - Dati 2020

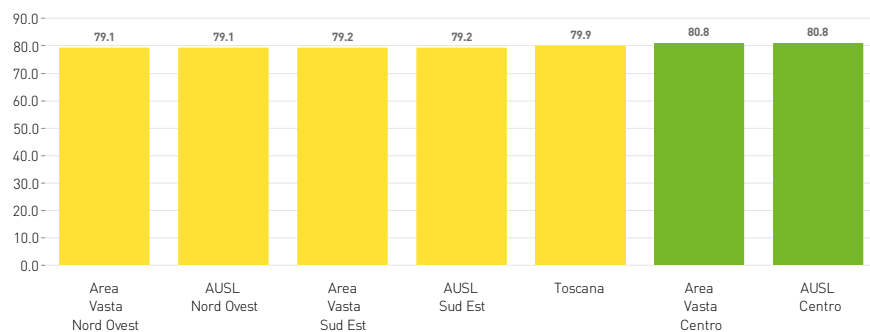


## B1.4 Posizione corretta in culla

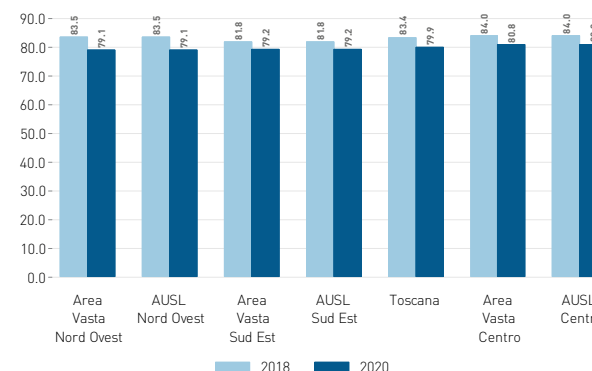
Fra gli otto determinanti prioritari considerati dal progetto GenitoriPiù la posizione supina nel sonno è indicata per la riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS). Si tratta di un evento raro di cui ancora non si conoscono del tutto i meccanismi, ma sono stati individuati alcuni interventi semplici e di provata efficacia in grado di ridurne l'incidenza, quali ad esempio non fumare in casa, creare un ambiente fresco (intorno ai 20 gradi), evitare la condivisione del letto con i genitori, allattare al seno, evitare un materasso troppo soffice e sistemare il bambino con i piedi che toccano il fondo della culla o del lettino in modo che non possa scivolare sotto le coperte. La posizione nel sonno rappresenta uno dei principali fattori di rischio su cui è possibile intervenire. Le evidenze in letteratura dimostrano che il rischio di SIDS è maggiore nei bambini che vengono messi a dormire a "pancia in giù o di fianco rispetto a quelli messi in posizione supina (Ministero della Salute. Sette azioni per la vita del tuo bambino. 2009). L'indicatore è calcolato a partire dai dati raccolti con l'indagine sistematica alle utenti sul percorso nascita.



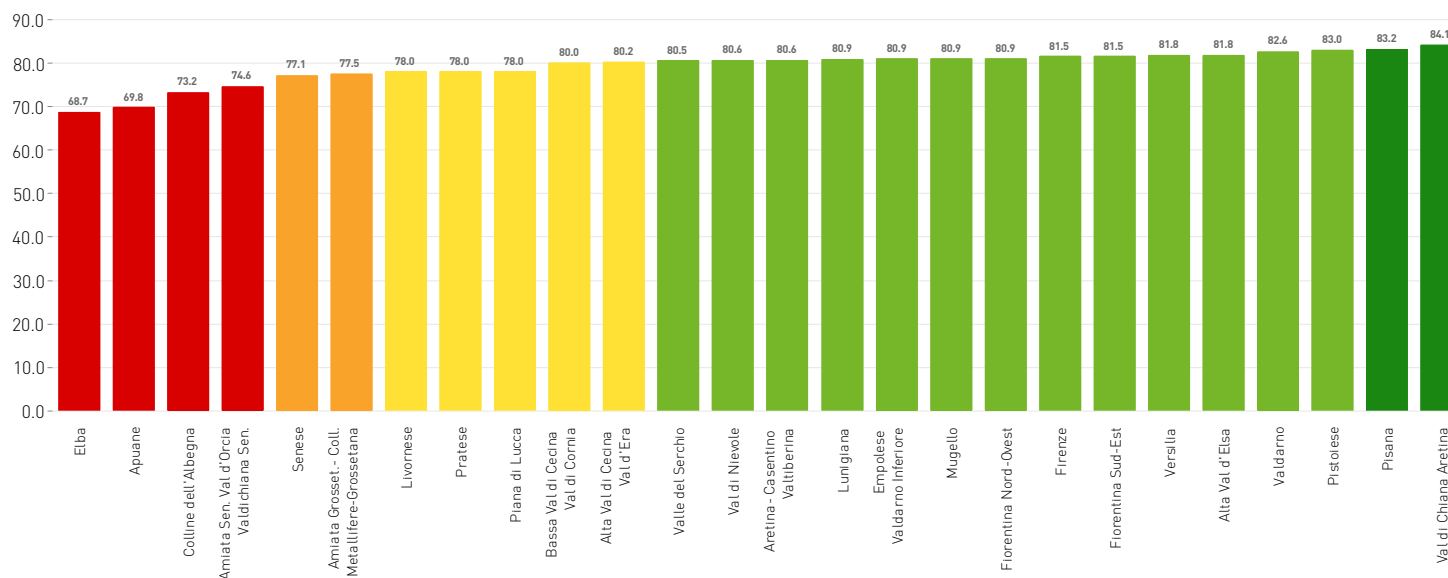
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020



## B1.5 Lettura ad alta voce

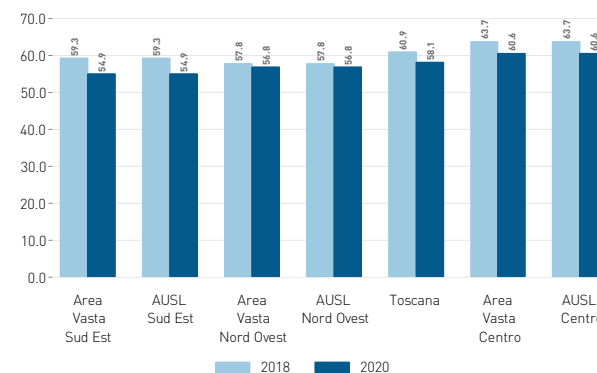
Le prime epoche della vita, dallo sviluppo embrio-fetale ai primi anni di vita, sono cruciali per lo sviluppo delle competenze e della capacità di acquisirne delle nuove. In quest'ottica risulta importante proporre la lettura a voce alta fin dai primi mesi di vita che costituisce quindi uno strumento per la salute e lo sviluppo intellettuale, linguistico, emotivo e relazionale del bambino, con un'azione propedeutica alla scrittura e all'alfabetizzazione ed effetti significativi per tutta la vita adulta, come anche sostenuto dal progetto ministeriale GenitoriPiù e dal programma Nati per Leggere. Oltre a favorire lo sviluppo del linguaggio, arricchire la memoria e stimolare la fantasia, leggere al bambino rende anche più intensi i rapporti affettivi tra il genitore che legge o racconta ed il bambino che ascolta. L'indicatore è calcolato a partire dai dati raccolti con l'indagine sistematica alle utenti sul percorso nascita.



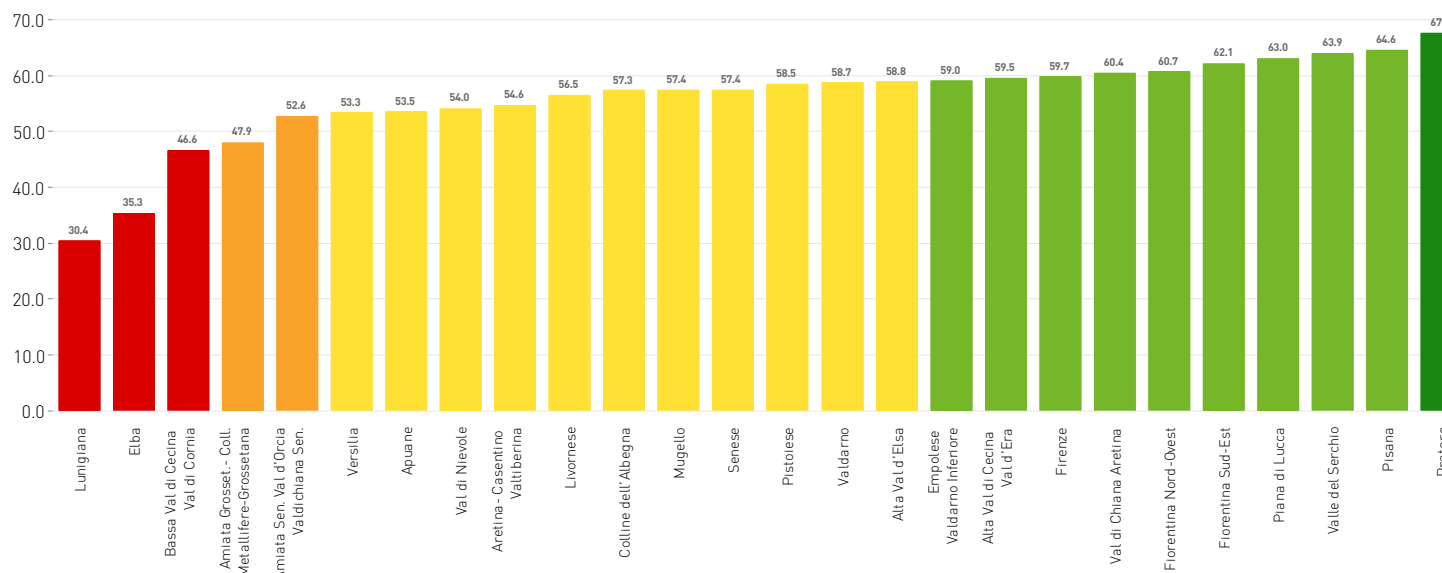
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020



## B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)

L'attenzione agli stili di vita 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.

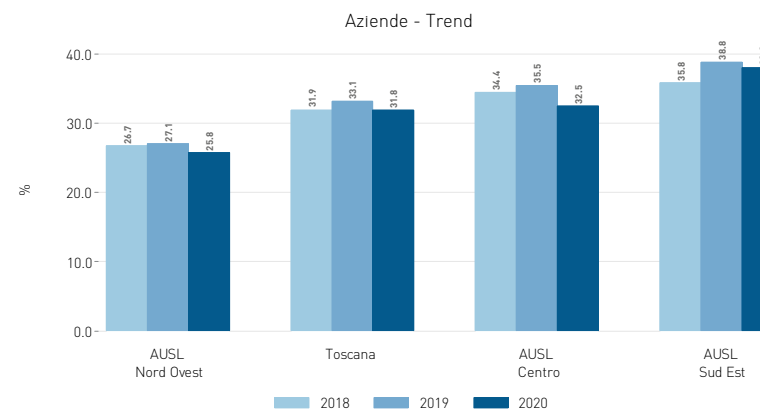
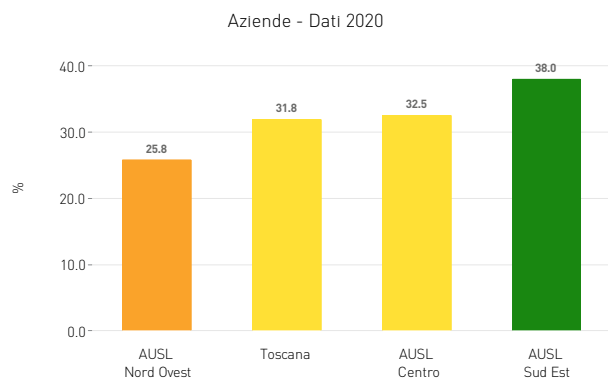


### B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)

	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
B2.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	31.84	25.75	32.48	38.03
B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	46.51	37.97	49.09	51.60
B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	42.43	35.08	46.37	42.89
B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	7.65	6.56	7.22	9.77
B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	56.11	55.79	55.50	58.13

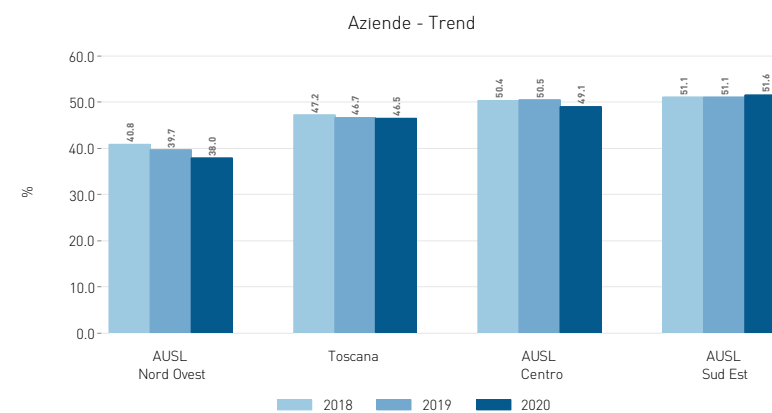
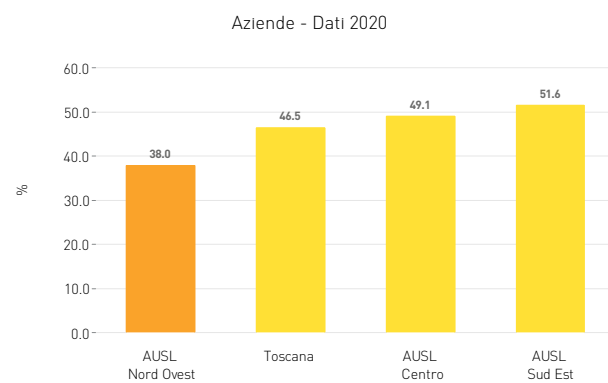
## B2.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

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.



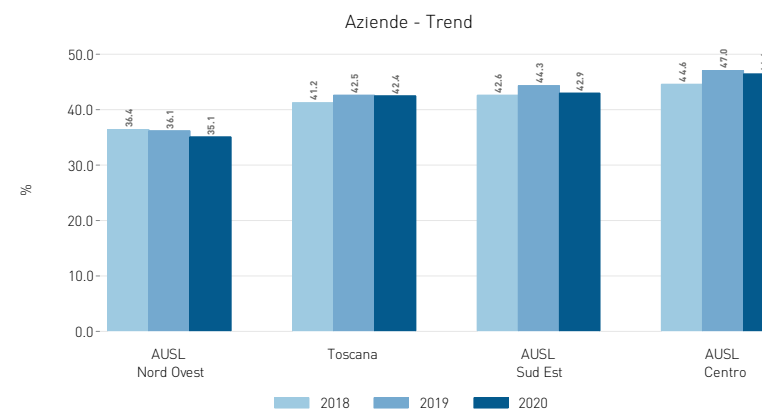
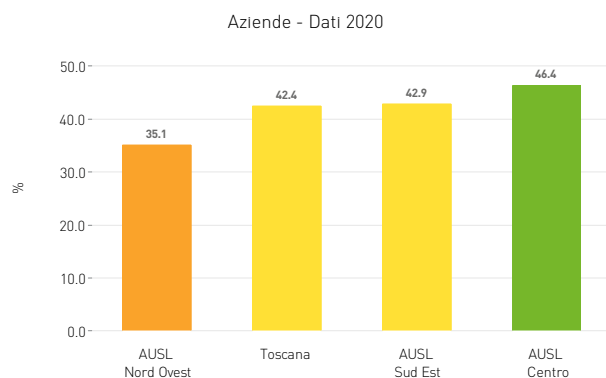
## B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso

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

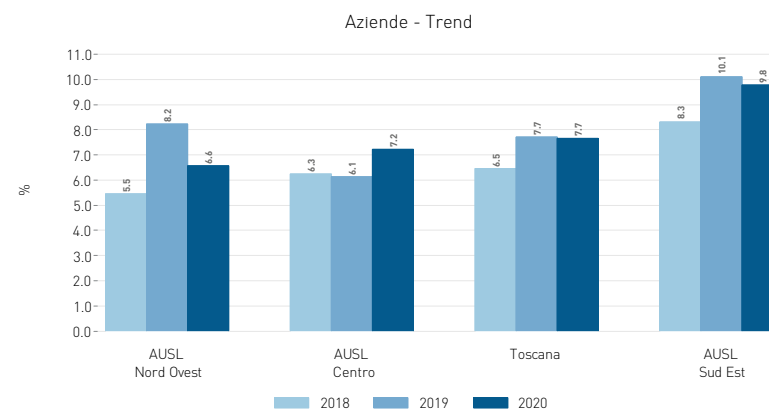
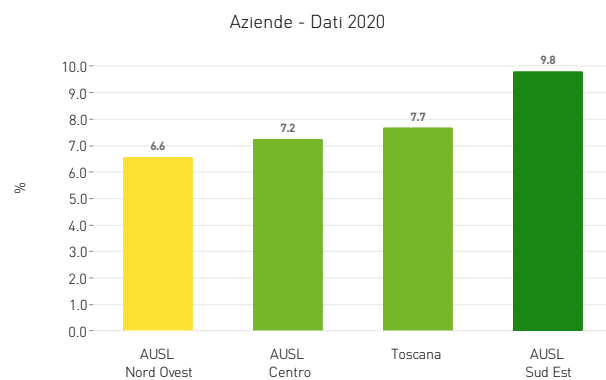
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione 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.





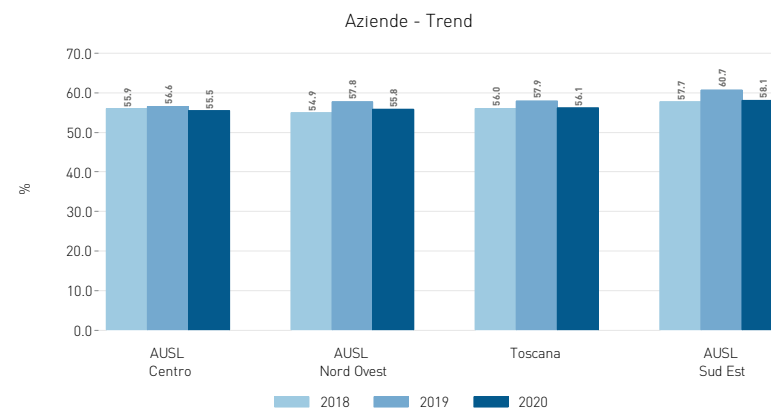
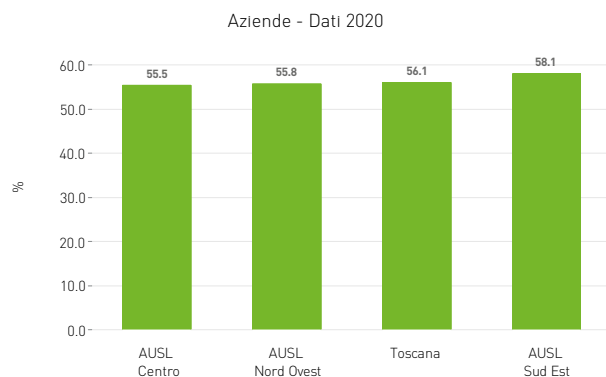
### B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

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.



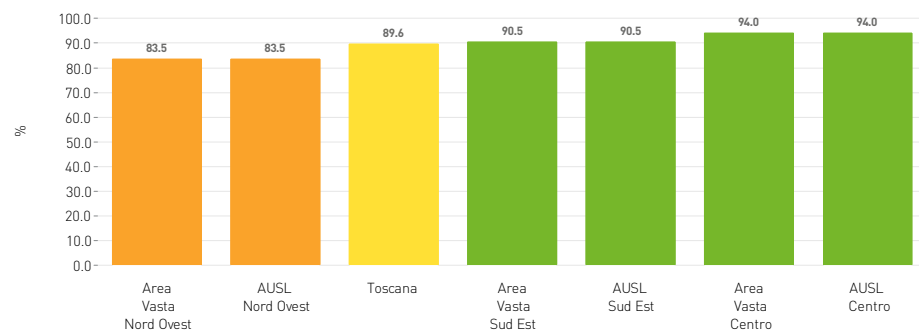
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>B5 Estensione ed adesione agli screening oncologici</b>	●	●	●	●
B5.1 Screening mammografico				
B5.1.1 Estensione dello screening mammografico	89.58	83.46	94.01	90.50
B5.1.2 Adesione allo screening mammografico	66.23	66.03	65.88	67.45
<i>B5.1.7 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</i>				
B5.2 Screening cervice uterina				
B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	56.35	51.78	68.22	39.14
B5.3 Screening coloretale				
B5.3.1 Estensione dello screening coloretale	83.82	87.52	78.80	87.80
B5.3.2 Adesione allo screening coloretale	40.33	39.42	41.78	39.11

## B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

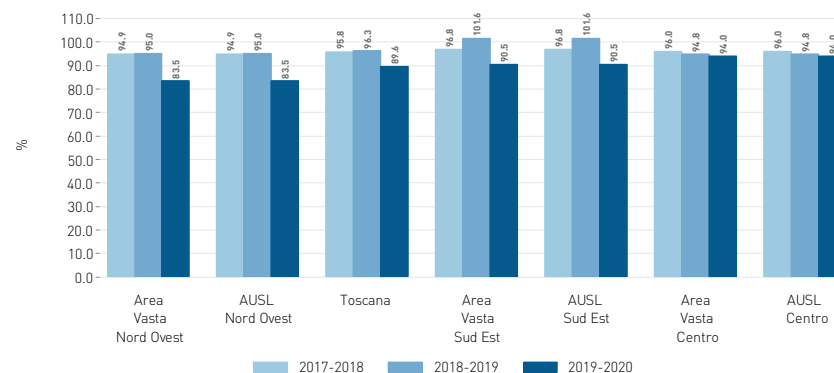
Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne, sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio). 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).



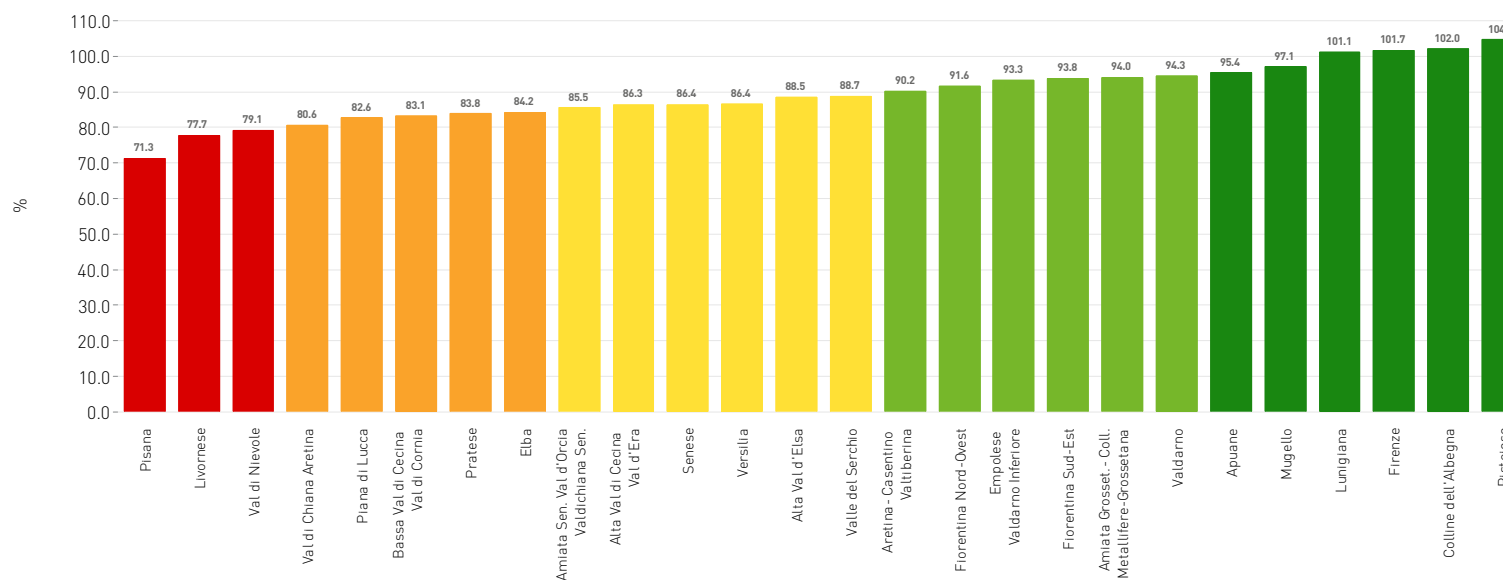
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

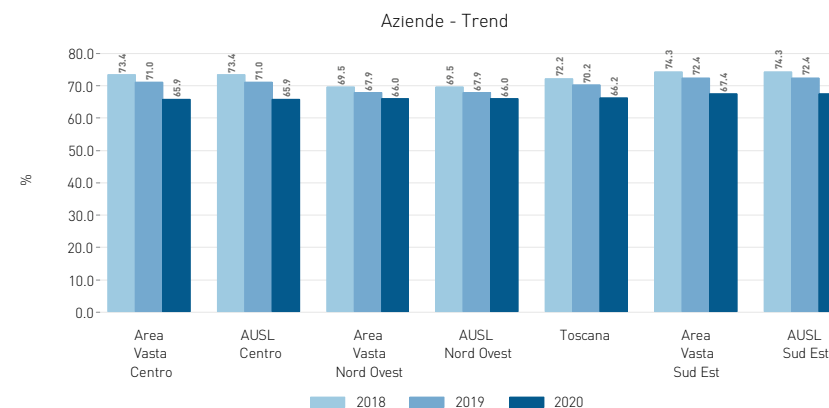
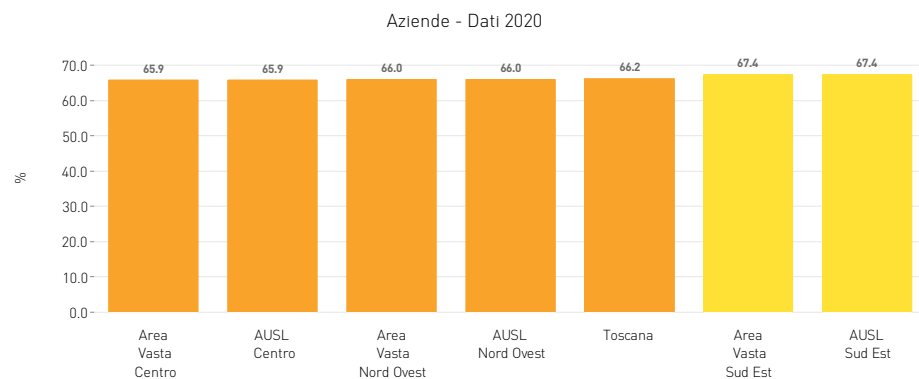


Zone Distretto - Dati 2020

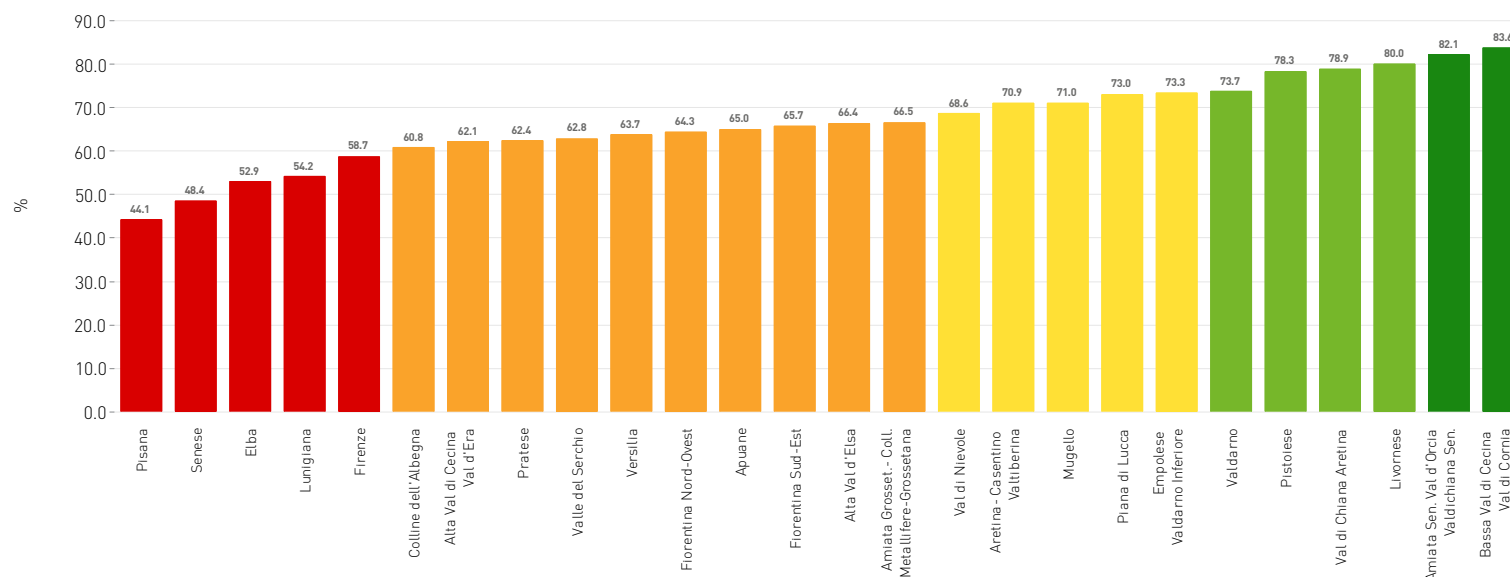


## B5.1.2 Adesione allo screening mammografico

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.



Zone Distretto - Dati 2020



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

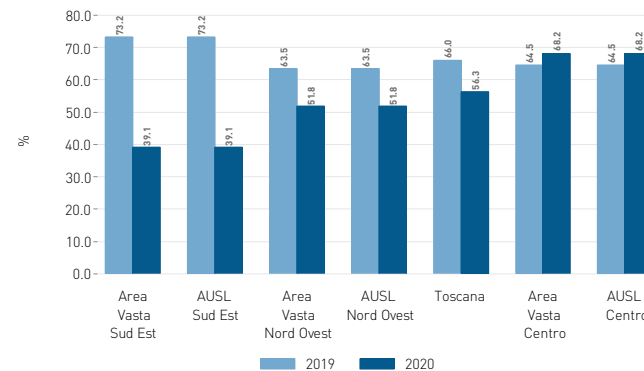
Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'indicatore viene calcolato sulla base dei criteri ONS per il calcolo della griglia LEA e misura sia l'estensione che l'adesione allo screening.



Aziende - Dati 2020

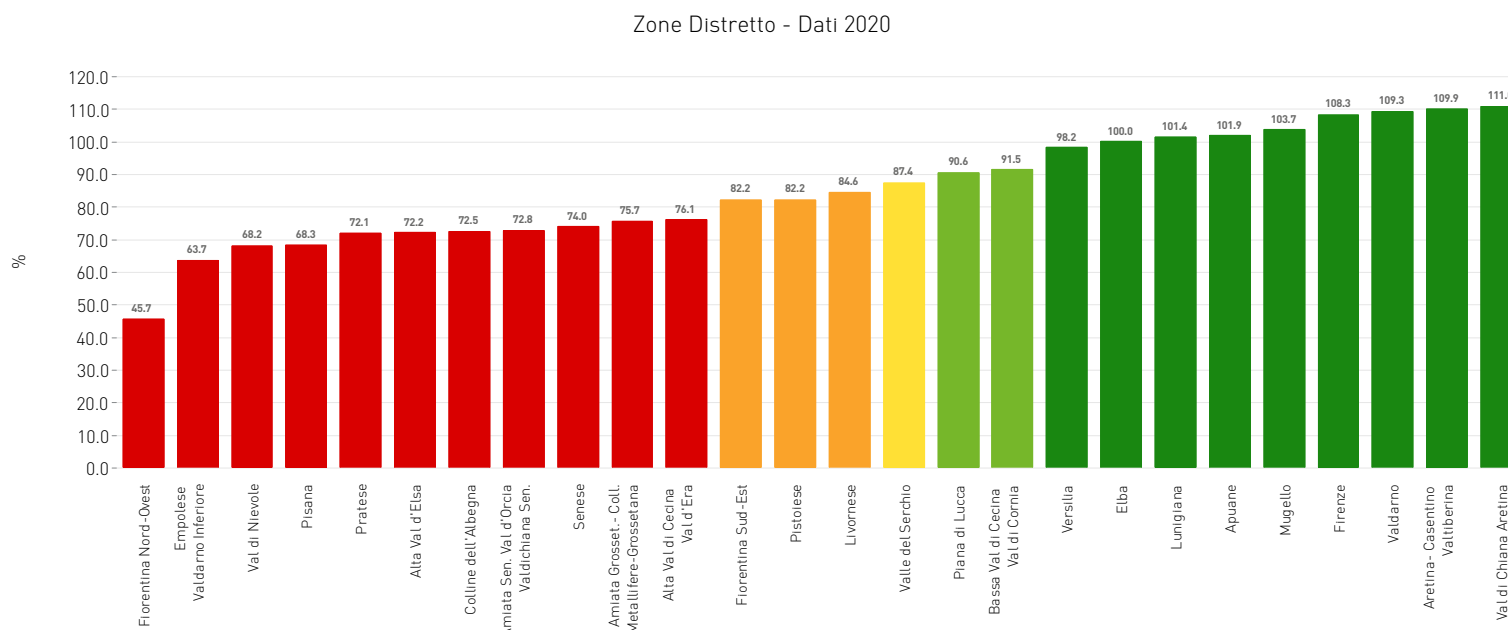
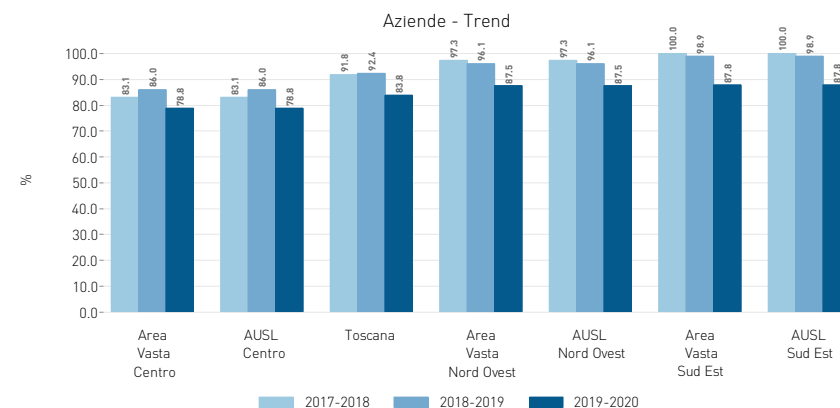
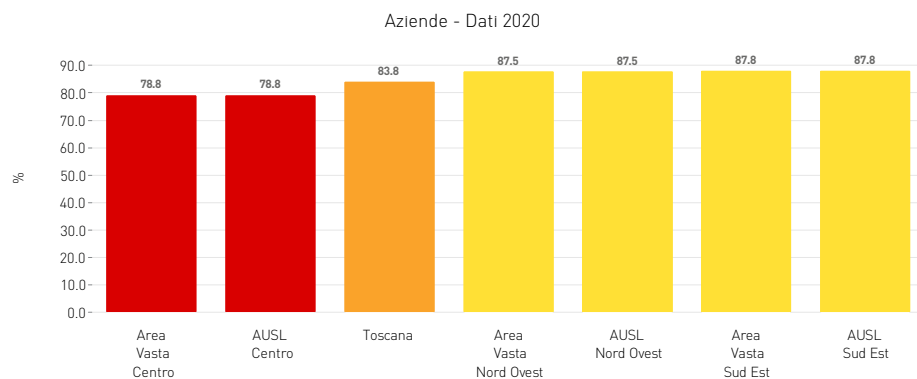


Aziende - Trend



### B5.3.1 Estensione dello screening coloretta

Lo screening coloretta 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).

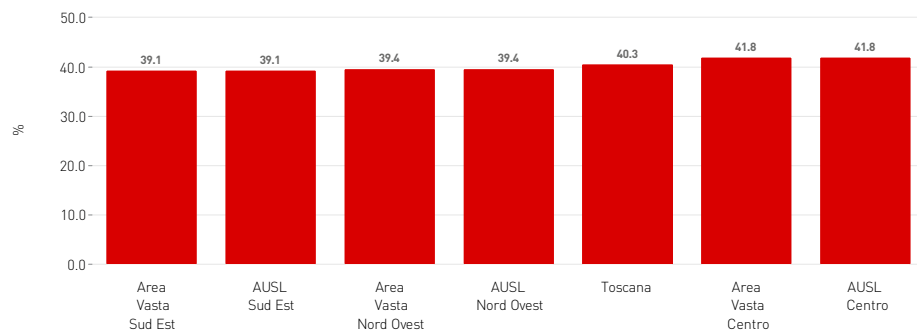


### B5.3.2 Adesione allo screening colorettales

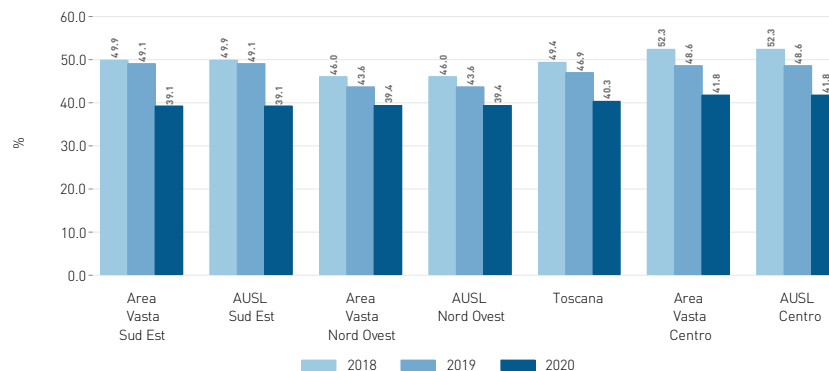
Lo screening colorettales è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati.



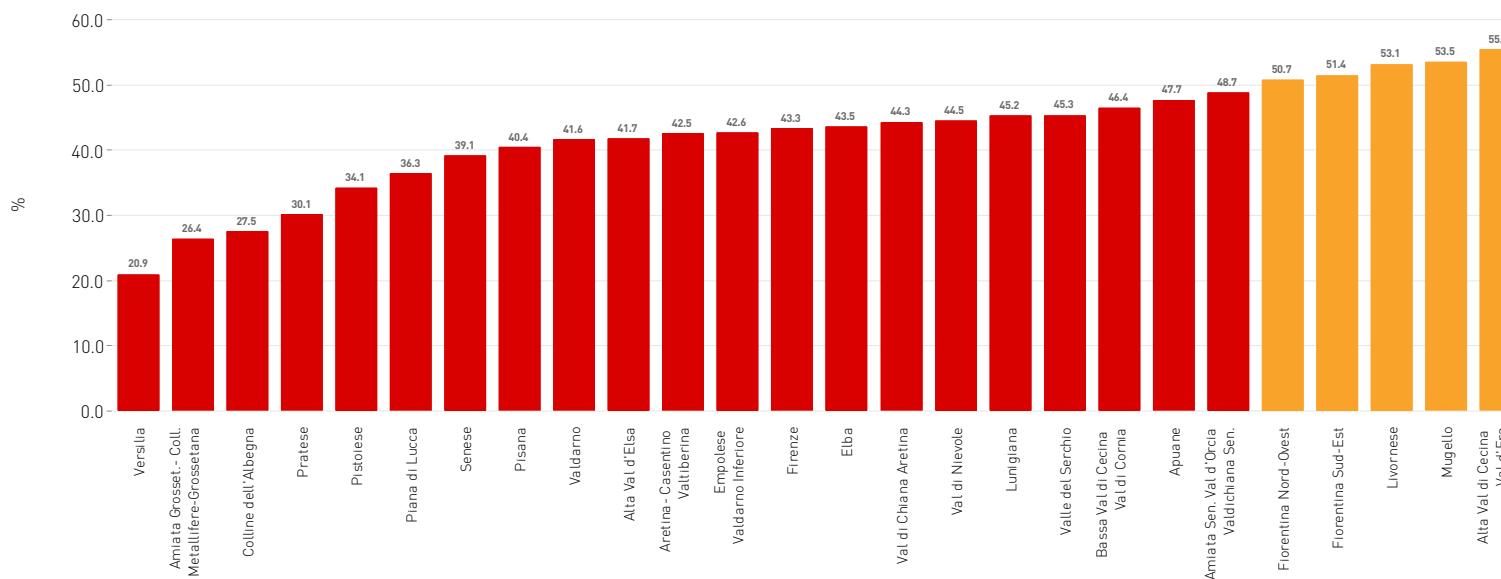
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020





## 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.



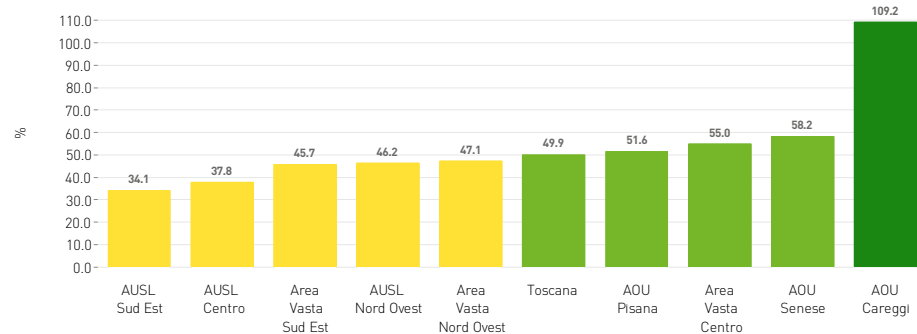
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>B6 Donazioni</b>	●	●	●	●	●	●	●		
<i>B6.1.7 Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute</i>	3.74	3.87	2.91	3.15	4.47	8.42	5.23	0.17	3.66
B6.1.1A Efficienza di segnalazione	49.93	46.19	37.79	34.12	51.61	58.23	109.23		
B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche									
B6.1.2 Percentuale di donatori procurati	54.67	64.84	46.34	55.17	53.13	45.65	56.34		
B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati	78.76	76.27	78.95	62.50	88.24	80.95	85.00		
<i>B6.1.15 Conversion rate</i>	50.54	59.34	41.46	37.93	51.52	40.43	59.52		
<i>B6.1.8 Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo</i>									
B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi	15.63	14.79	14.12	28.03	3.23	7.44	22.39		
<i>B6.1.9 Opposizione alla donazione</i>									
<i>B6.1.10 Donazione di organi a cuore fermo</i>	3.87	0.31	0.00	2.49	9.09	16.33	23.88		

## B6.1.1A Efficienza di segnalazione

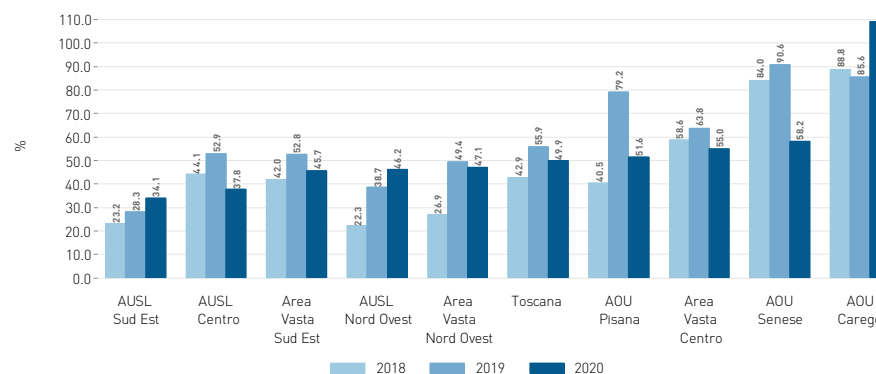
L'indicatore misura l'efficienza di segnalazione, in linea con il modello adottato dalla regione Toscana (Delibera Giunta regionale n.1380 del 27 dicembre 2016) di sviluppo delle Reti cliniche tempo dipendenti. Trattandosi di un indicatore di percorso, rappresenta un elemento core del sistema di procurement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



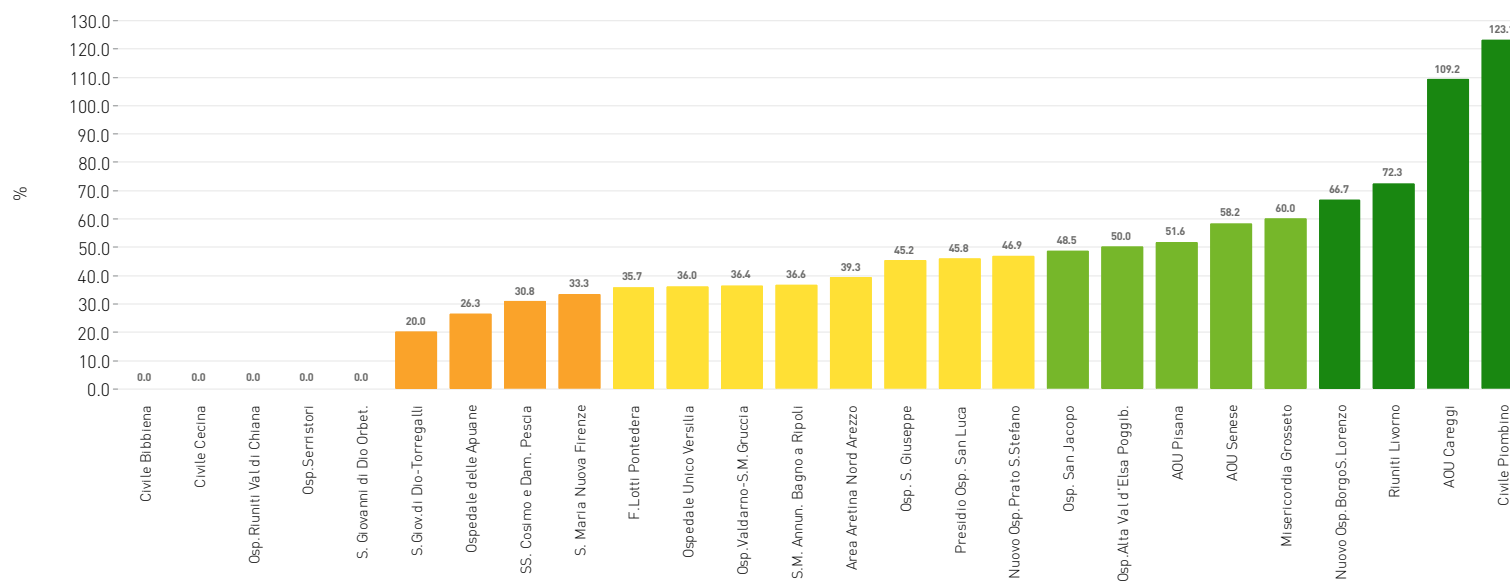
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

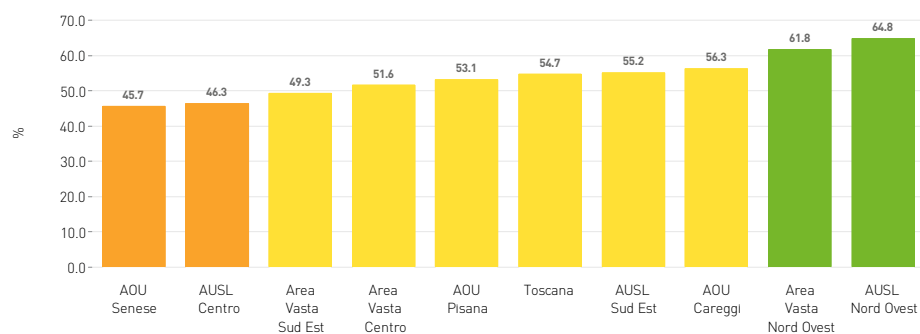


## B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

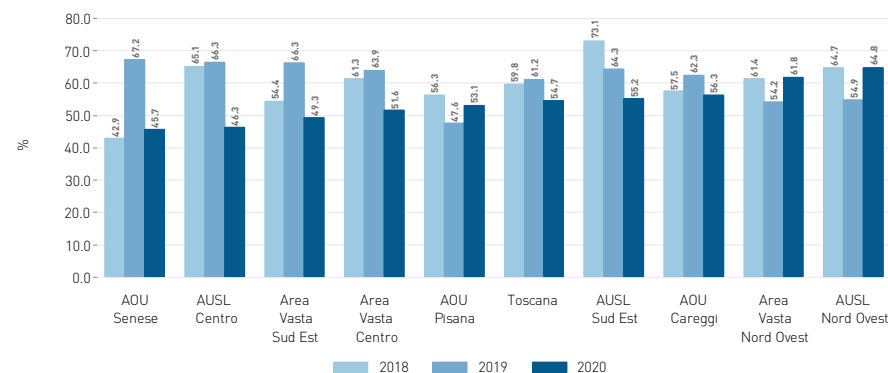
La percentuale di donatori procurati considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi. Si intende 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.



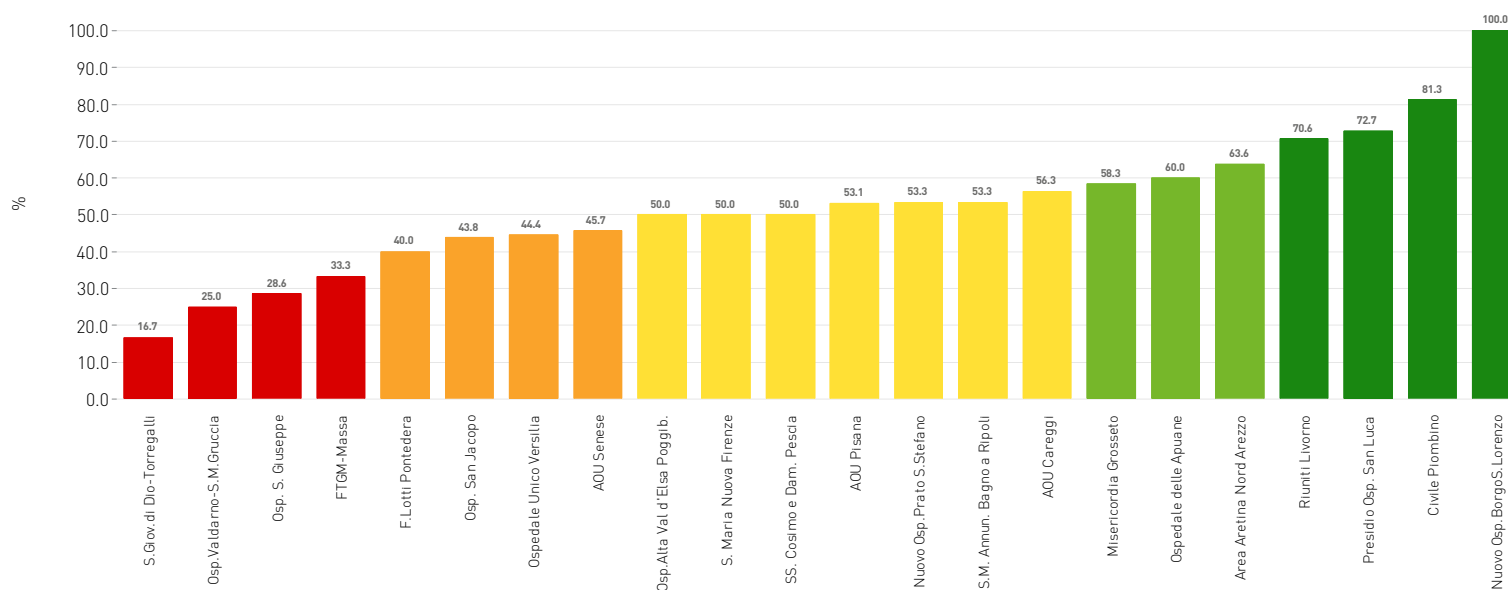
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

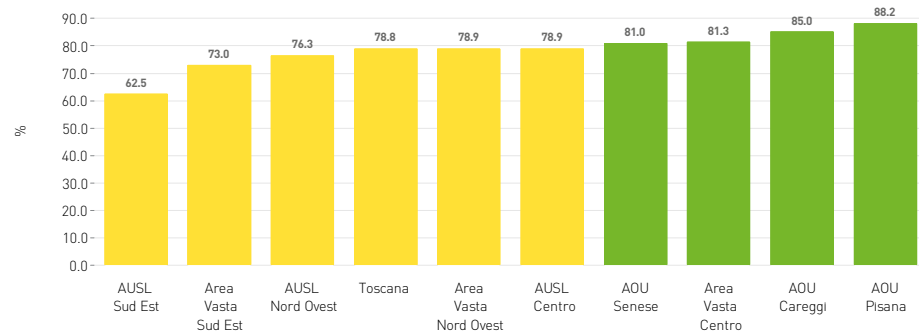


## B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati

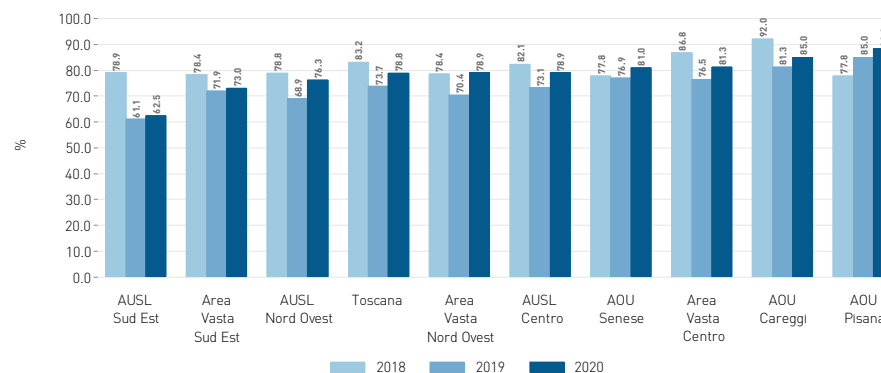
L'indicatore misura la percentuale dei donatori effettivamente utilizzati (dai quali è stato prelevato e utilizzato per un trapianto almeno un organo solido) rispetto ai donatori procurati.



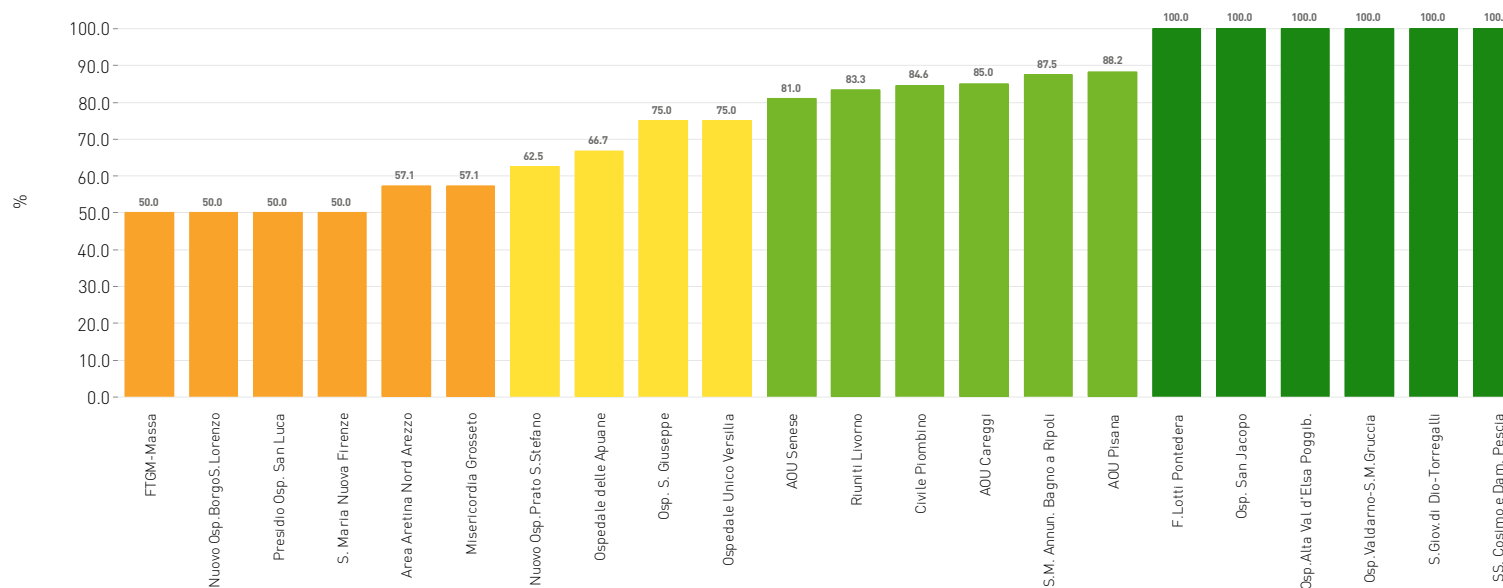
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

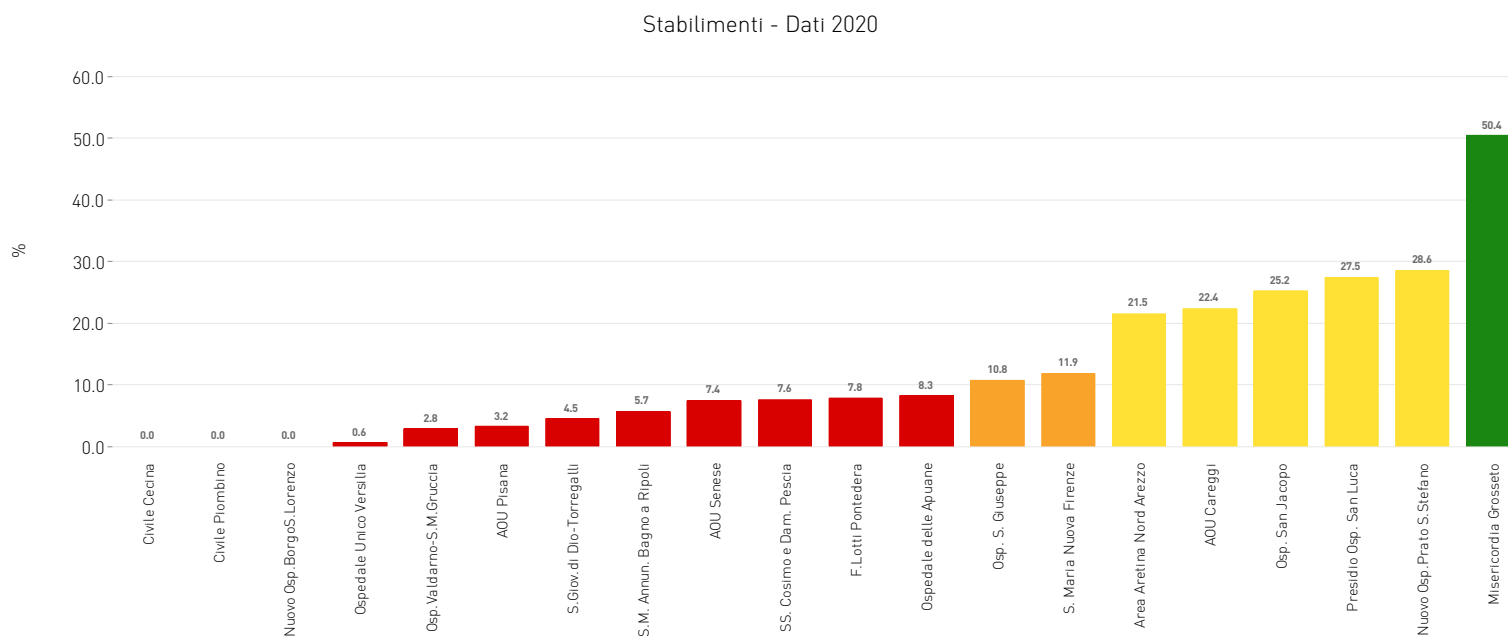
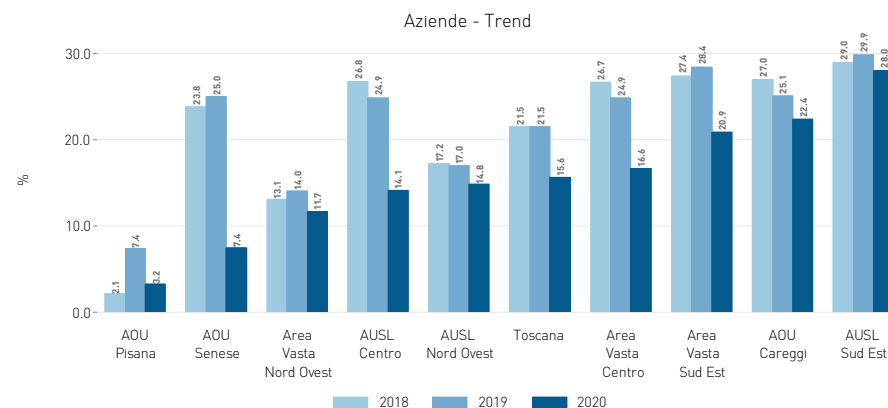
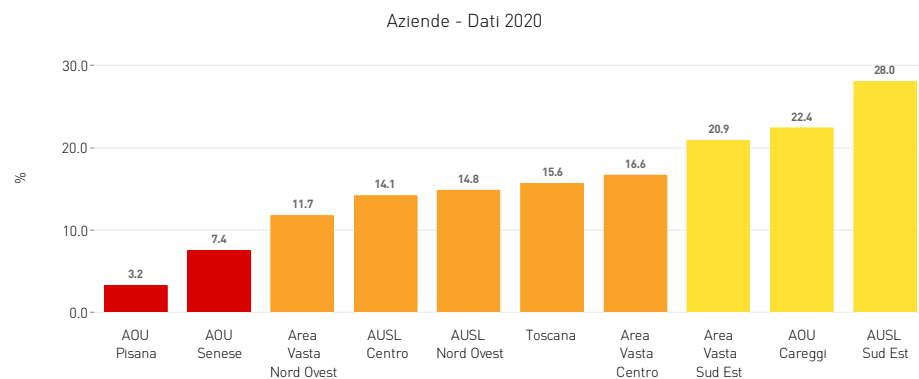


Stabilimenti - Dati 2020



### 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.



## B7 Copertura vaccinale

La vaccinazione costituisce uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. I benefici che si conseguono con tale pratica si manifestano direttamente sui soggetti vaccinati, ed indirettamente, per la protezione indotta, anche ai soggetti non vaccinati (c.d. "herd immunity").



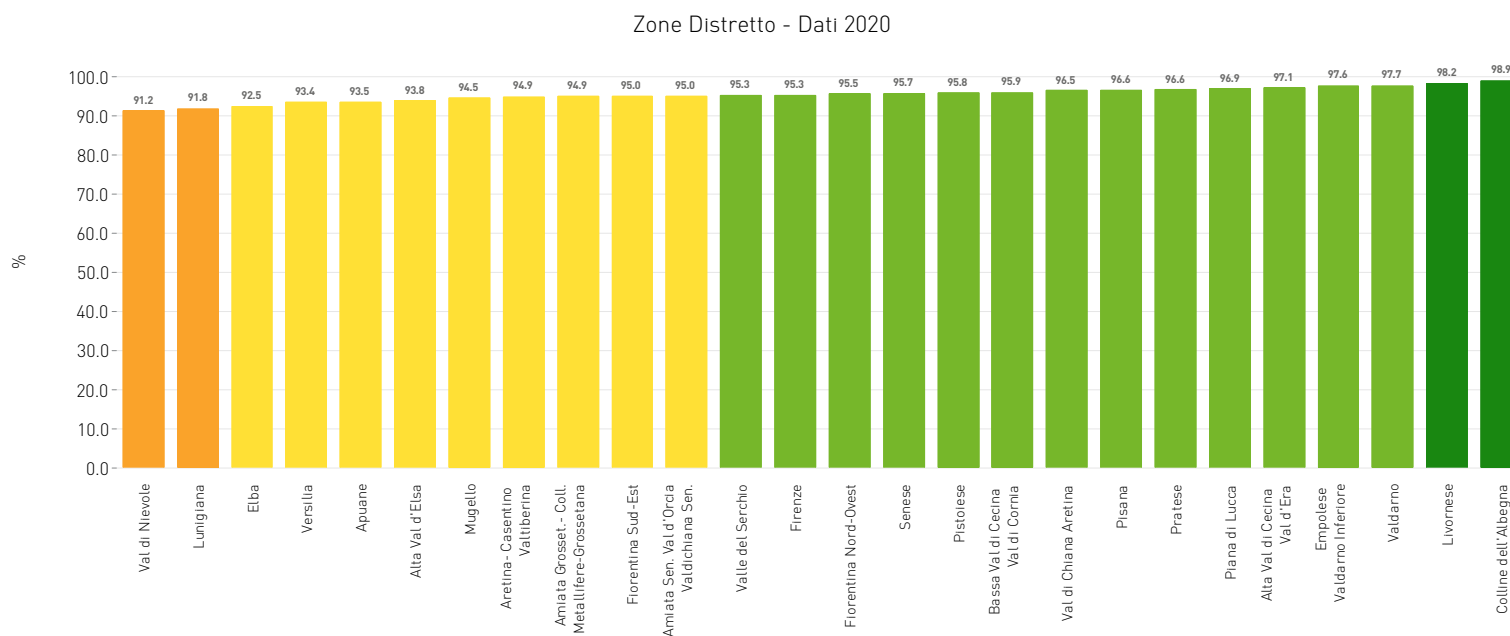
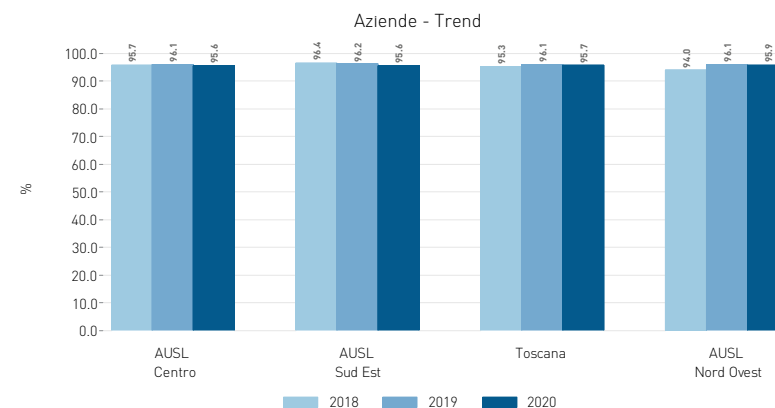
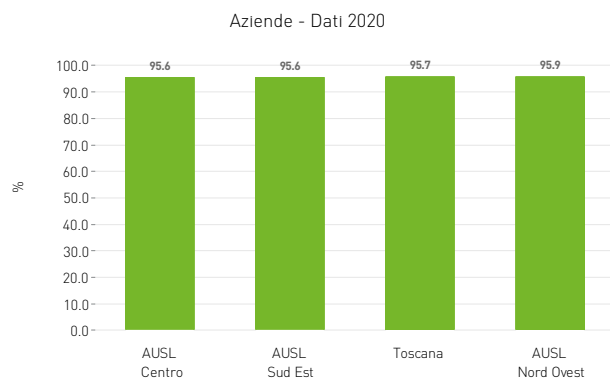
### B7 Copertura vaccinale

- B7.1 Copertura per vaccino MPR
- 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
- B7.7 Copertura per vaccino esavalente
- B7.8 Copertura vaccinale varicella

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
95.68	95.86	95.58	95.60
65.50	60.74	68.93	66.37
53.50	55.47	50.09	57.41
77.27	65.24	88.66	74.99
90.10	90.11	89.77	90.78
91.48	92.25	90.95	91.46
97.11	97.26	97.04	97.05
94.08	93.83	94.34	93.93

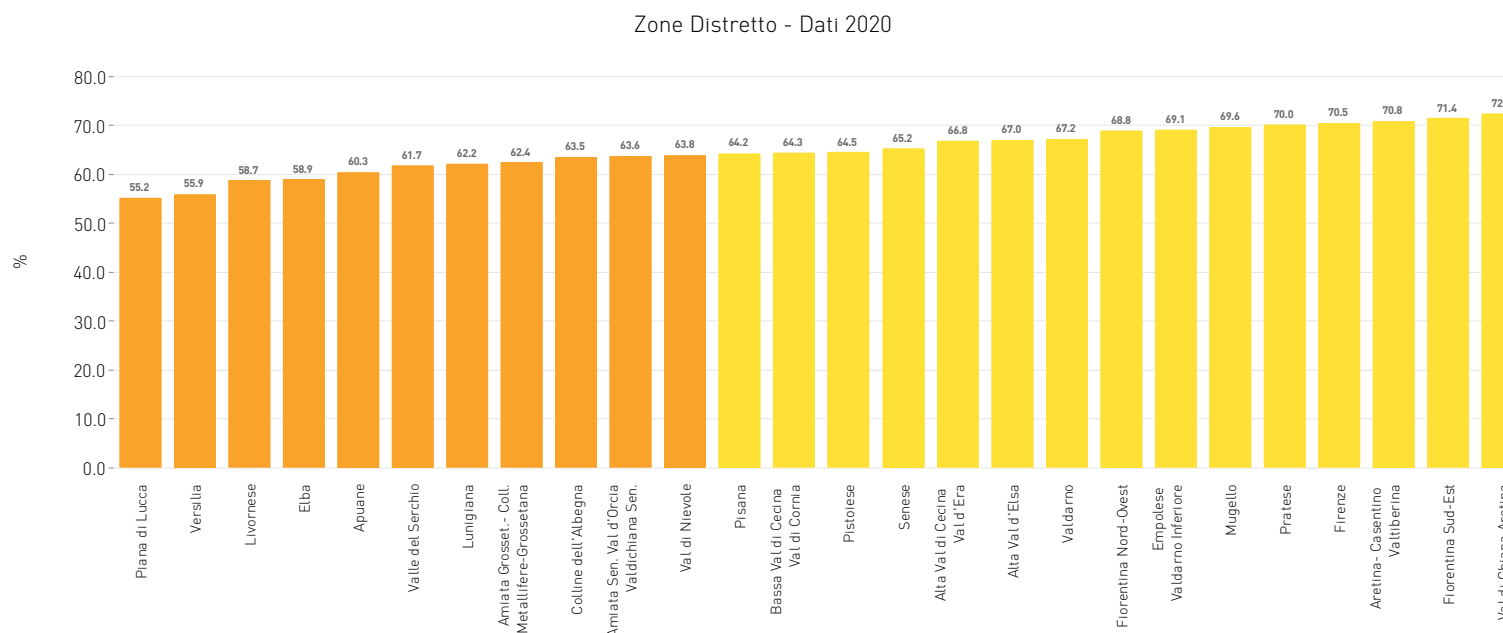
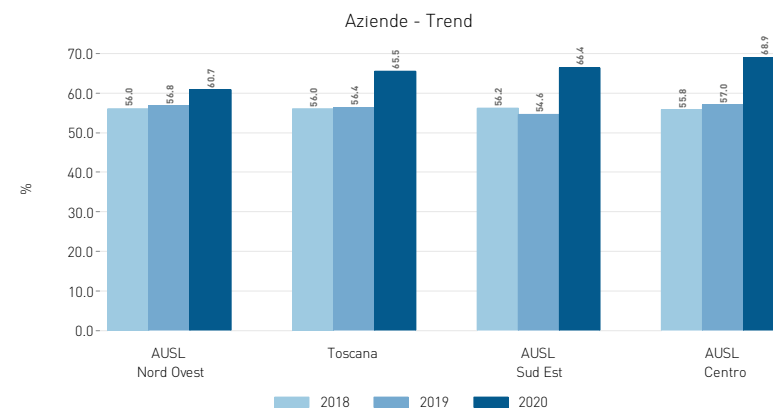
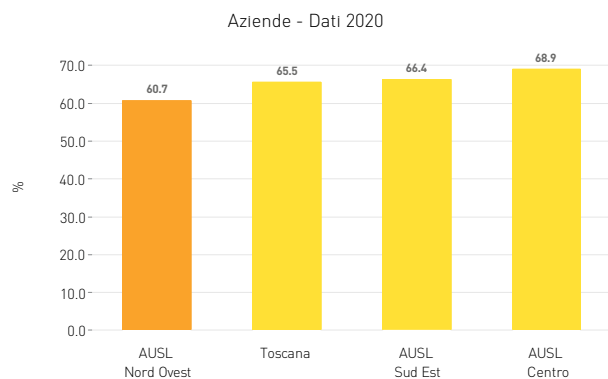
## B7.1 Copertura per vaccino MPR

Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.



## B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)

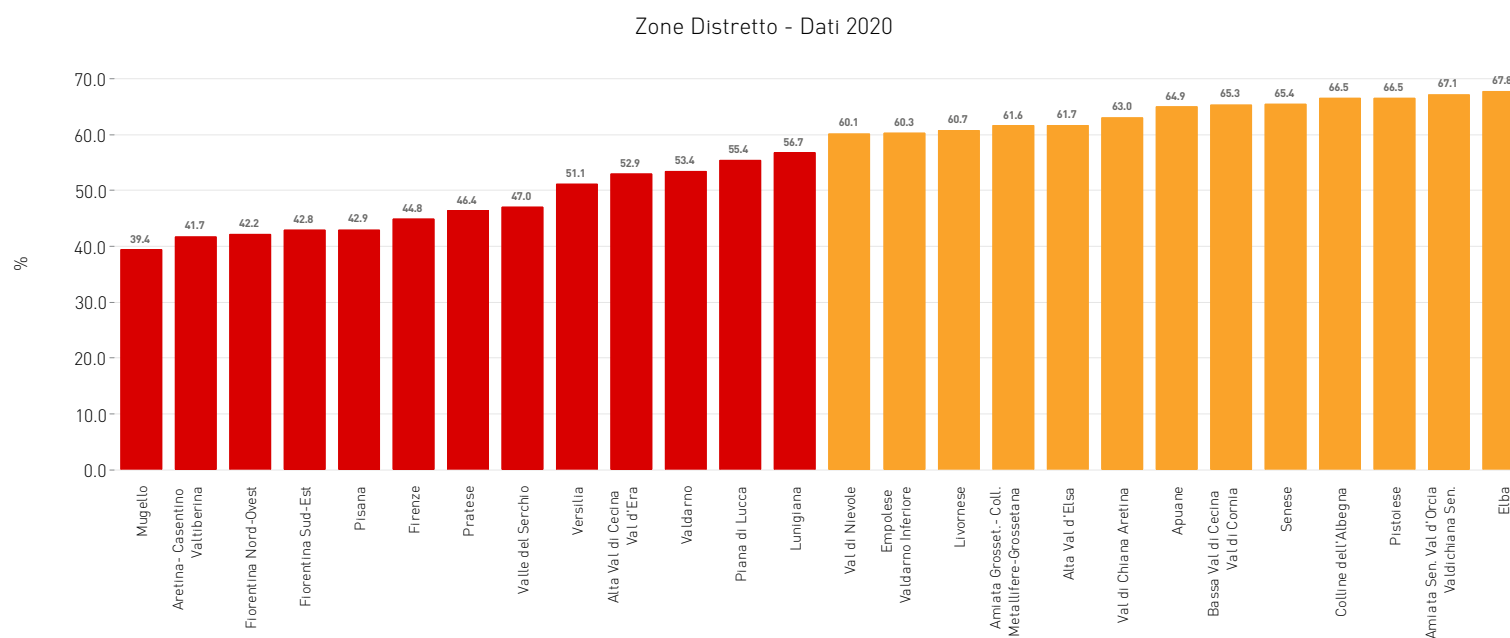
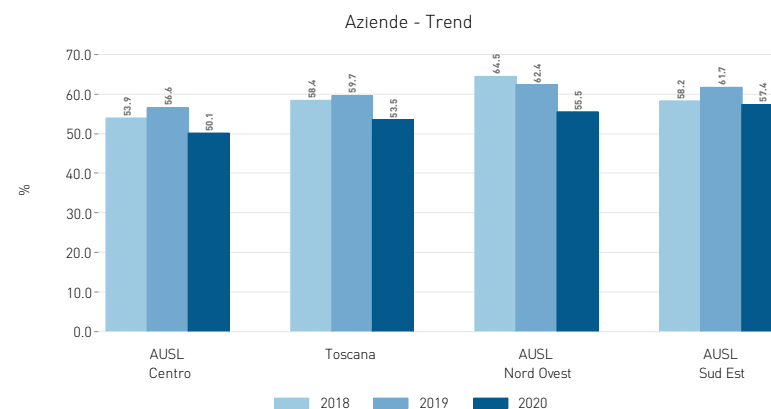
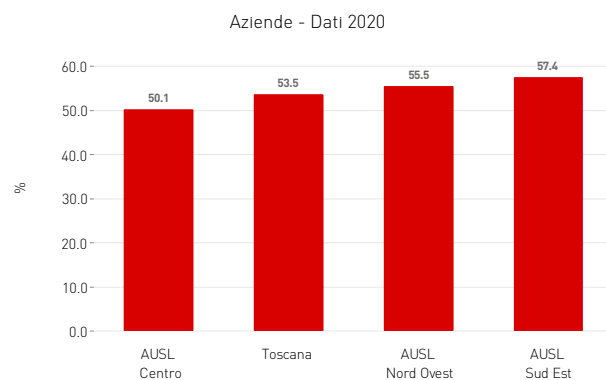
La vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, per alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc. I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono, comunque, considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore, quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, secondo i dati ISTAT.





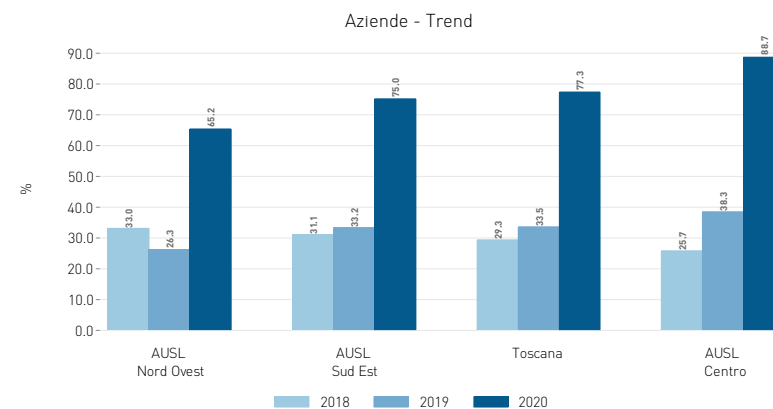
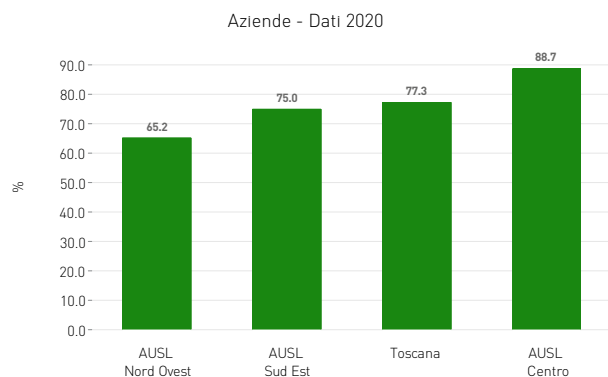
### B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lungo termine, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni intramuscolari nell'arco di sei mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero.



## B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

Il personale sanitario rappresenta un target strategico della campagna di vaccinazione antinfluenzale. Gli operatori sanitari non sottoposti a vaccinazione, infatti, corrono il rischio di trasmettere virus influenzali ai pazienti, nei quali questa infezione, a seconda delle condizioni cliniche, potrebbe comportare un ulteriore aggravamento del quadro clinico di base. La malattia influenzale contratta dagli operatori sanitari, inoltre, causa serie ripercussioni sulle ordinarie attività delle strutture sanitarie per via delle assenze del personale.

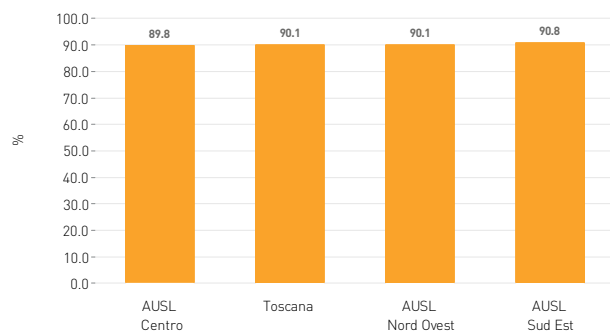


## B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

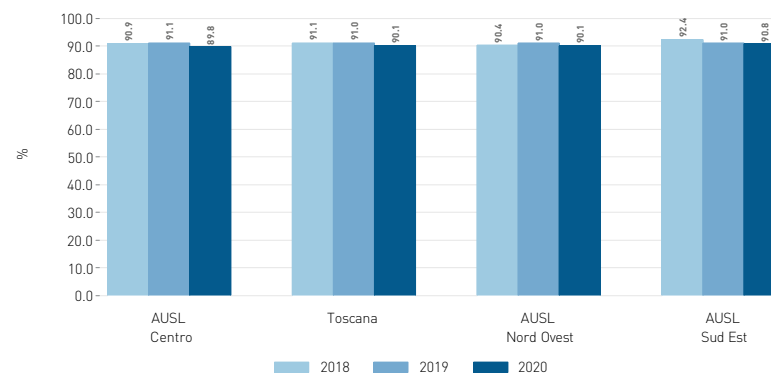
Il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. È spesso presente in gola senza dare alcun disturbo, ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi, come la malattia "meningococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello). I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è lo strumento più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni. Questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.



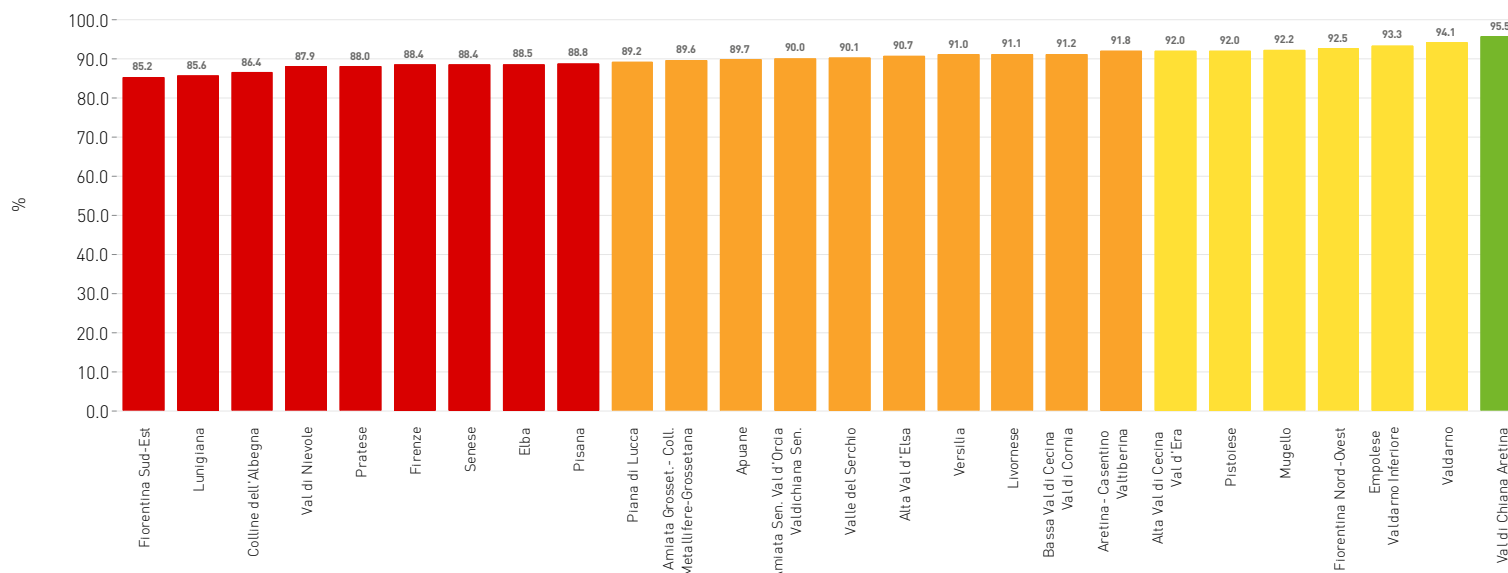
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

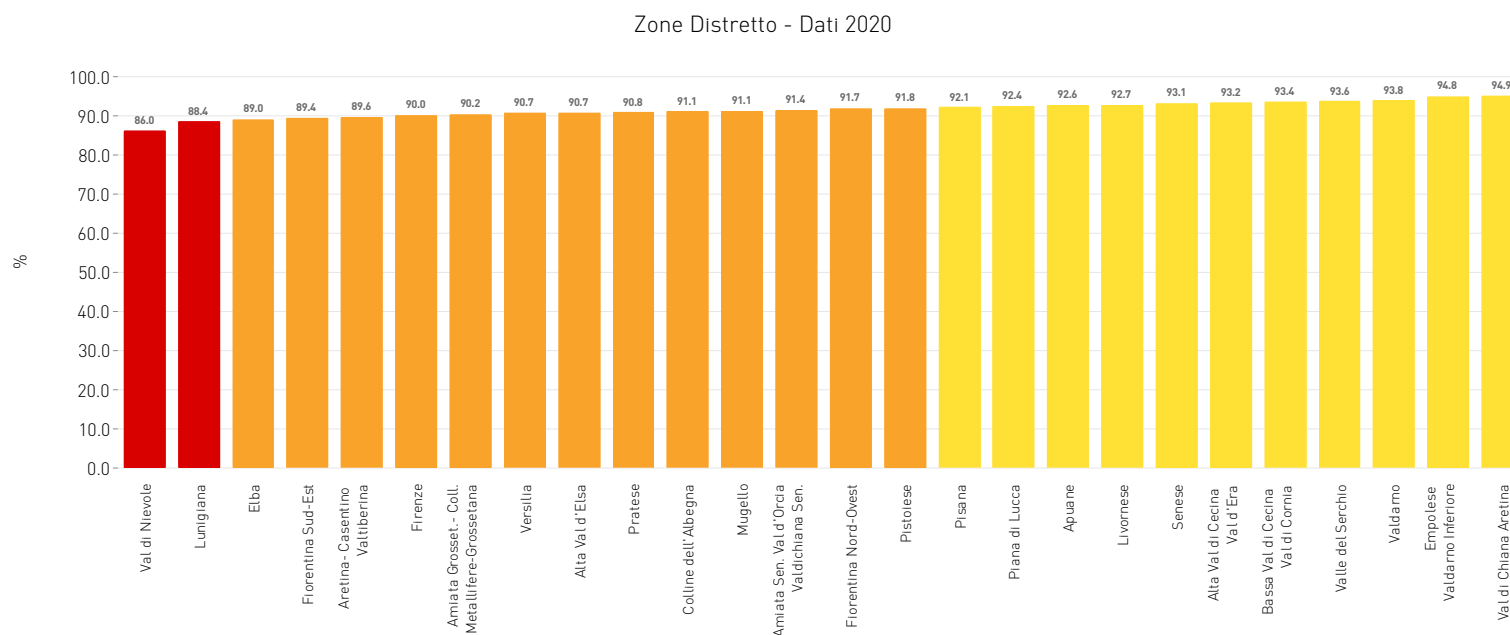
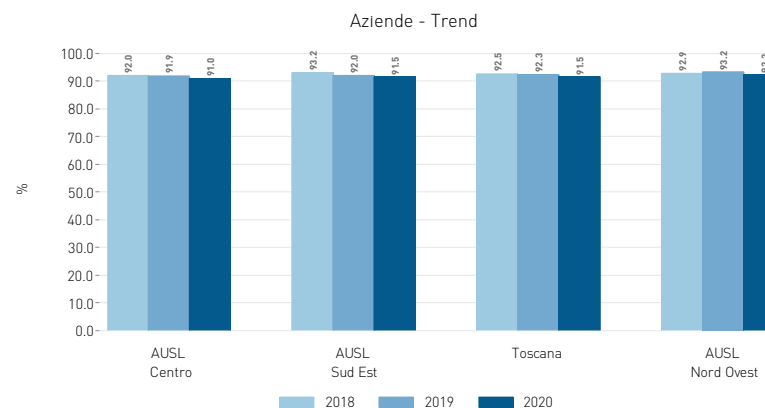


Zone Distretto - Dati 2020



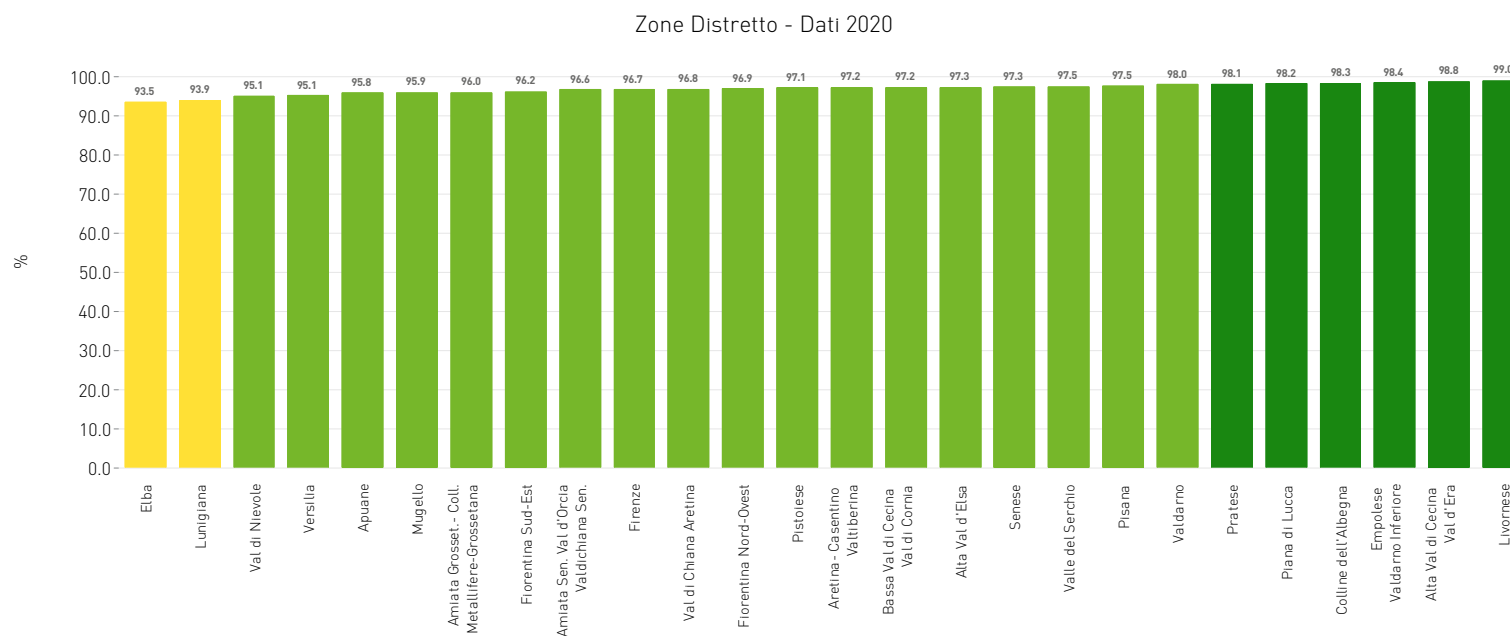
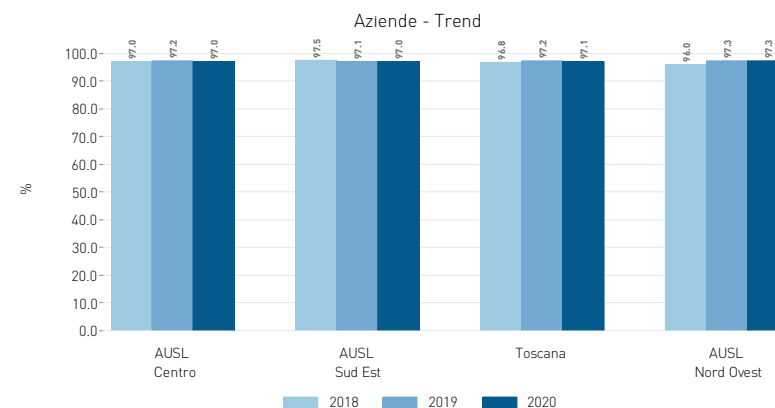
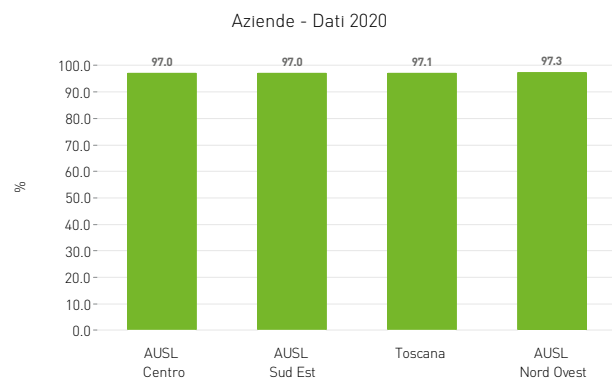
## B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico

Lo pneumococco ("Streptococcus pneumoniae") appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel naso di molti soggetti sani, senza dare alcun sintomo; può succedere però che arrivi nel sangue e provochi la cosiddetta "malattia pneumococcica invasiva". Questa grave infezione può colpire soggetti di ogni età, anche se sono più a rischio i bambini al di sotto dei 2 anni d'età, e soprattutto i bambini affetti da una patologia cronica.



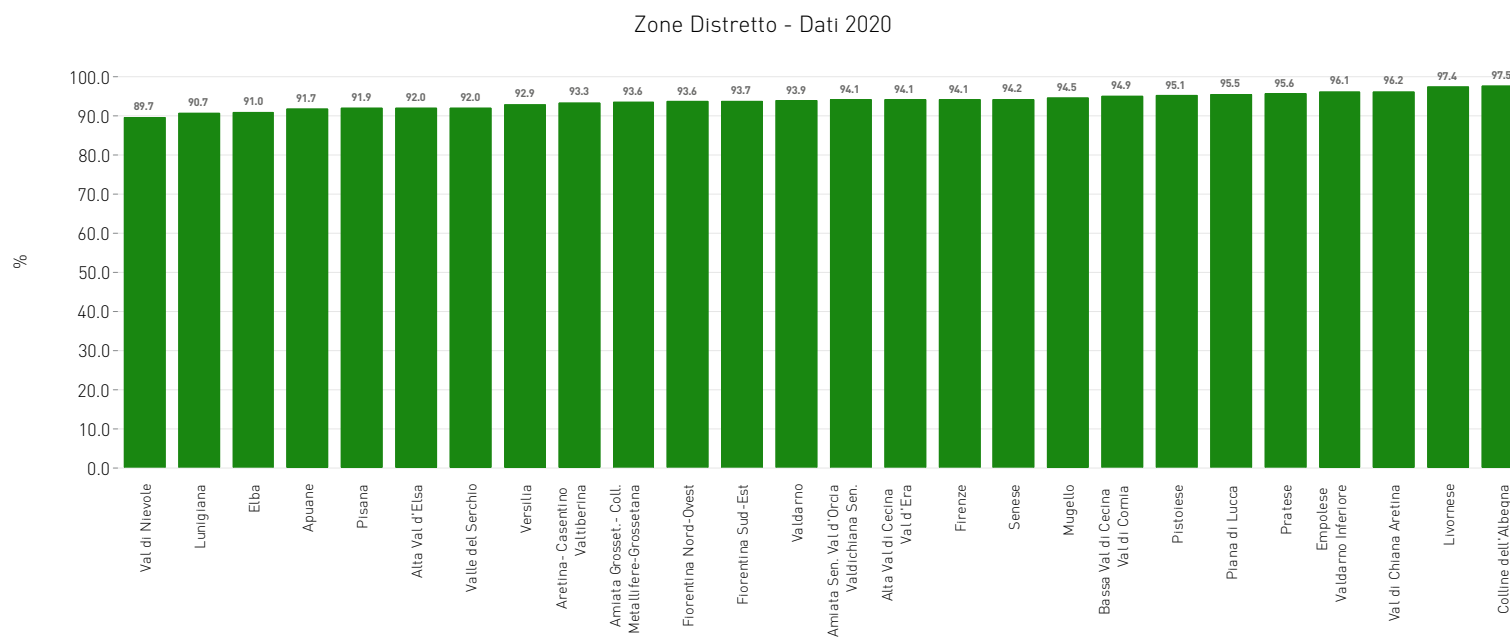
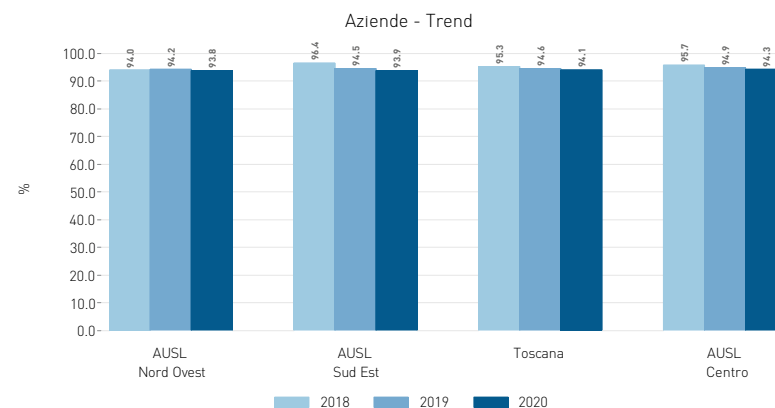
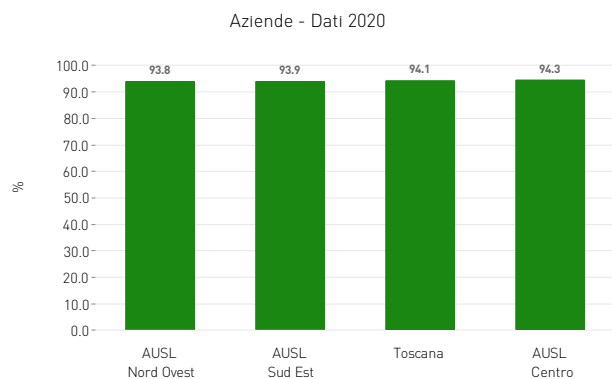
## B7.7 Copertura per vaccino esavalente

Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B (HIB, una forma influenzale).



## B7.8 Copertura vaccinale varicella

Il vaccino anti-varicella entro i due anni di età è obbligatorio, come da indicazioni del PNV 2017-2019 e dal Decreto Vaccini del 2017, per i nati a partire dal 2017. Il calcolo della copertura vaccinale è dato dal rapporto tra il numero di bambini vaccinati con la 1 dose di vaccino entro i due anni di età e il numero di bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione. L'obiettivo di copertura a livello regionale è del 75% della popolazione target.



## B20G Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)

L'indicatore "Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)" viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. L'albero è composto da due indicatori: uno sulla percentuale di prime visite garantite entro i tempi del PRGLA e l'altro sulla percentuale di prestazioni diagnostiche garantite entro i tempi del PRGLA. Sulla scheda indicatore presente sul portale è possibile scaricare il dettaglio per singola prestazione a livello di residenza ed erogatore.



### B20G Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)

B20G.1 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)

B20G.2 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)

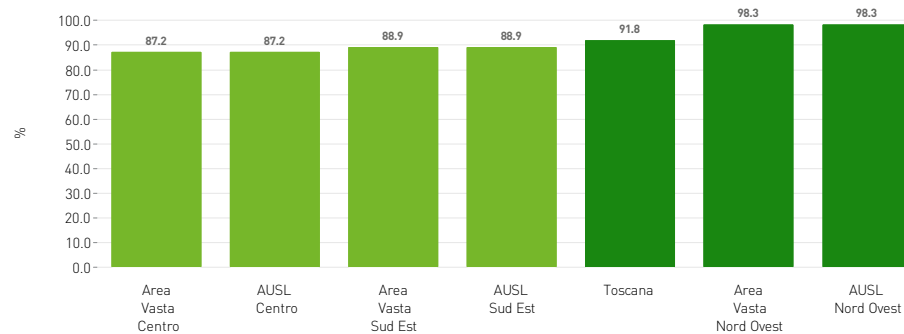
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
91.81	98.25	87.22	88.93
97.36	96.51	98.94	94.56

## B20G.1 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)

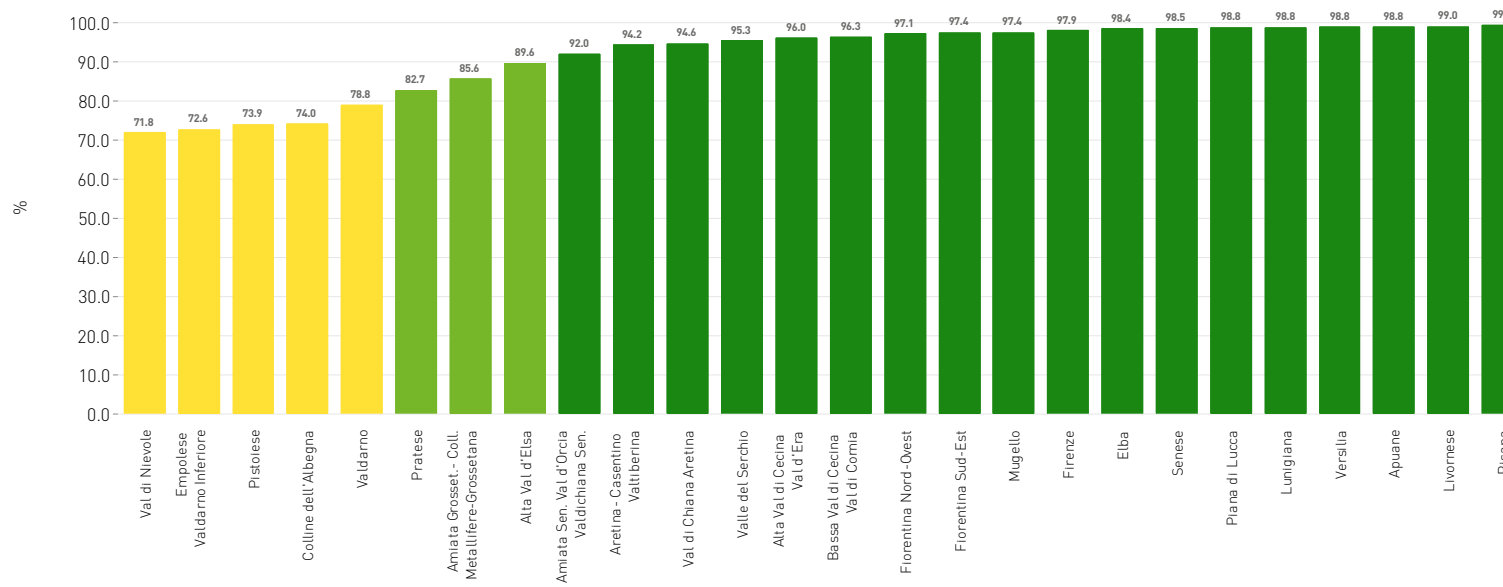
L'indicatore viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Si considerano le prenotazioni di primo contatto con codice priorità U, B, D, P e Non indicato effettuate dai residenti. Per l'AOU Senese e per l'AOU Pisana è stato selezionato anche il codice di priorità P, coerentemente con il modello organizzativo adottato dalle Aziende (rispettivamente "Ospedale senza tempi di attesa" e "Open Access"), che viene valutato secondo i tempi massimi previsti per il codice di priorità D. Sulla scheda indicatore presente sul portale è possibile scaricare il dettaglio per singola prestazione a livello di residenza ed erogatore.



Aziende - Dati 2020



Zone Distretto - Dati 2020



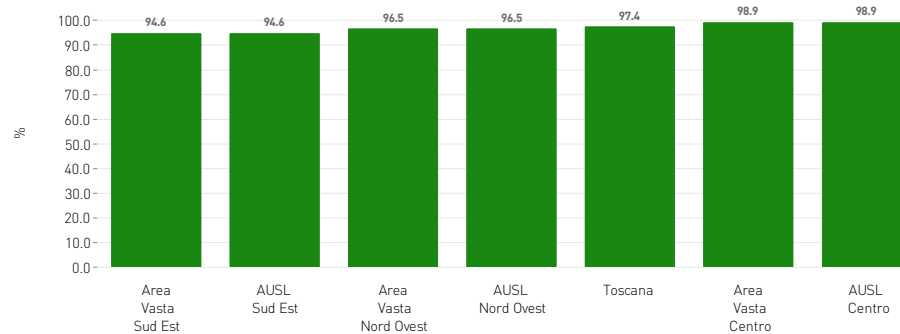


## B20G.2 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)

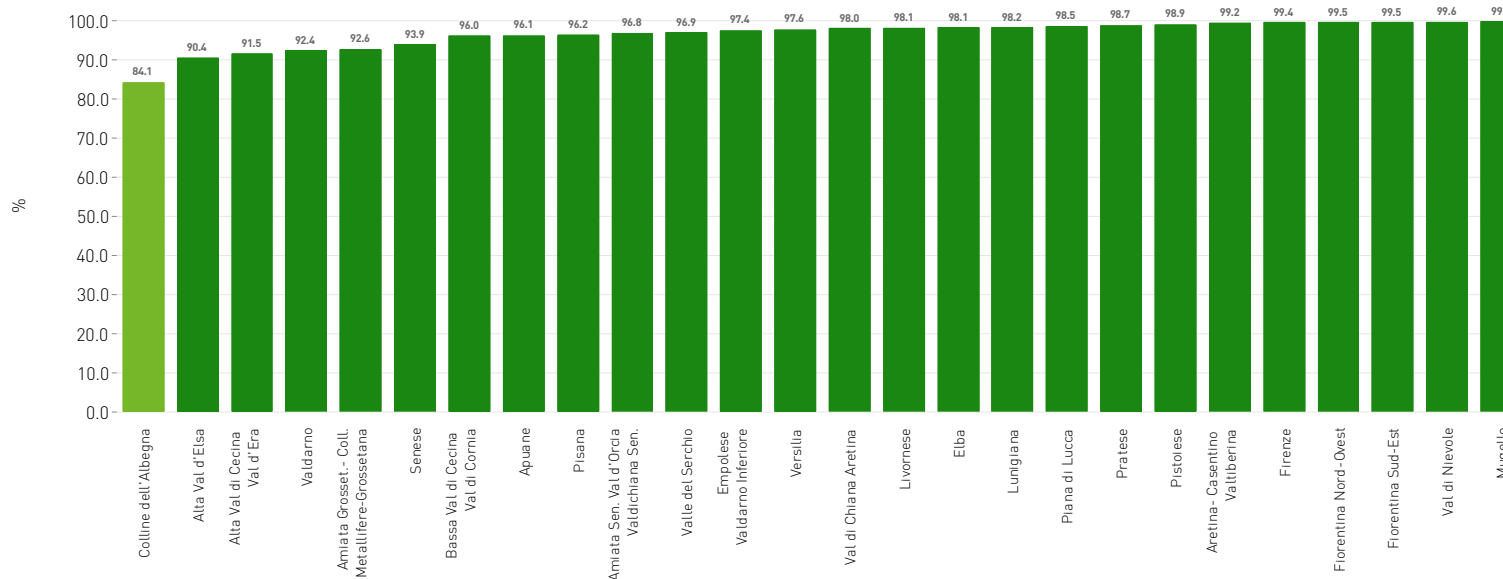
L'indicatore viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Si considerano le prenotazioni di primo contatto e di contatto successivo al primo con codice priorità U, B, D, P e Non indicato effettuate dai residenti. Per l'AOU Senese e per l'AOU Pisana è stato selezionato anche il codice di priorità P, coerentemente con il modello organizzativo adottato dalle Aziende (rispettivamente "Ospedale senza tempi di attesa" e "Open Access"), che viene valutato secondo i tempi massimi previsti per il codice di priorità D. L'indicatore viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Si considerano le prenotazioni di primo contatto e di contatto successivo al primo con codice priorità U, B, D, P e Non indicato effettuate dai residenti. Per l'AOU Senese e per l'AOU Pisana è stato selezionato anche il codice di priorità P, coerentemente con il modello organizzativo adottato dalle Aziende (rispettivamente "Ospedale senza tempi di attesa" e "Open Access"), che viene valutato secondo i tempi massimi previsti per il codice di priorità D. Sulla scheda indicatore presente sul portale è possibile scaricare il dettaglio per singola prestazione a livello di residenza ed erogatore.



Aziende - Dati 2020



Zone Distretto - Dati 2020



## B21G Indice di cattura (Catchment index)

L'Indice di cattura (Catchment Index) è il rapporto tra i volumi di prestazioni prescritte, calcolate mediante i flussi delle prescrizioni dematerializzate ed elettroniche, e i volumi di prestazioni prenotate nello stesso periodo (su 15 giorni) in un determinato ambito territoriale (Ambito territoriale di garanzia, territorio delle ex Aziende USL, Area Vasta, Regione). Viene correntemente calcolato in Toscana per ciascuna delle principali prestazioni monitorate dal PRGLA 2019-2021, rappresentato come andamento in un dato periodo ed esprime la percentuale di cattura delle prescrizioni nel sistema di prenotazione. L'indicatore "Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)" viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Sulla scheda indicatore presente sul portale è possibile scaricare il dettaglio per singola prestazione a livello di erogatore.



### B21G Indice di cattura (Catchment index)

B21G.1 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)

B21G.2 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)

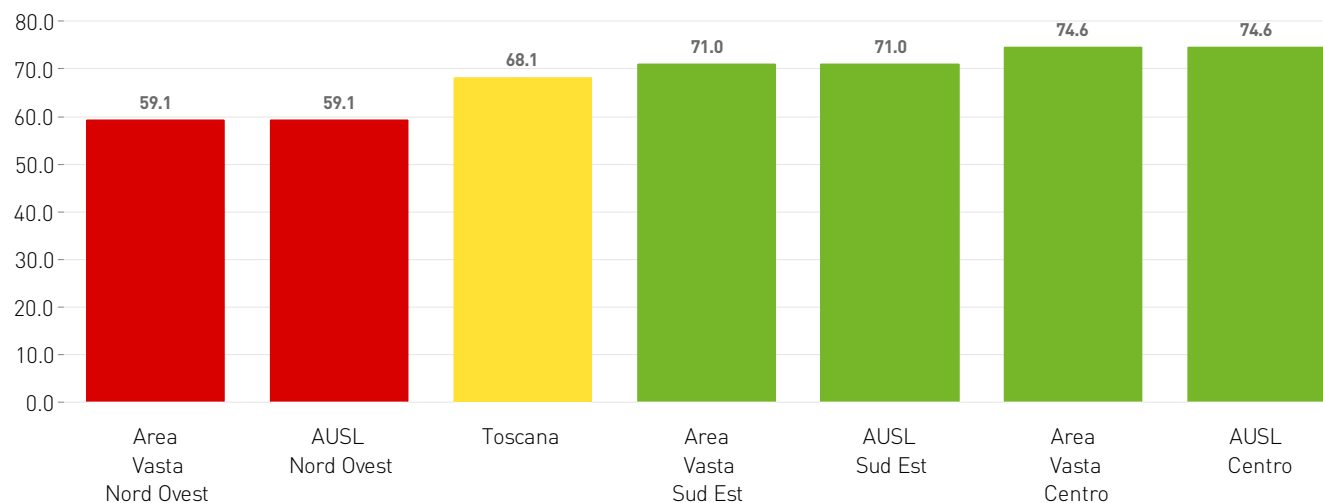
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
68.09	59.14	74.62	71.04
80.47	60.48	96.37	86.10

## B21G.1 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)

L'indicatore viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Per quanto riguarda le prescrizioni sono stati utilizzati i seguenti criteri: (1) Tipo accesso: Primo accesso, Altra tipologia di accesso, Non indicato; (2) Codici di priorità: U, B, D, P, Non indicata; (3) Periodo di riferimento: Anno 2020. Per quanto riguarda le prenotazioni sono stati utilizzati i seguenti criteri: (1) Descrizione contatto: Primo contatto, Contatto successivo al primo; (2) Codici di priorità: U, B, D, P, Non indicata. (3) Periodo di riferimento: Anno 2020. Le Aziende Ospedaliere sono ricomprese nelle Aree Vaste/ambiti territoriali in cui sono ubicate le strutture.



Aziende - Dati 2020

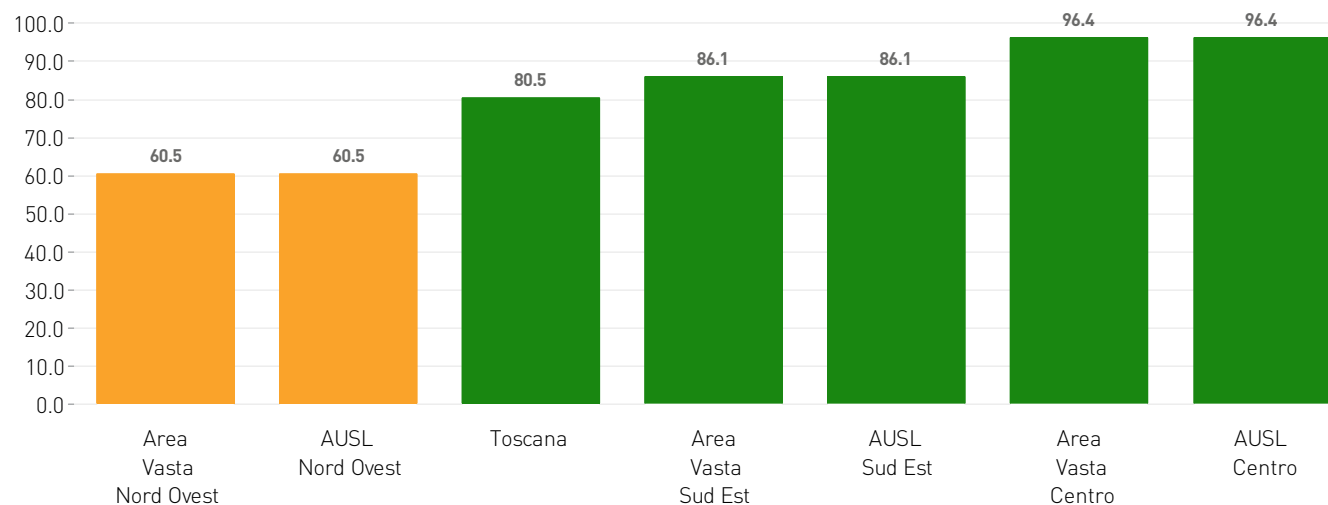


## B21G.2 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)

L'indicatore viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Per quanto riguarda le prescrizioni sono stati utilizzati i seguenti criteri: (1) Tipo accesso: Primo accesso, Altra tipologia di accesso, Non indicato; (2) Codici di priorità: U, B, D, P, Non indicata; (3) Periodo di riferimento: Anno 2020. Per quanto riguarda le prenotazioni sono stati utilizzati i seguenti criteri: (1) Descrizione contatto: Primo contatto, Contatto successivo al primo; (2) Codici di priorità: U, B, D, P, Non indicata. (3) Periodo di riferimento: Anno 2020. Le Aziende Ospedaliere sono ricomprese nelle Aree Vaste/ambiti territoriali in cui sono ubicate le strutture.



Aziende - Dati 2020



## B24A Sanità digitale

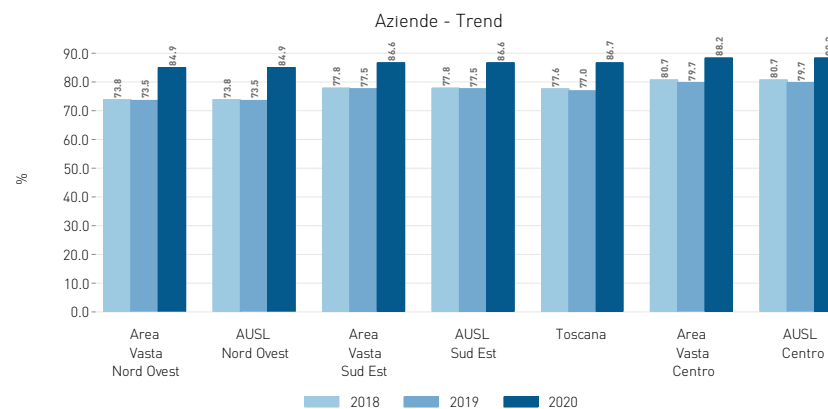
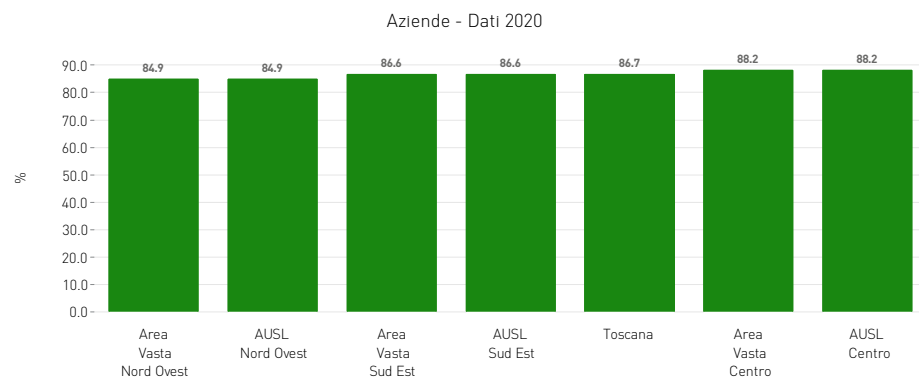
L'obiettivo dell'indicatore è finalizzato a cogliere i cambiamenti dell'approccio alla sanità digitale da parte dei cittadini e degli operatori del settore, in particolare i professionisti. La sanità digitale, rappresenta uno stimolo in continua crescita ed espansione, certificato dalla sempre maggior diffusione del ricorso al Fascicolo sanitario elettronico, 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	86.68	84.91	88.23	86.57						
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	87.98	87.07	89.16	87.26						
B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	81.00	76.52	84.65	80.84						
B24B.2 Percentuale ricette elettroniche o dematerializzate su erogato	103.11	88.98	85.70	63.58	160.13	121.22	155.67	140.98	139.67	106.37
B24B.2.1 Percentuale ricette farmaceutiche elettroniche o dematerializzate su erogato	67.78	56.06	67.84	15.61	4988.25	36.94	452.25	5461.11	3221.91	172.64
B24B.2.2 Percentuale ricette specialistiche elettroniche o dematerializzate su erogato	112.62	101.75	93.13	83.61	144.10	140.76	145.06	132.62	131.18	105.83
B24B.3 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una dematerializzata o elettronica	68.40	62.85	67.54	58.92	82.62	79.24	77.95	82.83	100.00	100.00
B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	57.88	53.77	60.38	41.67	73.85	68.86	68.63	63.13	68.00	50.00
B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	65.28	59.41	62.67	56.33	81.09	76.82	77.57	82.83	98.00	100.00
B24C Fascicolo Sanitario Elettronico										
B24C.1 % di consensi prestati per l'alimentazione del FSE	59.34									
B24C.2 % dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE (con FSE attivo)	14.69									
B24C.3 % di referti di laboratorio strutturati digitalizzati resi disponibili nei FSE	99.70									

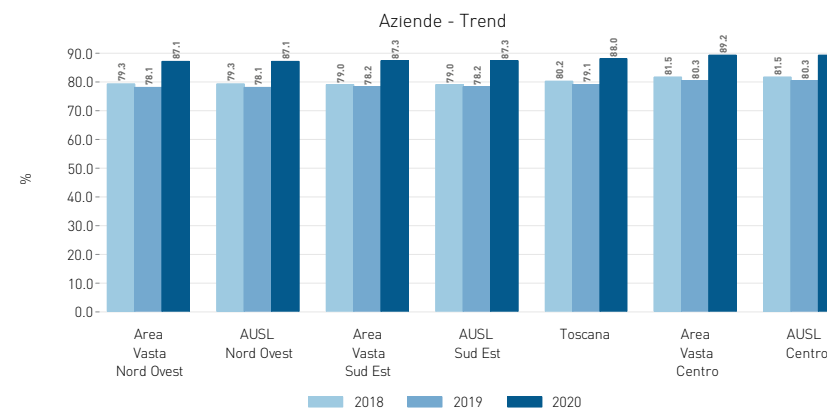
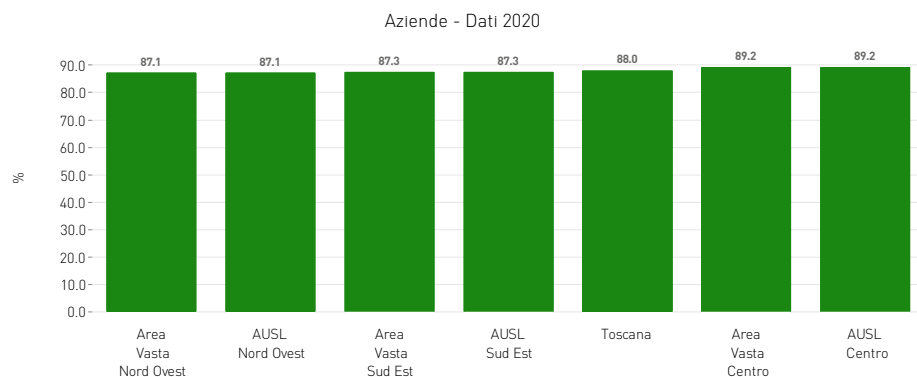
## B24B.1 Percentuale ricette dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

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.

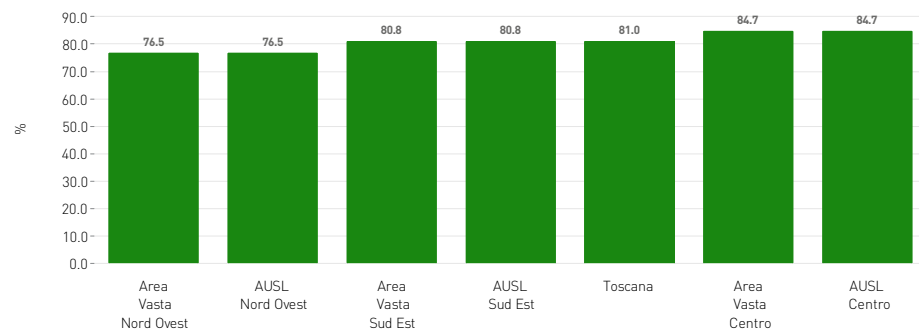


## B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

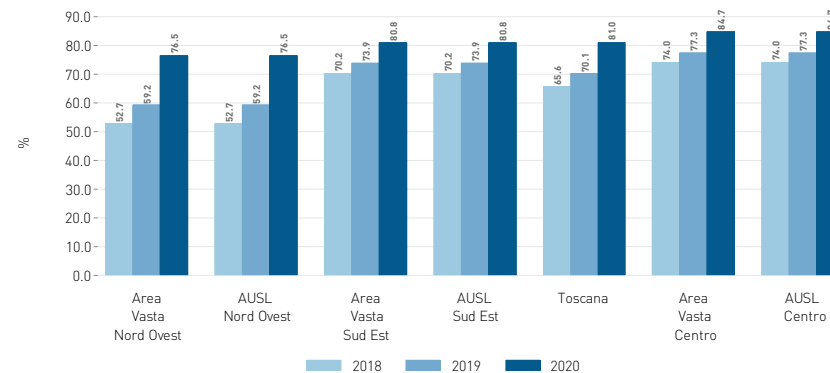
Questo indicatore esprime la percentuale di ricette specialistiche dematerializzate sul totale del prescritto elettronico per i medici convenzionati. Questo indicatore ha un trend in crescita in tutte le Aziende dal 2017.



Aziende - Dati 2020



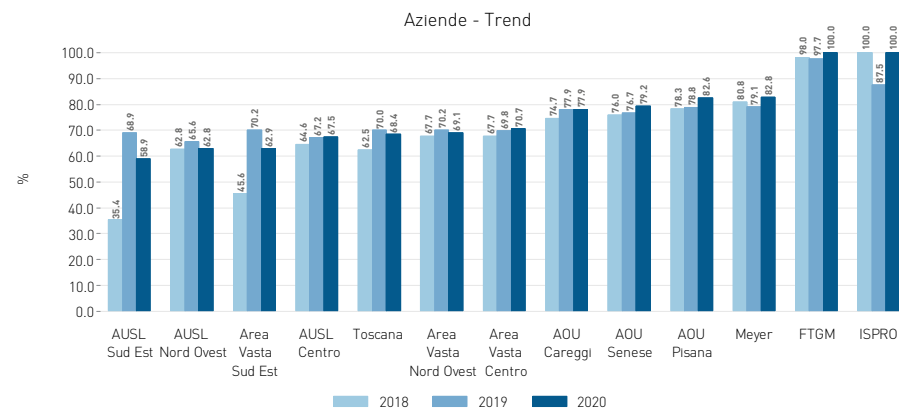
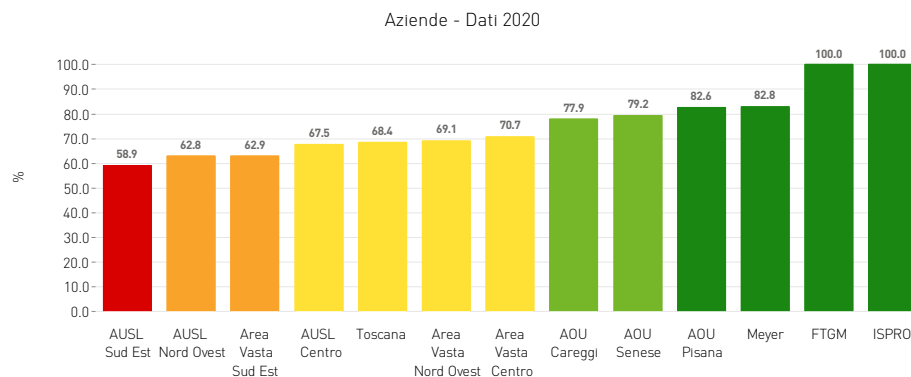
Aziende - Trend





### 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.

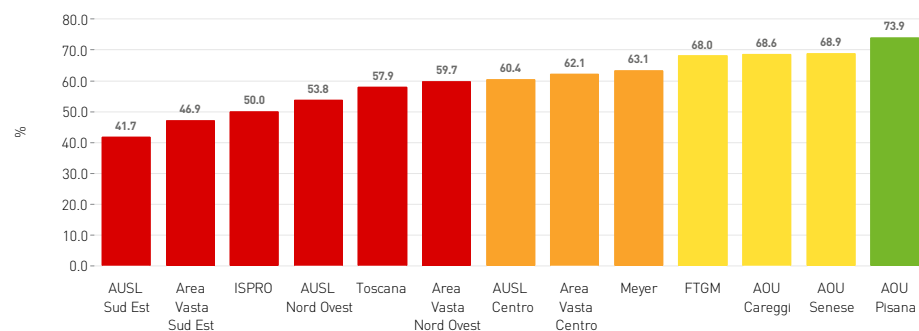


### B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata

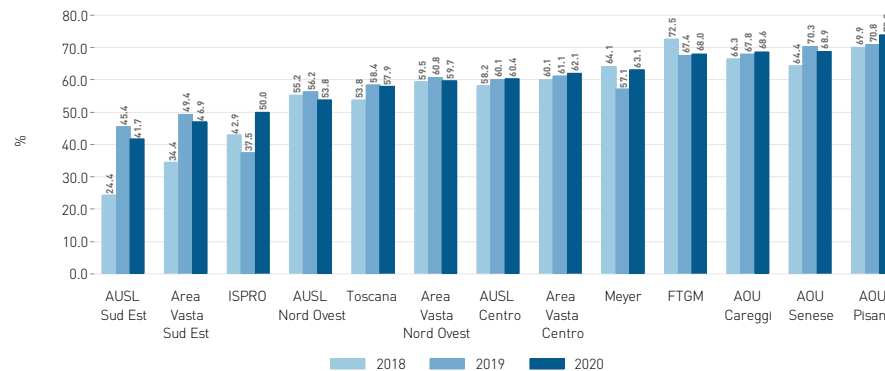
L'indicatore è calcolato confrontando il "Numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione farmaceutica elettronica o dematerializzata" con il "Numero di specialisti a cui è stato assegnato almeno un ricettario cartaceo negli ultimi due anni. Bisogna sottolineare che Il dato regionale 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.



Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

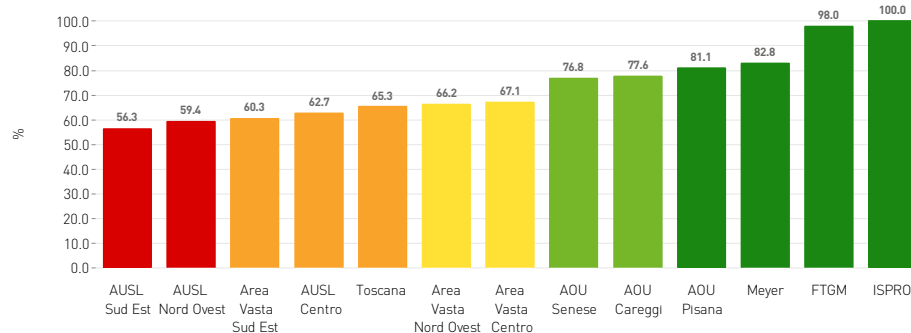


### B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata

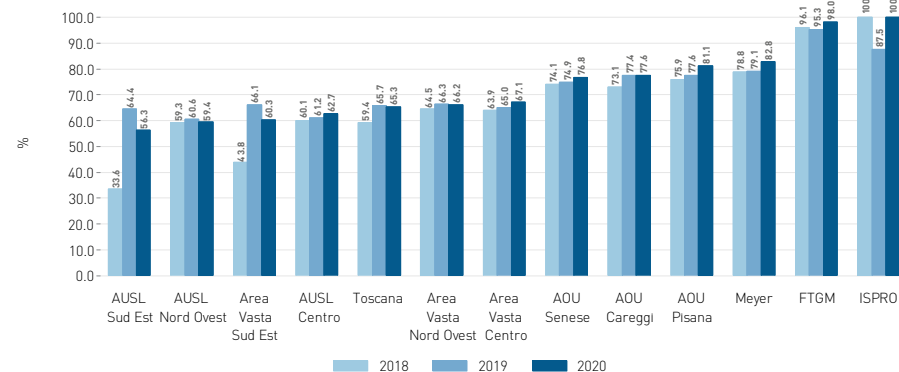
L'indicatore restituisce la misura percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata e si calcola utilizzando il Numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione specialistica elettronica o dematerializzata confrontato al Numero 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 2020



Aziende - Trend



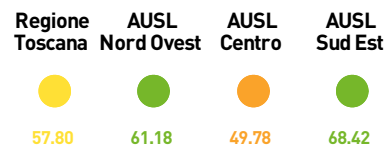
## B26 Sanità di Iniziativa

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).



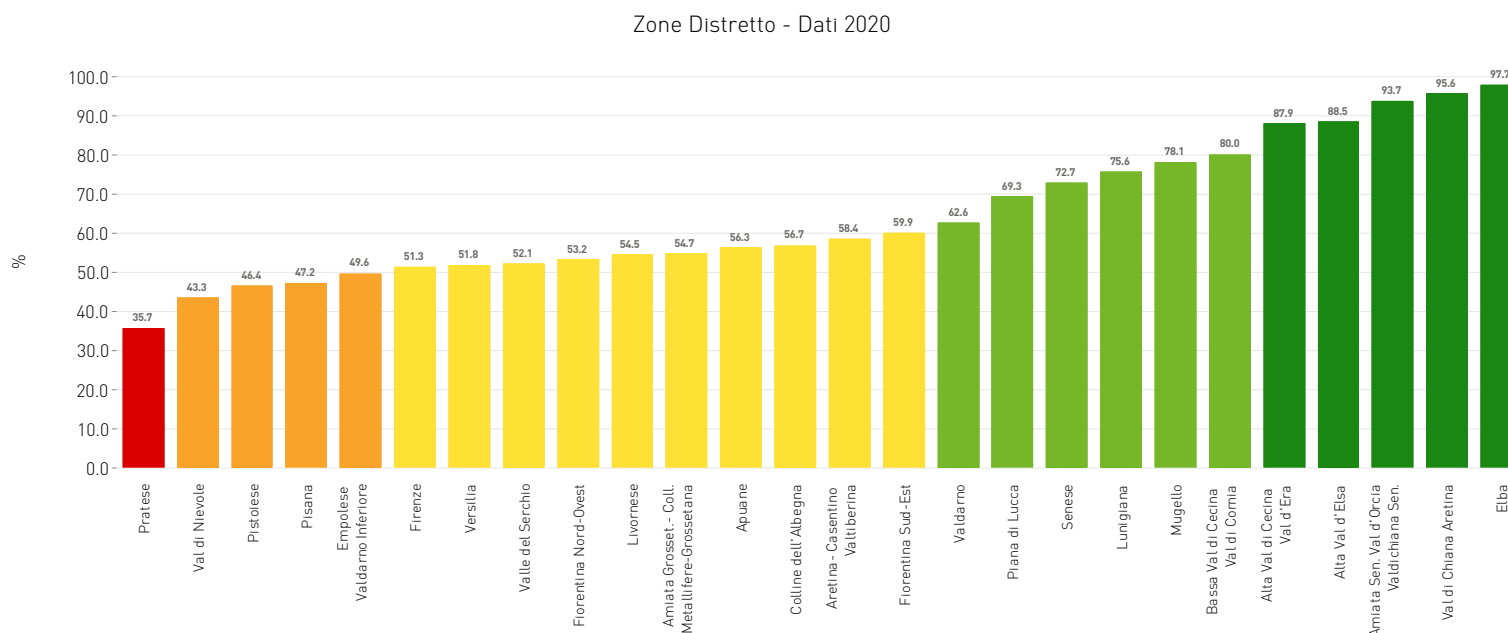
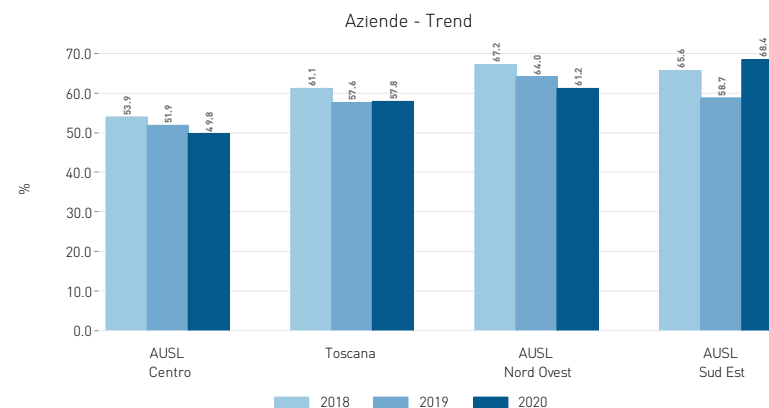
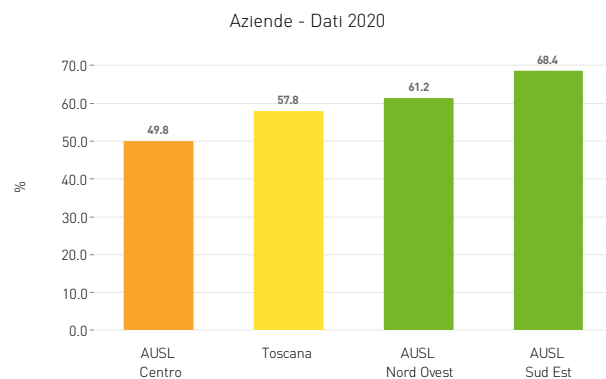
### B26 Sanità di Iniziativa

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 Maria Saveria Mavillonio





## 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-T5), 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 2020 gli indicatori sul triage non concorrono alla valutazione complessiva dell'indicatore C16.



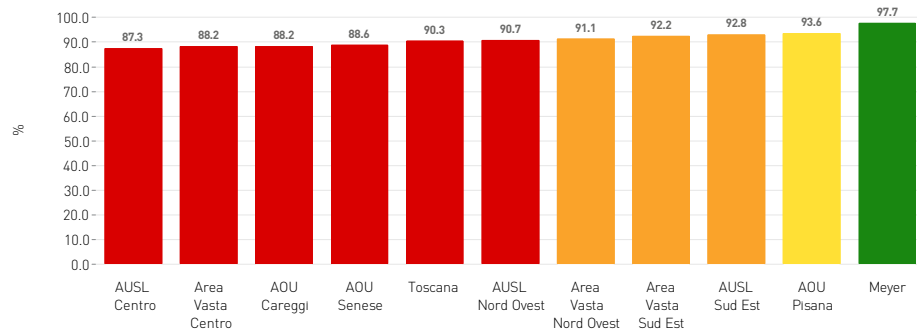
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
<b>C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza</b>	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>C16A.T1.BIS Percentuale di accessi codice 1 ricoverati, trasferiti, o ammessi in OBI</i>	87.17	83.46	88.56	85.42	95.60	88.10	87.37	89.70
<i>C16A.T2.BIS Percentuale di accessi codice 2 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	59.74	57.30	61.10	58.19	74.47	57.48	66.93	47.28
<i>C16A.T3.BIS Percentuale di accessi codice 3 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	27.58	23.59	28.58	28.08	47.54	25.52	28.01	19.66
<i>C16A.T4.BIS Percentuale di accessi codice 4 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	5.05	4.60	4.21	5.79	13.27	4.68	3.33	4.69
<i>C16A.T5.BIS Percentuale di accessi codice 5 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	6.04	6.53	10.48	4.63	5.44	1.26	0.78	1.17
<i>C16.5 Percentuale di accessi in Osservazione Breve</i>	6.14	5.13	3.91	10.46	7.95	7.29	4.17	4.30
<i>C16.5.1A Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata &gt; 48 ore</i>	17.12	17.85	34.80	7.06	17.54	36.93	11.83	3.08
<i>C16.5.1A2 Percentuale di ricoveri seguiti ad ammissione in OBI &gt;48 ore</i>	41.32	24.30	54.19	42.76	30.81	38.90	40.37	45.46
<i>C16.4.1 Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso &lt;= 6 ore</i>	90.30	90.66	87.30	92.84	93.56	88.63	88.24	97.66
<i>C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione</i>	75.85	72.45	75.81	78.10	80.30	81.67	79.18	65.85
<i>C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore</i>	5.48	5.20	5.11	6.73	5.85	5.12	4.51	4.24
<i>C16.6 Percentuale di accessi in Osservazione breve inviati a ricovero</i>	39.30	30.64	39.15	46.77	28.94	45.71	32.11	43.12
<i>D9A Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati</i>	2.46	2.69	3.16	0.97	4.23	0.89	2.87	2.26
<i>D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso</i>	3.51	4.44	3.19	3.12	5.20	0.89	2.87	2.26

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

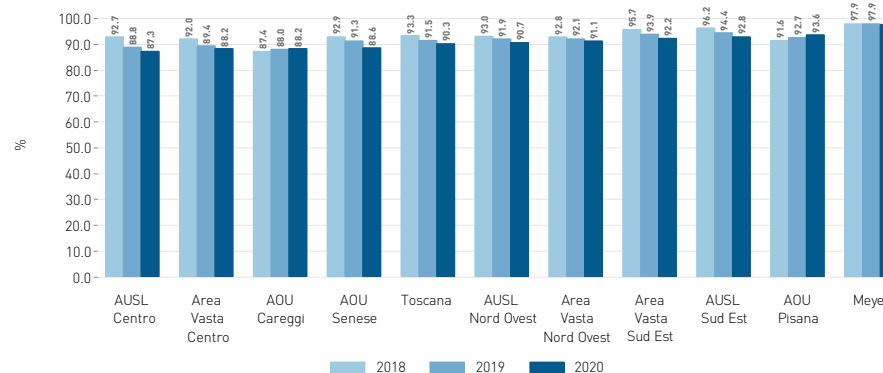
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 6 ore, dal momento di assegnazione del codice triage alla dimissione a domicilio o a strutture ambulatoriali. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.



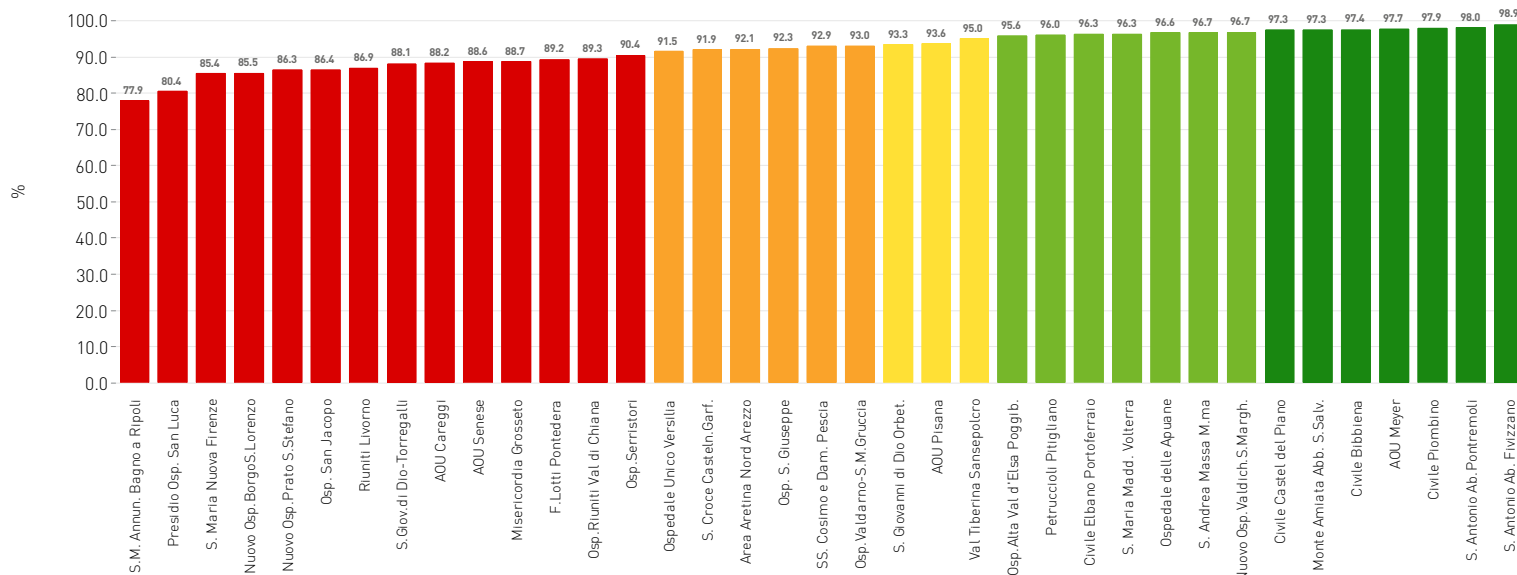
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

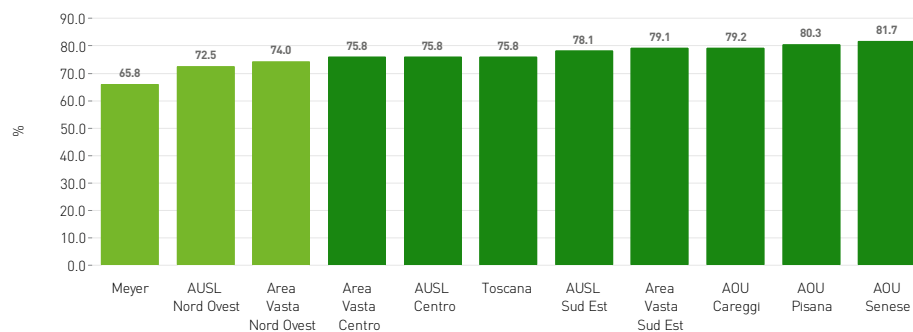


## C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

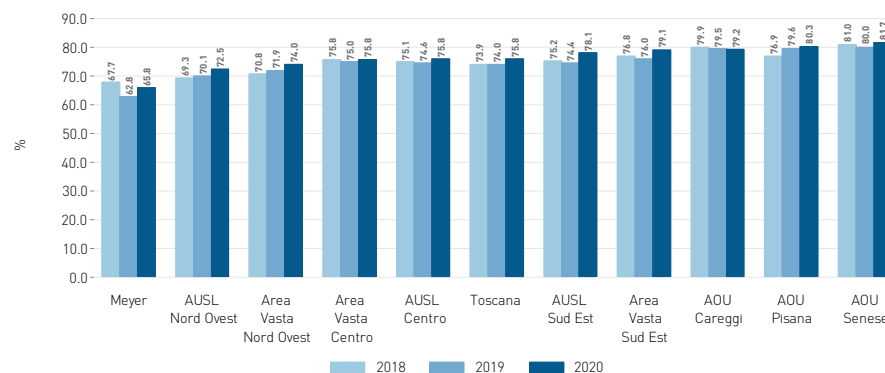
L'indicatore è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di pazienti che, ricoverati a seguito di un accesso al Pronto Soccorso, sono ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico rispetto ai pazienti ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico 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.



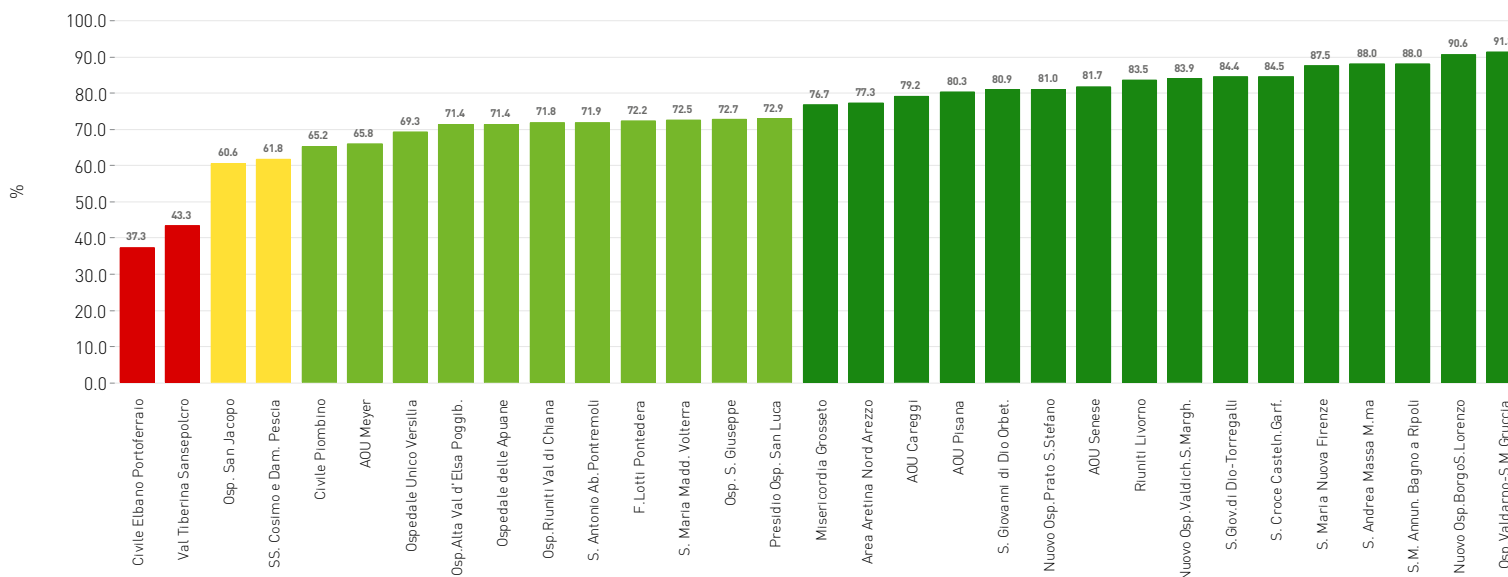
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

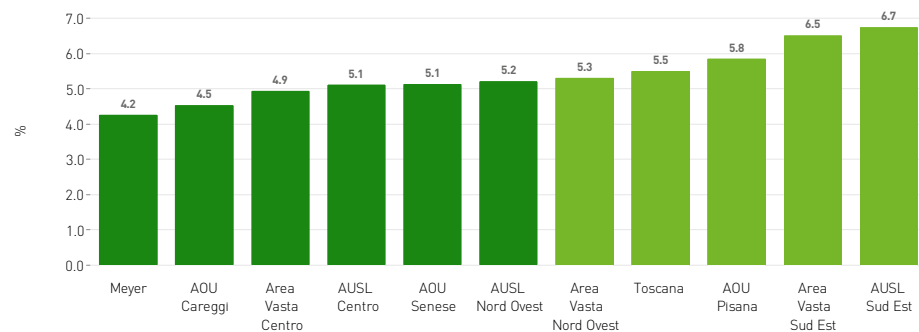


## C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore

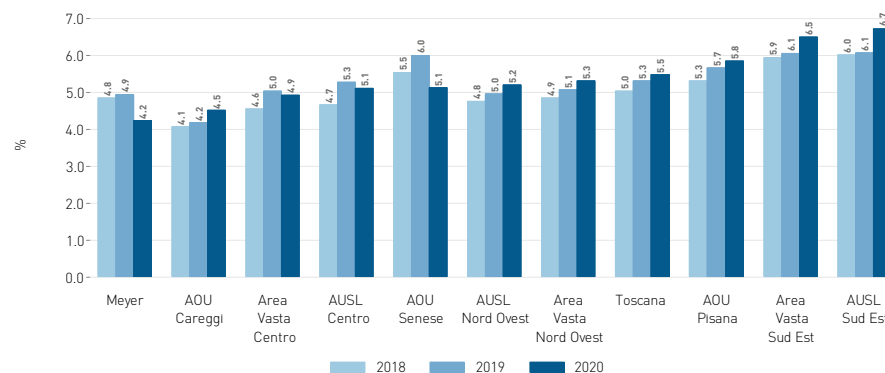
L'indicatore monitora la percentuale di pazienti che rientrano in un qualsiasi Pronto Soccorso presente sul territorio regionale, entro 72 ore rispetto all'accesso precedente, sul totale degli accessi al PS effettuati dai residenti toscani.



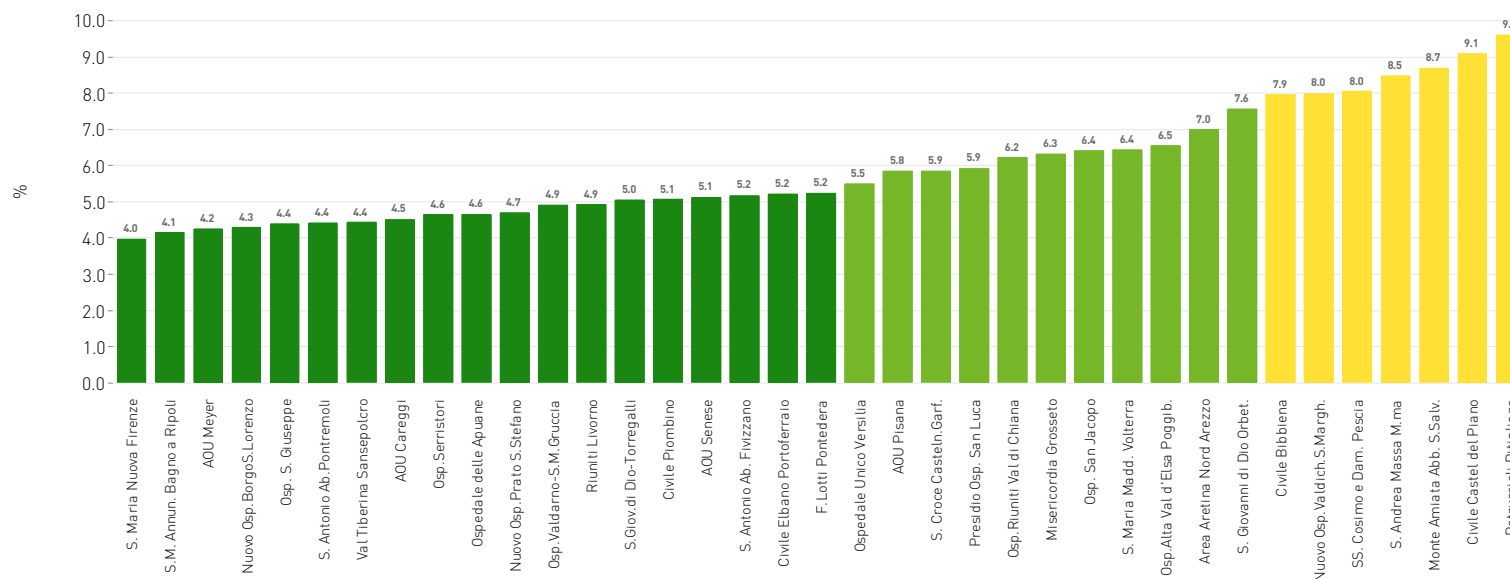
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

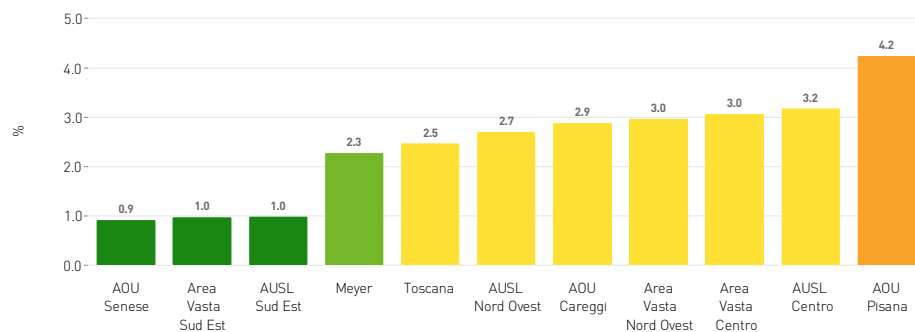


## D9A Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati

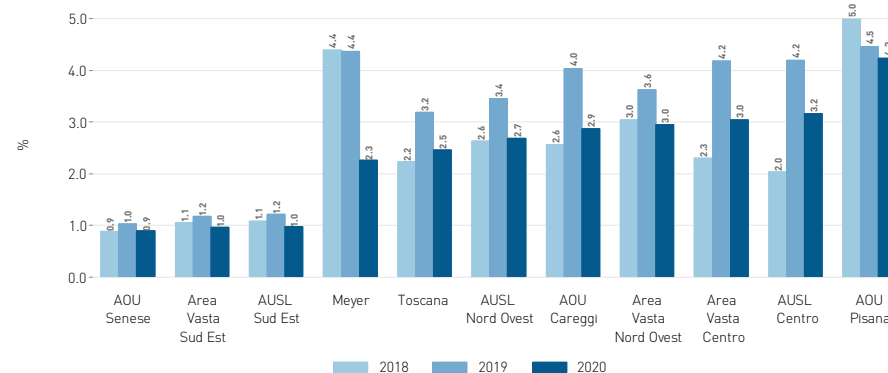
L'indicatore valuta il dato relativo al numero di accessi al Pronto Soccorso che esitano con un abbandono spontaneamente da parte del paziente dopo l'accettazione, senza informarne il personale. Il dato relativo agli abbandoni include sia quelli dei pazienti che si allontanano prima di essere visti dal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



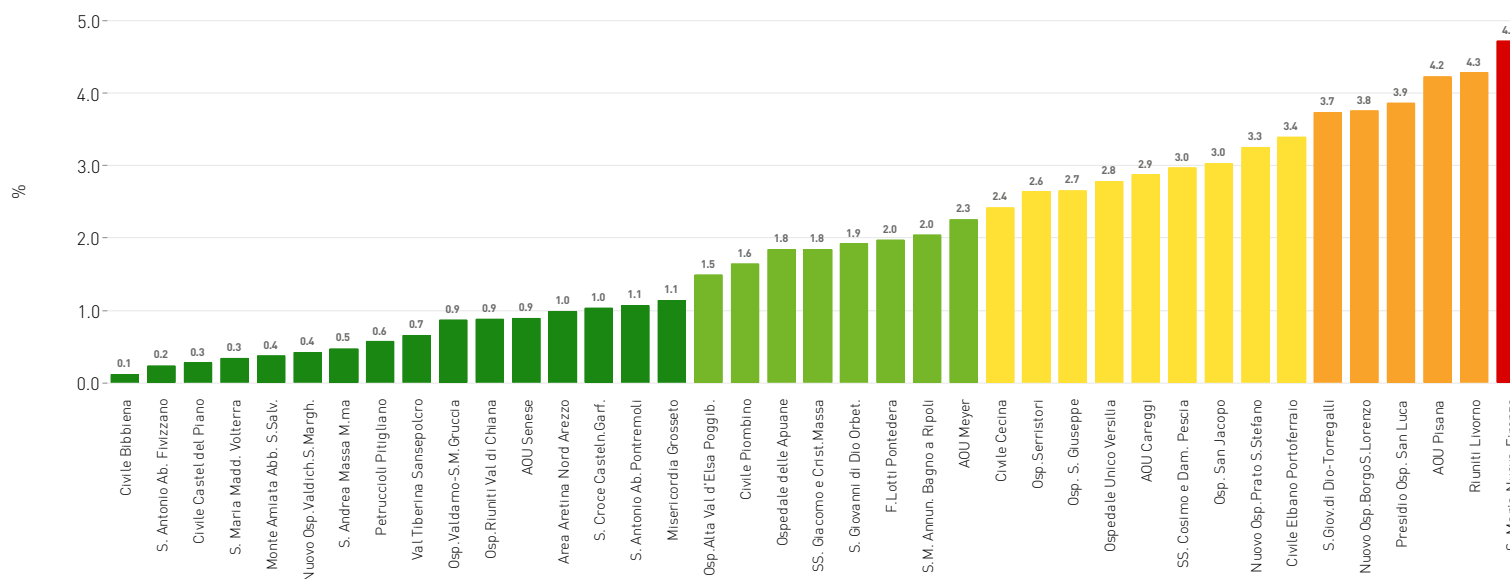
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



## 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

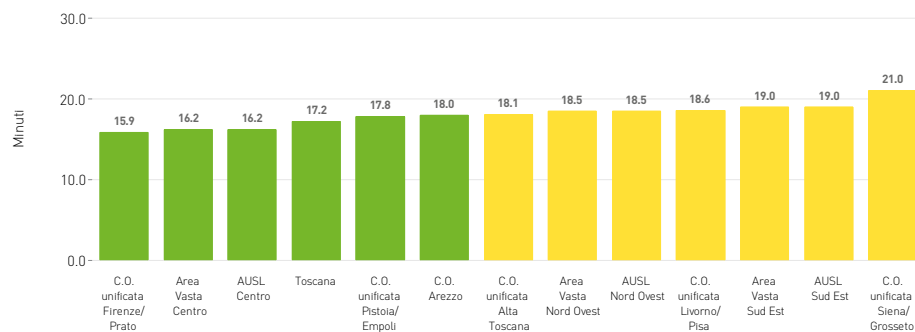
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
17.18	18.45	16.20	19.00

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

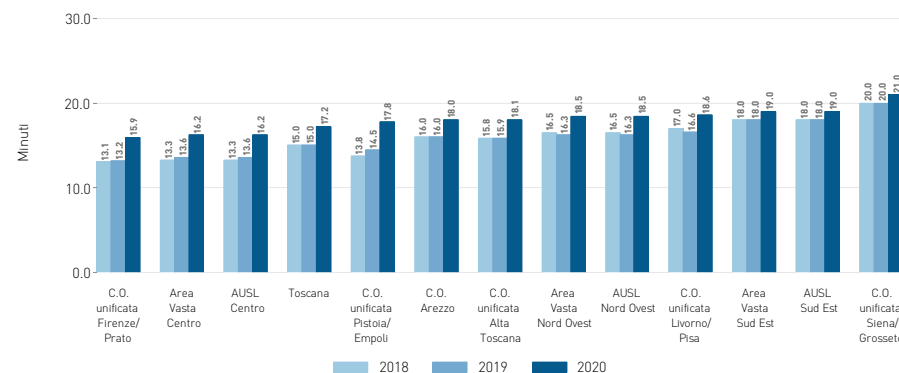
L'indicatore descrive l'offerta assistenziale dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo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



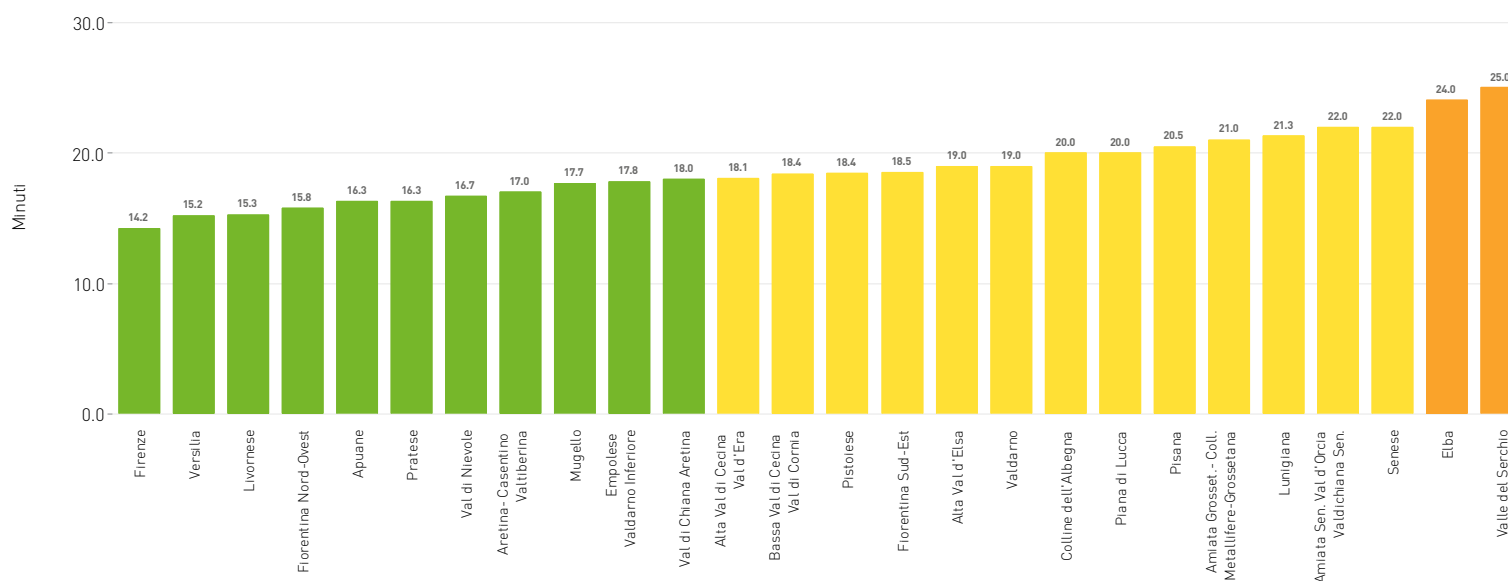
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020







---

# PREVENZIONE COLLETTIVA

a cura di Alessandro Vinci e Federico Vola



## 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 produttiva.



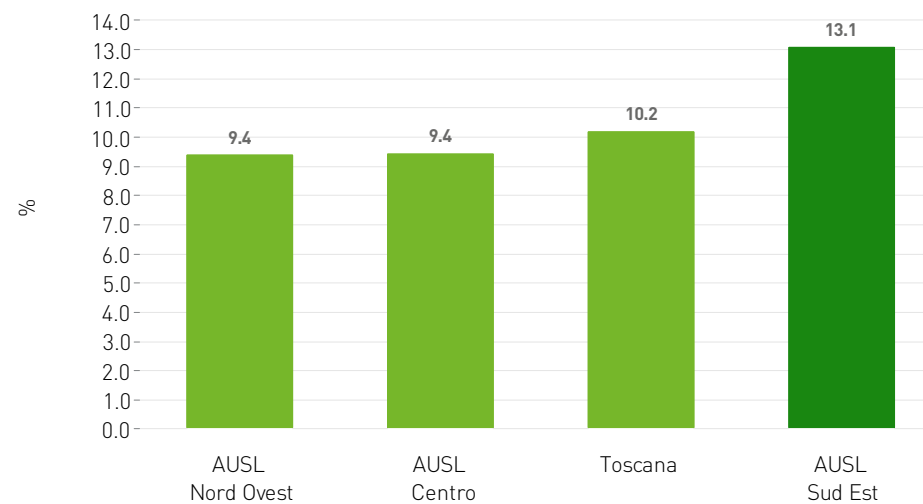
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>F15 Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)</b>	●	●	●	●
F15.2 Copertura del territorio				
F15.2.1T N.aziende controllate/N.PAT INAIL	10.18	9.37	9.43	13.08
F15.2.3T N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione	149.23	101.43	176.84	167.08
F15.1.8 % di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole	115.63	100.45	77.27	148.74
F15.3 Efficienza produttiva				
F15.3.1T N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL	54.62	52.82	50.16	66.54
F15.3.2 N.sopraluoghi/N.personale UPG SPSAL	36.66	38.46	24.29	60.35
F15.1.1S Efficacia strutturale riferita al numero di unità locali (PAT) rispetto al personale qualificato	536.35	563.62	531.70	508.80
F15.1.4S Efficacia strutturale riferita al numero di lavoratori occupati (ISTAT) rispetto al personale qualificato	4520.16	5140.18	4094.01	4571.11
F15.1.3 Inchieste per infortunio sul lavoro	865.00	291.00	281.00	293.00
F15.1.4 Inchieste per malattie professionali	149.00	12.00	58.00	79.00

### F15.2.1T N.aziende controllate/N.PAT INAIL

L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende sottoposte a controlli complessivi (sia di tipo ispettivo, con sopralluogo, che di tipo documentale, senza sopralluogo) rapportato al numero di Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) INAIL.

