

---

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

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

## **REPORT 2023**

A cura di:  
Milena Vainieri, Alessia Caputo, Alessandro Vinci,  
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](http://www.meslab.santannapisa.it)

© Copyright 2024 Laboratorio MeS

ISBN: 978-88-95613-60-4 Dedizioni



---

## IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Questo volume, a cura di Milena Vainieri, Alessia Caputo, Alessandro Vinci, 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, Serenella Acciai, Francesco Attanasio, Emanuela Balocchini, Andrea Belardinelli, Giovanna Bianco, Roberta Bottai, Simona Carli, Simona Dini, Silvia Fantappiè, Luciano Lippi, Michela Maielli, Claudio Marinai, Monica Marini, Elisa Nannicini, Moraldo Neri, Carla Rizzuti, Barbara Trambusti, nonché le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, che hanno contribuito con professionalità e spirito di collaborazione sia all'aggiornamento del sistema di valutazione delle performance, sia al suo utilizzo a supporto del governo del sistema.



---

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

<b>Introduzione</b>	<b>7</b>
<b>Risultati</b>	<b>31</b>
Regione Toscana	33
Aree Vaste	45
<b>Indicatori 2023 *</b>	<b>81</b>
Assistenza	83
Percorsi	155
Qualità e Sicurezza	237
Responsiveness & Esperienza degli Utenti	261
Sfide Post-Covid	277
Efficienza	301

\* La pagina dei singoli indicatori è dettagliata nella tabella riassuntiva (Tabella 1), riportata alle pagine 12 e seguenti del presente Report.



1

# INTRODUZIONE

## Introduzione

Misurare la performance in ambito pubblico è ritenuto un elemento essenziale per (Behn 2003):

- 1) valutare come l'organizzazione sta funzionando;
- 2) controllare come sono state utilizzate le risorse;
- 3) programmare e fornire indirizzi e obiettivi;
- 4) motivare dipendenti e stakeholders rispetto al miglioramento;
- 5) supportare iniziative sperimentali attraverso evidenze empiriche;
- 6) celebrare i successi ottenuti;
- 7) apprendere le ragioni del buon funzionamento o le cause dei problemi dell'organizzazione;
- 8) migliorare i servizi.

In modo pionieristico la Regione Toscana ha introdotto nel 2005 un sistema di valutazione della performance multidimensionale (Nutti 2008) con l'obiettivo di fornire uno strumento che permettesse di attivare un dialogo costruttivo fra i vari soggetti del sistema sanitario regionale per il miglioramento dei servizi e la creazione di valore per la popolazione. Diverse sono le caratteristiche indicate in letteratura per la progettazione di un sistema di valutazione efficace.

Nel 2008 partendo dall'esperienza toscana, diverse regioni hanno condiviso i principi che hanno ispirato il sistema di valutazione della performance della sanità toscana per fondare il network delle regioni che, per la misurazione dell'anno 2023, vede partecipare: Basilicata, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Veneto, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma oltre, naturalmente, a Regione Toscana.

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. I principi che hanno ispirato il sistema di valutazione sono principalmente: il confronto sistematico dei risultati, la trasparenza, la tempestività, la multidimensionalità, la condivisione dei criteri e la dinamicità. Questo rapporto contiene i risultati ottenuti nel 2023 dalle aziende, stabilimenti ospedalieri dai distretti che operano nel Servizio Sanitario Toscano. 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 2024. L'elaborazione è il risultato della stretta collaborazione tra il Laboratorio MeS, l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) e la Regione Toscana. I dati sono aggiornati all'anno 2023, eccezion fatta per alcuni indicatori relativi all'ambito economico-finanziario (elaborazioni su bilanci consolidati 2022) e alla percentuale di assenza (risultati da Conto Annuale relativi all'anno 2022).

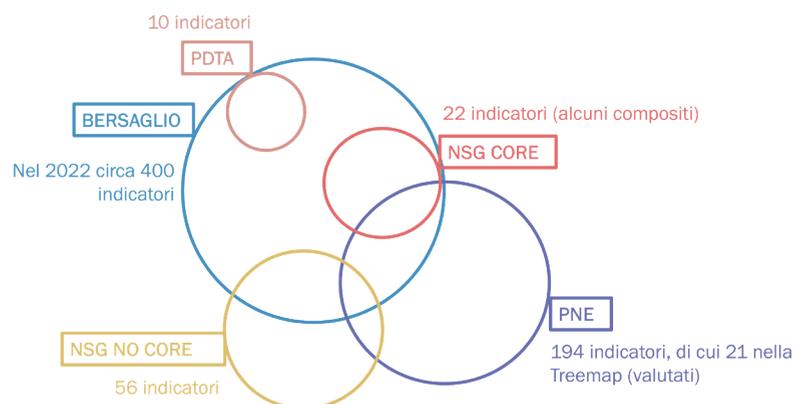
## 1. Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana e gli altri sistemi di valutazione in sanità

Se nel 2005 il sistema di valutazione della performance era una novità nel contestazionale, nel 2023 i sistemi di misurazione e valutazione della performance dei servizi sanitari sono all'ordine del giorno. Nuovi ranking e valutazioni vengono proposte da centri di studio, gruppi accademici, società scientifiche, associazioni e società di consulenza. Molti di questi sistemi non hanno radici robuste come il sistema di valutazione della performance della sanità toscana basato sui sopracitati principi ed elementi ispiratori. In particolare, pochi presentano un livello di condivisione e concertazione con gli attori del sistema simile a quello toscano e del network in termini di profondità e di estensione.

Nel rapporto del Gruppo di esperti su "Health Systems Performance Assessment" dell'unione europea (2016), che aveva l'obiettivo di confrontare le strategie europee per misurare e valutare la qualità delle cure, per l'Italia è stato chiesto di presentare i suoi tre sistemi di valutazione della performance utilizzati dal livello centrale, il ministero e dai livelli regionali: la griglia LEA, il PNE e il sistema di valutazione del network delle regioni. Nel tempo questi tre sistemi sono cresciuti, sono aumentate le dimensioni di analisi, sono state modificate le metodologie tanto che la griglia LEA è stata sostituita dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Nel monitoraggio dei LEA, il NSG prevede tre gruppi di indicatori articolati per il monitoraggio dei risultati per setting assistenziali: NSG Core (22 indicatori oggetto di valutazione), NSG No Core (56 indicatori di osservazione), e 10 indicatori PDTA rivolti al monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali. I quasi 200 indicatori del PNE sono invece rivolti principalmente alla valutazione di interventi sanitari in ambito ospedaliero tramite misure di volumi ed esito/processo. Spesso gli ambiti di valutazione sono simili ma con indicatori diverse o differenti schede di calcolo.

Per evitare inutili ridondanze negli ultimi tre anni si è lavorato per allineare il più possibile il sistema di valutazione della performance della regione toscana e del network agli ambiti in comune con gli altri due sistemi di valutazione nazionale.

La figura seguente riporta le relazioni fra questi tre sistemi di valutazione.



**Figura 1.** Il sistema del bersaglio e le relazioni con gli altri sistemi di valutazione nazionali

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana si differenzia per la presenza di ambiti di valutazione ulteriori a quelli presenti nei sistemi istituzionali, tra cui ricordiamo la presenza di misure che valutano la sanità digitale, il consumo sui dispositivi medici e plasmaderivati, indicatori sul personale e valutazione della ricerca, indagine agli utenti, nonché indici di efficienza ed economici.

Un altro elemento che distingue i tre sistemi, oltre alle modalità di rappresentazione dei risultati singoli e di sintesi complessiva, è la granularità delle informazioni presenti. Mentre il NSG riporta i risultati solamente a livello regionale, il PNE si concentra prevalentemente sul livello di stabilimento ospedaliero e, per gli indicatori sulla residenza sul livello delle aziende territoriali. Il sistema di valutazione delle performance della sanità toscana comprende tutti i livelli di governo: regione, aziende (territoriali e ospedaliere); stabilimenti; zone-distretto e AFT.

## 2. Le novità di questa edizione

In questo anno di consolidamento, il sistema di valutazione delle performance della sanità toscana si è focalizzato principalmente sulla consistenza dei propri indicatori. Sono stati introdotti solo alcuni indicatori di fondamentale importanza, tra cui il monitoraggio delle risorse e dei progetti PNRR, i nuovi indicatori NSG CORE e gli indicatori materno-infantili per compensare la chiusura dell'indagine precedente. Inoltre, è stata ampliata l'area riguardante i dispositivi medici, sono stati potenziati gli indicatori dei PREMs relativi al ricovero ospedaliero ordinario. Sono stati inseriti gli indicatori derivanti dall'indagine, effettuata dal Laboratorio MeS, sull'applicazione del modello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) realizzata nel 2023, valutandone l'impatto, in maniera puntuale, al fine di migliorare la qualità delle cure e ottimizzare l'uso delle risorse. Inoltre, nel presente report, le dimensioni sono state reinterpretate in chiave tematica, mettendo in evidenza le dimensioni che meglio rappresentano gli elementi cardine del 2023:

1. **Assistenza sanitaria:** Cruciali per valutare l'adeguatezza e l'accessibilità dei servizi offerti, assicurando che la popolazione riceva cure appropriate e tempestive, migliorando la salute generale.
2. **Percorsi:** Cruciali per garantire continuità e coordinamento delle cure, facilitando il passaggio dei pazienti tra diversi livelli di assistenza e migliorando gli esiti di salute.
3. **Qualità e sicurezza:** Fondamentali per assicurare che le cure siano efficaci e prive di rischi, riducendo al minimo gli errori medici e migliorando la fiducia dei pazienti nel sistema sanitario.
4. **Responsiveness & esperienza utenti:** Importanti per misurare quanto il sistema sanitario risponda efficacemente alle esigenze dei pazienti e al loro bisogno di cura, migliorando la soddisfazione e l'aderenza ai trattamenti.
5. **Sfide post-covid:** Indispensabili per comprendere e affrontare le conseguenze a lungo termine della pandemia, adattando i servizi sanitari alle nuove esigenze facendo leva sulle nuove frontiere della sanità.
6. **Efficienza:** Cruciale per ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, riducendo gli sprechi e assicurando che ogni euro speso contribuisca al miglioramento della salute pubblica.

Visivamente, i bersagli 2023 presentati nei paragrafi successivi di questo report sono stati organizzati in "spicchi", che ospitano le dimensioni sopra citate. Questo permette una lettura più agile e una rapida identificazione degli indicatori all'interno del bersaglio (vedi Figura 2).

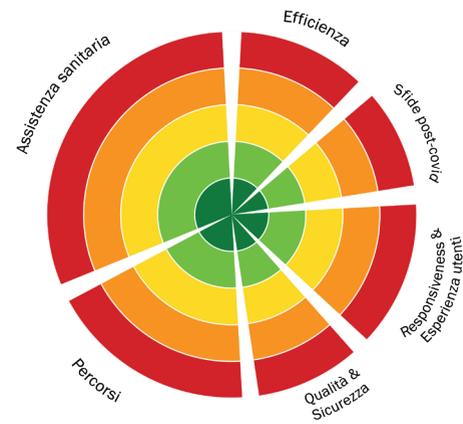


Figura 2. Le dimensioni del bersaglio 2023

### 3. La rappresentazione degli elementi di contesto: il profilo

Il profilo è l'elemento di sintesi che illustra in maniera comparativa le scelte di assetto organizzativo e gestionale dei sistemi sanitari a livello regionale e aziendale, differenziando tra aziende territoriali e aziende ospedaliere. Nel dettaglio è possibile visualizzare indicatori demografici e di salute; indicatori dell'attività sanitaria (ad esempio ricoveri in mobilità attiva); indicatori relativi al personale (ad esempio il numero di medici per residenti o il numero dei medici per posto letto a livello aziendale); indicatori economici (ad esempio il costo sanitario e la spesa out of pocket pro-capite) e indicatori relativi agli interventi strutturali (ad esempio la velocità di connessione in download e upload e la % di obsolescenza tecnica). Nel profilo è poi contenuta una sintesi della dimensione di regioni e aziende, a seconda del livello di analisi preso in considerazione, che offre la possibilità di meglio contestualizzare le proporzioni di queste organizzazioni (come ad esempio popolazione di riferimento, numero di posti letto). I profili possono aiutare nell'interpretazione dei risultati ed eventualmente supportare nella selezione delle realtà da confrontare. Nel profilo regionale il pallino colorato in arancione rappresenta il valore dell'indicatore per la regione Toscana mentre i pallini in grigio chiaro i valori delle altre regioni del network (vedi Figura 3. Esempio di profilo regionale) o tutte le regioni per il confronto sugli indicatori demografici e di salute rilevati da statistiche nazionali. Nei profili delle aziende territoriali il pallino colorato rappresenta il valore dell'indicatore per l'Azienda territoriale selezionata mentre i pallini in grigio chiaro i valori delle altre Aziende territoriali delle regioni del network. Nei profili delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) il pallino colorato rappresenta il valore dell'indicatore per l'azienda selezionata mentre i pallini in grigio chiaro i valori delle altre AOU del network.

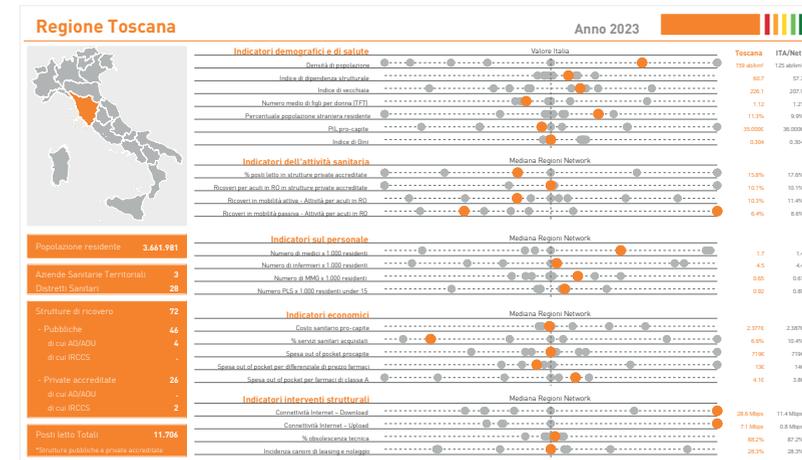


Figura 3. Esempio di profilo regionale

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

Il bersaglio offre una rappresentazione semplice e chiara, che è diventata il simbolo del sistema di valutazione del Laboratorio MeS. 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 4. Esempio di un bersaglio).

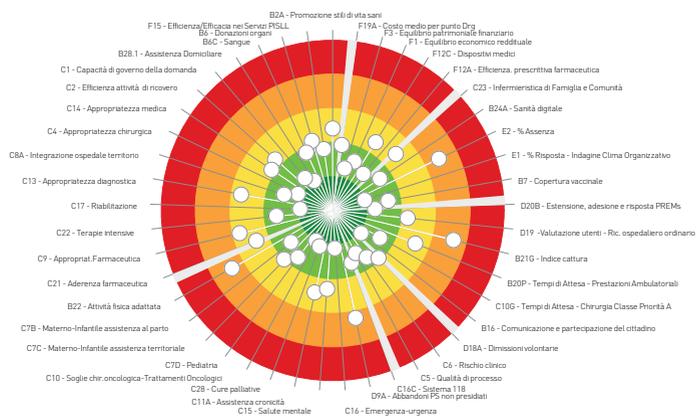


Figura 4. Esempio di un bersaglio

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

- 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.



Figura 5. 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 circa 700 indicatori; di questi, circa la metà sono 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 49 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 2023 qui pubblicata potrebbe subire qualche minima variazione. Una delle caratteristiche fondamentali del sistema di valutazione è la sua multidimensionalità. Il raggruppamento dei risultati di performance permette di evidenziare gli aspetti che caratterizzano un sistema complesso come quello sanitario. Nel presente report, le dimensioni di analisi sono state aggiornate come riportato in precedenza nel punto 2 "le novità di questa edizione".

Nella tabella 1 è riportato l'elenco degli indicatori di valutazione e di osservazione, calcolati per misurare la performance dell'anno 2023. Il presente rapporto illustra i soli indicatori di valutazione. Maggiori informazioni e aggiornamenti sono consultabili attraverso la piattaforma web, accessibile all'indirizzo [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it), dove è possibile compulsare l'analisi dettagliata di ciascun indicatore (misure, valutazione, rappresentazione grafica, schede di calcolo).

Tabella 1. (a pagina seguente)

Elenco degli indicatori del sistema di valutazione anno 2023

In *corsivo*, gli indicatori di osservazione.

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

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
<b>STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE</b>					
		<b>A1</b>	<b>Mortalità infantile</b>		
		A1.1	Mortalità nel primo anno di vita		
		A1.2	Mortalità neonatale precoce		
		A1.3	Mortalità neonatale totale		
●		<b>A2</b>	<b>Mortalità per tumori</b>		
●		<b>A3</b>	<b>Mortalità per malattie circolatorie</b>		
●		<b>A4</b>	<b>Mortalità per suicidi</b>		
●		<b>A5</b>	<b>Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)</b>		
		<b>A7</b>	<b>Speranza di vita</b>		
		A7.1	Speranza di vita alla nascita		
		A7.1.1	Speranza di vita alla nascita - maschi		
		A7.1.2	Speranza di vita alla nascita - femmine		
		A7.2	Speranza di vita a 75 anni		
		A7.2.1	Speranza di vita a 75 anni - maschi		
		A7.2.2	Speranza di vita a 75 anni - femmine		
<b>ASSISTENZA</b>					
		<b>A10</b>	<b>Stili di vita (PASSI)</b>		85
		A10.1.1	Percentuale di sedentari	Cronicità	86
		A10.2.1	Percentuale di persone obese o sovrappeso	Cronicità	87
		A10.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto		88
		A10.4.1	Percentuale di fumatori	Cronicità	89
		<b>B2A</b>	<b>Promozione stili di vita sani</b>		90
		B2	Promozione stili di vita sani (PASSI)		
		B2.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Cronicità	91
		B2.2.2	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	Cronicità	92
		B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Cronicità	93
		B2.3.2	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno		94
		B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	Cronicità	95
		B2.5	Promozione della salute nelle scuole		
		B2.5.1	Istituti raggiunti dal programma - adesione alla rete		
		B2.5.2	Istituti raggiunti dal programma - attuazione pratiche raccomandate		
		B2.6	Luoghi di lavoro che promuovono salute		
		B2.6.1	Luoghi di lavoro raggiunti dal programma - Aziende Private/Amministrazioni Pubbliche		
		B2.6.2	Luoghi di lavoro raggiunti dal programma - Aziende Sanitarie/Ospedaliere		
		<b>F15</b>	<b>Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)</b>		96
		F15.2	Copertura del territorio		
		F15.2.1T	N.aziende controllate/N.PAT INAIL		97
		F15.2.3T	N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione		98
		F15.1.8	Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole		99
		F15.3	Efficienza produttiva		
		F15.3.1T	N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL		100
		F15.3.2	N.sopraluoghi/N.personale UPG SPSAL		
		F15.1.15	Efficacia strutturale riferita al numero di unità locali (PAT) rispetto al personale qualificato		
		F15.1.45	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		
●		<b>B6</b>	<b>Donazioni organi e tessuti</b>		101
●		B6.1.7	Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute		
●		B6.1.1A	Efficienza di segnalazione		102
●		B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche		
●		B6.1.2	Percentuale di donatori procurati		103
●		B6.1.4	Percentuale donatori utilizzati		104
		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		105
●		B6.1.9	Opposizione alla donazione		
●		B6.1.10	Donazione di organi a cuore fermo		
		<b>B40</b>	<b>Programmazione della formazione</b>		106

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
		B40.1	Coerenza del piano formativo alle indicazioni regionali		
		B40.2	Dossier formativo		
		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		
		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		
		<b>B28.1</b>	<b>Assistenza Domiciliare</b>		108
		B28.1.1	Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari		
		B28.1.1B	Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare		
		B28.1.2	Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari	Assistenza domiciliare e residenziale	
		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	109
		B28.2.2	Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	Assistenza domiciliare e residenziale	
		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	110
		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 Cure Domiciliari, over 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	
		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	
		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	
		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	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-peso 0,15; CIA 2-peso 0,35; CIA 3-peso 0,50)		
		D22Z.1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)		111
		D22Z.2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)		112
		D22Z.3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)		113
		D23Z	Tasso di prese in carico in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)		
		D23Z.1	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)		
		D23Z.2	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)		
		D23Z.3	Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)		
		<b>B28.3</b>	<b>Assistenza Residenziale</b>		114
		B28.3.1	Percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	Assistenza domiciliare e residenziale	
		B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	Assistenza domiciliare e residenziale	
		B28.4	Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	
		B28.3.10	Tasso std di anziani over 65 ammessi in RSA		
		B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	Assistenza domiciliare e residenziale	115
		B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	Assistenza domiciliare e residenziale	116
		D33ZA	Numero di anziani in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente (R1, R2, R3)		
		D33ZA.R1	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R1		
		D33ZA.R2	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R2		
		D33ZA.R3	Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3		
		B28.3.14	Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti	Assistenza domiciliare e residenziale	
		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		
		<b>B11</b>	<b>Complessità della casistica</b>		
		B11.1	Peso medio dei DRG		
		B11.1.1	Peso medio dei DRG medici		
		B11.1.2	Peso medio dei DRG chirurgici		
		B11.1.2.1	Percentuale DRG chirurgici ad alta complessità		
		B11.1.2.2	Peso medio dei DRG chirurgici ad alta complessità		
		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)		

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
		B12.2	Attrazioni		
		B12.2.1	Attrazioni extra Area Vasta per DRG ad alta complessità		
		B12.2.2.1	Percentuale di attrazioni extra-regione		
		B12.2.2.2	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		
		B12.2.2.2.1	Percentuale di attrazioni extra-regioni - DRG alta complessità (IRCCS, AOU monospécialistiche, Aziende Ospedaliere, ecc)		
		B12.2.2.3	Volume attrazioni extra-regione - DRG alta complessità		
		<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>		117
		C1.1	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		
		H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente		118
		C1.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti		119
		C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		120
		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		
		<b>C2</b>	<b>Efficienza attività di ricovero</b>		121
		C2A.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici		122
		C2A.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		123
		C2A.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati		124
		C2A.3	Degenza media ricoveri ordinari		
		<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>		125
		C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti		
		C4.9	DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)		126
		C14.2A	Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (NSG H06Z)		127
		C14.2B	Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica		
		C14.2.1	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica -Adulti		128
		C14.2.2	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - Pediatrici		129
		C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)		130
		C14.5	Tasso di accessi DH medico standardizzato per età per 1.000 residenti		
		<b>C4</b>	<b>Appropriatezza chirurgica</b>		131
		C4.1	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici		
		C4.1.1	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari		
		H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni		132
		C4.7	Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery		133
		C4.12	Drg LEA Chirurgici: Percentuale di standard raggiunti per Percentuale DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)		134
		C4.13	DRG ad alto rischio di inapproprietezza (NSG H04Z)		135
		C1.6	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario		
		C18.6	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti		136
		<b>C8A</b>	<b>Integrazione ospedale territorio</b>		137
		C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	Cronicità	138
		C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		139
		C8A.2	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC		
		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		
		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	140
		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)		
		C8C.3.N	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione adulta residente (NSG D07Ca)		
		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)		
		D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)		141
		D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico		142
		<b>C13</b>	<b>Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica</b>		143
		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)		144
		C13T.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi		145
		C13A.2.2.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi		

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●	●	<b>C17</b>	<b>Riabilitazione</b>		146
●		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 di ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno		147
		C17.1.4	Durata della degenza in reparti di riabilitazione		
		C17.1.4.1	Percentuale di ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni		
		C17.1.4.2	Percentuale di ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza superiore a 40 giorni		
		C17.1.4.3	Percentuale di ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni		
		C17.1.4.4	Percentuale di ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni		
		C17.1.4.5	Percentuale di ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni		
		C17.1.4.6	Percentuale di ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni		
		C17.1.4.7	Percentuale di ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni		
		C17.1.4.8	Percentuale di ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni		
●		<b>C18</b>	<b>Variabilità chirurgia elettiva</b>		
●		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		
	●	<b>C22</b>	<b>Terapie Intensive</b>		148
	●	C22.21A	Validazione dati Progetti GIVITI		
	●	C22.21.1	Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE		
	●	C22.21.2	Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni		
	●	C22.21.3	Validazione dati Progetto START		
	●	C22.21.4	Validazione dati Progetto Full Infection		
	●	C22.1	Standardized Mortality Ratio (SMR)		
	●	C22.5	Incidenza di sepsi e/o shock settico		
	●	C22.6	Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva		
	●	C22.7	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica		
	●	C22.8	Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi		
	●	C22.9	Ore di visita concesse ai parenti		
	●	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		
	●	C22.12	Percentuale di shock settici provenienti dai reparti di degenza		
		<b>B6C</b>	<b>Sangue</b>		149
		B6B	Sistema trasfusionale		
		B6.2.2.1	Tasso di donazioni di plasma per mille residenti		150
		B6.2.2.2	Tasso di donazioni di emazie per mille residenti		151
		B6.2.4	Adezione al programma Patient Blood Management (PBM)		
		B6.2.4.1	Inserimento in cartella clinica del questionario anamnestico di rischio emorragico		
		B6.2.4.2	Percentuale di pazienti candidati a chirurgia ortopedica elettiva valutati PBM		
		C9A	Medicinali Plasma Derivati		
		C9.20.3	Consumo di albumina		
		C9.20.5	Consumo di immunoglobuline		
		C9.20.5.1	Percentuale di immunoglobuline ev		
		C9A.1	Autosufficienza Albumina da CRS		
		C9A.2	Autosufficienza Immunoglobuline da CRS		
		C9A.3	Autosufficienza Immunoglobuline sottocute da CRS		
		C9A.4	Consumo di Antitrombina		
●	●	<b>C9</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva farmaceutica</b>		152
●		B4.1	Consumo di farmaci per il controllo del dolore		
●		B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori		

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●		B4.1.1A	Consumo di oppioidi sul territorio		
●		B4.1.3	Consumo territoriale di morfina		
●		B4.1.5	Incidenza della morfina sul territorio		
●		C6.8	Rischio farmacologico		
●		C6.8.1	Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci (polypharmacy)		
●		C6.8.2	Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)		
●		C6.8.3	Usa concomitante di Corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di chinoloni		
●		C6.8.4	Usa concomitante di corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di FANS o ASA		
●		C6.8.5	Consumo di penicilline in età pediatrica		
●		C6.8.6	Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e acido clavulanico in età pediatrica		
●		C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	Materno infantile	
●		C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	Materno infantile	
●		C9.6.1	Ipolipemizzanti		
●		C9.6.1.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine (NSG D18C)		
●		C9.6.1.6	Consumo annuo di farmaci a base di omega-3 (UP per 100 residenti maggiorenni) sul territorio		
●		C9.6B	Antiipertensivi		
●		C9.6.2.5	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antiipertensivi (NSG D17C)		
●		C9.7	Gastrointestinali		
●		C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio		
●		C9.8	Antimicrobici		
●		C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio		
●		C9.8.1.1A	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)		
●		C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio		
●		C9.8.1.3	Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e amoxicillina ac. clavulanico sul territorio		
●		C9.8.1.7	Proporzione di antibiotici Access		
●		D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici		
●		C9.8.1.8	Consumo di Fosfomicina orale		
●		C9.9	Farmaci in Salute Mentale		
●		D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	Salute Mentale	
●		C9.5.3	Consumo di Antidepressivi nei giovani tra i 18 e 25 anni		
●		C9.9.1	Iperprescrizioni di antidepressivi	Salute Mentale	
●		C9.9.2	Consumo di antipsicotici sul territorio		
●		C9.9.4	Polypharmacy (salute mentale)		
●	●	C9.17	Ospedaliera		
●		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		
●		C9.20	Percentuale di 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		
●		C9.19	Farmaci respiratori		
●		C9.19.1	Incidenza di farmaci adrenergici associati sul totale dei farmaci adrenergici per aerosol sul territorio		
●		C9.19.4	Spesa pro-capite per farmaci adrenergici in associazione		
●	●	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		
●	●	C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACEi o ARB o ARNi alla dimissione		
●	●	C21.2.4	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	Cronicità	
●	●	C21.2.5	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	Cronicità	
●		F12A.20	Prevenzione e trattamento della carenza di Vit. D		
●		F12A.21.2	Consumo di colecalciferolo sul territorio		
●		<b>C21</b>	<b>Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)</b>		153
●		C9.2	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	Cronicità	
●		C9.6.1.2	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio		
●		C9.3.1	Percentuale aderenza pazienti trattati con farmaci antiipertensivi agenti sul sistema regina-angiotensina (ATC C09) sul territorio		
●		C9.9.1.1	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	Salute Mentale	
●		C21.3	Compliance terapia post IMA		

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●		C21.3.1	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	Cronicità	
●		C21.3.2	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACEi o ARB o ARNI (90-180 giorni)	Cronicità	
●		C21.3.4	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con farmaci ipolipemizzanti (90-180 giorni)	Cronicità	
●		C21.3.5	Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con antiaggreganti (90-180 giorni)	Cronicità	
<b>PERCORSI</b>					
●	<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione agli screening oncologici</b>			
●		B5.1	Screening mammografico		
●		B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	Oncologia	
●		B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	Oncologia	
●		<i>P16C</i>	<i>Proporzione di cancri in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza</i>		
●		<i>P15CB</i>	<i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella</i>		
●		B5.2	Screening cervice uterina		
●		B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)	Oncologia	
●		B5.3	Screening colorettaie		
●		B5.3.1	Estensione dello screening colorettaie	Oncologia	
●		B5.3.2	Adesione allo screening colorettaie	Oncologia	
●		<i>P15CC</i>	<i>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto</i>		
●	<b>B22</b>	<b>Attività Fisica Adattata (AFA)</b>			156
●		B22.1	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti >= 65 anni	Cronicità	157
●		B22.2	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti >= 65 anni	Cronicità	158
●		<i>B22.3</i>	<i>Anziani che partecipano ad un corso AFA bassa disabilità ogni 1.000 residenti</i>		
●		<i>B22.4</i>	<i>Anziani che partecipano ad un corso AFA alta disabilità ogni 1.000 residenti</i>		
●		<i>B22.5</i>	<i>Corsi AFA B Cadute &gt;= 65 anni per 15.000 residenti</i>		
●	<b>C7B</b>	<b>Materno-Infantile assistenza al parto</b>			159
●		C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	Materno infantile	160
●		<i>C7.1.2</i>	<i>Percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)</i>		
●		<i>C7.1.3</i>	<i>Percentuale di parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)</i>		
●		<i>C7.1.4</i>	<i>Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati</i>		
●		<i>C7.1.1</i>	<i>Percentuale di parti cesarei grezzi</i>		
●		C7.30	Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	Materno infantile	161
●		<i>C7.31</i>	<i>Percentuale di neonati ventilati, intubati o rianimati</i>		
●		<i>C7.32</i>	<i>Percentuale di neonati con APGAR sotto 7</i>		
●		<i>C7.33</i>	<i>Percentuale di neonati allattati con allattamento esclusivo durante il ricovero dopo il parto</i>		
●		<i>C7.34</i>	<i>Percentuale di contatto pelle a pelle dopo la nascita</i>		
●		<i>C7.41.1</i>	<i>Percentuale di donne primipare che partecipano al CAN (corso di accompagnamento alla nascita)</i>		
●		<i>C7.42</i>	<i>Percentuale di donne che svolgono test combinato in gravidanza</i>		
●		<i>C7.47</i>	<i>Percentuale di donne che hanno eseguito l'ecografia dopo le 22 settimane</i>		
●		H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti		162
●		H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti		163
●		C7.0.1	Percentuale ricoveri sopra soglia per parti		164
●		<i>C7.0.2</i>	<i>Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti</i>		
●		<i>C7.26</i>	<i>Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN (NSG H19S)</i>		
●		<i>H20S</i>	<i>Percentuale di parti pre-termine tardivi (34-36 settimane di gestazione)</i>		
●		<i>C7.2</i>	<i>Percentuale di parti indotti</i>		
●		C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	Materno infantile	165
●		C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Materno infantile	166
●	<b>C7C</b>	<b>Materno-Infantile assistenza territoriale</b>			167
●		<i>C7.15</i>	<i>Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile</i>		
●		<i>C7.17</i>	<i>Percentuale di primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita</i>		
●		<i>C7.17.1</i>	<i>Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio</i>		
●		<i>C7.27</i>	<i>Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza (NSG D19C)</i>		
●		C7.18	Percentuale di donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	Materno infantile	168
●		<i>C7.18.1</i>	<i>Tasso di concepimento per minorenni</i>		
●		C7.10	Tasso di IVG 1.000 residenti		169
●		<i>C7.10.1</i>	<i>Percentuale di IVG con certificazione consultoriale</i>		
●		<i>C7.10.2</i>	<i>Percentuale di donne che ritornano al consultorio nel post-IVG</i>		
●		<i>C7.10.3</i>	<i>Percentuale di donne con certificazione consultoriale che ritornano al consultorio nel post-IVG</i>		

## Introduzione

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●		C7.11	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute		
●		C7.19	Tasso di accesso al consultorio giovani		
●		C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione		170
●		C7.29	Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti		171
●		C7.13	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	Materno infantile	172
●		C7.14	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4		173
●		C7.16A	Accesso area maternità del consultorio		
●		C7.16	Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	Materno infantile	174
●		C7.25	Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti		175
●		<b>C7D</b>	<b>Pediatria</b>		176
●		C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	Materno infantile	177
●		C7.7.1R	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	Materno infantile	178
●	●	C7D.7	Percentuale di 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	Materno infantile	179
●		D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (min 18 anni) per asma e gastroenterite	Materno infantile	180
●		D04C.A	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma		
●		D04C.B	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite		
●	●	<b>C10</b>	<b>Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici</b>		181
●		C10.1	Volumi Oncologia		
●		C10.1A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella		
●		H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10Percentuale tolleranza) interventi annui	Oncologia	182
●		C10.1.12	Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale ai 50 interventi annui		
●		C10.1B	Volumi interventi tumore maligno alla prostata		
●		C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Oncologia	183
●		C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Oncologia	184
●		C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata		
●		C10.1.1A	Volumi interventi tumore maligno al polmone		
●		C10.1.2A	Volumi interventi tumore maligno alla prostata		
●		C10.1.3A	Volumi interventi per tumore maligno allo stomaco		
●		C10.1.4A	Volumi interventi tumore maligno alla mammella		
●		C10.1.5A	Volumi interventi tumore maligno al pancreas		
●		C10.1.6A	Volumi interventi per tumore maligno dell'esofago		
●		C10.1.7A	Volumi interventi per tumore maligno del surrene		
●		C10.1.8A	Volumi interventi per tumore maligno al colon		
●		C10.1.9A	Volumi interventi per tumore maligno al retto		
●		C10.1.10A	Volumi interventi per tumore maligno al fegato		
●		C10.1.11A	Volumi interventi per tumore maligno alla vescica		
●		C10.1.12A	Volumi interventi per tumore maligno al rene		
●		C10.2	Percorso tumore alla mammella		
●		C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	Oncologia	185
●		C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	Oncologia	186
●		C10.2.2.1	Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella		
●		H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Oncologia	187
●		C10.2.4A	Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 6 mesi dall'intervento conservativo		
●		C10.2.4B	Tempestività della radioterapia per pazienti sottoposte a intervento chirurgico per tumore alla mammella		
●		C10.2.5	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante		
●		C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	Oncologia	188
●		C10.2.10	Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella		
●		C10.2.7	Percentuale di interventi ricostruttivi o inserzione di espansore nel ricovero indice sugli interventi demolitivi per tumore alla mammella		
●		PDTA06.1	Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	Oncologia	189
●		PDTA06.2	Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	Oncologia	190
●		PDTA06.3	Radioterapia complementare (PDTA Mammella)		
●	●	C10.3	Percorso tumore al colon		
●		C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	Oncologia	191
●		C10.3.3	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante		
●		PDTA07	Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)	Oncologia	192

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●		PDTA08	Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)	Oncologia	193
●		C10.3.9	<i>Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30 giorni</i>		
●	●	C10.4	Percorso tumore al retto		
●	●	C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	Oncologia	194
●		PDTA09	Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)	Oncologia	195
●		PDTA10	Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)	Oncologia	196
●		C10.3.10	<i>Intervento per TM del retto, rischio di morte a 30 giorni</i>		
●		C10.7	Trattamento diagnostico		
●		C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	Oncologia	197
●		C10.8	Fine vita oncologico		
●		C10.8.1	<i>Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita</i>		
●		C10.8.1.1	<i>Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica</i>		
●		C10.8.2	<i>Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita</i>		
●		<b>C28</b>	<b>Cure Palliative</b>		198
●		C28.1	<i>Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative</i>		
●		C28.1.1	<i>Percentuale di pazienti oncologici deceduti con cure palliative erogate a domicilio</i>		
●		D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Oncologia	199
●		C28.2	<i>Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni</i>		
●		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	200
●		C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	Oncologia	201
●		C28.4	<i>Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricoveri ospedaliero o da domicilio non assistito con periodo di ricovero &lt;= 7gg</i>		
●		D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	Oncologia	
●		<b>C11A</b>	<b>Efficacia assistenziale territoriale</b>		202
●		D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Cronicità	203
●		C11A.1	Scompenso Cardiaco		
●		C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	Cronicità	204
●		C11A.1.8	Tasso di accesso al PS dei residenti con Scompenso Cardiaco	Cronicità	205
●		D03CC	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per scompenso cardiaco</i>		
●		C11A.1.2A	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Cronicità	206
●		C11A.1.2B	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Cronicità	207
●		PDTA03A	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scompenso)	Cronicità	208
●		PDTA03B	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)	Cronicità	209
●		PDTA04	Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)	Cronicità	210
●		C11A.2	Diabete		
●		C11A.2.1	Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	Cronicità	211
●		C11A.2.10	Tasso di accesso al PS dei residenti con Diabete	Cronicità	
●		D03CA	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete</i>		
●		C11A.2.9	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	Cronicità	
●		PDTA05	<i>Aderenza complessiva alle raccomandazioni di controllo, almeno 4 su 5, (entro 12 mesi dalla data di inclusione nella coorte) per i pazienti appartenenti alla coorte prevalente (PDTA Diabete)</i>		
●		PDTA05.1	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Cronicità	212
●		PDTA05.2	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Cronicità	213
●		PDTA05.3	<i>Aderenza alla raccomandazione di controllo della microalbuminuria almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)</i>		
●		PDTA05.4	<i>Aderenza alla raccomandazione di monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)</i>		
●		PDTA05.5	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Cronicità	214
●		C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	Cronicità	215
●		C11A.2.4.4	<i>Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti</i>		
●		C11A.3	BPCO		
●		C11A.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	Cronicità	216
●		C11A.3.9	Tasso di accesso al PS dei residenti con BPCO	Cronicità	217
●		D03CB	<i>Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per BPCO</i>		
●		C11A.3.5	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	Cronicità	218
●		C11A.3.4	<i>Residenti con BPCO in terapia con broncodilatatori</i>		
●		C11A.3.7	<i>Residenti con BPCO con broncodilatatori in triplice terapia</i>		
●		PDTA01	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)	Cronicità	219
●		PDTA02	Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)	Cronicità	220
●		C11A.5	Ictus		
●		C11A.5.1	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	Cronicità	221

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●		C11A.5.3	Residenti con pregresso ictus con almeno un monitoraggio della creatinemia		
●		C11A.5.4	Residenti con pregresso ictus con almeno una misurazione del profilo lipidico		
●	●	<b>C15</b>	<b>Salute mentale</b>		222
●		C15.1A	Attività territoriale		
●		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	
●		C15.4	Appropriatezza psicoterapeutica	Salute Mentale	
●		C15A.13A	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche		
●		D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Salute Mentale	223
●	●	C15.1B	Attività ospedaliera		
●		D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenni	Salute Mentale	224
●		C15A.5A	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in tutti i reparti per 100.000 residenti maggiorenni		
●		C15A.5.1A	Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni		
●		C15A.5.2A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni		
●		C15A.5.3A	Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni		
●		C15A.5.4A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni		
●		C15A.5.5A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni		
●		C15A.5.8A	Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni		
●		C15A.5.6A	Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni		
●	●	C15A.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Salute Mentale	225
●	●	C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	Salute Mentale	226
●		C15.1C	Continuità assistenziale		
●		C15.17	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti		
●		C15.17.1	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Salute Mentale	
●		C15.17.2	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	Salute Mentale	
●		C15.1D	Infanzia-adolescenza		
●		C15A.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	Salute Mentale	227
●		C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	Salute Mentale	
●	●	<b>C16</b>	<b>Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza</b>		228
●		C16A	Appropriatezza		
●		C16.1.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	Emergenza-Urgenza	229
●		C16.2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti	Emergenza-Urgenza	230
●		C16.3.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	Emergenza-Urgenza	231
●		C16.4.NA	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti	Emergenza-Urgenza	232
●		C16T	Valutazione triage		
●		C16A.T1.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 [emergenza] ricoverati, deceduti o trasferiti		
●		C16A.T2.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 [urgenza] ricoverati, deceduti, trasferiti o in OBI		
●		C16A.T3.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 [urgenza differibile] ricoverati, trasferiti o in OBI		
●		C16A.T4.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 [urgenza minore] ricoverati, trasferiti o in OBI		
●		C16A.T5.N	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 [nessuna urgenza] ricoverati, trasferiti o in OBI		
●		C16P	Processo		
●		C16.4.1.N	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	Emergenza-Urgenza	233
●		C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve		
●		C16.5.1C	Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 44 ore		
●		C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	Emergenza-Urgenza	
●	●	<b>D9A</b>	<b>Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati</b>	Emergenza-Urgenza	234
●	●	D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso		235
●	●	<b>C16C</b>	<b>Sistema 118</b>		
●		C16.11	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)	Emergenza-Urgenza	236
●		D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1/Rosso - NSG)		
<b>QUALITÀ E SICUREZZA</b>					
●		<b>B15</b>	<b>Capacità attività di ricerca</b>		238
●		B15.A	Field Weighted Citation Impact (FWCI)		
●		B15.1.1A	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici		239
●		B15.1.1A.S	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti sanitari		240
●		B15.B	Numero medio pubblicazioni per dirigente		
●		B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti medici		
●		B15.1.3.S	Numero medio pubblicazioni per dirigenti sanitari		

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
		B15.C	Percentuale di dirigenti produttivi		
		B15.2.1A	Percentuale di dirigenti medici produttivi		241
		B15.2.1A.S	Percentuale di dirigenti sanitari produttivi		242
		<b>C5</b>	<b>Qualità clinica/Qualità di processo</b>		243
		C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno		244
		C5.1	Percentuale di ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione (NSG H12C)		
		C5.30	Percentuale di fratture operate entro 48 ore		
		H13C	Percentuale di pazienti di età >=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario		245
		H13C.B	Percentuale di pazienti di età <65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario		
		C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni		246
		C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali		247
		C5.7	Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale		248
		C5.8	Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie		
		C5.10	Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia		249
		C5.17	Percentuale di pazienti con piu' di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati		250
		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 di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna		251
		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	252
		C16.6	Percentuale di accessi in Osservazione breve inviati a ricovero		
		C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Emergenza-Urgenza	253
		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 prolasso degli organi pelvici erogati laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica)		
		<b>C5E</b>	<b>Ricoveri ripetuti</b>		
		C5.1E	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		
		C5.1E.1	Percentuale di riammissioni con drg medico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa		
		C5.1E.2	Percentuale di riammissioni con drg chirurgico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa		
		C5.2E	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri programmati		
		C5.2E.1	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri medici programmati		
		C5.2E.2	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ric. chirurgici programmati		
		<b>C6</b>	<b>Rischio clinico</b>		254
		C6.1	Sinistrosità		
		C6.1.7	Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali		255
		C6.1.8	Indice triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali		256
		C6.1.9	Percentuale di sinistri liquidati con procedimento stragiudiziale o mediazione o tramite procedure 696/69bis cpc		
		C6.1.10	Percentuale di sinistri liquidati in gestione diretta		
		C6.2	Sviluppo del sistema di incident reporting		
		C6.2.1A	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC		
		C6.2.1B	Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC		
		C6.2.1C	Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC completate nel biennio		
		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		
		C6.4.5	Mortalità tra pazienti chirurgici con complicanze severe trattabili		
		C6.6A	Incidenza delle cadute		
		<b>D18A</b>	<b>Dimissioni volontarie</b>		257
		D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero		258
		D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione		259
		D18M	Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri medici		
		D18C	Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici		
		<b>B16</b>	<b>Comunicazione e partecipazione del cittadino</b>		262
			<b>RESPONSIVENESS &amp; ESPERIENZA UTENTI</b>		

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
		B16.1	Carta dei Servizi		
		B16.1.1	Percentuale impegni raggiunti		263
		B16.1.2	Comitato di partecipazione		264
		B16.2	Front office telefonico		265
	●	<b>C10G</b>	<b>Monitoraggio dei Tempi di Attesa - Chirurgia classe di priorità A</b>		266
	●	C10D	Tempi di Attesa chirurgia oncologica (PNGLA)		
	●	C10.4.7	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Oncologia	
	●	C10.4.8	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	Oncologia	
	●	C10.4.9	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	Oncologia	
	●	C10.4.10	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	Oncologia	
	●	C10.4.11	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	Oncologia	
	●	C10.4.12	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	Oncologia	
	●	C10.4.13	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	Oncologia	
	●	C10.4.14	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	Oncologia	
	●	C10E	Tempi di Attesa chirurgia non oncologica (PNGLA)		
	●	C10.4.15	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per bypass aortocoronarico		
	●	C10.4.16	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per angioplastica Coronarica (PTCA)		
	●	C10.4.17	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per endoarteriectomia carotidea		
	●	C10.4.18	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per intervento protesi d'anca		
	●	C10.4.19	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per colecistectomia laparoscopica		
	●	C10.4.20	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per coronarografia		
	●	C10.4.21	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per biopsia percutanea del fegato		
	●	C10.4.22	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per emorroidectomia		
	●	C10.4.23	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per riparazione ernia inguinale		
	●	<b>B20P</b>	<b>Monitoraggio dei Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali</b>		267
	●	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)		268
	●	B20G.2	Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)		269
		C13.4	Tempi di attesa (NSG)		
		D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)		270
		D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)		271
	●	<b>B21G</b>	<b>Indice di cattura (Catchment index)</b>		272
		B21G.1	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)		273
		B21G.2	Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)		274
	●	<b>D19</b>	<b>Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario</b>		275
	●	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		
	●	<i>D19.1.3</i>	<i>Rispetto e dignità per la persona - OSS</i>		
	●	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		
	●	<i>D19.1.7</i>	<i>Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS</i>		
	●	D19.2	Supporto alla persona		
	●	D19.2.1	Gestione paure ed ansie - personale medico		
	●	D19.2.2	Gestione paure ed ansie - personale infermieristico		
	●	D19.3	Comunicazione e relazione		
	●	D19.3.1	Risposte chiare - personale medico		
	●	D19.3.2	Risposte chiare - personale infermieristico		
	●	D19.3.3	Colloqui con i familiari		
	●	D19.3.4	Coinvolgimento del paziente		
	●	D19.3.5	Accoglienza in ospedale		
	●	D19.4	Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management		
	●	D19.4.1	Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management		
	●	D19.4.2	Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici		
	●	D19.5	Comfort ospedaliero		
	●	<i>D19.5.1</i>	<i>Silenziosità del reparto</i>		
	●	D19.5.2	Pulizia del reparto		
	●	D19.8	Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero		

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
		D19.9	Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta		
		D19.9.3	Lavoro di squadra		
		D19.10	Willingness to recommend		
		D19.M	Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario - Area Medica		
		D19.1.M	Rispetto per la persona - Area Medica		
		D19.1.1.M	Rispetto e dignità per la persona - personale medico - Area Medica		
		D19.1.2.M	Rispetto e dignità per la persona - personale infermieristico - Area Medica		
		D19.1.3.M	<i>Rispetto e dignità per la persona - OSS - Area Medica</i>		
		D19.1.5.M	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Medici - Area Medica		
		D19.1.6.M	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Infermieri - Area Medica		
		D19.1.7.M	<i>Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS - Area Medica</i>		
		D19.2.M	Supporto alla persona - Area Medica		
		D19.2.1.M	Gestione paure ed ansie - personale medico - Area Medica		
		D19.2.2.M	Gestione paure ed ansie - personale infermieristico - Area Medica		
		D19.3.M	Comunicazione e relazione - Area Medica		
		D19.3.1.M	Risposte chiare - personale medico - Area Medica		
		D19.3.2.M	Risposte chiare - personale infermieristico - Area Medica		
		D19.3.3.M	Colloqui con i familiari - Area Medica		
		D19.3.4.M	Coinvolgimento del paziente - Area Medica		
		D19.3.5.M	Accoglienza in ospedale - Area Medica		
		D19.4.M	Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management - Area Medica		
		D19.4.1.M	Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management - Area Medica		
		D19.4.2.M	Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici - Area Medica		
		D19.5.M	Comfort ospedaliero - Area Medica		
		D19.5.1.M	<i>Silenziosità del reparto - Area Medica</i>		
		D19.5.2.M	Pulizia del reparto - Area Medica		
		D19.8.M	Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero - Area Medica		
		D19.9.M	Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta - Area Medica		
		D19.9.3.M	Lavoro di squadra - Area Medica		
		D19.10.M	Willingness to recommend - Area Medica		
		D19.C	Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario - Area Chirurgica		
		D19.1.C	Rispetto per la persona - Area Chirurgica		
		D19.1.1.C	Rispetto e dignità per la persona - personale medico - Area Chirurgica		
		D19.1.2.C	Rispetto e dignità per la persona - personale infermieristico - Area Chirurgica		
		D19.1.3.C	<i>Rispetto e dignità per la persona - OSS - Area Chirurgica</i>		
		D19.1.5.C	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Medici - Area Chirurgica		
		D19.1.6.C	Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Infermieri - Area Chirurgica		
		D19.1.7.C	<i>Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS - Area Chirurgica</i>		
		D19.2.C	Supporto alla persona - Area Chirurgica		
		D19.2.1.C	Gestione paure ed ansie - personale medico - Area Chirurgica		
		D19.2.2.C	Gestione paure ed ansie - personale infermieristico - Area Chirurgica		
		D19.3.C	Comunicazione e relazione - Area Chirurgica		
		D19.3.1.C	Risposte chiare - personale medico - Area Chirurgica		
		D19.3.2.C	Risposte chiare - personale infermieristico - Area Chirurgica		
		D19.3.3.C	Colloqui con i familiari - Area Chirurgica		
		D19.3.4.C	Coinvolgimento del paziente - Area Chirurgica		
		D19.3.5.C	Accoglienza in ospedale - Area Chirurgica		
		D19.4.C	Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management - Area Chirurgica		
		D19.4.1.C	Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management - Area Chirurgica		
		D19.4.2.C	Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici - Area Chirurgica		
		D19.5.C	Comfort ospedaliero - Area Chirurgica		
		D19.5.1.C	<i>Silenziosità del reparto - Area Chirurgica</i>		
		D19.5.2.C	Pulizia del reparto - Area Chirurgica		
		D19.8.C	Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero - Area Chirurgica		
		D19.9.C	Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta - Area Chirurgica		
		D19.9.3.C	Lavoro di squadra - Area Chirurgica		
		D19.10.C	Willingness to recommend - Area Chirurgica		
		D20B	<b>Estensione, adesione e risposta PREMs</b>		

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
	●	D20B.1.1	Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario		
	●	D20B.2.1	Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario		
	●	D20B.3.1	Risposta all'indagine PREMs sul ricovero ordinario		
	●	D20B.3.2	Risposta effettiva all'indagine PREMs sul ricovero ordinario		
<b>SFIDE POST - COVID</b>					
	●	<b>B7</b>	<b>Copertura vaccinale</b>		278
	●	B7.1	Copertura per vaccino MPR	Materno infantile	279
	●	B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	Cronicità	280
	●	B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)		281
	●	B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari		282
	●	B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	Materno infantile	283
	●	B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	Materno infantile	284
	●	B7.7	Copertura per vaccino esavalente	Materno infantile	285
	●	B7.8	Copertura vaccinale varicella	Materno infantile	286
		<b>E1</b>	<b>Indagine di Clima organizzativo - Percentuale di risposta</b>		287
		<b>E2</b>	<b>Percentuale di assenza</b>		288
		E2A	Indice assenza donne vs. uomini		289
		E2B	Indice soffitto di cristallo		290
	●	<b>B24A</b>	<b>Sanità digitale</b>		291
		B24B	ePrescription		292
		B24B.1.1	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		293
		B24B.1.2	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati		294
		B24B.3.1	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata		295
		B24B.3.2	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata		296
	●	B24B.5	Diffusione libretto di gravidanza digitale		297
		B24C	Fascicolo Sanitario Elettronico		298
		B24C.2C.1	Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni		299
		B24C.2C.3.1	Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE		300
		C13.R3.A	Telemedicina		301
	●	C13.R3.1	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Reumatologica)	Oncologia	302
	●	C13.R3.2	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)		303
	●	C13.R3.3	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)		304
	●	C13.R3.4	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)		305
	●	C13.R3.5	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Infettivologica)		306
	●	C13.R3.6	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Immunologica)		307
	●	C13.R3.7	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Geriatrica)		308
	●	C13.R3.8	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Gastroenterologica)		309
	●	C13.R3.9	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Endocrinologica)		310
	●	C13.R3.10	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)		311
	●	C13.R3.11	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)		312
	●	C13.R3.12	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Nutrizionale)		313
	●	C13.R3.13	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)		314
	●	C13.R3.14	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Allergologica)		315
	●	C13.R3.15	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Algologica)		316
	●	C13.R3.16	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Pneumologica)		317
		B24R	Andamento e risorse PNRR		318
		B24R.1	Percentuale progetti avviati		319
		B24R.2	Percentuale progetti avviati lavori		320
		B24R.3	Percentuale finanziamento PNRR/PNC		321
	●	<b>C23</b>	<b>Infermieristica di Famiglia e Comunità</b>		299
	●	C23.1	Presa in carico		300
	●	C23.1.1	Presa in carico del paziente nel ruolo di IFeC		301
	●	C23.1.2	Condivisione del percorso con mmg nella presa in carico		302
	●	C23.1.3	Condivisione delle modifiche con mmg nella presa in carico		303
	●	C23.1.4	Decisioni sul percorso del paziente con mmg nella presa in carico		304
	●	C23.1.5	Verifica regolare dei piani assistenziali nella presa in carico		305
	●	C23.1.6	Verifiche e monitoraggi con mmg nella presa in carico		306
	●	C23.1.7	Verifiche e monitoraggio con il team nella presa in carico		307

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
●		C23.1.8	Personalizzazione delle cure nel ruolo di IFeC		
●		C23.2	Valutazione collaborazione con altri Infermieri		
●		C23.2.1	Valutazione collaborazione con Inf. Esperto di Accessi Vascolari		
●		C23.2.2	Valutazione collaborazione con Inf. esperto di Cure Palliative		
●		C23.2.3	Valutazione collaborazione con Inf. esperto di Stomie		
●		C23.2.4	Valutazione collaborazione con Inf. esperto di Wound Care		
●		C23.3	Valutazione collaborazione con altri Professionisti		
●		C23.3.1	Continuità delle cure nel ruolo di IFeC		
●		C23.3.2	Valutazione collaborazione con Mmg		
●		C23.3.3	Valutazione collaborazione con Assistente Sociale		
●		C23.3.4	Valutazione collaborazione con Cardiologo		
●		C23.3.5	Valutazione collaborazione con Geriatra		
●		C23.3.6	Valutazione collaborazione con Oncologo		
●		C23.3.7	Valutazione collaborazione con Pneumologo		
●		C23.3.8	Valutazione collaborazione con Palliativista		
●		C23.3.9	Valutazione collaborazione con Fisioterapista		
●		C23.3.10	Valutazione collaborazione con Logopedista		
●		C23.3.11	Valutazione collaborazione con Nutrizionista		
●		C23.4	Accrescimento del bagaglio personale nel ruolo di IFeC		
●		C23.6	Popolazione di riferimento		
<b>EFFICIENZA</b>					
<b>F16 Efficienza e Efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione (SPV-IAN) e Sanità Veterinaria</b>					
		P092	Copertura attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva		
		P102	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino		
		P112	Copertura attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti		
		P122	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti		
<b>F10A Governo della spesa farmaceutica</b>					
●		F10.1A	Spesa farmaceutica complessiva pro capite		
		F10.1B	Spesa farmaceutica per acquisti diretti pro-capite		
●		F10.1C	Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite		
		F10.1D	Spesa farmaceutica pro capite per farmaci C extra LEA		
		F10.2.3	Spesa media per utente in trattamento con farmaci antivirali anti HIV		
		F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici		
<b>F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>					
●		F12A.14	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza		302
●		F12A.14A	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto		
●		F12A.19	Ospedialiera		
		F20.7.1	Spesa per UP Imatinib		
		F20.8.1	Spesa per UP Etanercept		
		F20.9.1	Spesa per UP Infliximab		
		F20.10.1	Spesa per MG Rituximab		
		F20.11.1	Spesa per mg Trastuzumab		
		F20.12.1	Spesa per UP Adalimumab		
		F20.13.1	Spesa per UP Follitropina		
		F20.14.1	Spesa per UP Enoxaparina		
		F20.15.1	Spesa per UP Somatropina		
		F20.16.1	Spesa per UP Epoietina		
		F20.17.2	Spesa per UP Fattori di crescita delle colonie		
		F20.18.1	Spesa per UP Insulina Glargine		
		F20.19.1	Spesa per UP Insulina lispro		
		F20.20.1	Spesa per UP Teriparatide		
		F12A.25	Distribuzione Diretta e Per Conto		
		F12A.25.1	Percentuale di Dimessi da ricovero con erogazione in Distribuzione Diretta		
		F12A.25.2	Percentuale di Dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in Distribuzione Diretta		
●		F12A.25.3	Incidenza spesa medicinali dell'elenco DPC erogati tramite distribuzione convenzionata		
<b>F12C Dispositivi medici</b>					
		F10.3.5	Spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale		
		F10.3.6	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza		
		F12C.A	Dispositivi medici ad alto consumo, basso costo		

Zona \ Distretto	Stabilimento	Codice Indicatore	Indicatori e Sottoindicatori 2023 - Regione Toscana	Percorso	Pagina
		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	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza		
		F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG		
		F10.3.3	Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero		
		F10.3.7	Spesa ospedaliera per medicazioni generali e specialistiche per giornata di degenza		
		F10.3.7.1A	Spesa ospedaliera per medicazioni generali per giornata di degenza		
		F10.3.7.1B	Spesa ospedaliera per medicazioni specialistiche per giornata di degenza		
		F12C.B	Dispositivi medici a basso consumo, alto costo		
	●	F12C.B.1	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Protesi d'anca		
	●	F12C.B.2	Costo del dispositivo per punto DRG: Protesi d'anca		
	●	F12C.B.4	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Pacemaker		
	●	F12C.B.5	Costo del dispositivo per punto DRG: Pacemaker		
	●	F12C.B.6	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Valvole transcateretere		
	●	F12C.B.7	Costo del dispositivo per punto DRG: Valvole transcateretere		
	●	F12C.B.8	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Stent Coronarici		
	●	F12C.B.9	Costo del dispositivo per punto DRG: Stent Coronarici		
	●	F12C.B.12	Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Altri Stent		
	●	F12C.B.13	Costo del dispositivo per punto DRG: Altri Stent		
		<b>F1</b>	<b>Equilibrio economico reddituale</b>		304
		F1.1	Equilibrio economico generale		305
		F1.2	Equilibrio economico sanitario		306
		F1.3	ROI		
		F2	Gestione del magazzino		
		F2.1	Indice di rotazione dei beni sanitari		
		F2.2	Indice di rotazione dei prodotti farmaceutici ed emoderivati		
		F2.3	Giornate di giacenza media dei beni sanitari		
		F2.4	Giornate di giacenza media dei prodotti farmaceutici ed emoderivati		
		<b>F3</b>	<b>Equilibrio patrimoniale finanziario</b>		307
		F3.1	Indice di disponibilità		308
		F3.2	Politiche di investimento		
		F3.2.1	Incidenza canoni leasing e noleggio		
		F3.2.2	Percentuale di obsolescenza tecnica		
		F3.2.3	Indice rinnovo investimenti		
		F3.4	Costi di finanziamento		
		F3.4.1	Indice di onerosità		
		F3.4.2	Dilazione dei debiti		
		F3.4.3	Tempestività dei pagamenti		
		F11	Indice di compensazione		
		F17	Costo sanitario pro capite		
		<b>F19A</b>	<b>Costo medio per punto Drg</b>		309
		F19A.3	Costo totale medio per punto DRG		

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

Il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata in Toscana per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema sanitario. La forza del bersaglio è quella di fornire all'organizzazione un quadro immediato e chiaro dei propri punti di forza e di debolezza. Tuttavia, questa rappresentazione rispecchia una visione della valutazione ristretta al setting assistenziale e all'organizzazione sanitaria, mostrando quello che va bene o va male all'interno dei confini organizzativi. Al contrario, il percorso dei pazienti è molto più complesso e attraversa diversi setting assistenziali, prevedendo interazioni con diversi soggetti che operano nel sistema. Nell'ottica di misurare il valore prodotto per l'utente dall'insieme di tutte le organizzazioni che erogano servizi sanitari e con lo scopo di fornire uno strumento di lavoro in grado di produrre un cambiamento coerente con le strategie regionali, il Laboratorio MeS ha ideato uno strumento di rappresentazione in grado di superare la visione per setting e per soggetto erogatore e di suggerire una visione integrata di percorso (Nuti et al, 2018) che è stato sperimentato in prima battuta nell'ambito del percorso materno-infantile (Murante et al, 2014). 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 **materno-infantile**, il percorso **oncologico**, il percorso di **assistenza domiciliare e residenziale** per la popolazione anziana non-autosufficiente, il percorso **salute mentale**, il percorso **cronicità** e il percorso **emergenza-urgenza**. Il pentagramma da 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 6. Esempio di pentagramma). Per ciascun percorso sono proposti i pentagrammi per Area Vasta, nei quali è possibile visualizzare indicatori riferiti alle diverse aziende che insistono ed erogano servizi su quel territorio.

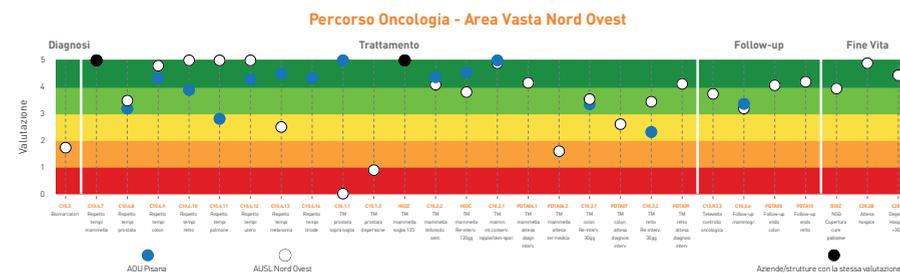


Figura 6. Esempio di pentagramma

Un commento dettagliato per ogni pentagramma presente sul sistema di valutazione è contenuto a pagina 35 (eccezione per il percorso "assistenza domiciliare e residenziale" per il quale non è stata raggiunta la numerosità minima di indicatori).

## 6. La mappa di performance

Tra gli strumenti del sistema di valutazione, la mappa di performance è un ottimo strumento per evidenziare lo sforzo di miglioramento fatto nell'anno dai soggetti del sistema. La mappa di performance incrocia la dimensione della performance con quella del trend, per fornire il quadro dinamico di come si sta muovendo l'azienda o la regione (o il soggetto analizzato). La mappa di performance indica, da un lato, la performance dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente. Nelle mappe di performance (vedi Figura 7.), 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 quattro 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.

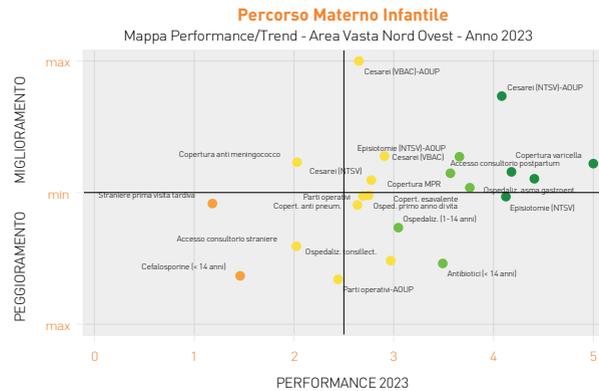


Figura 7. Mappa di performance

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 2023 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. Contribuiscono quindi a integrare le informazioni dei pentagrammi con una rappresentazione dell'andamento temporale dei risultati.

**7. 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 e una risorsa che il Laboratorio MeS mette a disposizione del management aziendale, dei professionisti, degli studiosi e del pubblico.

I dati del sistema di valutazione sono consultabili liberamente online, previa registrazione gratuita, all'indirizzo web [www.performance.santannapisa.it](http://www.performance.santannapisa.it). Sul portale web è possibile consultare tutti gli indicatori del sistema di valutazione, rispetto ai diversi livelli in cui il sistema sanitario toscano si articola:

- Aziende Territoriali;
- Stabilimenti Ospedalieri (sia pubblici, sia privati);

- Zone - distretto;
- Aggregazione Funzionali Territoriali (AFT).

Tramite le funzionalità presenti nel portale è possibile visualizzare le performance dell'azienda selezionata e navigare nella rappresentazione grafica del "profilo", 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: profili regionali e aziendali, 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.

**8. 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 Profili**, elemento di sintesi che illustra in maniera comparativa le scelte di assetto organizzativo e gestionale dei sistemi sanitari a livello regionale e aziendale, diffe-

renziando tra aziende territoriali e aziende ospedaliere (AOU).

- I **Bersagli**, che 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).
- **Sezione Download**: Qui è possibile scaricare la versione digitale del report attuale e delle edizioni passate. Per migliorare la leggibilità e la funzionalità del report e per ridurre l'impatto sull'ambiente, per questa edizione, la sezione sui bersagli e i pentagrammi delle zone distrettuali e degli ospedali pubblici toscani, insieme alla bibliografia, saranno disponibili esclusivamente nel report digitale, scaricabile dalla sezione download della piattaforma.
- **Application Programming Interface (API)** sono lo strumento scelto dal Laboratorio MeS per favorire la consultazione, l'utilizzo e la diffusione dei dati relativi ai sistemi di Valutazione. Questa funzionalità di accesso ai dati, basata sull'utilizzo di Web Service RESTful (URL HTTPS - Hypertext Transfer Protocol Secure) facilita l'accesso al sistema e rende possibile la piena integrazione dei dati all'interno in altri software, gestionali applicazioni o siti web. Tutti i dati sono accessibili tramite "Servizi RESTful": questa tecnologia consente di sviluppare moduli software di tipo B2B e quindi realizzare in modo efficiente ed efficace l'integrazione tra il sistema di valutazione (indicatori, valori, valutazioni, numeratori, denominatori, schede di calcolo, razionale) e i software del controllo di gestione e gli altri strumenti di Business analysis della Regione e delle Aziende. Per poter accedere ai Servizi RESTful è necessario utilizzare l'APIKEY personale attribuita dal sistema nella fase di registrazione.

## SCARICA IL TUTORIAL DELLA PIATTAFORMA PES

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





# 2

## RISULTATI

---

---

## 2.1 REGIONE TOSCANA

---

## La Performance della Regione Toscana nel 2023

Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance registrata dalla Regione Toscana nel 2023. Dei 284 indicatori di valutazione calcolati a giugno 2023, la Regione Toscana mostra un quadro tendenzialmente stabile e di buona performance; la maggior parte dei pallini, che rappresentano indicatori compositi, sono posizionati nelle fasce verdi del bersaglio. Complessivamente, il 46% degli indicatori migliora tra il 2022 e il 2023, il 22% resta stabile e il 32% peggiora.

Il bersaglio 2023 è stato reinterpretato in chiave tematica, mettendo in evidenza le dimensioni che meglio rappresentano gli elementi cardine del 2023. Il primo elemento di analisi riguarda la capacità del sistema di garantire un'appropriatezza assistenziale. Segue una valorizzazione dei percorsi assistenziali, volta a porre sempre di più l'accento su una sempre più sanità integrata. La terza dimensione riflette l'obiettivo primario di ogni sistema sanitario: offrire prestazioni di elevata qualità e sicurezza per i pazienti. Successivamente, la dimensione che monitora la responsiveness e l'esperienza degli utenti si riferisce alla capacità del sistema sanitario di rispondere alle aspettative dei pazienti in termini di esperienza di ricovero e gestione dei tempi d'attesa. Infine, sono presenti due dimensioni che affrontano le grandi sfide dei sistemi sanitari si trovano e troveranno da dover affrontare: cogliere opportunità e risolvere criticità emerse dopo la pandemia, e garantire l'efficienza del sistema sanitario.

### L'assistenza sanitaria

La maggioranza degli indicatori associati alla dimensione dell'assistenza evidenziano risultati positivi. Particolarmente performanti sono gli indicatori riguardanti l'appropriatezza chirurgica (C4), con una stabilità nella percentuale di ricoveri in Day-Surgery (C4.7) rispetto all'anno precedente, a testimonianza del comportamento virtuoso delle aziende. Meno performante è l'area dell'appropriatezza medica (C14), con un calo della percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica per gli adulti (C14.2.1), evidenziando alcune zone critiche. Nell'appropriatezza diagnostica (C13), emergono criticità con un aumento del tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti di età pari o superiore a 65 anni (C13A.2.2.2), suggerendo un possibile utilizzo improprio di questa metodica in alcune aree territoriali. Nonostante ciò, si osserva una performance positiva nell'integrazione ospedale-territorio (C8A), benché sia aumentato il tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti (C8D.1) in tutte le aziende. Tuttavia, il tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso (C8B.1), è peggiorato con una diminuzione di circa 20 punti in tutte le osservazioni. Sebbene permangano sfide, soprattutto nella gestione delle patologie croniche, si notano segnali positivi di miglioramento complessivo. La Toscana mantiene un'ottima performance per gli indicatori di efficienza dell'attività di ricovero, come l'indice di performance della degenza media. Si registra un calo nelle degenze per l'area medica nelle aziende ospedaliero-universitarie, nonostante le criticità del 2022. A livello regionale, la degenza media è aumentata di circa 0,1 giorni per ricovero rispetto alla media 2023 delle aziende del network, un trend in crescita a causa della maggiore complessità dei pazienti nell'area medica. Vi sono differenze rilevanti tra le aziende: l'AUSL

Centro ha un indice di -0,5, mentre l'AUSL Nord Ovest ha un indicatore di 0,6. Nell'area chirurgica, si osserva una continua riduzione dell'indice di performance della degenza media, confermando l'efficientamento e l'organizzazione delle aziende toscane nei percorsi chirurgici. Unica criticità è l'AOU Senese, con una degenza media per DRG chirurgici di circa 0,8 giorni in più per ciascun ricovero rispetto alla media 2023 delle aziende del network, ed in crescita rispetto al 2022 (0,6). Nell'area delle donazioni di organi (B6), si osserva un andamento eterogeneo: in alcune realtà si registra un avvicinamento ai livelli pre-COVID per la percentuale di donatori procurati (B6.1.2), mentre in altre si nota una significativa contrazione, con il valore regionale che si attesta al 56,3%. C'è un diffuso peggioramento nella percentuale di donatori utilizzati (B6.1.4), eccetto in alcune realtà regionali. Gli indicatori sull'appropriatezza prescrittiva sul territorio mostrano un peggioramento rispetto al 2022. Il consumo di antibiotici sul territorio è aumentato di 1,5 giornate di terapia per 1.000 abitanti, mentre in età pediatrica è aumentato di 5,4 giornate di terapia per 1.000 abitanti, avvicinandosi ai livelli pre-COVID. La percentuale di antibiotici Access utilizzata è cresciuta dal 48,4% al 52,4%, ma ancora sotto l'obiettivo del 60% raccomandato dall'OMS per il 2023. Anche il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero è leggermente aumentato, passando da 75,1 a 76,7 giornate di terapia per 100 giorni di degenza. È necessario un monitoraggio costante per raggiungere gli obiettivi del Piano Nazionale di contrasto all'Antibiotica Resistenza entro il 2025. L'aderenza alla terapia farmacologica post-IMA è ottimale, mentre l'aderenza alle statine sul territorio è in calo. Il tasso di donazione di emazie e plasma per 1.000 residenti nel 2023 è in linea con il 2022, confermando l'obiettivo regionale. Il consumo di immunoglobuline è in calo ma non ha ancora raggiunto l'obiettivo nazionale di consumo inferiore a 110 g per 1.000 abitanti; il consumo di albumina è stabile, confermando l'obiettivo di meno di 400 g per 1.000 abitanti anche per il 2023.

### I percorsi

Il percorso materno infantile ha subito importanti modifiche nel 2023 rispetto all'anno precedente, per la rimozione degli indicatori derivanti dall'indagine sistematica sul percorso nascita (interrotta a fine 2022) e l'aggiunta di nuovi indicatori. Nella fase della gravidanza, l'accesso al consultorio durante la gravidanza per le donne straniere peggiora, passando dalla fascia arancione a quella rossa; anche lo svolgimento tardivo della prima visita della gravidanza per le donne straniere non registra una buona performance. Nella fase del parto, migliorano i parti cesarei depurati (17,1% contro il 18,4% del 2023), con un decremento che si registra in tutte le Aziende e soprattutto nella AOU Pisana e nell'ASL Sud-Est; migliora anche la percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (che raggiunge il 25% contro il 18,7% del 2023), anche se la AOU Senese continua a non applicare questa procedura; rimane ottima la valutazione dell'indicatore episiotomie depurate con un ulteriore calo in tutta la Regione; sostanzialmente stabile la percentuale dei parti operativi, anche se si registra un miglioramento della performance dovuto alla modifica della soglia di "best practice" in base alla recente letteratura. Nella fase del primo anno di vita, rimangono stabili i tassi di ospedalizzazione e i tassi di accesso al consultorio nel post-partum; stabile e buona la copertura vaccinale anti-MPR (morbilli, parotite, rosolia) e del vaccino obbligatorio esavalente; stabile ma discreta la copertura vaccinale anti-pneumococco; non buona la copertura anti-meningococco. Nella fase dell'età pe-

diatrice dopo l'anno di vita (fase aggiunta nel 2023 e non presente nel 2022), si osserva un'ottima copertura vaccinale contro la varicella; i tassi di ospedalizzazione registrano una performance medio-buona; ottimo il tasso di utilizzo degli antibiotici in generale, ma modesto il tasso di utilizzo delle cefalosporine.

La performance regionale sul percorso oncologico è complessivamente buona nella fase dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e radioterapici, con molti indicatori che si posizionano nelle fasce alte (verde scuro e verdino) del pentagramma. In particolare, spiccano gli indicatori sul rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi con priorità A per il tumore al colon, retto, melanoma e tiroide. Sono ottimali i risultati sull'appropriatezza dei volumi di interventi per tumore maligno della prostata, sulla quota di interventi conservativi nipple/skin-sparing e la gestione dei linfonodi sentinella. Migliora rispetto all'anno precedente la quota di interventi con priorità A per il tumore al polmone e prostata erogati entro i tempi massimi previsti. Nel follow-up migliora la quota di esami endoscopici di follow up dopo intervento per tumore al retto (da 69,3% a 75,3% nel 2023). Rimangono stabili gli indicatori relativi alla presa in carico tempestiva da parte degli hospice dei casi segnalati e dei casi con degenza in hospice superiore a 30 gg come anche sull'appropriatezza dei volumi di interventi per tumore maligno della mammella e sulla quota di reinterventi a 120 giorni per tumore alla mammella. In riferimento alla tempestività dell'inizio della terapia medica si nota un leggero calo rispetto al 2022 per la mammella, colon e retto rimangono invece stabili.

Il percorso della salute mentale mostra una tendenziale stabilità nella performance, per cui si conferma la necessità di migliorare la qualità e continuità dell'assistenza. In lieve peggioramento la performance relativa al tempo di degenza medio (C15.8). Si conferma l'aumento per il consumo di antidepressivi e la diminuzione degli abbandoni dei pazienti in terapia. Il tasso di ospedalizzazione dei minorenni per disturbi di salute mentale vede una lieve diminuzione per l'anno 2023, suggerendo un'auspicabile inversione di tendenza. I risultati relativi alla presa in carico dei percorsi cronici in Toscana presentano un moderato miglioramento rispetto all'anno 2022. In ripresa l'attività di prevenzione svolta tramite i corsi AFA per cui rimane uno spazio di miglioramento importante su tutto il territorio regionale. Si segnala il trend in discesa degli indicatori di prescrizione farmaci post-IMA, su cui è necessaria un'attenzione particolare (C21.2.4, C21.2.5). I pazienti toscani dimostrano d'altro canto una diffusa aderenza alle terapie, fatta eccezione per l'assunzione di statine (C9.2). Sugli indicatori di follow up dei percorsi considerati resta molto ampio il margine di miglioramento. In ripresa tutti gli indicatori di follow up del percorso diabete, che avevano registrato una concreta difficoltà nell'anno precedente. Ciononostante, si registra ancora un risultato poco soddisfacente per quanto riguarda il monitoraggio dell'emoglobina glicata (PDTA05.1) e il controllo dell'occhio (PDTA05.5). In calo la proporzione di pazienti che ricevono un numero adeguato di ecocardiogrammi (PDTA04). Restano più stabili le altre misure sul percorso dello scompenso, fatto salvo il trend in leggera decrescita sull'aderenza dei pazienti al trattamento con ACE inibitori o sartani (PDTA03A). Merita un lavoro specifico l'attività di presa in carico dei pazienti con BPCO. In particolare, a fronte di un aumento delle visite pneumologiche (PDTA02), scende sotto il 30% la percentuale di pazienti che eseguono almeno una spirometria durante l'anno con trend negativo in tutte le aziende (C11A.3.5). Buoni gli esiti in tutta la regione, grazie alla diminuzione diffusa delle ospedalizzazioni per tutte le cronicità considerate.

Per il percorso Emergenza-Urgenza nel 2023 continua a registrarsi un aumento nei tassi di accesso al PS, ma di contro si osserva un leggero miglioramento negli accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore, seppur resti ancora critico per molti pronto soccorso. Migliora in generale la tempestività di presa in carico in PS per tutti i codici, anche per i codici priorità 2 (urgenti), per i quali è prevista un'attesa massima di 15 minuti per la prima visita, ma segnalando che il codice 2 nel 2023 continua a non registrare i valori attesi dalle linee guida nazionali.

### La qualità e sicurezza delle cure

Gli indicatori di qualità clinica, basati su evidenze scientifiche e pratiche condivise con i professionisti del settore, valutano tecniche strumentali, procedure diagnostiche, tempestività e correttezza delle prestazioni. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni è migliorata, passando dal 71% nel 2022 all'81,7%. Crescite significative si registrano in diverse aziende: AUSL Centro (dal 54% al 71,2%), AOU Careggi (dal 68,9% all'80,9%), AOU Pisana (dall'80,7% all'82,9%), AUSL Sud Est (dall'83,9% all'85,4%), AUSL Nord Ovest (dall'83,1% al 90,2%), AOU Senese (dal 64,2% al 93,2%). Anche le colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno sono in miglioramento. Tuttavia, permangono criticità nei tempi di permanenza al PS, con poche eccezioni come il Meyer. Le dimissioni volontarie da ricovero a livello regionale restano stabili, con un lieve aumento nell'AOU Senese (da 0,4% a 0,5%) e nell'AUSL Centro (da 0,7% a 0,8%). L'AUSL Nord Ovest mantiene il dato più elevato (0,9%) ma in calo rispetto al 2022. Dall'albero del rischio clinico (C6), tornato di valutazione questo anno, emerge una situazione complessivamente buona sugli indici della sinistrosità, con l'indice annuale richieste di risarcimento in lieve calo rispetto al 2022 (da 3,7 a 3,4 a livello regionale). Da segnalare anche la disomogeneità sul territorio regionale per la parte relativa al sistema di incident reporting, dove la maggiore variabilità si registra nell'indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC. Buono e in miglioramento rispetto agli scorsi anni l'indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC, con il valore regionale che si attesta al 73,6%, superando così per la prima volta l'obiettivo del 70%.

### La responsiveness e l'esperienza degli utenti

Per quanto riguarda gli indicatori della responsiveness, è possibile evidenziare luci e ombre. Da un lato, la regione e le aziende hanno migliorato l'erogazione delle prestazioni chirurgiche in priorità A nei tempi previsti dal Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa. In particolare, la chirurgia oncologica ha mostrato solo una criticità negli interventi per tumore al polmone, sebbene in miglioramento rispetto all'anno precedente. Tuttavia, le prestazioni chirurgiche non oncologiche presentano alcune criticità: emorroidectomia (62,7% a livello regionale), intervento per protesi d'anca (76,5%) e ernia inguinale (76,7%). Ottimi risultati sono stati ottenuti per angioplastica coronarica e biopsia percutanea del fegato, con ricoveri in priorità A effettuati entro 30 giorni. Dall'altro lato, gli indicatori di tempestività per visite ambulatoriali ed esami diagnostici mostrano criticità. Guardando all'indice di cattura, la regione Toscana ha soddisfatto le richieste prescritte nel 62,8% dei

casi, con un picco del 72,5% nell'AUSL Sud Est per le prime visite. Tuttavia, la tempestività non sempre rispetta gli standard nazionali e regionali, con un calo rispetto al 2022 (71% nel 2023 contro 74% nel 2022). L'Osservatorio PREMs (Patient-Reported Experience Measures) fornisce informazioni sulla qualità dei servizi e delle cure dalla prospettiva dei pazienti. Nel 2023, l'adesione all'indagine PREMs è aumentata del 22,3% a livello regionale rispetto all'anno precedente, e il tasso di risposta effettivo è cresciuto del 5,6%, con oltre 52.000 risposte raccolte in 36 presidi ospedalieri pubblici toscani. Sono state adottate nuove metodologie per un confronto più rigoroso degli indicatori di esperienza, disaggregando i dati per setting ospedaliero medico e chirurgico. Il setting medico presenta più ampie aree di miglioramento. Tra gli aspetti critici, emergono il supporto fornito dai medici e infermieri nella gestione delle paure e il trattamento dei pazienti, la silenziosità e la pulizia del reparto. Positivi sono invece l'accoglienza in reparto e la comunicazione con i familiari, che ha registrato un miglioramento del 3,2% rispetto all'anno precedente.

### Le sfide post-Covid

Nel contesto della pandemia da COVID-19, la gestione del personale emerge come una sfida prioritaria. L'indagine di clima organizzativo condotta in Toscana, tra il 12 gennaio e il 10 marzo 2023, ha coinvolto un vasto campione di 27.772 professionisti, evidenziando un incoraggiante aumento nella partecipazione rispetto all'ultima indagine. Tale dato suggerisce un crescente coinvolgimento dei dipendenti nel processo di miglioramento aziendale. Tuttavia, emerge un punto di attenzione riguardo alla percentuale di assenza, la quale ha evidenziato un incremento generalizzato del 3% in quasi tutte le osservazioni, rispetto all'anno precedente. Inoltre, l'introduzione a valutazione dell'indice di soffitto di cristallo (E2B), avvenuta quest'anno, offre uno sguardo critico sulla rappresentanza delle donne nelle posizioni dirigenziali. Sebbene si noti un progresso verso la parità di genere, con l'indice che si avvicina al valore di equilibrio, rimane ancora sopra 1.5, indicando la persistenza di ostacoli alla crescita professionale a delle donne all'interno dell'azienda, nelle posizioni apicali. Gli indicatori sulla sanità digitale evidenziano una performance positiva nella dematerializzazione e nella prescrizione elettronica, con percentuali che superano il 90% tra i medici in convenzione (B24B.1.1 e B24B.1.2). Tuttavia, i valori sono minori per la percentuale di specialisti prescrittori che utilizzano la dematerializzazione (B24B.3.1 e B24B.3.2), seppur in aumento in quasi tutte le osservazioni, sia per le ricette farmaceutiche che per quelle dematerializzate. Per quanto riguarda le televisite (C13.R3.A), il superamento della fase pandemica ha comportato una battuta d'arresto per la maggior parte delle specialità. Nel 2023, tuttavia, molte specialità registrano una ripresa (come cardiologia, diabetologia, ematologia), frutto degli investimenti e degli sforzi messi in campo. L'incremento, però, non raggiunge ancora i livelli dell'epoca covid (ad eccezione delle televisite oncologiche che registrano un incremento significativo rispetto agli anni precedenti in quasi tutte le osservazioni). L'indagine sull'infermiere di famiglia e comunità (C23) rivela una percezione positiva della presa in carico, della soddisfazione e delle collaborazioni con altri professionisti, tuttavia, evidenzia disomogeneità nella distribuzione delle reti sul territorio toscano. Il rapporto con gli specialisti richiede un miglioramento, soprattutto in confronto ad aree con modelli più consolidati.

