

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

REPORT 2021



Regione Toscana



**Servizio
Sanitario
della
Toscana**



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

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

REPORT 2021

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

Laboratorio Management e Sanità
Istituto di Management
Scuola Superiore Sant'Anna
Via San Zeno 2, Pisa
www.meslab.santannapisa.it

© Copyright 2022 Laboratorio MeS

ISBN: 979-12-5486-083-0



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Questo volume, a cura di Milena Vainieri, Federico Vola, Francesca Ferrè, Giuseppe D'Orio, Domenico Cerasuolo 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 Sanità, Welfare 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).

Si ringraziano gli assessori Simone Bezzini e Serena Spinelli e la Direzione Generale Sanità, Welfare e Coesione sociale della Regione Toscana, in particolare Federico Gelli e Carlo Rinaldo Tomassini, Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Emanuela Balocchini, Andrea Belardinelli, Giovanna Bianco, Roberta Bottai, Simona Dini, Federico Gelli, Giovanni Forte, Luciano Lippi, Michela Maielli, Claudio Marinai, Monica Marini, Daniela Matarrese, Moraldo Neri, Carla Rizzuti e Barbara Trambusti, Paolo Zoppi, 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, Paolo Spolaore, Vincenzo Giannuzzi e tutti i responsabili delle strutture AIOP aderenti.

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

Introduzione	7	Resilienza	347
Risultati	33	Bersagli e pentagrammi per zone distretto e ospedali	375
Regione Toscana	35	Bersagli e pentagrammi delle Zone distretto	377
Aree Vaste	45	Area Vasta Centro	379
Indicatori 2021 *	75	Area Vasta Nord-Ovest	405
Stato di salute della popolazione	77	Area Vasta Sud Est	437
Efficienza e sostenibilità	85	Bersagli degli Ospedali Toscani Pubblici e AIOP	463
Strategie sanitarie regionali	91	Bibliografia e pubblicazioni	483
Emergenza-Urgenza	147		
Prevenzione collettiva	157		
Governare e qualità dell'offerta	165		
Equità	283		
Responsiveness e comunicazione	285		
Valutazione dell'utenza	293		
Assistenza farmaceutica e dispositivi medici	302		

* La pagina dei singoli indicatori è dettagliata nella tabella riassuntiva (Tabella 1), riportata alle pagine 12 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 2021 aderiscono inoltre al Sistema di Valutazione le seguenti strutture AIOF: 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 e Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.a.

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.

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.

L'anno 2021 si è caratterizzato come l'anno della ripresa e del rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico ricco di opportunità di investimento e ridisegno dell'offerta dei servizi per rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari regionali e per continuare a rispondere alle necessità contingenti dei cittadini legate alla recrudescenza della pandemia da Covid-19. Misurare le performance delle aziende sanitarie nel 2021 ha significato un continuo sforzo di adattamento e sviluppo dell'architettura del sistema di valutazione, in modo tale che potesse contribuire a intercettare e correttamente rappresentare il valore prodotto per i cittadini dai nostri professionisti e dalle nostre organizzazioni. Il Sistema di Valutazione è stato quindi rafforzato nella sua capacità di monitoraggio della ripresa e rilancio dei servizi, come già proposto nell'edizione 2020, con un ampliamento significativo nel monitoraggio degli ambiti legati alla digitalizzazione, in particolare sull'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico e del servizio di tele visita.

A guidare concettualmente questo processo di arricchimento del sistema di valutazione 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 e di riprendere le prestazioni ai livelli ottimali 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;
- la tempestività. Questo elemento da sempre riconosciuto come un valore aggiunto per garantire una ricaduta operativa delle evidenze prodotte, in tempi di Covid 19 si è tramutato 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 2022. L'elaborazione è il risultato della stretta collaborazione tra il Laboratorio MeS e ARS Toscana. I dati sono pressoché tutti aggiornati all'anno 2021, eccezion fatta per alcune specificità relative all'ambito economico-finanziario (quarto trimestre 2021) e alla percentuale di assenza (questi si riferiscono al 2020).

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

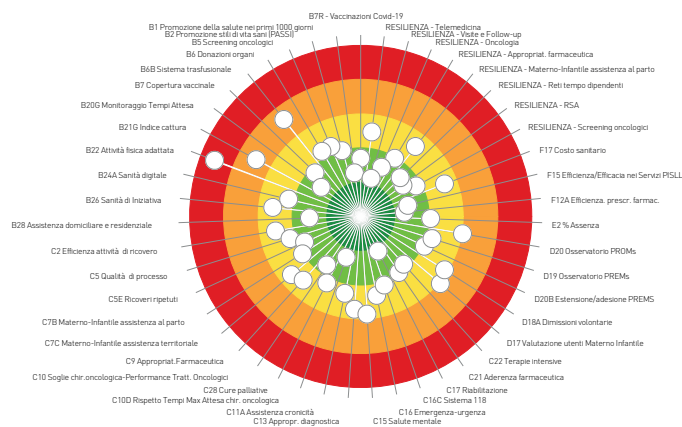


Figura 1. Esempio di un bersaglio

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 attribuita 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 50 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 2021 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 aspet-

ti 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.
- ix. **Equità**, che include gli indicatori che misurano l'equità di accesso ad alcuni servizi ospedalieri per genere e titolo di studio.

Dal 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 circa 150 di 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, reti tempo dipendenti, donazioni di organi, assistenza al parto, e pronto soccorso). Sono inclusi anche gli indicatori sulla copertura vaccinale anti Covid-19.

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 2021. 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, dove è possibile consultare 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 2021

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 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE						
			A1	Mortalità infantile		
			A1.1	Mortalità nel primo anno di vita		
			A1.2	<i>Mortalità neonatale precoce</i>		
			A1.3	<i>Mortalità neonatale totale</i>		
●			A2	Mortalità per tumori		
●			A3	Mortalità per malattie circolatorie		
●			A4	Mortalità per suicidi		
●			A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)		
			A7	Speranza di vita		
			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		
●			A8	Eccesso di mortalità		
			A10	Stili di vita (PASSI)		79
			A10.1.1	Percentuale di sedentari		80
			A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso		81
			A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto		82
			A10.4.1	Percentuale di fumatori		83
EFFICIENZA E SOSTENIBILITA'						
			E2	Percentuale di assenza		87
			E2A	<i>Indice assenza donne vs. uomini</i>		
			E2B	<i>Indice soffitto di cristallo</i>		
			F1	Equilibrio economico reddituale		
			F1.1	<i>Equilibrio economico generale</i>		
			F1.2	<i>Equilibrio economico sanitario</i>		
			F1.3	<i>ROI</i>		
			F3	Equilibrio patrimoniale finanziario		
			F3.1	<i>Indice di disponibilità</i>		
			F3.2.1	<i>Incidenza canoni leasing e noleggio</i>		
			F3.2.2	<i>Percentuale di obsolescenza tecnica</i>		
			F3.2.3	<i>Indice rinnovo investimenti</i>		
			F3.4.1	<i>Indice di onerosità</i>		
			F3.4.2	<i>Dilazione dei debiti</i>		
			F11	<i>Indice di compensazione</i>		
			F17	Costo sanitario pro capite		89
			F19A	Costo medio per punto Drg		
			F19A.3	<i>Costo totale medio per punto DRG</i>		
STRATEGIE SANITARIE REGIONALI						
●			B1	Promozione della salute nei primi 1000 giorni		93
●			B1.1	Assunzione corretta acido folico in periodo periconcezionale	Materno infantile	94
●			B1.2.1	<i>Fumo in gravidanza</i>		
●			B1.2.2	<i>Fumo in allattamento</i>		
●			B1.3.1	<i>Consumo di alcol in gravidanza</i>		
●			B1.3.2	<i>Consumo di alcol in allattamento</i>		
●			B1.4	Posizione corretta in culla	Materno infantile	95
●			B1.5	Lettura ad alta voce	Materno infantile	96
			B2	Promozione stili di vita sani (PASSI)		97
			B2.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica		98
			B2.2.2	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	Cronicità	99
			B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Cronicità	100
			B2.3.2	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno		101
			B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare		102
●			B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici		103
●			B5.1	Screening mammografico		
●			B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	Oncologia	104
●			B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	Oncologia	105
●			B5.1.7	<i>Proporzione di cancro in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza</i>	Oncologia	
●			P15CB	<i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella</i>	Oncologia	
			B5.2	Screening cervice uterina		
			B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	Oncologia	106
●			B5.3	Screening colorettales		
●			B5.3.1	Estensione dello screening colorettales	Oncologia	107
●			B5.3.2	Adesione allo screening colorettales	Oncologia	108
●			P15CC	<i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto</i>	Oncologia	
	●		B6	Donazioni		109
●			B6.1.7	<i>Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute</i>		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
	●		B6.1.1A	Efficienza di segnalazione		110
	●		B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche		
	●		B6.1.2	Percentuale di donatori procurati		111
	●		B6.1.4	Percentuale donatori utilizzati		112
			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		113
	●		B6.1.9	Opposizione alla donazione		
	●		B6.1.10	Donazione di organi a cuore fermo		
			B6B	Sistema trasfusionale		114
			B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per mille residenti		115
			B6.2.2.1	Tasso di donazioni di plasma per mille residenti		116
			B6.2.2.2	Tasso di donazioni di emazie per mille residenti		
			B6.2.3	Scadenza Emazie Concentrate		
	●		B7	Copertura vaccinale		117
	●		B7.1	Copertura per vaccino MPR	Materno infantile	118
	●		B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)		119
	●		B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)		120
	●		B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari		121
	●		B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico		122
	●		B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	Materno infantile	123
	●		B7.7	Copertura per vaccino esavalente	Materno infantile	124
	●		B7.8	Copertura vaccinale varicella		125
			B11	Complessità della casistica		
	●		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		
			B12	Mobilità		
			B12.1	Fughe		
			B12.1.2.1	Percentuale di fughe extra regionali totali		
			B17A.2	Percentuale di fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		
			B17.3	Percentuale di fughe extraregionali alta specialità chirurgica (AOU)		
			B12.2	Attrazioni		
			B12.2.1	Attrazioni extra Area Vasta per DRG ad alta complessità		
			B12.2.2.1	Percentuale attrazioni extra-regione		
			B12.2.2.2	Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		
			B12.2.2.2.1	Percentuale attrazioni extra-regioni - DRG alta complessità (IRCCS, AOU monospécialistiche, Aziende Ospedaliere, ecc)		
			B12.2.2.3	Volume attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		
	●		B20G	Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)		126
	●		B20G.1	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)		127
	●		B20G.2	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)		128
			B21G	Indice di cattura (Catchment index)		129
			B21G.1	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)		130
			B21G.2	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)		131
	●		B22	Attività Fisica Adattata (AFA)		132
	●		B22.1	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Cronicità	133
	●		B22.2	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Cronicità	134
	●		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		
	●		B24A	Sanità digitale		135
			B24B	ePrescription		
			B24B.1.1	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		136
			B24B.1.2	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		137
			B24B.3.1	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata		138
			B24B.3.2	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata		139
	●		B24B.5	Diffusione libretto di gravidanza digitale		140
			B24C	Fascicolo Sanitario Elettronico		
			B24C.1C	Stato di avanzamento circa la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico		
			B24C.2C	Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico		
			B24C.2C.1	Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni		
			B24C.2C.2	Aziende Sanitarie che alimentano e utilizzano il FSE		
			B24C.2C.2.1	Operatori sanitari abilitati al FSE		141
			B24C.2C.2.2	Aziende sanitarie che alimentano il FSE		142
			B24C.2C.3	Medici che alimentano ed utilizzano il FSE		
			B24C.2C.3.1	Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE		143
			B24C.2C.3.2	Medici che alimentano il FSE con il Profilo Sanitario Sintetico del paziente		
	●		B26	Sanità di Iniziativa		144
	●		B26.1	Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa	Cronicità	145

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codeice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
EMERGENZA-URGENZA						
			C16	Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza		149
			C16A.T1.BIS	Percentuale di accessi codice 1 ricoverati, trasferiti, o ammessi in OBI	Emergenza-Urgenza	
			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	150
			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	151
			C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	Emergenza-Urgenza	152
			D9A	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	Emergenza-Urgenza	153
			D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	Emergenza-Urgenza	
			C16C	Sistema 118		154
			C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	Emergenza-Urgenza	155
PREVENZIONE COLLETTIVA						
			F15	Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)		159
			F15.2	Copertura del territorio		
			F15.2.1T	N.aziende controllate/N.PAT INAIL		160
			F15.2.3T	N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione		161
			F15.1.8	Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole		162
			F15.3	Efficienza produttiva		
			F15.3.1T	N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL		163
			F15.3.2	N.sopraluoghi/N.personale UPG SPSAL		
			F15.1.1S	Efficacia strutturale riferita al numero di unità locali (PAT) rispetto al personale qualificato		
			F15.1.4S	Efficacia 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		
GOVERNO E QUALITA' DELL'OFFERTA						
			B15	Capacità attività di ricerca		
			B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti		167
			B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti		168
			C18	Variabilità chirurgia elettiva		
			C18.2	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.3	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.4	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.7	Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.8	Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.9	Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.12	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colectomia standardizzato per 100.000 residenti		
			C18.10	Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti		
			B28	Assistenza Domiciliare e Residenziale		169
			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	170
			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	171
			B28.2.2	Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	Assistenza domiciliare e residenziale	172
			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	173
			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		
			B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	Assistenza domiciliare e residenziale	174
			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	175
			B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	176
			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)		177
			D22Z.2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)		178
			D22Z.3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)		179
			B28.3	Assistenza Residenziale		
			B28.3.1	Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	Assistenza domiciliare e residenziale	180
			B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	Assistenza domiciliare e residenziale	181
			B28.4	Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	182
			B28.3.10	Tasso std 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	183
			B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	184

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			B28.3.19	Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA		185
●			D332A.R1	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R1		
●			D332A.R2	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R2		
●			D332A.R3	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	Assistenza domiciliare e residenziale	
●			B28.3.14	Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti		
●			B28.3.15	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 10 giorni dall'ammissione		
●			B28.3.16	Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 90 giorni dall'ammissione		
●			C1	Capacità di governo della domanda		
●			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		
●			C2	Efficienza attività di ricovero		186
●			C2A.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici		187
●			C2A.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		188
●			C2A.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati		189
●			C2A.3	Degenza media ricoveri ordinari		
●			C14	Appropriatezza medica		
●			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		
●			C4	Appropriatezza chirurgica		
●			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 inappropriata (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		
●			C5	Qualità clinica/Qualità di processo		190
●			C5.1	Percentuale Ricoveri ripetuti entro 30 giorni		
●			C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni		192
●			C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali		193
●			C5.7	Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale		194
●			C5.8	Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie		
●			C5.10	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia		195
●			C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate		196
●			C5.17	Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati		197
●			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		198
●			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	199
●			C5.30	Percentuale fratture operate entro 48 ore		
●			C5.13	Chirurgia ginecologica mini-invasiva		
●			C5.13.1	Percentuale di isterectomie erogate laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica) per patologie ginecologiche benigne		
●			C5.13.2	Percentuale di interventi per prolapsa 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		191
●			C5E	Ricoveri ripetuti		200
●			C5.1E	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		201
●			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		202
●			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		
●			C6	Rischio clinico		
●			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		
●			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		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			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		
			C7B	Materno-Infantile assistenza al parto		203
			C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	Materno infantile	204
			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		205
			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	206
			C7.6	Percentuale di parti operativi luso di forcipe o ventosa)	Materno infantile	207
			C7.20	Asfissie gravi peri/intra-partum	Materno infantile	
			C7.21	Percentuale di neonati che rientrano in ospedale entro 7 giorni dalla dimissione del ricovero per la nascita	Materno infantile	
			C7.12.1A	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagare	Materno infantile	208
			C7.12.2	Percentuale di donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle	Materno infantile	209
			C7C	Materno-Infantile assistenza territoriale		210
			D17.1.6	Percentuale di donne con prenotazione degli esami in gravidanza da parte del personale del percorso	Materno infantile	211
			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	
			C7.12.3	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	Materno infantile	212
			C7.12.4	Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi	Materno infantile	213
			D17.3.7	Proattività del sistema	Materno infantile	
			C7.1B.1	Tasso di concepimento per minorenni		
			C7.10	Tasso di IVG 1.000 residenti		214
			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		
			C7.29	Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti		215
			C7.13	Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva		216
			C7.14	Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4		217
			C7.16A	Accesso area maternità del consultorio	Materno infantile	
			C7.25	Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti		218
			C7D	Pediatria		
			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		
			C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici		219
			C10.1	Volimi Oncologia		
			C10.1A	Volimi interventi tumore maligno alla mammella		
			C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	Oncologia	
			C10.1.4	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	Oncologia	
			C10.1.7	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella	Oncologia	
			H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10Percentuale tolleranza) interventi annui	Oncologia	220
			C10.1.12	Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale ai 50 interventi annui	Oncologia	
			C10.1B	Volimi interventi tumore maligno alla prostata		
			C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Oncologia	221
			C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Oncologia	222
			C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Oncologia	
			C10.1.1A	Volimi interventi tumore maligno al polmone		
			C10.1.2A	Volimi interventi tumore maligno alla prostata		
			C10.1.3A	Volimi interventi per tumore maligno allo stomaco		
			C10.1.4A	Volimi interventi tumore maligno alla mammella		
			C10.1.5A	Volimi interventi tumore maligno al pancreas		
			C10.1.6A	Volimi interventi per tumore maligno dell'esofago		
			C10.1.7A	Volimi interventi per tumore maligno del surrene		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			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 legato		
			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	223
			C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Oncologia	224
			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	225
			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	226
			C10.2.10	Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella	Oncologia	
			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	227
			C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	Oncologia	228
			C10.3.3	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante	Oncologia	
			C10.3.5	Percentuale di pazienti che hanno eseguito almeno una colonscopia entro 18 mesi dall'intervento per tumore maligno al colon o al retto	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	229
			C10.8.1.1	Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica	Oncologia	230
			C10.8.2	Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	Oncologia	
			C28	Cure Palliative		231
			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	232
			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	233
			C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	Oncologia	234
			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	235
			C10D	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore		236
			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	237
			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	238
			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	239
			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	240
			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	241
			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	242
			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	243
			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	244
			C11A	Efficacia assistenziale territoriale		245
			C11A.1	Scopenso Cardiaco		
			C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)		
			D03CC	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scopenso cardiaco		
			C11A.1.2A	Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Cronicità	246
			C11A.1.2B	Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Cronicità	247
			C11A.1.2C	Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno un ECG		
			C11A.1.3	Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani	Cronicità	248
			C11A.1.4	Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Cronicità	249
			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	250
			C11A.2.3	Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	Cronicità	251
			C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	Cronicità	252
			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	253
			C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti		
			C8A	Integrazione ospedale territorio		
			C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOIP	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - 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 D07Ca)	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 D07Cb)	Emergenza-Urgenza	
●			C13	Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica		254
●			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 erogate, extra PS, per 1.000 residenti		
●			C13.2.2	Tasso di prestazioni RM erogate, extra PS, per 1.000 residenti		
●			C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)		255
●			C13T.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi		256
●			C13A.2.2.2	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)		
●	●		C15	Salute mentale		257
●			C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni		
●			C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	Salute Mentale	258
●			C15A.13A	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Salute Mentale	259
●			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	260
●			C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	Salute Mentale	
●			C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	Salute Mentale	261
●			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.5.4A	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni	Salute Mentale	
●			C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali	Salute Mentale	262
●			C15.17	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti	Salute Mentale	263
●			C15.17.1	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti		264
●			C15.17.2	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti		265
●	●		C17	Riabilitazione		266
●			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		267
●			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		
●			C17.1.4.4	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni		
●			C17.1.4.5	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni		
●			C17.1.4.6	Percentuale ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni		
●			C17.1.4.7	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni		
●			C17.1.4.8	Percentuale ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni		
●	●		C22	Terapie Intensive		268
●			C22.21A	Validazione dati Progetti GIVITI		269
●			C22.21.1	Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE		270
●			C22.21.2	Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni		271
●			C22.21.3	Validazione dati Progetto START		272
●			C22.1	Standardized Mortality Ratio [SMR]		273
●			C22.1.C	Standardized Mortality Ratio [SMR] nei pazienti COVID		274
●			C22.5	Incidenza di sepsi e/o shock settico		275
●			C22.6	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza		276
●			C22.6.C	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza nei pazienti COVID		277
●			C22.7	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica		278
●			C22.8	Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi		279
●			C22.10	Percentuale di turni in difetto di risorse		
●			C22.11	Percentuale di turni in eccesso di risorse		
●			C22.4	Percentuale di turni con pazienti OT [ordinari] alla fine della degenza		280
●			C22.12	Percentuale di shock settici provenienti dai reparti di degenza		281
●			C13.R3.16	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Pneumologica)		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOF	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
EQUITA'						
●			B9A	Equità		
●			B9A.1	Genere		
●			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 STEM		
●			C5.4.2	Rischio Relativo (Femmine/Maschi) di PTCA entro 96 ore ricoverati per IMA NSTEMI		
●			B9A.2	Titolo di studio		
●			B9.6	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione urgente per titolo di studio		
●			C8D.1.1	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per titolo di studio		
●			C8D.1.2	Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per diabete, scompenso e BPCO per titolo di studio		284
RESPONSIVENESS E COMUNICAZIONE						
			B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino		287
			B16.1	Carta dei Servizi		
			B16.1.1	Percentuale impegni raggiunti		288
			B16.1.2	Comitato di partecipazione		289
			B16.2	Front office telefonico		290
			B40	Programmazione della formazione		291
			B40.1	Coerenza del piano formativo alle indicazioni regionali		
			B40.2	Dossier formativo		
VALUTAZIONE DELL'UTENZA						
●	●		D17	Valutazione utenti Materno Infantile		295
●			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		
●			D17.1.5A	Willingness to recommend il consultorio	Materno infantile	
	●		D17.2	Parto		
	●		D17.2.13	Libertà di gestione di travaglio e parto	Materno infantile	
	●		D17.2.14	Rispetto e dignità da parte dei professionisti in travaglio e parto	Materno infantile	
	●		D17.2.15	Continuità assistenziale in travaglio e parto	Materno infantile	
	●		D17.2.7A	Gestione del dolore in travaglio e parto	Materno infantile	
	●		D17.2.8	Gestione del dolore dopo il parto		
	●		D17.2.9	Lavoro di squadra	Materno infantile	
	●		D17.2.11A	Supporto del personale al punto nascita		
	●		D17.2.4A	Informazioni concordanti	Materno infantile	
	●		D17.2.5	Pulizia ambienti		
	●		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.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		
	●		D18A	Dimissioni volontarie		296
	●	●	D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero		297
	●	●	D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione		298
			D20	PROMs		299

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina	
			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 coloretta			
			D20.1.2	Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica			
			D20.1.2.1	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione d'anca			
			D20.1.2.2	Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio			
			D20.1.3	Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella			
			D20.1.3.1	Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella			
			D20.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs			
			D20.2.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica			
			D20.2.1.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica urologica			
			D20.2.1.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica toracica			
			D20.2.1.3	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica coloretta			
			D20.2.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica			
			D20.2.2.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di anca			
			D20.2.2.2	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio			
			D20.2.3	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella			
			D20.2.3.1	Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella			
			D19	Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario		300	
			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			
			D20B	Estensione ed adesione PREMs		301	
			D20B.1.1	Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario			
			D20B.2.1	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario			
			ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI				
			C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica		305	
			B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore			
			B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori		306	
			B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio		307	
			B4.1.3	Consumo territoriale di morfina		308	
			B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio		309	
			C9.10.1	Polypharmacy sul territorio	Cronicità	310	
			C9.6.1	Ipolipemizzanti			
			C9.6.1.1	Iperprescrizione di statine	Cronicità	311	
			C9.6.1.2	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio		312	
			C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione			
			C9.6.1.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine			
			C9.6.2.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antipertensivi			
			C9.6.1.6	Consumo annuo di farmaci a base di omega-3 (UP per 100 residenti maggiorenni) sul territorio			
			C9.6B	Antipertensivi			

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIDP	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			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		313
●			C9.8	Antimicrobici		
●			C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio		314
●			C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)		315
●			C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica		316
●			C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica		317
●			C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio		318
●			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		
●			C9.8.1.7	Proporzione di antibiotici Access		
●			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	
●			C9.5	Consumo di altri antidepressivi sul territorio	Salute Mentale	
●			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		
●			C9.5.3	Consumo di Antidepressivi nei giovani	Salute Mentale	
●			C9.9.1	Iperprescrizioni di antidepressivi	Salute Mentale	
●			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		319
●			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		320
●			C9.19.2	Incidenza Salmeterolo associato sul territorio		
●			C9.19.3	Confezioni di adrenergici sul territorio		
●			C9.19.4	Spesa pro-capite per farmaci adrenergici		
●	●		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	321
●	●		C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	Cronicità	322
●	●		C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	Cronicità	323
●			C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)		324
●			C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipilipemizanti)	Cronicità	325
●			C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	Salute Mentale	326
●			C21.3	Compliance terapia post IMA		
●			C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	Cronicità	327
●			C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	Cronicità	328
●			C21.3.3	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	Cronicità	329
●			F10A	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi		
●			F10.1A	Spesa farmaceutica complessiva		
●			F10.1B	Spesa farmaceutica per acquisti diretti		
●			F10.1C	Spesa farmaceutica convenzionata		
●			F10.1D	Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA		
●			F10.2.2	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa		
●			F10.2.3	Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV		
●			F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici	Oncologia	
●			F10.3	Spesa dispositivi (ospedaliere)		
●			F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliere) per punto DRG		
●			F10.3.1A	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (ASL)		
●			F10.3.2	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (AOU)		
●			F10.3.3	Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero		
●			F10.3.4	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico		
●			F10.3.5	Spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale		
●			F12A	Efficienza prescrittiva farmaceutica		330
●			F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza		331
●			F12A.14A	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			F12A.19	Ospedaliera		
			F20.11	Percentuale Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara		332
			F20.12	Percentuale Adalimumab biosimilare o vincitore di gara		333
			F20.13	Percentuale Follitropina biosimilare o vincitore di gara		334
			F20.14	Percentuale Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara		335
			F20.15	Percentuale Somatropina biosimilare o vincitore di gara		336
			F20.16	Percentuale Epoietina biosimilare o vincitore di gara		337
			F20.17	Percentuale Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara		338
			F20.17.1	Percentuale Fattori di crescita delle colonie short activity su totale		
			F20.18	Percentuale Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara		339
			F20.19	Percentuale Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara		340
			F20.20	Percentuale Teriparatide biosimilare o vincitore di gara		341
			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 - 13 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		
			F20.7	Percentuale Imatinib equivalente		342
			F20.8	Percentuale Etanercept biosimilare o vincitore di gara		343
			F20.9	Percentuale Infliximab biosimilare o vincitore di gara		344
			F20.10	Percentuale Rituximab biosimilare o vincitore di gara		345
			F12C	Dispositivi medici		
			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)		
				RESILIENZA		
			B5R	RESILIENZA - Screening oncologici		351
			B5.1.2.R	Variatione nei volumi per lo screening mammografico		
			B5.2.2.R	Variatione nei volumi per lo screening cervice uterina		
			B5.3.2.R	Variatione nei volumi per lo screening coloretale		
			B5.1.2.M	Variatione media nei volumi per lo screening mammografico	Oncologia	
			B5.2.2.M	Variatione media nei volumi per lo screening cervice uterina	Oncologia	
			B5.3.2.M	Variatione media nei volumi per lo screening coloretale	Oncologia	
			B6.R	RESILIENZA - Donazioni di organi		
			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		
			B283R	RESILIENZA - Setting Residenziale, Domiciliare e Intermedio		352
			B283R.3	Soddisfazione RSA e ASL		353
			B283R.3.1	Coordinamento generale con ASL	Assistenza domiciliare e residenziale	
			B283R.3.3	Supporto per la presa in carico positivi	Assistenza domiciliare e residenziale	354
			B283R.3.4	Indicazioni ricevute	Assistenza domiciliare e residenziale	355
			CC.R	RESILIENZA - Ambito Cardio Circolatorio		
			S.M13.R	Variatione nei volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica		
			S.M16.R	Variatione nei volumi per ricoveri per interventi di bypass aorto-coronarico		
			S.M13.M	Variatione media nei volumi per per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica		
			S.M16.M	Variatione media nei volumi per per ricoveri per interventi di bypass aorto-coronarico		
			TD.R	RESILIENZA - Reti tempo dipendenti		356
			S.M12.R	Variatione nei volumi per ricoveri per IMA STEMI		
			S.M14.R	Variatione nei volumi per ricoveri per ictus ischemico		
			S.M12.M	Variatione media nei volumi per per ricoveri per IMA STEMI		
			S.M14.M	Variatione media nei volumi per per ricoveri per ictus ischemico		
			C7B.R	RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto		357
			C7.28.1.R	Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio	Materno infantile	358
			C7.28.2.R	Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto		359
			C7C.R	RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza territoriale		
			Mi.1	Variatione dei volumi delle prestazioni consultoriali		
			Mi.1.1	Variatione dei volumi delle prestazioni consultoriali dell'area salute riproduttiva (maternità, sterilità, IVG e contraccezione)		
			Mi.1.2	Variatione dei volumi delle prestazioni consultoriali dell'area disagio e abusi/maltrattamenti		
			Mi.2	Differenza della quota di nuovi utenti dei servizi consultoriali		
			Mi.3	Differenza delle Percentuale di gestanti seguite dal consultorio		
			C7.18	Percentuale donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	Materno infantile	
			C7.10.1	Percentuale di IVG con certificazione consultoriale		
			C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione		
			C7.16	Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	Materno infantile	

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
			C9R	RESILIENZA - Farmaceutica		360
			F.M1.R	Variazione nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio		
			F.M2.R	Variazione nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio		
			F.M3.R	Variazione nel consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale sul territorio		
			F.M1.M	Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	Cronicità	
			F.M2.M	Variazione media nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	Cronicità	
			F.M3.M	Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale		
			C10R	RESILIENZA - Oncologia		361
			S.M3.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A		
			S.M4.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A		
			S.M5.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A		
			S.M6.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A		
			S.M7.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A		
			S.M8.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A		
			S.M9.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A		
			S.M10.R	Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A		
			F.M4.R	Variazione nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	Oncologia	
			S.M3.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	Oncologia	
			S.M4.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	Oncologia	
			S.M5.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	Oncologia	
			S.M6.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	Oncologia	
			S.M7.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	Oncologia	
			S.M8.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	Oncologia	
			S.M9.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	Oncologia	
			S.M10.M	Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla tiroide	Oncologia	
			F.M4.M	Variazione media nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	Oncologia	
			C11R	RESILIENZA - Efficiacia assistenziale territoriale		
			C11A.1.3.R	Variazione Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori - sartani	Cronicità	
			C11A.1.4.R	Variazione Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Cronicità	
			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	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	
			C13.R1	RESILIENZA - Ambulatoriale e Diagnostica		
			A.M1.R	Variazione nei volumi prestazioni ambulatoriali		
			A.M2.R	Variazione nei volumi diagnostica per immagini		
			A.M1.M	Variazione media nei volumi per prestazioni ambulatoriali		
			A.M2.M	Variazione media nei volumi per diagnostica per immagini		
			C13.R2	RESILIENZA - Visite e Follow-up		362
			A.M3.R	Variazione nei volumi per prima visita cardiologica		
			A.M4.R	Variazione nei volumi per prima visita chirurgia vascolare		
			A.M5.R	Variazione nei volumi per prima visita endocrinologica		
			A.M6.R	Variazione nei volumi per prima visita neurologica		
			A.M7.R	Variazione nei volumi per prima visita oculistica		
			A.M8.R	Variazione nei volumi per prima visita ortopedica		
			A.M9.R	Variazione nei volumi per prima visita ginecologica		
			A.M10.R	Variazione nei volumi per prima visita otorinolaringoiatrica		
			A.M11.R	Variazione nei volumi per prima visita urologica		
			A.M12.R	Variazione nei volumi per prima visita dermatologica		
			A.M13.R	Variazione nei volumi per prima visita fisiatrica		
			A.M14.R	Variazione nei volumi per prima visita gastroenterologica		
			A.M15.R	Variazione nei volumi per prima visita oncologica		
			A.M16.R	Variazione nei volumi per prima visita pneumologica		
			A.M17.R	Variazione nei volumi per visita di controllo cardiologica		
			A.M18.R	Variazione nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare		
			A.M19.R	Variazione nei volumi per visita di controllo endocrinologica		
			A.M20.R	Variazione nei volumi per visita di controllo neurologica		
			A.M21.R	Variazione nei volumi per visita di controllo oculistica		
			A.M22.R	Variazione nei volumi per visita di controllo ortopedica		
			A.M23.R	Variazione nei volumi per visita di controllo ginecologica		
			A.M24.R	Variazione nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica		
			A.M25.R	Variazione nei volumi per visita di controllo urologica		
			A.M26.R	Variazione nei volumi per visita di controllo dermatologica		
			A.M27.R	Variazione nei volumi per visita di controllo fisiatrica		
			A.M28.R	Variazione nei volumi per visita di controllo gastroenterologica		
			A.M29.R	Variazione nei volumi per visita di controllo oncologica	Oncologia	
			A.M30.R	Variazione nei volumi per visita di controllo pneumologica		
			A.M3.M	Variazione media nei volumi per prima visita cardiologica		
			A.M4.M	Variazione media nei volumi per prima visita chirurgia vascolare		

Zone / Distretto	Stabilimento	Privati Accr. AIOP	Codice Indicatore Azienda	Indicatori e Sottoindicatori 2021 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●			A.M5.M	Variazione media nei volumi per prima visita endocrinologica		
●			A.M6.M	Variazione media nei volumi per prima visita neurologica		
●			A.M7.M	Variazione media nei volumi per prima visita oculistica		
●			A.M8.M	Variazione media nei volumi per prima visita ortopedica		
●			A.M9.M	Variazione media nei volumi per prima visita ginecologica		
●			A.M10.M	Variazione media nei volumi per prima visita otorinolaringoiatrica		
●			A.M11.M	Variazione media nei volumi per prima visita urologica		
●			A.M12.M	Variazione media nei volumi per prima visita dermatologica		
●			A.M13.M	Variazione media nei volumi per prima visita fisiatrica		
●			A.M14.M	Variazione media nei volumi per prima visita gastroenterologica		
●			A.M15.M	Variazione media nei volumi per prima visita oncologica		
●			A.M16.M	Variazione media nei volumi per prima visita pneumologica		
●			A.M17.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo cardiologica	Cronicità	
●			A.M18.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare		
●			A.M19.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo endocrinologica		
●			A.M20.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo neurologica		
●			A.M21.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo oculistica		
●			A.M22.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo ortopedica		
●			A.M23.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo ginecologica		
●			A.M24.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica		
●			A.M25.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo urologica		
●			A.M26.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo dermatologica		
●			A.M27.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo fisiatrica		
●			A.M28.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo gastroenterologica		
●			A.M29.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo oncologica	Oncologia	
●			A.M30.M	Variazione media nei volumi per visita di controllo pneumologica	Cronicità	
●			C13.R3	RESILIENZA - Telemedicina		363
●			C13.R3.1	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Reumatologica)		
●			C13.R3.2	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)		
●			C13.R3.3	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Oncologia	364
●			C13.R3.4	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)		365
●			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)		
●			C13.R3.7	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Geriatrica)		
●			C13.R3.8	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Gastroenterologica)		
●			C13.R3.9	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Endocrinologica)		
●			C13.R3.10	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)		366
●			C13.R3.11	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)		367
●			C13.R3.12	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Nutrizionale)		
●			C13.R3.13	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)		368
●			C13.R3.14	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Allergologica)		
●			C13.R3.15	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Algologica)		
●			C15R	RESILIENZA - Salute Mentale		
●			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	
●			C15.17.R	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti - variazione		
●			SM.M1.R	Variazione nei volumi prestazioni domiciliari		
●			SM.M2.R	Variazione nei volumi prestazioni erogate nel territorio		
●			SM.M1.M	Variazione media nei volumi per prestazioni domiciliari		
●			SM.M2.M	Variazione media nei volumi per prestazioni erogate nel territorio		
●			C16R	RESILIENZA - Pronto Soccorso		
●			PS.M1.R	Variazione nei volumi accessi in Pronto soccorso		
●			PS.M2.R	Variazione del tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero	Emergenza-Urgenza	
●			PS.M1.M	Variazione media nei volumi per accessi in Pronto soccorso		
●			PS.M2.M	Variazione media nel tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero		
●			B7R	RESILIENZA - Vaccinazioni COVID-19		369
●			B7.9	Vaccinazioni Covid-19 - Popolazione		
●			B7.9.1	Copertura per vaccino COVID 19 - Ciclo completo		370
●			B283R.7	Vaccinazioni Covid-19 - RSA		
●			B283R.7.1	Copertura vaccinale Covid-19 assistiti in RSA	Assistenza domiciliare e residenziale	371
●			B283R.7.2	Copertura vaccinale Covid-19 operatori in RSA	Assistenza domiciliare e residenziale	372

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 2021, 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 situò 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 singolo setting assistenziale e alla singola 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 tra diversi soggetti che operano nel sistema. Nell'ottica di misurare il valore prodotto per l'utente dall'insieme di tutte le organizzazioni che erogano servizi sanitari e con lo scopo di fornire uno strumento di lavoro in grado di produrre un cambiamento coerente con le strategie regionali, il Laboratorio MeS ha ideato uno strumento di rappresentazione in grado di superare la visione per setting e per soggetto erogatore e di suggerire una visione integrata di percorso (Nuti et al, 2018).

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

Nel pentagramma, le "note" rappresentano gli indicatori di performance del percorso assistenziale, organizzati lungo le fasi principali 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 cittadini toscani.

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

Il pentagramma dà una visione immediata della qualità dei servizi erogati lungo il percorso dei pazienti, indipendentemente dall'organizzazione che ha erogato il servizio. Per questo, nello stesso pentagramma possono apparire organizzazioni diverse e, nel dettaglio, lo stesso indicatore può apparire più volte, valutato per ciascuno dei provider che erogano un servizio del percorso per la popolazione considerata. Ad esempio, nel percorso oncologico la presenza dello stesso indicatore per più organizzazioni riguarda la fase del trattamento, che include prevalentemente indicatori relativi agli interventi per tumore che possono essere effettuati da diverse organizzazioni sanitarie nella stessa area geografica (presidi a gestione diretta della azienda territoriale e AOU) (vedi figura 3).

Per ciascun percorso sono proposti i pentagrammi per Area Vasta e Zona distretto, nei quali è possibile visualizzare indicatori riferiti alle diverse aziende che insistono ed erogano servizi su quel territorio.

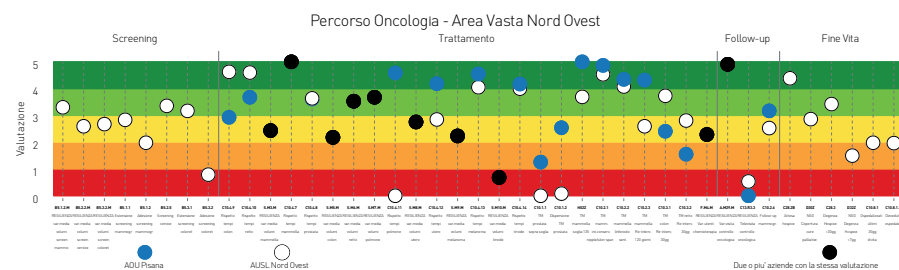


Figura 3. Esempio di pentagramma

I pentagrammi 2021, 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. I cambiamenti che erano stati introdotti per l'anno 2020 in seguito alla pandemia da Covid-19 sono stati mantenuti per l'anno 2021. In particolare, gli indicatori relativi ai corsi di accompagnamento alla nascita – sospesi in presenza durante l'emergenza pandemica e parzialmente ripristinati durante l'anno 2021 – non sono stati inseriti nemmeno per l'anno corrente. Allo stesso modo, l'indicatore relativo alle ospedalizzazioni nel primo anno di vita non è stato reintrodotta nel pentagramma, dal momento che i valori dell'indicatore sono stati fortemente influenzati dall'andamento pandemico anche per quest'anno. Inoltre, dei due indicatori di resilienza introdotti per l'anno 2020, uno non è

ancora disponibile (capacità di tenuta dei servizi consultoriali nel seguire le gravidanze), mentre l'altro è visibile nella fase del parto (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 del Certificato di Assistenza al Parto e di altri flussi amministrativi, è possibile valutare la qualità clinico-assistenziale al punto nascita attraverso gli indicatori sui cesarei, i parti operativi e le episiotomie. La possibilità di raccogliere contestualmente 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, dalla gravidanza al post-parto.

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. I dati dell'indagine offrono anche la possibilità di calcolare gli indicatori sui determinanti di salute precoci fondamentali per lo sviluppo nei primi 1.000 giorni di vita, inseriti anche nel Piano Nazionale per la Prevenzione, quale l'assunzione di acido folico, l'allattamento, la posizione in culla, la lettura ad alta voce.

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 anche 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 seno, 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 sottostimare l'aderenza al follow-up visto che non include la diagnostica effettuata presso le strutture private. Completano la valutazione del percorso gli indicatori del fine vita e delle cure palliative valutando l'efficienza dei servizi, secondo le linee-guida ministeriali (DM 43 del 2007 e da quanto introdotto dal Nuovo Sistema di Garanzia), per i pazienti in fase terminale (assistenza domiciliare, capacità di presa in carico degli hospice e appropriatezza). Da quest'anno sono valutati anche due indicatori sulla qualità del percorso del fine vita, ovvero la percentuale di pazienti con un ricovero nell'ultimo mese di vita e la quota di decessi in ospedale.

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 Assistenza domiciliare e residenziale

Il percorso valuta alcuni indicatori con riferimento all'assistenza domiciliare sanitaria e all'assistenza residenziale nelle RSA, per i moduli base temporanei e permanenti erogata 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 (coefficiente di intensità assistenziale); 3. la qualità del percorso, attraverso indicatori proxy che monitorano accessi potenzialmente impropri al PS e ricovero; 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: 1. 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; 2. il livello di governo, che è garantito nelle sue componenti e fasi principali dalle zone distretto. Gli indicatori sono calcolati per zona distretto di presa in carico, in maniera tale da monitorare il percorso attraverso il servizio che sta programmando e gestendo il caso. Gli indicatori del percorso 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. Come lo scorso anno, in questa edizione, è presente una fase dedicata alla resilienza del sistema rispetto alla pandemia. Gli indicatori di resilienza inseriti nel percorso riguardano l'assistenza residenziale e sono alimentati dalla Mappatura RSA 2020-2021 (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 soddisfazione delle RSA sul coordinamento generale e supporto ricevuto dalle ASL, sia in termini di copertura vaccinale anti Covid-19 per gli assistiti e gli operatori delle RSA.

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 Cronicità

Il Percorso Cronicità presenta un set di indicatori che hanno l'obiettivo di mostrare complessivamente una visione di sistema di cure incentrata 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 continuità dell'assistenza per periodi di lunga durata e forte integrazione tra i 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 delle principali patologie croniche (diabete, scompenso, ictus, BPCO) e sono suddivisi in 4 fasi: promozione degli stili di vita, presa in carico, efficienza ed esiti. Anche per il 2021 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 da indicatori che monitorano l'azione dei medici di base rispetto all'adozione di buoni stili di vita, la diffusione sul territorio dei programmi di Attività Fisica Adattata per anziani e 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.

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 viste 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 stru-

mento 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 4), 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.

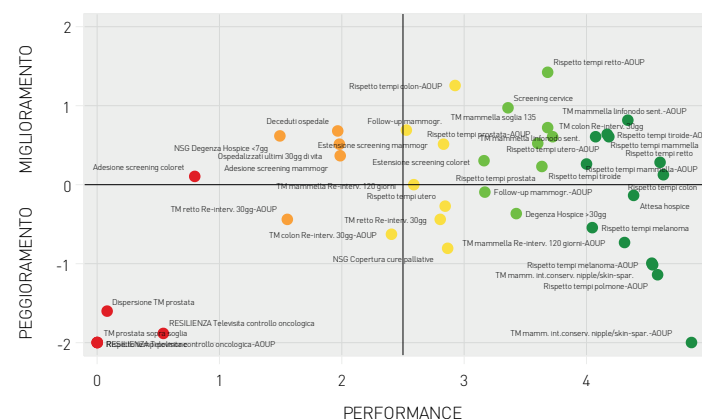


Figura 4. Mappa di performance

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 2021 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.

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. Contribuisco-

no 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. 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 valu-

tazione (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 2021

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Regione Toscana nel 2021. Dei 217 indicatori di valutazione calcolati a giugno 2022, la Regione Toscana mostra una performance complessiva buona; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, è posizionata nelle fasce verde e gialla del bersaglio. In questa fase di ripresa e rilancio il 46% degli indicatori migliora tra il 2020 e il 2021, il 23% resta stabile e il 31% peggiora.

In sintesi, sulle **politiche di prevenzione e promozione di salute** i programmi di screening oncologici hanno visto un sostanziale aumento nei volumi con una contestuale ripresa nei tassi di adesione da parte della popolazione. Le vaccinazioni pediatriche continuano a registrare una buona copertura su tutto il territorio, cala invece la copertura antiinfluenzale, sia per gli anziani che per i professionisti sanitari, dopo una maggiore propensione registrata nel corso del 2020. Il sistema sanitario regionale ha mostrato una buona capacità di gestione della campagna vaccinale anti-Covid con il raggiungimento di un ottimo livello di copertura della popolazione con ciclo completo al 31/12/2021 (78.5%).

La gestione dell'emergenza pandemica ha accresciuto l'attenzione sulle potenzialità della **sanità digitale** (B24A). In continuità con i dati del 2020, migliora la quota di ricette dematerializzate, che coprono oltre il 90% delle prescrizioni elettroniche farmaceutiche e specialistiche. Significativo è anche l'incremento nell'adozione del libretto di gravidanza digitale. È cresciuta l'attenzione da parte delle aziende nell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), sebbene l'uso da parte dei cittadini risulti ancora limitato. Il ricorso alla telemedicina – in particolare della tele visita di controllo – ha registrato una tenuta dei livelli raggiunti nel 2020 su alcune discipline quali l'ematologia, la diabetologia, la psichiatrica, la gastroenterologia e un aumento d'utilizzo nell'infettivologia e geriatria.

Continua il trend positivo sull'**efficienza prescrittiva farmaceutica** (F12), rappresentata dal ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, e sull'ambito meno performante relativo all'**uso appropriato dei farmaci** (C9). Per questo gruppo di indicatori vi sono segnali positivi soprattutto per la riduzione dell'uso degli antibiotici sul territorio: nell'ultimo triennio si passa da 15 DDD per 1000 abitanti del 2019 a 10 DDD per 1000 abitanti/die del 2021; in particolare, si sono ridotti quelli in età pediatrica: da 13 a 6 DDD per 1000 abitanti, segnale positivo per la lotta all'antibiotico-resistenza. Si mantengono, o migliorano, i livelli di **aderenza farmaceutica** (C21) per i pazienti con infarto del miocardio, con riferimento a beta-bloccanti, ACE inibitori o sartani e antiaggreganti e statine. Il **sistema trasfusionale** (B6B) mostra invece una performance in peggioramento, con una diminuzione nel tasso delle donazioni di sangue e tessuti.

A livello ospedaliero, **gli indici di performance della degenza media** (C2) segnalano due andamenti diversificati per l'ambito medico e quello chirurgico: continua l'aumento della durata media della degenza per i DRG medici, mentre i DRG chirurgici confermano una degenza media pari ai livelli del 2020. La performance della Toscana si conferma comun-

que la migliore rispetto alle altre regioni del network. Si mantiene buona la qualità dei processi clinici, sebbene continui a ridursi la percentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni, che passa da 79% nel 2019 a 71% nel 2021, una contrazione registrata anche in molte altre regioni. L'appropriatezza clinica – misurata ad esempio in termini di proporzioni di parti cesarei – registra un miglioramento (riduzione di un punto percentuale rispetto al 2020), in controtendenza ai risultati delle altre regioni del network.

Sull'ambulatoriale, peggiorano i **tempi d'attesa sulla specialistica e ambulatoriale**, coerentemente con un aumento della domanda. L'indice di cattura (B21G), ovvero il rapporto tra i volumi di prestazioni prescritte e quelle prenotate, peggiora rispetto allo scorso anno, soprattutto per le prestazioni di diagnostica, passando da 80% a 61%. L'**appropriatezza diagnostica** (C13), misurata come percentuale di RM lombari ripetute entro 12 mesi, è stabile.

L'attenzione per la **continuità tra ospedale e territorio** è rimasta alta anche nel corso del 2021. Si registra una certa stabilità nella percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultrasessantacinquenni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione (10.7% nel 2021 contro un 10.9% nel 2020). Sul territorio, è in costante aumento il tasso di segnalazioni per l'avvio di un percorso in **ADI assistenza domiciliare o residenziale** per la popolazione anziana over 65 anni, aumenta la percentuale di anziani in cure domiciliari con valutazione e il livello di intensità assistenziale delle stesse.

Un'eredità della pandemia è sicuramente la crescita nel **costo pro-capite sanitario**, che passa da 2.177 euro pro-capite nel 2020 a 2.288 nel 2021 (un incremento del 5%), in linea con l'andamento delle altre regioni. Sul lato del personale, si coglie la necessità di una maggiore valorizzazione e investimento, laddove la percentuale di assenza dei dipendenti cresce anche nel 2020, a sottolineare lo stress a cui il **personale** del SSR è sottoposto.

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** si avvale di molti indicatori provenienti dalle indagini alle utenti. Complessivamente si posizionano nelle fasce più alte (verde scuro e verde) i risultati sulle determinanti di salute (assunzione di acido folico, posizionamento in culla, lettura ad alta voce) e sulla qualità nella consegna del libretto e le prenotazioni in fase di gravidanza. In fascia arancione si posizionano la qualità complessiva del punto nascita percepita dall'utente e l'esperienza del consultorio. Rimangono critici la consapevolezza e il coinvolgimento in gravidanza e la consapevolezza sulle vaccinazioni. Anche quest'anno, il punto di forza è nella percentuale di episiotomie e una riduzione della percentuale di parti cesarei, soprattutto nelle Aziende Ospedaliere Universitarie. Da registrare però forti criticità riportate dalle utenti rispetto alle limitazioni d'accesso ai partner durante il travaglio.

La performance regionale sul **percorso oncologico** è complessivamente buona nella fase dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e radioterapici, con molti indicatori che si

posizionano nella fascia più alta (verde scuro) del pentagramma. In particolare, spiccano gli indicatori sui volumi di interventi e sul rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi con priorità A per il tumore al retto e melanoma, si mantengono buoni i risultati sull'appropriatezza dei volumi di interventi per tumore maligno della mammella e gli interventi conservativi nipple/skin-sparing. L'area degli screening vede un forte miglioramento nell'estensione degli inviti rispetto allo scorso anno, anche se il livello di partecipazione agli stessi non è ancora ritornato ai livelli pre-Covid. Nel follow-up rimane stabile la quota di donne con mammografia post-intervento per tumore alla mammella e la quota complessiva di visite di controllo. Diminuisce invece rispetto al 2020 la percentuale di visite di controllo in tele visita. Permangono margini di miglioramento per la gestione delle cure palliative, in particolare per la degenza in hospice minore o uguale a 7 giorni.

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 una complessiva riconferma o un miglioramento dei risultati ottenuti nel 2020. Rispetto allo scorso anno, si segnala tuttavia un lieve incremento degli assistiti in RSA e ADI con almeno un accesso al PS e un peggioramento nella tempestività della presa in carico entro 30gg.

Rispetto alla **presa in carico della salute mentale**, il pentagramma mostra ambiti di miglioramento nella qualità dell'assistenza, messa fortemente sotto pressione durante la pandemia e post-pandemia. Anche gli indicatori posizionati sulla fascia più alta (verde) vedono un peggioramento rispetto al risultato del 2020, in particolare quelli riferiti all'appropriatezza psicoterapeutica e agli abbandoni in terapia con antidepressivi. Permane critica la gestione ospedaliera della casistica psichiatrica e la presa in carico tempestiva sul territorio da parte dei DSM.

Il pentagramma del **percorso cronicità** riporta una performance regionale complessivamente buona nell'efficienza (polypharmacy e iper-prescrizione di statine) e negli esiti (percentuale di amputazioni maggiori per diabete). Mostra invece margini di miglioramento nella promozione degli stili di vita e della presa in carico. Ridotti sono i corsi di AFA sia a bassa che ad alta disabilità attivati per gli over 65anni e peggiora la percentuale di assistiti da MMG aderenti ai moduli di sanità di iniziativa. Nella fase di presa in carico si riduce la performance sull'aderenza farmacologica e ai controlli, in particolare peggiora la percentuale di pazienti con scompenso cardiaco aderenti alla terapia con ACE inibitori, la compliance di pazienti in terapia con statine e la quota di pazienti con diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni.

L'**Emergenza-Urgenza** nel 2021 si registra un contraccolpo nel tempo di permanenza in pronto soccorso e negli abbandoni non presidiati. In particolare, diminuisce la percentuale di dimessi con permanenza in pronto soccorso inferiore alle 6 ore e di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore. Questi due elementi riaffermano la necessità di una continua attenzione e investimento per garantire una presa in carico efficace e tempestiva degli accessi in PS.

REGIONE TOSCANA

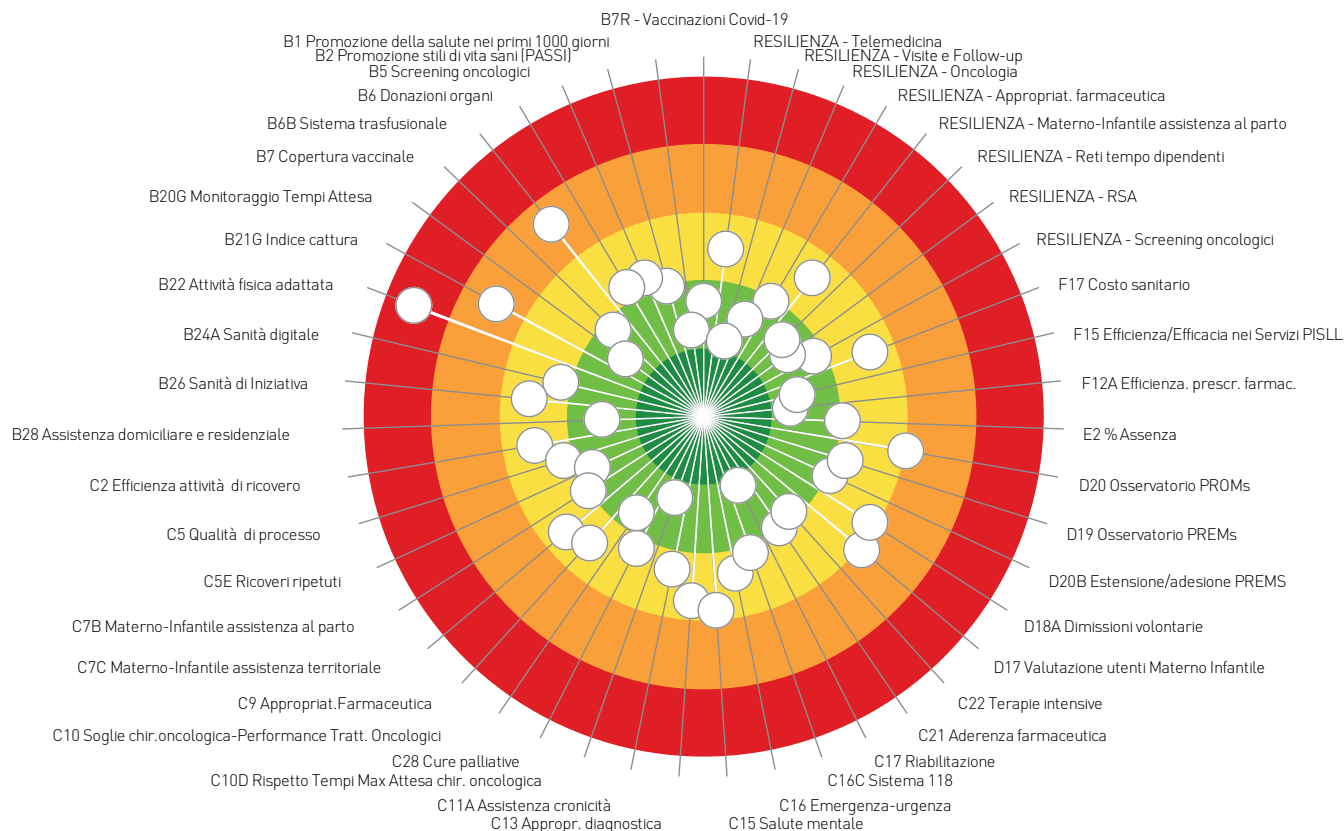
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 251

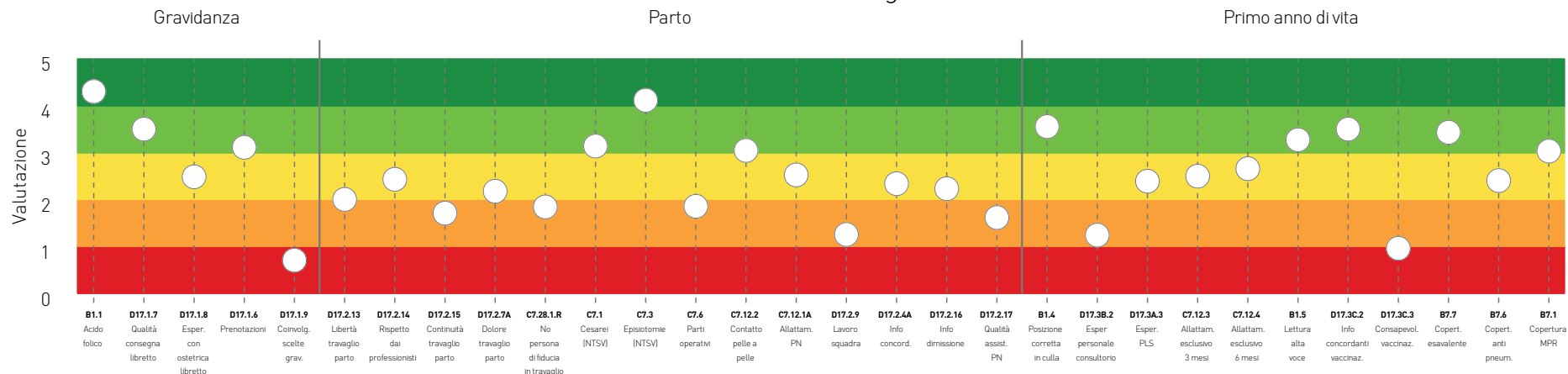


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

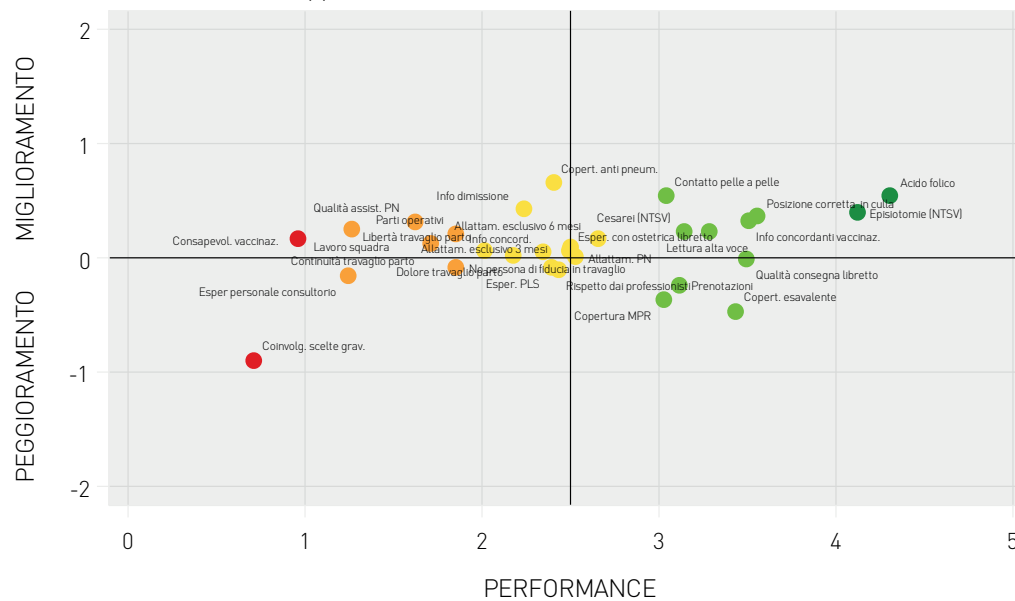
Valutazione della performance 2021



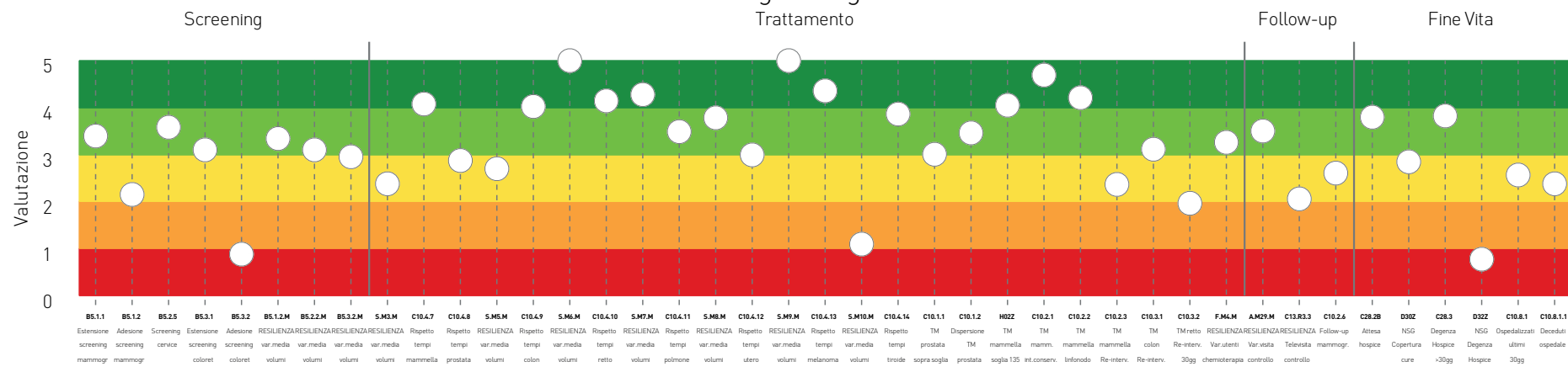
Percorso Materno-Infantile - Regione Toscana



Percorso Materno Infantile Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021



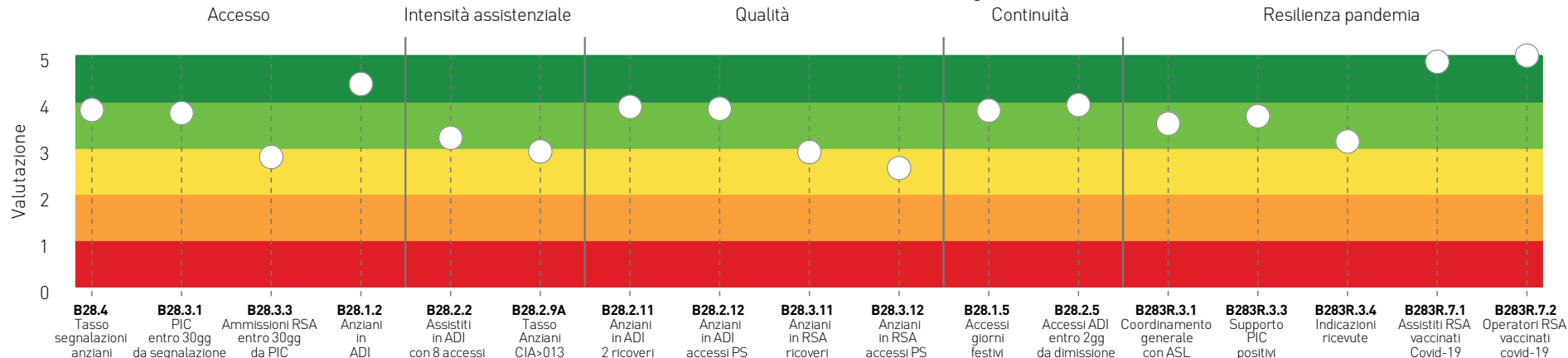
Percorso Oncologia - Regione Toscana



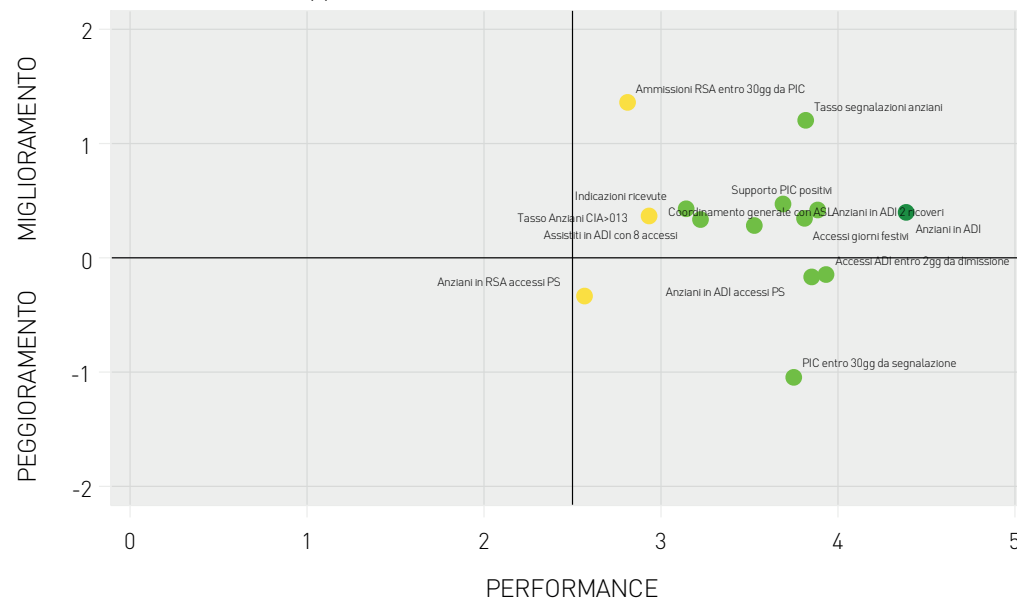
Percorso Oncologia Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021

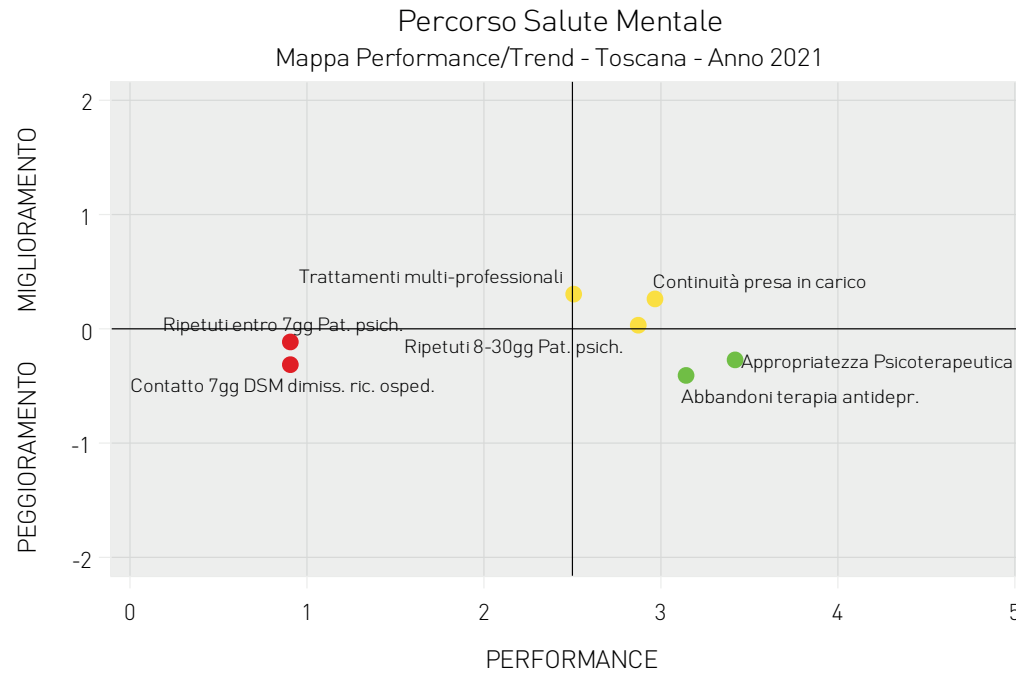
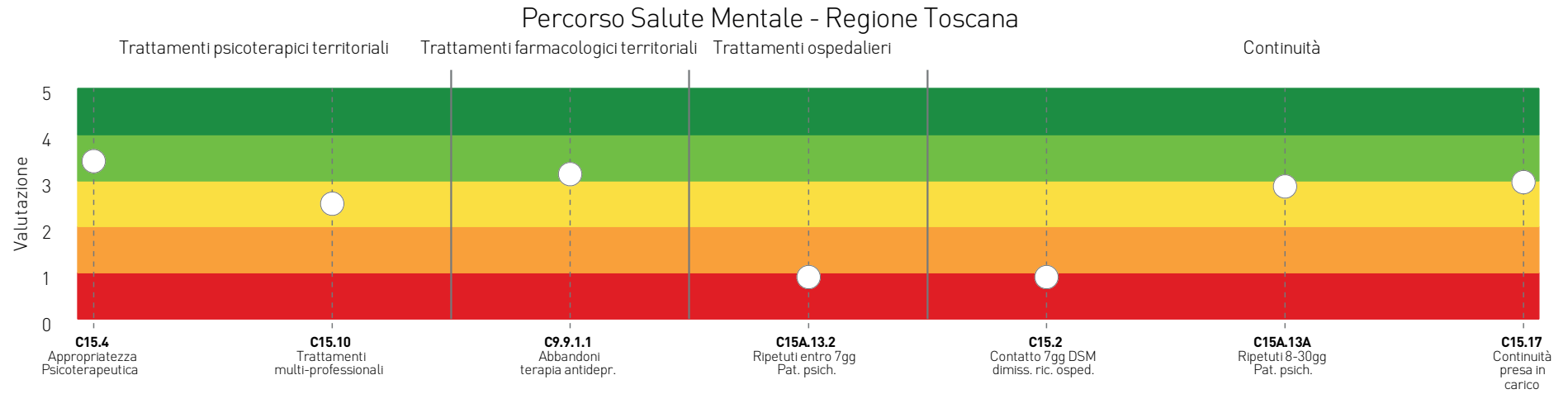


Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - Regione Toscana

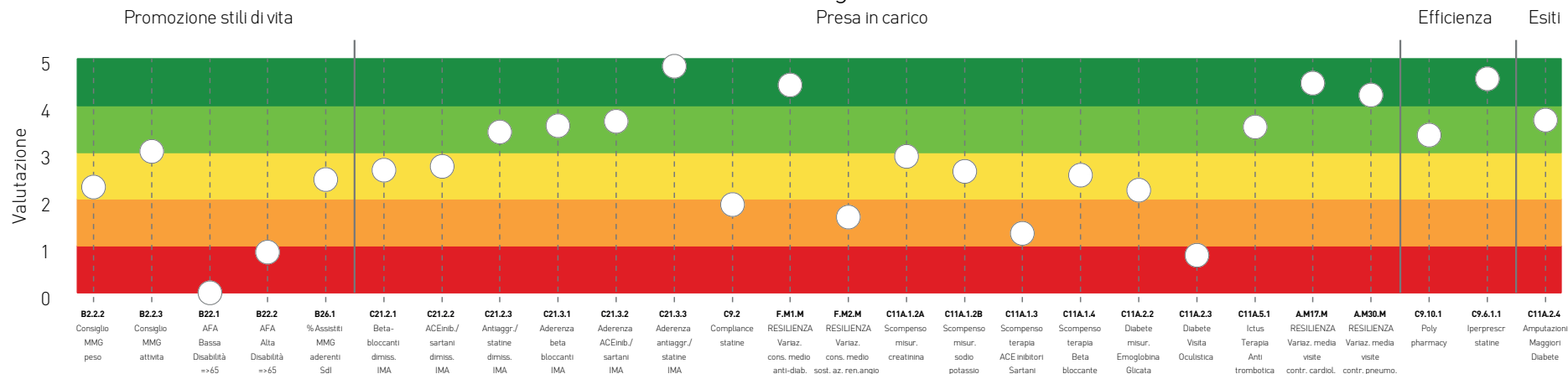


Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021

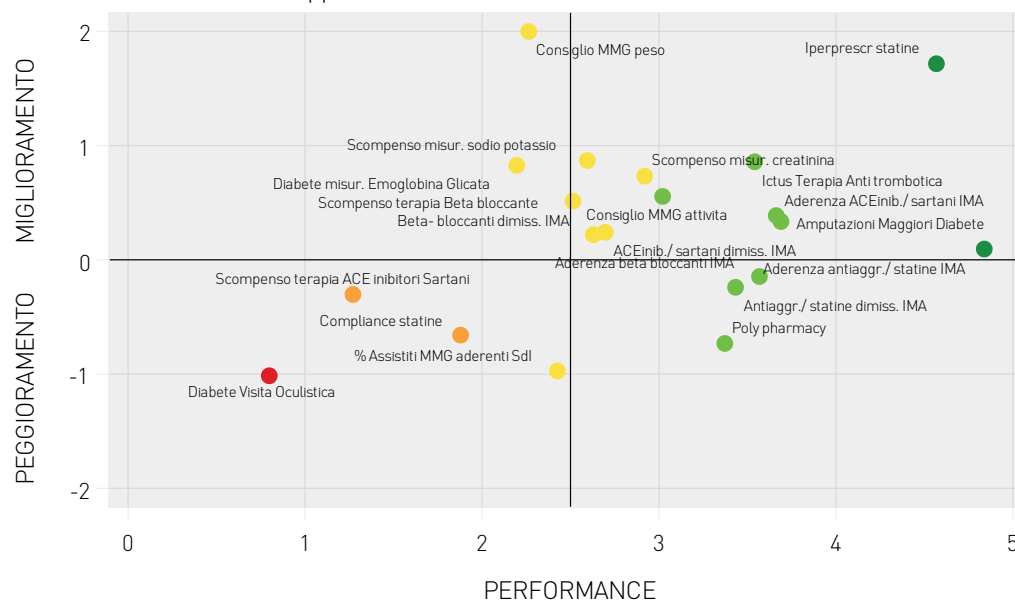




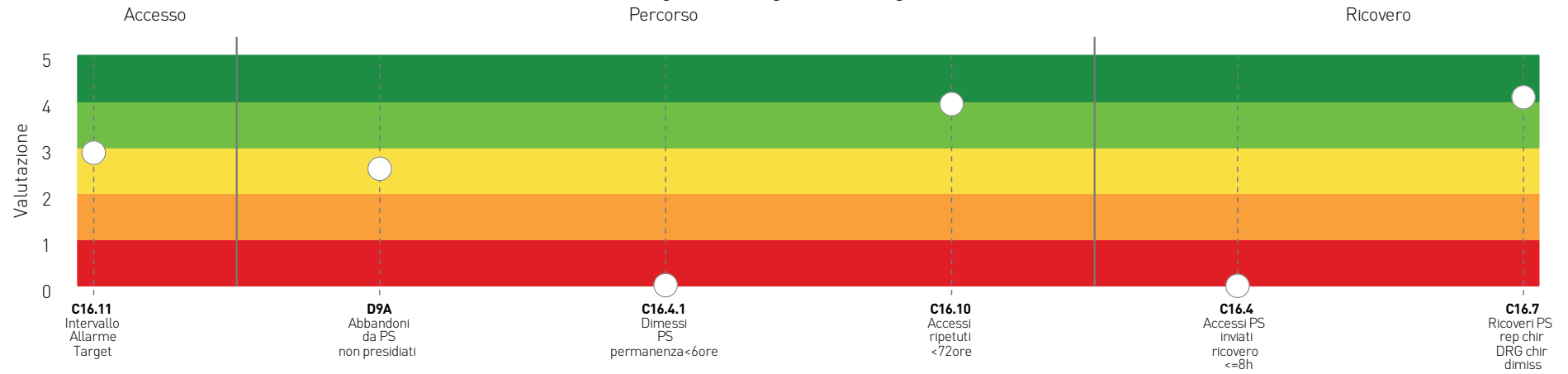
Percorso Cronicità - Regione Toscana



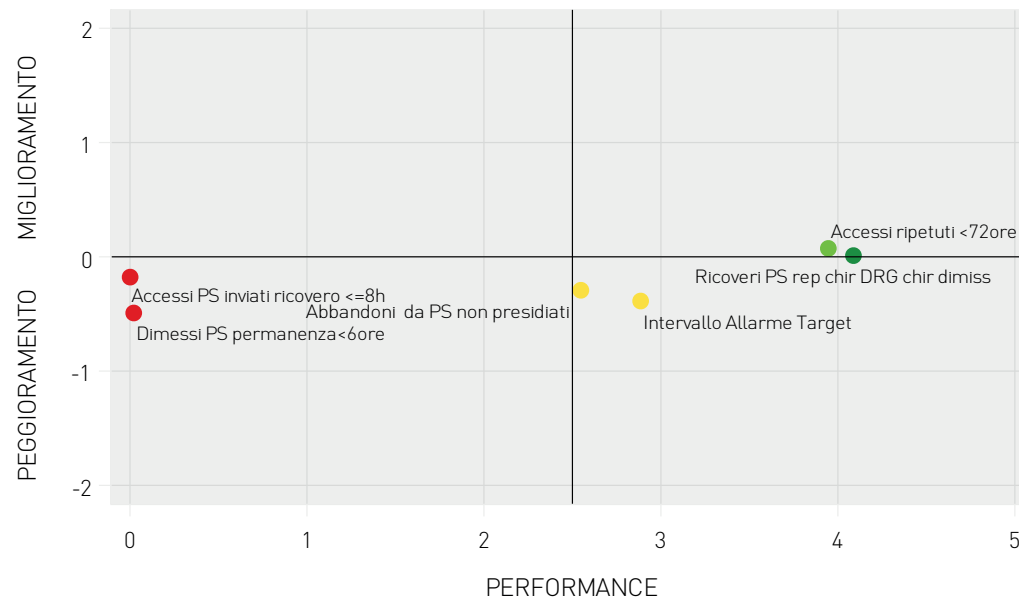
Percorso Cronicità Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021



Percorso Emergenza-Urgenza - Regione Toscana



Percorso Emergenza urgenza
Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2021



2.2 AREE VASTE



AUSL TOSCANA CENTRO

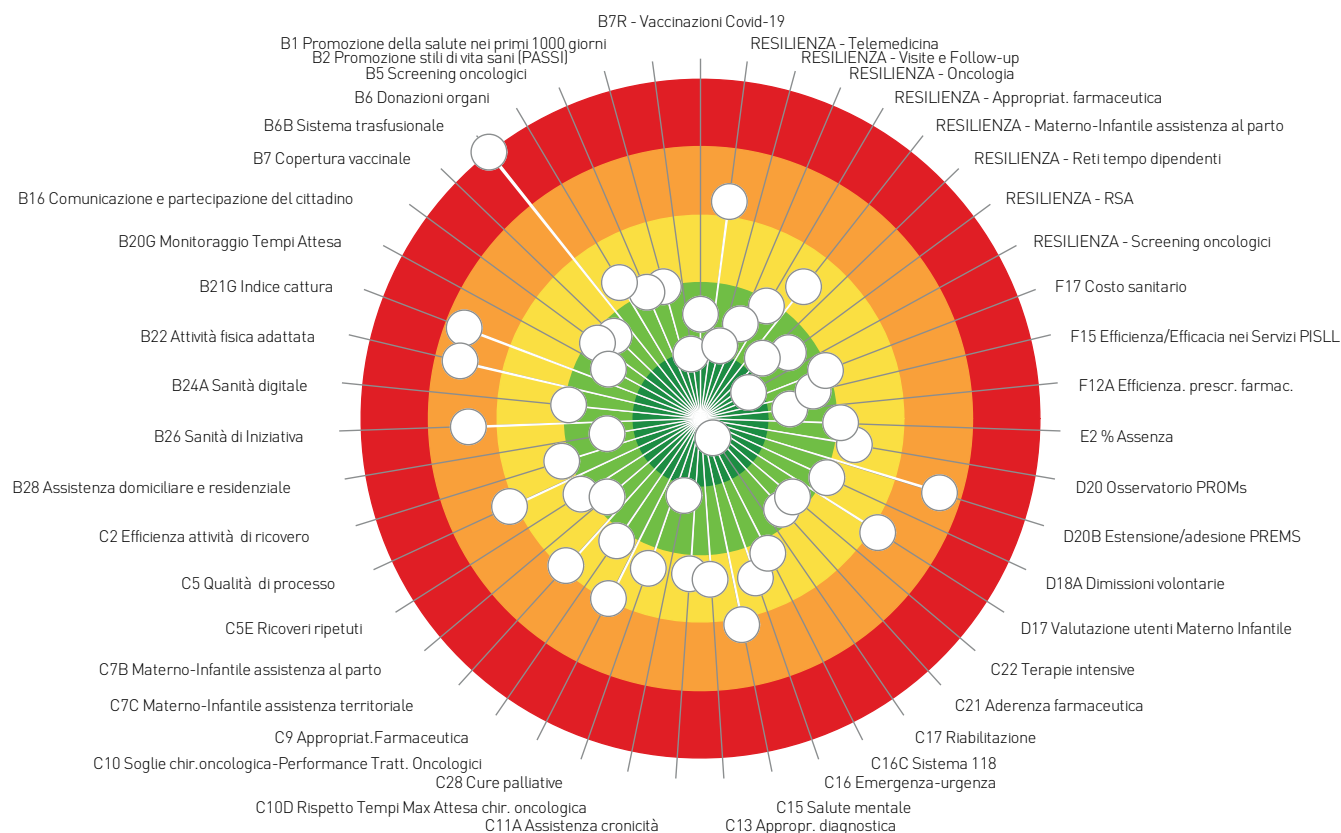
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 231



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

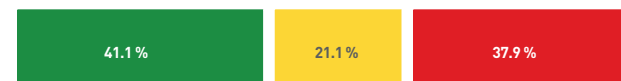
Valutazione della performance 2021



AOU CAREGGI

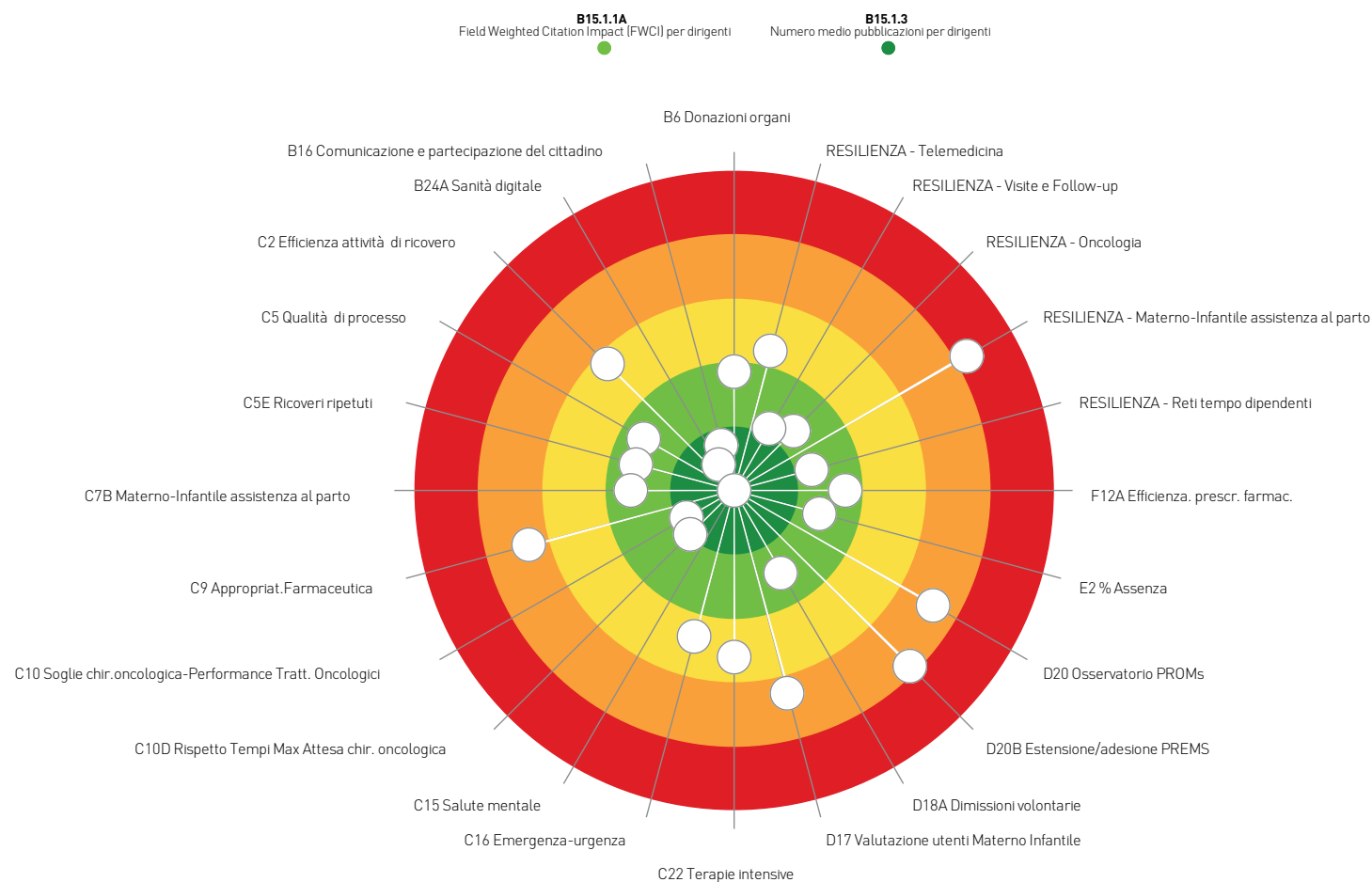
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

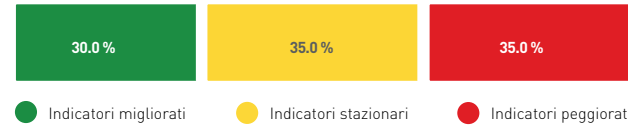
Valutazione della performance 2021



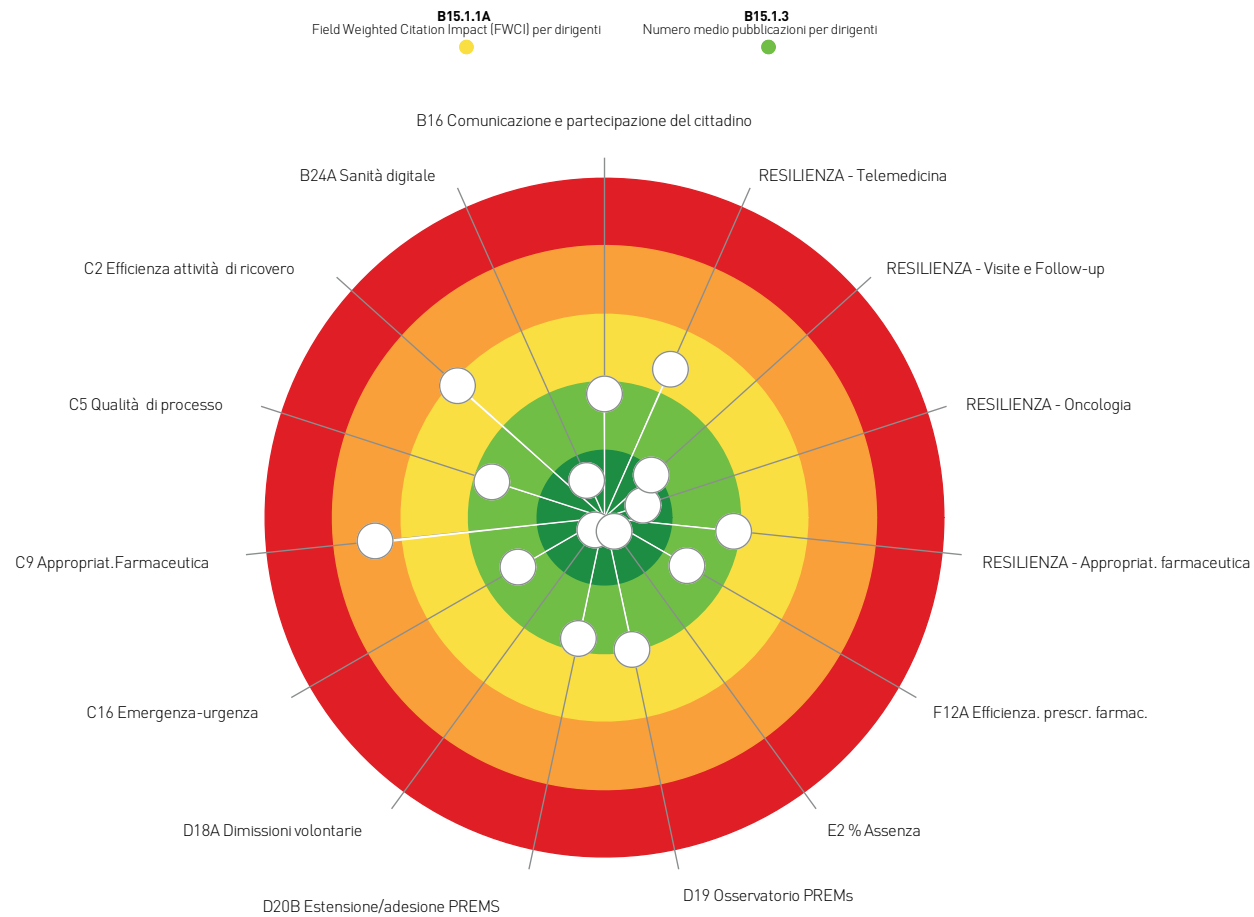
AOU MEYER

Andamento indicatori - Trend 2020/2021

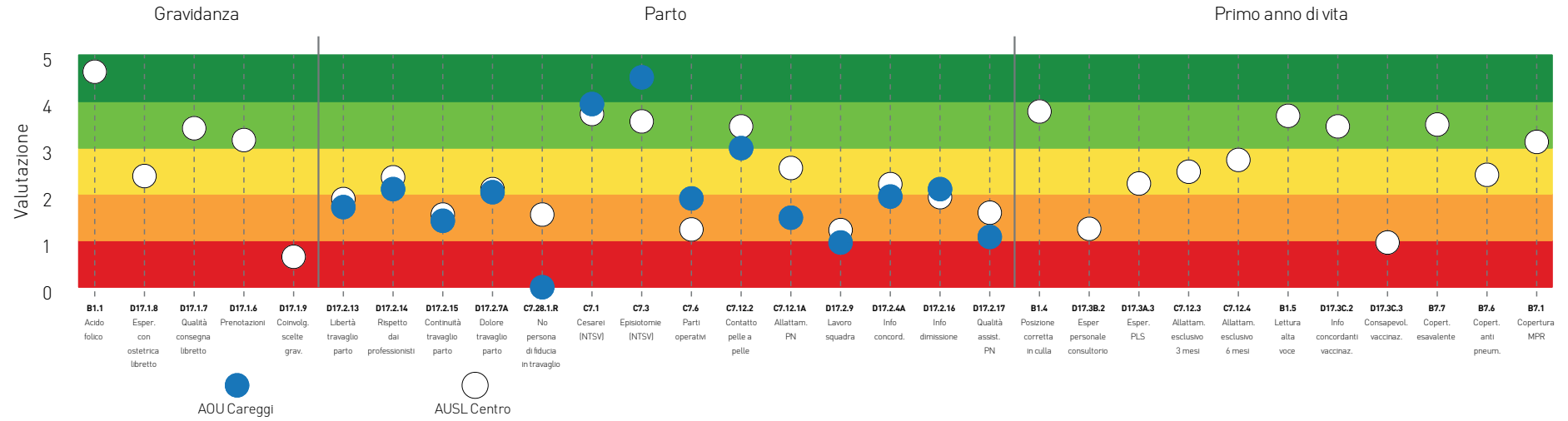
Numero indicatori di valutazione: 40



Valutazione della performance 2021



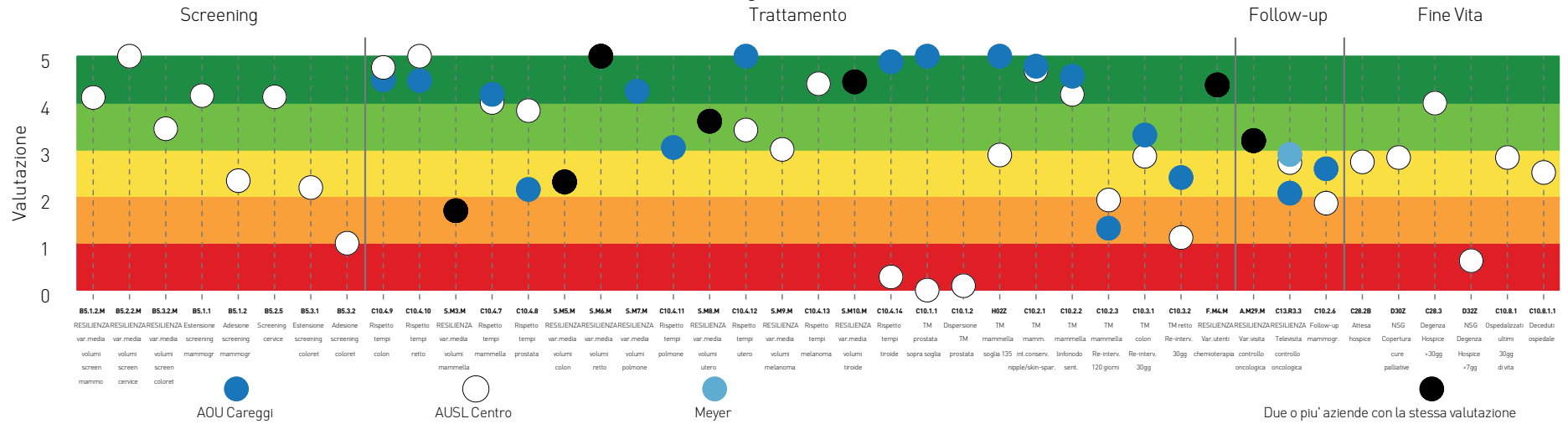
Percorso Materno-Infantile - Area Vasta Centro



Percorso Materno Infantile Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2021



Percorso Oncologia - Area Vasta Centro

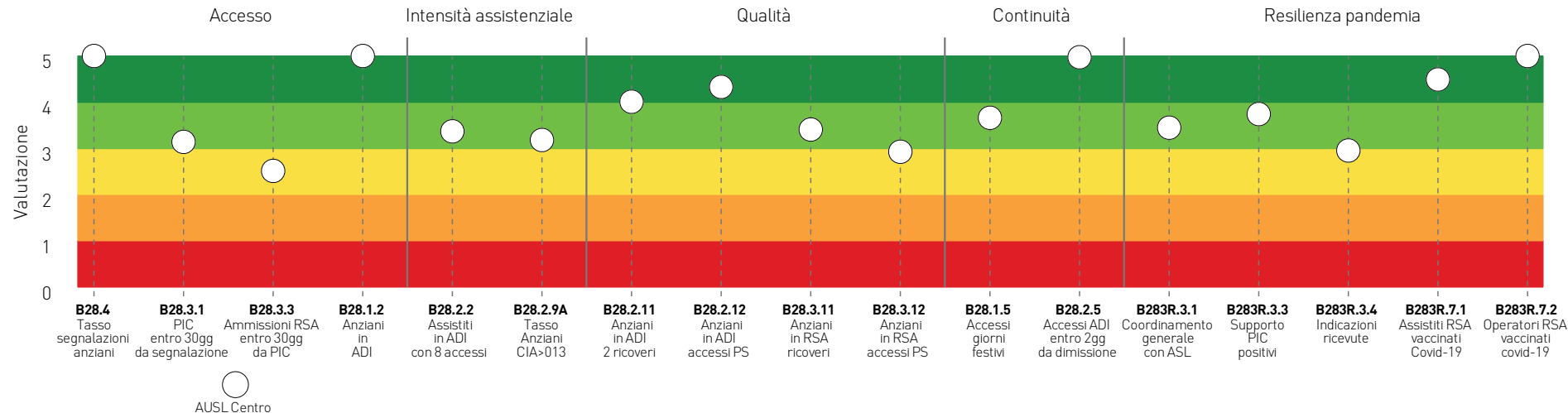


Percorso Oncologia

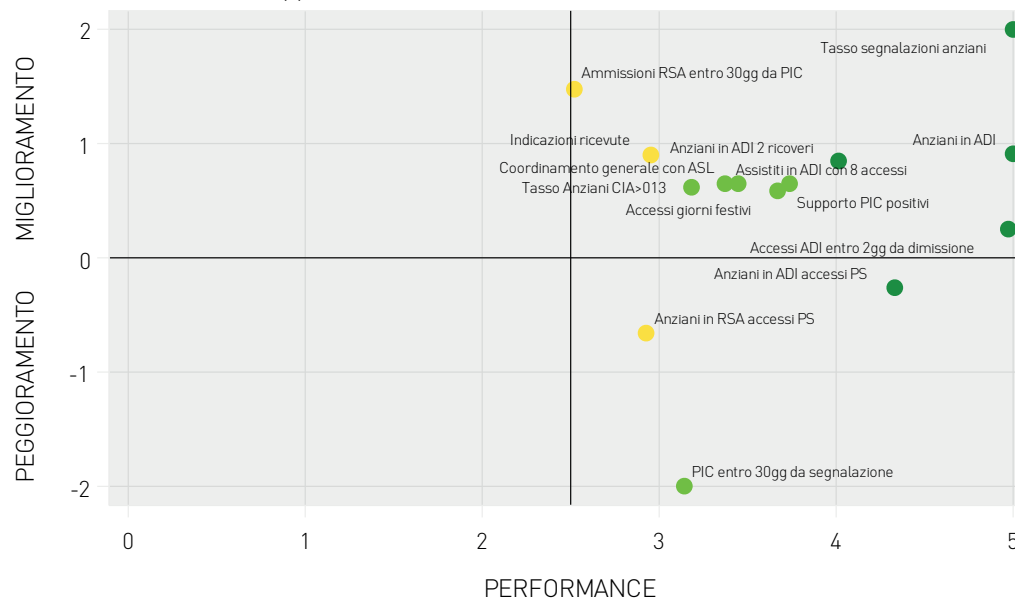
Mapa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2021



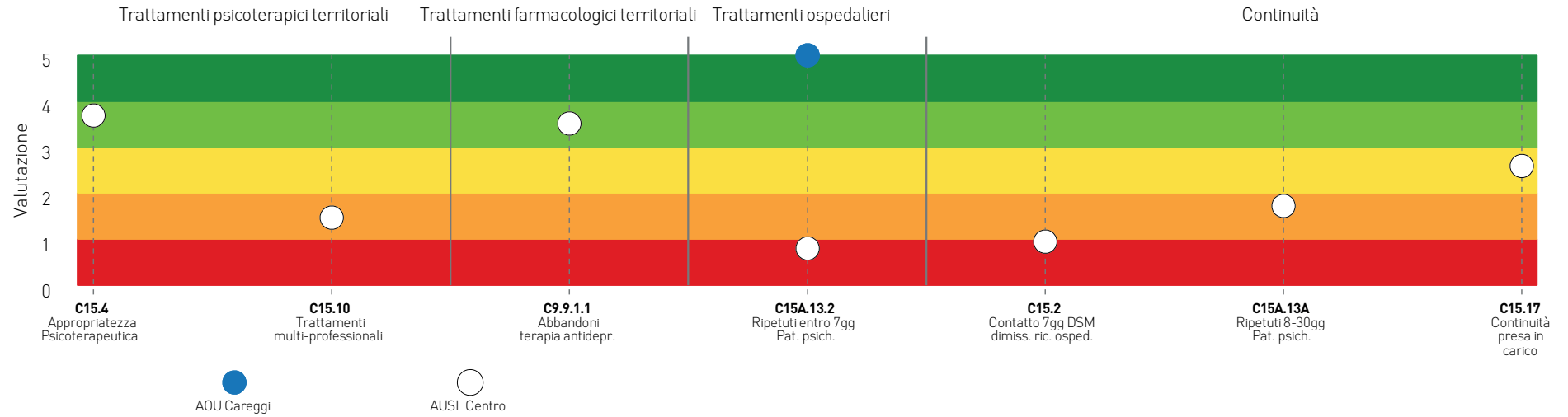
Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - AUSL Toscana Centro



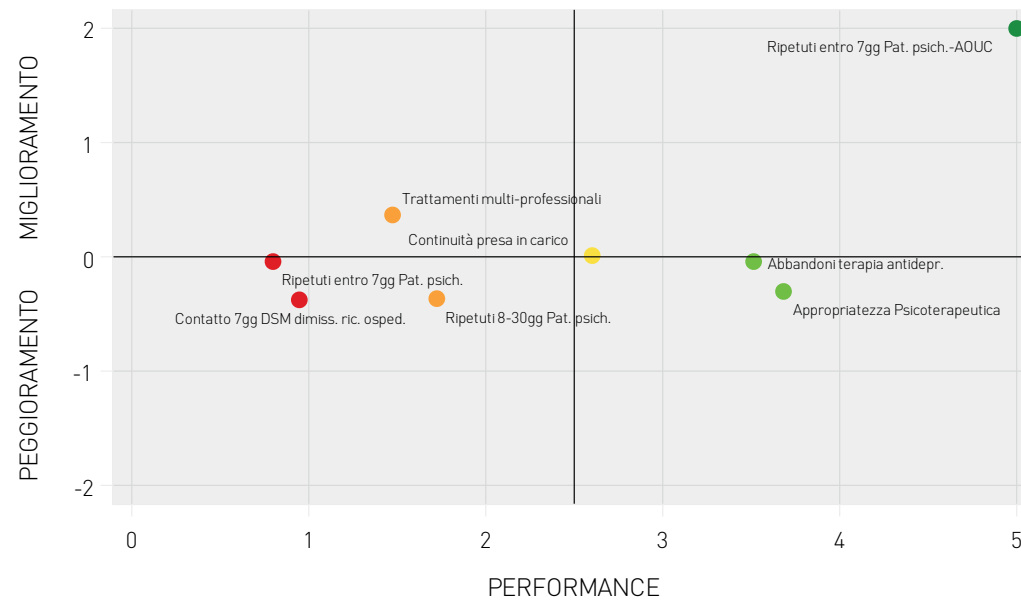
Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - AUSL Centro - Anno 2021



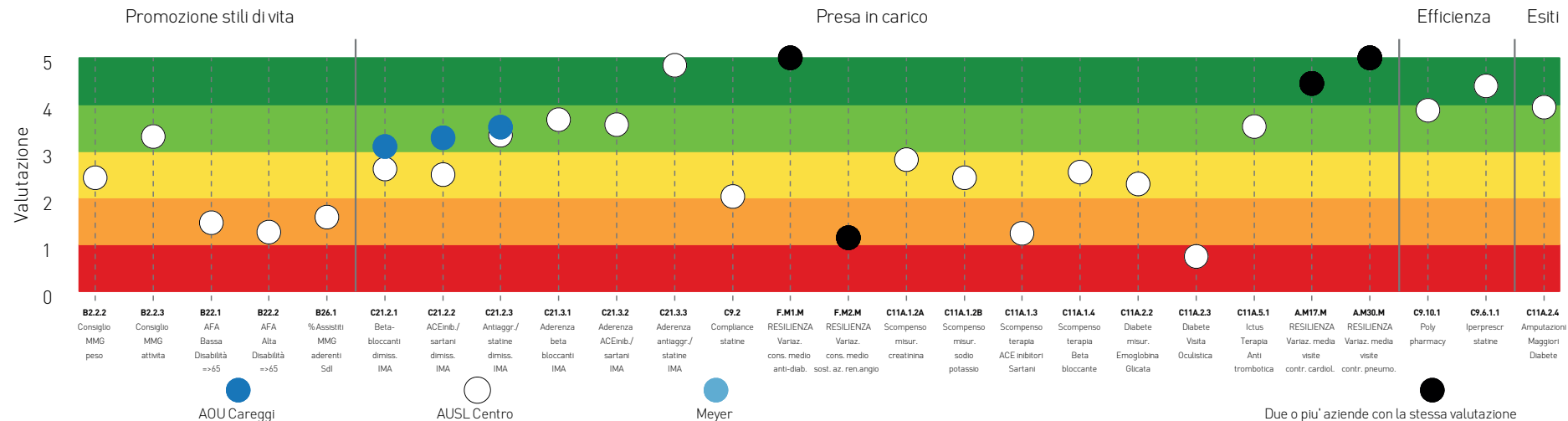
Percorso Salute Mentale - Area Vasta Centro



Percorso Salute Mentale Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2021



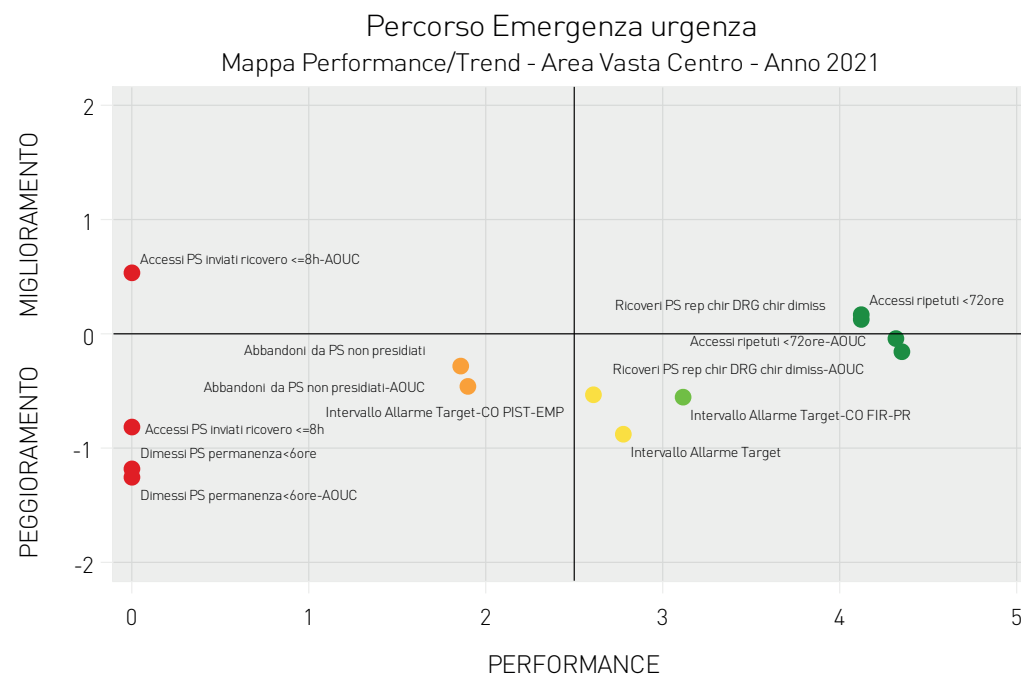
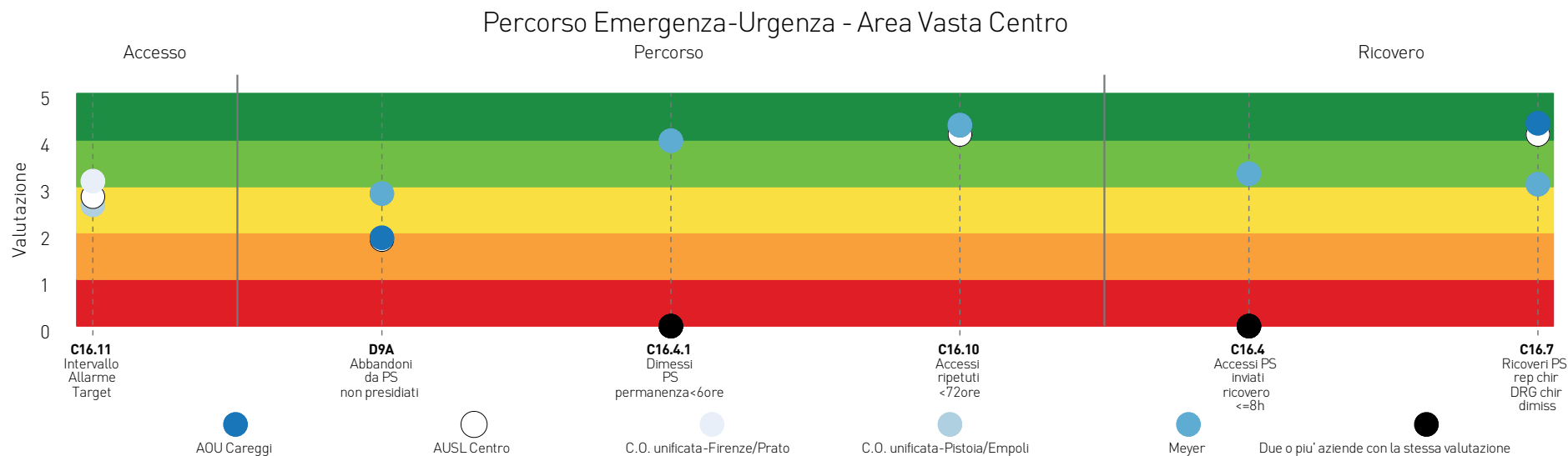
Percorso Cronicità - Area Vasta Centro



Percorso Cronicità

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2021





AUSL TOSCANA NORD OVEST

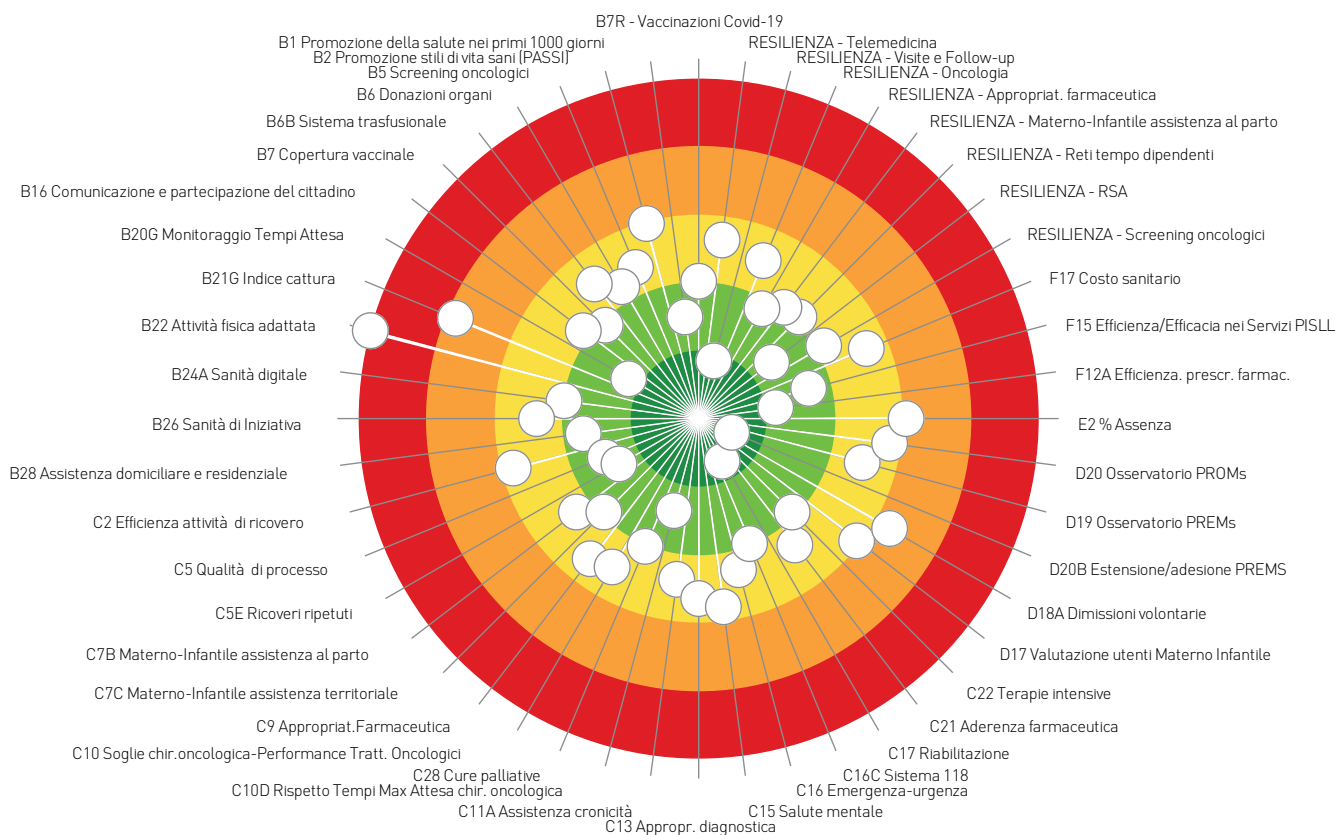
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 251



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Valutazione della performance 2021



AOU PISANA

Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 120



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Valutazione della performance 2021



FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO

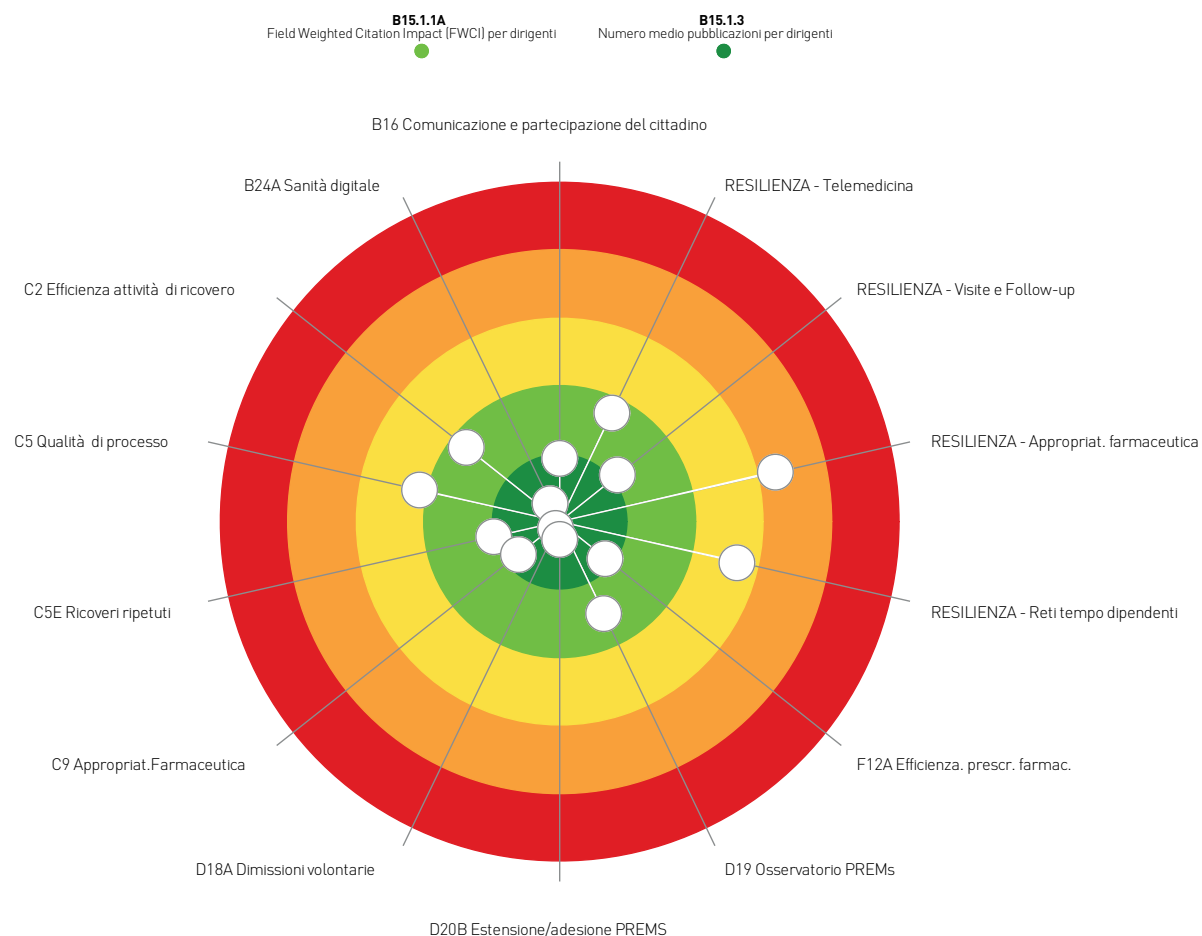
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 41

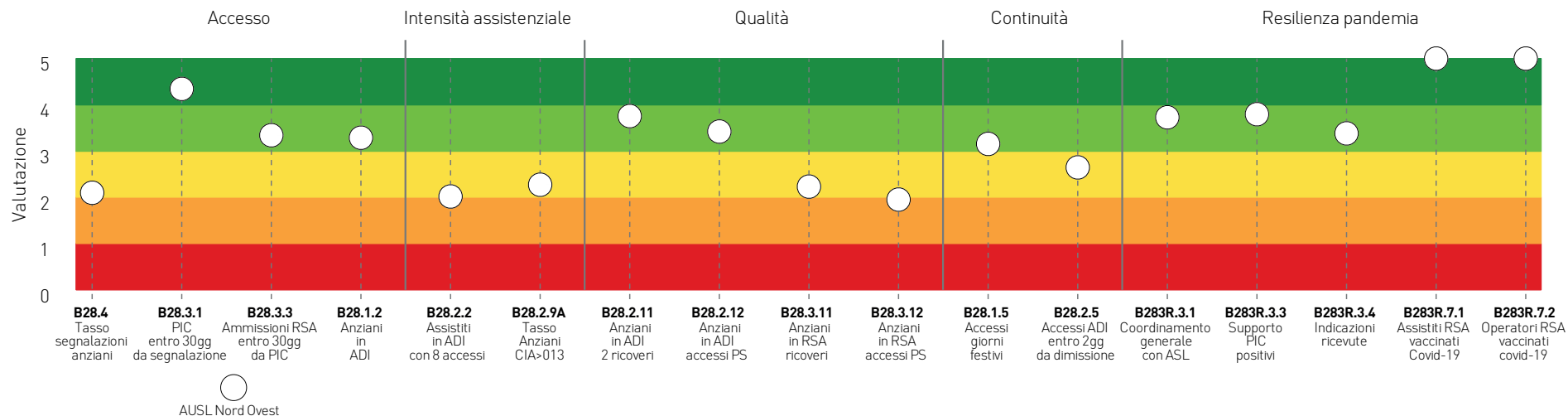


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Valutazione della performance 2021

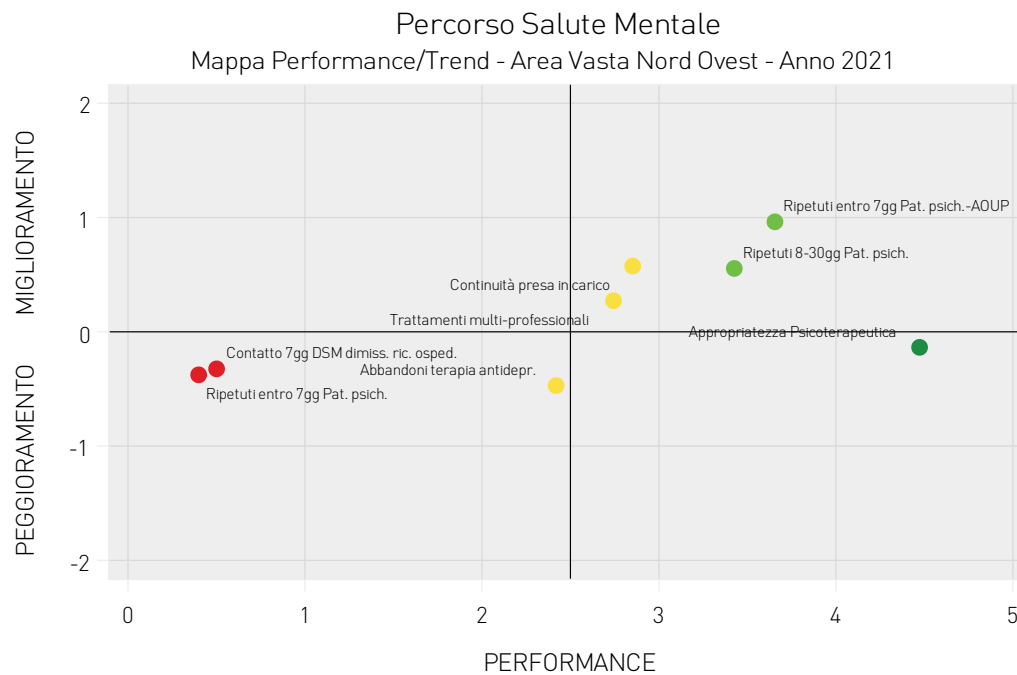
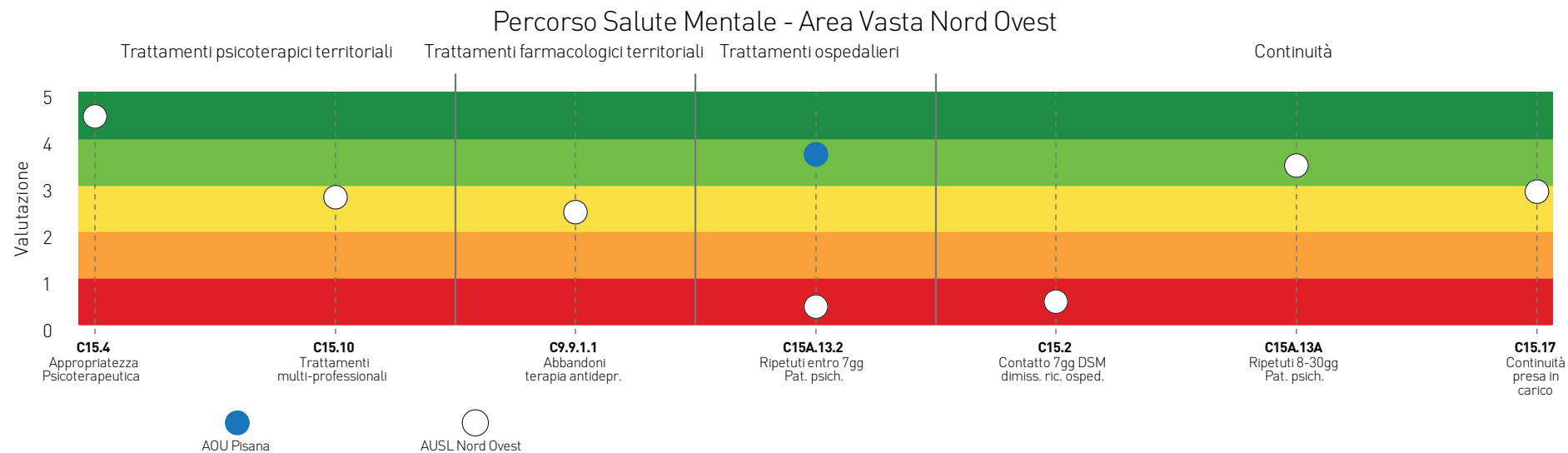


Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - AUSL Toscana Nord Ovest

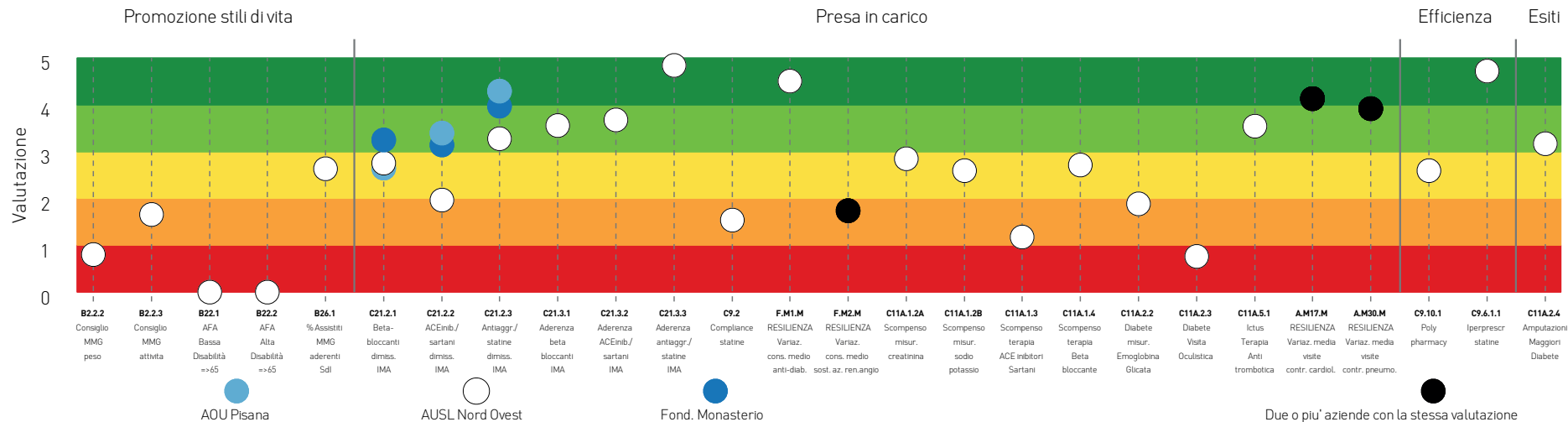


Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - AUSL Nord Ovest - Anno 2021



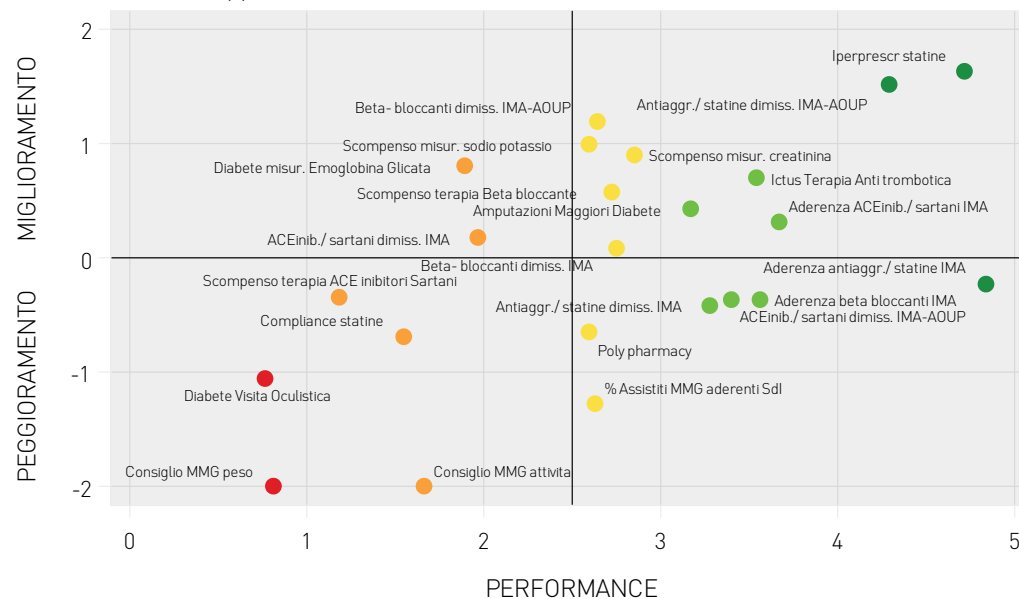


Percorso Cronicità - Area Vasta Nord Ovest

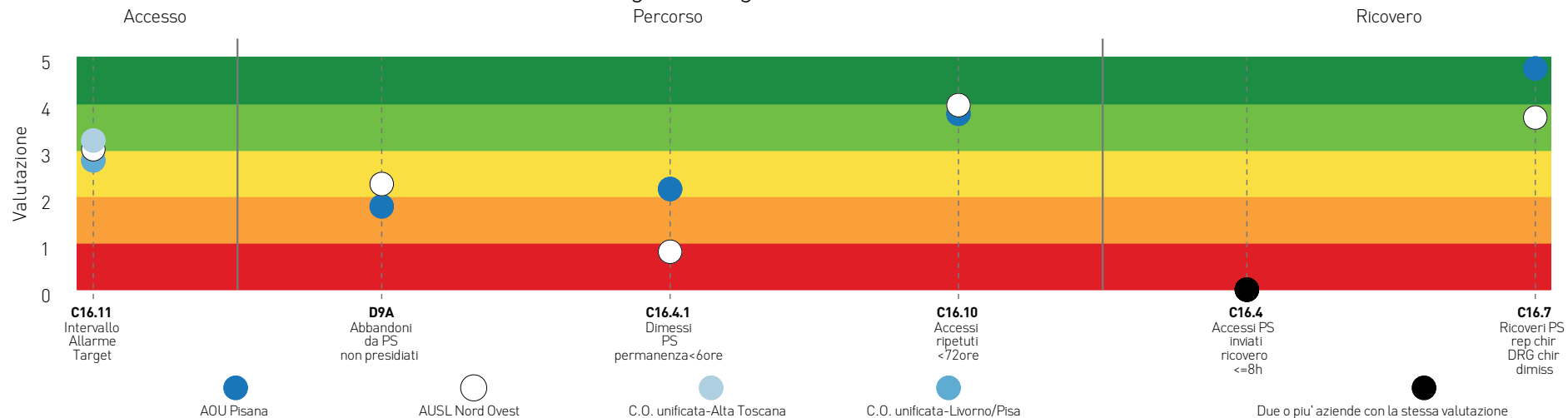


Percorso Cronicità

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2021



Percorso Emergenza-Urgenza - Area Vasta Nord Ovest



Percorso Emergenza urgenza Mappa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2021



AUSL TOSCANA SUD EST

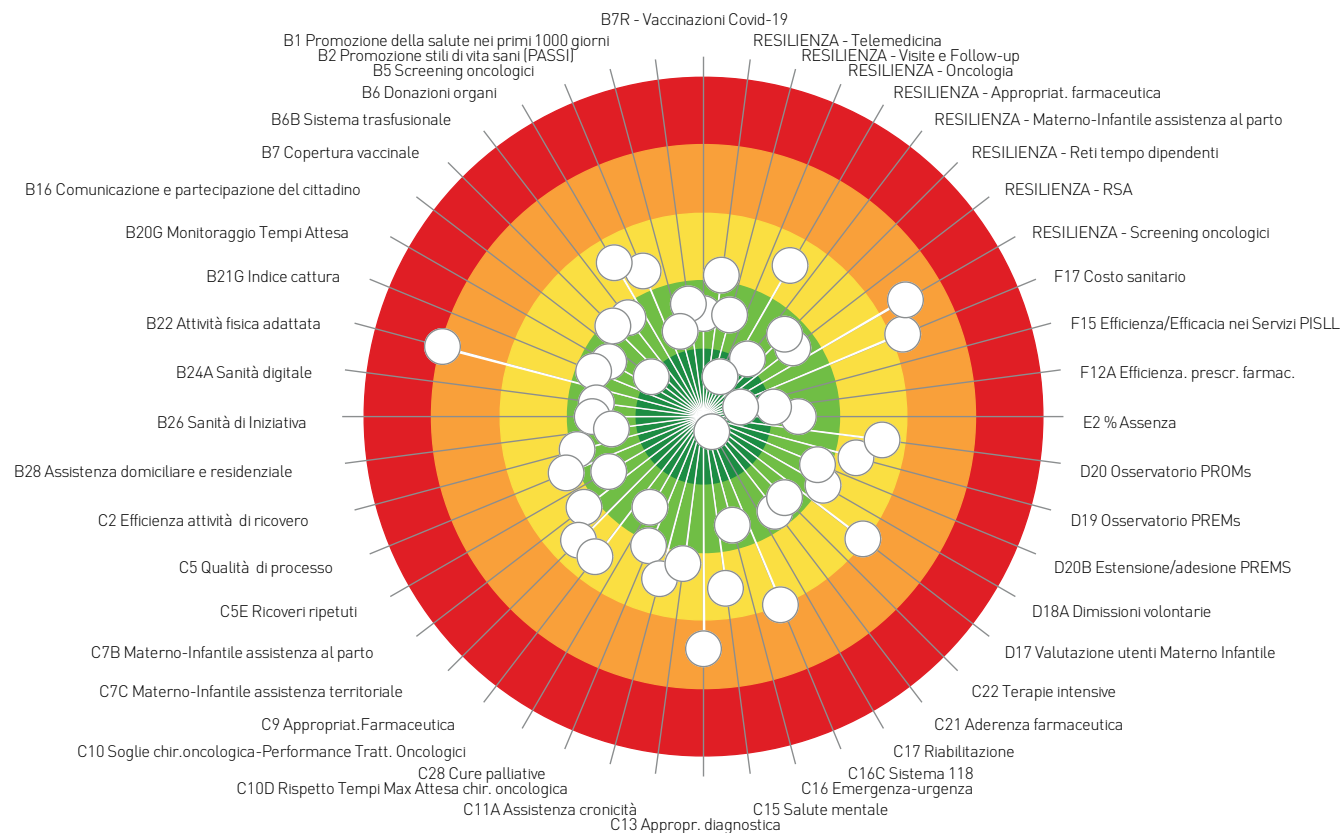
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 251



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

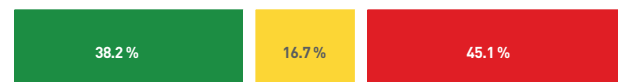
Valutazione della performance 2021



AOU SENESE

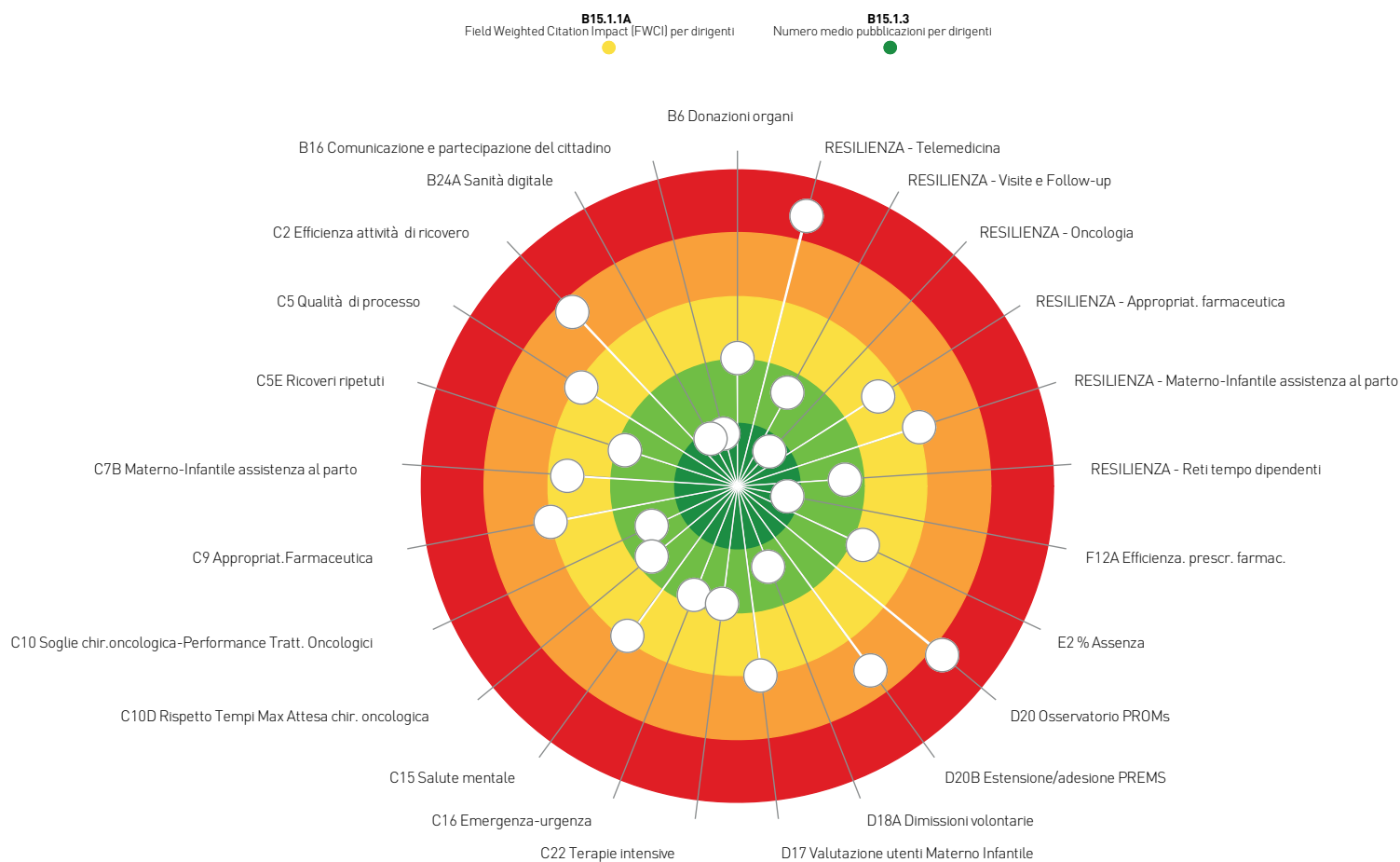
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 102

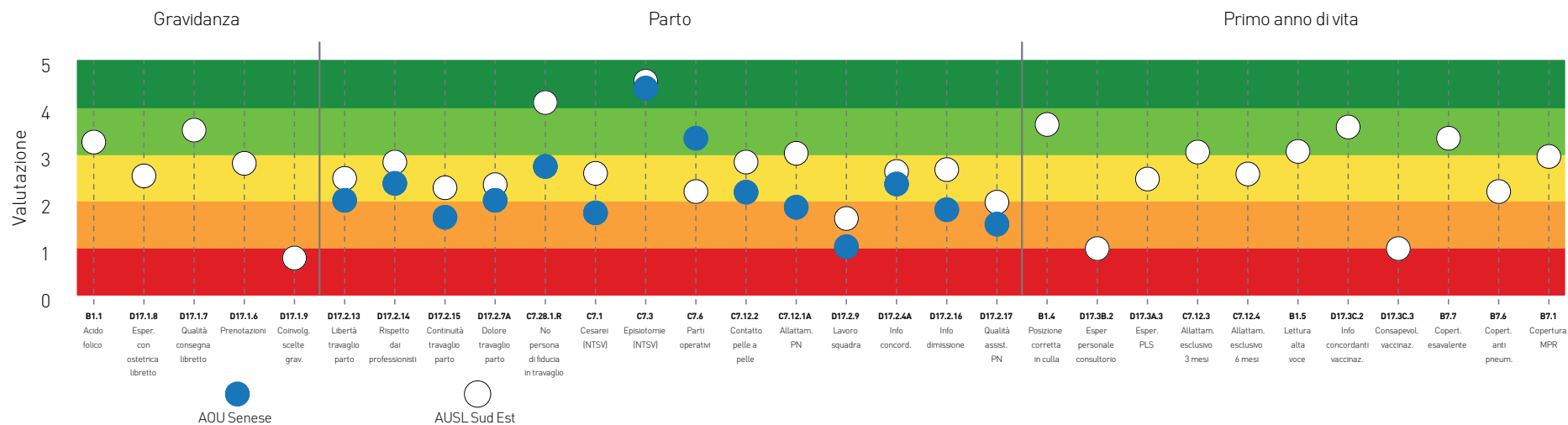


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Valutazione della performance 2021



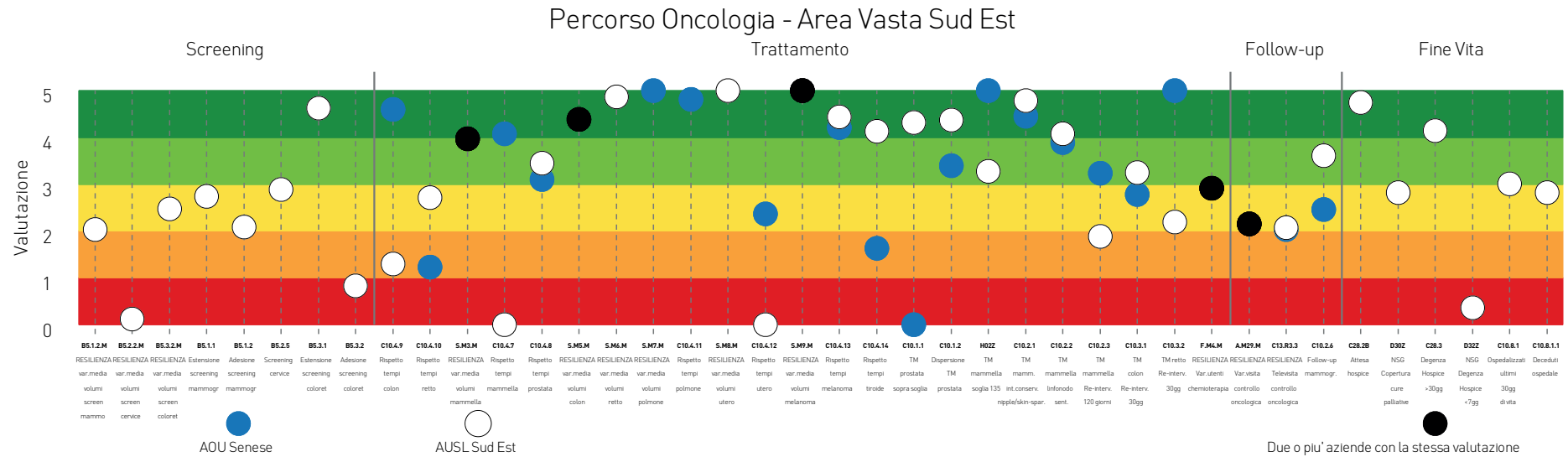
Percorso Materno-Infantile - Area Vasta Sud Est



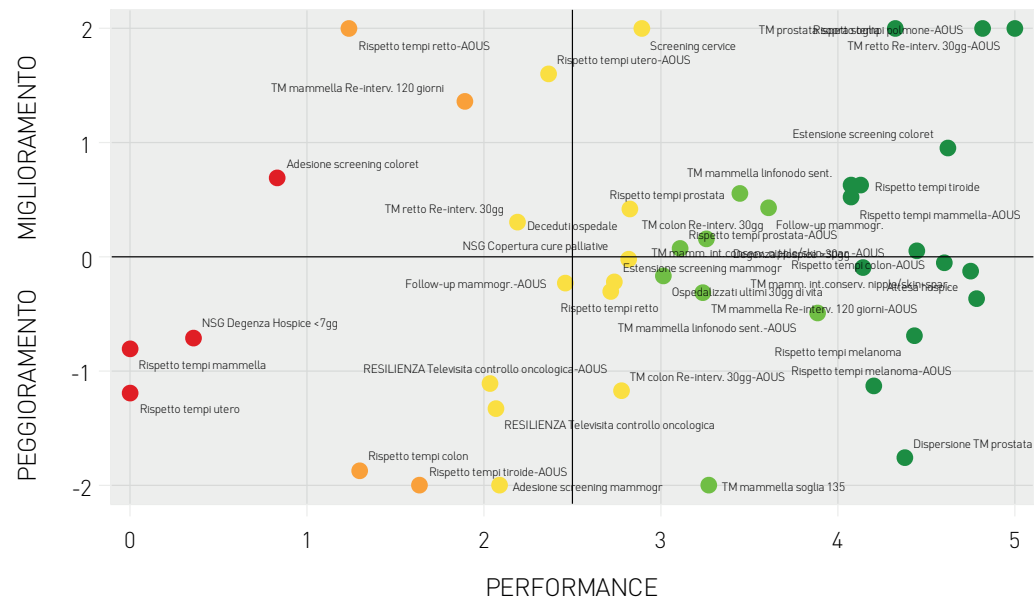
Percorso Materno Infantile

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2021

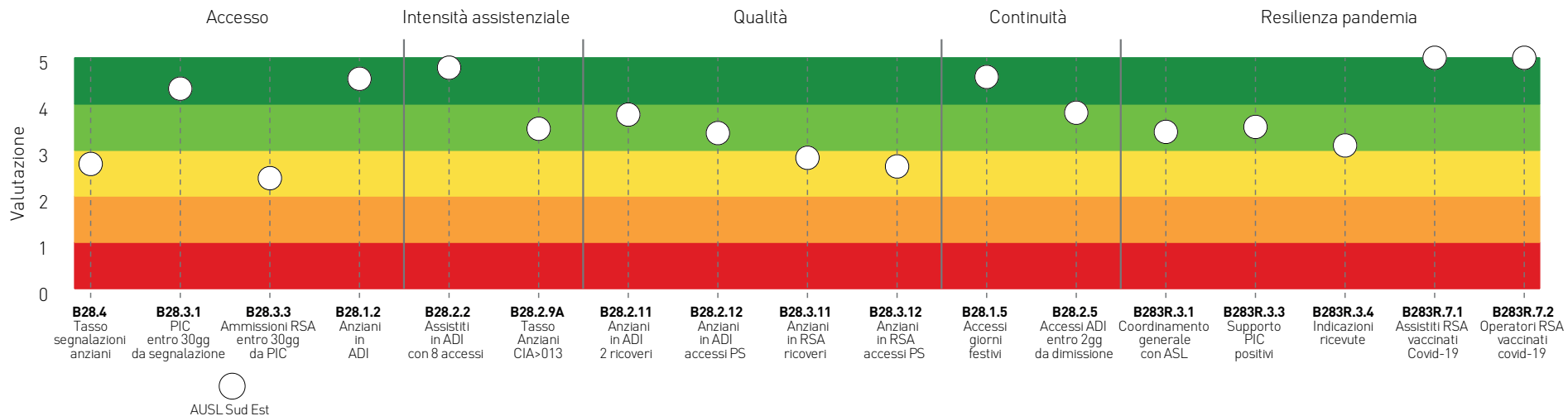




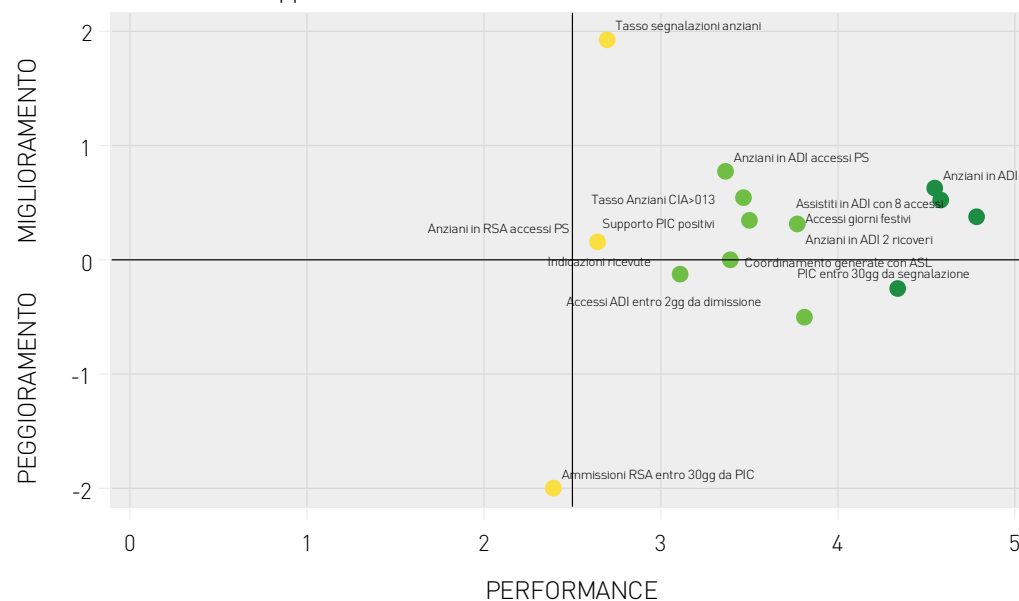
Percorso Oncologia
Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2021

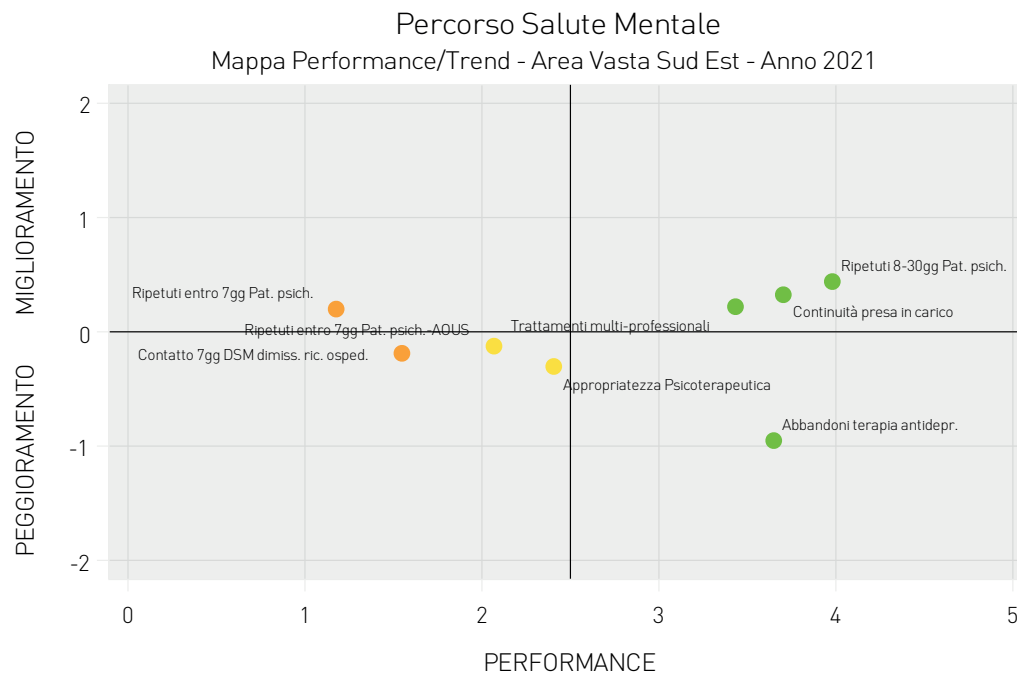
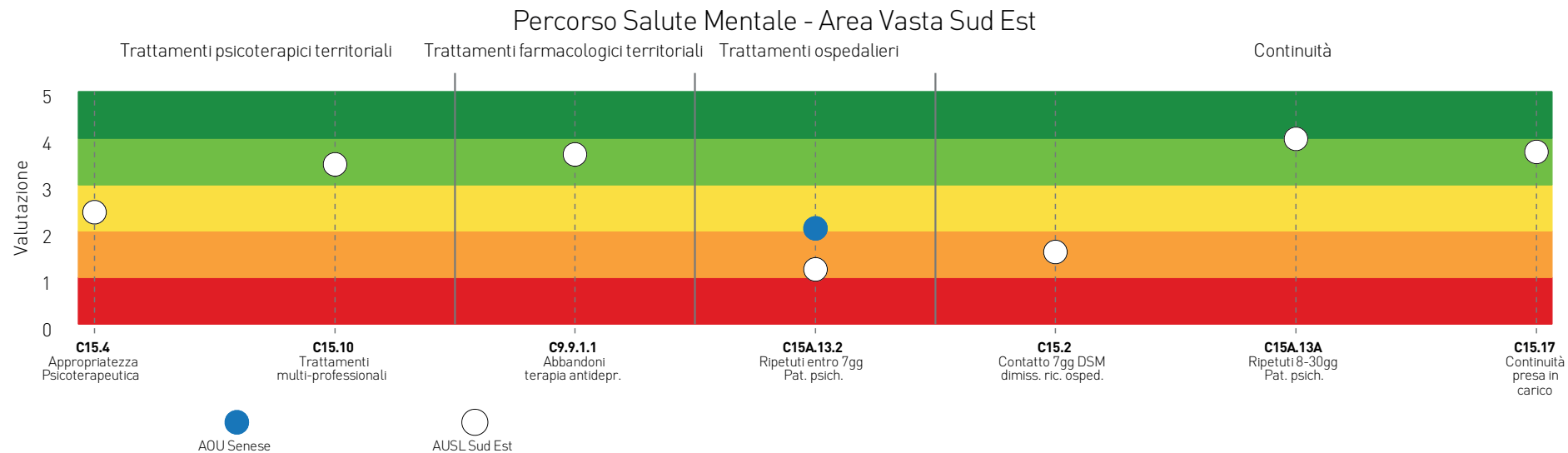


Percorso Assistenza domiciliare e residenziale - AUSL Toscana Sud Est

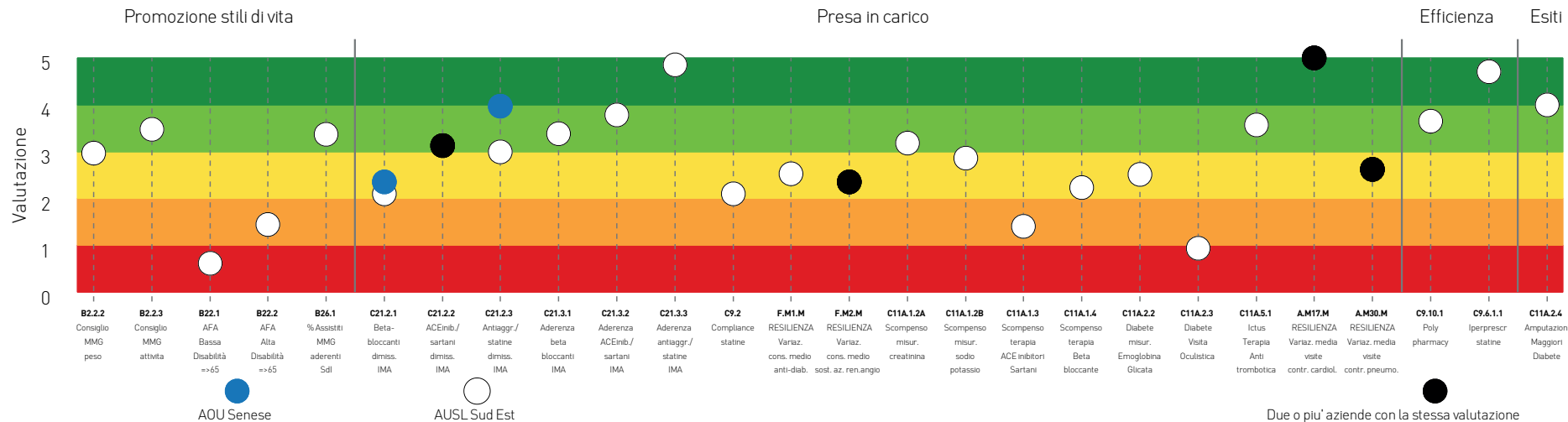


Percorso Assistenza domiciliare e residenziale Mappa Performance/Trend - AUSL Sud Est - Anno 2021





Percorso Cronicità - Area Vasta Sud Est

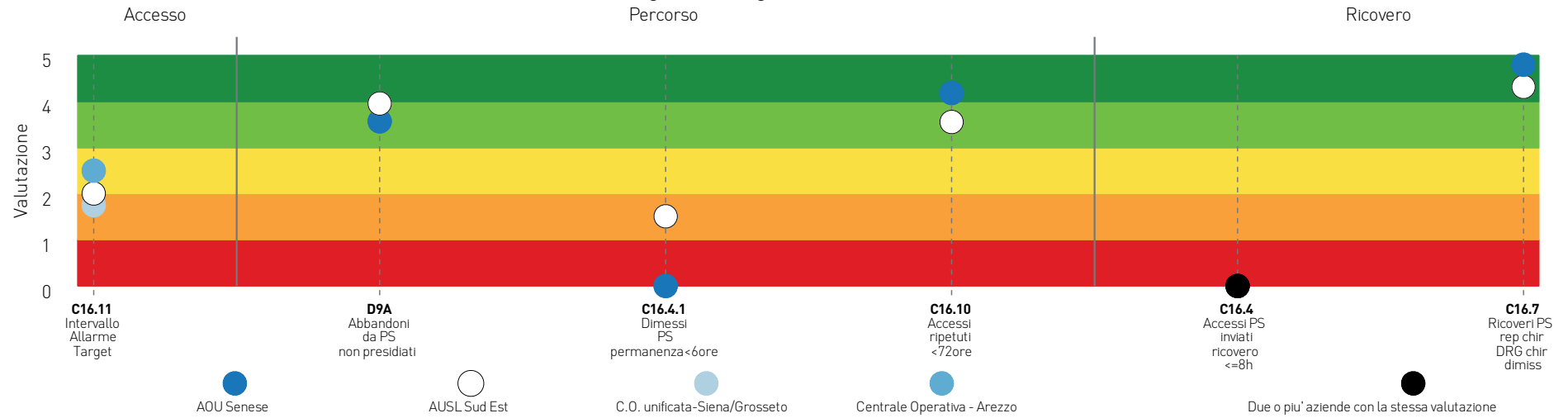


Percorso Cronicità

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2021



Percorso Emergenza-Urgenza - Area Vasta Sud Est



Percorso Emergenza urgenza Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2021





3

INDICATORI



STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

a cura di Alessandro Vinci

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

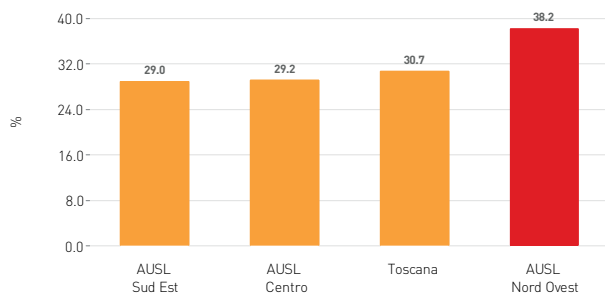
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
30.70	38.21	29.20	28.95
34.98	39.06	33.26	35.13
14.87	14.01	16.46	13.23
22.85	20.32	25.13	21.15

A10.1.1 Percentuale di sedentari

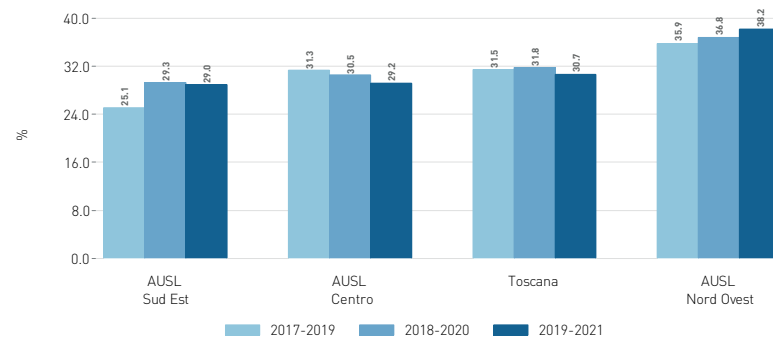
Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unitamente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

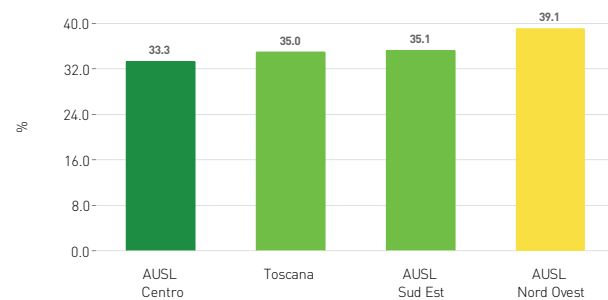


A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso

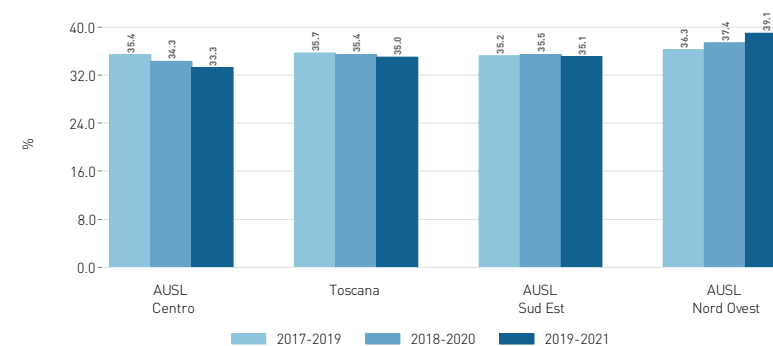
L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite 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.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

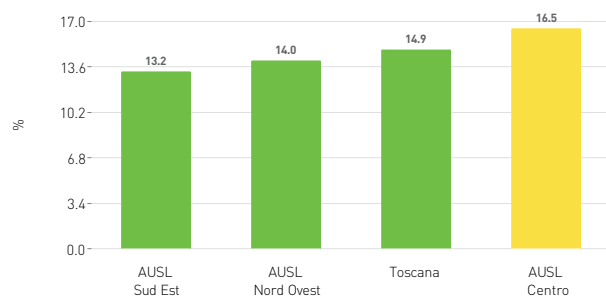


A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

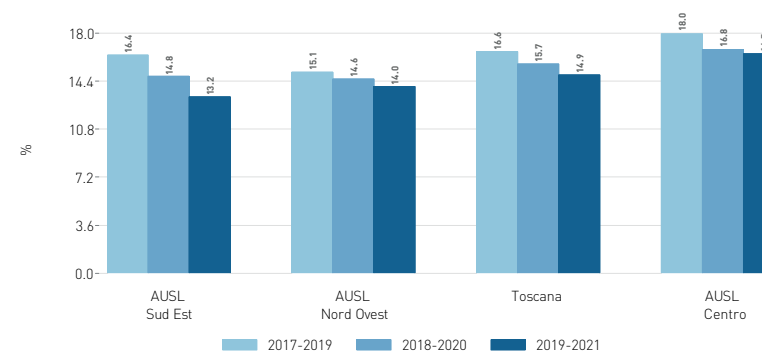
Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma ad essere rilevanti, dal punto di vista degli effetti sulla salute, sono soprattutto le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol nella popolazione intervistata, considerando il consumo abituale elevato, il 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.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

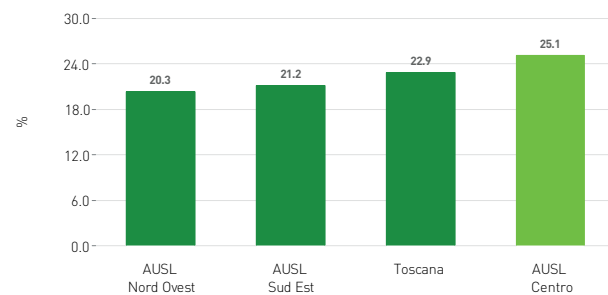


A10.4.1 Percentuale di fumatori

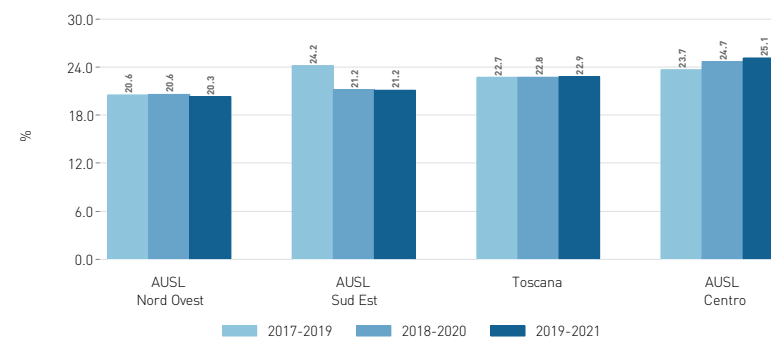
Gli effetti negativi del fumo ricadono non solo sulle persone che ne sono dipendenti, ma anche su quelle che sono esposte abitualmente al fumo passivo. Per fumatore, secondo la definizione dell'OMS, si intende chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e, attualmente, fuma tutti i giorni o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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend





EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ

a cura di Paola Cantarelli, Elisa Demontis, Alessia Caputo e Anna Noci

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 2020.



E2 Percentuale di assenza

E2A Indice assenza donne vs. uomini

E2B Indice soffitto di cristallo

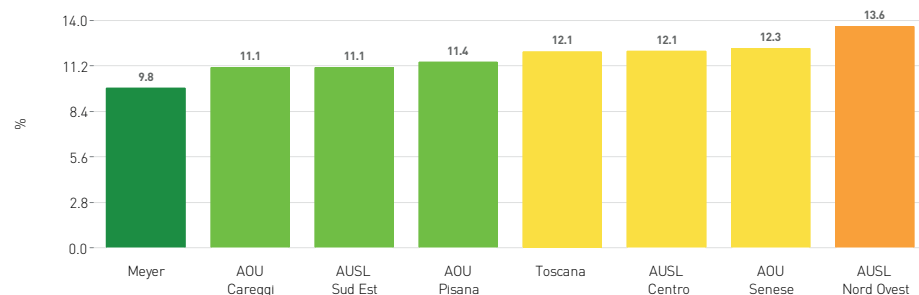
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
●	●	●	●	●	●	●	●
1.67	1.47	1.53	1.65	2.01	2.50	1.79	2.57
2.07	2.18	2.19	1.96	1.68	2.00	2.39	1.87

E2 Percentuale di assenza

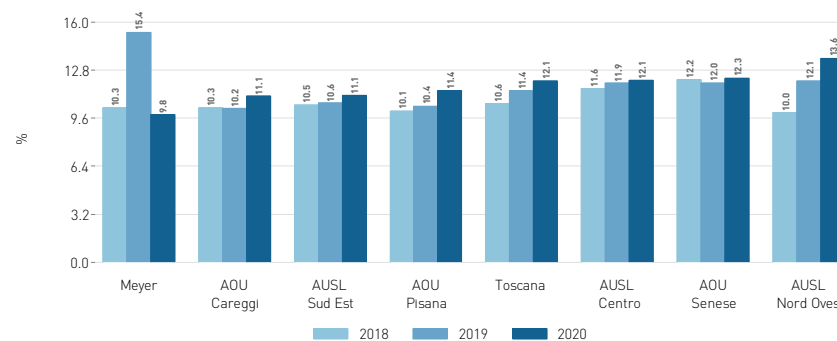
L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992, per 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 2020.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



F17 Costo sanitario pro capite

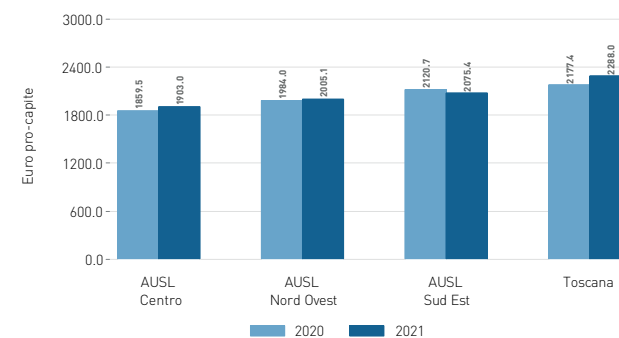
L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo totale sostenuto dall'azienda sanitaria territoriale per i propri residenti e la popolazione di riferimento pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale. I costi sono calcolati come differenza fra i costi totali ed i ricavi della 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 2021.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend





STRATEGIE SANITARIE REGIONALI

a cura di Vera Benedetto, Manila Bonciani,
Ilaria Corazza, Giuseppe D'Orio, Amerigo Ferrari,
Maria Francesca Furmenti, Giaele Moretti,
Riccardo Novaro e Alessandro Vinci

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.



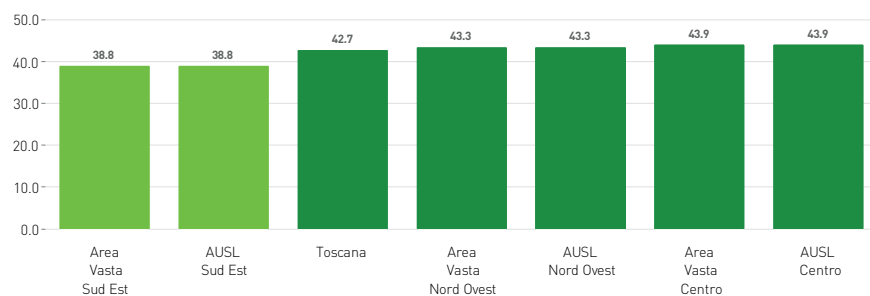
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
B1 Promozione della salute nei primi 1000 giorni	●	●	●	●
B1.1 Assunzione corretta acido folico in periodo periconcezionale	42.66	43.32	43.87	38.84
B1.2.1 Fumo in gravidanza	6.37	5.82	6.41	7.16
B1.2.2 Fumo in allattamento	6.20	5.77	6.59	5.94
B1.3.1 Consumo di alcol in gravidanza	23.85	25.36	23.30	22.79
B1.3.2 Consumo di alcol in allattamento	52.96	54.19	53.43	49.89
B1.4 Posizione corretta in culla	82.00	81.01	82.58	82.21
B1.5 Lettura ad alta voce	60.63	57.91	63.14	59.29

B1.1 Assunzione corretta acido folico in periodo periconcezionale

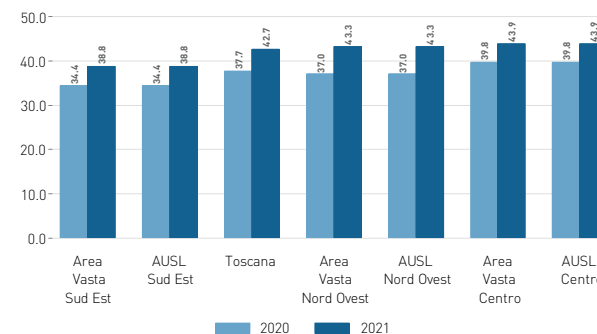
L'assunzione corretta di acido folico, a partire da un mese prima del concepimento e fino a tre mesi dopo, costituisce un indicatore indiretto dell'empowerment delle donne, perché evidenzia la capacità di mettere in atto un'azione con un'elevata ricaduta in termini di salute, per la protezione da spina 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.



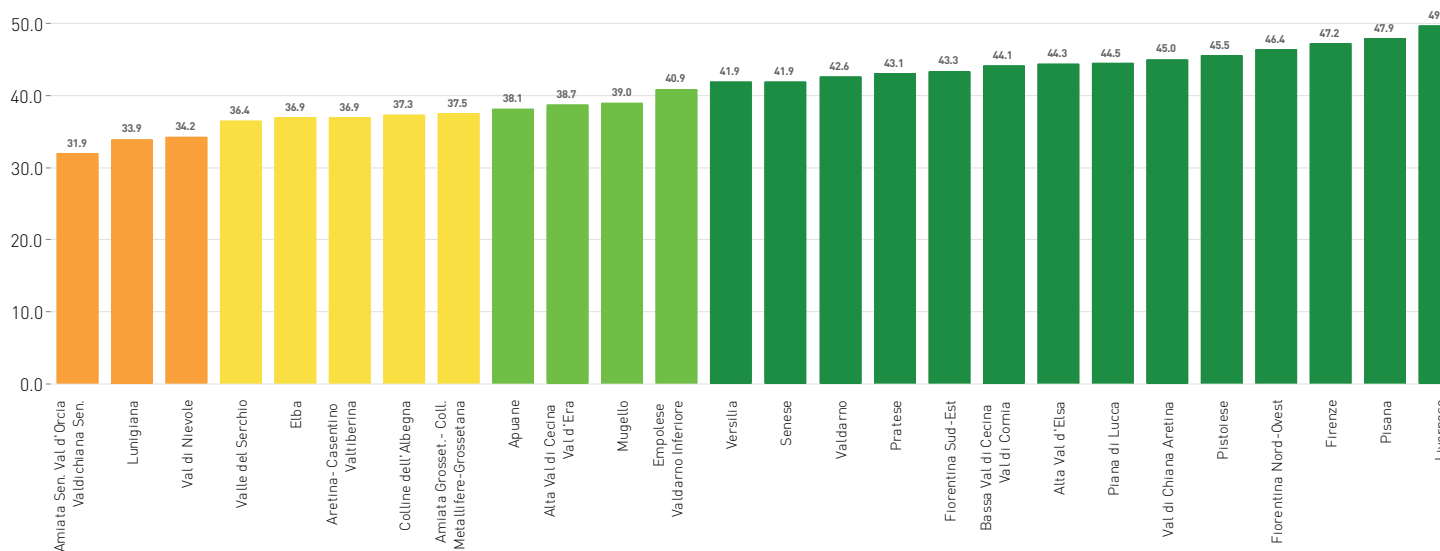
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

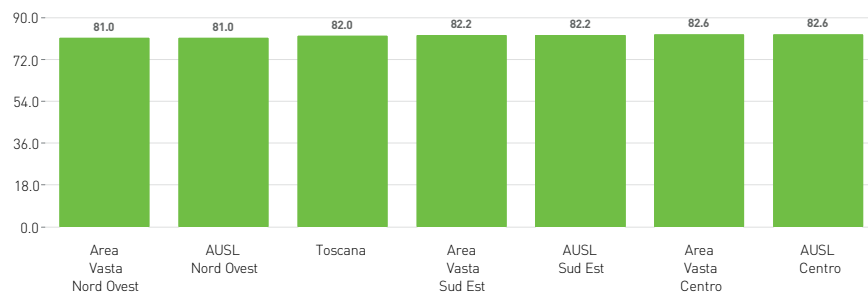


B1.4 Posizione corretta in culla

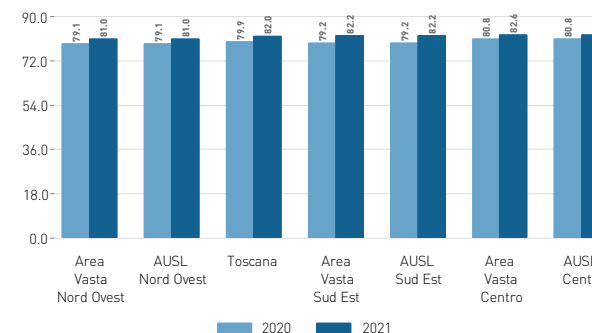
Fra gli otto determinanti prioritari considerati dal progetto GenitoriPiù la posizione supina nel sonno è indicata per la riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS). Si tratta di un evento raro di cui ancora non si conoscono del tutto i meccanismi, ma sono stati individuati alcuni 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.



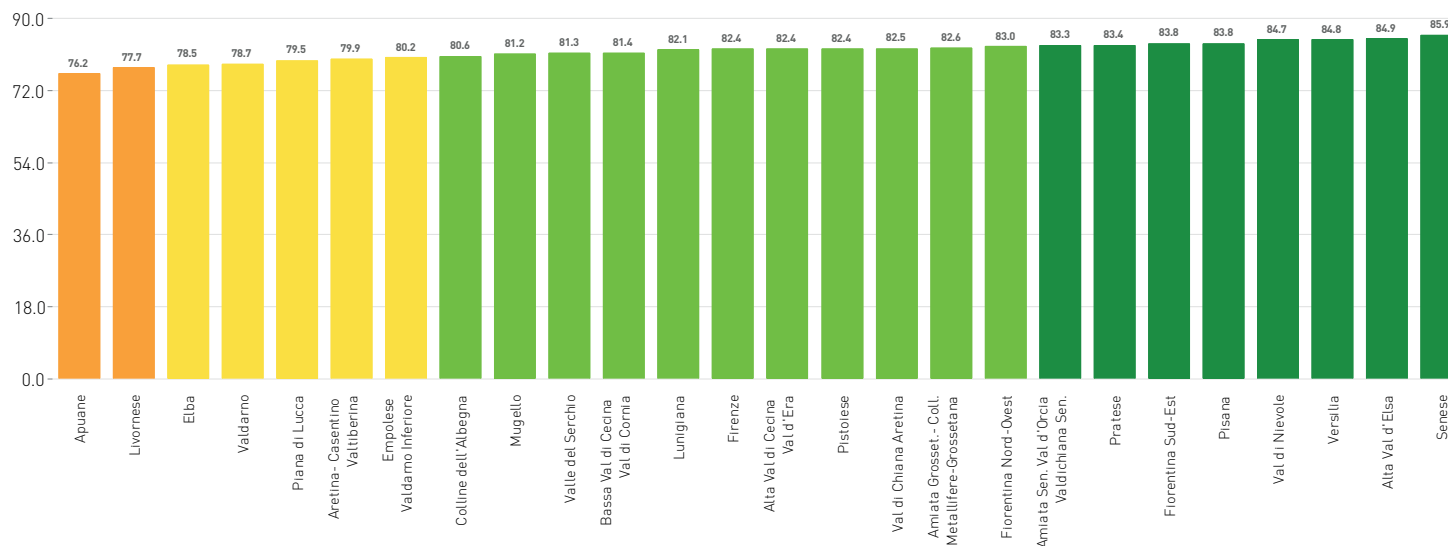
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

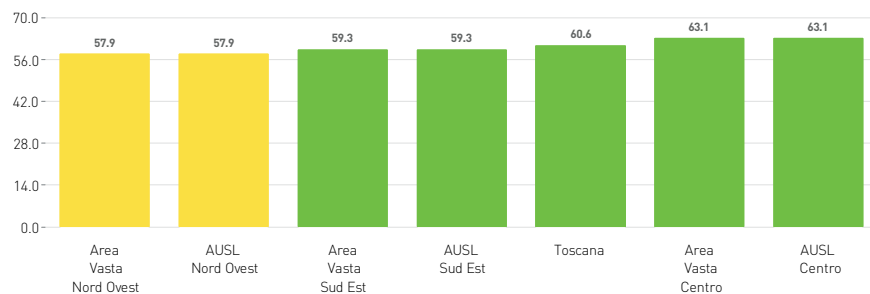


B1.5 Lettura ad alta voce

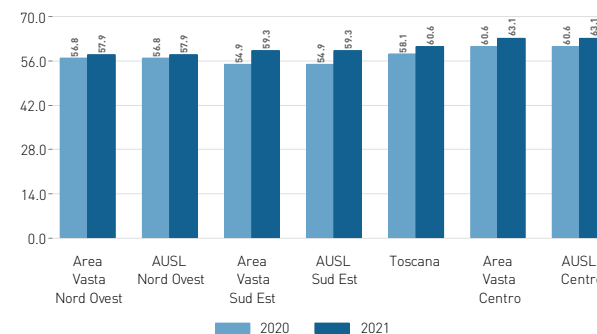
Le prime epoche della vita, dallo sviluppo embrio-fetale ai primi anni di vita, sono cruciali per lo sviluppo delle competenze e della capacità di acquisirne delle nuove. In quest'ottica risulta importante proporre la lettura a voce alta fin dai primi mesi di vita che costituisce quindi uno strumento 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.



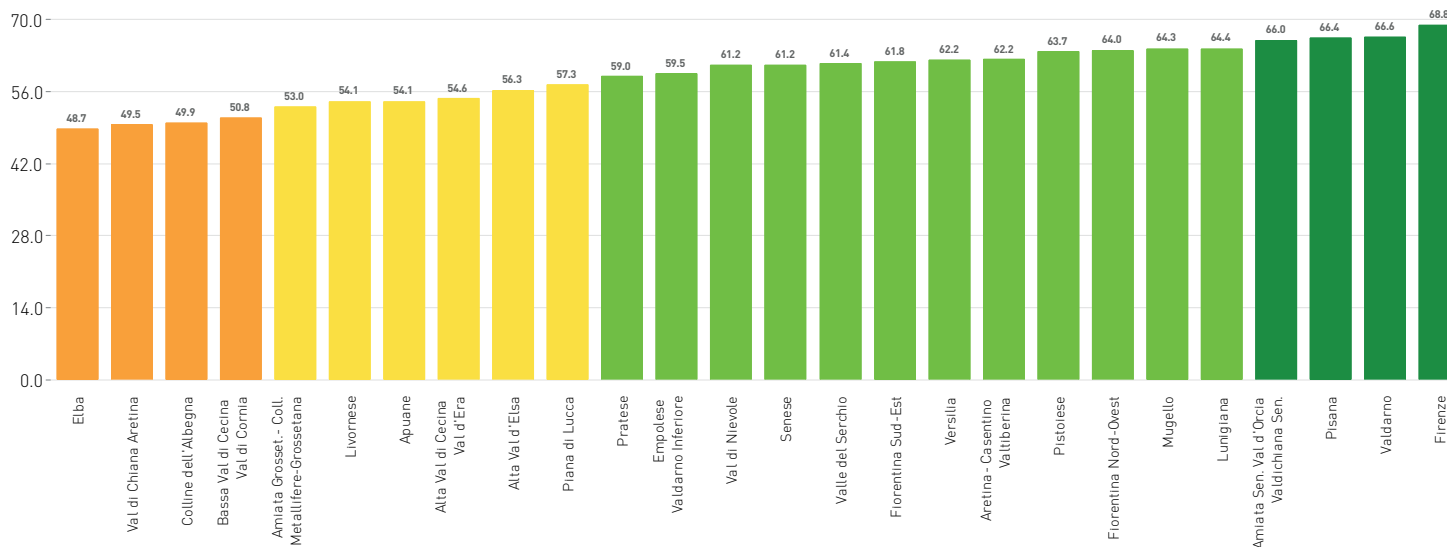
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



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)

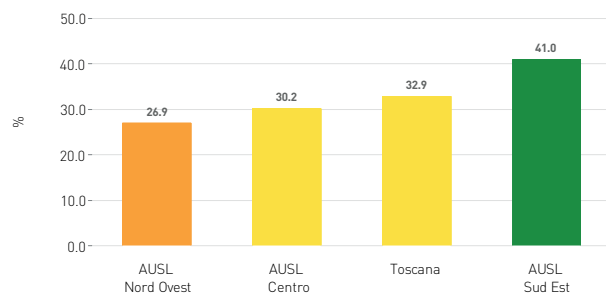
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
B2.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	32.87	26.92	30.17	41.01
B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	46.78	36.46	48.01	51.88
B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	43.67	32.66	46.12	47.43
B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	7.82	6.85	7.71	8.60
B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	56.32	53.80	56.52	57.47

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

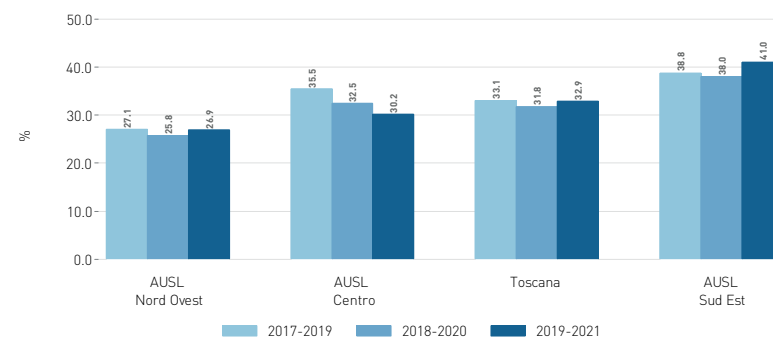
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

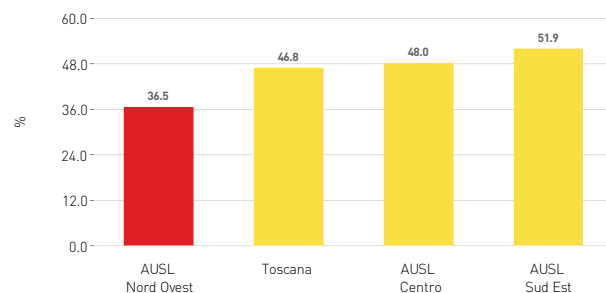


B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso

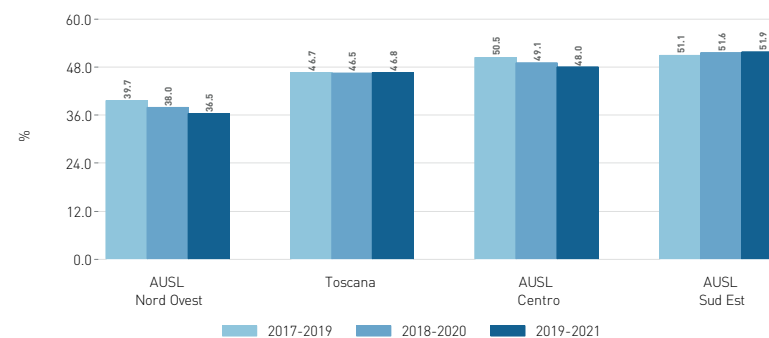
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

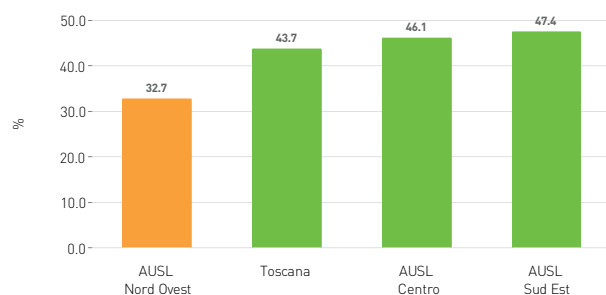


B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

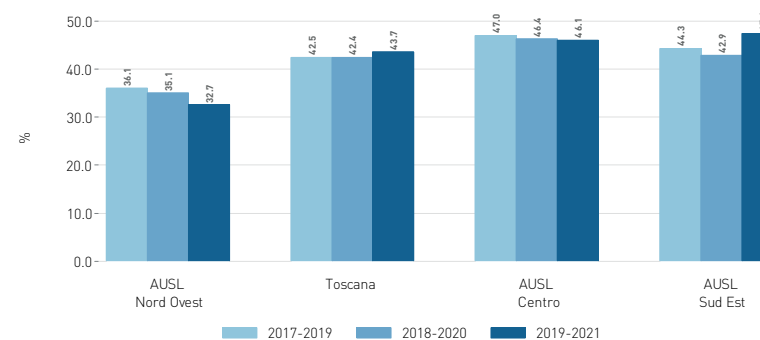
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

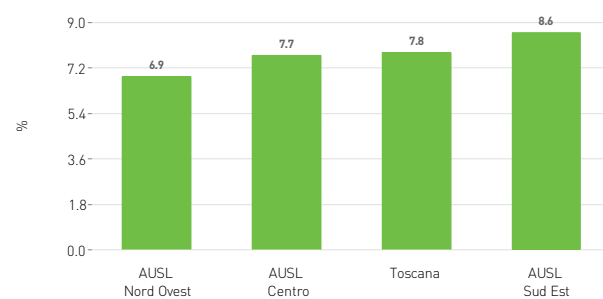


B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

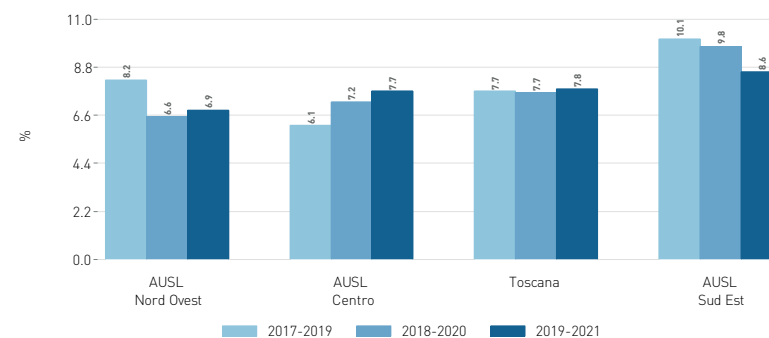
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

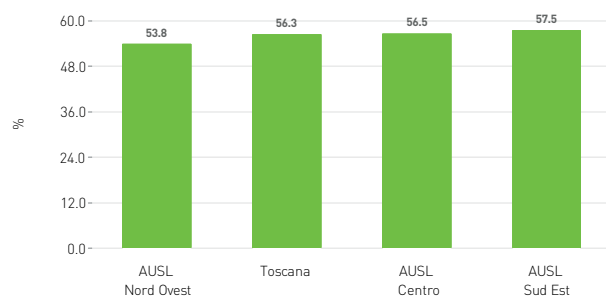


B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

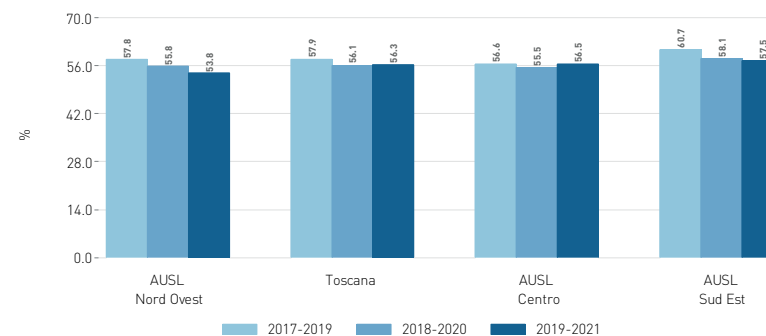
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



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.