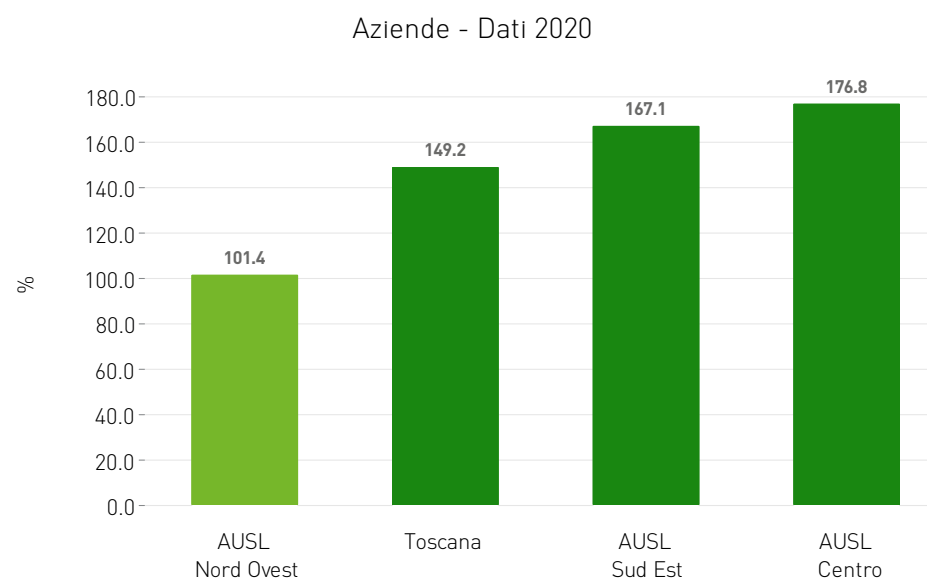


Aziende - Dati 2020



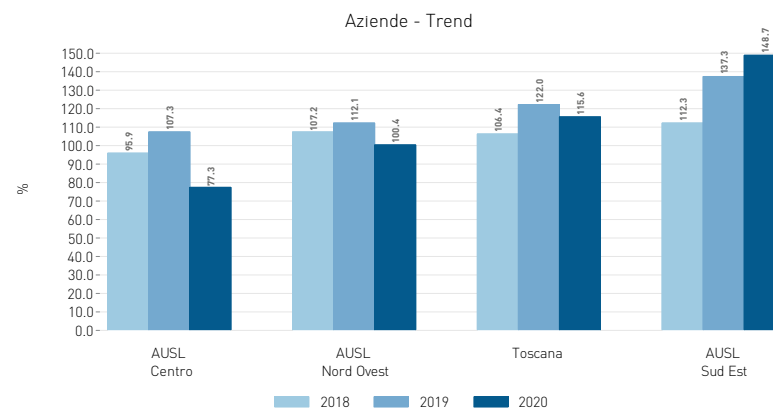
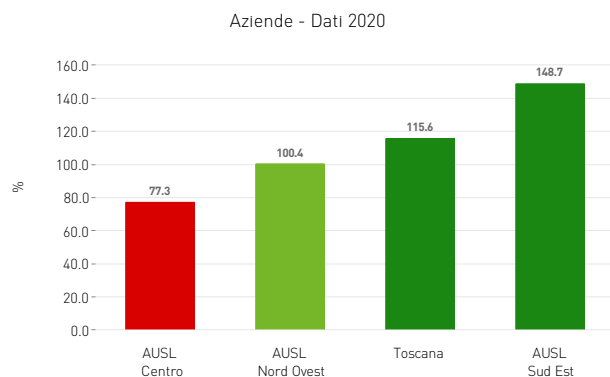
### F15.2.3T N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione

L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero di cantieri sottoposti a controllo e il numero di controlli in edilizia secondo programmazione.



## F15.1.8 Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole

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.

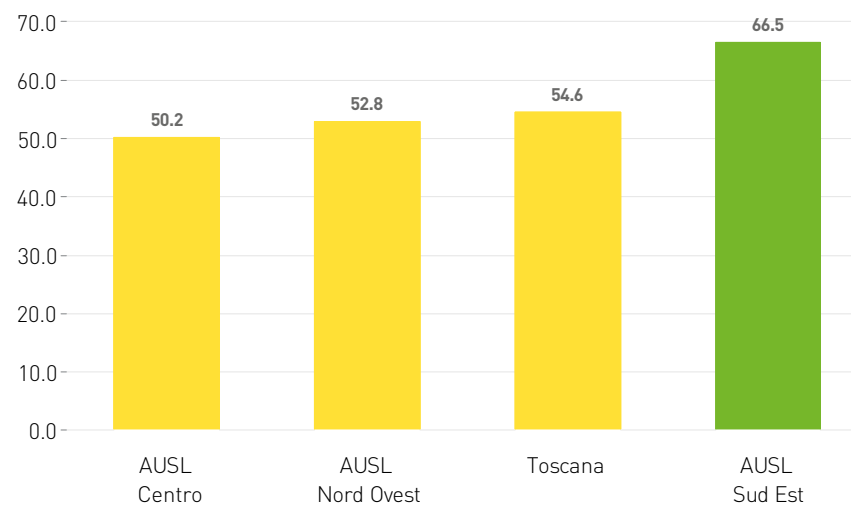


### F15.3.1T N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL

Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di aziende controllate (cioè con controlli sia di tipo ispettivo, con sopralluogo, sia di tipo documentale, senza sopralluogo) rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).



Aziende - Dati 2020







---

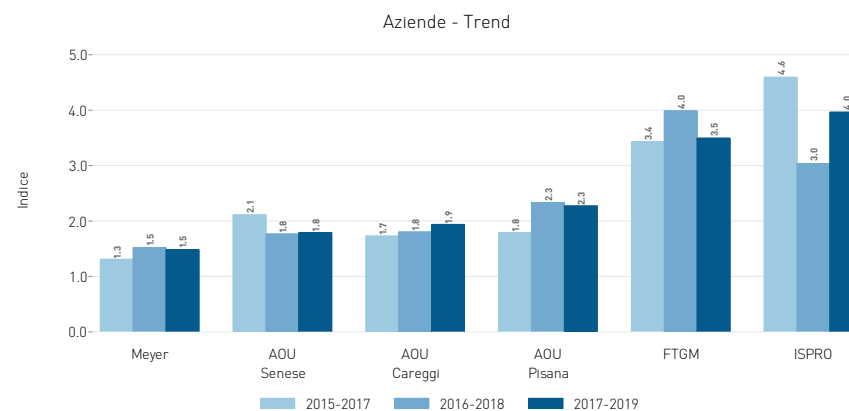
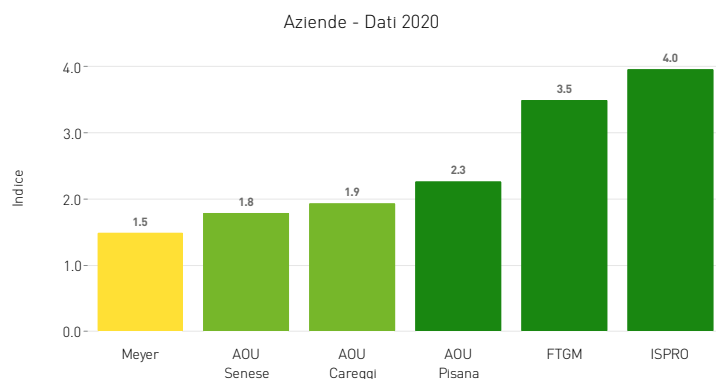
# GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA

a cura di Sara Barsanti, Paolo Belardi, Manila Bonciani, Anita Bunea, Ilaria Corazza, Alessandra Da Ros, Sabina De Rosis, Giuseppe D'Orio, Amerigo Ferrari, Francesca Ferrè, Sofia Longhi, Barbara Lupi, Enrico Lupi, Maria Saveria Mavillonio, Anna Maria Murante, Emiliano Pardini, Antonio Parenti, Francesca Pennucci, Chiara Seghieri e Veronica Spataro



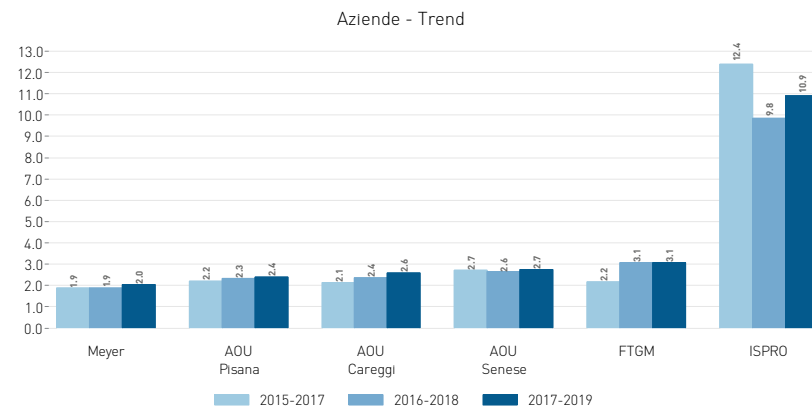
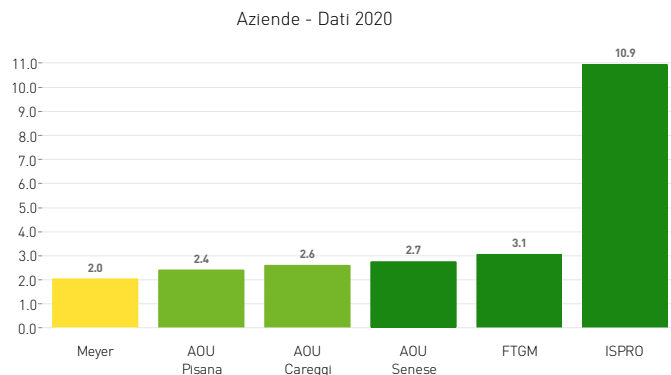
### B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

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 2017-2019.



### 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 2017-2019.



## B28 Assistenza Domiciliare e Residenziale

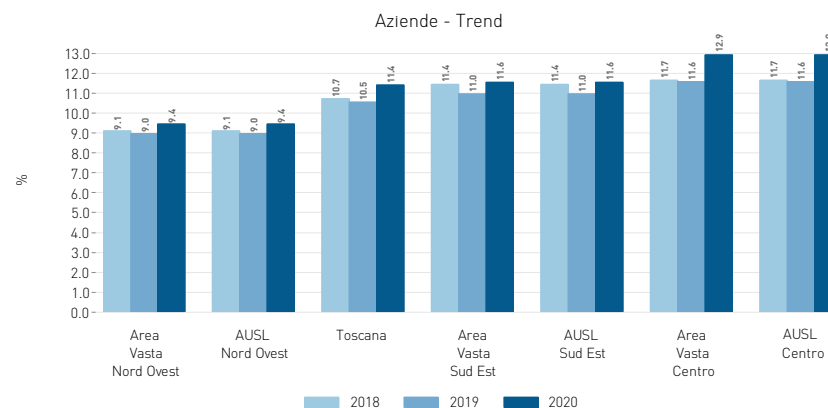
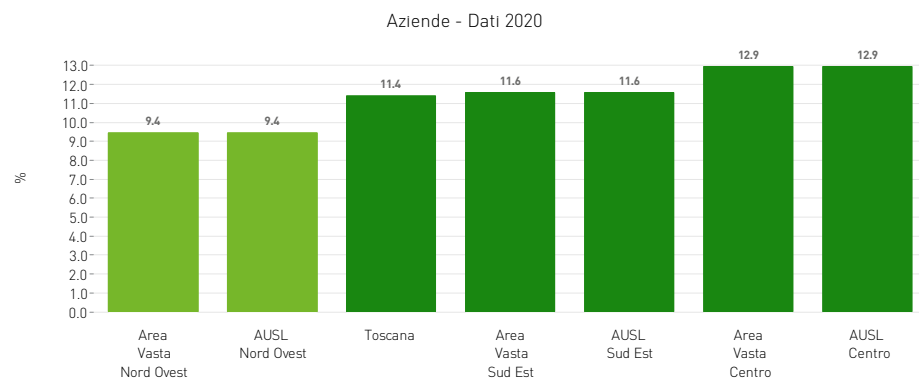
L'indicatore B28 monitora l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria nei setting domiciliari e residenziali, con particolare riferimento agli anziani. Nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare (AD), le Cure Domiciliari rappresentano la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria e consistono in trattamenti 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.



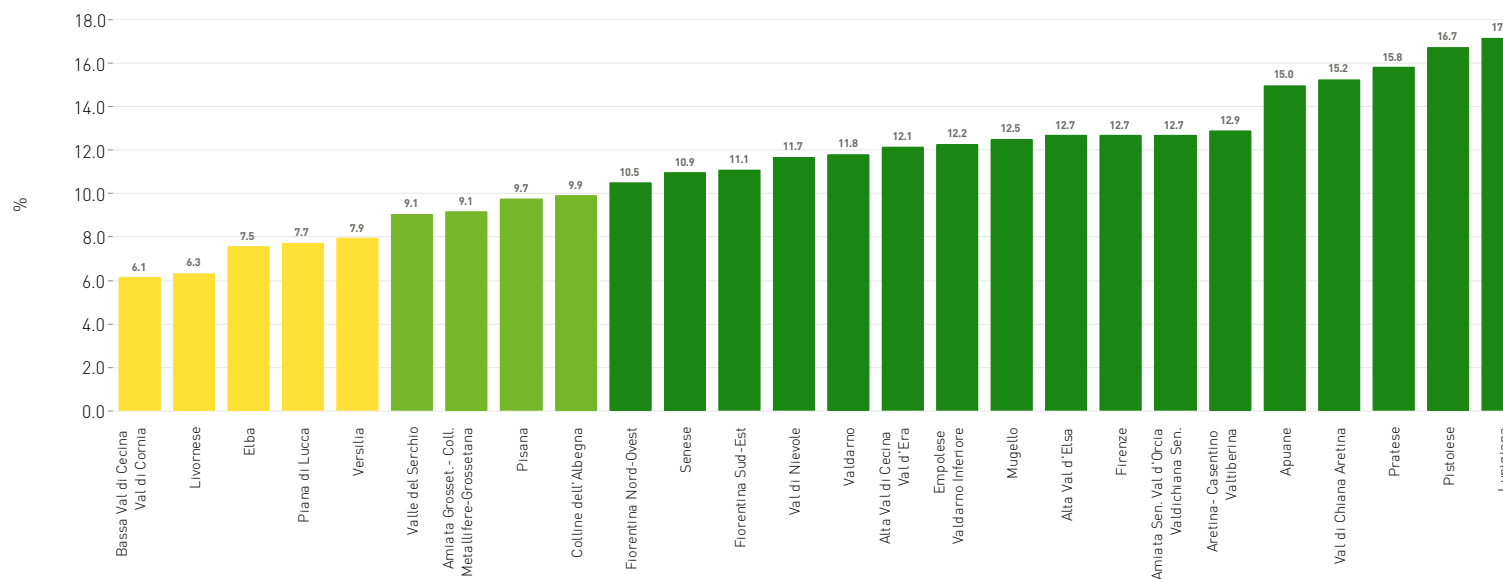
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>B28 Assistenza Domiciliare e Residenziale</b>	●	●	●	●
B28.1 Assistenza Domiciliare				
B28.1.1B Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare	33.53	28.74	34.90	38.43
B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	11.41	9.44	12.95	11.57
B28.1.3 Tempo medio in gg tra la segnalazione e la prima erogazione	7.02	7.71	7.34	5.51
B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	12.41	12.87	11.46	13.20
B28.2.2 Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	7.80	6.28	7.55	10.60
B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	10.94	8.32	12.67	11.15
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)	42.56	34.59	47.47	41.13
B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	38.52	38.63	36.75	41.89
B28.2.9A Tasso di prese in carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	41.65	35.09	43.58	48.00
B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	4.38	3.86	4.81	4.15
B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	17.69	18.28	15.28	21.95
B28.2.13 Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente	14.93	11.96	16.28	16.87
B28.2.14 Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente	1.21	0.67	0.53	3.45
D22Z.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	6.91	4.96	6.88	9.92
D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	4.42	3.26	5.16	4.75
D22Z.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	3.92	2.67	4.39	4.91
B28.3 Assistenza Residenziale				
B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	80.83	87.36	72.85	88.25
B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	50.20	56.85	44.58	48.88
B28.4 Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	113.03	97.82	139.32	87.46
B28.3.10 Tasso di anziani over 65 ammessi in RSA	4.17	3.03	4.72	5.20
B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	15.27	20.68	12.40	15.60
B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	17.23	22.65	13.24	19.42
B28.3.19 Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA	95.12	93.46	94.57	97.83
B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	80.78	92.50	61.00	94.67
D33ZAR1 Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R1)	0.09	0.07	0.08	0.15
D33ZAR2 Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R2)	4.35	1.09	6.26	5.66
D33ZAR3 Tasso di assistiti in RSA di età >=75 aa (R3)	23.36	14.77	27.00	29.47

## 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 2020

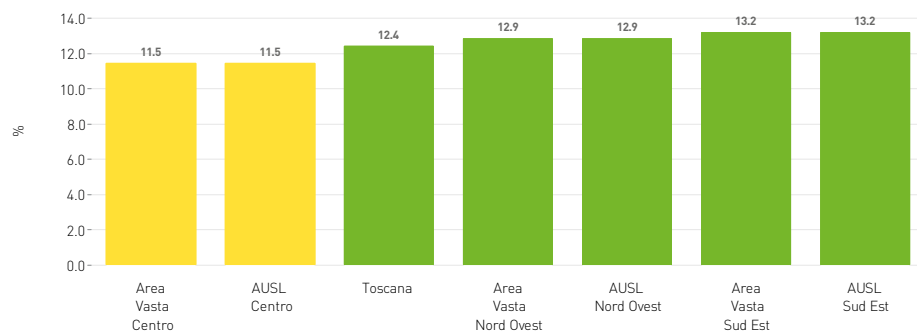


## B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

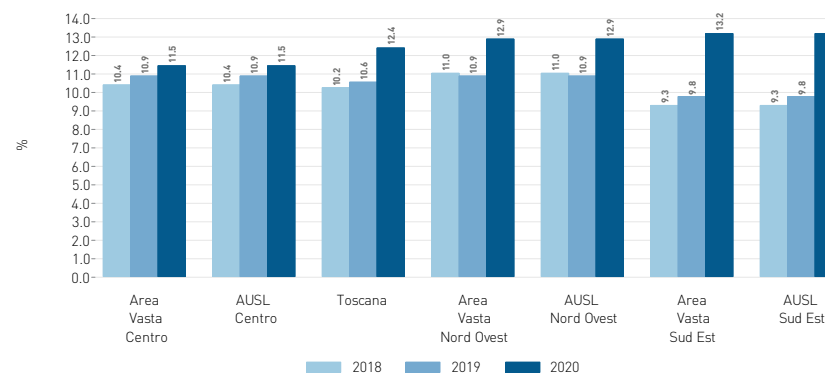
L'indicatore misura nell'anno la percentuale di accessi fatta in giorni festivi o prefestivi quale proxy del carico assistenziale e della conseguente organizzazione del percorso domiciliare.



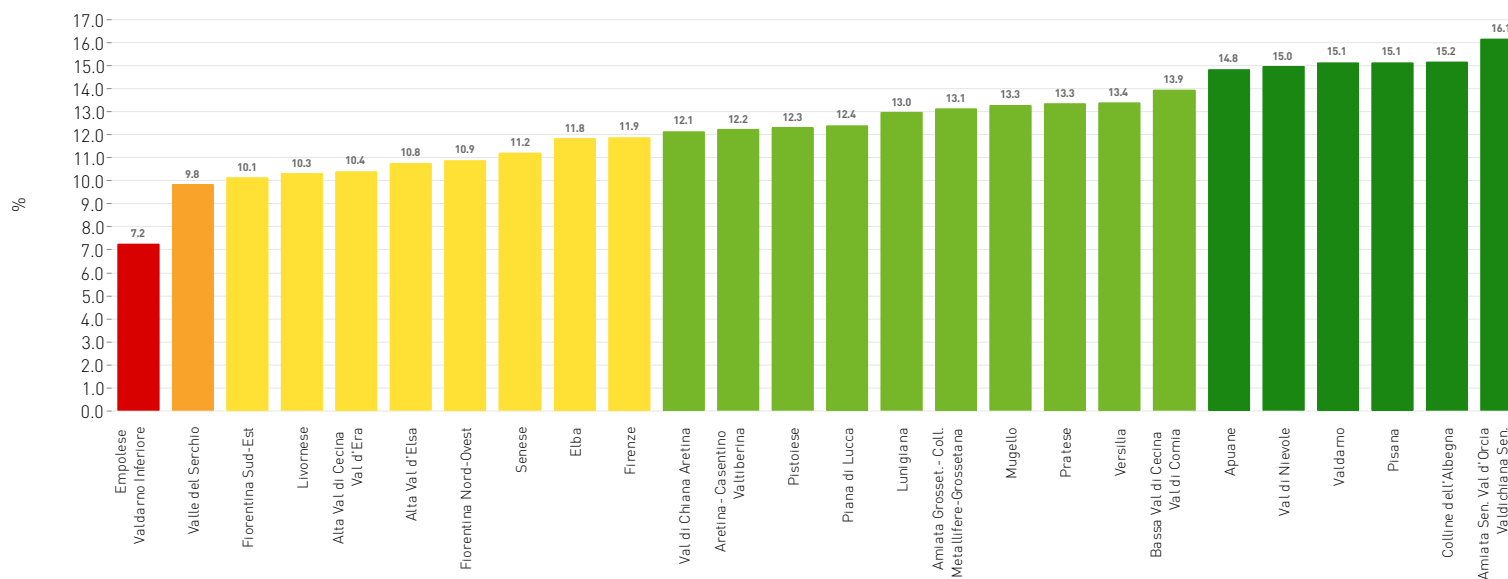
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020

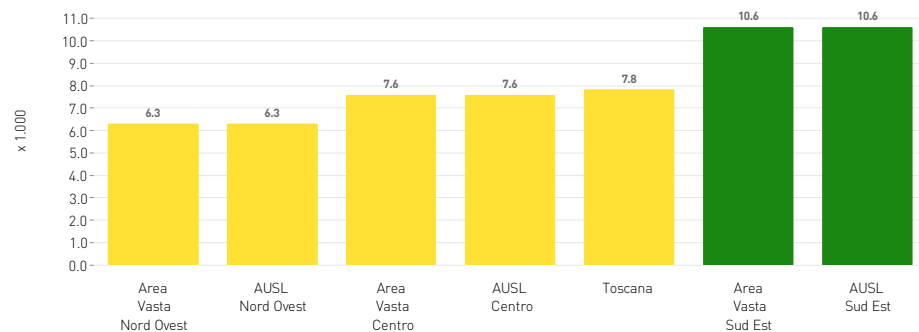


## B28.2.2 Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti

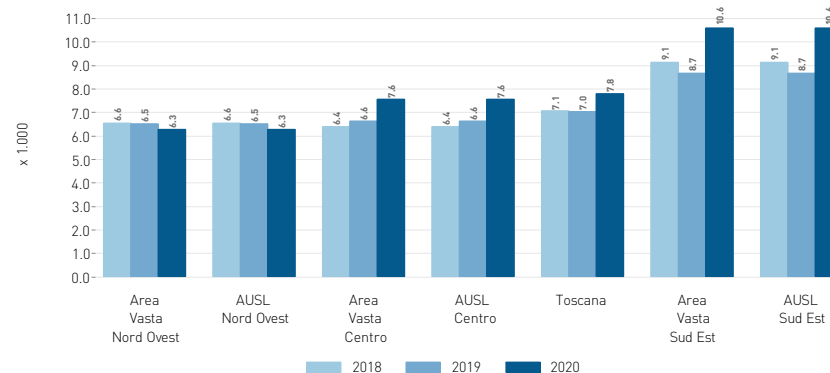
L'indicatore misura il numero di assistiti ogni 1.000 residenti che nel mese hanno almeno 8 accessi domiciliari, quale proxy del numero di assistiti con un certo livello di intensità assistenziale del percorso.



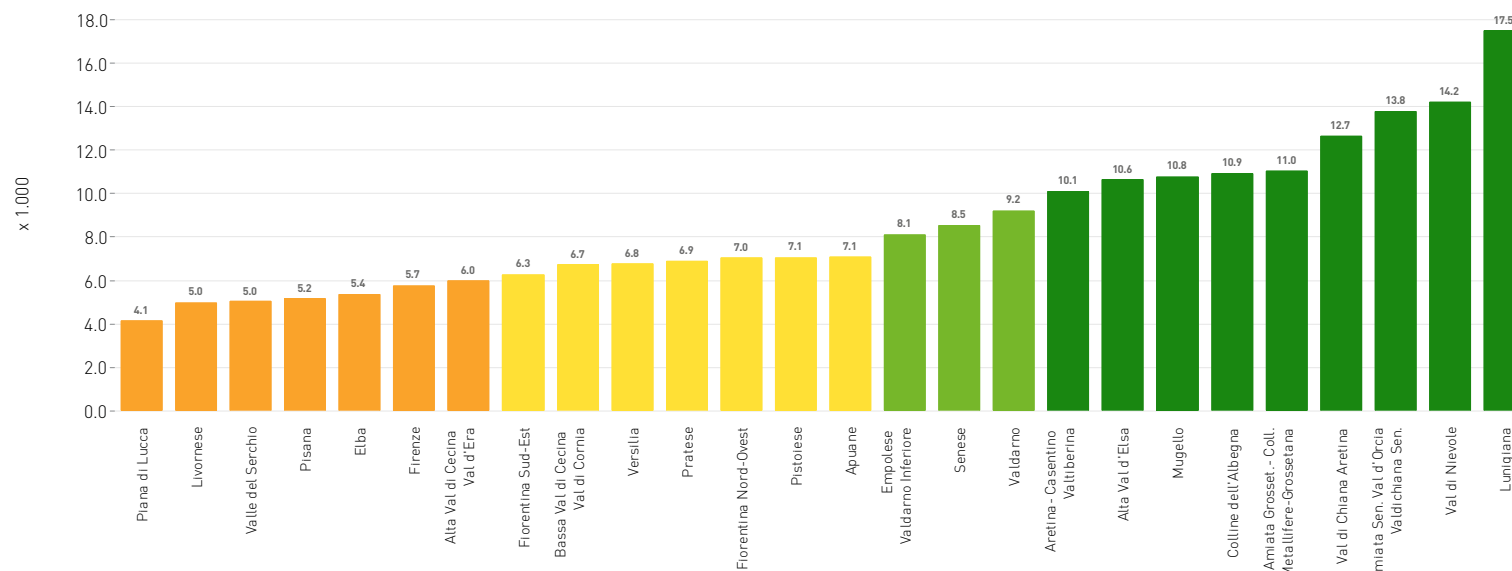
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



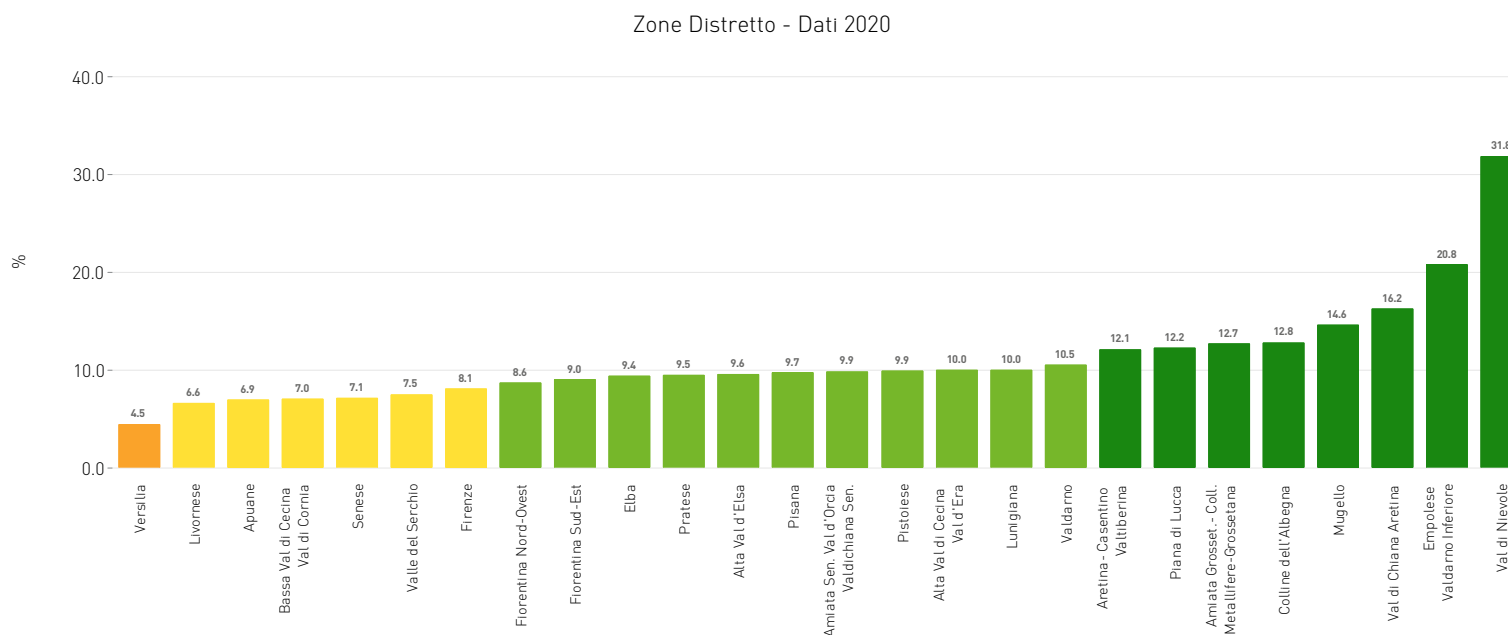
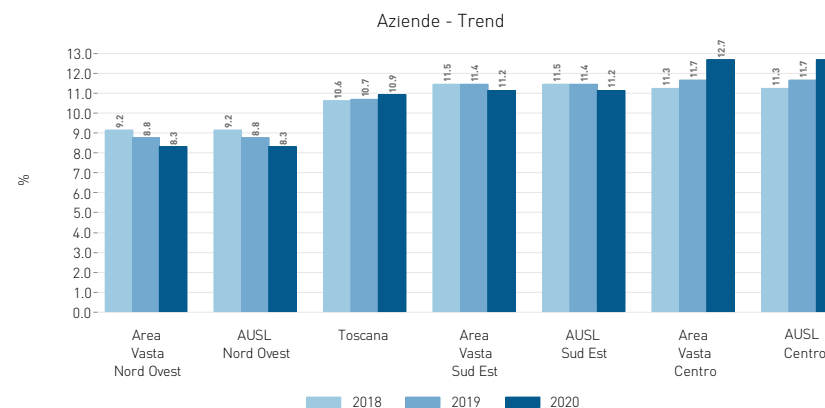
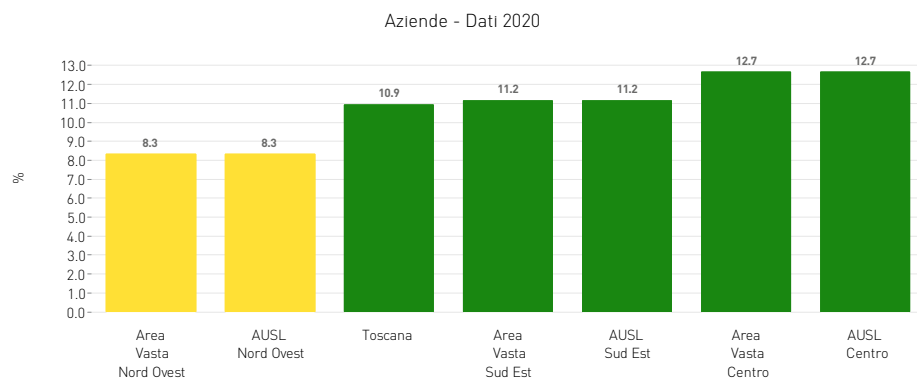
Zone Distretto - Dati 2020





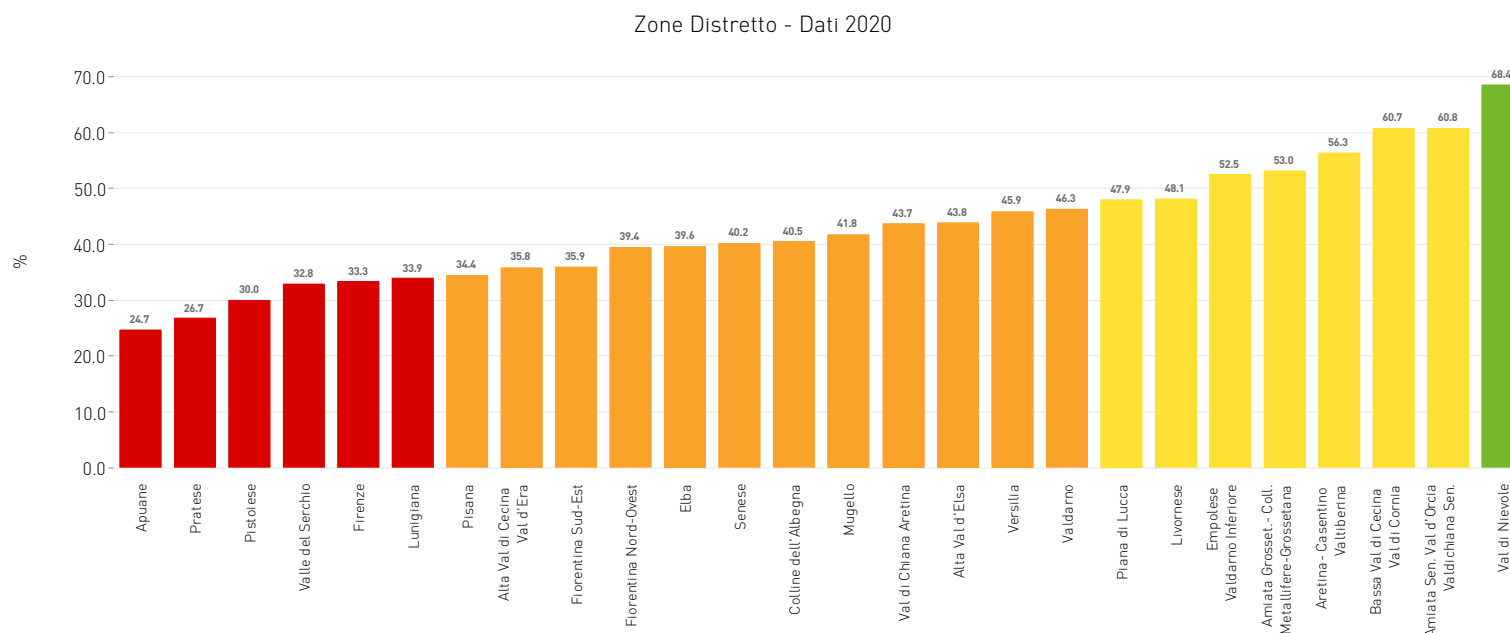
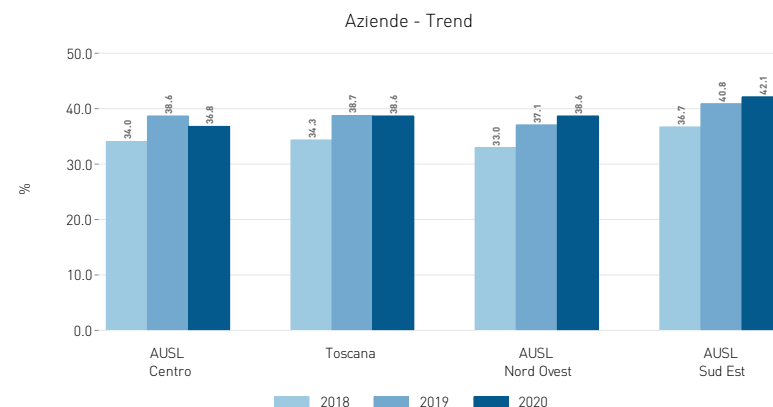
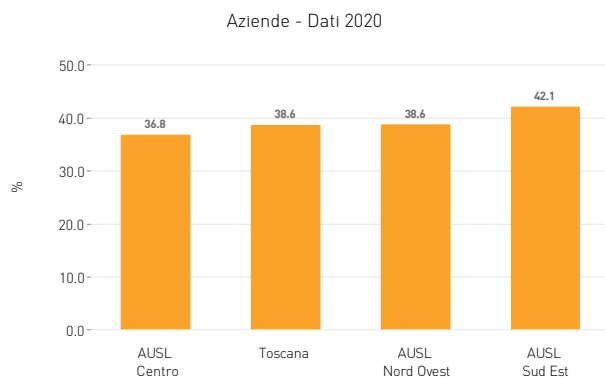
### B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

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

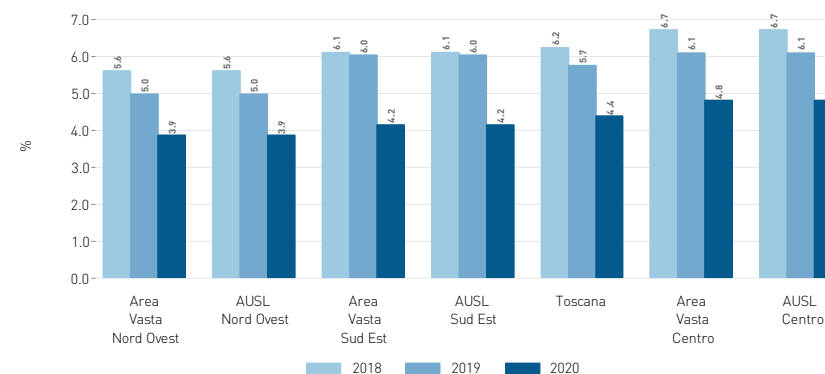
L'indicatore misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno due ricoveri ospedalieri di tipo medico. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza domiciliare, in quanto una buona presa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



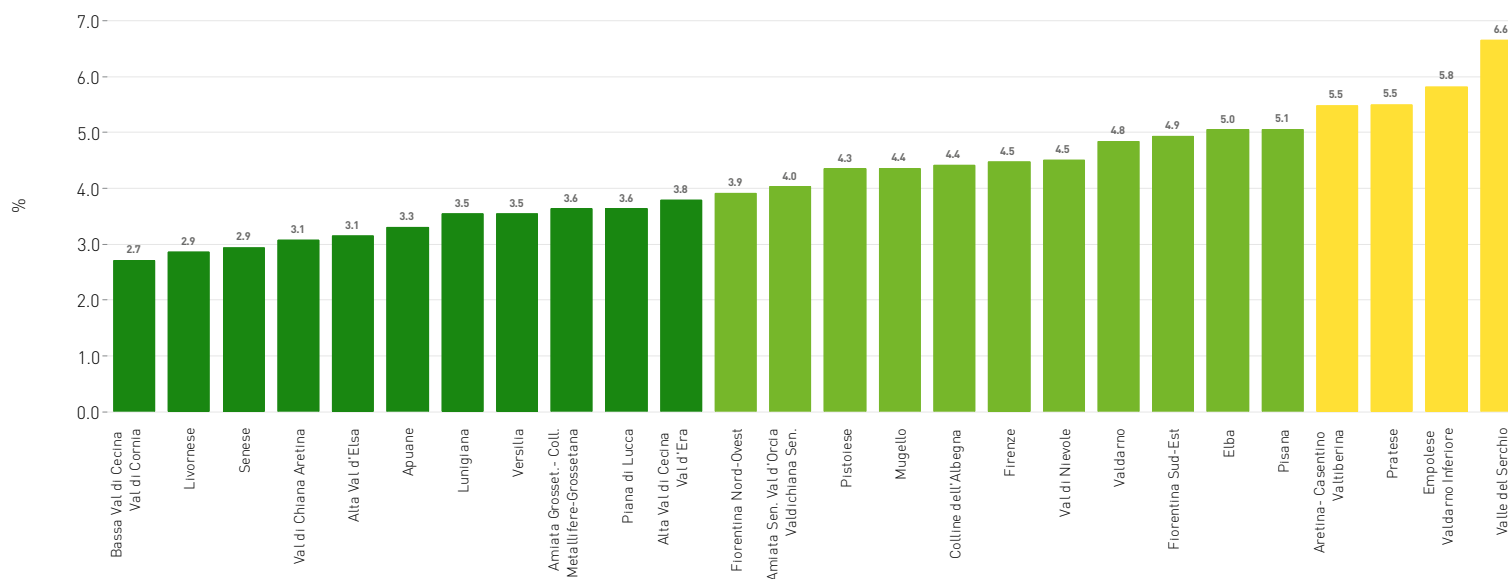
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

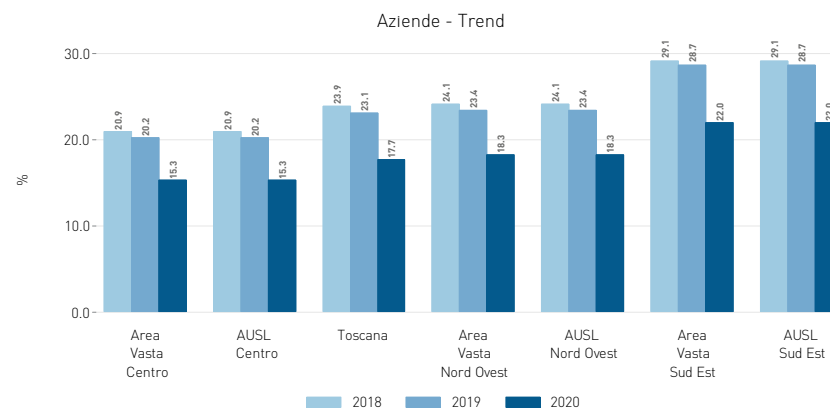
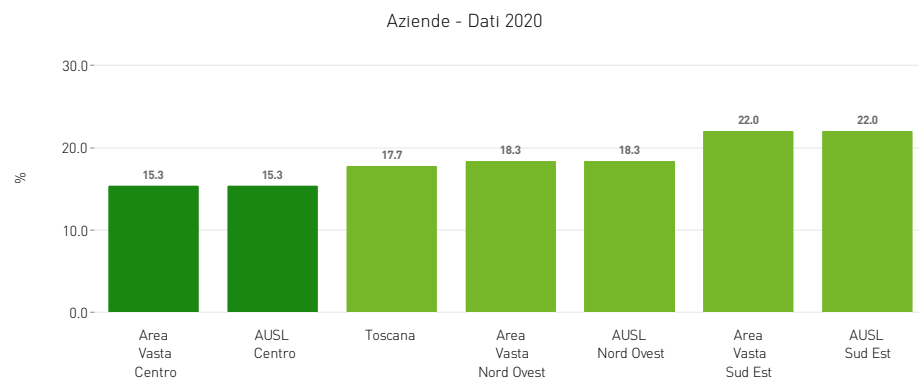


Zone Distretto - Dati 2020

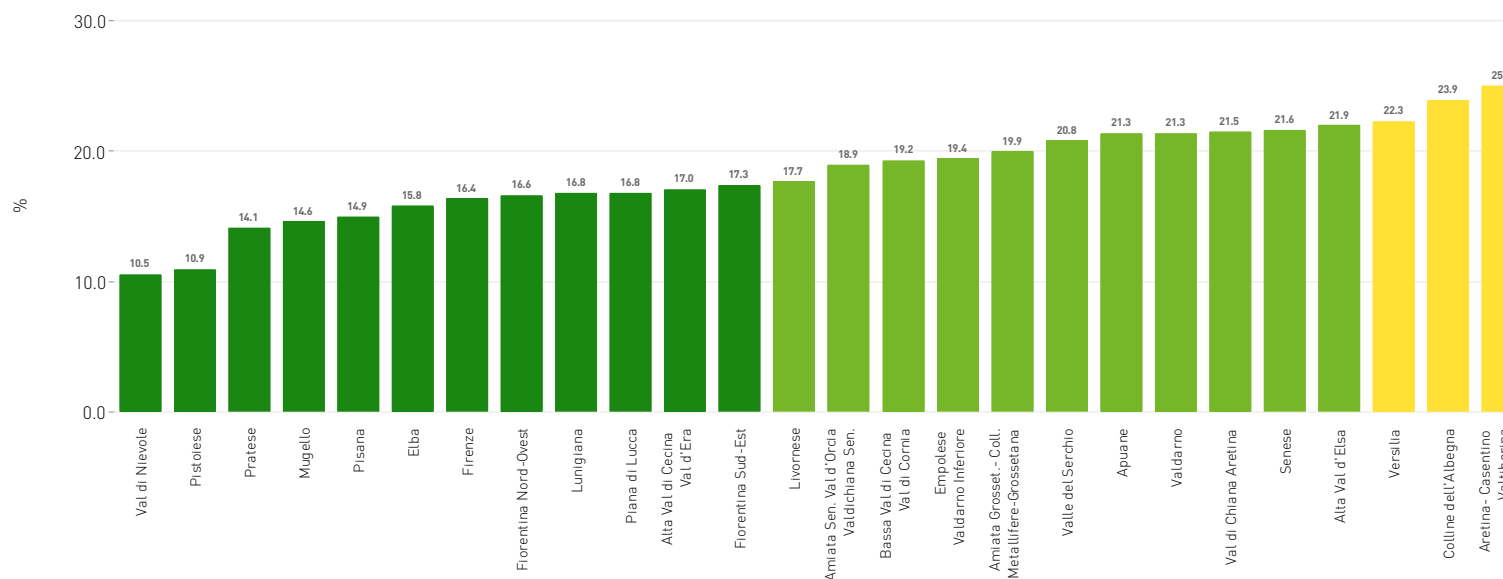


## B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

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.

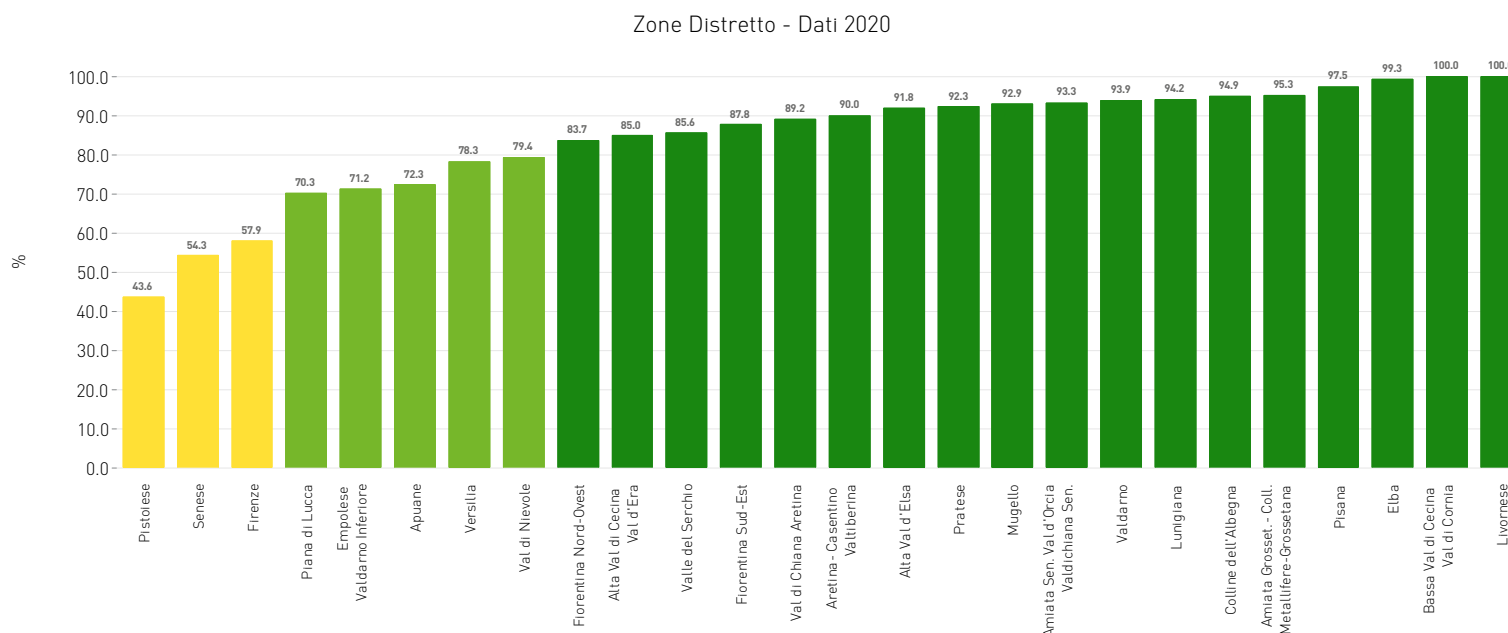
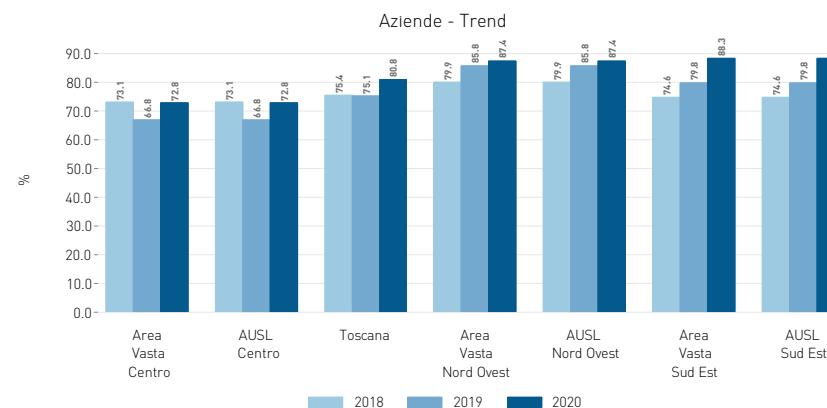
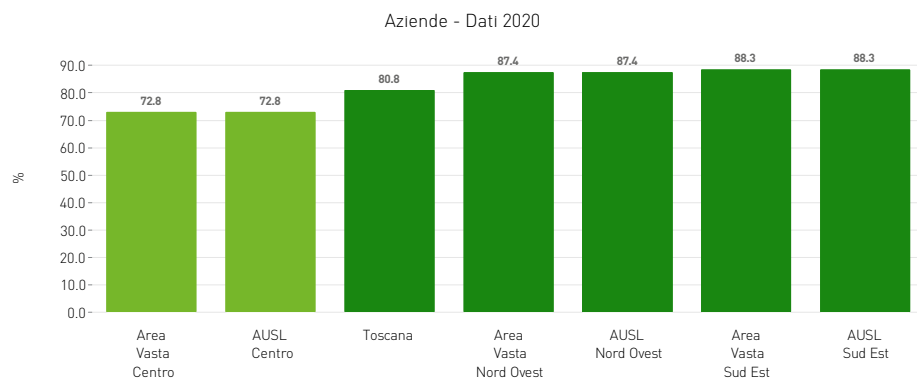


Zone Distretto - Dati 2020



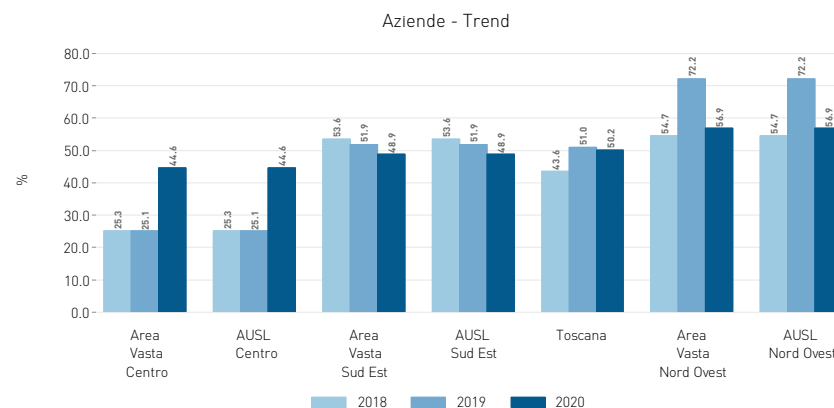
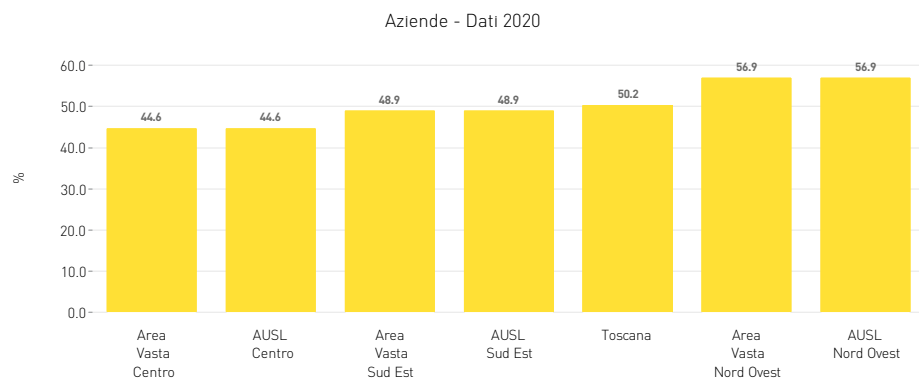
### B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione

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.

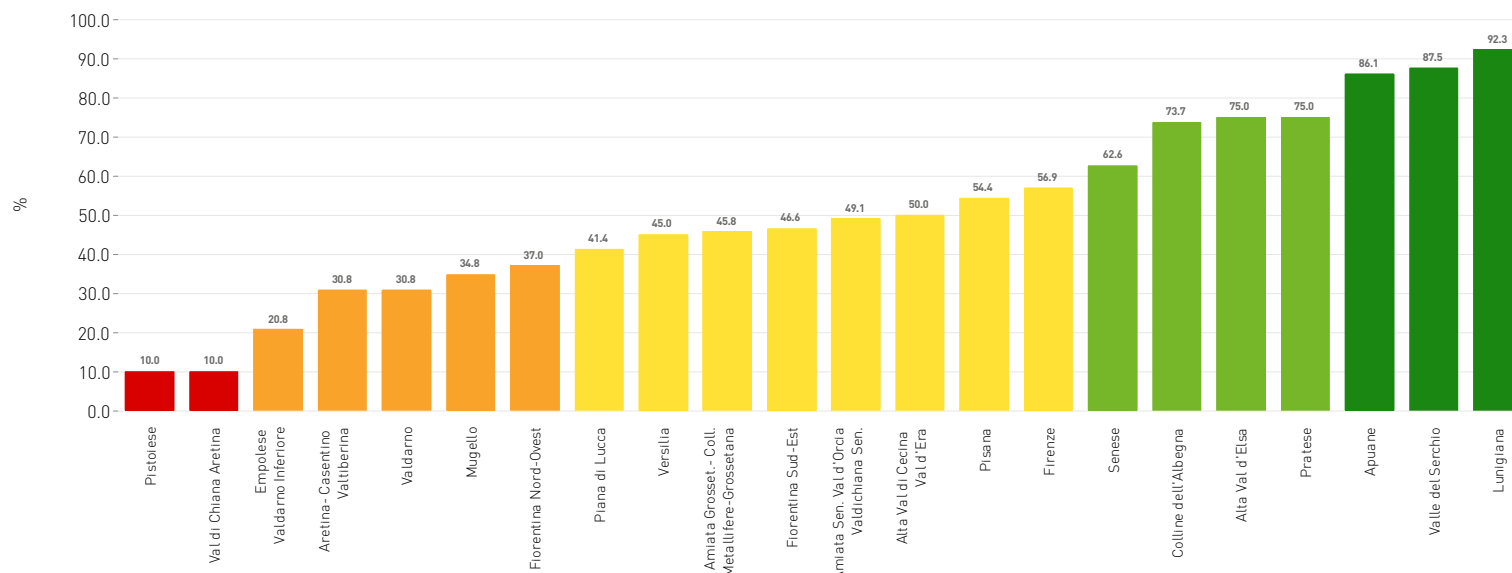


### B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico

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).

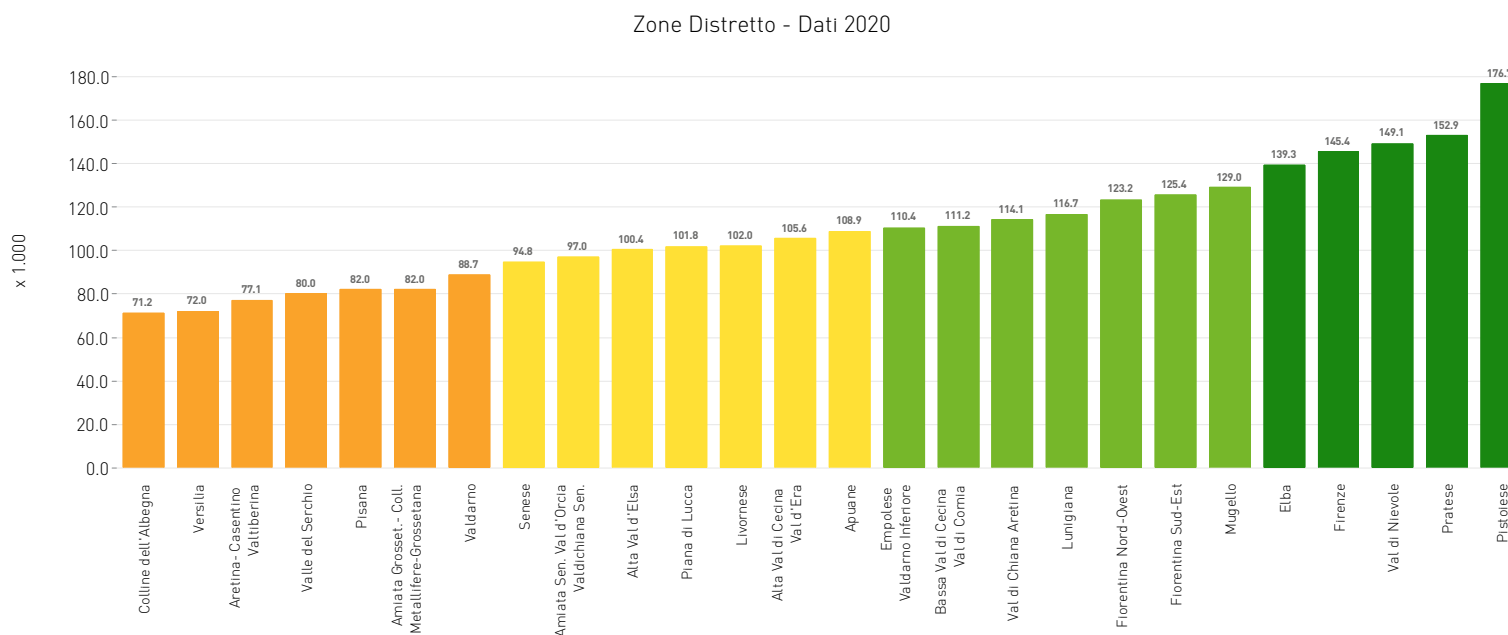
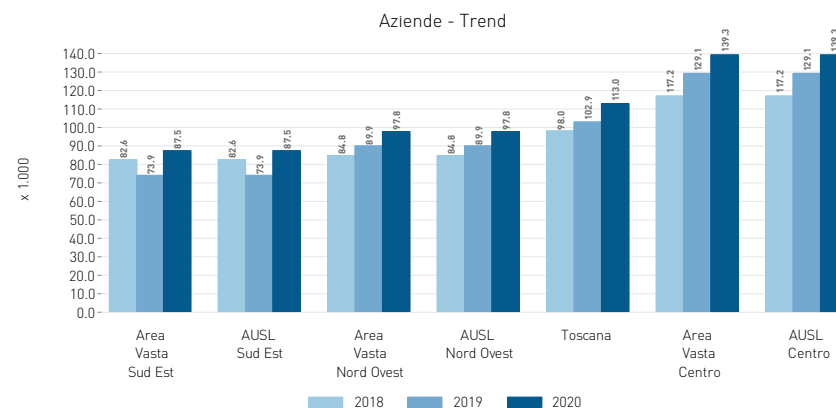
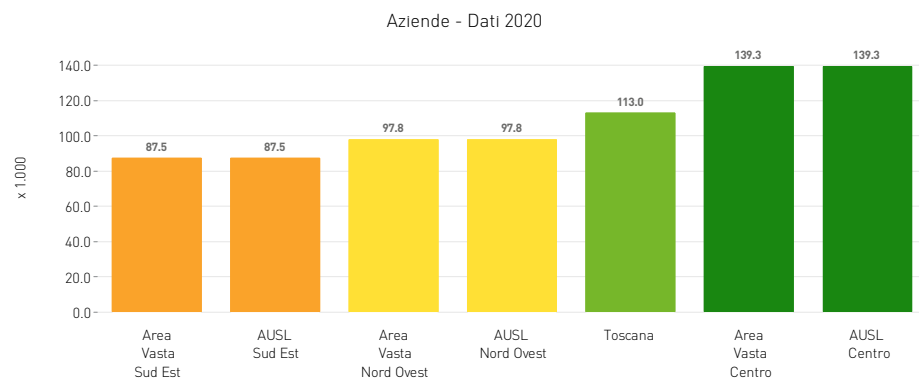


Zone Distretto - Dati 2020



## 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.

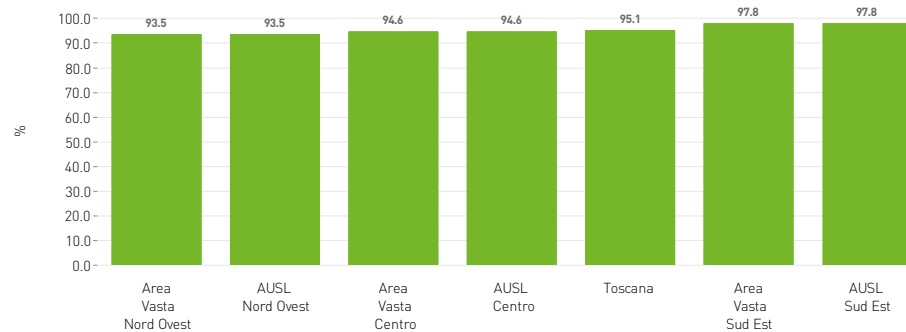


### B28.3.19 Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA

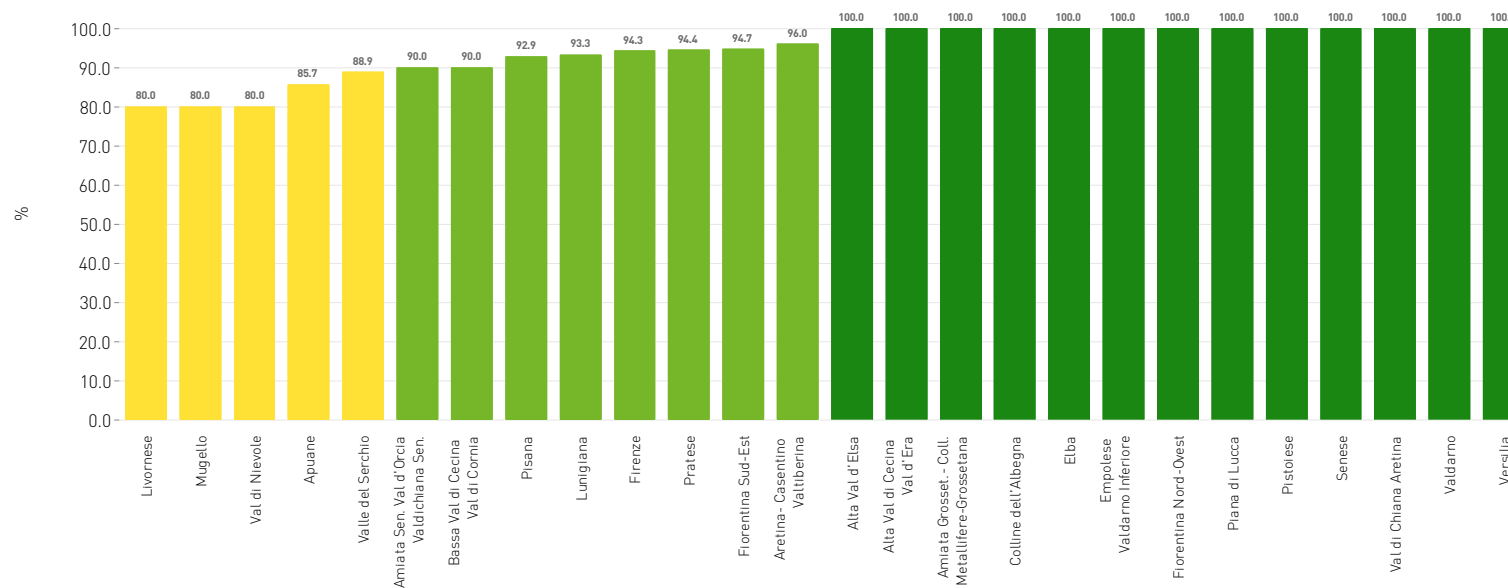
La Mappatura delle RSA è uno strumento previsto dalla delibera regionale n. 496 del 25 giugno 2013 con cui si raccolgono annualmente informazioni organizzative e gestionali di tutte le strutture presenti nei territori per una migliore programmazione e valutazione del setting residenziale.



Aziende - Dati 2020



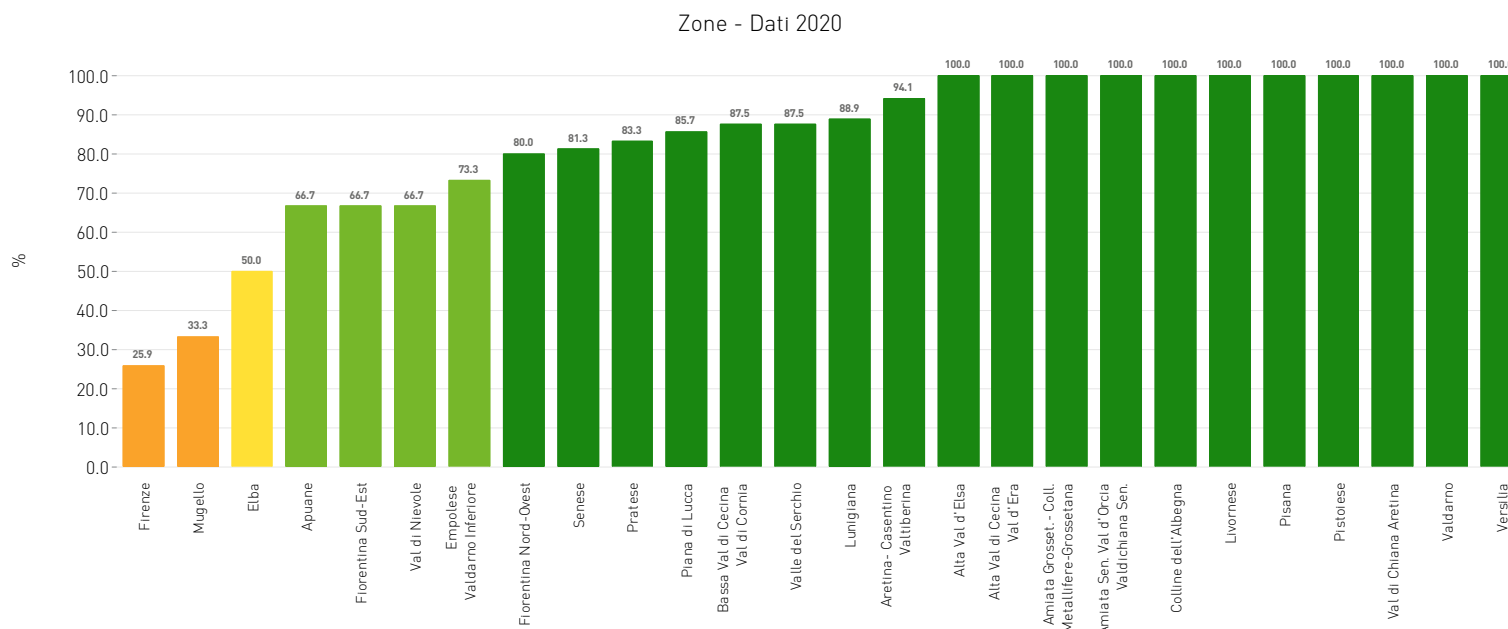
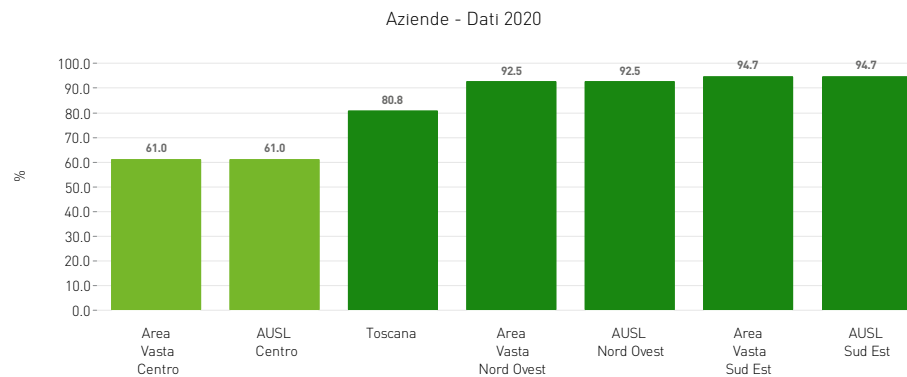
Zone - Dati 2020





### B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone

Il Piano Assistenziale Personalizzato viene redatto dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare al fine di programmare il percorso assistenziale più idoneo al bisogno. L'invio del PAP dell'assistito per cui è prevista una ammissione in struttura alle RSA rappresenta una modalità di integrazione e continuità assistenziale del percorso.



## C2 Efficienza attività di ricovero

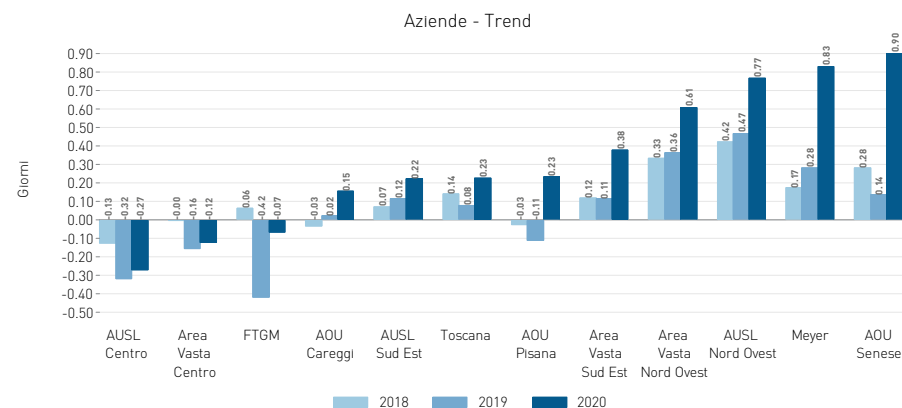
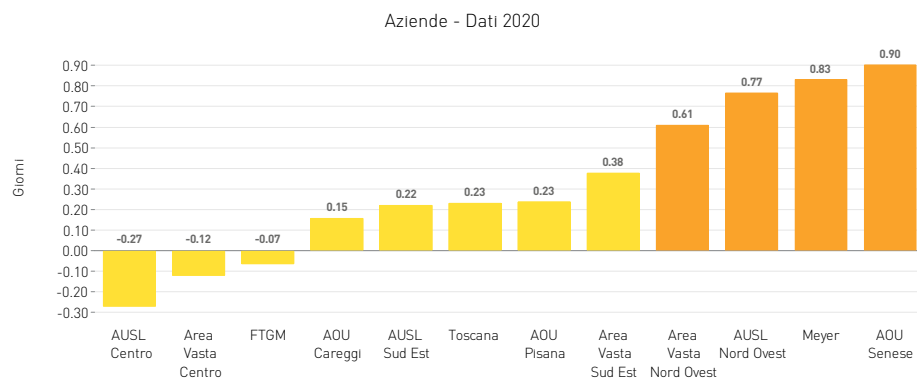
Questo indicatore misura l'efficienza dell'attività di ricovero attraverso una serie di sotto-indicatori relativi alla durata della degenza. Le misure prese in considerazione sono: l'indice di Performance di Degenza Media (presentato per ricoveri Medici, Chirurgici, programmati) ed il Tasso di occupazione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



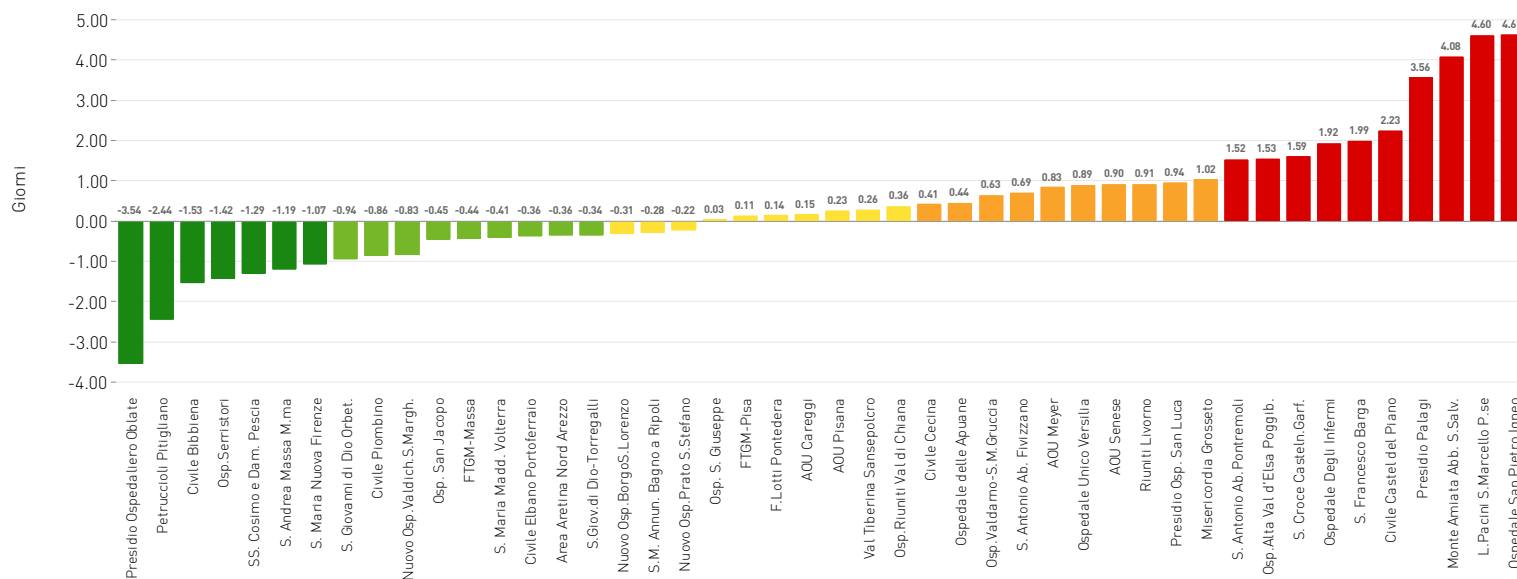
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C2 Efficienza attività di ricovero</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	0.23	0.77	-0.27	0.22	0.23	0.90	0.15	0.83	-0.07
C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	-0.47	-0.52	-0.52	-1.10	-0.34	0.84	-0.41	0.17	-0.07
C2A.1 Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0.30	-0.20	-0.41	-0.71	0.04	0.03	-0.40	-0.27	0.18
C2A.2 Tasso di occupazione dei posti letto per acuti									
C2A.3 <i>Degenza media ricoveri ordinari</i>	7.36	7.86	7.17	6.77	6.84	8.01	7.26	6.40	7.55

## 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.

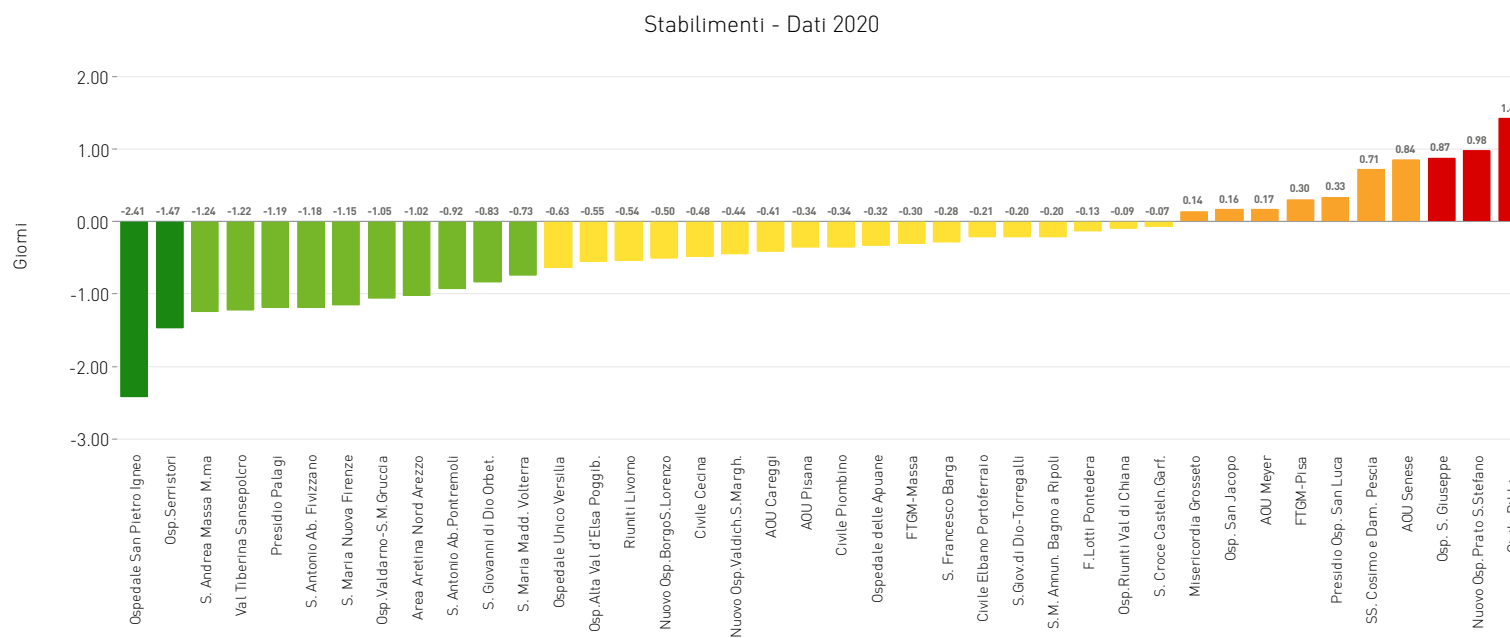
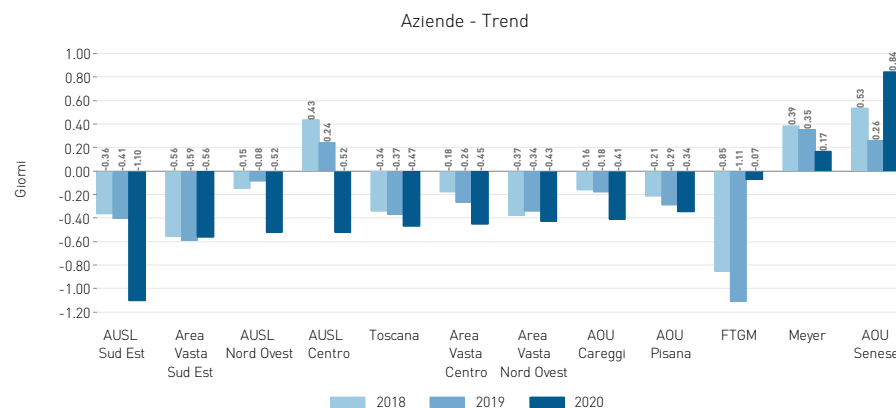


Stabilimenti - Dati 2020



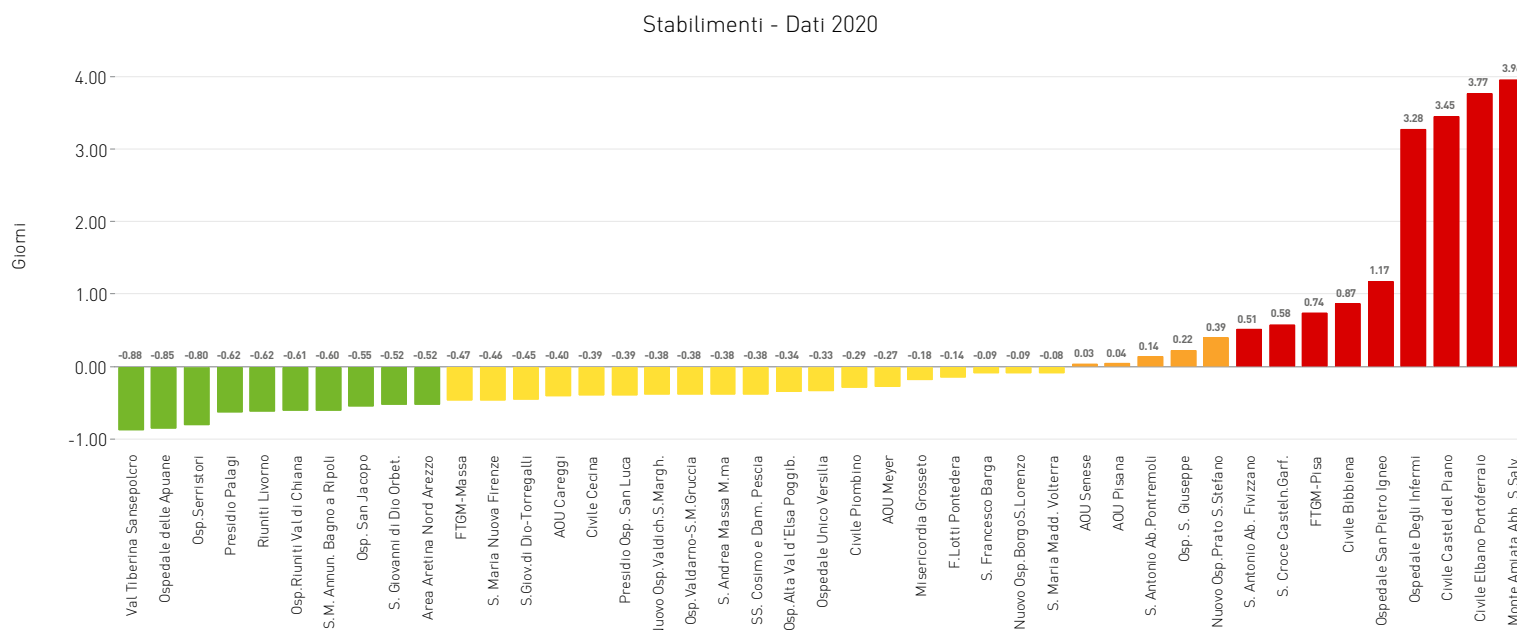
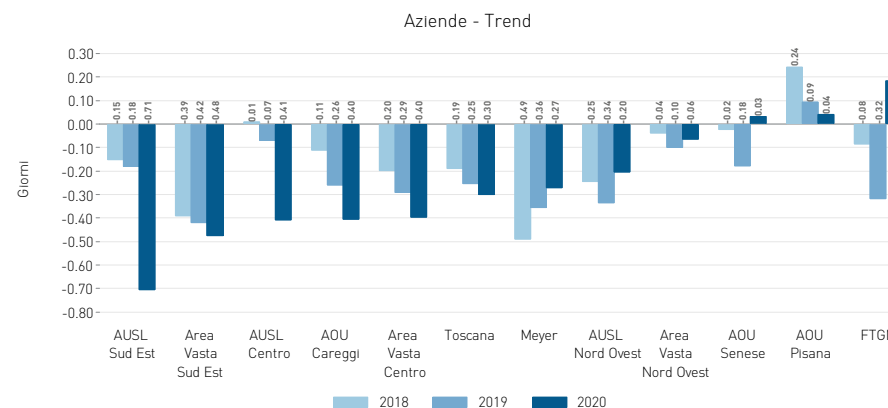
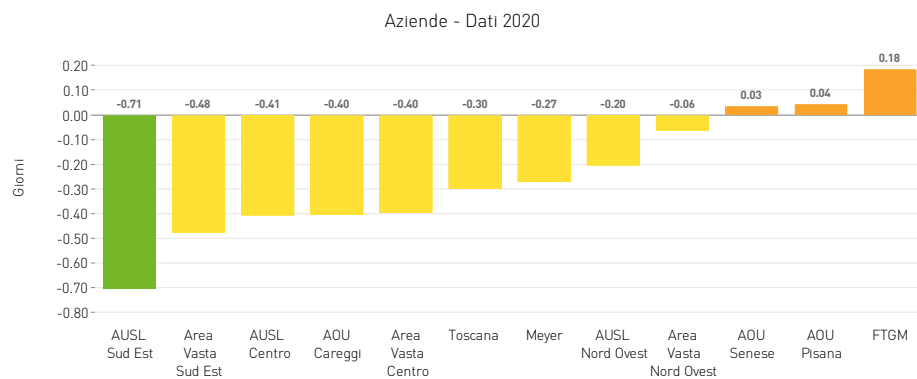
## C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

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.



## 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.



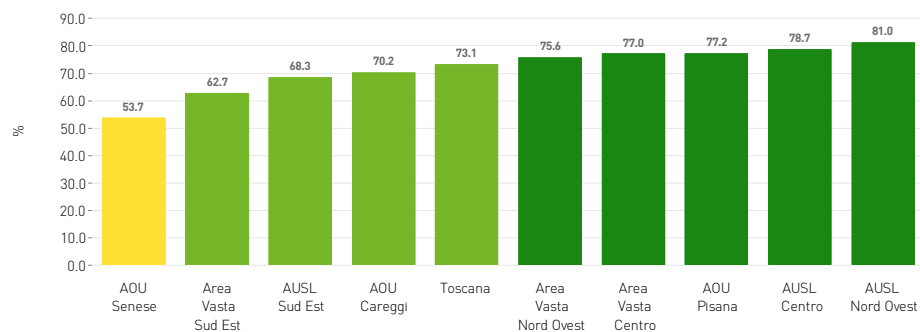
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C5 Qualità clinica/Qualità di processo</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	73.12	81.01	78.71	68.32	77.17	53.66	70.25		
<i>C5.13 Chirurgia ginecologica mini-invasiva</i>									
<i>C5.13.1 Percentuale di isterectomie erogate laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica) per patologie ginecologiche benigne</i>	46.02	32.68	28.81	47.03	77.17	59.09	28.39		
<i>C5.13.2 Percentuale di interventi per prolasso degli organi pelvici erogati laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica)</i>	19.38	6.19	3.46	35.63	46.88	45.95	20.00		
<i>C5.30 % fratture operate entro 48 ore</i>	67.51	75.88	56.18	72.22	82.94	52.27	61.01	96.30	
<i>C5.1 % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni</i>	4.84	4.57	5.35	4.17	4.93	4.53	5.28	5.10	3.89
C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	75.27	86.00	64.67	73.35	84.88	67.45	81.15		
C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali	88.51	80.15	92.93	84.77	84.38	83.33	96.65		
C5.7 Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale	63.63				66.10	63.89	61.44		65.50
<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>	52.27	66.67	41.18	75.00	16.67	66.67	66.67		100.00
<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>	0.85	0.86	0.81	0.83					
<i>C5.4.2 Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 96 ore ricoverati per IMA NSTEMI</i>	0.69	0.69	0.72	0.65					
<i>C5.8 Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie</i>	94.82	93.83	95.52	90.91	98.51		98.40		
C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	63.70	71.68	64.33	55.92	65.04	51.46	65.13		
C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	93.25	94.71	94.02	92.45	95.55	92.14	86.27		
C5.17 Percentuale di pazienti con più di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati	11.13	11.00	10.19	12.89					
<i>C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti</i>	2.13	2.03	2.77	1.75	1.41	2.92	2.62	0.64	
<i>C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati</i>	8.86	8.30	9.23	8.17	9.85	13.33	10.08		
C5.19 % pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna	4.95	2.20	5.06	3.70	2.19	7.52	8.57		
<i>C5.20 Trombolisi endovenosa per ictus ischemico</i>	5.67	5.78	5.54	3.67	15.83	1.55	5.41		
C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	56.77	63.95	50.57	60.22	51.08	58.50	53.62	91.43	

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

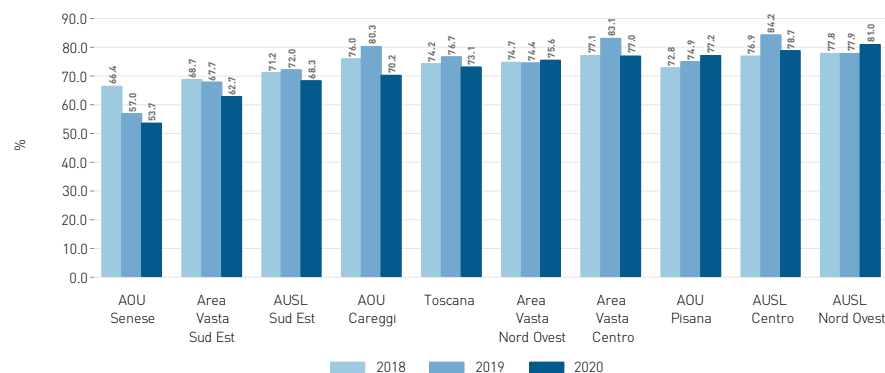
In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica torna a casa in giornata o, al massimo, il giorno seguente. L'obiettivo regionale per questo indicatore è, comunque, fissato all'80% poiché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga 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).



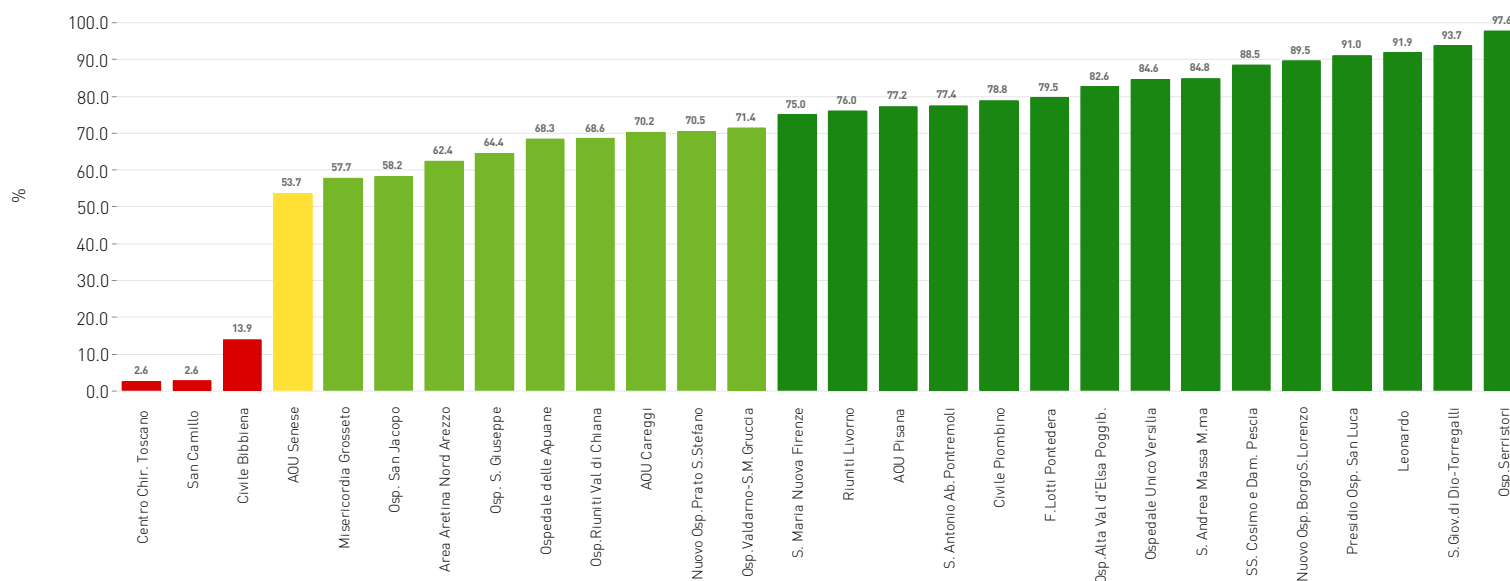
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

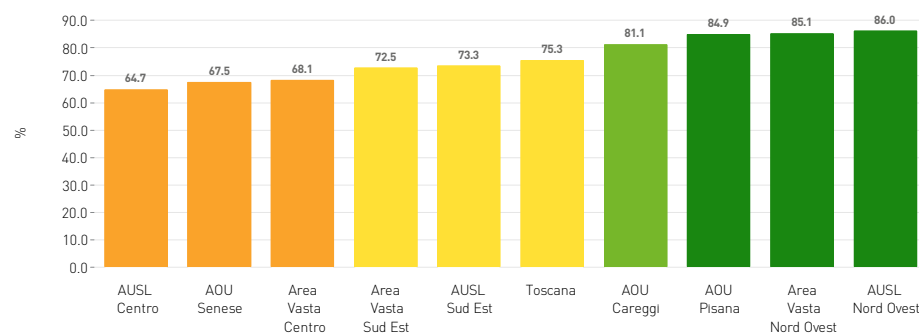


## C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)

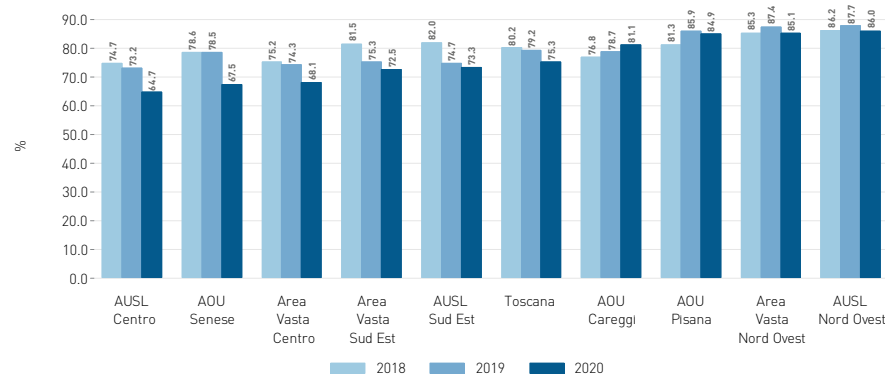
La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili raccomanda che l'intervento chirurgico venga effettuato entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore, a seconda del case mix. Queste Linee Guida mostrano che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità 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%.



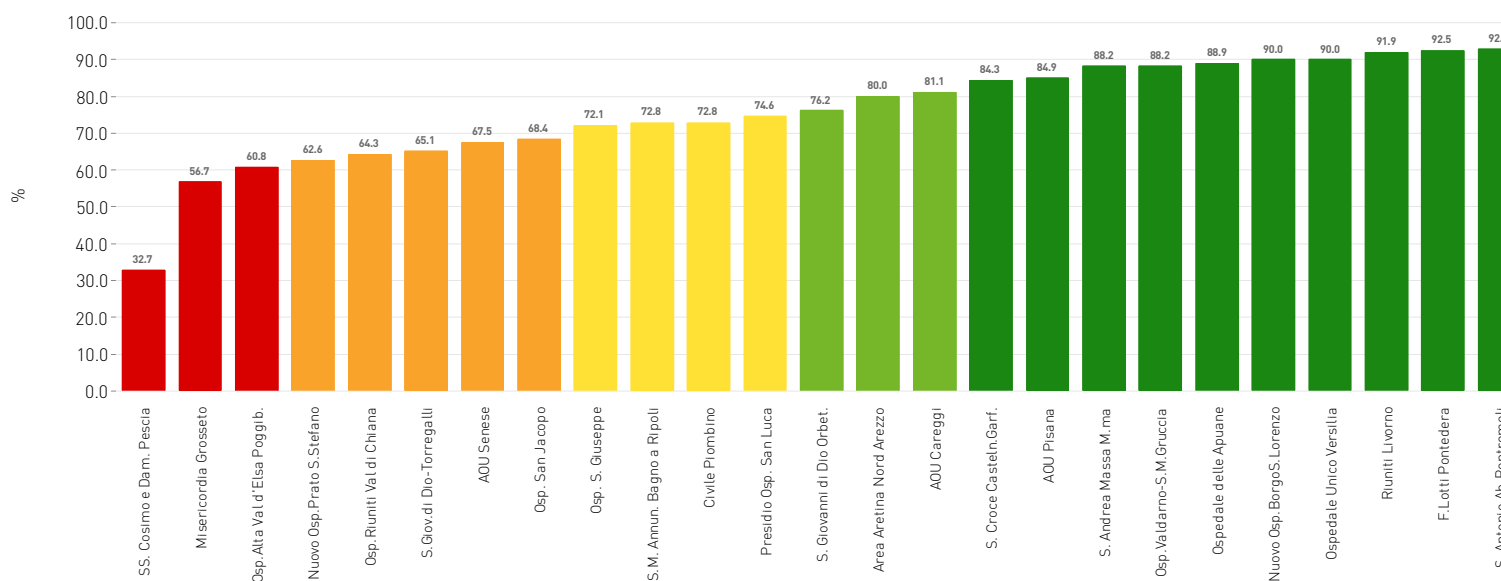
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



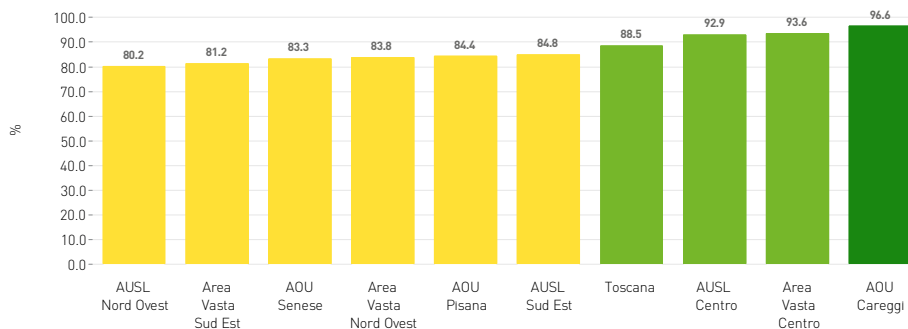


### C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

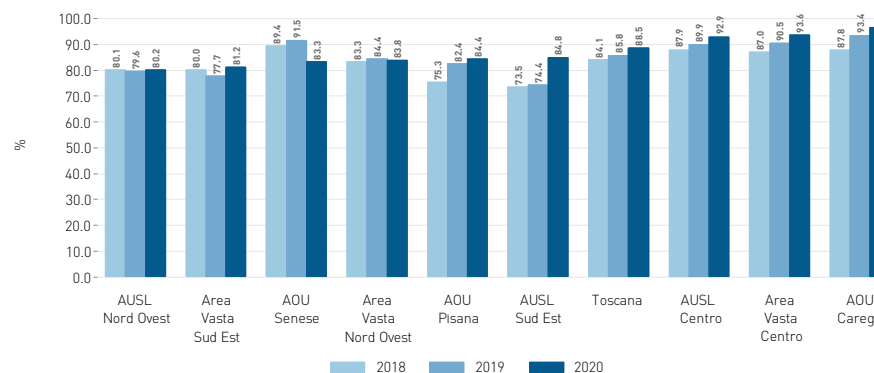
L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce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



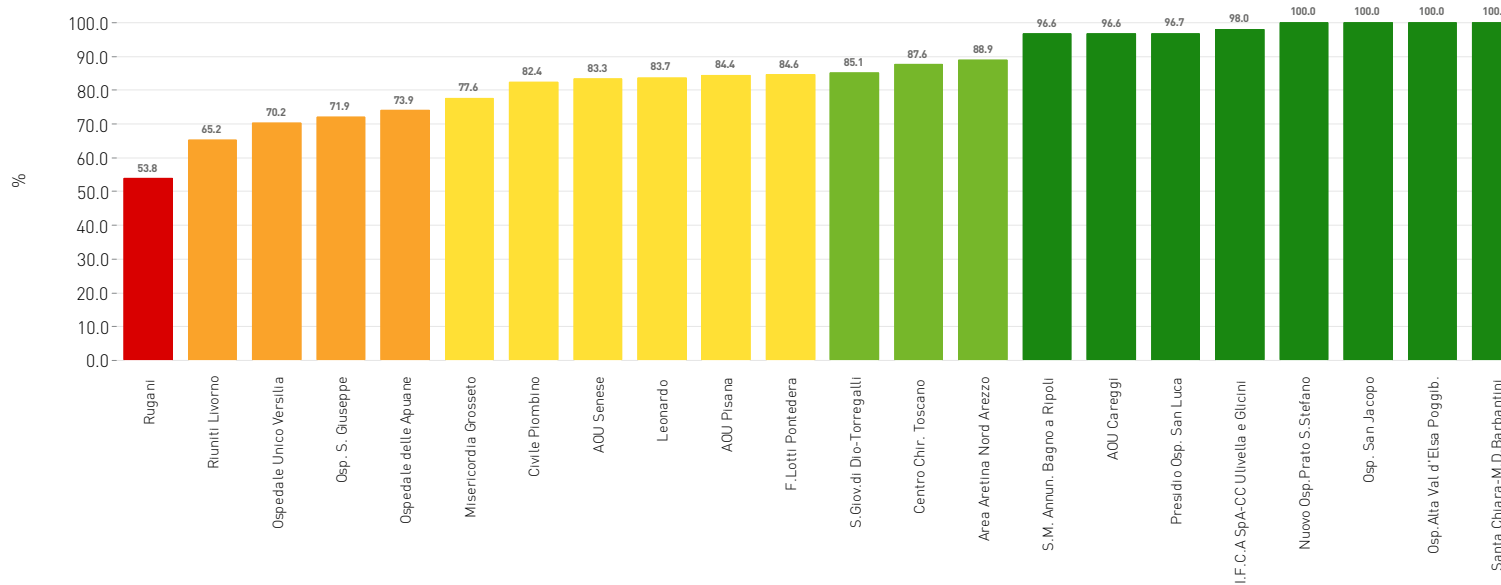
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



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

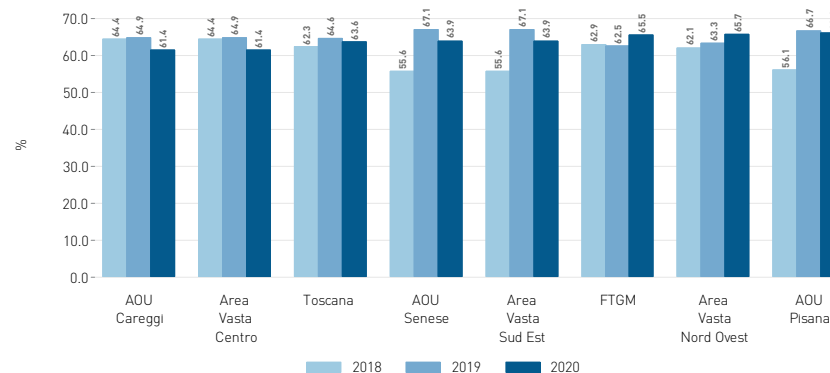
La possibilità di riparare la valvola mitrale garantisce l'integrità dell'apparato sotto-vascolare, con effetti positivi sulla qualità della vita del paziente. Solo alcuni ospedali effettuano questa tipologia di intervento, ed in particolare le Aziende Ospedaliero-Universitarie.



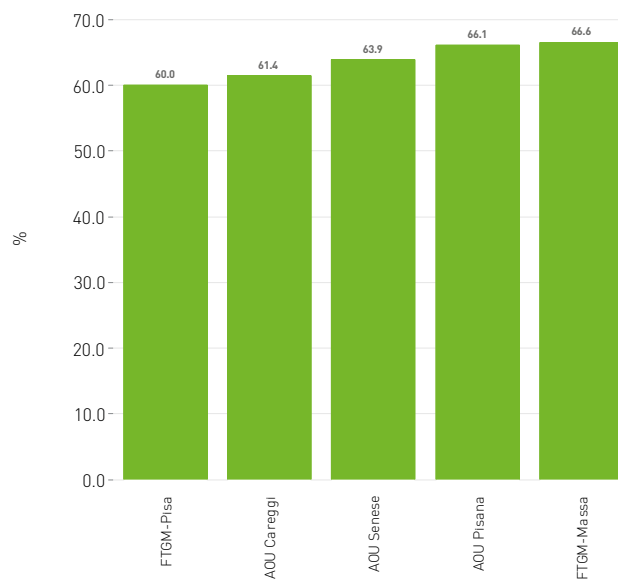
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

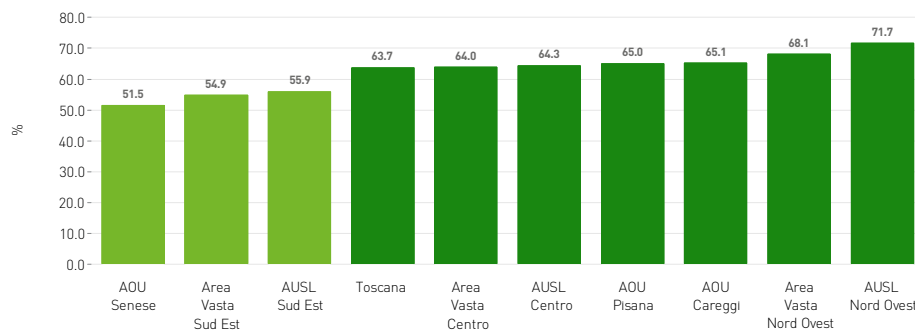


### C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia

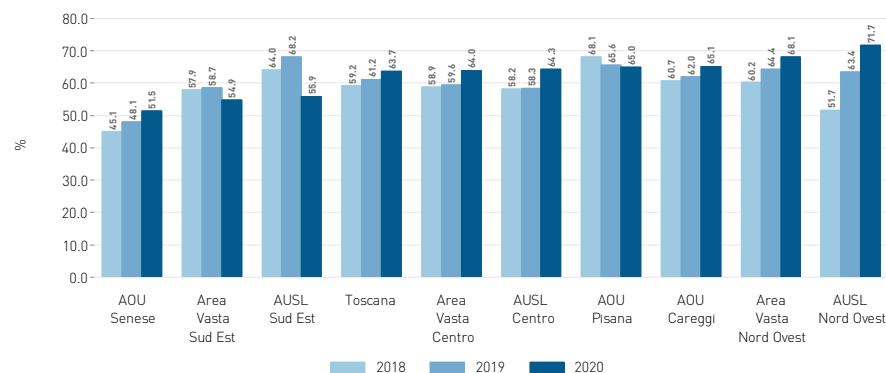
L'indicatore mette in luce l'utilizzo di una tecnica innovativa come la laparoscopia. Il trattamento mininvasivo consente di ottenere vantaggi per il paziente quali minore dolore, migliore ripresa della funzione intestinale ed infine minori tempi di degenza post-operatoria.



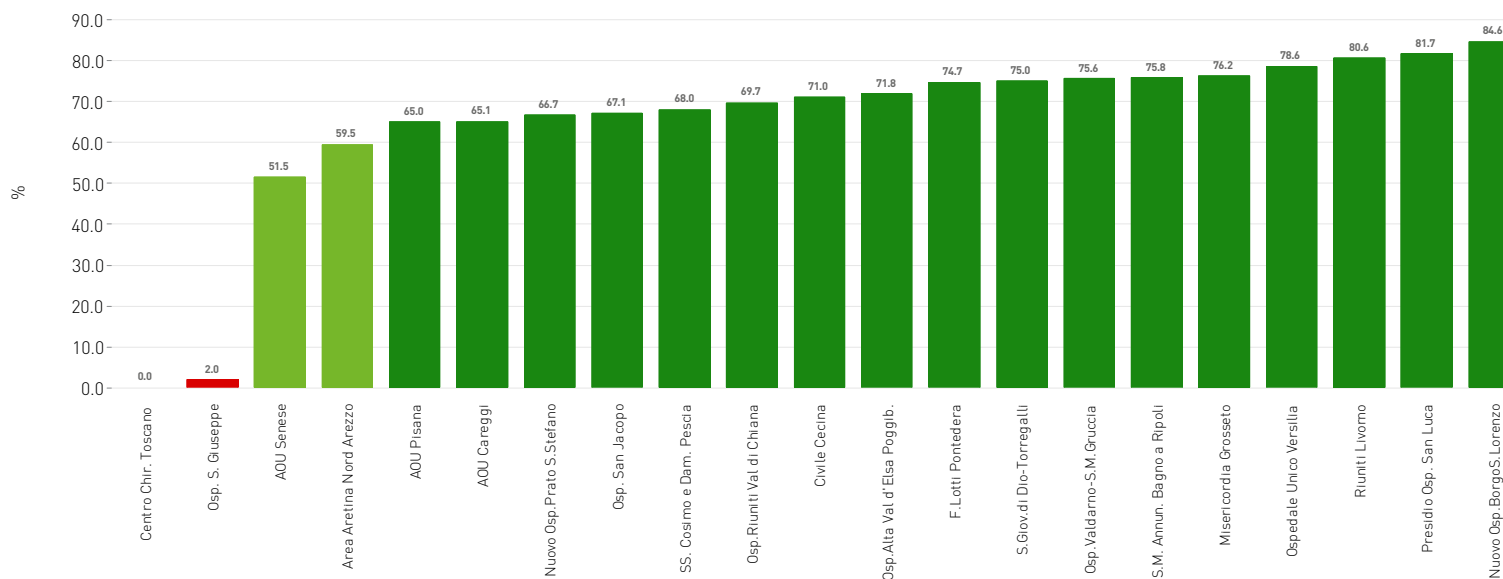
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

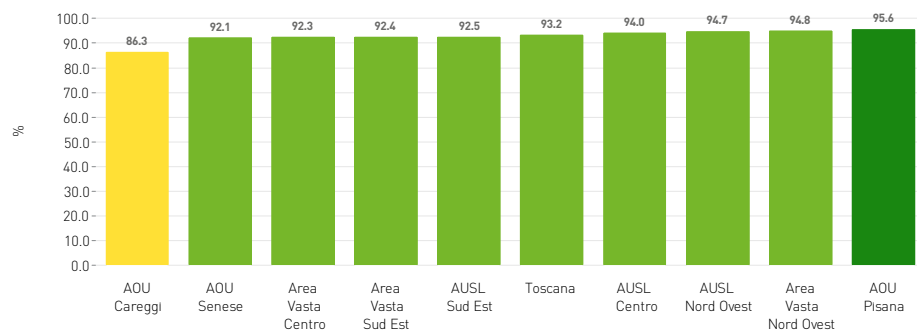


## C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate

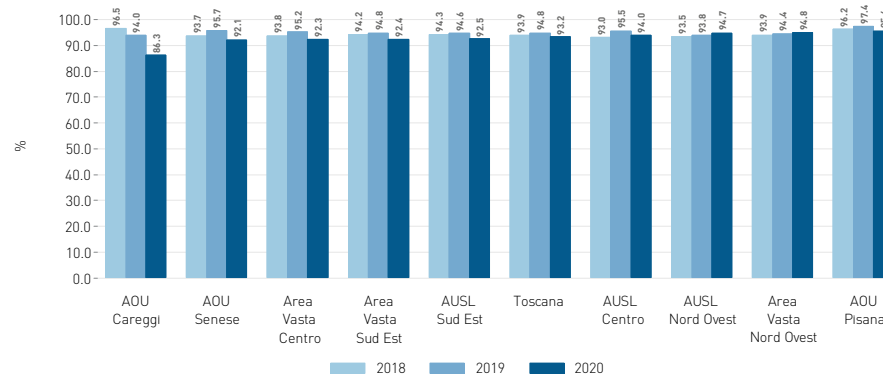
La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità a un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento 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.



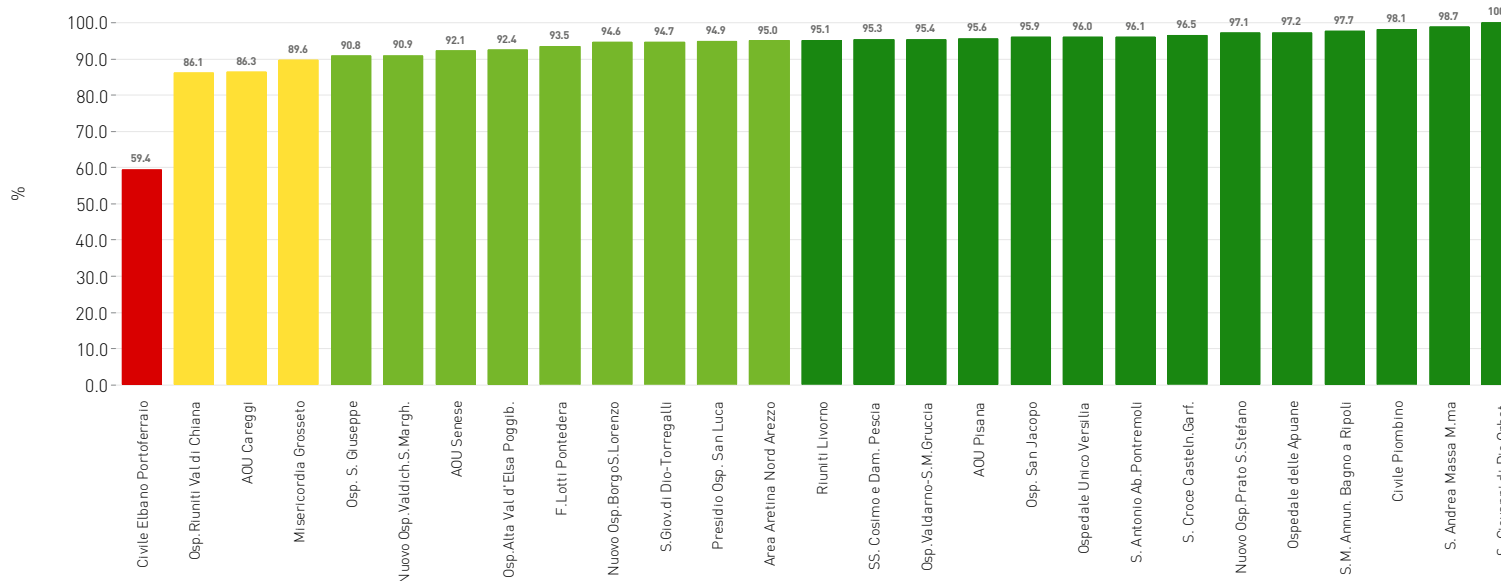
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

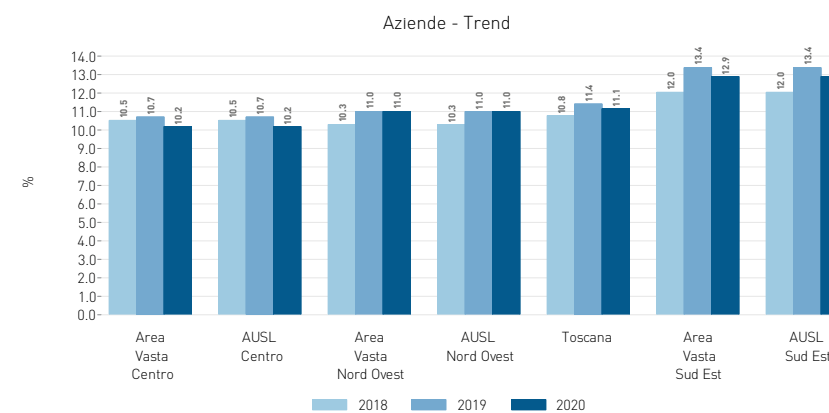
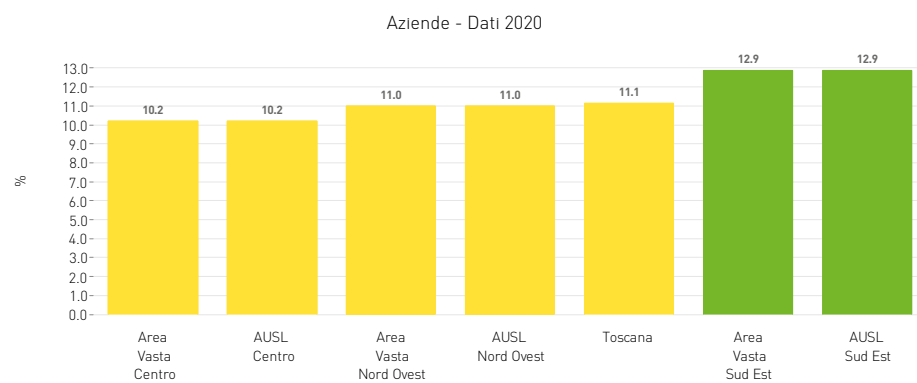


Stabilimenti - Dati 2020



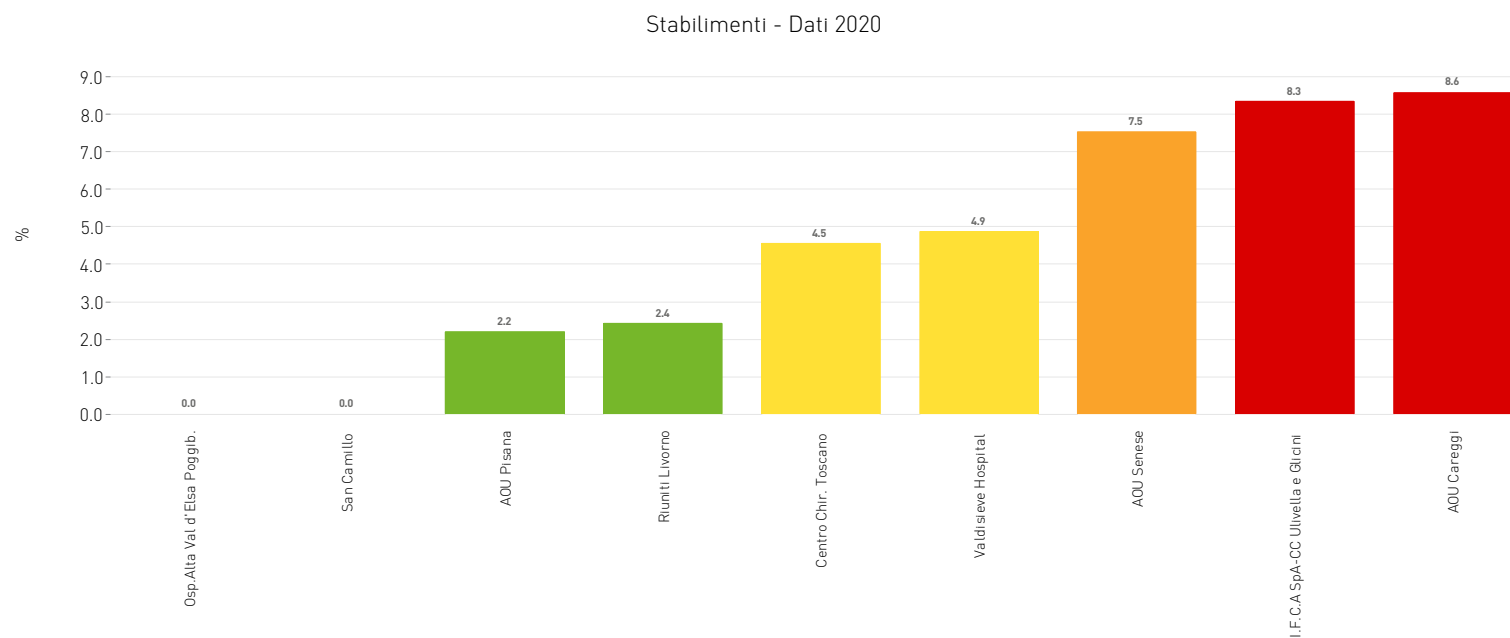
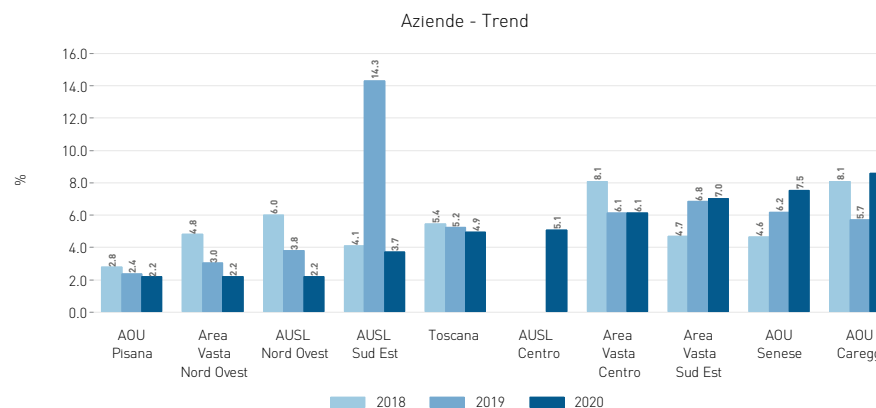
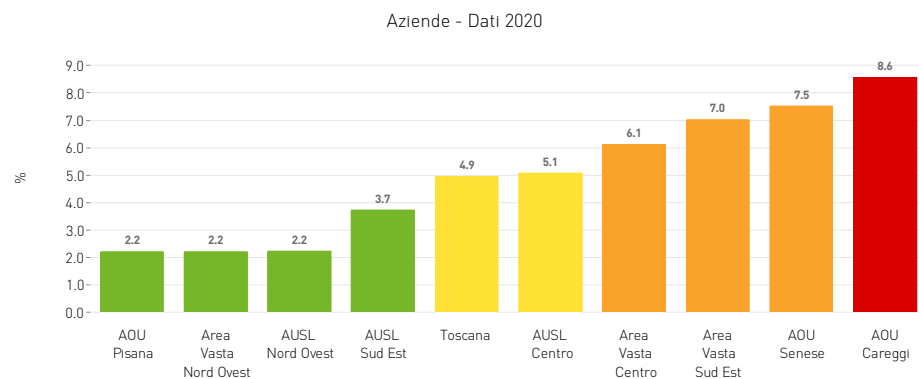
## C5.17 Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati

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.



## 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.

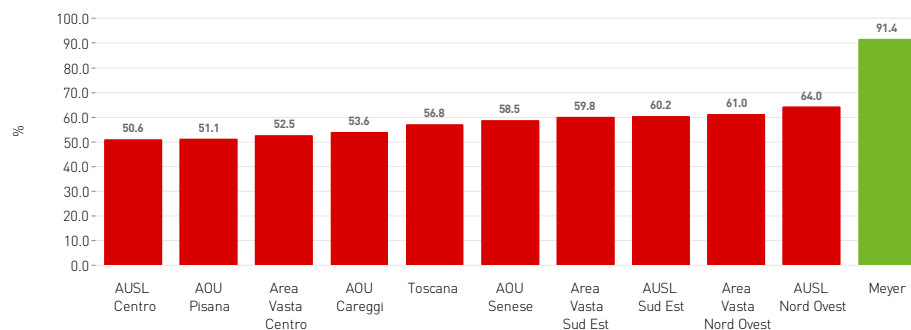


## C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore

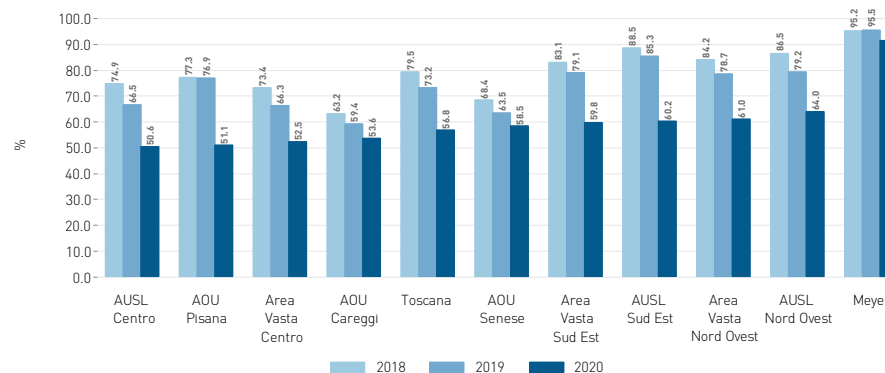
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento dell'assegnazione del codice triage alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione 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.



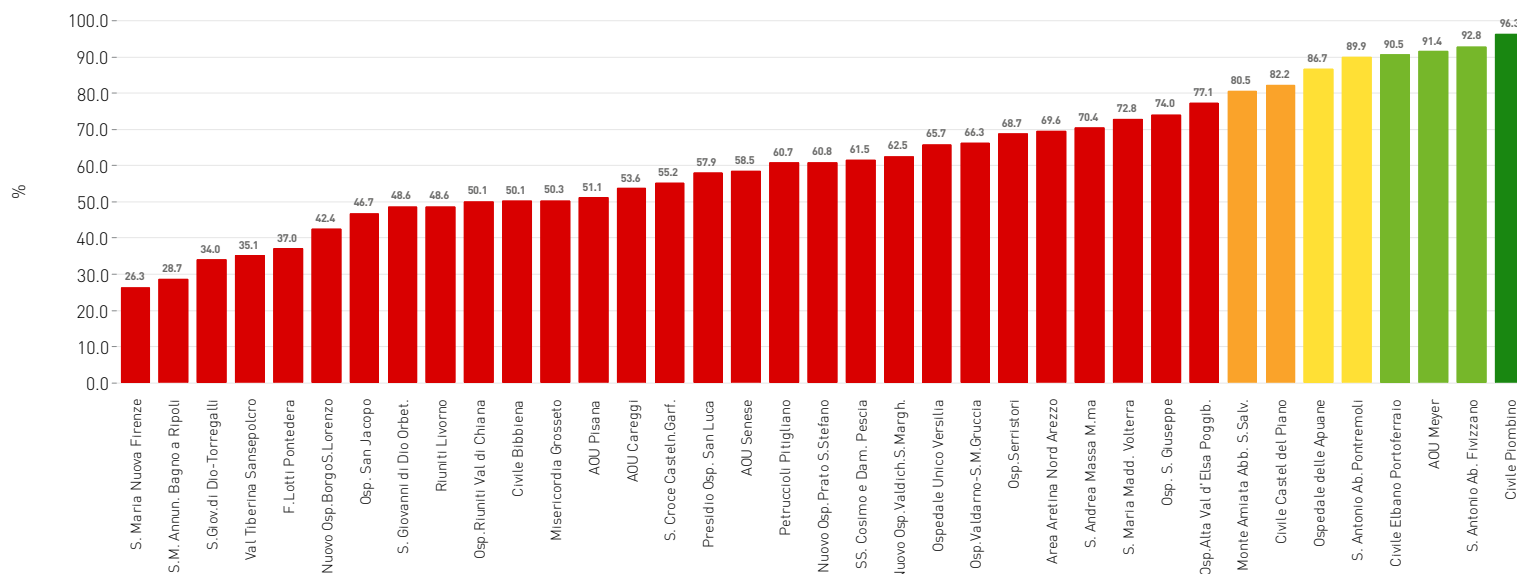
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



## 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 e inerenti l'allattamento al seno. Fra gli indicatori presenti, cinque 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)	19.45	20.07	17.41	19.66	14.39	25.94	22.92
<i>C7.1.2 % parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)</i>	8.32	9.04	8.30	8.57	5.26	4.88	8.90
<i>C7.1.3 % parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)</i>	21.80	24.72	20.57	22.00	9.72	23.02	26.68
<i>C7.1.4 % parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati</i>	4.56	3.47	3.36	5.00	6.25	7.67	6.61
<i>C7.1.1 % di parti cesarei grezzi</i>	26.67	25.01	23.90	26.47	31.15	36.11	31.98
<i>H17C Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti</i>	19.34	18.02	19.42	22.05		26.74	
<i>H18C Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti</i>	19.57	19.67	17.13	20.40	21.13		23.80
C7.0.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	96.72	90.76	95.58	100.00	100.00	100.00	100.00
<i>C7.26 % di parti fortemente pre-termini avvenuti in punti nascita senza TIN</i>	12.21						
<i>C7.2 % di parti indotti</i>	27.15	23.52	30.14	24.00	31.70	27.27	28.71
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	12.56	10.52	16.50	9.45	15.67	15.19	10.35
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	8.17	6.72	9.33	8.57	8.78	3.74	8.24
<i>C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum</i>							
<i>C7.21 % di neonati che rientrano in ospedale entro 7 giorni dalla dimissione del ricovero per la nascita</i>							
C7.12.1A % di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	75.21	79.56	75.42	81.43	68.44	67.46	64.03
C7.12.2 Percentuale di donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle	59.29	58.78	65.51	55.79	38.12	50.43	64.36

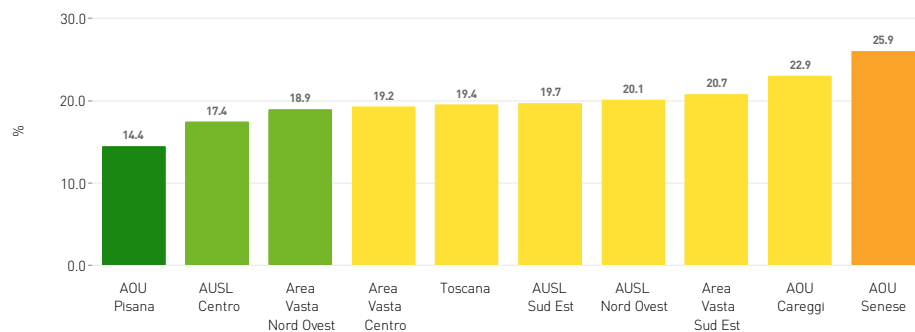


## C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

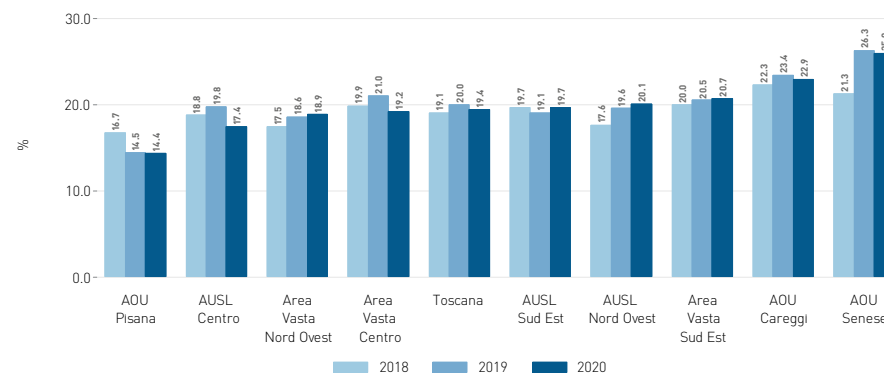
Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un 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.



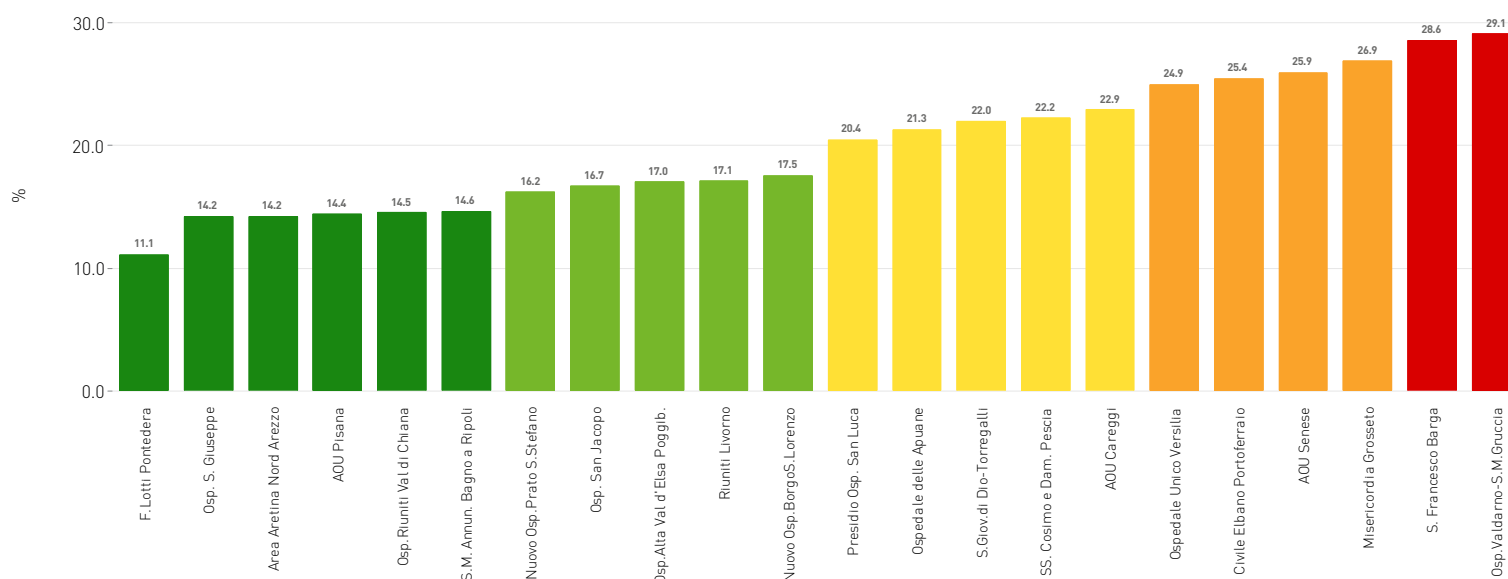
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

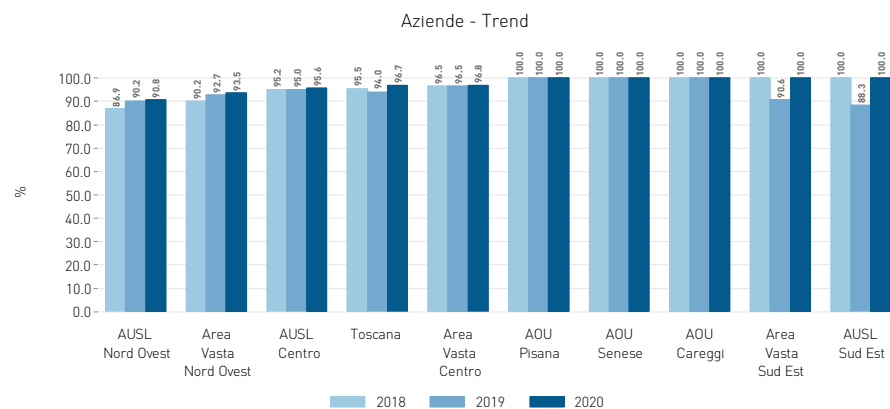
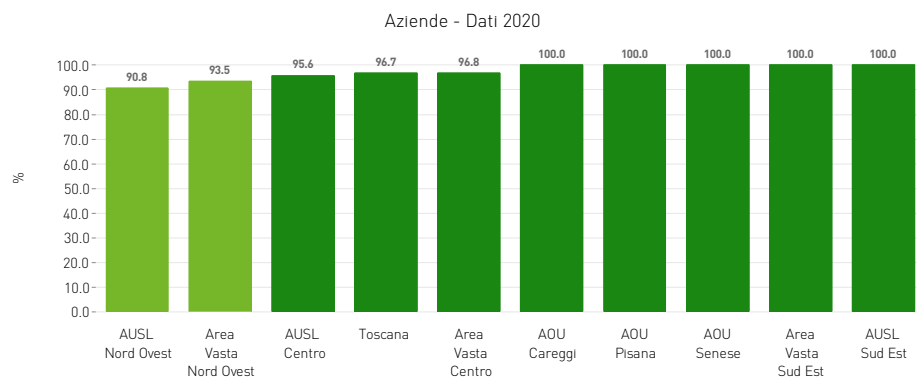


Stabilimenti - Dati 2020



### 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.

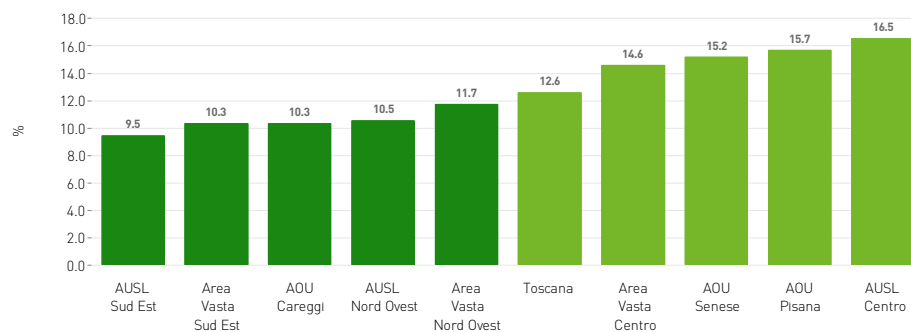


### C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

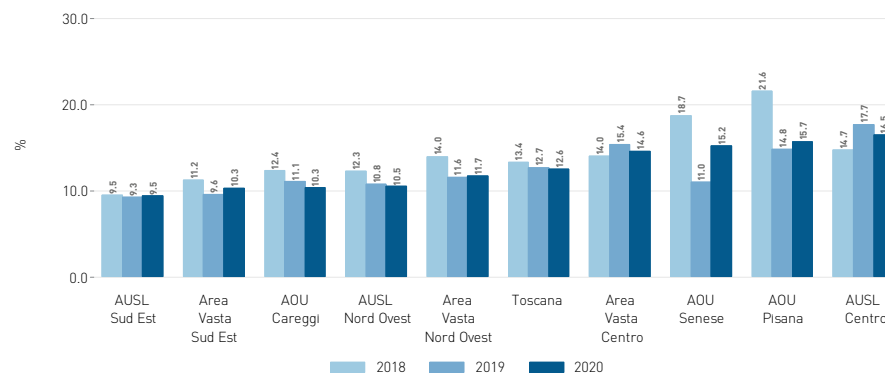
L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia (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%.



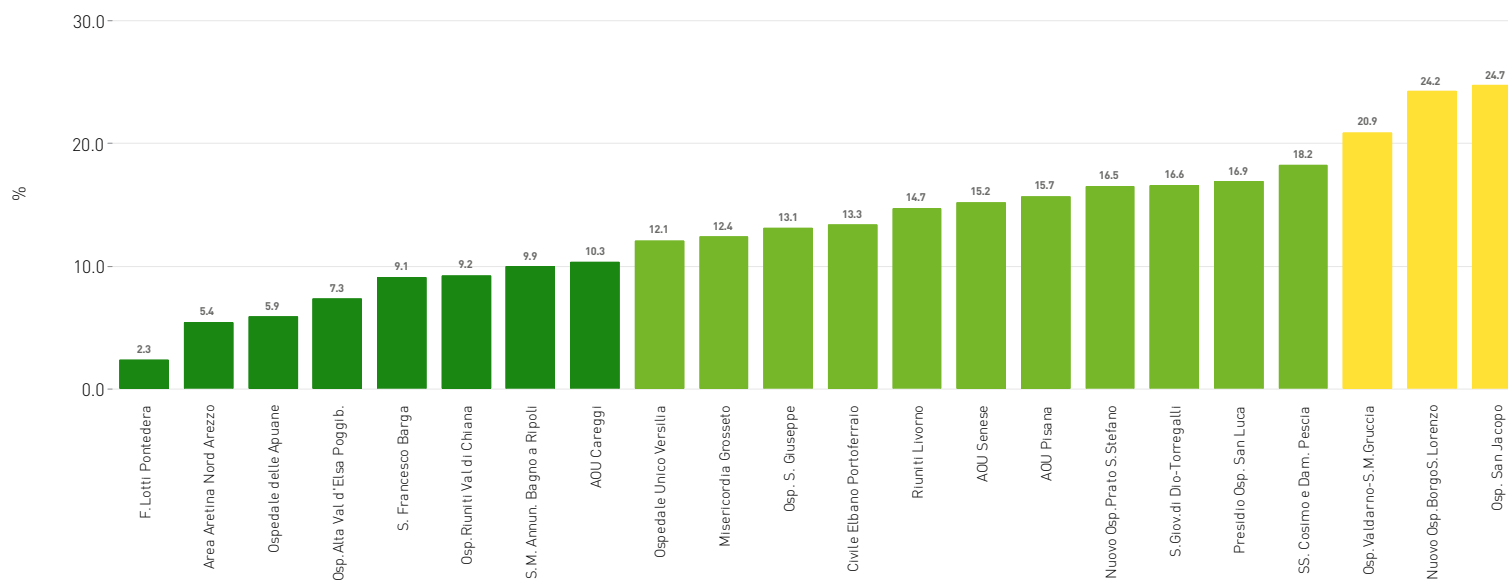
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

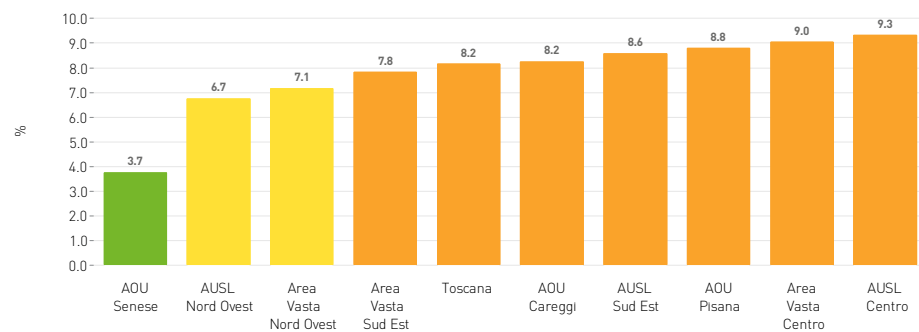


## C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

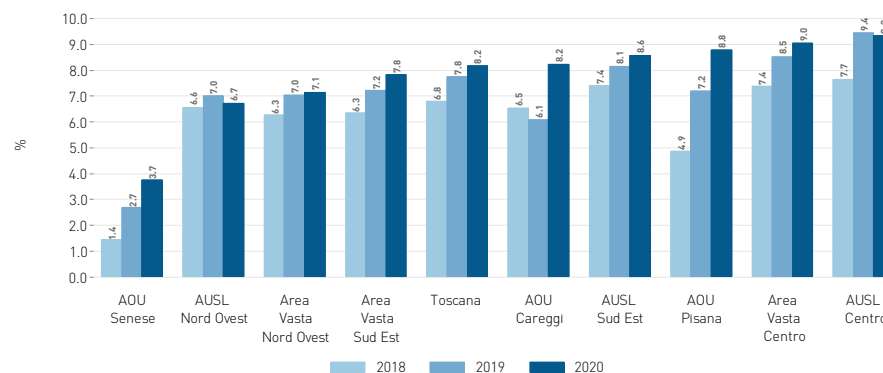
La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore si integra alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali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



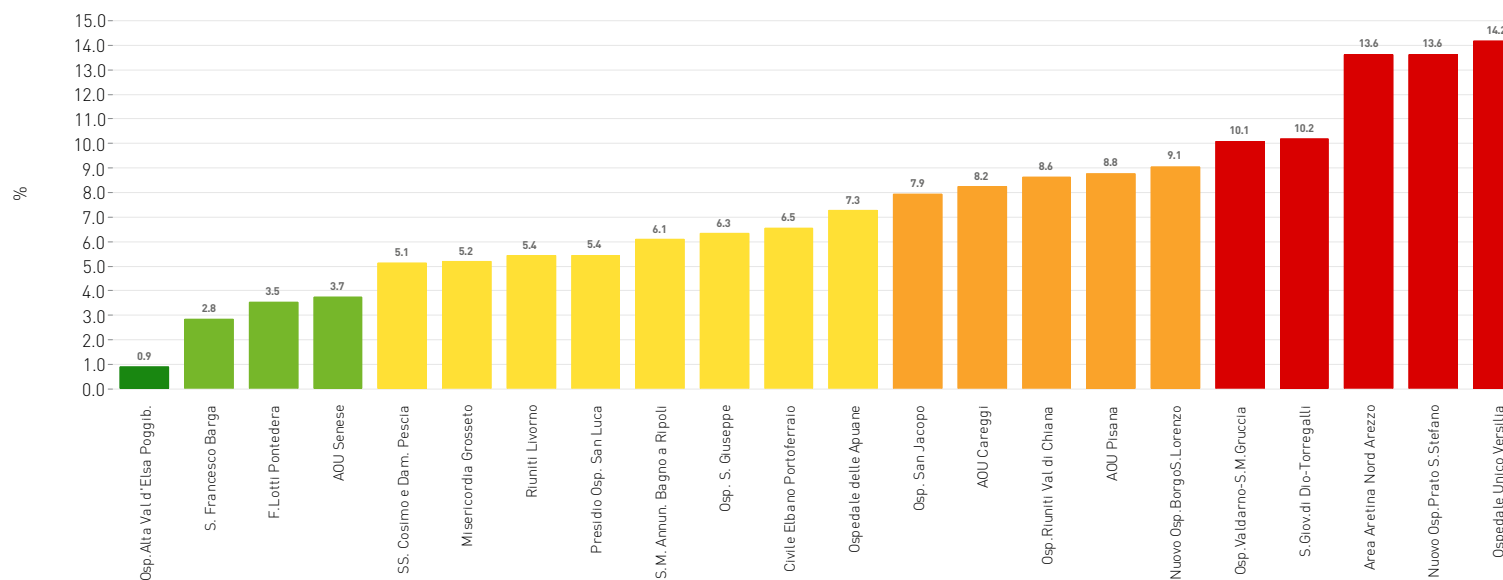
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

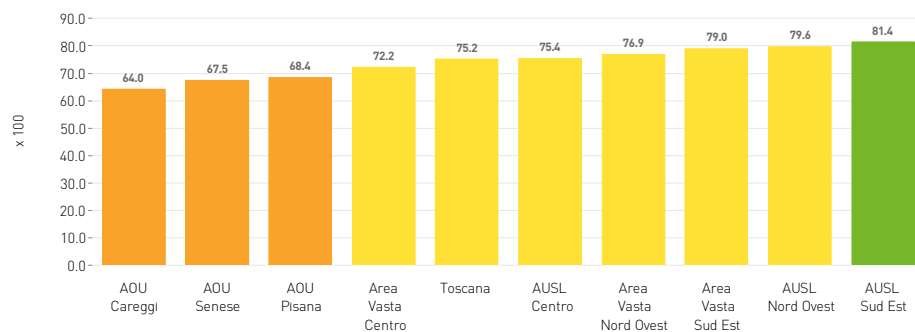


## C7.12.1A Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine

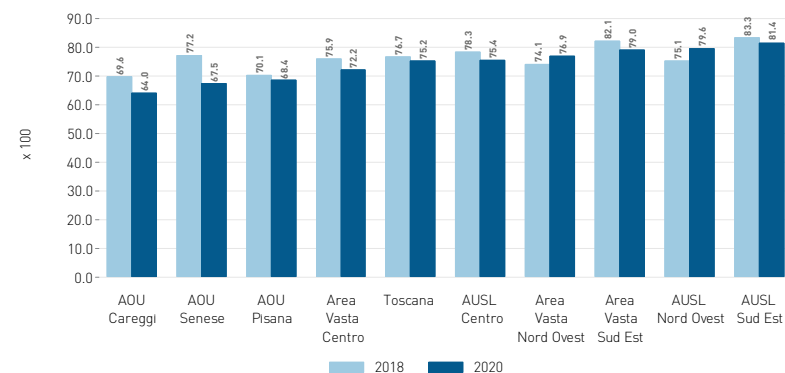
L'allattamento materno è uno dei determinanti principali per la salute e il benessere del bambino e della madre, dal momento che rappresenta il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati, e comporta una significativa influenza biologica ed emotiva sulla salute sia delle madri che dei bambini (The optimal duration of breast-feeding. Report of the expert consultation. Geneva: WHO, 2001). A partire dagli anni '90 l'OMS, insieme a Unicef, ha iniziato a diffondere la raccomandazione di allattare i bambini in maniera esclusiva (solo latte materno) almeno nei primi sei mesi. L'indicatore è calcolato utilizzando i dati dell'indagine sistematica rivolta alle utenti 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/ricerca/progetti/indagine-sul-percorso-nascita-toscana>). L'indicatore misura la prevalenza dell'allattamento esclusivo durante il ricovero ospedaliero. Ai fini di un efficace avvio dell'allattamento materno è importante monitorare queste prime fasi dell'alimentazione dei neonati, durante le quali sono fondamentali le azioni che i servizi sanitari adottano per promuovere e incoraggiare l'allattamento al seno.



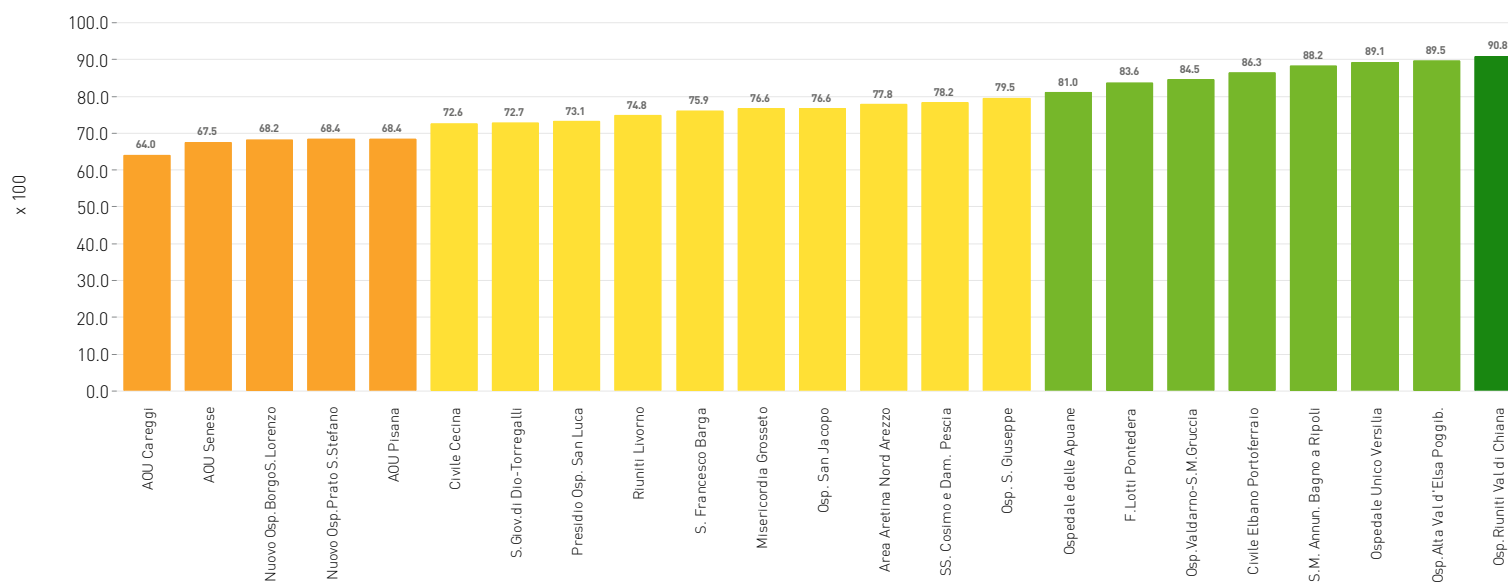
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

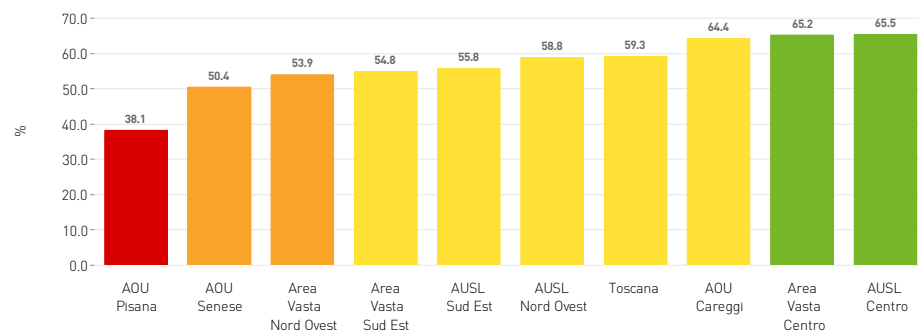


## C7.12.2 Percentuale di donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle

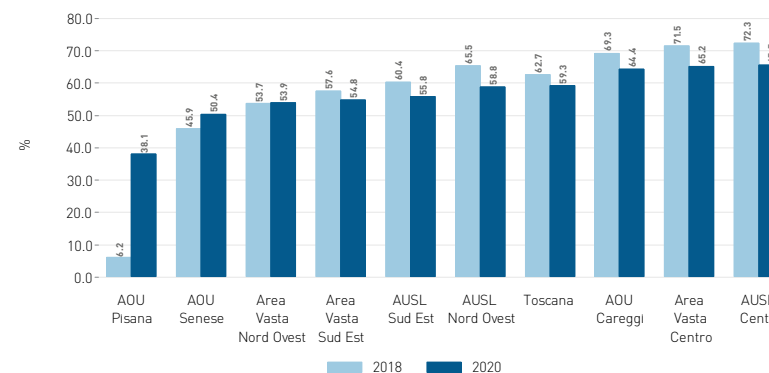
L'OMS e l'UNICEF ritengono che, tra i tanti fattori che influenzano il normale approccio e proseguimento dell'allattamento materno, le pratiche di assistenza sanitaria, in particolare quelle relative all'assistenza delle madri e dei neonati, si rivelino uno dei mezzi più promettenti per aumentare la diffusione e la durata dell'allattamento materno. Una delle raccomandazioni Unicef per gli ospedali amici dei bambini è "mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario". Uno stretto contatto fisico tra madre e figlio immediatamente dopo il parto e un frequente allattamento al seno sono, infatti, lo stimolo migliore alla secrezione latte. Incoraggiare il contatto epidermico tra madre e figlio subito dopo la nascita e permettere l'allattamento del neonato al seno reca benefici e contribuisce a rafforzare il legame iniziale madre-figlio e a stimolare la secrezione latte. L'indicatore misura il contatto pelle a pelle fra madre e bambino, al momento della nascita, della durata di almeno un'ora, ed è calcolato utilizzando i dati dell'indagine sistematica rivolta alle utenti 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>).



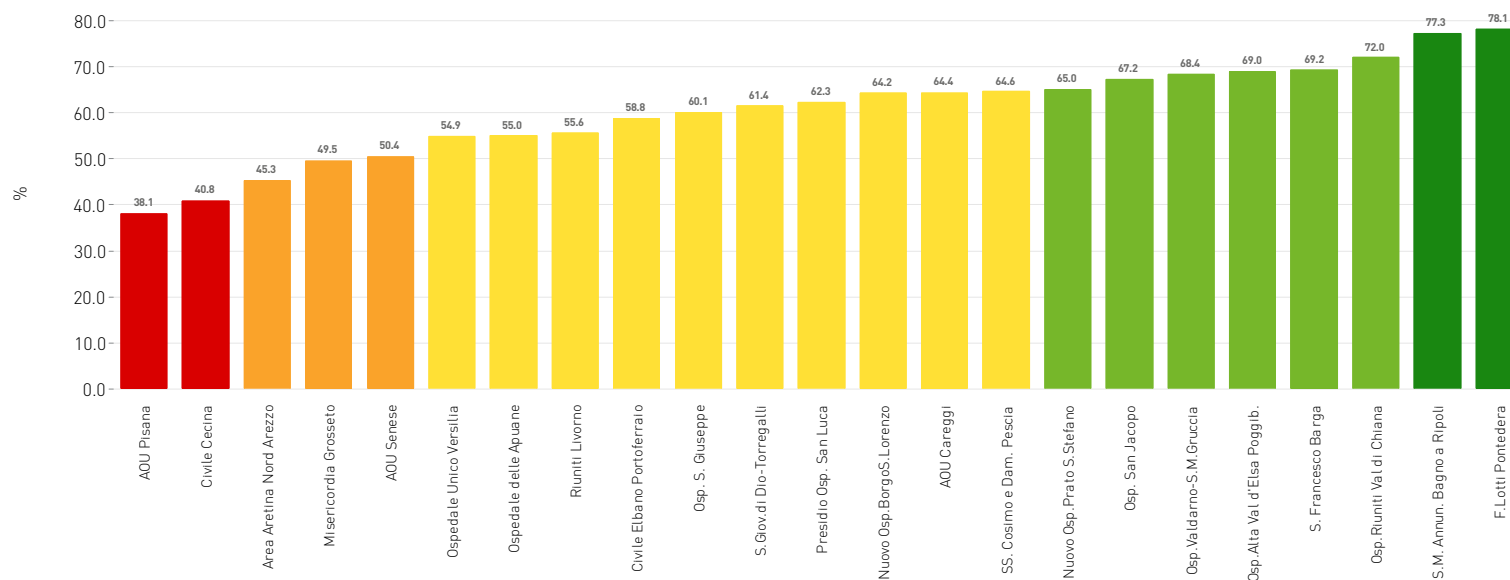
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



## 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.



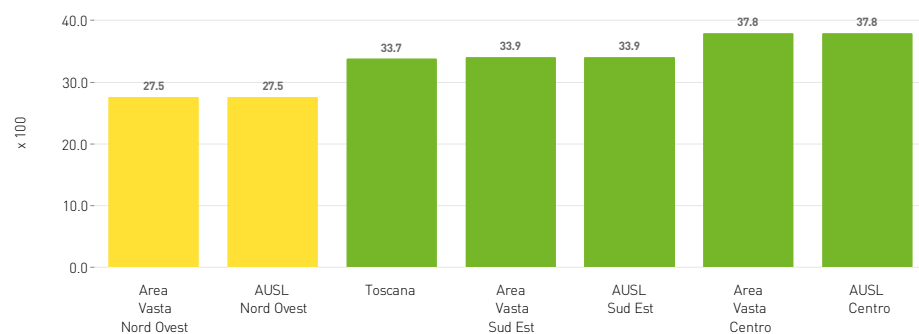
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>C7C Materno-Infantile assistenza territoriale</b>	●	●	●	●
<i>C7.15 Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile</i>	158.07	165.84	154.45	153.58
<i>D17.1.6 % di donne con prenotazione degli esami in gravidanza da parte del personale del percorso</i>	33.69	27.53	37.80	33.94
<i>C7.17 % primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita</i>	31.47	43.97	18.11	36.70
<i>C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio</i>	0.70	0.86	0.45	0.43
<i>C7.27 % donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza</i>	51.72	65.09	34.40	68.73
<i>C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum</i>	57.28	59.26	53.99	61.36
<i>C7.12.3 Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi</i>	61.52	61.00	61.53	62.24
<i>C7.12.4 Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi</i>	14.67	14.14	16.26	12.00
<i>D17.3.7 Proattività del sistema</i>	64.21	69.94	59.99	64.83
<i>C7.1B.1 Tasso di concepimento per minorenni</i>	1.36	1.77	1.14	1.20
<i>C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti</i>	5.80	5.53	6.13	5.54
<i>C7.10.1 % di IVG con certificazione consultoriale</i>				
<i>C7.10.2 % di donne che ritornano al consultorio nel post-IVG</i>				
<i>C7.10.3 % di donne con certificazione consultoriale che ritornano al consultorio nel post-IVG</i>				
<i>C7.11 % di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute</i>	25.55	23.30	28.04	23.19
<i>C7.19 Tasso di accesso al consultorio giovani</i>	42.98	48.23	36.06	49.26
<i>C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione</i>	22.80	27.67	18.15	25.02
<i>C7.13 % donne straniere che effettuano la prima visita tardiva</i>	15.16	10.40	18.99	11.77
<i>C7.14 % donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza &lt;4</i>	11.09	5.35	14.44	9.75
<i>C7.16A Accesso area maternità del consultorio</i>	23.75	25.64	21.15	26.48
<i>C7.16 Accesso area maternità del consultorio di donne straniere</i>	72.29	69.90	73.17	72.89
<i>C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti</i>				

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

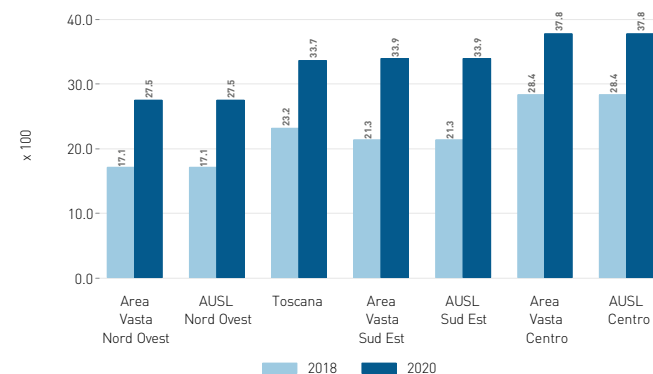
Per migliorare l'accesso e la fruizione delle prestazioni previste nel protocollo della gravidanza, riducendo il rischio di effettuarli in ritardo, la Regione Toscana ha dato indicazioni perché sia il personale del percorso a garantire alle utenti l'effettuazione delle prenotazioni già al momento del ritiro del libretto di gravidanza, o comunque nelle fasi iniziali del percorso. Le utenti, infatti, potrebbero incontrare difficoltà nel rivolgersi autonomamente al servizio di prenotazione ed effettuare le prestazioni di controllo in gravidanza non rispettando i tempi previsti dal protocollo. L'indicatore viene calcolato utilizzando i dati dell'indagine sistematica rivolta alle utenti 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/ricerca/progetti/indagine-sul-percorso-nascita-toscana>). L'indicatore misura la percentuale di donne che riferiscono di aver avuto prevalentemente le prenotazioni fatte dal personale del percorso nascita.