### Efficienza

L'efficienza è un principio cardine del Sistema Sanitario Nazionale, essenziale per garantire servizi sanitari efficaci riducendo lo spreco di risorse. La scarsità delle risorse richiede politiche di contenimento della spesa e la definizione di priorità negli interventi. Il monitoraggio della spesa farmaceutica è cruciale per la sostenibilità del SSN, specialmente con l'introduzione di medicinali costosi. La Regione Toscana ha mostrato un'ottima efficienza prescrittiva farmaceutica, con l'87,5% delle molecole prescritte nel 2023 appartenenti a farmaci a brevetto scaduto o presenti in lista di trasparenza. L'aumento dell'uso di biosimilari rappresenta un'opportunità per ridurre la spesa mantenendo l'efficacia. Nel 2023, è stata introdotta la valutazione di tre indicatori sui dispositivi medici ad alto consumo e basso costo. La spesa ospedaliera per dispositivi di largo consumo, come siringhe, assorbenti e guanti, ha mostrato una riduzione generale. Tuttavia, la spesa per guanti ha evidenziato una notevole variabilità tra le aziende, pur mantenendo una buona performance regionale. Anche la spesa per siringhe mostra variabilità, ma una performance nella media, con trend aziendali stabili o in leggera diminuzione rispetto agli anni precedenti. L'equilibrio economico generale della Regione Toscana sembra orientato verso condizioni di funzionalità e sviluppo durature. Tuttavia, emergono criticità nel mantenimento dei costi in equilibrio con le risorse disponibili. Nonostante queste criticità, l'attività sanitaria ha mostrato un miglioramento, suggerendo che le problematiche del 2022 non fossero dovute a inefficienze nell'attività sanitaria.

# Profilo

## Regione Toscana

Anno 2023



Popolazione residente	<b>3.661.981</b>
Aziende Sanitarie Territoriali	<b>3</b>
Distretti Sanitari	<b>28</b>
Strutture di ricovero	<b>72</b>
- Pubbliche	<b>46</b>
di cui AO/AOU	<b>4</b>
di cui IRCCS	<b>.</b>
- Private accreditate	<b>26</b>
di cui AO/AOU	<b>.</b>
di cui IRCCS	<b>2</b>
Posti letto Totali	<b>11.706</b>
*Strutture pubbliche e private accreditate	



# REGIONE TOSCANA

## Andamento indicatori - Trend 2022/2023

Numero indicatori di valutazione: 284

Indicatori Migliorati ↑  
46.1%

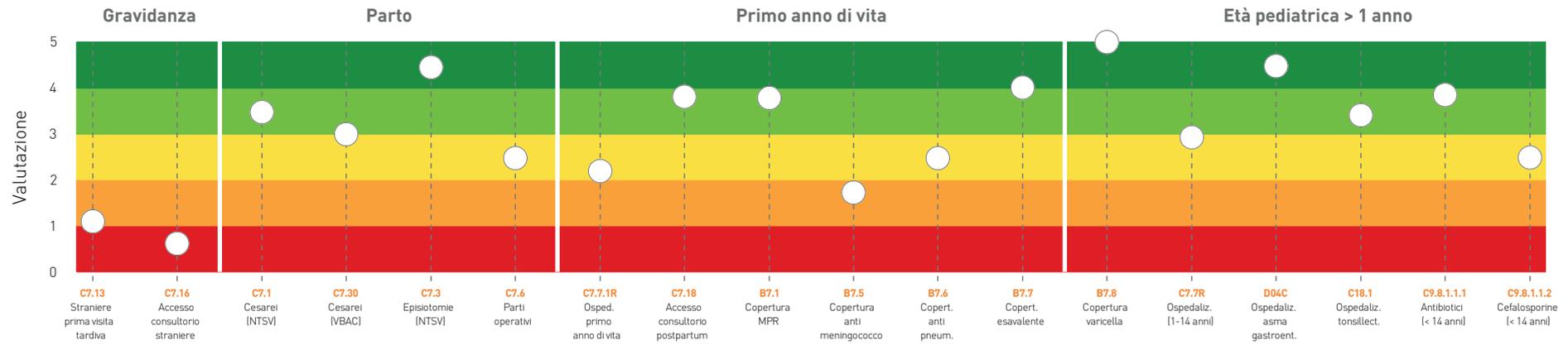
Indicatori Stabili =  
21.8%

Indicatori Peggiorati ↓  
32.0%

### Valutazione della performance 2023

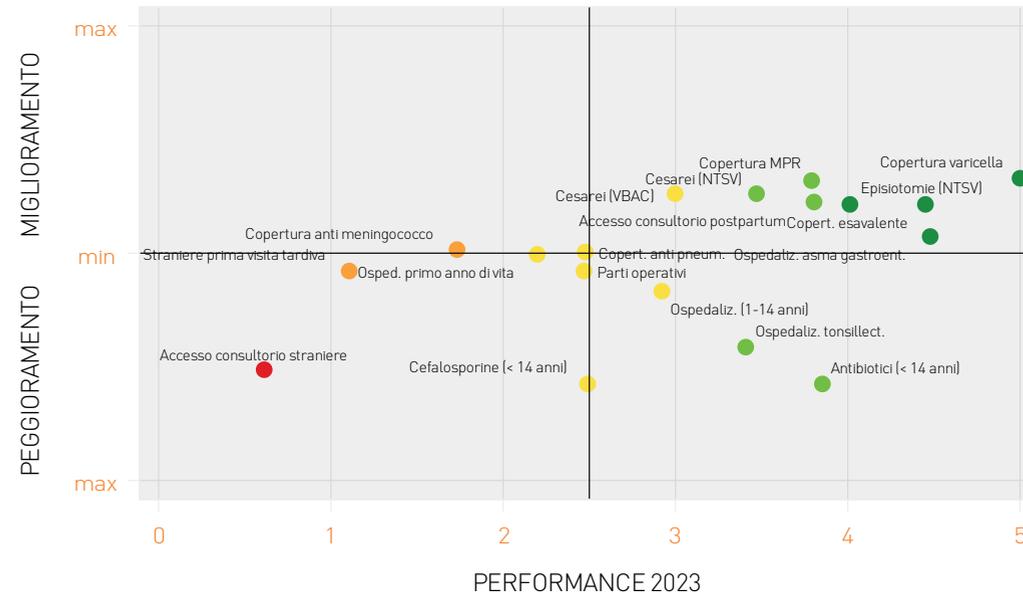


### Percorso Materno-Infantile - Regione Toscana

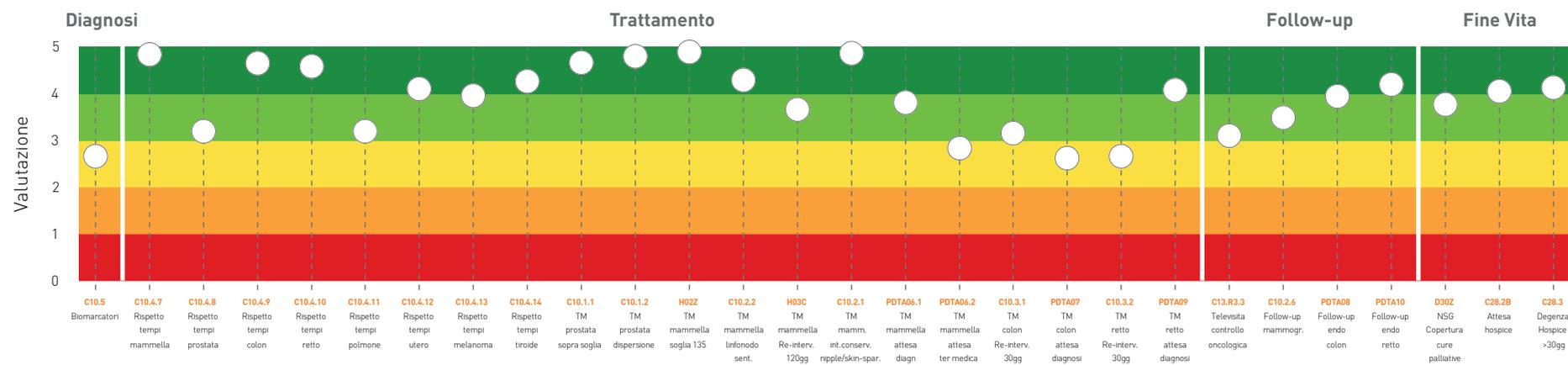


### Percorso Materno Infantile

Mapa Performance/Trend - Toscana - Anno 2023



### Percorso Oncologia - Regione Toscana

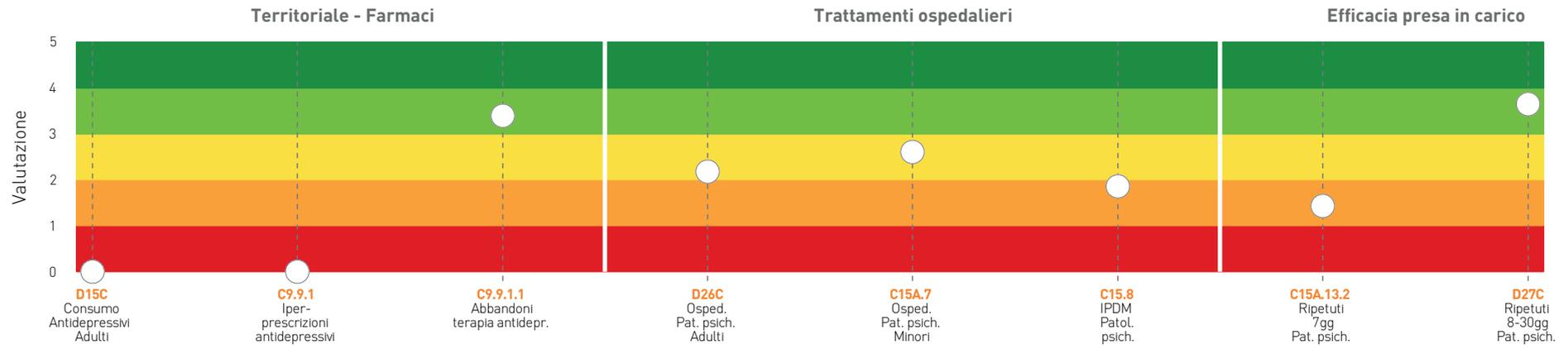


### Percorso Oncologia

Mappa Performance/Trend - Toscana - Anno 2023



### Percorso Salute Mentale - Regione Toscana

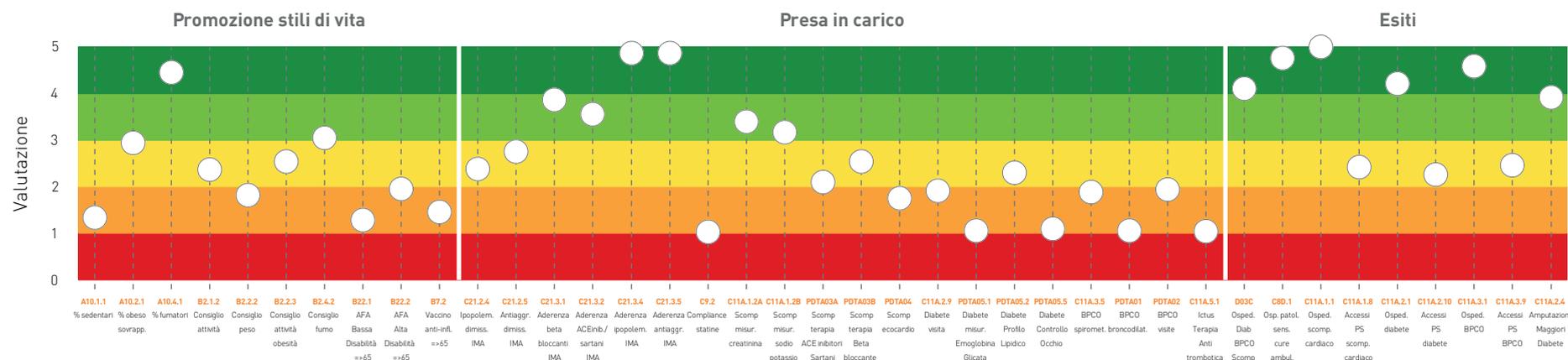


### Percorso Salute Mentale

Mapa Performance/Trend - Toscana - Anno 2023



### Percorso Cronicità - Regione Toscana

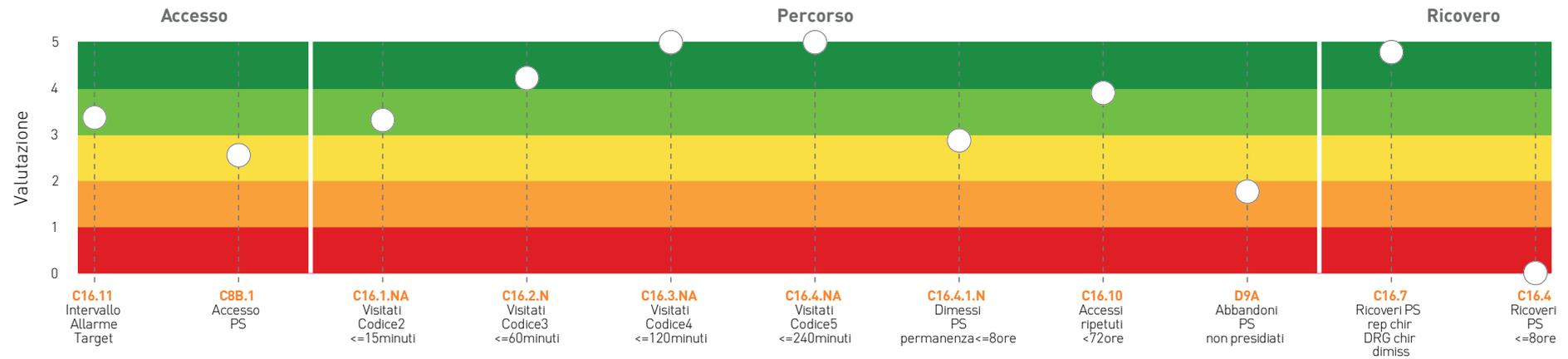


### Percorso Cronicità

Mapa Performance/Trend - Toscana - Anno 2023

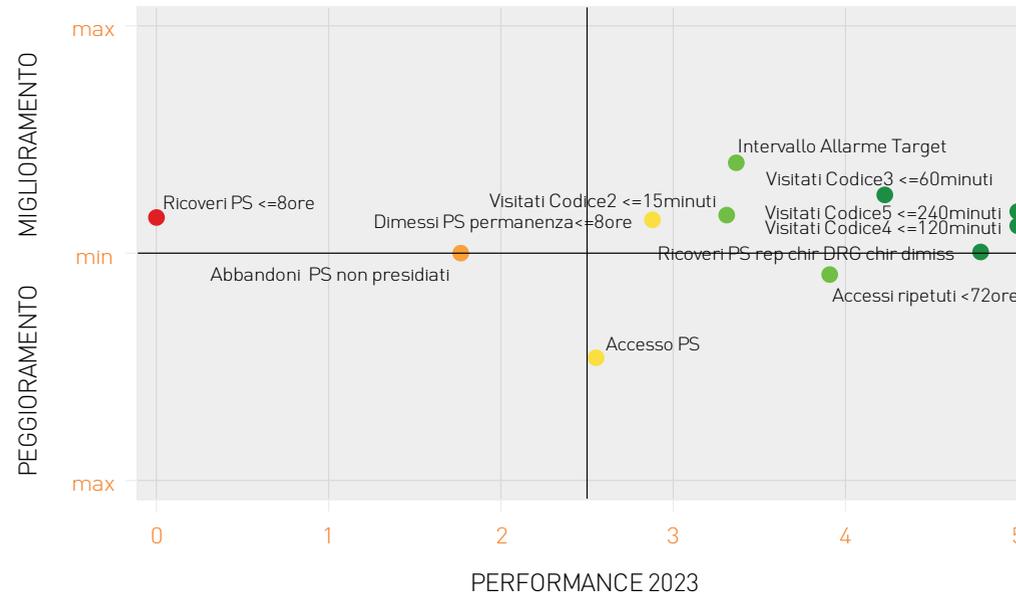


### Percorso Emergenza-Urgenza - Regione Toscana



### Percorso Emergenza urgenza

Mapa Performance/Trend - Toscana - Anno 2023



---

## 2.2 AREE VASTE

# Profilo

## AUSL Centro

Anno 2023



Popolazione residente **1.604.409**

Distretti Sanitari **8**

Stabilimenti **23**

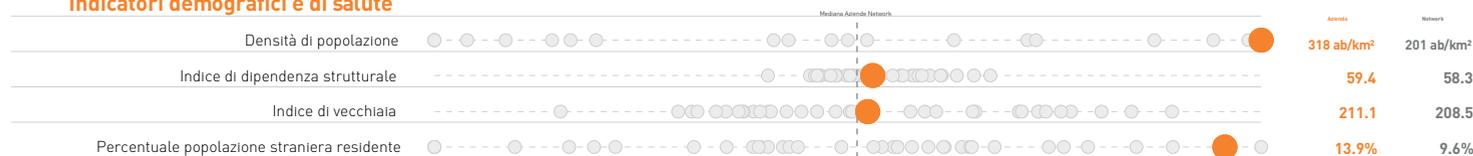
- Pubblici **13**

- Privati accreditati **10**

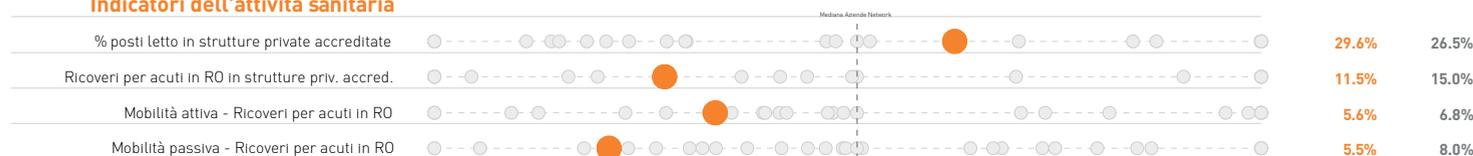
Posti letto **3.603**

\*Strutture pubbliche e private accreditate

### Indicatori demografici e di salute



### Indicatori dell'attività sanitaria



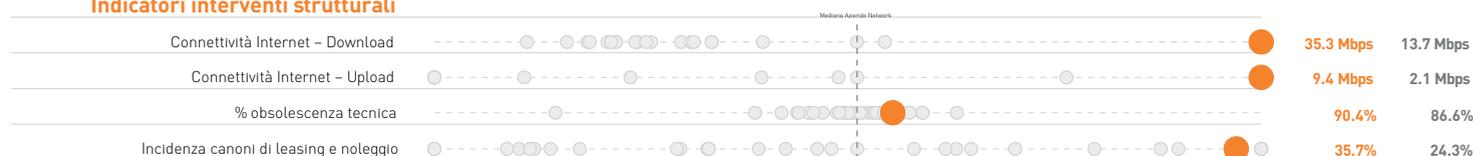
### Indicatori sul personale



### Indicatori economici



### Indicatori interventi strutturali



# AUSL TOSCANA CENTRO

## Andamento indicatori - Trend 2022/2023

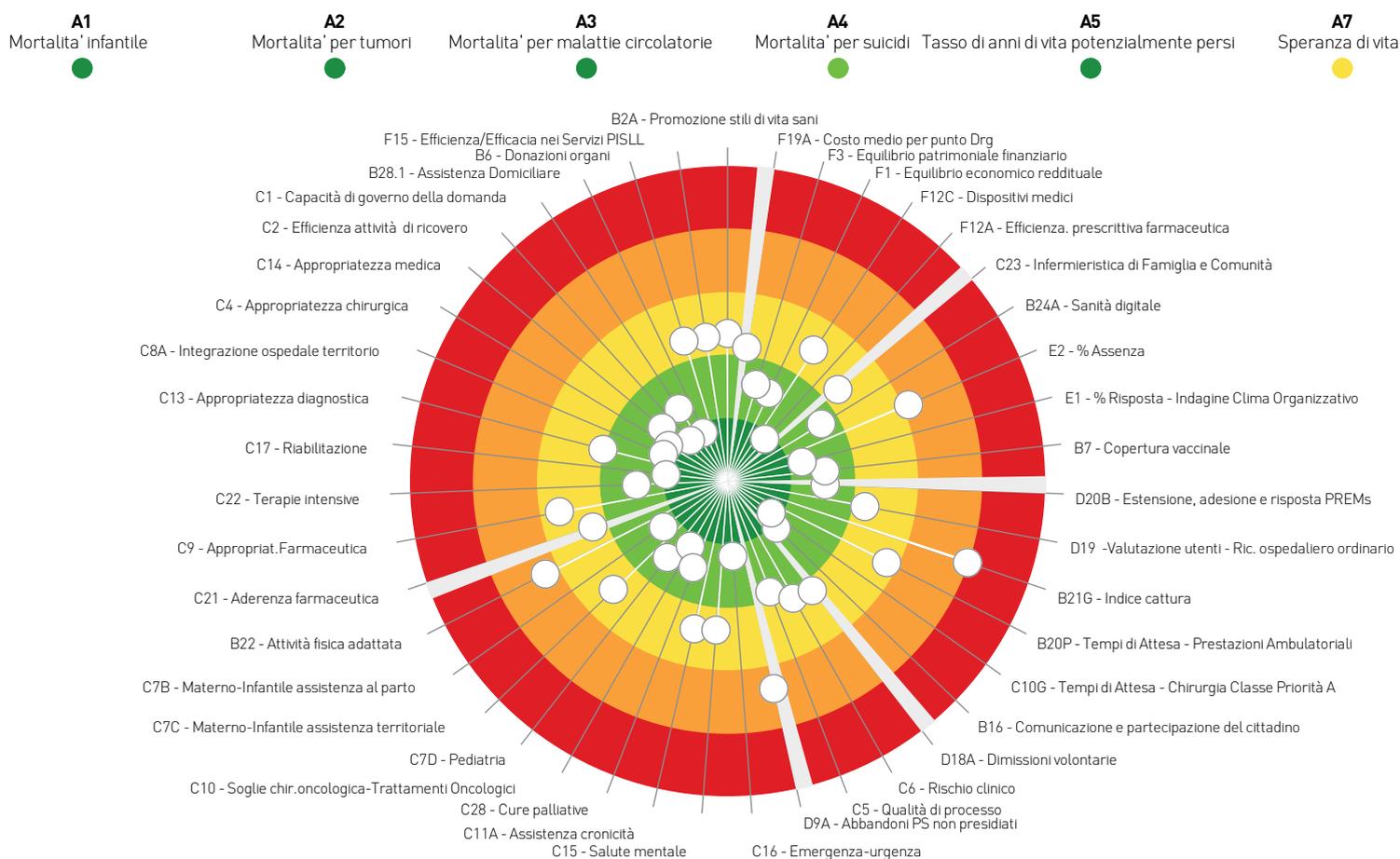
Numero indicatori di valutazione: 263

Indicatori Migliorati ↑  
46.0%

Indicatori Stabili =  
18.6%

Indicatori Peggiorati ↓  
35.4%

## Valutazione della performance 2023



# Profilo

## Regione Toscana - AOU Careggi

Anno 2023

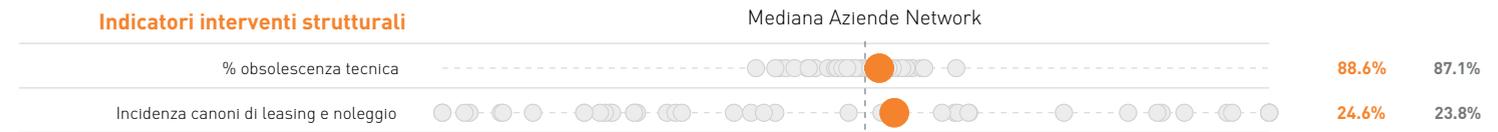
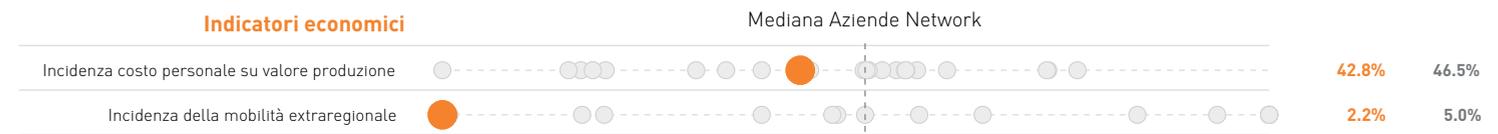
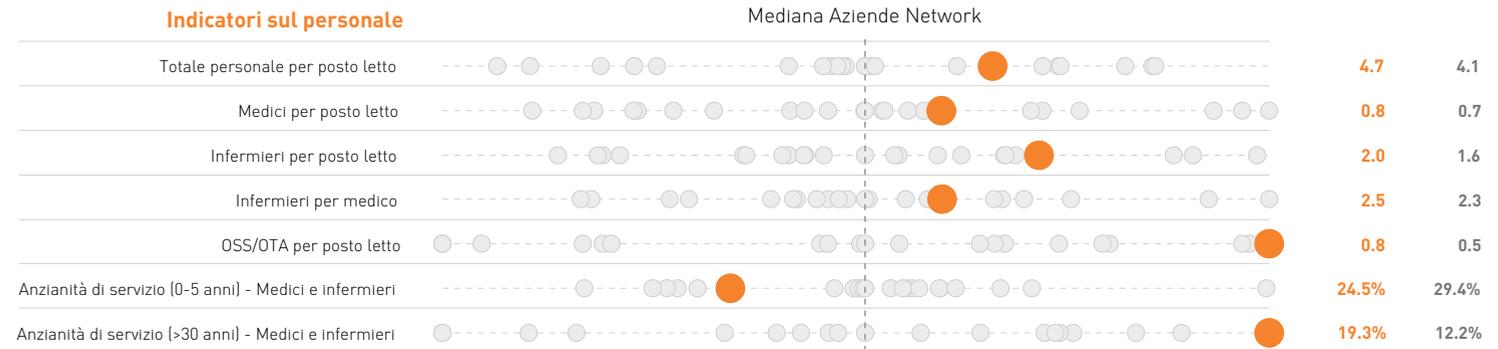
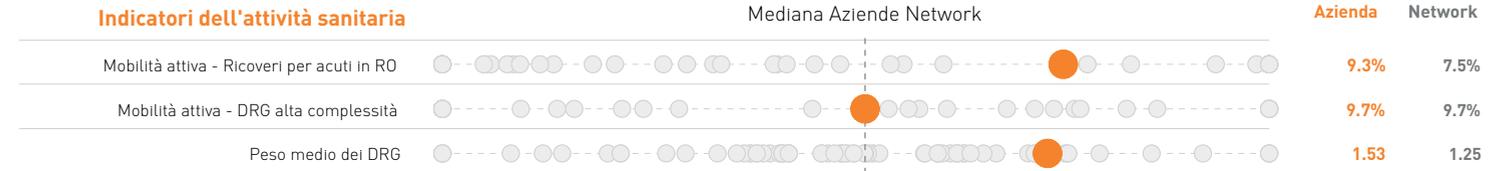


Posti letto	1.067
- Degenza Ordinaria	949
- Day Hospital/Day surgery	118

Dimissioni totali	58.444
Giornate di degenza ordin.	289.556

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	100.144

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	3.033



# AOU CAREGGI

## Andamento indicatori - Trend 2022/2023

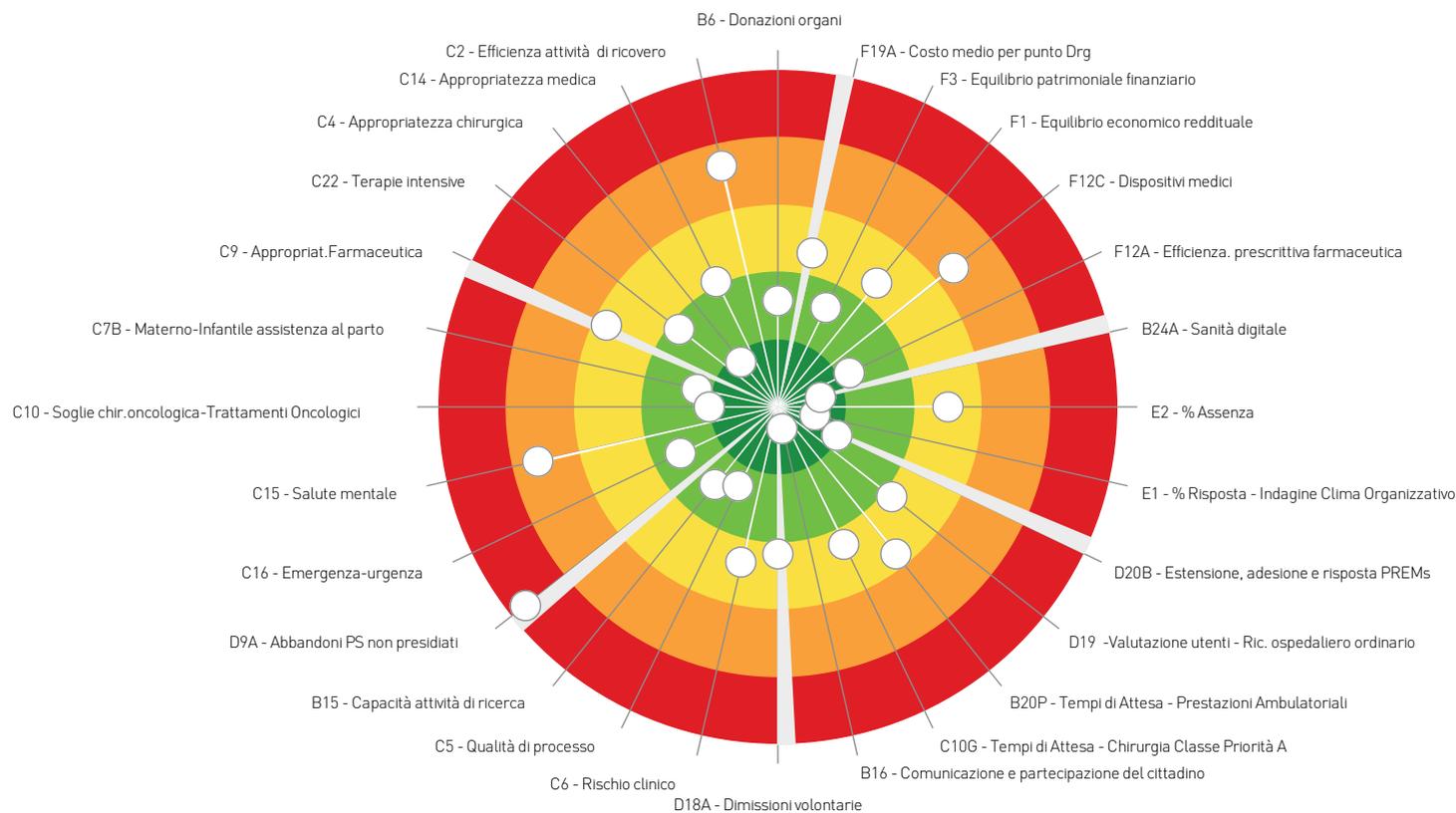
Numero indicatori di valutazione: 128

Indicatori Migliorati ↑  
54.7%

Indicatori Stabili =  
15.6%

Indicatori Peggiorati ↓  
29.7%

### Valutazione della performance 2023



# Profilo

## Regione Toscana - AOU Meyer

Anno 2023



Posti letto	250
- Degenza Ordinaria	180
- Day Hospital/Day surgery	70

Dimissioni totali	23.640
Giornate di degenza ordin.	49.561

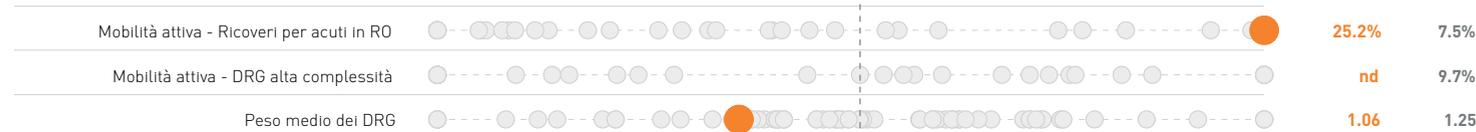
Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	37.338

Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.

### Indicatori dell'attività sanitaria

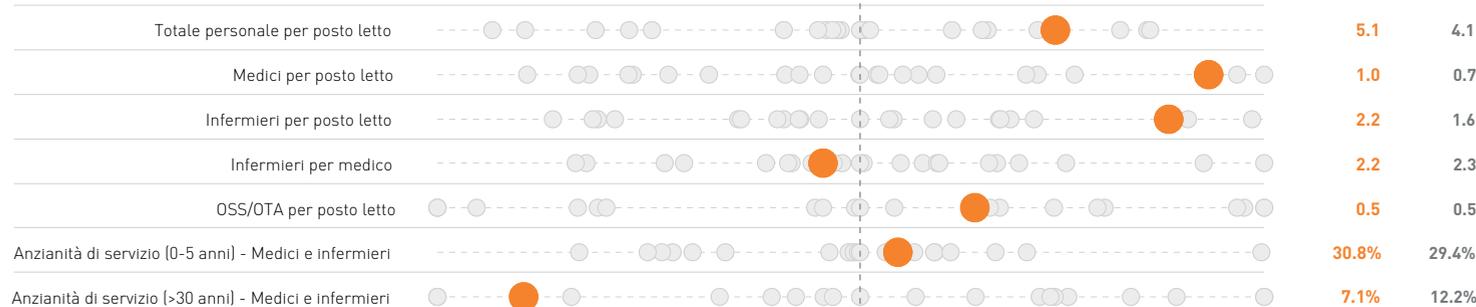
Mediana Aziende Network

Azienda Network



### Indicatori sul personale

Mediana Aziende Network



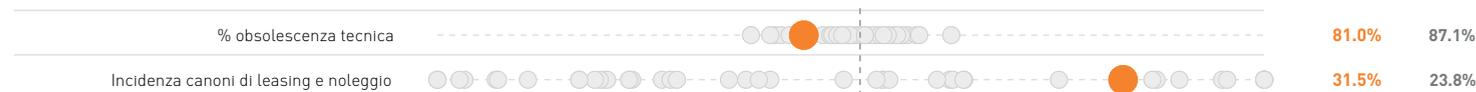
### Indicatori economici

Mediana Aziende Network



### Indicatori interventi strutturali

Mediana Aziende Network



**AOU MEYER**

**Andamento indicatori - Trend 2022/2023**

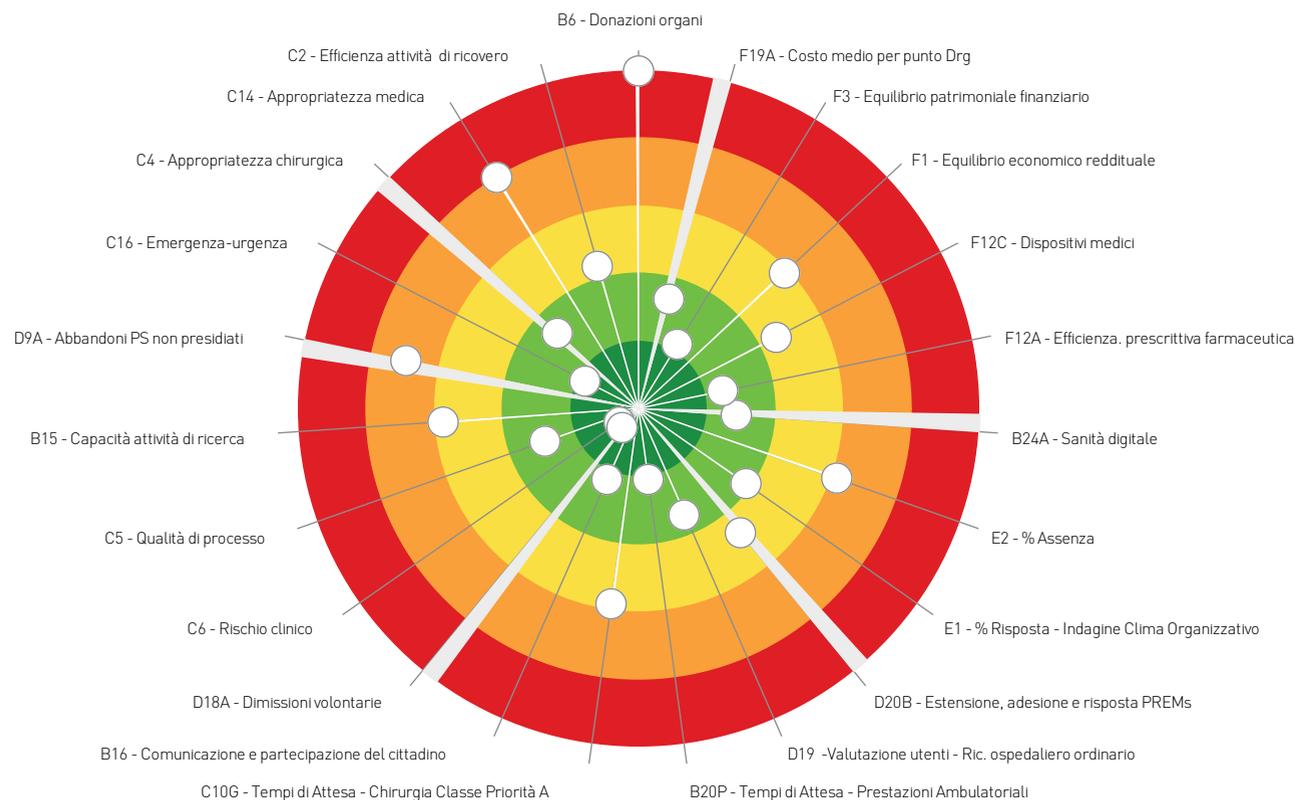
Numero indicatori di valutazione: 53

Indicatori Migliorati ↑  
47.2%

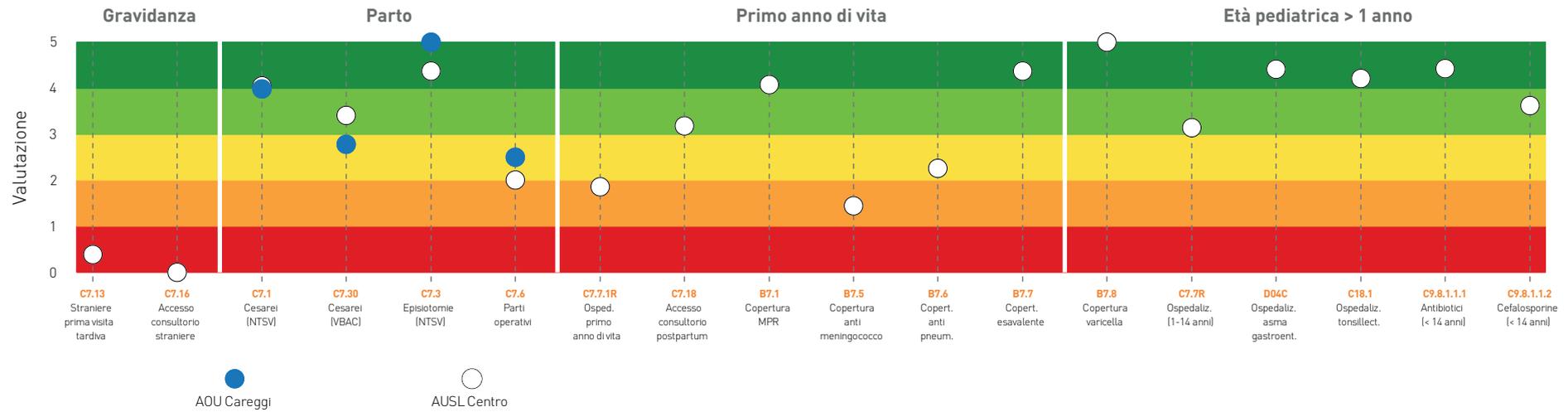
Indicatori Stabili =  
17.0%

Indicatori Peggiorati ↓  
35.8%

**Valutazione della performance 2023**

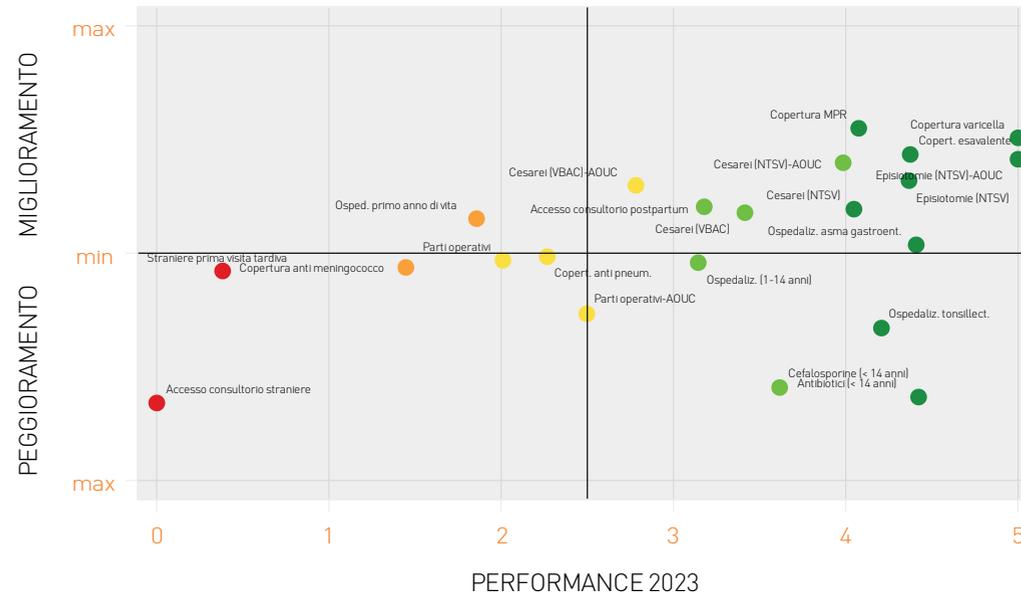


### Percorso Materno-Infantile - Area Vasta Centro

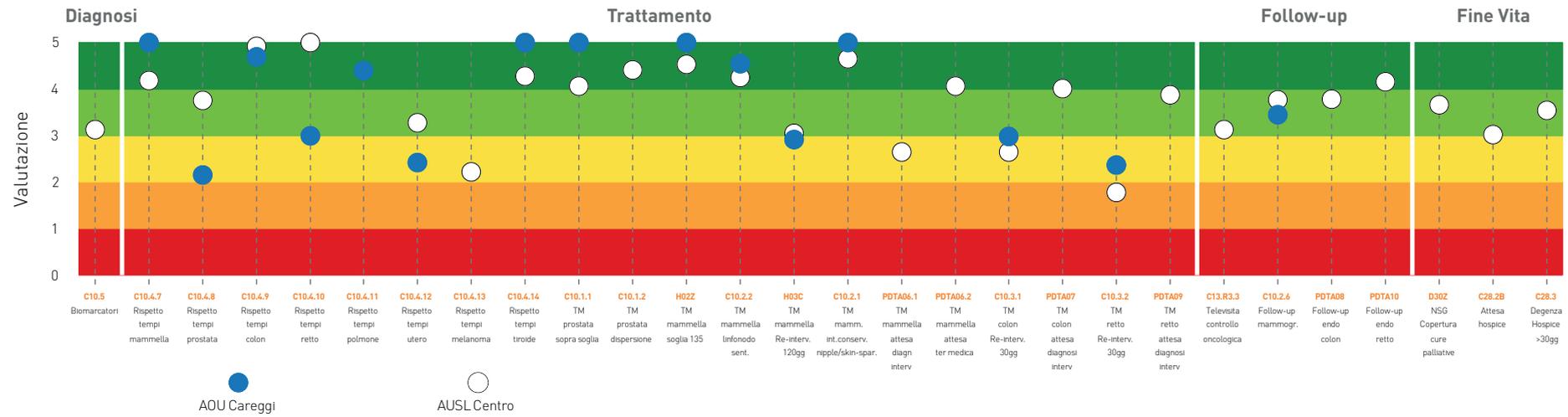


### Percorso Materno Infantile

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2023



### Percorso Oncologia - Area Vasta Centro

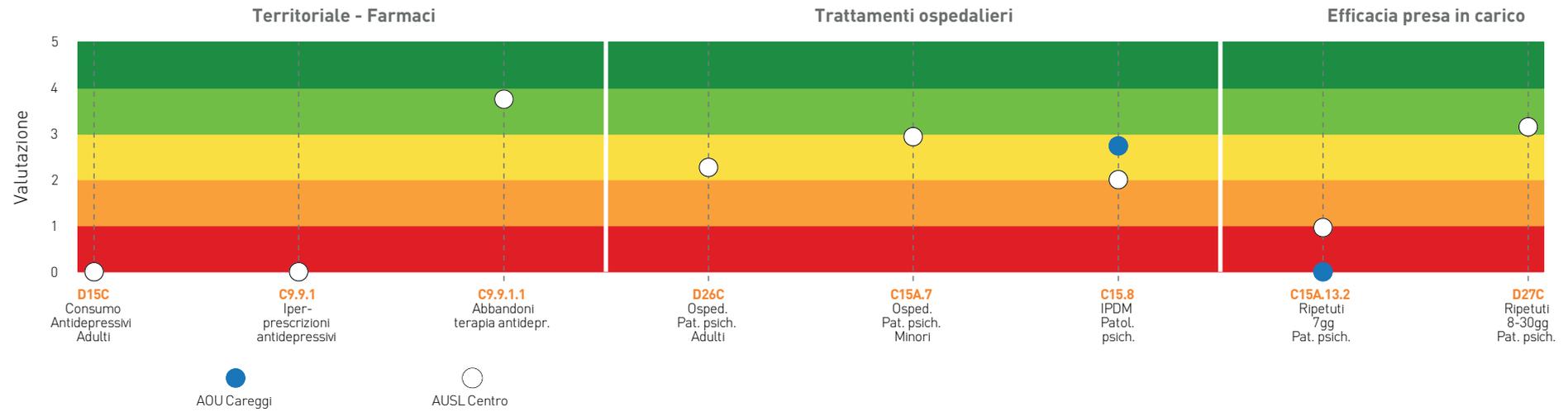


### Percorso Oncologia

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2023



### Percorso Salute Mentale - Area Vasta Centro

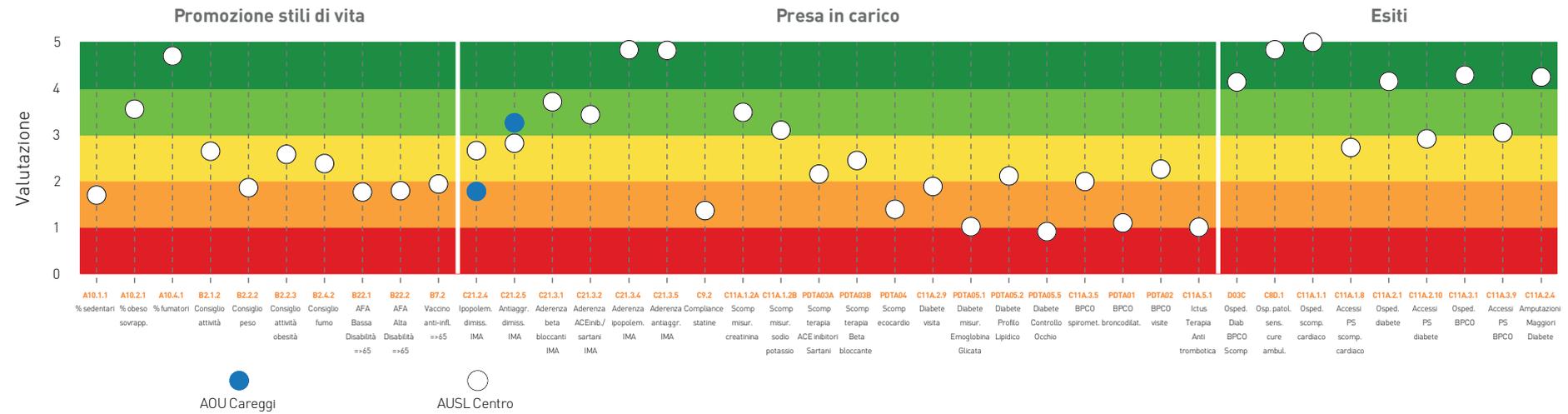


### Percorso Salute Mentale

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2023



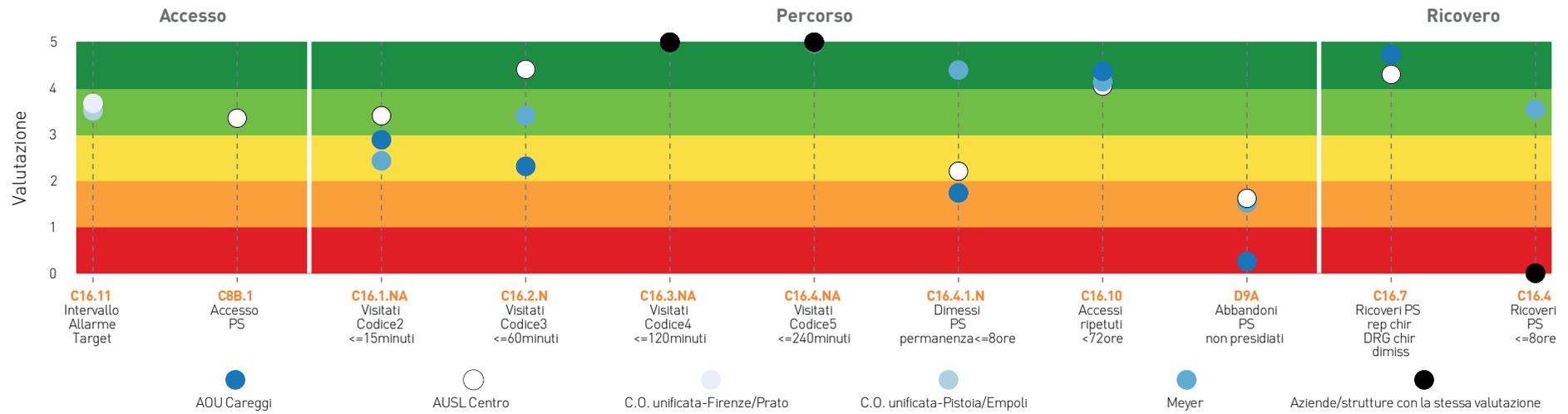
### Percorso Cronicità - Area Vasta Centro



### Percorso Cronicità Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2023



### Percorso Emergenza-Urgenza - Area Vasta Centro



### Percorso Emergenza urgenza

Mappa Performance/Trend - Area Vasta Centro - Anno 2023





# Profilo

## AUSL Nord Ovest

Anno 2023



Popolazione residente **1.246.330**

Distretti Sanitari **10**

Stabilimenti **24**

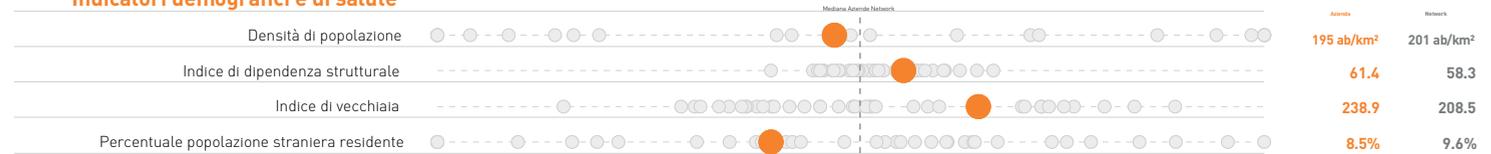
- Pubblici **15**

- Privati accreditati **9**

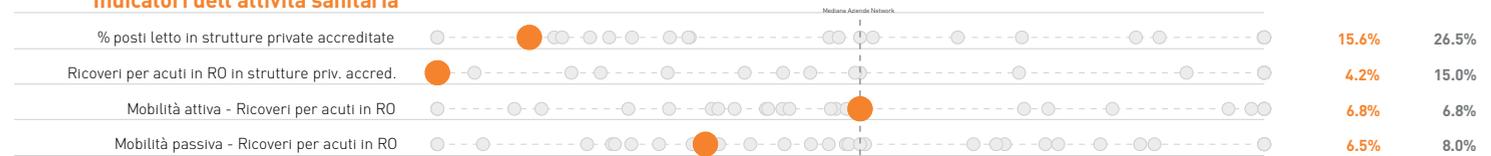
Posti letto **3.001**

\*Strutture pubbliche e private accreditate

### Indicatori demografici e di salute



### Indicatori dell'attività sanitaria



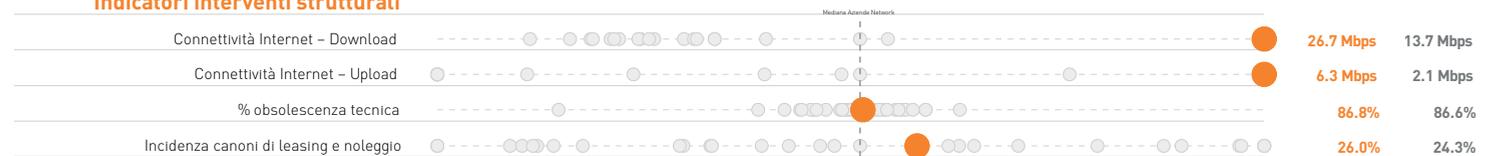
### Indicatori sul personale



### Indicatori economici



### Indicatori interventi strutturali



### Andamento indicatori - Trend 2022/2023

# AUSL TOSCANA NORD OVEST

Numero indicatori di valutazione: 264

Indicatori Migliorati ↑  
50.4%

Indicatori Stabili =  
17.8%

Indicatori Peggiorati ↓  
31.8%

## Valutazione della performance 2023



# Profilo

## Regione Toscana - AOU Pisana

Anno 2023

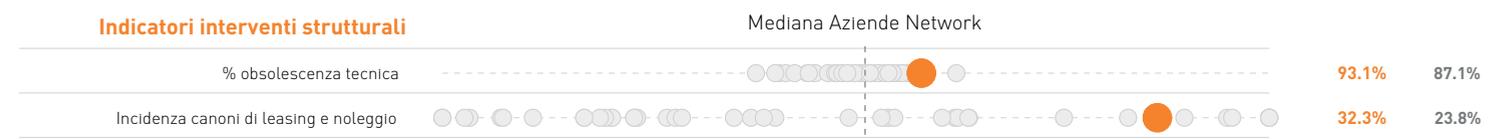
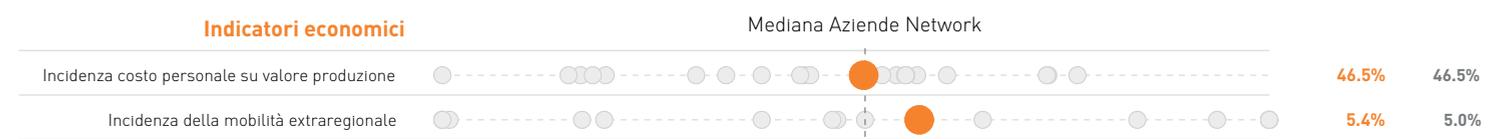
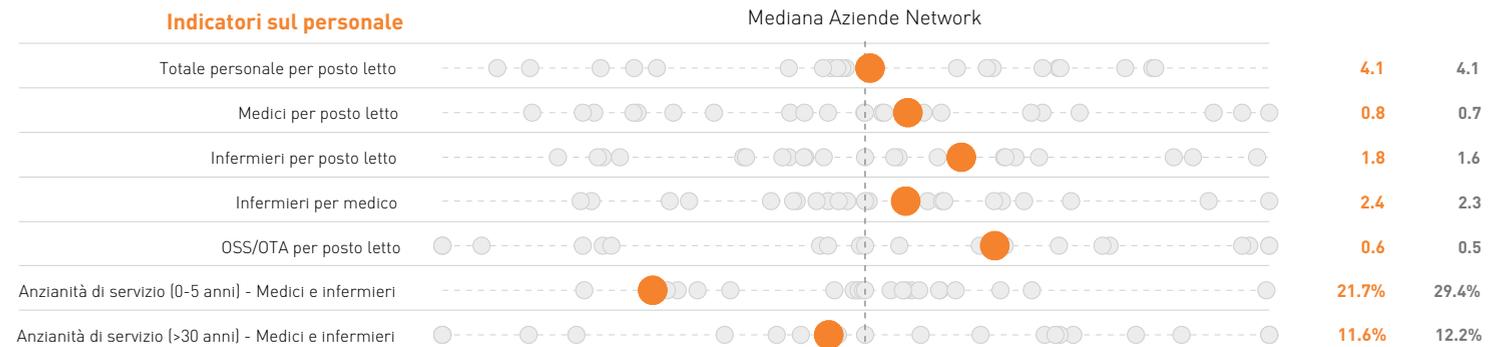
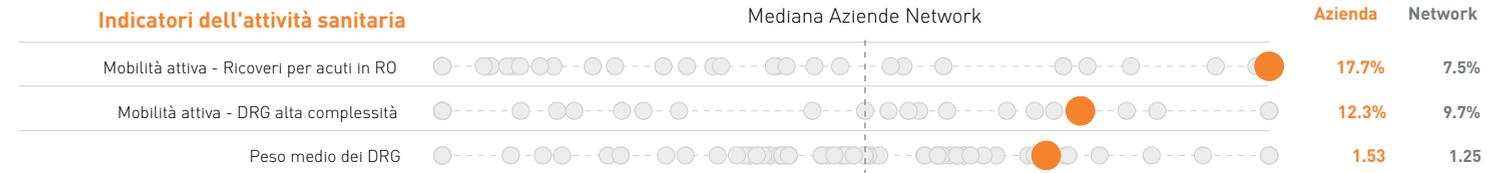


Posti letto	1.094
- Degenza Ordinaria	1.036
- Day Hospital/Day surgery	119

Dimissioni totali	53.889
Giornate di degenza ordin.	266.188

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	86.248

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (>1000)	1.756



# AOU PISANA

## Andamento indicatori - Trend 2022/2023

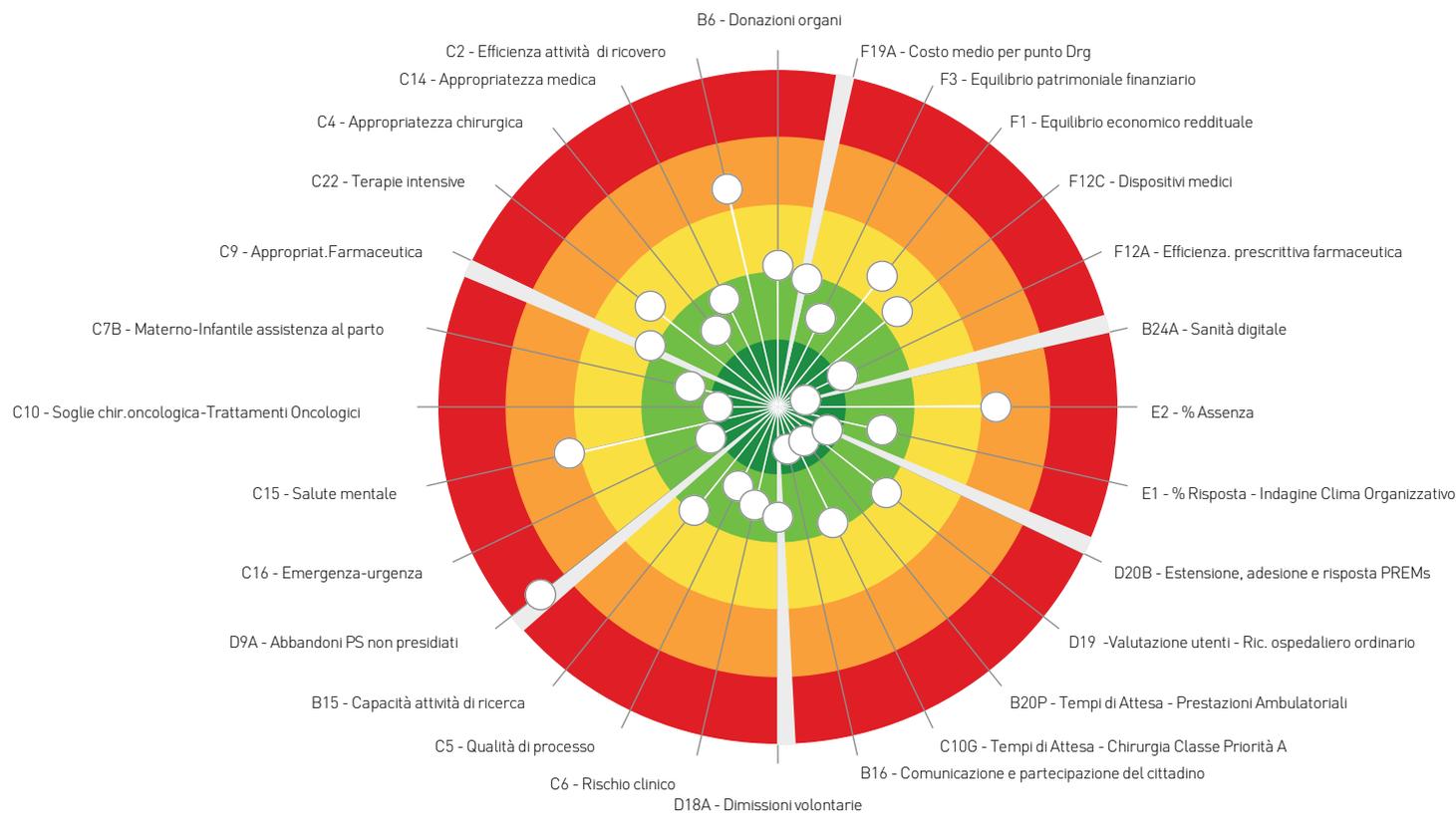
Numero indicatori di valutazione: 130

Indicatori Migliorati ↑  
40.8%

Indicatori Stabili =  
33.1%

Indicatori Peggiorati ↓  
26.2%

## Valutazione della performance 2023



# Profilo

## Regione Toscana - Fond. Monasterio

Anno 2023

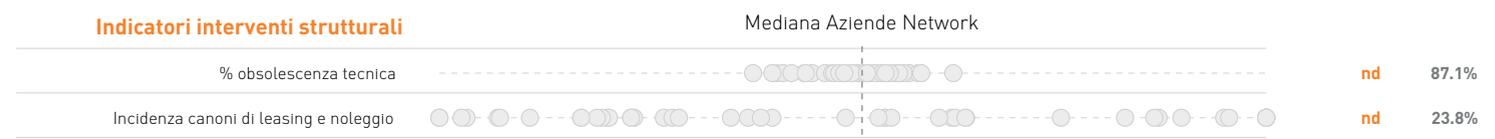
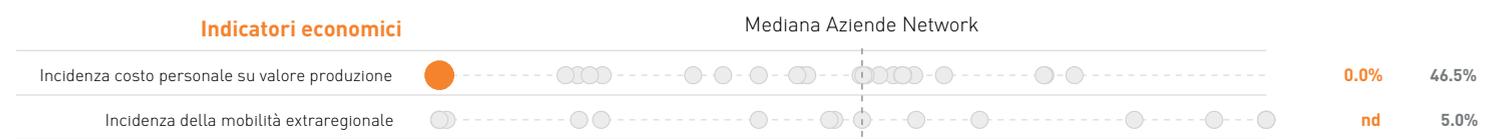
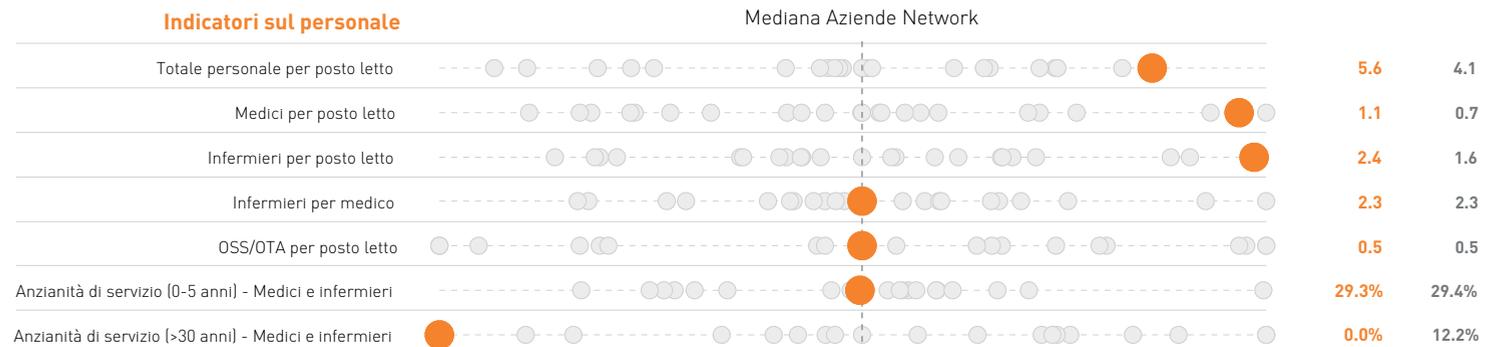
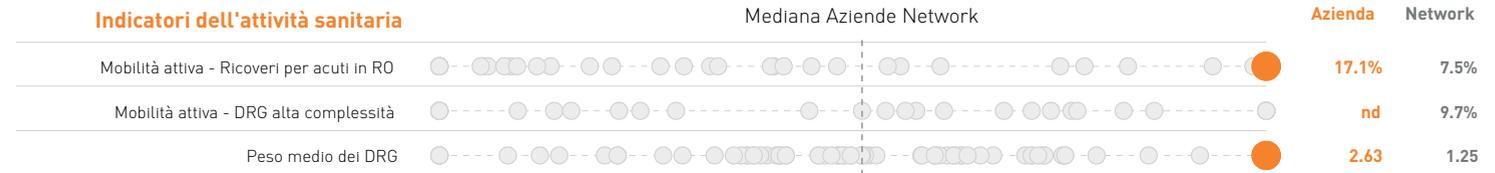


Posti letto	121
- Degenza Ordinaria	119
- Day Hospital/Day surgery	2

Dimissioni totali	5.972
Giornate di degenza ordin.	33.240

Pronto Soccorso	NO
- Livello di Emergenza	-
- Accessi	.

Punto Nascita	NO
- Numero Parti	.



# FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO

## Andamento indicatori - Trend 2022/2023

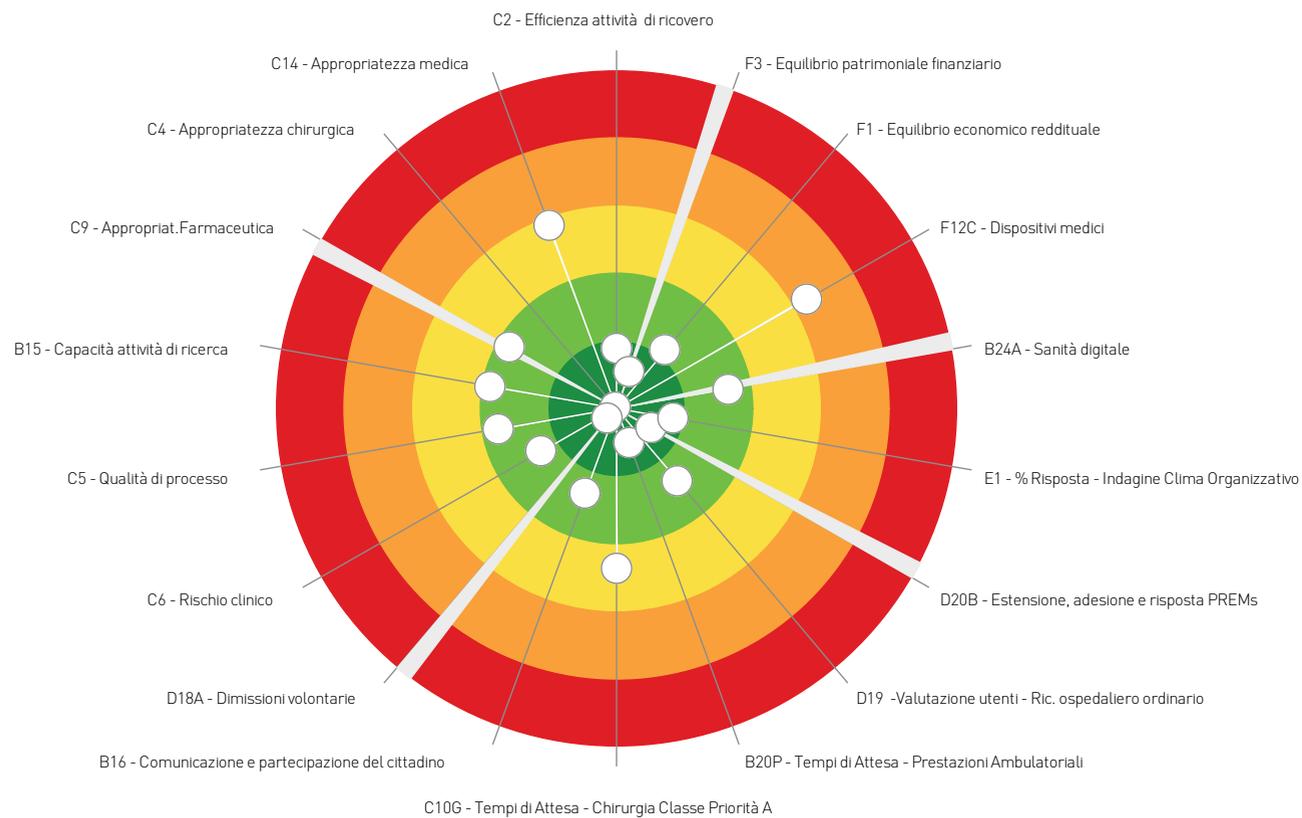
Numero indicatori di valutazione: 60

Indicatori Migliorati ↑  
48.3%

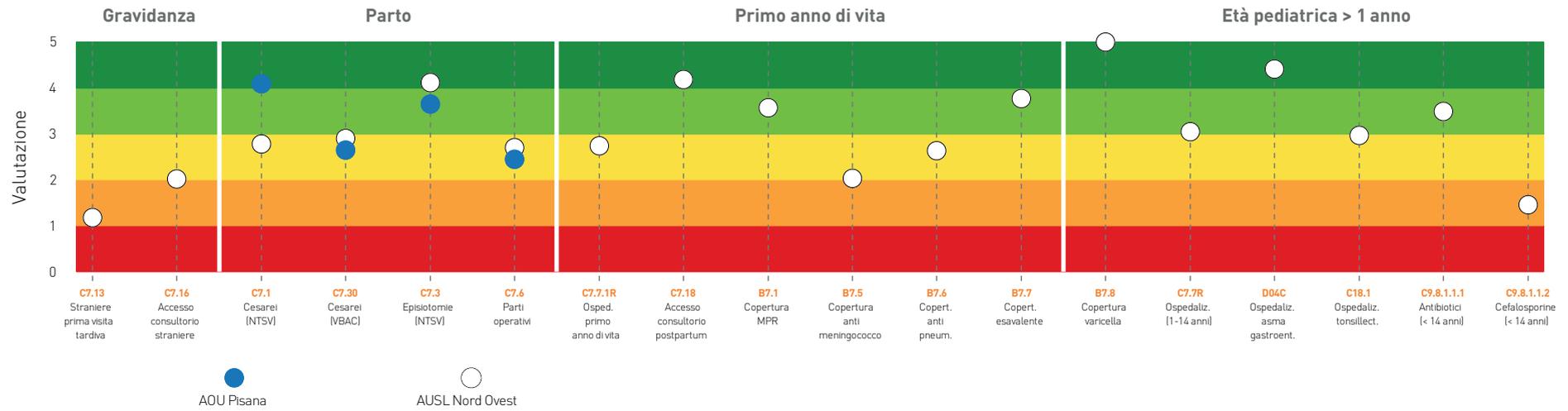
Indicatori Stabili =  
25.0%

Indicatori Peggiorati ↓  
26.7%

## Valutazione della performance 2023



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



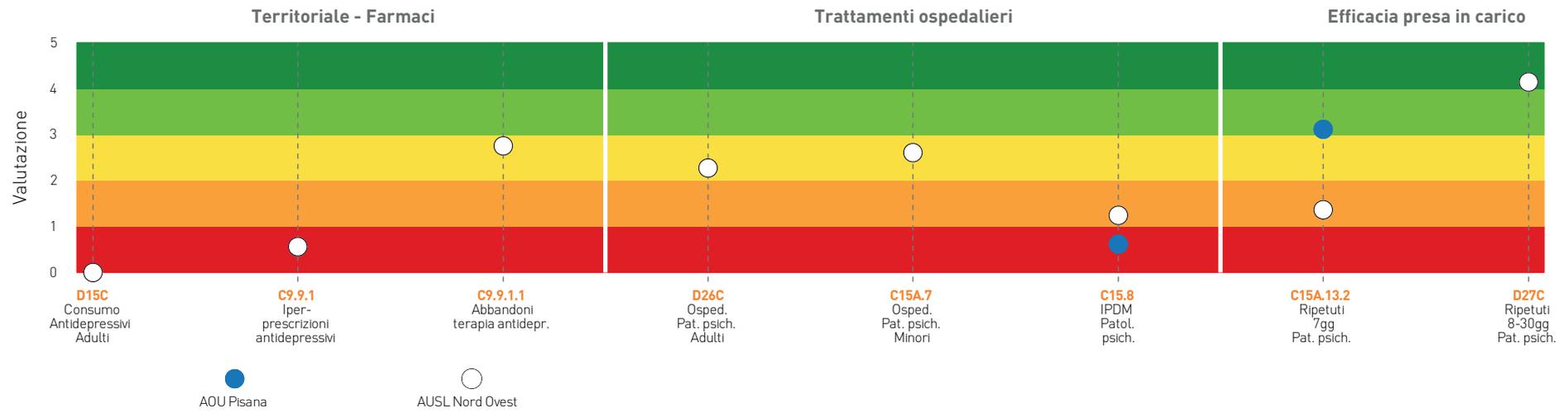
### Percorso Materno Infantile

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2023



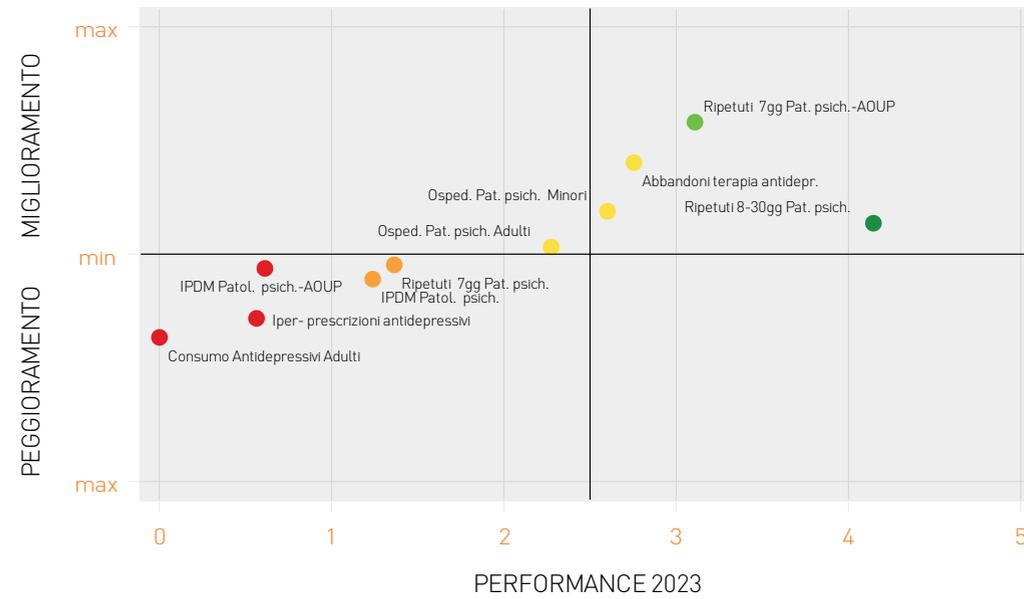


### Percorso Salute Mentale - Area Vasta Nord Ovest

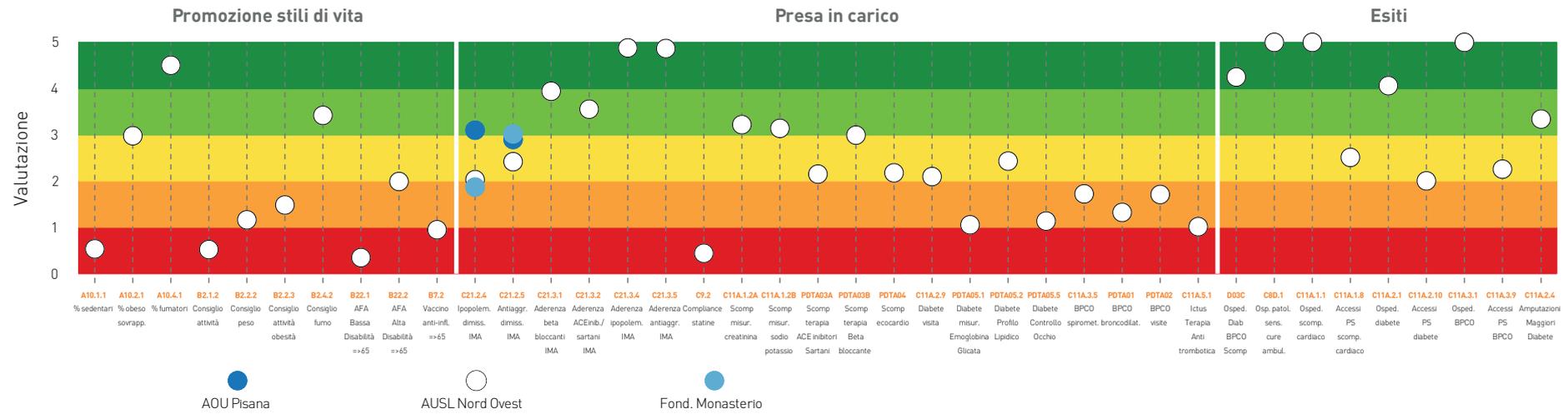


### Percorso Salute Mentale

Mappa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2023



### Percorso Cronicità - Area Vasta Nord Ovest

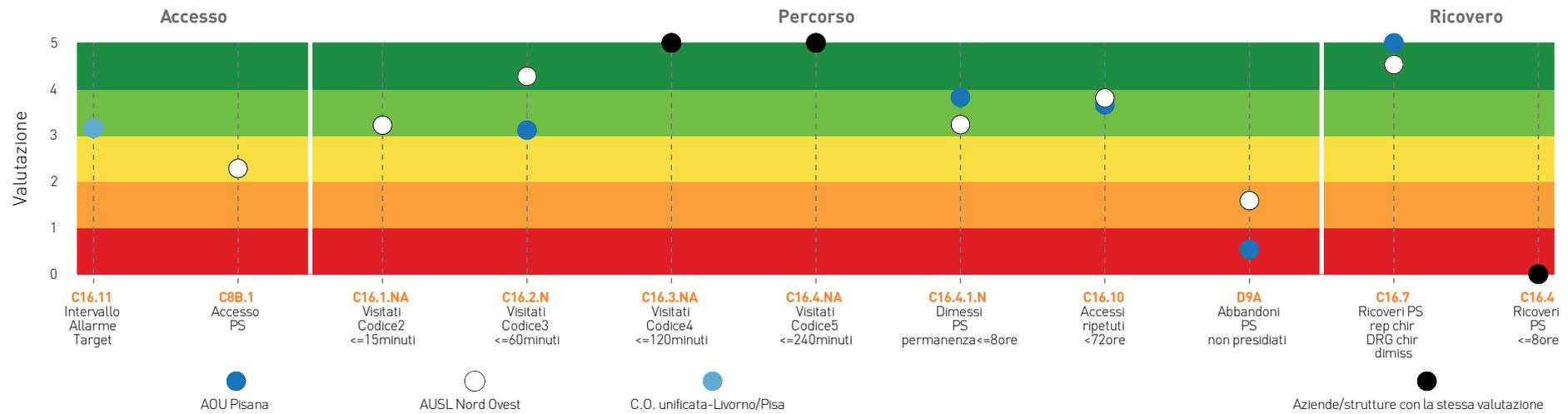


### Percorso Cronicità

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2023



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



### Percorso Emergenza urgenza

Mappa Performance/Trend - Area Vasta Nord Ovest - Anno 2023





# Profilo

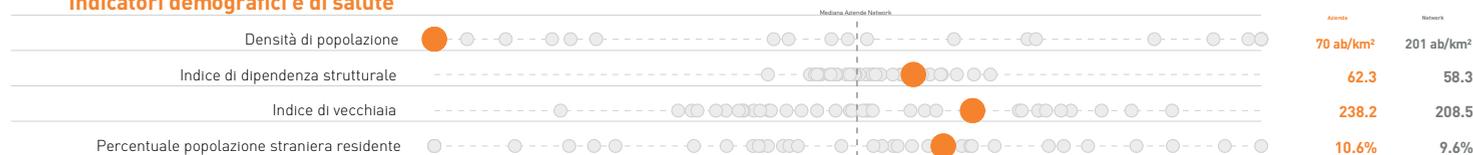
## AUSL Sud Est

Anno 2023

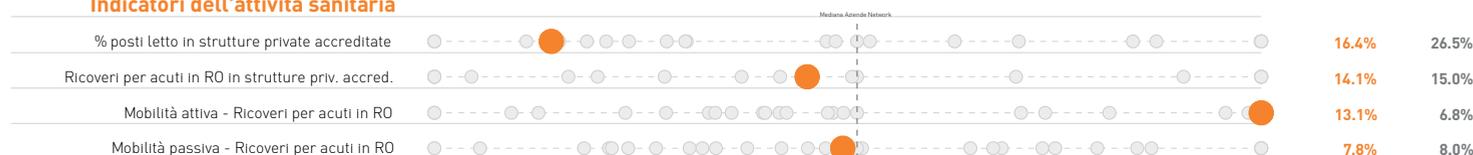


Popolazione residente	811.242
Distretti Sanitari	10
Stabilimenti	18
- Pubblici	14
- Privati accreditati	4
Posti letto	1.928
*Strutture pubbliche e private accreditate	