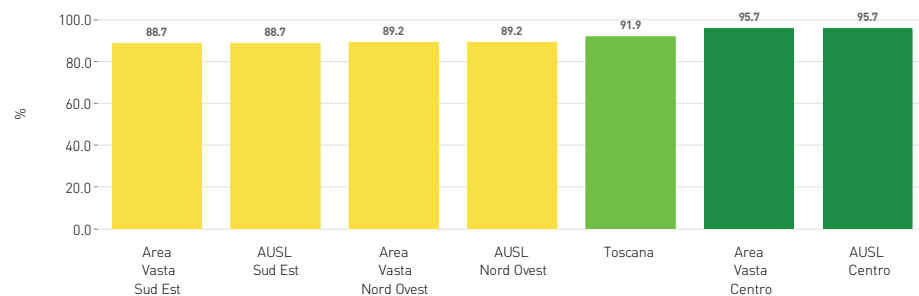
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
B5 Estensione ed adesione agli screening oncologici	●	●	●	●
B5.1 Screening mammografico				
B5.1.1 Estensione dello screening mammografico	91.95	89.16	95.75	88.69
B5.1.2 Adesione allo screening mammografico	67.72	66.59	68.93	67.29
B5.1.7 <i>Proporzione 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>				
P15CB <i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella</i>	64.30	67.18	62.49	63.29
B5.2 Screening cervice uterina				
B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	64.06	60.01	73.39	51.97
B5.3 Screening coloretale				
B5.3.1 Estensione dello screening coloretale	90.48	90.82	86.00	98.12
B5.3.2 Adesione allo screening coloretale	44.51	39.83	50.04	41.77
P15CC <i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto</i>	45.86	40.29	48.74	48.98

B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

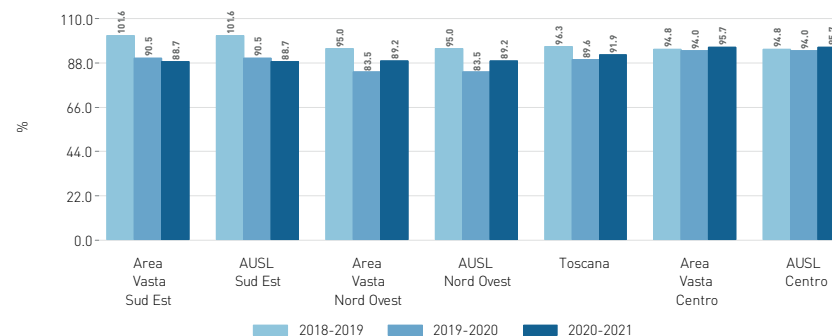
Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne, sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio).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



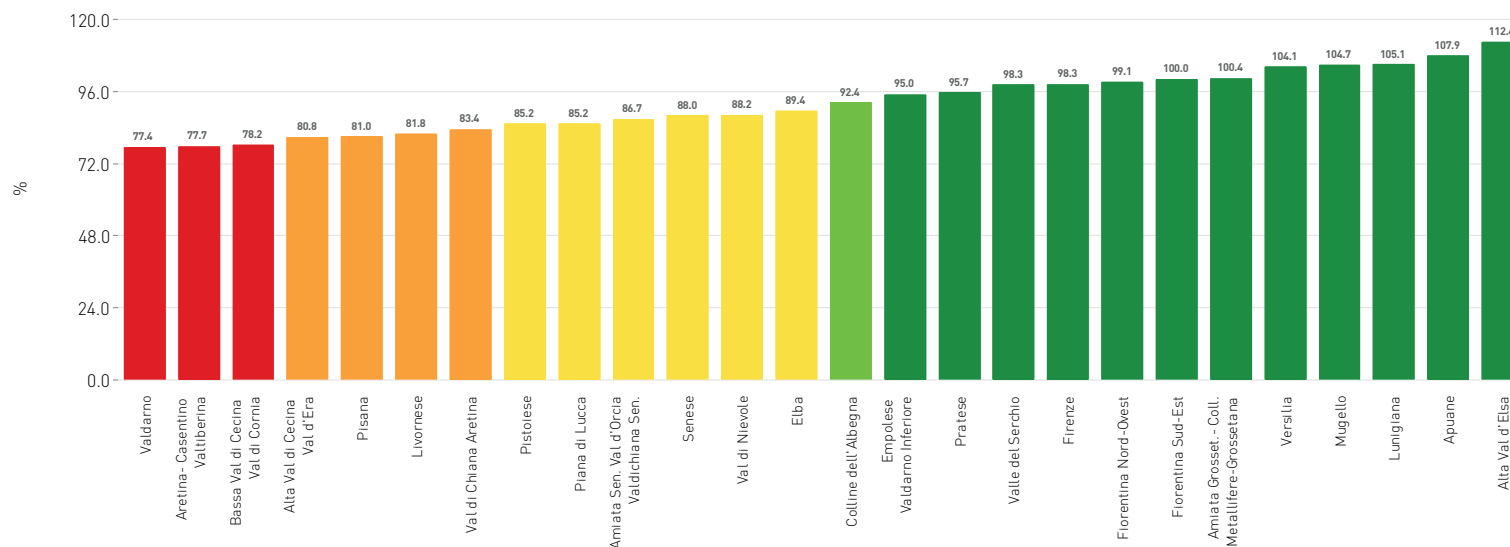
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

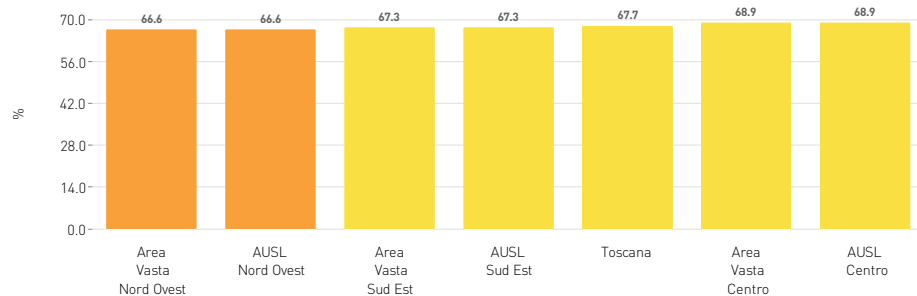


B5.1.2 Adesione allo screening mammografico

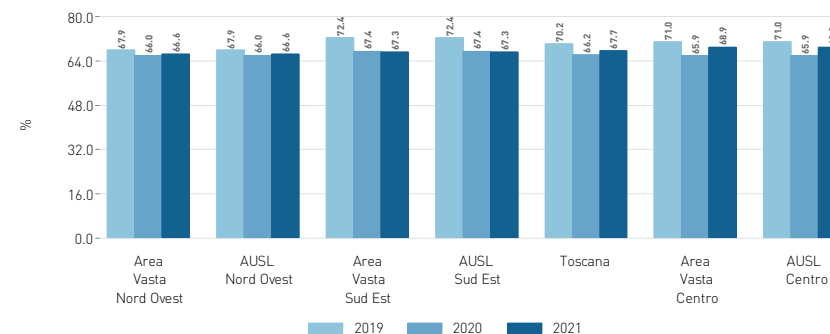
Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne, hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.



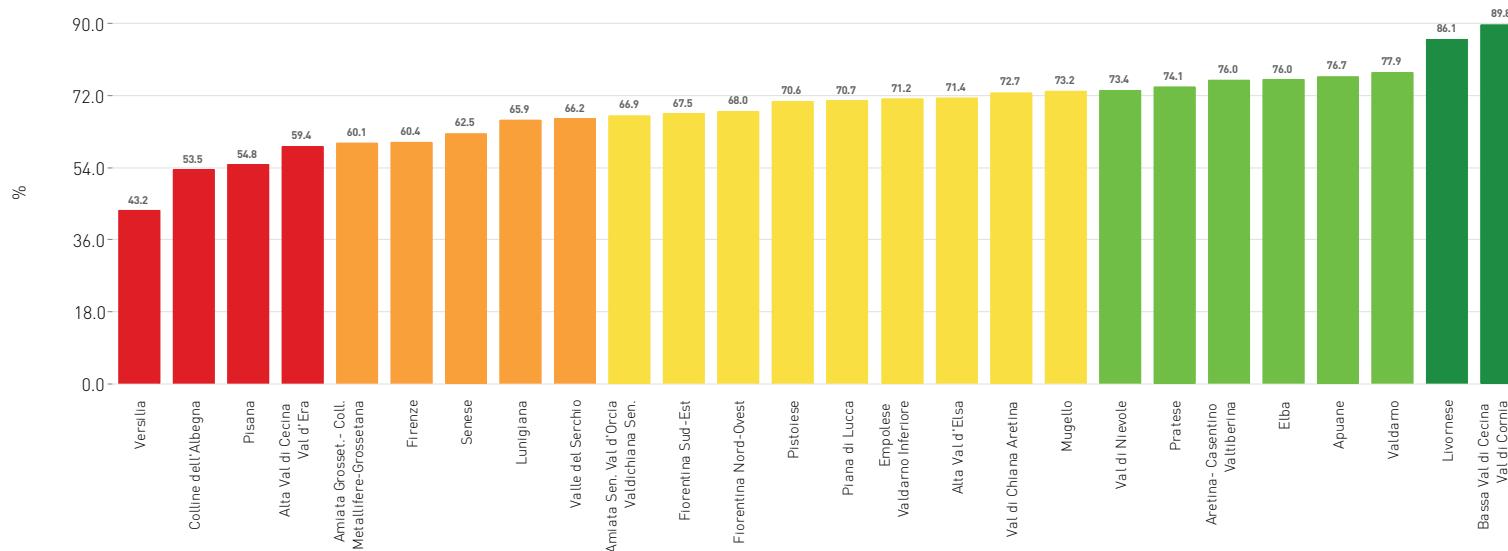
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

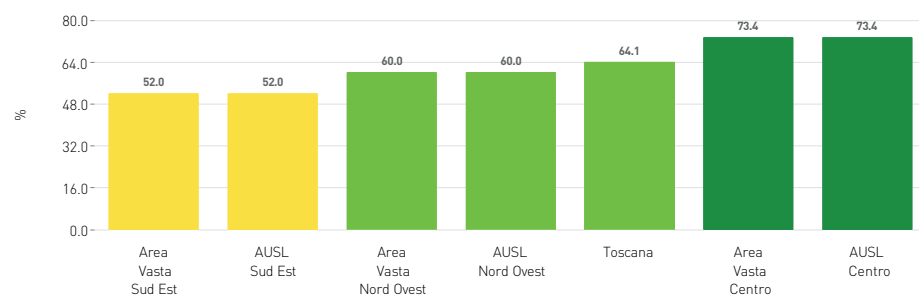


B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina

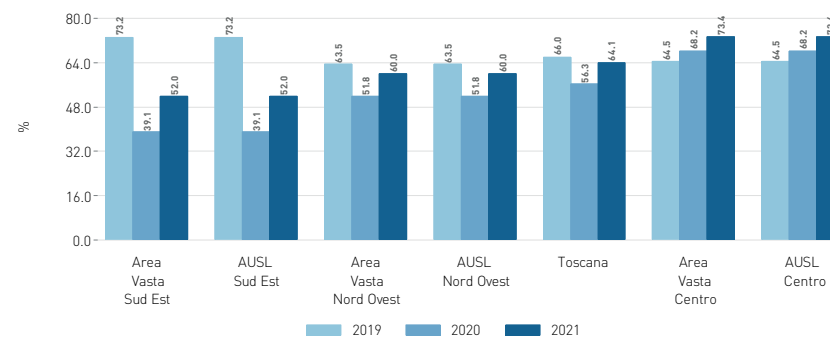
Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'indicatore viene calcolato sulla base dei criteri ONS per il calcolo come da Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e misura sia l'estensione che l'adesione allo screening.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

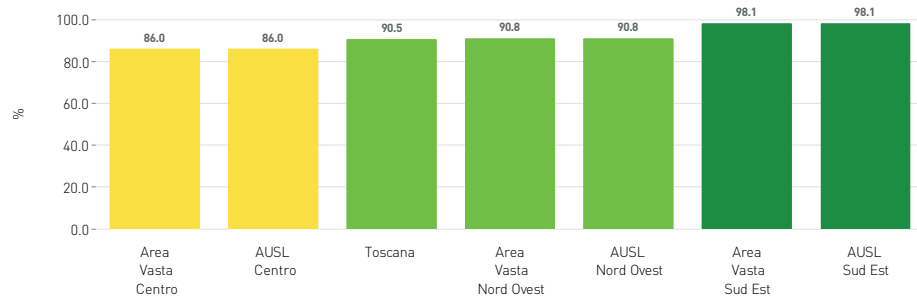


B5.3.1 Estensione dello screening coloretale

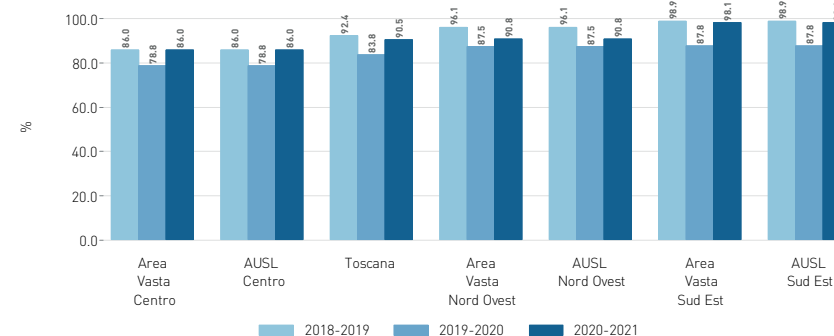
Lo screening coloretale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'estensione può assumere valori superiori al 100%, se si considerano periodi non coincidenti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



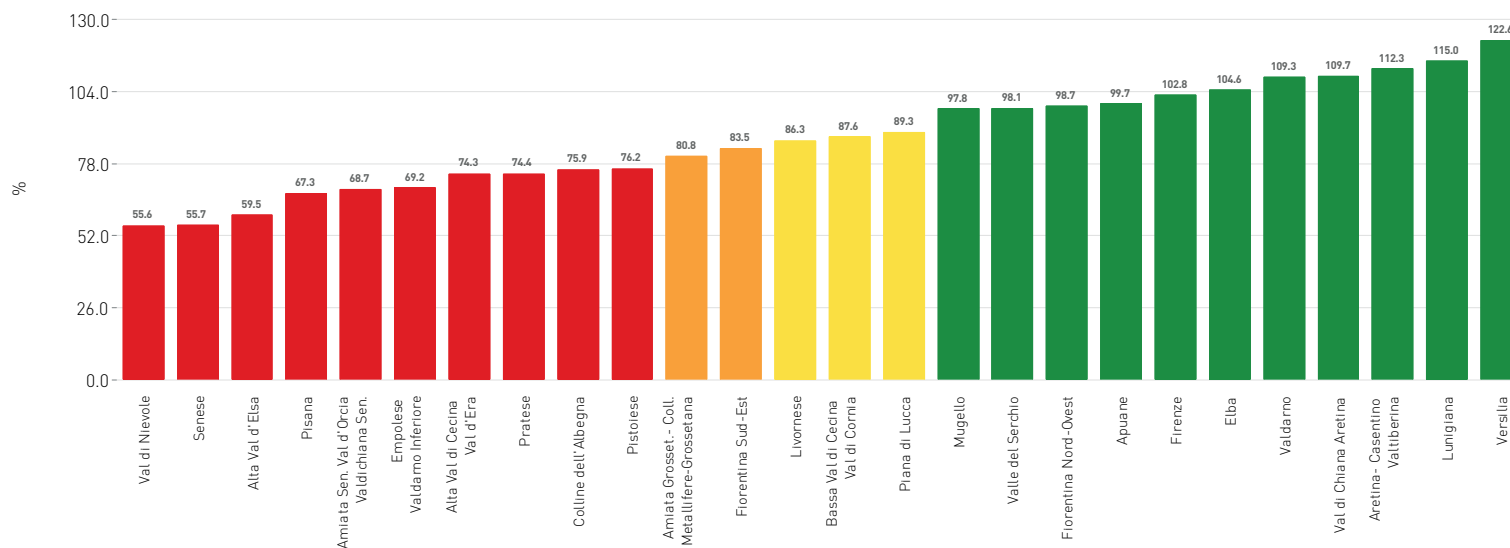
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

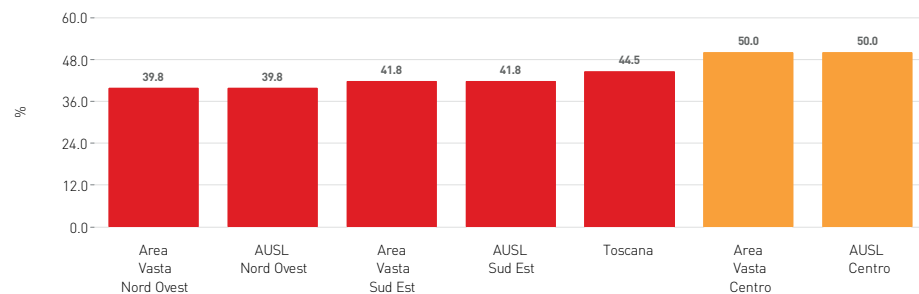


B5.3.2 Adesione allo screening colorettaile

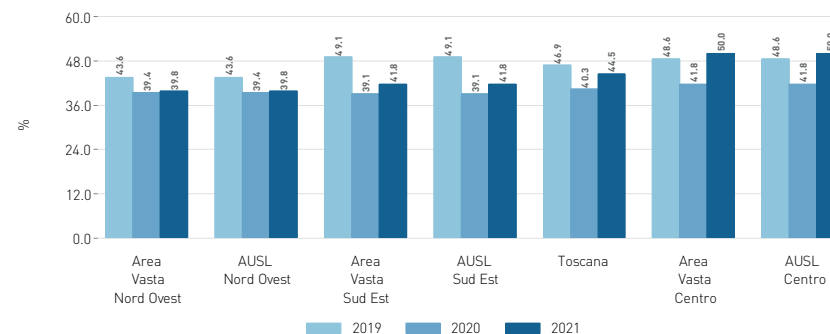
Lo screening colorettaile è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati.



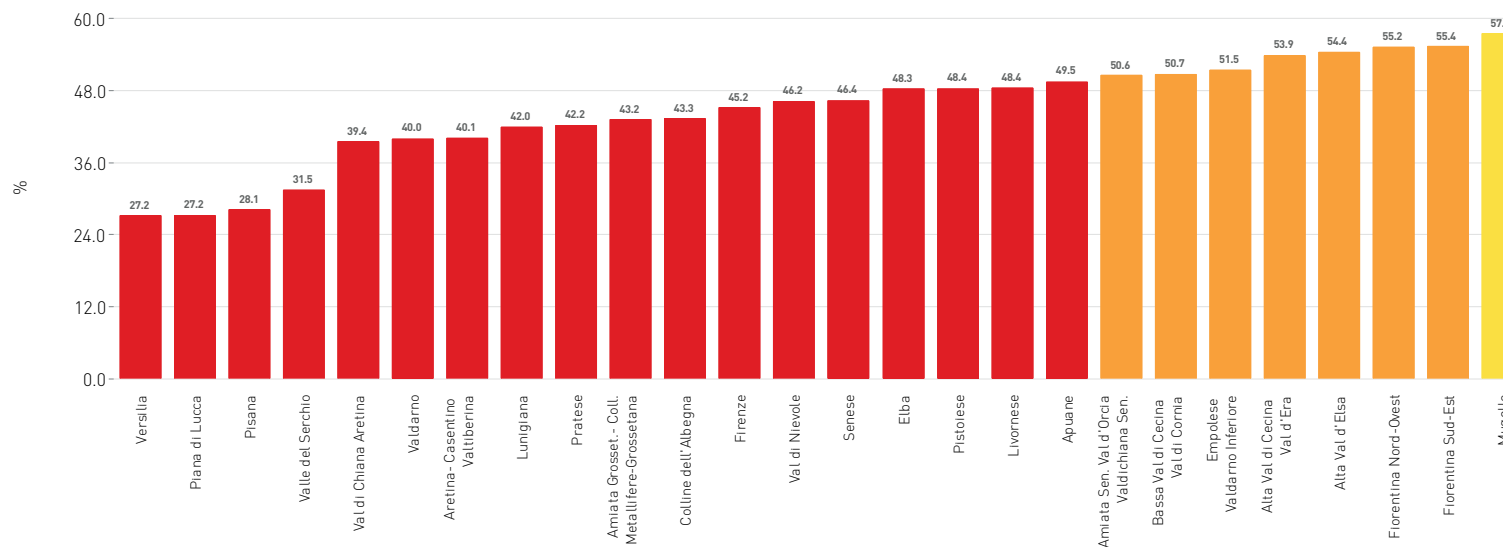
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



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. Al fine di rendere 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.



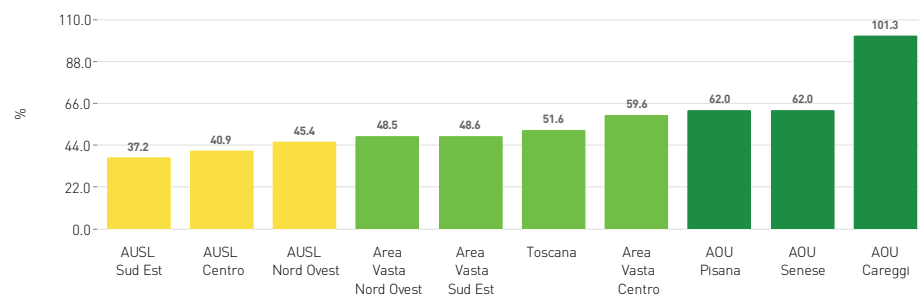
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
B6 Donazioni	●	●	●	●	●	●	●		
<i>B6.1.7 Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute</i>	3.63	3.35	3.28	3.43	4.27	6.91	4.74	0.14	5.94
B6.1.1A Efficienza di segnalazione	51.64	45.41	40.88	37.23	62.00	62.03	101.27		
<i>B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche</i>	2.59	3.61	2.51	1.92	1.42	3.67	3.72		
B6.1.2 Percentuale di donatori procurati	61.85	65.48	66.22	54.29	54.84	61.22	52.50		
B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati	80.84	78.18	85.71	68.42	94.12	83.33	83.33		
<i>B6.1.15 Conversion rate</i>	55.13	55.29	59.46	43.24	75.68	57.14	47.53		
<i>B6.1.8 Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo</i>	21.74	13.02	16.16	28.52	34.12	3.35	49.56		
B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi	14.46	15.65	10.66	22.19	5.88	14.43	19.72		
<i>B6.1.9 Opposizione alla donazione</i>									
<i>B6.1.10 Donazione di organi a cuore fermo</i>	4.56	0.87	0.00	3.35	17.65	7.79	25.00		

B6.1.1A Efficienza di segnalazione

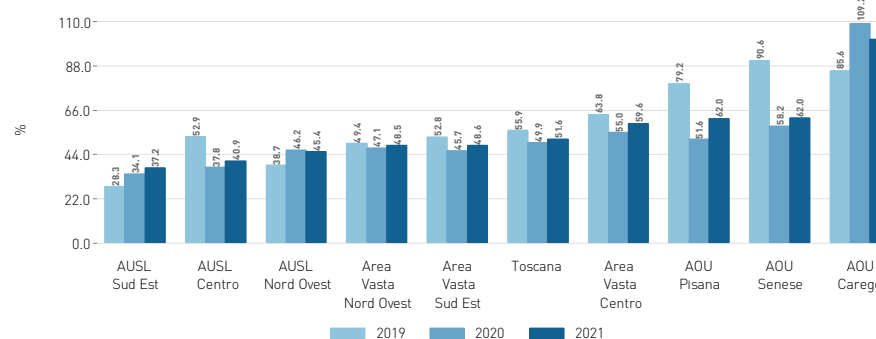
L'indicatore misura l'efficienza di segnalazione, in linea con il modello adottato dalla regione Toscana (Delibera Giunta regionale n.1380 del 27 dicembre 2016) di sviluppo delle Reti cliniche tempo dipendenti. Trattandosi di un indicatore di percorso, rappresenta un elemento core del sistema di procurement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



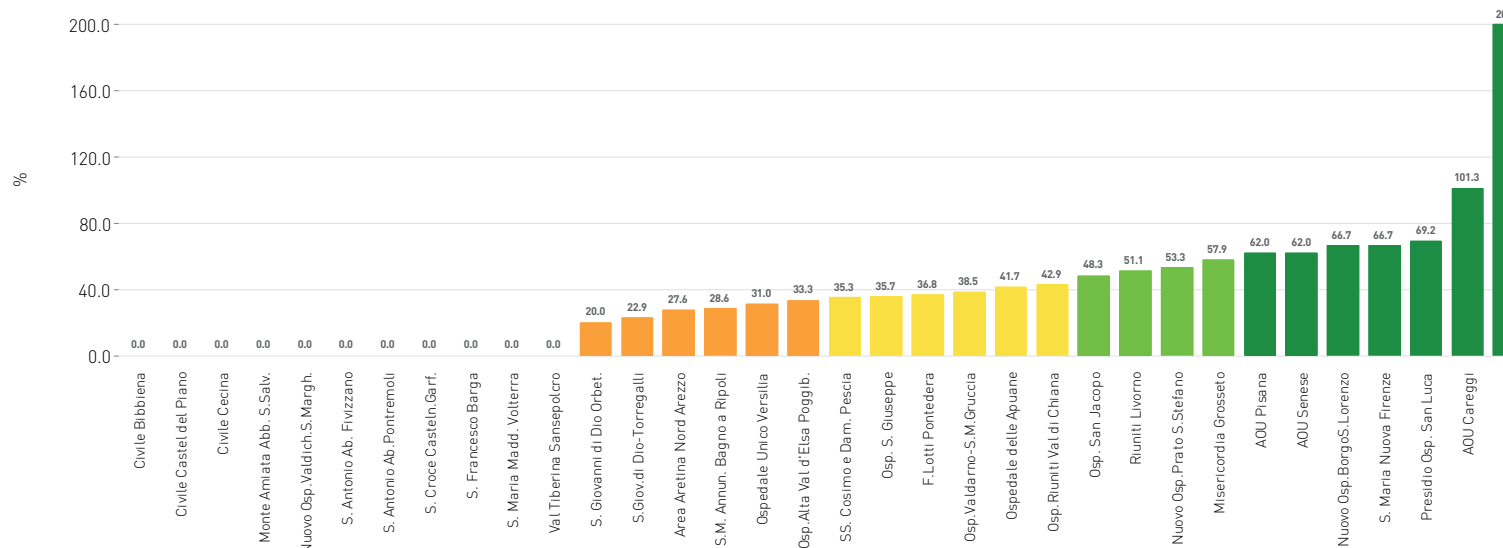
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

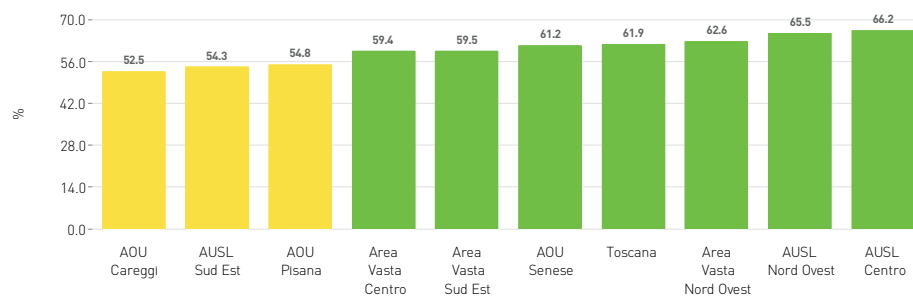


B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

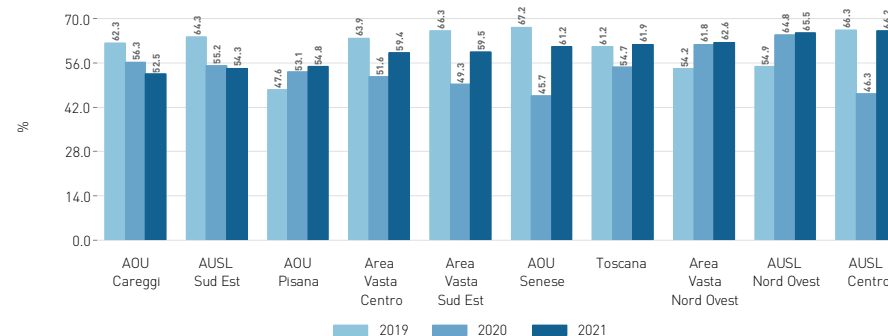
La percentuale di donatori procurati considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi. Si intende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



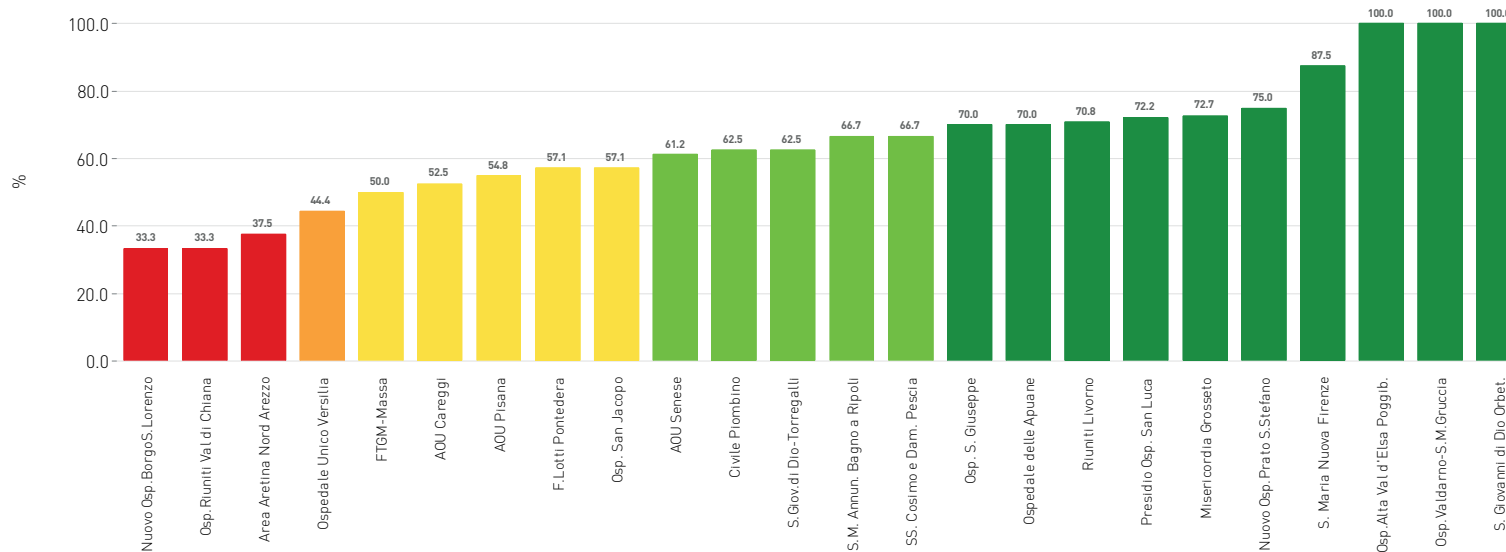
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

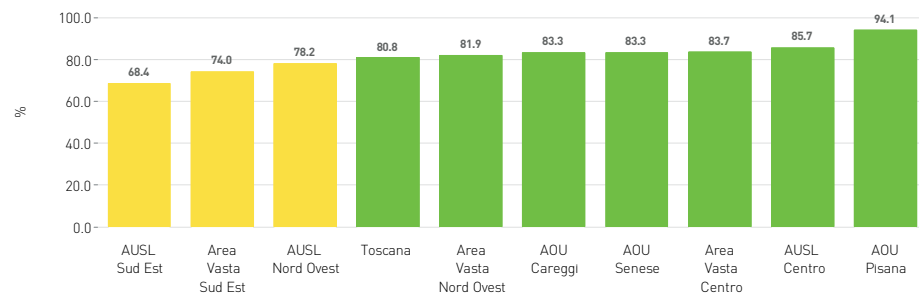


B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati

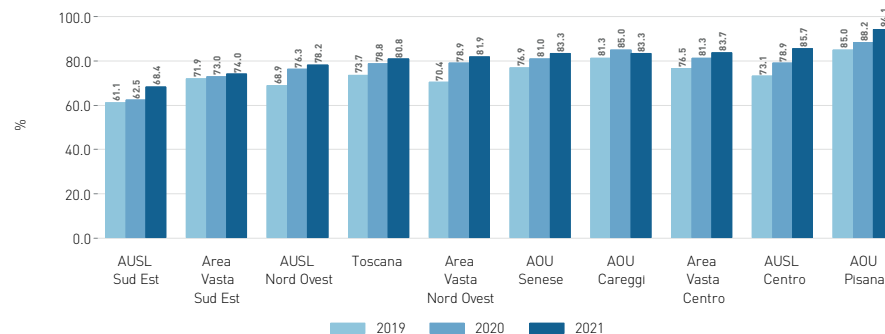
L'indicatore misura la percentuale dei donatori effettivamente utilizzati (dai quali è stato prelevato e utilizzato per un trapianto almeno un organo solido) rispetto ai donatori procurati.



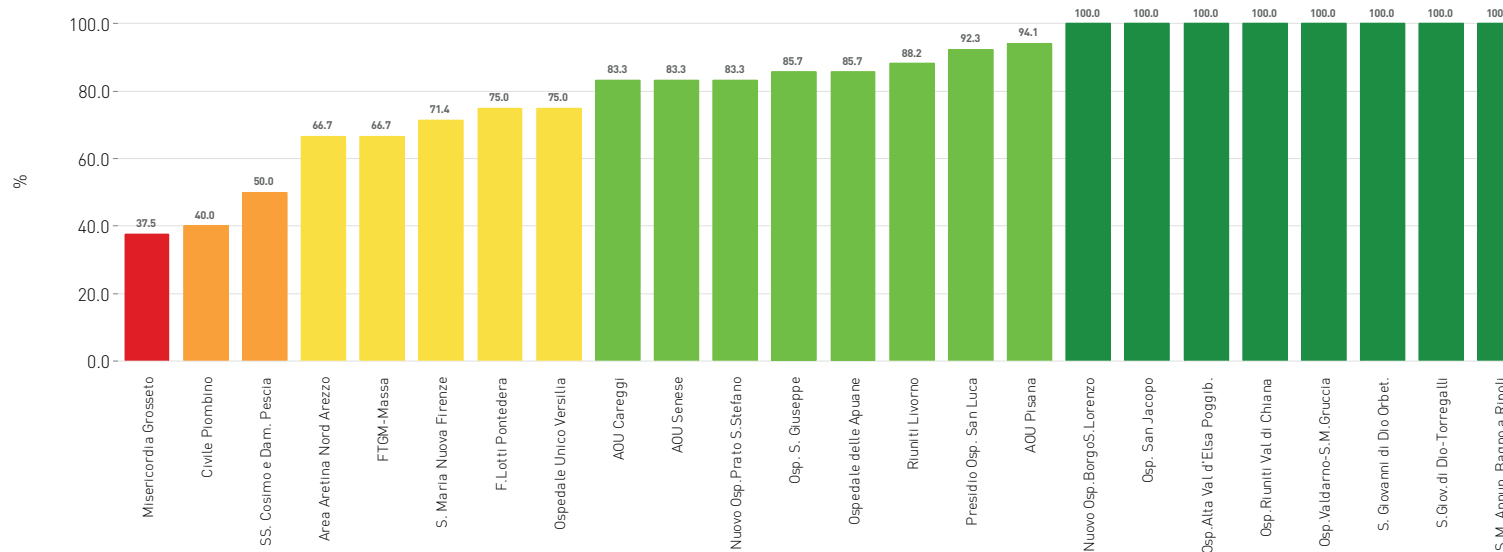
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

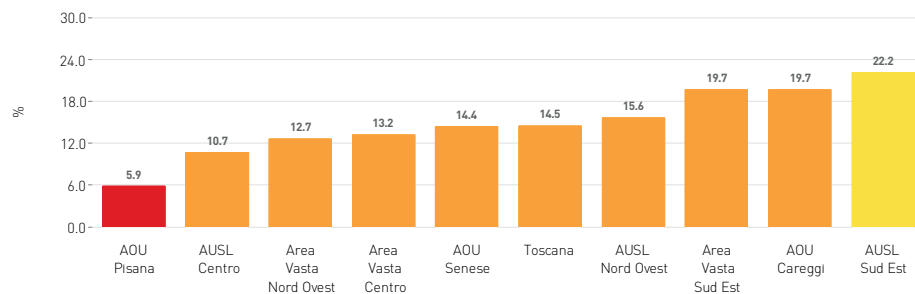


B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi

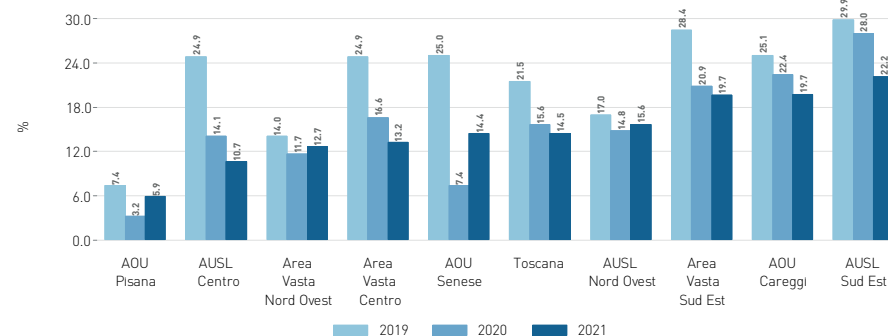
Il monitoraggio dei decessi ospedalieri e in Pronto Soccorso consente l'analisi delle fasi del processo di donazione dei tessuti, permettendo di individuare eventuali ambiti di miglioramento in particolare sulle mancate segnalazioni dei donatori a cuore fermo.



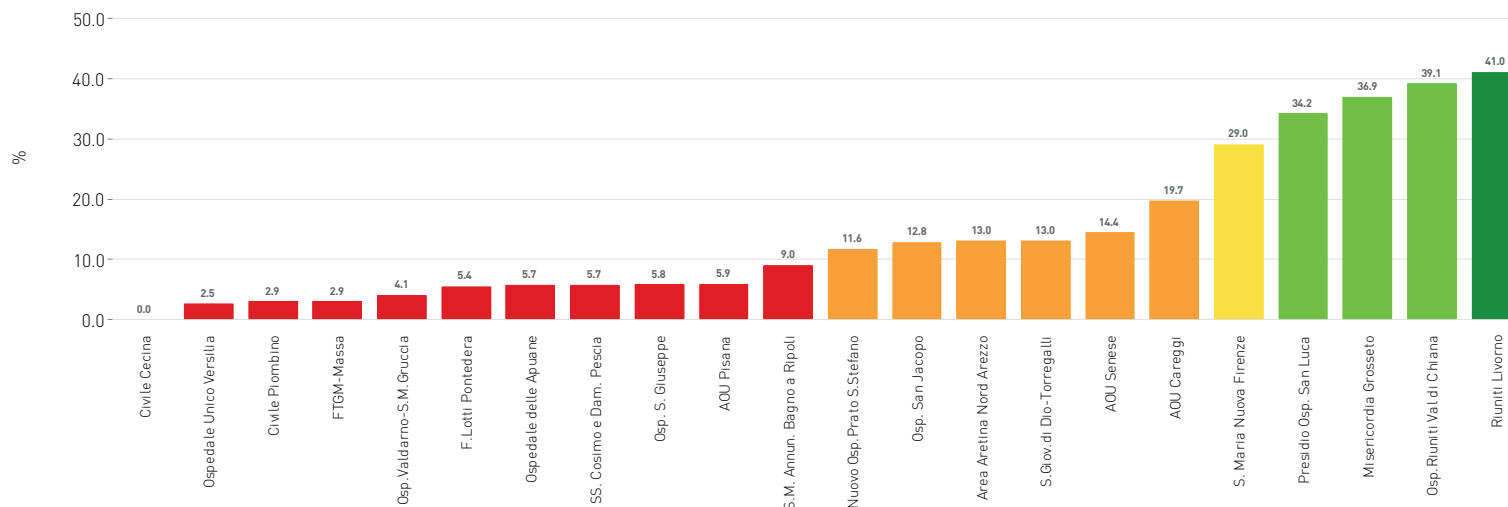
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

B6B Sistema trasfusionale

Il bisogno di sangue e dei suoi componenti è in costante aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento degli interventi chirurgici e dei trapianti. La disponibilità di sangue, plasma e piastrine, utilizzati a fini terapeutici, dipende ampiamente dai cittadini che sono disposti a donarli. Inoltre, al fine di salvaguardare la salute pubblica ed evitare la trasmissione di malattie infettive, è importante che durante le fasi di raccolta, lavorazione, distribuzione e utilizzazione vengano adottate tutte le misure precauzionali necessarie. Il Sistema Trasfusionale Toscano è un sistema complesso che costituisce un efficiente modello di rete i cui nodi principali sono costituiti da strutture trasfusionali, associazioni di volontariato e aziende sanitarie.



B6B Sistema trasfusionale

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

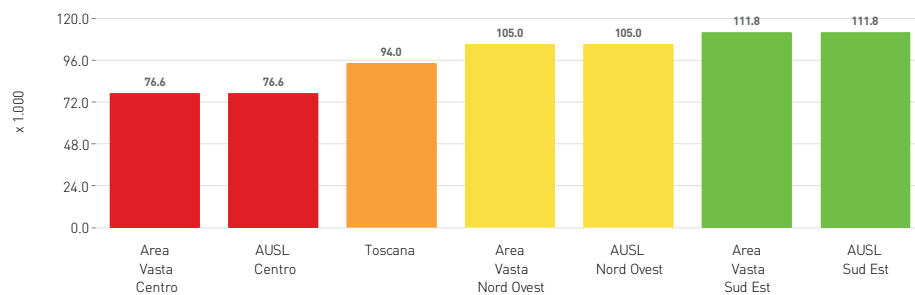
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
93.97	105.00	76.64	111.76
18.97	27.29	12.81	18.55
72.11	74.66	61.60	89.28
0.33			

B6.2.2 Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per mille residenti

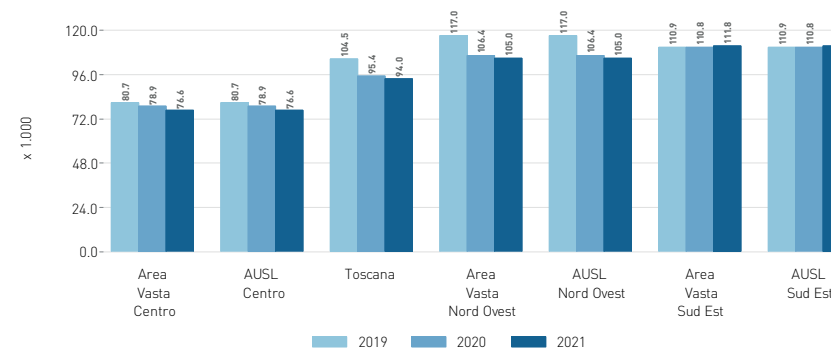
Il tasso di donazioni misura la propensione della popolazione residente nell'azienda sanitaria alla donazione di sangue, plasma e piastrine. Il numero delle donazioni di sangue è cresciuto costantemente nel tempo, con una lieve inflessione registrata negli ultimi anni. Tuttavia insieme alle donazioni, con un ritmo più veloce dell'aumento della raccolta, aumentano anche i bisogni di sangue, plasma e cellule staminali.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

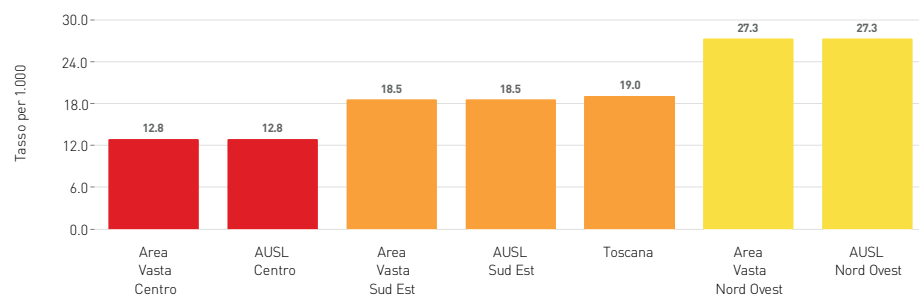


B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per mille residenti

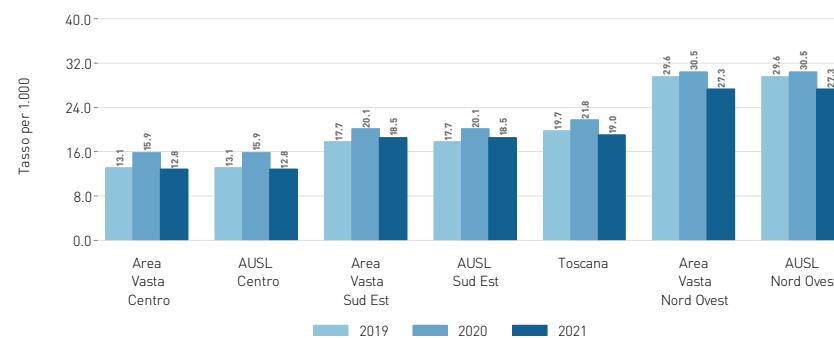
Secondo gli obiettivi fissati dalla Regione Toscana incrementare la donazione di plasma è una priorità per raggiungere la piena autosufficienza. Donare plasma è inoltre un atto che può essere compiuto per più volte all'anno, anche da chi ha valori di emoglobina bassi.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



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

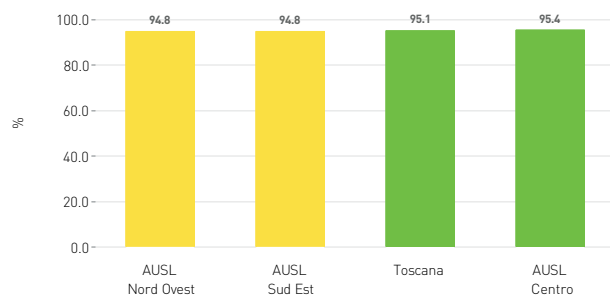
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
95.09	94.84	95.39	94.84
58.56	53.90	62.01	59.28
57.23	60.81	51.26	64.15
58.02	59.76	62.29	49.74
91.50	90.88	91.91	91.57
93.21	93.53	93.27	92.62
96.30	96.21	96.50	96.03
94.05	93.52	94.55	93.80

B7.1 Copertura per vaccino MPR

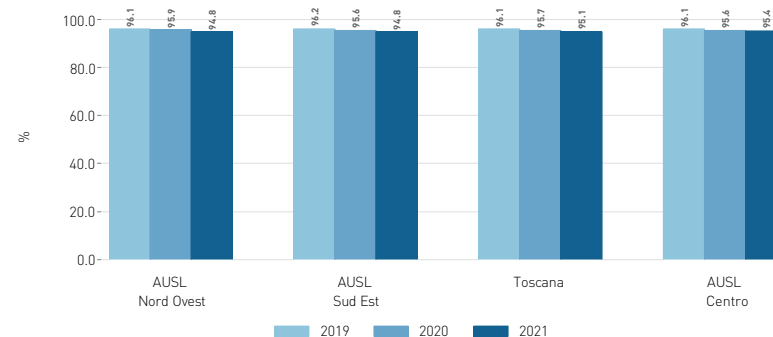
Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo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



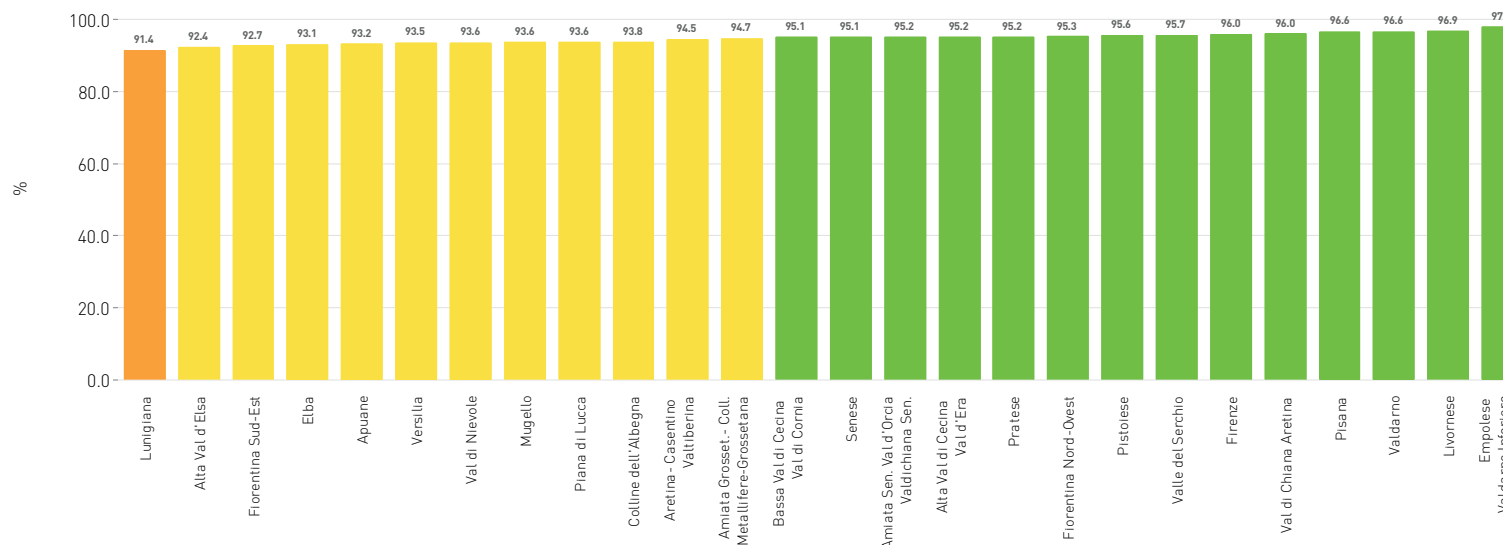
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

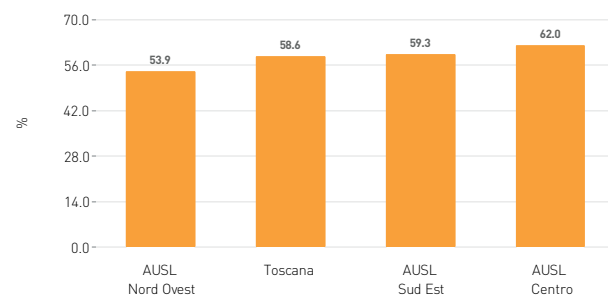


B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)

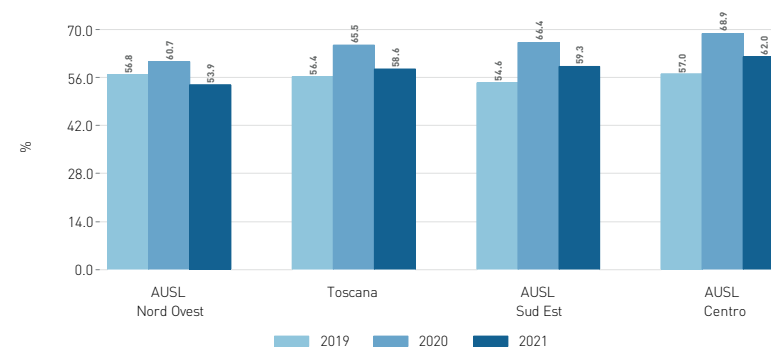
La vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, per alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, 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.



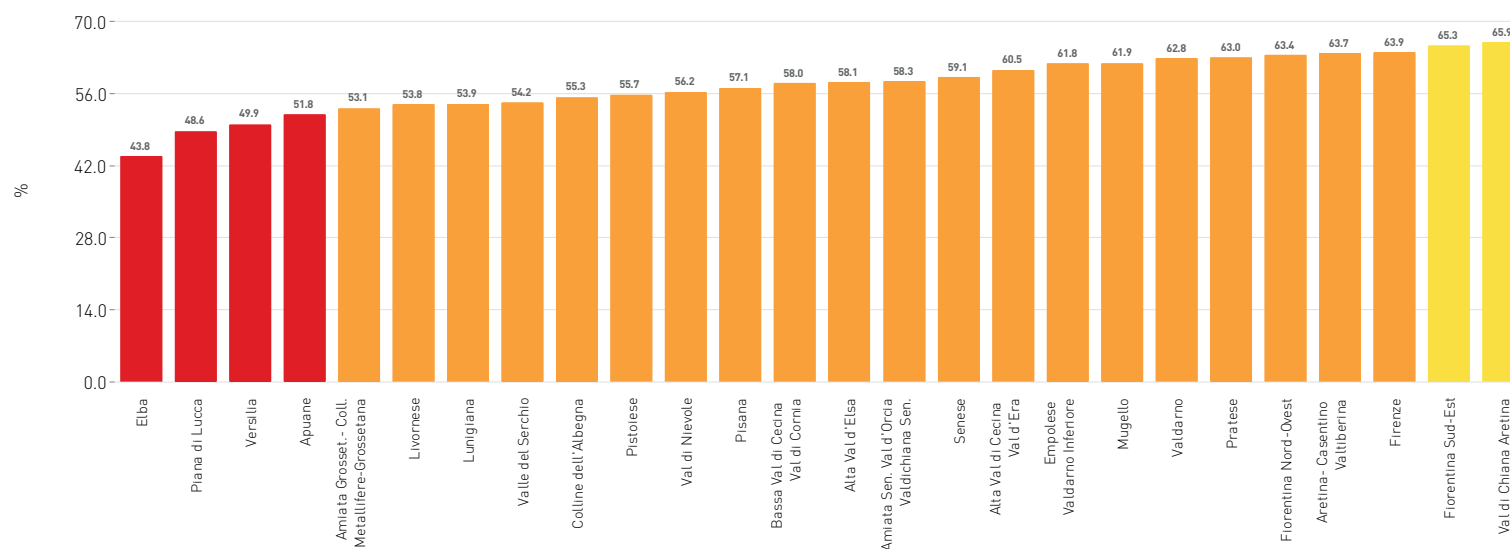
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

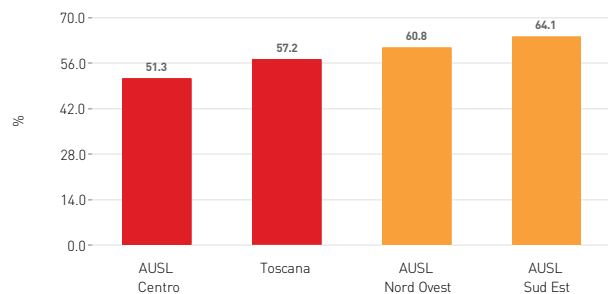


B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

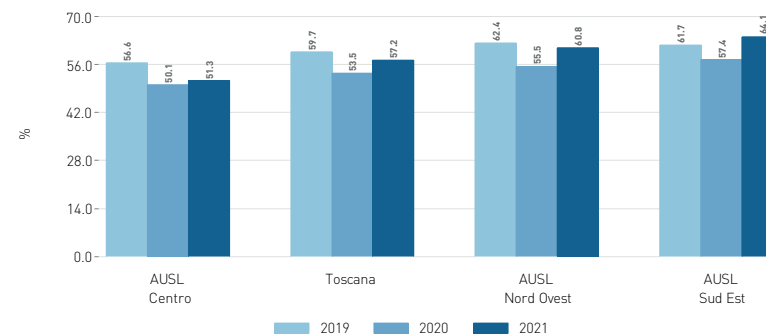
La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lungo termine, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di due iniezioni fino ai 15 anni, dopo tre iniezioni (come da RCP del vaccino HPV-9 e come richiamato dal Calendario per la Vita e dal PNPV 2017-19). 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. L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.



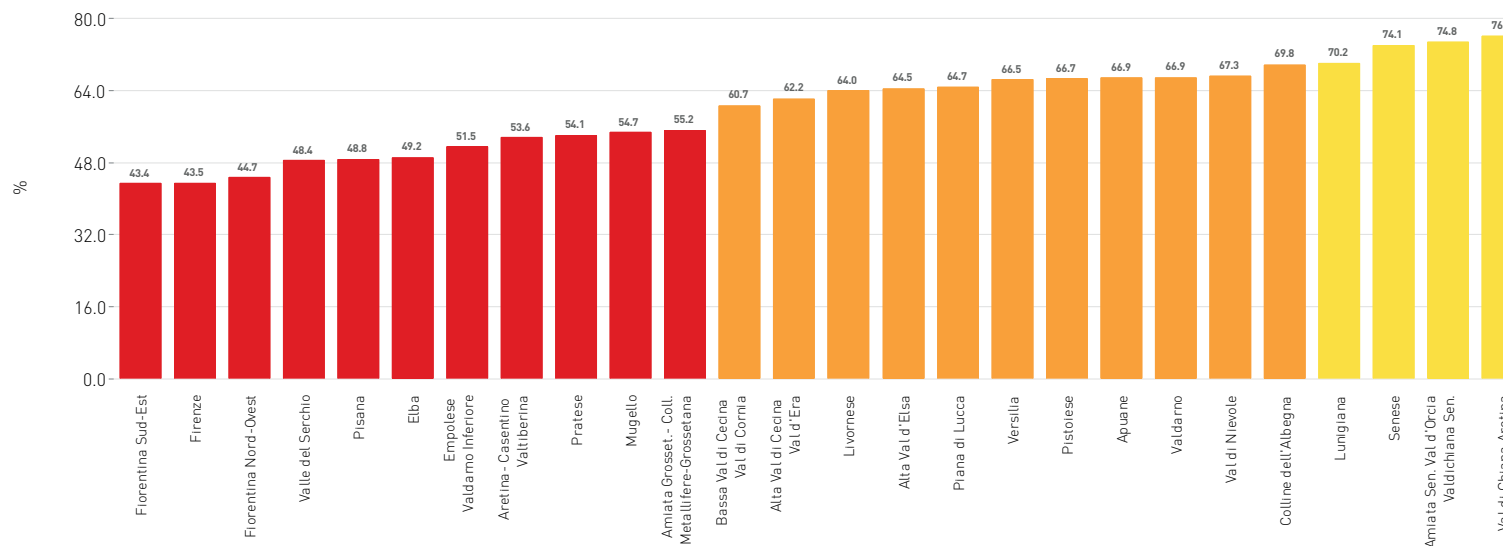
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

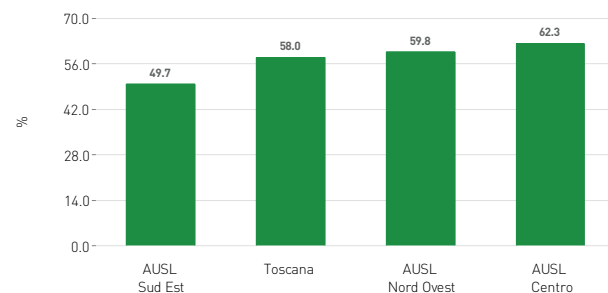


B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

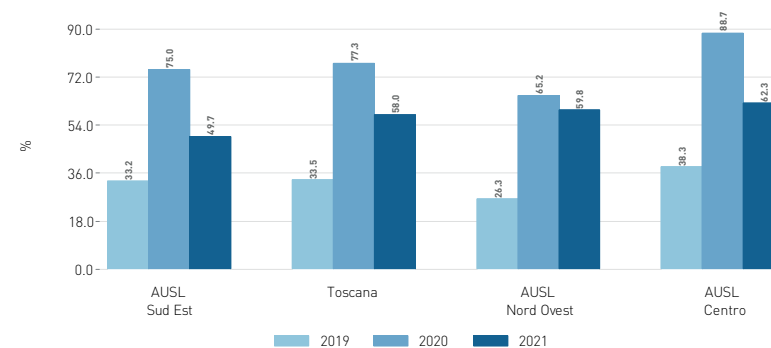
Il personale sanitario rappresenta un target strategico della campagna di vaccinazione antinfluenzale. Gli operatori sanitari non sottoposti a vaccinazione, infatti, corrono il rischio di trasmettere virus influenzali ai pazienti, nei quali questa infezione, a seconda delle condizioni cliniche, potrebbe 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.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

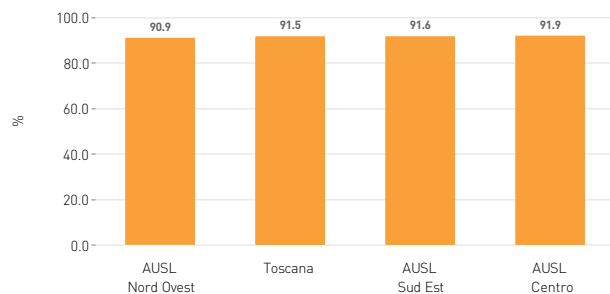


B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

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.



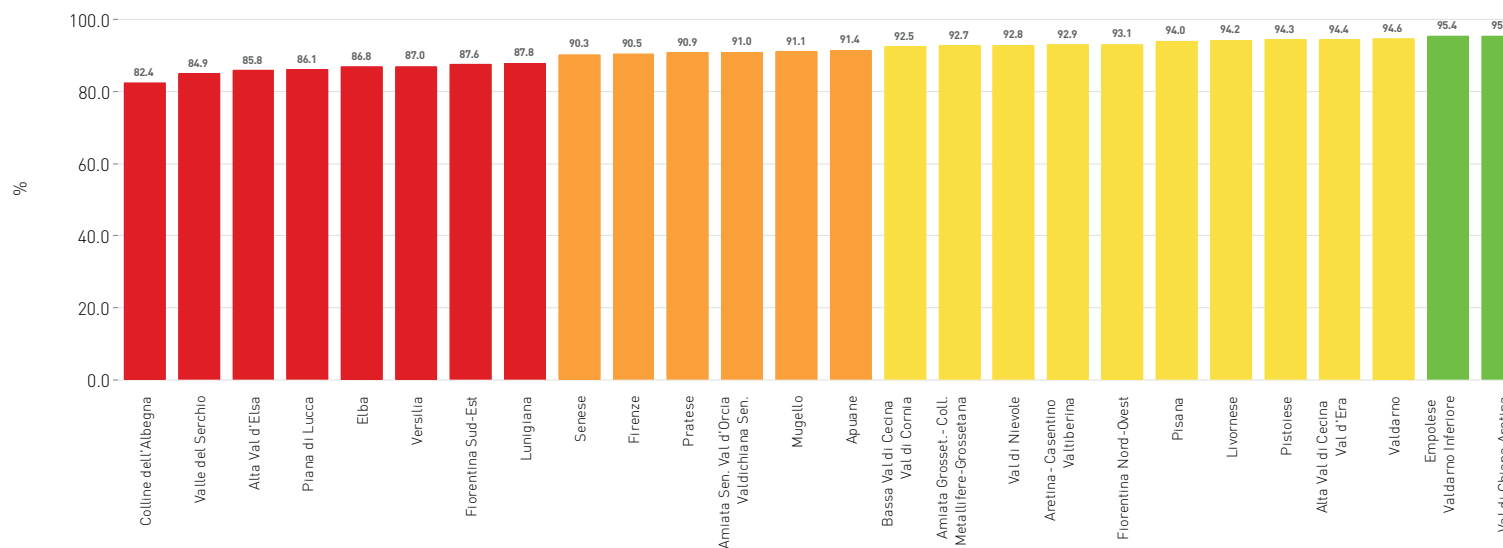
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

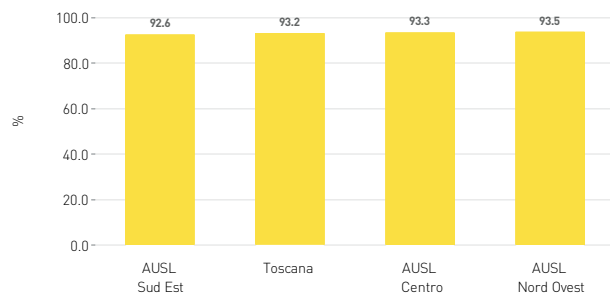


B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico

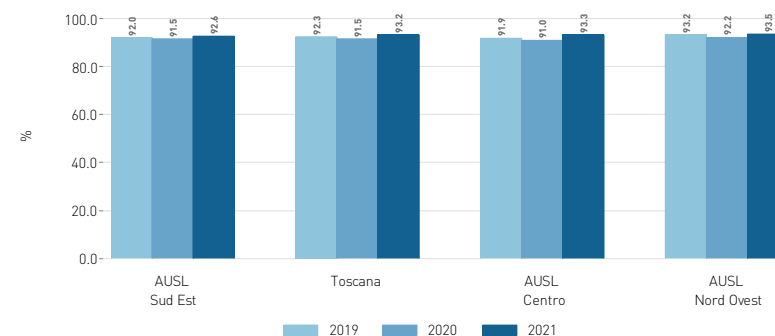
Lo pneumococco ("Streptococcus pneumoniae") appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel 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.



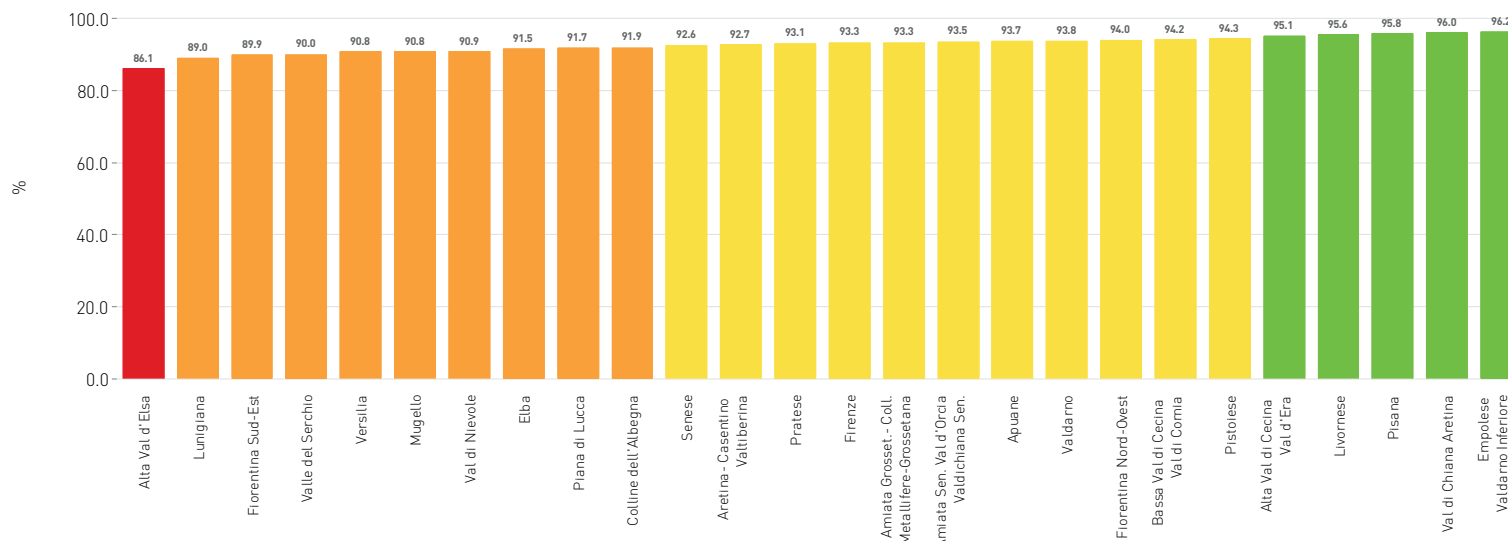
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

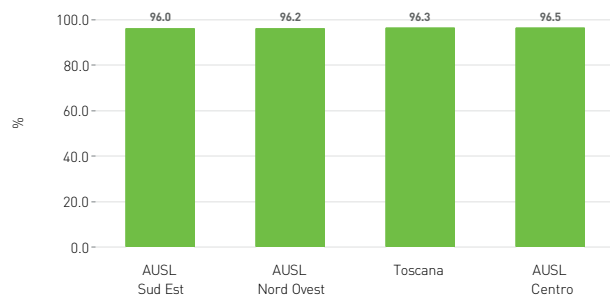


B7.7 Copertura per vaccino esavalente

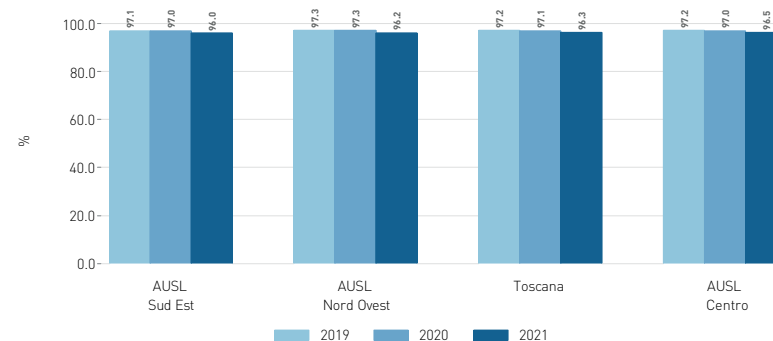
Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B (HIB, una forma influenzale).



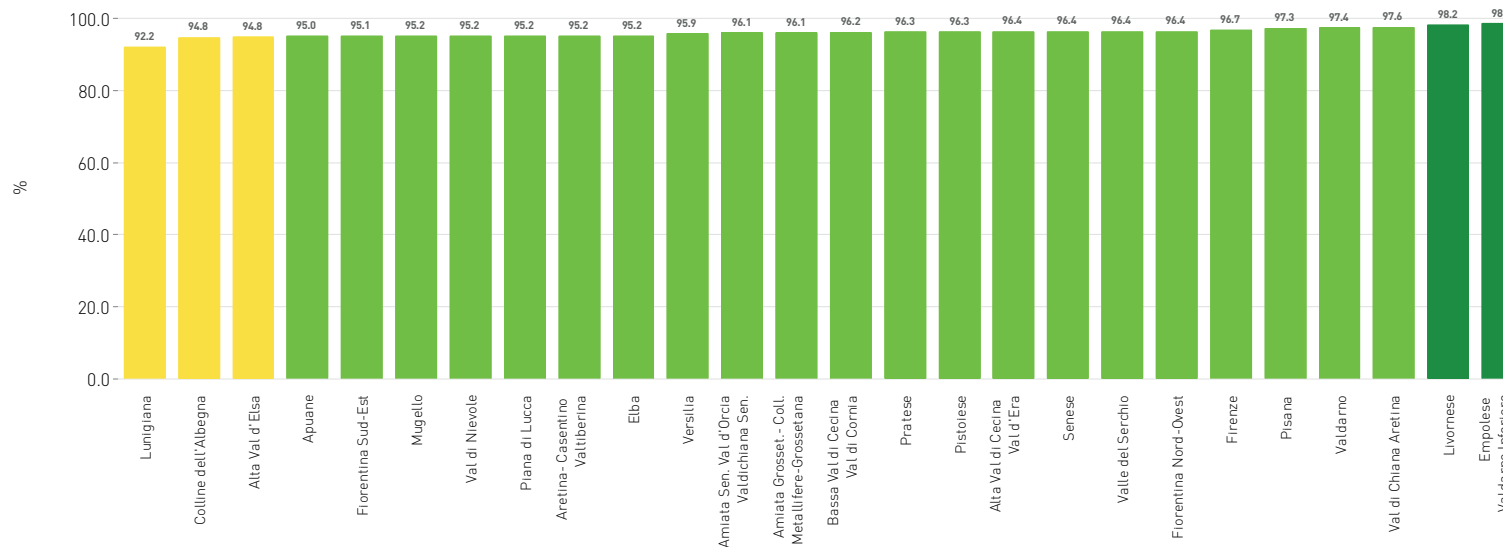
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

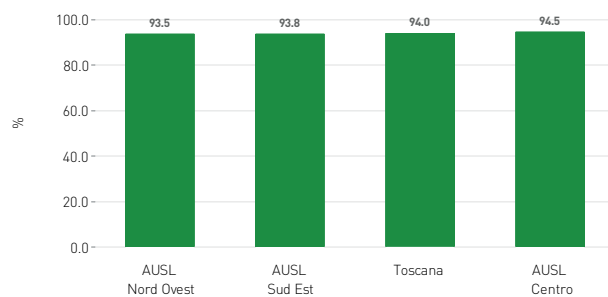


B7.8 Copertura vaccinale varicella

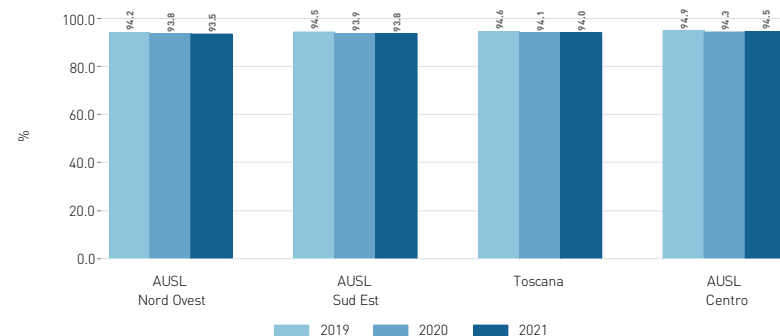
Il vaccino anti-varicella entro i due anni di età è obbligatorio, come da indicazioni del PNV 2017-2019 e dal Decreto Vaccini del 2017, per i nati a partire dal 2017. Il calcolo della copertura vaccinale è dato dal rapporto tra il numero di bambini vaccinati con la 1 dose di vaccino entro i due anni 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.



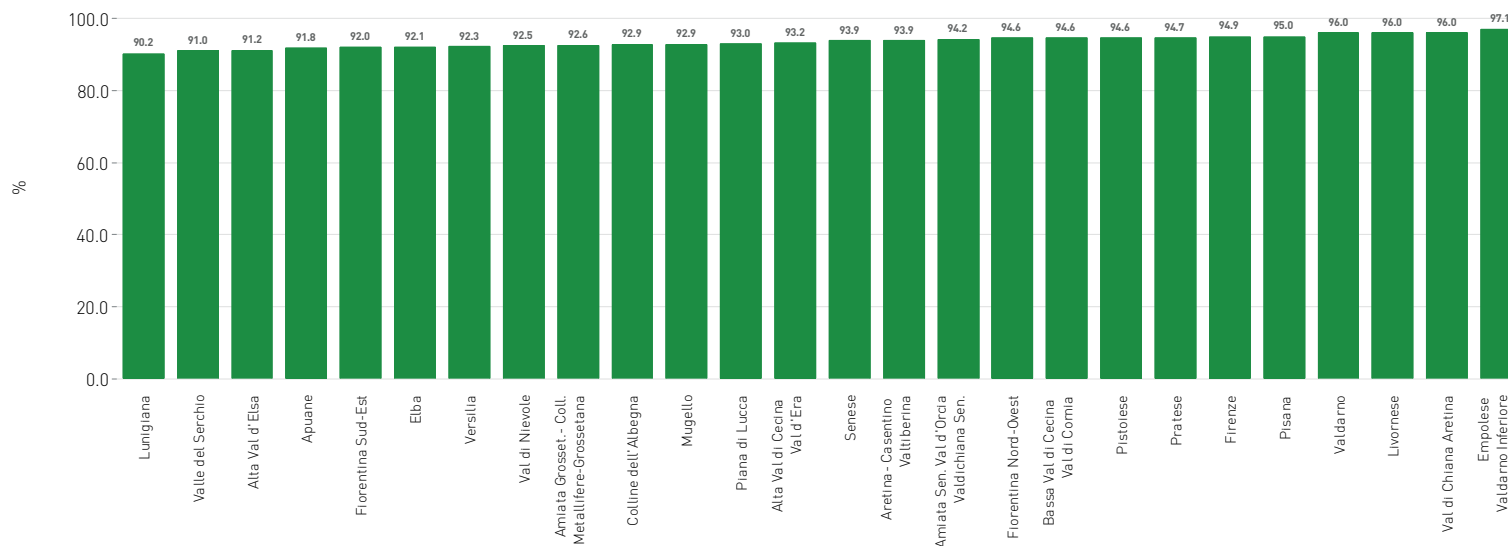
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



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)

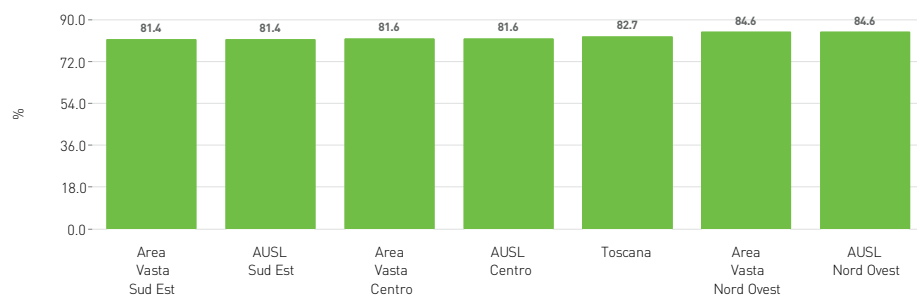
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
● 82.71	● 84.56	● 81.61	● 81.44
● 88.99	● 91.72	● 87.80	● 86.56

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

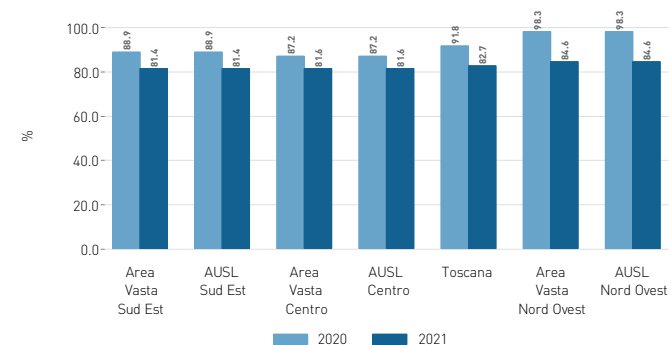
L'indicatore viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Si considerano le prenotazioni di primo contatto con codice priorità U, B, D, P e Non indicato effettuate dai residenti. Per l'AOU Senese e per 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.



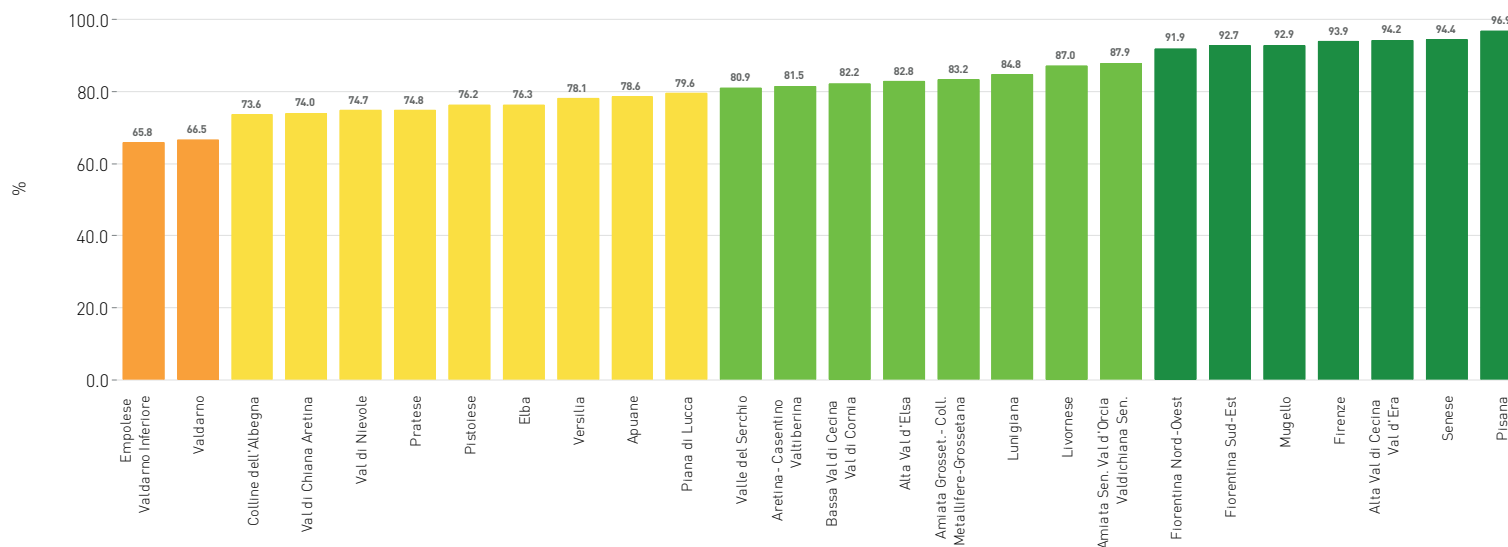
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

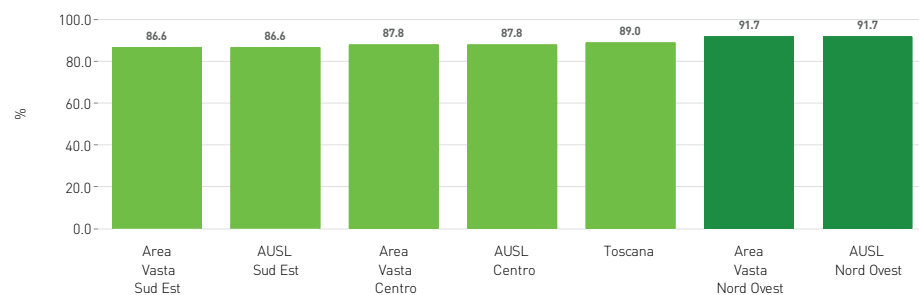


B20G.2 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)

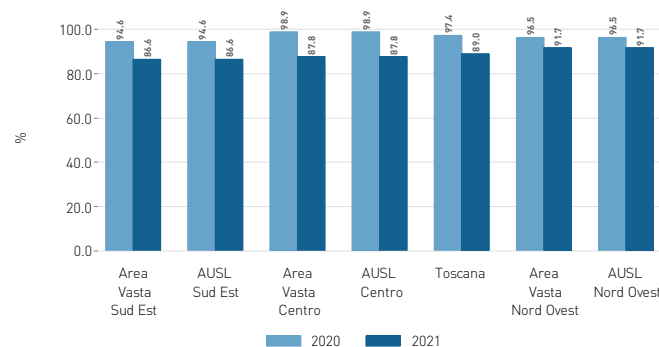
L'indicatore viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Si considerano le prenotazioni di primo contatto e di contatto successivo al primo con codice priorità U, B, D, P e Non indicato effettuate dai 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.



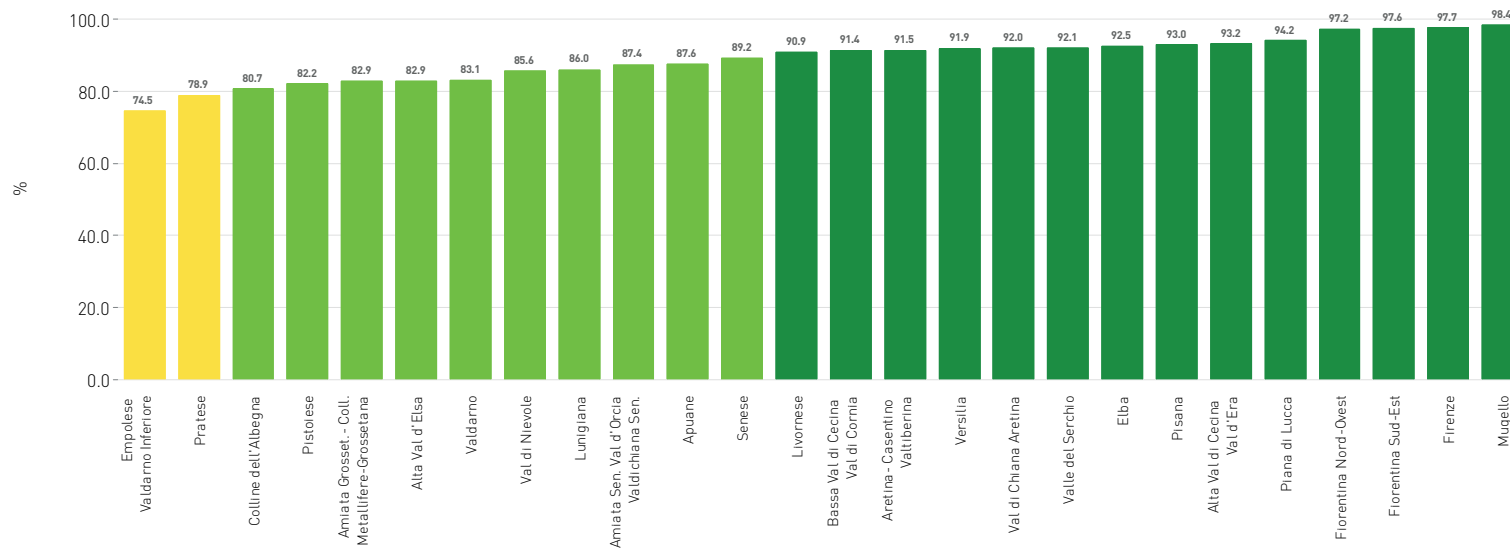
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



B21G Indice di cattura (Catchment index)

L'Indice di cattura (Catchment Index) è il rapporto tra i volumi di prestazioni prenotate, calcolate mediante i flussi delle prescrizioni dematerializzate ed elettroniche, e i volumi di prestazioni prescritte 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 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)

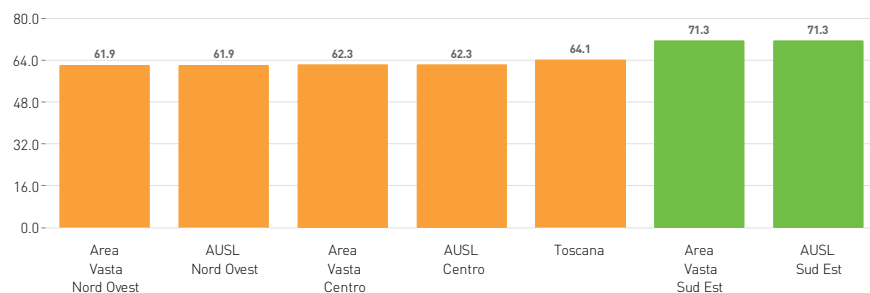
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
64.09	61.95	62.26	71.29
61.23	54.25	60.66	74.02

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

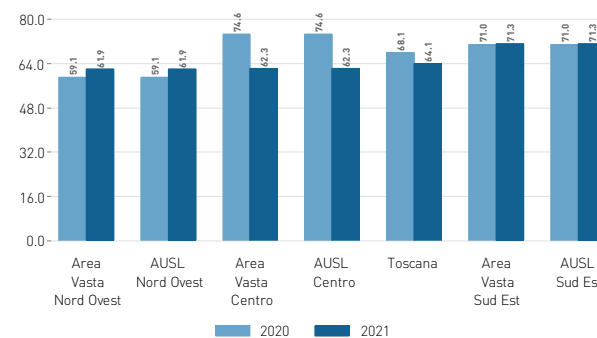
L'Indice di cattura (Catchment Index) è il rapporto tra i volumi di prestazioni prenotate, calcolate mediante i flussi delle prescrizioni dematerializzate ed elettroniche, e i volumi di prestazioni prescritte nello stesso periodo (su 15 giorni) in un determinato ambito territoriale (Ambito territoriale 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 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 2021. Le Aziende Ospedaliere sono ricomprese nelle Aree Vaste/ambiti territoriali in cui sono ubicate le strutture.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

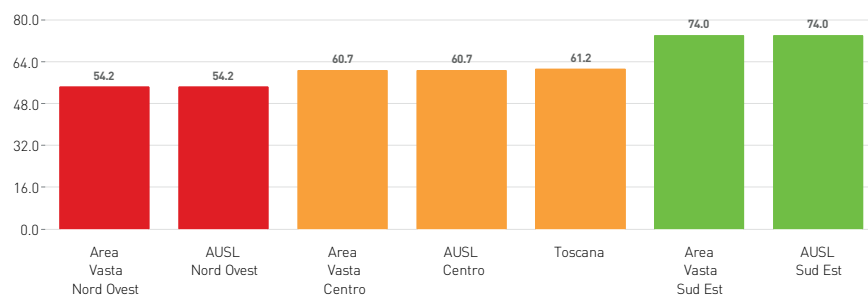


B21G.2 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)

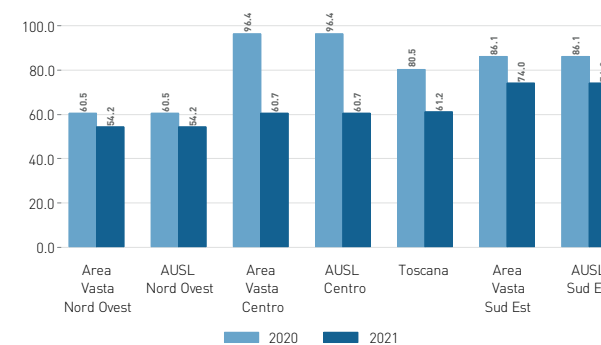
L'Indice di cattura (Catchment Index) è il rapporto tra i volumi di prestazioni prenotate, calcolate mediante i flussi delle prescrizioni dematerializzate ed elettroniche, e i volumi di prestazioni prescritte nello stesso periodo (su 15 giorni) in un determinato ambito territoriale (Ambito territoriale 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. 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 2021. Le Aziende Ospedaliere sono ricomprese nelle Aree Vaste/ambiti territoriali in cui sono ubicate le strutture.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



B22 Attività Fisica Adattata (AFA)

L'Attività Fisica Adattata (AFA) è un programma ormai da anni adottato in Toscana nell'ambito della prevenzione della disabilità sia per la popolazione anziana sia per quella fragile o con patologie specifiche. L'indicatore B22 intende misurare la diffusione del programma, previsto tra le azioni regionali di sanità di iniziativa per il contrasto alle malattie croniche a partire dalla DGR 459/2009.



B22 Attività Fisica Adattata (AFA)

B22.5 Corsi AFA B Otago 15.000 residenti => 65 anni

B22.1 Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni

B22.3 Anziani che partecipano ad un corso AFA bassa disabilità ogni 1.000 residenti

B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni

B22.4 Anziani che partecipano ad un corso AFA alta disabilità ogni 1.000 residenti

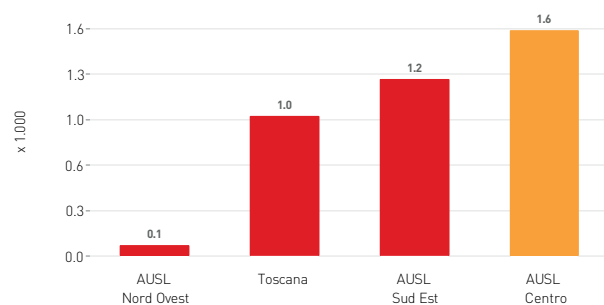
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
0.46	0.00	0.89	0.34
0.98	0.07	1.59	1.25
12.47	0.78	20.14	15.90
0.87	0.00	1.27	1.44
0.46	0.00	0.62	0.87

B22.1 Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni

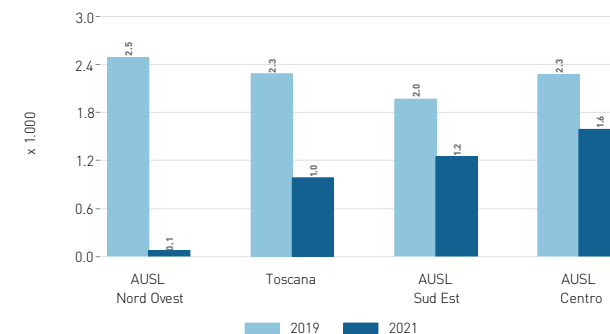
E' importante che i corsi AFA siano accessibili alle popolazioni target. Per questo motivo, ogni anno si valuta la disponibilità di corsi "a bassa disabilità", ossia diretti a soggetti con autonomia funzionale conservata (all.A DGRT 1418/16), sul territorio regionale. Per l'anno 2020 l'indicatore non è stato monitorato a causa della sospensione dei corsi AFA dovuti alla pandemia.



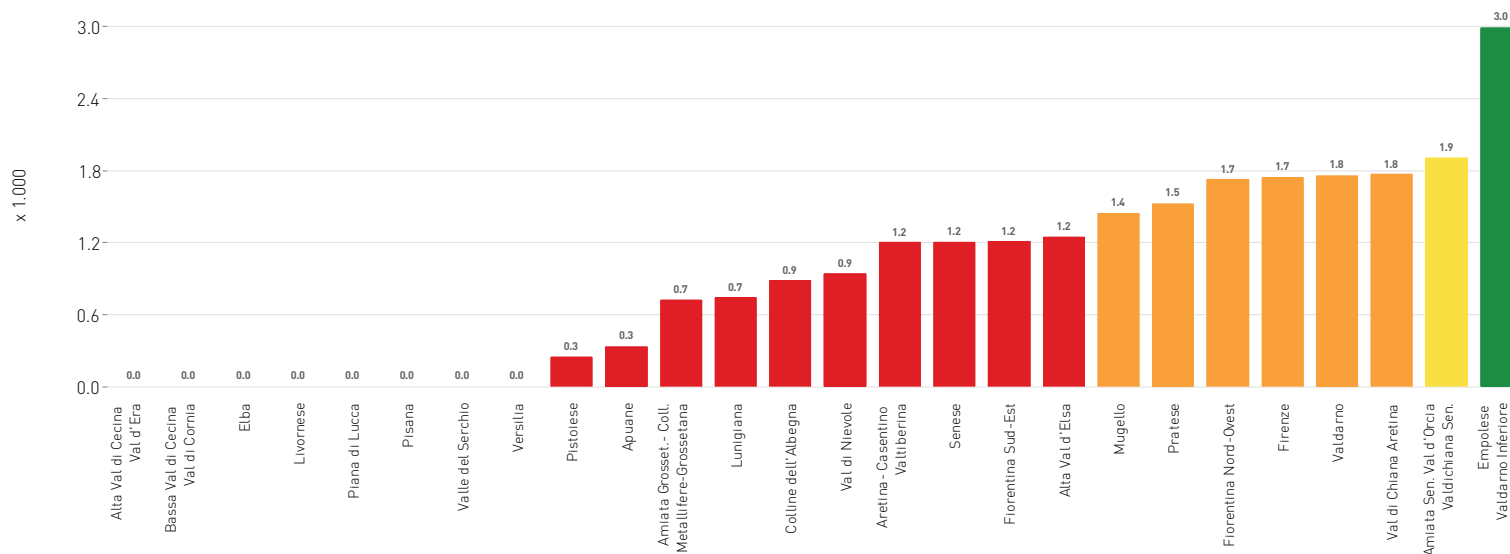
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

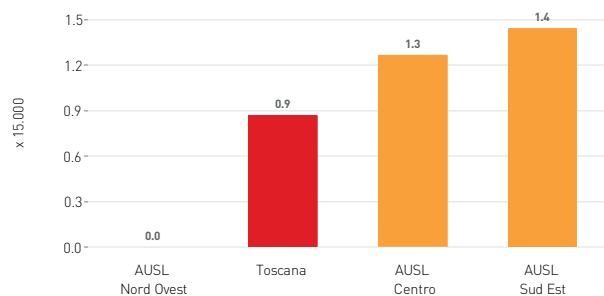


B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni

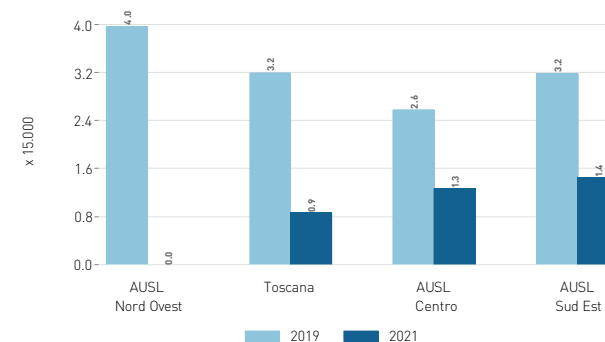
Sempre nell'ambito del programma Attività Fisica Adattata (AFA), viene monitorata la disponibilità di corsi "alta disabilità", ossia diretti a soggetti con "ridotta competenza funzionale" (all.B DGRT 1418/16), sul territorio regionale. Per l'anno 2020 l'indicatore non è stato monitorato a causa della sospensione dei corsi AFA dovuti alla pandemia



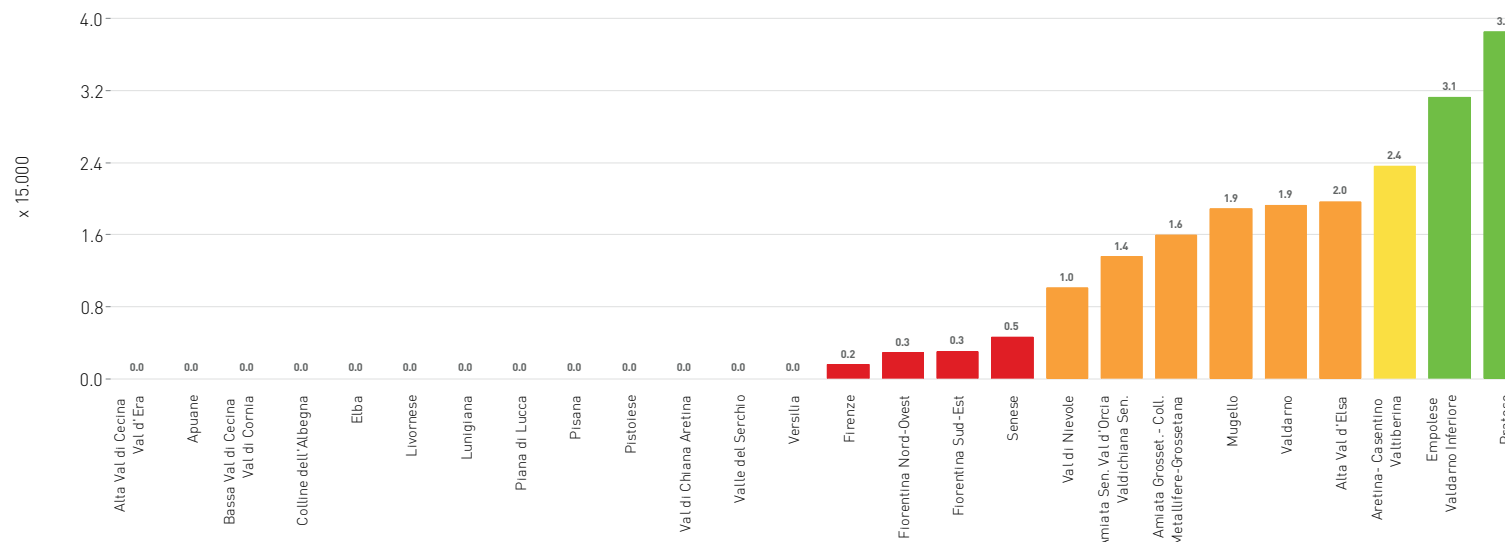
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



B24A Sanità digitale

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



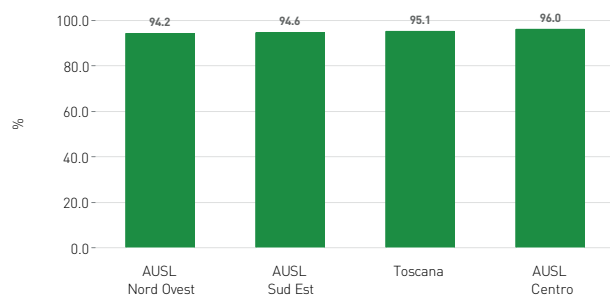
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
B24A Sanità digitale	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B24B ePrescription									
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	95.05	94.17	96.04	94.65					
B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	90.89	88.55	93.39	89.64					
B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	61.27	51.69	64.13	47.35	80.95	69.12	78.08	72.62	85.11
B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	69.71	60.06	68.26	62.85	87.72	81.25	84.56	86.91	112.77
B24B.5 Diffusione libretto di gravidanza digitale	12.24	9.67	1.34	14.47					
B24C Fascicolo Sanitario Elettronico									
<i>B24C.1C Stato di avanzamento circa la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico</i>	100.00								
B24C.2C Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico									
B24C.2C.1 Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni	27.79								
B24C.2C.2 Aziende Sanitarie che alimentano e utilizzano il FSE									
B24C.2C.2.1 Operatori sanitari abilitati al FSE	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	
B24C.2C.2.2 Aziende sanitarie che alimentano il FSE	99.81	99.58	99.90	99.96	99.67	99.99	99.94	99.95	
B24C.2C.3 Medici che alimentano ed utilizzano il FSE									
B24C.2C.3.1 Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE	34.36	29.26	31.24	46.24					
<i>B24C.2C.3.2 Medici che alimentano il FSE con il Profilo Sanitario Sintetico del paziente</i>	0.00								

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

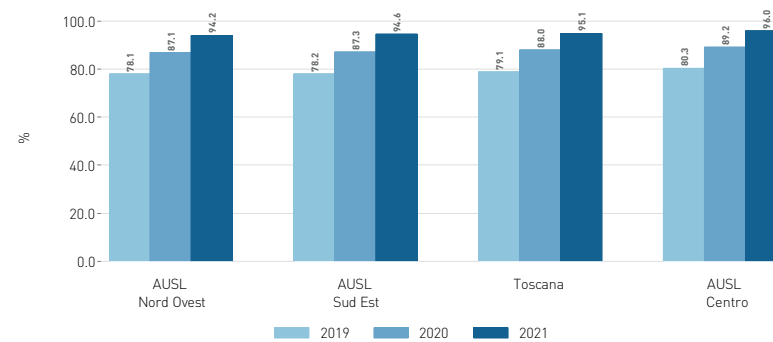
Questo indicatore indica la percentuale di ricette farmaceutiche dematerializzate sul totale del prescritto elettronico, con riguardo soltanto ai medici convenzionati.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

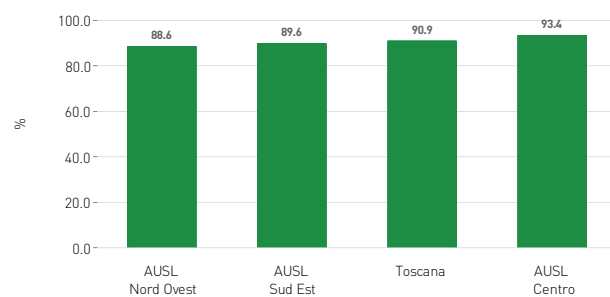


B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

Questo indicatore esprime la percentuale di ricette specialistiche dematerializzate sul totale del prescritto elettronico per i medici convenzionati.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

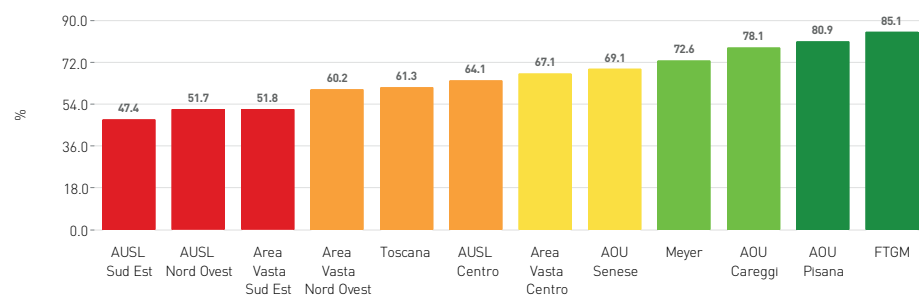


B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata

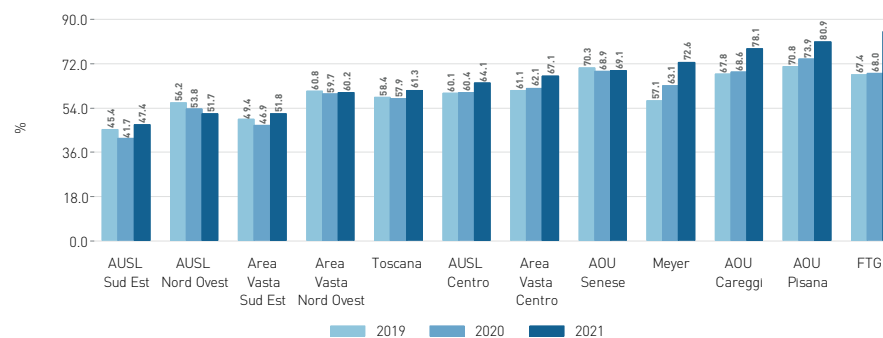
L'indicatore è calcolato confrontando il "Numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione farmaceutica elettronica o dematerializzata" con il "Numero di specialisti a cui è stato assegnato almeno un ricettario cartaceo negli ultimi due anni". Bisogna sottolineare che Il dato regionale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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

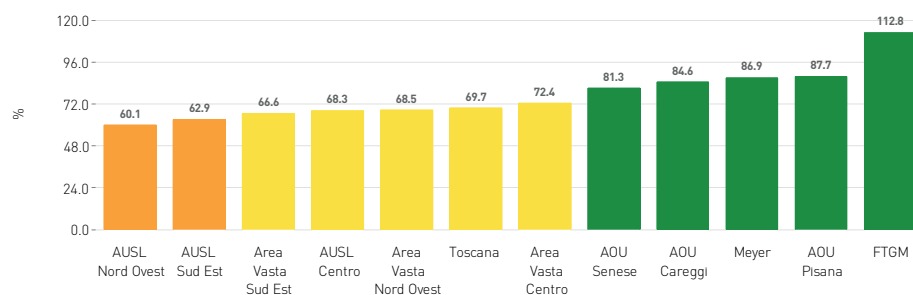


B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata

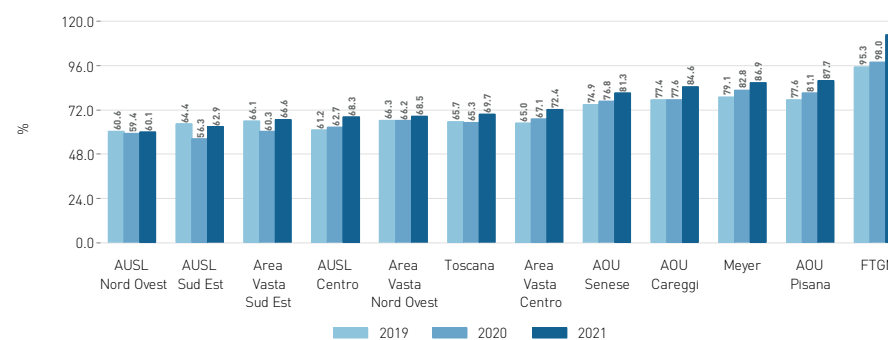
L'indicatore restituisce la misura percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata e si calcola utilizzando il Numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione specialistica elettronica o dematerializzata confrontato al Numero di specialisti a cui è stato assegnato almeno un ricettario cartaceo negli ultimi due anni. E' 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.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

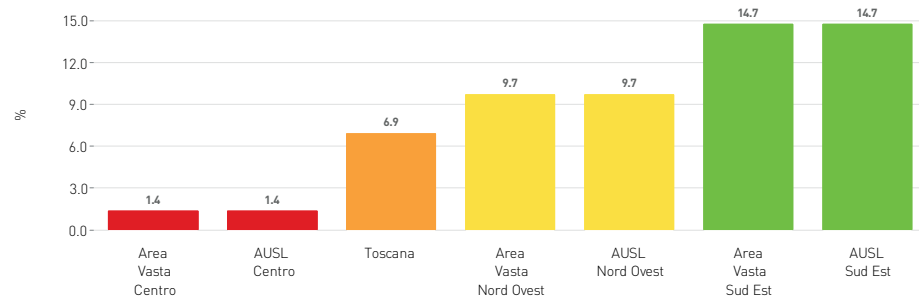


B24B.5 Diffusione libretto di gravidanza digitale

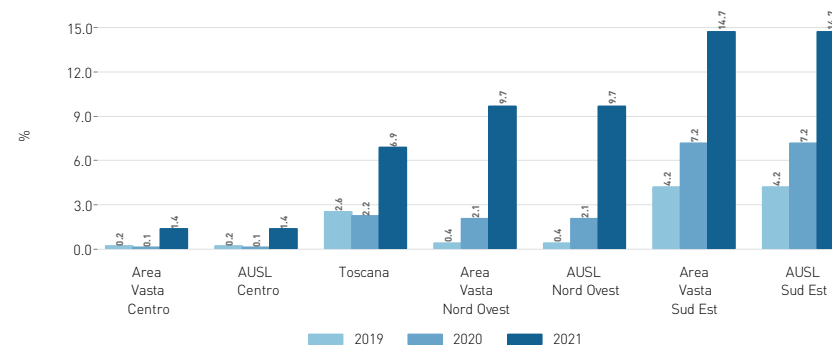
L'indicatore monitora la diffusione dei libretti di gravidanza digitale in Toscana e verifica il raggiungimento degli obiettivi annuali fissati da Regione Toscana in termini di percentuale di libretti digitali sul totale dei libretti consegnati.



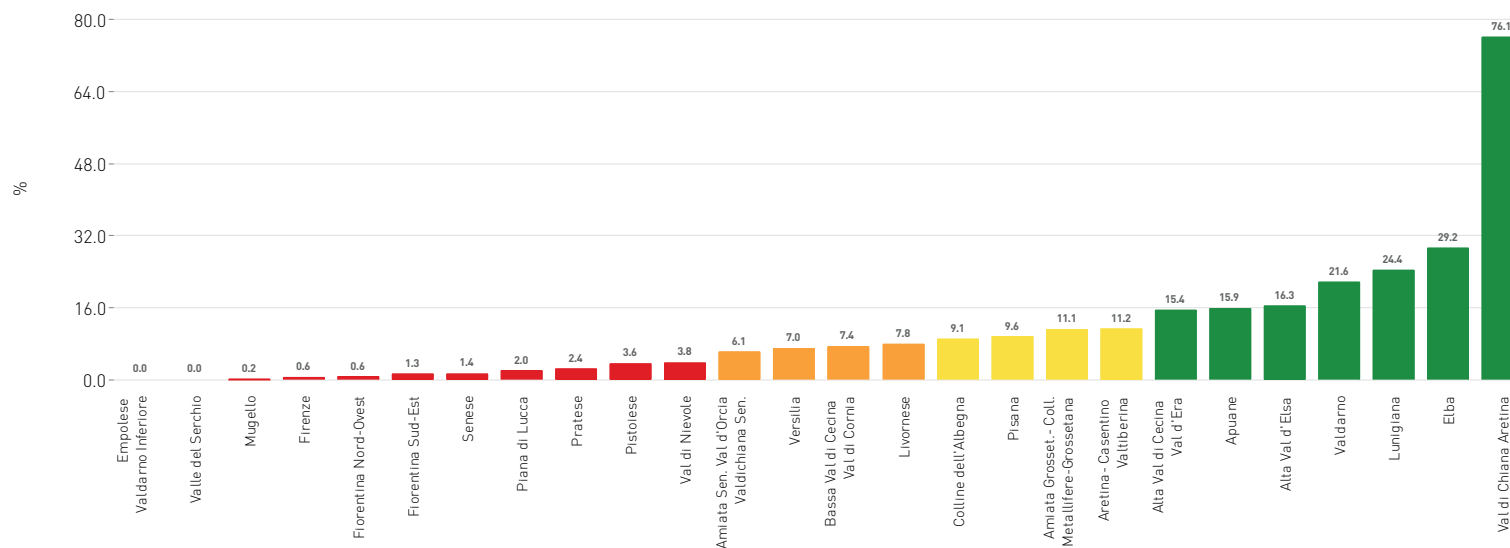
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

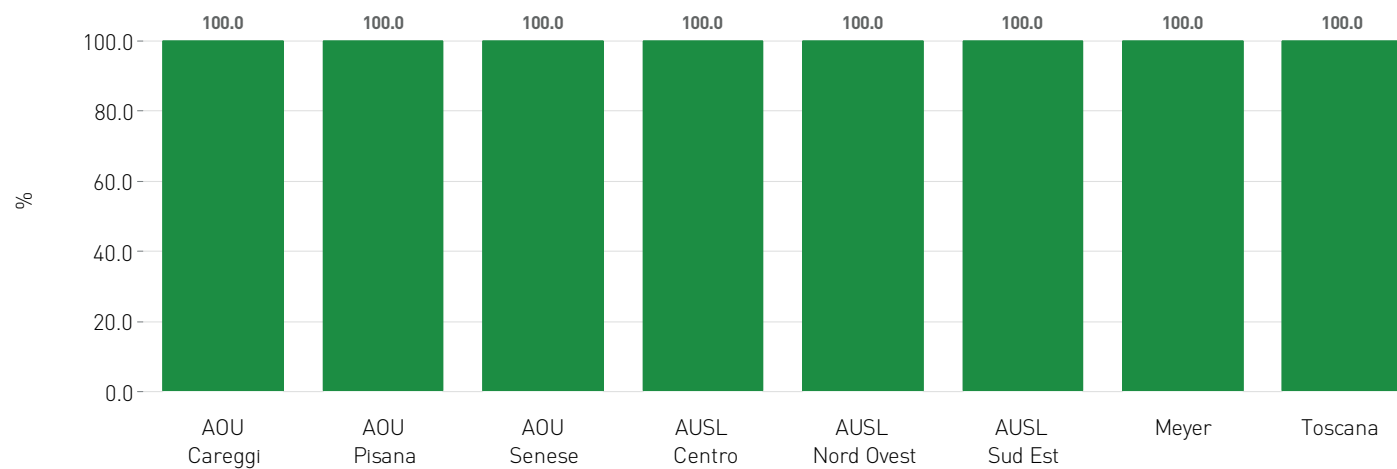


B24C.2C.2.1 Operatori sanitari abilitati al FSE

I MMG/PLS e gli operatori e professionisti sanitari operanti nelle strutture sanitarie possono essere abilitati all'alimentazione del FSE con i documenti e dati sanitari prodotti interagendo con una interfaccia utente web o con applicativi software che possono essere centralizzati o distribuiti sui nodi del sistema regionale. L'interfaccia o gli applicativi software devono offrire almeno i seguenti servizi: autenticazione al sistema; inserimento di un nuovo documento o dato nel FSE; aggiornamento di un documento o dato già presente nel FSE.



Aziende - Dati 2021

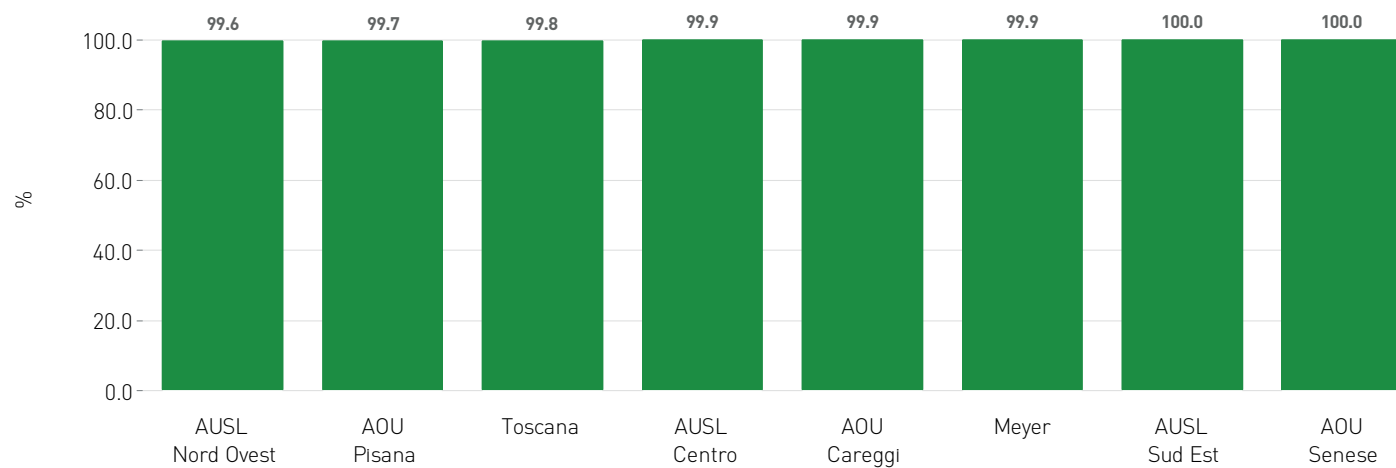


B24C.2C.2.2 Aziende sanitarie che alimentano il FSE

L'indicatore ha lo scopo di mostrare l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte delle Aziende Sanitarie attraverso la percentuale di referti digitalizzati resi disponibili nel FSE.



Aziende - Dati 2021

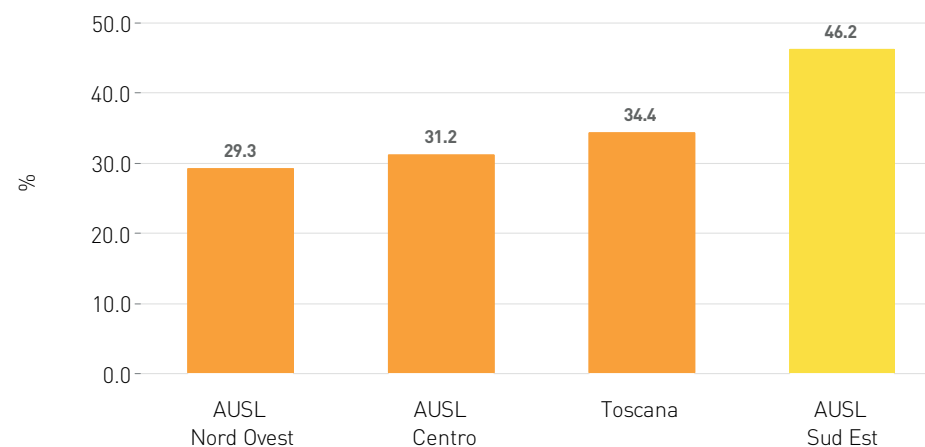


B24C.2C.3.1 Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE

L'indicatore mostra la percentuale di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei MMG/PLS. Il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) hanno un ruolo fondamentale per l'attivazione ed il popolamento del FSE. La figura del MMG resta, infatti, quella di riferimento per il paziente, al quale spiegherà cos'è il FSE, cosa contiene e tutto ciò che l'assistito ha necessità di conoscere in merito.



Aziende - Dati 2021



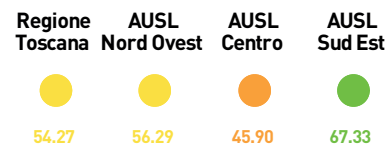
B26 Sanità di Iniziativa

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

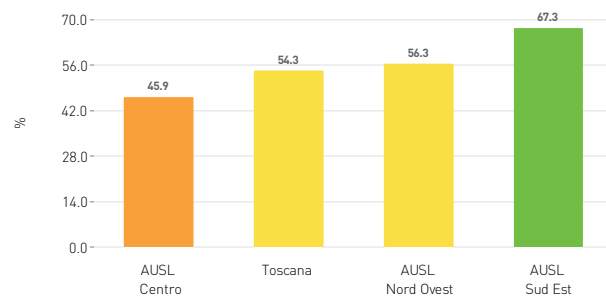


B26.1 Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa

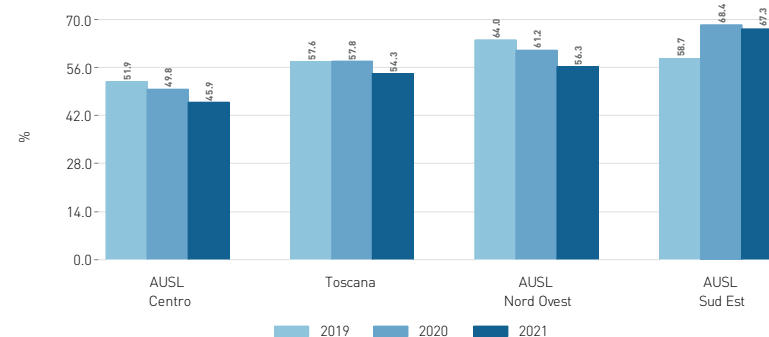
La diffusione del programma di Sanità di Iniziativa tra i medici di medicina generale può produrre benefici per l'intera popolazione e non solo per i pazienti cronici. Il medico di medicina generale che decide di modificare il proprio approccio assistenziale da re-attivo a pro-attivo è in grado di intervenire 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).



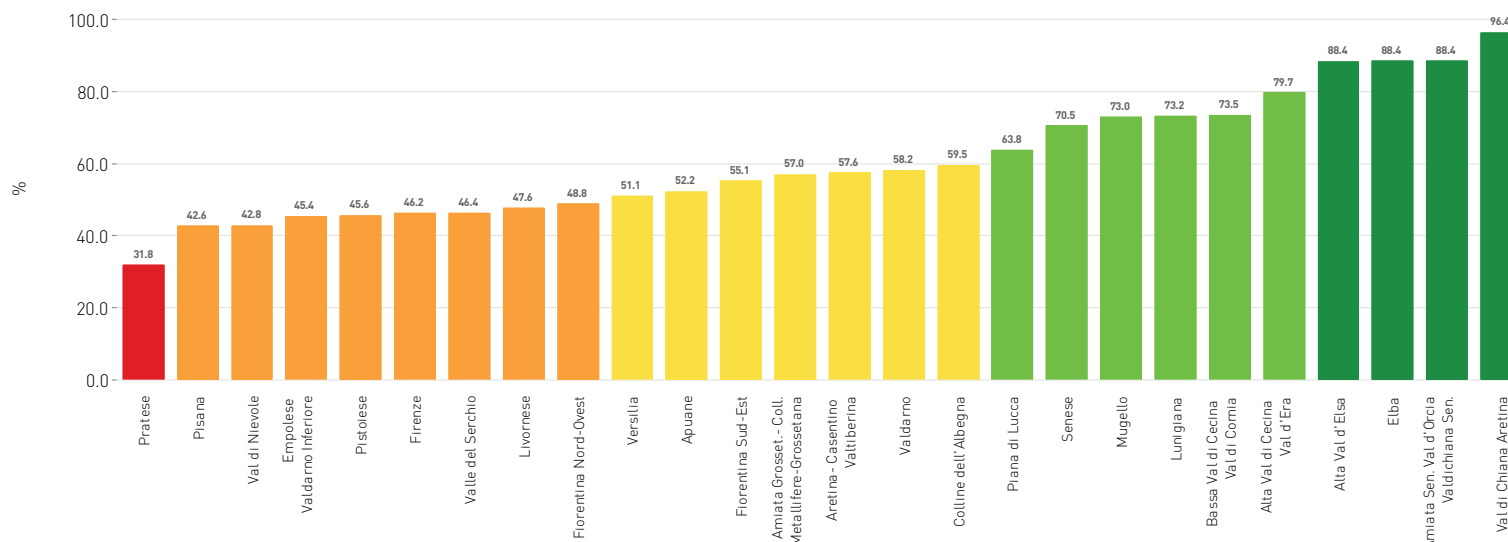
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021





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 andando a valutare: l'appropriatezza della scelta del setting assistenziale per i pazienti inviati a ricovero (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 non presidiati (D9a). Gli indicatori sul triage e sull'OBI, in quanto indicatori di osservazione, 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
C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>C16A.T1.BIS Percentuale di accessi codice 1 ricoverati, trasferiti, o ammessi in OBI</i>	84.26	83.35	82.70	82.37	91.92	87.27	85.92	85.33
<i>C16A.T2.BIS Percentuale di accessi codice 2 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	57.02	56.17	56.51	57.09	70.52	56.99	60.36	48.44
<i>C16A.T3.BIS Percentuale di accessi codice 3 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	25.67	22.53	25.59	27.06	43.82	27.55	23.28	19.15
<i>C16A.T4.BIS Percentuale di accessi codice 4 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	4.06	3.98	3.28	4.22	10.60	4.21	2.36	4.03
<i>C16A.T5.BIS Percentuale di accessi codice 5 ricoverati, trasferiti o ammessi in OBI</i>	5.23	5.62	9.71	3.90	4.75	0.76	0.49	1.23
<i>C16.5 Percentuale di accessi in Osservazione Breve</i>	5.45	4.67	3.35	8.68	7.93	7.82	3.77	3.94
<i>C16.5.1A Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore</i>	18.38	16.37	35.89	7.56	19.71	43.85	21.38	4.23
<i>C16.5.1A2 Percentuale di ricoveri seguiti ad ammissione in OBI >48 ore</i>	40.73	22.57	58.73	43.66	28.48	29.79	49.08	30.91
<i>C16.4.1 Percentuale di dimessi con permanenza In Pronto Soccorso <= 6 ore</i>	89.04	90.63	84.37	92.04	93.34	86.12	85.09	96.97
<i>C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione</i>	75.90	71.99	76.22	78.16	82.58	83.01	78.52	65.53
<i>C16.10 Percentuale di accessi ripetuti In Pronto Soccorso entro 72 ore</i>	5.44	5.39	5.01	6.40	5.85	4.85	4.54	4.53
<i>C16.6 Percentuale di accessi in Osservazione breve inviati a ricovero</i>	37.89	26.35	41.71	46.64	28.67	40.66	37.73	30.31
<i>D9A Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati</i>	2.86	3.19	3.66	1.22	3.74	1.67	3.62	2.51
<i>D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso</i>	3.89	4.92	3.70	3.24	4.61	1.67	3.62	2.51

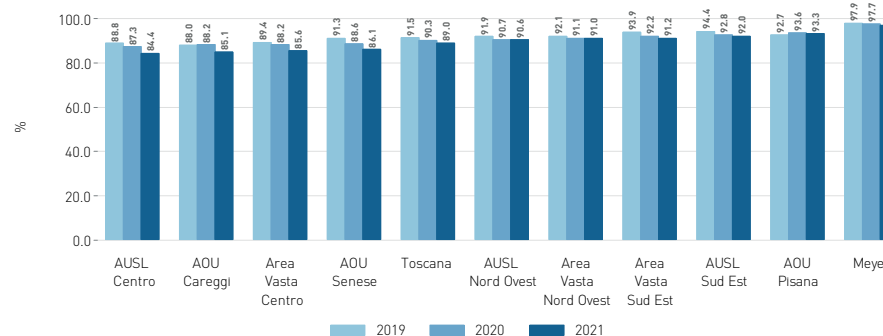
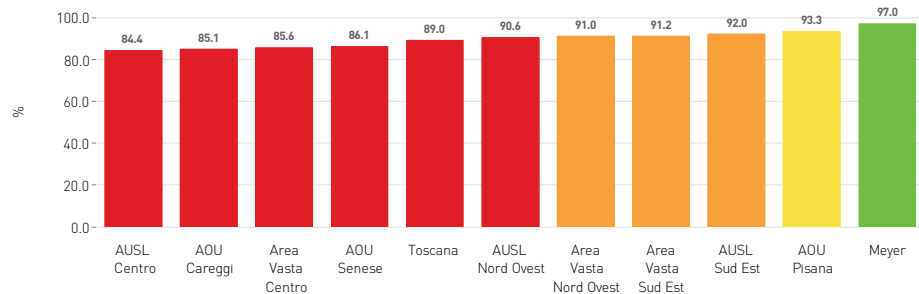
C16.4.1 Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore

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.

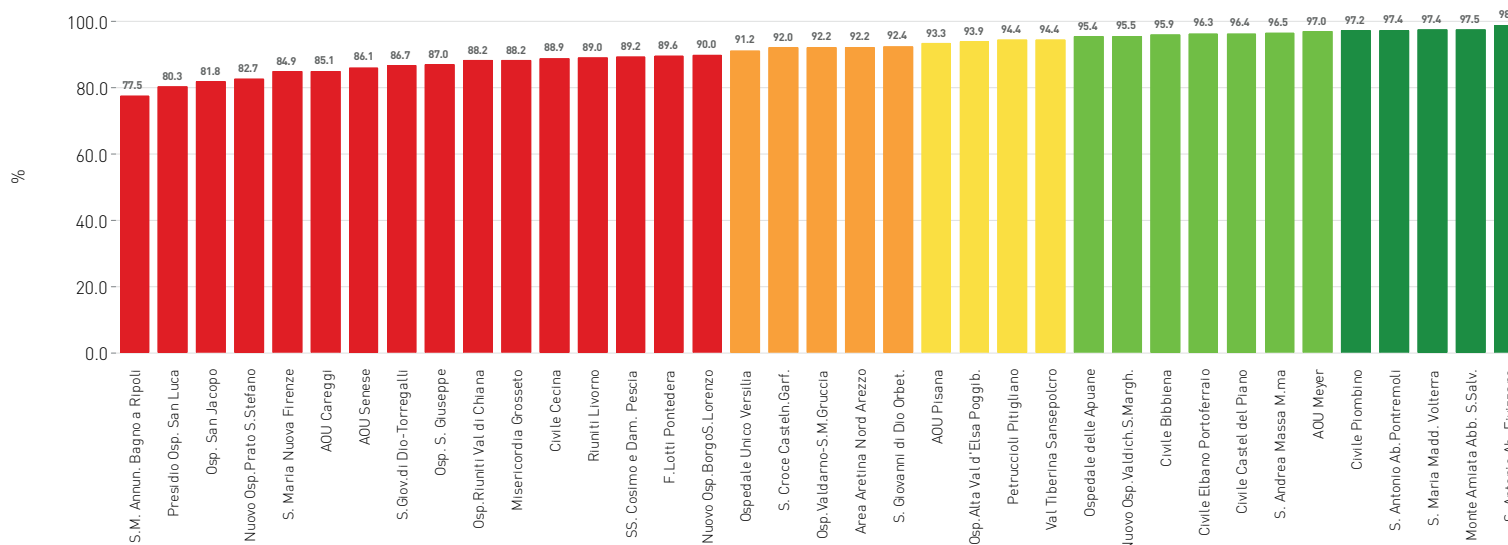


Aziende - Dati 2021

Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

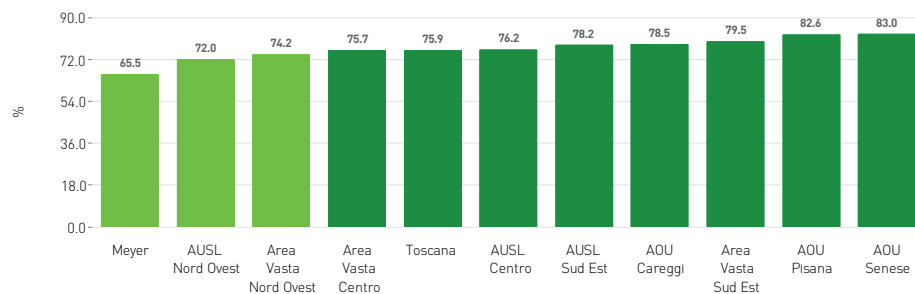


C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

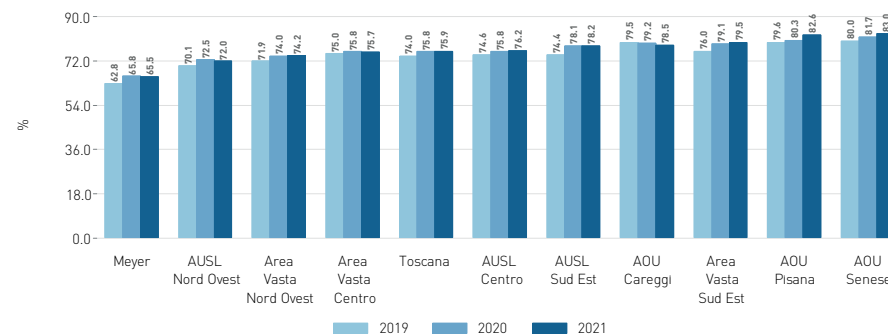
L'indicatore è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di pazienti che, ricoverati a seguito di un accesso al Pronto Soccorso, sono ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico rispetto ai pazienti ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico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



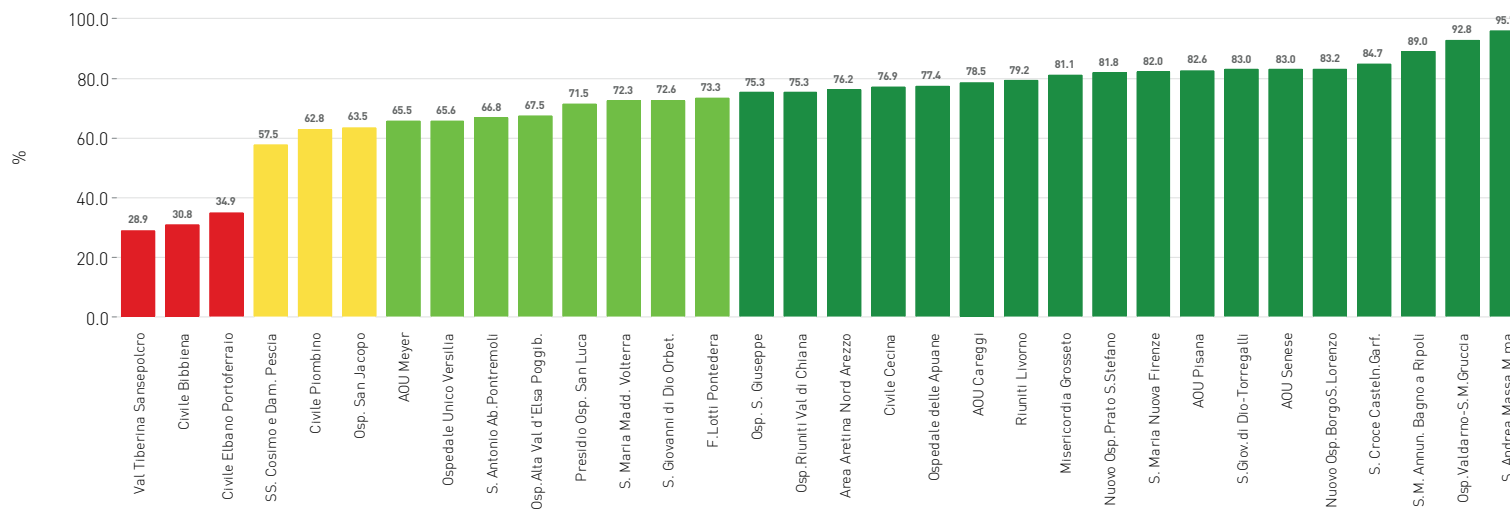
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



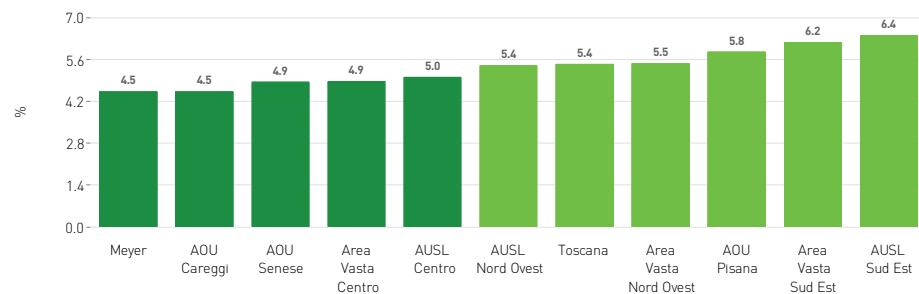
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

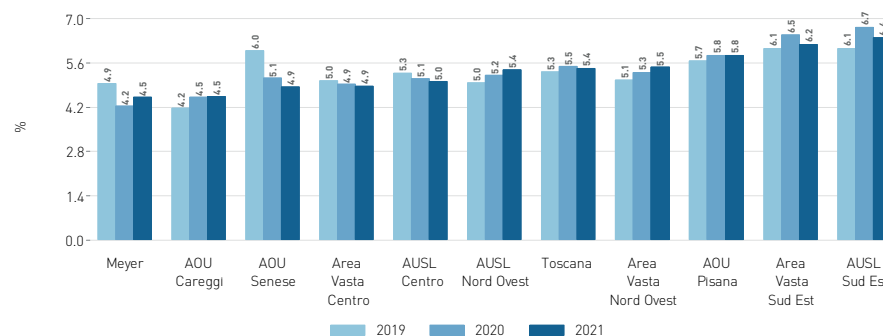
L'indicatore monitora la percentuale di pazienti che rientrano in un qualsiasi Pronto Soccorso presente sul territorio regionale, entro 72 ore rispetto all'accesso precedente, sul totale degli accessi al PS effettuati dai residenti toscani.



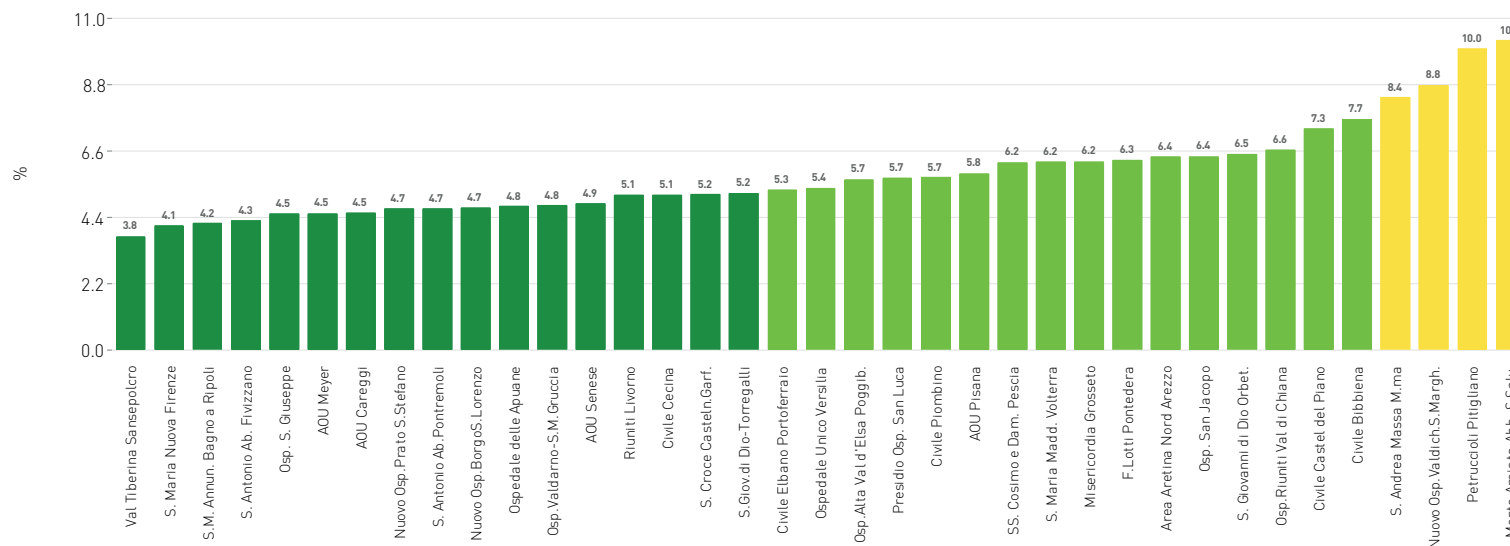
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

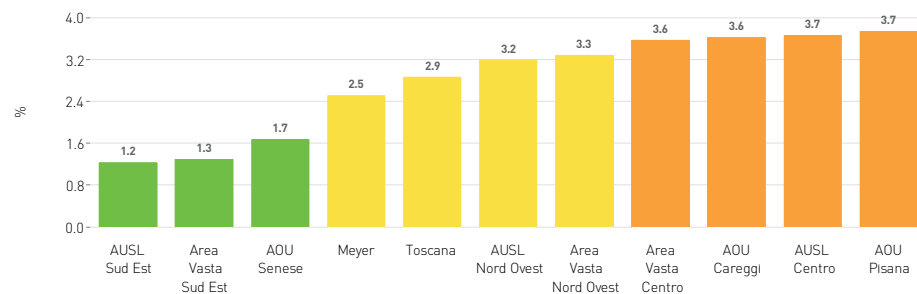


D9A Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati

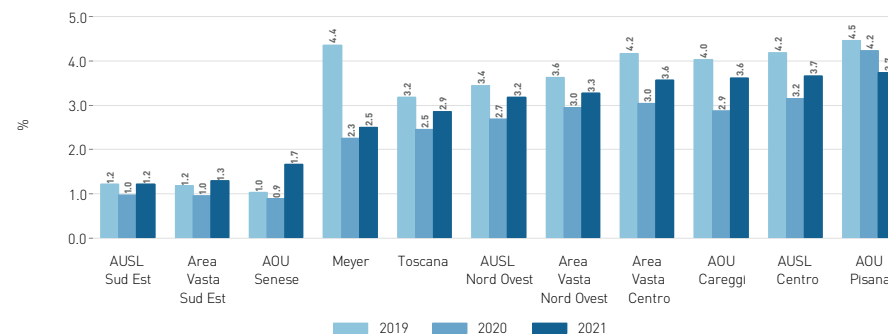
L'indicatore valuta il dato relativo al numero di accessi al Pronto Soccorso che esitano con un abbandono spontaneamente da parte del paziente dopo l'accettazione, senza informarne il personale. Il dato relativo agli abbandoni include sia quelli dei pazienti che si allontanano prima di essere visti dal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



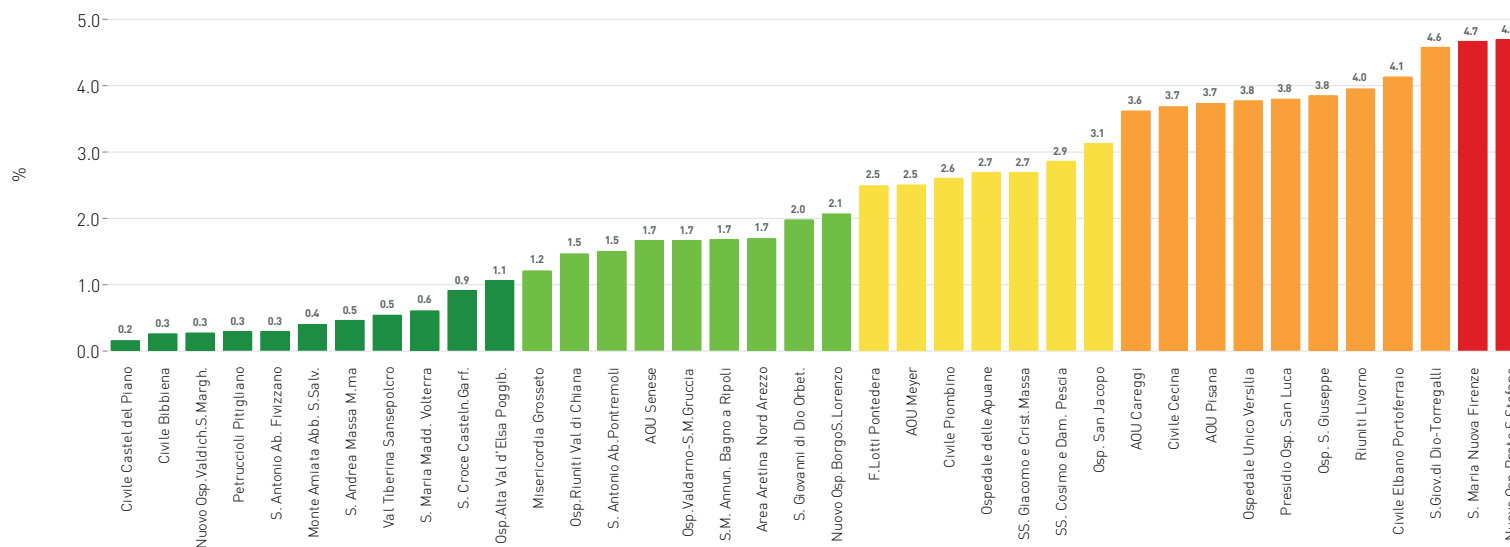
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



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

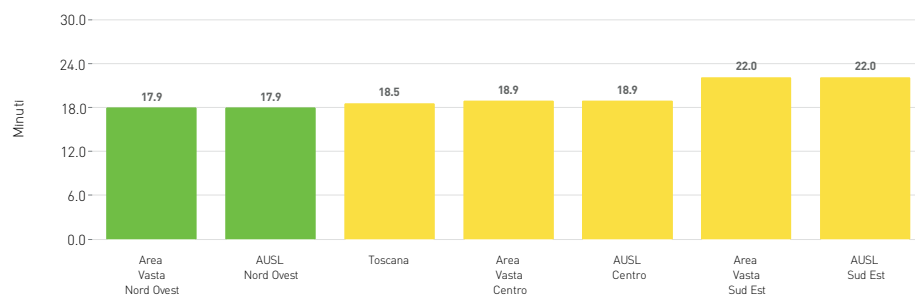
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
18.45	17.93	18.88	22.00

C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso

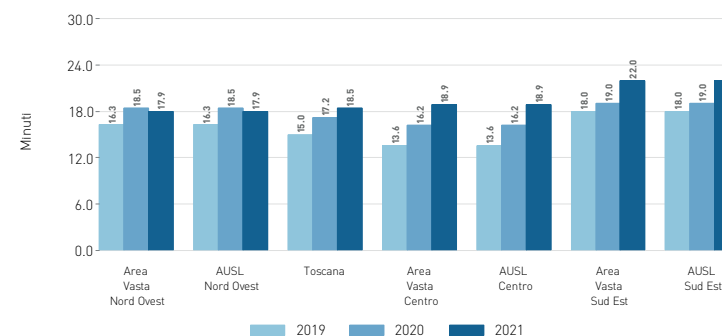
L'indicatore descrive l'offerta assistenziale dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo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



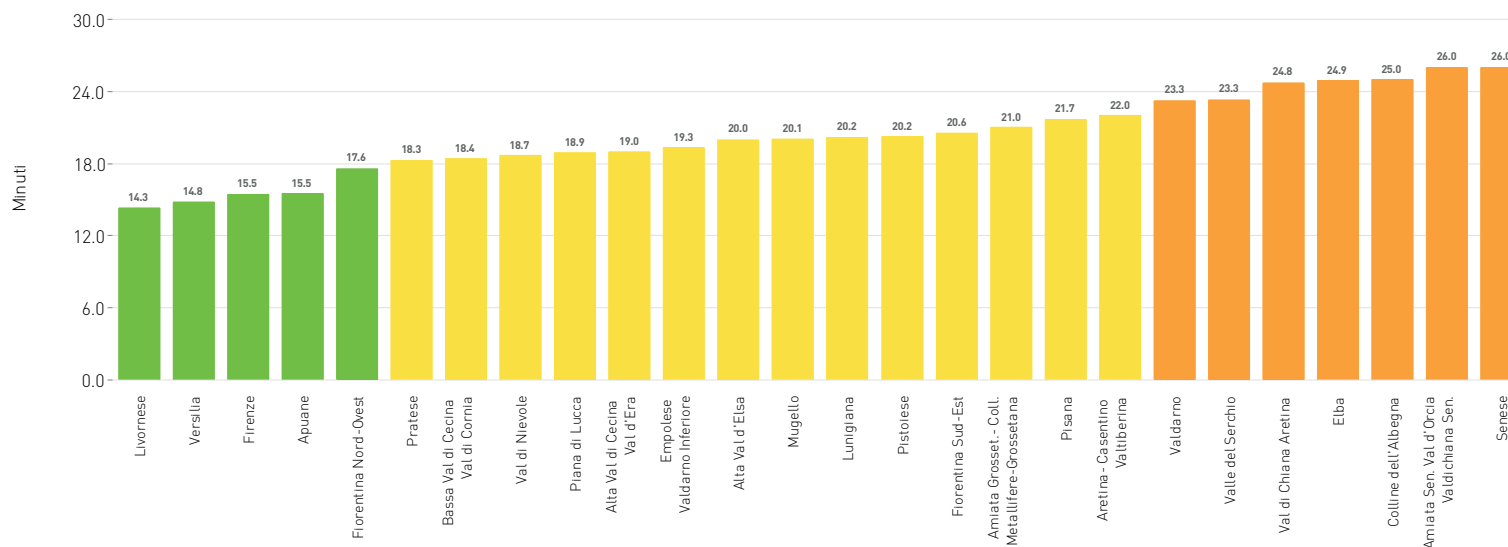
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021





PREVENZIONE COLLETTIVA

a cura di Alessandro Vinci

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.



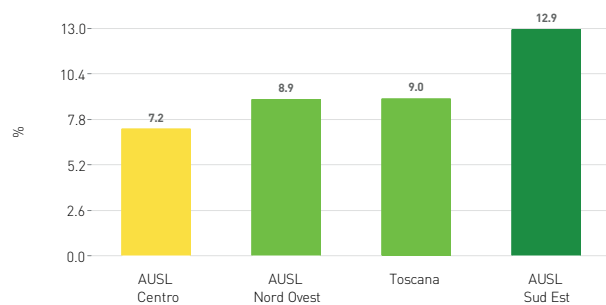
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
F15 Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)	●	●	●	●
F15.2 Copertura del territorio				
F15.2.1T N.aziende controllate/N.PAT INAIL	8.98	8.94	7.25	12.91
F15.2.3T N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione	135.79	105.91	150.42	146.66
F15.1.8 % di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole	144.25	122.87	132.27	164.99
F15.3 Efficienza produttiva				
F15.3.1T N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL	52.73	51.76	42.88	76.04
F15.3.2 N.sopraluoghi/N.personale UPG SPSAL	43.59	38.66	28.19	85.37
F15.1.1S Efficacia strutturale riferita al numero di unità locali (PAT) rispetto al personale qualificato	586.99	578.91	591.73	589.06
F15.1.4S Efficacia strutturale riferita al numero di lavoratori occupati (ISTAT) rispetto al personale qualificato	4629.59	4939.03	4244.70	5000.00
F15.1.3 Inchieste per infortunio sul lavoro	855.00	304.00	260.00	291.00
F15.1.4 Inchieste per malattie professionali	137.00	10.00	59.00	68.00

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

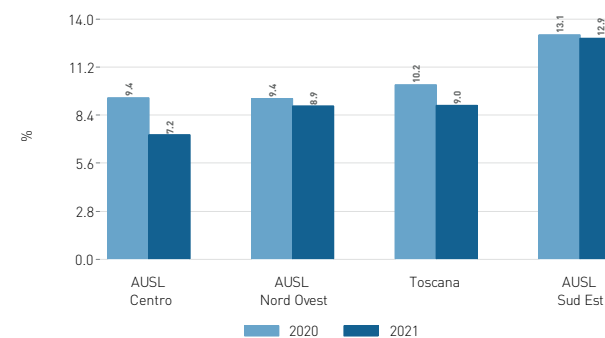
L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende sottoposte a controlli complessivi (sia di tipo ispettivo, con sopralluogo, che di tipo documentale, senza sopralluogo) rapportato al numero di Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) INAIL.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

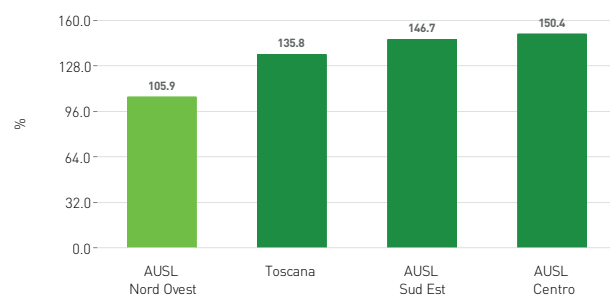


F15.2.3T N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione

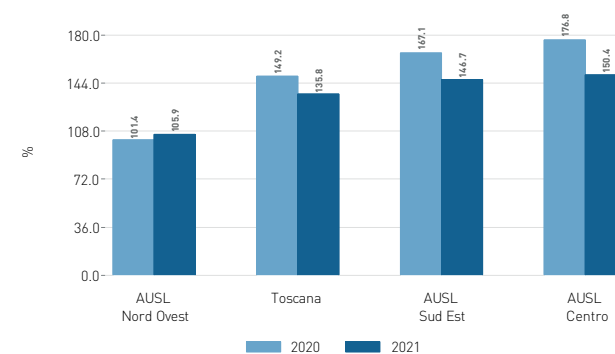
L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero di cantieri sottoposti a controllo e il numero di controlli in edilizia secondo programmazione.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

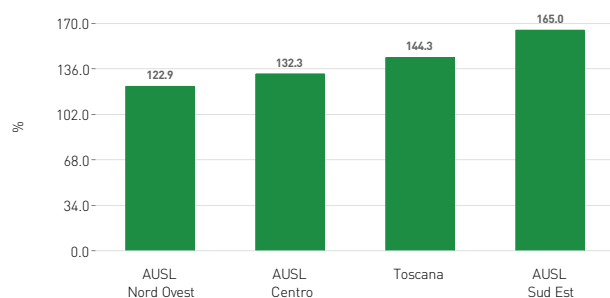


F15.1.8 Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole

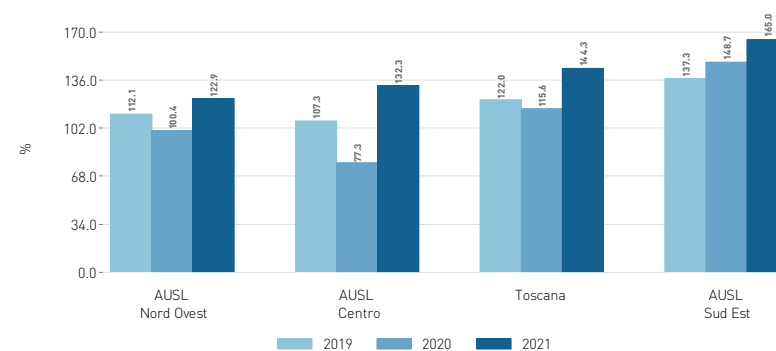
La copertura del territorio viene valutata anche tramite la rilevazione delle aziende agricole. La fonte dati deriva dal Piano regionale agricoltura (formalizzato dalla DGR 783/2010 e dal DD 5395) che a sua volta discende dal Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura (PNPAS). Il flusso di aziende agricole controllate viene raccolto dal 2007 ed è quindi un flusso consolidato.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

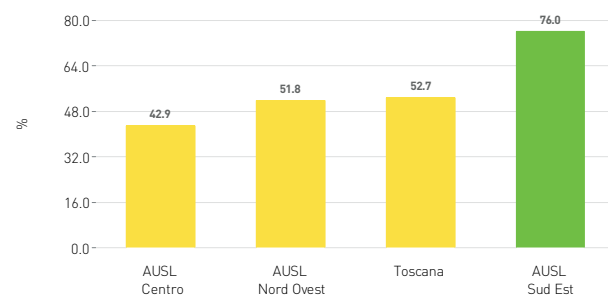


F15.3.1T N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL

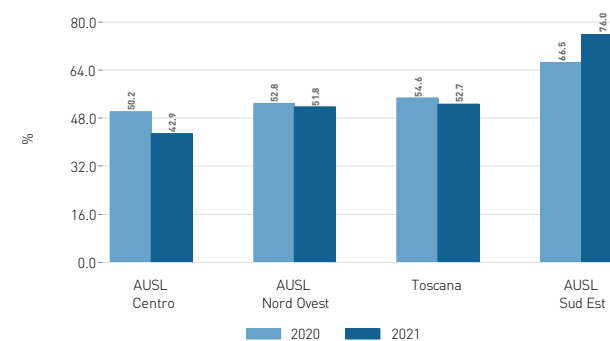
Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di aziende controllate (cioè con controlli sia di tipo ispettivo, con sopralluogo, sia di tipo documentale, senza sopralluogo) rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend





GOVERNO E QUALITÀ DELL'OFFERTA

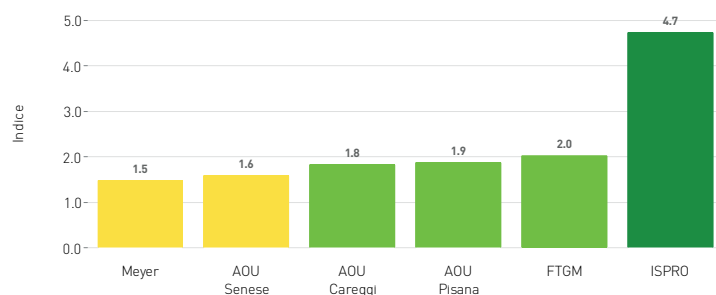
a cura di Sara Barsanti, Vera Benedetto, Manila Bonciani, Ilaria Corazza,
Michele Cumetti, Elisa Demontis, Erica De Vita, Giuseppe D'Orio,
Amerigo Ferrari, Francesca Ferrè, Maria Francesca Furmenti,
Sofia Longhi, Maria Saveria Mavillonio, Giaele Moretti,
Anna Maria Murante, Anna Noci, Riccardo Novaro,
Emiliano Pardini, Luca Pirrotta, Francesca Pennucci,
Chiara Seghieri e Veronica Spataro

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

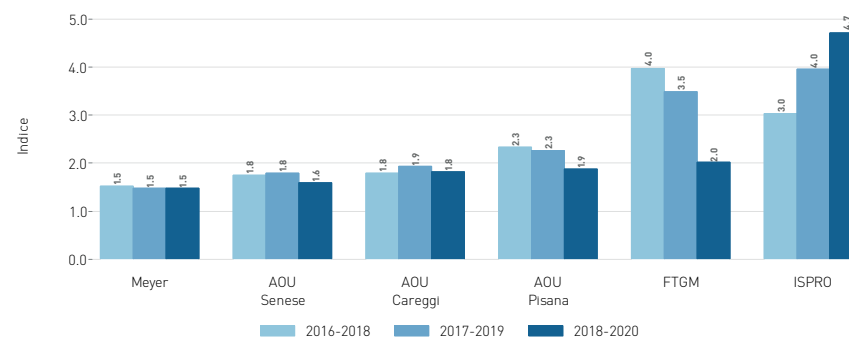
L'indicatore B15.1.1A monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra il FWCI medio dei dirigenti medici, sia ospedalieri che universitari, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. Il FWCI indica la qualità degli 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 2018-2020.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

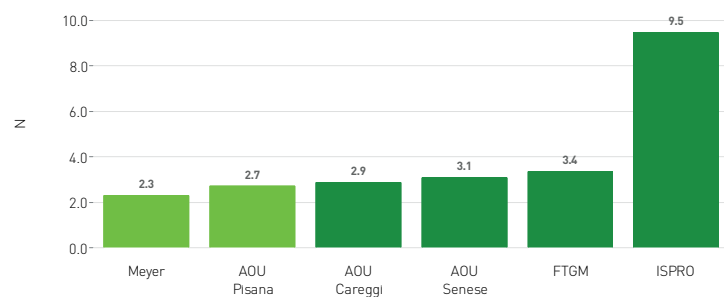


B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigenti

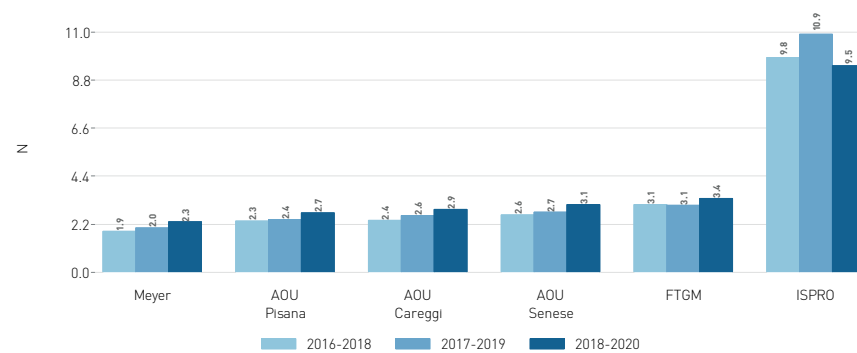
L'indicatore mostra il numero medio di pubblicazioni per i dirigenti medici sia ospedalieri che universitari. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2018-2020.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



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.



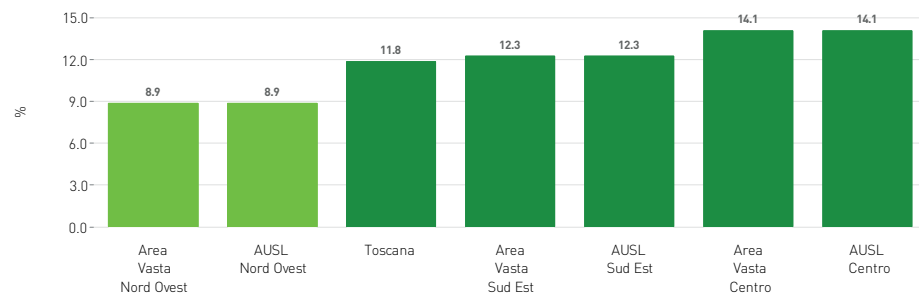
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
B28 Assistenza Domiciliare e Residenziale	●	●	●	●
B28.1 Assistenza Domiciliare				
B28.1.1B Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare	42.69	25.00	43.01	69.97
B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	11.85	8.86	14.08	12.27
B28.1.3 Tempo medio in gg tra la segnalazione e la prima erogazione	6.10	10.08	5.71	4.27
B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	13.62	12.30	13.34	15.16
B28.2.2 Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	8.45	6.03	8.75	11.57
B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	10.74	7.78	13.13	10.45
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)	41.23	35.58	44.35	40.17
B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	40.07	40.50	36.32	45.71
B28.2.9A Tasso di prese in carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	43.99	34.17	47.73	52.01
B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	3.34	3.49	3.18	3.48
B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	18.20	20.21	15.99	20.44
B28.2.13 Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente	13.92	10.18	16.30	14.99
B28.2.14 Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente	2.81	0.65	0.78	10.39
D22Z.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per Intensità di cura (CIA 1)	10.33	5.07	8.09	22.82
D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	6.00	3.24	6.80	8.65
D22Z.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	4.74	2.12	6.09	6.07
B28.3 Assistenza Residenziale				
B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	75.01	86.76	62.81	86.71
B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	56.25	66.92	50.40	47.84
B28.4 Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	126.33	92.08	166.60	103.92
B28.3.10 Tasso std di anziani over 65 ammessi in RSA	4.36	3.90	4.49	5.17
B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	14.62	19.39	11.18	15.12
B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	19.47	24.39	16.60	18.84
B28.3.19 Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA	87.23	92.52	82.95	87.10
D33ZA.R1 Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R1	0.07	0.04	0.07	0.11
D33ZA.R2 Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R2	3.89	0.87	5.84	4.80
D33ZA.R3 Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	22.47	14.77	24.89	29.57
B28.3.14 Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti				
B28.3.15 Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 10 giorni dall'ammissione				
B28.3.16 Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 90 giorni dall'ammissione				

B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

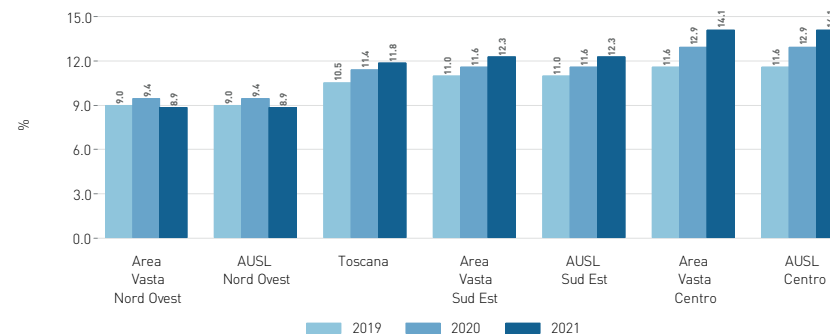
L'indicatore rileva la percentuale di anziani con almeno un accesso in cure domiciliari per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali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



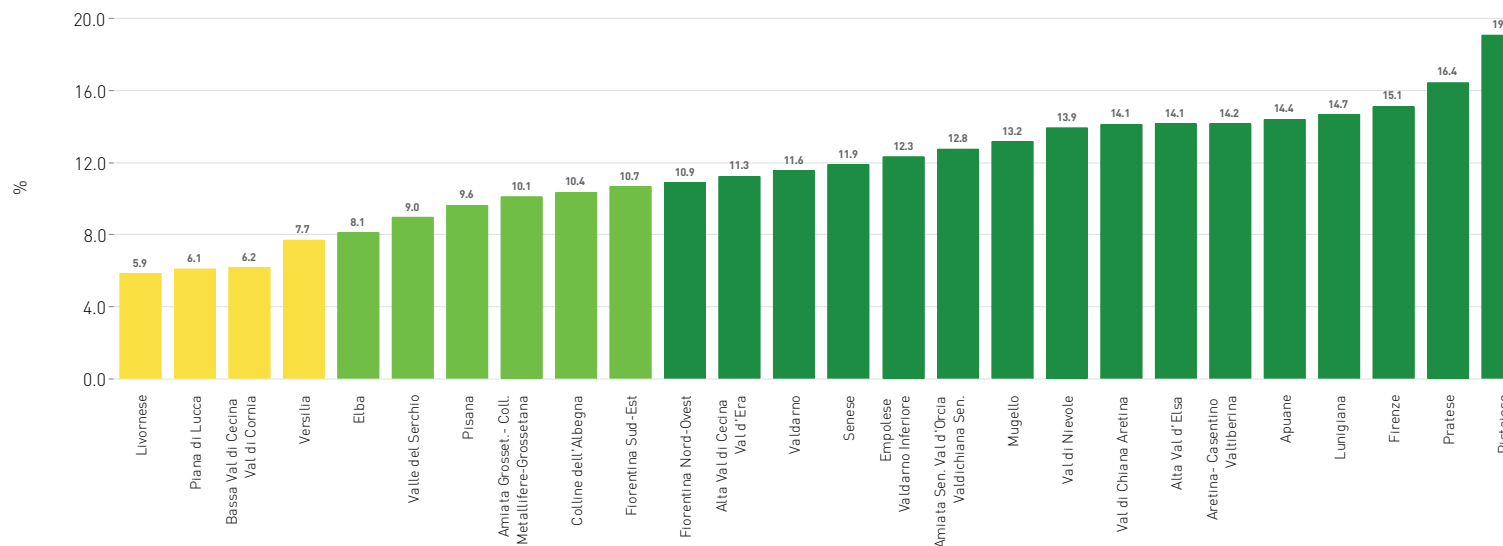
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

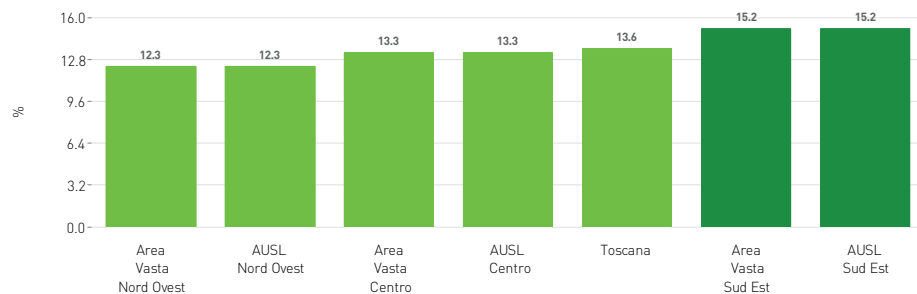


B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi

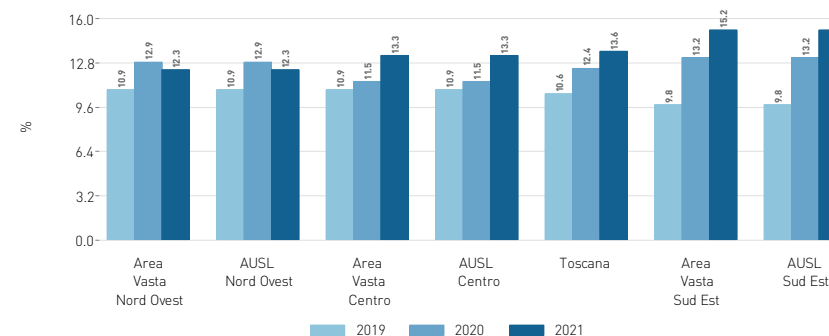
L'indicatore misura nell'anno la percentuale di accessi fatta in giorni festivi o prefestivi quale proxy del carico assistenziale e della conseguente organizzazione del percorso domiciliare.



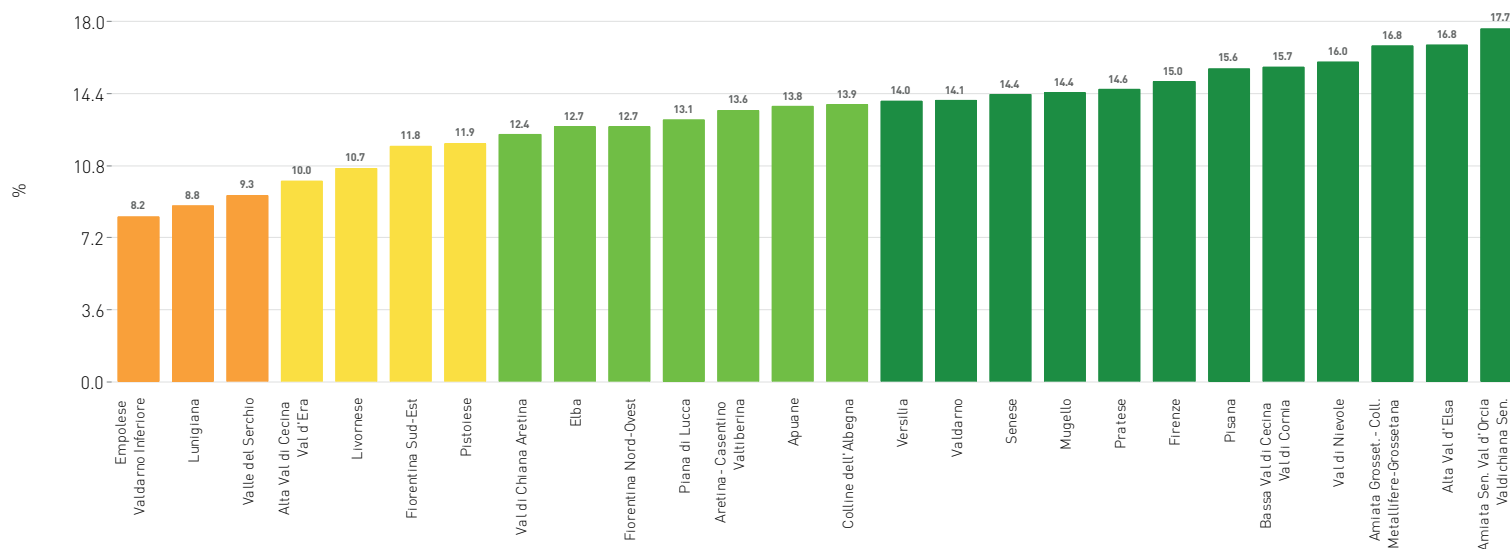
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

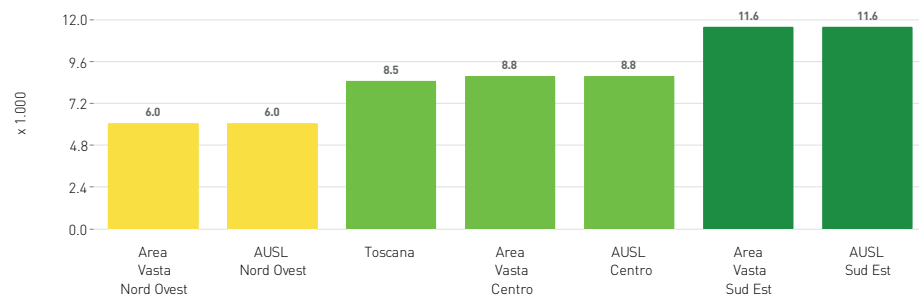


B28.2.2 Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti

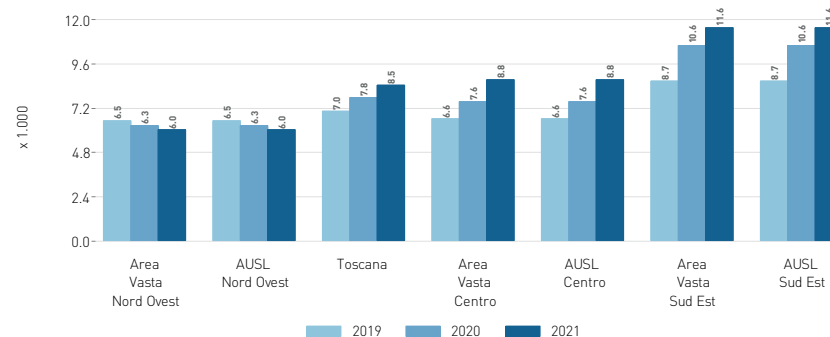
L'indicatore misura il numero di assistiti ogni 1.000 residenti che nel mese hanno almeno 8 accessi domiciliari, quale proxy del numero di assistiti con un certo livello di intensità assistenziale del percorso.



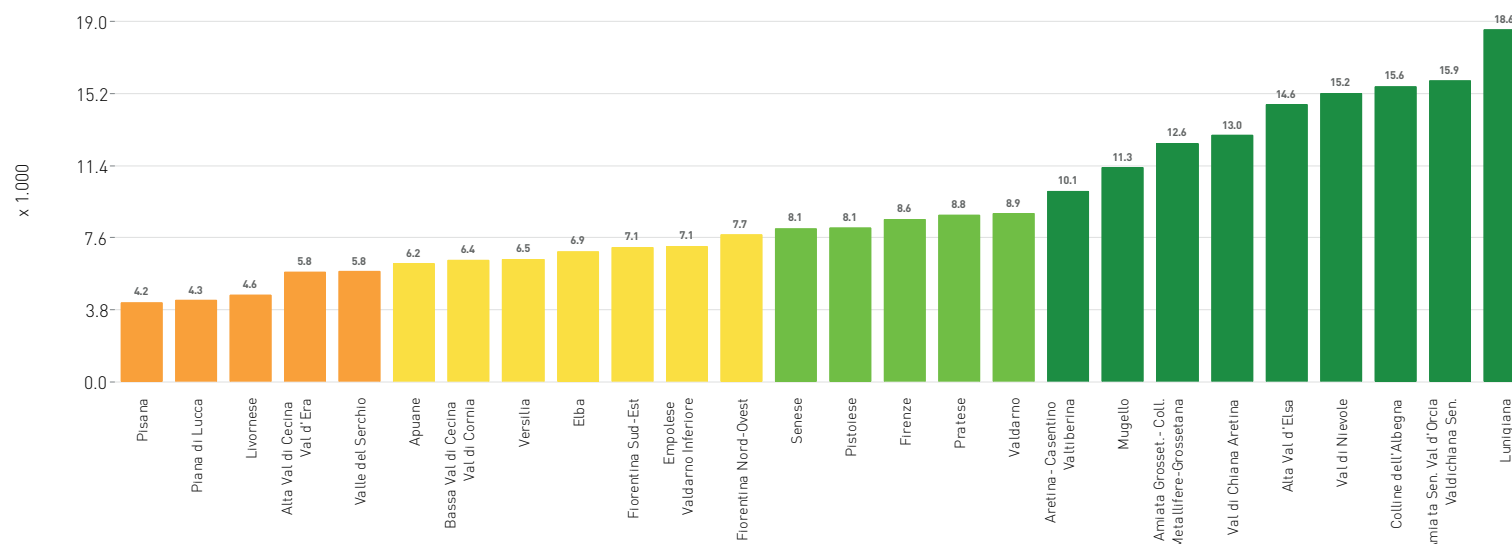
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

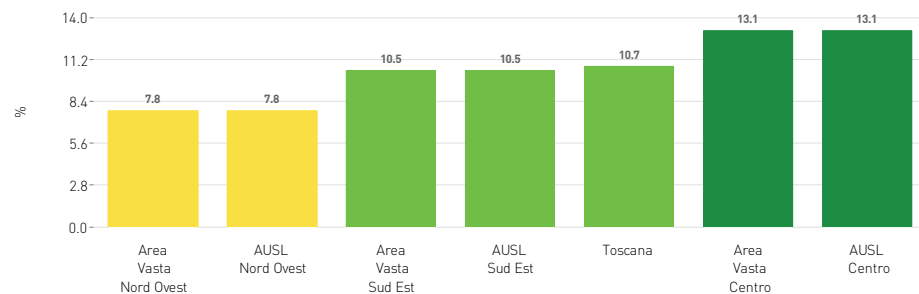


B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione

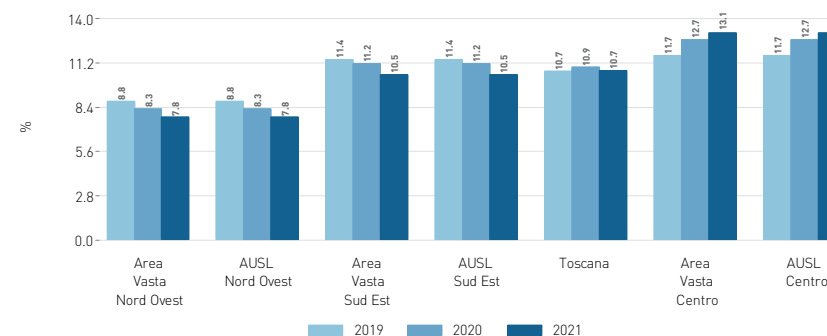
La percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio.



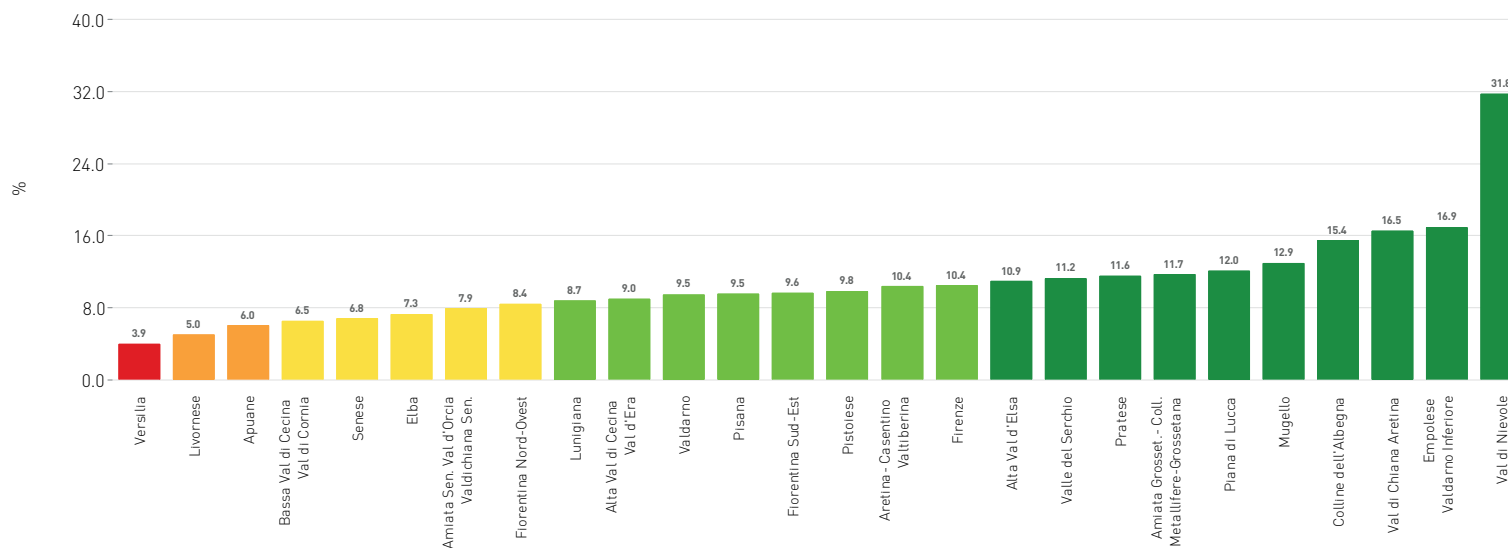
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

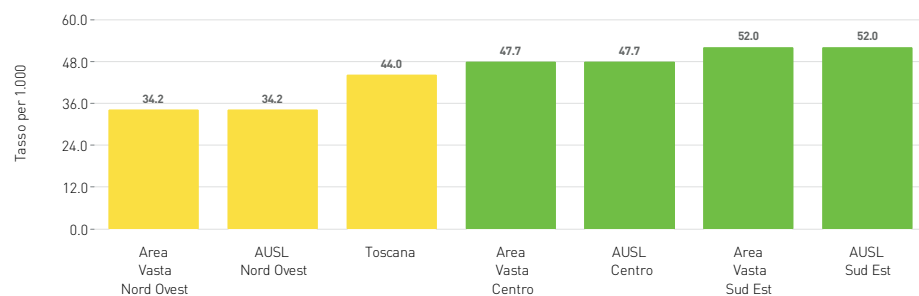


B28.2.9A Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari

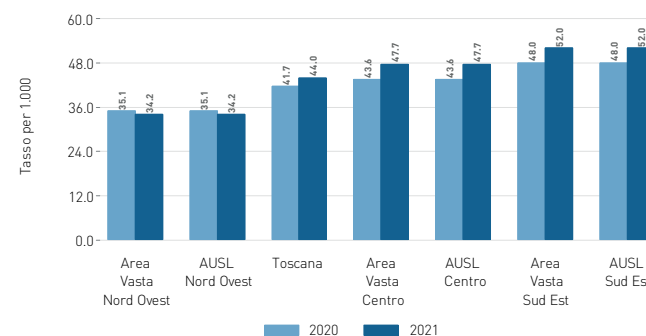
Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale, quindi, a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Il CIA, quindi, è una proxy del bisogno assistenziale dell'assistito: obiettivo generale è quello di prendere sempre più in carico nel setting domiciliare persone con bisogni complessi e quindi avere CIA elevati. L'indicatore monitora il tasso di prese in carico caratterizzate da una intensità non bassa in rapporto alla popolazione anziana residente.



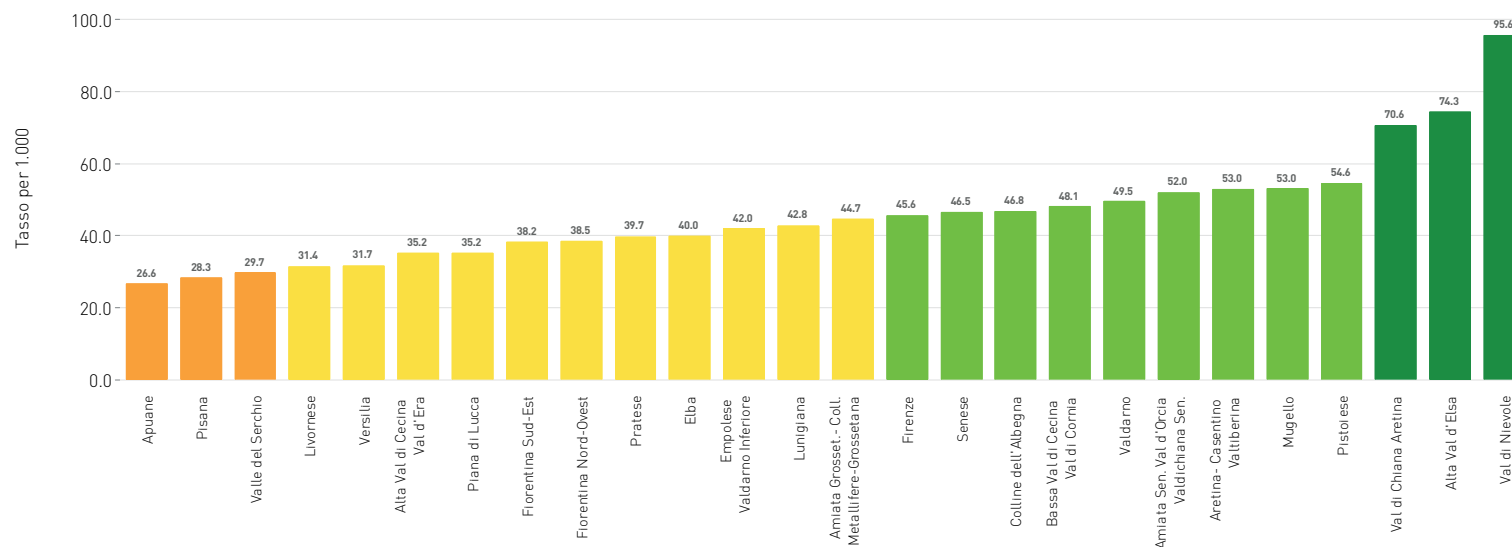
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

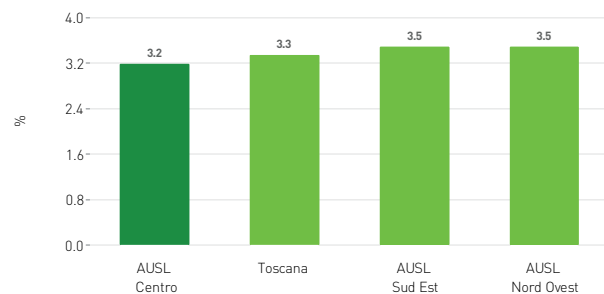


B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni

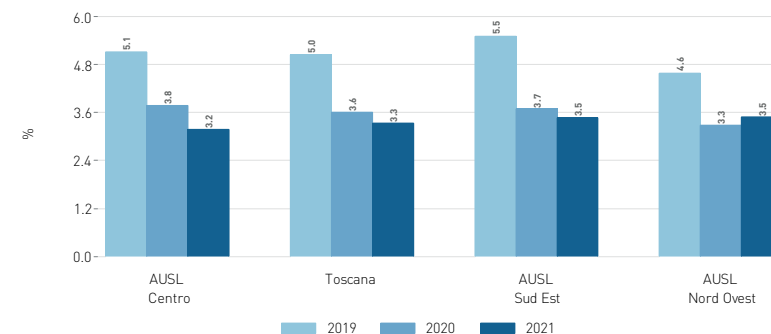
L'indicatore misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno due ricoveri ospedalieri di tipo medico, urgenti. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza domiciliare, in quanto una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



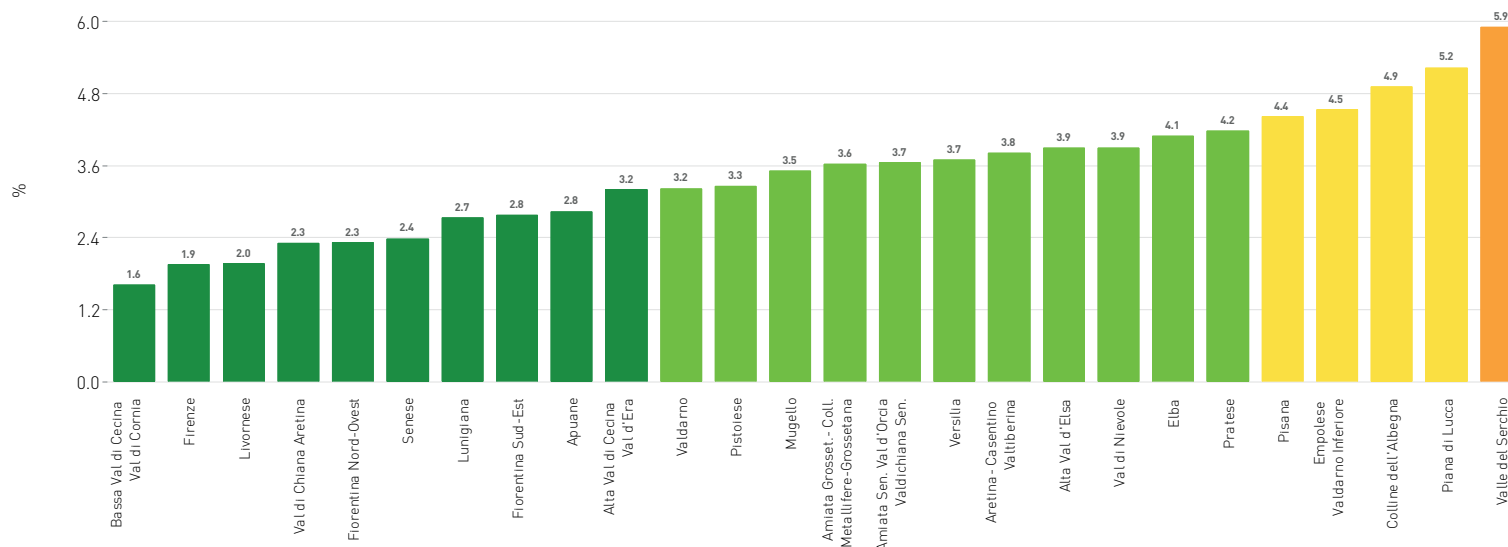
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

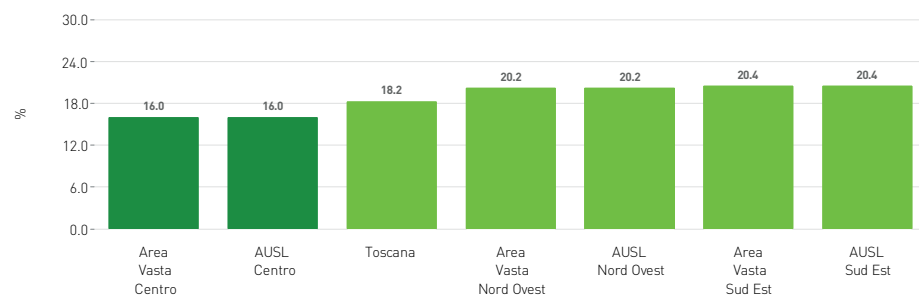


B28.2.12 Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni

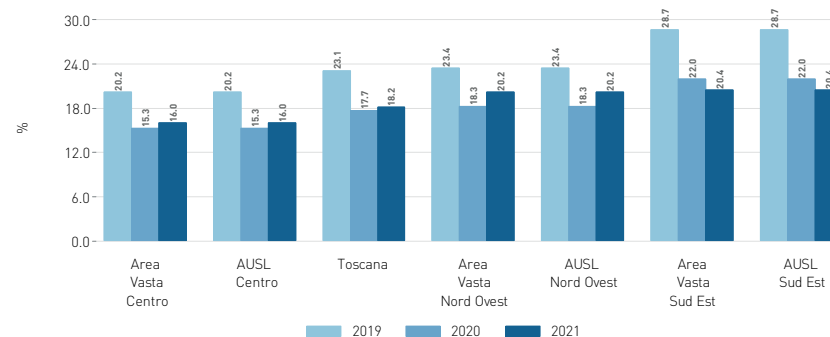
L'indicatore misura la percentuale di assistiti in cure domiciliari che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno un accesso al Pronto Soccorso. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico domiciliare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



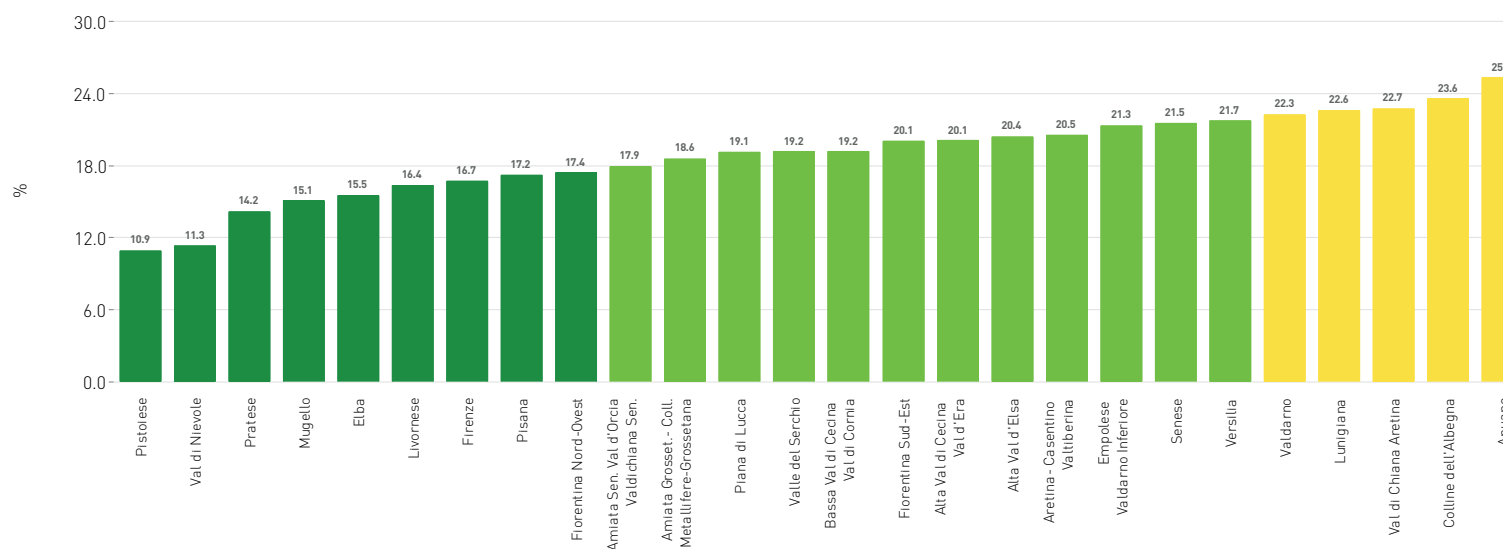
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

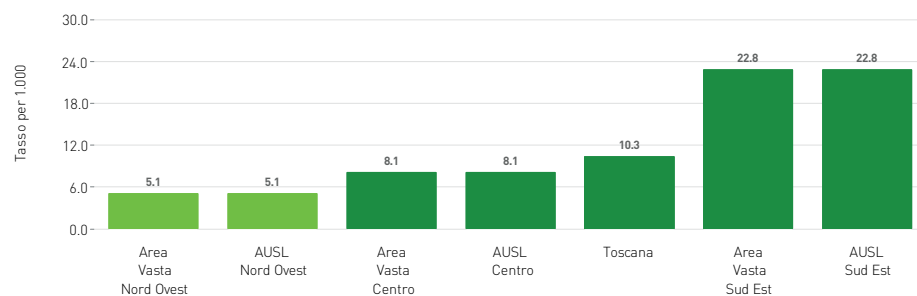


D22Z.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)

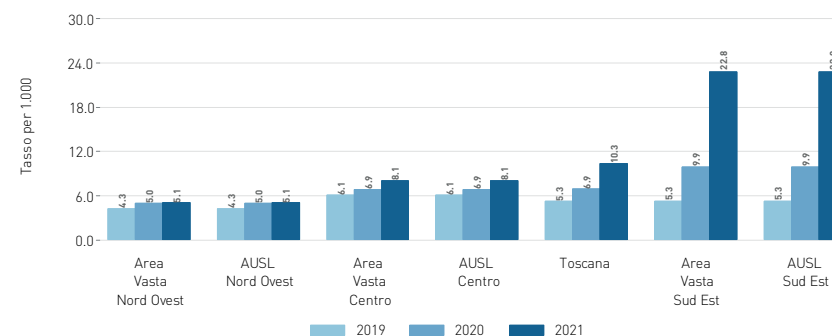
L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per livello di intensità assistenziale.