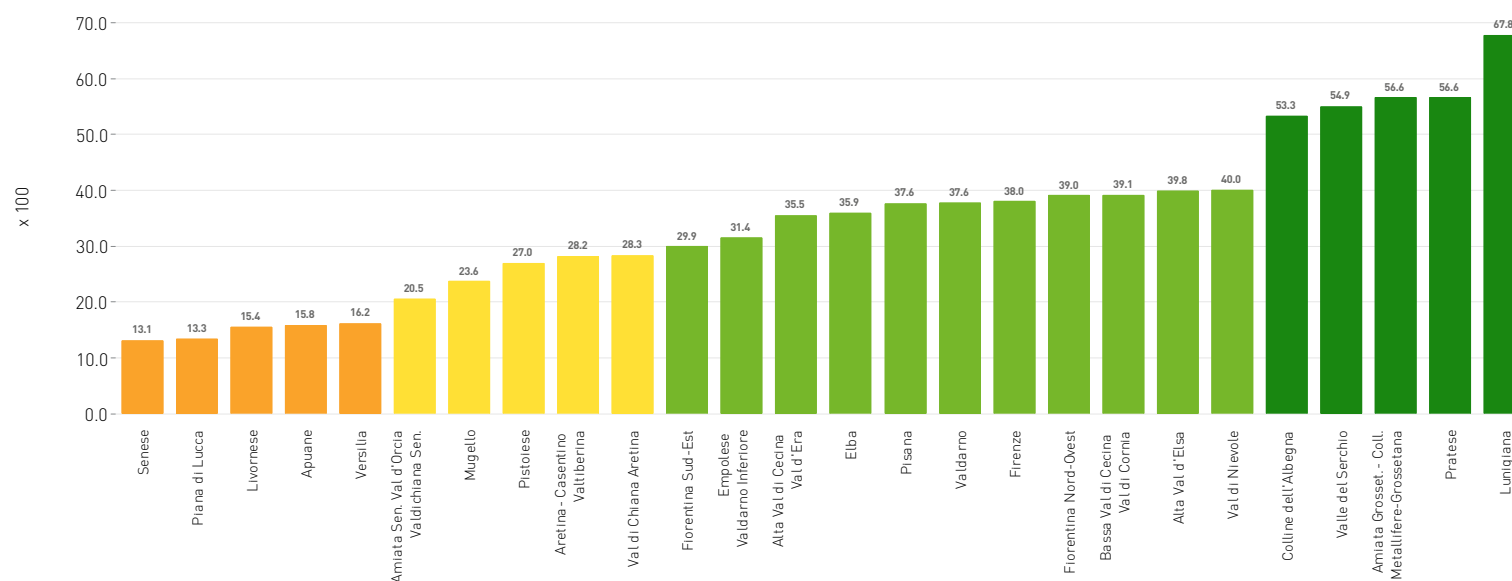
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020



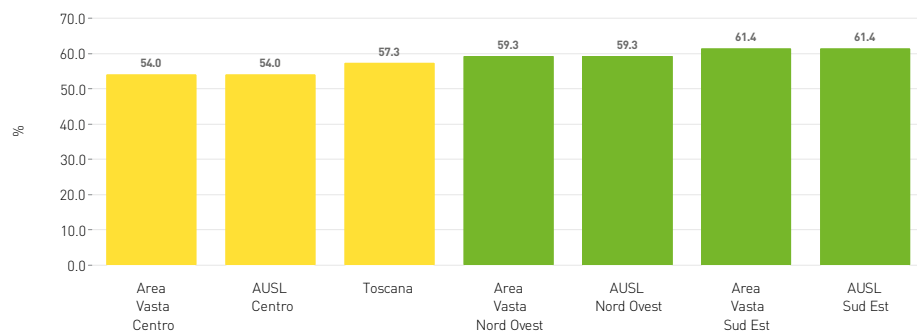


## C7.18 Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum

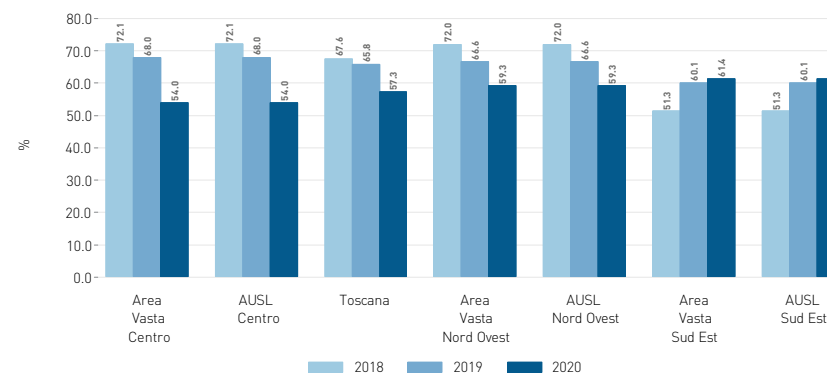
I consultori hanno un ruolo importante anche nel puerperio nell'offrire supporto alle madri in questa fase che può rappresentare per loro un momento molto delicato. L'offerta di assistenza può permettere di identificare eventuali complicanze su cui intervenire tempestivamente, promuovere comportamenti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



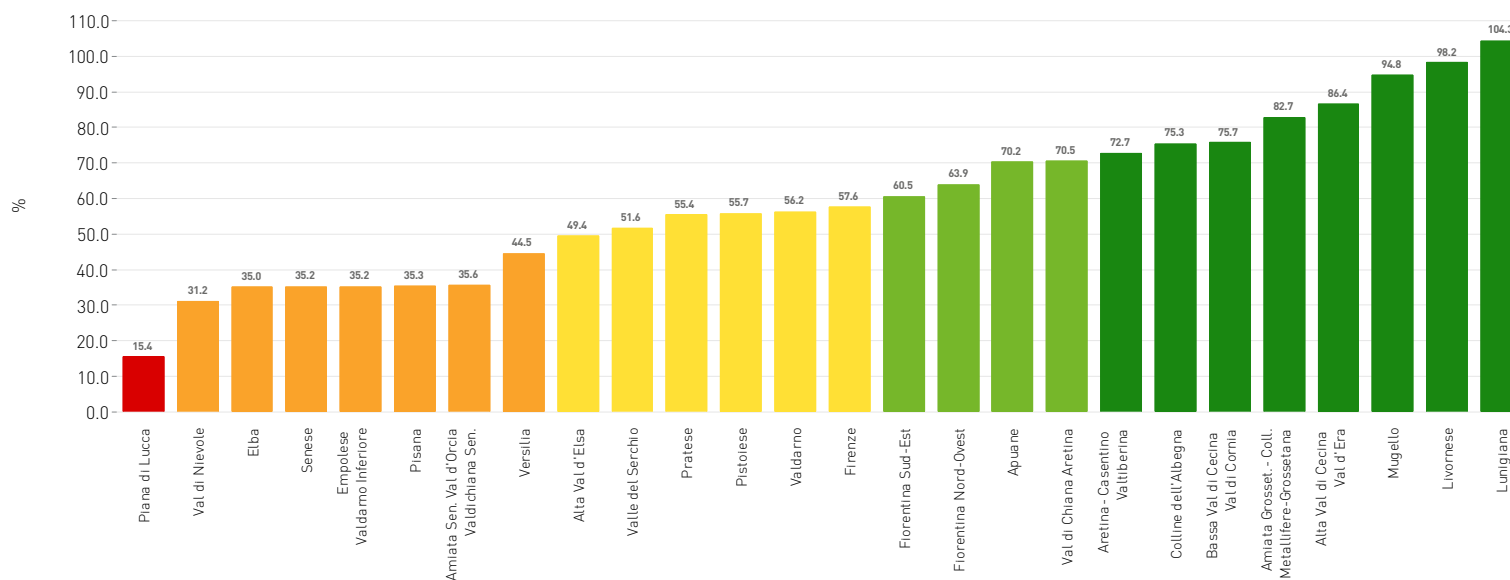
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020

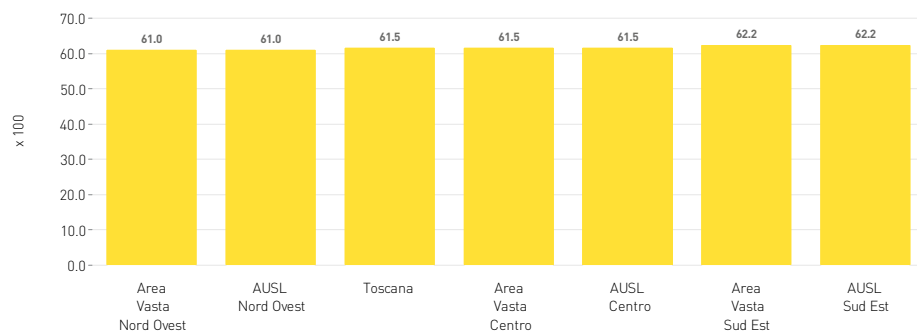


### C7.12.3 Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi

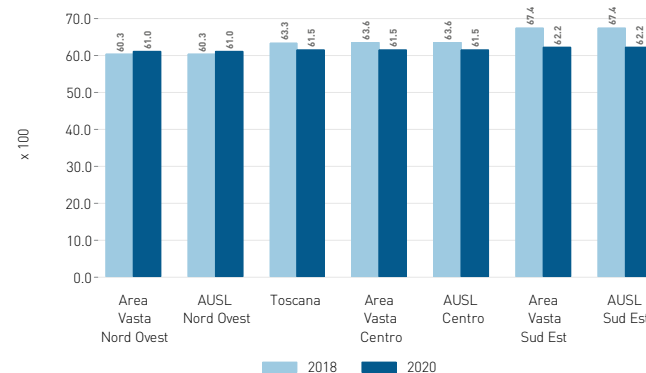
L'allattamento materno è uno dei determinanti principali per la salute e il benessere del bambino e della madre, dal momento che rappresenta il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati, e comporta una significativa influenza biologica ed emotiva sulla salute sia delle madri che dei bambini (The optimal duration of breast-feeding. Report of the expert consultation. Geneva: WHO, 2001). A partire dagli anni '90 l'OMS, insieme a Unicef, ha iniziato a diffondere la raccomandazione di allattare i bambini in maniera esclusiva (solo latte materno) almeno nei primi sei mesi. L'indicatore è calcolato utilizzando i dati dell'indagine sistematica rivolta alle utenti 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>). L'indicatore misura la prevalenza dell'allattamento esclusivo a tre mesi di vita del bambino, attraverso la combinazione delle risposte fornite dall'utente sulla scala OMS-Unicef nelle 24h precedenti la compilazione del questionario, che viene inviato al compimento dei 3 mesi di vita del bambino. La misurazione dell'andamento nel tempo dell'allattamento esclusivo permette di valutare i risultati degli interventi territoriali ed ospedalieri a supporto dell'allattamento, che possono aver fatto la differenza per le utenti.



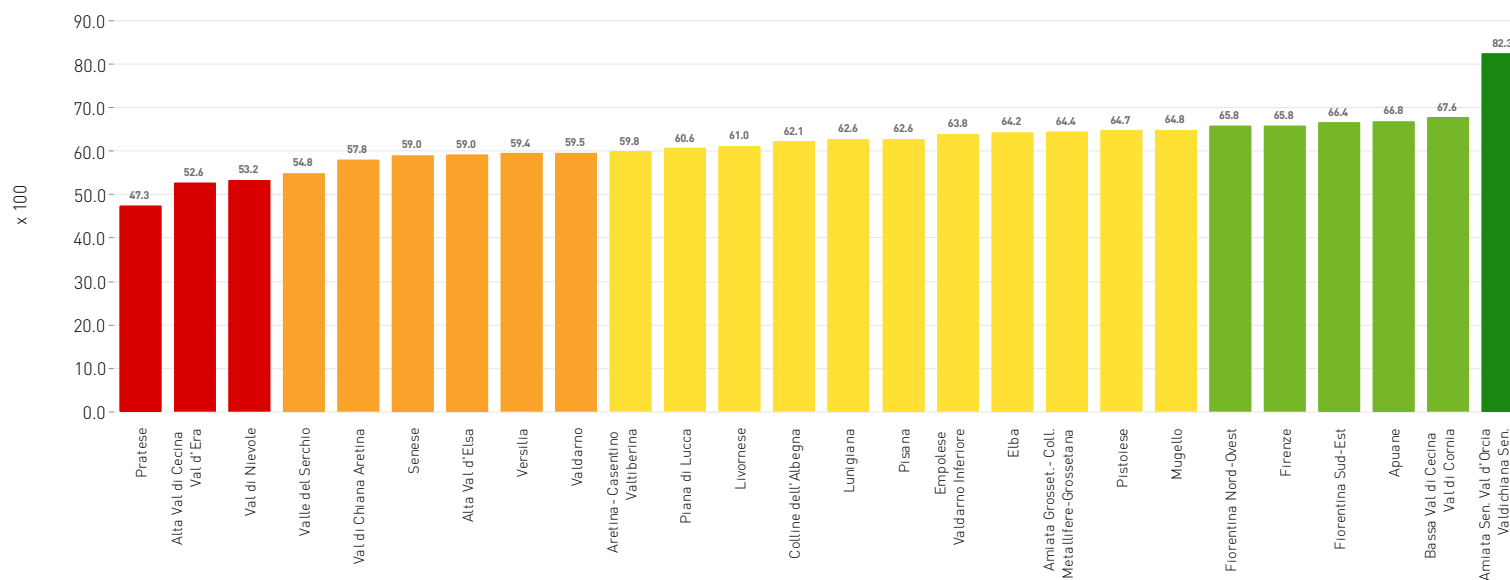
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020

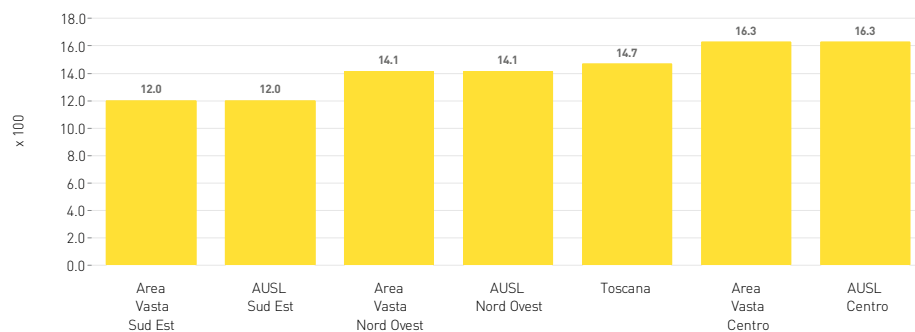


### C7.12.4 Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi

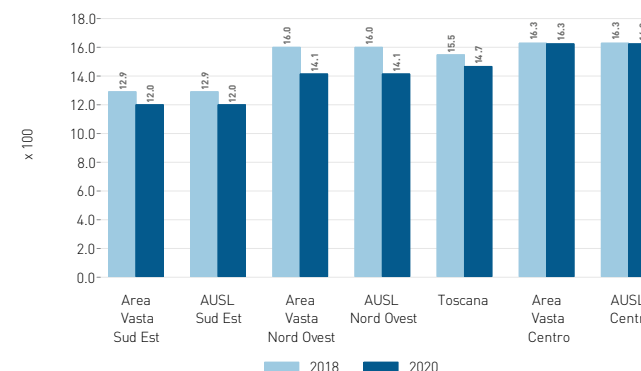
L'allattamento materno è uno dei determinanti principali per la salute e il benessere del bambino e della madre, dal momento che rappresenta il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati, e comporta una significativa influenza biologica ed emotiva sulla salute sia delle madri che dei bambini (The optimal duration of breast-feeding. Report of the expert consultation. Geneva: WHO, 2001). A partire dagli anni '90 l'OMS, insieme a Unicef, ha iniziato a diffondere la raccomandazione di allattare i bambini in maniera esclusiva (solo latte materno) almeno nei primi sei mesi. L'indicatore è calcolato utilizzando i dati dell'indagine sistematica rivolta alle utenti 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>). L'indicatore, in base alle raccomandazioni dell'OMS, misura la prevalenza dell'allattamento esclusivo a sei mesi di vita del bambino, attraverso la combinazione delle risposte fornite dall'utente sulla scala OMS-Unicef nelle 24h precedenti la compilazione del questionario, che viene inviato al compimento dei 6 mesi di vita del bambino. Tale indicatore viene utilizzato nel confronto nazionale con le altre Regioni.



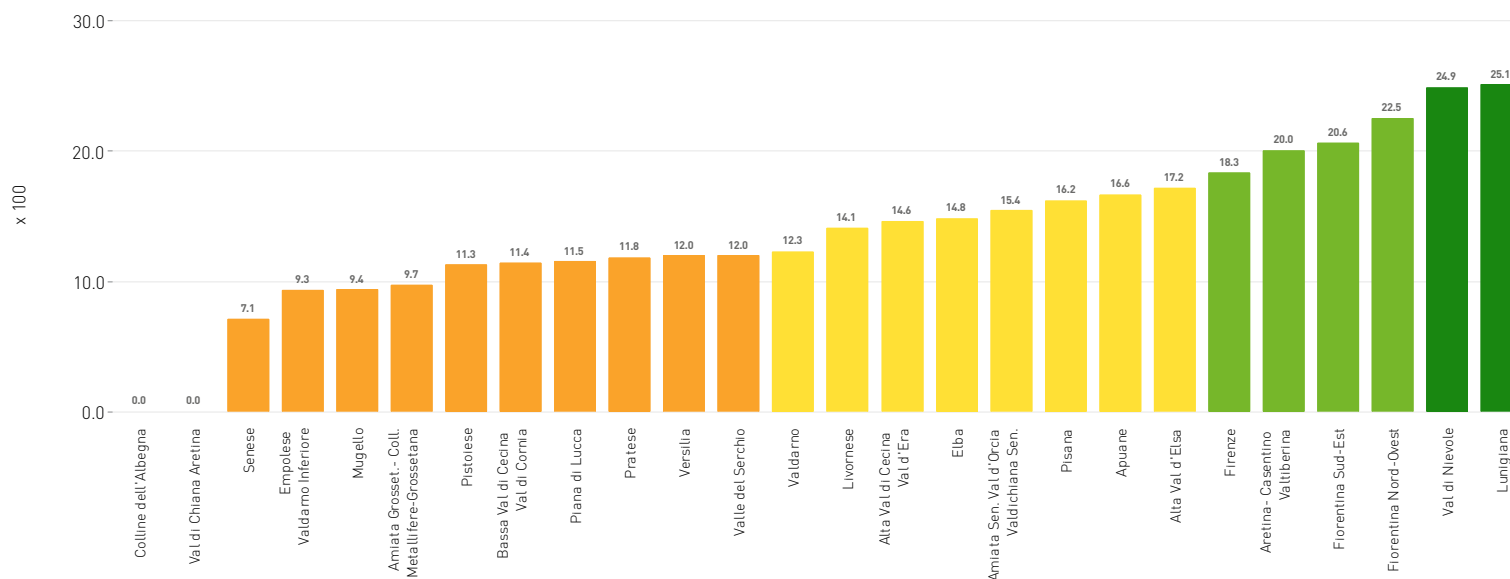
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020

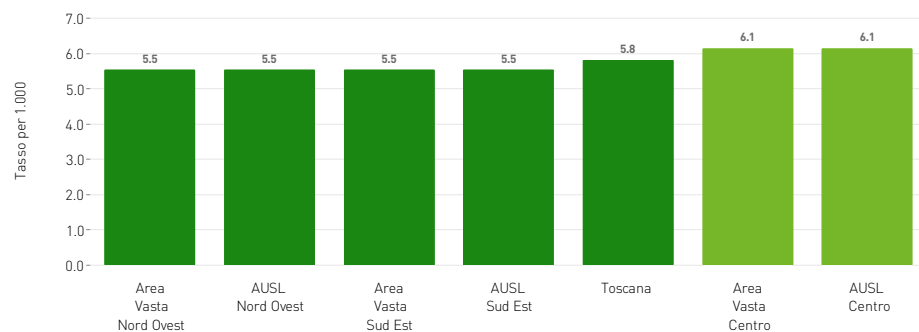


## C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti

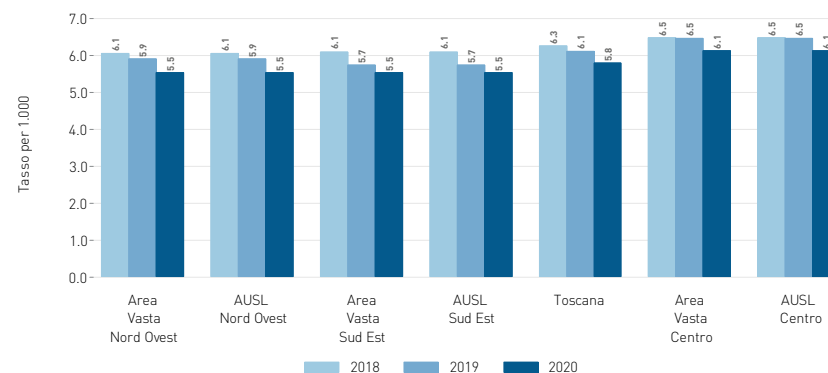
La Legge 194 del 1978 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza" regola le modalità del ricorso all'aborto volontario in Italia. Grazie ad essa qualsiasi donna, per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (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.



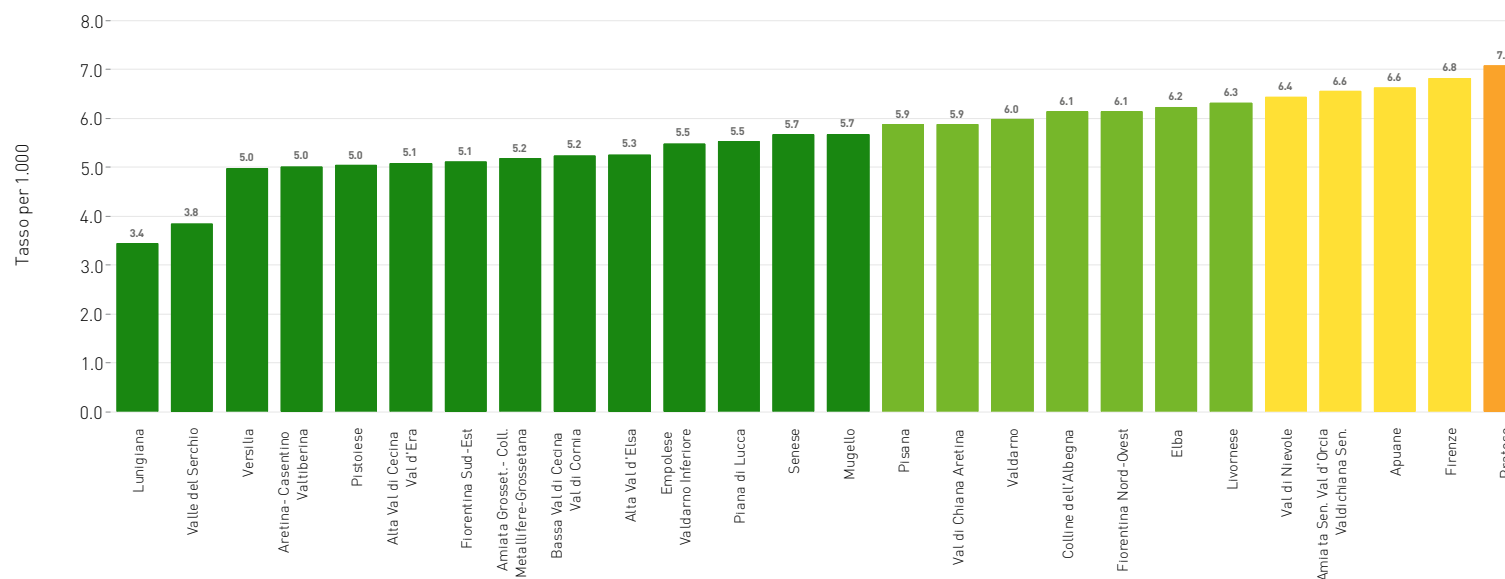
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

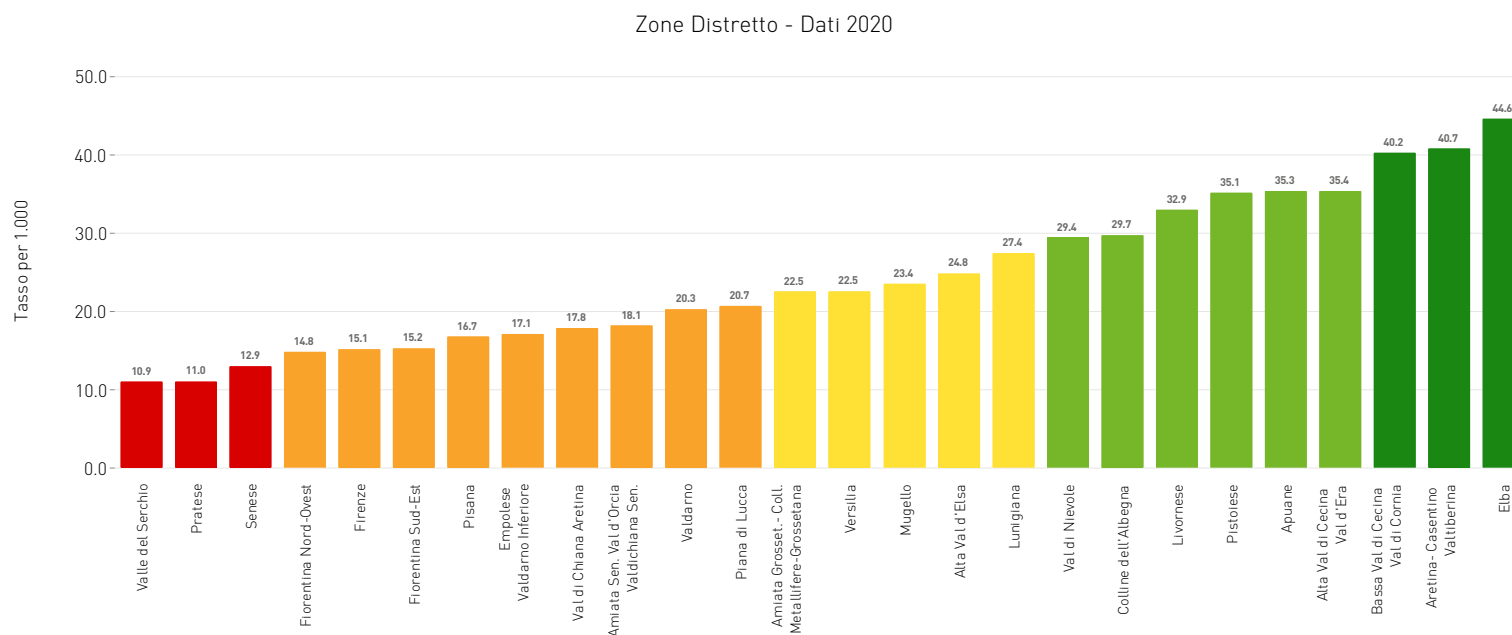
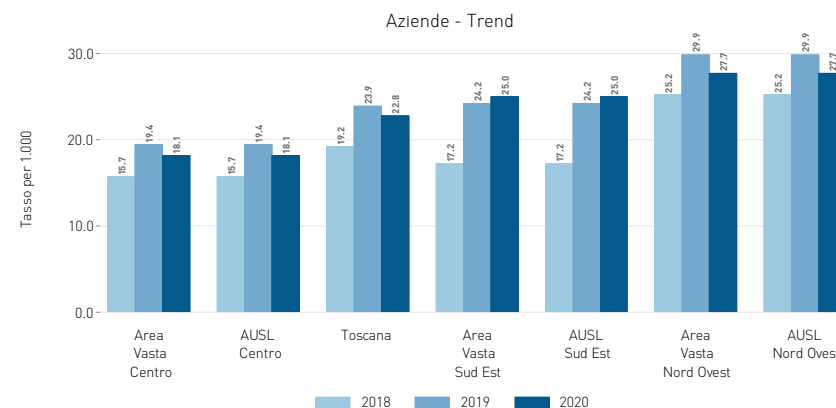
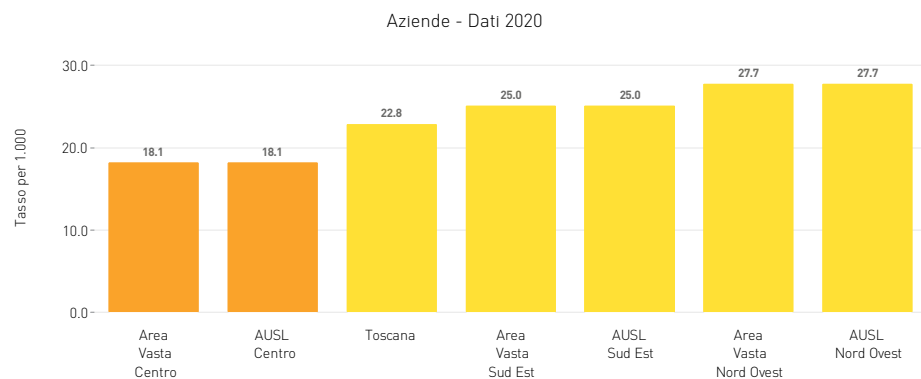


Zone Distretto - Dati 2020



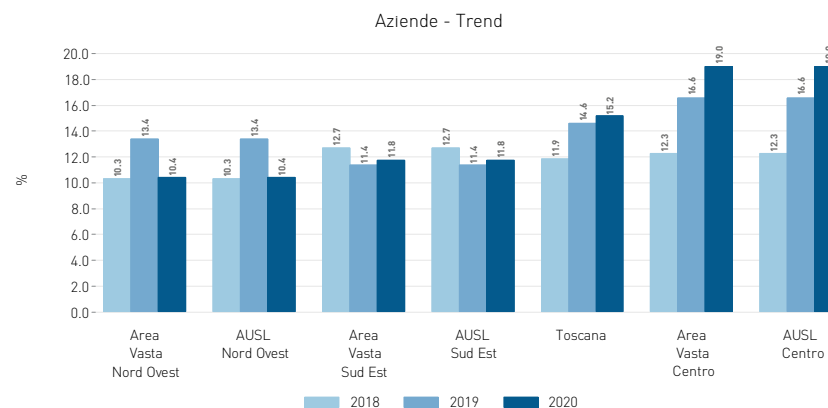
## C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione

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.

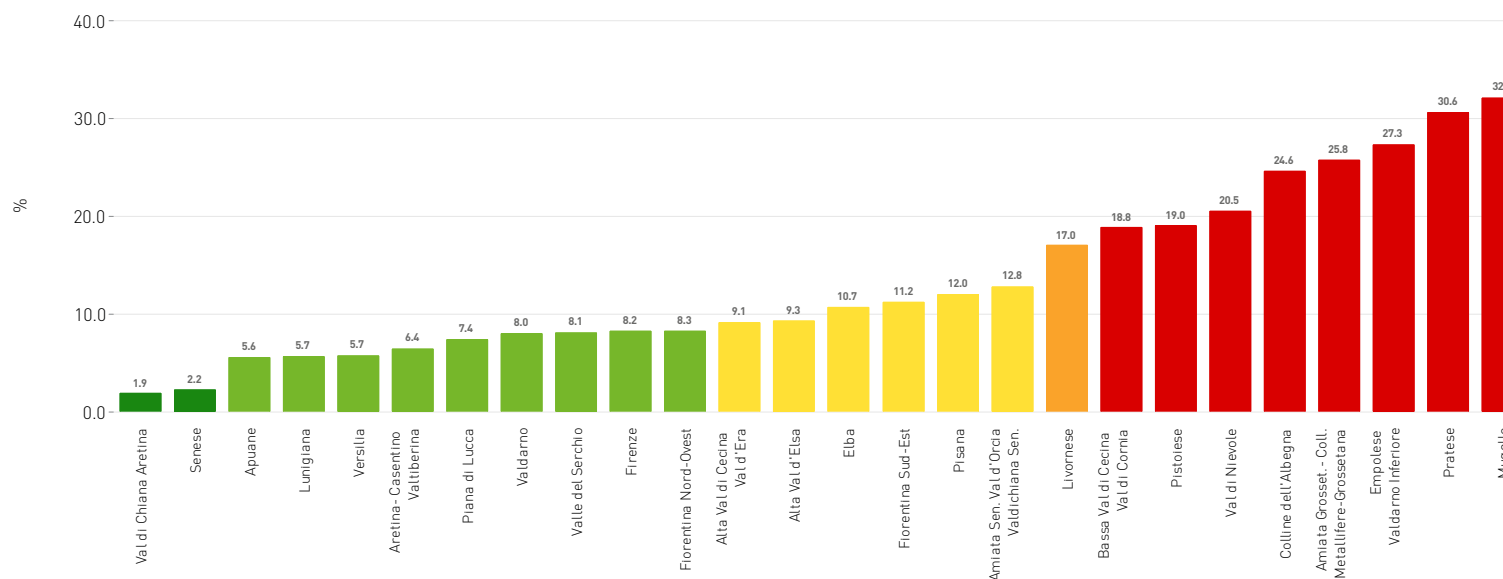


### C7.13 Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva

Il monitoraggio sulla percentuale di donne in gravidanza che effettuano la prima visita tardiva viene proposto dal Rapporto Europeo sulla salute perinatale. Un'appropriatezza 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.



Zone Distretto - Dati 2020

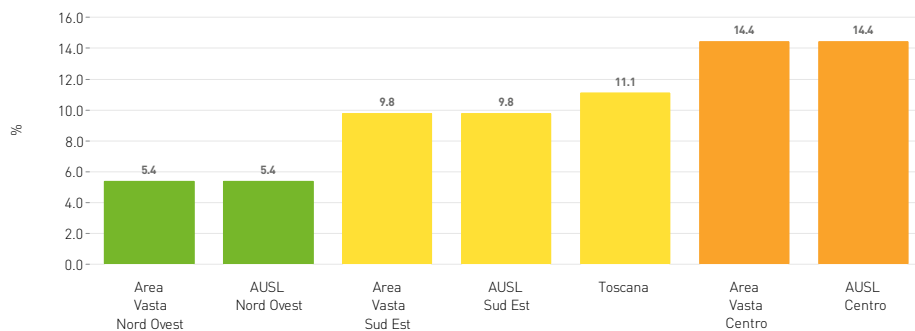


### C7.14 Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4

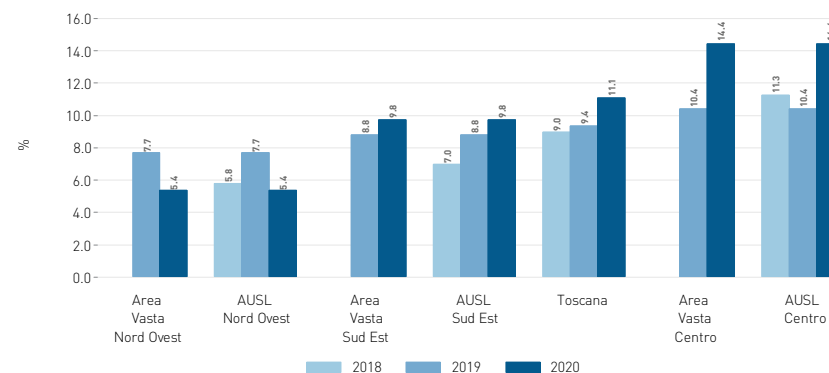
L'Organizzazione Mondiale della Sanita' ritiene insufficiente l'assistenza sanitaria erogata in gravidanza a donne che effettuano un numero di visite inferiore o uguale a 4. Analogamente al precedente indicatore vengono monitorate le donne con cittadinanza straniera in quanto ad esse si associa un minor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



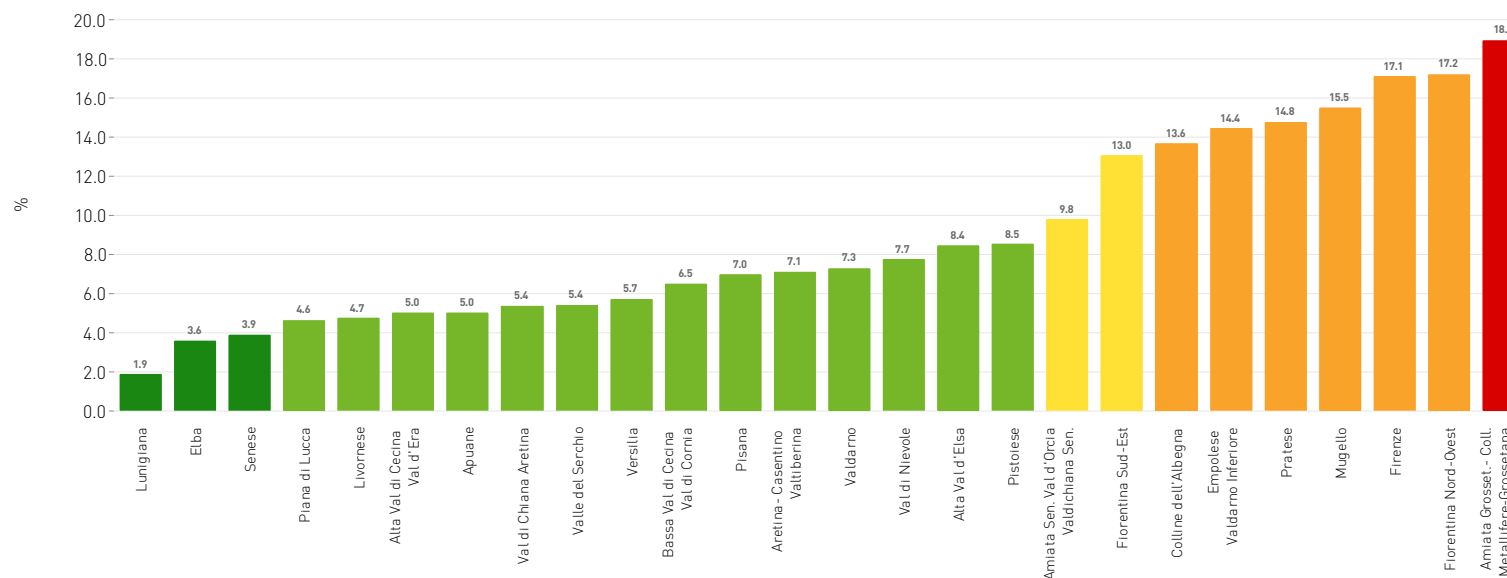
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020

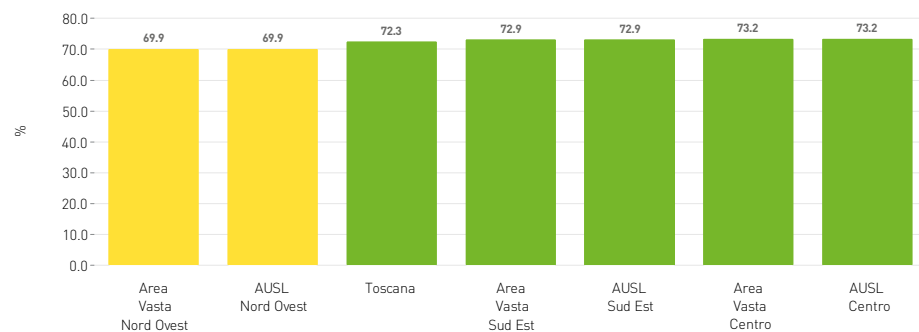


## C7.16 Accesso area maternità del consultorio di donne straniere

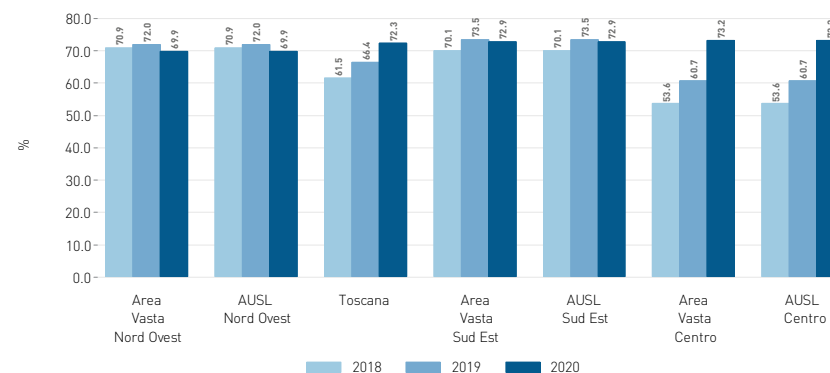
Per poter assicurare alle donne straniere, e in particolare a quelle irregolari, un adeguato livello di assistenza in gravidanza, è di fondamentale importanza favorirne l'accesso ai consultori familiari. Queste strutture hanno infatti un ruolo strategico per il perseguimento di questo obiettivo: l'approccio 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.



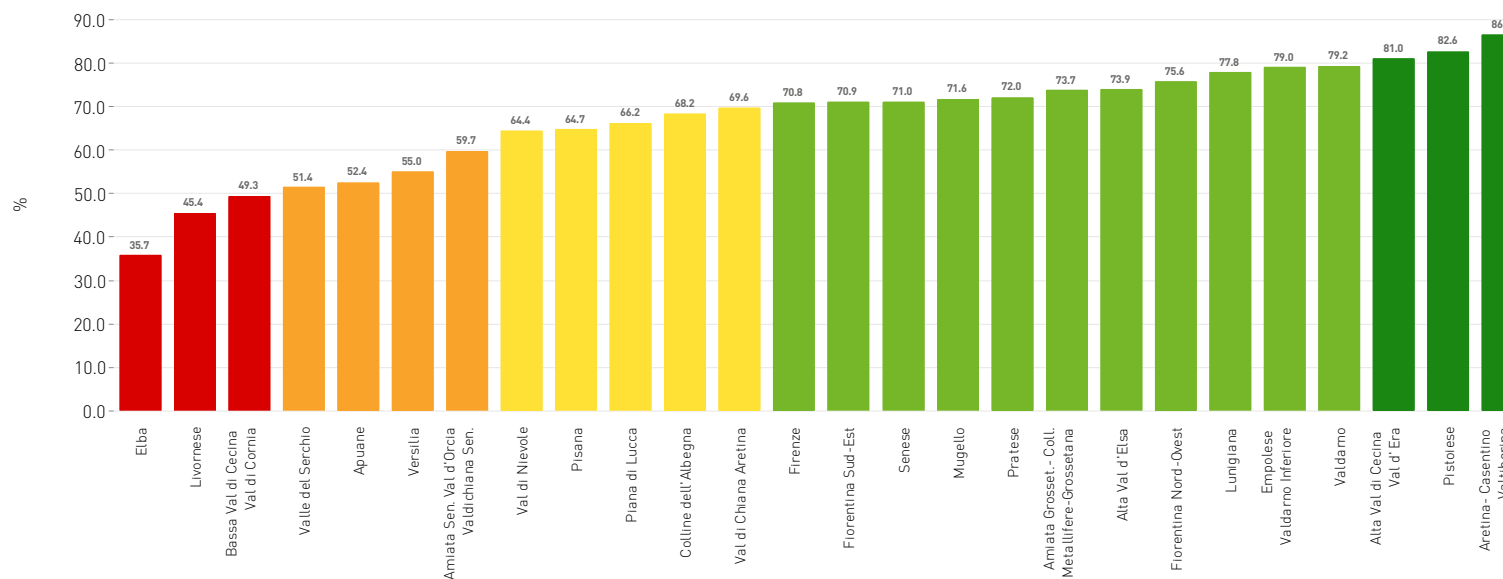
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020





## 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.



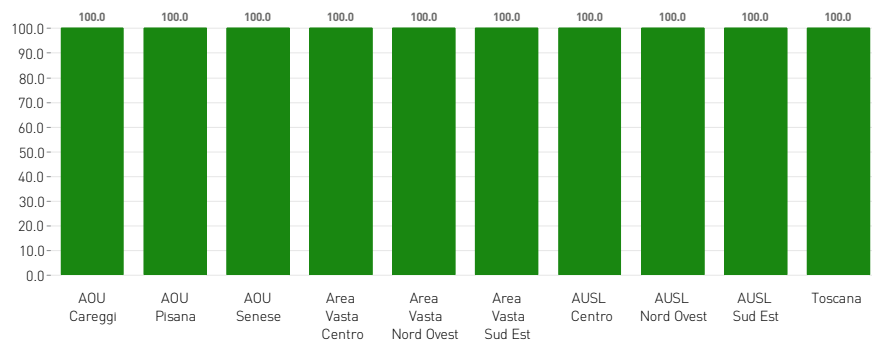
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
<b>C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici</b>	●	●	●	●	●	●	●	
C10.1 Volumi Oncologia								
C10.1A Volumi interventi tumore maligno alla mammella								
C10.1.3 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	76.26	61.87	37.56	99.00	99.85	100.00	99.45	
C10.1.4 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	30.72	50.30	75.25	1.49	0.23	1.16	0.80	
C10.1.7 Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella	22.73	18.75	11.77	33.33	50.00	100.00	50.00	
H0ZZ Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	100.00	100.00	100.00	100.00	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	72.75	0.00	0.00	56.31	75.11	0.00	100.00	
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	24.21	94.11	93.15	37.07	17.93	36.00		
C10.1.6 Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	10.81	0.00	0.00	12.50	33.33	0.00	100.00	
C10.1.1A Volumi interventi tumore maligno al polmone	868.00	61.00	1.00		309.00	171.00	325.00	1.00
C10.1.2A Volumi interventi tumore maligno alla prostata	1274.00	61.00	81.00	241.00	231.00	64.00	596.00	
C10.1.3A Volumi interventi per tumore maligno allo stomaco	414.00	51.00	111.00	91.00	67.00	39.00	55.00	
C10.1.4A Volumi interventi tumore maligno alla mammella	3871.00	798.00	971.00	401.00	655.00	315.00	731.00	
C10.1.5A Volumi interventi tumore maligno al pancreas	275.00	4.00	41.00	10.00	146.00	22.00	52.00	
C10.1.6A Volumi interventi per tumore maligno dell'esofago	54.00	1.00		2.00	32.00	3.00	16.00	
C10.1.7A Volumi interventi per tumore maligno del surrene	42.00	8.00	6.00	1.00	6.00	1.00	20.00	
C10.1.8A Volumi interventi per tumore maligno al colon	1625.00	359.00	456.00	275.00	260.00	84.00	191.00	
C10.1.9A Volumi interventi per tumore maligno al retto	437.00	63.00	96.00	67.00	88.00	16.00	107.00	
C10.1.10A Volumi interventi per tumore maligno al fegato	400.00	18.00	41.00	34.00	196.00	22.00	87.00	2.00
C10.1.11A Volumi interventi per tumore maligno alla vescica	417.00	65.00	54.00	79.00	56.00	17.00	146.00	
C10.1.12A Volumi interventi per tumore maligno al rene	1024.00	126.00	52.00	132.00	180.00	47.00	482.00	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	87.22	86.61	85.57	88.31	91.96	84.03	86.80	
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	76.28	73.31	74.93	73.24	77.67	75.43	82.98	
C10.2.2.1 Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	20.85	17.11	21.92	19.41	25.83	21.55	19.57	
C10.2.3 Percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro 120 giorni dall'intervento conservativo (triennale)	2.46	2.08	3.31	4.69	0.60	1.39	3.02	
C10.2.4A Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 6 mesi dall'intervento conservativo	56.40	50.20	46.40	72.97	72.67	70.00	37.30	
C10.2.5 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante	83.02	74.42	80.00	73.72	93.70	86.78	87.44	
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	75.53	67.46	70.76	80.36	82.14	76.62	81.28	
C10.2.7 Percentuale di interventi ricostruttivi o inserzione di espansore nel ricovero indice sugli interventi demolitivi per tumore alla mammella	59.83	53.18	47.37	59.83	78.32	66.19	58.53	
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)	3.19	2.47	3.90	3.04	3.88	2.72	2.53	
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3.54	2.35	5.24	4.05	3.78	0.00	1.34	
C10.3.3 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante	59.73	57.81	55.70	66.07	71.43		70.59	
C10.7 Trattamento diagnostico								
C10.5 Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali	428.52	529.96	383.28	358.84				
C10.8 Fine vita oncologico								
C10.8.1 Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita								
C10.8.1.1 Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica								
C10.8.2 Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita								

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

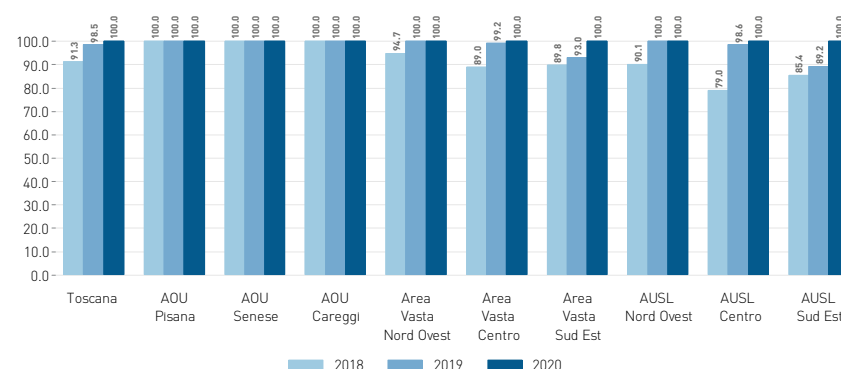
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia dei 135 casi (150/anno con l'applicazione della tolleranza del 10%), rispetto al totale degli interventi per tumore della mammella erogati. Per l'anno 2020 alcune Breast Unit per far fronte all'emergenza Covid-19, in accordo con le indicazioni aziendali, hanno trasferito temporaneamente l'attività chirurgica in altre sedi, incluse le case di cura. Per una corretta valutazione degli indicatori sui volumi di interventi chirurgici, dopo un'analisi per ID chirurgo responsabile di intervento (primo operatore), si procede alla riattribuzione degli interventi eseguiti nelle sedi secondarie da equipe delle Breast Unit di Pistoia, Apuane, Grosseto e Bagno a Ripoli. In particolare, 34 interventi eseguiti presso SS. Cosimo e Damiano Pescia sono riattribuiti a Osp. S. Jacopo; 28 interventi eseguiti presso S. A. Abate Pontremoli sono riattribuiti a Osp. Apuane; 42 interventi eseguiti presso S.Andrea Massa M.ma sono riattribuiti a Misericordia Grosseto; 26 interventi eseguiti presso Nuovo Osp. Borgo S.Lorenzo sono riattribuiti a S.M.A.Bagno a Ripoli.



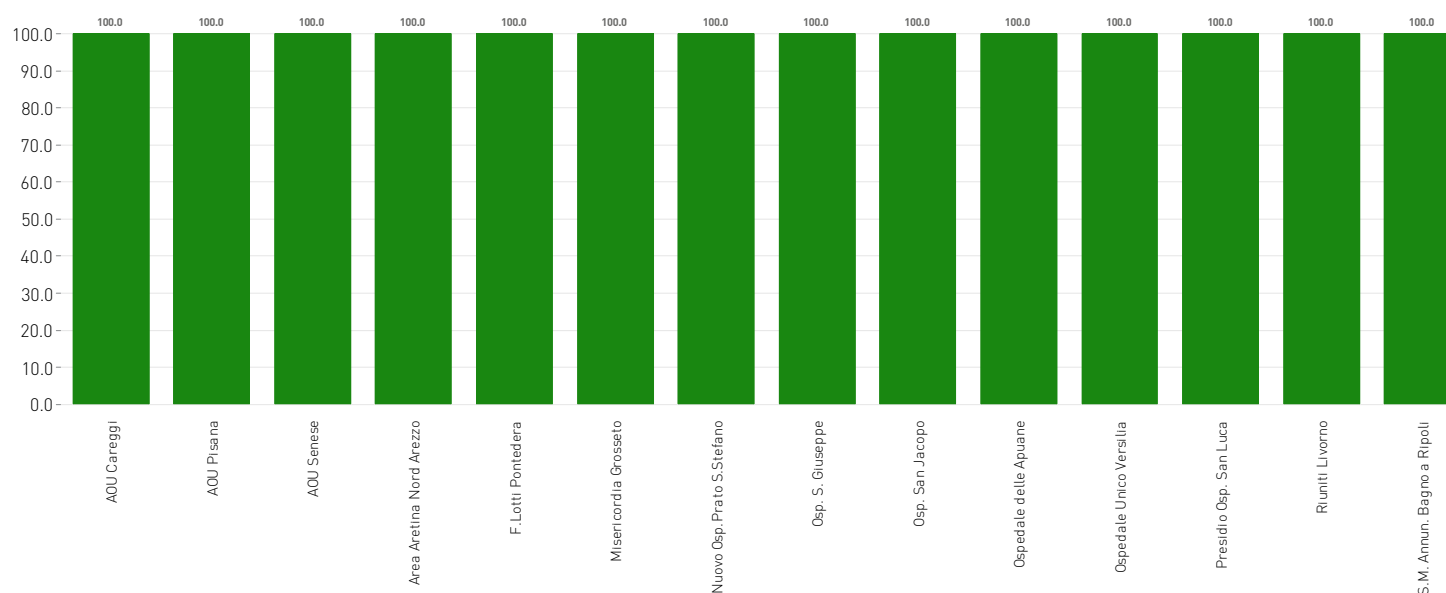
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

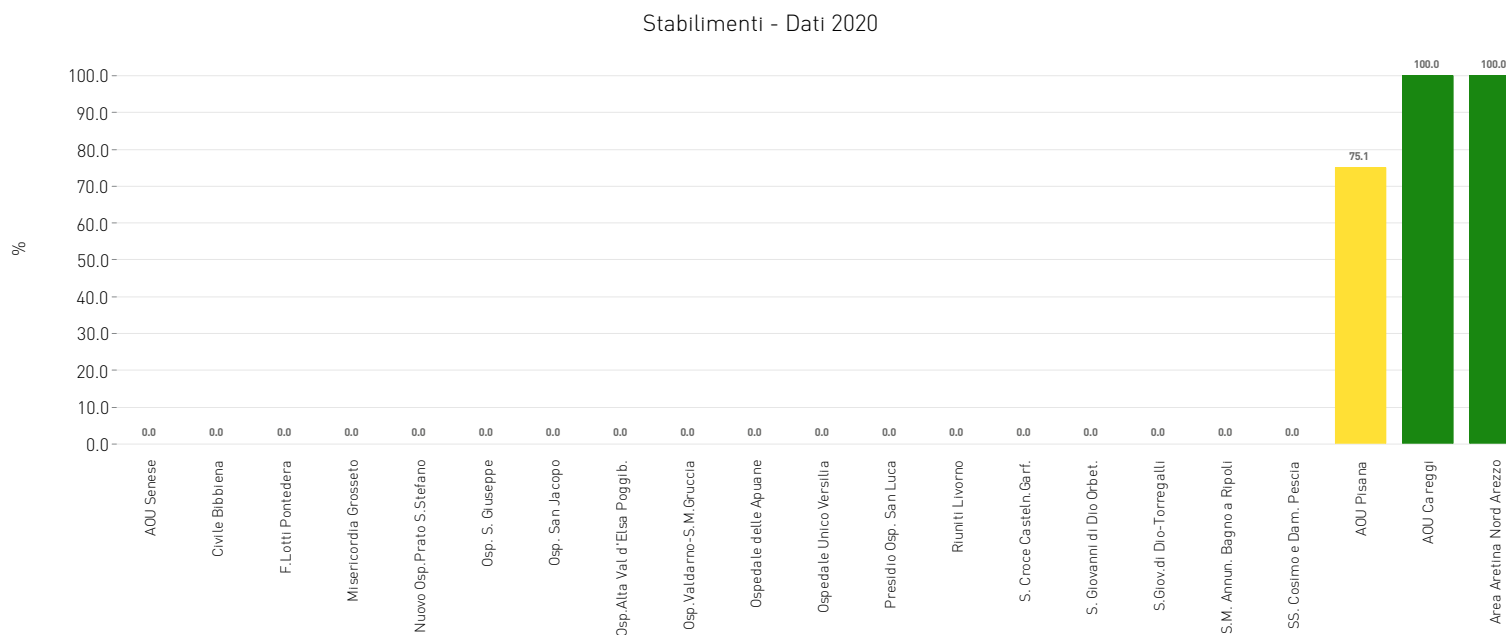
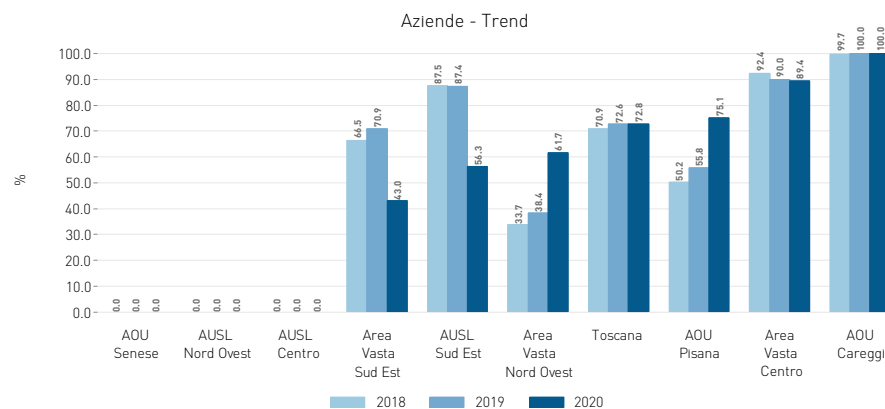
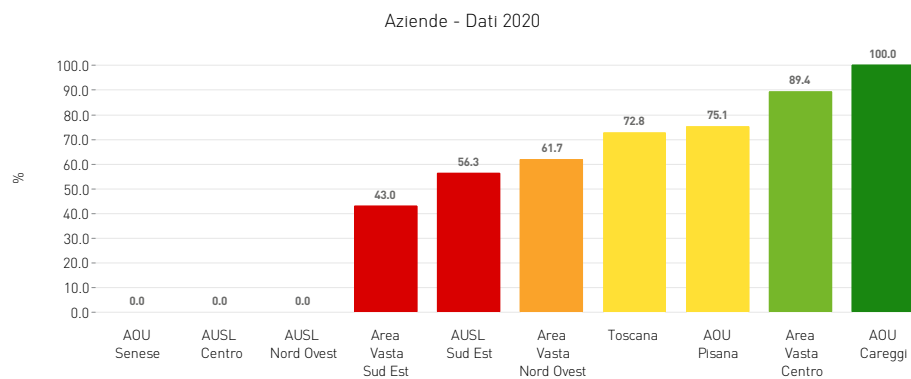


Stabilimenti - Dati 2020



### 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.

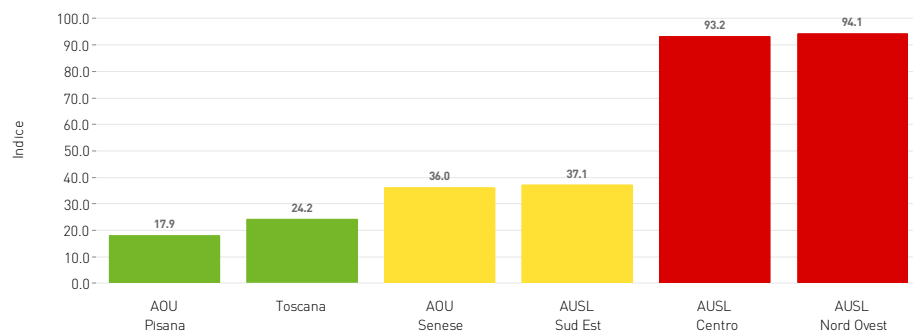


## C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

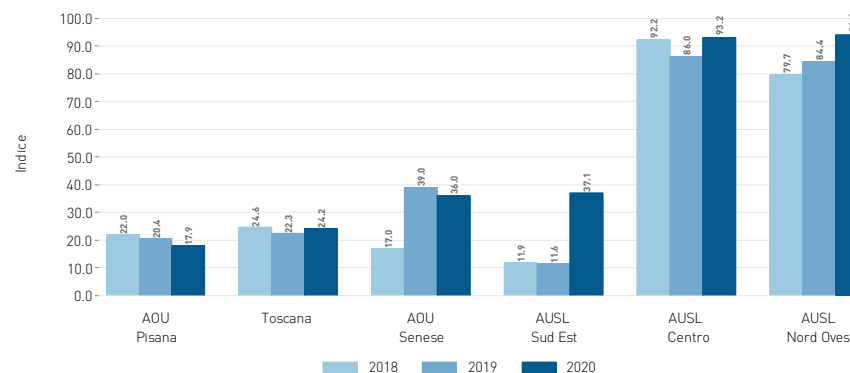
Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore alla prostata è inferiore alla soglia prevista (100/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione dato dalla media quadratica delle distanze 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).



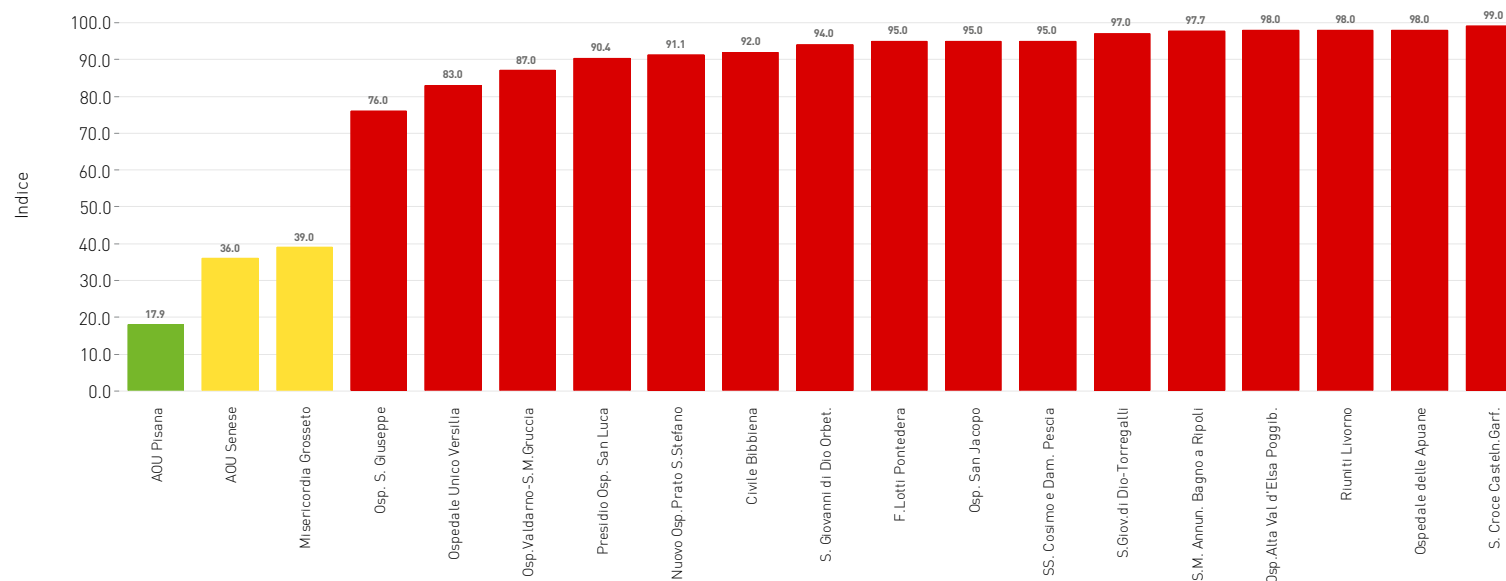
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

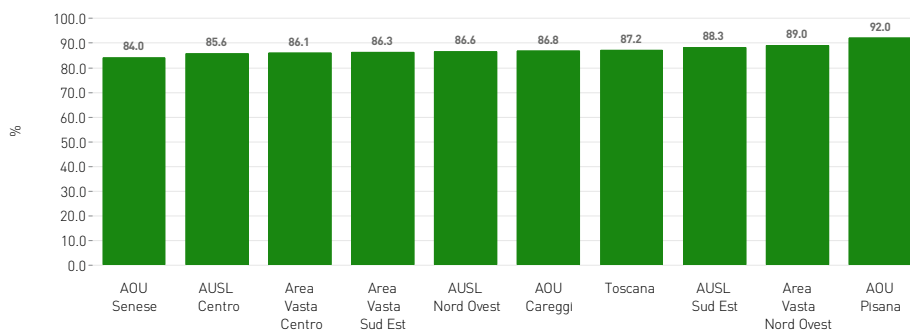


## C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella

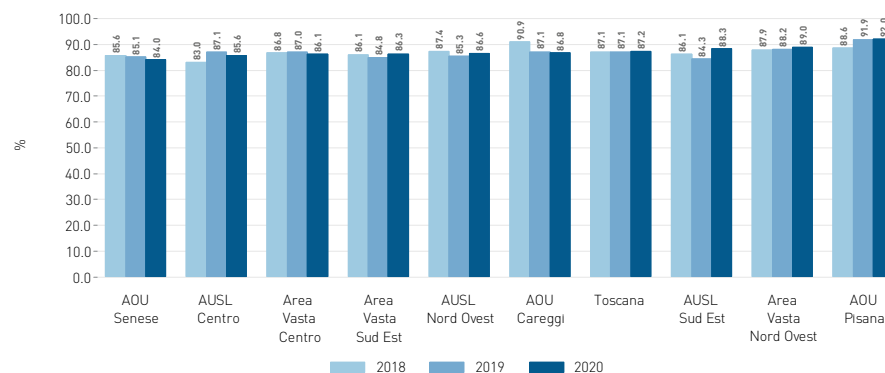
L'indicatore misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Questo indicatore considera, ai fini della valutazione della qualità del trattamento chirurgico, unitamente la percentuale di interventi conservativi 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 EUSOMA per gli interventi conservativi e 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). Per l'anno 2020 alcune Breast Unit, per far fronte all'emergenza Covid-19, in accordo con le indicazioni aziendali, hanno trasferito temporaneamente l'attività chirurgica in altre sedi, incluse le case di cura (indicatore C10.1.4A). Per una corretta valutazione dell'indicatore si attribuiscono le stesse fasce di valutazione delle Breast Unit di riferimento alle sedi secondarie dove sono stati trasferiti gli interventi.



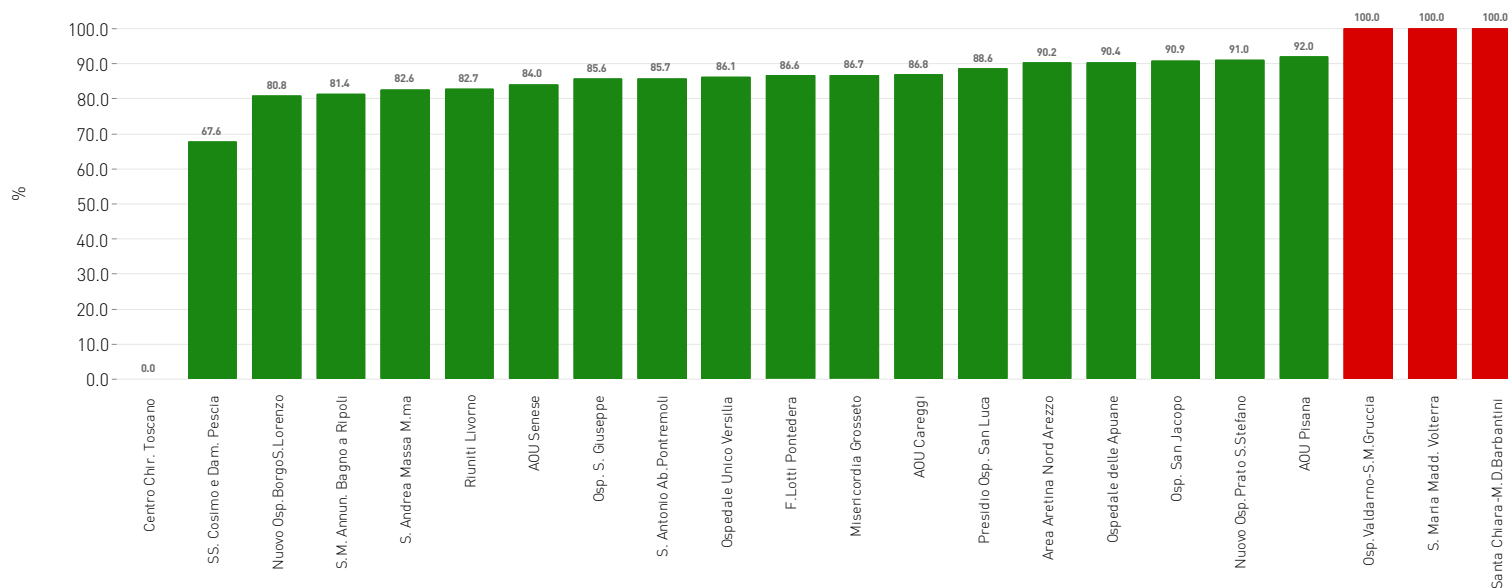
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

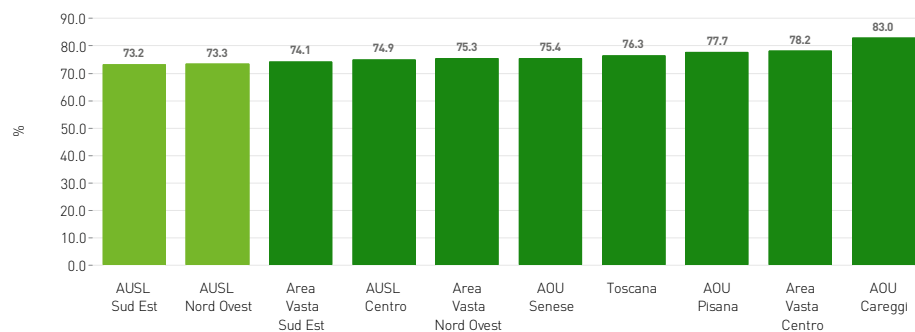


## C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

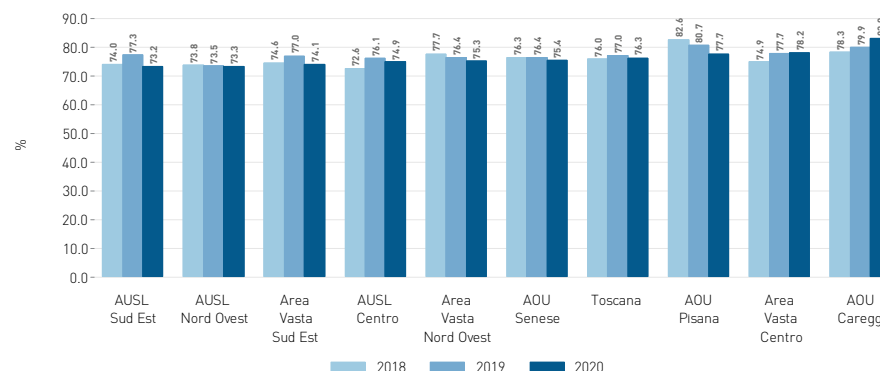
L'indicatore misura la percentuale di donne sottoposte ad asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per intervento chirurgico per tumore al seno. La biopsia del Linfonodo Sentinella (SLNB) aggiunge elementi per la stadiazione del tumore e per la pianificazione dei trattamenti 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). Per l'anno 2020 alcune Breast Unit per far fronte all'emergenza Covid-19, in accordo con le indicazioni aziendali, hanno trasferito temporaneamente l'attività chirurgica in altre sedi, incluse le case di cura (indicatore C10.1.4A). Per una corretta valutazione dell'indicatore si attribuiscono le stesse fasce di valutazione delle Breast Unit di riferimento alle sedi secondarie dove sono stati trasferiti gli interventi.



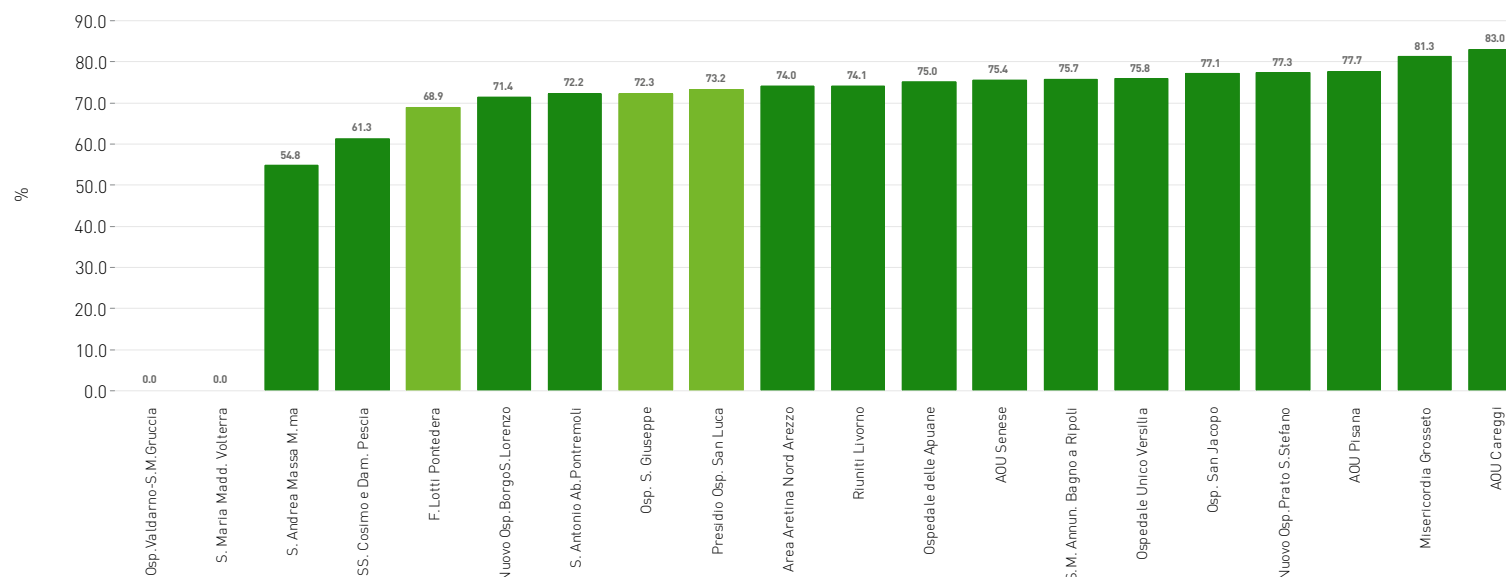
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

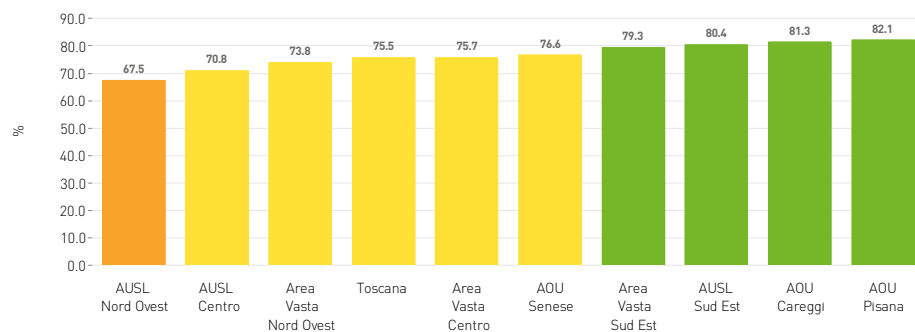


## C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella

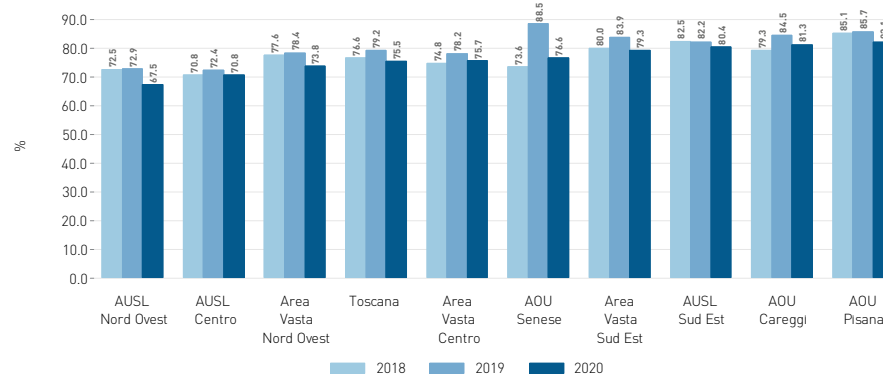
L'indicatore descrive la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up mammografico attivo tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento, finalizzato all'identificazione precoce di recidive di malattia e diagnosticare i tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale.



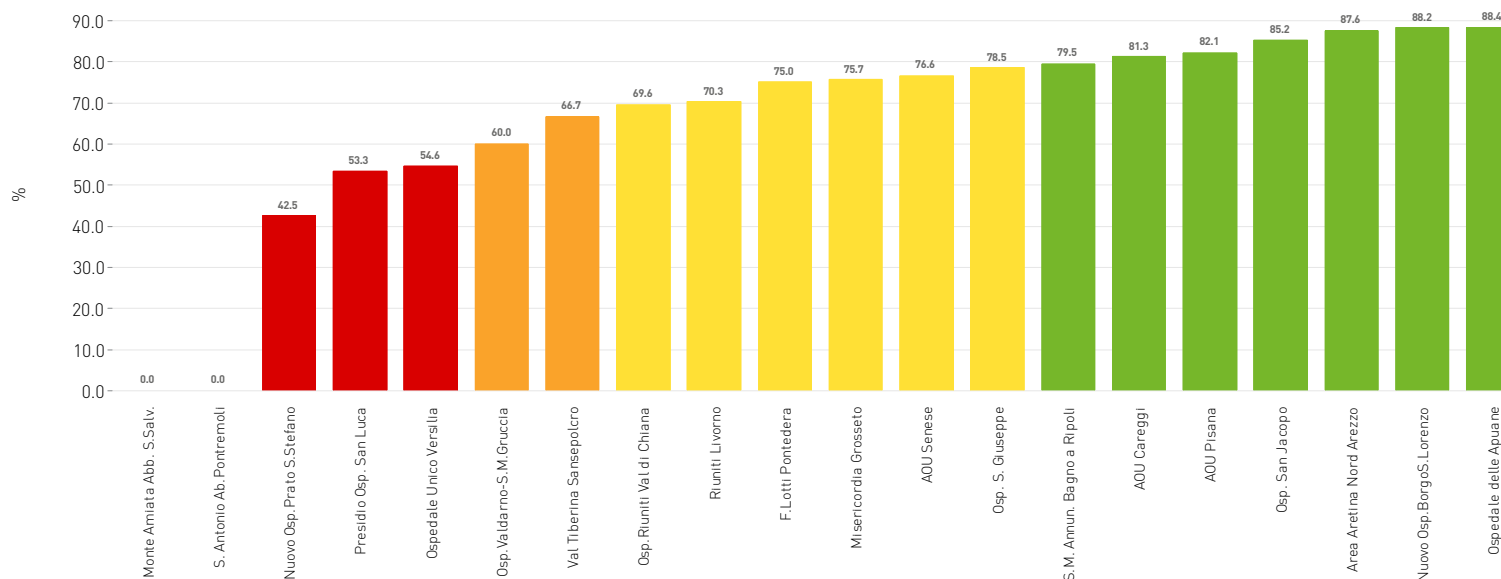
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

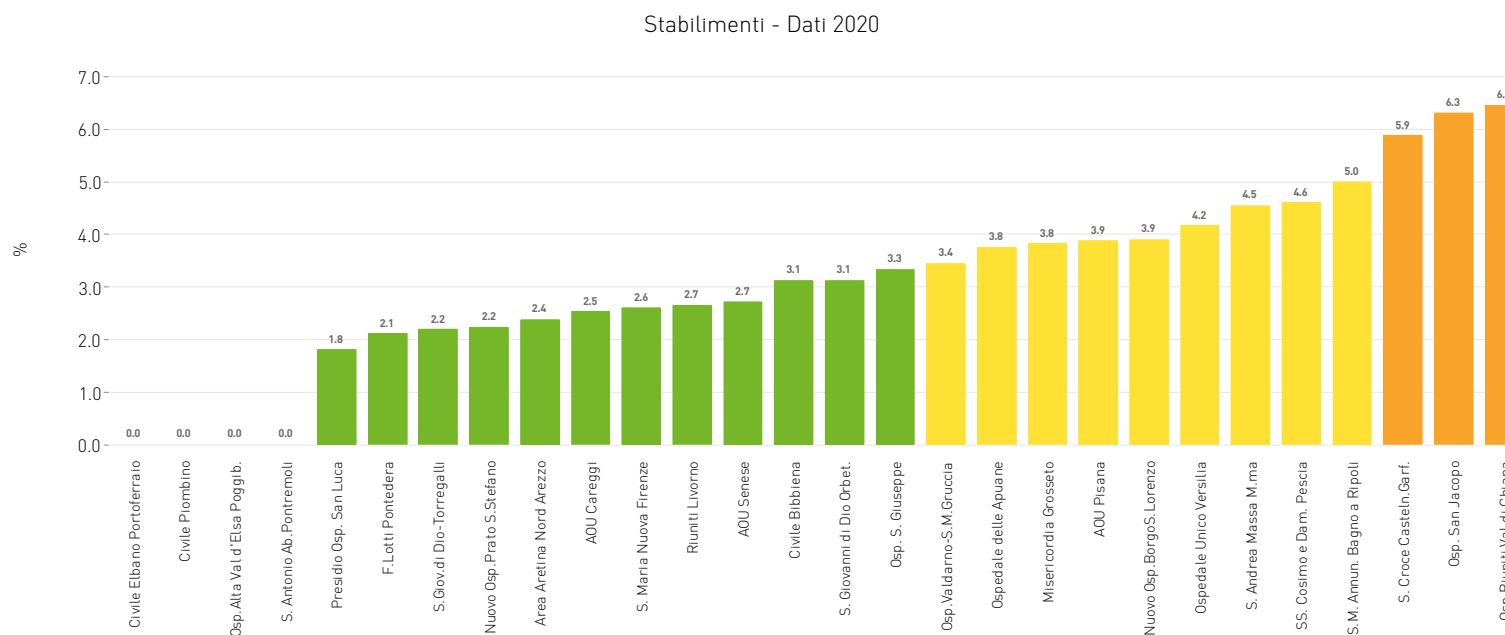
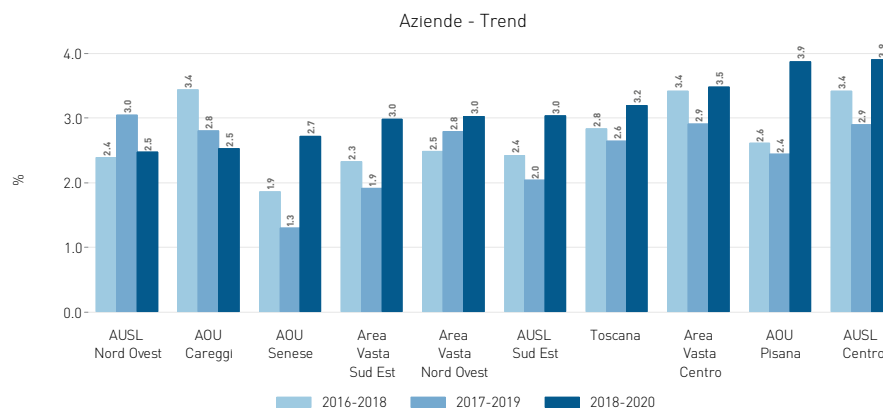
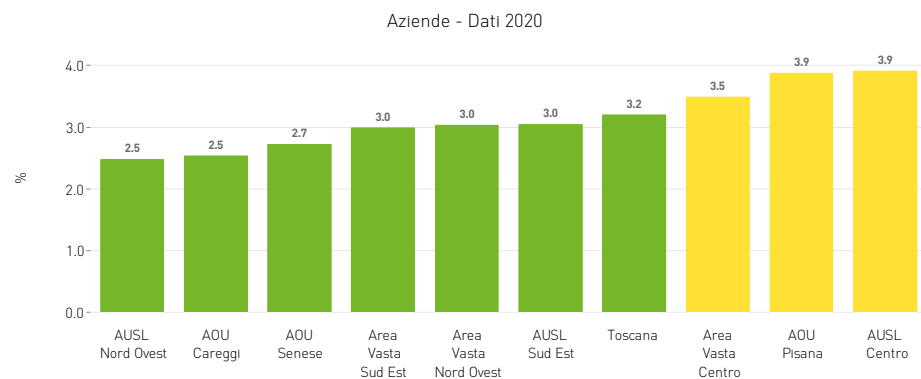


Stabilimenti - Dati 2020



### 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)

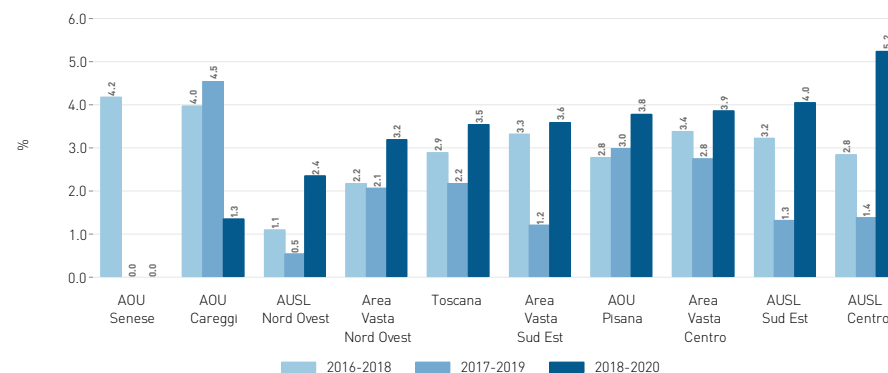
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



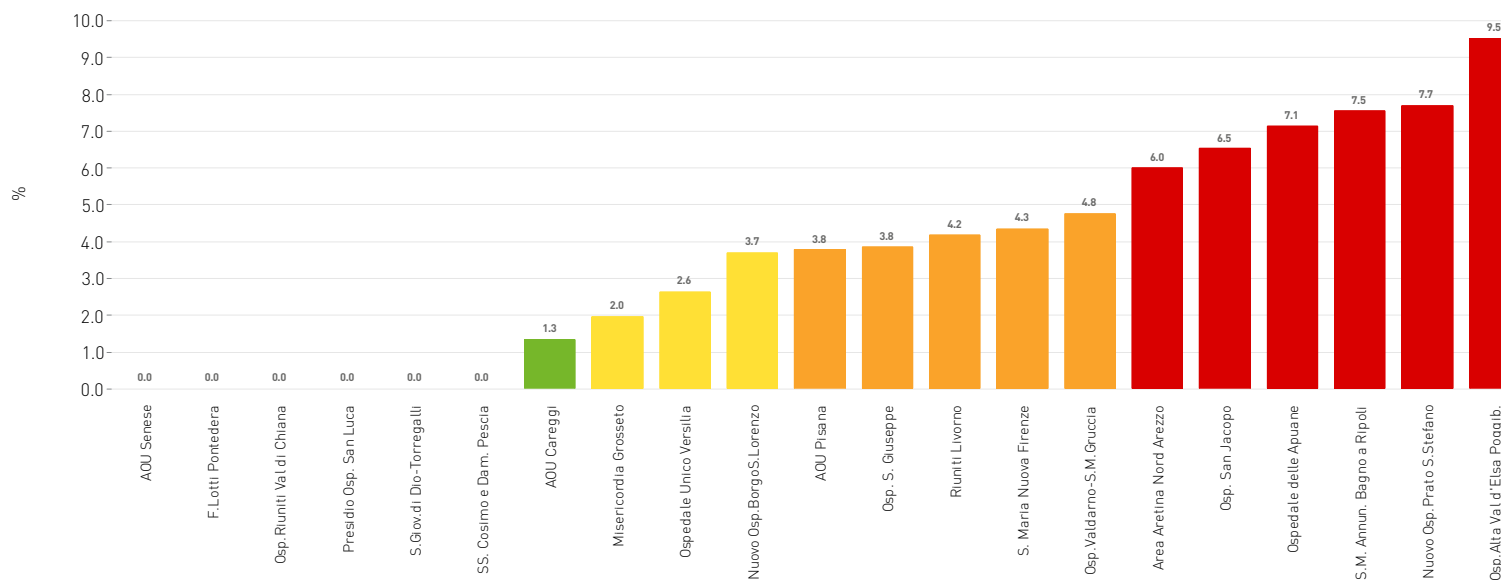
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



## C10D Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per i seguenti interventi di chirurgia oncologica: mammella, prostata, colon, retto polmone, utero, melanoma, tiroide. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



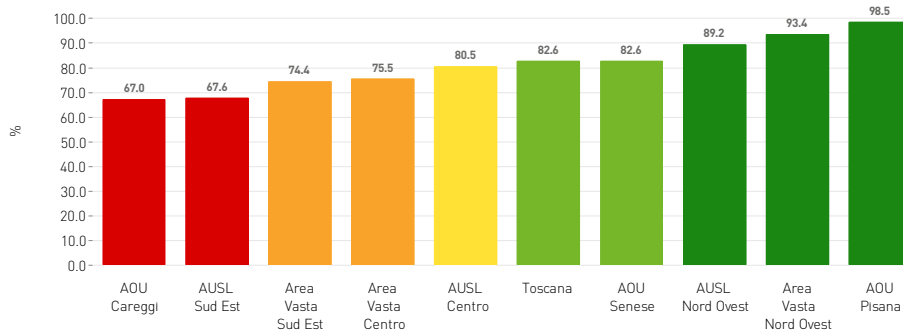
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C10D Proporzione di prest. erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per interv. chir. per tumore</b>	●	●	●	●	●	●	●
C10.4.7 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	82.56	89.22	80.49	67.65	98.47	82.62	66.99
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	59.54	73.08	73.24	60.14	63.94	66.67	52.81
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	91.13	95.19	97.51	95.68	75.91	96.49	86.49
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	83.85	89.33	95.15	89.74	73.28	59.09	81.05
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	89.40	73.68			94.08	92.54	86.23
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	86.50	90.40	88.84	84.88	84.46	68.18	84.72
C10.4.13 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	93.74	92.16	89.41	96.55	98.75	95.65	
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	81.56	86.54	66.67	83.33	83.60		75.76

### 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

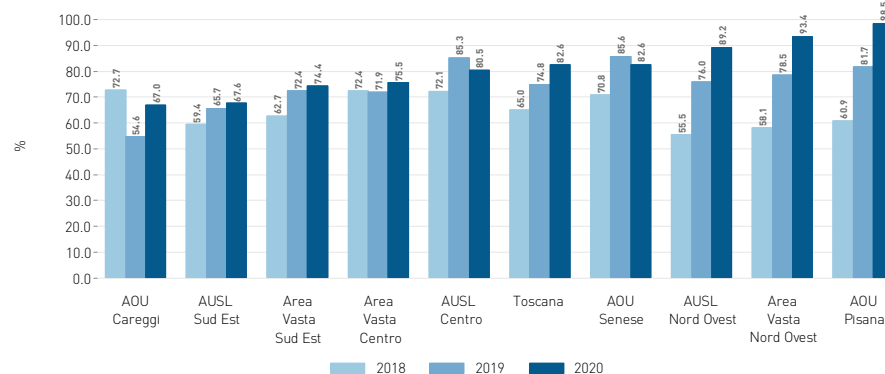
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla mammella. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



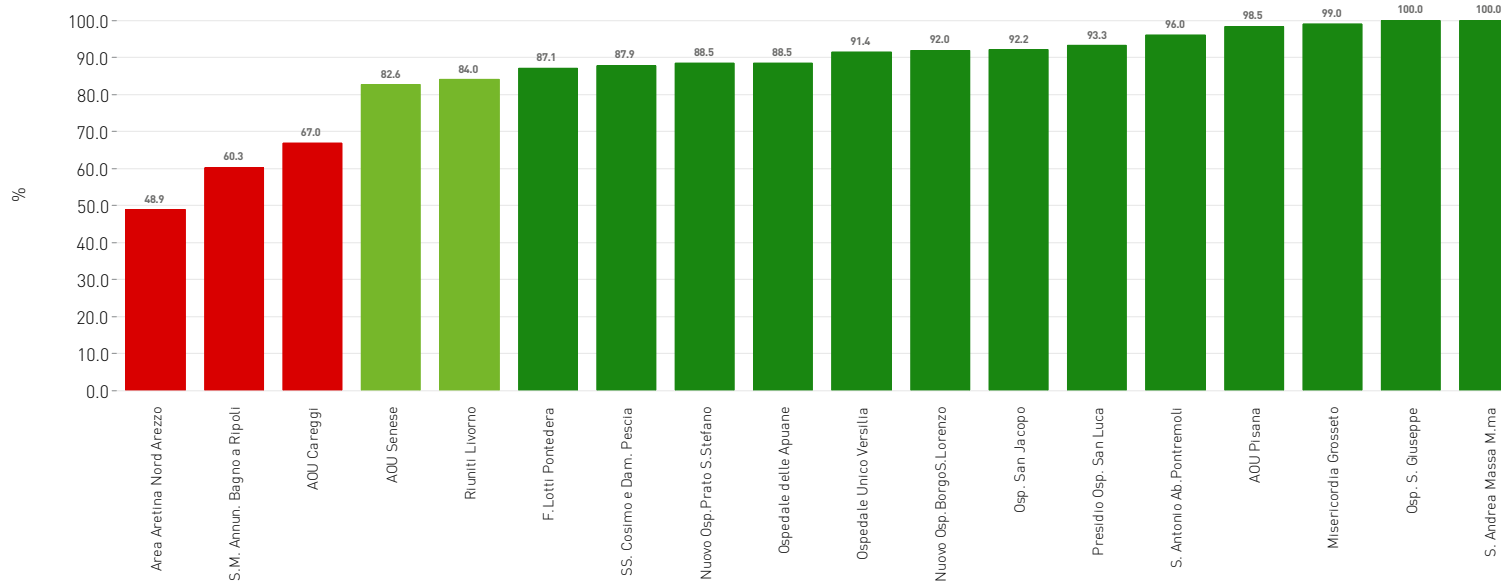
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

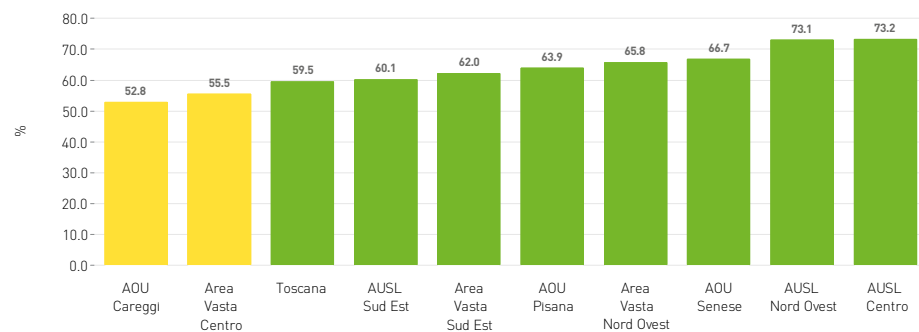


### C10.4.8 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata

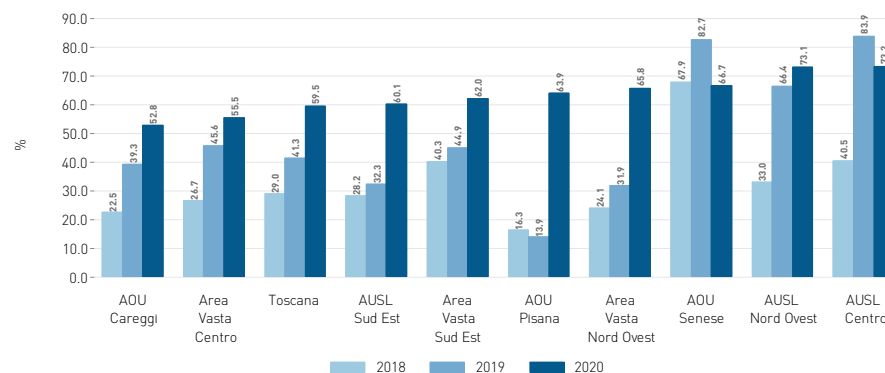
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla prostata. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



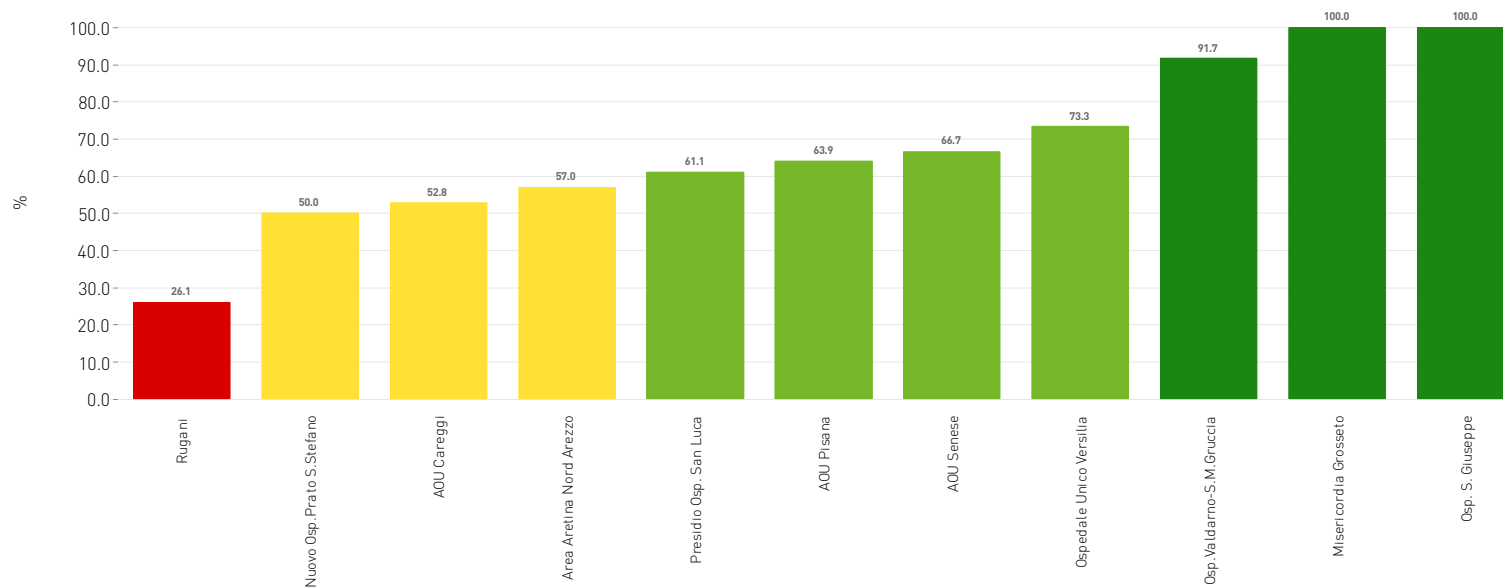
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

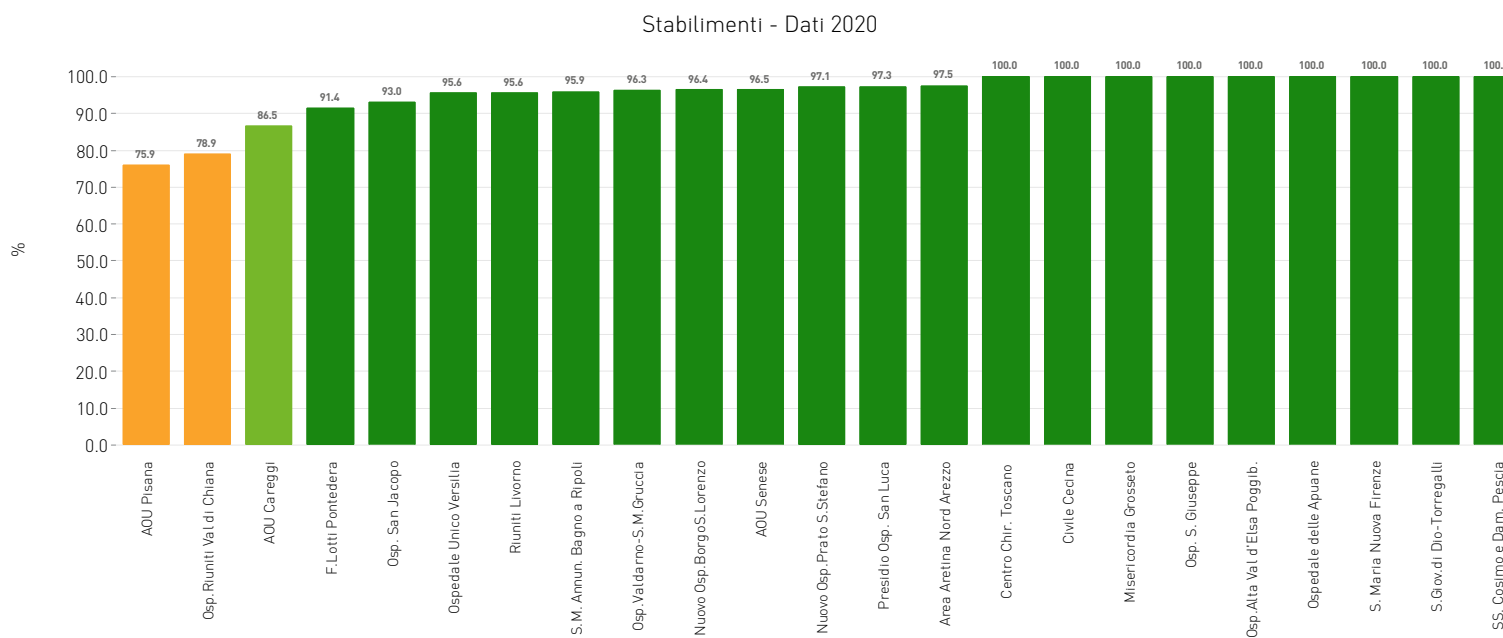
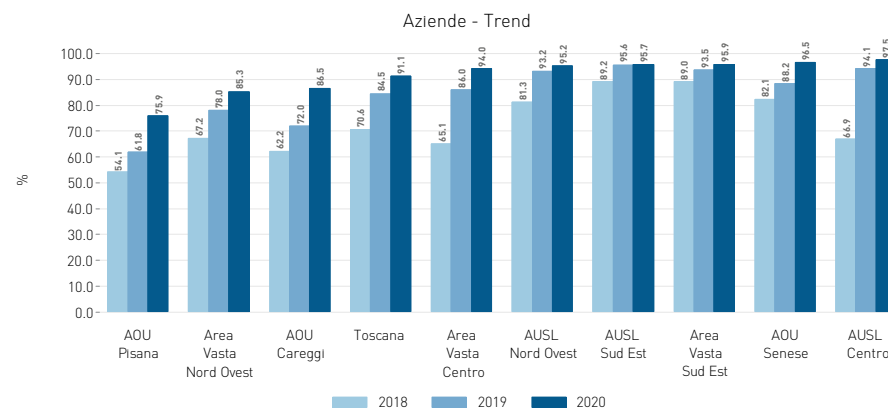
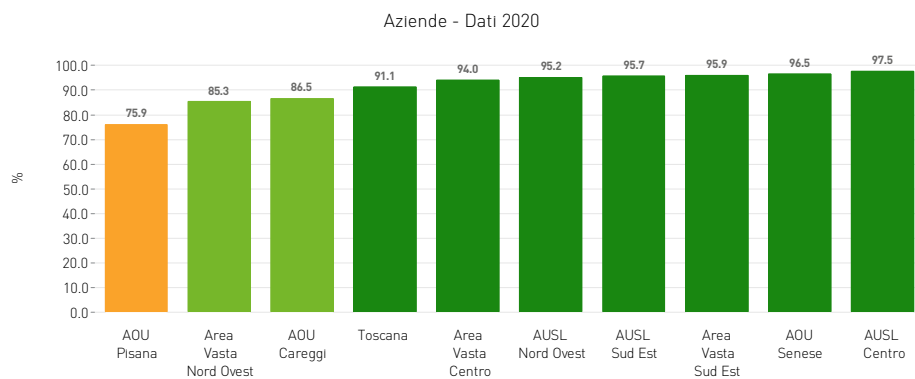


Stabilimenti - Dati 2020



### 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

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al colon. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.

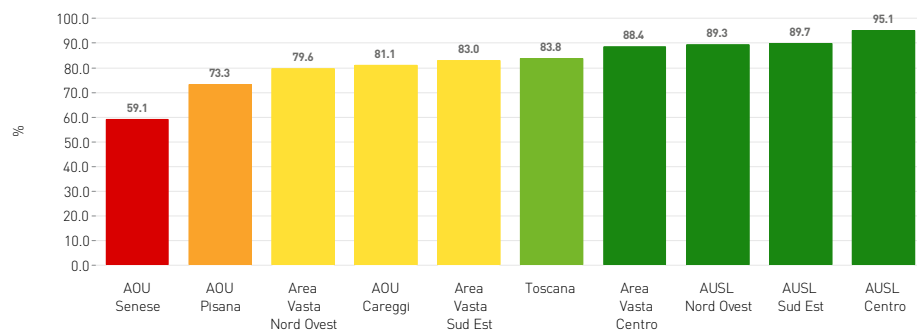


### C10.4.10 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto

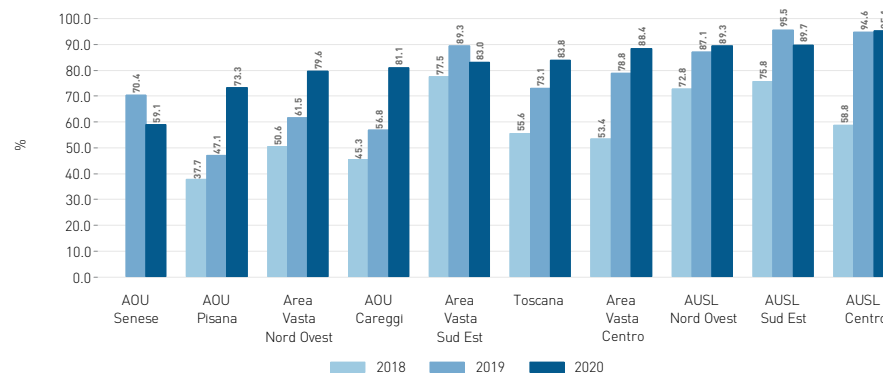
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al retto. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



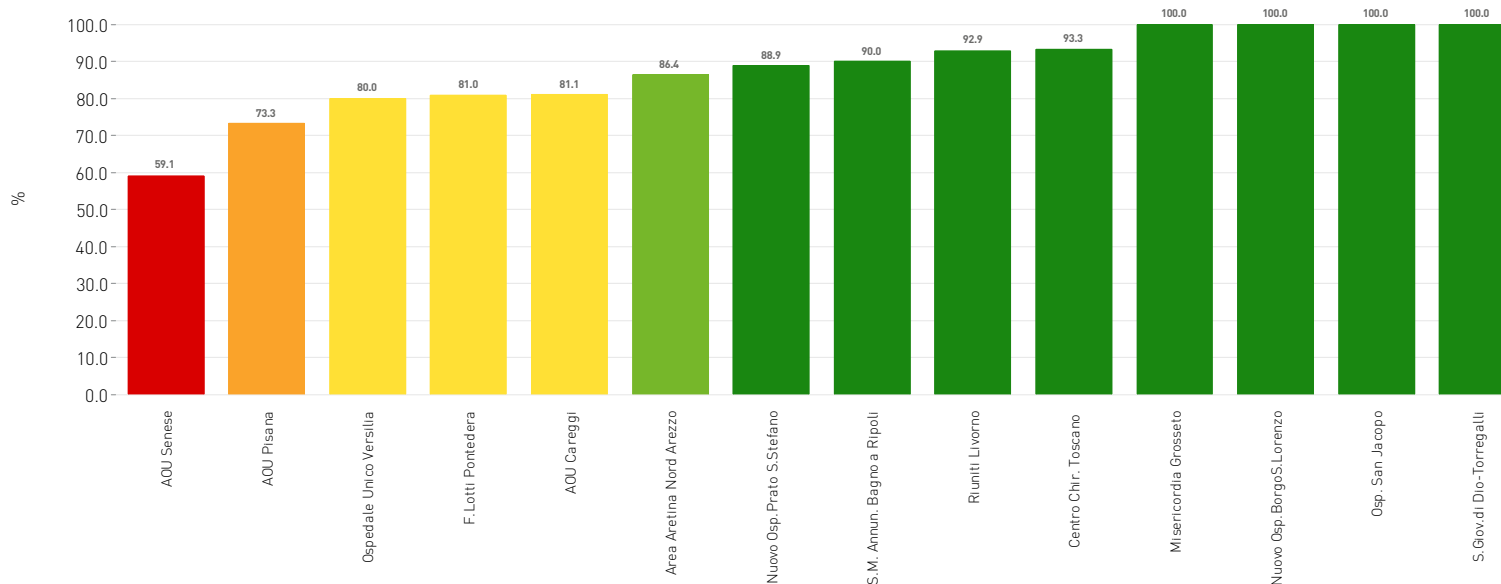
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

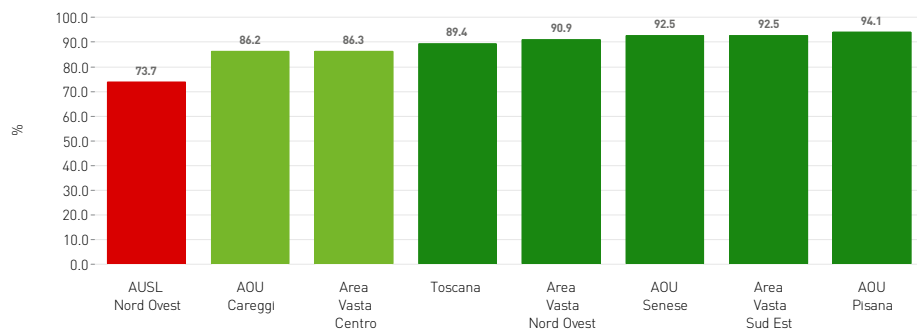


### C10.4.11 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone

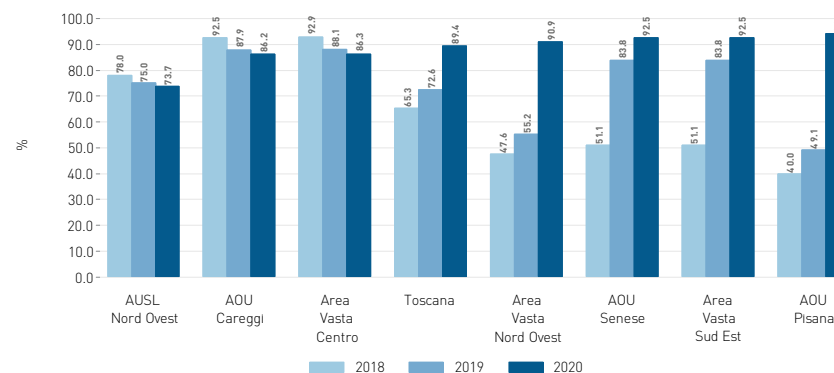
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al polmone. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



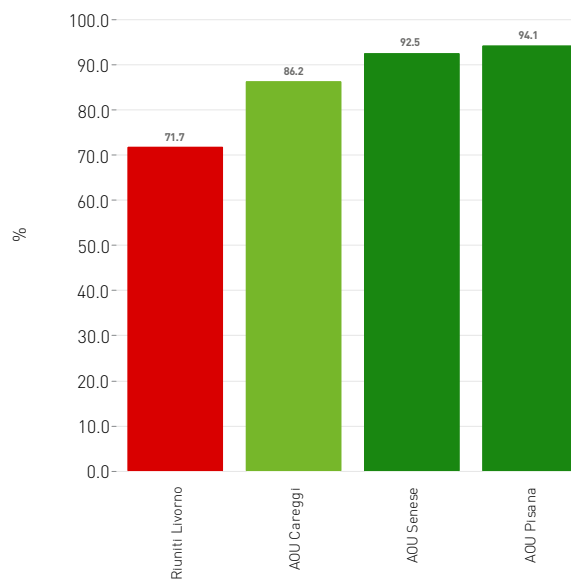
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

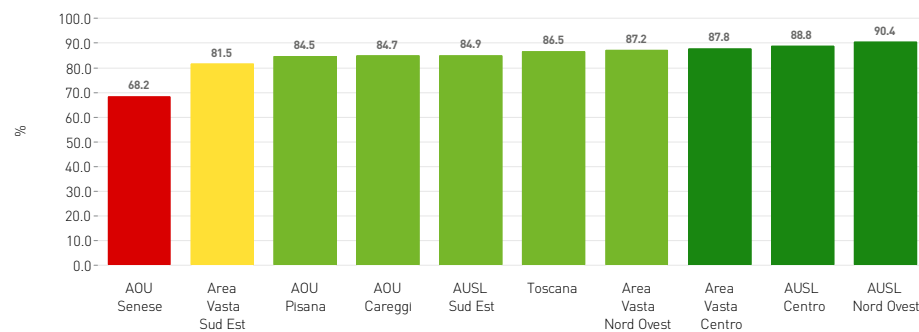


### C10.4.12 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero

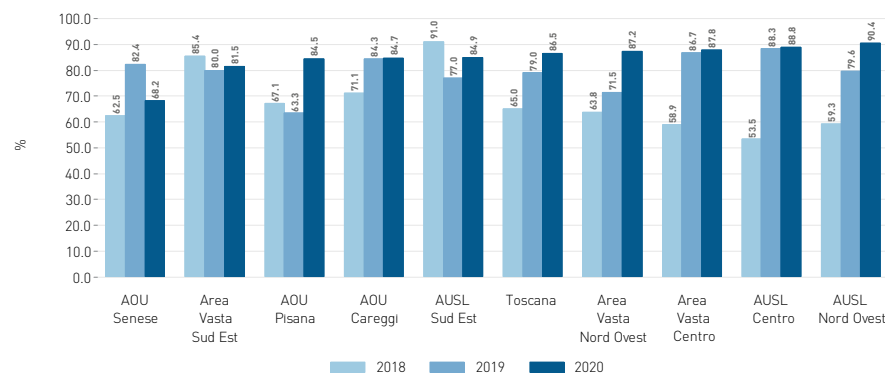
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno all'utero. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



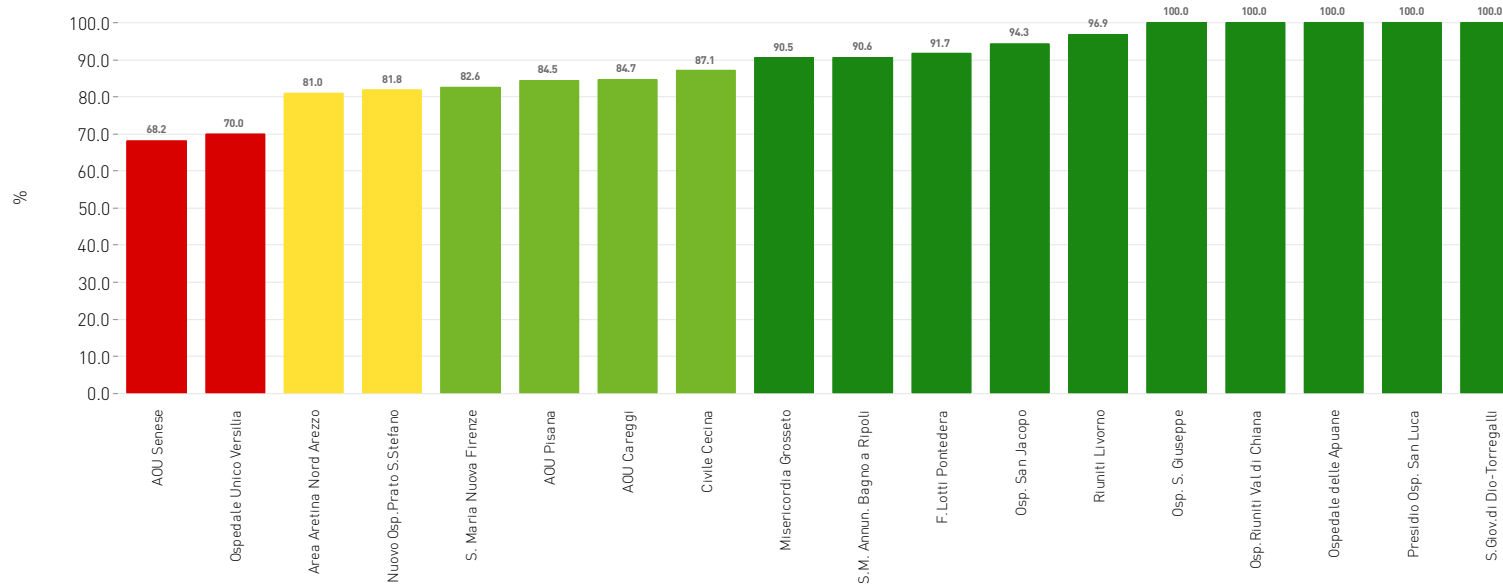
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



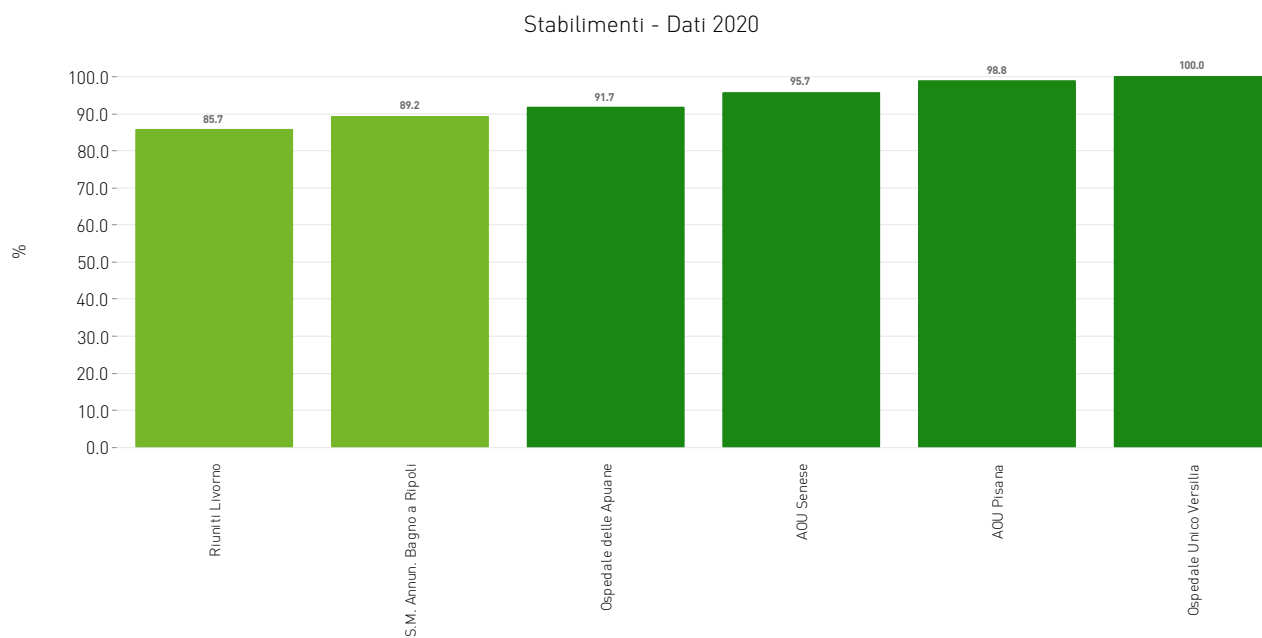
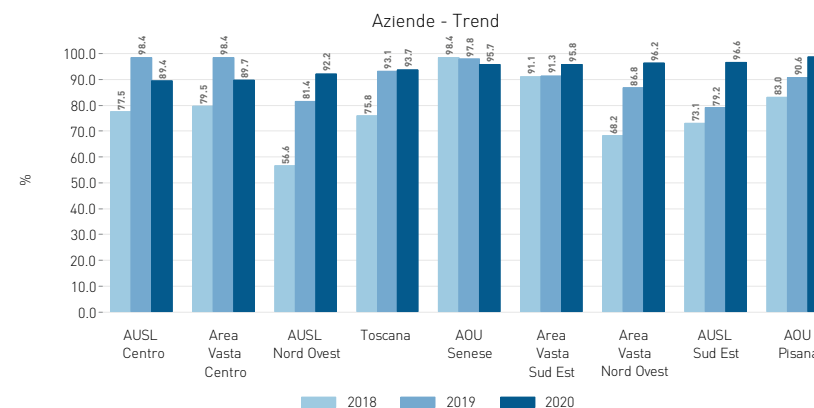
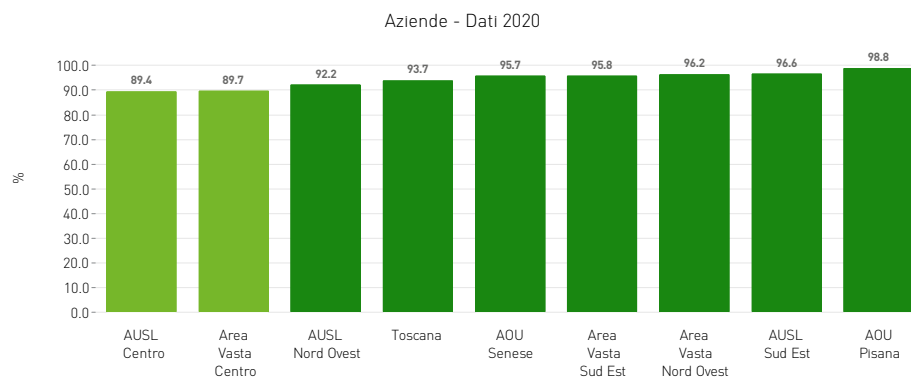
Stabilimenti - Dati 2020





### C10.4.13 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma

Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per melanoma. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.

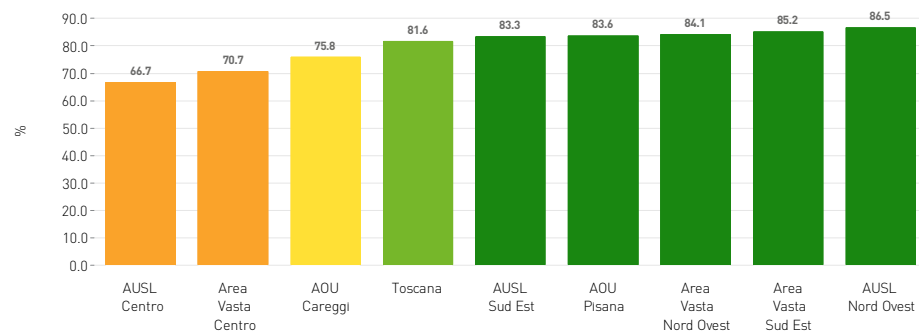


### C10.4.14 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide

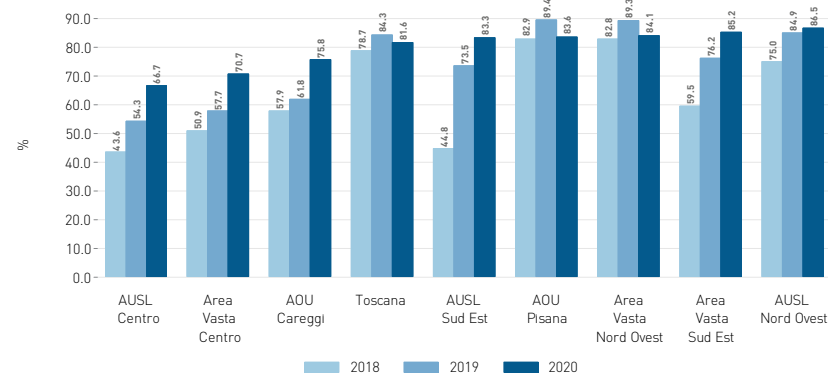
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla tiroide. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital.



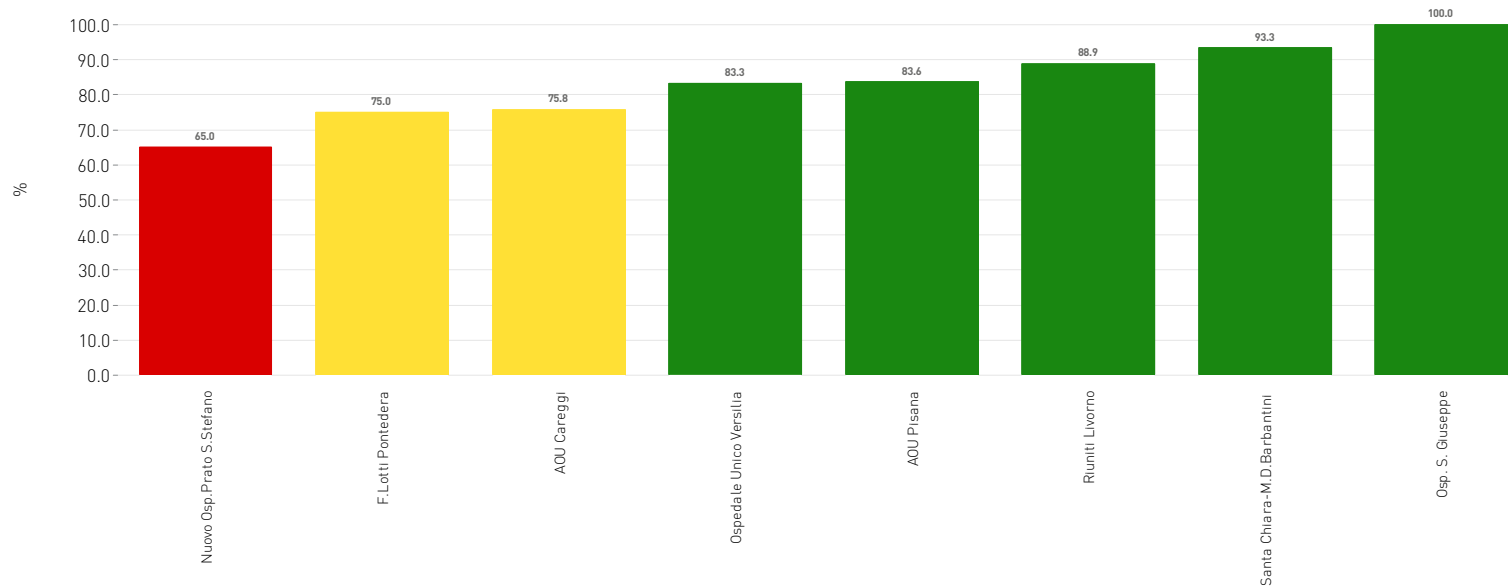
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



## C11A Efficacia assistenziale territoriale

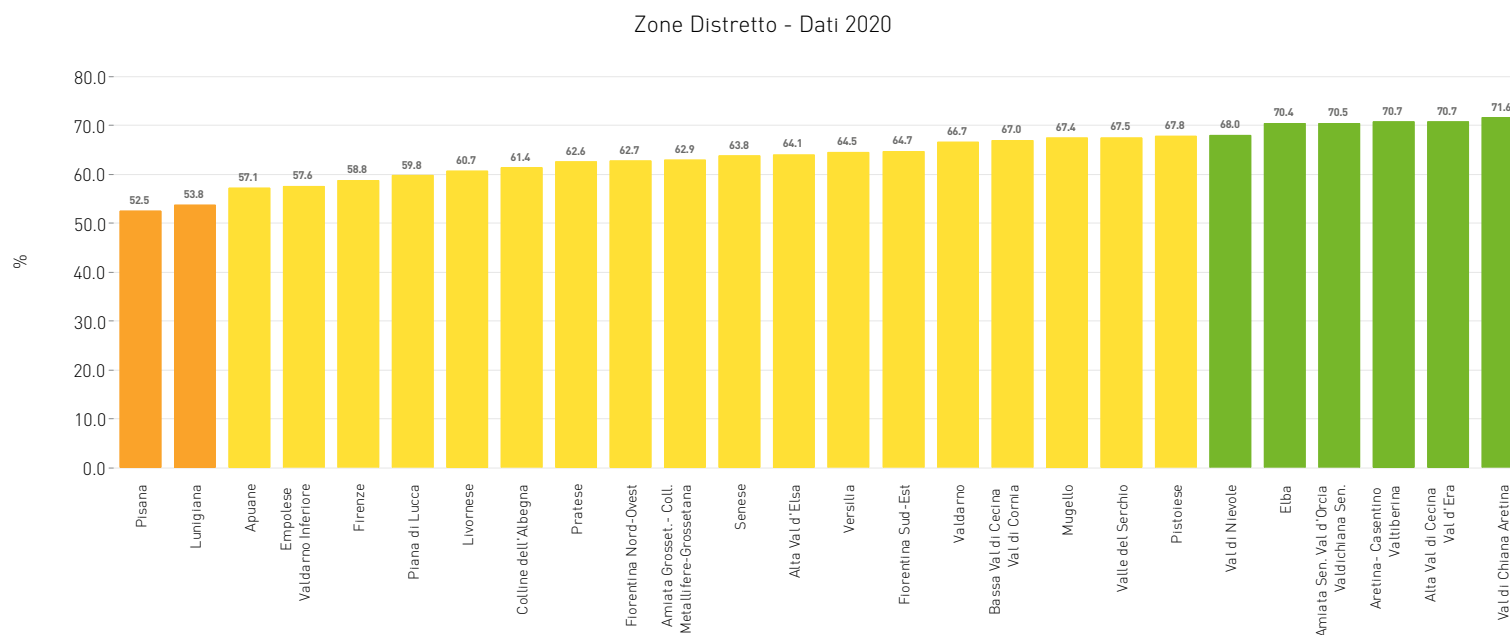
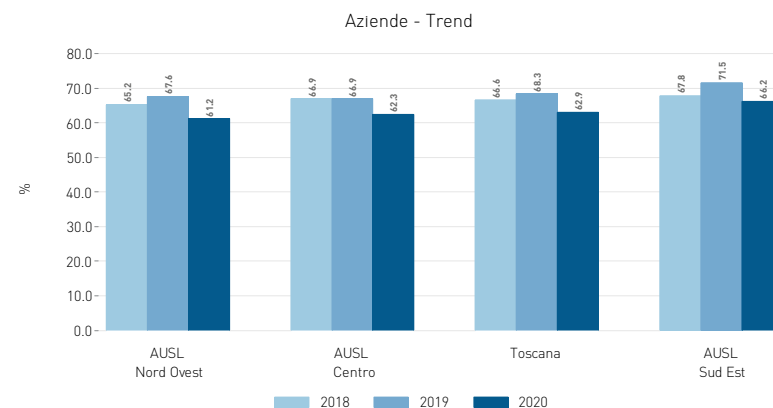
I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità o i livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la capacità dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie 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. Si ricorda che per l'anno 2020 gli indicatori legati alle ospedalizzazioni non sono valutati, bensì osservati.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>C11A Efficacia assistenziale territoriale</b>	●	●	●	●
C11A.1 Scompensato Cardiaco				
<i>C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scompensato Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)</i>	124.43	100.02	125.61	159.78
<i>D03CC Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per scompensato cardiaco</i>	227.08	185.33	233.38	276.58
C11A.1.2A Residenti con Scompensato Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	62.91	61.23	62.32	66.23
C11A.1.2B Residenti con Scompensato Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	48.86	48.26	47.48	51.94
C11A.1.2C Residenti con Scompensato Cardiaco con almeno un ECG				
C11A.1.3 Residenti con Scompensato Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani	57.57	56.62	57.85	58.41
C11A.1.4 Residenti con Scompensato Cardiaco in terapia con beta-bloccante	61.18	63.47	61.86	56.83
C11A.2 Diabete				
<i>C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)</i>	12.36	9.34	16.42	9.19
<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>	12.03	7.87	15.00	12.80
C11A.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	54.82	51.41	55.73	58.69
C11A.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	32.12	30.96	30.74	36.56
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	20.79	26.56	18.69	16.07
<i>C11A.2.4.4 Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti</i>	73.12	92.32	72.93	44.19
C11A.2.9 Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica				
C11A.3 BPCO				
<i>C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)</i>	16.03	11.91	22.04	11.07
<i>D03CB Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per BPCO</i>	16.73	11.52	20.85	16.86
C11A.3.2A Residenti con BPCO con almeno almeno una spirometria				
C11A.5 Ictus				
C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	62.23	64.52	60.69	61.98
<i>C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti</i>	5.68	4.53	6.26	6.27
<i>C8D.1.1 Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per titolo di studio</i>	0.91	0.79	0.97	0.82
<i>C8D.1.2 Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per diabete, scompensato e BPCO per titolo di studio</i>	0.76	0.69	0.86	0.71

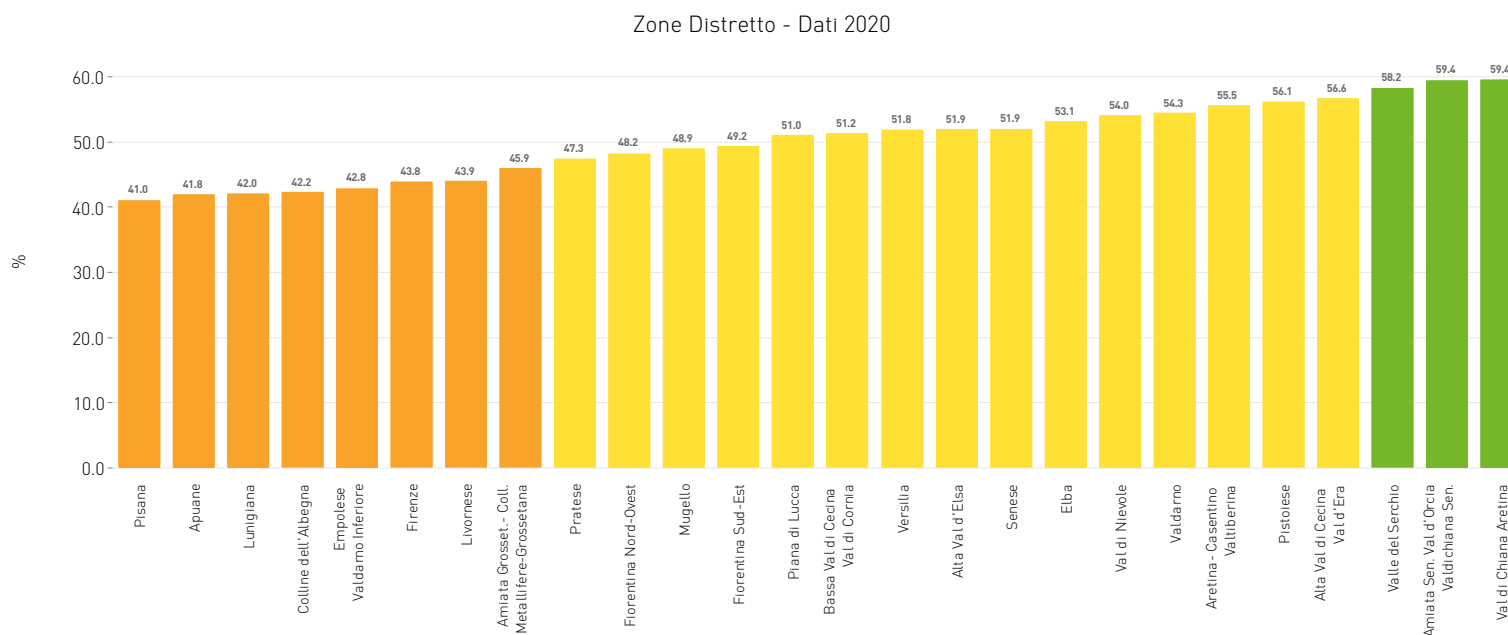
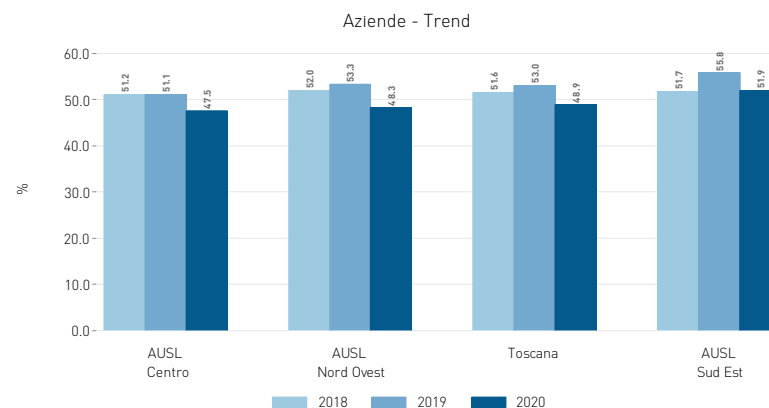
## C11A.1.2A Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina

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



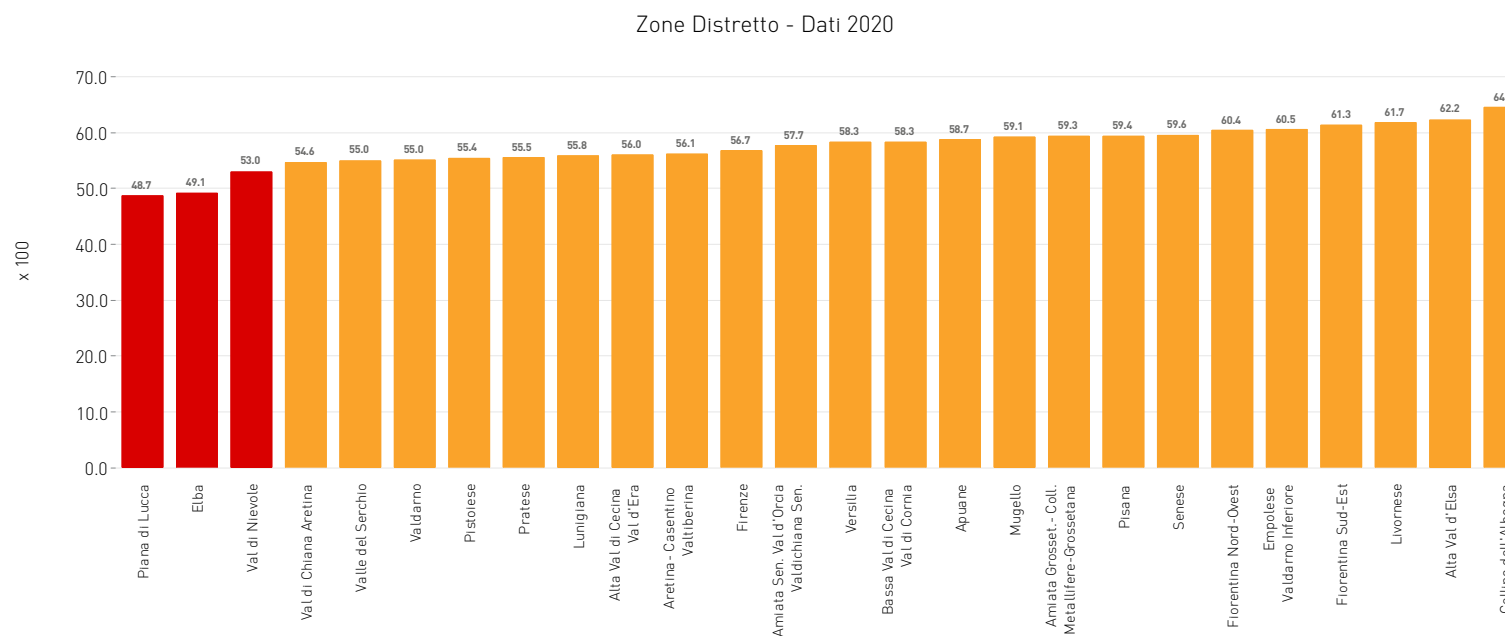
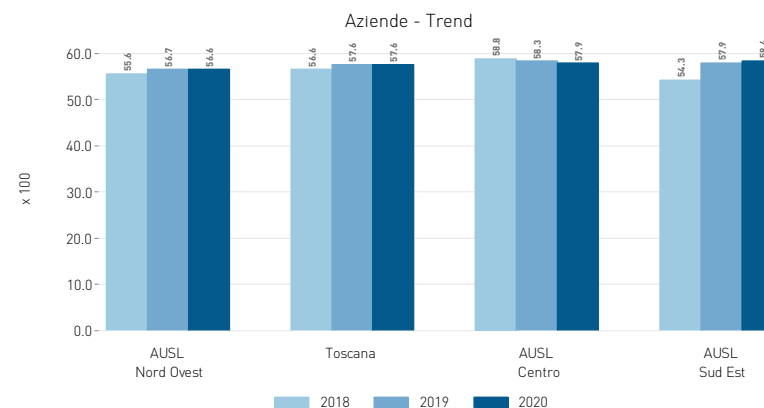
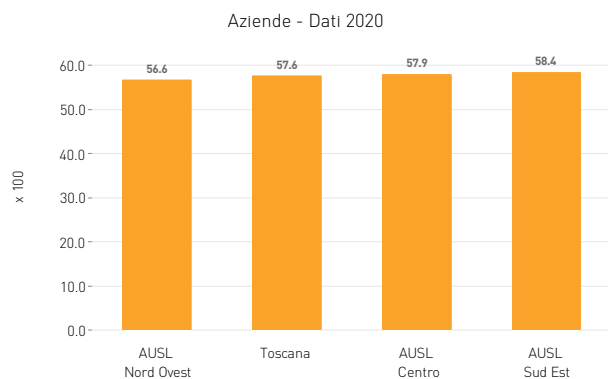
### C11A.1.2B Residenti con Scompeso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio

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



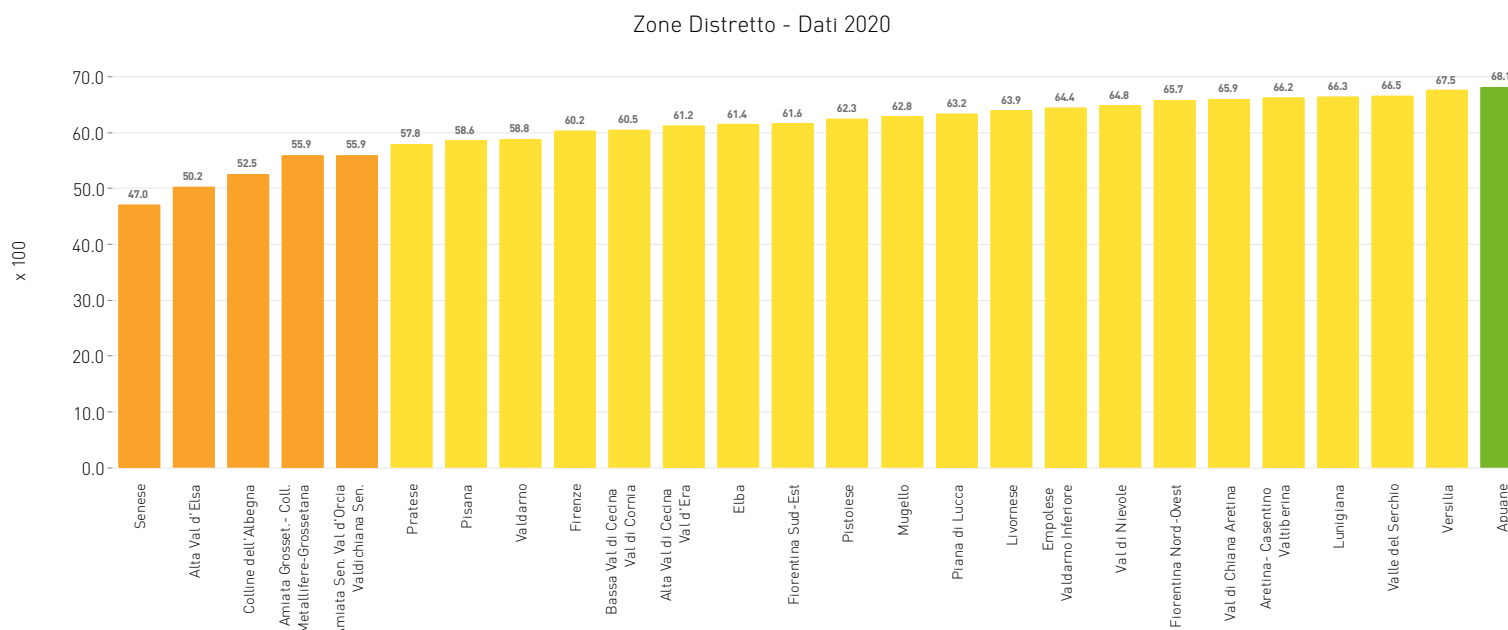
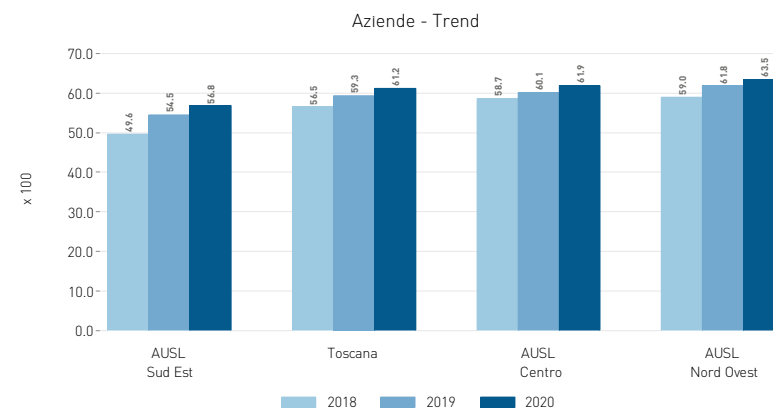
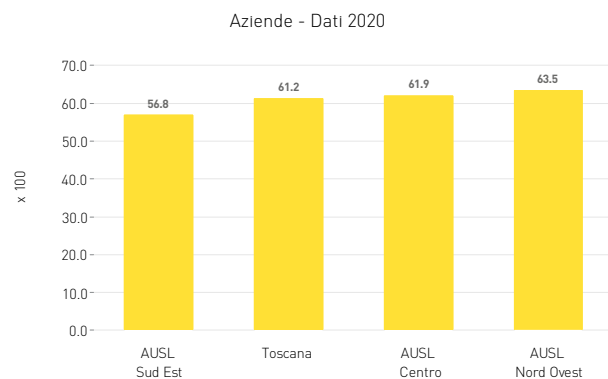
### C11A.1.3 Residenti con Scompeso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani

L'indicatore che segue misura il livello di adesione alle linee guida terapeutiche per la gestione dello scompeso cardiaco, valutando il grado di prescrizione del trattamento farmacologico a livello ambulatoriale per i pazienti scompensati. Il consumo di ACE-inibitori 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.



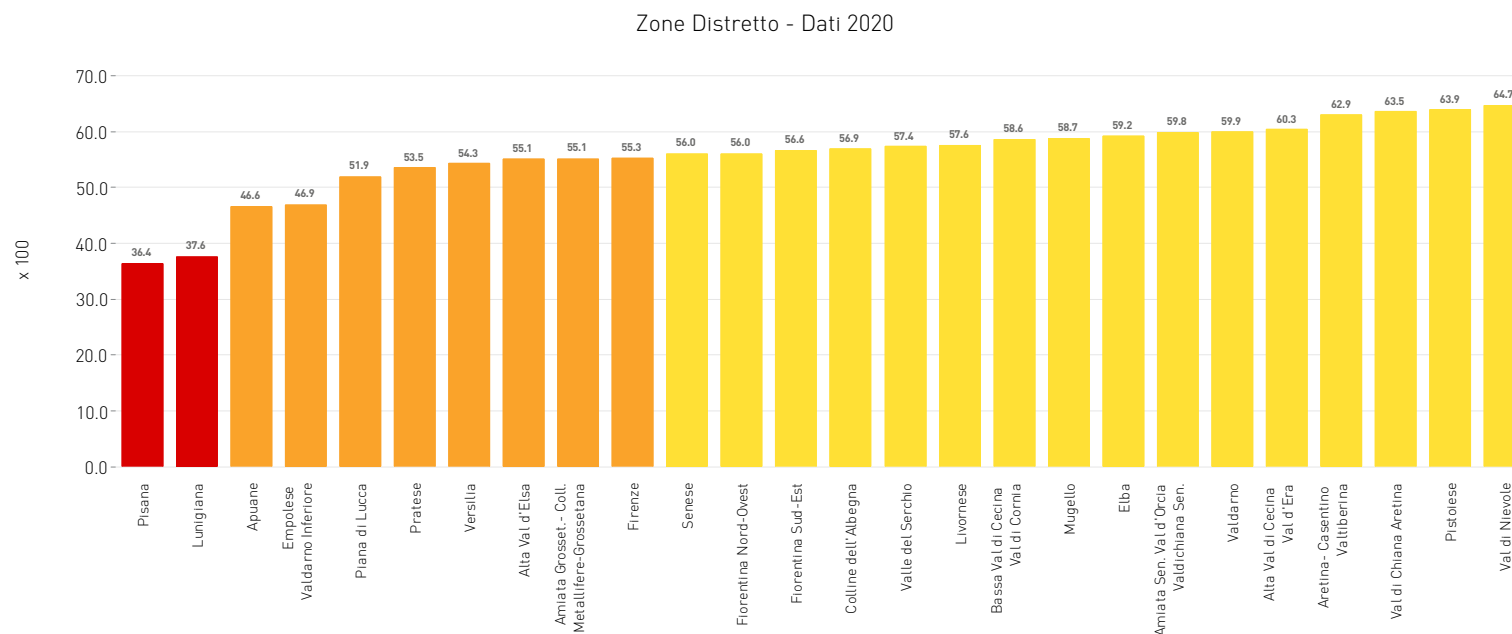
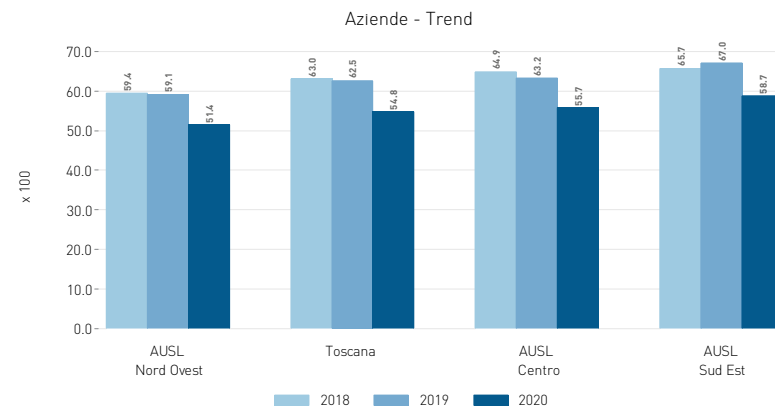
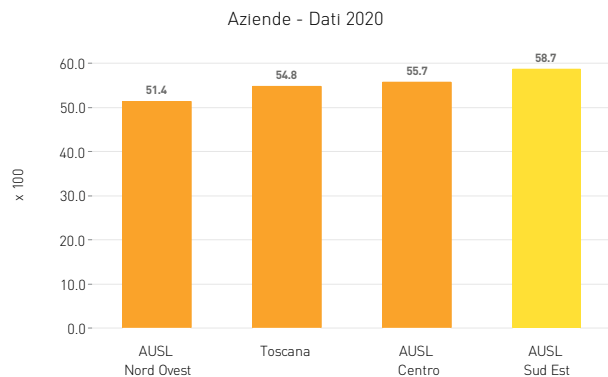
### C11A.1.4 Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante

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.



## C11A.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata

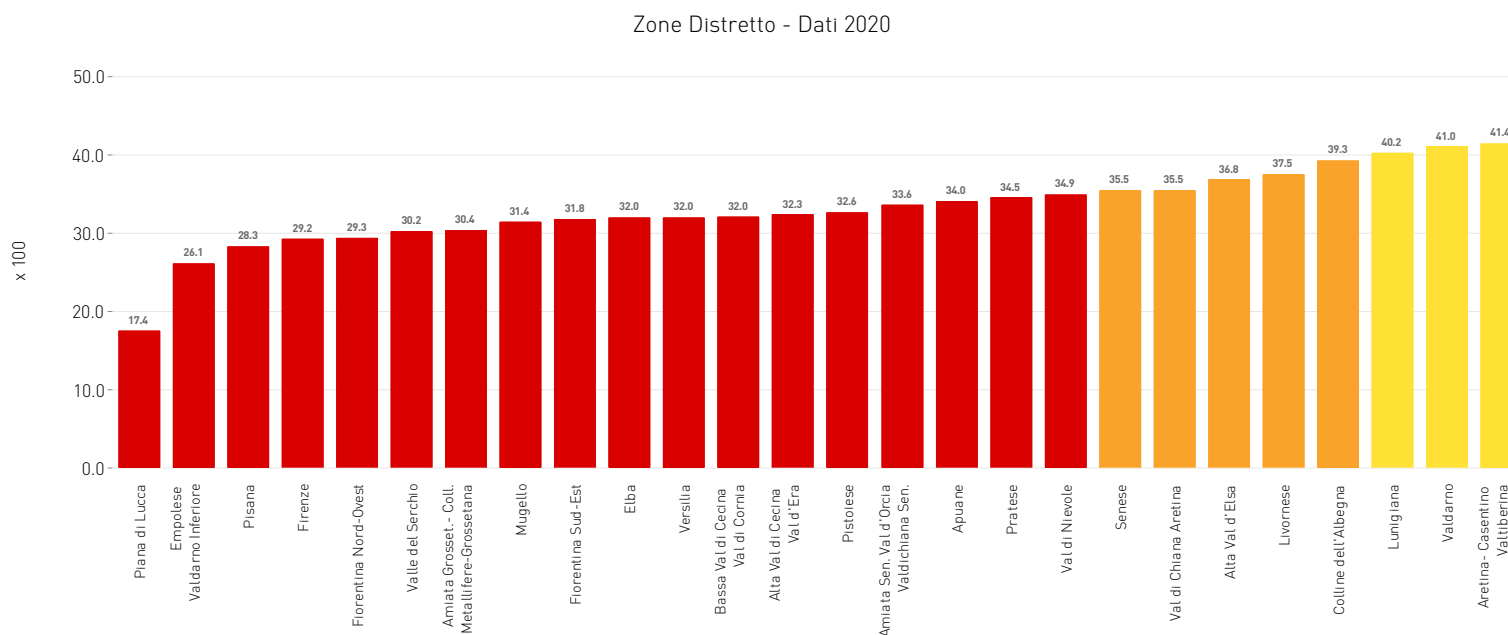
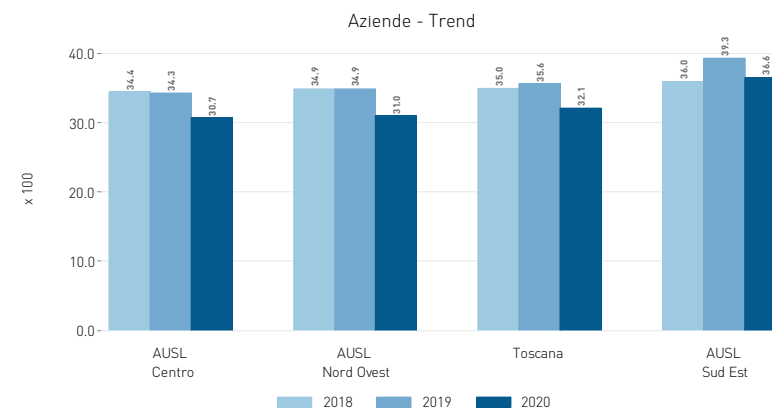
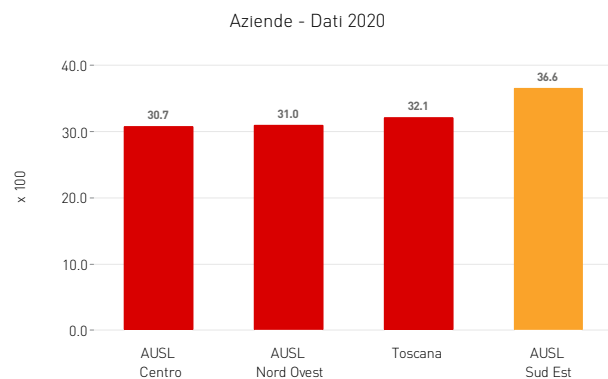
L'esame dell'emoglobina glicata è espressione della glicemia media nel lungo periodo; si tratta quindi di un esame molto utile per monitorare il controllo glicemico del paziente diabetico. I dati sono elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) utilizzando la banca dati MaCro ARS Toscana.





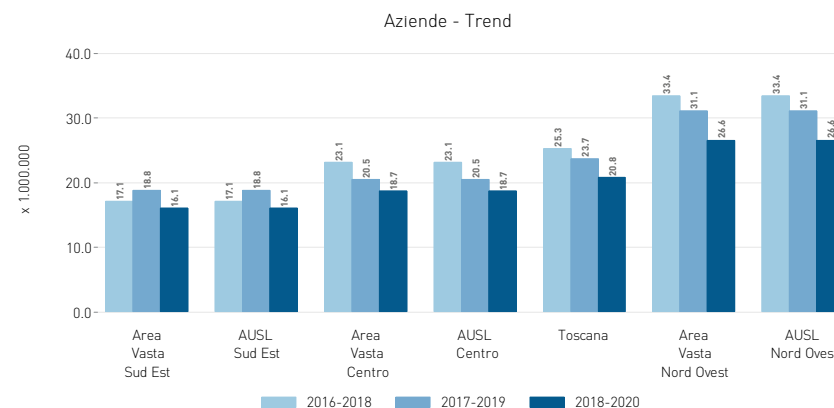
### C11A.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni

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.

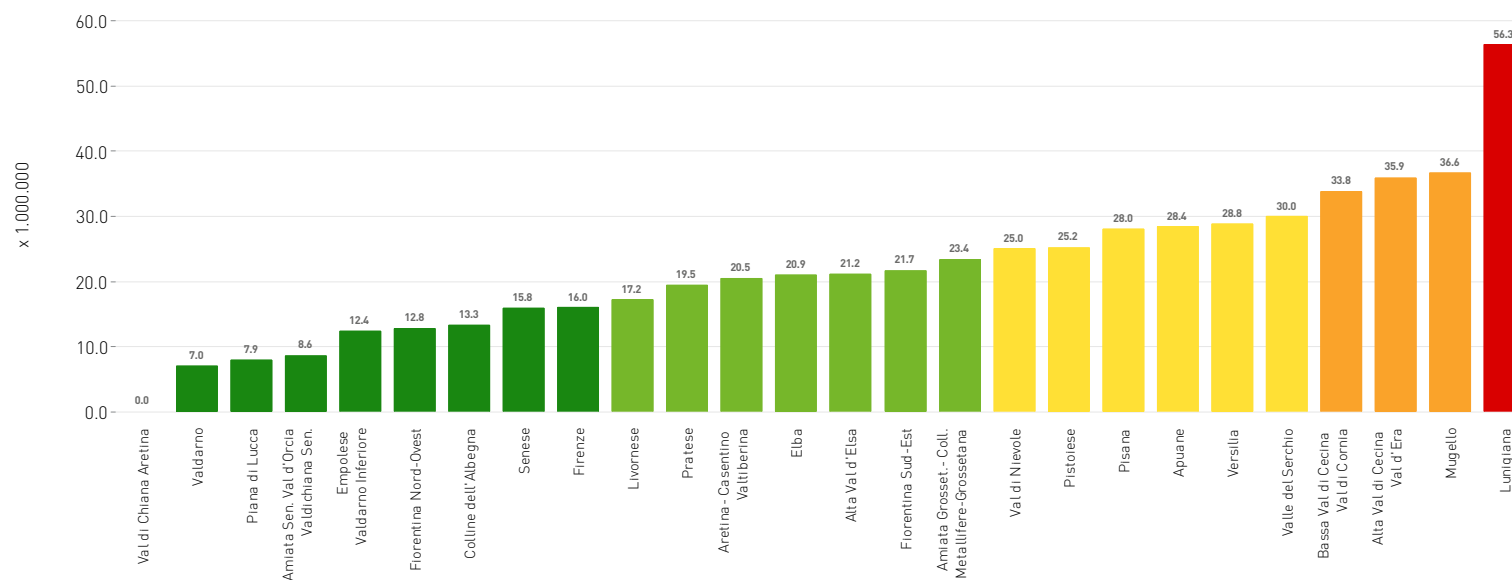


## C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario 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 rivascularizzazione 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 [Nutì et al. 2014; Nutì et al. 2016].

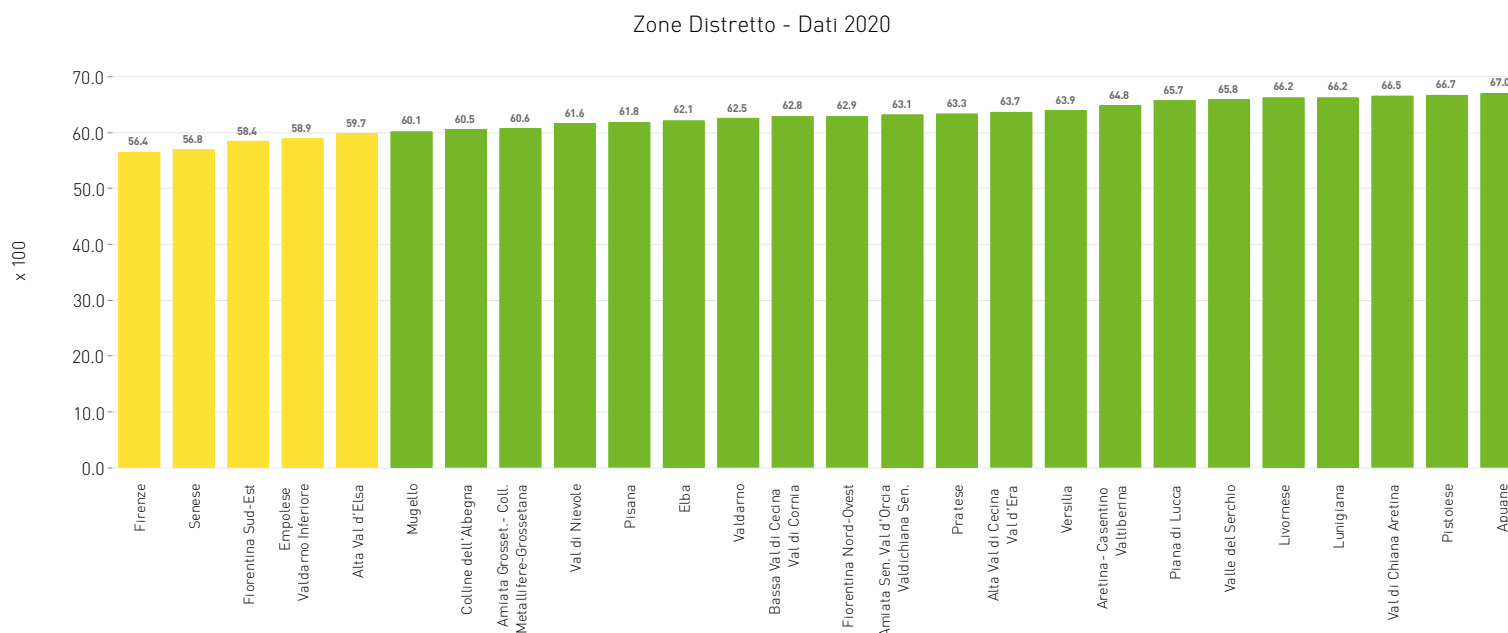
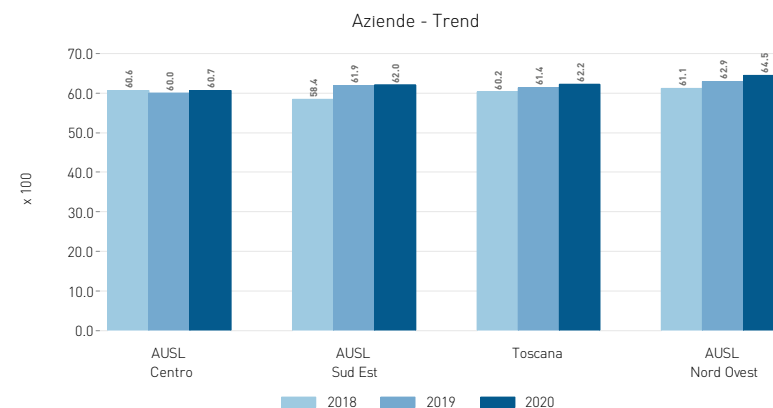
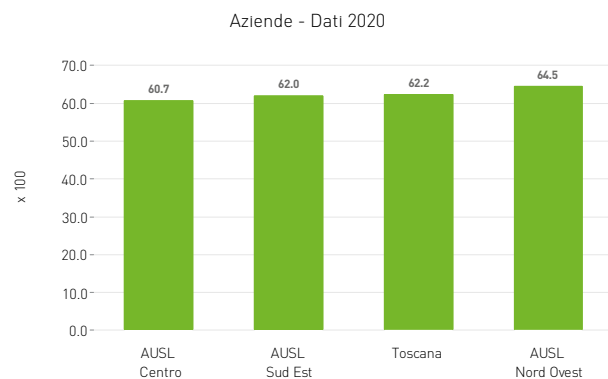


Zone Distretto - Dati 2020



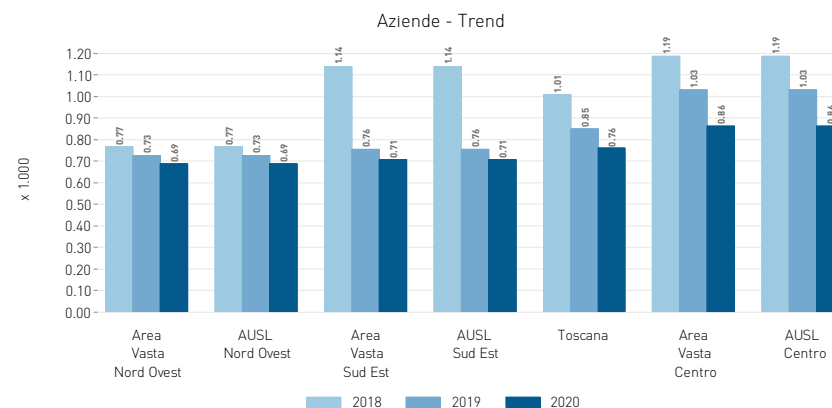
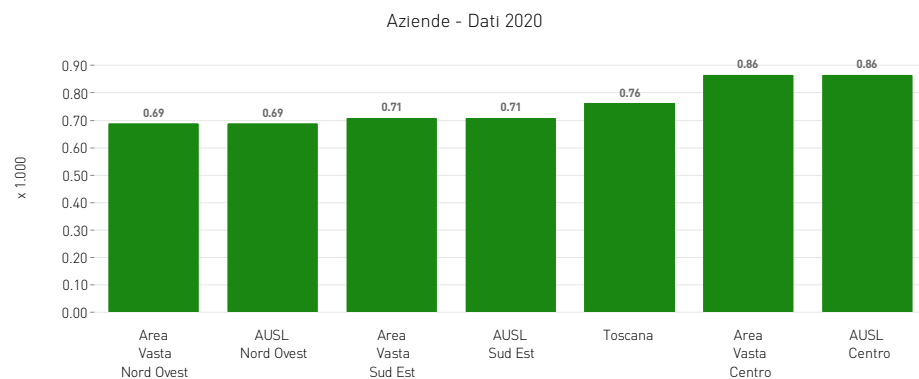
### C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica

La percentuale di residenti con ictus in 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.