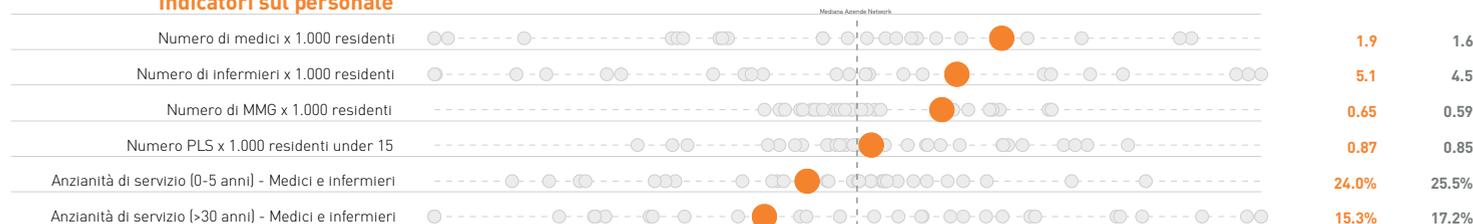
### Indicatori demografici e di salute



### Indicatori dell'attività sanitaria



### Indicatori sul personale



### Indicatori economici



### Indicatori interventi strutturali



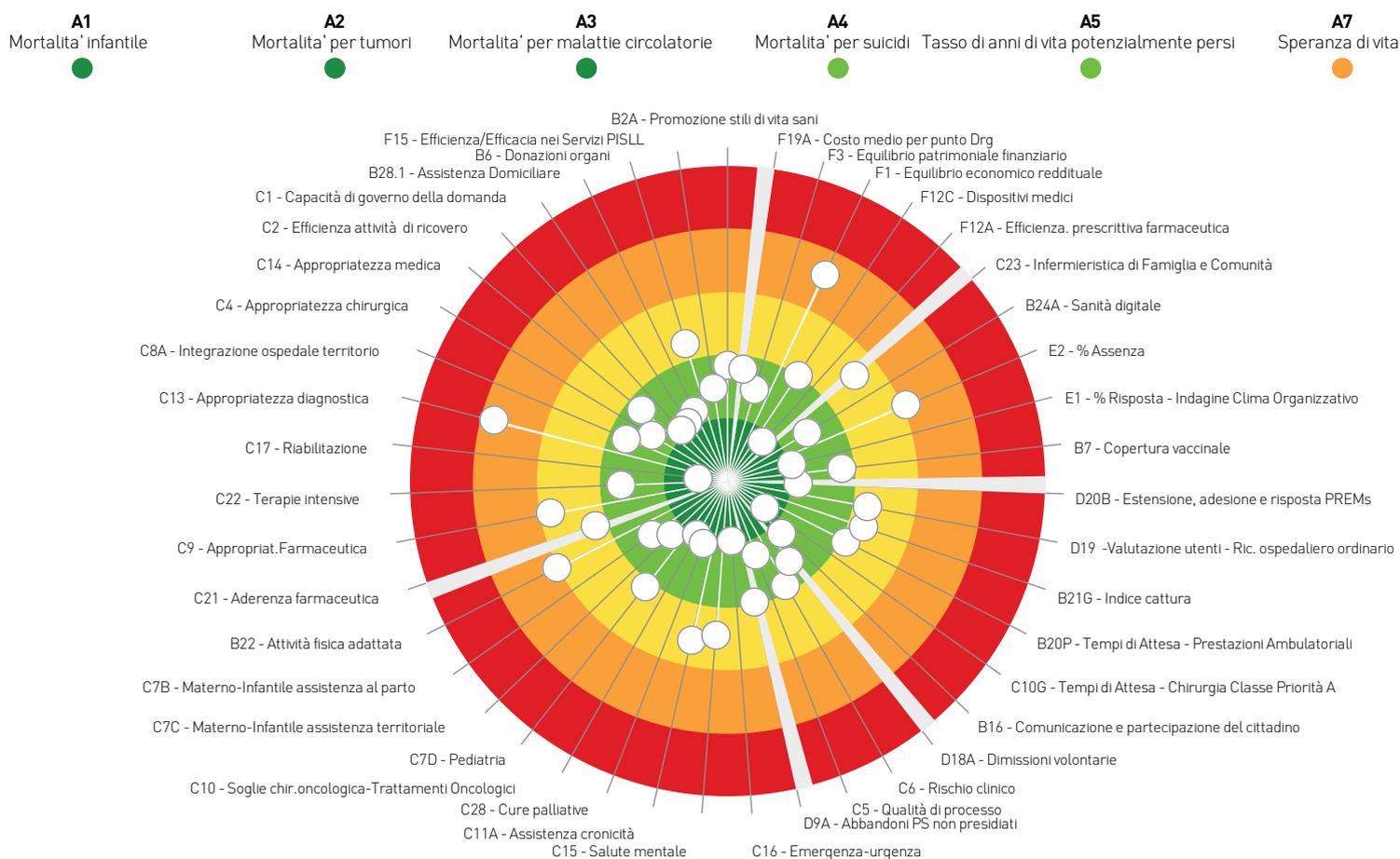
### Andamento indicatori - Trend 2022/2023

# AUSL TOSCANA SUD EST

Numero indicatori di valutazione: 263

Indicatori Migliorati ↑ 45.2%      Indicatori Stabili = 19.4%      Indicatori Peggiorati ↓ 35.4%

## Valutazione della performance 2023



# Profilo

## Regione Toscana - AOU Senese

Anno 2023

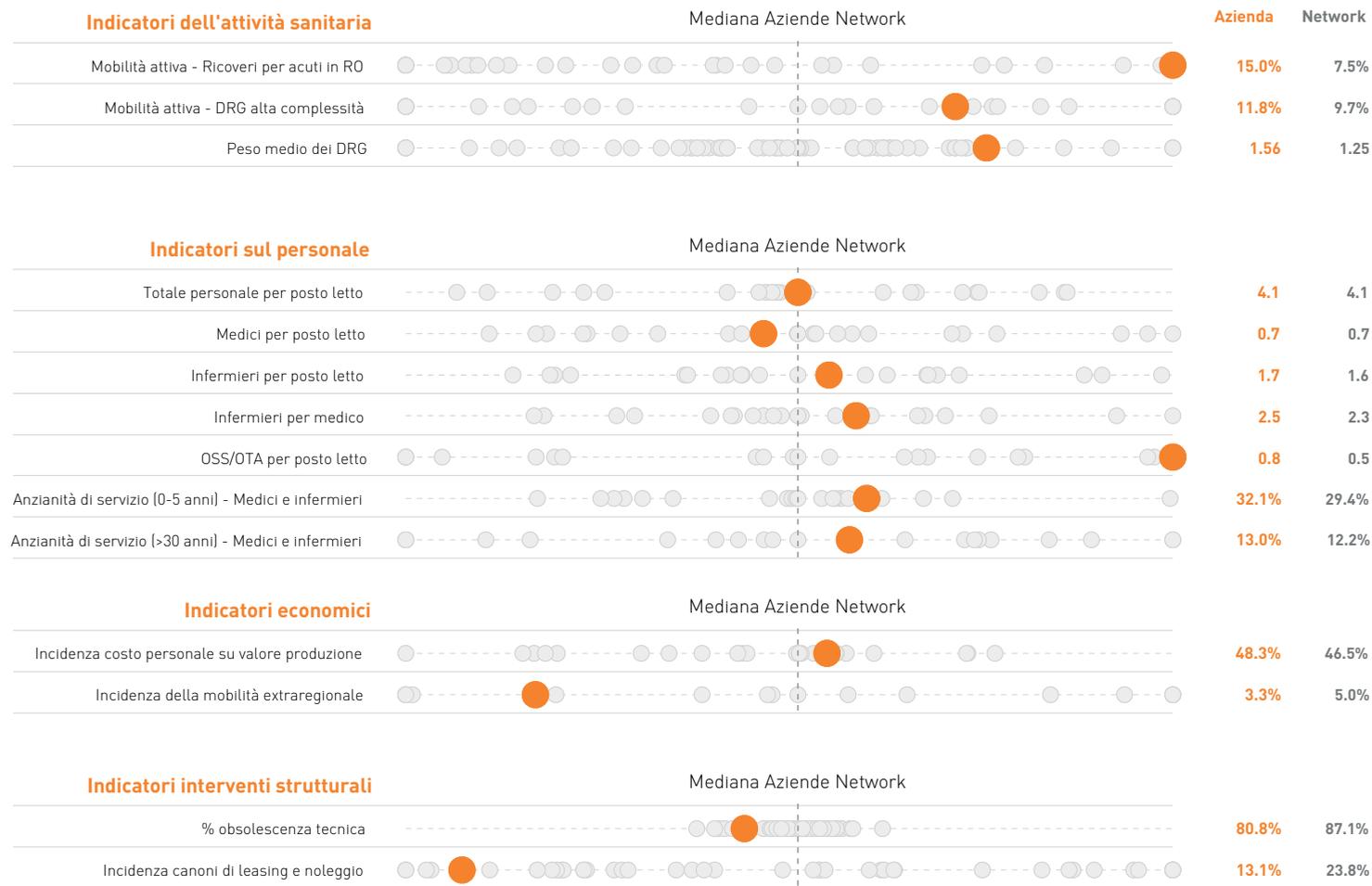


Posti letto	642
- Degenza Ordinaria	559
- Day Hospital/Day surgery	83

Dimissioni totali	31.841
Giornate di degenza ordin.	153.108

Pronto Soccorso	SI
- Livello di Emergenza	DEA II
- Accessi	57.860

Punto Nascita	SI
- Numero Parti (500-1000)	867



# AOU SENESE

## Andamento indicatori - Trend 2022/2023

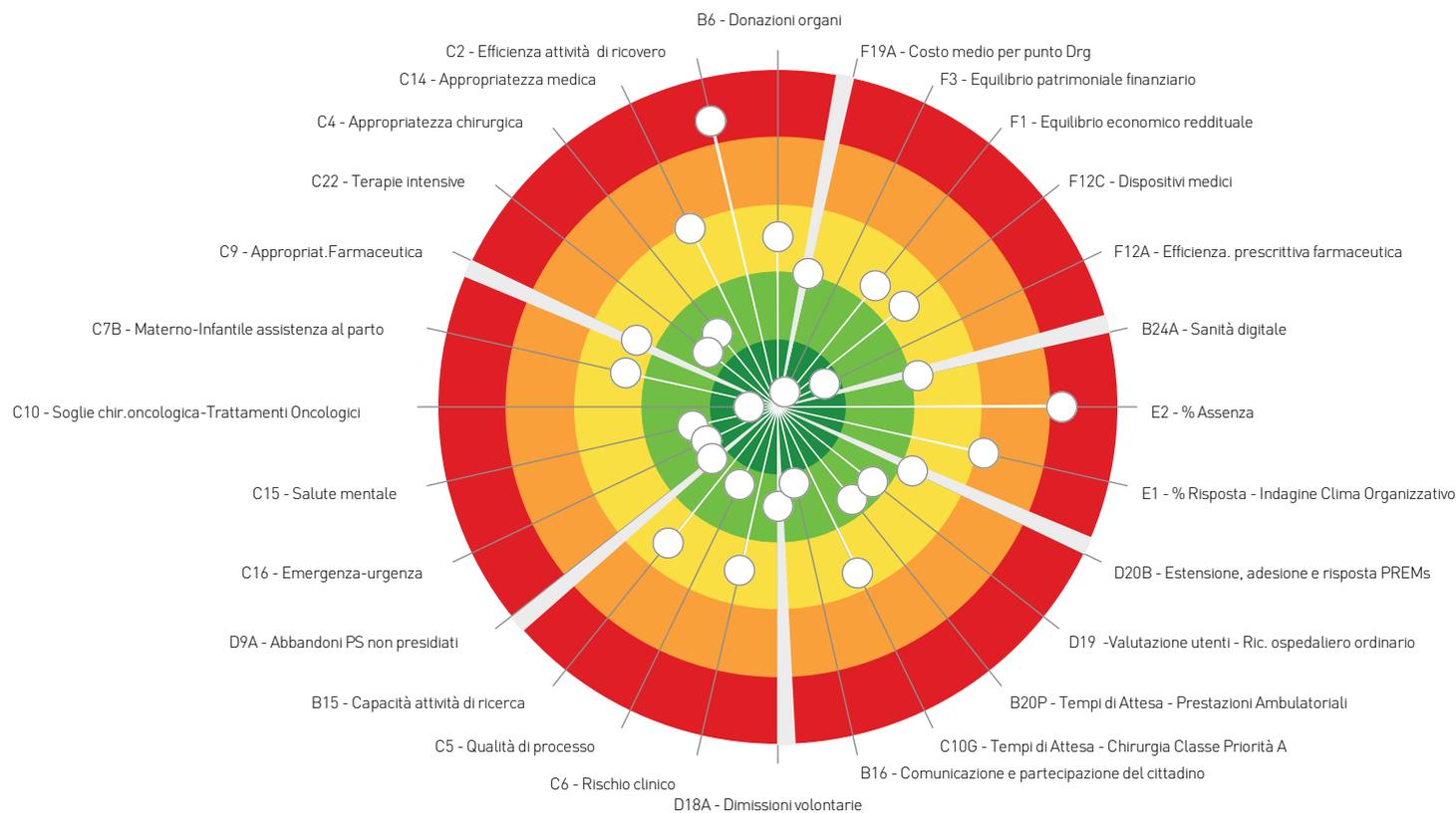
Numero indicatori di valutazione: 131

Indicatori Migliorati ↑  
45.0%

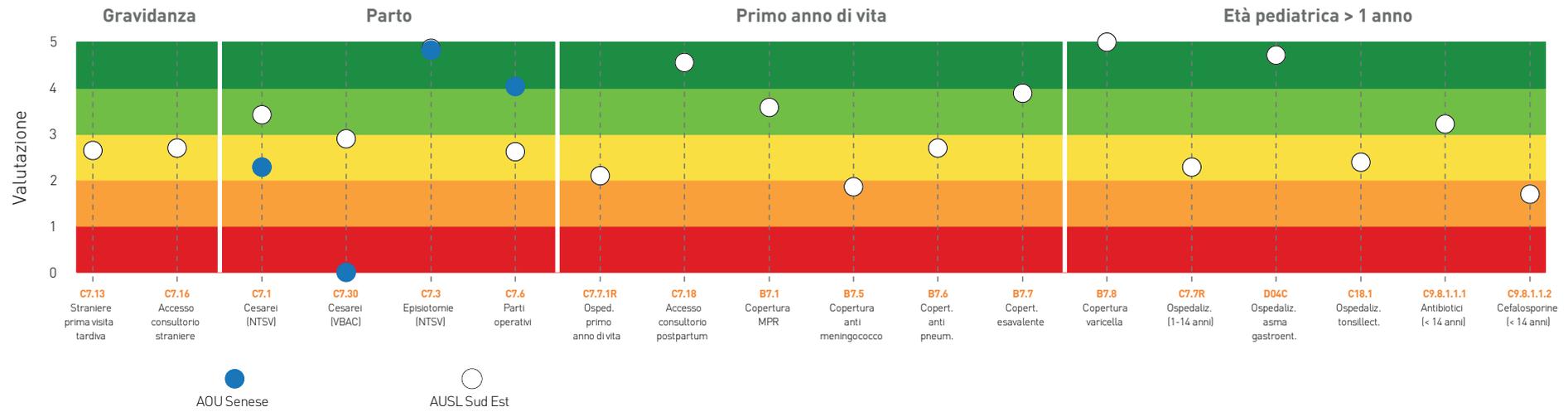
Indicatori Stabili =  
17.6%

Indicatori Peggiorati ↓  
37.4%

## Valutazione della performance 2023



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

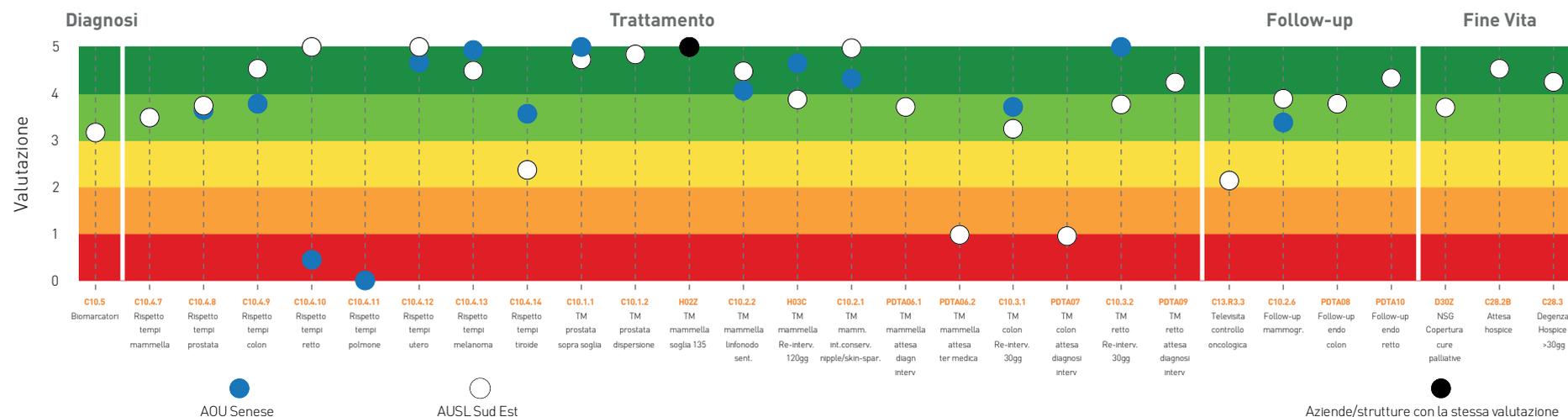


### Percorso Materno Infantile

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2023



### Percorso Oncologia - Area Vasta Sud Est

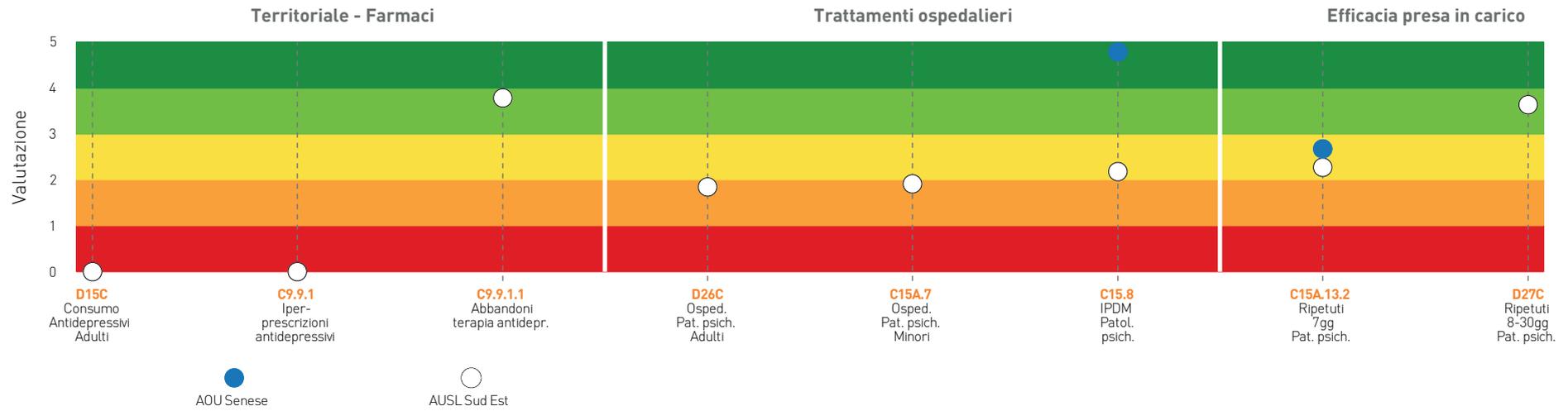


### Percorso Oncologia

Mapa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2023



### Percorso Salute Mentale - Area Vasta Sud Est

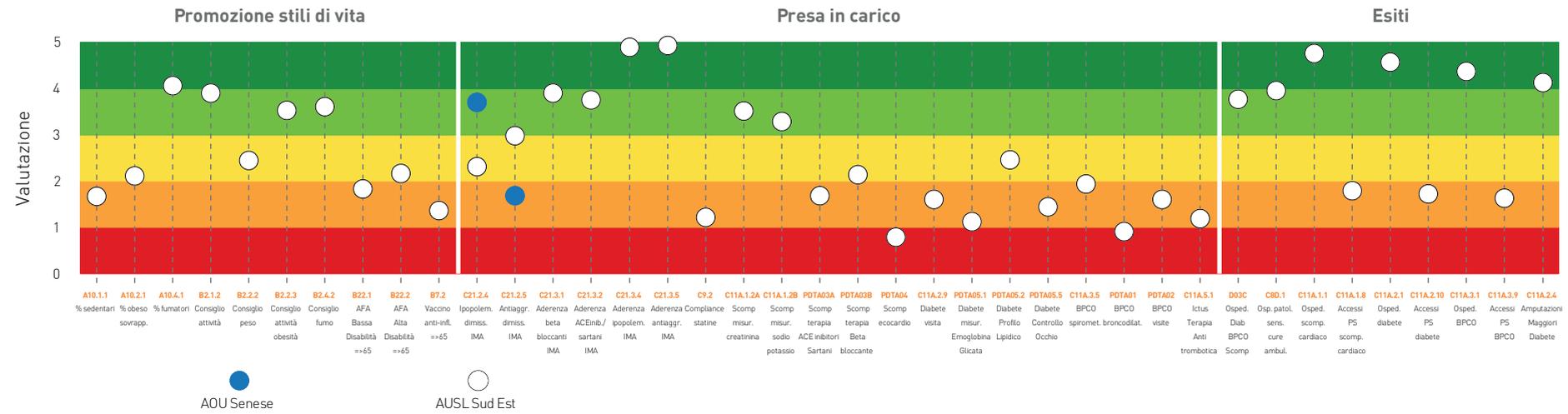


### Percorso Salute Mentale

Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2023



### Percorso Cronicità - Area Vasta Sud Est

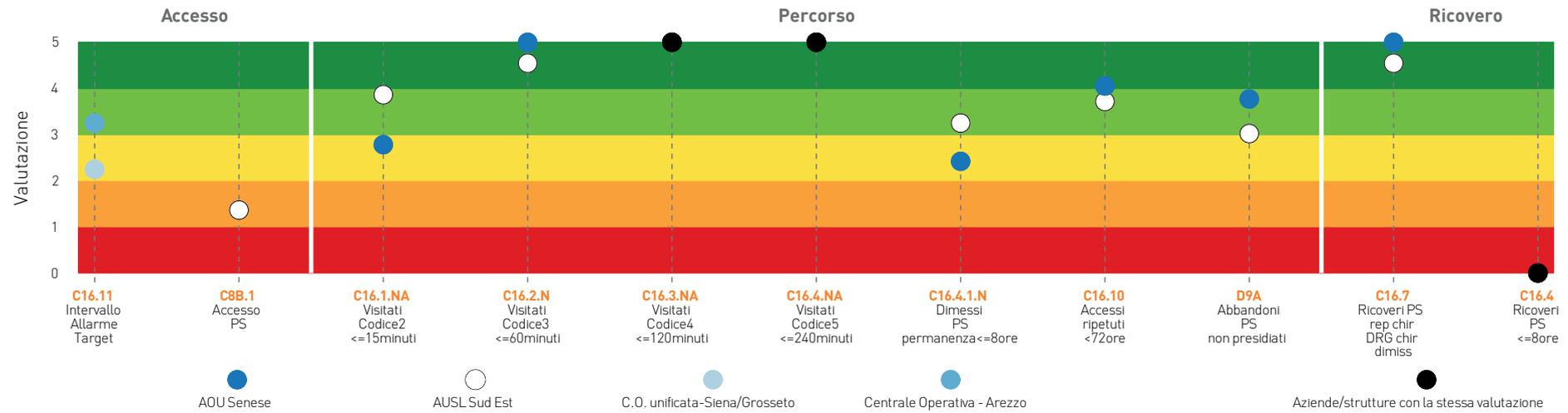


### Percorso Cronicità

Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2023



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



### Percorso Emergenza urgenza

Mappa Performance/Trend - Area Vasta Sud Est - Anno 2023







3

INDICATORI

---

---

# ASSISTENZA

a cura di Giuseppe D'Orio, Benedetta Dal Canto, Maria Francesca Furmenti, Manuela Furlan, Andrea Garuglieri, Sofia Longhi, Claudio Mazzi, Giaele Moretti, Anna Maria Murante, Francesca Pennucci



---

## A10 Stili di vita (PASSI)

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



### A10 Stili di vita (PASSI)

A10.1.1 Percentuale di sedentari

A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso

A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

A10.4.1 Percentuale di fumatori

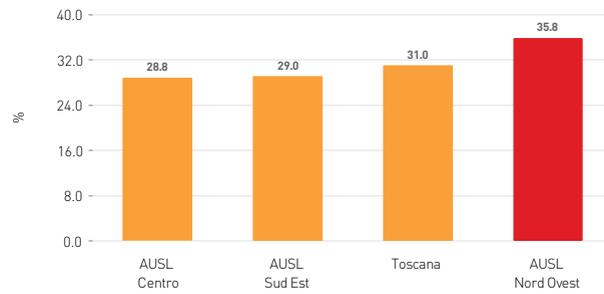
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
31.00	35.75	28.80	28.99
38.23	38.09	35.79	41.57
18.97	17.28	21.47	17.44
22.65	22.49	21.90	23.81

### A10.1.1 Percentuale di sedentari

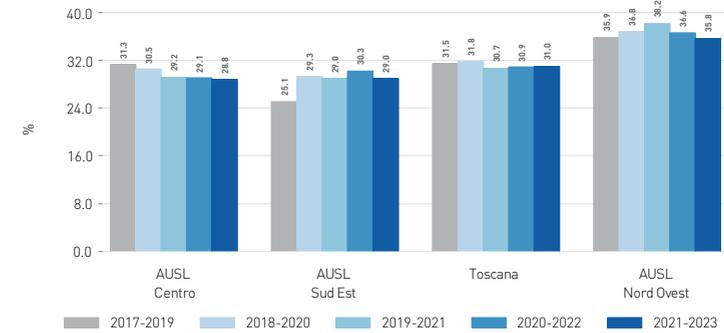
Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i paesi sviluppati e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unitamente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione 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 2023



Aziende - Trend

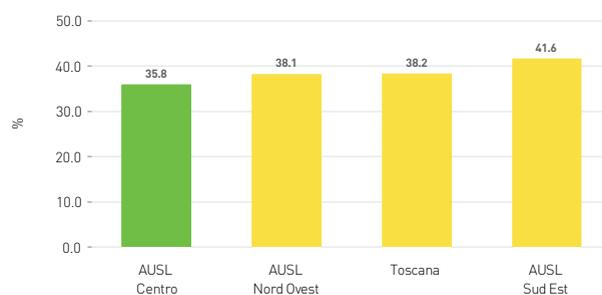


## A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso

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 2023



Aziende - Trend

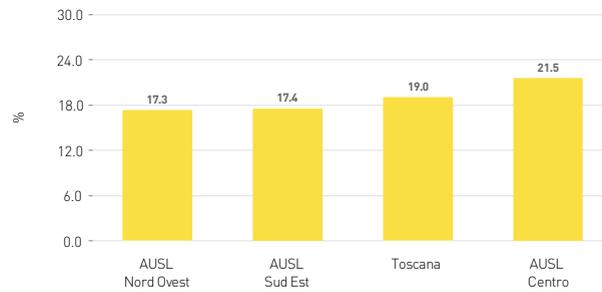


### A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto

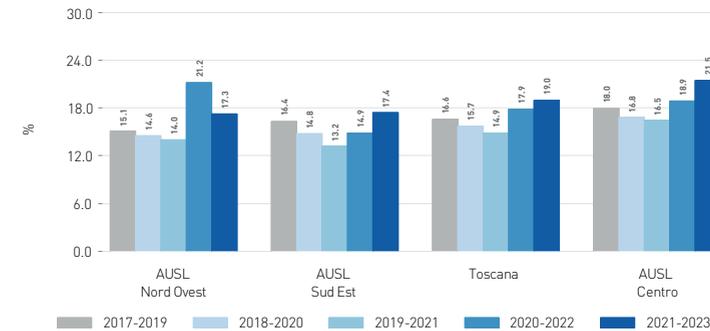
Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma ad essere rilevanti, dal punto di vista degli effetti sulla salute, sono soprattutto le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol nella popolazione intervistata, considerando il consumo abituale elevato, il 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 2023



Aziende - Trend

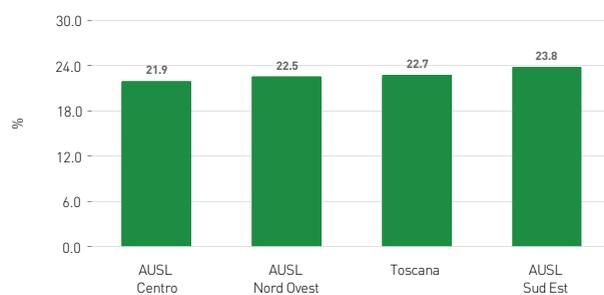


### A10.4.1 Percentuale di fumatori

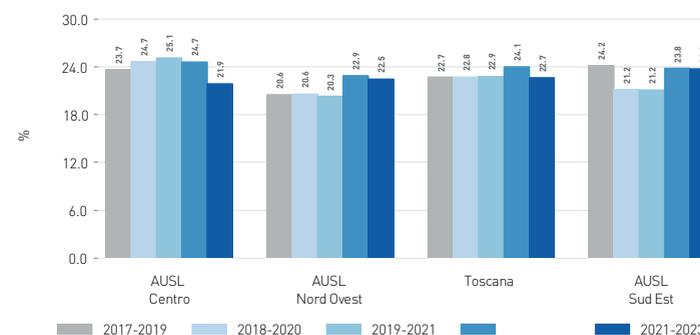
Gli effetti negativi del fumo ricadono non solo sulle persone che ne sono dipendenti, ma anche su quelle che sono esposte abitualmente al fumo passivo. Per fumatore, secondo la definizione dell'OMS, si intende chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e, attualmente, fuma tutti i giorni o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



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## B2A Promozione stili di vita sani

Secondo la definizione dell'OMS, «la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. In questa visione la prevenzione e la promozione della salute abbracciano tutte le fasi della vita e rappresentano un'opportunità per vivere una vita in linea con le proprie aspettative e i propri bisogni.



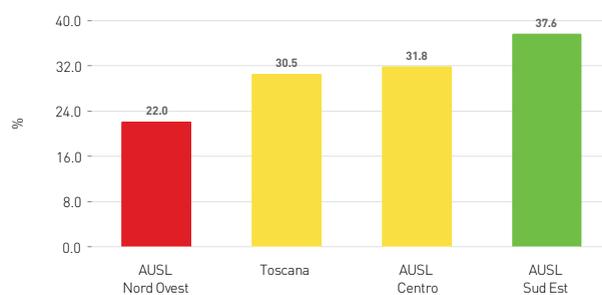
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>B2A Promozione stili di vita sani</b>	●	●	●	●
B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)				
<i>B2.6 Luoghi di lavoro che promuovono salute</i>				
<i>B2.6.2 Luoghi di lavoro raggiunti dal programma - Aziende Sanitarie/Ospedaliere</i>	35.14			
<i>B2.6.1 Luoghi di lavoro raggiunti dal programma - Aziende Private/Amministrazioni Pubbliche</i>				
B2.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	30.51	22.02	31.81	37.57
B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	43.63	38.95	43.86	48.13
B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	39.74	31.22	40.08	47.80
B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	7.31	7.21	8.42	5.41
B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	53.46	56.51	48.00	58.07
<i>B2.5 Promozione della salute nelle scuole</i>				
<i>B2.5.1 Istituti raggiunti dal programma - adesione alla rete</i>		37.07	33.62	29.31
<i>B2.5.2 Istituti raggiunti dal programma - attuazione pratiche raccomandate</i>	82.76	93.02	76.92	60.47

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

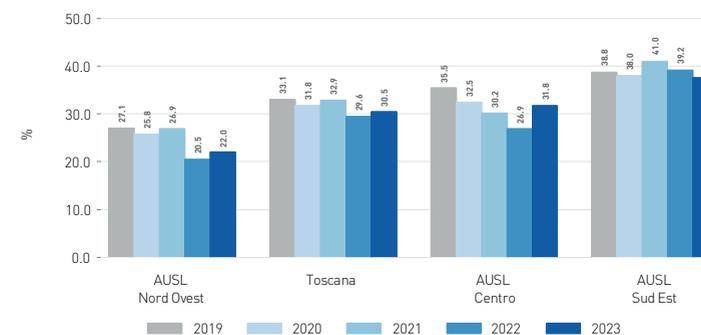
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione 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 2023



Aziende - Trend

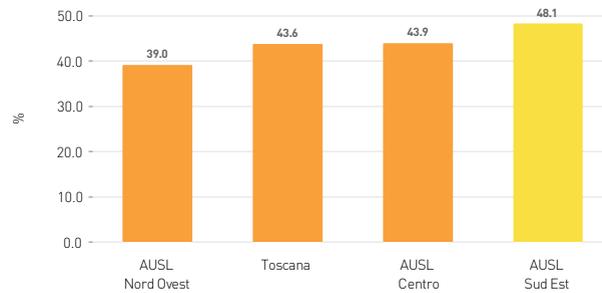


## B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso

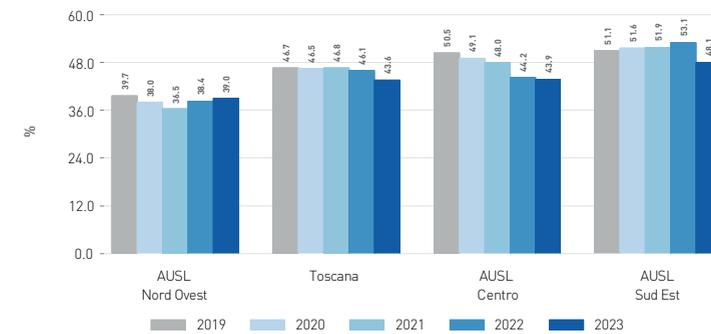
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione 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 2023



Aziende - Trend

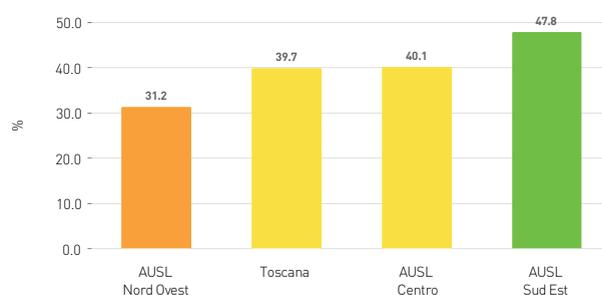


### B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

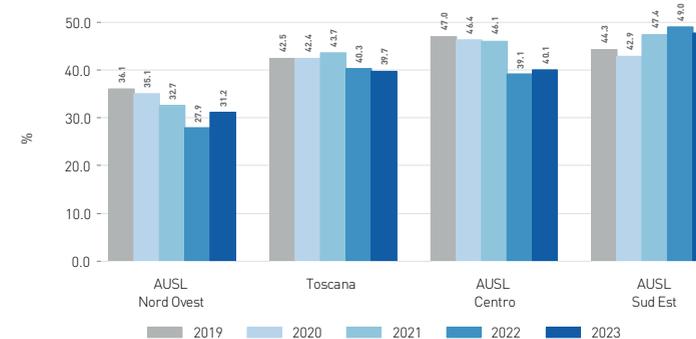
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione 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 2023



Aziende - Trend

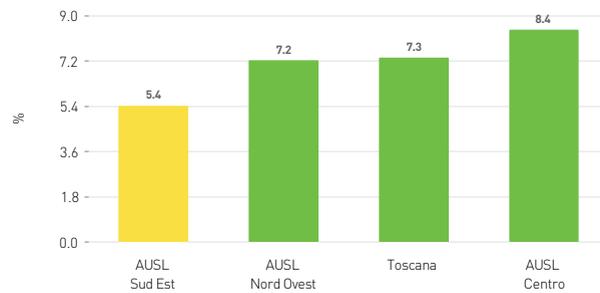


### B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

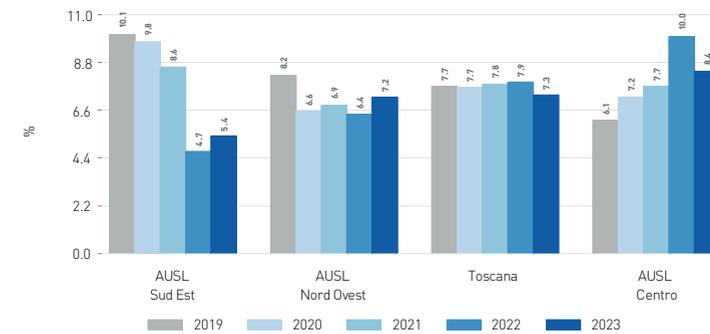
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione 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 2023



Aziende - Trend

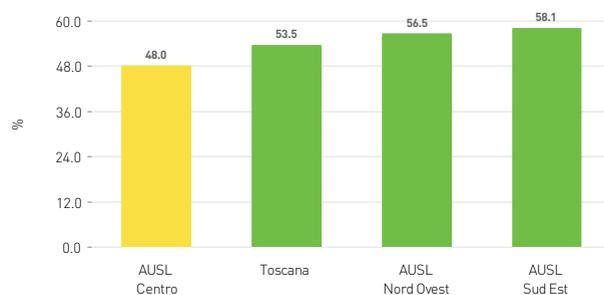


## B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

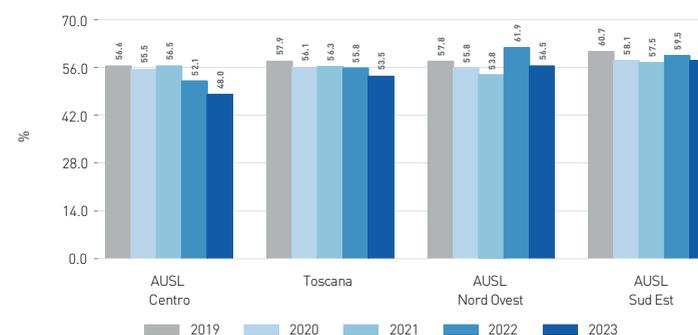
I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica - sono in gran parte modificabili ed è evidente che la mancata azione 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 2023



Aziende - Trend



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

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



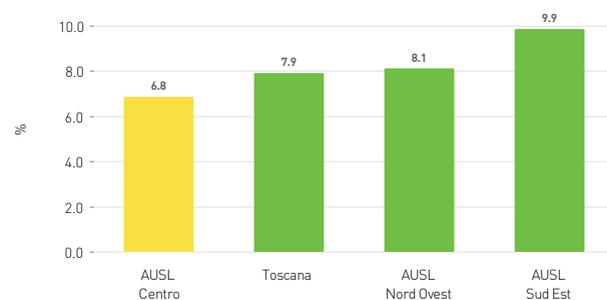
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>F15 Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)</b>	●	●	●	●
F15.2 Copertura del territorio				
F15.2.1T N.aziende controllate/N.PAT INAIL	7.89	8.11	6.85	9.86
F15.2.3T N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione	109.42	108.17	109.05	111.93
F15.1.8 Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole	139.25	120.18	105.46	171.99
F15.3 Efficienza produttiva				
F15.3.1T N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL	47.69	52.72	40.71	55.66
F15.3.2 N.sopraluoghi/N.personale UPG SPSAL	37.38	41.10	27.05	54.15
F15.1.1S Efficacia strutturale riferita al numero di unità locali (PAT) rispetto al personale qualificato	540.07	510.63	574.27	517.56
F15.1.4S Efficacia strutturale riferita al numero di lavoratori occupati (ISTAT) rispetto al personale qualificato	4533.28	4596.26	4410.11	4681.18
F15.1.3 Inchieste per infortunio sul lavoro	792.00	270.00	306.00	216.00
F15.1.4 Inchieste per malattie professionali	122.00	7.00	26.00	89.00

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

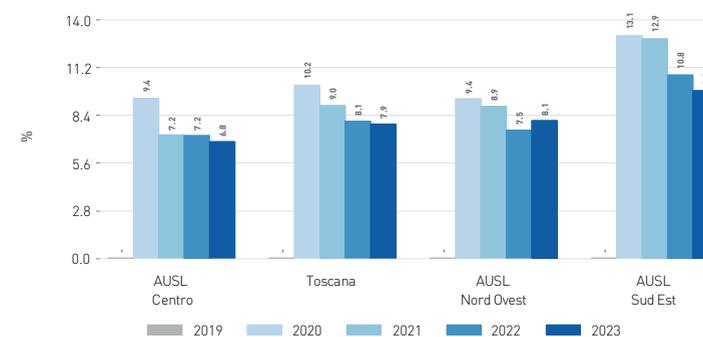
L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende sottoposte a controlli complessivi (sia di tipo ispettivo, con sopralluogo, che di tipo documentale, senza sopralluogo) rapportato al numero di Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) INAIL.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend

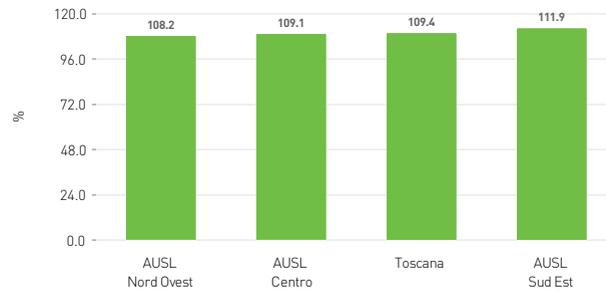


### F15.2.3T N.cantieri controllati/N.controlli in edilizia secondo programmazione

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 2023



Aziende - Trend

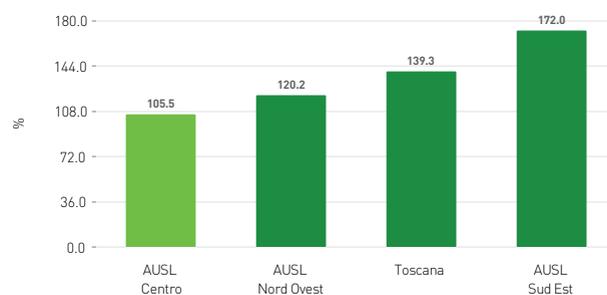


## F15.1.8 Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo aziende agricole

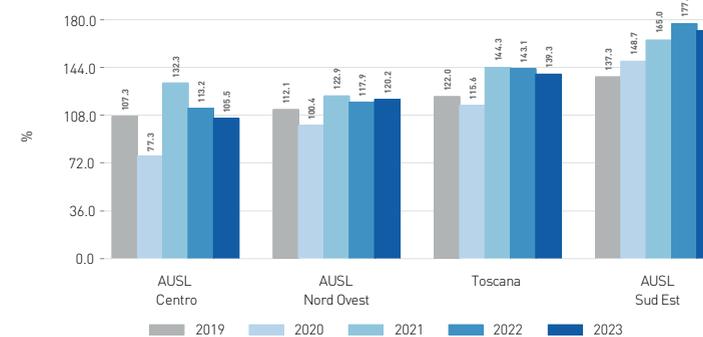
La copertura del territorio viene valutata anche tramite la rilevazione delle aziende agricole. La fonte dati deriva dal Piano regionale agricoltura (formalizzato dalla DGR 783/2010 e dal DD 5395) che a sua volta discende dal Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura (PNPAS). Il flusso di aziende agricole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



### Aziende - Dati 2023



### Aziende - Trend

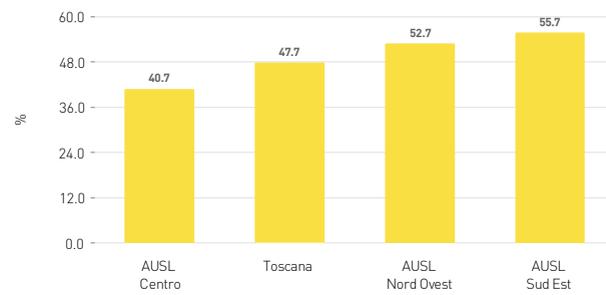


### F15.3.1T N.aziende controllate/N.personale UPG SPSAL

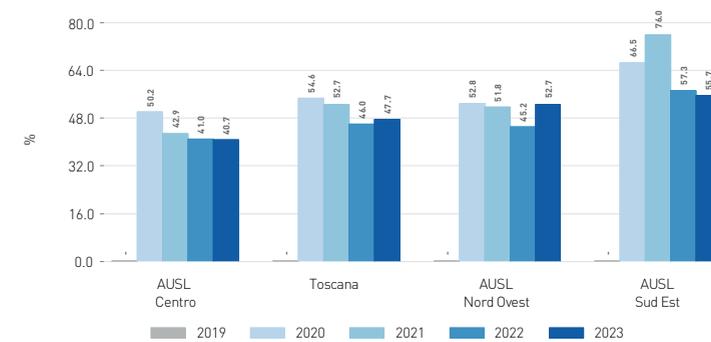
Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di aziende controllate (cioè con controlli sia di tipo ispettivo, con sopralluogo, sia di tipo documentale, senza sopralluogo) rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza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



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## B6 Donazioni organi e tessuti

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
<b>B6 Donazioni organi e tessuti</b>									
<i>B6.1.6A Segnalazioni di morte encefalica, DCD3</i>	0.00	0.01	0.01				0.00		
<i>B6.1.7 Percentuale di decessi con lesioni encefaliche acute</i>	2.99	2.73	2.42	3.01	3.80	5.84	4.38	0.28	3.79
<i>B6.1.1A Efficienza di segnalazione</i>	51.30	42.44	40.88	26.80	68.12	71.43	101.25	0.00	
<i>B6.1.6 Segnalazioni di morti encefaliche</i>	0.09	0.13	0.11	0.05	0.07	0.10	0.11		
<i>B6.1.2 Percentuale di donatori procurati</i>	56.25	63.01	56.76	61.54	57.45	34.29	56.79		
<i>B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati</i>	84.13	78.26	83.33	81.25	88.89	83.33	89.13		
<i>B6.1.15 Conversion rate</i>	46.06	50.69	52.56	46.88	51.06	21.74	44.64		
<i>B6.1.8 Efficienza di segnalazione dei potenziali donatori di tessuti a cuore fermo</i>	82.02	79.87	80.93	78.53	95.49	73.03	90.13		
<i>B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi</i>	21.99	23.70	21.66	30.02	7.81	13.83	23.97		
<i>B6.1.9 Opposizione alla donazione</i>	34.10	30.77	26.92	34.38	31.92	54.35	33.93		
<i>B6.1.10 Donazione di organi a cuore fermo</i>	33.09	0.00	0.00	18.75	0.00		59.57		

### B6.1.1A Efficienza di segnalazione

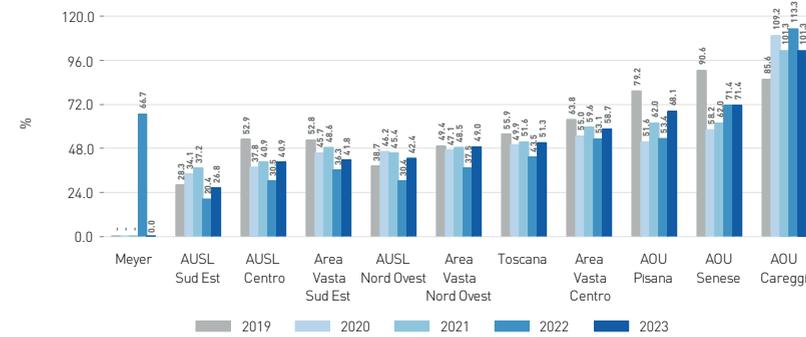
L'indicatore misura l'efficienza di segnalazione, in linea con il modello adottato dalla regione Toscana (Delibera Giunta regionale n.1380 del 27 dicembre 2016) di sviluppo delle Reti cliniche tempo dipendenti. Trattandosi di un indicatore di percorso, rappresenta un elemento core del sistema di procurement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



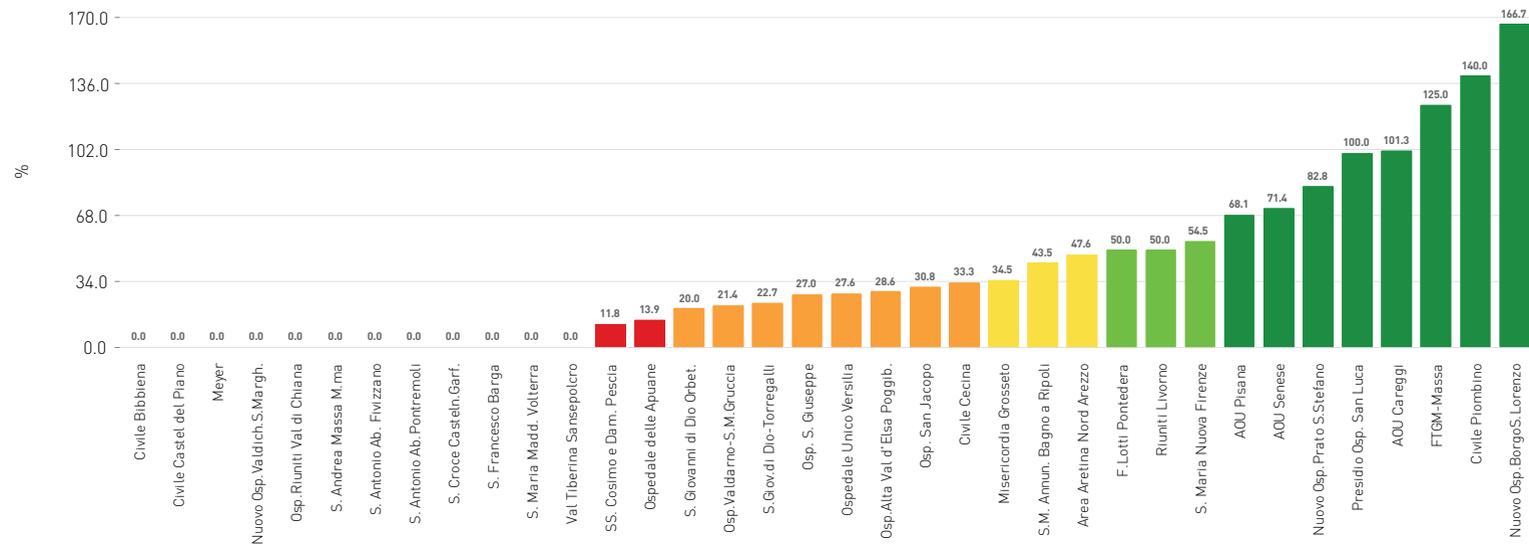
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



## B6.1.2 Percentuale di donatori procurati

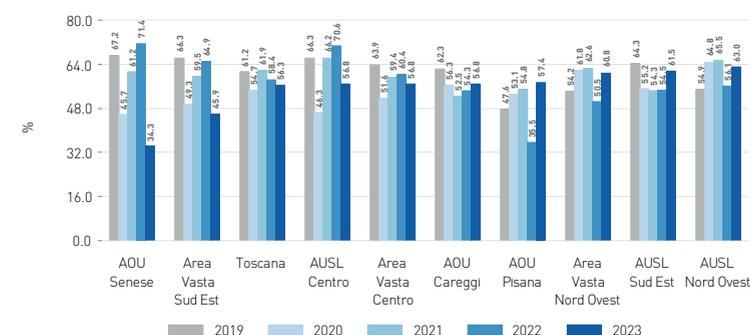
La percentuale di donatori procurati considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi. Si intende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



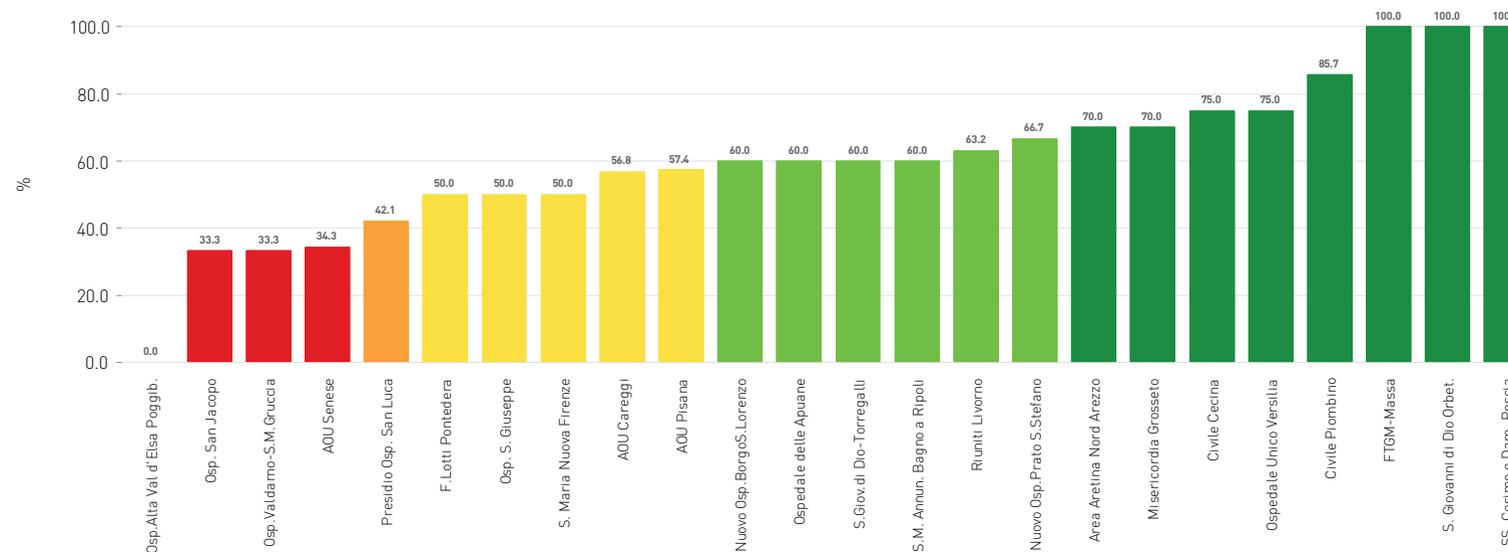
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



### B6.1.4 Percentuale donatori utilizzati

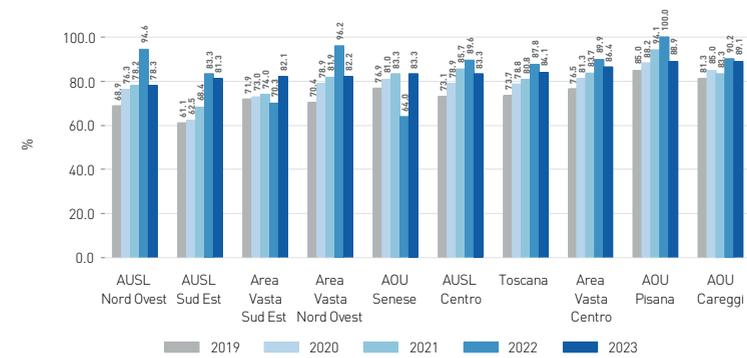
L'indicatore misura la percentuale dei donatori effettivamente utilizzati (dai quali è stato prelevato e utilizzato per un trapianto almeno un organo solido) rispetto ai donatori procurati.



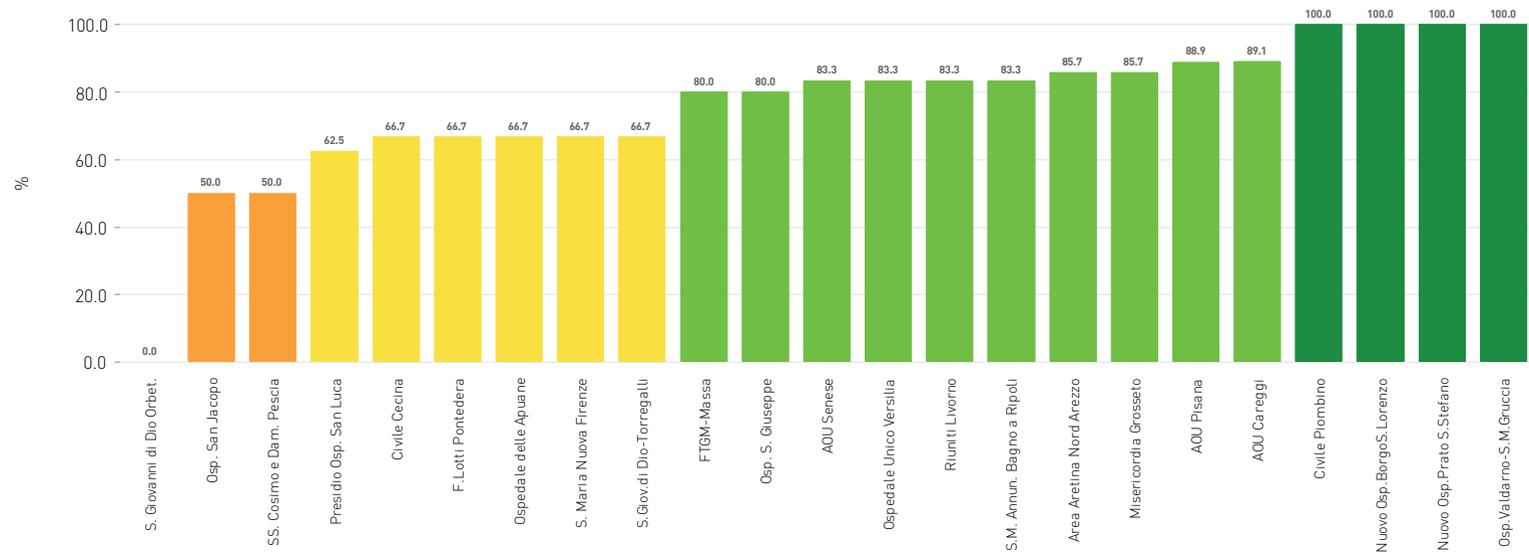
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



### B6.1.5A Percentuale donatori di tessuti effettivi

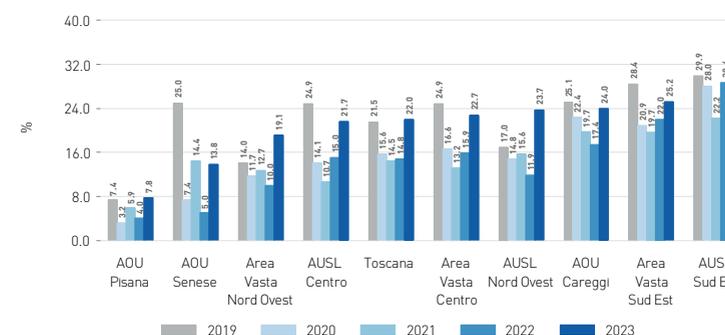
Il monitoraggio dei decessi ospedalieri e in Pronto Soccorso consente l'analisi delle fasi del processo di donazione dei tessuti, permettendo di individuare eventuali ambiti di miglioramento in particolare sulle mancate segnalazioni dei donatori a cuore fermo.



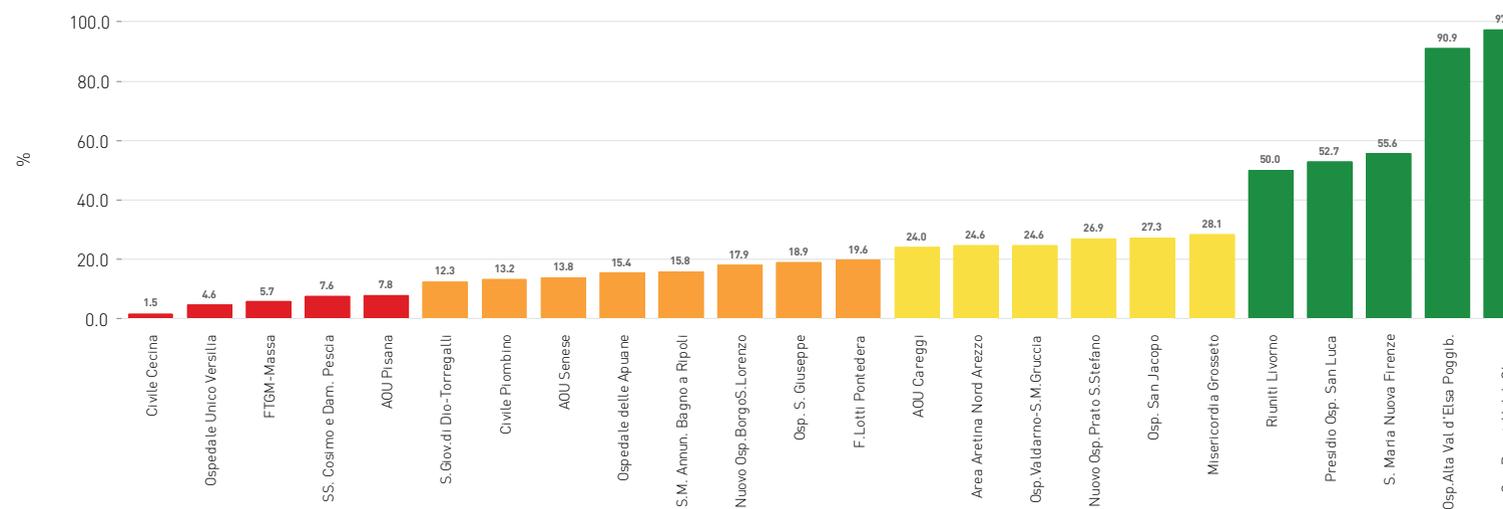
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

## 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.



### B40 Programmazione della formazione

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

*B40.2 Dossier formativo*

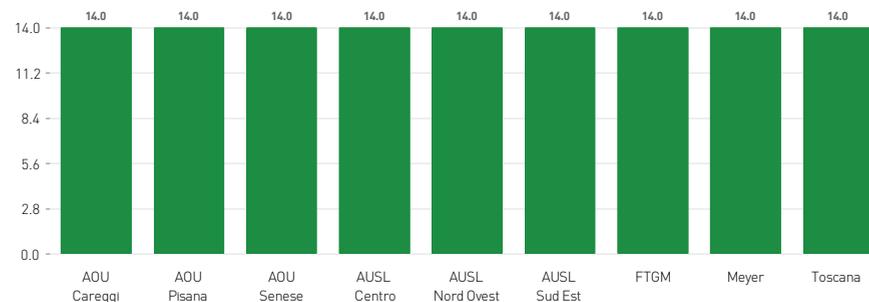
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
●	●	●	●	●	●	●	●	●
13.00	13.00	13.00	13.00	13.00	13.00	13.00	13.00	13.00
1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

## B40 Programmazione della formazione

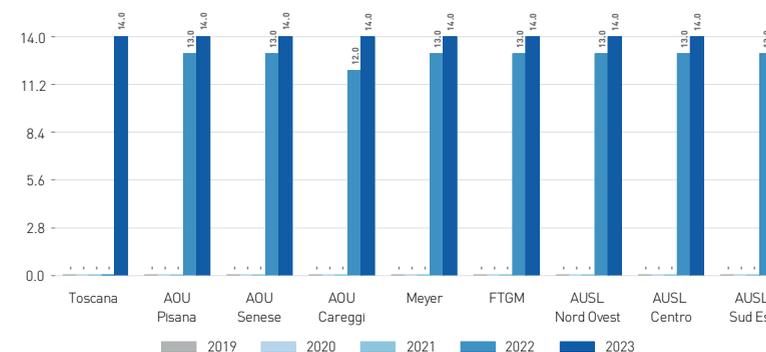
L'obiettivo dell'indicatore è finalizzato a valutare la coerenza dei sistemi formativi aziendali rispetto alle strategie regionali di sviluppo e valorizzazione delle risorse professionali del SSR. La necessità di costruire un indicatore sulla programmazione della formazione nasce dall'esigenza di stimolare 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 2023



Aziende - Trend



## B28.1 Assistenza Domiciliare

L'Assistenza Domiciliare (AD) prevede la realizzazione di interventi e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate presso il domicilio delle persone. Nell'ambito dell'AD, le Cure Domiciliari (CD) rappresentano la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria e consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi rivolti a persone non autosufficienti o in condizioni di particolare fragilità. L'indicatore relativo alla percentuale di anziani in Cure Domiciliari (CD) rileva la copertura dell'assistenza domiciliare di tipo sanitario su tale target di popolazione. Sono inoltre valutati alcuni indicatori che possono essere considerati come proxy della qualità delle Cure Domiciliari, in quanto misurano accessi potenzialmente evitabili al Pronto Soccorso e al ricovero durante la presa in carico.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>B28.1 Assistenza Domiciliare</b>	●	●	●	●
B28.1.1 Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari				
D22Z Tasso di pazienti trattati In ADI (CIA 1-peso 0,15; CIA 2-peso 0,35; CIA 3-peso 0,50)				
D22Z.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	6.80	6.32	7.48	6.19
D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	3.22	3.53	3.00	3.15
D22Z.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	2.66	2.89	2.12	3.37
D23Z Tasso di prese in carico in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)				
D23Z.1 Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)				
D23Z.2 Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)				
D23Z.3 Tasso di prese in carico in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)				
B28.1.1B Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare				
B28.1.2 Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari				
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	13.39	13.80	13.17	13.22
B28.2.2 Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti				
B28.2.5 Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	10.76	9.68	12.32	9.33
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	43.41	47.28	42.90	39.93
B28.2.9A Tasso di prese in carico con CIA > 0,13 per Cure Domiciliari, over 65 anni				
B28.2.11 Percentuale di assistiti In ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni				
B28.2.12 Percentuale di assistiti In ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni				
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	0.19	0.16	0.23	0.14

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

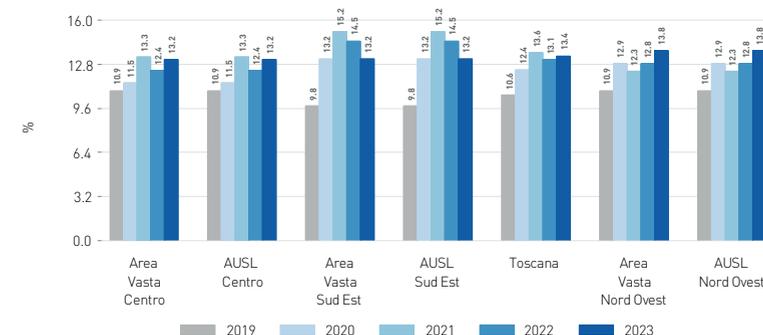
L'indicatore misura nell'anno la percentuale di accessi per cure domiciliari, anche occasionali, fatta in giorni festivi o prefestivi quale proxy del carico assistenziale e della conseguente organizzazione del percorso domiciliare.



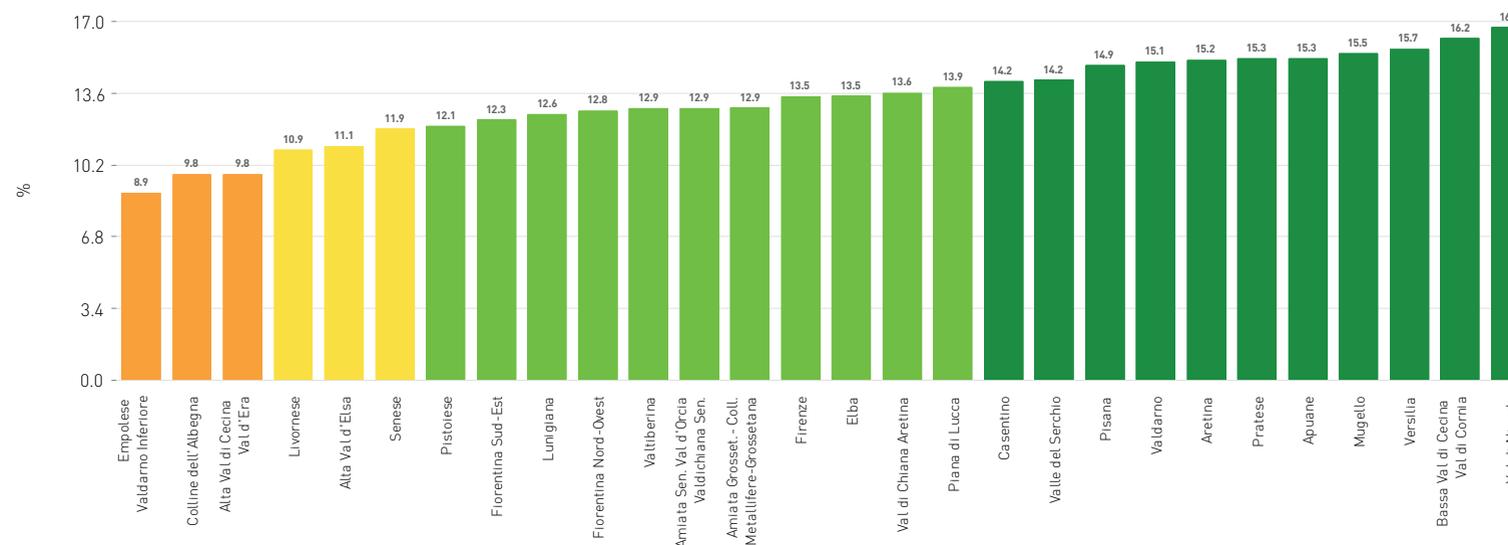
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

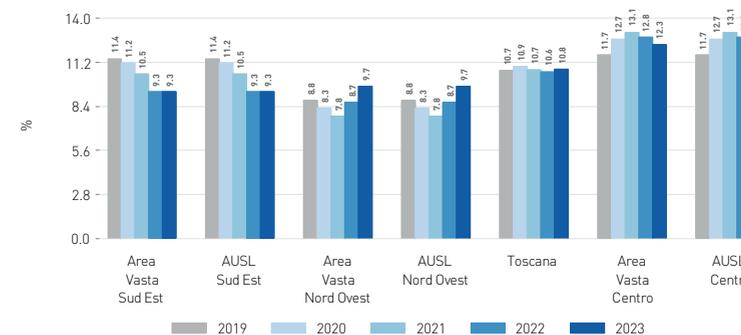
La percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio e in particolare al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



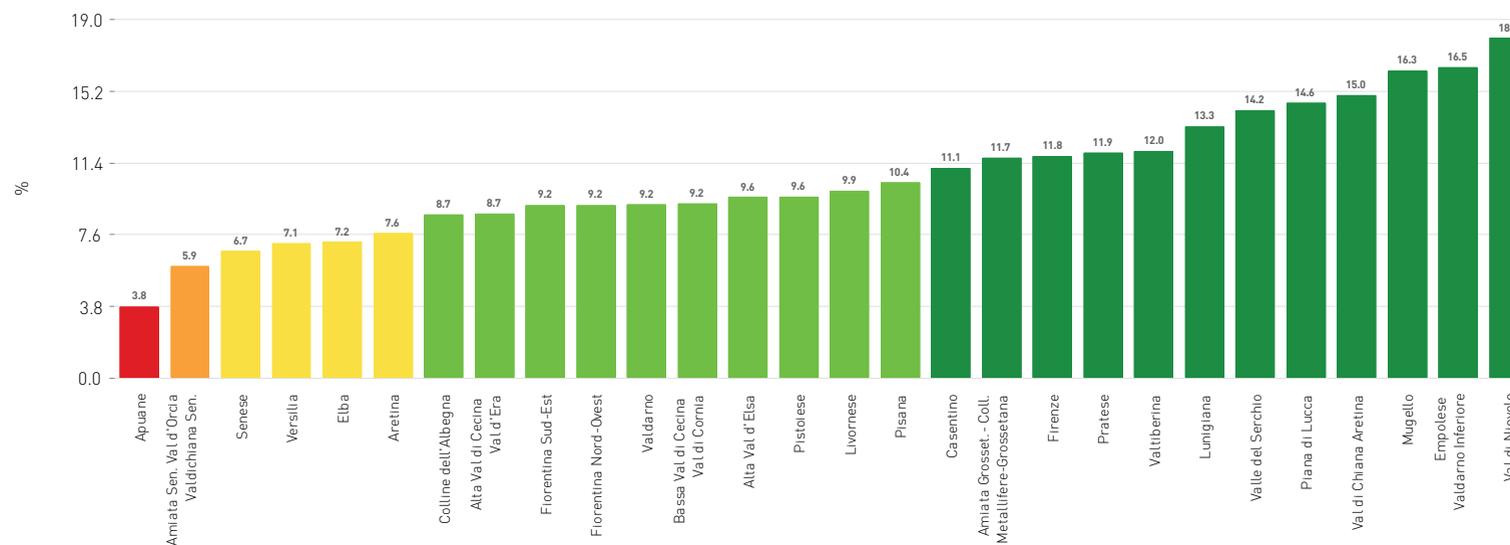
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

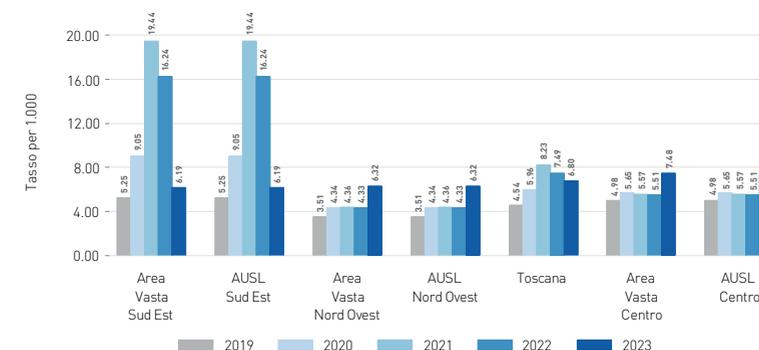
L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate con livello di intensità assistenziale base (I livello).



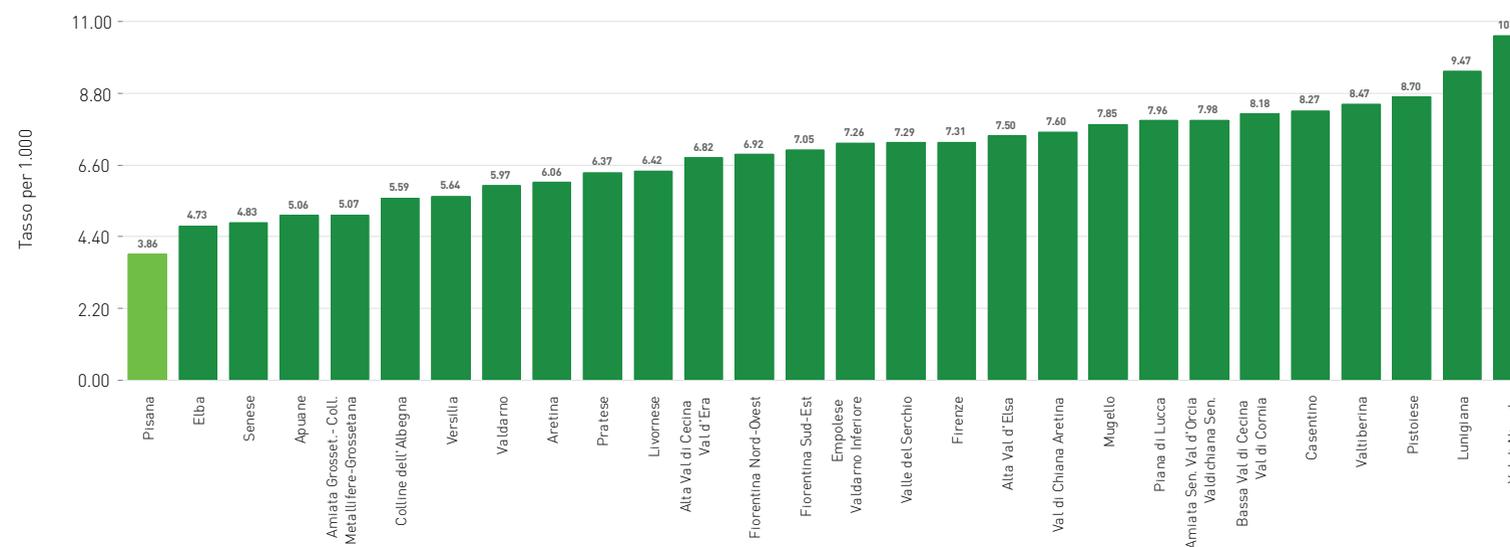
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)

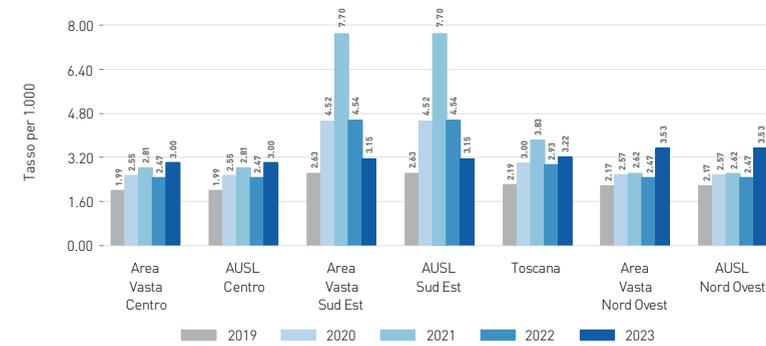
L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate con livello di intensità assistenziale intermedio (II livello).



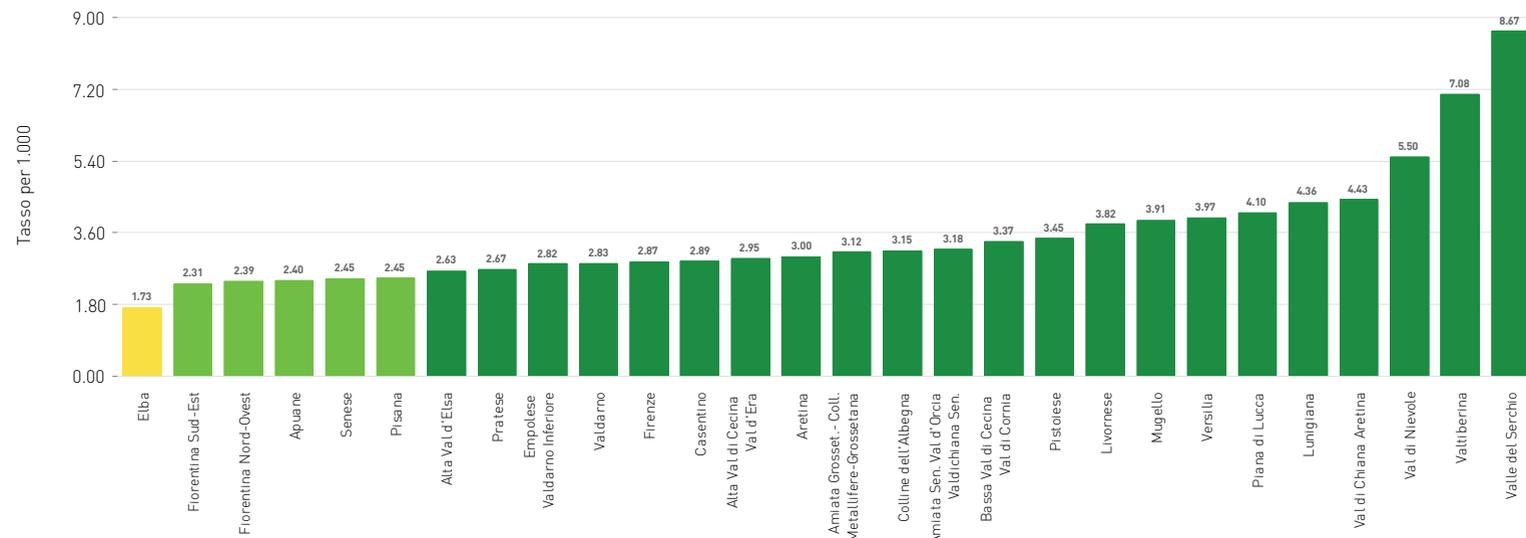
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

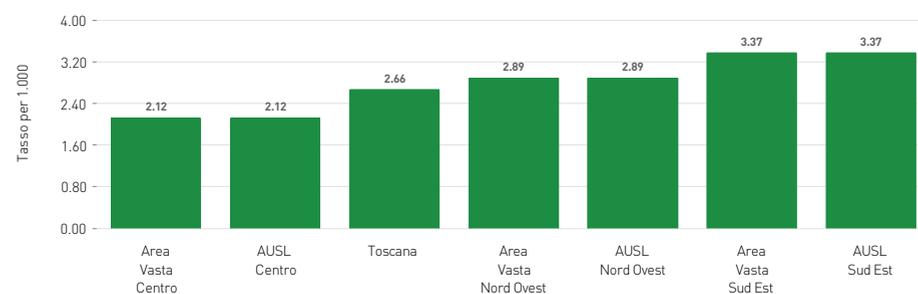


### D22Z.3 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)

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



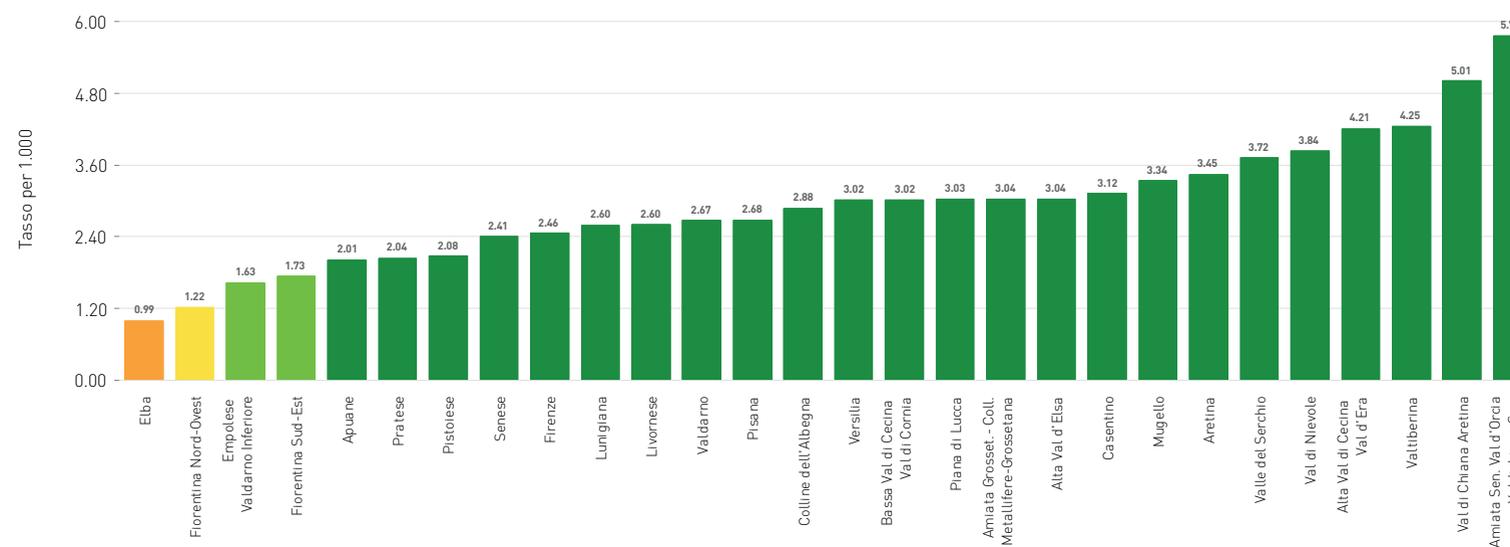
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## B28.3 Assistenza Residenziale

L'indicatore di sintesi sull'assistenza residenziale offre una valutazione completa delle prestazioni nel settore, tenendo in considerazione il livello di complessità delle condizioni di salute degli assistiti e la necessità di cure ospedaliere aggiuntive, il grado di emergenze o situazioni urgenti che richiedono l'intervento immediato del personale medico e infermieristico e, infine, la misura dell'impatto dell'assistenza residenziale sulla fascia di età più anziana della popolazione, evidenziando l'importanza del supporto socio-sanitario fornito nelle residenze. Attraverso questi tre elementi, l'indicatore di sintesi sulla assistenza residenziale offre una panoramica completa delle prestazioni e degli esiti dei servizi di cura residenziale per gli assistiti, consentendo una valutazione globale della qualità dell'assistenza residenziale nel contesto specifico.



### B28.3 Assistenza Residenziale

*D33ZA Numero di anziani in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente (R1, R2, R3)*

*D33ZA.R1 Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R1*

*D33ZA.R2 Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R2*

*D33ZA.R3 Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3*

B28.3.1 Percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione

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

B28.4 Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni

*B28.3.10 Tasso std di anziani over 65 ammessi in RSA*

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

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

*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*

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
--------------------	--------------------	----------------	-----------------

4.99	3.74	5.17	7.09
10.11	11.59	9.02	10.51
24.47	30.63	22.30	22.82

### 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, almeno un ricovero ospedaliero urgente. 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.