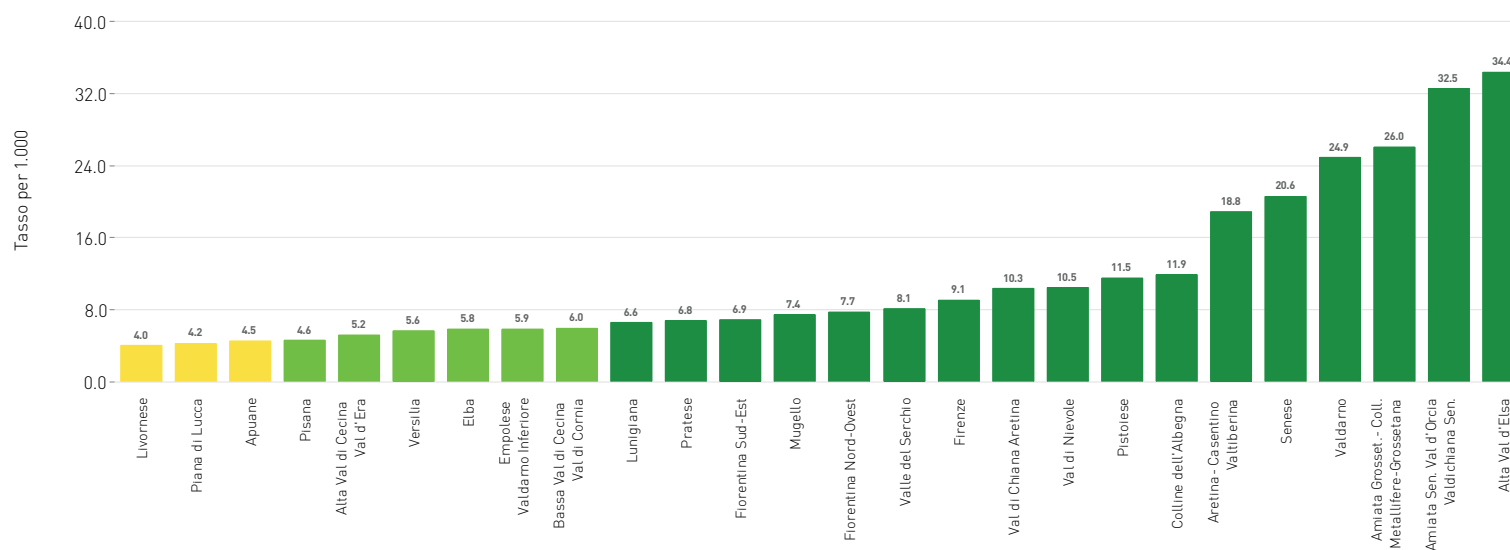
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

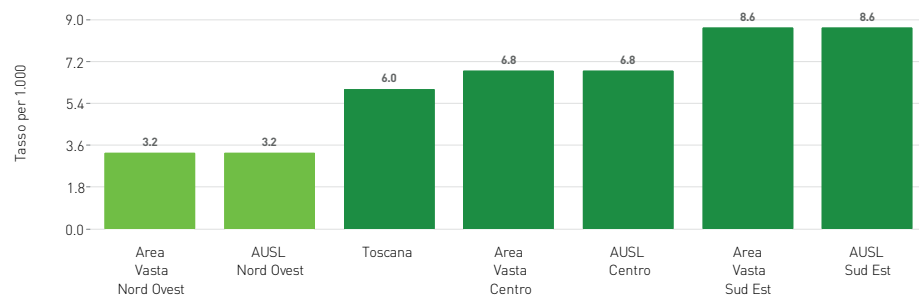


D2Z2.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)

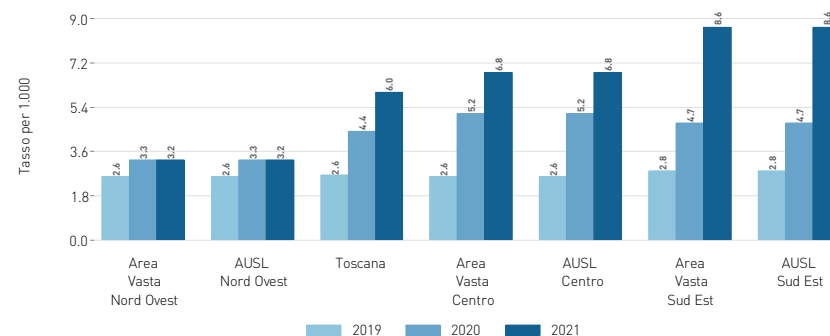
L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per livello di intensità assistenziale.



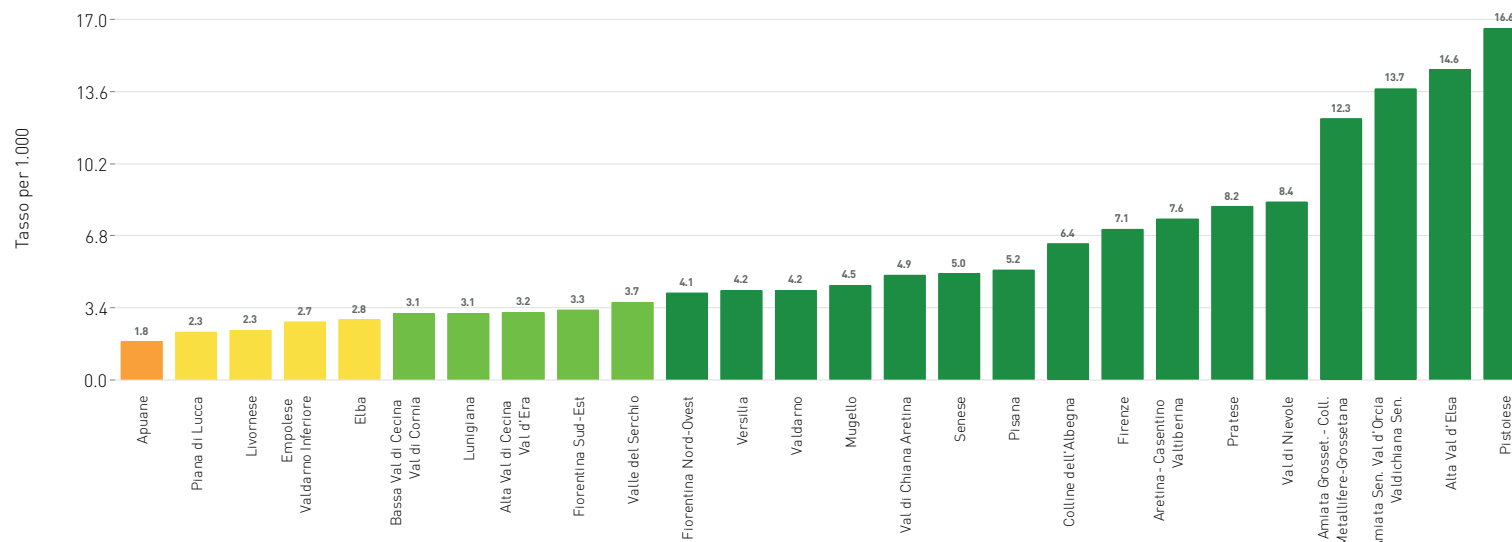
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

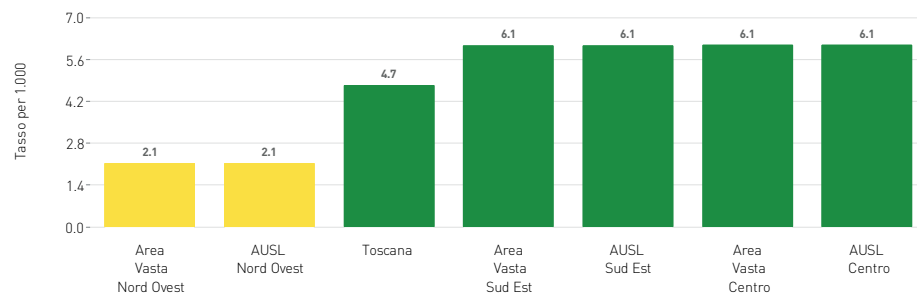


D22Z.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)

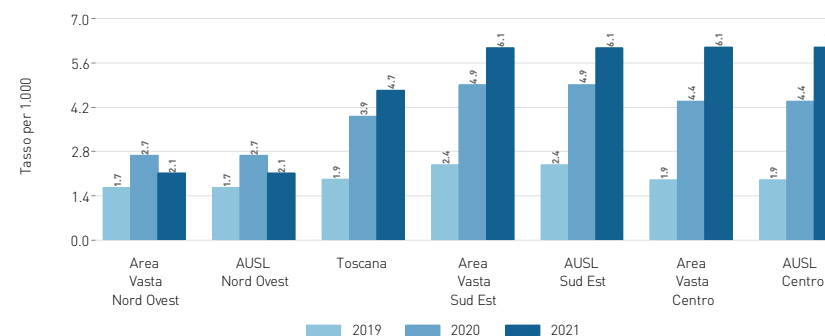
L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per livello di intensità assistenziale.



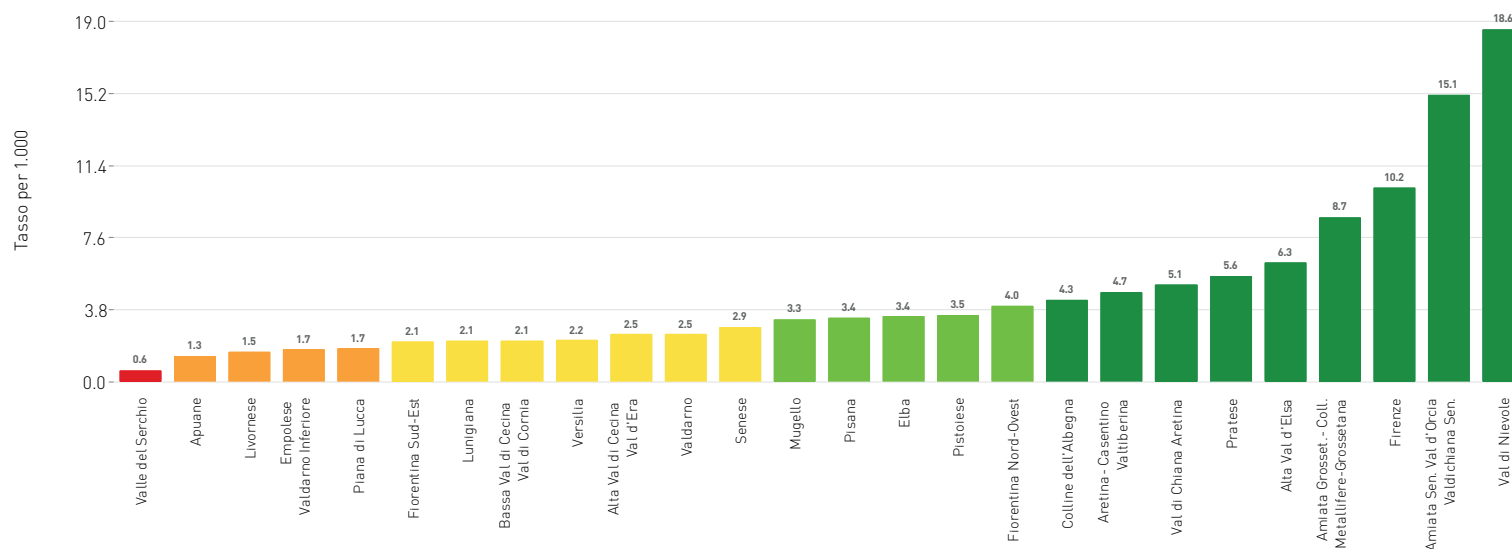
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

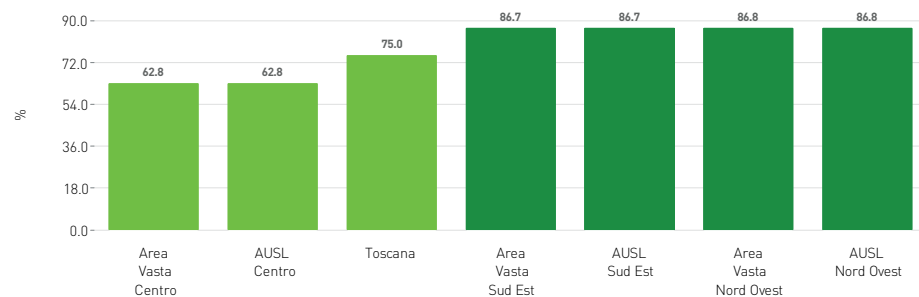


B28.3.1 Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione

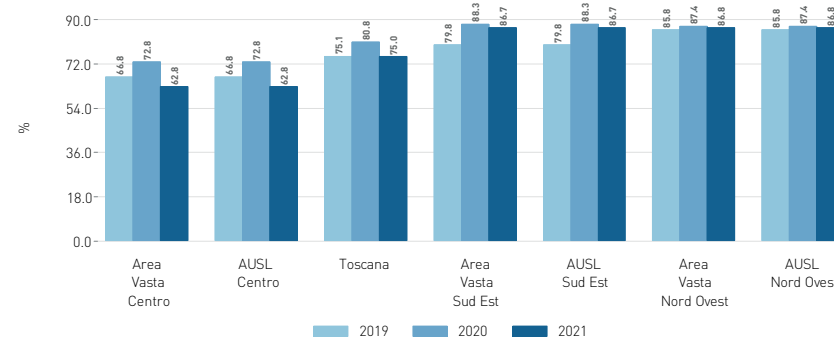
L'indicatore monitora le tempistiche di approvazione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) secondo la normativa regionale, in base alla quale l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) deve concordare il PAP entro 30 giorni dalla data di segnalazione.



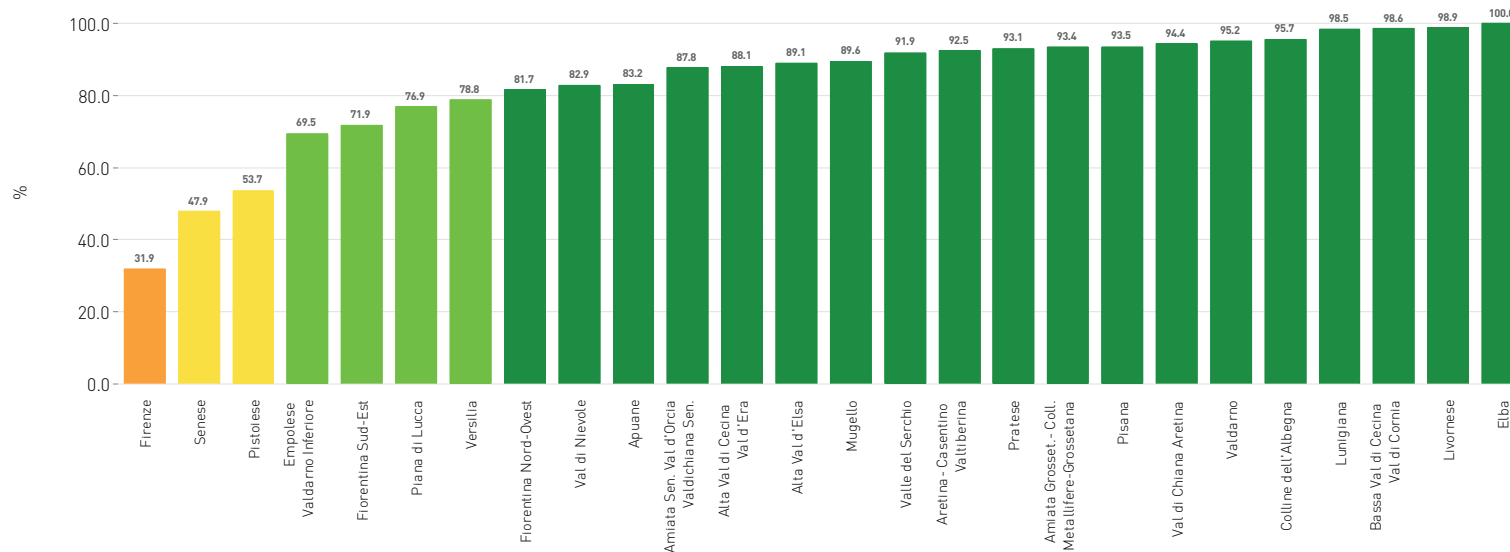
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

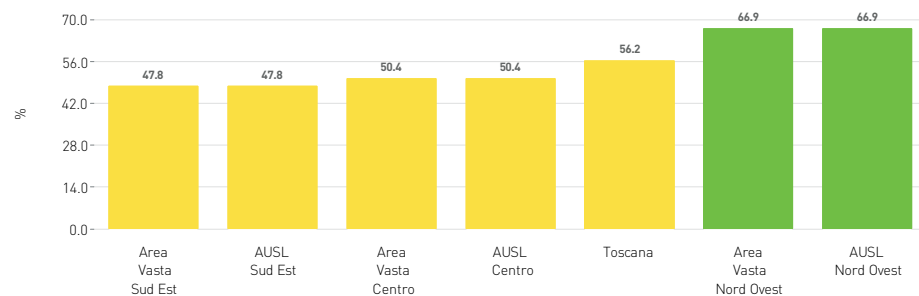


B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico

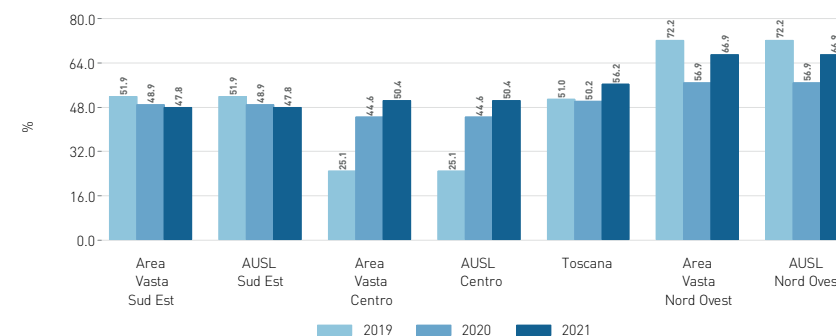
L'indicatore monitora le tempistiche di ammissione in RSA definite dalla normativa regionale, in base alla quale l'ammissione nella struttura deve avvenire entro 30 giorni dalla data di approvazione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP).



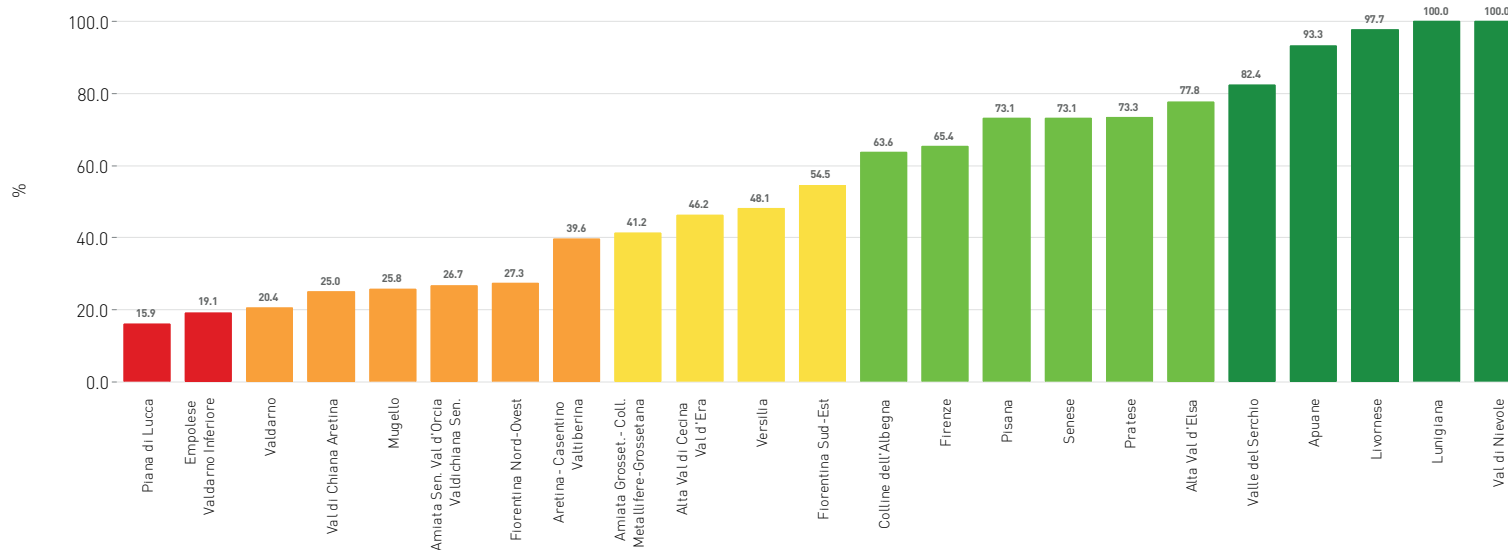
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



B28.4 Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni

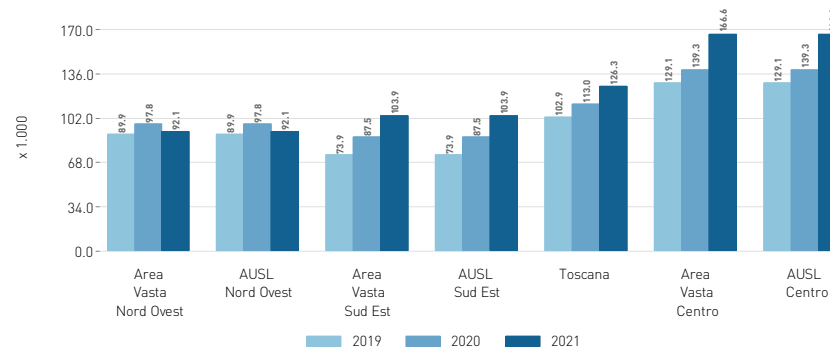
L'indicatore misura il numero di segnalazione che arrivano ai Punti Insieme ogni 1000 persone anziane. Le segnalazioni rappresentano il possibile punto di avvio di un percorso assistenziale domiciliare o residenziale e possono essere fatte generalmente dal medico di famiglia, da un assistito o familiare, 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.



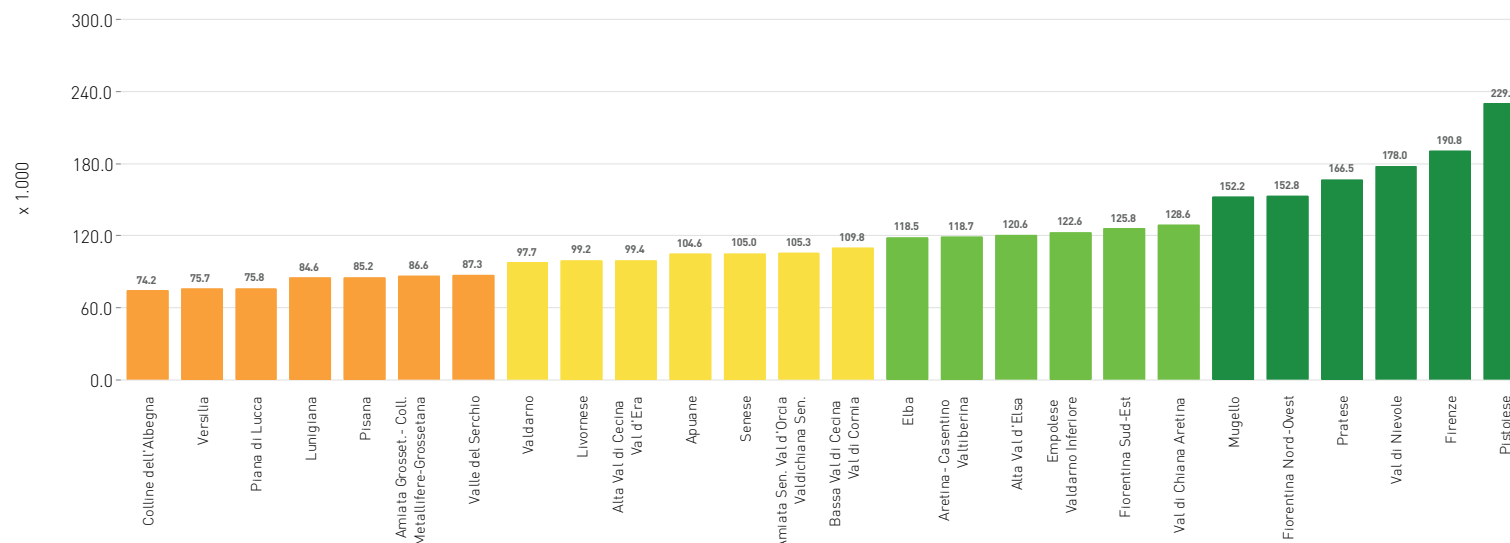
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

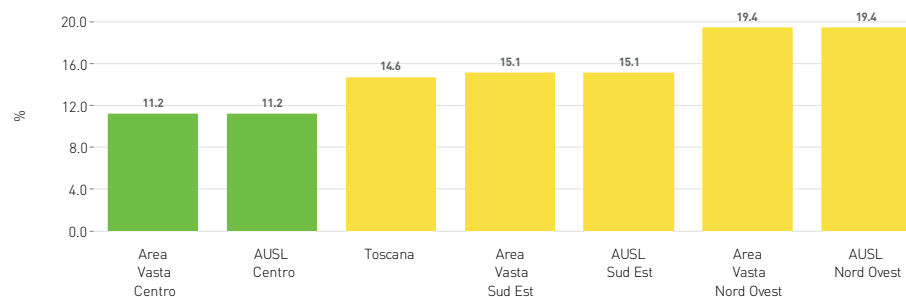


B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)

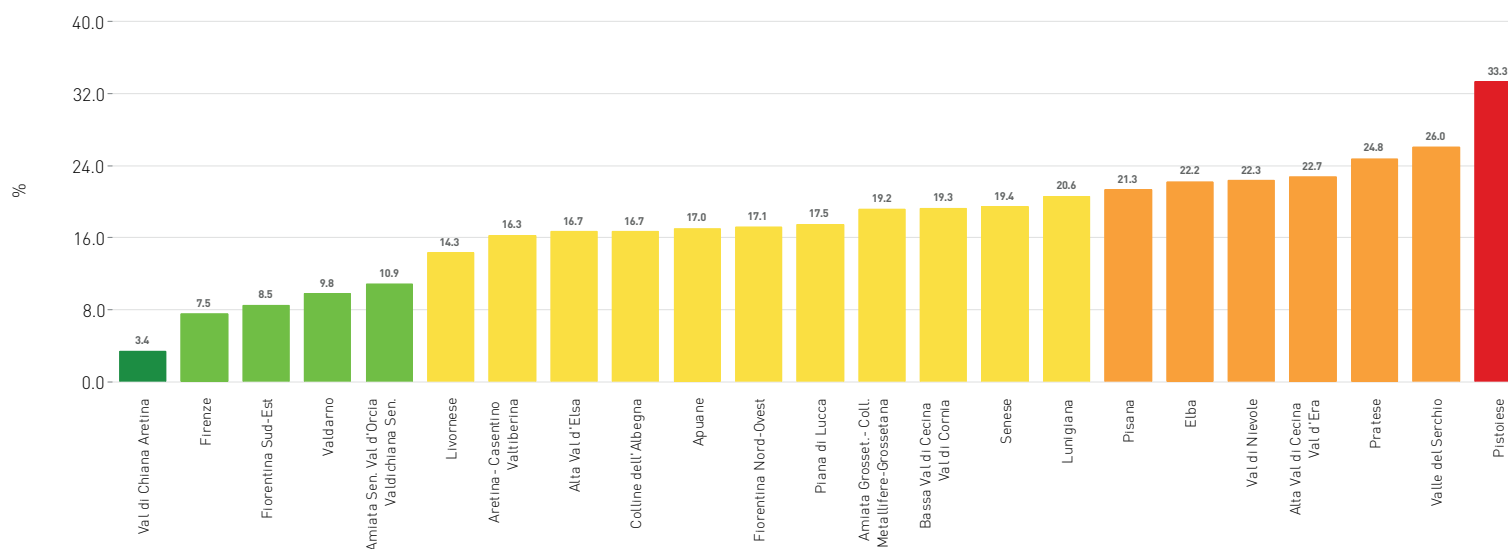
L'indicatore misura la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico domiciliare, almeno un ricovero ospedaliero. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza residenziale, in quanto una buona presa in carico residenziale consente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



Aziende - Dati 2021



Zone Distretto - Dati 2021

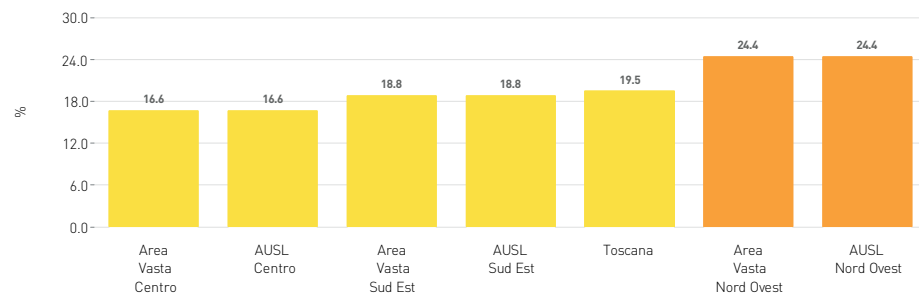


B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni

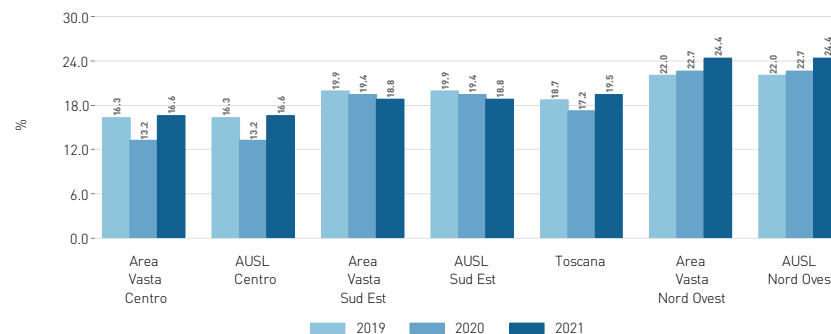
L'indicatore misura la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico residenziale, almeno un accesso al Pronto Soccorso. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico residenziale consente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



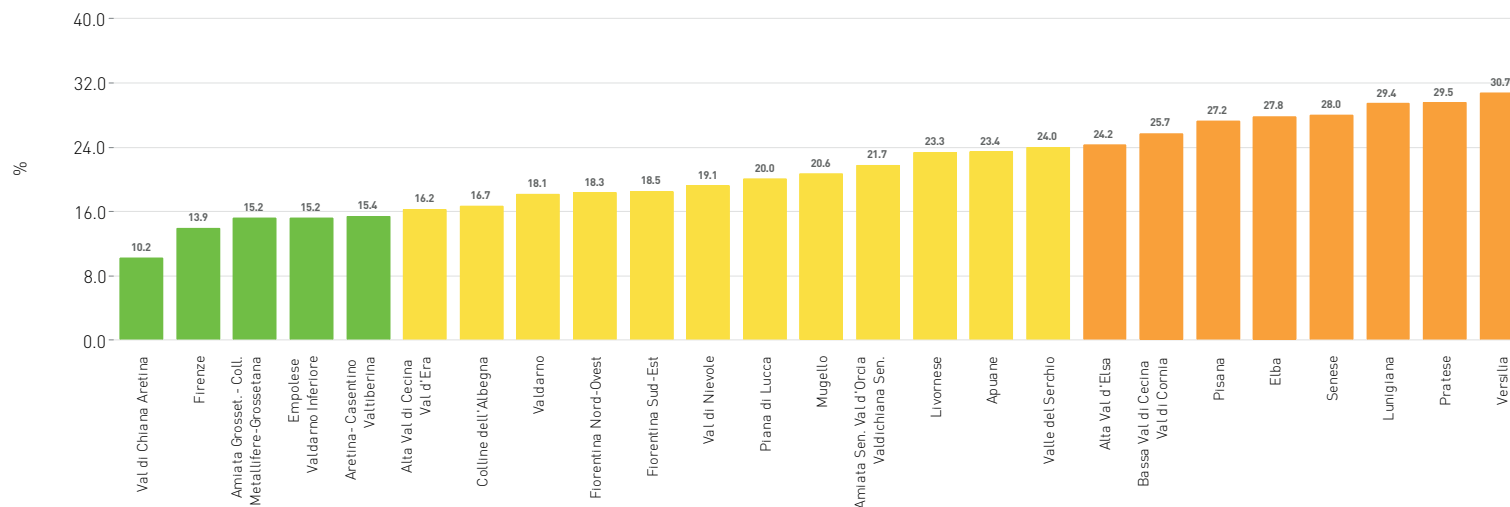
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



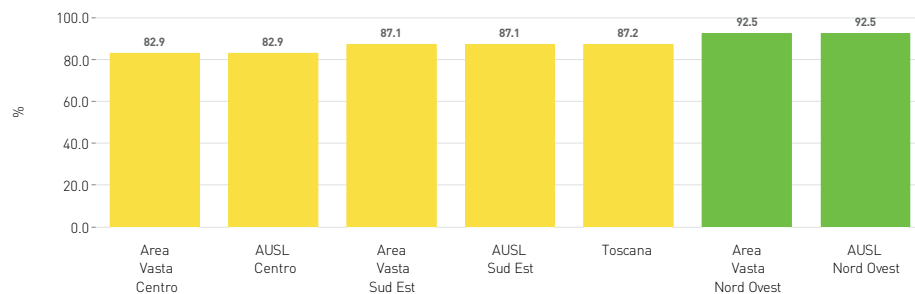
* nei grafici vengono visualizzate solo le zone distretto che superano il cut-off

B28.3.19 Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA

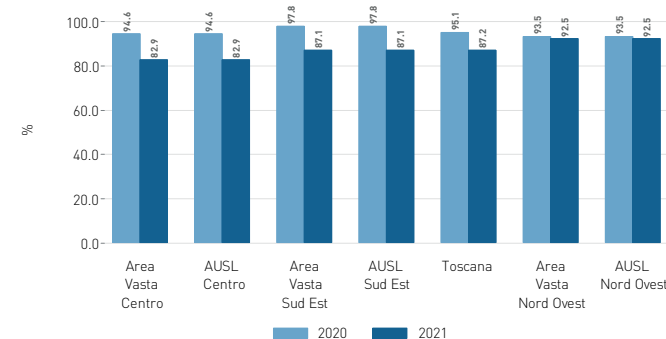
La Mappatura delle RSA è uno strumento previsto dalla delibera regionale n. 496 del 25 giugno 2013 con cui si raccolgono annualmente informazioni organizzative e gestionali di tutte le strutture presenti nei territori per una migliore programmazione e valutazione del setting residenziale.



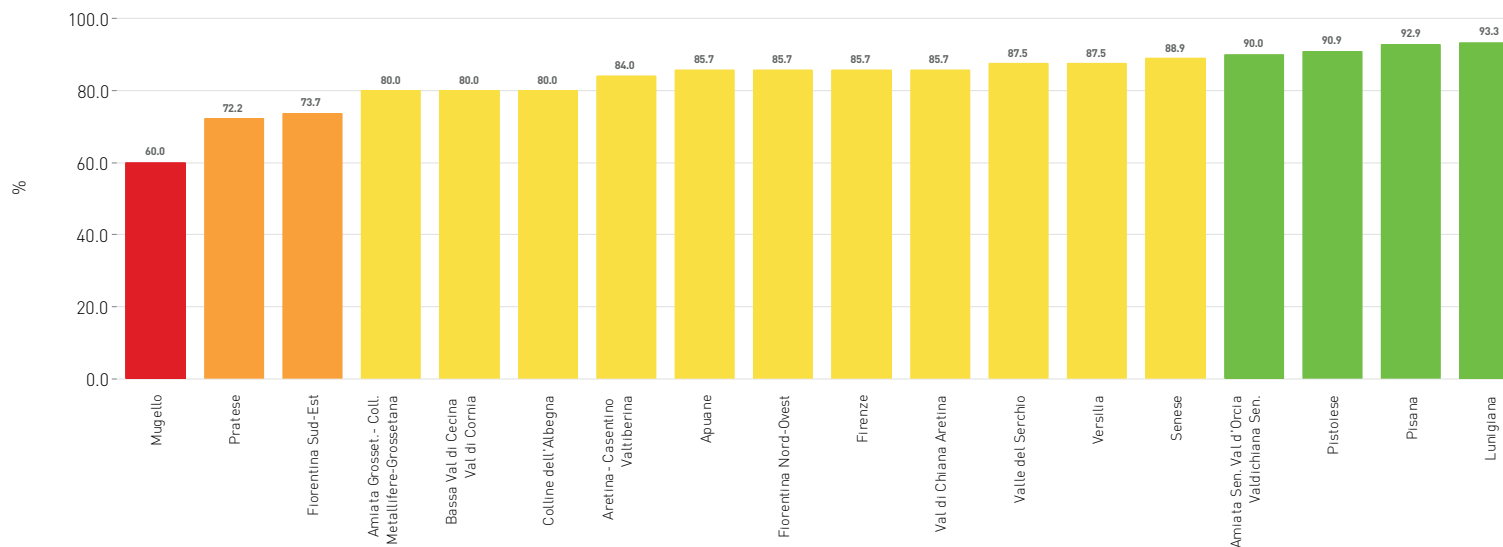
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



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 per i ricoveri medici, chirurgici e programmati.



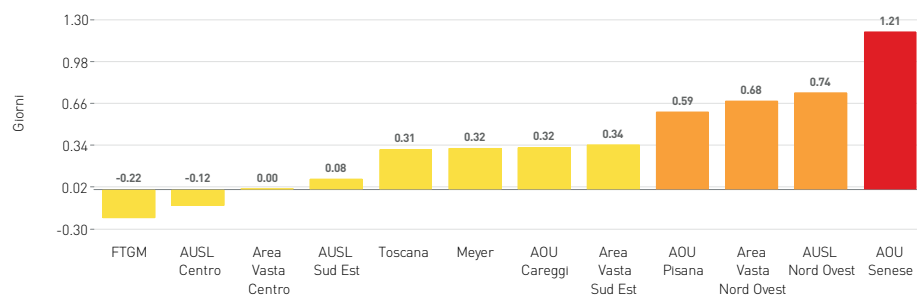
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
C2 Efficienza attività di ricovero	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	0.31	0.74	-0.12	0.08	0.59	1.21	0.32	0.32	-0.22
C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	-0.54	-0.55	-0.67	-1.21	-0.34	0.42	-0.12	0.02	-1.16
C2A.1 Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0.43	-0.41	-0.62	-0.78	-0.02	-0.17	-0.34	-0.46	-0.28
C2A.3 <i>Degenza media ricoveri ordinari</i>	7.38	7.73	7.44	6.66	6.81	7.96	7.48	5.79	6.88

C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

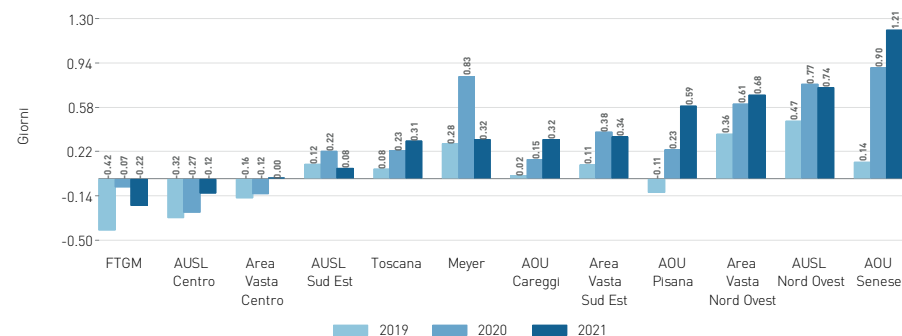
L'indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per i ricoveri medici confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero medico con la media regionale del 2016 per la stessa tipologia di ricovero; misura, cioè, i giorni di ricovero erogati in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza)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



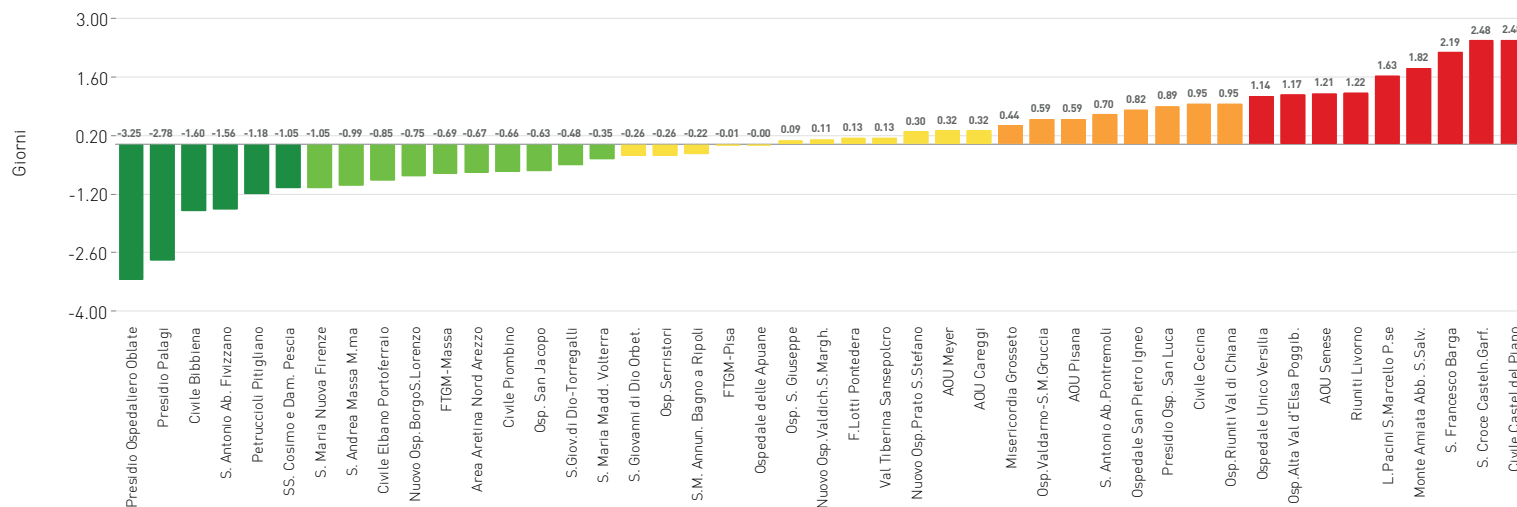
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



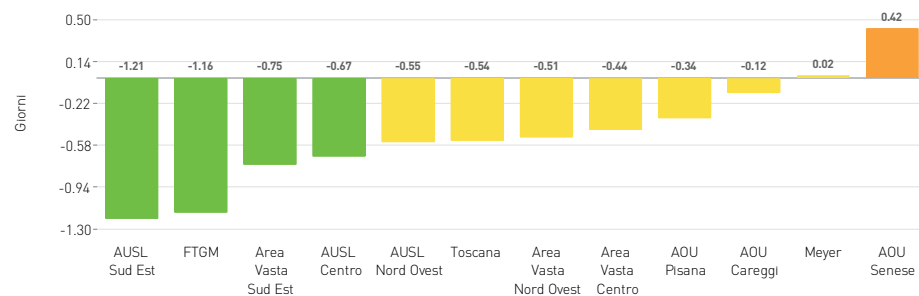
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

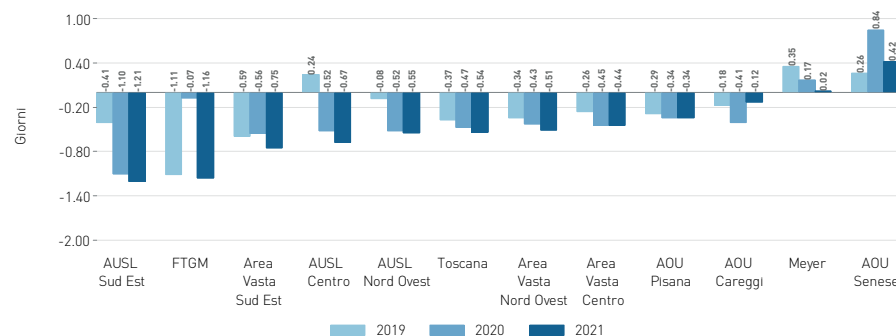
L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede 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.



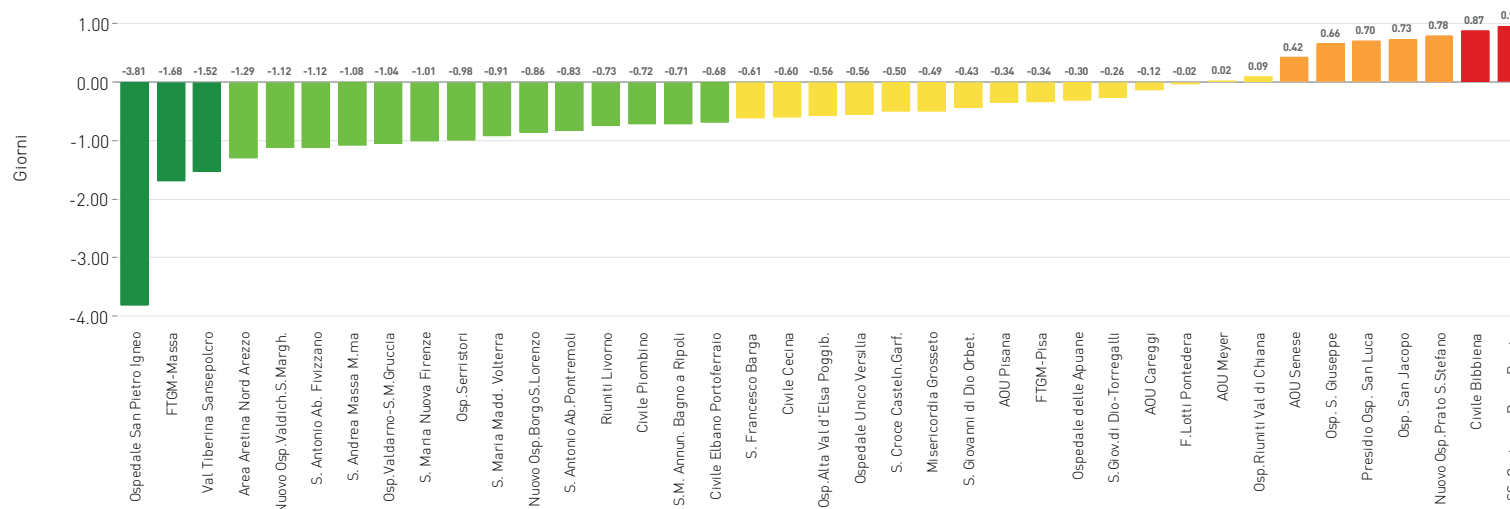
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



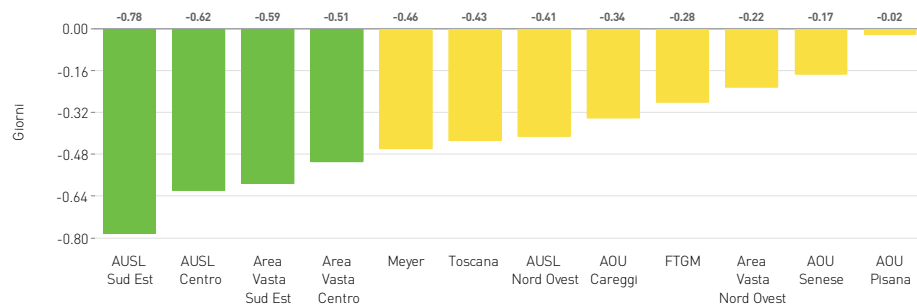
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

C2A.1 Indice di performance degenza media: ricoveri programmati

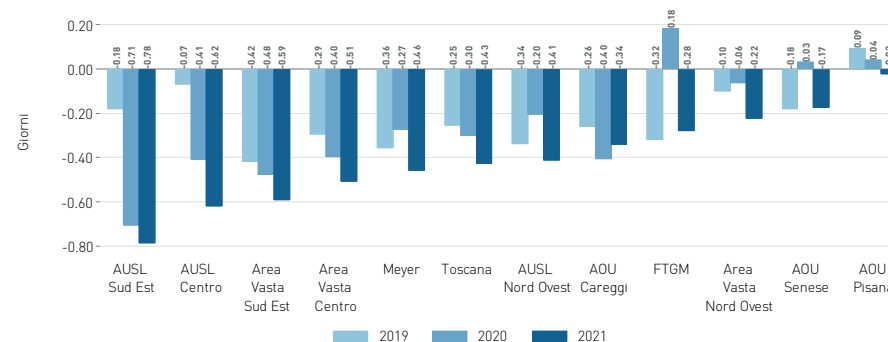
L'indice di Performance di Degenza Media per i ricoveri programmati, confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero programmato con la media regionale del 2016 per la stessa tipologia di ricovero; misura, cioè, i giorni di ricovero erogati in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza)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



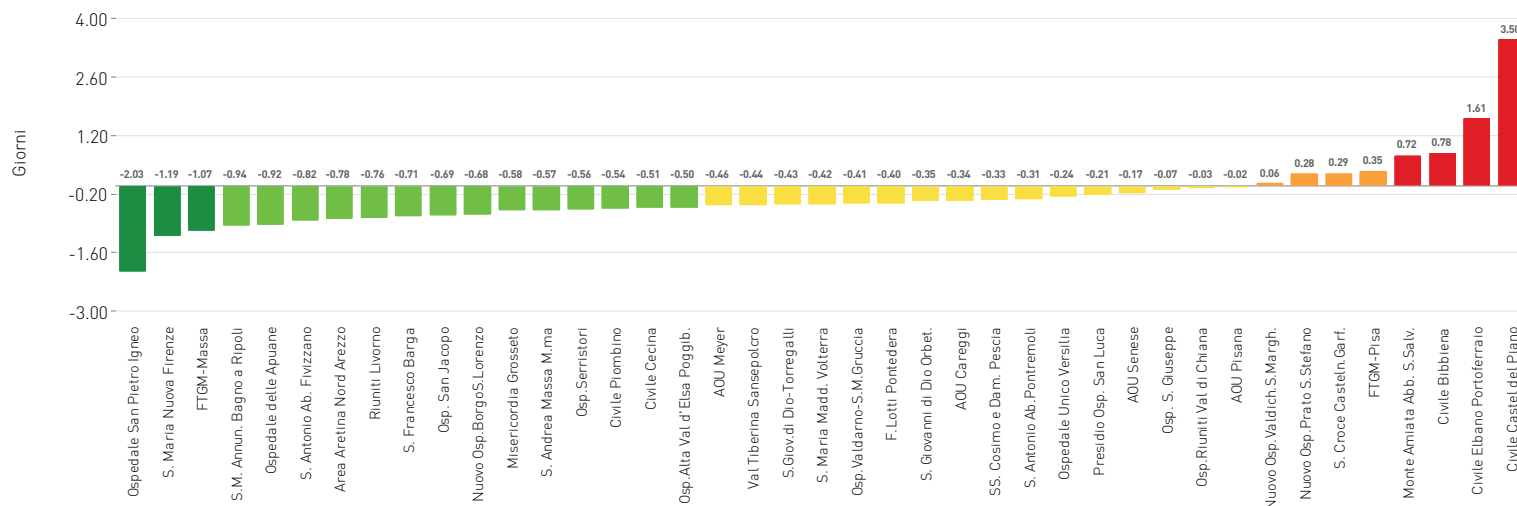
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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.



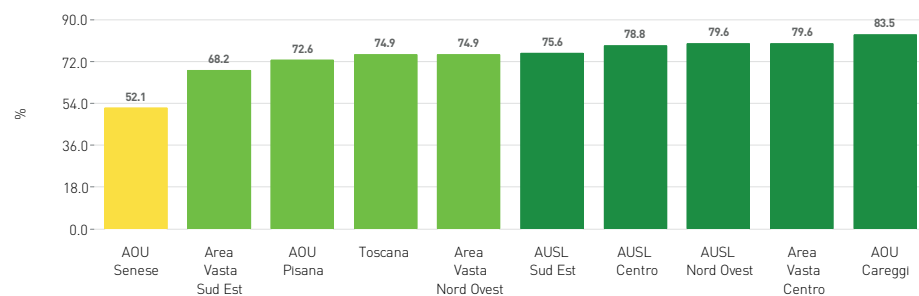
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
C5 Qualità clinica/Qualità di processo									
C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	74.85	79.60	78.81	75.57	72.64	52.14	83.45		
C5.13 Chirurgia ginecologica mini-invasiva									
C5.13.1 Percentuale di isterectomie erogate laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica) per patologie ginecologiche benigne	44.43	27.27	25.17	46.40	75.81	60.98	40.00		
C5.13.2 Percentuale di interventi per prolasso degli organi pelvici erogati laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica)	22.44	10.35	3.55	33.33	50.00	75.00	13.64		
C5.30 % fratture operate entro 48 ore	64.99	74.48	50.49	73.30	76.84	43.75	61.70	93.28	
C5.1 % Ricoveri ripetuti entro 30 giorni	4.83	4.65	5.50	4.35	4.90	4.38	4.70	5.37	3.61
C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni	71.29	83.52	55.91	71.97	88.86	62.69	78.80		
C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali	87.76	75.24	93.23	85.50	89.42	91.53	95.80		
C5.7 Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale	59.43				55.96	65.50	58.09		58.97
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)	41.14	29.42	34.37	44.89	48.77	55.41	56.77		41.91
C5.8 Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie	97.05	96.85	97.04	95.55	98.18	97.54	98.89		
C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	73.82	82.37	68.32	67.77	81.47	62.93	74.25		
C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	94.20	93.33	94.80	94.05	98.57	90.54	94.20		
C5.17 Percentuale di pazienti con più di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati	10.53	10.84	10.29	10.45					
C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti	2.16	2.09	2.78	1.61	1.83	3.07	2.51	0.77	
C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati	9.27	9.00	9.90	8.56	11.10	14.57	9.73	2.30	
C5.19 % pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna	3.84	2.08	6.06	3.97	3.60	5.63	1.72		
C5.20 Trombolisi endovenosa per ictus ischemico	5.21	3.89	6.39	2.23	10.90	2.37	7.12		
C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	54.86	63.39	42.85	59.39	57.45	59.83	56.76	91.38	

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

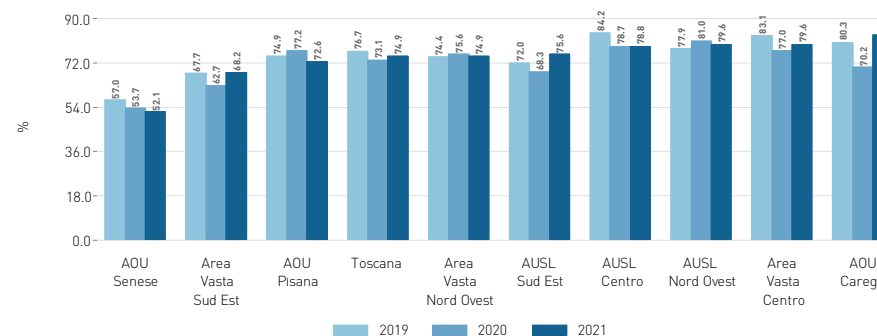
In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica torna a casa in giornata o, al massimo, il giorno seguente. L'obiettivo regionale per questo indicatore è, comunque, fissato all'80% poiché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga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



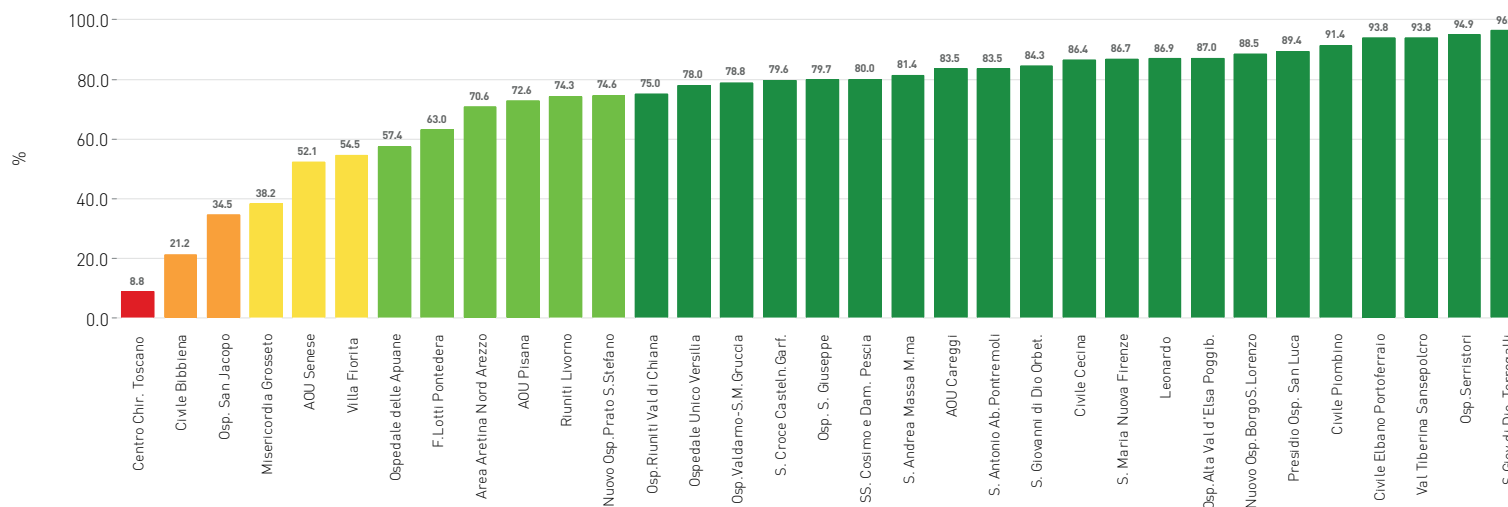
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

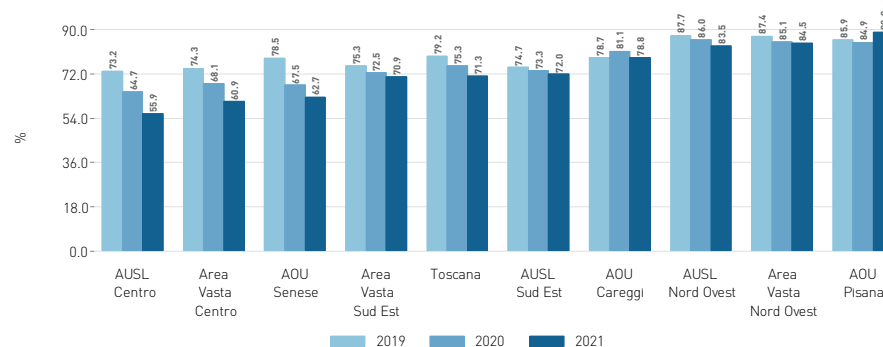
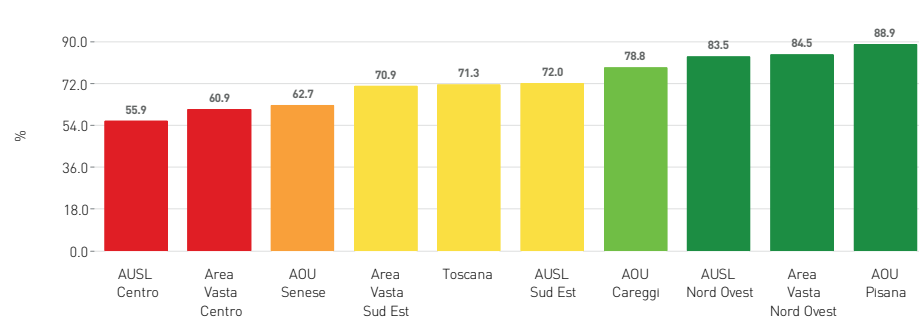
C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni

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%.

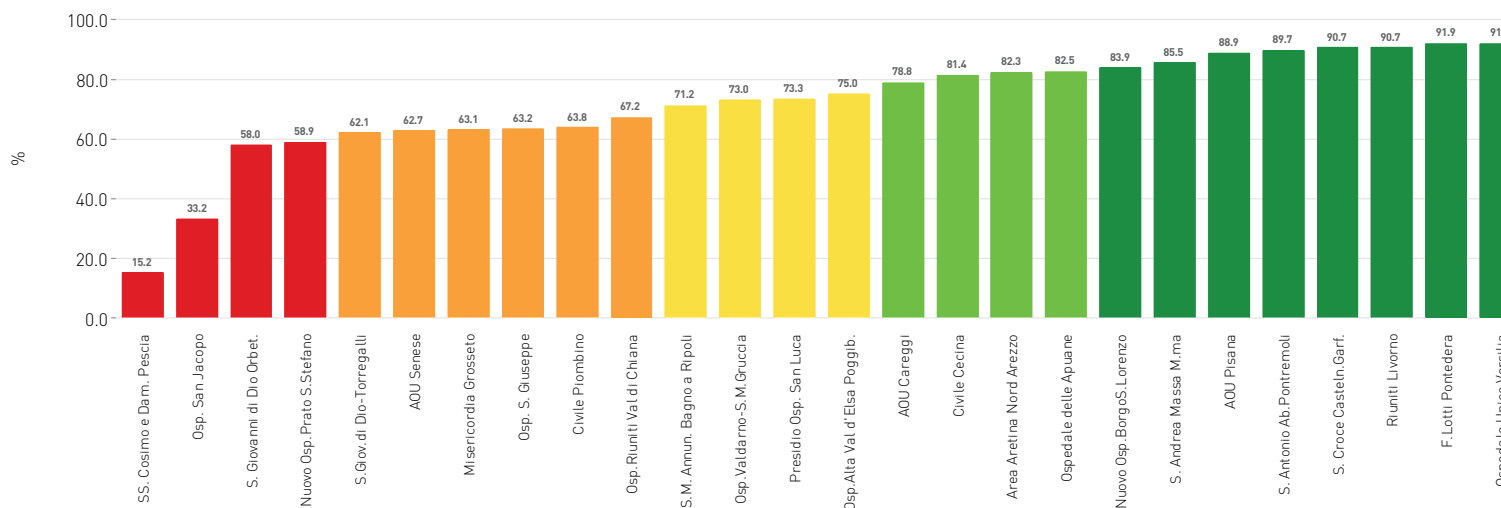


Aziende - Dati 2021

Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



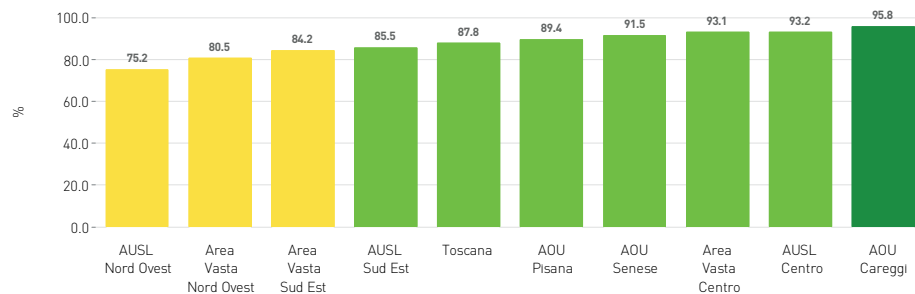
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

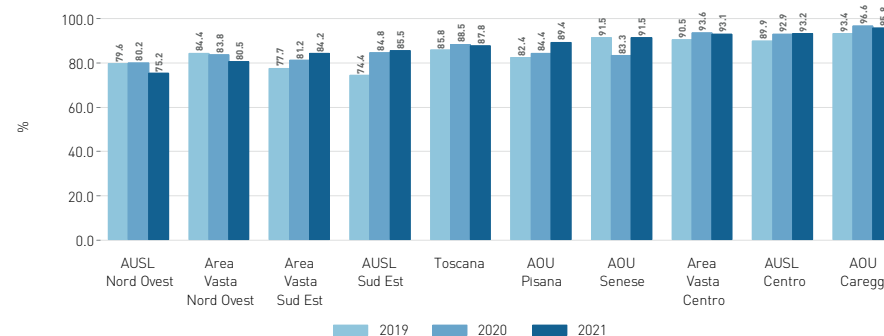
L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce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



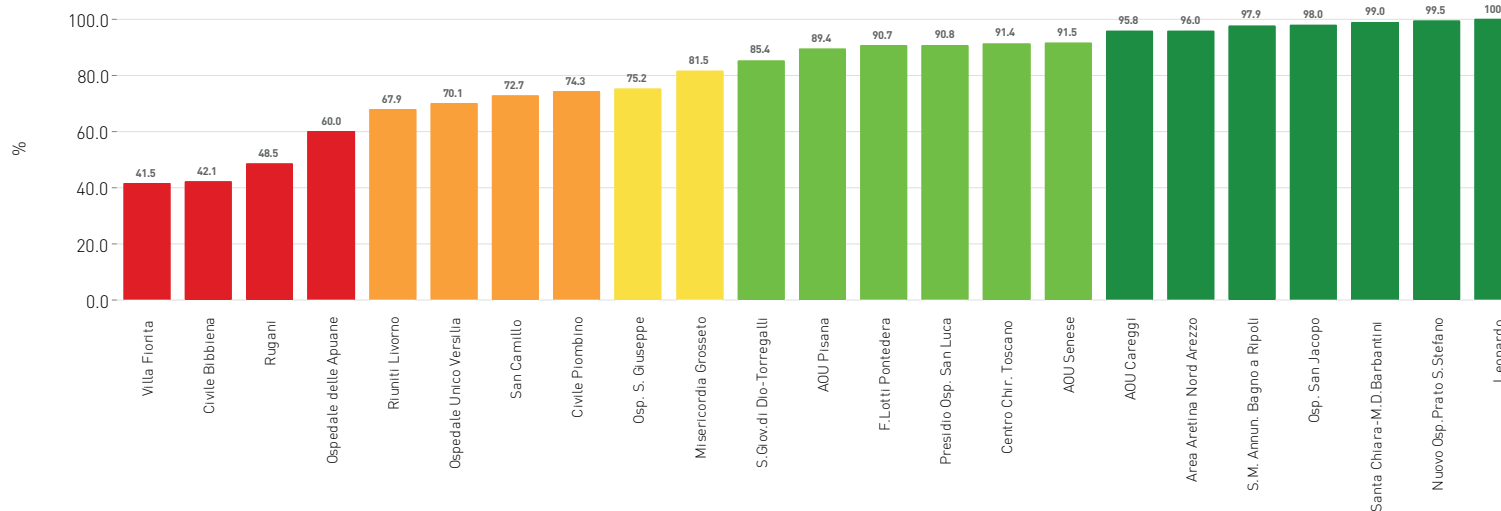
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



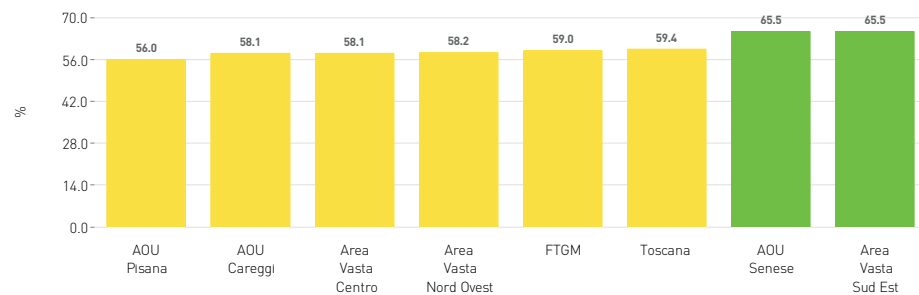
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

C5.7 Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale

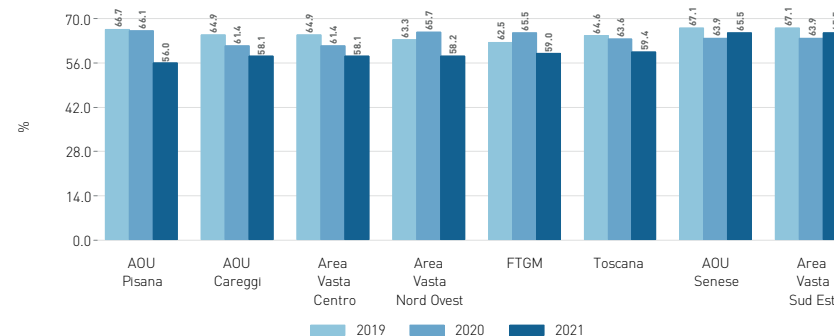
La possibilità di riparare la valvola mitrale garantisce l'integrità dell'apparato sotto-vascolare, con effetti positivi sulla qualità della vita del paziente. Solo alcuni ospedali effettuano questa tipologia di intervento, ed in particolare le Aziende Ospedaliero-Universitarie.



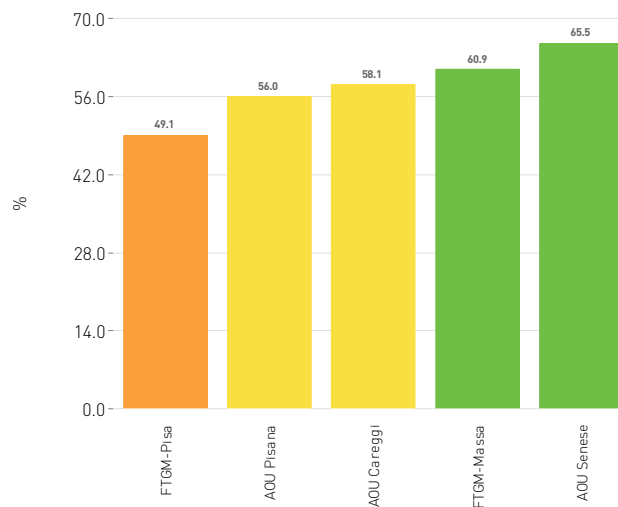
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



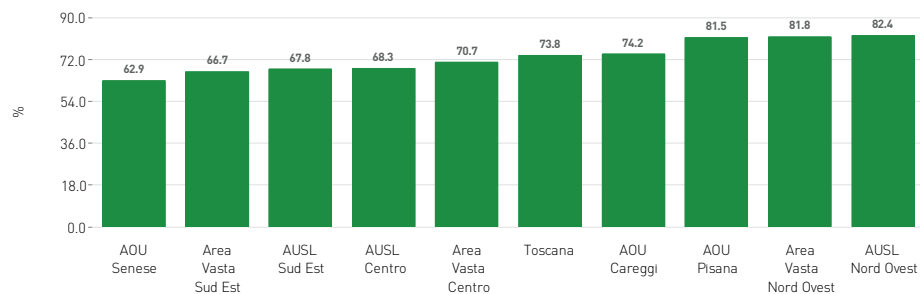
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia

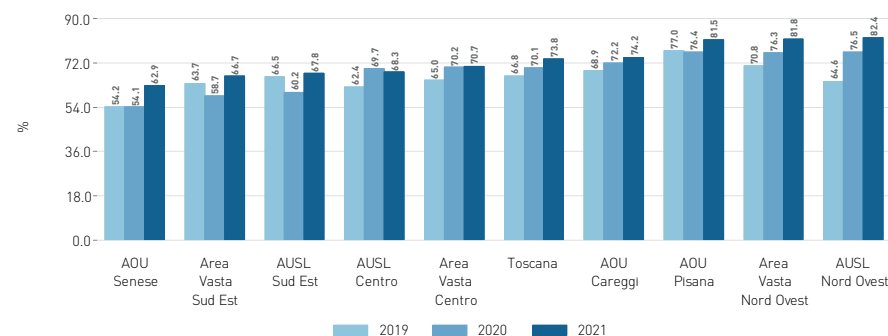
L'indicatore mette in luce l'utilizzo di una tecnica innovativa come la laparoscopia. Il trattamento mininvasivo consente di ottenere vantaggi per il paziente quali minore dolore, migliore ripresa della funzione intestinale ed infine minori tempi di degenza post-operatoria.



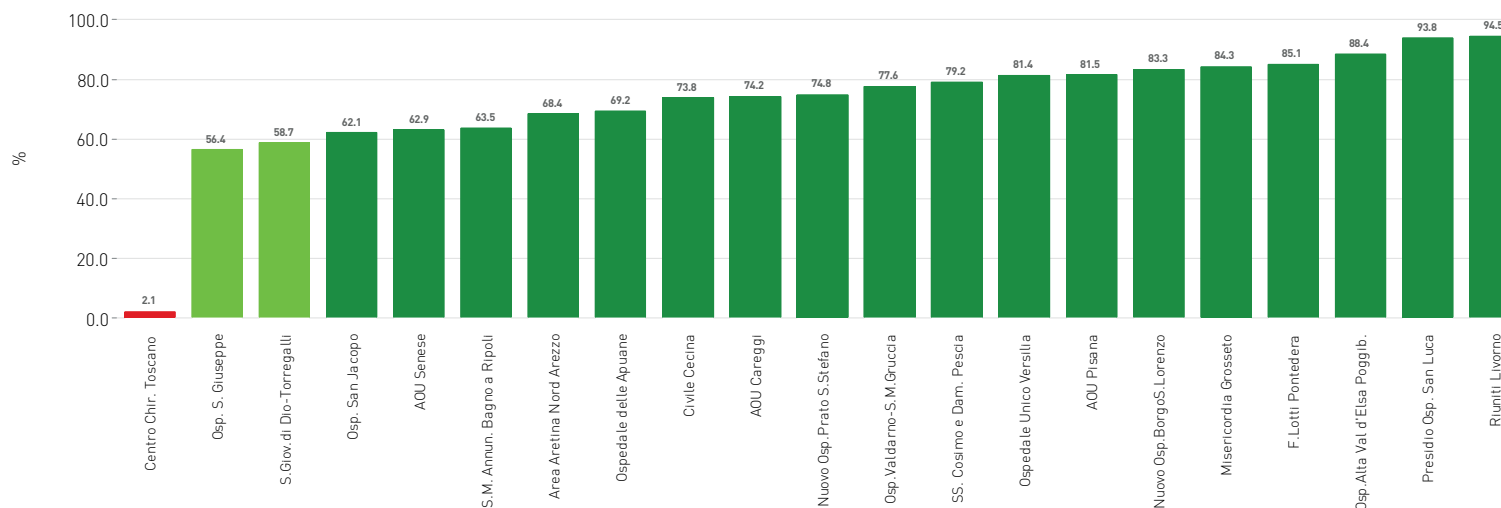
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

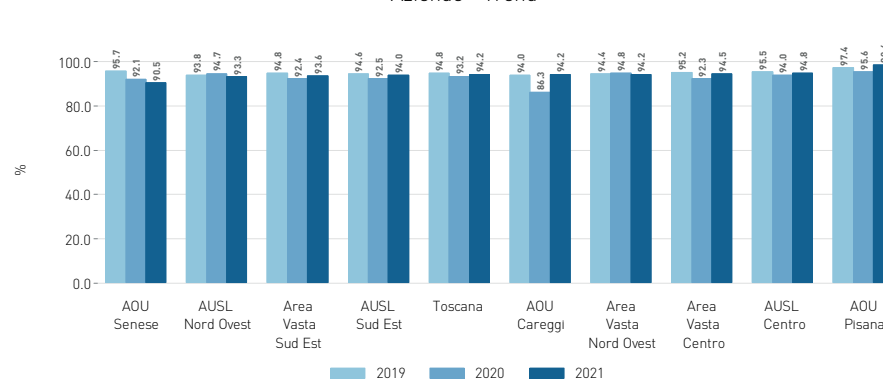
La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità a un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento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



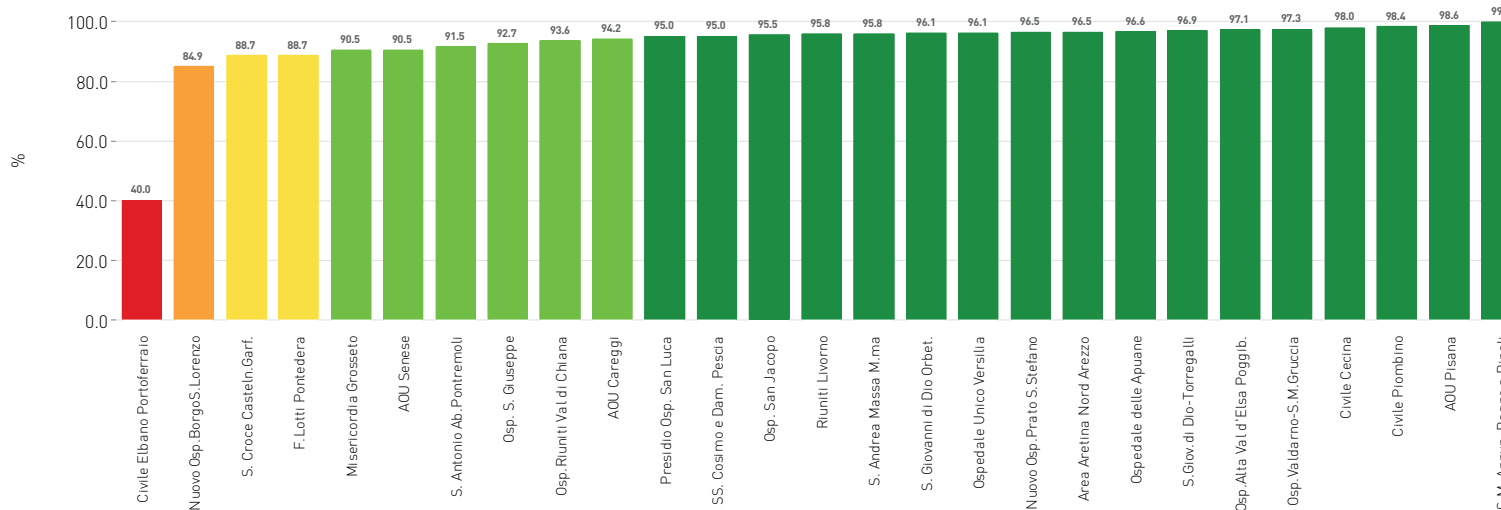
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



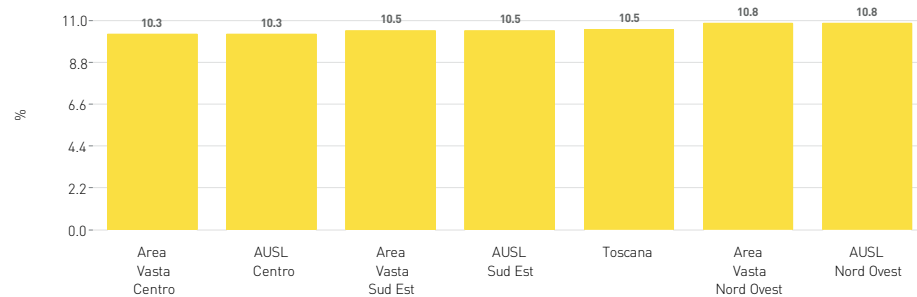
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

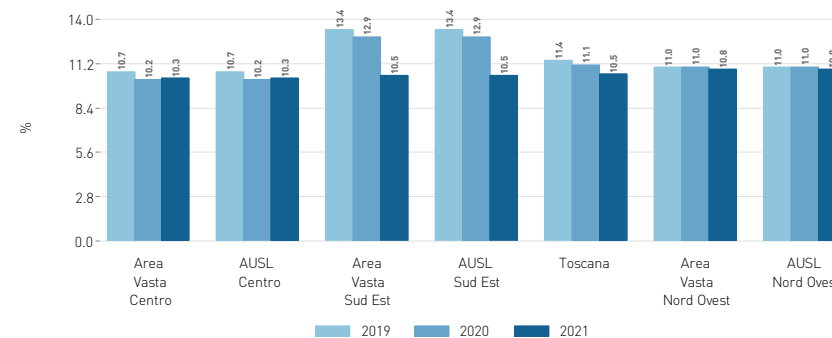
La percentuale di pazienti in dialisi peritoneale rispetto al totale dei pazienti dializzati è un indicatore di qualità; laddove possibile, ovvero quando le condizioni cliniche lo permettono, andrebbe preferita la dialisi peritoneale, in quanto comporta notevoli vantaggi per il paziente: può essere eseguita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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

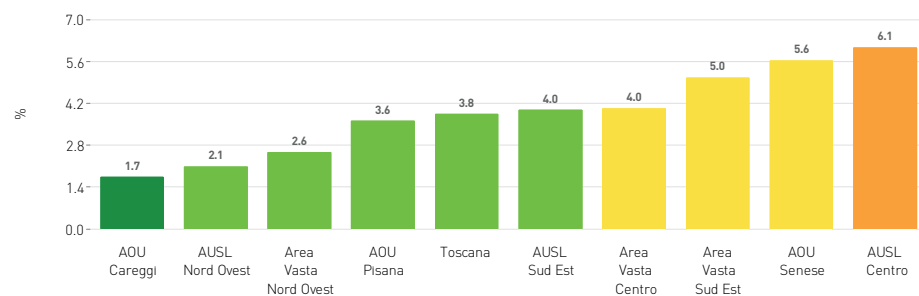


C5.19 Percentuale pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna

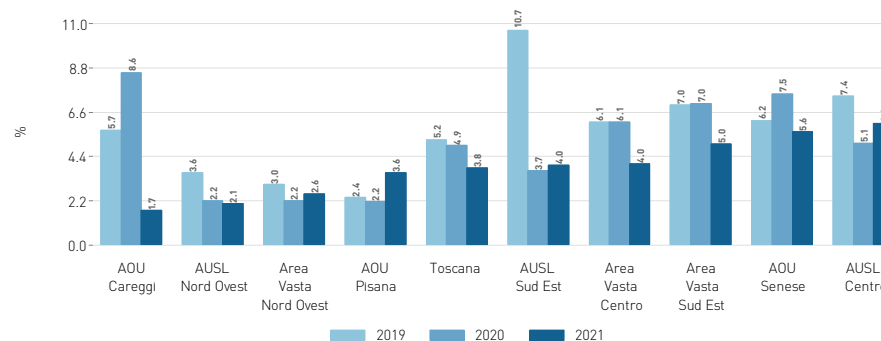
L'indicatore valuta l'esito degli interventi alla colonna vertebrale ernie discali; misura, infatti, la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi dall'intervento di chirurgia della colonna vertebrale. Nell'analisi dei ripetuti, si considerano i ricoveri con stessa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



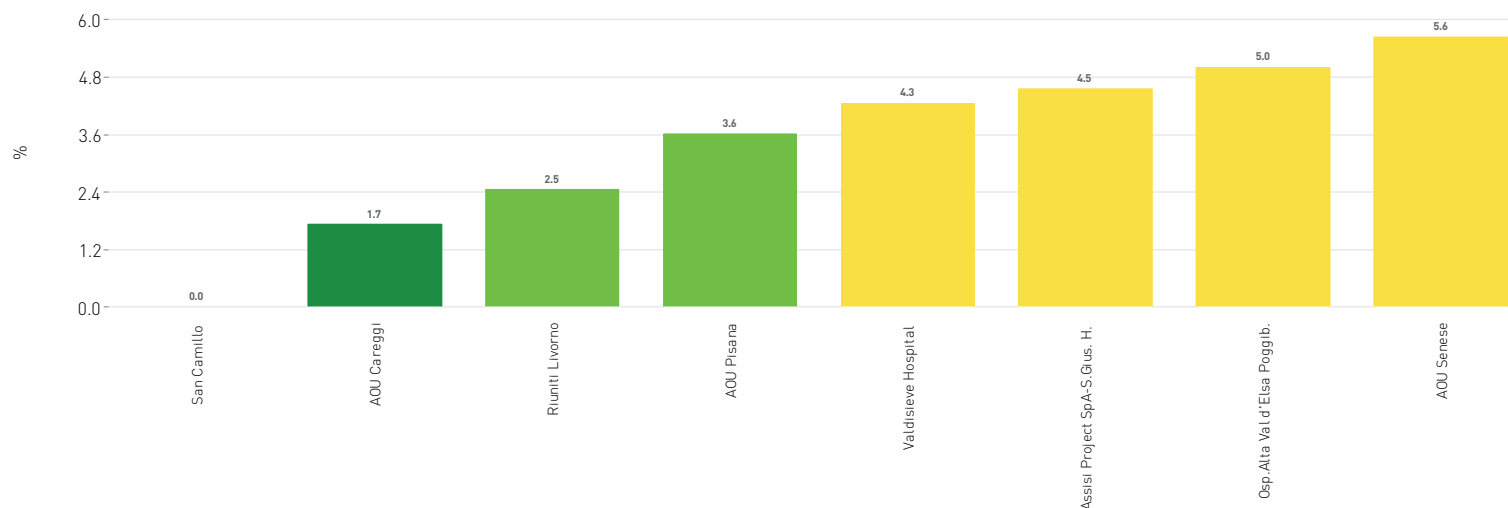
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



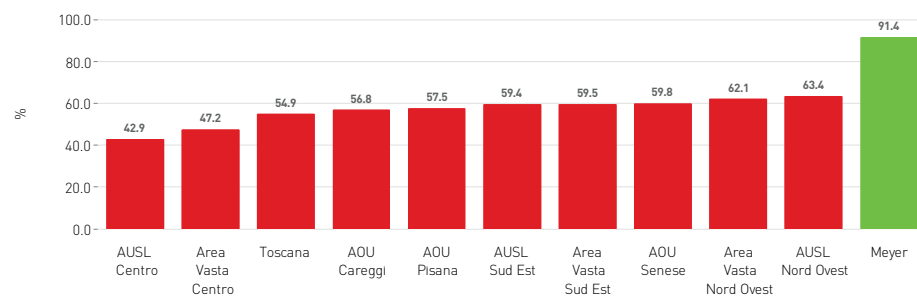
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

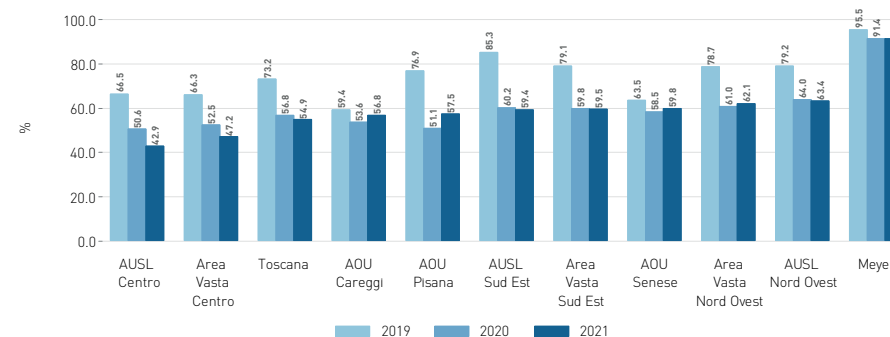
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento dell'assegnazione del codice triage alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione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



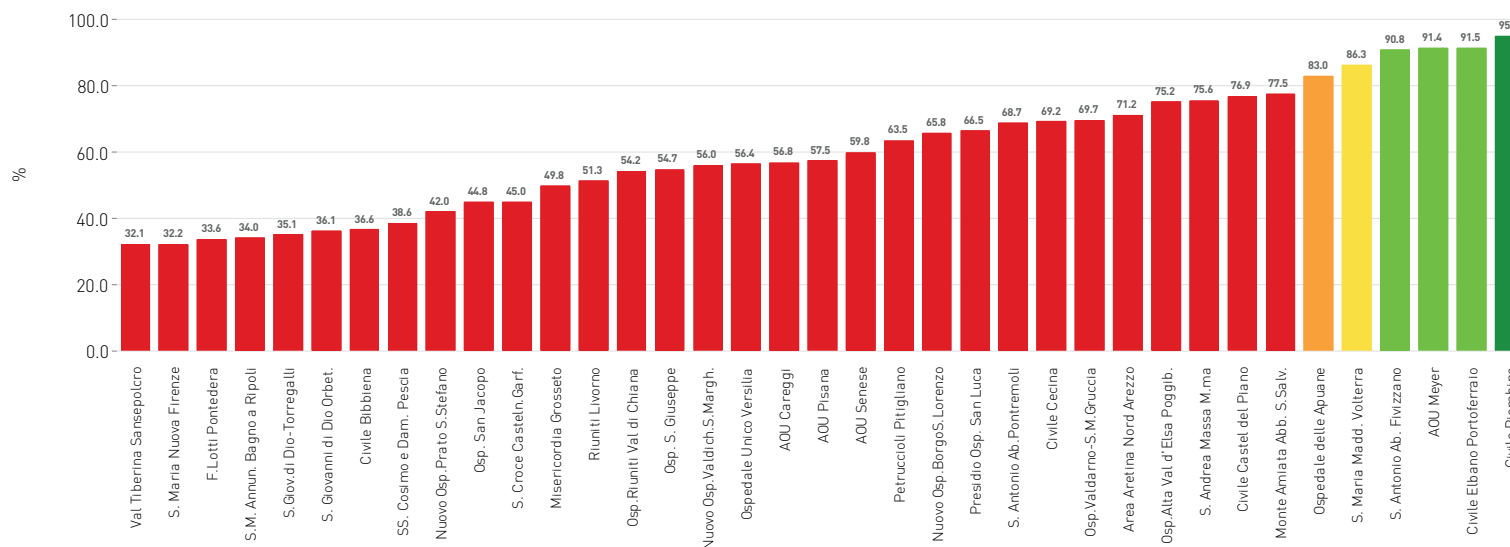
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



C5E Ricoveri ripetuti

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



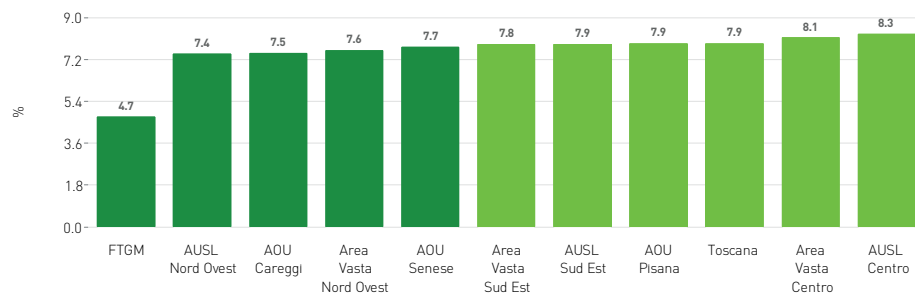
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Fond. G. Monasterio
C5E Ricoveri ripetuti	●	●	●	●	●	●	●	●
C5.1E Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	7.88	7.43	8.29	7.86	7.87	7.73	7.46	4.73
<i>C5.1E.1 Percentuale di riammissioni con drg medico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa</i>	10.45	9.69	10.05	9.85	11.49	11.25	10.86	6.10
<i>C5.1E.2 Percentuale di riammissioni con drg chirurgico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa</i>	4.52	4.12	4.58	4.53	4.95	4.84	4.66	3.83
C5.2E Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri programmati	4.97	4.27	5.03	4.30	5.38	5.61	5.15	3.94
<i>C5.2E.1 Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri medici programmati</i>	12.17	12.09	12.17	9.82	12.86	12.78	11.98	5.36
<i>C5.2E.2 Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ric. chirurgici programmati</i>	3.39	2.81	3.28	3.14	4.13	3.77	3.65	3.24

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

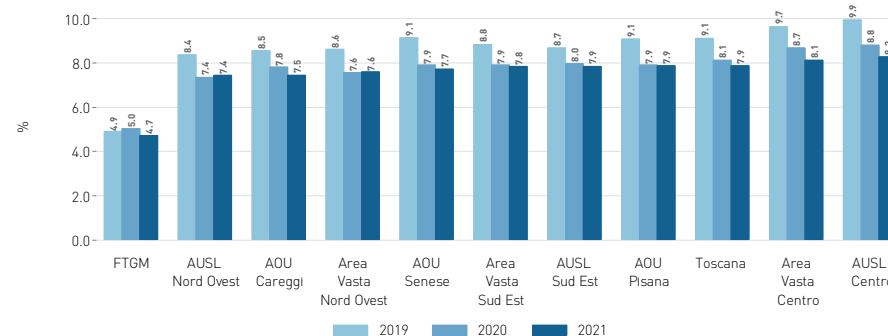
Un processo assistenziale integrato e in grado di fornire ai pazienti in dimissione dagli ospedali informazioni chiare e recise può ridurre il rischio di essere riammessi in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione. Nel calcolo sono inclusi tutti i ricoveri con alcune eccezioni riportate sulla scheda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



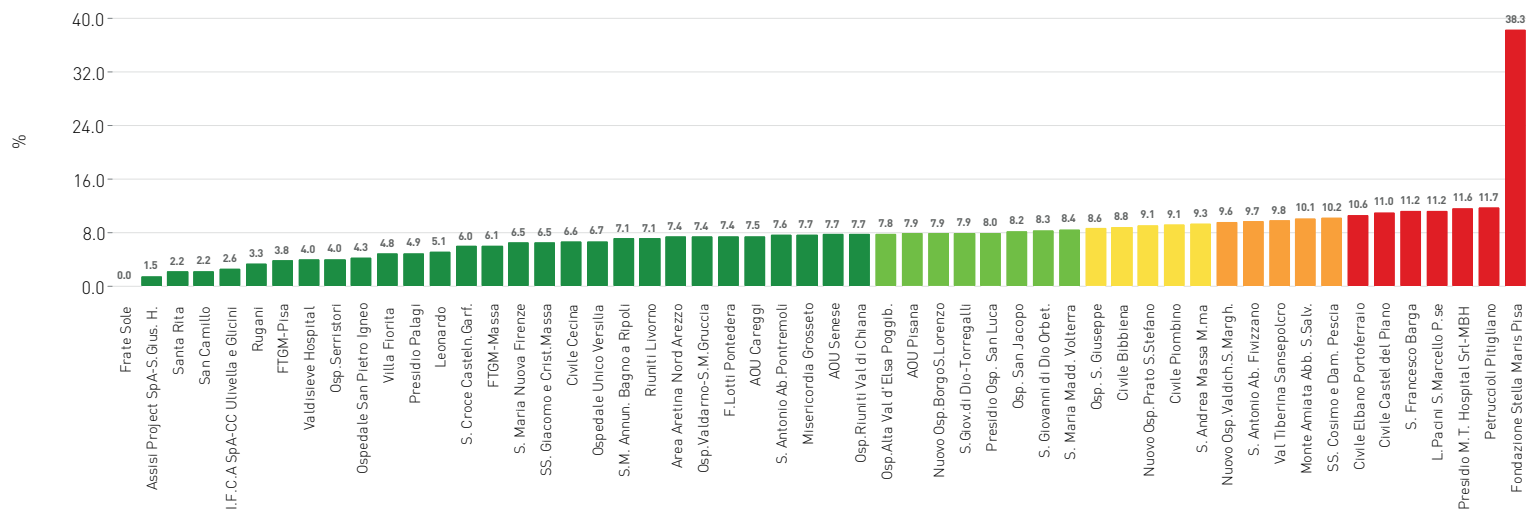
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



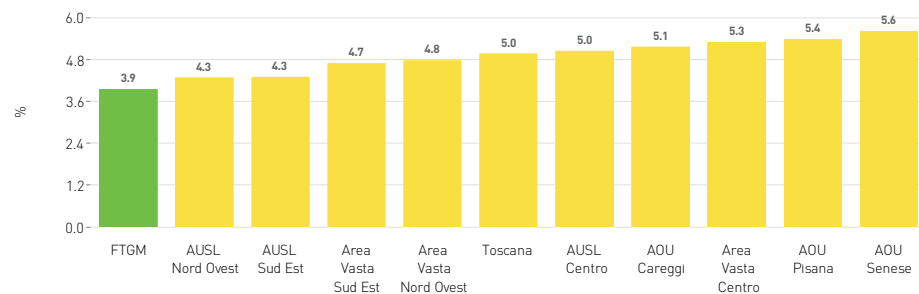
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

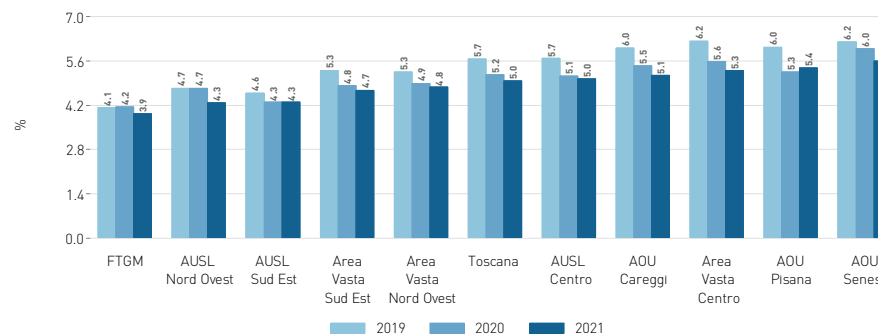
In analogia con l'indicatore C5.1E "Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa" questo indicatore misura quante volte un paziente viene nuovamente ricoverato in un ospedale del Sistema Sanitario Toscano entro 30 giorni da quello di dimissione del primo ricovero, per qualsiasi causa. Si considerano come generatori di ricoveri ripetuti i soli ricoveri programmati.



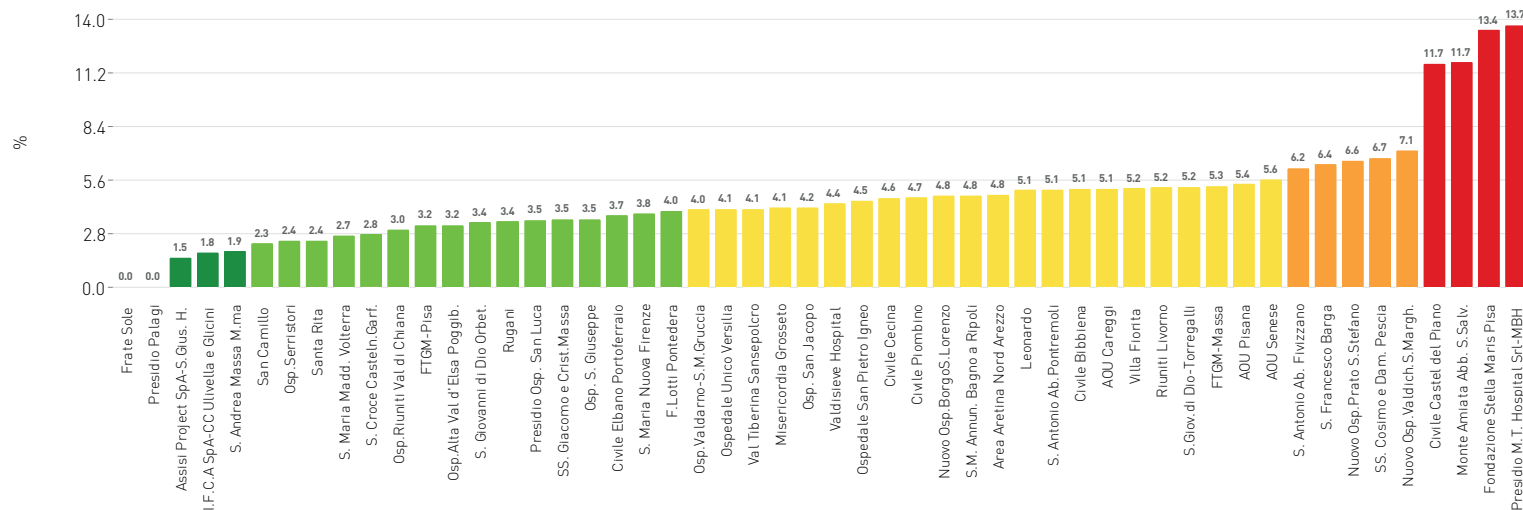
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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, sei 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.



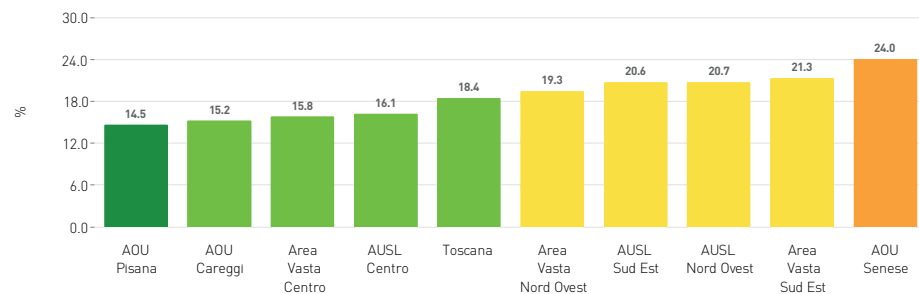
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
C7B Materno-Infantile assistenza al parto	●	●	●	●	●	●	●
C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	18.43	20.71	16.10	20.63	14.55	24.00	15.21
<i>C7.1.2 % parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)</i>	7.82	9.72	7.13	8.80	6.12	4.76	5.41
<i>C7.1.3 % parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)</i>	20.62	25.57	16.07	28.08	14.53	25.40	14.53
<i>C7.1.4 % parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati</i>	4.21	4.36	2.51	4.24	3.92	8.54	5.57
<i>C7.1.1 % di parti cesarei grezzi</i>	25.94	26.34	22.66	27.18	28.79	35.56	26.37
<i>H17C Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti</i>	16.01	16.43	15.48	16.30			
<i>H18C Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti</i>	19.51	21.67	16.47	19.22	20.55	25.72	19.27
C7.0.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	94.34	90.88	88.27	100.00	100.00	100.00	100.00
<i>C7.26 % di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN</i>	12.05						
<i>C7.2 % di parti indotti</i>	28.54	24.62	32.62	24.20	30.63	24.28	32.05
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	11.05	10.22	15.49	7.58	15.02	8.76	7.85
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	7.87	7.64	9.39	6.97	6.31	4.15	7.71
<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	75.29	81.15	75.71	80.28	63.59	68.69	65.06
C7.12.2 Percentuale di donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle	65.47	65.98	70.13	63.15	56.44	56.15	65.01

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

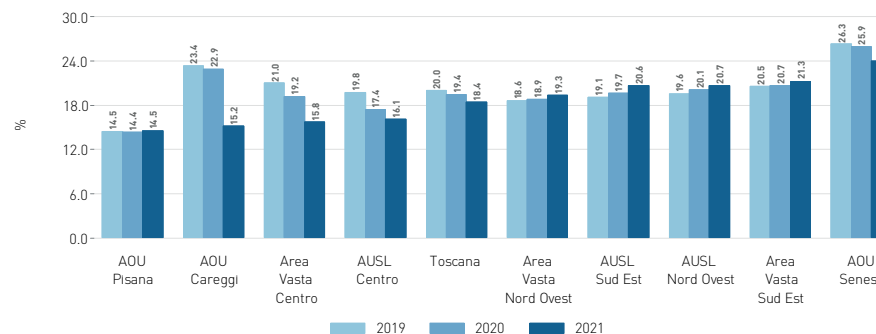
Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un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



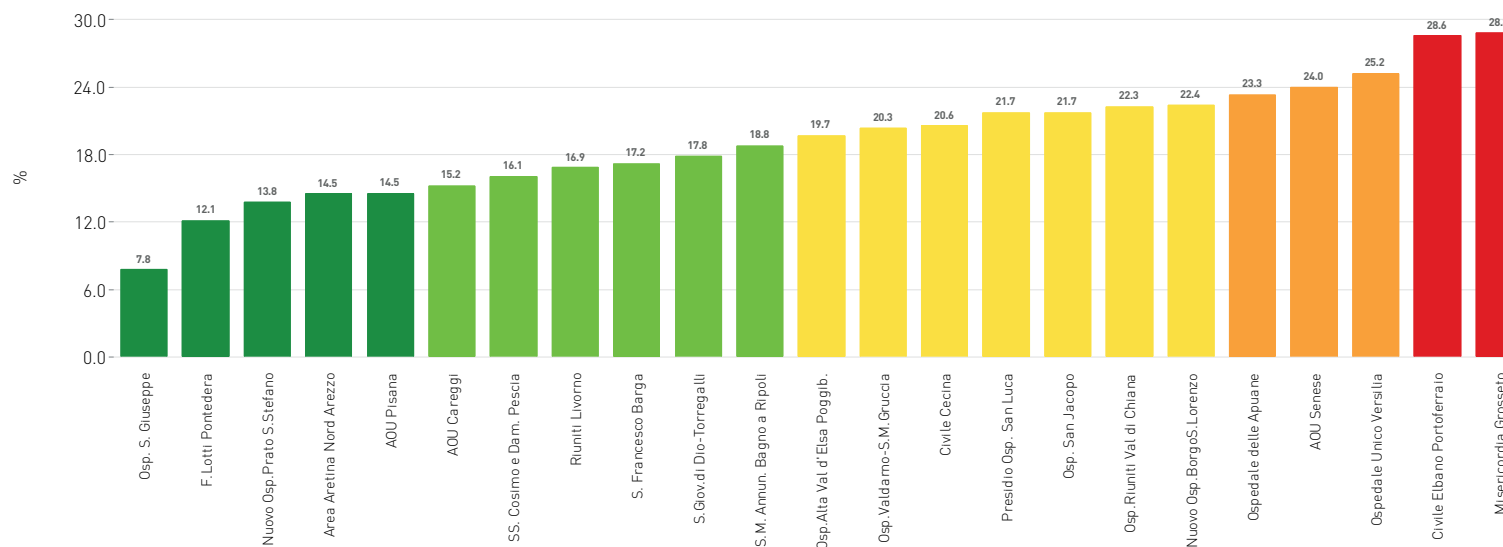
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

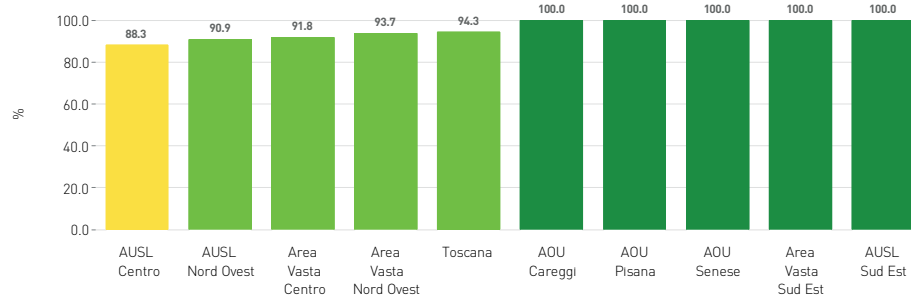


C7.0.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti

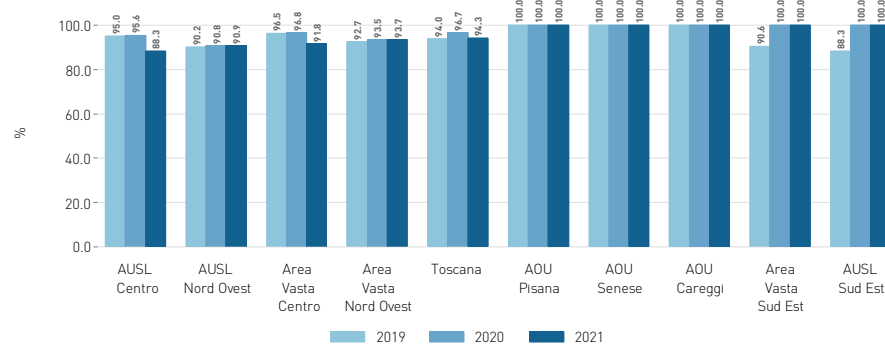
L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica nella soglia di 500 parti/anno il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché il livello di qualità dell'assistenza erogata sia accettabile. Anche il Decreto Baluzzi riprende questa soglia per ciascun punto nascita. L'indicatore serve a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



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

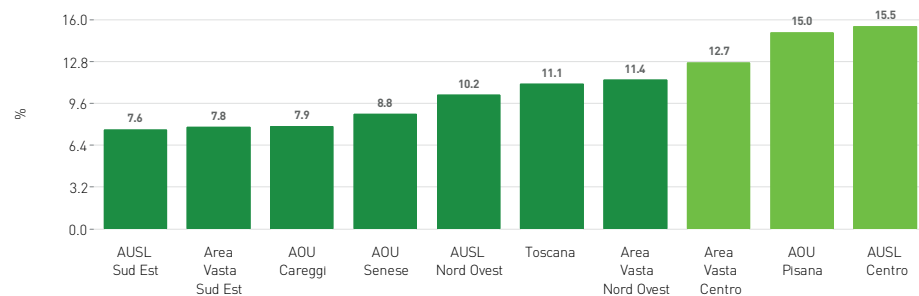


C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

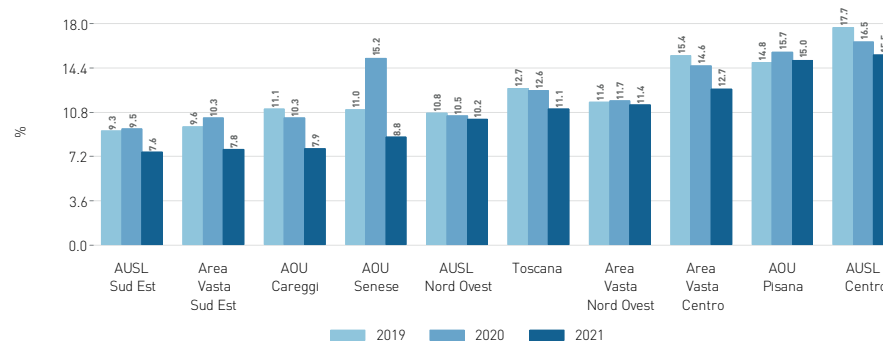
L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia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



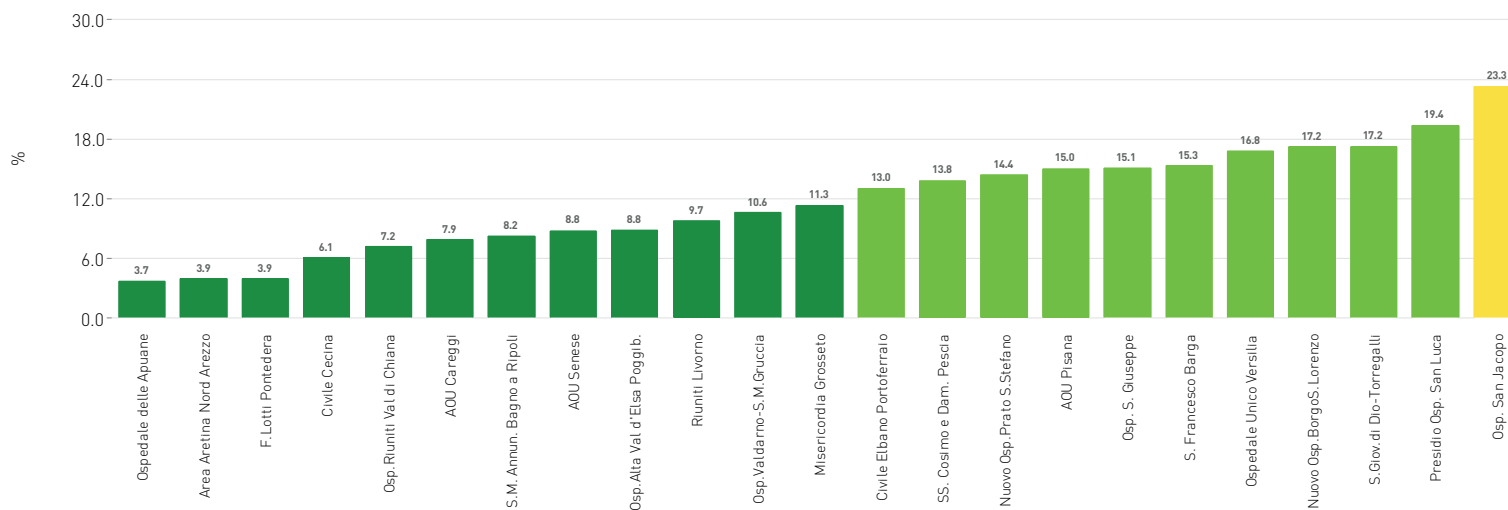
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



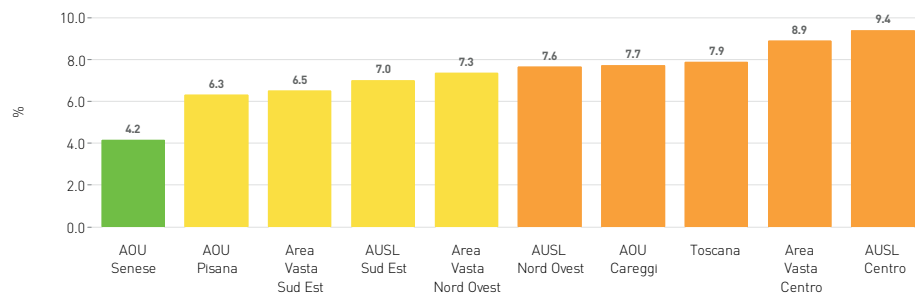
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

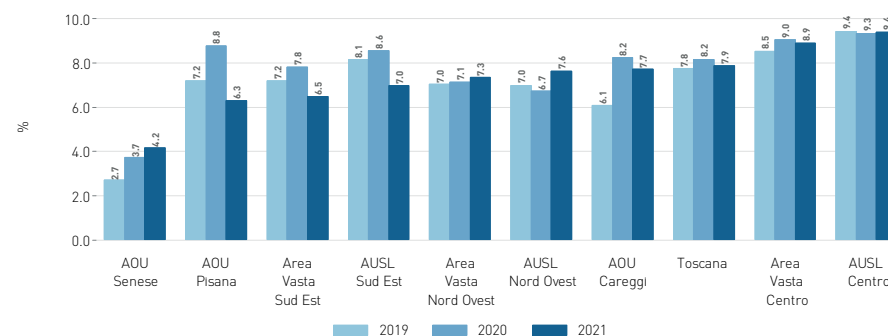
La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore si integra alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali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



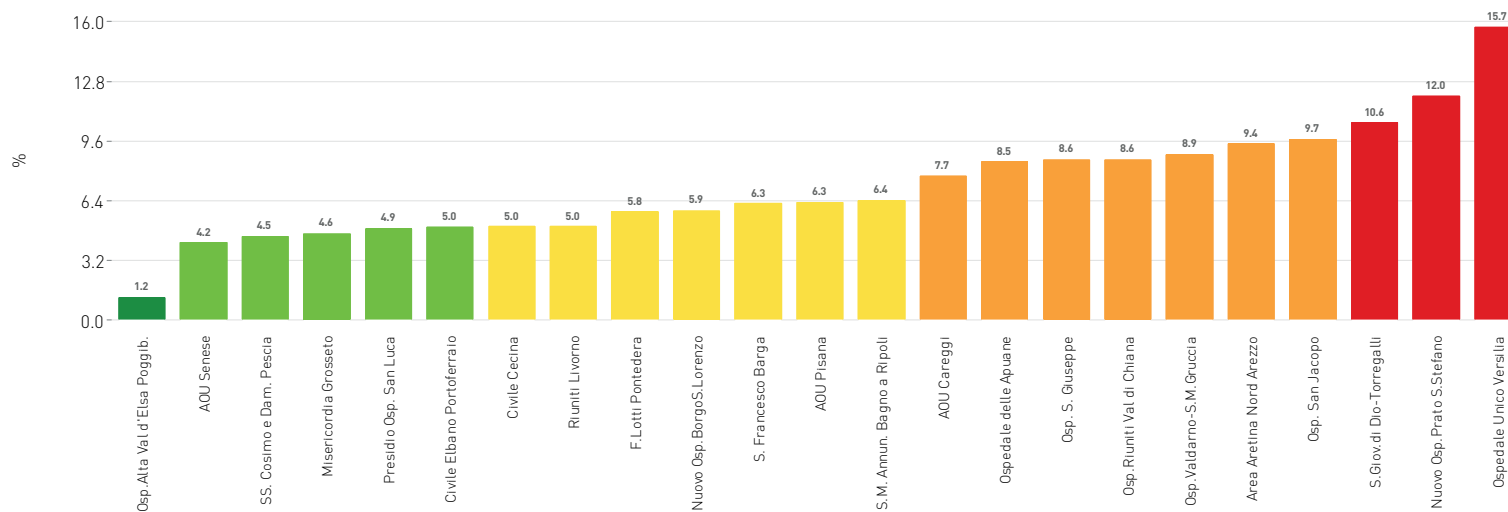
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



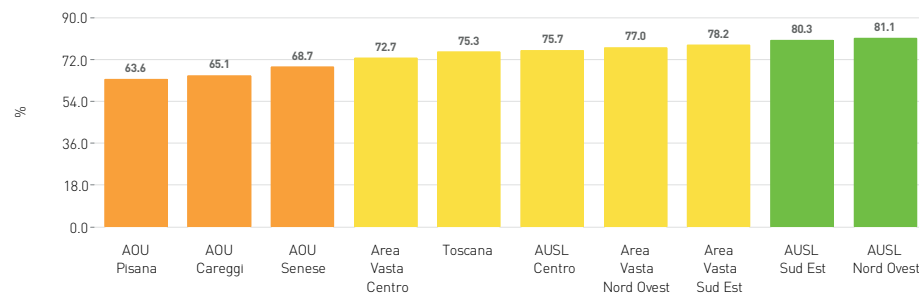
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

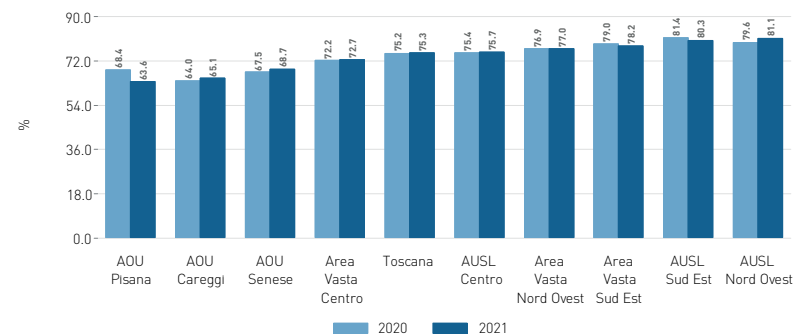
L'allattamento materno è uno dei determinanti principali per la salute e il benessere del bambino e della madre, dal momento che rappresenta il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati, e comporta una significativa influenza biologica ed emotiva sulla salute 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.



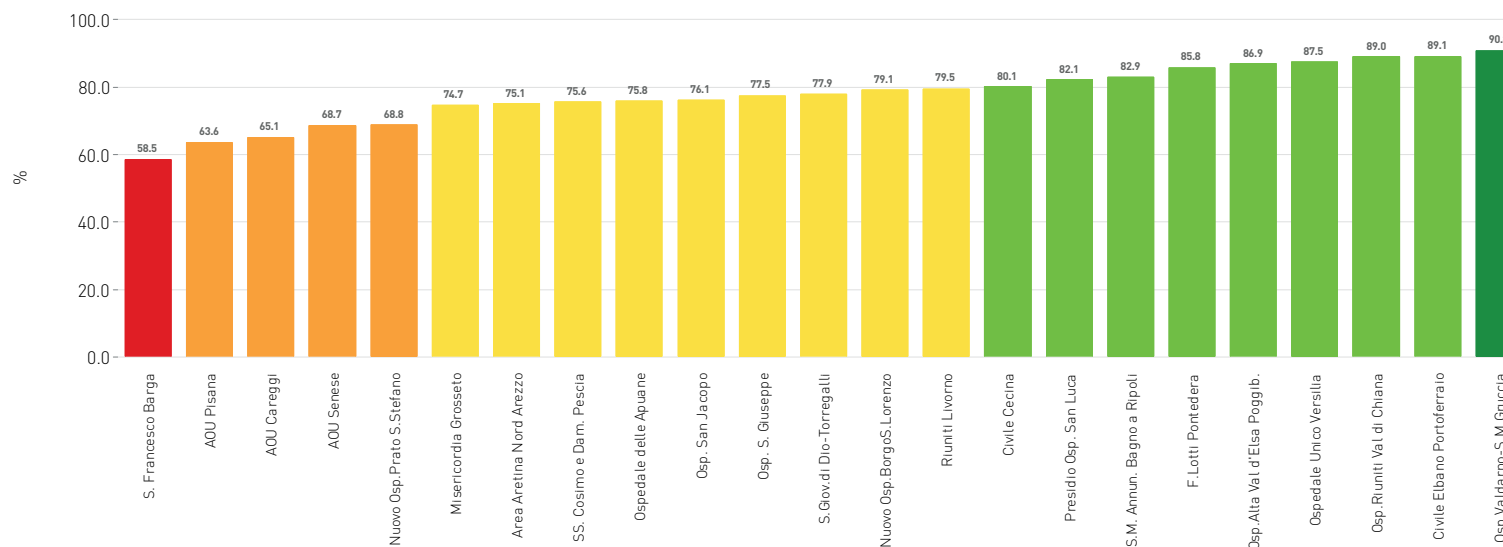
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

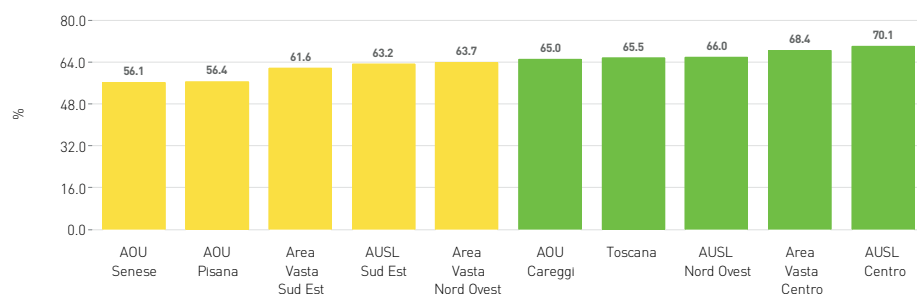


C7.12.2 Percentuale di donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle

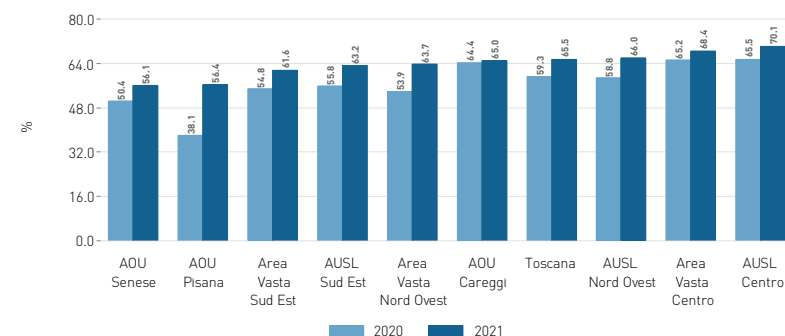
L'OMS e L'UNICEF ritengono che, tra i tanti fattori che influenzano il normale approccio e proseguimento dell'allattamento materno, le pratiche di assistenza sanitaria, in particolare quelle relative all'assistenza delle madri e dei neonati, si rivelino uno dei mezzi più promettenti per aumentare la 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>).



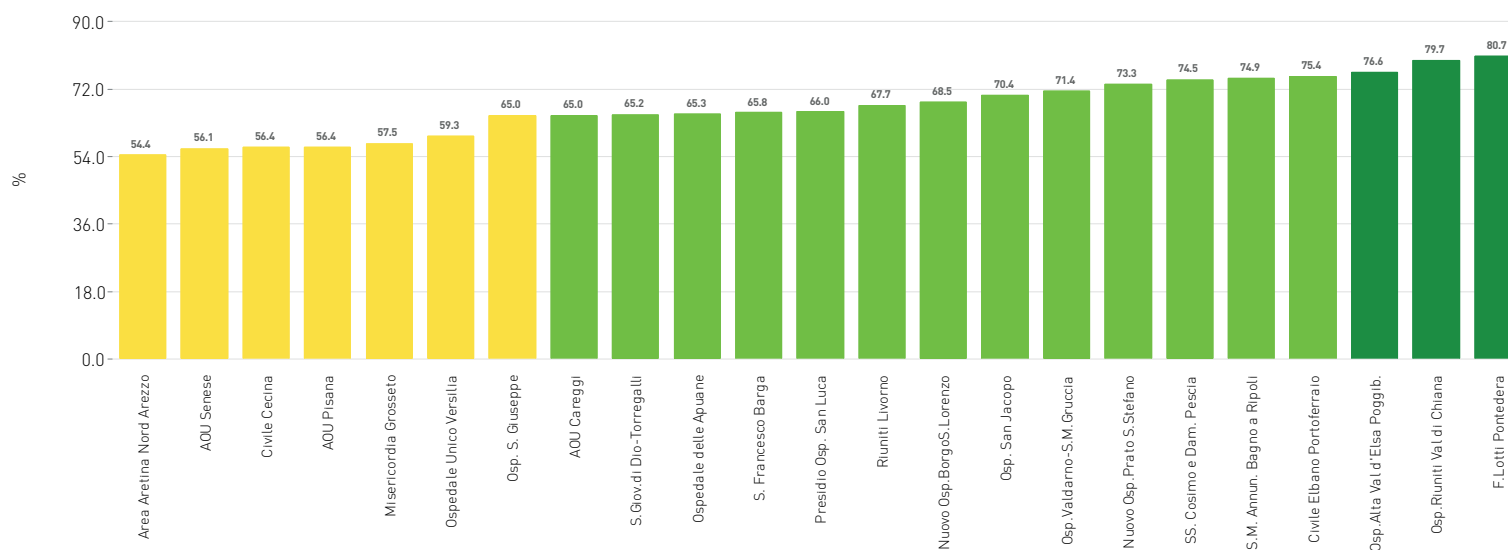
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



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.



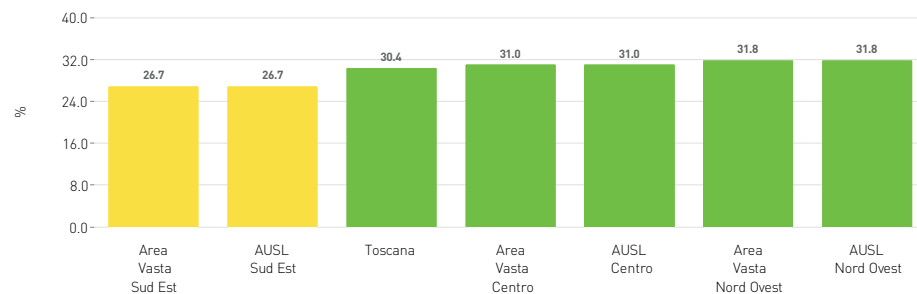
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
C7C Materno-Infantile assistenza territoriale	●	●	●	●
D17.1.6 % di donne con prenotazione degli esami in gravidanza da parte del personale del percorso	30.36	31.80	30.96	26.72
<i>C7.15 Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile</i>				
<i>C7.17 % primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita</i>				
<i>C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio</i>				
C7.27 % donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza	44.52	53.10	31.58	58.59
C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum				
C7.12.3 Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	62.30	60.38	62.26	65.26
C7.12.4 Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi	15.95	15.53	16.45	15.48
<i>D17.3.7 Proattività del sistema</i>	65.75	72.99	63.95	57.42
<i>C7.1B.1 Tasso di concepimento per minorenni</i>	0.80	0.93	0.75	0.72
C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti	4.98	4.56	5.33	4.89
<i>C7.10.1 % di IVG con certificazione consultoriale</i>	53.91	62.91	46.97	56.86
<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>	27.01	25.99	30.34	20.82
<i>C7.19 Tasso di accesso al consultorio giovani</i>				
<i>C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contracccezione</i>				
C7.29 Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti	22.03	22.67	19.73	25.90
C7.13 % donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	13.64	12.35	16.03	9.74
C7.14 % donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	21.01	15.03	23.55	22.50
<i>C7.16A Accesso area maternità del consultorio</i>	22.77	24.86	20.68	23.97
C7.16 Accesso area maternità del consultorio di donne straniere				
C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti	10.39	9.27	10.70	10.89

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

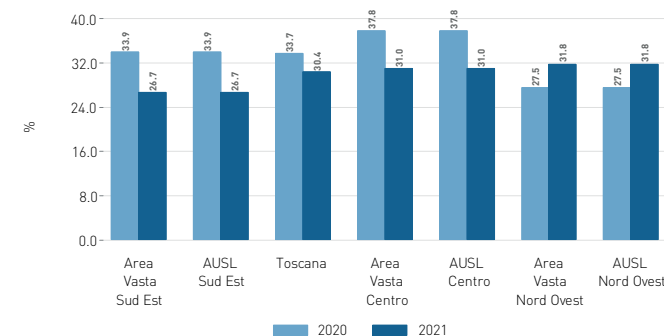
Per migliorare l'accesso e la fruizione delle prestazioni previste nel protocollo della gravidanza, riducendo il rischio di effettuarli in ritardo, la Regione Toscana ha dato indicazioni perché sia il personale del percorso a garantire alle utenti l'effettuazione delle prenotazioni già al momento del 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.



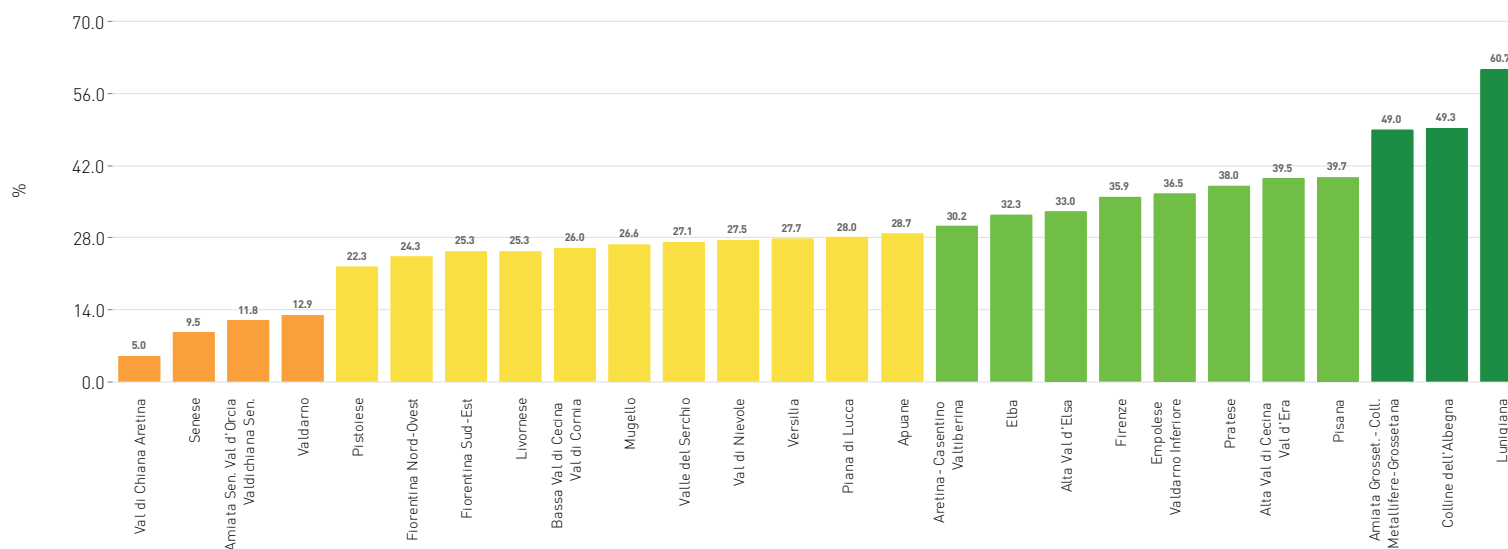
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

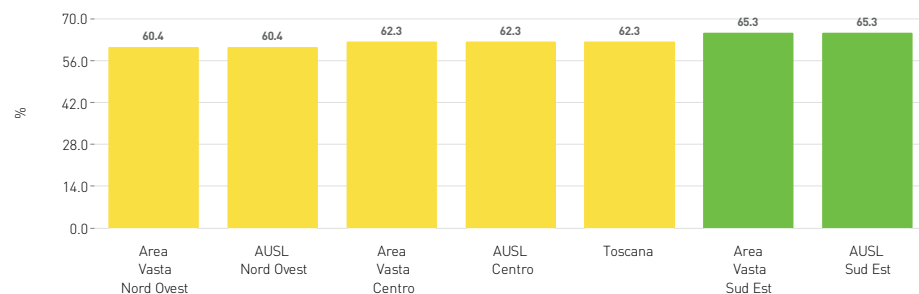


C7.12.3 Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi

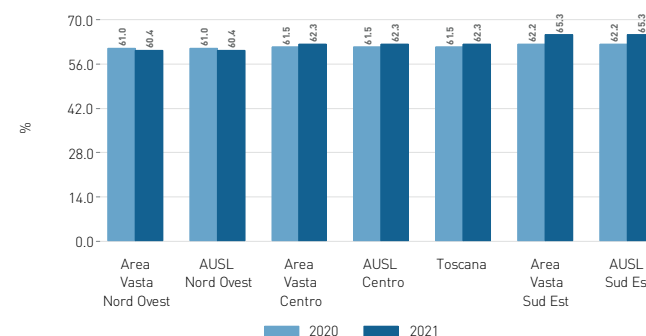
L'allattamento materno è uno dei determinanti principali per la salute e il benessere del bambino e della madre, dal momento che rappresenta il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati, e comporta una significativa influenza biologica ed emotiva sulla salute 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/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.



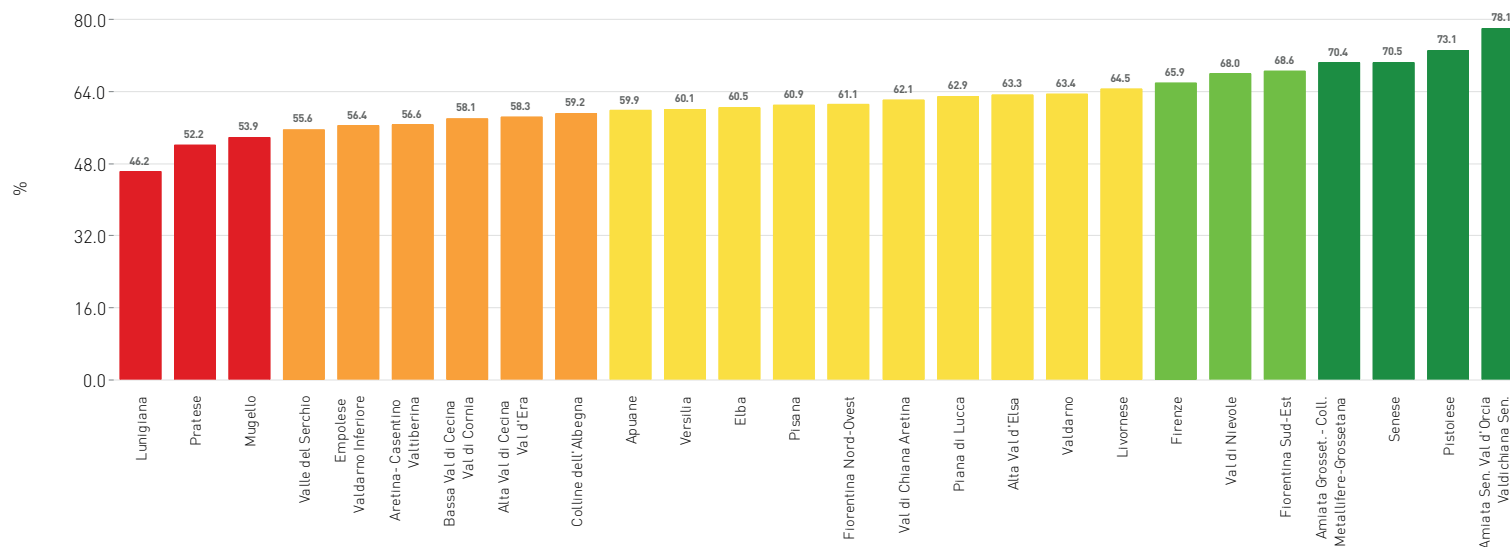
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

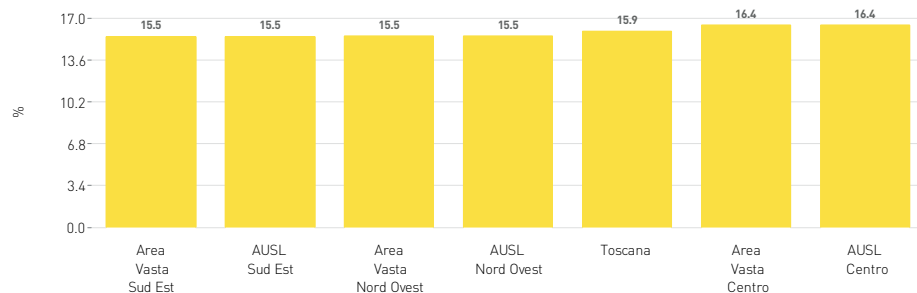


C7.12.4 Percentuale di allattamento esclusivo a sei mesi

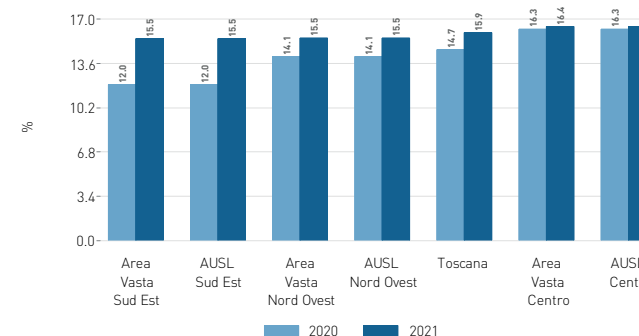
L'allattamento materno è uno dei determinanti principali per la salute e il benessere del bambino e della madre, dal momento che rappresenta il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati, e comporta una significativa influenza biologica ed emotiva sulla salute 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.



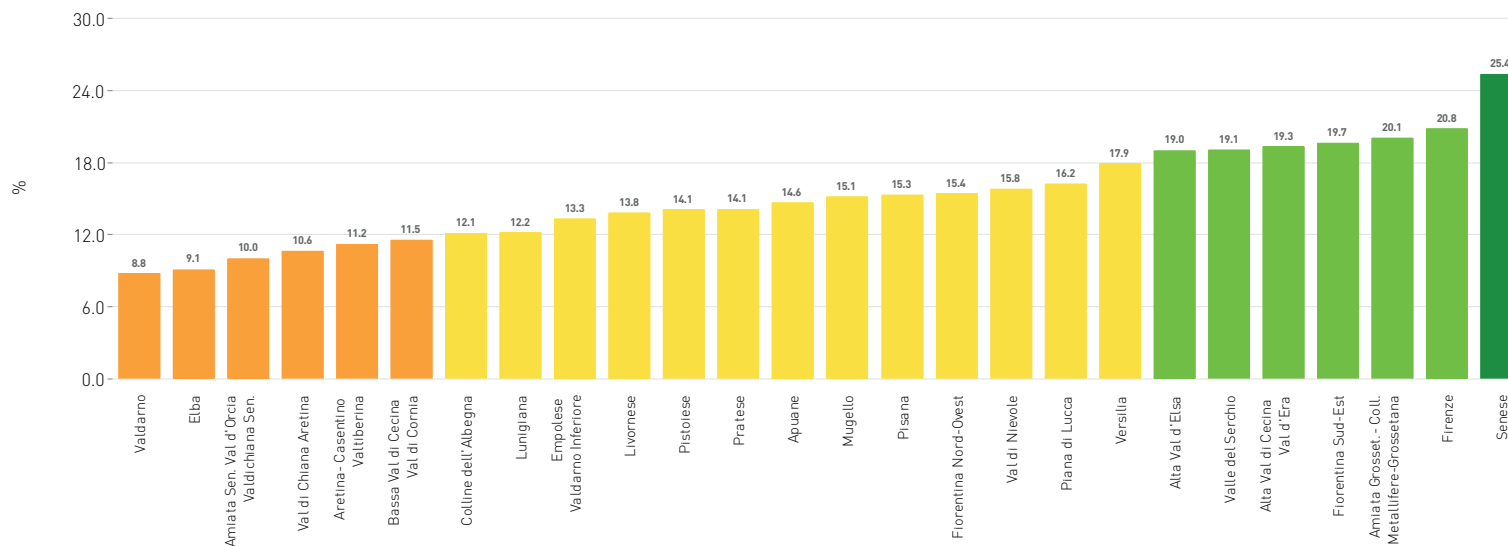
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

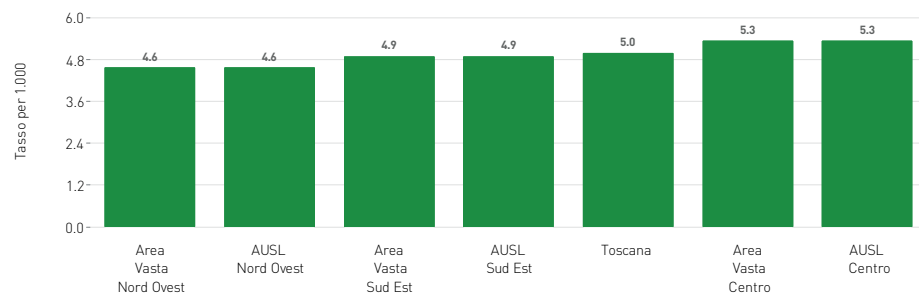


C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti

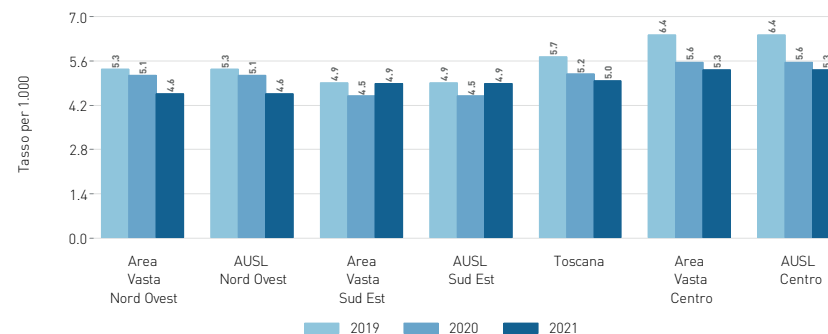
La Legge 194 del 1978 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza" regola le modalità del ricorso all'aborto volontario in Italia. Grazie ad essa qualsiasi donna, per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza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



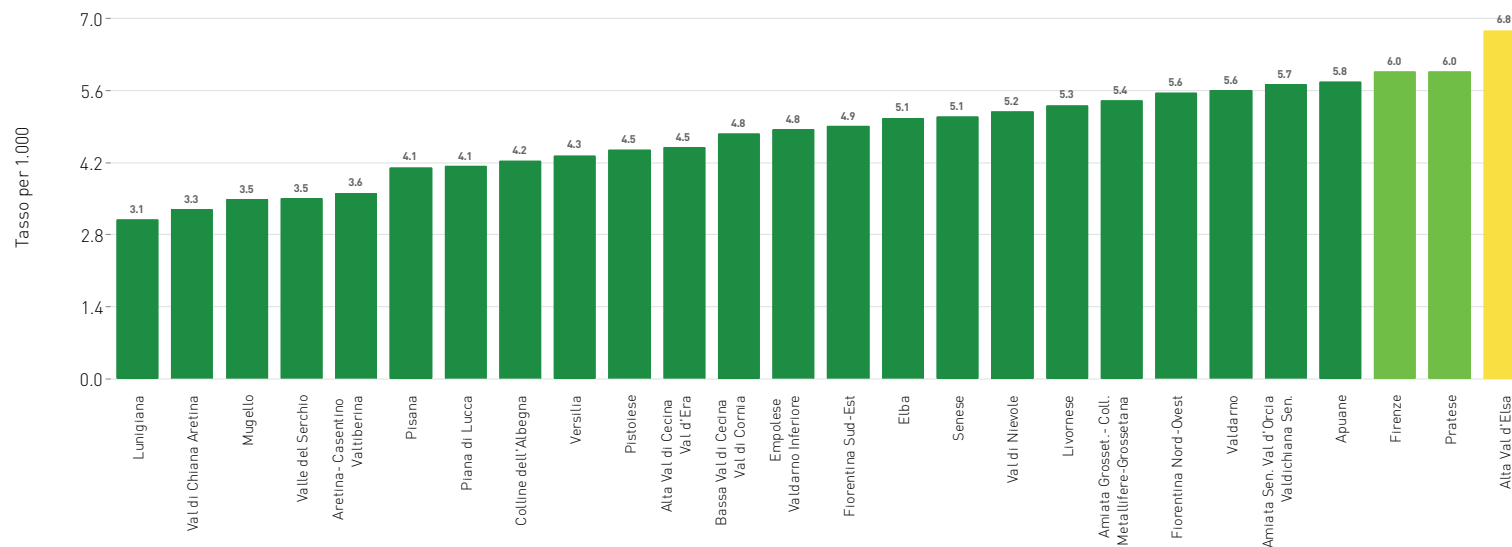
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

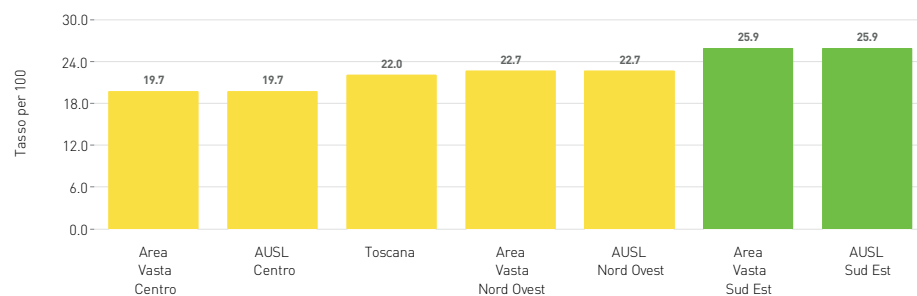


C7.29 Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti

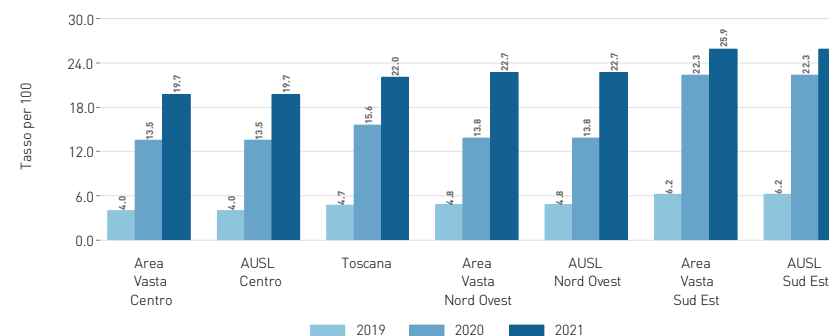
Questo indicatore è stato creato con la finalità di valutare l'efficacia della campagna di contraccezione gratuita promossa da Regione Toscana a partire da Novembre 2018 (delibera regionale n. 1251/2018), in particolare nel gruppo di giovani donne residenti sotto i 25 anni. L'elenco dei farmaci compresi nella campagna regionale è mutevole nel tempo. Di conseguenza, la modalità di calcolo dell'indicatore dovrà essere modificata di anno in anno in base alla lista di farmaci erogati gratuitamente stabilita da Regione Toscana, richiedendo alla Regione gli appropriati codici Minsan.



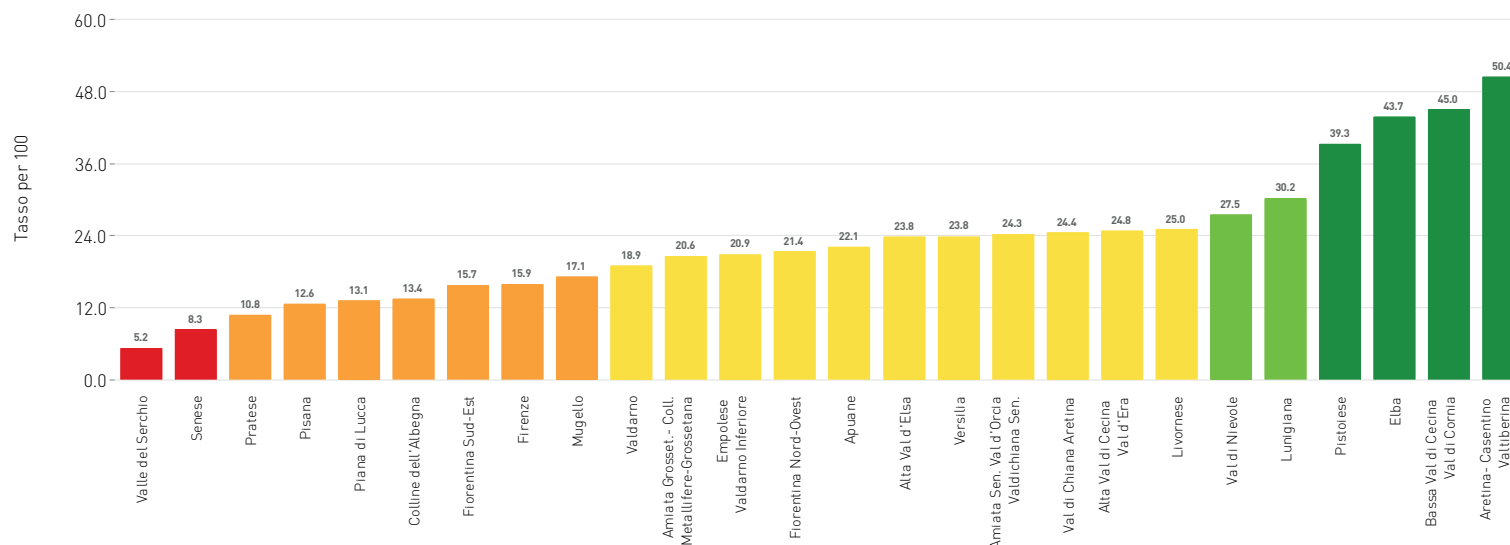
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

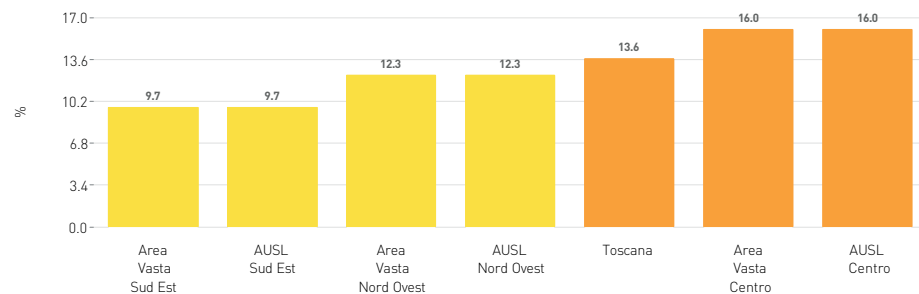


C7.13 Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva

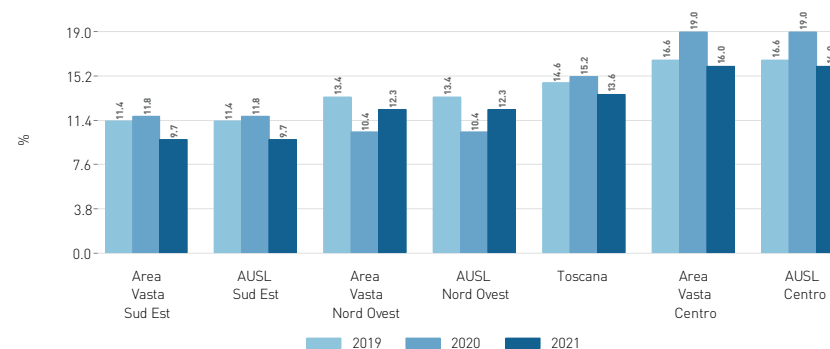
Il monitoraggio sulla percentuale di donne in gravidanza che effettuano la prima visita tardiva viene proposto dal Rapporto Europeo sulla salute perinatale. Un'appropriatezza tempistica nello svolgimento della prima visita assicura una migliore "presa in carico" della paziente: aumentando, da un lato, 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.



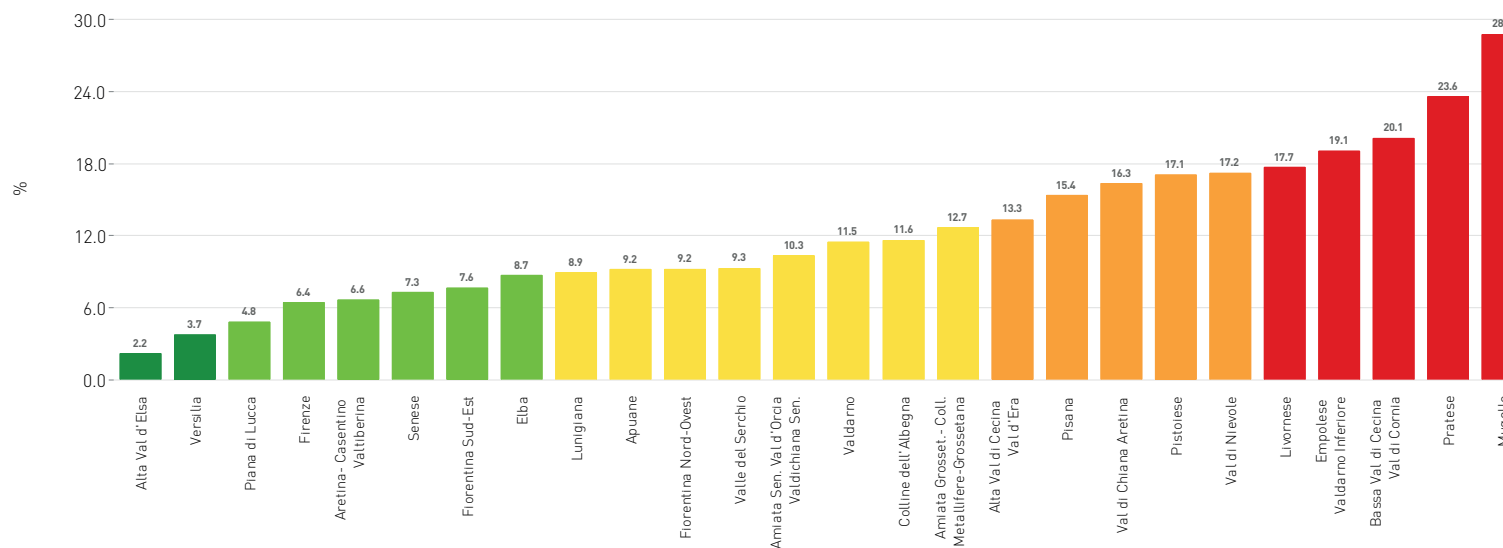
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

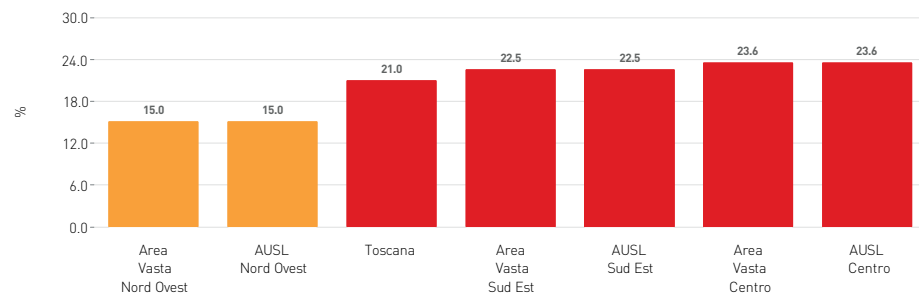


C7.14 Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4

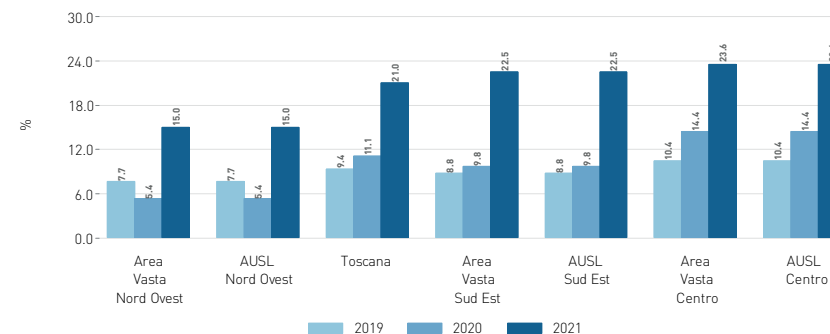
L'Organizzazione Mondiale della Sanita' ritiene insufficiente l'assistenza sanitaria erogata in gravidanza a donne che effettuano un numero di visite inferiore o uguale a 4. Analogamente al precedente indicatore vengono monitorate le donne con cittadinanza straniera in quanto ad esse si associa un minor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



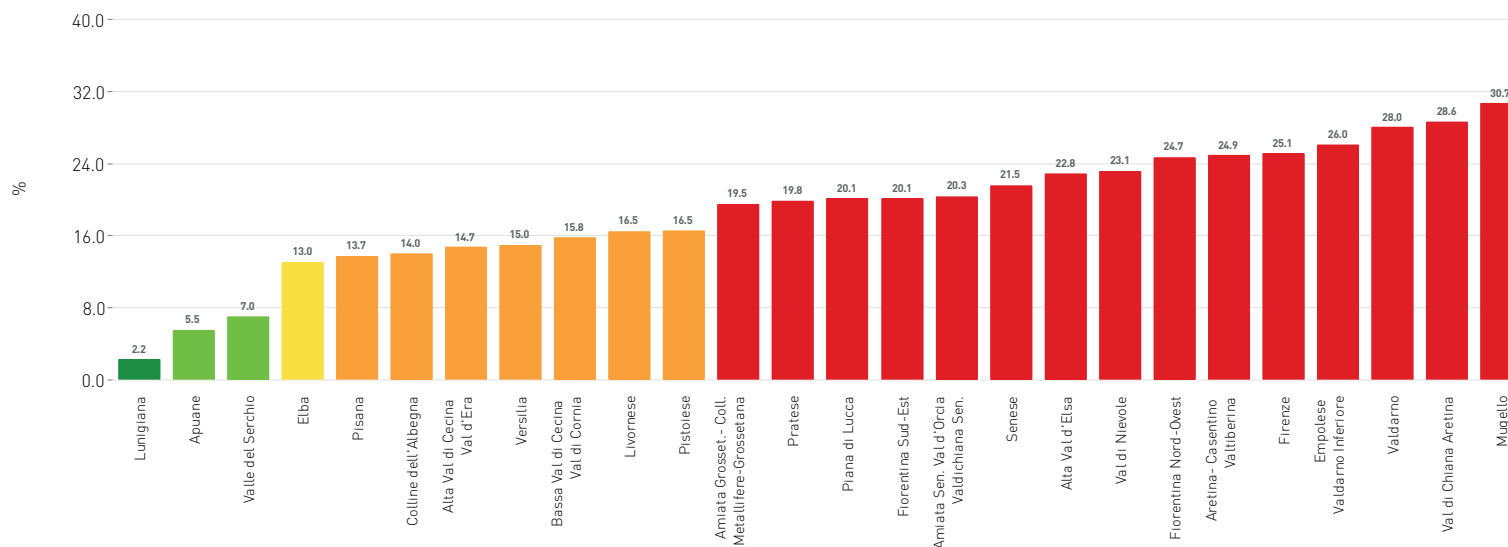
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

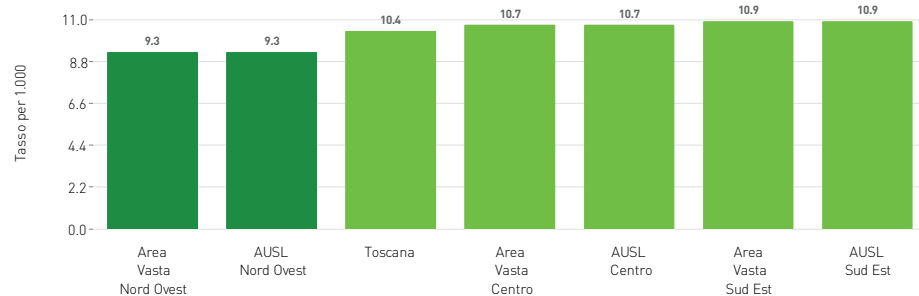


C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti

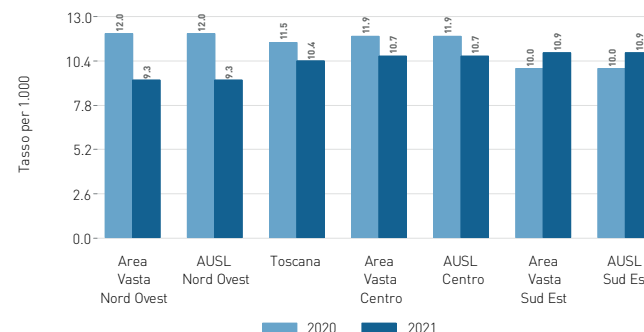
Con l'aumentare della popolazione immigrata, quasi per la metà costituita da donne, negli ultimi anni si è registrato un eccessivo aumento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza per le donne straniere. Monitorare il fenomeno, sia nella sua evoluzione temporale, che nella sua distribuzione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



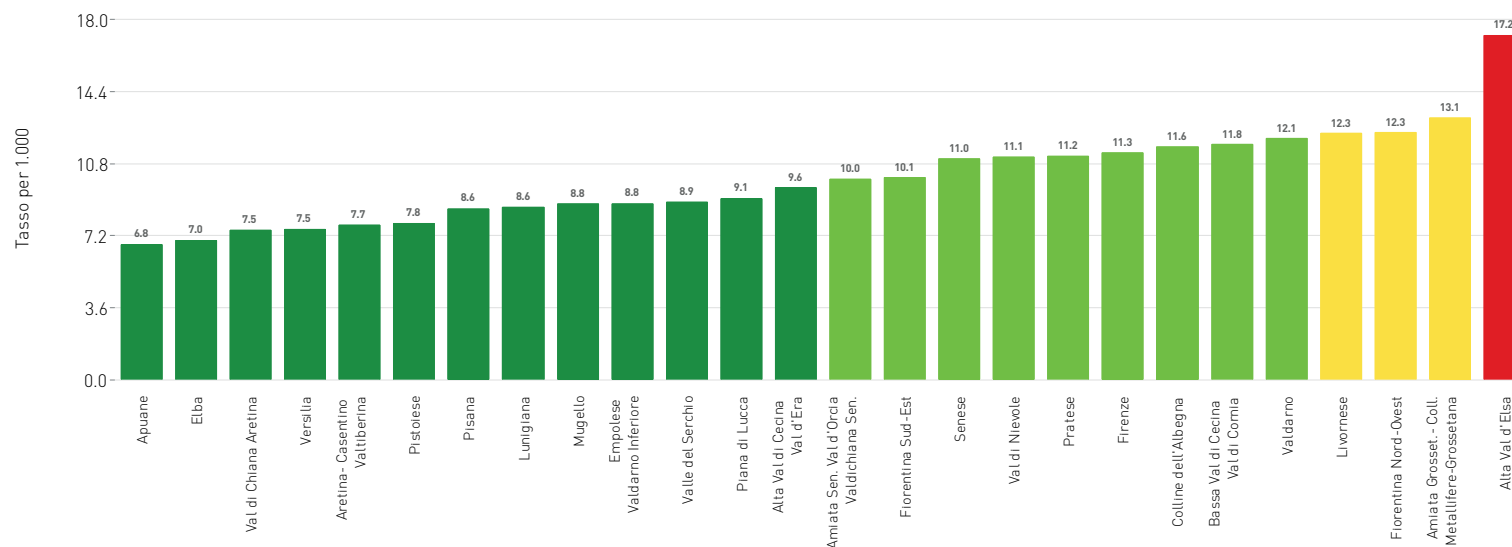
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



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. Sono inclusi indicatori sul follow-up per il tumore al seno e al coloretto e sull'utilizzo di 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	Fond. G. Monasterio
C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici	●	●	●	●	●	●	●		
C10.1 Volumi Oncologia									
C10.1A Volumi interventi tumore maligno alla mammella									
C10.1.12 Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale ai 50 interventi annui	82.50	89.44	75.03	57.40	92.87	72.99	91.25		
C10.1.3 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	84.99	86.04	48.72	98.86	100.00	100.00	99.53		
C10.1.4 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	19.34	17.79	62.34	1.69	17.93	36.00	0.71		
C10.1.7 Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella	32.43	40.00	18.75	40.00	100.00	100.00	25.00		
H02.2 Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	90.50	86.85	78.83	82.72	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	80.05	0.00	0.00	93.22	62.56	0.00	100.00		
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	18.12	96.04	95.07	6.24	31.91	19.00			
C10.1.6 Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	14.29	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	100.00		
C10.1.1A Volumi interventi tumore maligno al polmone	928	61			316	179	369	3	
C10.1.2A Volumi interventi tumore maligno alla prostata	1286	40	45	269	230	81	621		
C10.1.3A Volumi interventi per tumore maligno allo stomaco	461	62	93	139	75	36	56		
C10.1.4A Volumi interventi tumore maligno alla mammella	4306	983	975	439	715	348	846		
C10.1.5A Volumi interventi tumore maligno al pancreas	287	1	33	23	179	18	33		
C10.1.6A Volumi interventi per tumore maligno dell'esofago	49		1	8	23	3	14		
C10.1.7A Volumi interventi per tumore maligno del surrene	27	3	2	1	10		11		
C10.1.8A Volumi interventi per tumore maligno al colon	1830	408	470	360	301	92	198		1
C10.1.9A Volumi interventi per tumore maligno al retto	496	77	118	86	107	15	93		
C10.1.10A Volumi interventi per tumore maligno al fegato	445	25	55	42	212	17	94		
C10.1.11A Volumi interventi per tumore maligno alla vescica	421	86	55	72	60	14	134		
C10.1.12A Volumi interventi per tumore maligno al rene	1108	146	56	183	200	45	475	3	
C10.2 Percorso tumore alla mammella									
C10.2.2.1 Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	17.05	17.54	15.73	14.49	20.48	21.07	14.59		
C10.2.10 Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella	34.01	32.63	44.50	30.11	33.22	30.44	27.57		
C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	86.91	85.33	86.92	87.84	88.60	84.49	87.87		
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	78.31	75.52	77.69	75.49	80.81	72.03	85.41		
C10.2.3 Percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro 120 giorni dall'intervento conservativo (triennale)	2.25	2.09	2.57	2.60	0.90	1.68	3.11		
C10.2.4A Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 6 mesi dall'intervento conservativo	69.44	72.46	72.86	58.46	81.23	74.51	54.51		
C10.2.5 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante	75.33	61.17	79.49	44.60	88.30	87.39	84.90		
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	74.89	74.16	67.18	85.34	80.76	73.46	74.80		
C10.2.7 Percentuale di interventi ricostruttivi o inserzione di espansore nel ricovero indice sugli interventi demolitivi per tumore alla mammella	58.74	56.72	46.93	50.94	66.53	61.77	65.57		
C10.3 Percorso tumore al colon-retto									
C10.3.5 Percentuale di pazienti che hanno eseguito almeno una colonscopia entro 18 mesi dall'intervento per tumore maligno al colon o al retto	60.58	56.82	65.39	57.76	60.13	56.47	61.67		
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3.11	1.69	3.71	2.79	4.79	3.91	2.65		
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3.84	2.29	5.41	3.43	4.61	0.00	3.01		
C10.3.3 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante	57.87	62.82	51.69	57.35	53.85	100.00	66.67		
C10.7 Trattamento diagnostico									
C10.5 Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali	501.25	615.05	435.24	452.61					
C10.8 Fine vita oncologico									
C10.8.1.1 Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica	9.93	10.59	9.74	9.26					
C10.8.1 Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita	25.74	27.51	24.96	24.45					
C10.8.2 Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita	4.99	5.23	3.89	6.52					

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

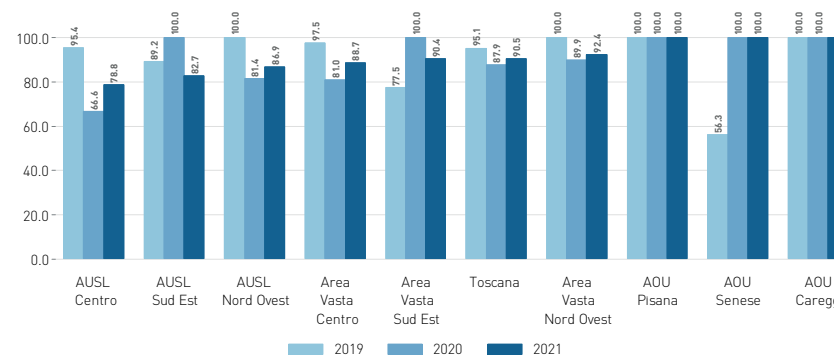
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia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



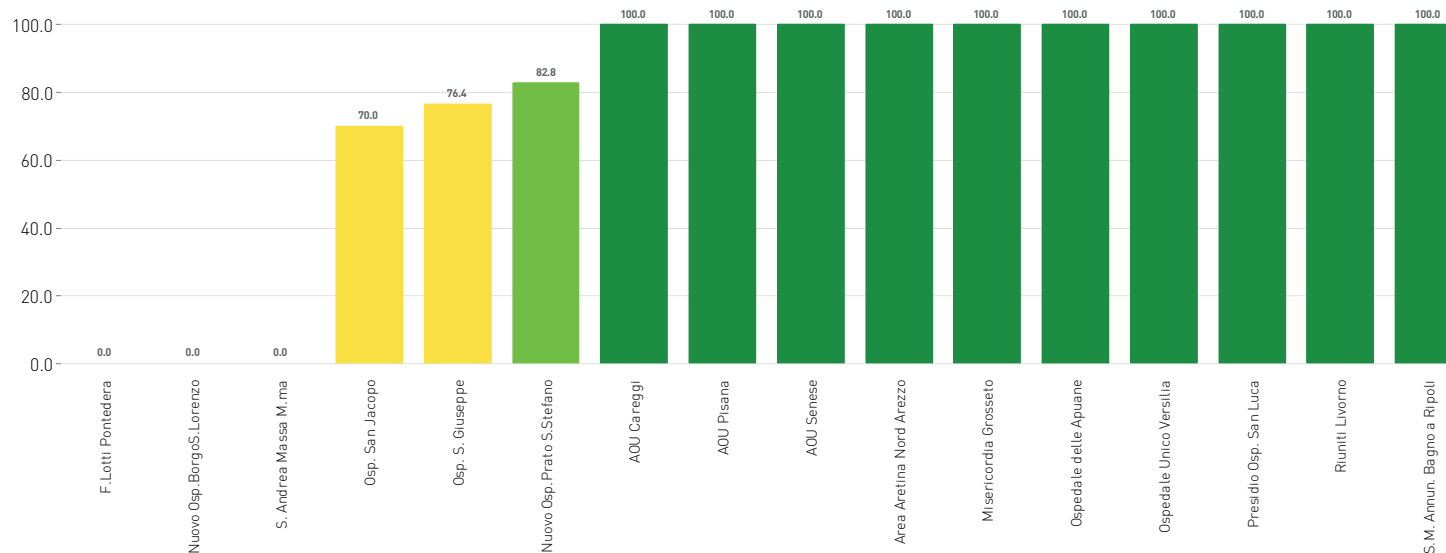
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

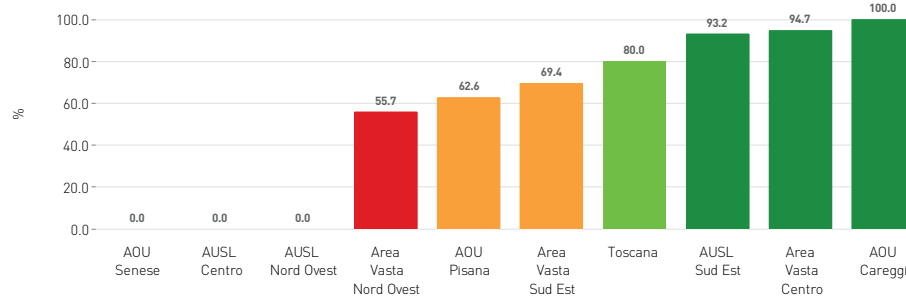


C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

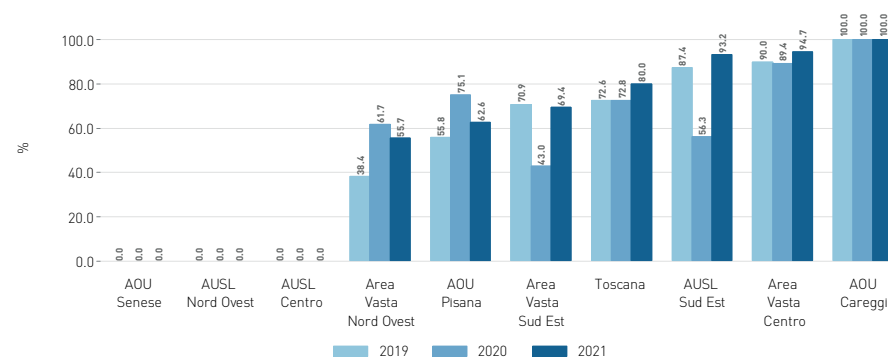
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore della prostata delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di interventi per tumore della prostata effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi per tumore alla prostata superiore al valore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



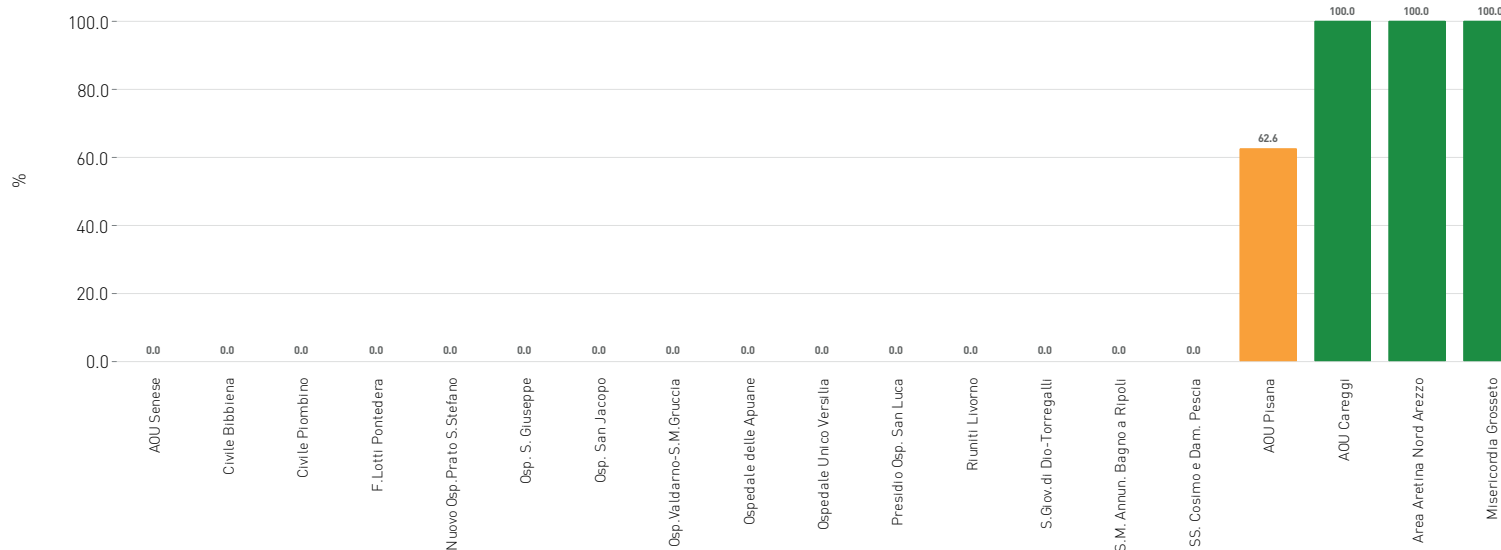
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

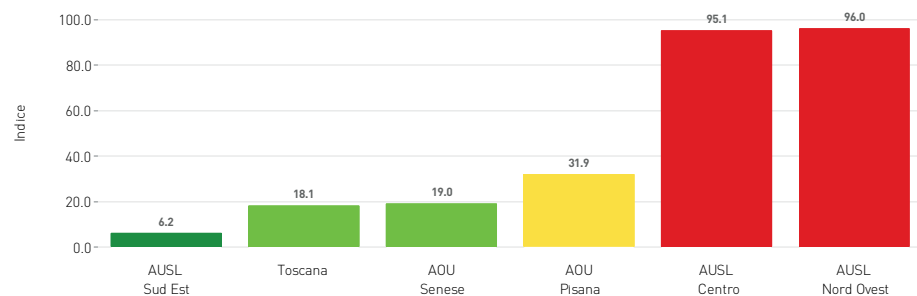


C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

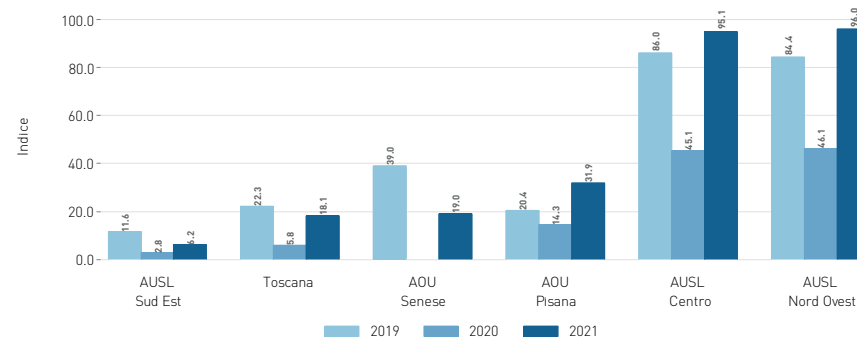
Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore alla prostata è inferiore alla soglia prevista (100/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione dato dalla media quadratica delle distanze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



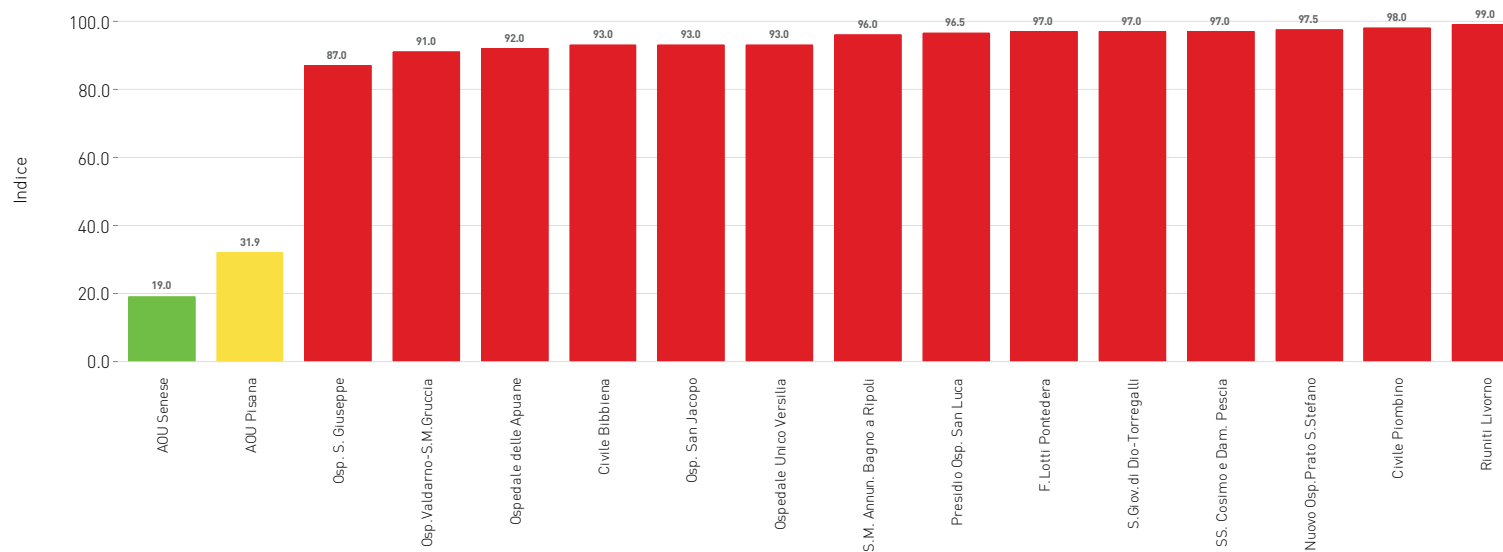
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

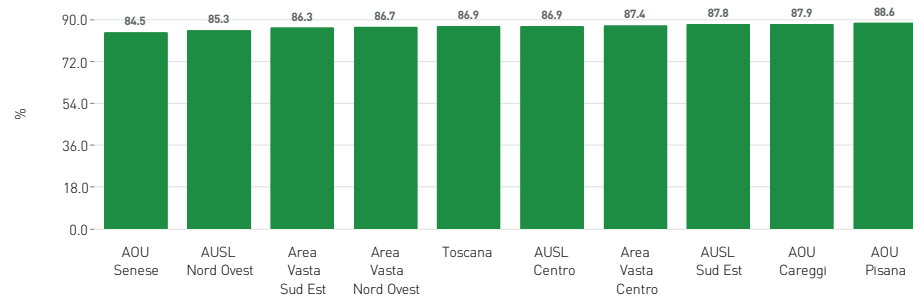


C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella

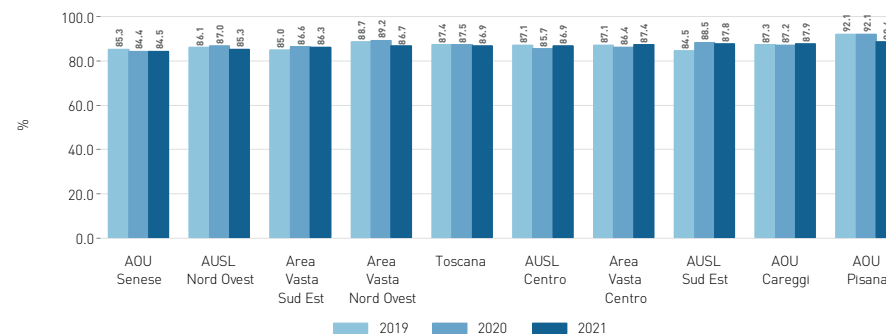
L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in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



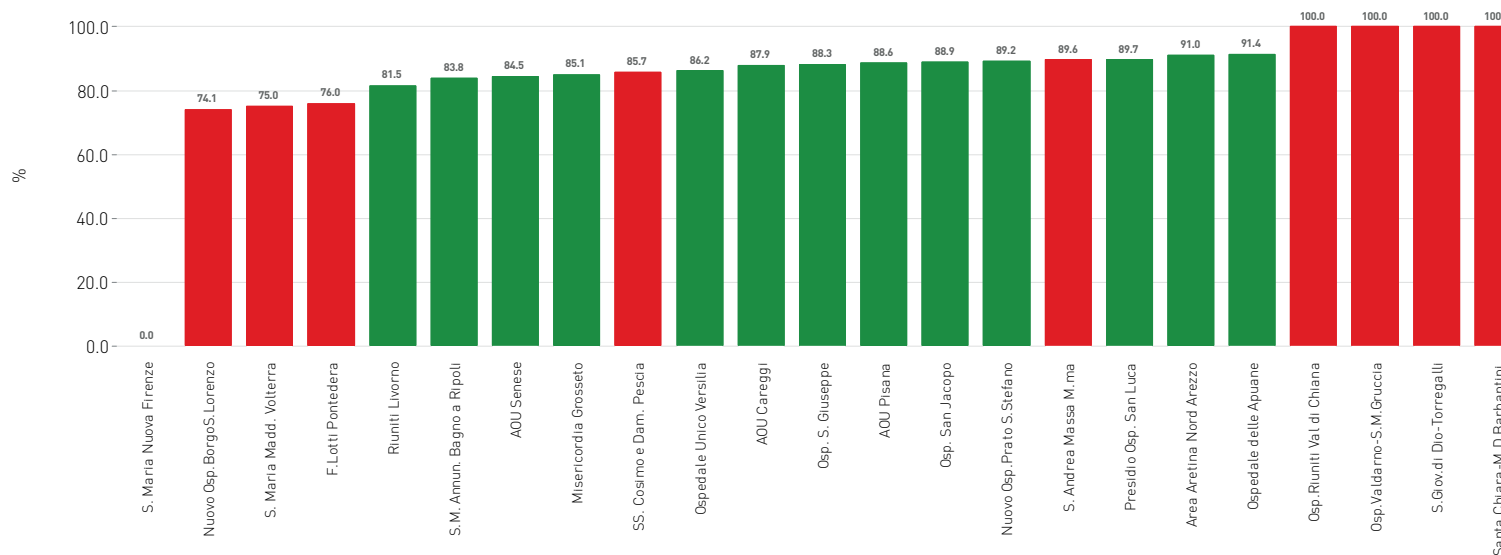
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

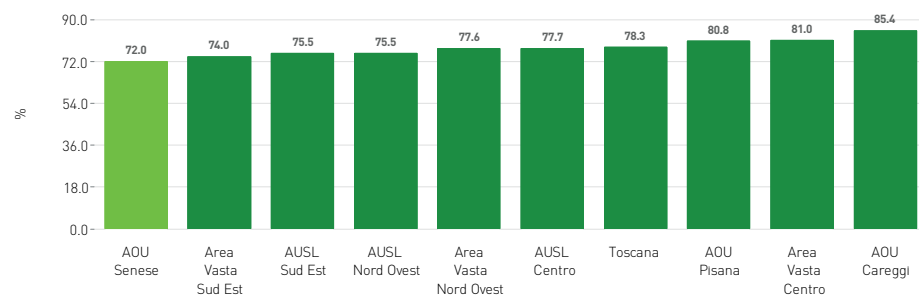


C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

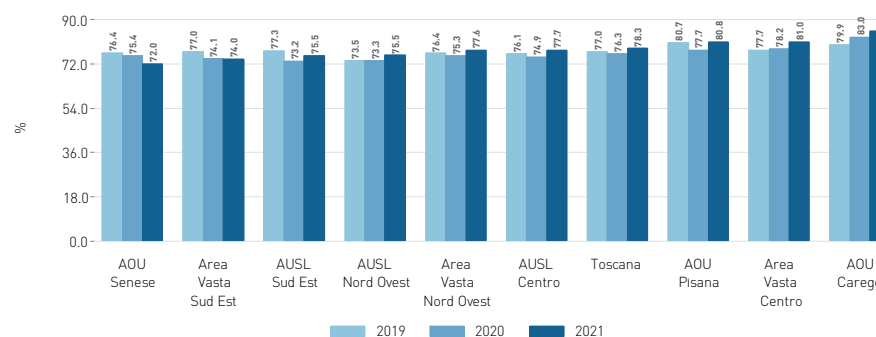
L'indicatore misura la percentuale di donne sottoposte ad asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per intervento chirurgico per tumore al seno. La biopsia del Linfonodo Sentinella (SLNB) aggiunge elementi per la stadiazione del tumore e per la pianificazione dei trattamenti 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).