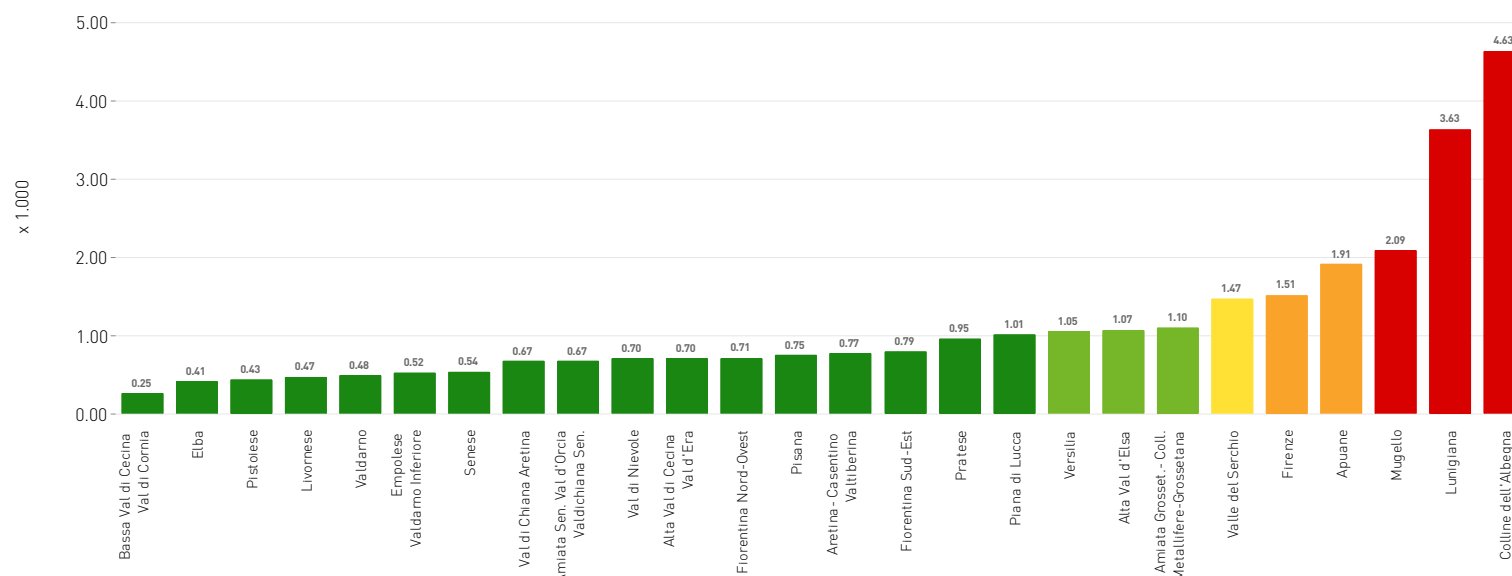


## C8D.1.2 Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per diabete, scompenso e BPCO per titolo di studio

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 disuguaglianze. Tali disuguaglianze 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.



Zone Distretto - Dati 2020



## C13 Appropriately Diagnostica/Appropriately Prescrittiva Diagnostica

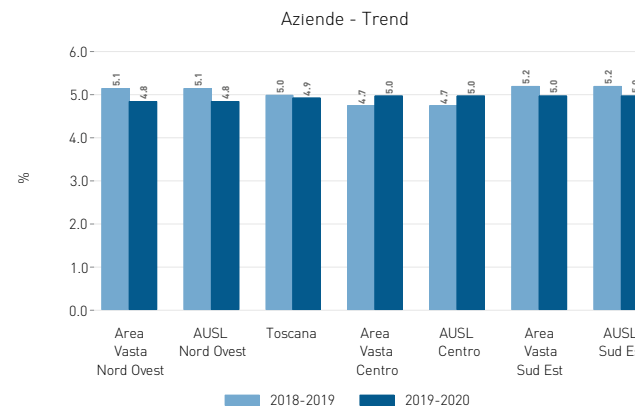
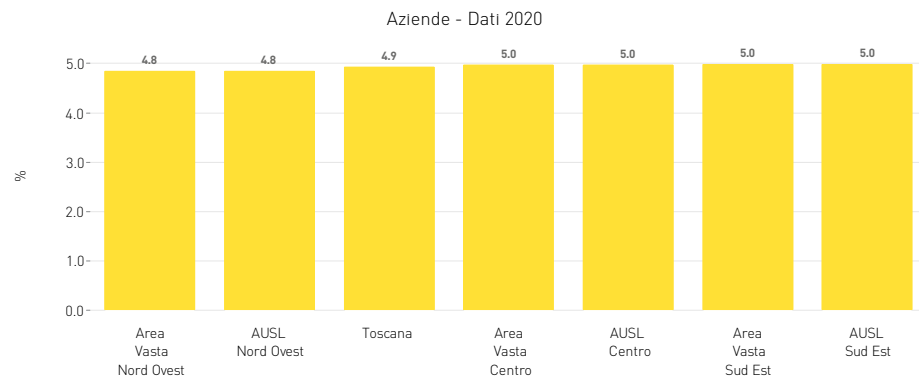
L'albero dell'indicatore "Appropriately diagnostica" è composto dai tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di prestazioni di diagnostica per immagine. Particolare attenzione è dedicata alla realizzazione di Risonanze Magnetiche muscoloscheletriche nei pazienti con età maggiore o uguale a 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.



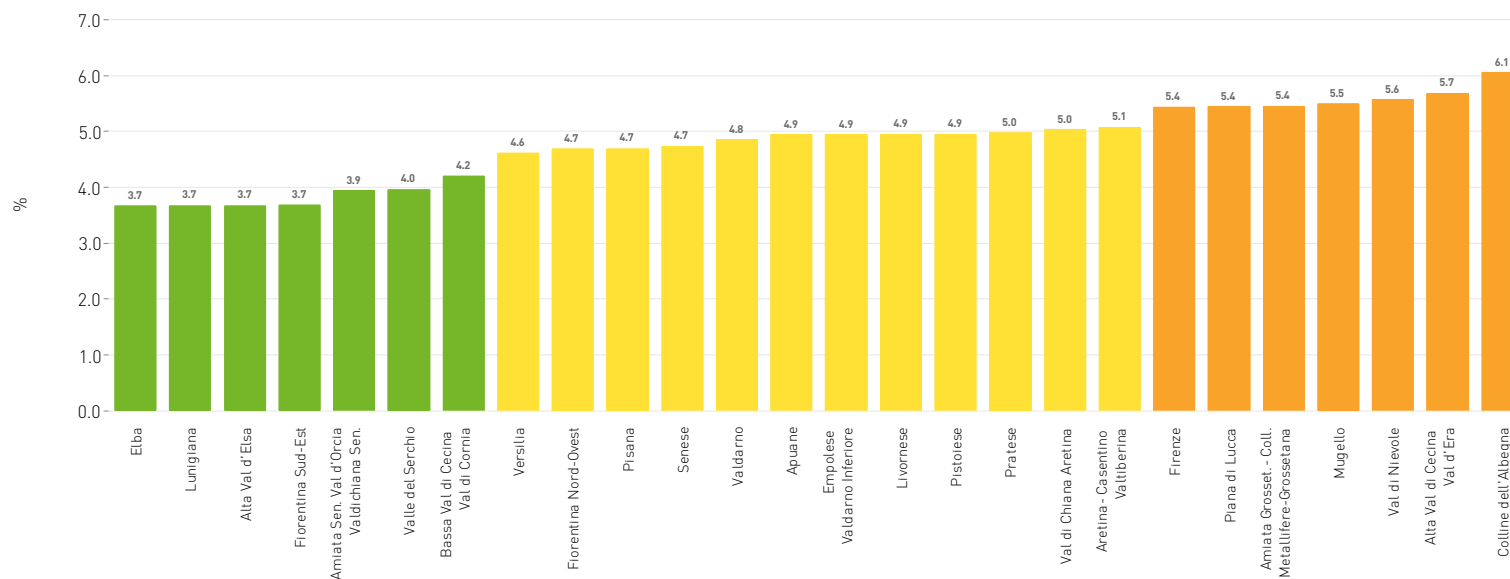
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>C13 Appropriately Diagnostica/Appropriately Prescrittiva Diagnostica</b>	●	●	●	●						
<i>C13.1 Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti</i>	2246.85	2300.08	2152.14	2343.14						
<i>C13.2 Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini</i>	514.81	486.90	514.44	558.14						
<i>C13.2.1 Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti</i>	59.55	58.64	58.96	62.02						
<i>C13.2.2 Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti</i>	55.78	56.85	53.48	58.66						
<i>C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (&gt;= 65 anni)</i>	16.23	15.62	15.98	17.62						
<i>C13A.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi</i>	4.93	4.84	4.97	4.97						
<i>C13A.2.2.3 Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi</i>	9.38	9.83	8.76	9.67						
<i>C13.4 Tempi di attesa</i>										
<i>D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)</i>	74.69	92.04	51.61	82.46	95.65	98.03	56.12	85.71	75.12	48.49
<i>D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)</i>	74.14	74.13	67.13	74.11	98.21	84.48	68.48	95.26	80.39	87.50

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

Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inappropriata 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 inappropriata 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 2020



## 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.



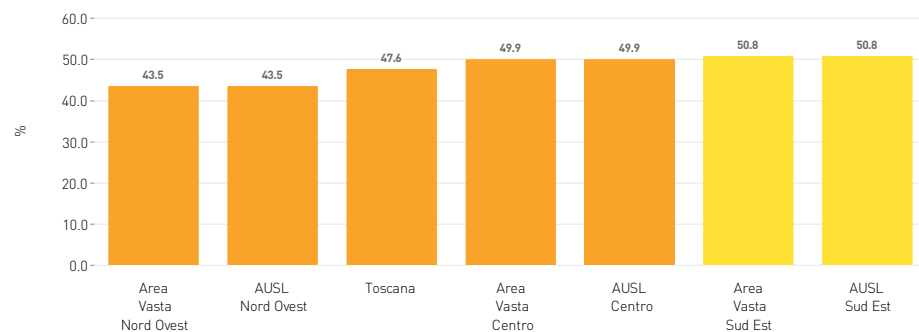
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C15 Salute mentale</b>	●	●	●	●	●	●	●
<i>C15.1 Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni</i>	107.33	111.29	89.89	135.04			
<i>C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero</i>	47.63	43.50	49.90	50.78			
<i>C15A.13.2 % di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche</i>	5.25	4.36	5.90	6.39	4.04	3.72	8.51
<i>C15A.13A % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche</i>	5.65	6.19	5.23	5.43			
<i>C15A.13B Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria</i>	5.85	6.33	5.87	4.82			
<i>C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche</i>							
<i>C15.4 Appropriatazza psicoterapeutica</i>	38.23	42.51	40.16	32.42			
<i>C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni</i>	180.29	208.44	170.30	157.04			
<i>C15A.5.1A Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni</i>	45.06	41.42	51.47	38.16			
<i>C15A.5.2A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni</i>	52.36	71.06	39.28	49.35			
<i>C15A.5.3A Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni</i>	19.62	19.46	20.13	18.74			
<i>C15A.5.4A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni</i>	6.46	5.47	8.87	3.15			
<i>C15A.5.5A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni</i>	17.14	20.94	12.34	20.88			
<i>C15A.5.6A Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni</i>	20.12	18.53	24.95	13.12			
<i>C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni</i>	19.53	31.57	13.27	13.65			
<i>C15.10 % di trattamenti multi-professionali</i>	33.99	36.71	23.78	44.08			
<i>C15.17 Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti</i>							
<i>C15.17.1 Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti</i>							
<i>C15.17.2 Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti</i>							
<i>C15.19.1 Percentuale di pazienti in carico con rivalutazione programmata nell'anno indice</i>							
<i>C15.19.2 Percentuale di pazienti in carico con rivalutazione programmata e non nell'anno indice</i>							

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

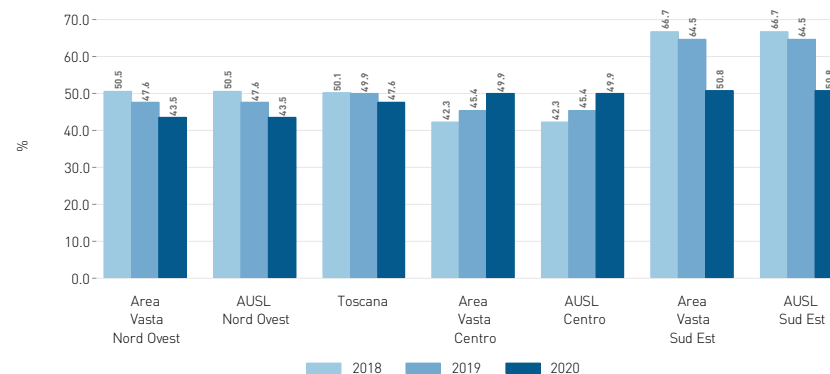
Al momento del ricovero psichiatrico, l'SPDC rappresenta un nodo vitale per il DSM, poiché interviene in una fase delicata e decisiva del percorso di cura degli utenti dei servizi psichiatrici. L'SPDC rappresenta il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie; in questo senso, ha 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 verificare che sia garantita sempre la continuità delle cure attraverso la tempestiva presa in carico da parte delle strutture territoriali.



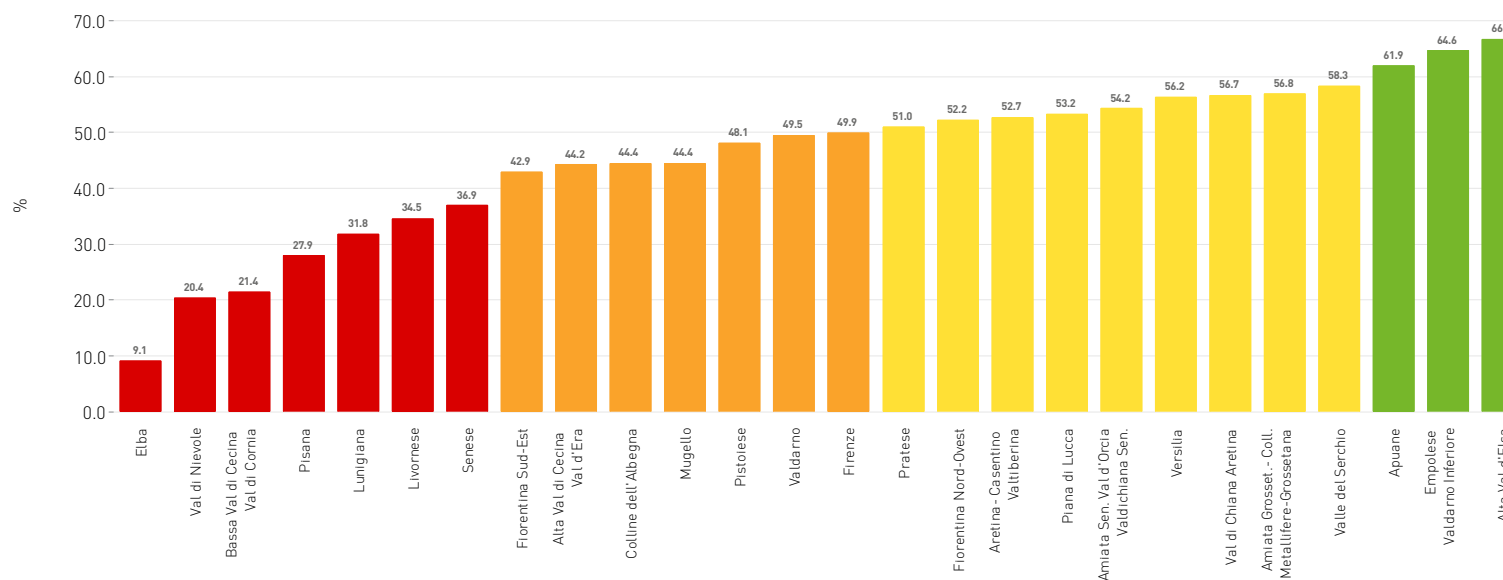
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020



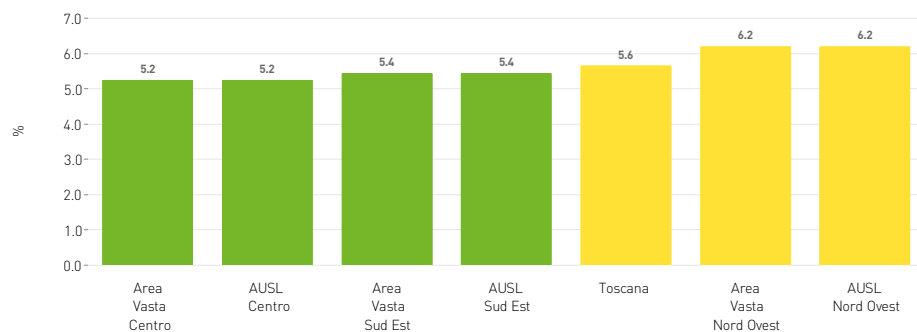


### C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

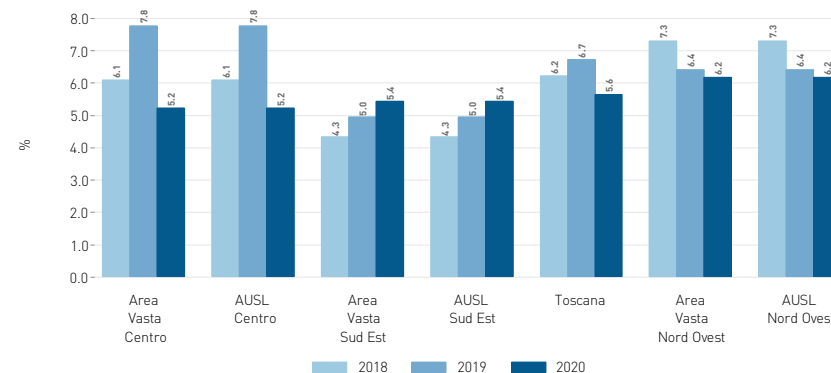
Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei Centri di Salute Mentale (OECD 2011). A seguito del ricovero 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.



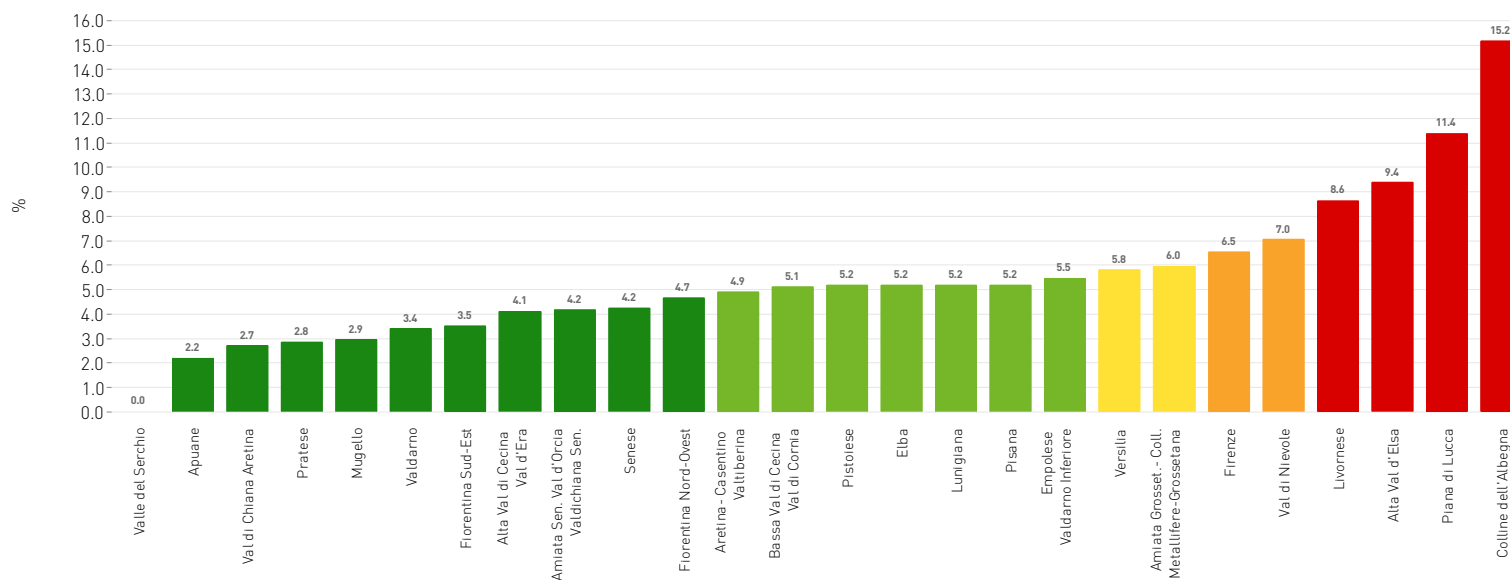
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020

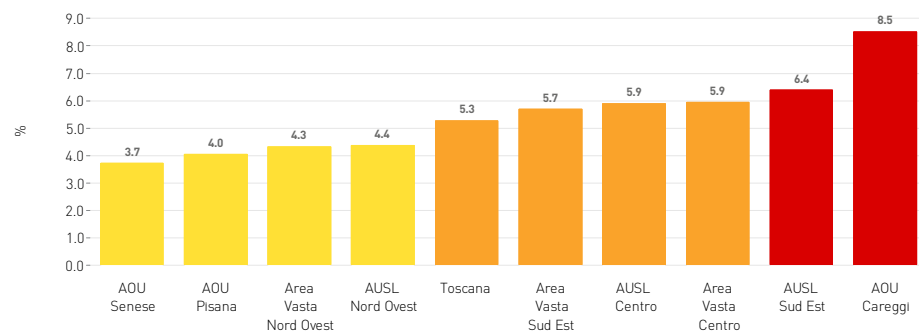


### C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

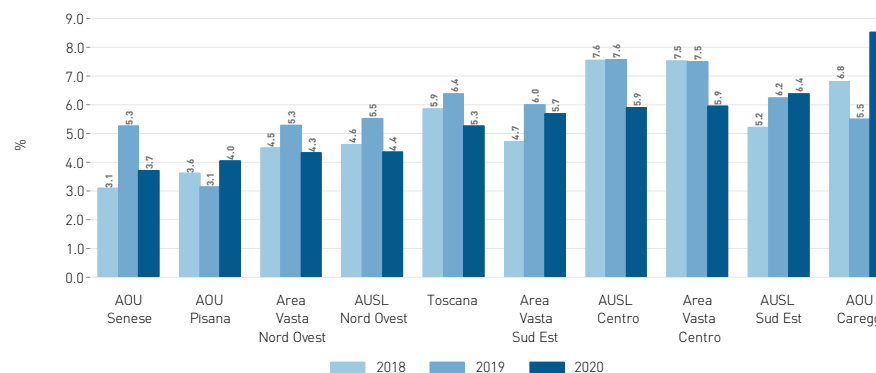
Il re-ricovero di un paziente, entro 7 giorni dall'ultima dimissione, può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera della casistica psichiatrica, collegate alla non corretta valutazione del paziente o alla sua dimissione precoce.



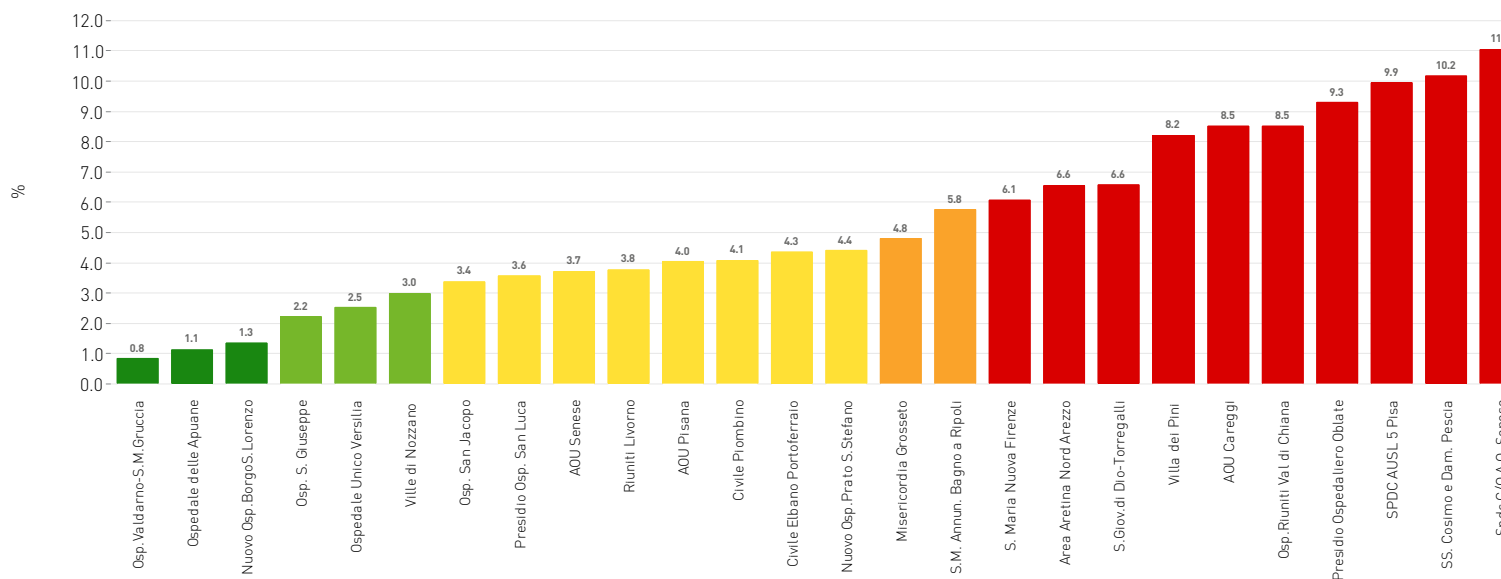
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

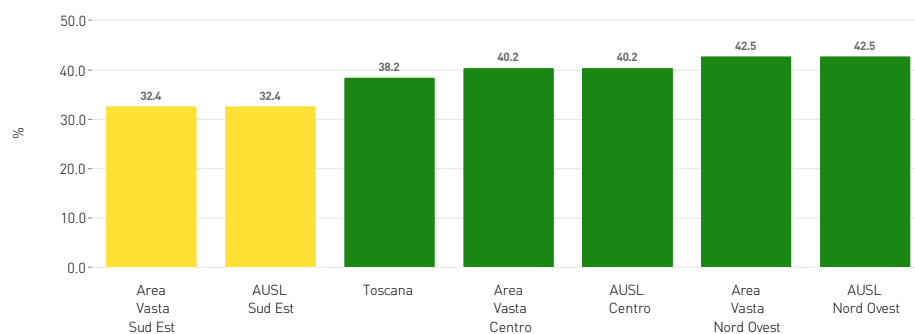


## C15.4 Appropriatazza psicoterapeutica

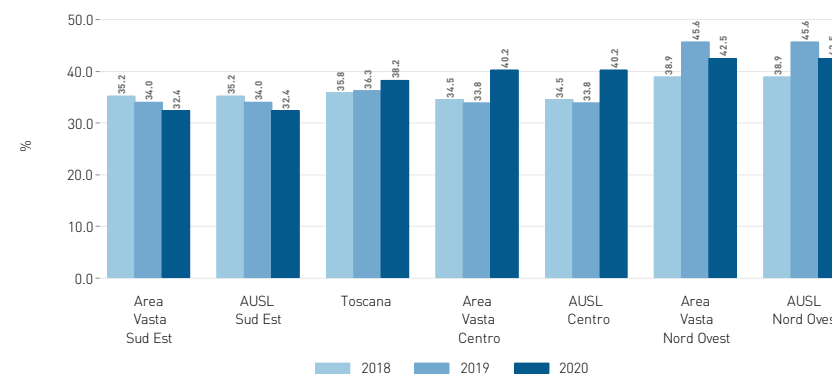
La psicoterapia presenta un'elevata efficacia, largamente confermata in letteratura, nel trattamento di un ampio spettro di disturbi mentali e condizioni di disagio sociale. E' considerata una componente fondamentale dei percorsi di trattamento e cura nei servizi di salute mentale, spesso integrata ai 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.



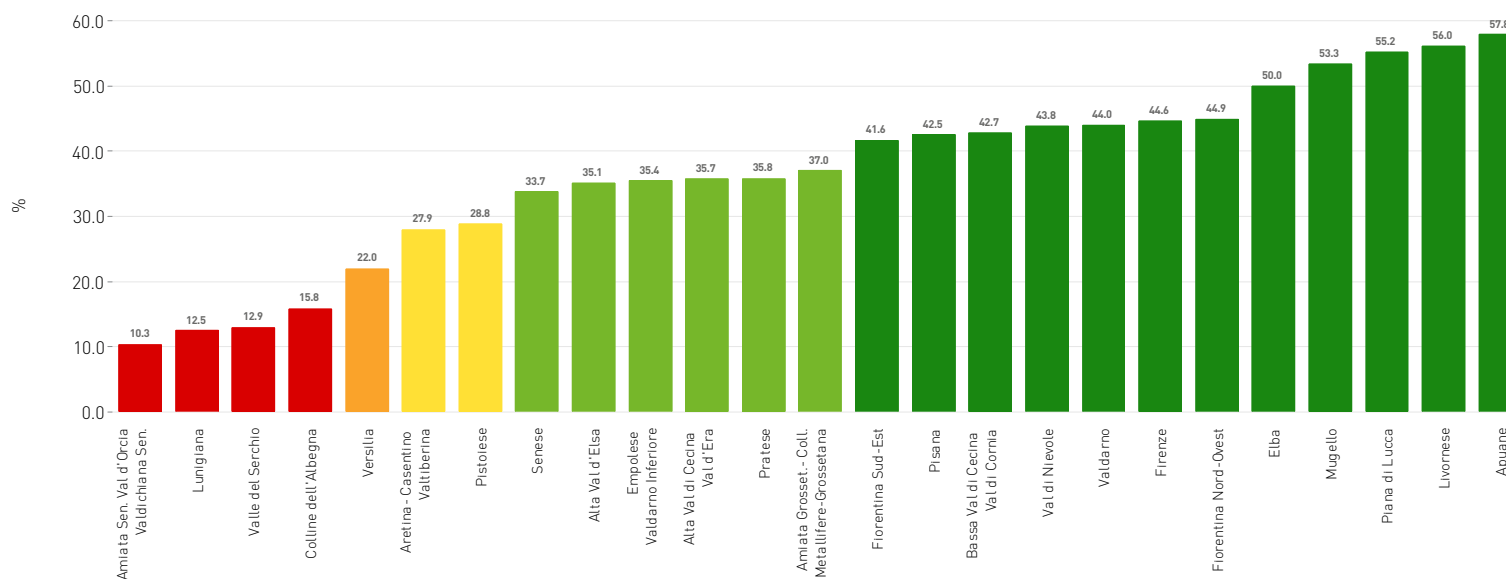
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020

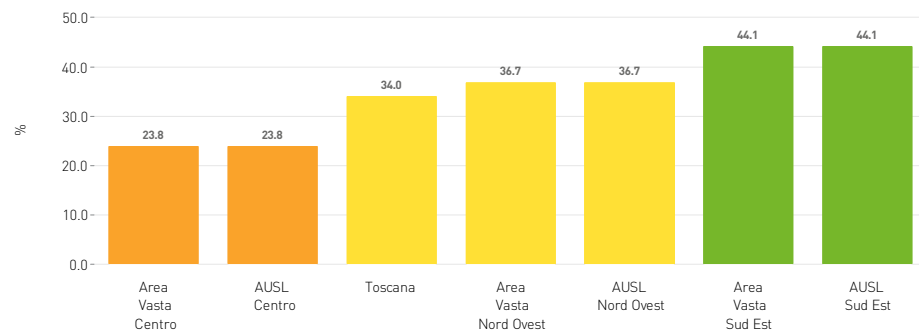


## C15.10 Percentuale di trattamenti multi-professionali

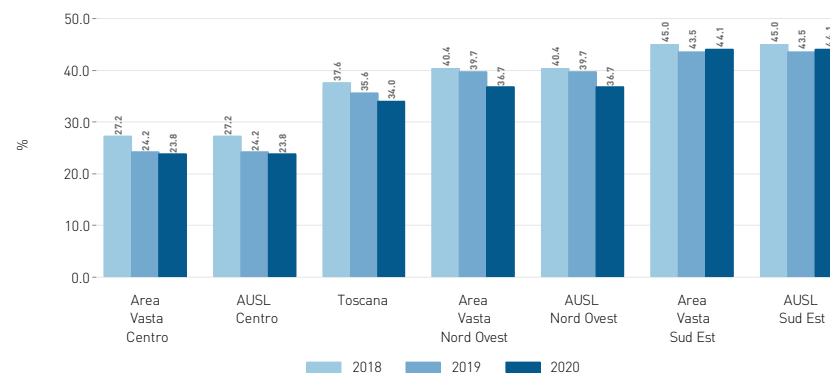
Assicurare al paziente un trattamento multiprofessionale, in cui il gruppo curante sia attivato intorno ad un progetto di cura unitario, garantisce che la presa in carico copra la globalità dei bisogni bio-psico-sociali del paziente stesso.



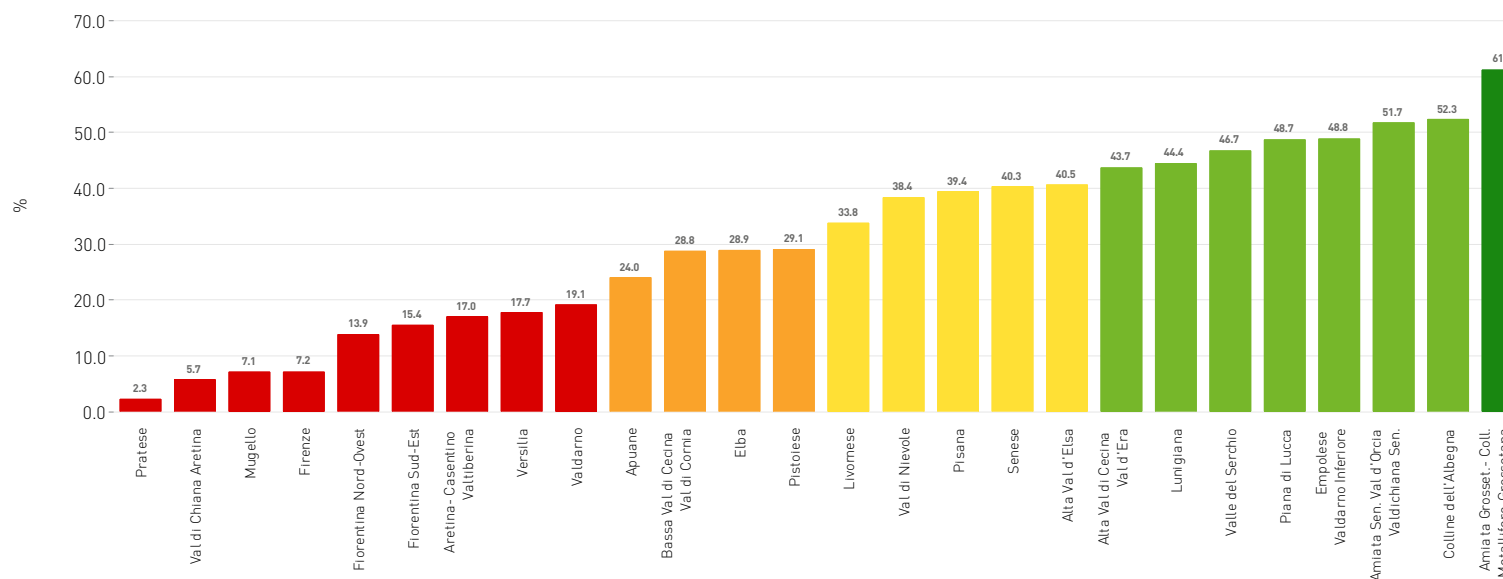
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2020



## 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.



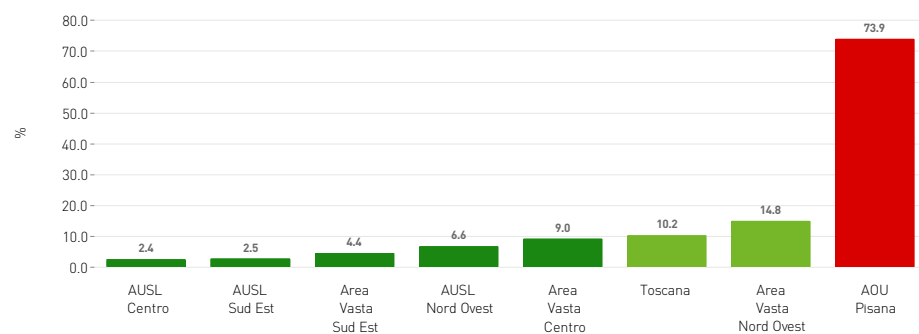
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C17 Riabilitazione</b>	<span style="color: green;">●</span>	<span style="color: green;">●</span>	<span style="color: green;">●</span>	<span style="color: green;">●</span>	<span style="color: red;">●</span>		
C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	1.79	1.85	1.75	1.77	1.85	1.77	1.73
C17.1.1.1 Tasso di ospedalizzazione in ricovero ordinario std per 1.000 residenti in specialità 56	1.71	1.73	1.70	1.69			
C17.1.1.2 Tasso di ospedalizzazione in day hospital std per 1.000 residenti in specialità 56	0.08	0.13	0.04	0.07			
C8A.20 % ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno	10.21	6.61	2.44	2.51	73.91		
C17.1.4 Durata della degenza in reparti di riabilitazione							
C17.1.4.1 % ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni	9.07	7.65	10.48	8.08	26.67	16.67	
C17.1.4.2 % ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza superiore a 40 giorni	18.75	27.65	14.25	10.77	13.33	0.00	
C17.1.4.3 % ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni	43.33	15.00	28.57	81.33	100.00		
C17.1.4.4 % ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni	8.56	55.00	7.14	2.67	0.00		
C17.1.4.5 % ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni	56.58	14.29	37.76	86.98	100.00		
C17.1.4.6 % ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni	2.88	42.86	2.72	0.59	0.00		
C17.1.4.7 % ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni	13.67	16.00	11.56	9.20	100.00		
C17.1.4.8 % ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni	7.09	24.00	4.02	5.75	0.00		

## C8A.20 Percentuale ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno

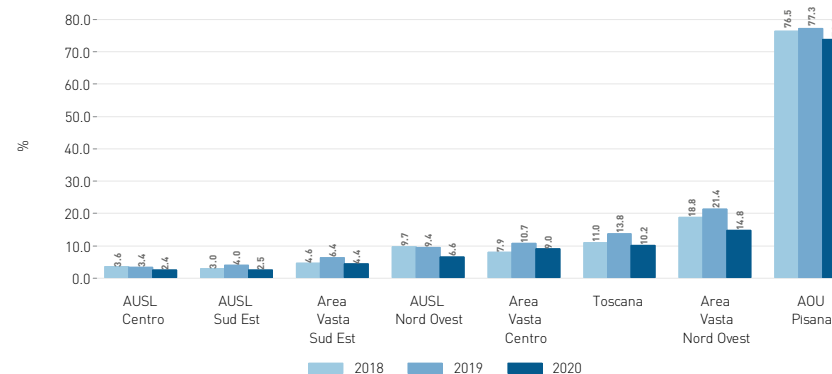
È opinione diffusa tra i tecnici che l'ammissione in riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero debba avvenire nello stesso giorno della dimissione dal ricovero acuto che ha generato la necessità riabilitativa. L'indicatore valuta questo aspetto, evidenziando, di fatto, quanti ricoveri ordinari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



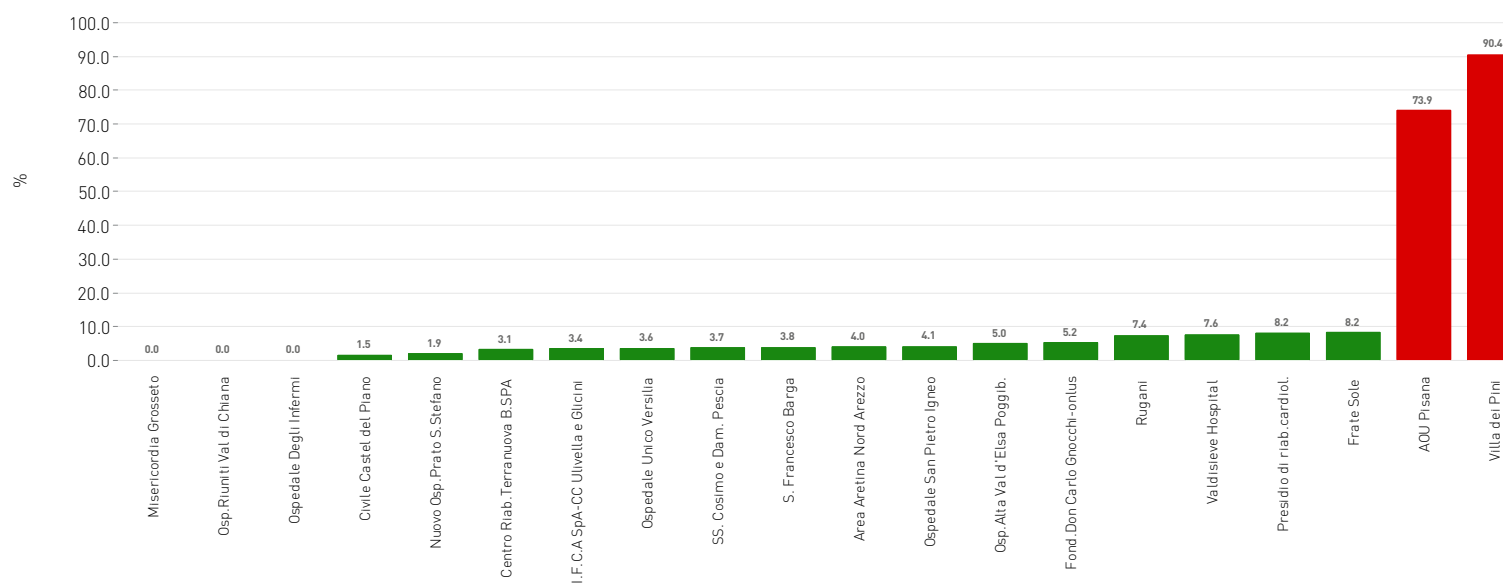
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



## 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

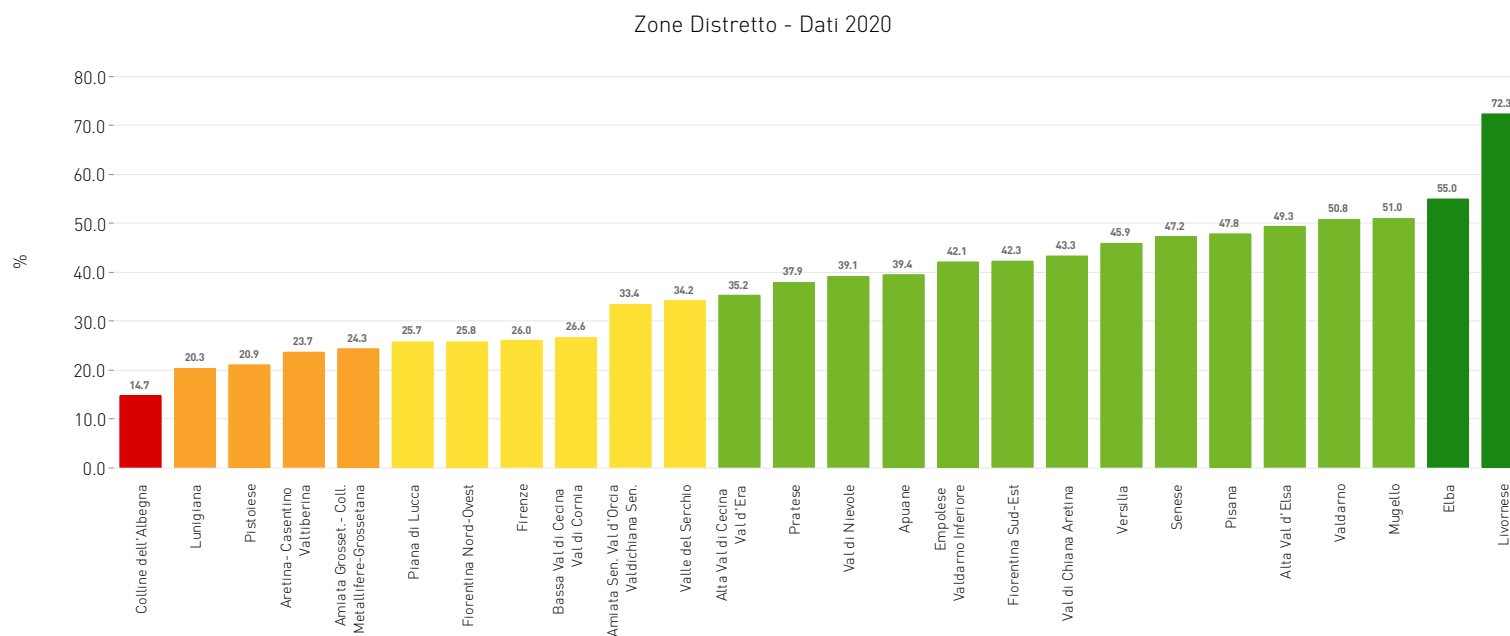
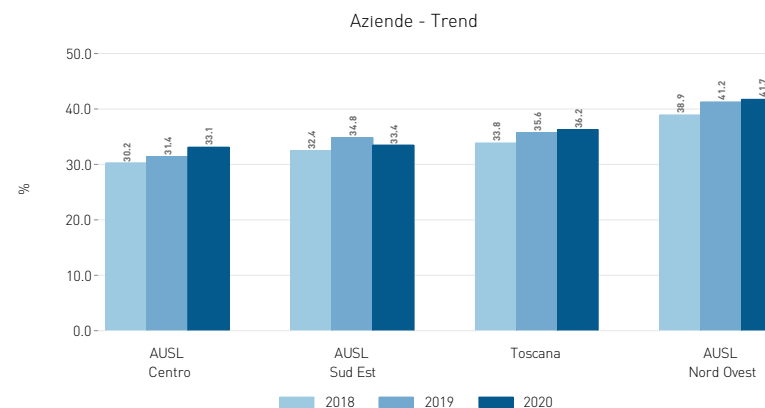
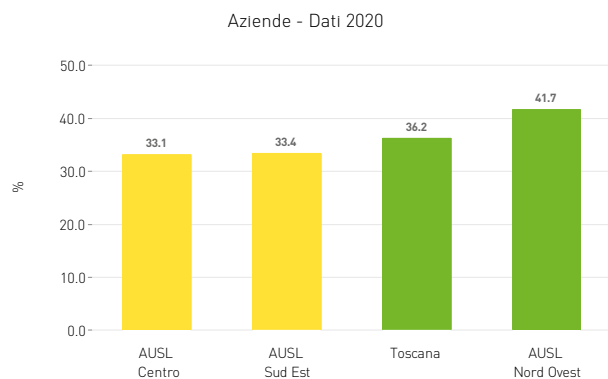
*C28.4 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricoveri ospedaliero o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg*

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
●	●	●	●
44.76	39.45	50.21	45.72
36.22	41.70	33.09	33.41
94.79	97.55	89.16	98.26
94.73	97.29	88.28	99.39
8.29	6.99	10.76	7.13
36.12	39.75	35.93	31.12
36.13	39.76	35.99	31.22

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

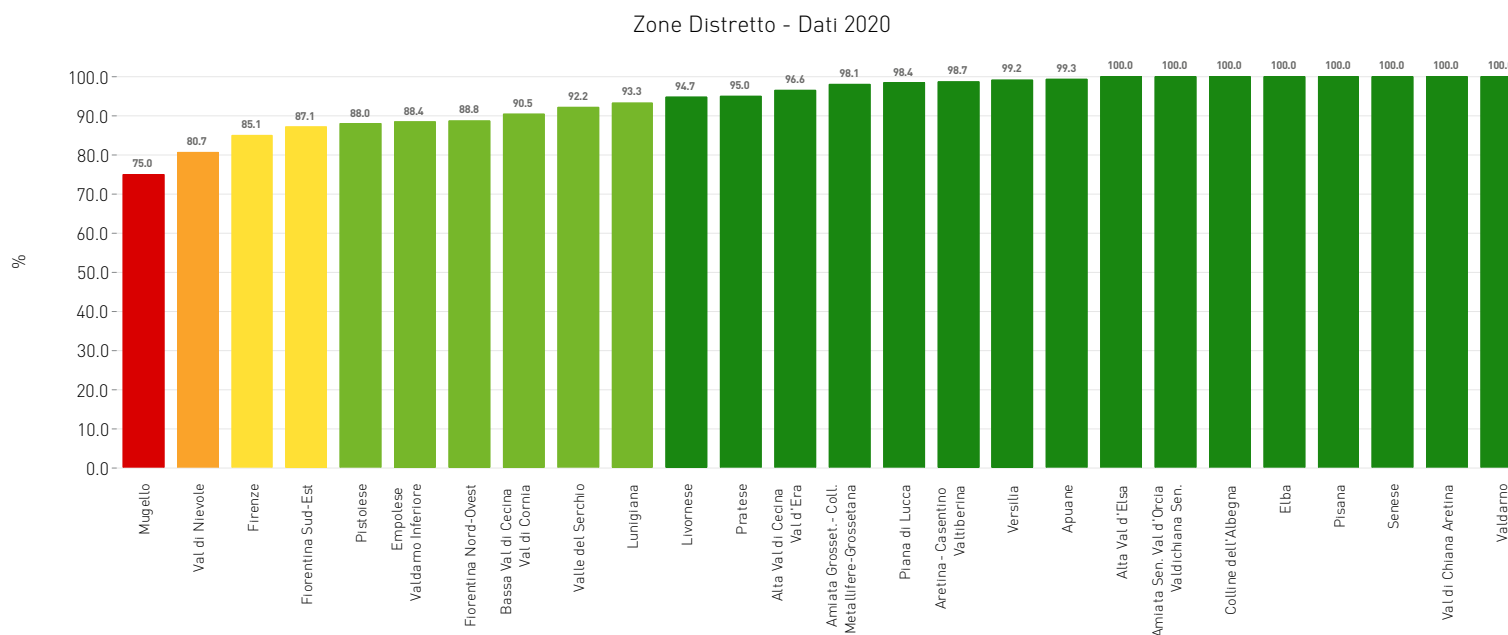
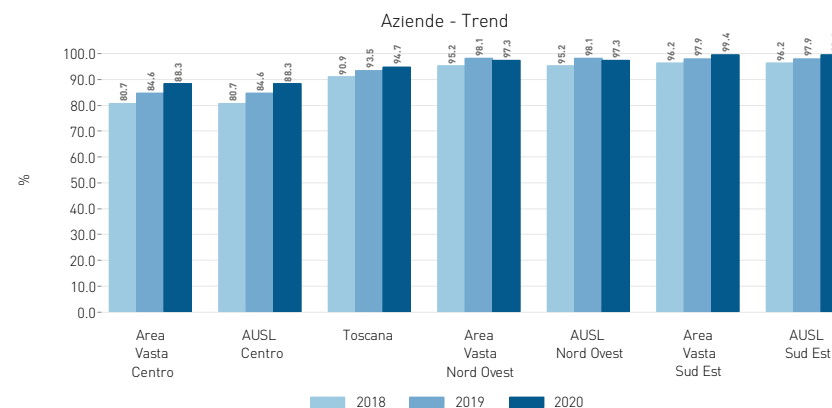
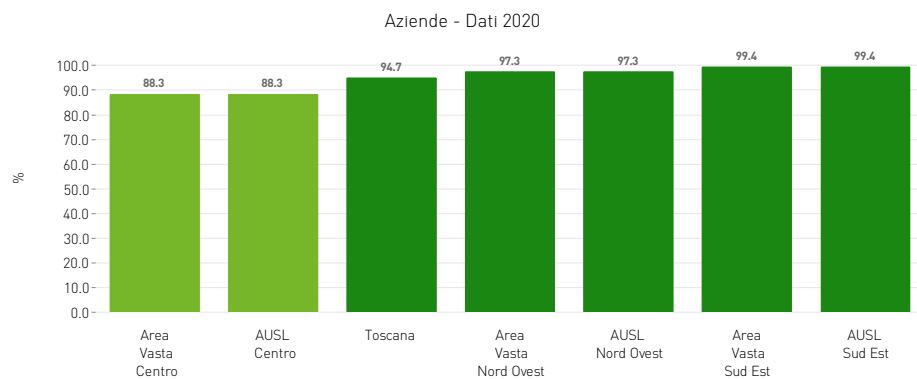
La gestione dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice).





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

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).

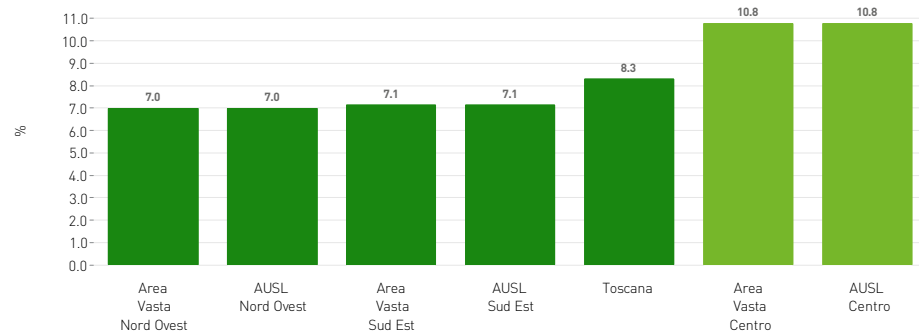


### C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg

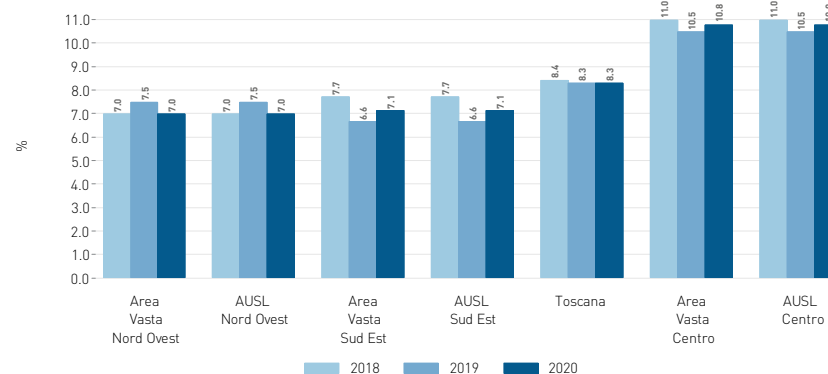
L'indicatore misura il numero di pazienti con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice superiore o uguale a 30 giorni, sul numero di ricoveri in Hospice di pazienti con patologia oncologica. L'obiettivo dello standard nazionale un valore <=25% (DM 43/2007). Attraverso il calcolo 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.



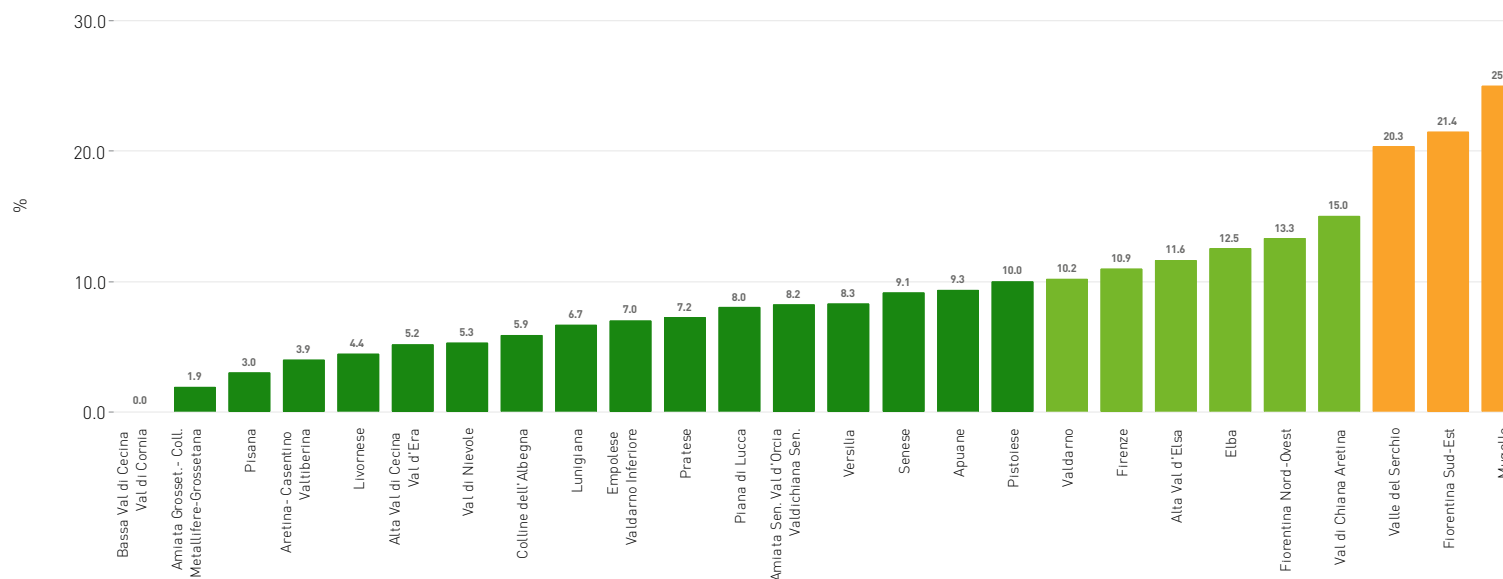
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

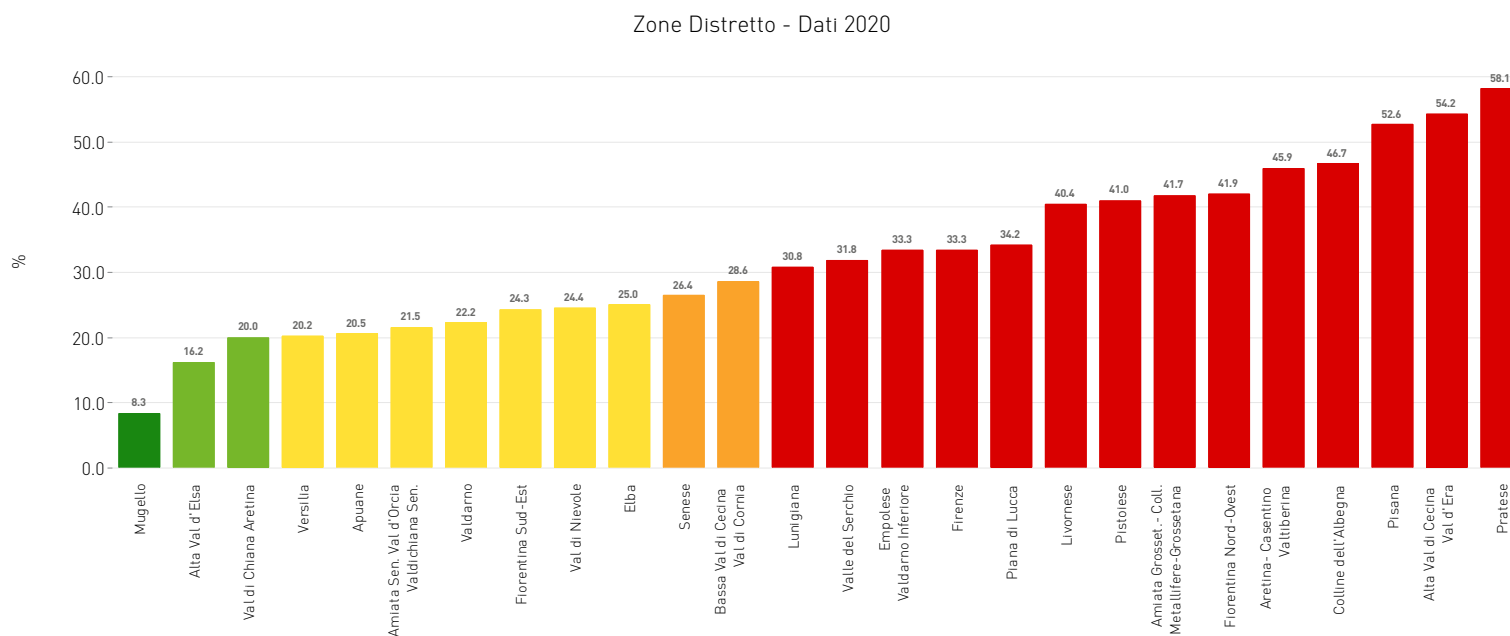
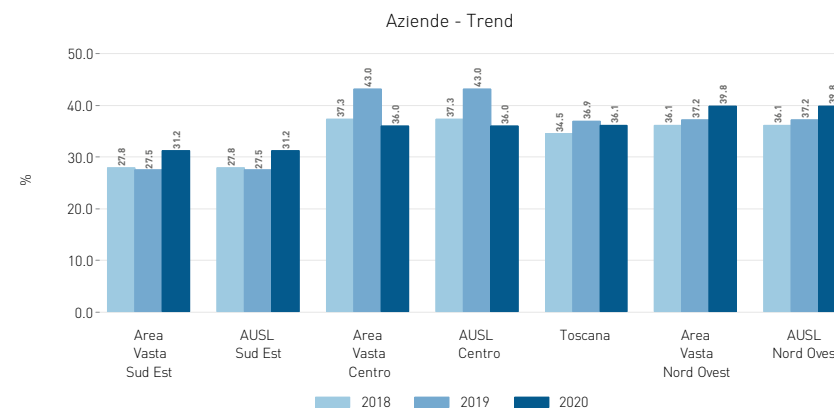
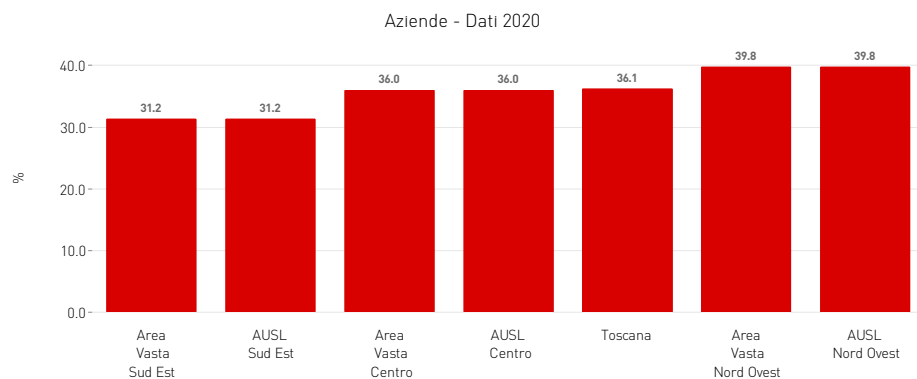


Zone Distretto - Dati 2020



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

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.





---

# RESPONSIVENESS E COMUNICAZIONE

a cura di Elisa Guidotti, Anna Maria Murante e Alessandro Vinci



## 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.



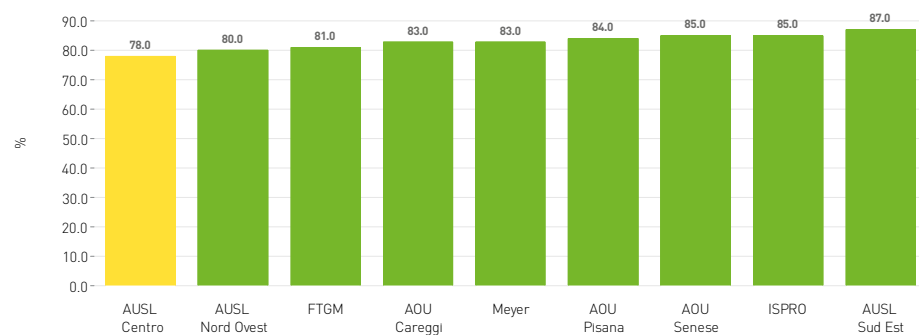
	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B16.1 Carta dei Servizi									
B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti	80.00	78.00	87.00	84.00	85.00	83.00	83.00	81.00	85.00
B16.1.2 Comitato di partecipazione	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	50.00	50.00
B16.2 Front office telefonico	69.00	93.00	92.00	92.00	93.00	69.00	65.00	93.00	92.00

### B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti

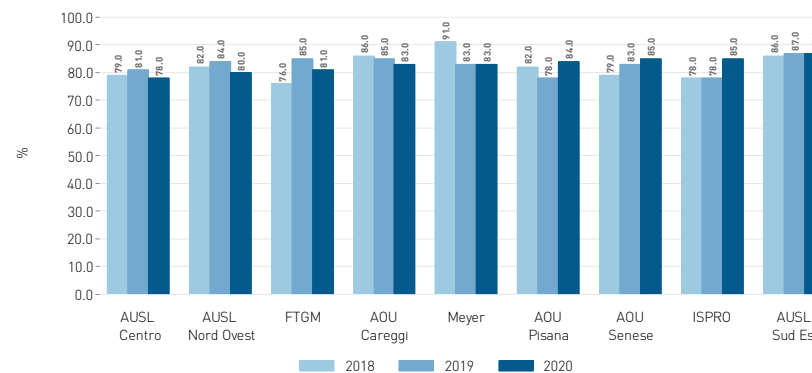
Una chiara diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti verso gli utenti e la loro partecipazione consapevole al proprio percorso di cura e all'organizzazione costituiscono presupposti fondamentali per garantire un accesso equo e appropriato al sistema sanitario stesso.



Aziende - Dati 2020



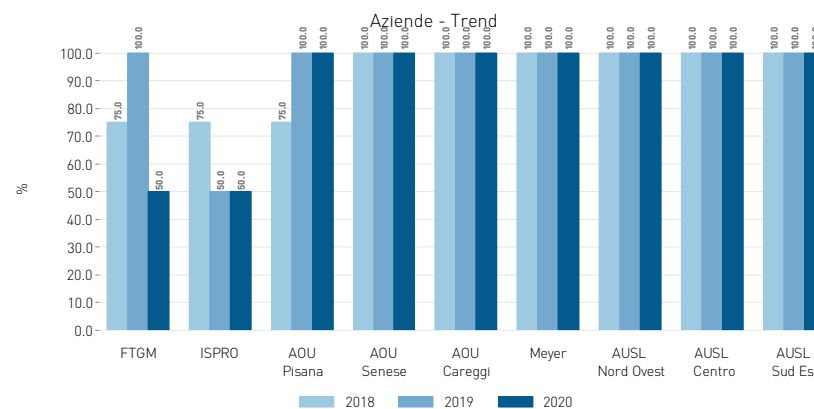
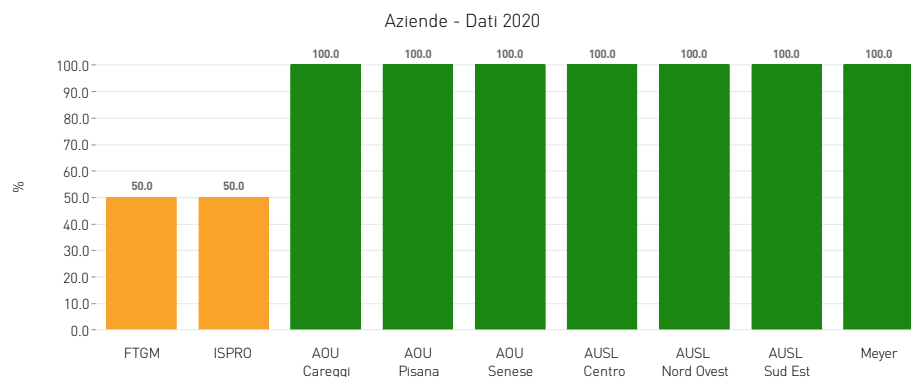
Aziende - Trend





### 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.

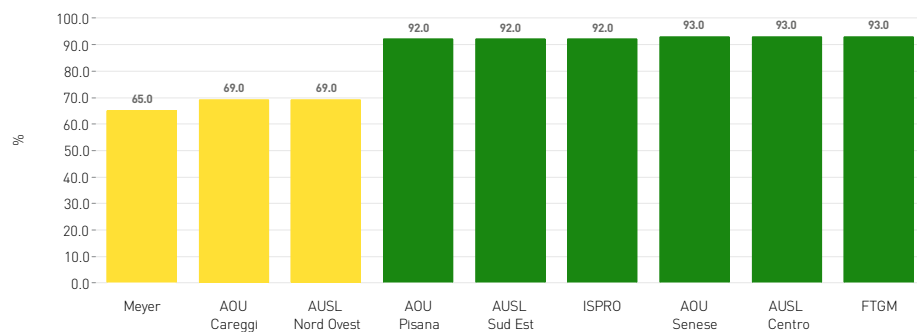


## B16.2 Front office telefonico

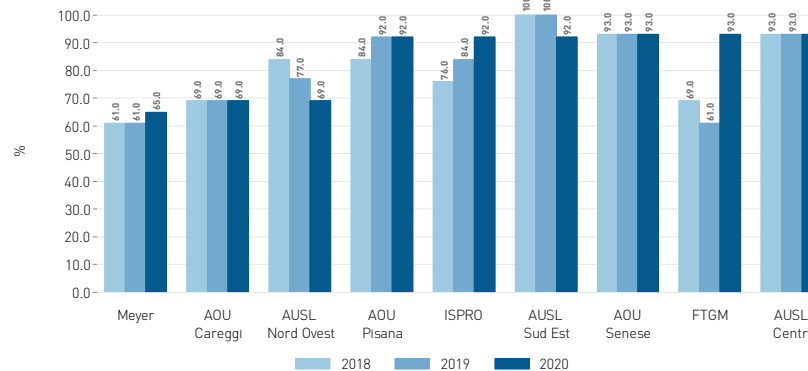
Una chiara diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti verso gli utenti e la loro partecipazione consapevole al proprio percorso di cura e all'organizzazione costituiscono presupposti fondamentali per garantire un accesso equo e appropriato al sistema sanitario stesso.



Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



## B31.3 Accessibilità online dell'informazione sulla vaccinazione anti-Covid 19

L'indicatore vuole analizzare la presenza di informazioni sulla vaccinazione anti-Covid 19 sui siti web delle Aziende Sanitarie Locali e delle Regioni e Province autonome italiane.



### B31.3 Accessibilità online dell'informazione sulla vaccinazione anti-Covid 19

B31.3.1 Informazioni sugli effetti collaterali della vaccinazione anti-Covid 19

B31.3.2 Leggibilità dei testi sulla vaccinazione anti-Covid 19

B31.3.2.1 Indice GulpEase dei testi sulla vaccinazione anti-Covid 19

B31.3.2.2 Indice di Nuovo Vocabolario di Base della lingua italiana (NBIV) sui testi della vaccinazione anti-Covid 19

B31.3.2.3 Indice READ-IT sui testi della vaccinazione anti-Covid 19

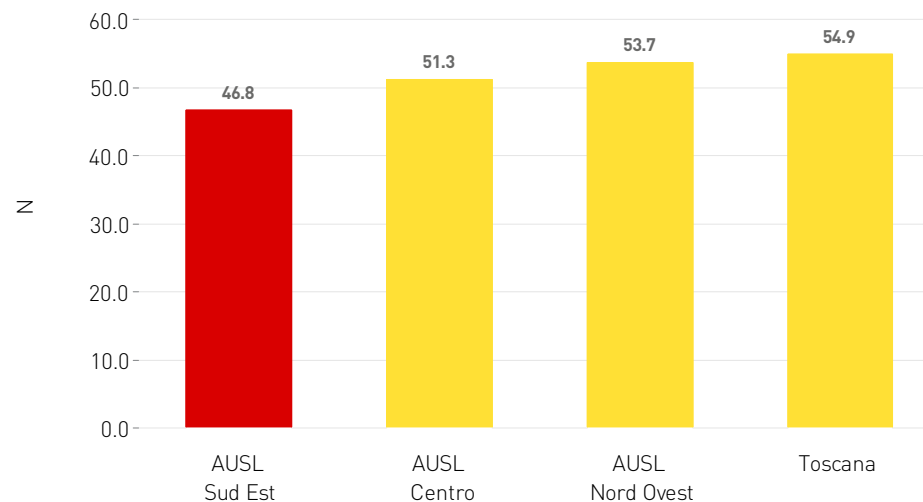
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
0.00	2.00	2.00	0.00
54.90	53.70	51.30	46.79
67.90	68.09	70.00	73.23
99.50	98.26	99.60	99.03

### B31.3.2.1 Indice GulpEase dei testi sulla vaccinazione anti-Covid 19

L'indicatore vuole analizzare la leggibilità delle informazioni sulla vaccinazione anti-Covid 19 sui siti web delle Aziende Sanitarie Locali e delle Regioni e Province autonome italiane. L'indicatore analizza i testi dal punto di vista sintattico-lessicale, anche in termini di lunghezza delle frasi e lunghezza delle parole, e mostra lo scostamento medio, espresso in valore assoluto da 0 a 100, dell'Indice GulpEase dalle soglie di leggibilità. Intende misurare quanto i testi dei siti web dalle aziende siano caratterizzati da frasi e parole dalla lunghezza tale da rendere più o meno leggibili i testi stessi. Per leggere correttamente l'indicatore, oltre alle fasce di valutazione adottate basate sulla distribuzione dei valori, si deve far riferimento a tre soglie minime di leggibilità: 40 per diploma superiore, 60 per licenza media, 80 per scuola elementare.



Aziende - Dati 2020

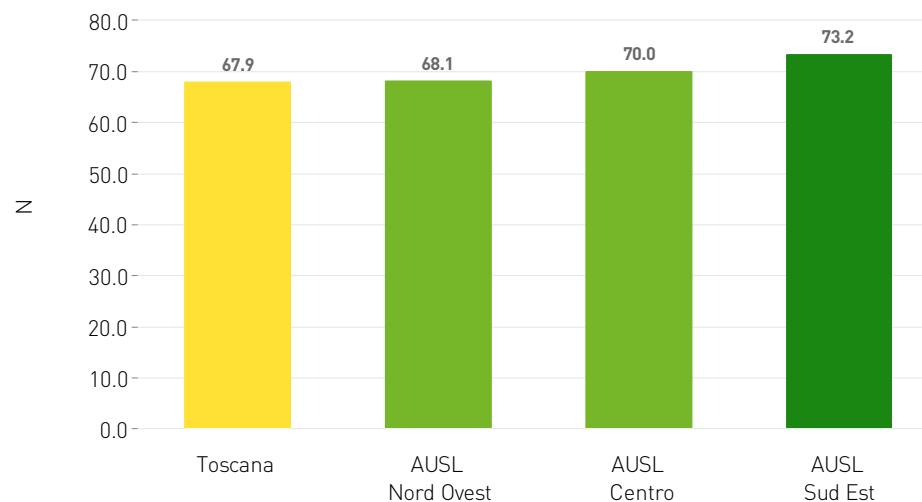


### B31.3.2.2 Indice di Nuovo Vocabolario di Base della lingua italiana (NBIV) sui testi della vaccinazione anti-Covid 19

L'indicatore vuole analizzare la leggibilità delle informazioni sulla vaccinazione anti-Covid 19 sui siti web delle Aziende Sanitarie Locali e delle Regioni e Province autonome italiane. Sviluppato nel 2016, il nuovo vocabolario di base della lingua italiana consente di calcolare un indice basato sulla distribuzione dei vocaboli in un testo appartenenti al sopracitato vocabolario (che include le parole più familiari per gli italiani - 7500 vocaboli). Più elevata è la frequenza, più il testo è semplice da un punto di vista lessicale. Si sottolinea che solo un ristretto numero di parole del gergo sanitario appartengono al vocabolario italiano di base. Risulta quindi molto difficile per un testo scientifico-sanitario raggiungere percentuali elevate di leggibilità.

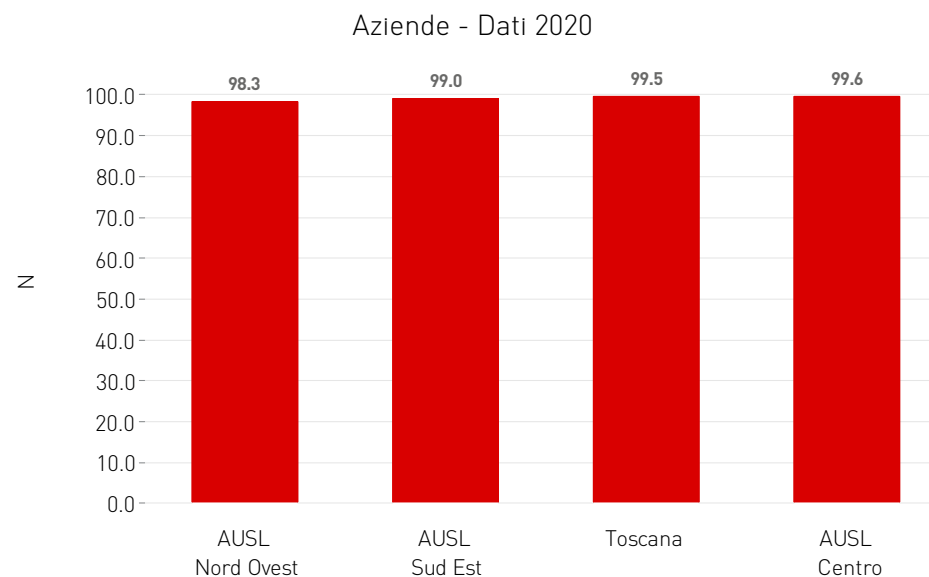


Aziende - Dati 2020



### B31.3.2.3 Indice READ-IT sui testi della vaccinazione anti-Covid 19

L'indicatore vuole analizzare la leggibilità delle informazioni sulla vaccinazione anti-Covid 19 sui siti web delle Aziende Sanitarie Locali e delle Regioni e Province autonome italiane. Sviluppato nel 2011, READ-IT consiste in un algoritmo basato su tecniche di intelligenza artificiale utilizzato al fine di valutare l'efficacia comunicativa dei testi. Si tratta di una tecnica di machine learning in grado di catturare attraverso un algoritmo il livello di complessità del testo sulla base di un'ampia gamma di parametri linguistici: - caratteristiche di base ovvero gli indicatori usati dai tradizionali indici di leggibilità di un testo come la lunghezza della frase e la lunghezza delle parole; - caratteristiche lessicali ovvero la composizione del vocabolario e la sua ricchezza lessicale; - caratteristiche sintattiche ovvero informazioni di tipo grammaticale (combinazione di tratti morfo-sintattici e sintattici). La valutazione esprime il livello di difficoltà del testo, ovvero la classificazione del testo in esame come testo di difficile o semplice lettura. I punteggi di leggibilità di READ-IT restituiscono un valore da 0 a 100: più il valore è basso, più il testo in esame è semplice da leggere.



---

# VALUTAZIONE DELL'UTENZA

a cura di Manila Bonciani, Ilaria Corazza, Alessandra Da Ros, Sabina De Rosis, Giuseppe D'Orio, Francesca Ferrè, Sofia Longhi, Barbara Lupi, Stefania Manetti, Annamaria Murante, Francesca Pennucci, Marzia Severino





## 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	84.98	84.96	84.70	85.70			
D17.1.8 Esperienza con l'ostetrica alla consegna del libretto	74.80	74.72	74.43	75.93			
D17.1.1A Utilità del CAN (Corso di Accompagnamento alla Nascita)	54.30	54.10	53.54	56.23			
D17.1.1GR Utilità del CAN per la gravidanza	56.97	55.71	56.54	59.81			
D17.1.1PA Utilità del CAN per il parto	55.29	55.71	53.21	58.76			
D17.1.1AL Utilità del CAN per l'allattamento	57.27	57.92	57.15	56.96			
D17.1.1NE Utilità del CAN per la gestione del neonato	47.75	47.13	47.36	49.36			
D17.1.9 Coinvolgimento nelle scelte in gravidanza	54.68	54.79	54.04	55.90			
D17.1.5A Willingness to recommend il consultorio	86.92	87.50	86.03	88.06			
D17.2 Parto							
D17.2.13 Libertà di gestione di travaglio e parto	69.92	71.30	70.46	71.95	64.21	73.86	66.77
D17.2.14 Rispetto e dignità da parte dei professionisti in travaglio e parto	87.36	87.21	87.94	88.95	85.30	90.12	85.83
D17.2.15 Continuità assistenziale in travaglio e parto	83.06	83.74	83.52	85.36	80.23	87.53	80.12
D17.2.7A Gestione del dolore in travaglio e parto	71.72	71.03	71.80	73.05	72.14	72.04	71.26
D17.2.8 Gestione del dolore dopo il parto	72.83	71.76	74.40	73.81	72.91	75.22	71.24
D17.2.9 Lavoro di squadra	80.83	80.82	81.84	81.86	79.57	82.08	78.70
D17.2.11A Supporto del personale al punto nascita	80.45	79.93	82.36	80.30	76.66	85.22	79.16
D17.2.4A Informazioni concordanti	73.32	73.70	73.86	75.74	71.15	72.43	70.06
D17.2.5 Pulizia ambienti	67.55	68.96	68.43	69.39	58.08	65.11	67.83
D17.2.16 Chiarezza informazioni alla dimissione	70.87	71.57	69.46	74.54	67.31	70.96	70.99
D17.2.17 Qualità assistenza al punto nascita	82.37	82.64	83.26	83.39	79.69	84.97	80.34
D17.2.18 Esperienza con il personale del punto nascita	71.70	72.06	73.25	73.03	68.42	74.41	68.85
D17.2.10 Willingness to recommend il punto nascita	89.35	89.58	90.19	90.34	88.37	92.34	87.13
D17.3 Primo anno di vita							
D17.3A Assistenza Pediatra di Famiglia							
D17.3A.1 Facilità contatto con PLS	91.18	91.66	90.29	92.74			
D17.3A.2 Informazioni concordanti sull'allattamento del PLS	82.24	81.71	82.49	82.89			
D17.3A.3 Esperienza con il PLS	74.28	76.17	72.35	75.63			
D17.3A.4 Willingness to recommend il PLS	83.22	85.72	80.97	84.41			
D17.3B Assistenza del consultorio							
D17.3B.1 Supporto richiesto al personale del consultorio							
D17.3B.2 Esperienza con il personale del consultorio	62.99	65.65	62.24	60.89			
D17.3B.3 Willingness to recommend il consultorio	78.57	81.29	77.47	76.91			
D17.3C Vaccinazioni							
D17.3C.1 Informazioni del PLS su vaccinazioni	70.17	69.76	70.30	70.49			
D17.3C.2 Informazioni concordanti sulle vaccinazioni	83.94	84.26	83.20	84.97			
D17.3C.3 Consapevolezza su vaccinazioni	58.39	57.84	58.63	59.09			
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							

## 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.



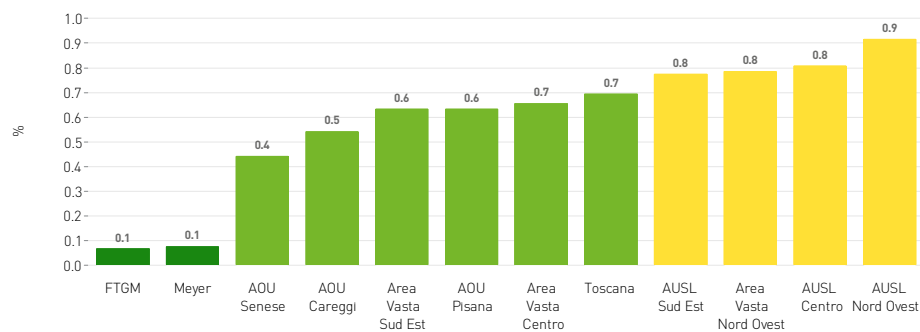
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>D18A Dimissioni volontarie</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0.69	0.92	0.81	0.78	0.63	0.44	0.54	0.07	0.06
D18.1 Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	1.75	2.68	1.61	0.32	0.30	0.00			

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

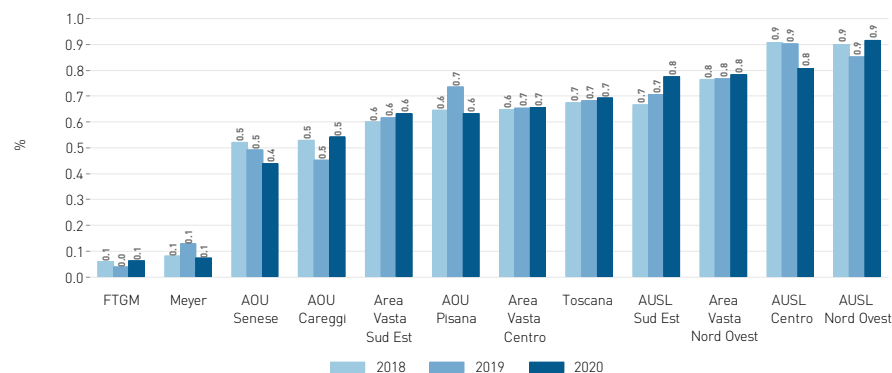
L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario 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.



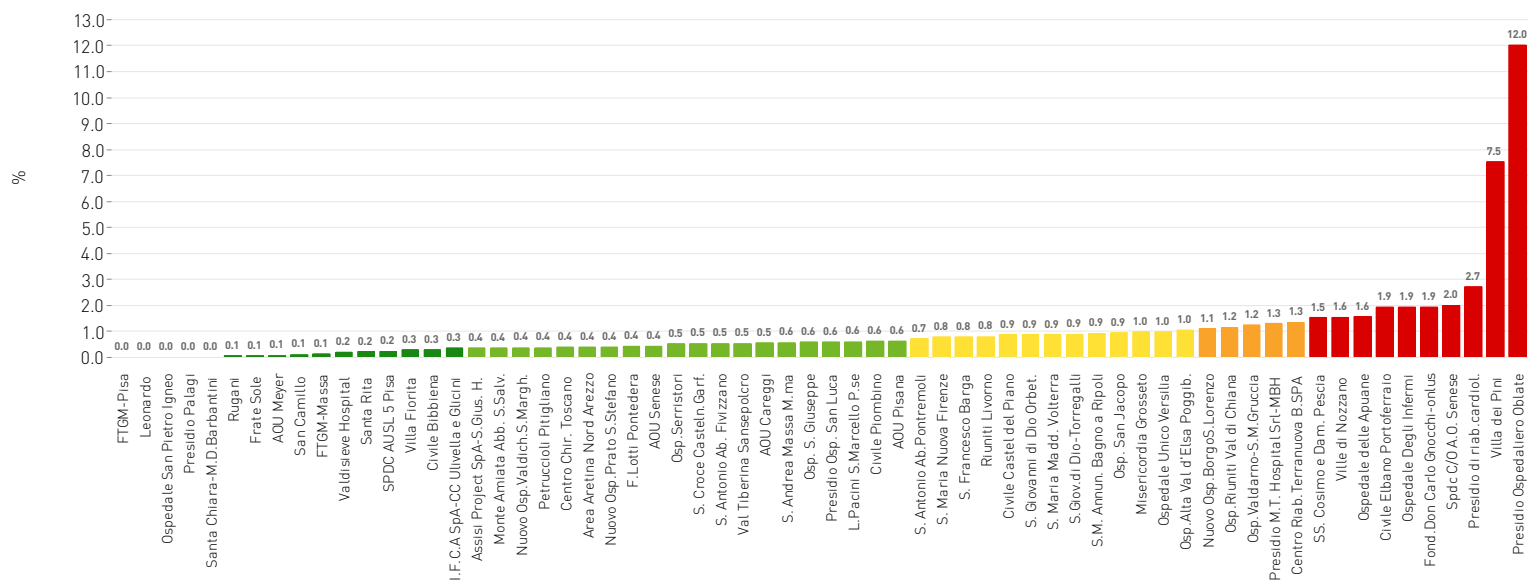
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend

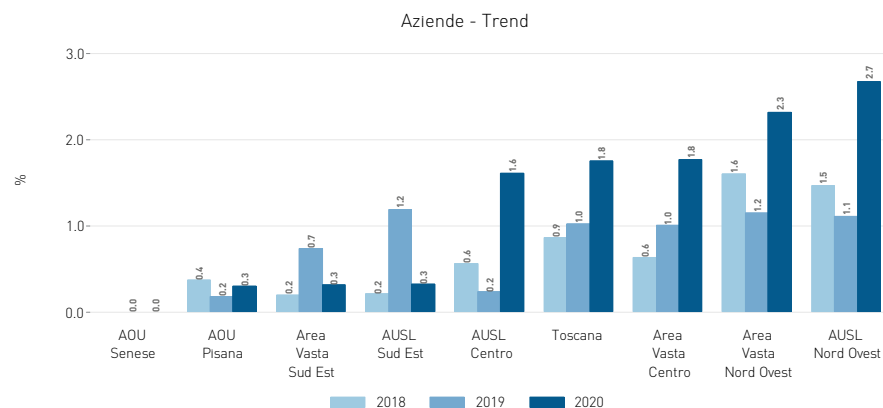
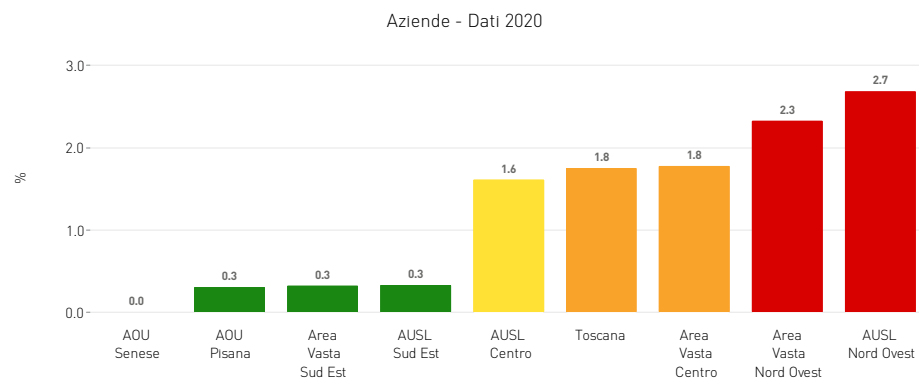


Stabilimenti - Dati 2020

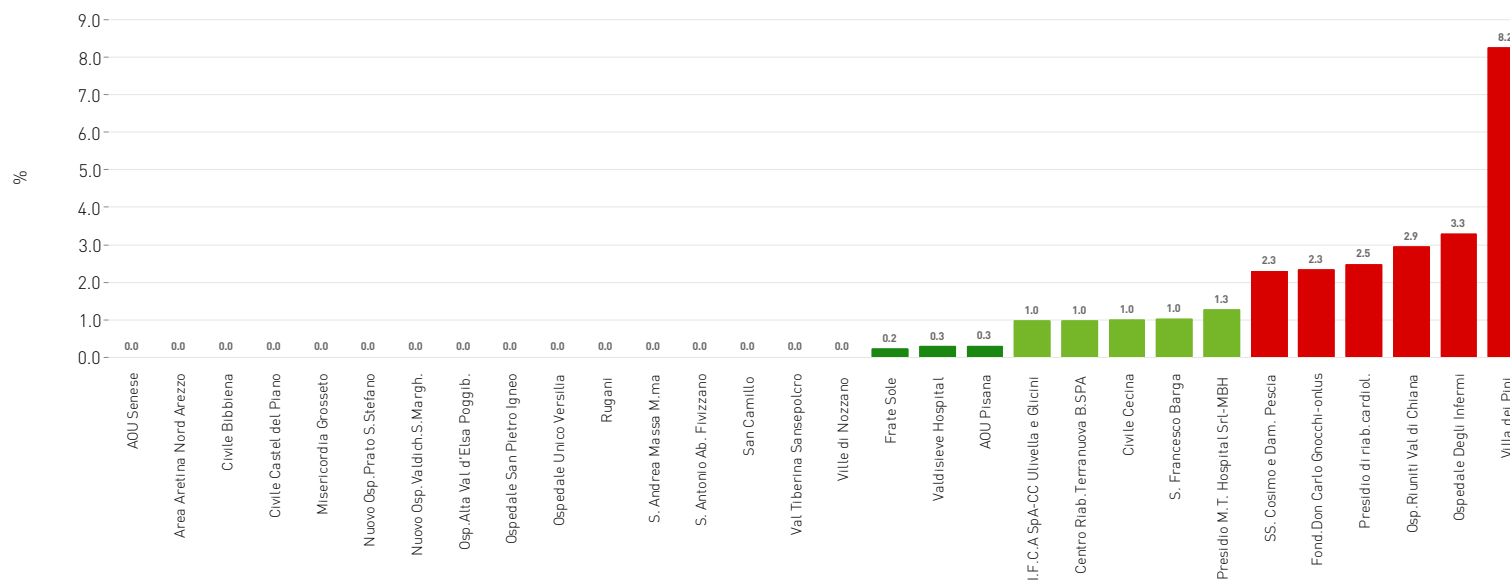


## D18.1 Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione

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



Stabilimenti - Dati 2020



## 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, misurati 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	<b>25.53</b>			<b>27.24</b>	<b>26.91</b>	<b>28.16</b>	<b>25.15</b>
D20.1.1.1 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica urologica	<b>25.24</b>			<b>23.86</b>	<b>26.91</b>	<b>5.09</b>	<b>29.10</b>
D20.1.1.2 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica toracica	<b>32.31</b>				<b>35.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
D20.1.1.3 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica coloretale	<b>23.61</b>			<b>33.70</b>	<b>11.29</b>	<b>68.42</b>	<b>7.08</b>
D20.1.2 Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica	<b>15.18</b>	<b>9.49</b>	<b>18.72</b>	<b>6.24</b>	<b>32.29</b>	<b>30.00</b>	<b>17.84</b>
D20.1.2.1 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione d'anca	<b>16.19</b>	<b>12.38</b>	<b>16.42</b>	<b>6.62</b>	<b>31.77</b>	<b>31.78</b>	<b>16.30</b>
D20.1.2.2 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	<b>14.05</b>	<b>6.39</b>	<b>21.61</b>	<b>5.97</b>	<b>32.91</b>	<b>25.49</b>	<b>19.73</b>
D20.1.3 Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	<b>33.62</b>	<b>12.39</b>	<b>34.15</b>	<b>43.94</b>	<b>83.05</b>	<b>0.00</b>	<b>2.36</b>
D20.1.3.1 Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella	<b>33.62</b>	<b>12.39</b>	<b>34.15</b>	<b>43.94</b>	<b>83.05</b>	<b>0.00</b>	<b>2.36</b>
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	<b>63.30</b>			<b>56.16</b>	<b>66.06</b>	<b>32.14</b>	<b>69.88</b>
D20.2.1.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica urologica	<b>66.54</b>			<b>59.52</b>	<b>65.00</b>	<b>66.67</b>	<b>68.99</b>
D20.2.1.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica toracica	<b>66.67</b>				<b>66.67</b>		
D20.2.1.3 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica coloretale	<b>49.30</b>			<b>51.61</b>	<b>71.43</b>	<b>28.00</b>	<b>87.50</b>
D20.2.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica	<b>31.43</b>	<b>52.63</b>	<b>40.88</b>	<b>37.21</b>	<b>24.32</b>	<b>24.07</b>	<b>3.96</b>
D20.2.2.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di anca	<b>35.58</b>	<b>61.04</b>	<b>47.76</b>	<b>52.63</b>	<b>15.25</b>	<b>24.39</b>	<b>6.12</b>
D20.2.2.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	<b>26.21</b>	<b>35.14</b>	<b>34.29</b>	<b>25.00</b>	<b>34.62</b>	<b>23.08</b>	<b>1.92</b>
D20.2.3 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	<b>51.72</b>	<b>64.29</b>	<b>66.67</b>	<b>38.46</b>	<b>49.66</b>		<b>0.00</b>
D20.2.3.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella	<b>51.72</b>	<b>64.29</b>	<b>66.67</b>	<b>38.46</b>	<b>49.66</b>		<b>0.00</b>

## 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	AUSL Sud Est	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	95.51	94.66	96.19	94.50	95.63	96.95	95.12	95.93	97.48
D19.1.2 Rispetto e dignità per la persona - personale infermieristico	94.17	93.31	96.16	94.19	93.21	94.31	93.04	94.51	96.80
D19.1.3 Rispetto e dignità per la persona - OSS	92.37	90.74	93.35	92.27	91.93	92.81	93.39		95.85
D19.1.5 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Medici	89.64	88.77	90.08	89.06	89.35	90.68	90.69		88.92
D19.1.6 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Infermieri	88.73	86.96	88.86	89.64	88.78	90.46	88.79		90.08
D19.1.7 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS	90.72	89.13	90.78	90.60	91.31	91.39	91.31		90.14
D19.2 Supporto alla persona									
D19.2.1 Gestione paure ed ansie - personale medico	82.79	81.69	83.76	81.18	82.89	85.28	82.36		86.96
D19.2.2 Gestione paure ed ansie - personale infermieristico	82.87	82.08	85.18	84.05	80.83	84.00	79.55		87.67
D19.2.3F Gestione paure ed ansie - Fisioterapisti									
D19.3 Comunicazione e relazione									
D19.3.1 Risposte chiare - personale medico	92.36	91.41	92.08	91.74	92.32	93.91	92.65	90.58	93.72
D19.3.2 Risposte chiare - personale infermieristico	91.12	90.33	92.10	91.33	90.11	92.58	89.84	89.34	93.61
D19.3.3 Colloqui con i familiari	85.21	85.77	85.52	82.26	84.86	86.59	78.70		85.49
D19.3.4 Coinvolgimento del paziente	84.81	83.78	85.26	83.68	84.88	88.24	84.98	83.77	86.40
D19.3.5 Accoglienza in ospedale	95.22	94.40	96.66	95.93	94.46	94.92	95.36	93.77	98.51
D19.4 Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management									
D19.4.1 Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management	83.47	82.43	83.64	81.39	84.18	86.88	82.71		86.55
D19.4.2 Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici	89.93	88.76	90.41	88.77	90.53	90.98	89.67		93.90
D19.5 Comfort ospedaliero									
D19.5.1 Silenziosità del reparto	65.20	61.69	65.57	64.29	64.67	70.13	62.18		68.21
D19.5.2 Pulizia del reparto	77.55	76.82	73.42	77.17	75.46	78.46	73.55	73.82	82.43
D19.8 Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero	91.35	90.05	94.61	90.99	90.72	92.03	90.36	91.09	92.54
D19.9 Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta	89.58	87.96	90.95	89.38	89.16	91.26	88.99	89.68	94.96
D19.9.3 Lavoro di squadra	87.27	85.61	88.45	87.41	87.08	88.42	85.51	86.39	92.58
D19.10 Willingness to recommend	94.04	92.46	95.14	92.95	94.32	96.36	94.63	95.52	98.50

## D19 Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario (strutture private)

Qui di seguito la tabella che sintetizza la valutazione relativa all'esperienza di ricovero che gli utenti delle strutture private hanno avuto durante il 2020.



	Casa di Cura							
	Casa di Cura San Camillo	Santa Chiara - Barbantini	Santa Rita Hospital	Casa di Cura Villa Fiorita	Ulivella e Glicini	Valdisieve Hospital	Casa di Cura Leonardo	Casa di Cura Frate Sole
<b>D19 Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario</b>	●	●	●	●	●	●	●	●
D19.1.1 Rispetto per la persona: personale medico	97.6	97.7	97.1	95.8	94.9	97.5	97.2	99.4
D19.1.2 Rispetto per la persona: personale infermieristico	96.8	97.4	98.2	95.6	93.8	96.5	96.6	96.7
D19.1.5 Parlare come se il paziente fosse assente: personale medico	92.4	93.0	92.4	93.3	90.5	92.3	92.2	89.3
D19.1.6 Parlare come se il paziente fosse assente: personale infermieristico	91.2	92.9	92.2	90.6	89.1	92.2	91.6	90.8
D19.2.1 Paure e ansie: personale medico	83.3	86.6	86.3	85.1	83.8	84.6	84.4	89.9
D19.2.2 Paure e ansie: personale infermieristico	83.8	87.3	89.5	84.9	83.8	84.0	86.2	92.6
D19.3.1 Risposte chiare: personale medico	96.6	96.0	95.9	94.4	92.3	95.0	94.6	98.0
D19.3.2 Risposte chiare: personale infermieristico	94.4	96.0	96.5	90.9	91.6	93.0	94.1	94.7
D19.3.3 Colloqui con i familiari	83.8	90.9	88.5	82.1	85.2	90.0	93.2	90.6
D19.3.4 Coinvolgimento del paziente	85.8	89.5	87.9	87.2	81.1	88.7	88.7	91.6
D19.3.5 Accoglienza in ospedale	96.5	97.5	99.1	96.1	94.5	97.2	95.5	97.5
D19.5.2 Pulizia del reparto	85.1	87.5	89.2	78.1	81.0	84.1	88.3	85.5
D19.8 Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero	94.6	93.4	95.1	94.8	93.6	92.4	93.9	95.5
D19.9.3 Lavoro di squadra	90.9	90.9	90.4	89.2	87.4	89.9	91.5	92.0
D19.9 Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta	93.5	94.2	93.4	90.8	89.4	91.0	92.0	93.8
D19.10 Willingness to recommend	97.9	96.3	96.8	96.1	91.6	95.5	96.7	97.8





---

# ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI

a cura di Elisa Guidotti, Michele Racis e Michele Cumetti



## 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 monitora nello specifico alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, 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.



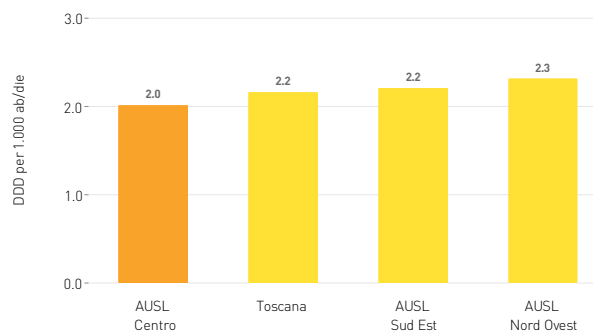
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica</b>									
B4.1 Consumo di farmaci per il controllo del dolore									
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	2.16	2.32	2.01	2.21					
B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio	5.49	5.94	4.89	5.99					
B4.1.3 Consumo territoriale di morfina	3.02	4.33	2.24	2.55					
B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio	5.26	7.06	3.67	5.20					
C9.10.1 Polypharmacy sul territorio	17.77	18.93	16.97	17.69					
C9.6.1 Ipolipemizzanti									
C9.6.1.1 Iperprescrizione di statine	3.12	2.89	3.30	3.09					
C9.6.1.2 Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio	53.11	52.72	53.44	53.02					
C9.6.1.3 Consumo di statine in associazione	229.61	223.55	221.53	254.48					
C9.6.1.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine	28257.58	27259.52	30376.53	25687.58					
C9.6.2.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi	8355.19	7683.23	8429.41	9236.84					
C9.6.1.6 Consumo annuo di farmaci a base di omega-3 (UP per 100 residenti maggiorenni) sul territorio	241.33	223.06	233.95	283.49					
C9.6B Antiipertensivi									
C9.3.1 Percentuale aderenza pazienti trattati con farmaci antiipertensivi agenti sul sistema regina-angiotensina (ATC D09) sul territorio	59.59	59.29	59.76	59.70					
C9.7 Gastrointestinali									
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	26.17	26.59	23.47	30.73					
C9.8 Antimicrobici									
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio	10.95	11.80	9.98	11.53					
C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	1.16	1.41	0.87	1.31					
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	7.56	8.40	6.07	9.40					
C9.8.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	1.18	1.56	0.68	1.66					
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	2.21	2.40	2.10	2.11					
C9.8.1.3 Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina ac. clavulanico sul territorio	19.91	9.33	27.94	20.42					
C9.8.1.4 Percentuale DDD antibiotici fluorochinoloni sul totale degli antibiotici sul territorio	10.55	11.98	8.72	11.36					
C9.8.1.5 Percentuale DDD di antibiotici macrolidi sul totale antibiotici sul territorio	22.80	25.19	21.83	20.71					
C9.8.1.6 Percentuale DDD antibiotici cefalosporine III generazione sul totale degli antibiotici sul territorio	10.18	10.69	9.00	11.36					
C9.12C N.Utenti con erogazione farmaci in fascia H iniettabili sul territorio									
C9.9 Farmaci in Salute Mentale									
C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	47.95	49.19	48.19	45.59					
C9.5 Consumo di altri antidepressivi sul territorio	14.81	13.40	16.20	14.29					
C9.5.1 Percentuale DDD di altri antidepressivi sul totale degli antidepressivi sul territorio	23.06	20.78	24.67	23.41					
C9.5.2 Percentuale DDD di medicinali a base di vortioxetina sul totale altri antidepressivi sul territorio	11.78	11.51	9.76	16.61					
C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi	11.49	10.70	12.01	11.77					
C9.9.2 Consumo di antipsicotici sul territorio	9.55	10.60	9.07	8.88					
C9.9.4 Polypharmacy (salute mentale)									
C9.17 Ospedaliera									
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti	72.56	69.20	70.44	73.00	89.82	71.77	79.94	43.46	55.16
C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	48.48	67.92	38.52	66.16	50.56	50.90	16.51	12.11	24.63
C9.12B Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	28.57	27.71	18.80	22.23	34.73	44.16	52.71	25.04	22.45
C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	67.24	67.75	62.15	65.70	70.18	70.88	71.20	72.54	67.83
C9.20 % pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica									
C9.20.3 Consumo di albumina	0.38								
C9.20.4 Albumina per giornata degenza	0.52	0.29	0.45	0.70	0.64	0.59	0.60	0.41	2.31
C9.22 Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare (EBPM) ogni 100 residenti sul territorio	4.99	5.59	4.89	4.26					
C9.22.1 Consumo ospedaliero di antifungini triazolici per 1000 giornate di degenza	28.40	28.72	18.42	28.30	45.36	43.61	28.78	62.37	11.31
C9.22.2 Consumo ospedaliero di antifungini echinocandine per 1000 giornate di degenza	7.47	5.50	5.07	6.51	18.33	7.91	9.92	11.86	2.40
C9.22.3 % di antifungini caspofungin (R,Q)	92.77	96.57	98.66	89.00	96.31	97.89	78.41	78.04	100.00
D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	4084.85	4422.99	3698.40	4324.16					
C9.19 Farmaci respiratori									
C9.19.1 Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	69.44	70.71	70.67	65.97					
C9.19.2 Incidenza Salmeterolo associato sul territorio	48.75	49.63	50.41	44.37					
C9.19.3 Confezioni di adrenergici sul territorio	7.06	7.26	6.48	7.62					
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	69.77	72.75	67.82	69.21	61.19	61.00	78.62		75.72
C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	64.43	58.05	63.76	63.19	75.76	74.72	71.34		70.77
C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	79.56	79.71	79.86	76.98	76.63	79.25	82.75		84.86

### B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori

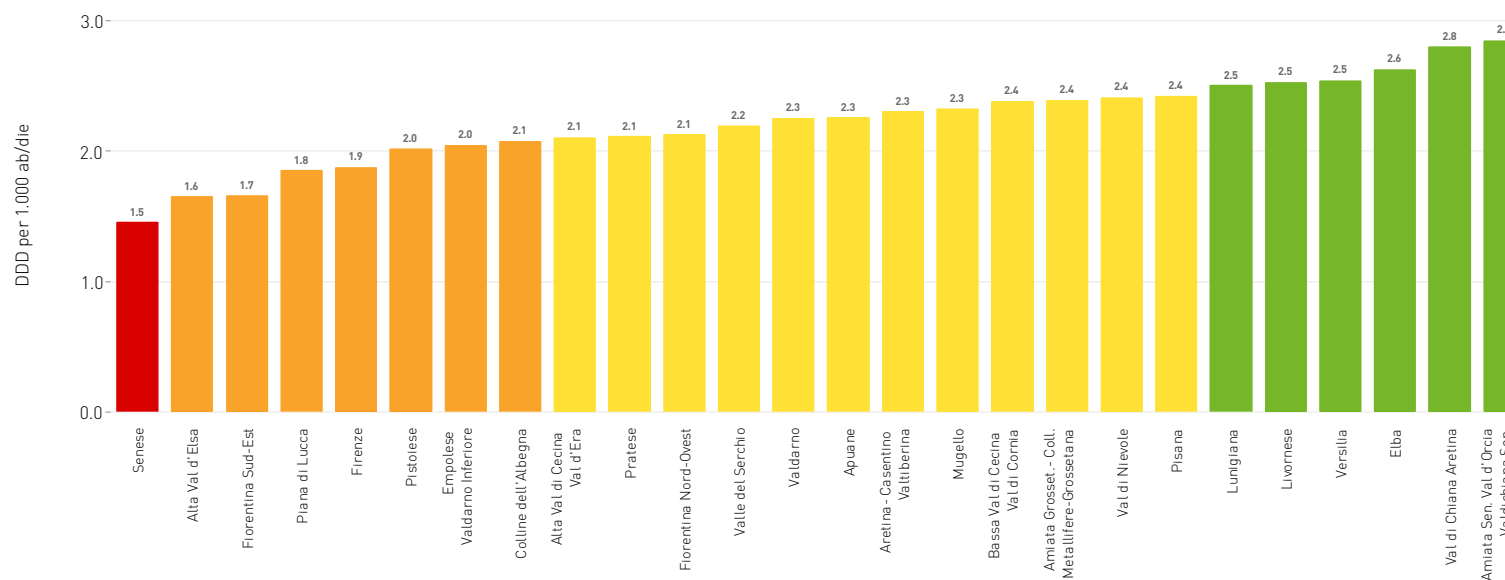
Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. La medicina, i suoi professionisti ed il Sistema Sanitario lavorano non solo per prevenire e mantenere la salute, ma anche per dare al malato sollievo dalla sofferenza. L'indicatore misura il consumo 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.



Aziende - Dati 2020

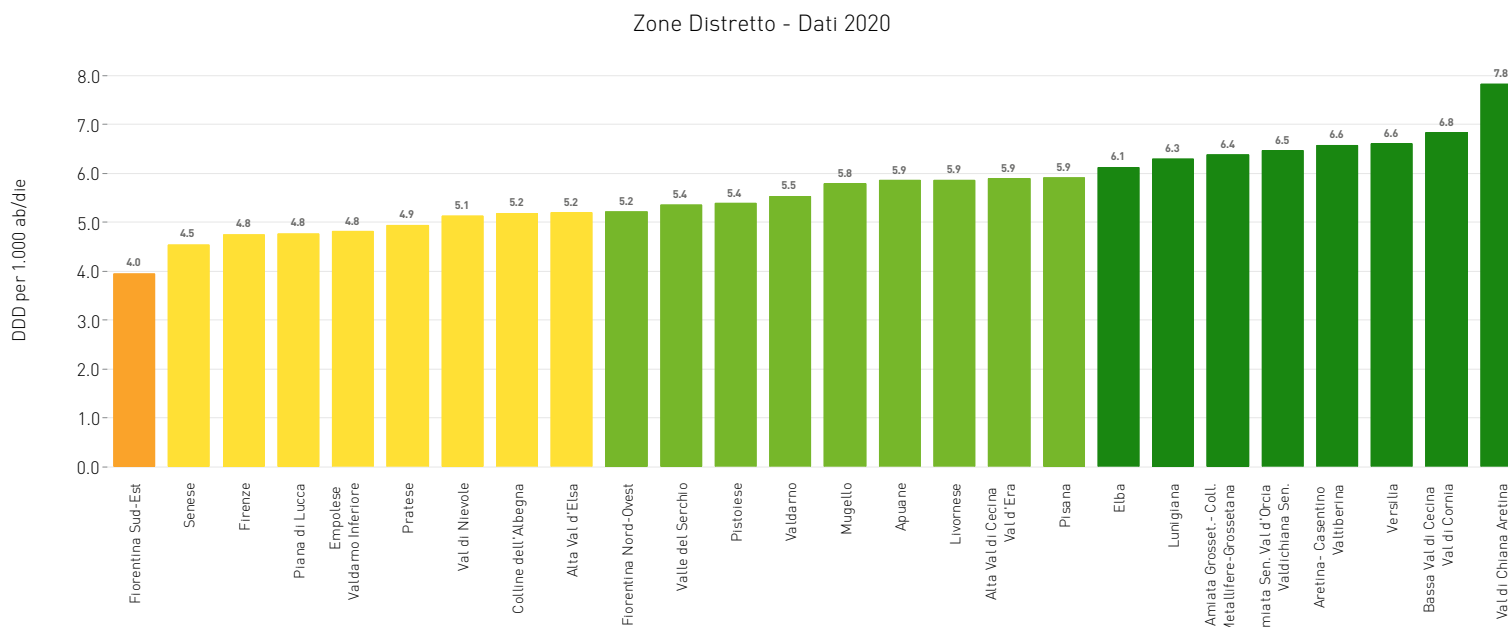
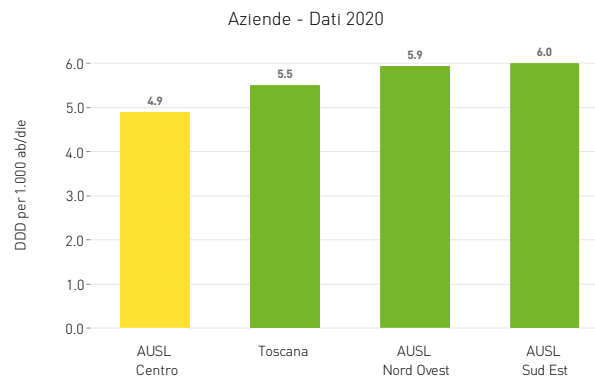


Zone Distretto - Dati 2020



### 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.

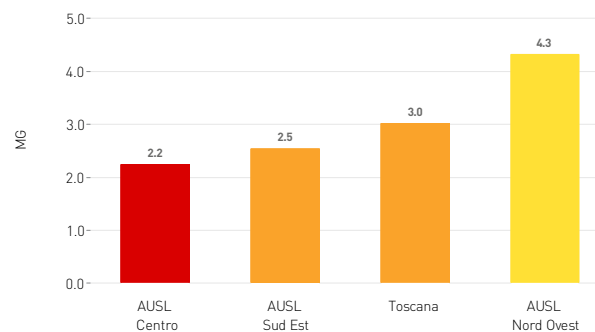


### B4.1.3 Consumo territoriale di morfina

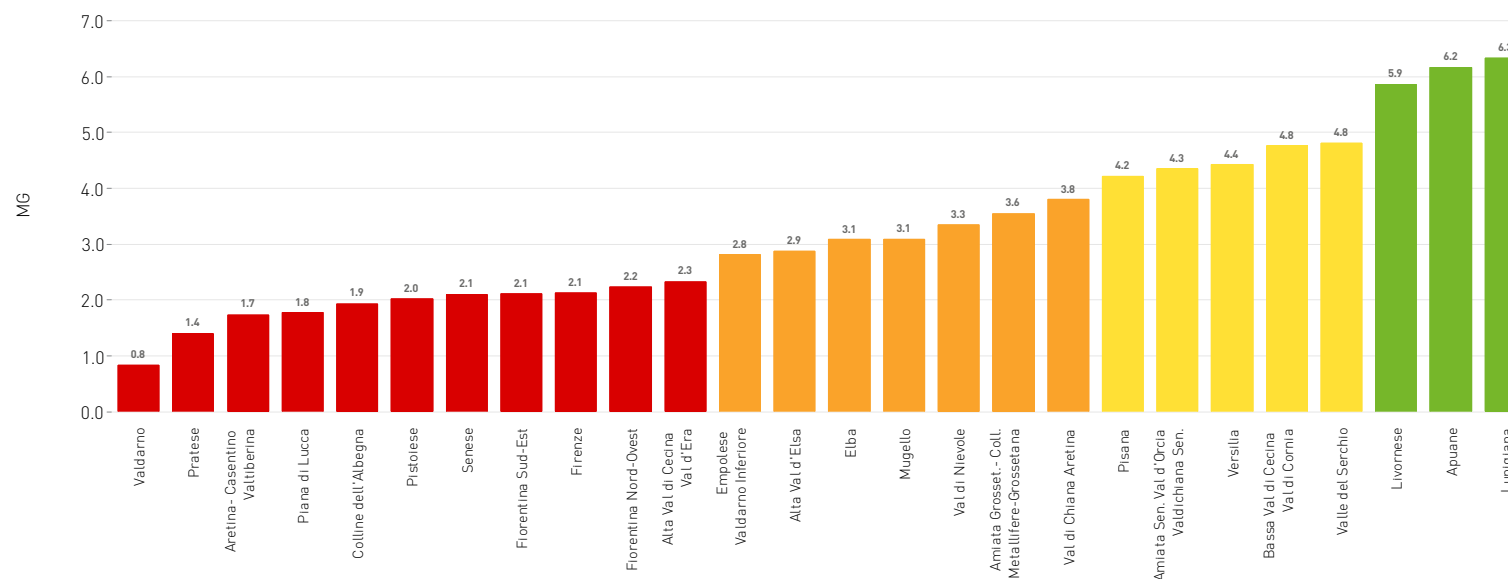
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il consumo pro-capite di morfina un indice importante della qualità di un Sistema Sanitario Nazionale. L'Italia storicamente si colloca agli ultimi posti in Europa per questo indicatore con conseguenti ricadute nella pratica clinica del controllo 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.



Aziende - Dati 2020

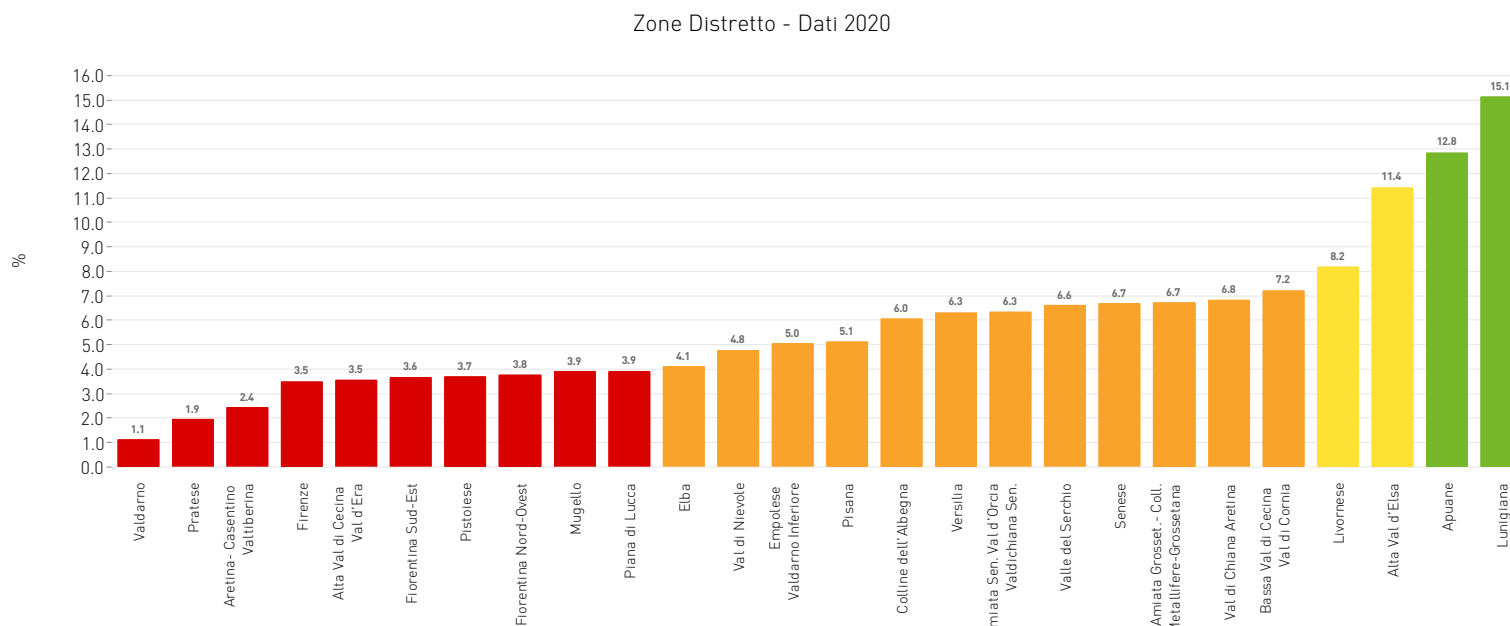
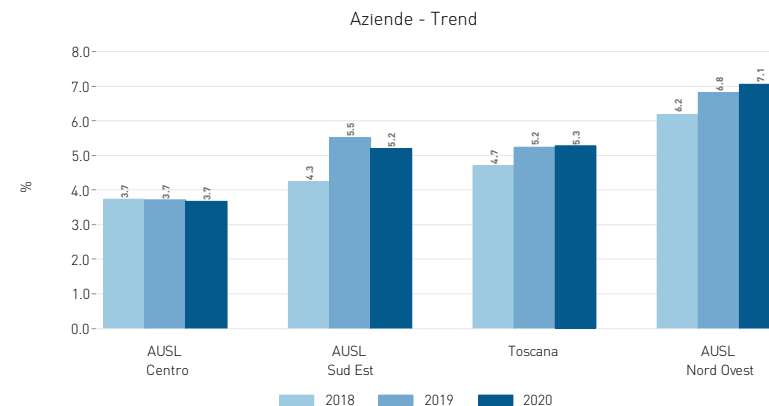
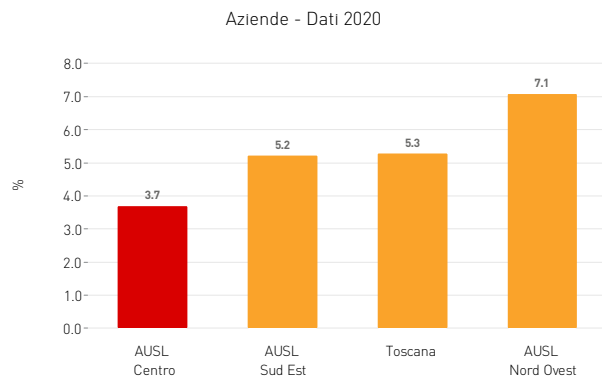


Zone Distretto - Dati 2020



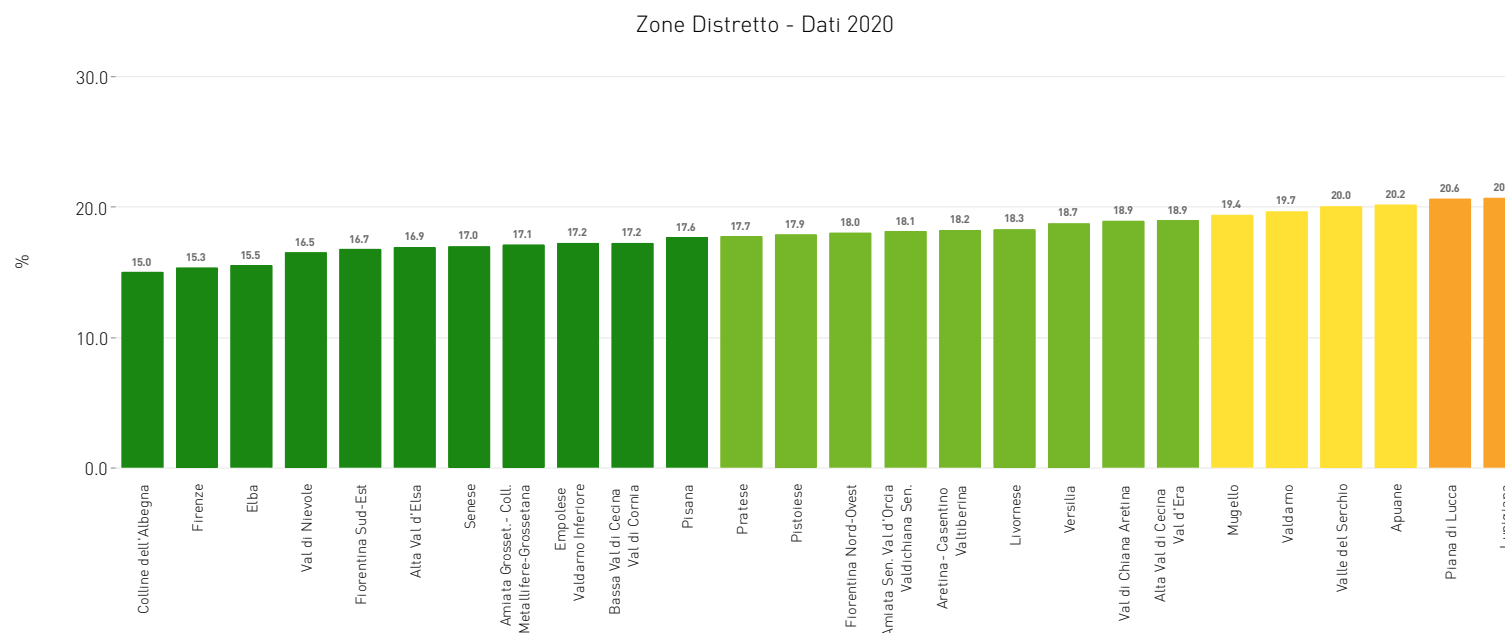
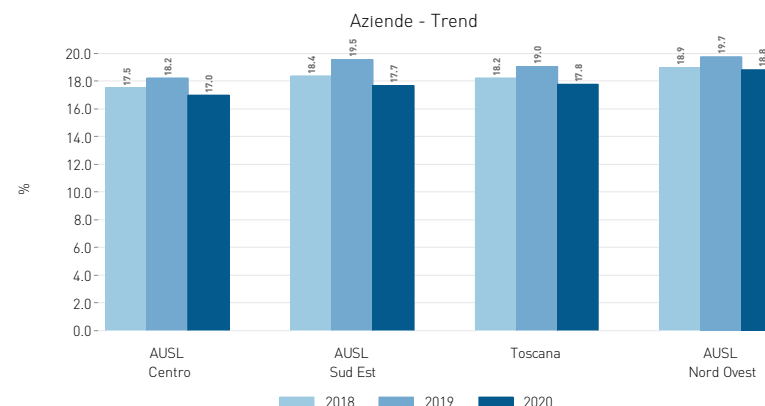
### B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio

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+antispatici) rispetto al consumo di oppioidi maggiori.



### C9.10.1 Polypharmacy sul territorio

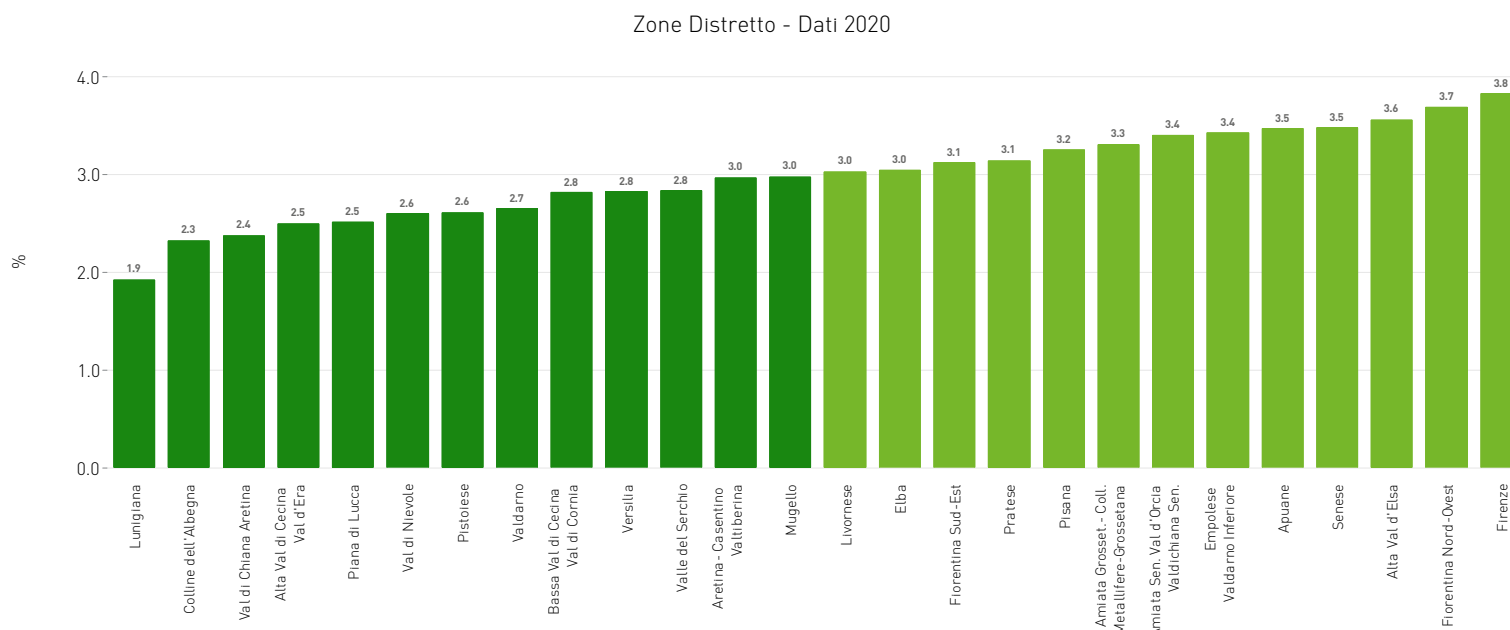
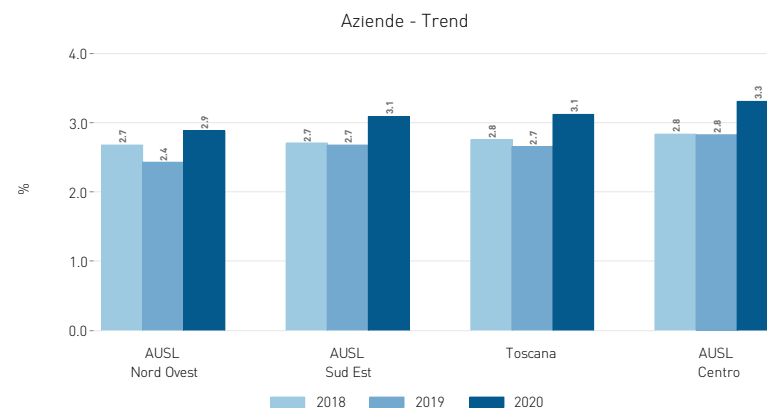
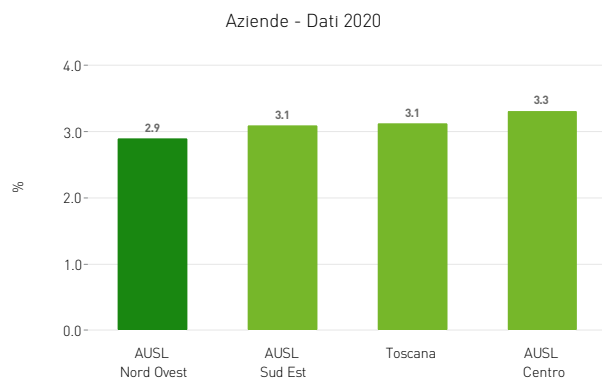
Con l'espressione "polypharmacy" (o "politerapia") si intende l'assunzione, da parte di un medesimo paziente, di più farmaci contemporaneamente. Il fenomeno è in crescita, in larga misura a causa dell'invecchiamento della popolazione. Le preoccupazioni circa la politerapia riguardano l'aumento di potenziali reazioni avverse ai farmaci, imputabili sia alle possibili interazioni farmacologiche, sia ad una assunzione erranea 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 inappropriatezza. L'indicatore monitora i pazienti anziani che assumano più di 5 classi farmaceutiche contemporaneamente.





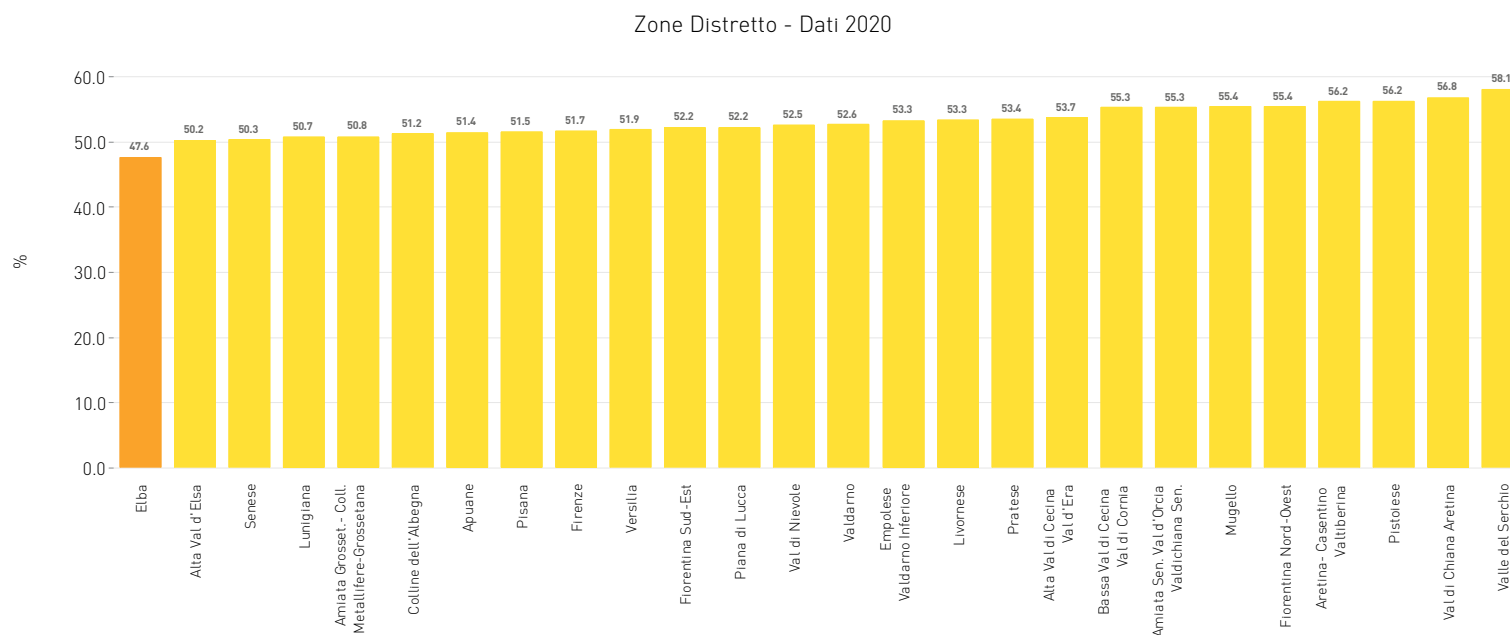
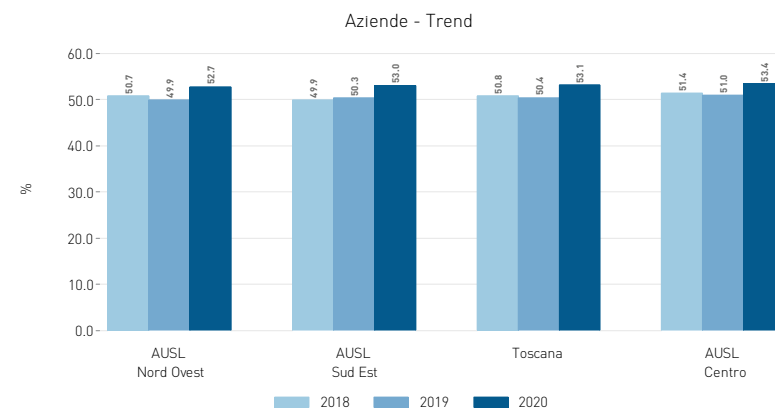
### C9.6.1.1 Iperprescrizione di statine

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.

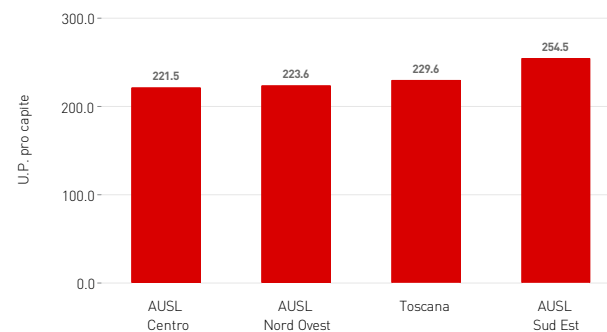


### C9.6.1.3 Consumo di statine in associazione

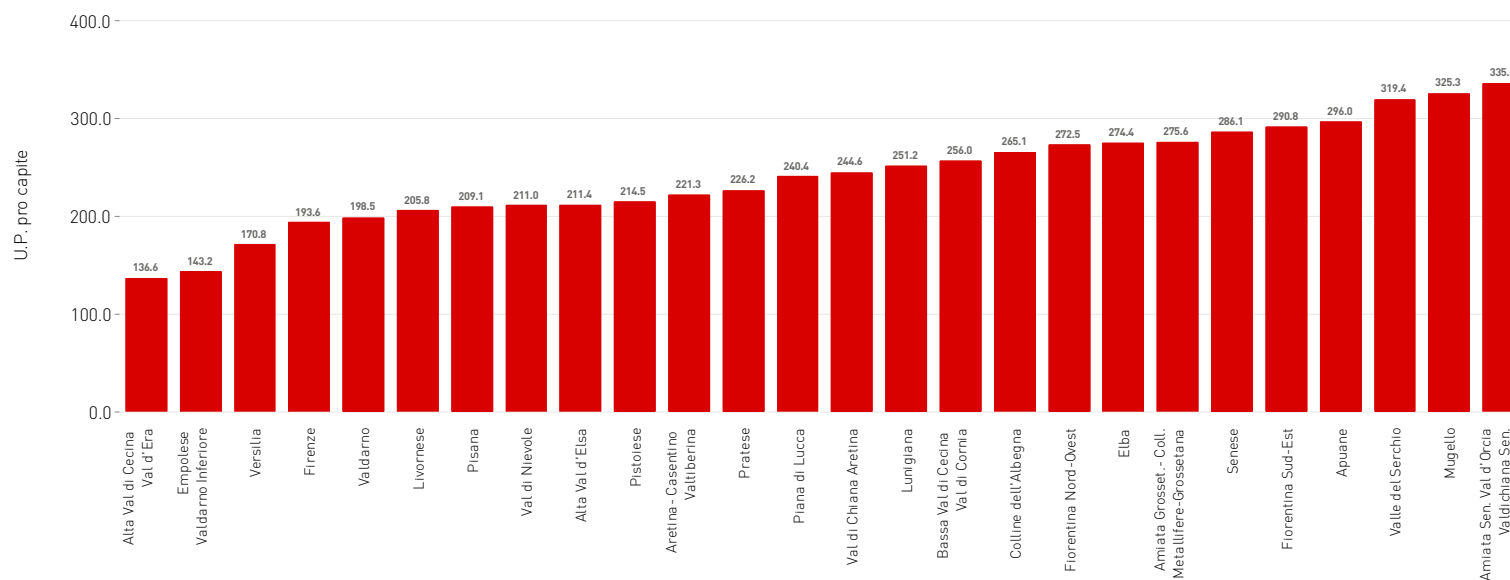
Le statine rappresentano farmaci insostituibili nel trattamento della ipercolesterolemia e nella prevenzione degli eventi cardiovascolari in pazienti ad alto rischio. Le statine si presentano come monocomposti o in associazione. Le sole statine (monocomposti) non sono sempre sufficienti. Questi farmaci, 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.



Aziende - Dati 2020



Zone Distretto - Dati 2020

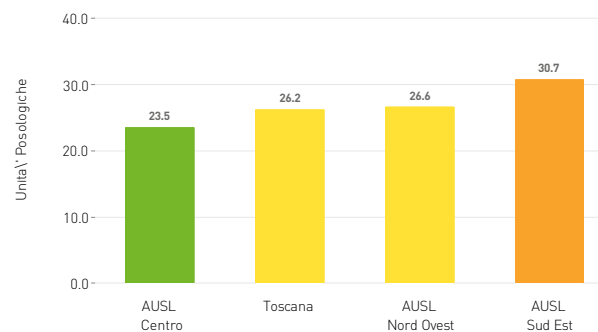


## C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

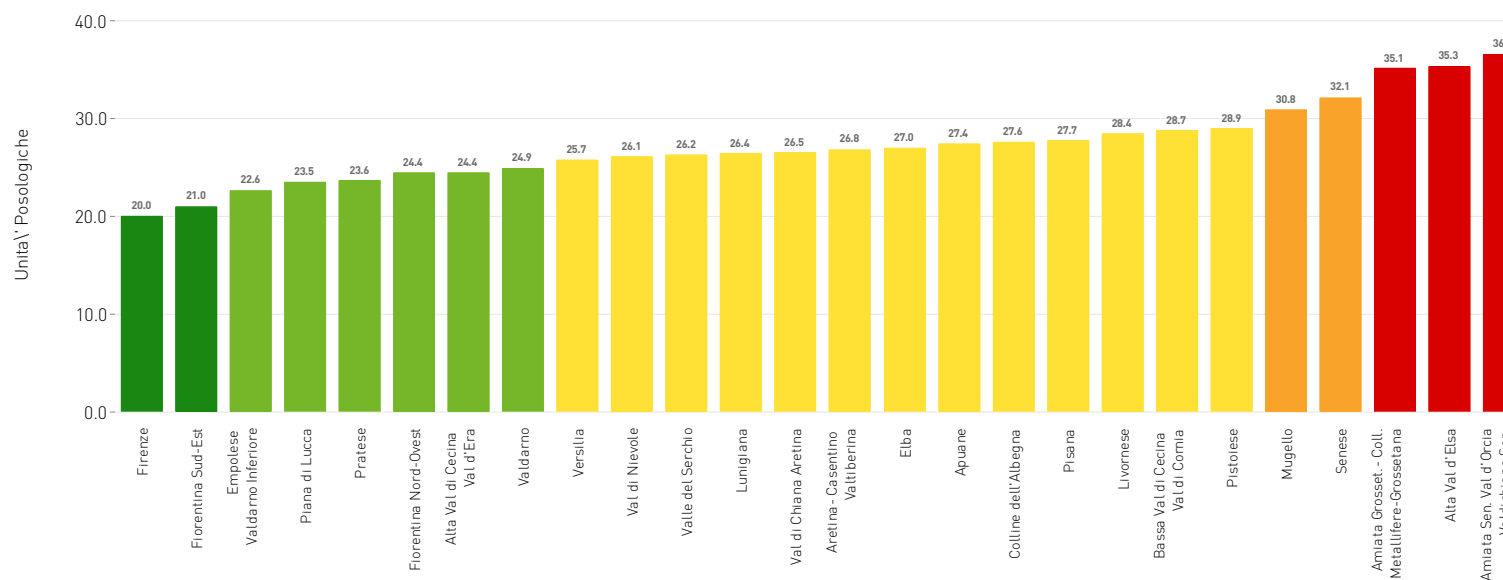
In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriata e fenomeni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



Aziende - Dati 2020



Zone Distretto - Dati 2020

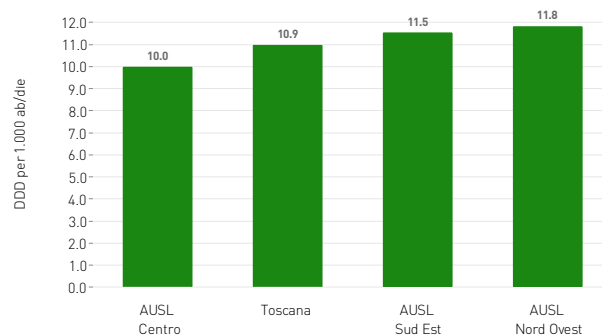


### C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

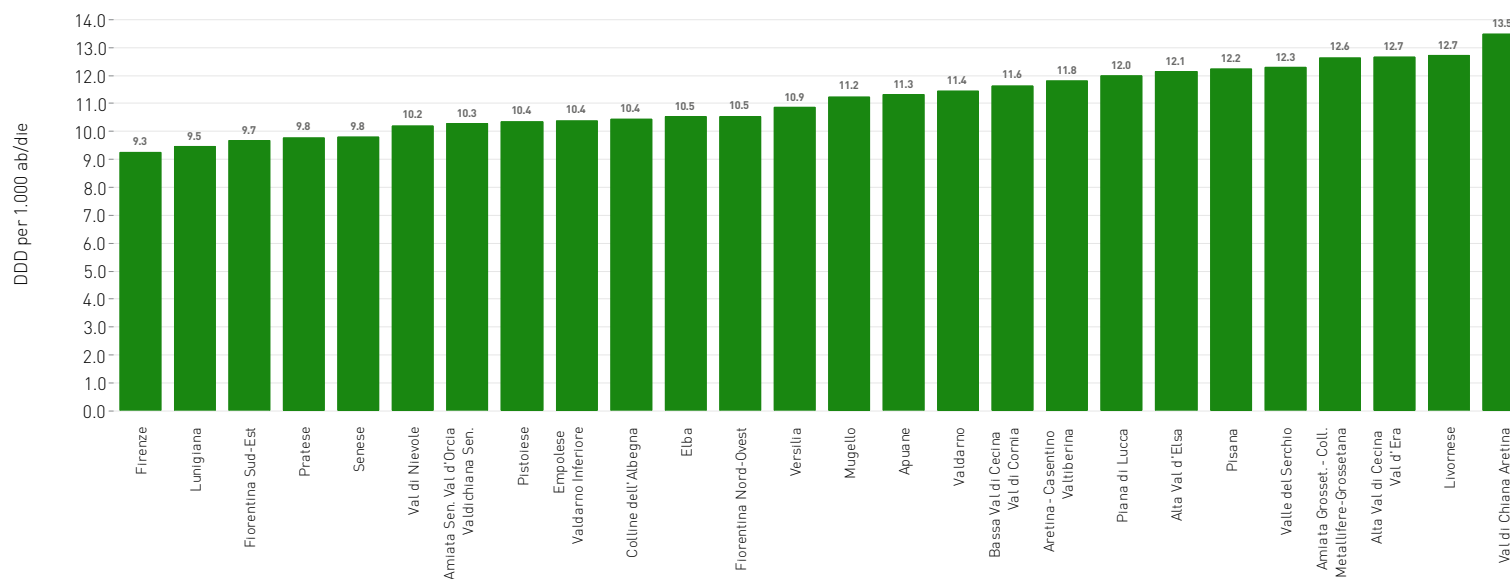
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. Oggi si parla di superbatteri contro cui gli antibiotici attualmente in uso sono quasi inefficaci. 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.



Aziende - Dati 2020

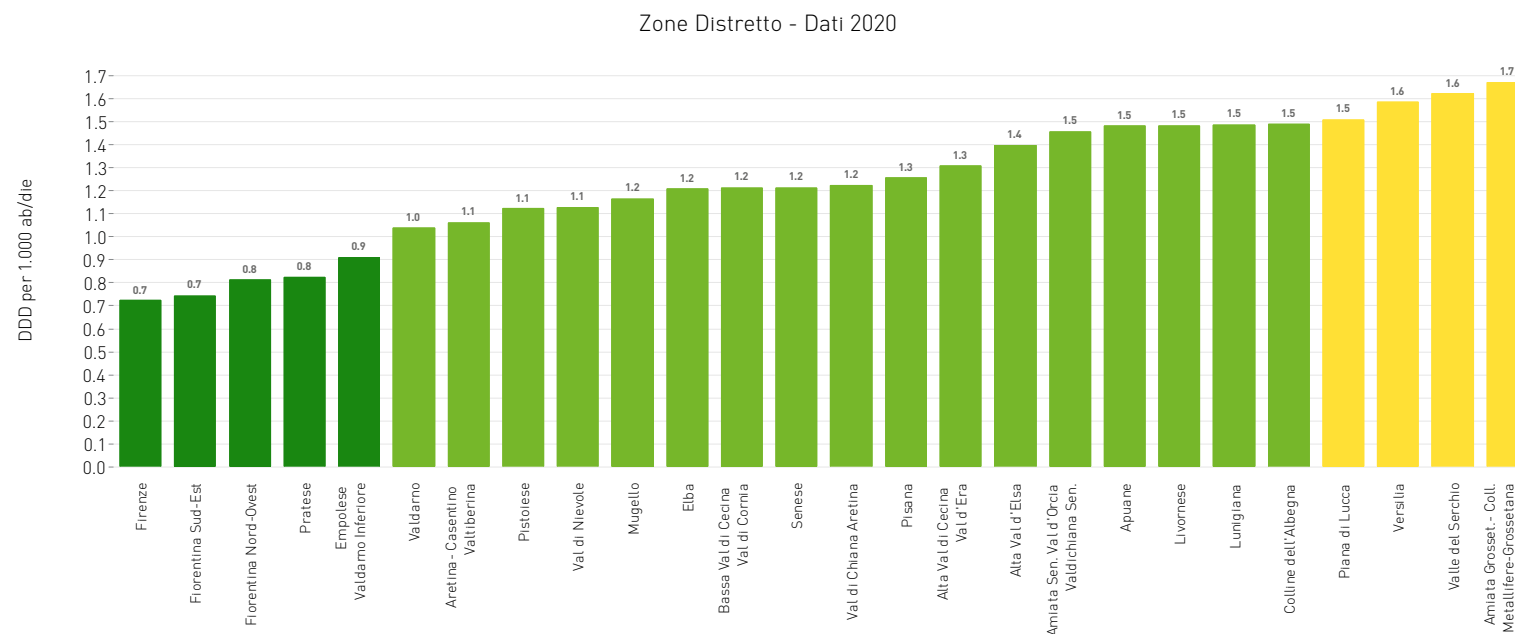
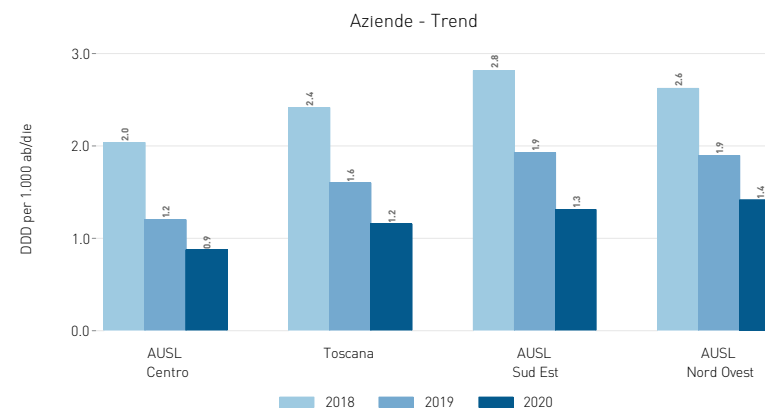
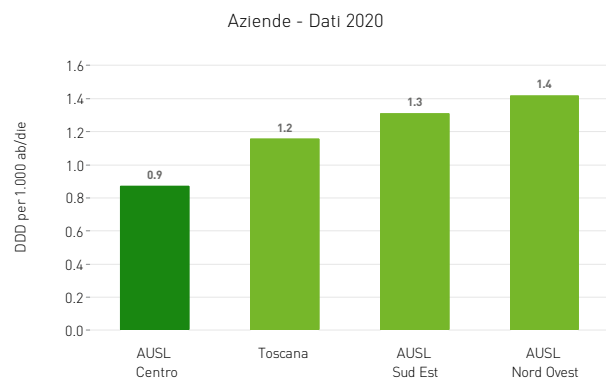


Zone Distretto - Dati 2020



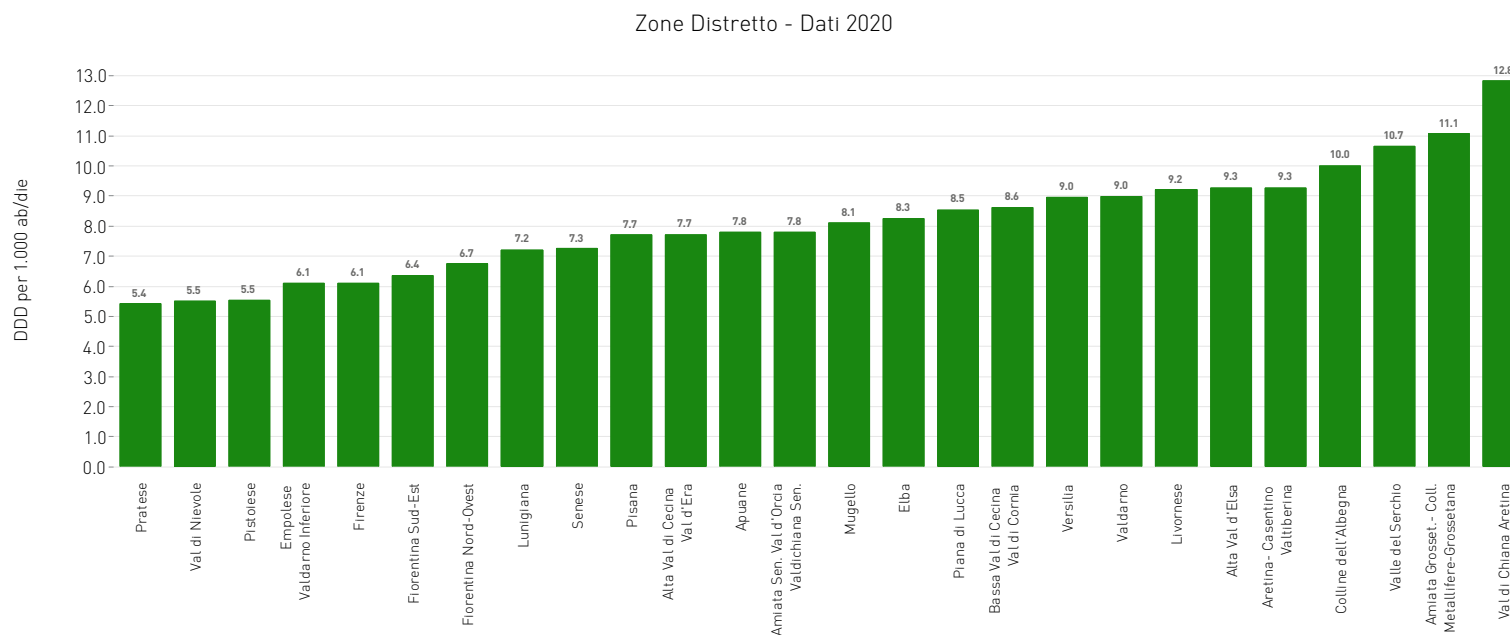
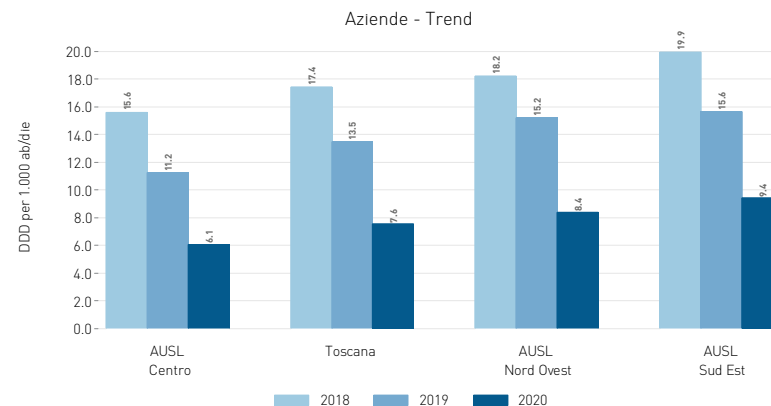
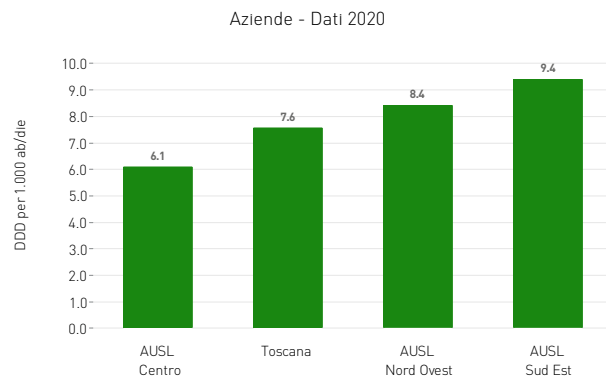
### C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)

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.



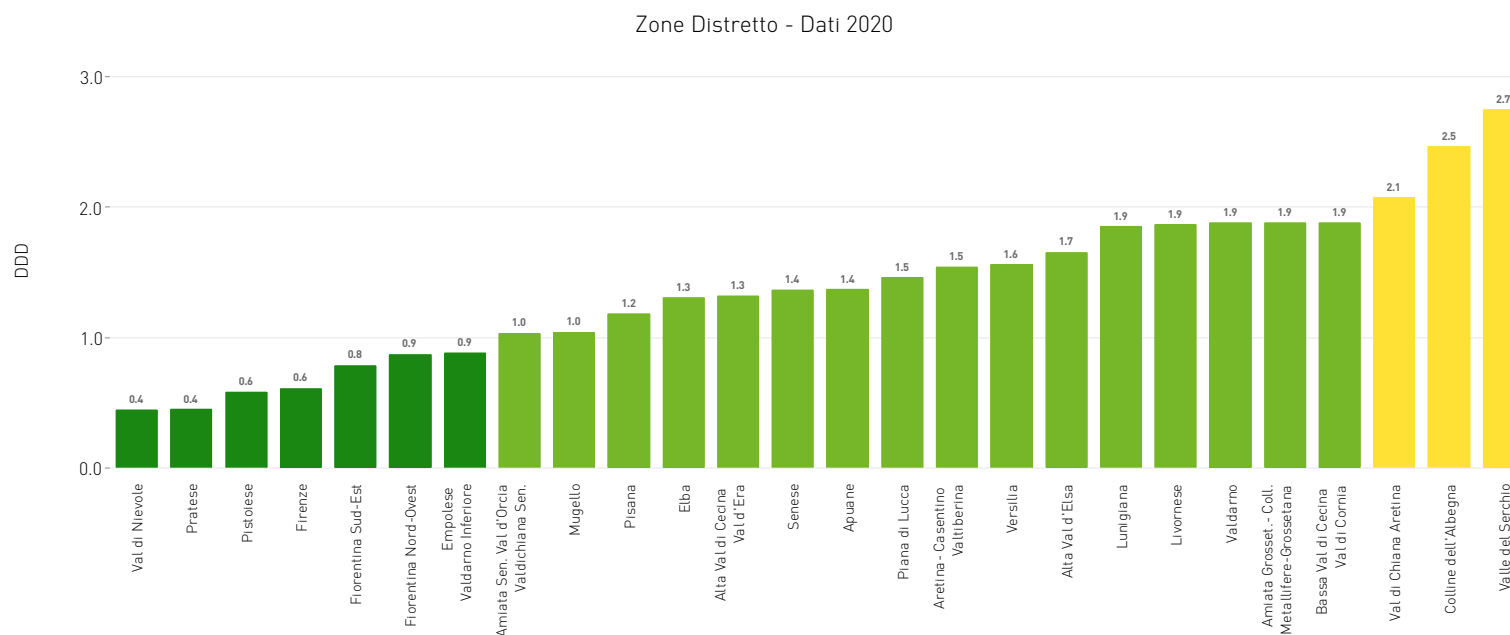
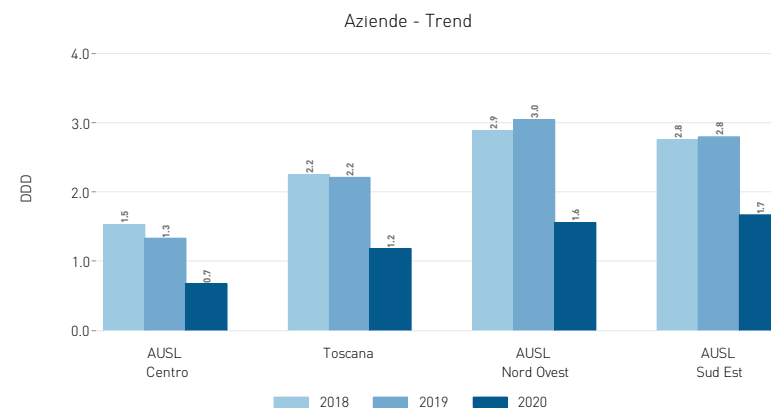
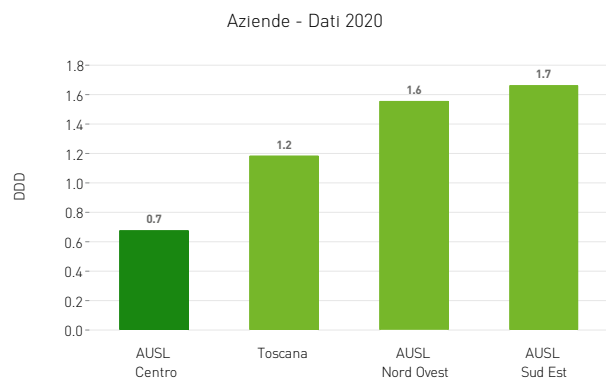
### C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

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

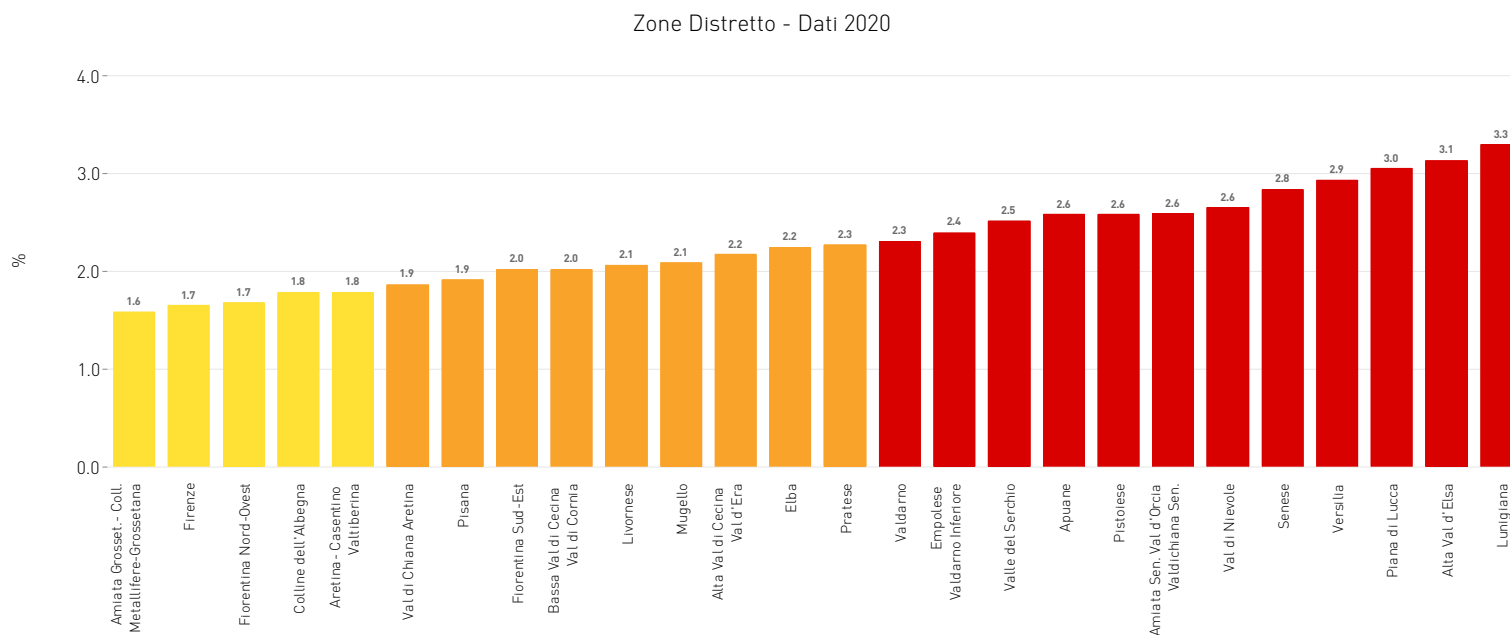
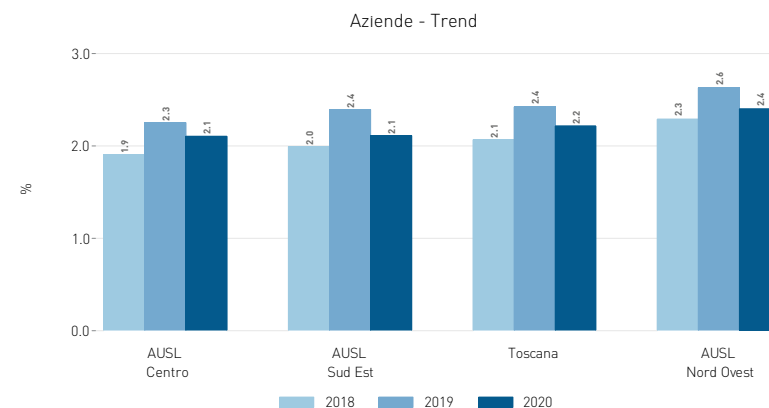
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa 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.