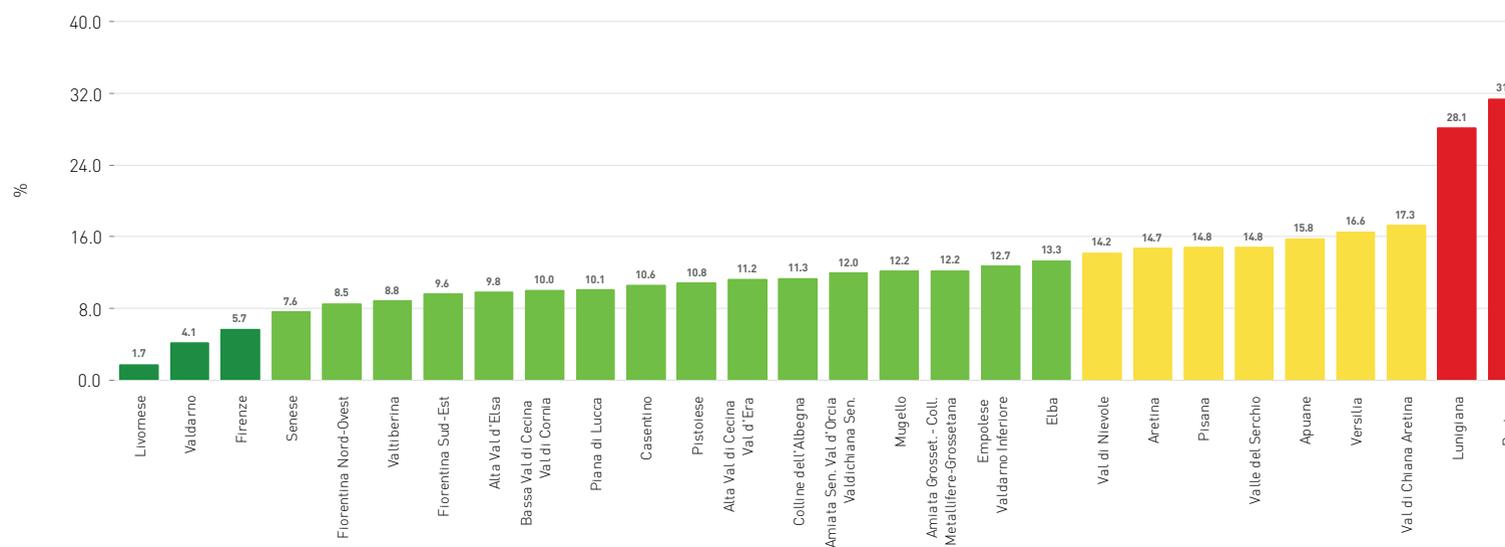
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

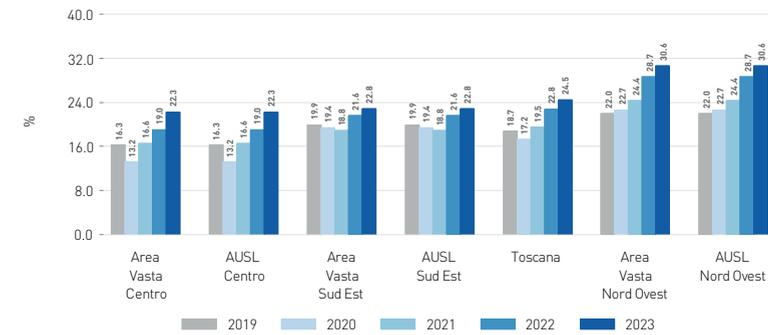
L'indicatore misura la percentuale di assistiti in RSA che hanno, durante il periodo di presa in carico residenziale, almeno un accesso al Pronto Soccorso. In questo senso l'indicatore può rappresentare una proxy della qualità dell'assistenza, in quanto una buona presa in carico residenziale consente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



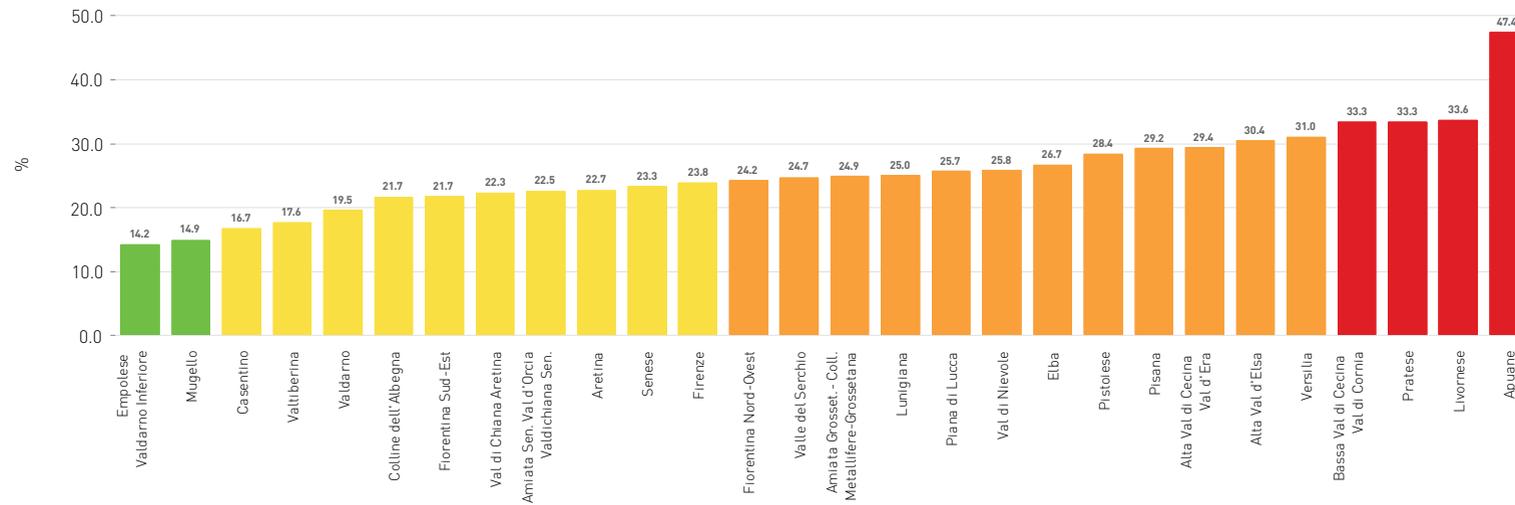
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzate solo le zone distretto che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

## C1 Capacità di governo della domanda

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



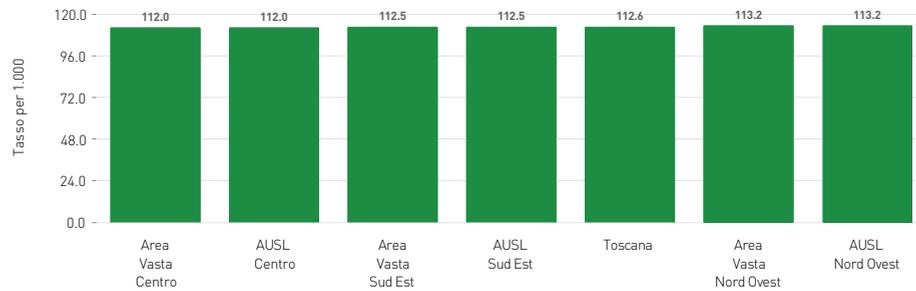
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C1 Capacità di governo della domanda</b>	●	●	●	●					
H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	112.56	113.24	112.01	112.51					
C1.1.2.2.1 Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale	437.23	501.03	389.91	429.07					
C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	116.37	117.07	114.67	118.52					
C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	38.05	37.02	39.33	36.96					
C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti	84.57	85.31	82.90	86.70					
C1.1.1.2 Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti	47.09	47.93	47.16	45.55					
C1.1.1.3 Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti	35.32	35.51	33.52	38.63					
C1.5 Indice di case mix	1.15	1.04	1.05	1.08	1.32	1.35	1.34	0.89	2.21

## H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente

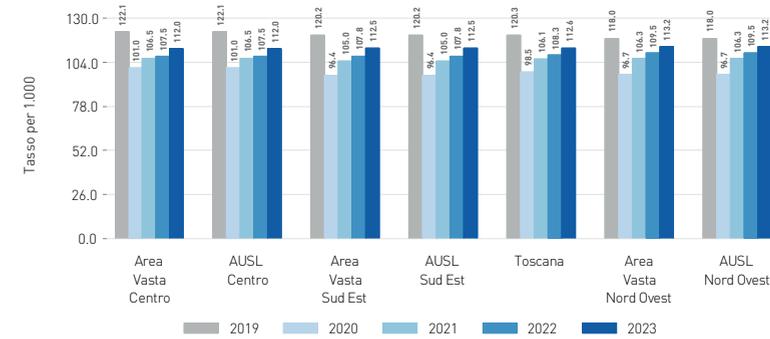
Il tasso di ospedalizzazione descrive la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale. Nell'assistenza ospedaliera sono comprese tutte le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per loro natura o complessità di esecuzione richiedono un livello di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in regime ambulatoriale o domiciliare. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse realtà regionali, rendendo possibile un confronto più accurato.



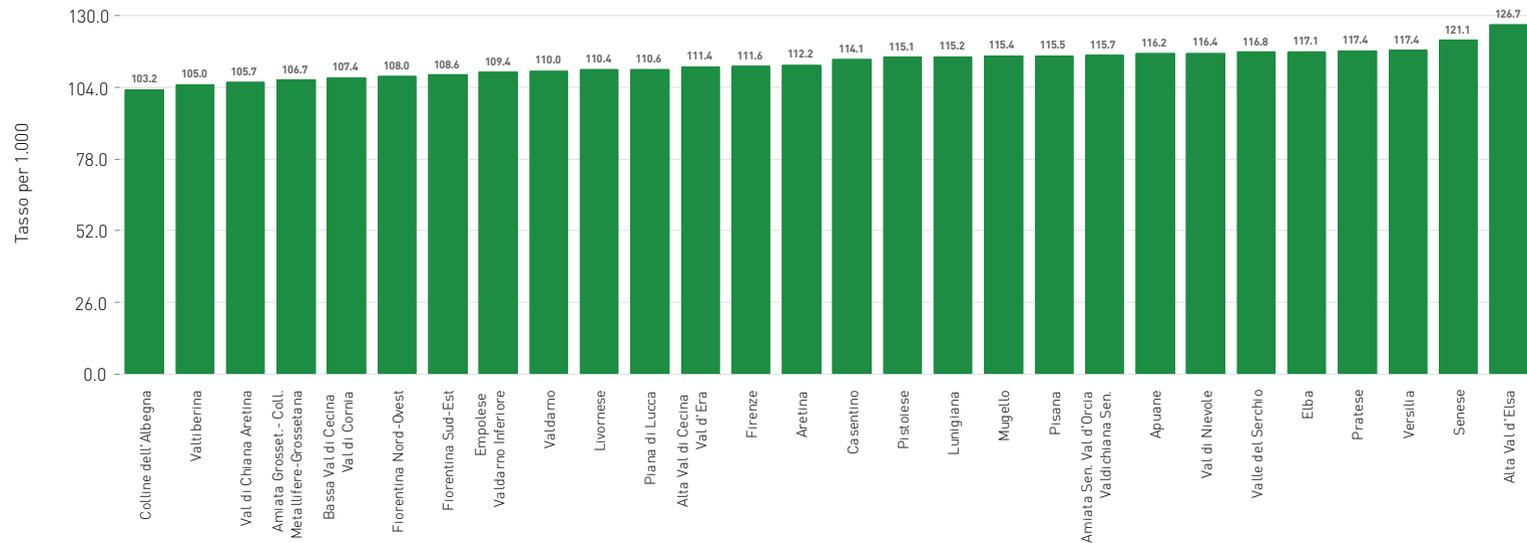
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

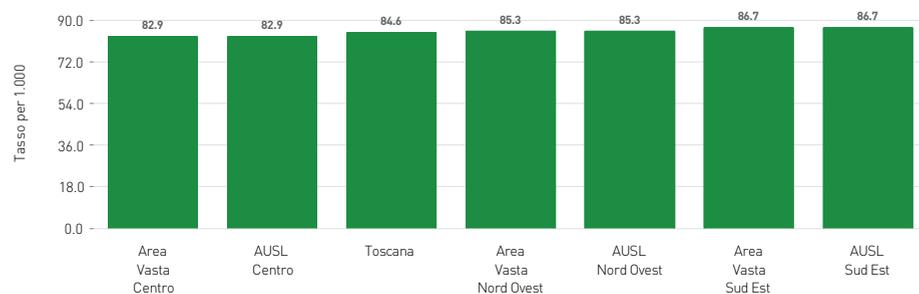


### C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti

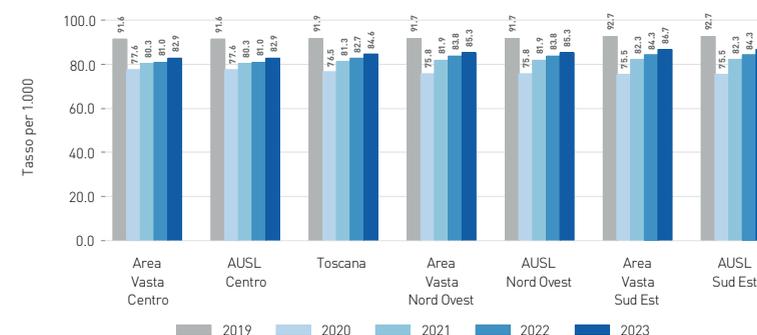
L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare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



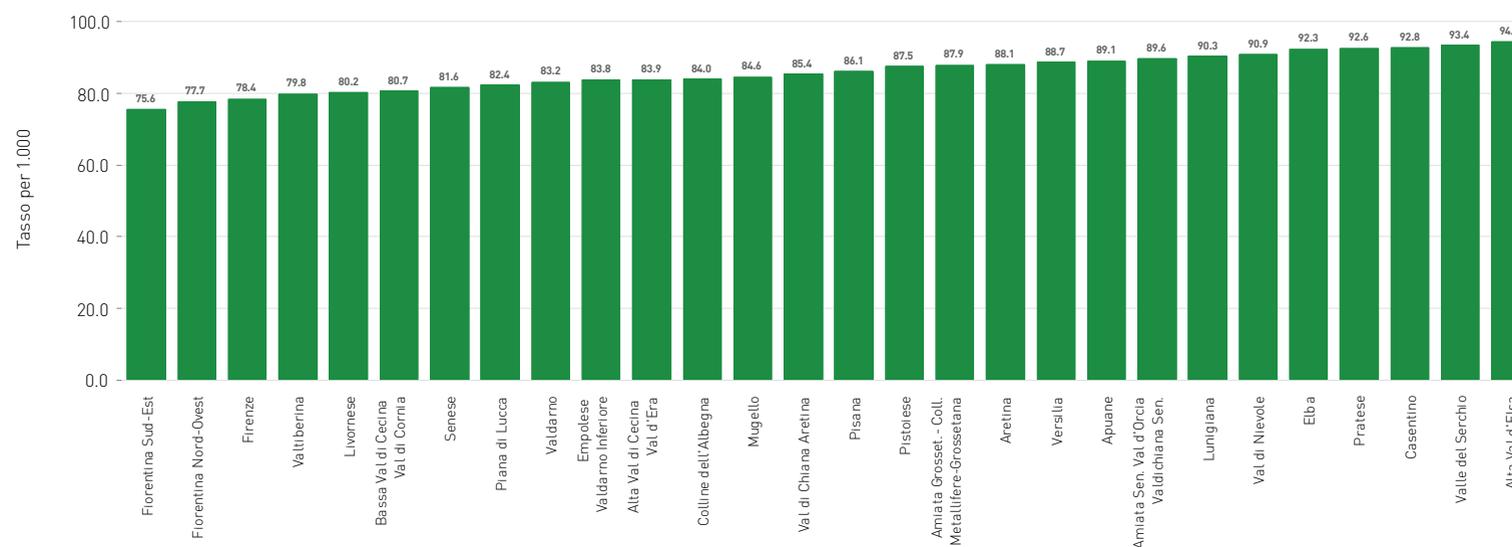
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

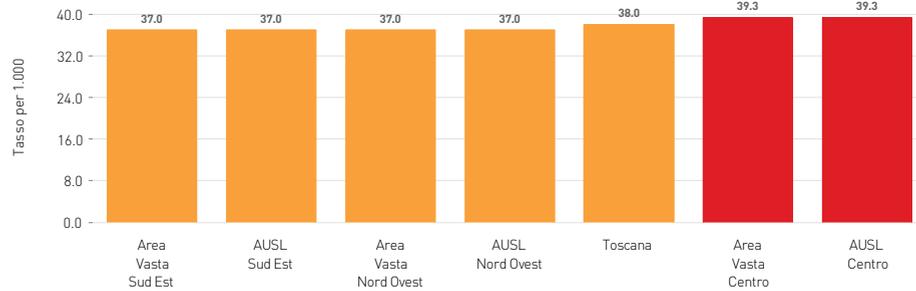


### C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

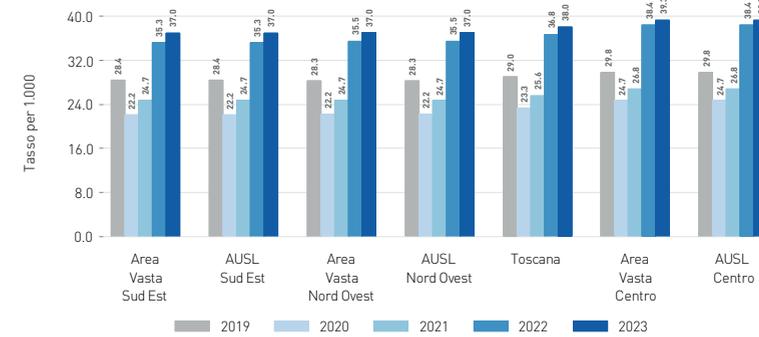
L'ospedale non può essere sostitutivo di altre più efficaci e meno onerose soluzioni assistenziali che il Territorio, ossia distretti e medicina di base, possono fornire. Viene considerata la popolazione inferiore ai 64 anni poiché, oltre tale età, è più frequente il verificarsi di patologie croniche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



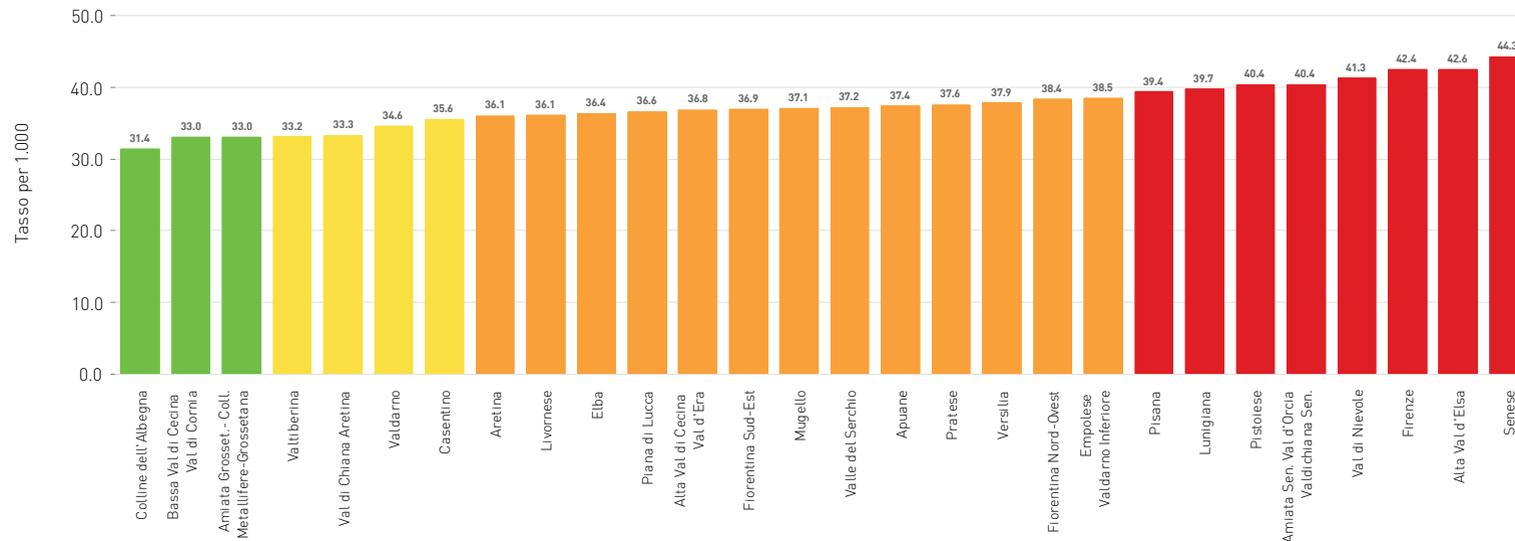
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## 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
<b>C2 Efficienza attività di ricovero</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C2A.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	0.07	0.58	-0.52	0.00	0.48	0.35	0.39	-0.19	-0.33
C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	-0.27	-0.15	-0.41	-1.04	-0.22	0.81	0.16	0.14	-0.53
C2A.1 Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0.05	0.07	-0.25	-0.32	0.21	0.09	0.08	-0.37	0.18
C2A.3 <i>Degenza media ricoveri ordinari</i>	7.10	7.59	7.00	6.54	6.68	7.35	7.17	5.64	6.60

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

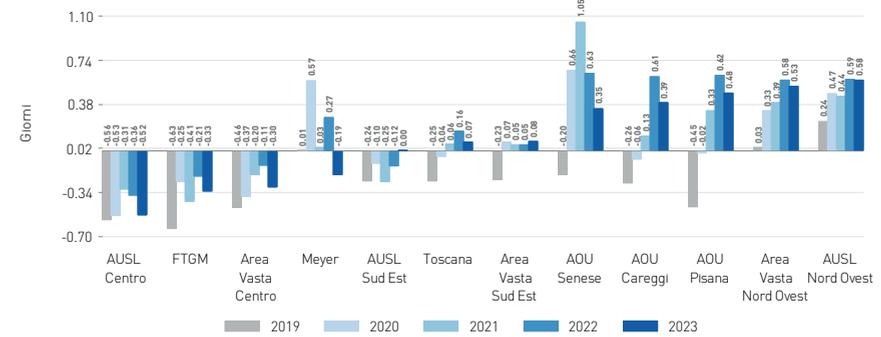
L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per i ricoveri medici confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero medico con la media regionale del 2023 per la stessa tipologia di ricovero; misura, cioè, i giorni di ricovero erogati in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza) 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.



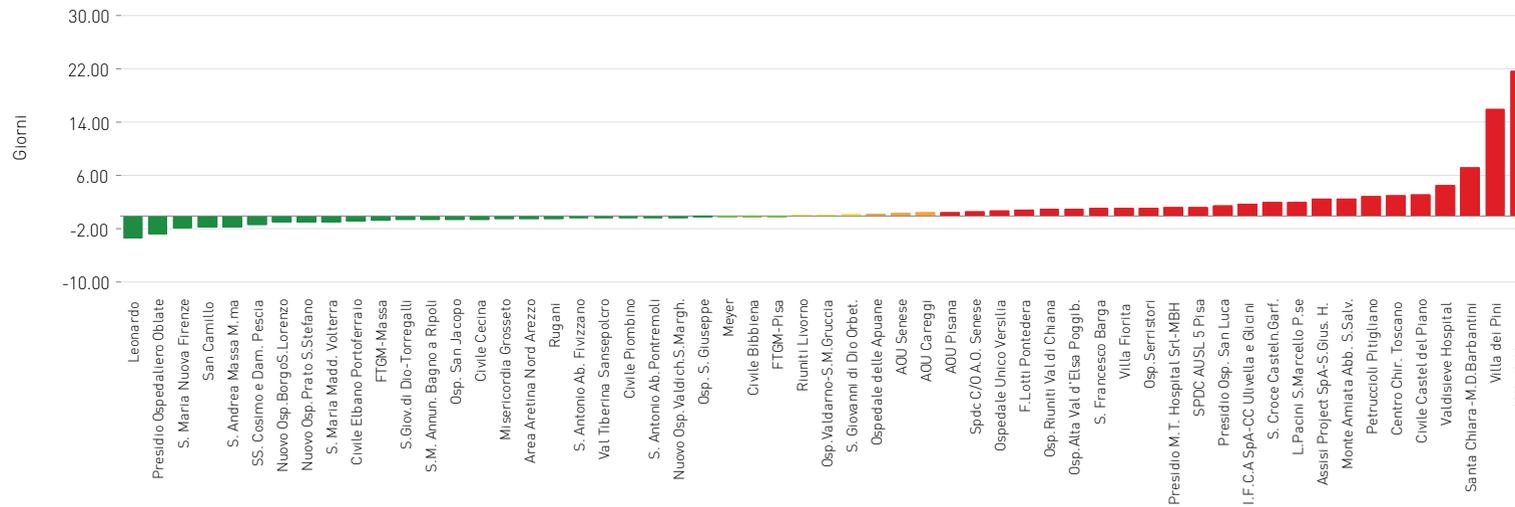
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



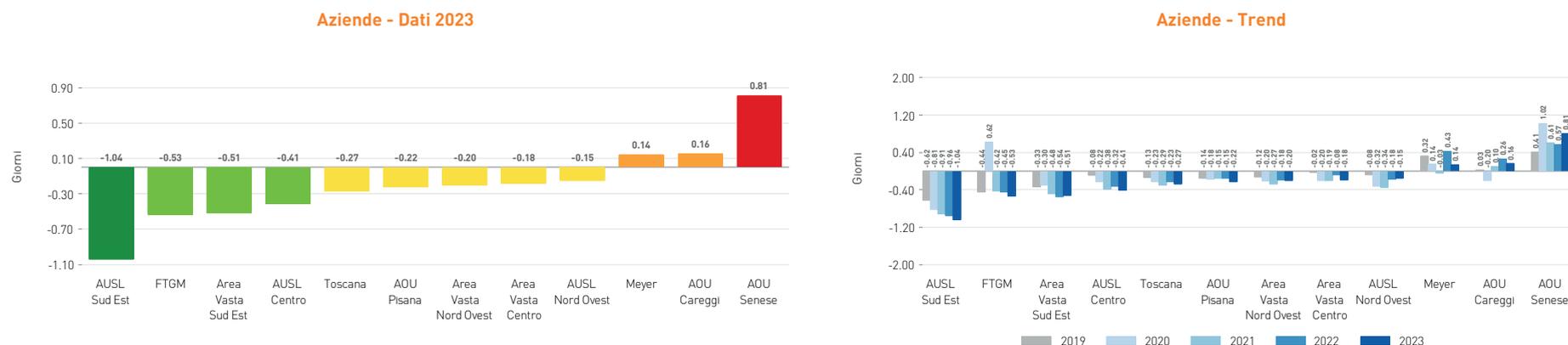
Stabilimenti - Dati 2023



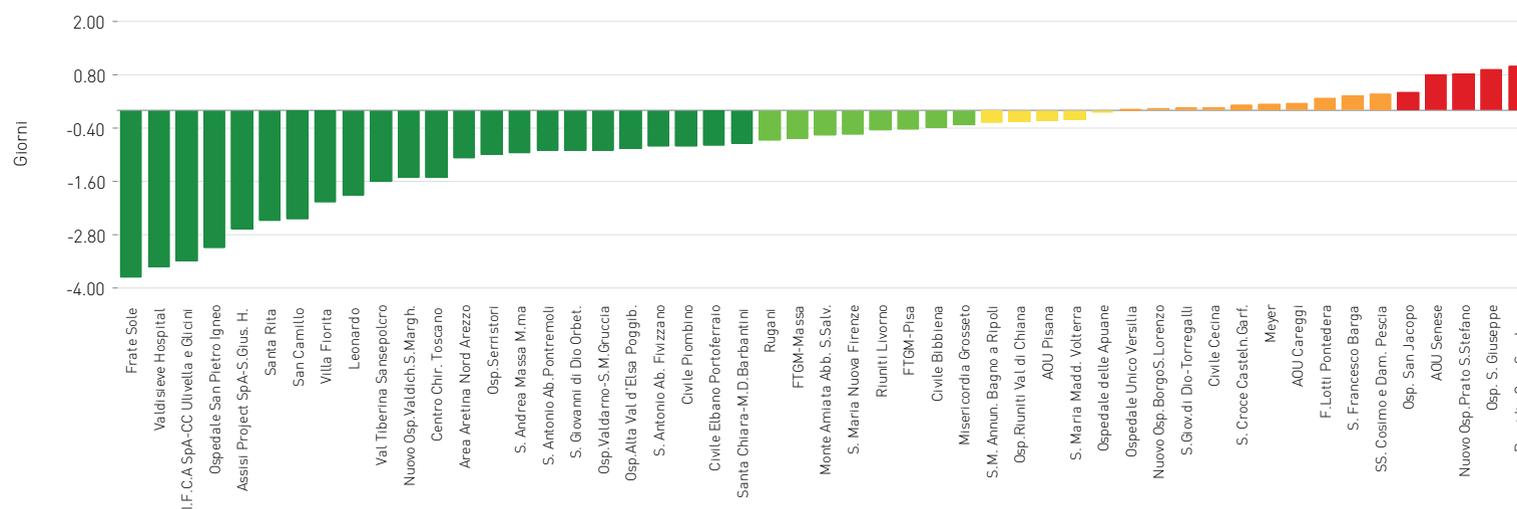
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

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

L'indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per i ricoveri chirurgici confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero chirurgico con la media regionale del 2023 per la stessa tipologia di ricovero; misura, cioè, i giorni di ricovero erogati in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza) rispetto alla media regionale per la stessa casistica. L'IPDM permette, pertanto, una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, rispetto alla tipologia di pazienti trattati. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni in maniera efficiente: la struttura che presenta un basso valore dell'indicatore si dimostra, infatti, in grado di gestire il paziente in maniera adeguata rispetto alla condizione clinica, e senza sprechi di risorse.



### Stabilimenti - Dati 2023



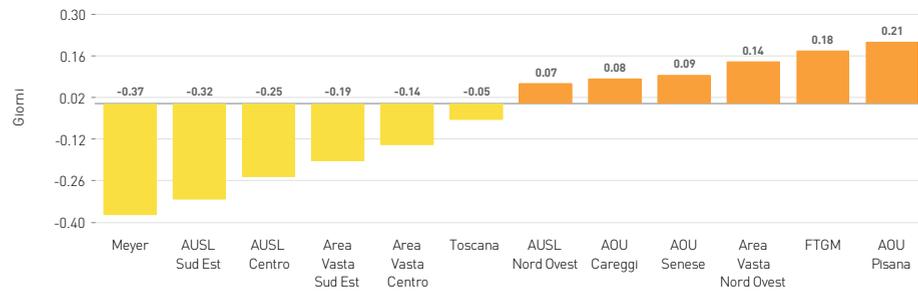
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

## 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 2023 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.



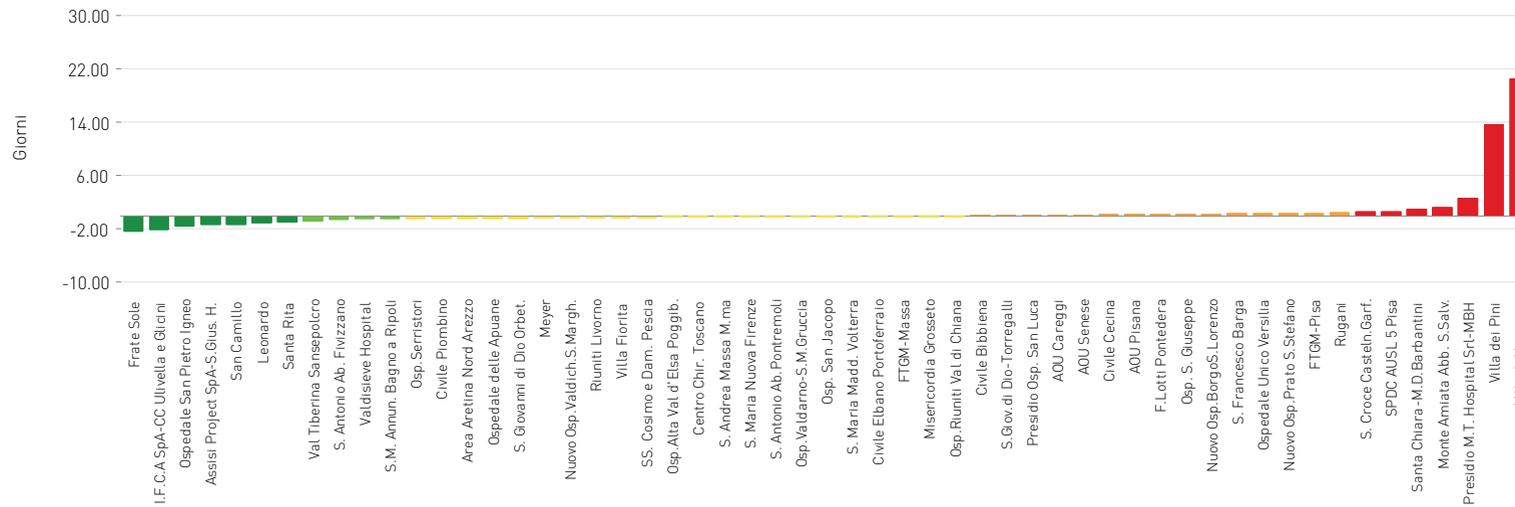
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

## C14 Appropriatelyzza medica

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



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C14 Appropriatelyzza medica</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>C4.8 DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti</i>	124.81	117.52	126.19	131.98					
C14.2A Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (NSG H06Z)	1.57	1.25	1.78	1.66					
C14.2B Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica									
C14.2.1 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica -Adulti	9.47	1.43	0.00	4.49	3.37	21.76	5.07	7.04	
C14.2.2 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - Pediatrici	32.58	13.64	0.00	1.77	0.00	19.71	39.97		
C4.9 DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	87.14	85.71	87.14	84.29	88.06	92.19	91.80		
C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)	2.55	2.98	1.76	2.47	3.22	3.78	3.27	3.01	
C14.5 Tasso di accessi DH medico standardizzato per età per 1.000 residenti	59.55	58.76	53.75	71.57					

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

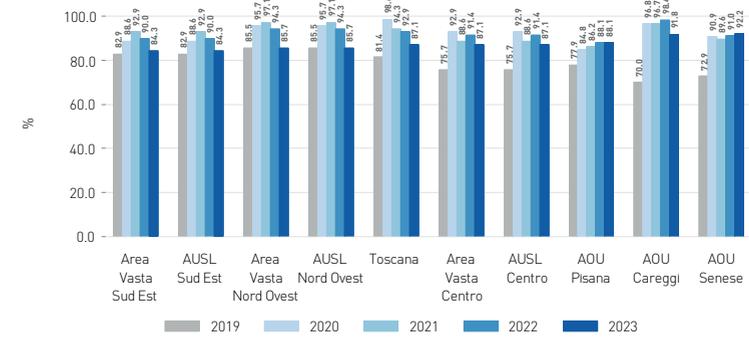
Con Delibera GRT 1140/2014 la Regione ha aggiornato gli standard per i Tassi di ospedalizzazione dei DRG medici ad alto rischio di inappropriattezza (come da Patto per la salute 2010-2012). Questo indicatore vuole monitorare quanto le aziende siano in grado di rispettare tali standard.



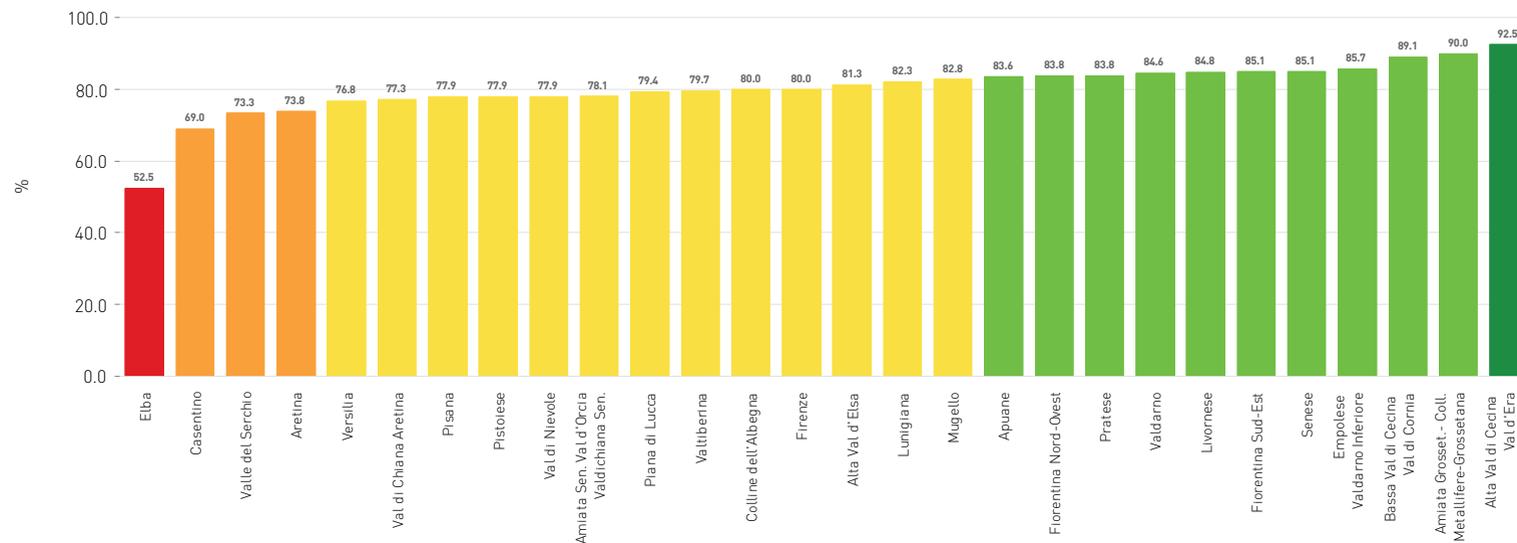
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

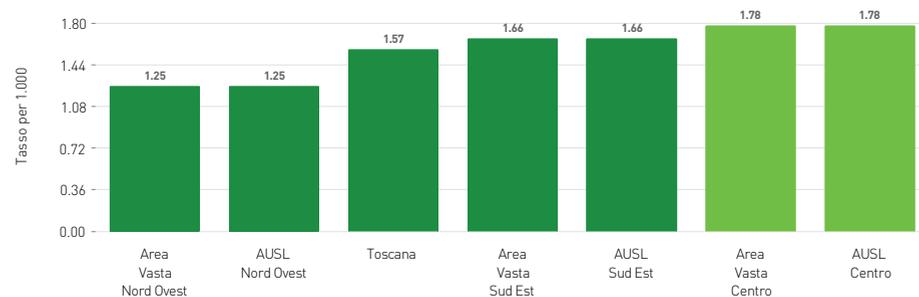


### C14.2A Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (NSG H06Z)

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



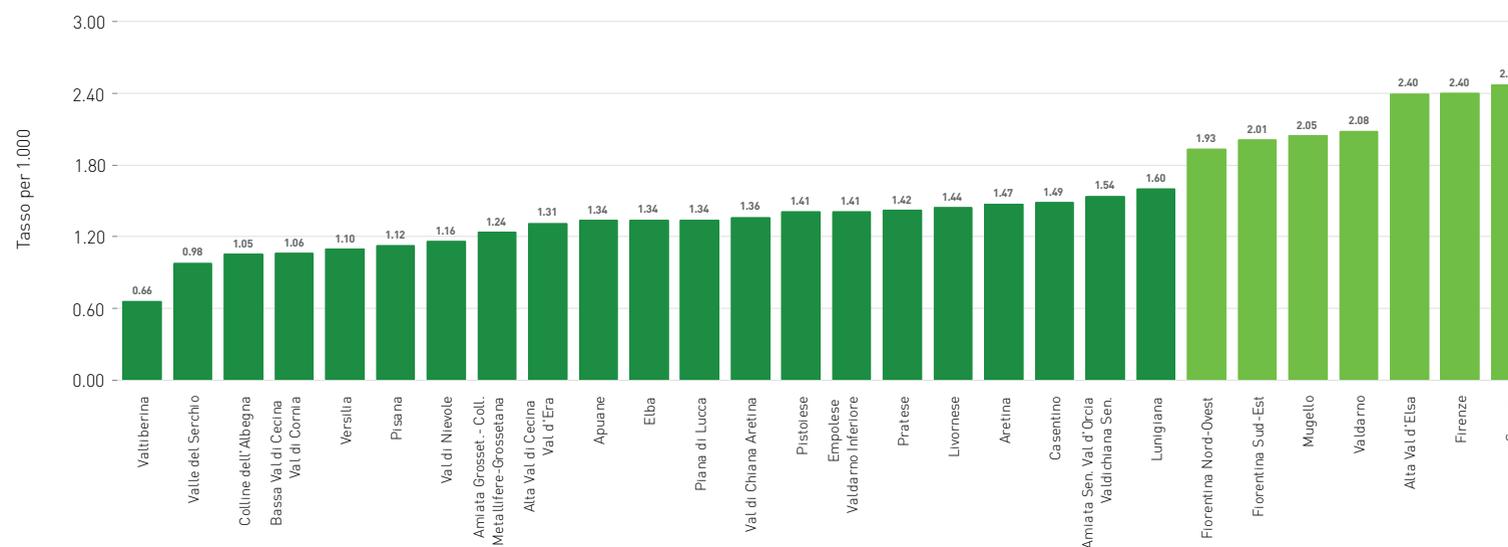
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

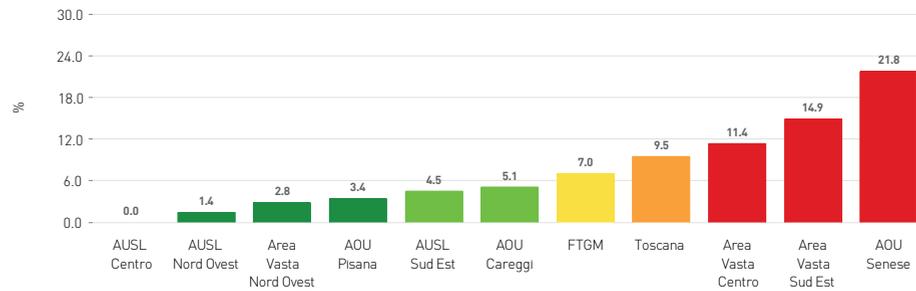


### C14.2.1 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica -Adulti

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



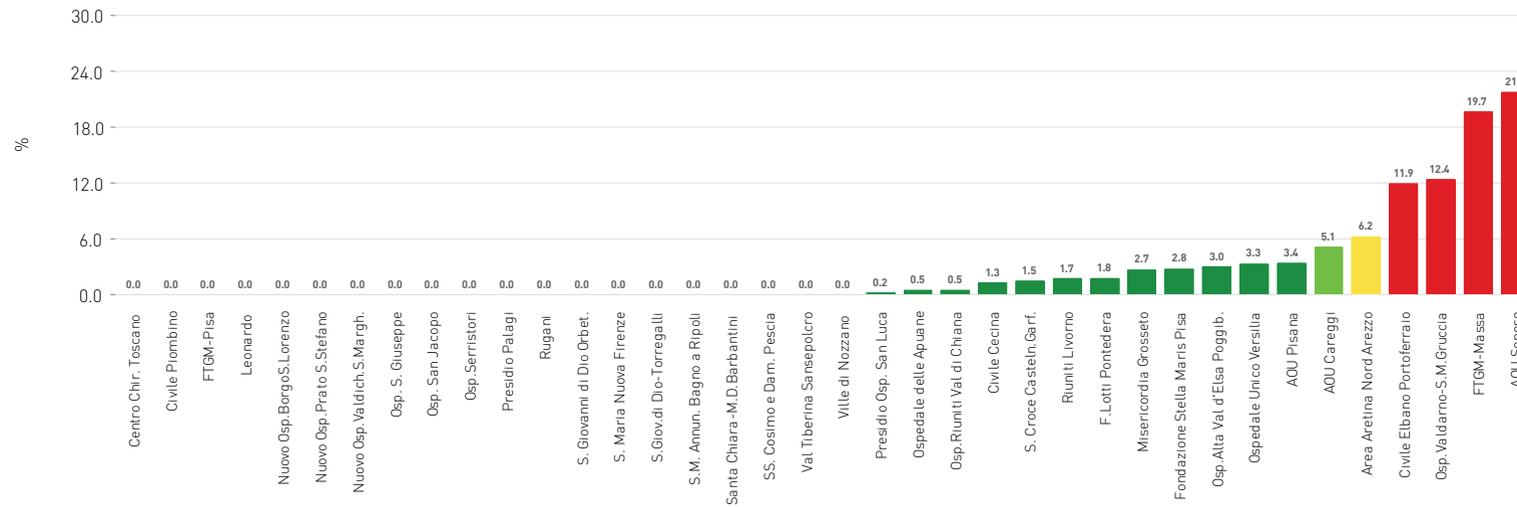
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



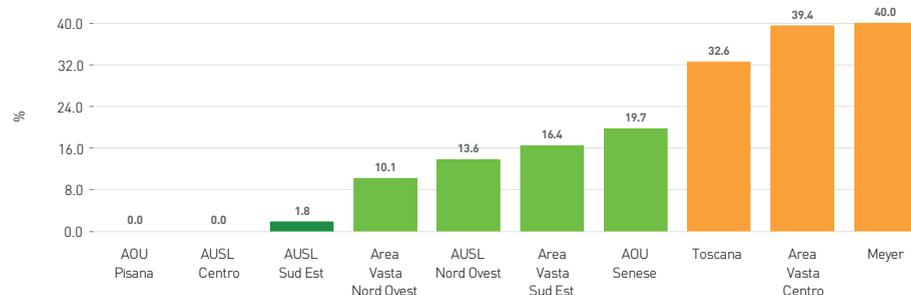
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

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

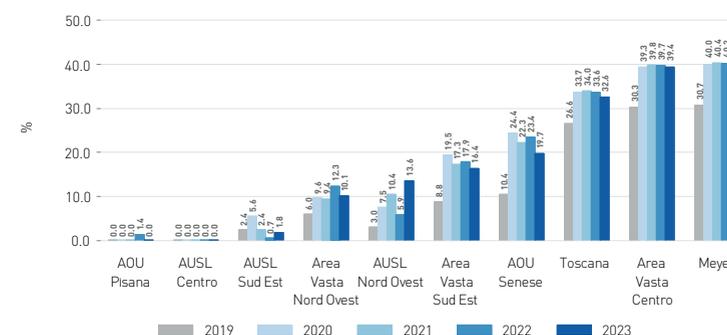
L'indicatore misura la percentuale di Day Hospital medici pediatrici effettuati ai soli fini diagnostici (Patto per la Salute 2010-2012).



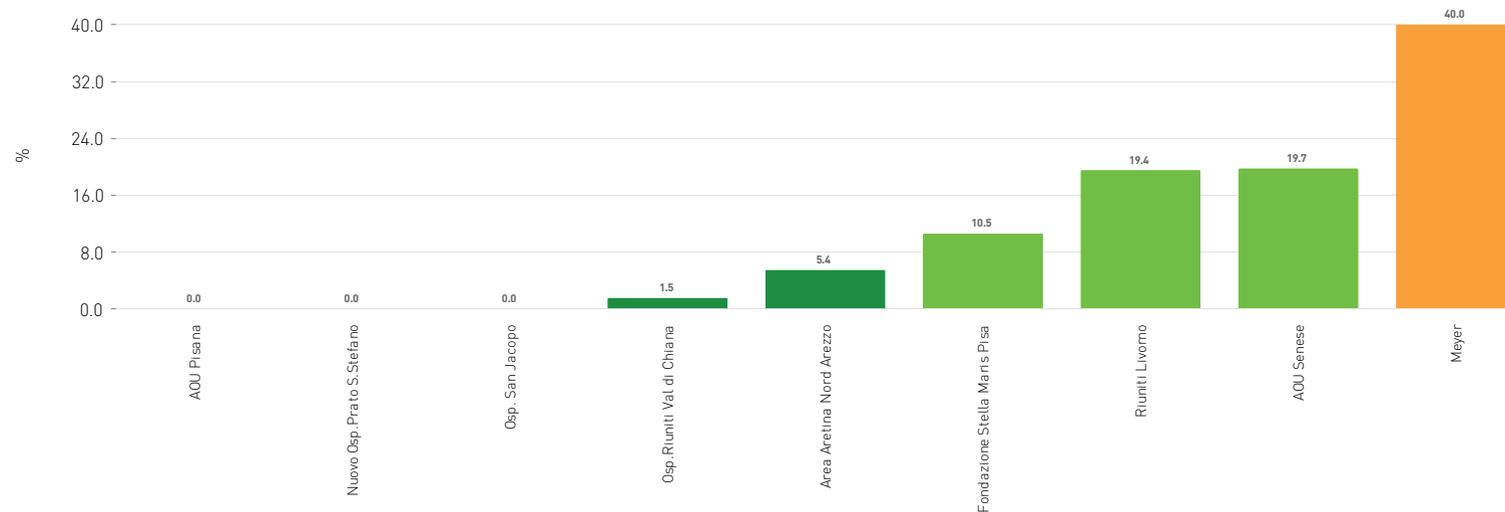
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



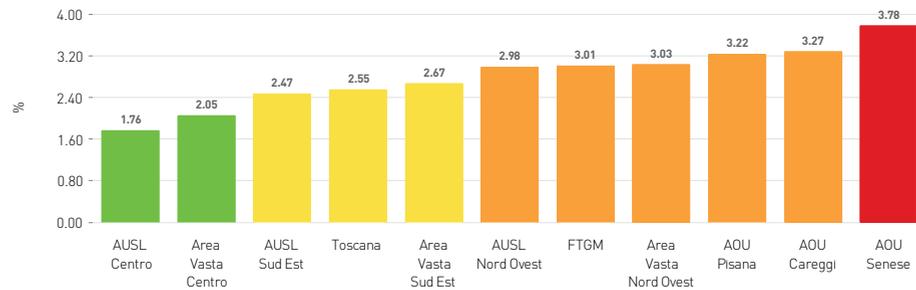
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

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

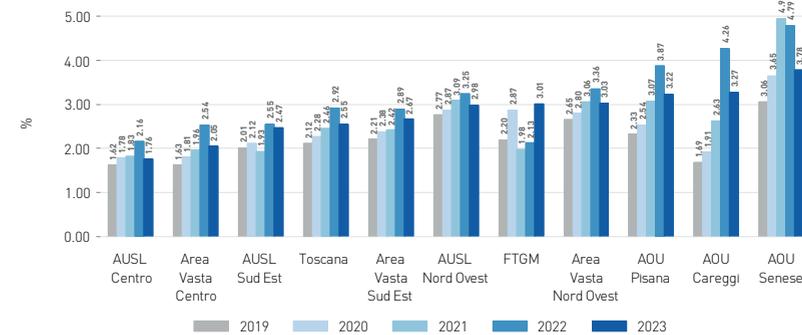
Questo indicatore identifica i ricoveri di pazienti che rimangono in ospedale più a lungo di quanto ci si aspetterebbe per motivi clinici. Una degenza troppo lunga può essere dovuta ad inefficienza sia da parte dell'ospedale, che da parte del territorio, manchevole di strutture residenziali protette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



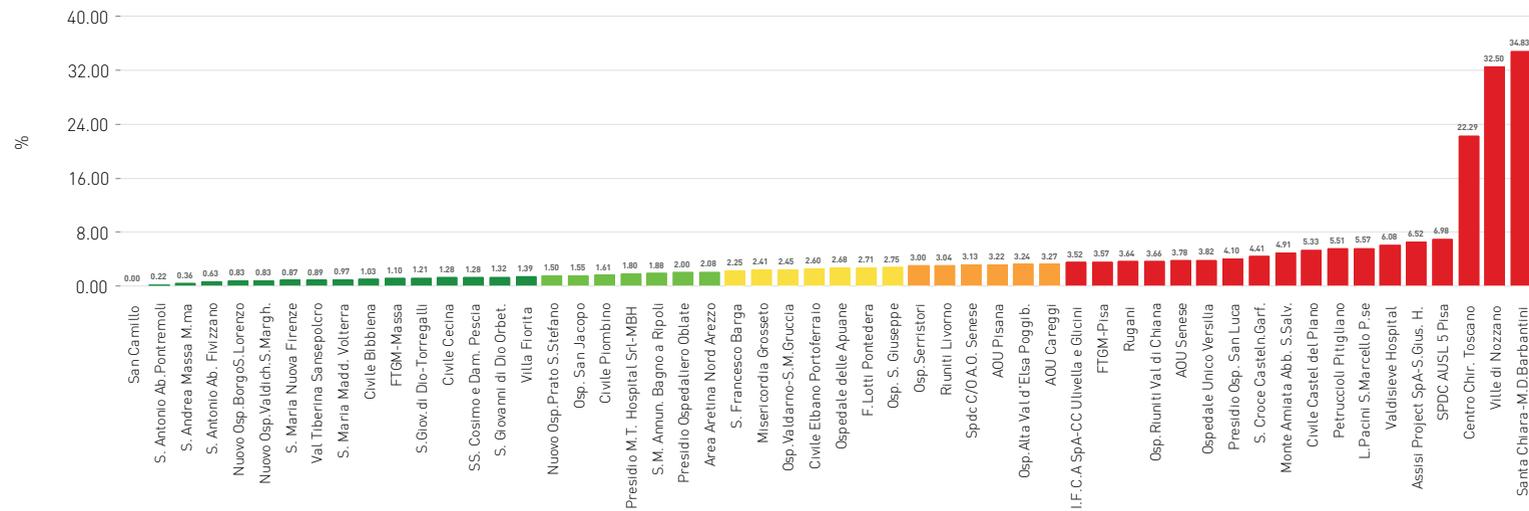
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

## C4 Appropriatazza chirurgica

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



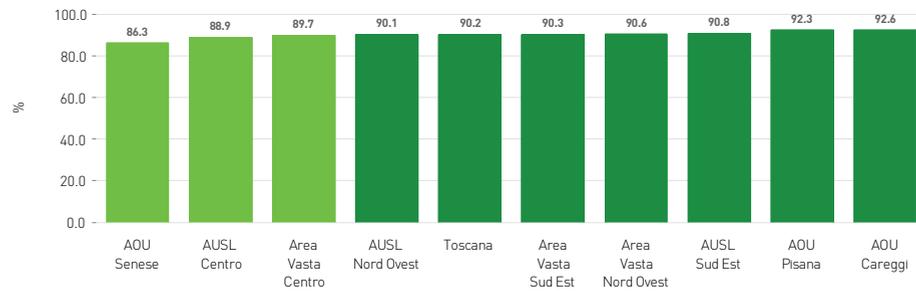
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C4 Appropriatazza chirurgica</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>C4.1 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici</i>	9.69	11.08	6.50	6.23	10.56	13.14	9.02	29.58	2.92
<i>C4.1.1 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari</i>	9.56	13.30	7.89	6.45	8.14	10.42	9.18	23.20	1.83
H05Z Proportione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	90.17	90.10	88.92	90.81	92.34	86.30	92.59		
C4.7 Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery	70.42	70.66	70.81	66.88	65.87	68.95	76.69	72.46	97.78
C4.12 Drg LEA Chirurgici: Percentuale di standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)	89.17	90.22	91.37	86.37	90.44	84.44	88.53	83.77	
C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatazza [NSG H04Z]	0.11	0.11	0.10	0.11	0.14	0.10	0.12	0.34	0.02
<i>C1.6 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime di ricovero ordinario</i>	48.00	42.70	41.76	47.43	59.18	55.81	59.15	39.94	73.47
C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti	45.06	35.86	38.73	71.87					

## H05Z Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

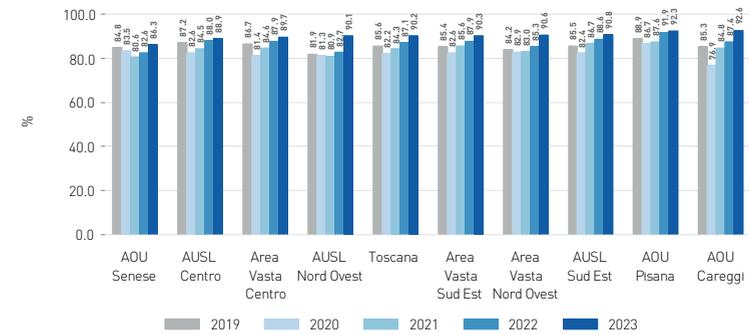
La degenza post operatoria è misura di esito molto usata in letteratura per valutare le performance delle strutture. Poiché in letteratura la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 3 e 5 giorni viene inserito questo indicatore, mutuando nel sistema di valutazione il calcolo dell'indicatore NSG Core.



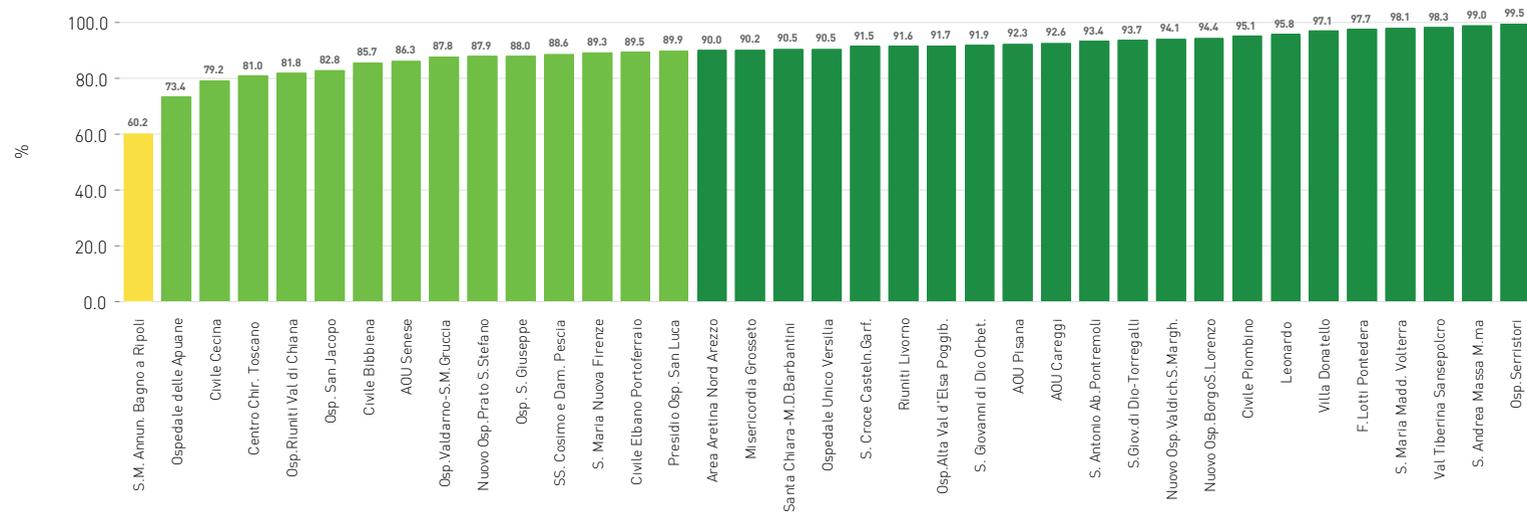
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 20

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

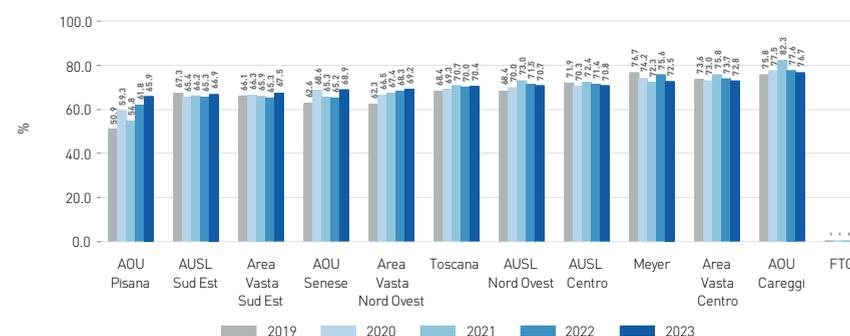
Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo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



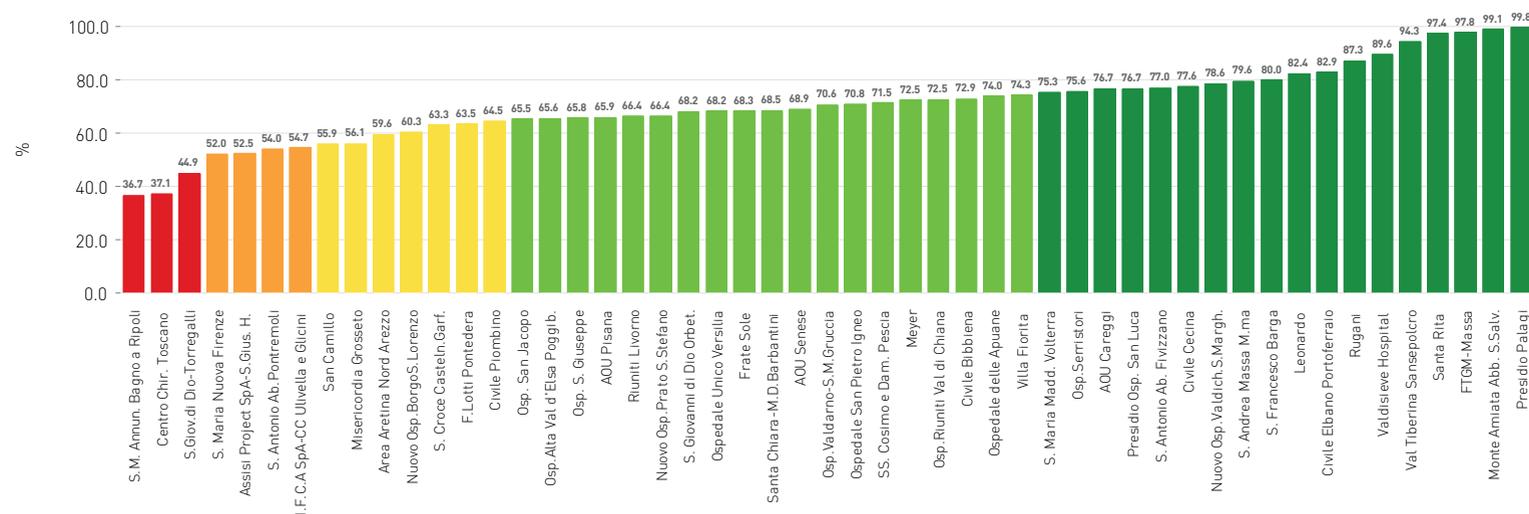
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



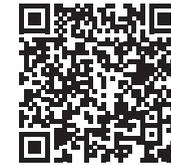
Stabilimenti - Dati 2023



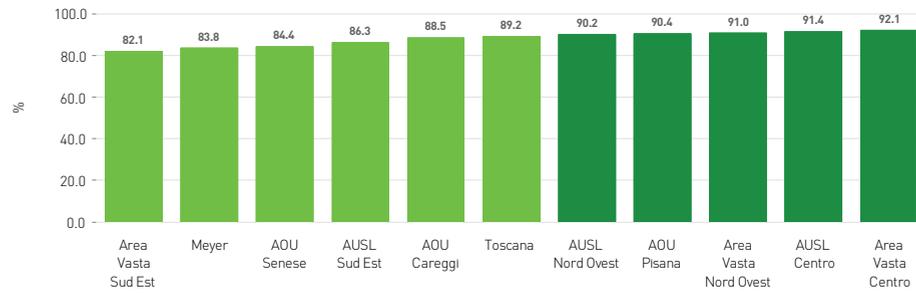
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

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

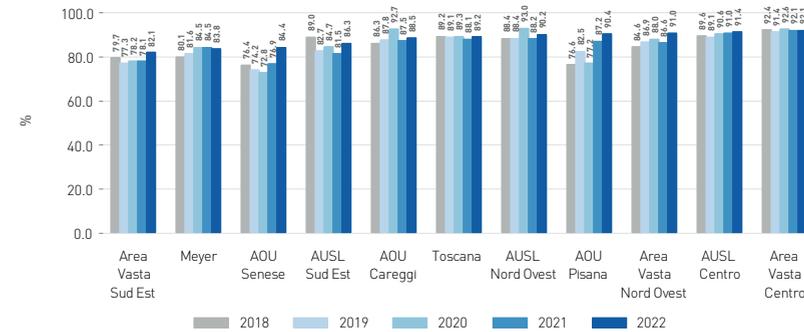
Con il Patto per la salute 2010-2012, il Ministero della Salute ha aggiornato l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario (Allegato B). Con Delibera GRT 1140/2014 la Regione Toscana ha, poi, aggiornato per ciascuno di questi DRG gli standard di erogazione in day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



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



### C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatazza (NSG H04Z)

L'indicatore, previsto dal set di indicatori NSG Core, misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inappropriatazza. Si tratta di un indicatore di appropriatazza del setting assistenziale.



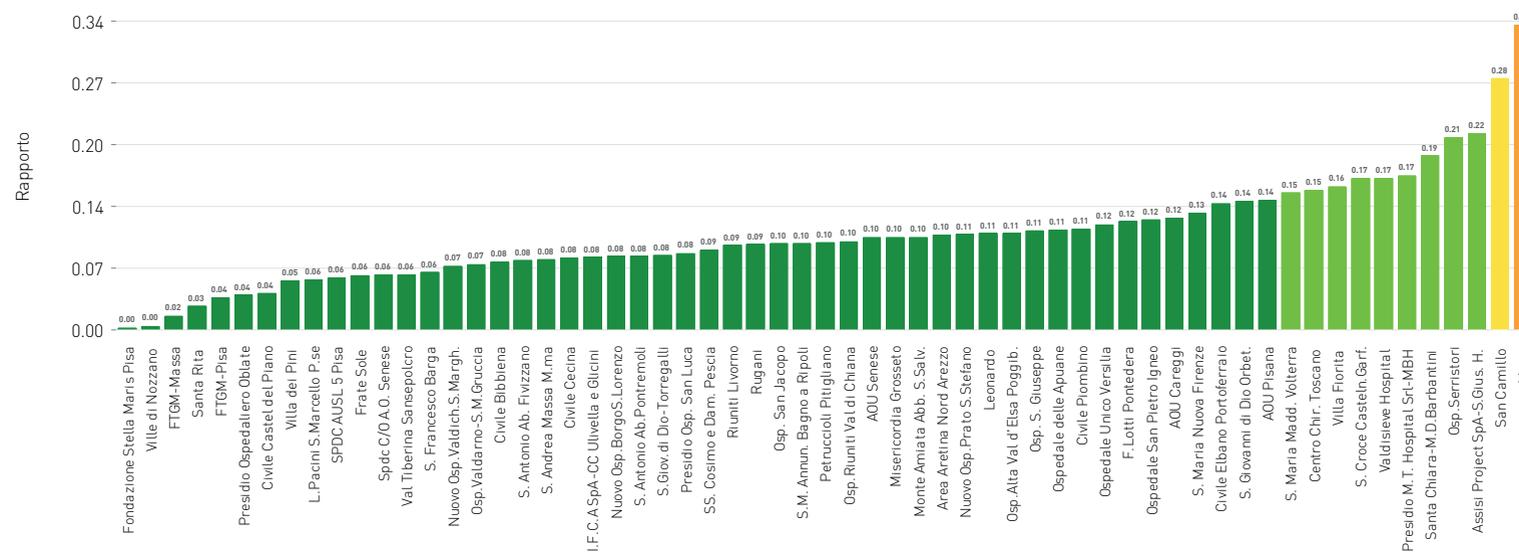
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023

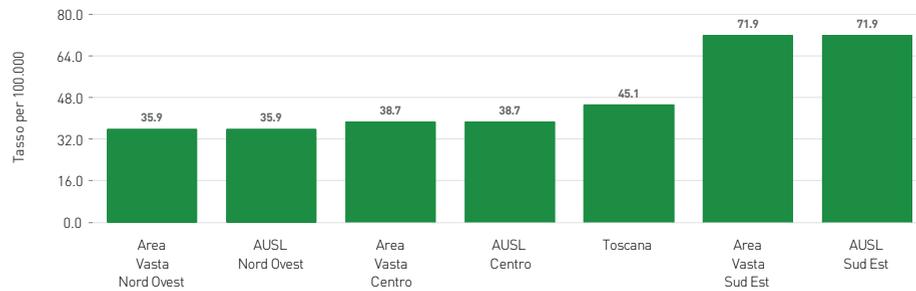


### C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti

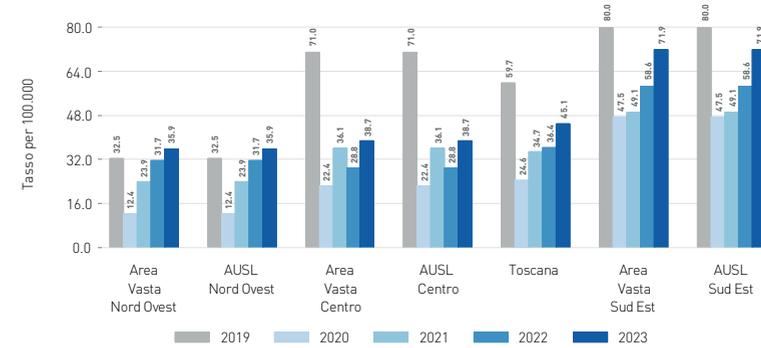
La variabilità negli interventi di stripping di vene non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità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



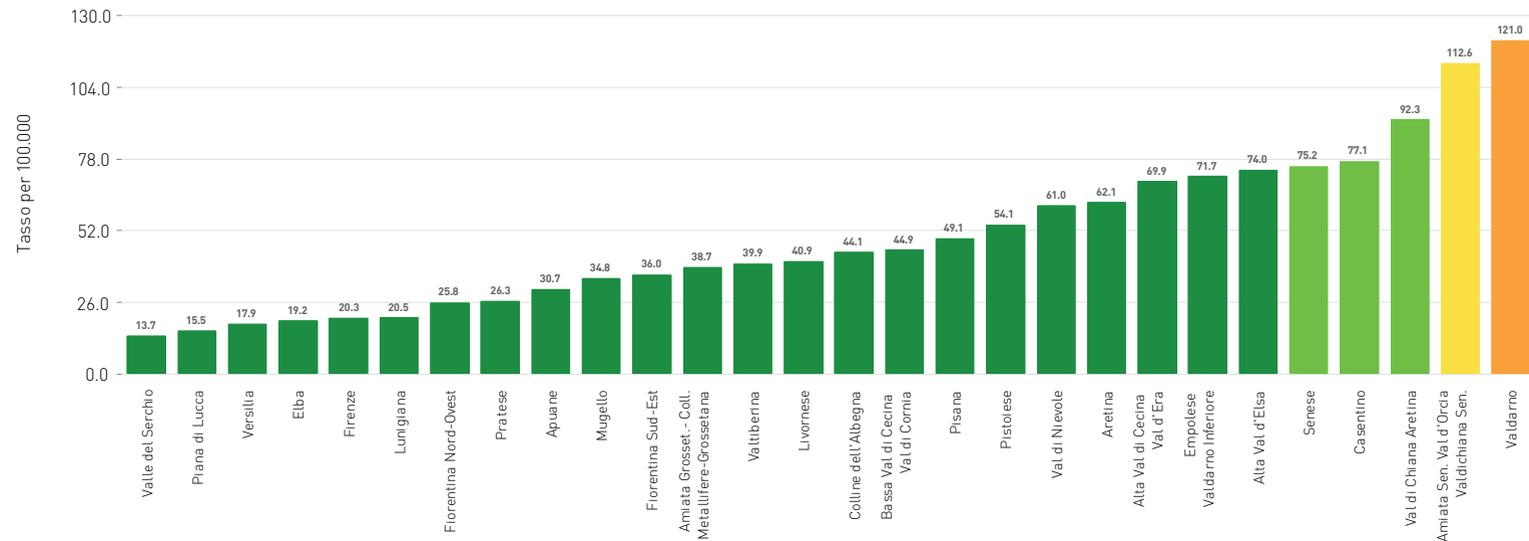
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## C8A Integrazione ospedale territorio

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



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>C8A Integrazione ospedale territorio</b>	●	●	●	●
C8D.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	6.06	5.38	5.95	7.27
C8B.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	0.52	0.64	0.47	0.45
C8A.2 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC	6.37	6.04	6.50	6.60
C14.4A Tasso di ospedalizzazione per ricoveri medici oltre soglia	0.94	1.10	0.80	0.98
C8B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	347.22	357.27	316.82	392.43
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)	28.84	25.52	19.16	52.95
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)	86.87	75.53	86.18	105.54
C8C.3.N Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione adulta residente (NSG D07Ca)	22.33	18.70	17.27	37.86
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)	132.81	108.58	148.58	136.69
D01C Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	19.61	20.24	19.16	19.31
D02C Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	18.44	18.22	17.96	19.71

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

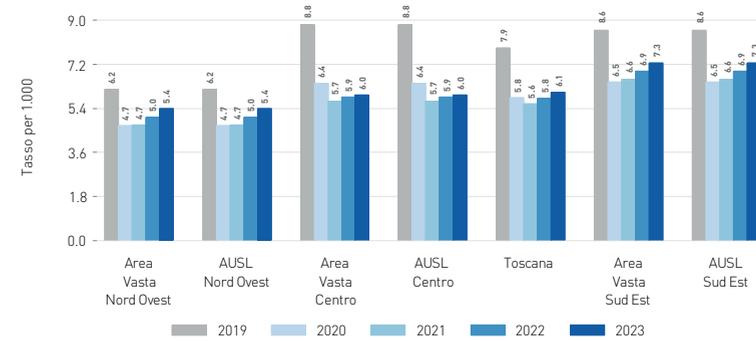
Questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", perché un'assistenza ambulatoriale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



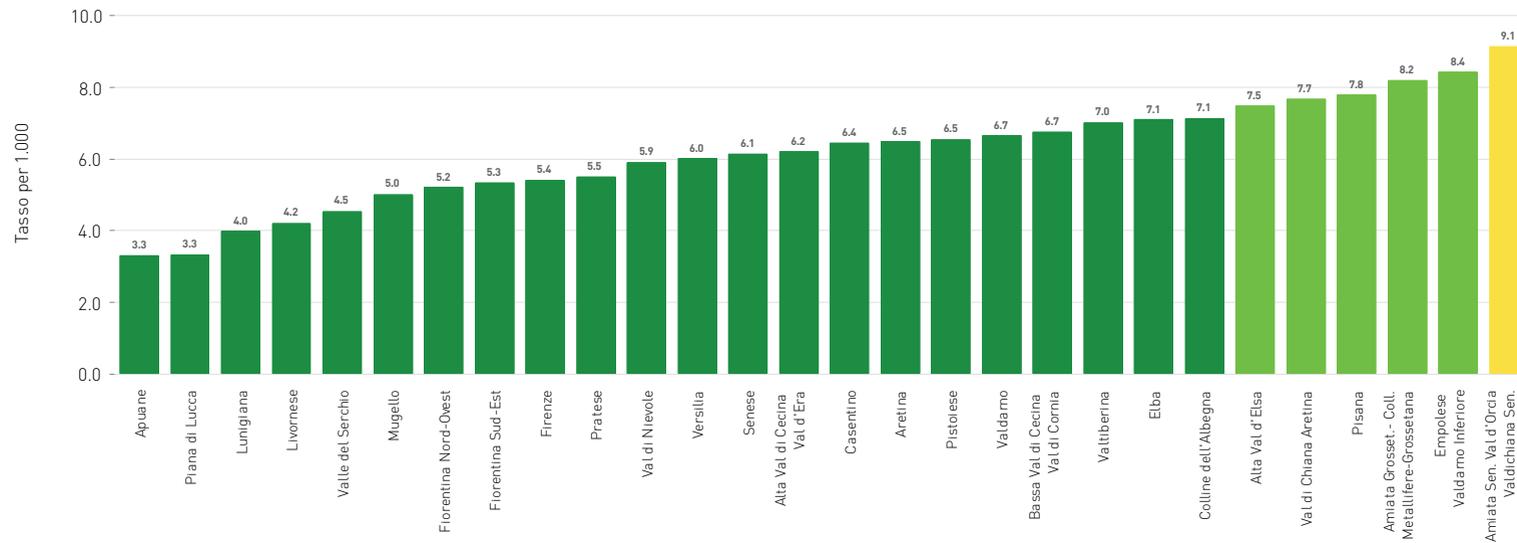
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

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



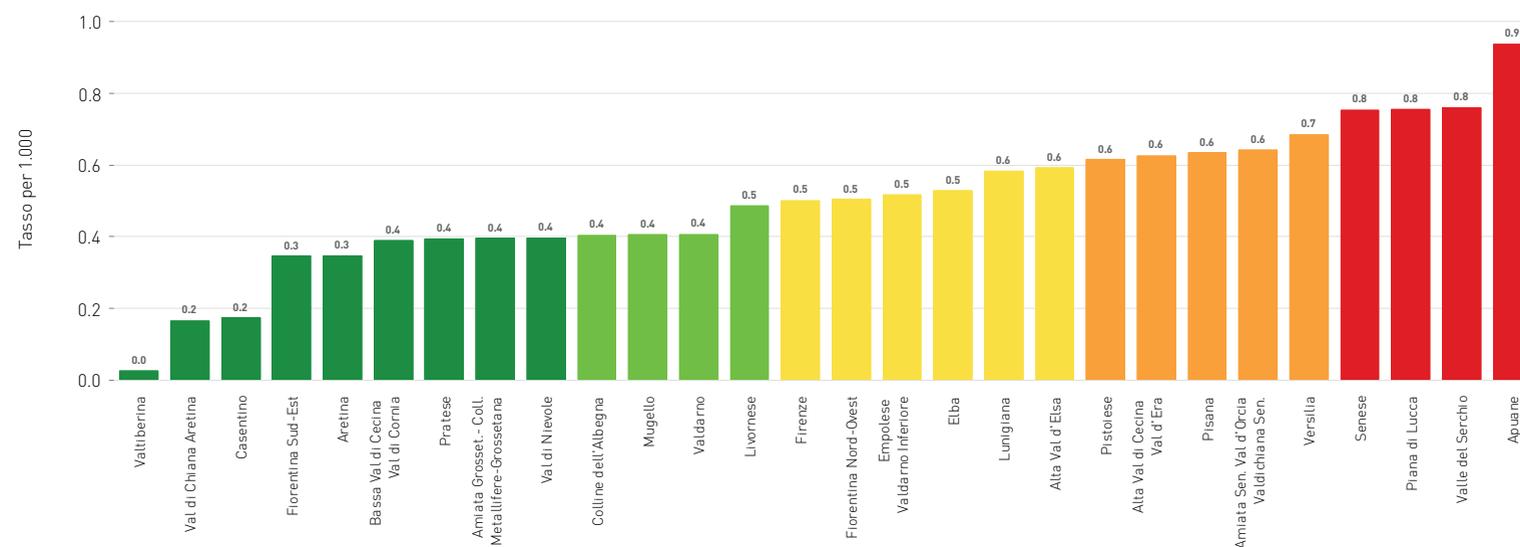
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

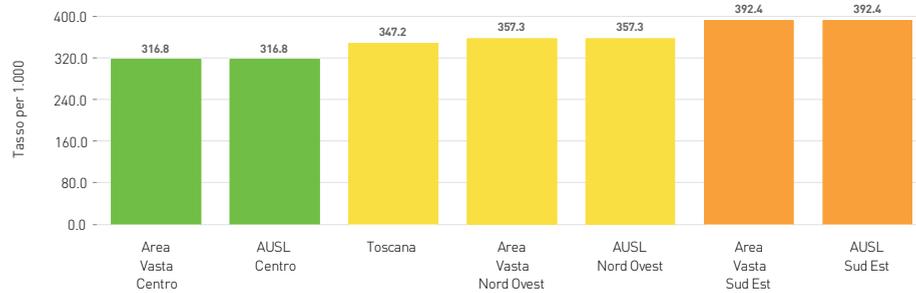


### C8B.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso

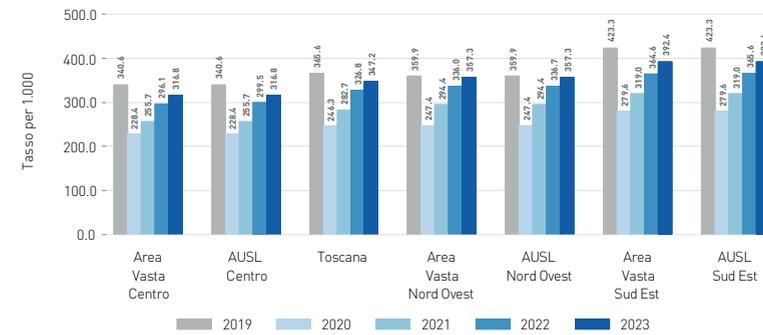
Il tasso di accesso al Pronto Soccorso mostra il rapporto tra il numero complessivo di accessi in PS dei residenti toscani e la popolazione residente. Nel calcolo sono inclusi gli accessi nei Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliero - Universitarie. Tale indicatore non monitora l'attività del PS ma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



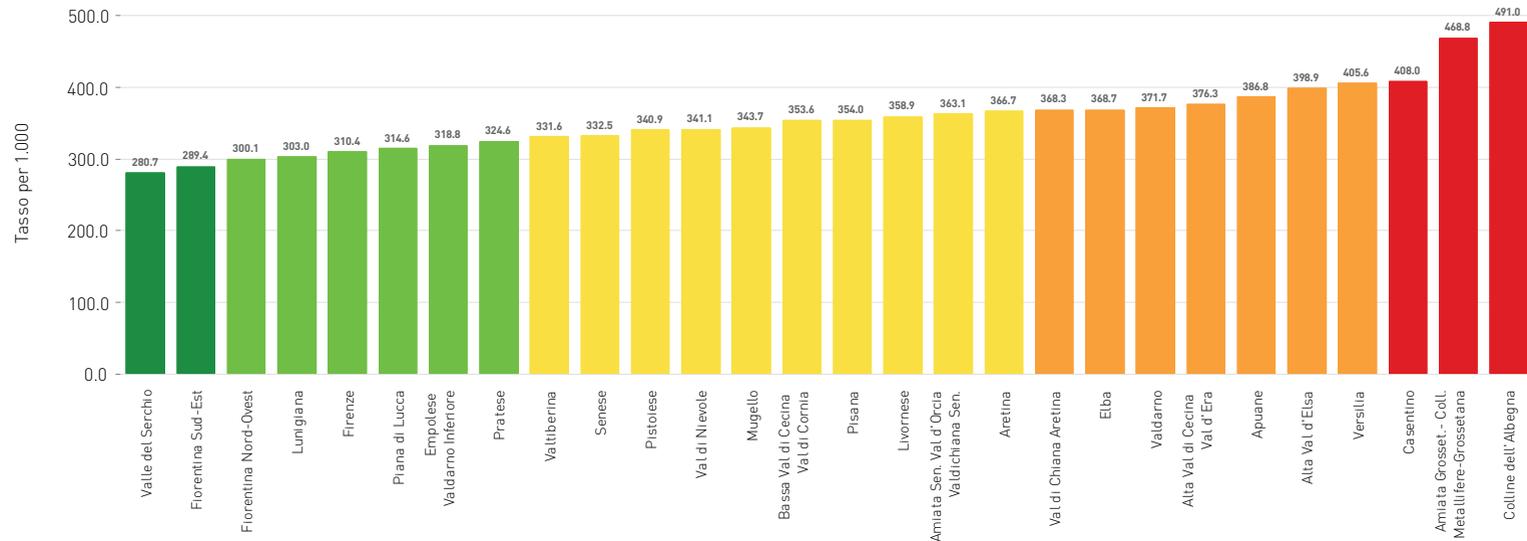
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



**D01C Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)**

La gestione dei pazienti dopo un ricovero per acuti per infarto del miocardio prevede l'impostazione di un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazione dietetiche, modifiche allo stile di vita e la definizione di una corretta strategia farmacologica, al fine di prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Il programma dovrebbe essere impostato durante il ricovero ospedaliero e trasmesso al medico di medicina generale in modo che i pazienti possano seguirlo indefinitamente. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.



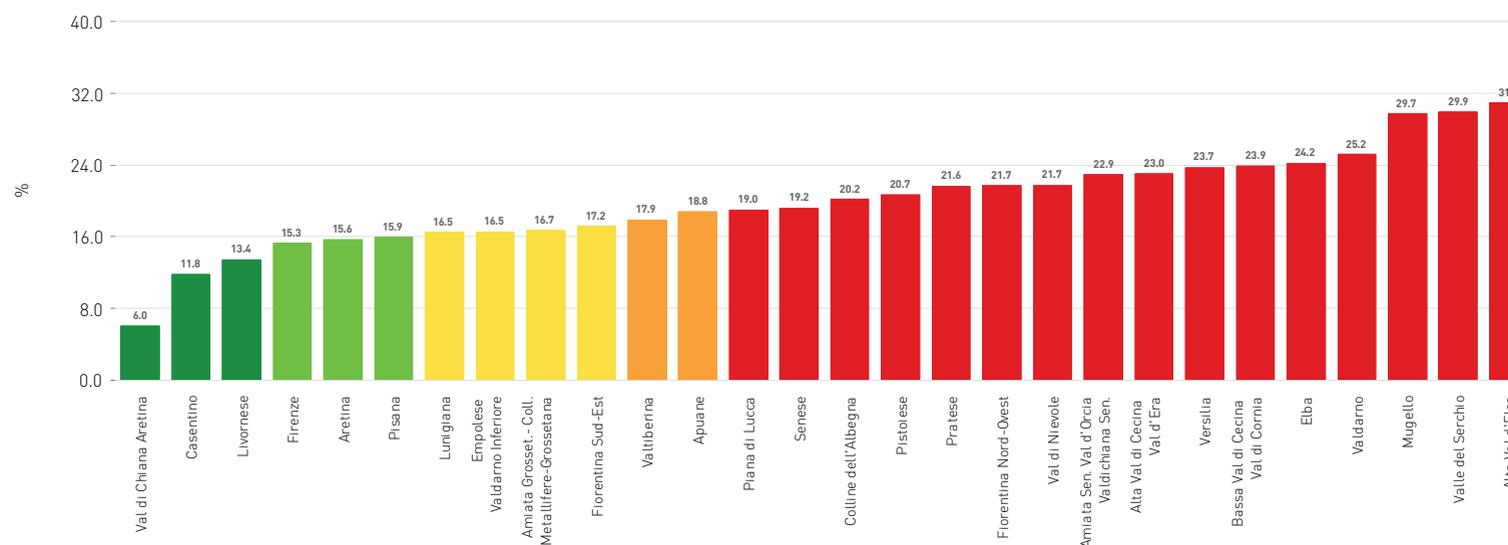
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

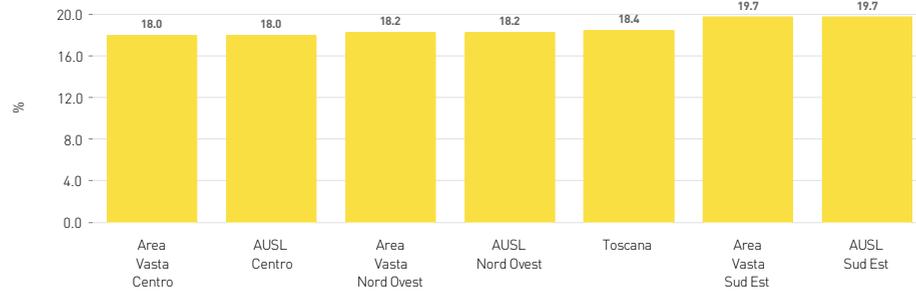


**D02C Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico**

La prognosi del paziente sopravvissuto ad ictus ischemico dipende sia dalla qualità del trattamento ospedaliero in acuto sia dalla qualità del percorso di cura successivo, che include un adeguato programma di riabilitazione e di prevenzione secondaria mirato a prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Solo il 25% dei casi di ictus ischemico guarisce completamente. Il tasso di recidiva grave o di morte nel primo anno è pari al 30-40% ed è molto influenzata dall'età e dalla presenza di comorbidità. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.