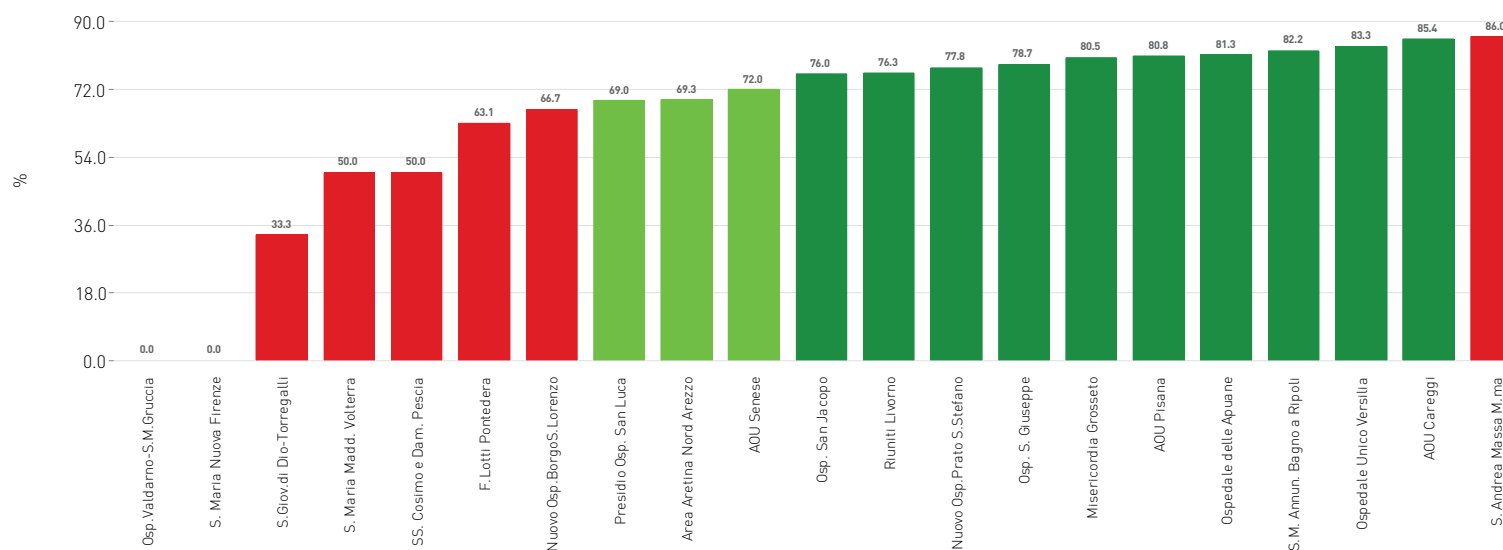
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

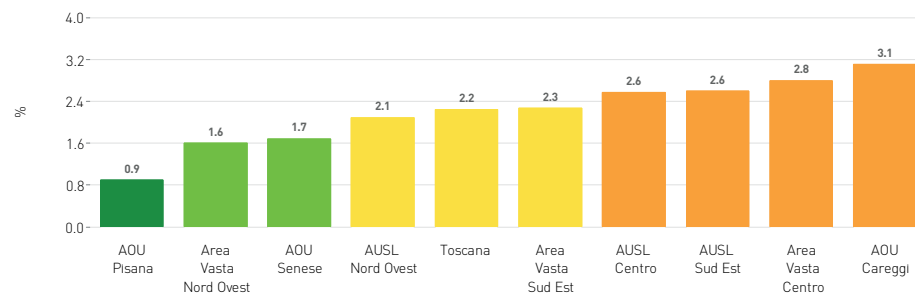


C10.2.3 Percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro 120 giorni dall'intervento conservativo (triennale)

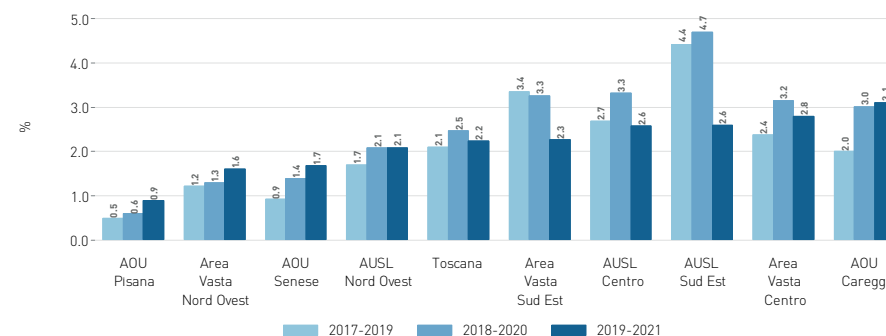
L'indicatore misura la necessità di intervenire chirurgicamente successivamente al primo intervento di resezione per tumore maligno della mammella. L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la necessità di intervenire chirurgicamente entro 120 dal primo intervento di resezione per tumore maligno della mammella. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



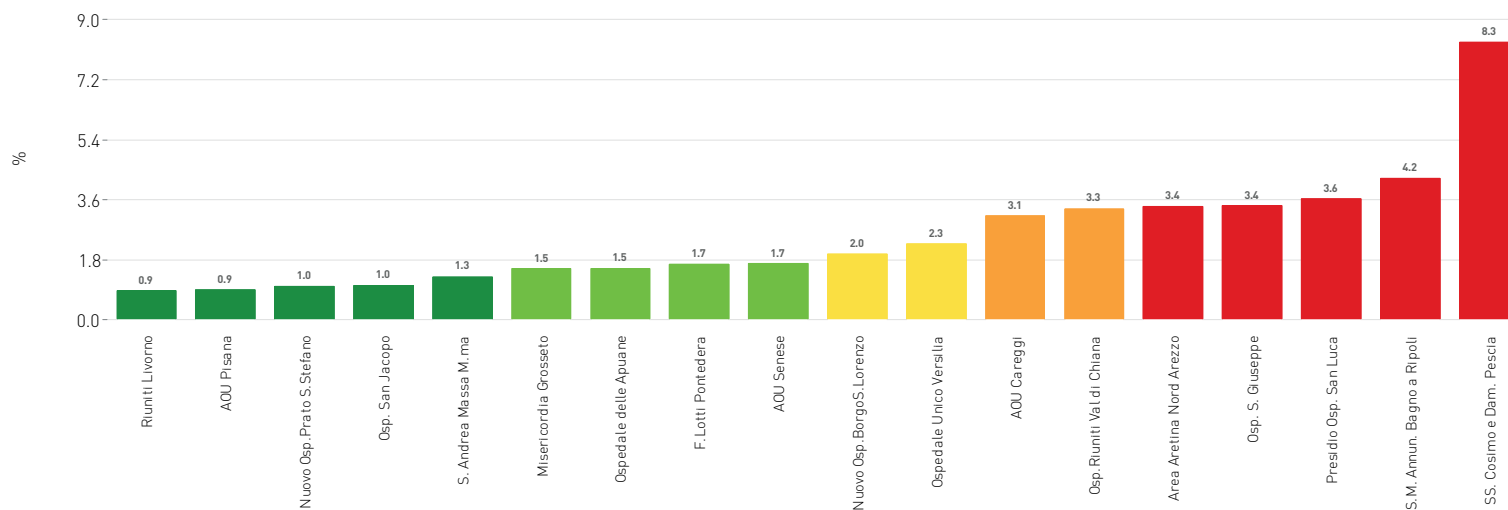
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



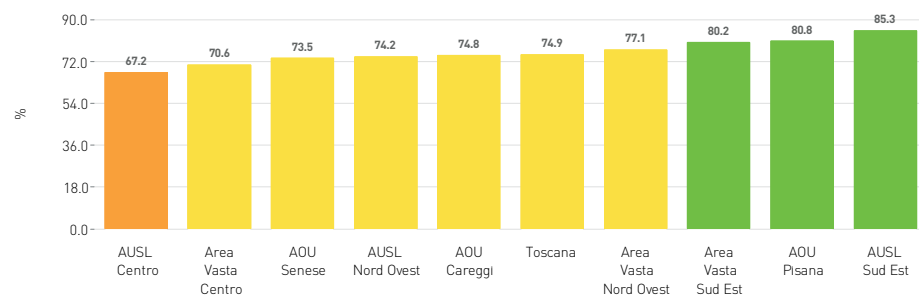
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

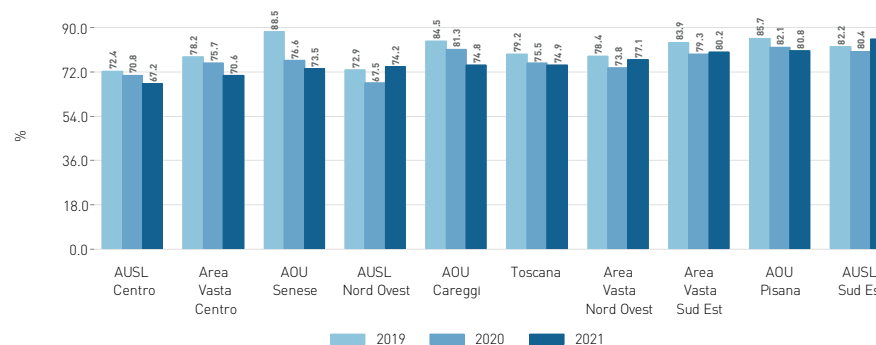
L'indicatore descrive la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up mammografico attivo tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento, finalizzato all'identificazione precoce di recidive di malattia e diagnosticare i tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale.



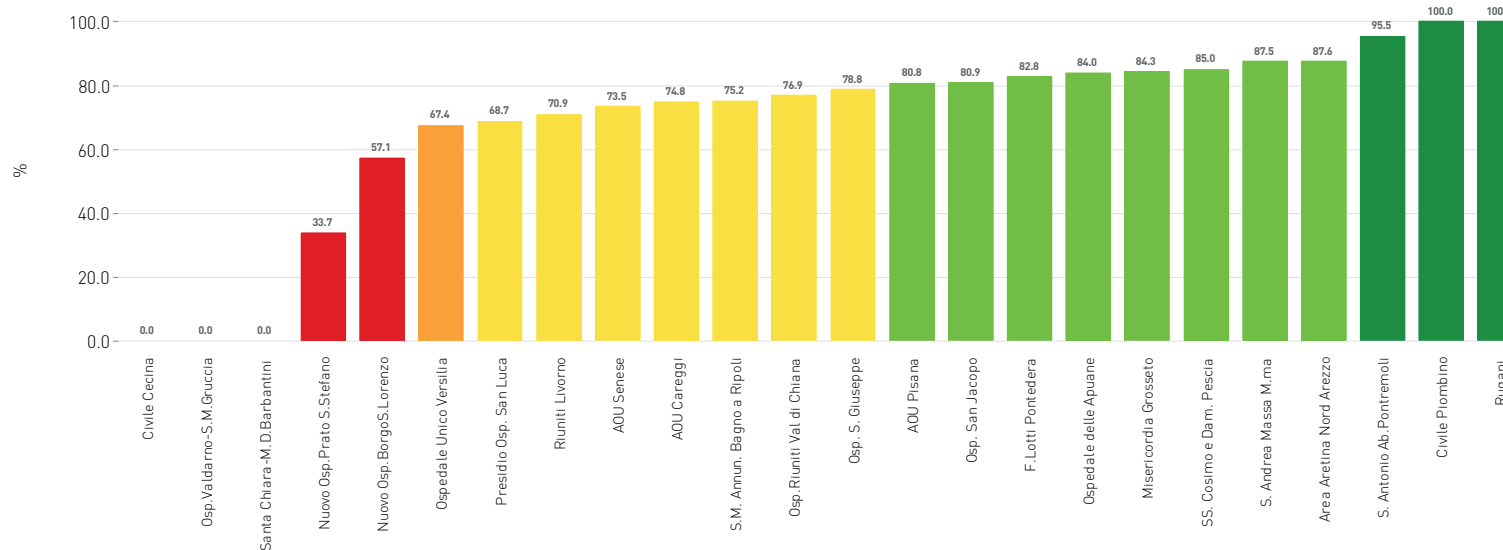
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

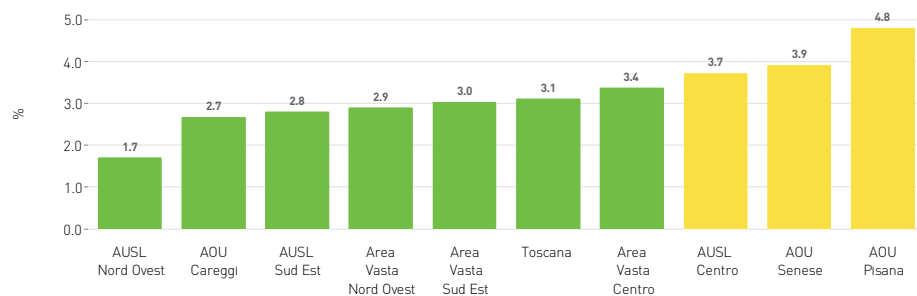


C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

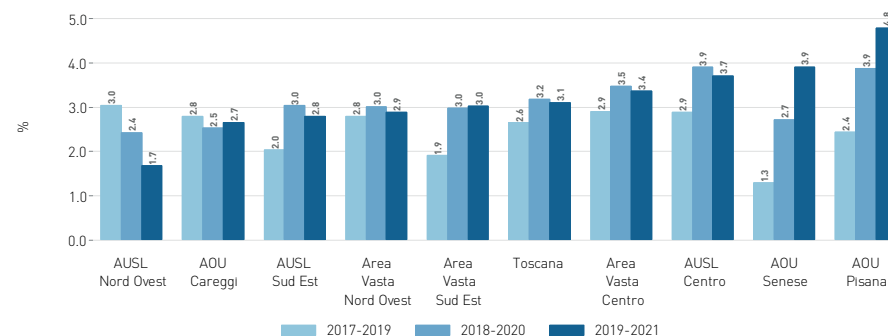
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



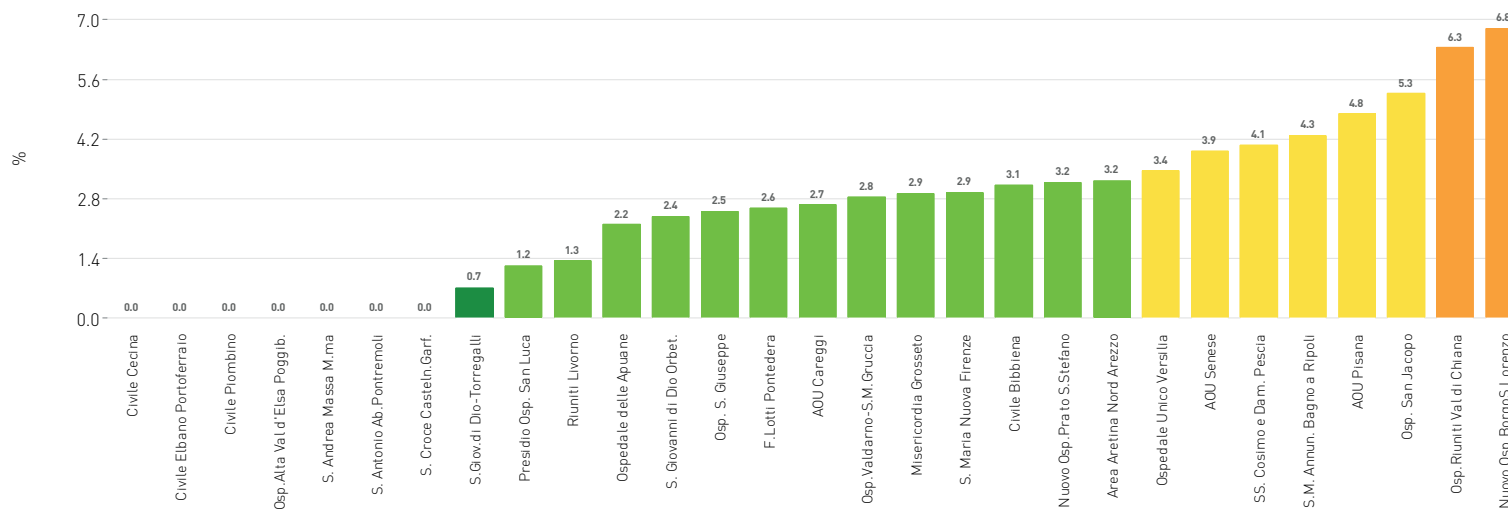
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



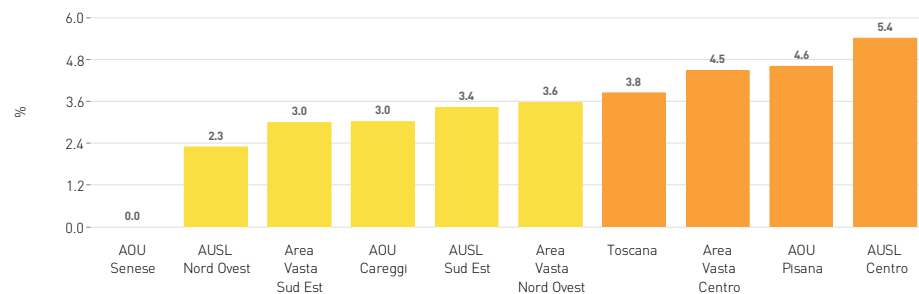
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

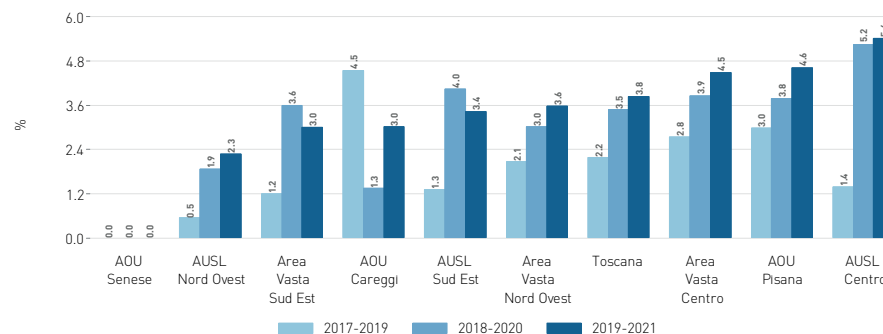
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



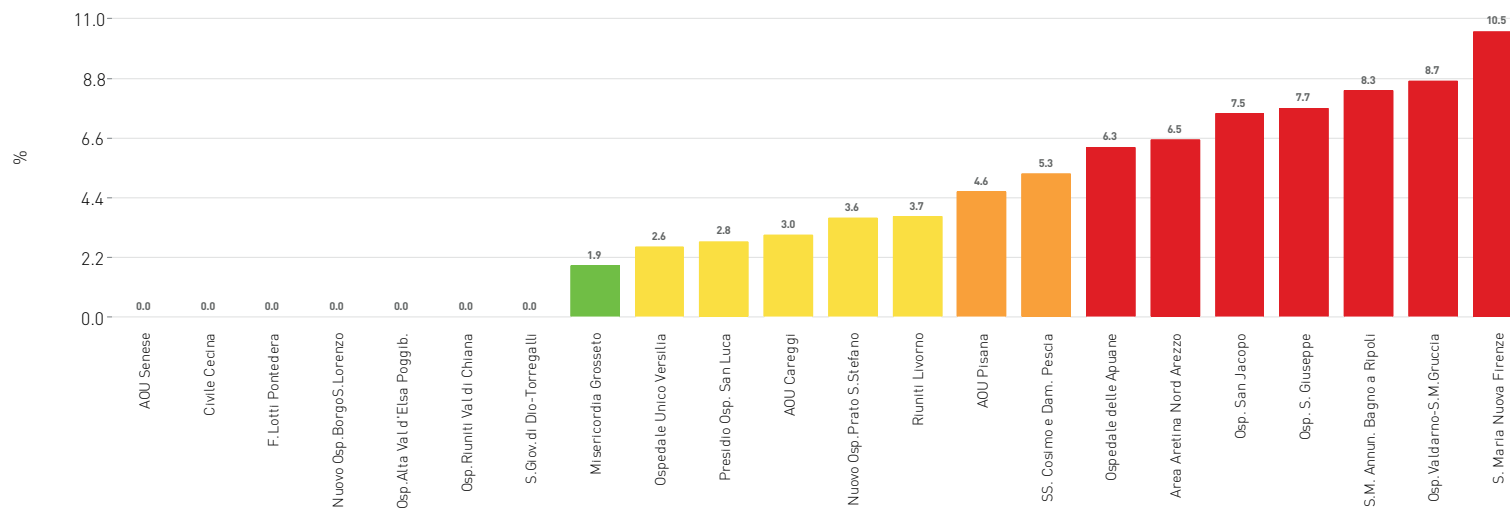
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



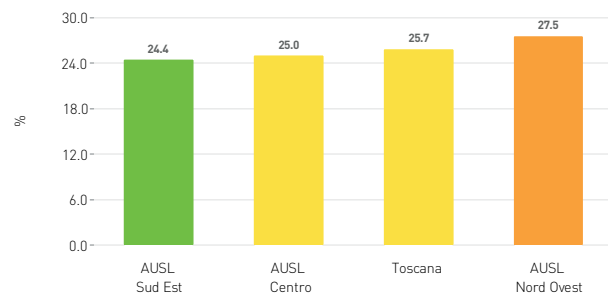
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

C10.8.1 Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita

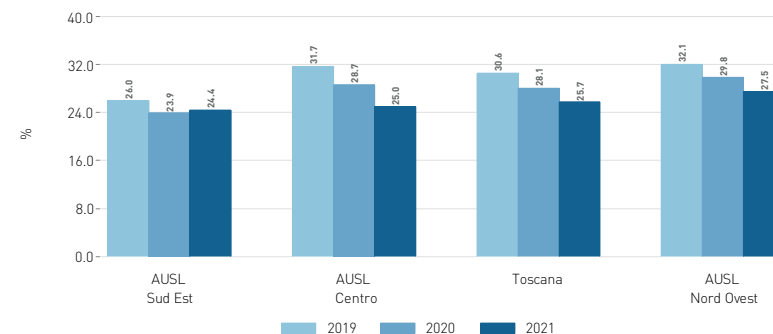
L'indicatore misura la qualità dell'assistenza nelle cure del fine vita per i pazienti con tumore. In particolare mostra la quota di pazienti con patologia oncologica ospedalizzati nell'ultimo mese di vita. La letteratura mostra come spesso l'ospedale per acuti costituisca ancora il principale ambito assistenziale nell'ultimo periodo di vita delle persone decedute per neoplasia sebbene vi sia una certa variabilità geografica le cui cause vanno ricercate nelle caratteristiche anagrafiche dei deceduti (sesso, età), nelle condizioni socio-economiche (stato civile, livello di istruzione, deprivazione), nelle condizioni cliniche (sede e severità della neoplasia) e nel contesto organizzativo/assistenziale (disponibilità dei servizi di assistenza oncologica ospedaliera e domiciliare).



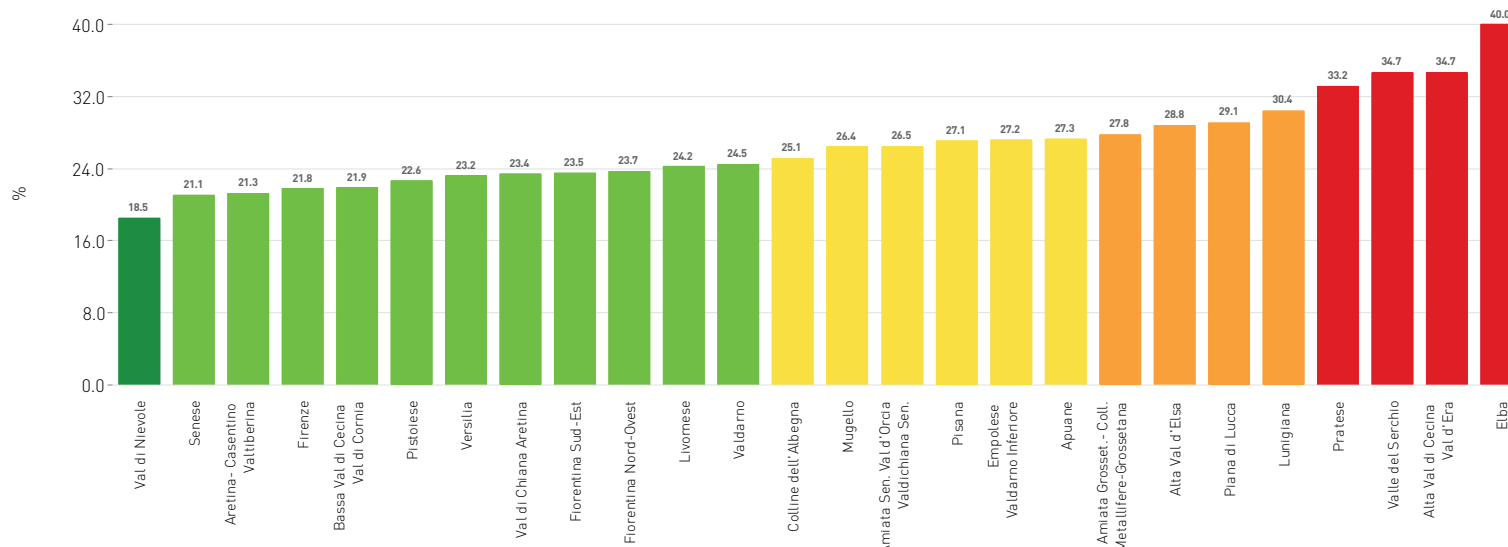
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

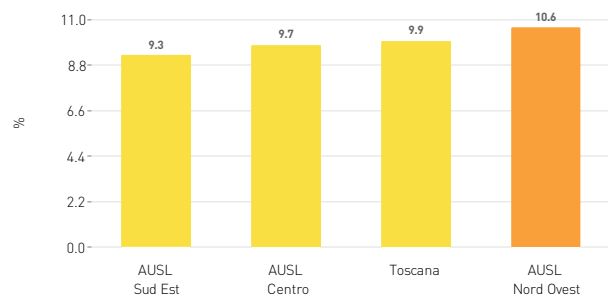


C10.8.1.1 Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica

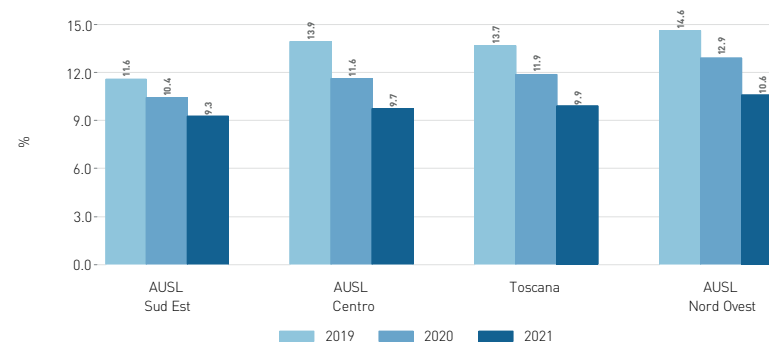
L'indicatore misura la qualità dell'assistenza nelle cure del fine vita per i pazienti con tumore. In particolare mostra la quota di pazienti con patologia oncologica deceduti in ospedale. Per quanto riguarda il luogo di decesso i pazienti dichiarano di preferire di poter rimanere nella propria casa fino al decesso tuttavia i dati mostrano una certa variabilità a conferma dei dati di letteratura che riportano come circa un terzo dei pazienti con neoplasia maligna muore in un luogo diverso da quello desiderato (Beccaro M, 2006).



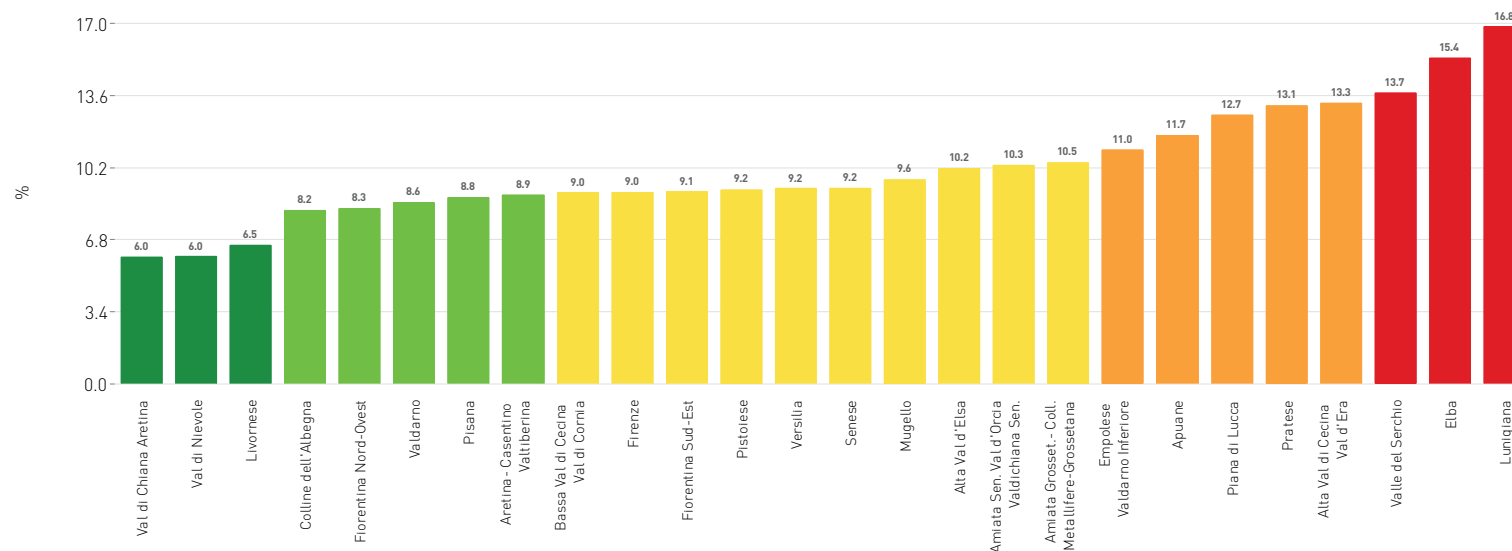
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



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

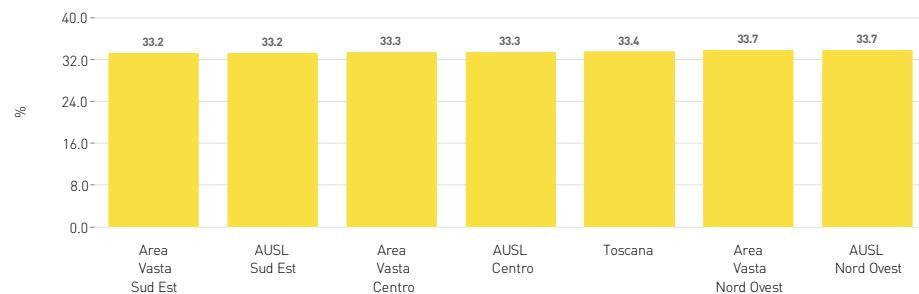
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
42.06	44.53	39.70	42.44
33.43	33.66	33.35	33.20
93.13	95.55	88.36	97.90
92.78	96.32	86.43	98.49
10.92	12.87	10.00	8.59
35.10	29.27	37.47	42.78
34.52	27.51	37.31	42.78

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

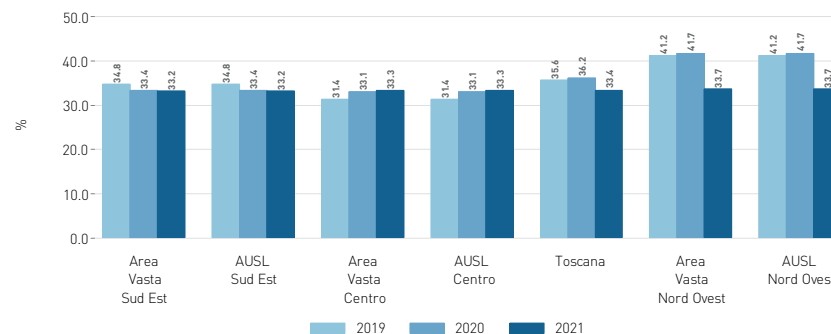
La gestione dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice).



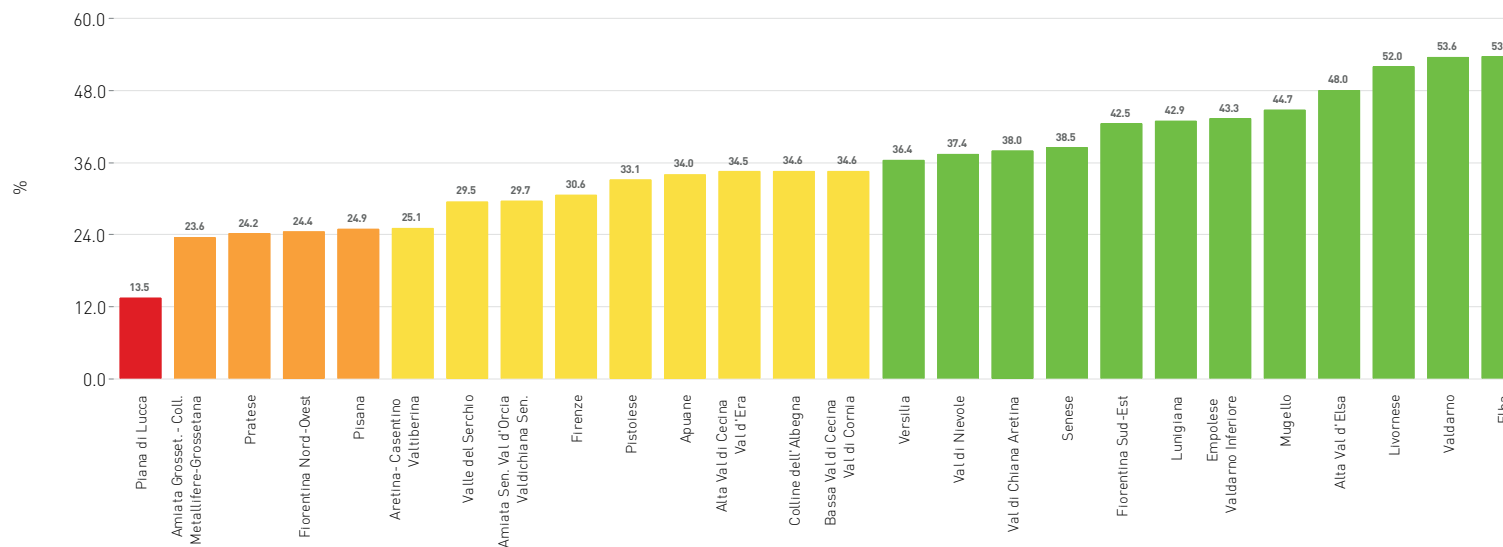
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

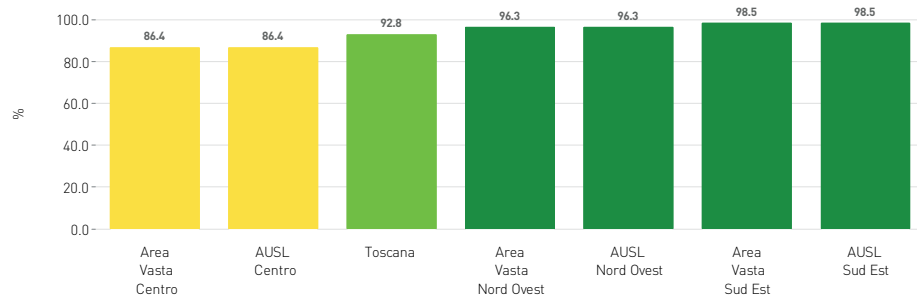


C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni

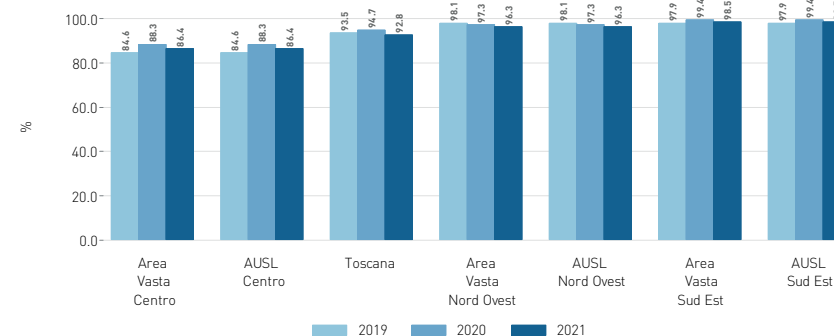
La presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva. L'indicatore misura il numero di pazienti per i quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di pazienti ricoverati con assistenza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



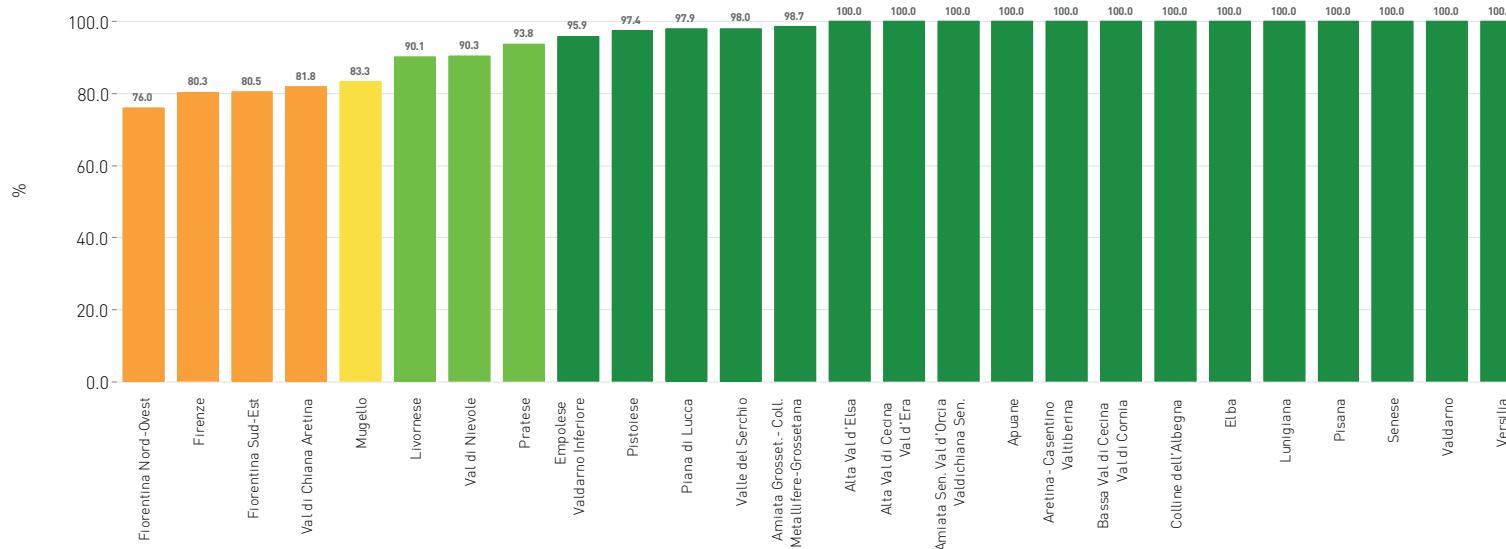
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

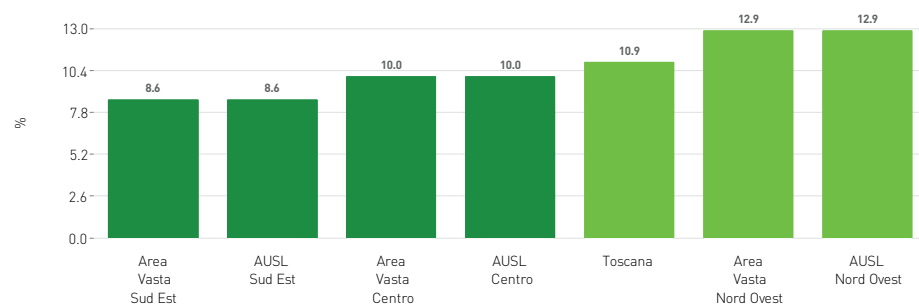


C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg

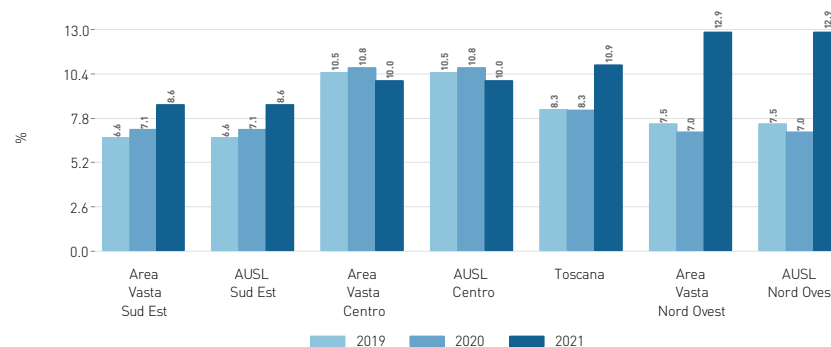
L'indicatore misura il numero di pazienti con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice superiore o uguale a 30 giorni, sul numero di ricoveri in Hospice di pazienti con patologia oncologica. L'obiettivo dello standard nazionale un valore <=25% (DM 43/2007). Attraverso il calcolo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



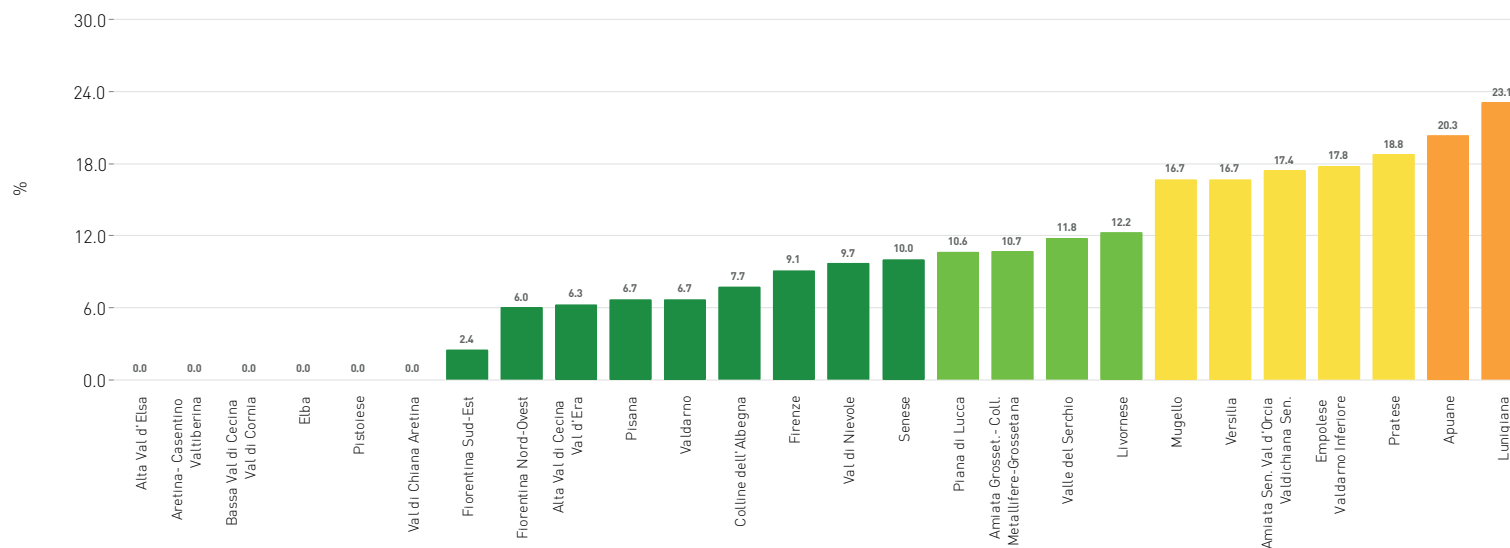
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

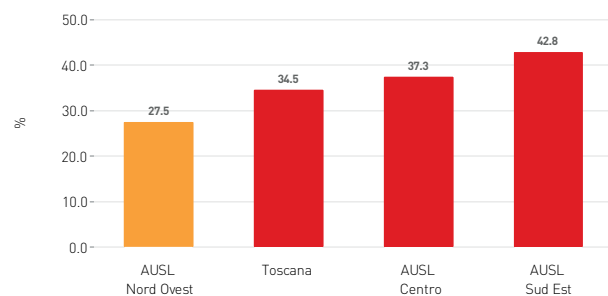


D32Z N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg

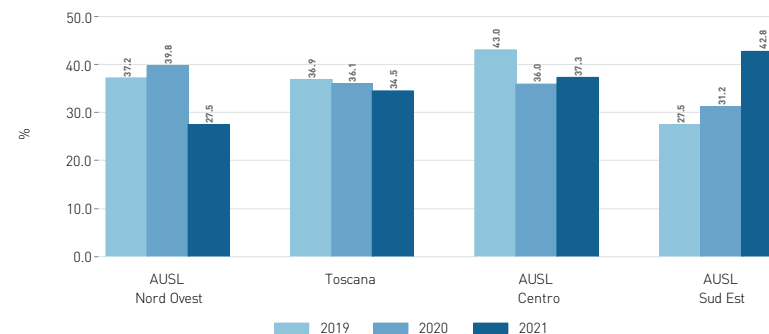
L'indicatore valuta la durata della degenza in Hospice dei pazienti oncologici dimessi dall'ospedale o provenienti dal domicilio non precedentemente assistiti dalla rete delle cure palliative. L'indicatore mira a ricavare la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico. L'obiettivo è quello di ridurre il numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'Hospice.



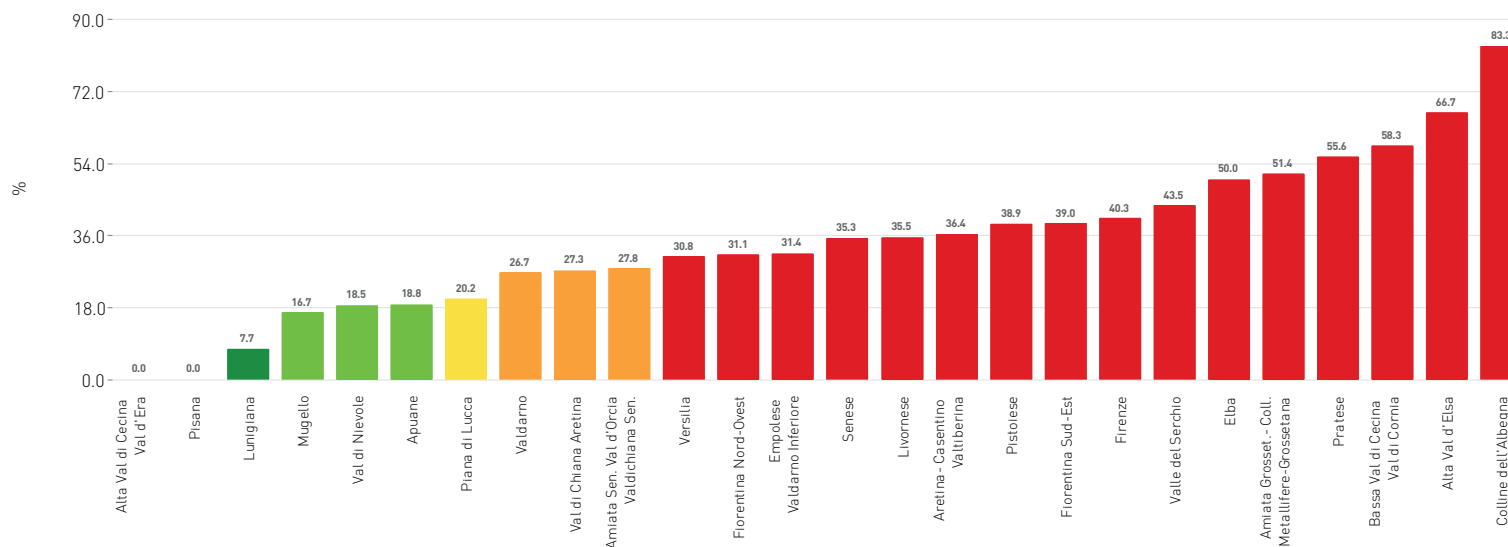
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



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. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



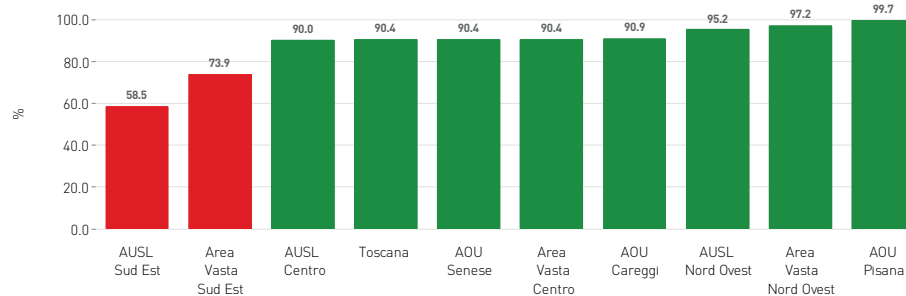
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
C10D Proporzione di prest. erogate nel rispetto dei tempi max di attesa per Classe di priorità A per interv. chir. per tumore	●	●	●	●	●	●	●
C10.4.7 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	90.35	95.24	90.02	58.54	99.72	90.36	90.93
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	64.10	81.48	86.21	76.92	80.69	69.01	50.79
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	90.24	96.30	97.59	76.49	84.62	96.00	94.84
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	90.72	93.00	96.27	83.58	88.41	76.19	92.41
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	87.44	50.00			92.90	94.08	85.26
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	84.96	84.21	87.08	59.52	90.91	81.82	95.18
C10.4.13 Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	93.58	90.48	94.15	94.34	95.40	92.06	
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	88.66	90.00	61.45	91.30	91.71	68.18	98.72

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

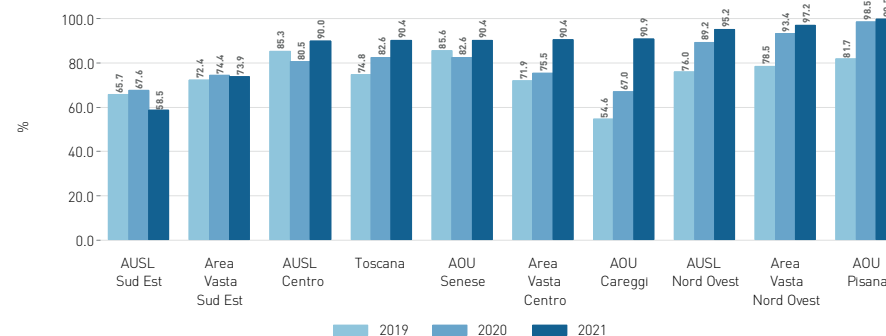
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla mammella. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



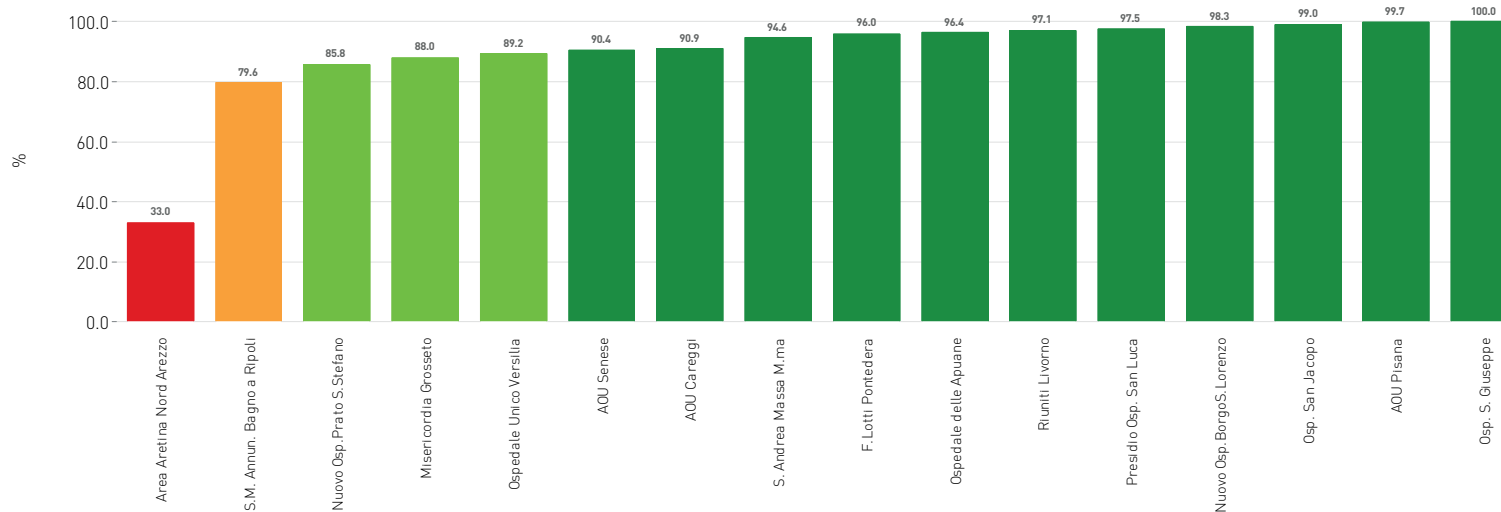
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



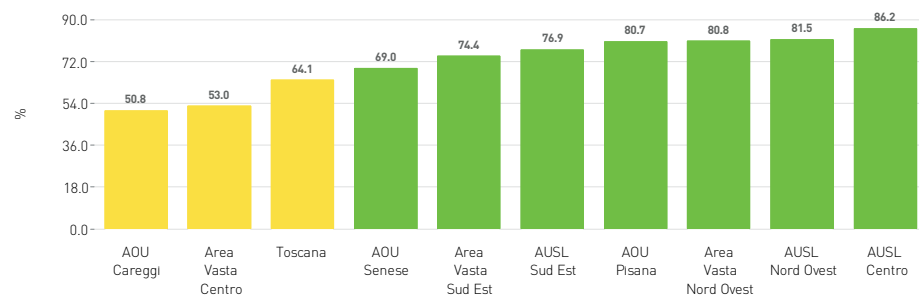
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

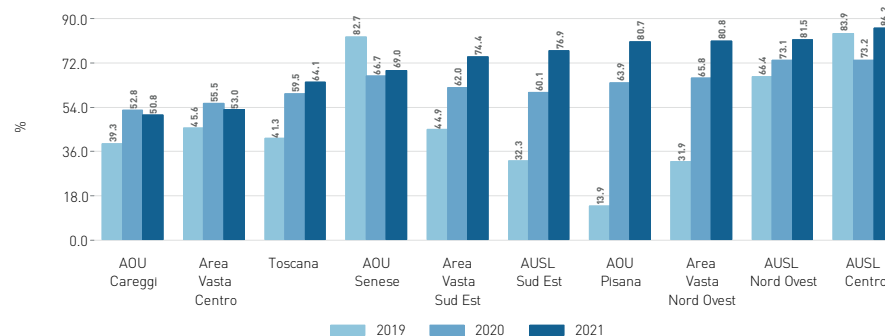
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla prostata. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



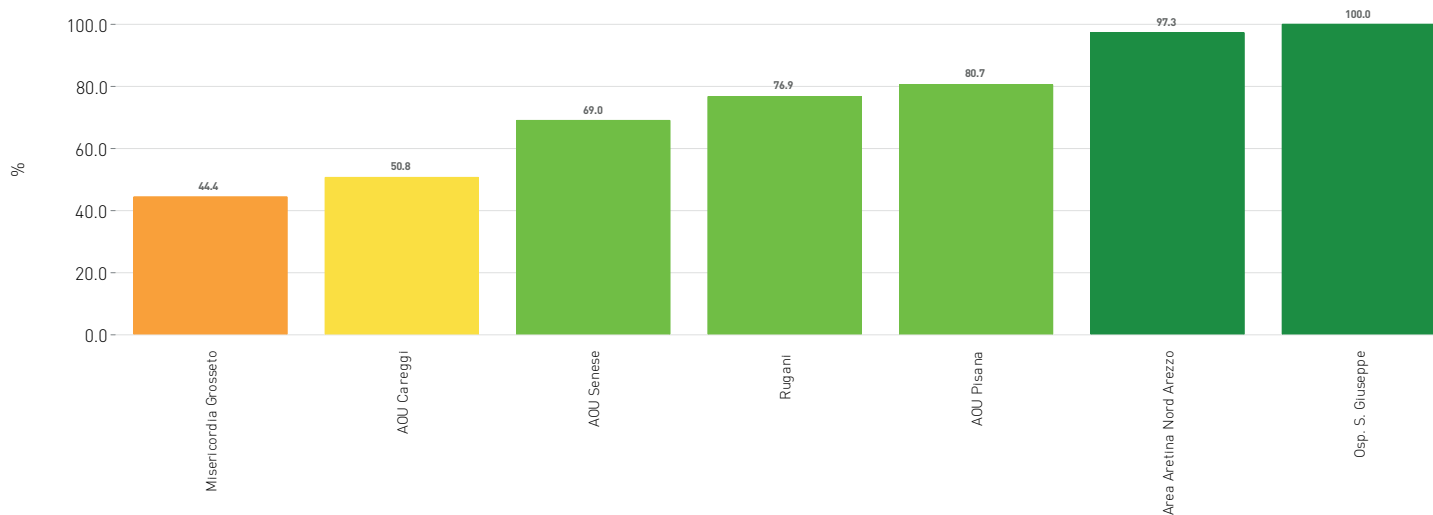
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



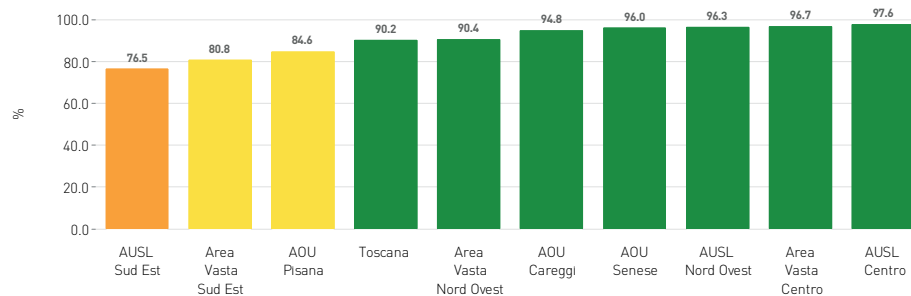
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

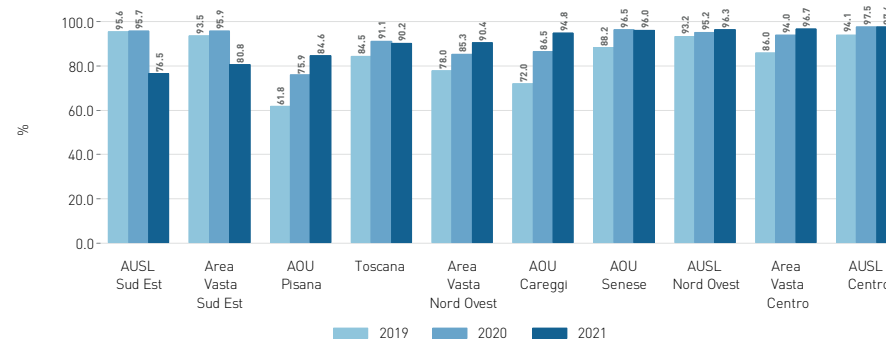
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al colon. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



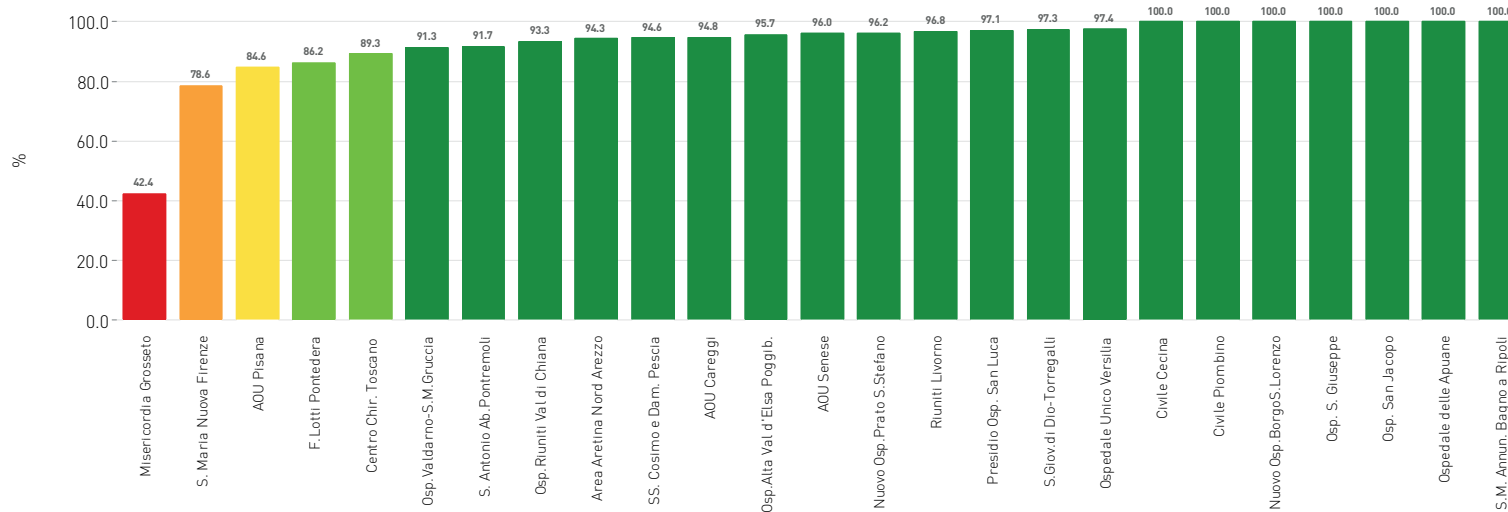
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



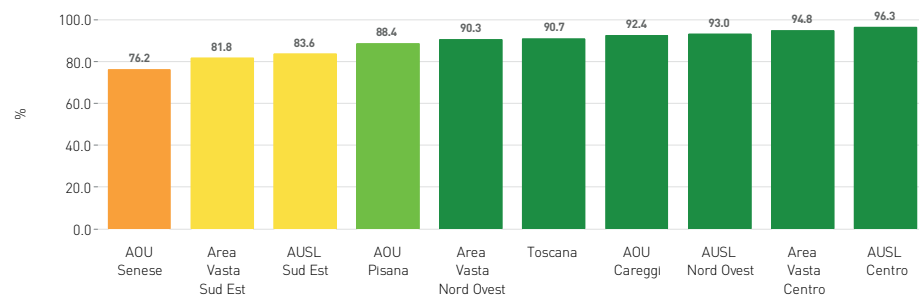
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

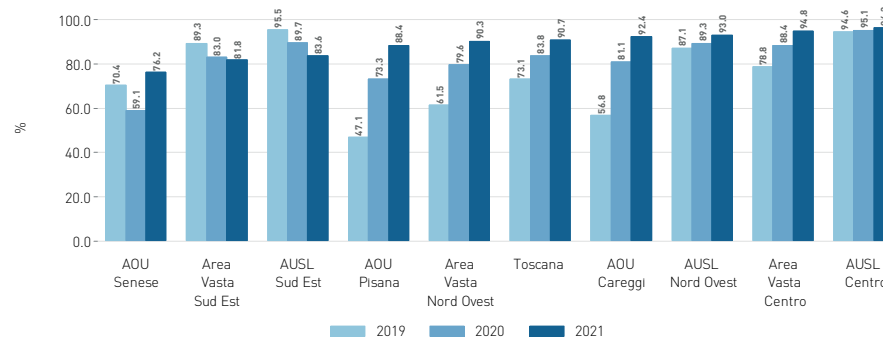
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al retto. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



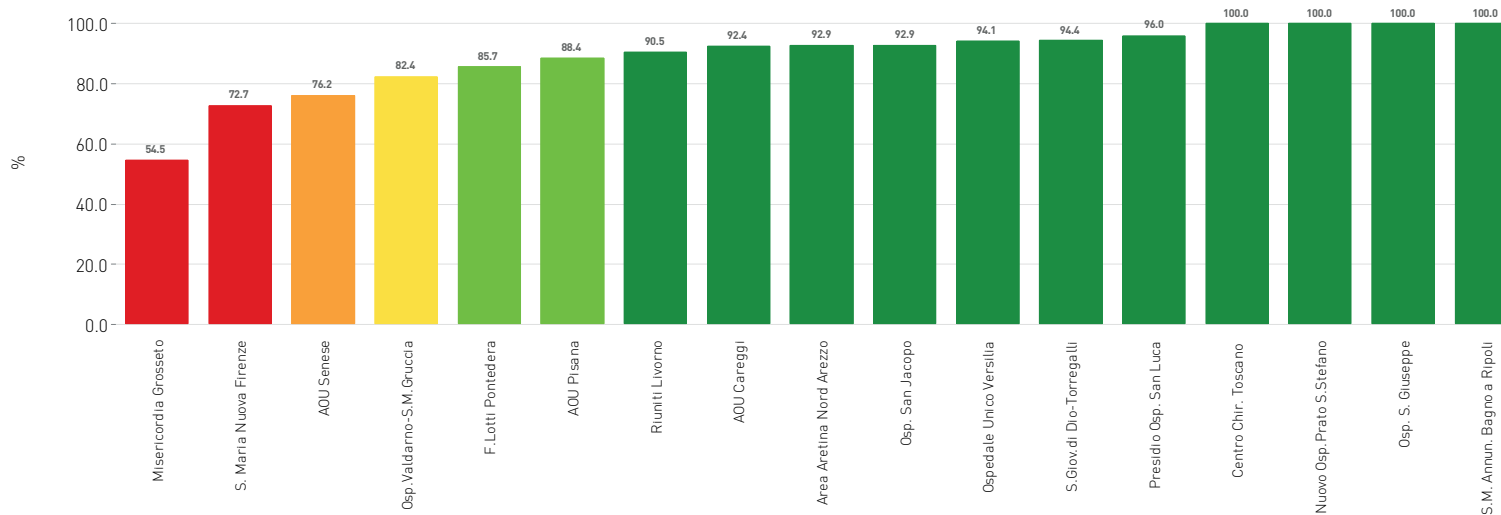
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



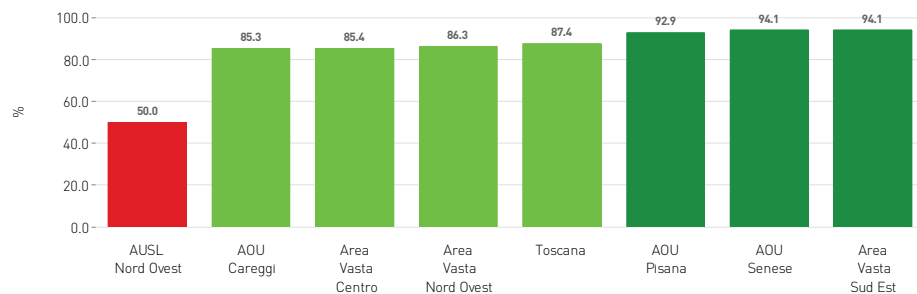
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

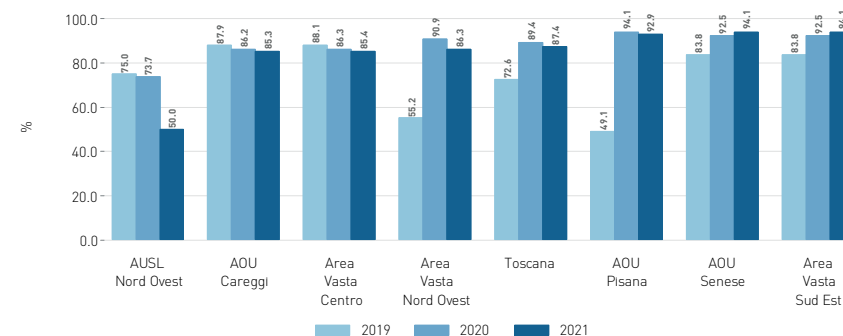
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno al polmone. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



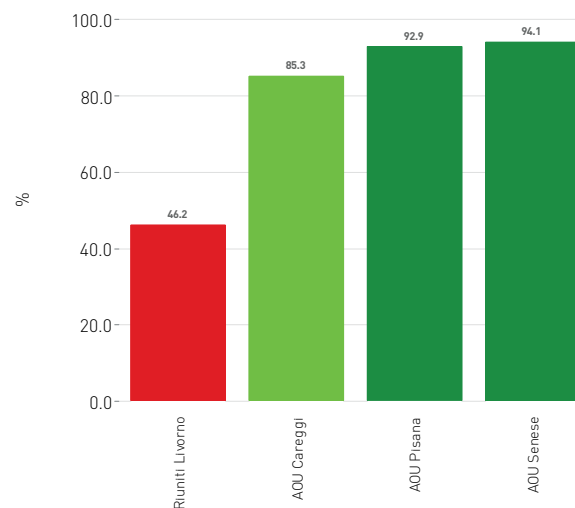
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



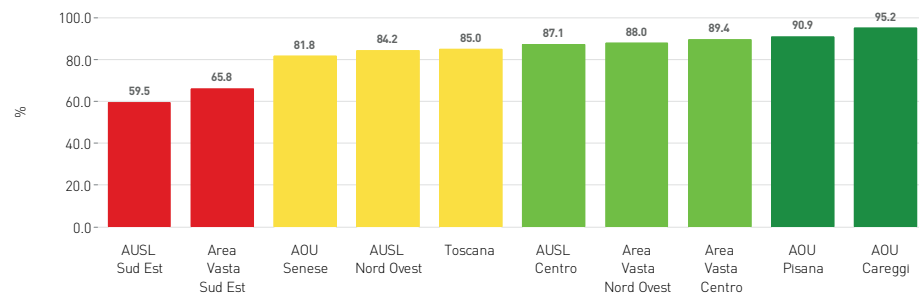
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

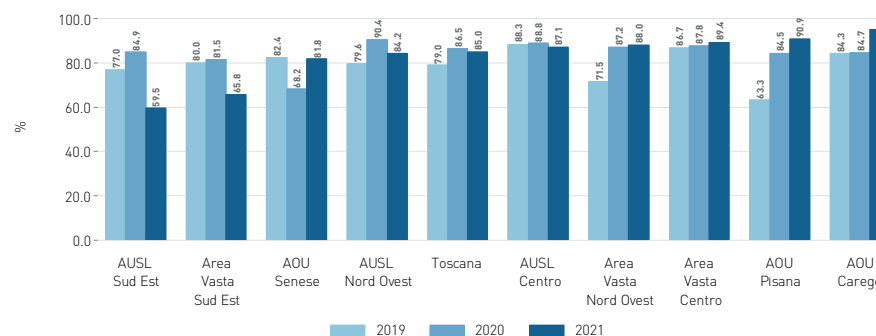
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno all'utero. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



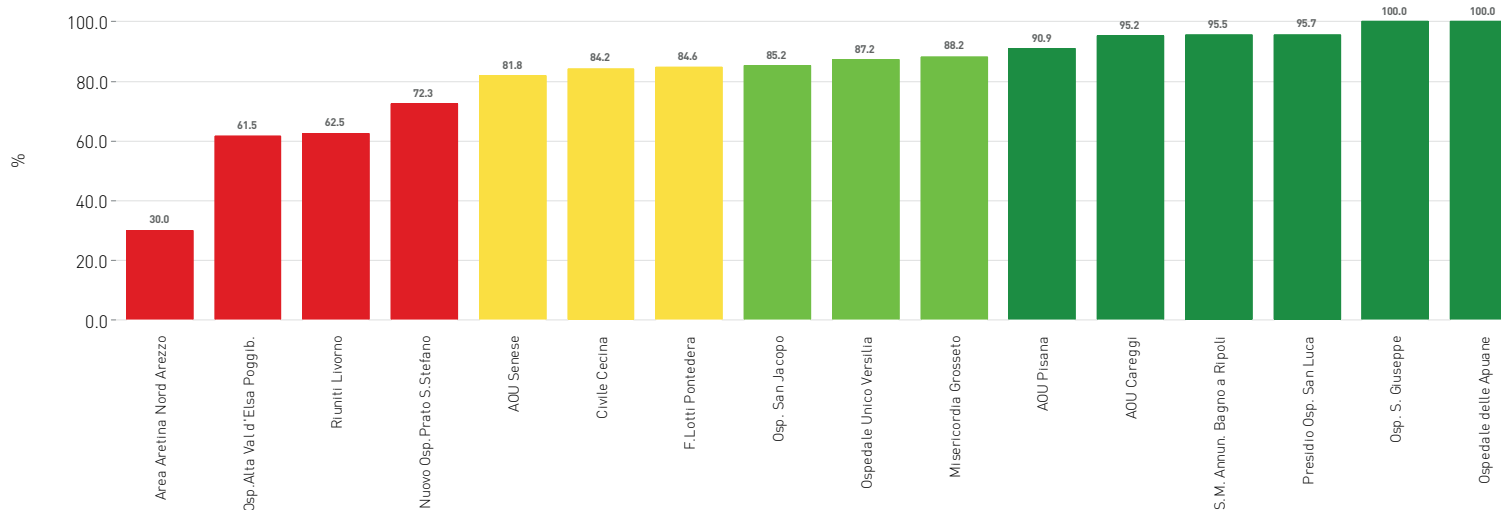
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



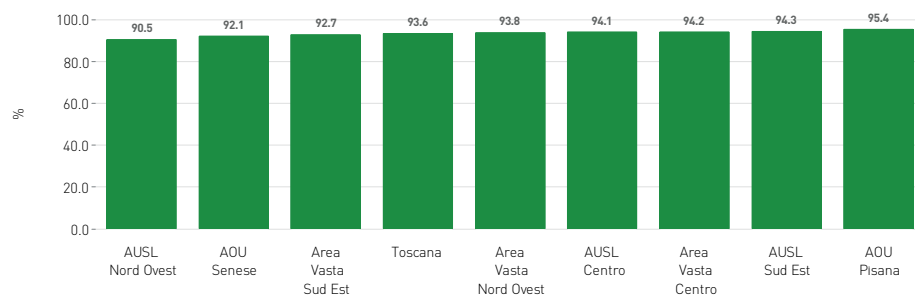
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

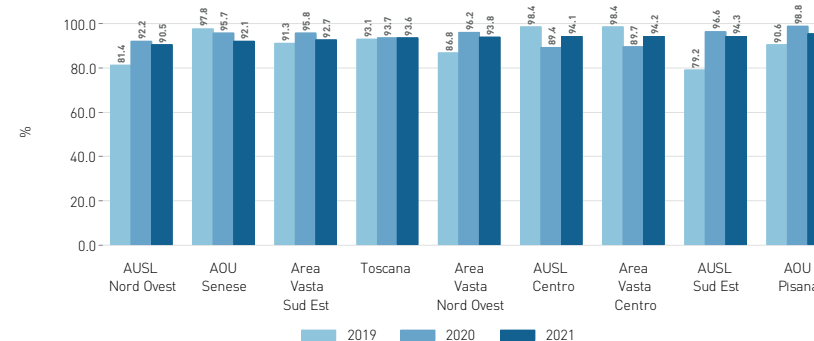
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per melanoma. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



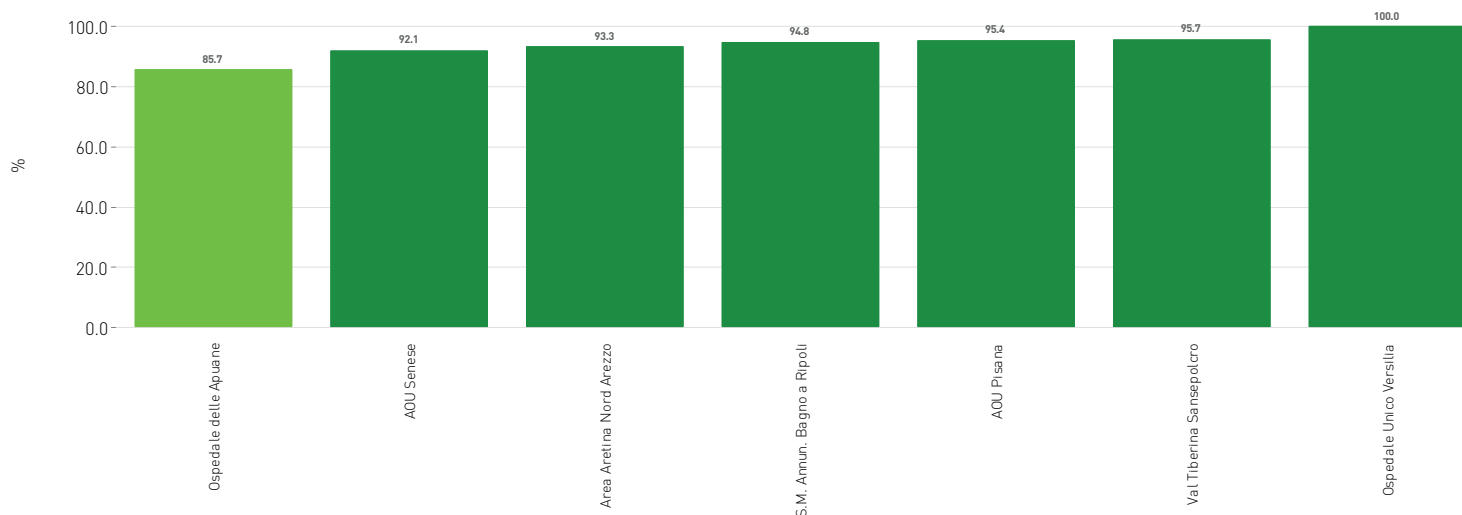
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



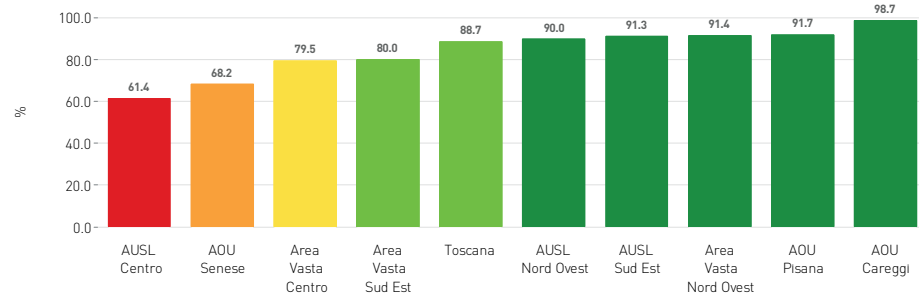
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

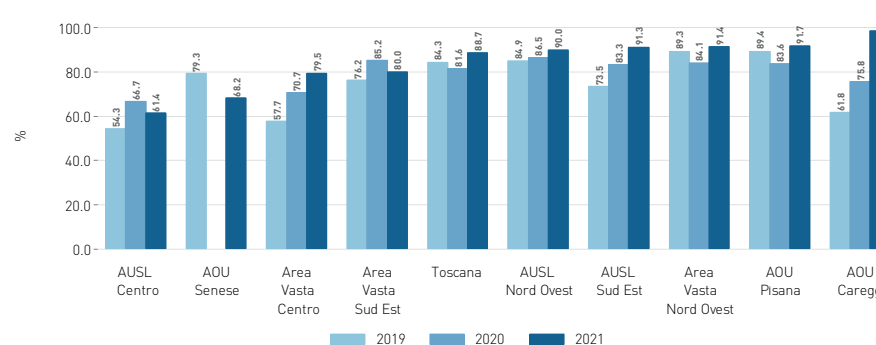
Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per intervento per tumore maligno alla tiroide. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazioni erogate.



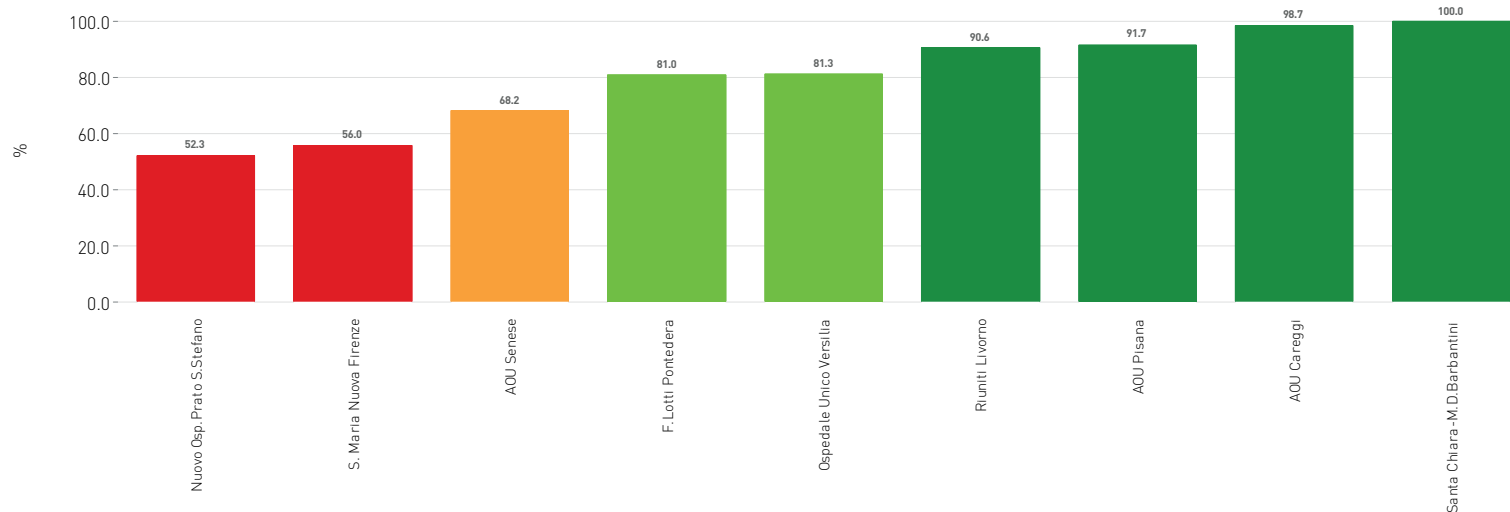
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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. Anche per l'anno 2021 gli indicatori legati alle ospedalizzazioni non sono valutati, ma solo monitorati.



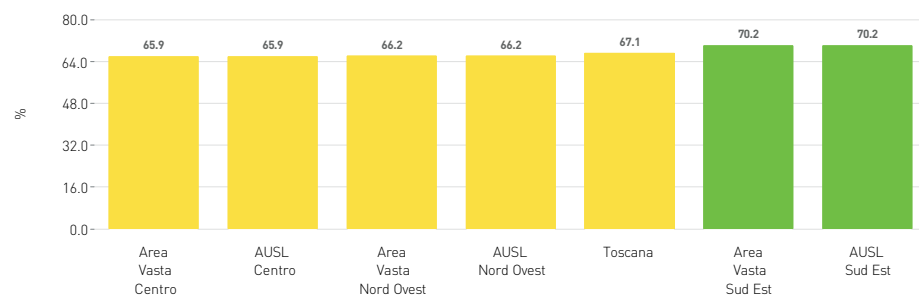
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
C11A Efficacia assistenziale territoriale	●	●	●	●
C11A.1 Scompenso Cardiaco				
<i>C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)</i>	130.71	116.04	128.76	157.05
<i>D03CC Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per scompenso cardiaco</i>	246.81	211.30	240.81	310.89
C11A.1.2A Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	67.06	66.21	65.88	70.17
C11A.1.2B Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	53.15	53.12	51.18	56.40
C11A.1.2C Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno un ECG				
C11A.1.3 Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE Inibitori-sartani	57.21	56.21	57.03	58.88
C11A.1.4 Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	62.19	64.64	62.61	58.88
C11A.2 Diabete				
<i>C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)</i>	11.52	11.49	11.03	12.54
<i>D03CA Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete</i>	13.75	11.25	13.31	18.36
C11A.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	58.39	54.68	59.57	62.16
C11A.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	28.04	26.85	26.48	32.84
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	18.71	23.01	16.67	16.17
<i>C11A.2.4.4 Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti</i>				
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>	17.10	10.89	25.21	11.34
<i>D03CB Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per BPCO</i>	18.04	11.75	21.48	17.14
C11A.3.2A Residenti con BPCO con almeno almeno una spirometria				
C11A.5 Ictus				
C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	70.84	70.82	70.69	71.30
<i>C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti</i>	5.56	4.71	5.71	6.54

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

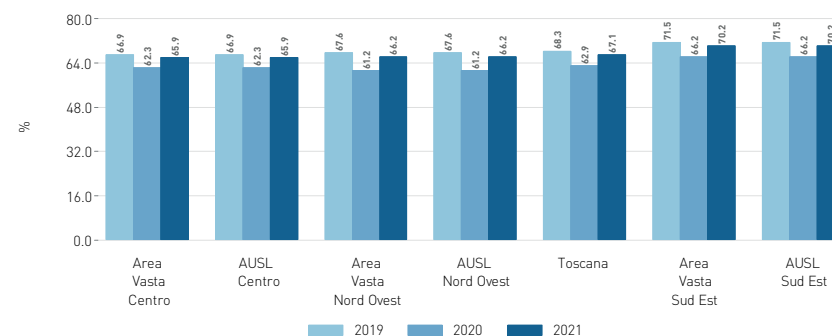
La misurazione della creatinina nei pazienti affetti da scompenso cardiaco rappresenta un'importante attività di monitoraggio di tale patologia cronica, nonché per il monitoraggio dell'attività renale correlata. I dati per questo indicatore di follow-up a livello ambulatoriale provengono dalla banca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



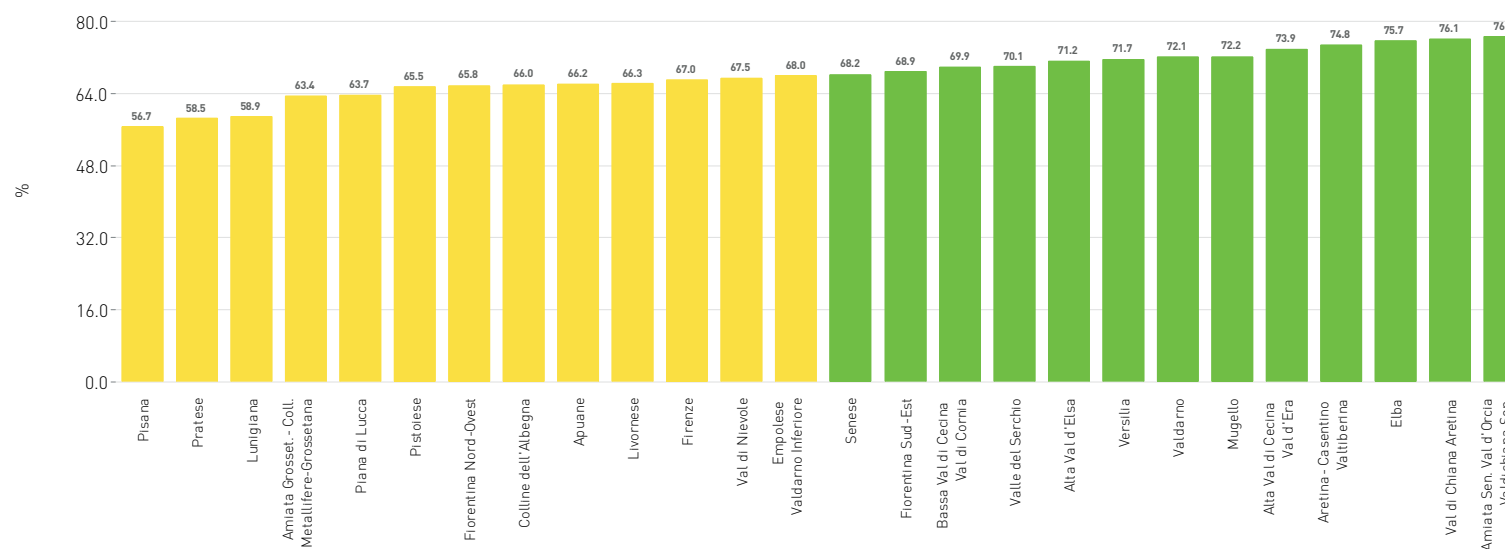
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

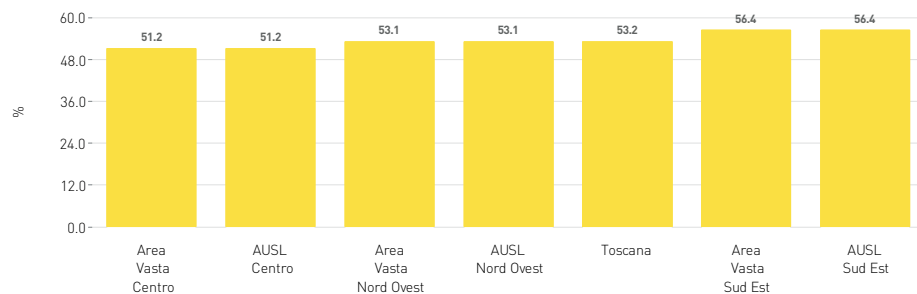


C11A.1.2B Residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio

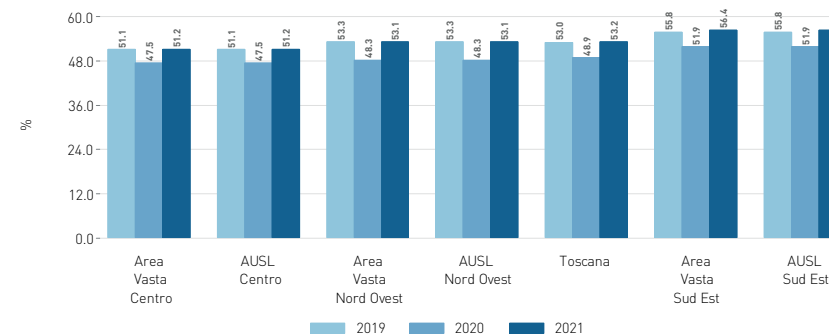
La misurazione di sodio e potassio nei pazienti affetti da scopenso cardiaco rappresenta un'importante attività di monitoraggio di tale patologia cronica, nonché per il monitoraggio dell'attività renale correlata. I dati per questo indicatore di follow-up a livello ambulatoriale provengono dalla banca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



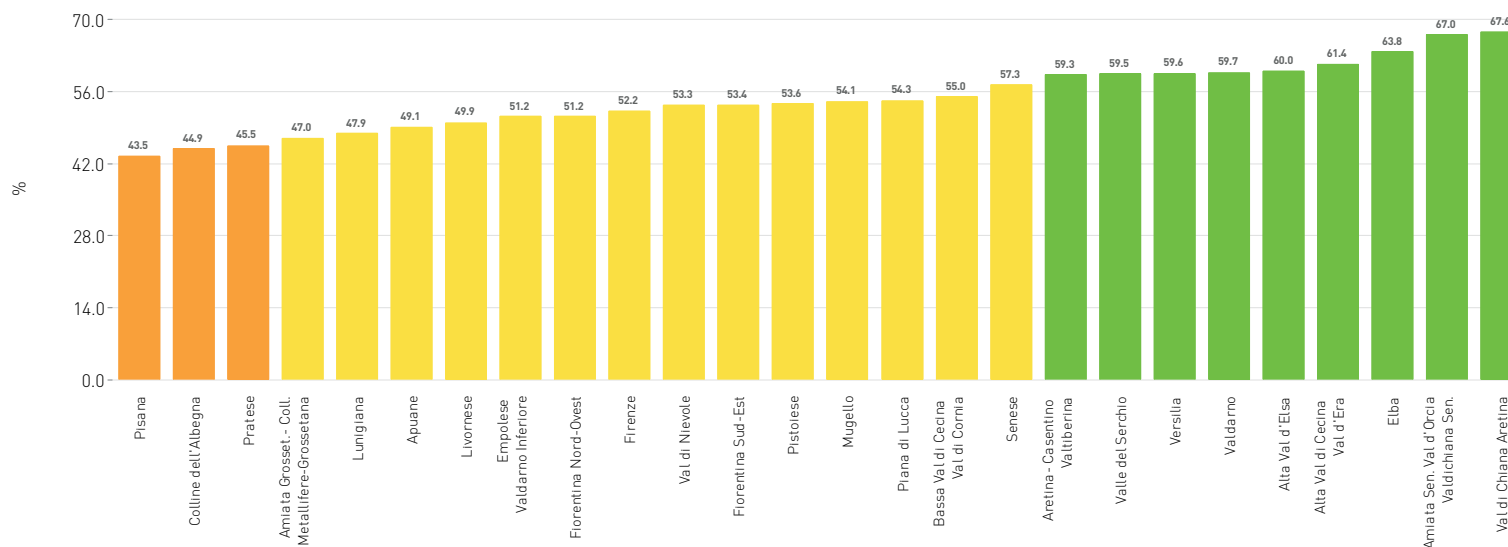
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

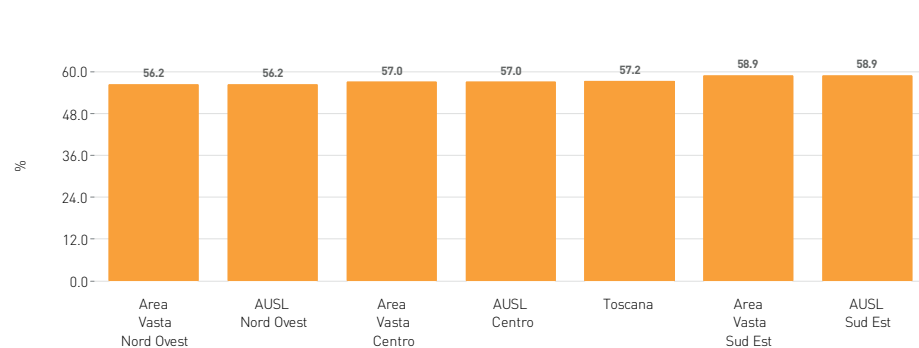


C11A.1.3 Residenti con Scompeso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani

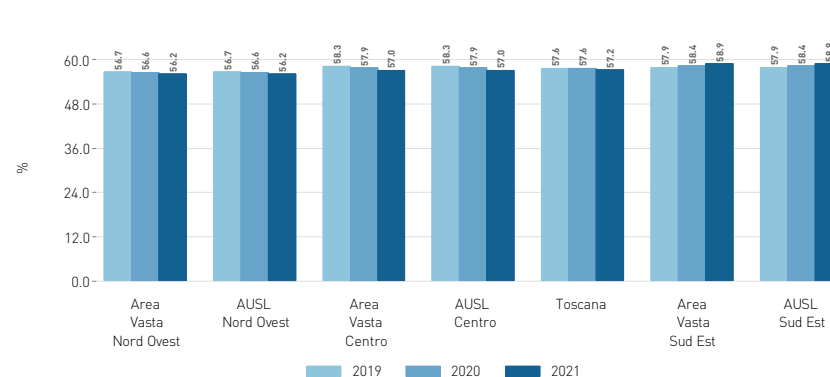
L'indicatore che segue misura il livello di adesione alle linee guida terapeutiche per la gestione dello scompeso cardiaco, valutando il grado di prescrizione del trattamento farmacologico a livello ambulatoriale per i pazienti scompensati. Il consumo di ACE-inibitori o sartani da parte di soggetti scompensati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



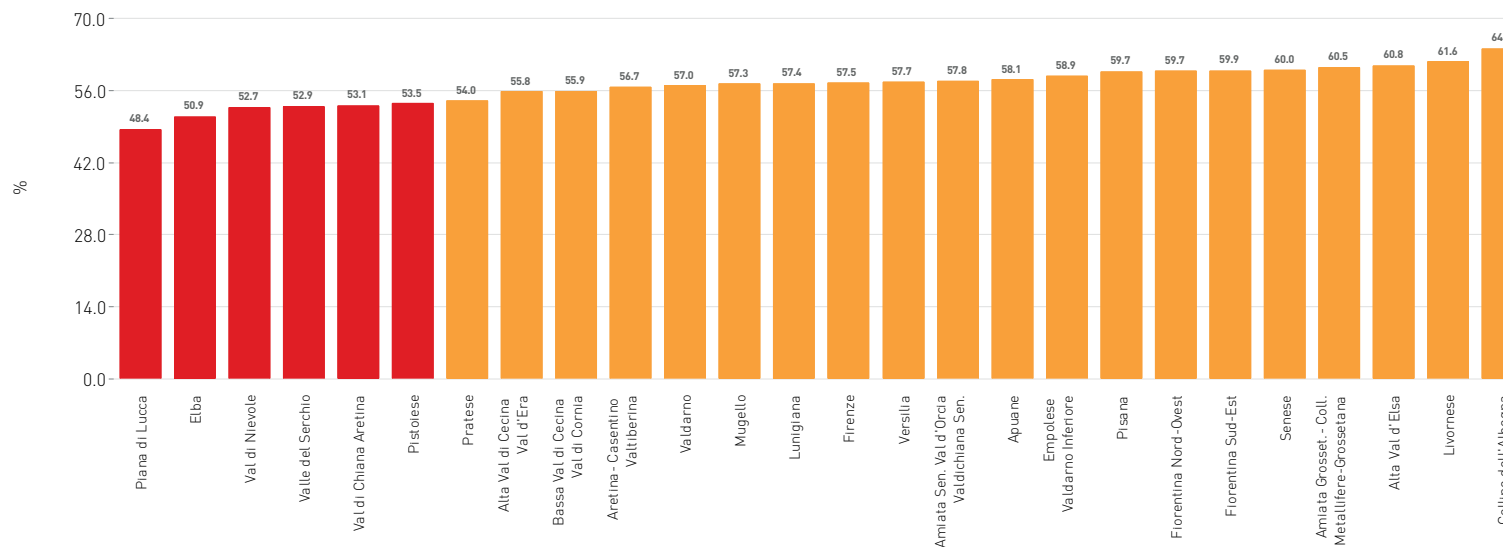
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

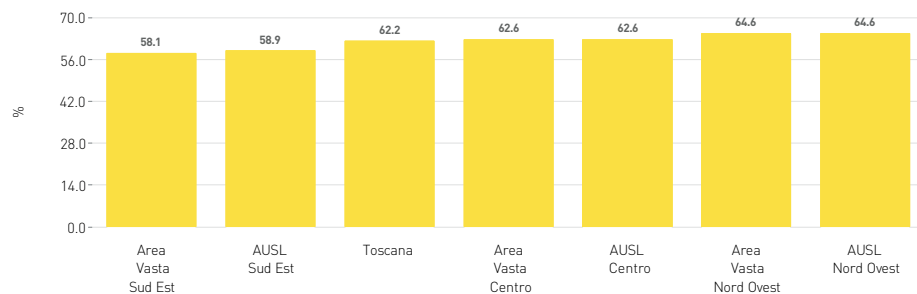


C11A.1.4 Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante

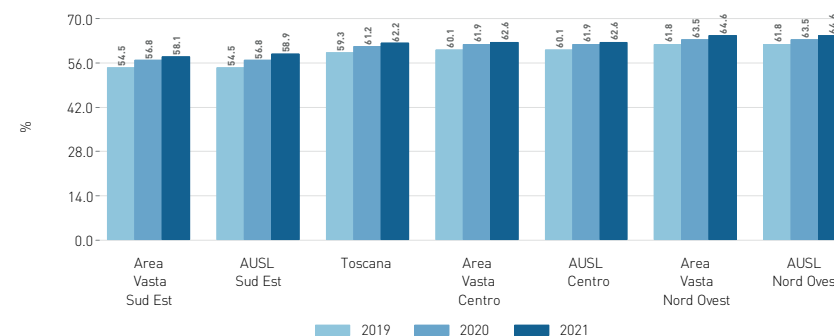
La percentuale di "Residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con betabloccante" è, come il precedente, un indicatore sul trattamento farmacologico a livello ambulatoriale dei pazienti con scopenso cardiaco. I dati provengono da MaCro ARS Toscana.



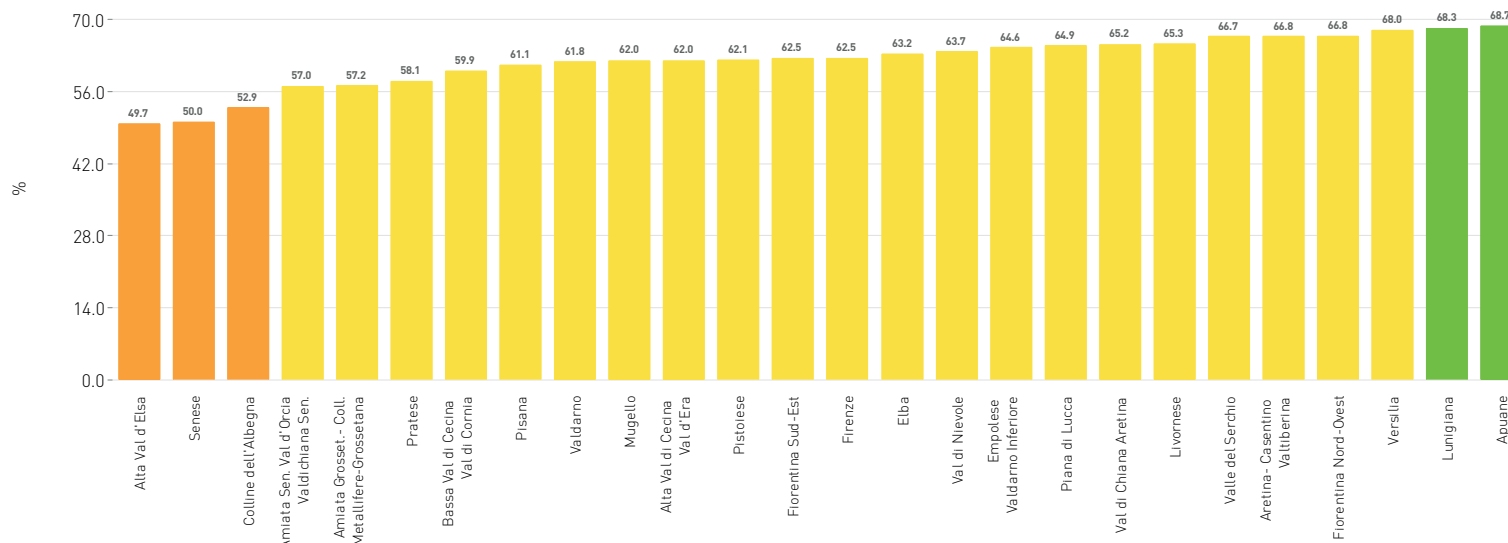
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

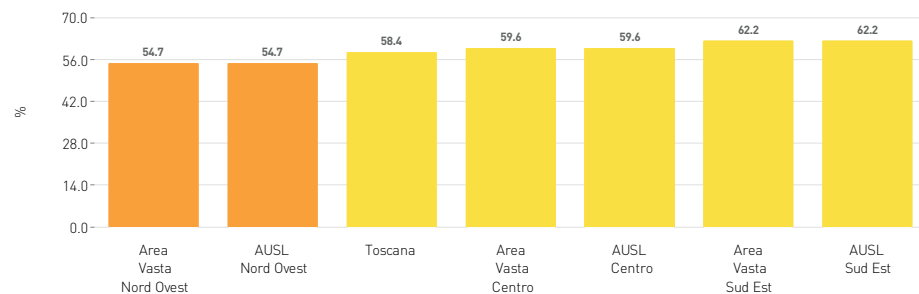


C11A.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata

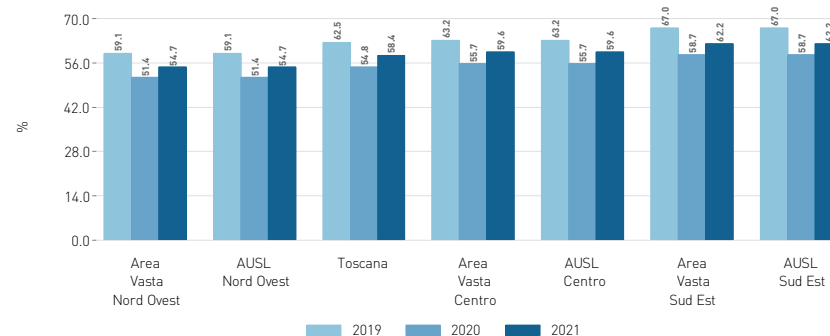
L'esame dell'emoglobina glicata è espressione della glicemia media nel lungo periodo; si tratta quindi di un esame molto utile per monitorare il controllo glicemico del paziente diabetico. I dati sono elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) utilizzando la banca dati MaCro ARS Toscana.



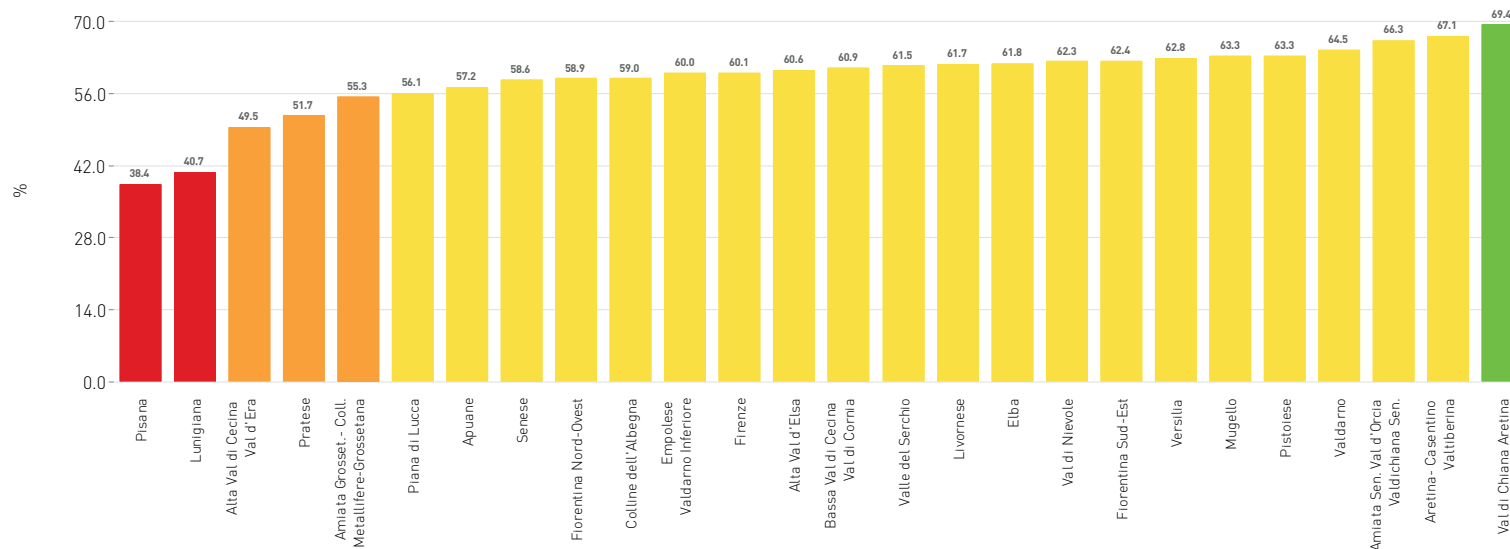
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

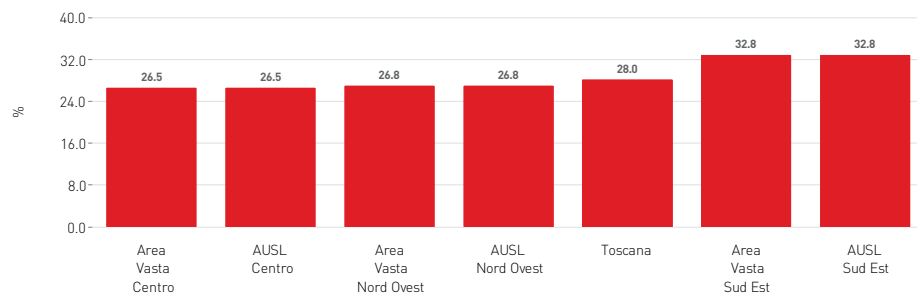


C11A.2.3 Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni

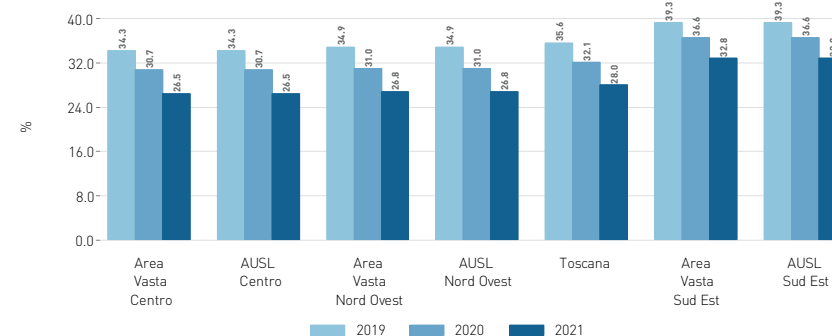
L'indicatore "Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni" è un indicatore di follow-up a livello ambulatoriale dei pazienti affetti da diabete mellito. L'esame è utile a diagnosticare precocemente l'insorgenza della retinopatia diabetica che può manifestarsi come complicanza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



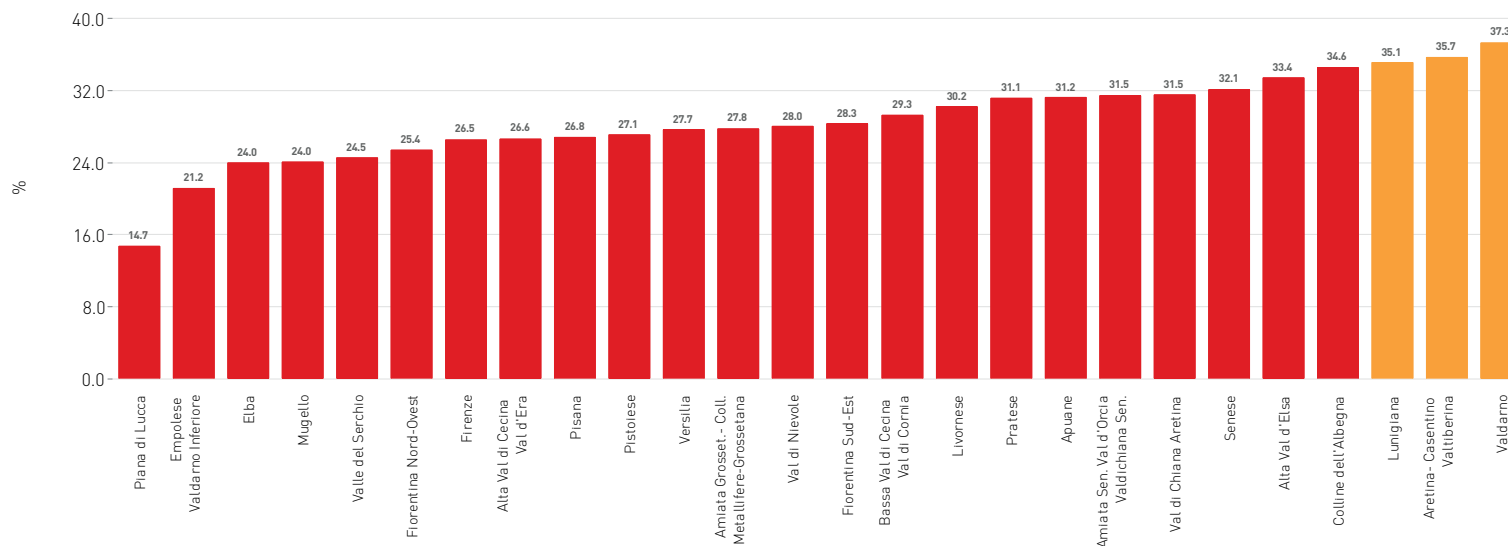
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

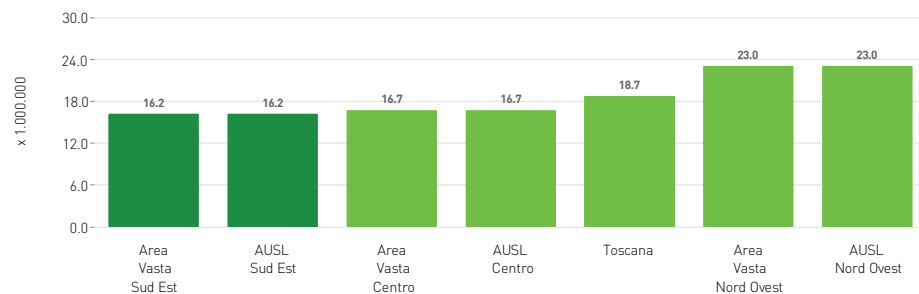


C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)

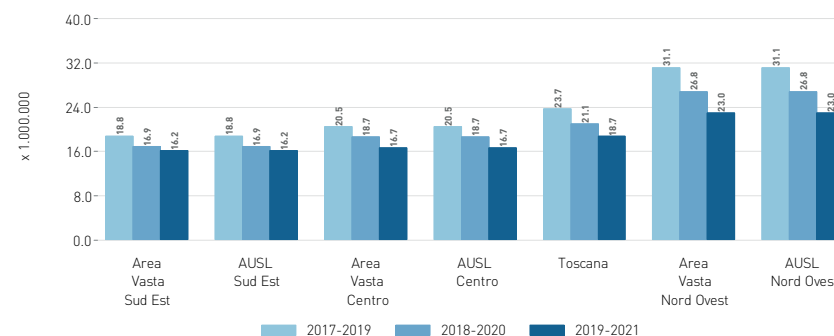
I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti da tale patologia, rendendo necessario un contestuale miglioramento nella gestione delle complicazioni croniche. Il "piede diabetico" rappresenta un insieme di complicanze agli arti inferiori dovute alla 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 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 [Nutri et al. 2014; Nutri et al. 2016].



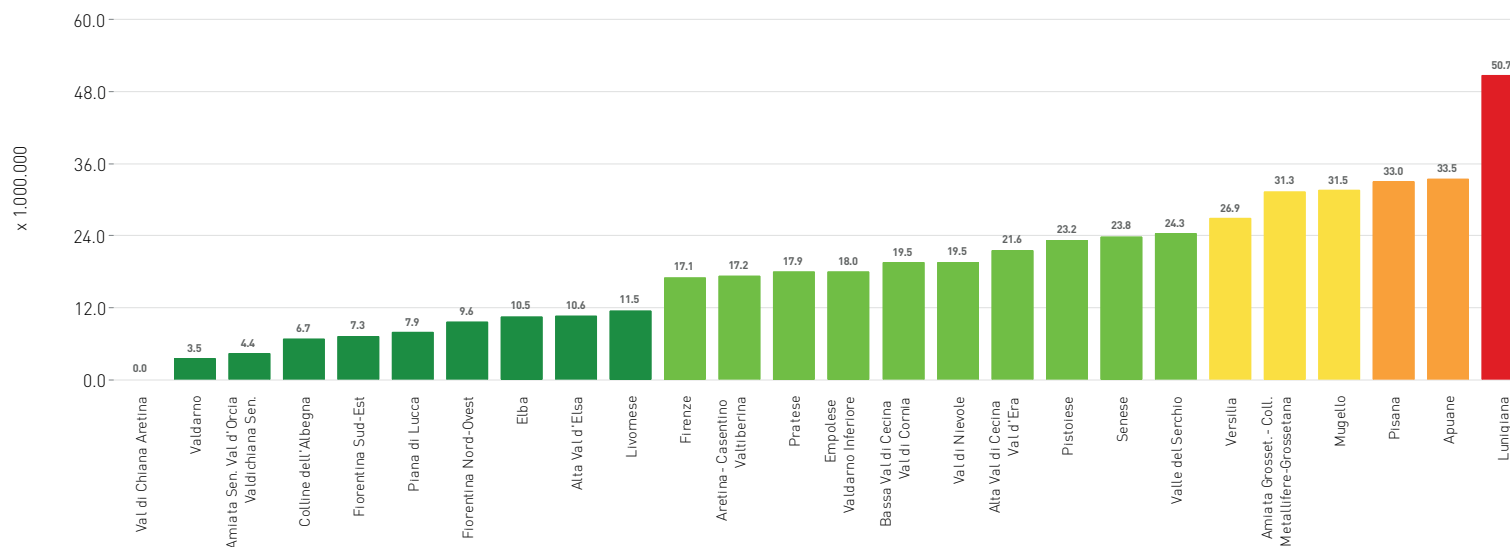
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

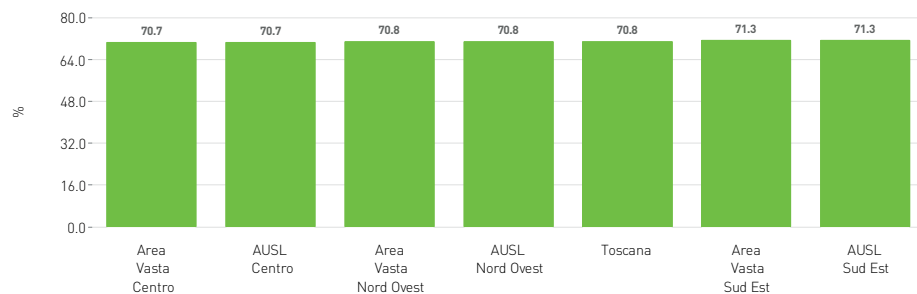


C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica

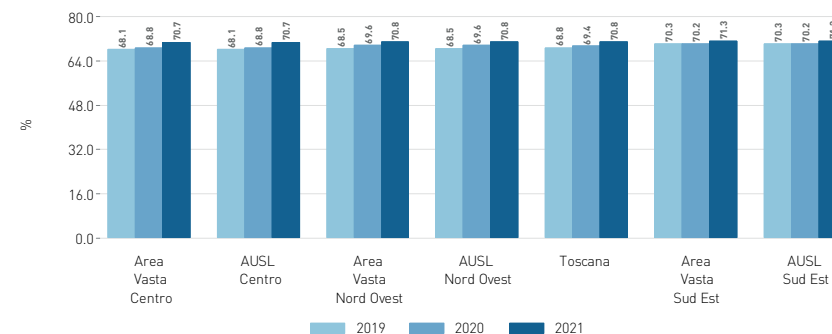
La percentuale di residenti con ictus in terapia antitrombotica è un indicatore del trattamento farmacologico a livello ambulatoriale dei pazienti che hanno avuto un ictus non emorragico o TIA (Transient Ischemic Attack). Il trattamento farmacologico è utile ai fini della prevenzione delle recidive.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



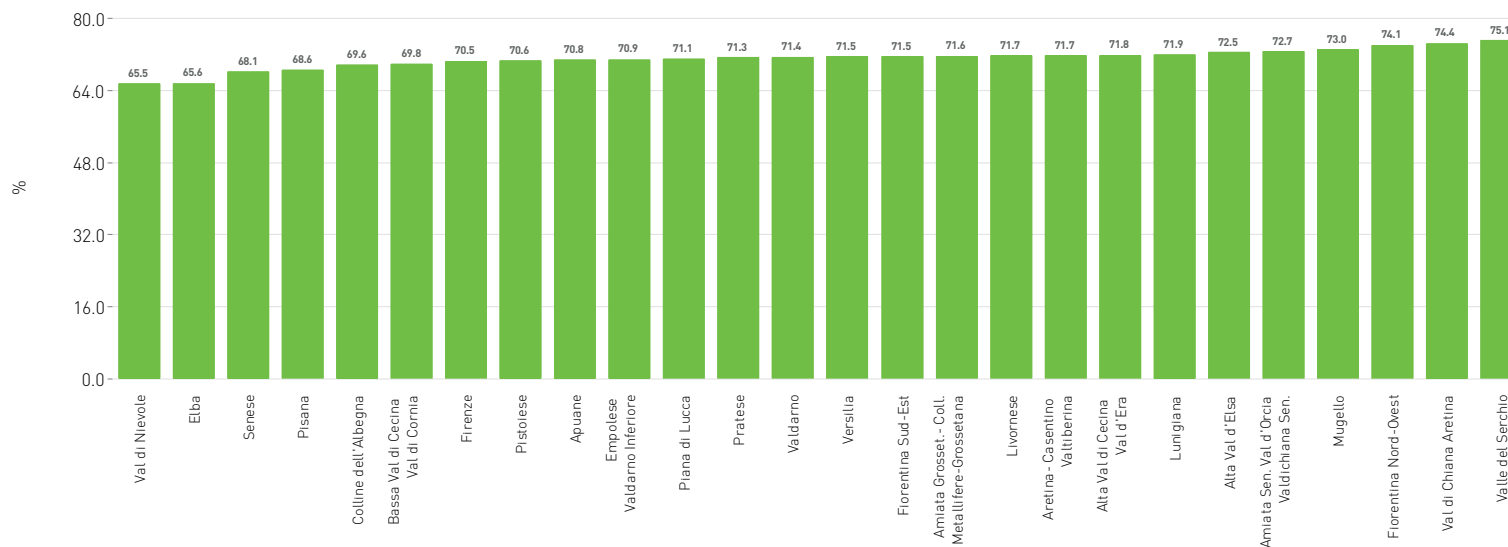
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



C13 Appropriatelyzza Diagnostica/Appropriatelyzza Prescrittiva Diagnostica

L'albero dell' indicatore "Appropriatelyzza diagnostica" è composto dai tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di prestazioni di diagnostica per immagini. 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 inappropriatelyzza. Dal 2013 per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata, come standard, la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT.



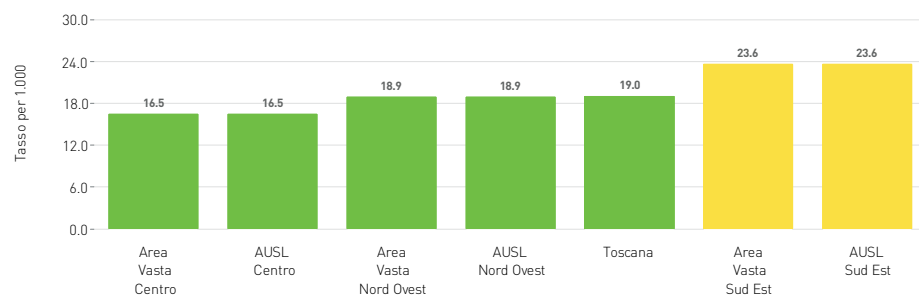
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
C13 Appropriatelyzza Diagnostica/Appropriatelyzza Prescrittiva Diagnostica	●	●	●	●						
<i>C13.1 Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti</i>	2696.31	2705.35	2667.98	2722.01						
<i>C13.2 Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini</i>	584.57	573.84	553.02	661.91						
<i>C13.2.1 Tasso di prestazioni TC erogate, extra PS, per 1.000 residenti</i>	66.84	63.30	65.66	74.53						
<i>C13.2.2 Tasso di prestazioni RM erogate, extra PS, per 1.000 residenti</i>	63.39	66.22	55.41	74.72						
<i>C13A.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)</i>	18.97	18.94	16.49	23.62						
<i>C13T.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi</i>	5.80	5.70	5.66	6.22						
<i>C13A.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi</i>	10.58	11.07	9.92	11.12						
<i>C13.4 Tempi di attesa</i>										
<i>D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)</i>	79.28	89.02	66.04	87.20	97.19	91.64	58.32	90.00	55.05	78.57
<i>D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)</i>	76.55	83.18	67.75	67.50	97.34	91.09	68.60	84.83	77.16	87.81

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

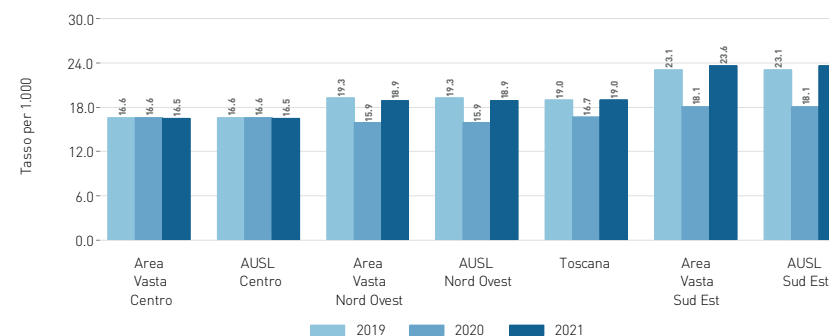
Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato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



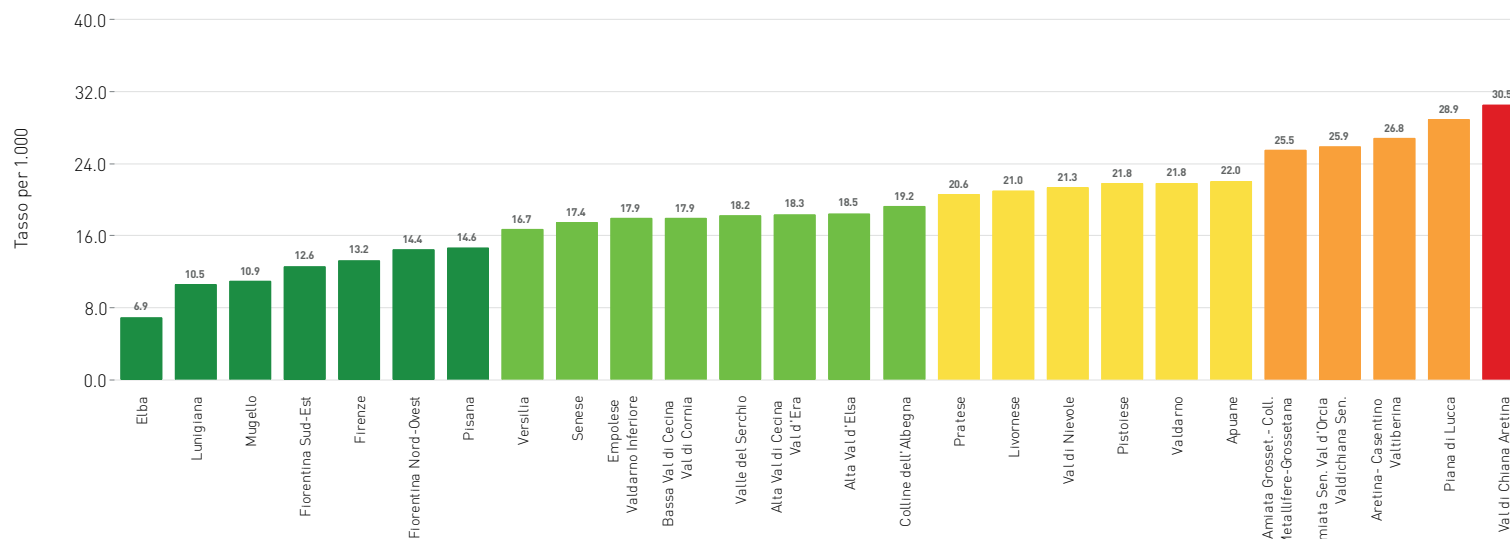
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

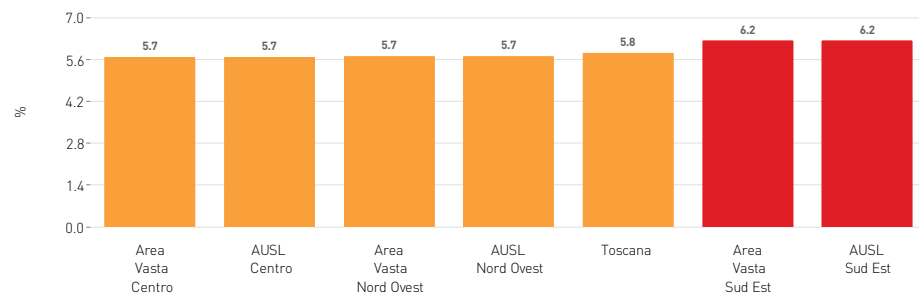


C13T.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

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.



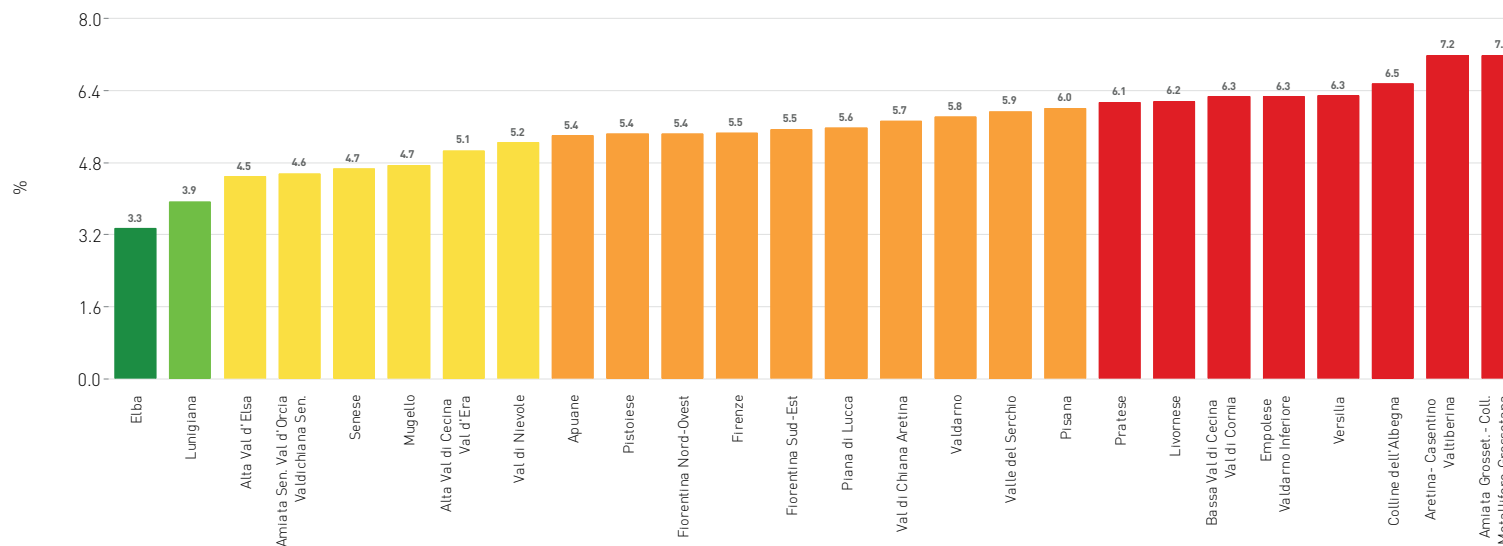
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



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.



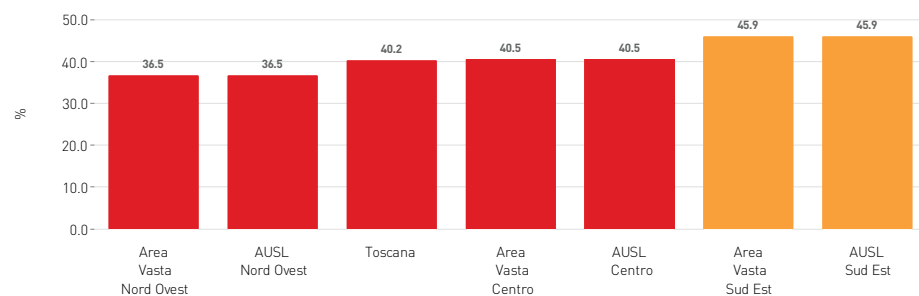
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
C15 Salute mentale	●	●	●	●	●	●	●
<i>C15.1 Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni</i>	95.73	77.09	93.03	129.60			
<i>C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero</i>	40.17	36.52	40.54	45.93			
<i>C15A.13A % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche</i>	5.60	5.16	6.52	4.72			
<i>C15A.13B Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria</i>	5.75	4.98	7.11	4.69			
<i>C15A.13.2 % di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche</i>	6.15	6.90	6.31	5.76	2.09	4.44	0.00
<i>C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche</i>							
<i>C15.4 Appropriata psicoterapeutica</i>	34.82	40.62	36.27	29.25			
<i>C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni</i>	204.25	252.33	178.61	182.87			
<i>C15A.5.1A Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni</i>	50.67	49.07	50.75	53.13			
<i>C15A.5.2A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni</i>	55.28	74.78	41.18	53.54			
<i>C15A.5.3A Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni</i>	23.65	26.93	22.66	20.55			
<i>C15A.5.4A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni</i>	6.68	6.47	7.77	4.85			
<i>C15A.5.5A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni</i>	20.53	25.24	15.72	23.31			
<i>C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni</i>	26.02	47.12	15.66	15.14			
<i>C15A.5.6A Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni</i>	21.41	22.73	24.88	12.34			
<i>C15.10 % di trattamenti multi-professionali</i>	37.80	40.31	26.99	47.55			
<i>C15.17 Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti</i>	54.84	54.10	52.36	59.91			
<i>C15.17.1 Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti</i>	57.65	54.61	56.20	62.66			
<i>C15.17.2 Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti</i>	49.57	53.43	44.43	52.99			

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

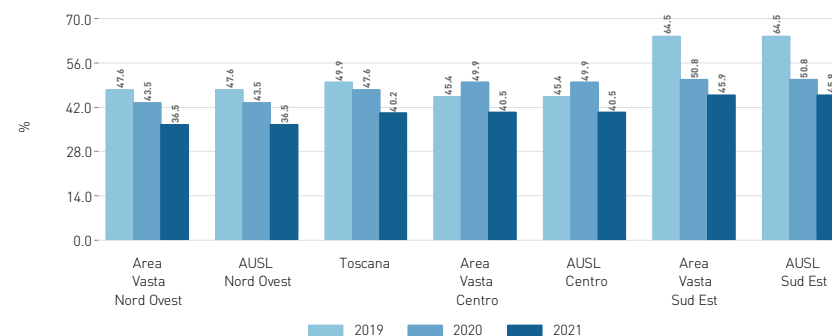
Al momento del ricovero psichiatrico, l'SPDC rappresenta un nodo vitale per il DSM, poiché interviene in una fase delicata e decisiva del percorso di cura degli utenti dei servizi psichiatrici. L'SPDC rappresenta il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie; in questo senso, ha 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. In linea con quanto emerso dal tavolo per la salute mentale del Network delle regioni l'indicatore è stato modificato, a partire da quest'anno, includendo nella coorte dei pazienti anche la casistica con disturbo di personalità.



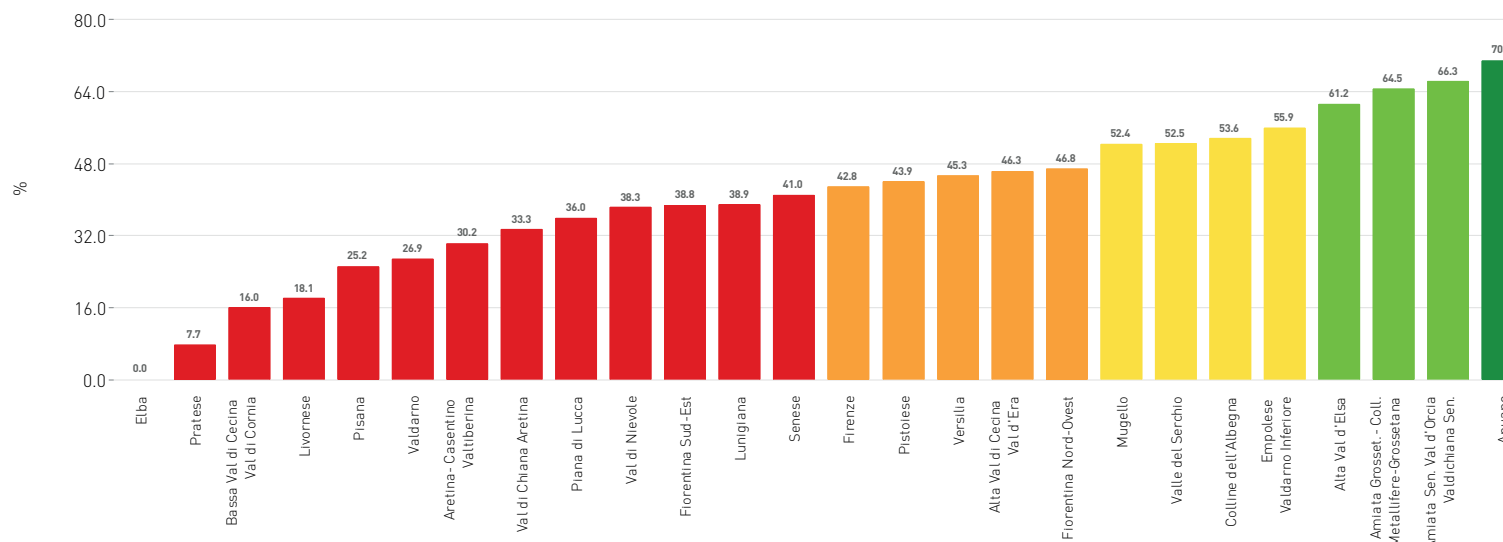
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

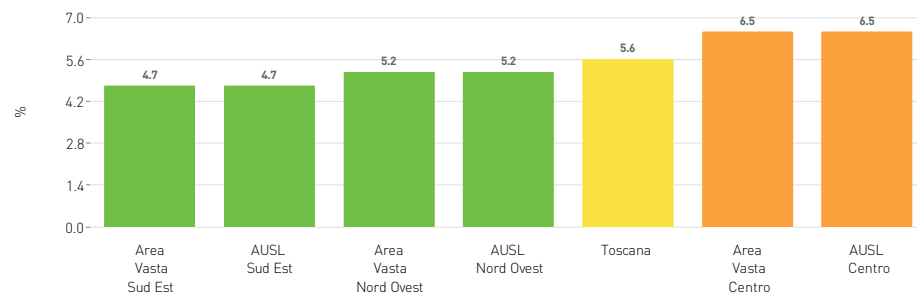


C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

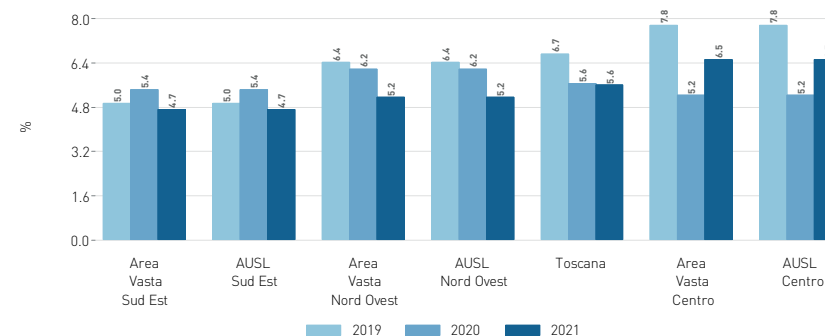
Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei Centri di Salute Mentale (OECD 2011). A seguito del ricovero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



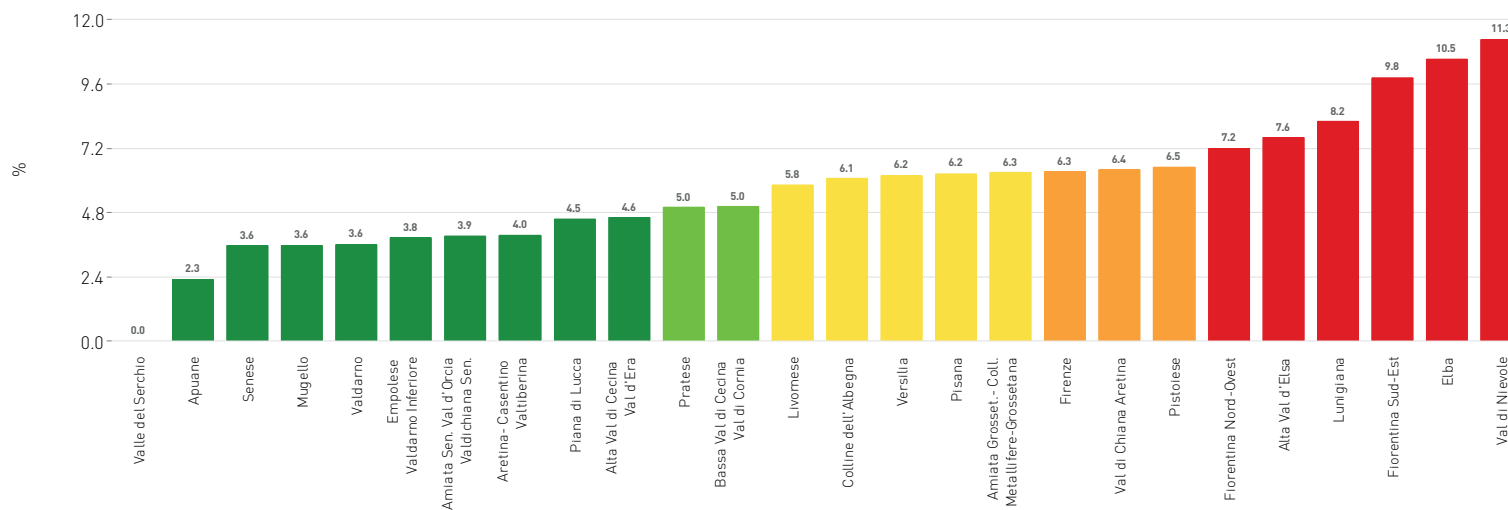
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



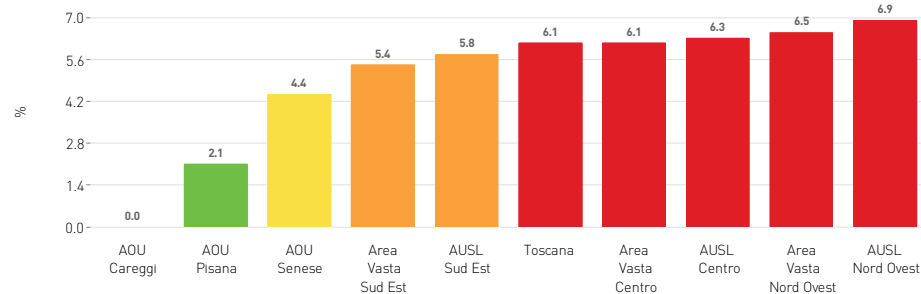
* nei grafici vengono visualizzate solo le zone distretto che superano il cut-off

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

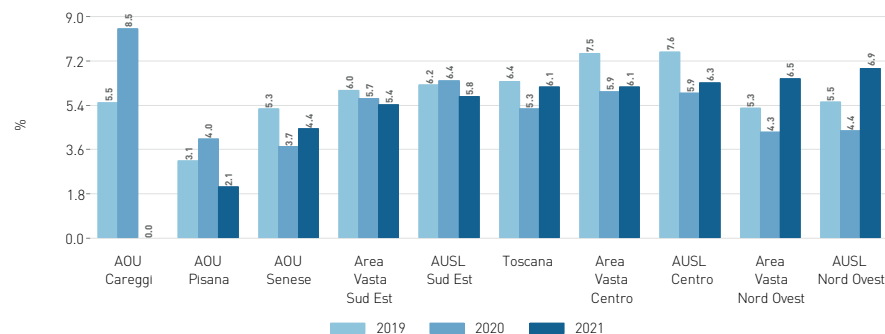
Il re-ricovero di un paziente, entro 7 giorni dall'ultima dimissione, può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera della casistica psichiatrica, collegate alla non corretta valutazione del paziente o alla sua dimissione precoce.



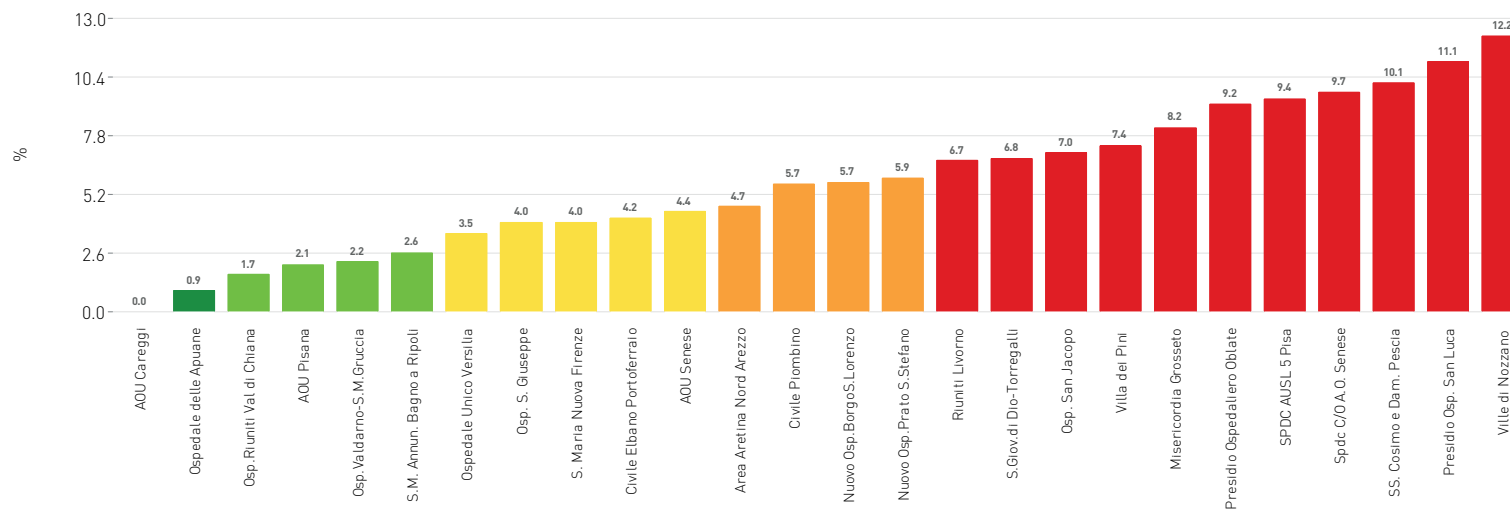
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



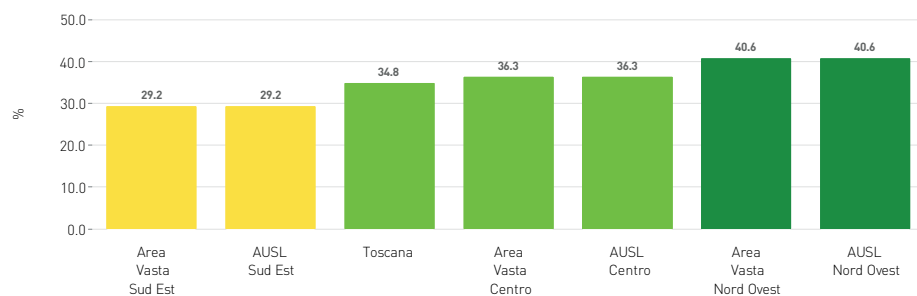
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

C15.4 Appropriatelyzza psicoterapeutica

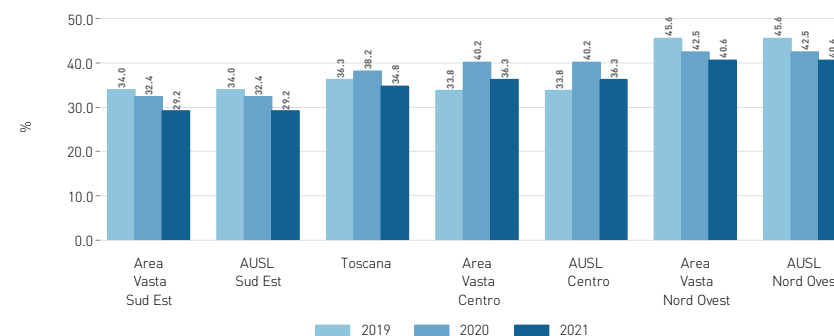
La psicoterapia presenta un'elevata efficacia, largamente confermata in letteratura, nel trattamento di un ampio spettro di disturbi mentali e condizioni di disagio sociale. E' considerata una componente fondamentale dei percorsi di trattamento e cura nei servizi di salute mentale, spesso integrata ai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



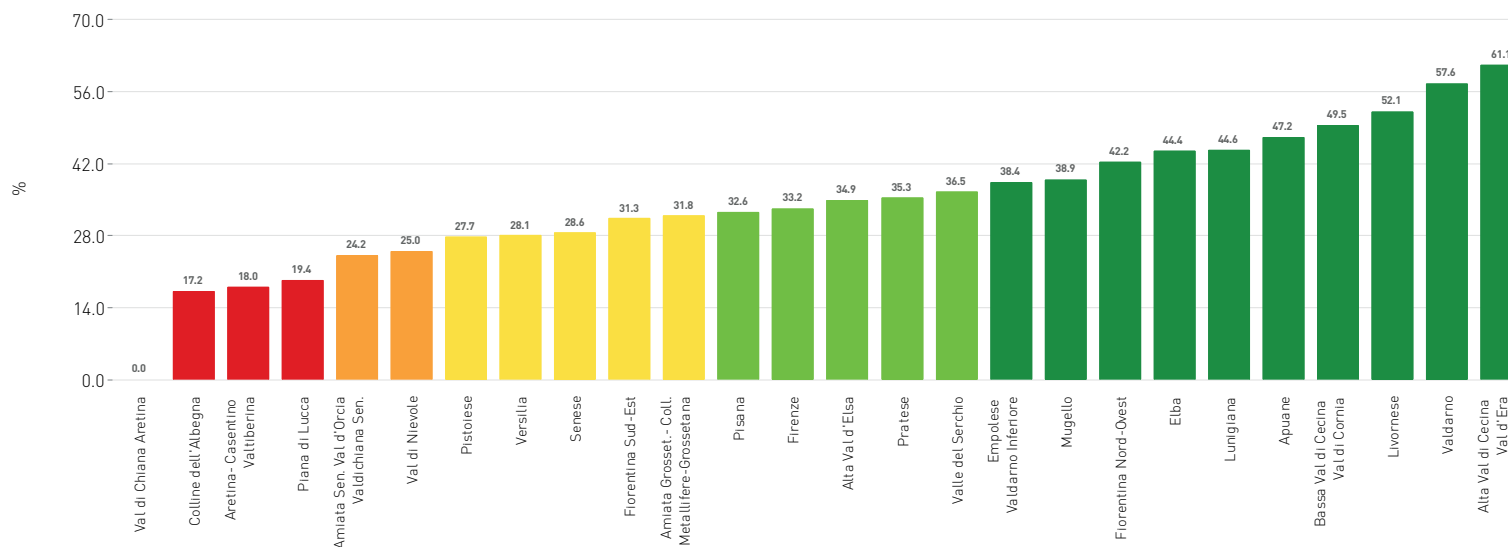
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

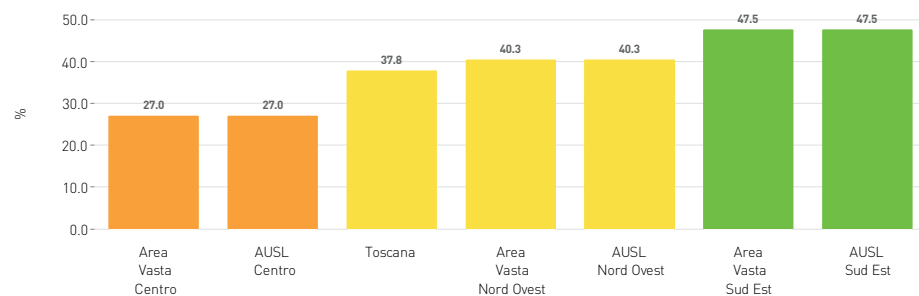


C15.10 Percentuale di trattamenti multi-professionali

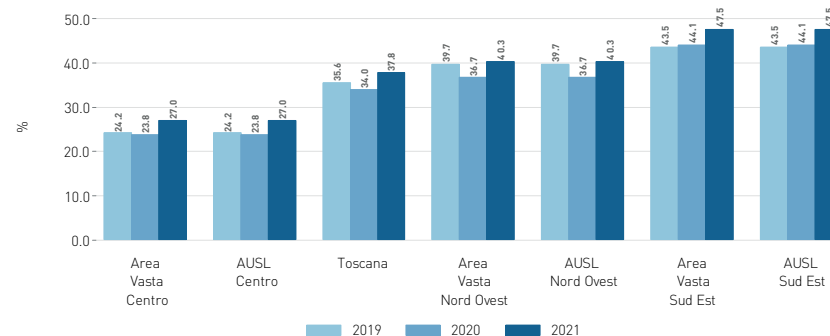
Assicurare al paziente un trattamento multiprofessionale, in cui il gruppo curante sia attivato intorno ad un progetto di cura unitario, garantisce che la presa in carico copra la globalità dei bisogni bio-psico-sociali del paziente stesso.



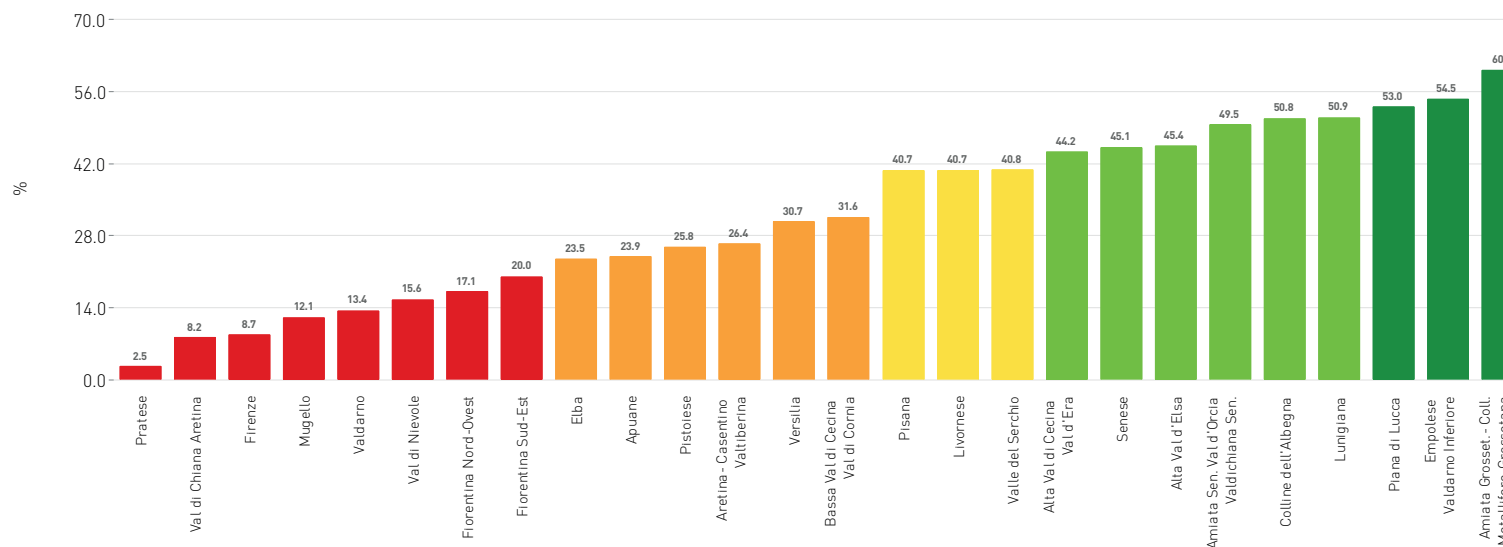
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

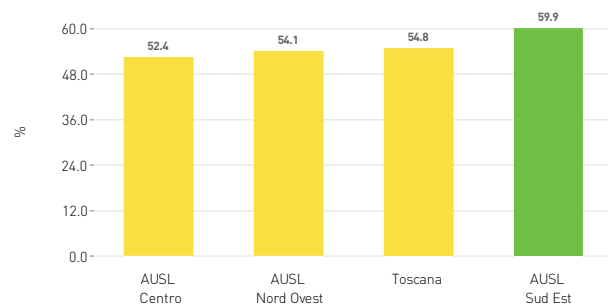


C15.17 Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti

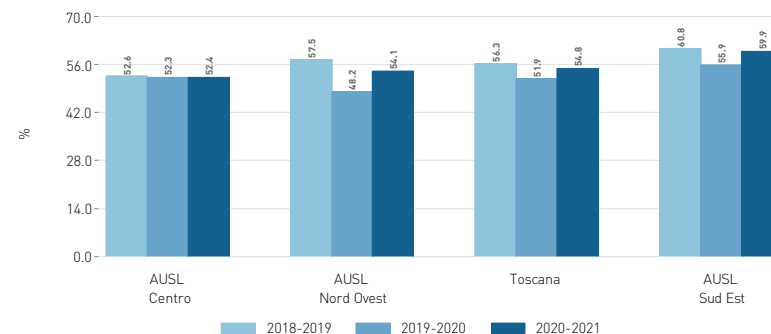
La continuità nella presa in carico è fondamentale per una gestione appropriata ed efficace delle patologie in ambito della Salute Mentale. Per il calcolo dell'indicatore, la continuità viene identificata con l'aver ricevuto almeno quattro prestazioni nell'anno in corso per colore che erano già in carico al sistema.



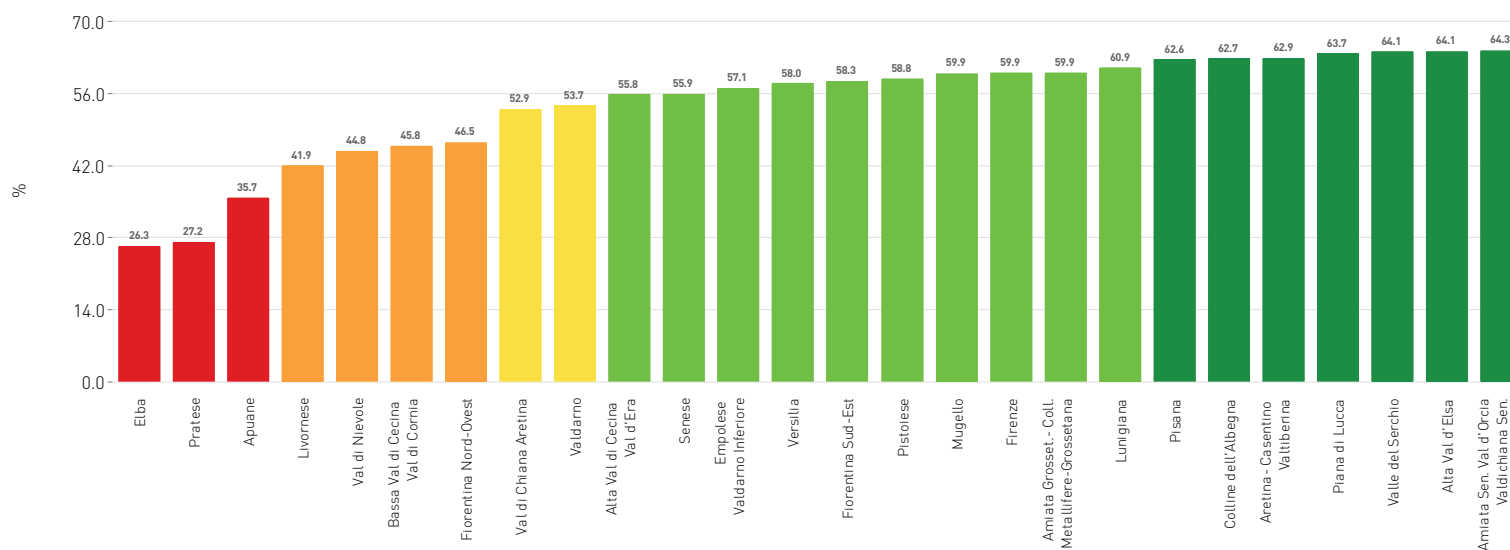
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



C15.17.1 Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti

La continuità nella presa in carico è fondamentale per una gestione appropriata ed efficace delle patologie in ambito della Salute Mentale. Per il calcolo dell'indicatore, la continuità viene identificata con l'aver ricevuto almeno quattro prestazioni nell'anno in corso per colore che erano già in carico al sistema.



Aziende - Dati 2021



Zone Distretto - Dati 2021

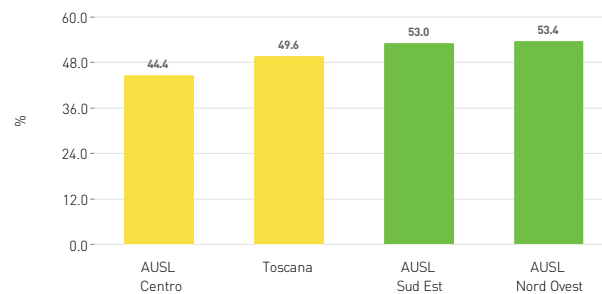


C15.17.2 Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti

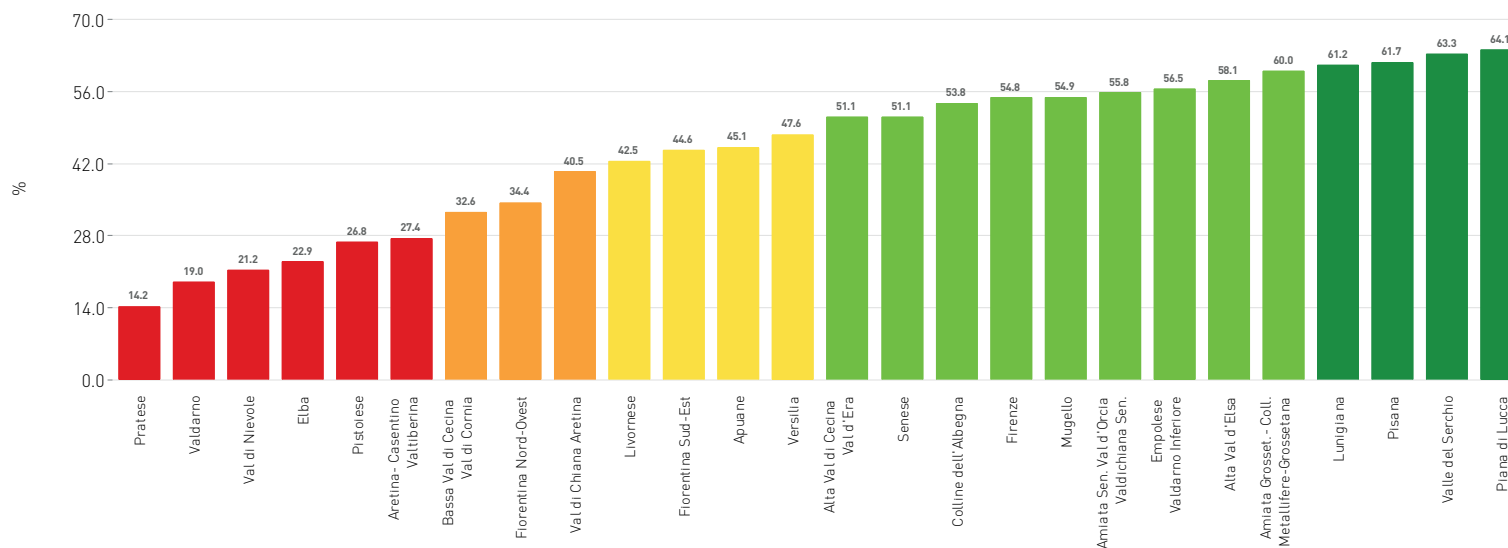
La continuità nella presa in carico è fondamentale per una gestione appropriata ed efficace delle patologie in ambito della Salute Mentale. Per il calcolo dell'indicatore, la continuità viene identificata con l'aver ricevuto almeno quattro prestazioni nell'anno in corso per colore che erano già in carico al sistema.



Aziende - Dati 2021



Zone Distretto - Dati 2021



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.



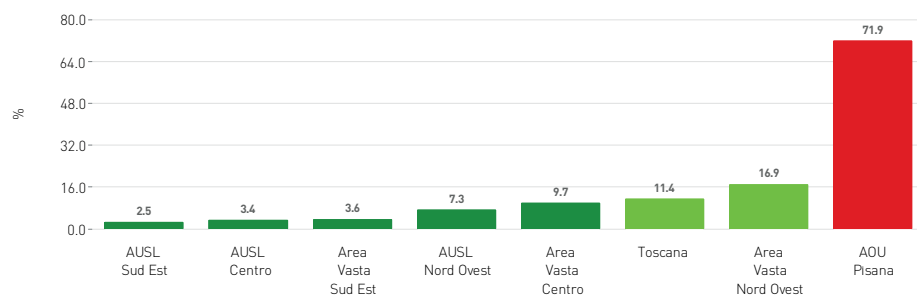
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana
C17 Riabilitazione	●	●	●	●	●
<i>C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56</i>	1.63	1.82	1.54	1.50	
<i>C17.1.1.1 Tasso di ospedalizzazione in ricovero ordinario std per 1.000 residenti in specialità 56</i>	1.55	1.66	1.51	1.45	
<i>C17.1.1.2 Tasso di ospedalizzazione in day hospital std per 1.000 residenti in specialità 56</i>	0.08	0.16	0.03	0.05	
<i>C8A.20 % ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno</i>	11.39	7.27	3.40	2.49	71.88
<i>C17.1.4 Durata della degenza in reparti di riabilitazione</i>					
<i>C17.1.4.1 % ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni</i>	5.48	4.97	7.90	3.59	
<i>C17.1.4.2 % ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza superiore a 40 giorni</i>	21.36	21.35	20.37	17.13	
<i>C17.1.4.3 % ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni</i>	48.11		23.95	90.36	100.00
<i>C17.1.4.4 % ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni</i>	6.30		4.20	2.41	0.00
<i>C17.1.4.5 % ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni</i>	57.17		38.23	91.98	
<i>C17.1.4.6 % ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni</i>	2.94		0.92	1.24	
<i>C17.1.4.7 % ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni</i>	15.13		13.68	10.15	
<i>C17.1.4.8 % ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni</i>	5.60		3.30	2.90	

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

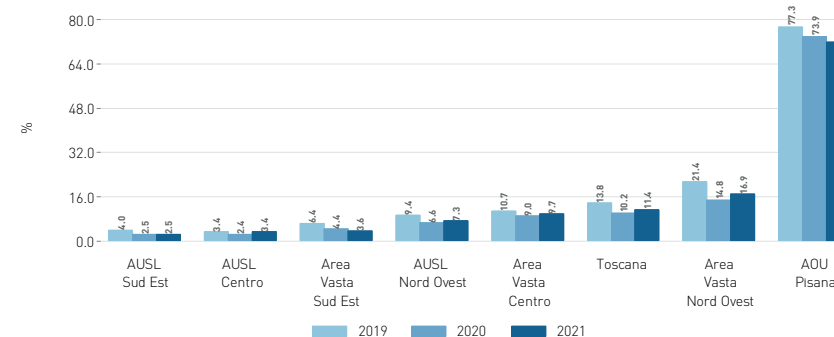
È opinione diffusa tra i tecnici che l'ammissione in riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero debba avvenire nello stesso giorno della dimissione dal ricovero acuto che ha generato la necessità riabilitativa. L'indicatore valuta questo aspetto, evidenziando, di fatto, quanti ricoveri ordinari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



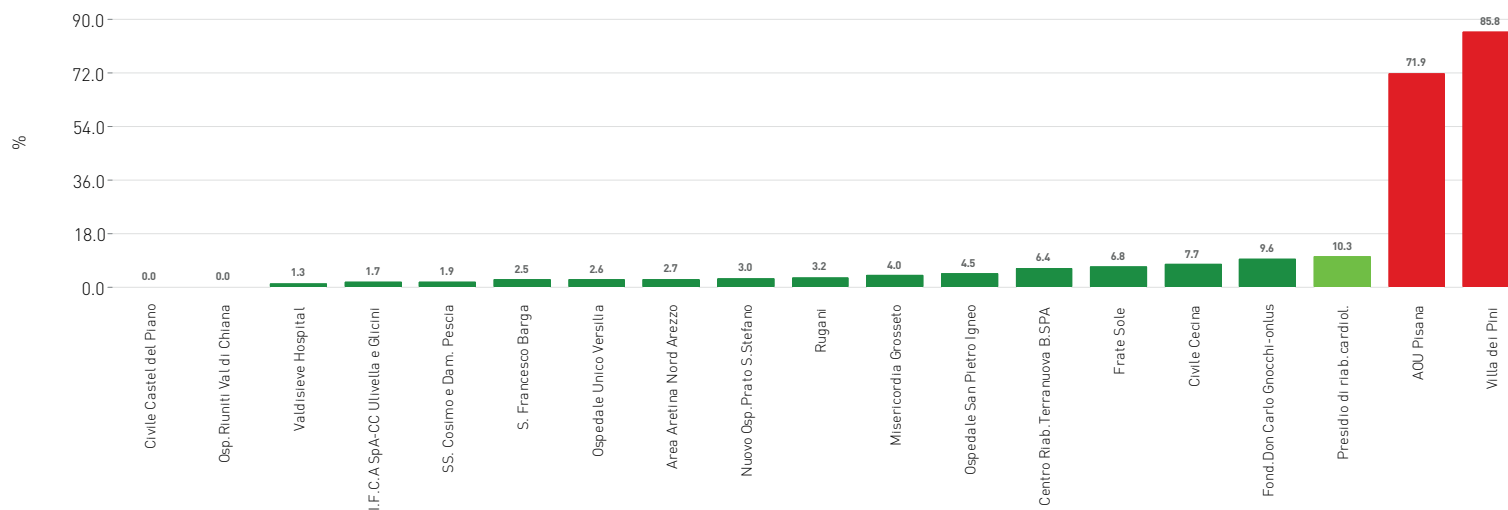
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

C22 Terapie Intensive

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



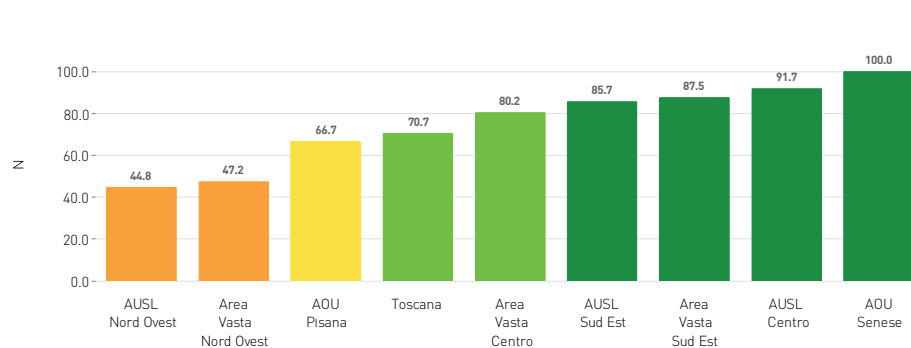
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
C22 Terapie Intensive	●	●	●	●	●	●	●
C22.21A Validazione dati Progetti GiVITI	70.67	44.79	91.67	85.71	66.67	100.00	
C22.21.1 Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE	85.67	68.75	98.81	85.71	100.00	100.00	100.00
C22.21.2 Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni	81.67	59.38	95.24	85.71	100.00	100.00	100.00
C22.21.3 Validazione dati Progetto StART	71.00	44.79	92.86	85.71	66.67	100.00	
C22.1 Standardized Mortality Ratio (SMR)	0.95	0.97	0.95	0.96	0.97	0.71	0.98
C22.1.C Standardized Mortality Ratio (SMR) nei pazienti COVID	1.04	0.80	1.24	0.88	1.02	0.83	1.08
C22.5 Incidenza di sepsi e/o shock settico	14.08	21.37	8.18	11.80	32.58	31.45	1.29
C22.6 Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza	16.06	10.45	13.24	10.96	24.17	19.12	
C22.6.C Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza nei pazienti COVID	27.56	16.46	35.71	32.86	38.71	22.09	30.00
C22.7 Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	5.46	5.46	6.46	5.42	4.42	5.42	9.58
C22.8 Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi	1.67	2.42	1.46	1.69	4.58	1.56	3.46
C22.10 Percentuale di turni in difetto di risorse	22.69	25.93	28.12	14.68	41.22	6.86	
C22.11 Percentuale di turni in eccesso di risorse	42.79	57.50	35.19	43.53	20.76	50.46	
C22.4 Percentuale di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza	7.78	2.09	4.90	10.73	33.99	8.14	
C22.12 Percentuale di shock settici provenienti dai reparti di degenza	52.69	52.36	53.80	49.11	45.00	70.00	75.00

C22.21A Validazione dati Progetti GiViTI

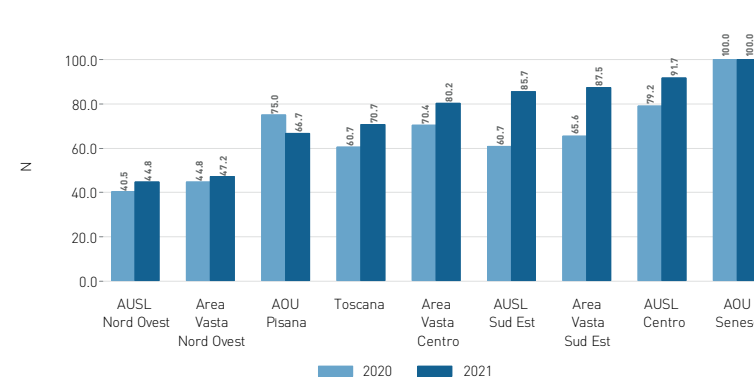
L'indicatore mostra la validazione dei dati ottenuta dai diversi reparti per i Progetti Margherita ProSAFE, Sorveglianza Infezioni e StART. L'indicatore, in particolare, monitora il numero di mesi che raggiungono lo standard richiesto da GiViTI per ciascun Progetto, con riferimento alla qualità e alla completezza dei dati dei record dei pazienti.



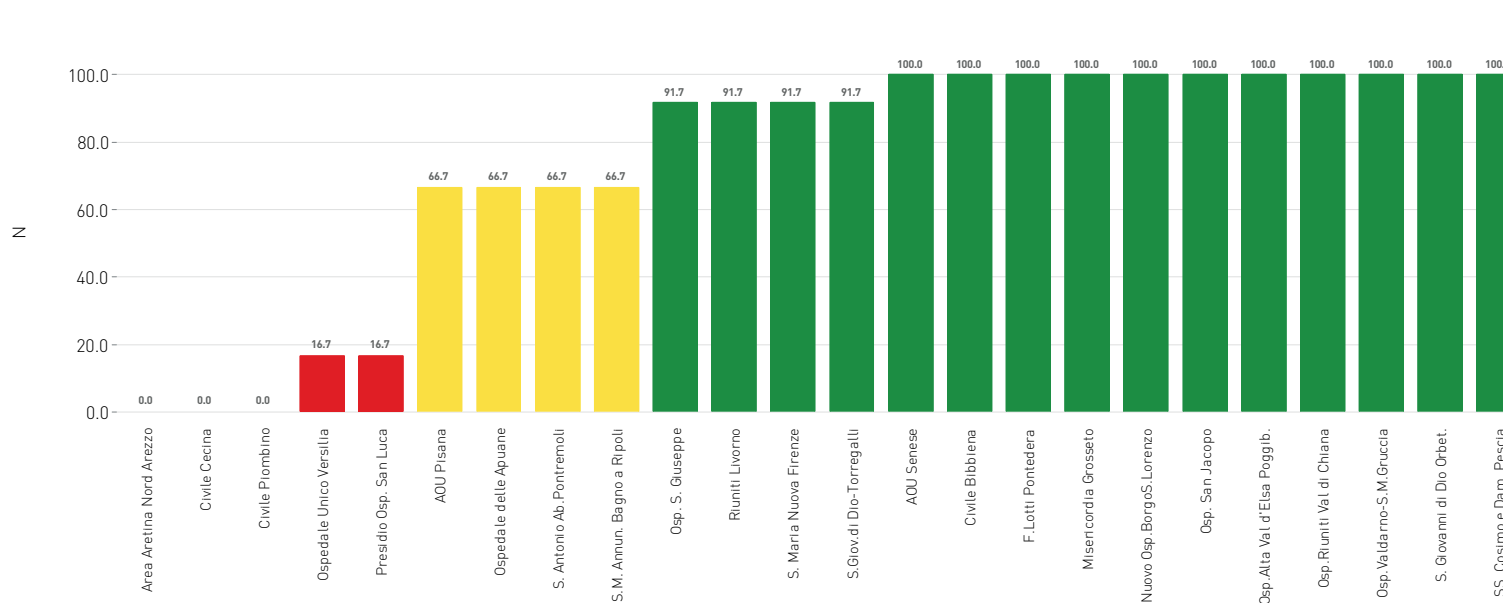
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

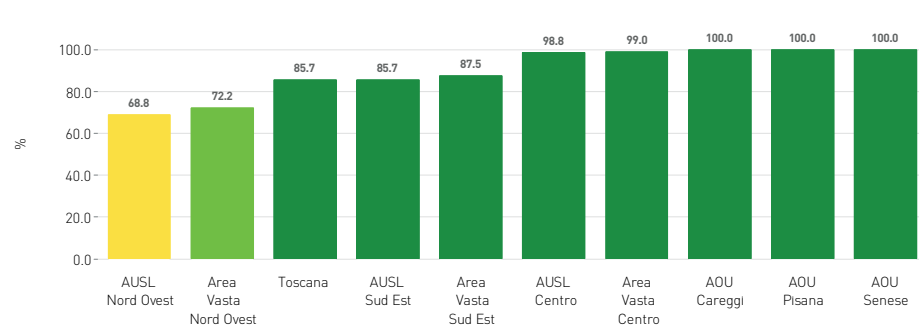


C22.21.1 Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE

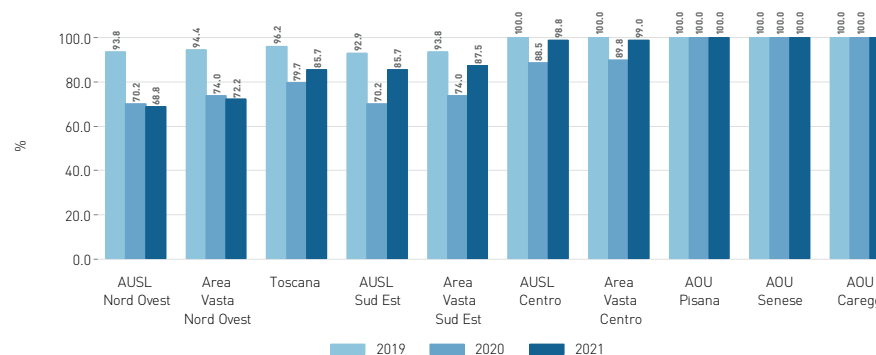
L'indicatore mostra la validazione dei dati ottenuta dai diversi reparti per il Progetto Margherita ProSAFE. L'indicatore, in particolare, monitora il numero di mesi che raggiungono lo standard richiesto da GIVITI per tale Progetto, con riferimento alla qualità e alla completezza dei dati dei record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



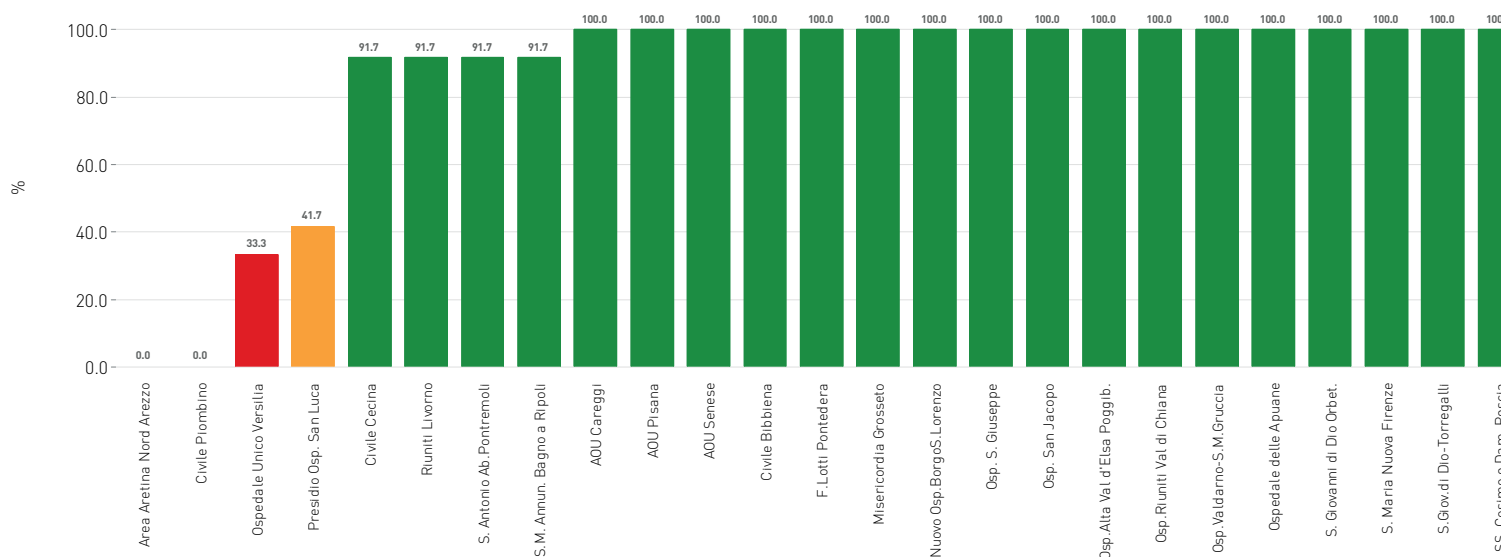
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

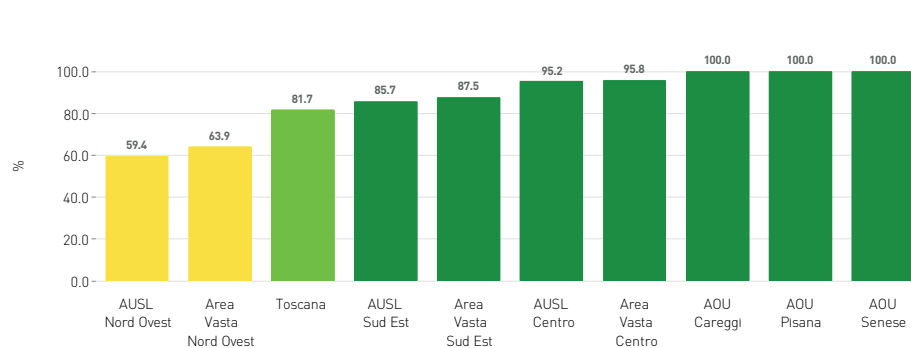


C22.21.2 Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni

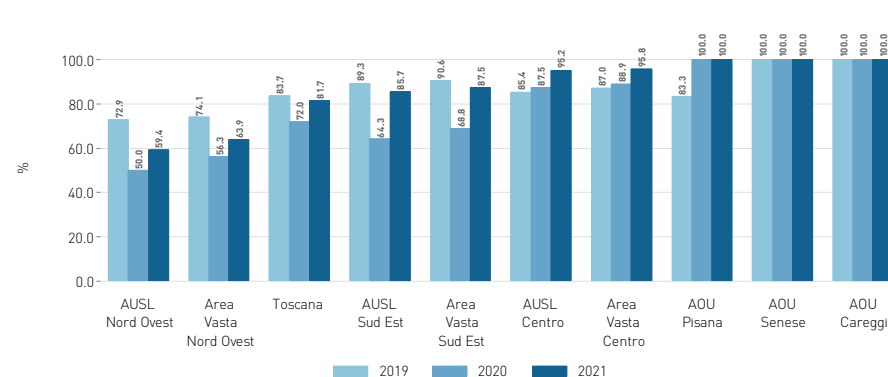
L'indicatore mostra la validazione dei dati ottenuta dai diversi reparti per il Progetto Sorveglianza Infezioni. L'indicatore, in particolare, monitora il numero di mesi che raggiungono lo standard richiesto da GIVITI per tale Progetto, con riferimento alla qualità e alla completezza dei dati dei record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



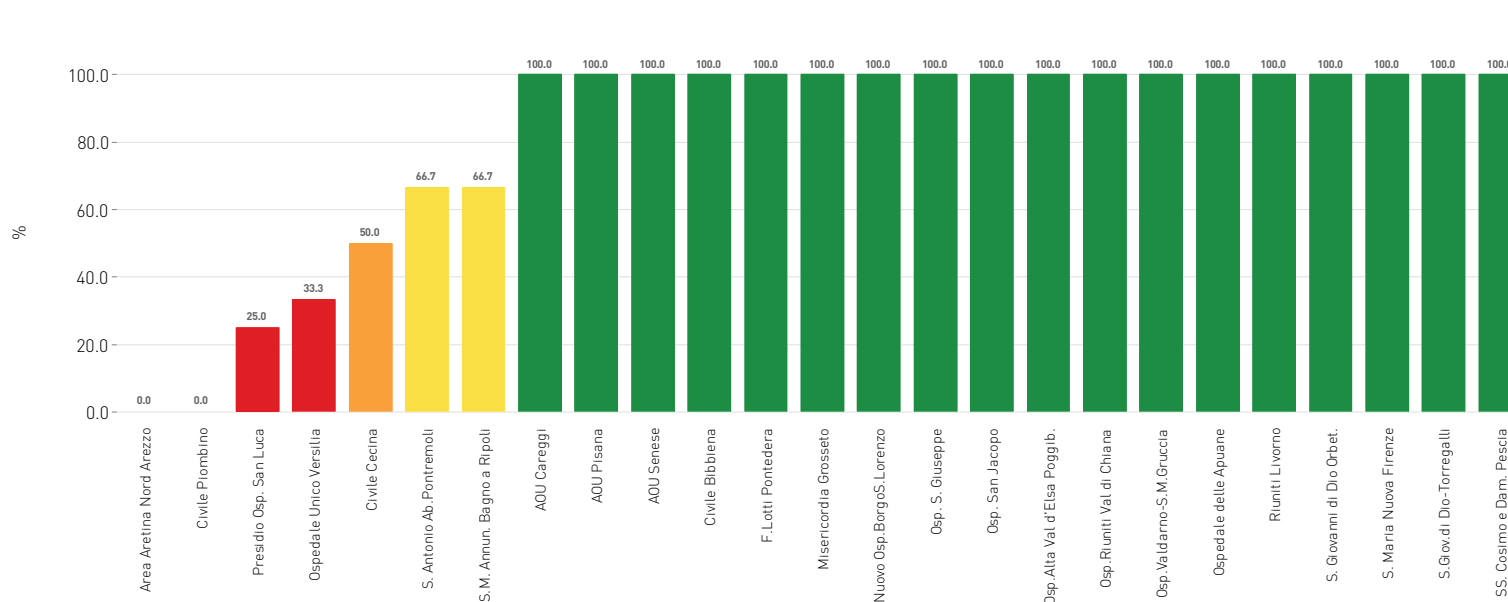
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

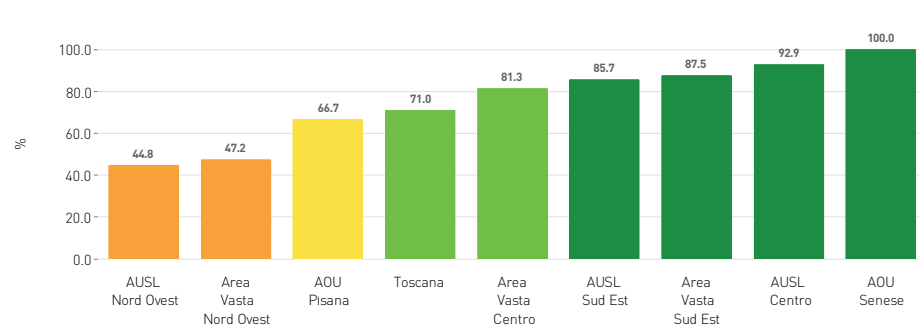


C22.21.3 Validazione dati Progetto StART

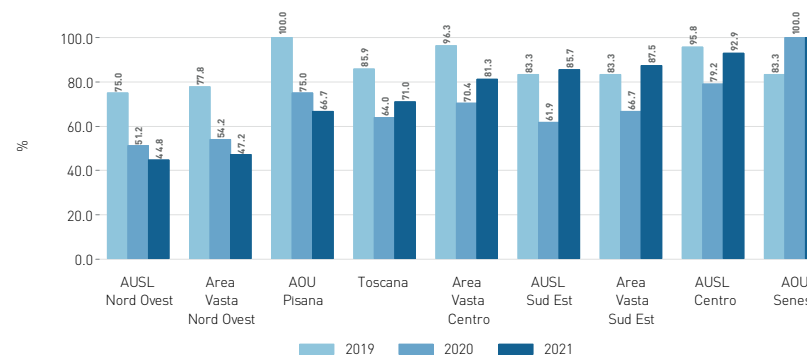
L'indicatore mostra la validazione dei dati ottenuta dai diversi reparti per il Progetto StART - Studio sull'Appropriatezza dei Ricoveri in Terapia intensiva. L'indicatore, in particolare, monitora il numero di mesi che raggiungono lo standard richiesto da GiViTI per tale Progetto, con riferimento alla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



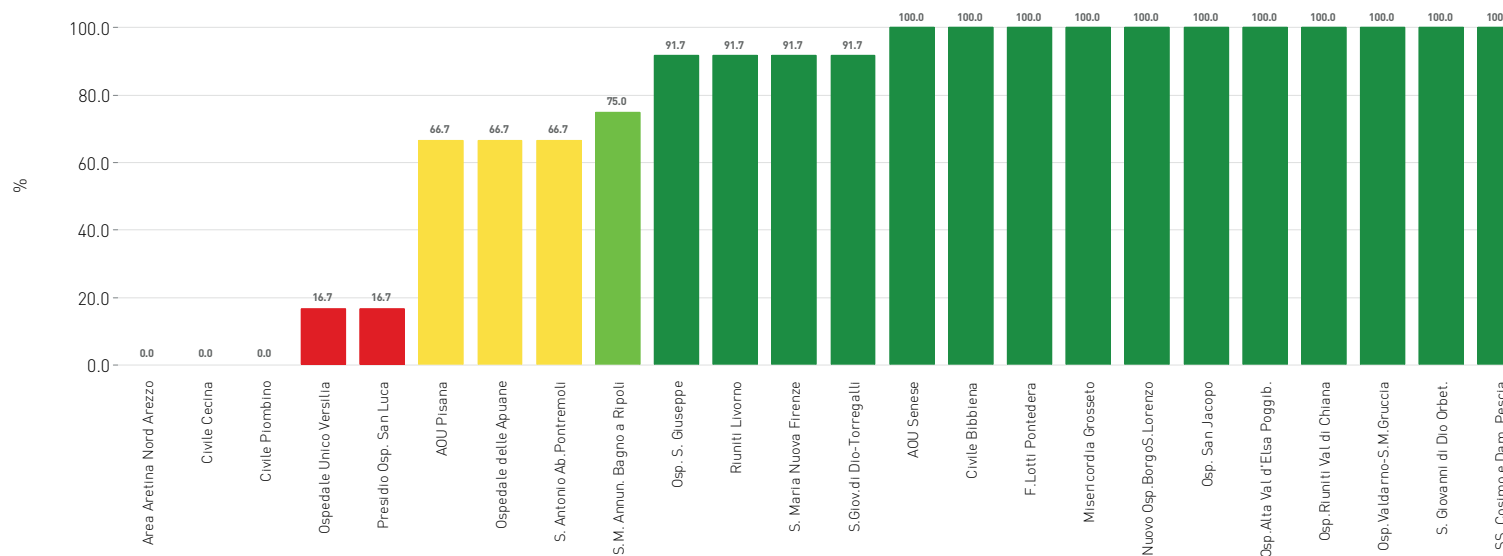
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

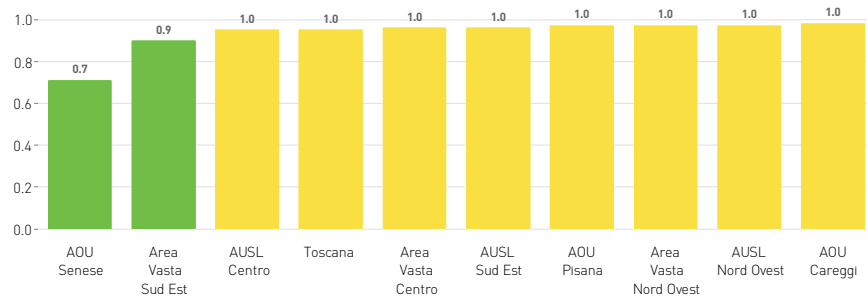


C22.1 Standardized Mortality Ratio (SMR)

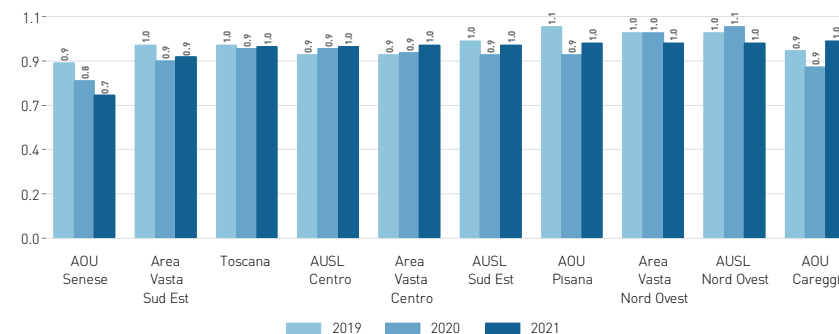
L'indicatore monitora il tasso di mortalità standardizzato nei pazienti Covid. Il tasso di mortalità standardizzato è definito come il rapporto tra il tasso di mortalità effettivamente osservato in un centro nei pazienti COVID e quello atteso sulla base della performance media di tutti i centri partecipanti al Progetto Margherita ProSAFE.



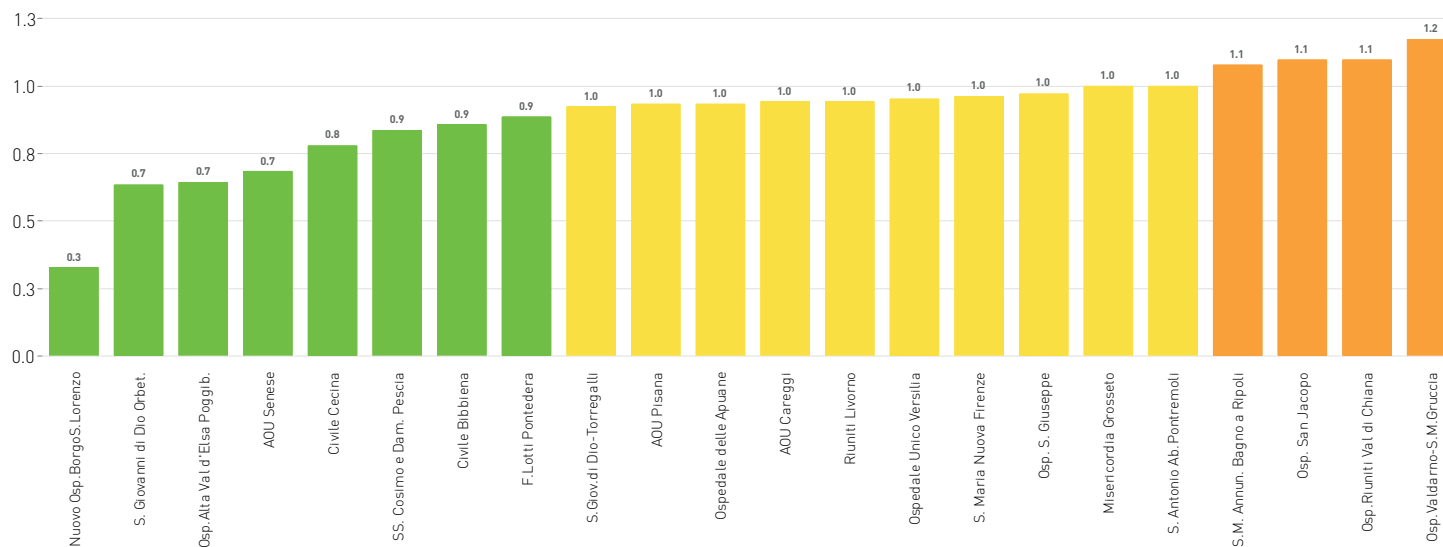
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

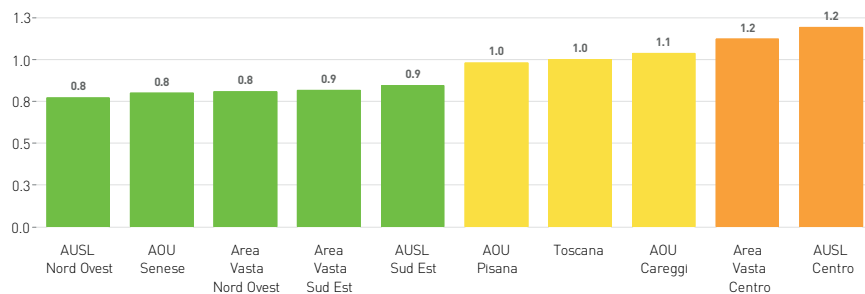


C22.1.C Standardized Mortality Ratio (SMR) nei pazienti COVID

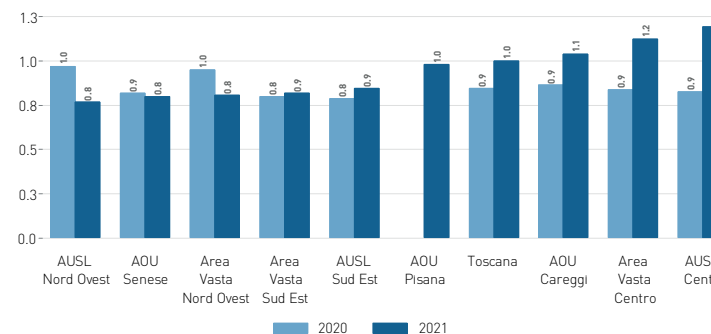
L'indicatore monitora il rapporto tra il tasso di mortalità effettivamente osservato in un centro nei pazienti COVID e quello che ci si sarebbe atteso se questo stesso centro avesse lavorato in accordo alla performance media di tutti i centri partecipanti al Progetto Margherita ProSAFE.