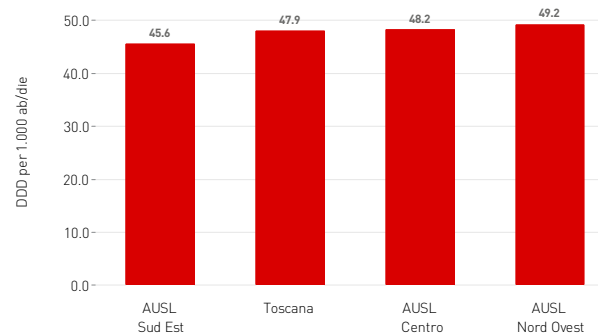


## C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio

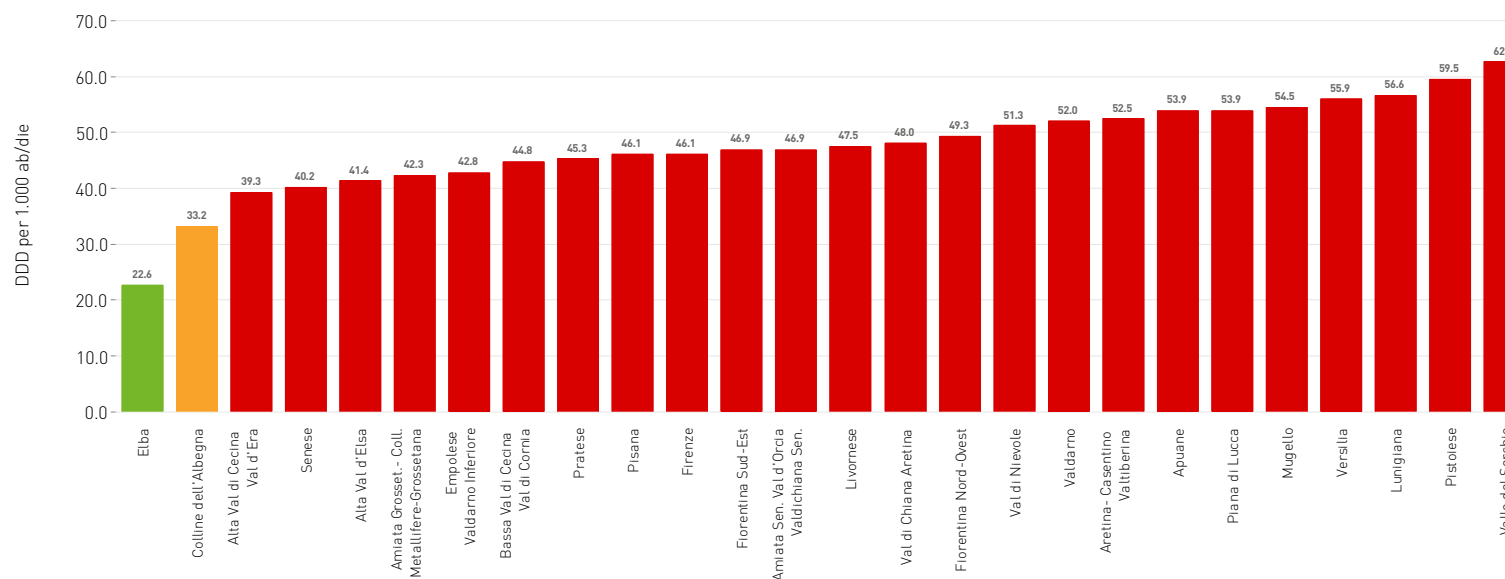
Da un approfondimento dell'Agencia Italiana del Farmaco sui consumi di antidepressivi in Italia nel periodo 2015-2017 emerge che il trend di impiego di questi medicinali risulta pressoché stabile. In particolare, tra il 2015 e il 2017 i consumi di antidepressivi si attestano su una media di 40 dosi giornaliere 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.



Aziende - Dati 2020



Zone Distretto - Dati 2020

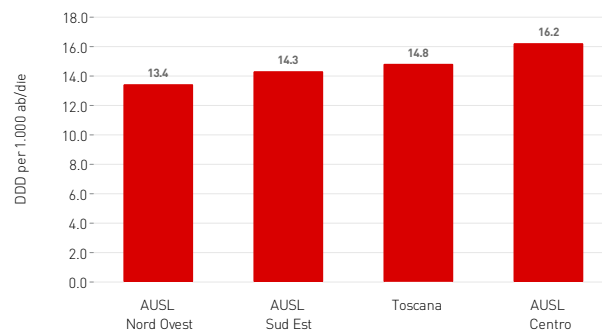


## C9.5 Consumo di altri antidepressivi sul territorio

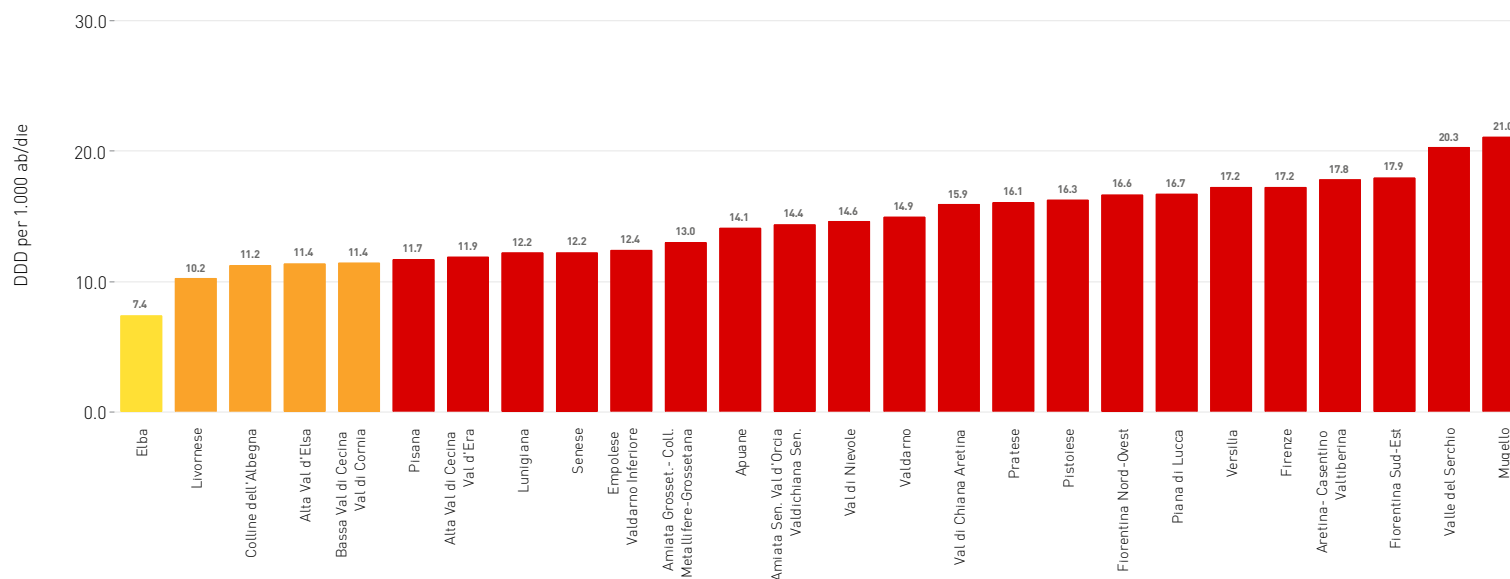
La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il Sistema sanitario è di conseguenza chiamato ad operare scelte che mirino a garantire la sostenibilità 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.



Aziende - Dati 2020

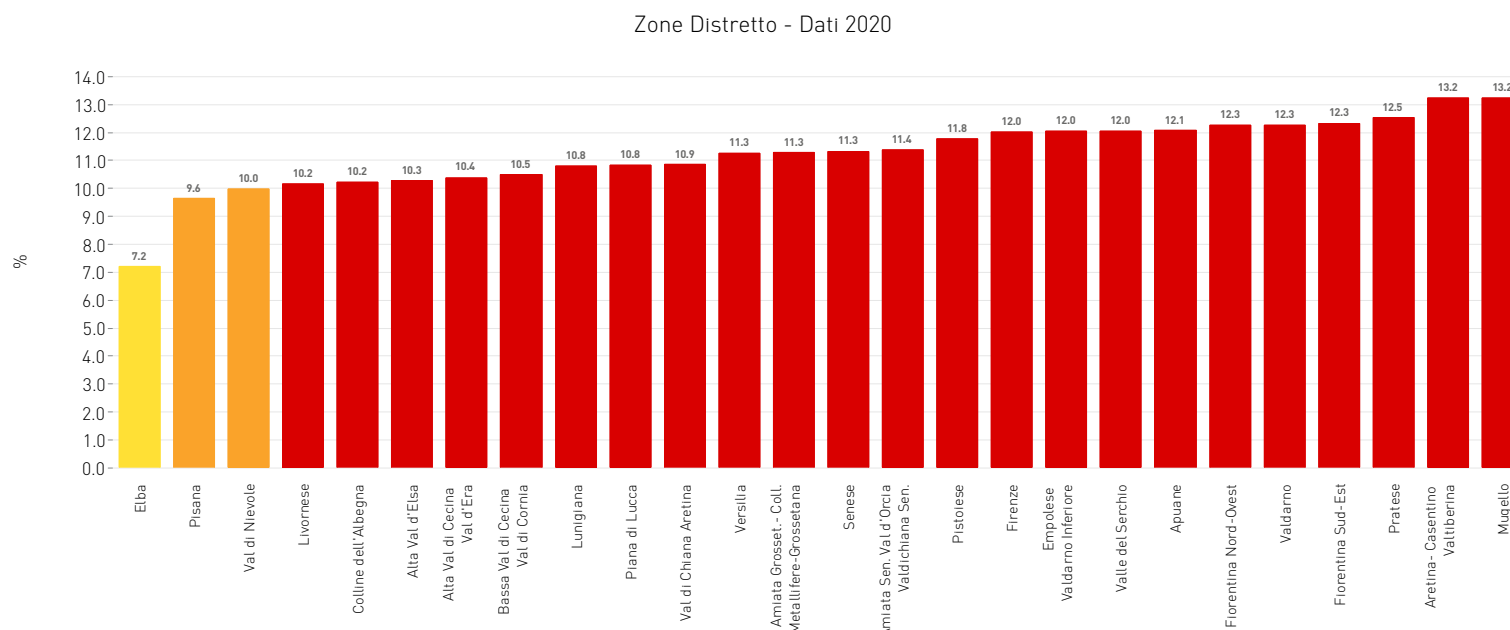
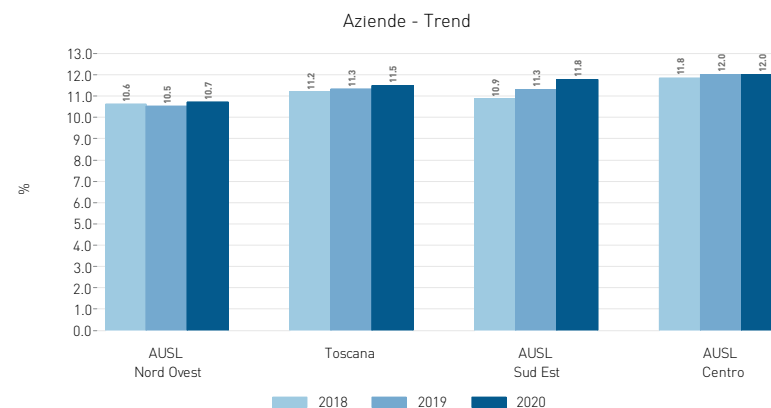
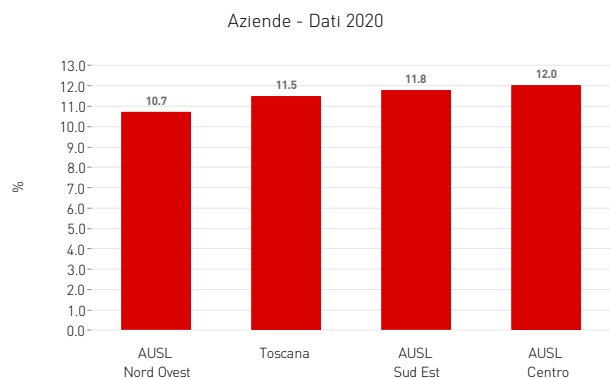


Zone Distretto - Dati 2020



### 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.

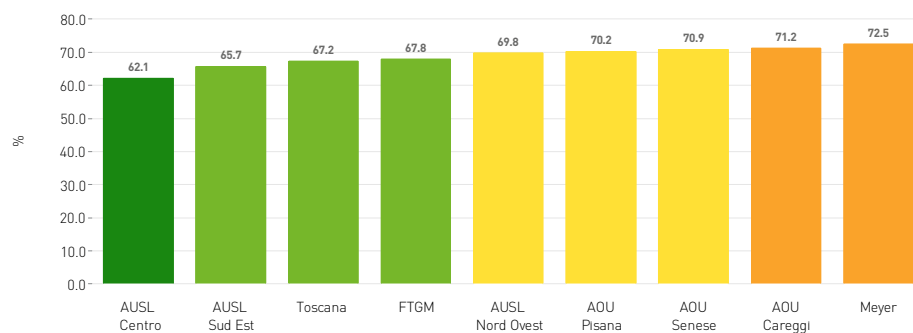


### C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti

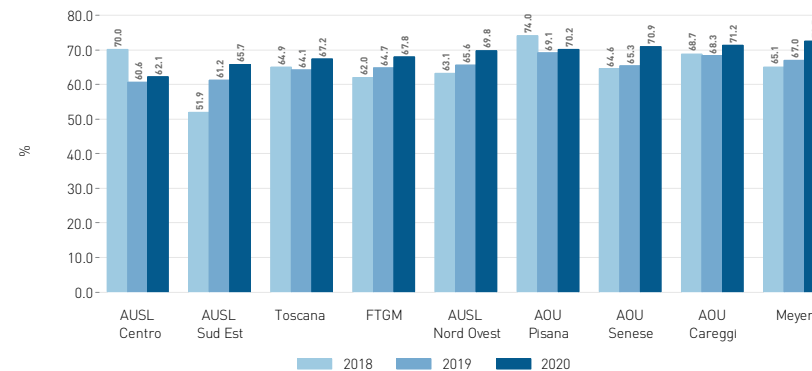
La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il Sistema sanitario è di conseguenza chiamato ad operare scelte che mirino a garantire la sostenibilità 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 2020

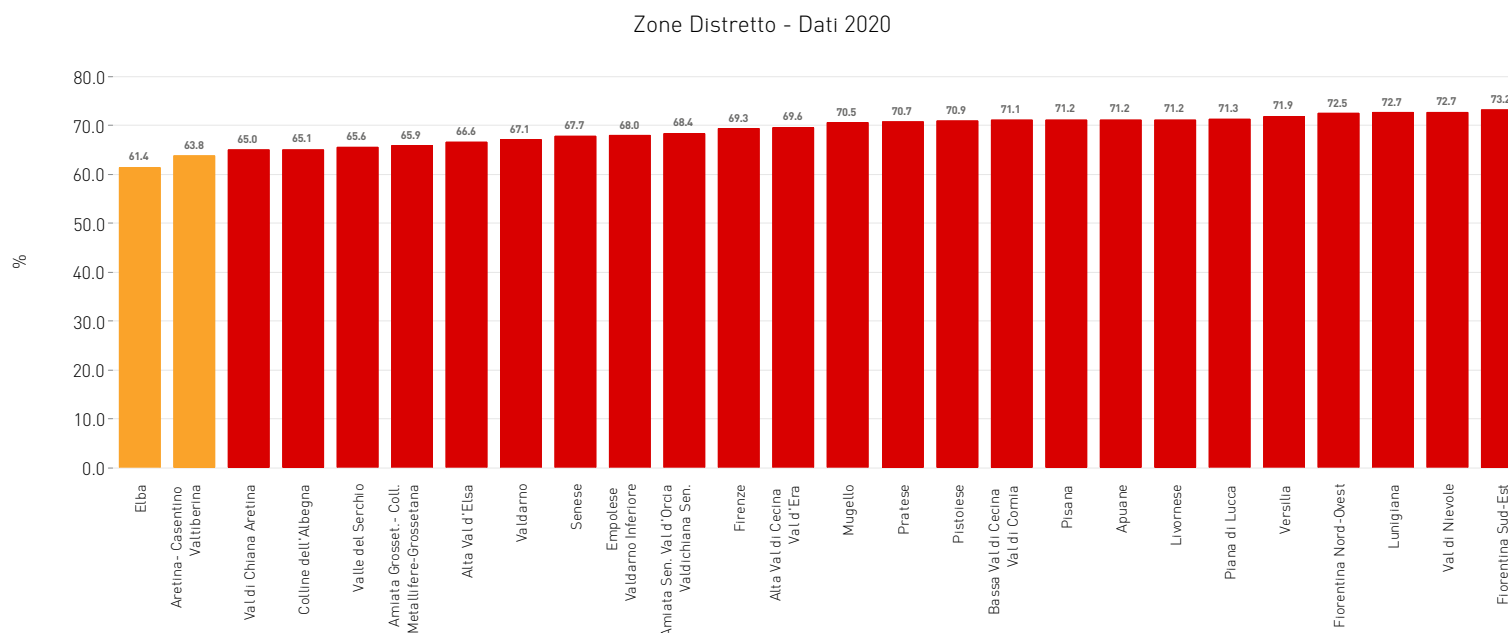
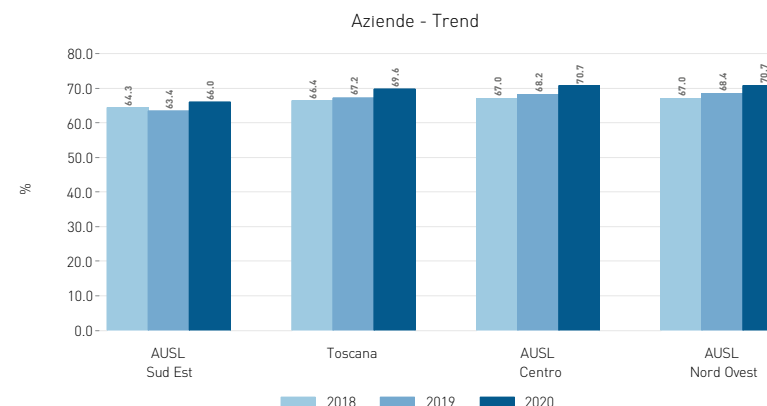
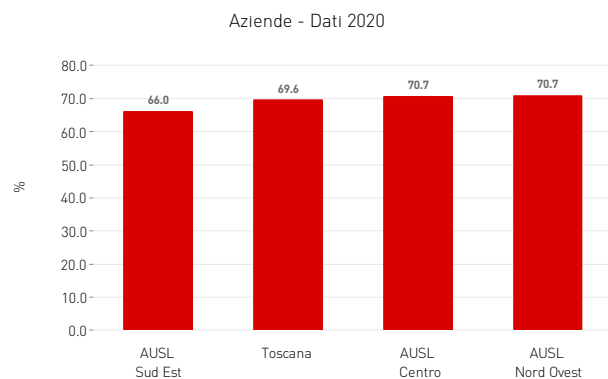


Aziende - Trend



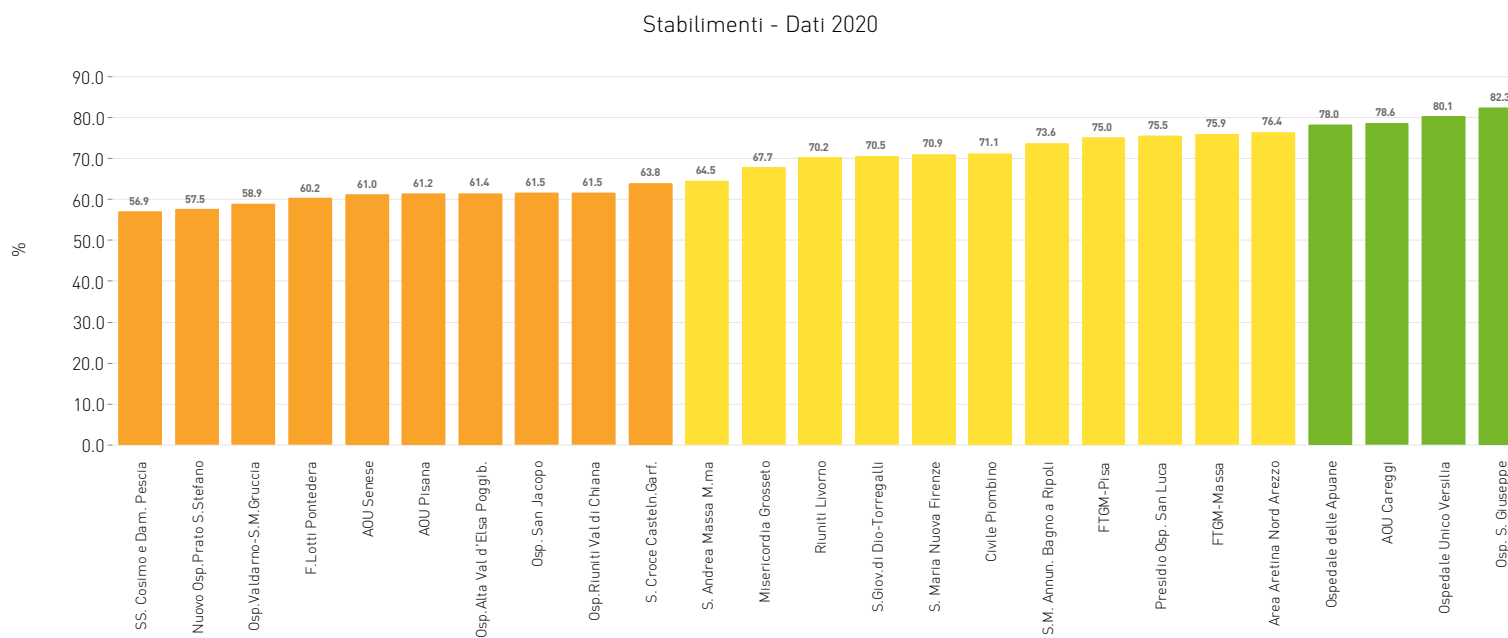
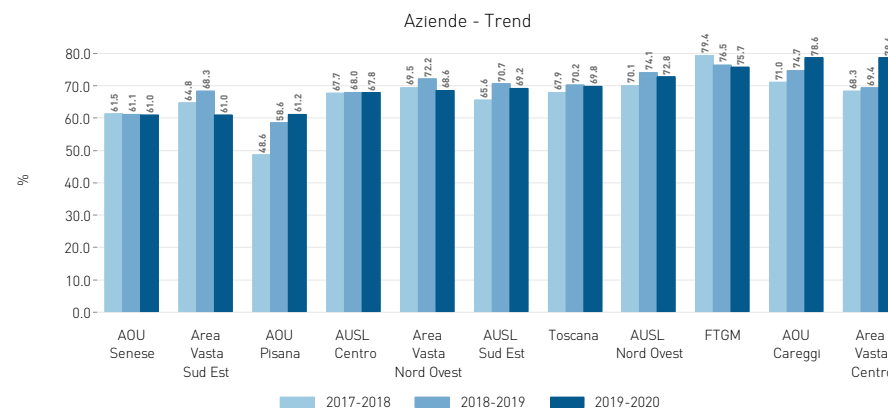
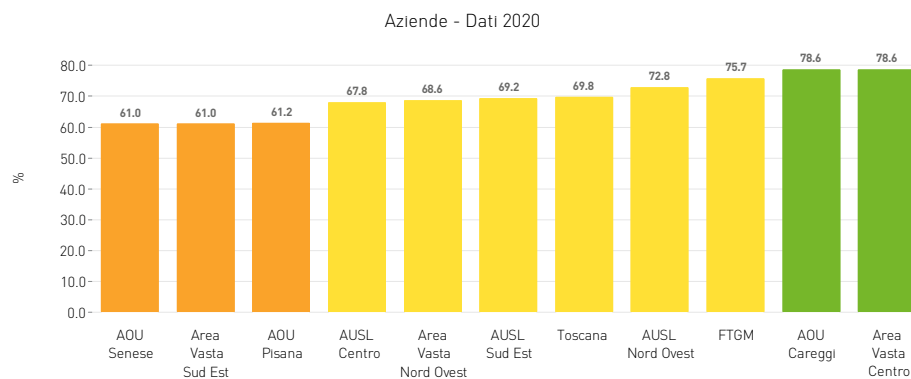
### C9.19.1 Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie

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.

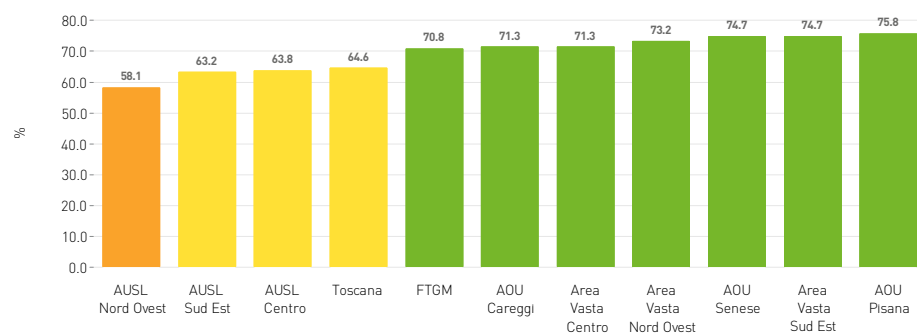


## C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione

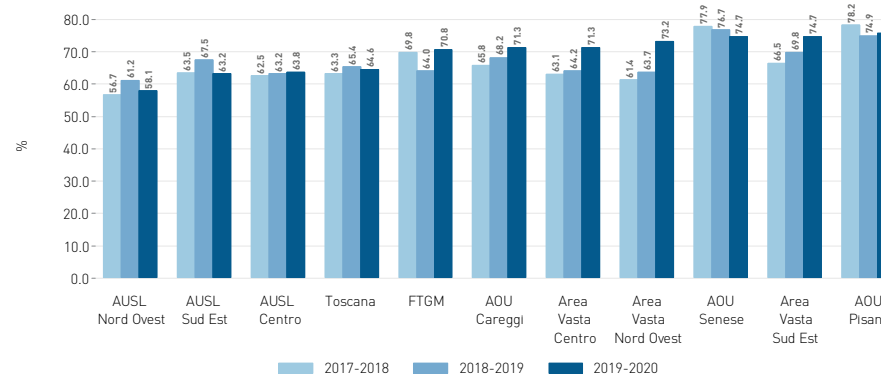
La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori o sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili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



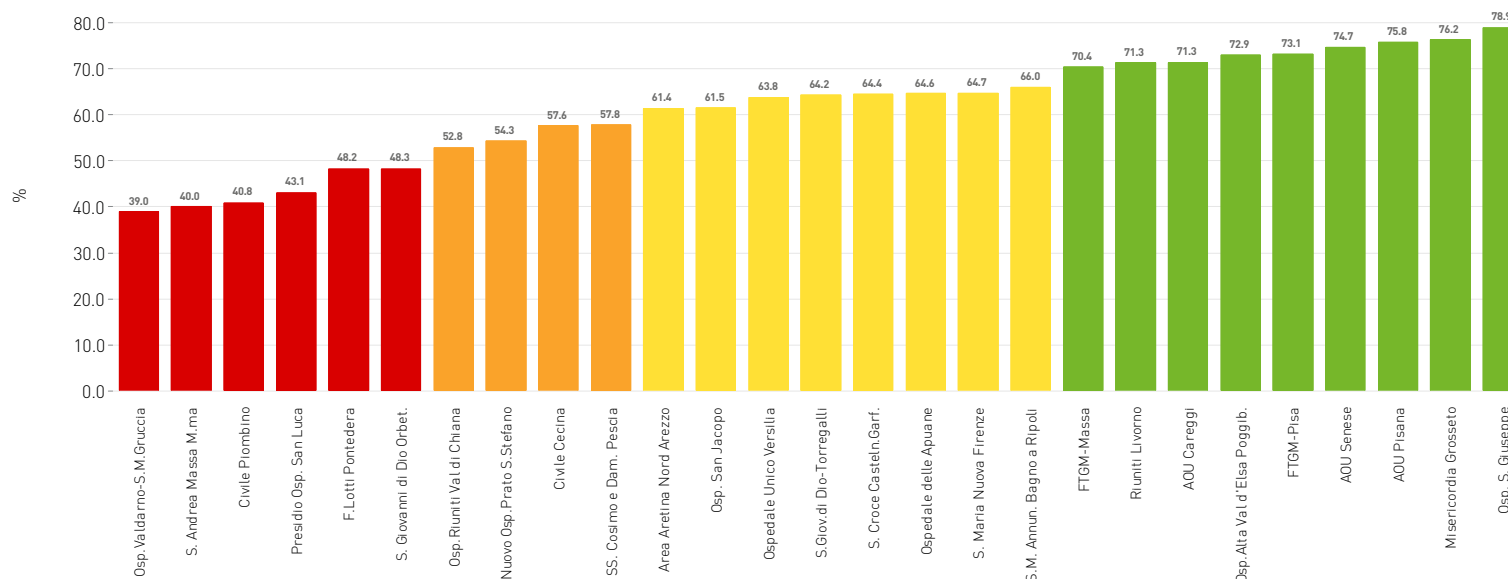
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



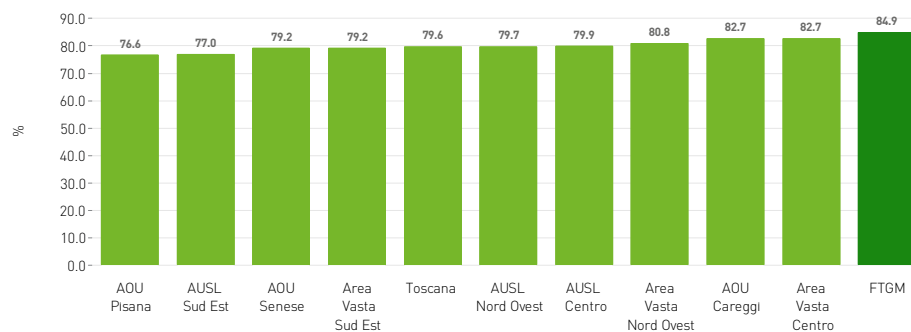


### C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

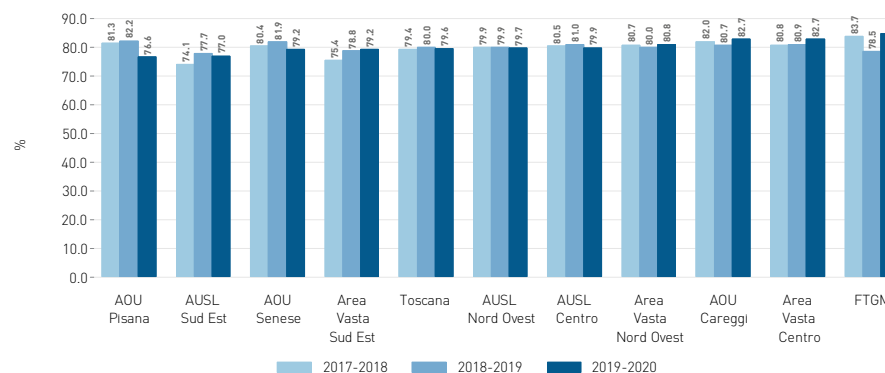
La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale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



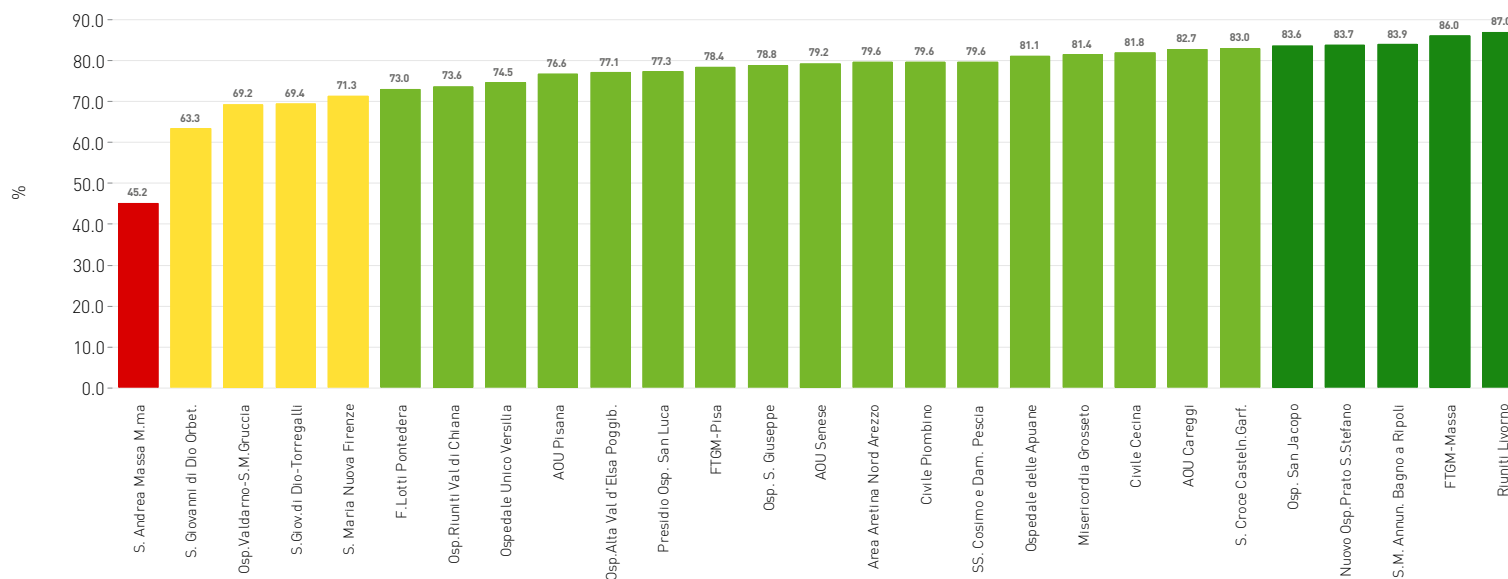
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020



## C21 Appropriatelyzza d'uso (aderenza farmaceutica)



### 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)

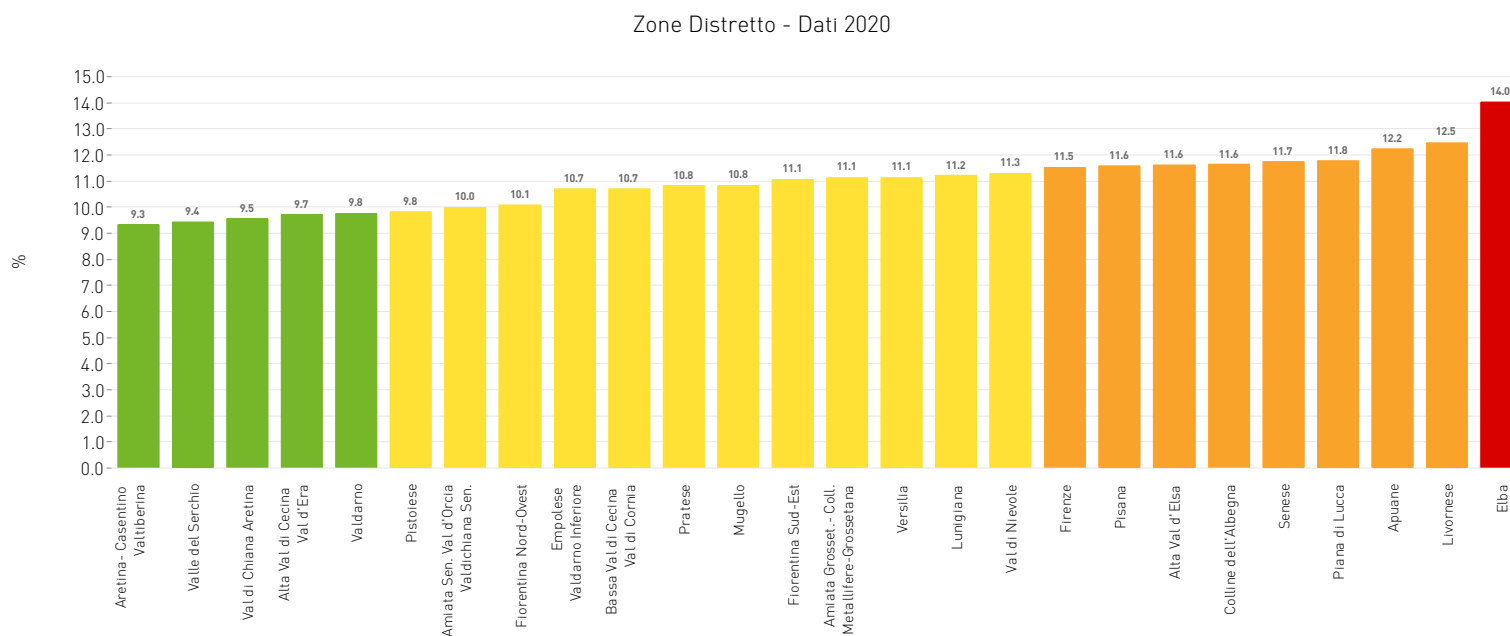
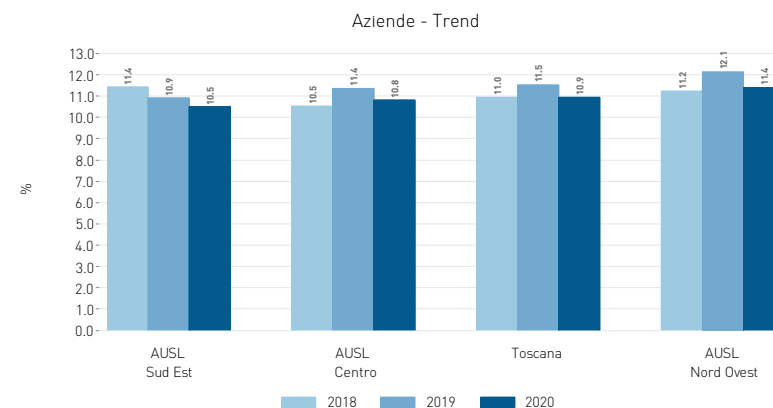
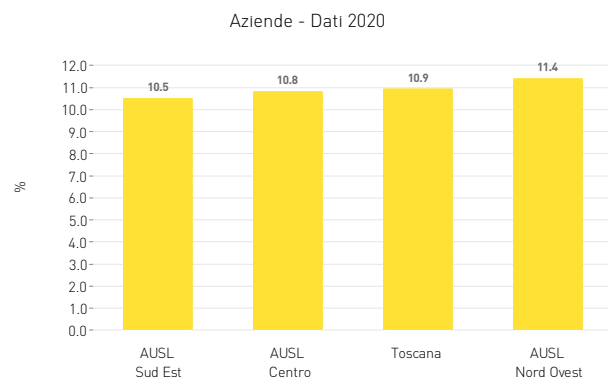
C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

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
10.95	11.40	10.81	10.49
20.98	23.12	19.95	19.36
86.38	87.40	86.61	84.23
84.50	84.96	82.99	86.04
98.27	98.67	97.78	98.39

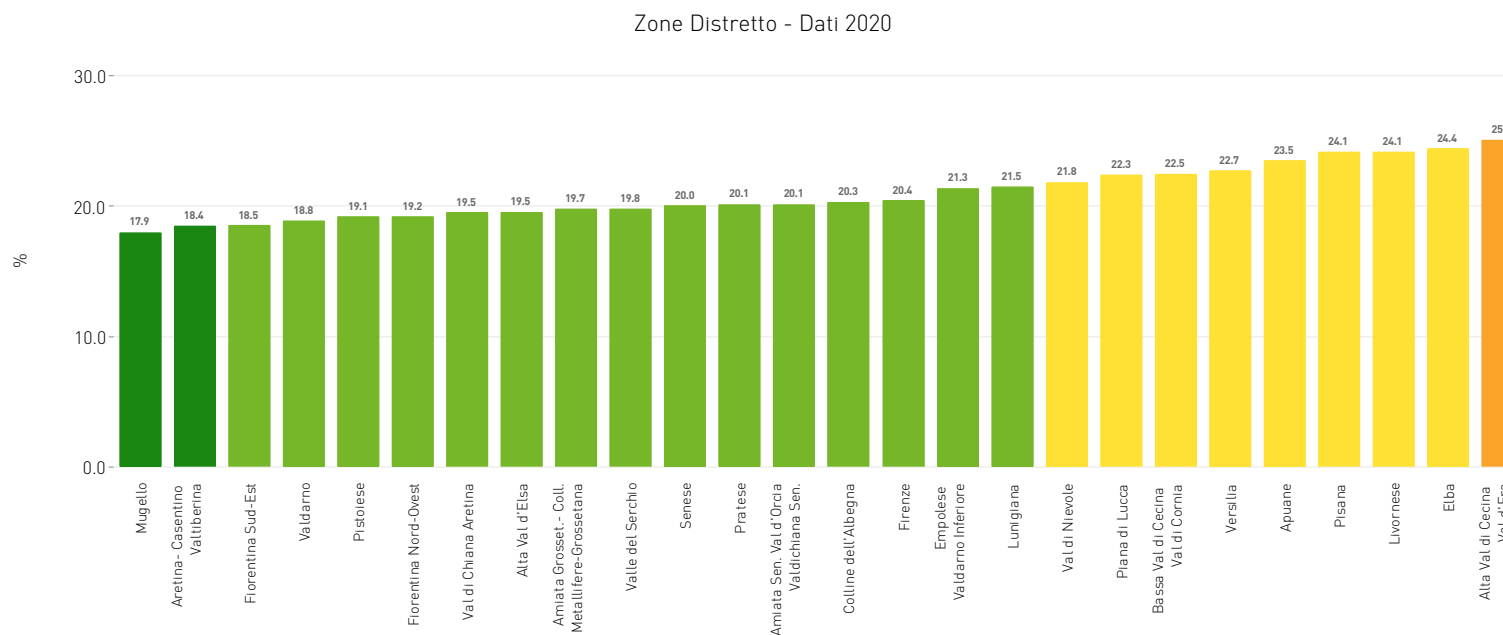
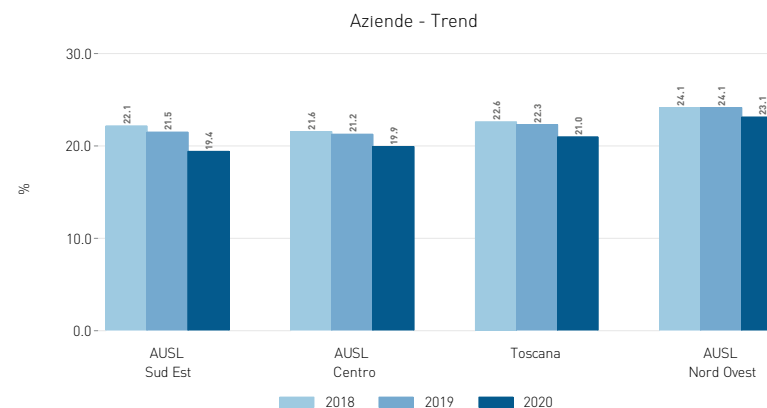
## C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

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.



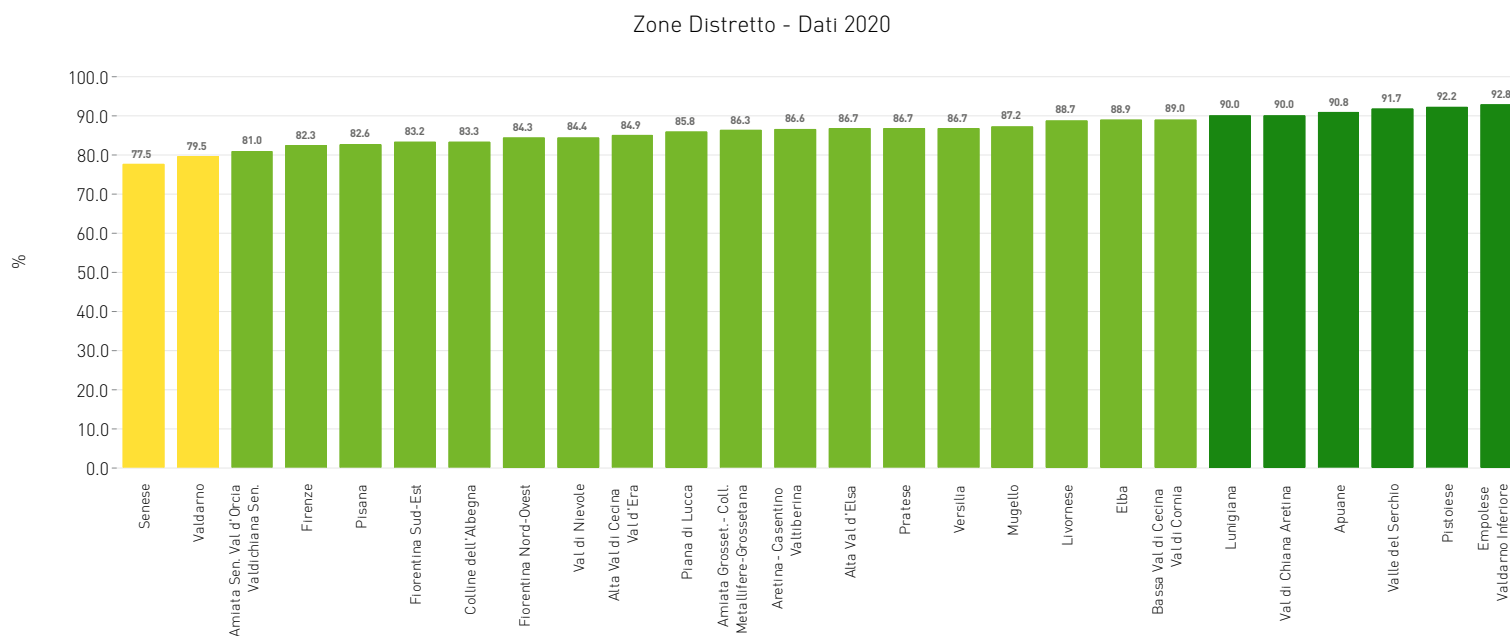
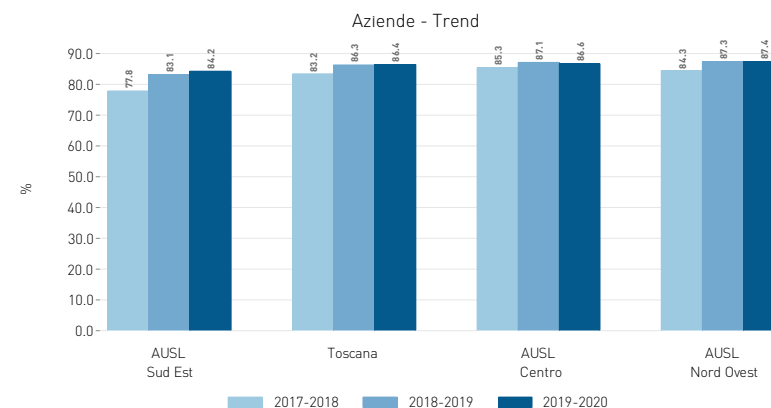
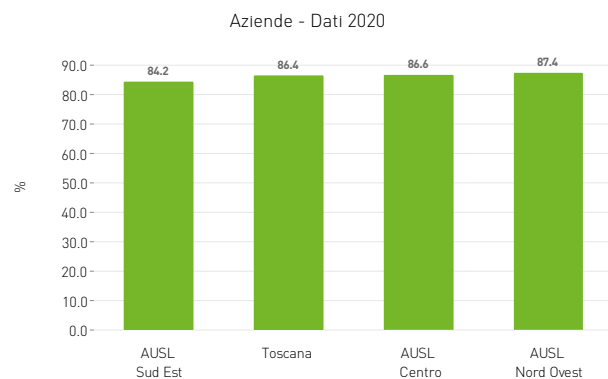
### C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

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.



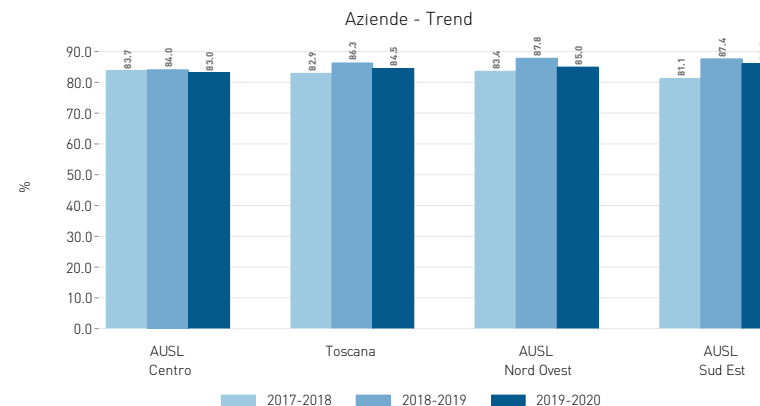
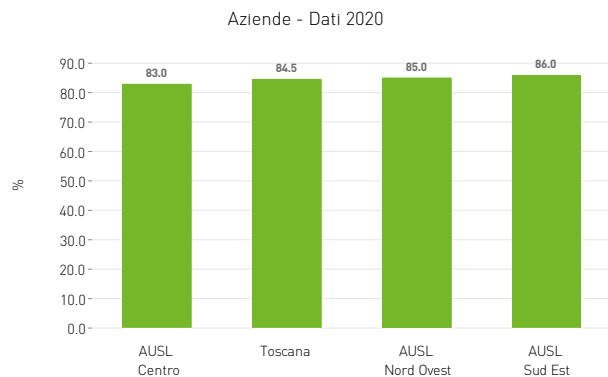
### C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

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.

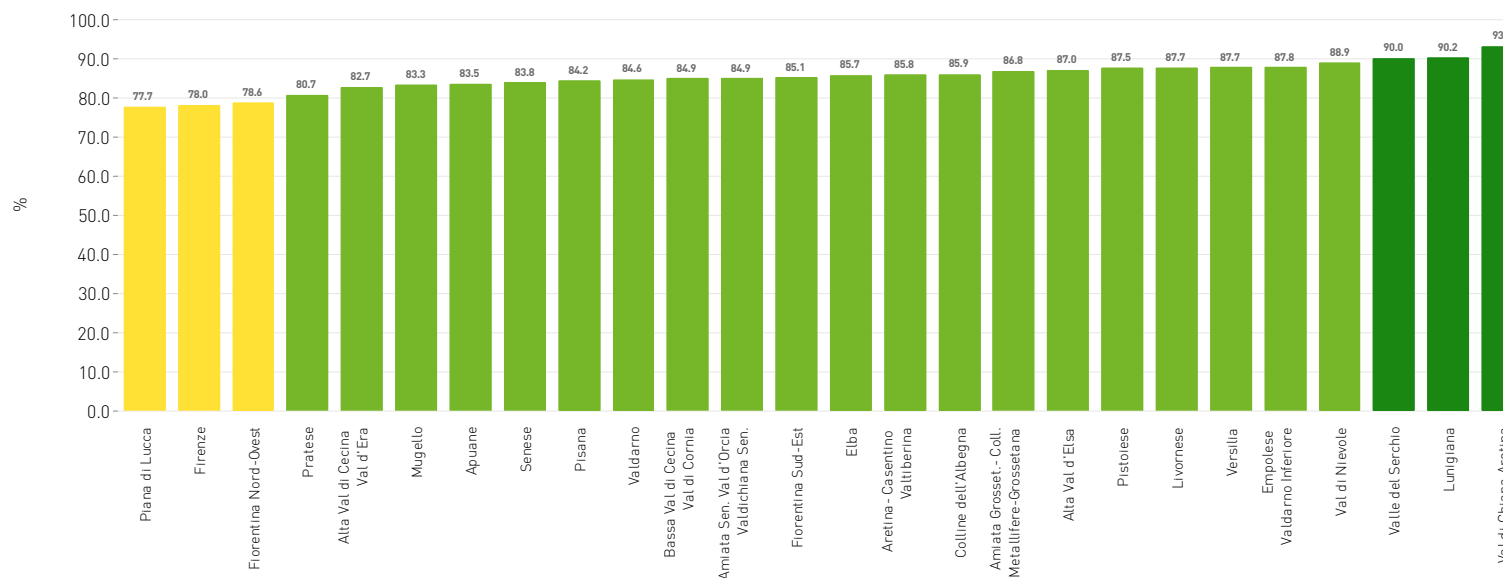


### C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

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.

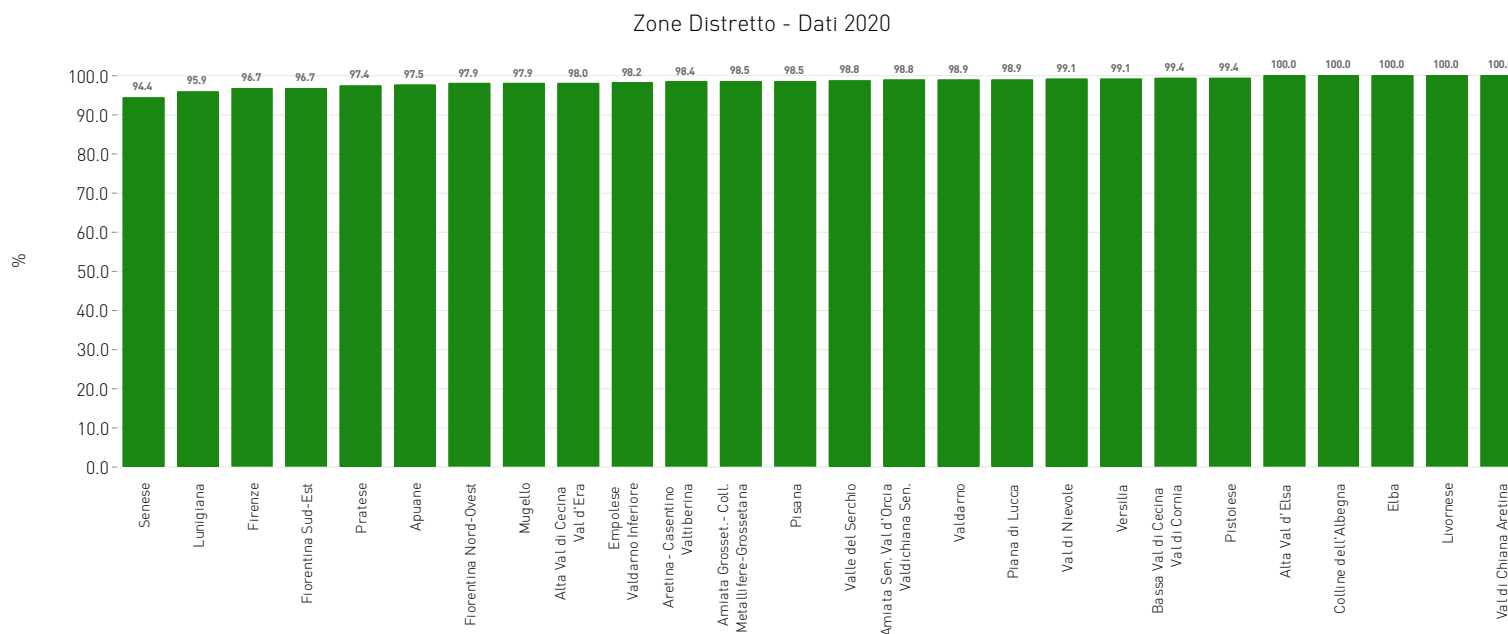
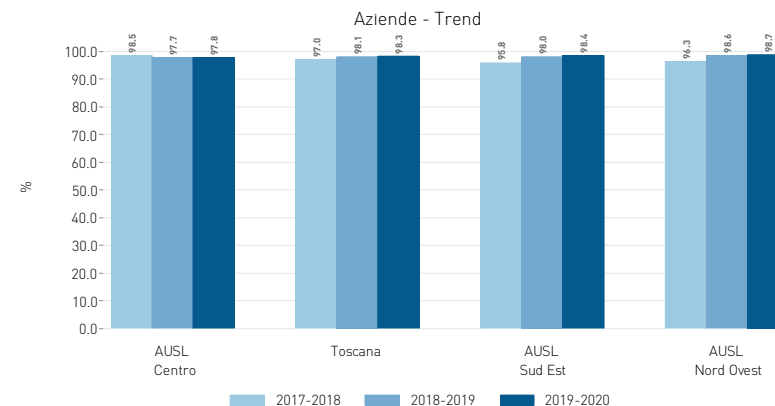
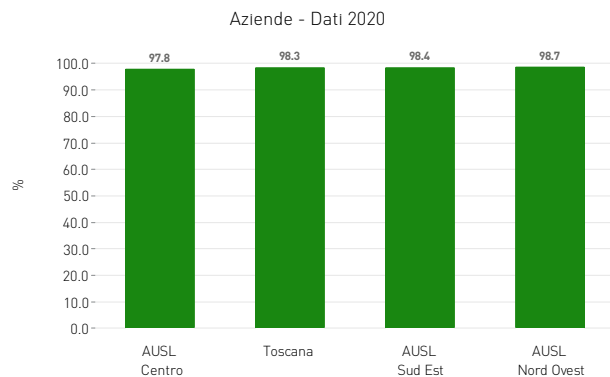


Zone Distretto - Dati 2020



### 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.

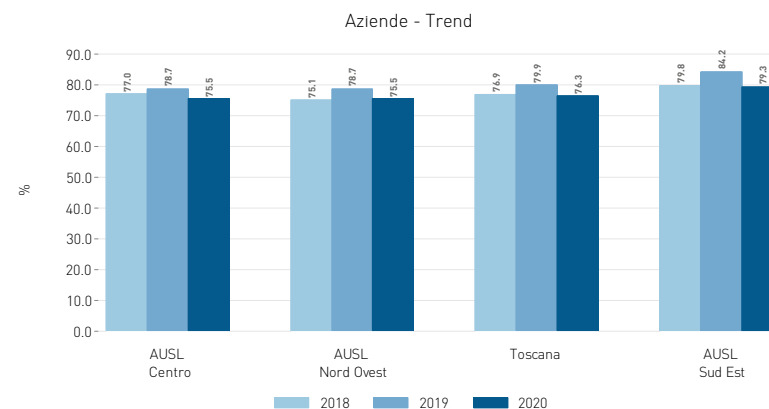
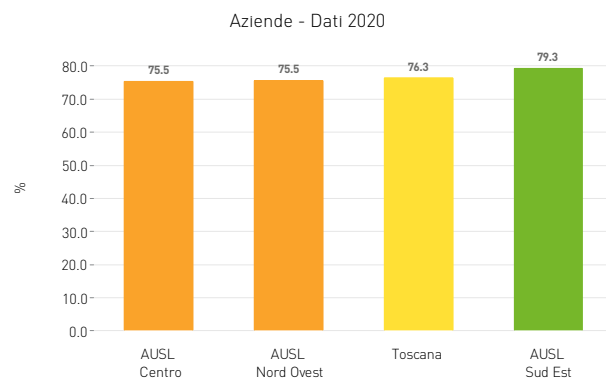


	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>	●	●	●	●					
<i>F12A.19 Ospedaliere</i>									
<i>F20.21.2 % di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 11 molecole</i>									
<i>F20.21.1 % di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 5 molecole</i>									
<i>F20.20 % Teriparatide biosimilare o vincitore di gara</i>	17.91	15.54	14.02	27.05					
<i>F20.11 % Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara</i>	95.26	94.85	95.61	97.68	89.44	86.65	99.77		
<i>F20.12 % Adalimumab biosimilare o vincitore di gara</i>	91.29	89.18	90.76	94.17	100.00		100.00	54.72	
<i>F20.13 % Follitropina biosimilare o vincitore di gara</i>									
<i>F20.14 % Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara</i>	74.94	76.72	75.87	70.45		99.97		47.77	70.37
<i>F20.15 % Somatropina biosimilare o vincitore di gara</i>	21.42	23.18	18.21	22.85				37.04	
<i>F20.16 % Epoietina biosimilare o vincitore di gara</i>	92.48	90.05	93.46	94.08	0.00		100.00	100.00	
<i>F20.17 % Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara</i>	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	
<i>F20.18 % Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara</i>	4.97	4.46	6.92	2.16		0.00		10.00	0.00
<i>F20.19 % Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara</i>	21.51	22.54	23.41	16.39	0.00	0.00		33.33	100.00
<b>F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza</b>	76.34	75.52	75.45	79.32					
<i>F12A.14A Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto</i>	40.12	39.12	43.71	35.02					
<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>	0.06	0.06	0.06	0.07					
<i>F12A.21.2 Consumo di colecalciferolo sul territorio</i>									
<b>F12A.25 Distribuzione Diretta e Per Conto</b>									
<i>F20.7 % Imatinib equivalente</i>	78.74	81.59	73.99	86.79				100.00	
<i>F20.8 % Etanercept biosimilare o vincitore di gara</i>	93.27	91.31	95.25	92.54				18.68	
<i>F20.9 % Infliximab biosimilare o vincitore di gara</i>	95.56	97.28	81.40		98.01	85.69	99.53	100.00	
<i>F20.10 % Rituximab biosimilare o vincitore di gara</i>	90.08	97.40	90.48	100.00	100.00	96.69	76.04	100.00	
<i>F12A.25.1 % Dimessi da ricovero con erogazione in Distribuzione Diretta</i>									
<i>F12A.25.2 % Dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in Distribuzione Diretta</i>									
<i>F12A.25.3 Incidenza spesa medicinali dell'elenco DPC erogati tramite distribuzione convenzionata</i>	1.52	1.28	1.46	2.01					
<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).





---

# RESILIENZA

a cura di Sara Barsanti, Paolo Belardi, Manila Bonciani, Anita Bunea,  
Giuseppe D'Orio, Francesca Ferrè, Elisa Guidotti, Sofia Longhi,  
Barbara Lupi, Enrico Lupi, Maria Saveria Mavillonio,  
Anna Maria Murante, Michele Racis,  
Emiliano Pardini, Antonio Parenti,  
Francesca Pennucci  
e Veronica Spataro



## Introduzione alla resilienza

Nel 2020 viene introdotta una nuova dimensione, specificamente volta ad analizzare la capacità dei sistemi regionali e aziendali di rispondere in modo resiliente alla sfida della pandemia. Con questo si intende “la capacità di (a) **prevedere** in modo proattivo, (b) **assorbire** e (c) **adattarsi** a shock e cambiamenti strutturali in modo da consentire di (i) **continuare** nelle attività richieste, (ii) **riprendere le prestazioni ai livelli ottimali** il più rapidamente possibile, (iii) **trasformare** la sua struttura e le sue attività per rafforzare il sistema e (possibilmente) (iv) **ridurre la sua vulnerabilità** a shock simili e cambiamenti strutturali in futuro” (*EU Expert Group on Health System Performance Assessment, 2020*).

Valutare la capacità mostrata dal sistema toscano di rispondere allo shock pandemico è di fondamentale importanza sia per la valorizzazione degli sforzi profusi dai professionisti toscani, sia per il corretto indirizzamento del processo di rilancio del sistema, all'interno della più ampia cornice del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e – in prospettiva – del Nuovo Patto per la Salute.

L'ambito della Resilienza include quindi un centinaio di nuovi indicatori, che misurano la capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni della popolazione in pandemia, contenendo la contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non Covid. Questa sezione fa luce sia sull'attività di prevenzione (screening oncologici), sia sul setting territoriale (assistenza residenziale e domiciliare, presa in carico farmaceutica, diagnostica, ambulatoriale, percorso materno-infantile, cronicità, telemedicina, salute mentale), sia sull'offerta in senso stretto ospedaliera (volumi per chirurgia oncologica e cardio-circolatoria, donazioni di organi, assistenza al parto, pronto soccorso).

Gli indicatori sono calcolati quale riduzione percentuale dei rispettivi volumi, in rapporto al 2019. Le fasce di valutazione sono tendenzialmente quelle risultanti dal confronto con le contrazioni registrate nelle altre regioni italiane.

Le contrazioni di attività registrate nei singoli presidi ospedalieri possono essere il risultato di specifiche scelte organizzative (la designazione di covid-hospital, ad esempio). Alle singole aziende è quindi attribuito il valore della rispettiva area vasta.



## B5R RESILIENZA - Screening oncologici



### B5R RESILIENZA - Screening oncologici

B5.1.2R Andamento volumi screening mammografico

B5.2.2R Andamento volumi screening cervice uterina

B5.3.2R Andamento volumi screening colorettaie

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
-19.07	-23.85	-6.32	-33.35
-23.59	-23.40	-10.08	-46.70
-36.22	-32.12	-38.63	-37.92

## B6.R RESILIENZA - Donazioni di organi



### B6.R RESILIENZA - Donazioni di organi

- B6.1.1A.R Differenza % efficienza di segnalazione
- B6.1.6.R Differenza % segnalazione Morti Encefaliche
- B6.1.15.R Differenza % conversion rate

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
●	●	●	●	●	●	●
-5.99	7.51	-15.09	5.84	-27.63	-32.40	23.68
-2.20	4.70	-15.89	-21.87	12.12	-6.24	11.17

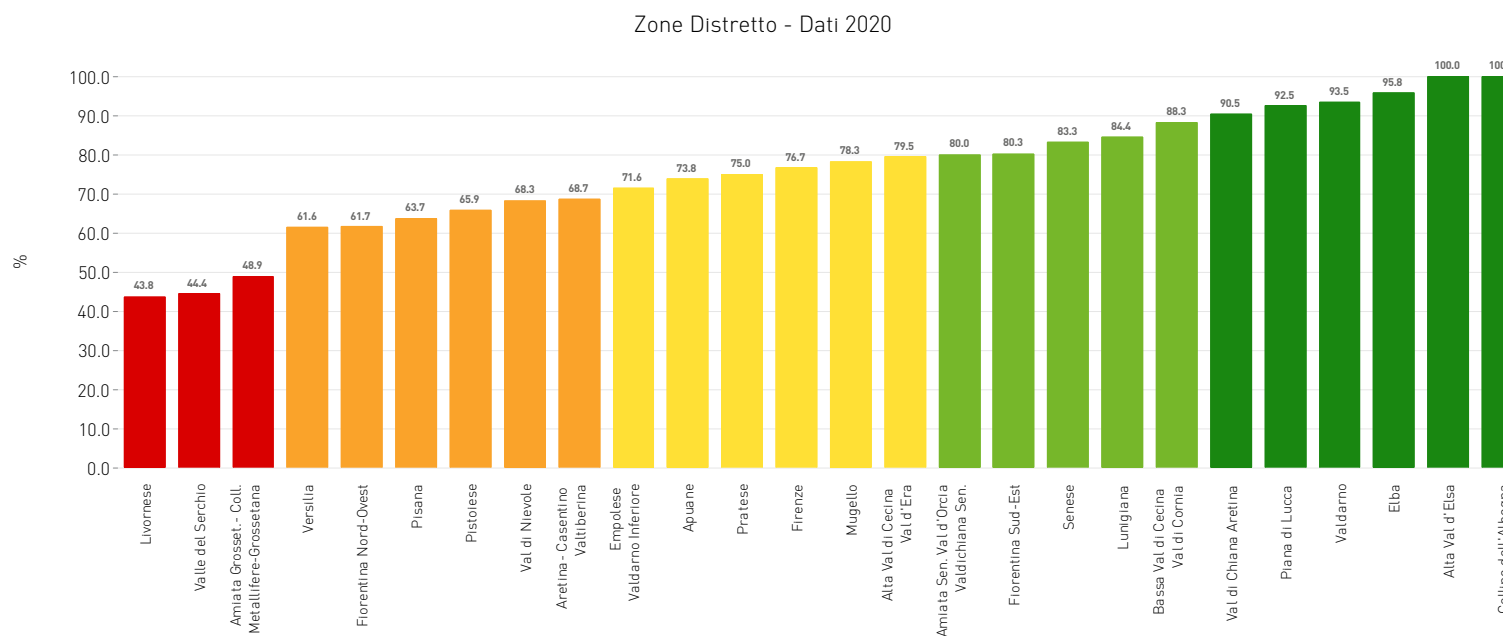
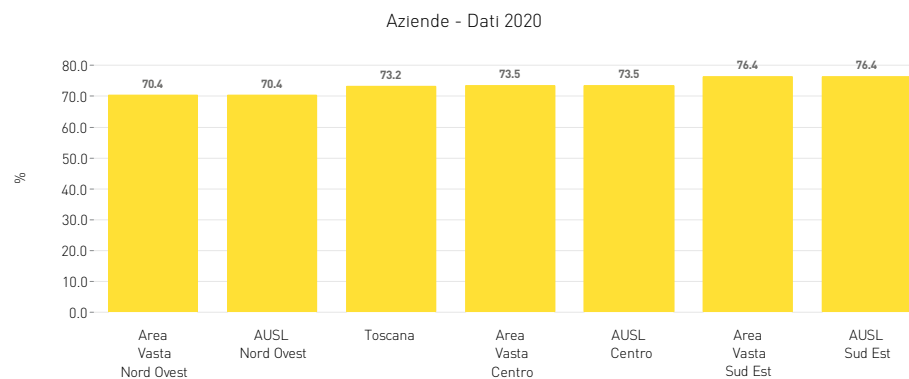


## B283R RESILIENZA - Setting Residenziale, Domiciliare e Intermedio



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>B283R RESILIENZA - Setting Residenziale, Domiciliare e Intermedio</b>	●	●	●	●
B283R.1 Capacità invio dati da RSA				
B283R.1.1 Percentuale schede settimanali inviate per il sistema di sorveglianza ISS	73.24	70.38	73.45	76.36
B283R.1.2 Percentuale schede trimestrali inviate per il sistema di sorveglianza ISS	83.38	83.64	82.17	84.78
B283R.1.3 Percentuale RSA che hanno inviato Sezione CoVID-19 MeS	71.95	79.44	65.12	72.83
B283R.2 Attività di screening in RSA				
B283R.2.1 Screening assistiti RSA	28.19	28.55	24.45	34.35
B283R.2.2 Screening operatori RSA	36.75	33.56	32.00	48.35
B283R.3 Soddisfazione RSA e ASL				
B283R.3.1 Coordinamento generale con ASL	65.47	70.29	58.63	67.91
B283R.3.2 Supporto logistico per DPI	59.96	69.41	55.36	53.73
B283R.3.3 Supporto per la presa in carico positivi	60.59	63.82	57.44	60.45
B283R.3.4 Indicazioni ricevute	59.53	63.04	52.78	63.56
B283R.4 Tasso positività RSA				
B283R.4.1 Percentuale di assistiti positivi (media settimanale)	2.05	2.12	2.47	1.17
B283R.4.2 Percentuale operatori positivi (media settimanale)	1.18	1.15	1.45	0.71
B283R.4.3 Percentuale RSA con assistiti positivi	38.55	33.71	47.22	32.05
B283R.4.4 Percentuale RSA con operatori positivi	55.27	51.69	66.67	43.59
B283R.5 Variazione percentuale 2019-2020 ammissioni anziani in RSA	-21.03	-14.74	-17.54	-26.01
B283R.6 Variazione percentuale 2019-2020 ammissioni anziani in Cure Intermedie	27.97	16.82	124.59	-19.57
AD.M1 Volumi per Accessi domiciliari ADI/ADP	-16.69	-11.96	-23.11	-12.05

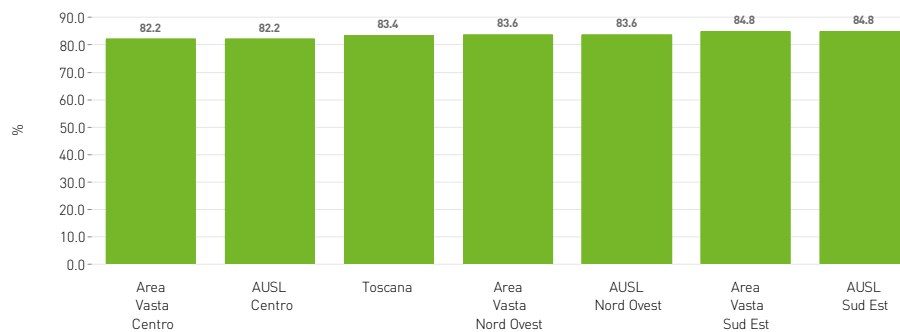
## B283R.1.1 Percentuale schede settimanali inviate per il sistema di sorveglianza ISS



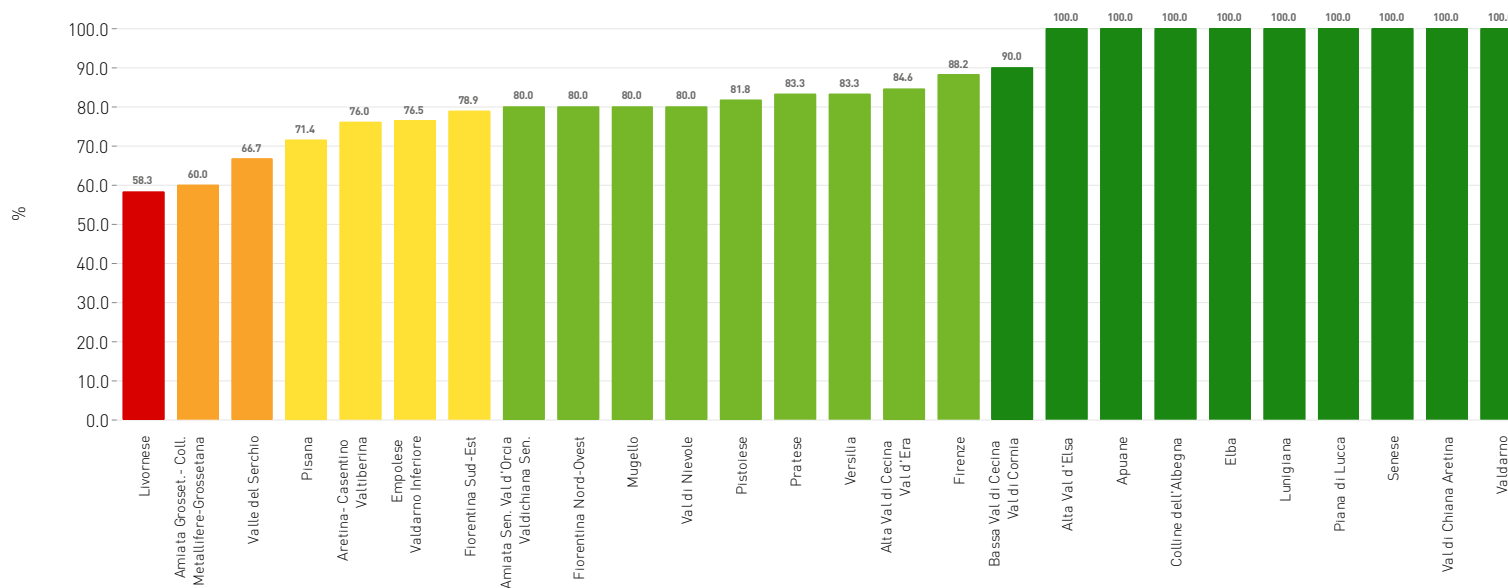
## B283R.1.2 Percentuale schede trimestrali inviate per il sistema di sorveglianza ISS



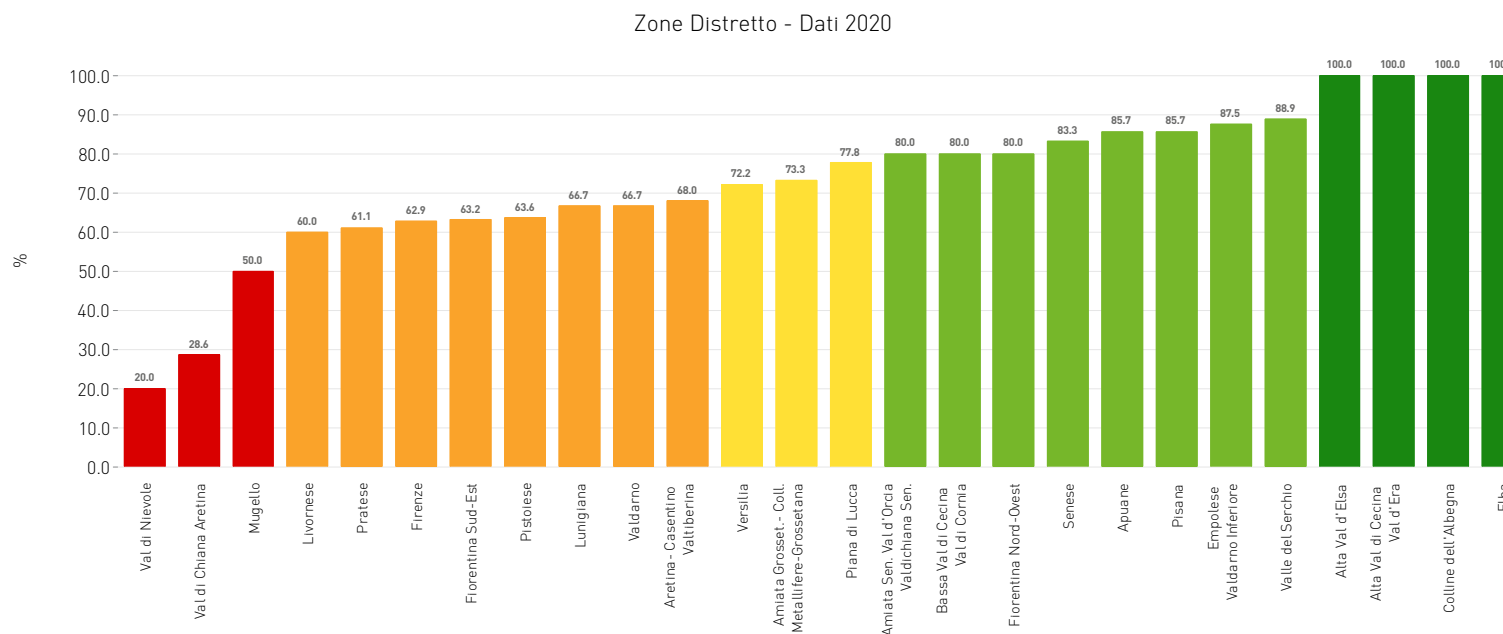
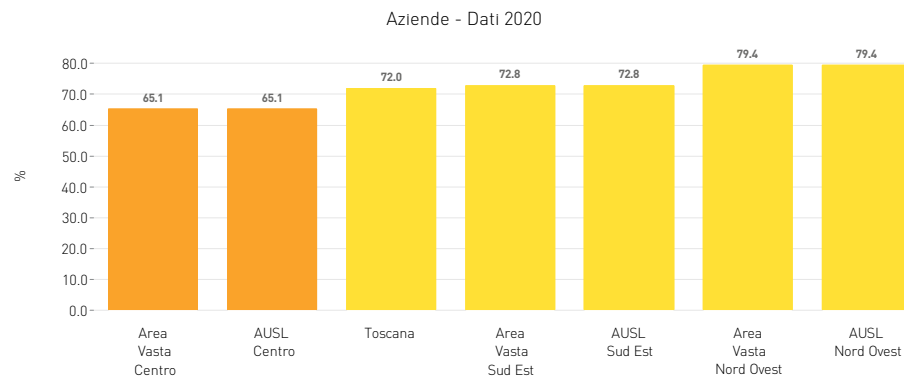
Aziende - Dati 2020



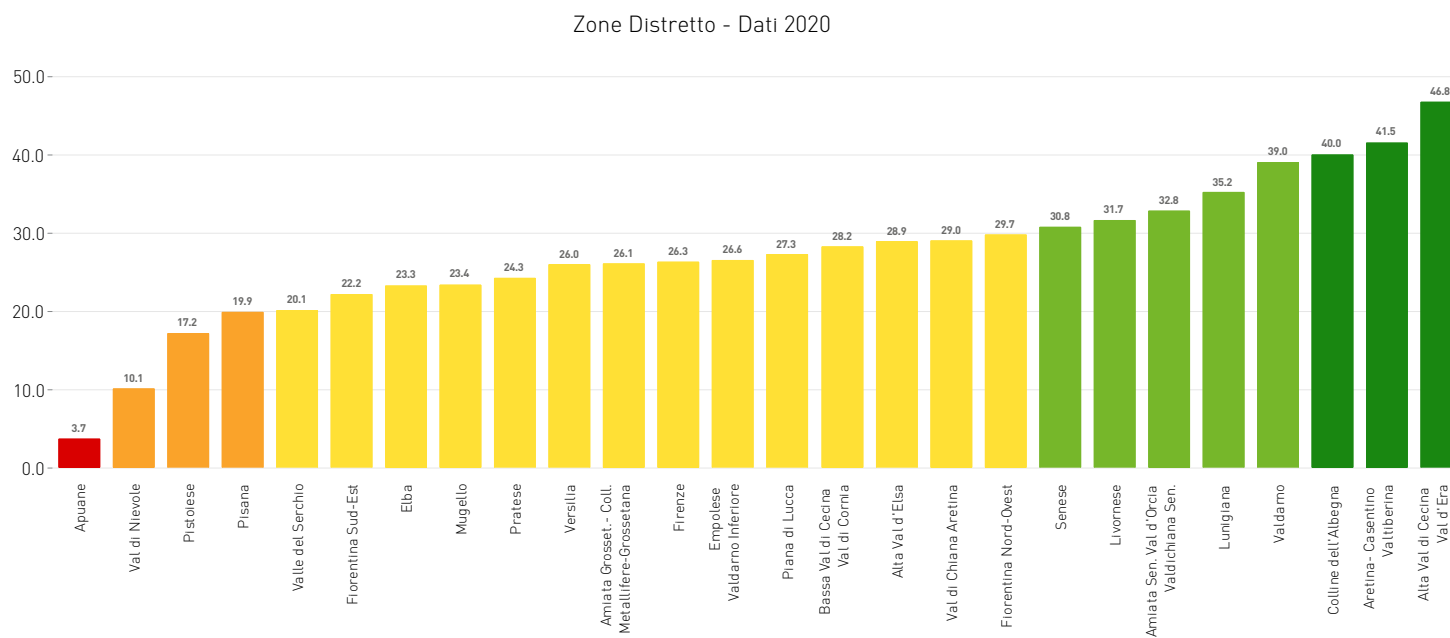
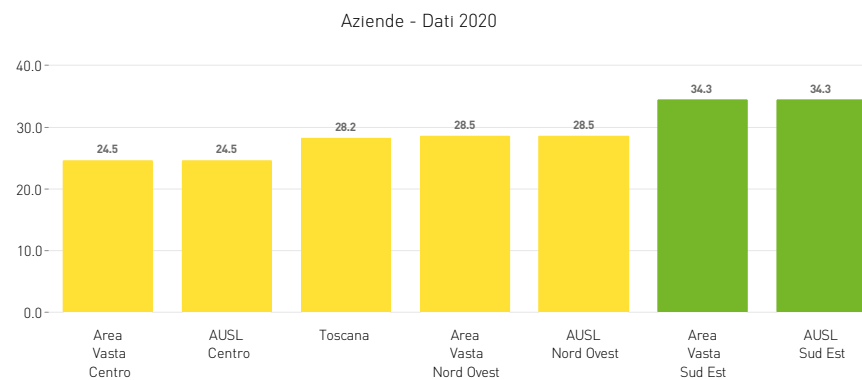
Zone Distretto - Dati 2020



## B283R.1.3 Percentuale RSA che hanno inviato Sezione CoViD-19 MeS



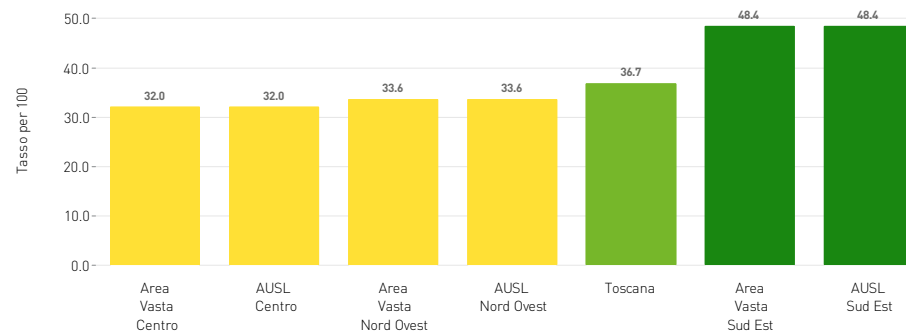
## B283R.2.1 Screening assistiti RSA



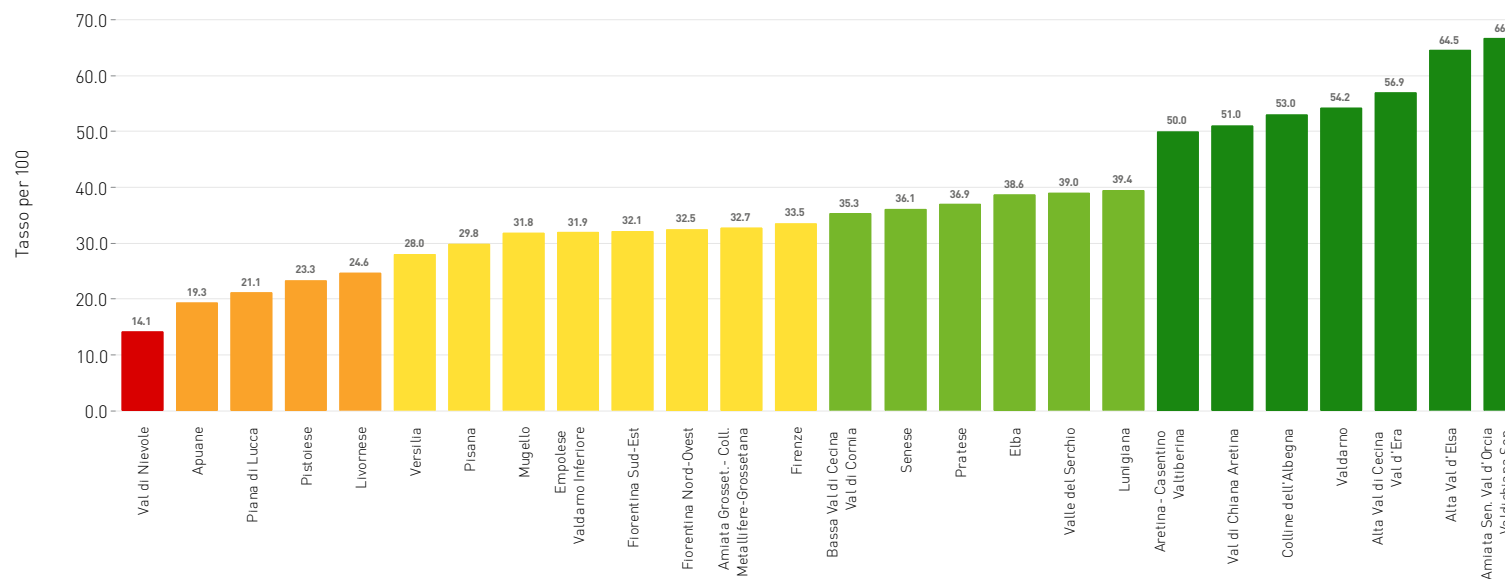
## B283R.2.2 Screening operatori RSA



Aziende - Dati 2020



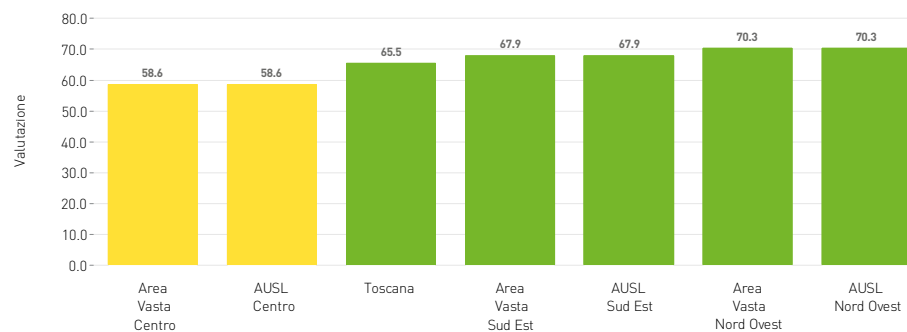
Zone Distretto - Dati 2020



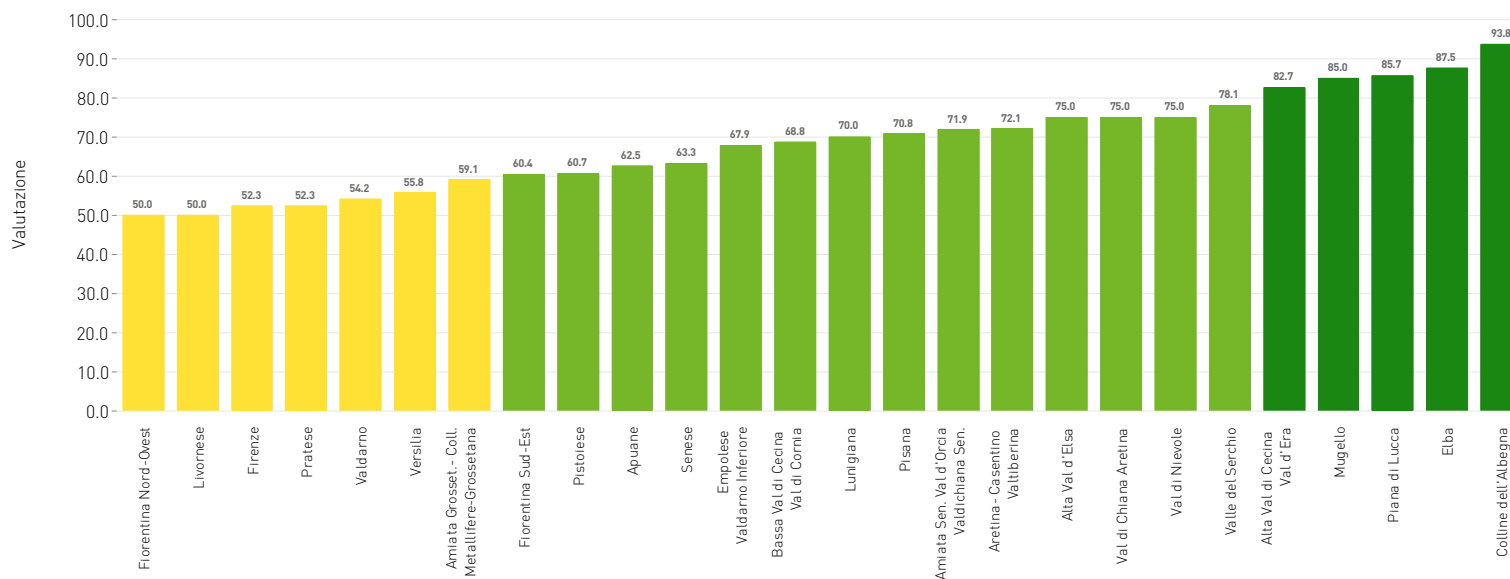
### B283R.3.1 Coordinamento generale con ASL



Aziende - Dati 2020



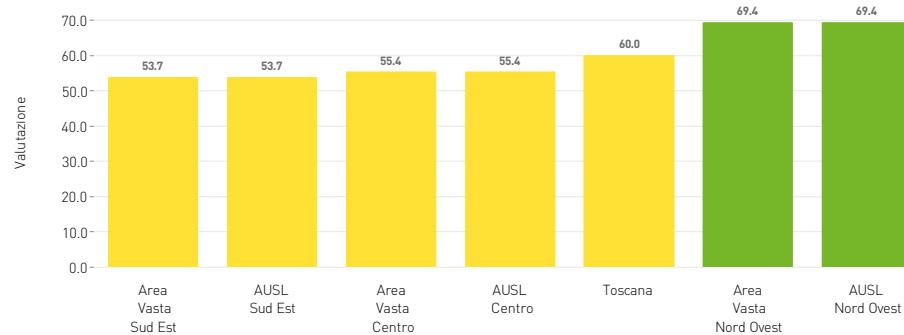
Zone Distretto - Dati 2020



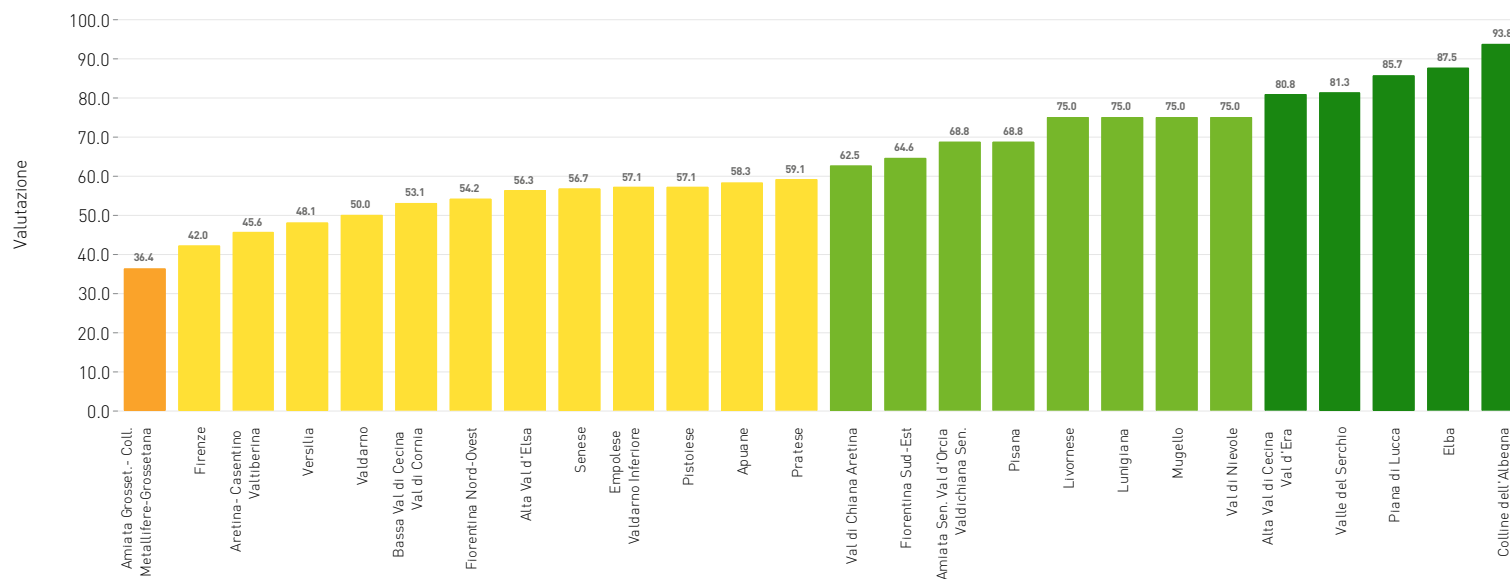
## B283R.3.2 Supporto logistico per DPI



Aziende - Dati 2020



Zone Distretto - Dati 2020

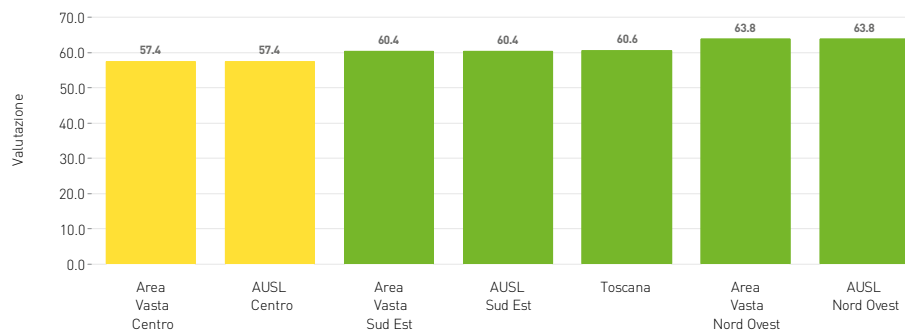




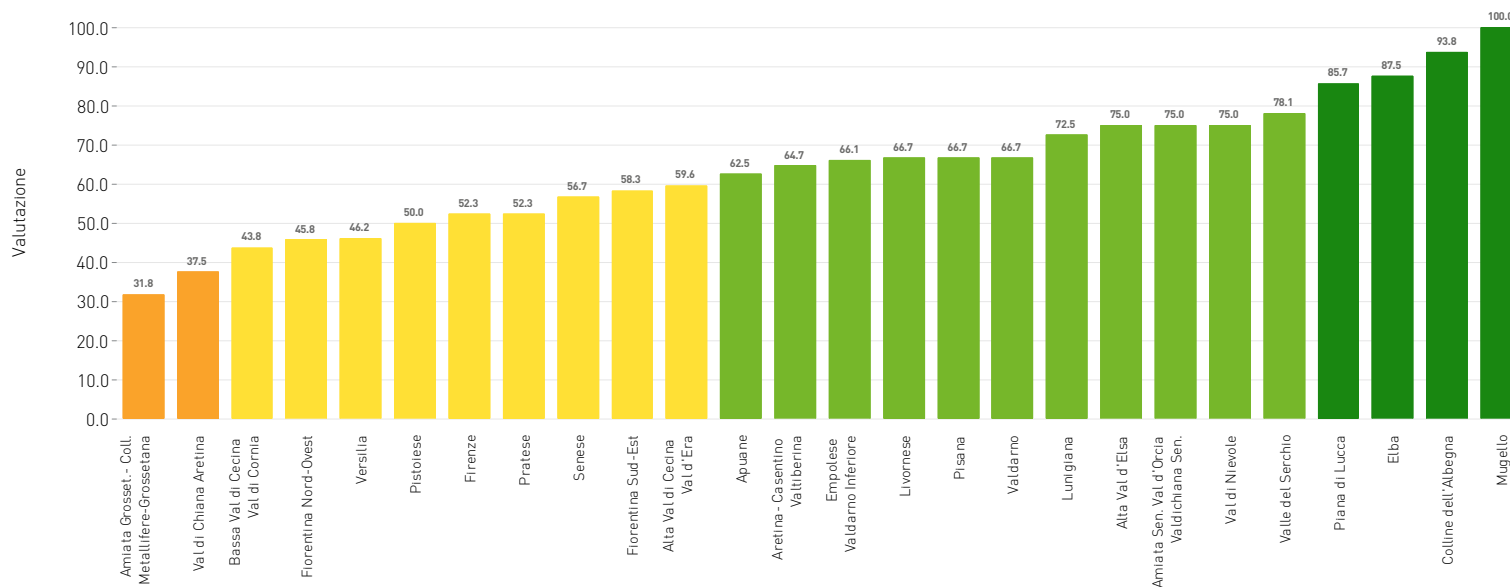
### B283R.3.3 Supporto per la presa in carico positivi



Aziende - Dati 2020



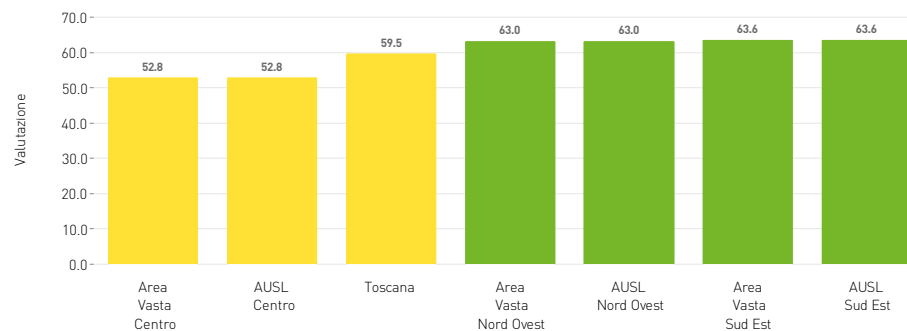
Zone Distretto - Dati 2020



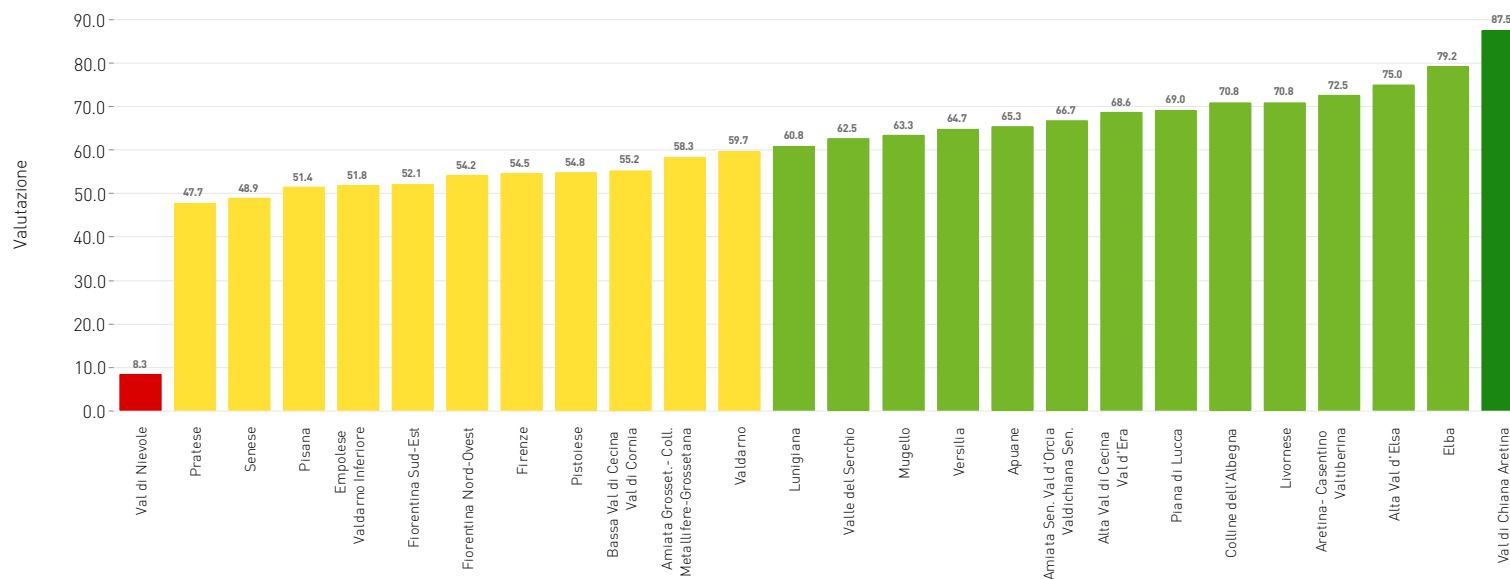
### B283R.3.4 Indicazioni ricevute



Aziende - Dati 2020



Zone Distretto - Dati 2020



## CC.R RESILIENZA - Ambito Cardio Circolatorio



### CC.R RESILIENZA - Ambito Cardio Circolatorio

S.M12 Volumi per ricoveri per IMA STEMI

S.M13 Volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica

S.M14 Volumi per ricoveri per Ictus Ischemico

S.M16 Volumi per ricoveri per interventi di By pass aortocoronarico

	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Fond. G. Monasterio
	●	●	●	●	●	●	●	●
S.M12 Volumi per ricoveri per IMA STEMI	-11.87	-13.64	-7.07	-17.12	-13.64	-17.12	-7.07	-13.64
S.M13 Volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	-18.08	-15.04	-17.79	-22.91	-15.04	-22.91	-17.79	-15.04
S.M14 Volumi per ricoveri per Ictus Ischemico	-4.38	-6.32	-2.51	-7.07	-6.32	-7.07	-2.51	
S.M16 Volumi per ricoveri per interventi di By pass aortocoronarico	-24.36				-16.78	-27.43	-30.48	-16.78

## C7B.R RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto



### C7B.R RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto

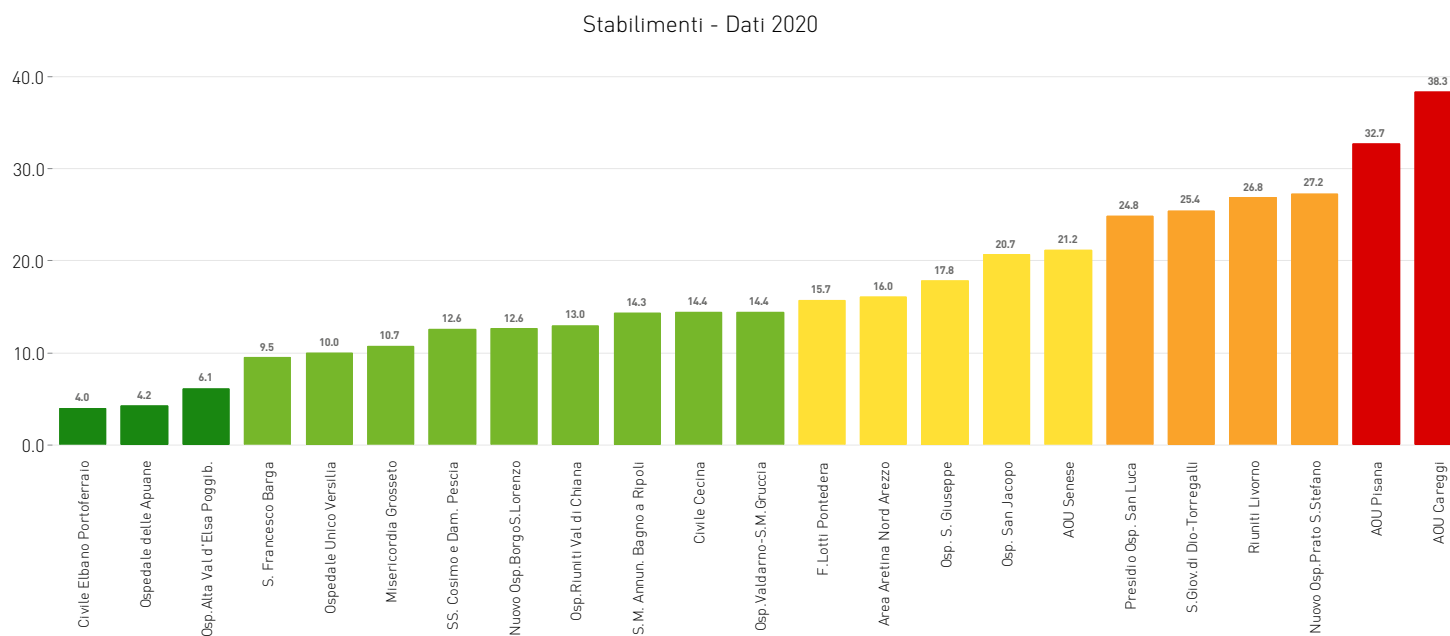
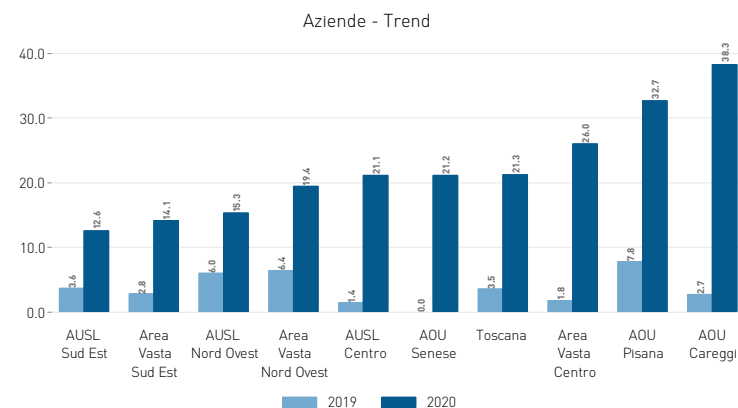
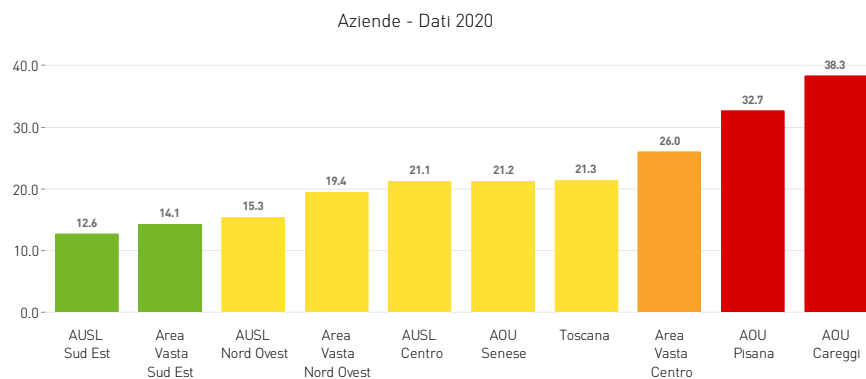
C7.28.2.R % donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto

C7.28.1.R % donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il

travaglio

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
●	●	●	●	●	●	●
13.56	9.54	8.13	12.07	22.76	23.64	28.56
21.26	15.33	21.13	12.63	32.65	21.16	38.32

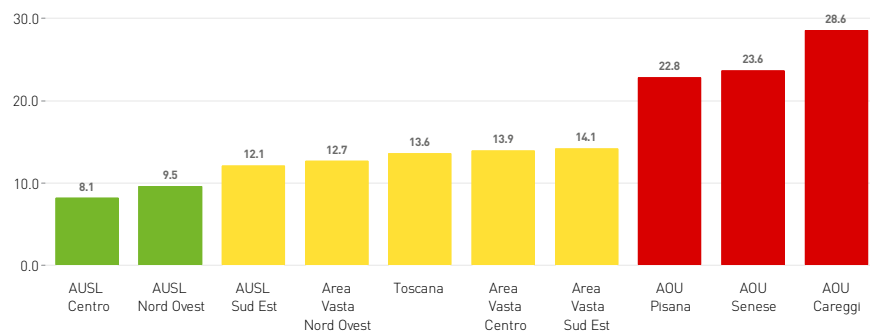
### C7.28.1.R Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio



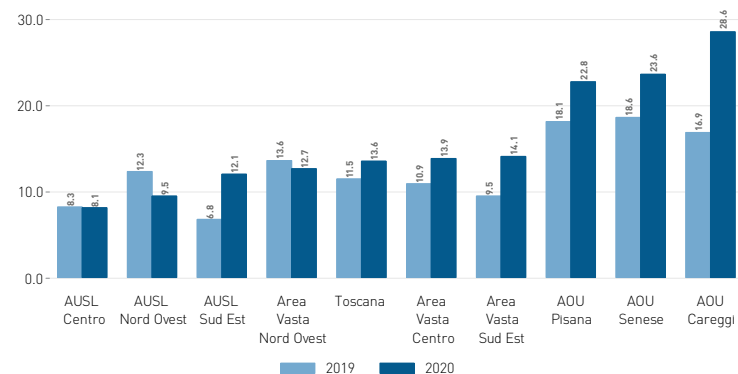
### C7.28.2.R Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto



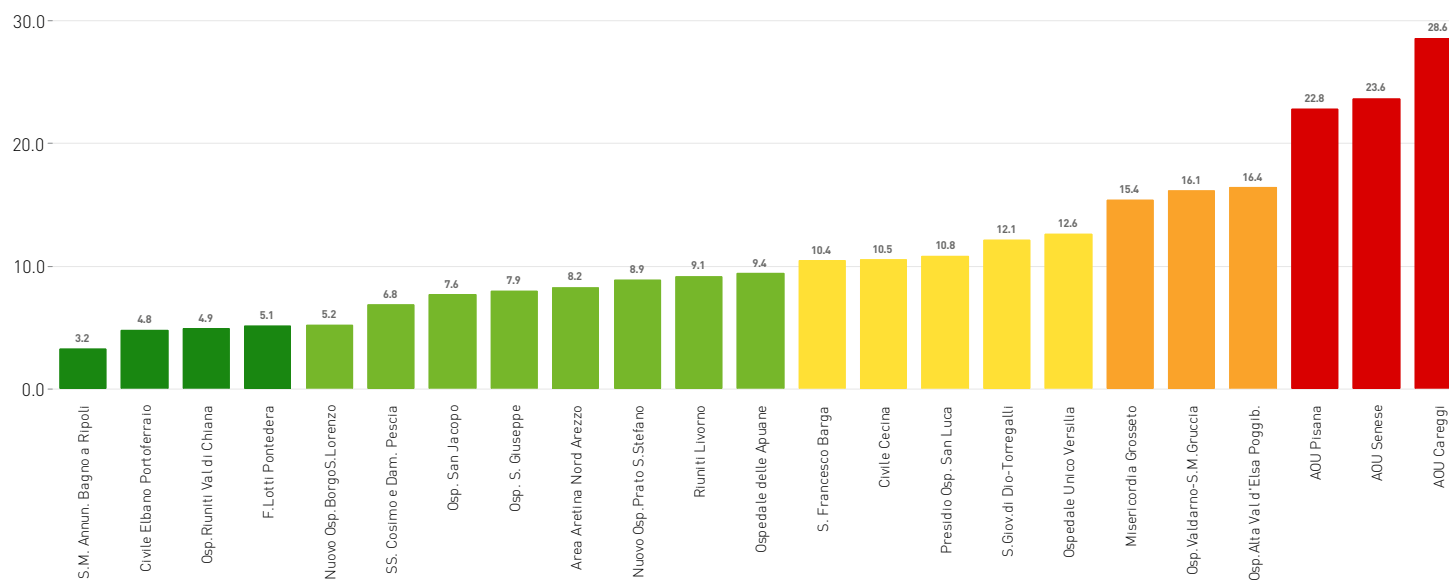
Aziende - Dati 2020



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2020

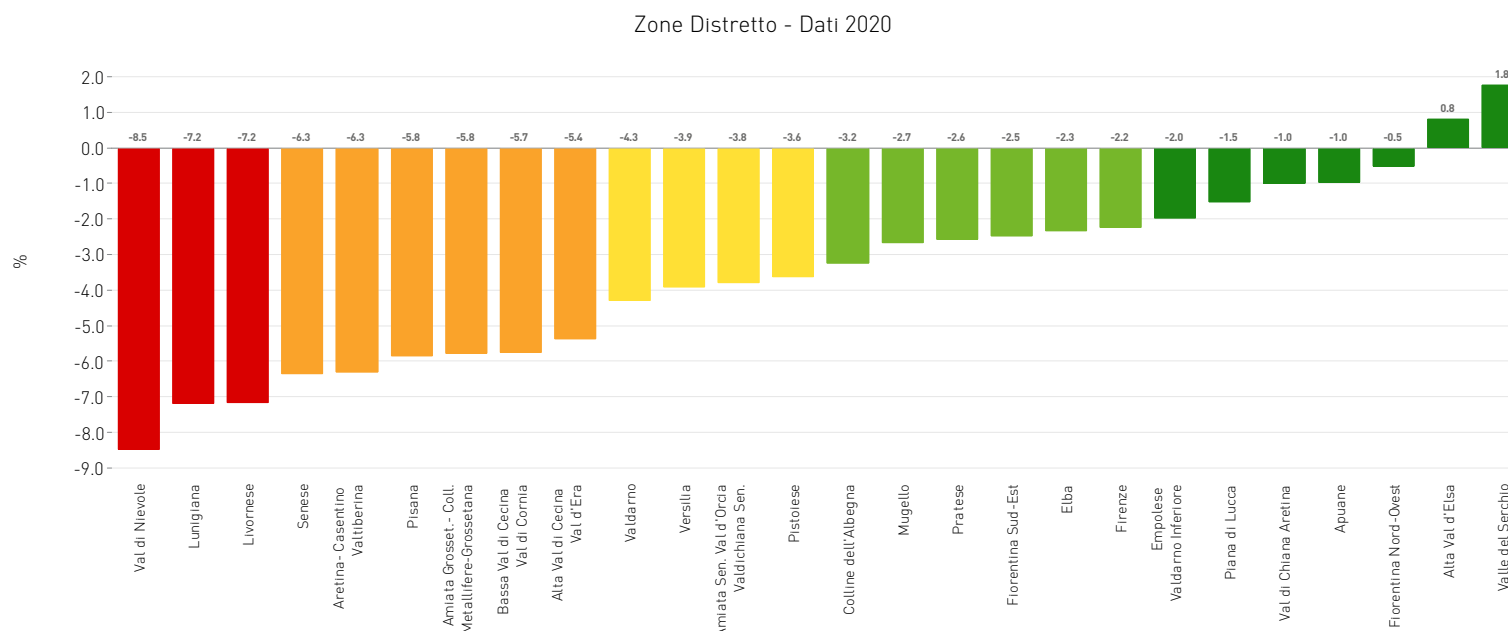
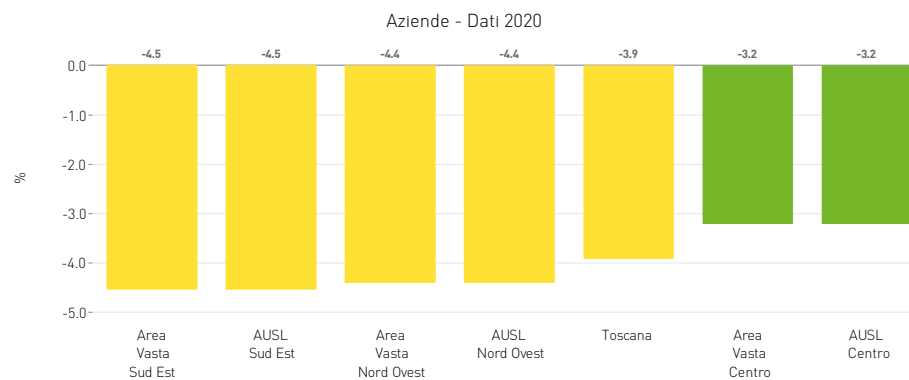


## C7C.R RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza territoriale



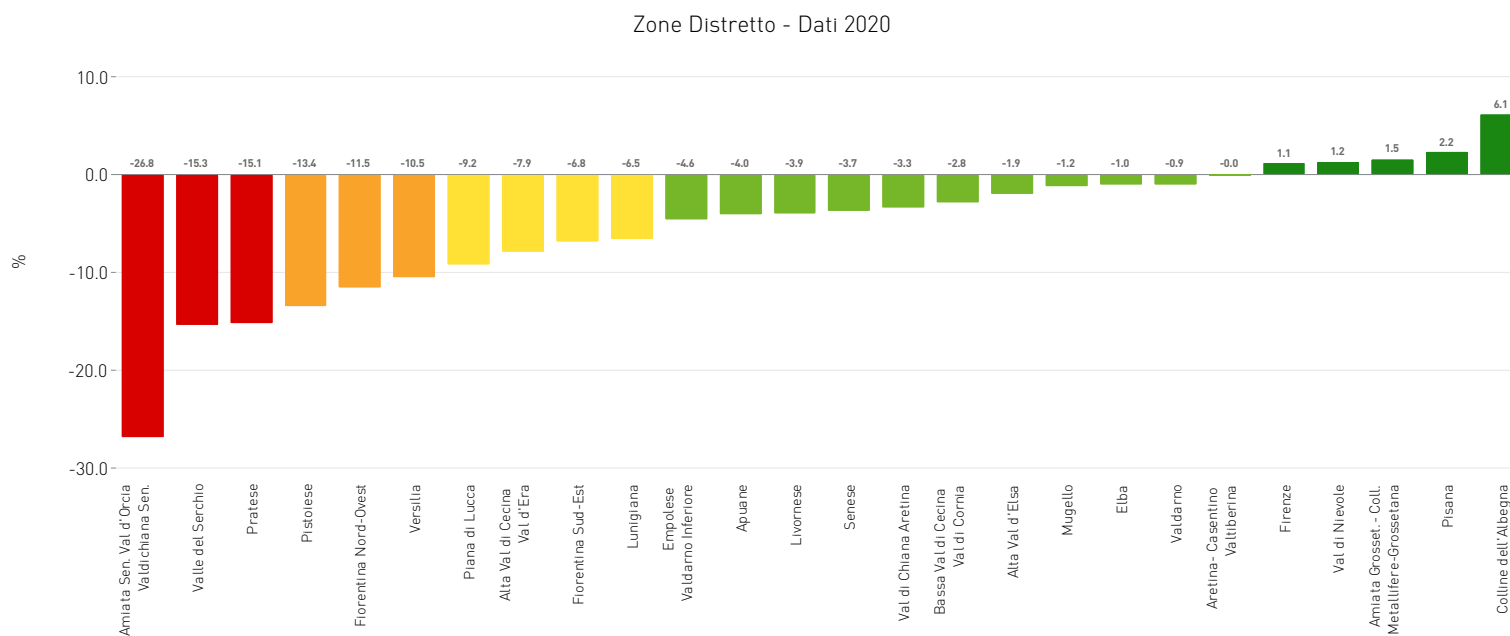
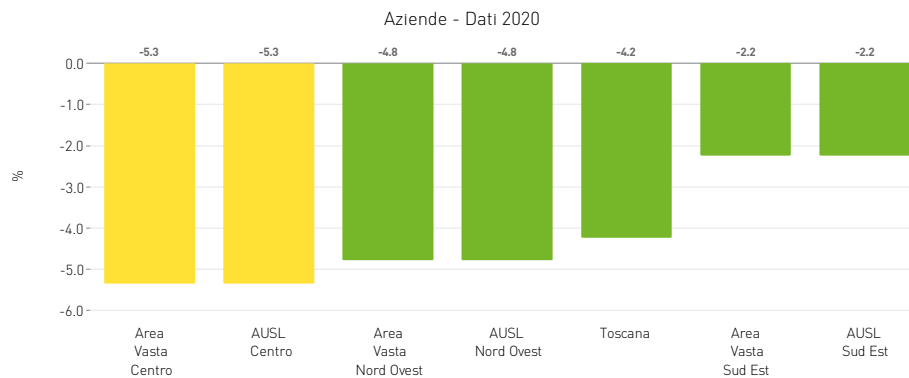
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>C7C.R RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza territoriale</b>	●	●	●	●
<i>MI.1 Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali</i>	-20.10	-22.64	-25.41	-5.84
<i>MI.1.1 Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali delle prestazioni consultoriali dell'area salute riproduttiva (maternità, sterilità, IVG e contraccezione)</i>	-17.72	-19.84	-23.63	-1.92
<i>MI.1.2 Variazione dei volumi delle prestazioni consultoriali dell'area disagio e abusi/maltrattamenti</i>	-11.98	-7.66	-65.25	0.46
MI.2 Differenza della quota di nuovi utenti dei servizi consultoriali	-3.91	-4.39	-3.20	-4.54
MI.3 Differenza delle % di gestanti seguite dal consultorio	-4.23	-4.78	-5.35	-2.22
C7.16 Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	72.29	69.90	73.17	72.89
C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	57.28	59.26	53.99	61.36
C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	22.80	27.67	18.15	25.02
<i>C7.10.1 % di IVG con certificazione consultoriale</i>				

## MI.2 Differenza della quota di nuovi utenti dei servizi consuntoriali





### MI.3 Differenza delle Percentuale di gestanti seguite dal consultorio



## C9R RESILIENZA - Farmaceutica



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C9R RESILIENZA - Farmaceutica</b>	●	●	●	●		●		●	●
F.M1 Consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	0.72	0.71	1.26	-0.29				1.26	
F.M2 Consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	-2.31	-2.29	-2.61	-1.79		-1.79		-2.61	-2.29
F.M3 Consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale sul territorio	2.28	3.16	1.88	1.63	3.16	1.63	1.88		

## C10R RESILIENZA - Oncologia



### C10R RESILIENZA - Oncologia

	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
	●	●	●	●	●	●	●	●
S.M3 Volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	-10.22	-13.16	-12.82	3.66	-13.16	3.66	-12.82	
S.M4 Volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	-15.81	-27.98	-8.26	-15.79	-27.98	-15.79	-8.26	
S.M5 Volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	-18.12	-20.74	-15.80	-17.69	-20.74	-17.69	-15.80	
S.M6 Volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	-8.60	-20.08	2.59	2.63	-20.08		2.59	
S.M7 Volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	1.39	0.56			0.56	27.62	-0.33	
S.M8 Volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	-1.05	-9.60	-0.36	26.47	-9.60		-0.36	
S.M9 Volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	21.92	-9.03	-11.46	175.36	-9.03	175.36		
S.M10 Volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A	-30.14	-33.33	0.67		-33.33		0.67	
F.M4 Numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	6.47	4.95	8.98	4.74	4.95	4.74	8.98	8.98

## C11R RESILIENZA - Efficiacia assistenziale territoriale



### C11R RESILIENZA - Efficiacia assistenziale territoriale

C11A.1.3.R Variazione Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori - sartani	-0.12	-0.06	-0.75	0.83
C11A.1.4.R Variazione Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	3.13	2.64	2.94	4.27
C11A.1.2C.R Variazione Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno un ECG				
C11A.2.2.R Variazione Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	-12.35	-13.05	-11.80	-12.37
C11A.2.3.R Variazione Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	-9.87	-11.28	-10.36	-6.96
C11A.2.9.R Variazione Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica				
C11A.3.2A.R Variazione Residenti con BPCO con almeno una spirometria				
C11A.5.1.R Variazione Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	1.36	2.61	1.13	0.13

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
-0.12	-0.06	-0.75	0.83
3.13	2.64	2.94	4.27
-12.35	-13.05	-11.80	-12.37
-9.87	-11.28	-10.36	-6.96
1.36	2.61	1.13	0.13

## C13.R2 RESILIENZA - Visite e Follow-up



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>C13.R2 RESILIENZA - Visite e Follow-up</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
A.M3 Volumi per prima visita cardiologica	-22.02	-28.18	-17.52	-21.90	-28.18	-21.90	-17.52	-17.52	-28.18	
A.M4 Volumi per prima visita chirurgia vascolare	-32.00	-36.41	-27.32	-30.03	-36.41	-30.03	-27.32			
A.M5 Volumi per prima visita endocrinologica	-26.64	-29.27	-19.07	-32.76	-29.27	-32.76	-19.07	-19.07	-29.27	
A.M6 Volumi per prima visita neurologica	-28.22	-26.91	-24.89	-36.10	-26.91	-36.10	-24.89	-24.89		
A.M7 Volumi per prima visita oculistica	-36.71	-37.72	-31.88	-41.89	-37.72	-41.89	-31.88	-31.88		
A.M8 Volumi per prima visita ortopedica	-30.68	-32.58	-27.25	-33.68	-32.58	-33.68	-27.25	-27.25		
A.M9 Volumi per prima visita ginecologica	-19.44	-14.56	-22.94	-19.66	-14.56	-19.66	-22.94	-22.94	-14.56	
A.M10 Volumi per prima visita otorinolaringoiatrica	-36.17	-38.39	-28.79	-43.37	-38.39	-43.37	-28.79	-28.79		
A.M11 Volumi per prima visita urologica	-22.72	-19.01	-23.45	-26.30	-19.01	-26.30	-23.45	-23.45		
A.M12 Volumi per prima visita dermatologica	-33.01	-32.40	-29.83	-40.12	-32.40	-40.12	-29.83	-29.83		-29.83
A.M13 Volumi per prima visita fisiatrica	-26.71	-30.15	-19.01	-47.30	-30.15		-19.01			-19.01
A.M14 Volumi per prima visita gastroenterologica	-19.77	-14.63	-19.74	-26.01	-14.63	-26.01	-19.74	-19.74		-19.74
A.M15 Volumi per prima visita oncologica	-31.07	-50.17	-19.79	-6.17	-50.17	-6.17	-19.79	-19.79		-19.79
A.M16 Volumi per prima visita pneumologica	-29.65	-28.09	-26.16	-37.86	-28.09	-37.86	-26.16	-26.16	-28.09	
A.M17 Volumi per visita di controllo cardiologica	-16.70	-16.99	-13.77	-21.79	-16.99	-21.79	-13.77	-13.77	-16.99	
A.M18 Volumi per visita di controllo chirurgia vascolare	-22.31	-19.48	-18.13	-26.78	-19.48	-26.78	-18.13	-18.13		
A.M19 Volumi per visita di controllo endocrinologica	-24.46	-29.66	-17.52	-14.39	-29.66	-14.39	-17.52	-17.52	-29.66	
A.M20 Volumi per visita di controllo neurologica	-19.28	-13.32	-22.08	-22.66	-13.32	-22.66	-22.08	-22.08		
A.M21 Volumi per visita di controllo oculistica	-30.12	-32.30	-31.38	-25.39	-32.30	-25.39	-31.38	-31.38		
A.M22 Volumi per visita di controllo ortopedica	-27.11	-25.38	-24.51	-34.63	-25.38	-34.63	-24.51	-24.51		
A.M23 Volumi per visita di controllo ginecologica	-11.31	-3.52	-18.67	-8.10	-3.52	-8.10	-18.67	-18.67	-3.52	
A.M24 Volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica	-36.19	-38.45	-29.82	-43.08	-38.45	-43.08	-29.82	-29.82		-29.82
A.M25 Volumi per visita di controllo urologica	-19.81	-6.40	-18.78	-33.03	-6.40	-33.03	-18.78	-18.78		
A.M26 Volumi per visita di controllo dermatologica	-24.48	-23.06	-21.20	-30.86	-23.06	-30.86	-21.20	-21.20		-21.20
A.M27 Volumi per visita di controllo fisiatrica	-23.91	-12.70	-30.21	-3.40	-12.70		-30.21			
A.M28 Volumi per visita di controllo gastroenterologica	-22.22	-22.96	-16.97	-33.87	-22.96	-33.87	-16.97	-16.97		
A.M29 Volumi per visita di controllo oncologica	-1.82	10.46	-8.55	-6.92	10.46	-6.92	-8.55	-8.55		
A.M30 Volumi per visita di controllo pneumologica	-28.33	-32.51	-22.24	-31.12	-32.51	-31.12	-22.24	-22.24	-32.51	

## C13.R3 RESILIENZA - Telemedicina



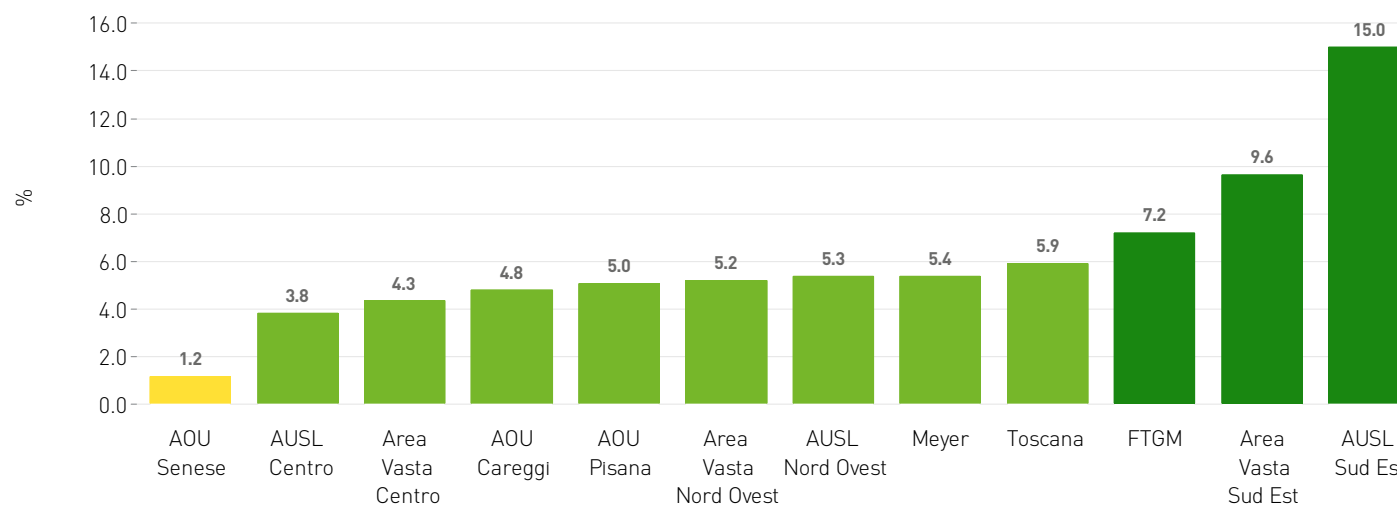
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>C13.R3 RESILIENZA - Telemedicina</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C13.R3.1 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Reumatologica)	5.90	5.35	3.82	14.99	5.04	1.15	4.78	5.35	7.18	
C13.R3.2 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	4.92	1.33	0.09	3.99	5.54	67.53	1.17			
C13.R3.3 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	4.28	5.42	6.38	4.14	3.79	2.94	1.23	4.09		
C13.R3.4 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)	6.62	6.97	8.60	6.07	14.07	0.02	0.72	6.57		
C13.R3.5 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Infettivologica)	7.24	0.84	0.00	9.77	51.06	0.19	0.50	29.70		
C13.R3.6 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Immunologica)	10.03	0.00	34.83	0.00	3.42	60.00	6.06	46.60		
C13.R3.7 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Geriatrica)	9.47	7.34	5.68	10.71	13.78	21.61	21.91			
C13.R3.8 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Gastroenterologica)	8.28	0.10	1.59	6.75	2.92	0.04	1.76	56.12		
C13.R3.9 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Endocrinologica)	7.19	5.20	1.14	5.59	7.21	4.43	10.01	19.95	17.77	
C13.R3.10 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	8.46	13.15	7.13	0.33	25.43	4.53	6.23	7.39		
C13.R3.11 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	21.43	15.70	14.50	35.62	14.41	1.46	45.26	38.97	44.71	
C13.R3.12 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Nutrizionale)	35.74	67.36	29.09	65.19	34.73	0.00	5.99	83.93	0.00	100.00
C13.R3.13 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)	4.13	0.80	0.45	5.64	3.59	0.52	2.96	0.00	21.24	
C13.R3.14 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Allergologica)	11.98	0.00	6.70	24.73	17.25	8.82	2.70	27.73		
C13.R3.15 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Algologica)	7.78	0.00	2.05	0.00	11.02	0.00	19.35			

### C13.R3.1 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Reumatologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Reumatologica).

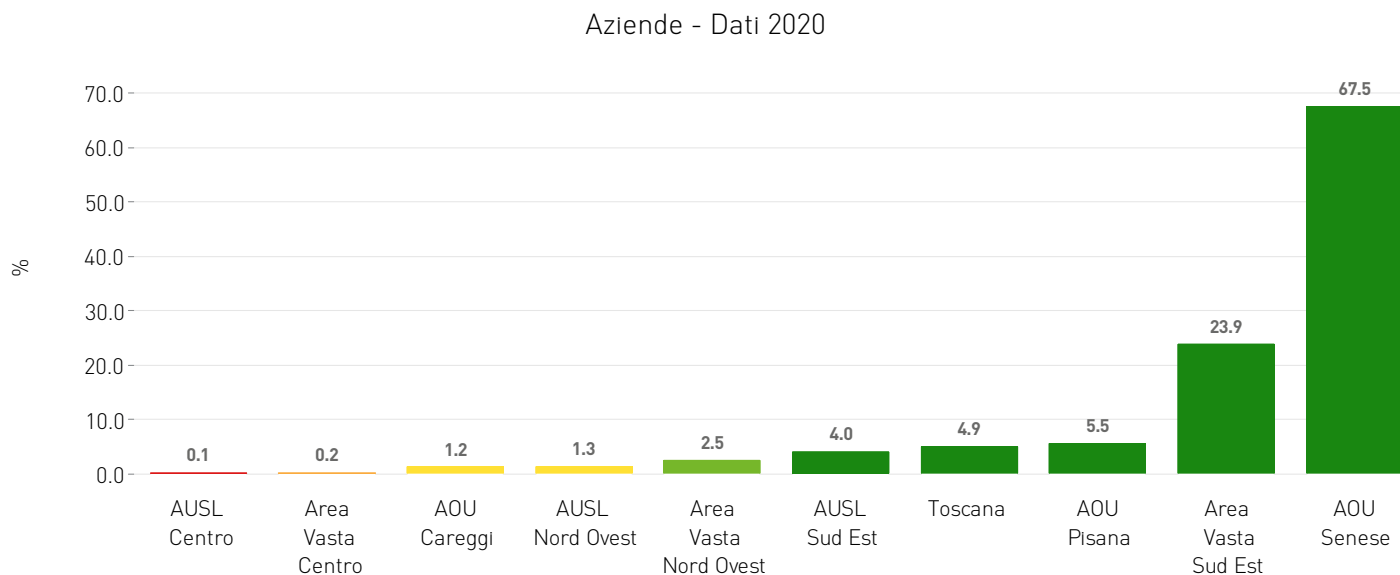


Aziende - Dati 2020



### C13.R3.2 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)

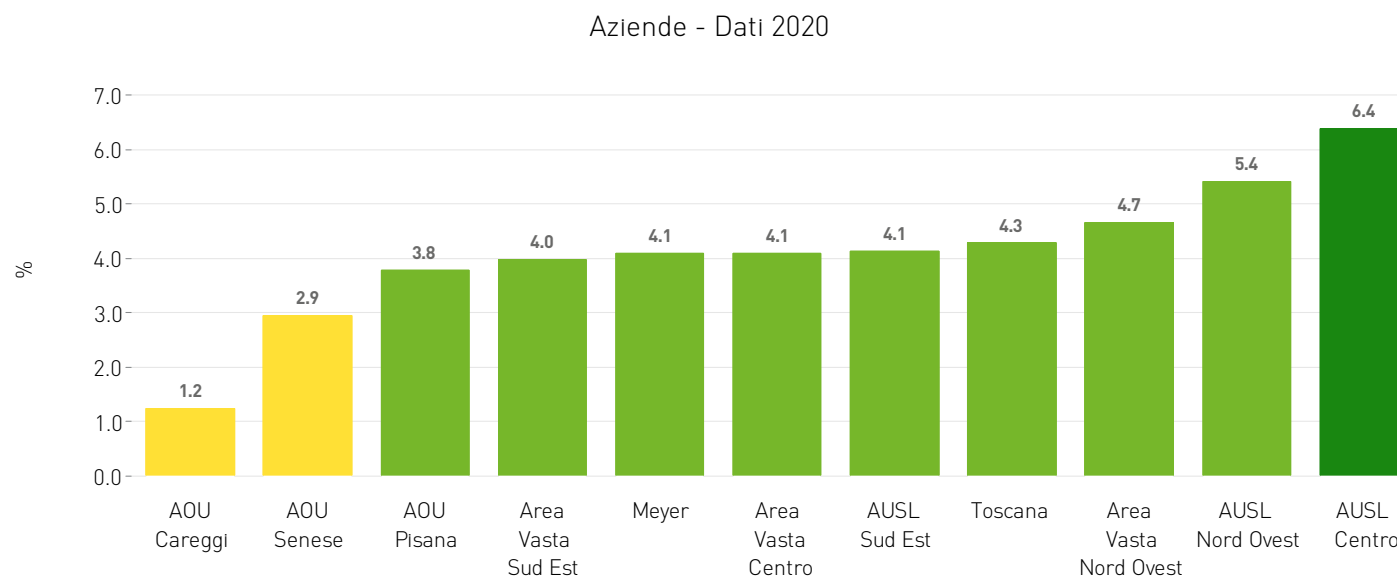
L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Psichiatrica).





### C13.R3.3 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Oncologica).

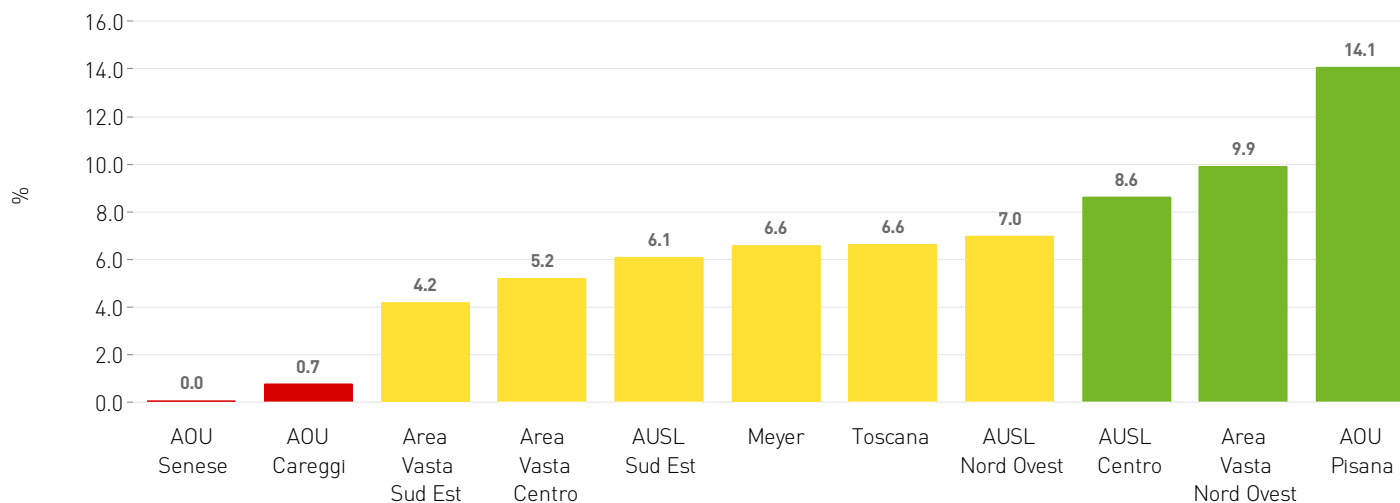


### C13.R3.4 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Neurologica).

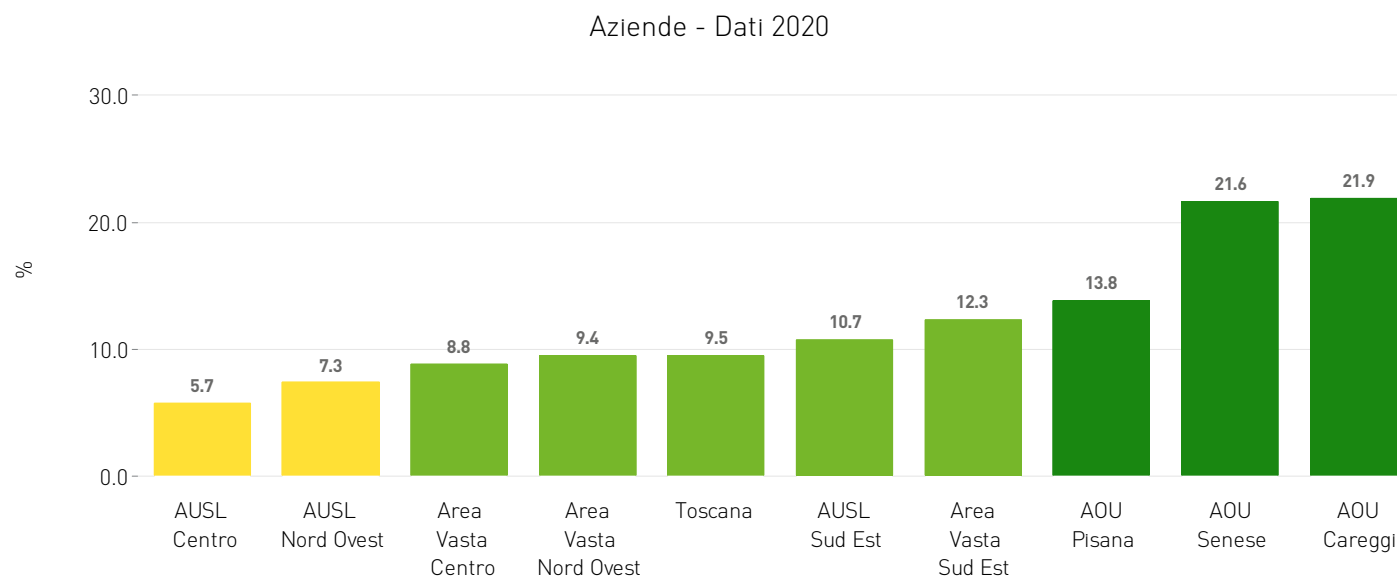


Aziende - Dati 2020



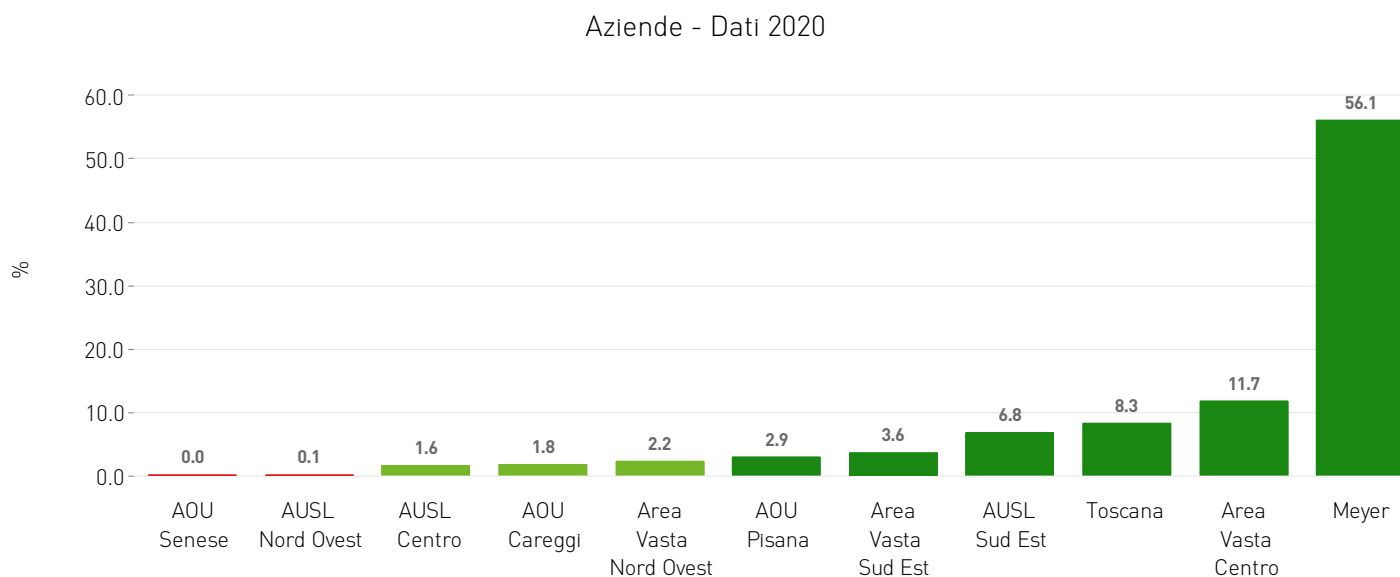
### C13.R3.7 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Geriatrica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Geriatrica).



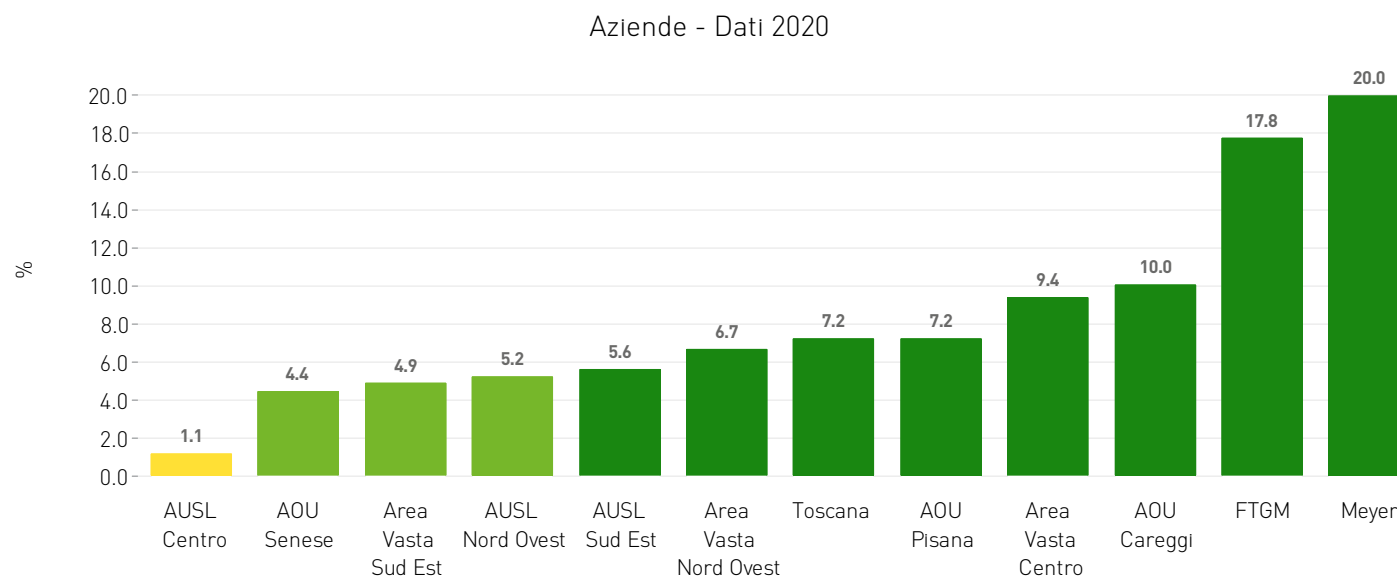
### C13.R3.8 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Gastroenterologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Gastroenterologica).



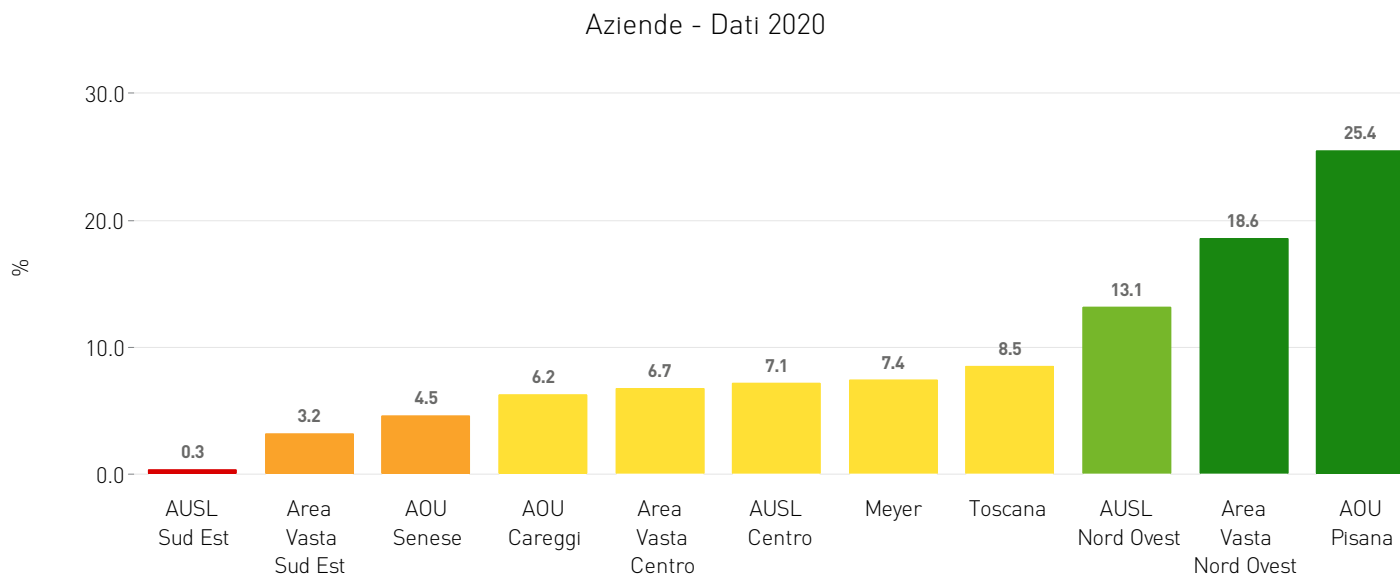
### C13.R3.9 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Endocrinologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Endocrinologica).



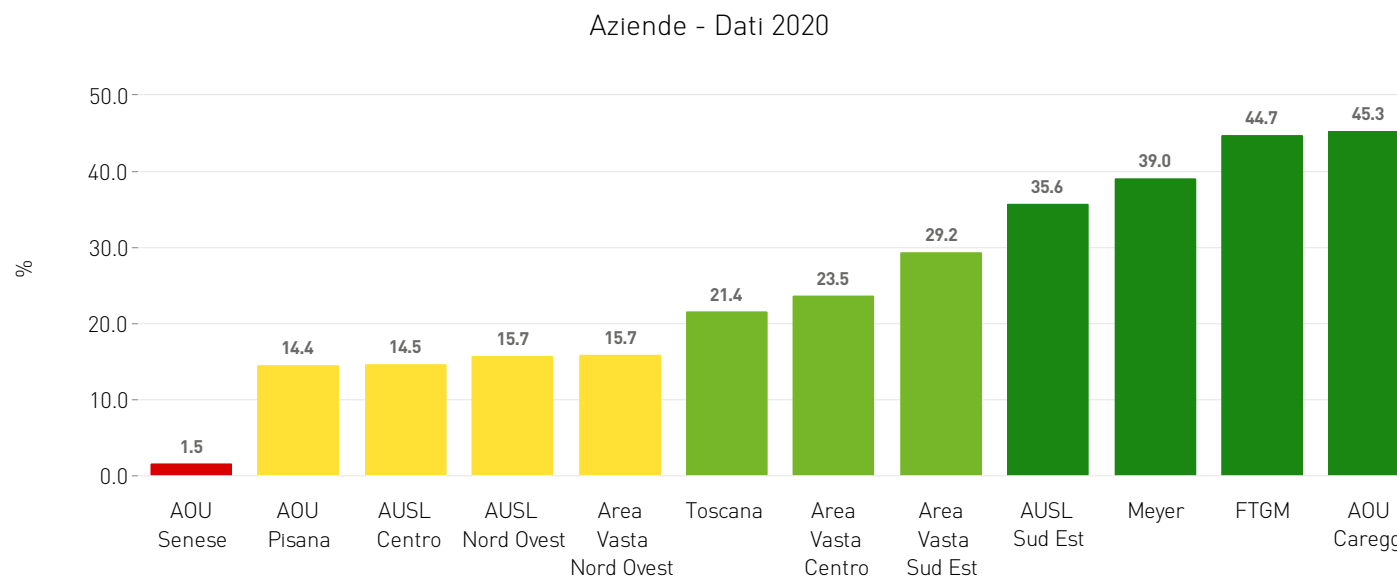
### C13.R3.10 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Ematologica).



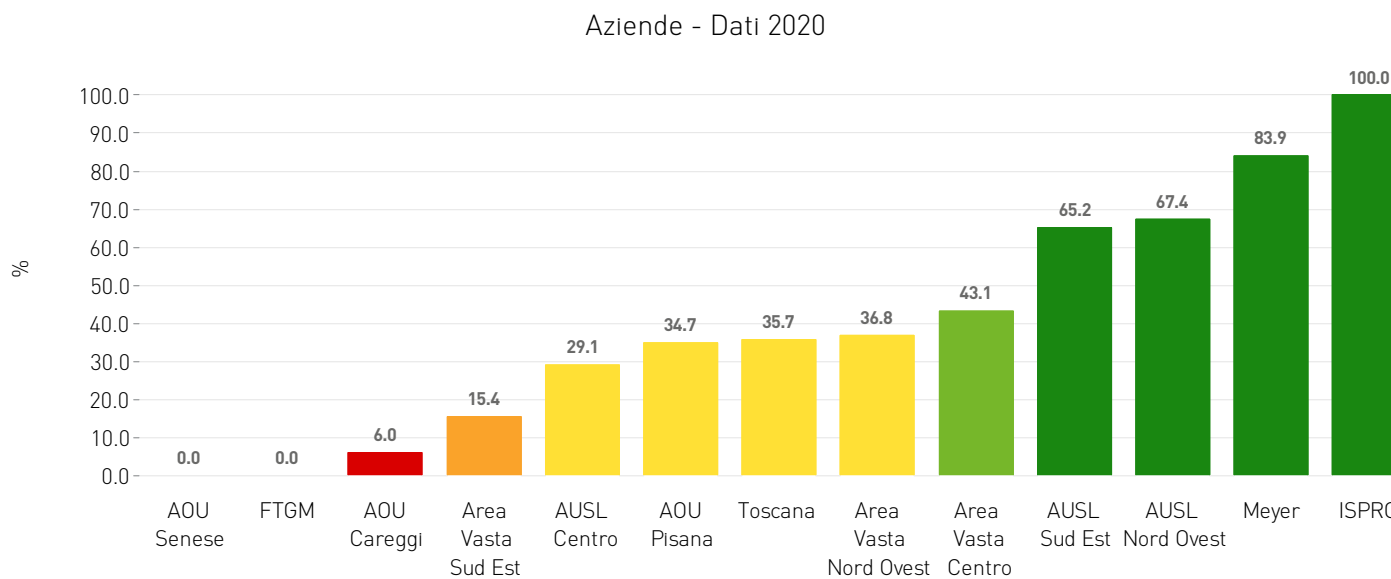
### C13.R3.11 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Diabetologica).



### C13.R3.12 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Nutrizionale)

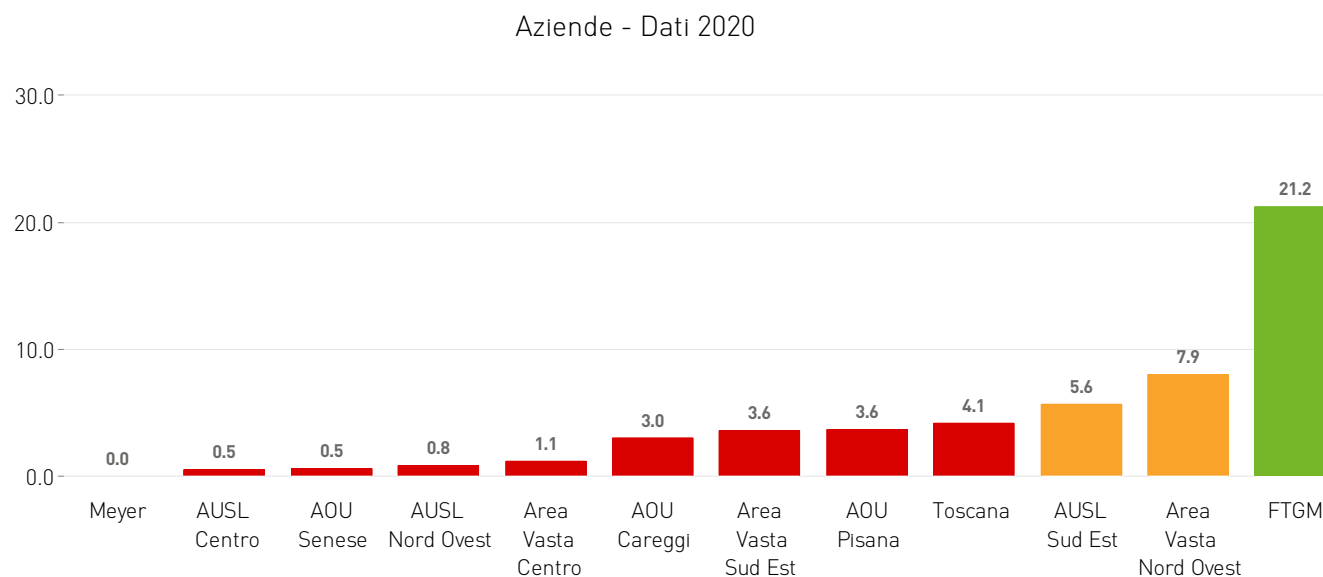
L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Nutrizionale).





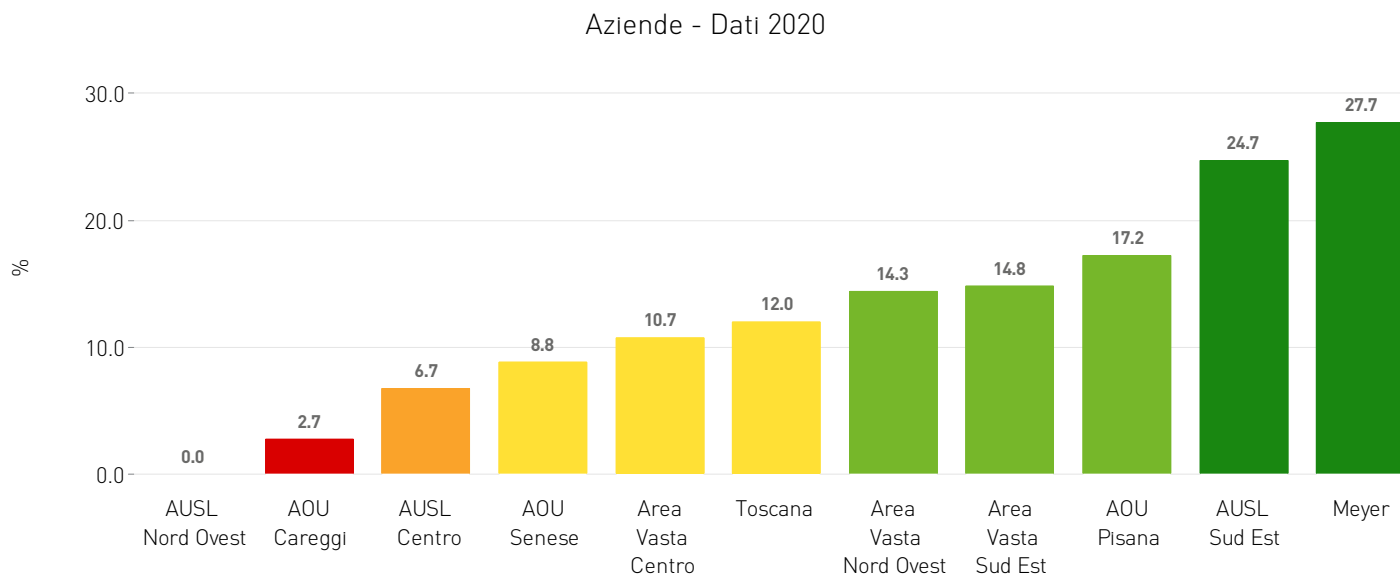
### C13.R3.13 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Cardiologica).



### C13.R3.14 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Allergologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Allergologica).



## C15R RESILIENZA - Salute Mentale



### C15R RESILIENZA - Salute Mentale

C15.2.R Variazione pazienti psichiatrici maggiorenni con contatto con il DSM entro 7 gg dal ricovero ospedaliero

C15A.13A.R Variazione ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

C15.4.R Variazione appropriatezza psicoterapia

C15.17.R Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti - variazione

C15.19.1.R Variazione pazienti in carico con rivalutazione programmata nell'anno indice

*SM.M1 Salute mentale: volumi prestazioni domiciliari*

*SM.M2 Salute mentale: volumi prestazioni erogate nel territorio*

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
-4.59	-8.53	10.00	-21.34
5.37	-6.70	18.69	-4.72
-11.89	-14.93	0.33	-16.77
-20.24	-28.50	-9.93	-21.02

## C16R RESILIENZA - Pronto Soccorso



### C16R RESILIENZA - Pronto Soccorso

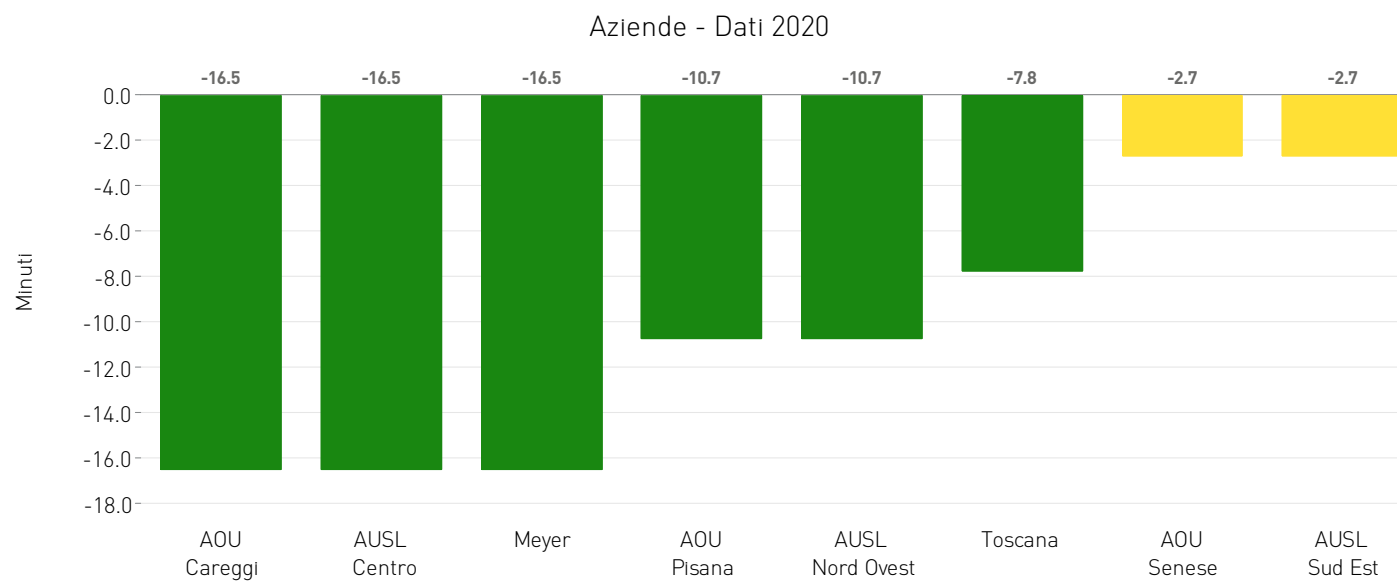
PS.M1 Volumi accessi in Pronto soccorso

PS.M2 Tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
●	●	●	●	●	●	●	●
-30.06	-26.20	-31.78	-32.53	-26.20	-32.53	-31.78	-31.78
-7.76	-10.71	-16.51	-2.69	-10.71	-2.69	-16.51	-16.51

## PS.M2 Tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero

Questo indicatore, che monitora il tempo mediano di permanenza al PS di utenti non inviati al ricovero, è stato introdotto nel 2020 tra gli indicatori adottati per misurare la resilienza del Sistema sanitario.