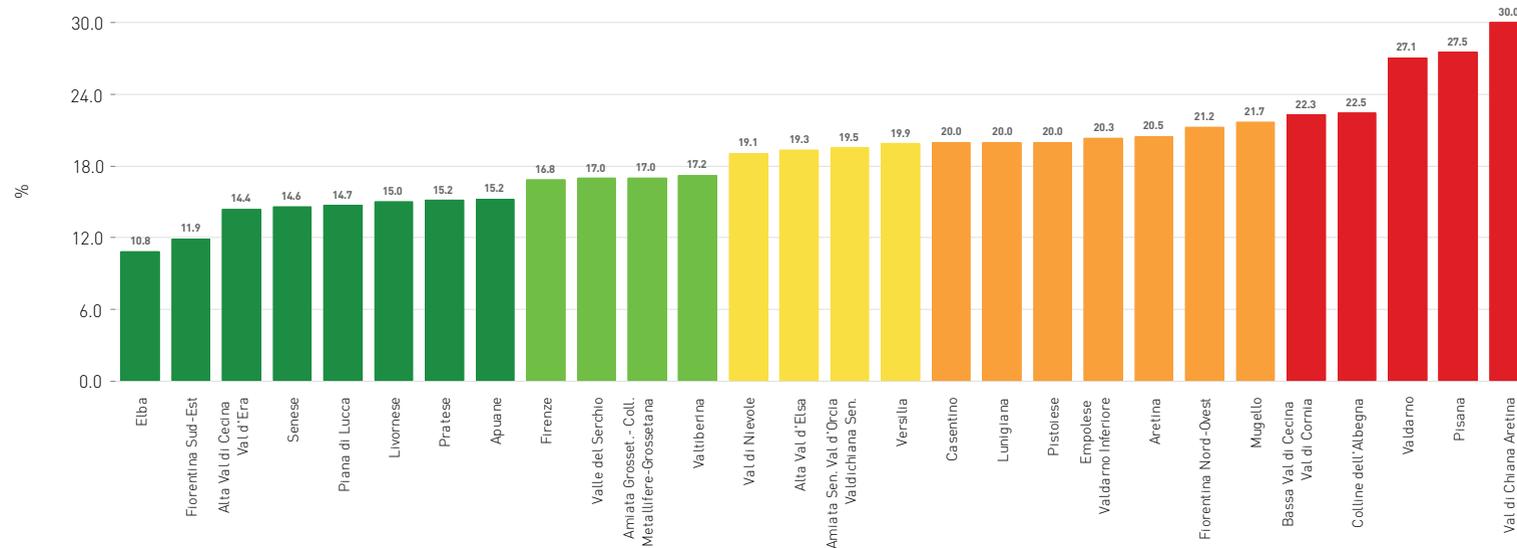
**Aziende - Dati 2023**



**Aziende - Trend**



**Zone Distretto - Dati 2023**



## C13 Appropriatelyzza Diagnostica/Appropriatelyzza Prescrittiva Diagnostica

L'albero dell' indicatore "Appropriatelyzza Diagnostica/Appropriatelyzza Prescrittiva Diagnostica" è composto dai tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e dai tassi di prestazioni di diagnostica per immagine. Particolare attenzione è dedicata alla valutazione dei volumi 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 può risultare un esame a rischio di inappropriatezza se non erogato sotto certe condizioni cliniche) e alla percentuale di pazienti che ripetono le risonanze magnetiche lombari.



### C13 Appropriatelyzza Diagnostica/Appropriatelyzza Prescrittiva Diagnostica

C13.1 Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti

C13.2 Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini

C13.2.1 Tasso di prestazioni TC 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)

C13T.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

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

Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
3483.42	3455.30	3205.50	4073.81
659.65	634.01	628.61	760.49
81.17	76.17	84.27	83.06
71.51	72.96	62.05	87.99
20.88	19.98	17.83	27.90
5.46	5.68	4.85	6.12
10.86	11.15	9.68	12.27

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

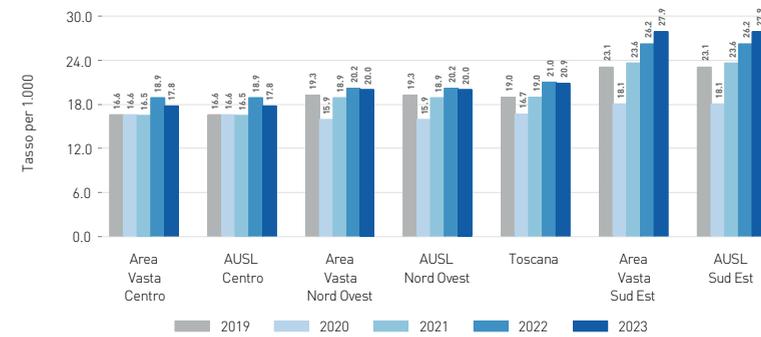
Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la risonanza magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato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



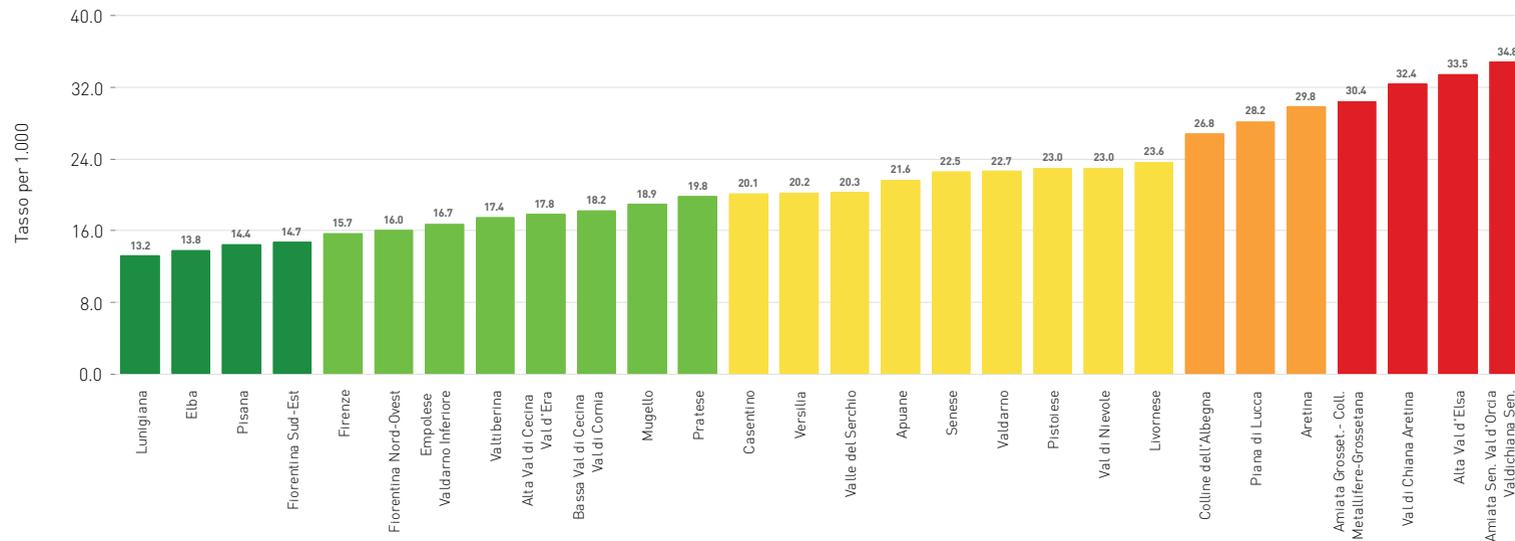
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

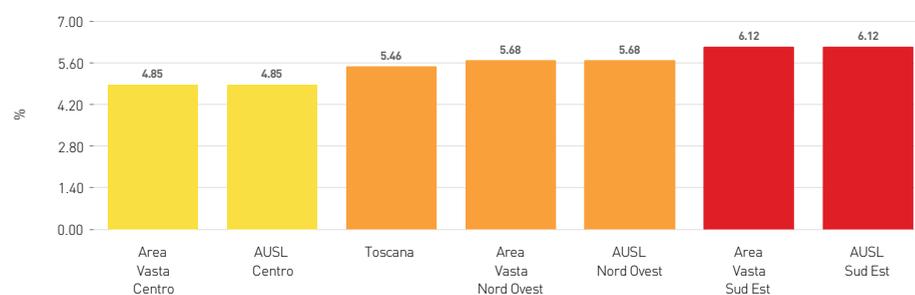


### C13T.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inapproprietezza 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 inapproprietezza 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.



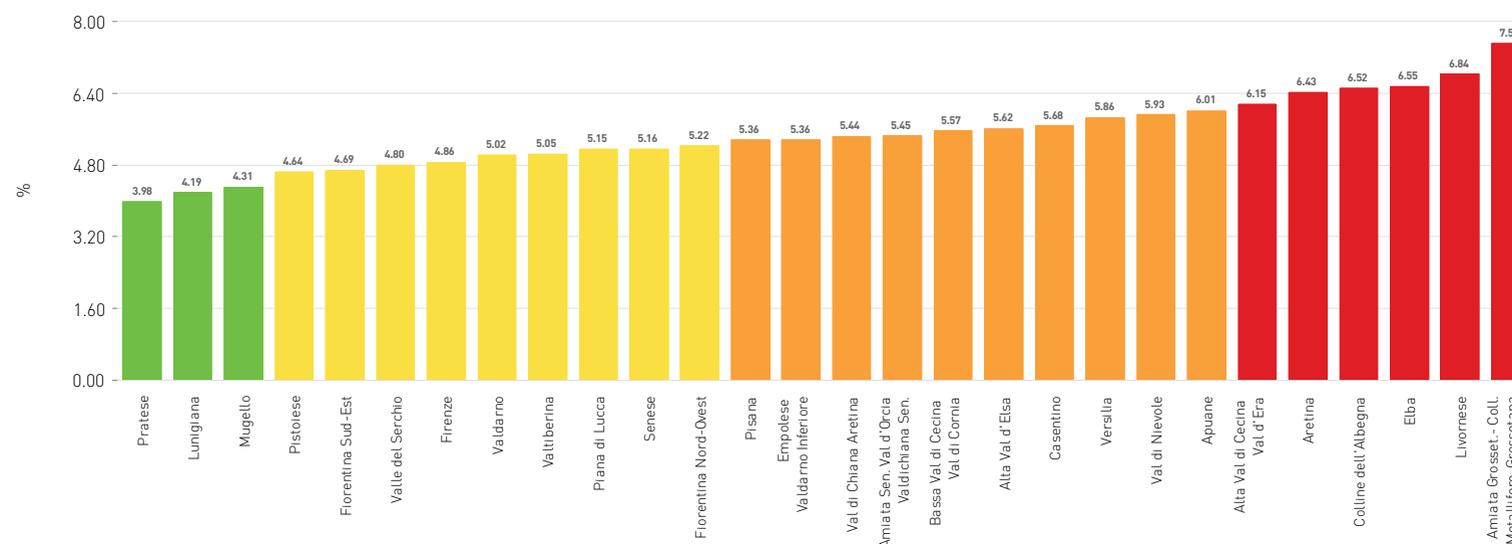
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## 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
<b>C17 Riabilitazione</b>	●	●	●	●
<i>C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56</i>	1.59	1.72	1.51	1.53
<i>C17.1.1.1 Tasso di ospedalizzazione in ricovero ordinario std per 1.000 residenti in specialità 56</i>	1.52	1.59	1.49	1.47
<i>C17.1.1.2 Tasso di ospedalizzazione in day hospital std per 1.000 residenti in specialità 56</i>	0.07	0.13	0.03	0.06
<i>C8A.20 Percentuale di ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno</i>	9.43	10.93	9.76	4.51
<i>C17.1.4 Durata della degenza in reparti di riabilitazione</i>				
<i>C17.1.4.1 Percentuale di ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni</i>	7.04	6.09	7.51	8.24
<i>C17.1.4.2 Percentuale di ricoveri ordinari per lctus in riabilitazione con durata della degenza superiore a 40 giorni</i>	20.72	22.03	15.32	18.13
<i>C17.1.4.3 Percentuale di ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni</i>	39.80		27.56	96.05
<i>C17.1.4.4 Percentuale di ricoveri ordinari per sostituzione anca in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni</i>	5.87		3.18	0.00
<i>C17.1.4.5 Percentuale di ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 7 giorni</i>	53.25		33.74	96.99
<i>C17.1.4.6 Percentuale di ricoveri ordinari per sostituzione ginocchio in riabilitazione con durata della degenza superiore a 20 giorni</i>	2.69		2.43	0.00
<i>C17.1.4.7 Percentuale di ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza inferiore a 10 giorni</i>	9.80		5.91	
<i>C17.1.4.8 Percentuale di ricoveri ordinari per frattura di femore in riabilitazione con durata della degenza superiore a 30 giorni</i>	11.82		9.36	

## C8A.20 Percentuale di 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.



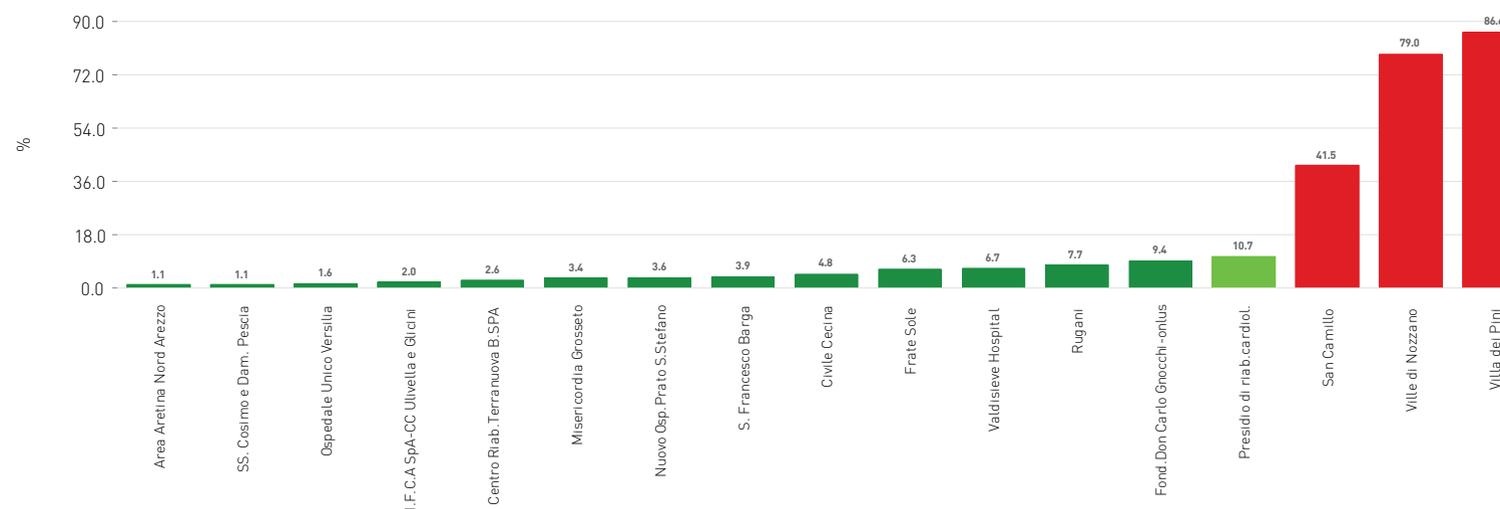
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

## 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 stati aggiunte alcune misure che valutano la partecipazione delle terapie intensive ai Progetti e la validazione dei dati basata su controlli di qualità e completezza effettuati da GiViTI.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C22 Terapie Intensive</b>	●	●	●	●	●	●	●
C22.9 Ore di visita concesse ai parenti	9.00	8.00	9.00	8.00	11.00	1.00	24.00
C22.21A Validazione dati Progetti GiViTI	65.67	45.84	79.76	73.81			
<i>C22.21.4 Validazione dati Progetto Full Infection</i>	69.33	50.00	91.67	70.24	0.00	100.00	100.00
C22.21.1 Validazione dati Progetto Margherita ProSAFE	90.00	70.83	97.62	100.00	100.00	100.00	100.00
C22.21.2 Validazione dati Progetto Sorveglianza Infezioni	82.00	58.33	95.24	98.81	25.00	100.00	100.00
C22.21.3 Validazione dati Progetto StART	66.67	48.96	79.76	73.81	16.67	91.67	91.67
C22.1 Standardized Mortality Ratio (SMR)	0.94	0.90	0.94	0.94	1.05	1.00	0.95
C22.5 Incidenza di sepsi e/o shock settico	10.22	17.51	6.89	9.09	12.40	4.51	7.15
C22.6 Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza di Terapia Intensiva	10.69	2.95	16.89	14.65	20.00	10.94	9.68
C22.7 Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	5.46	5.42	5.60	5.46	5.42	4.42	5.46
C22.8 Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi	1.58	1.46	1.46	2.42	2.42	1.47	5.42
<i>C22.10 Percentuale di turni in difetto di risorse</i>	7.62	7.88	2.12	15.86		0.20	0.00
<i>C22.11 Percentuale di turni in eccesso di risorse</i>	61.54	78.52	64.97	48.37		65.13	50.75
C22.4 Percentuale di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza	9.21	10.33	9.77	8.46		7.21	7.79
C22.12 Percentuale di shock settici provenienti dai reparti di degenza	43.11	45.13	33.33	47.84	76.92	35.71	53.33

## B6C Sangue

Il bisogno di sangue e dei suoi componenti è in aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'incremento degli interventi chirurgici e dei trapianti. La disponibilità dipende dalle donazioni, ma l'invecchiamento dei donatori non è compensato da nuovi donatori giovani. I Medicinali PlasmaDerivati (MPD), prodotti industrialmente dal plasma, sono essenziali per trattare molte condizioni cliniche. L'autosufficienza di MPD è un obiettivo della Legge 219/2005, che mira a garantire qualità e sicurezza nella terapia trasfusionale. Nonostante ciò, l'Italia è ancora lontana dal raggiungimento dell'autosufficienza.



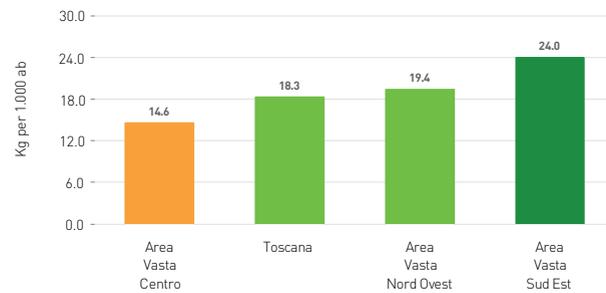
	Regione Toscana
<b>B6C Sangue</b>	
B6B Sistema trasfusionale	
B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per mille residenti	18.34
B6.2.2.2 Tasso di donazioni di emazie per mille residenti	43.24
B6.2.4 Adesione al programma Patient Blood Management (PBM)	
B6.2.4.1 Inserimento in cartella clinica del questionario anamnestico di rischio emorragico	
B6.2.4.2 Percentuale di pazienti candidati a chirurgia ortopedica elettiva valutati PBM	
C9A Medicinali Plasma Derivati	
C9.20.5 Consumo di Immunoglobuline	141.75
C9.20.3 Consumo di albumina	384.95
C9A.1 Autosufficienza Albumina da CRS	96.01
C9.20.5.1 Percentuale di immunoglobuline ev	65.84
C9A.2 Autosufficienza Immunoglobuline da CRS	81.37
C9A.3 Autosufficienza Immunoglobuline sottocute da CRS	56.50
C9A.4 Consumo di Antitrombina	2.08

### B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per mille residenti

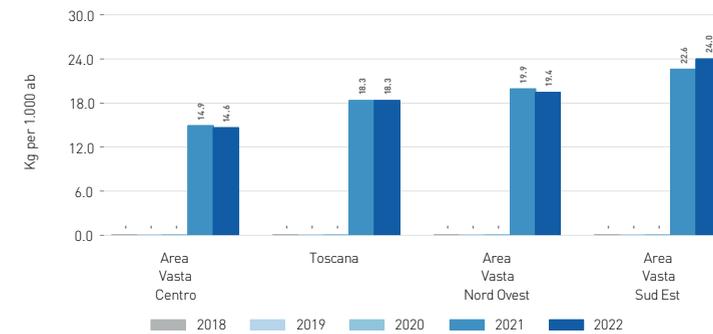
Il plasma raccolto in Italia proviene da donazioni volontarie, periodiche, responsabili, anonime e gratuite. Il plasma raccolto viene utilizzato per la produzione dei Medicinali PlasmaDerivati (MPD), esercitano un ruolo chiave, e talora non sostituibile, nel trattamento di molte condizioni cliniche acute e croniche. Secondo gli obiettivi fissati dalla Regione Toscana incrementare la donazione di plasma è una priorità per raggiungere la piena autosufficienza. Per questi motivi imprescindibili, è importante monitorare l'indicatore per garantire l'accesso ai prodotti ematici.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend

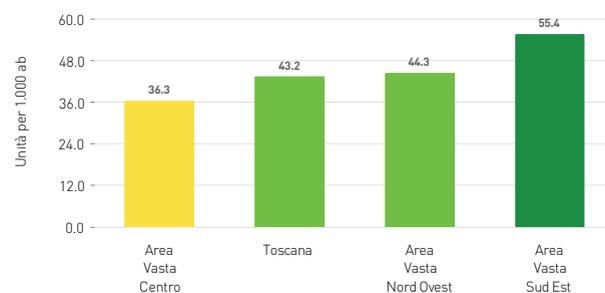


### B6.2.2.2 Tasso di donazioni di emazie per mille residenti

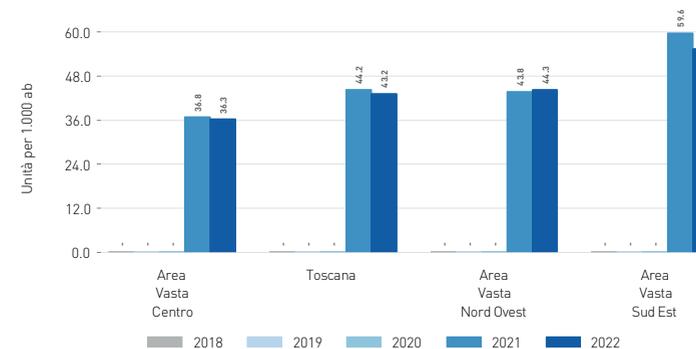
Le emazie sono una delle componenti principali del sangue che trovano utilizzo in pratica clinica per il trattamento di varie condizioni. Secondo gli obiettivi fissati dalla Regione Toscana incrementare la donazione di emazie è una priorità per raggiungere la piena autosufficienza, importante per garantire la disponibilità delle unità di sangue in caso di necessità ed evitare carenze di approvvigionamento.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## C9 Appropriata prescrizione farmaceutica

L'appropriatezza prescrittiva si riferisce alla corretta selezione e utilizzo dei farmaci in base alle evidenze scientifiche disponibili per il trattamento di una determinata condizione medica. Riguarda la scelta del farmaco più idoneo per il paziente (in base al rapporto beneficio/rischio favorevole) conservando la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario. I dati sui consumi dei farmaci sono elaborati su flussi regionali amministrativi. L'indicatore C9 permette di monitorare il corretto utilizzo di alcune categorie di farmaci di interesse, che fanno registrare consumi elevati e sono soggetti ad usi impropri. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi del paziente, la variabilità che si osserva all'interno della regione permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriata prescrizione.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Fond. G. Monasterio
<b>C9 Appropriata prescrizione farmaceutica</b>	●	●	●	●	●	●	●	●
B4.1 Consumo di farmaci per il controllo del dolore								
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	2.07	2.34	1.89	2.00				
B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio	4.23	4.73	3.66	4.54				
B4.1.3 Consumo territoriale di morfina	3.47	5.54	1.56	3.94				
B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio	5.17	6.63	3.46	5.64				
C6.8 Rischio farmacologico								
C6.8.1 Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci (polypharmacy)	40.89	41.82	39.96	41.19				
C6.8.2 Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)	7.74	8.34	7.39	7.48				
C6.8.3 Uso concomitante di Corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di chinoloni	20.74	19.29	22.08	21.16				
C6.8.4 Uso concomitante di corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di FANS o ASA	17.23	17.35	17.86	16.10				
C6.8.5 Consumo di penicilline in età pediatrica	10.90	10.32	10.46	12.70				
C6.8.6 Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e acido clavulanico in età pediatrica	21.85	10.74	33.06	16.30				
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	15.44	17.05	12.94	18.23				
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	2.56	3.69	1.32	3.43				
C9.6.1 (polipmezanti)								
C9.6.1.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine (NSG D18C)	28794.51	27115.85	31665.70	25863.19				
C9.6.1.4 Consumo annuo di farmaci a base di omega-3 (UP per 100 residenti maggiorenni) sul territorio	221.02	255.27	165.33	277.47				
C9.6B Antipertensivi								
C9.6.2.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: antipertensivi (NSG D17C)	7447.95	6876.40	7469.20	8286.55				
C9.7 Gastrointestinali								
C9.7.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	24.94	26.04	22.23	28.46				
C9.8 Antimicrobici								
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio	13.91	14.70	12.75	14.93				
C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	1.02	1.21	0.79	1.17				
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	1.88	2.10	1.73	1.78				
C9.8.1.3 Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e amoxicillina ac. clavulanico sul territorio	25.08	13.21	35.58	22.50				
C9.8.1.7 Proporzioni di antibiotici Access	50.45							
D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	5285.22	5642.43	4761.03	5742.41				
C9.8.1.8 Consumo di Fosfomicina orale	6.88	6.53	6.13	8.86				
C9.9 Farmaci in Salute Mentale								
D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	24525.19	24520.44	25011.18	23575.19				
C9.5.3 Consumo di Antidepressivi nei giovani tra i 18 e 25 anni	54.06	57.66	56.38	43.82				
C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi	12.03	10.87	12.74	12.57				
C9.9.2 Consumo di antipsicotici sul territorio	7.78	7.93	8.05	7.02				
C9.9.4 Polypharmacy (salute mentale)	17.46	18.73	16.67	16.50				
C9.17 Ospedaliere								
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti	76.70	68.54	86.95	76.80	86.50	66.02	81.85	52.88
C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	31.46	40.57	33.74	41.20	33.06	12.12	14.86	19.61
C9.12B Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	28.54	27.23	26.92	25.69	29.23	37.55	39.27	16.15
C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	68.75	69.93	65.48	63.93	71.74	75.34	74.58	71.15
C9.20 Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci L04 secondo scheda tecnica	61.08							
C9.22 Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare (EBPM) ogni 100 residenti sul territorio	5.25	5.77	4.98	4.96				
C9.22.1 Consumo ospedaliero di antifungini triazolici per 1000 giornate di degenza	21.17	21.37	18.62	17.28	33.73	19.38	20.49	5.14
C9.22.2 Consumo ospedaliero di antifungini echinocandine per 1000 giornate di degenza	9.56	9.00	6.30	5.60	23.40	9.04	12.02	3.45
C9.19 Farmaci respiratori								
C9.19.1 Incidenza di farmaci adrenergici associati sul totale dei farmaci adrenergici per aerosol sul territorio	65.05	65.77	66.47	61.26				
C9.19.4 Spesa pro-capite per farmaci adrenergici in associazione	6.36	6.16	6.62	6.16				
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	72.00	76.29	69.21	65.76	72.88	70.23	78.82	77.44
C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACEi o ARB o ARNi alla dimissione	67.49	62.56	63.89	71.86	81.20	68.46	72.29	68.58
C21.2.4 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	66.85	63.06	69.92	66.19	74.72	81.20	60.39	61.41
C21.2.5 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	82.41	79.39	83.04	84.45	83.81	72.73	87.01	84.82
F12A.20 Prevenzione e trattamento della carenza di Vit. D								
F12A.21.2 Consumo di colecalciferolo sul territorio	71.91	84.87	62.49	70.07				

## C21 Appropriatelyzza d'uso (aderenza farmaceutica)

L'aderenza terapeutica si riferisce alla misura in cui un paziente segue le indicazioni e le prescrizioni terapeutiche fornite dal medico inerenti all'assunzione regolare dei farmaci prescritti, al rispetto delle dosi e agli orari di assunzione. La stretta aderenza al regime di cura conferisce una migliore prognosi ed è indice di una migliore qualità della vita, senza considerare che un'alta percentuale di tutte le ammissioni in ospedale è dovuta alla scarsa aderenza alle prescrizioni, con un costo annesso alto ed evitabile. Le ragioni per la mancata aderenza terapeutica possono essere molteplici e possono comprendere fattori quali mancanza di consapevolezza sull'importanza del trattamento, difficoltà nel seguire le istruzioni, preoccupazioni riguardo agli effetti collaterali, complessità del regime terapeutico o dimenticanze. 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
<b>C21 Appropriatelyzza d'uso (aderenza farmaceutica)</b>	●	●	●	●
C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	20.31	22.25	19.23	19.14
C9.2 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (ipolipemizzanti)	12.86	13.72	12.34	12.57
C9.6.1.2 Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio	47.74	47.99	47.20	48.54
C9.3.1 Percentuale aderenza pazienti trattati con farmaci antiipertensivi agenti sul sistema regina-angiotensina (ATC C09) sul territorio	57.51	57.77	56.76	58.53
C21.3 Compliance terapia post IMA				
C21.3.1 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)	88.58	89.44	87.17	89.02
C21.3.2 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACEi o ARB o ARNI (90-180 giorni)	85.57	85.57	84.29	87.50
C21.3.4 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con farmaci ipolipemizzanti (90-180 giorni)	98.67	98.80	98.40	98.86
C21.3.5 Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con antiaggreganti (90-180 giorni)	98.61	98.64	98.19	99.24

---

---

# PERCORSI

a cura di Piermario Di Grazia, Amerigo Ferrari, Maria Francesca Furmenti, Andrea Garuglieri, Sofia Longhi, Claudio Mazzi, Giaele Moretti, Anna Maria Murante, Francesca Pennucci



## 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 Cadute >= 65 anni per 15.000 residenti*

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*

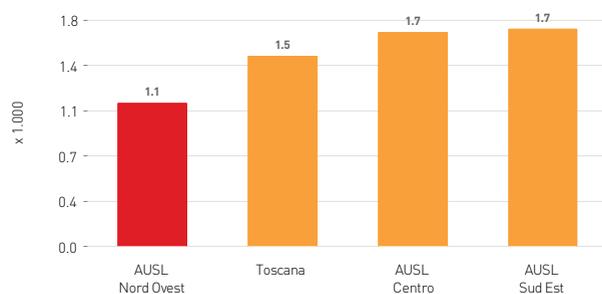
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
1.21	1.47	1.33	0.58
1.51	1.14	1.70	1.73
22.30	17.90	24.04	25.77
1.95	1.99	1.80	2.16
1.13	1.07	0.97	1.51

## 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.



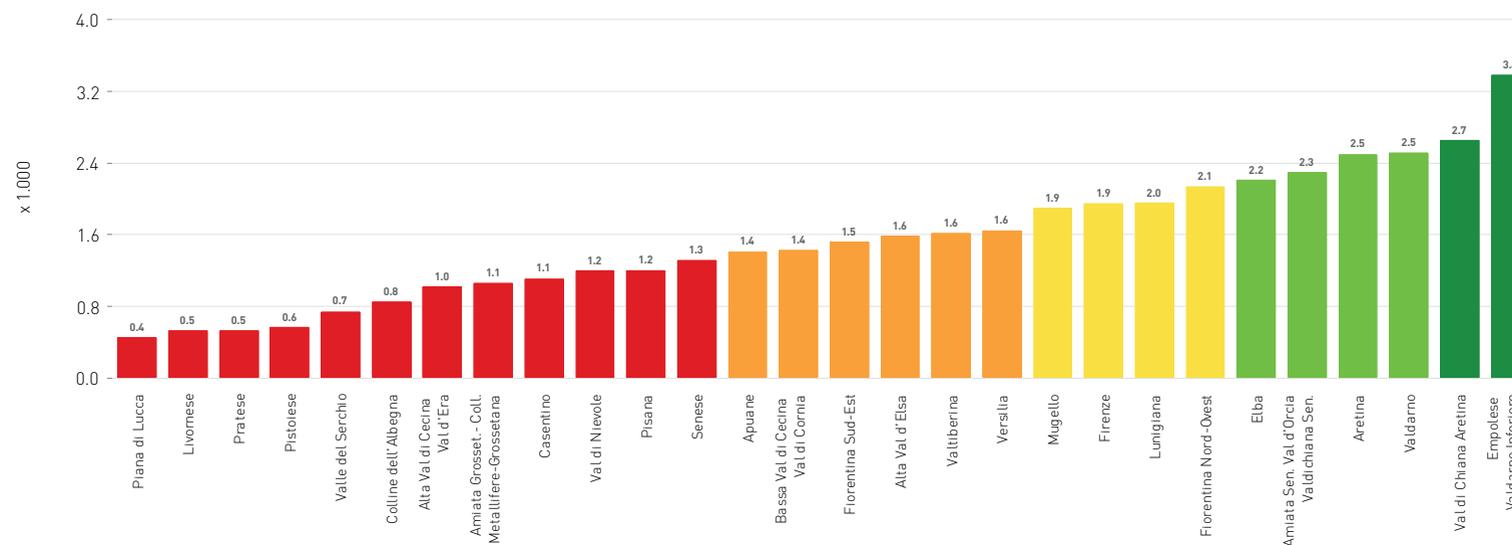
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

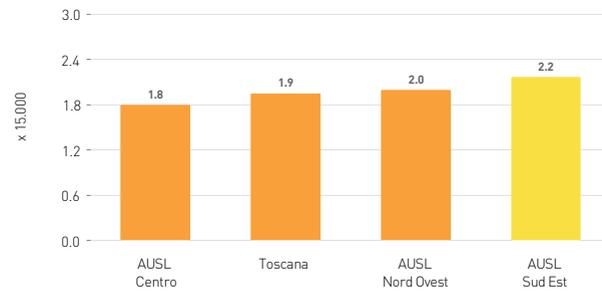


## B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni

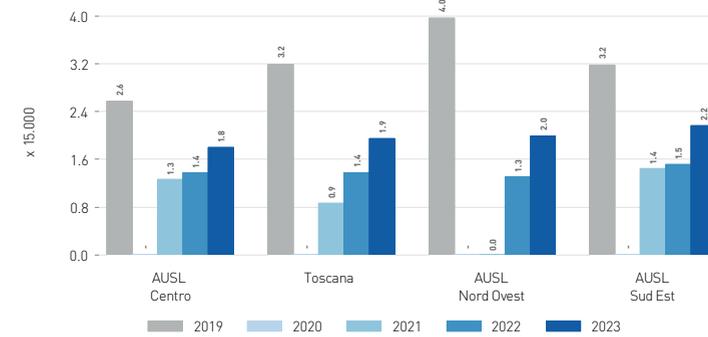
Sempre nell'ambito del programma Attività Fisica Adattata (AFA), viene monitorata la disponibilità di corsi "alta disabilità", ossia diretti a soggetti con "ridotta competenza funzionale" (all.B DGRT 1418/16), sul territorio regionale. Per l'anno 2020 l'indicatore non è stato monitorato a causa della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



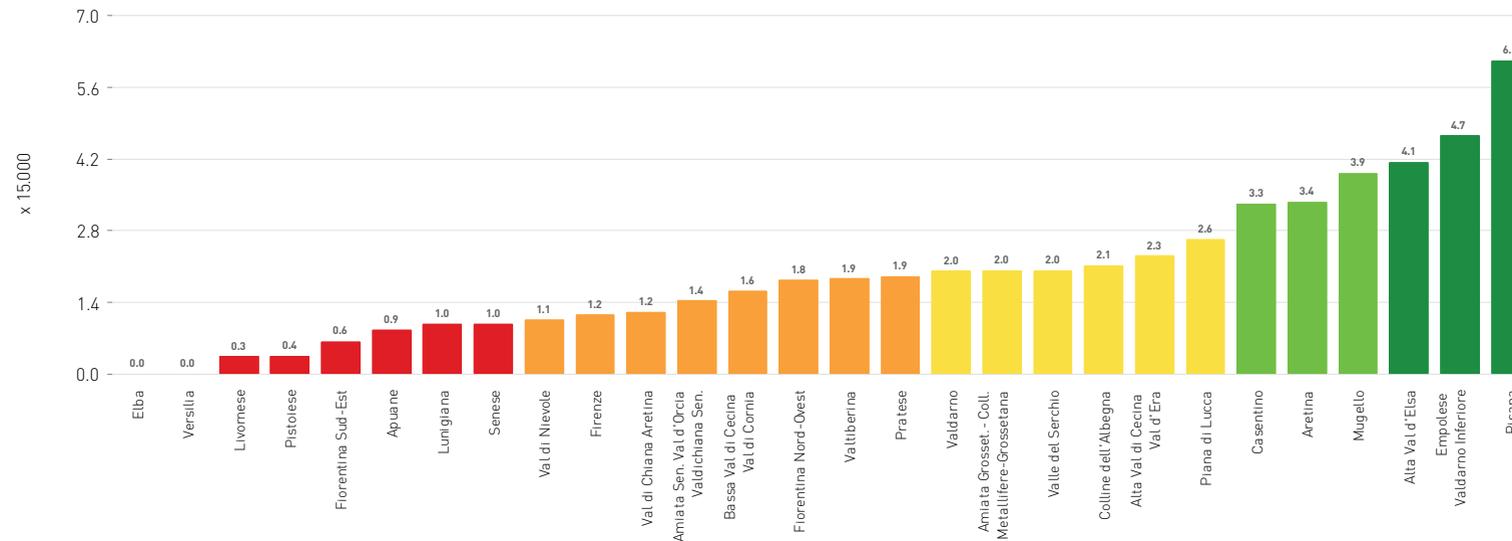
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## 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.



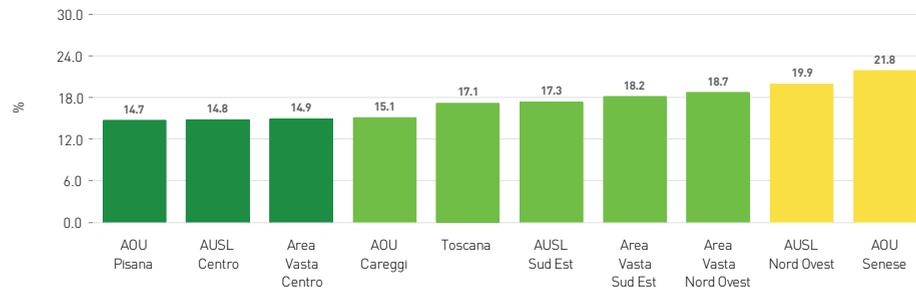
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C7B Materno-Infantile assistenza al parto</b>	●	●	●	●	●	●	●
C7.0.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti	92.11	91.02	95.22	76.45	100.00	100.00	100.00
C7.0.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti	18.22	30.25	9.07	10.88			
C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	17.11	19.89	14.82	17.33	14.66	21.84	15.06
C7.1.1 Percentuale di parti cesarei grezzi	24.80	24.80	22.08	24.15	28.18	34.19	26.81
C7.1.2 Percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)	7.09	9.94	6.26	6.56	3.91	8.09	4.71
C7.1.3 Percentuale di parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)	20.52	26.17	15.51	22.94	14.47	20.97	19.25
C7.1.4 Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati	3.82	3.94	2.54	3.96	4.43	6.08	4.43
C7.30 Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)	24.99	23.87	31.22	23.86	20.83	0.01	22.35
C7.31 Percentuale di neonati ventilati, intubati o rianimati	1.78	3.84	0.61	0.83	0.57	6.41	1.02
C7.32 Percentuale di neonati con APGAR sotto 7	0.86	0.79	0.58	0.68	1.61	1.58	1.19
C7.33 Percentuale di neonati allattati con allattamento esclusivo durante il ricovero dopo il parto	82.01	92.88	79.49	85.33	79.35	88.41	62.19
C7.34 Percentuale di contatto pelle a pelle dopo la nascita	89.15	86.10	92.24	86.80	91.99	80.51	92.17
H17C Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti	16.66	17.49	13.89	12.71		25.24	
H18C Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con più di 1.000 parti	18.02	21.54	15.03	19.25	19.24		19.63
C7.26 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN (NSG H19S)	8.72	60.00	5.88	47.06			
H20S Percentuale di parti pre-termine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	3.95	3.81	3.91	4.21			
C7.2 Percentuale di parti indotti	29.54	27.13	30.20	27.32	34.13	24.87	34.23
C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	8.39	11.04	9.06	5.13	14.76	5.45	3.81
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	8.82	8.26	9.97	8.45	8.90	4.80	8.77

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

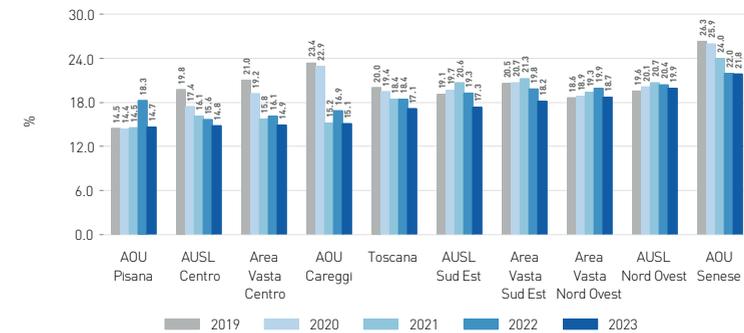
Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione verticale (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.



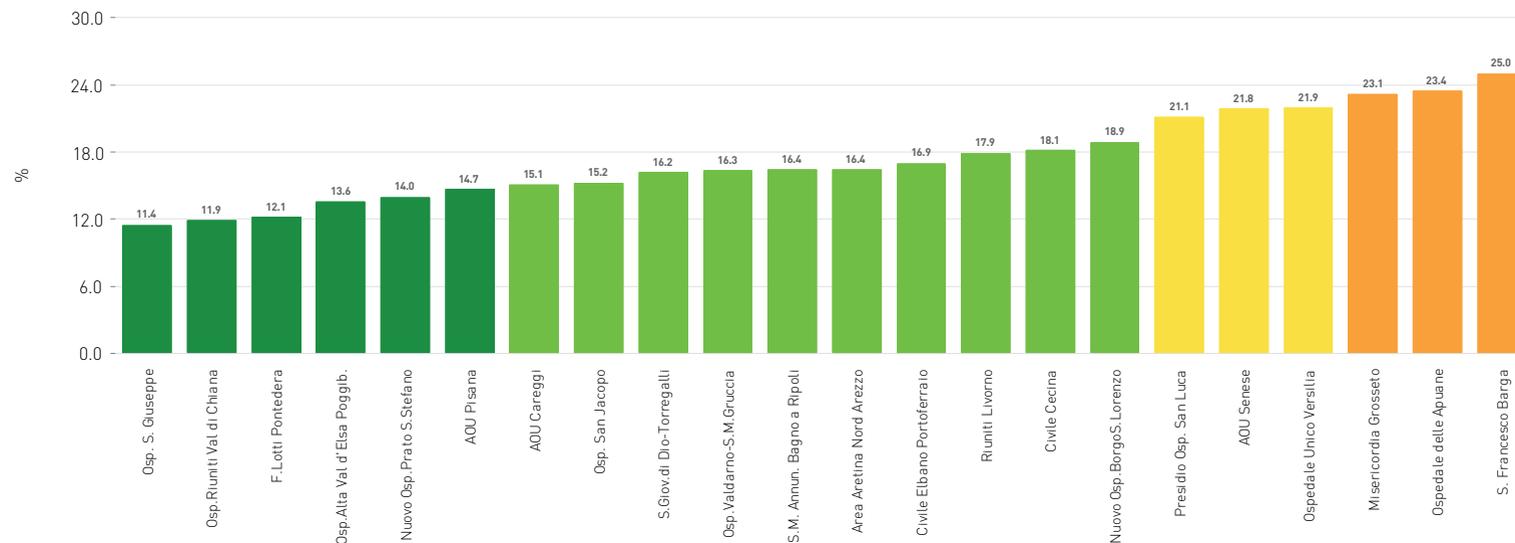
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



### C7.30 Percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (VBAC)

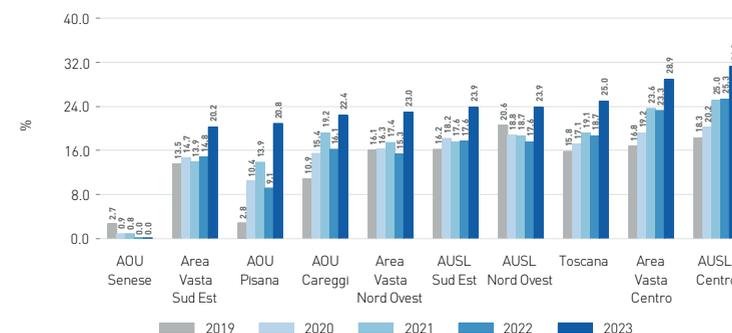
Il PNE ha adottato appositamente l'indicatore del VBAC per monitorare l'andamento di tale pratica, che tuttavia stenta ad affermarsi: dal 2015 al 2020 in Italia si è registrato un aumento di soli due punti percentuali (10,5% nel 2020 rispetto all'8,4% nel 2015). La grande variabilità rilevata tra le Regioni e tra i singoli PN evidenzia come le aree geografiche in cui il ricorso al TC è maggiore siano le stesse in cui la proporzione di VBAC è più bassa. Le analisi descrivono chiaramente come nelle Regioni meridionali il VBAC non rientri nella pratica ostetrica corrente, mentre in alcune Regioni del Centro-Nord sia oramai una pratica consolidata.



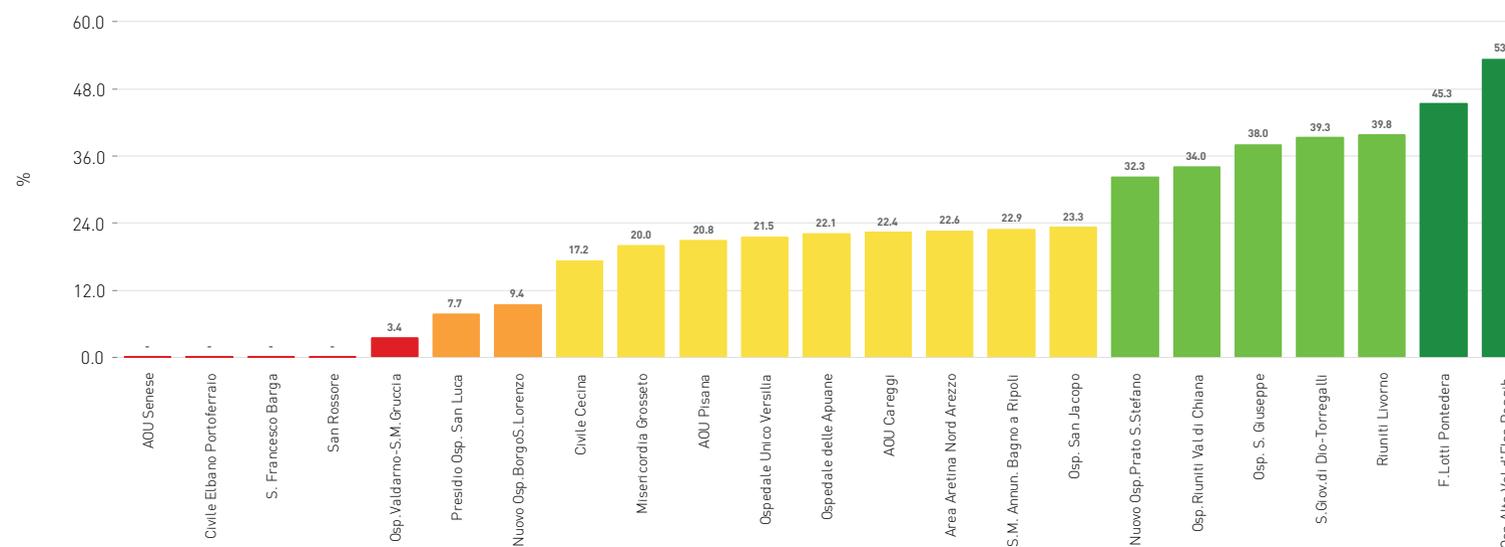
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



## H17C Percentuale parti cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con meno di 1.000 parti

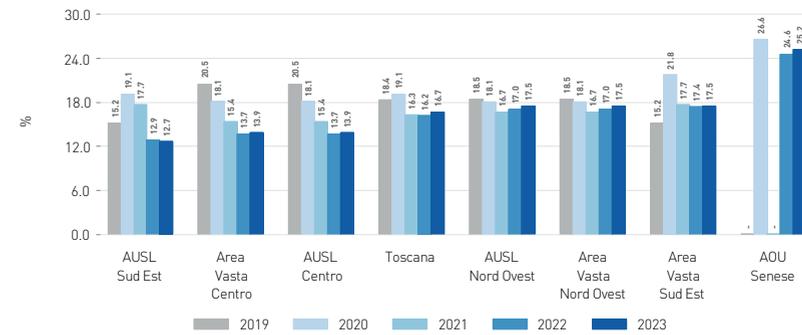
Questo indicatore misura la frequenza di ricorso al taglio cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatezza. Per gli ospedali di I livello (o comunque con meno di 1000 parti l'anno), l'obiettivo da raggiungere è una percentuale di tagli cesarei primari al di sotto del 15%.



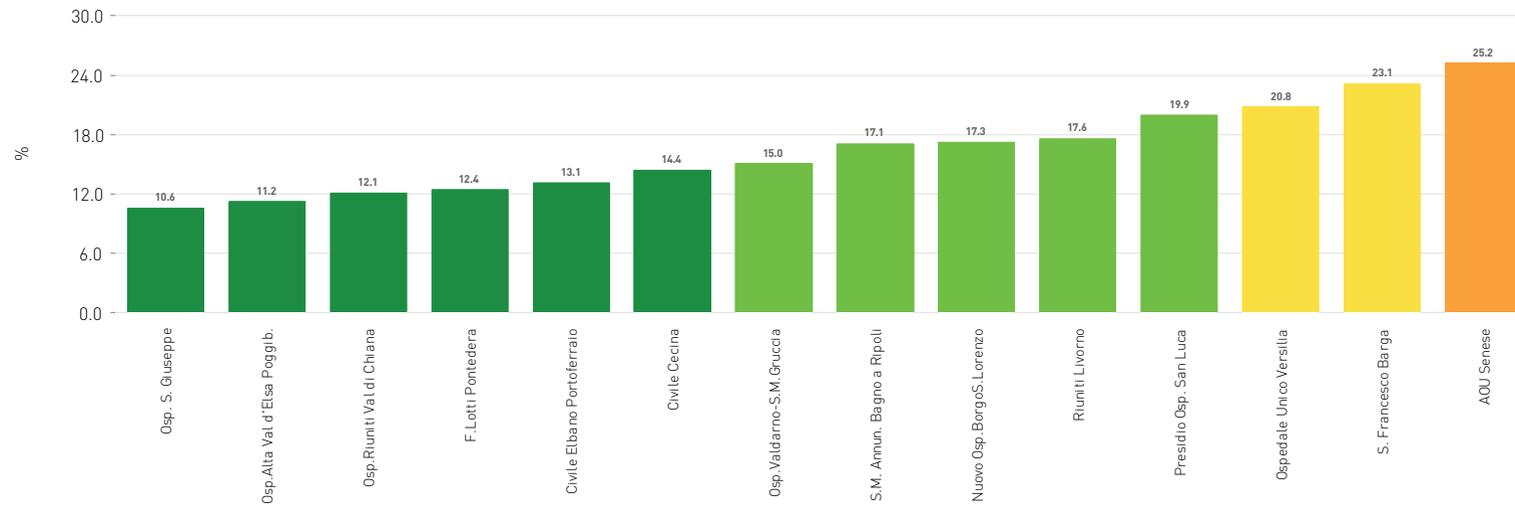
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



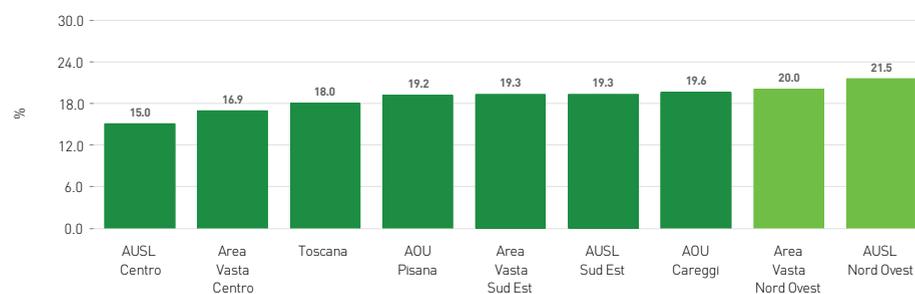
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 20

## H18C Percentuale parti cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con piu' di 1.000 parti

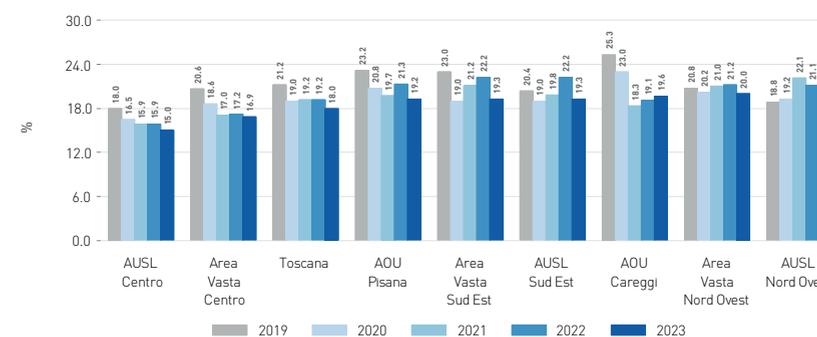
Questo indicatore misura la frequenza di ricorso al taglio cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatazza. Per gli ospedali di II livello (o comunque con più di 1000 parti l'anno), l'obiettivo da raggiungere è una percentuale di tagli cesarei primari al di sotto del 25%.



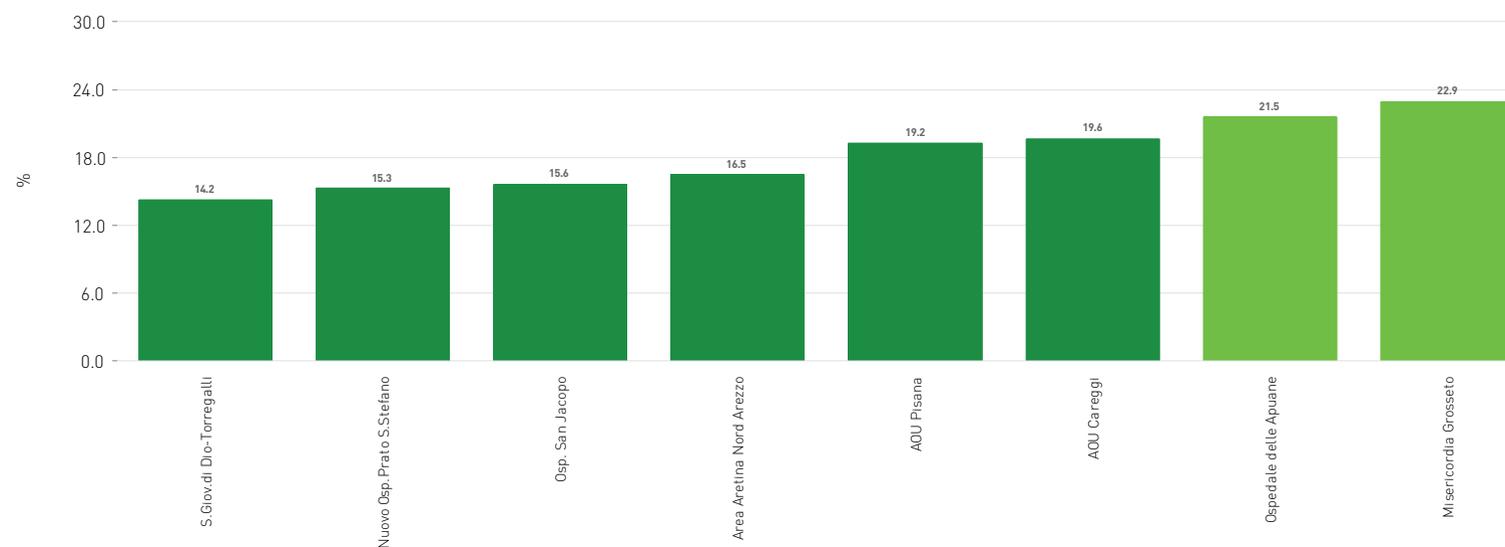
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023

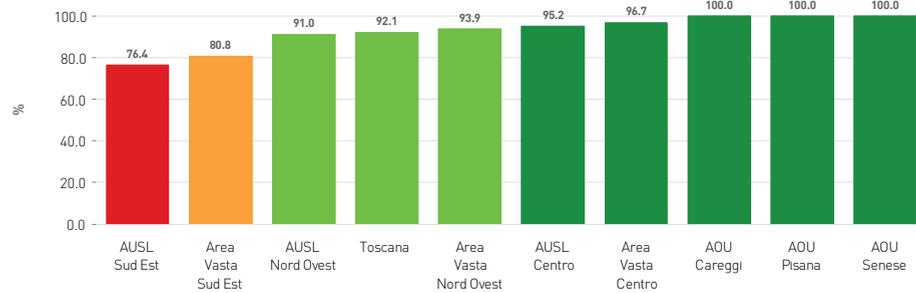


### C7.0.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti

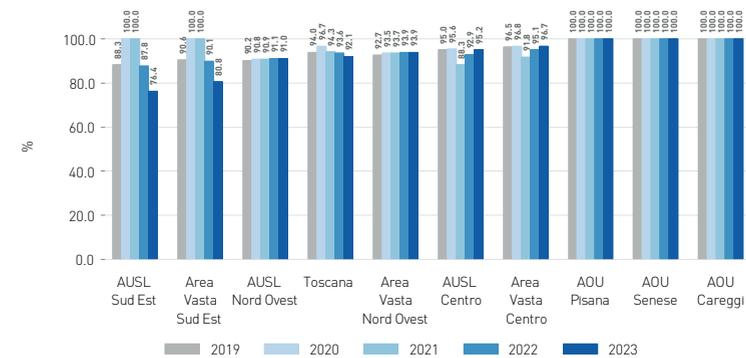
L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica nella soglia di 500 parti/anno il numero minimo di parti che una struttura deve erogare affinché il livello di qualità dell'assistenza erogata sia accettabile. Anche il Decreto Balduzzi riprende questa soglia per ciascun punto nascita. L'indicatore serve 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 2023



Aziende - Trend

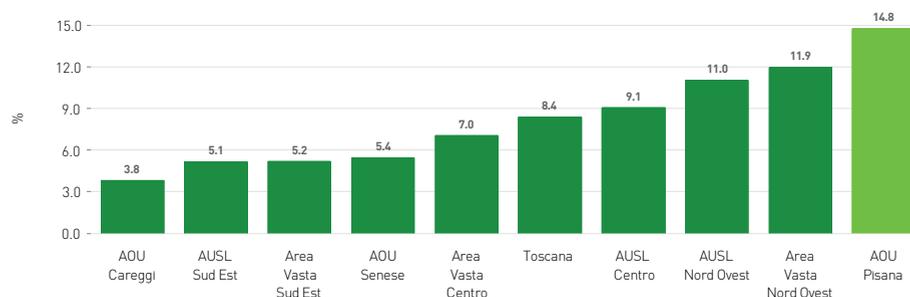


### C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

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%.



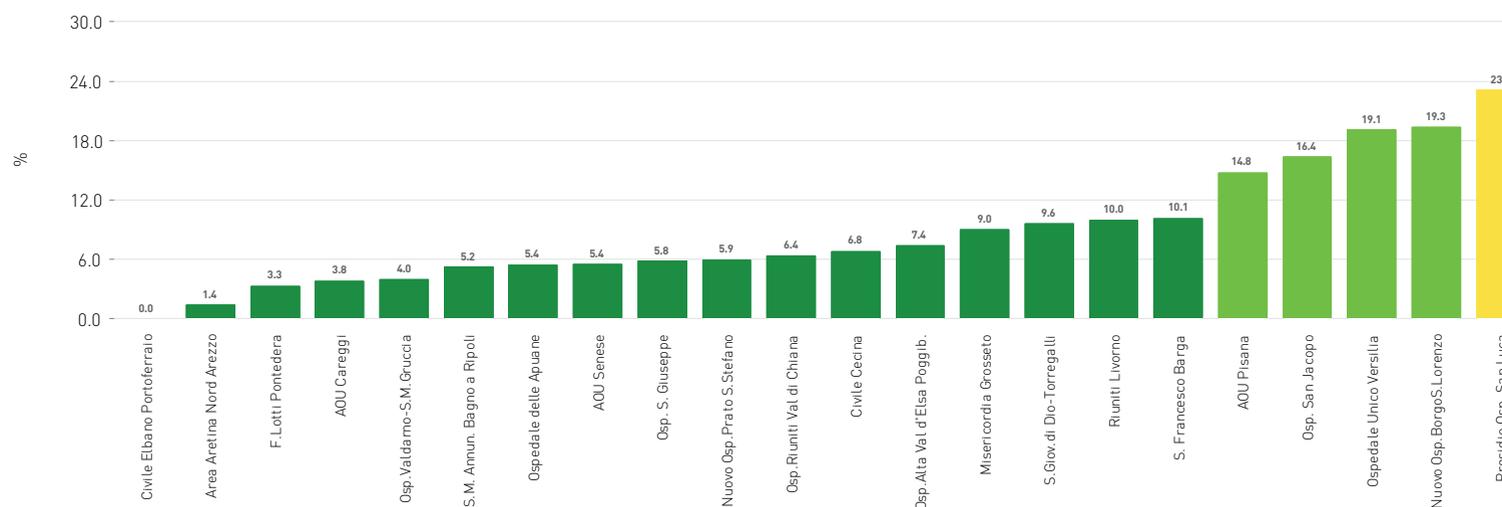
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

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

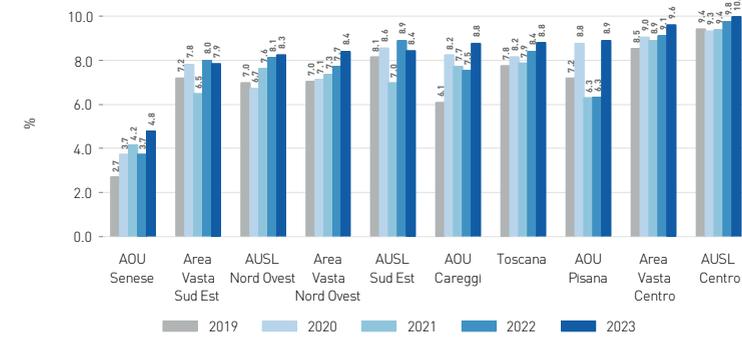
La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore si integra alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali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



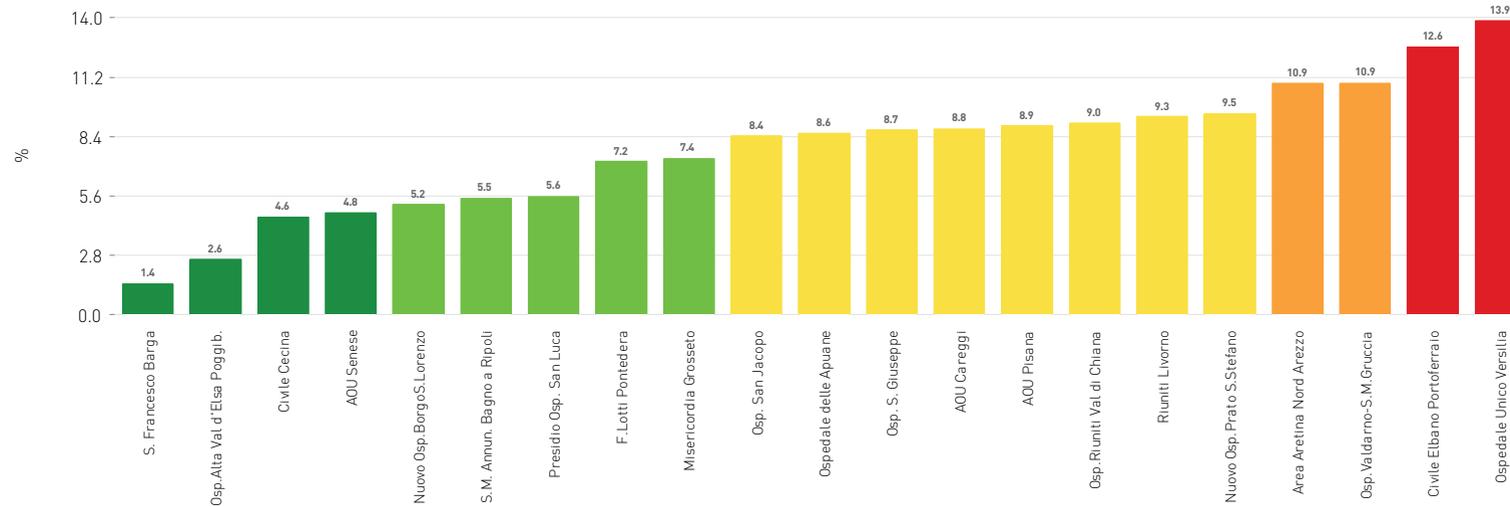
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

## C7C Materno-Infantile assistenza territoriale

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



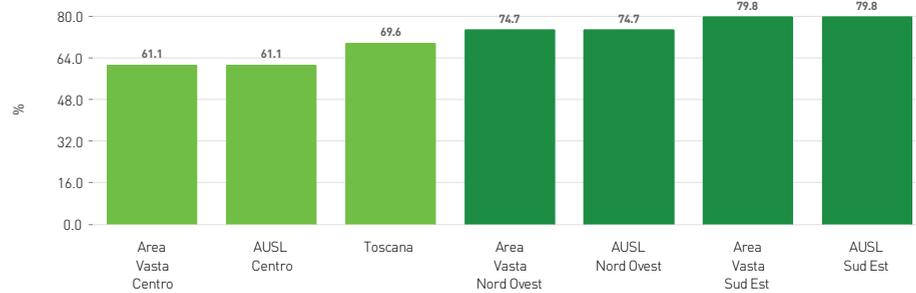
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>C7C Materno-Infantile assistenza territoriale</b>	●	●	●	●
<i>C7.41.1 Percentuale di donne primipare che partecipano al CAN (corso di accompagnamento alla nascita)</i>	59.70	63.49	56.08	60.94
<i>C7.42 Percentuale di donne che svolgono test combinato in gravidanza</i>	85.71	88.17	81.76	90.37
<i>C7.47 Percentuale di donne che hanno eseguito l'ecografia dopo le 22 settimane</i>	93.84	97.08	91.00	94.95
<i>C7.15 Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile</i>	197.57	220.11	183.89	191.32
<i>C7.17 Percentuale di primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita</i>	31.37	38.16	25.33	31.84
<i>C7.17.1 Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio</i>	0.50	0.55	0.50	0.43
<i>C7.27 Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza (NSG D19C)</i>	52.13	60.13	36.74	71.89
<i>C7.18 Percentuale di donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum</i>	69.57	74.65	61.14	79.77
<i>C7.1B.1 Tasso di concepimento per minorenni</i>	0.79	0.73	0.95	0.57
<i>C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti</i>	5.43	5.35	5.67	5.05
<i>C7.10.1 Percentuale di IVG con certificazione consultoriale</i>	58.61	72.32	45.64	67.27
<i>C7.10.2 Percentuale di donne che ritornano al consultorio nel post-IVG</i>	36.26	47.02	20.22	57.05
<i>C7.10.3 Percentuale di donne con certificazione consultoriale che ritornano al consultorio nel post-IVG</i>	34.30	41.03	11.88	58.85
<i>C7.11 Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute</i>	25.88	24.50	28.24	22.51
<i>C7.19 Tasso di accesso al consultorio giovani</i>	53.93	62.34	45.84	58.00
<i>C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione</i>	31.00	38.88	24.54	32.47
<i>C7.29 Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti</i>	20.97	21.01	17.76	27.58
<i>C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva</i>	16.95	16.61	20.04	10.33
<i>C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza &lt;4</i>	23.23	15.20	27.42	24.19
<i>C7.16A Accesso area maternità del consultorio</i>	25.97	30.30	23.40	24.89
<i>C7.16 Accesso area maternità del consultorio di donne straniere</i>	46.16	60.22	31.08	66.99
<i>C7.25 Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti</i>	10.95	10.37	11.58	10.00

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

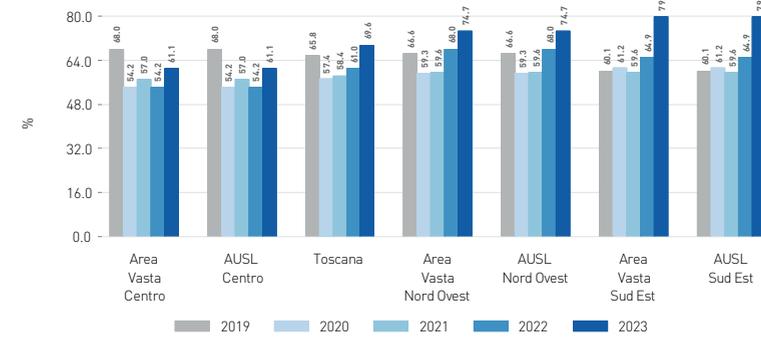
I consultori hanno un ruolo importante anche nel puerperio nell'offrire supporto alle madri in questa fase che può rappresentare per loro un momento molto delicato. L'offerta di assistenza può permettere di identificare eventuali complicanze su cui intervenire tempestivamente, promuovere comportamenti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



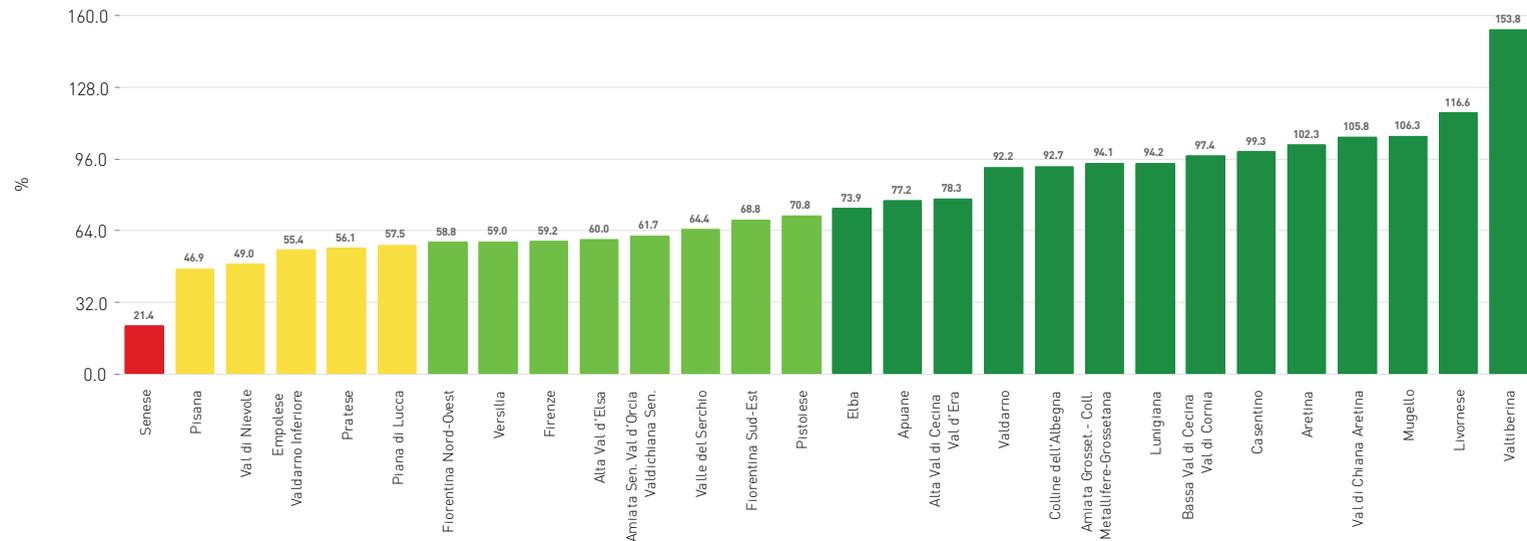
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



### C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti

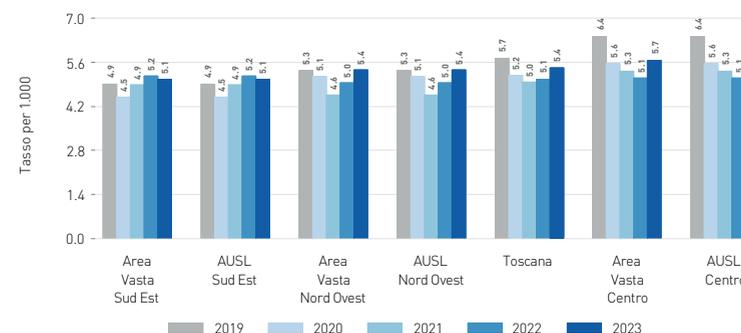
La Legge 194 del 1978 “Norme per la tutela della maternità e sull’interruzione volontaria di gravidanza” regola le modalità del ricorso all’aborto volontario In Italia. Grazie ad essa qualsiasi donna, per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l’interruzione volontaria di gravidanza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



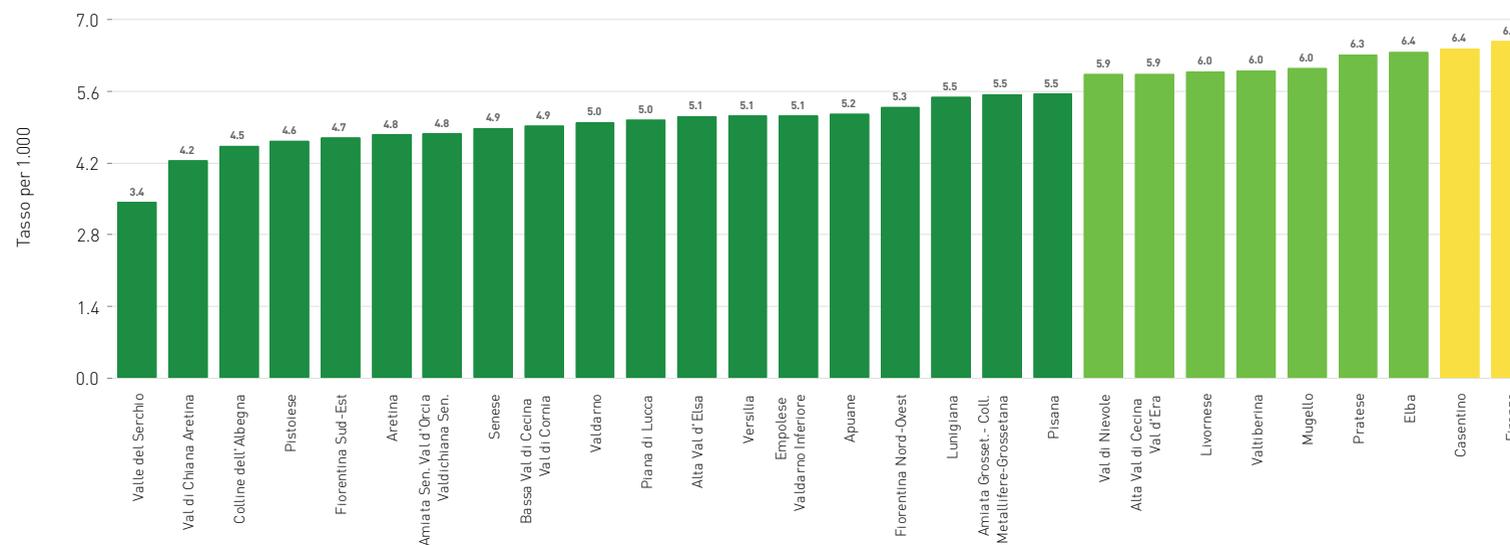
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

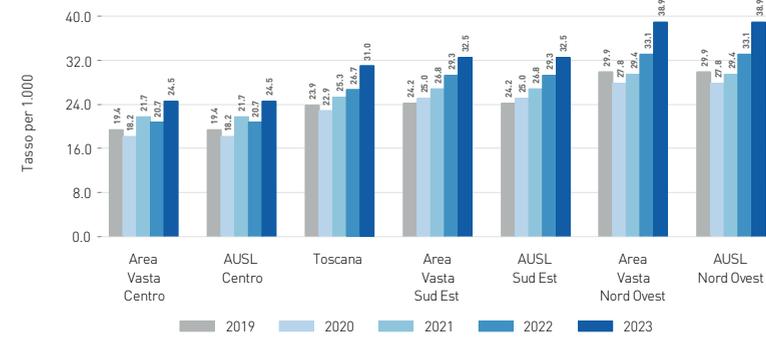
I consultori rappresentano un fondamentale presidio sul territorio per la prevenzione e riduzione delle IVG e per la promozione di una procreazione cosciente e responsabile. In particolare per i giovani, che hanno spesso una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione, l'informazione e la formazione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



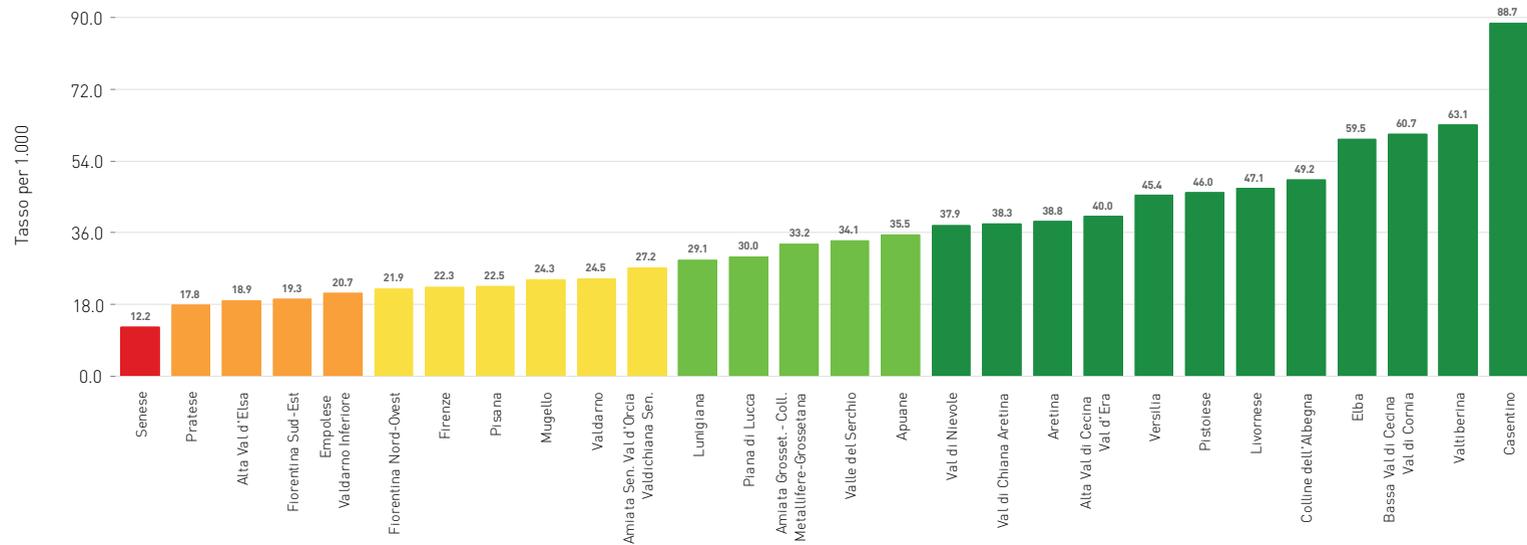
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

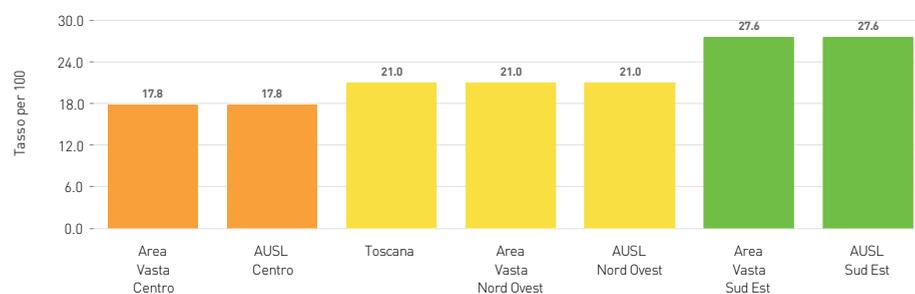


### C7.29 Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti

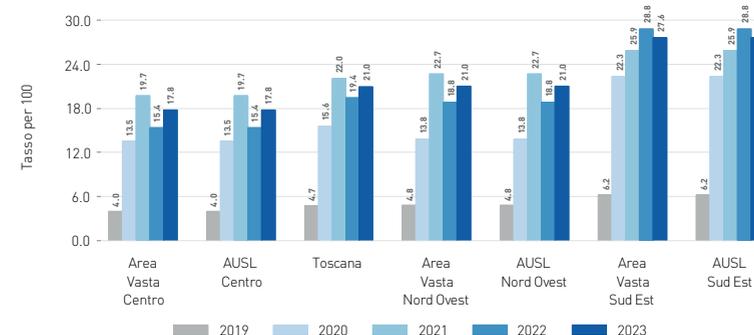
Questo indicatore è stato creato con la finalità di valutare l'efficacia della campagna di contraccezione gratuita promossa da Regione Toscana a partire da Novembre 2018 (delibera regionale n. 1251/2018), in particolare nel gruppo di giovani donne residenti sotto i 25 anni. L'elenco dei farmaci compresi 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.