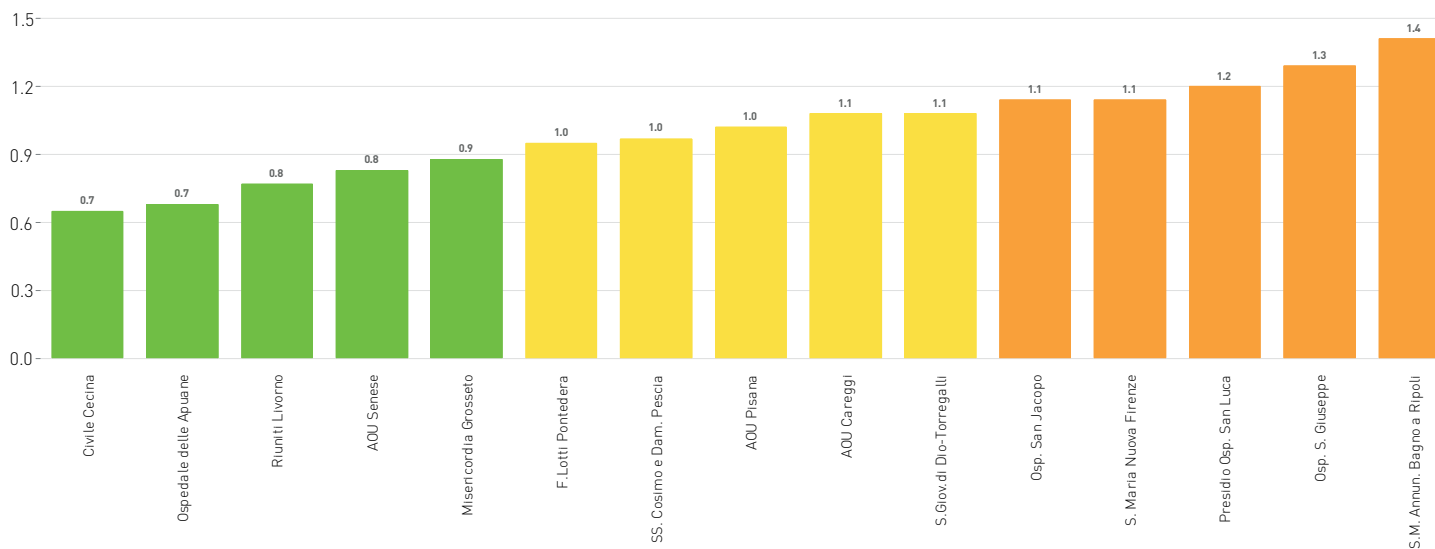
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

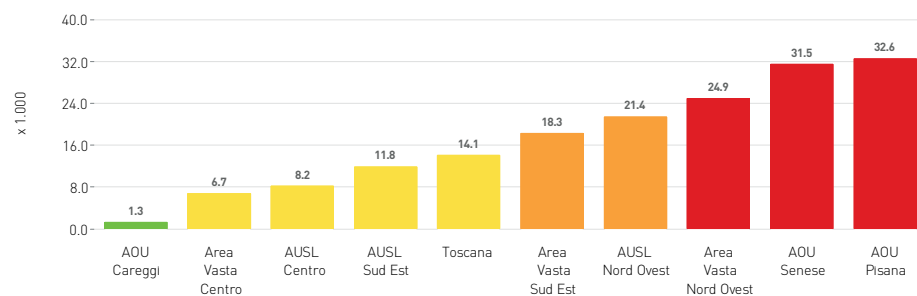


C22.5 Incidenza di sepsi e/o shock settico

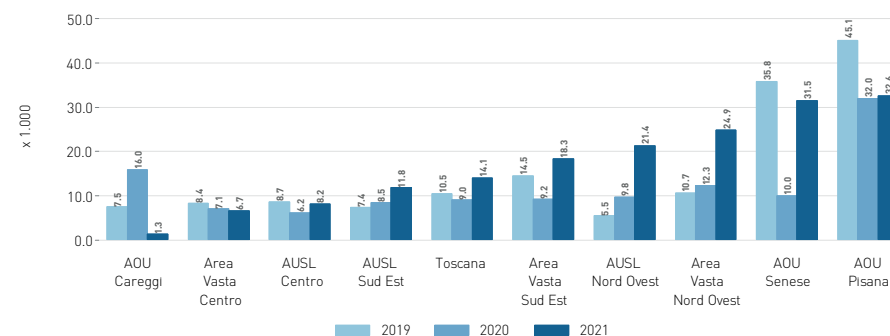
L'indicatore valuta quanto il singolo reparto di terapia intensiva è in grado di controllare l'evoluzione degli episodi infettivi insorti. In particolare, riporta il tasso di incidenza dato dal rapporto tra il numero di pazienti che hanno raggiunto gli stati settici indicati e la somma del numero di giornate di degenza precedenti l'infezione (giornate di esposizione al rischio). Il tasso è misurato ogni 1000 giornate di degenza nel singolo reparto.



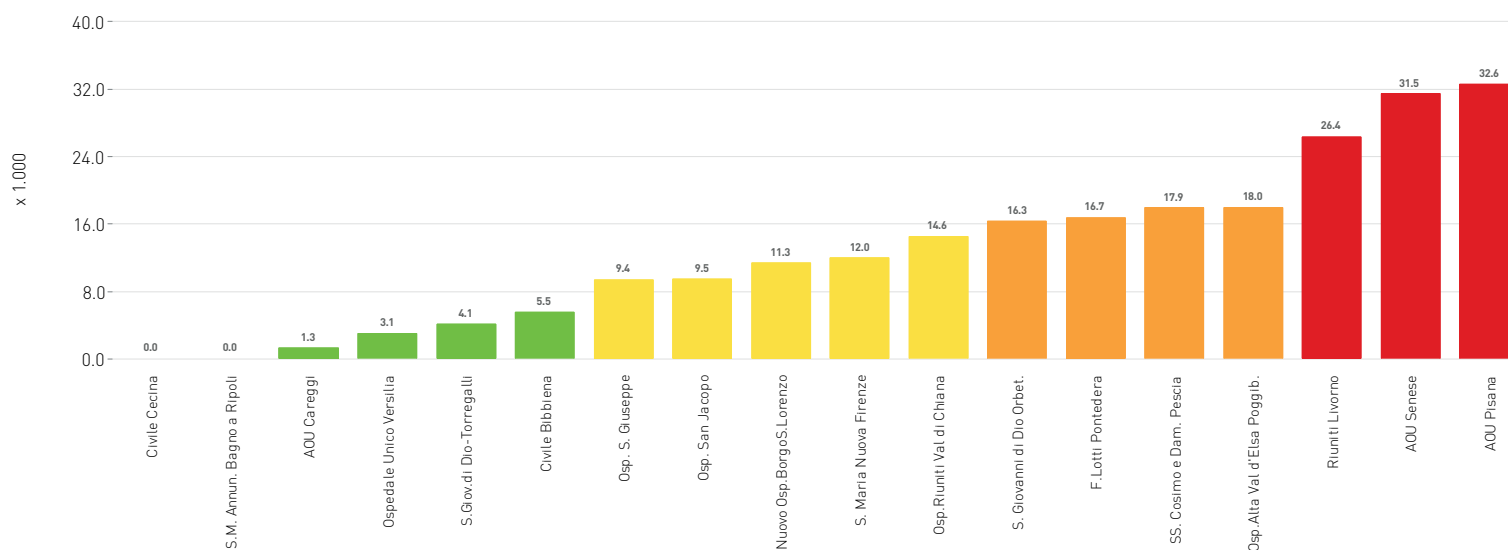
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

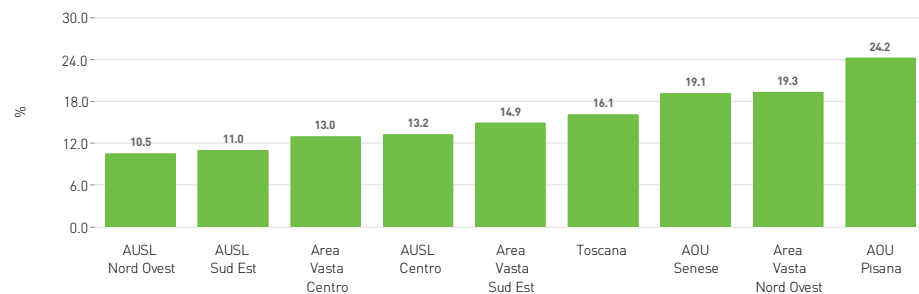


C22.6 Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza

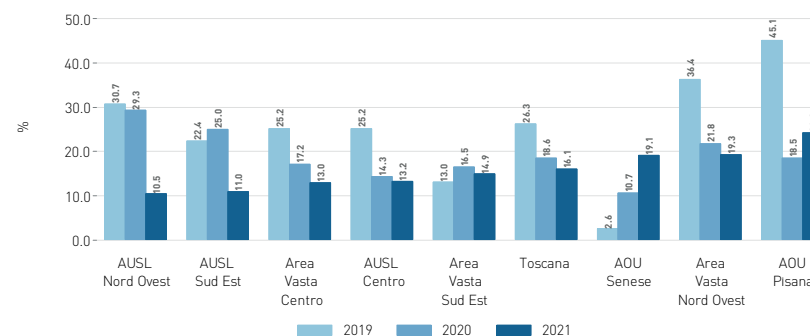
L'indicatore valuta la quota di infezioni insorte durante la degenza - in reparti non-Covid - causate da germi multiresistenti (MDR). Questo indicatore esprime la capacità del reparto di gestire efficacemente i pazienti infetti, controllando la diffusione di patogeni resistenti a più classi di antibiotici. Nel calcolo dell'indicatore si prende in considerazione solo il primo episodio di infezione di ciascuna sede.



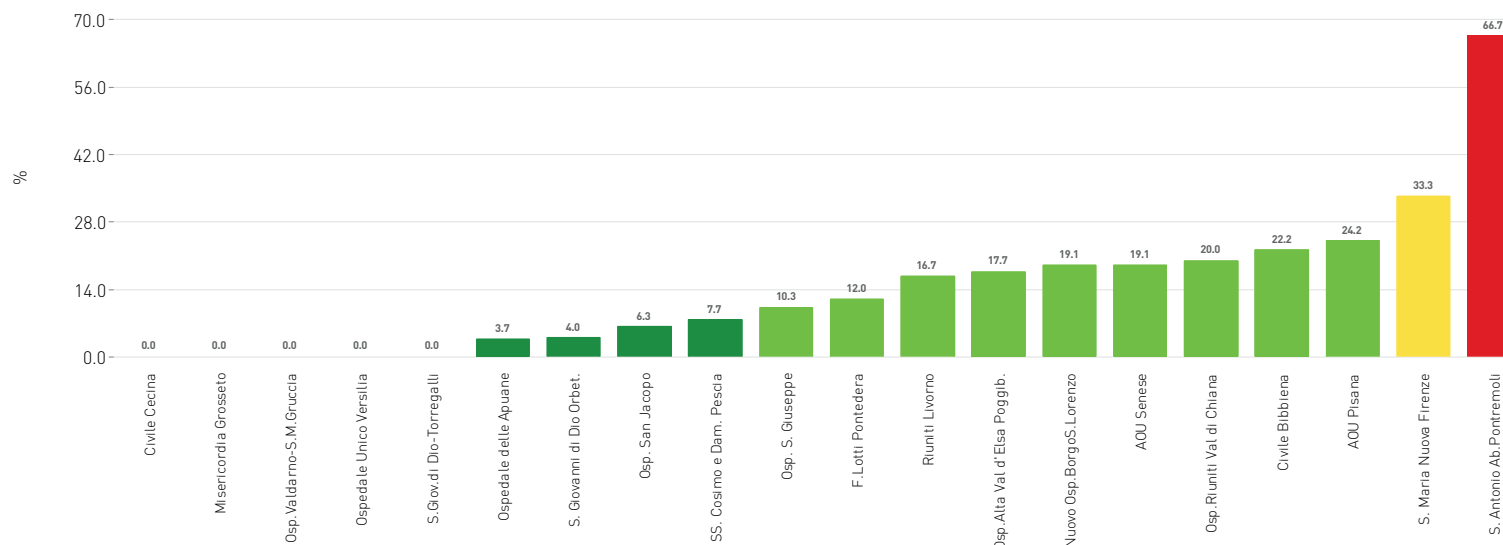
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

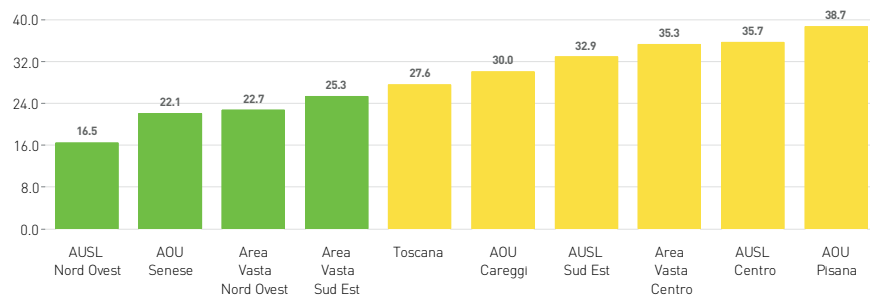


C22.6.C Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza nei pazienti COVID

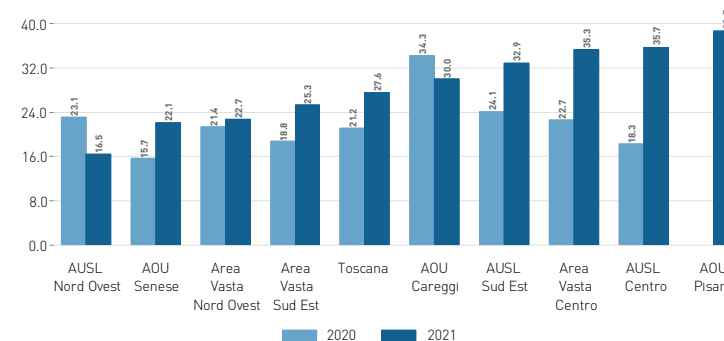
L'indicatore valuta la quota di infezioni insorte durante la degenza – in reparti Covid – causate da germi multiresistenti (MDR). Questo indicatore esprime la capacità del reparto di gestire efficacemente i pazienti infetti, controllando la diffusione di patogeni resistenti a più classi di antibiotici. Nel calcolo dell'indicatore si prende in considerazione solo il primo episodio di infezione di ciascuna sede.



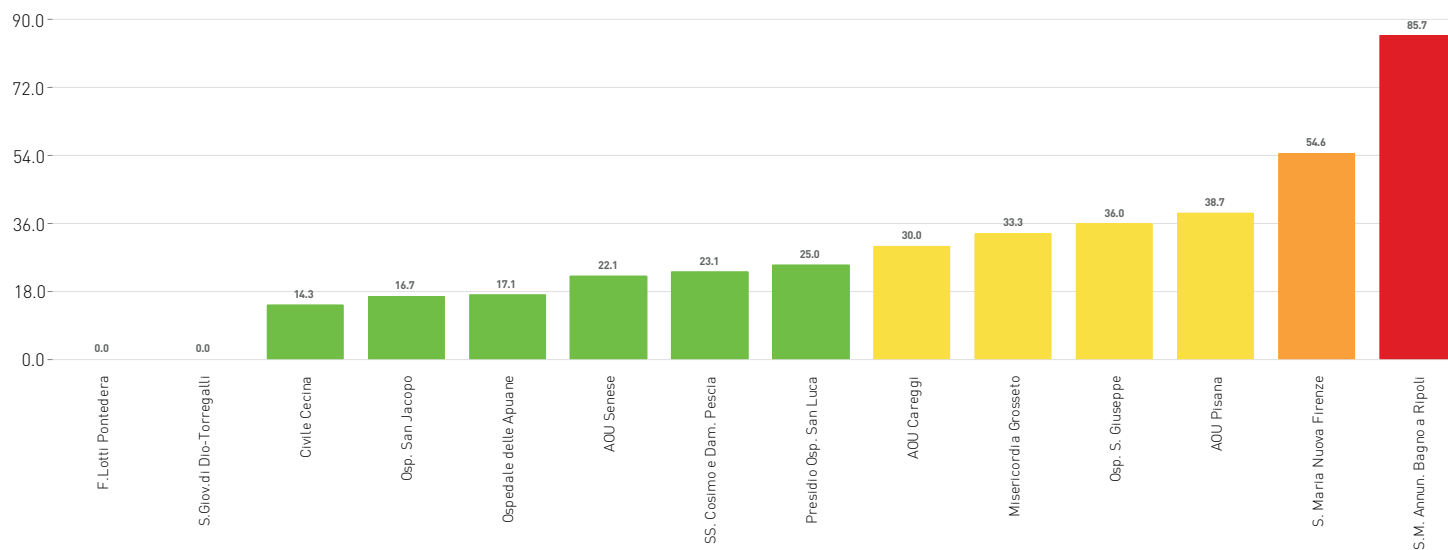
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

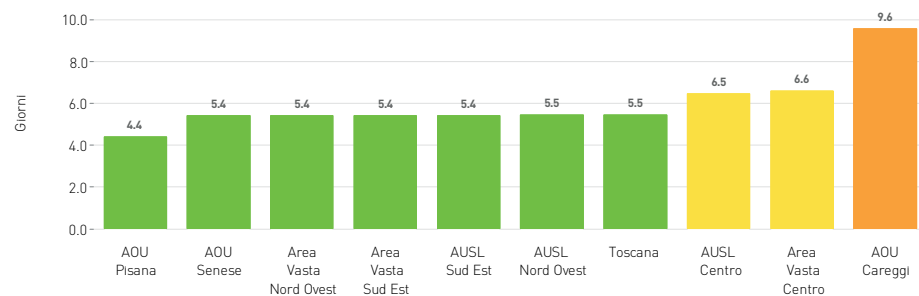


C22.7 Mediana della durata della terapia antibiotica empirica

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



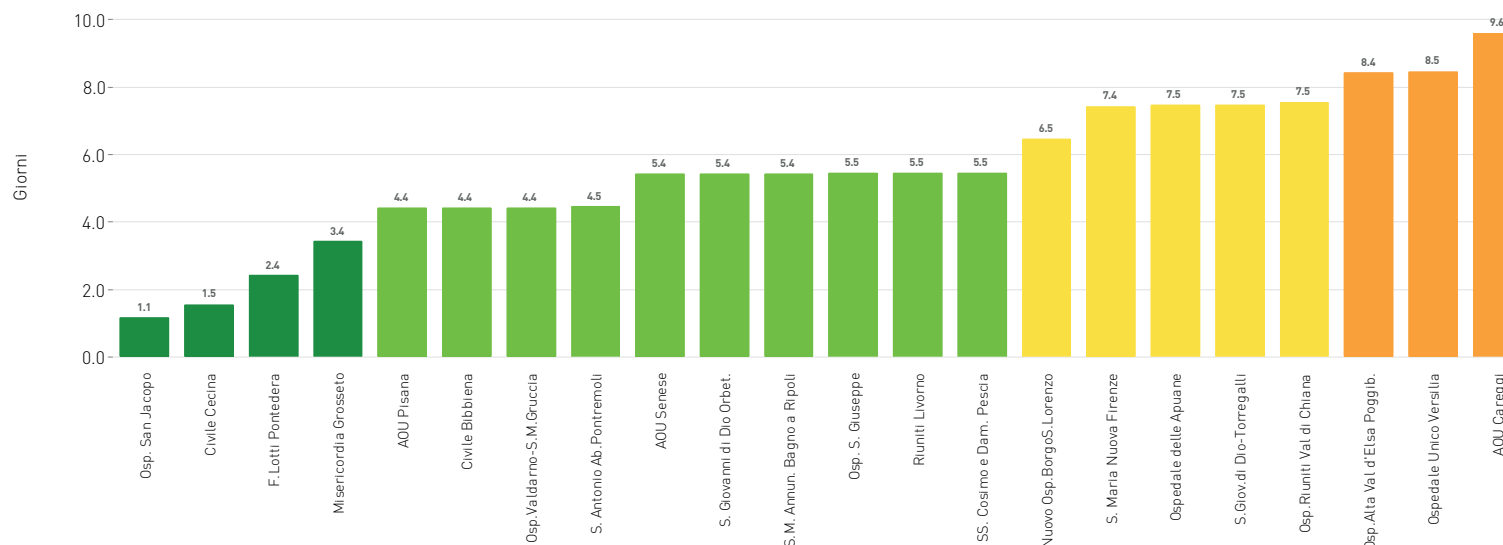
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

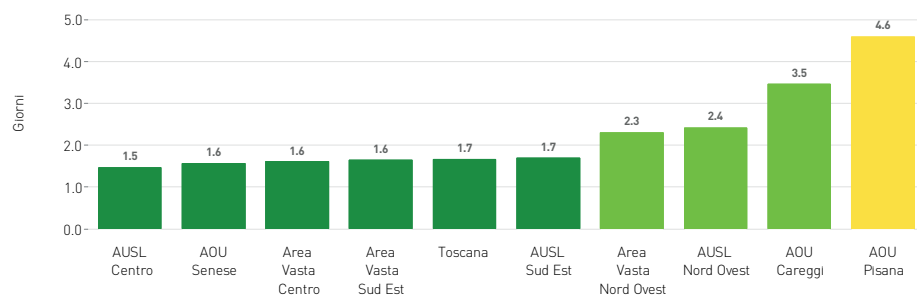


C22.8 Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi

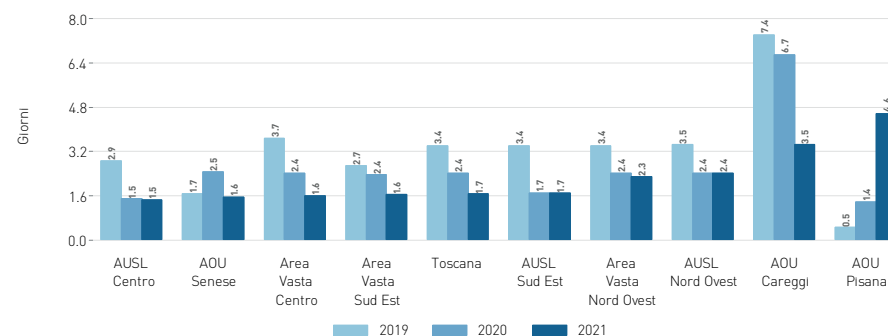
L'indicatore monitora la durata della terapia antibiotica in profilassi nei reparti di terapia intensiva aderenti al progetto, considerando il valore mediano dei giorni di durata sul 90% dei pazienti ammessi e con dati completi.



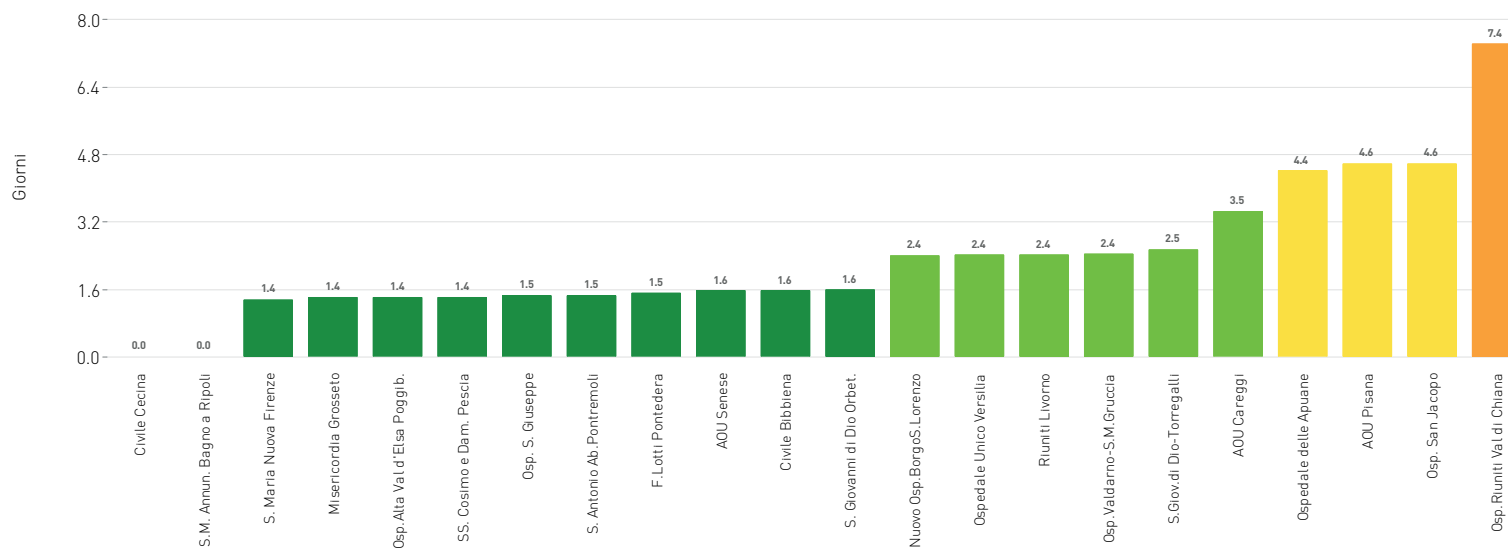
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

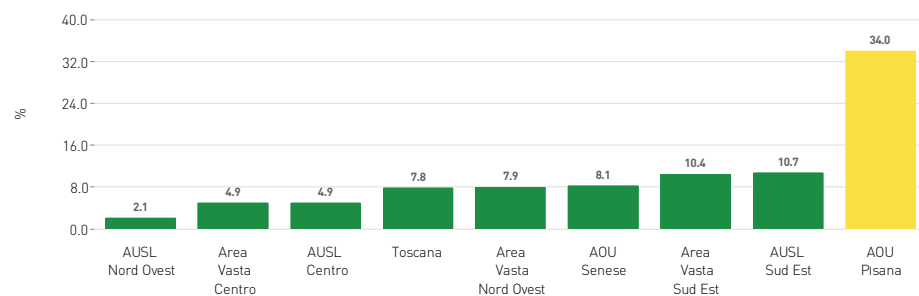


C22.4 Percentuale di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza

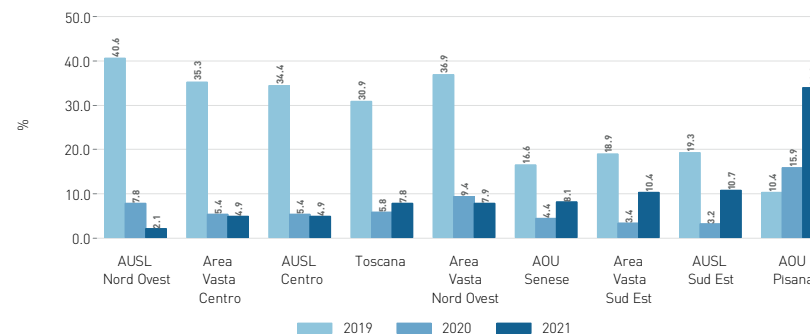
L'indicatore è un indicatore di percorso che monitora il numero di pazienti ordinari, cioè che necessita di cure ordinarie abitualmente garantite da un qualsiasi reparto ospedaliero per acuti, che si trovano a fine degenza in un reparto di terapia intensiva. Tale indicatore ci permette di valutare il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



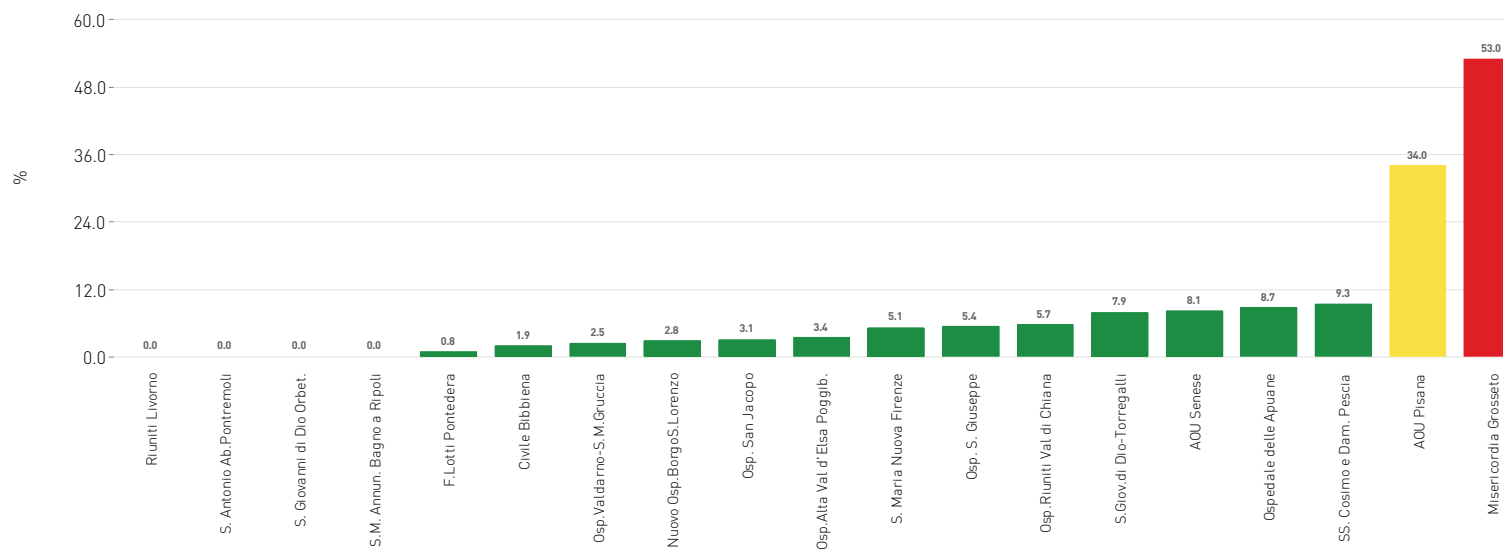
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

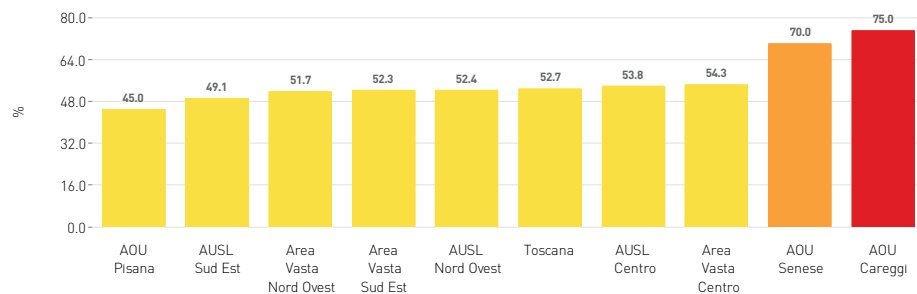


C22.12 Percentuale di shock settici provenienti dai reparti di degenza

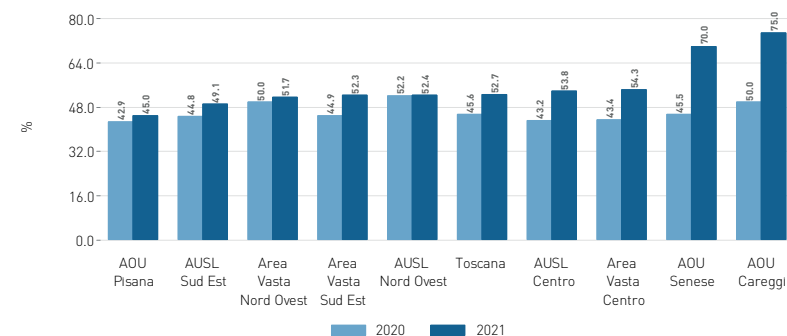
Questo indicatore valuta la capacità di riconoscere precocemente i pazienti affetti da sepsi (stadio infettivo che precede lo shock) nei reparti ordinari e di trasferirli tempestivamente a quelli di cure intensive prima dell'evoluzione in shock settico.



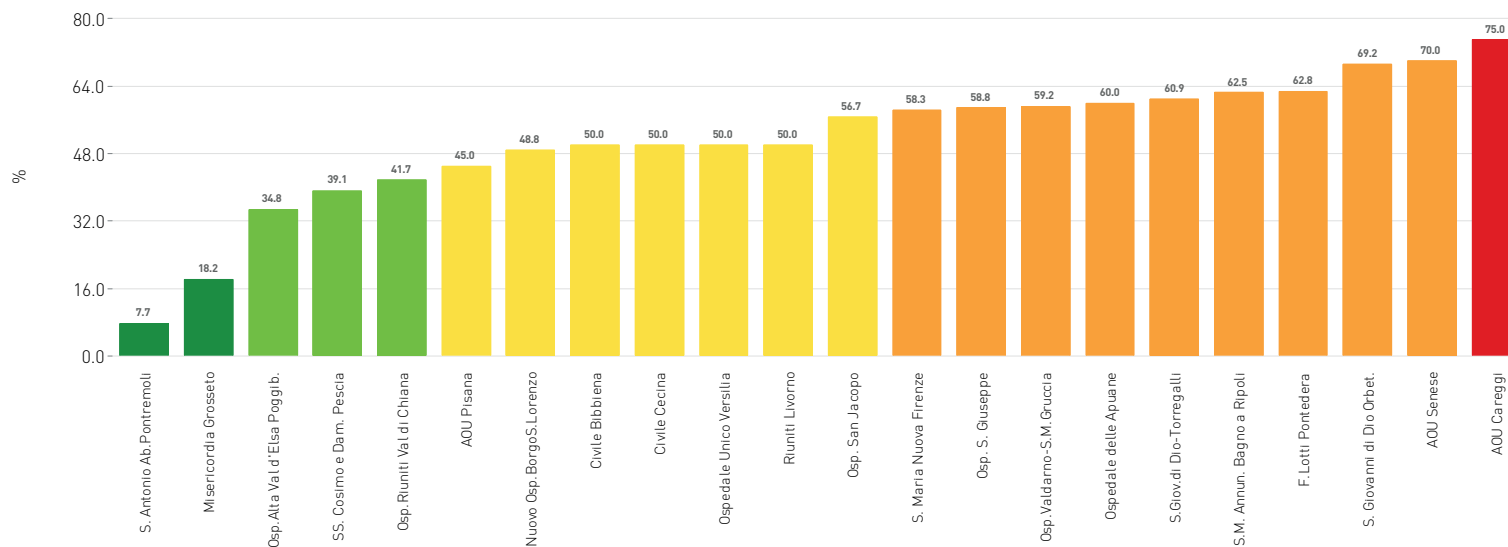
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



&tipologia - Dati 2021





EQUITÀ

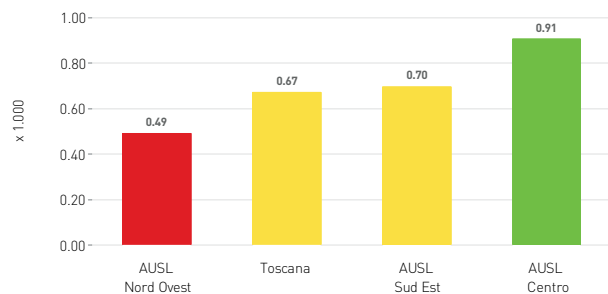
a cura di Michele Cumetti e Chiara Seghieri

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

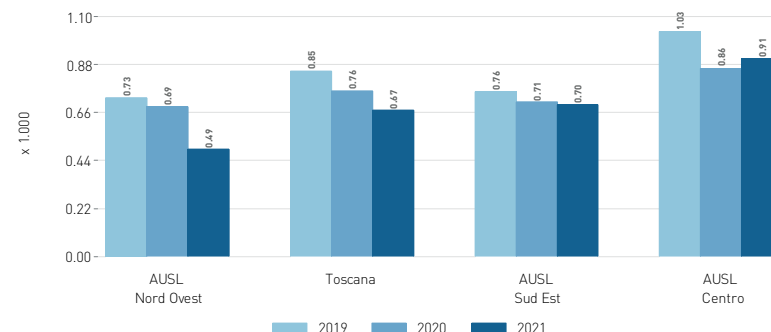
L'indicatore mostra il rapporto tra i tassi di ospedalizzazione standardizzati per età per diabete, scompenso e/o BPCO per coloro che hanno un titolo di studio basso (nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore) rispetto a coloro che hanno un titolo di studio alto (diploma, laurea). Se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



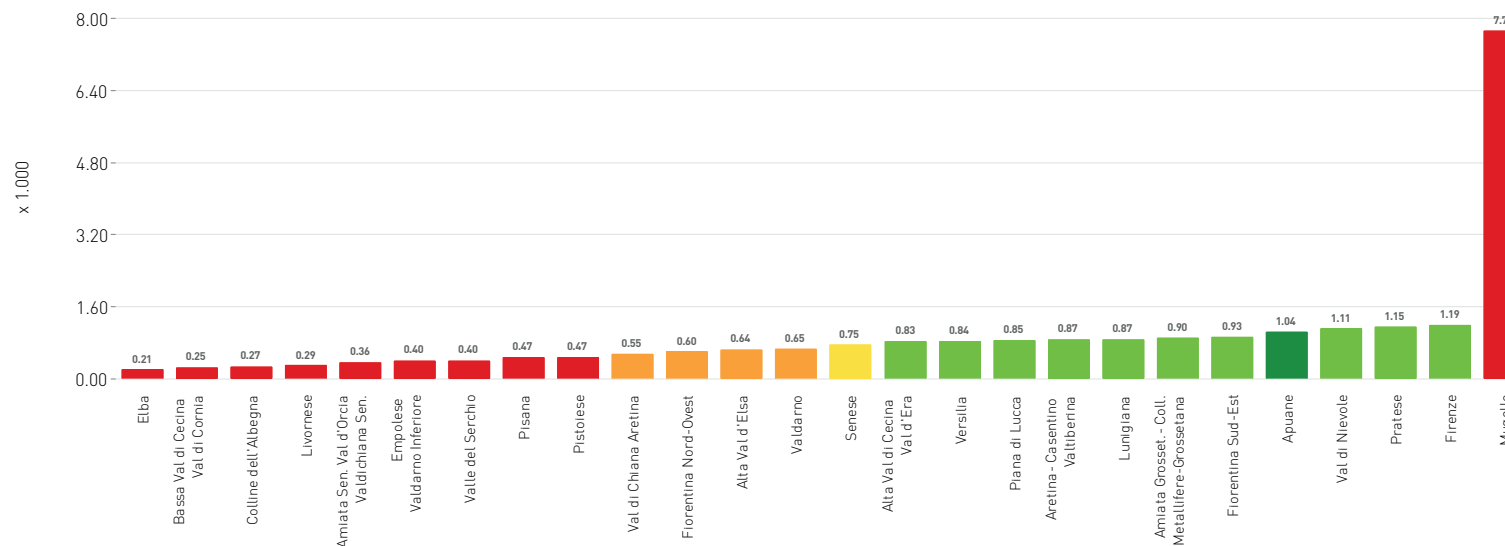
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



RESPONSIVENESS E COMUNICAZIONE

a cura di Manuela Furlan e Anna Maria Murante

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 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
B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino									
B16.1 Carta dei Servizi									
B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti	76.00	75.00	80.00	89.00	87.00	90.00	88.00	85.00	78.00
B16.1.2 Comitato di partecipazione	100.00	100.00	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	75.00
B16.2 Front office telefonico	70.00	80.00	100.00	100.00	90.00	90.00	60.00	90.00	60.00

B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti

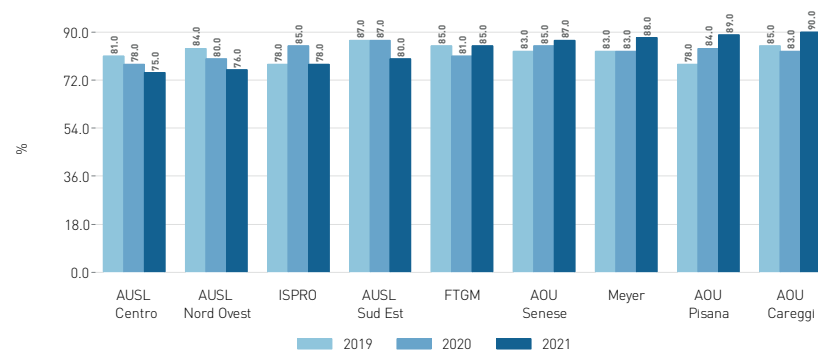
L'indicatore misura se e in che misura le aziende sanitarie hanno raggiunto i 25 impegni per la Carta dei Servizi sanitari definiti a livello regionale dalla DGR n. 335/2014.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

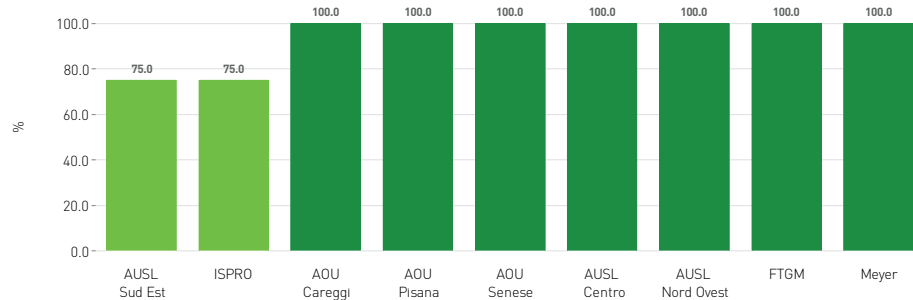


B16.1.2 Comitato di partecipazione

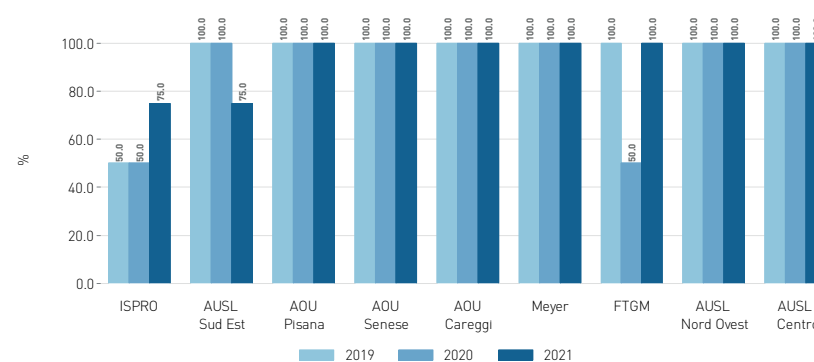
L'indicatore misura se è presente e con quali modalità opera un Comitato di partecipazione aziendale. La valutazione viene assegnata tenendo conto dei seguenti parametri: a) Presenza di un comitato aziendale; b) Il Comitato effettua riunioni almeno trimestrali; c) il comitato collabora alla realizzazione della carta dei servizi; d) il Comitato effettua ispezioni sulla base di direttive aziendali e/o regionali.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



B16.2 Front office telefonico

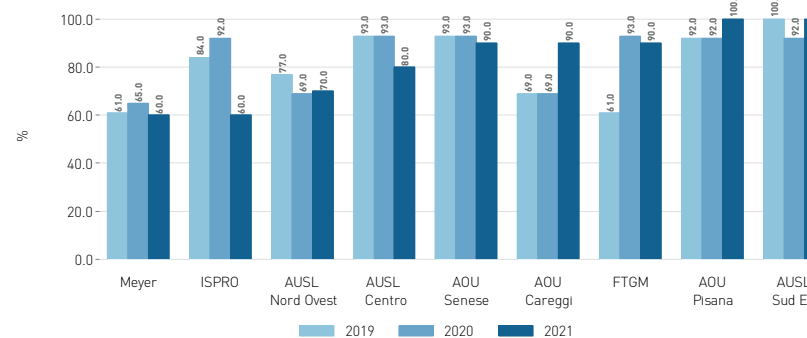
L'indicatore misura quanto le aziende sanitarie hanno implementato il sistema della carta dei servizi, con particolare riguardo al servizio di front-office telefonico. La valutazione viene assegnata tenendo conto dei seguenti parametri: a) Orario di apertura settimanale del front office telefonico; b) Presenza di un Numero unico; c) Presenza di un numero verde; d) Presenza id una segreteria telefonica; e) Presenza di un operatore addetto a richiama gli utenti che hanno lasciato un messaggio in segreteria. A ciascuno di questi parametri è attribuito un peso specifico che concorre a determinare la valutazione finale assegnata dall'indicatore.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



B40 Programmazione della formazione

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



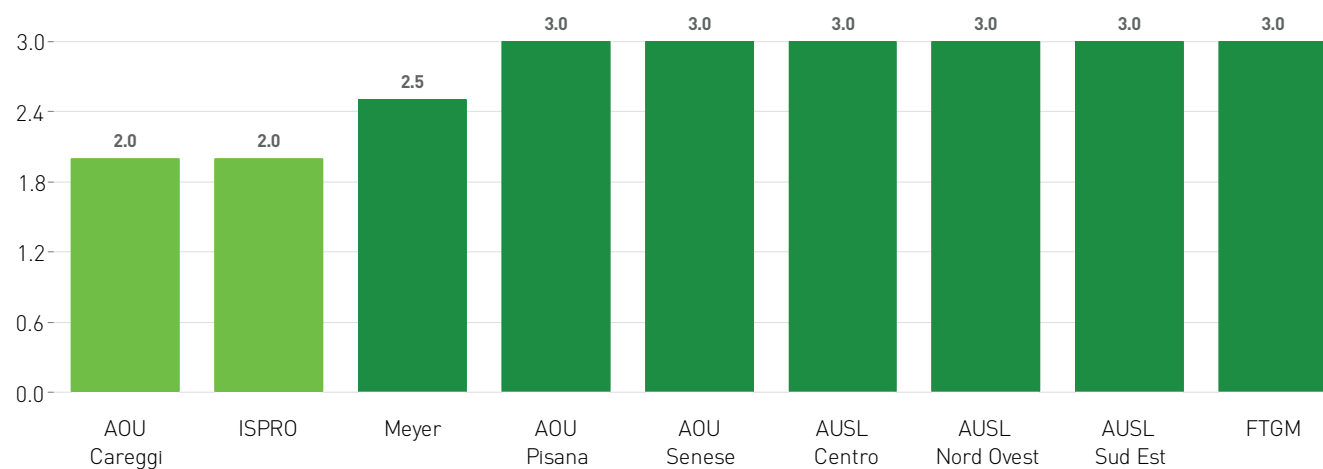
	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
B40 Programmazione della formazione	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>B40.1 Coerenza del piano formativo alle indicazioni regionali</i>	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00
<i>B40.2 Dossier formativo</i>	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.50	1.00	1.00

B40 Programmazione della formazione

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



Aziende - Dati 2021



VALUTAZIONE DELL'UTENZA

a cura di Manila Bonciani, Ilaria Corazza, Amerigo Ferrari,
Giuseppe D'Orio, Sabina De Rosis, Francesca Ferrè,
Riccardo Novaro, Stefania Manetti,
Anna Maria Murante, Francesca Pennucci,
Elisa Peruzzo e 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 nati, 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 corrente sono disponibili i dati relativi a tutte le fasi del percorso, dal primo trimestre di gravidanza a un anno dopo il parto. Gli indicatori relativi alla dimensione sul bilancio del percorso sono calcolati utilizzando l'indagine sistematica longitudinale sul percorso nascita nell'anno corrente.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
D17 Valutazione utenti Materno Infantile	●	●	●	●	●	●	●
D17.1 Gravidanza							
D17.1.7 Qualità incontro consegna libretto di gravidanza	84.96	85.89	84.17	85.18			
D17.1.8 Esperienza con l'ostetrica alla consegna del libretto	74.93	76.03	73.98	75.36			
D17.1.1A Utilità del CAN (Corso di Accompagnamento alla Nascita)	49.62	53.40	45.72	51.56			
D17.1.1GR Utilità del CAN per la gravidanza	49.05	52.99	44.25	52.75			
D17.1.1PA Utilità del CAN per il parto	51.65	55.84	47.40	53.44			
D17.1.1AL Utilità del CAN per l'allattamento	53.31	57.74	49.69	53.68			
D17.1.1NE Utilità del CAN per la gestione del neonato	44.43	47.01	41.43	46.59			
D17.1.9 Coinvolgimento nelle scelte in gravidanza	51.38	52.19	49.89	53.62			
D17.1.5A Willingness to recommend il consultorio	87.44	87.59	87.66	86.71			
D17.2 Parto							
D17.2.13 Libertà di gestione di travaglio e parto	70.11	71.64	68.95	74.88	66.26	70.15	67.31
D17.2.14 Rispetto e dignità da parte dei professionisti in travaglio e parto	87.15	87.64	86.84	89.19	87.19	86.90	85.55
D17.2.15 Continuità assistenziale in travaglio e parto	83.54	84.54	82.86	86.43	81.95	83.33	82.13
D17.2.7A Gestione del dolore in travaglio e parto	71.79	74.00	71.12	73.58	69.18	70.20	70.46
D17.2.8 Gestione del dolore dopo il parto	73.07	73.49	71.62	76.44	74.36	75.10	70.64
D17.2.9 Lavoro di squadra	81.31	82.04	81.16	83.17	82.36	80.19	78.53
D17.2.11A Supporto del personale al punto nascita	81.43	80.94	82.49	83.39	79.71	82.12	79.61
D17.2.4A Informazioni concordanti	73.43	75.62	72.20	76.39	72.89	73.63	69.52
D17.2.5 Pulizia ambienti	68.26	71.02	67.90	71.75	58.91	63.92	66.93
D17.2.16 Chiarezza informazioni alla dimissione	72.39	74.69	69.44	76.78	72.55	68.19	71.09
D17.2.17 Qualità assistenza al punto nascita	83.10	83.93	83.02	84.89	83.40	82.58	80.41
D17.2.18 Esperienza con il personale del punto nascita	72.86	74.44	72.40	75.28	72.54	72.30	69.56
D17.2.10 Willingness to recommend il punto nascita	89.20	89.11	88.75	91.62	91.13	91.51	86.20
D17.3 Primo anno di vita							
D17.3A Assistenza Pediatra di Famiglia							
D17.3A.1 Facilità contatto con PLS	90.40	91.96	88.74	91.43			
D17.3A.2 Informazioni concordanti sull'allattamento del PLS	80.24	80.05	80.37	80.33			
D17.3A.3 Esperienza con il PLS	73.93	75.55	72.28	74.77			
D17.3A.4 Willingness to recommend il PLS	83.57	85.84	81.89	83.47			
D17.3B Assistenza del consultorio							
D17.3B.2 Esperienza con il personale del consultorio	62.43	64.23	62.63	59.76			
D17.3B.3 Willingness to recommend il consultorio	76.32	77.16	75.98	76.92			
D17.3C Vaccinazioni							
D17.3C.1 Informazioni del PLS su vaccinazioni	69.99	70.51	69.85	69.71			
D17.3C.2 Informazioni concordanti sulle vaccinazioni	85.07	85.30	84.67	85.85			
D17.3C.3 Consapevolezza su vaccinazioni	58.89	58.24	58.99	59.59			
D17.4 Bilancio del percorso							
D17.4.1 Accesso ai servizi	76.47	77.69	75.17	77.43			
D17.4.2 Coordinamento tra professionisti	53.18	54.80	51.86	53.40			
D17.4.3 Soddisfazione complessiva	59.76	61.00	59.21	58.88			
D17.4.4 Esperienza positiva in gravidanza	73.60	75.03	72.77	73.30			
D17.4.5 Esperienza positiva al parto	67.04	67.39	67.09	66.48			
D17.4.6 Esperienza positiva nel primo anno	68.43	69.18	68.10	68.06			

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.



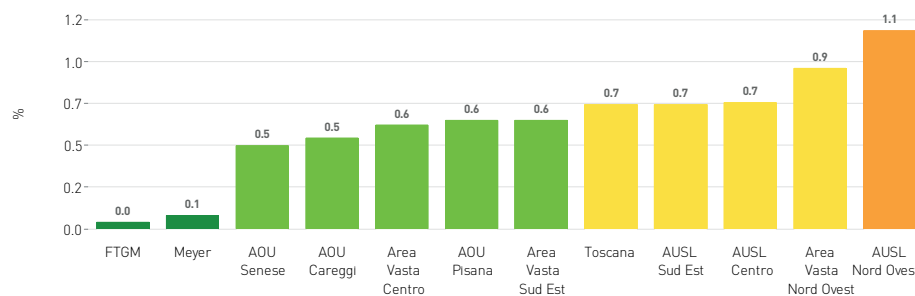
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
D18A Dimissioni volontarie	●	●	●	●	●	●	●	●	●
D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0.71	1.14	0.72	0.71	0.62	0.48	0.52	0.08	0.04
D18.1 Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	2.02	3.46	1.75	0.66	0.21	0.00			

D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

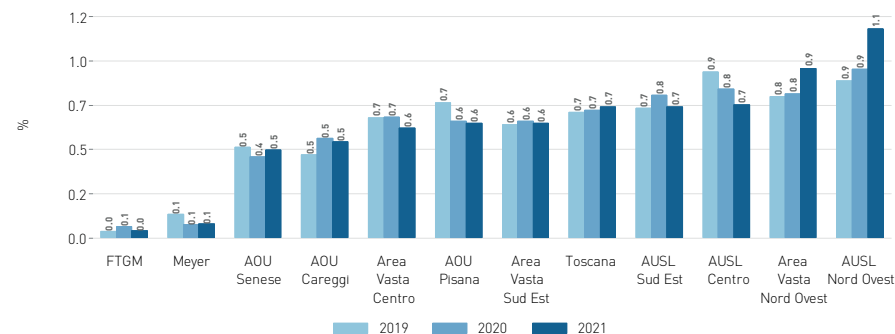
L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario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



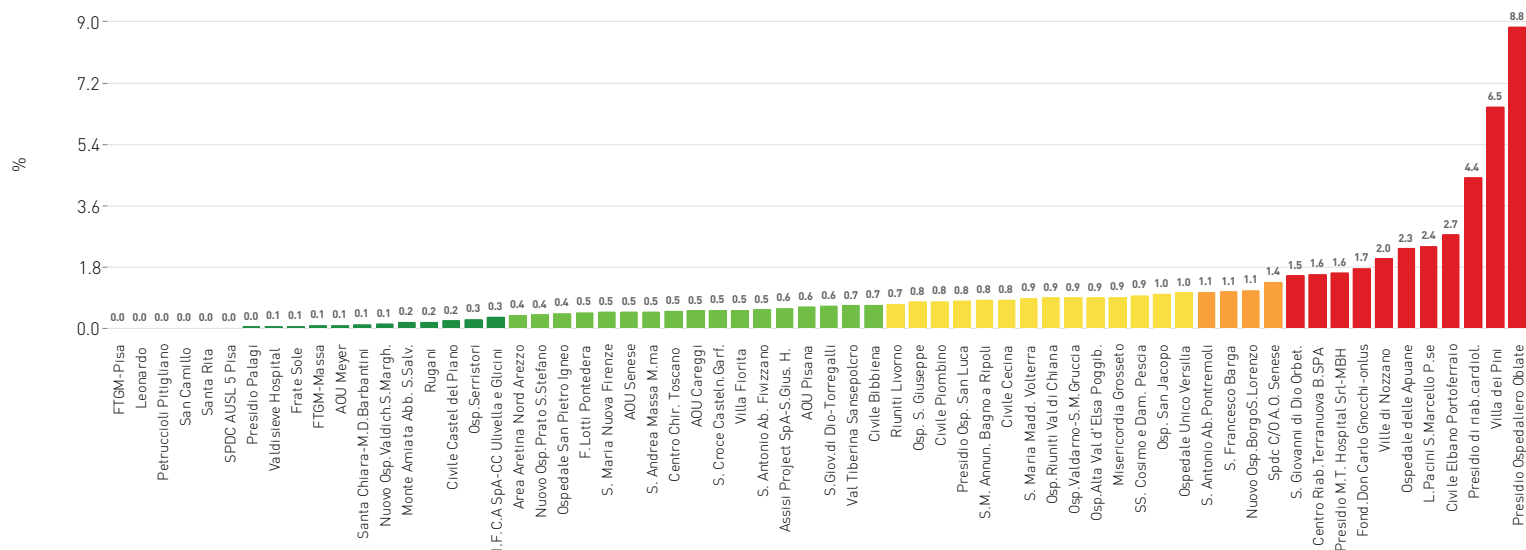
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

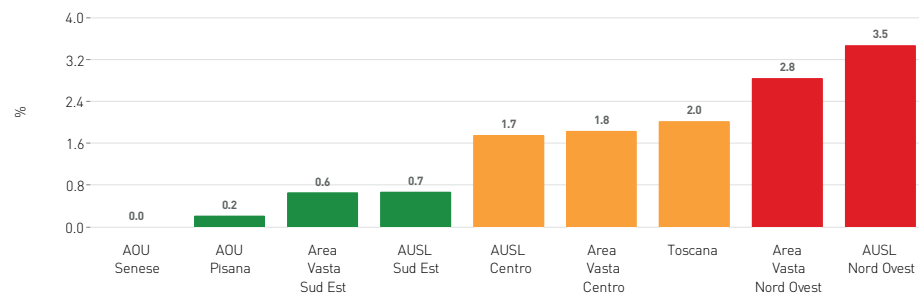


D18.1 Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione

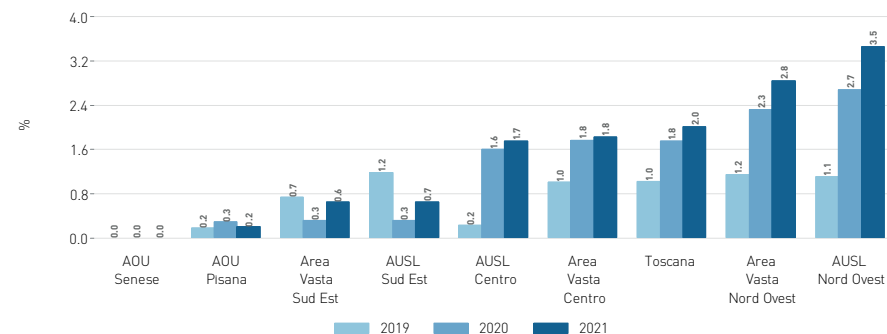
Questo indicatore analizza nello specifico le dimissioni volontarie dei pazienti dai reparti di lungodegenza o di riabilitazione.



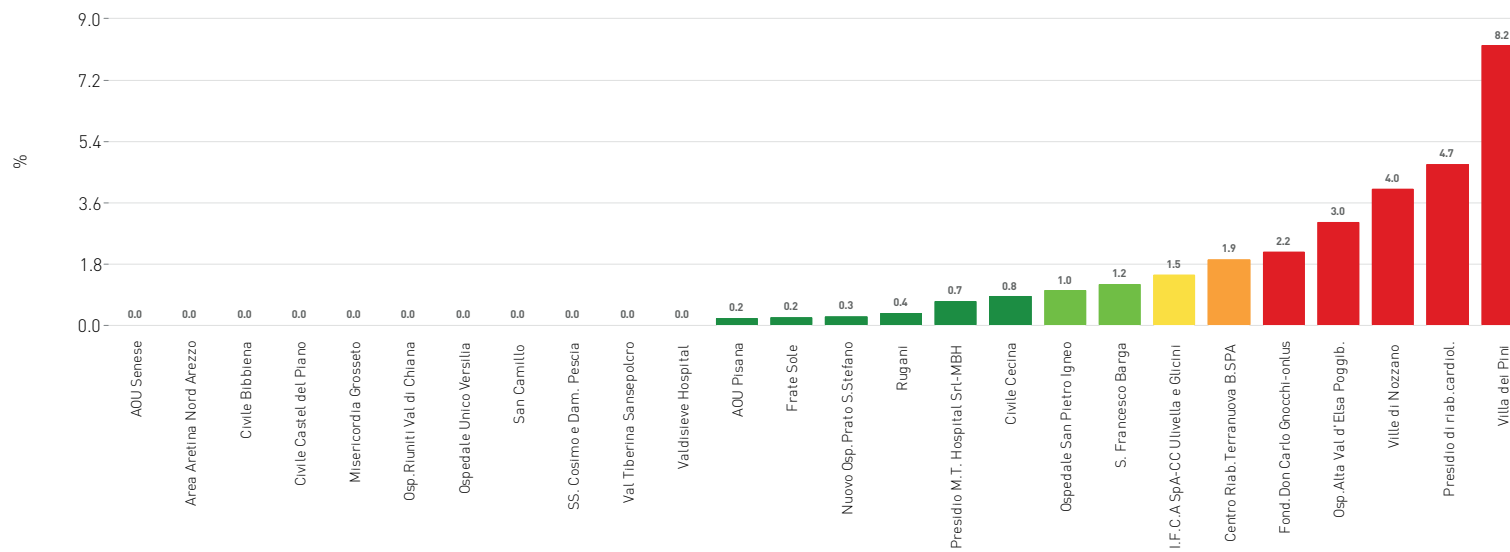
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



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
D20 PROMs	●	●	●	●	●	●	●
D20.1 Percentuale pazienti arruolati al progetto PROMs							
D20.1.1 Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica	24.55			20.62	34.89	25.35	21.15
D20.1.1.1 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica urologica	21.41			5.74	32.72	0.00	26.77
D20.1.1.2 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica toracica	50.00				57.63	0.00	0.00
D20.1.1.3 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica coloretale	24.48			47.41	4.17	70.59	0.00
D20.1.2 Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica	16.47	17.29	0.00	3.54	82.54	34.59	1.79
D20.1.2.1 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione d'anca	18.04	21.26	0.00	2.96	74.67	38.39	0.96
D20.1.2.2 Percentuale di pazienti arruolati nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	14.67	12.64	0.00	3.89	92.06	24.69	2.91
D20.1.3 Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	30.78	12.14	40.00	63.83	85.71	0.00	0.00
D20.1.3.1 Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella	30.78	12.14	40.00	63.83	85.71	0.00	0.00
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	61.36			59.70	66.90	27.78	64.90
D20.2.1.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica urologica	69.66			75.00	78.87		64.90
D20.2.1.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica toracica	54.41				54.41		
D20.2.1.3 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia robotica coloretale	45.75			56.36	66.67	27.78	
D20.2.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica	42.42	59.02		36.00	34.81	30.69	30.00
D20.2.2.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di anca	44.08	61.11		50.00	31.36	35.80	50.00
D20.2.2.2 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ortopedica: intervento di sostituzione di ginocchio	40.07	54.88		29.41	38.24	10.00	25.00
D20.2.3 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella	59.03	71.43	75.00	70.00	50.00		
D20.2.3.1 Percentuale di risposte al questionario pre-operatorio PROMs nel percorso della chirurgia ricostruttiva della mammella	59.03	71.43	75.00	70.00	50.00		

D19 Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario

L'importanza di comprendere come i pazienti sperimentino l'assistenza sanitaria ha portato allo sviluppo di misure di esperienza riportate dai pazienti (Patient-Reported Experience Measures - PREMs) in grado di misurare la percezione che i pazienti hanno dei servizi sanitari erogati. Studi precedenti (Coulter et al. 2009) hanno messo in luce le dimensioni fondamentali dell'esperienza dei pazienti con i ricoveri ospedalieri: compassione ed empatia da parte del personale ospedaliero, incluso il trattare i pazienti con rispetto e dignità (D19.1); supporto emotivo, alleviando la paura e l'ansia (D19.2); 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. Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009); Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J (2014).



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Sud Est	AOU Pisana	Meyer	Fond. G. Monasterio
D19 Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario	●	●	●	●	●	●
D19.1 Rispetto per la persona						
D19.1.1 Rispetto e dignità per la persona - personale medico	95.00	93.75	93.87	96.25	93.73	97.30
D19.1.2 Rispetto e dignità per la persona - personale infermieristico	93.29	92.46	93.39	93.59	93.39	96.93
D19.1.3 Rispetto e dignità per la persona - OSS	91.92	90.55	91.89	92.80		95.35
D19.1.5 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Medici	89.32	88.69	89.68	89.95		88.67
D19.1.6 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Infermieri	88.49	87.32	89.73	89.08		90.91
D19.1.7 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS	90.50	89.25	91.03	91.52		91.22
D19.2 Supporto alla persona						
D19.2.1 Gestione paure ed ansie - personale medico	82.99	80.53	81.86	85.29		85.98
D19.2.2 Gestione paure ed ansie - personale infermieristico	82.35	81.20	82.98	82.80		87.02
D19.2.3F Gestione paure ed ansie - Fisioterapisti						
D19.3 Comunicazione e relazione						
D19.3.1 Risposte chiare - personale medico	92.18	90.86	90.87	93.60	91.13	94.23
D19.3.2 Risposte chiare - personale infermieristico	90.46	89.51	90.91	91.33	86.84	94.02
D19.3.3 Colloqui con i familiari	83.00	80.95	80.91	84.96		86.92
D19.3.4 Coinvolgimento del paziente	84.66	82.28	83.24	86.98	83.49	88.13
D19.3.5 Accoglienza in ospedale	94.52	94.09	95.12	94.86	91.19	97.64
D19.4 Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management						
D19.4.1 Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management	84.10	82.37	81.00	86.16		85.69
D19.4.2 Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici	90.30	88.91	88.43	91.55		93.88
D19.5 Comfort ospedaliero						
D19.5.1 Silenziosità del reparto	37.04	39.58	36.98	35.68		28.60
D19.5.2 Pulizia del reparto	77.23	77.03	75.94	77.43	73.42	83.00
D19.8 Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero	90.60	89.39	91.11	91.51	90.41	92.55
D19.9 Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta	93.34	87.27	88.68	90.83	88.93	94.79
D19.9.3 Lavoro di squadra	87.04	84.68	87.13	88.84	85.05	92.83
D19.10 Willingness to recommend	93.15	90.42	92.09	95.37	92.62	98.75

D20B Estensione ed adesione PREMs

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



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
D20B Estensione ed adesione PREMs									
D20B.1.1 Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario	69.69	95.61	49.69	78.43	98.55	45.46	41.54	70.83	100.00
D20B.2.1 Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	24.13	48.73	1.11	24.13	52.75	5.30	1.15	28.14	69.47



ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI

a cura di Giaele Moretti

C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

“Secondo il Codice Deontologico, l’appropriatezza 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’appropriatezza 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 antipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l’indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l’utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell’utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriatezza.



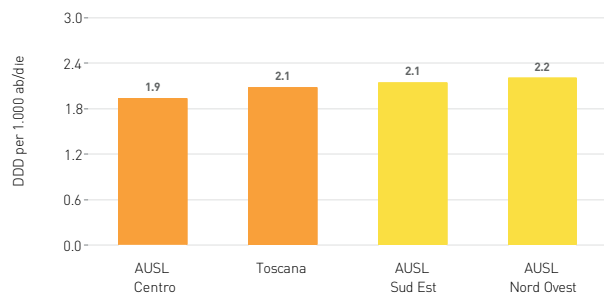
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C9.10.1 Polypharmacy sul territorio	18.48	19.50	17.83	18.12					
B4.1 Consumo di farmaci per il controllo del dolore									
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	2.08	2.21	1.93	2.14					
B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio	4.52	4.84	4.01	5.02					
B4.1.3 Consumo territoriale di morfina	3.09	5.25	1.73	2.39					
B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio	5.18	6.76	4.14	4.48					
C9.6.1 Ipotipemizzanti									
C9.6.1.1 Iperprescrizione di statine	2.44	2.29	2.61	2.30					
C9.6.1.2 Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio	51.13	51.04	51.47	50.55					
C9.6.1.3 Consumo di statine in associazione	330.38	313.51	329.33	358.27					
C9.6.1.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine	28232.53	26697.51	31024.87	25222.18					
C9.6.1.6 Consumo annuo di farmaci a base di omega-3 (UP per 100 residenti maggiorenni) sul territorio	255.23	243.66	237.54	307.63					
C9.6B Antipertensivi									
C9.6.2.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antipertensivi	7920.10	7274.59	8016.61	8724.45					
C9.3.1 Percentuale aderenza pazienti trattati con farmaci antipertensivi agenti sul sistema regina-angiotensina (ATC C09) sul territorio	59.44	58.96		59.20					
C9.7 Gastrointestinali									
C9.7.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacid) sul territorio	26.58	26.69	23.96	31.44					
C9.8 Antimicrobici									
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio	10.00	10.76	9.25	10.28					
C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio [sorveglianza antimicrobico-resistenza]	1.00	1.20	0.78	1.12					
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	6.15	7.10	5.07	6.98					
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	1.01	1.38	0.57	1.39					
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	1.97	2.12	1.86	1.93					
C9.8.1.3 Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina ac. clavulanico sul territorio	19.15	9.45	27.53	18.00					
C9.8.1.4 Percentuale DDD antibiotici fluorochinoloni sul totale degli antibiotici sul territorio	10.03	11.16	8.45	10.93					
C9.8.1.5 Percentuale DDD di antibiotici macrolidi sul totale antibiotici sul territorio	20.98	23.36	19.89	19.02					
C9.8.1.6 Percentuale DDD antibiotici cefalosporine III generazione sul totale degli antibiotici sul territorio	10.01	10.58	8.88	11.02					
C9.8.1.7 Proporzioni di antibiotici: Access	52.29	48.17	56.62	51.39					
C9.12C N.U.enti con erogazione farmaci in fascia H iniettabili sul territorio	634.00	288.00	181.00	165.00					
D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti, Antibiotici	3804.05	4148.18	3456.59	3964.92					
C9.9 Farmaci in Salute Mentale									
C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	47.72	48.66	48.24	45.28					
C9.5 Consumo di altri antidepressivi sul territorio	14.77	13.27	16.12	14.47					
C9.5.1 Percentuale DDD di altri antidepressivi sul totale degli antidepressivi sul territorio	23.11	20.81	24.57	23.77					
C9.5.2 Percentuale DDD di medicinali a base di vortioxetina sul totale altri antidepressivi sul territorio	12.89	12.00	10.61	19.01					
C9.5.3 Consumo di Antidepressivi nei giovani	1.15	1.19	1.20	0.99					
C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi	11.78	10.76	12.38	12.31					
C9.9.2 Consumo di antipsicotici sul territorio	7.48	7.76	7.33	7.32					
C9.9.4 Polypharmacy (salute mentale)	17.22	18.83	16.87	15.03					
C9.22 Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare (EBPM) ogni 100 residenti sul territorio	5.29	5.97	5.15	4.54					
C9.17 Ospedaliere									
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti	70.93	66.05	76.75	69.78	82.82	70.09	71.63	33.13	44.34
C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti [per 1000 giornate di degenza]	35.49	49.03	32.90	46.34	35.63	31.35	42.40	4.57	21.57
C9.12B Consumo di carbapenemi nei reparti [per 1000 giornate di degenza]	34.53	28.33	29.15	33.31	36.73	57.89	50.92	14.67	14.77
C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	70.46	71.42	64.90	70.45	74.27	74.19	76.57	72.05	60.88
C9.20 % pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica									
C9.20.3 Consumo di albumina									
C9.20.4 Albumina per giornata degenza									
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 % di antifungini caspofungin (R.D.)									
C9.19 Farmaci respiratori									
C9.19.1 Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	69.87	70.71	70.99	66.39					
C9.19.2 Incidenza Salmeterolo associato sul territorio	49.80	50.38	51.55	45.71					
C9.19.3 Confezioni di adrenergici sul territorio	6.68	7.19	5.75	7.38					
C9.19.4 Spesa pro-capite per farmaci adrenergici	7.95	7.97	8.25	7.32					
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	72.16	73.73	72.10	65.27	72.37	68.53	78.26		80.28
C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	66.95	59.67	64.95	71.24	74.00	71.25	72.88		71.43
C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	77.32	75.76	76.43	72.90	85.92	82.70	78.14		82.73

B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori

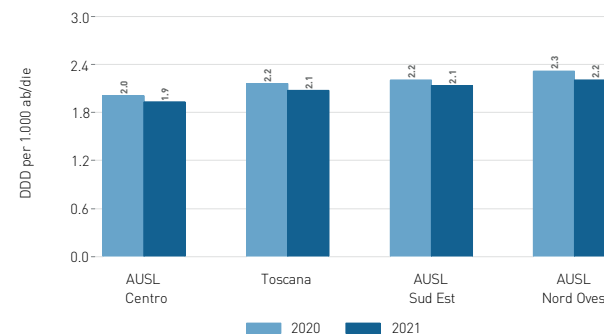
Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. La medicina, i suoi professionisti ed il Sistema Sanitario lavorano non solo per prevenire e mantenere la salute, ma anche per dare al malato sollievo dalla sofferenza. L'indicatore misura il consumo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



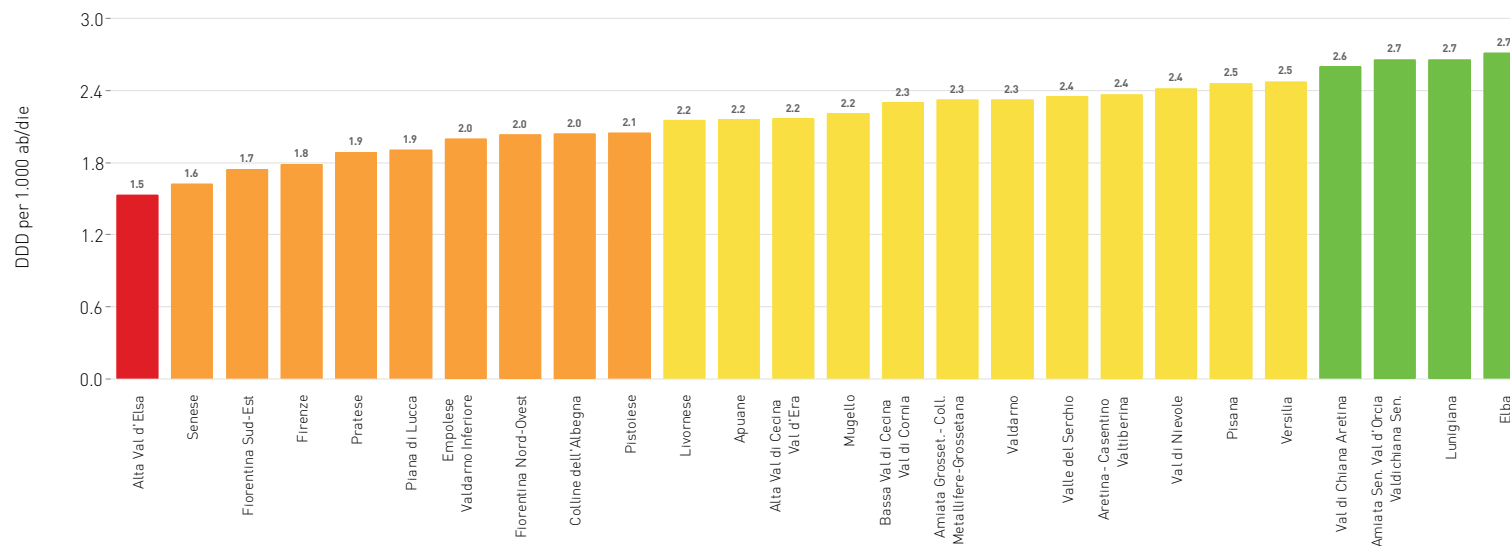
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

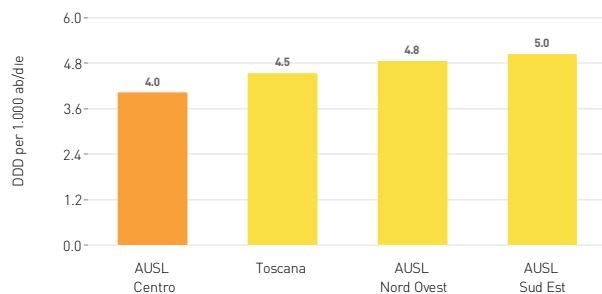


B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio

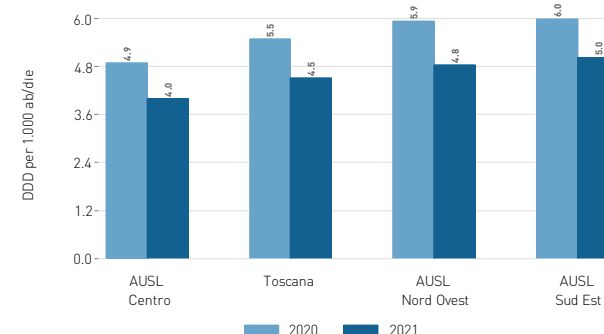
Gli oppioidi sono farmaci essenziali per il trattamento del dolore, cronico e acuto, moderato-severo sia di origine neoplastica sia da altre cause, quale per esempio il dolore post operatorio. Notoriamente in ambito internazionale l'Italia è sempre stata uno dei Paesi con il minore consumo di oppioidi. 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.



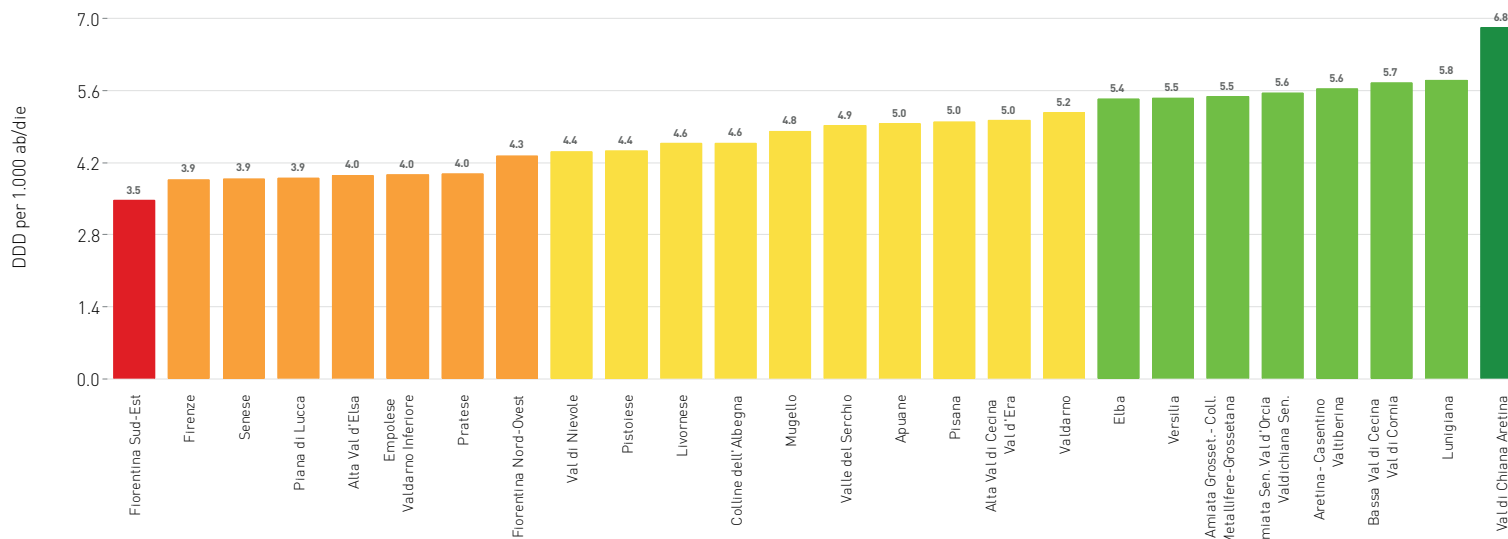
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

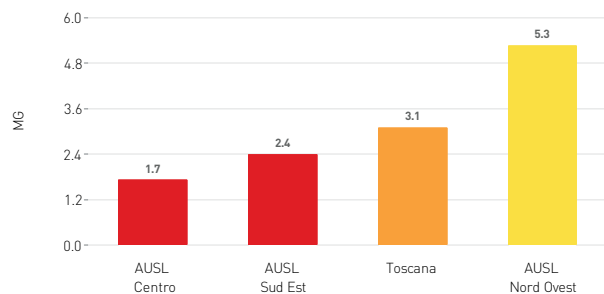


B4.1.3 Consumo territoriale di morfina

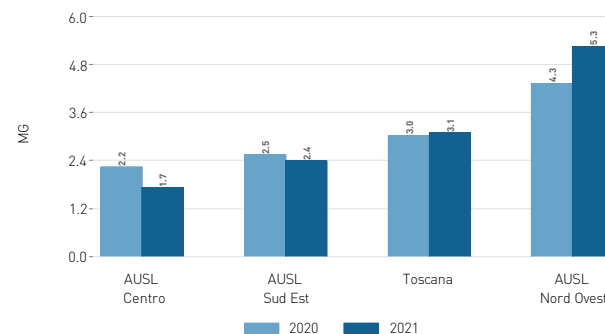
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il consumo pro-capite di morfina un indice importante della qualità di un Sistema Sanitario Nazionale. L'Italia storicamente si colloca agli ultimi posti in Europa per questo indicatore con conseguenti ricadute nella pratica clinica del controllo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



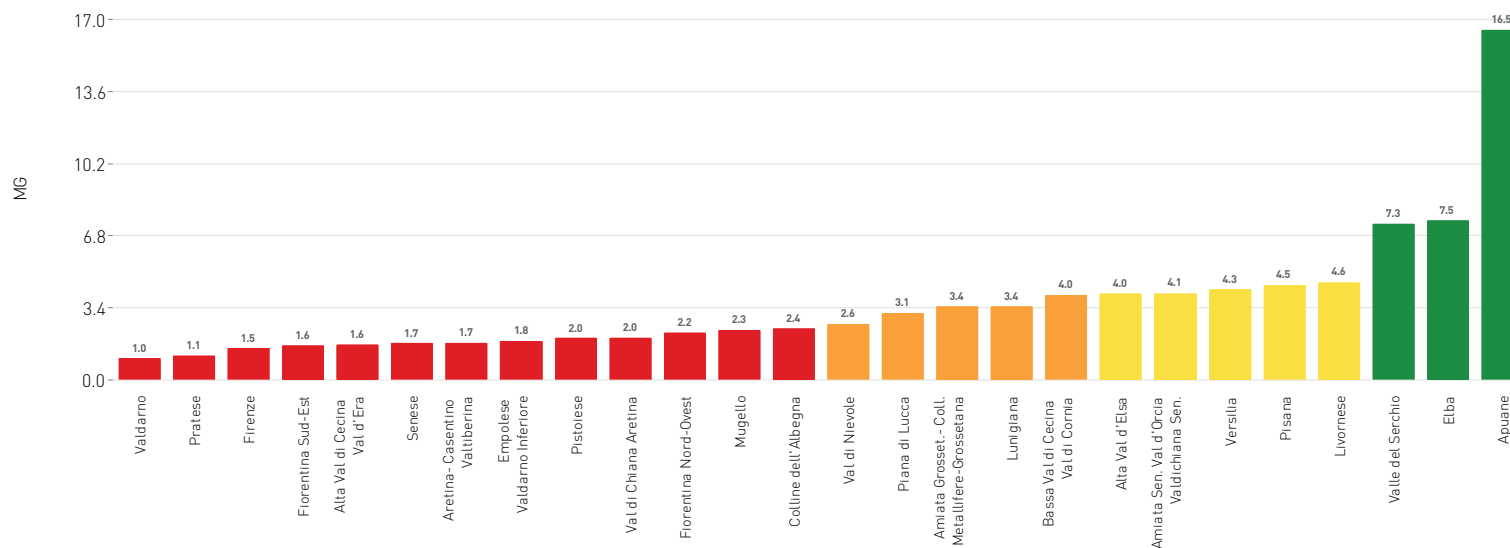
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

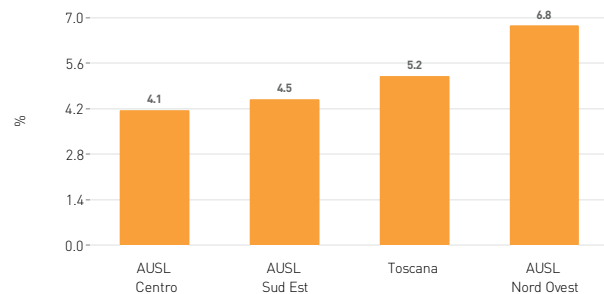


B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio

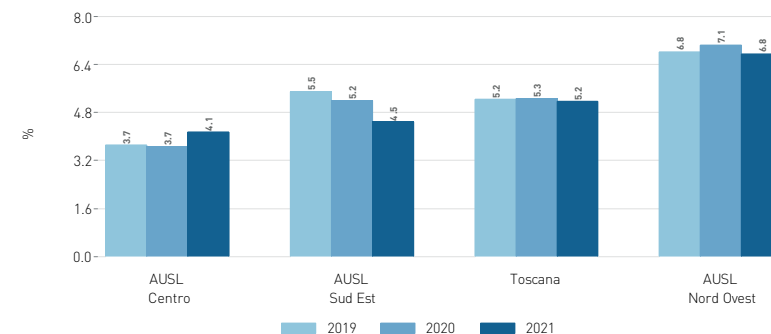
L'Italia è sempre stato uno dei Paesi con il minore consumo di oppioidi nel contesto internazionale. Se mediante una serie di interventi normativi l'Italia è riuscita ad incrementare progressivamente l'utilizzo di oppioidi maggiori (oppioidi per il trattamento del dolore di entità da moderata a grave),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



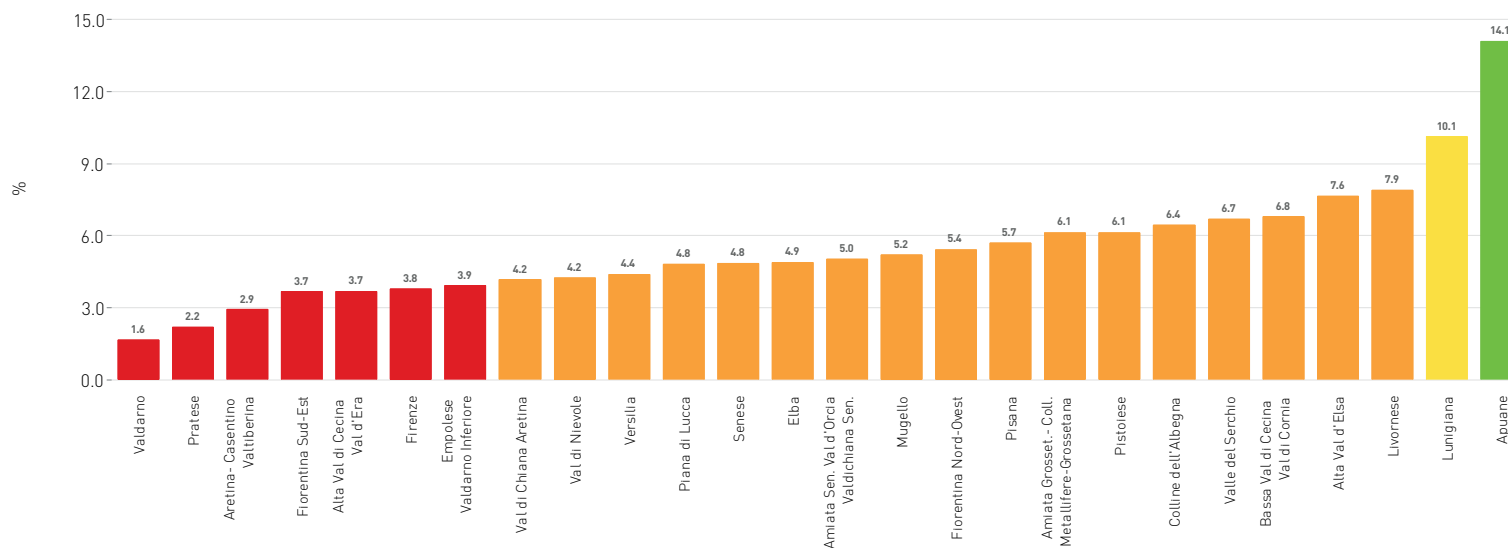
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

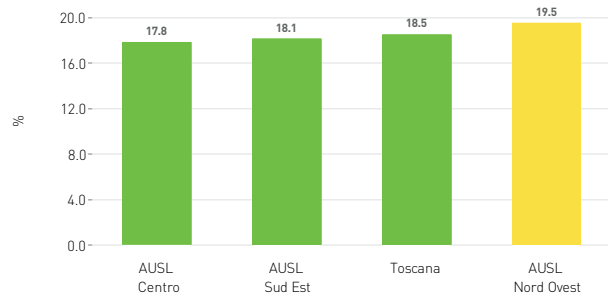


C9.10.1 Polypharmacy sul territorio

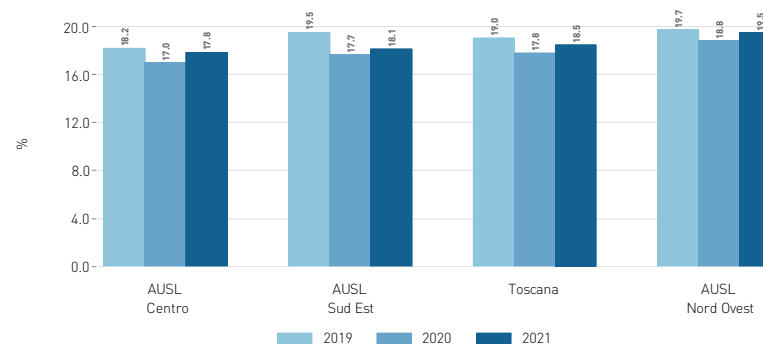
Con l'espressione "polypharmacy" (o "politerapia") si intende l'assunzione, da parte di un medesimo paziente, di più farmaci contemporaneamente. Il fenomeno è in crescita, in larga misura a causa dell'invecchiamento della popolazione. Le preoccupazioni circa la politerapia riguardano l'aumento di potenziali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



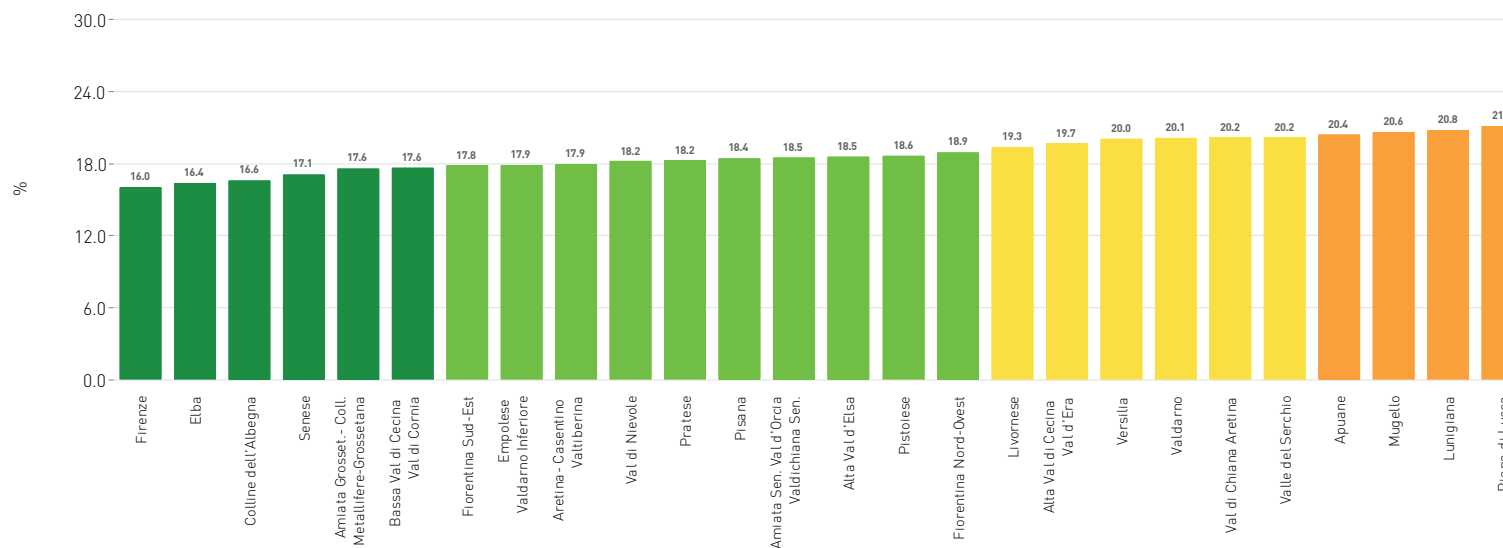
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

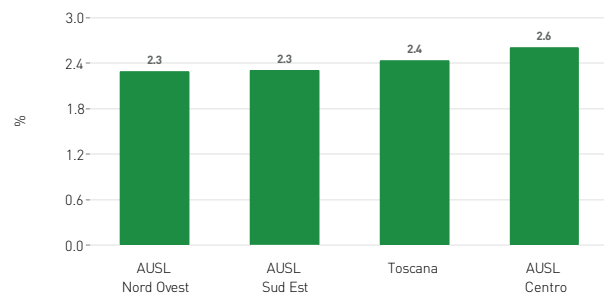


C9.6.1.1 Iperprescrizione di statine

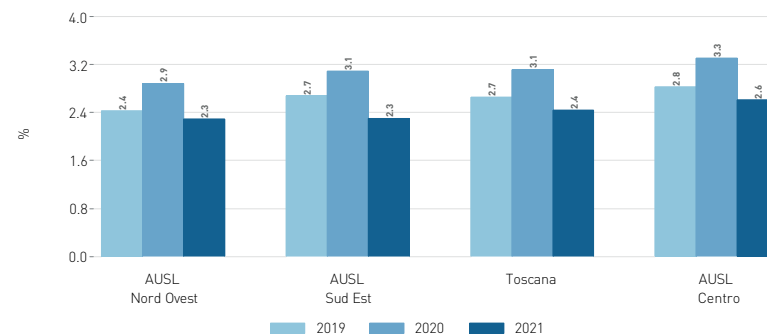
Le statine rappresentano farmaci insostituibili nel trattamento della ipercolesterolemia e nella prevenzione degli eventi cardiovascolari in pazienti ad alto rischio. Ampie evidenze cliniche, eccellente sicurezza e alta efficacia hanno determinato una crescita esponenziale della loro prescrizione nel 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.



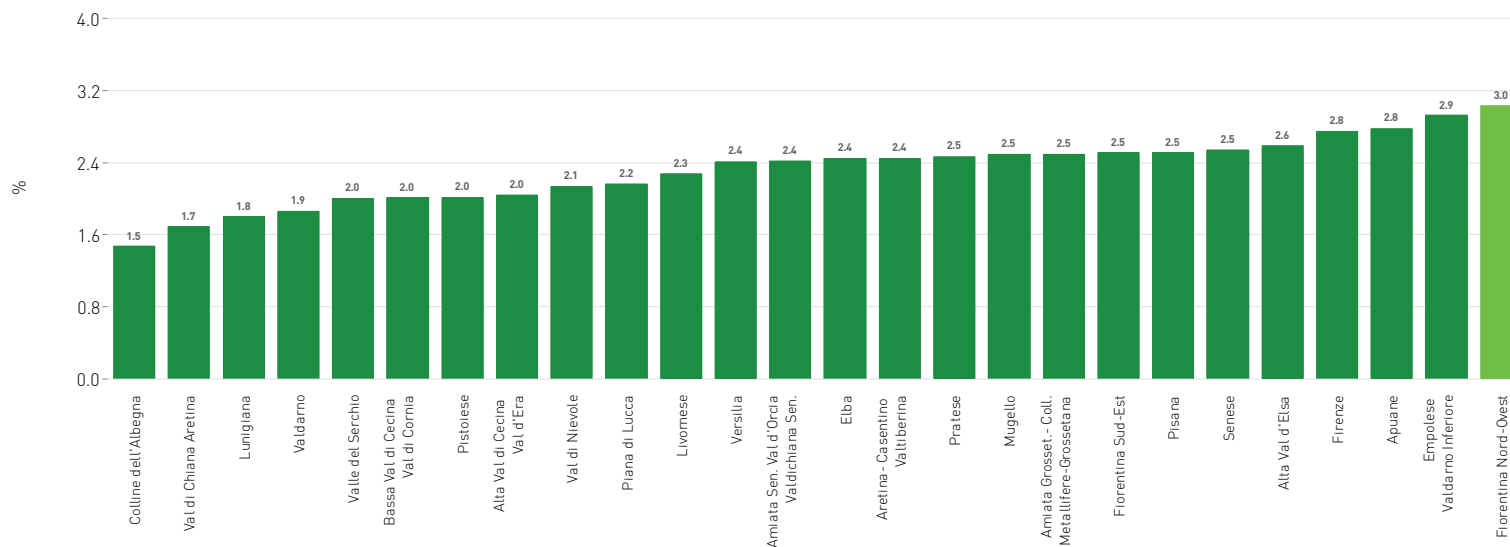
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

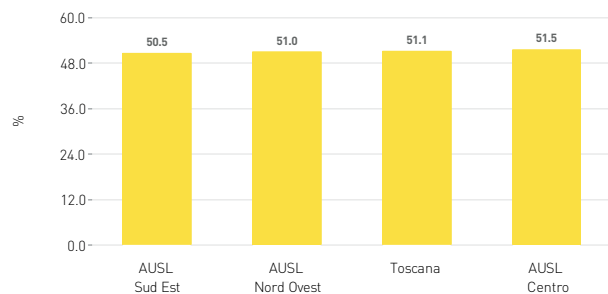


C9.6.1.2 Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio

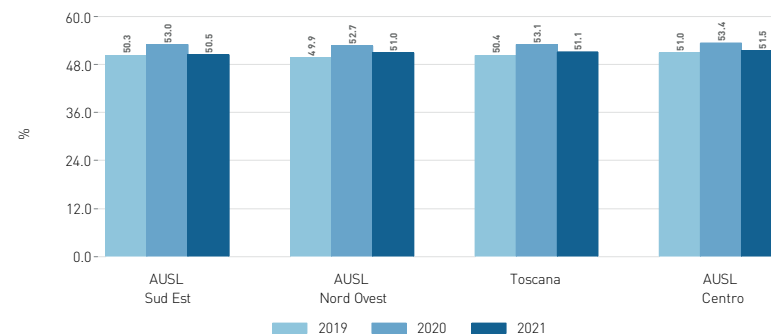
E' da tempo documentato come le statine siano in grado di ridurre gli esiti non fatali e di aumentare l'aspettativa di vita nei pazienti ad alto rischio cardio-vascolare. Sebbene numerose evidenze scientifiche abbiano dimostrato che un'adeguata aderenza e persistenza alla terapia con statine sia associata 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.



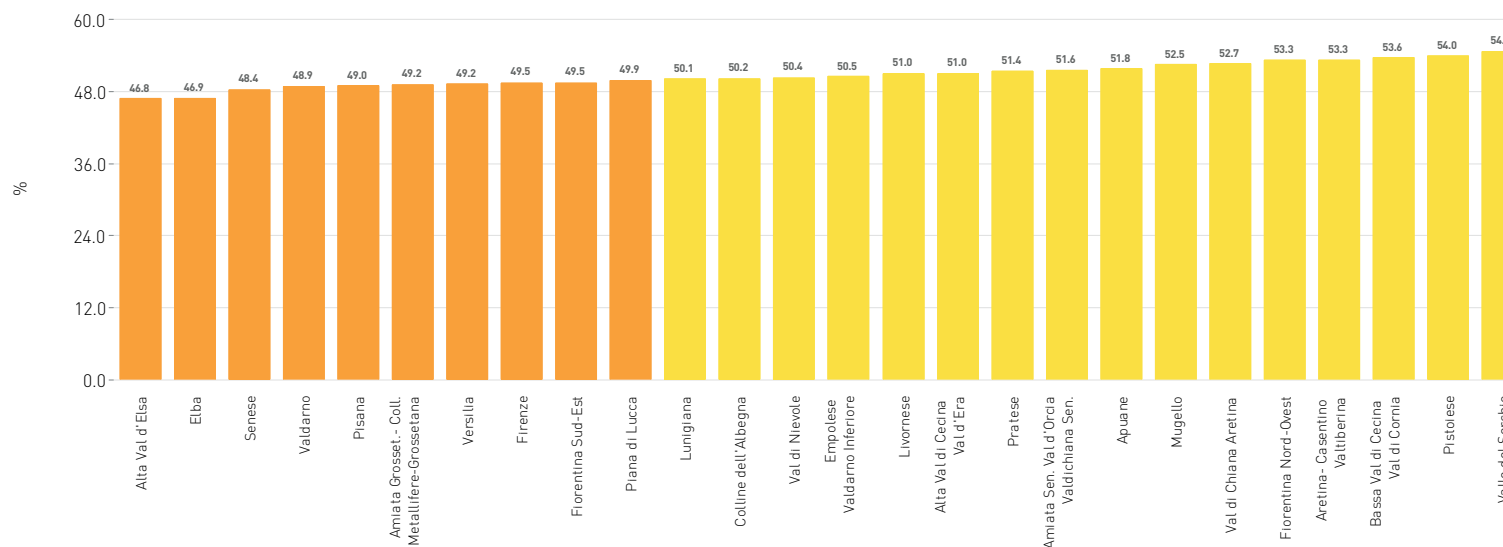
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

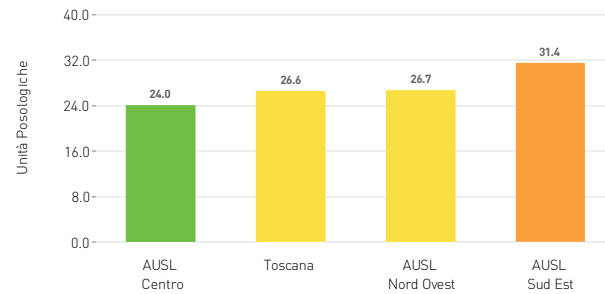


C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio

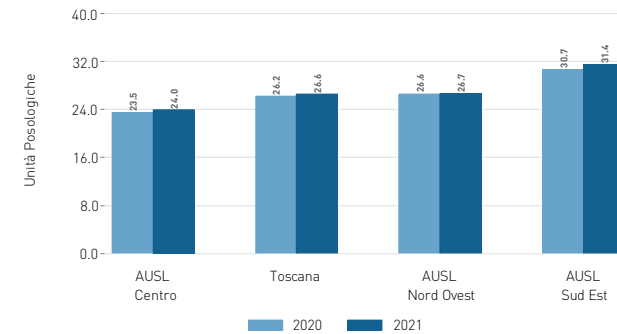
In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriata e fenomeni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



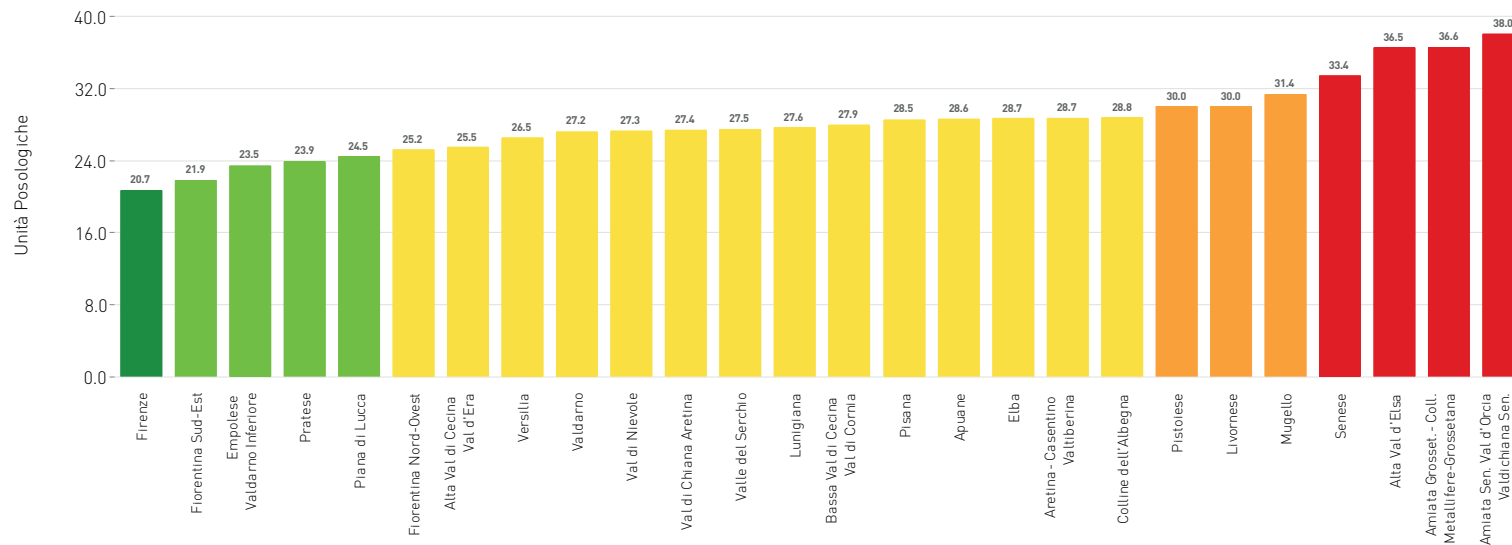
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

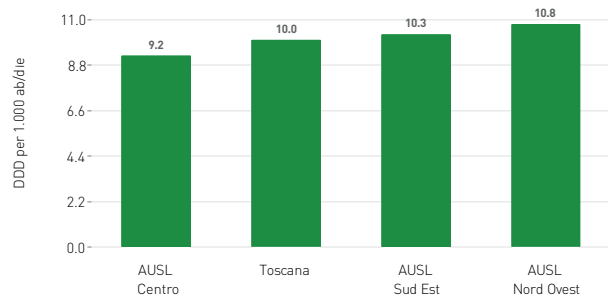


C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio

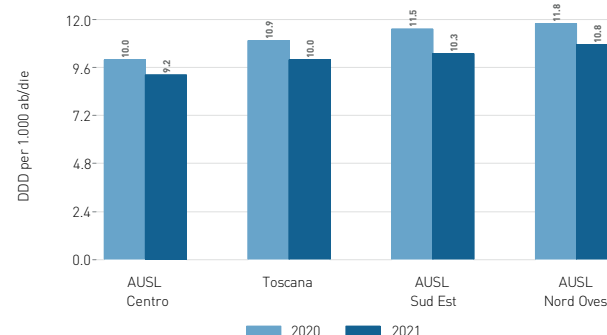
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. Oggi si parla di superbatteri contro cui gli antibiotici attualmente in uso sono quasi inefficaci.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



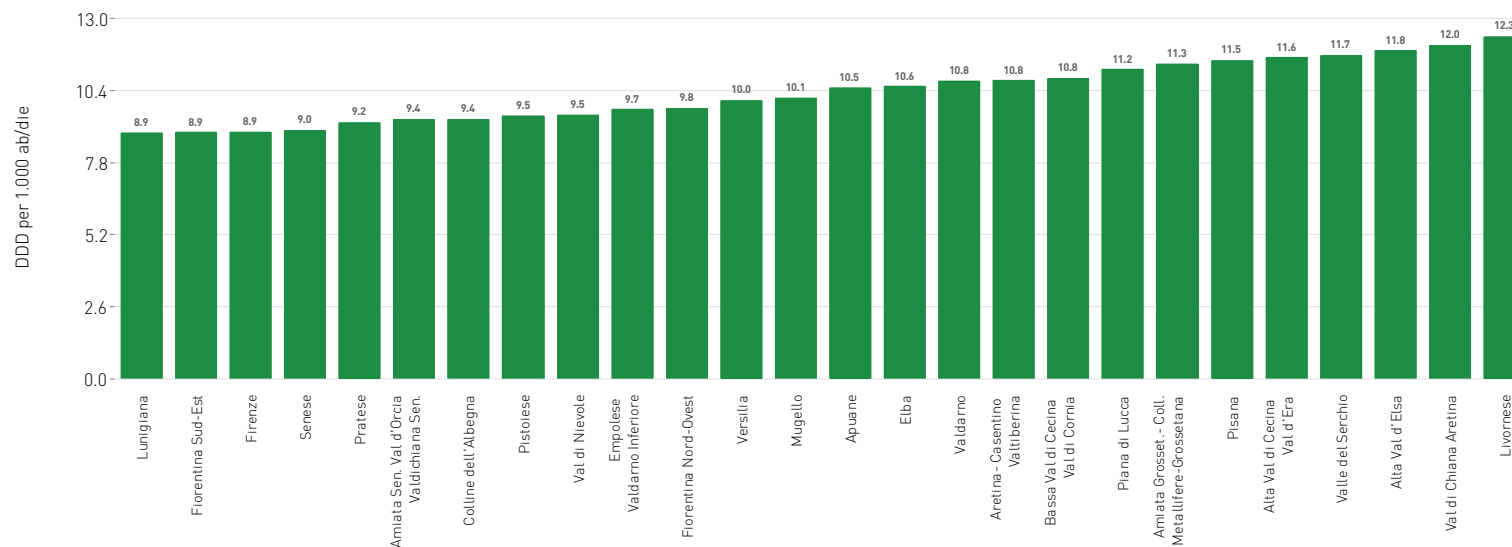
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

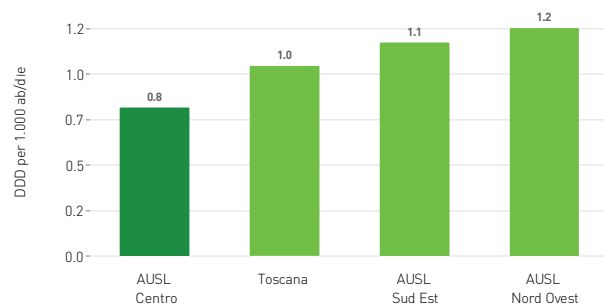


C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)

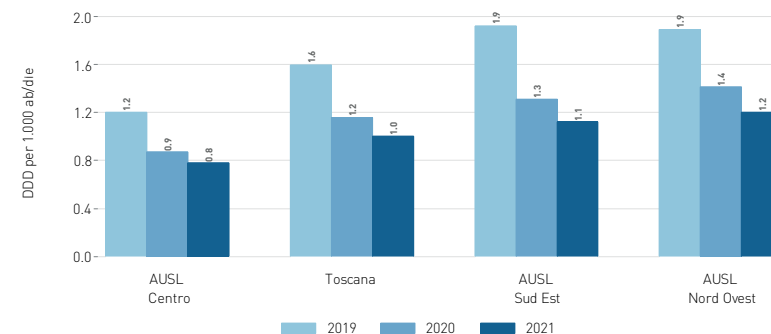
L'antibiotico-resistenza costituisce una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. La situazione italiana è critica sia per quanto riguarda la diffusione dell'antibiotico resistenza sia per il consumo degli antibiotici; infatti, nonostante il trend in riduzione, il consumo continua a essere superiore alla media europea. Particolare attenzione è rivolta ad una classe di antibiotici - i fluorochinoloni, che segue alla comunicazione dell'EMA (European Medicines Agency) circa gli effetti indesiderati gravi, invalidanti e potenzialmente permanenti associati all'uso di antibiotici chinolonici e fluorochinolonici. In seguito l'AIFA (Agenzia Italiana del farmaco) in una nota ha segnalato come queste molecole debbano essere prescritte con cautela poiché 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. È 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, prorogato per il 2021.



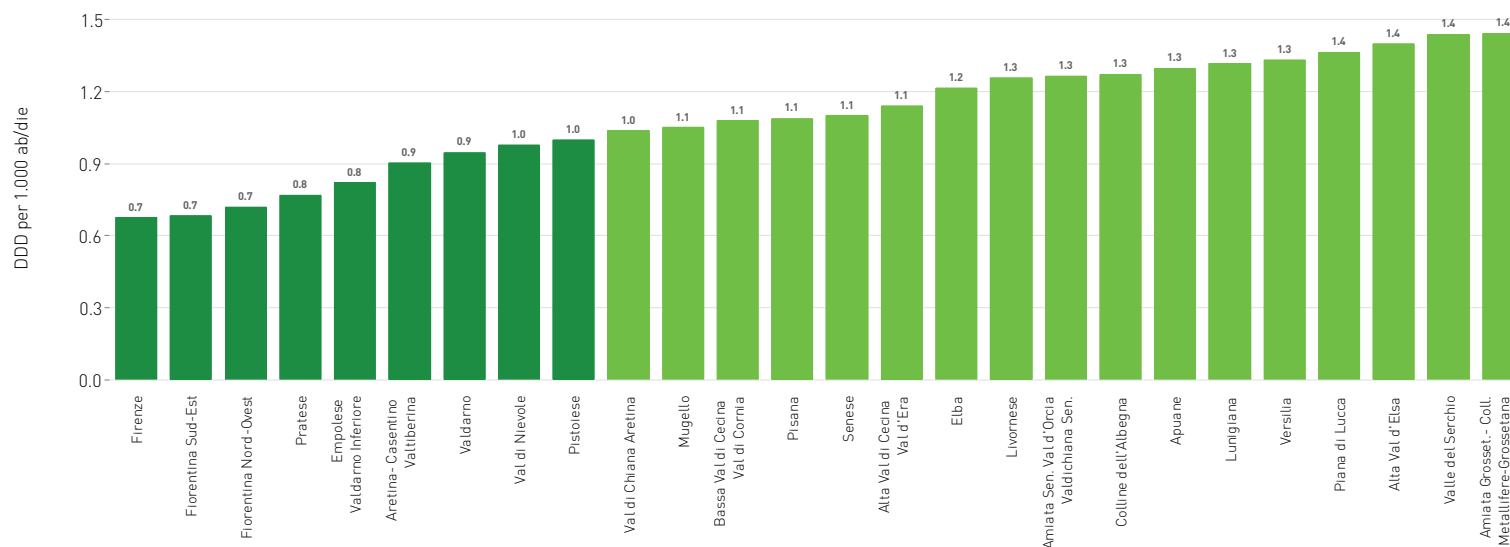
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

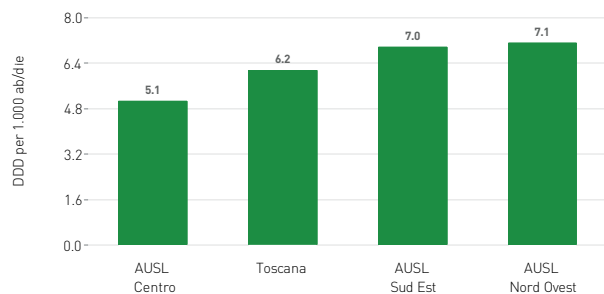


C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica

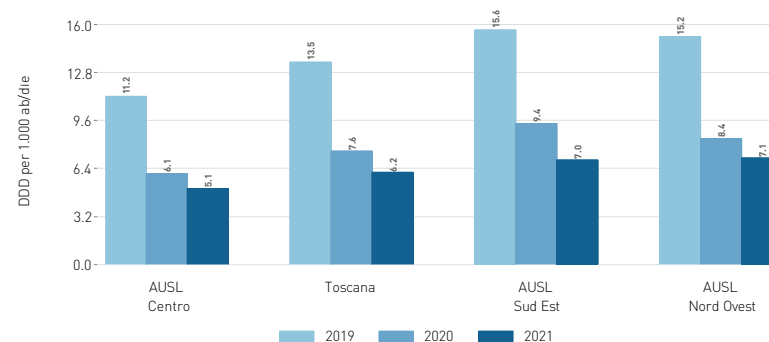
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa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



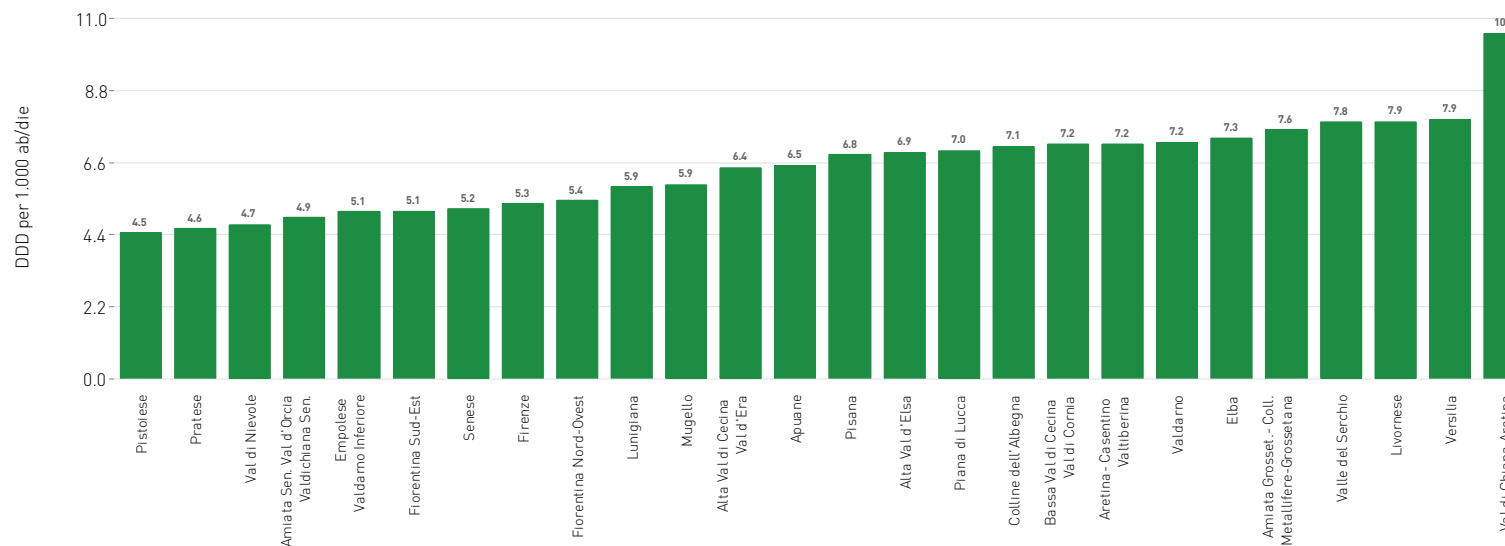
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

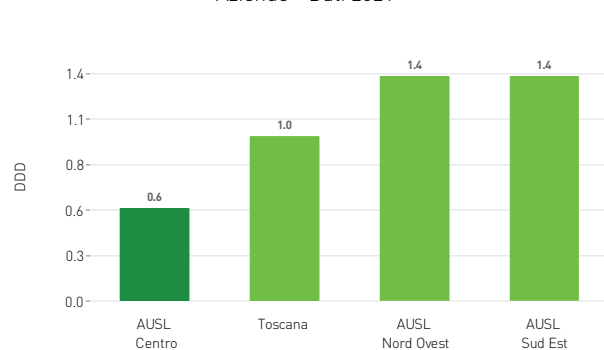


C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica

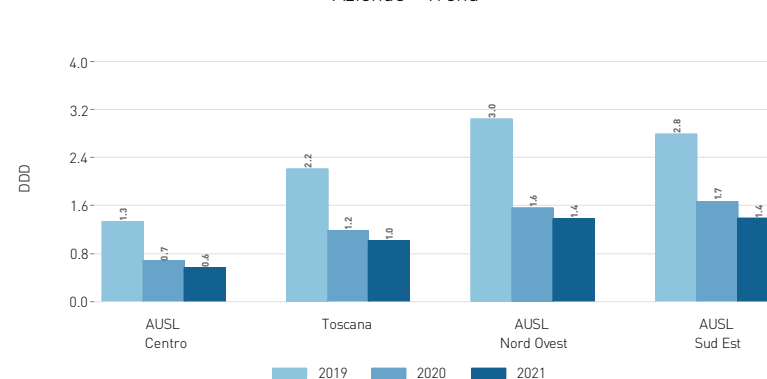
La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa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



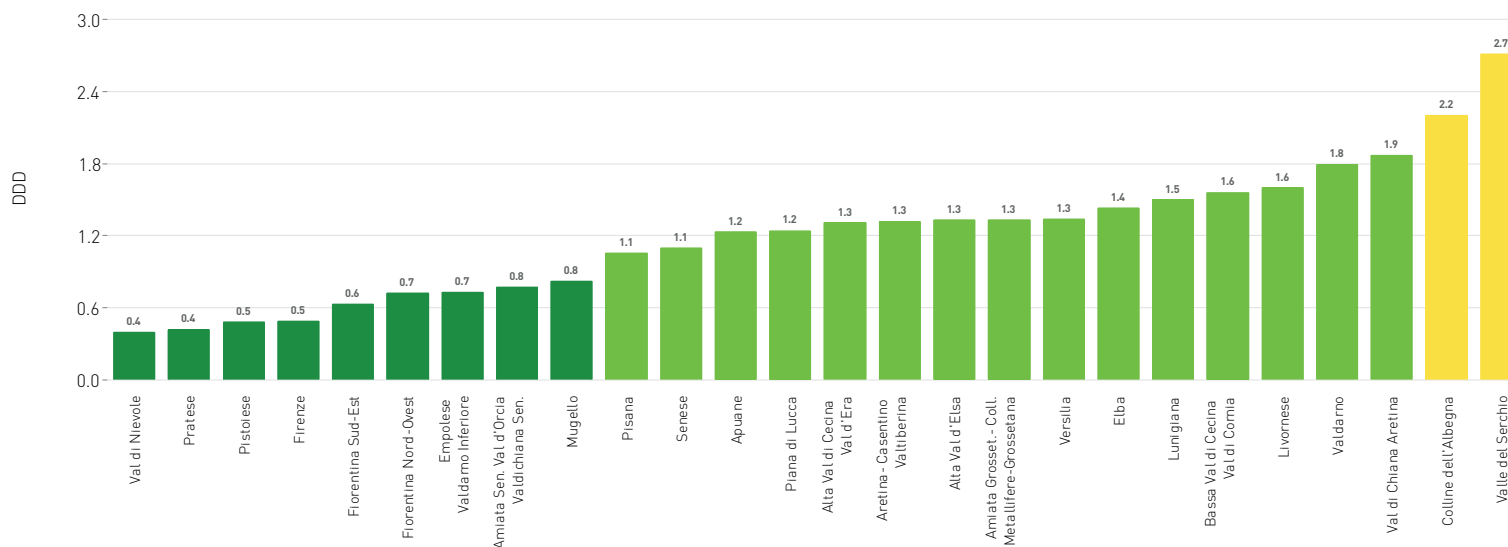
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

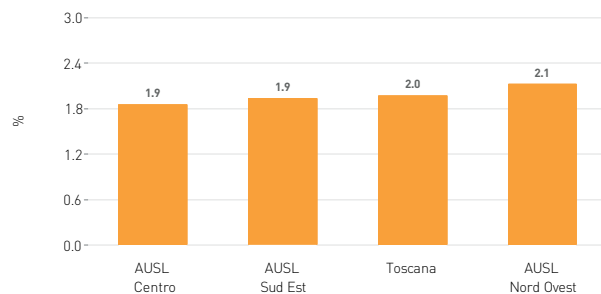


C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

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.



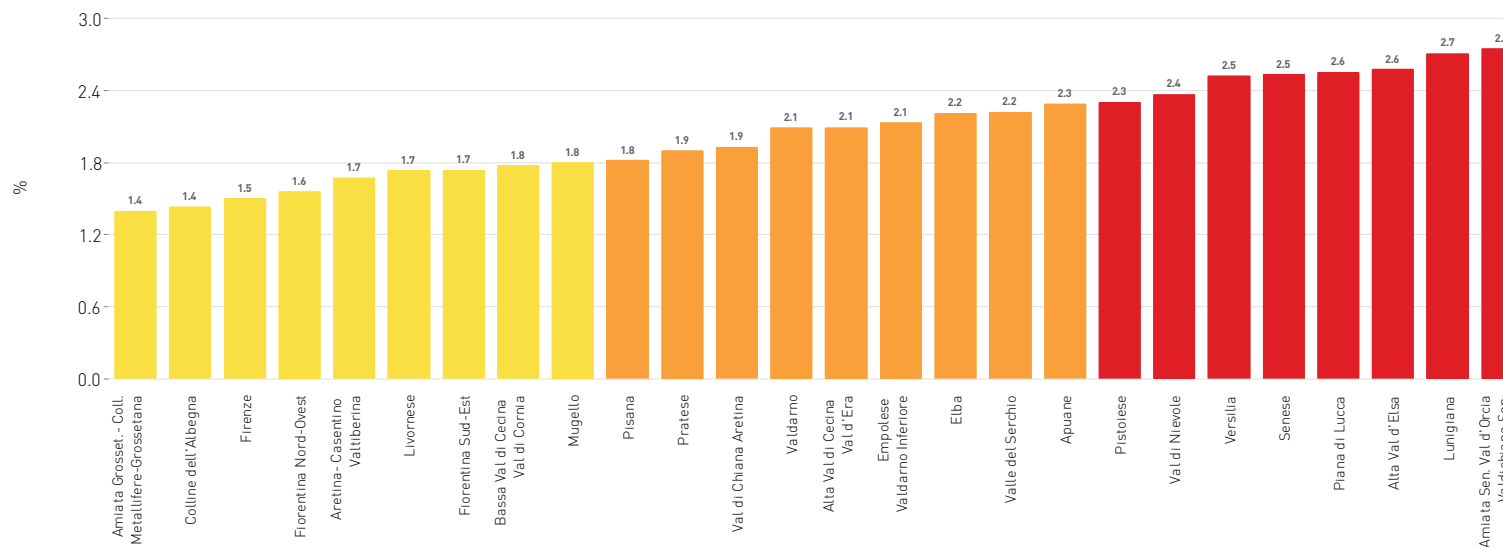
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

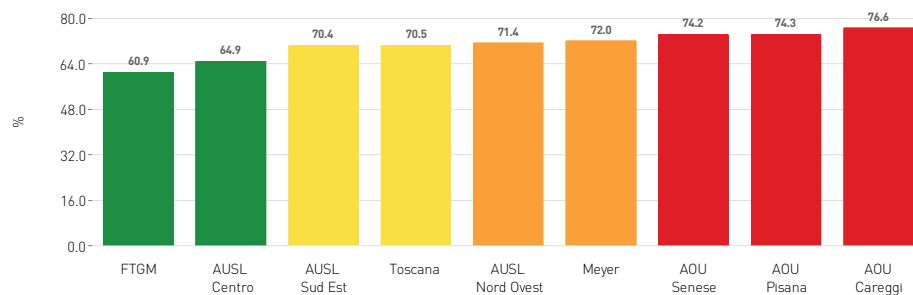


C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti

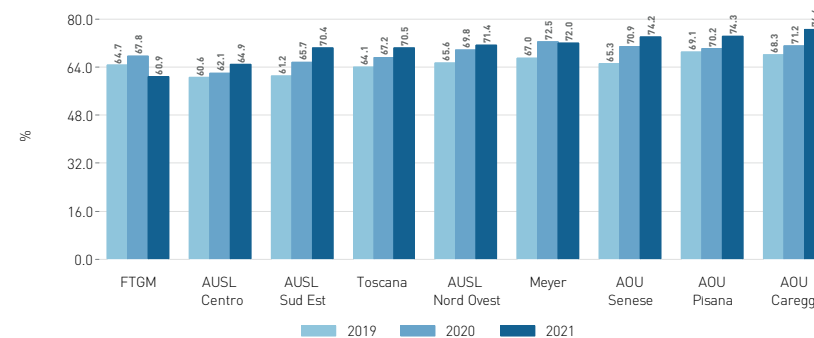
La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è oggetto corrente e costante di discussione. La spesa farmaceutica rappresenta una percentuale significativa della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il Sistema sanitario è di conseguenza chiamato ad operare scelte che mirino a garantire la sostenibilità 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 2021



Aziende - Trend

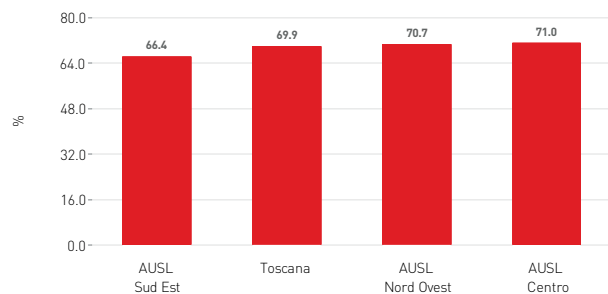


C9.19.1 Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie

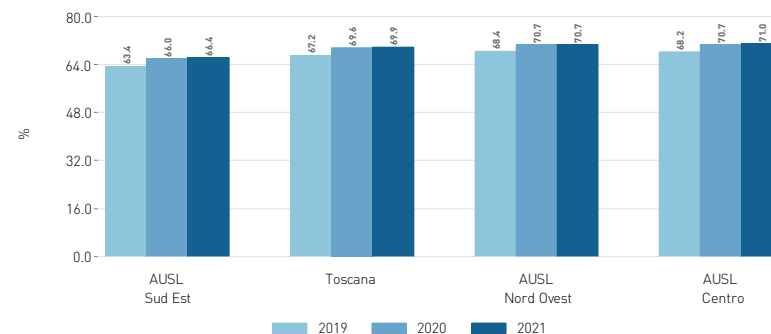
I farmaci dell'apparato respiratorio costituiscono una delle categorie terapeutica a maggior spesa pubblica. La classe degli adrenergici e altriantiasmatici è quella con il valore più elevato sia in termini di spesa che di consumo. Le duplici associazioni fisse rappresentano una parte significativa della 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.



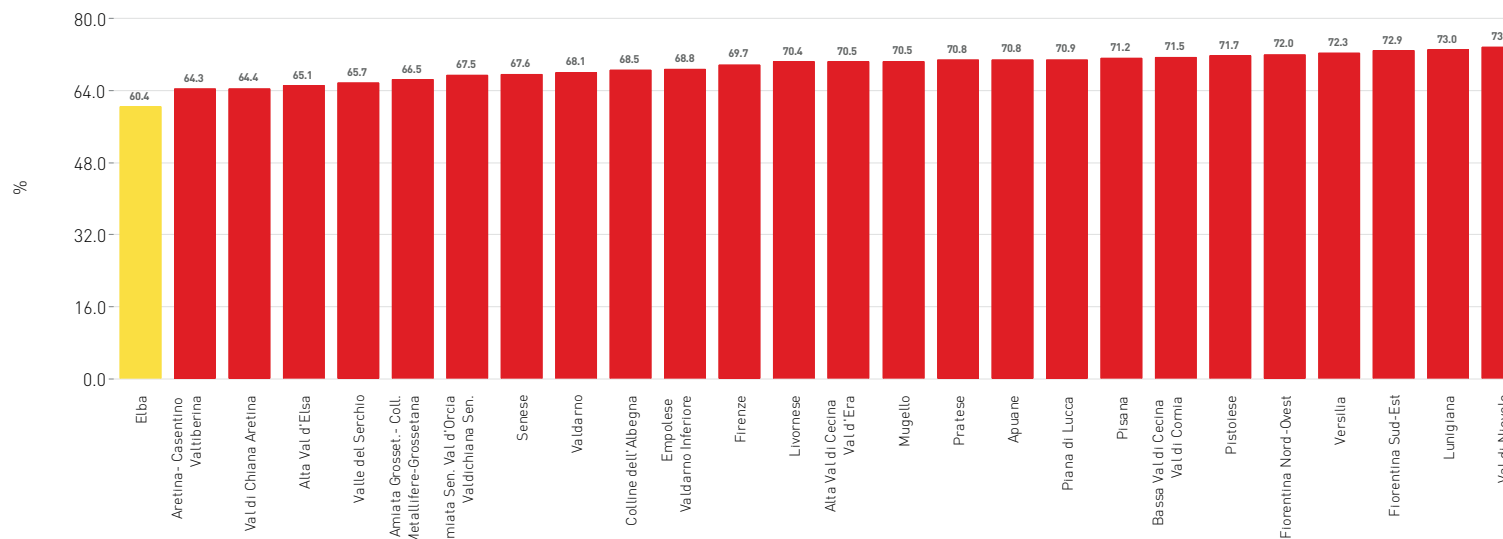
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

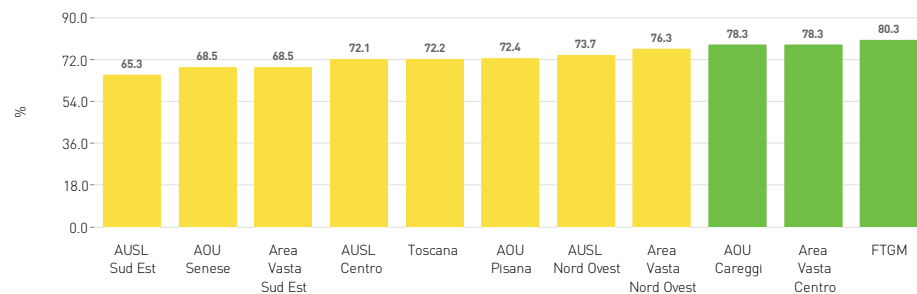


C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione

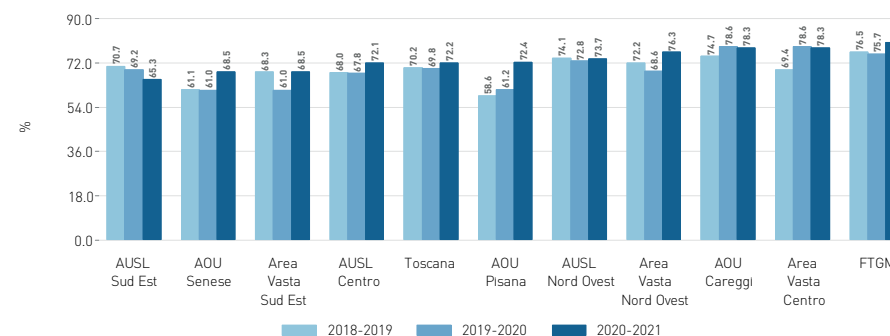
I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime 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.



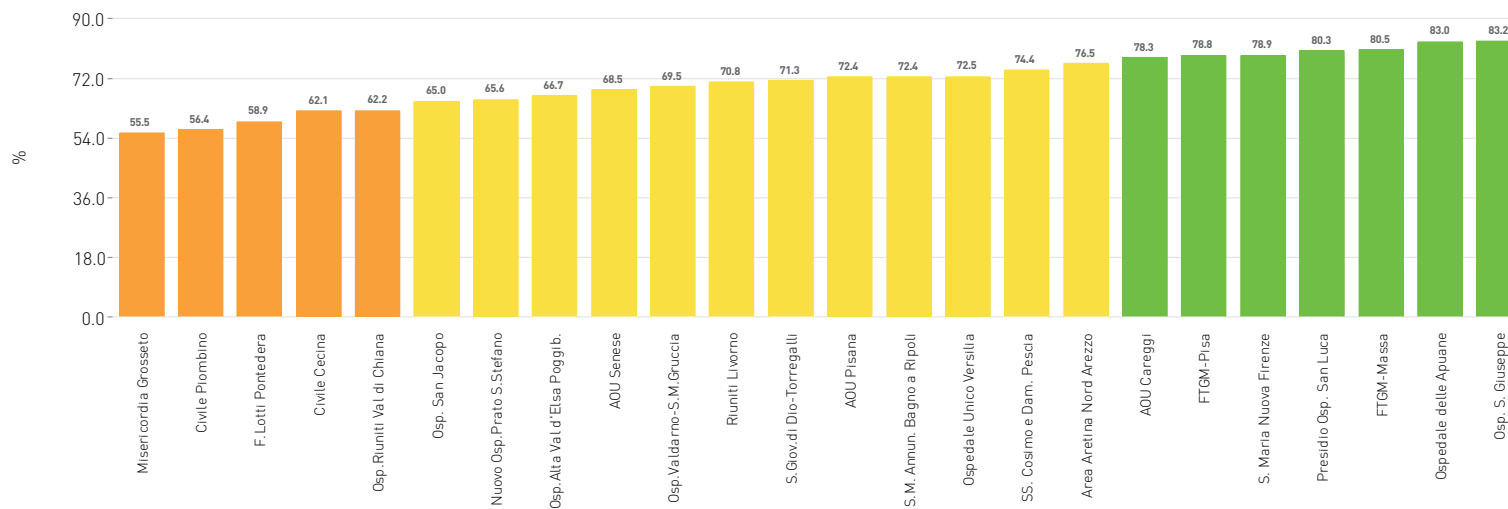
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



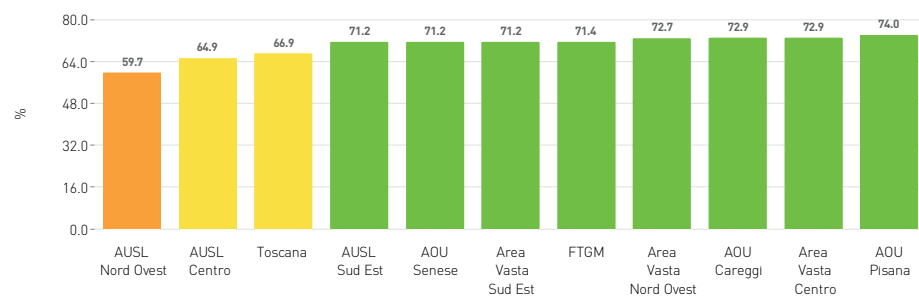
* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off

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

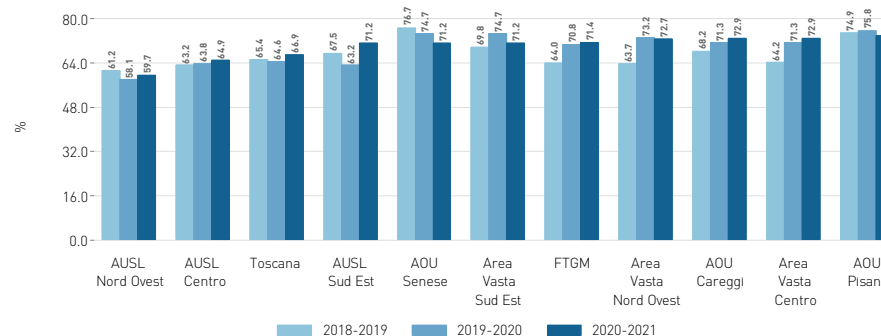
La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori o sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili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



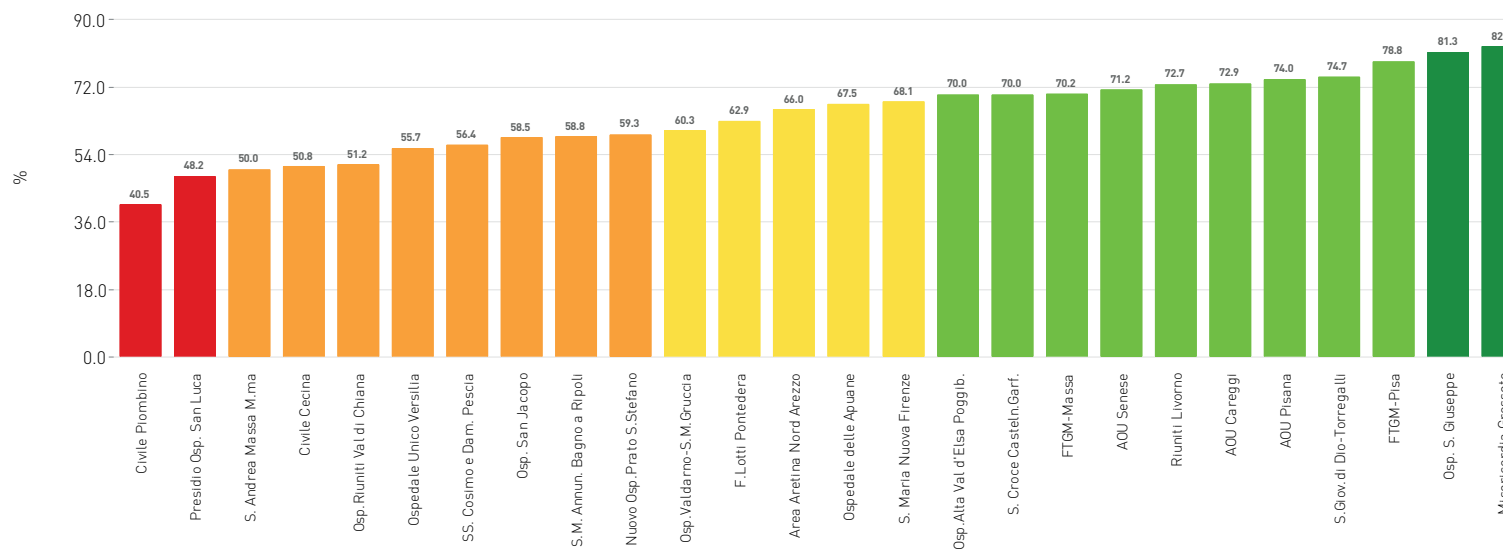
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

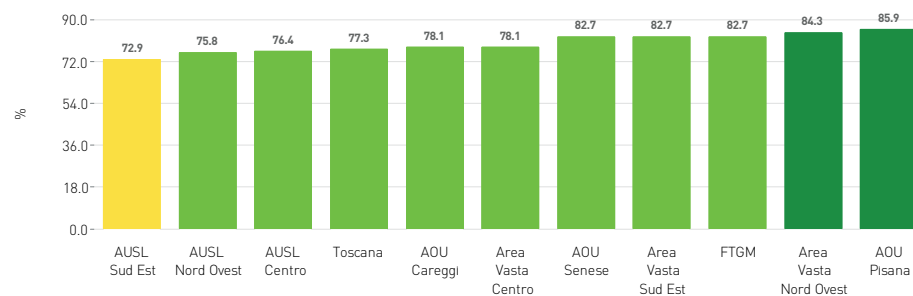


C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

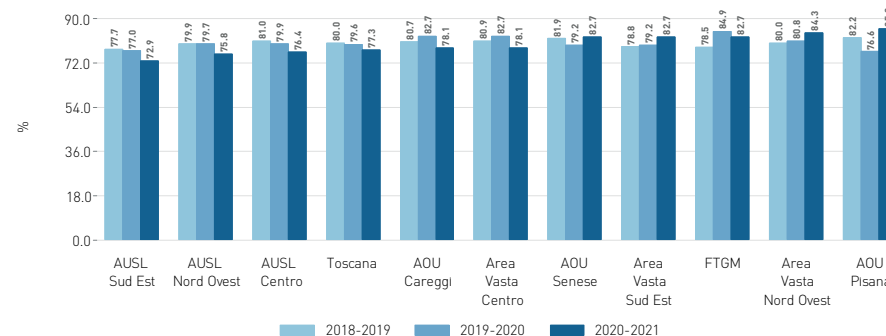
La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale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



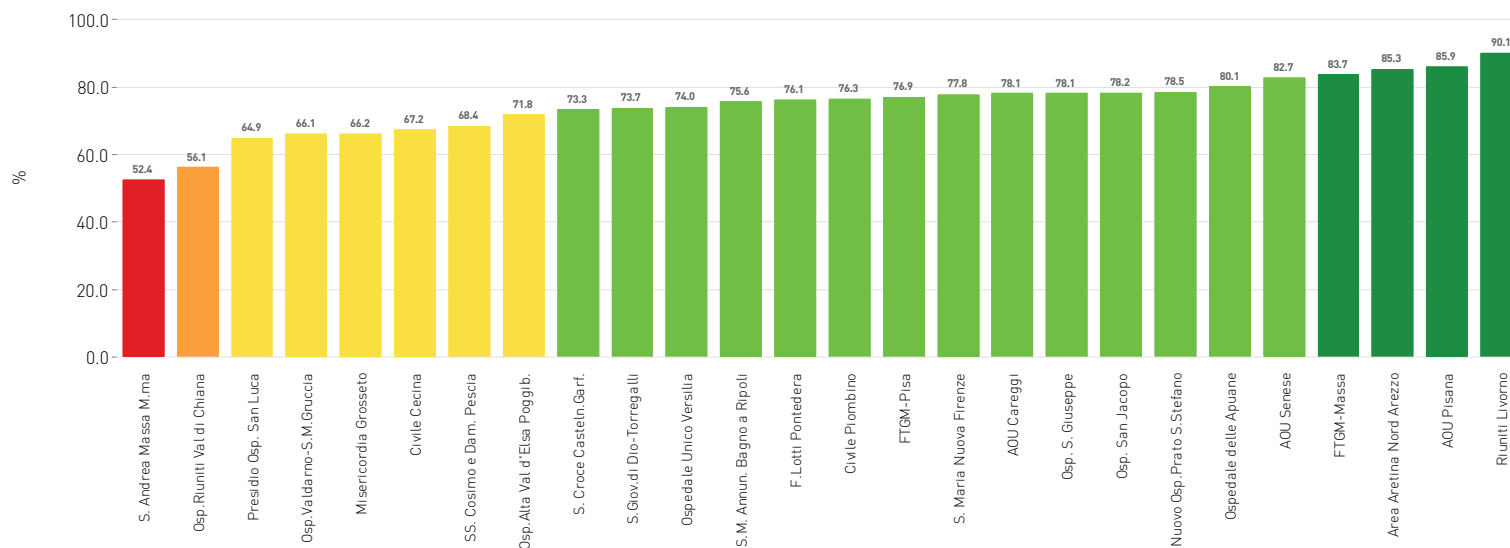
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



C21 Appropriatelyzza d'uso (aderenza farmaceutica)

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



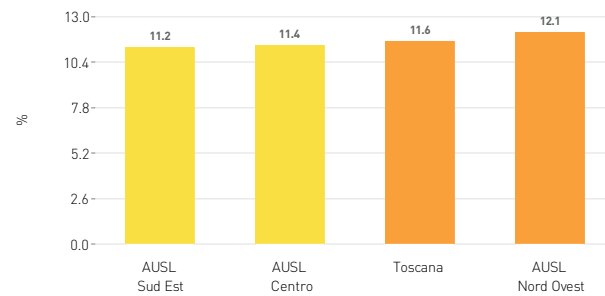
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
C21 Appropriatelyzza d'uso (aderenza farmaceutica)				
C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	11.58	12.08	11.35	11.25
C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	21.07	23.24	19.96	19.56
C21.3 Compliance terapia post IMA				
C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	85.69	85.62	86.81	83.78
C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)	86.63	86.71	85.74	87.87
C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)	98.41	98.36	98.40	98.50

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

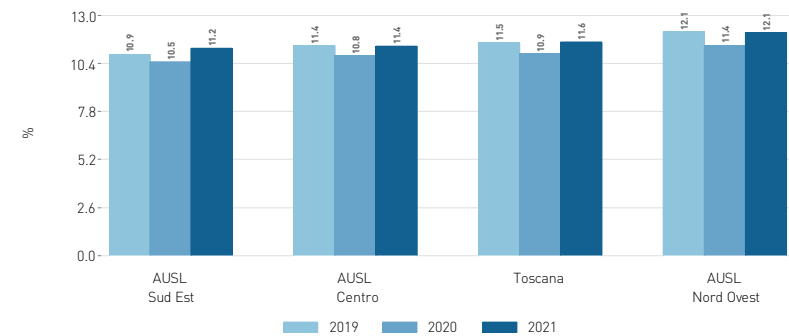
La terapia con statine - che sono tra i farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica - risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo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



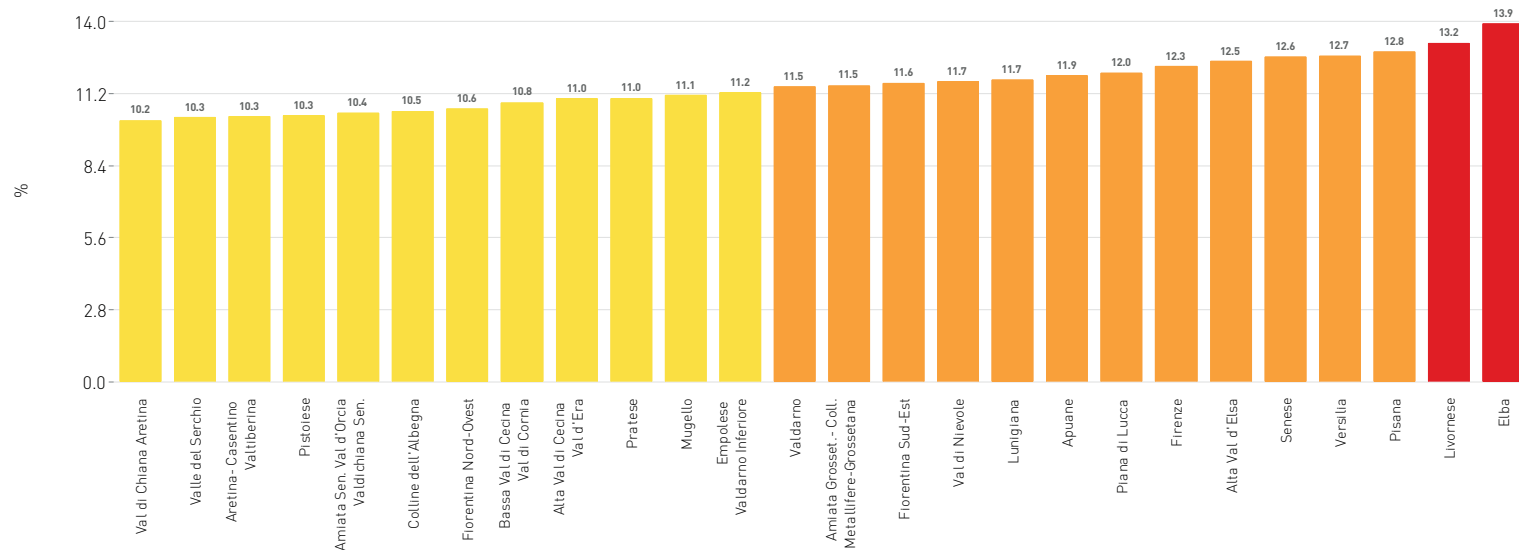
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

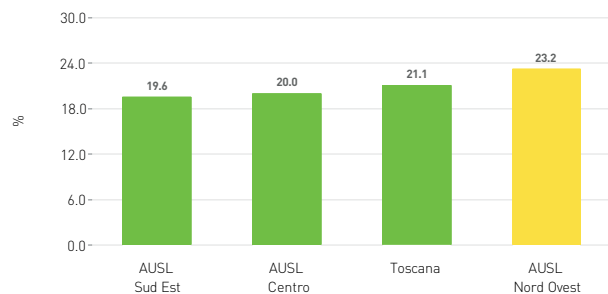


C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

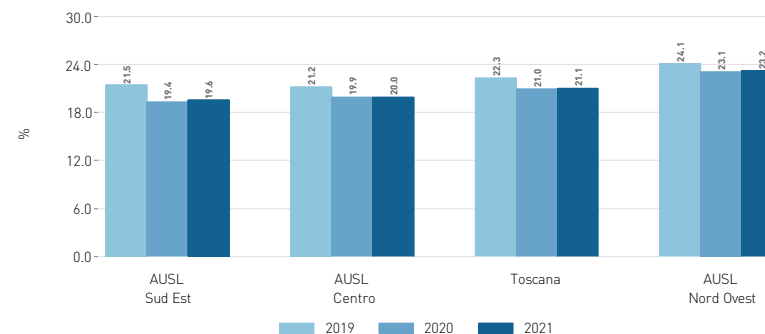
La terapia farmacologica con antidepressivi risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di antidepressivi in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci.



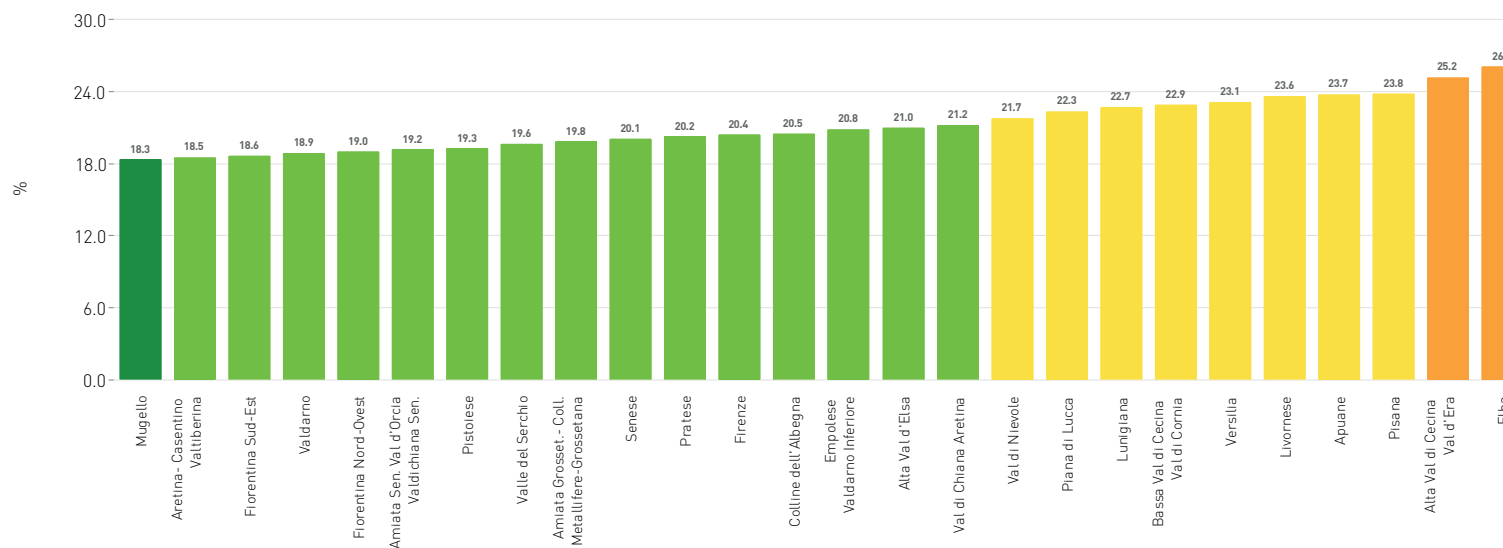
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

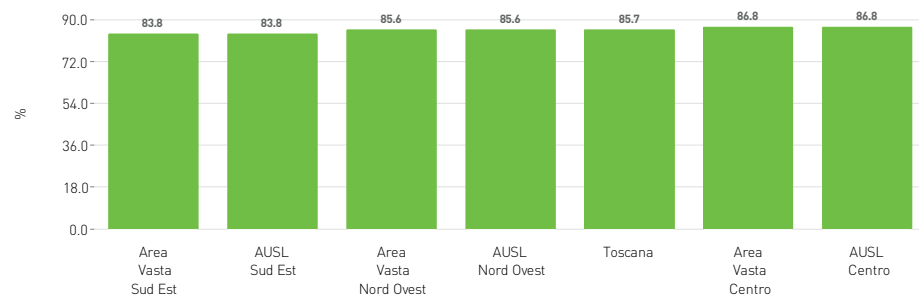


C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)

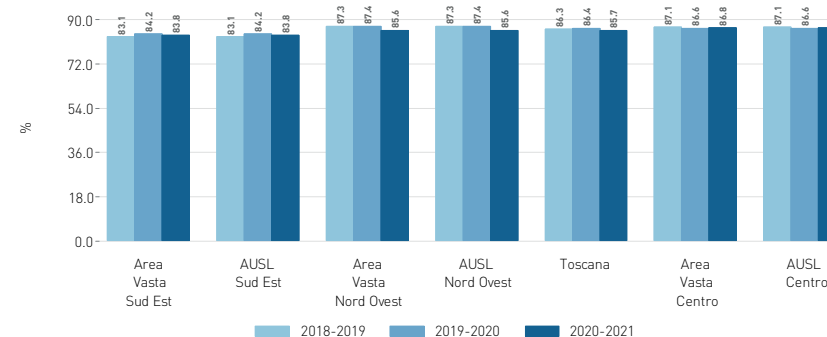
L'infarto miocardico acuto (IMA) è uno fra i più gravi eventi patologici a carico del sistema cardiovascolare. L'IMA si presenta a seguito di un'ischemia acuta che si dilunga nel tempo per un periodo maggiore di quindici-venti minuti e che causa danni permanenti al cuore. Nel nostro Paese circa 120-130.000 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.



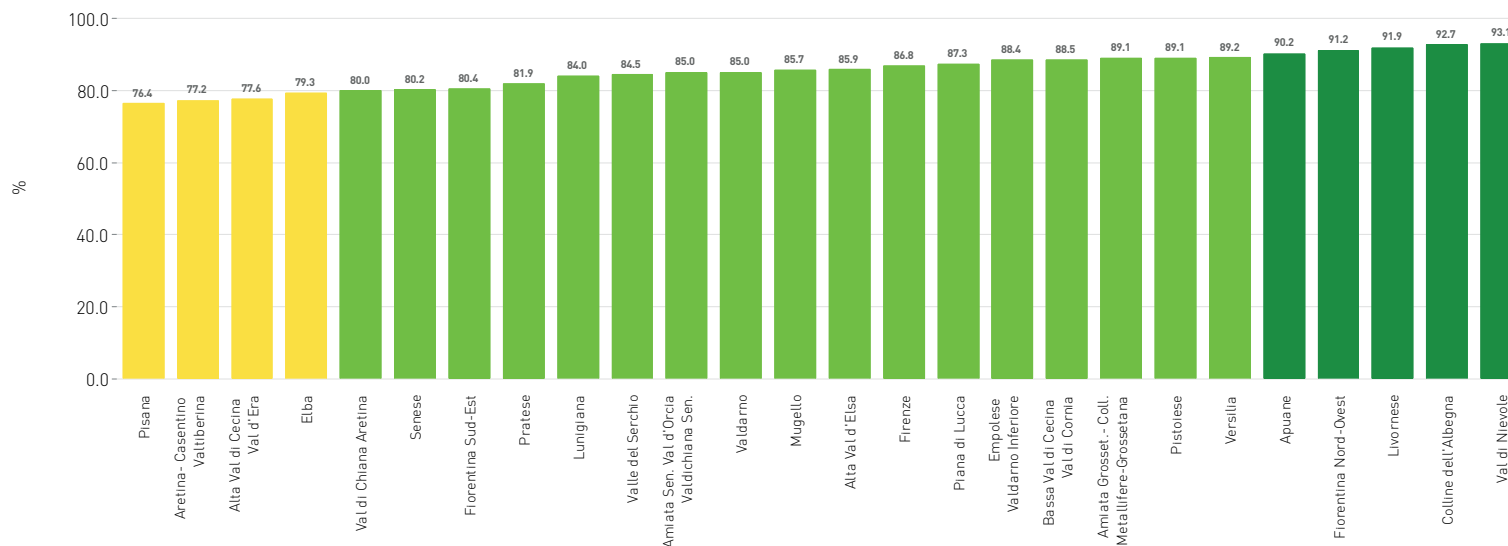
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

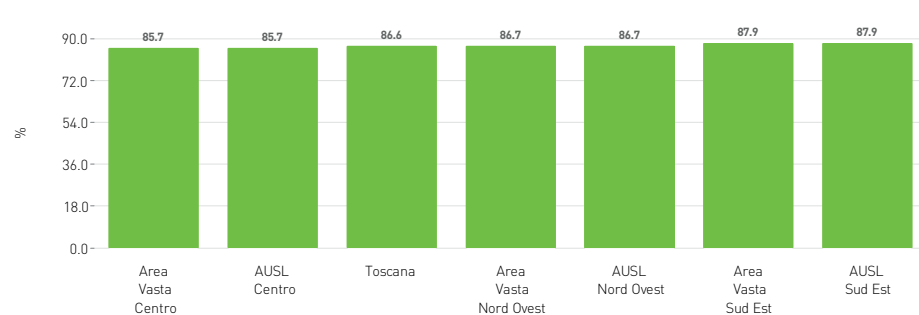


C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni)

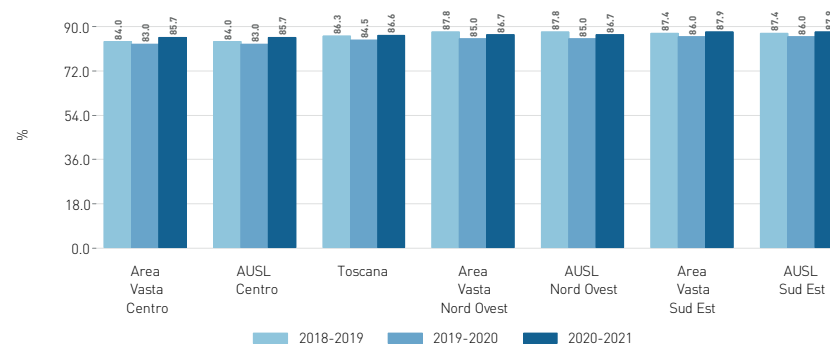
L'obiettivo alla base degli approcci farmacologici che vengono intrapresi in seguito ad infarto miocardico acuto (IMA) è il prevenire nuovi eventi vascolari. Il corredo farmacologico della terapia post-infarto si è negli ultimi anni arricchito degli ACE-inibitori e dei Sartani, oltre agli antiaggreganti, 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.



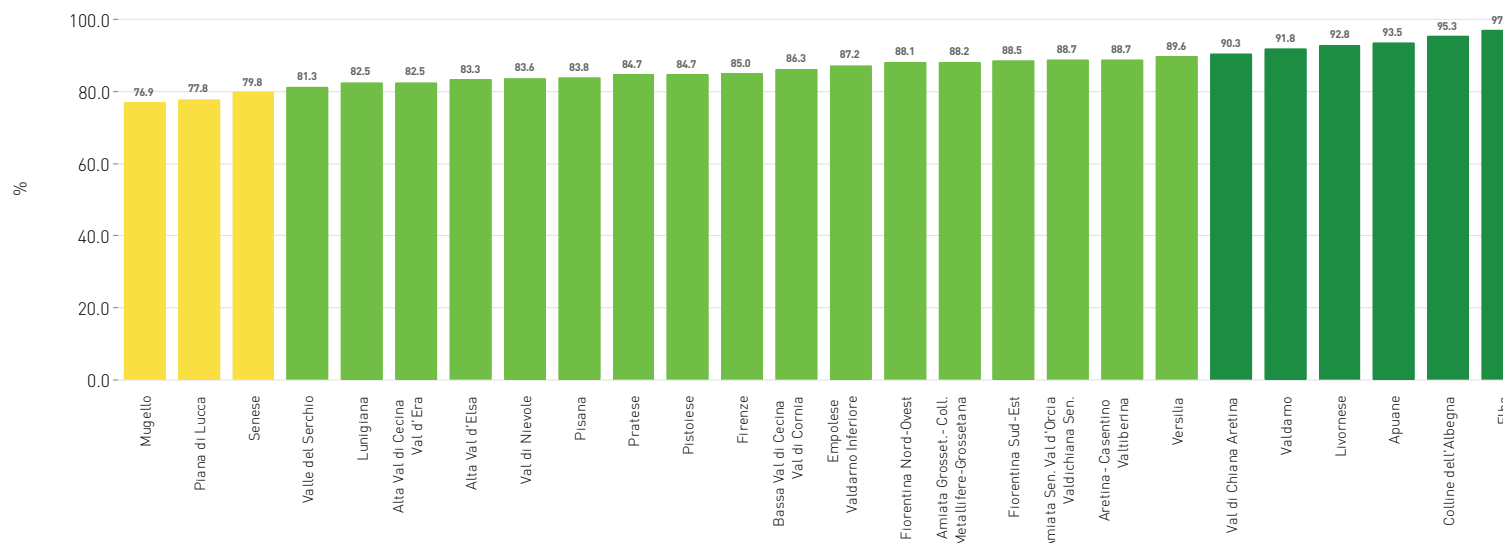
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

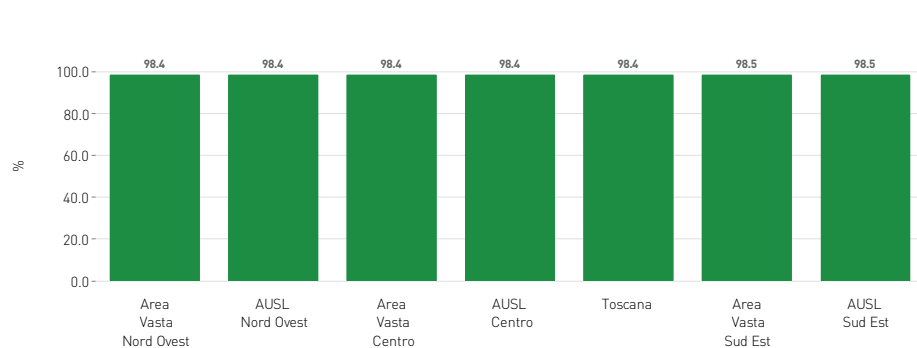


C21.3.3 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni)

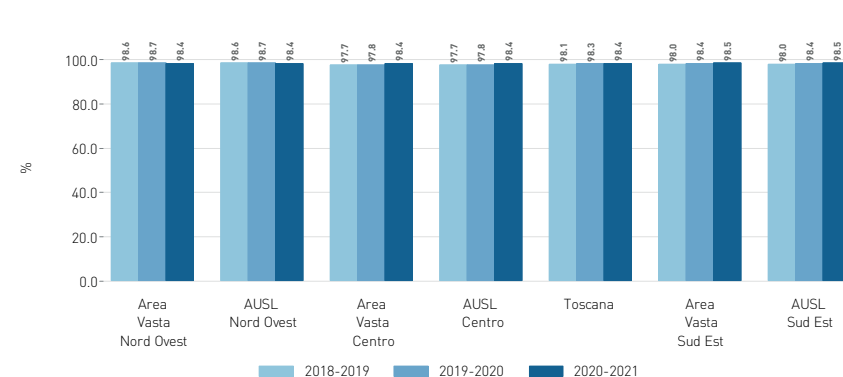
L'infarto del miocardio, tra cui l'evento acuto (IMA), rappresenta la principale causa di morbilità e mortalità nel mondo occidentale. La popolazione colpita è destinata a crescere, con l'aumento dell'età media della popolazione e il profilo di rischio dei pazienti è sempre più complesso. Il miglioramento 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.



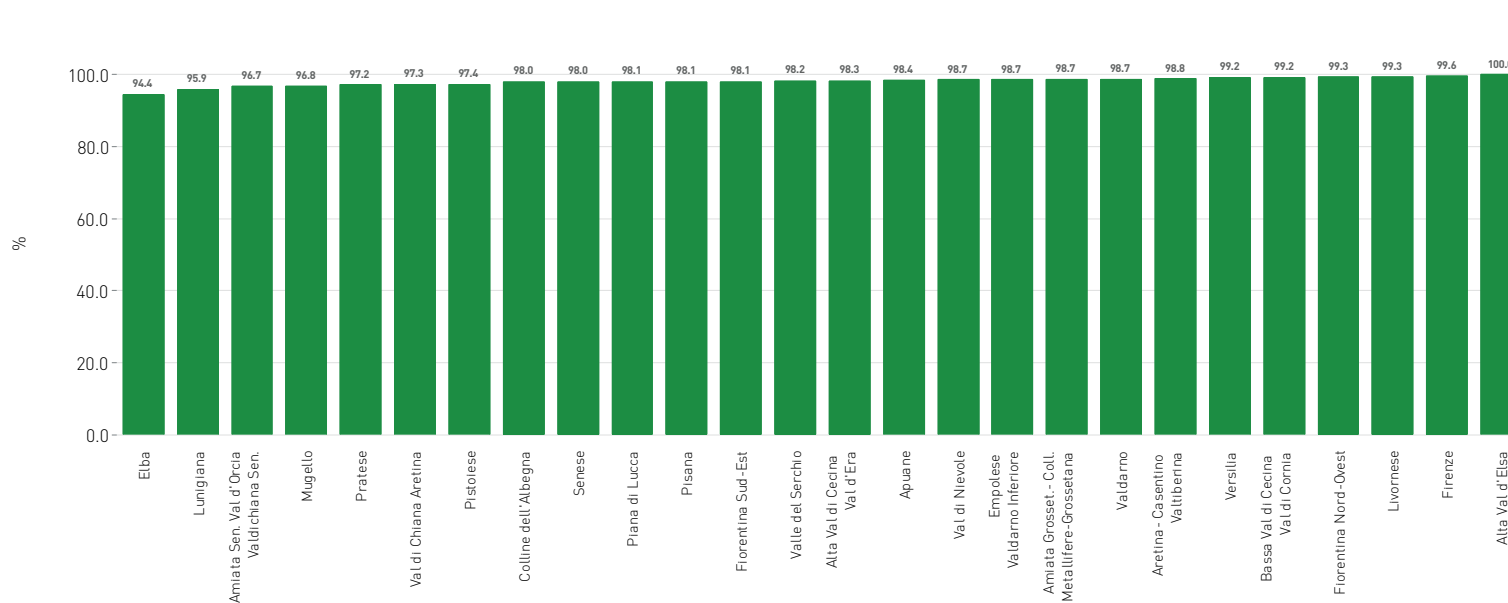
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



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.



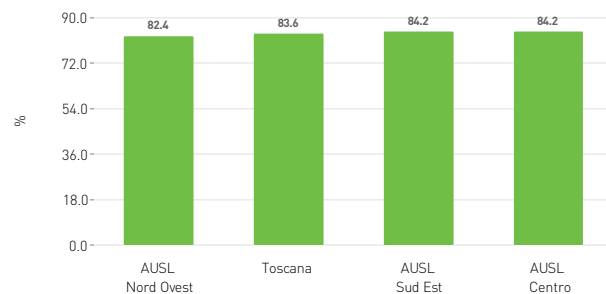
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>F12A.14A Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto</i>									
F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	83.61	82.41	84.24	84.22					
F12A.19 Ospedaliera									
F20.7 % Imatinib equivalente	87.00	95.49	80.00	86.70			100.00		
F20.8 % Etanercept biosimilare o vincitore di gara	94.32	92.91	95.37	94.17					
F20.9 % Infliximab biosimilare o vincitore di gara	79.77	94.44	56.27		72.40	92.69	89.31	76.53	
F20.10 % Rituximab biosimilare o vincitore di gara	92.32	99.84	97.07	99.69	99.73	98.32	76.93	100.00	
F20.11 % Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara	94.90	95.54	95.90	95.36	86.71	90.98	99.15		
F20.12 % Adalimumab biosimilare o vincitore di gara	94.40	93.27	93.85	96.21					
F20.13 % Follitropina biosimilare o vincitore di gara	86.49	84.93	88.72	84.90					
F20.14 % Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara	87.59	90.61	85.22	85.09		100.00		90.43	94.79
F20.15 % Somatropina biosimilare o vincitore di gara	52.19	62.06	46.56	44.73					
F20.16 % Epoietina biosimilare o vincitore di gara	94.62	93.08	95.01	96.00					
F20.17 % Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara	98.98	99.64	98.14	99.42					
F20.17.1 % Fattori di crescita delle colonie short activity su totale	99.52	99.45	99.46	99.70				100.00	
F20.18 % Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara	100.00	100.00	100.00	100.00					
F20.19 % Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara	75.45	72.85	73.40	83.19					
F20.20 % Teriparatide biosimilare o vincitore di gara	54.42	41.70	55.33	73.16					
F20.21.1 % di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 5 molecole	91.36								
F20.21.2 % di farmaci L04 (immunomodulatori) biosimilare o vincitore di gara - 13 molecole	35.25								
F12A.20 Cura dell'osteoporosi									
F12A.21.1 Colecalciferolo. Costo medio per 12,5 DDD (pari a 10.000 UI) sul territorio	0.47	0.37	0.42	0.69					
F12A.21.2 Consumo di colecalciferolo sul territorio	112.46	118.96	103.18	120.35					
F12A.25 Distribuzione Diretta e Per Conto									
F12A.25.1 % Dimessi da ricovero con erogazione in Distribuzione Diretta	47.33	50.96	29.71	72.75	13.68	69.83	58.62	61.35	88.54
F12A.25.2 % Dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in Distribuzione Diretta	19.15	20.03	13.43	26.28	15.90	25.90	17.86	33.80	5.33
F12A.25.3 Incidenza spesa medicinali dell'elenco DPC erogati tramite distribuzione convenzionata									

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

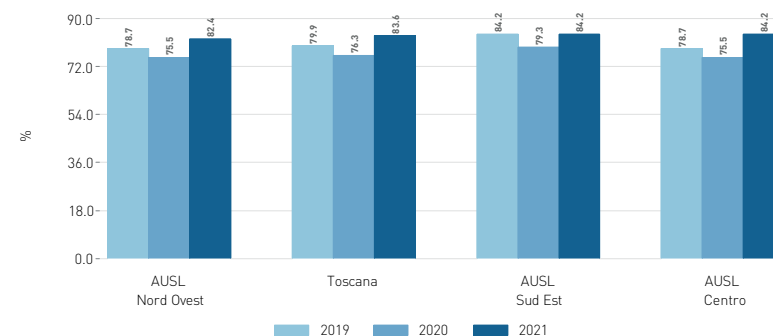
Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilanciamento fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbe da privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Questo 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).



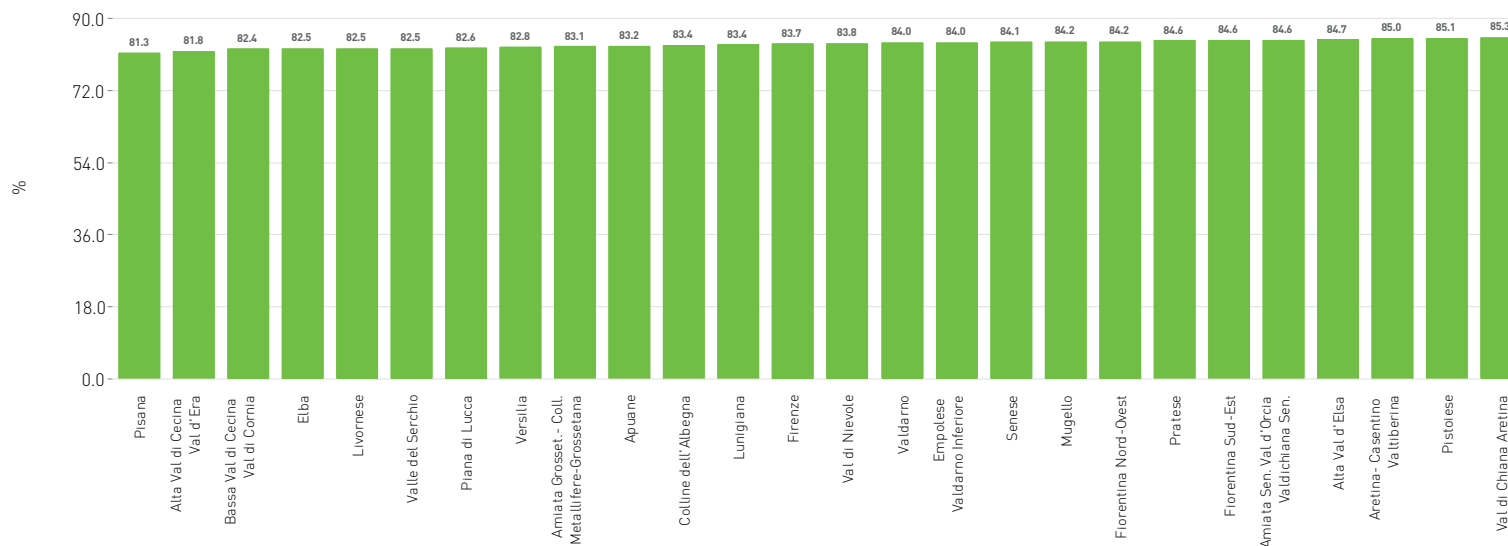
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

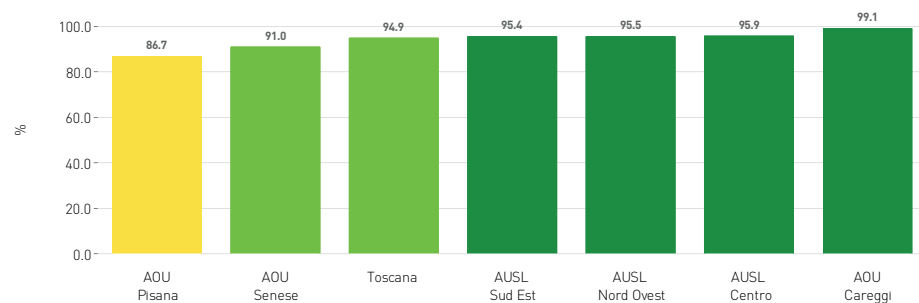


F20.11 Percentuale Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara

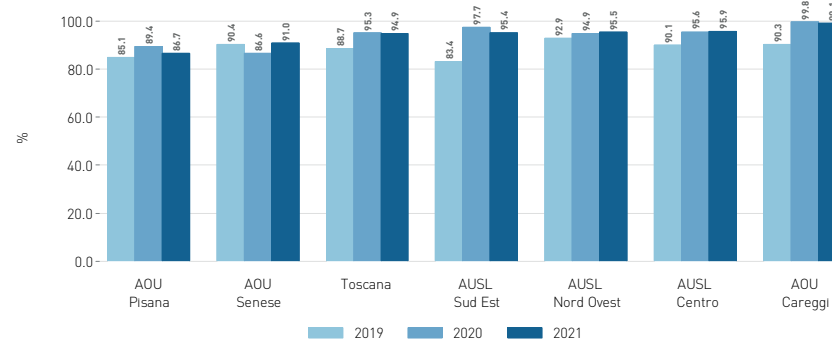
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Trastuzumab è un anticorpo monoclonale utilizzato per il trattamento del carcinoma mammario metastatico, nella terapia neoadiuvante del carcinoma mammario HER2-positivo, nel carcinoma gastrico metastatico.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

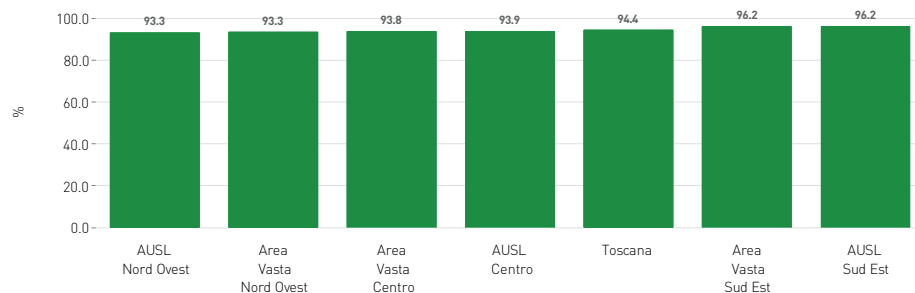


F20.12 Percentuale Adalimumab biosimilare o vincitore di gara

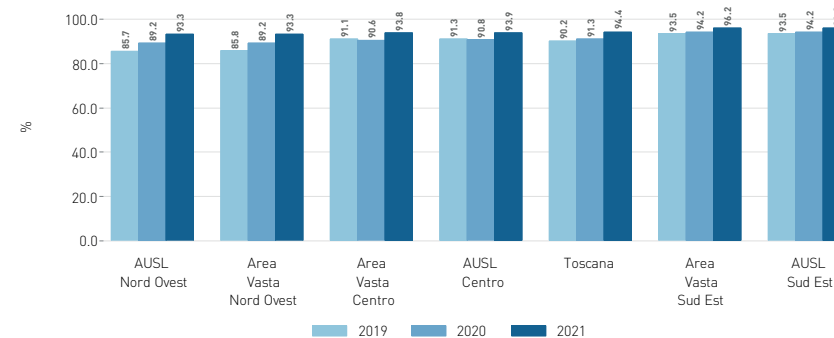
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Adalimumab è un anticorpo monoclonale umano ricombinante utilizzato per il trattamento di malattie a carattere autoimmune quali, ad esempio: artrite reumatoide, artrite idiopatica giovanile, artrite associata ad entesite, psoriasi, spondilite anchilosante (SA), malattia di Crohn.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

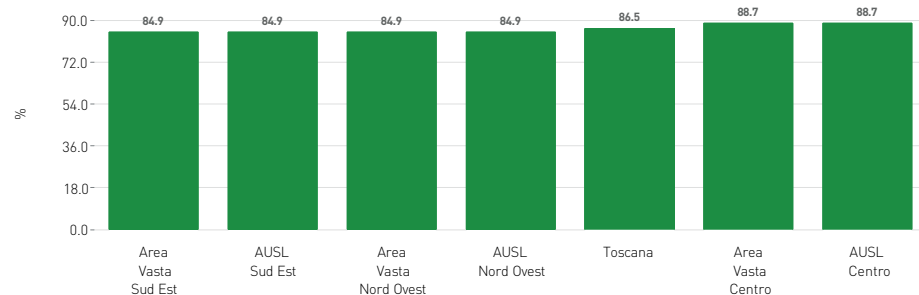


F20.13 Percentuale Follitropina biosimilare o vincitore di gara

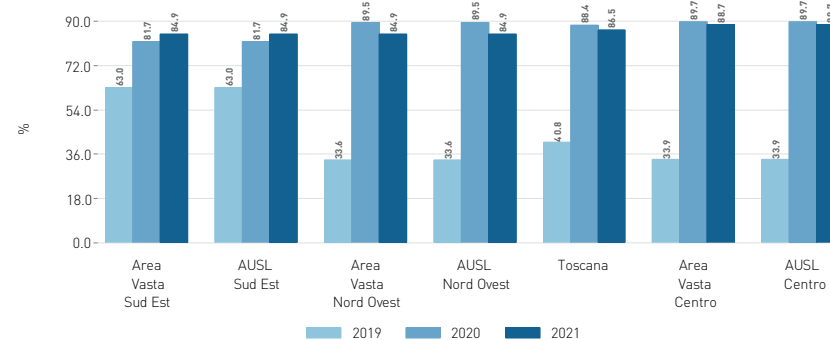
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. L'ormone follicolo-stimolante (FSH, follicle-stimulating hormone), conosciuto anche come follitropina, è utilizzato nelle donne per il trattamento di anovulazione (inclusa la sindrome dell'ovaio policistico) e nella stimolazione dello sviluppo follicolare multiplo in donne sottoposte a tecniche di riproduzione assistita (ART). Negli uomini è indicato per l'induzione della spermatogenesi, in soggetti affetti da ipogonadismo ipogonadotropo congenito o acquisito.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

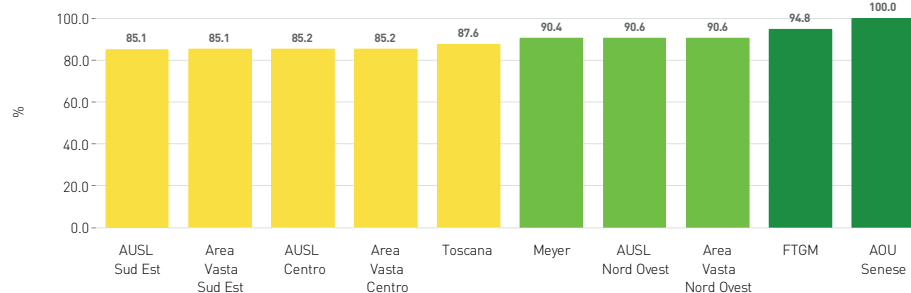


F20.14 Percentuale Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara

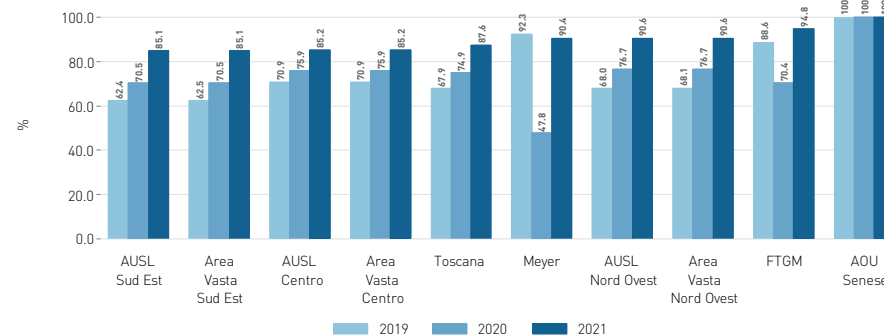
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Enoxaparina è utilizzata per la profilassi del tromboembolismo venoso (TEV) nei pazienti chirurgici a rischio moderato e alto sottoposti a chirurgia ortopedica o generale, compresa la chirurgia oncologica; per la profilassi del tromboembolismo venoso in pazienti non chirurgici affetti da una patologia acuta e mobilità ridotta; per il trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP); per la prevenzione della formazione di trombi nella circolazione extracorporea in corso di emodialisi e per il trattamento della sindrome coronarica acuta.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

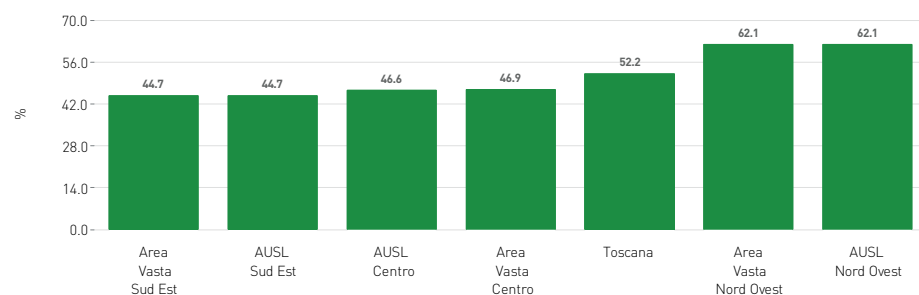


F20.15 Percentuale Somatropina biosimilare o vincitore di gara

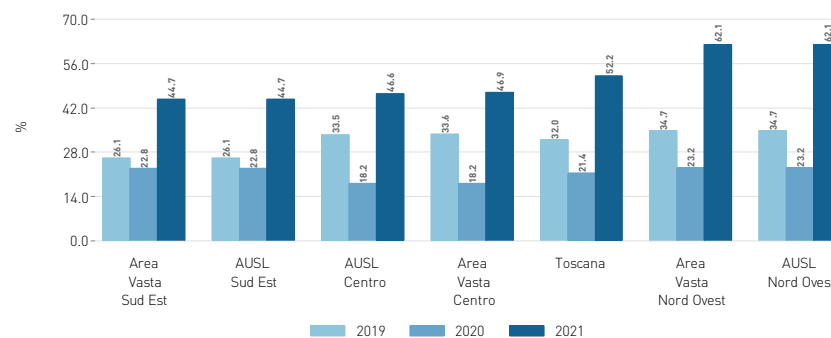
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. La somatotropina, nota anche come ormone somatotropo, ormone della crescita, STH, oppure SH o GH (growth hormone) è utilizzata per il trattamento dei disturbi della crescita nei bambini e per il trattamento di deficit di ormone della crescita negli adulti.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

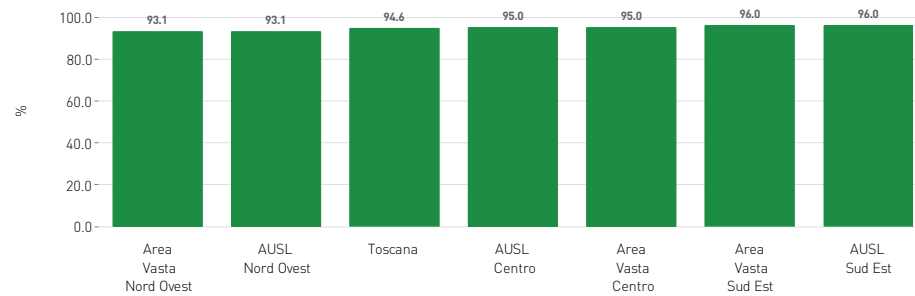


F20.16 Percentuale Epoietina biosimilare o vincitore di gara

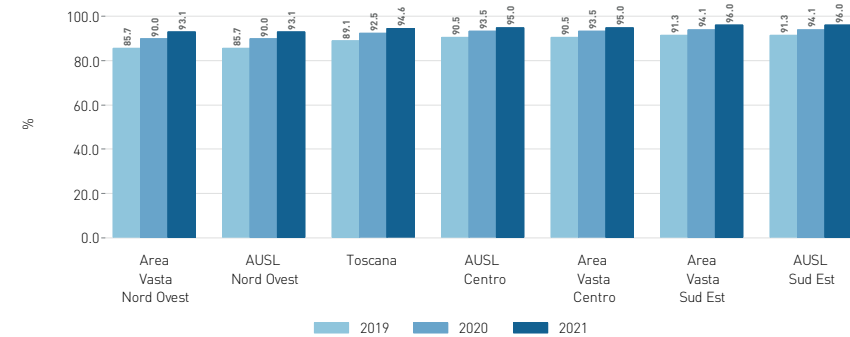
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. L'Epoietina è utilizzata per il trattamento dell'anemia sintomatica associata a insufficienza renale cronica (IRC), e dell'anemia e riduzione del fabbisogno trasfusionale in pazienti adulti in chemioterapia per tumori solidi, linfoma maligno o mieloma multiplo e a rischio di trasfusione come indicato dallo stato generale del paziente. L'utilizzo di epoietina è inoltre indicato negli adulti non sideropenici, ritenuti ad alto rischio di complicanze trasfusionali, prima di un intervento elettivo di chirurgia ortopedica maggiore, per ridurre l'esposizione a trasfusioni di sangue allogenico.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

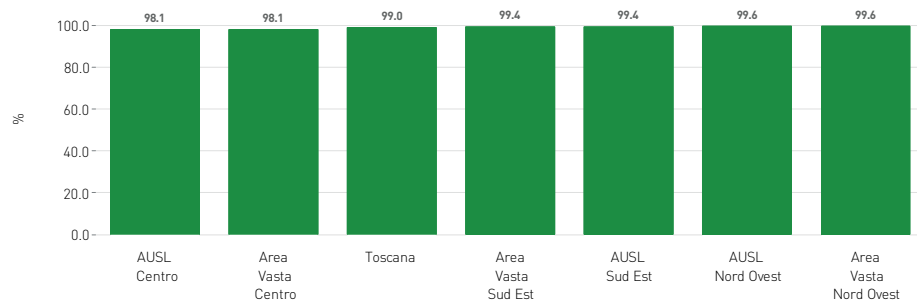


F20.17 Percentuale Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara

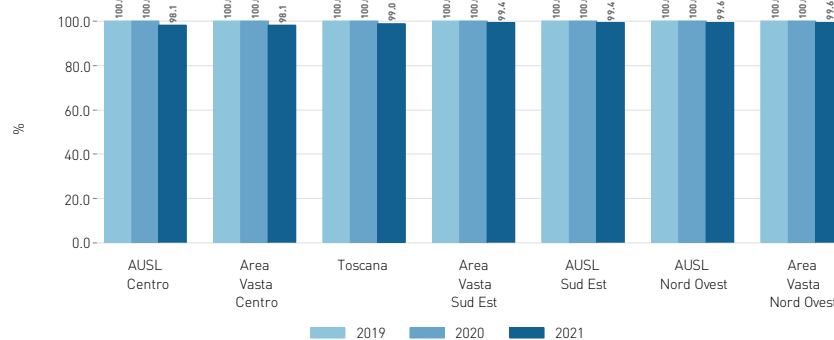
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. I fattori di crescita delle colonie sono utilizzati per il trattamento della neutropenia nei pazienti trattati con chemioterapia, sottoposti a trapianto di midollo osseo o affetti da neutropenia cronica grave e nei pazienti con infezione da HIV in stadio avanzato per ridurre il rischio di infezioni.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

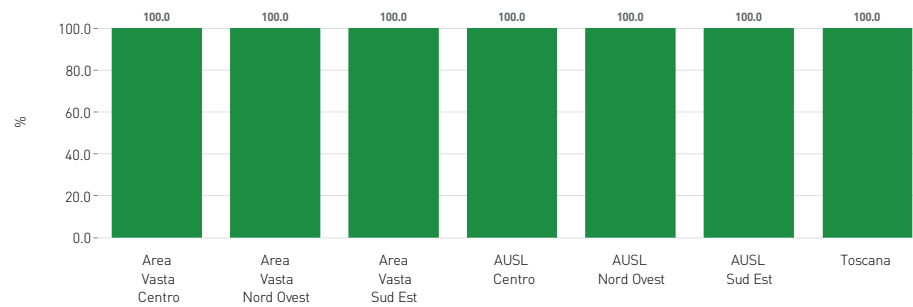


F20.18 Percentuale Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara

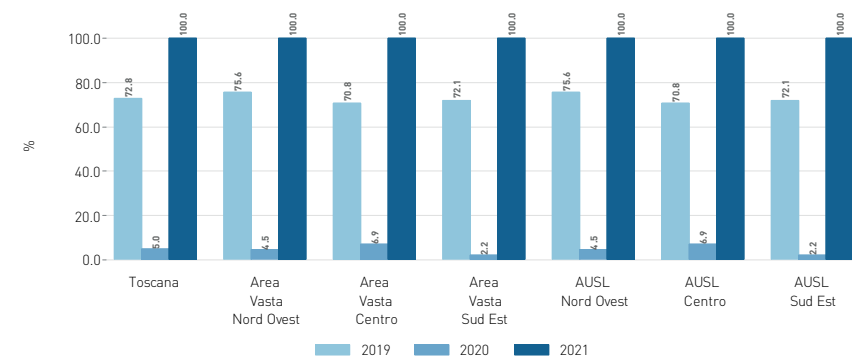
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Le insuline glargine sono delle insuline a lunga durata di azione, utilizzate per il trattamento del diabete mellito in adulti, adolescenti e bambini dai 2 anni di età.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

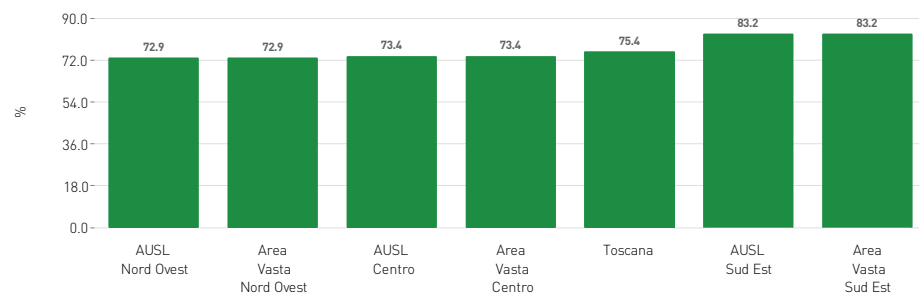


F20.19 Percentuale Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara

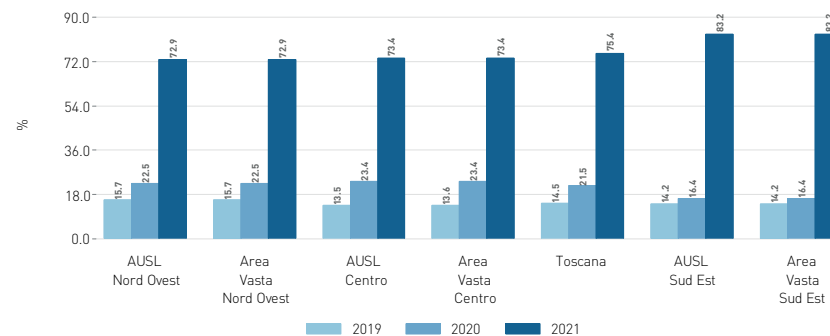
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Le insuline lispro sono delle insuline a rapida insorgenza d'azione e durata minore rispetto alle normali insuline, utilizzate per il trattamento di adulti e bambini con diabete mellito che richiedono insulina per il mantenimento dell'omeostasi normale del glucosio.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

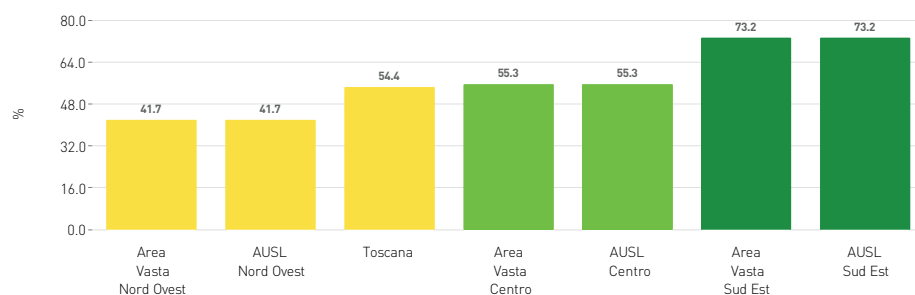


F20.20 Percentuale Teriparatide biosimilare o vincitore di gara

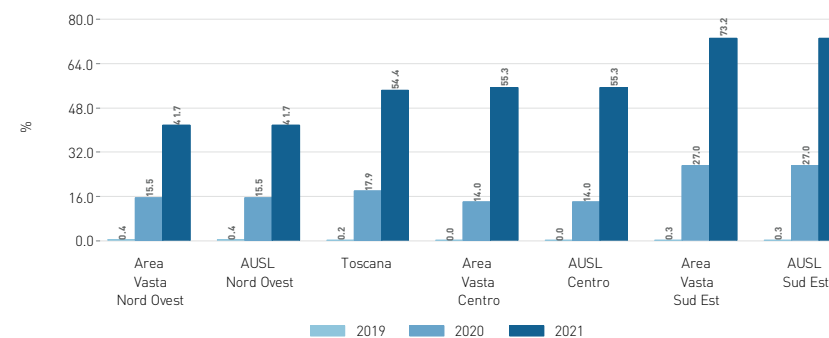
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Teriparatide è utilizzata per il trattamento dell'osteoporosi nelle donne in postmenopausa e negli uomini ad aumentato rischio di frattura, e per il trattamento dell'osteoporosi indotta da una prolungata terapia con glucocorticoidi per via sistemica nelle donne e negli uomini ad aumentato rischio di frattura.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



F20.7 Percentuale Imatinib equivalente

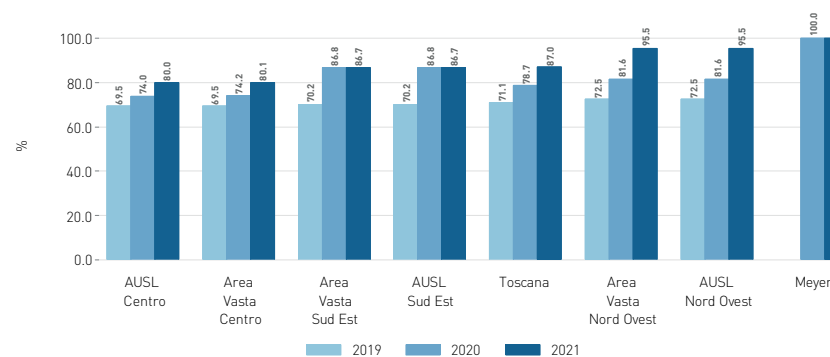
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Imatinib è un farmaco autorizzato per il trattamento di leucemia mieloide cronica (LMC), leucemia linfoblastica acuta positiva al cromosoma philadelphia, tumori stromali del tratto gastro-intestinale (GIST), malattie mielodisplastiche o mieloproliferative, sindrome ipereosinofila e leucemia eosinofila cronica.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

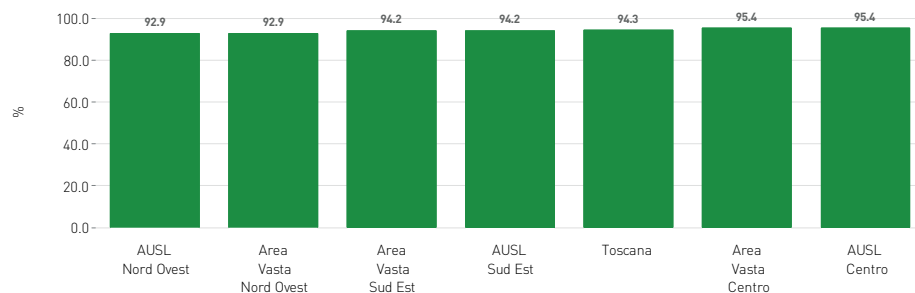


F20.8 Percentuale Etanercept biosimilare o vincitore di gara

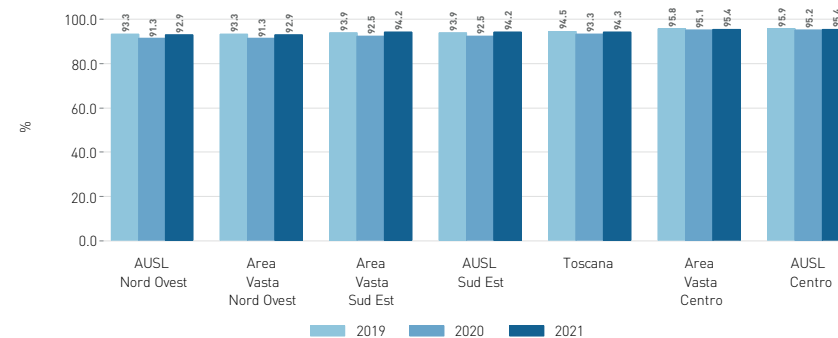
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Etanercept è un farmaco per il trattamento di malattie a carattere autoimmune quali artrite reumatoide, artrite idiopatica giovanile, artrite psoriasica, spondilite anchilosante, psoriasi a placche.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

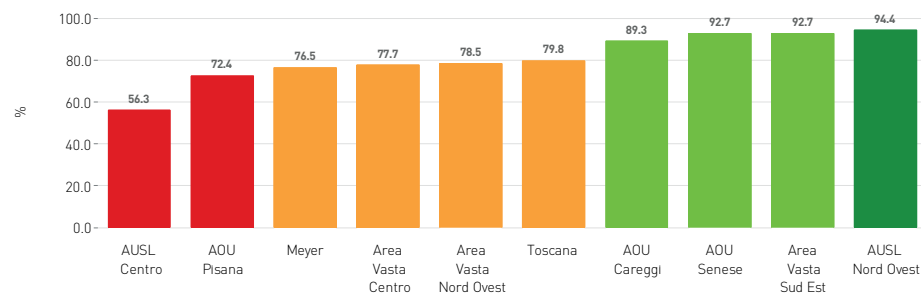


F20.9 Percentuale Infiximab biosimilare o vincitore di gara

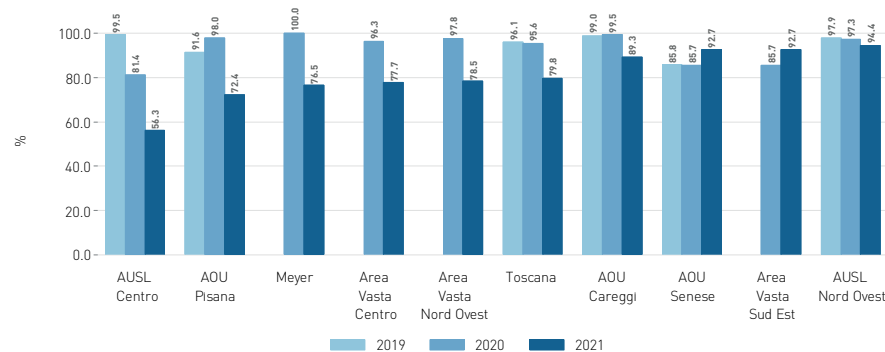
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Infiximab è un anticorpo monoclonale umano-murino autorizzato per le seguenti patologie autoimmuni: artrite reumatoide, malattia di Crohn, colite ulcerosa, spondilite alchilosante, artrite psoriasica, psoriasi.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

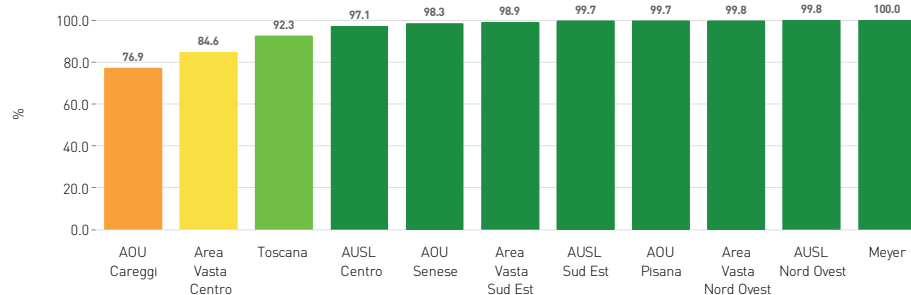


F20.10 Percentuale Rituximab biosimilare o vincitore di gara

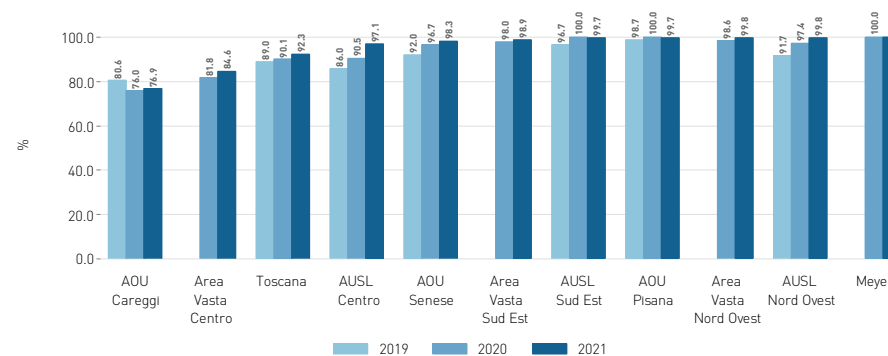
L'introduzione sul mercato dei medicinali biosimilari rappresenta un vantaggio per la governance della spesa farmaceutica. Il consumo di farmaci biologici a brevetto scaduto varia non solo a seconda del tipo di molecola e delle indicazioni terapeutiche autorizzate, ma anche sulla base delle diverse realtà presenti sul territorio. Rituximab è un anticorpo monoclonale chimerico murino/umano autorizzato per le seguenti patologie: linfoma non-Hodgkin (LNH), leucemia linfocitica cronica (LLC), artrite reumatoide, granulomatosi con poliangioite e poliangioite microscopica, pemfigo volgare.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend





RESILIENZA

a cura di Sara Barsanti, Vera Benedetto, Manila Bonciani, Ilaria Corazza,
Erica De Vita, Giuseppe D'Orio, Amerigo Ferrari, Francesca Ferrè,
Maria Francesca Furmenti, Sofia Longhi, Riccardo Novaro,
Maria Saveria Mavillonio, Anna Maria Murante,
Emiliano Pardini, Francesca Pennucci,
Veronica Spataro e Alessandro Vinci

Introduzione alla resilienza

Nel 2020 è stata 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).