4

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





---

4.1

# BERSAGLI E PENTAGRAMMI DELLE ZONE DISTRETTO



# Pistoiese

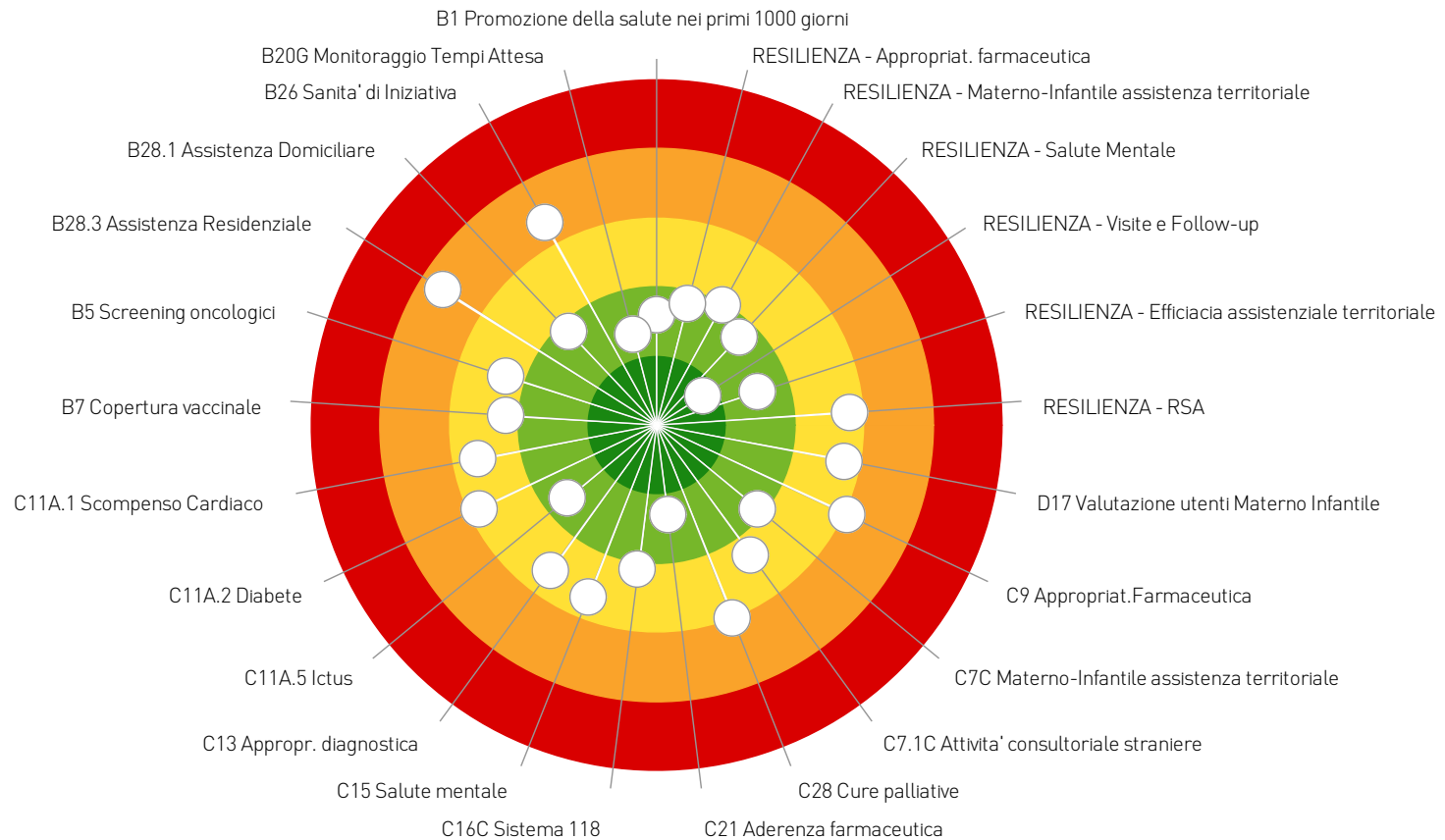
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

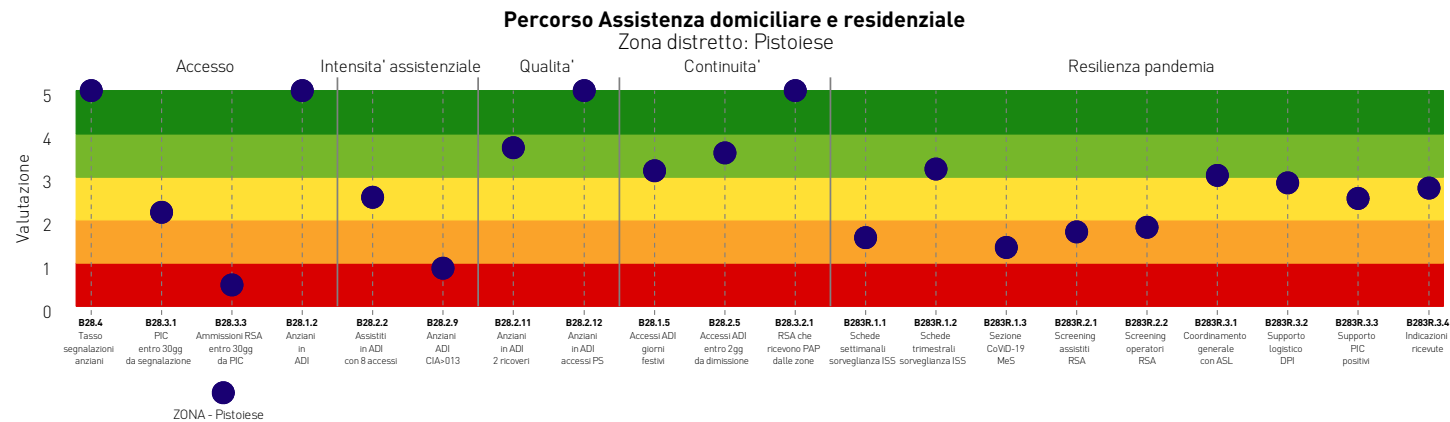
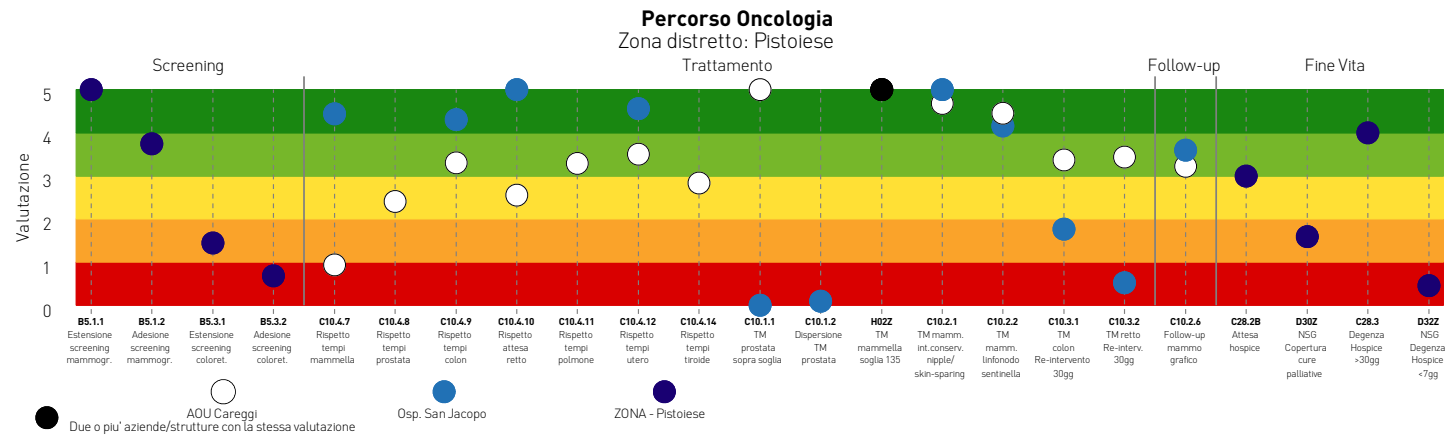
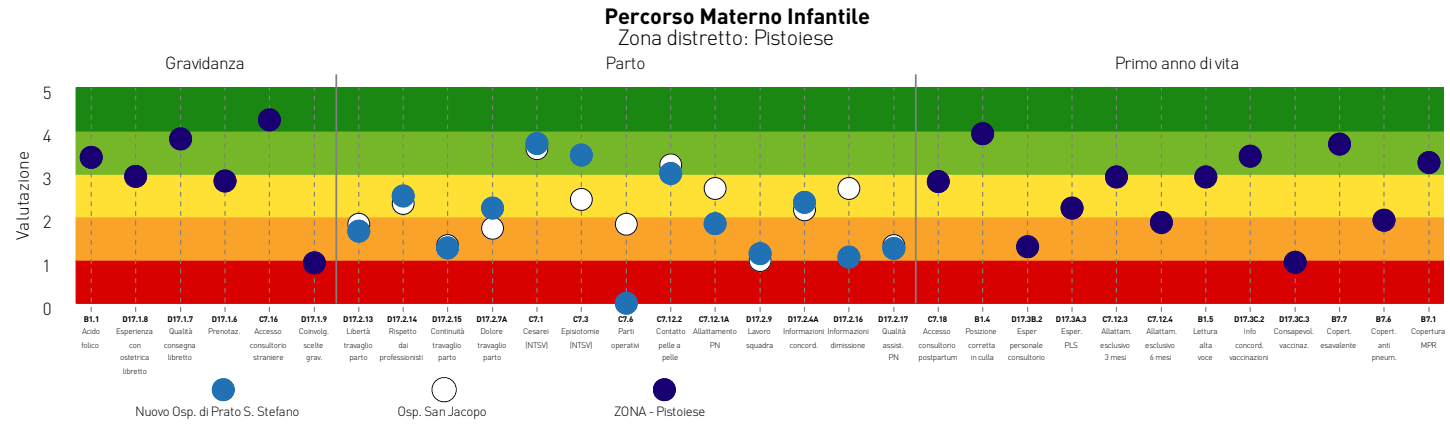
Numero indicatori di valutazione: 66

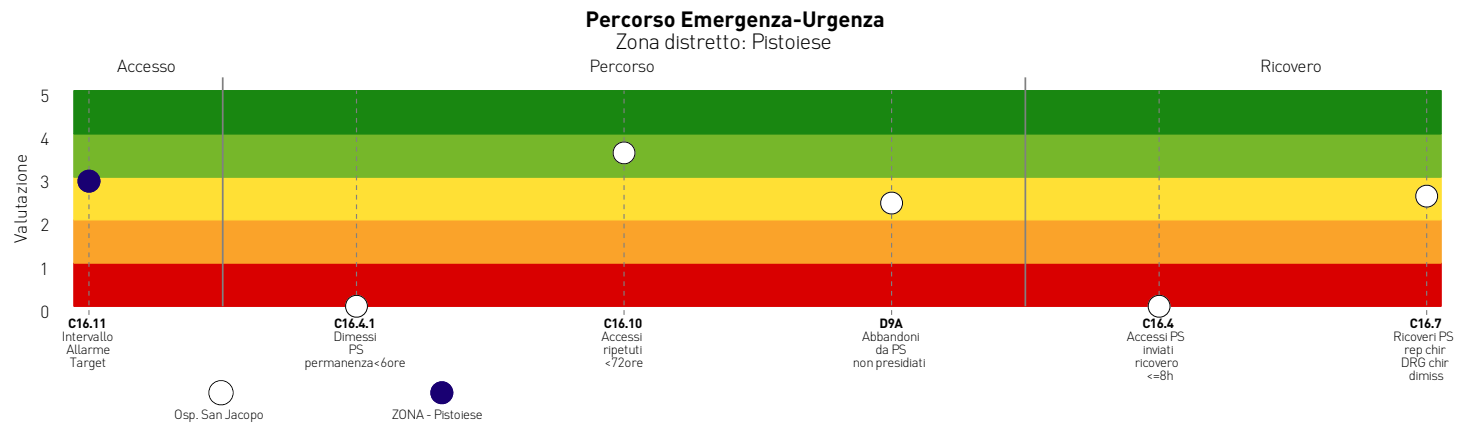
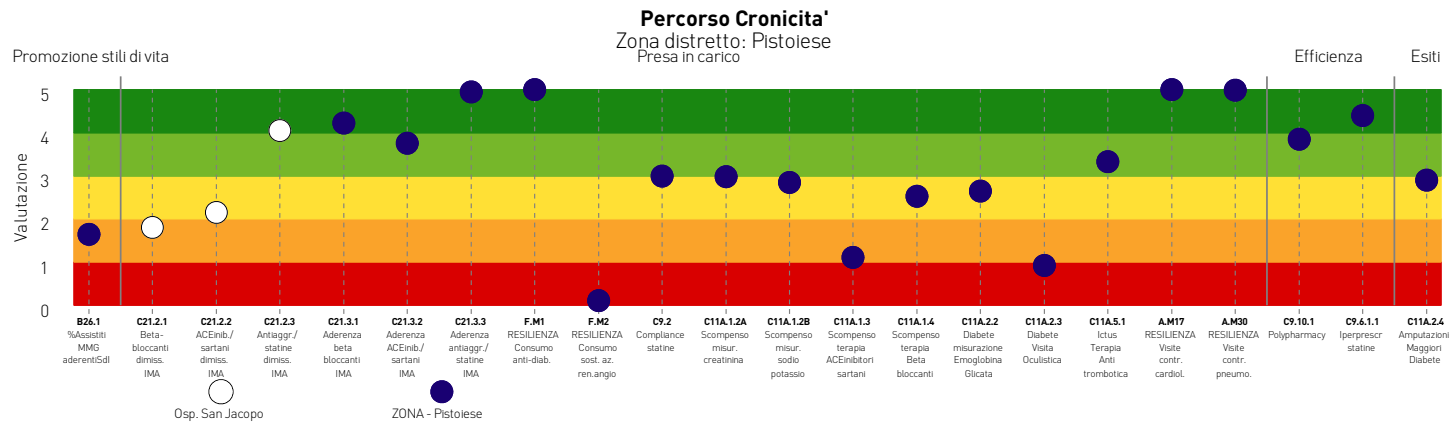
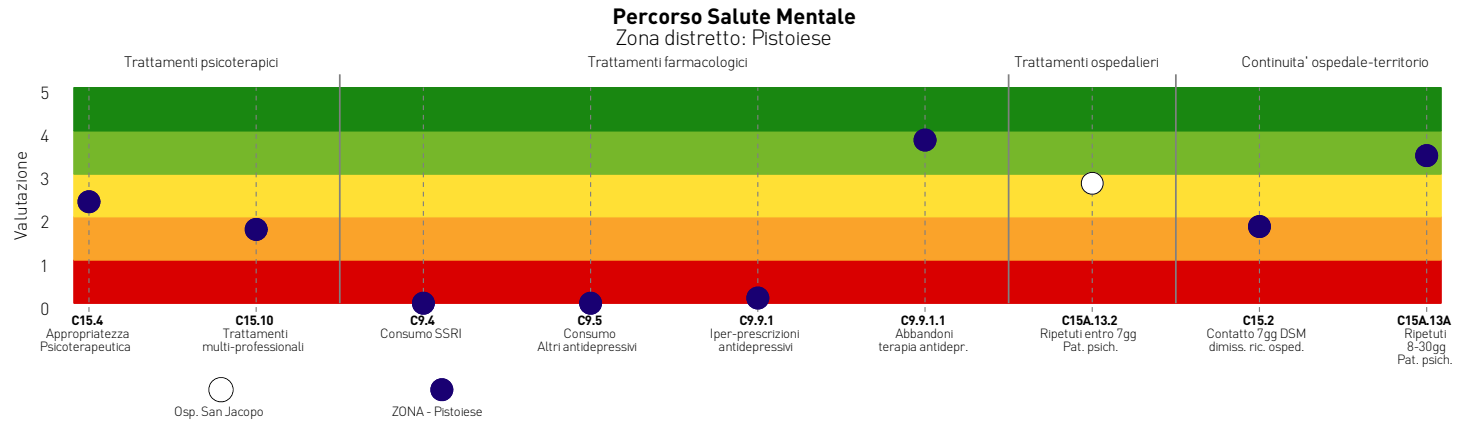


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Pistoiese Valutazione della performance 2020



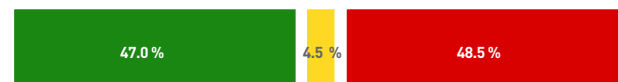




# Val di Nievole

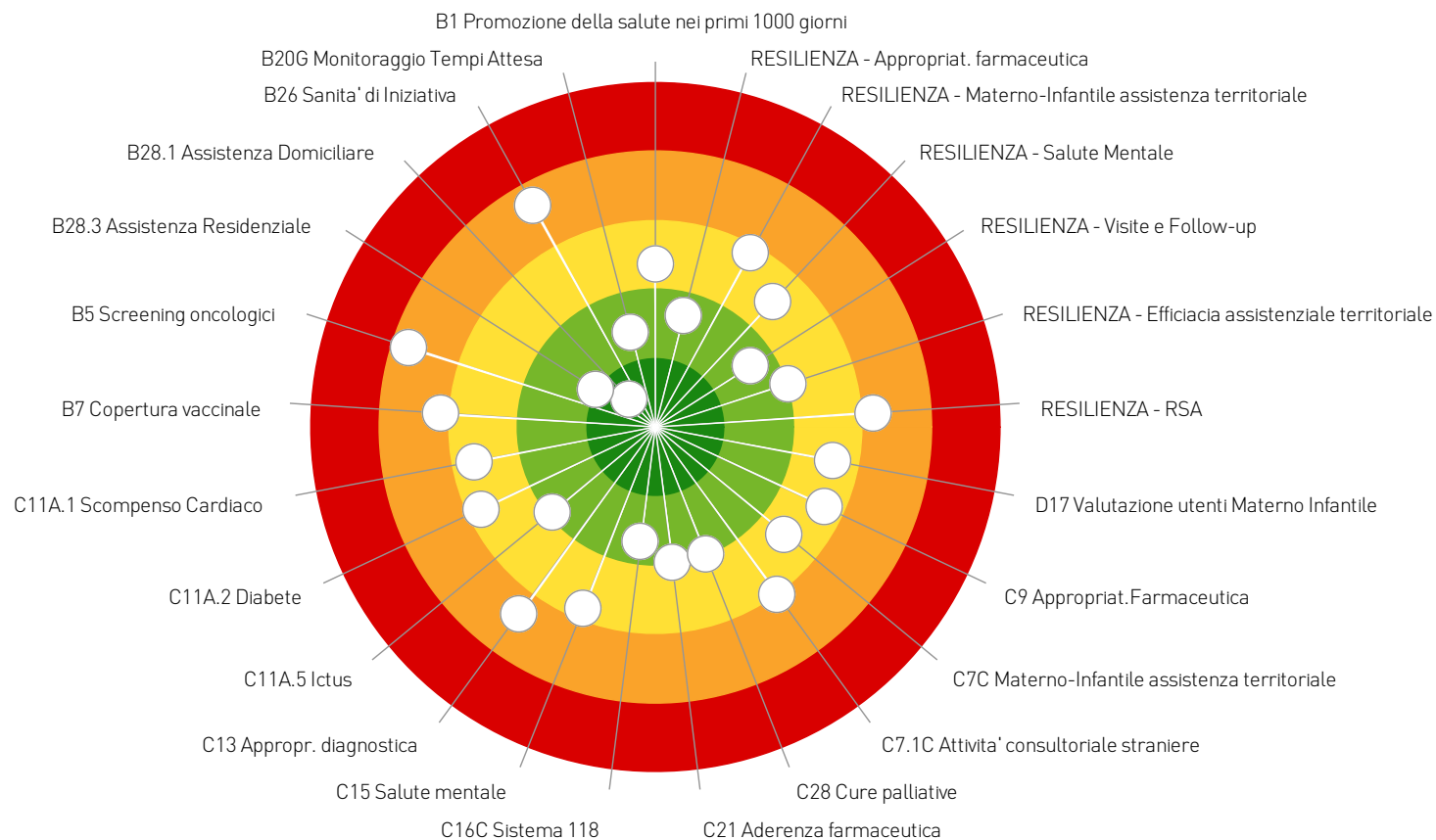
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

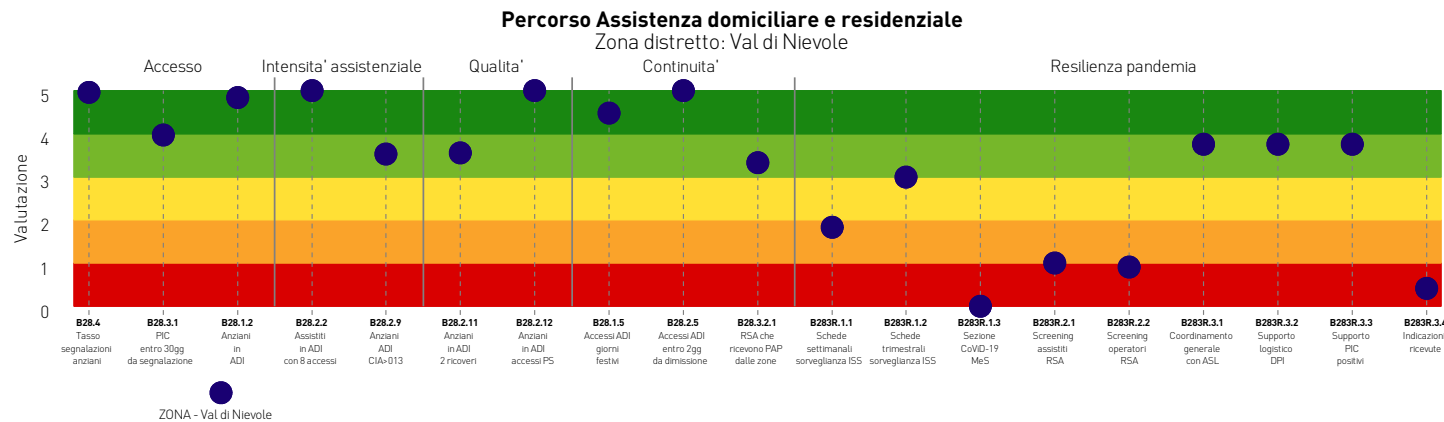
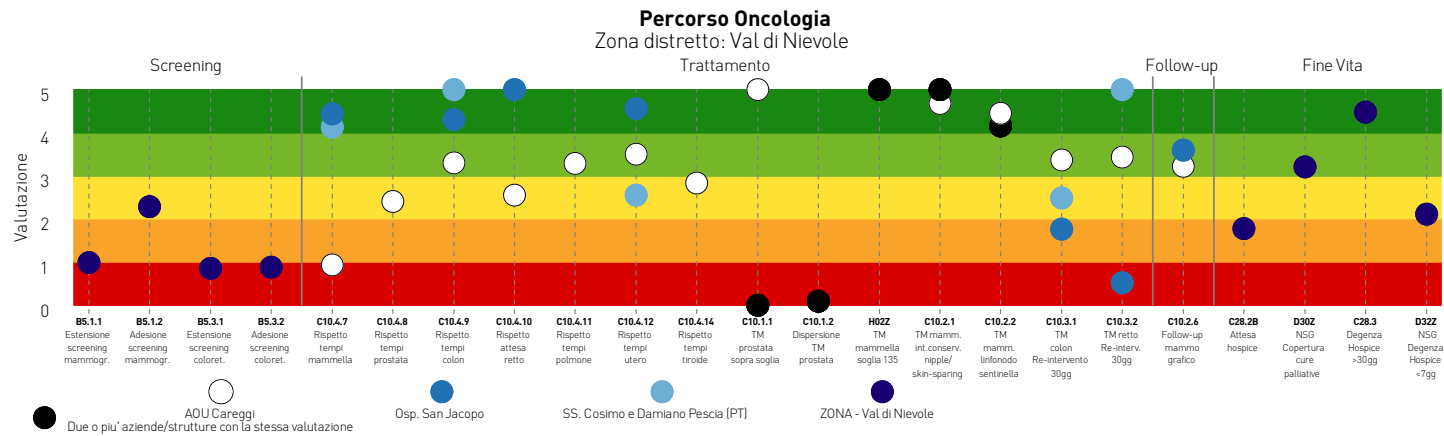
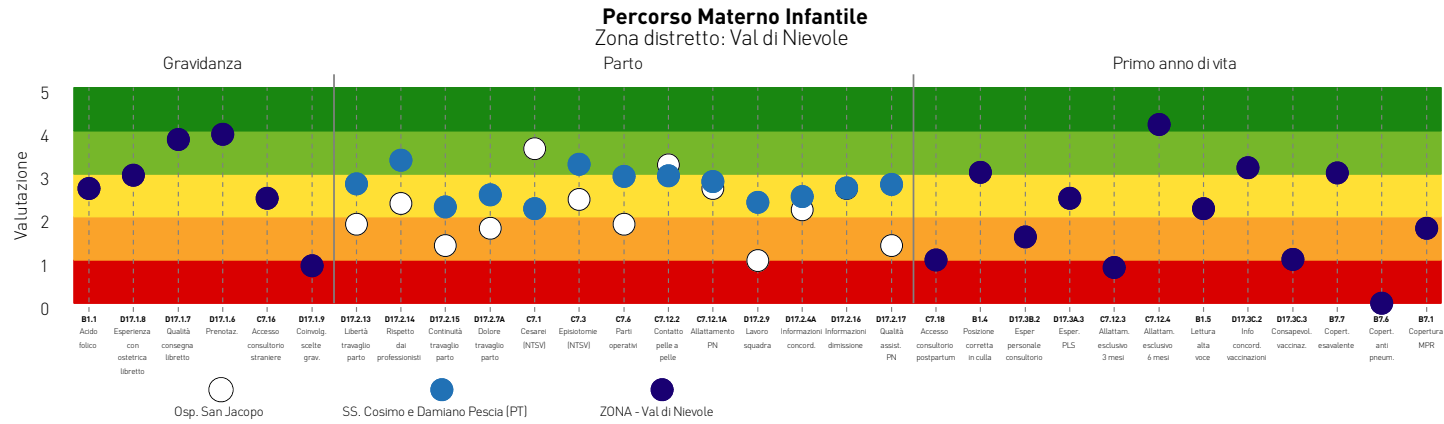
Numero indicatori di valutazione: 66

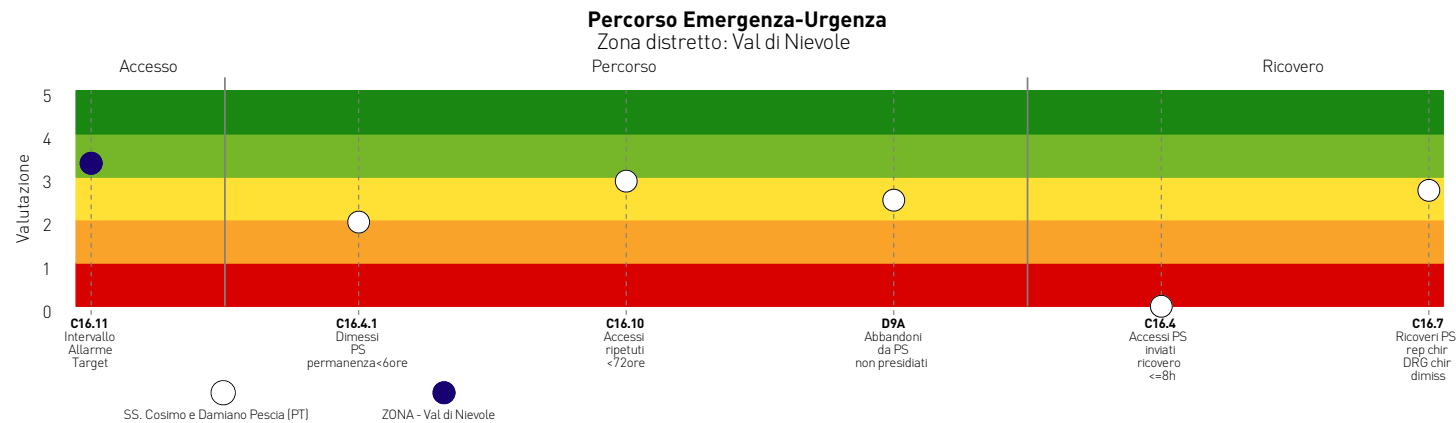
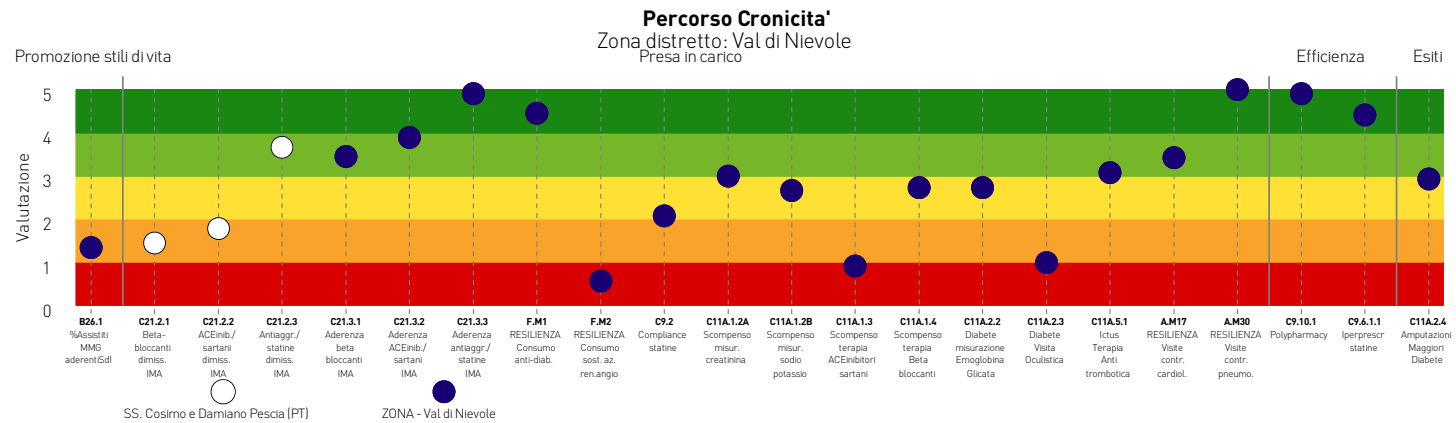
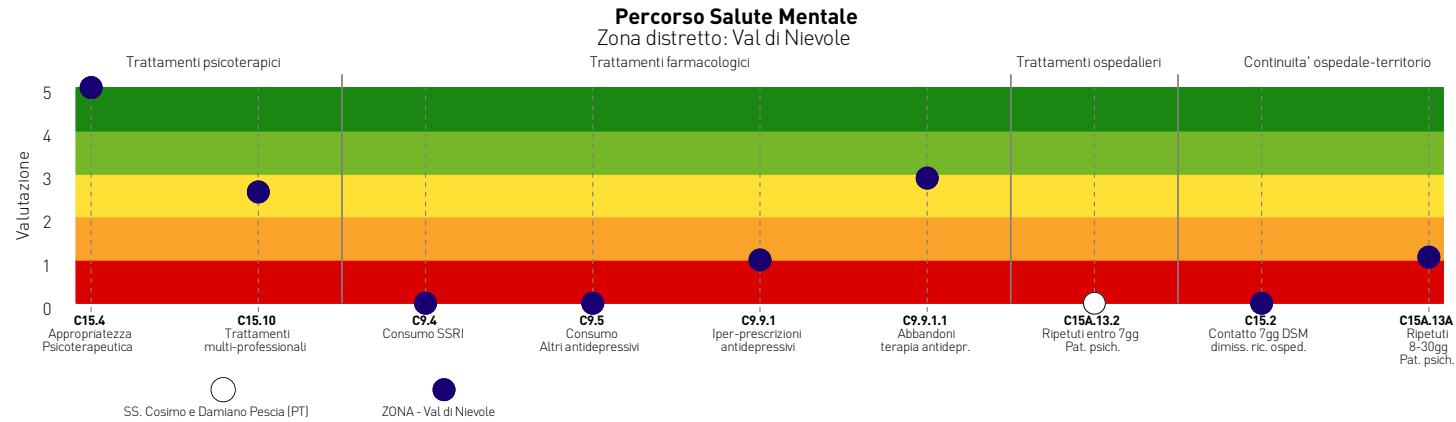


● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Val di Nievole Valutazione della performance 2020









# Pratese

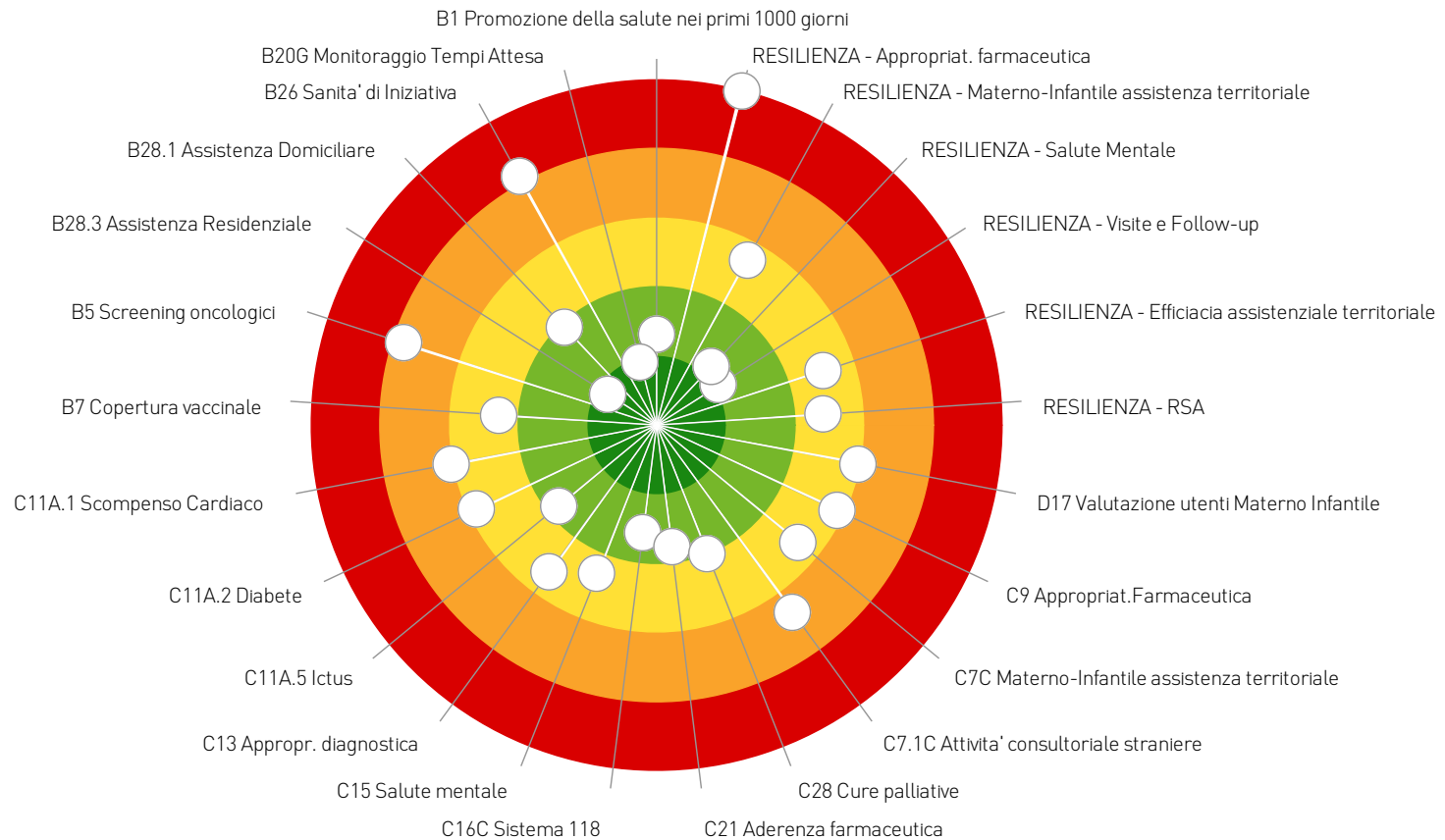
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

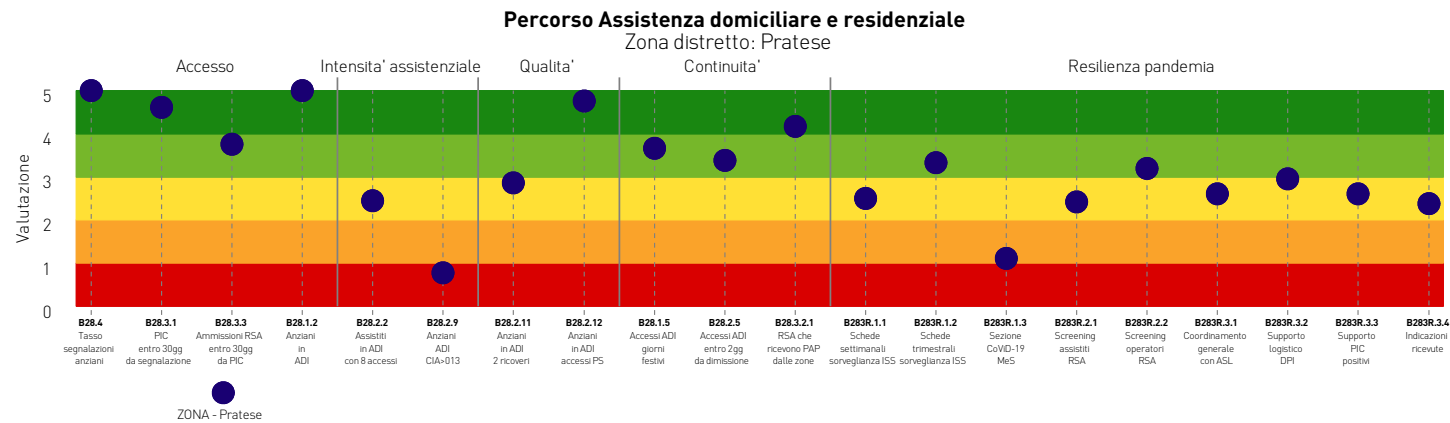
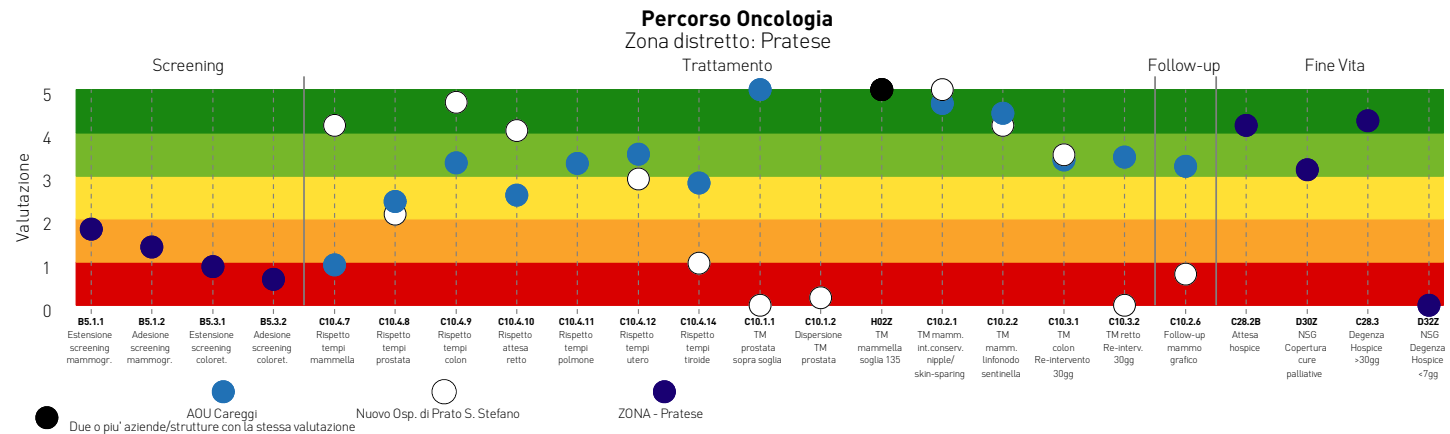
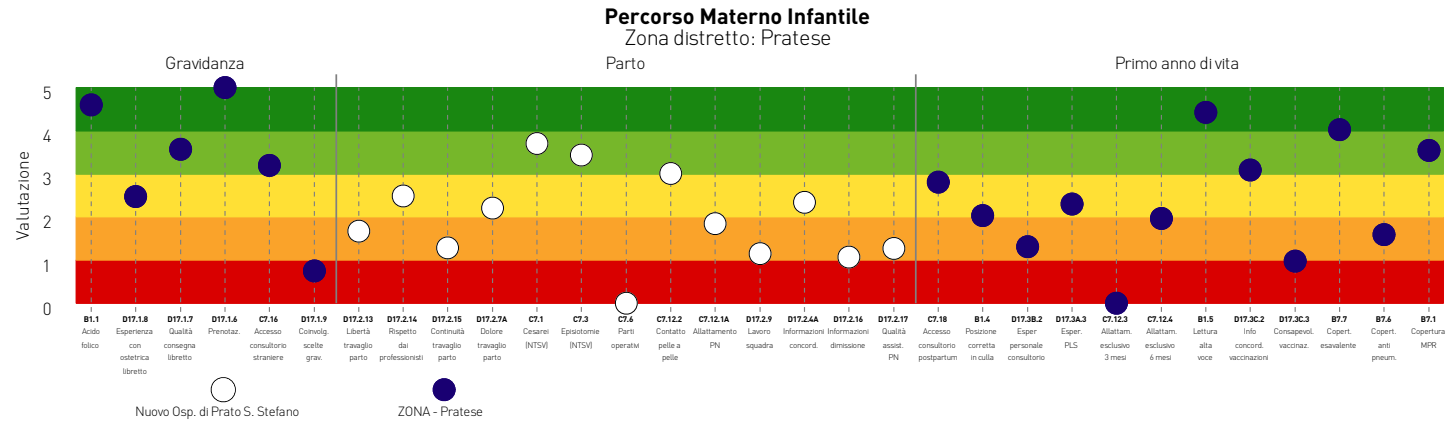
Numero indicatori di valutazione: 66

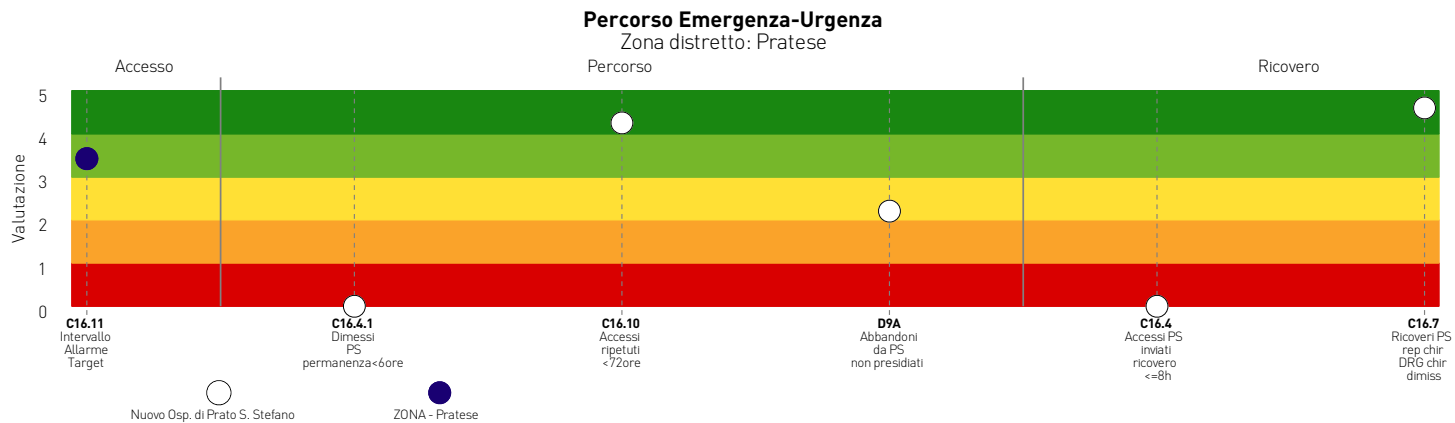
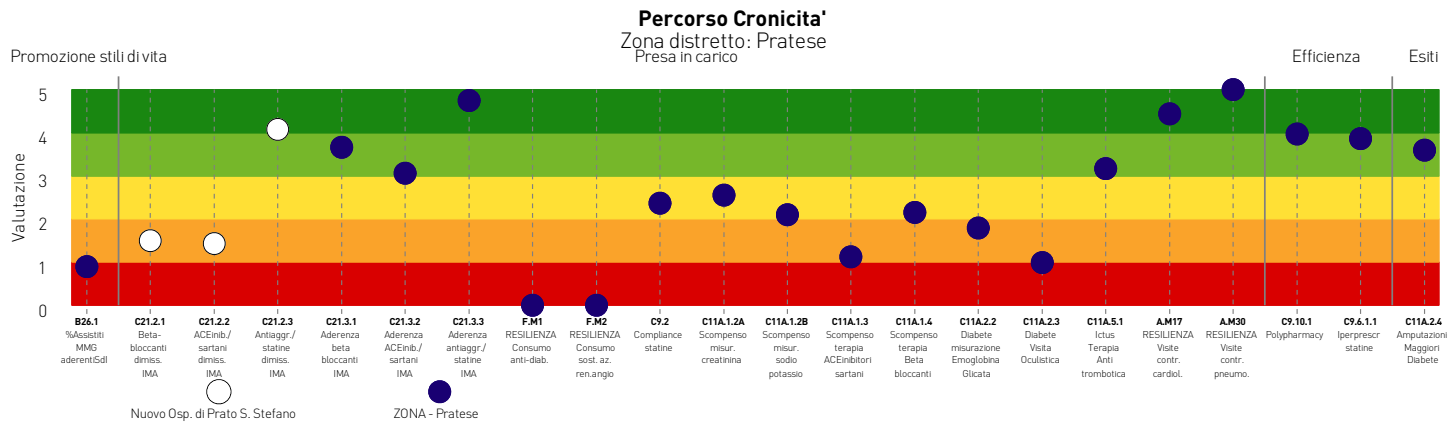
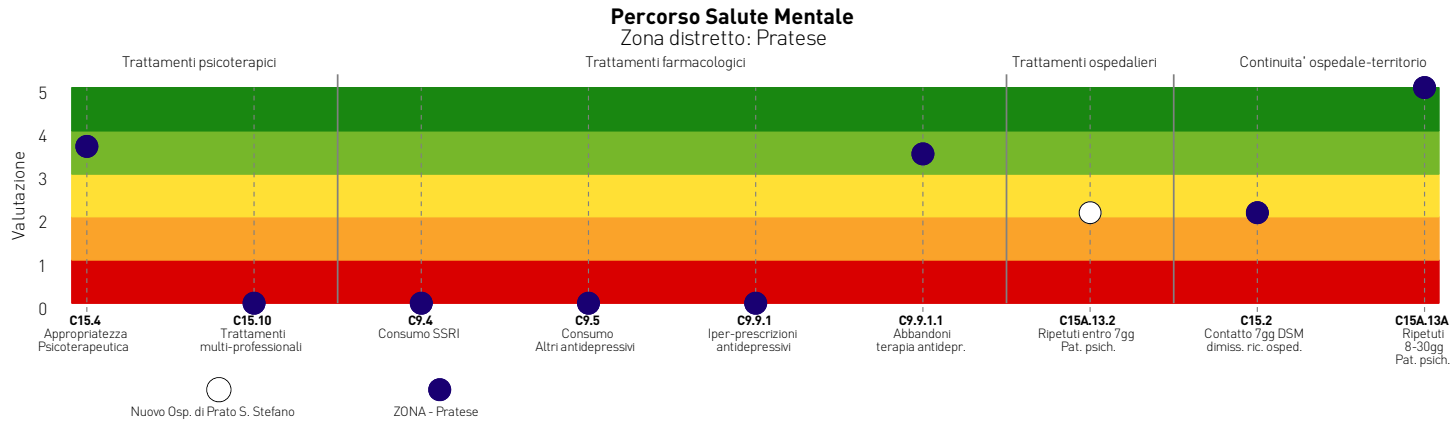


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Pratese Valutazione della performance 2020







# Firenze

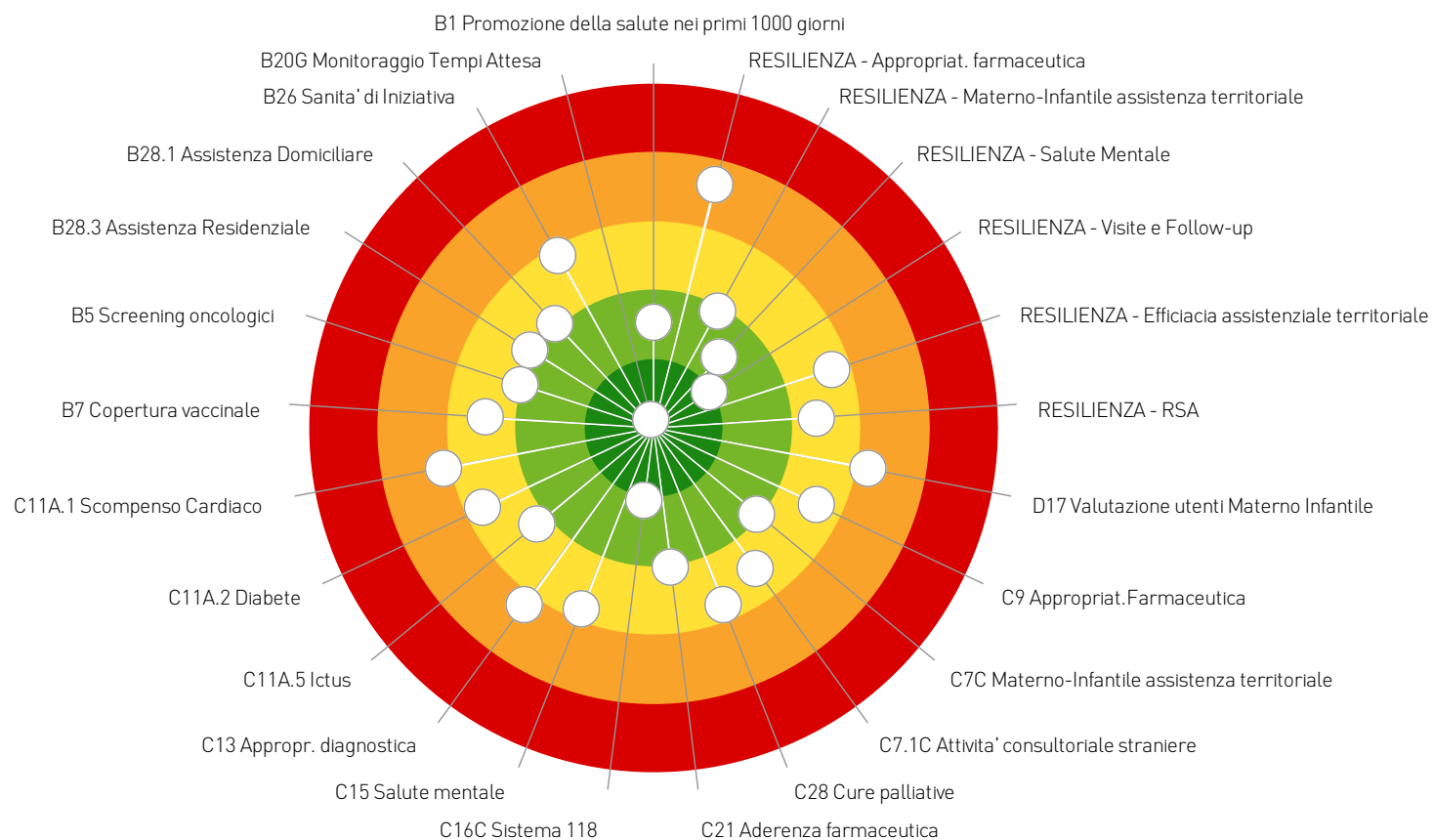
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

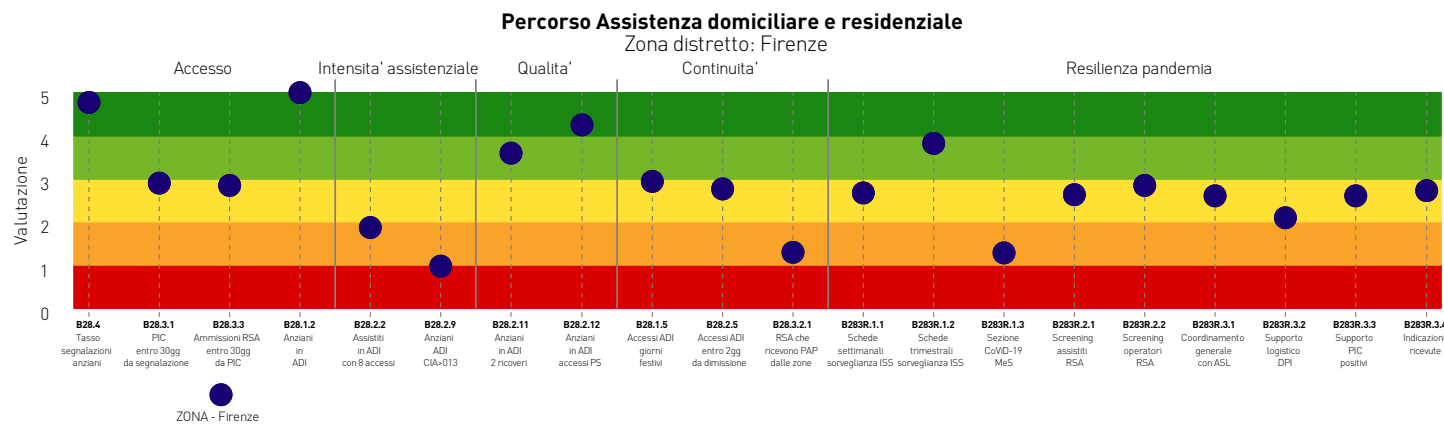
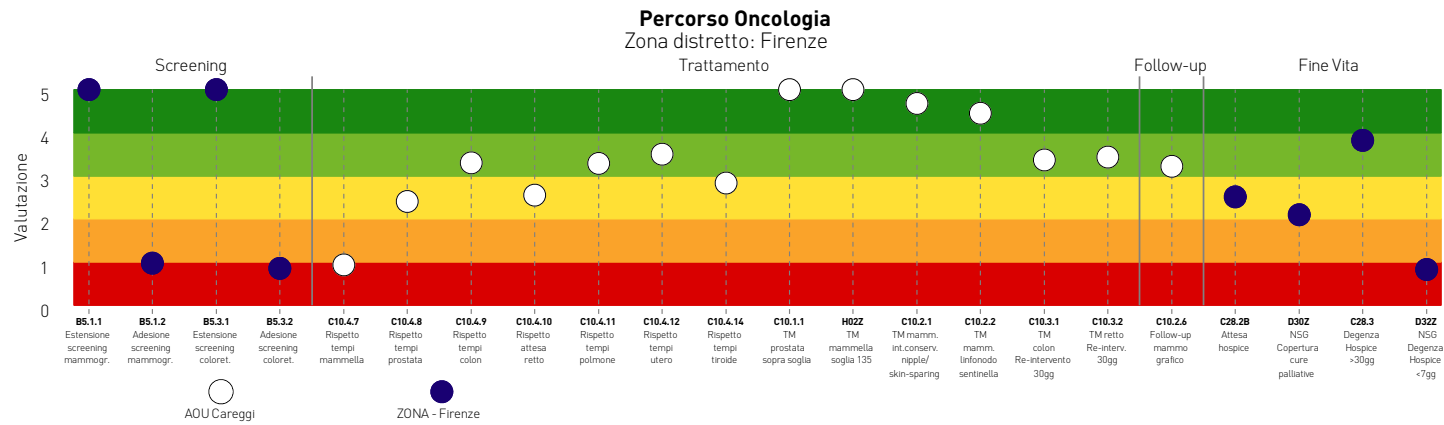
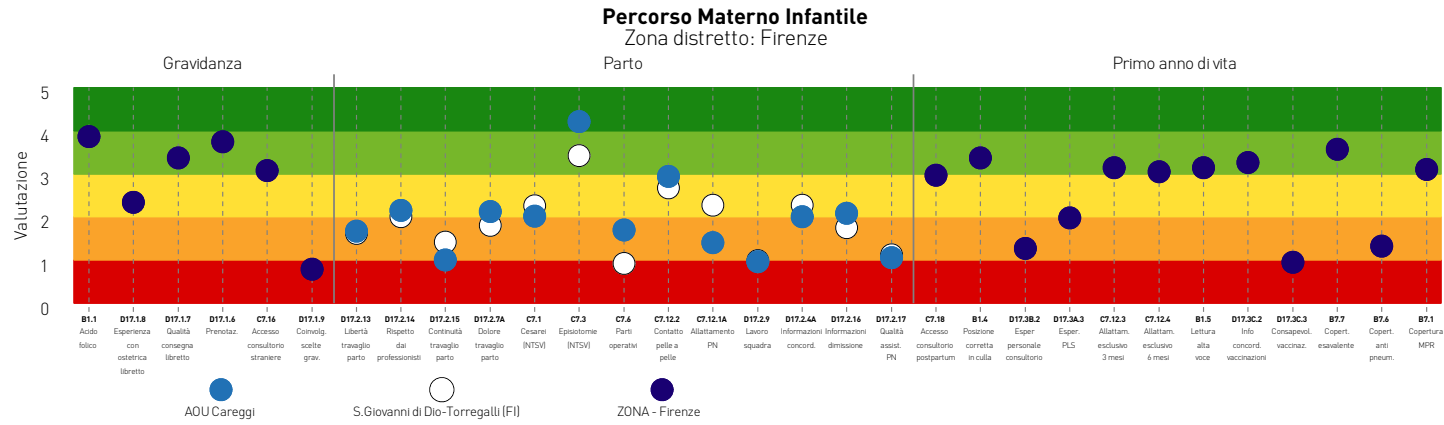
Numero indicatori di valutazione: 67

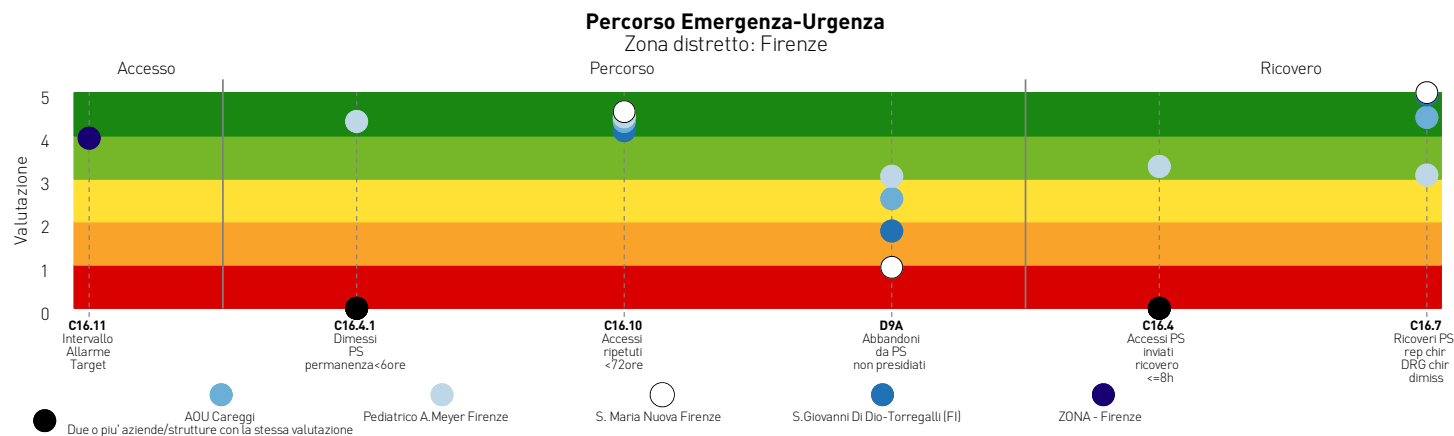
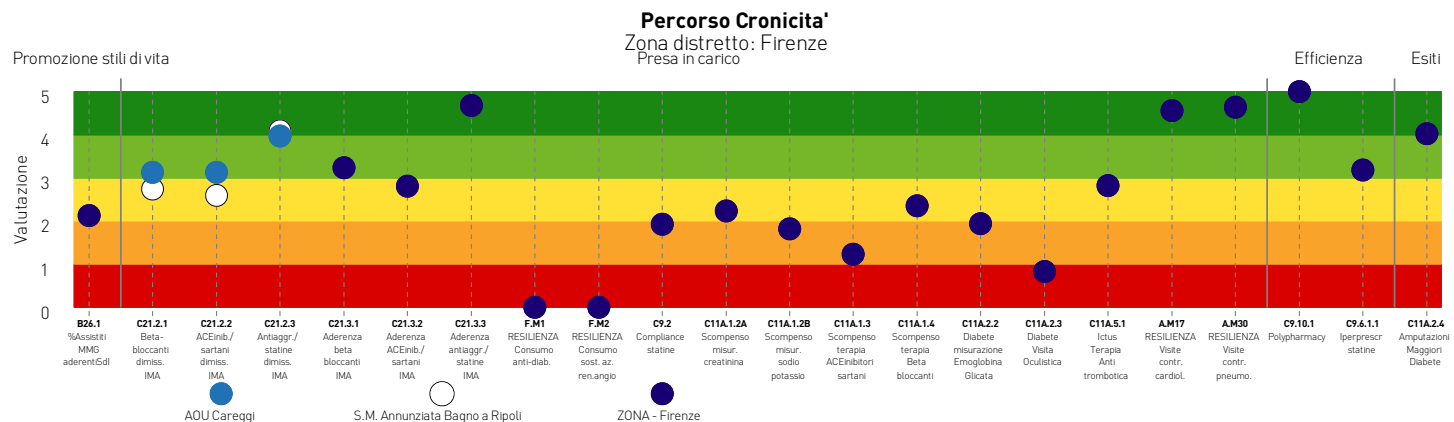
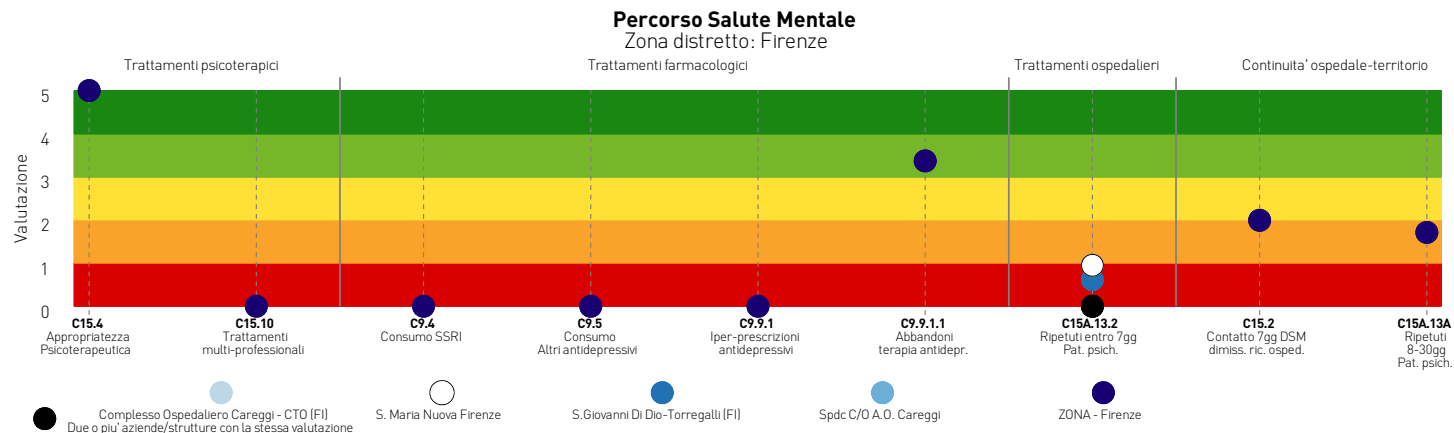


● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

## Firenze Valutazione della performance 2020

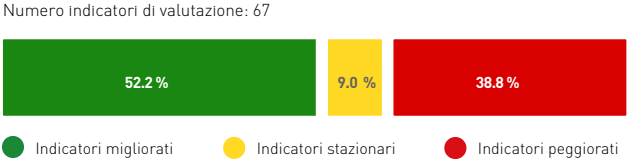




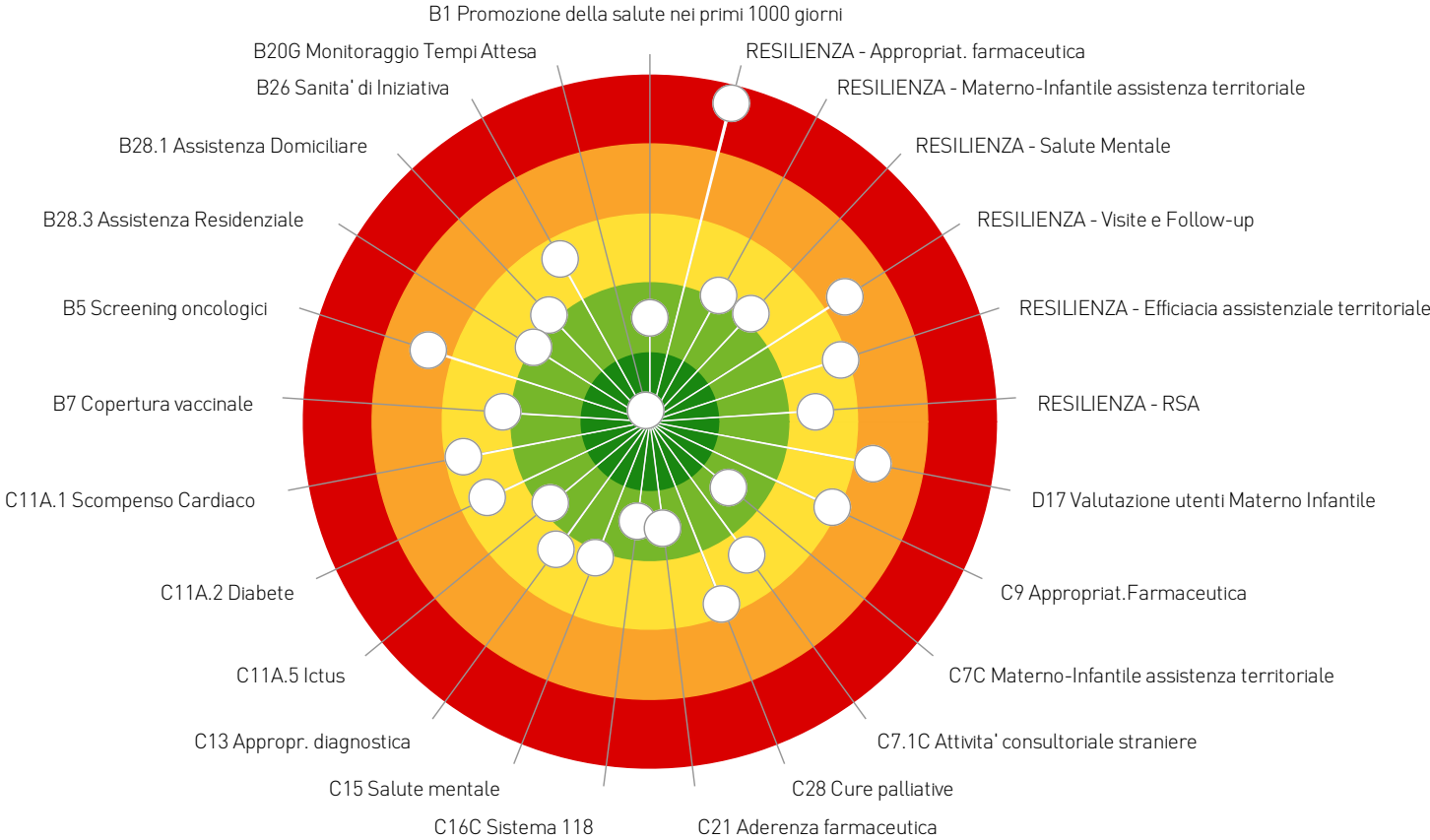


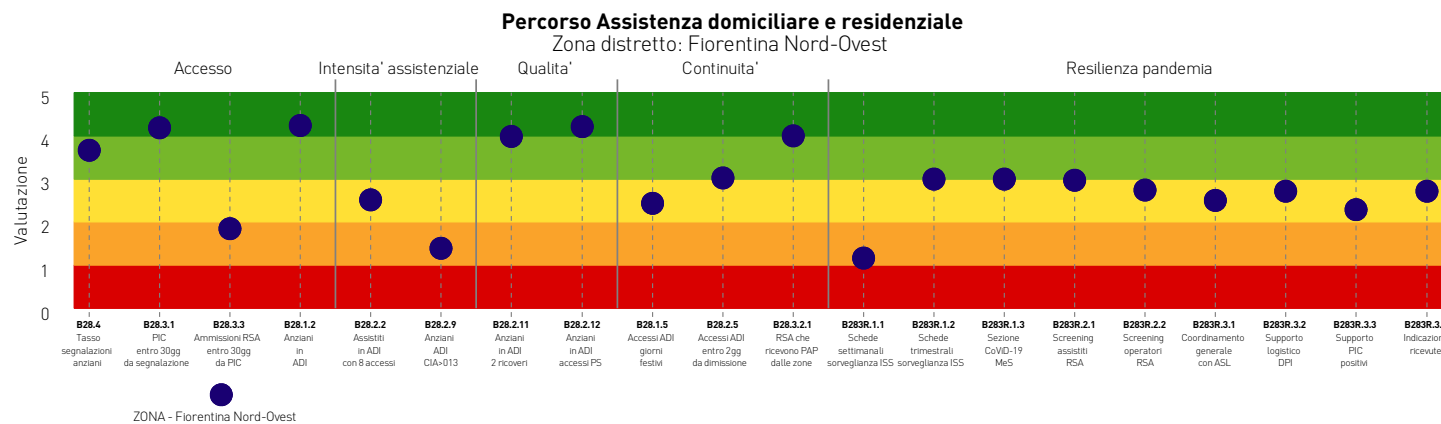
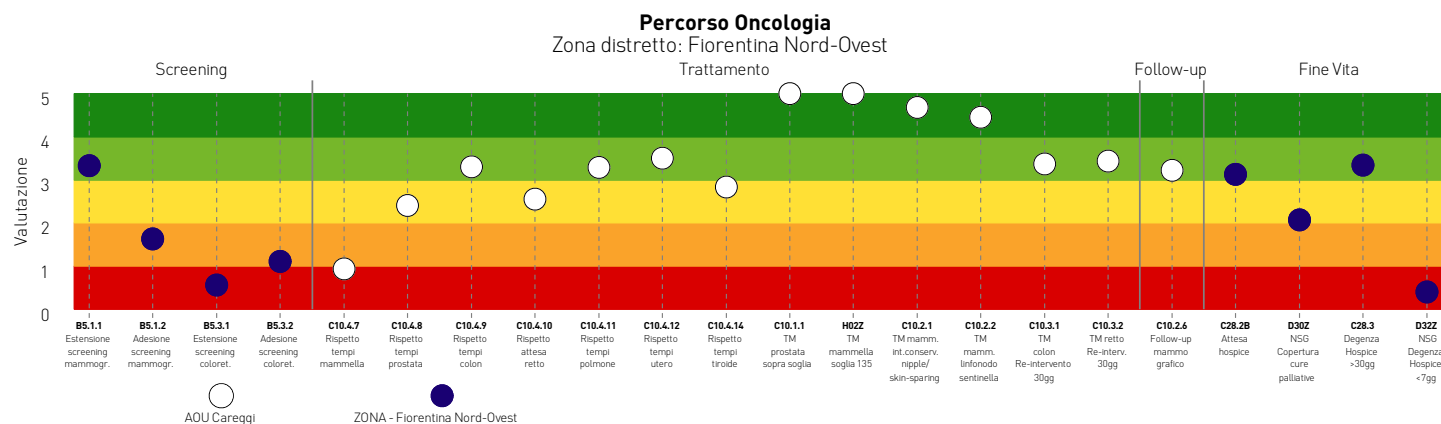
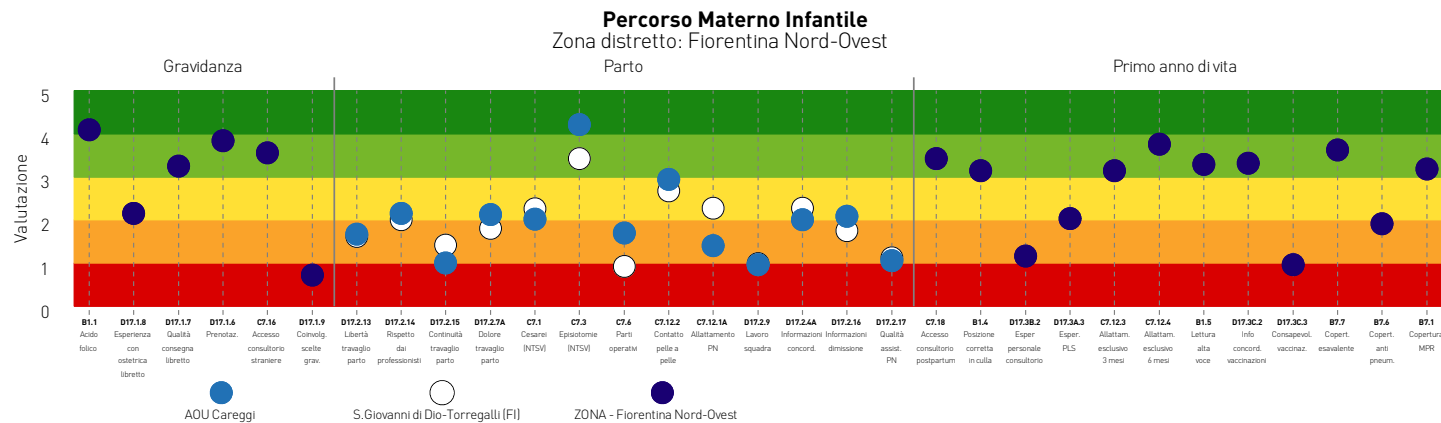
# Fiorentina Nord-Ovest

## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

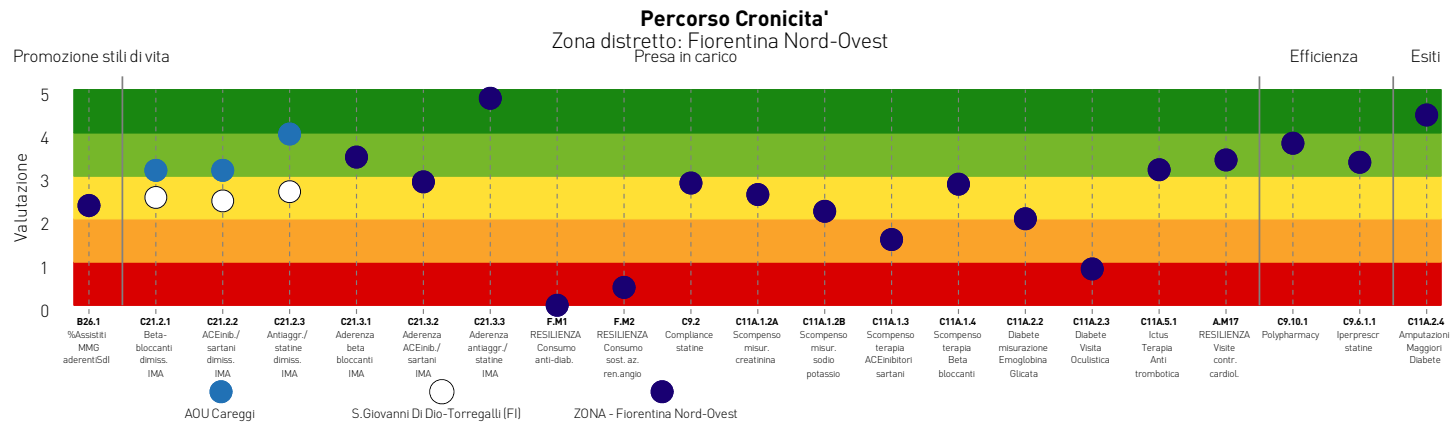
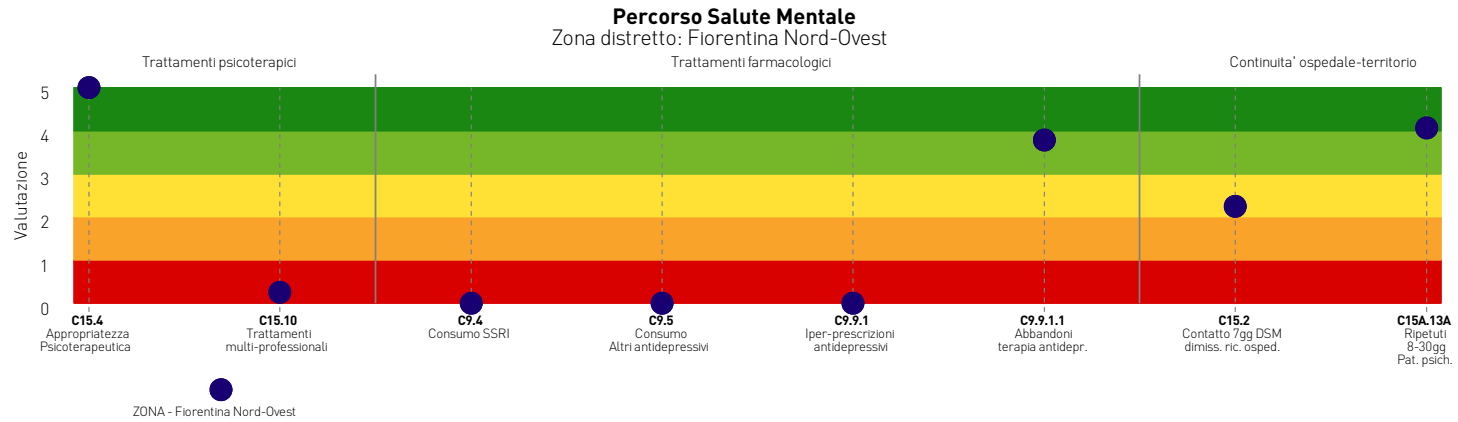


## Fiorentina Nord-Ovest Valutazione della performance 2020





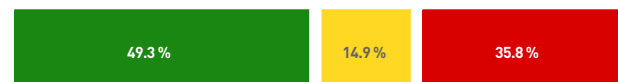




# Fiorentina Sud-Est

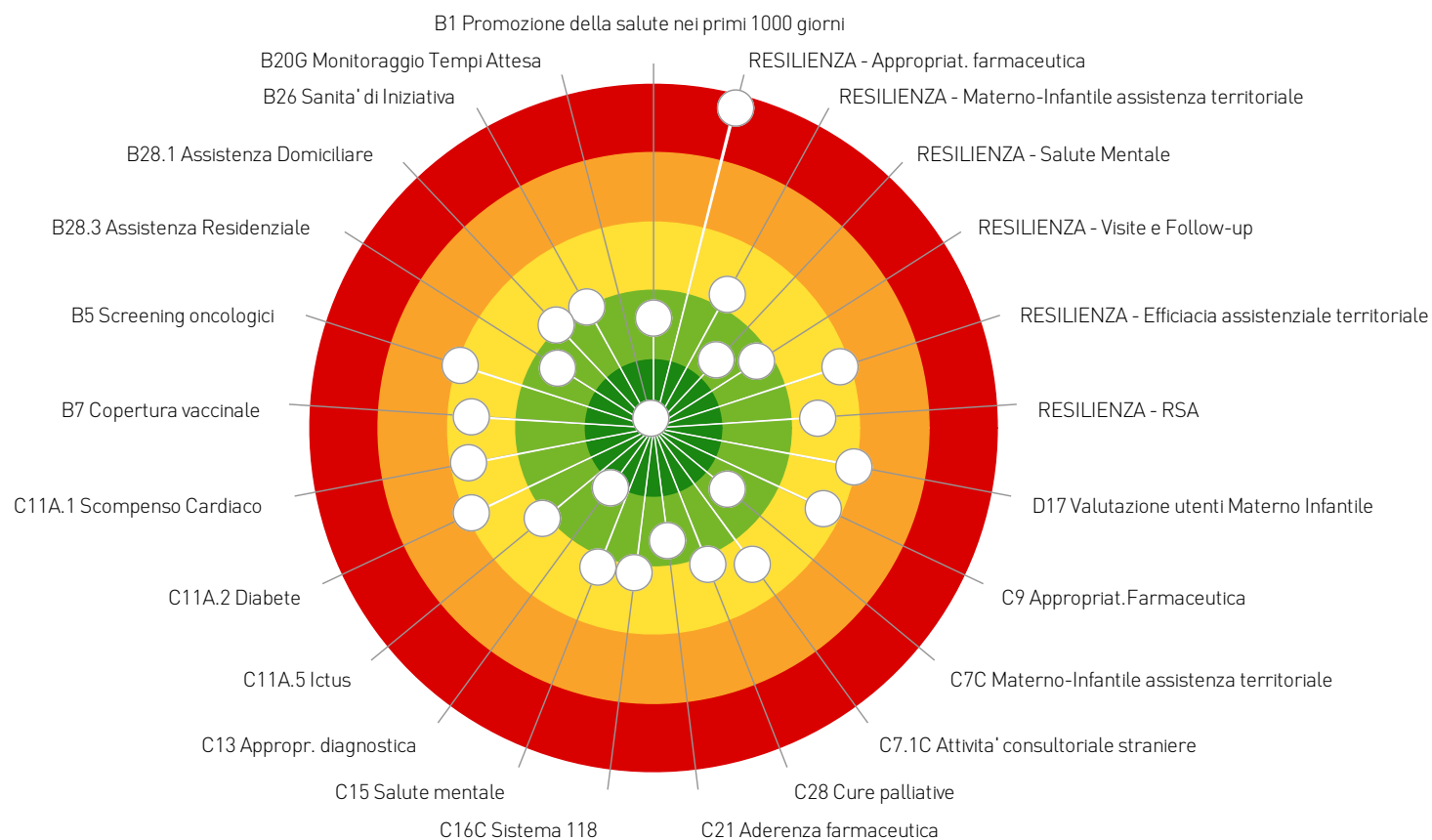
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

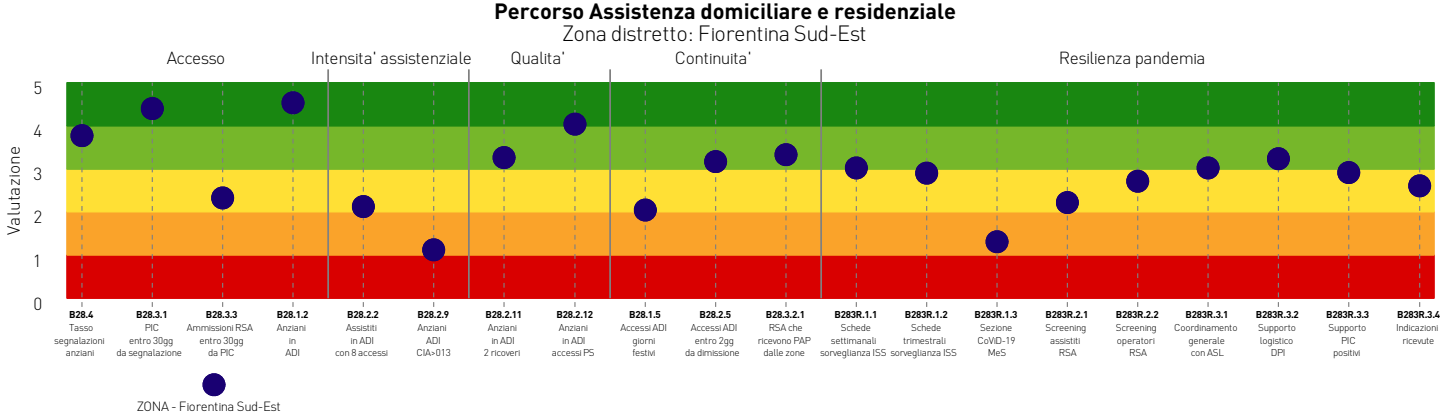
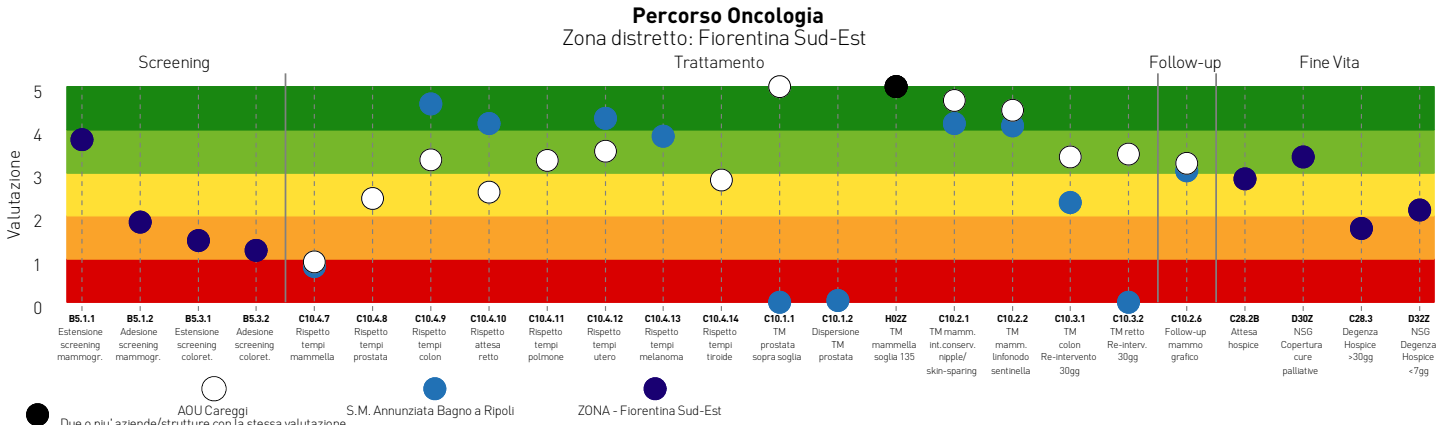
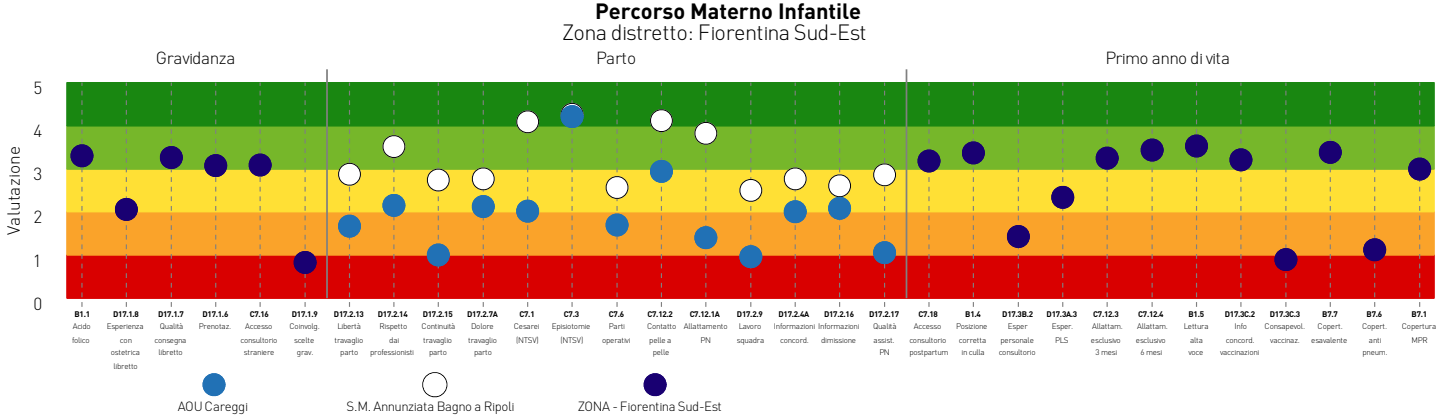
Numero indicatori di valutazione: 67

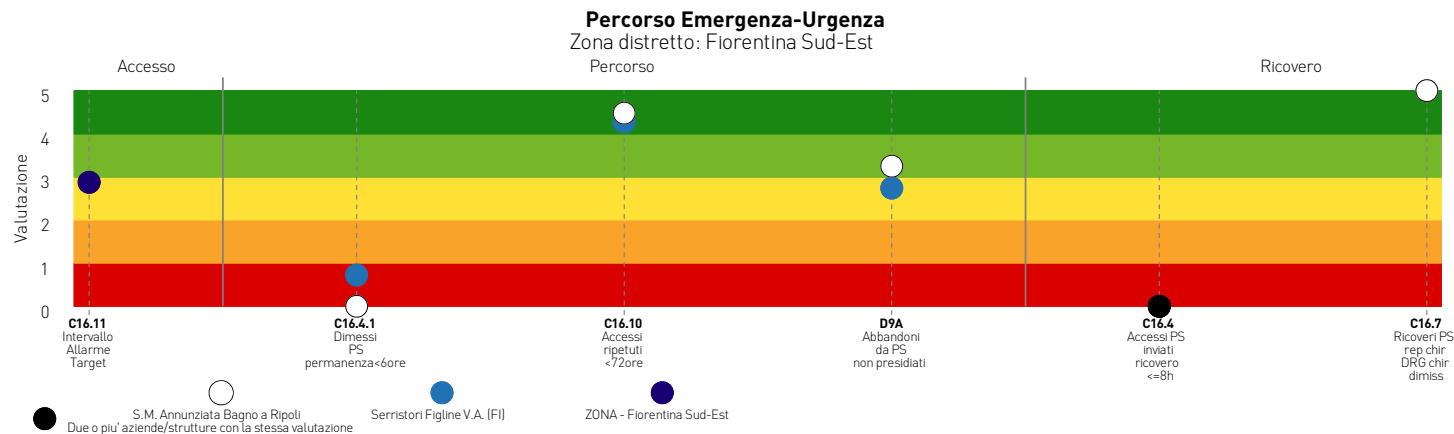
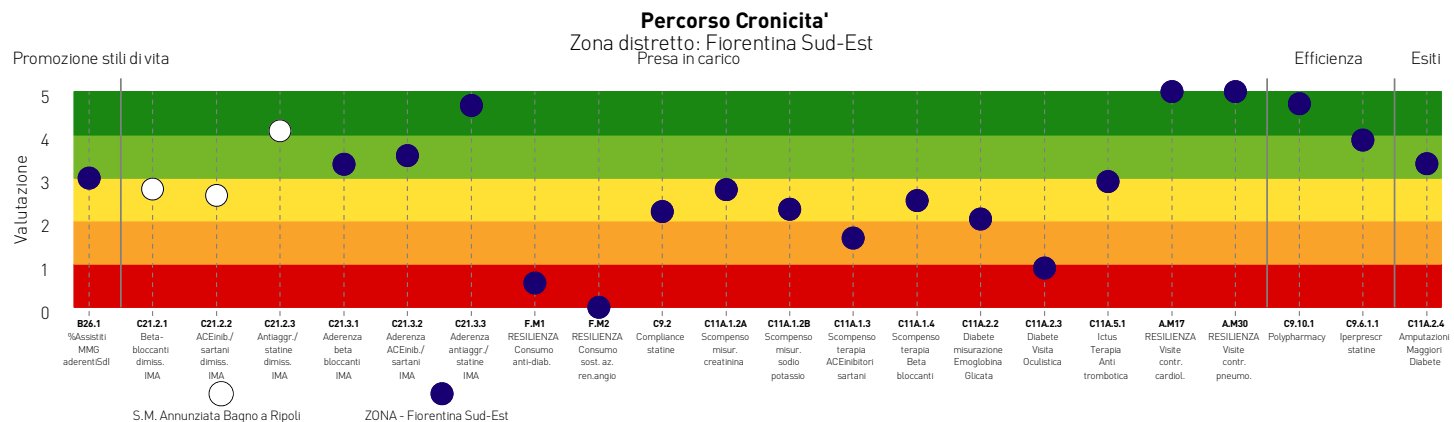
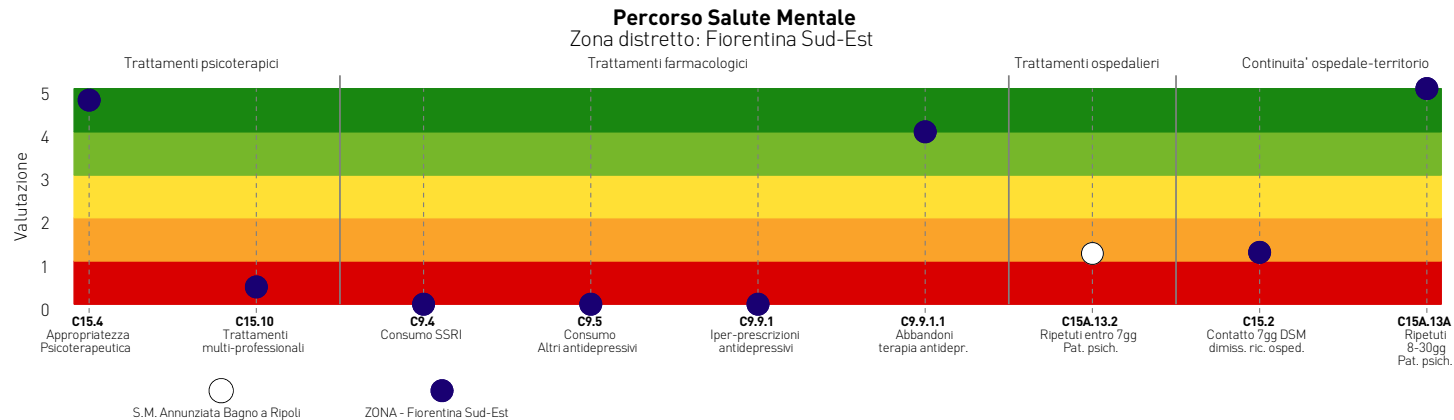


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Fiorentina Sud-Est Valutazione della performance 2020



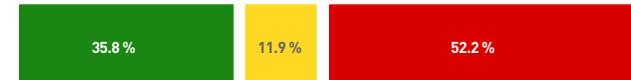




# Mugello

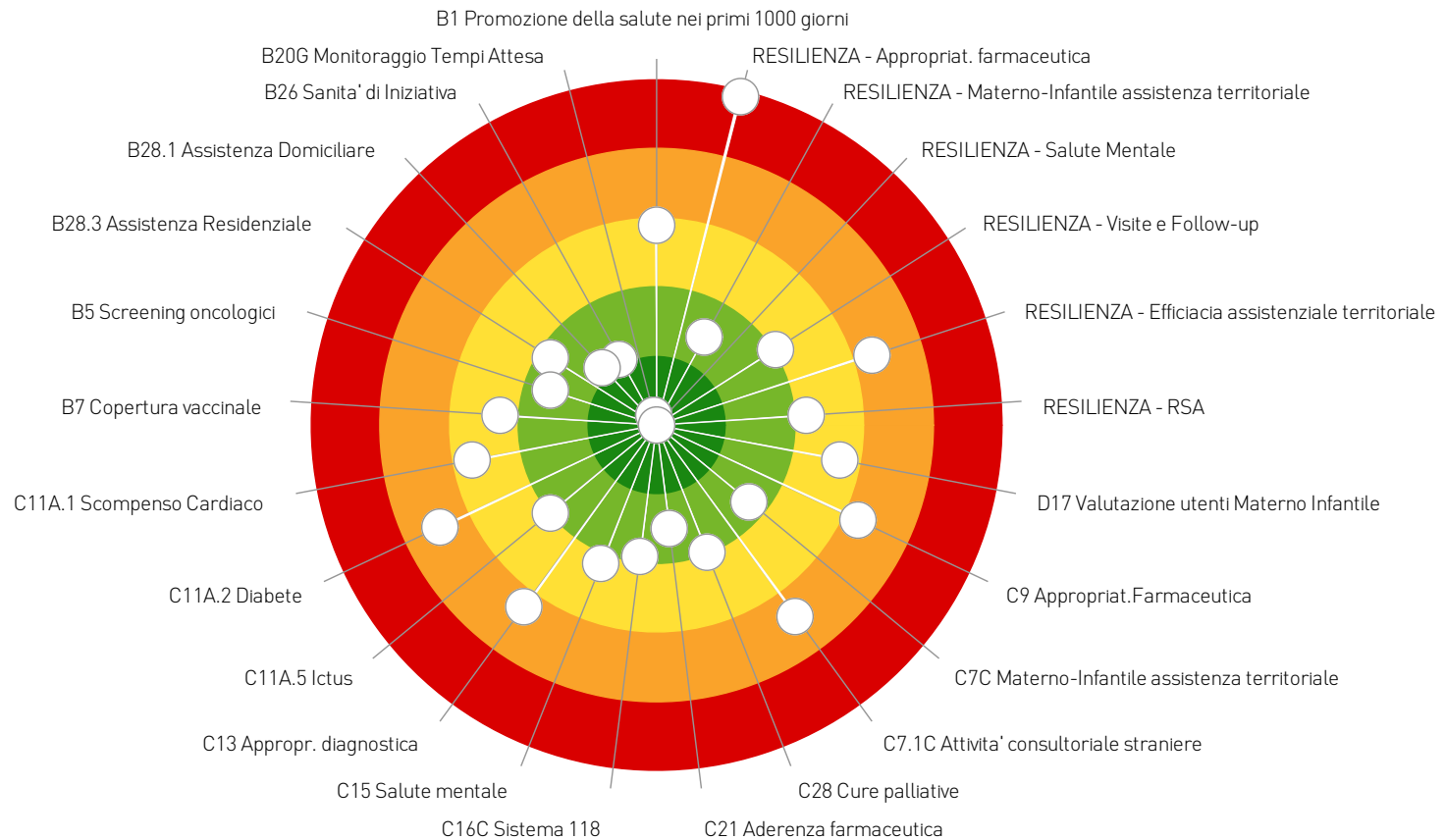
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

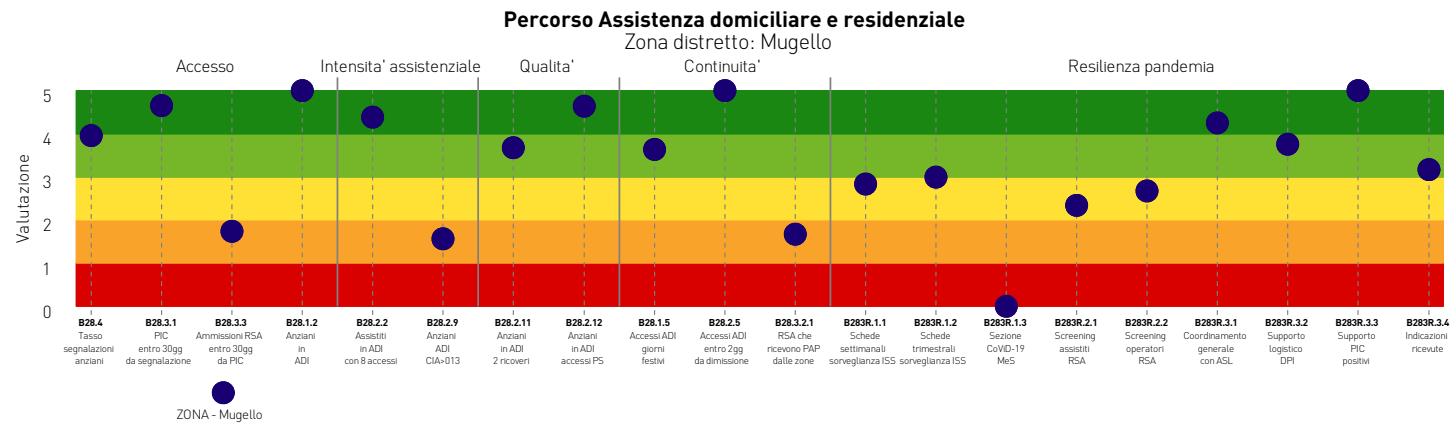
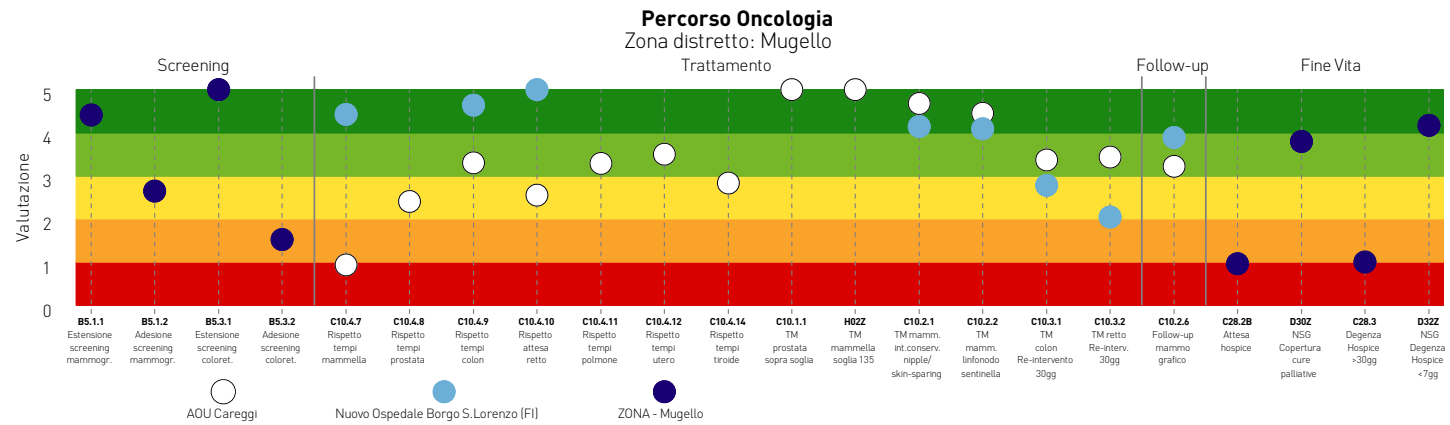
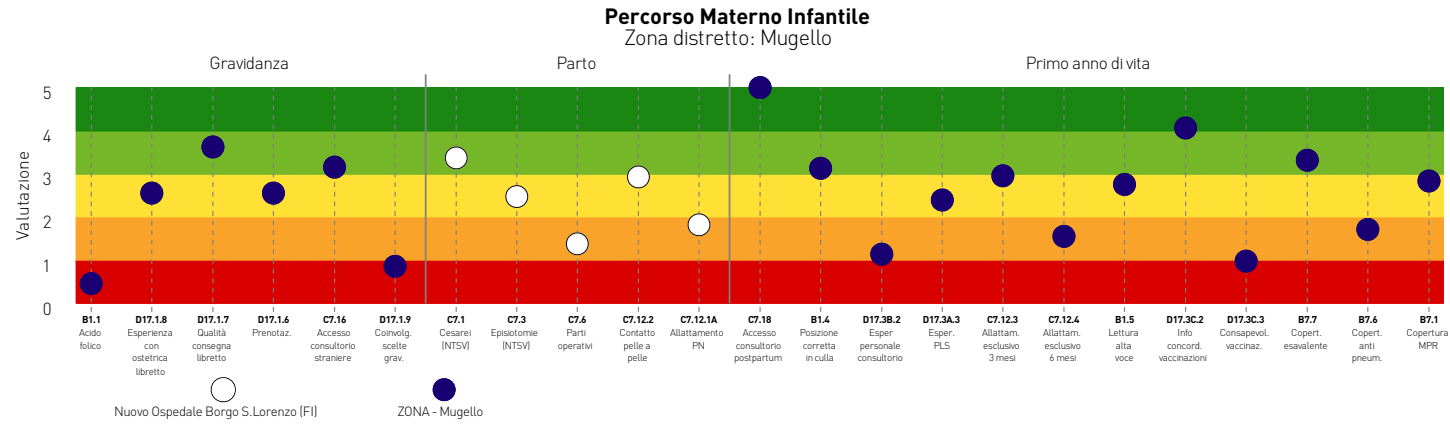
Numero indicatori di valutazione: 67

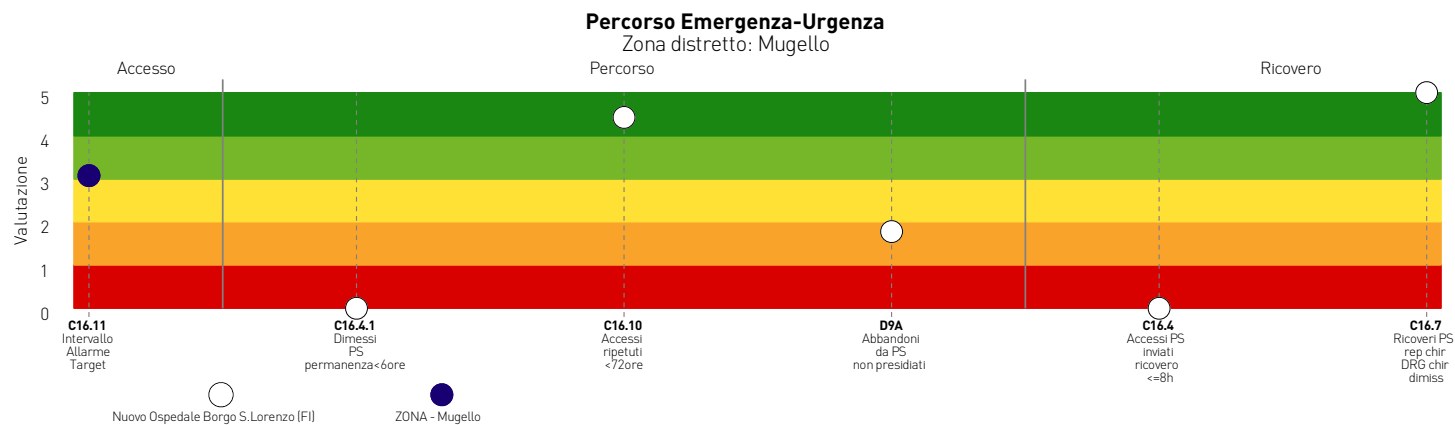
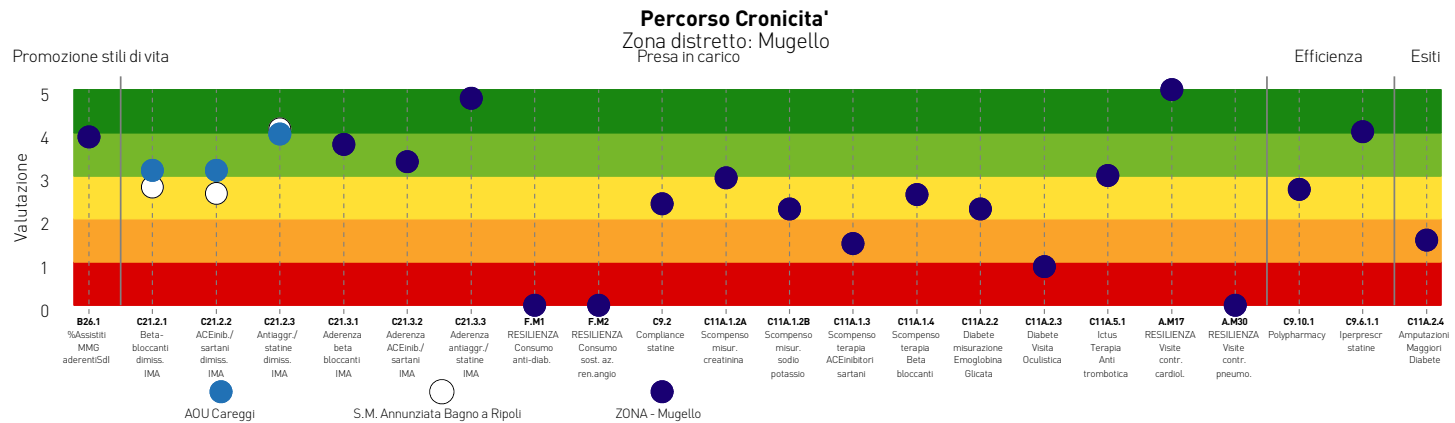
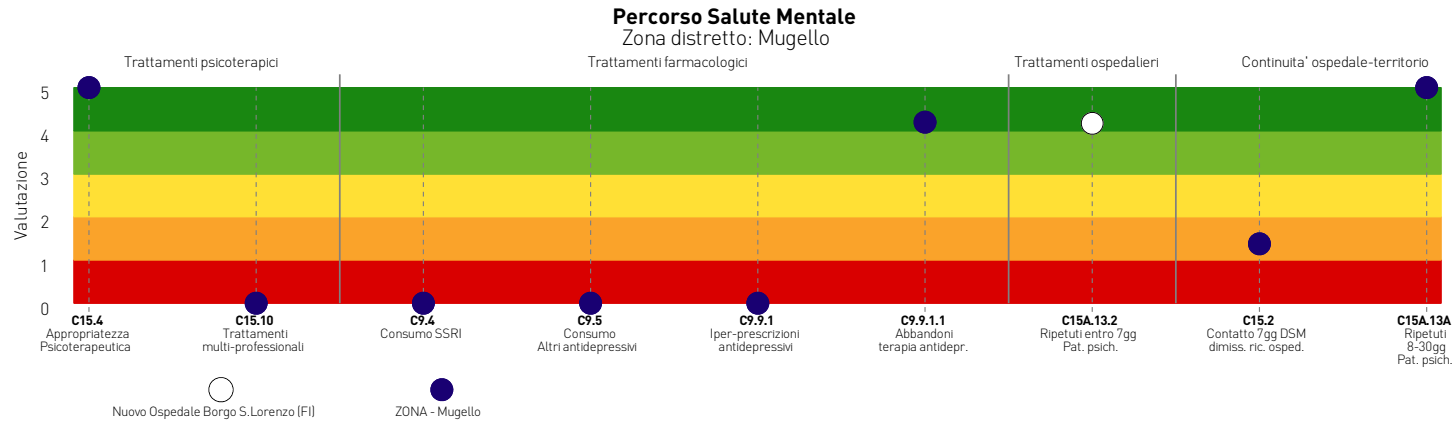


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Mugello Valutazione della performance 2020



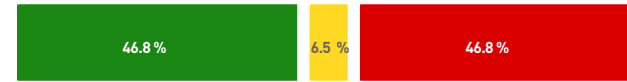




# Empolese -Valdarno Inferiore

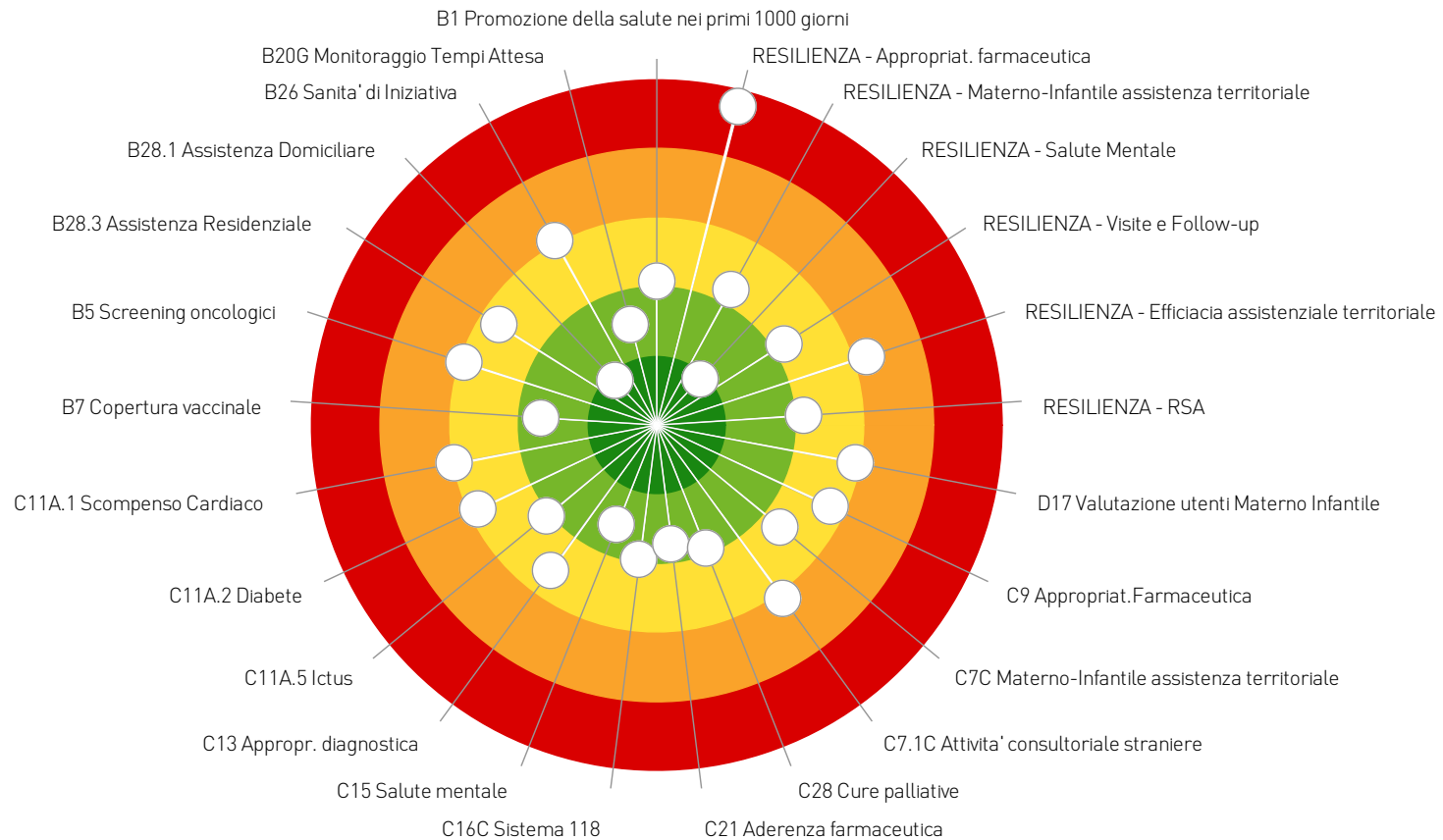
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 62

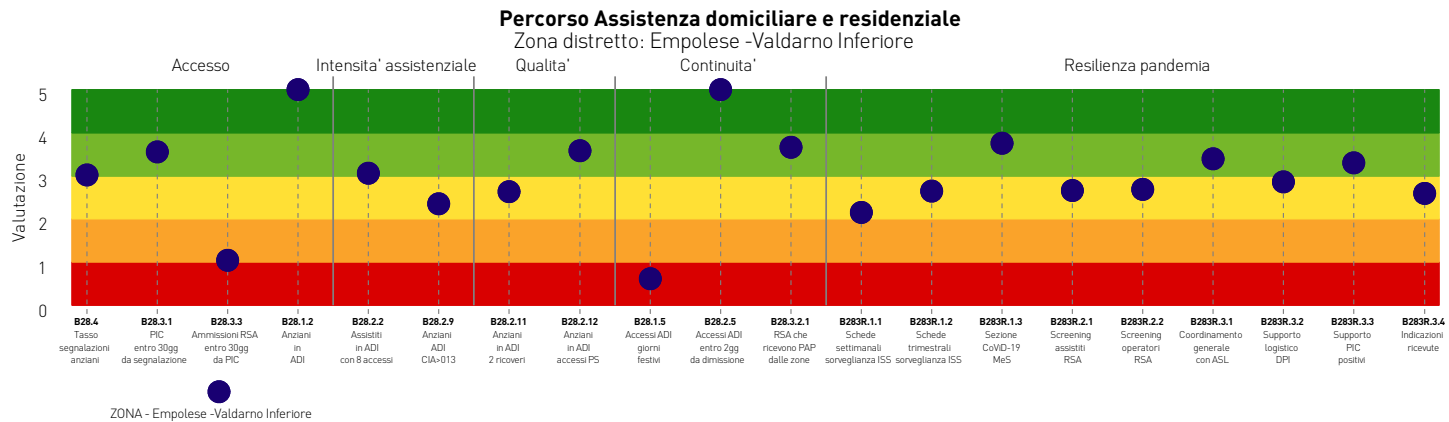
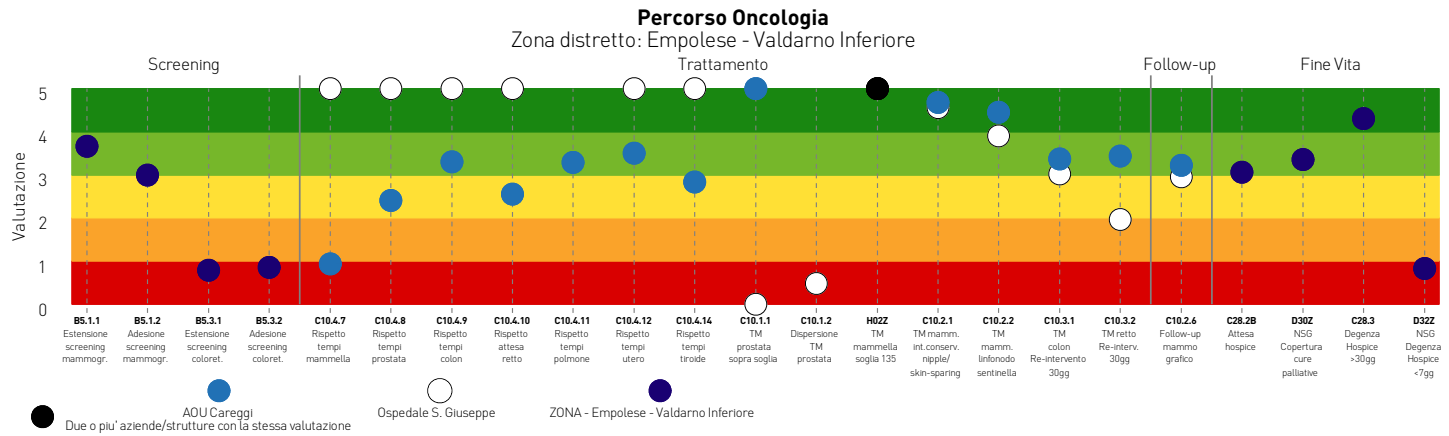
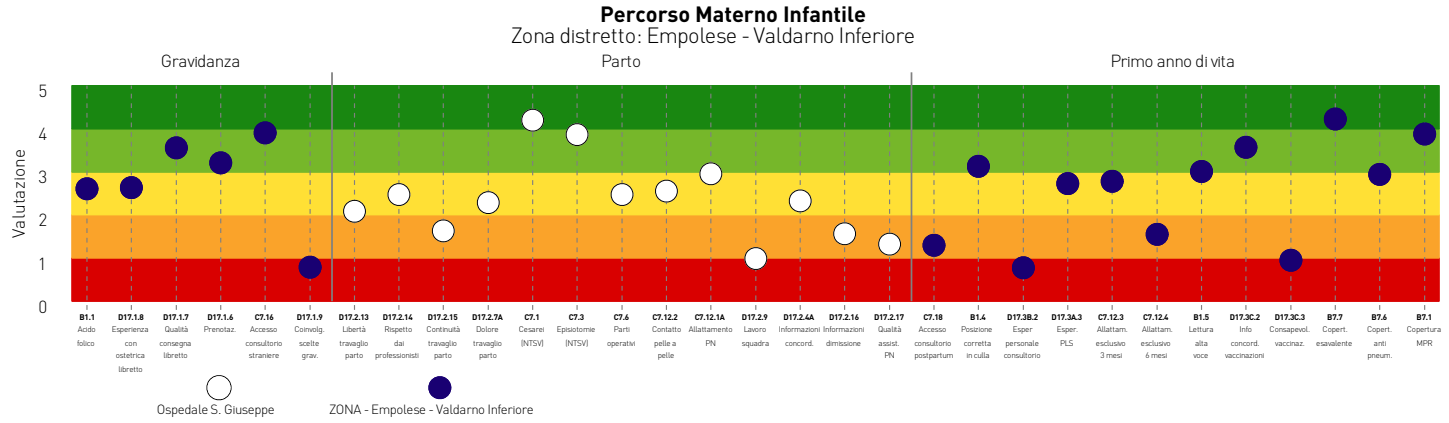


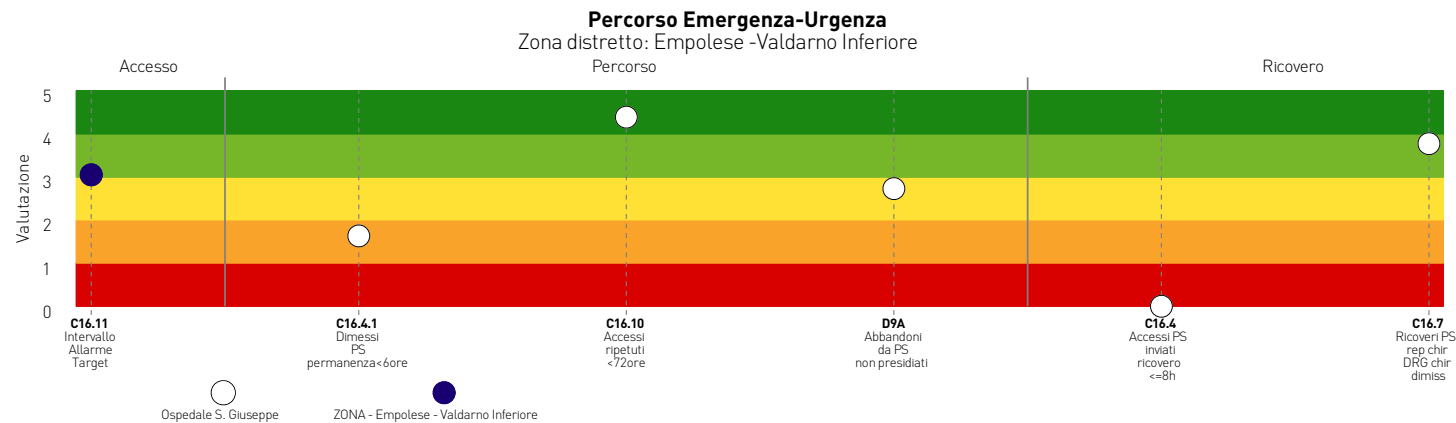
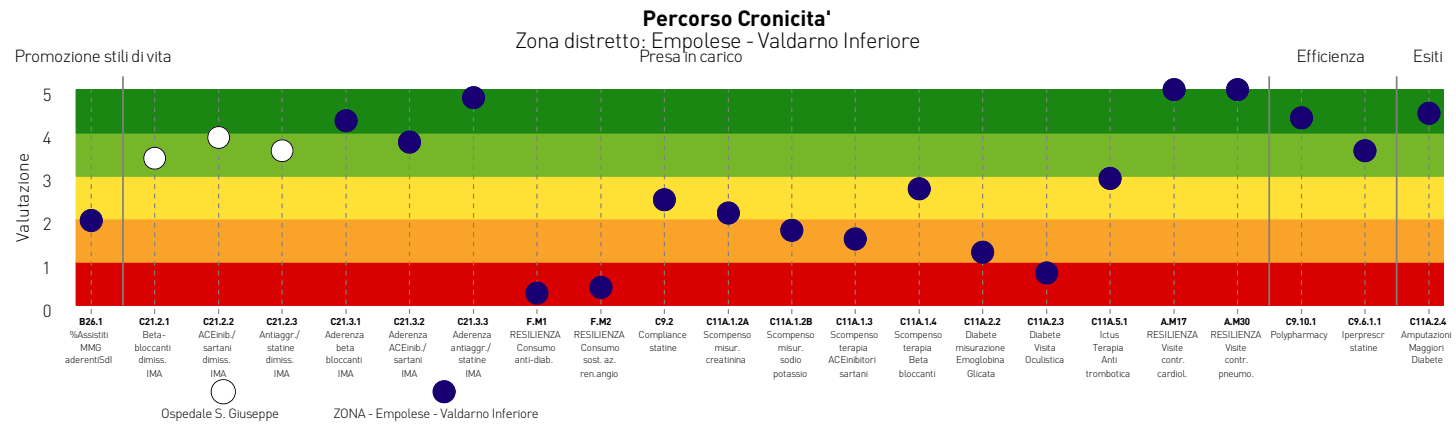
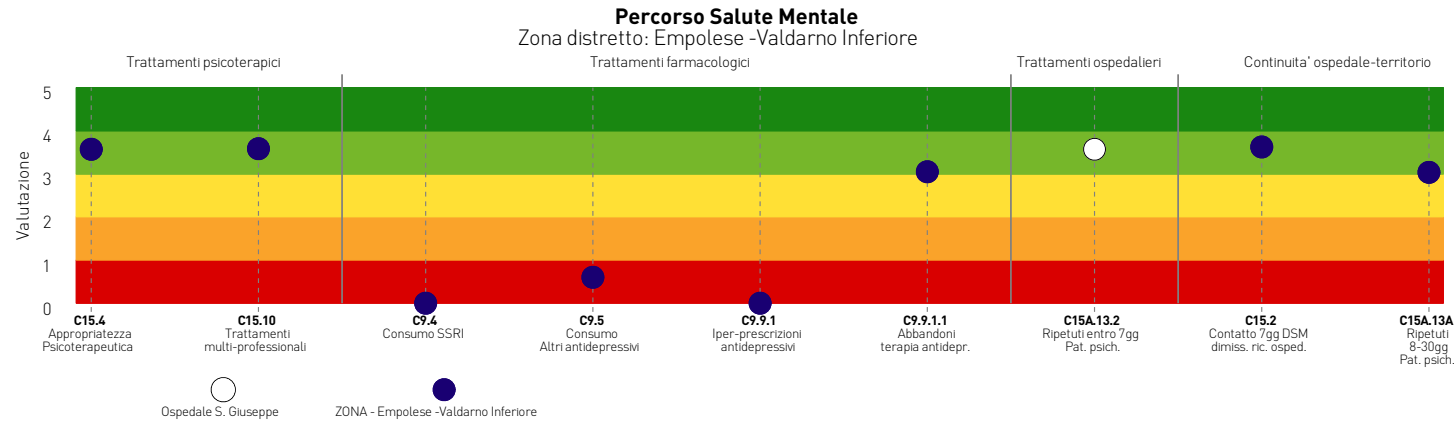
● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Empolese -Valdarno Inferiore Valutazione della performance 2020





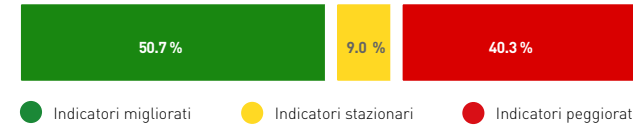




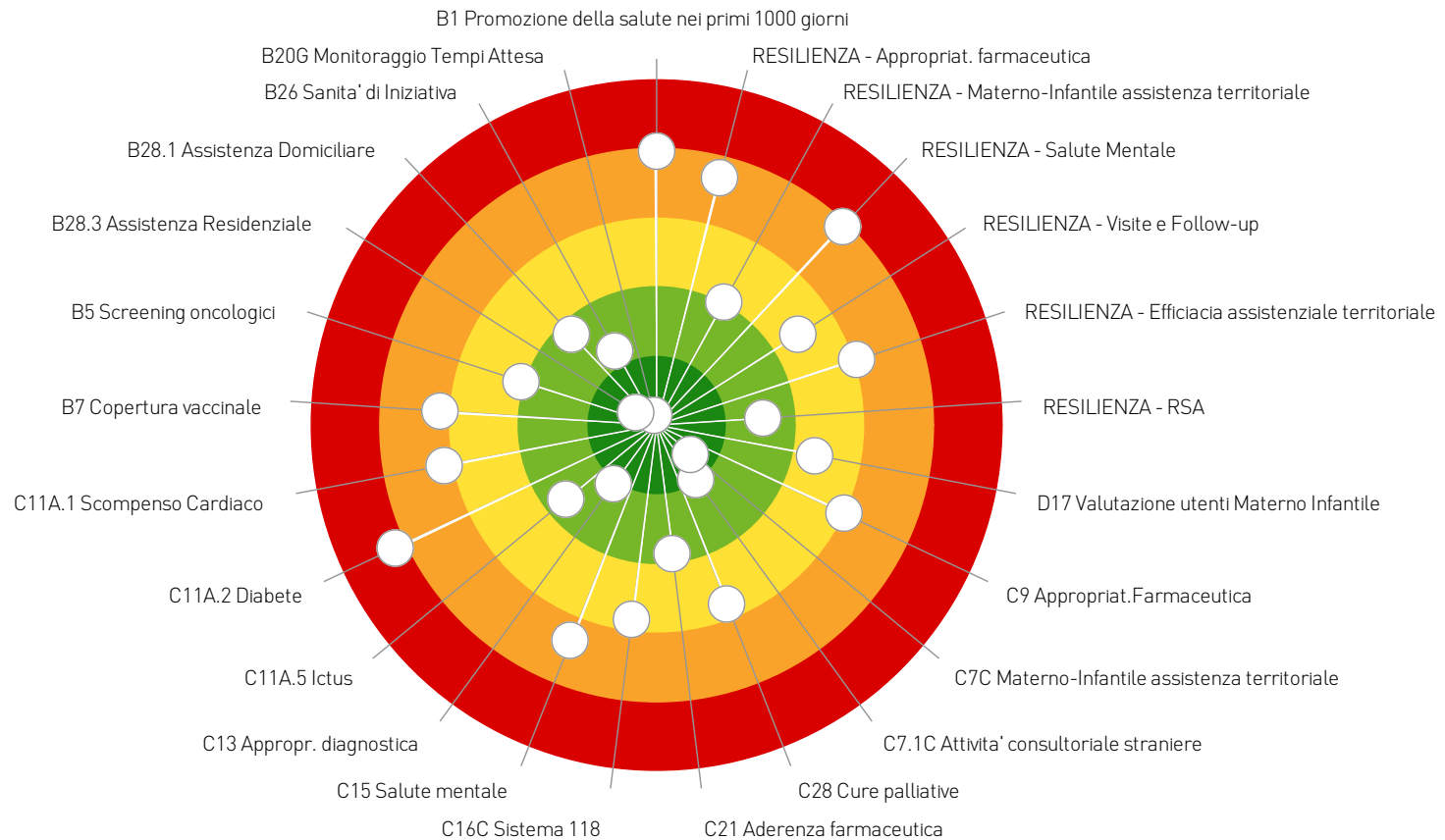
# Lunigiana

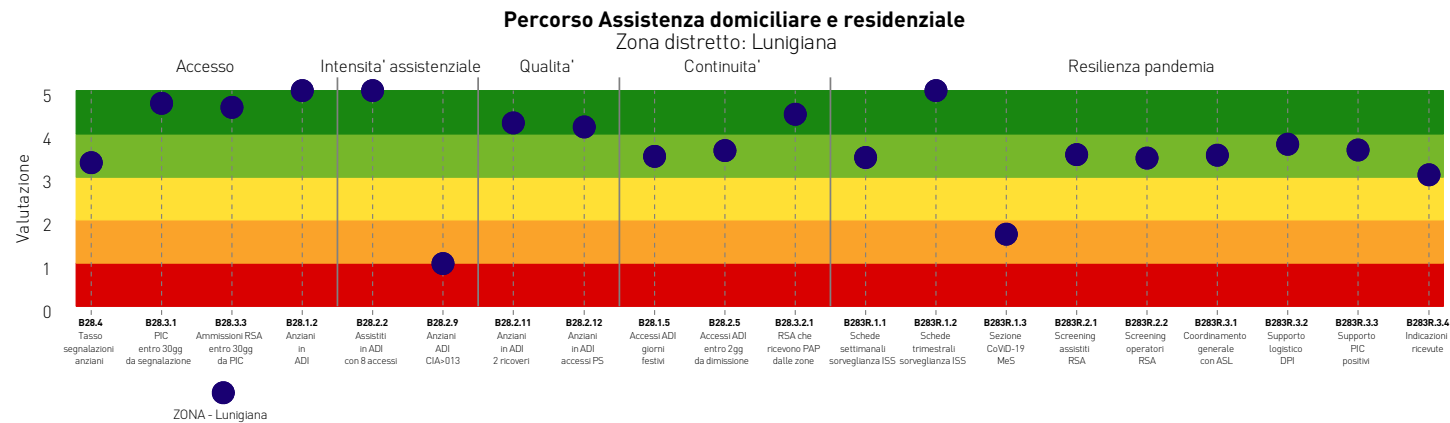
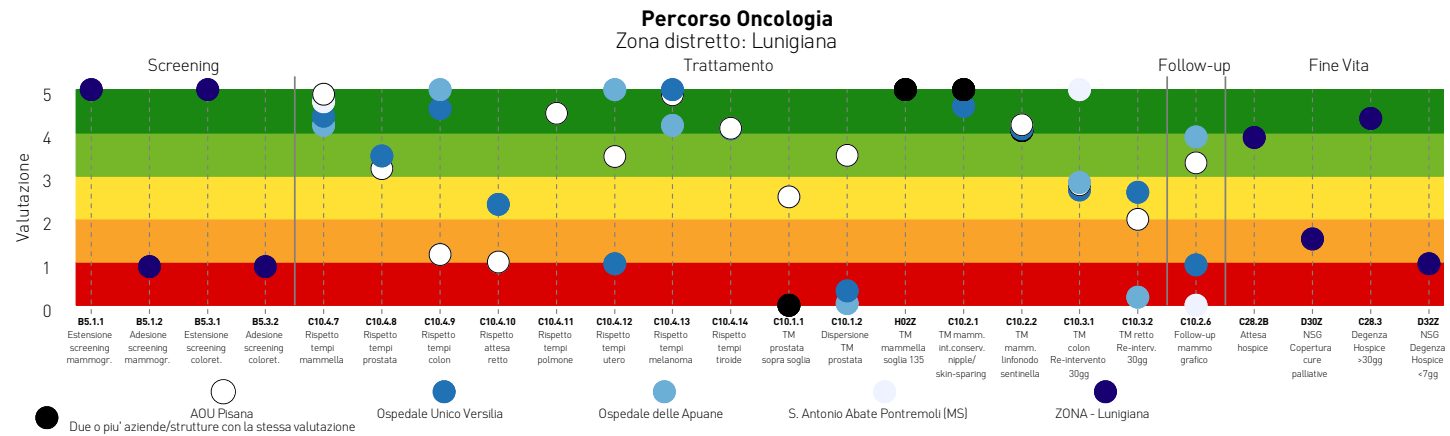
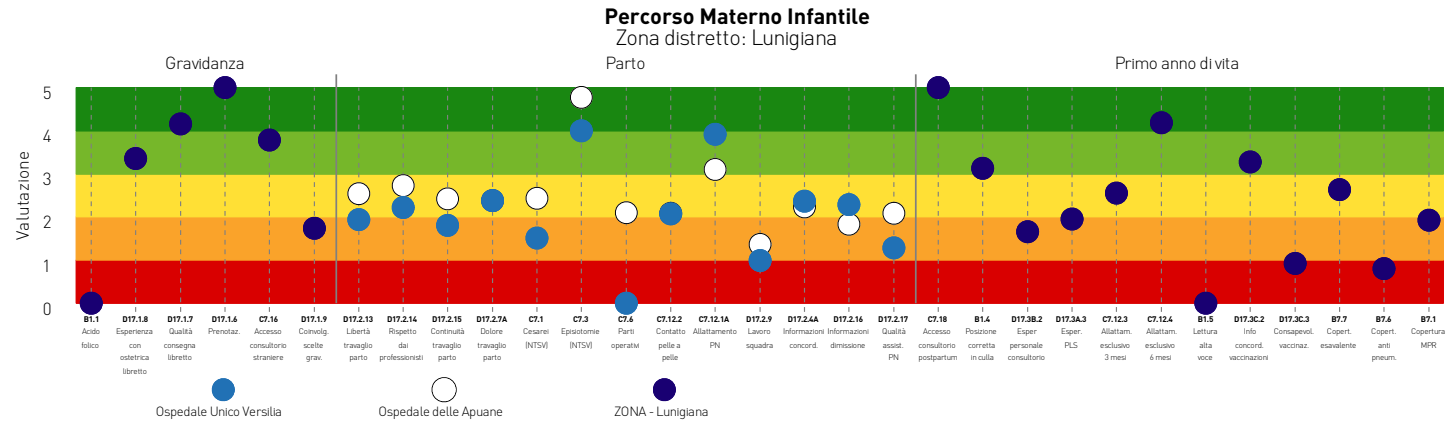
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

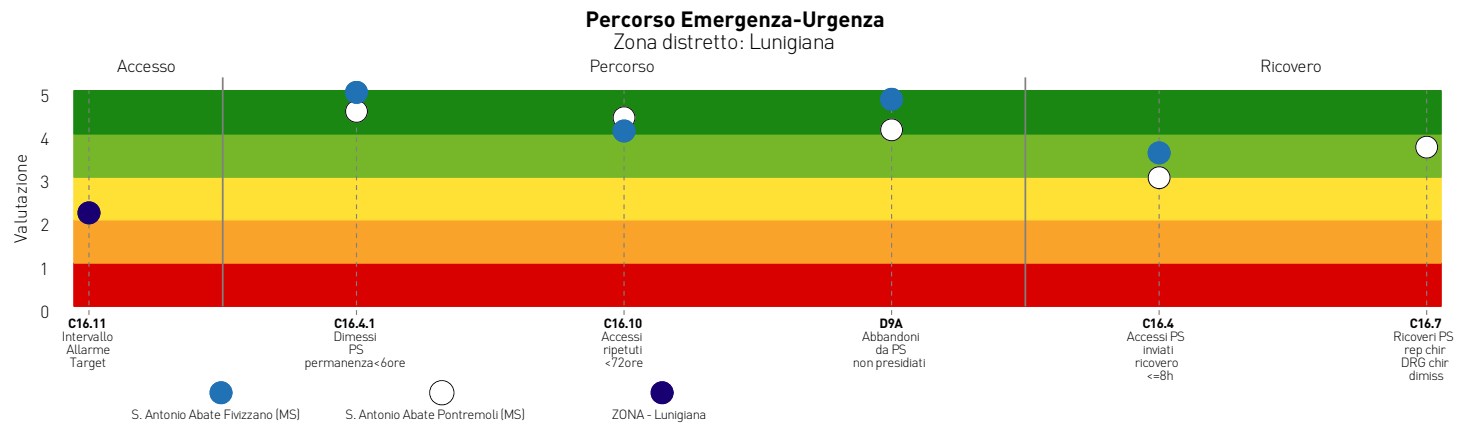
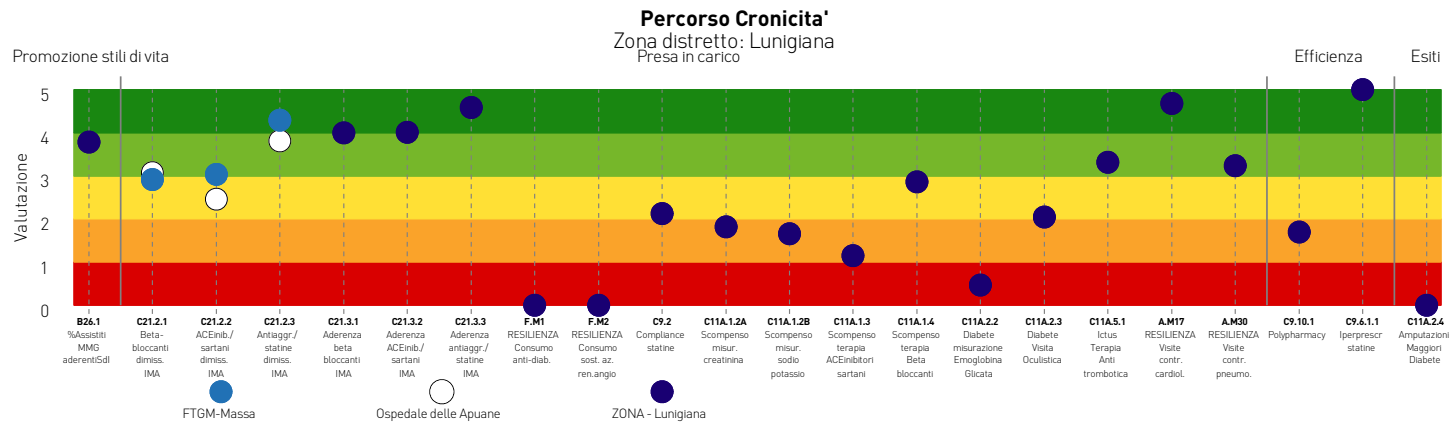
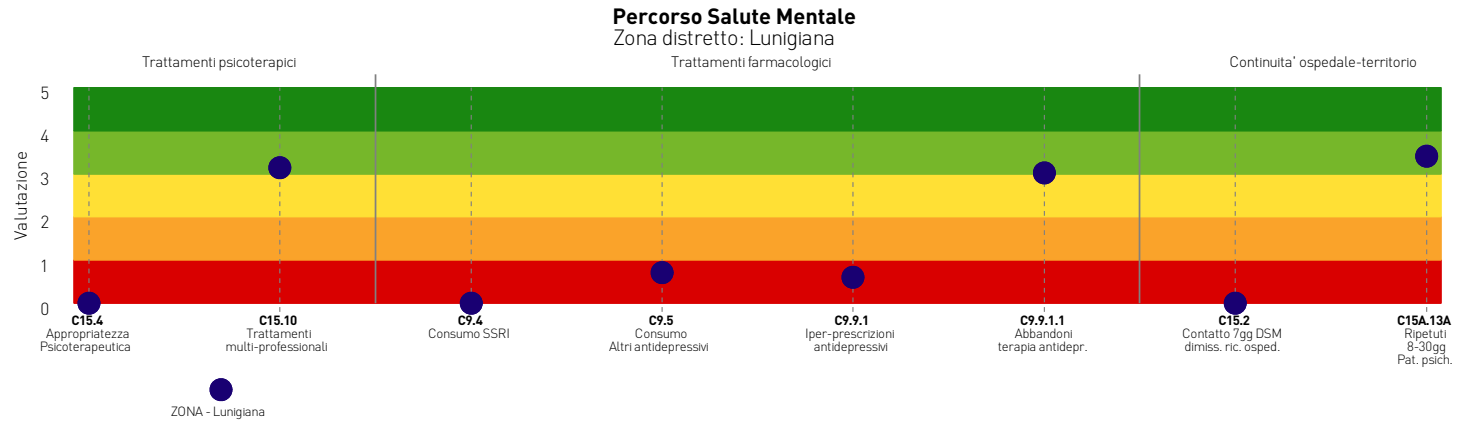
Numero indicatori di valutazione: 67



## Lunigiana Valutazione della performance 2020



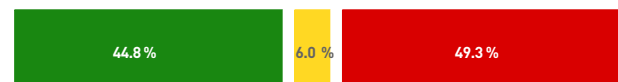




# Apuane

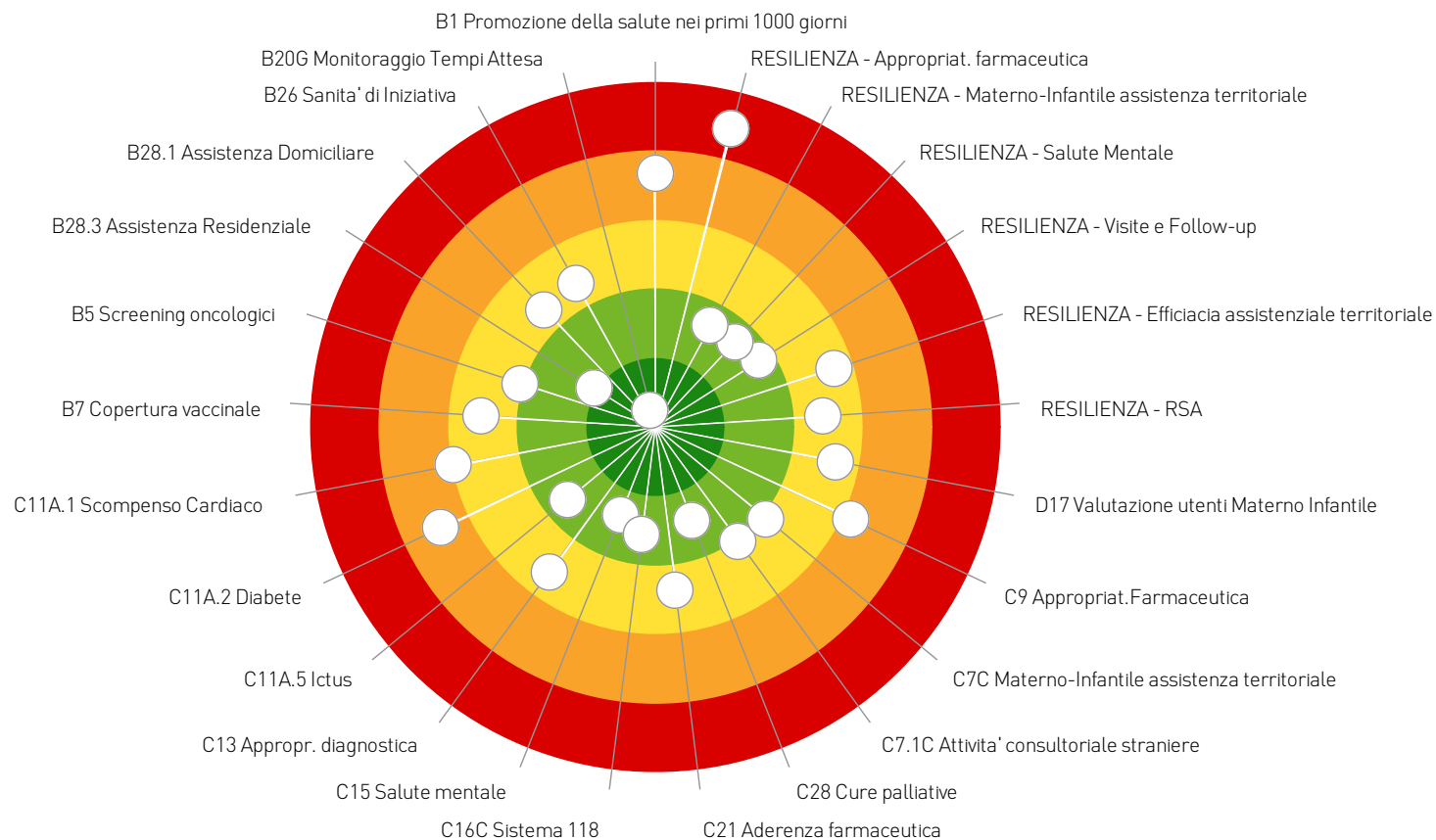
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

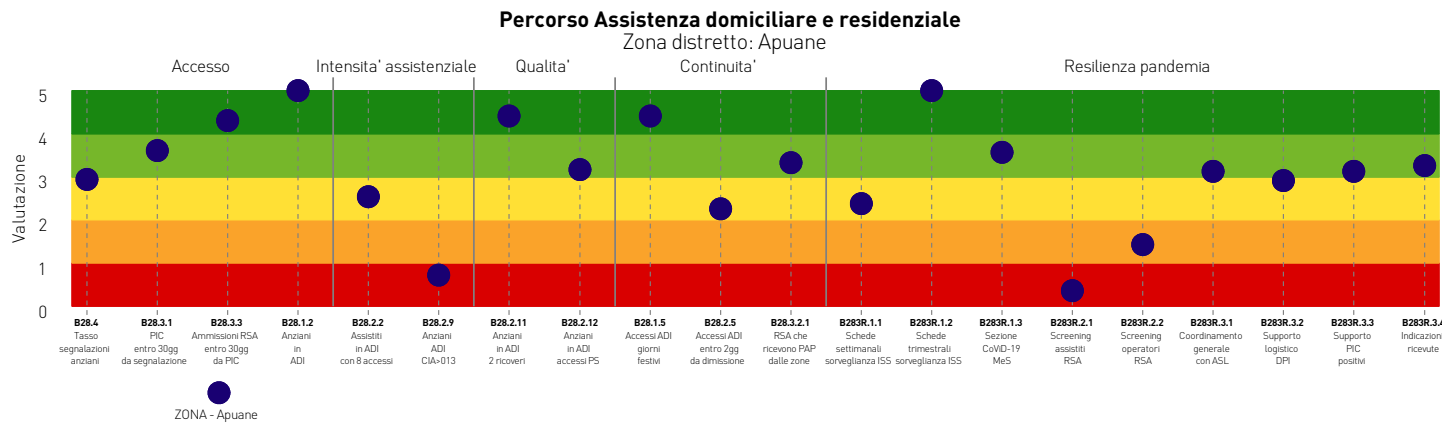
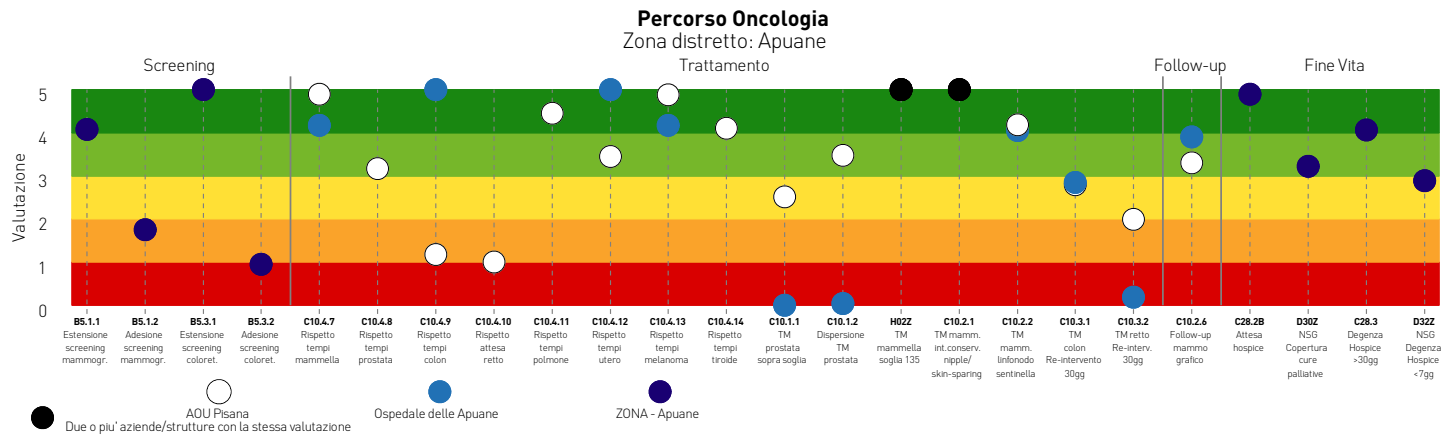
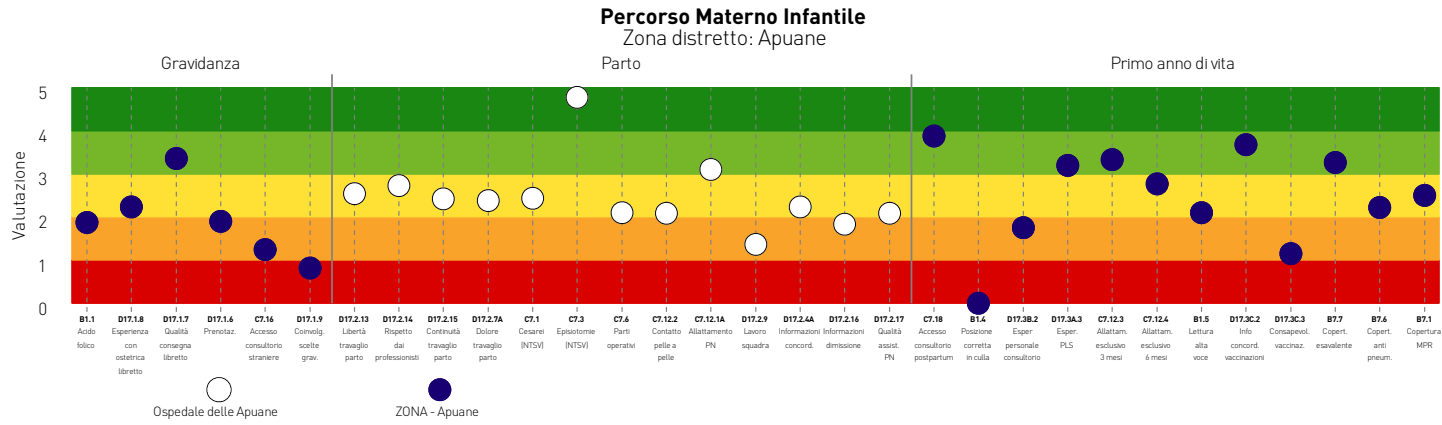
Numero indicatori di valutazione: 67

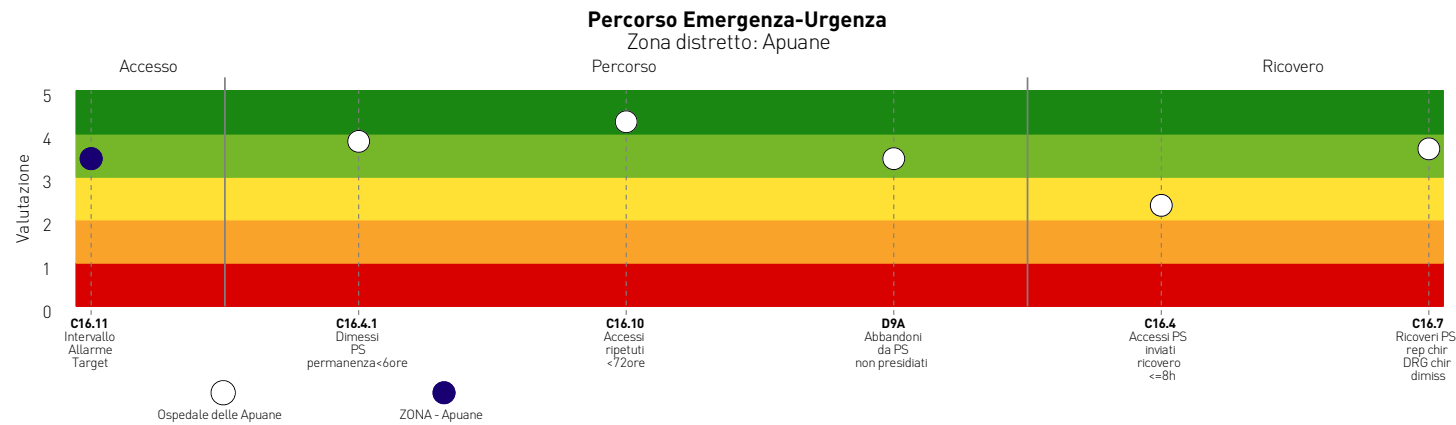
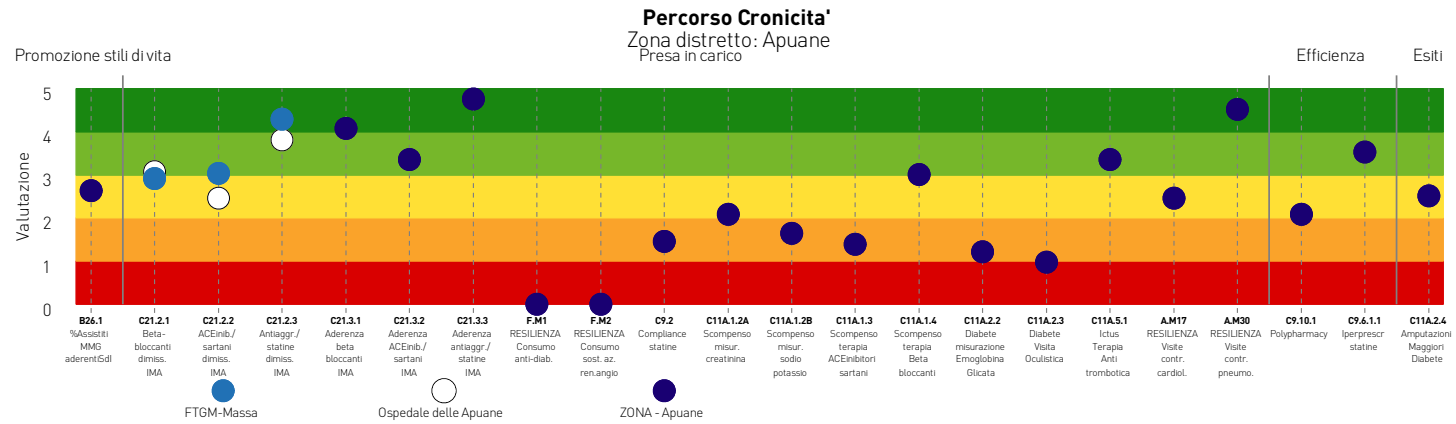
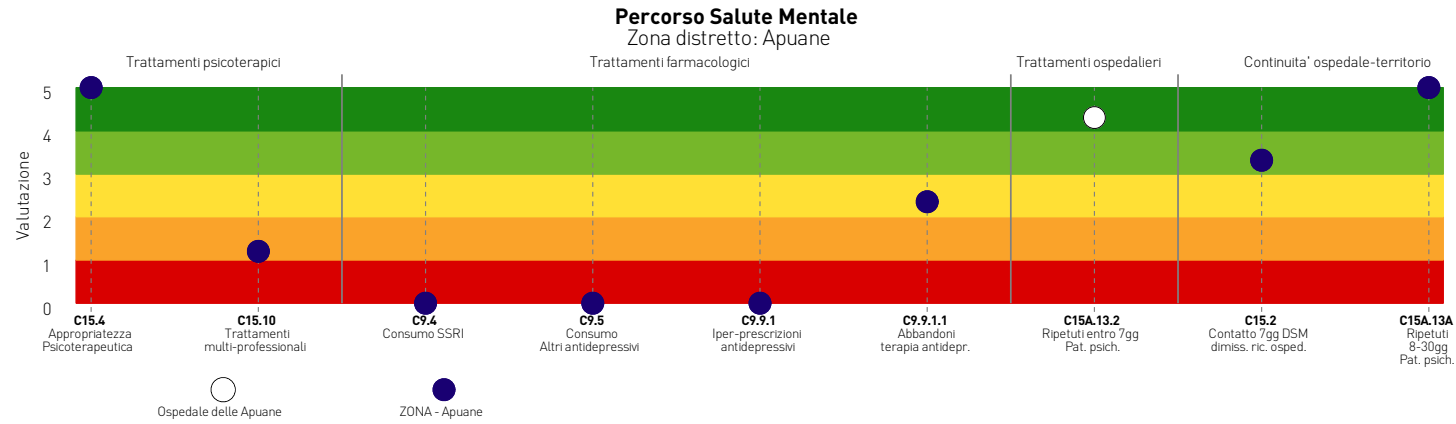


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Apuane Valutazione della performance 2020





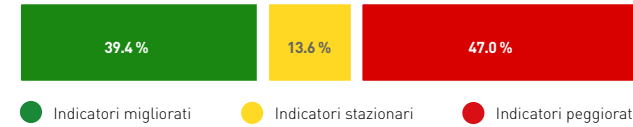




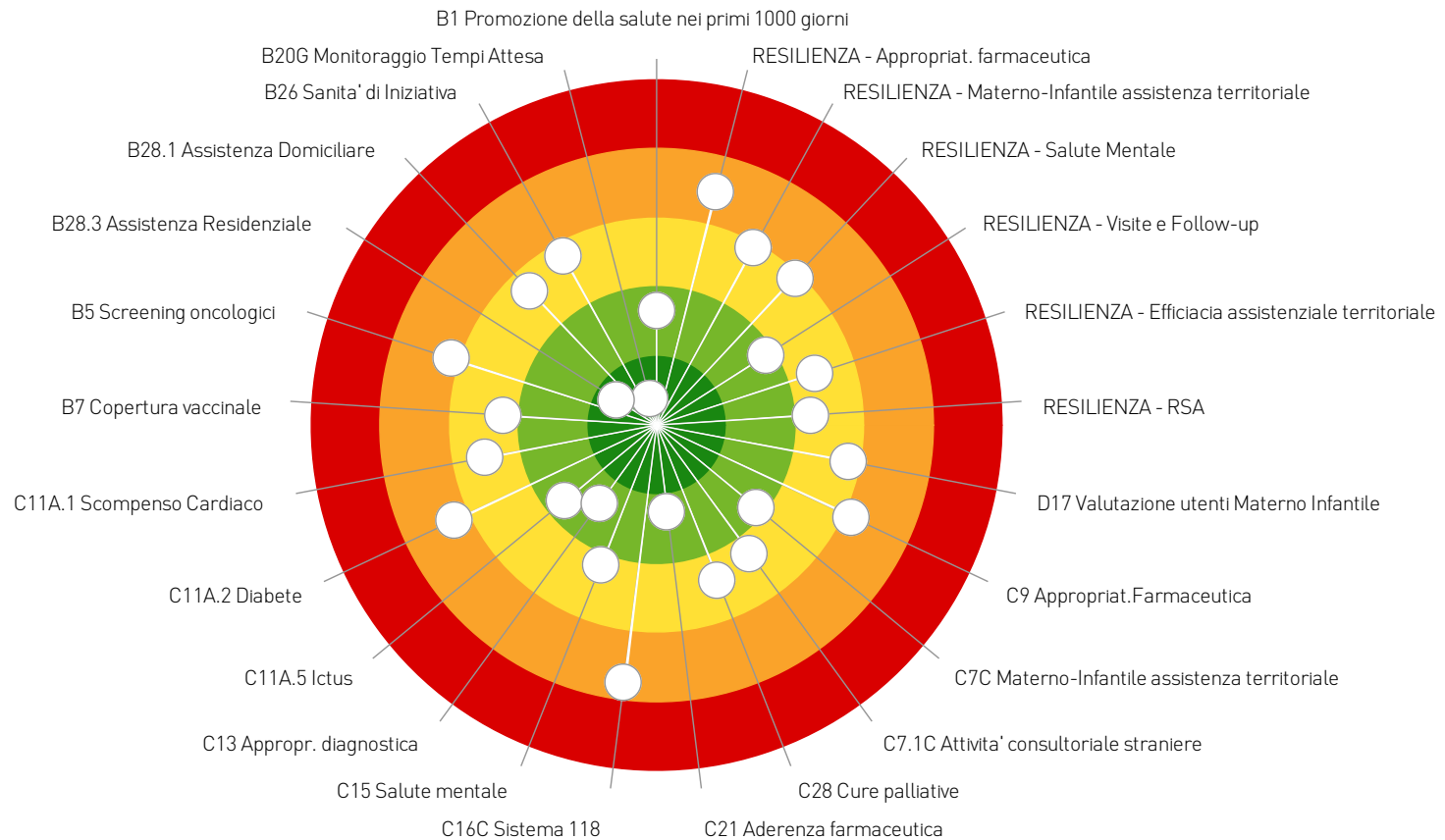
# Valle del Serchio

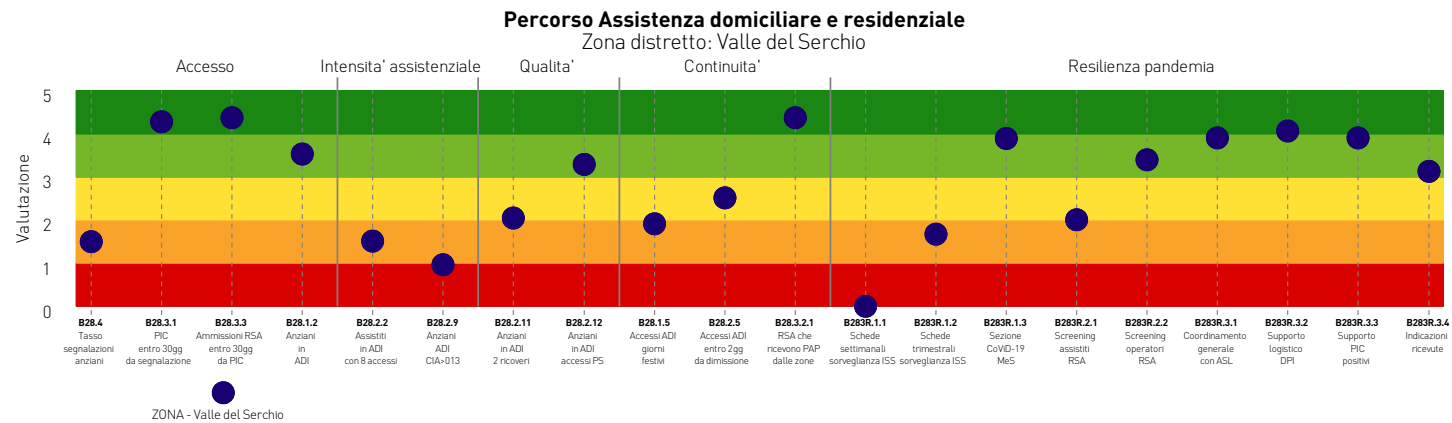
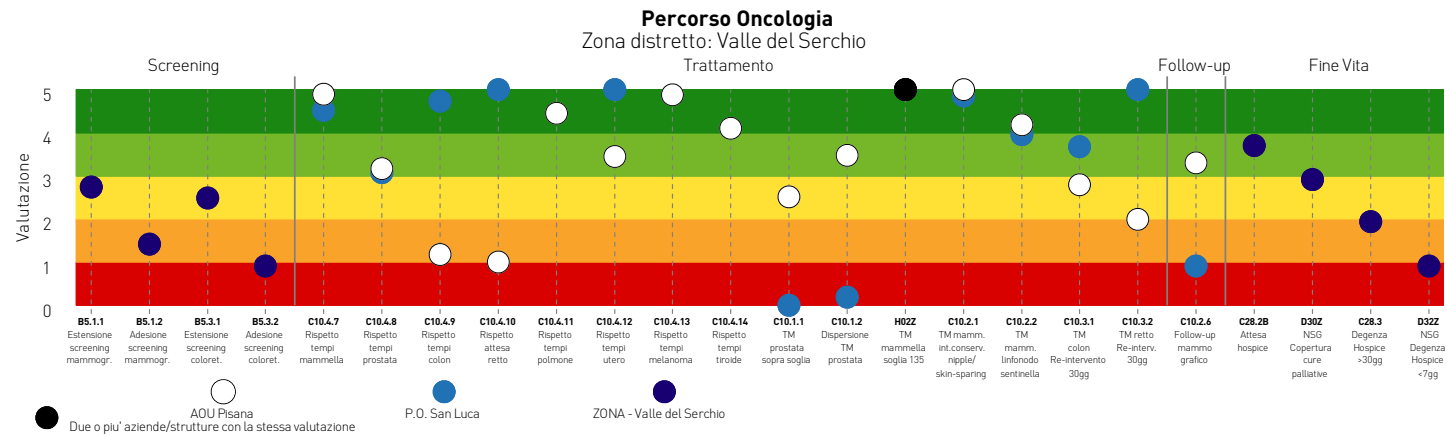
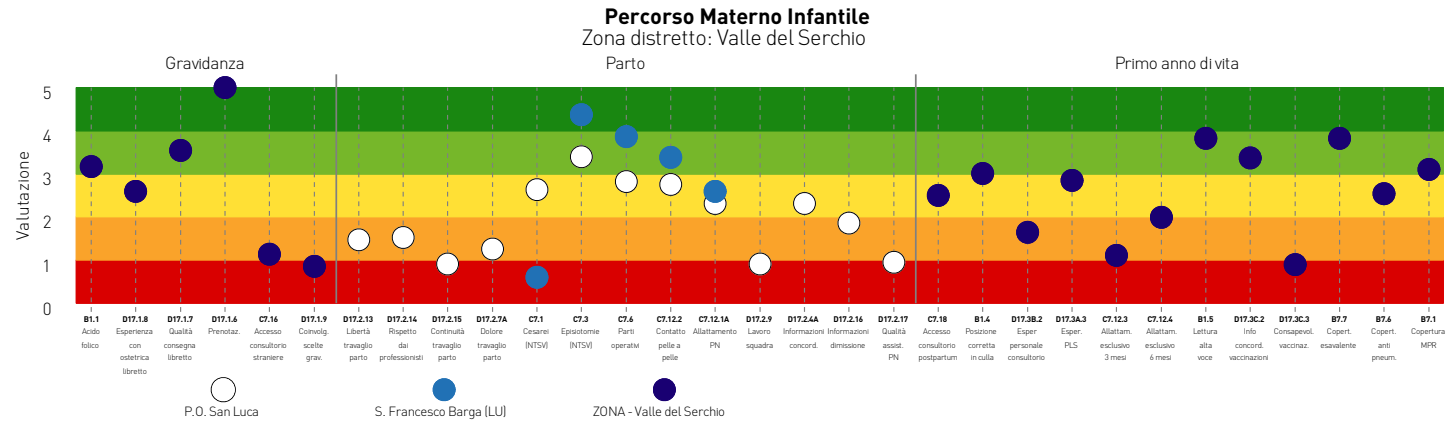
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