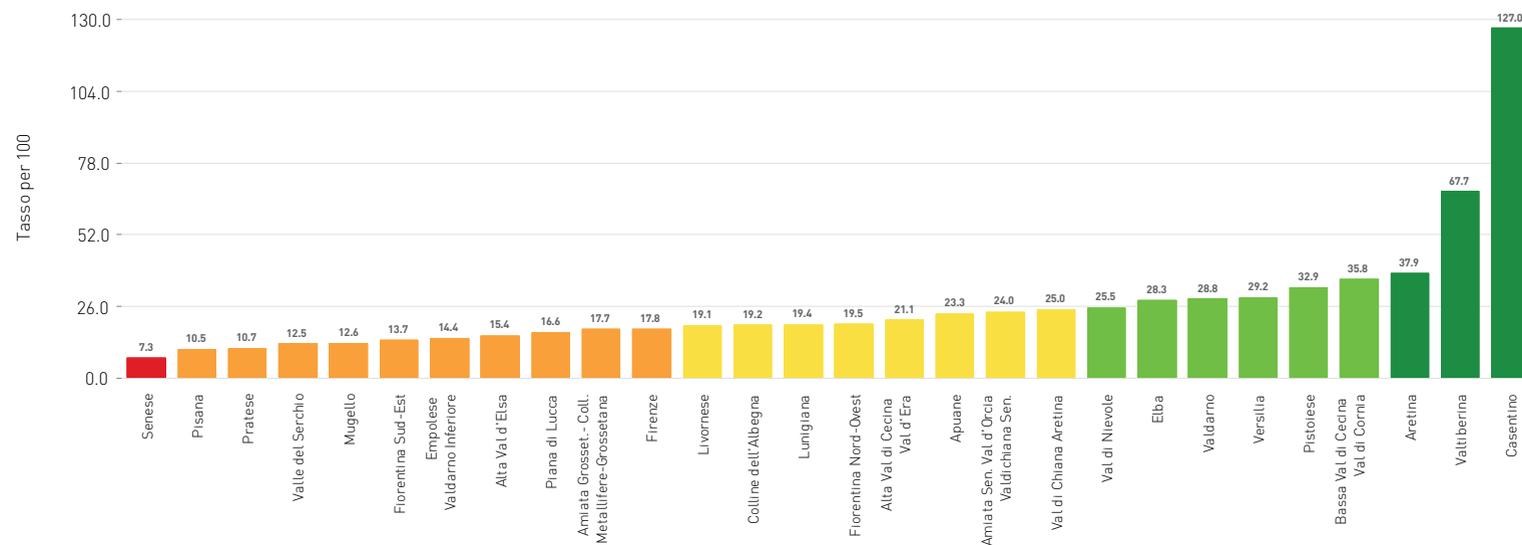
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

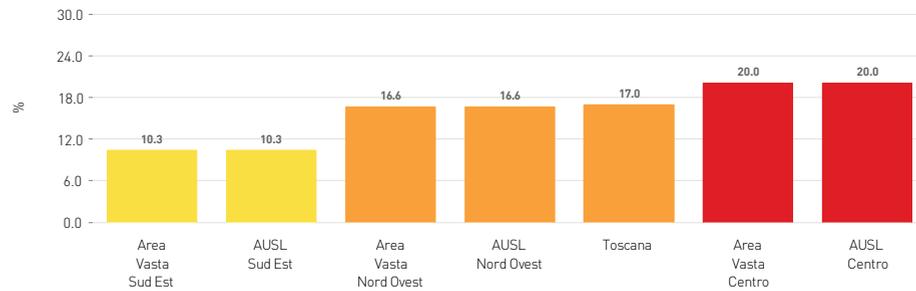


### C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva

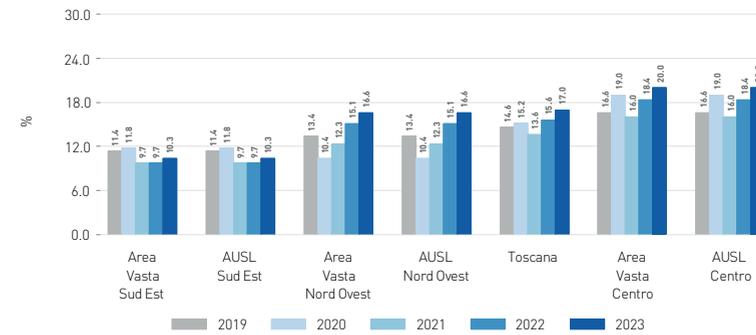
Il monitoraggio sulla percentuale di donne in gravidanza che effettua la prima visita tardiva viene proposto dal Rapporto Europeo sulla salute perinatale. Un'appropriatezza tempistica nello svolgimento della prima visita assicura una migliore "presa in carico" della paziente: aumentando, da un lato,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



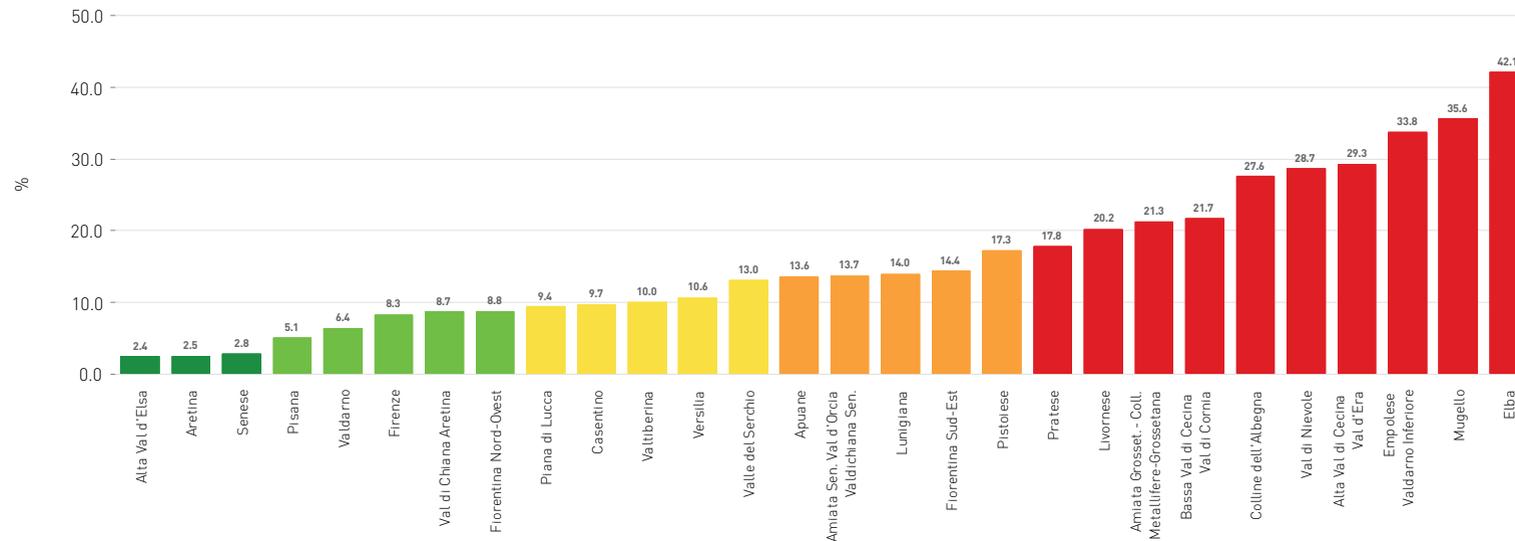
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

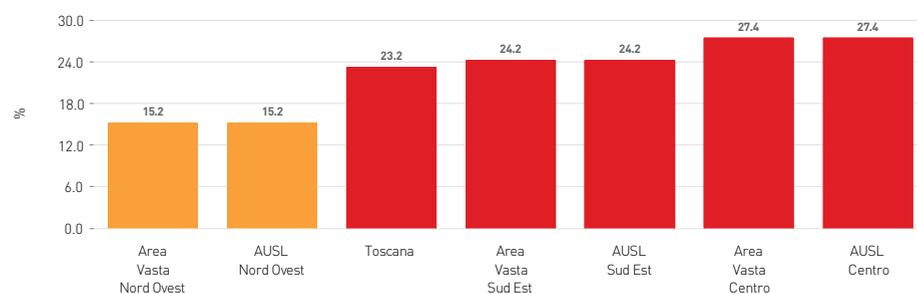


### C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza

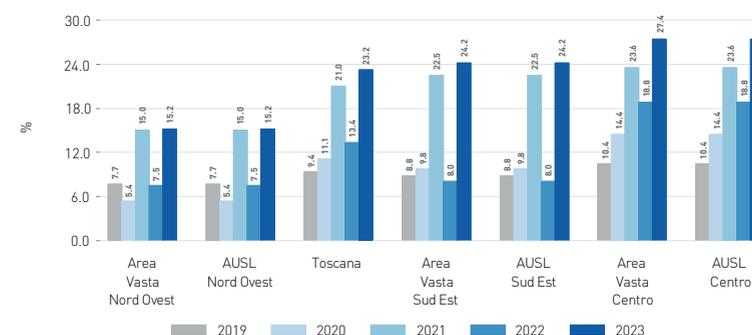
L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene insufficiente l'assistenza sanitaria erogata in gravidanza a donne che effettuano un numero di visite inferiore o uguale a 4. Analogamente al precedente indicatore vengono monitorate le donne con cittadinanza straniera in quanto ad esse si associa un minor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



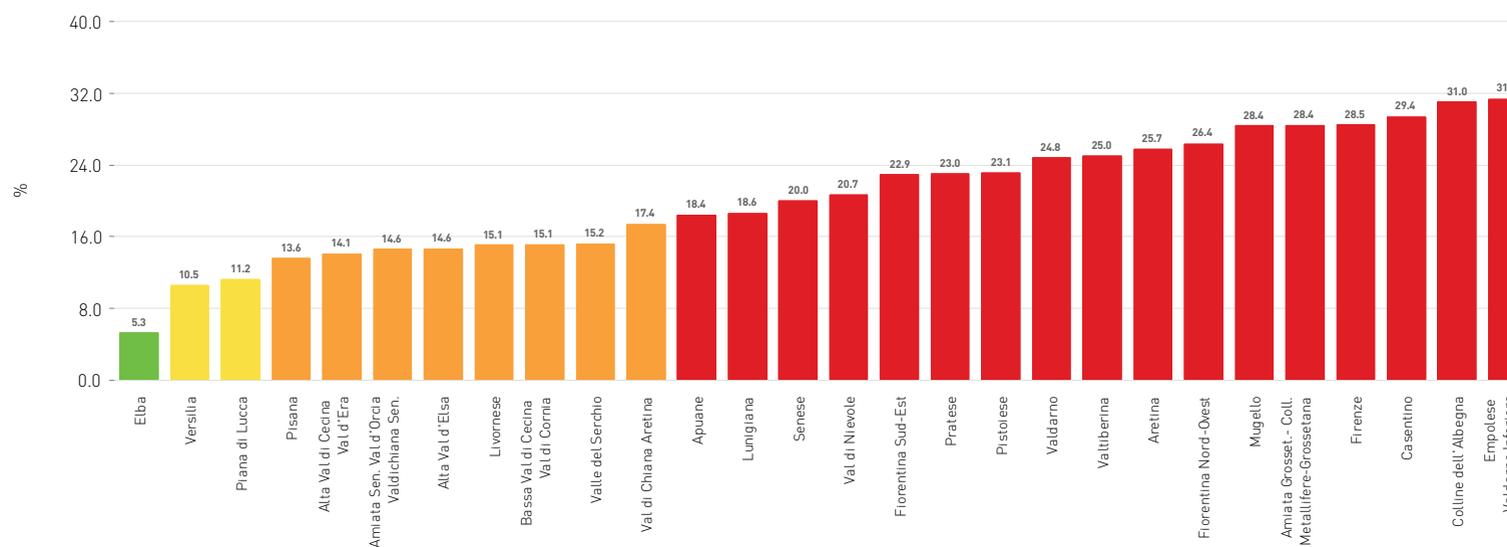
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

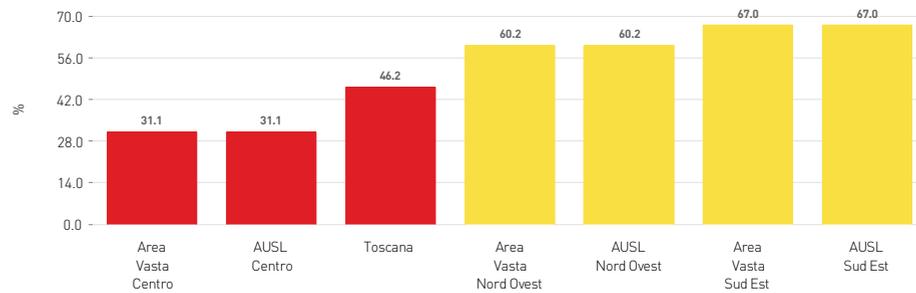


### C7.16 Accesso area maternità del consultorio di donne straniere

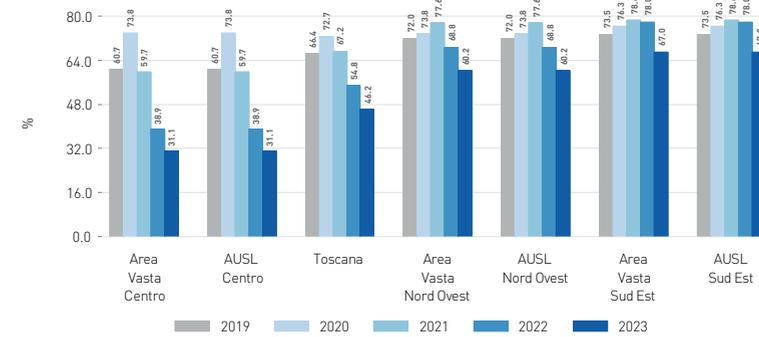
Per poter assicurare alle donne straniere, e in particolare a quelle irregolari, un adeguato livello di assistenza in gravidanza, è di fondamentale importanza favorirne l'accesso ai consultori familiari. Queste strutture hanno infatti un ruolo strategico per il perseguimento di questo obiettivo: l'approccio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



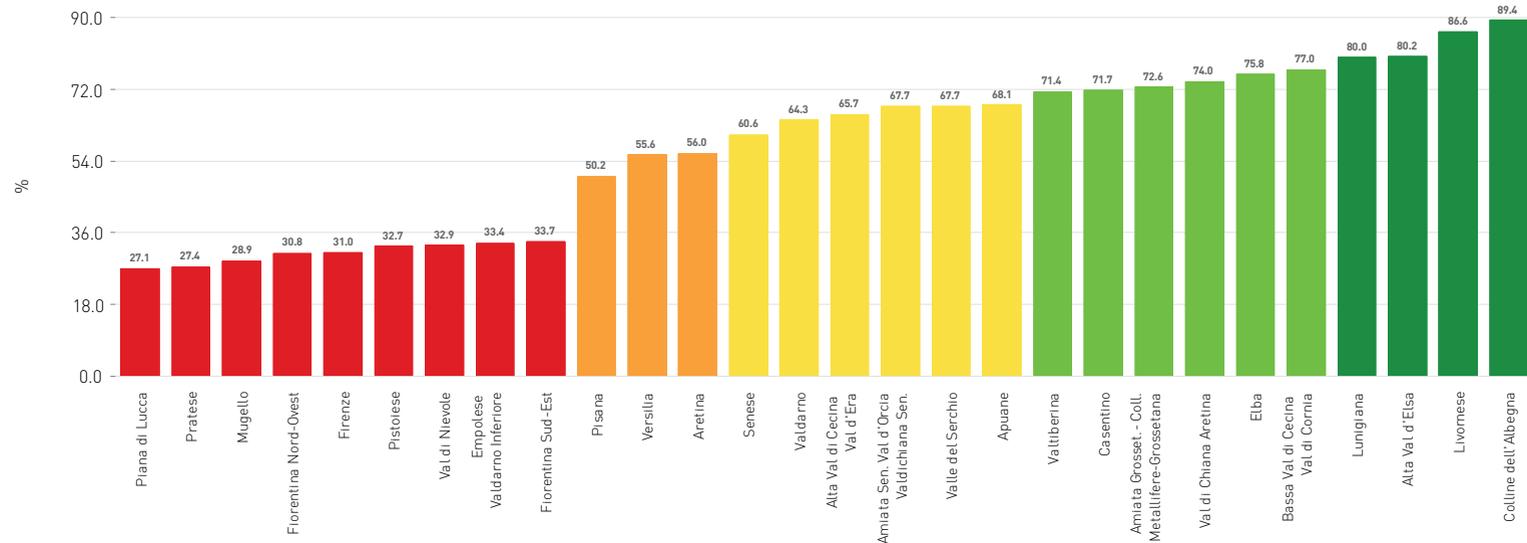
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

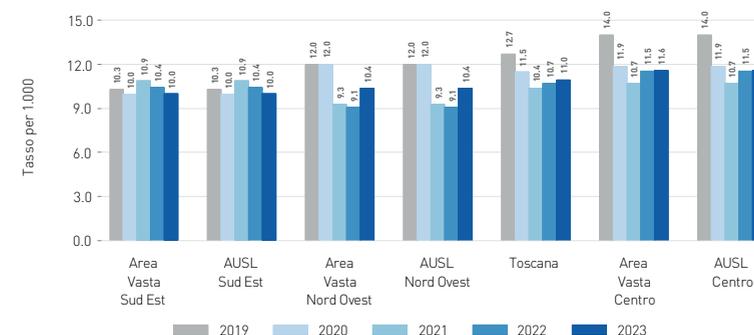
Con l'aumentare della popolazione immigrata, quasi per la metà costituita da donne, negli ultimi anni si è registrato un eccessivo aumento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza per le donne straniere. Monitorare il fenomeno, sia nella sua evoluzione temporale, che nella sua distribuzione 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.



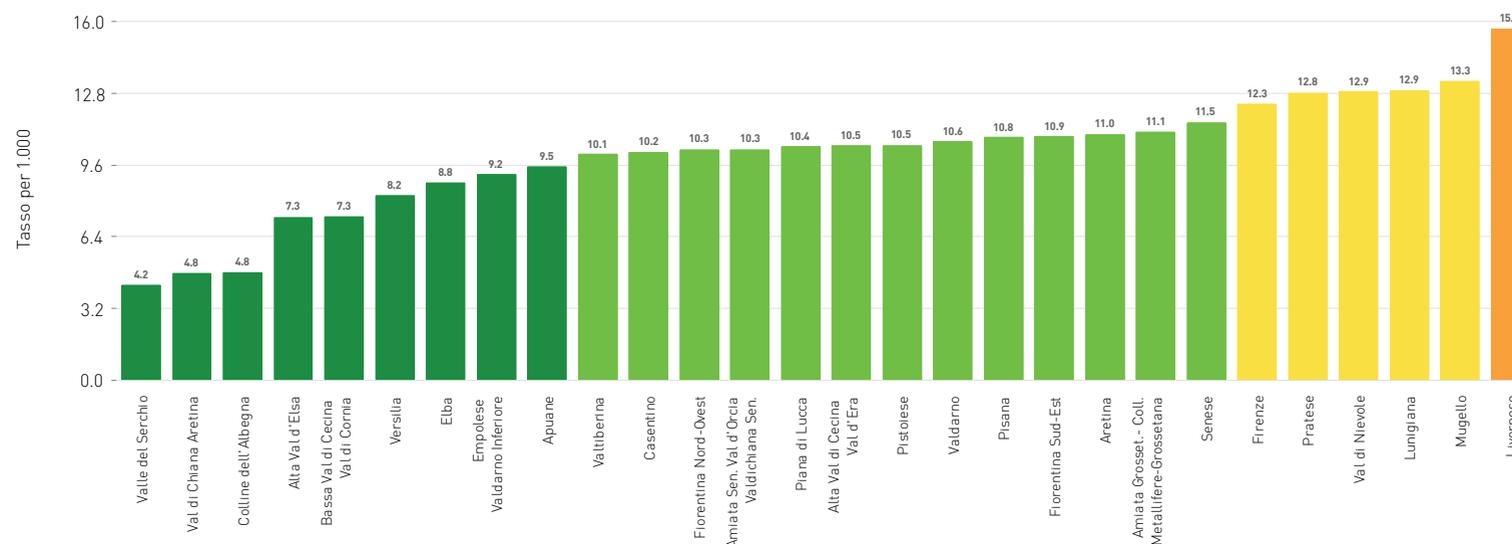
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## C7D Pediatria

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



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Fond. G. Monasterio
<b>C7D Pediatria</b>	●	●	●	●				
D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (min 18 anni) per asma e gastroenterite	31.43	35.32	35.47	17.22				
D04C.A Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma	4.19	1.62	6.69	2.84				
D04C.B Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite	27.24	33.70	28.78	14.38				
C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	4.85	4.77	4.70	5.30				
C7.7.1R Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	37.02	34.00	38.90	37.53				
C7D.19.3 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per polmonite per 100.000 residenti minorenni	42.91	41.94	58.28	12.27				
C7D.7 Percentuale di pazienti pediatrici in reparti non pediatrici	16.65	14.53	3.69	7.25	40.39	7.13	65.14	48.23
C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti	194.82	218.58	152.00	249.40				

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

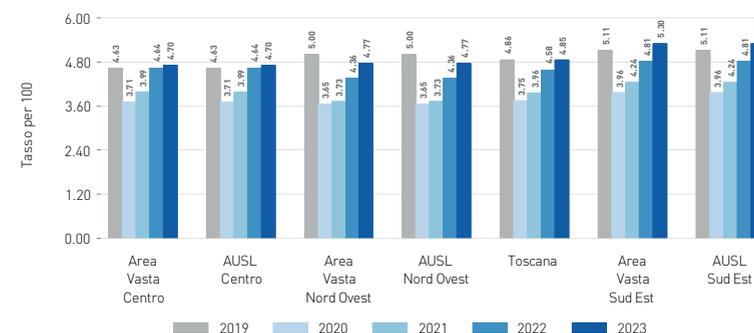
In Italia si assiste ancora oggi ad un eccesso di ricoveri impropri in età pediatrica, pur se in diminuzione negli ultimi anni. Il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si possa osservare in altre nazioni europee, dove è assente il filtro all'assistenza secondaria da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



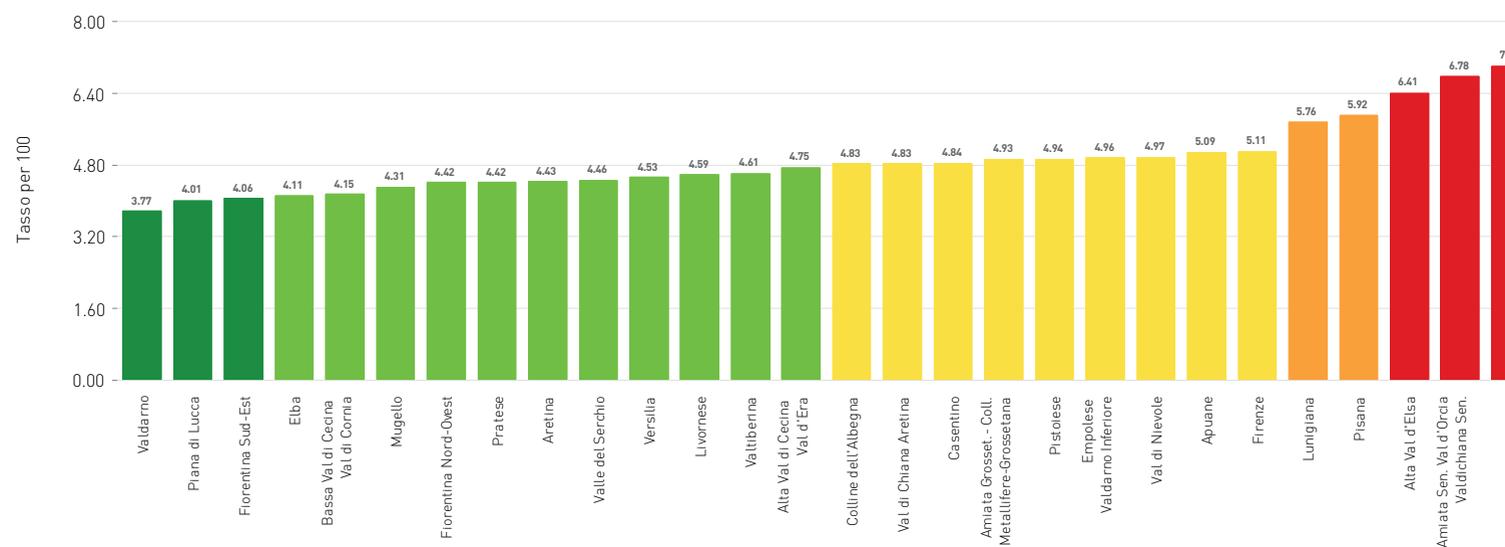
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

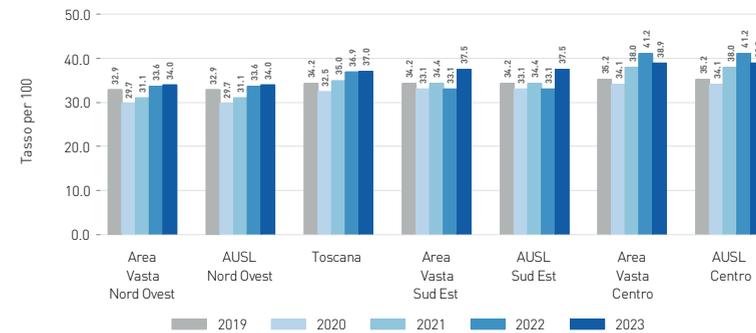
L'accesso più frequente alle risorse ospedaliere da parte dei pazienti in età pediatrica riguarda proprio il primo anno di vita del bambino. I dati italiani di ospedalizzazione pediatrica, con valori molto più elevati rispetto a quanto avviene nel resto del mondo, pongono la questione dei modelli organizzativi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



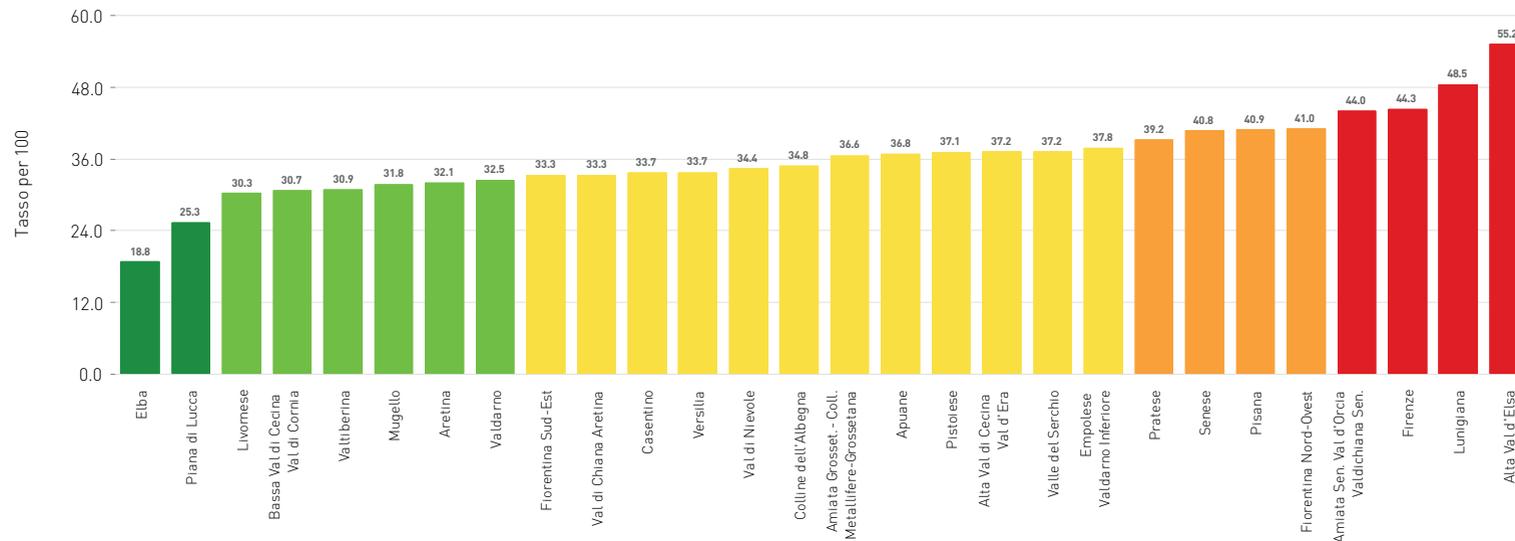
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

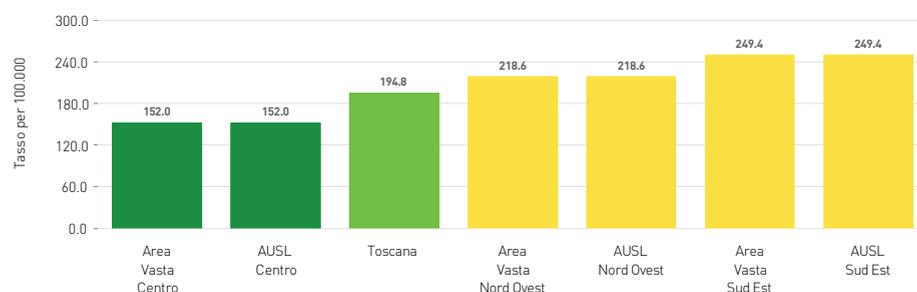


### C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia standardizzato per 100.000 residenti

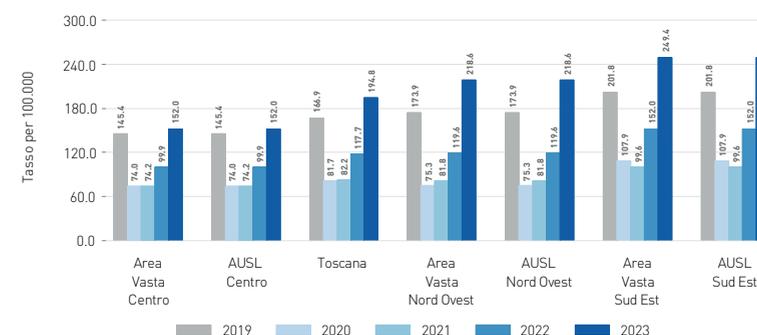
La variabilità nel tasso di interventi di tonsillectomia non è totalmente giustificata da un differente bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata a differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e innovazione tecnologici, ai diversi comportamenti clinico-professionali. Elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione. Pertanto, l'indicatore consente di evidenziare eventuali variabilità nelle pratiche cliniche e nell'equità di accesso all'assistenza sanitaria tra le diverse aree geografiche esaminate.



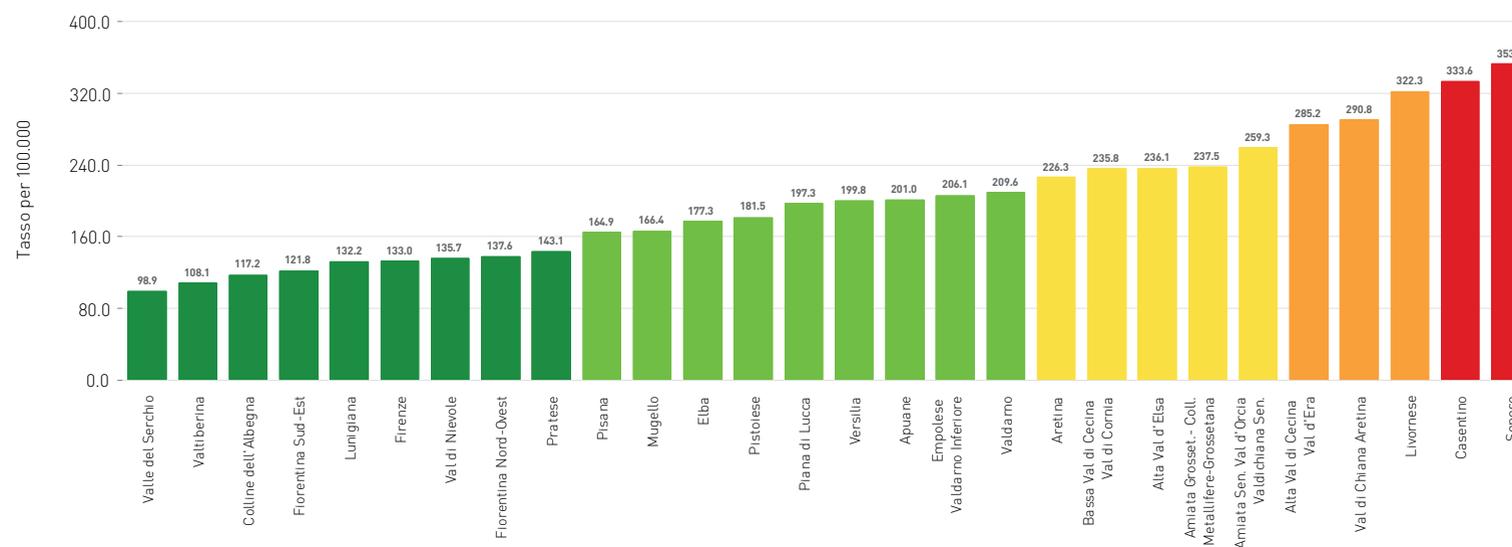
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

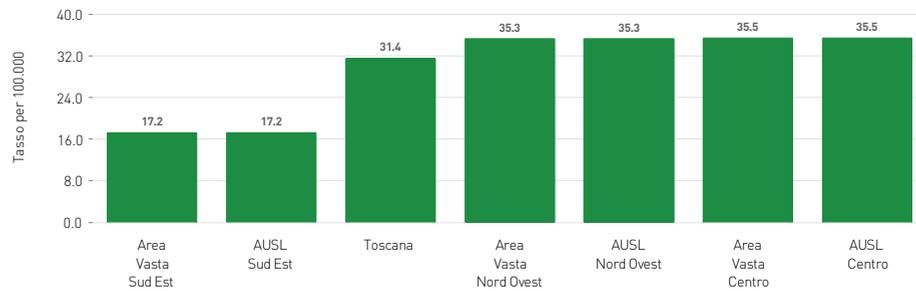


## D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (min 18 anni) per asma e gastroenterite

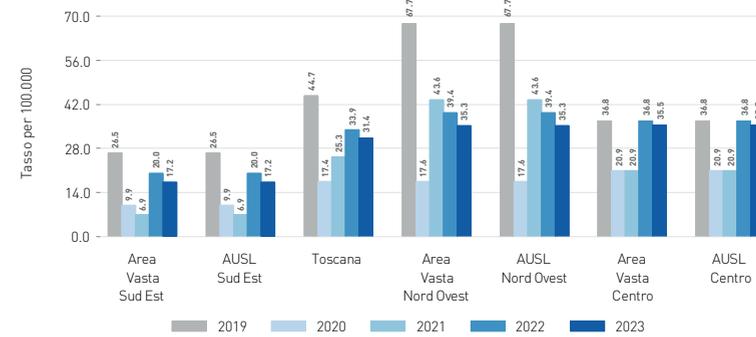
Questo è un indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.



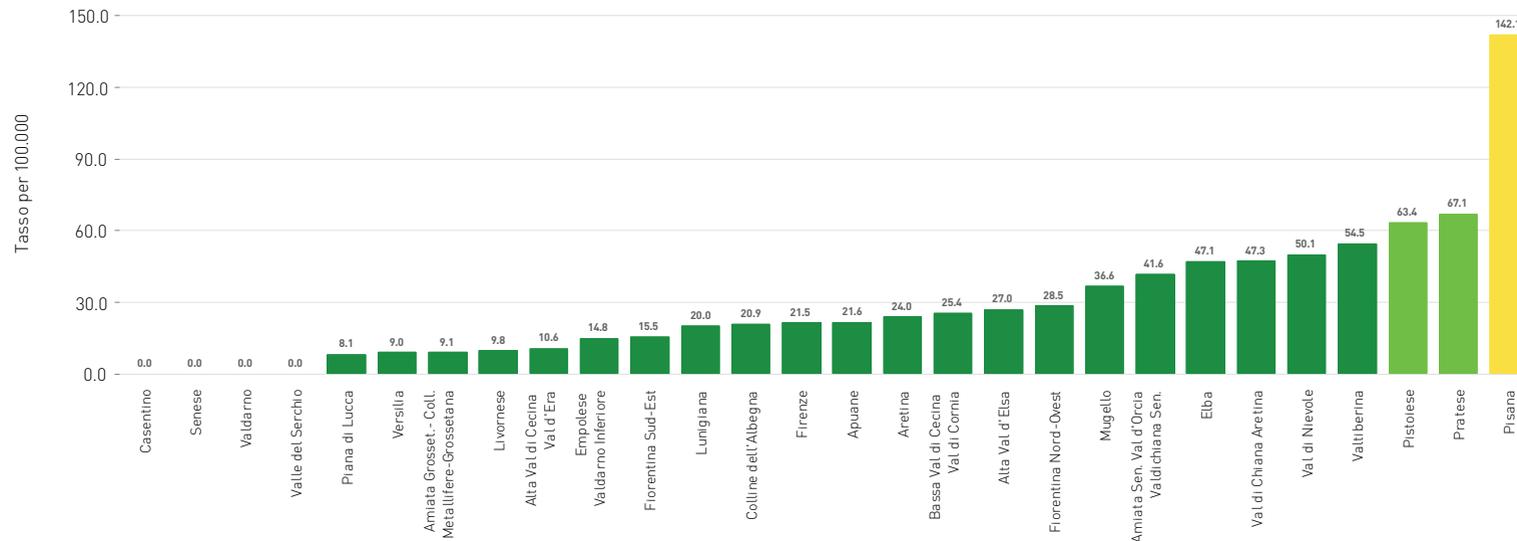
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## 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.



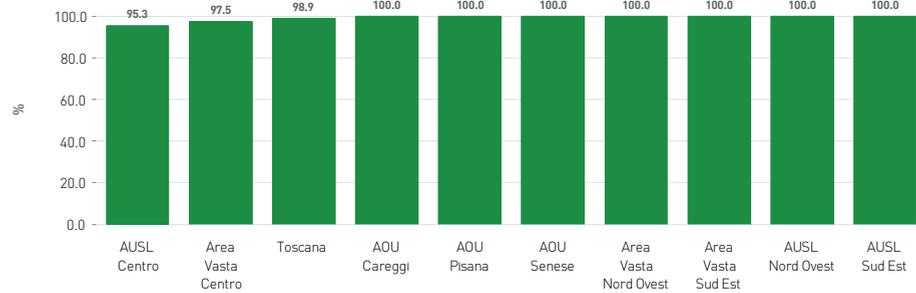
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
<b>C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici</b>	●	●	●	●	●	●	●	
<b>C10.1 Volumi Oncologia</b>								
C10.1A Volumi interventi tumore maligno alla mammella								
H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	98.91	100.00	95.33	100.00	100.00	100.00	100.00	
C10.1.12 Interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti da operatori con volume di attività superiore o uguale a 50 interventi annui	87.39	82.89	87.66	88.12	91.09	69.19	96.28	
C10.1B Volumi interventi tumore maligno alla prostata								
C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	96.69	0.00	90.59	97.24	100.00	100.00	100.00	
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	1.97	55.44	5.85	1.68				
C10.1.6 Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	58.33	0.00	33.33	66.67	100.00	100.00	100.00	
C10.1.1A Volumi interventi tumore maligno al polmone	1143	19	1	3	405	224	485	6
C10.1.2A Volumi interventi tumore maligno alla prostata	1810	63	181	374	365	79	748	
C10.1.3A Volumi interventi per tumore maligno allo stomaco	381	49	99	79	85	26	43	
C10.1.4A Volumi interventi tumore maligno alla mammella	4528	1055	1026	422	742	370	913	
C10.1.5A Volumi interventi tumore maligno al pancreas	315	3	51	32	181	16	32	
C10.1.6A Volumi interventi per tumore maligno dell'esofago	50	9	8	7	24	5	14	
C10.1.7A Volumi interventi per tumore maligno del surrene	44	9	8	3	16	7	8	
C10.1.8A Volumi interventi per tumore maligno al colon	1848	457	526	304	311	74	176	
C10.1.9A Volumi interventi per tumore maligno al retto	488	65	130	93	123	14	63	
C10.1.10A Volumi interventi per tumore maligno al fegato	440	12	92	43	183	9	101	
C10.1.11A Volumi interventi per tumore maligno alla vescica	393	81	71	55	50	13	121	2
C10.1.12A Volumi interventi per tumore maligno al rene	1375	149	186	163	294	58	522	3
<b>C10.2 Percorso tumore alla mammella</b>								
C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	88.58	88.92	86.45	89.74	90.96	83.16	90.34	
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	79.81	75.88	79.11	83.59	81.52	75.18	84.94	
C10.2.2.1 Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	14.37	10.31	14.59	10.33	22.57	17.13	13.94	
H03C Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	6.02	5.57	7.85	5.37	2.30	1.76	8.32	
C10.2.4A Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 6 mesi dall'intervento conservativo	69.70	73.60	84.11	62.70	80.74	67.61	44.19	
C10.2.4B Tempestività della radioterapia per pazienti sottoposte a intervento chirurgico per tumore alla mammella	86.38	86.44	97.18	95.04	93.81	96.00	58.60	
C10.2.5 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante	72.99	58.09	79.06	60.12	86.52	77.54	74.19	
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	84.07	81.03	86.95	88.28	82.86	83.01	83.61	
C10.2.10 Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella	83.20	79.00	83.52	84.91	83.42	86.57	85.26	
C10.2.7 Percentuale di interventi ricostruttivi o inserzione di espansore nel ricovero indice sugli interventi demolitivi per tumore alla mammella	61.02	57.68	52.00	61.95	73.82	55.74	65.07	
PDTA06.1 Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	66.33	72.62	59.00	65.77				
PDTA06.2 Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	40.89	36.16	49.12	32.93				
PDTA06.3 Radioterapia complementare (PDTA Mammella)	84.14	87.98	86.79	70.88				
<b>C10.3 Percorso tumore al colon</b>								
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3.04	2.12	4.23	2.81	2.57	1.72	3.45	
C10.3.3 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante	51.04	44.83	61.74	37.31	32.26	81.82	65.22	
PDTA07 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)	82.35	82.26	87.97	72.48				
PDTA08 Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)	62.85	65.85	61.21	61.24				
C10.4 Percorso tumore al retto								
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	2.55	1.32	4.18	0.90	3.19	0.00	3.09	
PDTA09 Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)	71.90	73.20	68.87	76.92				
PDTA10 Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)	75.25	75.09	74.11	79.37				
C10.7 Intervento per TM del retto, rischio di morte a 30 giorni								
C10.7 Trattamento diagnostico								
C10.5 Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali	525.02	643.67	463.93	458.85				
<b>C10.8 Fine vita oncologica</b>								
C10.8.1 Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita								
C10.8.1.1 Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica								
C10.8.2 Percentuale di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia negli ultimi 14 giorni di vita								

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

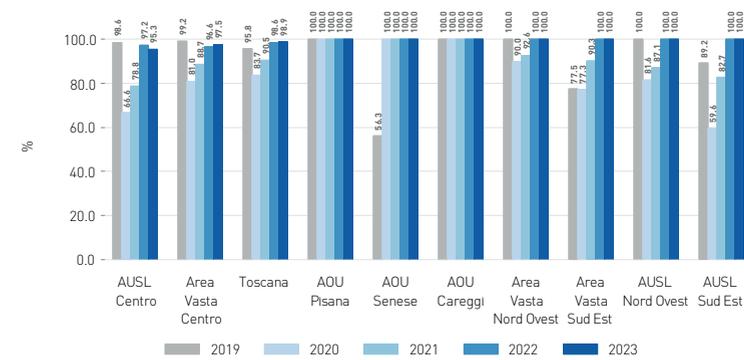
L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia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



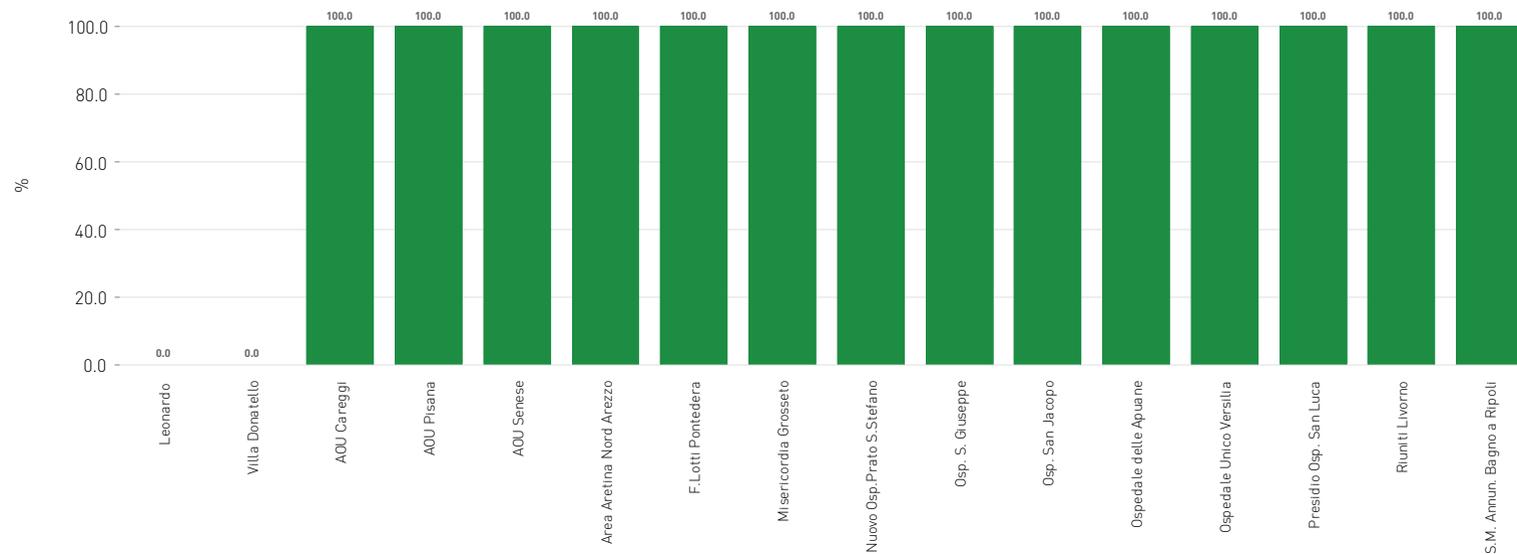
**Aziende - Dati 2023**



**Aziende - Trend**

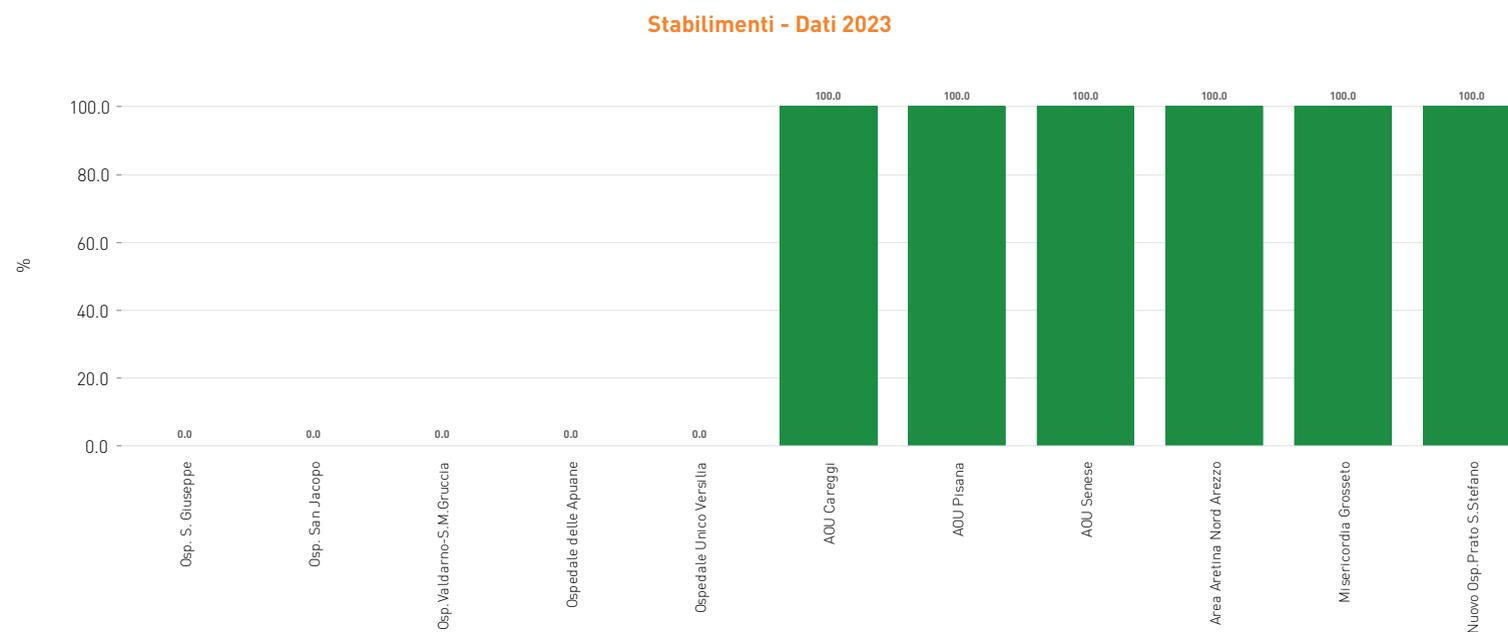
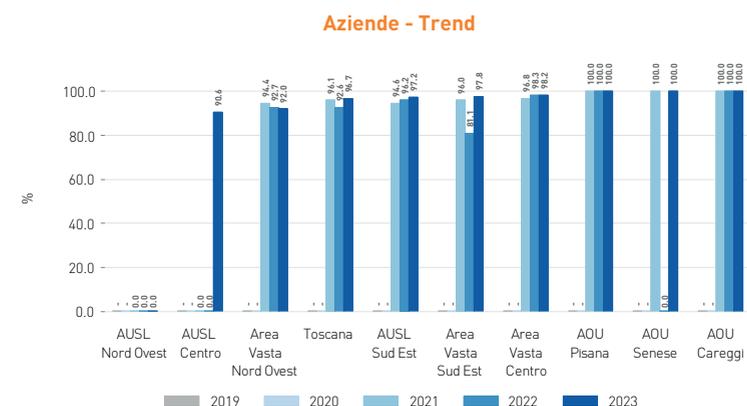
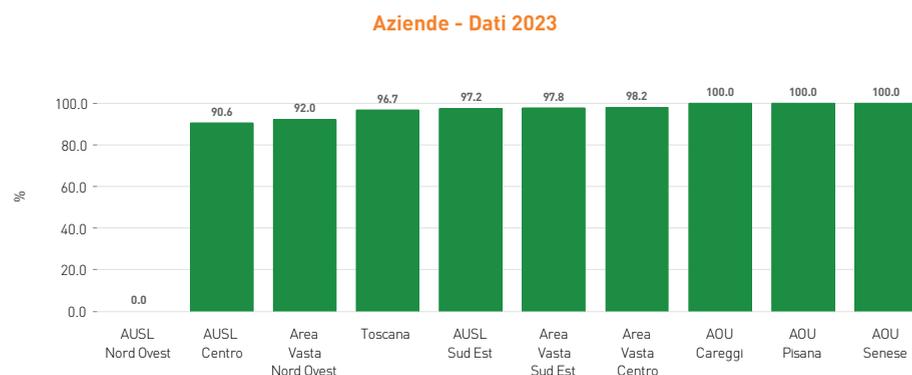


**Stabilimenti - Dati 2023**



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

L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi di prostatectomia radicale per tumore della prostata delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di interventi di prostatectomia radicale per tumore della prostata effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi superiore al valore soglia (70/anno), sul totale degli interventi per prostatectomia radicale erogati. Il valore soglia di 70 prostatectomie radicali annuali per reparto è stato stabilito in riunione ISPRO tenutasi in data 21 marzo 2024.

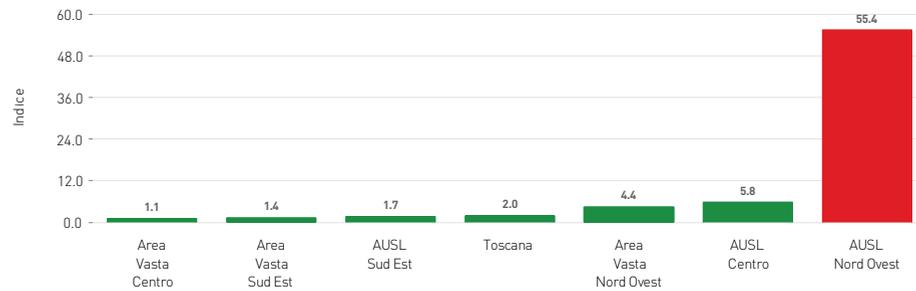


### C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

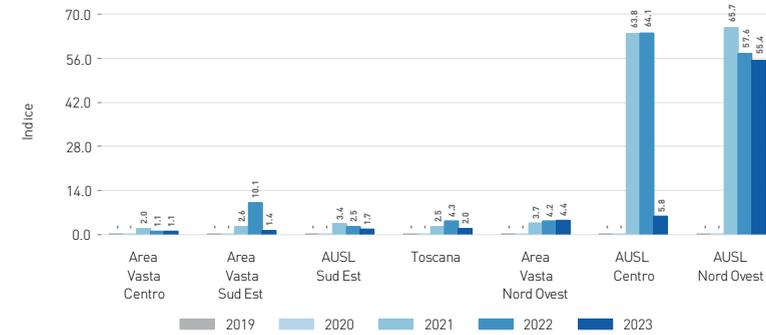
Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi di prostatectomia radicale per tumore alla prostata è inferiore alla soglia prevista (70/anno); per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione dato dalla media 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). Il valore soglia di 70 prostatectomie radicali annuali per reparto è stato stabilito in riunione ISPRO tenutasi in data 21 marzo 2024.



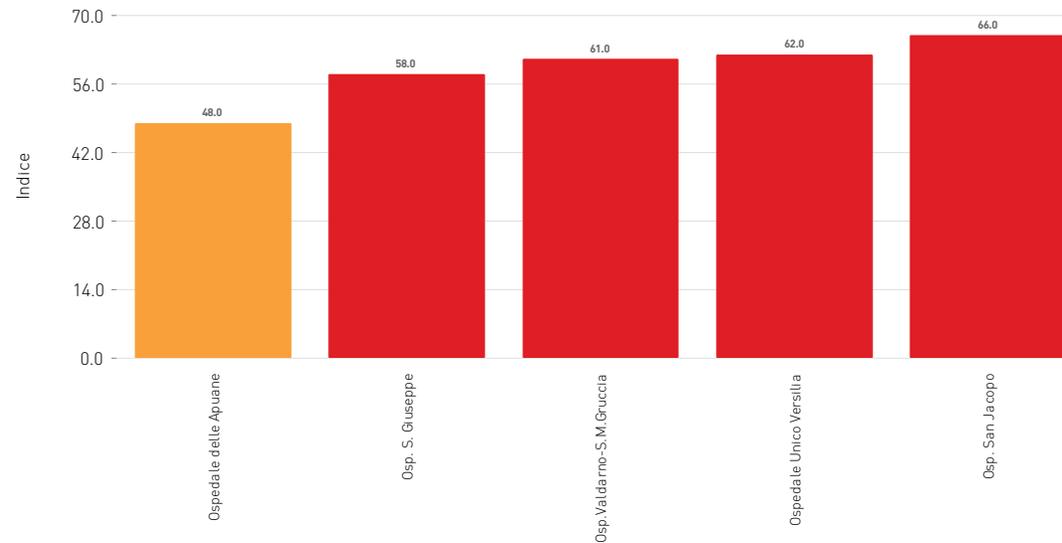
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



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

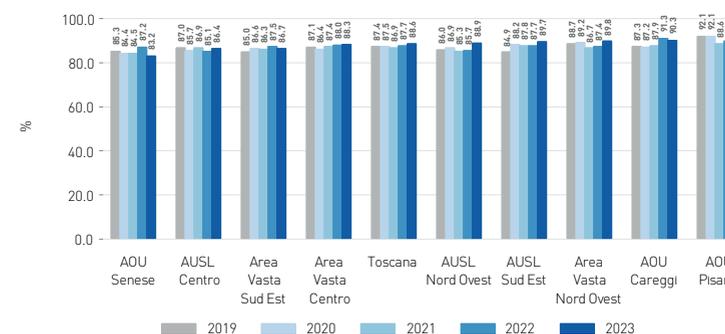
L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in 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).



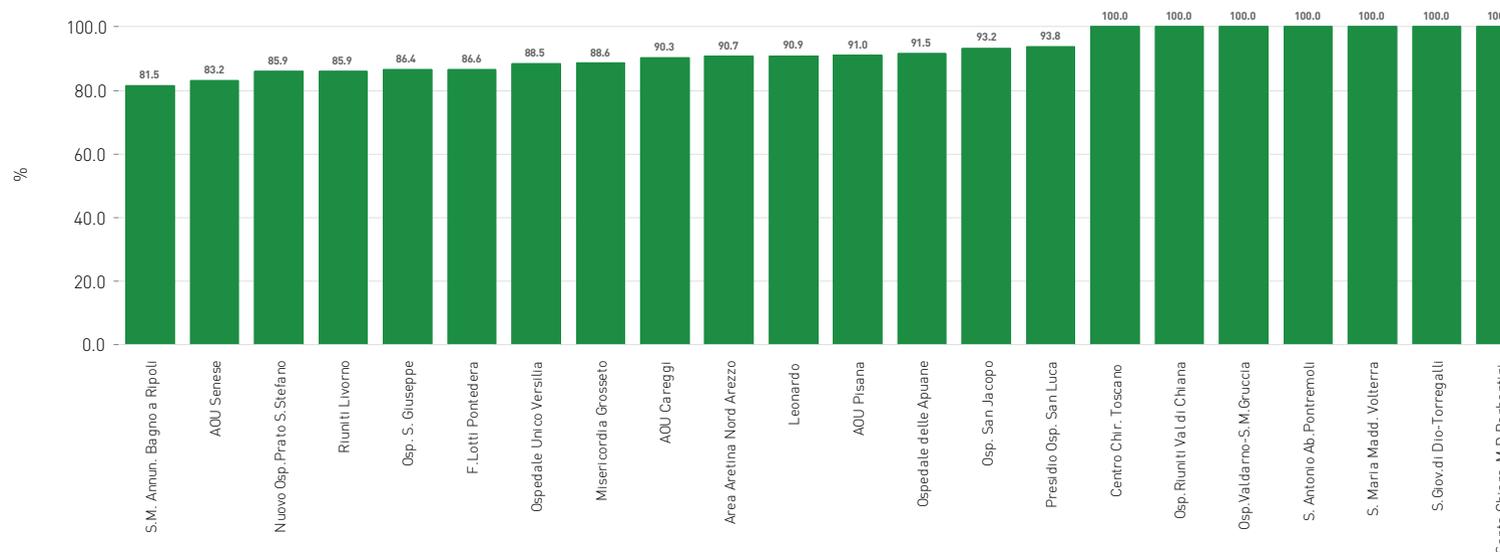
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023

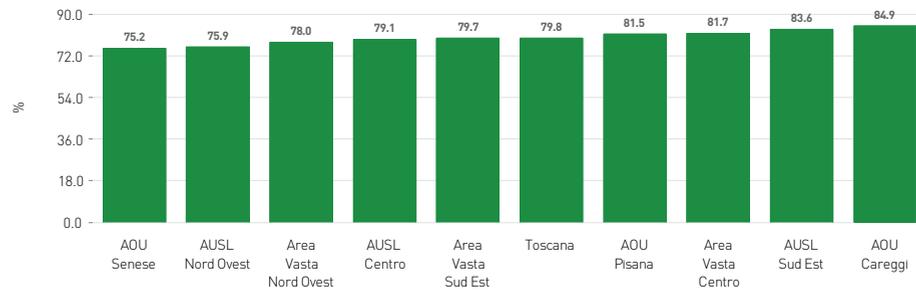


### C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella

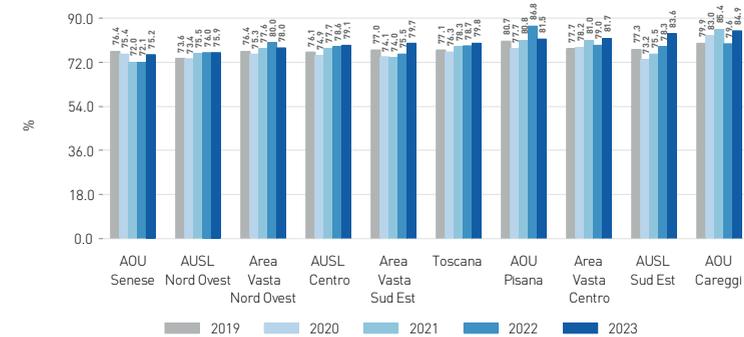
L'indicatore misura la percentuale di donne sottoposte ad asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per intervento chirurgico per tumore al seno. La biopsia del Linfonodo Sentinella (SLNB) aggiunge elementi per la stadiazione del tumore e per la pianificazione dei trattamenti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



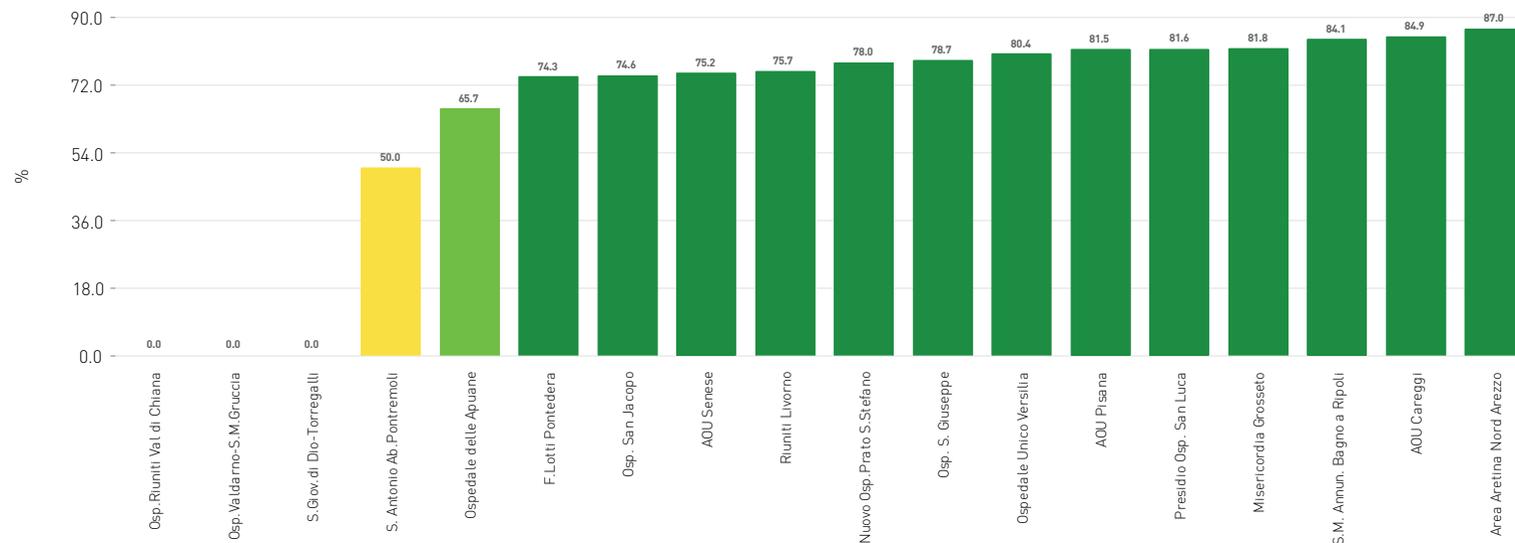
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023

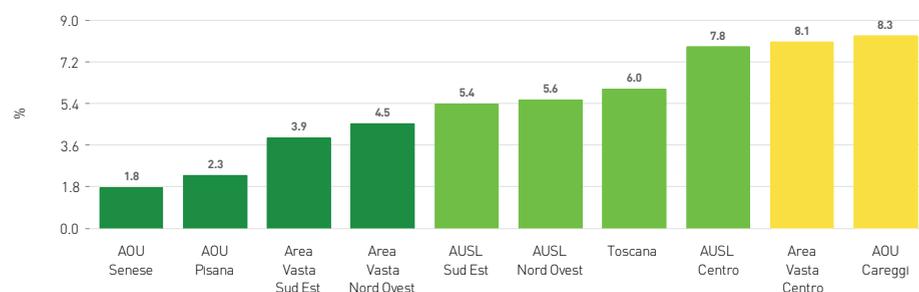


### H03C Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

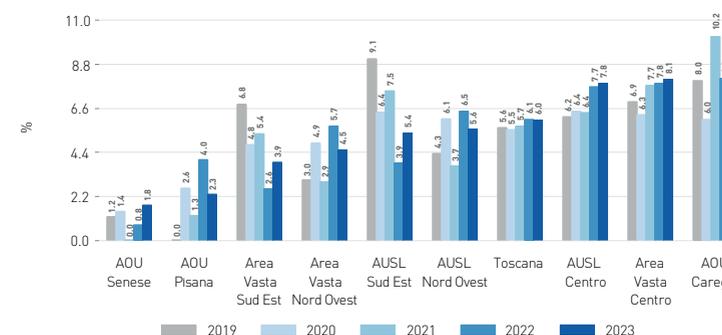
Questo indicatore misura la necessità di intervenire chirurgicamente successivamente al primo intervento di resezione per tumore maligno della mammella.  
Fonte NSG indicatori NO CORE



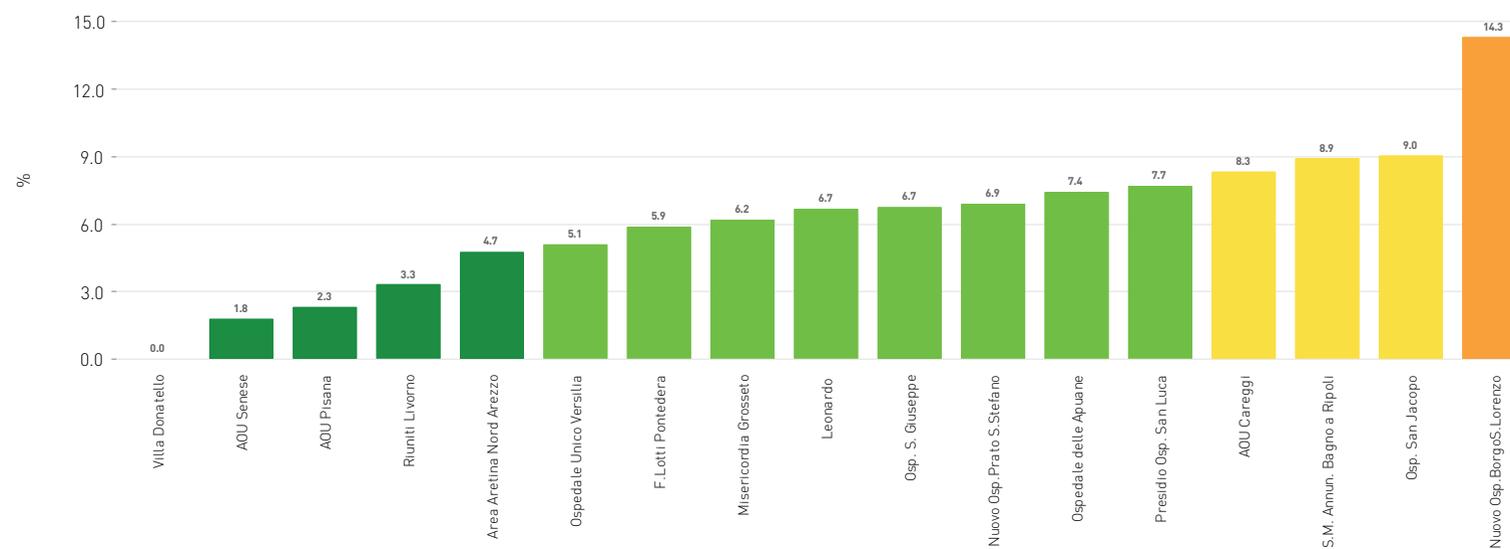
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023

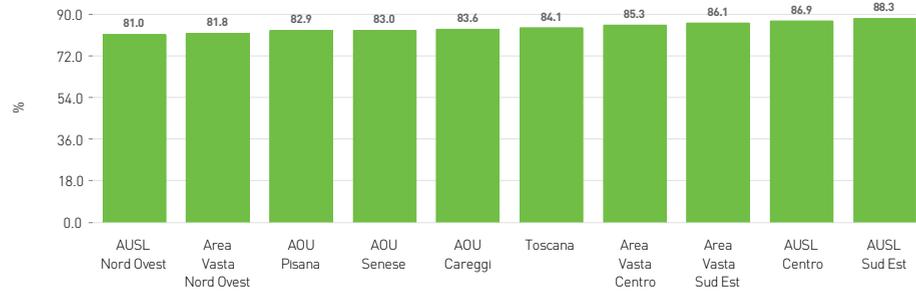


### C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella

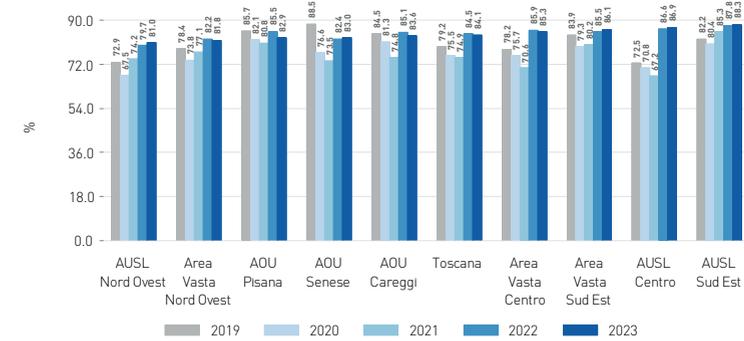
L'indicatore descrive la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up mammografico attivo tra i 6 e i 18 mesi dopo l'intervento, finalizzato all'identificazione precoce di recidive di malattia e alla diagnosi di tumori che potrebbero insorgere nella mammella controlaterale. L'indicatore non considera la quota di mammografie erogate in ambito privato, potrebbe quindi sottostimare la copertura del follow-up mammografico.



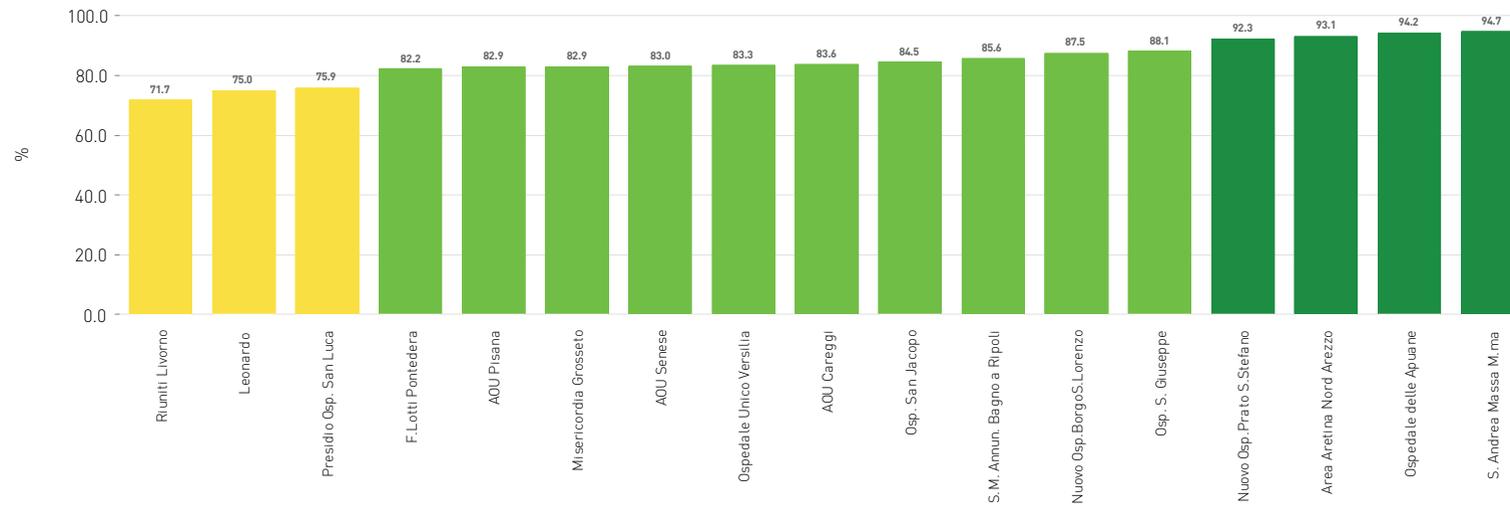
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

### PDTA06.1 Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)

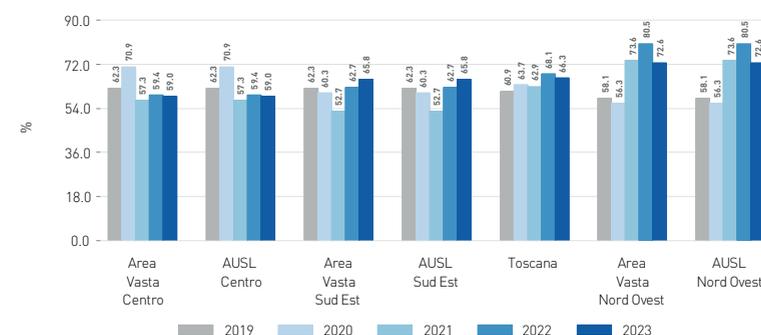
L'indicatore descrive la proporzione di nuovi casi operati per tumore della mammella che accede tempestivamente al trattamento chirurgico. La tempestività di intervento chirurgico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a medio-lungo termine (Bleicher et al 2016). Nello specifico si valuta la quota di pazienti donne sottoposte a chirurgia radicale e/o conservativa, che ricevono una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento. Sono escluse le pazienti con terapia neo-adiuvante. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021. Riferimenti bibliografici: Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, Beck JR, Ross E, Wong YN, Patel SA, Boraas M, Chang El, Topham NS, Egleston BL. Time to surgery and breast cancer survival in the United States. JAMA Onco 2016;2:330-9.



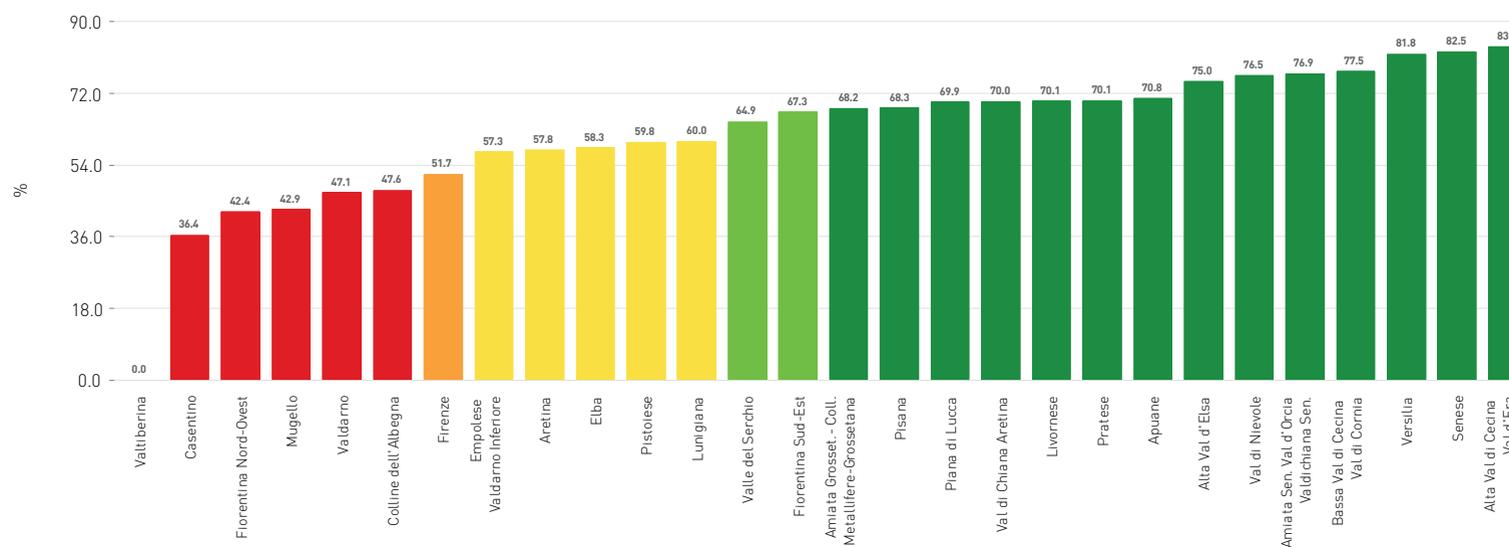
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

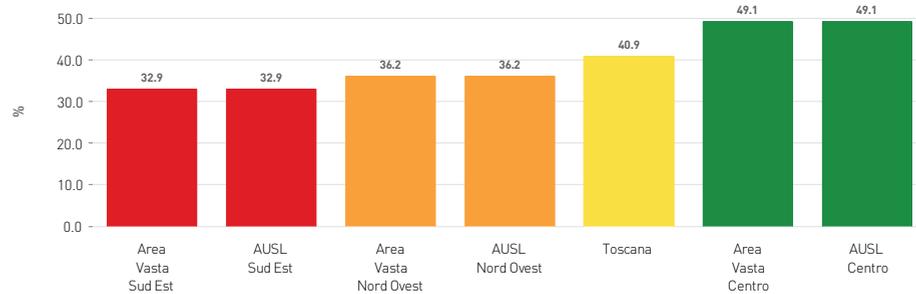


## PDTA06.2 Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)

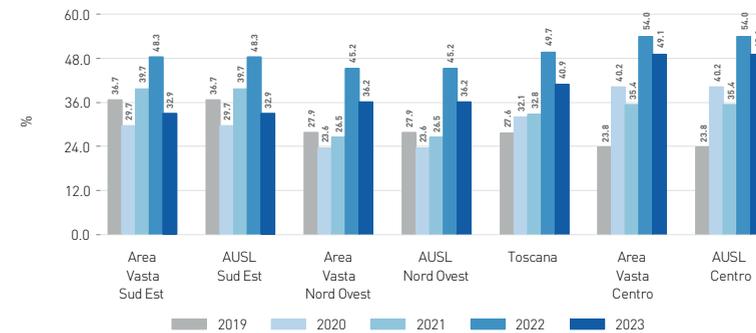
L'indicatore descrive la tempestività dell'inizio della terapia medica. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a medio-lungo termine. Nello specifico l'indicatore riporta la proporzione percentuale di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento, escluse le pazienti sottoposte a terapia medica neoadiuvante e radioterapia esclusiva. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021. Riferimenti bibliografici: Linee Guida AIOM. "Neoplasie della mammella" Edizione 2015 Aggiornamento al 16 settembre 2015. <http://www.aiom.it>. Senkus, S. Kyriakides, S. Ohno, F. Penault-Llorca, P. Poortmans, E. Rutgers, S. Zackrisson & F. Cardoso, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2015; 26 (Suppl 5): v8-v30.



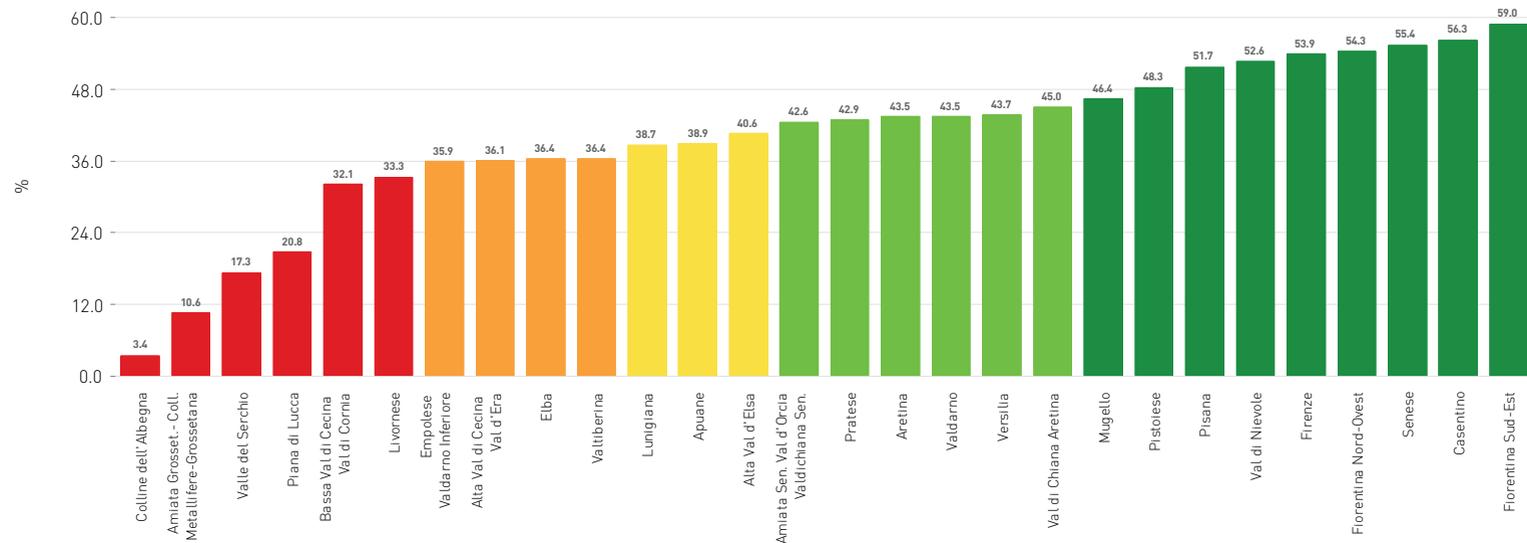
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

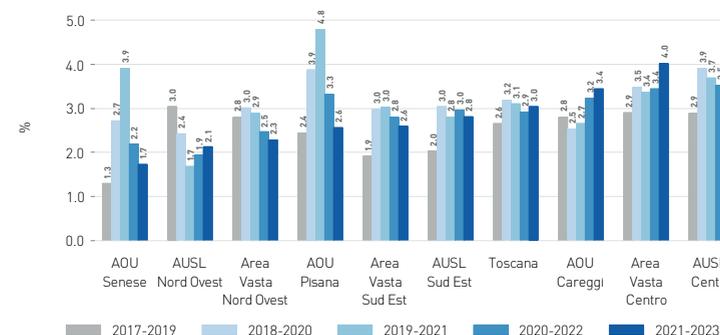
L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



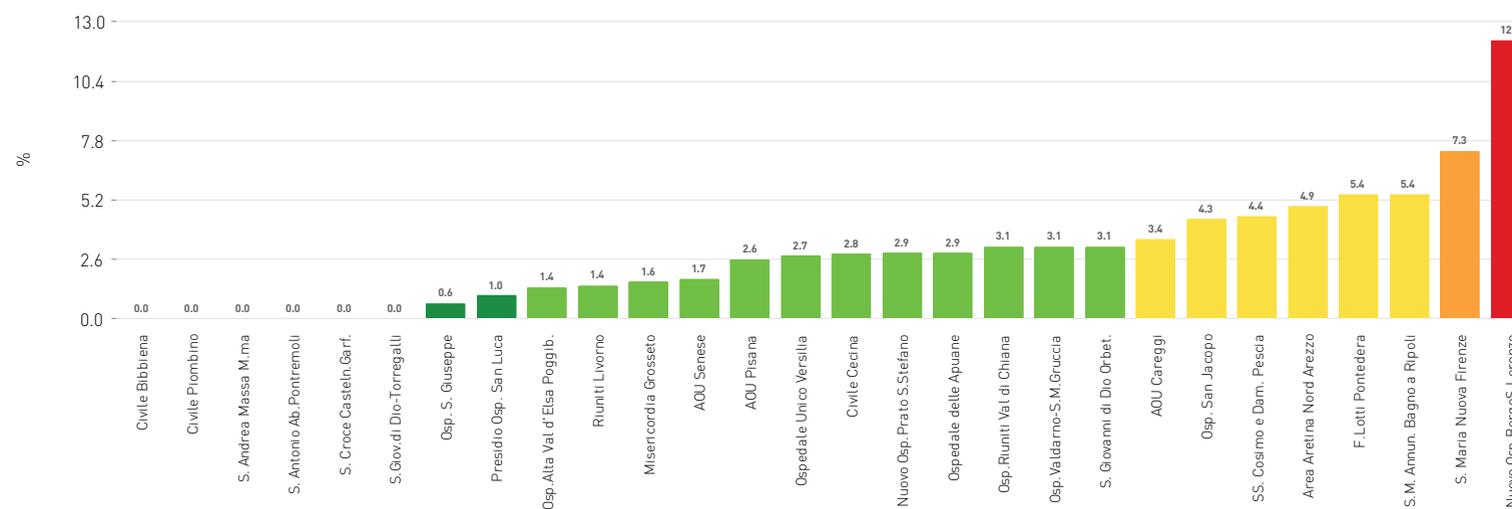
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



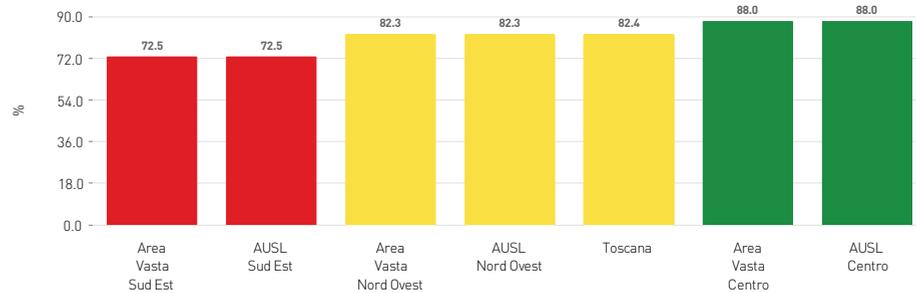
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

## PDTA07 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)

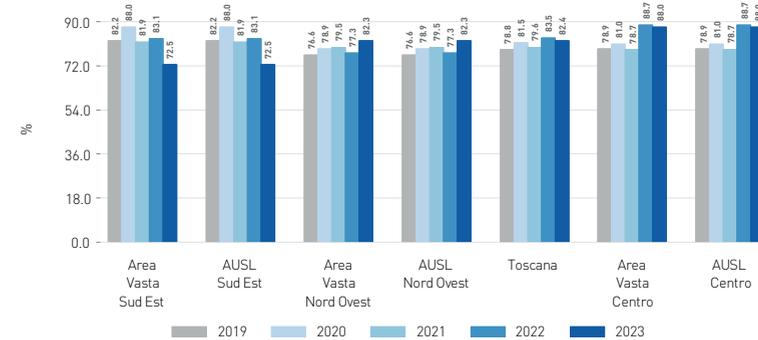
L'indicatore descrive la proporzione di pazienti appartenenti alla coorte incidente C che accedono tempestivamente al trattamento. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a medio-lungo termine. Nello specifico l'indicatore riporta la proporzione percentuale di nuovi casi operati per tumore del colon con un esame diagnostico nei 60 giorni precedenti l'intervento. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021. Riferimenti bibliografici J.J. Biagi, M.J. Raphael, W.J. Mackillop, et al., Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis, JAMA 305 (22) (2011) 2335-2342. Kudjawa YC, Eilstein D, Decool E, De Maria F, Beltzer N, Chatellier G. Time to first treatment after colonoscopy in patients suffering from colon or rectum cancer in France. Cancer Epidemiol. 2015 Dec;39(6):877-84. Analisi dei percorsi diagnostico terapeutici in oncologia: i tumori del colon e del retto. <http://www.aslmi1.mi.it/monografie/analisi-dei-percorsi-diagnostico-terapeutici-in-oncologia-itumori-del-colon-e-del-retto.html>



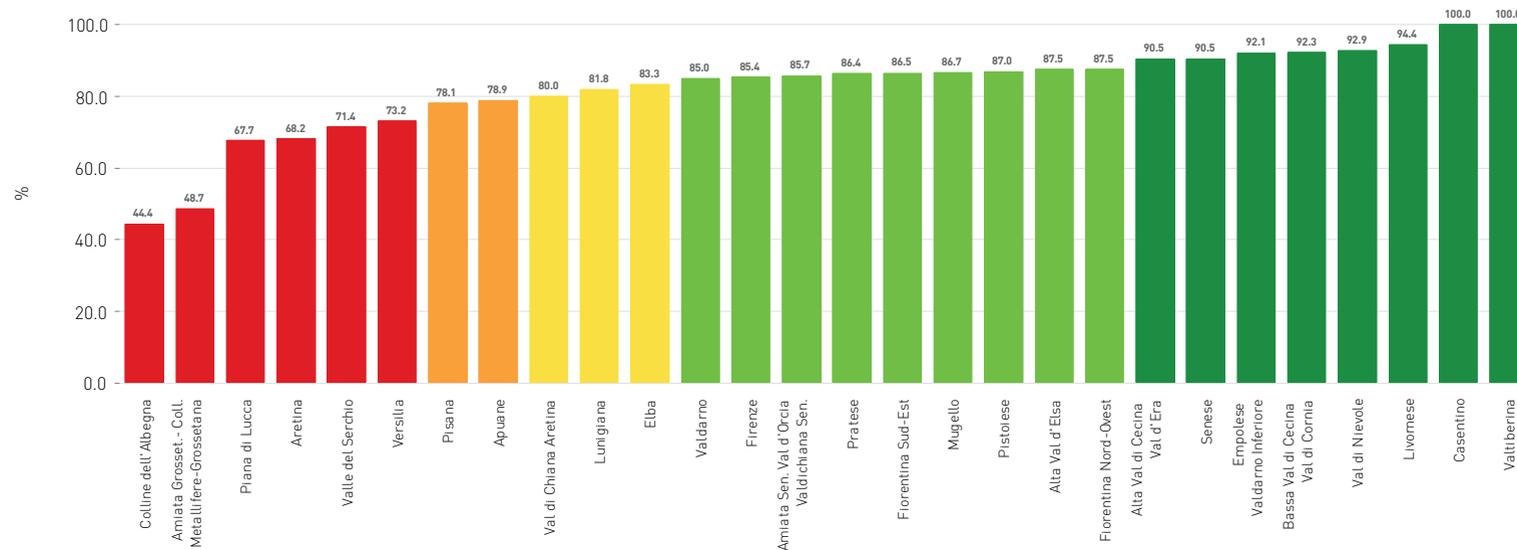
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



### PDTA08 Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)

L'indicatore descrive la proporzione di pazienti appartenenti alla coorte incidente C che effettuano un follow-up attivo, finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Nello specifico l'indicatore riporta la proporzione percentuale di nuovi casi operati per tumore del colon che effettua un esame endoscopico nei 18 mesi successivi alla data dell'intervento chirurgico. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021. Riferimenti bibliografici Renehan AG, Egger M, Saunders MP, O'Dwyer ST. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta analysis of randomised trials. BMJ 2002; 324: 813. • Analisi dei percorsi diagnostico terapeutici in oncologia: i tumori del colon e del retto. <http://www.aslmi1.mi.it/it/monografie/analisi-dei-percorsi-diagnostico-terapeutici-in-oncologia-itumori-del-colon-e-del-retto.html> R. Labianca, B. Nordlinger, G. D. Beretta, S. Mosconi, M. Mandalà, A. Cervantes, D. Arnold on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Early Colon Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2013; 24 (Suppl 6): vi64-vi72.