Anche per il 2021 il Sistema di Valutazione è stato rafforzato nella sua capacità di monitoraggio della continuità dei servizi e della ripresa e rilancio, ponendo particolare attenzione alla dimensione della telemedicina - con la valutazione delle televisive negli ambiti di interesse nazionale - e delle vaccinazioni anti Covid-19.

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 circa 150 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). Sono inclusi anche gli indicatori sulla copertura vaccinale anti Covid-19.

In questa edizione del rapporto sono stati introdotti gli indicatori (“.M”) per valutare la variazione della media dei volumi 2020 e 2021 in rapporto ai volumi del 2019. Le fasce di valutazione per questi indicatori sono tendenzialmente quelle risultanti dal confronto con le contrazioni registrate nelle altre regioni italiane. Mentre, gli indicatori “.R”, già introdotti nel Sistema di Valutazione 2020, quest'anno sono calcolati come variazione percentuale dei volumi 2021 in rapporto ai volumi del 2019 e mantenuti di osservazione.

Le contrazioni di attività registrate nei singoli presidi ospedalieri anche per il 2021 possono essere il risultato di specifiche scelte organizzative (la designazione di covid-hospital, ad esempio o la riorganizzazione dell'attività chirurgica oncologica in sedi Ospedali non-Covid). Alle singole aziende è quindi attribuito il valore della rispettiva area vasta.

B5R RESILIENZA - Screening oncologici

La misurazione della variazione del numero di screening oncologici permette di valutare la capacità di tenuta sulla campagna di prevenzione durante la pandemia confrontando i livelli pre- e post avvento della pandemia. Nel Sistema di Valutazione 2021 sono stati introdotti alcuni indicatori (".M") per valutare la variazione della media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Gli indicatori ".R", già introdotti nel Sistema di Valutazione 2020, quest'anno sono calcolati come variazione percentuale dei volumi 2021 rispetto ai volumi del 2019.



B5R RESILIENZA - Screening oncologici

B5.1.2.R Variazione nei volumi per lo screening mammografico





B5.2.2.R Variazione nei volumi per lo screening cervice uterina

B5.3.2.R Variazione nei volumi per lo screening coloretale

B5.1.2.M Variazione media nei volumi per lo screening mammografico

B5.2.2.M Variazione media nei volumi per lo screening cervice uterina

B5.3.2.M Variazione media nei volumi per lo screening coloretale

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
			
4.21	11.97	4.87	-8.00
-4.90	-8.40	13.11	-30.89
9.68	-1.33	19.18	8.33
-6.54	-6.92	1.18	-19.61
-9.02	-14.10	12.41	-38.71
-10.46	-13.26	-5.58	-15.21

B283R RESILIENZA - Setting Residenziale, Domiciliare e Intermedio

L'indicatore monitora la capacità di resilienza del sistema rispetto al setting residenziale per gli anziani attraverso la soddisfazione espressa dai responsabili delle RSA nell'ambito della Mappatura RSA 2020-2021 (onere previsto dalla Delibera della Giunta Regione Toscana n.496 del 2013) rispetto ad alcune dimensioni di collaborazione e coordinamento generale fornito dalle ASL per la gestione dei casi positivi al CoViD-19.



B283R RESILIENZA - Setting Residenziale, Domiciliare e Intermedio

B283R.3 Soddisfazione RSA e ASL

B283R.3.1 Coordinamento generale con ASL

B283R.3.3 Supporto per la presa in carico positivi

B283R.3.4 Indicazioni ricevute

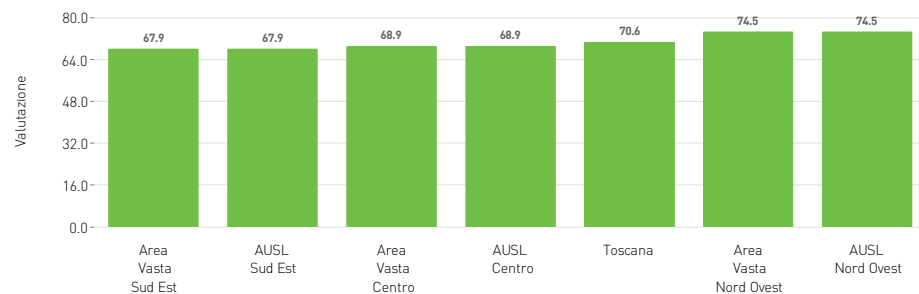
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
70.56	74.50	68.93	67.90
73.85	76.01	74.76	70.00
62.89	67.68	59.03	62.14

B283R.3.1 Coordinamento generale con ASL

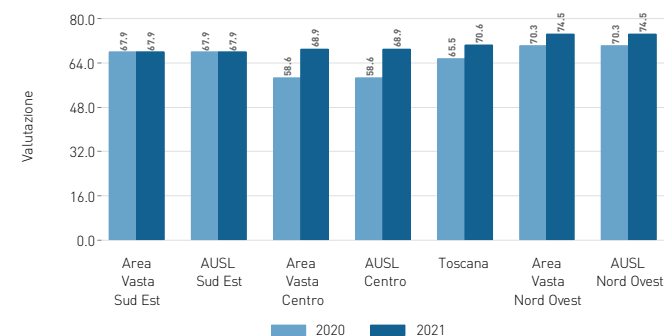
L'indicatore esprime la soddisfazione espressa dai responsabili delle RSA che hanno compilato la Mappatura RSA 2020-2021 (onere previsto dalla Delibera della Giunta Regione Toscana n.496 del 2013) rispetto alla funzione di coordinamento generale svolta dalla ASL di riferimento durante l'emergenza CoViD-19.



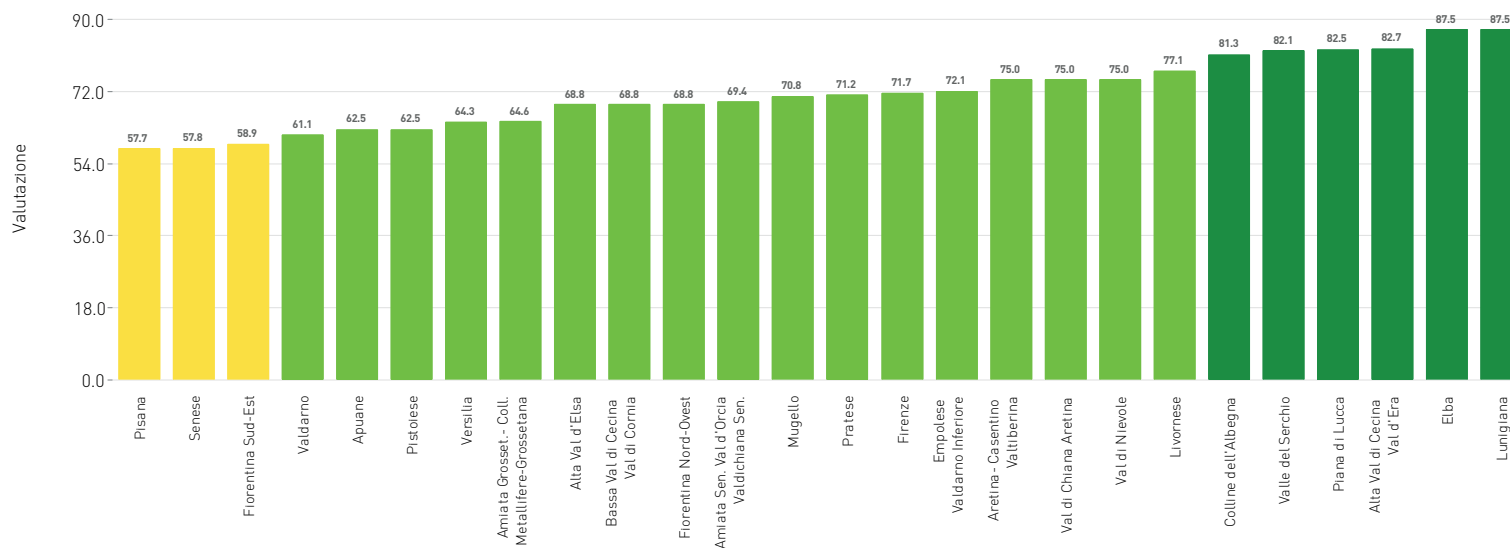
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

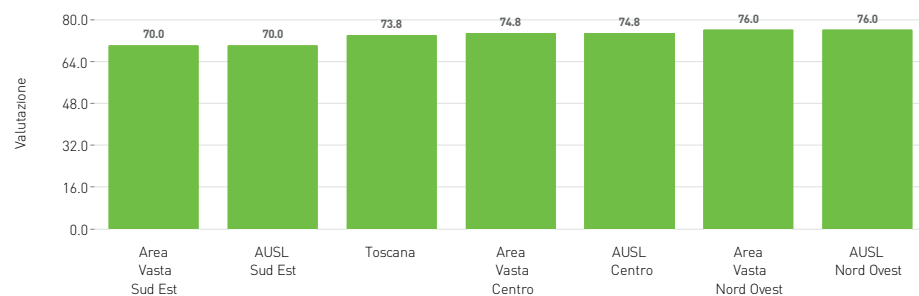


B283R.3.3 Supporto per la presa in carico positivi

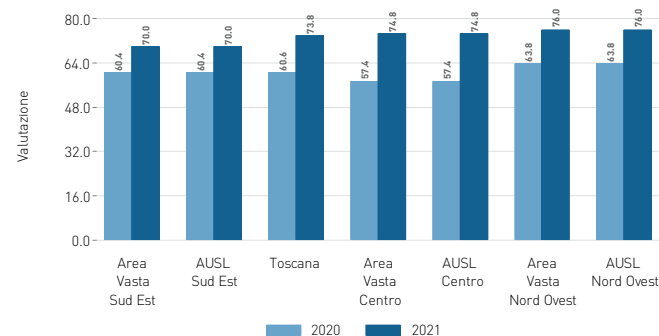
L'indicatore esprime la soddisfazione espressa dai responsabili delle RSA che hanno compilato la Mappatura RSA 2020-2021 (onere previsto dalla Delibera della Giunta Regione Toscana n.496 del 2013) rispetto alla funzione di supporto per la presa in carico pazienti positivi CoVid-19 svolta dalla ASL durante l'emergenza CoViD-19.



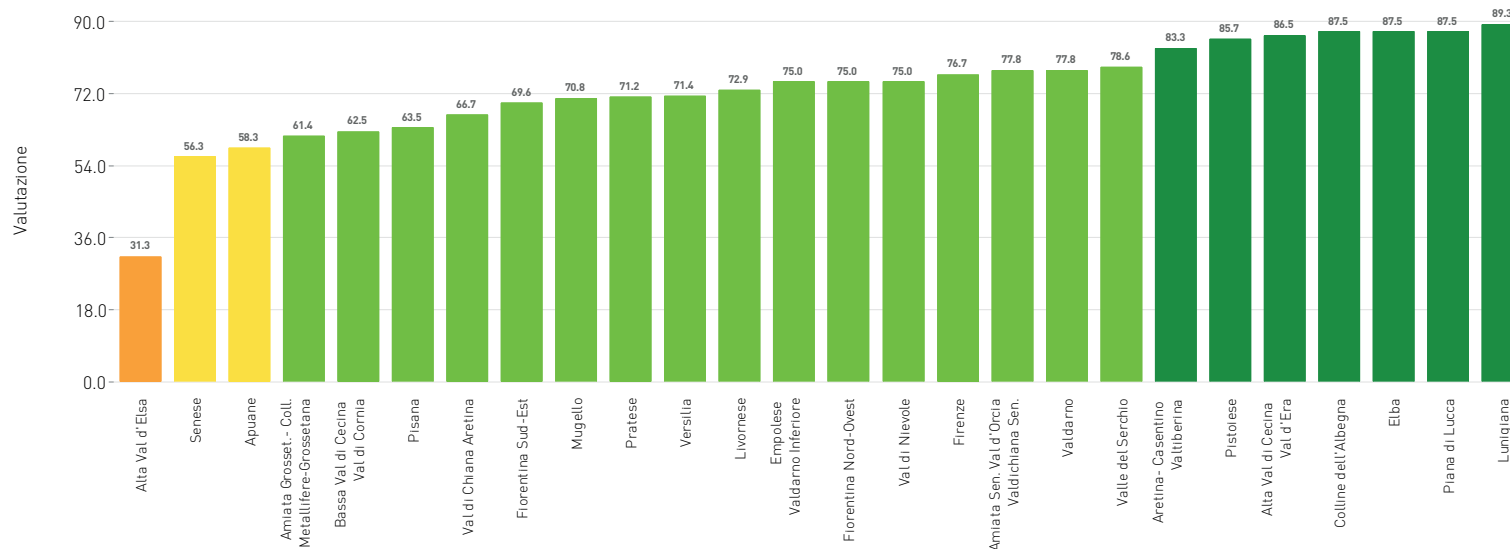
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021

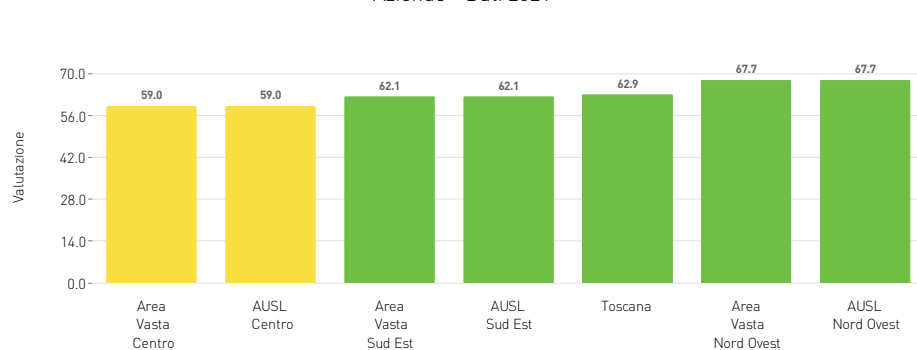


B283R.3.4 Indicazioni ricevute

L'indicatore esprime la soddisfazione espressa dai responsabili delle RSA che hanno compilato la Mappatura RSA 2020-2021 (onere previsto dalla Delibera della Giunta Regione Toscana n.496 del 2013) rispetto alle informazioni ricevute dalla Regione durante l'emergenza CoViD-19. L'indicatore fa riferimento alla soddisfazione media rispetto a tre dimensioni: tempestività, chiarezza e completezza delle indicazioni fornite dalla Regione per contrastare la pandemia.



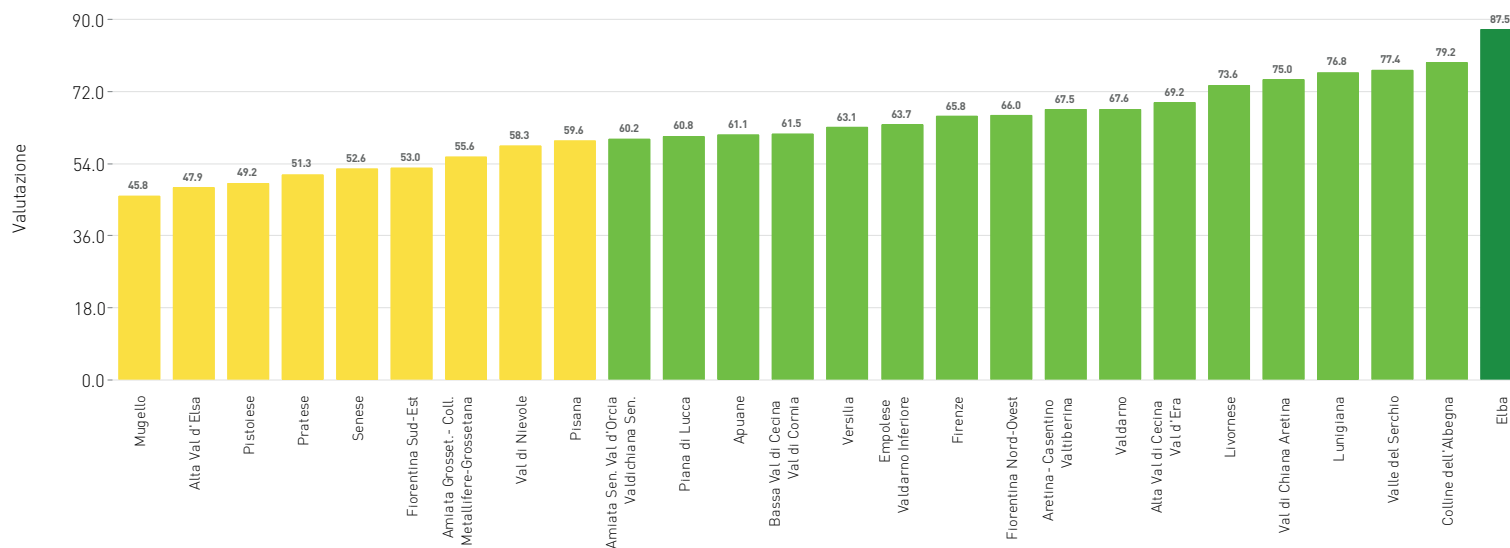
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2021



TD.R RESILIENZA - Reti tempo dipendenti

Durante la pandemia di COVID-19 è emersa la necessità di monitorare due indicatori di volumi sulle reti tempo-dipendenti (IMA STEMI e Ictus) per verificare le risposte del sistema sanitario nei confronti di due patologie che necessitano di una presa in carico tempestiva e appropriata del paziente. Nel Sistema di Valutazione 2021 sono stati introdotti alcuni indicatori (".M") per valutare la variazione della media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Gli indicatori ".R", già introdotti nel Sistema di Valutazione 2020, quest'anno sono calcolati come variazione percentuale dei volumi 2021 rispetto ai volumi del 2019.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Fond. G. Monasterio
TD.R RESILIENZA - Reti tempo dipendenti	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>S.M12.R Variazione nei volumi per ricoveri per IMA STEMI</i>	-11.81	-10.75	-15.75	-6.85	-10.75	-6.85	-15.75	-10.75
<i>S.M14.R Variazione nei volumi per ricoveri per ictus ischemico</i>	-6.00	-9.84	-4.33	-4.11	-9.84	-4.11	-4.33	
<i>S.M12.M Variazione media nei volumi per per ricoveri per IMA STEMI</i>	-11.84	-12.19	-11.41	-11.98	-12.19	-11.98	-11.41	-12.19
<i>S.M14.M Variazione media nei volumi per per ricoveri per ictus ischemico</i>	-5.19	-8.08	-3.42	-5.59	-8.08	-5.59	-3.42	

C7B.R RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto

La presenza di un accompagnatore/caregiver durante il travaglio, il parto e il post-partum è fondamentale per la salute della madre. In seguito alle restrizioni all'accesso alle strutture ospedaliere conseguente alla pandemia COVID-19, il 14 aprile 2020 Regione Toscana ha emanato la delibera regionale "Indicazioni per la gestione del percorso nascita in ambito ospedaliero e preospedaliero in corso di emergenza sanitaria da COVID-19", la quale prevede la possibilità per gli accompagnatori di accedere al reparto durante il travaglio e il parto.



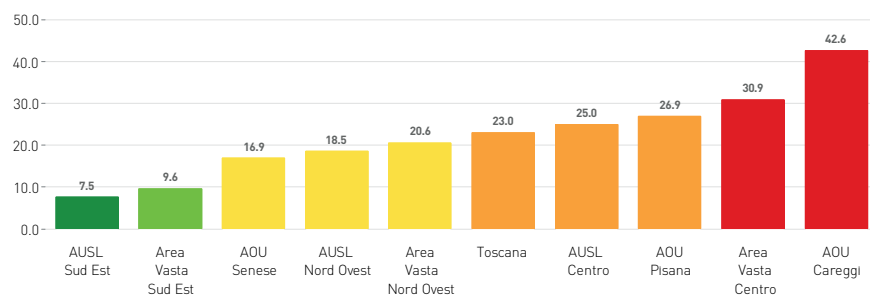
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
C7B.R RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto	●	●	●	●	●	●	●
C7.28.2.R % donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto	10.32	8.28	7.73	6.28	15.69	19.28	17.28
C7.28.1.R % donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio	23.00	18.53	24.97	7.54	26.89	16.87	42.64

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

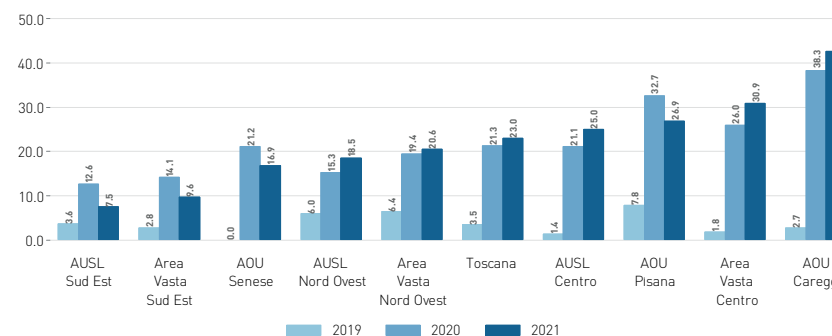
La presenza di un accompagnatore/caregiver durante il travaglio, il parto e il post-partum è fondamentale per la salute della madre. In seguito alle restrizioni all'accesso alle strutture ospedaliere conseguente alla pandemia COVID-19, il 14 aprile 2020 Regione Toscana ha emanato la delibera regionale "Indicazioni per la gestione del percorso nascita in ambito ospedaliero e preospedaliero in corso di emergenza sanitaria da COVID-19", la quale prevede la possibilità per gli accompagnatori di accedere al reparto durante il travaglio e il parto.



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021

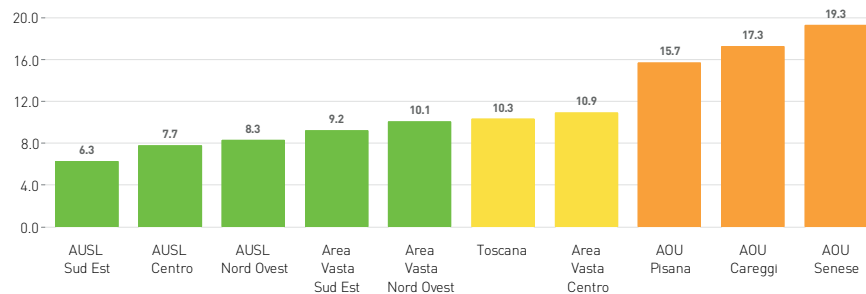


C7.28.2.R Percentuale donne a cui non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il parto

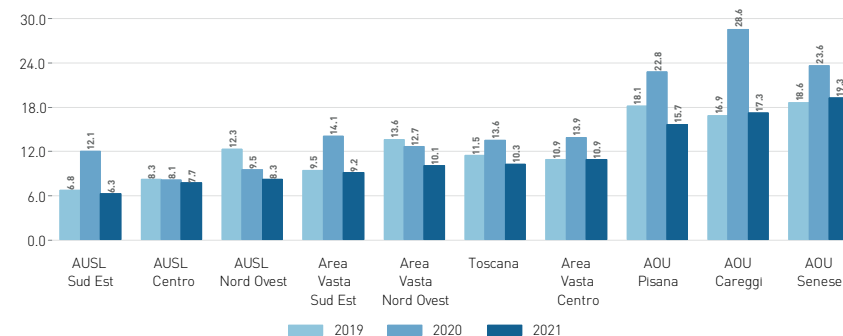
La presenza di un accompagnatore/caregiver durante il travaglio, il parto e il post-partum è fondamentale per la salute della madre. In seguito alle restrizioni all'accesso alle strutture ospedaliere conseguente alla pandemia COVID-19, il 14 aprile 2020 Regione Toscana ha emanato la delibera regionale "Indicazioni per la gestione del percorso nascita in ambito ospedaliero e preospedaliero in corso di emergenza sanitaria da COVID-19", la quale prevede la possibilità per gli accompagnatori di accedere al reparto durante il travaglio e il parto.



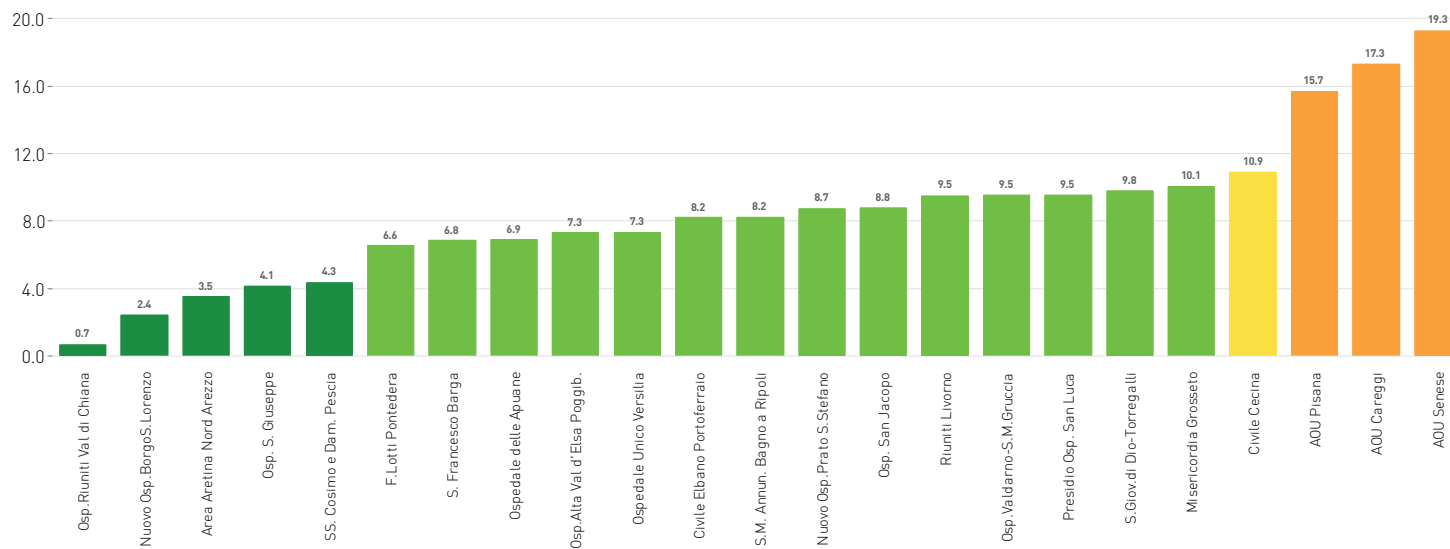
Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2021



C9R RESILIENZA - Farmaceutica

L'indicatore monitora nello specifico il consumo di alcune categorie di farmaci come i farmaci antidiabetici, farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina e farmaci per la salute mentale, che fanno registrare consumi importanti e che impattano in modo significativo sulla spesa. Nel Sistema di Valutazione 2021 sono stati introdotti alcuni indicatori (".M") per valutare la variazione della media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Gli indicatori ".R", già introdotti nel Sistema di Valutazione 2020, quest'anno sono calcolati come variazione percentuale dei volumi 2021 rispetto ai volumi del 2019.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
C9R RESILIENZA - Farmaceutica	●	●	●	●		●		●	●
F.M1.M Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	1.53	1.59	2.30	-0.05				2.30	
F.M2.M Variazione media nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	-2.81	-2.70	-3.25	-2.12		-2.12		-3.25	-2.70
F.M3.M Variazione media nel consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale	2.45	3.82	1.68	1.77	3.82	1.77	1.68		
F.M1.R Variazione nel consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio	2.33	2.46	3.34	0.18					
F.M2.R Variazione nel consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio	-3.30	-3.10	-3.89	-2.46					
F.M3.R Variazione nel consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale sul territorio	2.63	4.47	1.49	1.90					

C10R RESILIENZA - Oncologia

La misurazione della variazione del numero di interventi chirurgici oncologici per classe di Priorità A permette di valutare la capacità di tenuta su trattamenti non procrastinabili durante la pandemia e le sue diverse recrudescenze, confrontando i livelli pre- e post avvento della pandemia. Nel Sistema di Valutazione 2021 sono stati introdotti alcuni indicatori (".M") per valutare la variazione della media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Gli indicatori ".R", già introdotti nel Sistema di Valutazione 2020, quest'anno sono calcolati come variazione percentuale dei volumi 2021 rispetto ai volumi del 2019.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
C10R RESILIENZA - Oncologia	●	●	●	●	●	●	●	●
S.M3.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	-3.05	0.61	-10.06	5.19	0.61	5.19	-10.06	
S.M4.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	-26.91	-52.36	-19.11	-8.10	-52.36	-8.10	-19.11	
S.M5.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	-5.03	-9.26	-12.57	16.67	-9.26	16.67	-12.57	
S.M6.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	0.75	-0.42	10.36	-11.84	-0.42		10.36	
S.M7.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	11.76	1.95			1.95	60.95	13.07	
S.M8.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	7.81	2.32	4.66	23.53	2.32		4.66	
S.M9.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	26.60	-10.42	6.77	159.42	-10.42	159.42		
S.M10.R Variazione nei volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A	-20.30	-24.39	8.05		-24.39		8.05	
F.M4.R Variazione nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	11.51	9.87	12.66	12.10	9.87	12.10	12.66	12.66
S.M3.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A	-6.63	-6.28	-11.44	4.43	-6.28	4.43	-11.44	
S.M4.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A	-21.36	-40.17	-13.68	-11.94	-40.17	-11.94	-13.68	
S.M5.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A	-11.57	-15.00	-14.18	-0.51	-15.00	-0.51	-14.18	
S.M6.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A	-3.93	-10.25	6.48	-4.61	-10.25		6.48	
S.M7.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore al polmone per Classe di priorità A	6.57	1.25			1.25	44.29	6.37	
S.M8.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A	3.38	-3.64	2.15	25.00	-3.64		2.15	
S.M9.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A	24.26	-9.72	-2.34	167.39	-9.72	167.39		
S.M10.M Variazione media nei volumi per interventi chirurgici per tumore alla tiroide	-25.22	-28.86	4.36		-28.86		4.36	
F.M4.M Variazione media nel numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici	8.99	7.41	10.82	8.42	7.41	8.42	10.82	10.82

C13.R2 RESILIENZA - Visite e Follow-up

Il periodo di emergenza pandemica ha causato uno sconvolgimento nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali (prime visite e visite di controllo), riducendone i volumi per l'anno 2020. Per questo motivo, per l'anno 2021, risulta fondamentale monitorare e valutare la variazione della media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019, in modo tale da identificare un eventuale primo recupero di prestazioni perse durante l'emergenza pandemica in questo ambito. Nel Sistema di Valutazione 2021 sono stati introdotti alcuni indicatori ("M") per valutare la variazione della media dei volumi 2020 e 2021 rispetto ai volumi del 2019. Gli indicatori ".R.", già introdotti nel Sistema di Valutazione 2020, quest'anno sono calcolati come variazione percentuale dei volumi 2021 rispetto ai volumi del 2019.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
C13.R2 RESILIENZA - Visite e Follow-up	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
A.M3.M Variazione media nei volumi per prima visita cardiologica	-9.99	-18.78	-9.60	2.17	-18.78	2.17	-9.60	-9.60	-18.78	
A.M4.M Variazione media nei volumi per prima visita chirurgia vascolare	-23.34	-24.53	-20.52	-25.02	-24.53	-25.02	-20.52			
A.M5.M Variazione media nei volumi per prima visita endocrinologica	-13.56	-15.77	-8.71	-16.19	-15.77	-16.19	-8.71	-8.71	-15.77	
A.M6.M Variazione media nei volumi per prima visita neurologica	-21.52	-16.77	-23.04	-27.12	-16.77	-27.12	-23.04	-23.04	-23.04	
A.M7.M Variazione media nei volumi per prima visita oculistica	-30.28	-30.93	-28.99	-31.14	-30.93	-31.14	-28.99	-28.99	-28.99	
A.M8.M Variazione media nei volumi per prima visita ortopedica	-21.03	-20.17	-20.34	-23.45	-20.17	-23.45	-20.34	-20.34	-20.34	
A.M9.M Variazione media nei volumi per prima visita ginecologica	-5.28	3.93	-9.20	-9.66	3.93	-9.20	-9.66		3.93	
A.M10.M Variazione media nei volumi per prima visita otorinolaringoiatrica	-27.25	-27.36	-24.57	-30.82	-27.36	-30.82	-24.57	-24.57	-24.57	
A.M11.M Variazione media nei volumi per prima visita urologica	-14.40	-10.04	-16.61	-16.33	-10.04	-16.33	-16.61	-16.61	-16.61	
A.M12.M Variazione media nei volumi per prima visita dermatologica	-21.78	-19.00	-22.55	-25.60	-19.00	-25.60	-22.55	-22.55	-22.55	
A.M13.M Variazione media nei volumi per prima visita fisiatrica	-21.17	-18.80	-16.96	-39.70	-18.80	-16.96	-16.96	-16.96	-16.96	
A.M14.M Variazione media nei volumi per prima visita gastroenterologica	-5.80	3.70	-10.48	-10.05	3.70	-10.05	-10.48	-10.48	-10.48	
A.M15.M Variazione media nei volumi per prima visita oncologica	-23.71	-42.28	-14.34	2.77	-42.28	2.77	-14.34	-14.34	-14.34	
A.M16.M Variazione media nei volumi per prima visita pneumologica	-18.14	-13.33	-17.43	-26.84	-13.33	-26.84	-17.43	-17.43	-13.33	
A.M17.M Variazione media nei volumi per visita di controllo cardiologica	-8.95	-12.64	-9.22	-2.23	-12.64	-2.23	-9.22	-9.22	-12.64	
A.M18.M Variazione media nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare	-4.65	-6.73	4.93	-14.06	-6.73	-14.06	4.93	4.93	4.93	
A.M19.M Variazione media nei volumi per visita di controllo endocrinologica	-15.88	-23.83	1.98	-15.76	-23.83	-15.76	1.98	1.98	-23.83	
A.M20.M Variazione media nei volumi per visita di controllo neurologica	-11.22	-4.71	-13.92	-15.38	-4.71	-15.38	-13.92	-13.92	-13.92	
A.M21.M Variazione media nei volumi per visita di controllo oculistica	-21.48	-25.23	-23.29	-13.99	-25.23	-13.99	-23.29	-23.29	-23.29	
A.M22.M Variazione media nei volumi per visita di controllo ortopedica	-21.74	-20.97	-18.93	-28.14	-20.97	-28.14	-18.93	-18.93	-18.93	
A.M23.M Variazione media nei volumi per visita di controllo ginecologica	-3.57	13.99	-23.47	9.50	13.99	9.50	-23.47	-23.47	13.99	
A.M24.M Variazione media nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica	-25.79	-28.77	-21.08	-29.91	-28.77	-29.91	-21.08	-21.08	-21.08	-21.08
A.M25.M Variazione media nei volumi per visita di controllo urologica	-12.20	3.97	-13.08	-22.64	3.97	-22.64	-13.08	-13.08	-13.08	
A.M26.M Variazione media nei volumi per visita di controllo dermatologica	-16.19	-14.42	-17.32	-16.38	-14.42	-16.38	-17.32	-17.32	-17.32	
A.M27.M Variazione media nei volumi per visita di controllo fisiatrica	-20.16	-6.81	-28.58	10.07	-6.81	-28.58				
A.M28.M Variazione media nei volumi per visita di controllo gastroenterologica	-13.32	-8.50	-6.57	-32.60	-8.50	-32.60	-6.57	-6.57	-6.57	
A.M29.M Variazione media nei volumi per visita di controllo oncologica	2.02	11.92	-0.12	-7.42	11.92	-7.42	-0.12	-0.12	-0.12	
A.M30.M Variazione media nei volumi per visita di controllo pneumologica	-21.14	-23.34	-10.80	-32.76	-23.34	-32.76	-10.80	-10.80	-23.34	
A.M3.R Variazione nei volumi per prima visita cardiologica	2.03	-9.38	-1.68	26.23	-9.38	26.23	-1.68	-1.68	-9.38	
A.M4.R Variazione nei volumi per prima visita chirurgia vascolare	-14.68	-12.66	-13.71	-20.01	-12.66	-20.01	-13.71			
A.M5.R Variazione nei volumi per prima visita endocrinologica	-0.47	-2.28	1.65	0.37	-2.28	0.37	1.65	1.65	-2.28	
A.M6.R Variazione nei volumi per prima visita neurologica	-14.83	-6.63	-21.19	-18.14	-6.63	-18.14	-21.19	-21.19	-21.19	
A.M7.R Variazione nei volumi per prima visita oculistica	-23.86	-24.15	-26.10	-20.39	-24.15	-20.39	-26.10	-26.10	-26.10	
A.M8.R Variazione nei volumi per prima visita ortopedica	-11.37	-7.76	-13.44	-13.22	-7.76	-13.22	-13.44	-13.44	-13.44	
A.M9.R Variazione nei volumi per prima visita ginecologica	8.89	22.41	3.62	2.26	22.41	2.26	3.62	3.62	22.41	
A.M10.R Variazione nei volumi per prima visita otorinolaringoiatrica	-18.33	-16.34	-20.34	-18.28	-16.34	-18.28	-20.34	-20.34	-20.34	
A.M11.R Variazione nei volumi per prima visita urologica	-6.07	-1.06	-9.77	-6.36	-1.06	-6.36	-9.77	-9.77	-9.77	
A.M12.R Variazione nei volumi per prima visita dermatologica	-10.54	-5.59	-15.27	-11.09	-5.59	-11.09	-15.27	-15.27	-15.27	
A.M13.R Variazione nei volumi per prima visita fisiatrica	-15.63	-7.46	-14.91	-32.11	-7.46	-32.11	-14.91	-14.91	-14.91	-15.27
A.M14.R Variazione nei volumi per prima visita gastroenterologica	8.16	22.03	-1.22	5.91	22.03	5.91	-1.22	-1.22	-1.22	
A.M15.R Variazione nei volumi per prima visita oncologica	-16.35	-34.40	-8.89	11.72	-34.40	11.72	-8.89	-8.89	-8.89	
A.M16.R Variazione nei volumi per prima visita pneumologica	-6.62	1.43	-8.71	-15.81	1.43	-15.81	-8.71	-8.71	1.43	
A.M17.R Variazione nei volumi per visita di controllo cardiologica	-1.20	-8.28	-4.68	17.33	-8.28	17.33	-4.68	-4.68	-8.28	
A.M18.R Variazione nei volumi per visita di controllo chirurgia vascolare	13.01	6.03	27.99	-1.34	6.03	-1.34	27.99	27.99	27.99	
A.M19.R Variazione nei volumi per visita di controllo endocrinologica	-7.31	-18.00	21.48	-17.14	-18.00	-17.14	21.48	21.48	-18.00	
A.M20.R Variazione nei volumi per visita di controllo neurologica	-3.16	3.91	-5.75	-8.10	3.91	-8.10	-5.75	-5.75	-5.75	
A.M21.R Variazione nei volumi per visita di controllo oculistica	-12.84	-18.16	-15.19	-2.59	-18.16	-2.59	-15.19	-15.19	-15.19	
A.M22.R Variazione nei volumi per visita di controllo ortopedica	-16.37	-16.55	-13.35	-21.65	-16.55	-21.65	-13.35	-13.35	-13.35	
A.M23.R Variazione nei volumi per visita di controllo ginecologica	4.17	31.50	-28.26	27.09	31.50	27.09	-28.26	-28.26	31.50	
A.M24.R Variazione nei volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica	-15.40	-19.09	-12.34	-16.76	-19.09	-16.76	-12.34	-12.34	-12.34	-12.34
A.M25.R Variazione nei volumi per visita di controllo urologica	-4.59	14.34	-7.39	-12.25	14.34	-12.25	-7.39	-7.39	-7.39	
A.M26.R Variazione nei volumi per visita di controllo dermatologica	-17.91	-5.77	-13.44	-1.90	-5.77	-1.90	-13.44	-13.44	-13.44	
A.M27.R Variazione nei volumi per visita di controllo fisiatrica	-16.42	-0.93	-26.95	23.54	-0.93	23.54	-26.95	-26.95	-26.95	
A.M28.R Variazione nei volumi per visita di controllo gastroenterologica	-4.43	5.95	-3.84	-31.33	5.95	-31.33	-3.84	-3.84	5.95	
A.M29.R Variazione nei volumi per visita di controllo oncologica	5.85	13.38	8.31	-7.92	13.38	-7.92	8.31	8.31	8.31	
A.M30.R Variazione nei volumi per visita di controllo pneumologica	-13.95	-14.17	0.64	-34.39	-14.17	-34.39	0.64	0.64	-14.17	

C13.R3 RESILIENZA - Telemedicina

La delibera sulla Telemedicina, DGRT n. 464 del 6 aprile 2020, è stata emanata dalla Regione Toscana nel primissimo periodo di emergenza epidemica da Covid-19 con la finalità di potenziare i meccanismi di continuità assistenziale dei pazienti cronici e di limitare il contagio. Con essa, la Regione ha fornito alle aziende sanitarie indicazioni omogenee e condivise sulle modalità di prescrizione, accesso, erogazione, registrazione e individuazione della spesa per le attività di televisita e teleconsulto relative a 83 prestazioni sanitarie. La telemedicina si sta rivelando una soluzione importante per permettere a categorie sempre più ampie di assistiti di accedere ad attività mediche routinarie qualificate facendo ricorso a modalità di erogazione alternative alla presenza in ambulatorio. I criteri di selezione delle televisite da monitorare nell'ambito della resilienza sono stati: numero di televisite superiore a 1000 erogazioni, numero di visite di controllo (visite di controllo e televisite) superiore a 3000 erogazioni ed una percentuale di "shifting" superiore al 4%.



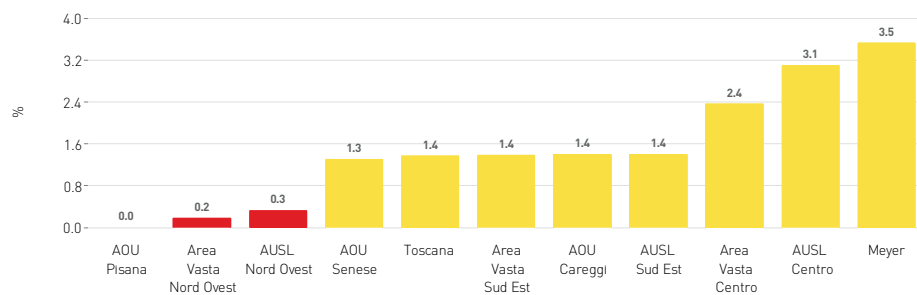
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
C13.R3 RESILIENZA - Telemedicina	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
<i>C13.R3.16 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Pneumologica)</i>	2.16	7.41	0.40	2.98	0.00	0.00	0.10	8.45	0.00	
<i>C13.R3.1 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Reumatologica)</i>	2.12	1.07	3.01	6.60	0.54	0.16	1.60	2.74		
<i>C13.R3.2 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)</i>	4.55	0.37	0.00	2.47	0.55	61.38	0.67			
<i>C13.R3.3 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)</i>	1.37	0.32	3.10	1.39	0.00	1.31	1.39	3.53		
<i>C13.R3.4 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)</i>	3.23	1.47	4.31	6.54	4.35	0.02	2.17	0.10		
<i>C13.R3.5 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Infettivologica)</i>	10.36	0.65	2.83	10.06	46.85	8.22	4.42	34.53		
<i>C13.R3.6 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Immunologica)</i>	4.79		7.30		0.28	0.00	2.28	47.42		
<i>C13.R3.7 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Geriatrica)</i>	22.68	9.23	30.15	13.93	4.91	18.56	15.78			
<i>C13.R3.8 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Gastroenterologica)</i>	8.90	0.06	0.14	13.66	0.00	0.00	0.42	60.51		
<i>C13.R3.9 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Endocrinologica)</i>	4.14	0.02	0.19	4.99	1.66	0.00	15.64	1.35	0.00	
<i>C13.R3.10 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)</i>	8.87	16.93	2.59	0.42	27.45	1.59	7.95	21.55		
<i>C13.R3.11 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)</i>	18.56	6.10	13.95	35.41	4.98	0.66	53.30	61.65	18.86	
<i>C13.R3.12 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Nutrizionale)</i>	22.56	67.70	0.87	67.37	5.04	0.00	5.15	99.21	0.00	100.00
<i>C13.R3.13 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)</i>	2.89	5.05	0.08	8.06	0.66	0.06	1.93	0.00	4.56	
<i>C13.R3.14 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Allergologica)</i>	5.82	0.54	1.02	11.00	2.72	0.45	8.70	20.92		
<i>C13.R3.15 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Algologica)</i>	10.66	0.00	0.18	0.00	13.64	0.00	24.57	100.00		

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

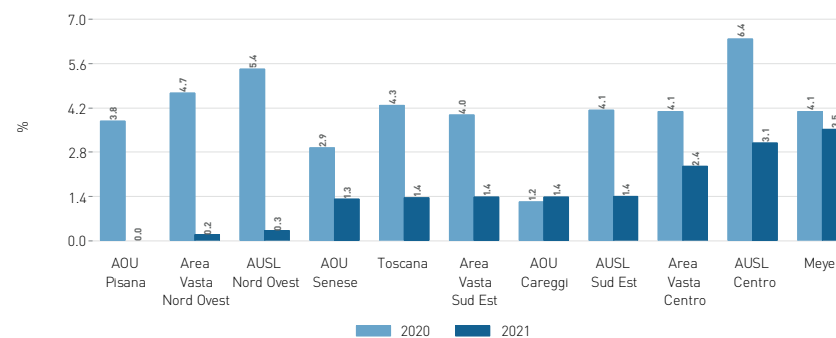
L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Oncologica).



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

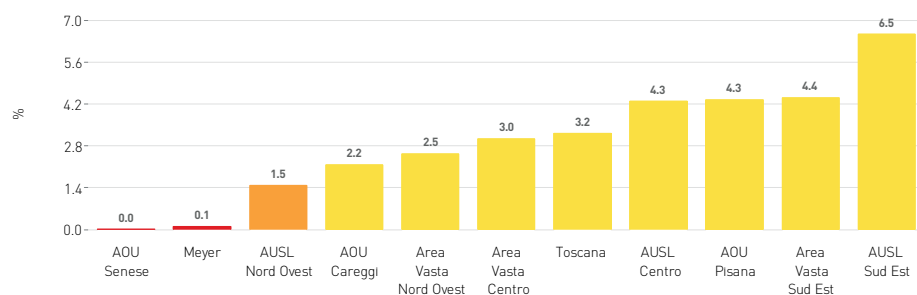


C13.R3.4 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)

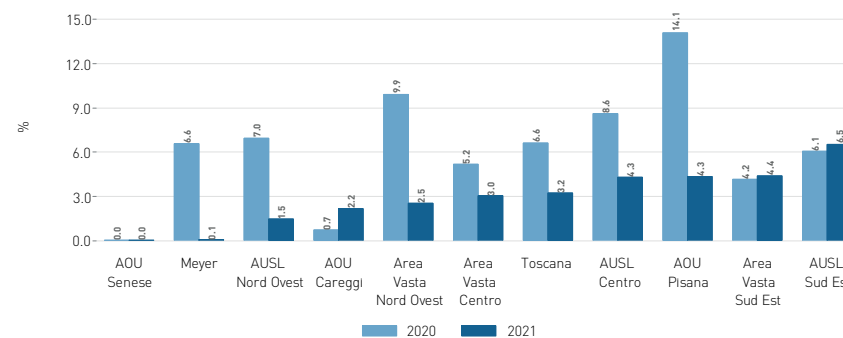
L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo [Neurologica].



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

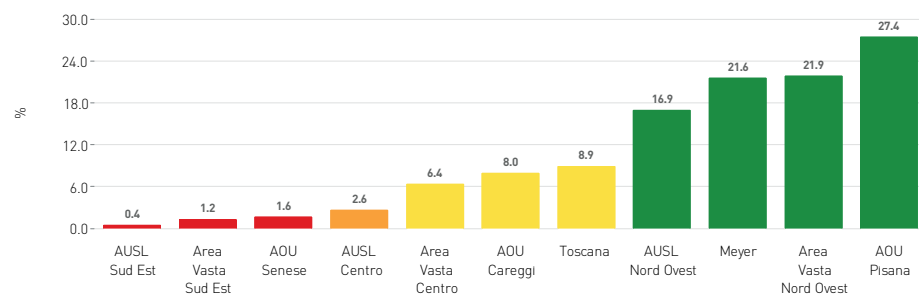


C13.R3.10 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)

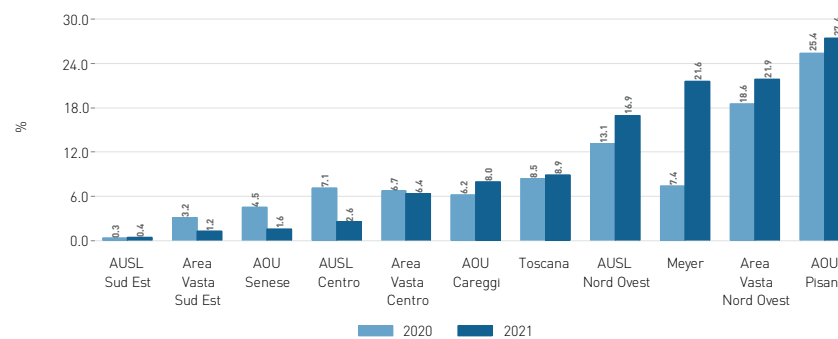
L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Ematologica).



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

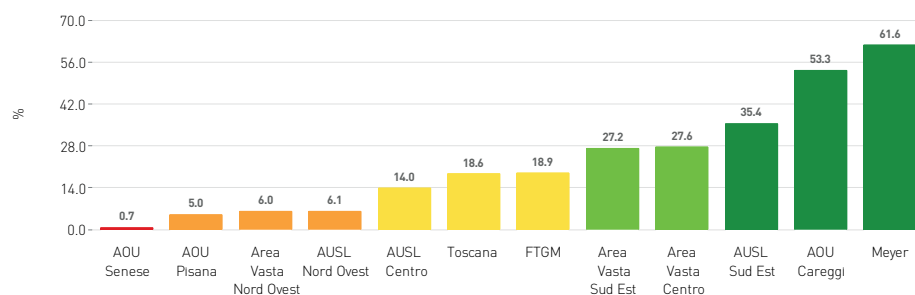


C13.R3.11 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)

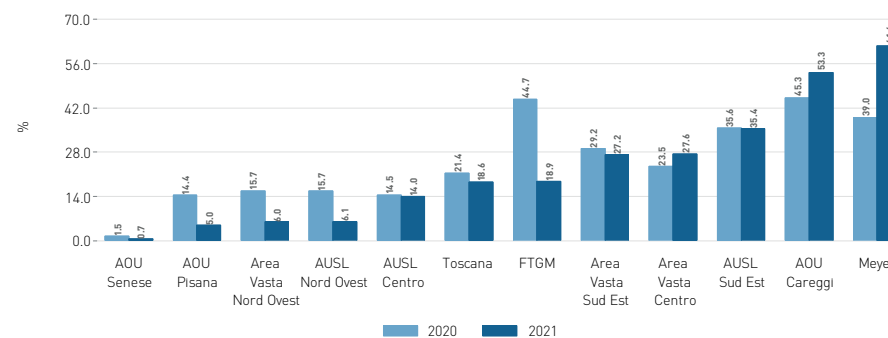
L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Diabetologica).



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend

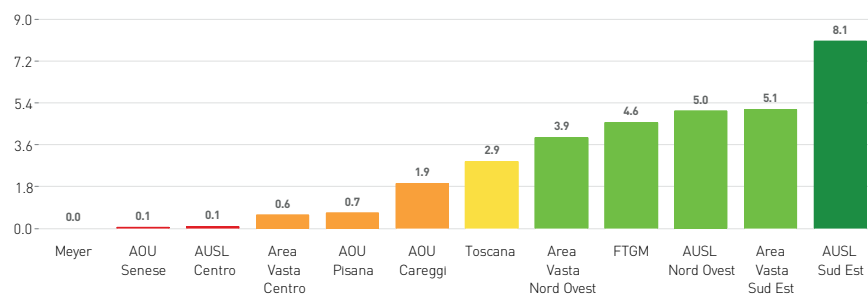


C13.R3.13 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)

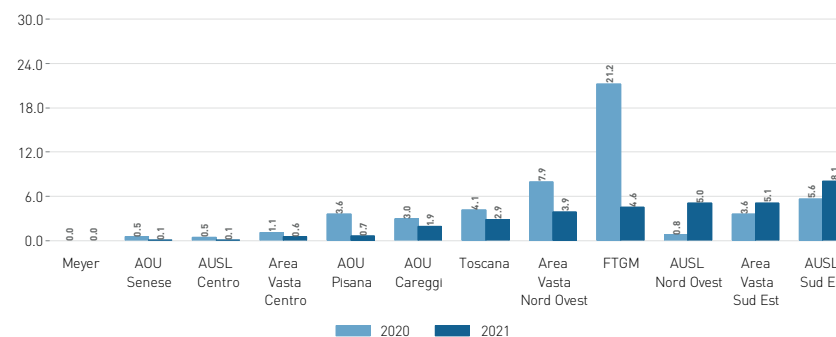
L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Cardiologica).



Aziende - Dati 2021



Aziende - Trend



B7R RESILIENZA - Vaccinazioni COVID-19

La vaccinazione COVID-19 è fondamentale per limitare il raggiungimento di stadi avanzati e gravi dell'infezione e per garantire la protezione dei soggetti a rischio. Inoltre, la misurazione delle vaccinazioni COVID-19, permette di valutare l'efficacia della campagna vaccinale, la risposta della popolazione e la tenuta del sistema organizzativo.



B7R RESILIENZA - Vaccinazioni COVID-19

B7.9 Vaccinazioni Covid-19 - Popolazione

B7.9.1 Copertura per vaccino COVID 19 - Ciclo completo

B283R.7 Vaccinazioni Covid-19 - RSA

B283R.7.1 Copertura vaccinale Covid-19 assistiti In RSA

B283R.7.2 Copertura vaccinale Covid-19 operatori In RSA

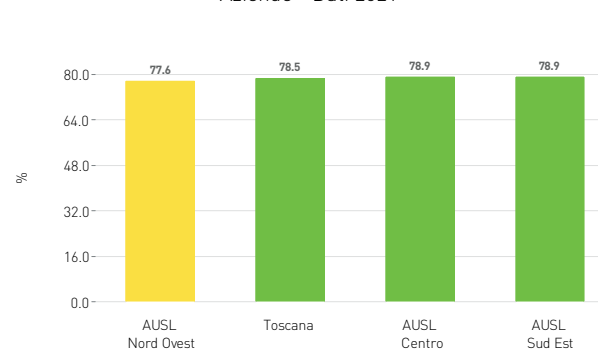
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
78.49	77.65	78.91	78.94
88.66	90.96	84.93	92.17
94.42	94.31	94.97	93.76

B7.9.1 Copertura per vaccino COVID 19 - Ciclo completo

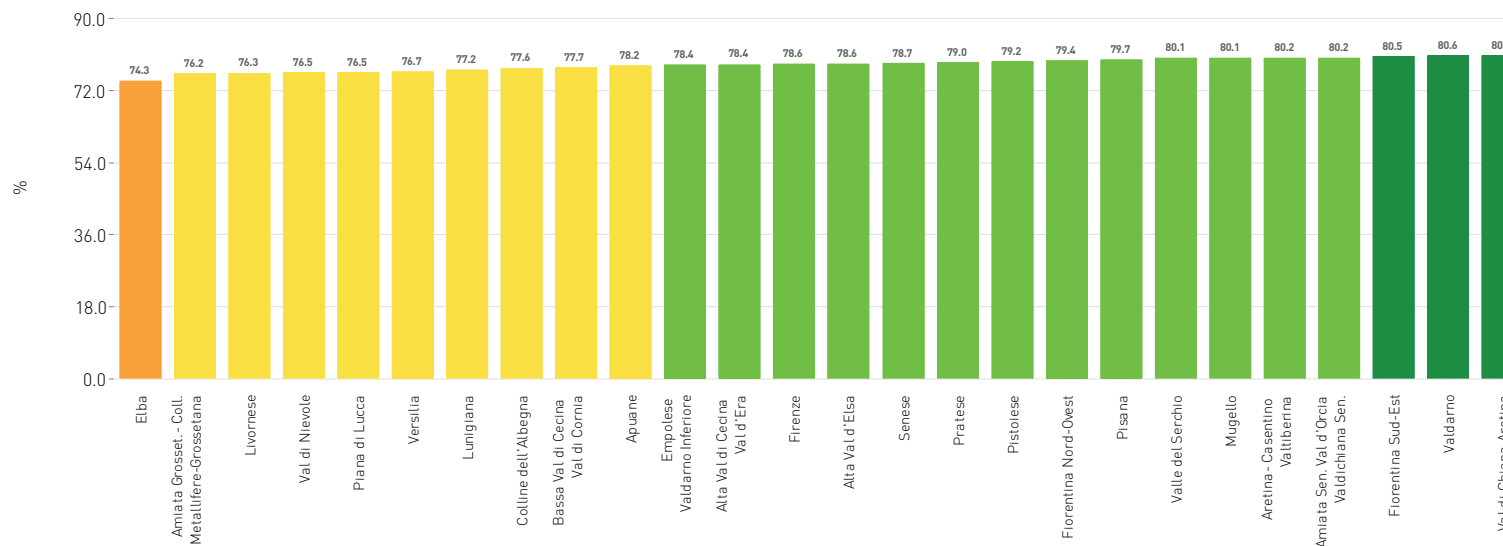
Per quanto riguarda i vaccini Comirnaty, Moderna, Vaxzevria, il ciclo vaccinale completo prevede due dosi, a distanza di alcune settimane l'una dall'altra, in base al tipo di vaccino. Per le persone che hanno già avuto l'infezione, decorsa in maniera sintomatica o asintomatica, è stata considerata la somministrazione di una sola dose, preferibilmente entro i 6 mesi dall'infezione e comunque non oltre i 12 mesi dalla guarigione, tranne che per le persone con immunodeficienza, primitiva o secondaria a trattamenti farmacologici, per le quali si raccomanda di effettuare comunque due dosi, non essendo prevedibile la protezione immunologica conferita dall'infezione da SARS-CoV-2 e la durata della stessa. Per il vaccino Janssen il ciclo prevede la somministrazione di una sola dose.



Aziende - Dati 2021



Zone Distretto - Dati 2021

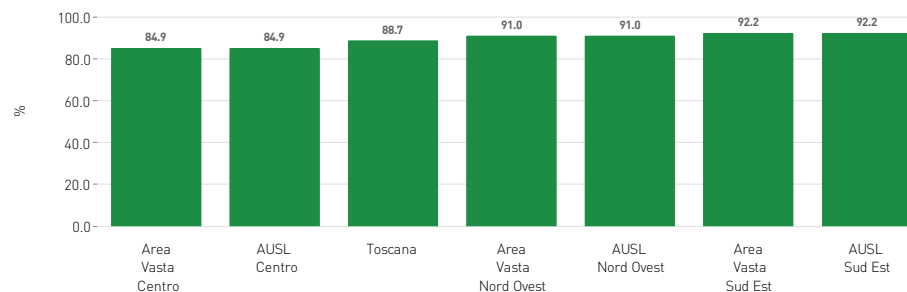


B283R.7.1 Copertura vaccinale Covid-19 assistiti in RSA

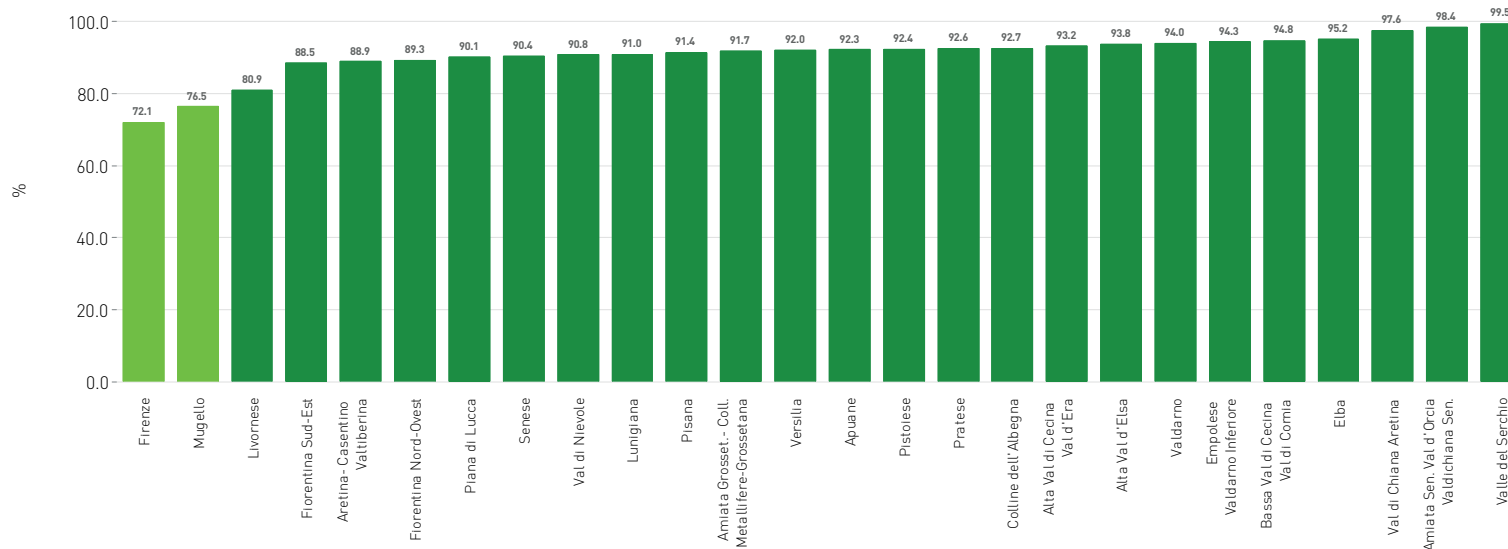
L'indicatore esprime la percentuale di assistiti residenti in RSA che hanno effettuato due vaccinazioni anti CoViD-19 entro il 30/06/2021, così come dichiarato dai responsabili di RSA che hanno compilato la Mappatura RSA 2020-2021 (onere previsto dalla Delibera della Giunta Regione Toscana n.496 del 2013).



Aziende - Dati 2021



Zone Distretto - Dati 2021

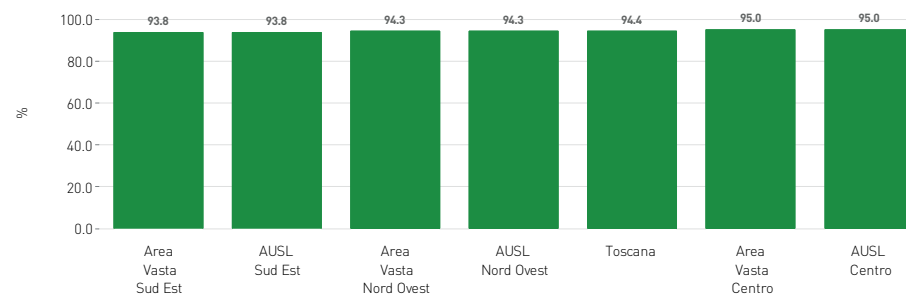


B283R.7.2 Copertura vaccinale Covid-19 operatori in RSA

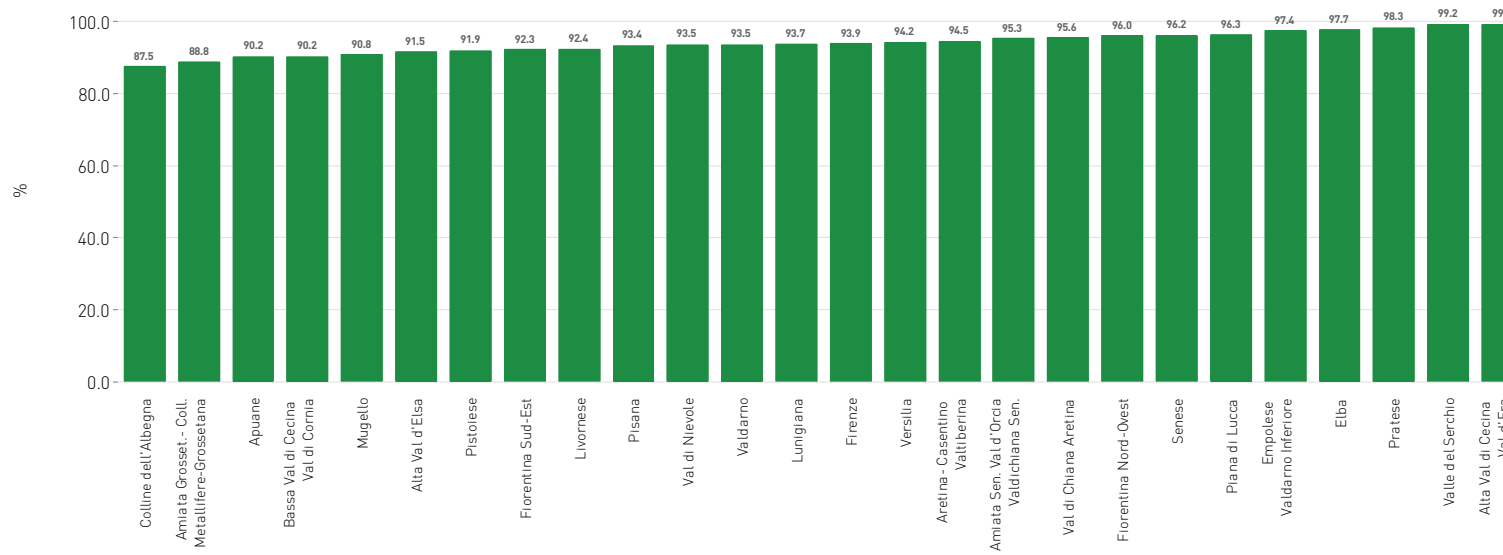
L'indicatore esprime la percentuale di operatori delle RSA che hanno ricevuto due dosi vaccinali anti CoViD-19 entro il 30/06/2021, così come dichiarato dai responsabili di RSA che hanno compilato la Mappatura RSA 2020-2021 (onere previsto dalla Delibera della Giunta Regione Toscana n.496 del 2013).



Aziende - Dati 2021



Zone Distretto - Dati 2021





4

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



4.1

BERSAGLI E PENTAGRAMMI DELLE ZONE DISTRETTO

Area Vasta Centro



Pistoiese

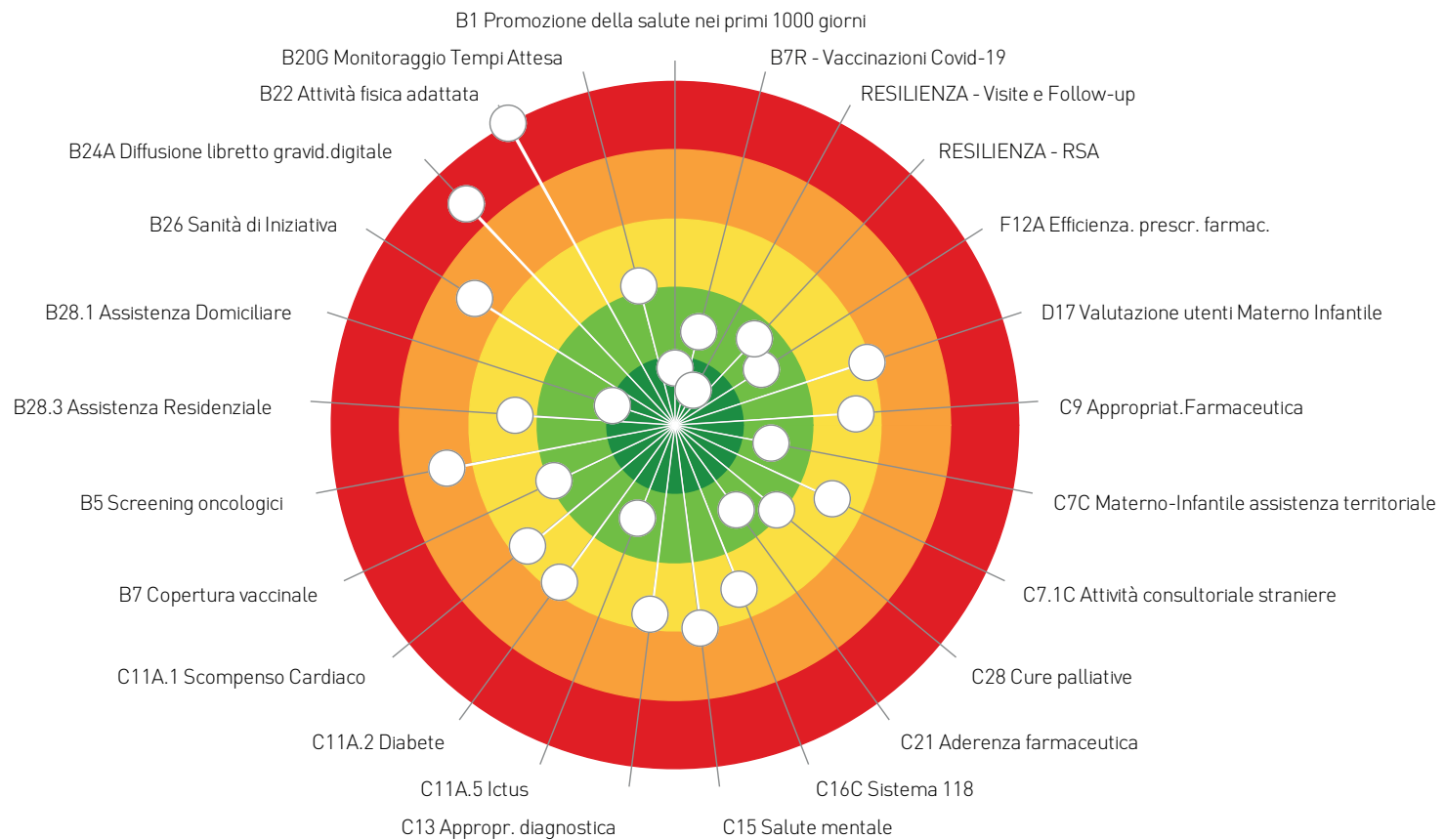
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

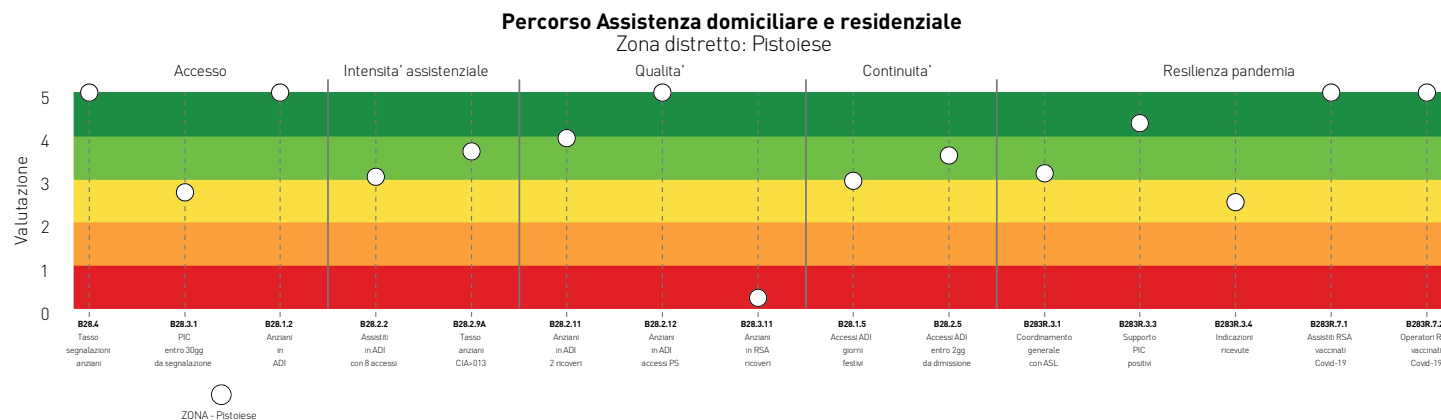
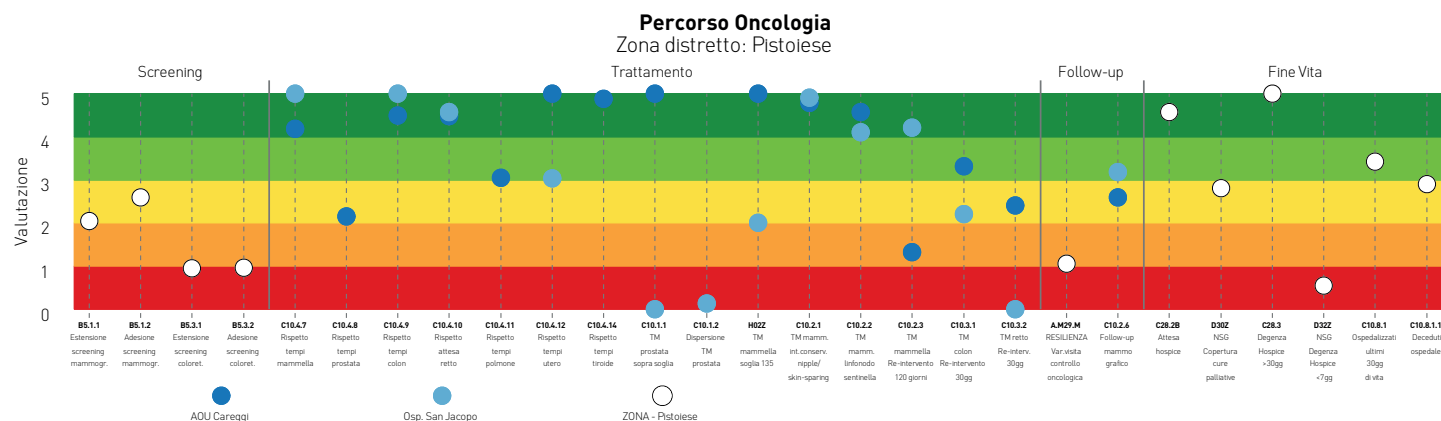
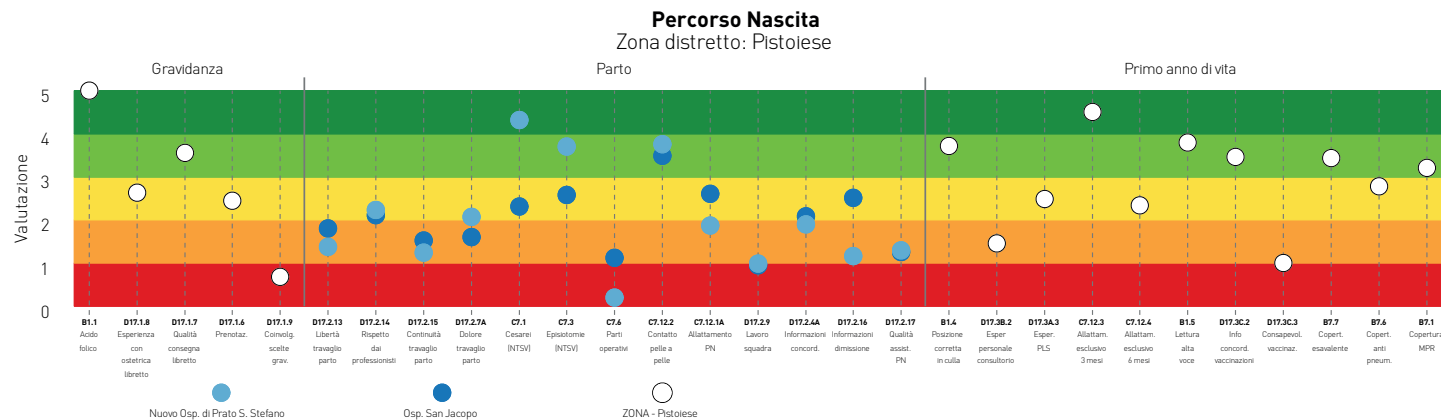
Numero indicatori di valutazione: 98

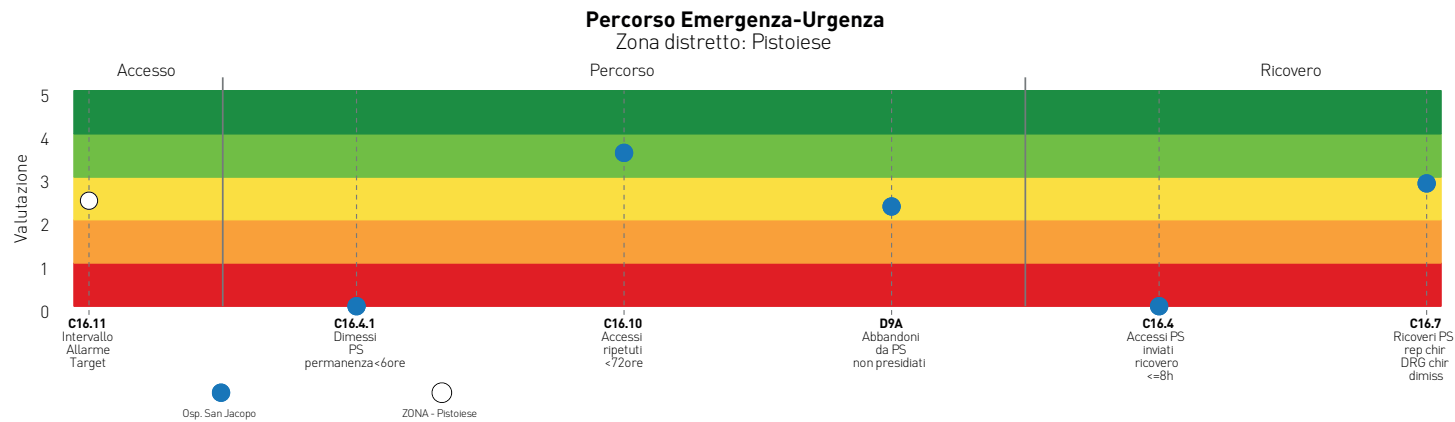
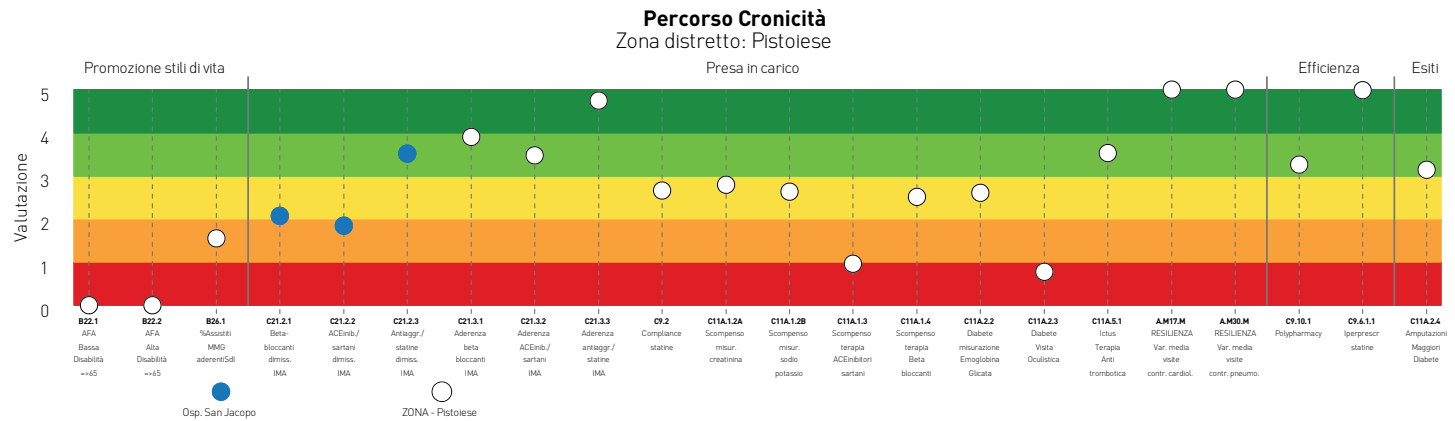
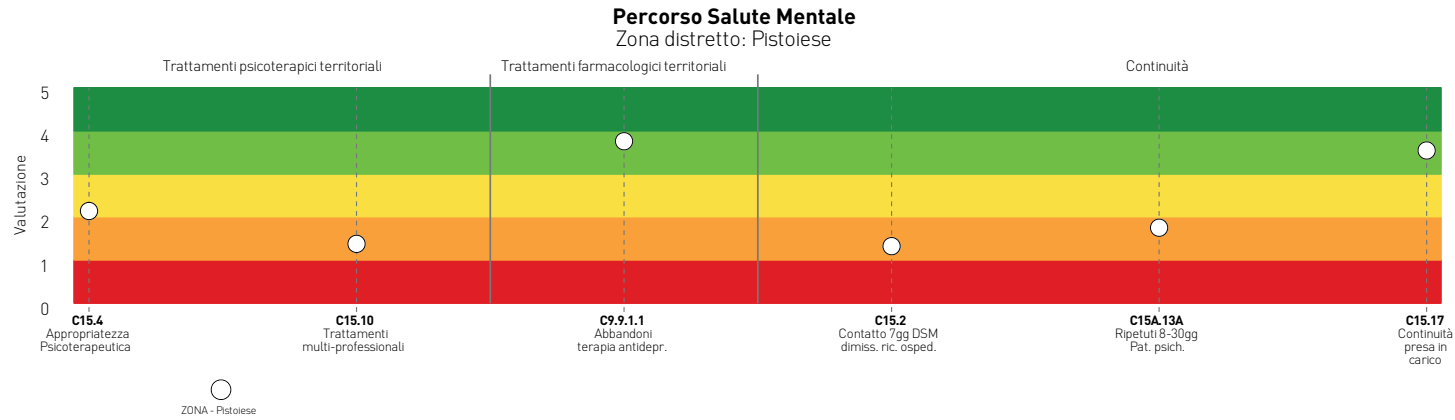


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Pistoiese Valutazione della performance 2021







Val di Nievole

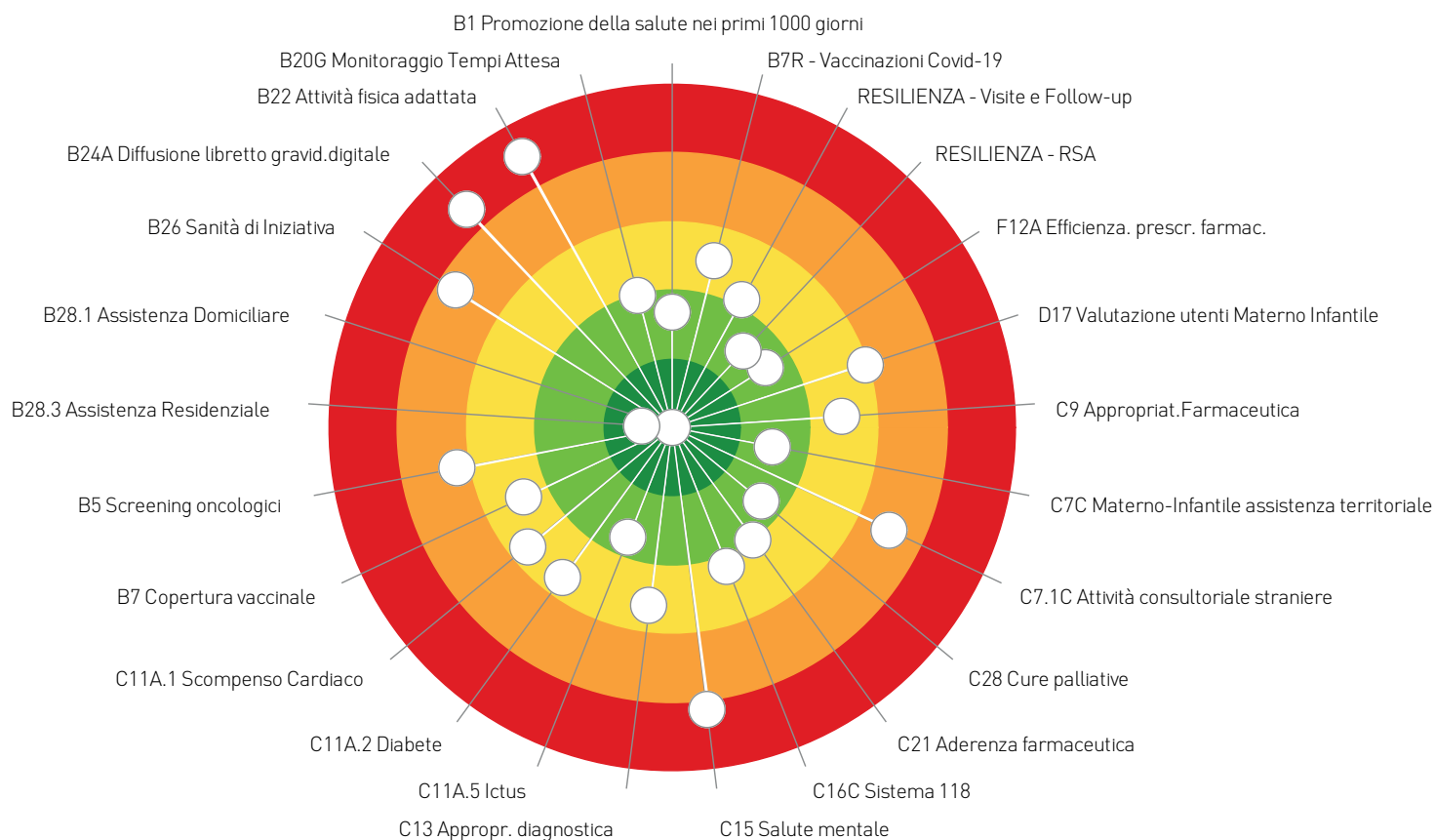
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

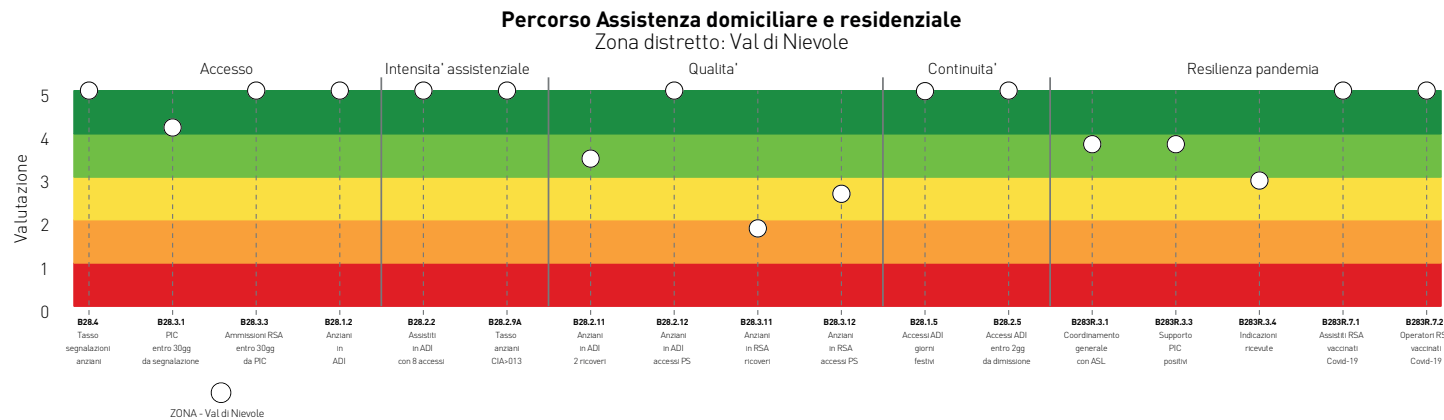
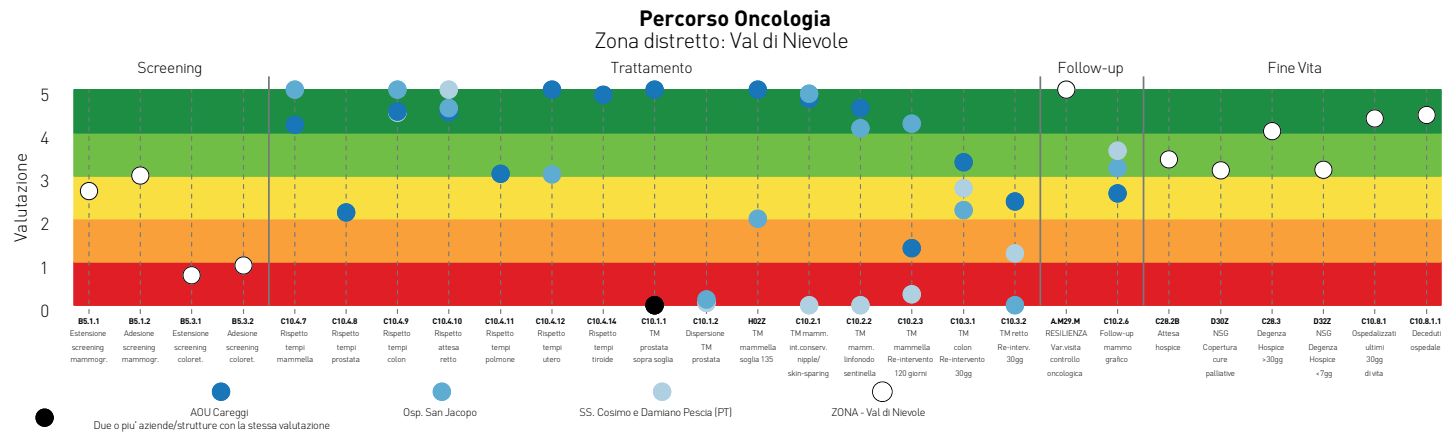
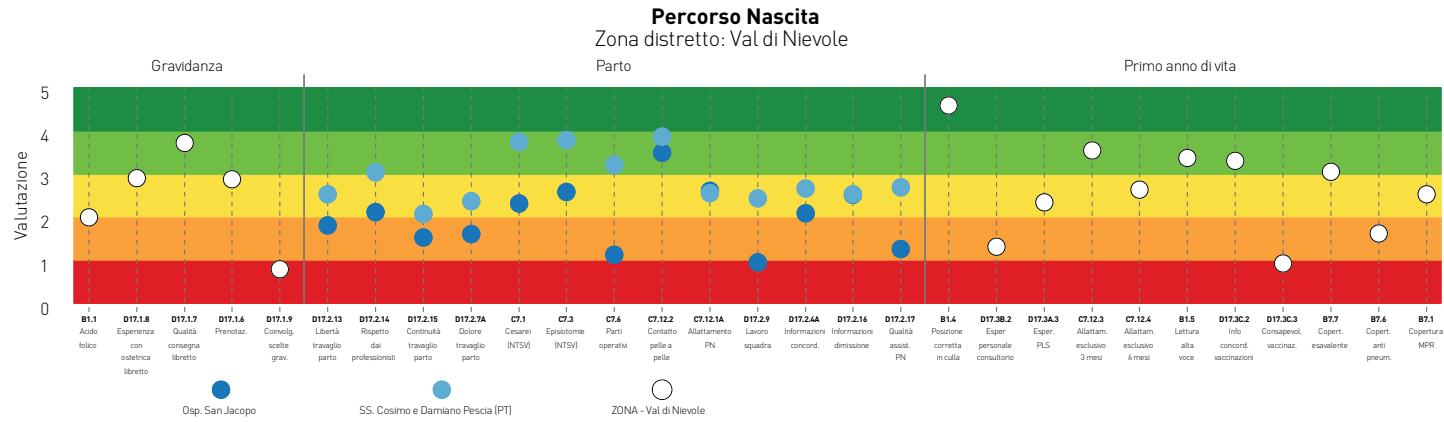
Numero indicatori di valutazione: 99

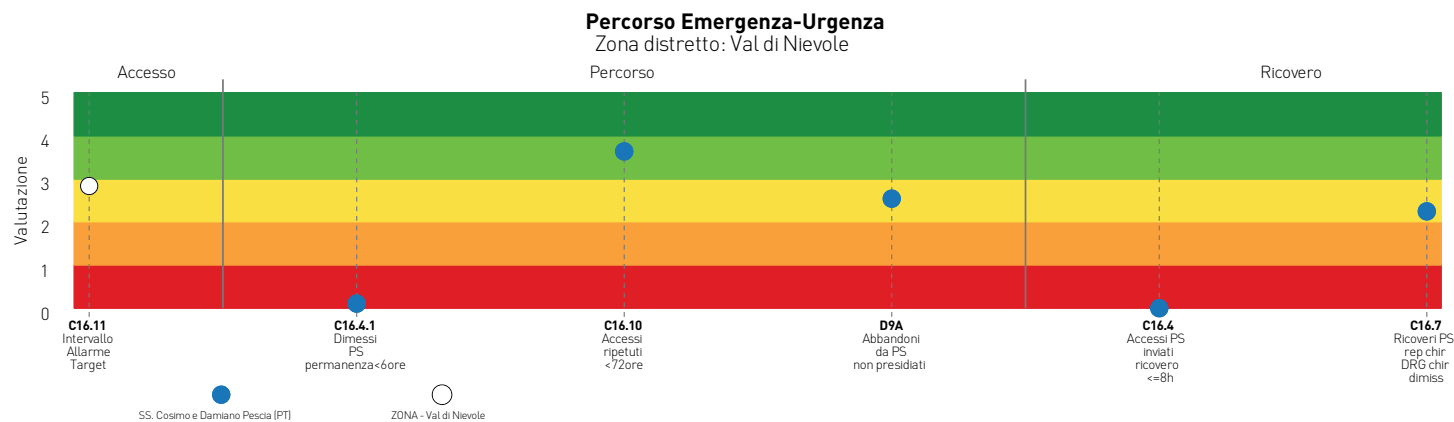
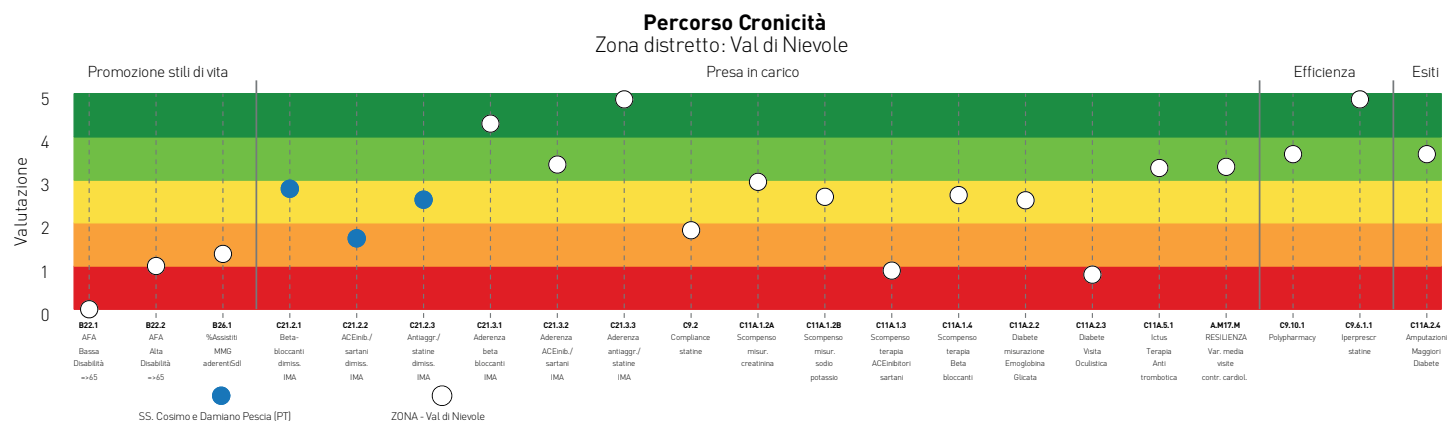
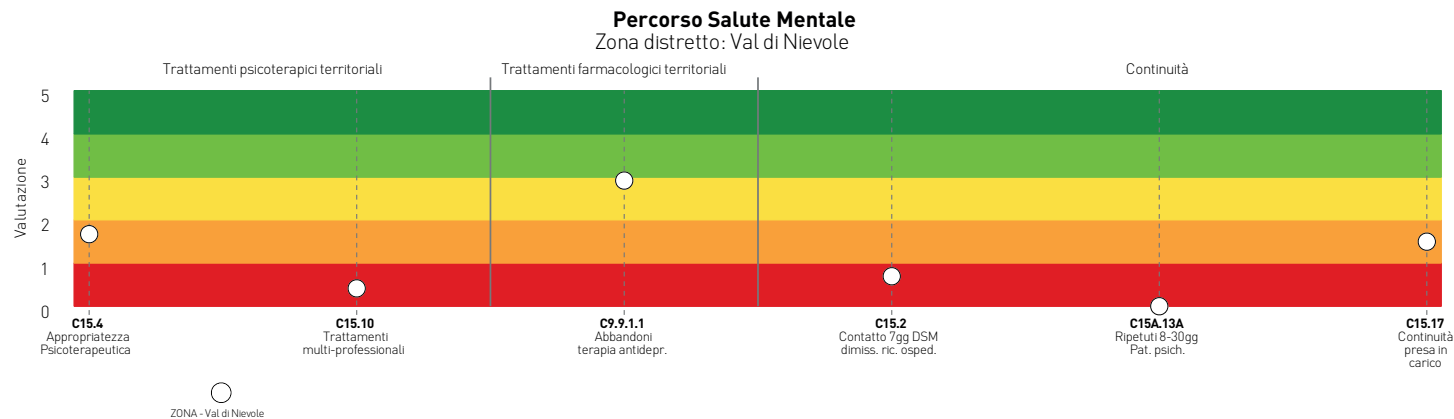


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Val di Nievole Valutazione della performance 2021



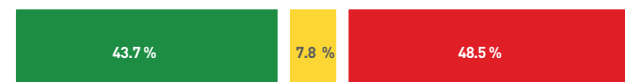




Pratese

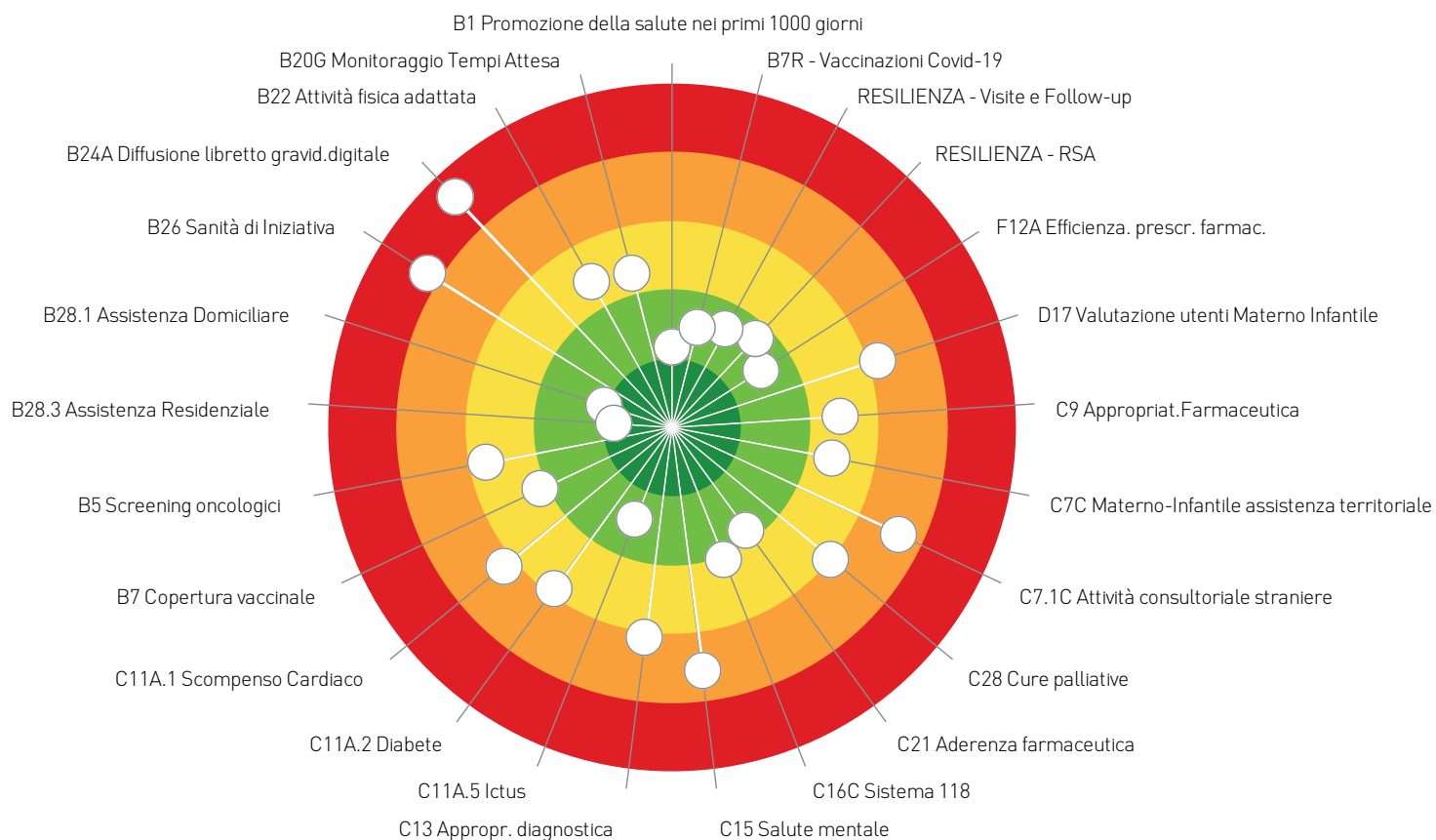
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

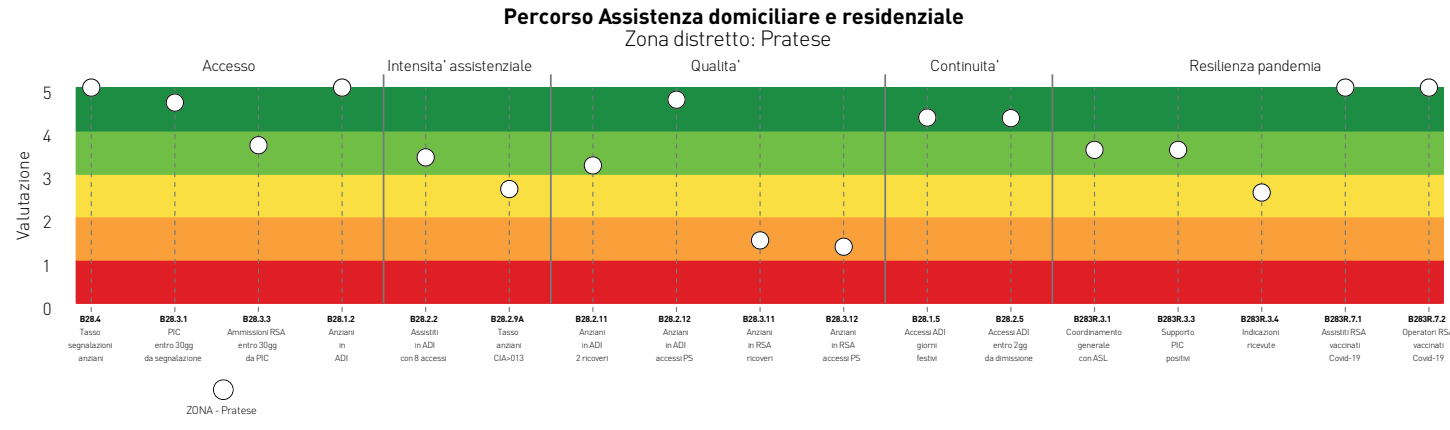
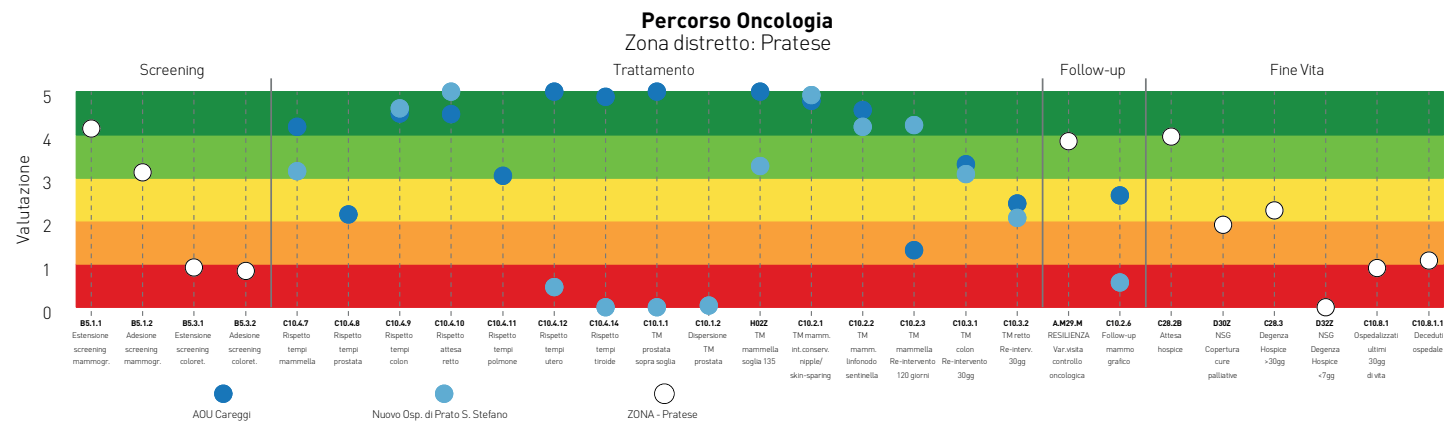
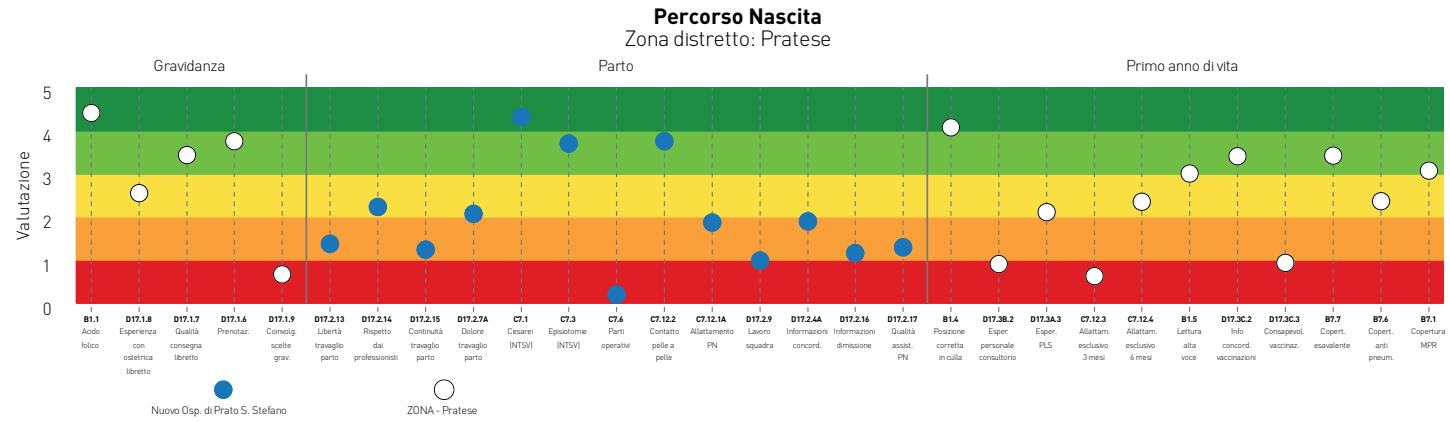
Numero indicatori di valutazione: 103

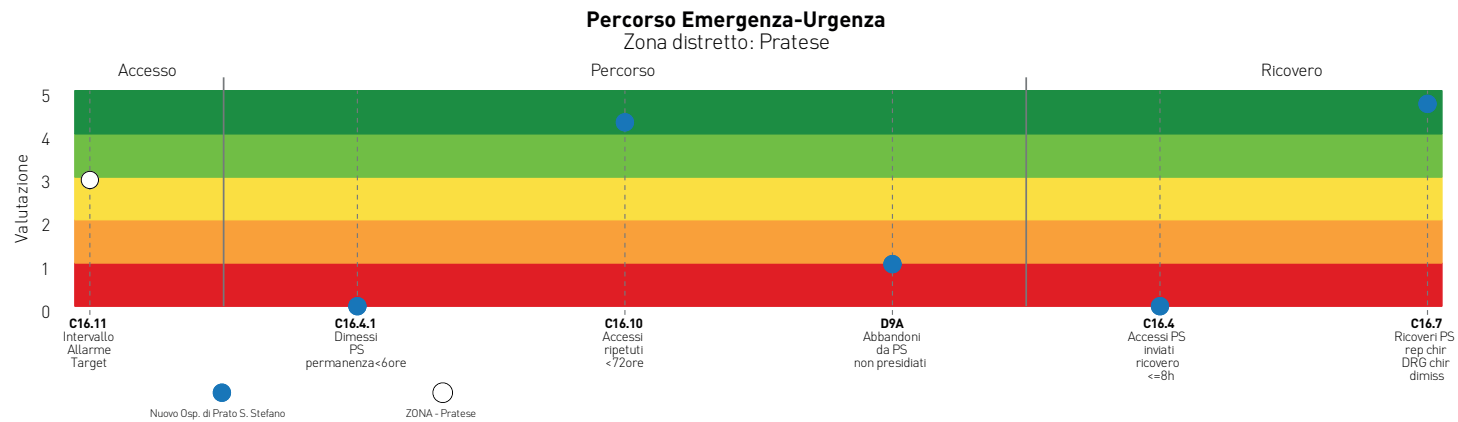
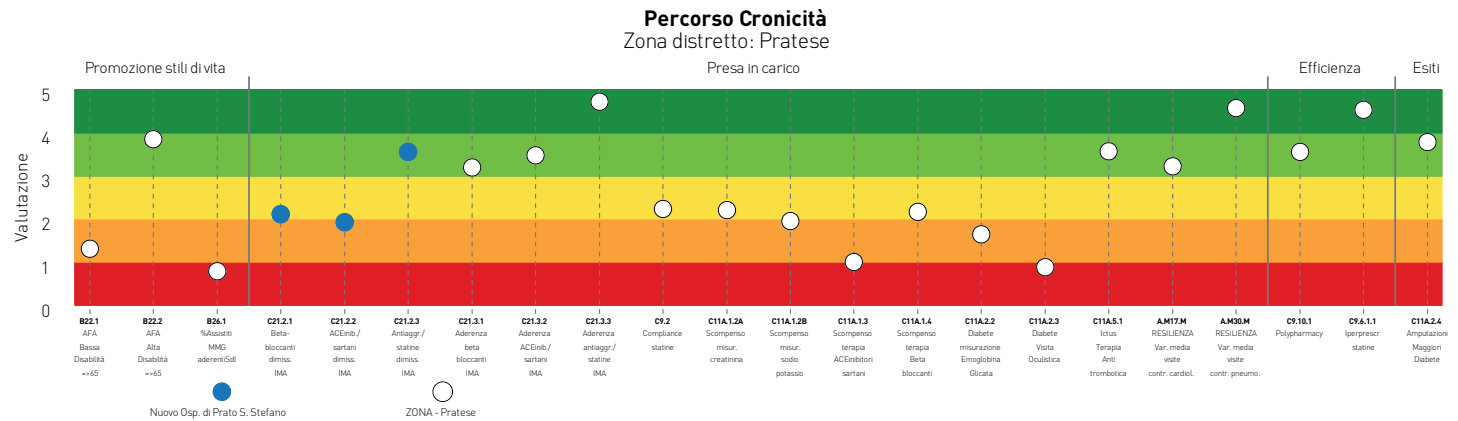
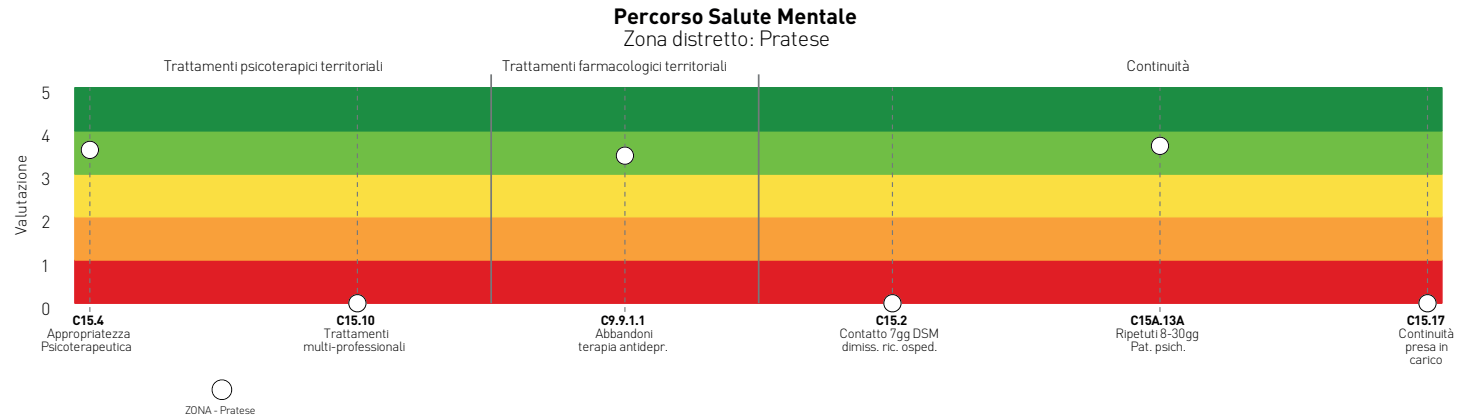


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Pratese Valutazione della performance 2021







Firenze

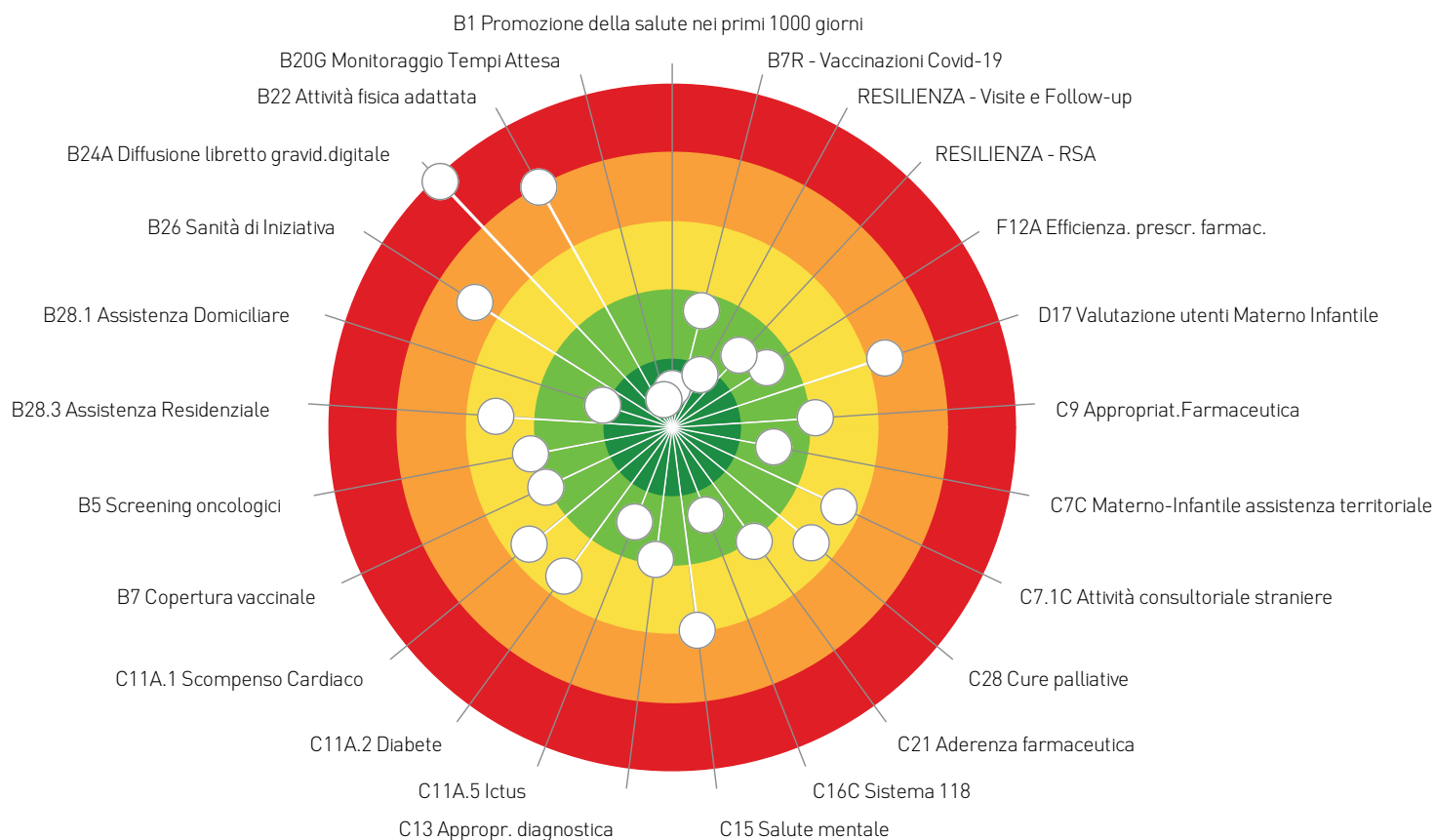
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

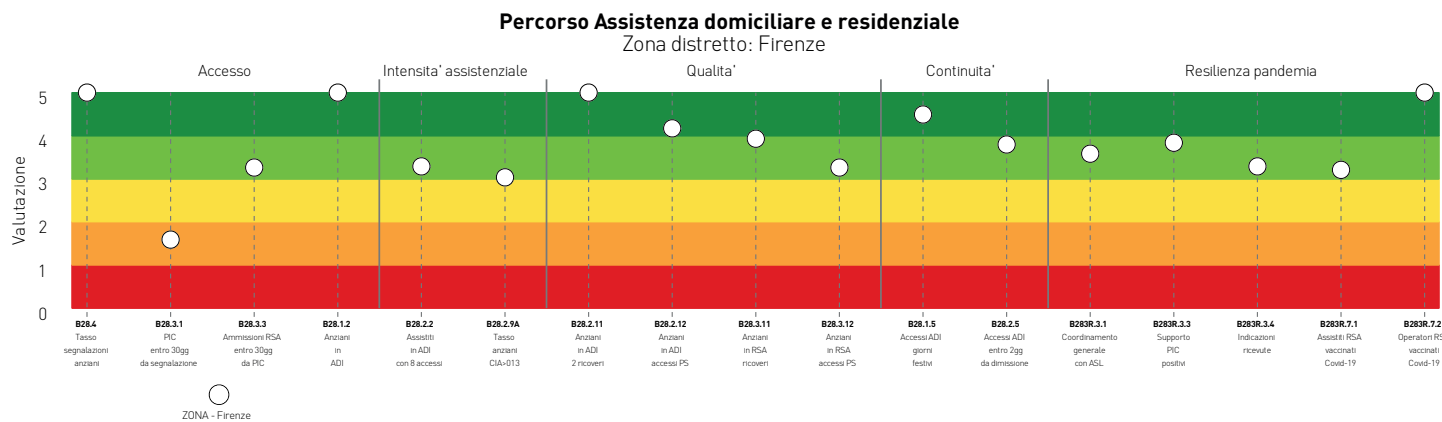
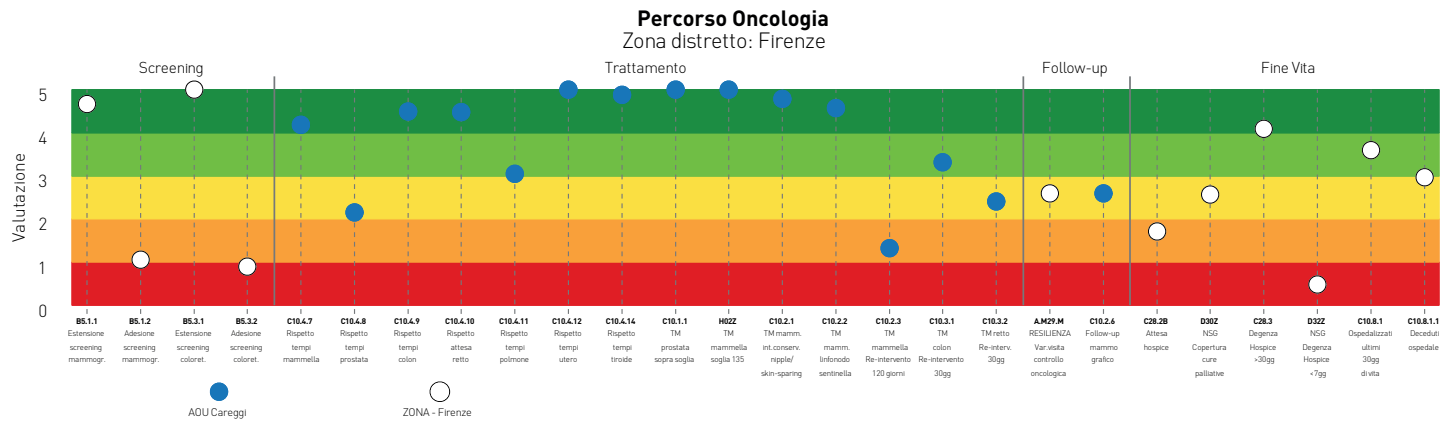
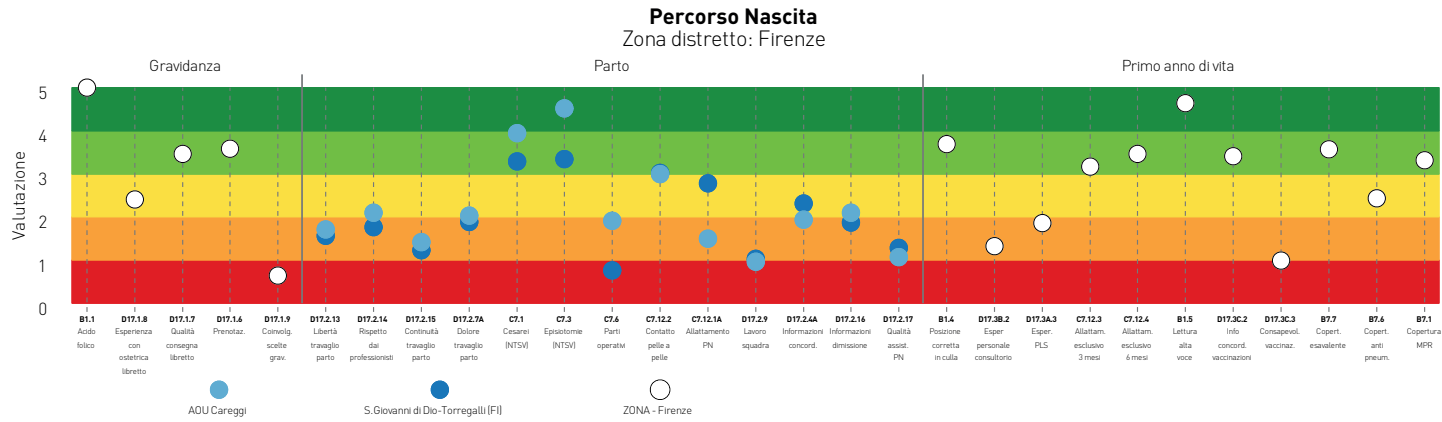
Numero indicatori di valutazione: 104



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

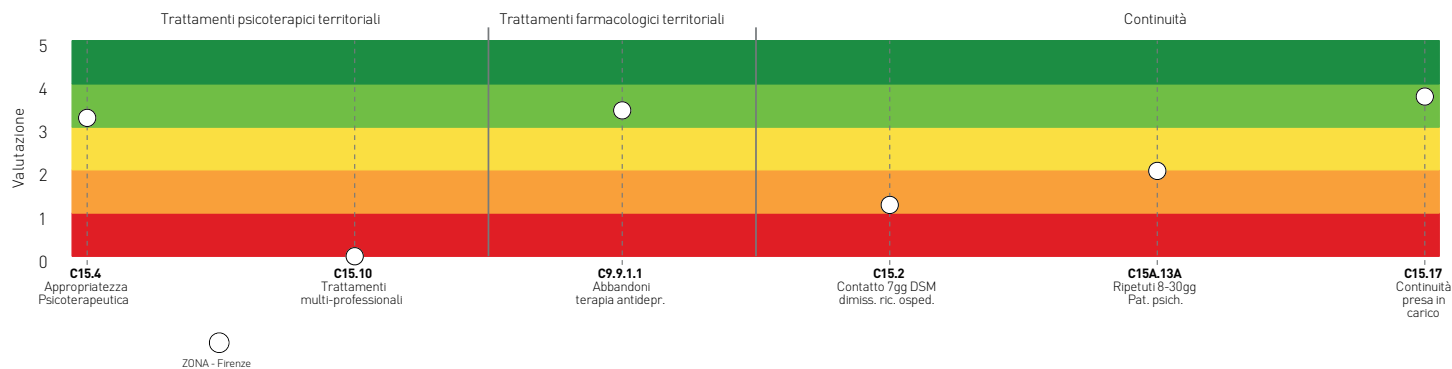
Firenze Valutazione della performance 2021





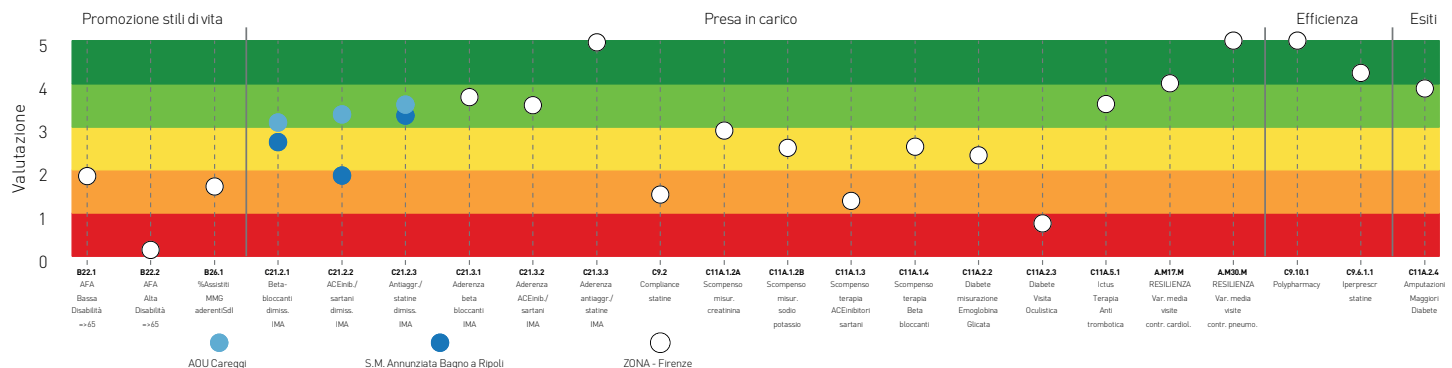
Percorso Salute Mentale

Zona distretto: Firenze



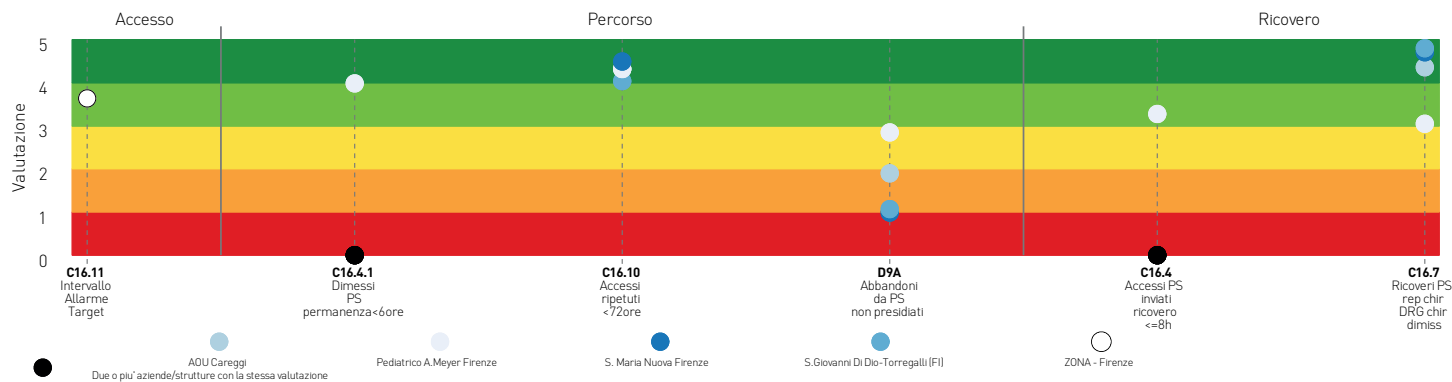
Percorso Cronicità

Zona distretto: Firenze



Percorso Emergenza-Urgenza

Zona distretto: Firenze



Fiorentina Nord-Ovest

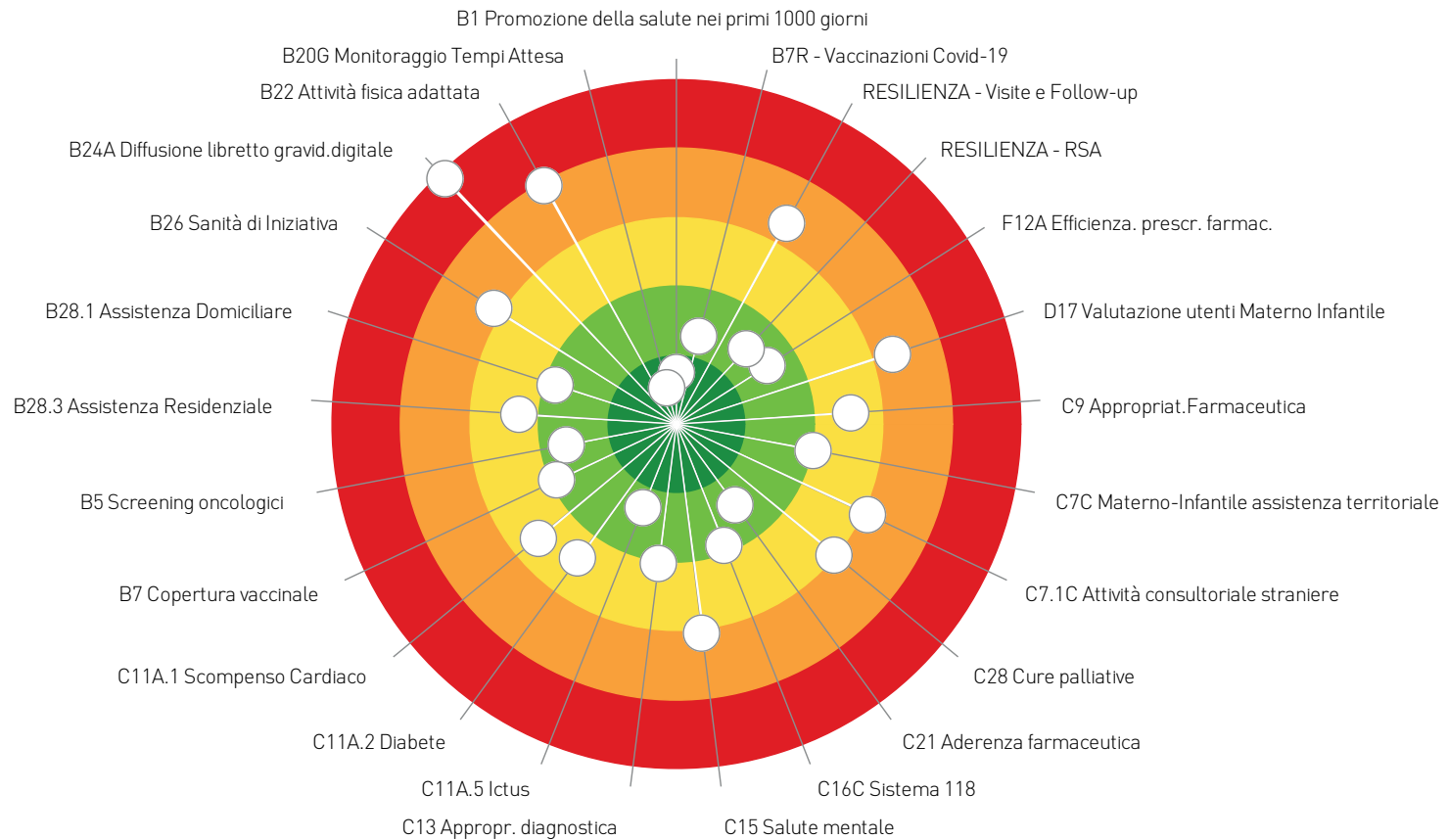
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

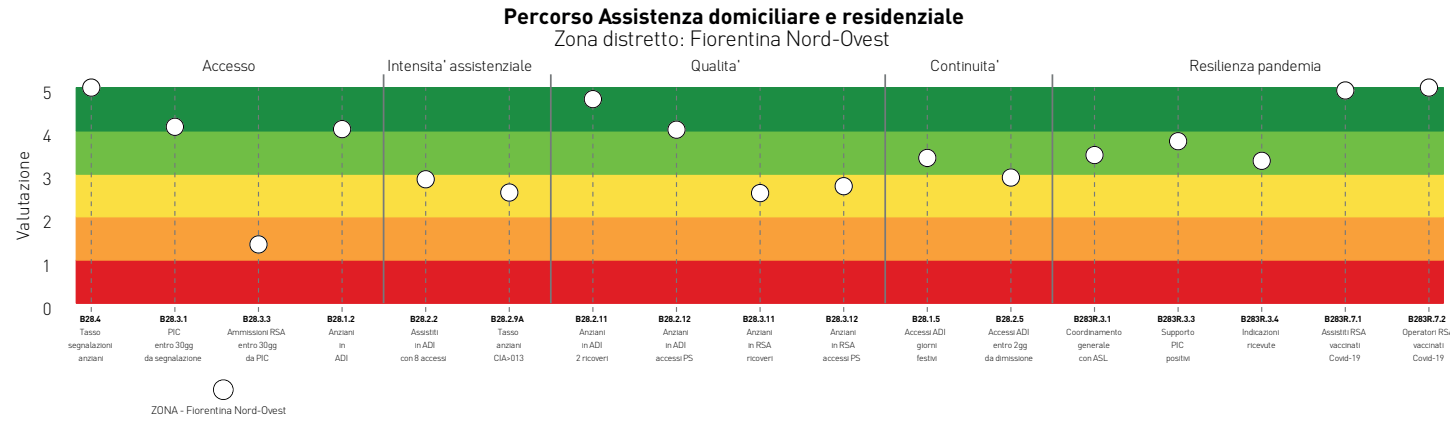
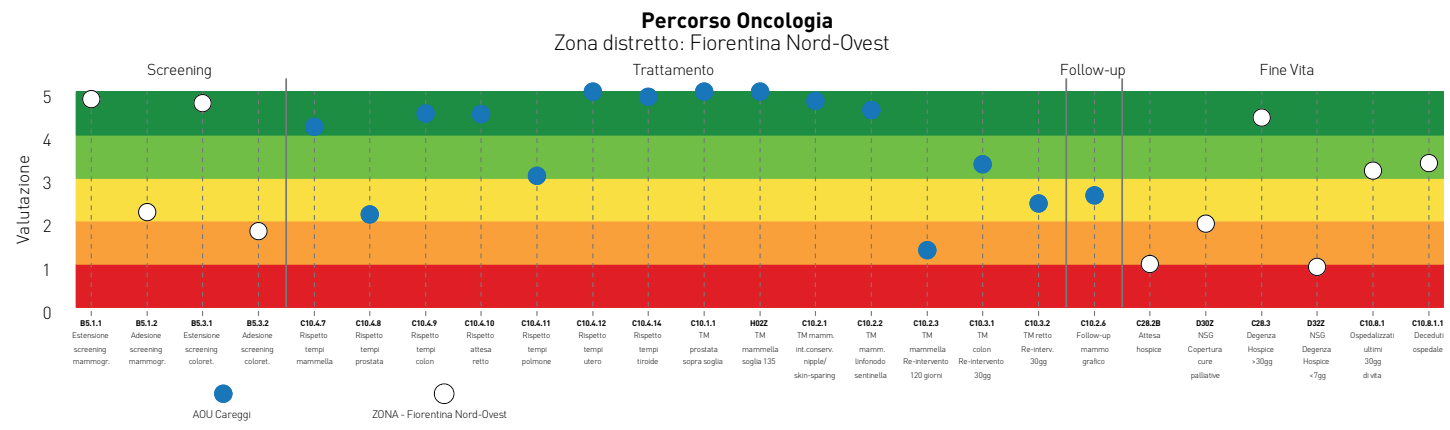
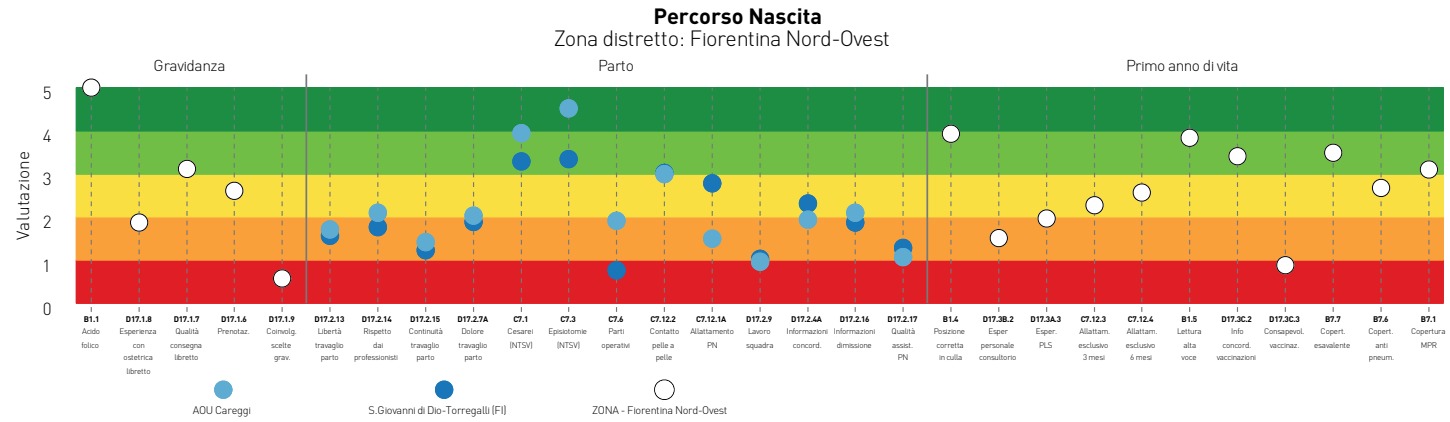
Numero indicatori di valutazione: 99

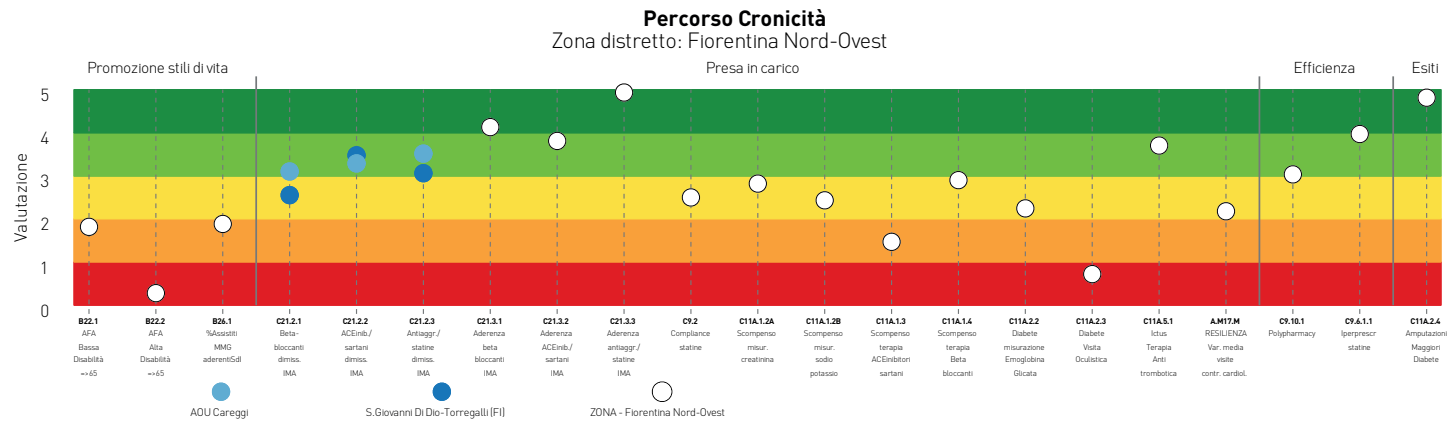
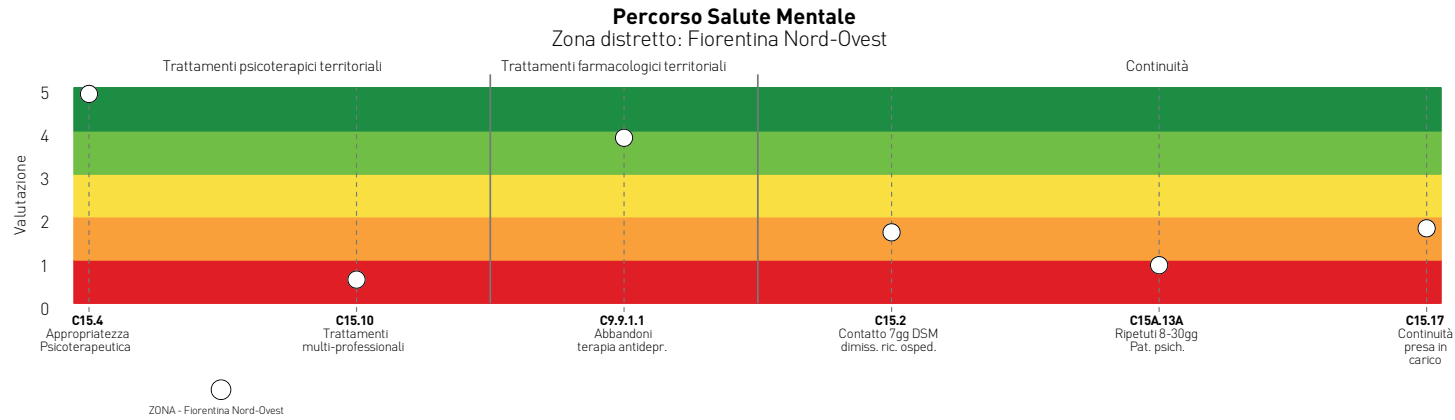


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Fiorentina Nord-Ovest Valutazione della performance 2021







Fiorentina Sud-Est

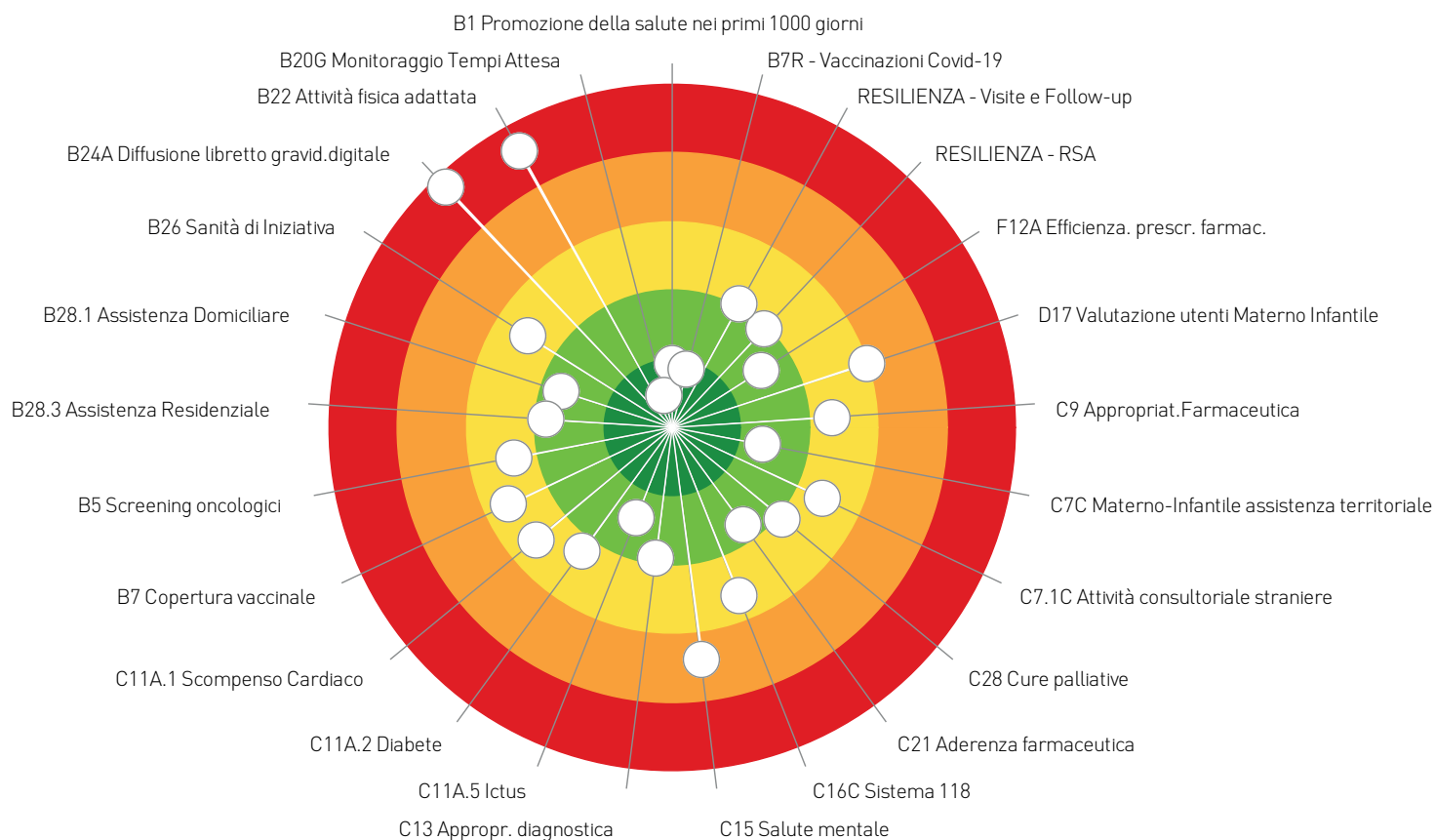
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

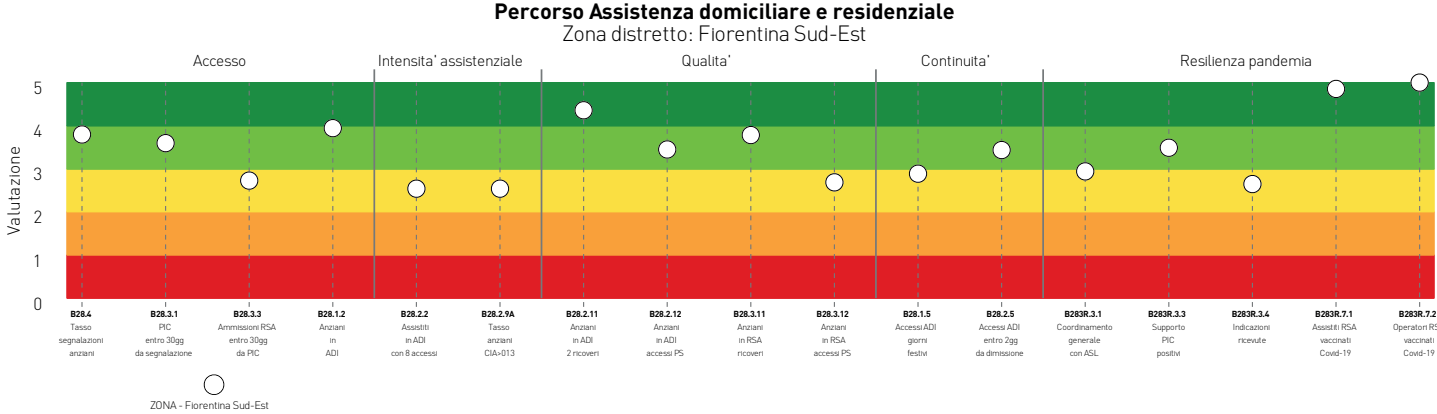
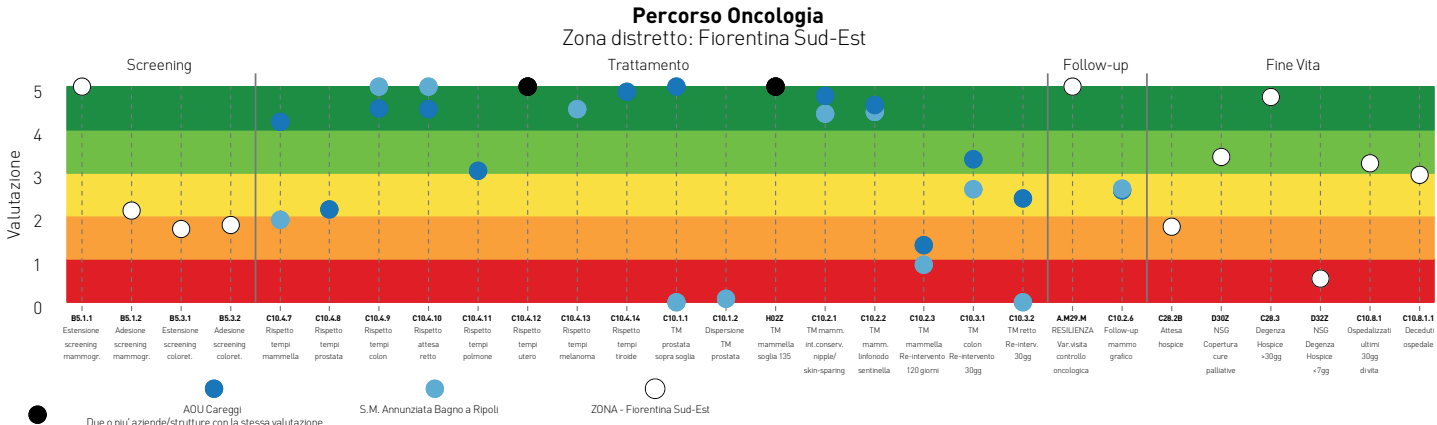
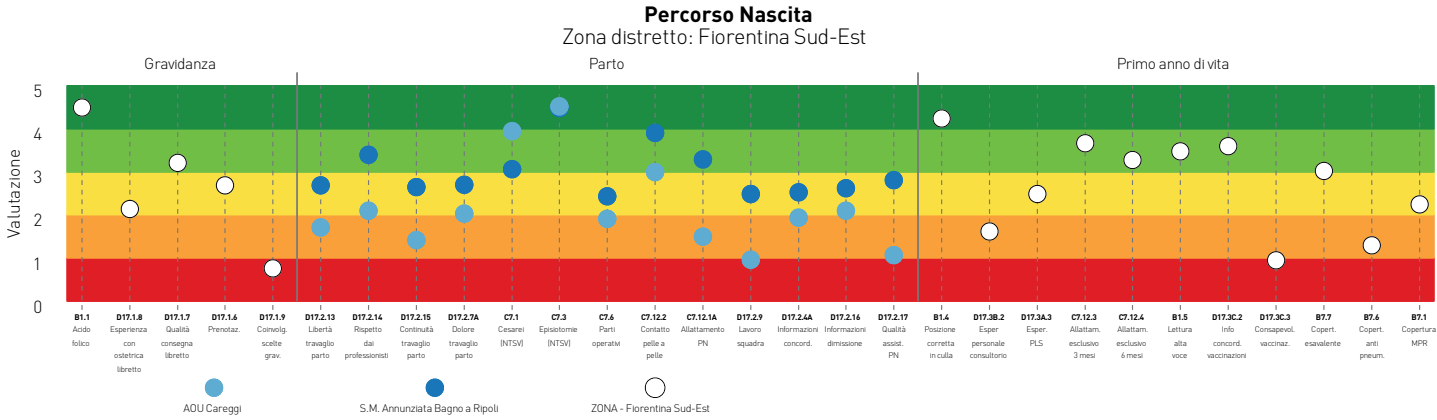
Numero indicatori di valutazione: 103

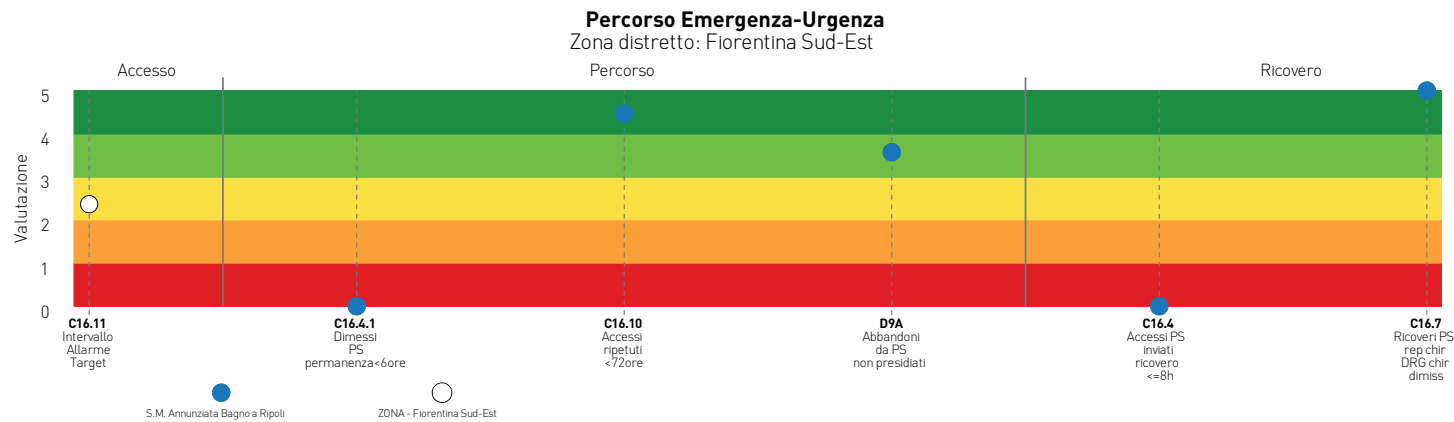
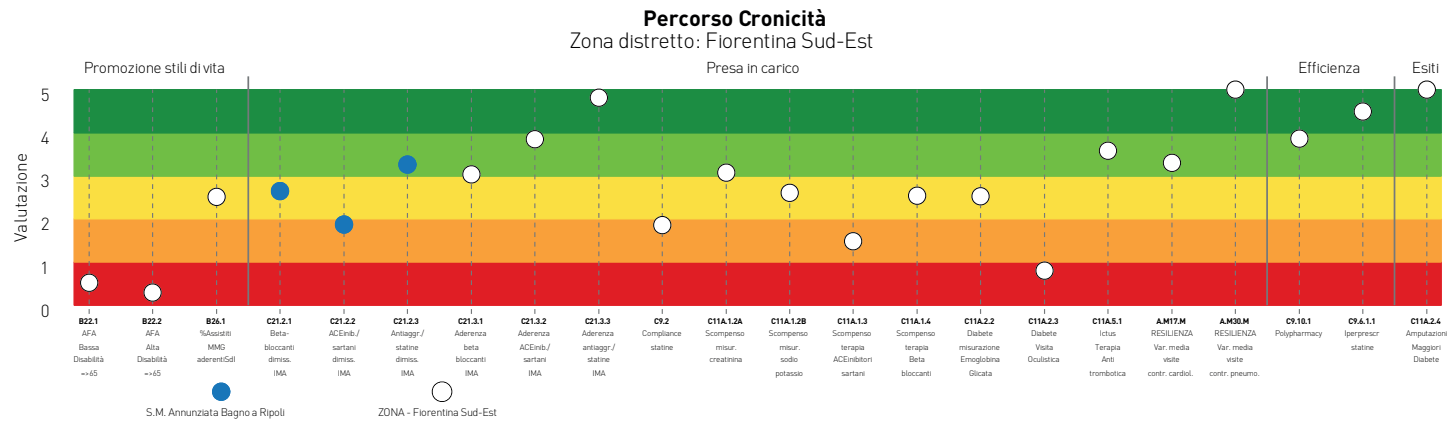
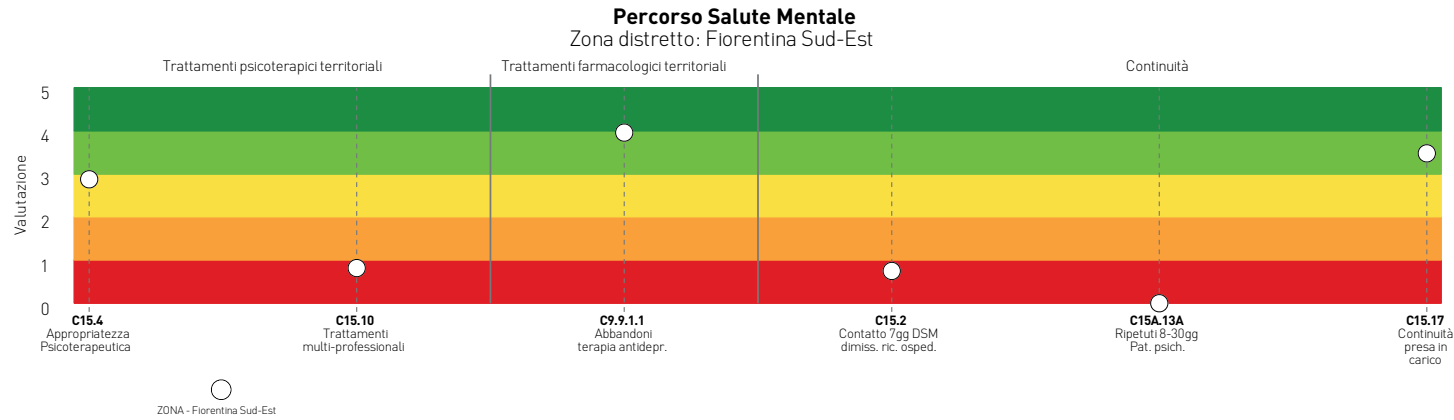


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Fiorentina Sud-Est Valutazione della performance 2021



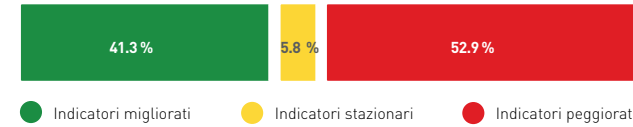




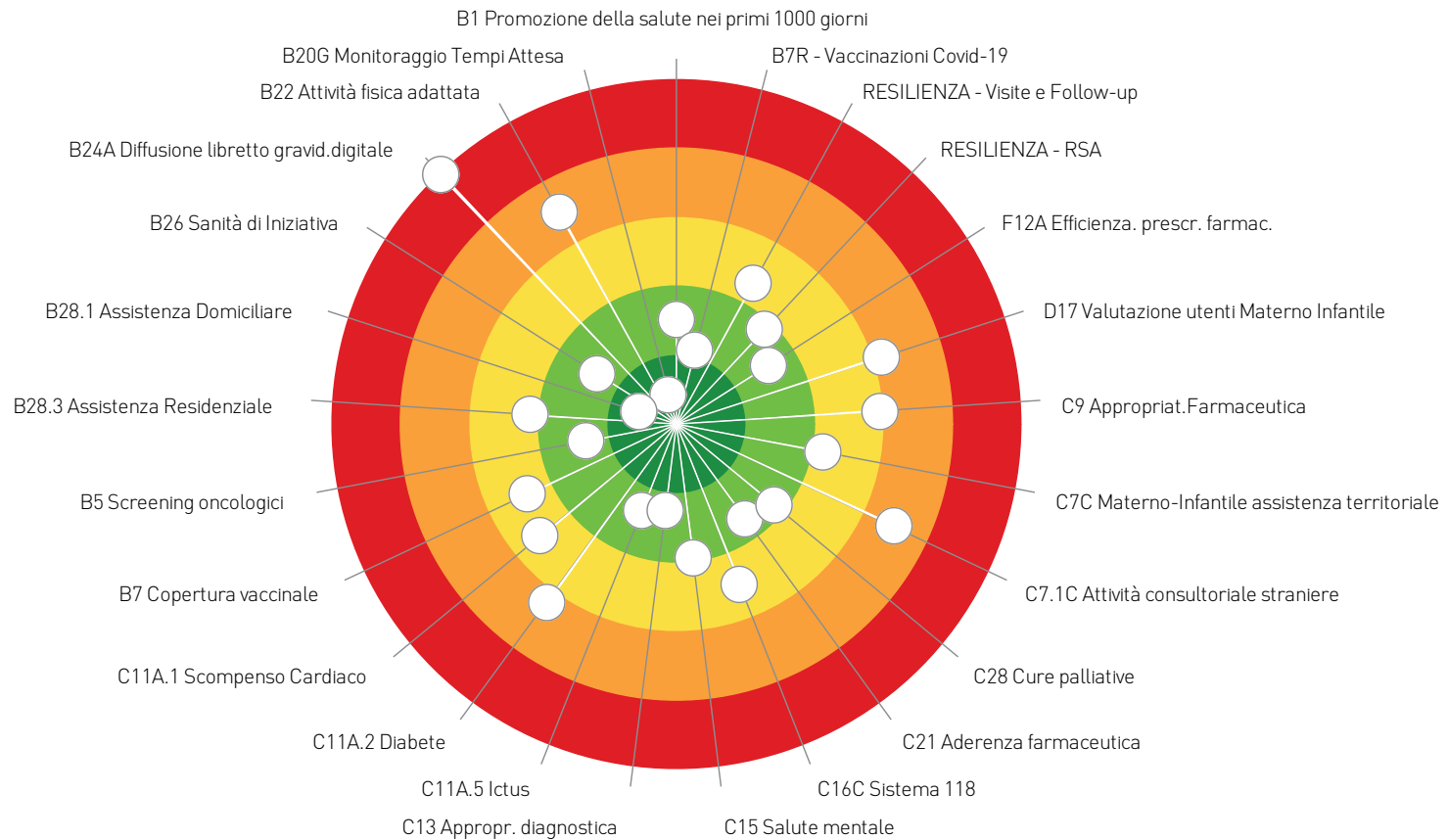
Mugello

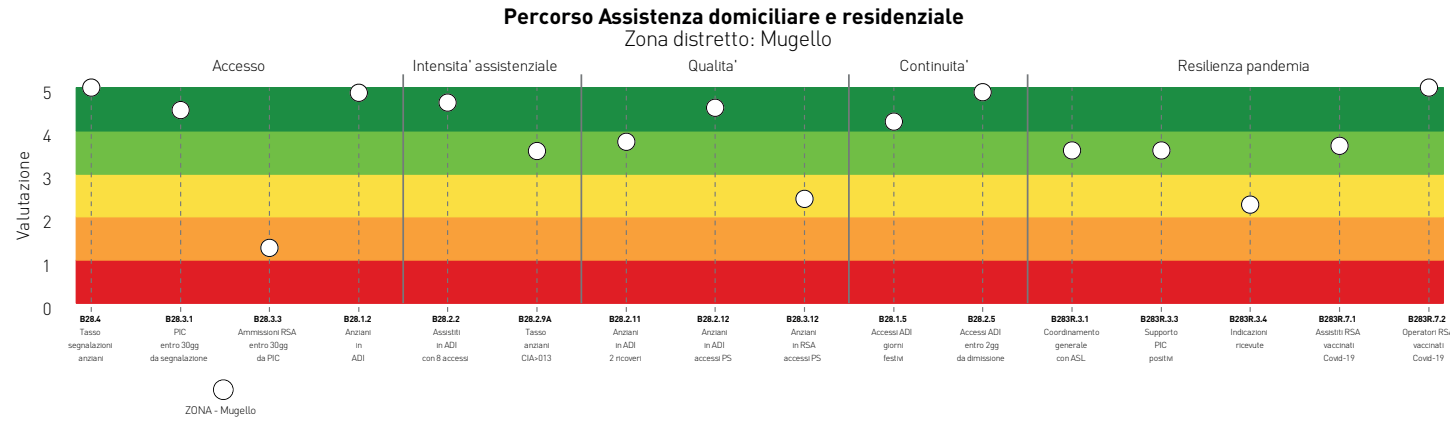
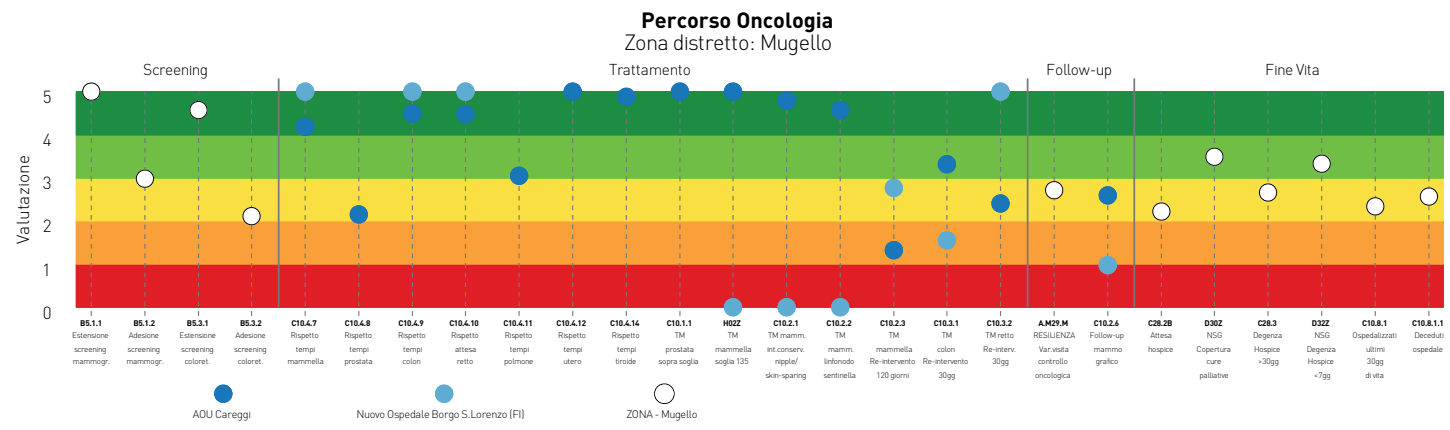
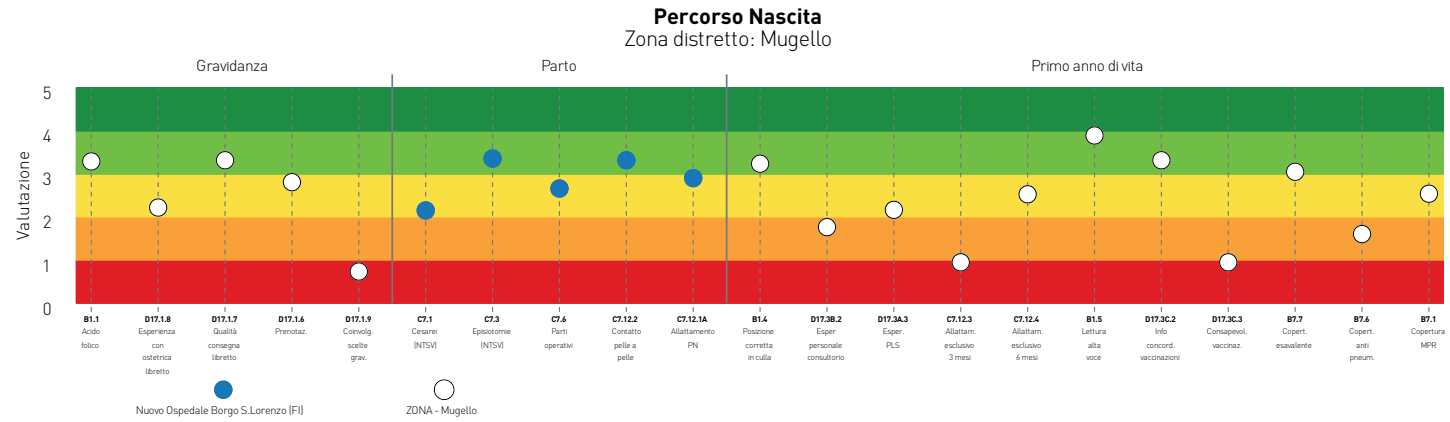
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

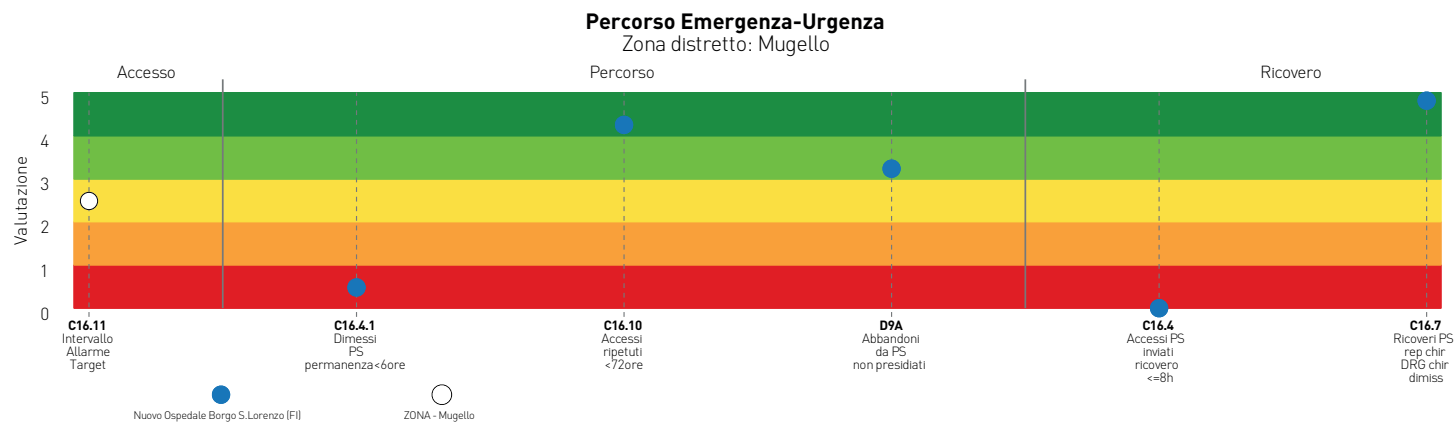
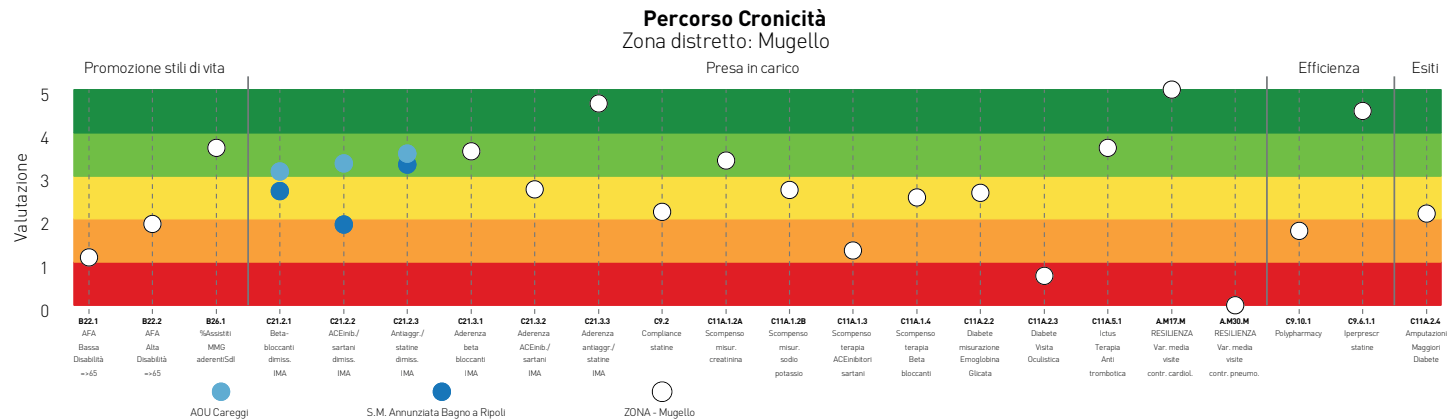
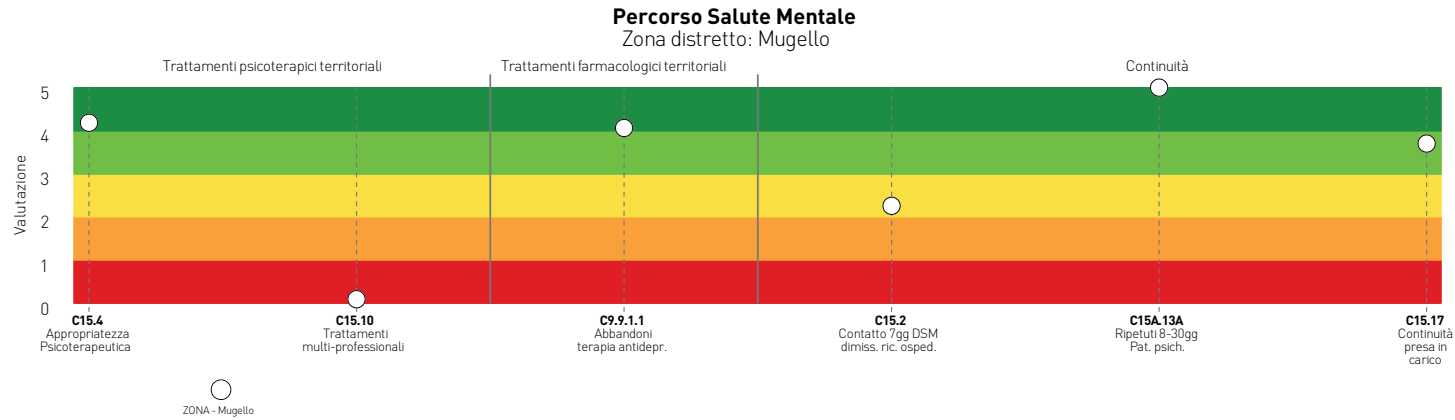
Numero indicatori di valutazione: 104