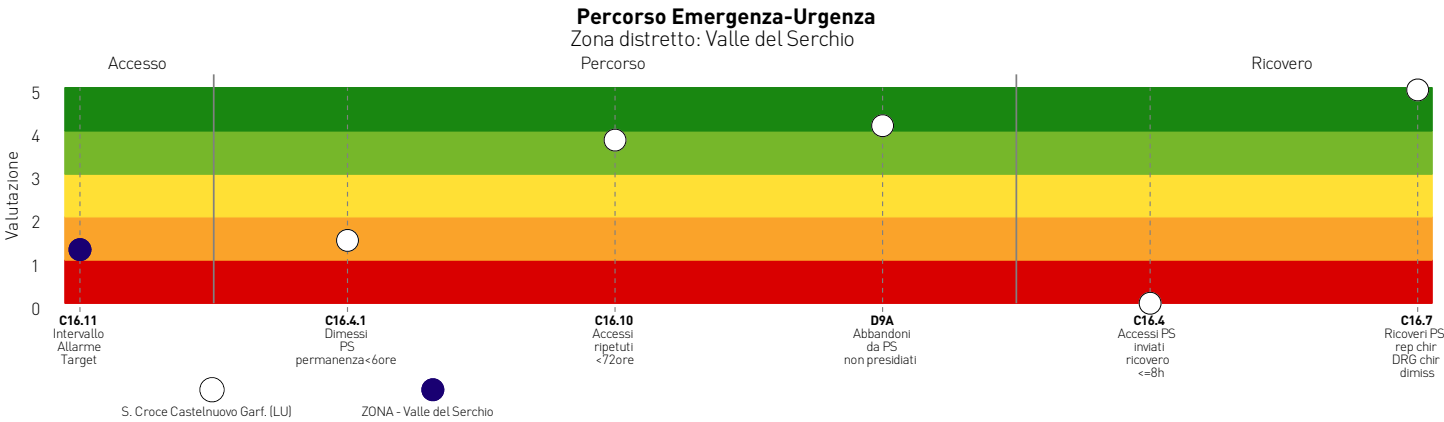
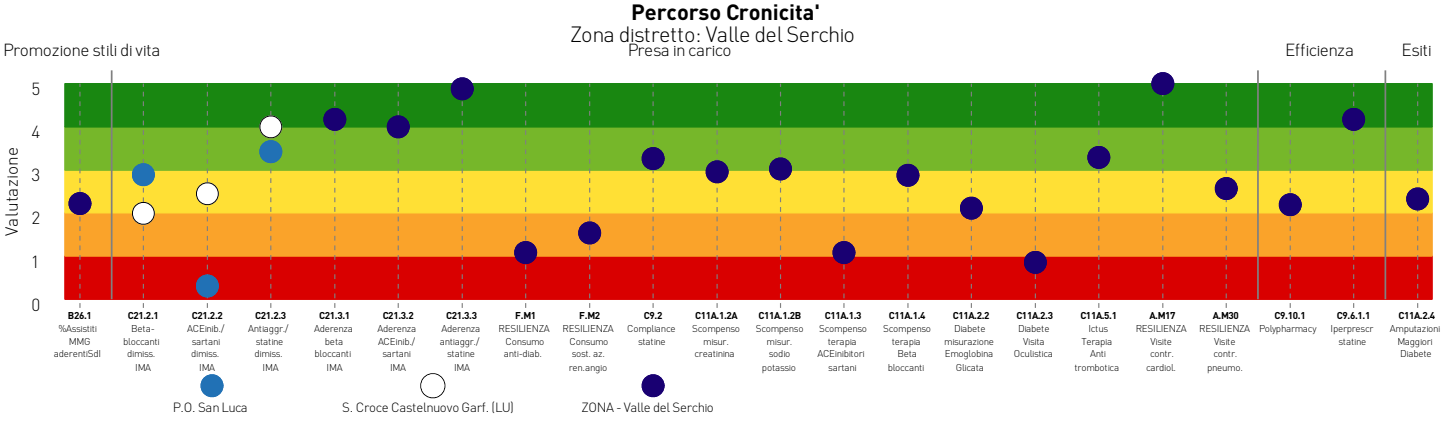
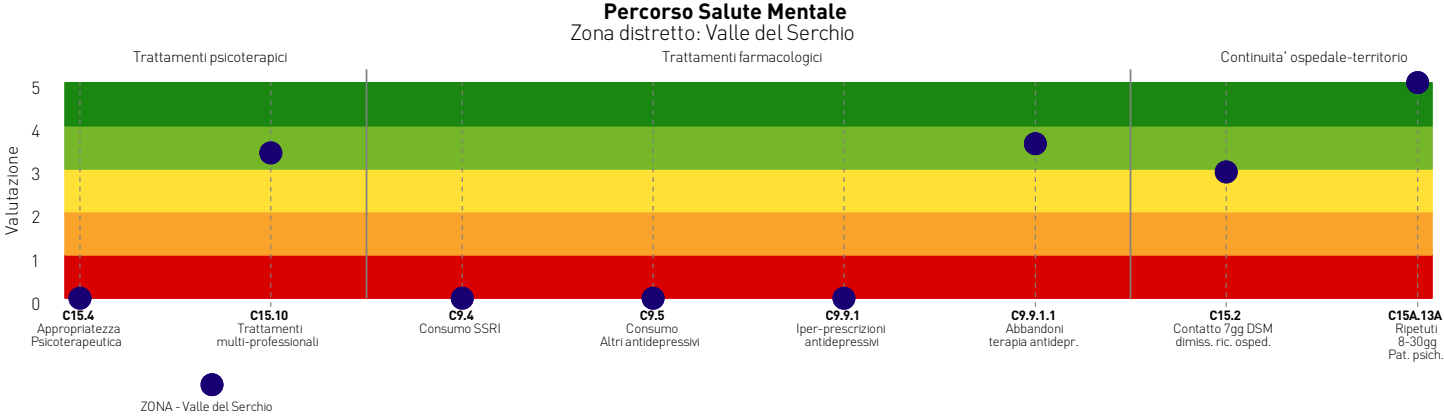
Numero indicatori di valutazione: 66



## Valle del Serchio Valutazione della performance 2020



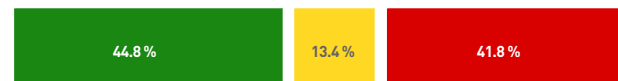




# Piana di Lucca

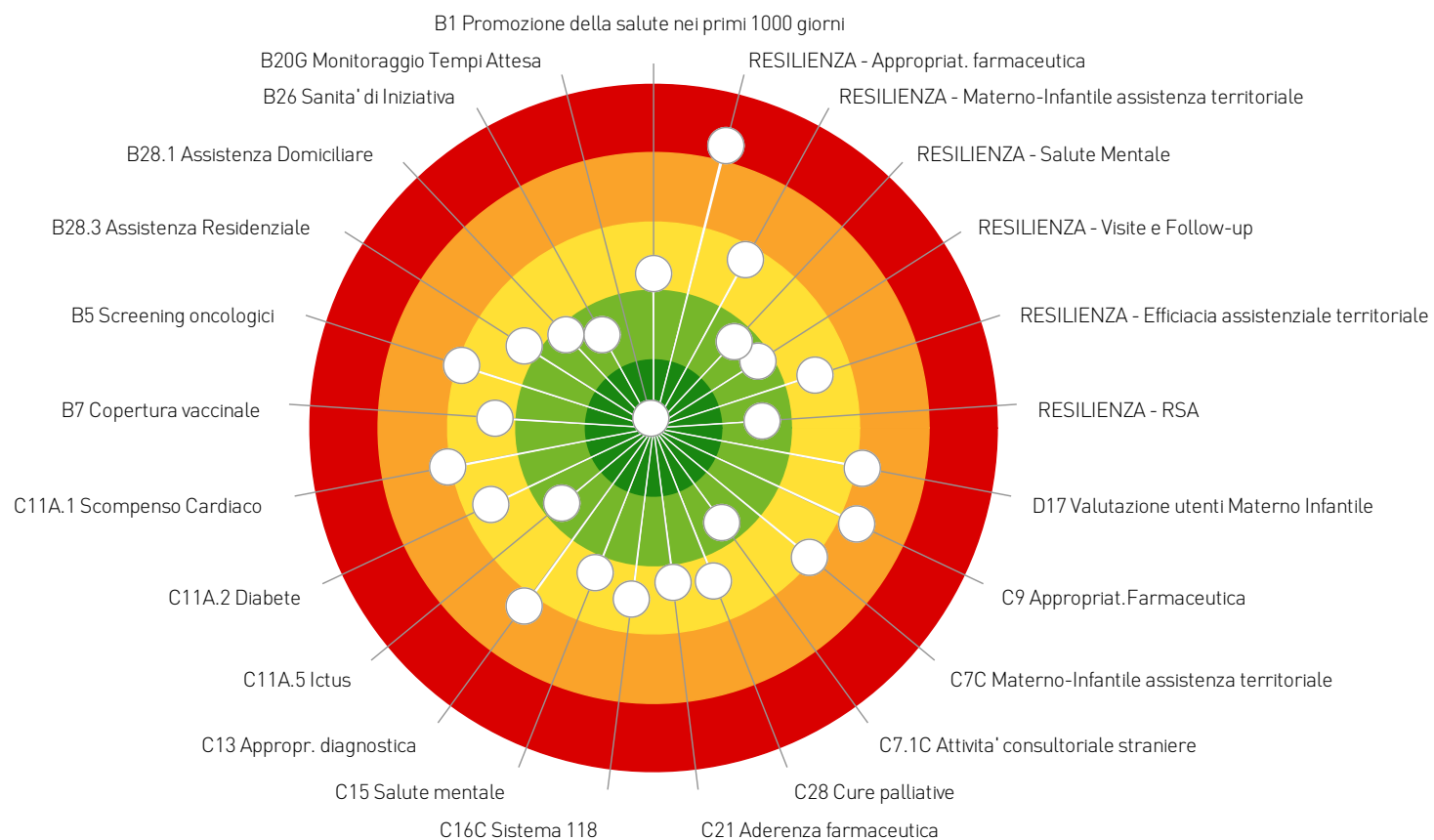
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

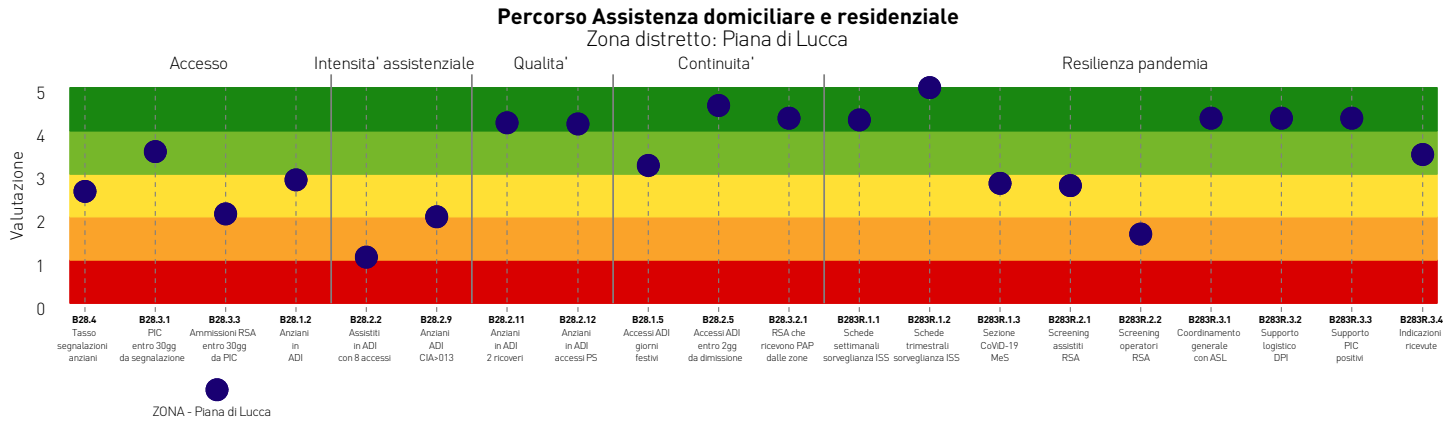
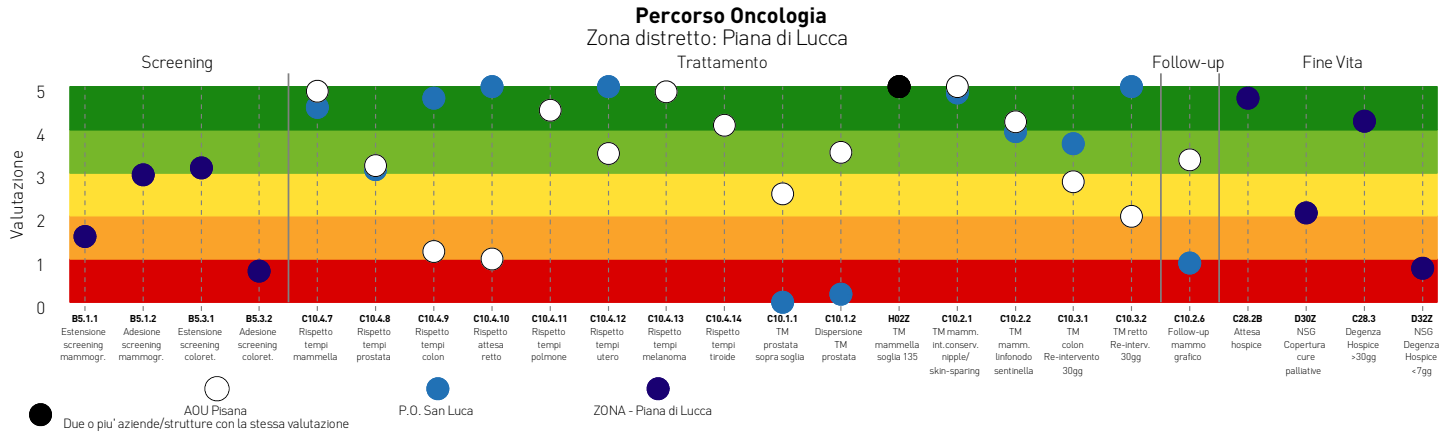
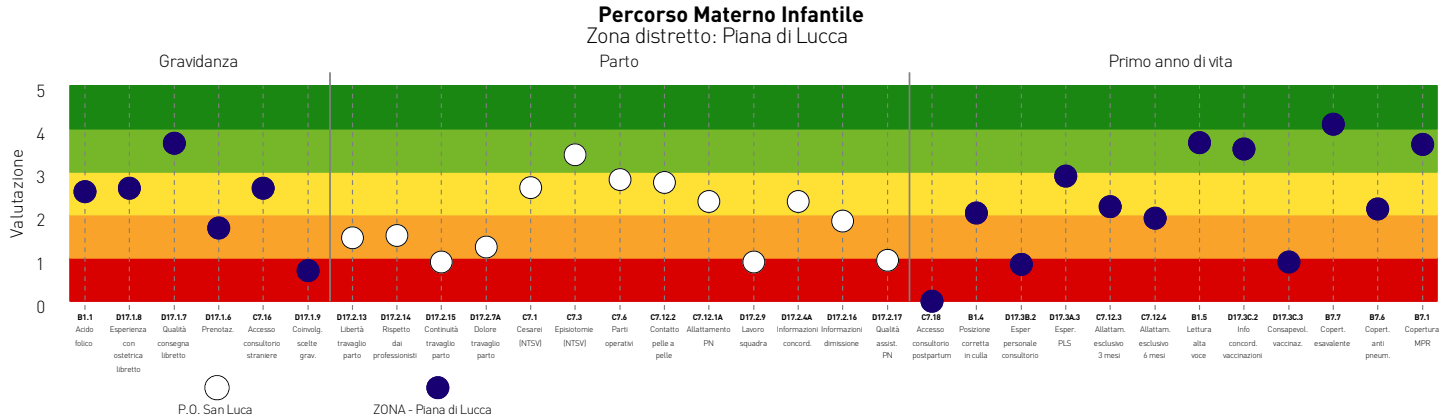
Numero indicatori di valutazione: 67

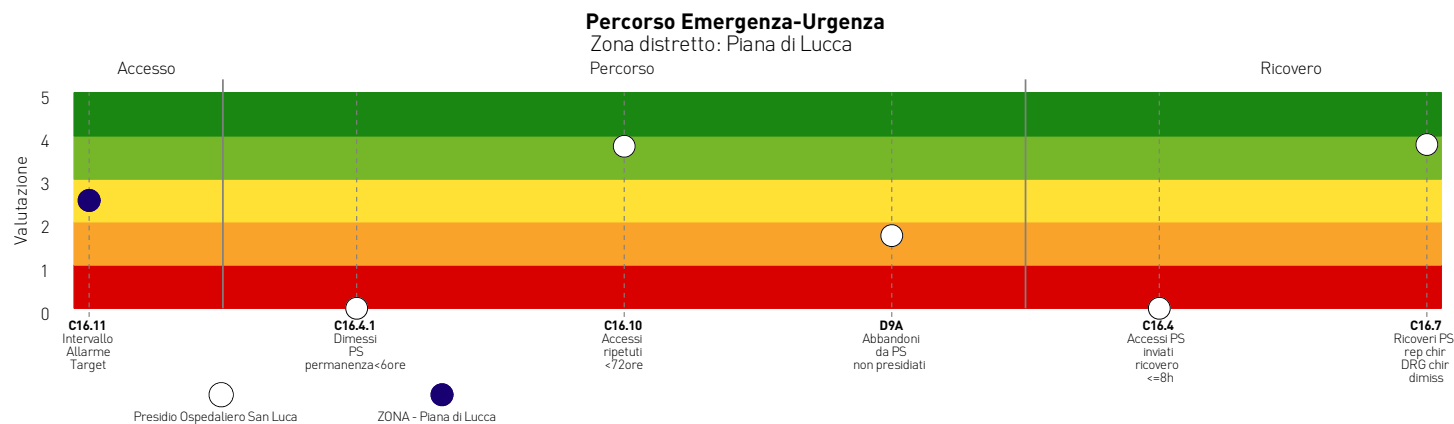
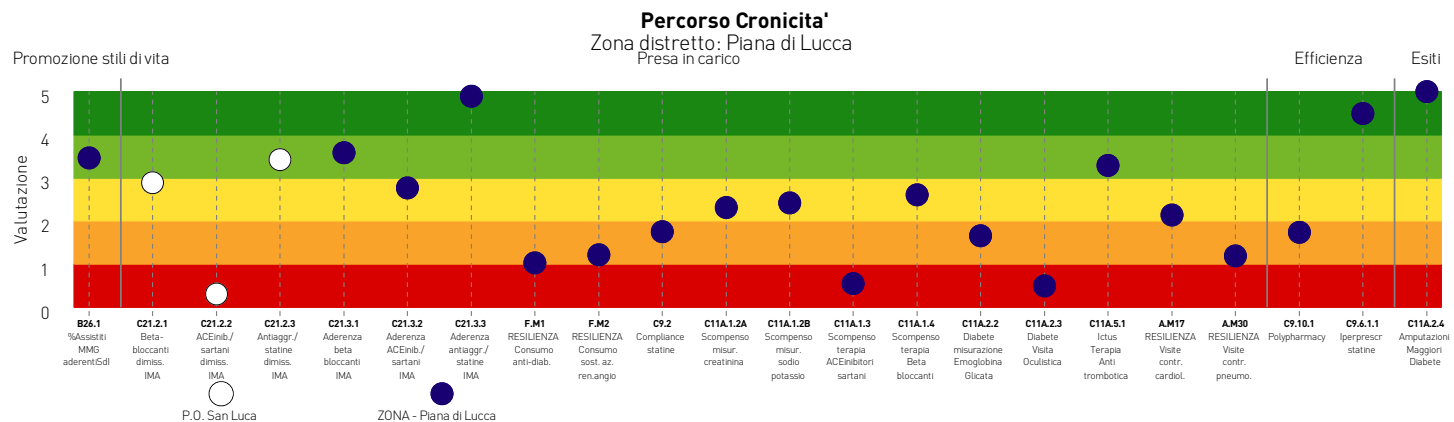
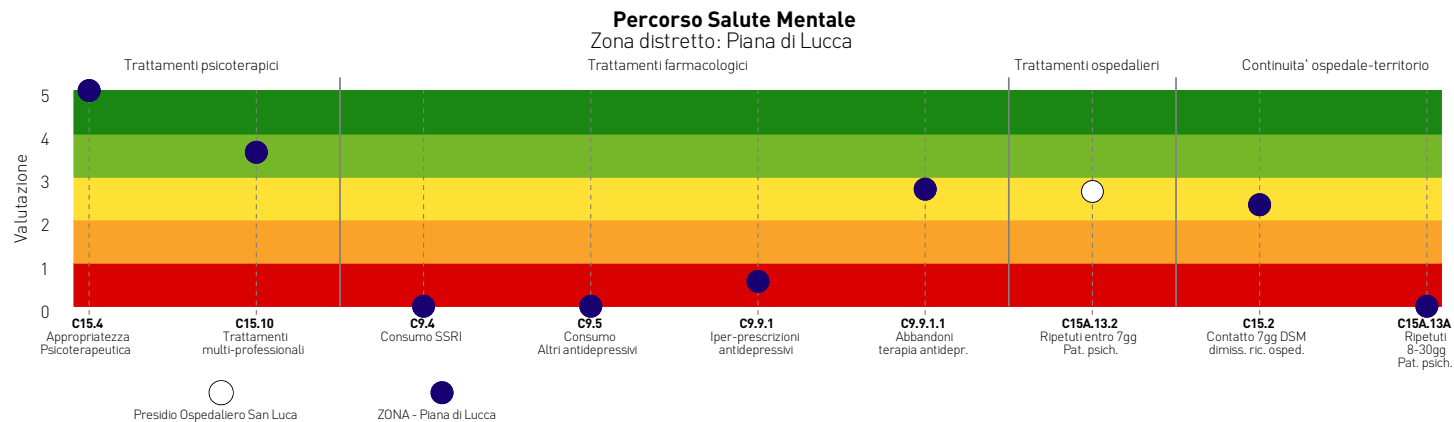


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Piana di Lucca Valutazione della performance 2020



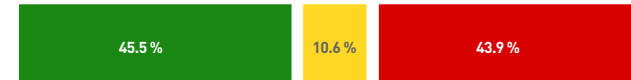




# Pisana

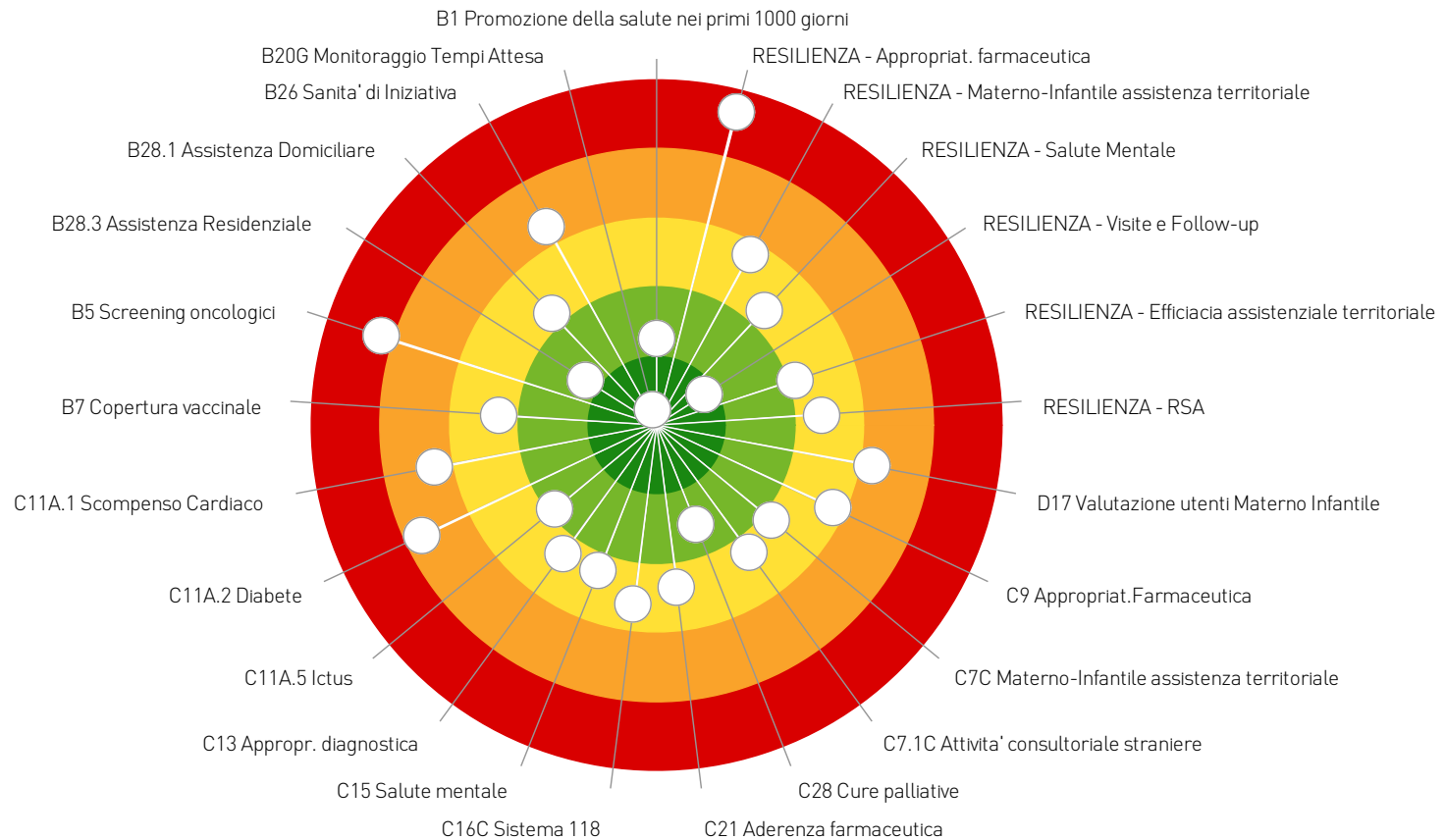
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

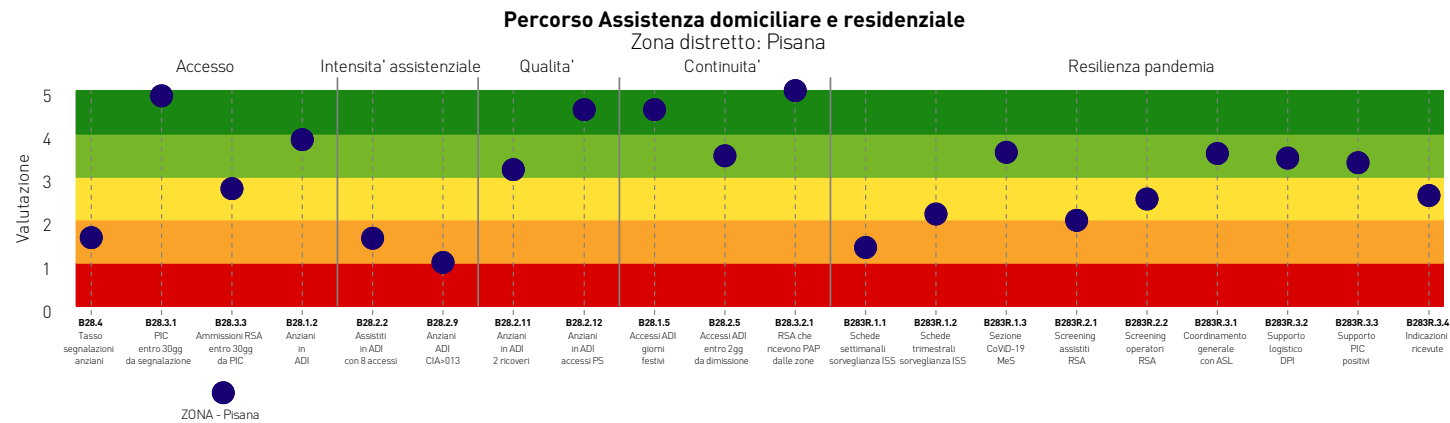
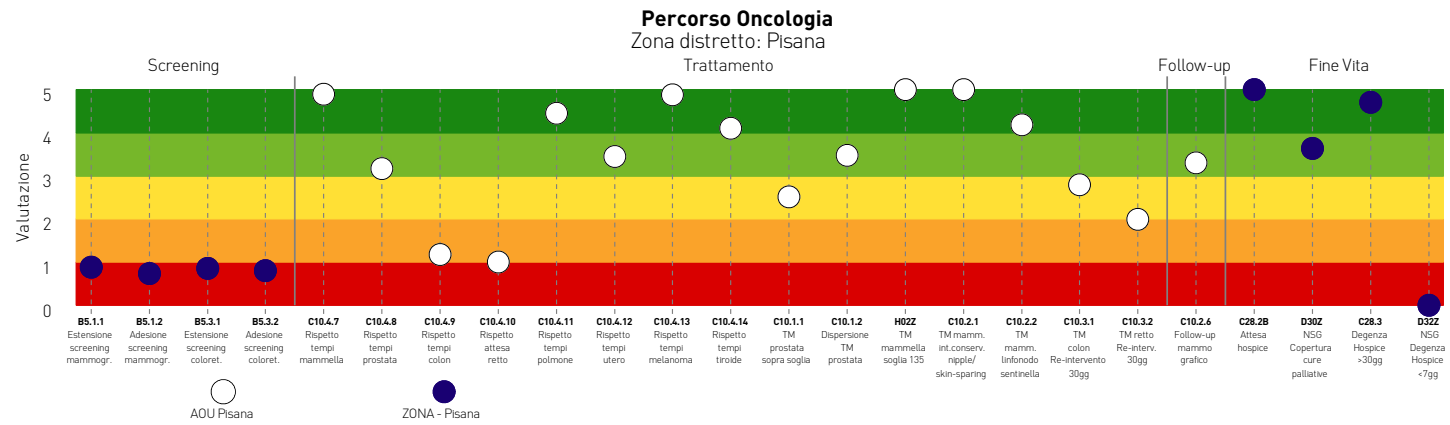
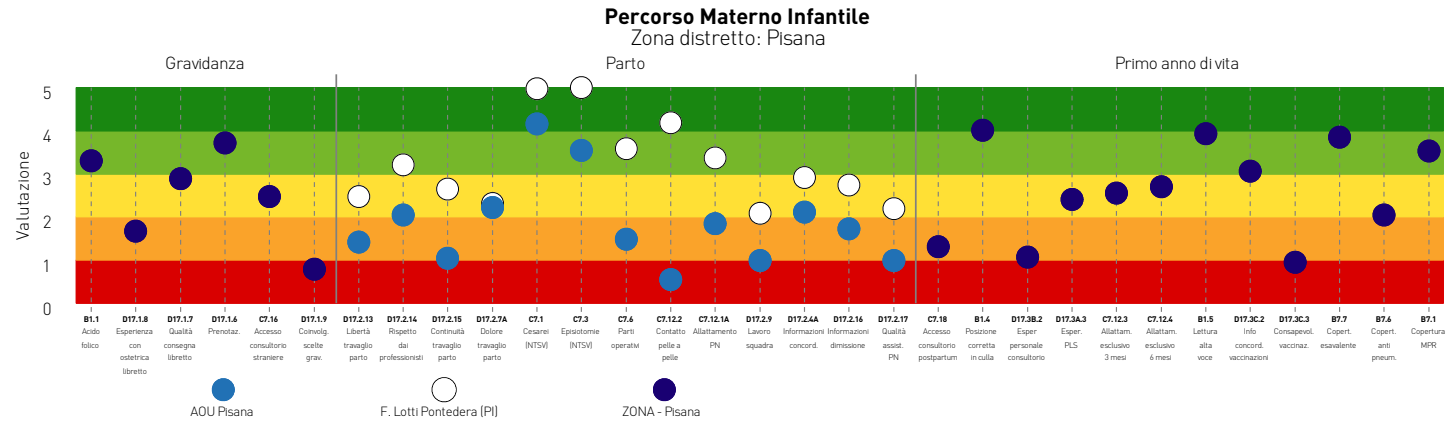
Numero indicatori di valutazione: 66



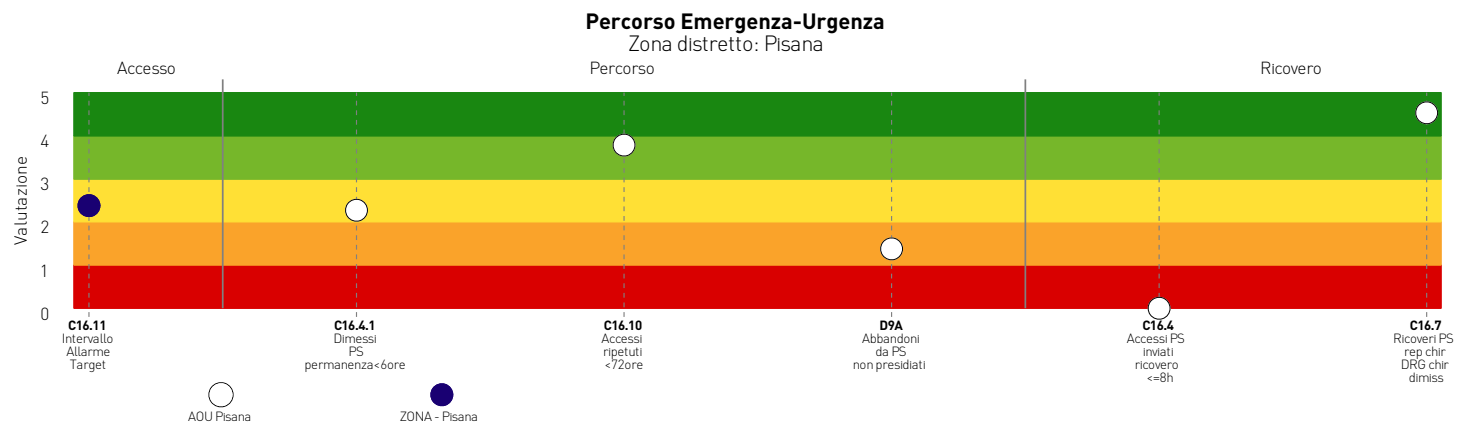
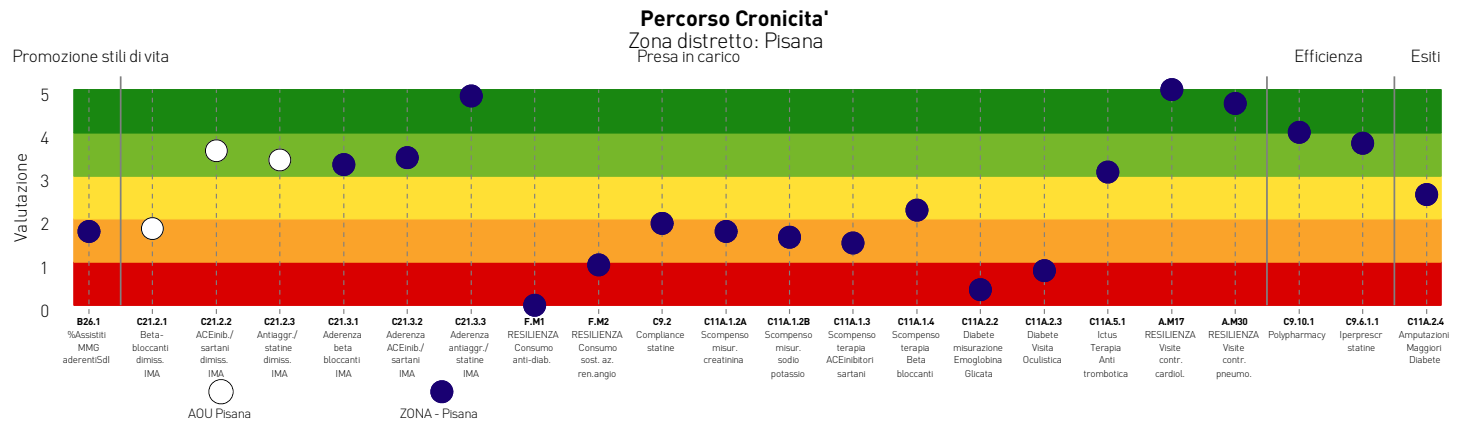
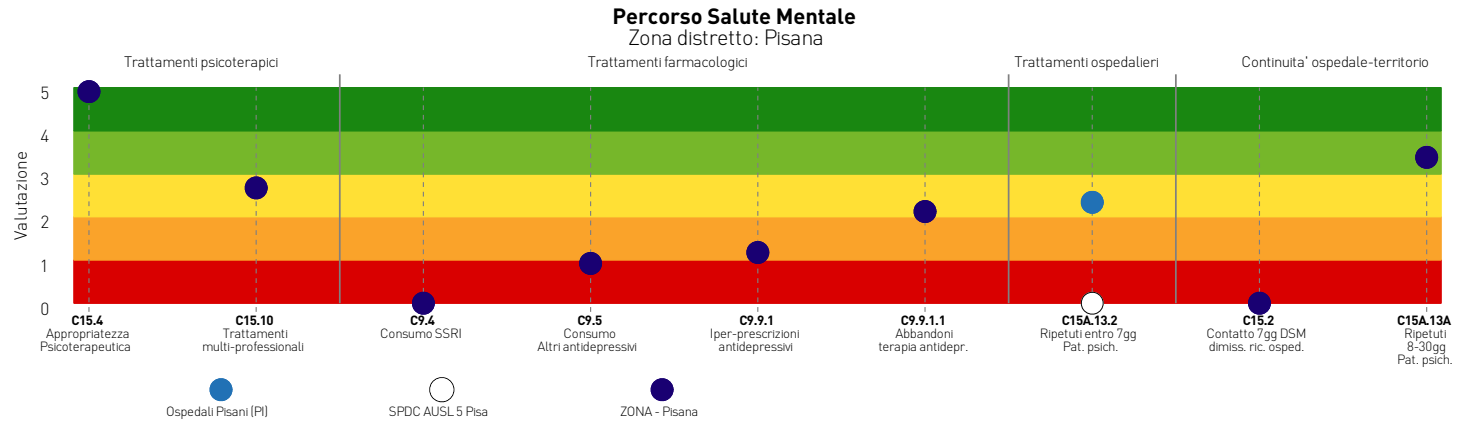
● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Pisana Valutazione della performance 2020





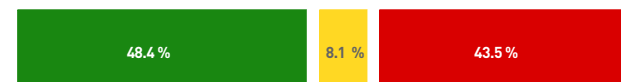




# Alta Val di Cecina - Val d'Era

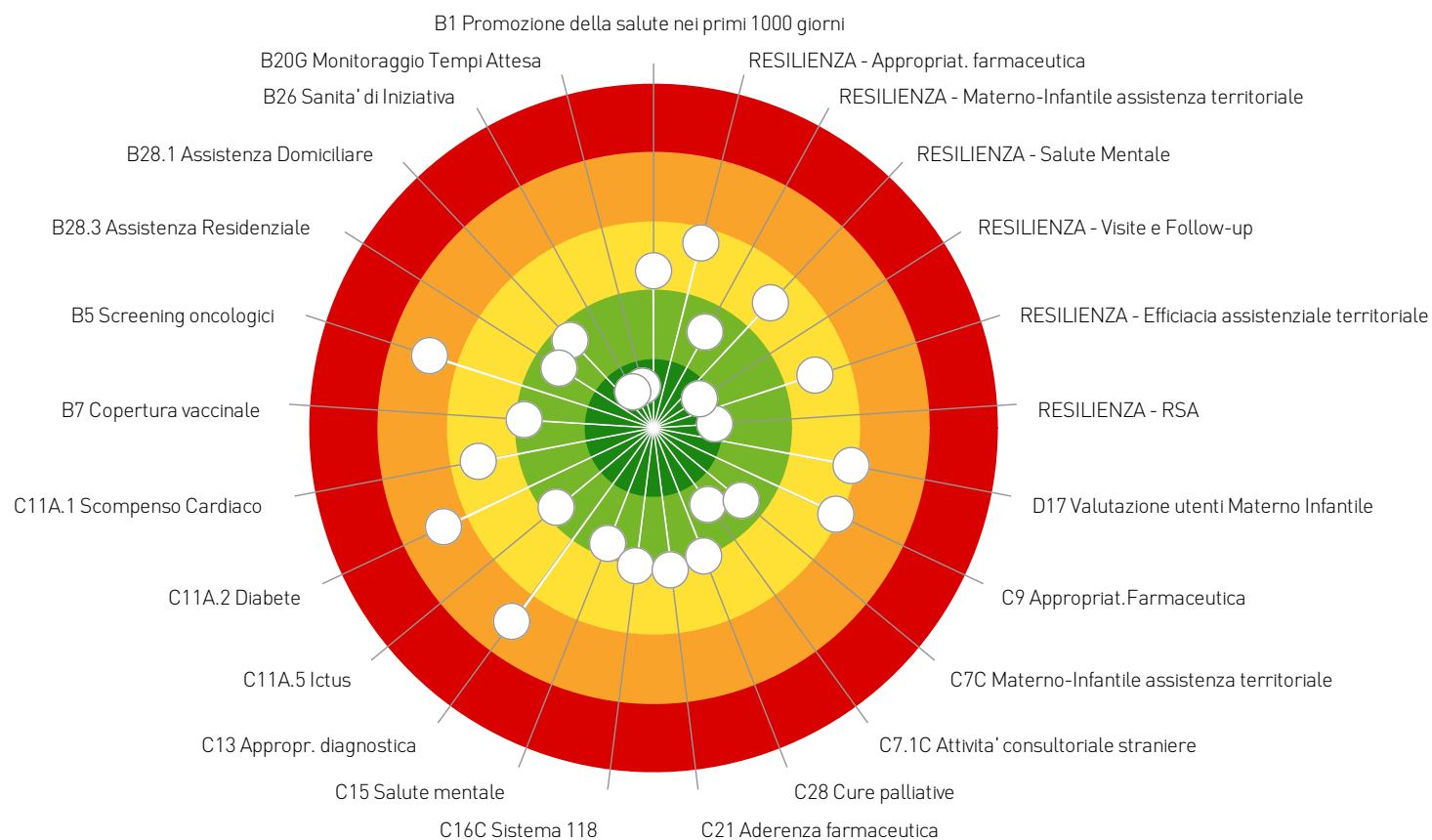
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

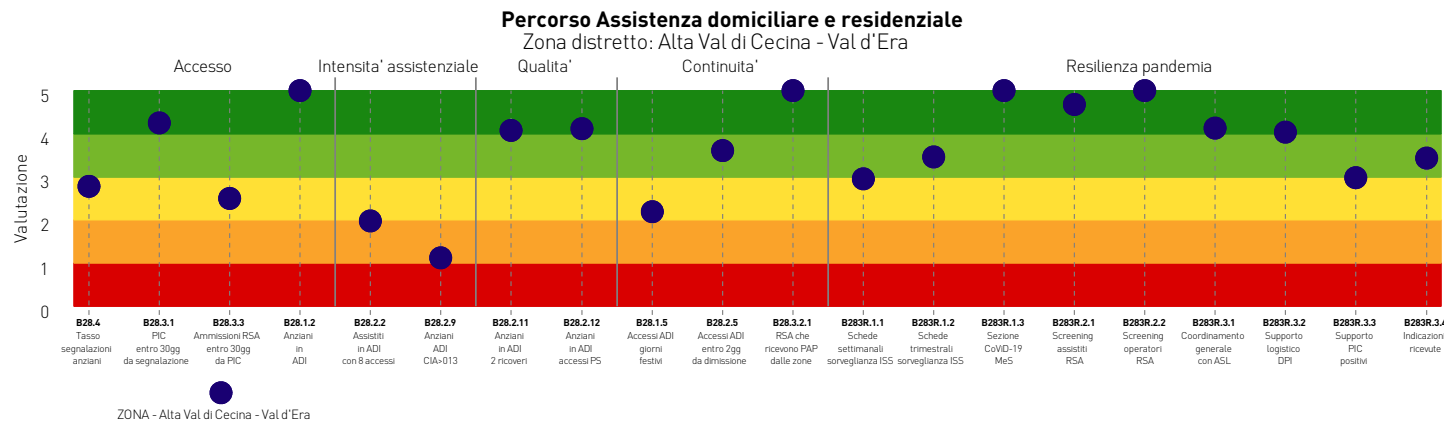
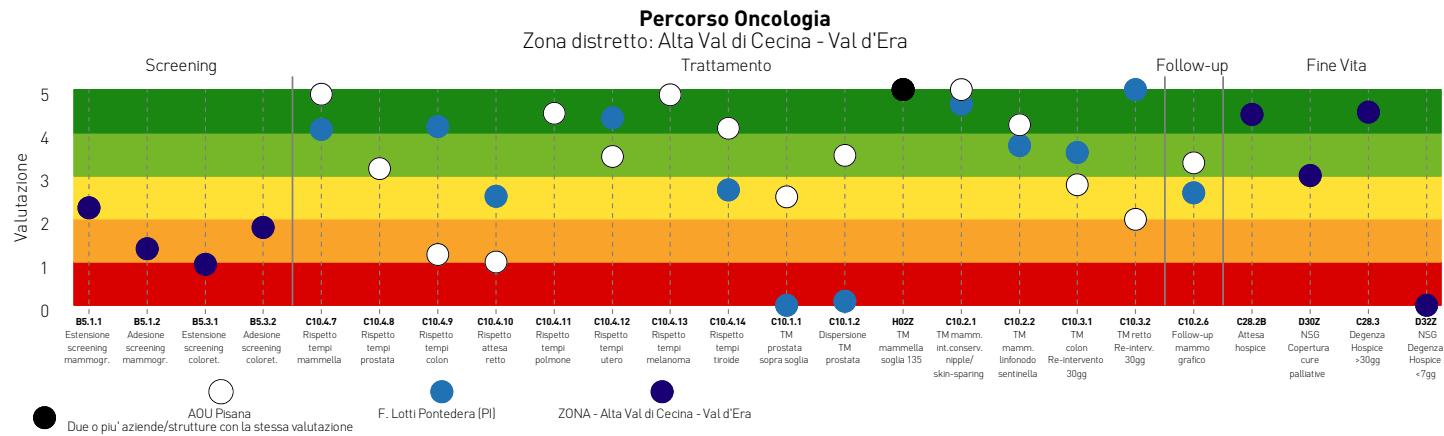
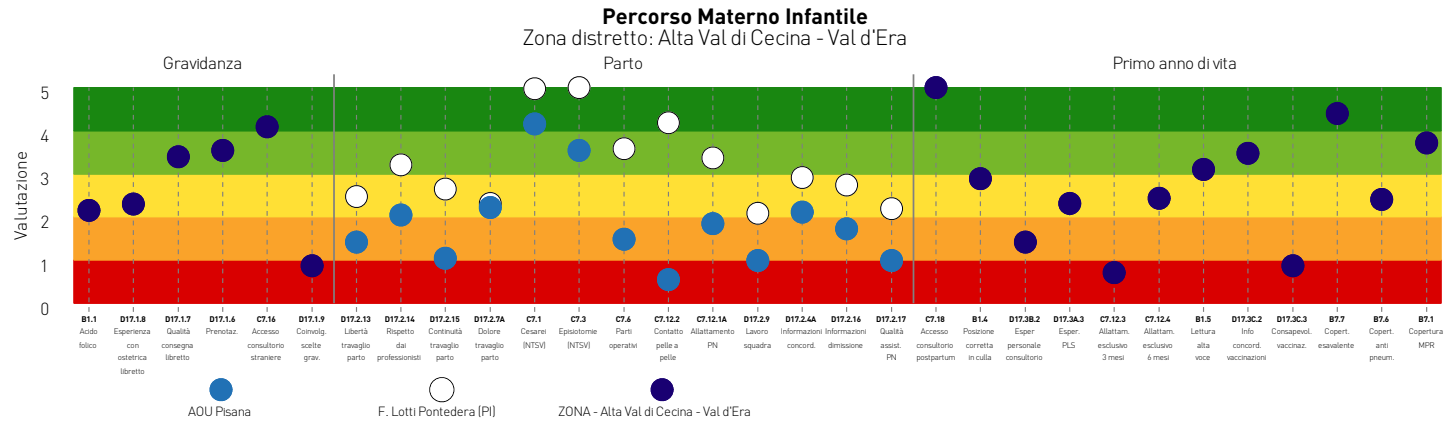
Numero indicatori di valutazione: 62

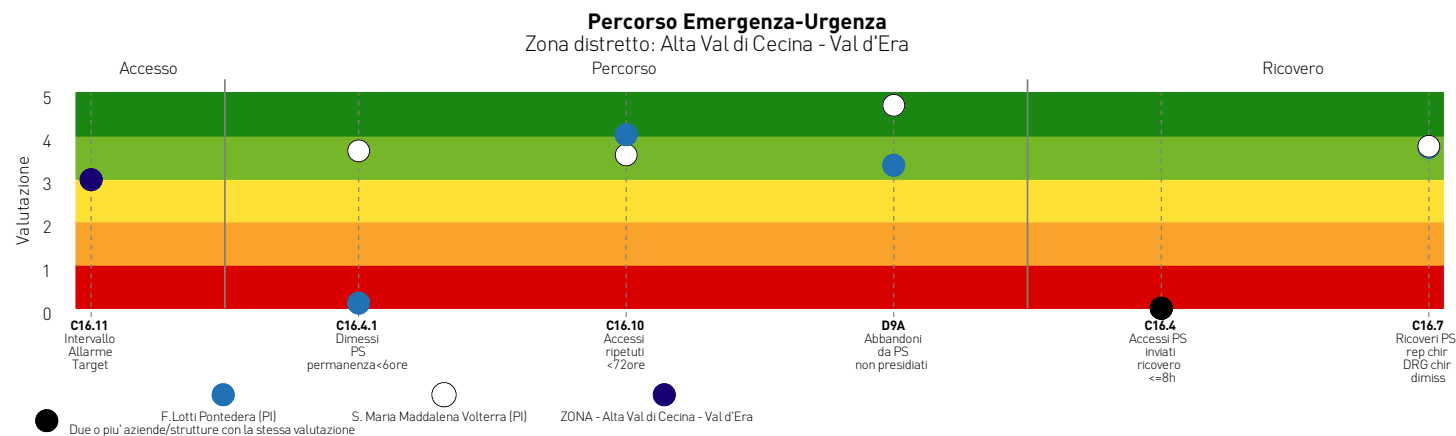
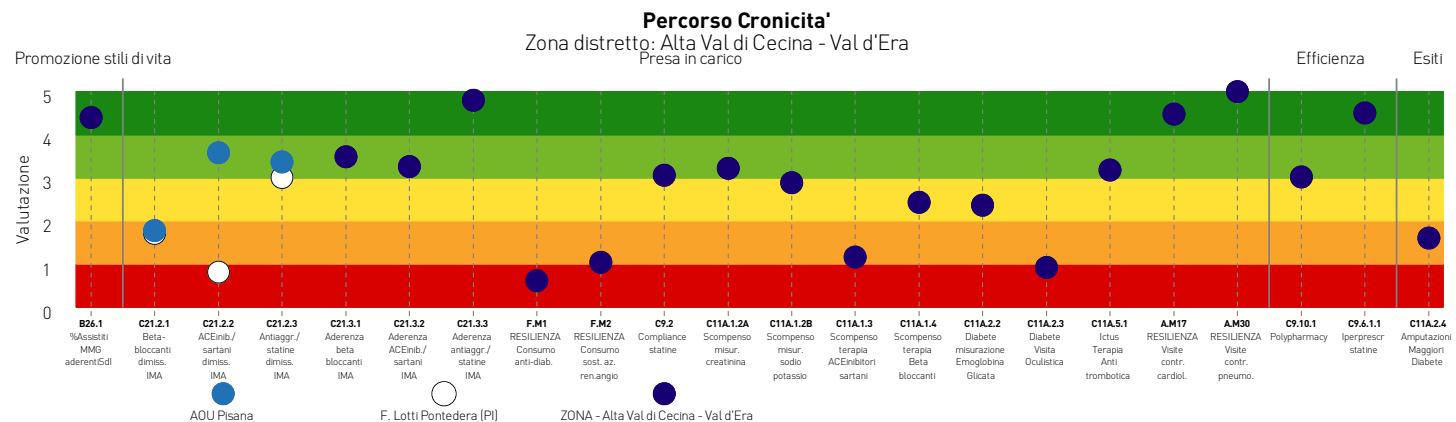
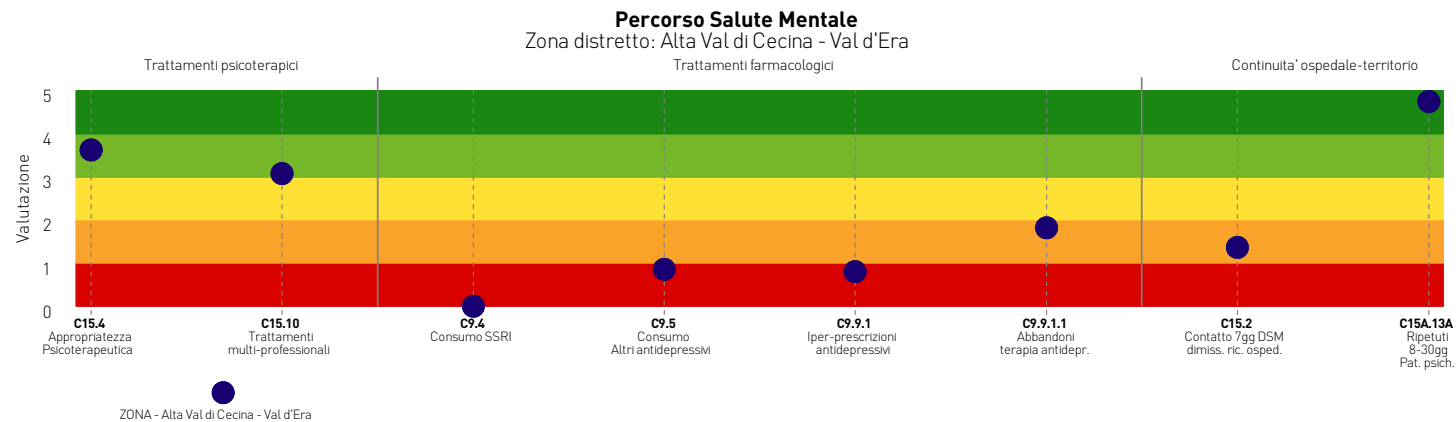


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Alta Val di Cecina - Val d'Era Valutazione della performance 2020



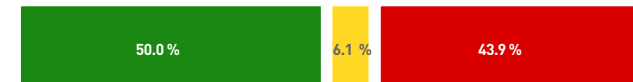




# Livornese

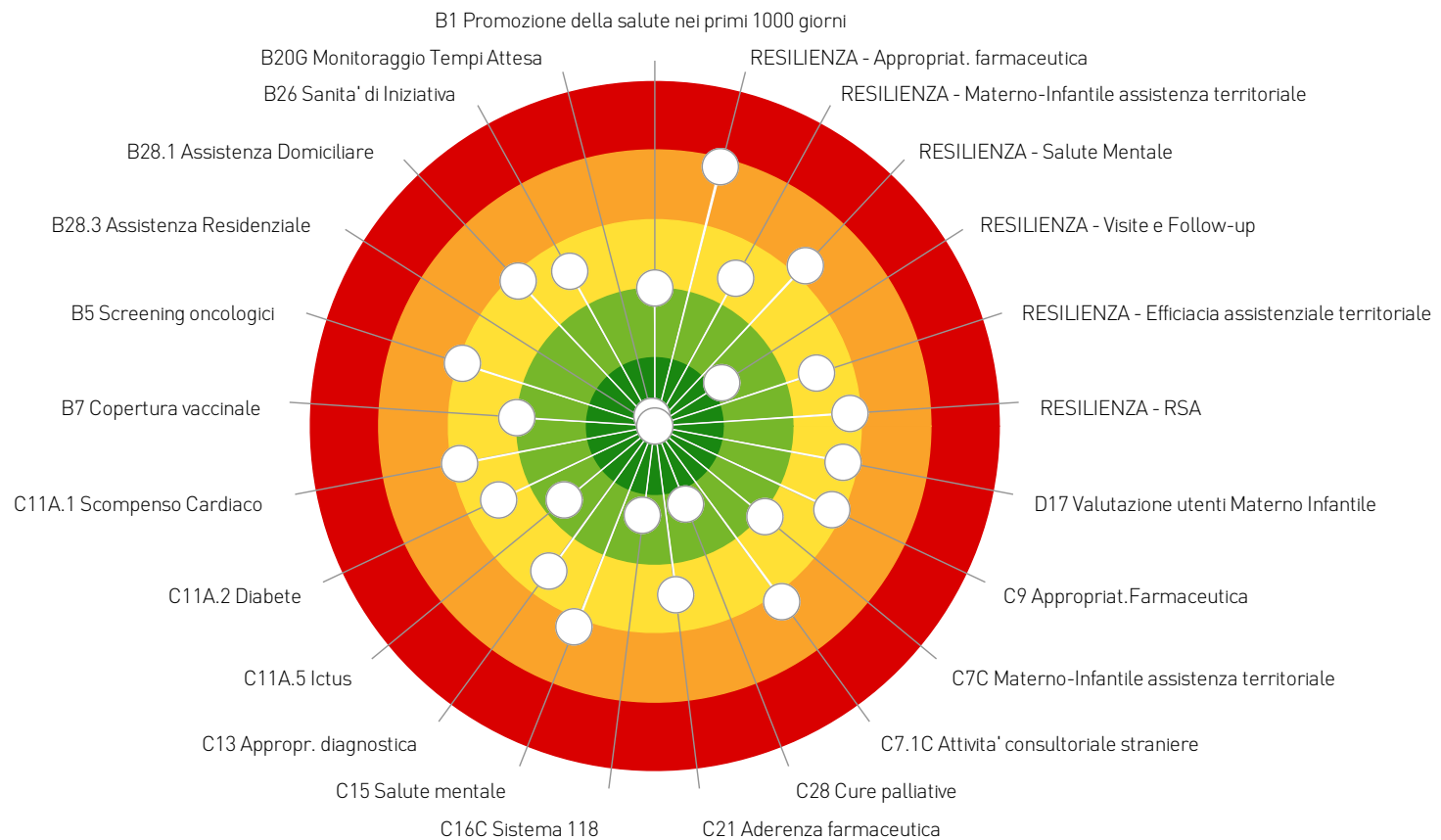
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

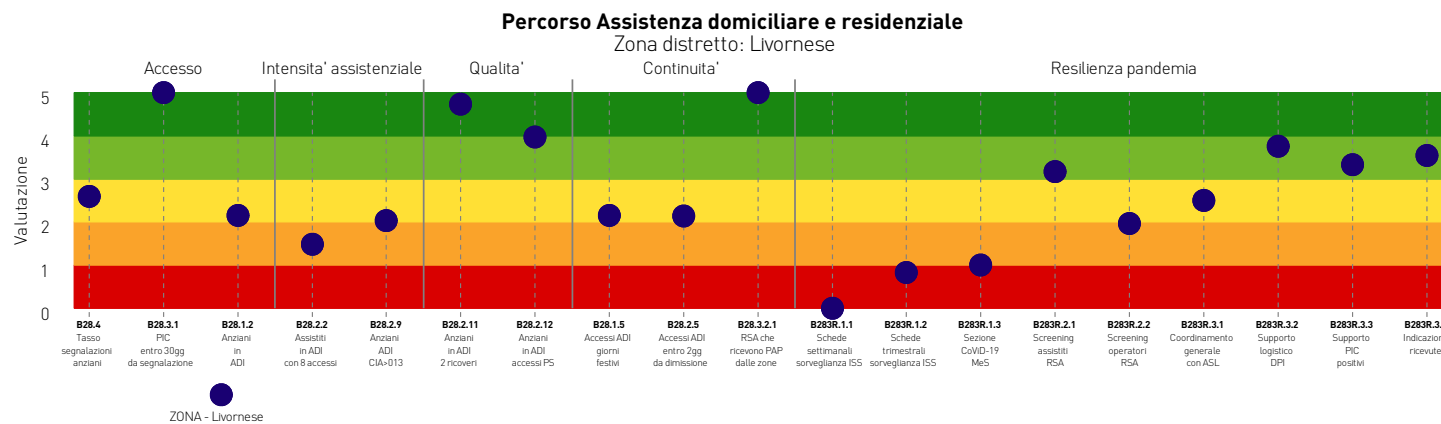
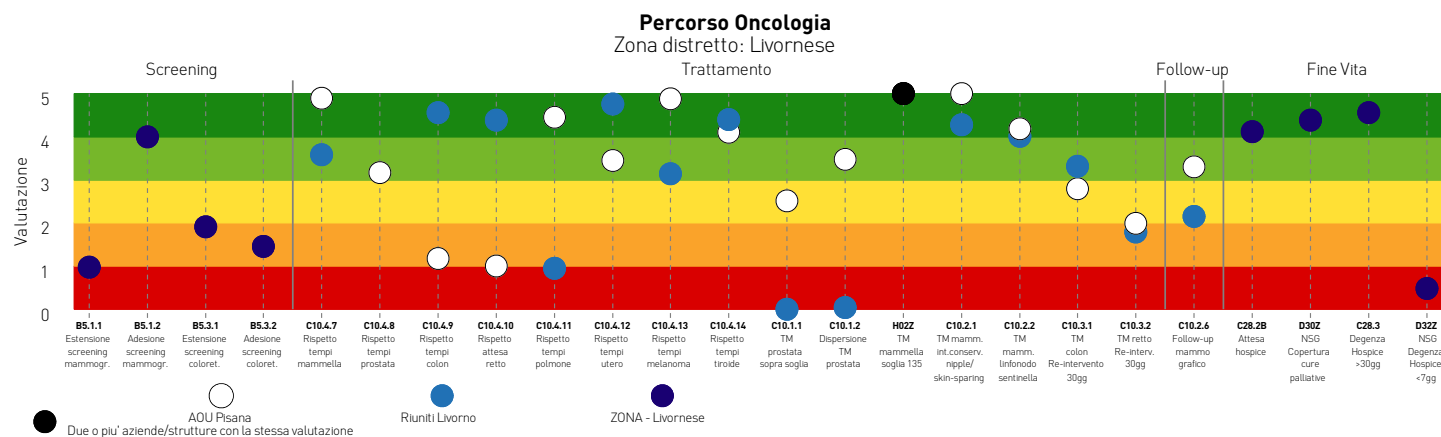
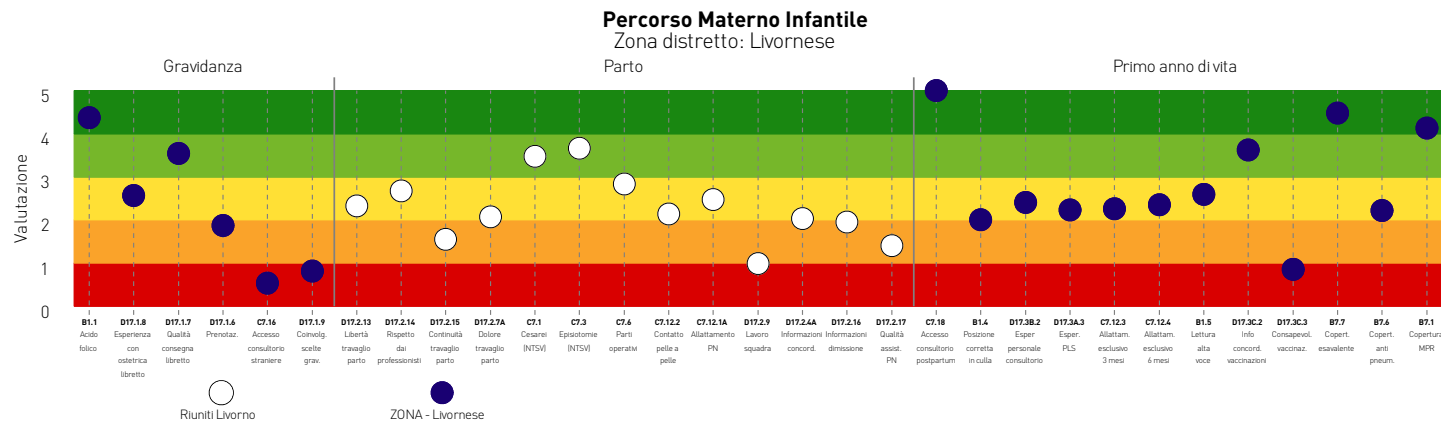
Numero indicatori di valutazione: 66

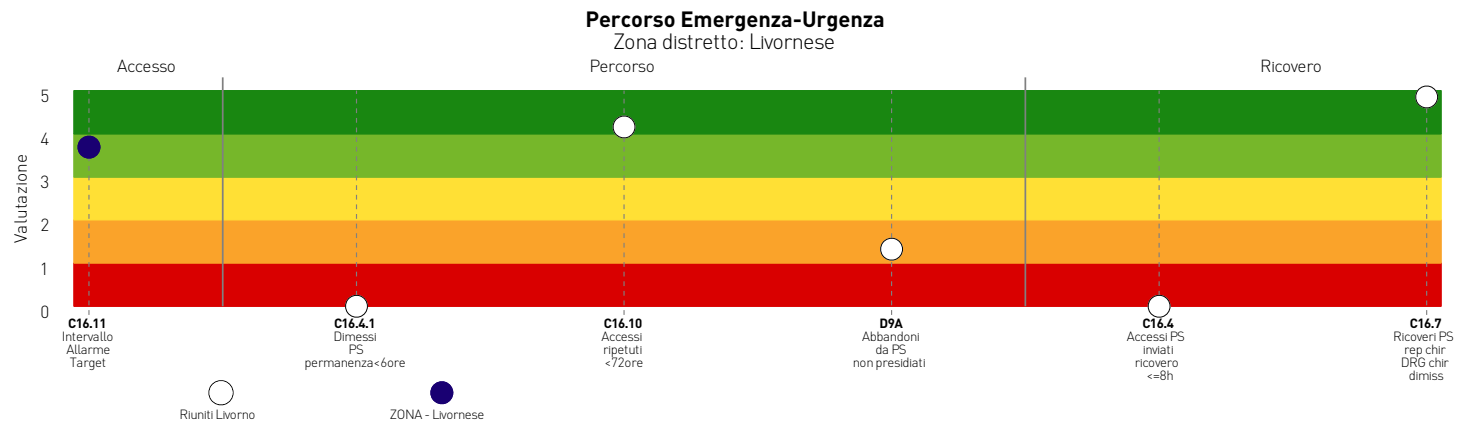
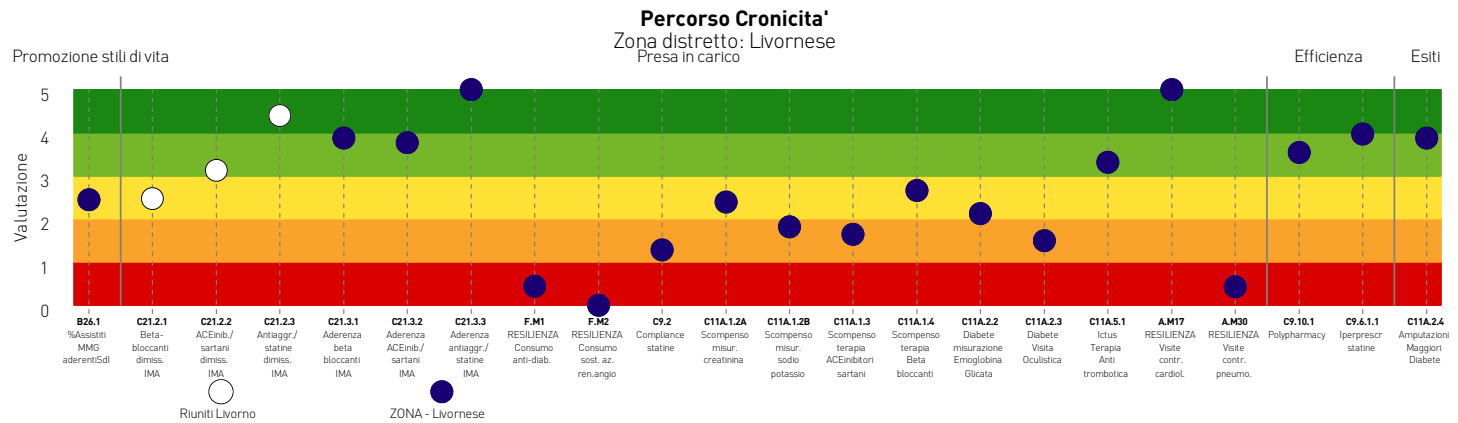
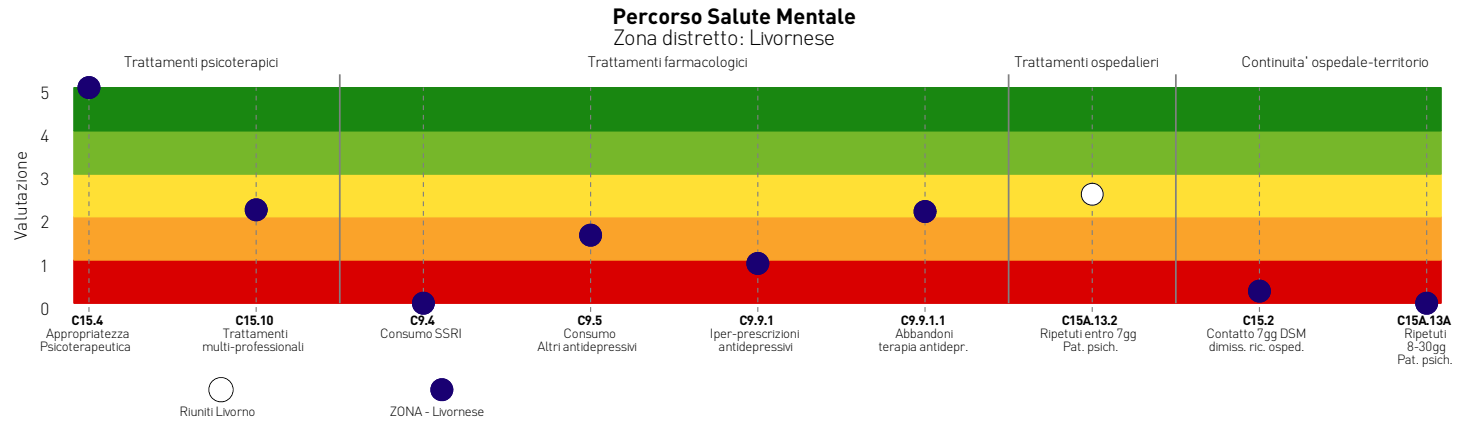


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Livornese Valutazione della performance 2020



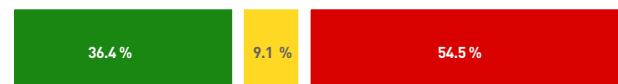




**Elba**

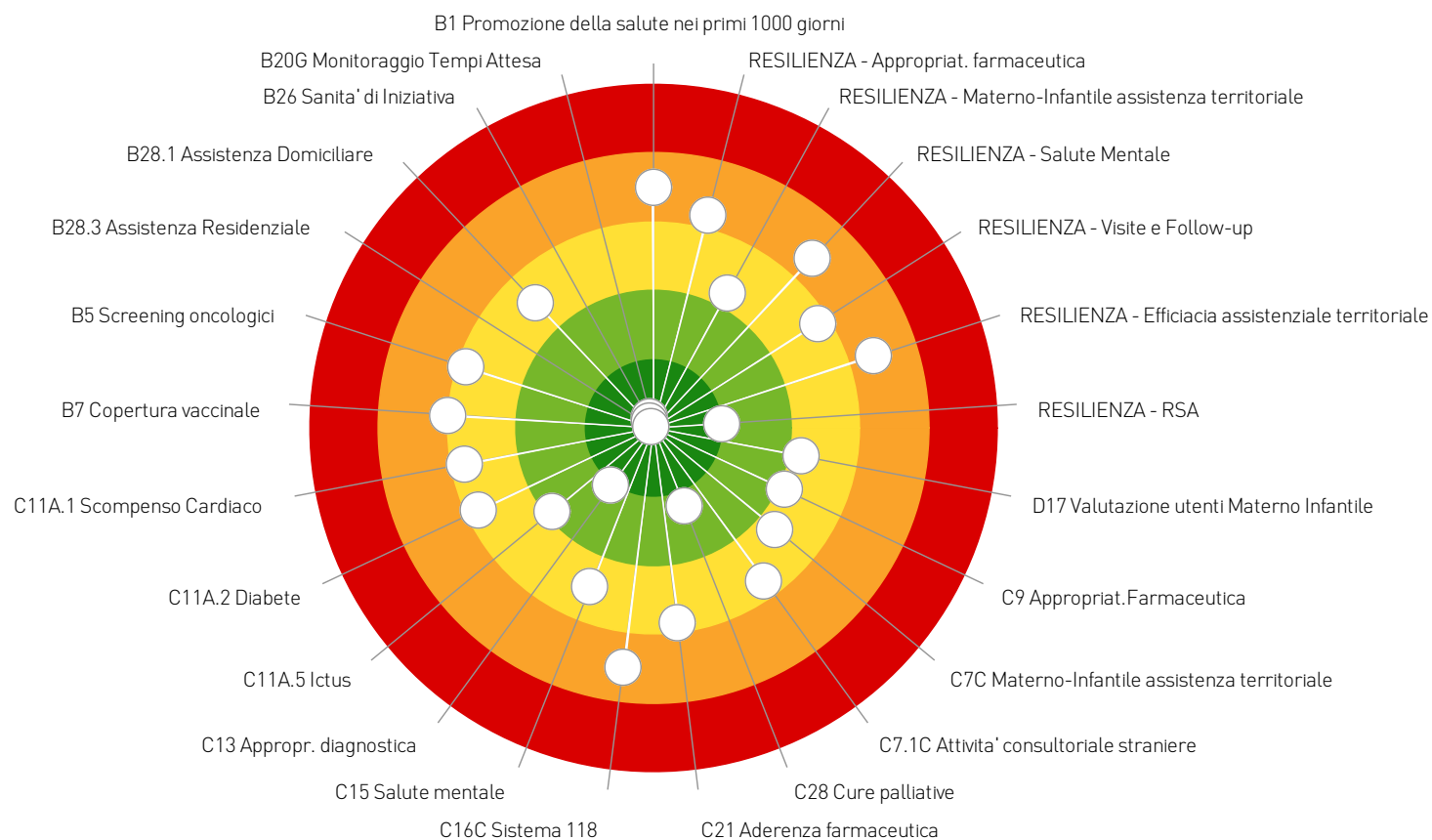
**Andamento indicatori - Trend 2019/2020**

Numero indicatori di valutazione: 66

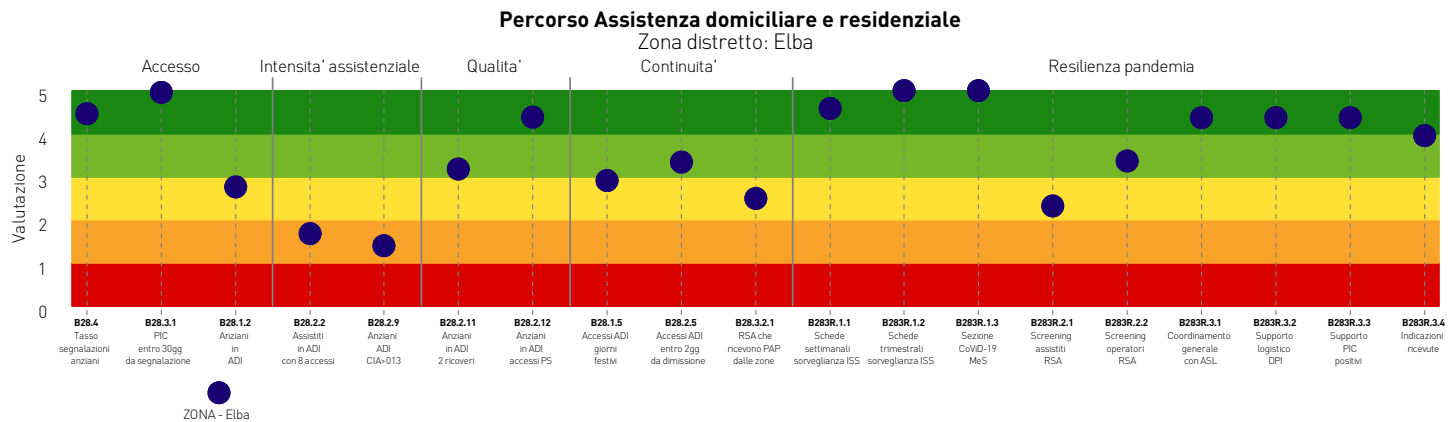
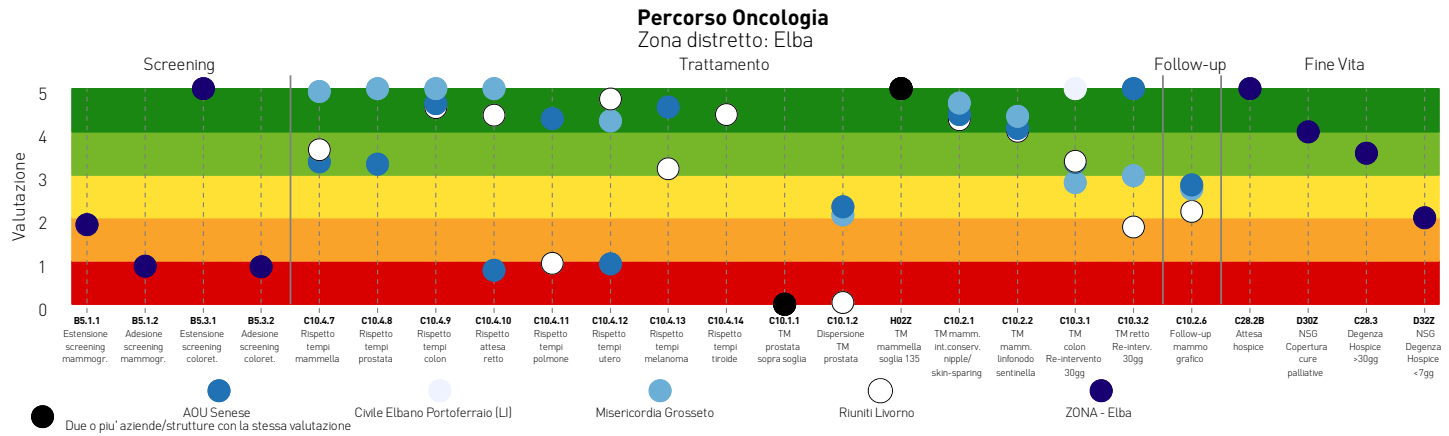
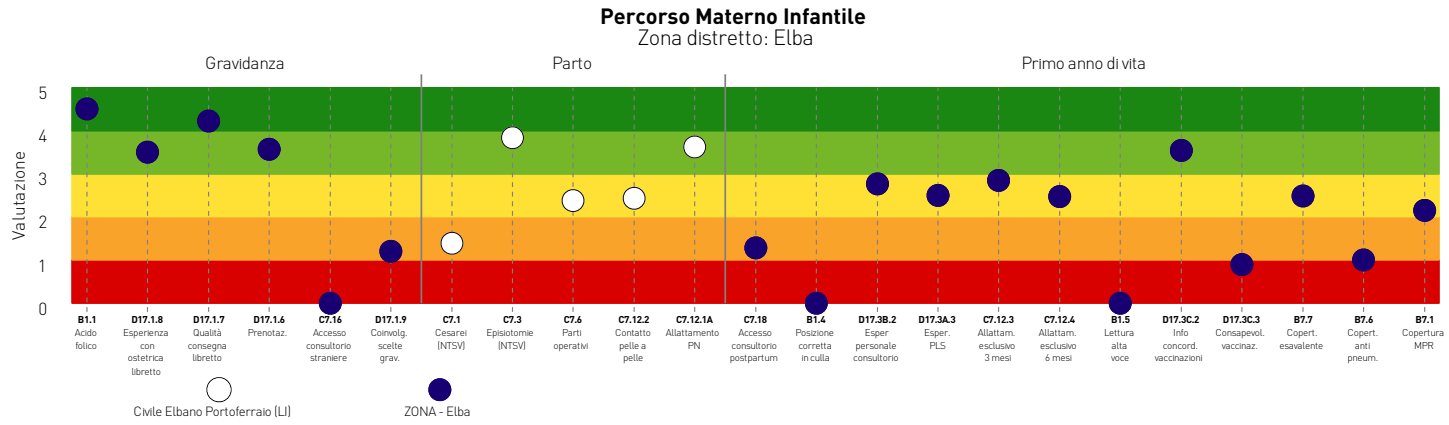


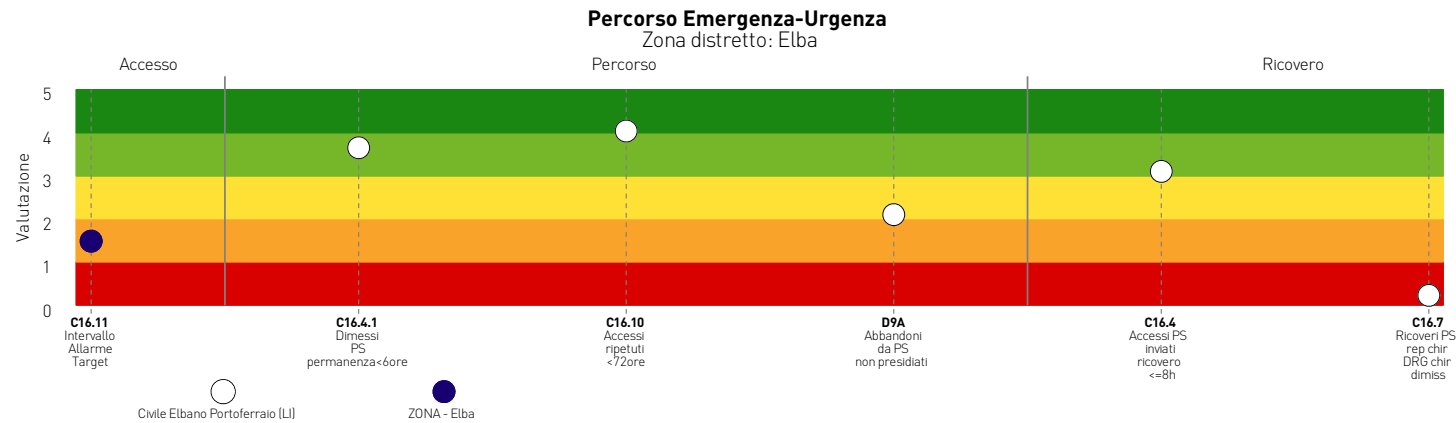
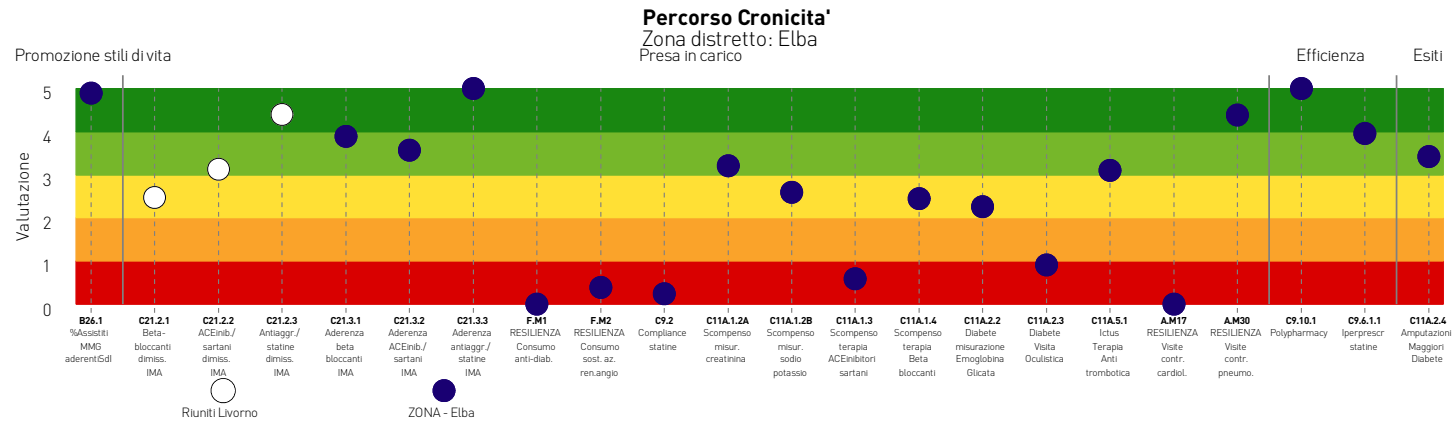
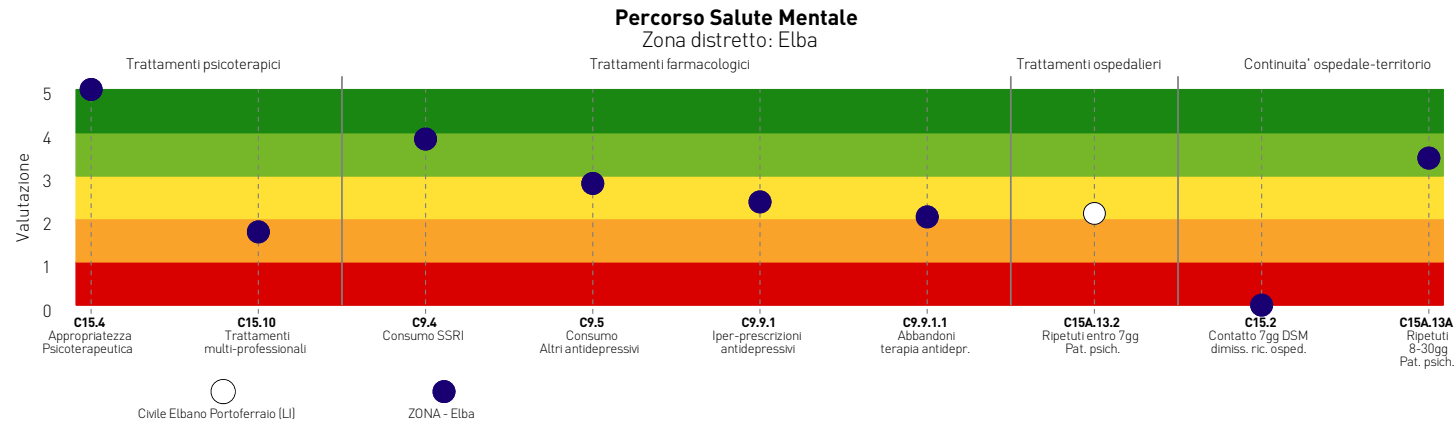
● Indicatori migliorati    ● Indicatori stazionari    ● Indicatori peggiorati

**Elba**  
**Valutazione della performance 2020**





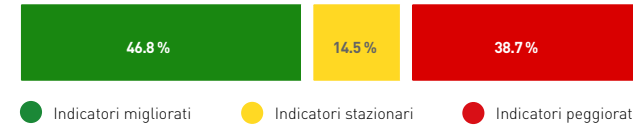




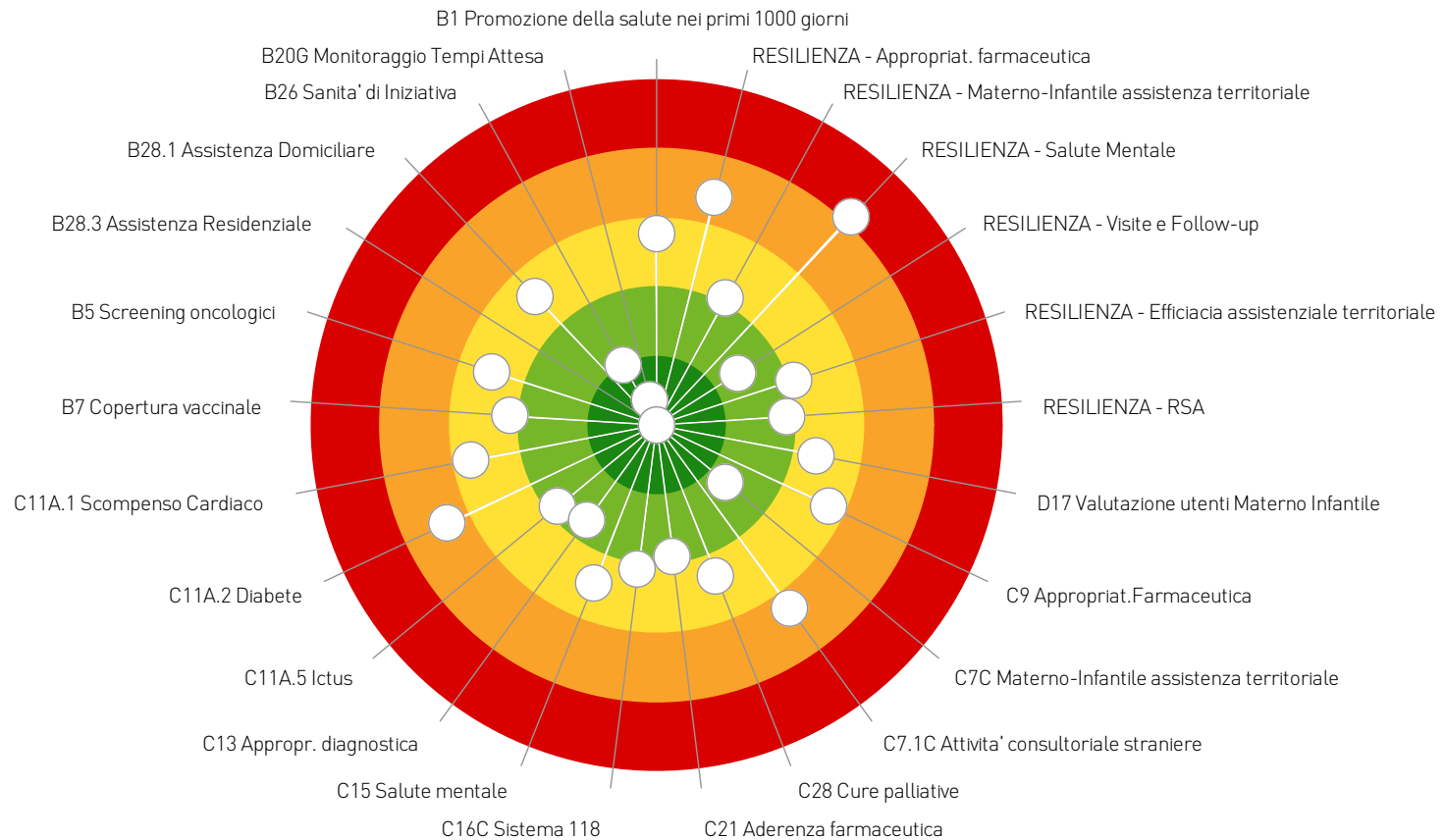
# Bassa Val di Cecina - Val di Cornia

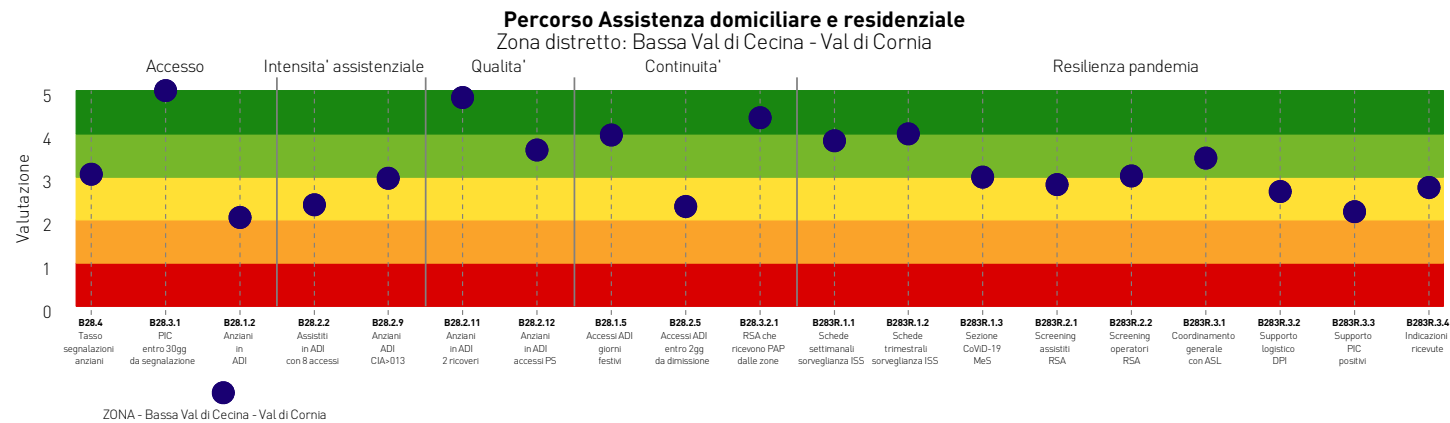
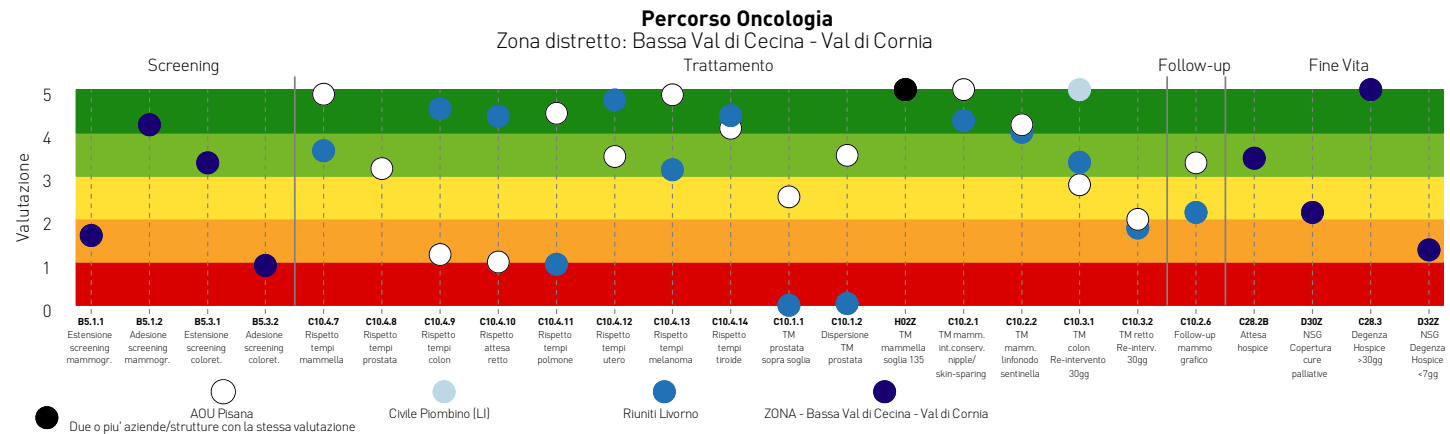
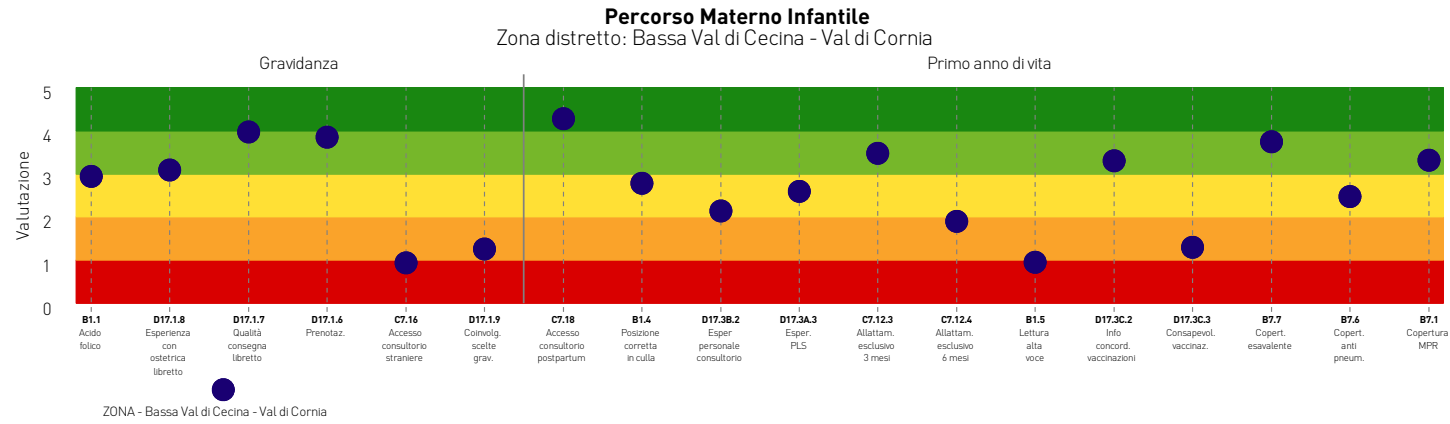
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

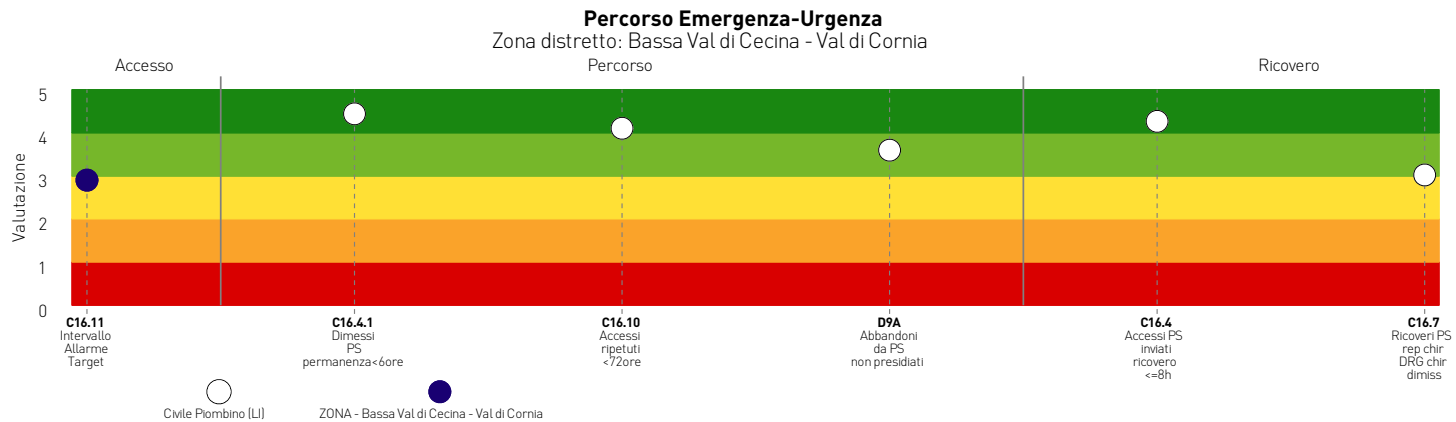
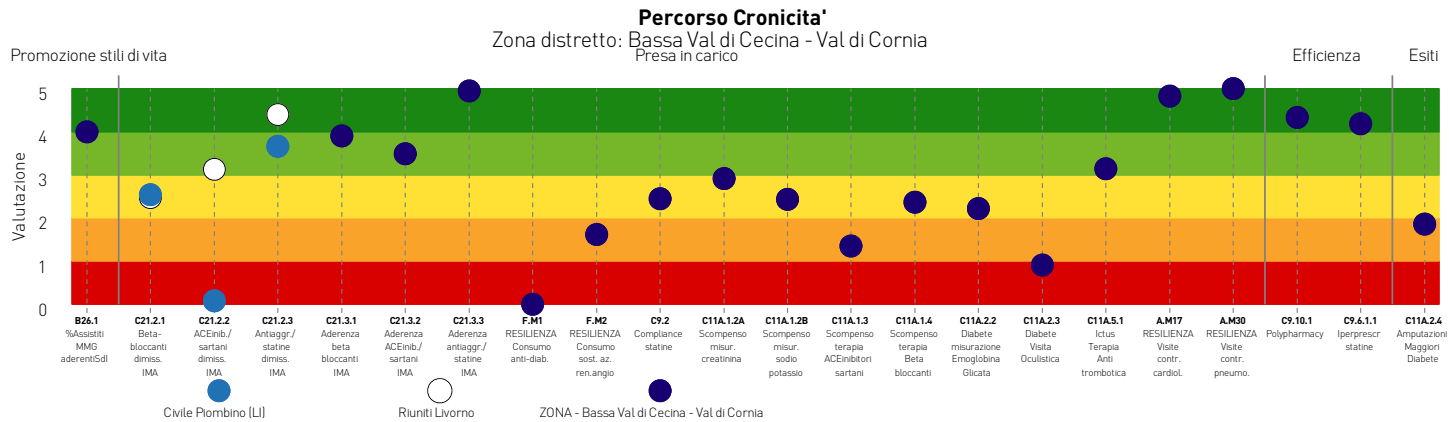
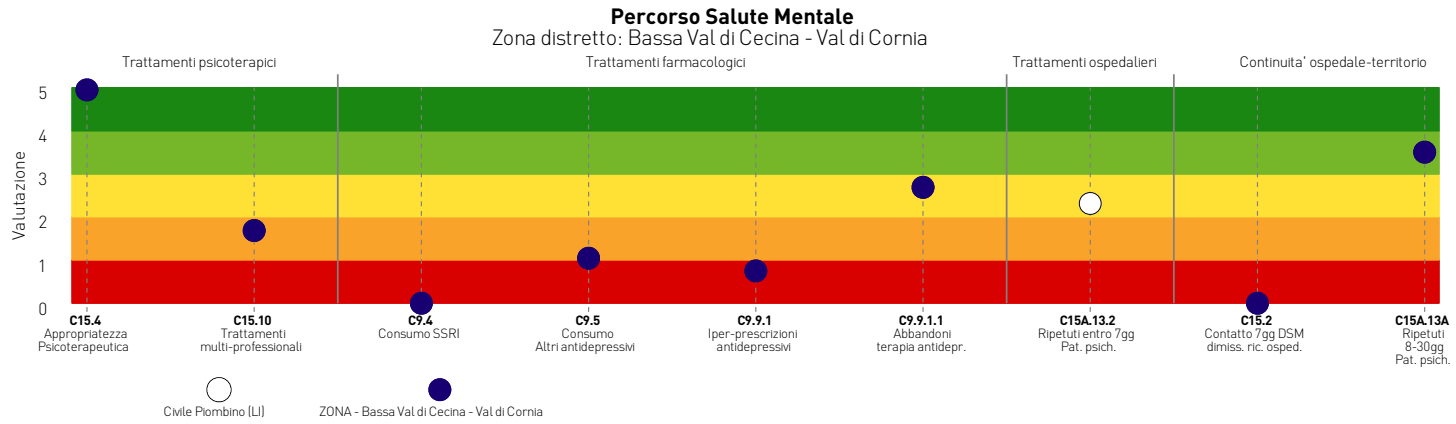
Numero indicatori di valutazione: 62



## Bassa Val di Cecina - Val di Cornia Valutazione della performance 2020







# Versilia

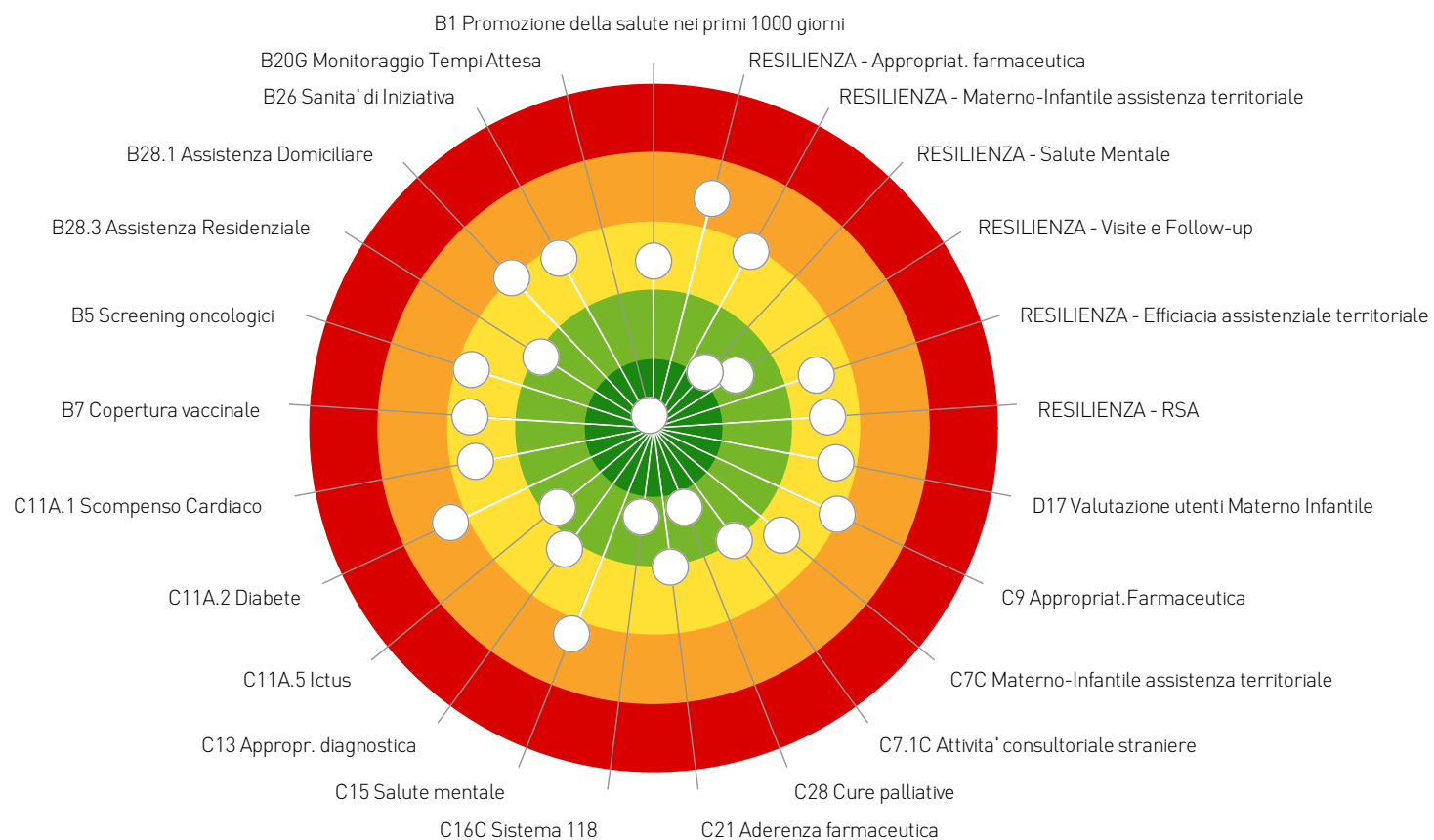
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

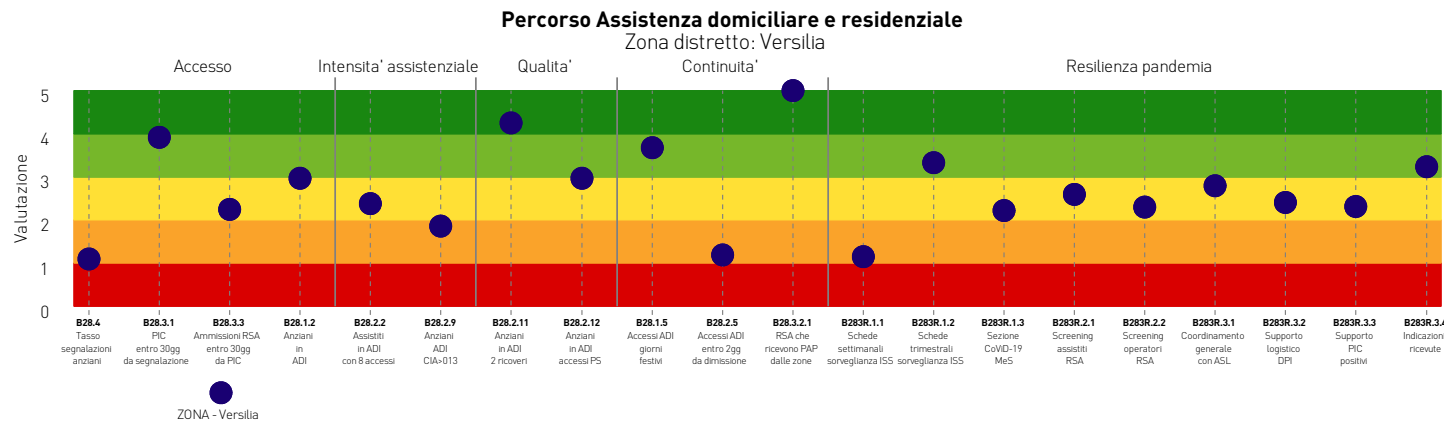
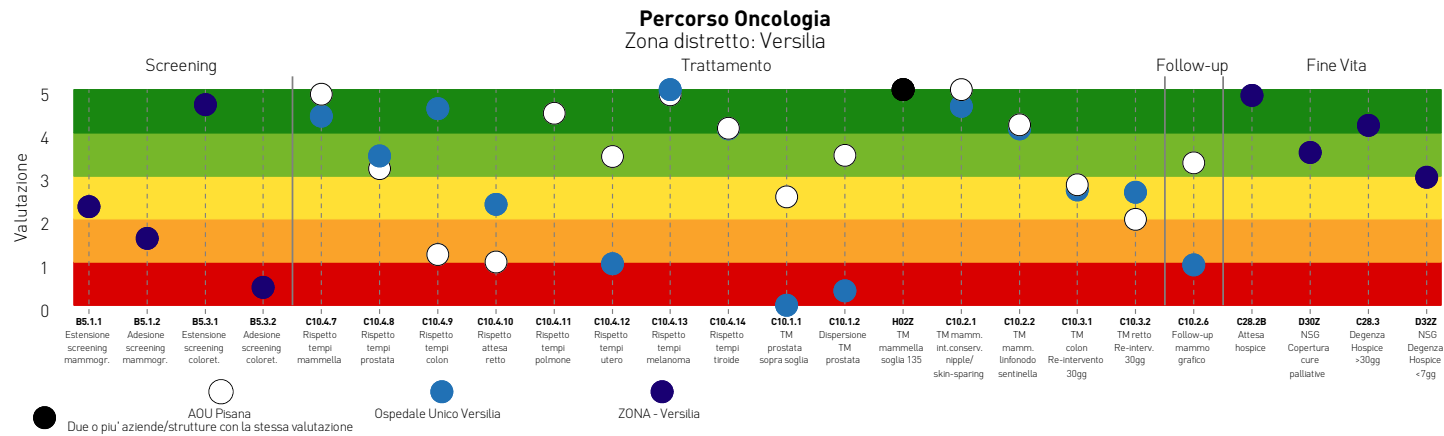
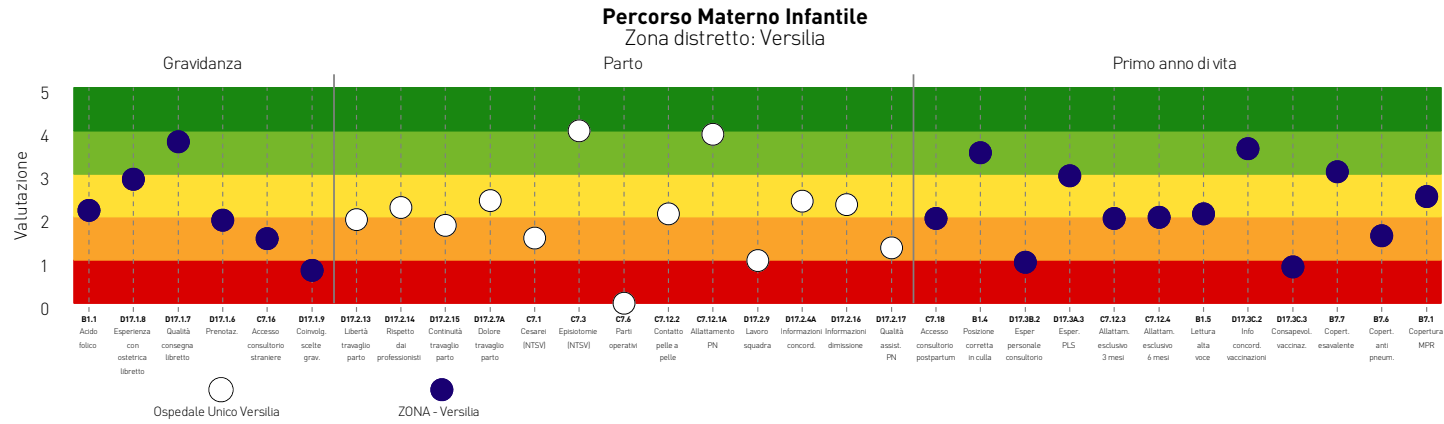
Numero indicatori di valutazione: 67

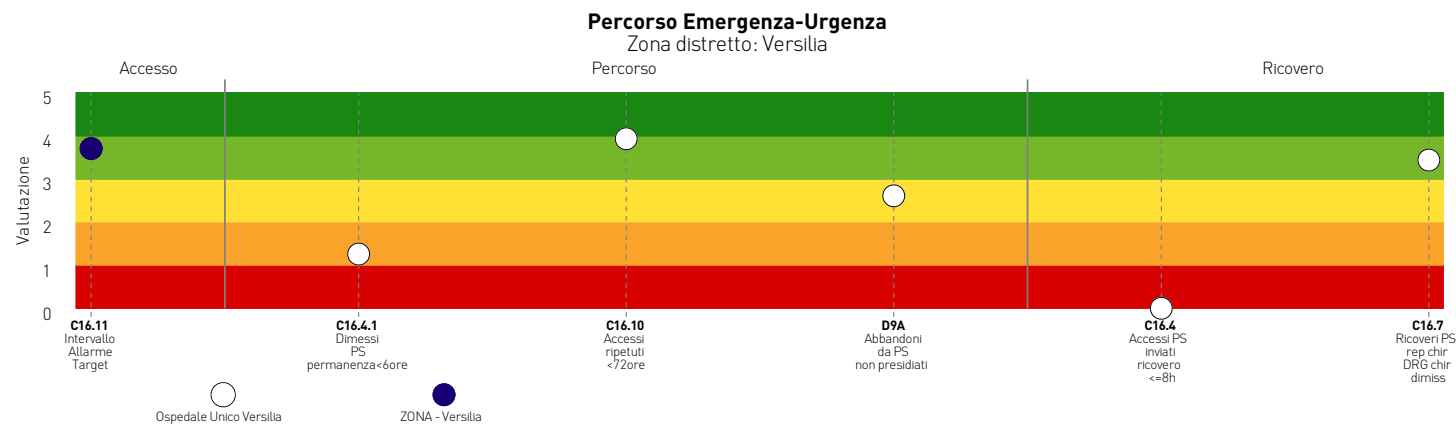
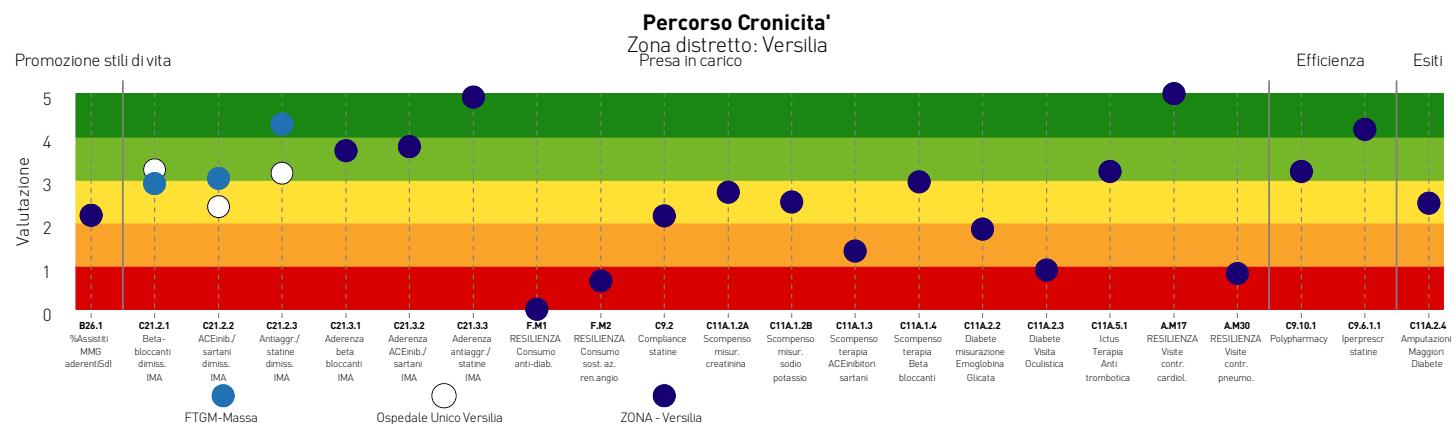
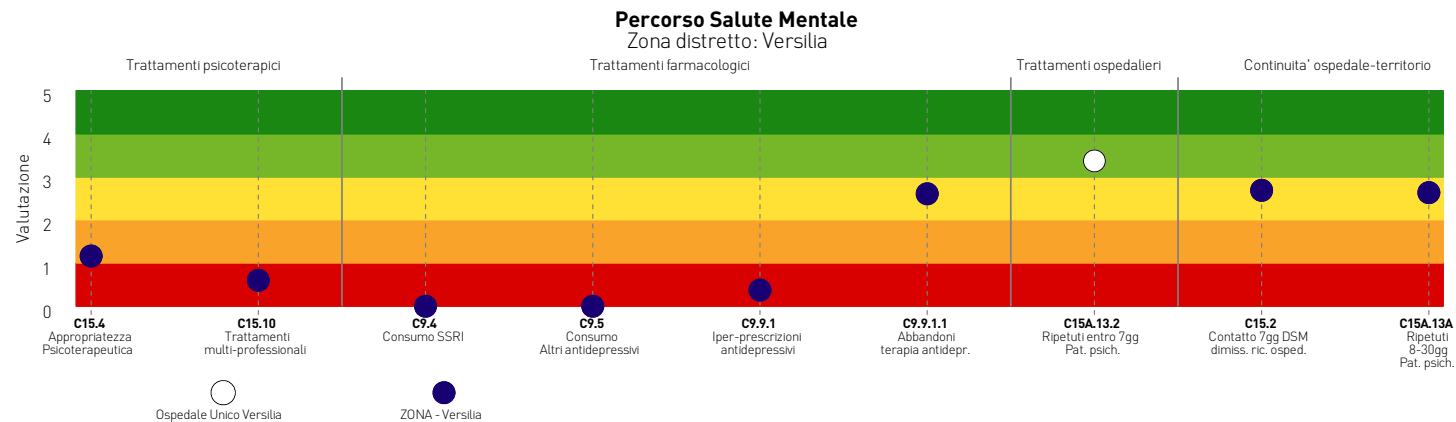


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Versilia Valutazione della performance 2020









# Alta Val d'Elsa

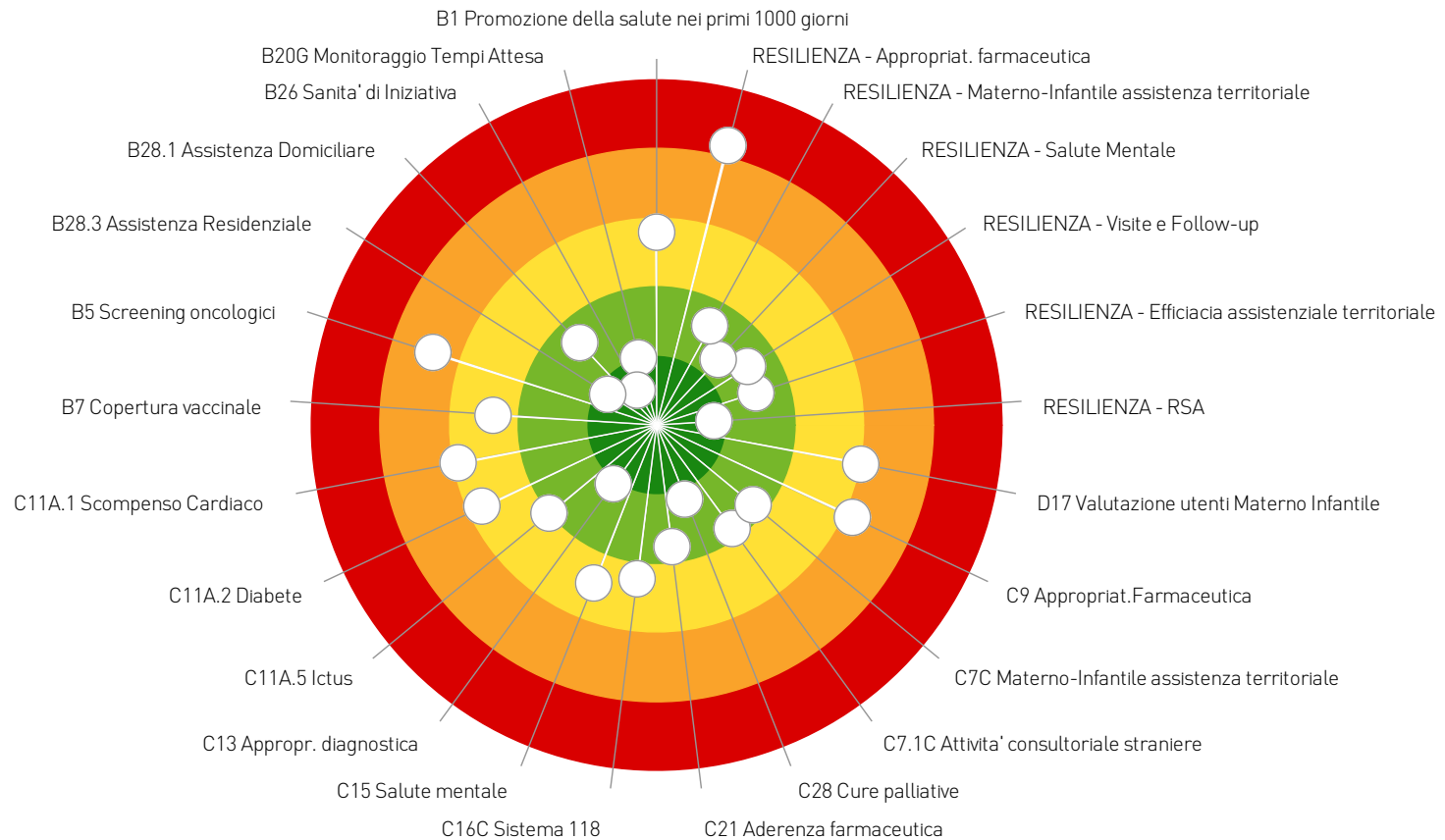
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

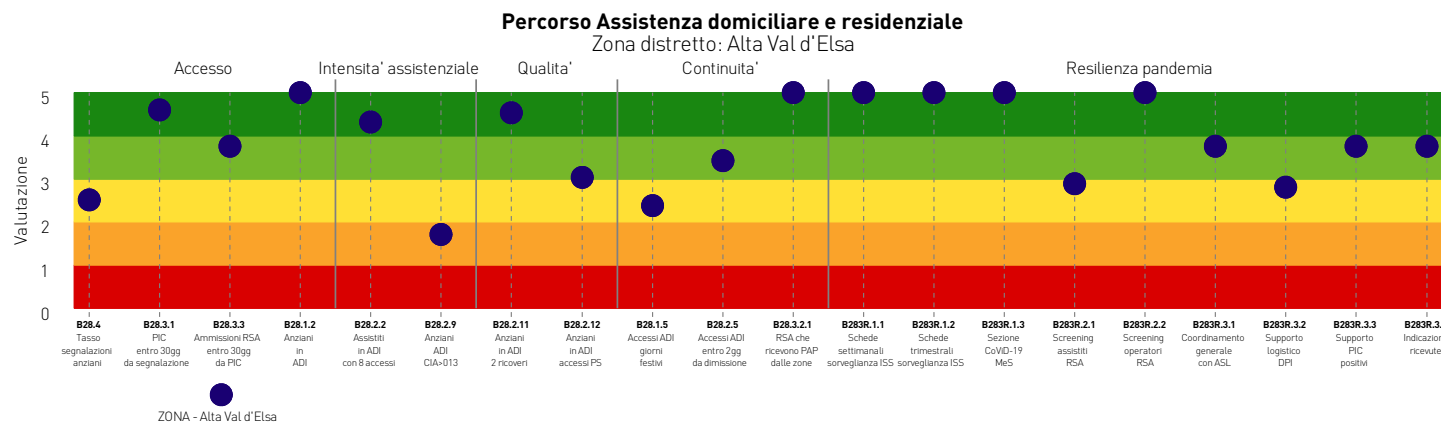
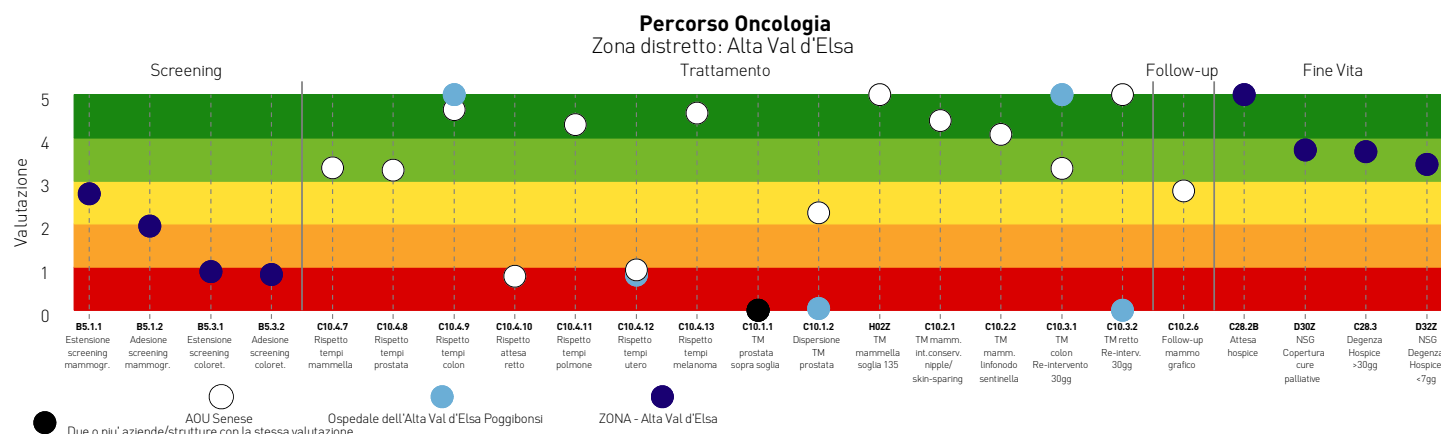
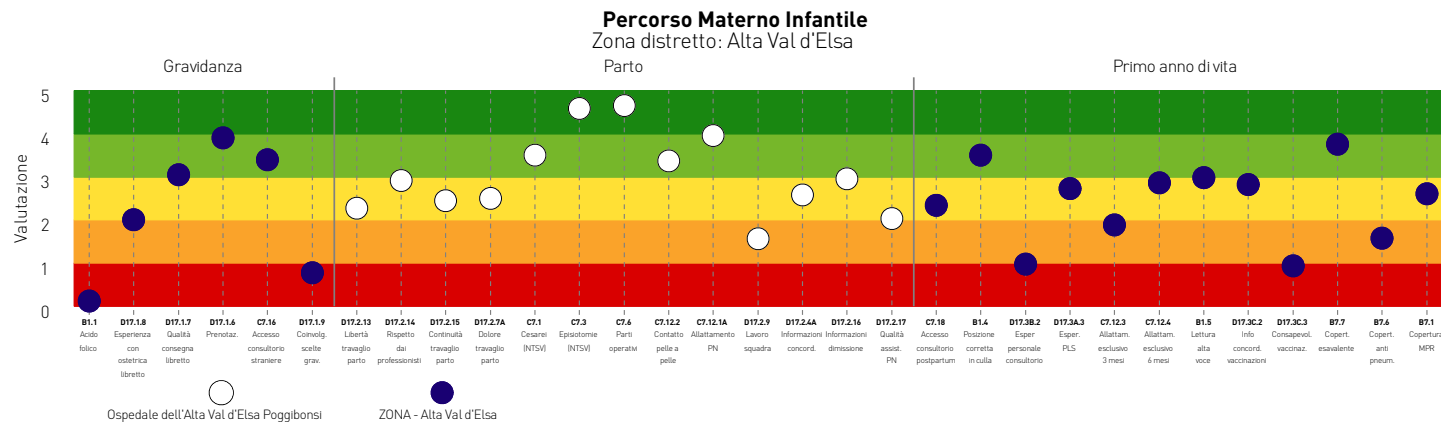
Numero indicatori di valutazione: 67

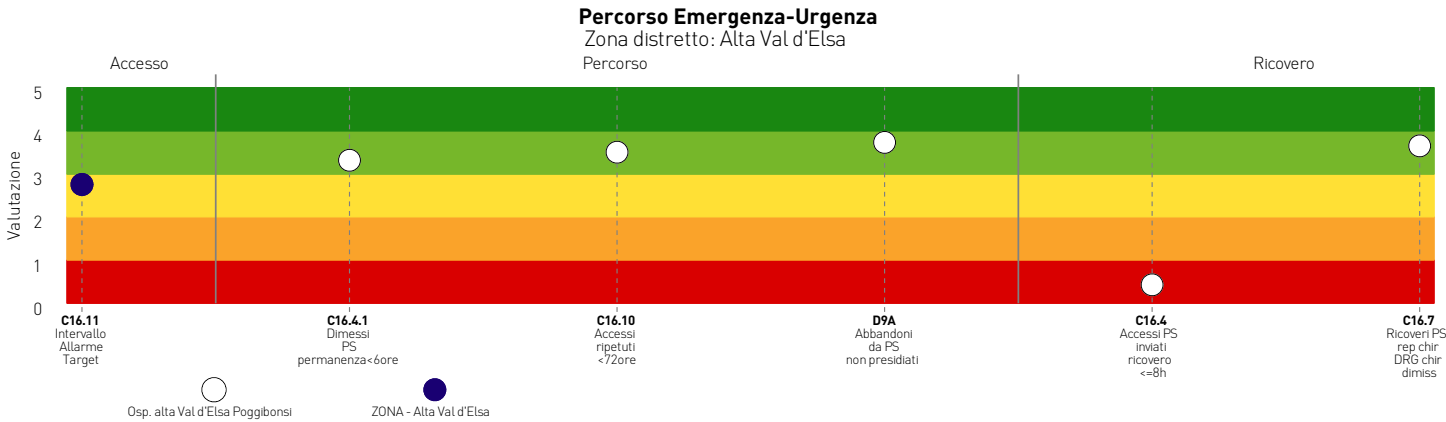
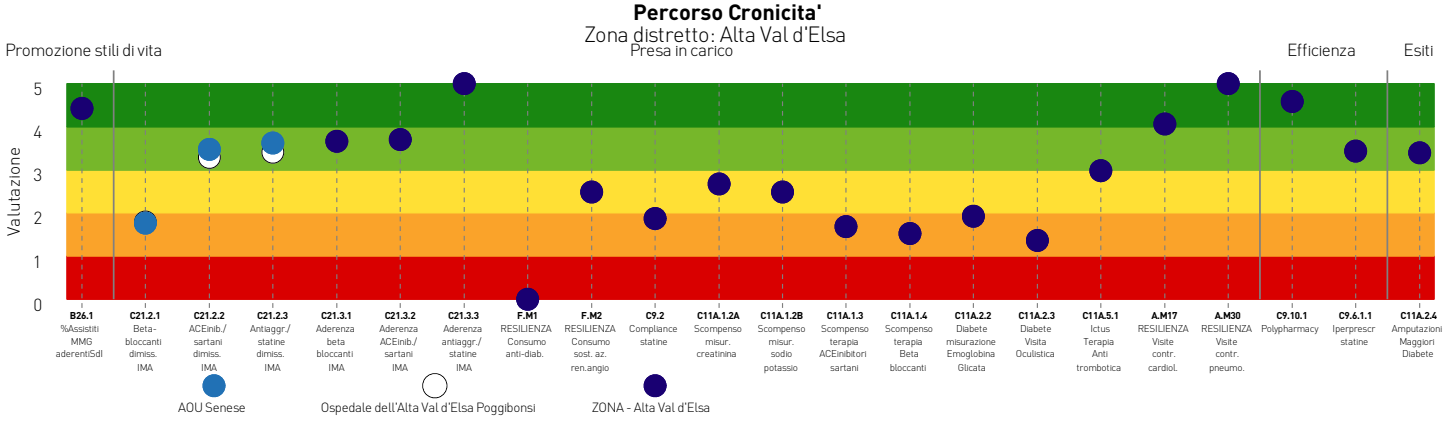
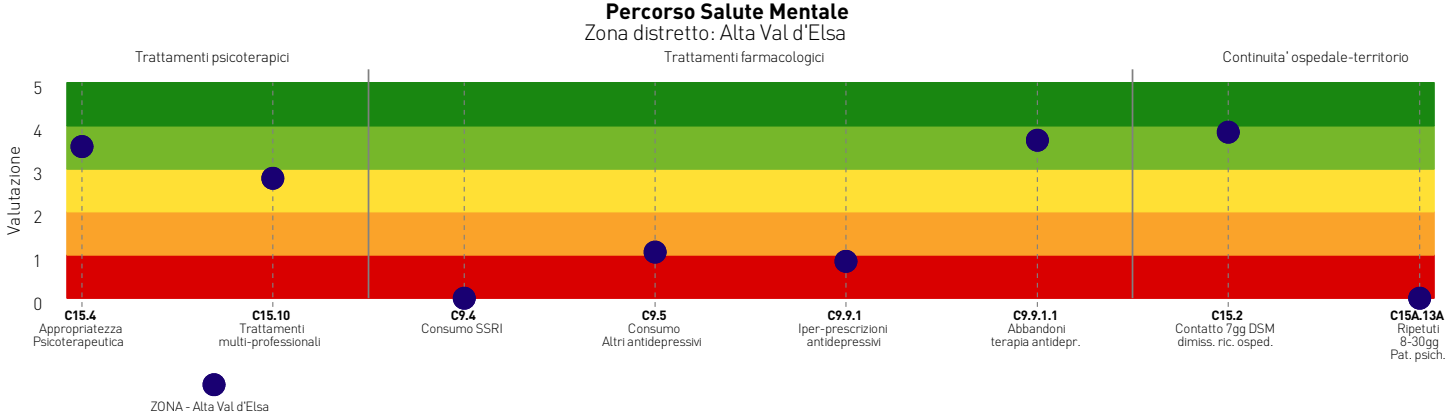


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Alta Val d'Elsa Valutazione della performance 2020







Senese

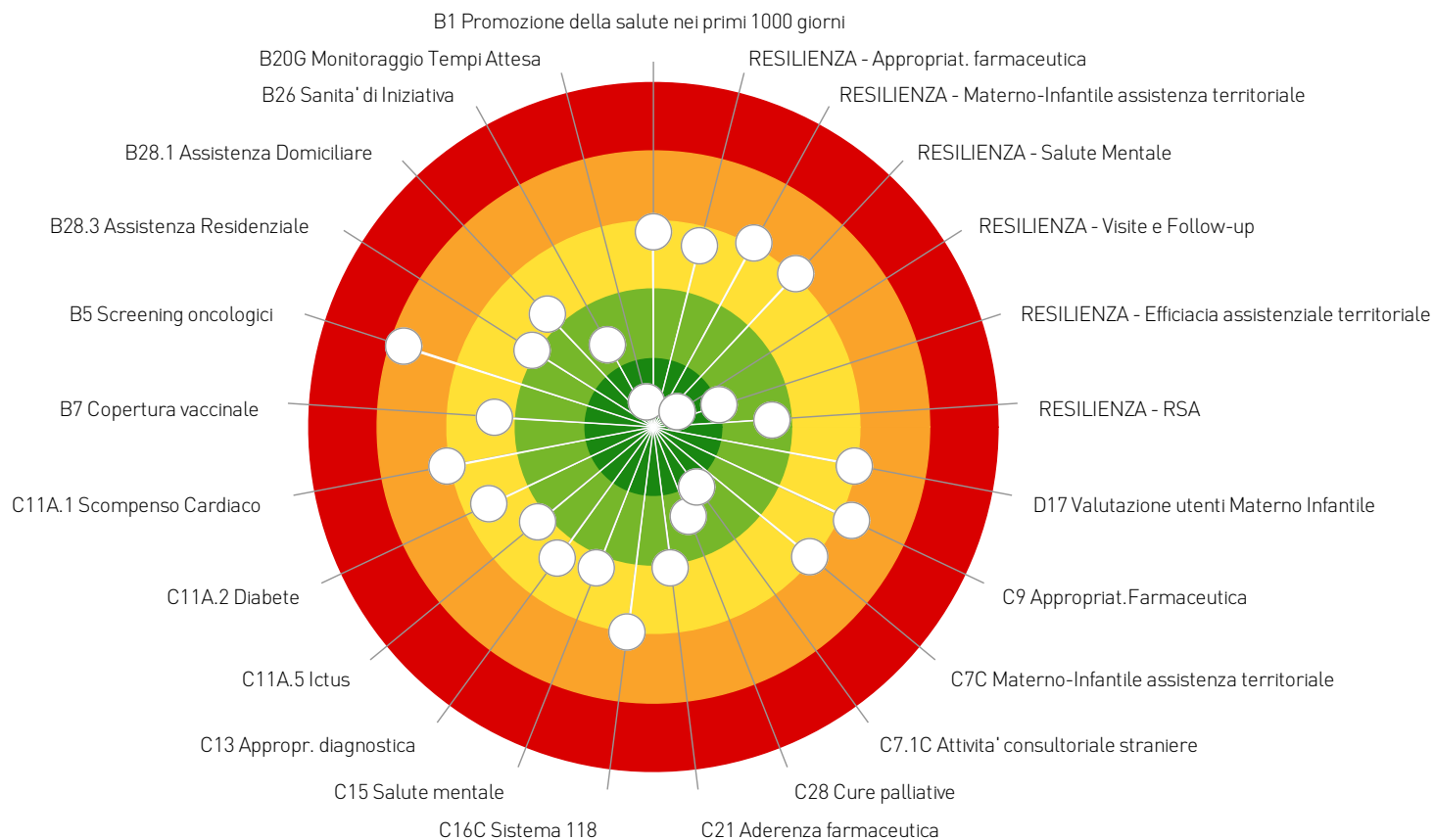
Andamento indicatori - Trend 2019/2020

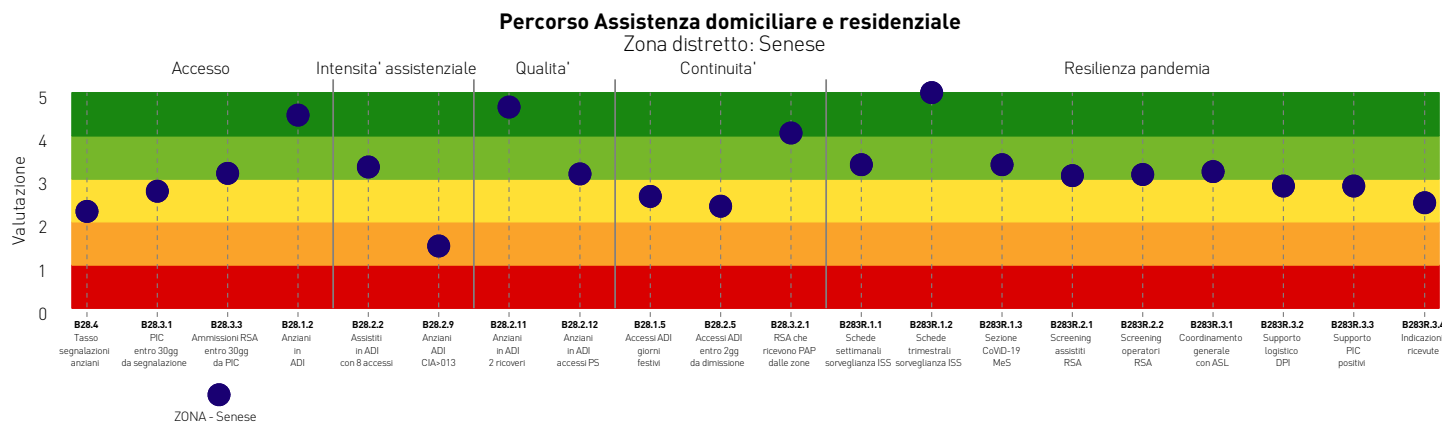
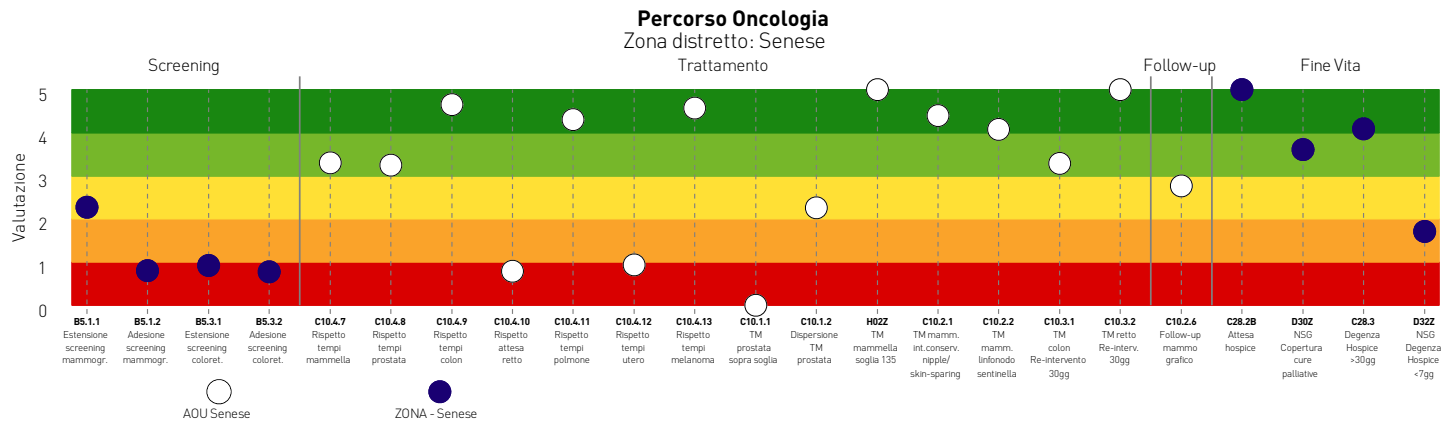
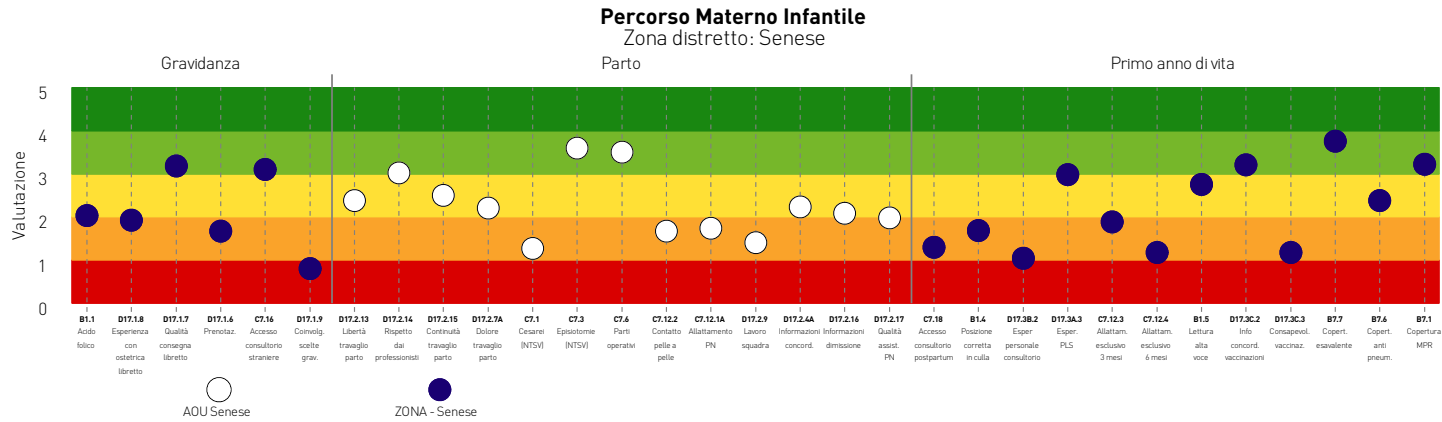
Numero indicatori di valutazione: 67

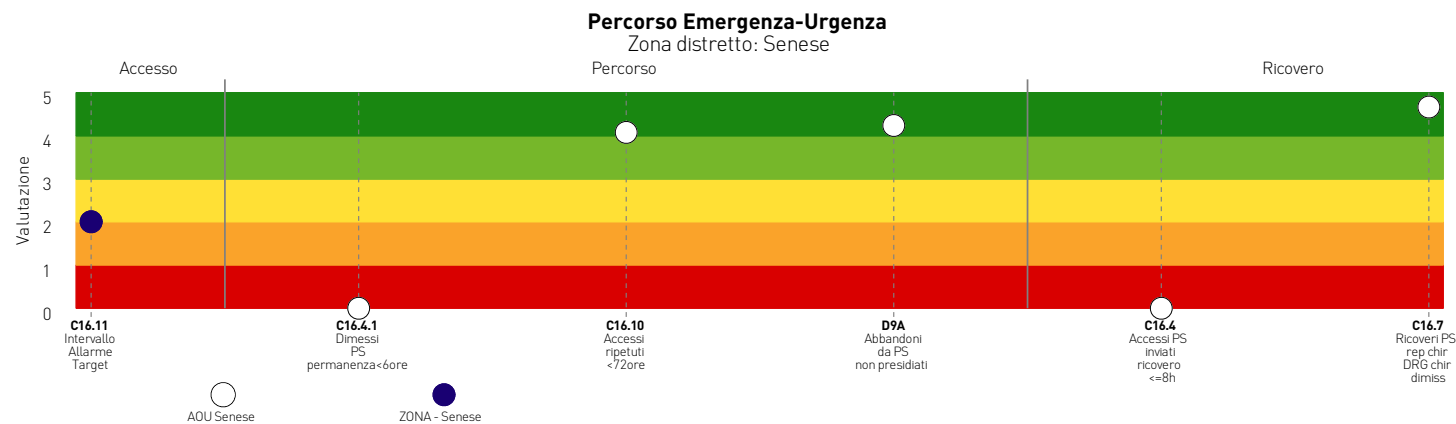
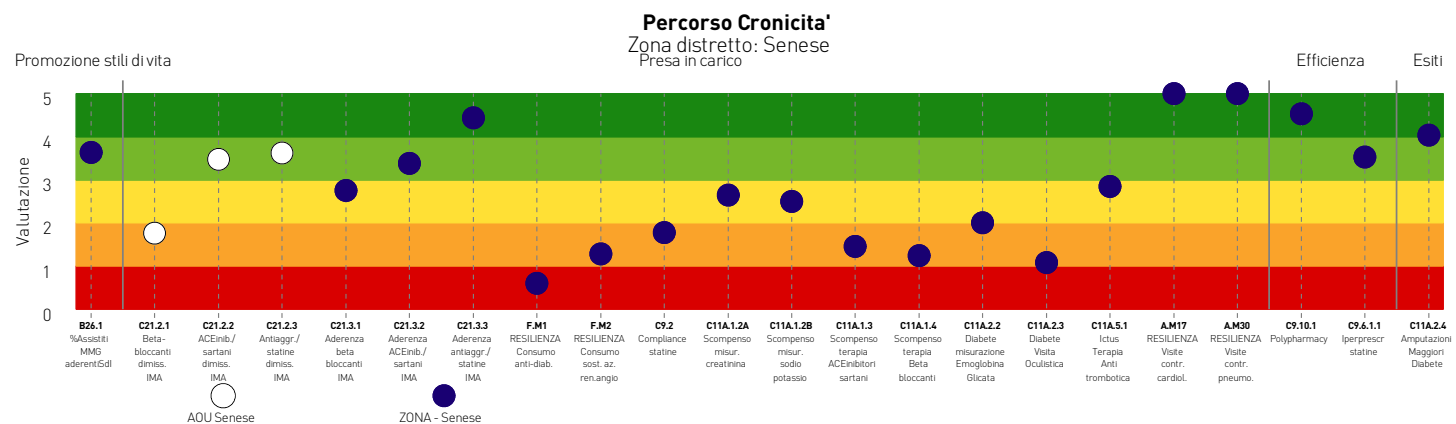
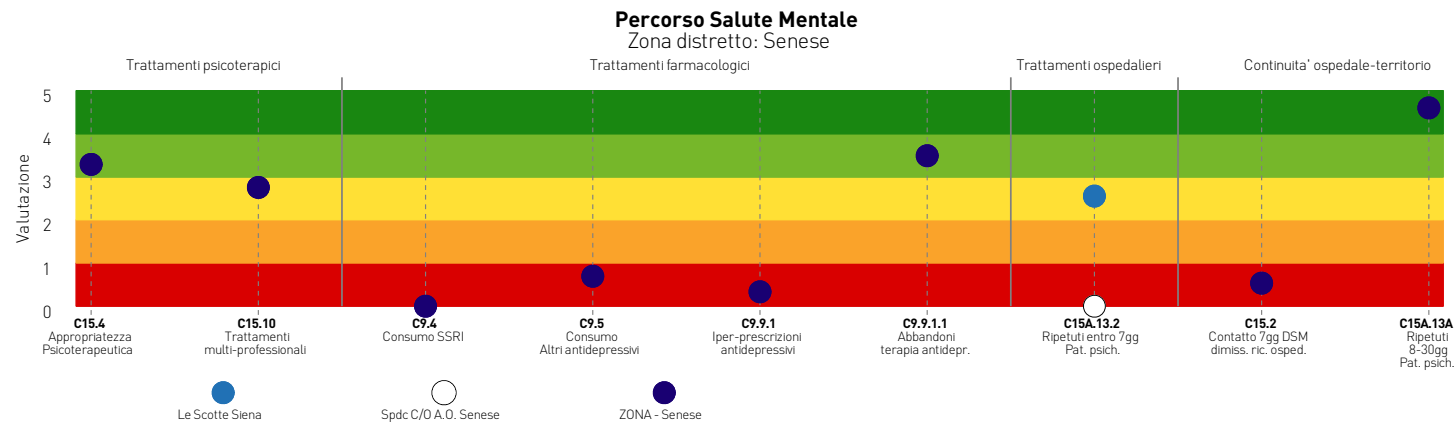


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Senese  
Valutazione della performance 2020



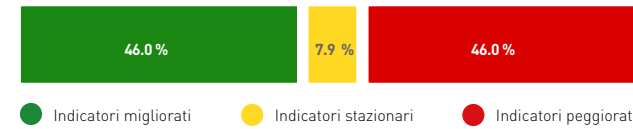




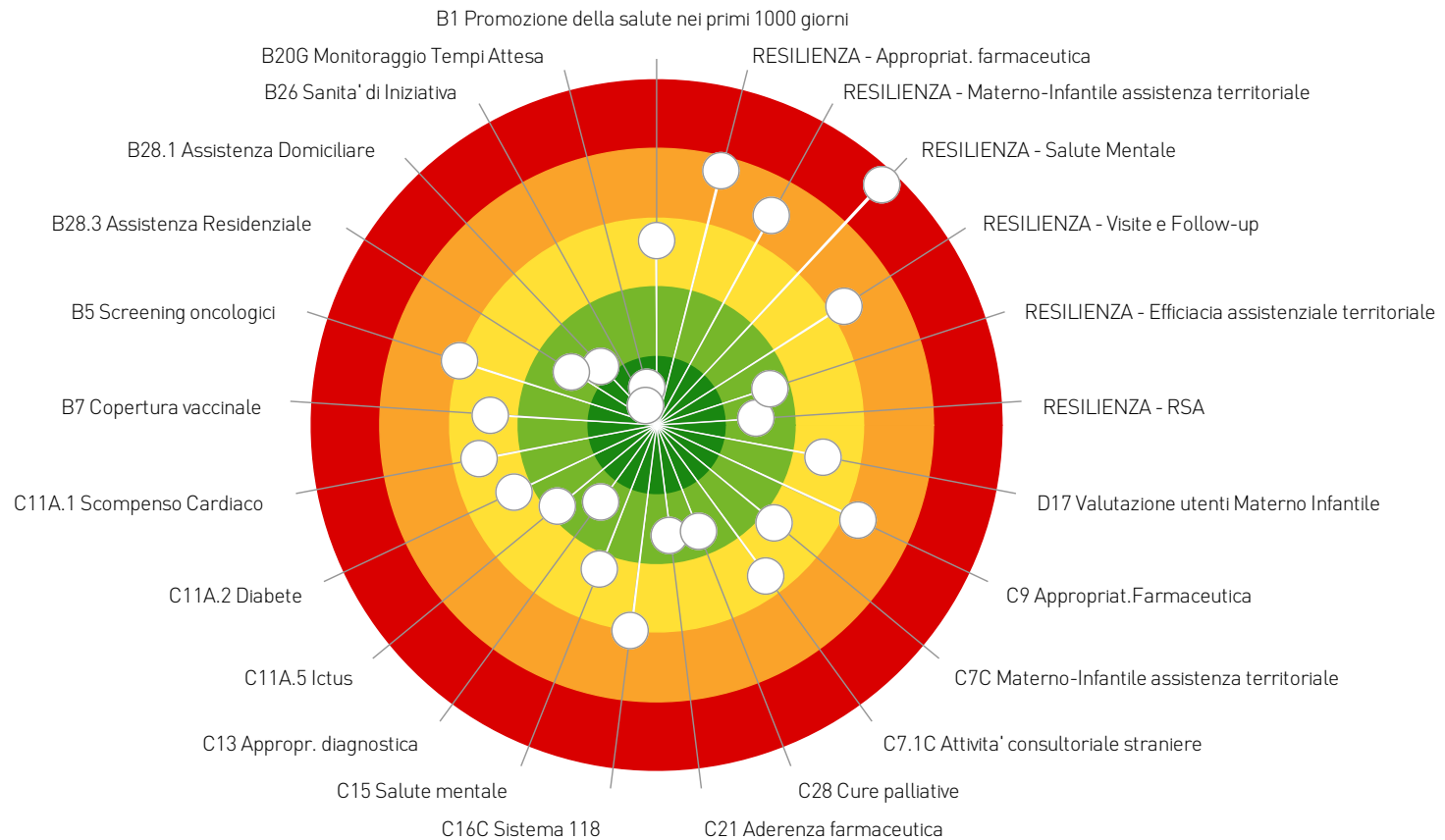
# Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese

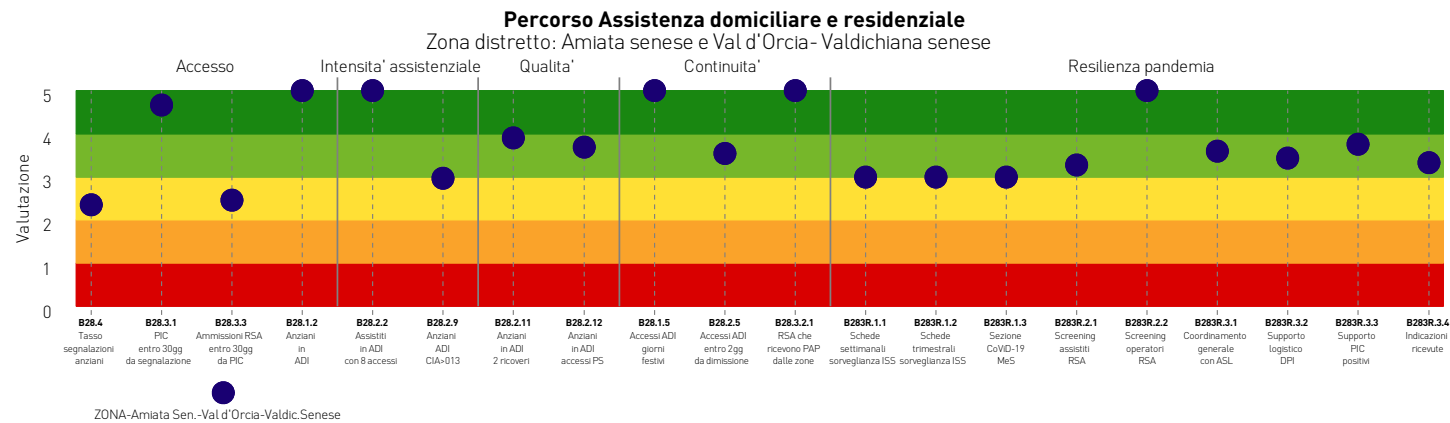
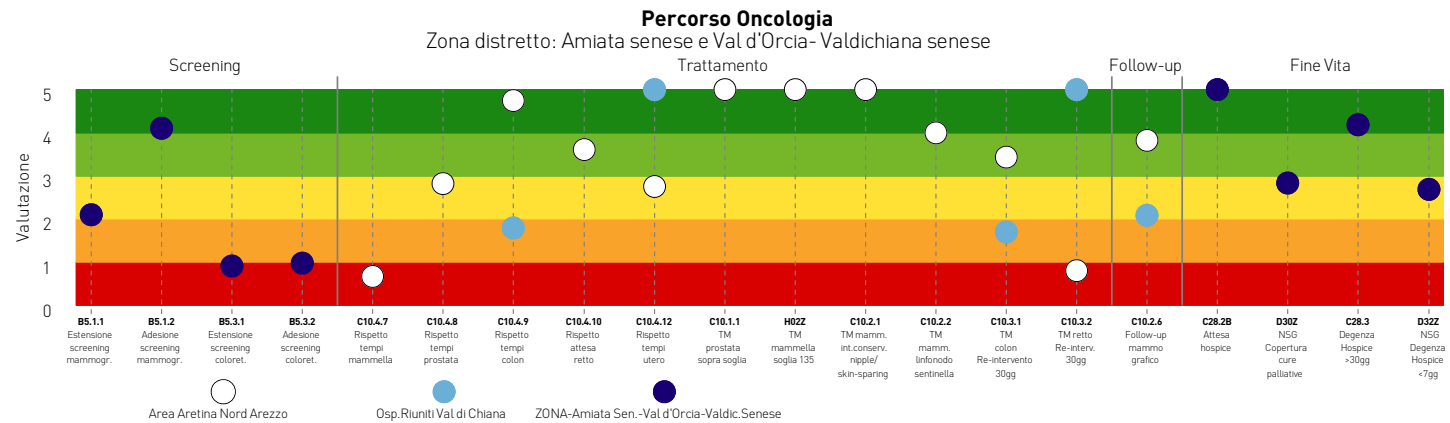
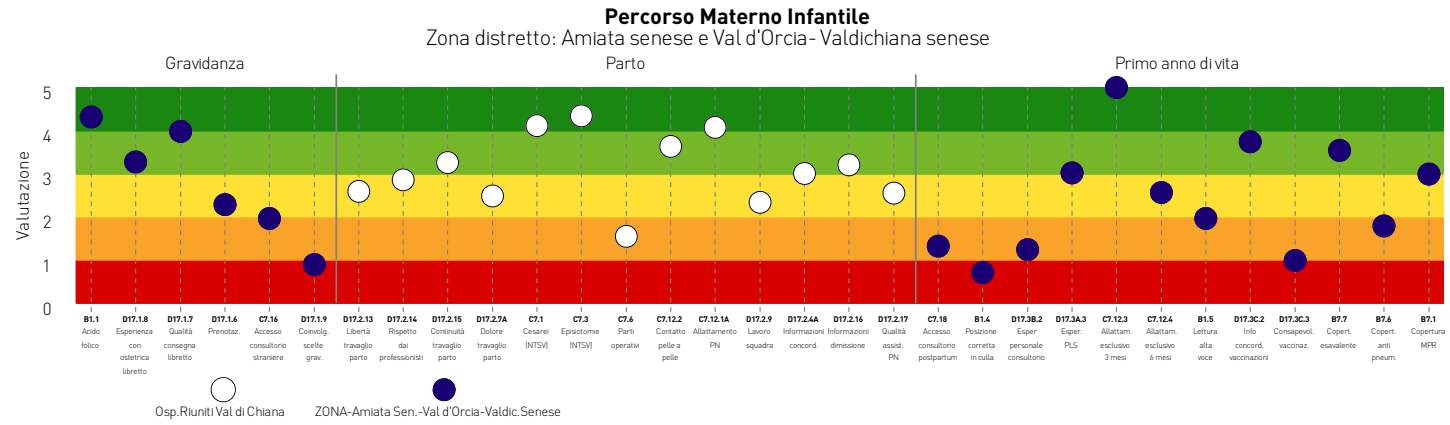
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 63