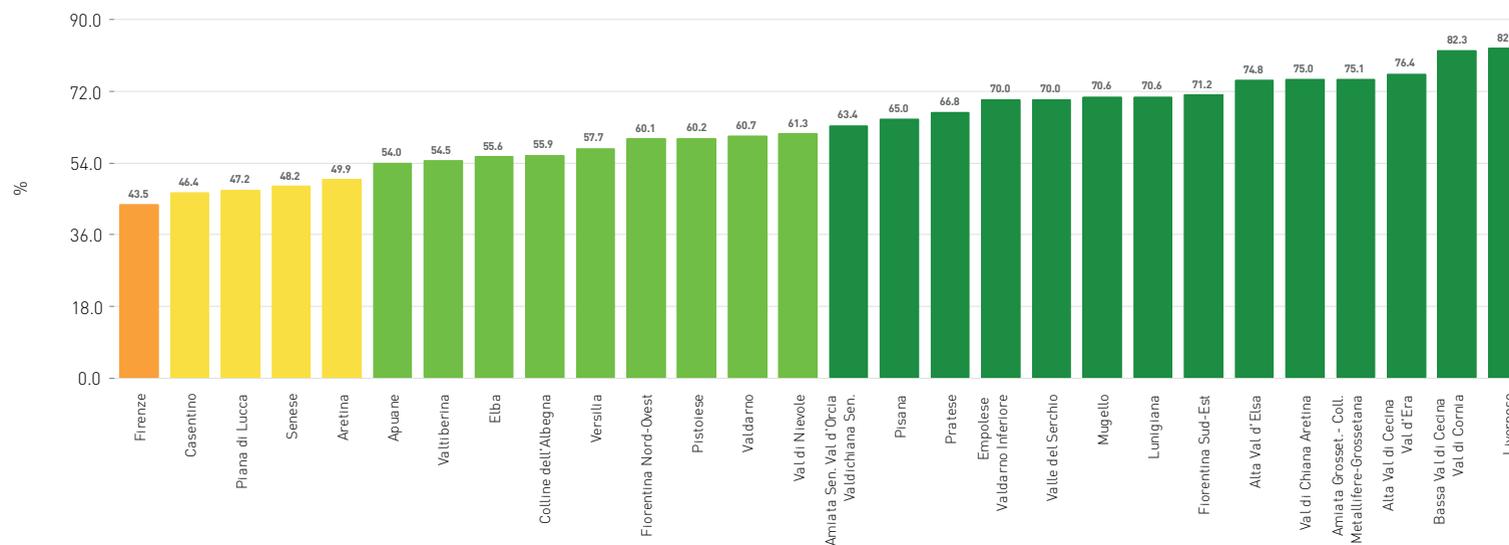
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

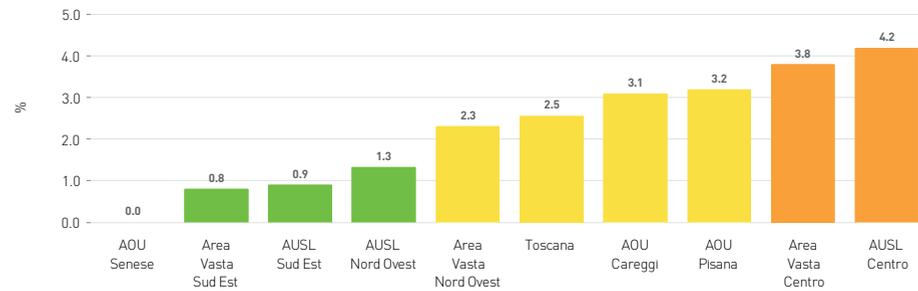


### C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)

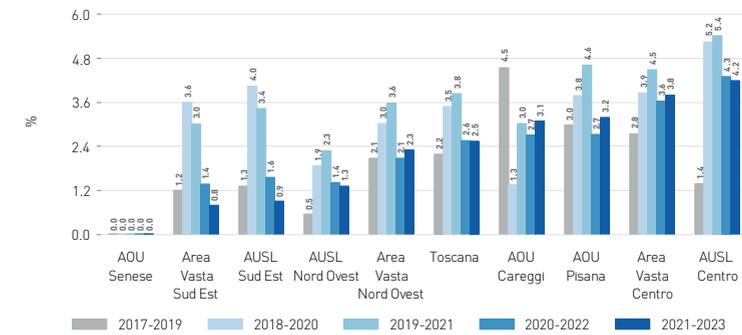
l'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.



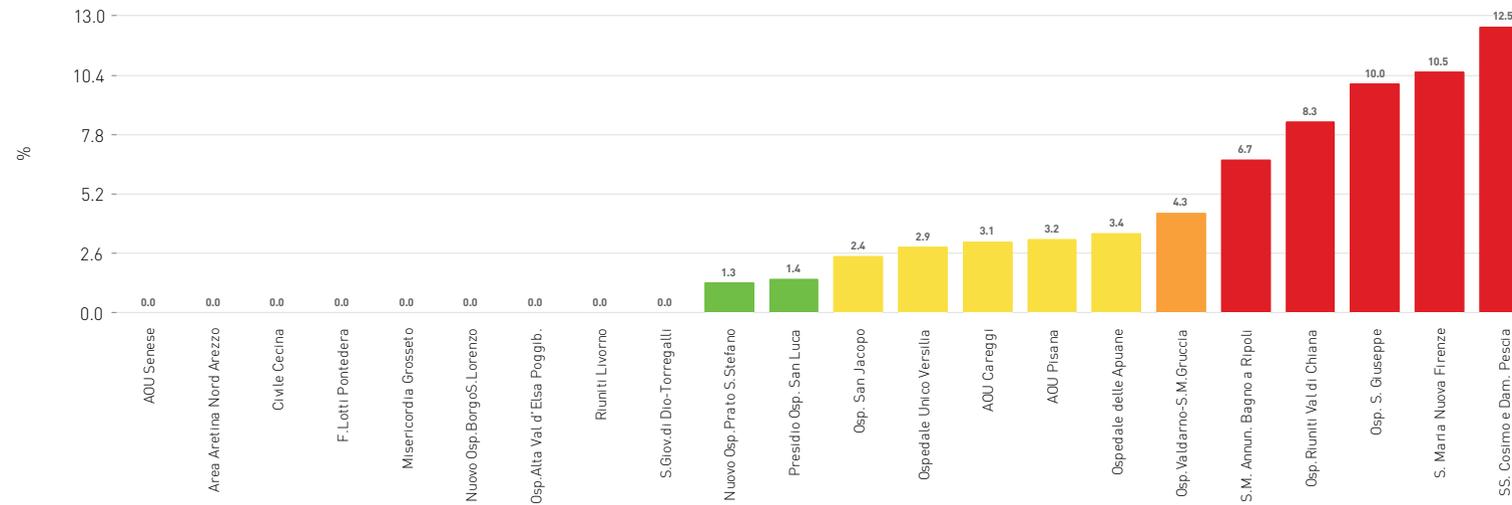
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



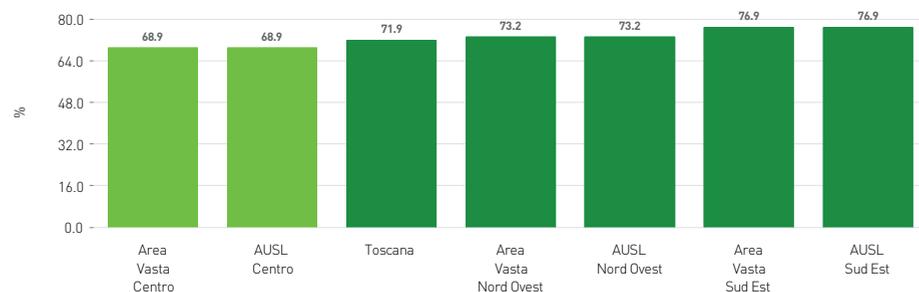
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

## PDTA09 Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)

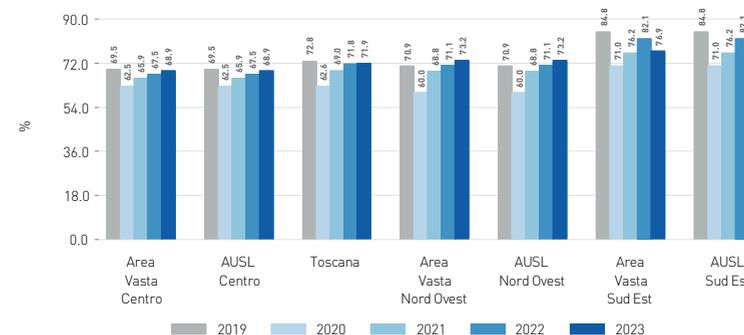
L'indicatore descrive la proporzione di pazienti appartenenti alla coorte incidente R (coorte riferita all'anno 2020) che accedono tempestivamente al primo trattamento. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a mediolungo termine. Nello specifico l'indicatore riporta la proporzione percentuale di nuovi casi operati per tumore del retto che ha effettuato un esame diagnostico nei 60 giorni precedenti il primo trattamento chemioterapico, radioterapico o chirurgico. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021. Riferimenti bibliografici J.J. Biagi, M.J. Raphael, W.J. Mackillop, et al., Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis, JAMA 305 (22) (2011) 2335-2342. Kudjawu YC, Eilstein D, Decool E, De Maria F, Beltzer N, Chatellier G. Time to first treatment after colonoscopy in patients suffering from colon or rectum cancer in France. Cancer Epidemiol. 2015 Dec;39(6):877-84. Analisi dei percorsi diagnostico terapeutici in oncologia: i tumori del colon e del retto. <http://www.aslmi1.mi.it/monografie/analisi-dei-percorsi-diagnostico-terapeutici-in-oncologia-itumori-del-colon-e-del-retto.html>



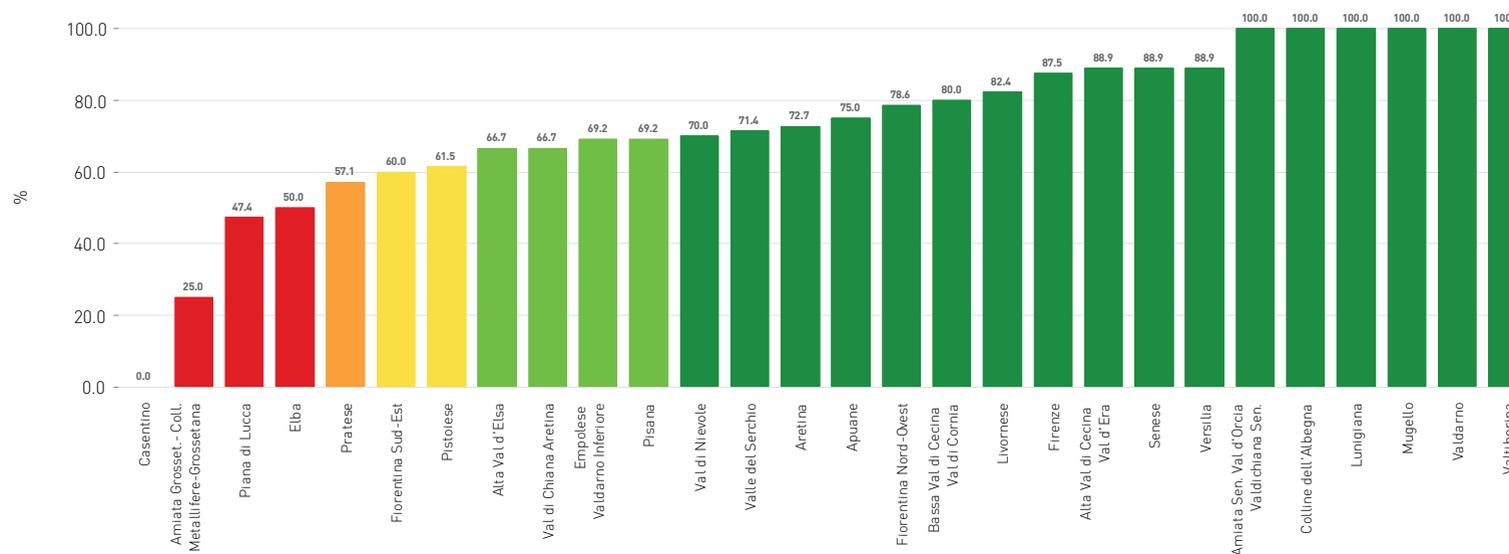
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

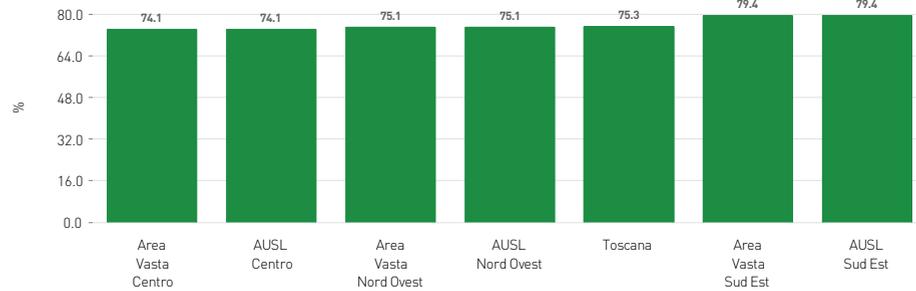


## PDTA10 Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)

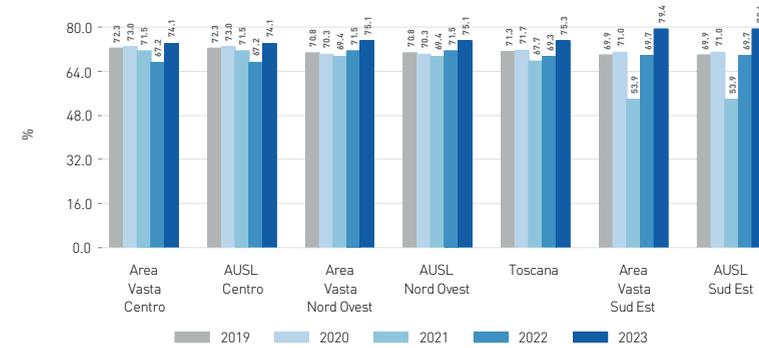
L'indicatore descrive la proporzione di nuovi casi che effettuano un follow-up attivo, finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Nello specifico l'indicatore riporta la proporzione percentuale di nuovi casi operati per tumore del retto che effettua un esame endoscopico nei 18 mesi successivi alla data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021. Riferimenti bibliografici Renehan AG, Egger M, Saunders MP, O'Dwyer ST. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ 2002; 324: 813. Analisi dei percorsi diagnostico terapeutici in oncologia: i tumori del colon e del retto. <http://www.aslmi1.mi.it/it/monografie/analisi-dei-percorsi-diagnostico-terapeutici-in-oncologia-itumori-del-colon-e-del-retto.html> Linee Guida Aiom. Tumori del colon retto. Edizione 2015. <http://www.aiom.it/> B. Glimelius, E. Tiret, A. Cervantes & D. Arnold, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2013; 24 [Suppl 6]: vi81-vi88.



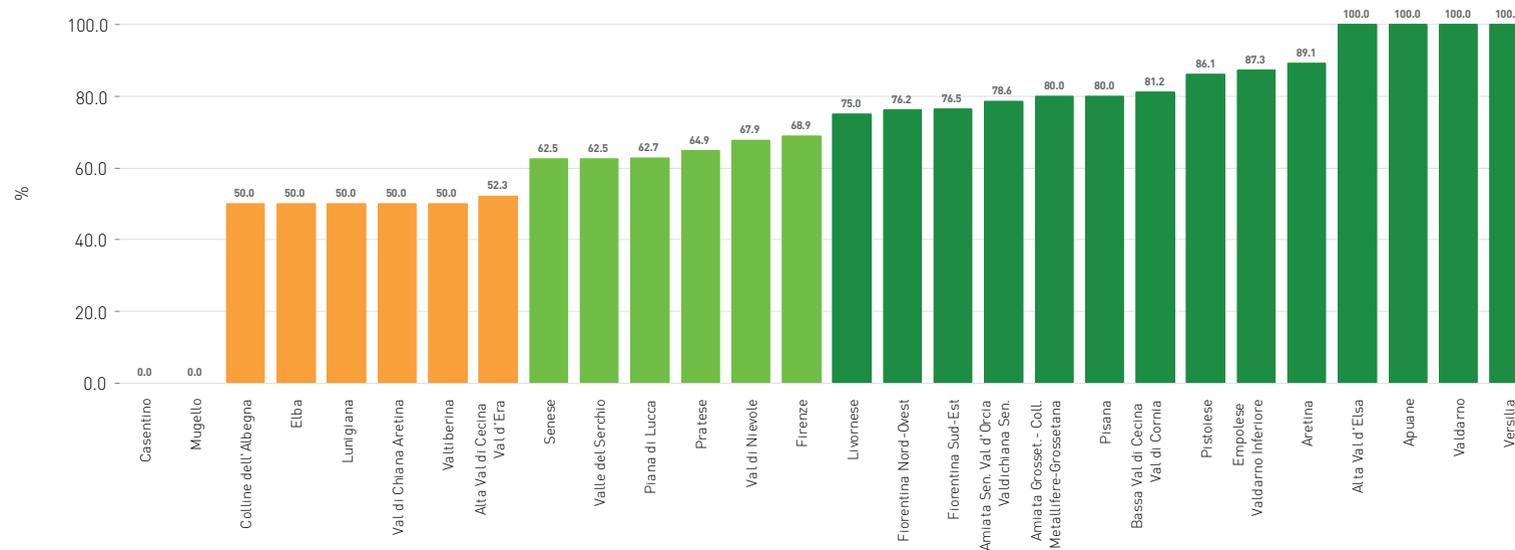
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



### C10.5 Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali

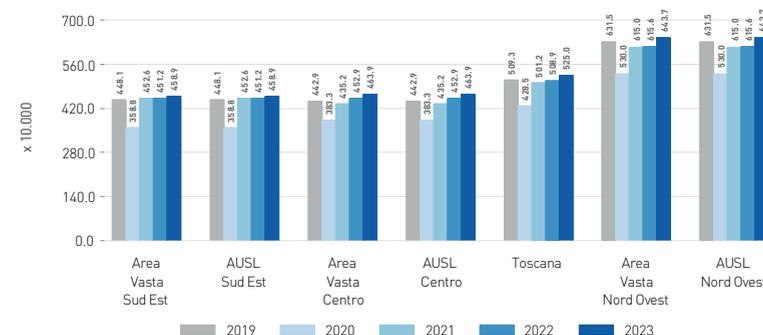
Il numero di prescrizioni di alcuni biomarcatori tumorali specifici sulla popolazione non affetta da patologia oncologica o gastroenterologia cronica valuta indirettamente l'appropriatezza di utilizzo degli stessi. Di fatto, i biomarcatori tumorali sono utili per monitorare un'eventuale recidiva della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



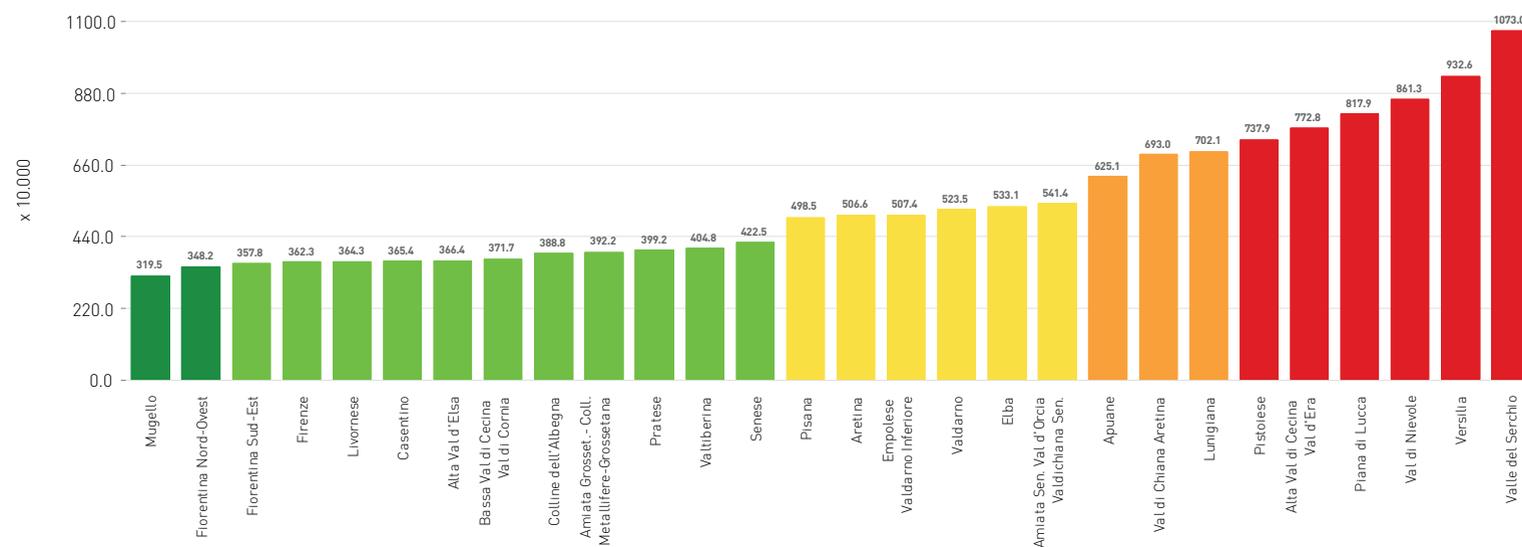
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## 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*

*C28.1.1 Percentuale di pazienti oncologici deceduti con cure palliative erogate a domicilio*

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



50.41	53.83	48.19	49.07
-------	-------	-------	-------

94.91	99.47	89.27	97.30
-------	-------	-------	-------

94.31	99.32	88.14	97.19
-------	-------	-------	-------

8.73	5.68	12.27	7.45
------	------	-------	------

31.25	29.74	33.47	29.57
-------	-------	-------	-------

### 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).



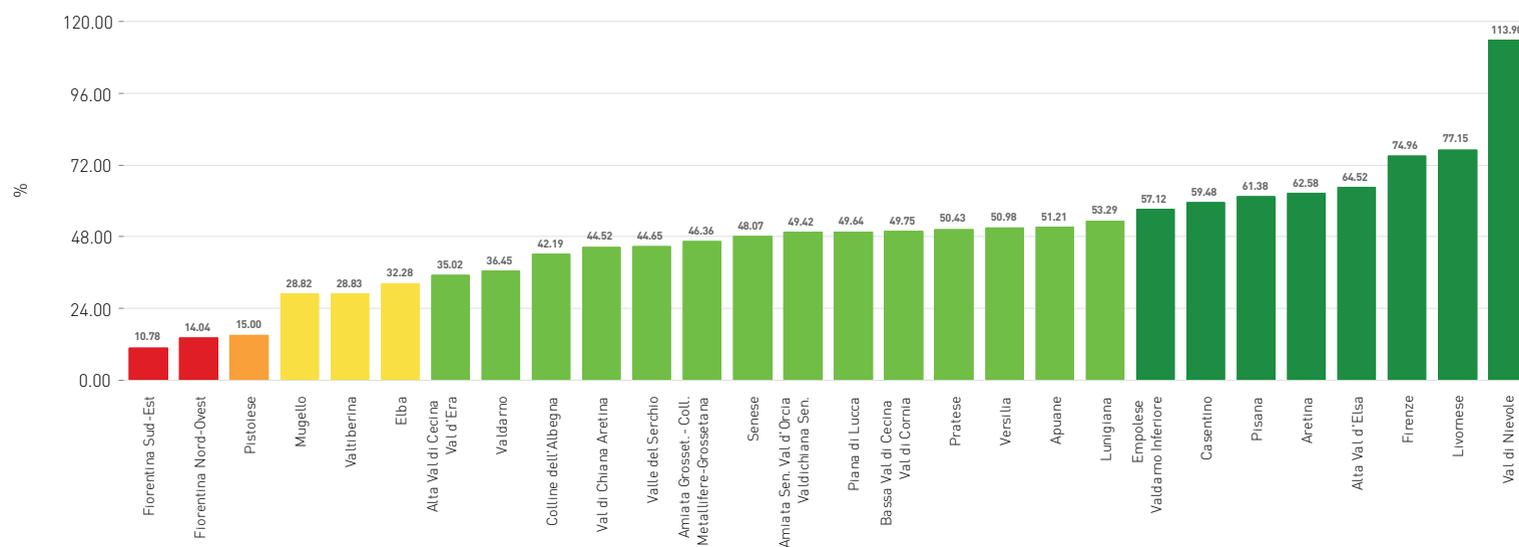
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

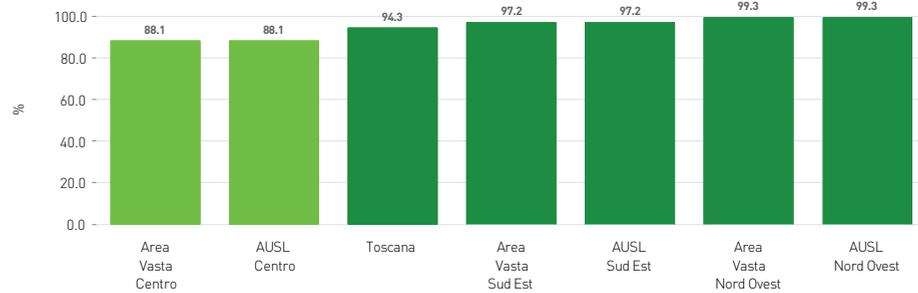


### C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice

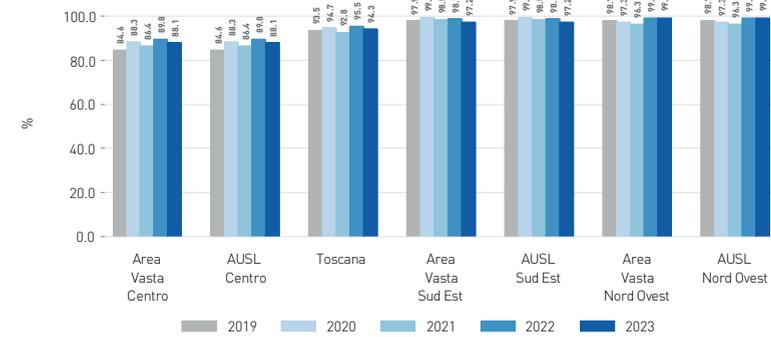
La presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere tempestiva. L'indicatore misura il numero di pazienti per i quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di pazienti ricoverati con assistenza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



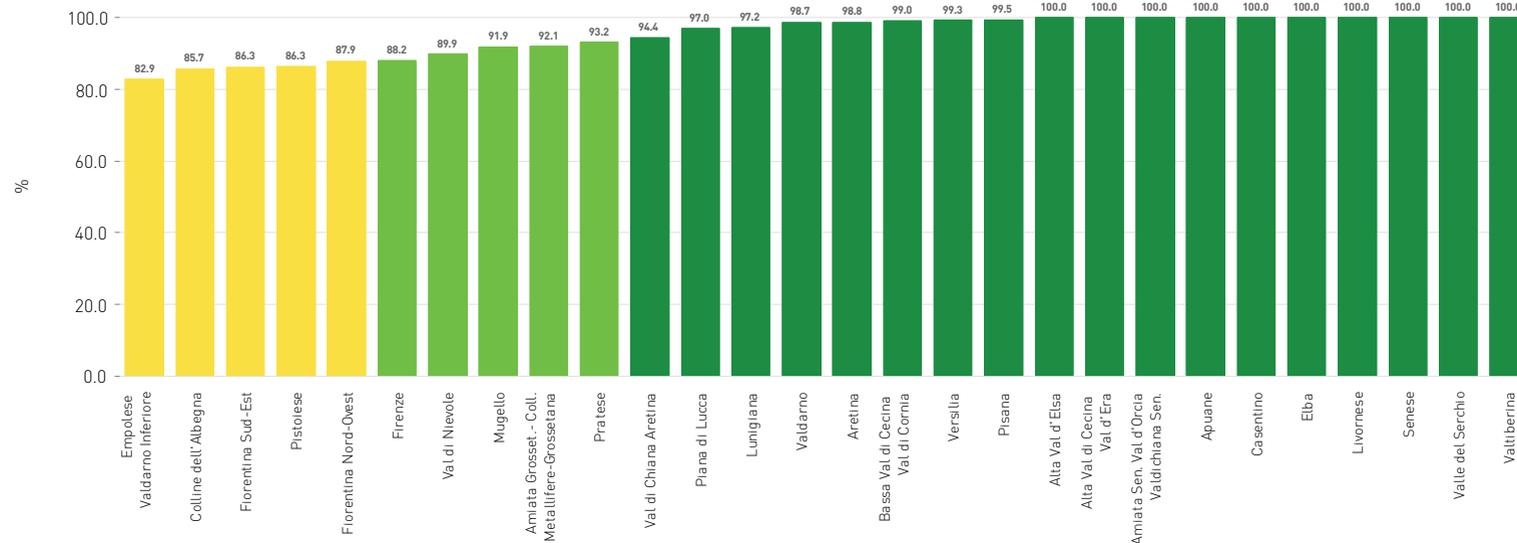
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

L'indicatore misura il numero di pazienti ricoverati in Hospice per patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero è superiore o uguale a 30 giorni. L'obiettivo dello standard nazionale è fissato ad 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..



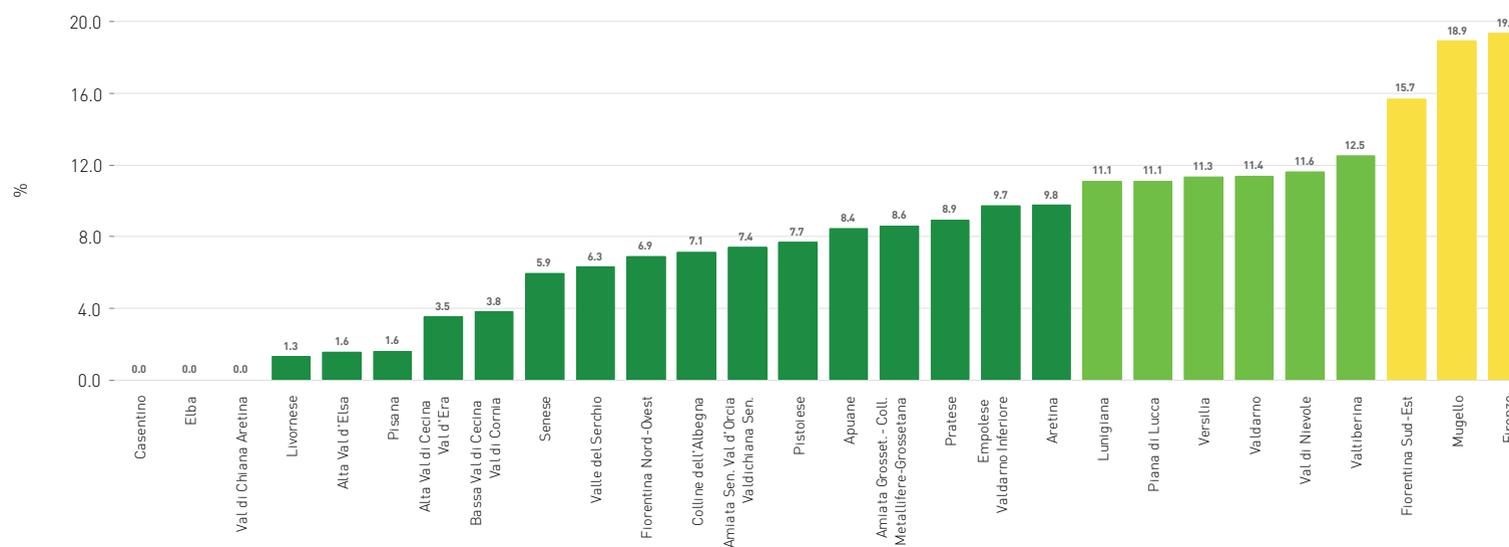
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## C11A Efficacia assistenziale territoriale

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



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>C11A Efficacia assistenziale territoriale</b>	●	●	●	●
D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	167.41	139.78	160.11	222.55
<b>C11A.1 Scompenso Cardiaco</b>				
C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	121.85	110.18	117.23	148.75
C11A.1.8 Tasso di accesso al PS dei residenti con Scompenso Cardiaco	702.62	694.69	676.13	757.99
<i>D03CC Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per scompenso cardiaco</i>	146.78	124.55	137.11	198.18
C11A.1.2A Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	72.81	70.70	73.88	74.23
C11A.1.2B Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	59.94	59.66	59.24	61.41
PDTA03A Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scompenso)	59.88	61.00	61.01	56.67
PDTA03B Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)	64.79	67.94	64.17	61.95
PDTA04 Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)	18.32	26.57	16.75	11.84
<b>C11A.2 Diabete</b>				
C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	10.09	10.77	10.38	8.47
C11A.2.10 Tasso di accesso al PS dei residenti con Diabete	408.15	420.75	375.47	448.38
<i>D03CA Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete</i>	10.77	10.35	9.96	12.84
C11A.2.9 Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	29.16	31.44	28.81	26.11
<i>PDTA05 Aderenza complessiva alle raccomandazioni di controllo, almeno 4 su 5, (entro 12 mesi dalla data di inclusione nella coorte) per i pazienti appartenenti alla coorte prevalente (PDTA Diabete)</i>	19.92	20.27	19.10	20.92
PDTA05.1 Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	30.56	30.62	30.14	31.25
PDTA05.2 Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	60.43	61.79	58.37	62.11
<i>PDTA05.3 Aderenza alla raccomandazione di controllo della microalbuminuria almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)</i>	28.76	28.14	29.22	28.90
<i>PDTA05.4 Aderenza alla raccomandazione di monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)</i>	67.91	68.89	66.20	69.54
PDTA05.5 Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	10.83	11.15	9.07	13.60
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	16.88	21.61	14.09	15.15
<i>C11A.2.4.4 Tasso di amputazioni minori per Diabete per milione di residenti</i>	61.35	82.16	59.04	33.98
<b>C11A.3 BPCO</b>				
C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	14.45	9.22	17.54	16.68
C11A.3.9 Tasso di accesso al PS dei residenti con BPCO	578.68	593.39	532.91	642.37
<i>D03CB Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (&gt;= 18 anni) per BPCO</i>	12.22	8.62	14.51	13.41
C11A.3.5 Residenti con BPCO con almeno una spirometria	28.90	27.24	29.91	29.41
C11A.3.4 Residenti con BPCO in terapia con broncodilatatori	10.04	10.43	9.95	9.69
C11A.3.7 Residenti con BPCO con broncodilatatori in triplice terapia	72.13	71.71	71.35	74.23
PDTA01 Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)	30.37	32.05	30.61	27.33
PDTA02 Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)	45.78	41.88	50.24	40.06
<b>C11A.5 Ictus</b>				
C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	20.99	20.26	19.97	23.95
C11A.5.3 Residenti con pregresso ictus con almeno un monitoraggio della creatinemia	65.13	61.56	66.37	67.70
C11A.5.4 Residenti con pregresso ictus con almeno una misurazione del profilo lipidico	47.22	42.17	48.22	52.25

**D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**

L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie croniche. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale che possono gestire le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.



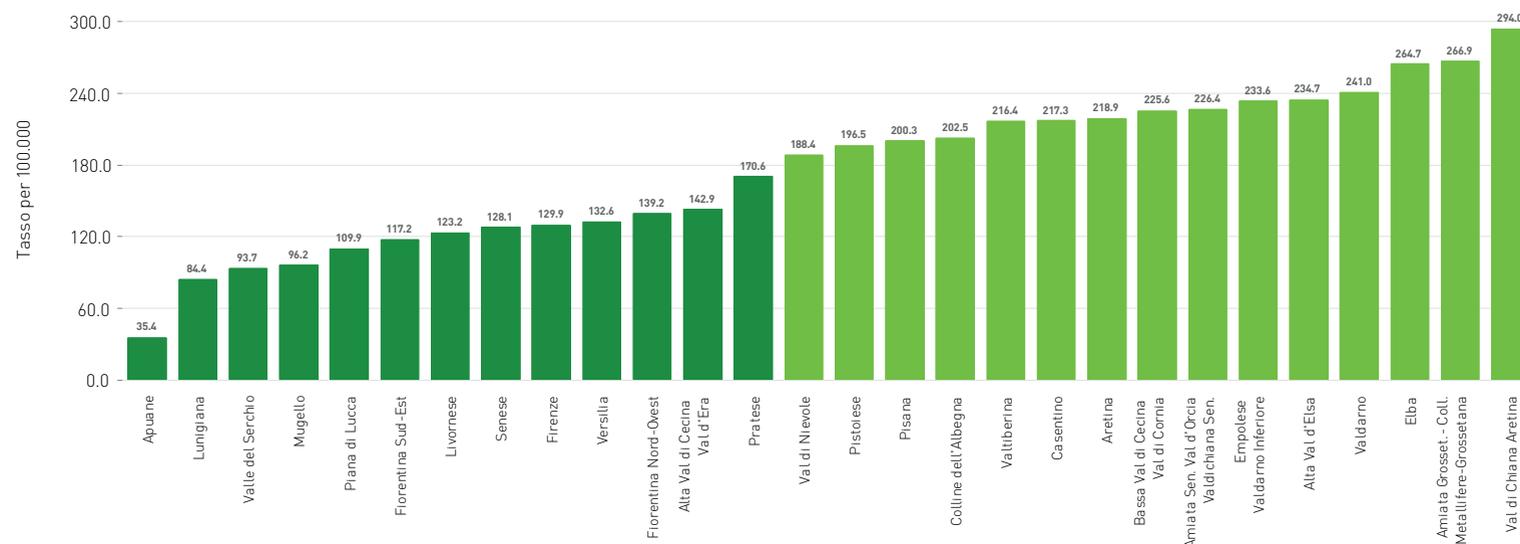
**Aziende - Dati 2023**



**Aziende - Trend**



**Zone Distretto - Dati 2023**

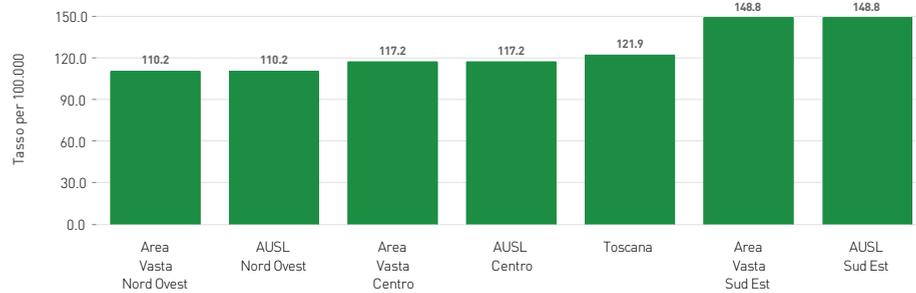


### C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

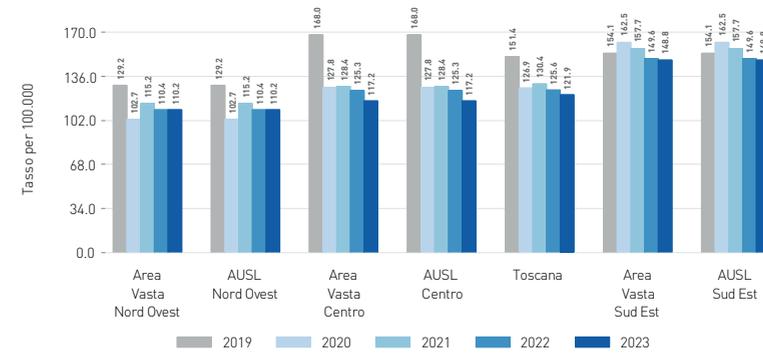
La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri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



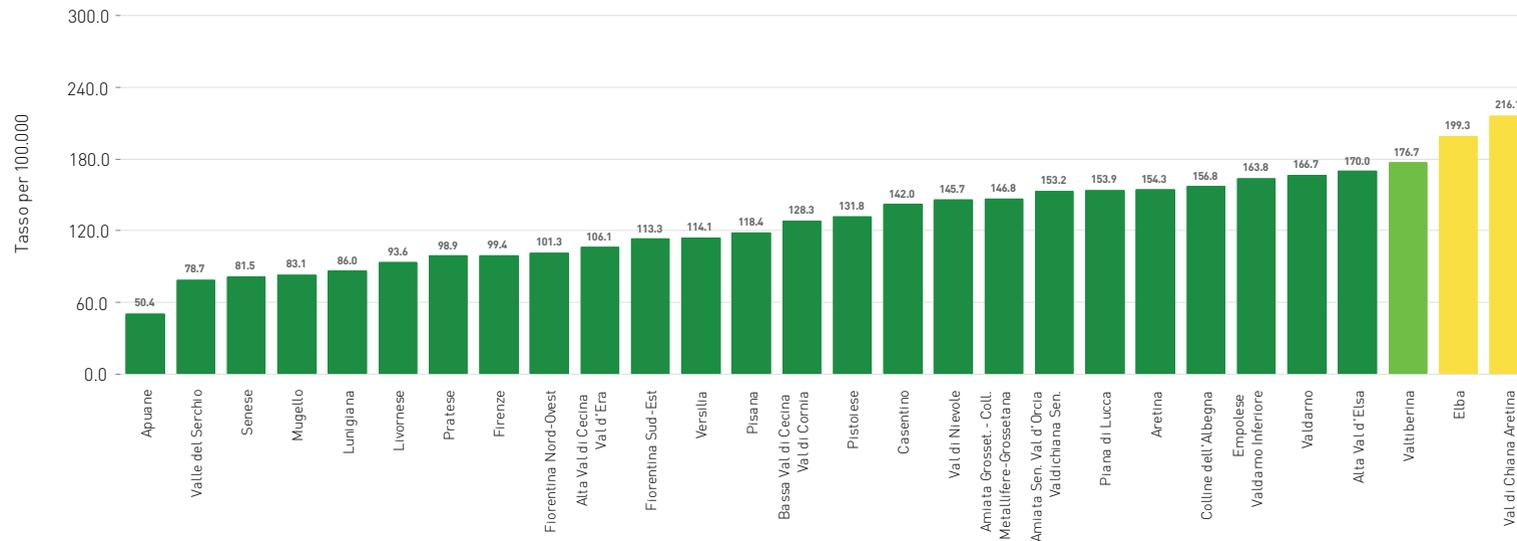
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



### C11A.1.8 Tasso di accesso al PS dei residenti con Scompensio Cardiaco

La patologia dello scompensio cardiaco deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale. Per questo motivo l'indicatore che monitora l'accesso al PS è proxy indiretta di una buona presa in carico dei pazienti durante le fasi non acute di malattia da parte dei servizi della medicina territoriale.



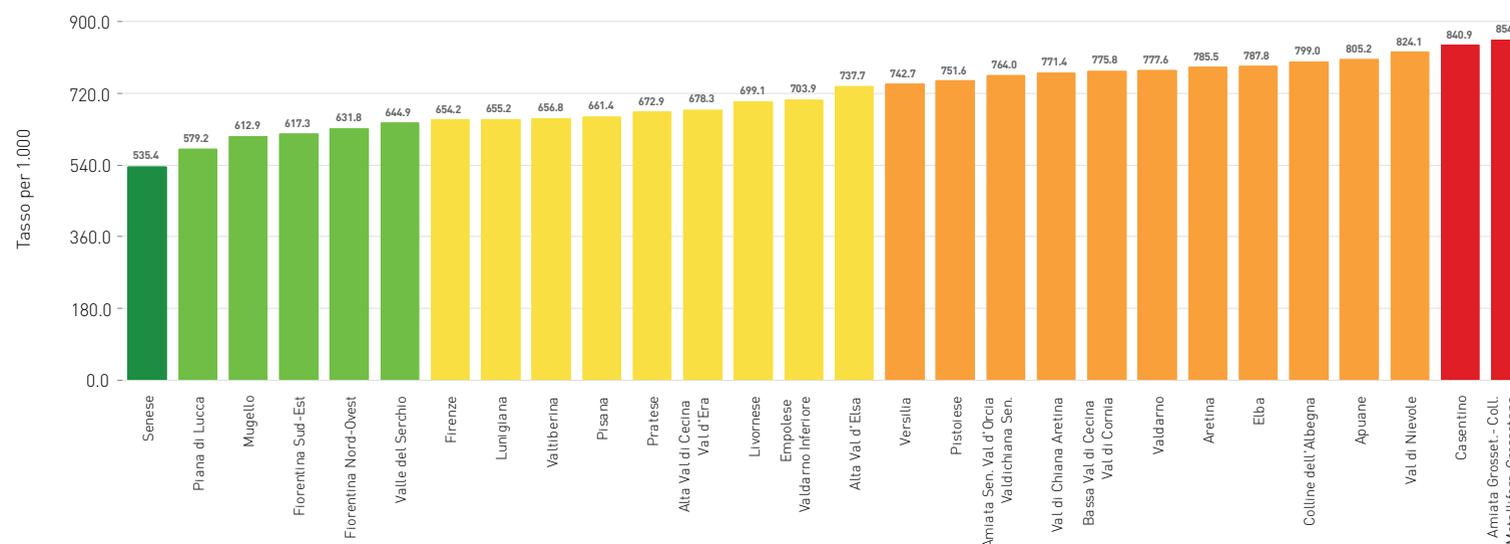
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

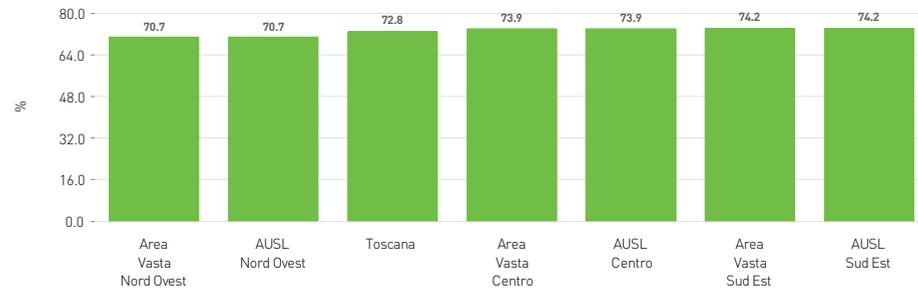


### C11A.1.2A Residenti con Scoppio Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina

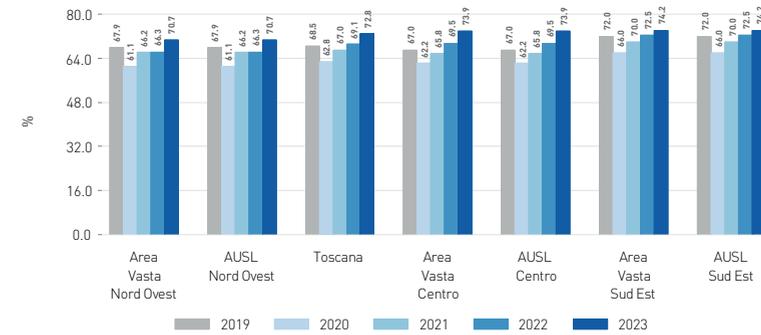
La misurazione della creatinina nei pazienti affetti da scoppio cardiaco rappresenta un'importante attività di monitoraggio di tale patologia cronica, nonché per il monitoraggio dell'attività renale correlata. I dati per questo indicatore di follow-up a livello ambulatoriale provengono dalla banca dati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



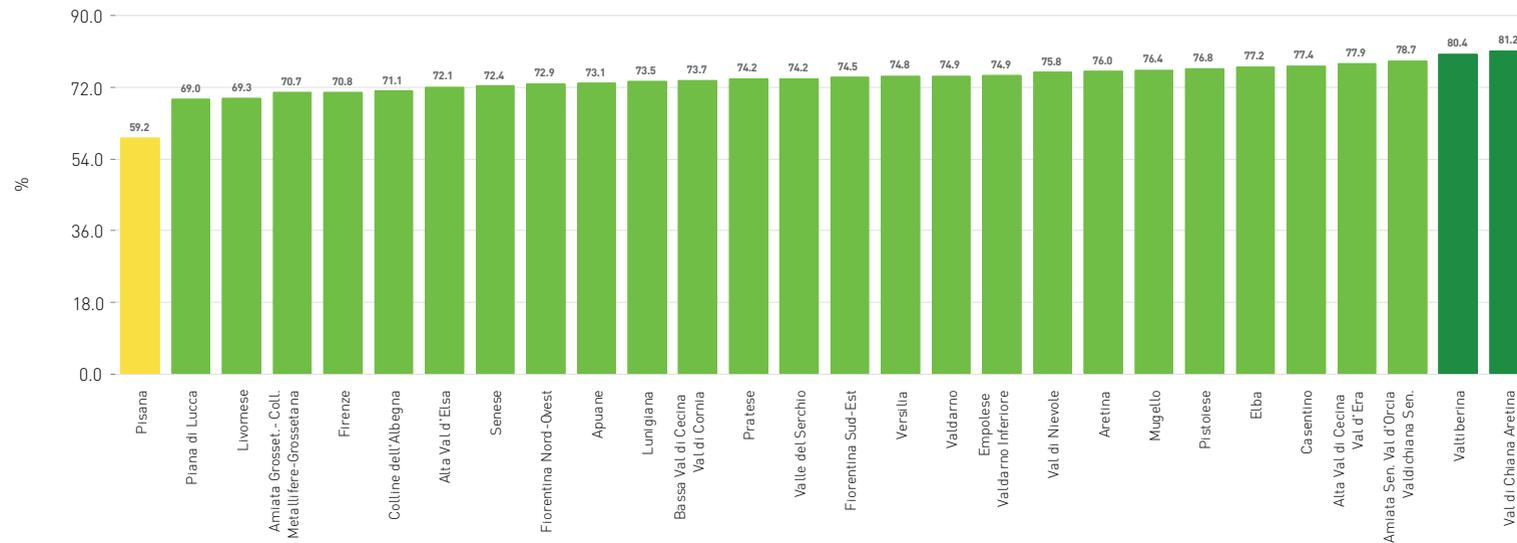
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

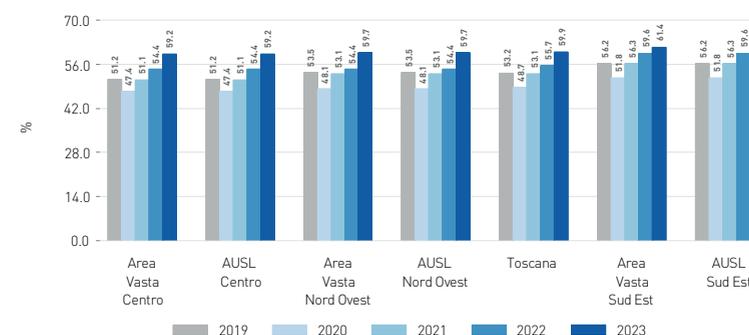
La misurazione di sodio e potassio nei pazienti affetti da scompenso cardiaco rappresenta un'importante attività di monitoraggio di tale patologia cronica, nonché per il monitoraggio dell'attività renale correlata. I dati per questo indicatore di follow-up a livello ambulatoriale provengono dalla banca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



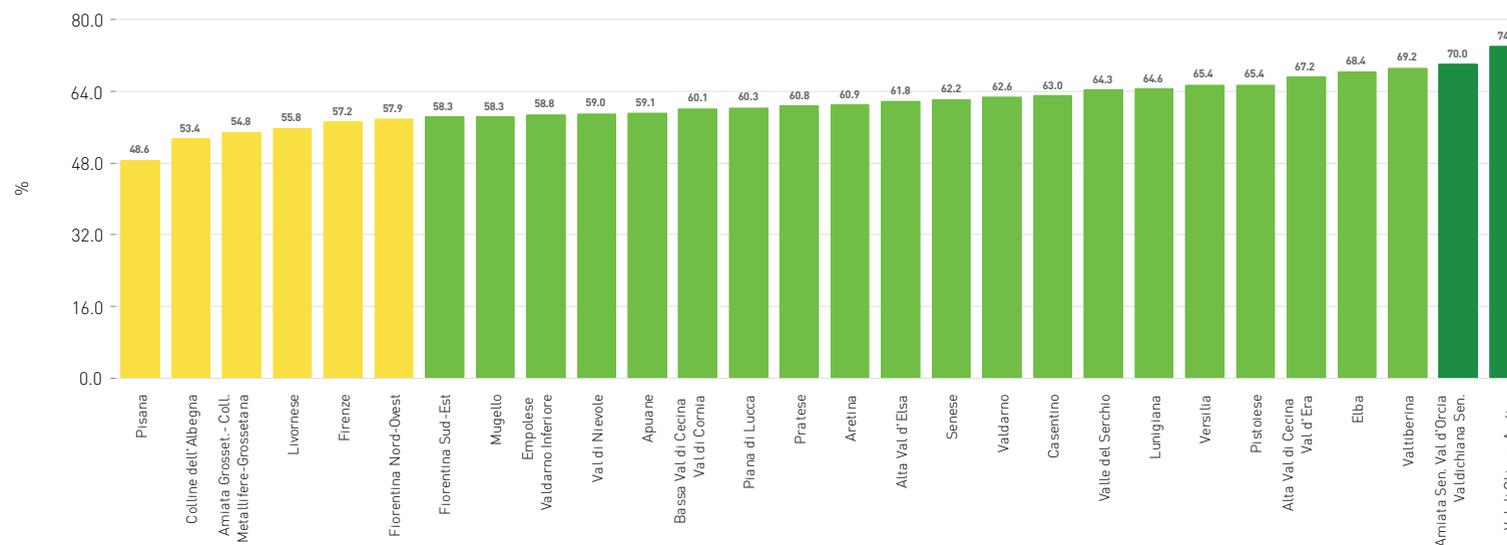
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

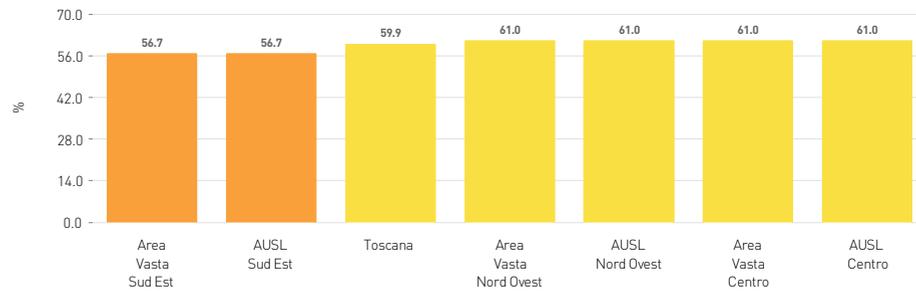


## PDTA03A Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scopenso)

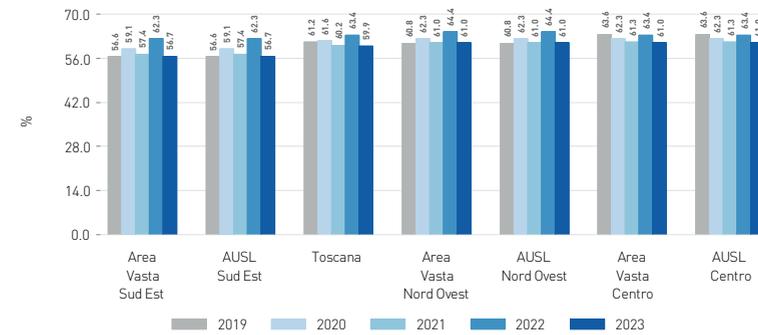
La copertura con i farmaci di interesse è l'indicatore che consente di verificare l'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data della prima prescrizione del farmaco (ACE inibitore o sartani) dopo il ricovero indice. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



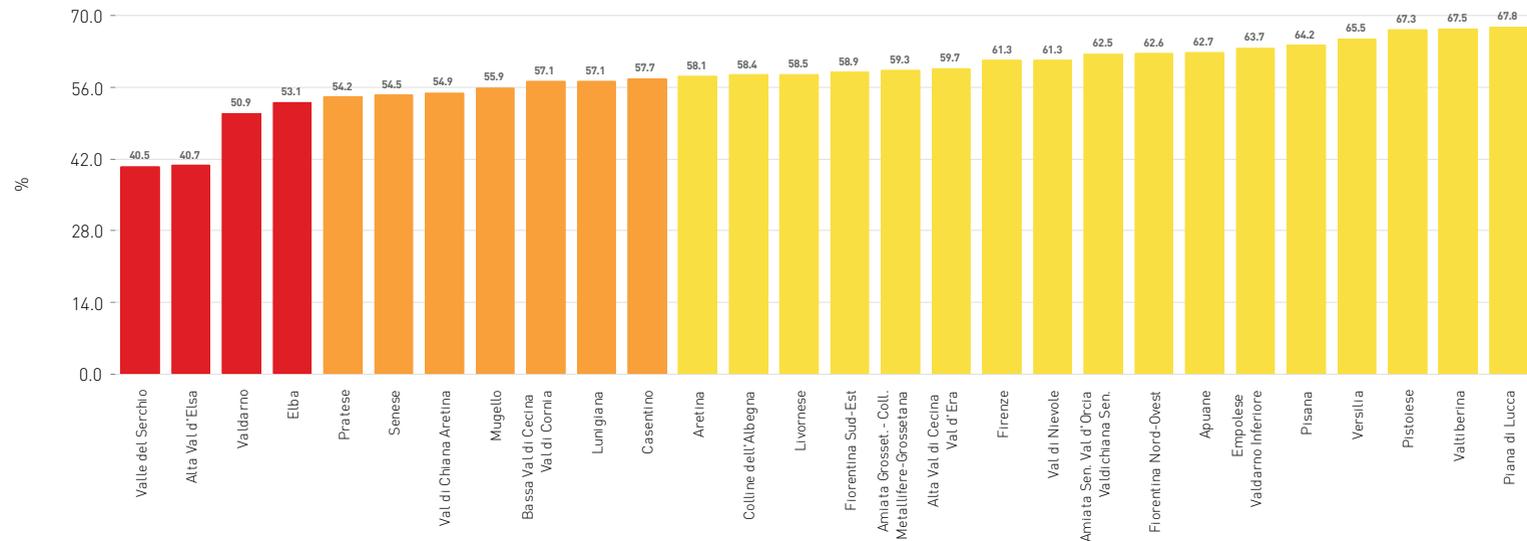
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

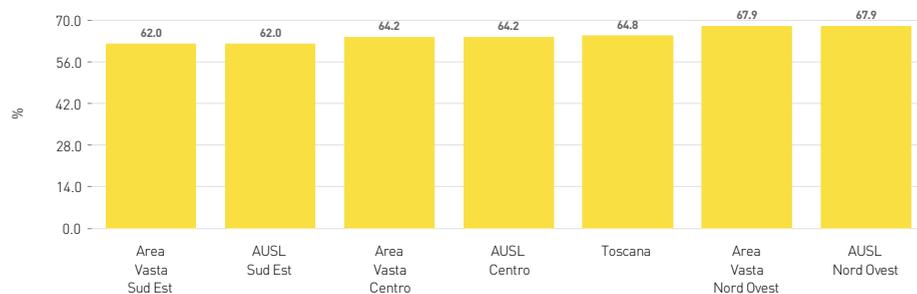


## PDTA03B Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)

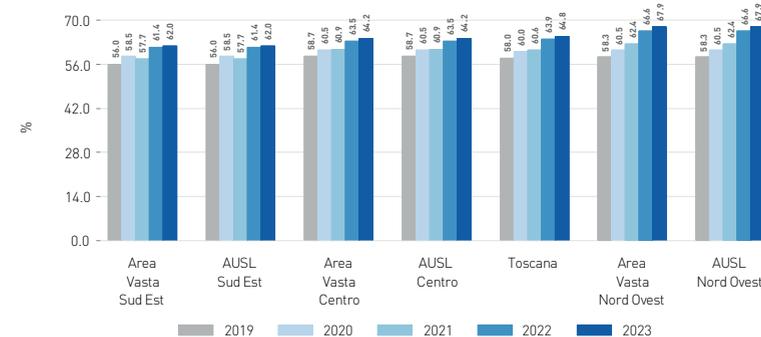
La copertura con i farmaci di interesse è l'indicatore che consente di verificare l'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data della prima prescrizione del farmaco (beta-bloccanti)(a) dopo il ricovero indice(b). Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



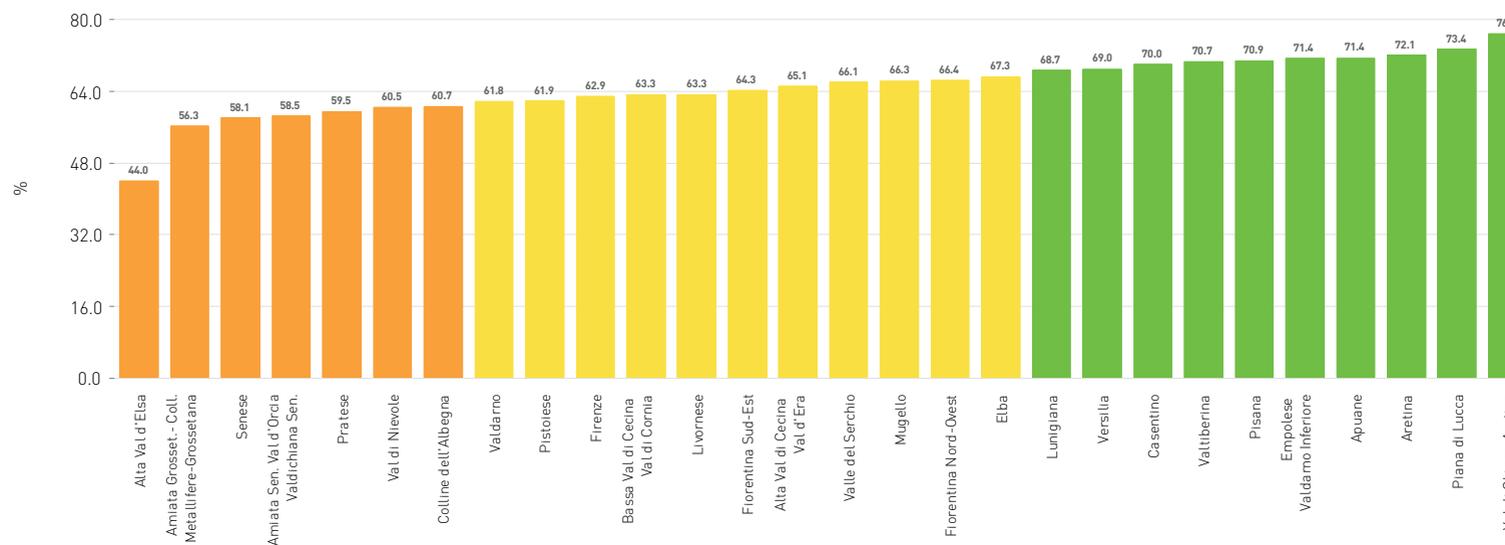
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

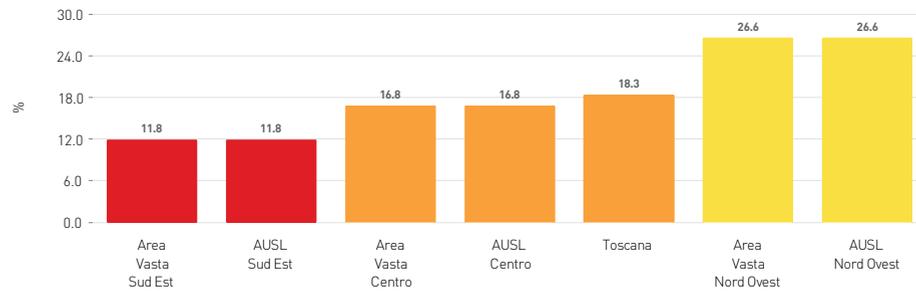


## PDTA04 Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scopenso)

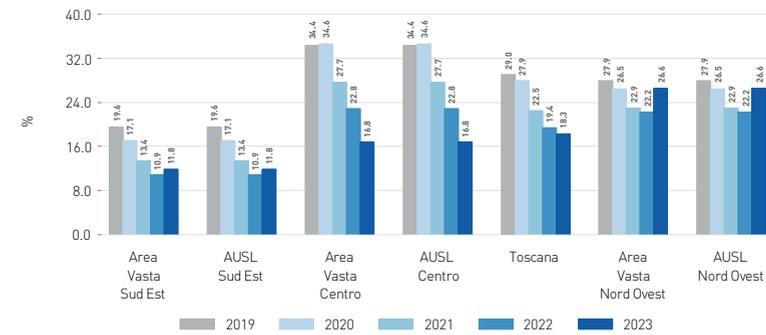
Il numero di ecocardiogrammi consente di valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data di dimissione del ricovero indice. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



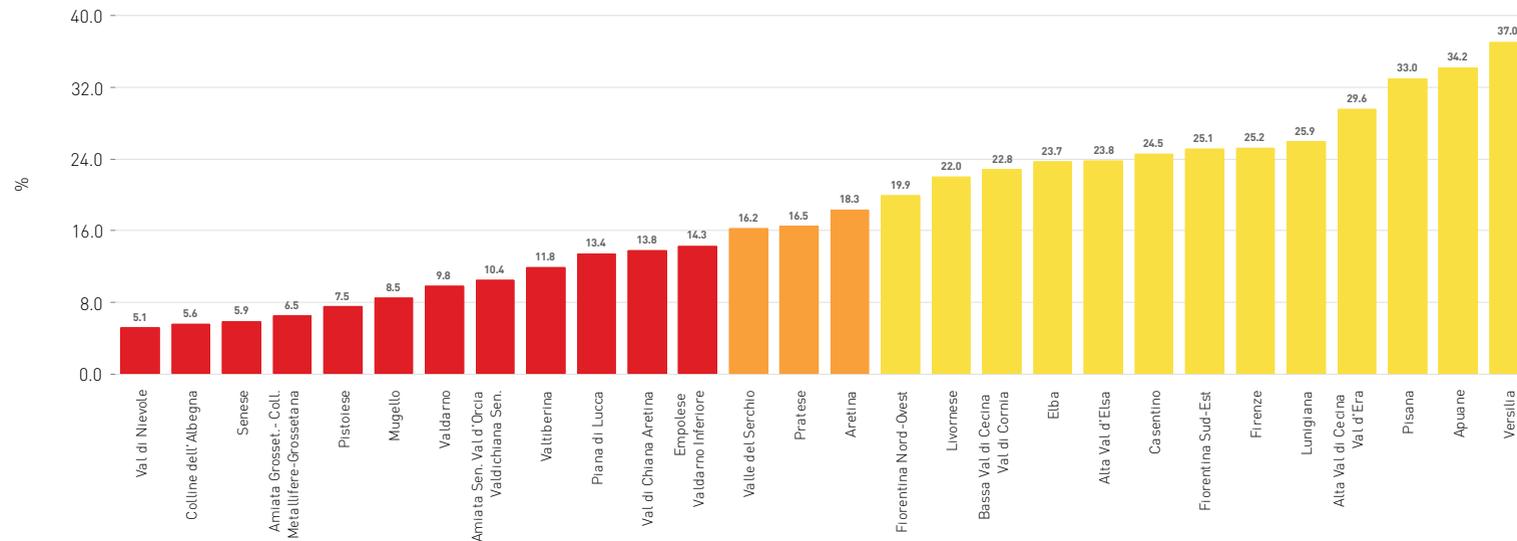
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

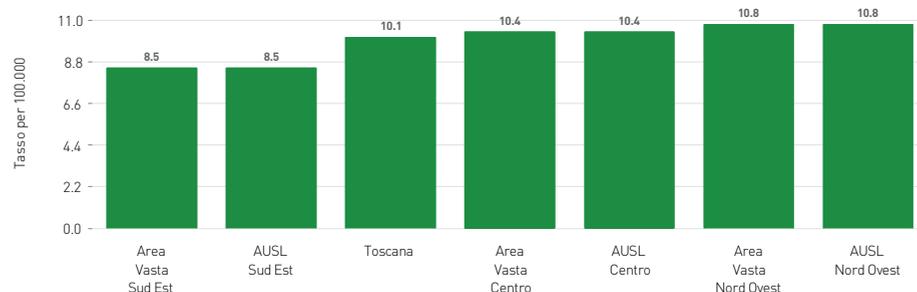


### C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)

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



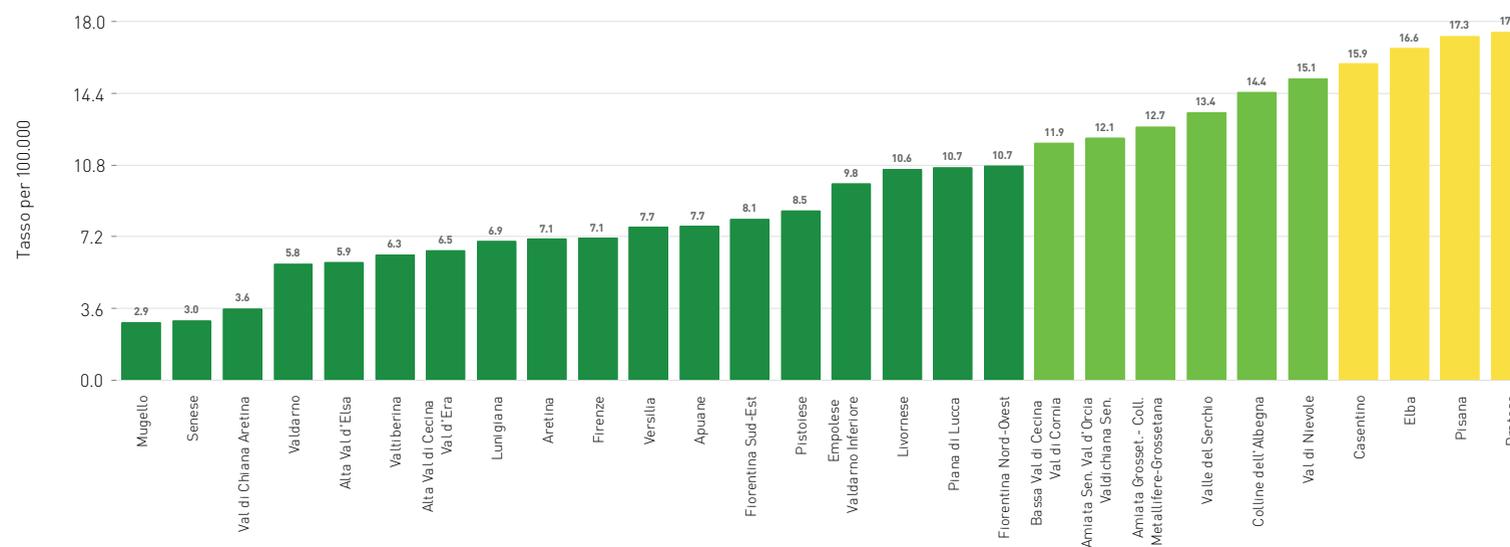
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

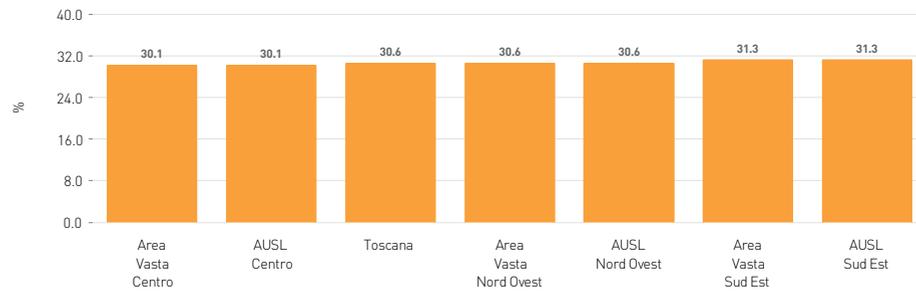


### PDTA05.1 Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)

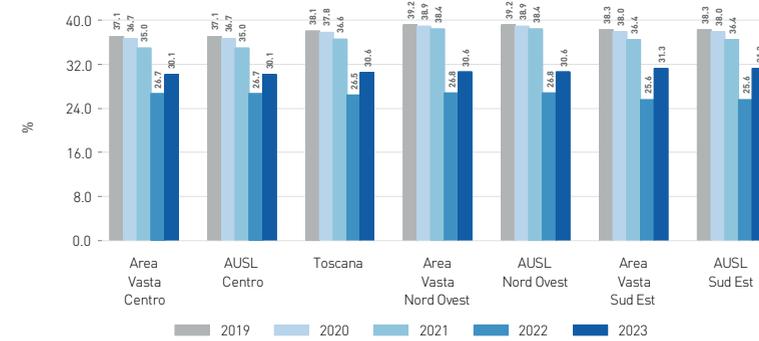
L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata nel paziente diabetico almeno due volte l'anno dopo la diagnosi. L'aderenza viene indagata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



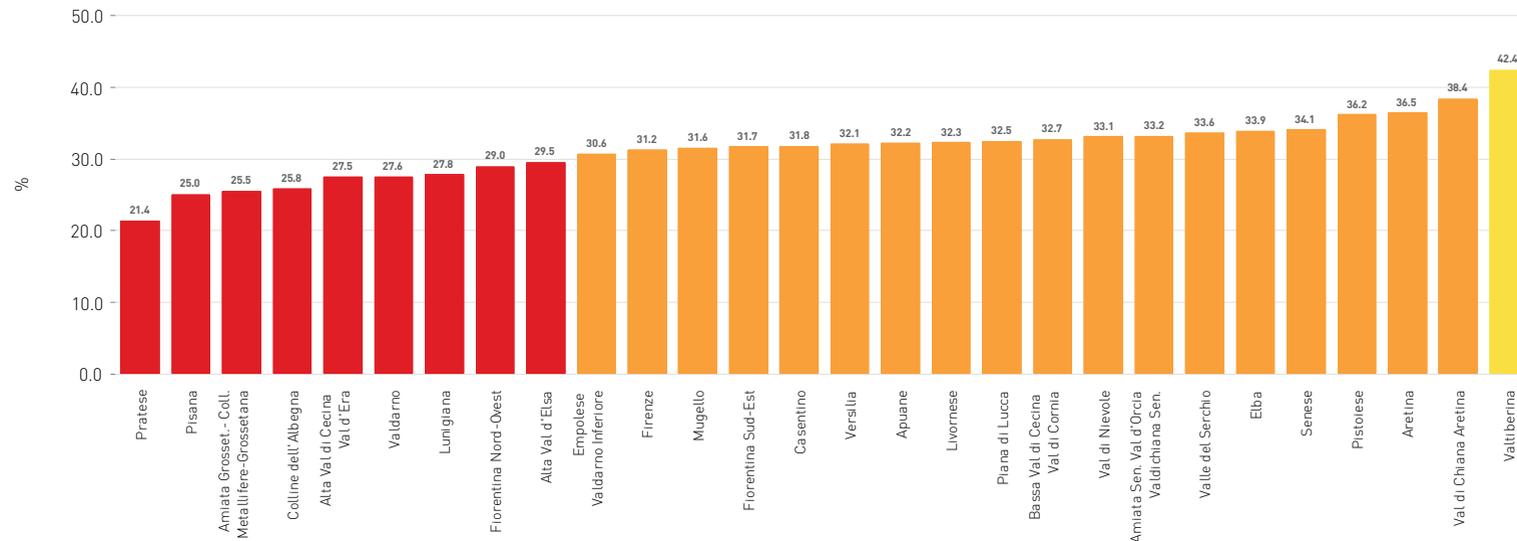
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

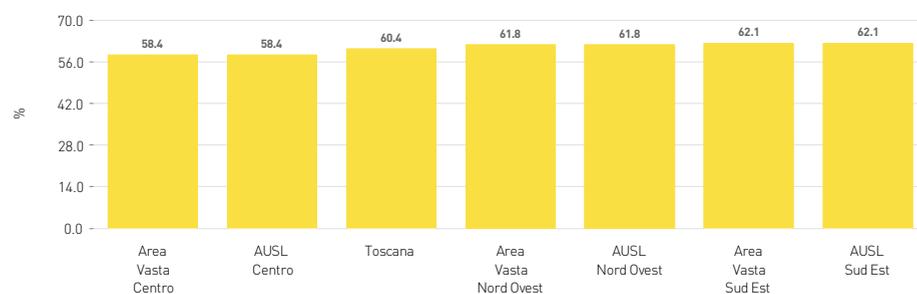


## PDTA05.2 Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)

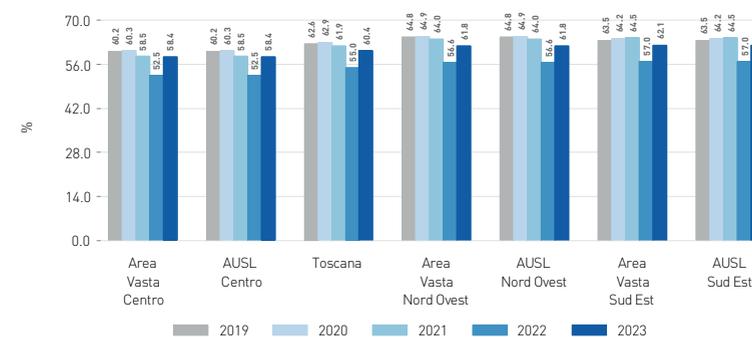
L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico nel paziente diabetico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi. L'aderenza viene indagata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



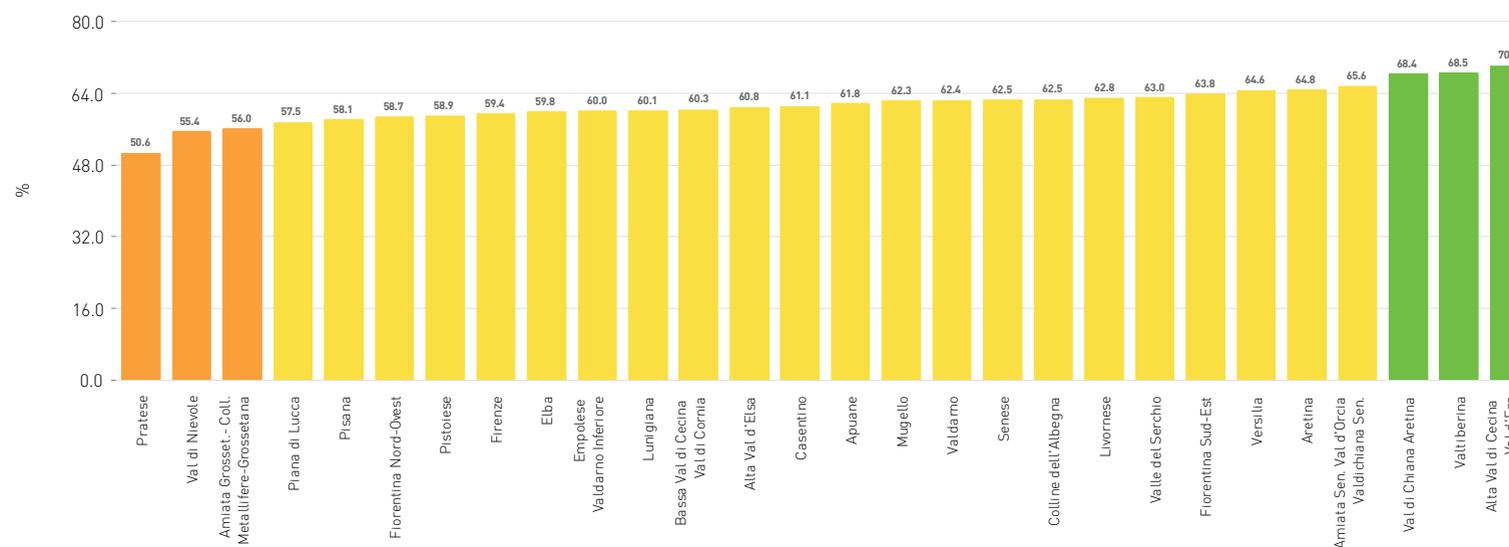
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

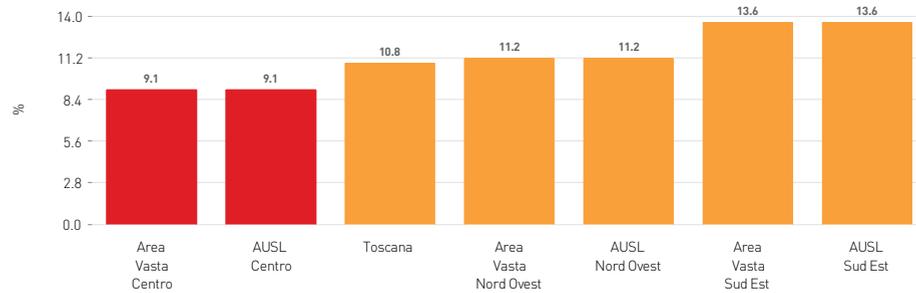


## PDTA05.5 Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)

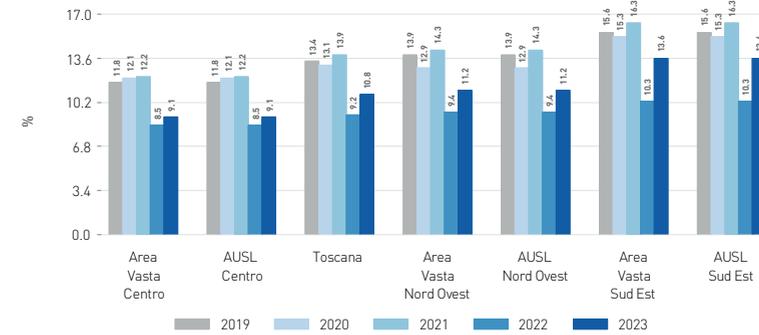
L'indicatore misura l'aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio nel paziente diabetico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi. L'aderenza viene indagata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



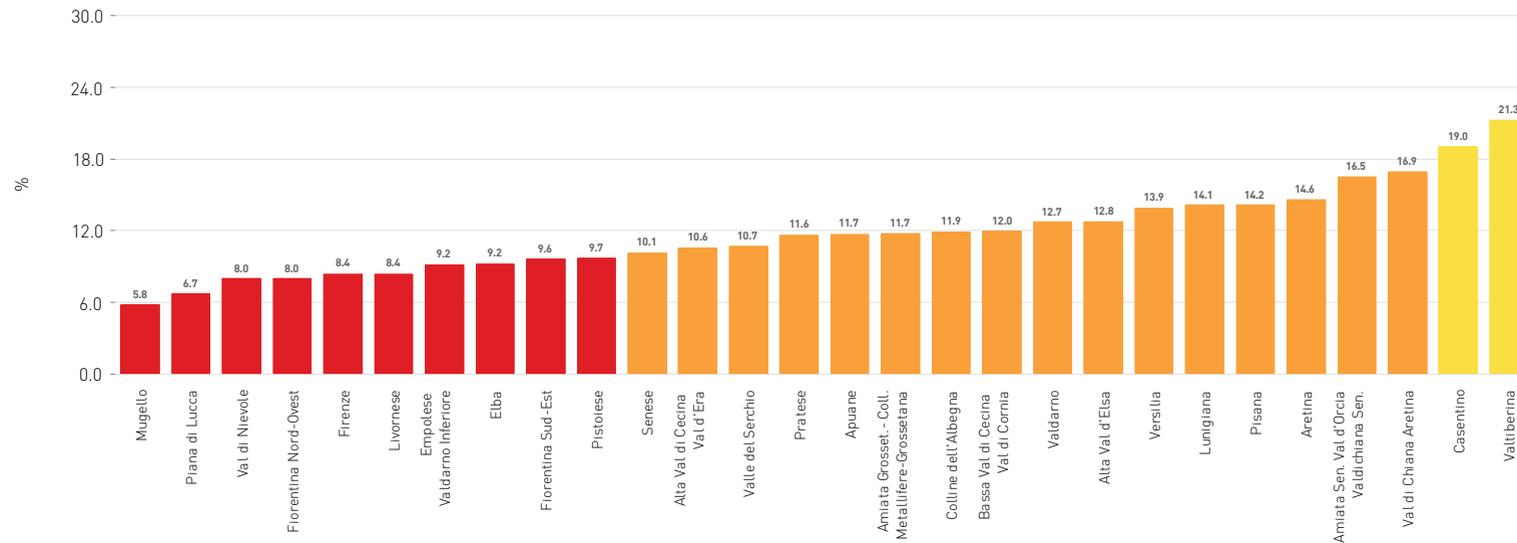
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



### 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 rivascolarizzazione 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 [Nuti et al. 2014; Nuti et al. 2016].