Mugello Valutazione della performance 2021



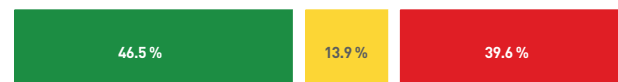




Empolese -Valdarno Inferiore

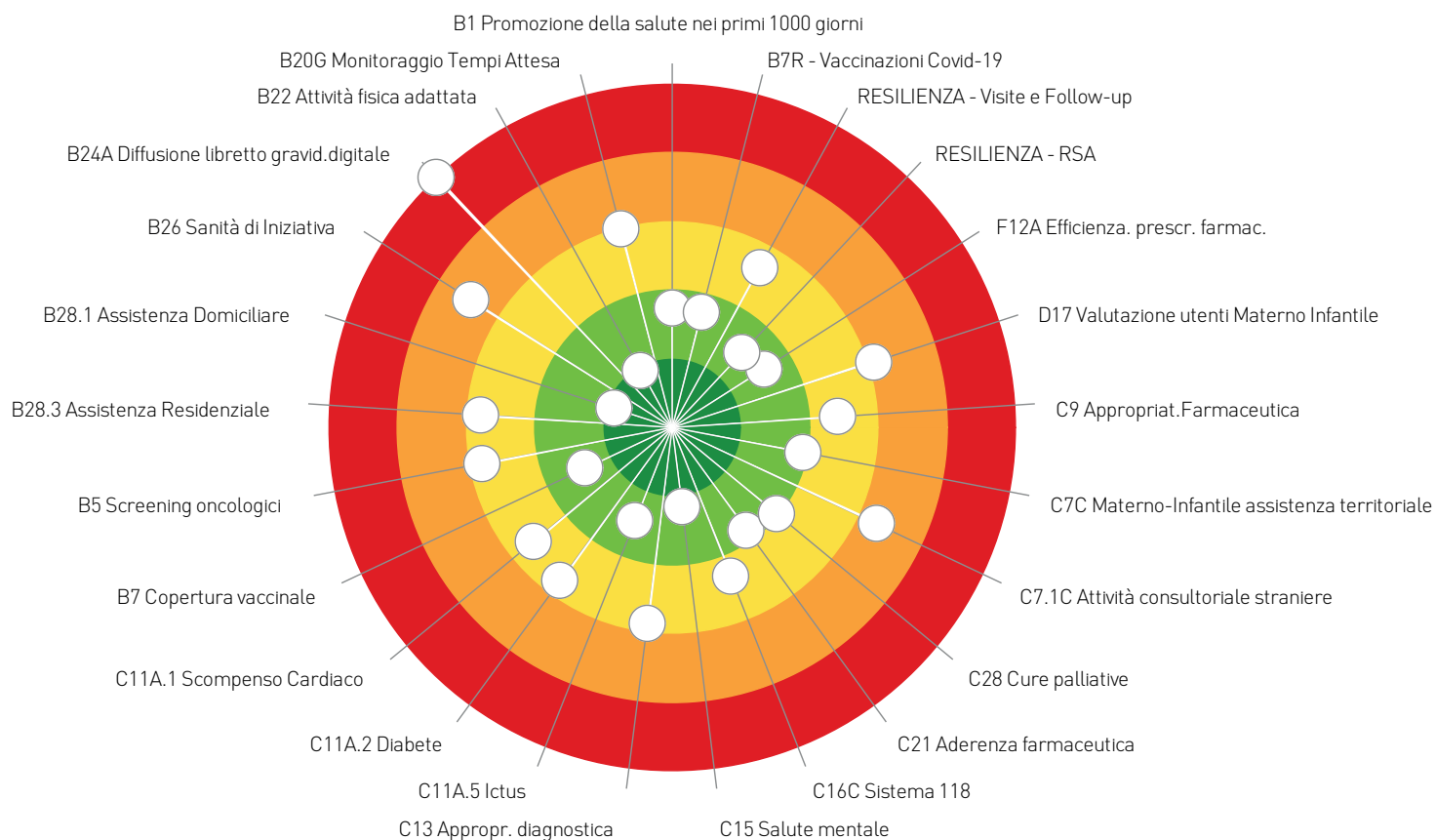
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

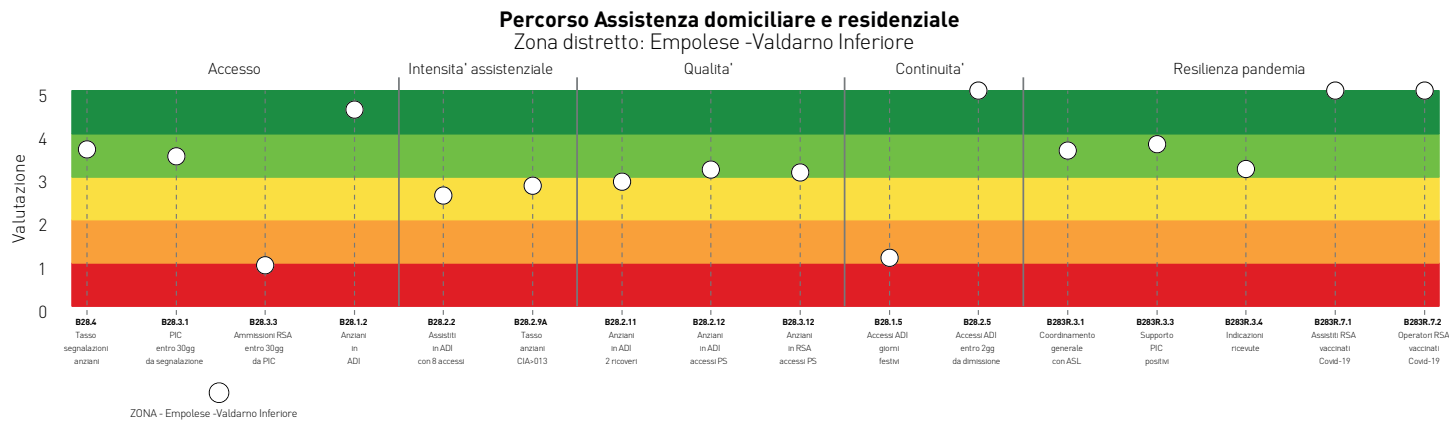
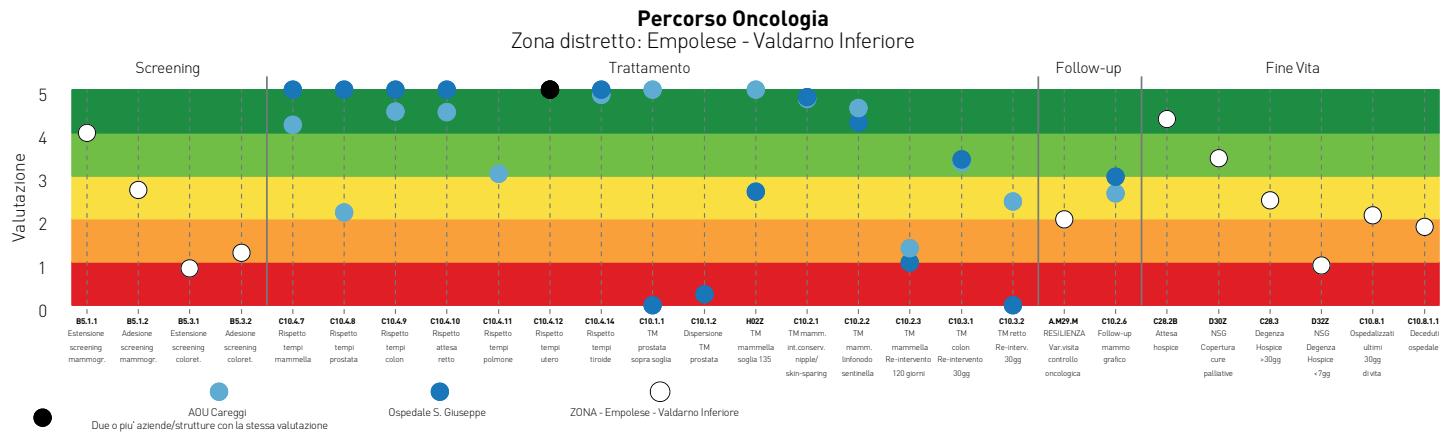
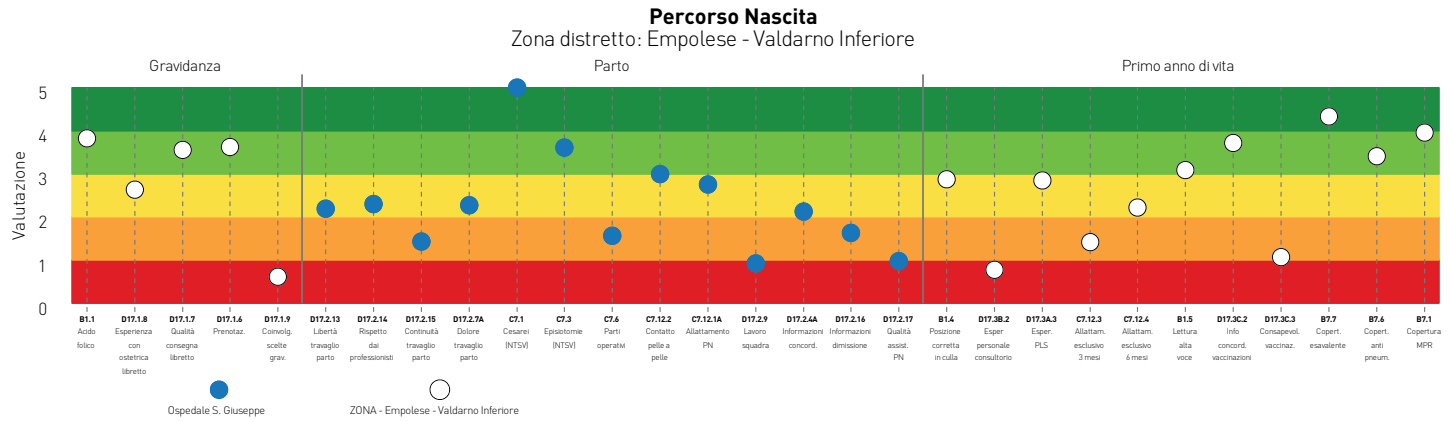
Numero indicatori di valutazione: 101

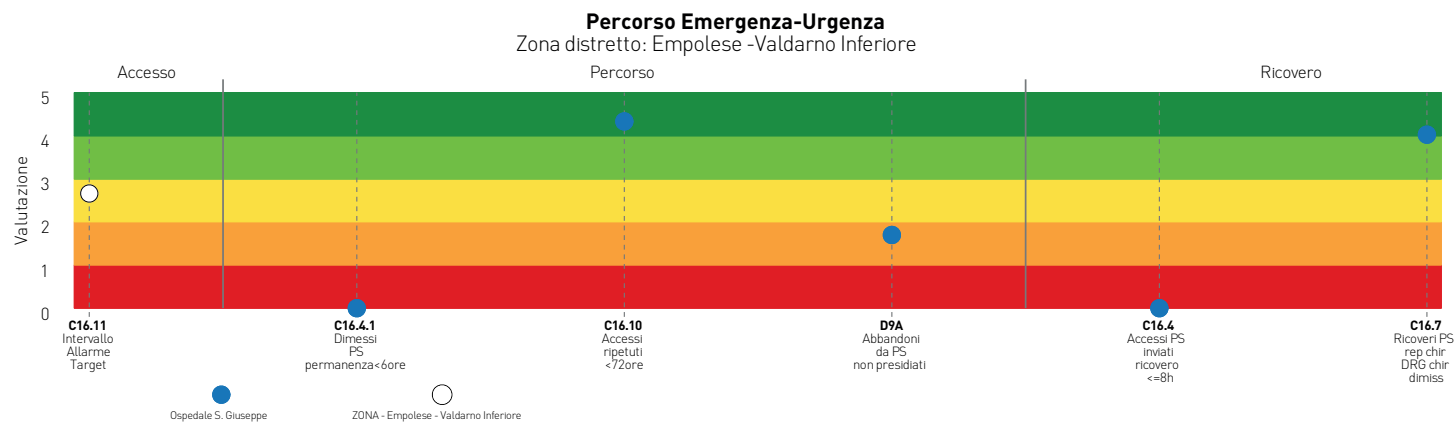
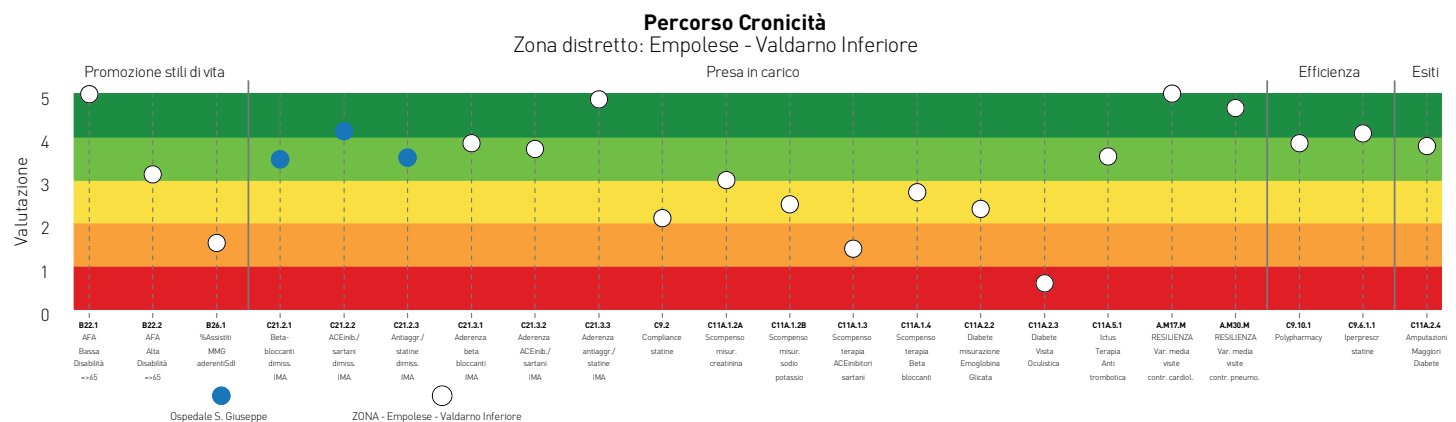
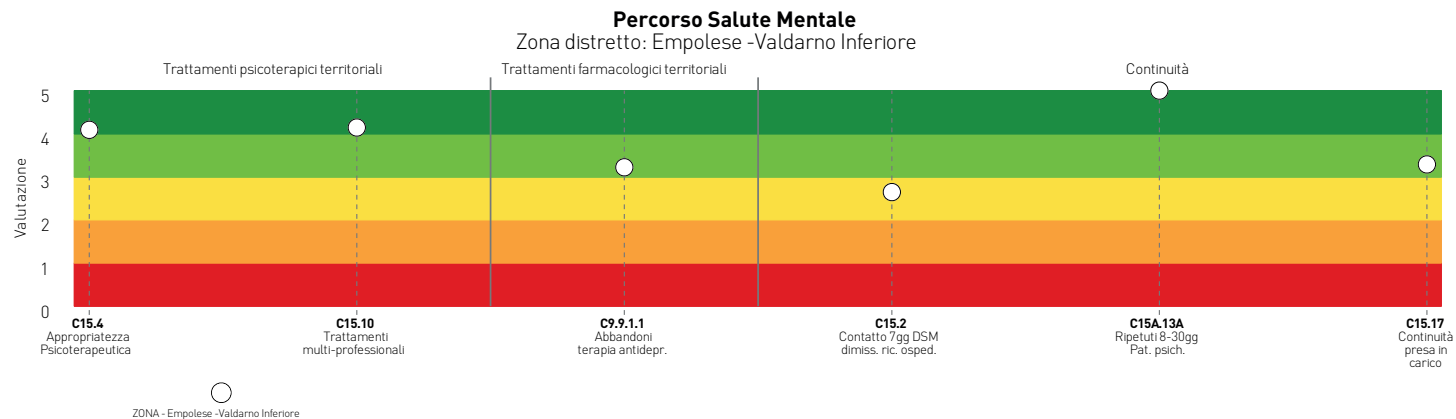


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Empolese -Valdarno Inferiore Valutazione della performance 2021







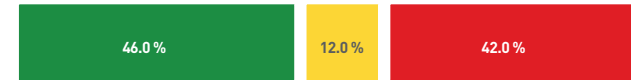
Area Vasta Nord-Ovest



Lunigiana

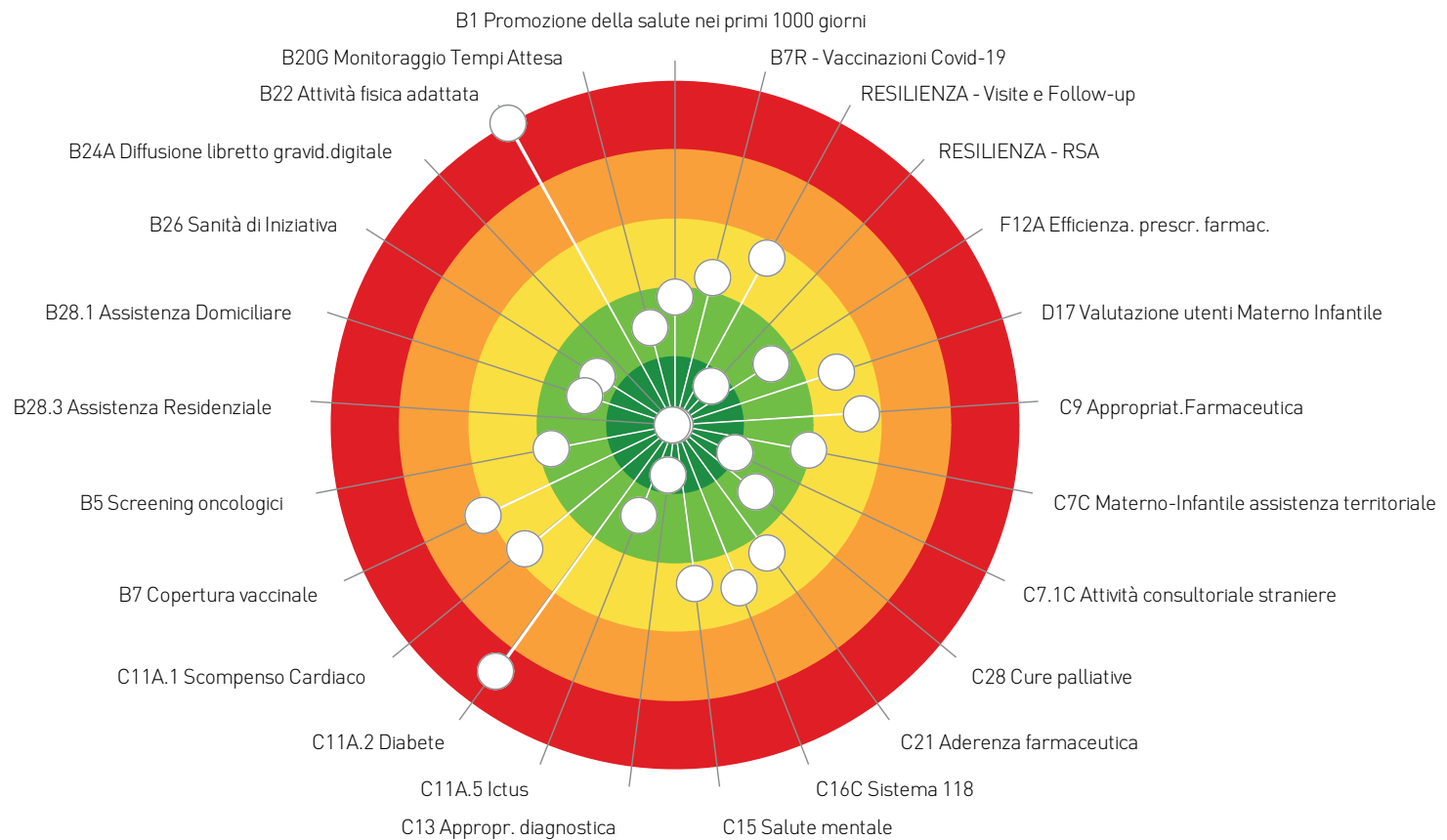
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

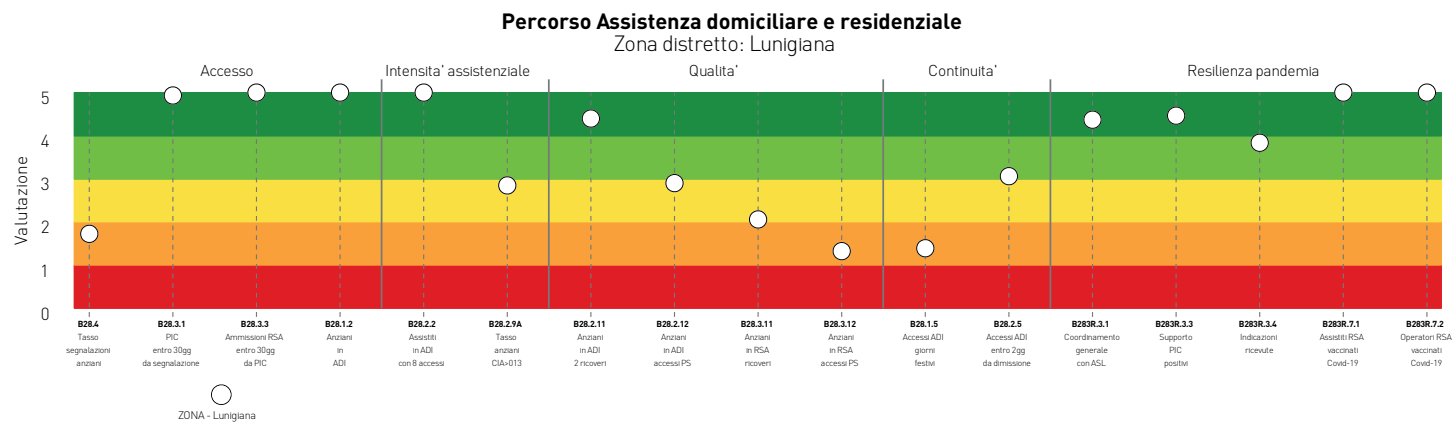
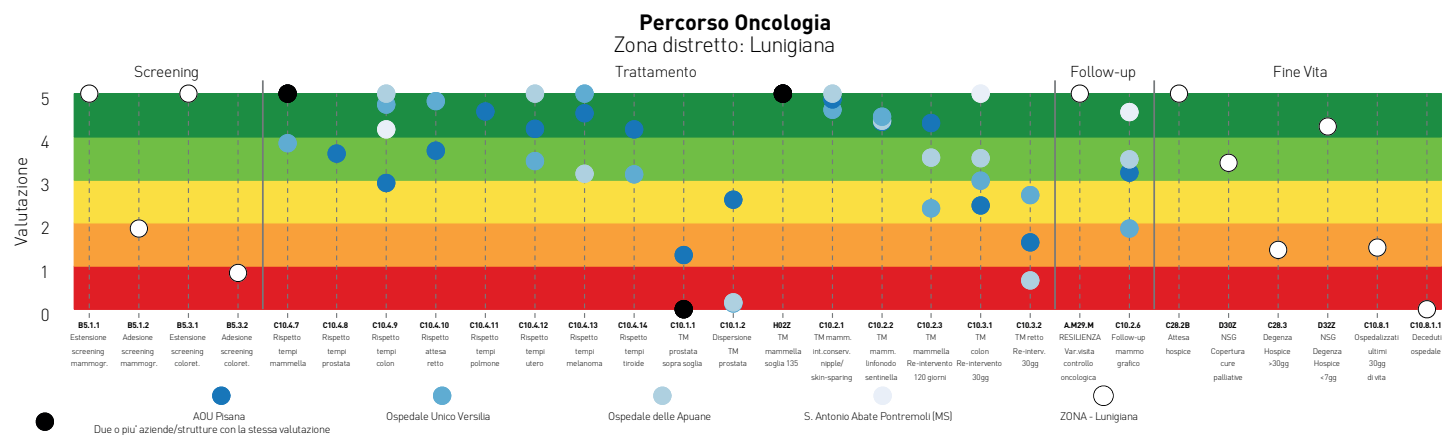
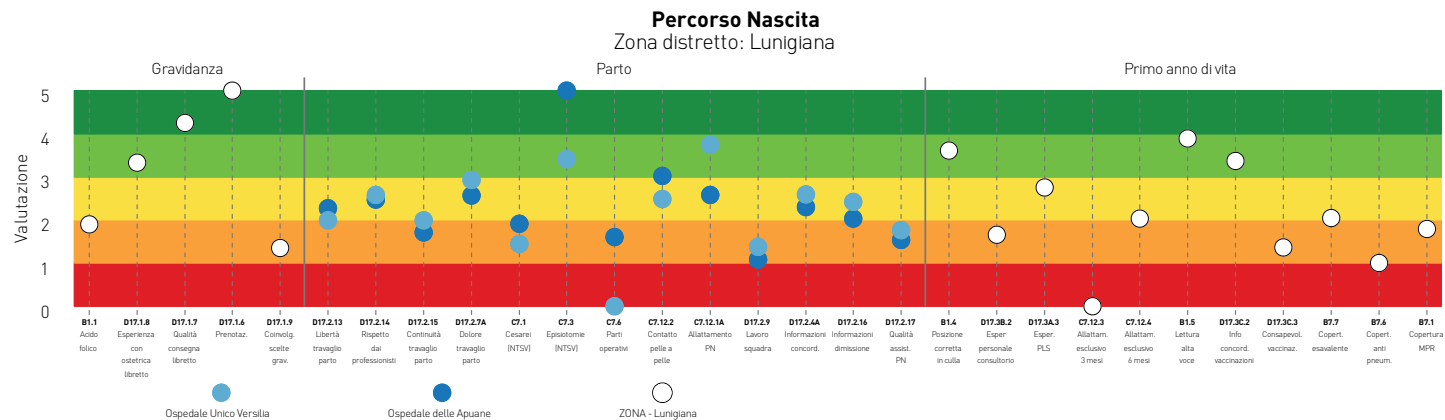
Numero indicatori di valutazione: 100

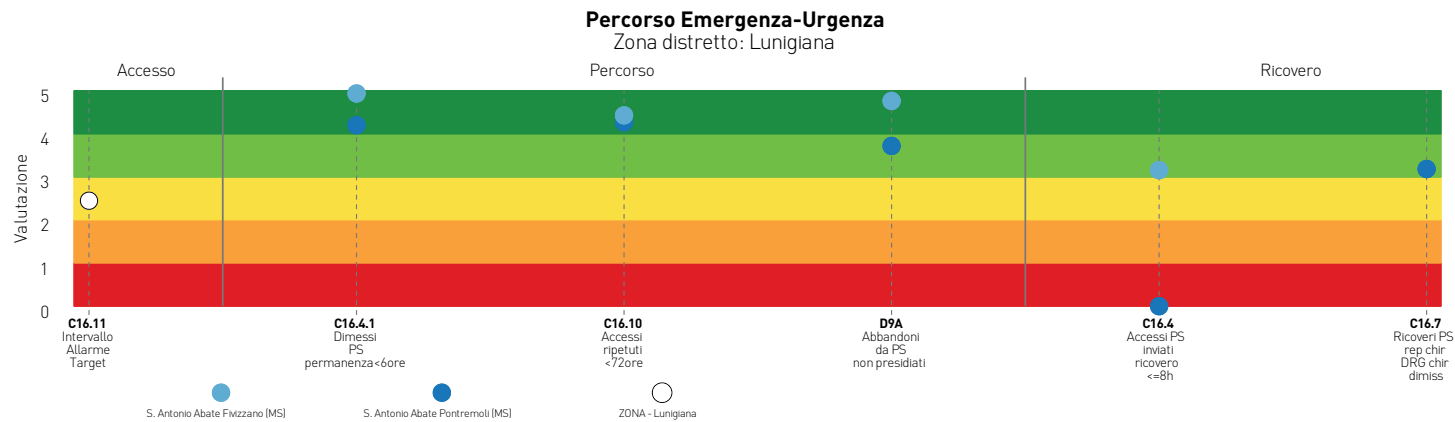
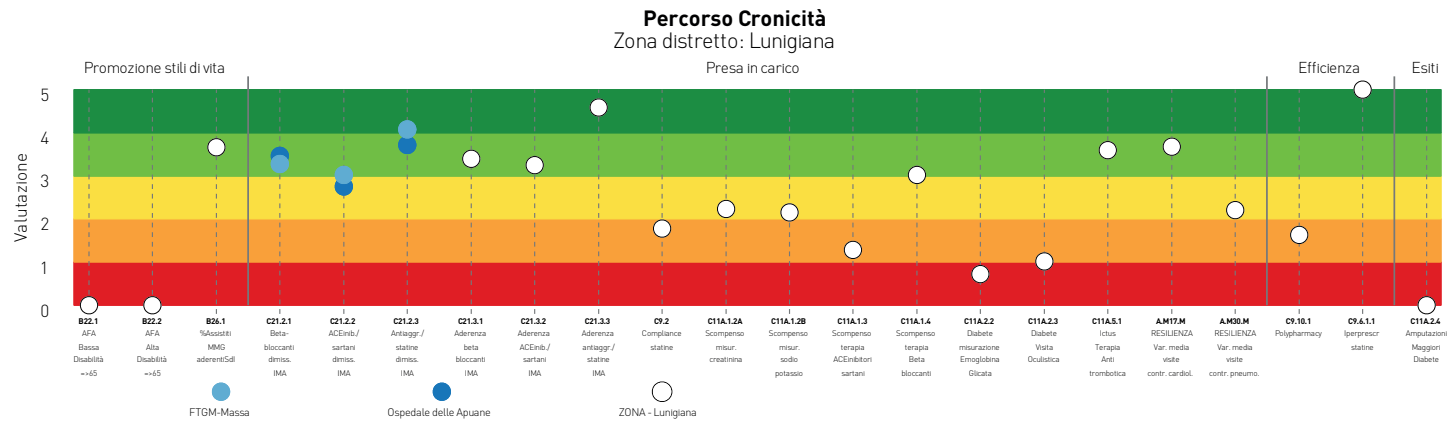
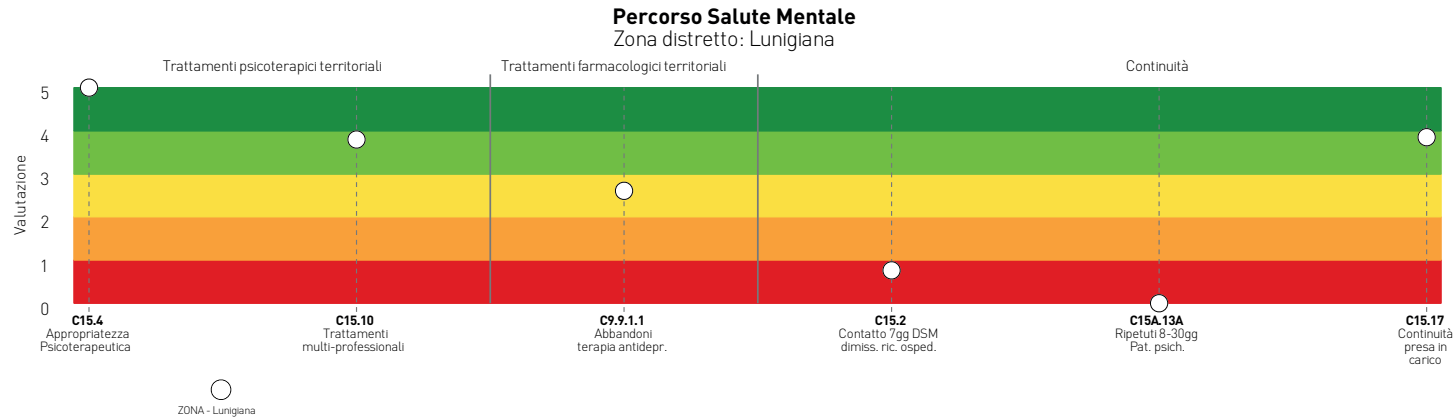


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Lunigiana Valutazione della performance 2021



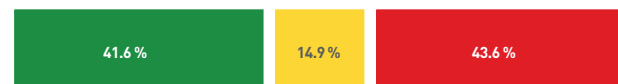




Apuane

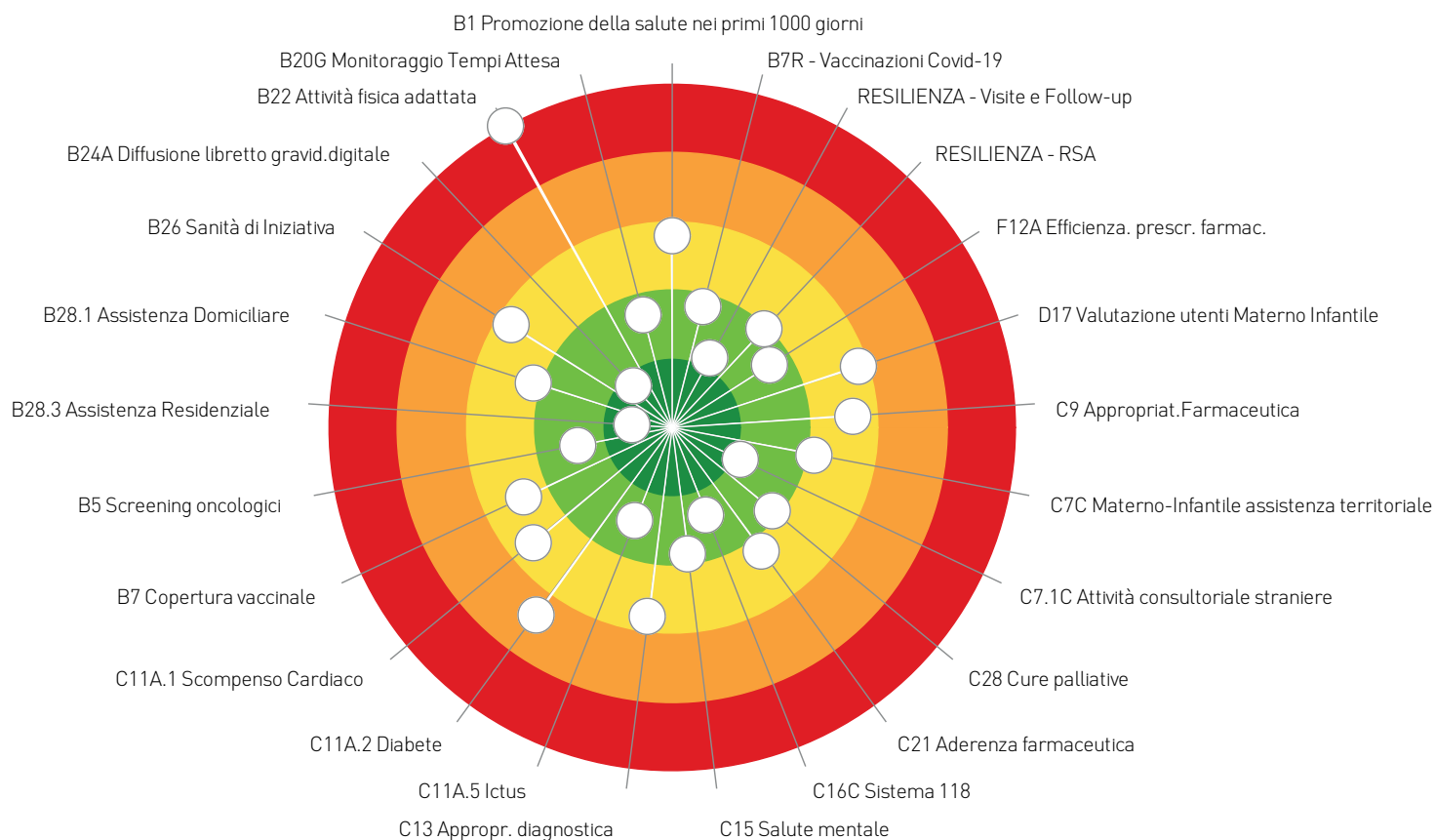
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

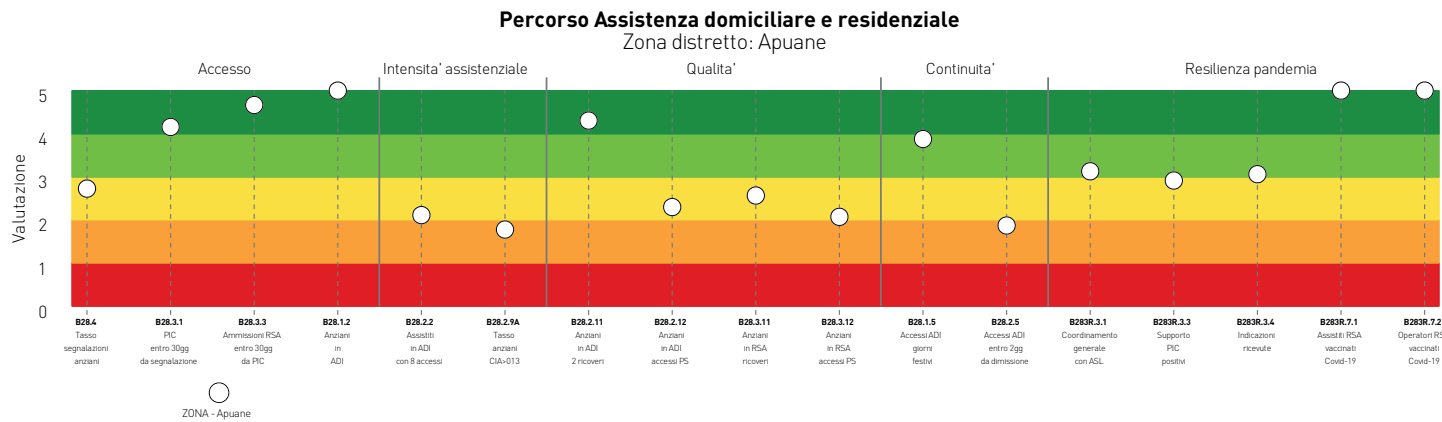
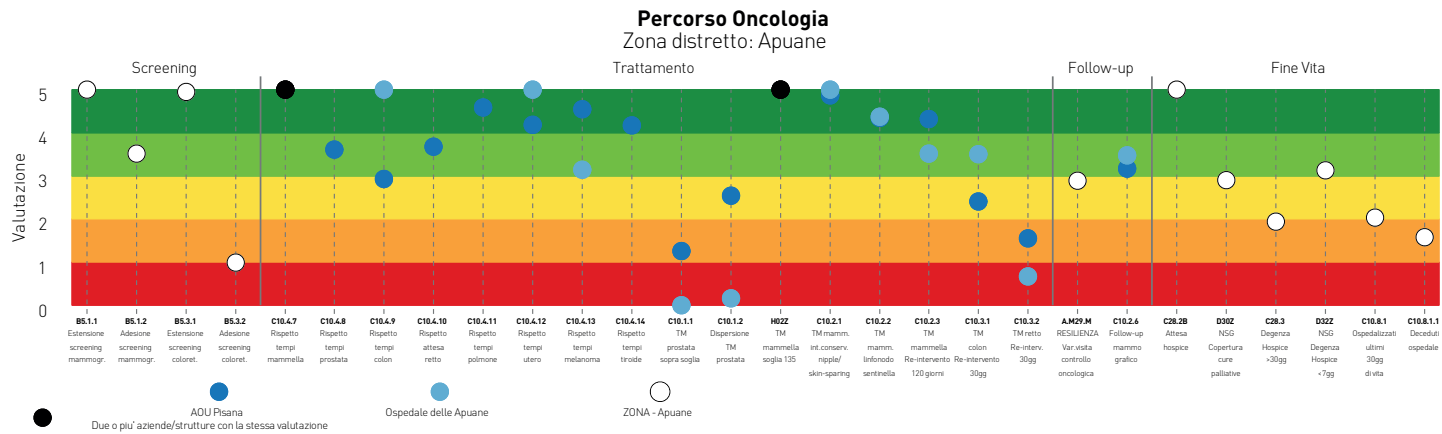
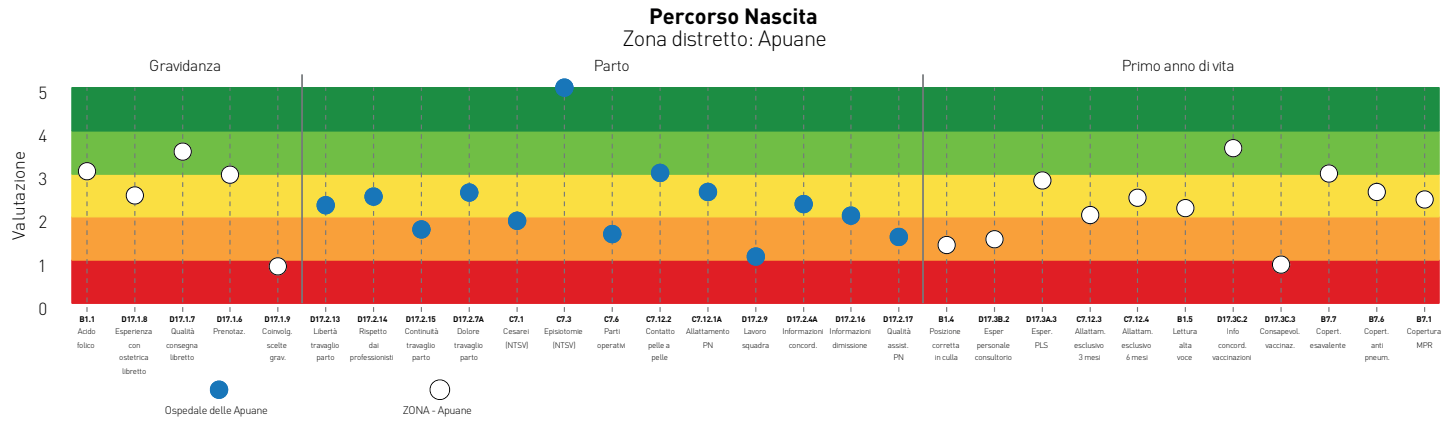
Numero indicatori di valutazione: 101

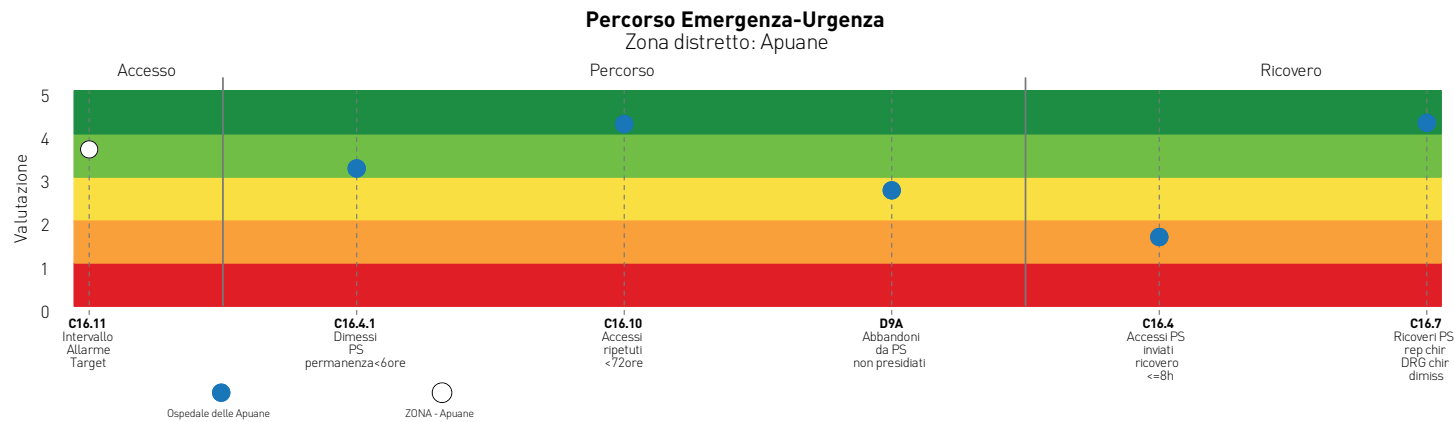
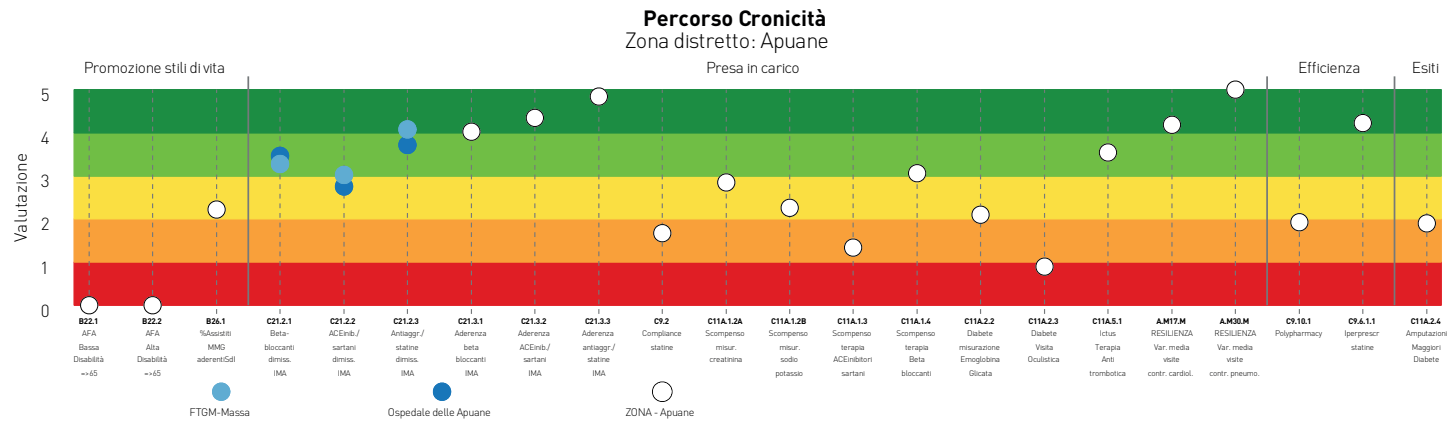
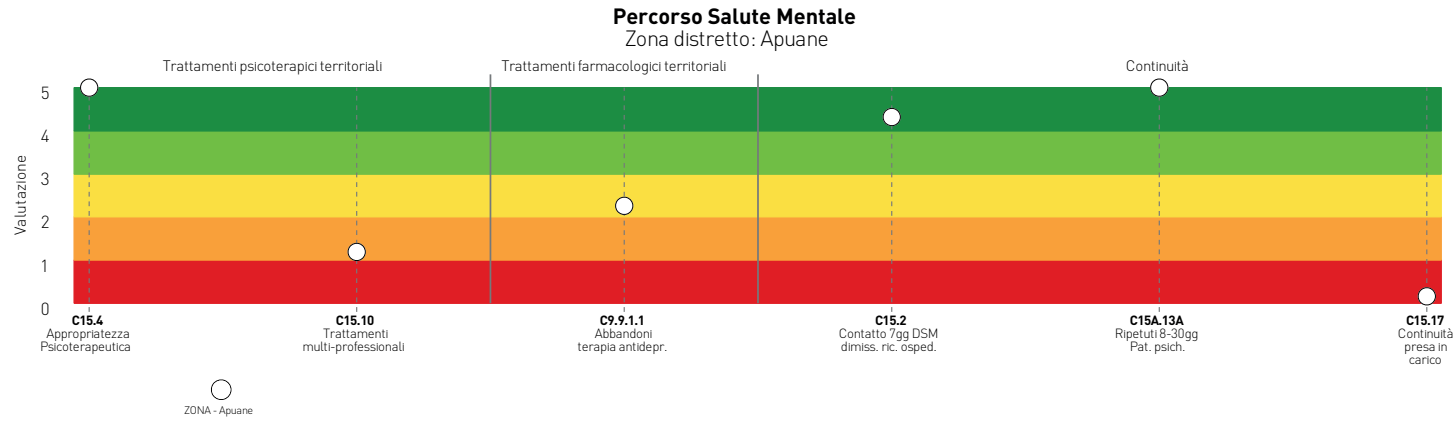


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Apuane Valutazione della performance 2021







Valle del Serchio

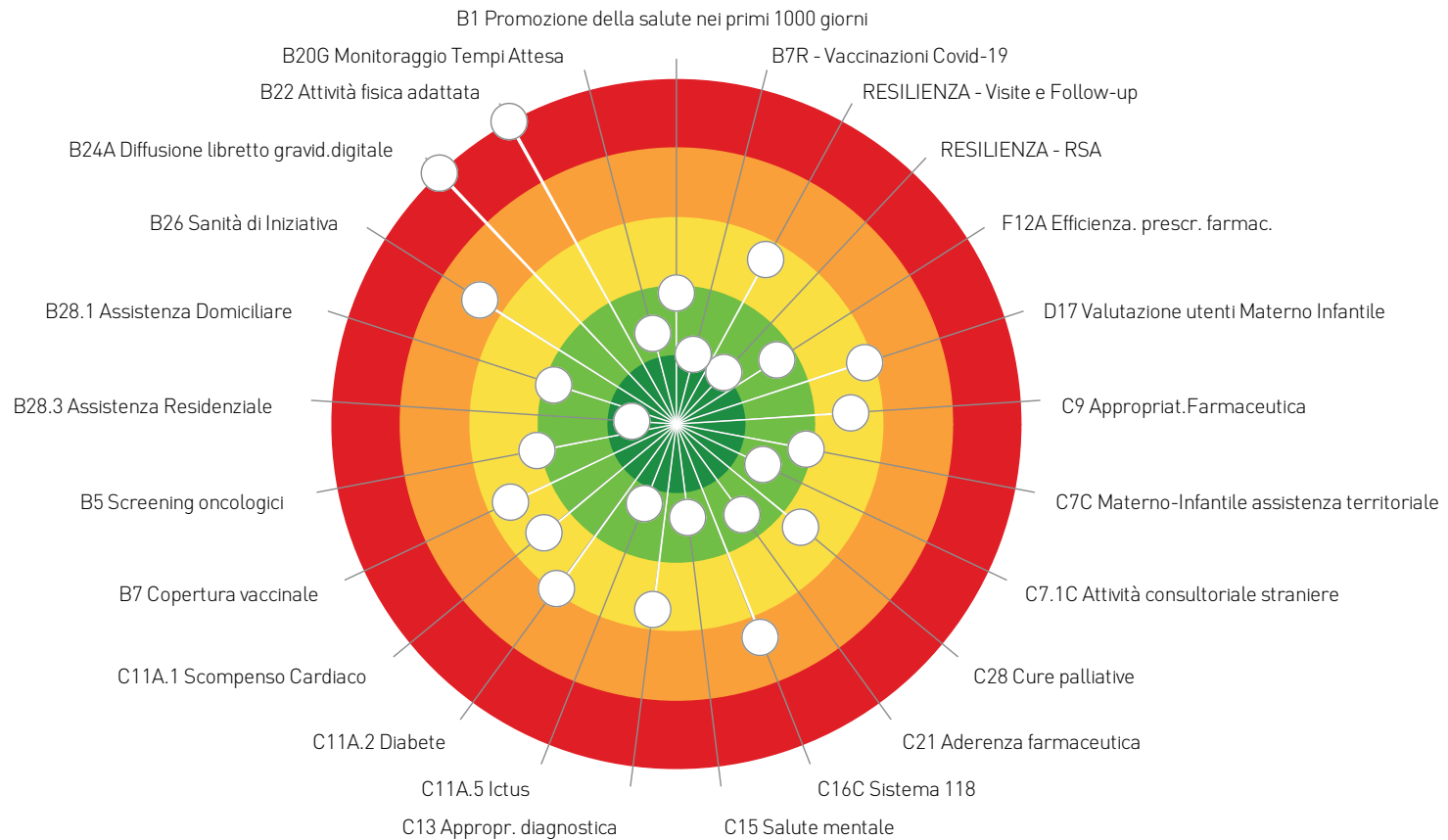
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

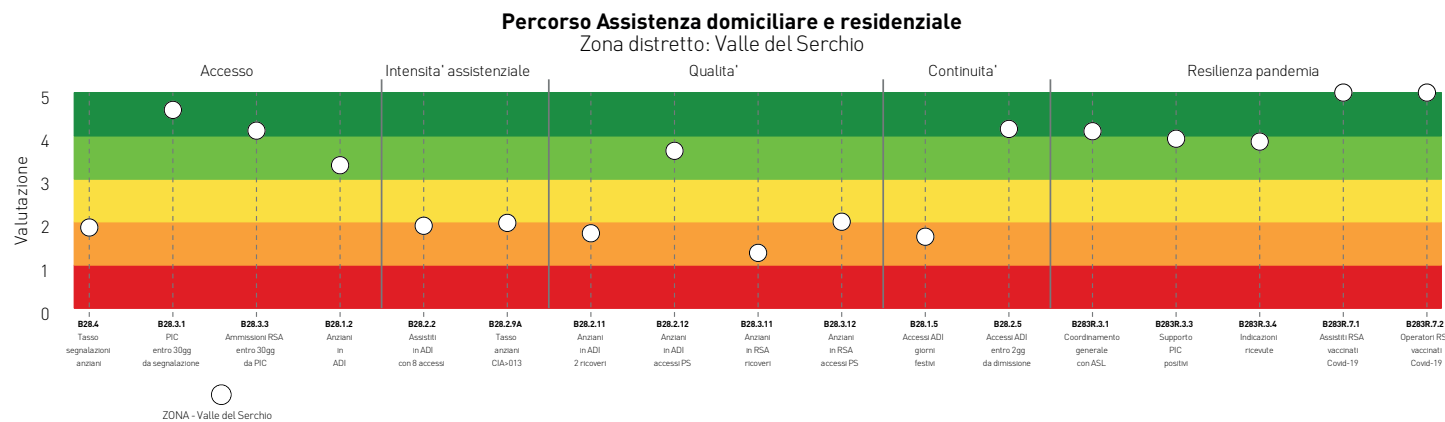
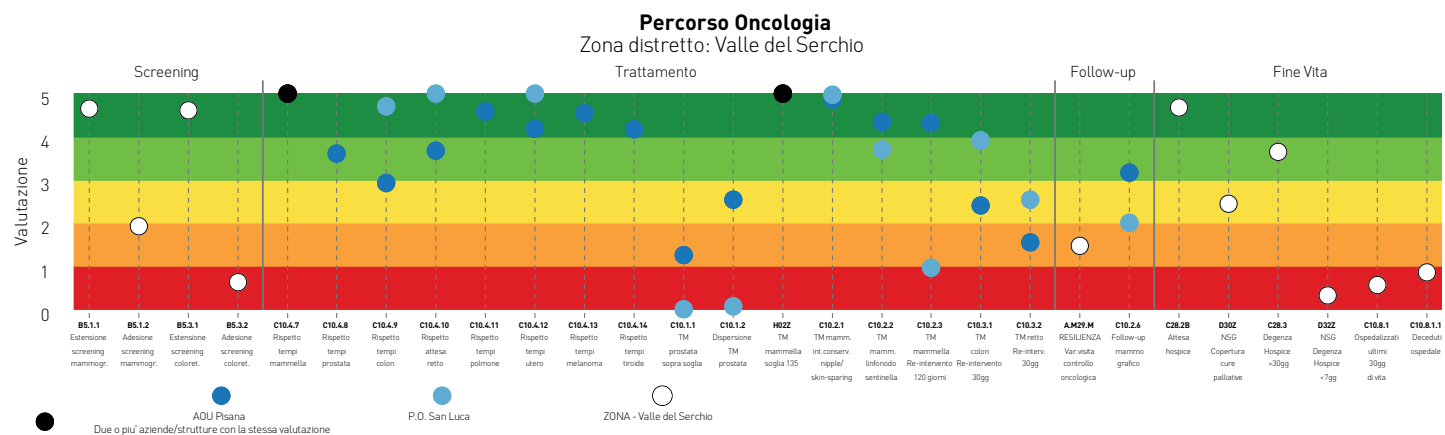
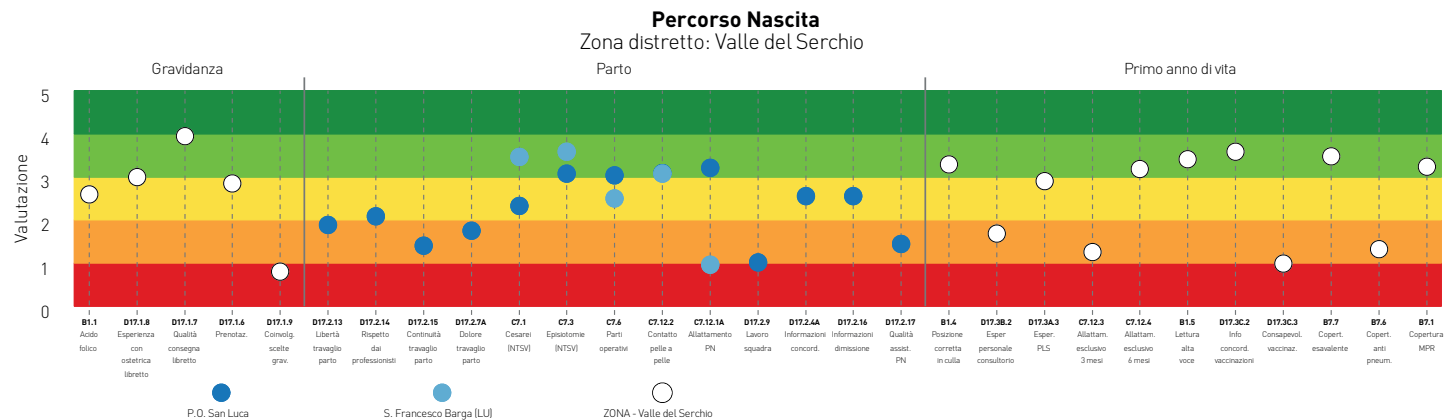
Numero indicatori di valutazione: 100

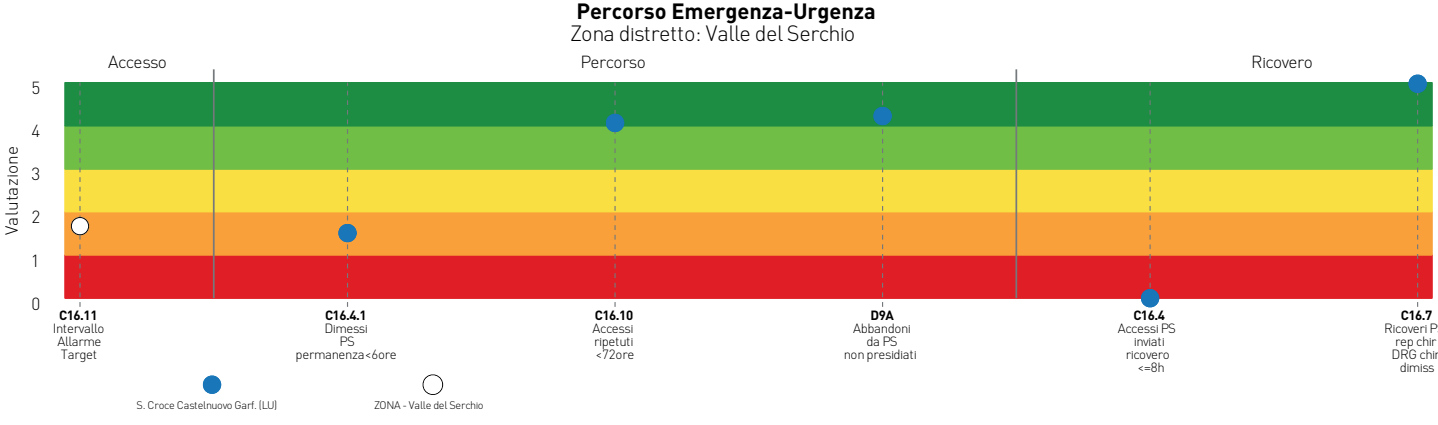
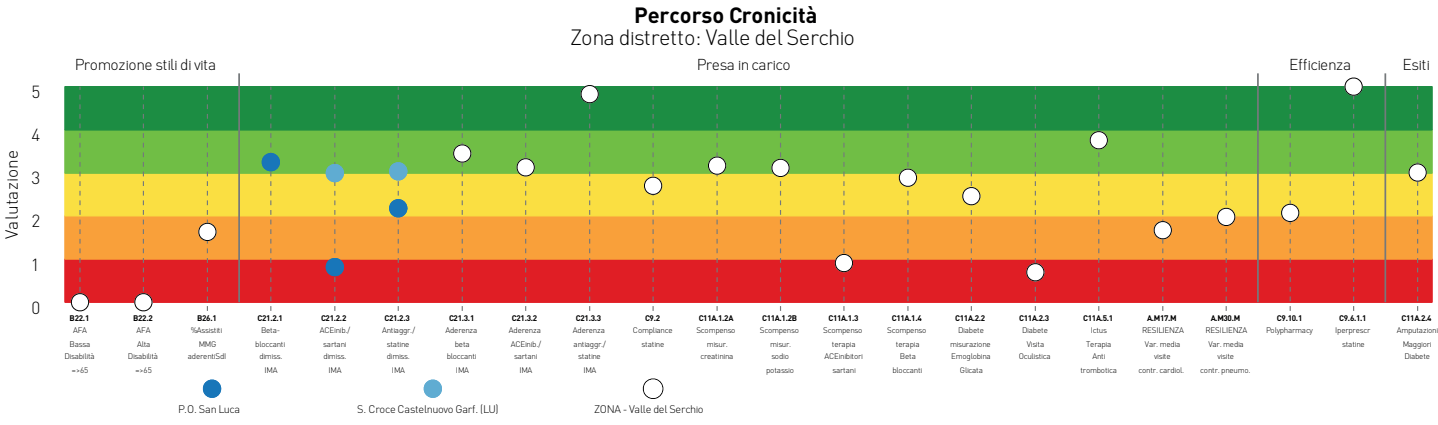
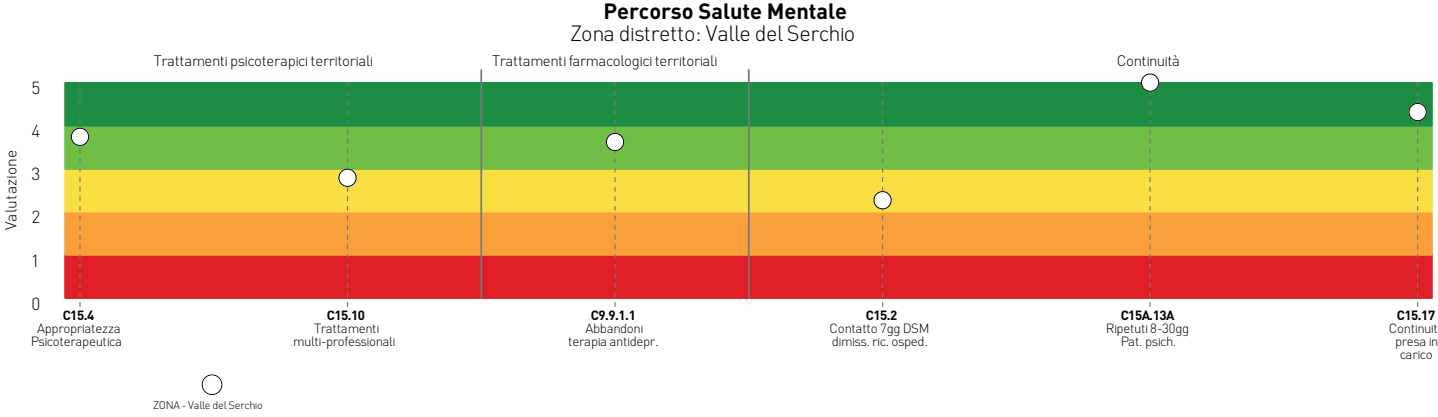


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Valle del Serchio Valutazione della performance 2021



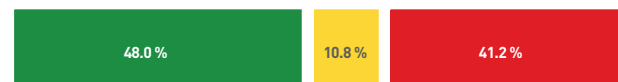




Piana di Lucca

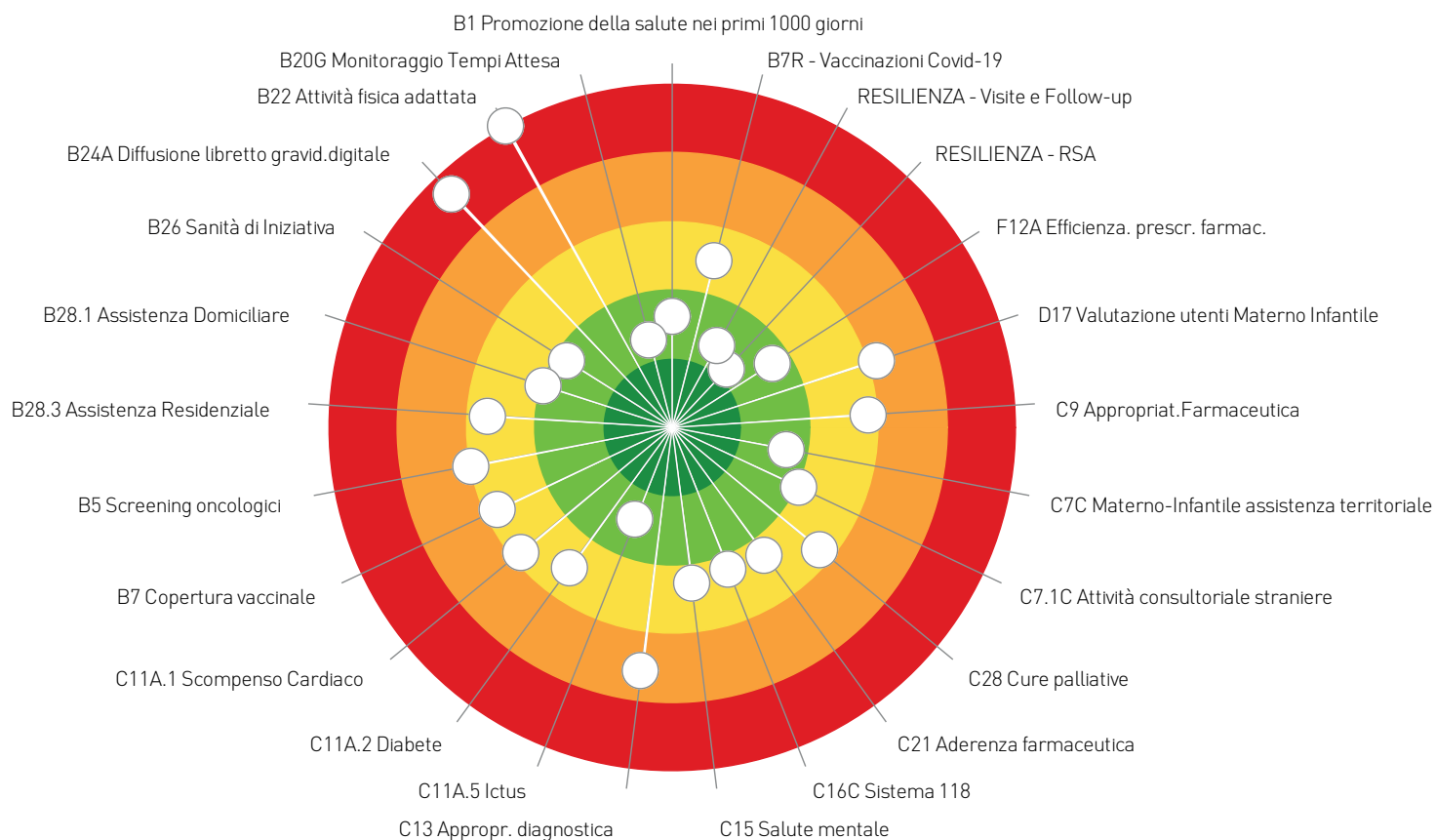
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

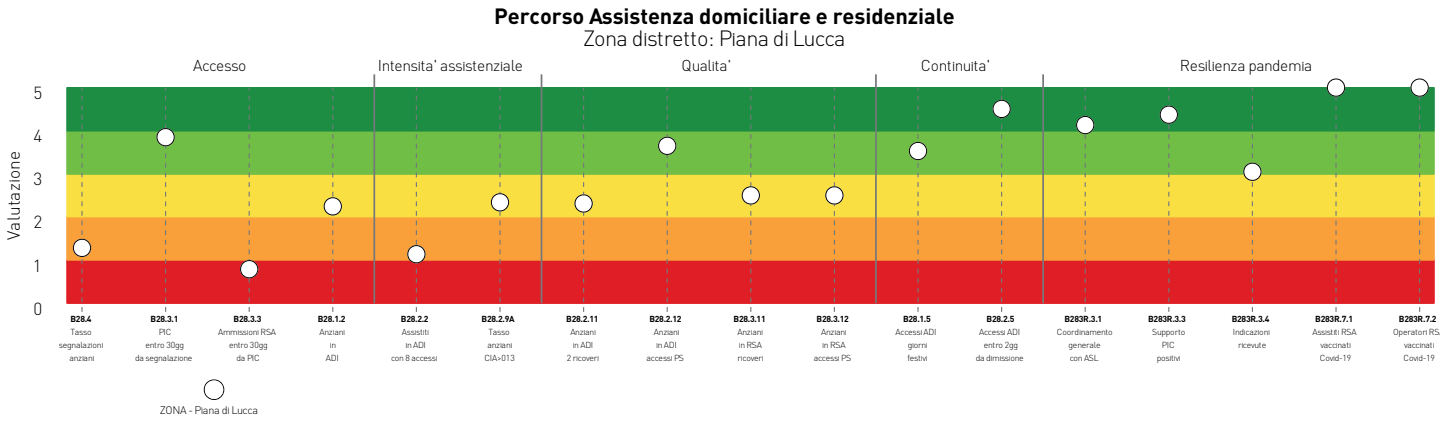
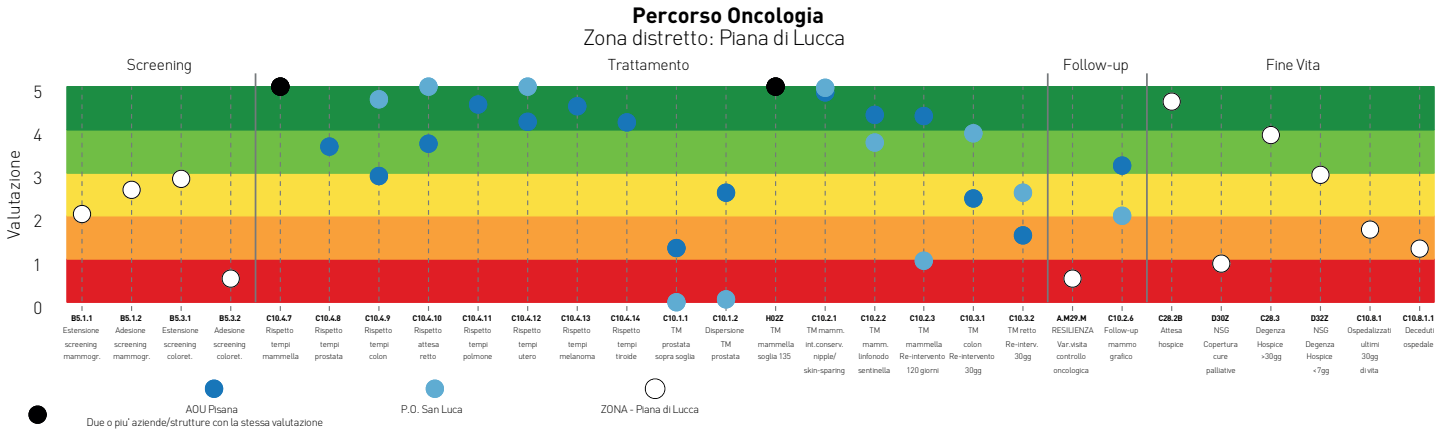
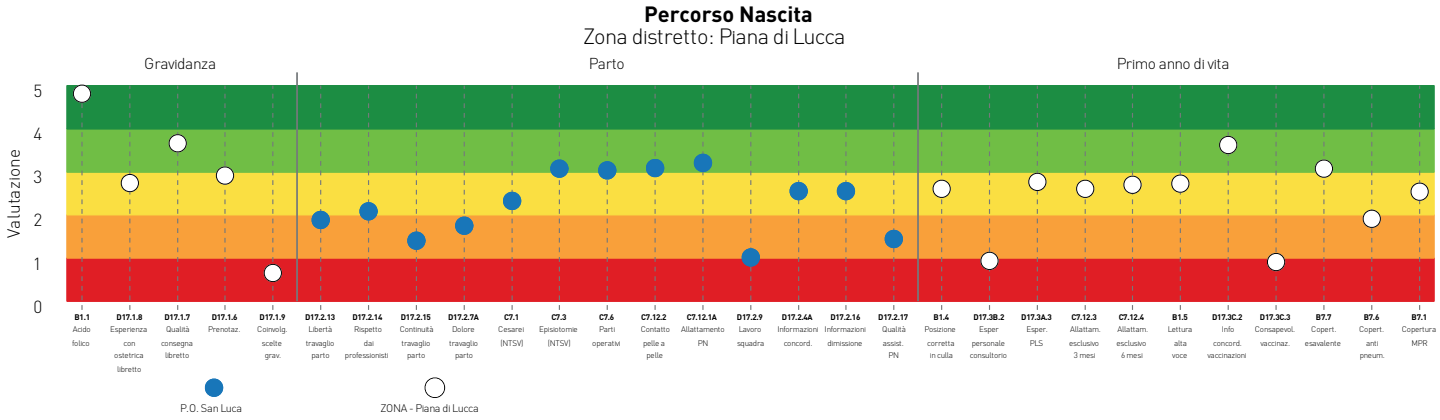
Numero indicatori di valutazione: 102

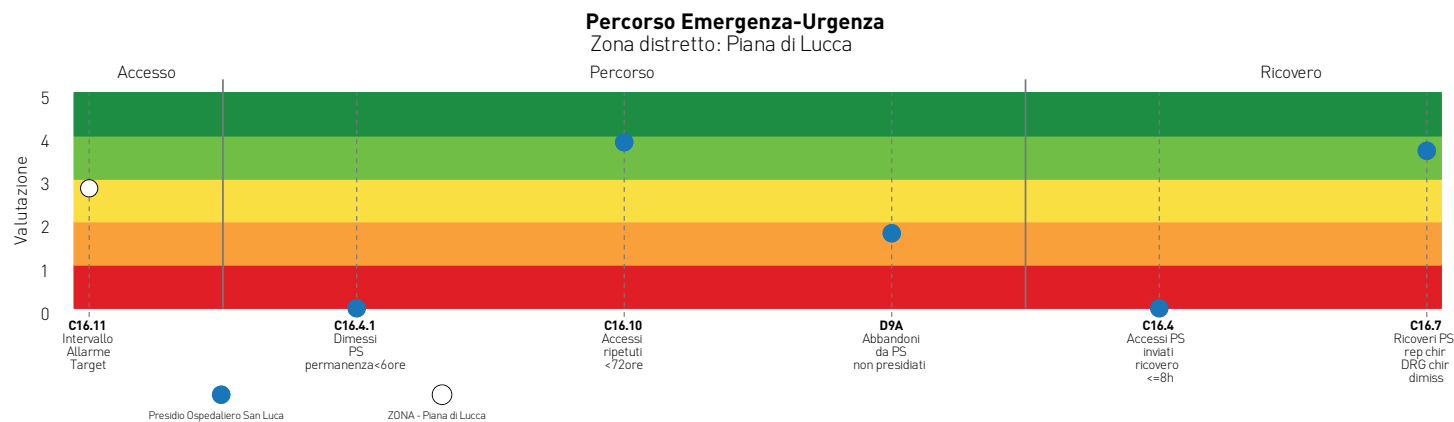
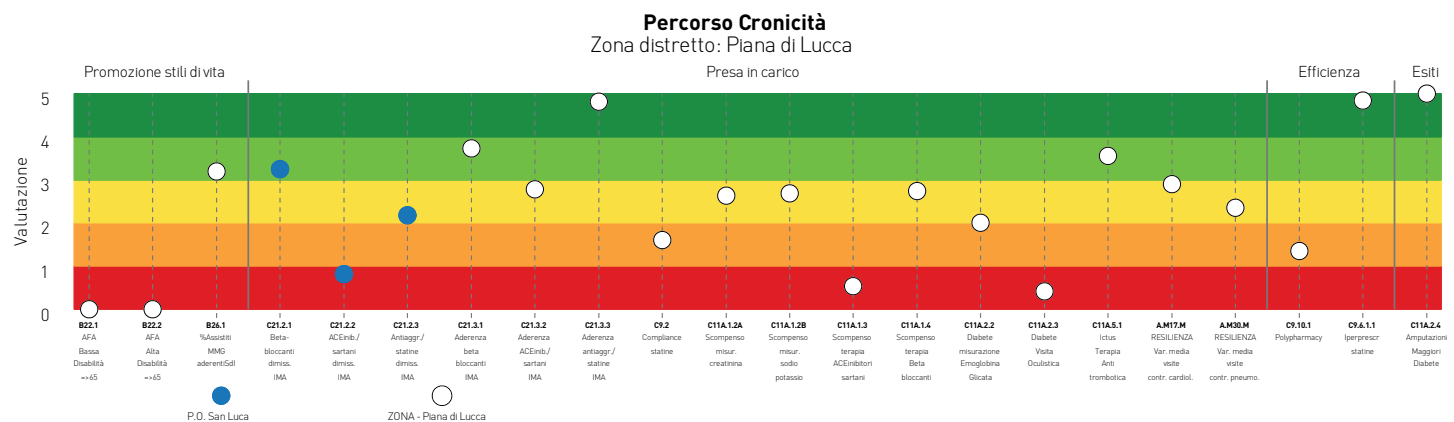
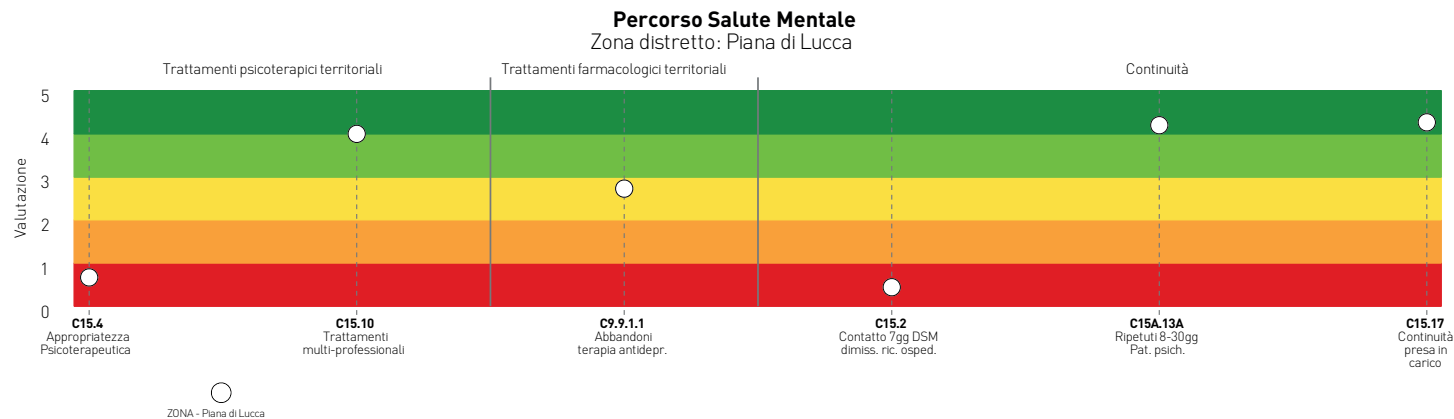


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Piana di Lucca Valutazione della performance 2021



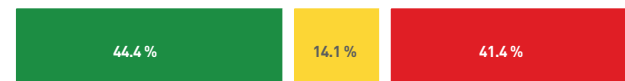




Pisana

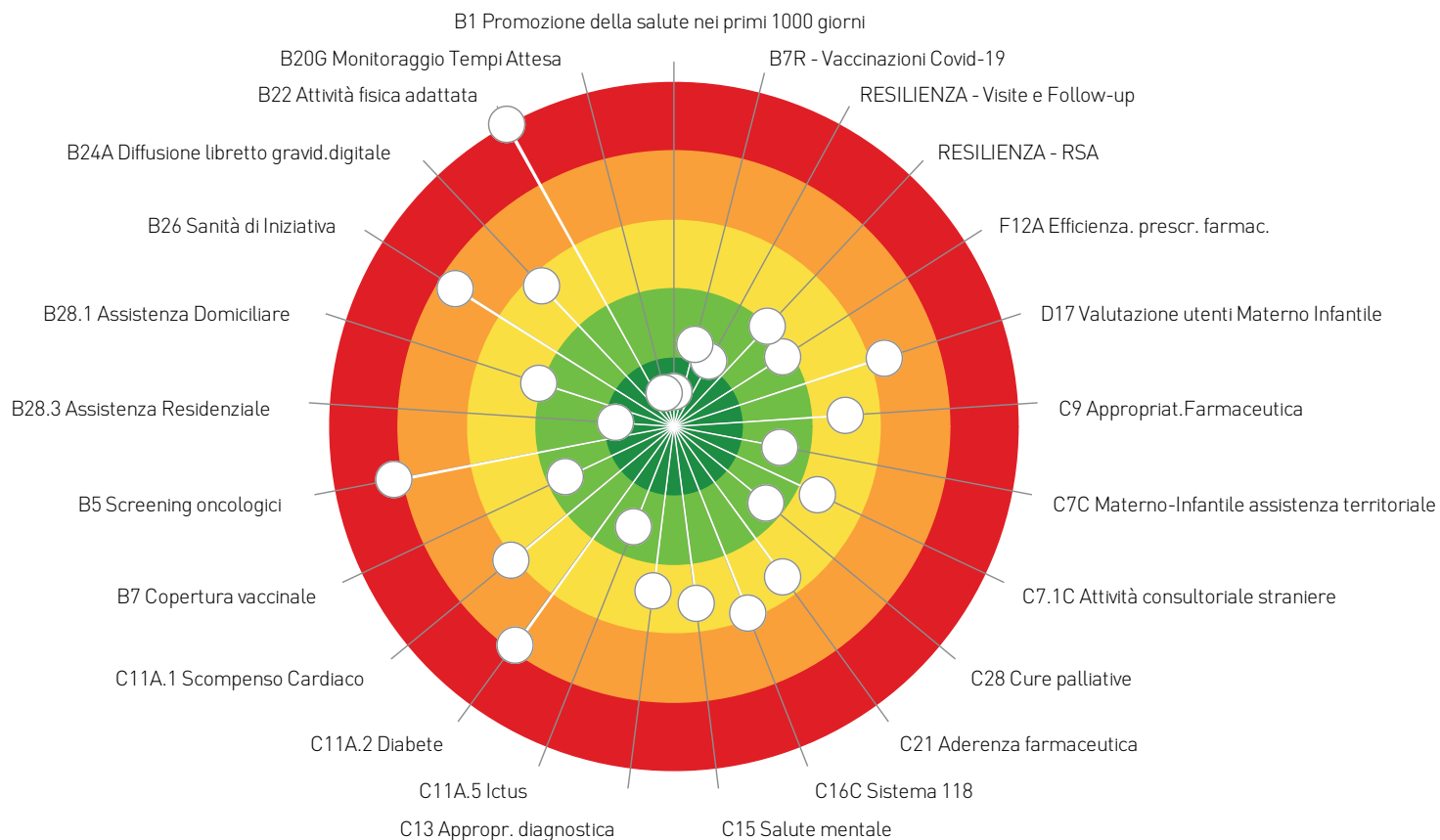
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

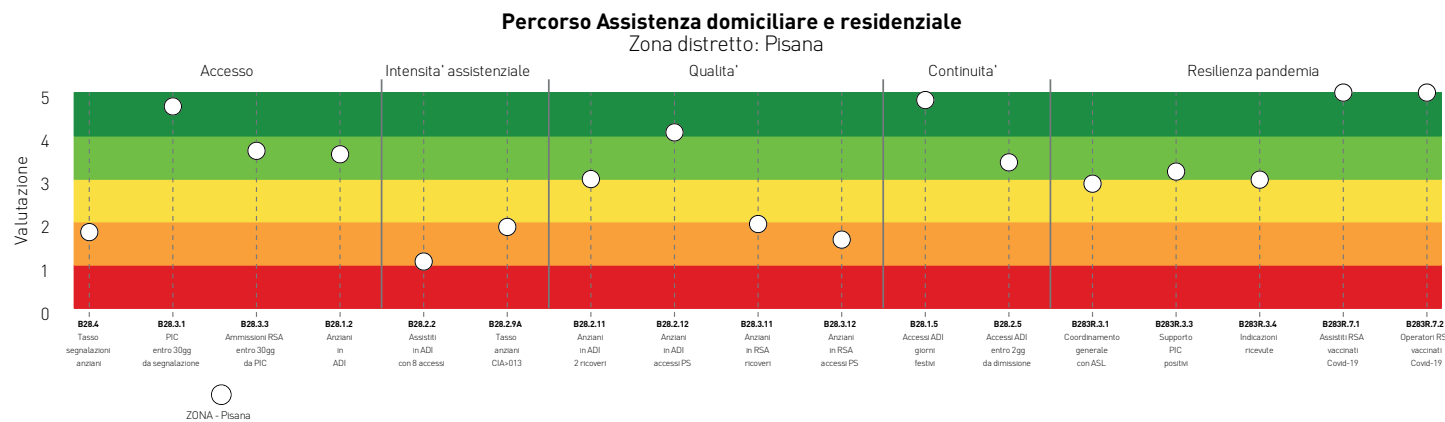
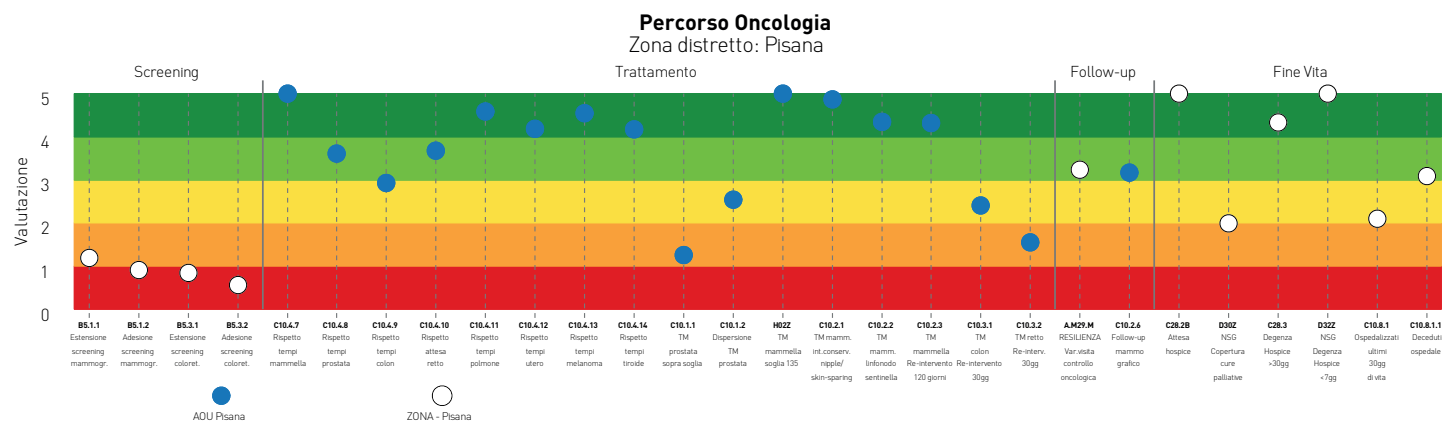
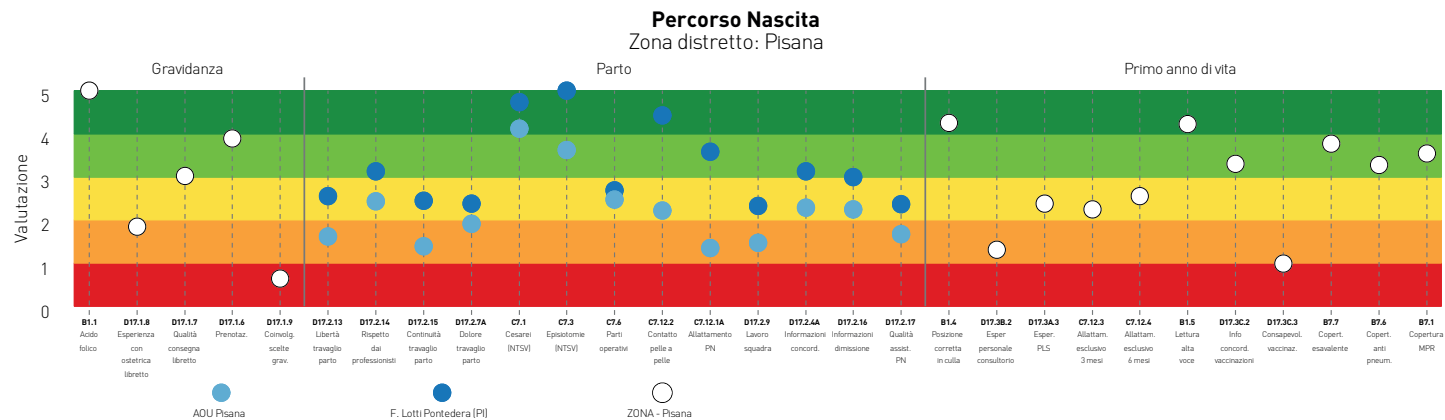
Numero indicatori di valutazione: 99

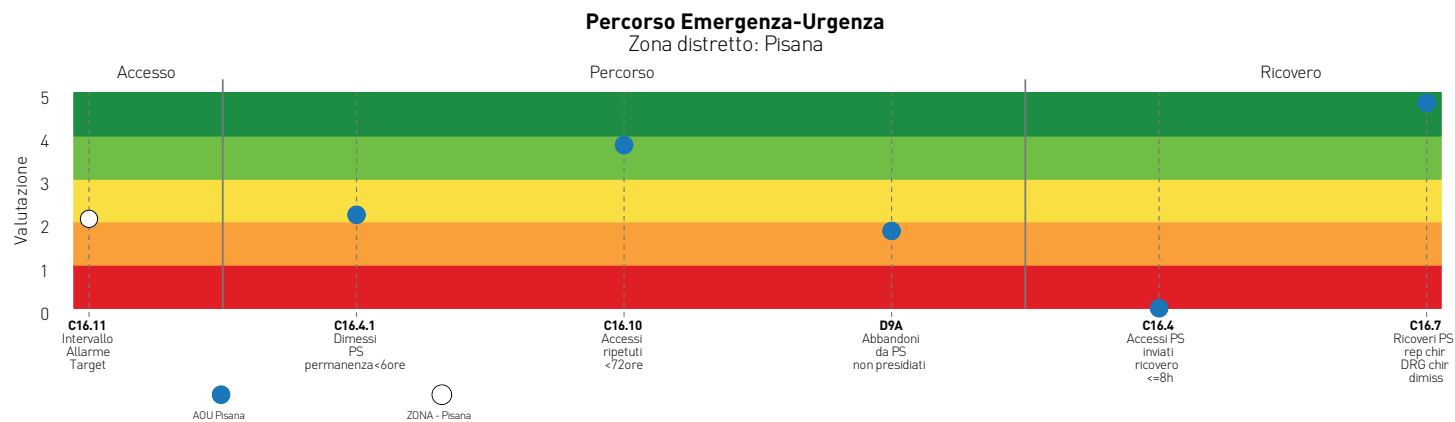
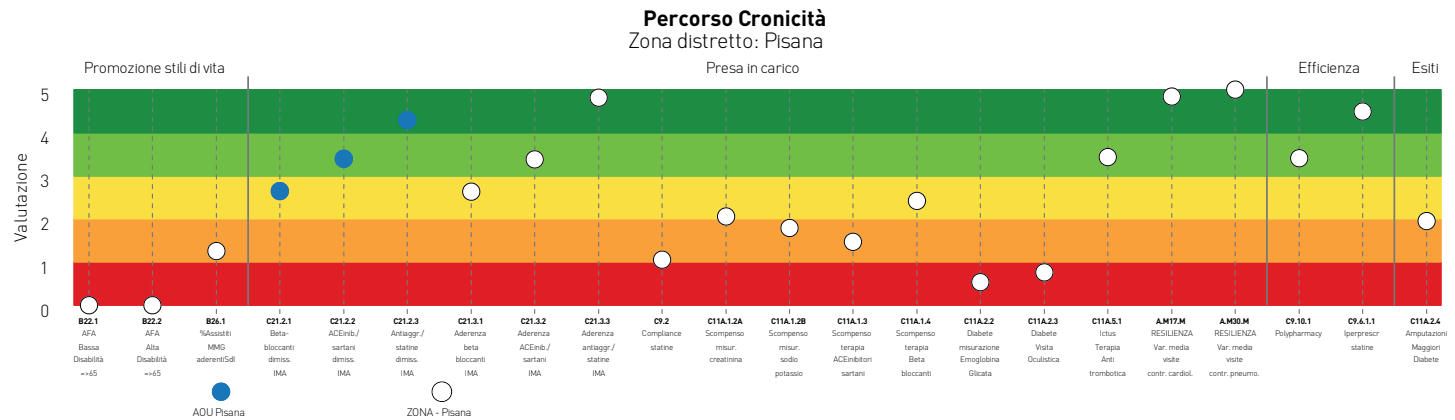
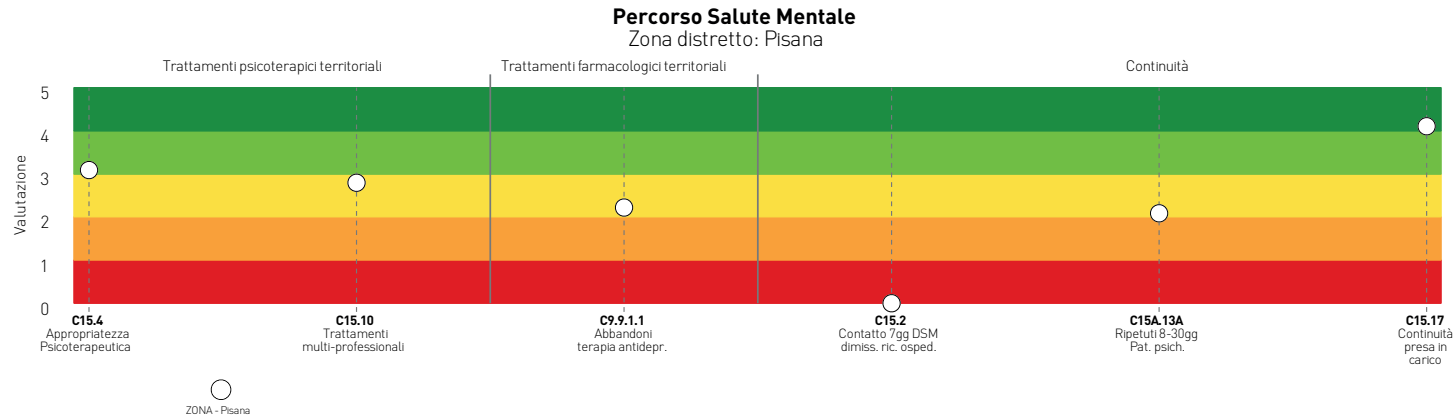


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Pisana Valutazione della performance 2021



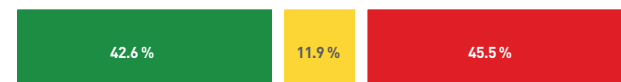




Alta Val di Cecina - Val d'Era

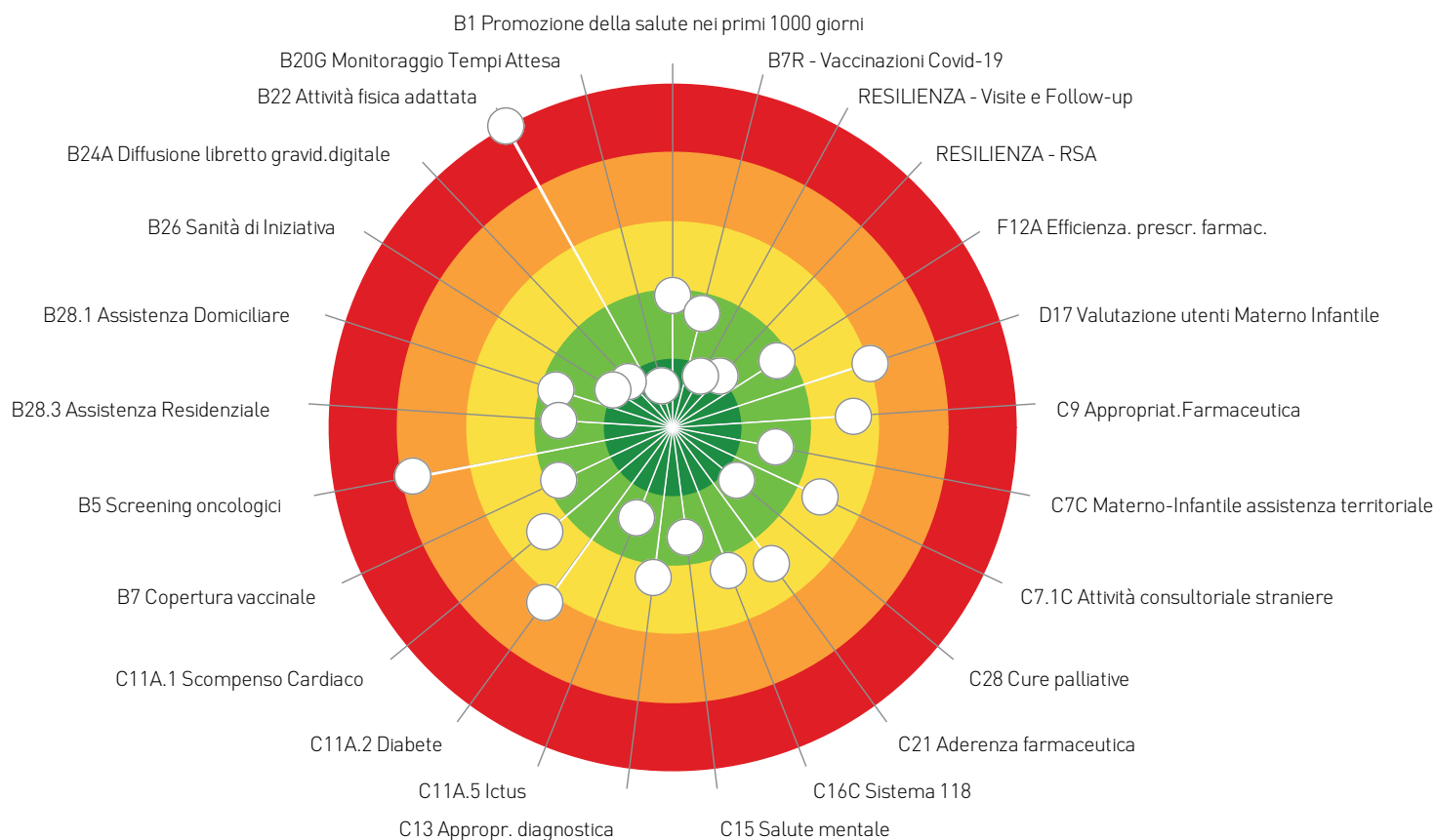
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

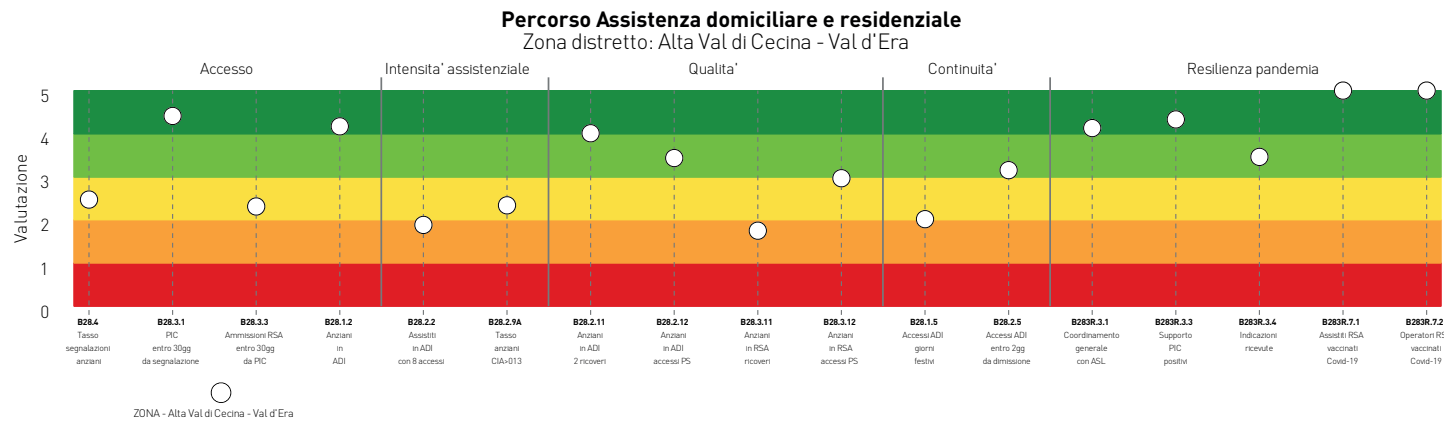
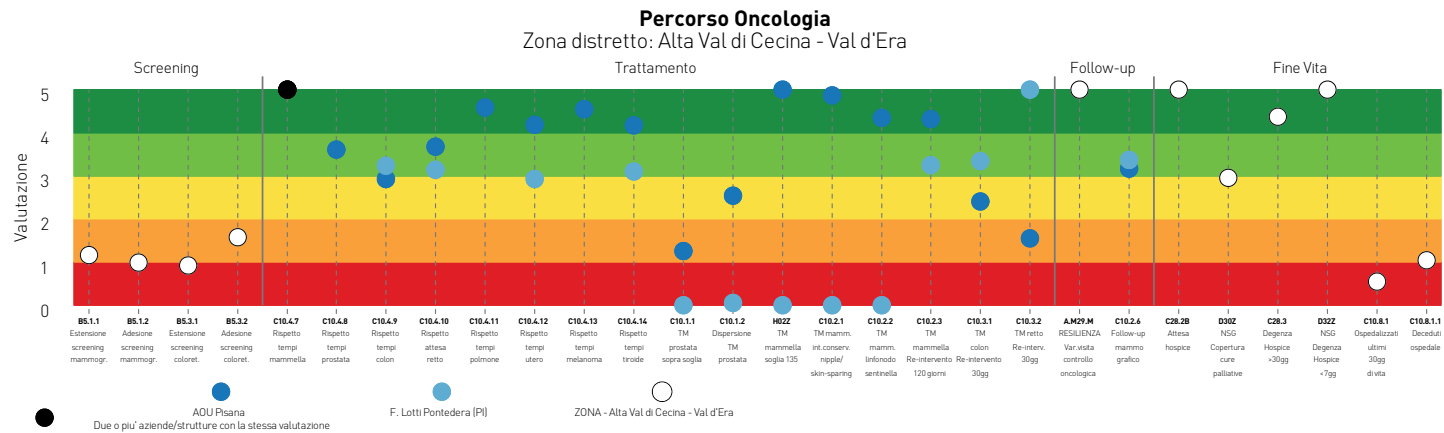
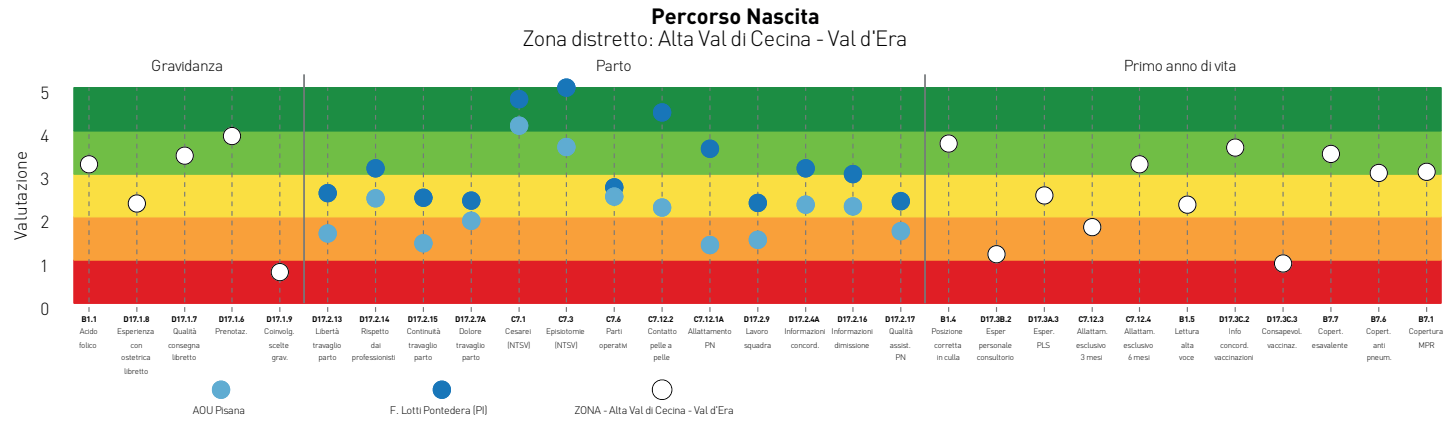
Numero indicatori di valutazione: 101

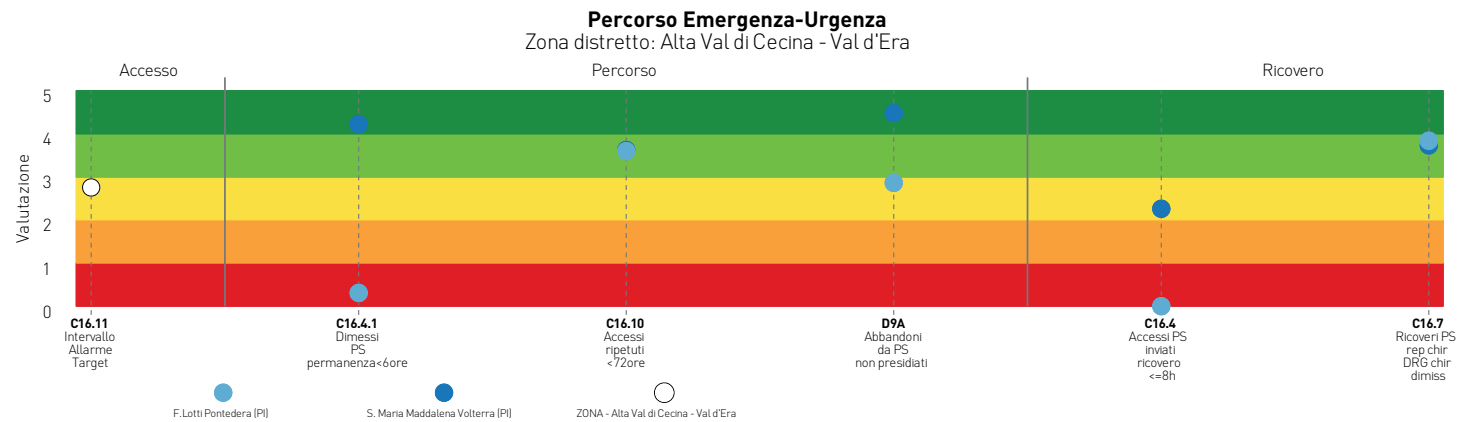
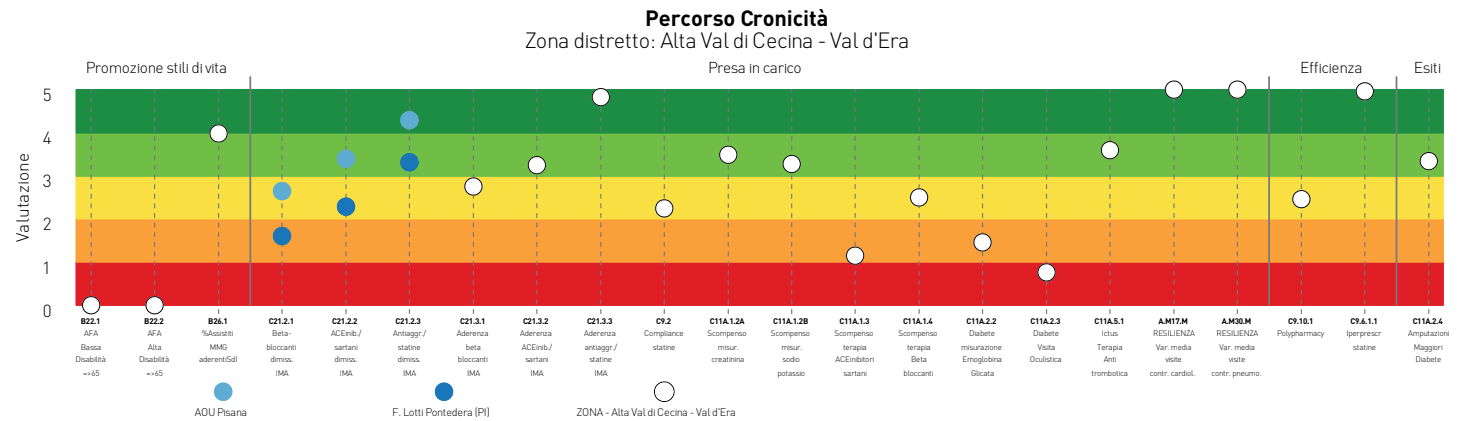
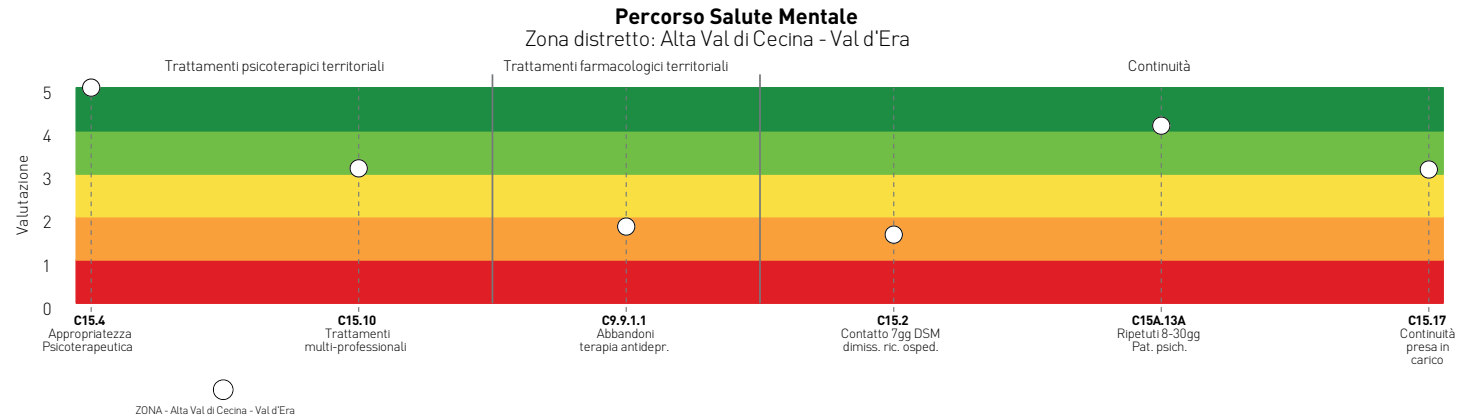


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Alta Val di Cecina - Val d'Era Valutazione della performance 2021







Livornese

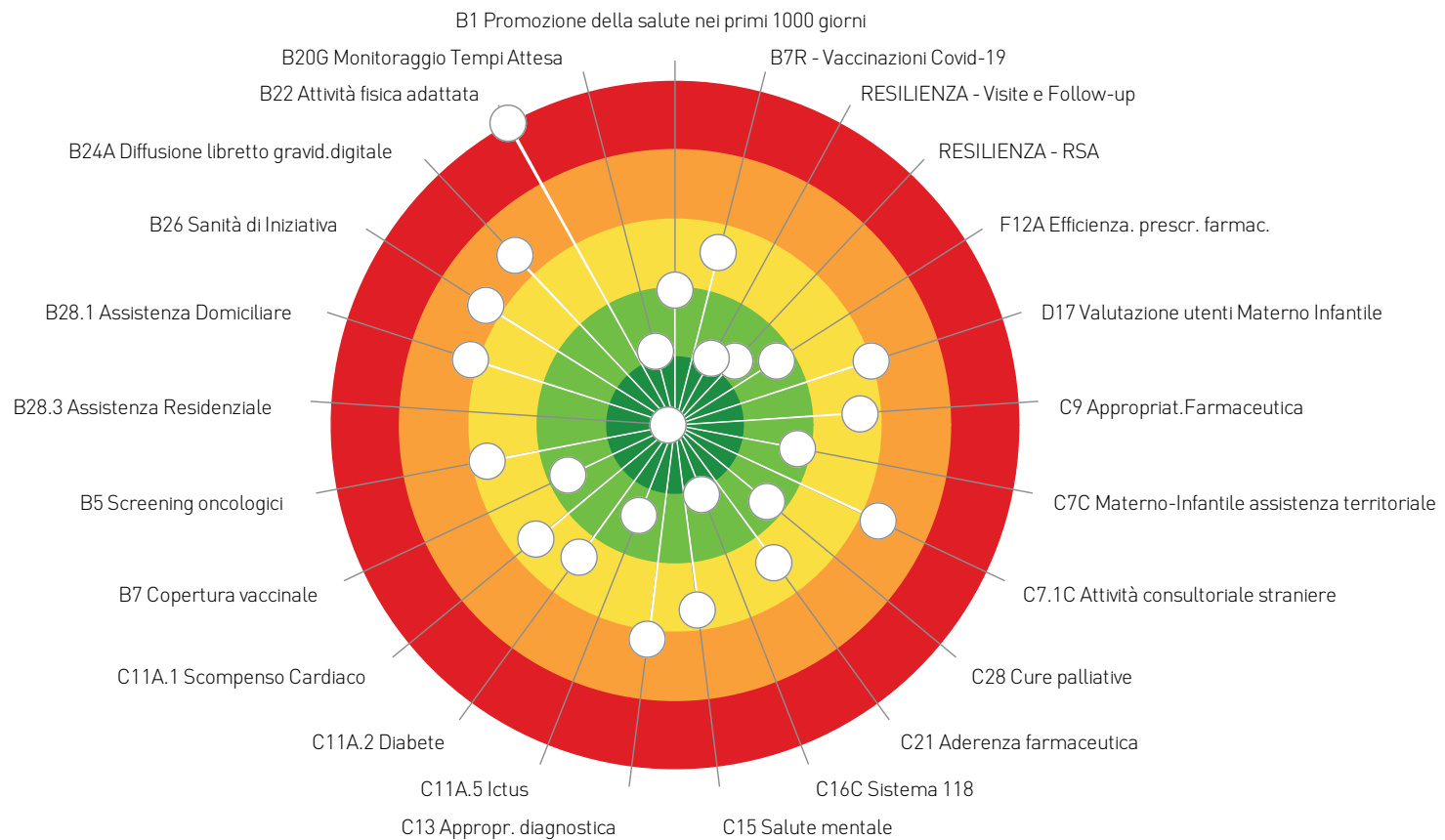
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

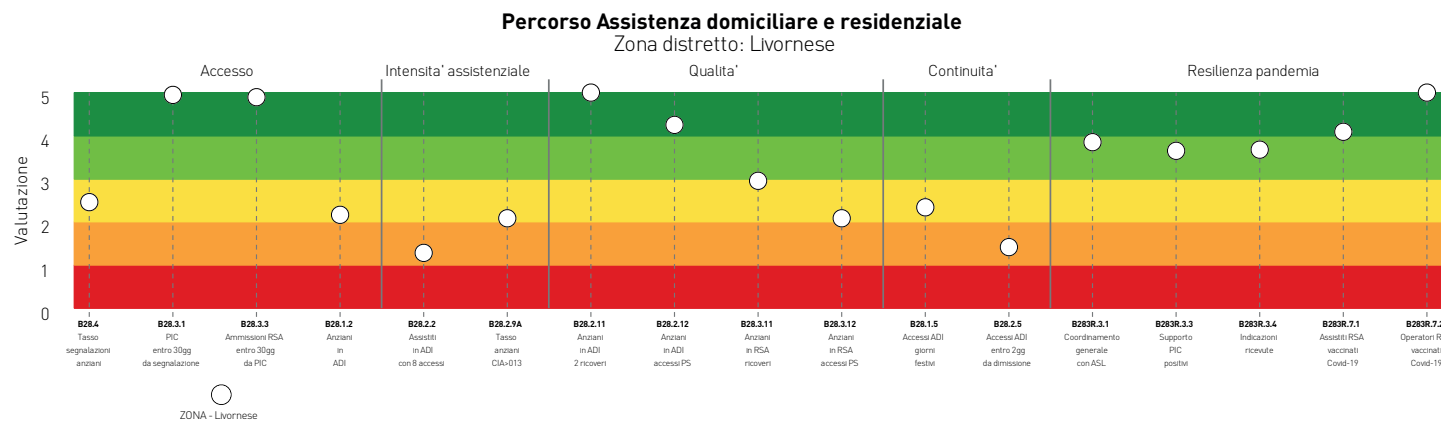
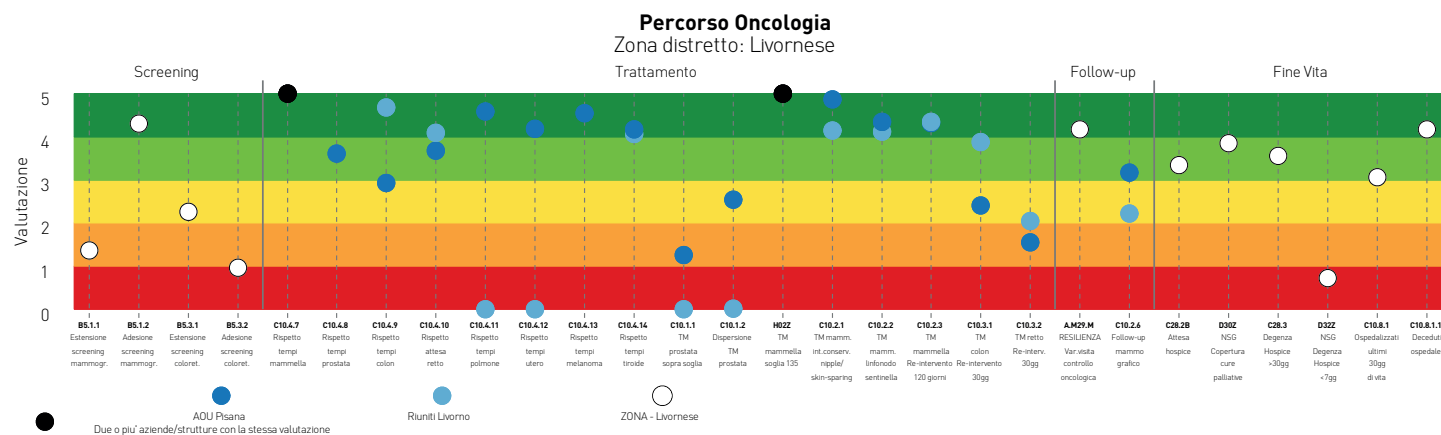
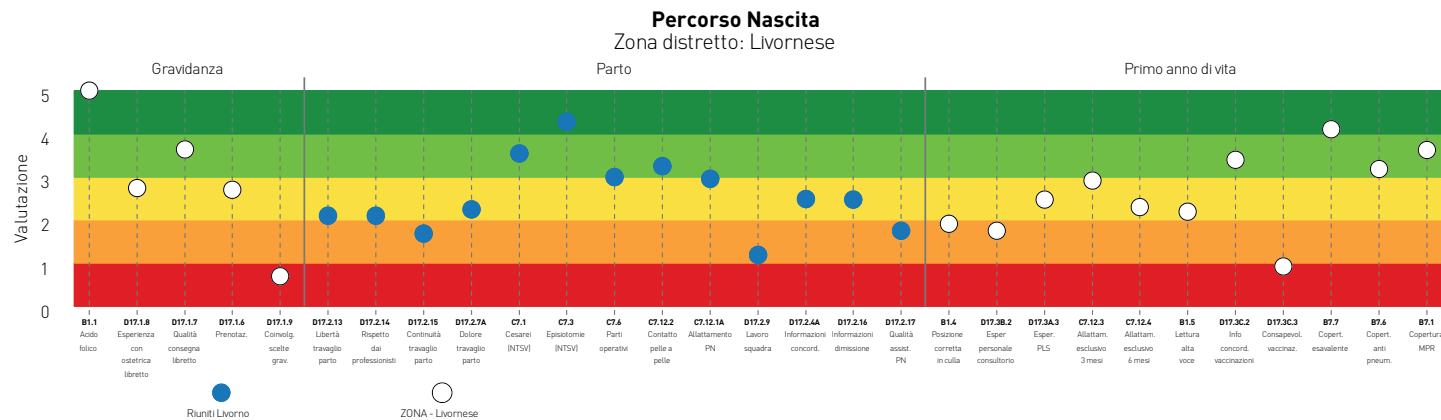
Numero indicatori di valutazione: 102

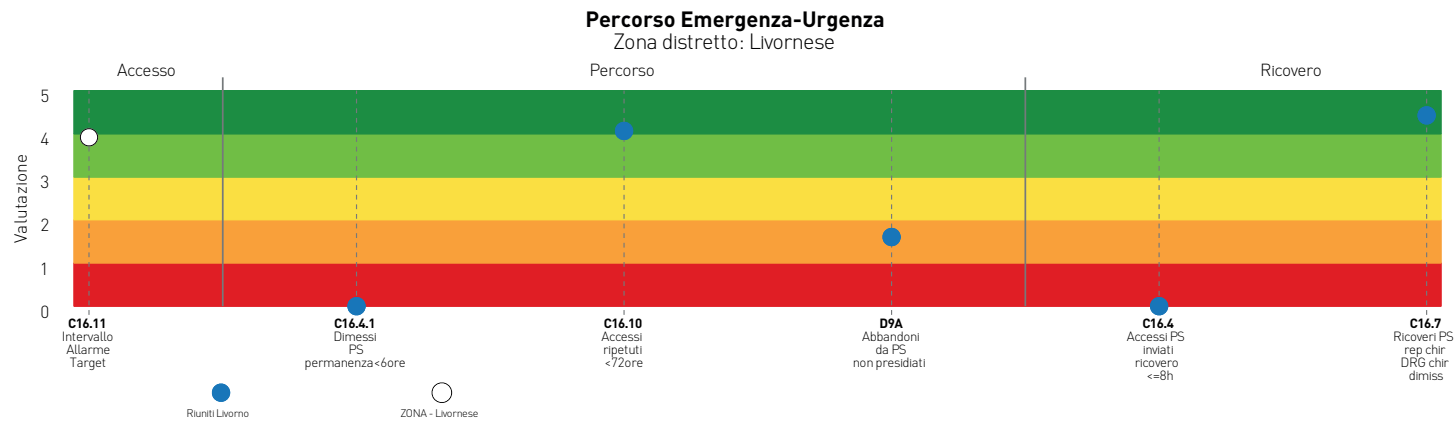
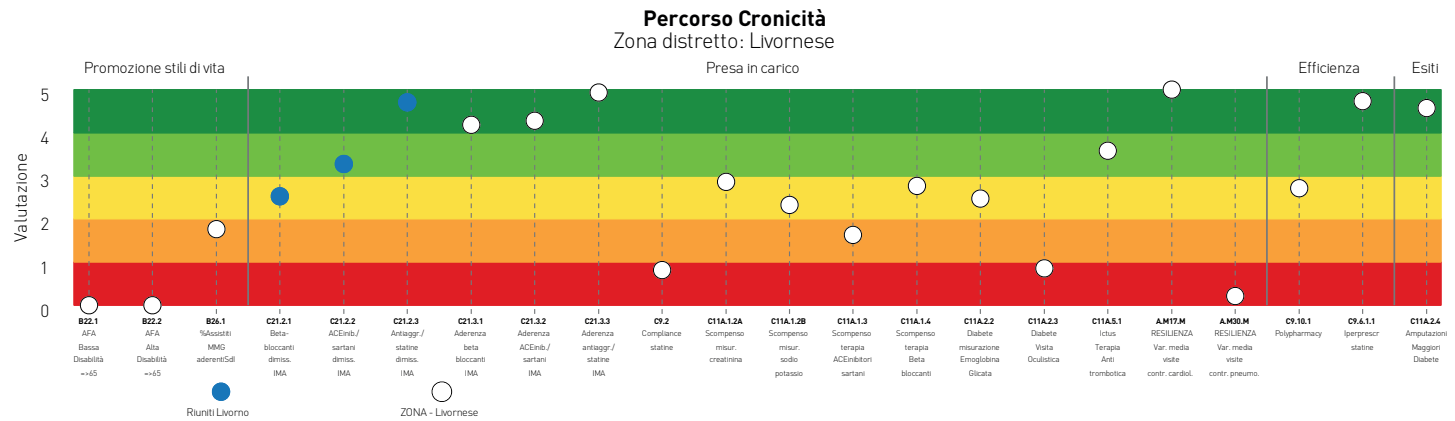
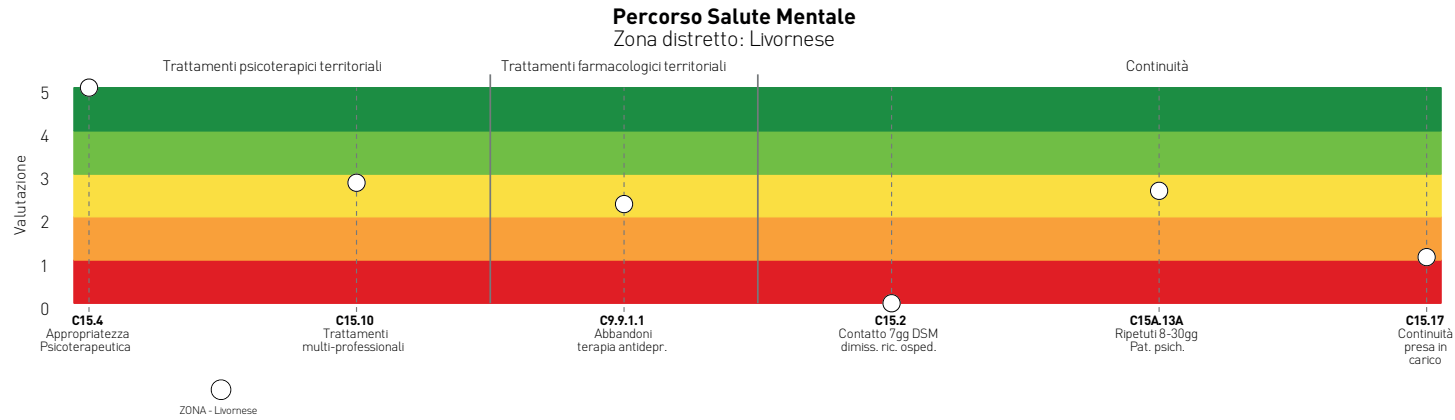


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Livornese Valutazione della performance 2021



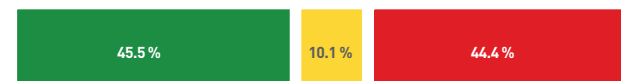




Elba

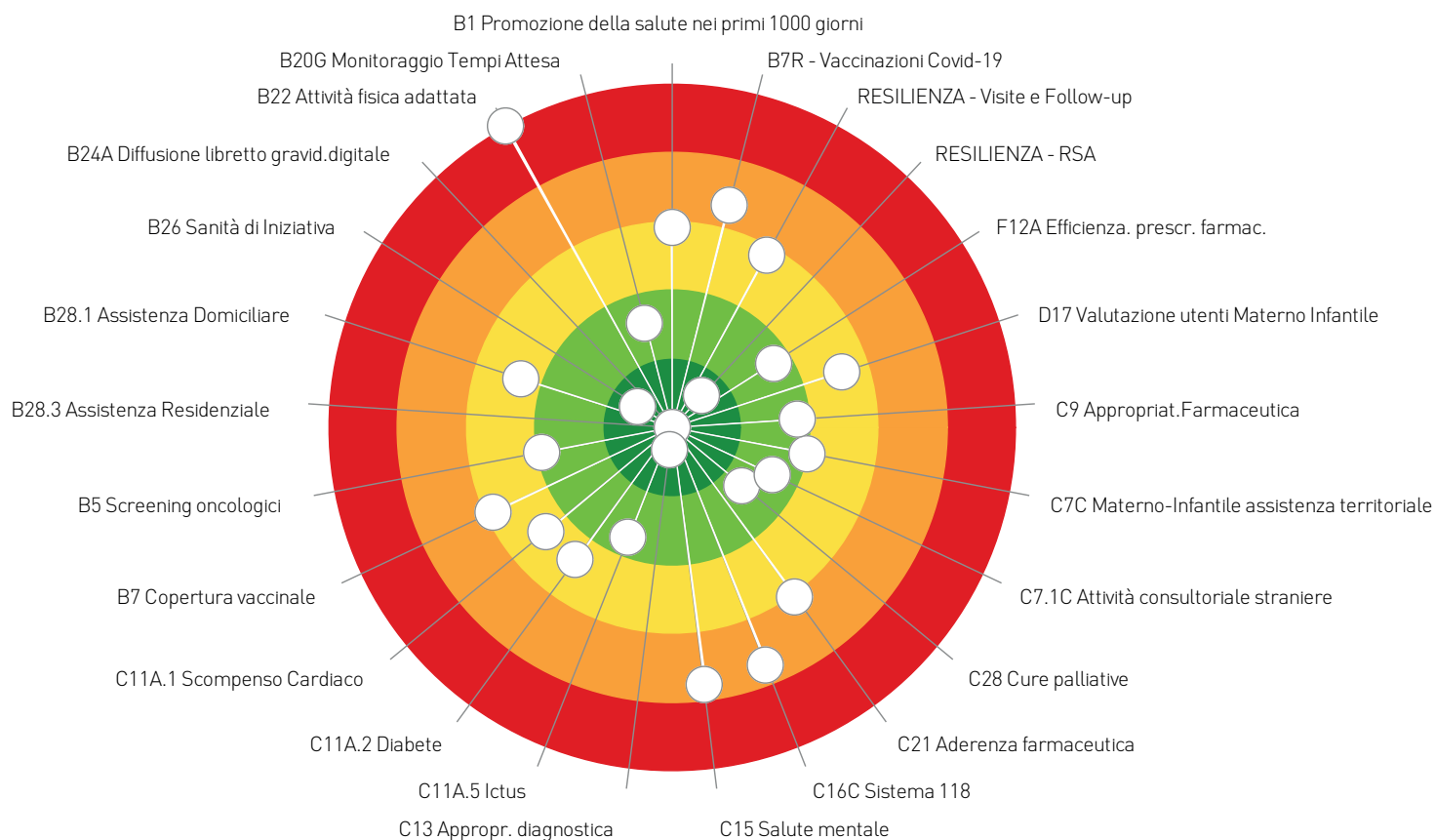
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

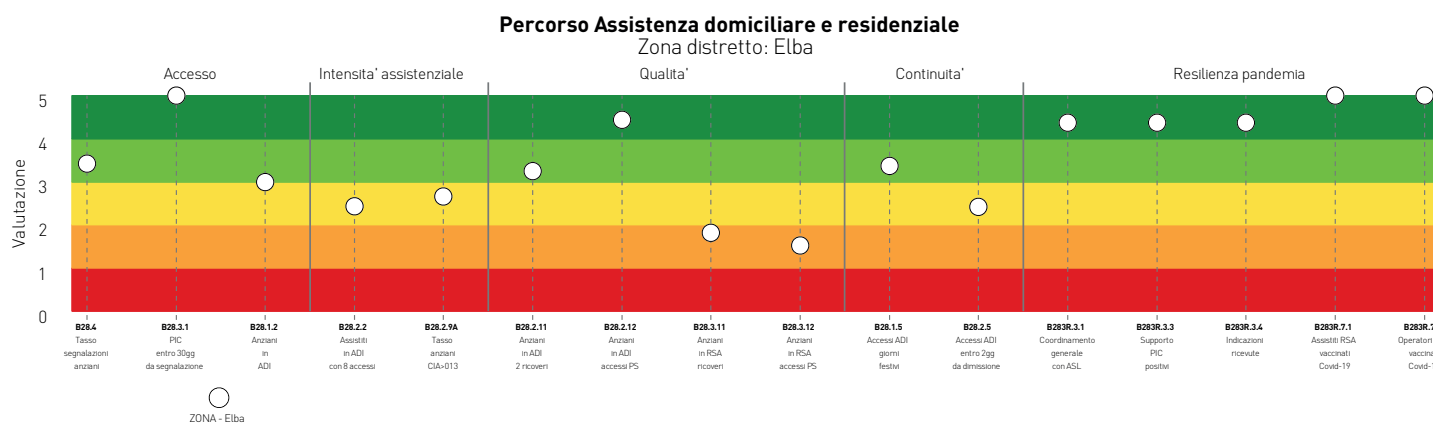
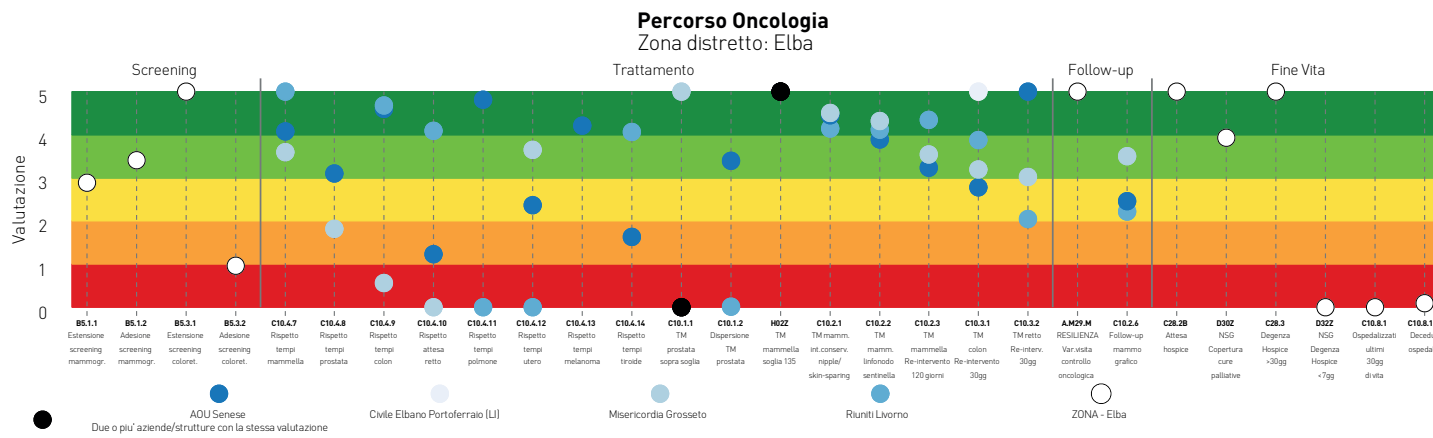
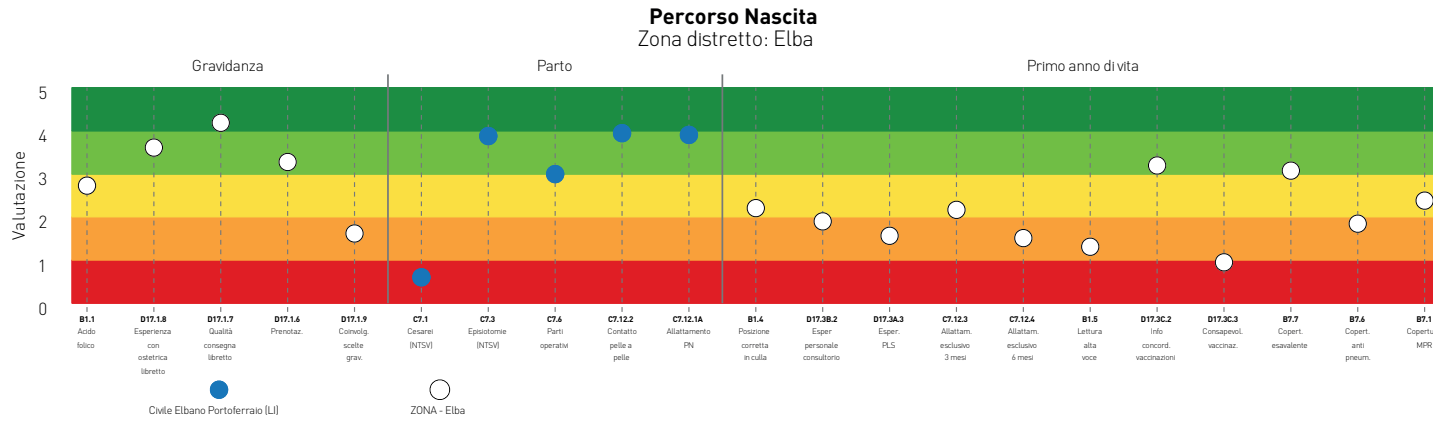
Numero indicatori di valutazione: 99



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

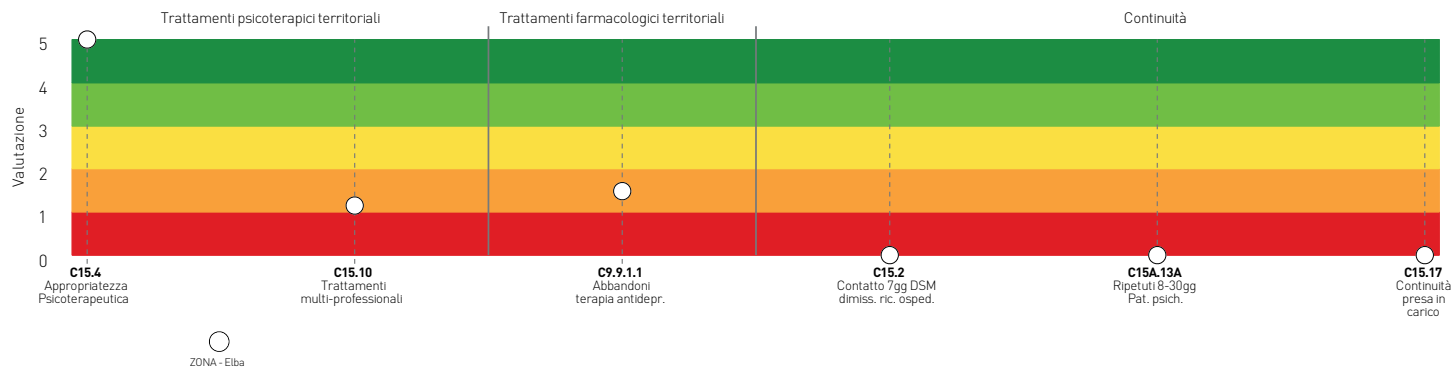
Elba Valutazione della performance 2021





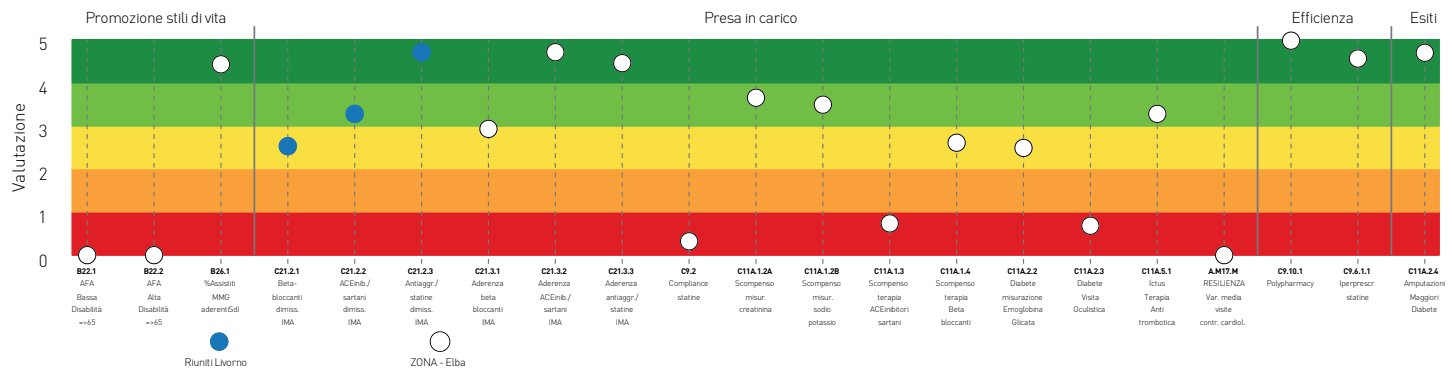
Percorso Salute Mentale

Zona distretto: Elba



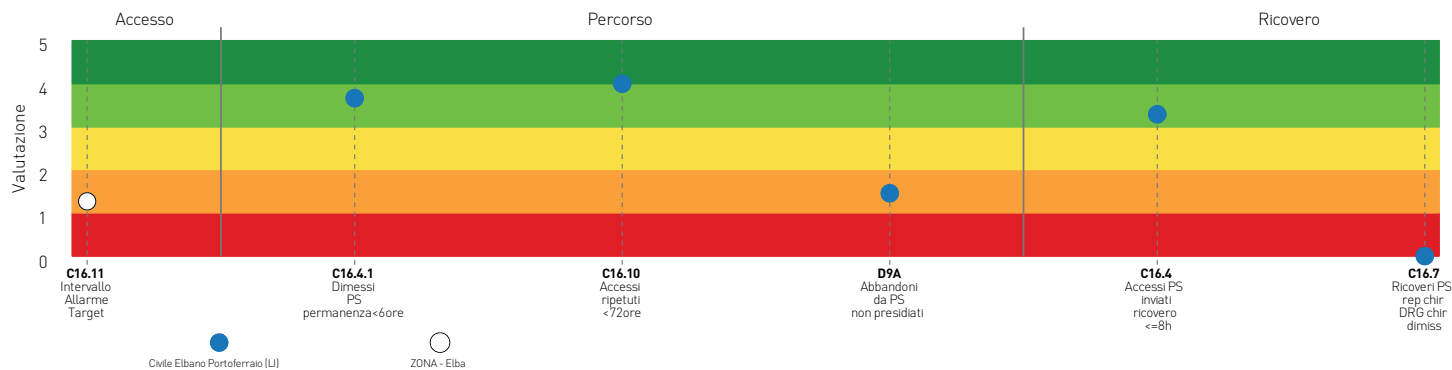
Percorso Cronicità

Zona distretto: Elba



Percorso Emergenza-Urgenza

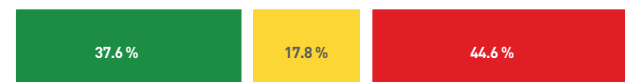
Zona distretto: Elba



Bassa Val di Cecina - Val di Cornia

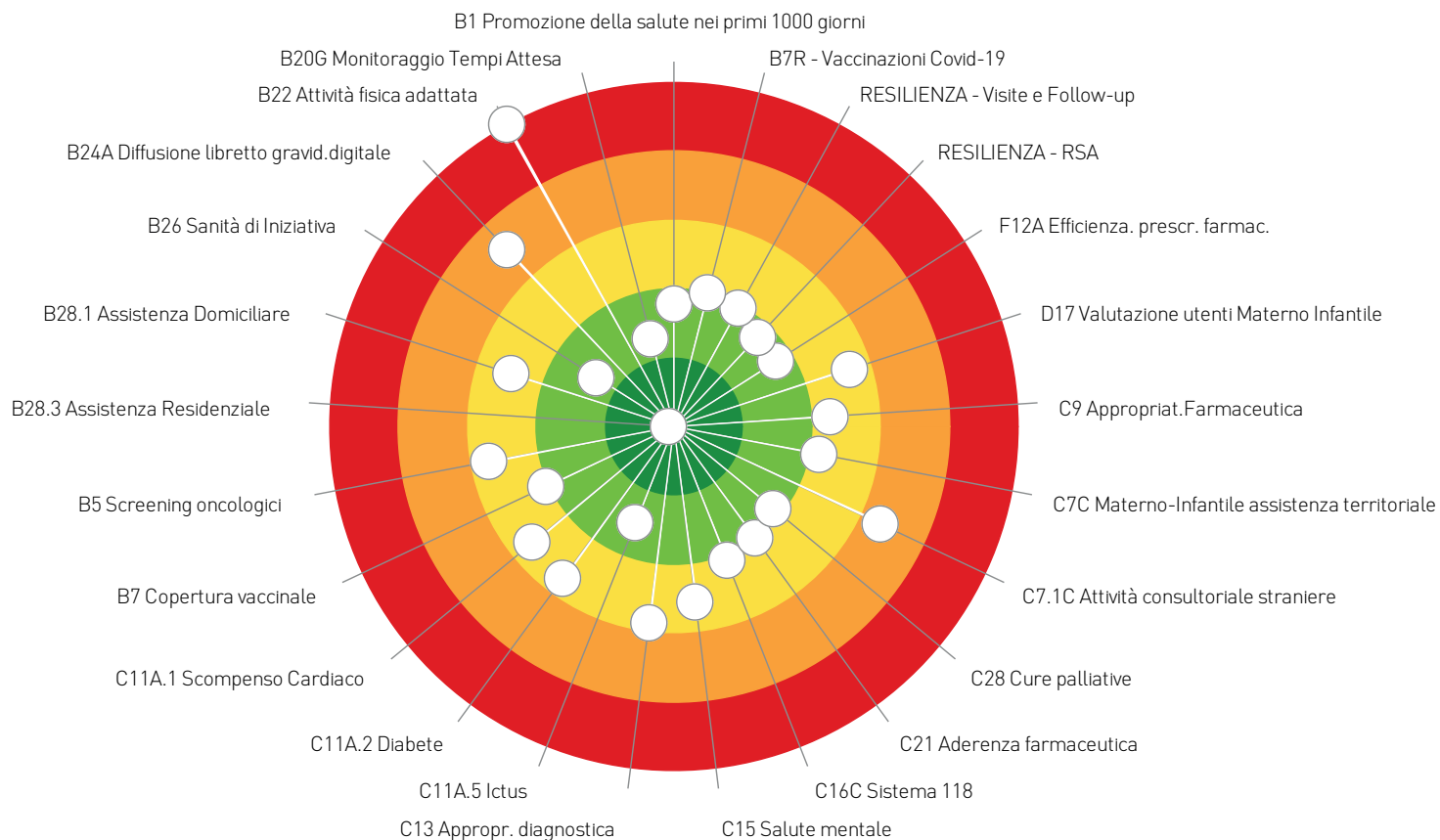
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

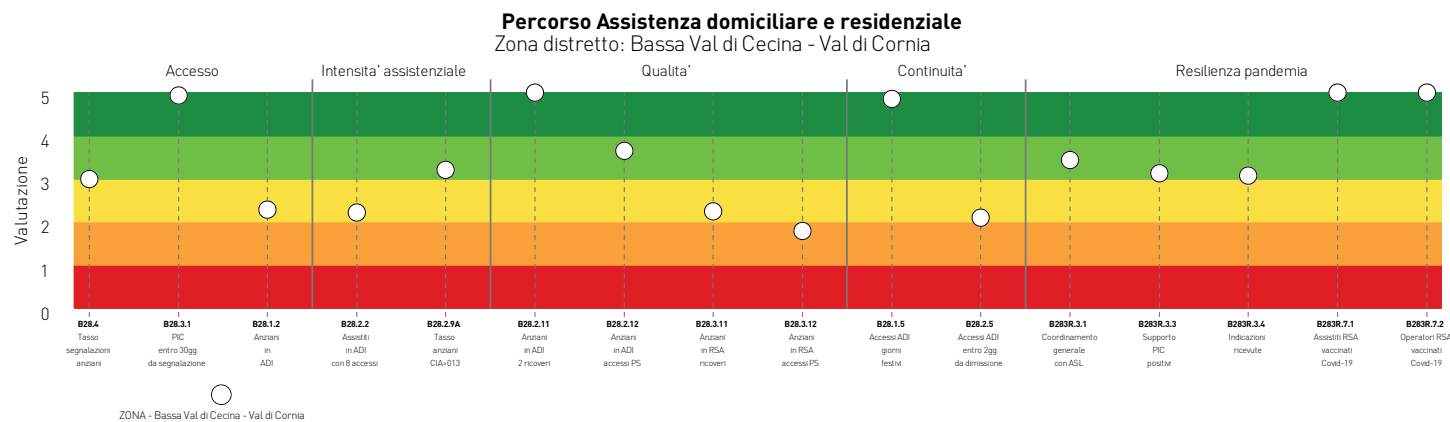
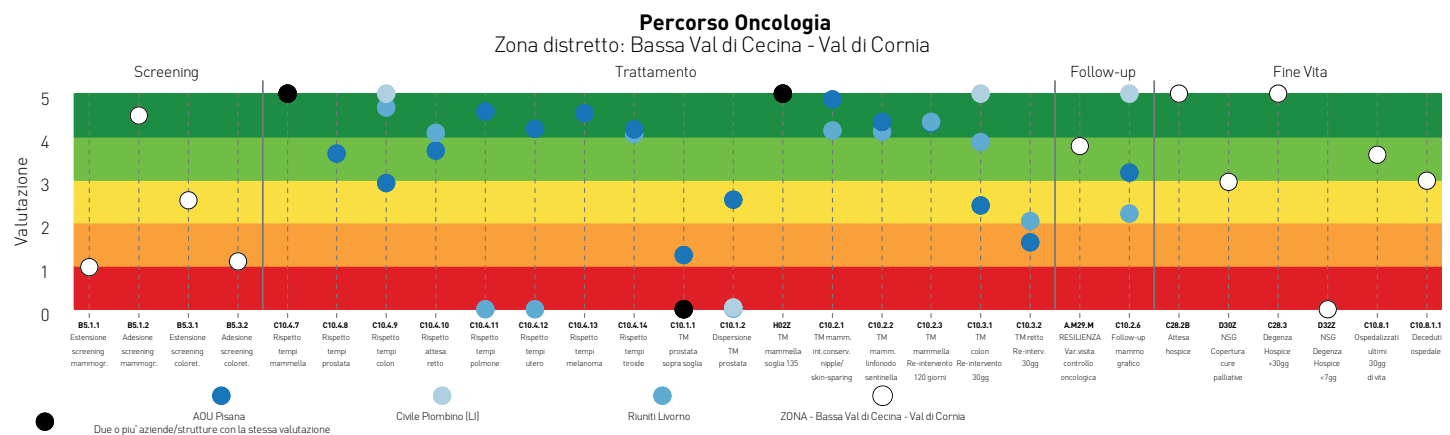
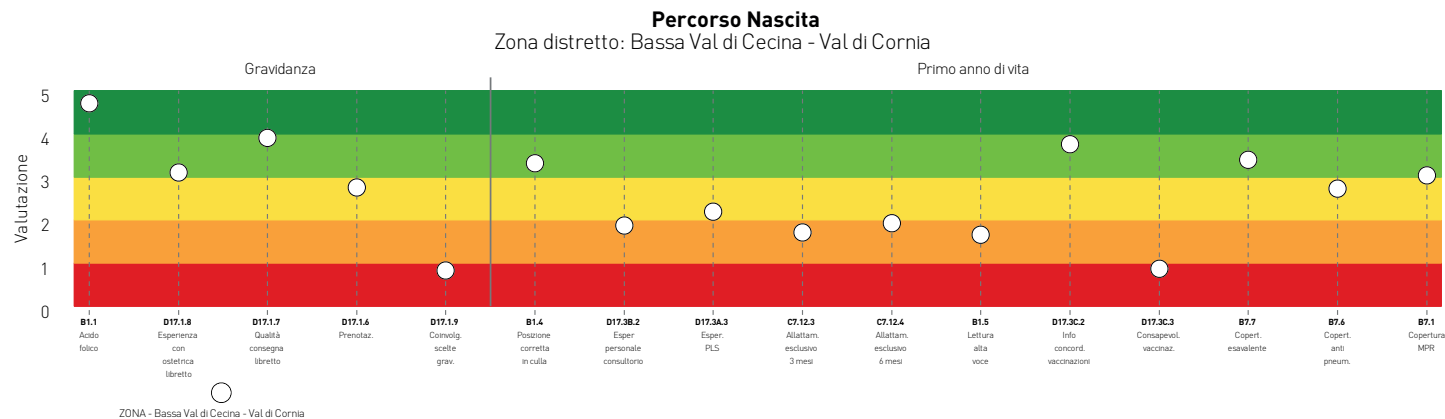
Numero indicatori di valutazione: 101

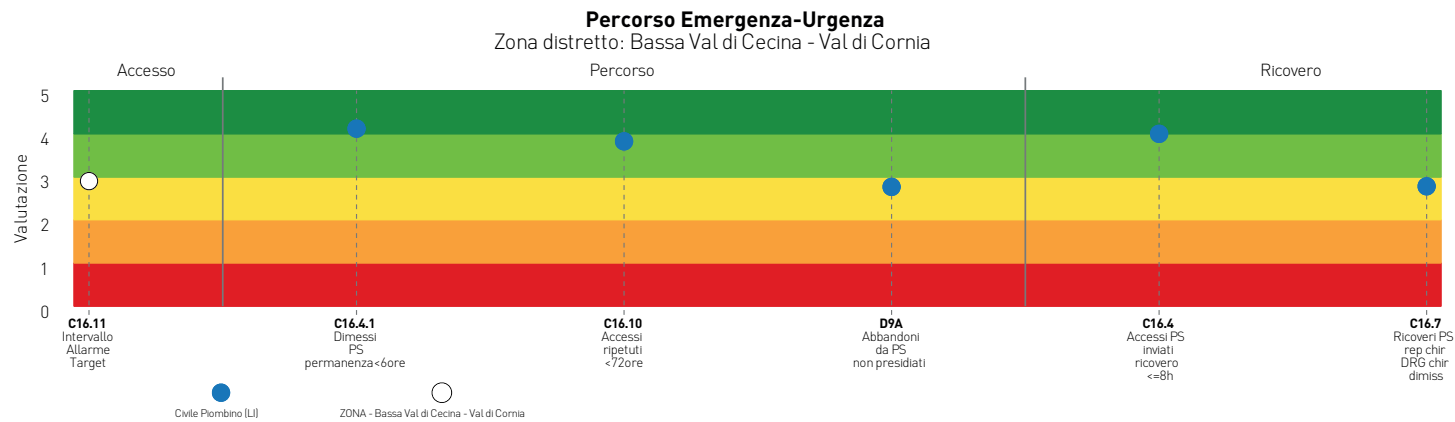
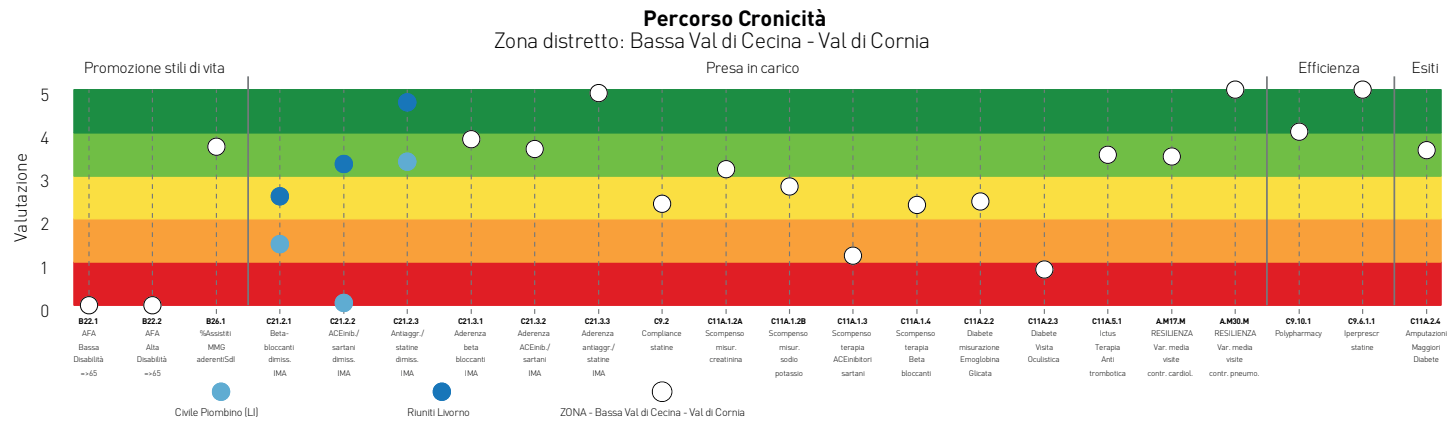
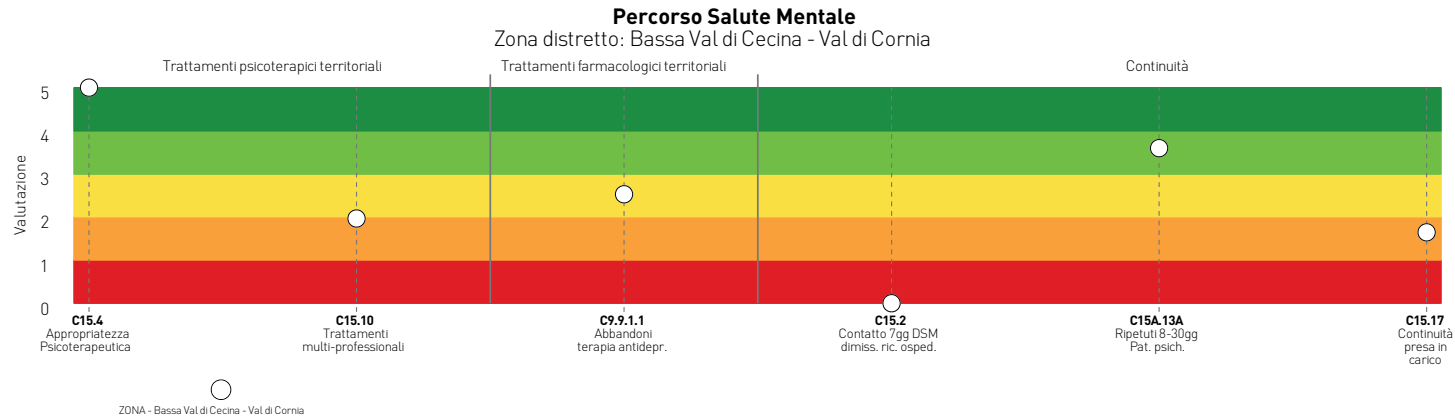


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Bassa Val di Cecina - Val di Cornia Valutazione della performance 2021







Versilia

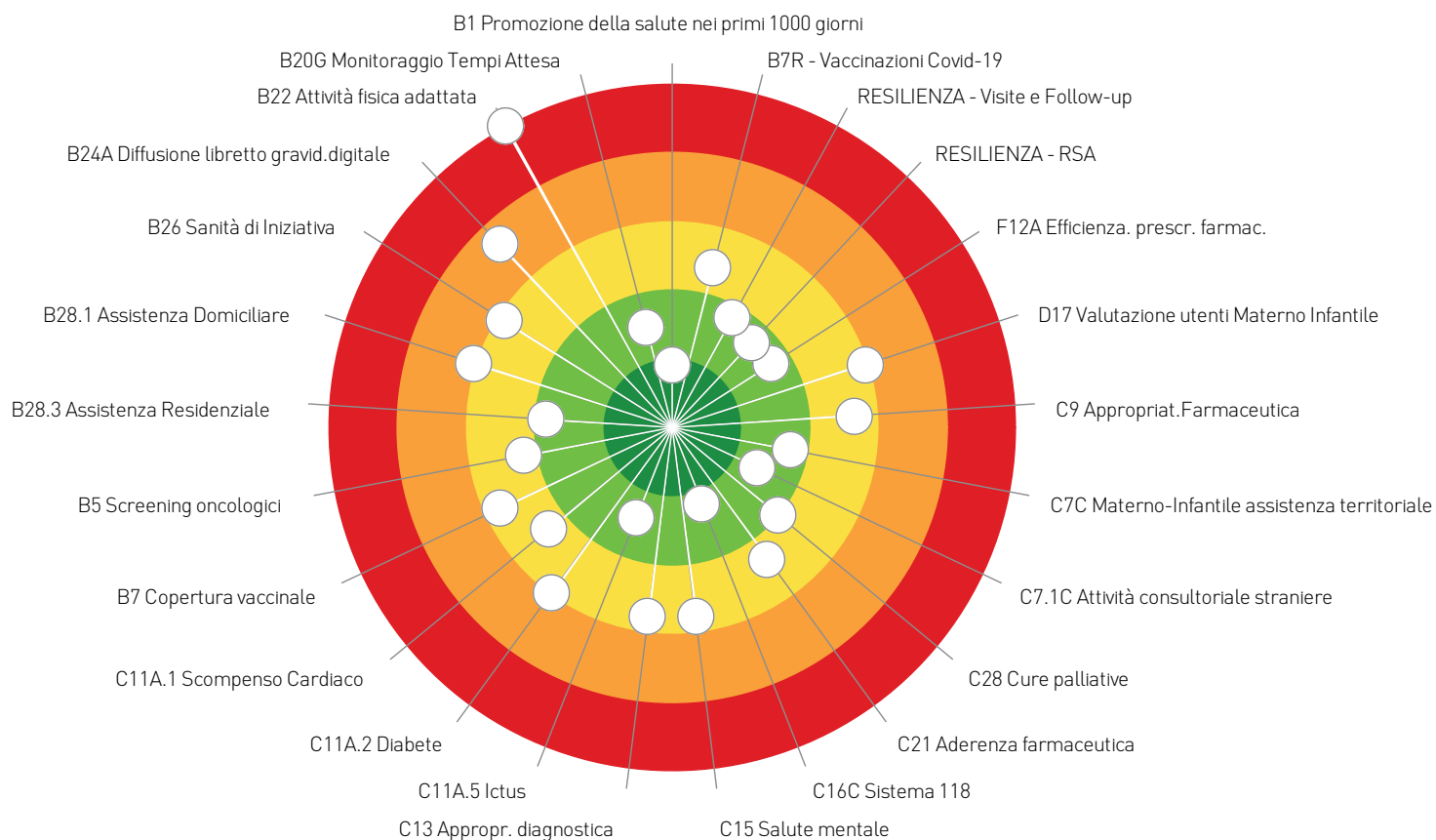
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

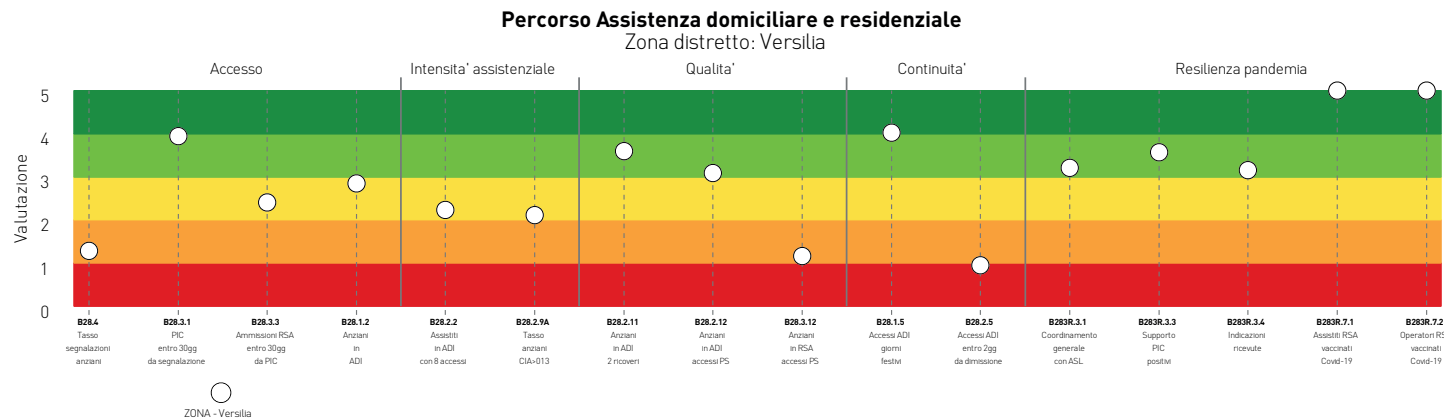
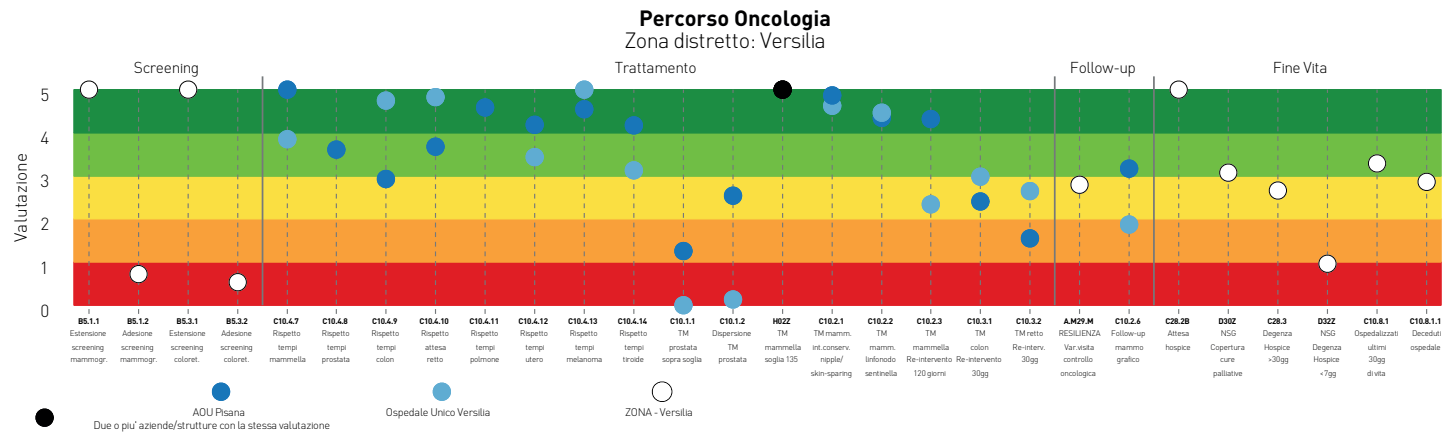
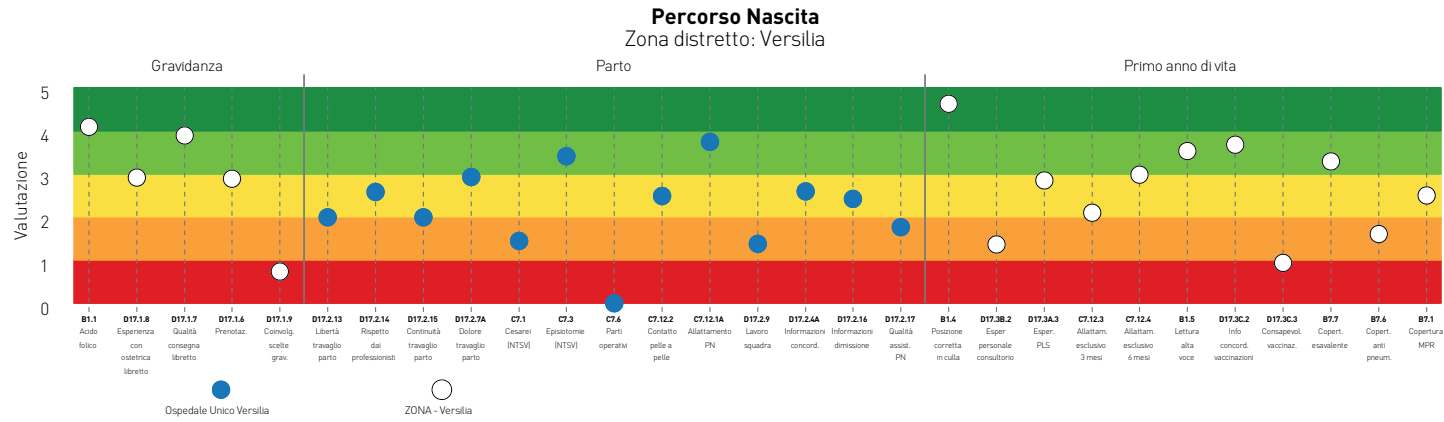
Numero indicatori di valutazione: 103

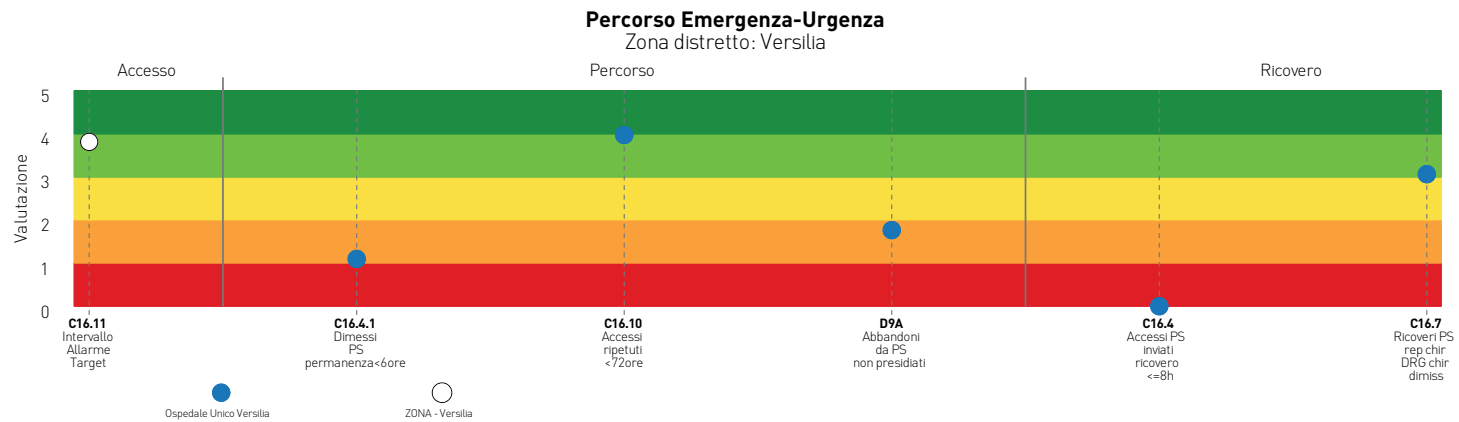
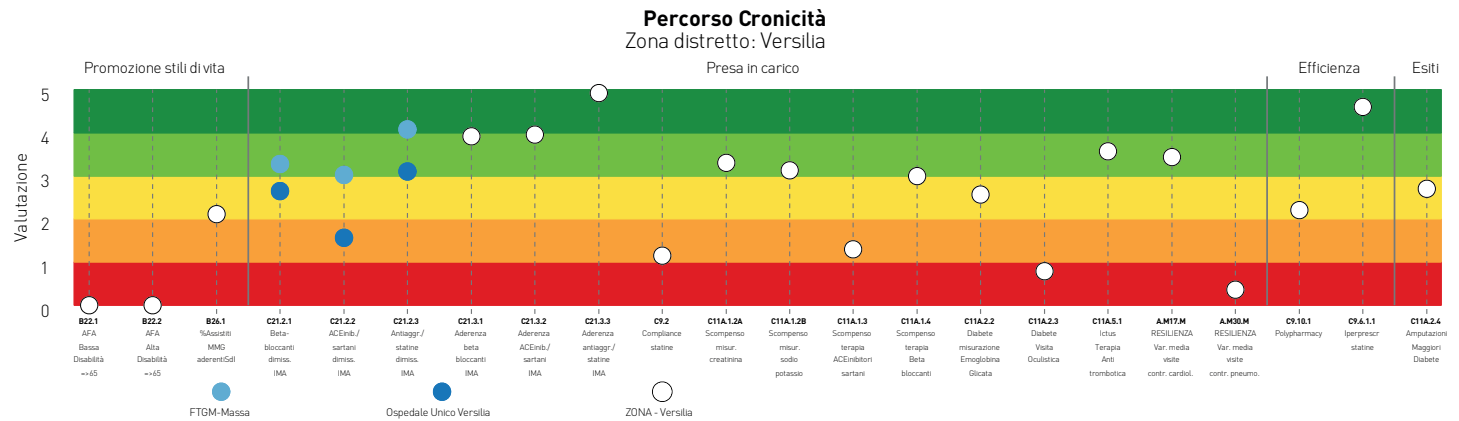
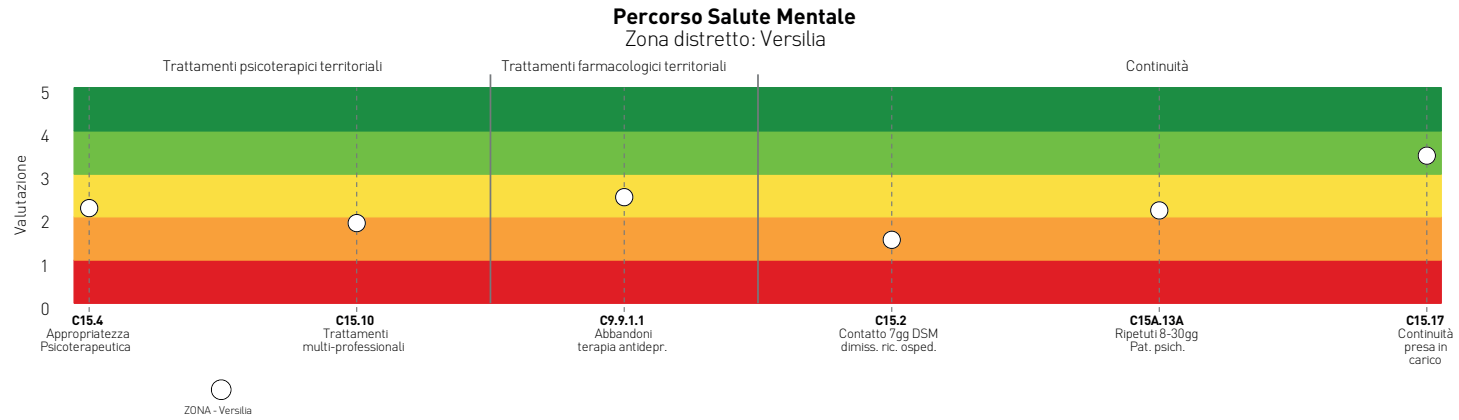


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Versilia Valutazione della performance 2021







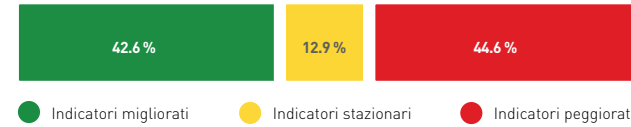
Area Vasta Sud-Est



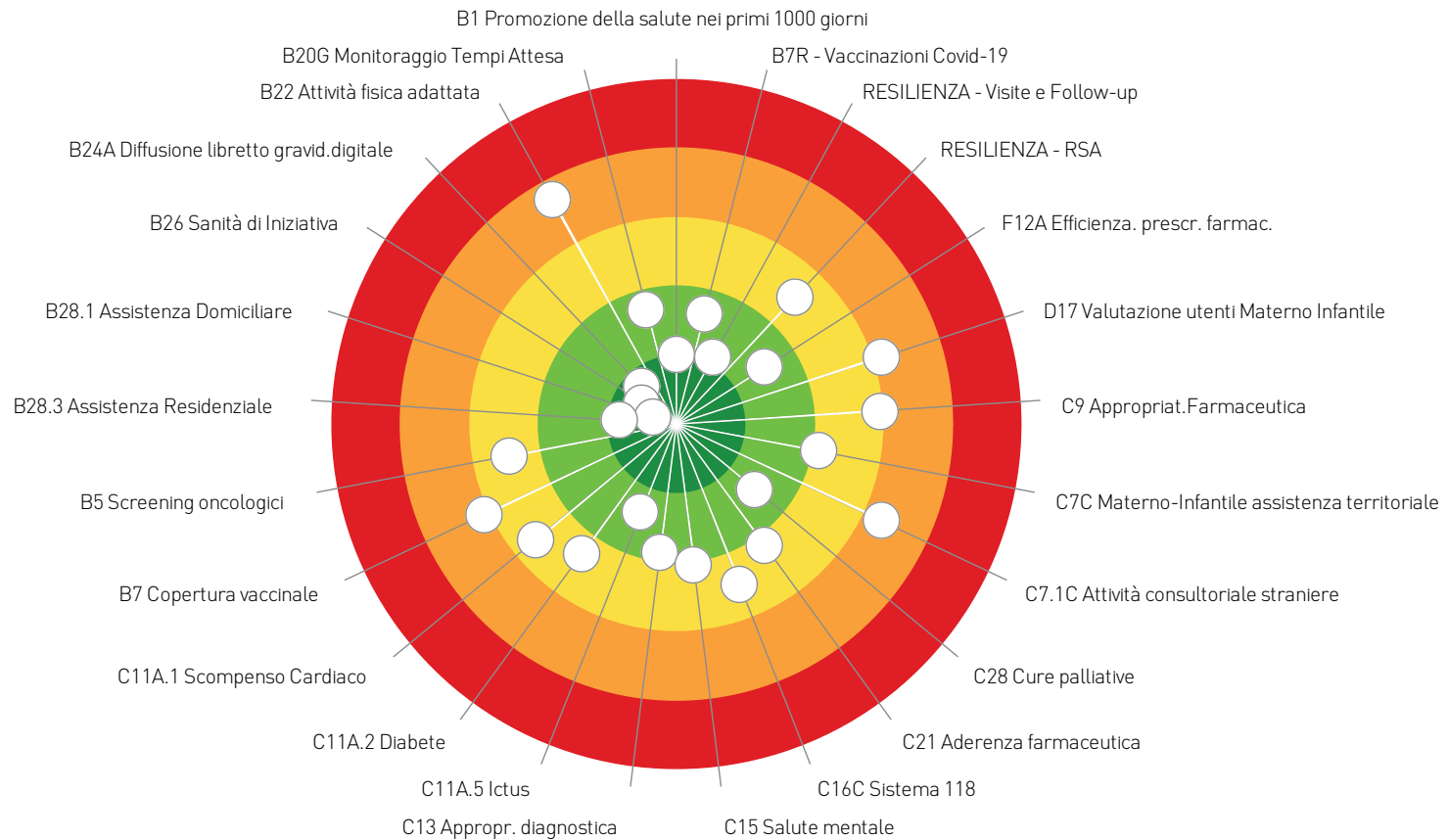
Alta Val d'Elsa

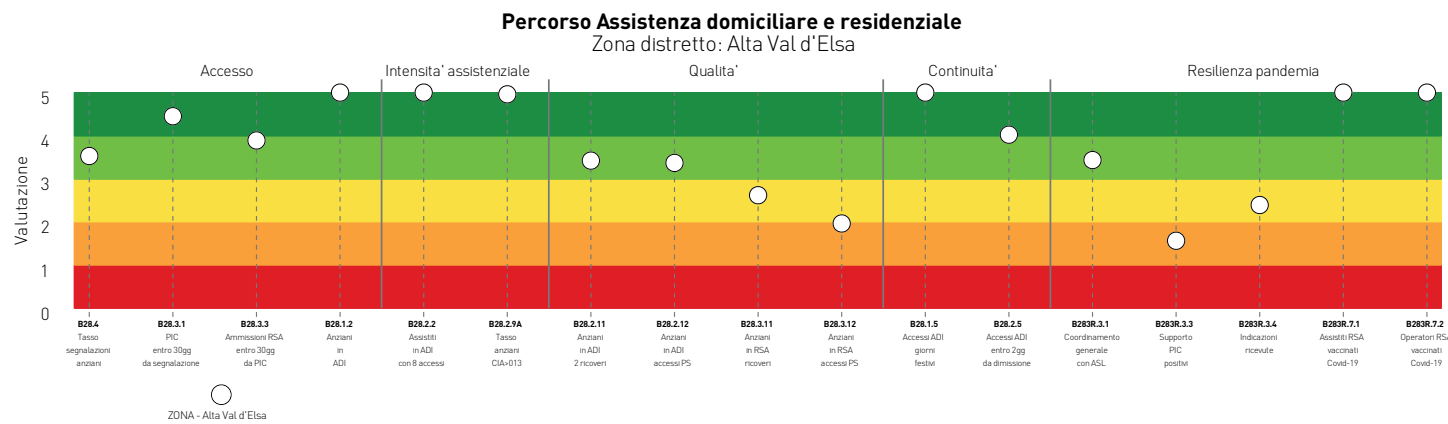
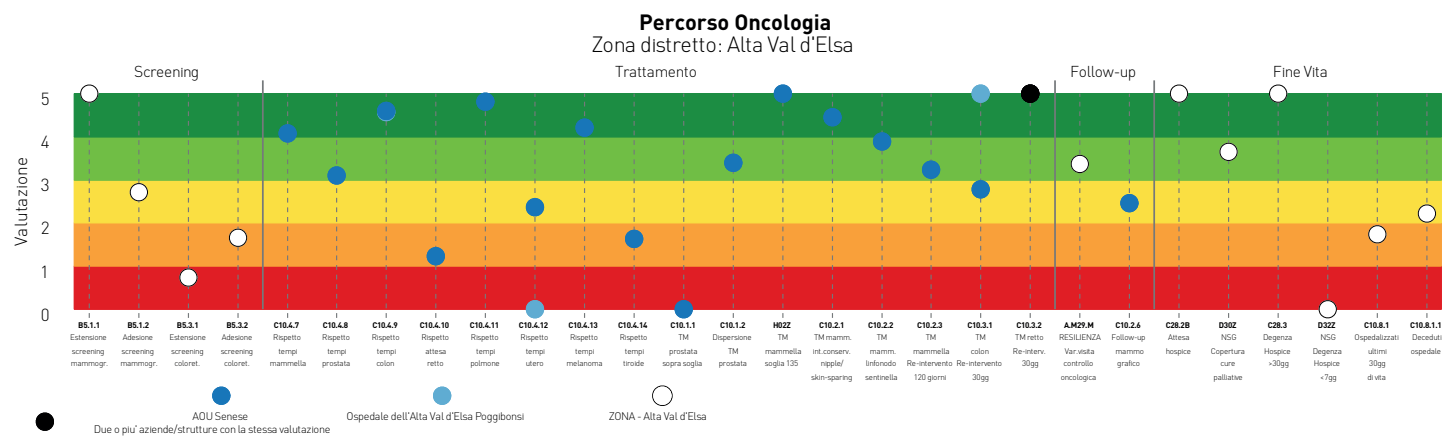
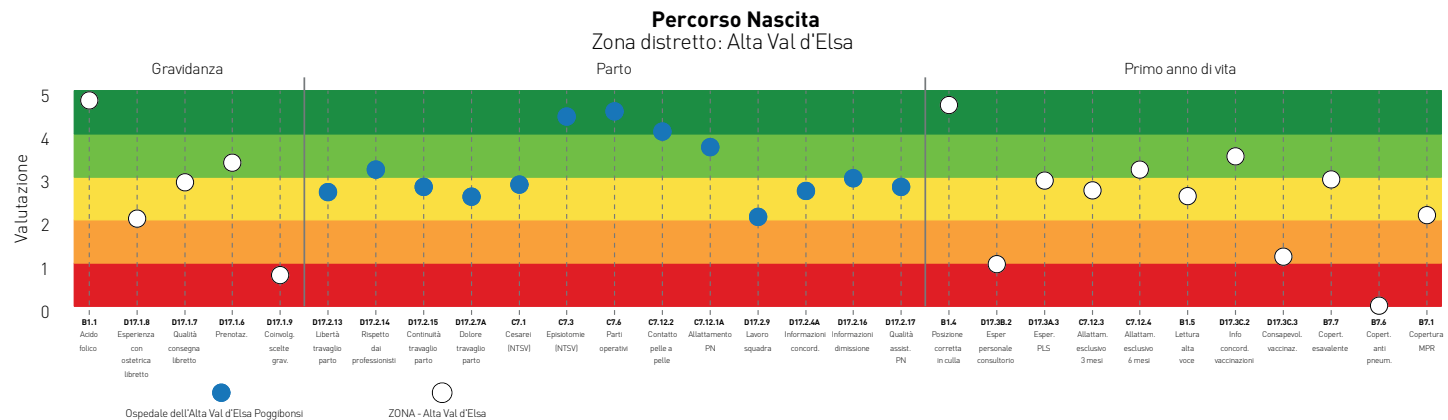
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

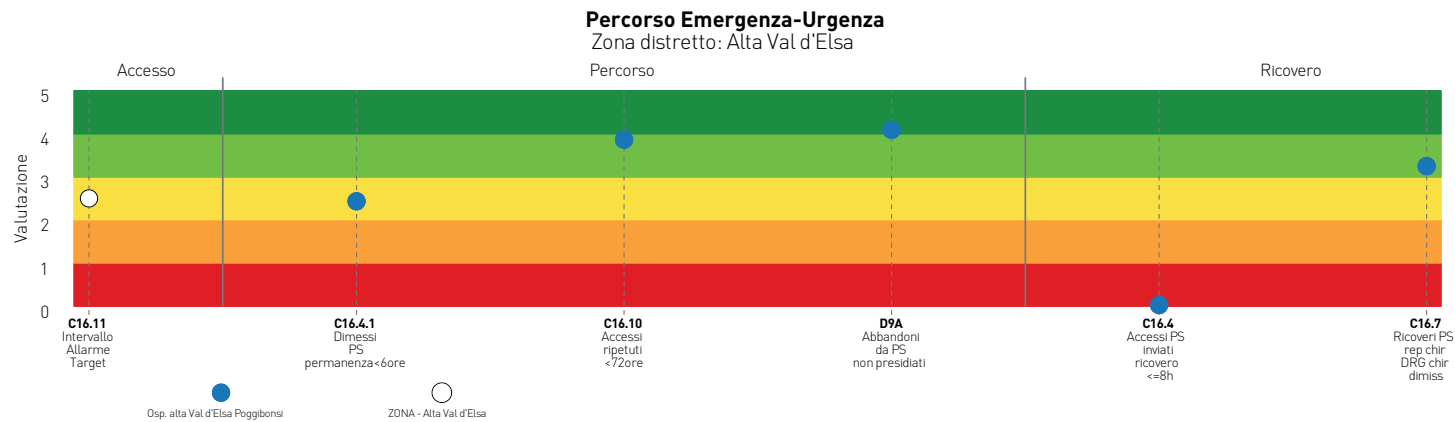
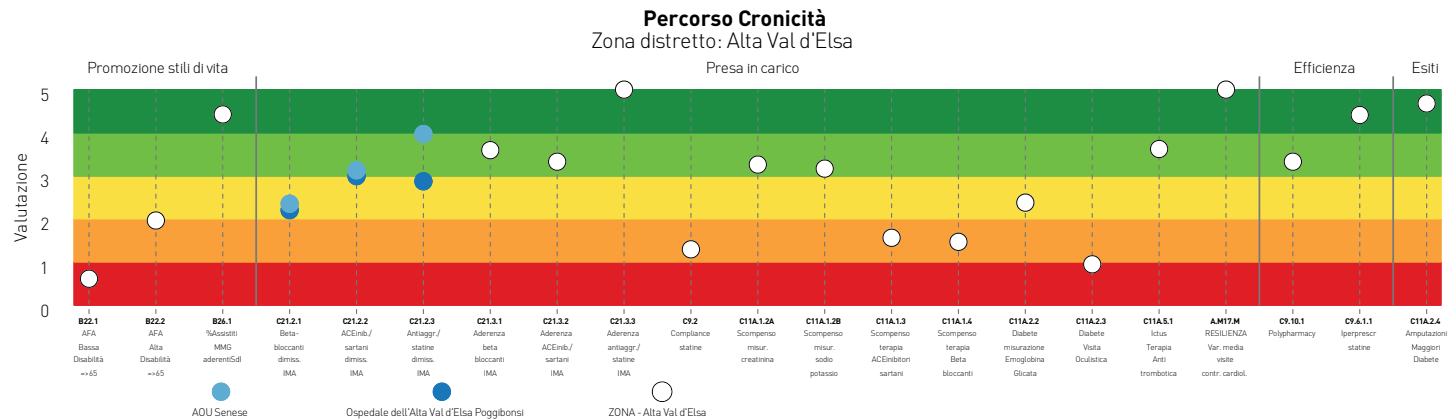
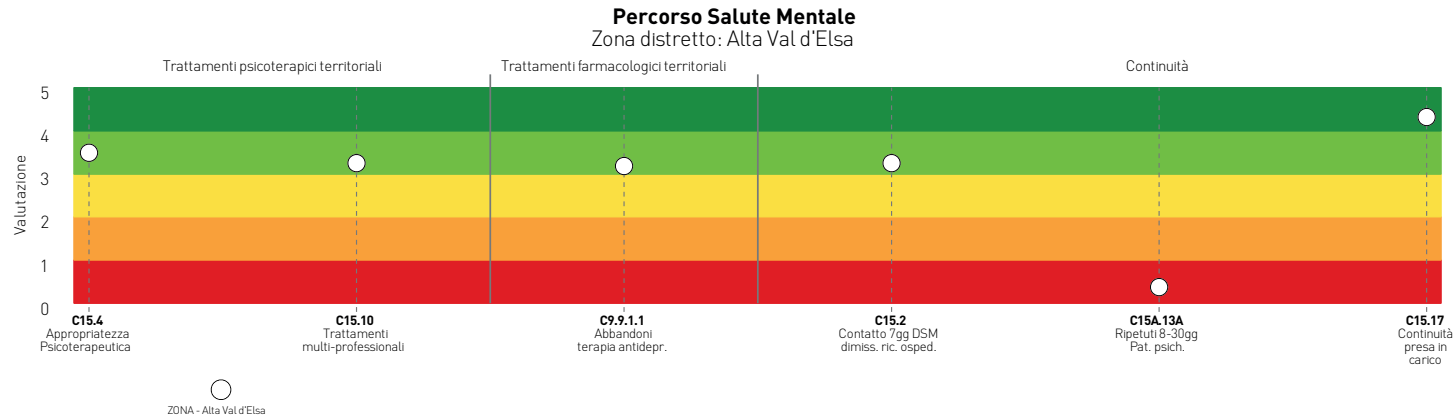
Numero indicatori di valutazione: 101



Alta Val d'Elsa Valutazione della performance 2021



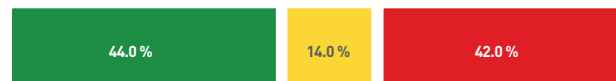




Senese

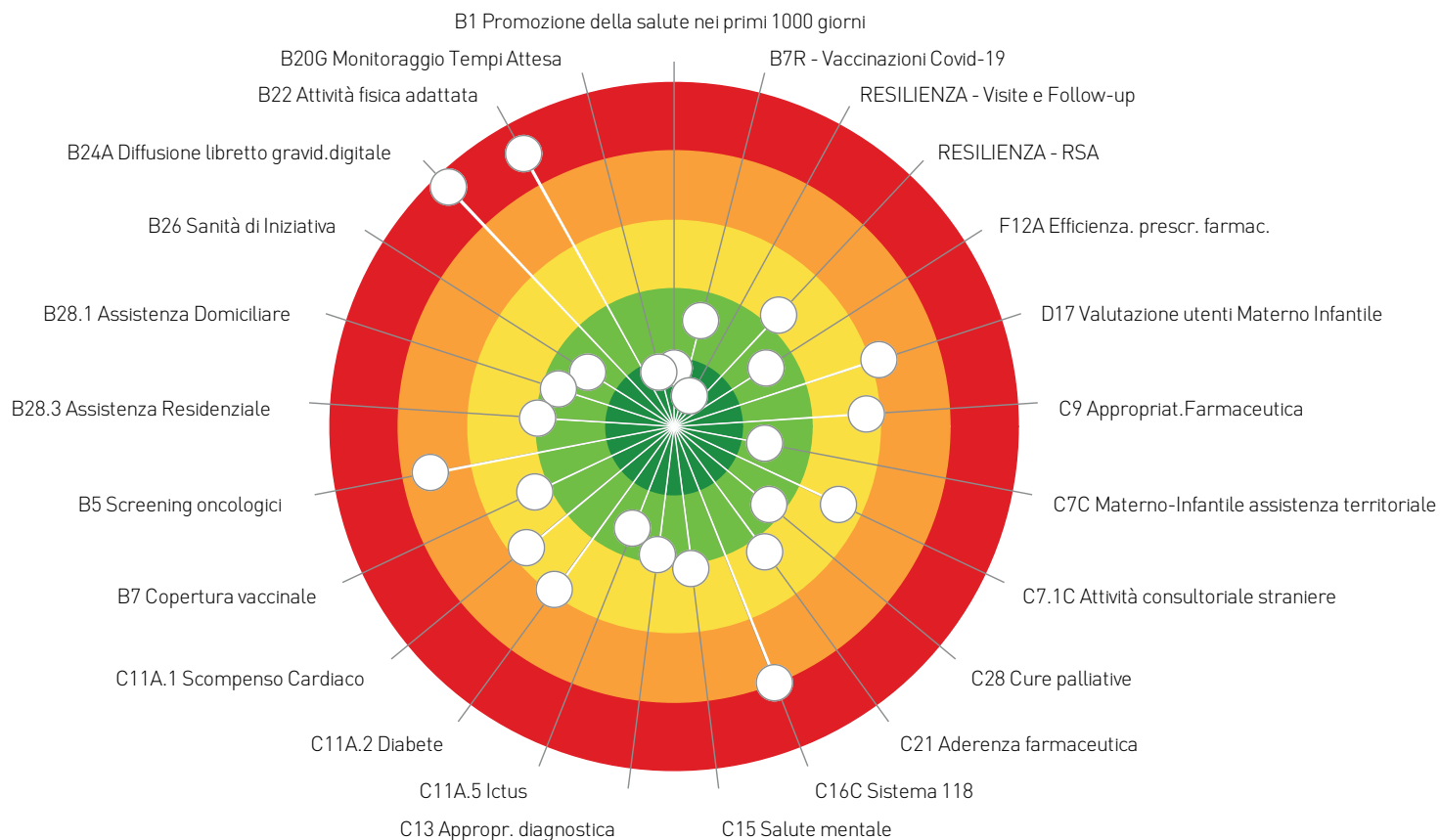
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