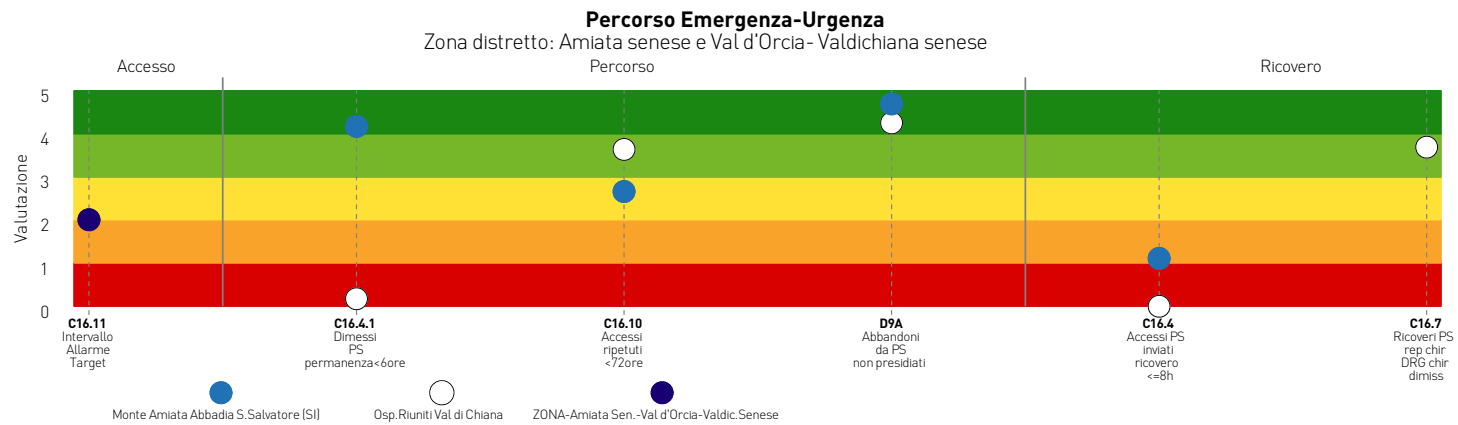
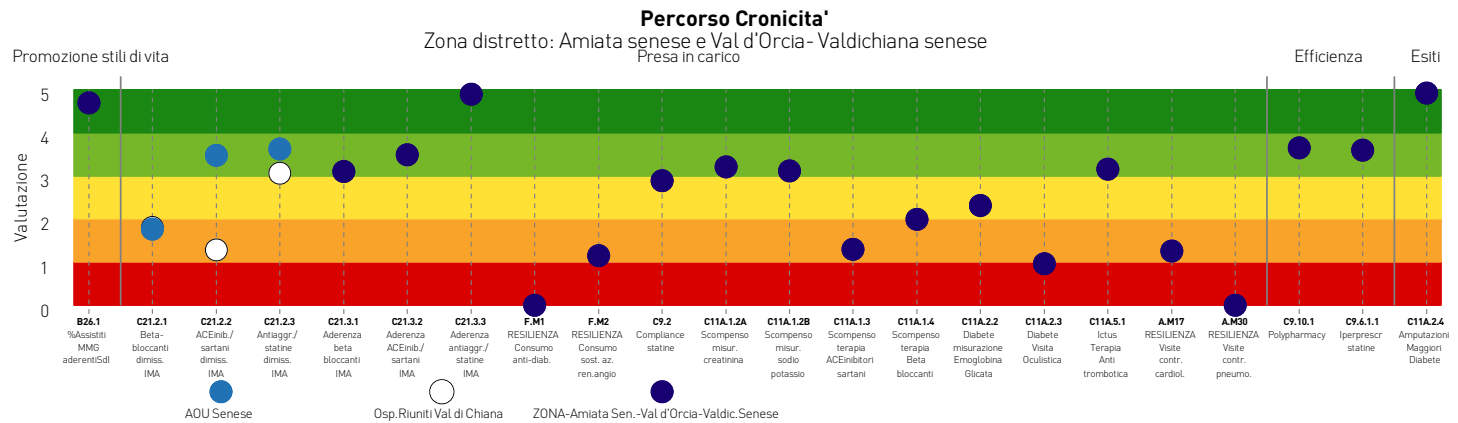
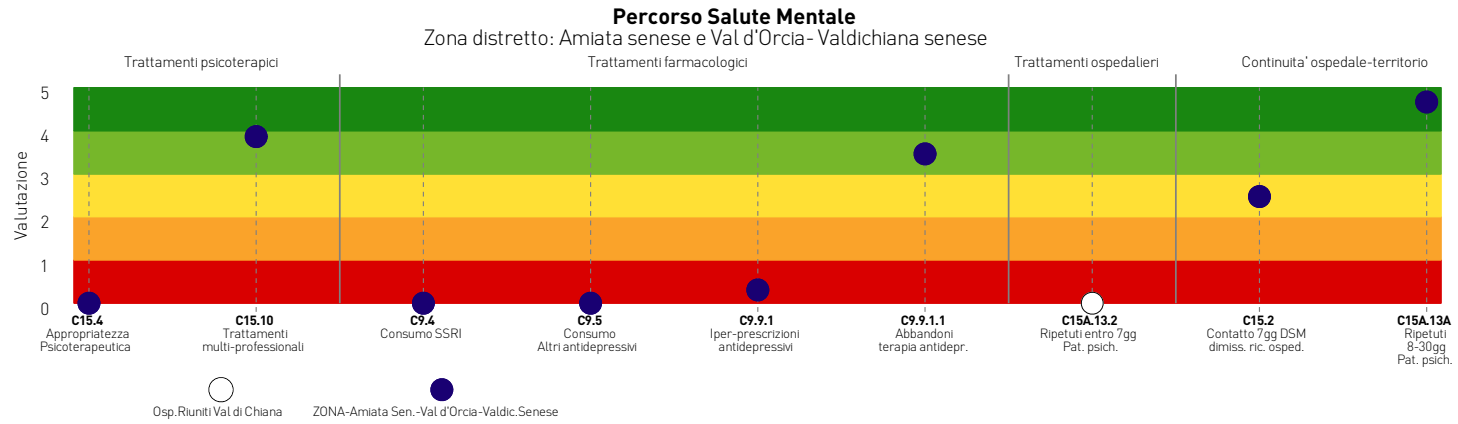


## Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese Valutazione della performance 2020









# Val di Chiana Aretina

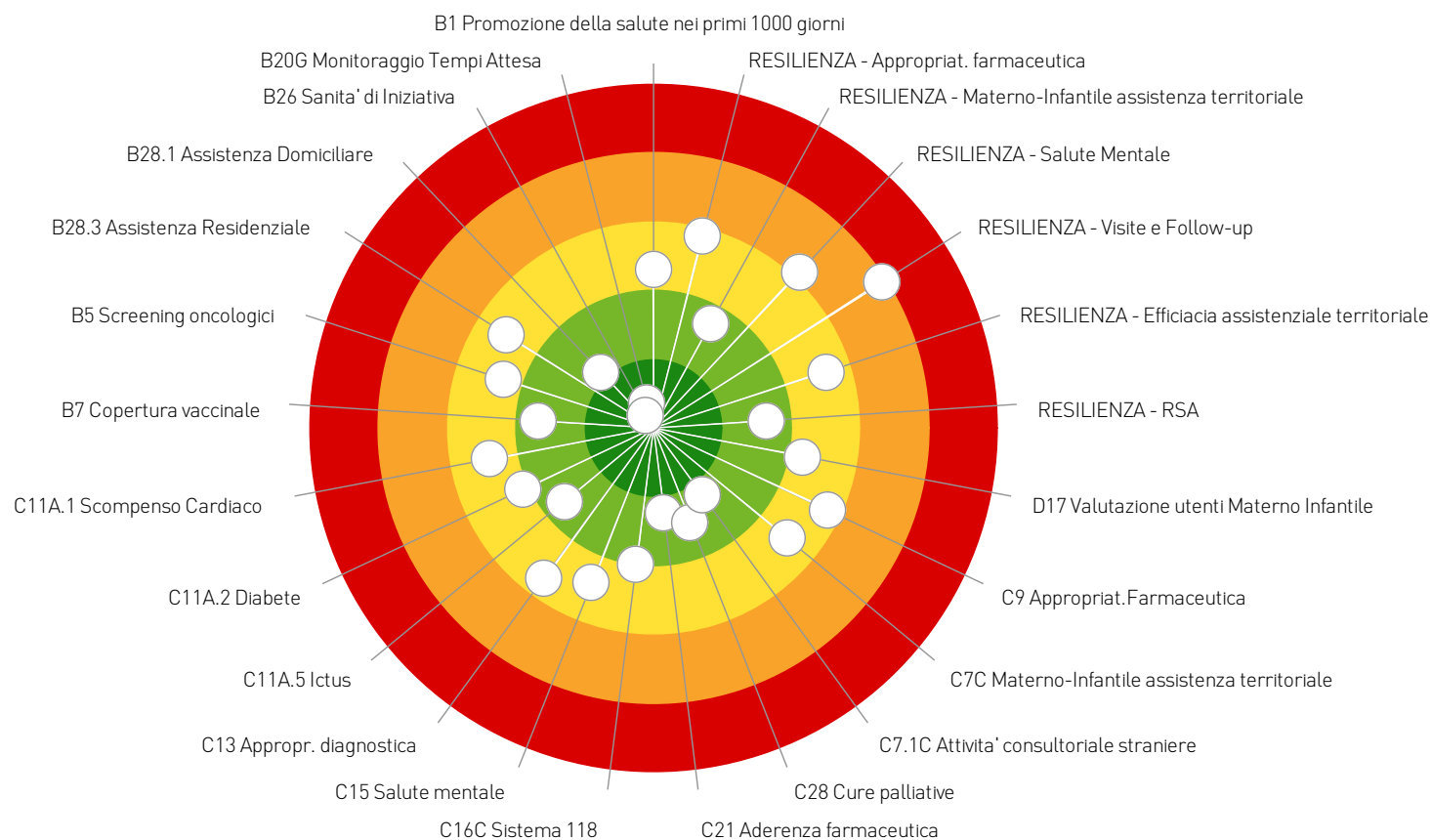
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

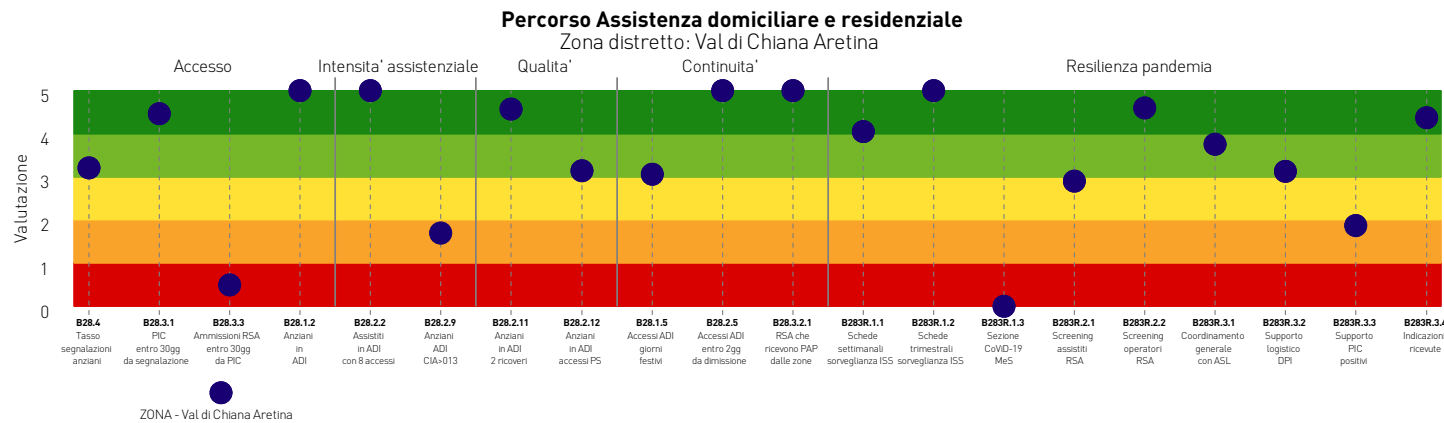
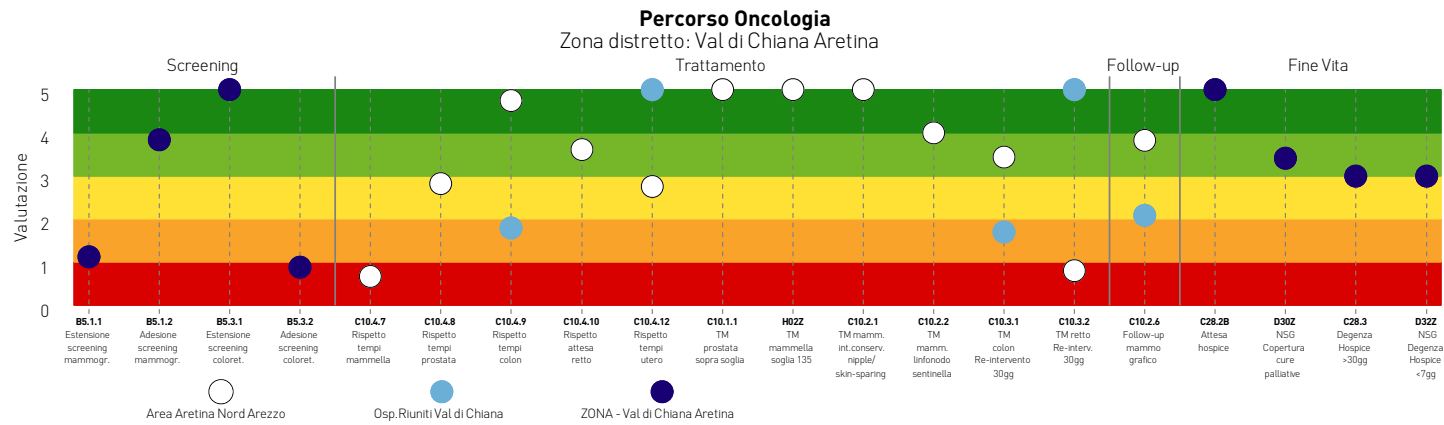
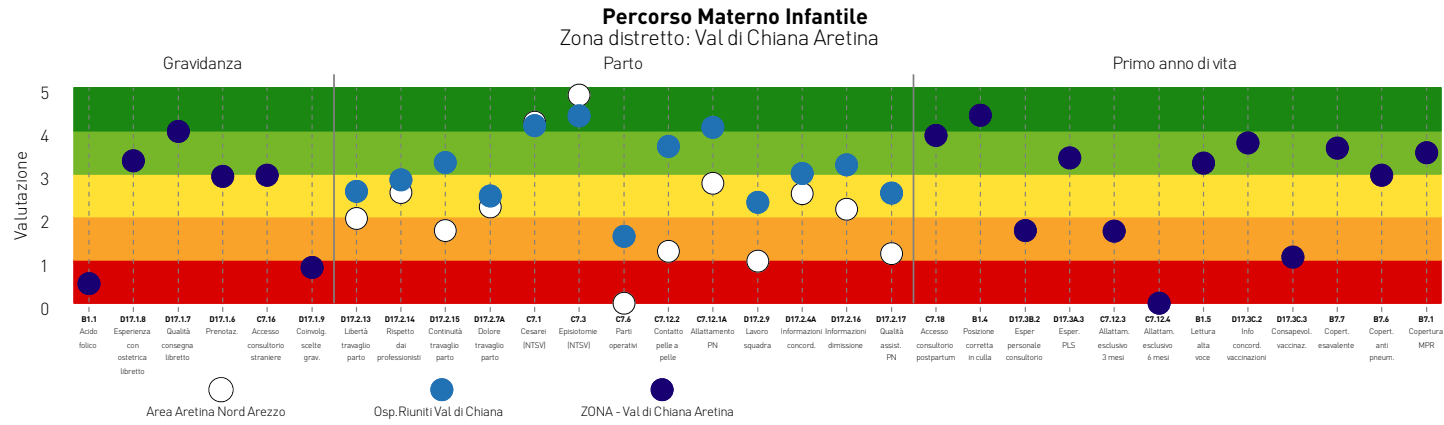
Numero indicatori di valutazione: 65

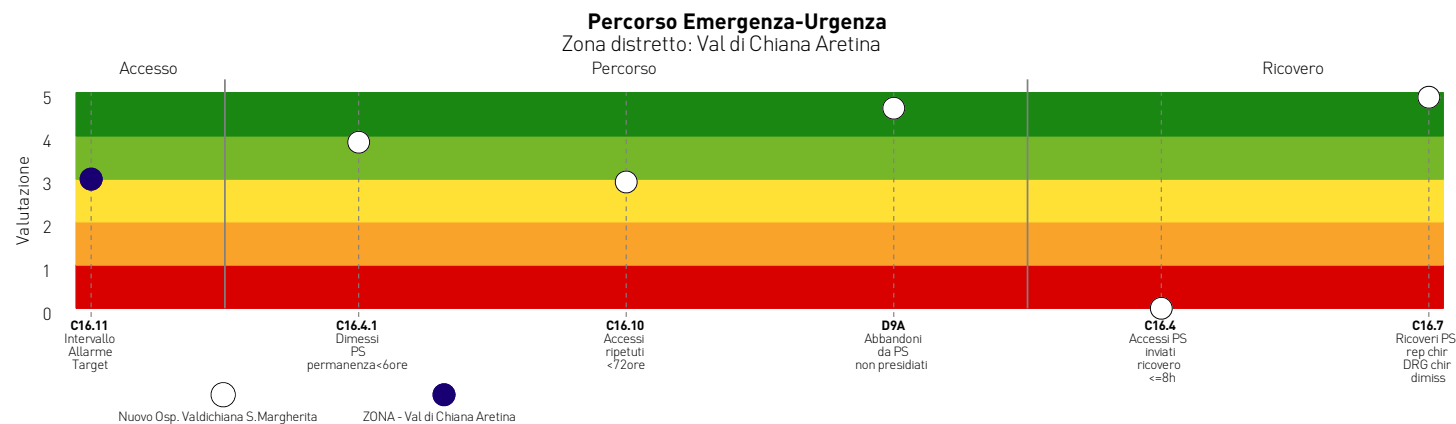
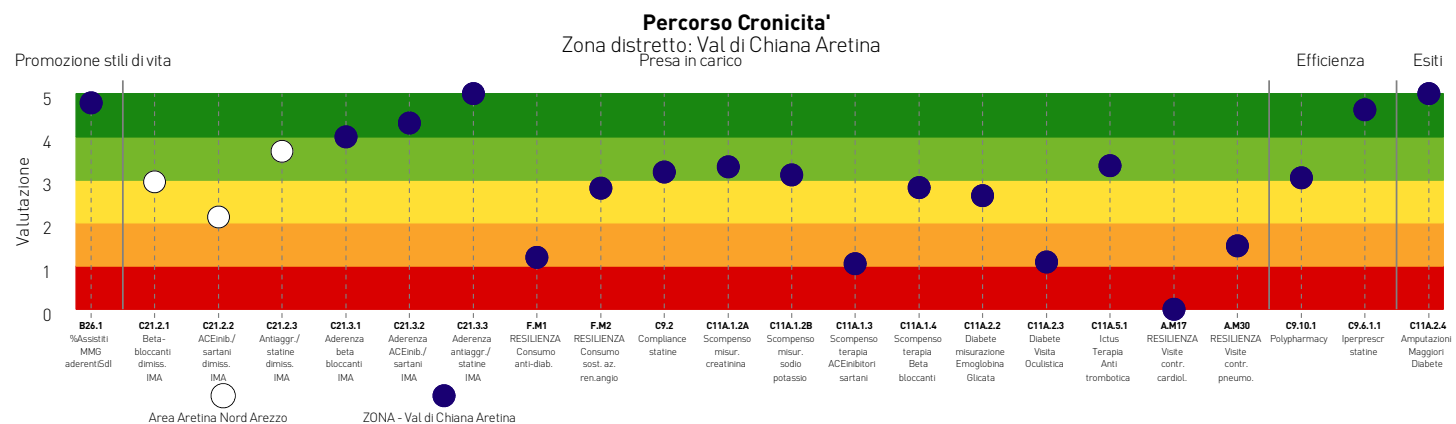
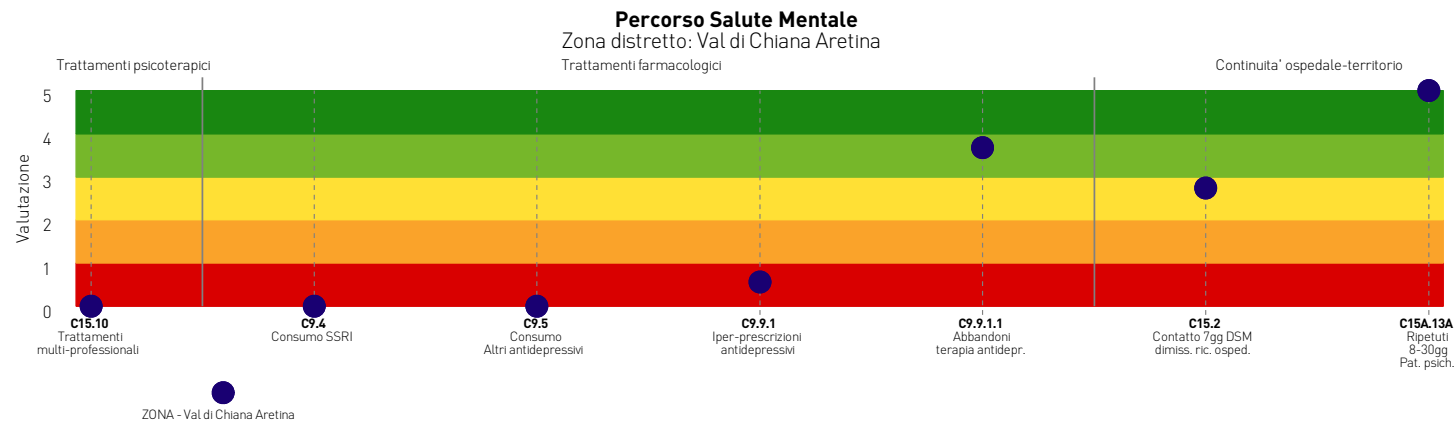


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Val di Chiana Aretina Valutazione della performance 2020



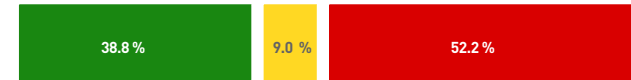




# Valdarno

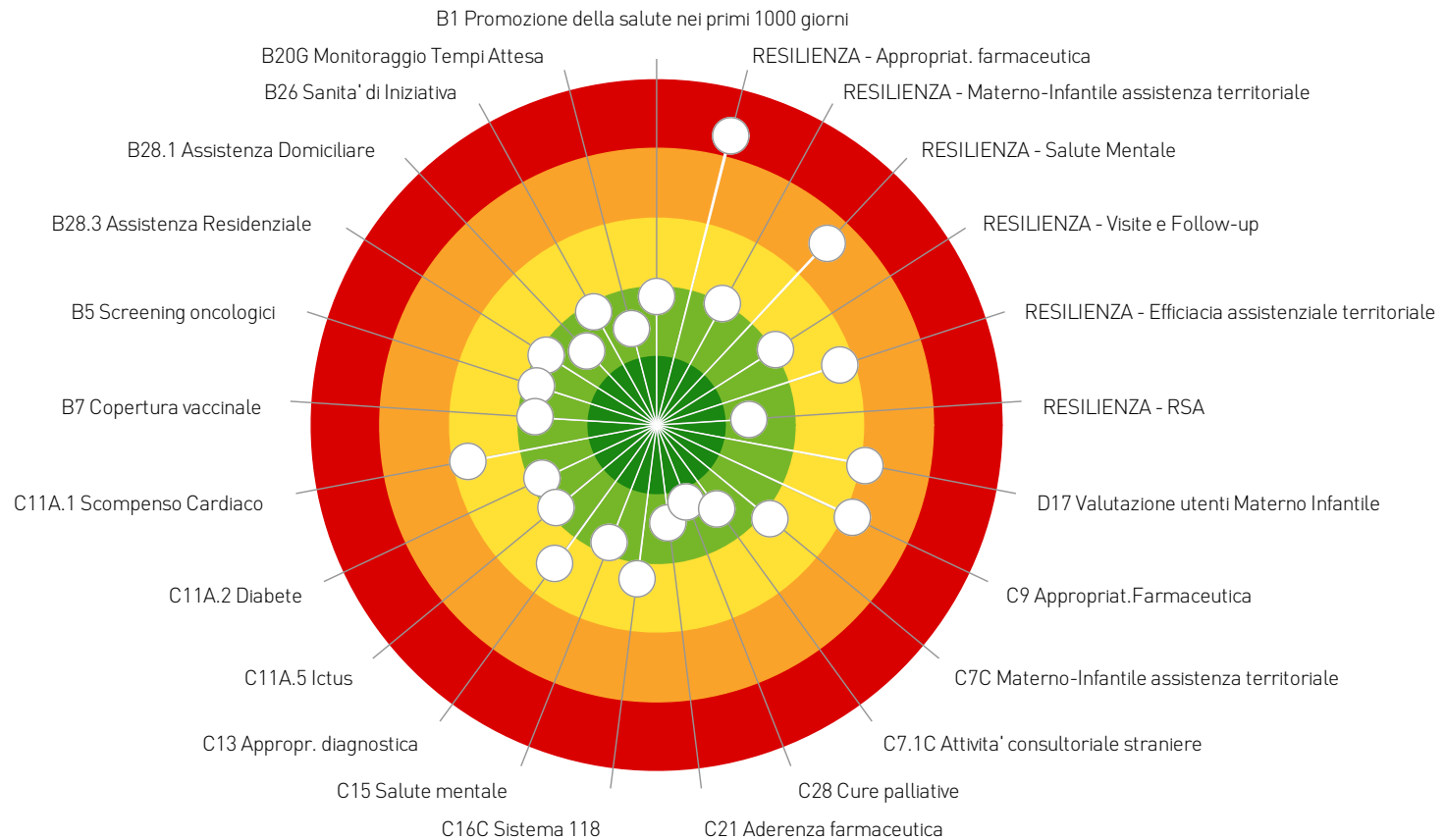
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

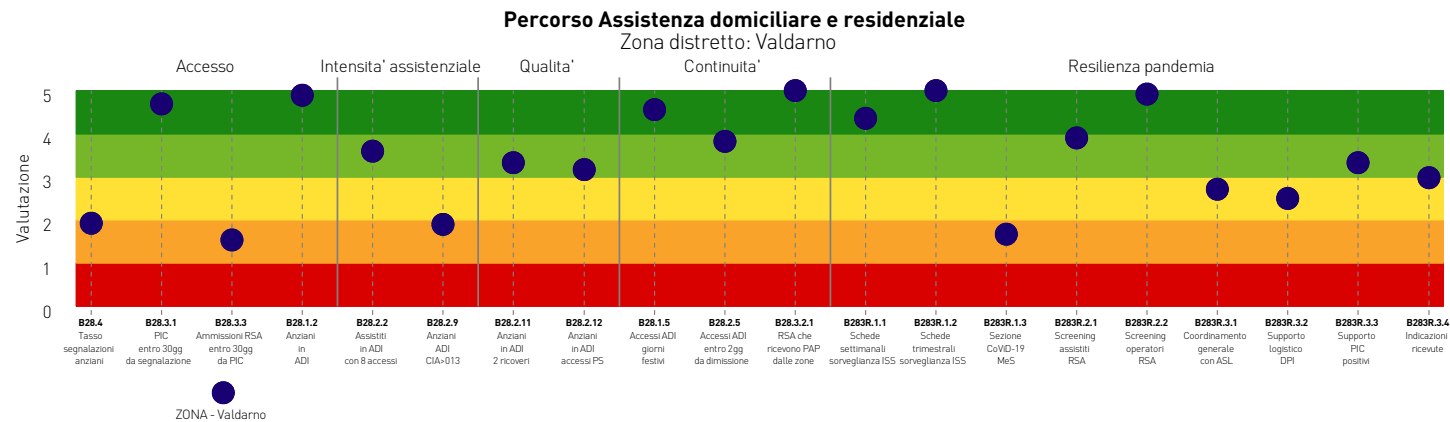
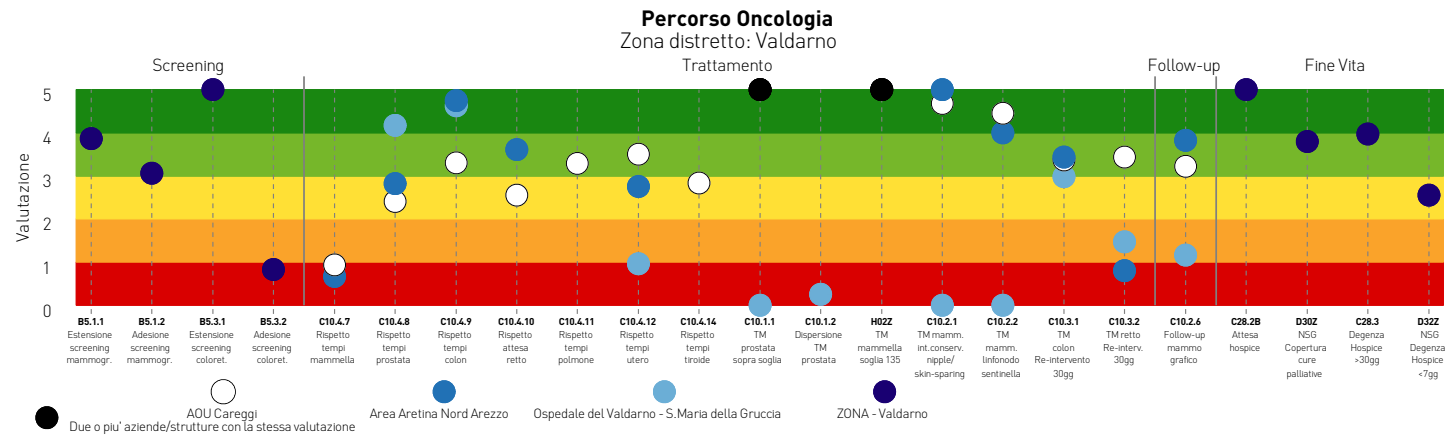
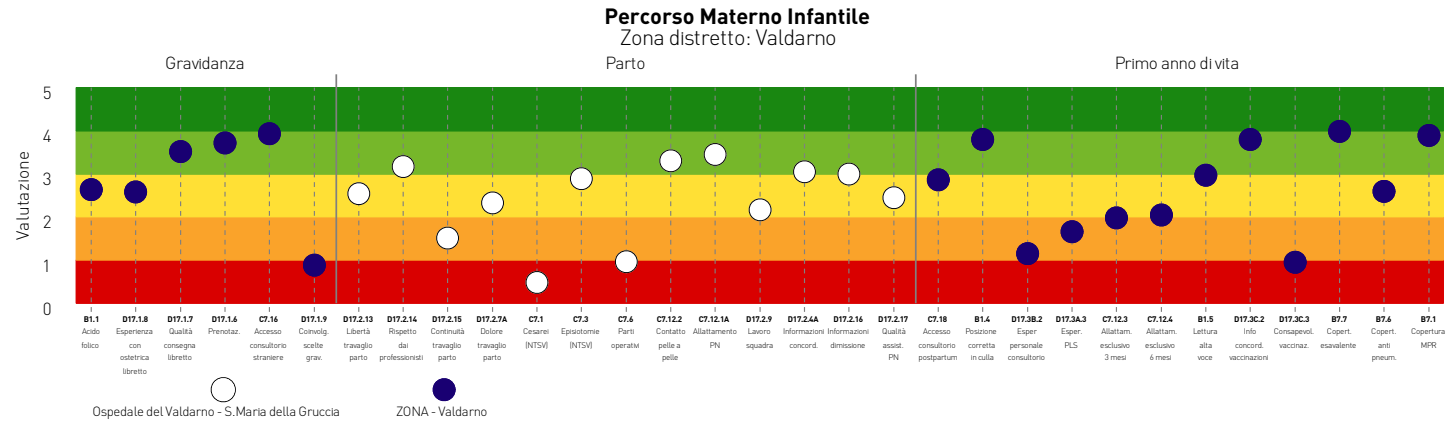
Numero indicatori di valutazione: 67

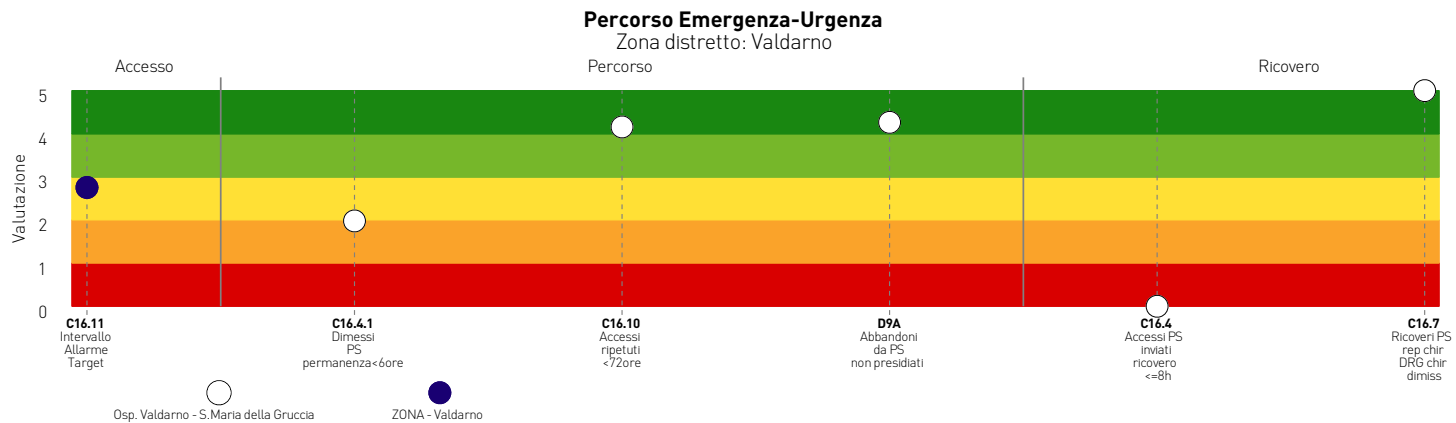
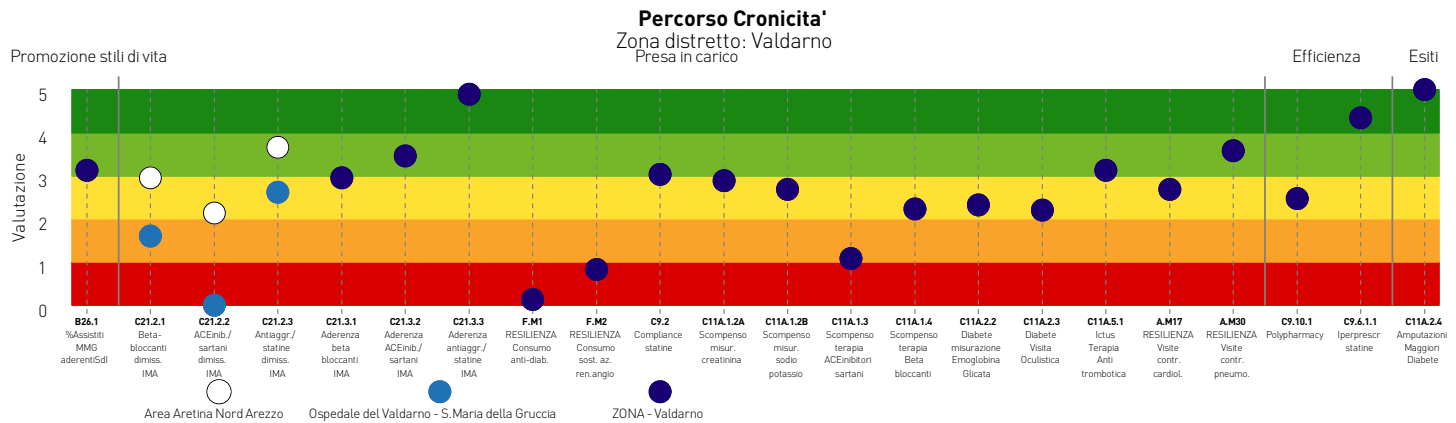
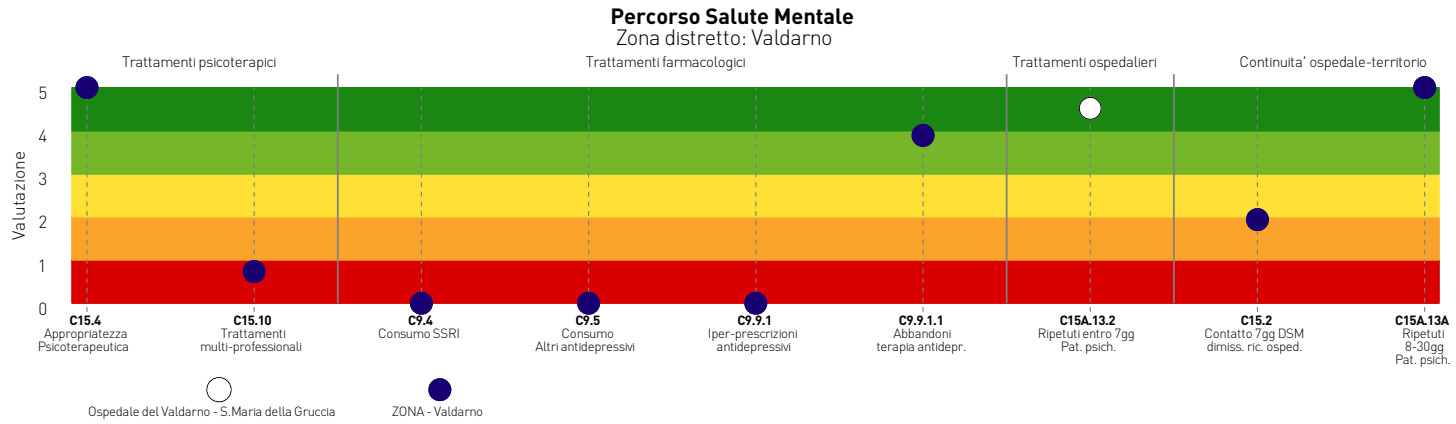


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Valdarno Valutazione della performance 2020

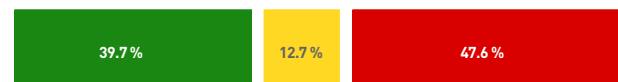






### Andamento indicatori - Trend 2019/2020

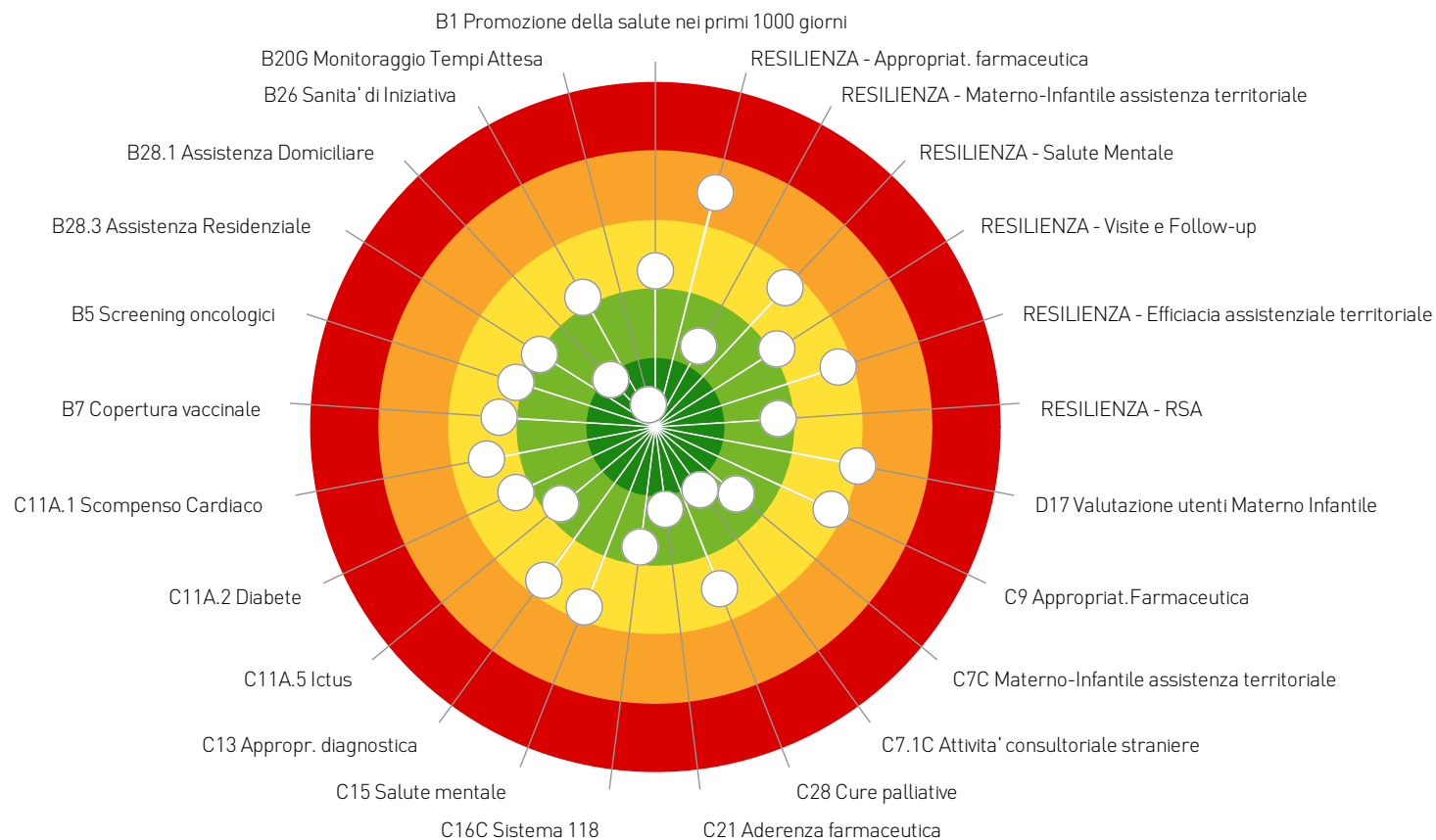
Numero indicatori di valutazione: 63



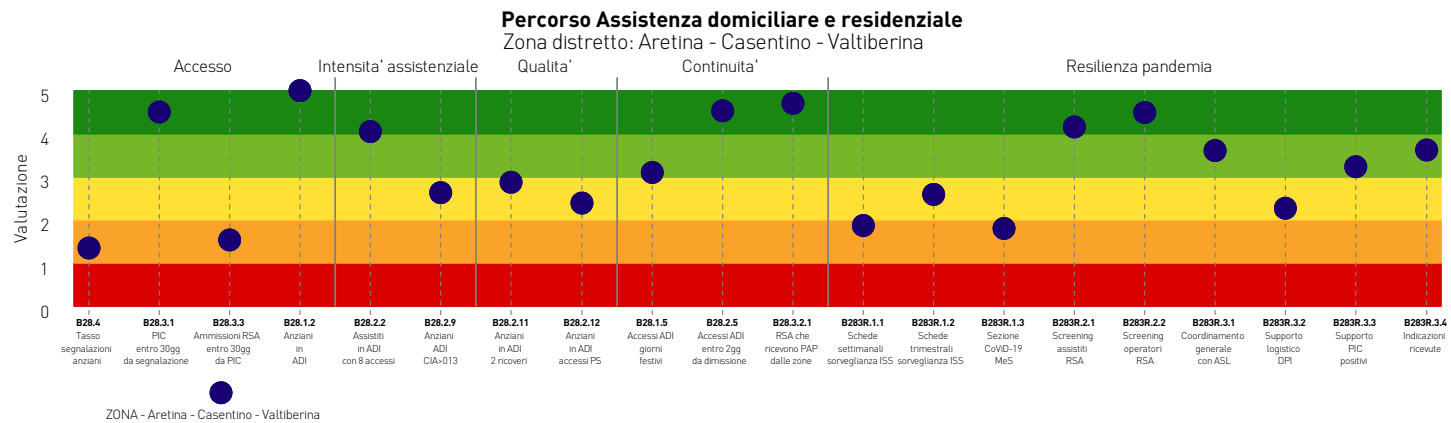
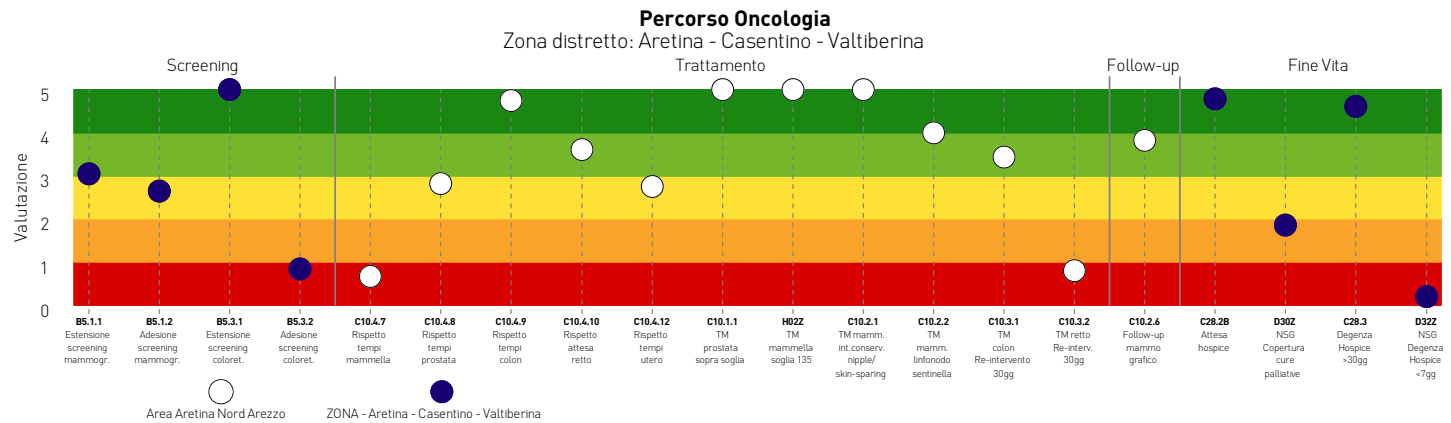
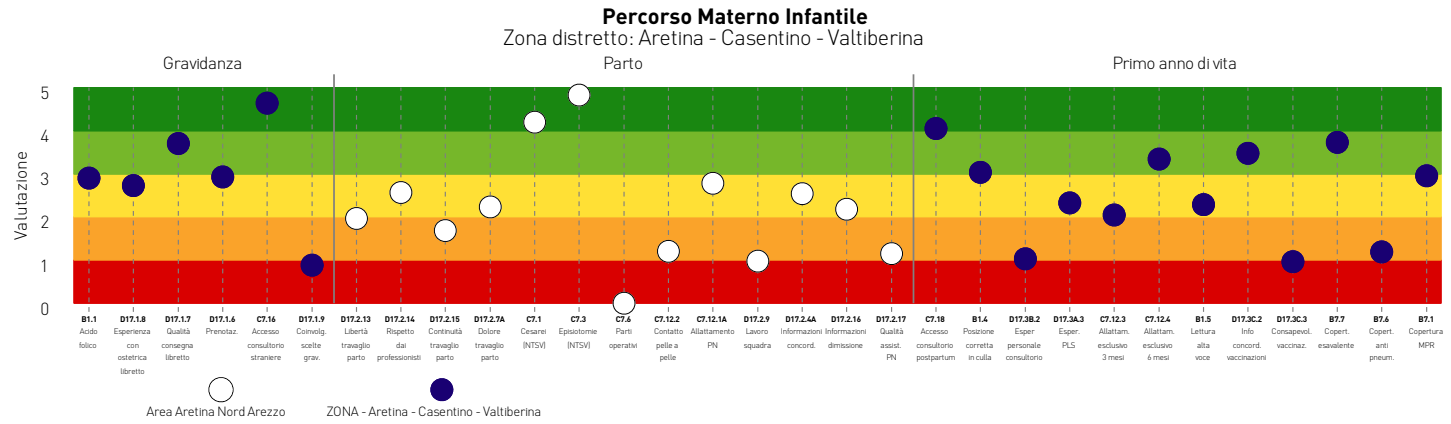
● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

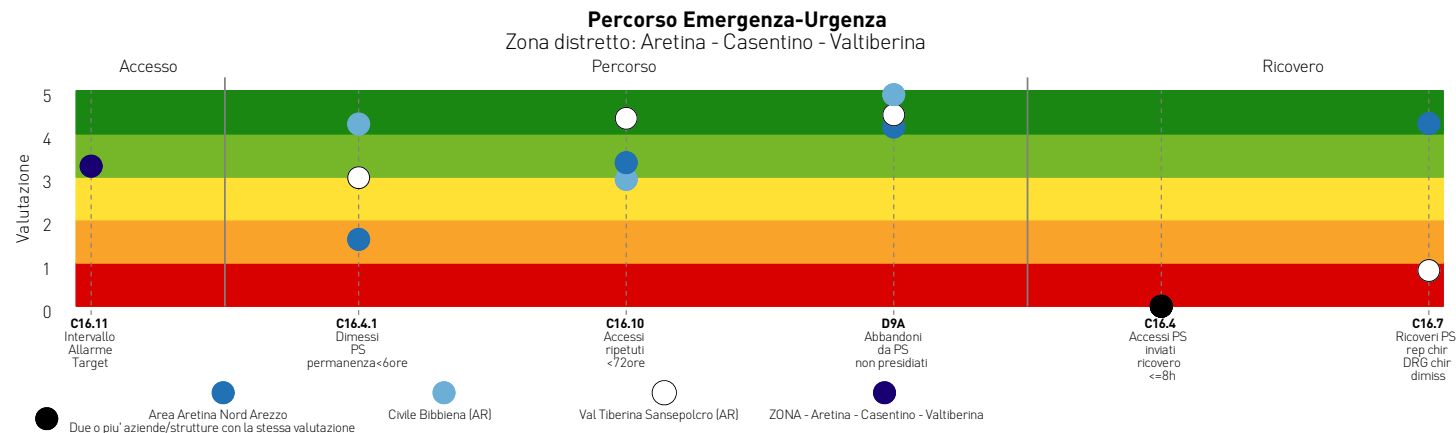
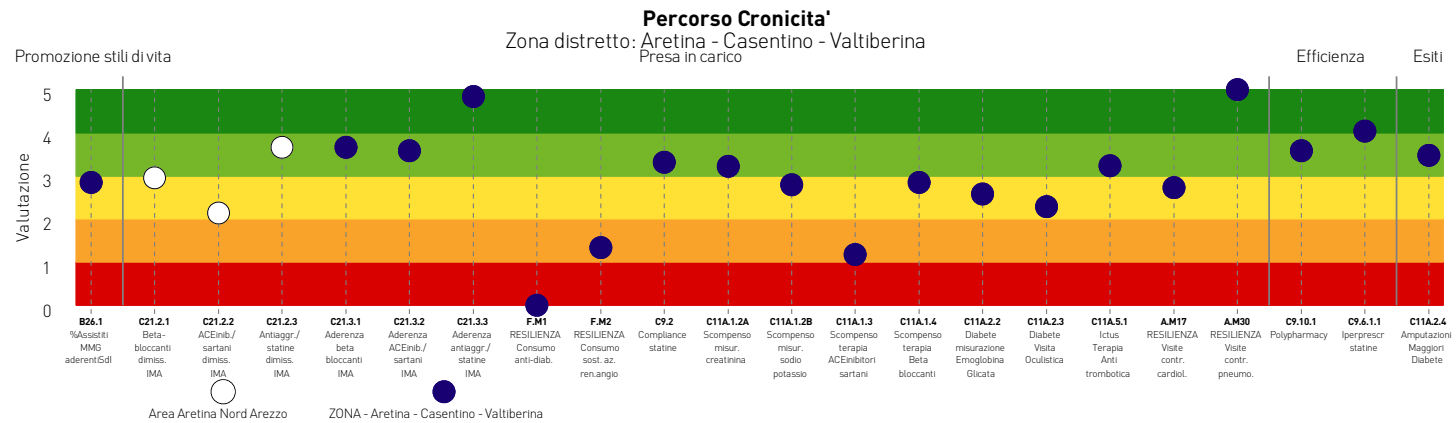
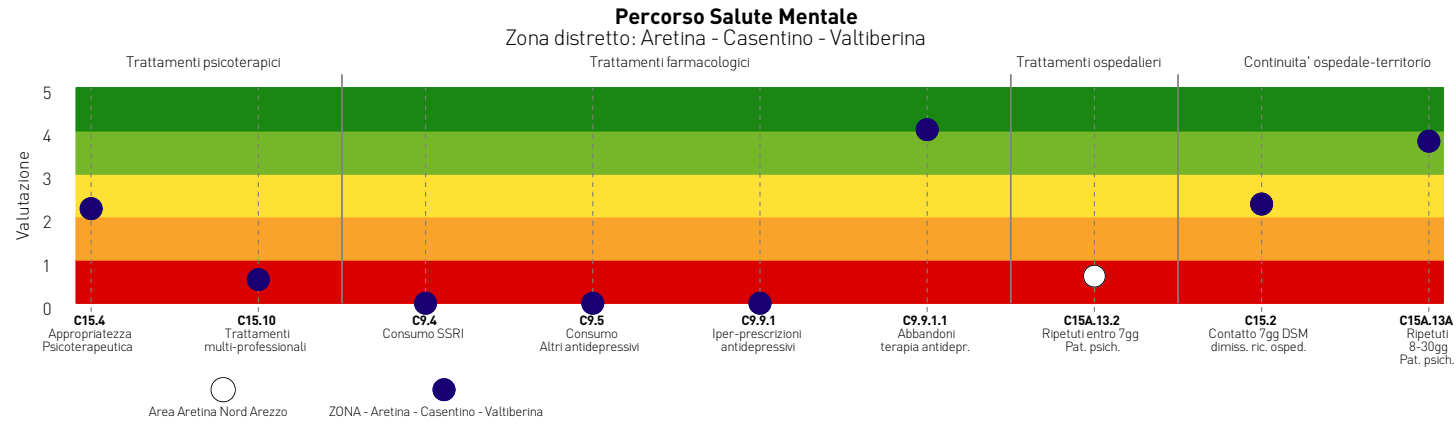
# Aretina - Casentino - Valtiberina

## Aretina - Casentino - Valtiberina Valutazione della performance 2020





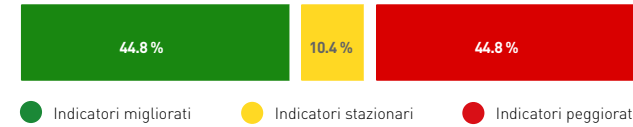




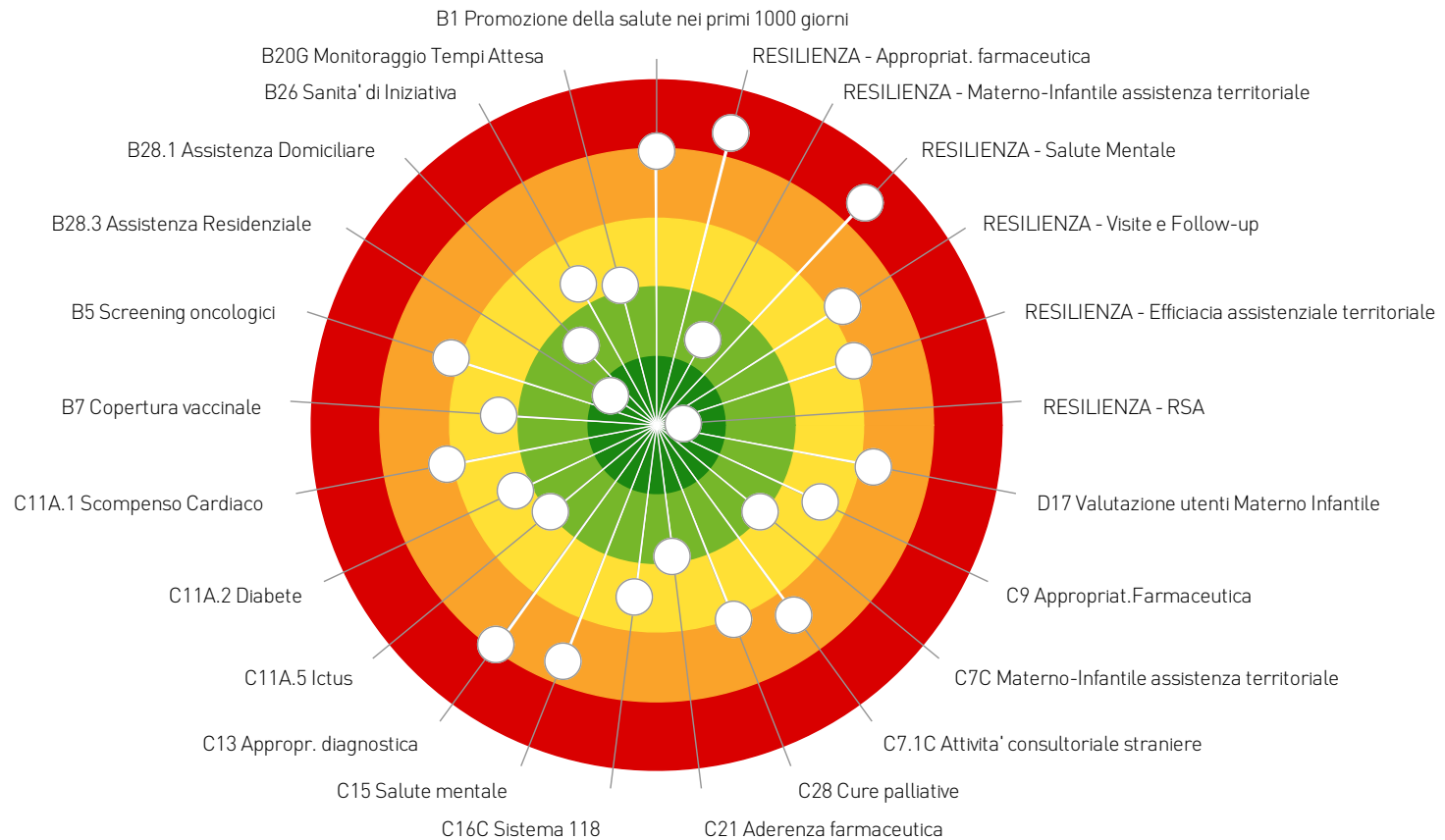
# Colline dell'Albegna

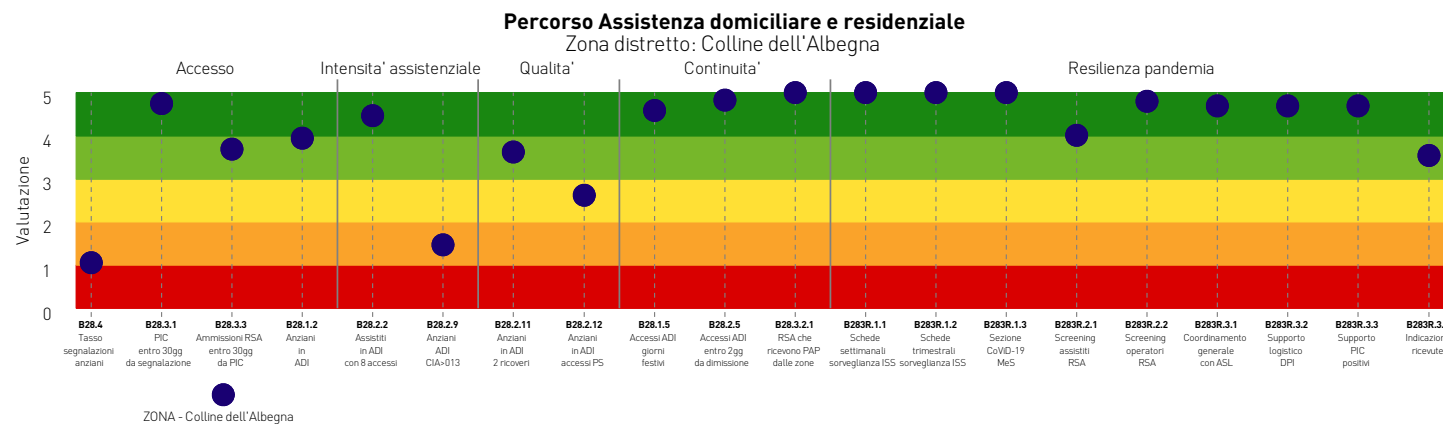
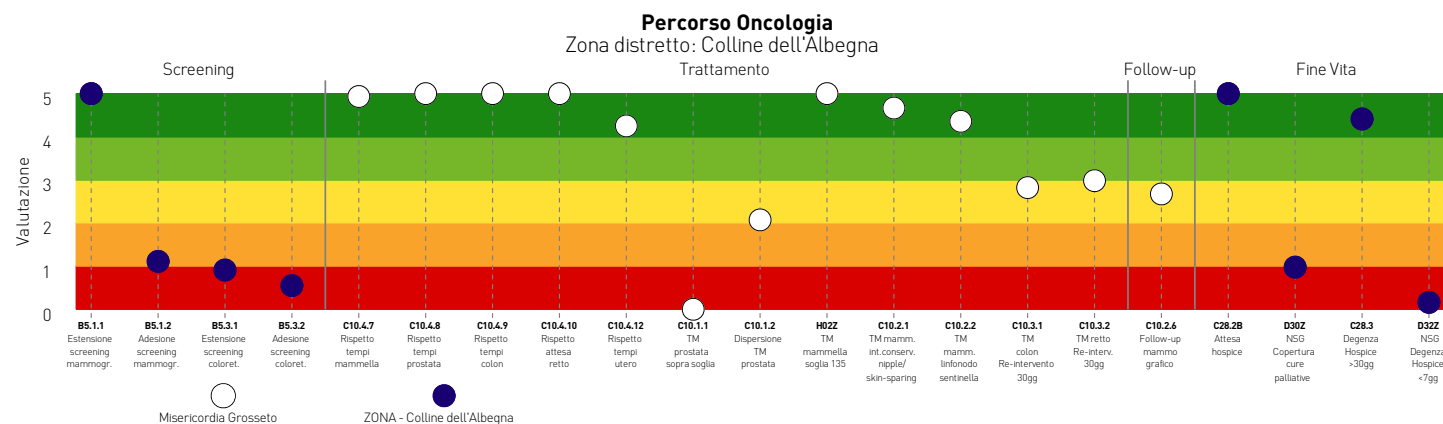
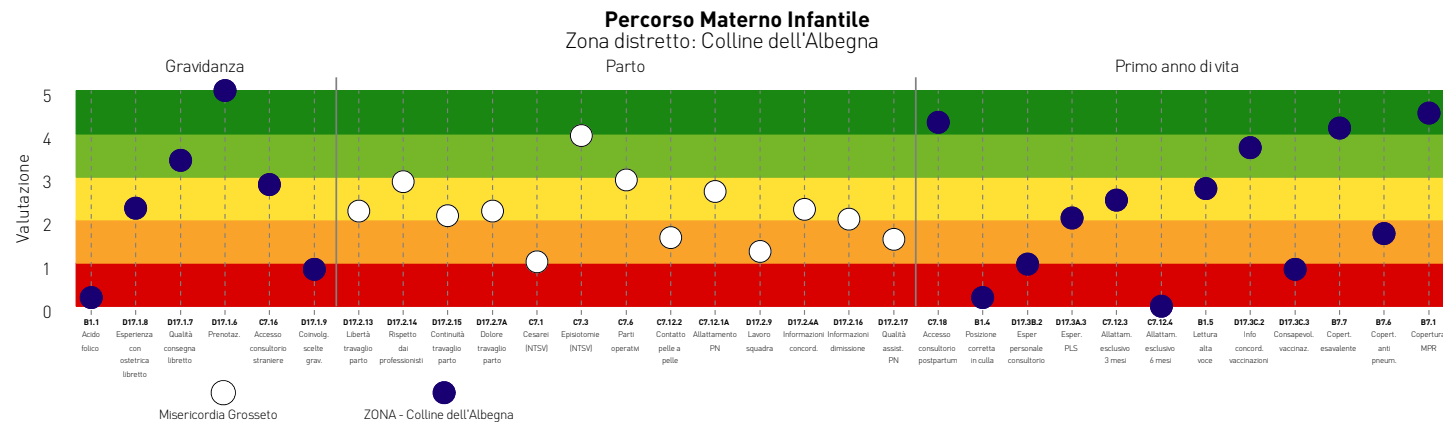
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

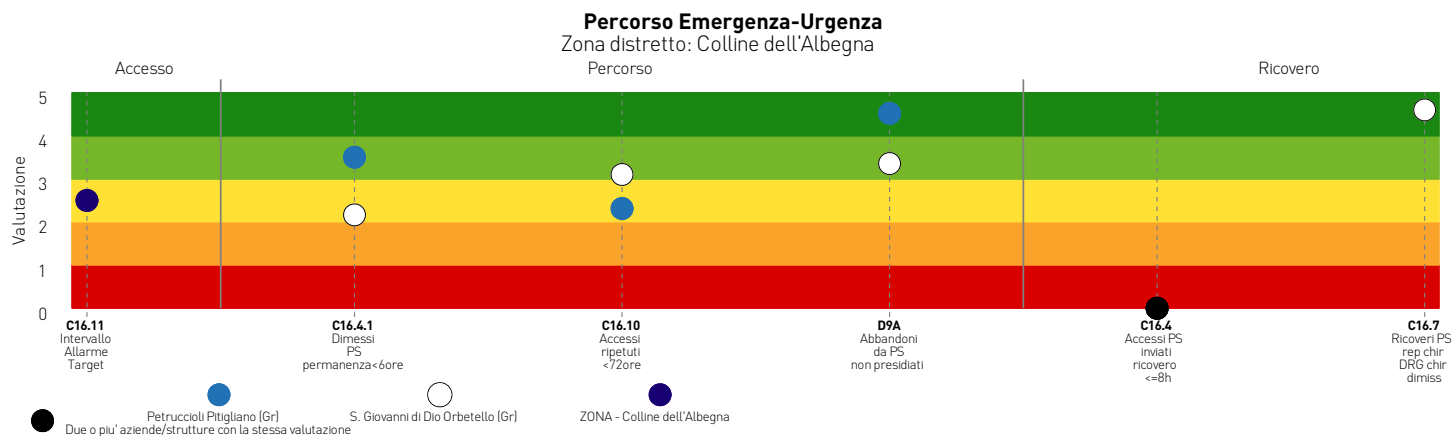
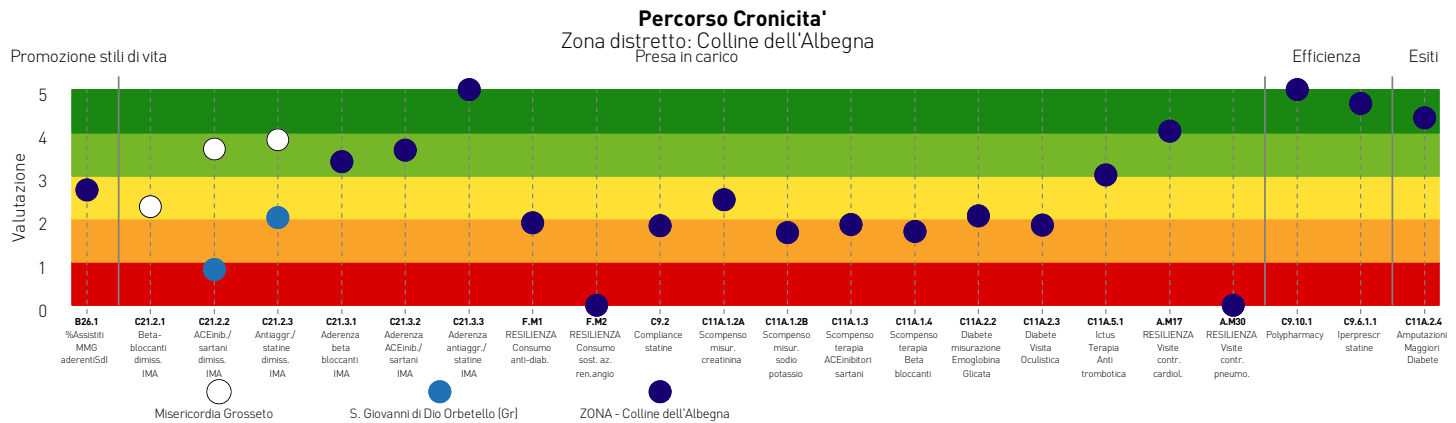
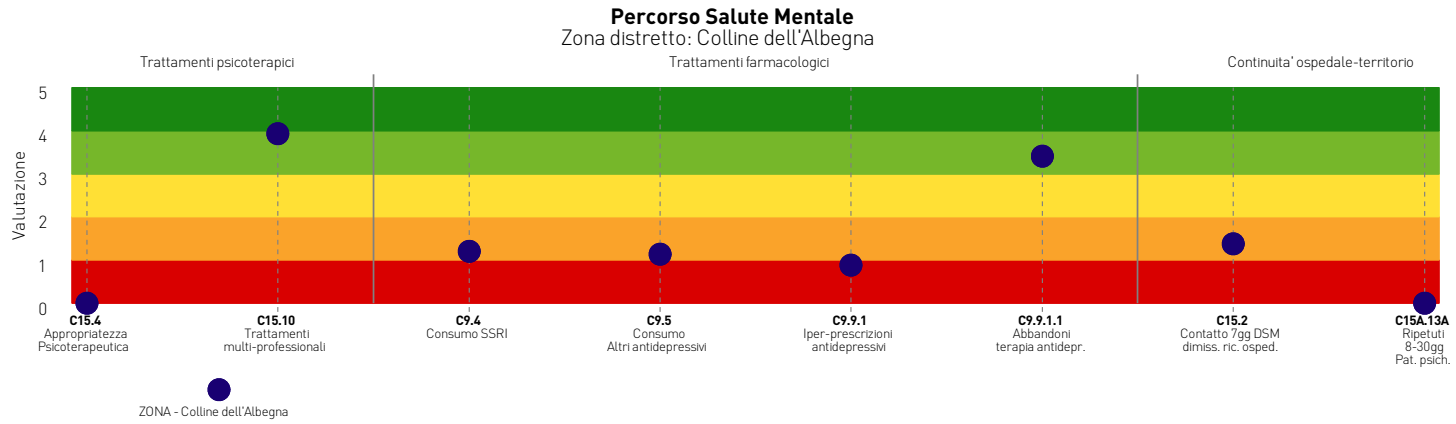
Numero indicatori di valutazione: 67



## Colline dell'Albegna Valutazione della performance 2020



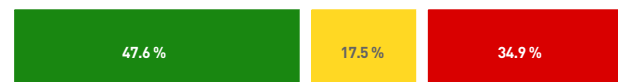




# Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

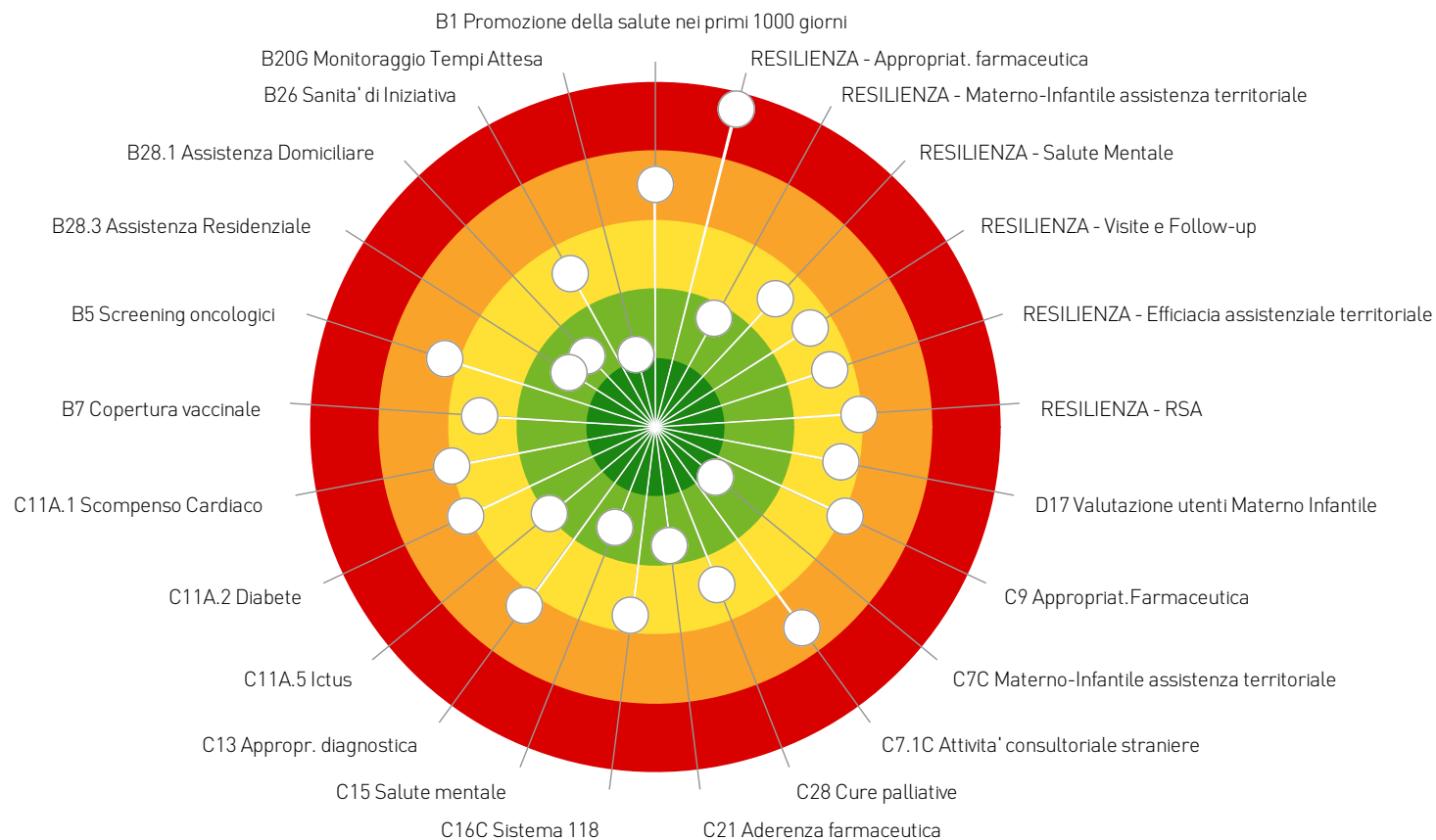
## Andamento indicatori - Trend 2019/2020

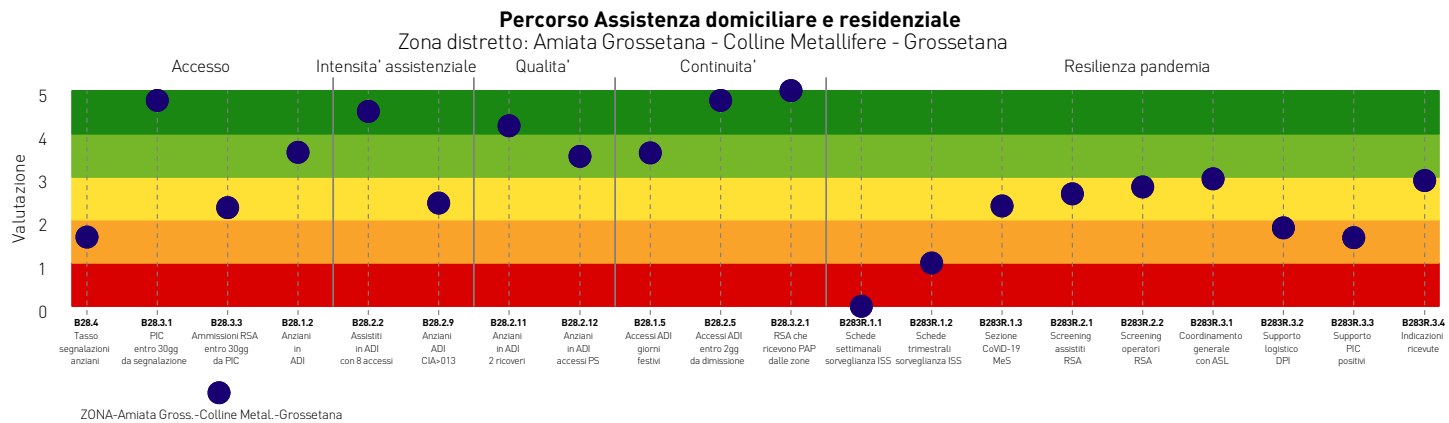
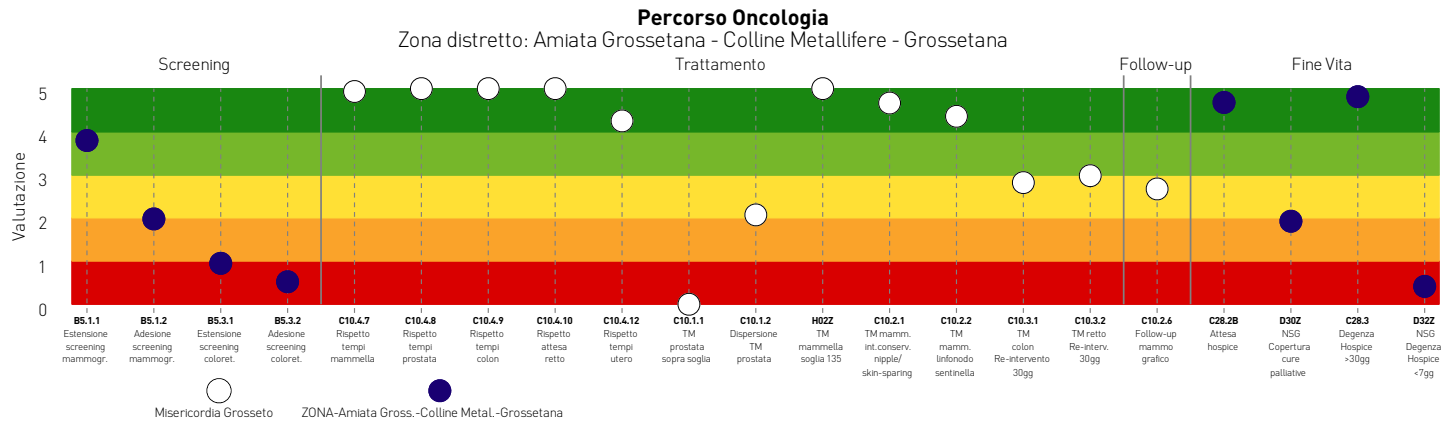
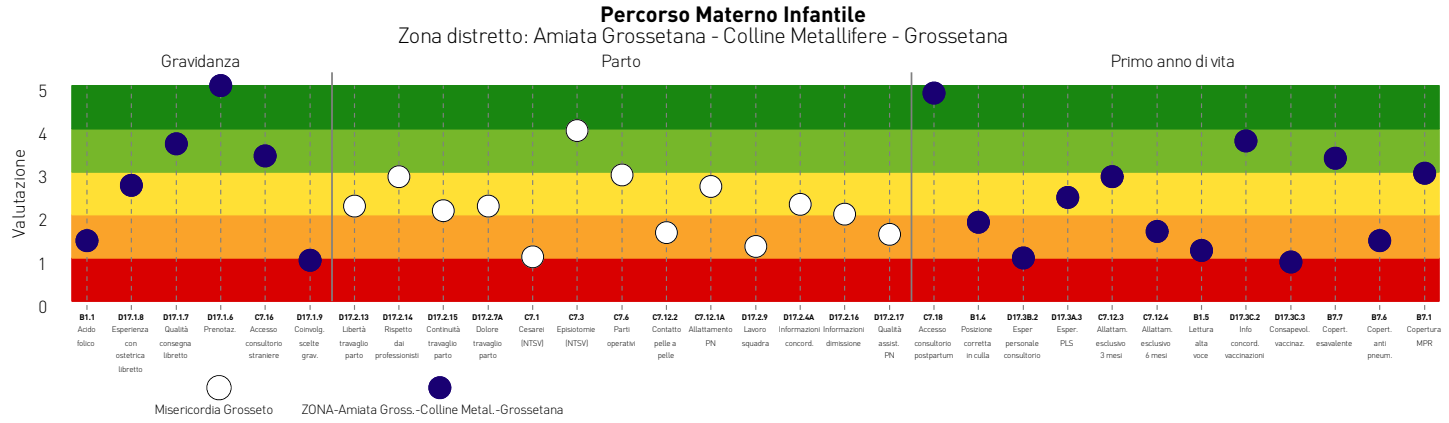
Numero indicatori di valutazione: 63

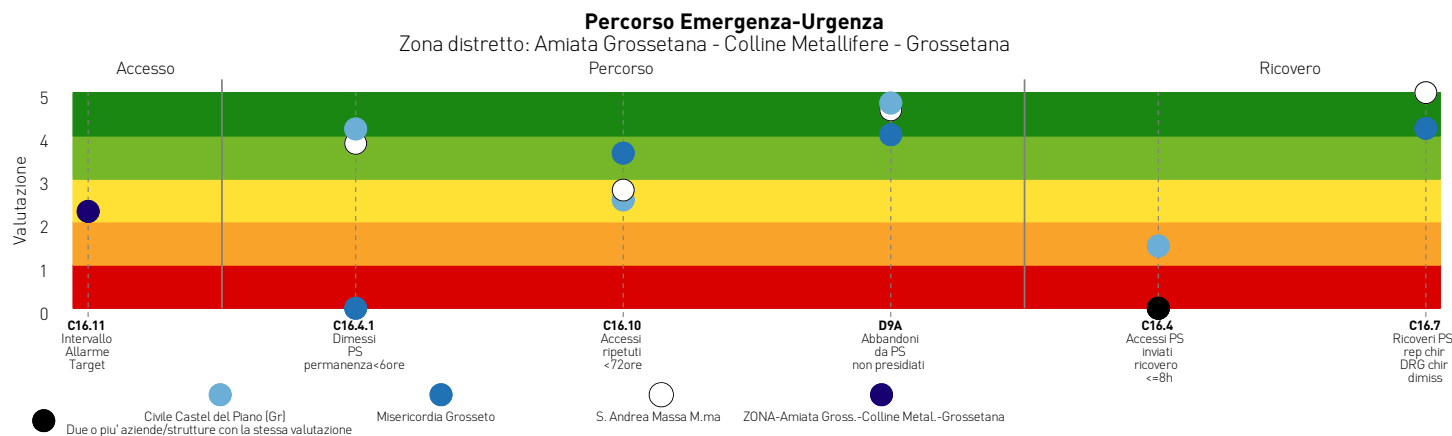
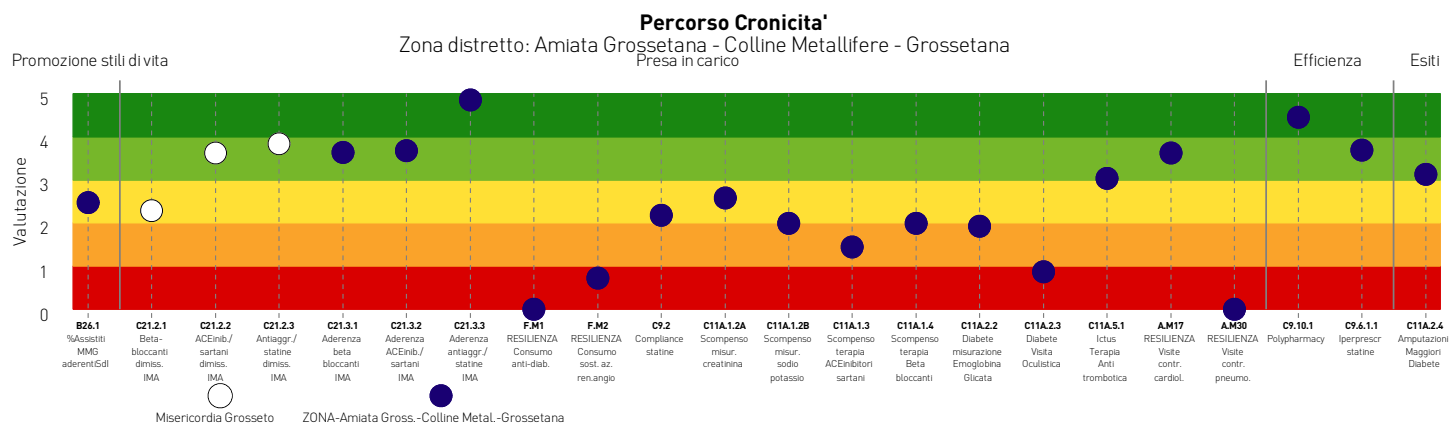
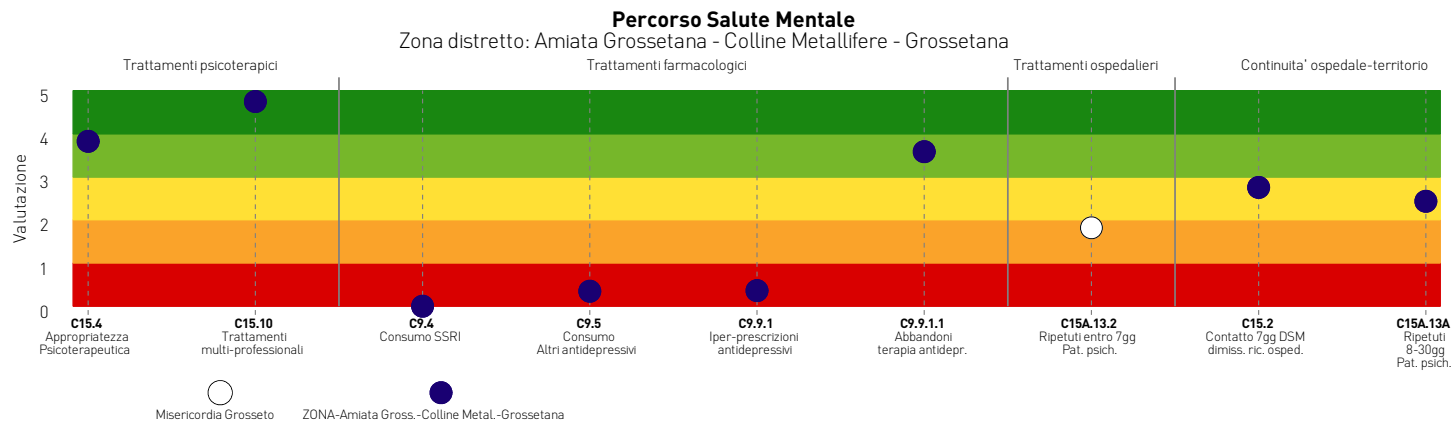


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

## Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana Valutazione della performance 2020









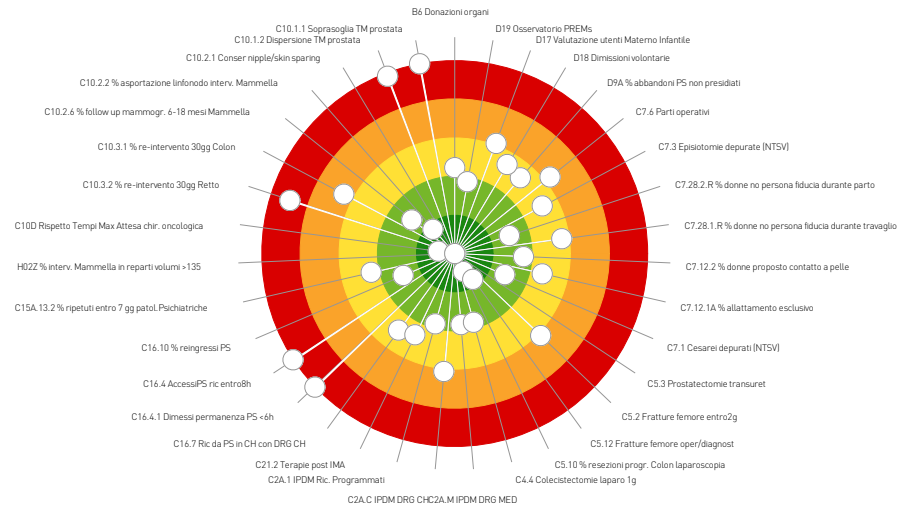
---

## 4.2 BERSAGLI DEGLI OSPEDALI TOSCANI PUBBLICI E AIOP

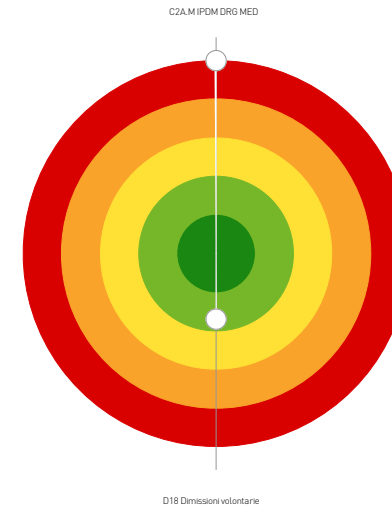


## Ospedali Area Vasta Centro

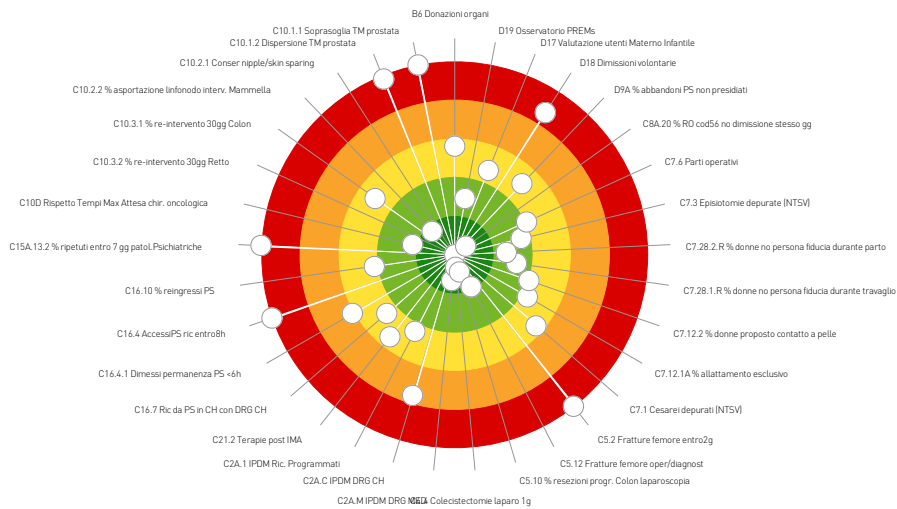
**Osp. San Jacopo**



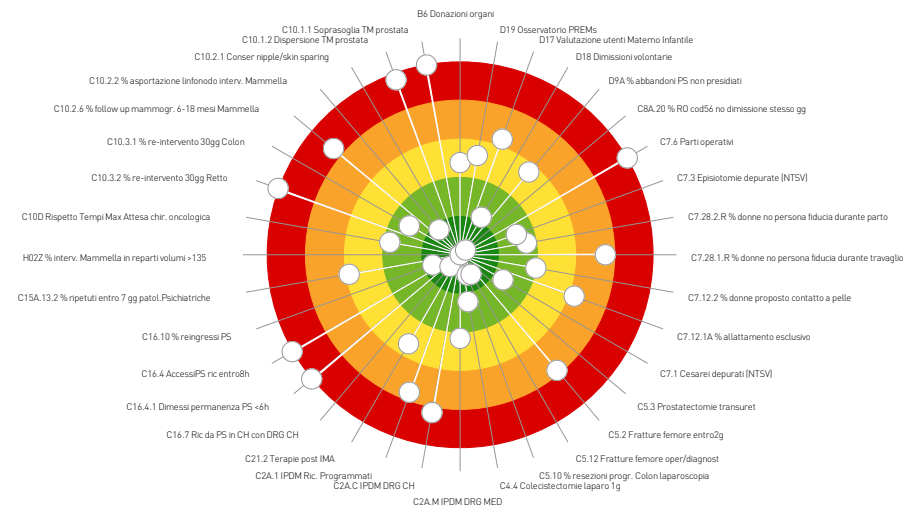
**L.Pacini S.Marcello P.se**



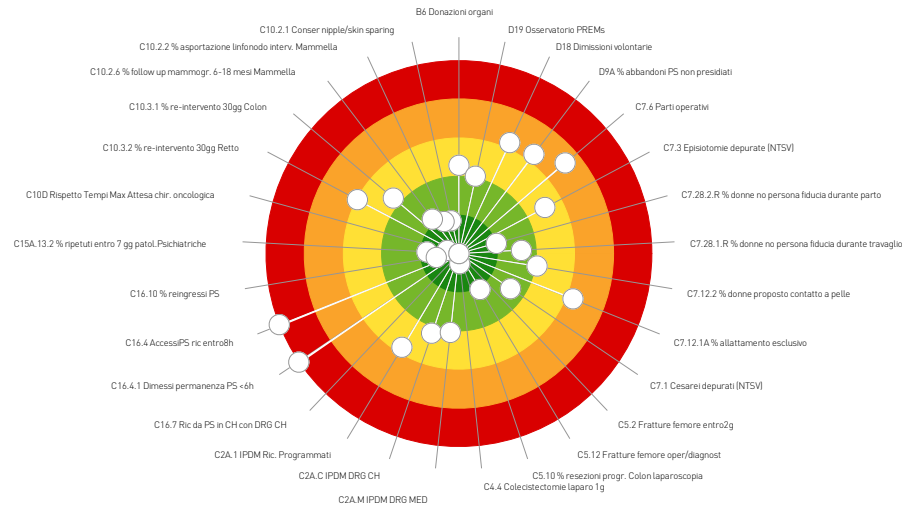
**SS. Cosimo e Damiano Pescia**



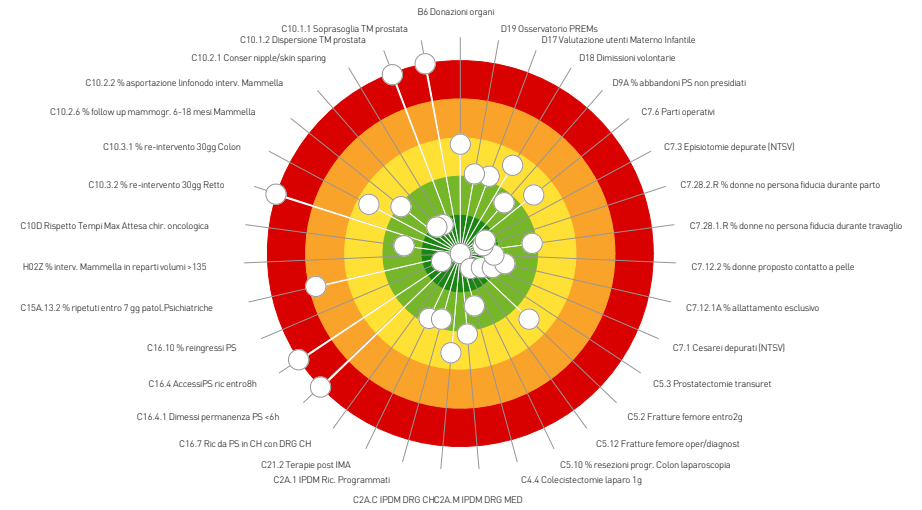
**Nuovo Osp. di Prato S. Stefano**



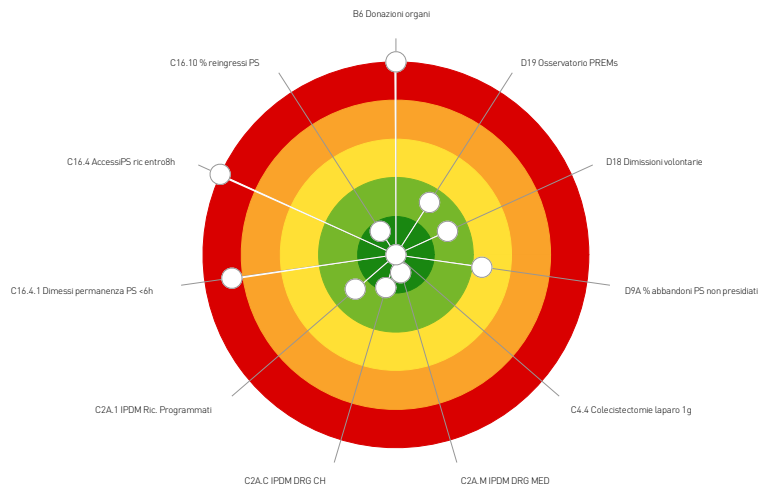
**Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo**



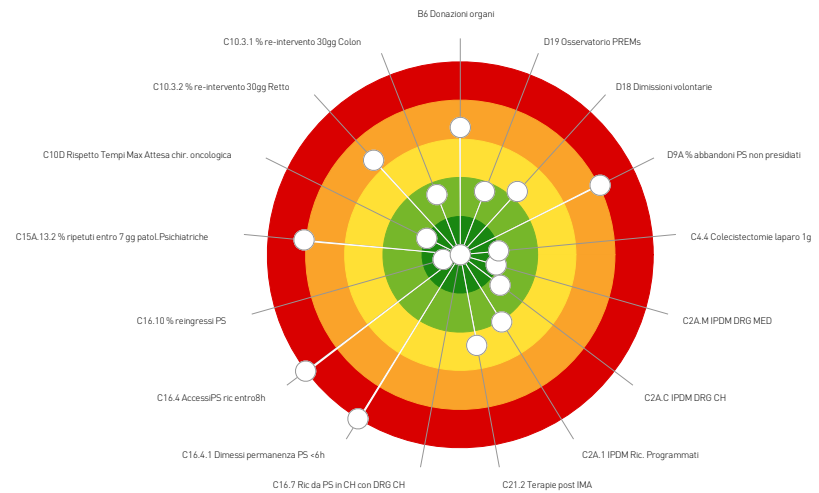
**S.M. Annunziata Bagno a Ripoli**



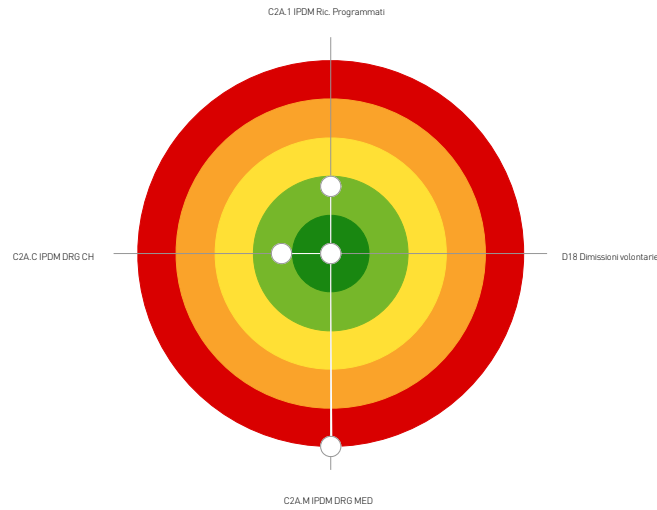
**Serristori Figline V.A.**



**S. Maria Nuova Firenze**



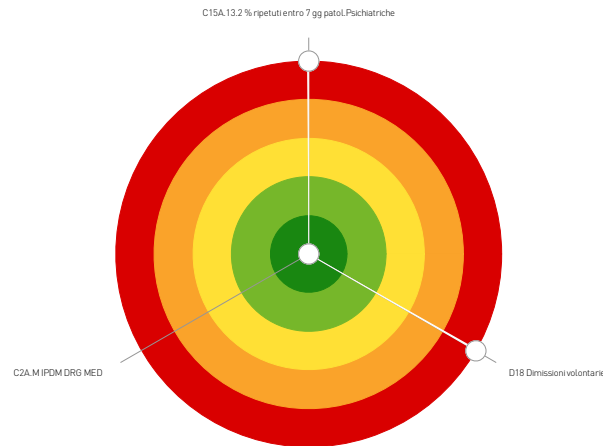
### Presidio Palagi



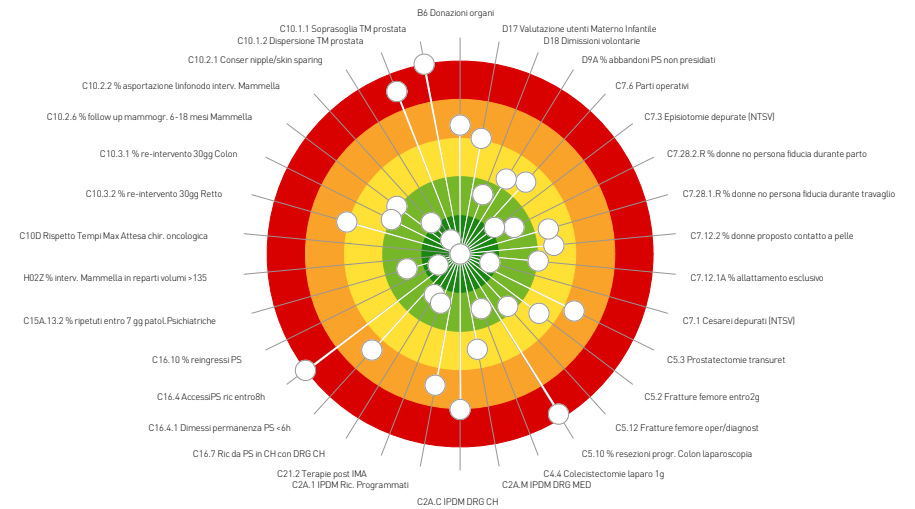
### S.Giovanni Di Dio-Torregalli



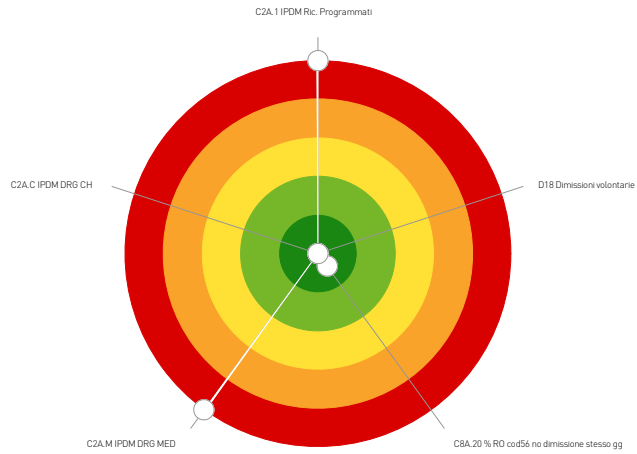
### Presidio Ospedaliero Oblate



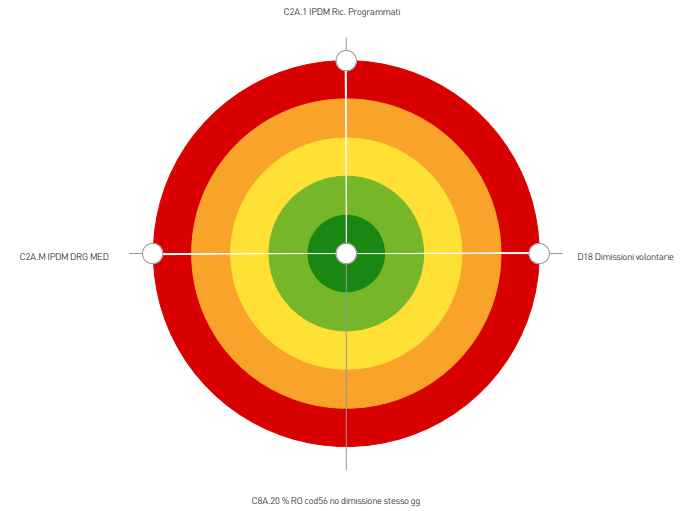
### Osp. S. Giuseppe



**Ospedale San Pietro Igneo**

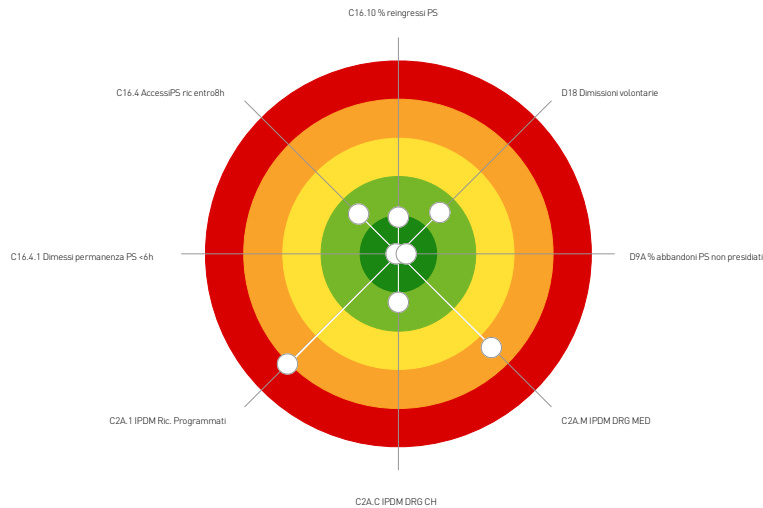


**Ospedale Degli Infermi**

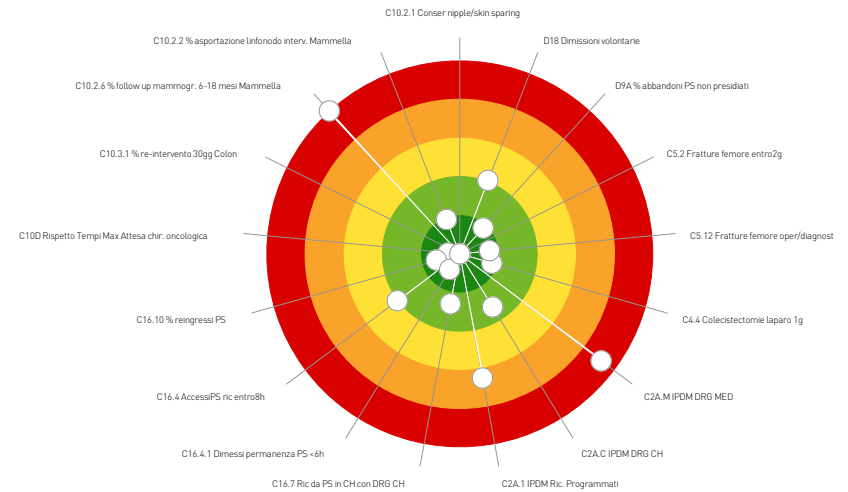


**Ospedali Area Vasta Nord Ovest**

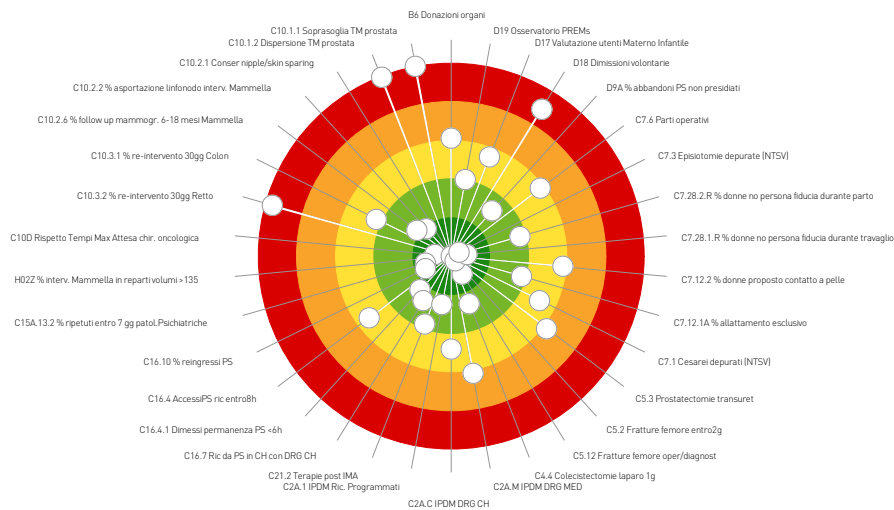
**S. Antonio Abate Fivizzano**



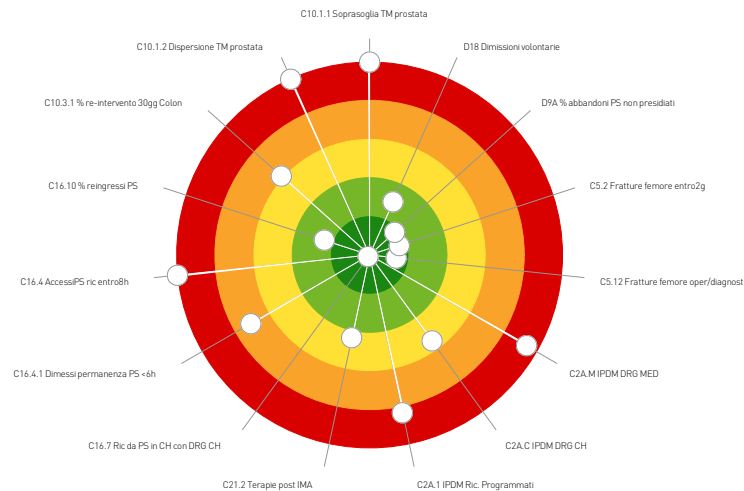
**S. Antonio Abate Pontremoli**



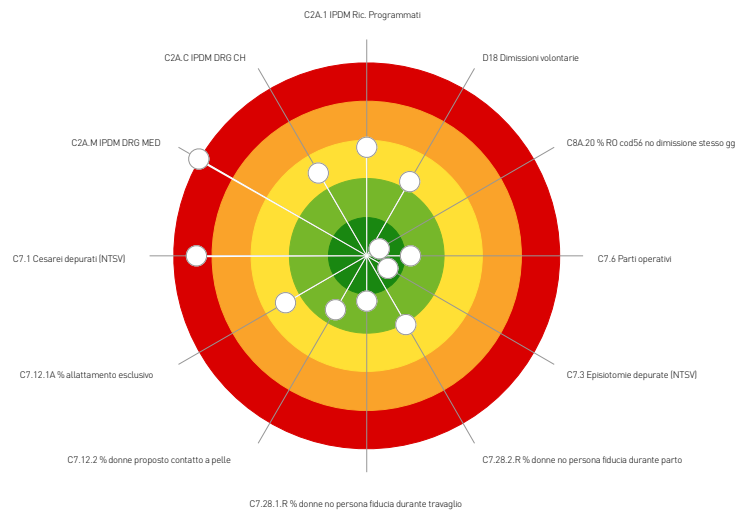
### Ospedale delle Apuane



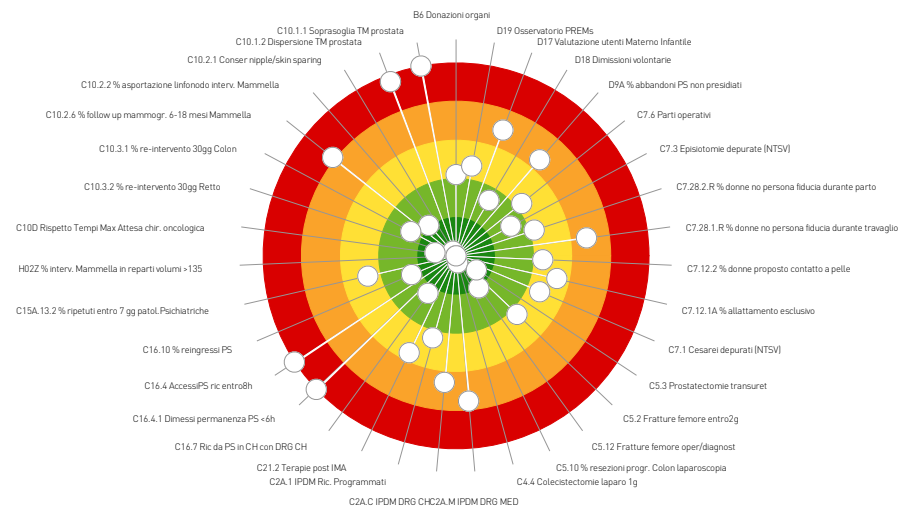
### S. Croce Castelnuovo Garf.



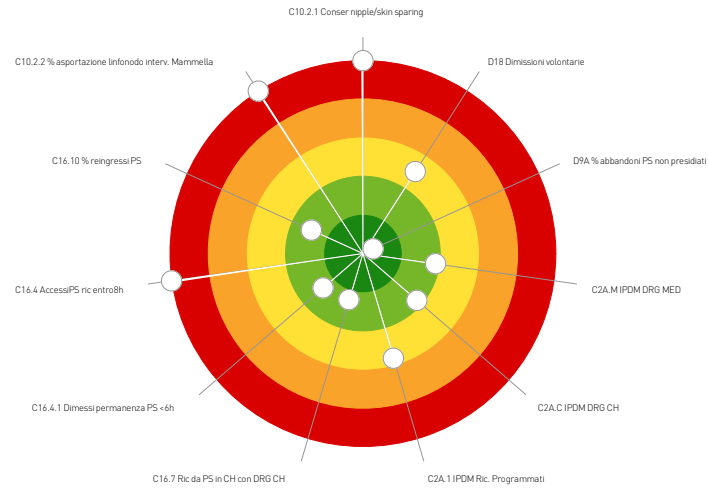
### S. Francesco Barga



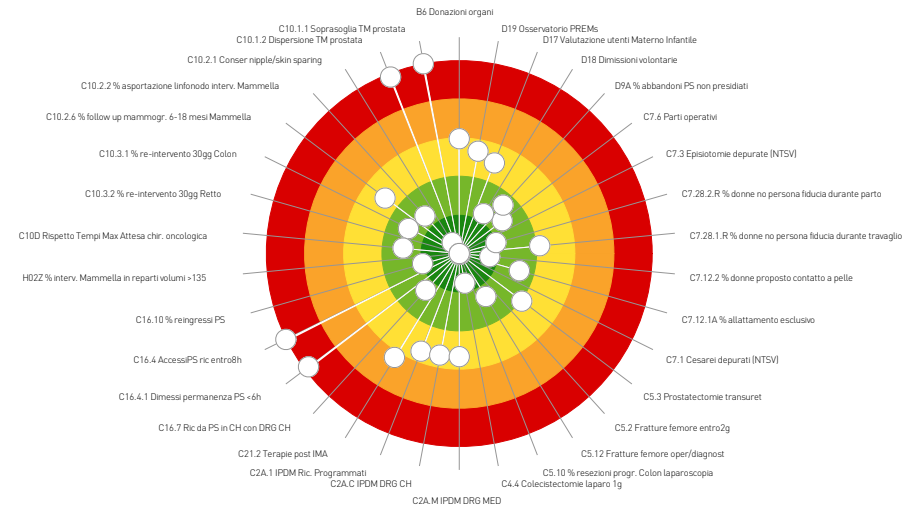
### Presidio Ospedaliero San Luca



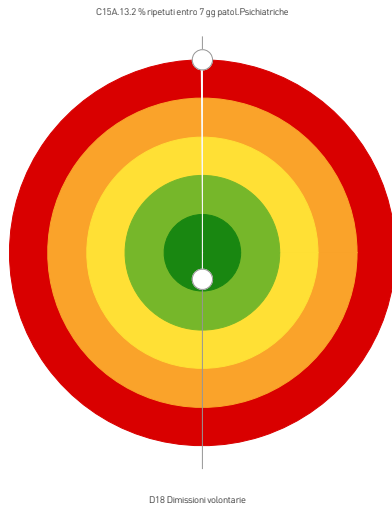
**S. Maria Maddalena Volterra**



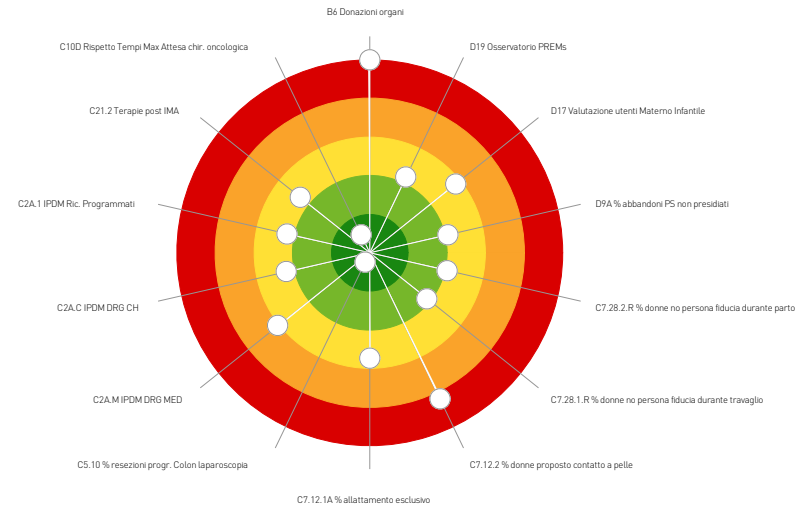
**F.Lotti Pontedera**



**SPDC AUSL 5 Pisa**

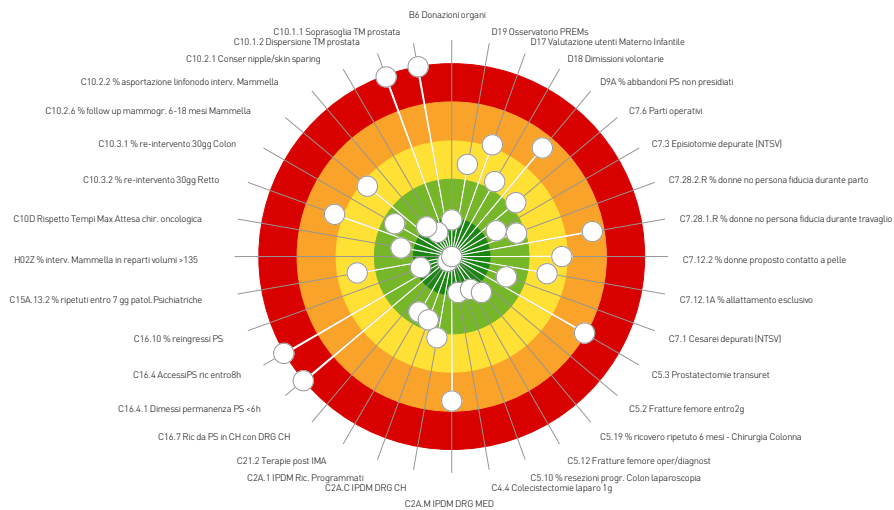


**Civile Cecina**

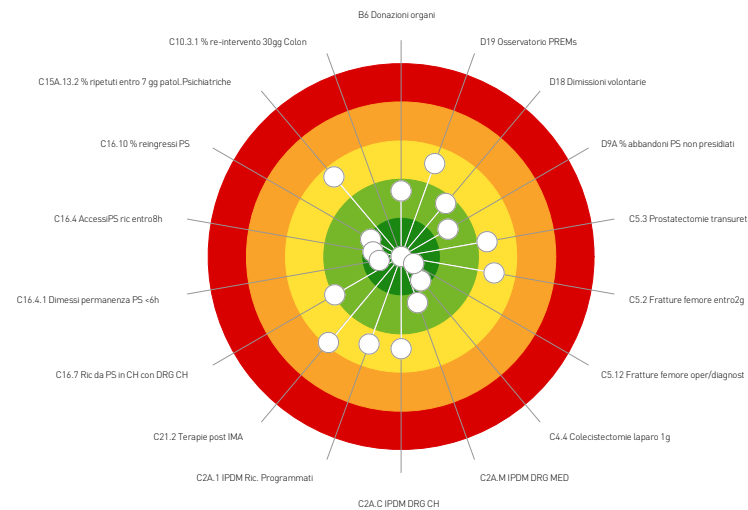




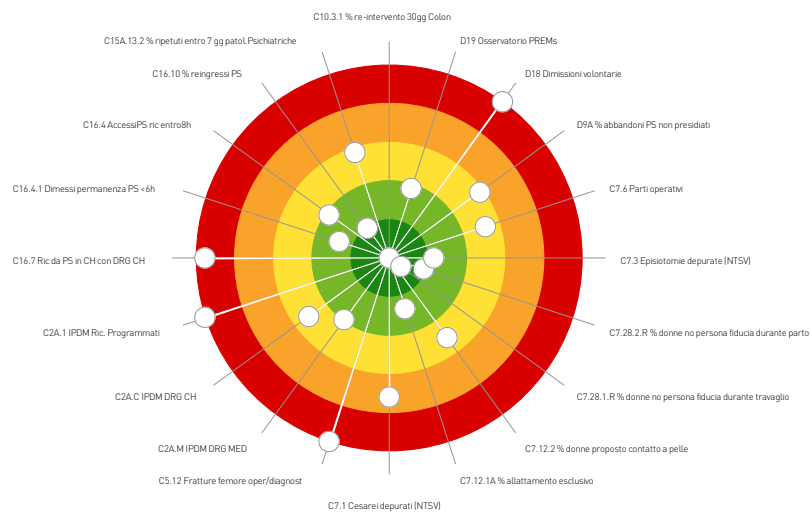
**Riuniti Livorno**



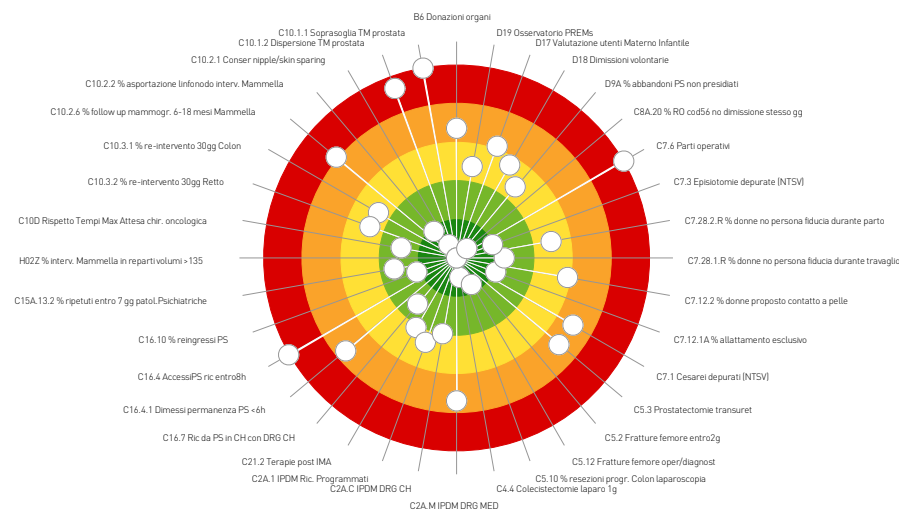
**Civile Piombino**



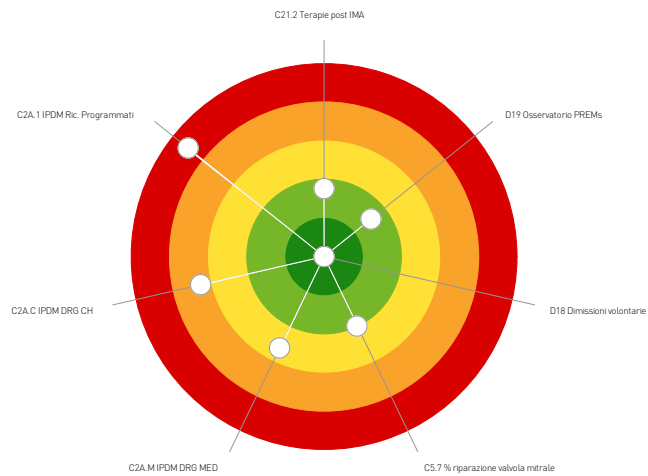
**Civile Elbano Portoferraio**



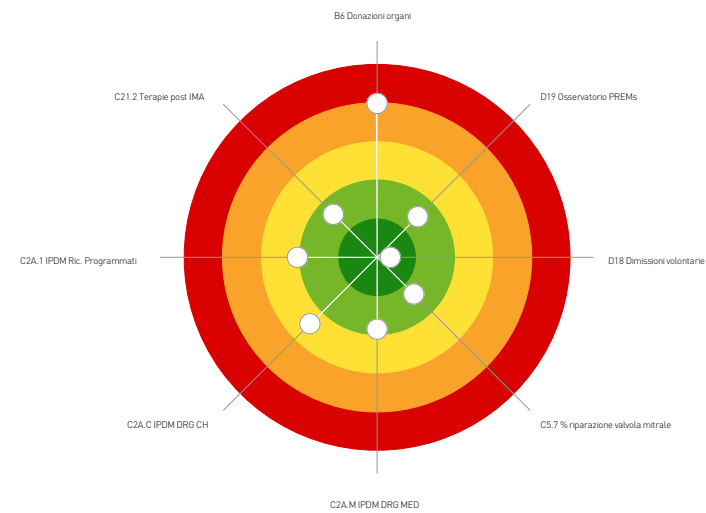
**Ospedale Unico Versilia**



**FTGM-Pisa**

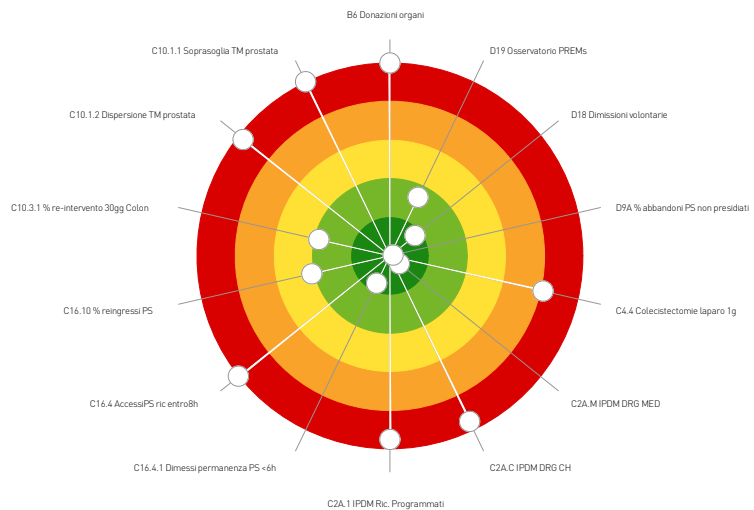


**FTGM-Massa**

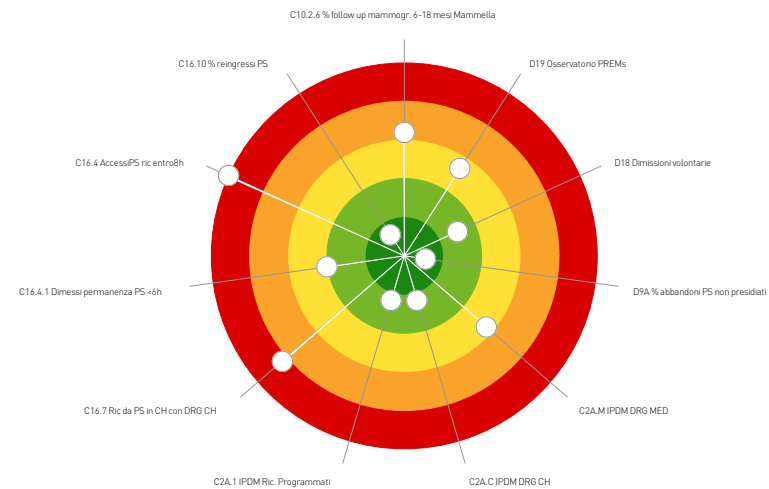


**Ospedali Area Vasta Sud Est**

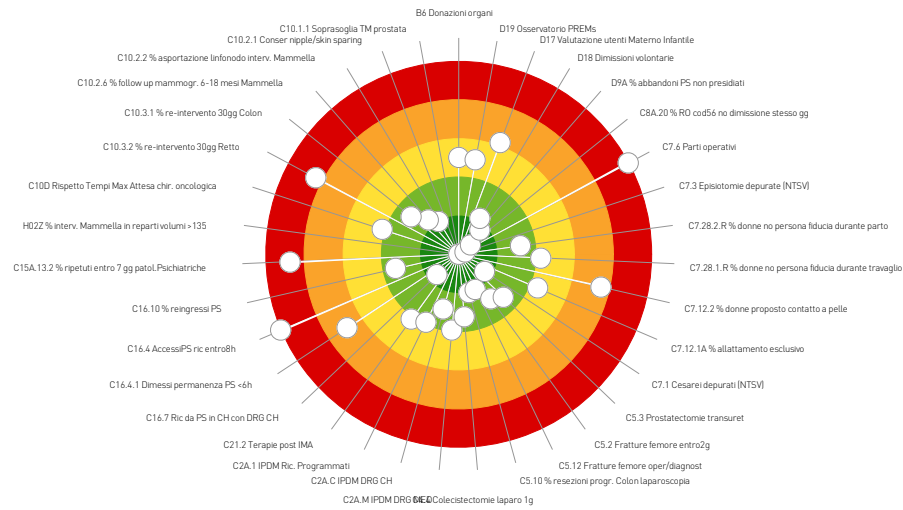
**Civile Bibbiena**



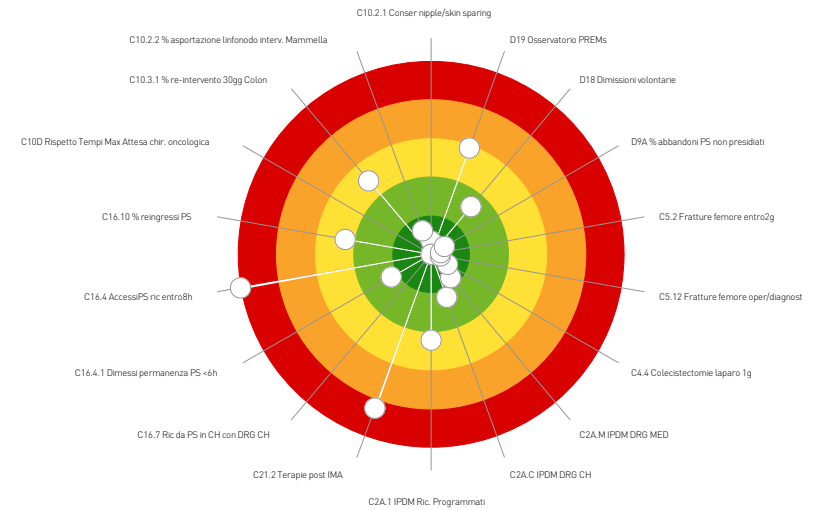
**Val Tiberina Sansepolcro**



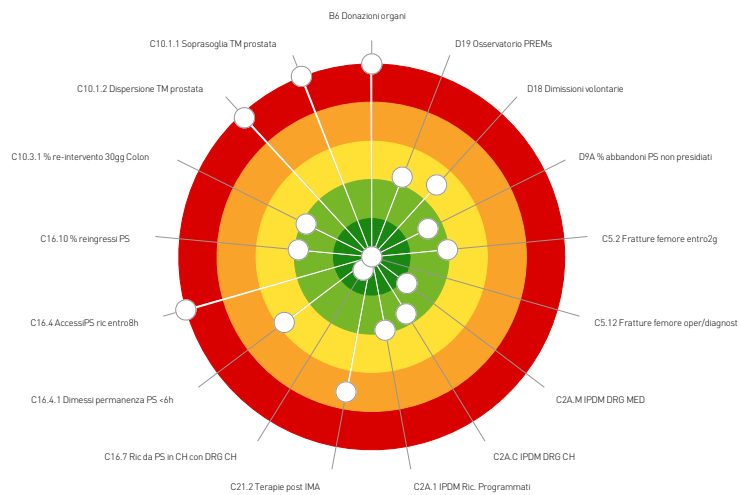
**Area Aretina Nord Arezzo**



**S. Andrea Massa M.ma**



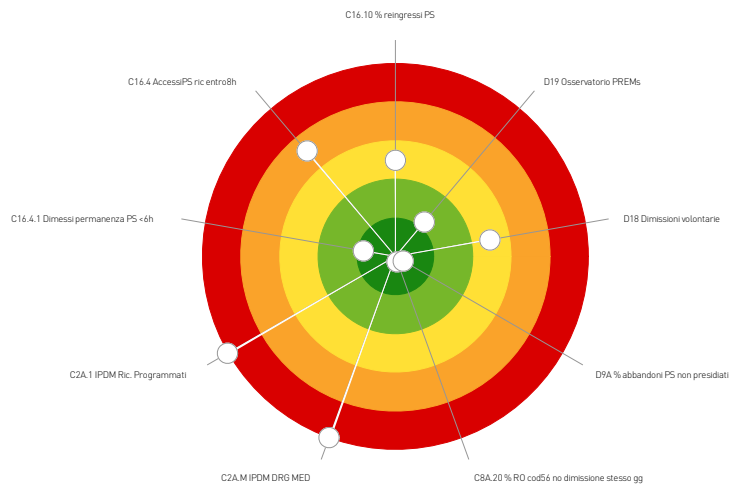
**S. Giovanni di Dio Orbetello**



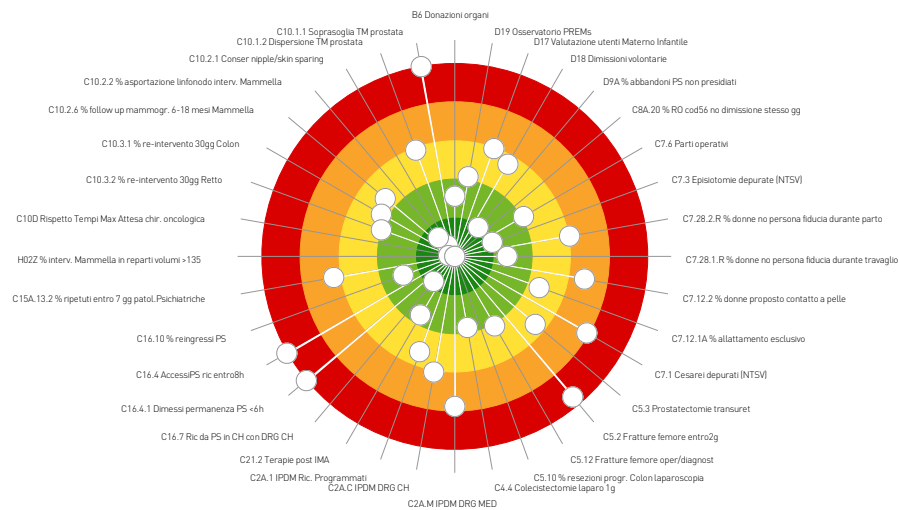
**Petrucchioli Pitigliano**



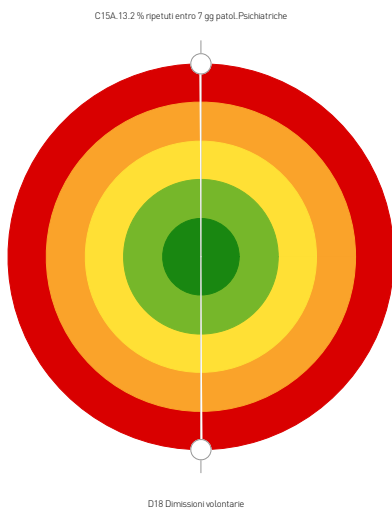
**Civile Castel del Piano**



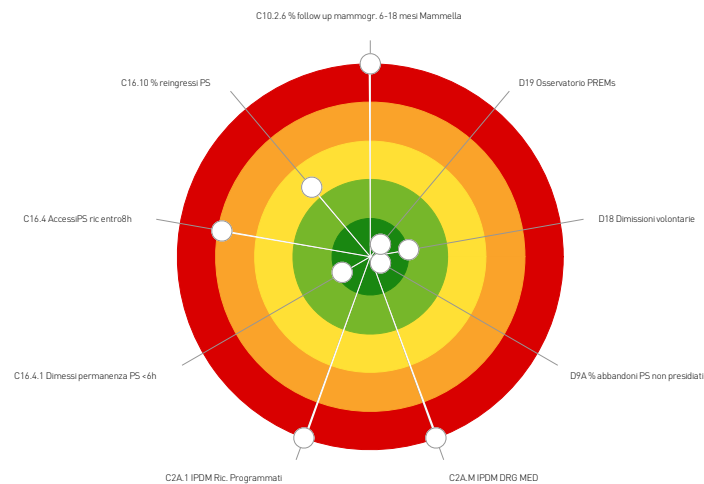
**Misericordia Grosseto**



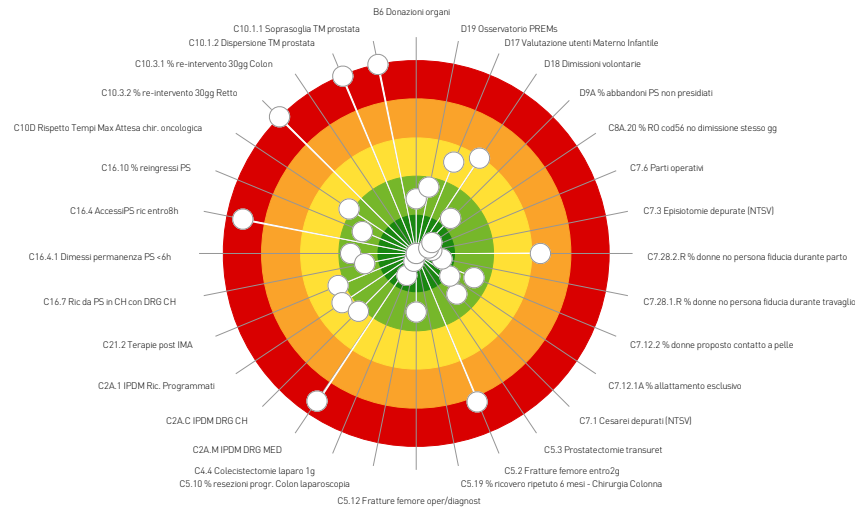
**Spdc C/O A.O. Senese**



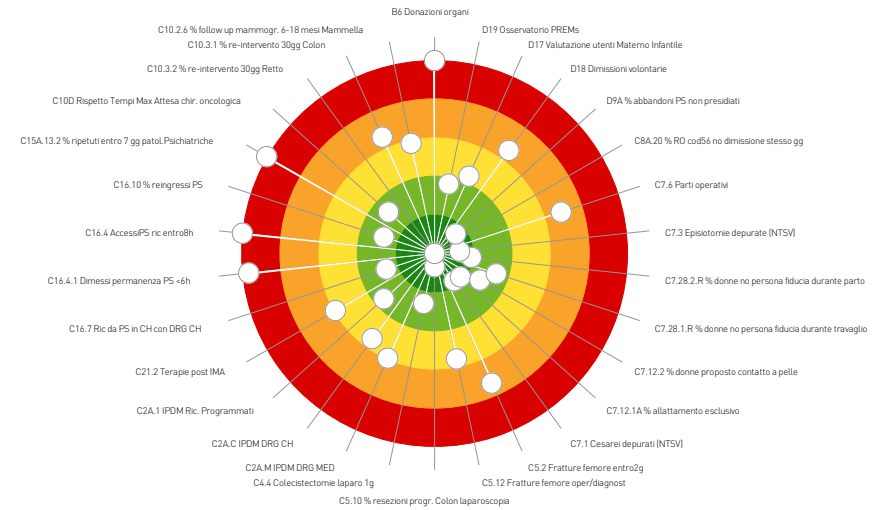
**Monte Amiata Abbazia S.Salvatore**



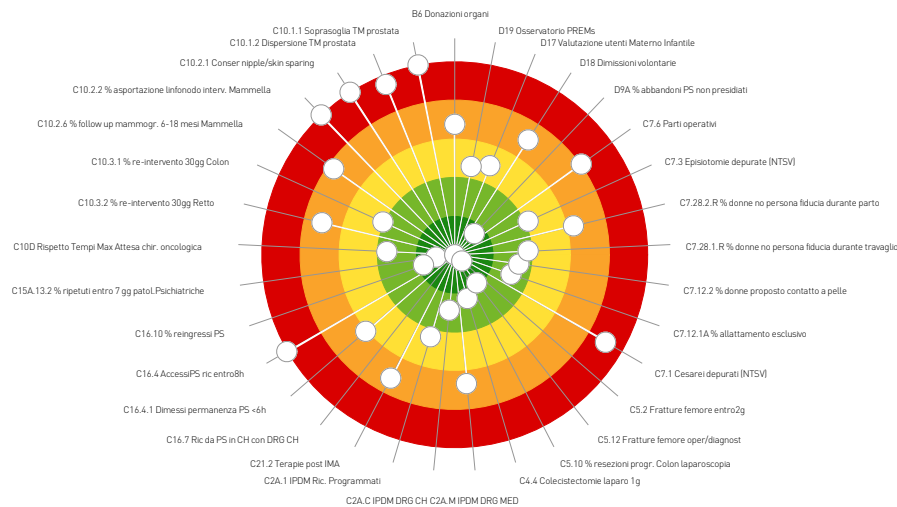
**Osp. alta Val d'Elsa Poggibonsi**



**Osp. Riuniti della Val di Chiana**



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

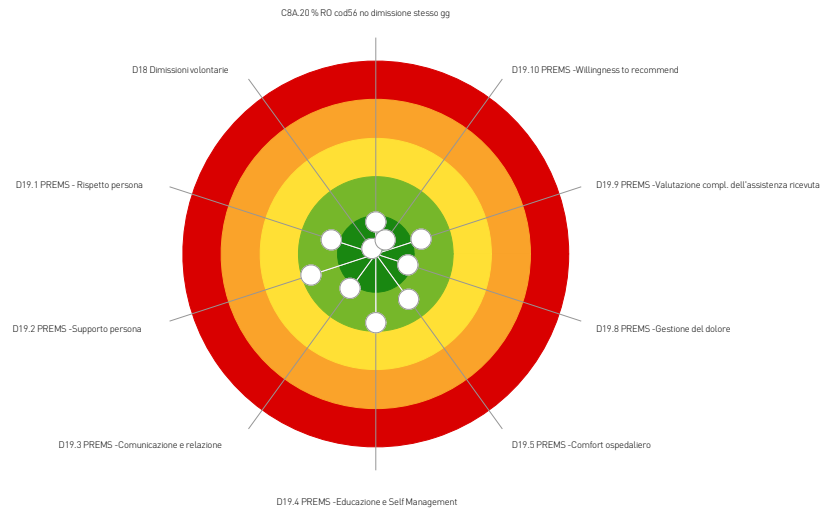


**Nuovo Osp. Valdichiana S.Margherita**

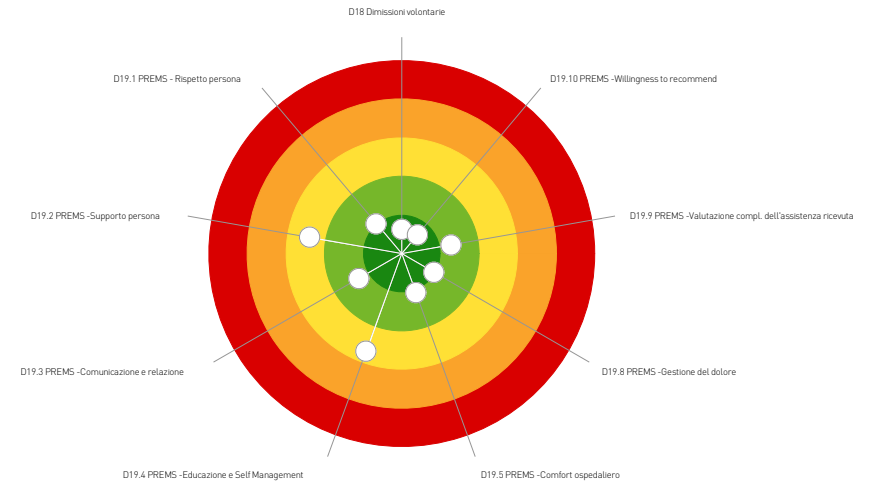


## Ospedali Privati AIOP

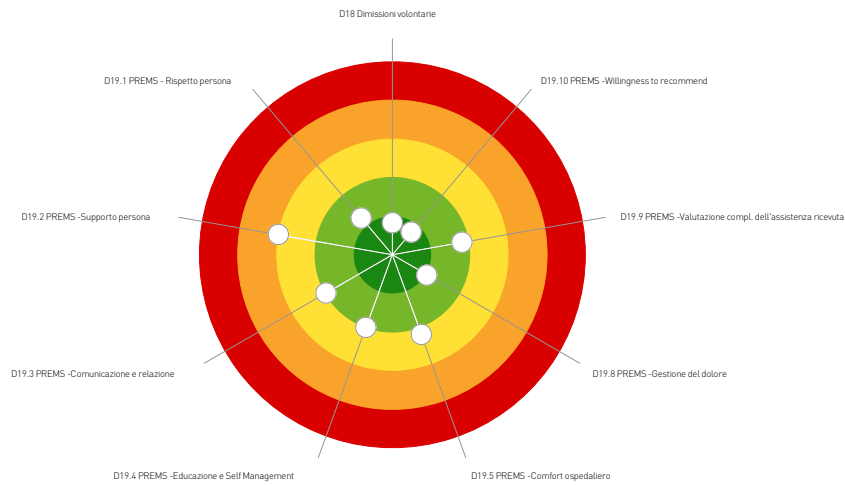
**Frate Sole**



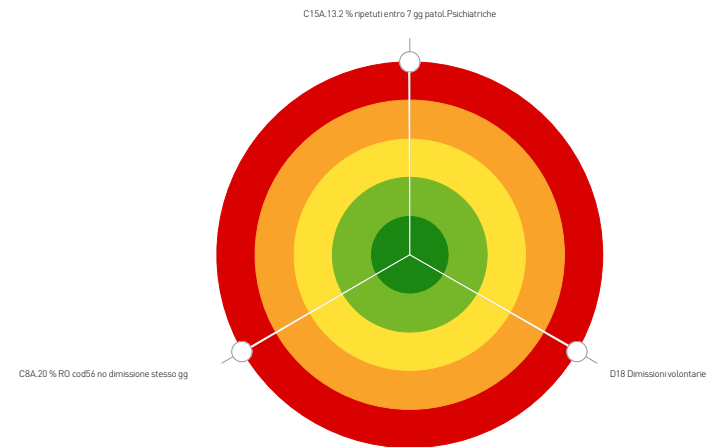
**Santa Rita**



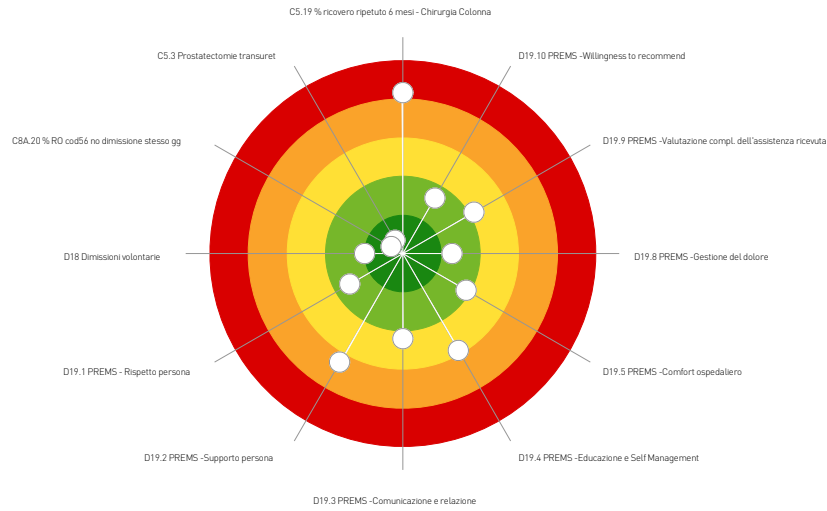
**Villa Fiorita**



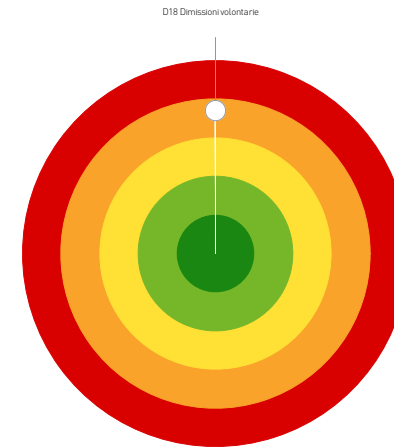
**Villa dei Pini**



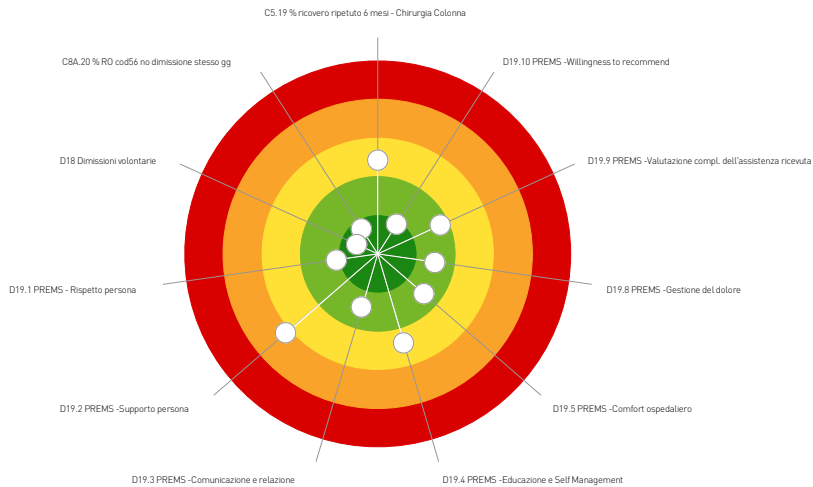
**I.F.C.A SpA-CC Ulivella e Glicini**



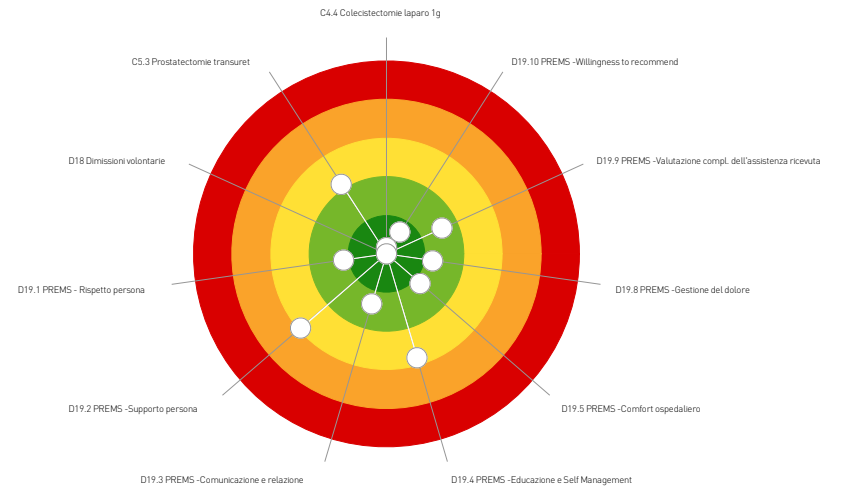
**Presidio Maria Teresa Hospital Srl-MBH**



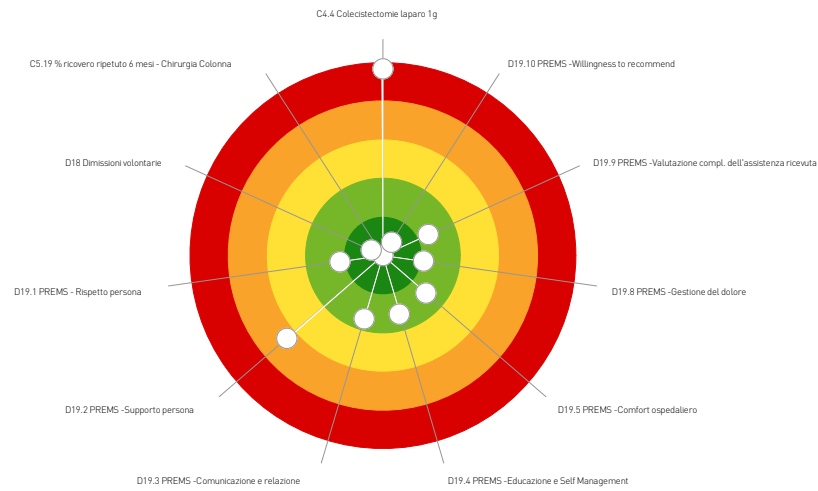
**Valdisieve Hospital**



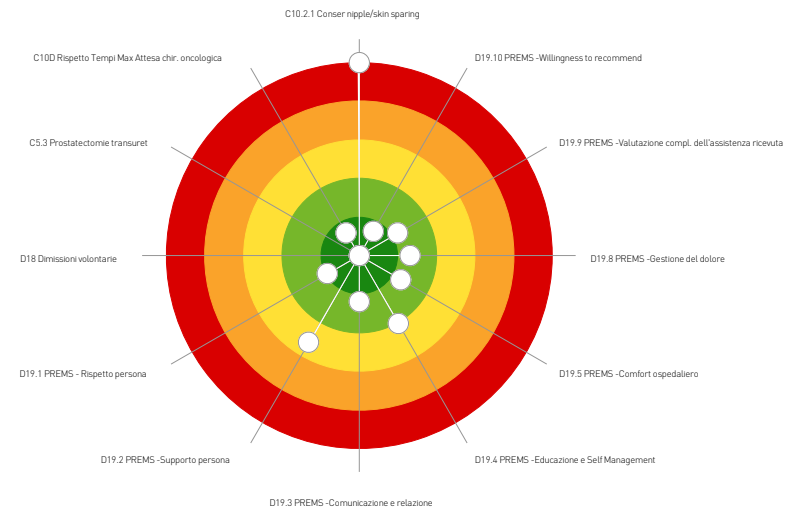
**Leonardo**



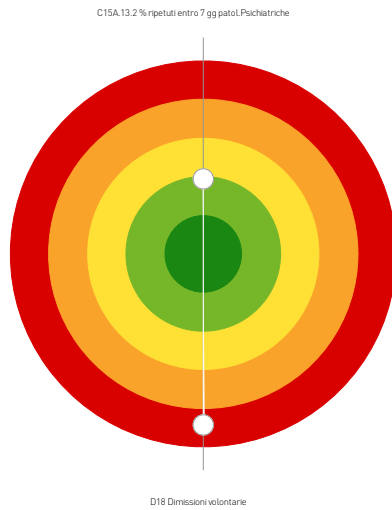
**San Camillo**



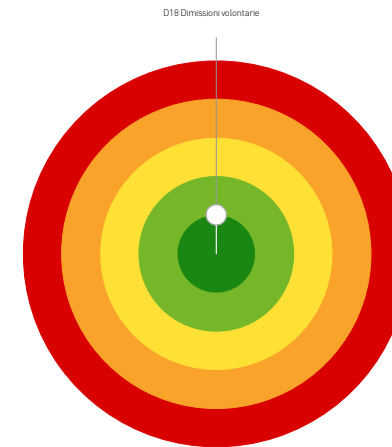
**Santa Chiara Srl-M.D. Barbantini**



**Ville di Nozzano**

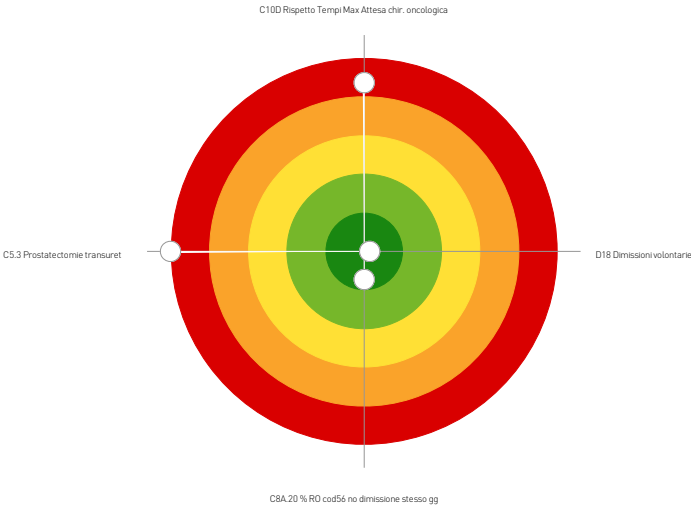


**Assisi Project SpA-S. Giuseppe H.**

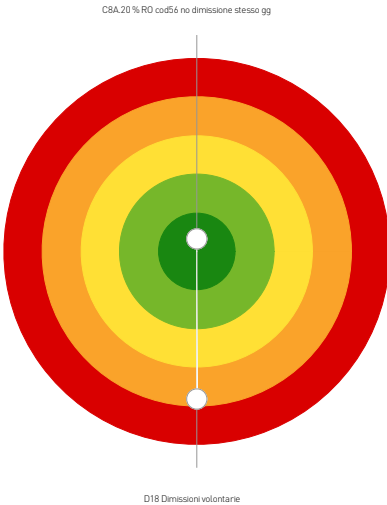




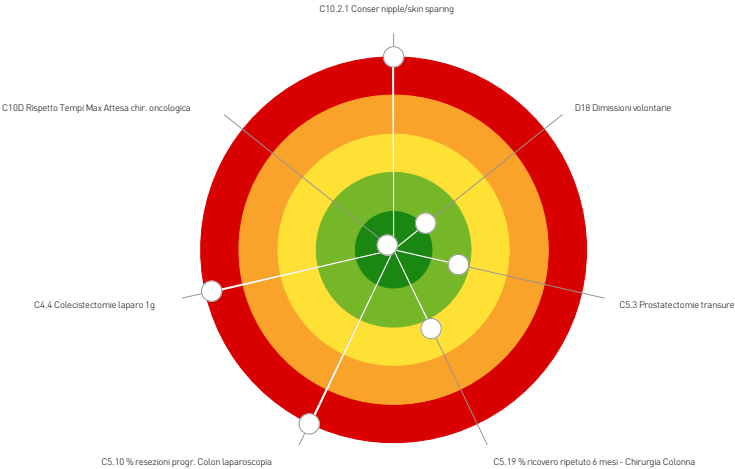
### Rugani



### Centro Riabilitazione Terranuova B. SPA



### Centro Chirurgico Toscano





# 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 inappropriatelyzza – 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 Espírito 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., Paramoathy 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 communities 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.
- Mastodoro 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., Veser, 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 Farmacoeconomia*, 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:
- Coletta, L., Vainieri, M., Noto, G., Murante, A.M., Assessing inter-organizational performance through customer value: a literature review, *Journal of Business & Industrial Marketing*, 2021.
- Battaglio, R. P., Bellé, N., Cantarelli, P., Self-determination theory goes public: experimental evidence on the causal relationship between psychological needs and job satisfaction, *Public Management Review*, 2021.
- Lopreite, M., Puliga, M., Riccaboni, M., De Rosis, S., A social network analysis of the organizations focusing on tuberculosis, malaria and pneumonia, *Social Science & Medicine*, 2021
- Corazza, I., Pennucci, F., De Rosis, S., Promoting healthy eating habits among youth according to their preferences: Indications from a discrete choice experiment in Tuscany, *Health Policy*, 2021
- Vainieri, M., Ferrè, F., Manetti, S., An Integrated Framework to Measure the Performance of Inter-Organizational Programme on Health Technology Assessment, *Sustainability*, 2021
- Barchielli, C., Salutini, E., Da Ros, A., Zoppi, P., La resilienza del sistema sanitario ai tempi della pandemia di covid-19: il caso delle opportunità colte dall'Azienda Usl Toscana Centro, *Politiche Sanitarie*, vol. 22, n. 1, 2021
- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi M. M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G. and Vainieri, M., Response to COVID-19: Was Italy (un) prepared?, *Health Economics, Policy and Law*, 2021.
- Seghieri, C., La Regina, M., Tanzini, M., Tartaglia, R., Looking for the right balance between human and economic costs during COVID-19 outbreak, *International Journal for Quality in Health Care*, 2021.
- Borghini, A., Corazza, I., Nuti, S., Learning from Excellence to Improve Healthcare Services: The Experience of the Maternal and Child Care Pathway, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.
- Corazza, I., Jamieson Gilmore, K., Menegazzo, F., Abols, V., Benchmarking experience to improve paediatric healthcare: listening to the voices of families from two European Children's University Hospitals, *BMC Health Services Research*, 2021.
- Barchielli, C., Salutini, E., Da Ros, A., Maggiali, A., Zoppi, P., Meaningful Words: Why the Importance of Nurses and Midwives Has Never Been Greater, *Nursing Economics*, 2020.
- Bonciani, M., Corazza, I., Lupi, B., De Rosis, S., How to Improve the Maternal Pathway for Migrant Women: Insights for Retention Strategies from Tuscany Region, *Micro & Macro Marketing*, 2020.
- De Rosis, S., Corazza, I., Pennucci, F., Physical Activity in the Daily Life of Adolescents: Factors Affecting Healthy Choices from a Discrete Choice Experiment, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020.
- 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.
- Guidotti, E., Vinci, B., Attanasio, F., Vola, F. Effective tools to manage biosimilars prescription: The Italian experience, *Health Policy and Technology*, 2020.
- Horenberg, F., Lungu, D. A., Nuti, S., Measuring research in the big data era: The evolution of performance measurement systems in the Italian teaching hospitals, *Health Policy*, 2020.
- Jamieson Gilmore, K., Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C., Value in Healthcare and the

- Role of the Patient Voice, *HealthcarePapers*, 2020
- Lenzi, J., Noto, G., Corazza, I., Lepikson, J., Fantini, M. P., Measuring the quality of care in small countries: the empirical analysis of 30-day mortality following acute myocardial infarction and ischaemic stroke in Latvia, *Health Policy*, 2020
- Manetti, S., Vainieri, M., Guidotti, E., Zuccarino, S., Ferré, F., Morelli, M.S., Emdin, M., Research protocol for the validation of a new portable technology for real-time continuous monitoring of Early Warning Score (EWS) in hospital practice and for an early-stage mistakeholder assessment, *BMJ Open* 2020
- Noto, G., Belardi, P., & Vainieri, M. (2020). Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems. *Health Policy*.
- Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C., Piloting a web-based systematic collection and reporting of patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures in chronic heart failure, *BMJ Open*, 2020
- Quattrone, F., Borghini, A., Emdin, M. e Nuti, S., Protecting higher education institutions from COVID-19: insights from an Italian experience, *J Am Coll Health*, 2020.
- 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., & Lopalco, 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?.
- Vainieri, M., Noto, G., Ferré, F., Rosella, L. C., A Performance Management System in Healthcare for All Seasons?, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020.
- Vainieri, M., Seghieri, C. e Barchielli, C., Influences over Italian nurses' job satisfaction and willingness to recommend their workplace, *Health Services Management Research*, 2020.
- Vola, F., Vinci, B., Golinelli, D., Fantini, M.P., Vainieri, M., Harnessing pharmaceutical innovation for anti-cancer drugs: Some findings from the Italian regions, *Health Policy*, 2020
- Zuccarino, S., Fattore, G., Vitali, S., Antronaco, G., Frigerio, S., Colombo, M., The Association between Education and Rehabilitation Outcomes: a Population Retrospective Observational Study, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2020.
- 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., Detollenae, 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 Ospeda-

liero-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.

Vainieri, M., Coletta, L., Noto, G. (2021), Analisi e strumenti per la gestione della performance nei servizi sanitari di supporto. Il caso degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.  
 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 2020 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, Lombardia, Piemonte.

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:**  
Giulia Alessandri, Chiara Barchielli, Sara Barsanti, Paolo Belardi, Nicola Bellè, Gaia Bertarelli, Barbara Bertolucci, Manila Bonciani, Alice Borghini, Anita Mariana Bunea, Paola Cantarelli, Domenico Cerasuolo, Giulia Colombini, Ilaria Corazza, Federica Covre, Michele Cumetti, Alessandra Da Ros, Elisa Demontis, Sabina De Rosis, Giuseppe D'Orio, Amerigo Ferrari, Francesca Ferrè, Manuela Furlan, Gabriele Gennuso, Fabio Gentile, Kendall Jamieson Gilmore, Elisa Guidotti, Sofia Longhi, Barbara Lupi, Enrico Lupi, Stefania Manetti, Irene Martelli, Irene Masoni, Maria Saveria Mavillonio, Anna Maria Murante, Irene Noci, Francesco Noferi, Emiliano Pardini, Antonio Parenti, Francesca Pennucci, Elisa Peruzzo, Luca Pirrotta, Irene Pollini, Michele Racis, Chiara Seghieri, Marzia Cettina Severino, Virginia Sommati, Kinzica Sorrenti, Veronica Spataro, Milena Vainieri, Alessandro Vinci, Federico Vola, Claire Willmington.

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

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

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)