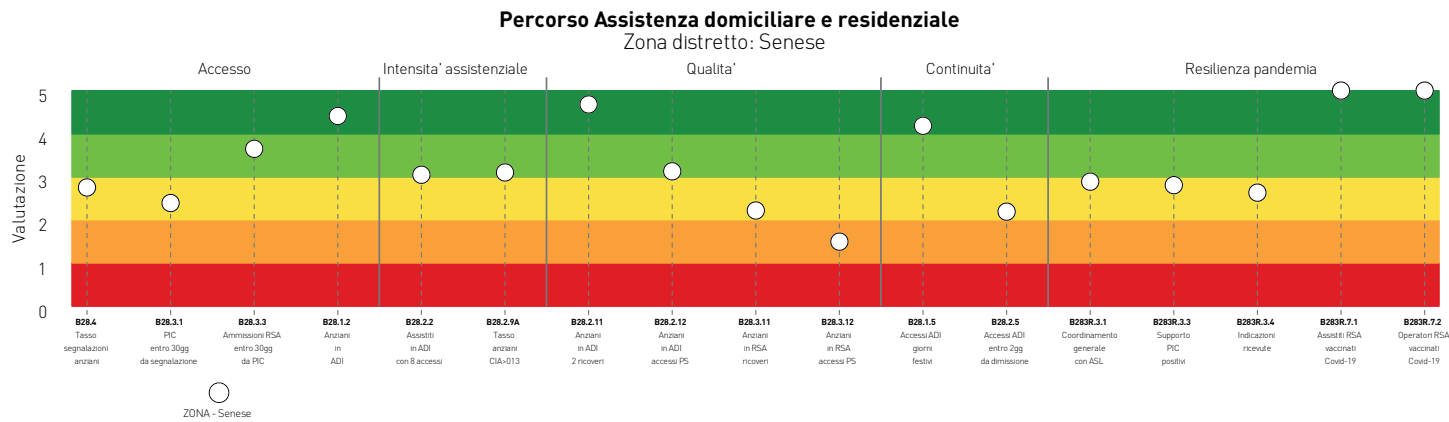
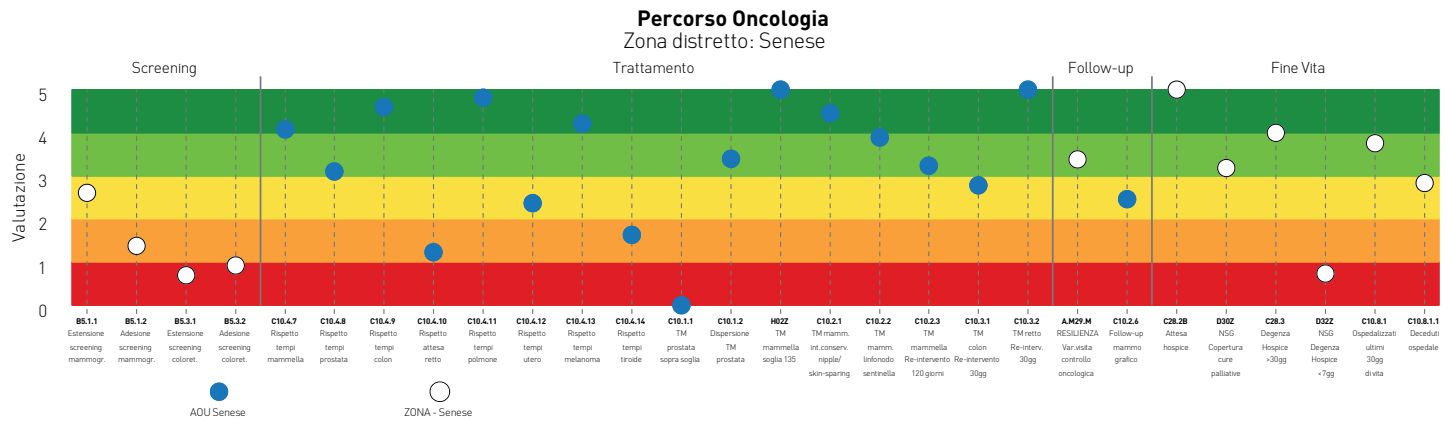
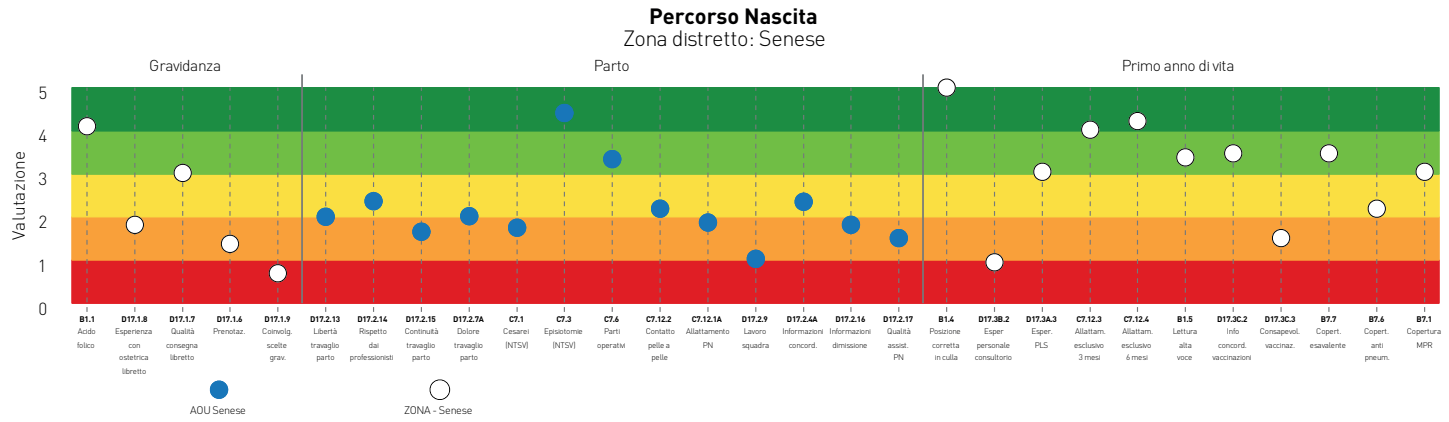
Numero indicatori di valutazione: 100



● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

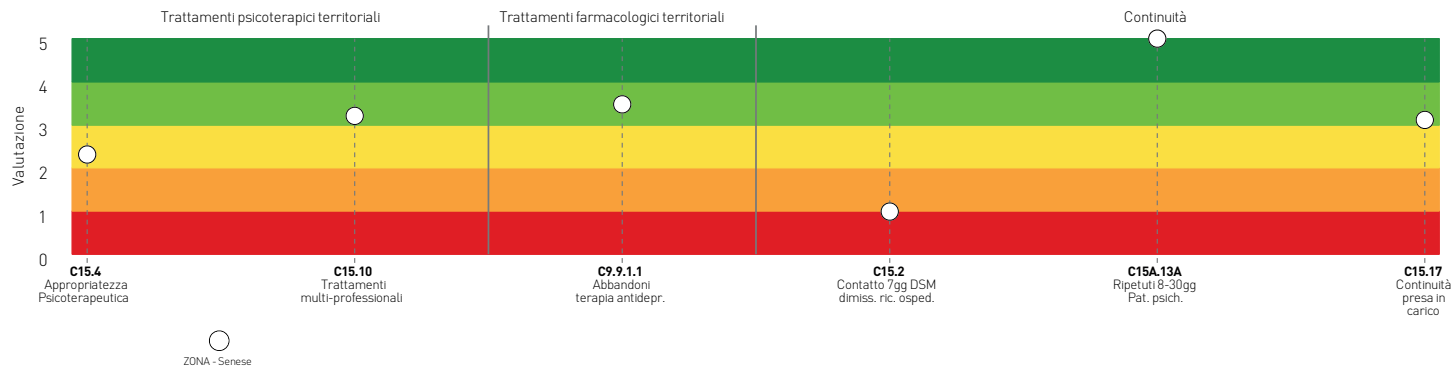
Senese
Valutazione della performance 2021





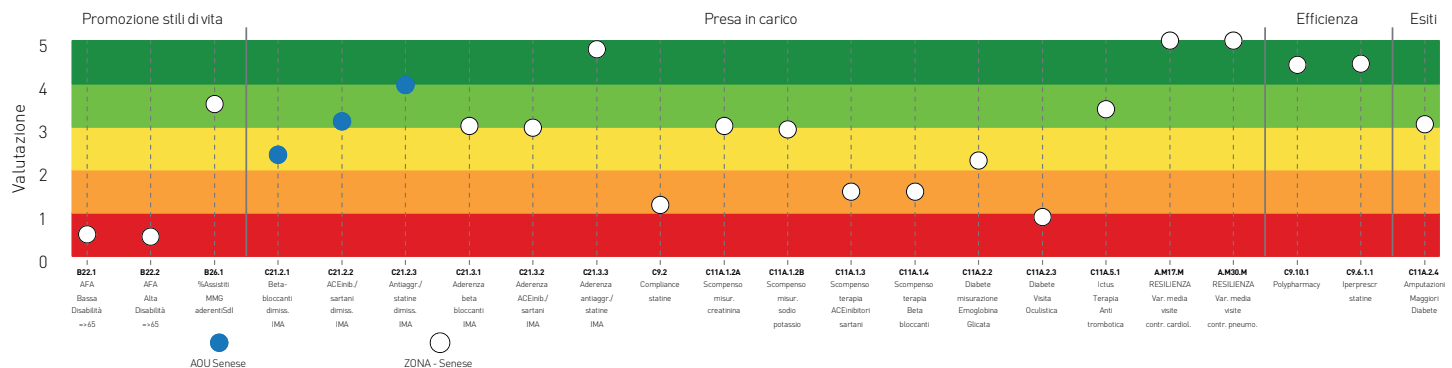
Percorso Salute Mentale

Zona distretto: Senese



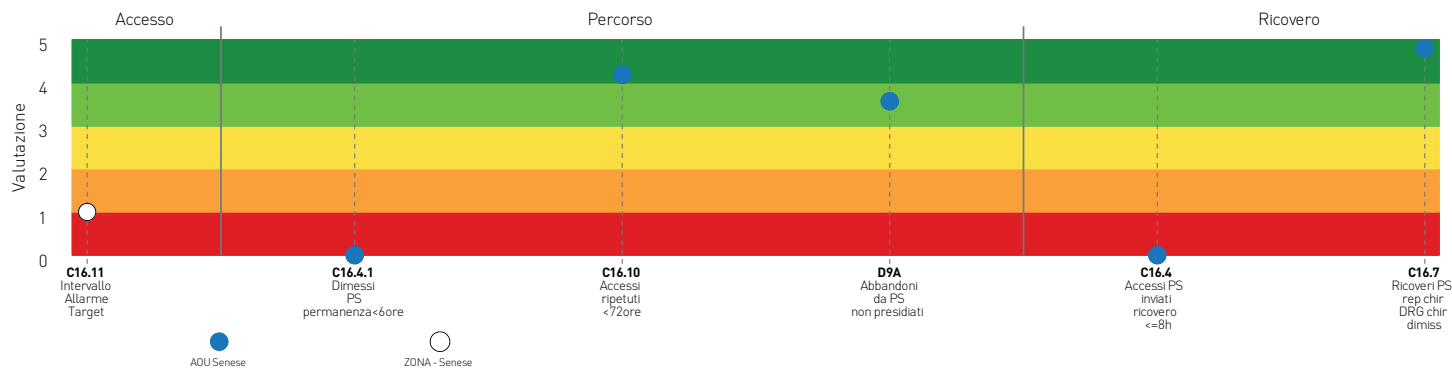
Percorso Cronicità

Zona distretto: Senese



Percorso Emergenza-Urgenza

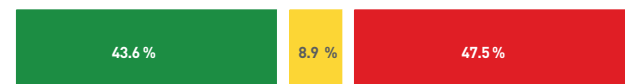
Zona distretto: Senese



Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese

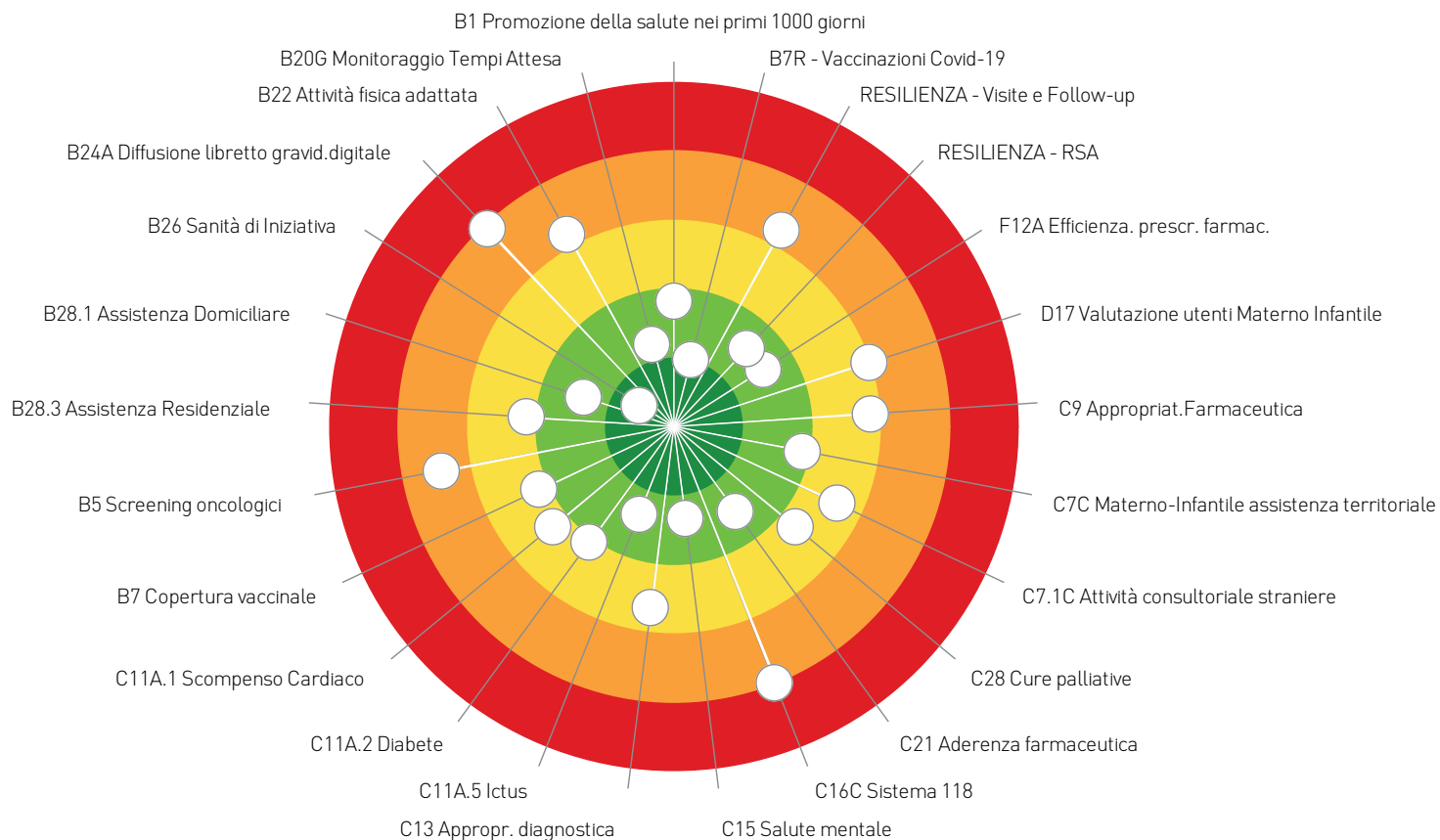
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

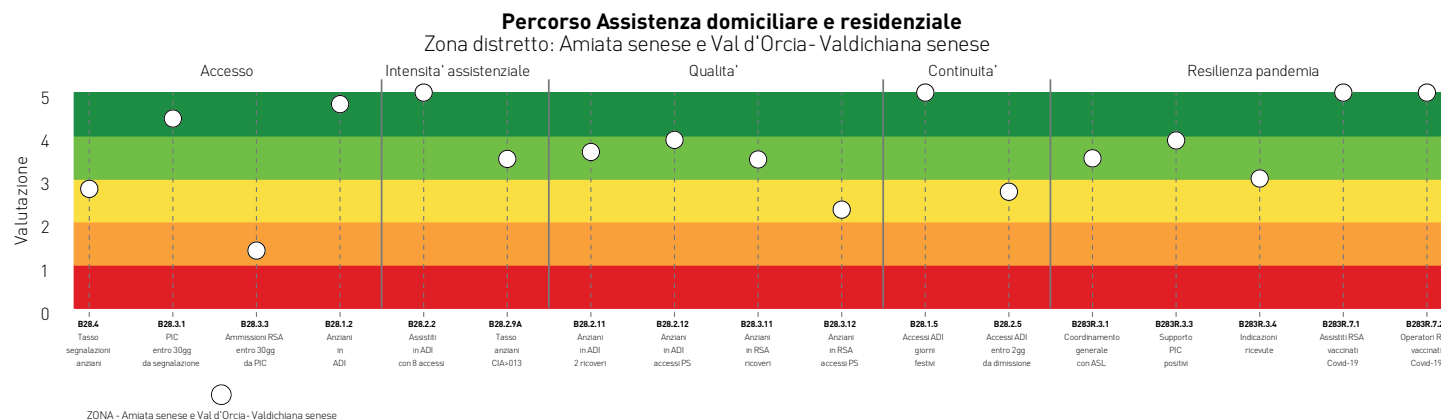
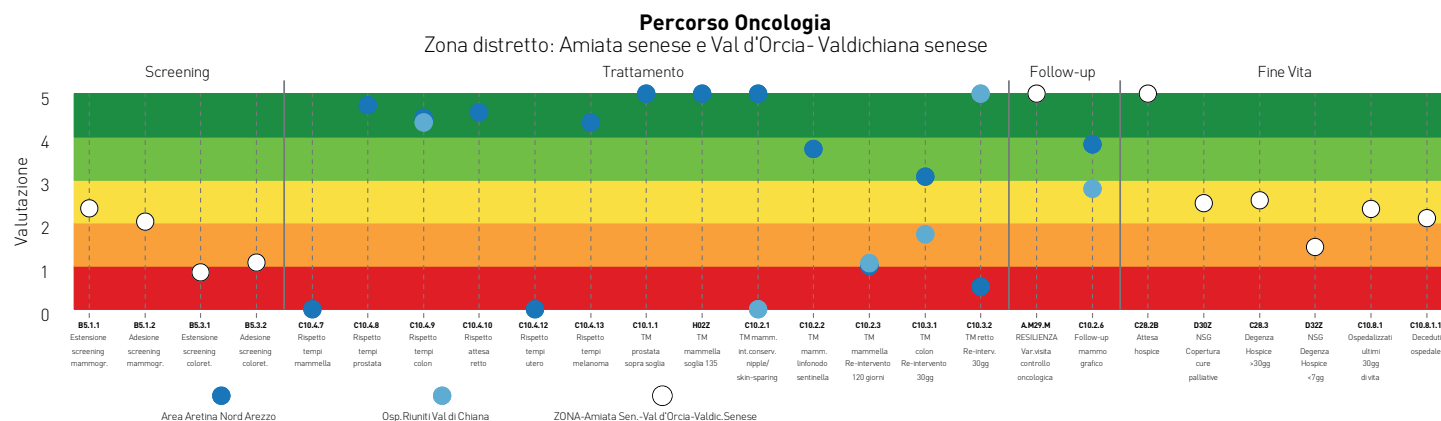
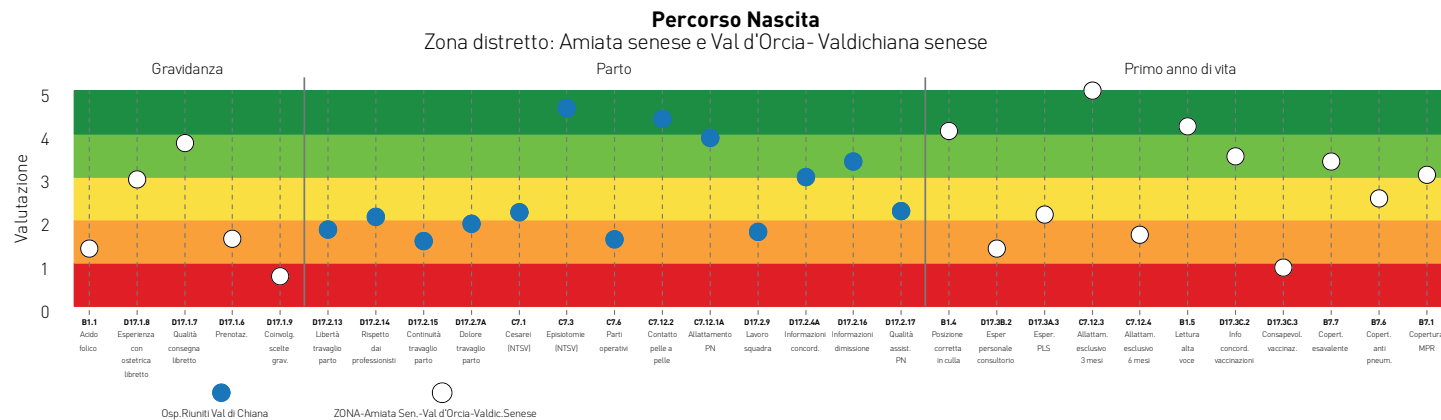
Numero indicatori di valutazione: 101

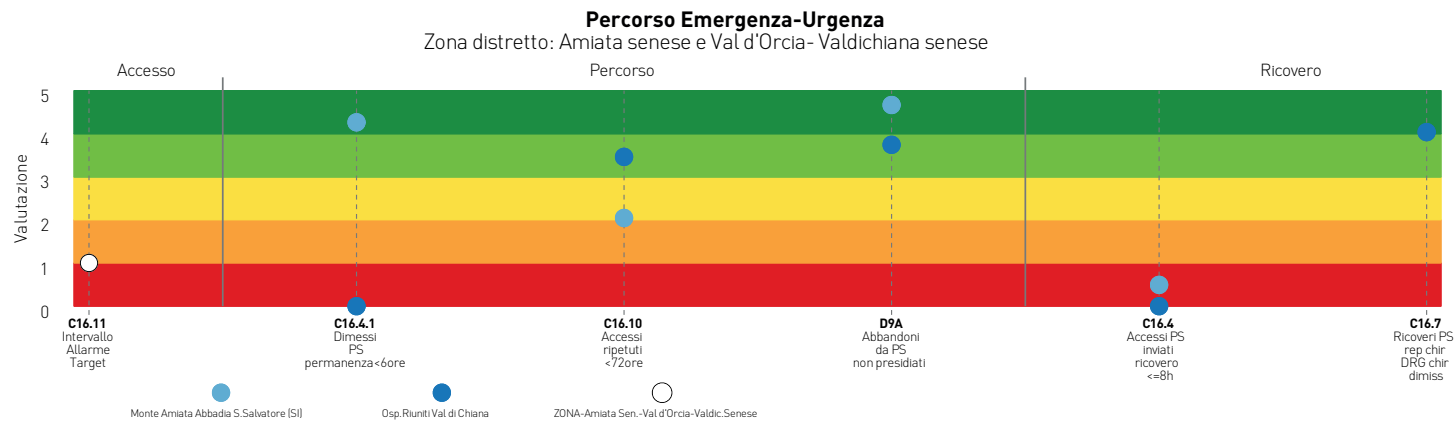
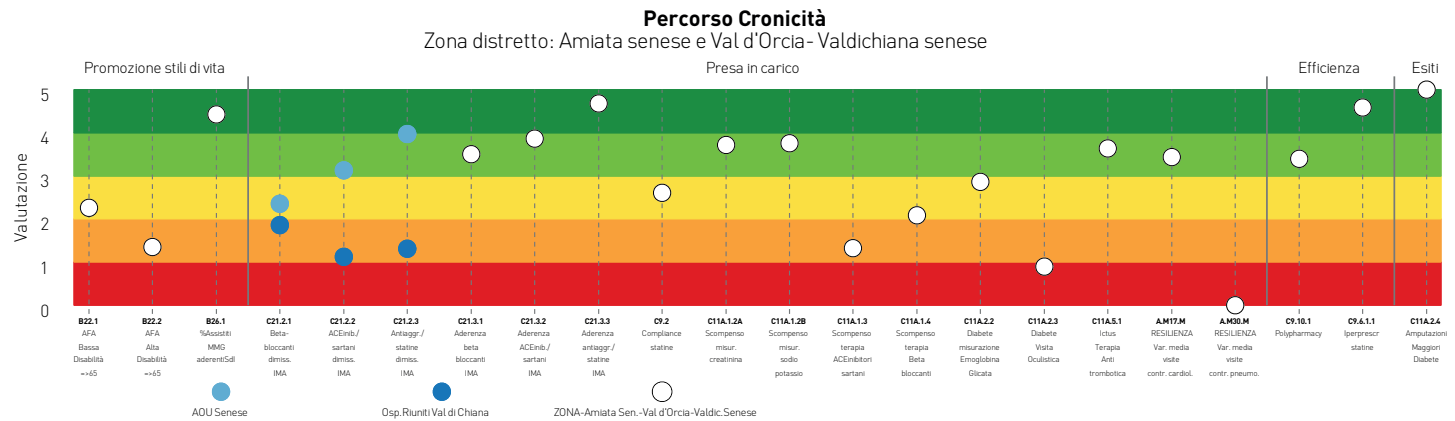
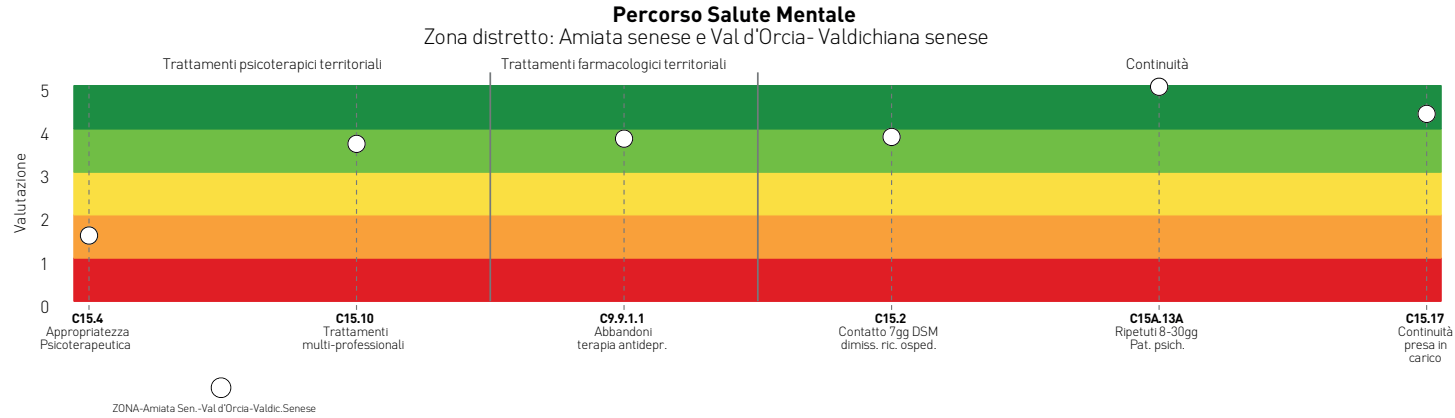


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese Valutazione della performance 2021



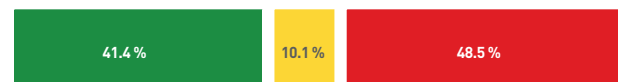




Val di Chiana Aretina

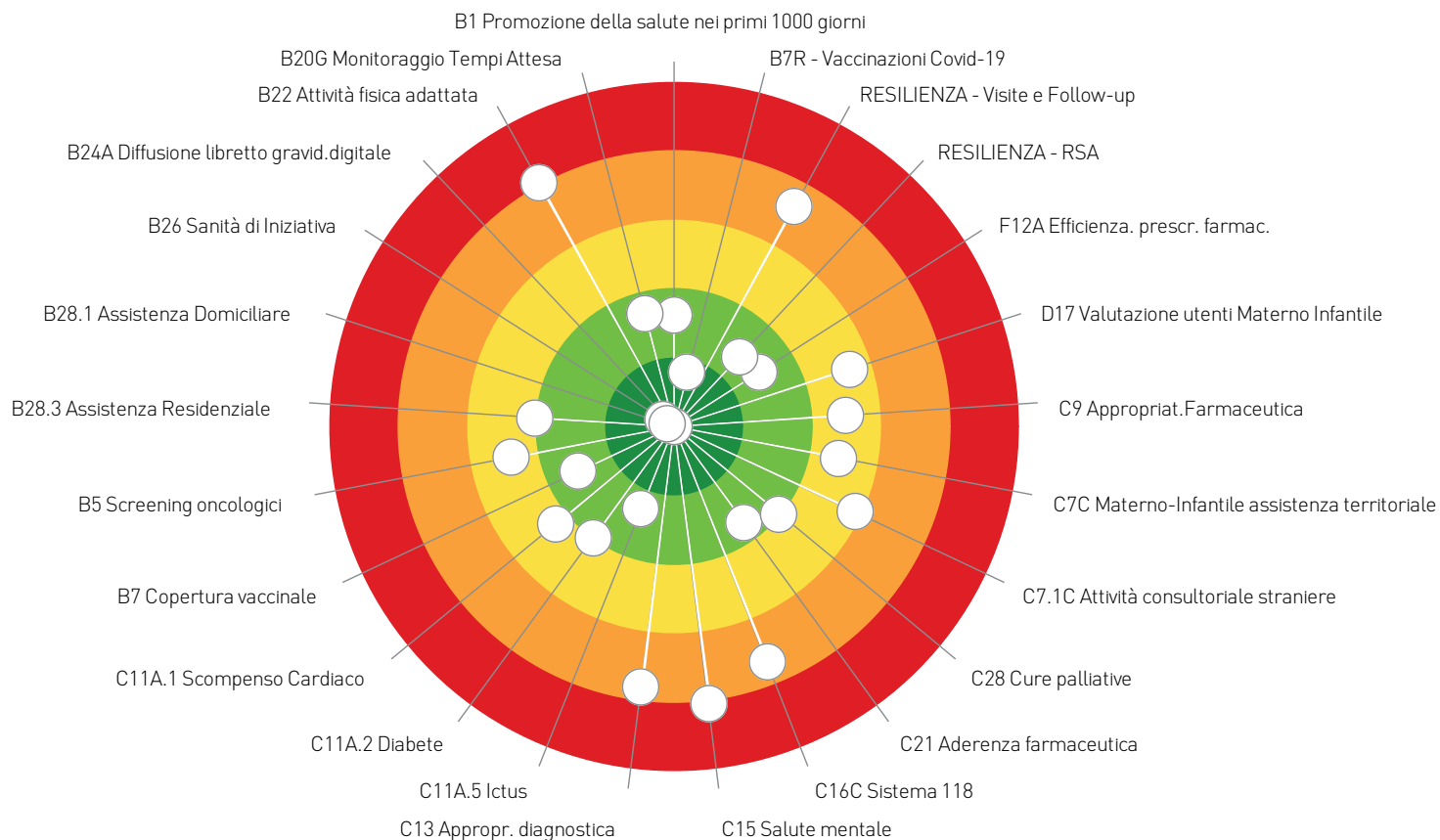
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

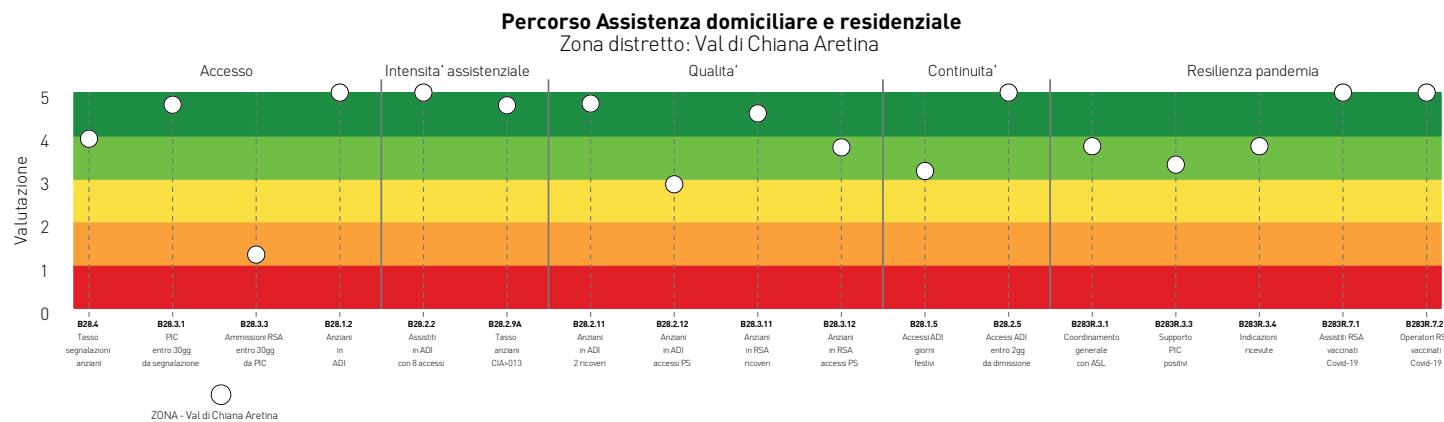
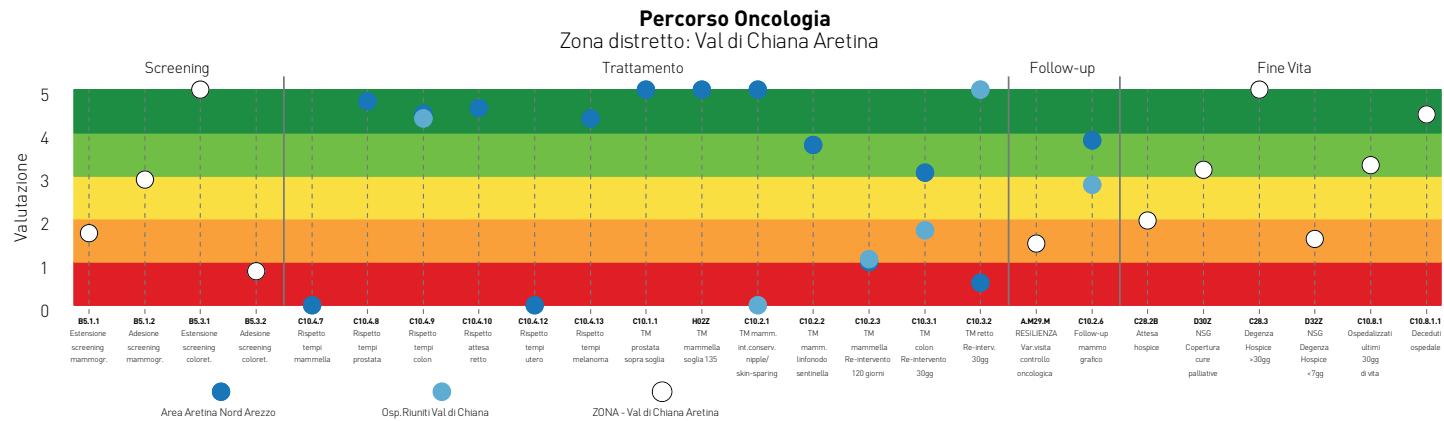
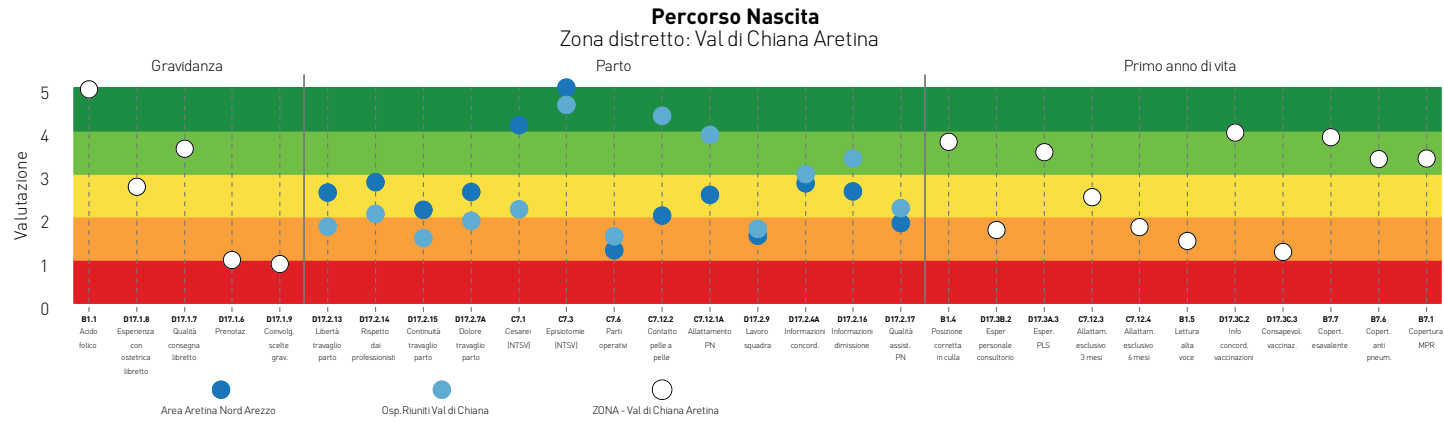
Numero indicatori di valutazione: 99

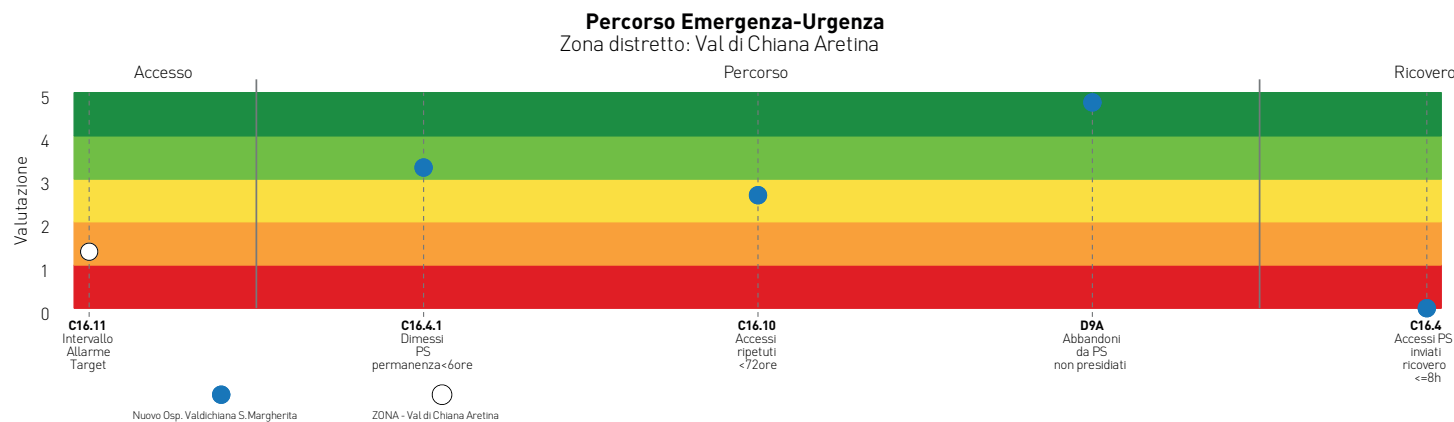
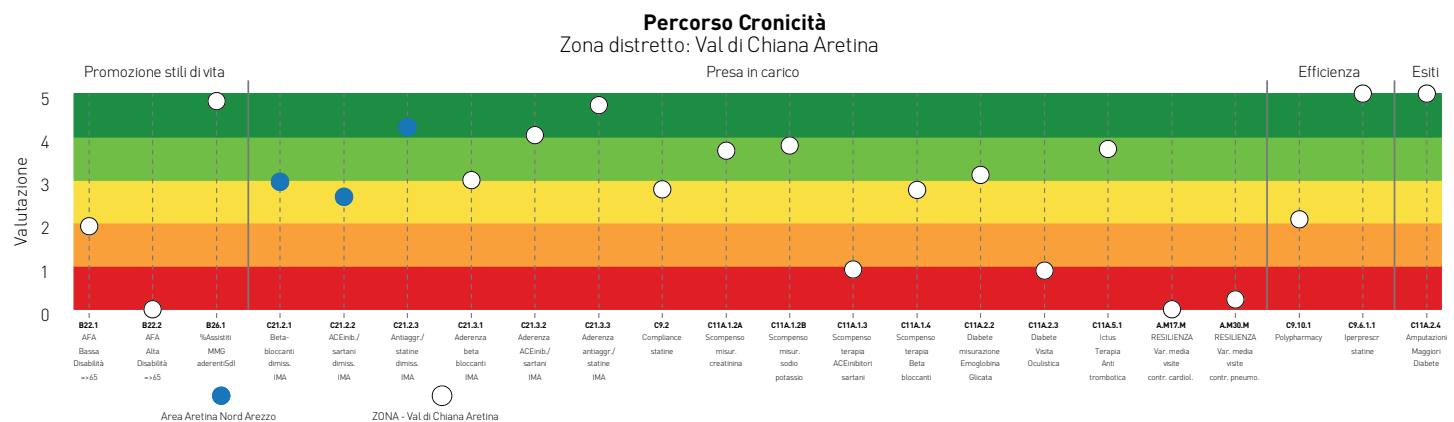
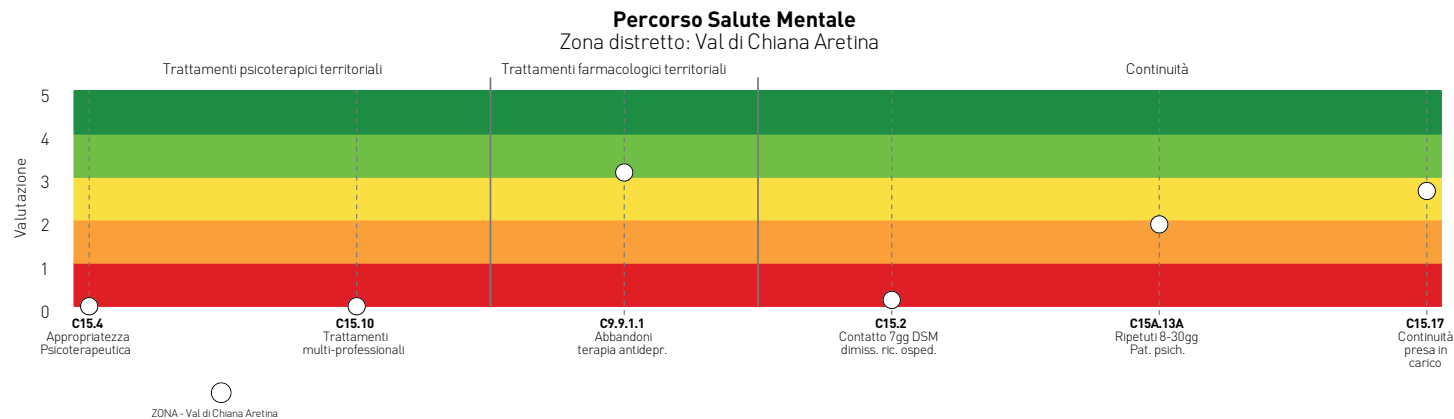


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Val di Chiana Aretina Valutazione della performance 2021



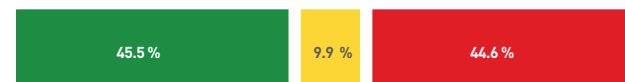




Valdarno

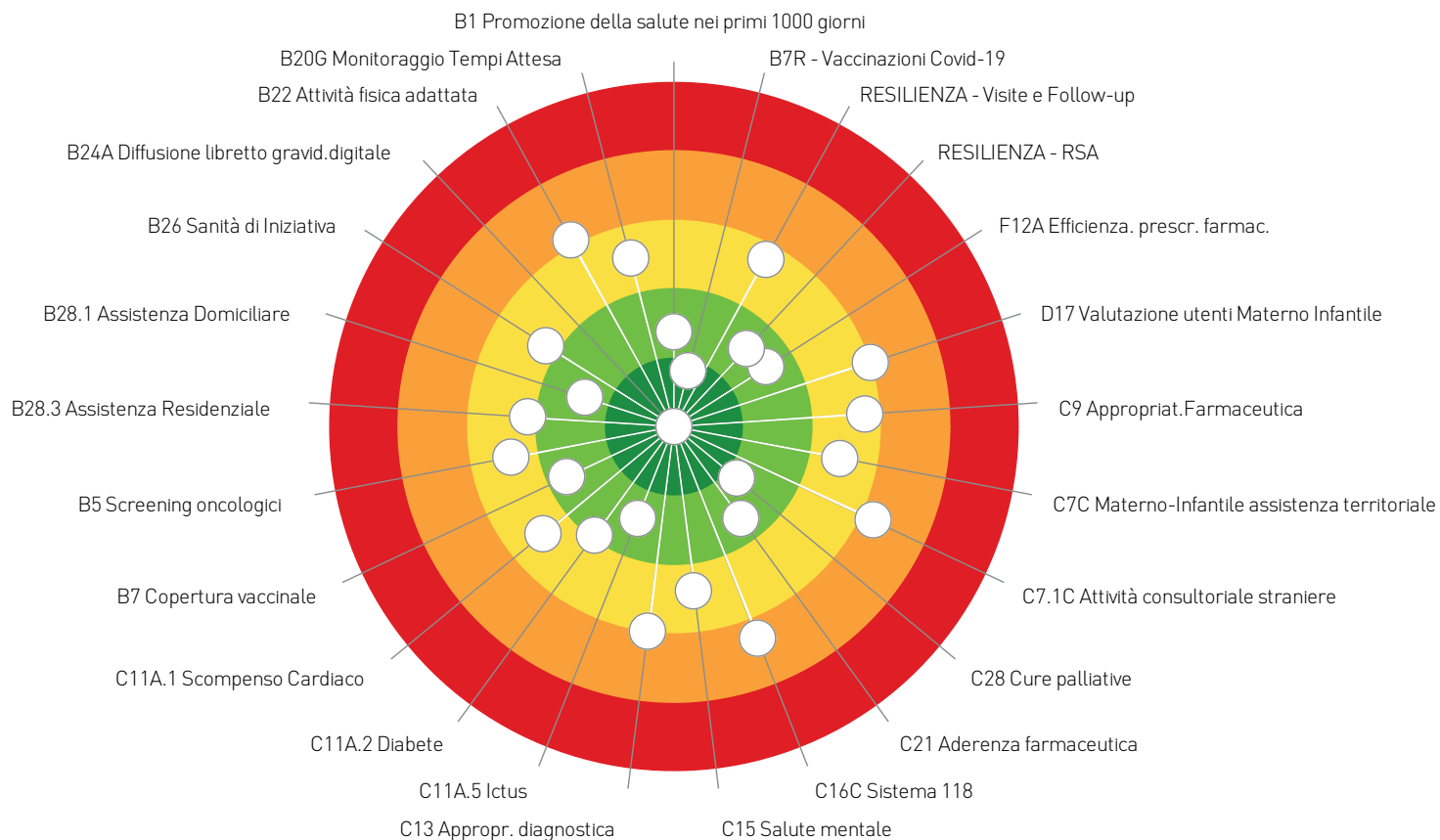
Andamento indicatori - Trend 2021/2021

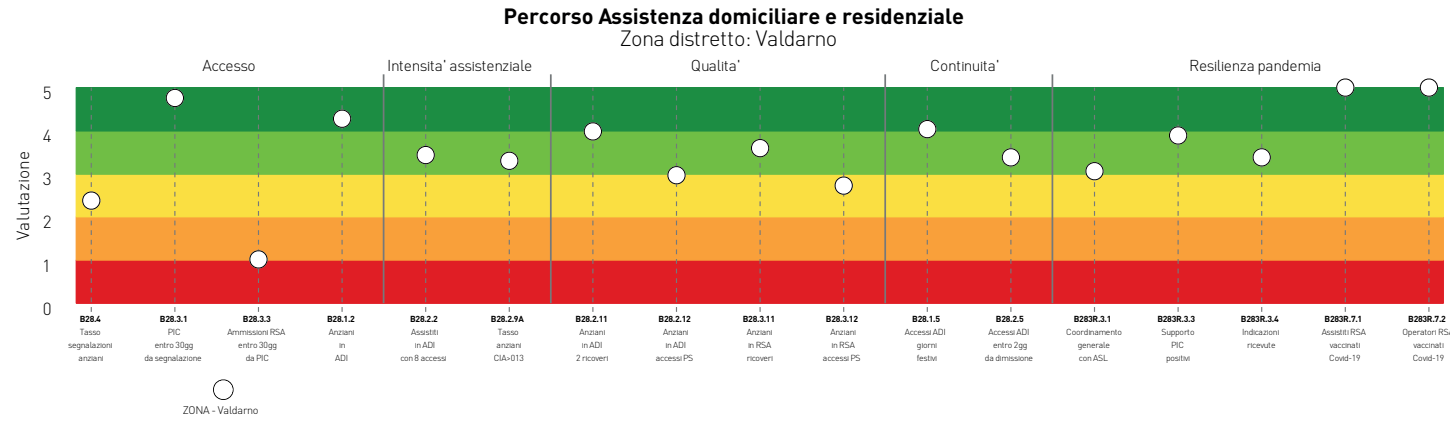
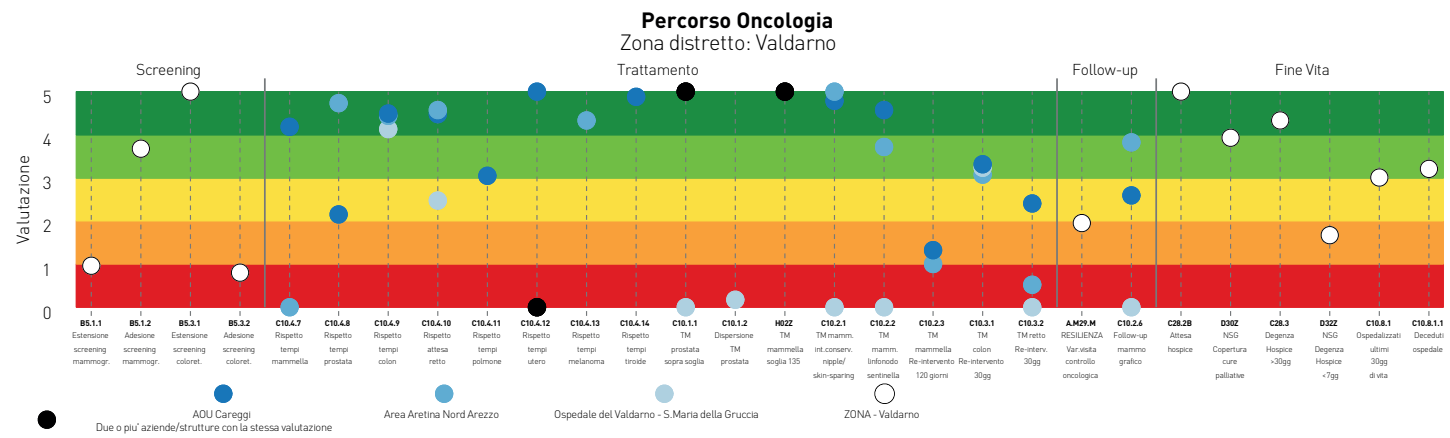
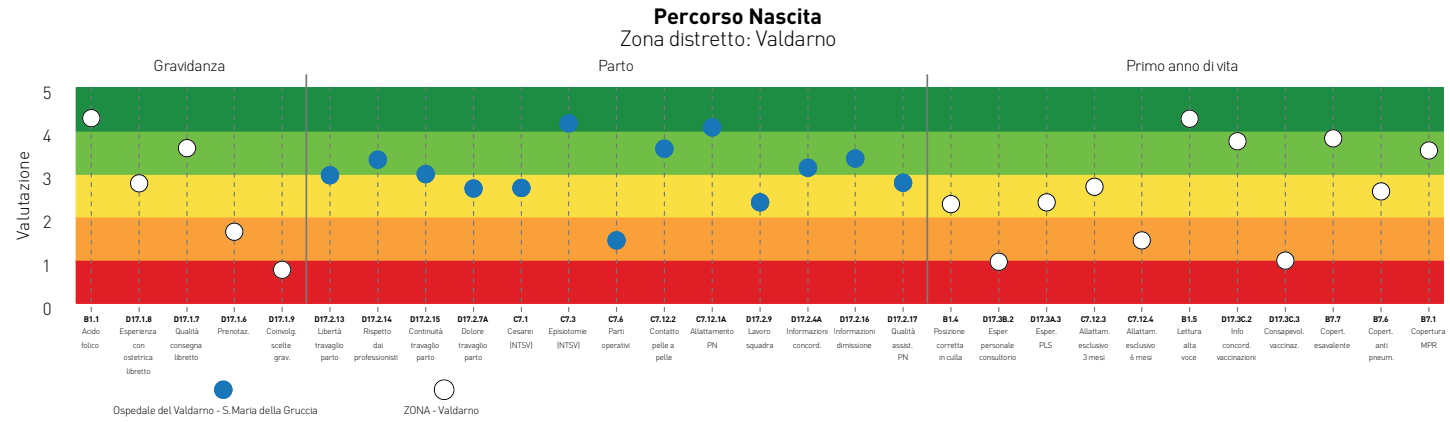
Numero indicatori di valutazione: 101

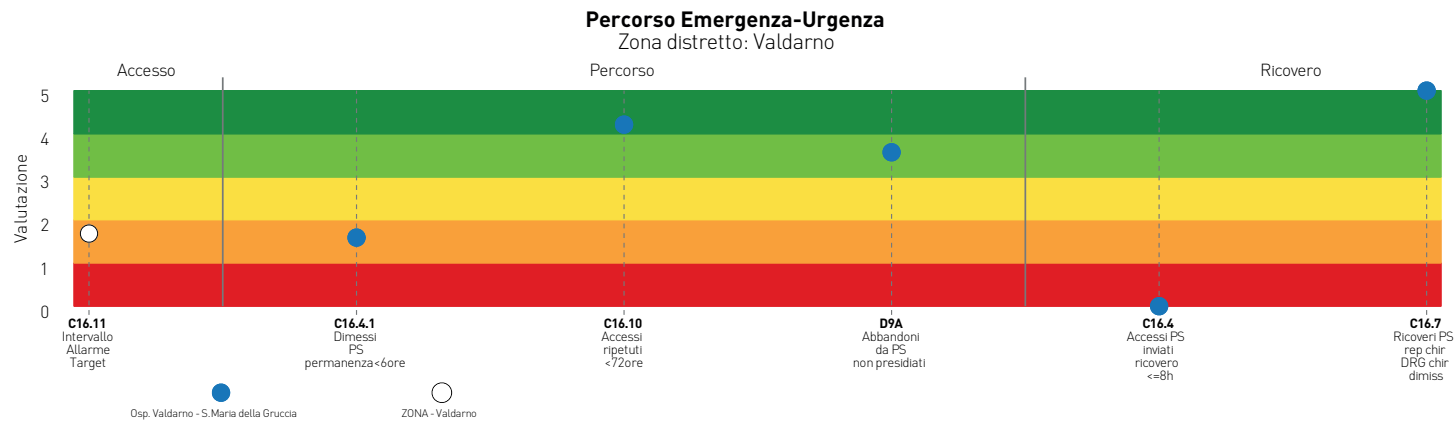
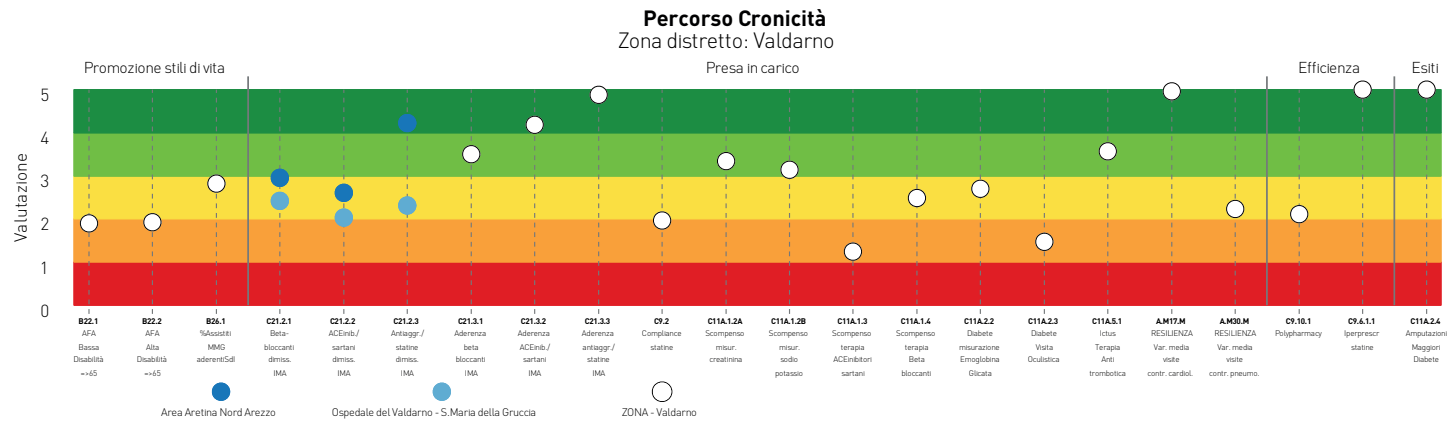
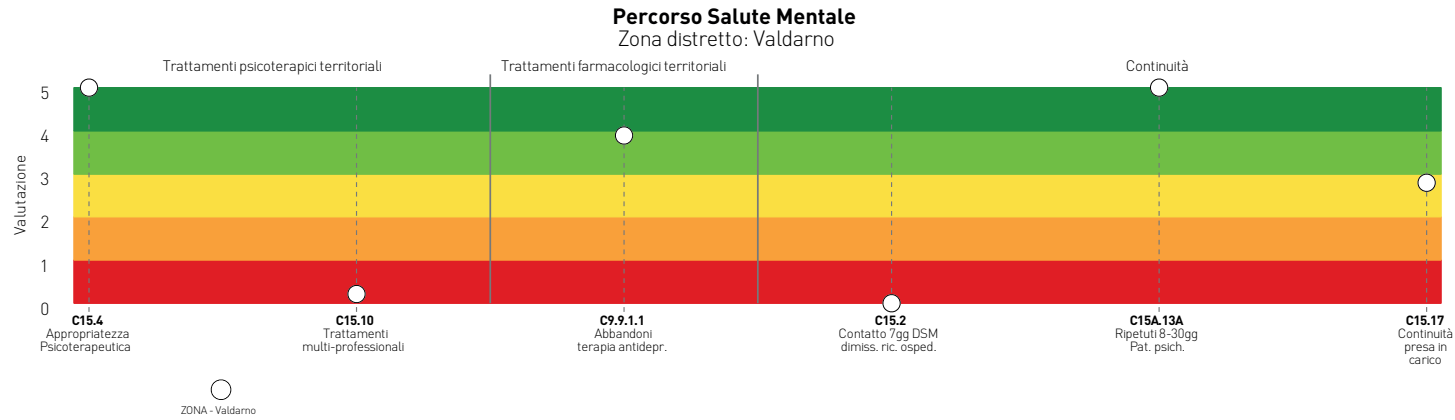


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Valdarno Valutazione della performance 2021







Aretina - Casentino - Valtiberina

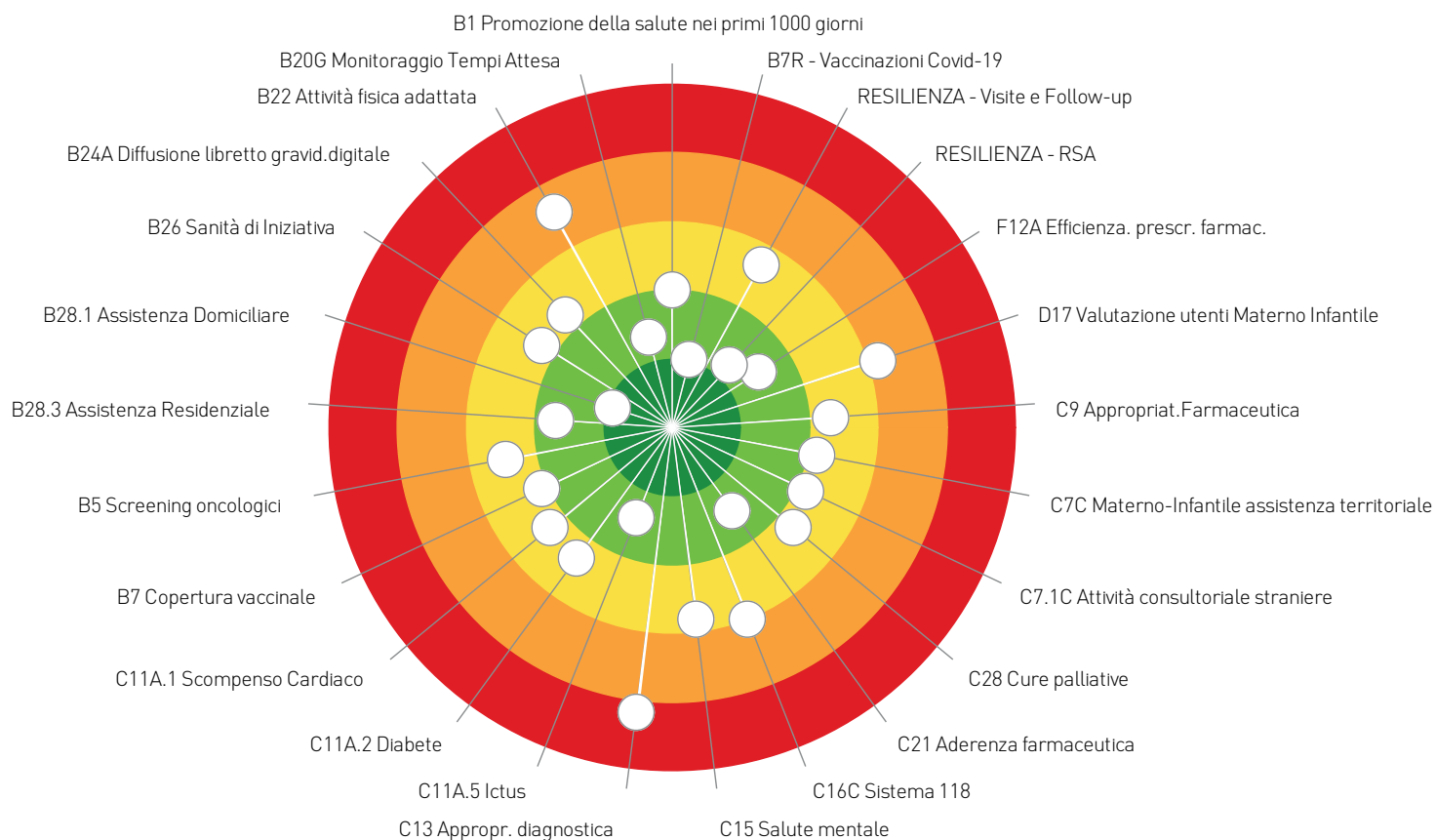
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

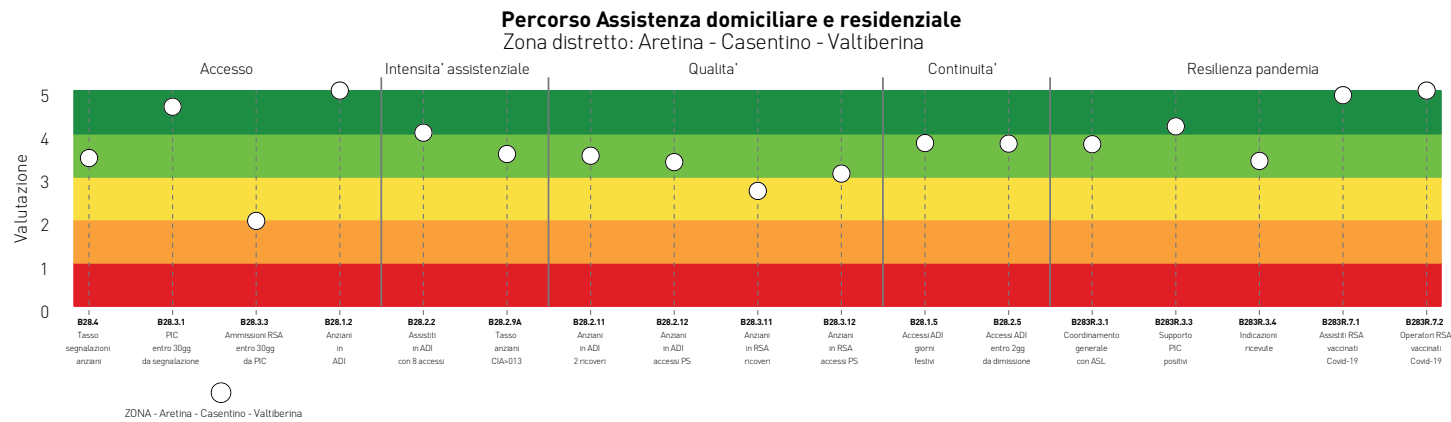
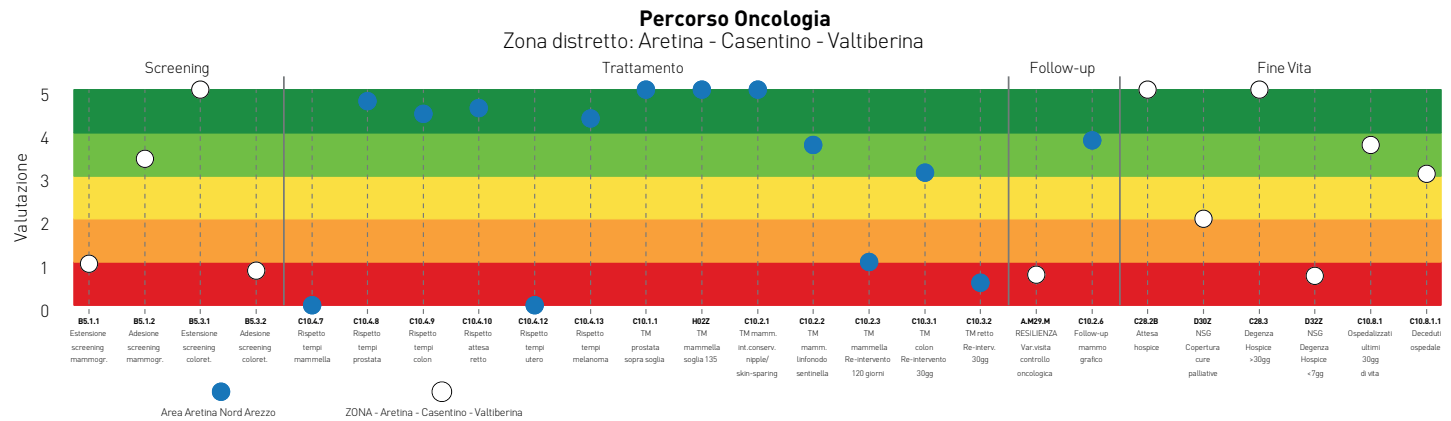
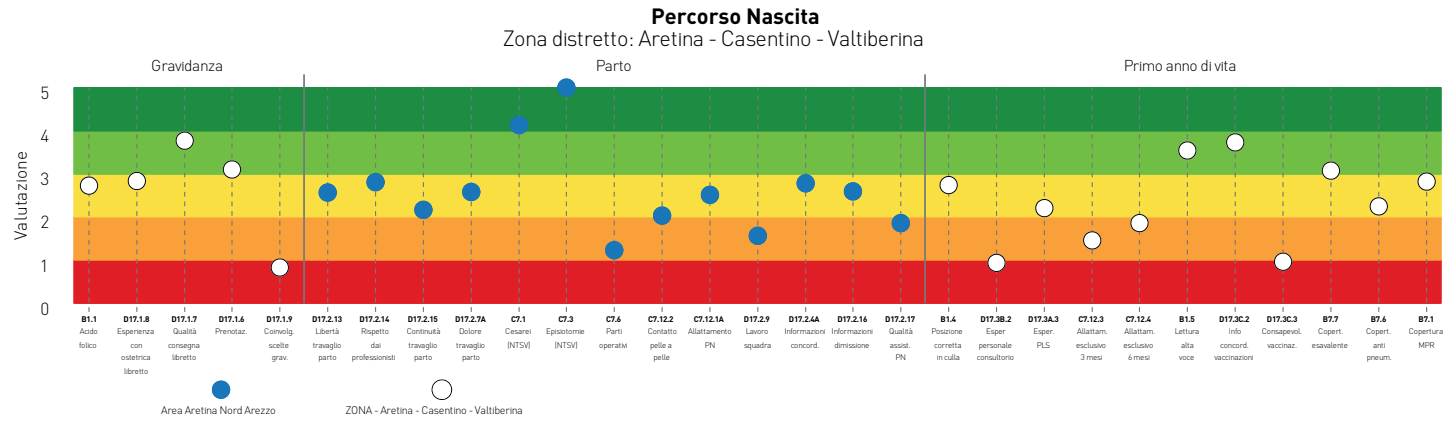
Numero indicatori di valutazione: 103

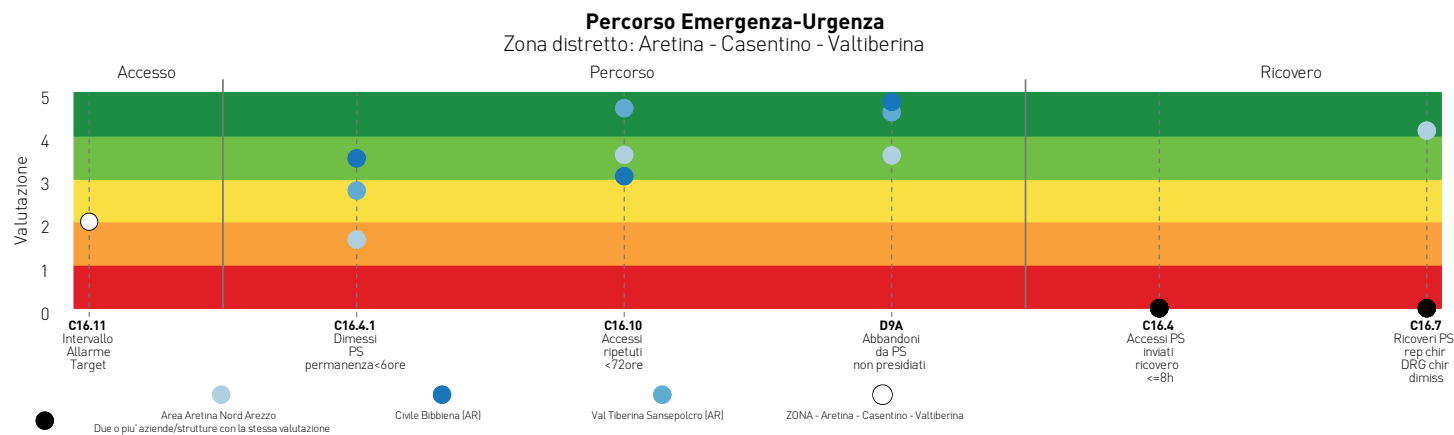
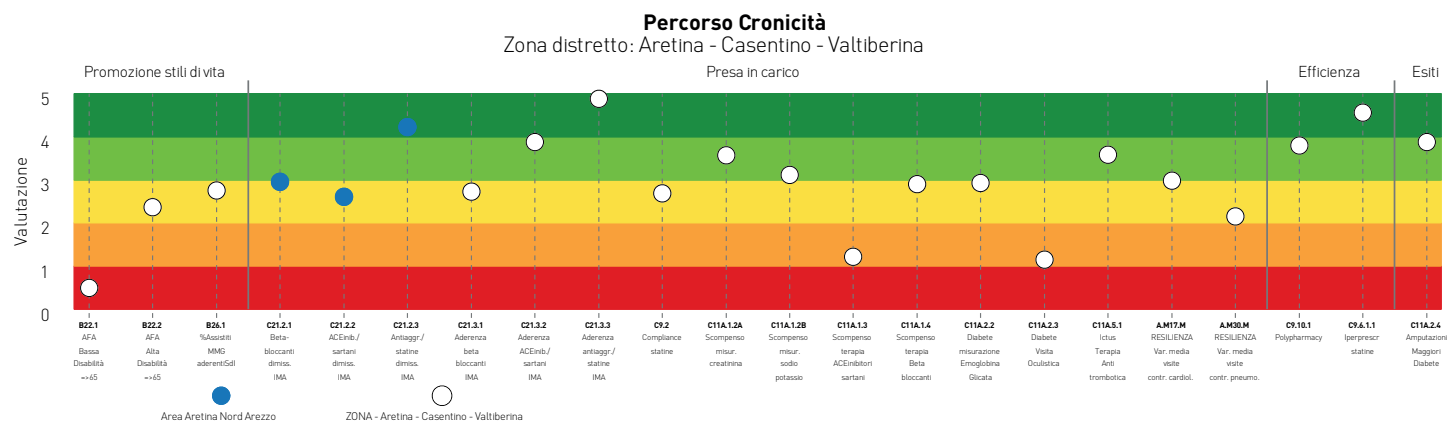
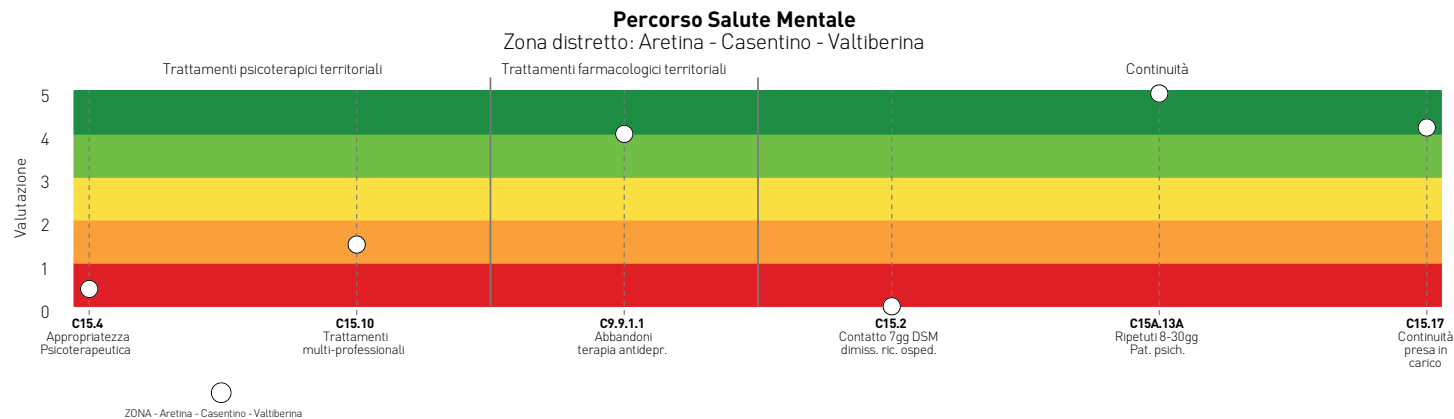


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Aretina - Casentino - Valtiberina Valutazione della performance 2021



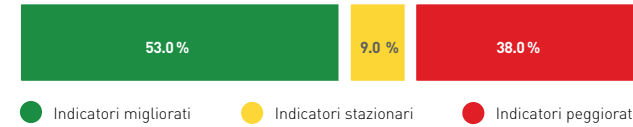




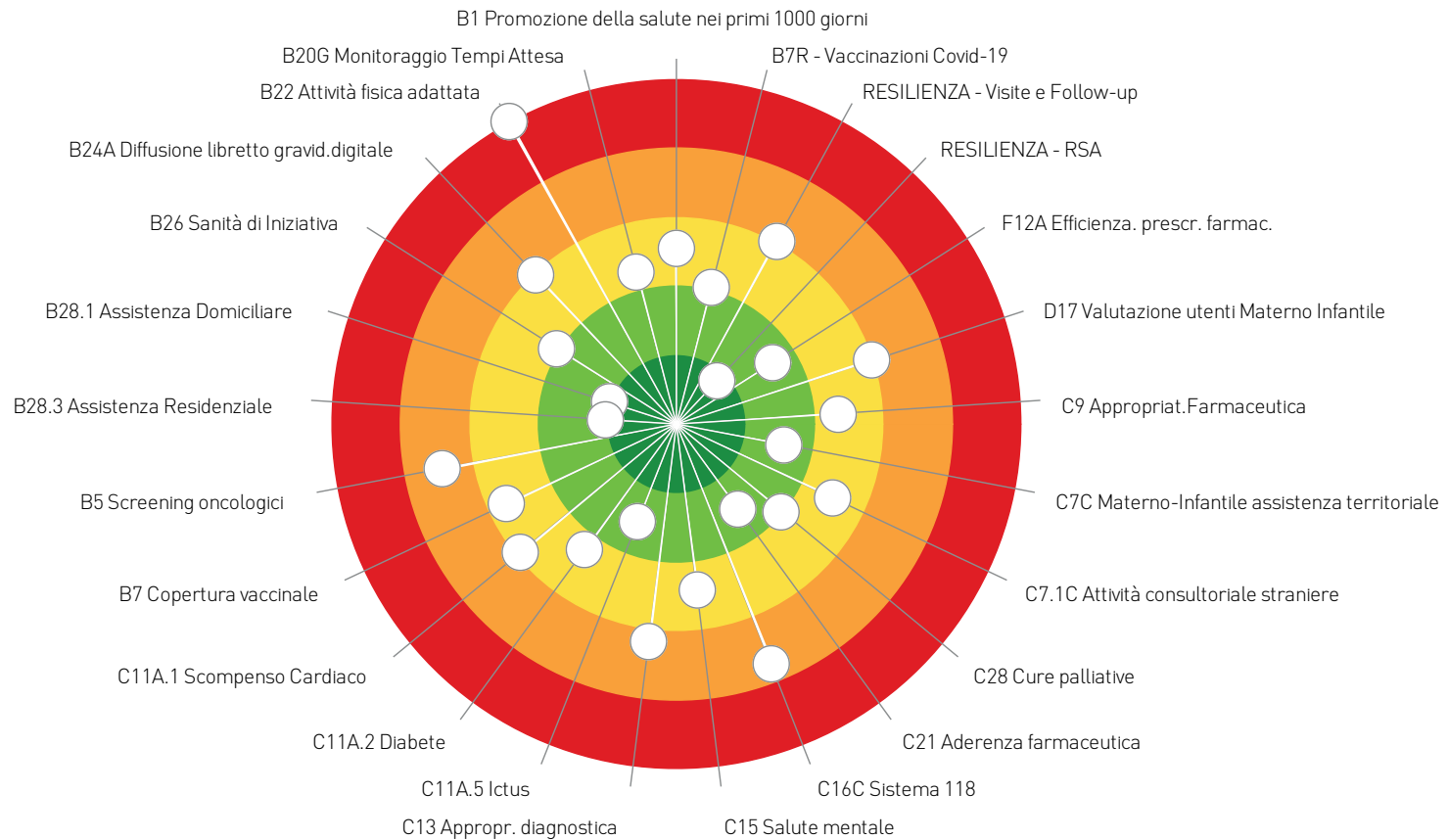
Colline dell'Albegna

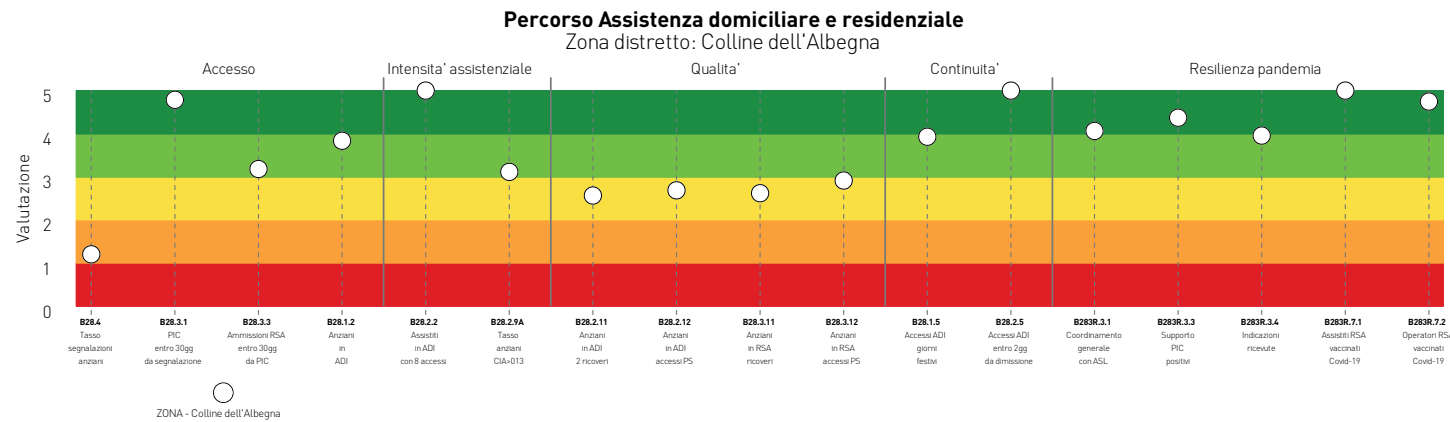
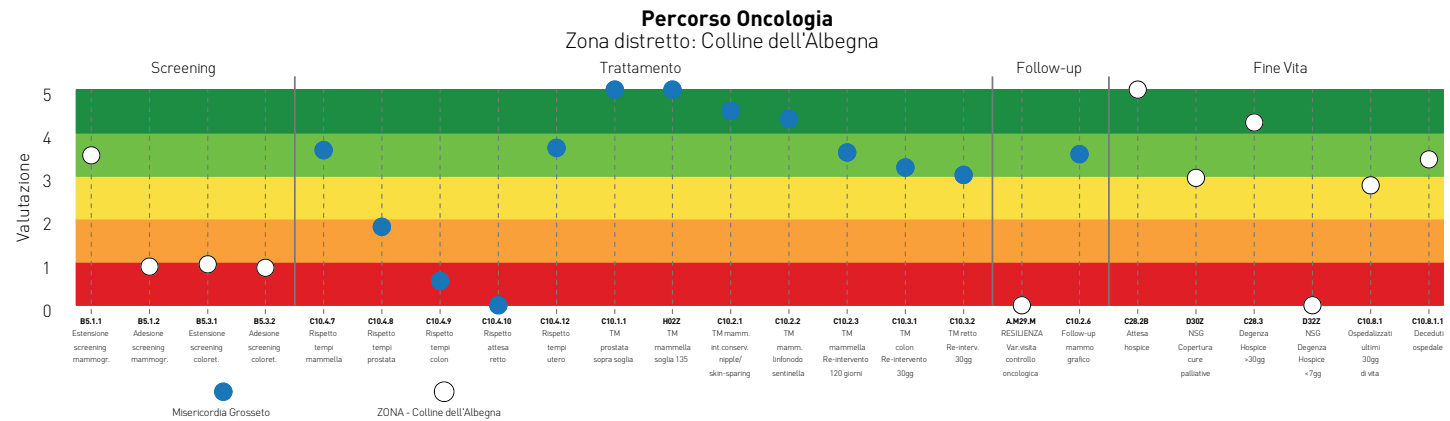
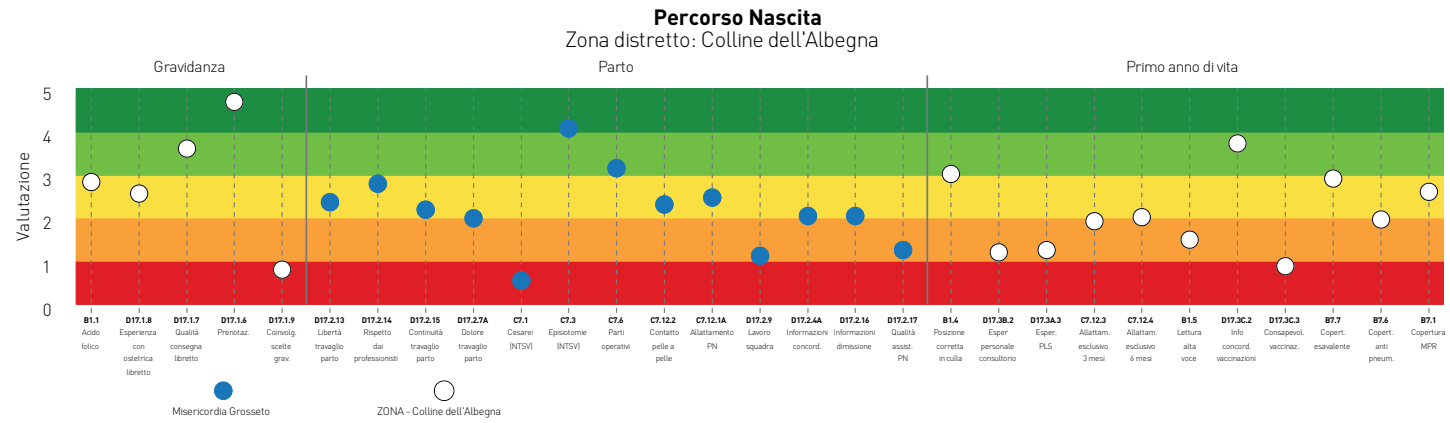
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

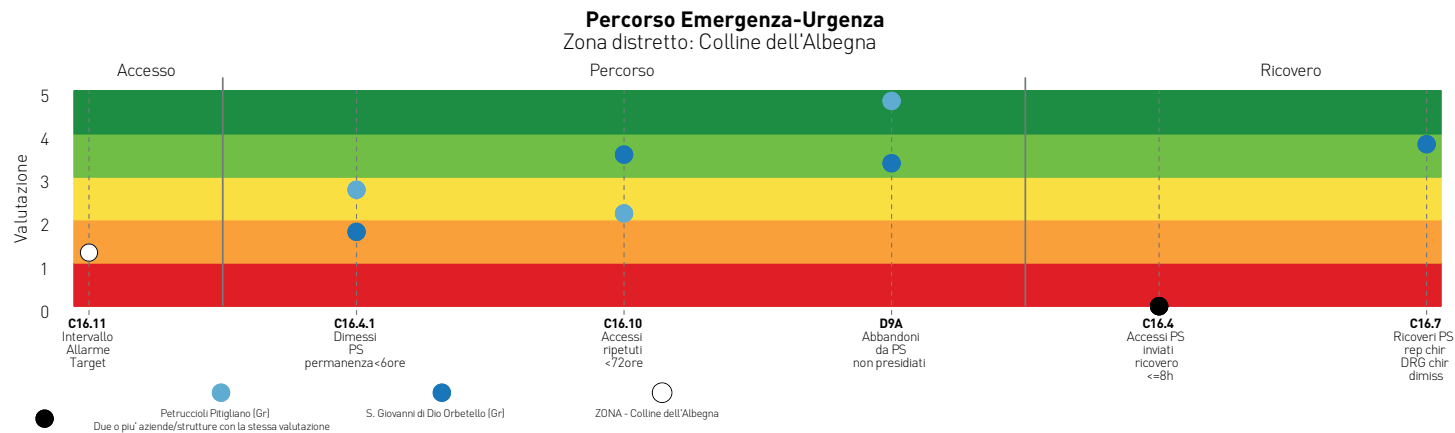
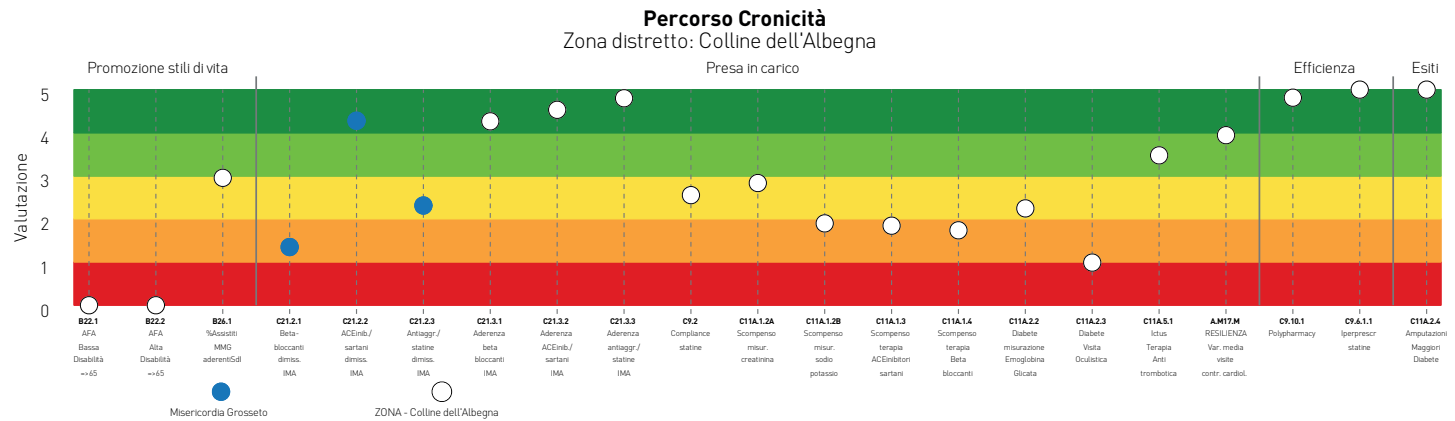
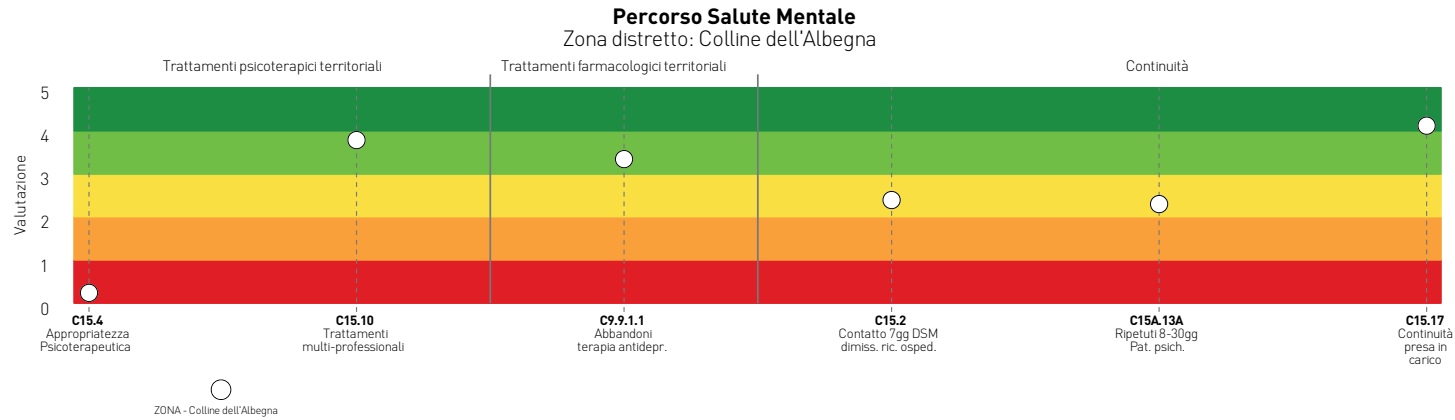
Numero indicatori di valutazione: 100



Colline dell'Albegna Valutazione della performance 2021



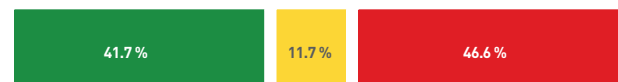




Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

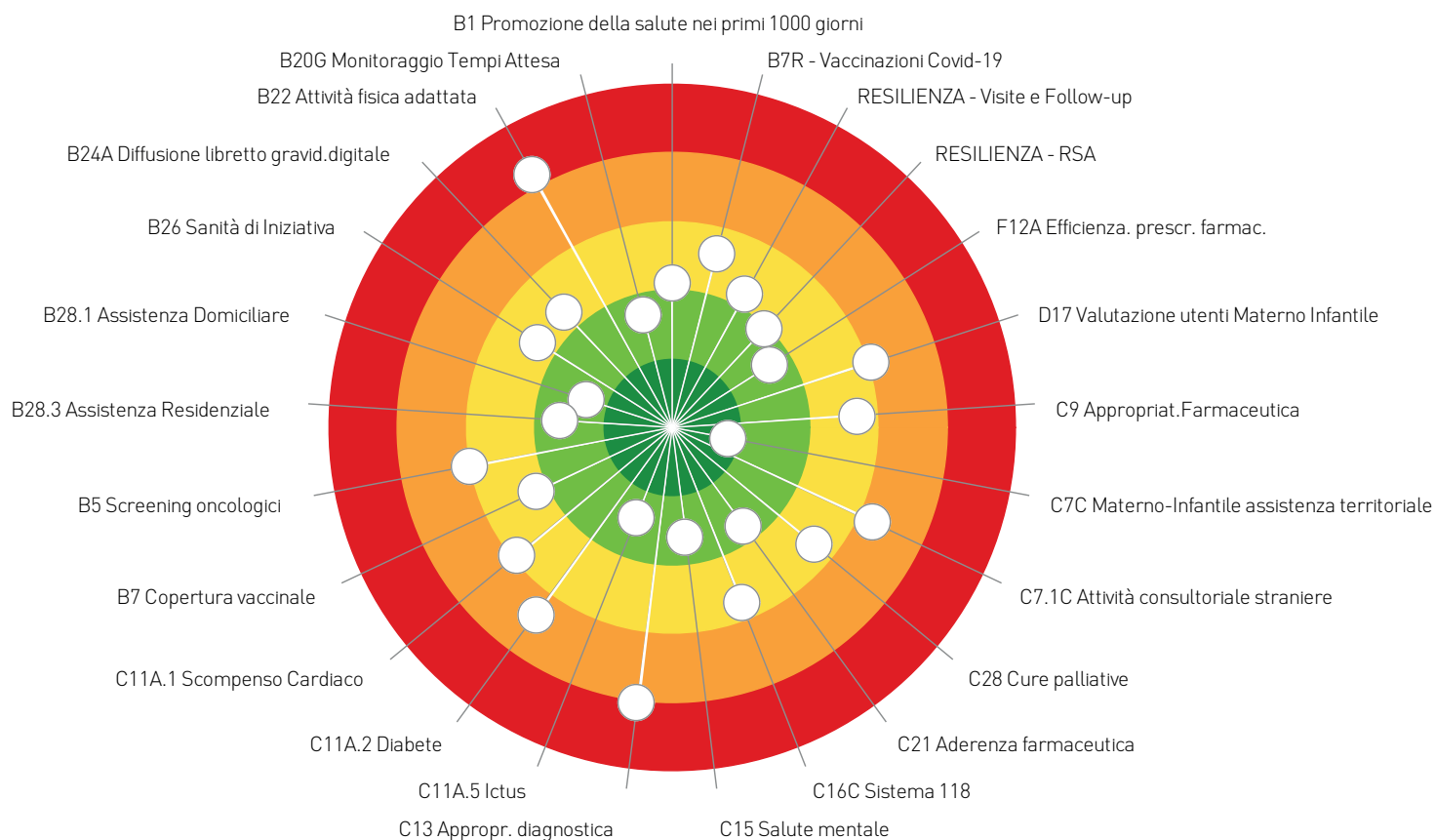
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

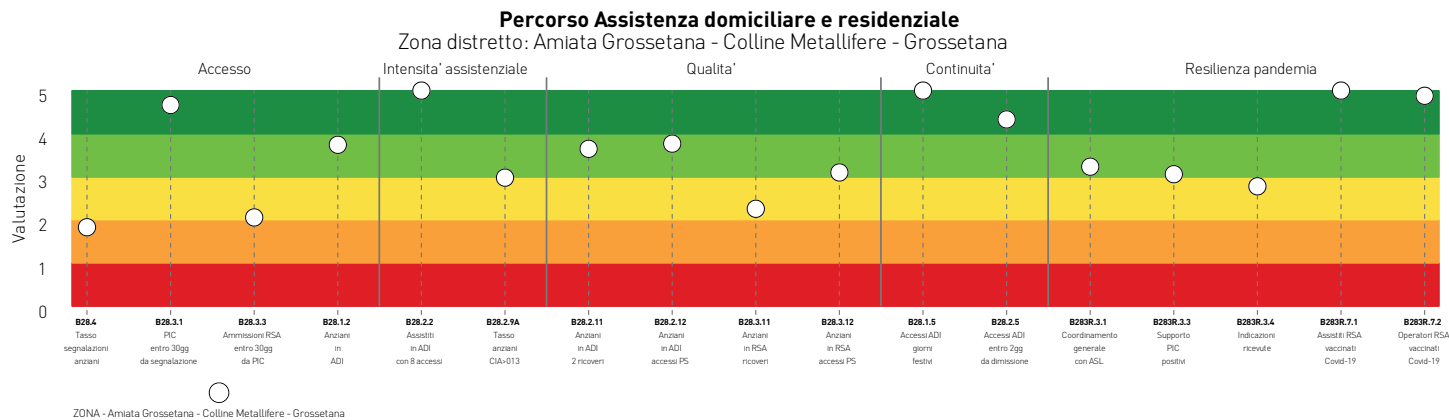
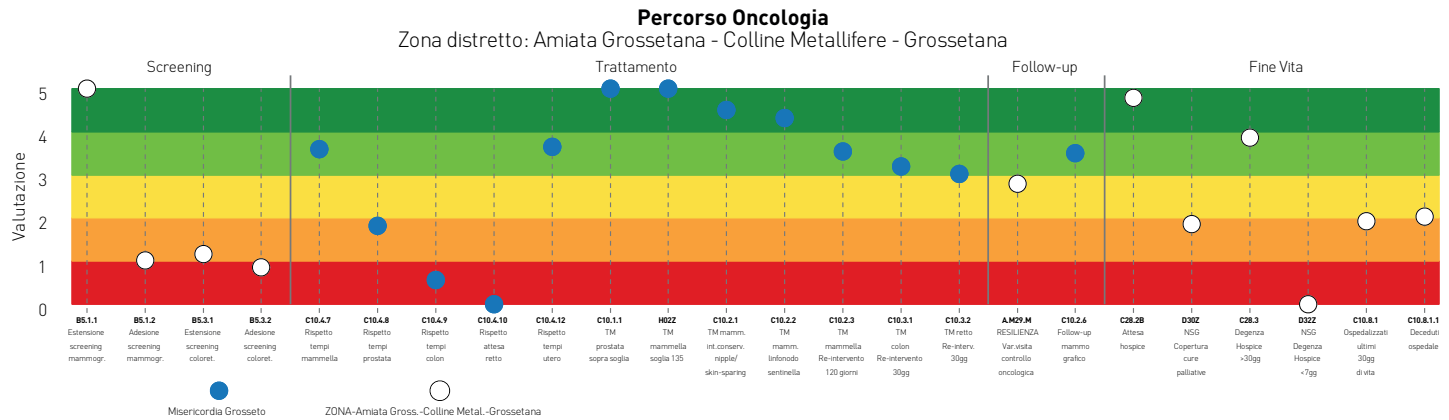
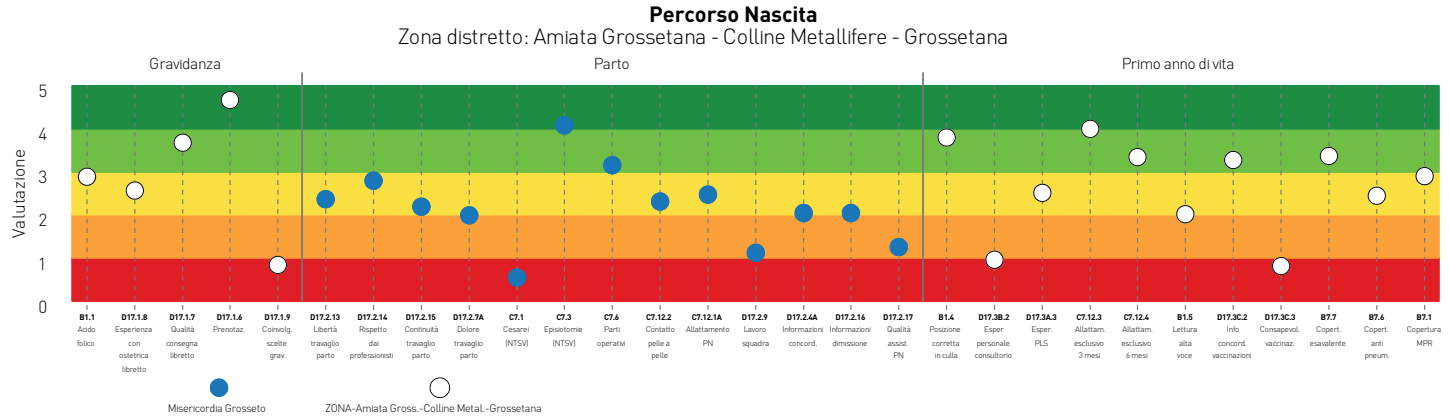
Numero indicatori di valutazione: 103

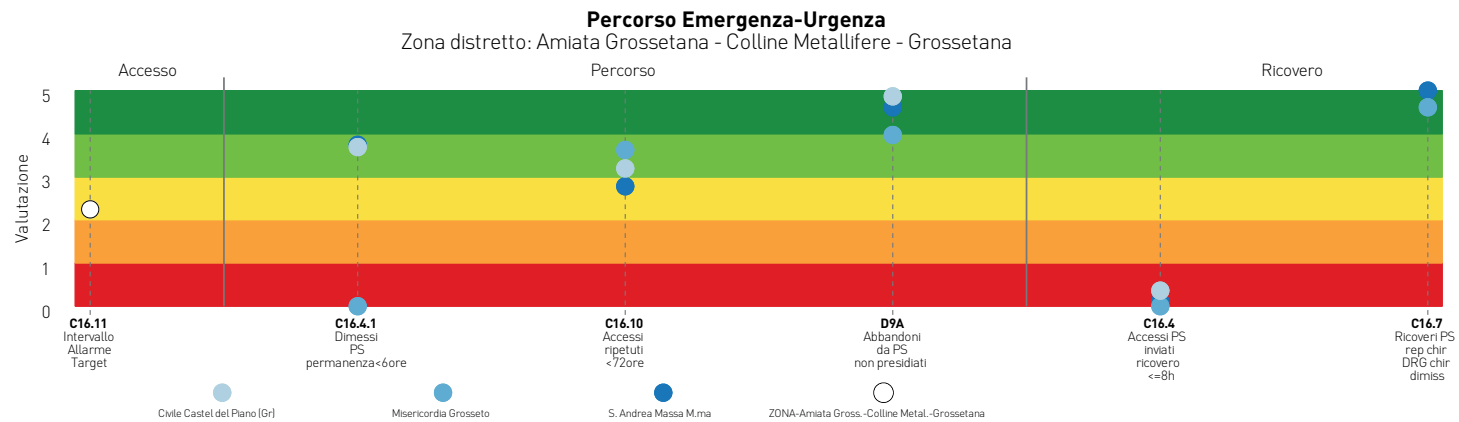
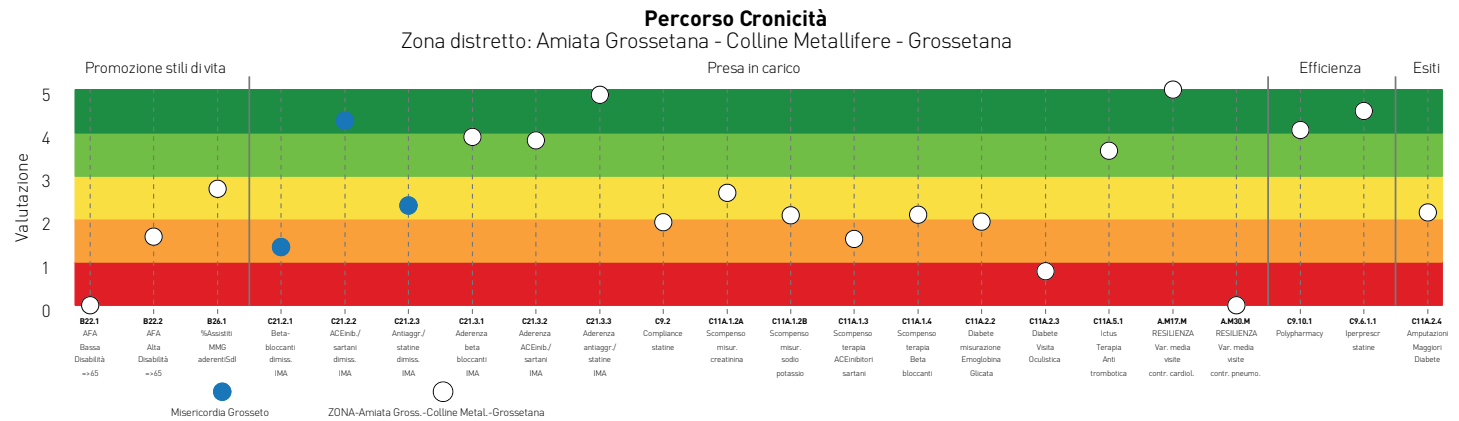
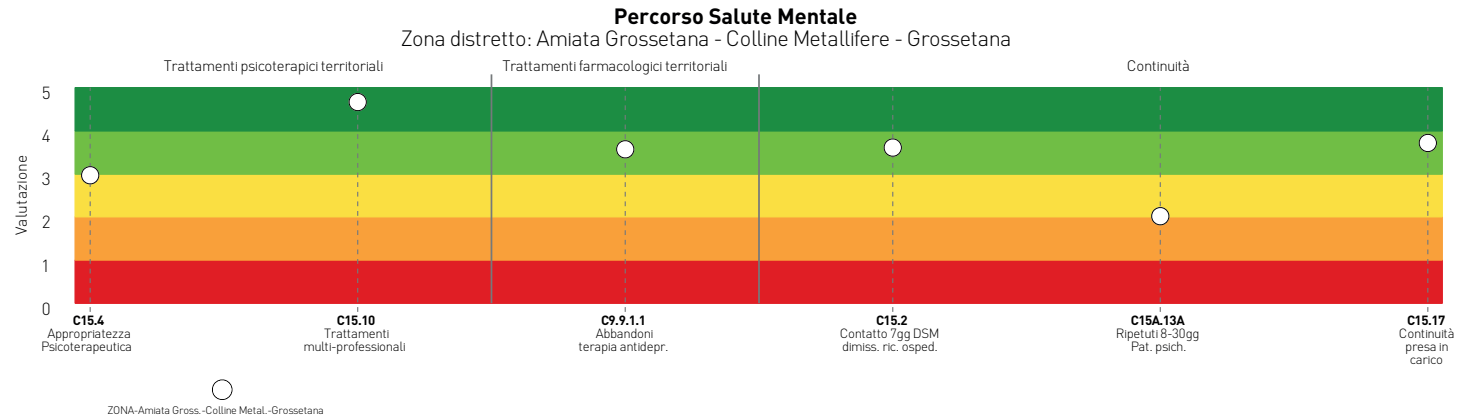


● Indicatori migliorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori peggiorati

Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana Valutazione della performance 2021







4.2 BERSAGLI DEGLI OSPEDALI TOSCANI PUBBLICI E AIOP

OSPEDALI TOSCANI PUBBLICI E AIOP

Ospedali Area Vasta Centro

Osp. San Jacopo (PT)
S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)
SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)
Nuovo Osp. di Prato S. Stefano (PO)
Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)
S.M. Annunziata Bagno a Ripoli (FI)
Serristori Figline V.A. (FI)
S. Maria Nuova Firenze (FI)
Ospedale San Pietro Igneo (FI)
Ospedale S. Giuseppe (FI)

Ospedali Area Vasta Nord-Ovest

S. Maria Maddalena Volterra (PI)
FTGM-Massa (MS)
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)
Ospedale delle Apuane (MS)
S. Croce Castelnuovo Garf. (LU)
S. Francesco Barga (LU)
Presidio Ospedaliero San Luca (LU)
FTGM-Pisa (PI)
F.Lotti Pontedera (PI)
Civile Elbano Portoferraio (LI)
Civile Cecina (LI)
Riuniti Livorno (LI)
Civile Piombino (LI)
Ospedale Unico Versilia (LU)

Ospedali Area Vasta Sud-Est

Civile Castel del Piano (GR)
Misericordia Grosseto (GR)
Civile Bibbiena (AR)
Val Tiberina Sansepolcro (AR)
Area Aretina Nord Arezzo (AR)
S. Andrea Massa M.ma (GR)
S. Giovanni di Dio Orbetello (GR)
Petruccioli Pitigliano (GR)
Osp. del Valdarno - S.Maria della Gruccia (AR)
Osp. Riuniti della Val di Chiana (SI)
Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita (SI)
Monte Amiata Abbazia S.Salvatore (SI)
Ospedale dell'alta Val d'Elsa Poggibonsi (SI)

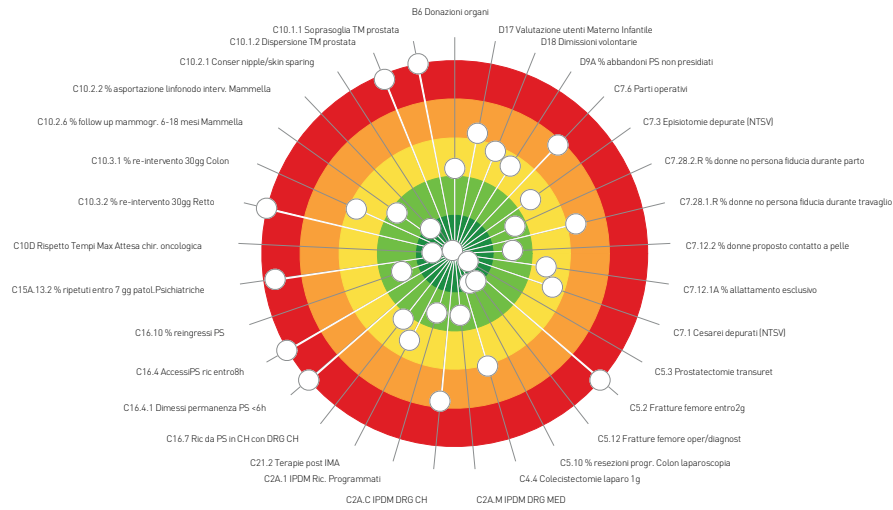
Ospedali AIOP

Frate Sole (FI)
Santa Rita (PT)
Villa Fiorita (PO)
Villa dei Pini (MC)
I.F.C.A SpA-CC Ulivella Glicini (FI)
Presidio Maria Teresa Hospital Srl-MBH (FI)
Valdisieve Hospital (FI)
Leonardo (FI)
San Camillo (LU)
Santa Chiara Srl-M.D. Barbantini (LU)
Ville di Nozzano (LU)
Assisi Project SpA - S. Giuseppe H. (AR)
Rugani (SI)
Centro Riab. Toscana Terranuova B. SPA (AR)
Centro Chirurgico Toscano (AR)

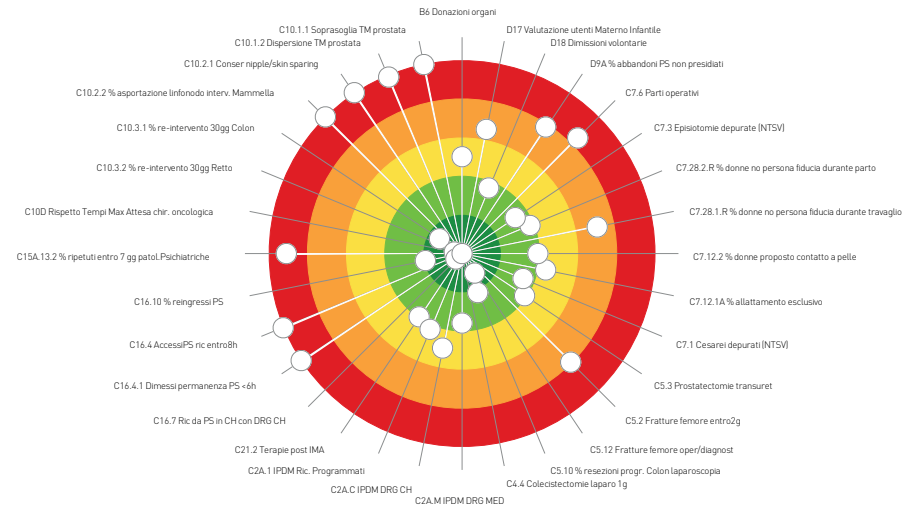


Ospedali Area Vasta Centro

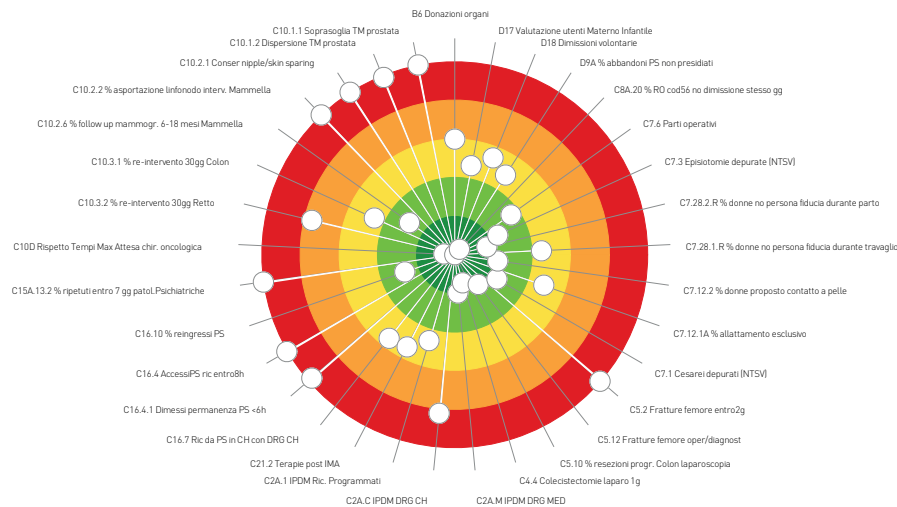
Osp. San Jacopo



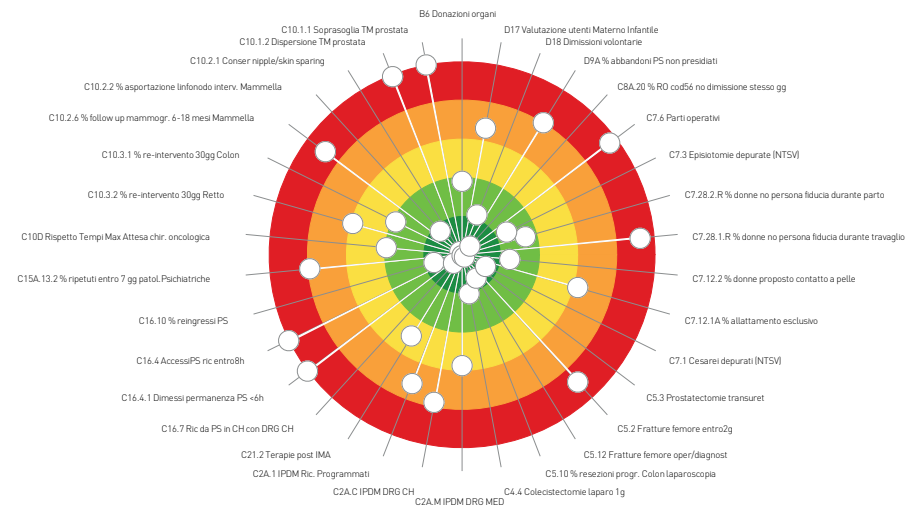
S.Giovanni Di Dio-Torregalli



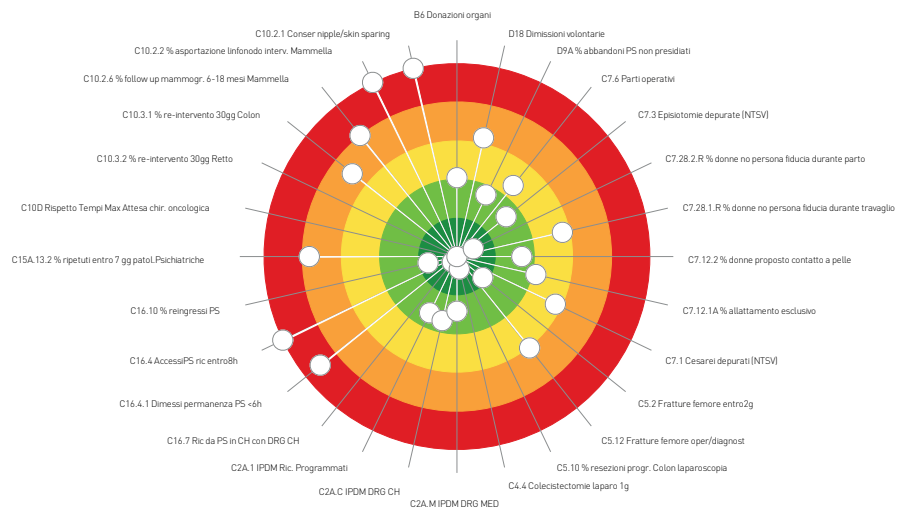
SS. Cosimo e Damiano Pescia



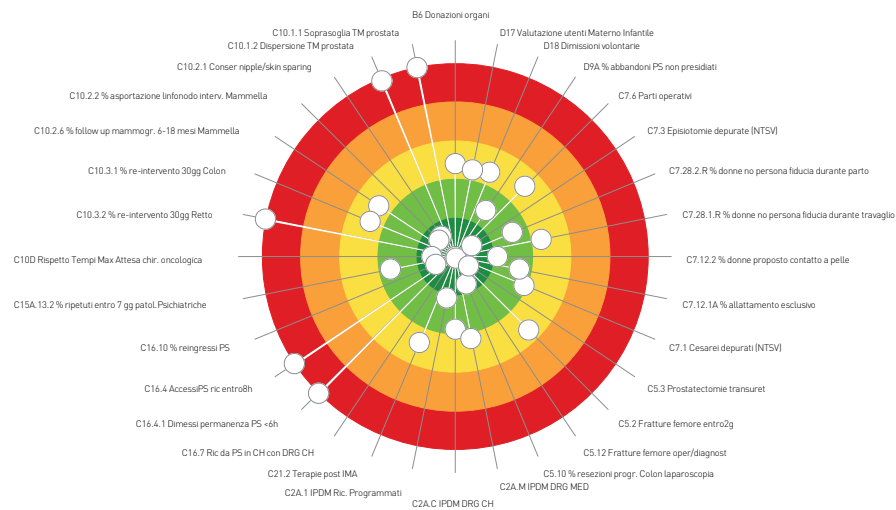
Nuovo Osp. di Prato S. Stefano



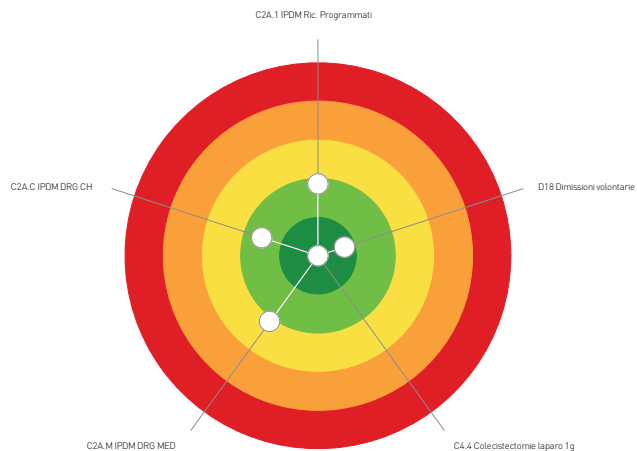
Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo



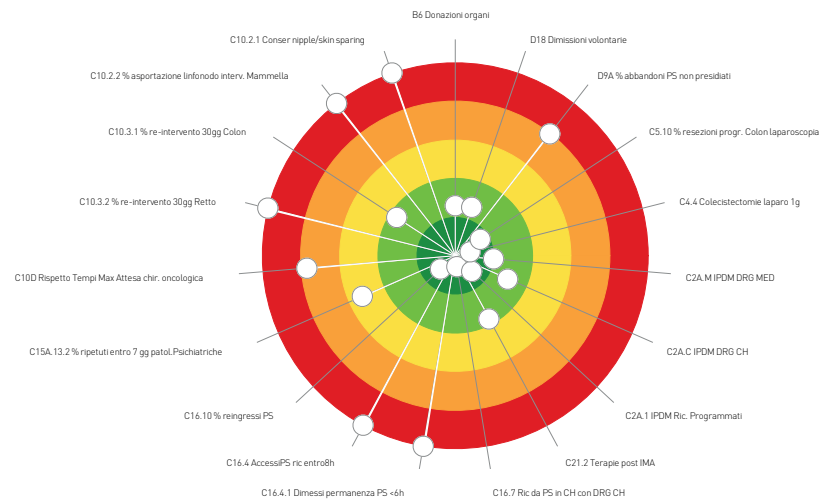
S.M. Annunziata Bagno a Ripoli



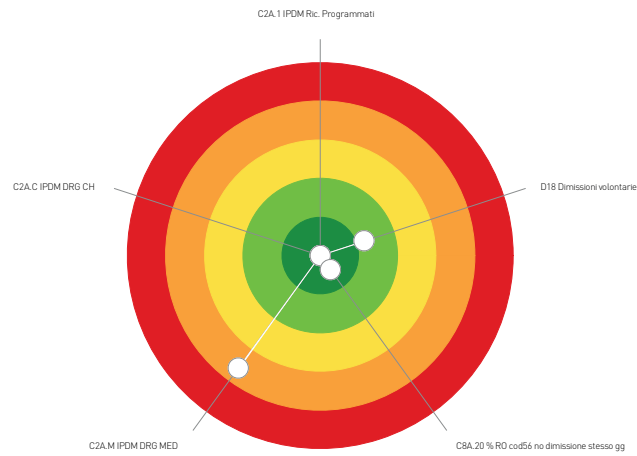
Serristori Figline V.A.



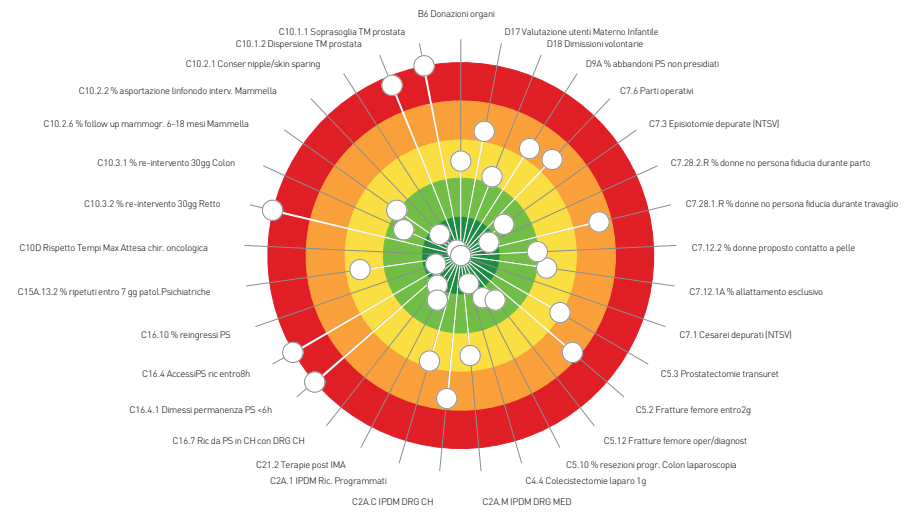
S. Maria Nuova Firenze



Ospedale San Pietro Igneo

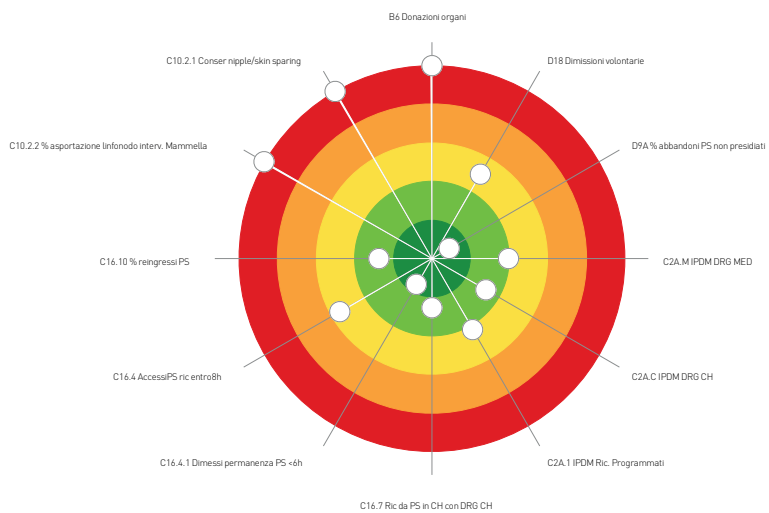


Osp. S. Giuseppe

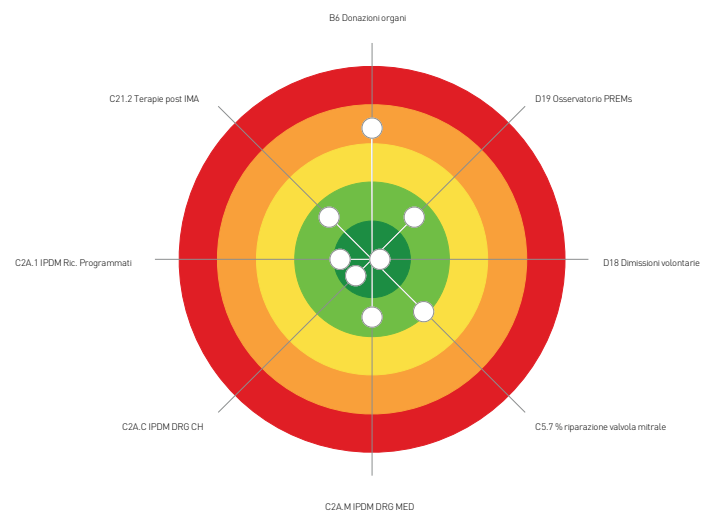


Ospedali Area Vasta Nord Ovest

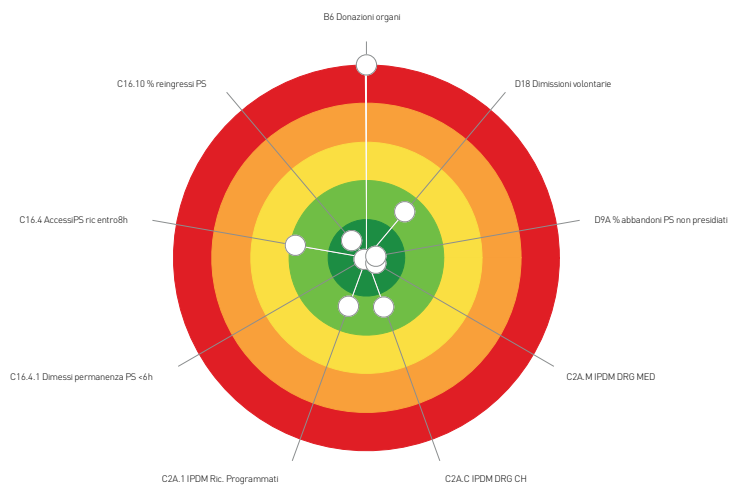
S. Maria Maddalena Volterra



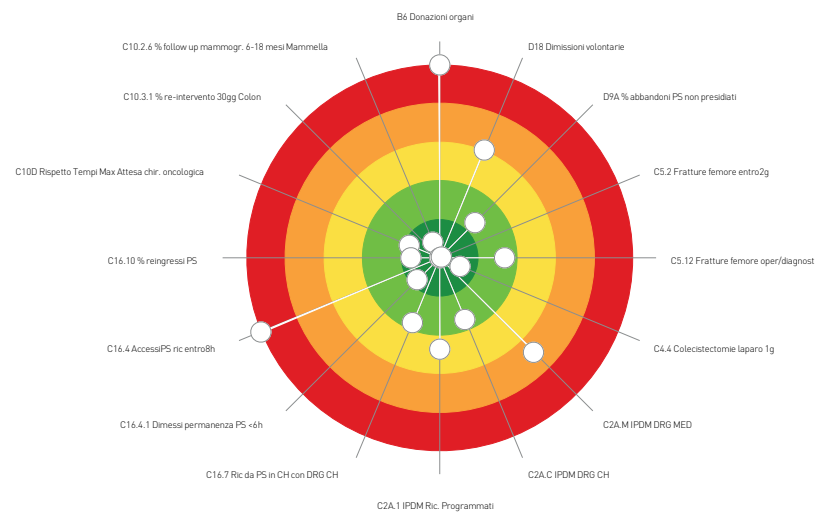
FTGM-Massa



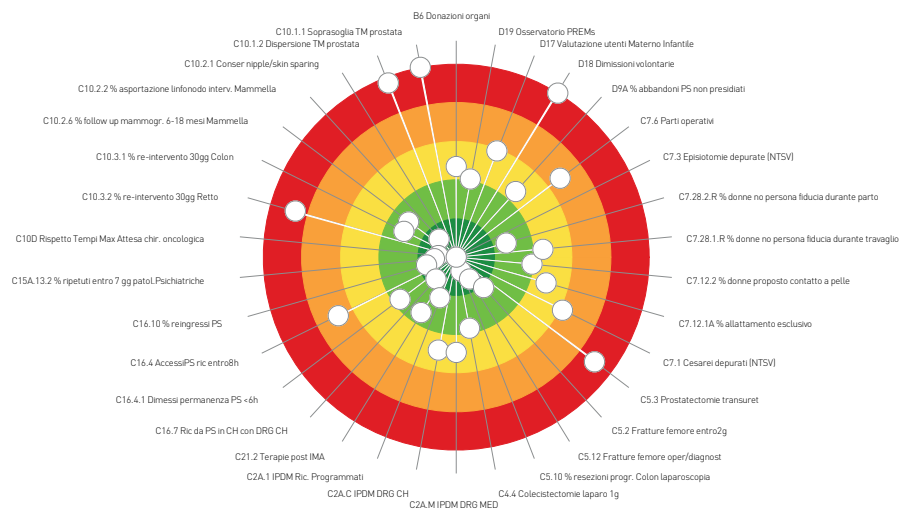
S. Antonio Abate Fivizzano



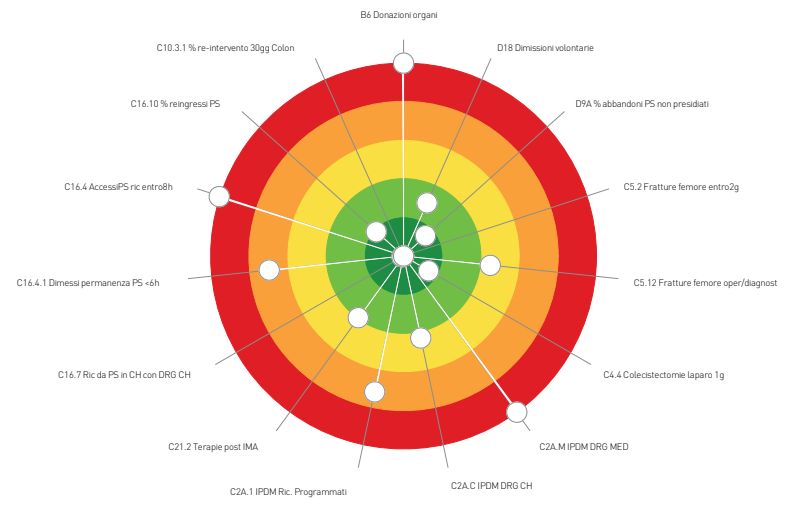
S. Antonio Abate Pontremoli



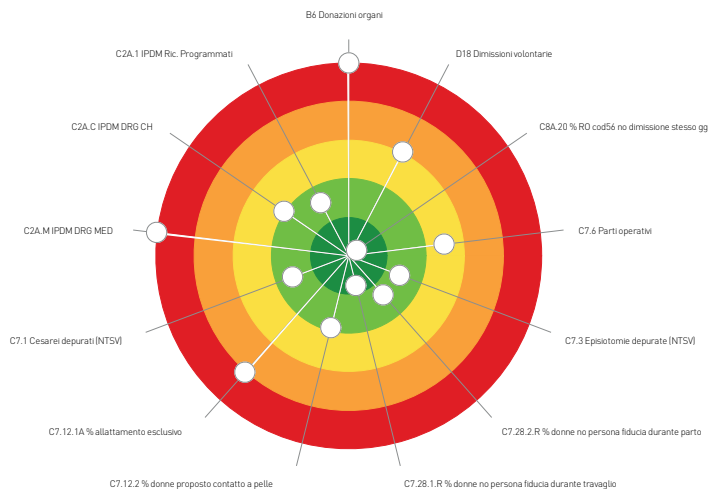
Ospedale delle Apuane



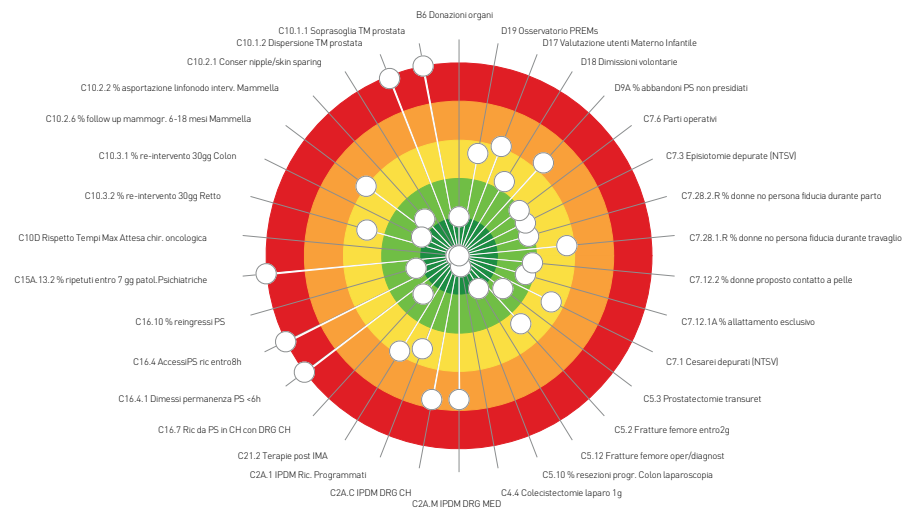
S. Croce Castelnuovo Garf.



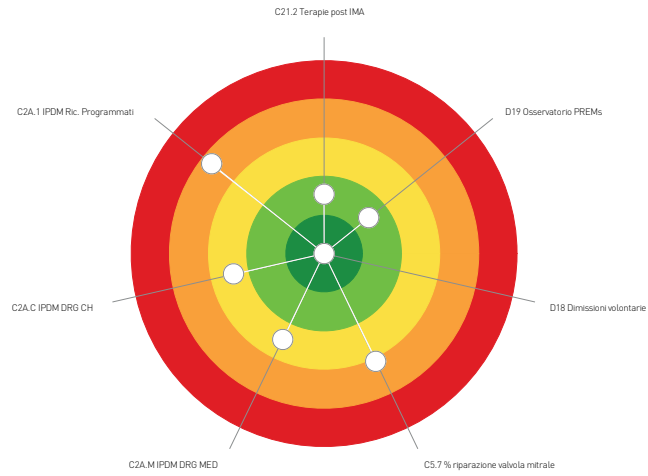
S. Francesco Barga



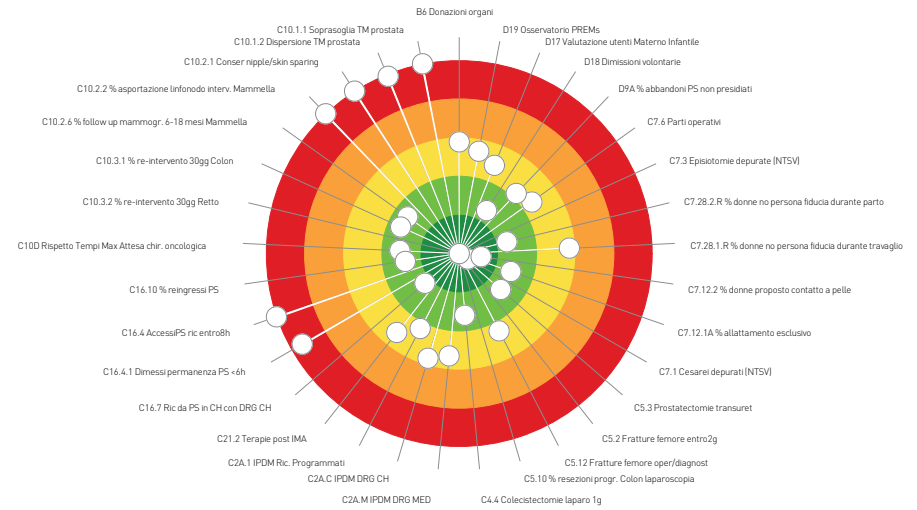
Presidio Ospedaliero San Luca



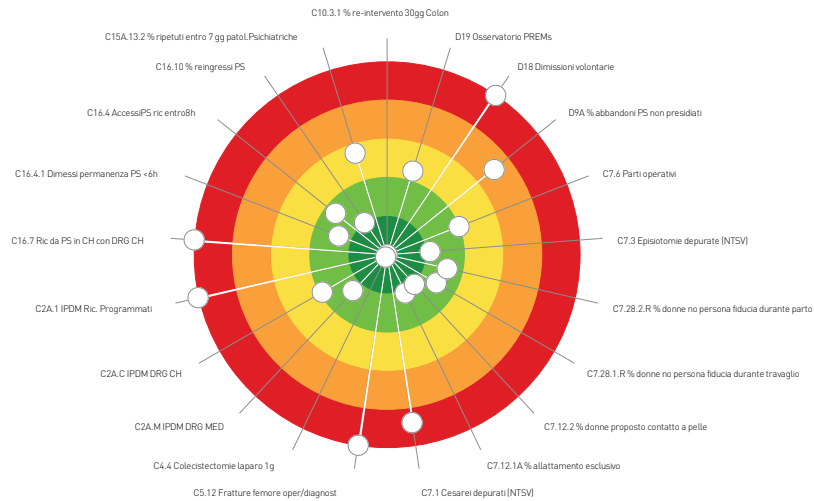
FTGM-Pisa



F.Lotti Pontedera



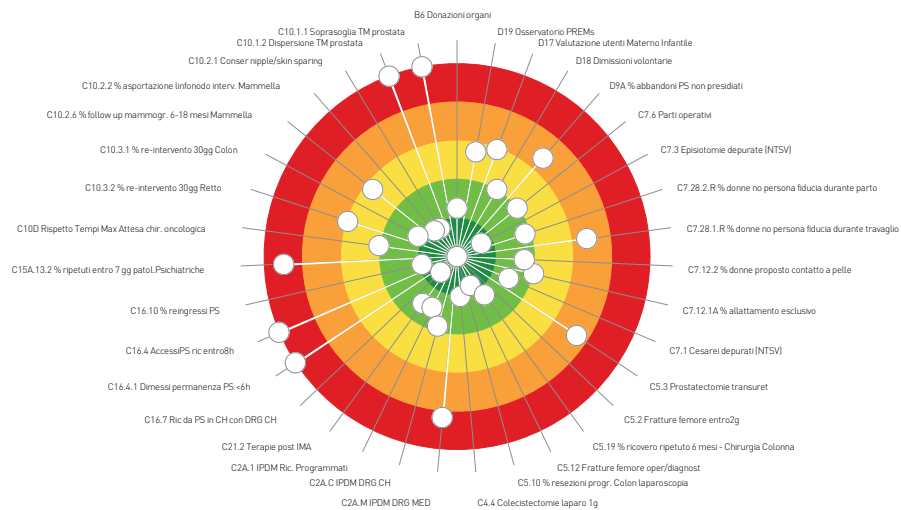
Civile Elbano Portoferraio



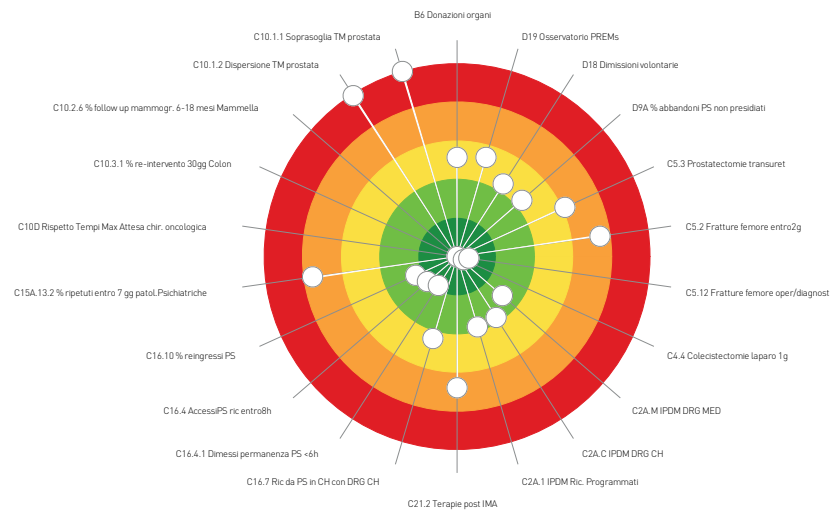
Civile Cecina



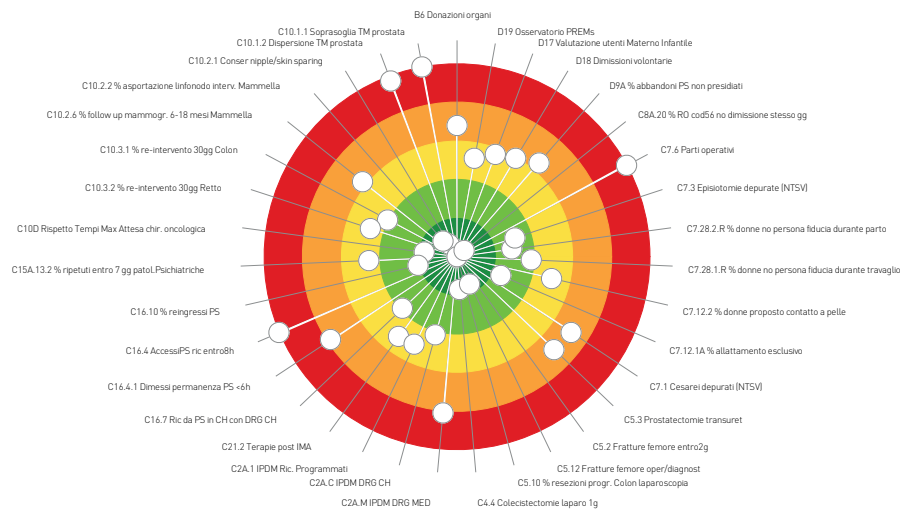
Riuniti Livorno



Civile Piombino

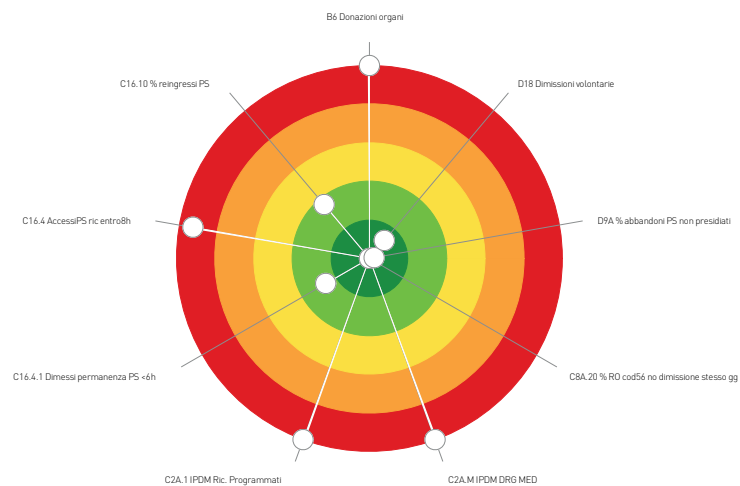


Ospedale Unico Versilia

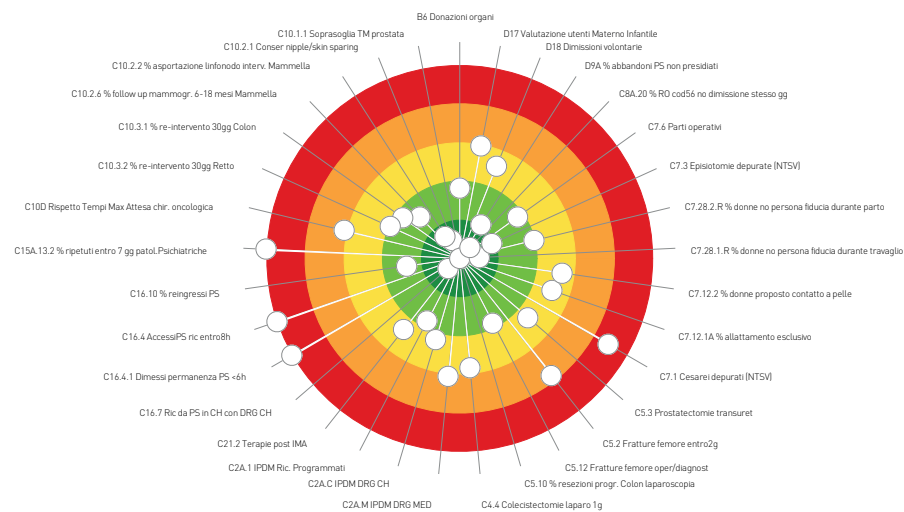


Ospedali Area Vasta Sud Est

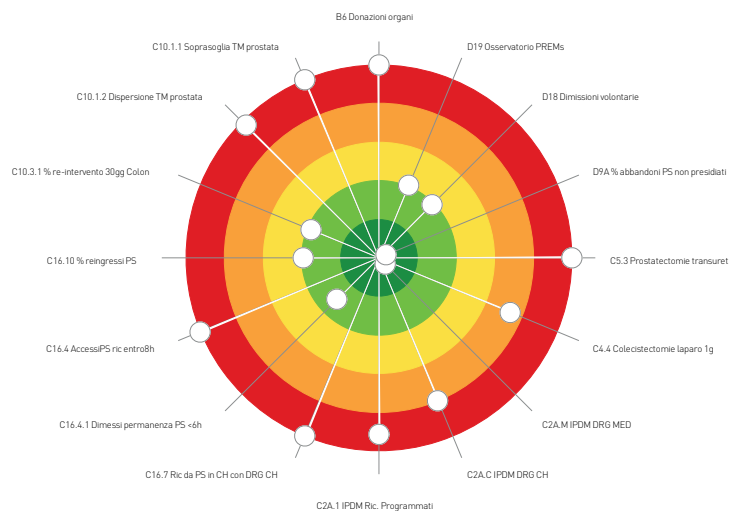
Civile Castel del Piano



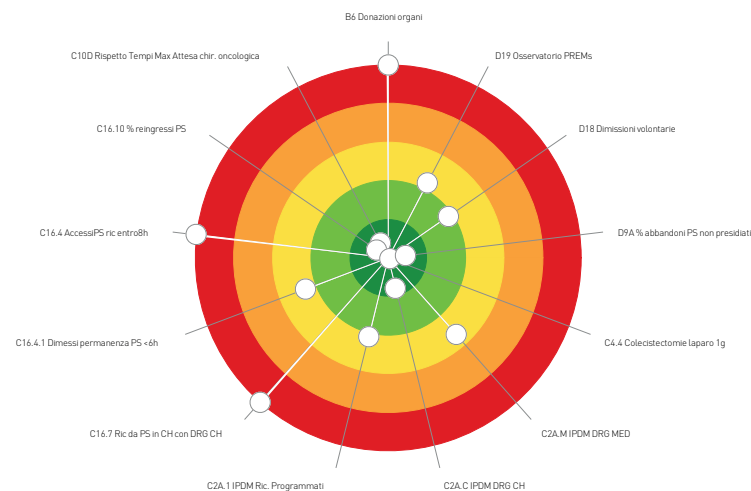
Misericordia Grosseto



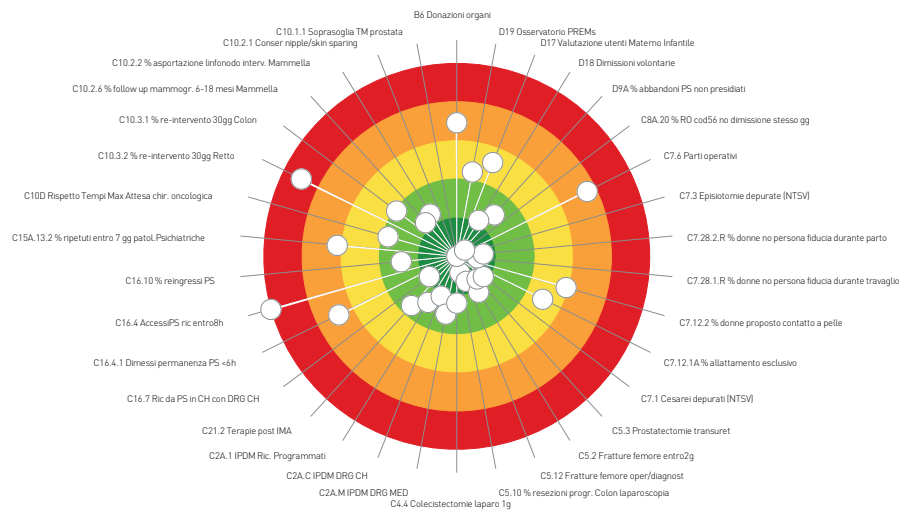
Civile Bibbiena



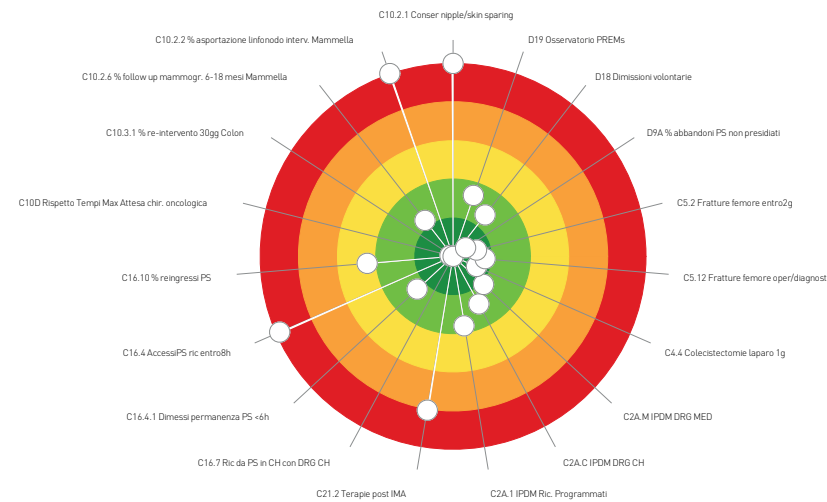
Val Tiberina Sansepolcro



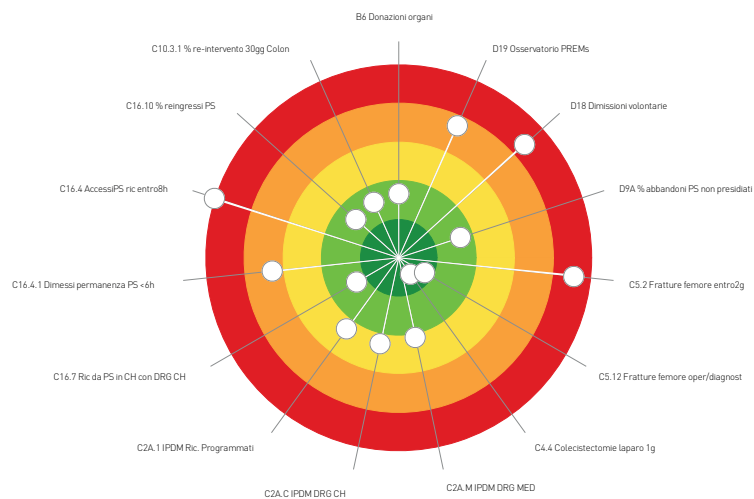
Area Aretina Nord Arezzo



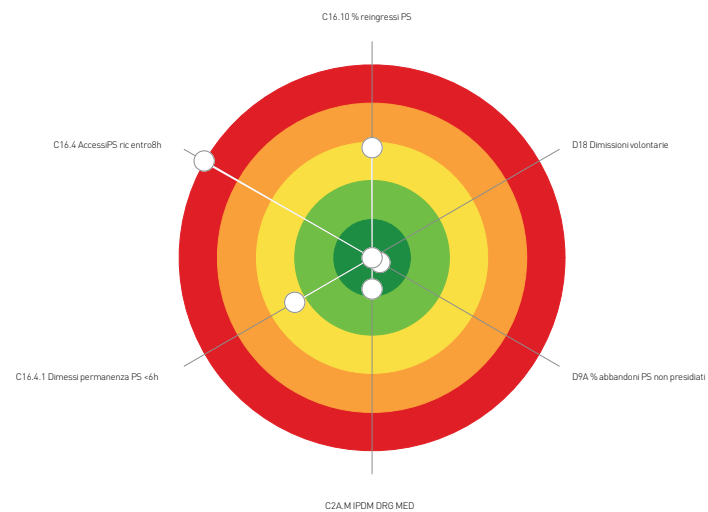
S. Andrea Massa M.ma



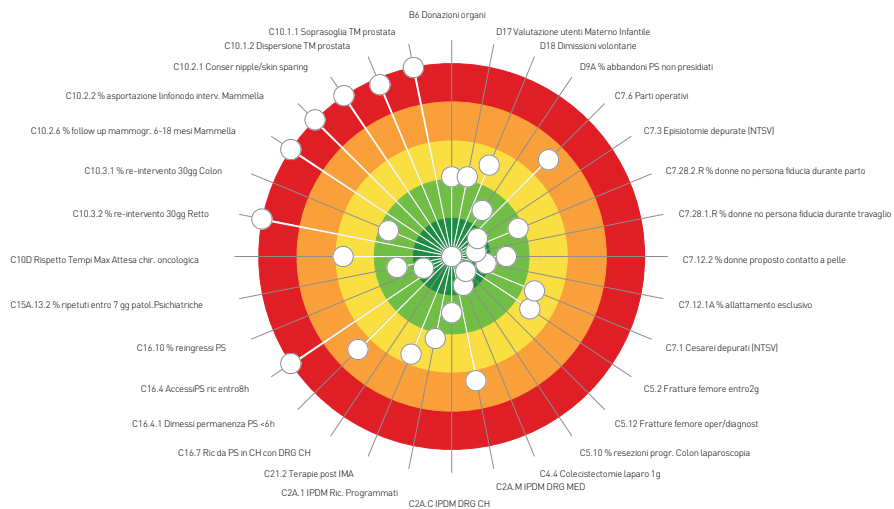
S. Giovanni di Dio Orbetello



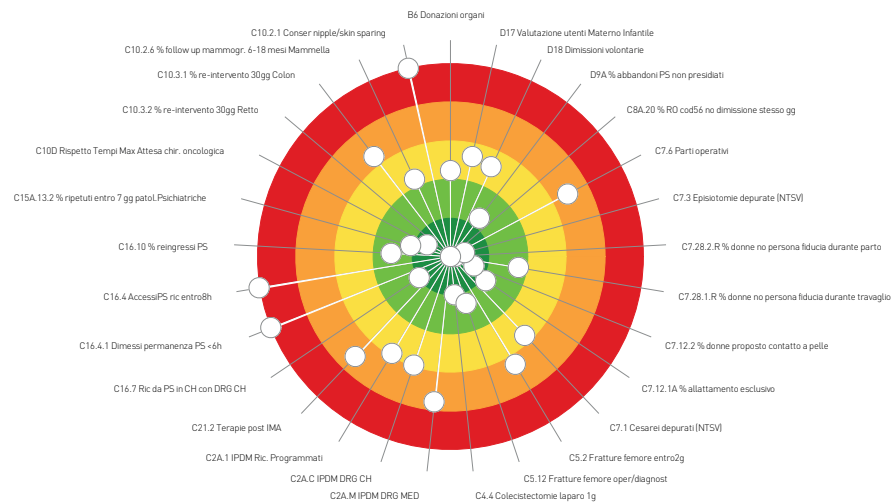
Petrucchioli Pitigliano



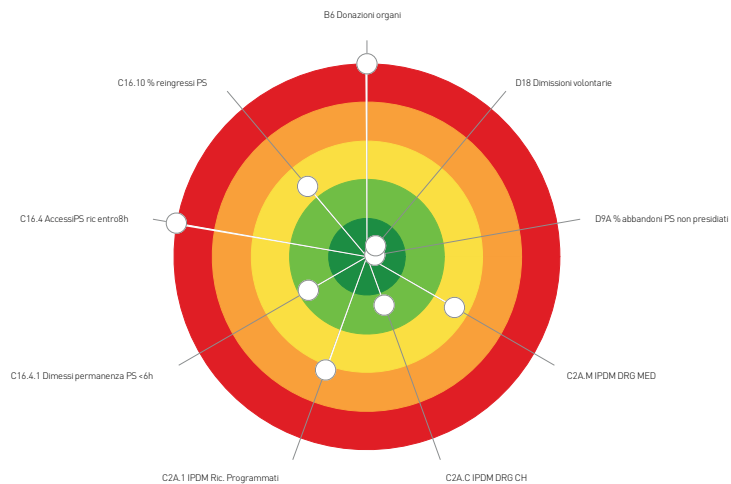
Osp. Valdarno - S.Maria della Gruccia



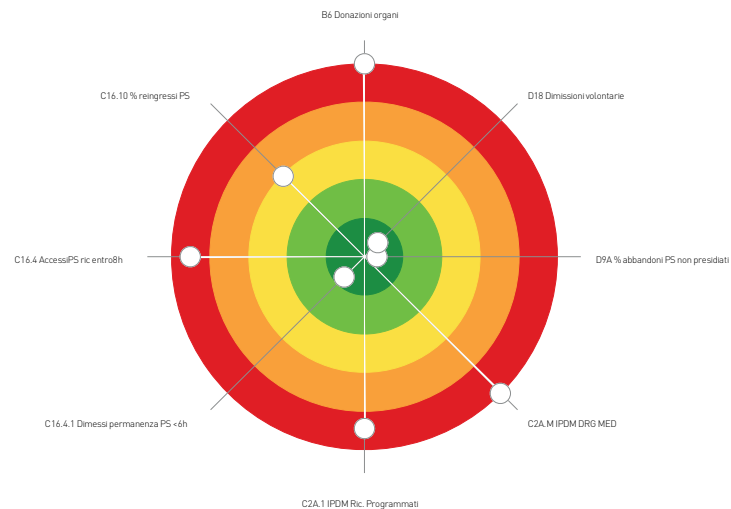
Osp. Riuniti della Val di Chiana



Nuovo Osp. Valdichiana S.Margherita



Monte Amiata Abbazia S.Salvatore

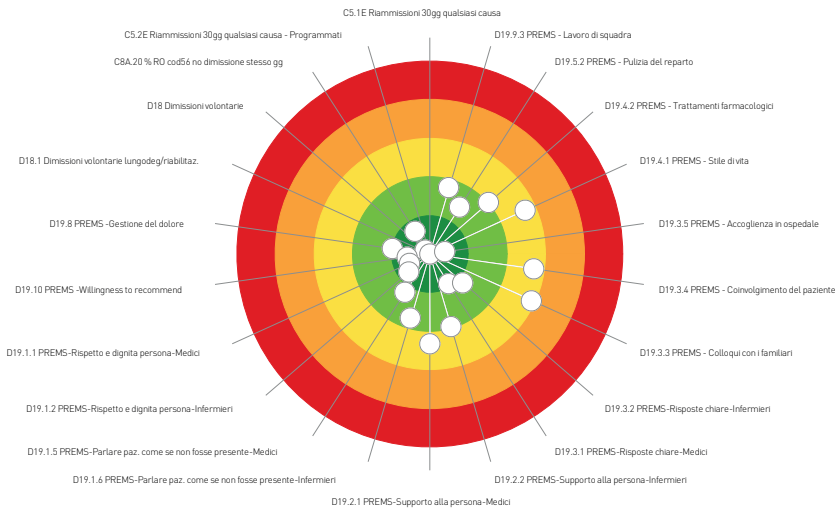


Osp. alta Val d'Elsa Poggibonsi

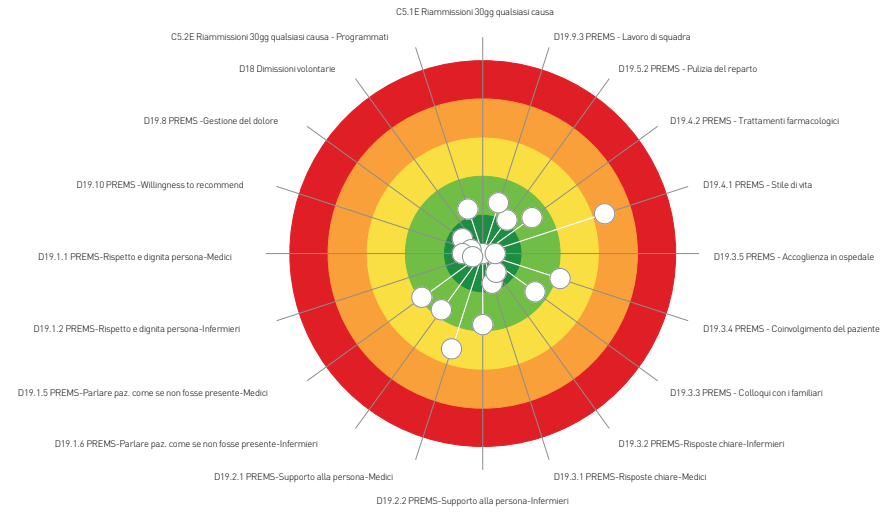


Ospedali Privati AIOP

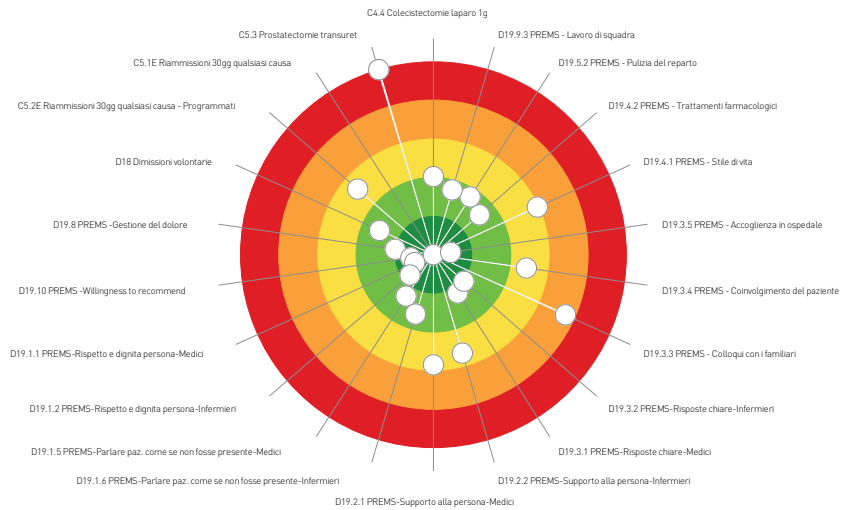
Frate Sole



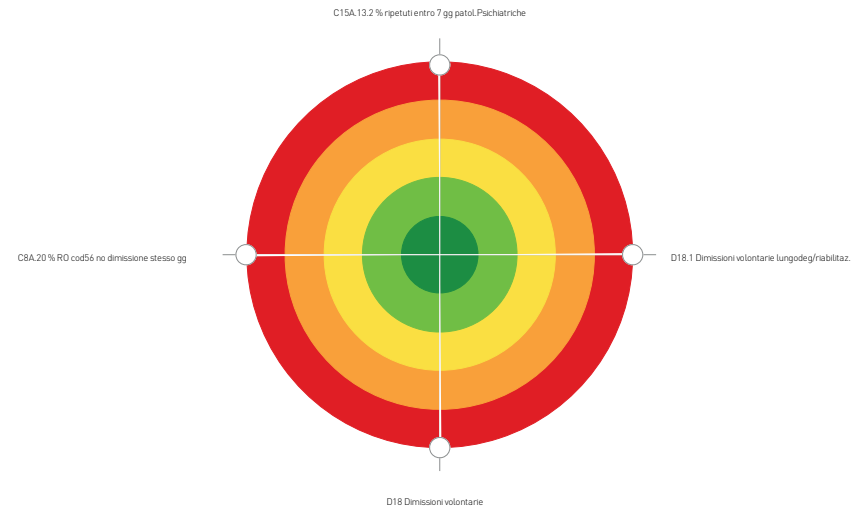
Santa Rita



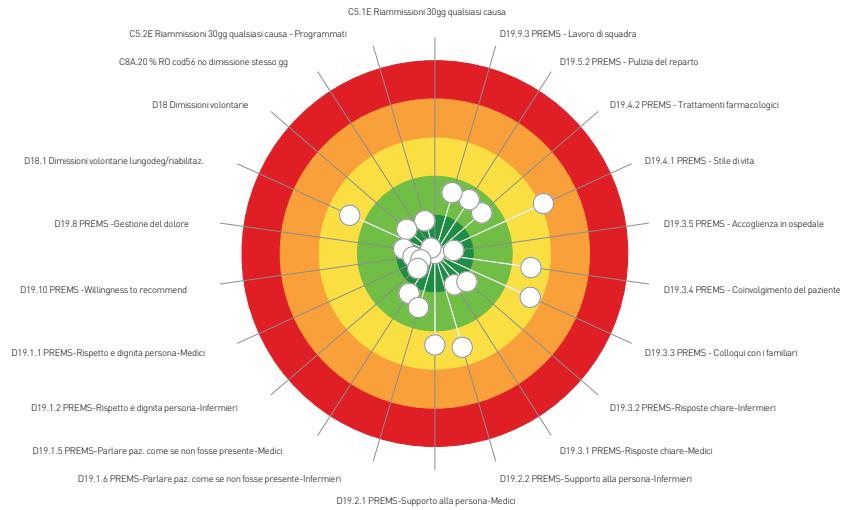
Villa Fiorita



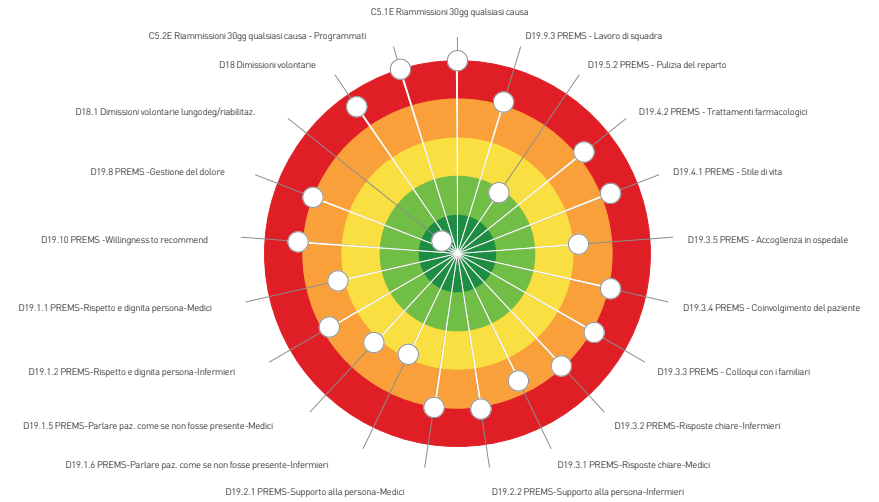
Villa dei Pini



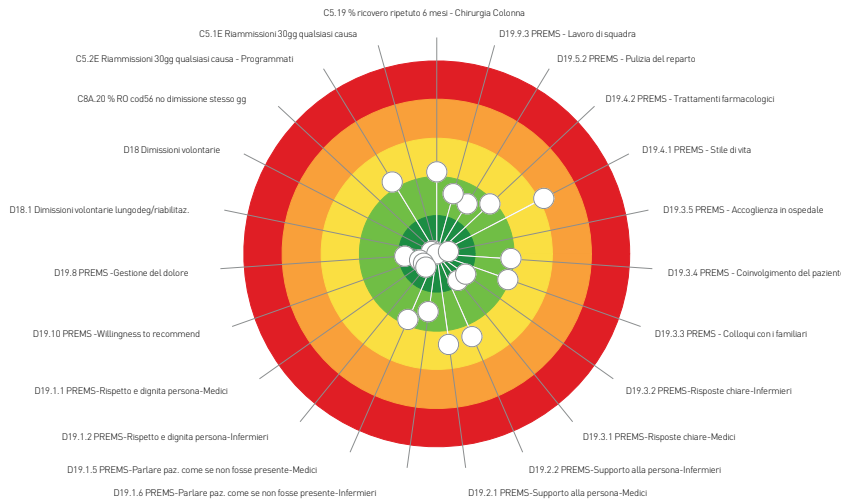
I.F.C.A SpA-CC Ulivella e Glicini



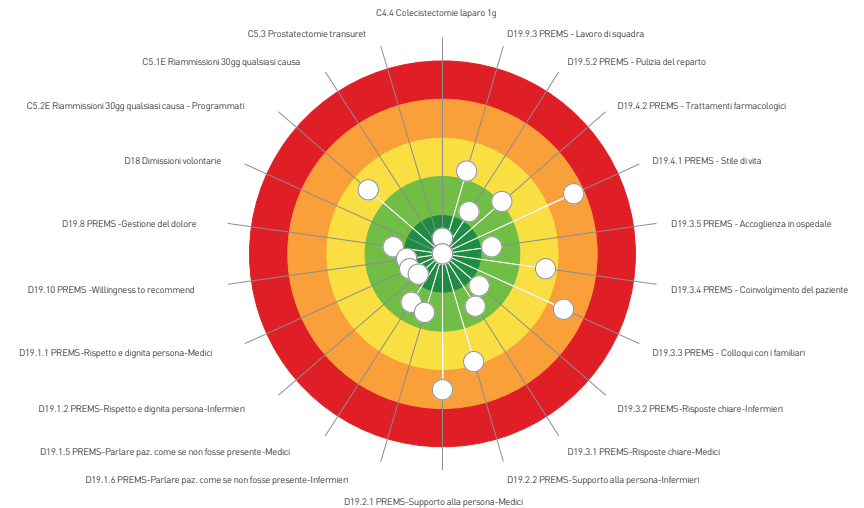
Presidio Maria Teresa Hospital Srl-MBH



Valdisieve Hospital



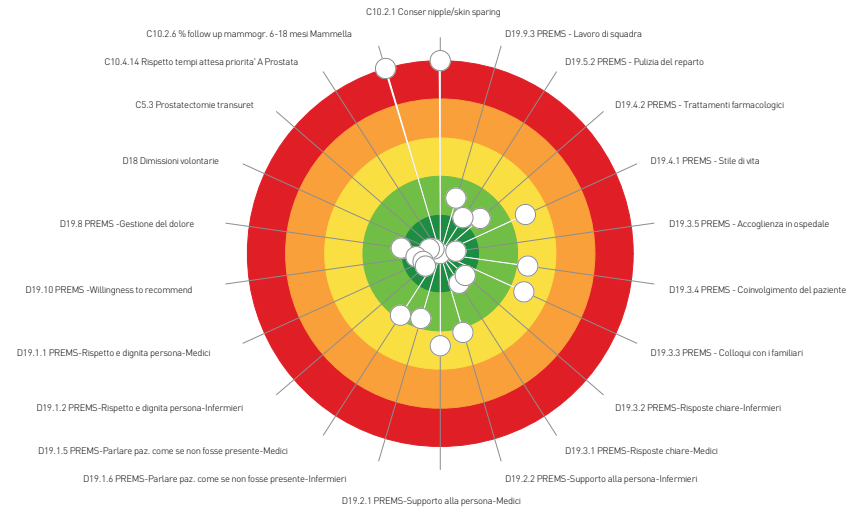
Leonardo



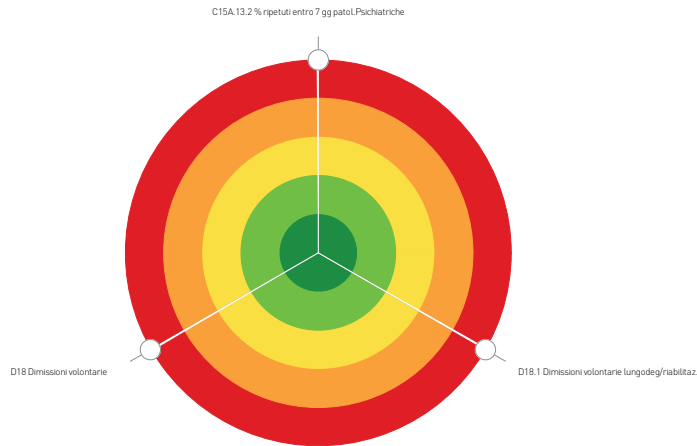
San Camillo



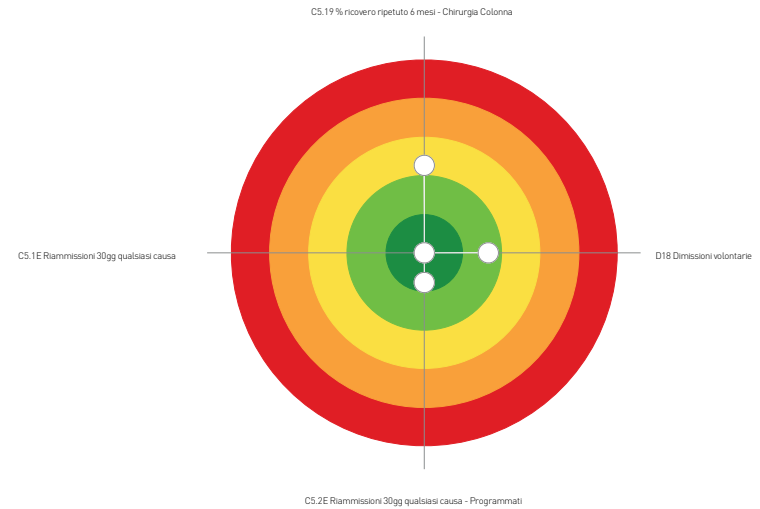
Santa Chiara Srl-M.D. Barbantini



Ville di Nozzano



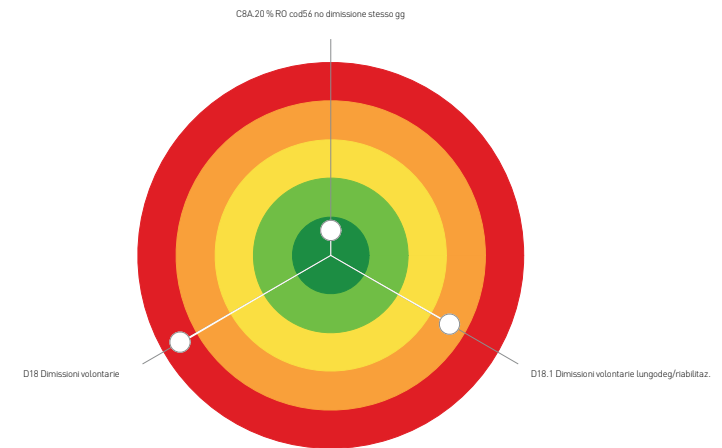
Assisi Project SpA-S. Giuseppe H.



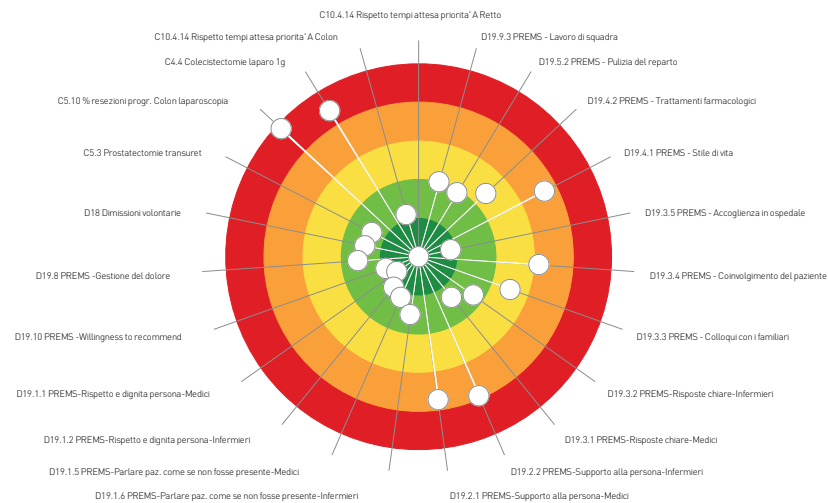
Rugani



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
- 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
- Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, et al; ISDOC Study Group. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health* 2006;60:412-6.
- 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., Nobile 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
- 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.
- Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009). Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses (pp. 7-9). London: King's Fund.Scholl
- 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
- 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
- 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 Obstericians and Gynecologists. Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Jossey Bass, San Francisco [Ca.]
- Giacomelli, G., Ferré, F., Furlan, M., & Nuti, S. (2019). Involving hybrid professionals in top management decision-making: How managerial training can make the difference. *Health services management research*, 32(4), 168-179.
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016). *Linee guida di design per i sitiweb della pubblica amministrazione*. Linee guida online
- Grillo Ruggieri, T., Berta, P., Murante, A. M., & Nuti, S. Patient Satisfaction, patients leaving hospital against medical advice and mortality in Italian university hospitals: a cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*, 2018
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication*. Canada Health Act Division, Canada Health Act
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma
- ISTAT (2014). *Cittadini e nuove tecnologie*. Report 2014.
- Jamieson Gilmore, K., Pennucci, F., De Rosis, S., Passino, C., Value in Healthcare and the Role of the Patient Voice, *HealthcarePapers*, 20
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Lau V.C., Au W.T., Ho J.M. (2003), "A qualitative and quantitative review of antecedents of counterproductive behavior in organizations", *Journal of Business and Psychology*, 18(1), 73-99
- Laura Lauria, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Manila Bonciani e Silvia Andreozzi. *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. 2012 Rapporti ISTISAN 12/39
- Leonard M., Graham S., Bonacum D. (2004), *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. *Quality and Safety in Health Care* 13.suppl 1: i85-i90.
- Litwin D, Cahan Mitchell A. (2008), *Laparoscopic cholecystectomy*, *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6):1295-313.
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, *Scuola e Città*, a. 3, n. 31, marzo 1988, pp. 57-68
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della*

- soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività, Franco Angeli Editore, Milano
- Macaluso, A., Bettinelli, M. E., Chapin, E. M., Córdova do Espírito Santo, L., Mascheroni, R., Murante, A. M., ... & Cattaneo, A. (2013). A controlled study on baby-friendly 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
- Ministero della Salute 2016 Piano Nazionale della cronicità: 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.
- Zill JM, Härter M, Dirmaier J (2014) An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLOS ONE* 9(9): e107828

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 tre anni, in ordine cronologico dal più recente (giugno 2022):

- Alba, S., Rood, E., Mecatti, F., Ross, J.M., Dodd, P.J., Chang, S., Potgieter, M., Bertarelli, G., Henry, N.J., LeGrand, K.E., Trouleau, W., Shaweno, D., MacPherson, P., Qin, Z.Z., Mergethaler, C., Giardina, F., Augustijn, E-W., Baloch, A.Q., Latif, A., TB Hackathon: Development and Comparison of Five Models to Predict Subnational Tuberculosis Prevalence in Pakistan, *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 2022
- Barchielli, C., Rafferty, A.M., Vainieri, M., Integrating Key Nursing Measures into A Comprehensive Healthcare Performance Management System: A Tuscan Experience, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022.
- Bonciani, M., Corazza, I., De Rosis, S., The COVID-19 emergency as an opportunity to co-produce an innovative approach to health services provision: the women's antenatal classes move on the web, *Italian Journal of Marketing*, 2022.
- Damone, A., Vainieri, M., Brunetto, M., Bonino, F., Nuti, S., Ciuti, G., Decision-making algorithm and predictive model to assess the impact of infectious disease epidemics on the healthcare system: the COVID-19 case study in Italy, *IEEE J Biomed Health Inform*, 2022.
- Deandrea, S., Ferrè, F., D'Antona, R., Angiolini, C., Bortul, M., Bucchi, L., Caumo, F., Fortunato, L., Giordano, L., Giordano, M., Mantellini, P., Martelli, I., Melucci, G., Naldoni, C., Paci, E., Pau, L., Saguatti, G., Sestini, E., Tinterri, C., Vainieri, M., e Cataliotti L., Integrating mammography screening programmes into specialist breast centres in Italy: insights from a national survey of Senonetwork breast centres, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Deandrea, S., Sardanelli, F., Calabrese, M., Ferré, F., Vainieri, M., Sestini, E., Caumo, F., Saguatti, G., Bucchi, L., Cataliotti, L., Provision of follow-up care for women with a history of breast cancer following the 2016 position paper by the Italian Group for Mammographic Screening and the Italian College of Breast Radiologists by SIRM: a survey of Senonetwork Italian breast centres, *La radiologia medica*, 2022.
- Ferrari, A., Bonciani, M., Russo, E., Mannella, P., Simoncini, T., Vainieri, M., Patient-reported outcome measures for pregnancy-related urinary and fecal incontinence: A prospective cohort study in a large Italian population, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2022.
- Longo, F., Barsanti, S., Bonciani, M., Bunea, A., Zazzera, A., Managing community engagement initiatives in health and social care: Lessons learned from Italy and the United Kingdom, *Health Care Manage Review*, 2022
- Seghieri, C., Ferré, F., Foresi, E., Borghini, A., Healthcare costs of diabetic foot disease in Italy: estimates for event and state costs, *The European Journal of Health Economics*, 2022
- Tonutti, G.; Bertarelli, G.; Giusti, C.; Pratesi, M., Disaggregation of poverty indicators by small area methods for assessing the targeting of the "Reddito di Cittadinanza" national policy in Italy, *Socio-Economic Planning Sciences*, 2022
- Tavoschi, L., Belardi, P., Mazzilli, S., Manenti, F., Pellizzer, G., Abebe, D., Azzimonti, G.,

- Nsubuga, J.B., Dall'Oglio, G., Vainieri, M., An integrated hospital-district performance evaluation for communicable diseases in low- and middle-income countries: Evidence from a pilot in three sub-Saharan countries, *PLoS ONE*, 2022.
- Willmington, C., Belardi, P., Murante, A.M., Vainieri, M., The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature review, *BMC Health Services Research*, 2022.
- Aimo, A., Rapezzi, C., Perfetto, F., Cappelli, F., Palladini, G., Obici, L., Merlini, G., Di Bella, G., Serenelli, M., Zampieri, M., Milani, P., Licordari, R., Teresi, L., Ribarich, N., Castiglione, V., Quattrone, F., De Rosis, S., Vergaro, G., Panichella, G., Emdin, M., Passino, C., Quality of life assessment in amyloid transthyretin (ATTR) amyloidosis, *European Journal of Clinical Investigation*, 2021.
- Barbaza, E., Ivankovic, D., Wang, S., Jamieson Gilmore, K., Poldrugovac, M., Willmington, C., Larrain, N., Bos, V., Allin, S., Klazinga, N., Kringos, D., Exploring Changes to the Actionability of COVID-19 Dashboards Over the Course of 2020 in the Canadian Context: Descriptive Assessment and Expert Appraisal Study, *Journal of Medical Internet Research*, 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
- Barsanti, S., Bunea, A. M. and Colombini, G., What Counts in Nursing Homes' Quality and Efficiency? Results From Data Envelopment Analysis in Italy, *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 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.
- Bellé, N., Giacomelli, G., Nuti, S., Vainieri, M., Factoring in the human factor: experimental evidence on how public managers make sense of performance information, *International Public Management Journal*, 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.
- 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.
- Cantarelli, P., Bellé, N., Nudging Public Employees Through Descriptive Social Norms in Healthcare Organizations, *Public Administration Review*, 2021
- Cantarelli, P., Bellé, N., Quattrone, F. Nudging influenza vaccination among health care workers, *Vaccine*, 2021.
- 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.
- 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.
- 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
- De Rosis, S., Barchielli, C., Vainieri, M., Bellé, N., The relationship between healthcare service provision models and patient experience, *Journal of Health Organization and Management*, 2021
- De Rosis, S., Pennucci, F., Lungu, D.A., Manca, M., Nuti, S., A continuous PREMs and PROMs Observatory for elective hip and knee arthroplasty: study protocol, *BMJ Open*, 2021
- De Vita, E., Sbrana, F., Quattrone, F., Dal Pino, B., Megaro, M., Lombardi, R., Prontera, C., Passino, C., Petrillo, M., Adverse events and humoral response after two doses of severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) mRNA vaccine in the hospital-personnel of a cardiopulmonary tertiary-care center, *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 2021.
- Di Martino, M., Alagna, M., Lallo, A., Jamieson Gilmore, K., Francesconi, P., Profili, F., Scondotto, S., Fantaci, G., Trifirò, G., Isgrò, V., Davoli, M., Fusco, D., Chronic polytherapy after myocardial infarction: the trade-off between hospital and community-based providers in determining adherence to medication, *BMC Cardiovascular Disorders*, 2021.
- Ivanković D., Barbazza E., Bos V., Brito Fernandes Ó., Jamieson Gilmore K., Jansen T., Kara P., Larrain N., Lu S., Meza-Torres B., Mulyanto J., Poldrugovac M., Rotar A., Wang S., Willmington C., Yang Y., Yelgezekova Z., Allin S., Klazinga N., Kringos D., Features Constituting Actionable COVID-19 Dashboards: Descriptive Assessment and Expert Appraisal of 158 Public Web-Based COVID-19 Dashboards, *Journal of Medical Internet Research*, 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
- Lungu D.A., Røislien J., Wiig S., Shortt M.T., Ferrè F., Berg S.H., Thune H. & Brønneck K.K.. (2021) "The Role of Recipient Characteristics in Health Video Communication Outcomes: Scoping Review." *Journal of Medical Internet Research* 23, no. 12: e30962
- Mele, V., Bellé, N., Cucciniello, M., Thanks, but no thanks. Preferences towards teleworking colleagues in public organizations, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2021
- Nuti, S., Noto, G., Grillo Ruggieri, T., Vainieri, M., The Challenges of Hospitals' Planning & Control Systems: The Path toward Public Value Management, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.
- Nuti, S., Vinci, A., Vola, F., Stato e Regioni: le performance dei Sistemi sanitari regionali, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, Futura, 2021
- Pennucci, F., Victor Pestoff: Co-production and Japanese Healthcare: Work Environment, Governance, Service Quality and Social Values, *Journal of Entrepreneurial and Organizational Diversity*, 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.
- Seghieri, C., Lupi, E., Tzioufas, A.G., De Vita, S., Baldini, C., Patient-reported experience and health-related quality of life in patients with primary Sjögren's syndrome in Europe, *Clin Exp Rheumatol*. 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., 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., & Ferrè, 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., Lepiksone, 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
- 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.
- Manetti, S., Vainieri, M., Guidotti, E., Zuccarino, S., Ferrè, 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 multistakeholder assessment, BMJ Open 2020
- Noto, G., Belardi, P., & Vainieri, M. (2020). Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems. Health Policy.
- Nuti, S., Ferrè, 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., 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., Ferrè, 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.
- Pennucci, F., De Rosis, S., Murante, A.M., & Nuti, S. (2019). Behavioural and social scien-

- ces 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 health failure path in Tuscany Region. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 19.
- Schäfer, W. L., Boerma, W. G., van den Berg, M. J., De Maeseneer, J., De Rosis, S., Detollenaere, J., ... & Pavlič, D. R. (2019). Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. *Primary Health Care Research & Development*, 20.
- Seghieri, C., Lupi, E., Exarchos, T. P., Ferro, F., Tzioufas, A. G., & Baldini, C. (2019). Variation in primary Sjögren's syndrome care among European countries. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37.

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

Innovazione e management in sanità, edito da Il Mulino

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

- Vainieri, M., Barchielli, C., Bellé, N. [2020], Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica
- Nuti S., Grillo Ruggieri T. (2016), La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto
- Vainieri M., Nuti S., (2015), Governance e meccanismi di incentivazione nei sistemi sanitari regionali
- Nuti S., Fantini M.P., Murante A.M. (2014), Valutare i percorsi in sanità. I percorsi della salute mentale e il percorso oncologico. Un progetto della Commissione parlamentare d'inchiesta del Senato sull'efficienza e l'efficacia del SSN
- Øvretveit J. (2014), Il miglioramento del valore nei servizi sanitari. Un metodo basato sulle evidenze, Edizione italiana a cura di Bellandi T. e Grillo Ruggieri T. Nuti S., Vainieri M. (2013), Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2
- Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), Immigrazione e Salute. Percorsi di integrazione sociale
- Nuti S., Vainieri M. (2011), Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale. Un binomio possibile
- Barretta A. D. (2009), L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca operativa ed esperienze operative a confronto
- Nuti S. (2008), La valutazione della performance in sanità
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale

Creare valore in sanità, edito da ETS

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

- AAW, Diario dalla Pandemia - Fase 1: Riflessioni e suggerimenti per un sistema sanitario resiliente, Edizioni ETS, 2021
- 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 2021 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 e AOU Sant'Andrea (Roma).

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

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 coinvolto nel Sistema di Valutazione della Performance:

Sara Barsanti, Nicola Bellè, Vera Benedetto, Manila Bonciani, Alessandro Bonanni, Anita Mariana Bunea, Paola Cantarelli, Alessia Caputo, Domenico Cerasuolo, Iliaria Corazza, Fe-

derica Covre, Michele Cumetti, Alessandra Da Ros, Elisa Demontis, Sabina De Rosis, Erica De Vita, Giuseppe D'Orio, Amerigo Ferrari, Francesca Ferrè, Maria Francesca Furmenti, Manuela Furlan, Fabio Gentile, Sofia Longhi, Barbara Lupi, Stefania Manetti, Maria Saveria Mavillonio, Giaele Moretti, Anna Maria Murante, Anna Noci, Francesco Noferi, Riccardo Novaro, Gianluca Papatratto, Emiliano Pardini, Antonio Parenti, Francesca Pennucci, Elisa Peruzzo, Luca Pirrotta, Chiara Seghieri, Marzia Cettina Severino, Veronica Spataro, Milena Vainieri, Davide Vicari, Alessandro Vinci, Federico Vola.

Coordinamento Statistico ed elaborazione dati:

Giuseppe D'Orio.

Coordinamento, progettazione editoriale, editing del report:

Alessandro Bonanni, Francesca Ferrè, Francesco Noferi, Davide Vicari, Alessandro Vinci.

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

ISBN: 979-12-5486-083-0



9 791254 860830