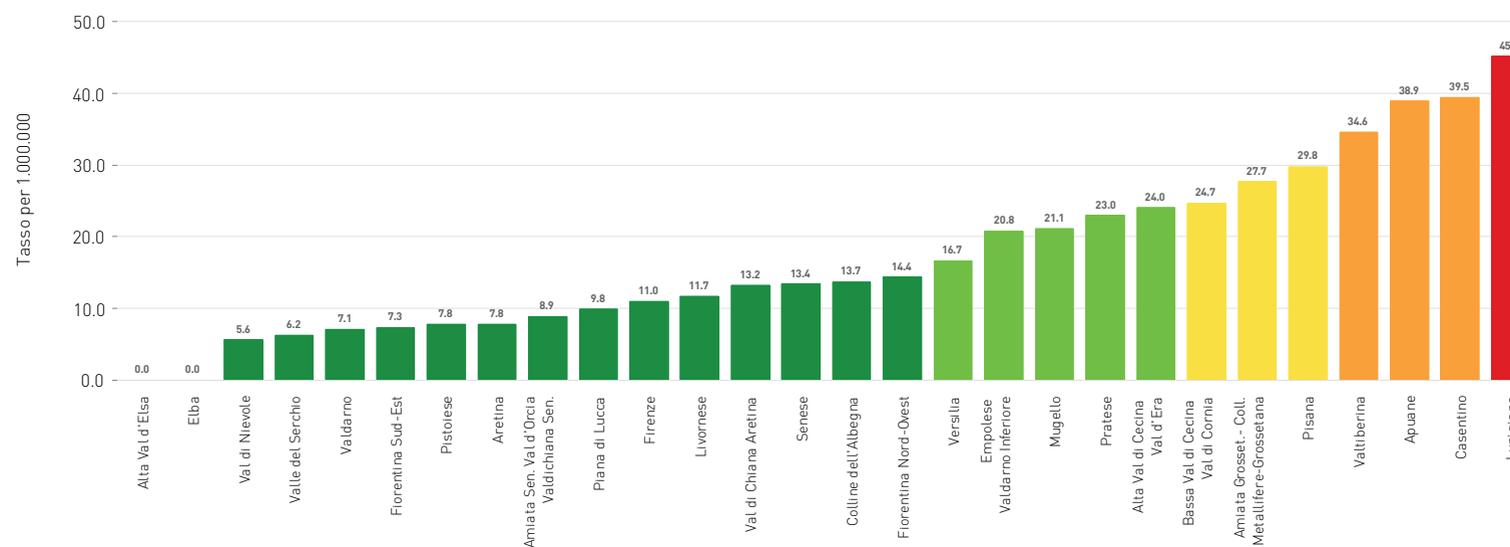
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

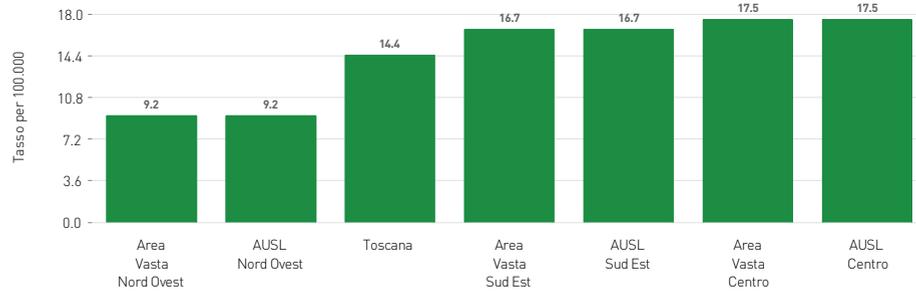


### C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

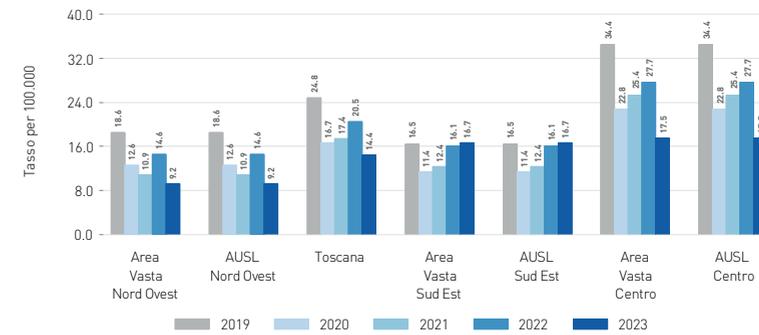
Per le broncopneumopatie cronic-ostruttive, alla pari di molte malattie cronic-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005). L'indicatore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



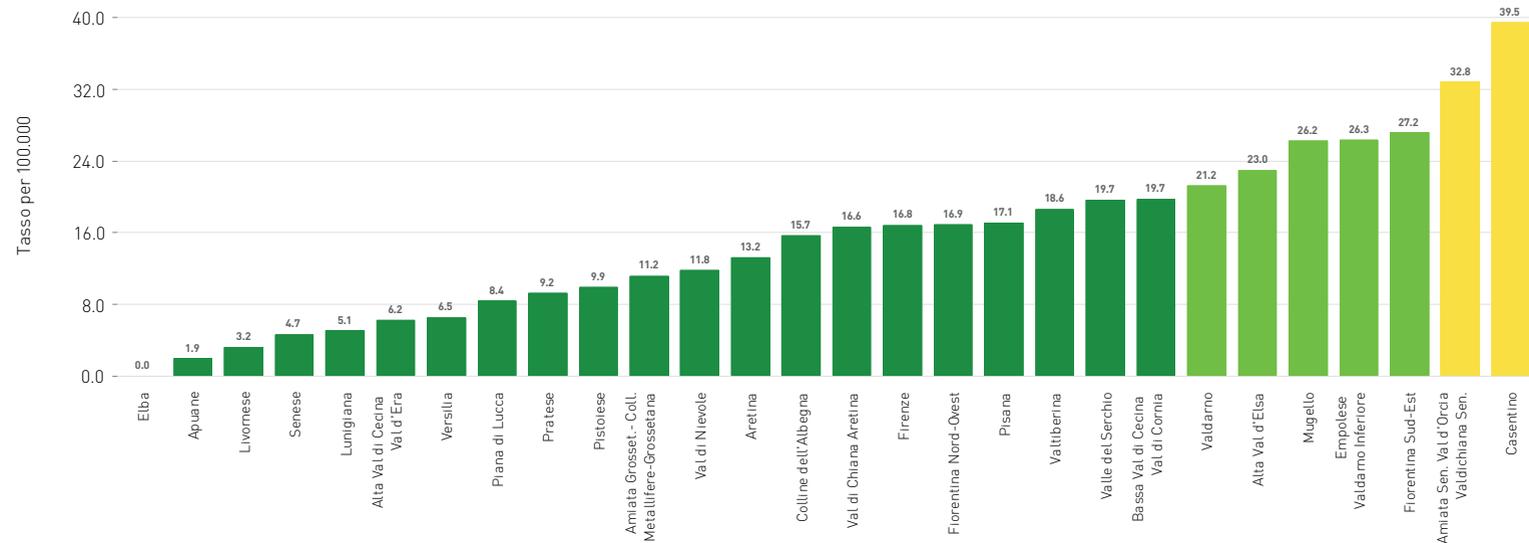
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

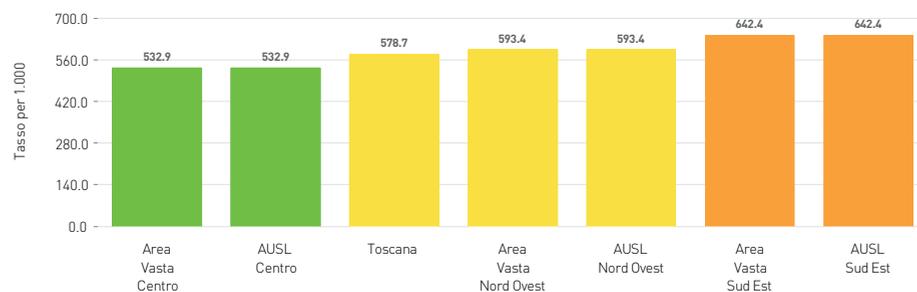


### C11A.3.9 Tasso di accesso al PS dei residenti con BPCO

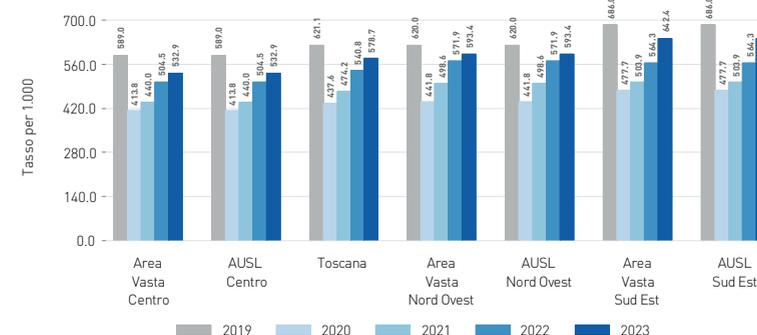
Anche per i residenti con BPCO si monitora l'accesso al PS, misura proxy dell'efficacia della presa in carico territoriale delle malattie croniche. Un tasso di accesso elevato segnala la necessità di migliorare il lavoro dei servizi di medicina territoriale per quanto riguarda l'assistenza fornita a questo gruppo di pazienti.



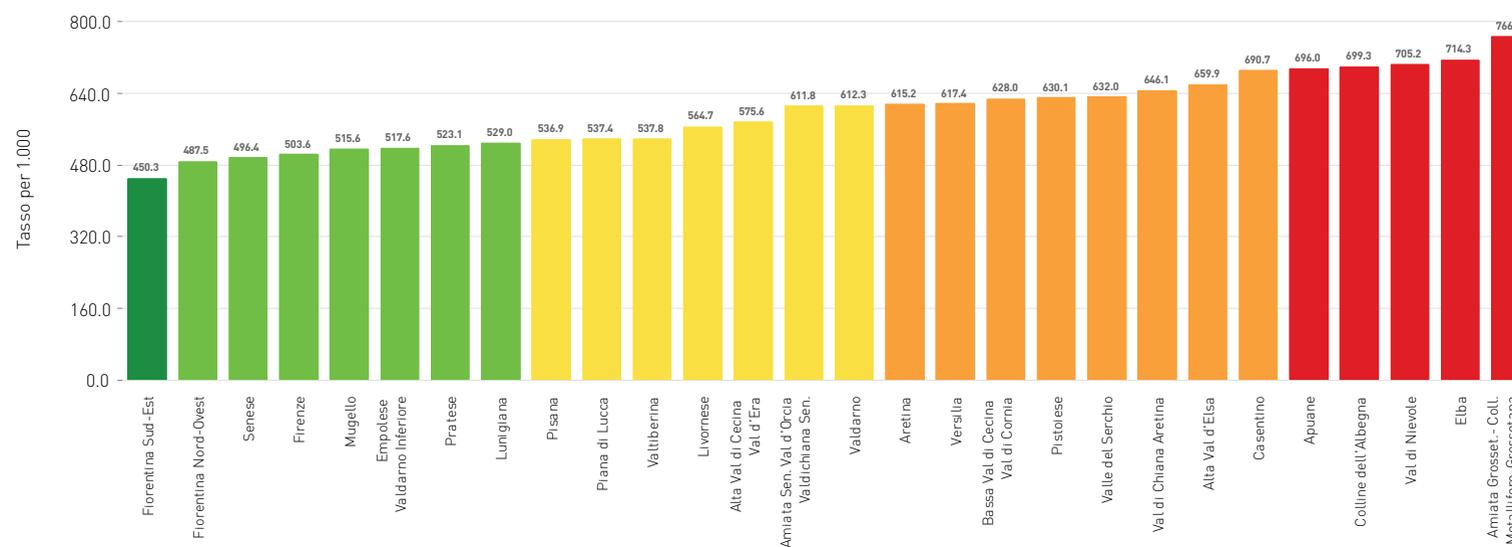
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

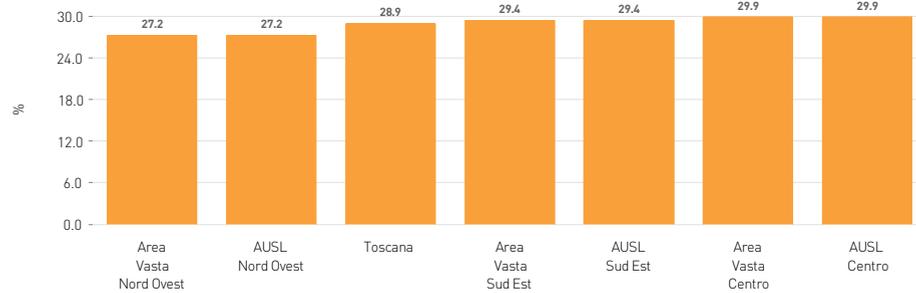


### C11A.3.5 Residenti con BPCO con almeno una spirometria

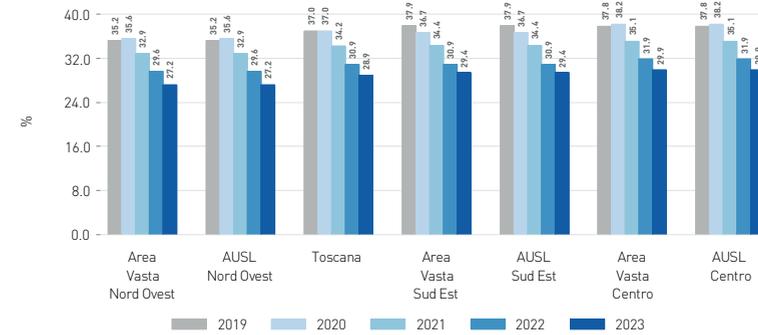
L'effettuazione periodica di una spirometria nei pazienti affetti da BPCO rappresenta un'importante attività di monitoraggio e gestione di tale patologia cronica. I dati per questo indicatore di follow-up a livello ambulatoriale provengono dalla banca dati delle malattie croniche MaCro dell'ARS Toscana.



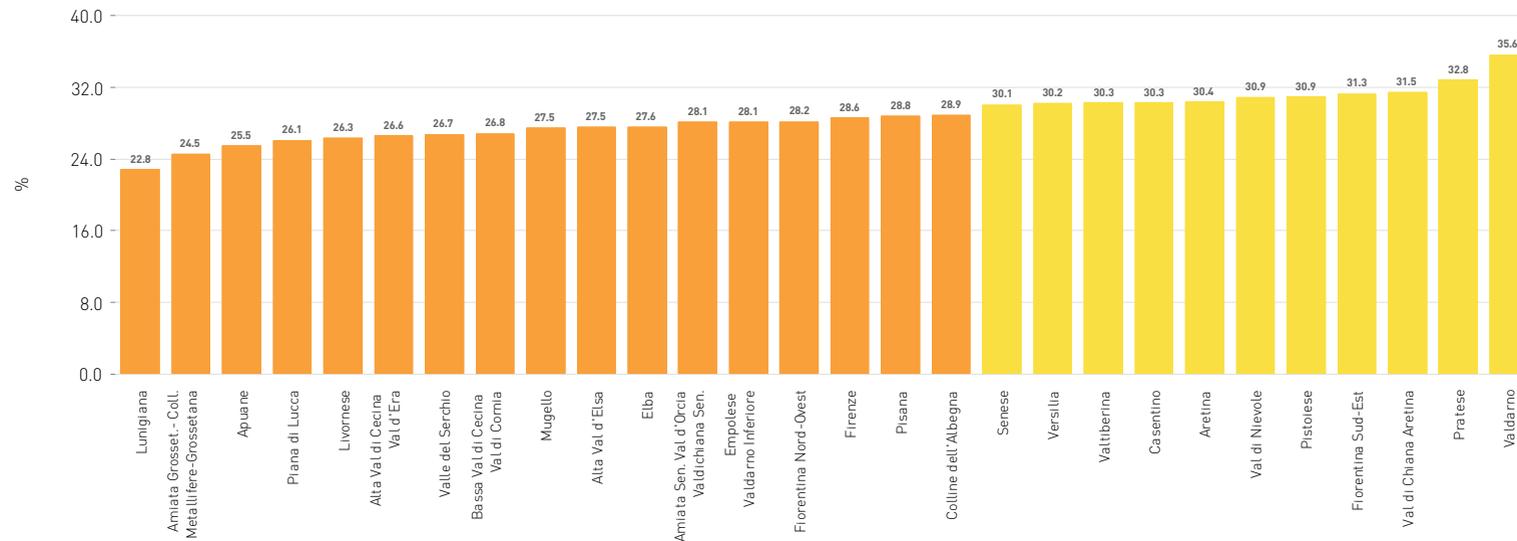
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## PDTA01 Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)

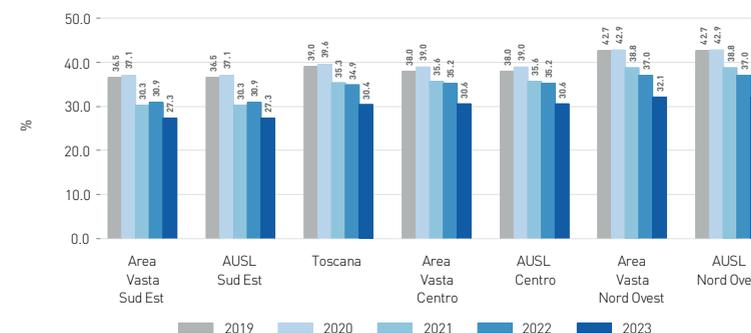
La copertura con i farmaci di interesse è l'indicatore che consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della principale cura farmacologica della BPCO. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data di dimissione del ricovero indice. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



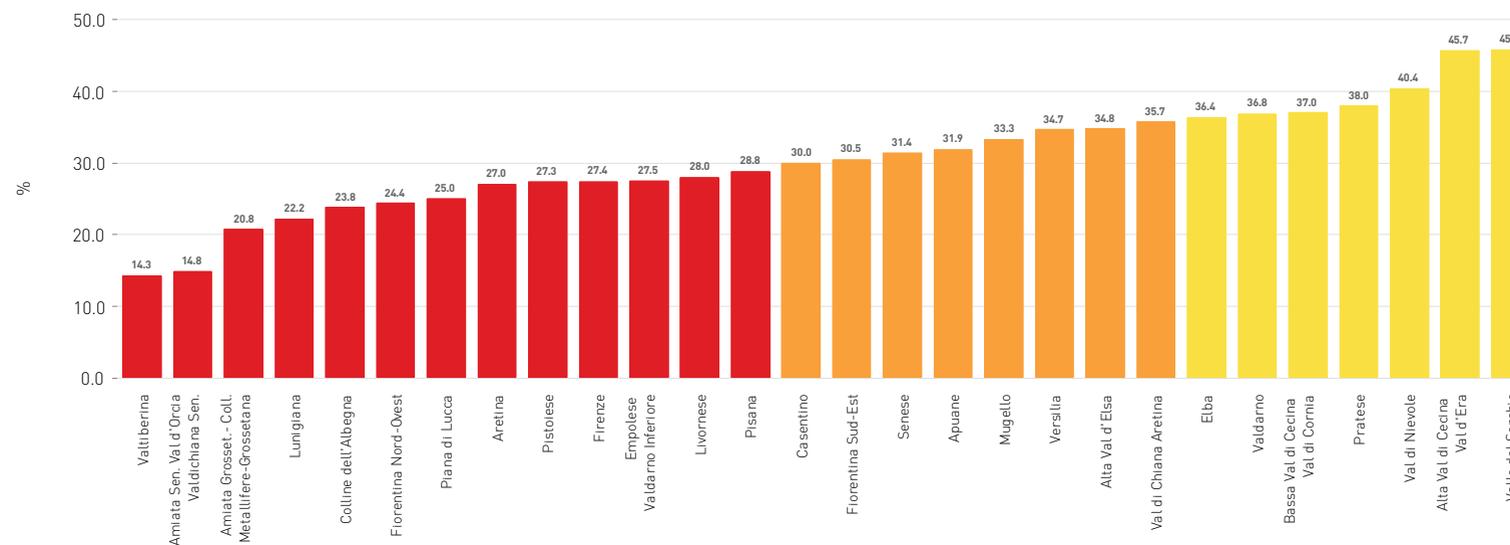
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

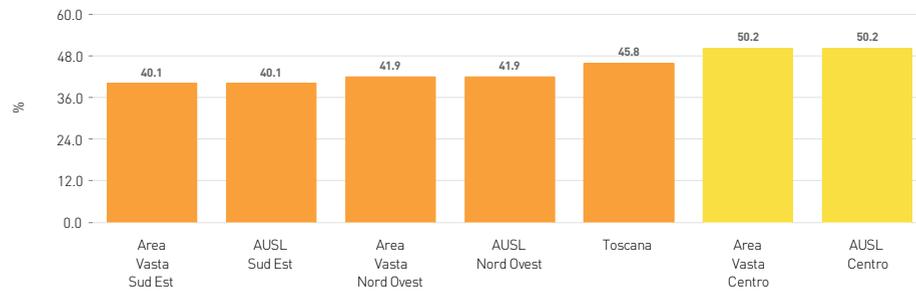


## PDTA02 Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)

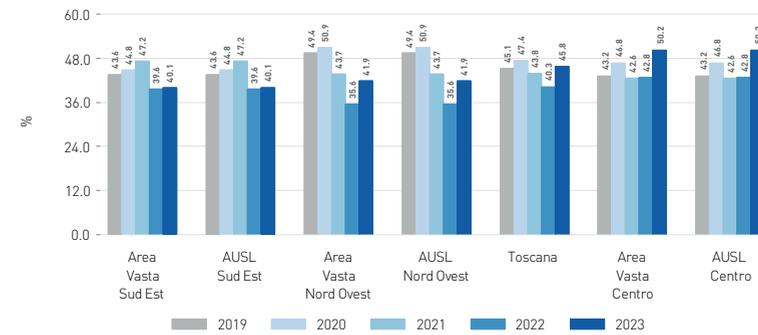
Il numero di visite pneumologiche consente di valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con BPCO. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data di dimissione del ricovero indice. Anno di riferimento della coorte oggetto di analisi: 2021.



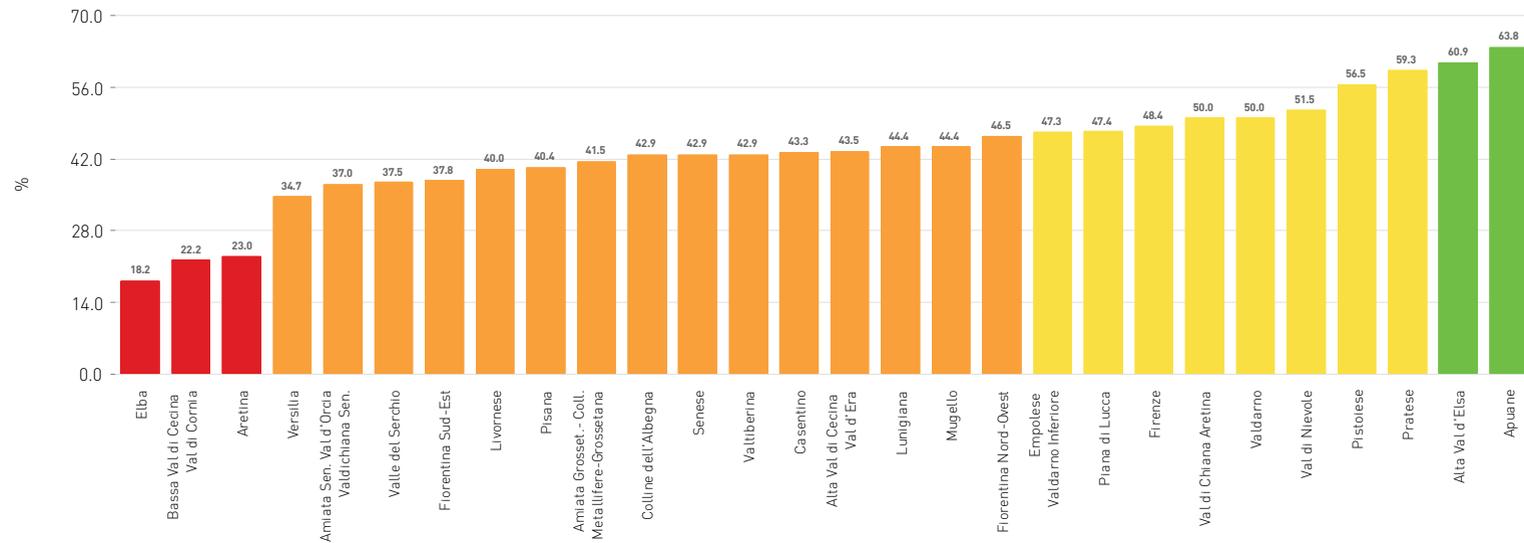
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

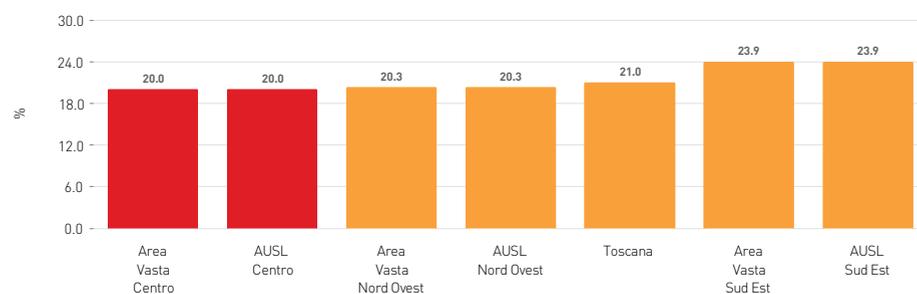


### C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica

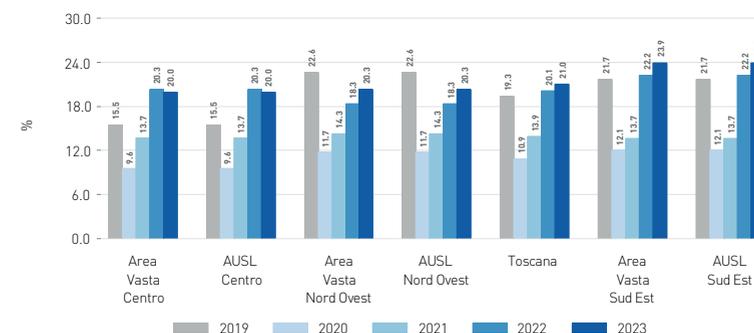
La percentuale di residenti con ictus in terapia antitrombotica è un indicatore del trattamento farmacologico a livello ambulatoriale dei pazienti che hanno avuto un ictus non emorragico o TIA (Transient Ischemic Attack). Il trattamento farmacologico è utile ai fini della prevenzione delle recidive.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



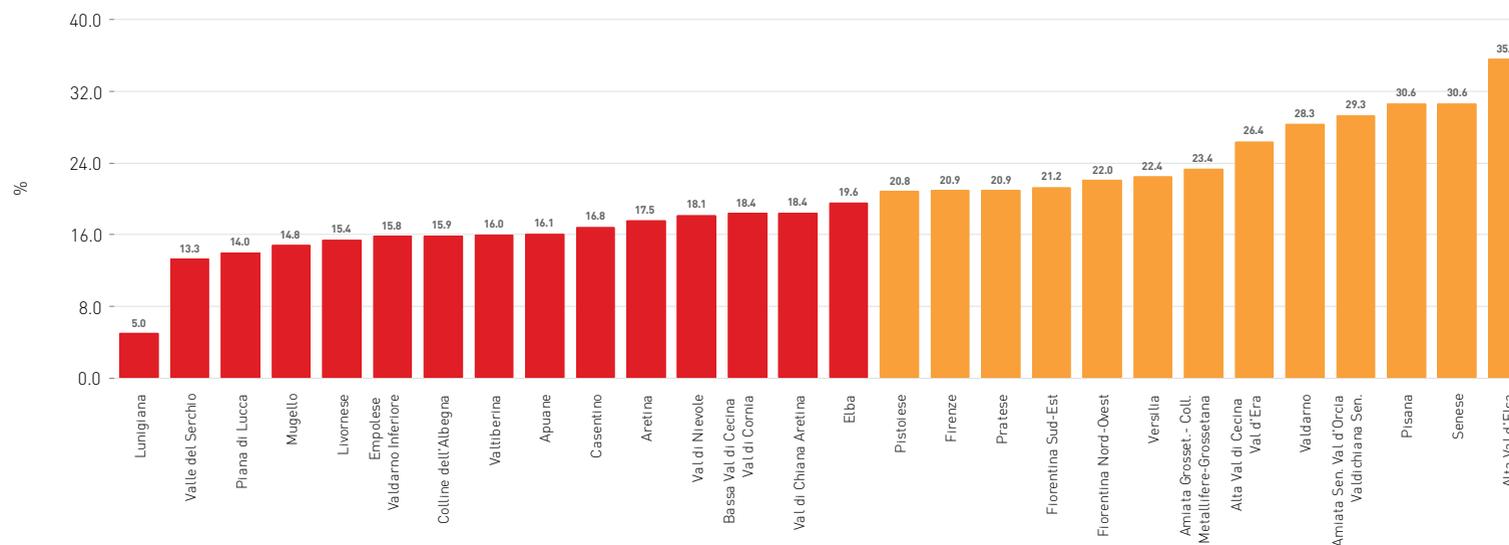
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## C15 Salute mentale

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



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi
<b>C15 Salute mentale</b>	●	●	●	●	●	●	●
C15.1A Attività territoriale							
<i>C15.1 Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni</i>							
C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero							
C15.4 Appropriatelyzza psicoterapeutica							
C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	6.68	6.88	7.22	5.21			
D27C Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	5.00	3.43	6.43	5.08			
C15.1B Attività ospedaliera							
D26C Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	242.37	233.24	232.81	275.14			
C15A.5A Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in tutti i reparti per 100.000 residenti maggiorenni	223.12	262.35	202.88	204.29			
C15A.5.1A Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni	52.04	42.77	54.00	62.37			
C15A.5.2A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni	59.10	77.32	47.16	55.24			
C15A.5.3A Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni	28.43	27.25	32.45	22.16			
C15A.5.4A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni	8.17	6.90	8.67	9.17			
C15A.5.5A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni	22.43	30.42	16.35	22.82			
C15A.5.8A Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni	28.06	48.36	17.88	17.70			
C15A.5.6A Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni	24.89	29.33	26.37	14.84			
C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	5.37	5.48	6.06	4.13	2.90	3.55	7.81
C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	1.27	2.52	1.00	0.64	3.77	-4.58	-0.49
C15.1C Continuità assistenziale							
C15.17 Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti							
C15.17.1 Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti							
C15.17.2 Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti							
C15.1D Infanzia-adolescenza							
C15A.7 Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	189.87	190.18	161.02	249.67			
C15.10 Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni							

## D27C Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria

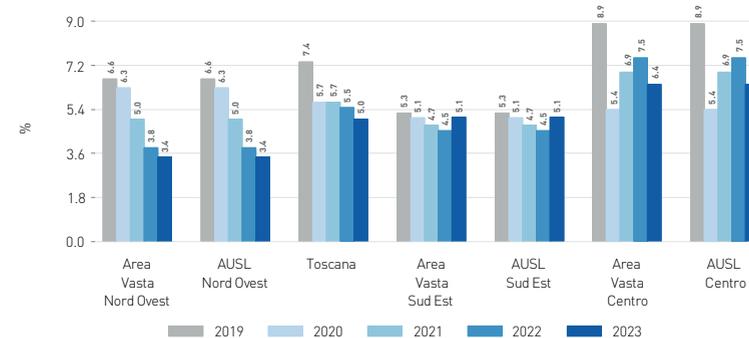
L'indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.



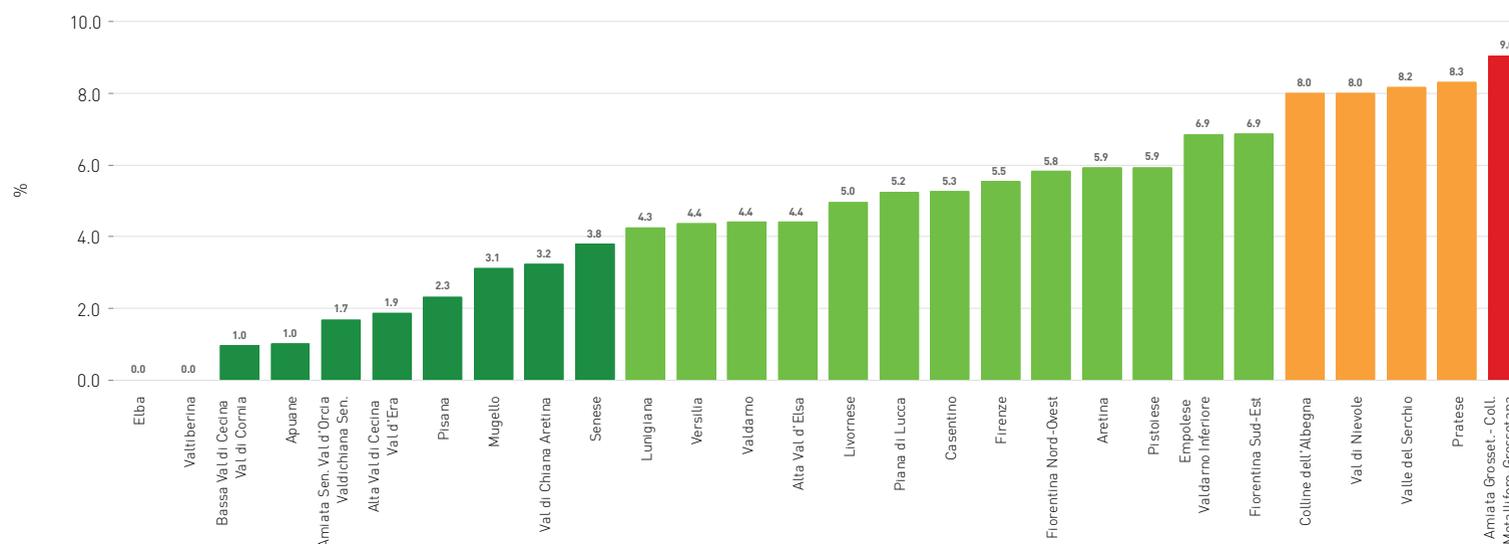
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## D26C Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne

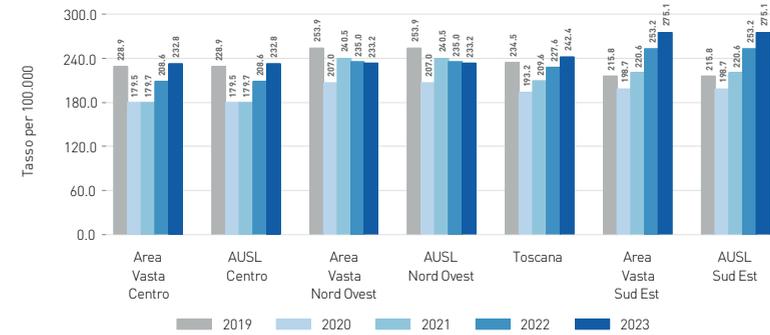
L'indicatore rappresenta una proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.



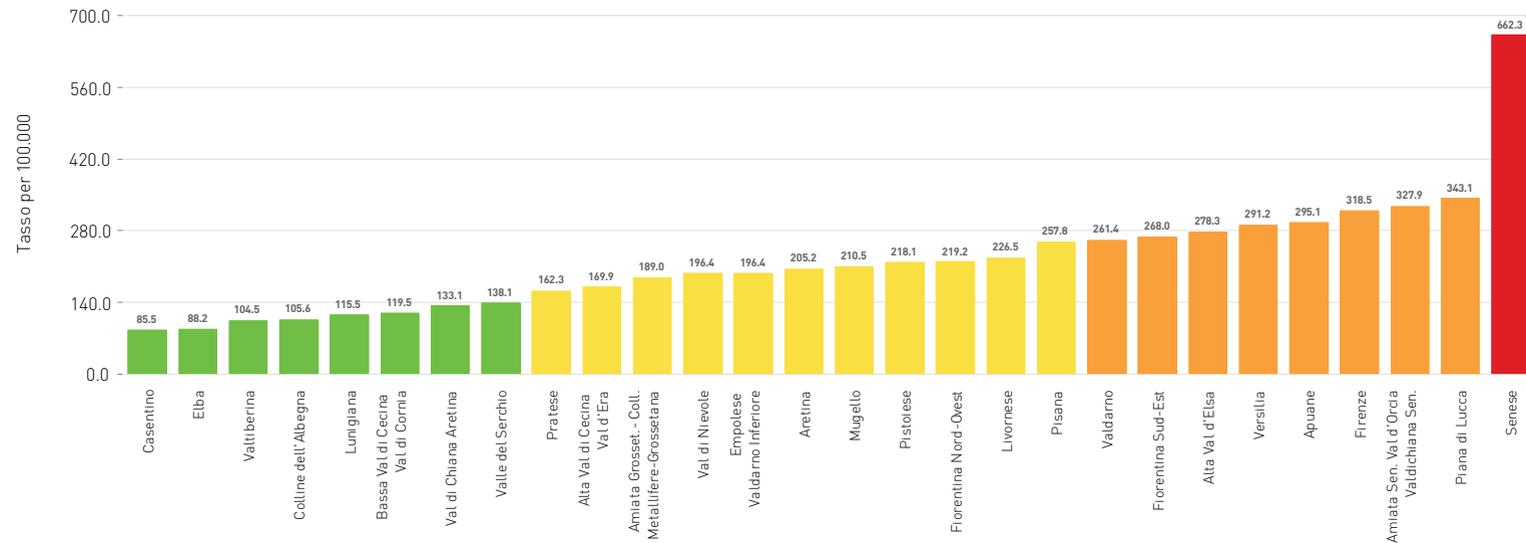
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

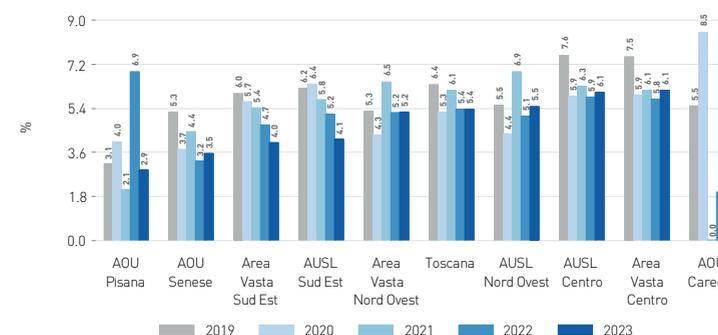
Il re-ricovero di un paziente, entro 7 giorni dall'ultima dimissione, può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera della casistica psichiatrica, collegate alla non corretta valutazione del paziente o alla sua dimissione precoce.



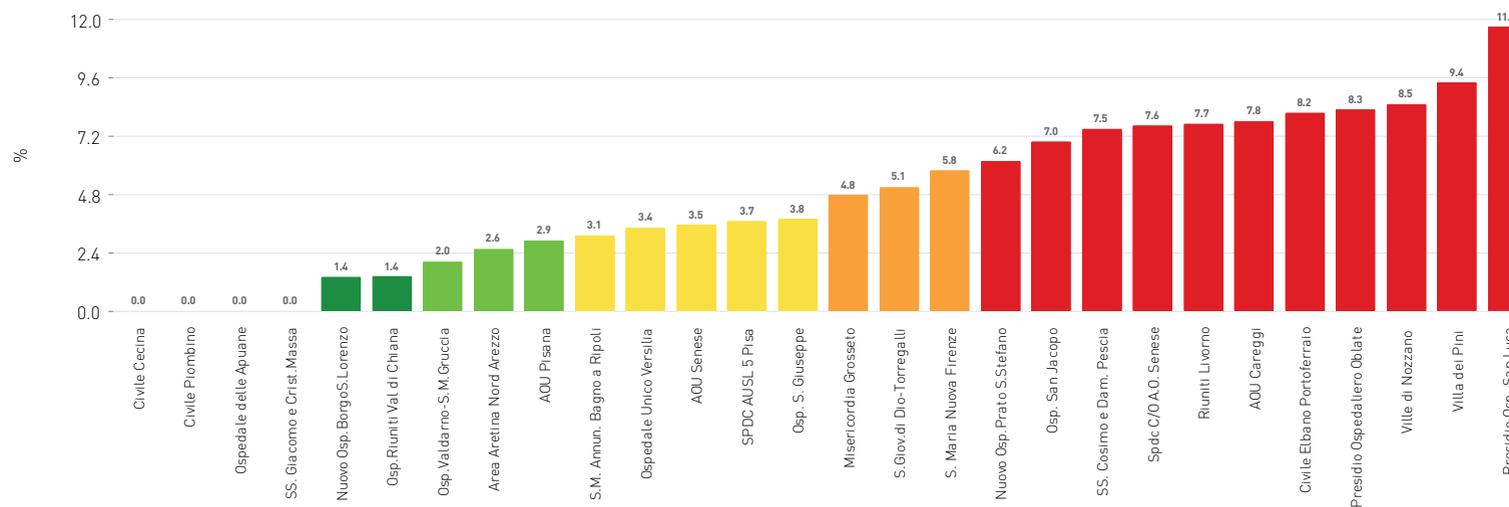
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

### C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche

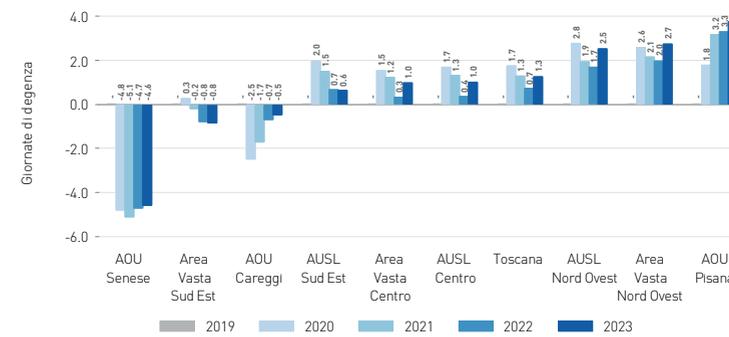
L'indicatore misura l'intensità dell'utilizzo dei reparti ospedalieri confrontando la degenza media per ciascun ricovero psichiatrico con la media registrata nel 2023 per la stessa tipologia di ricovero in Regione Toscana. In termini gestionali, l'Indice di Performance della Degenza Media dei ricoveri per patologie psichiatriche consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati.



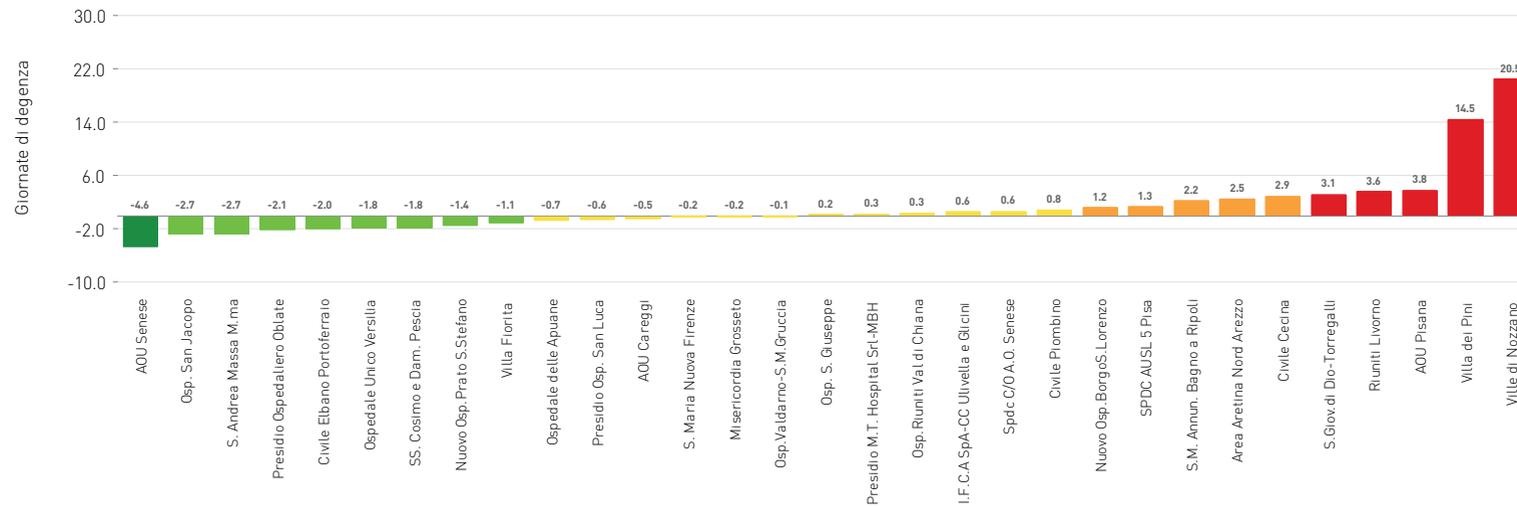
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



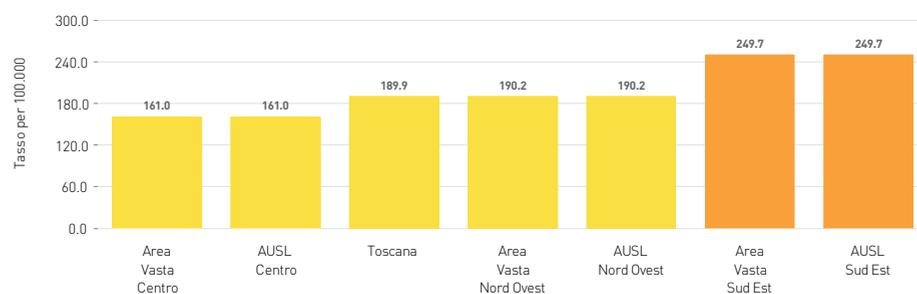
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 20

### C15A.7 Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni

L'aumento del manifestarsi di disturbi di salute mentale nel gruppo dei minorenni è attualmente un fenomeno ben delineato e diffuso. Il monitoraggio del tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche tagliato sul gruppo dei minorenni permette di misurare indirettamente la domanda di assistenza e l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza per questa fascia specifica di età.



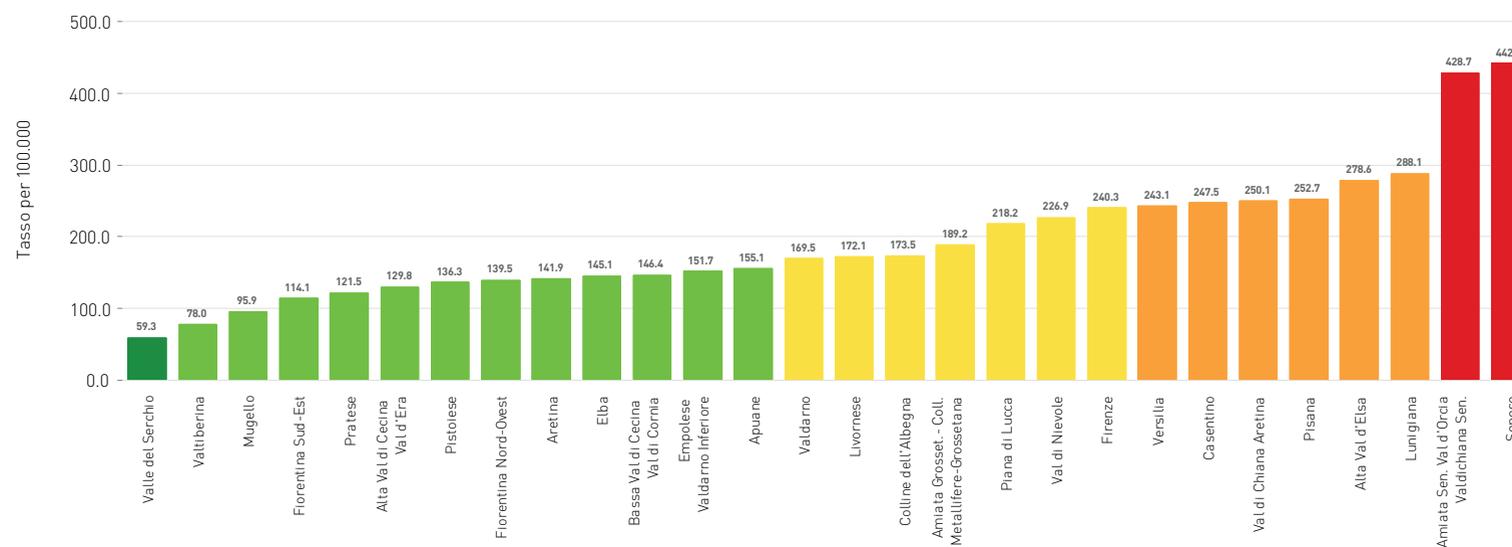
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## 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 (C16.1.NA - C16.4.NA), la qualità del triage (C16A.T1.N - C16A.T5.N), e alcune fasi rilevanti del processo (C15.5, C16.5.1C, C16.10, C16.4.1.N). 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
<b>C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza</b>	●	●	●	●	●	●	●	●
<b>C16A Appropriatelyzza</b>								
C16.1.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti	74.64	73.42	76.09	82.94	73.23	66.76	68.27	61.56
C16.2.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti	82.25	82.75	84.06	85.43	71.13	92.40	63.08	74.13
C16.3.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	94.16	93.43	94.39	95.38	92.87	99.43	90.14	93.59
C16.4.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti	93.54	92.95	92.14	95.44	93.36	96.80	95.49	84.76
<b>C16T Valutazione triage</b>								
C16A.T1.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 1 (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti	75.03	76.93	77.32	71.69	80.03	66.05	80.11	65.80
C16A.T2.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (urgenza) ricoverati, deceduti, trasferiti o in OBI	54.85	57.96	54.68	53.60	70.08	50.10	54.65	39.16
C16A.T3.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (urgenza differibile) ricoverati, trasferiti o in OBI	22.29	21.26	22.37	21.84	41.87	22.30	18.57	11.54
C16A.T4.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (urgenza minore) ricoverati, trasferiti o in OBI	3.71	4.08	3.24	3.42	9.51	2.30	2.37	2.17
C16A.T5.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 (nessuna urgenza) ricoverati, trasferiti o in OBI	3.75	4.34	5.22	3.49	4.25	0.59	0.50	0.58
<b>C16P Processo</b>								
C16.4.1.N Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	91.51	92.94	88.83	93.01	95.27	89.69	86.95	97.59
C16.5 Percentuale di accessi in Osservazione Breve	4.82	5.48	3.66	6.06	7.19	6.84	0.56	2.62
C16.5.1C Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 44 ore	72.68	77.84	61.34	75.58	78.92	43.47	50.93	84.48
C16.10 Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	5.53	5.76	5.17	6.01	6.14	5.18	4.41	4.97

### C16.1.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti

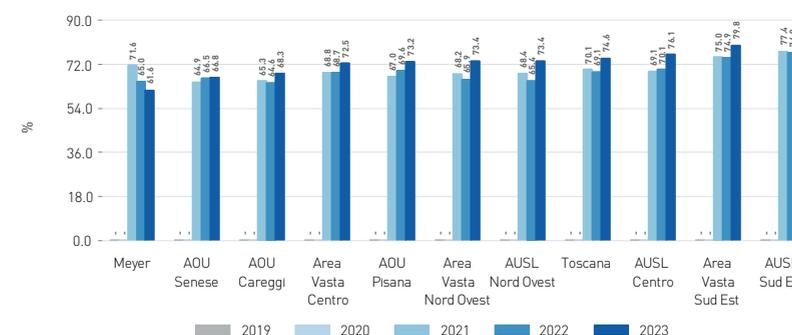
Il triage è la fase in cui le persone che accedono in Pronto soccorso sono accolte e prese in carico, e nella quale vengono identificati i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente un codice di priorità che segue una numerazione crescente al decrescere del livello di emergenza-urgenza. A ciascun codice di priorità corrisponde una denominazione, una definizione ed un tempo massimo di attesa raccomandato per l'avvio del percorso. Il tempo di attesa ha termine quando un medico o un infermiere effettuano le prime attività necessarie a rispondere ai bisogni specifici del singolo paziente. Coerentemente con quanto previsto dalle Linee guida ministeriali sul triage intraospedaliero, l'indicatore misura la percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 2, equivalente ad una priorità di urgenza, che attendono un tempo massimo di 15 minuti.



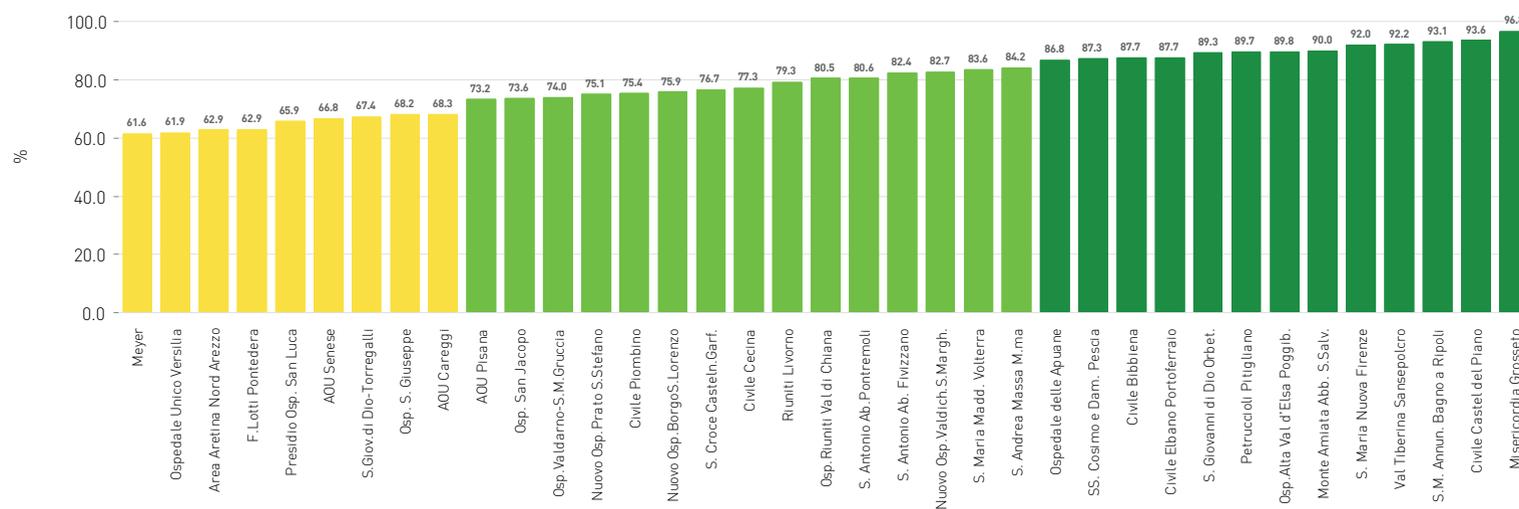
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



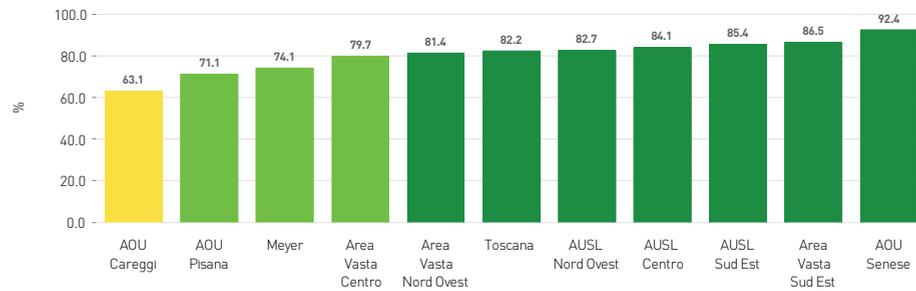
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

## C16.2.N Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 visitati entro 60 minuti

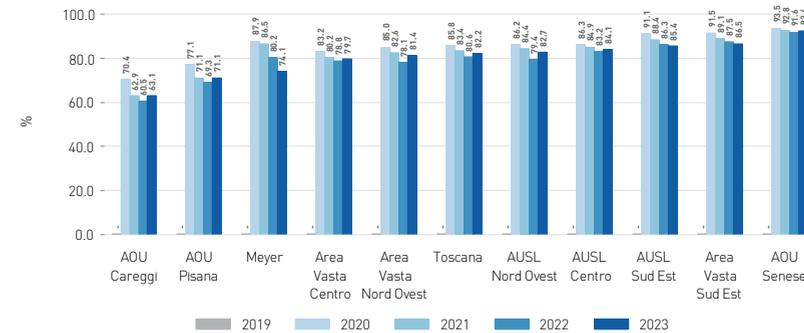
Il triage è la fase in cui le persone che accedono in Pronto soccorso sono accolte e prese in carico, e nella quale vengono identificati i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente un codice di priorità che segue una numerazione crescente al decrescere del livello di emergenza-urgenza. A ciascun codice di priorità corrisponde una denominazione, una definizione ed un tempo massimo di attesa raccomandato per l'avvio del percorso. Il tempo di attesa ha termine quando un medico o un infermiere effettuano le prime attività necessarie a rispondere ai bisogni specifici del singolo paziente. Coerentemente con quanto previsto dalle Linee guida ministeriali sul triage intraospedaliero, l'indicatore misura la percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 3, equivalente ad una priorità di urgenza differibile, che attendono un tempo massimo di 60 minuti.



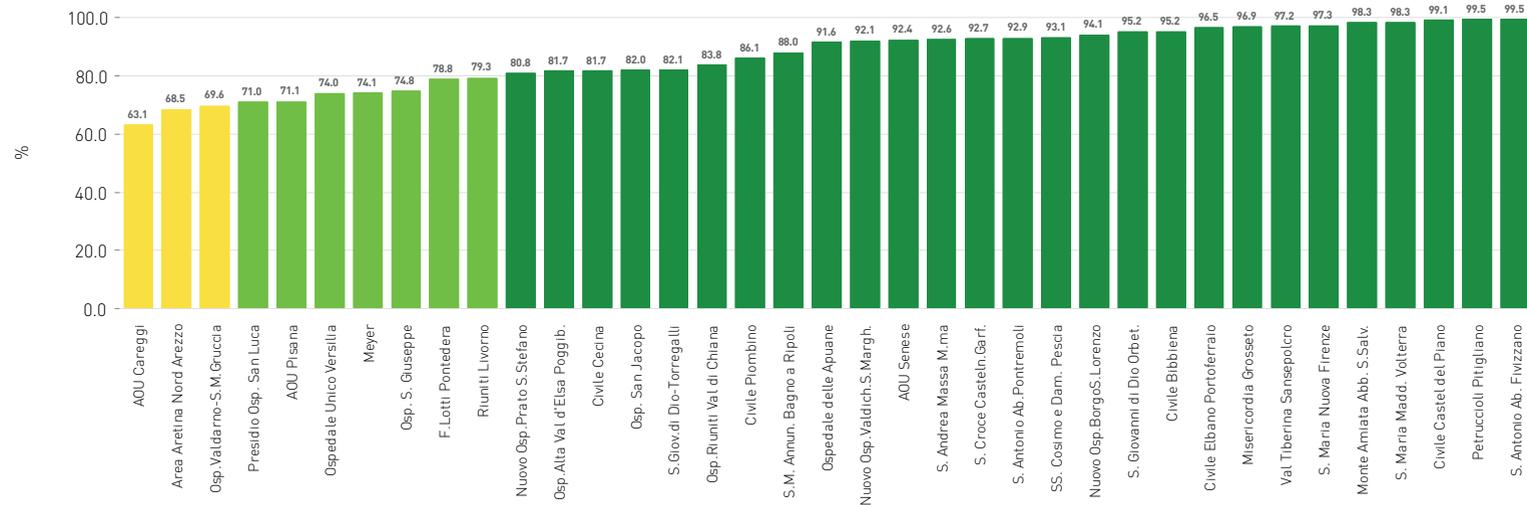
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

### C16.3.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti

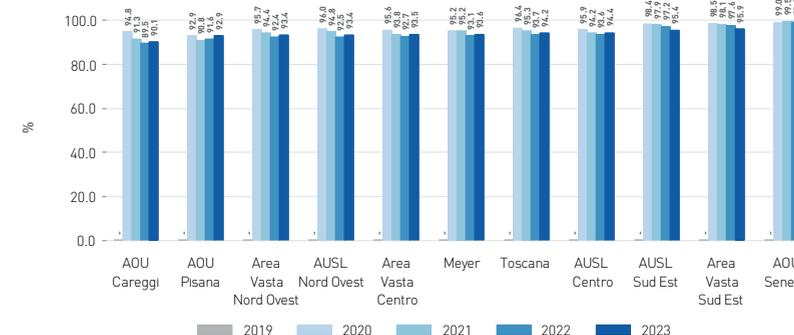
Il triage è la fase in cui le persone che accedono in Pronto soccorso sono accolte e prese in carico, e nella quale vengono identificati i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente un codice di priorità che segue una numerazione crescente al decrescere del livello di emergenza-urgenza. A ciascun codice di priorità corrisponde una denominazione, una definizione ed un tempo massimo di attesa raccomandato per l'avvio del percorso. Il tempo di attesa ha termine quando un medico o un infermiere effettuano le prime attività necessarie a rispondere ai bisogni specifici del singolo paziente. Coerentemente con quanto previsto dalle Linee guida ministeriali sul triage intraospedaliero, l'indicatore misura la percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 4, equivalente ad una priorità di urgenza minore, che attendono un tempo massimo di 120 minuti.



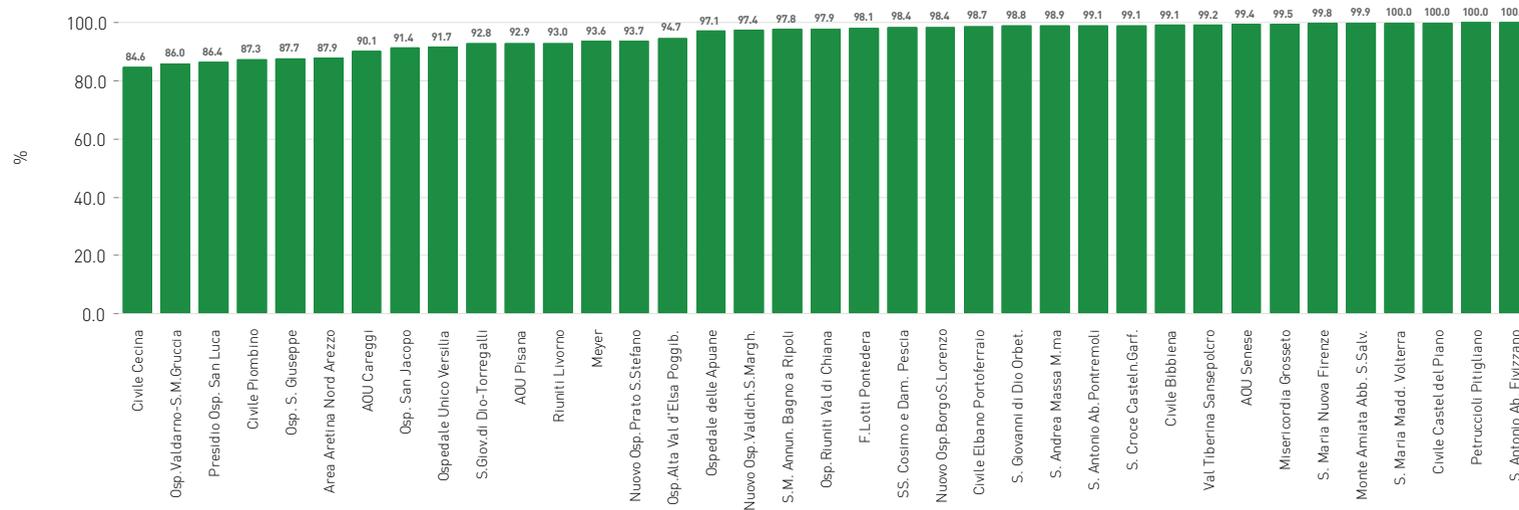
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



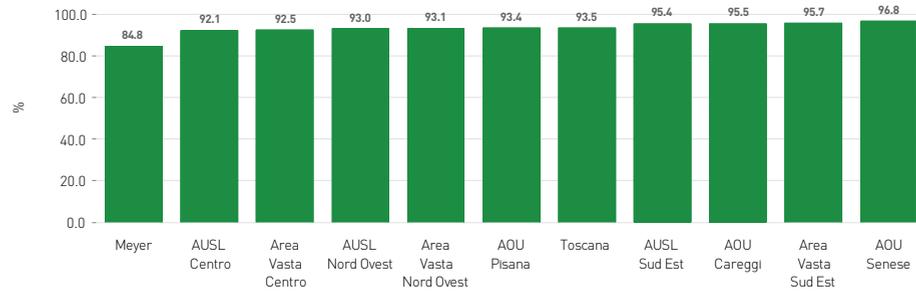
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

### C16.4.NA Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti

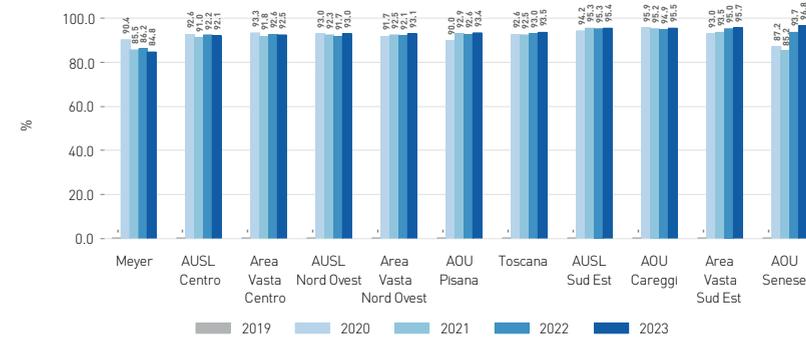
Il triage è la fase in cui le persone che accedono in Pronto soccorso sono accolte e prese in carico, e nella quale vengono identificati i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. L'infermiere di triage gestisce l'attesa ed assegna ciascun paziente un codice di priorità che segue una numerazione crescente al decrescere del livello di emergenza-urgenza. A ciascun codice di priorità corrisponde una denominazione, una definizione ed un tempo massimo di attesa raccomandato per l'avvio del percorso. Il tempo di attesa ha termine quando un medico o un infermiere effettuano le prime attività necessarie a rispondere ai bisogni specifici del singolo paziente. Coerentemente con quanto previsto dalle Linee guida ministeriali sul triage intraospedaliero, l'indicatore misura la percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 5, equivalente ad una priorità di non urgenza, che attendono un tempo massimo di 240 minuti.



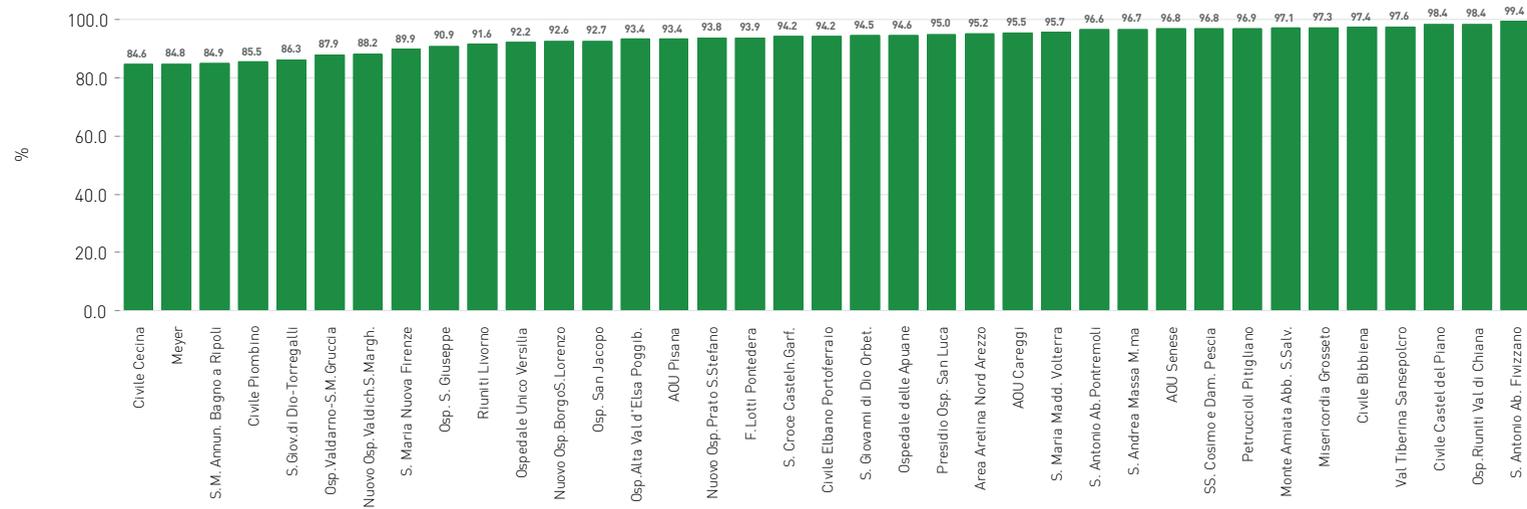
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



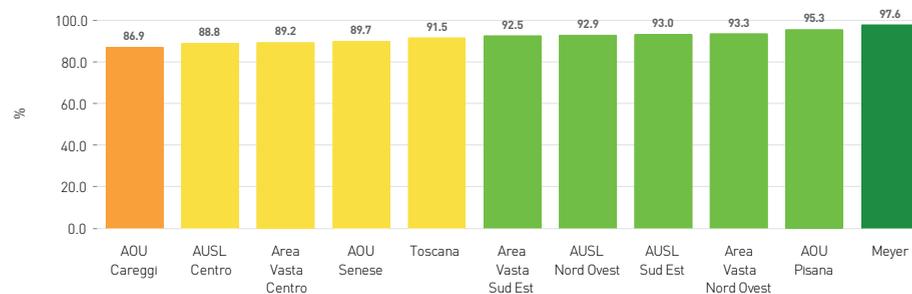
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

### C16.4.1.N Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso

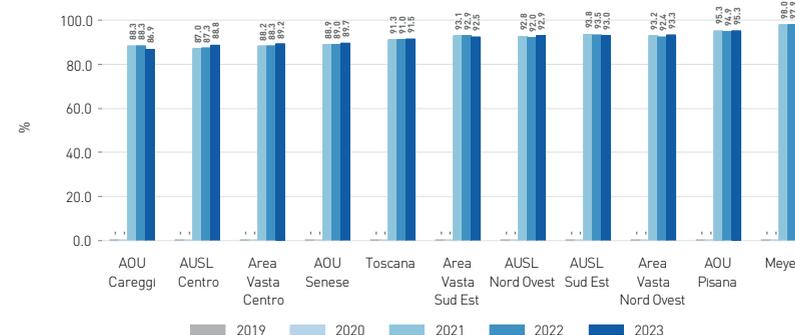
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore alla dimissione a domicilio o a strutture ambulatoriali. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.



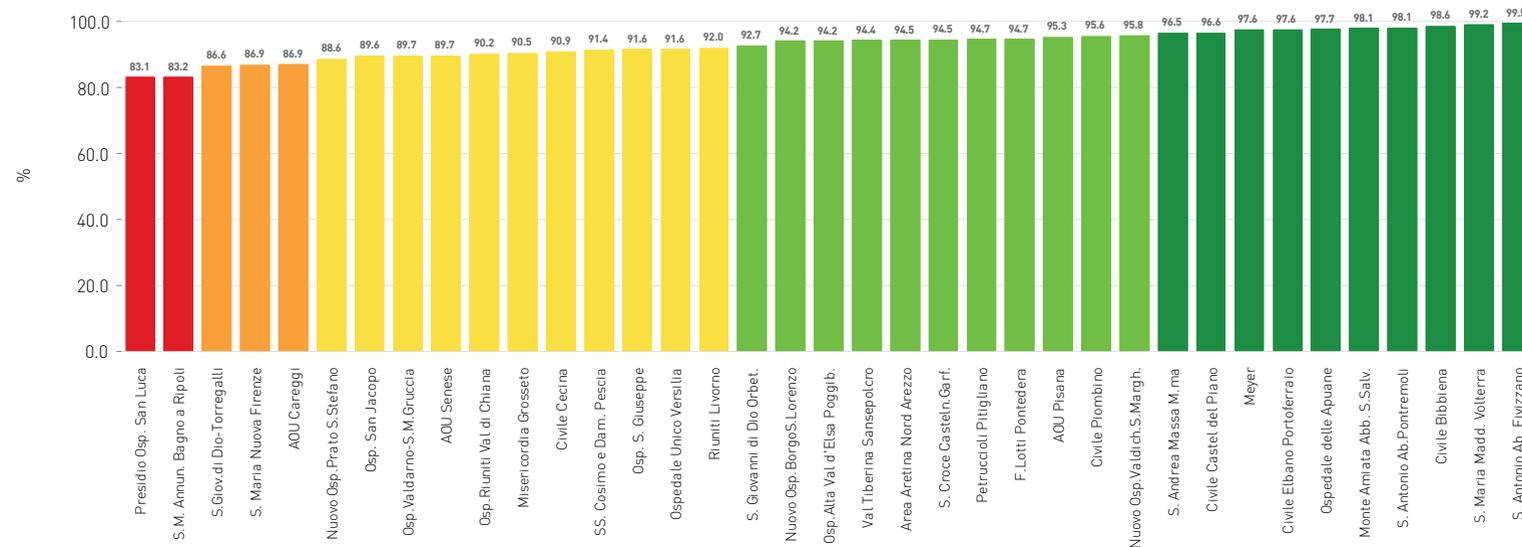
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



## 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 spontaneo da parte del paziente, avvenuto dopo l'accettazione e 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.

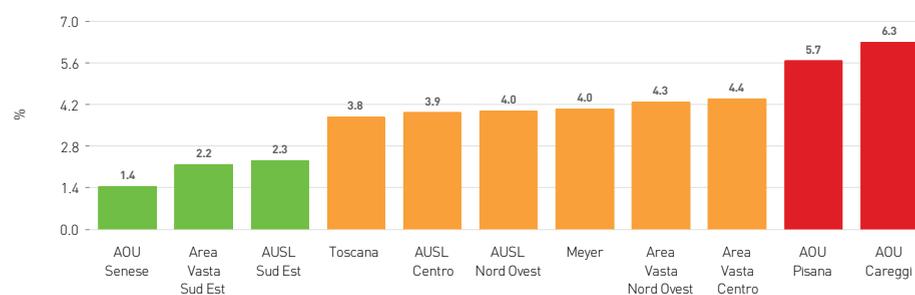


## D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati

L'indicatore valuta il dato relativo al numero di accessi al Pronto Soccorso che esitano con un abbandono spontaneo da parte del paziente, avvenuto dopo l'accettazione e 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.



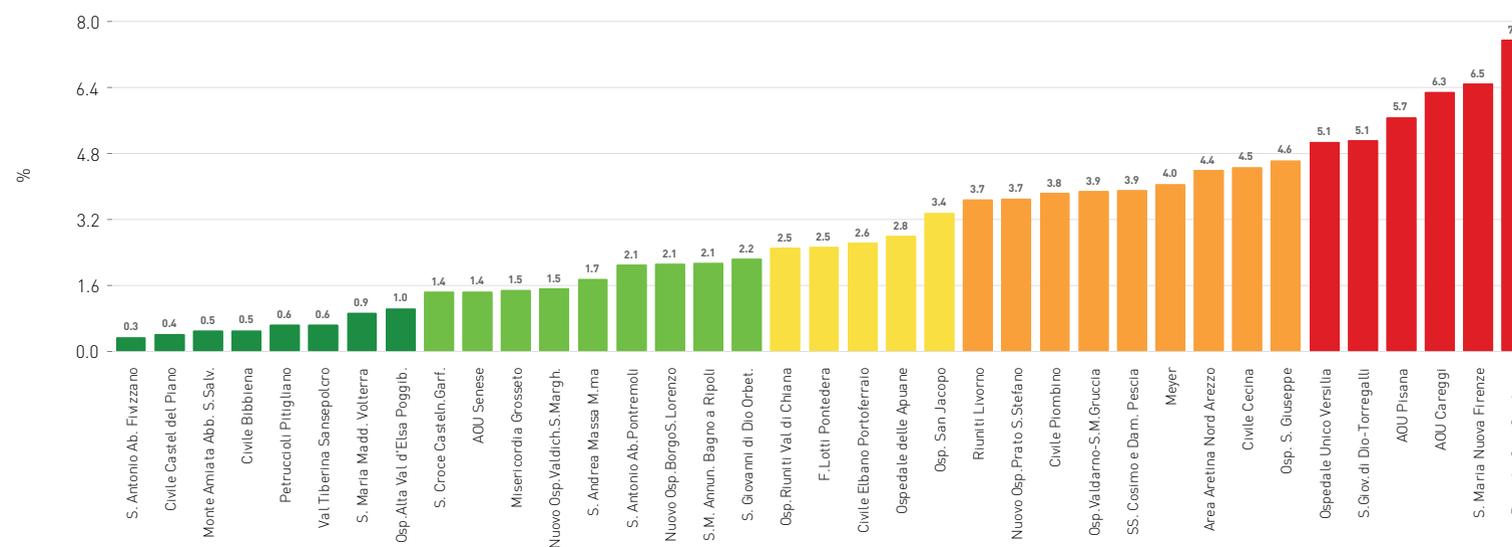
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023

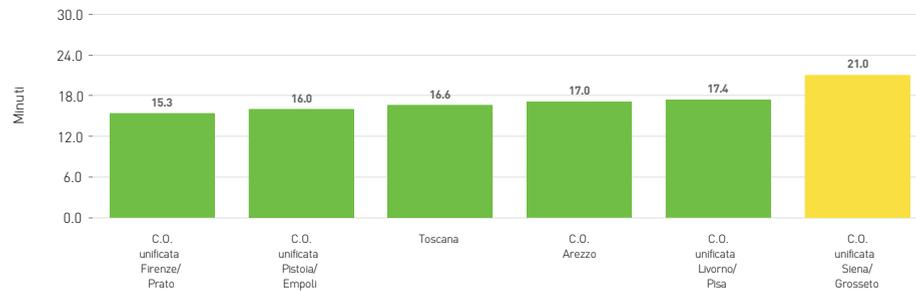


### C16.11 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Priorità 1-2-3 / Rosso,Giallo)

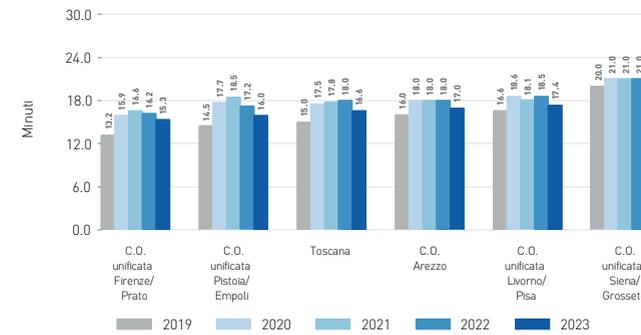
L'indicatore descrive l'offerta assistenziale dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul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



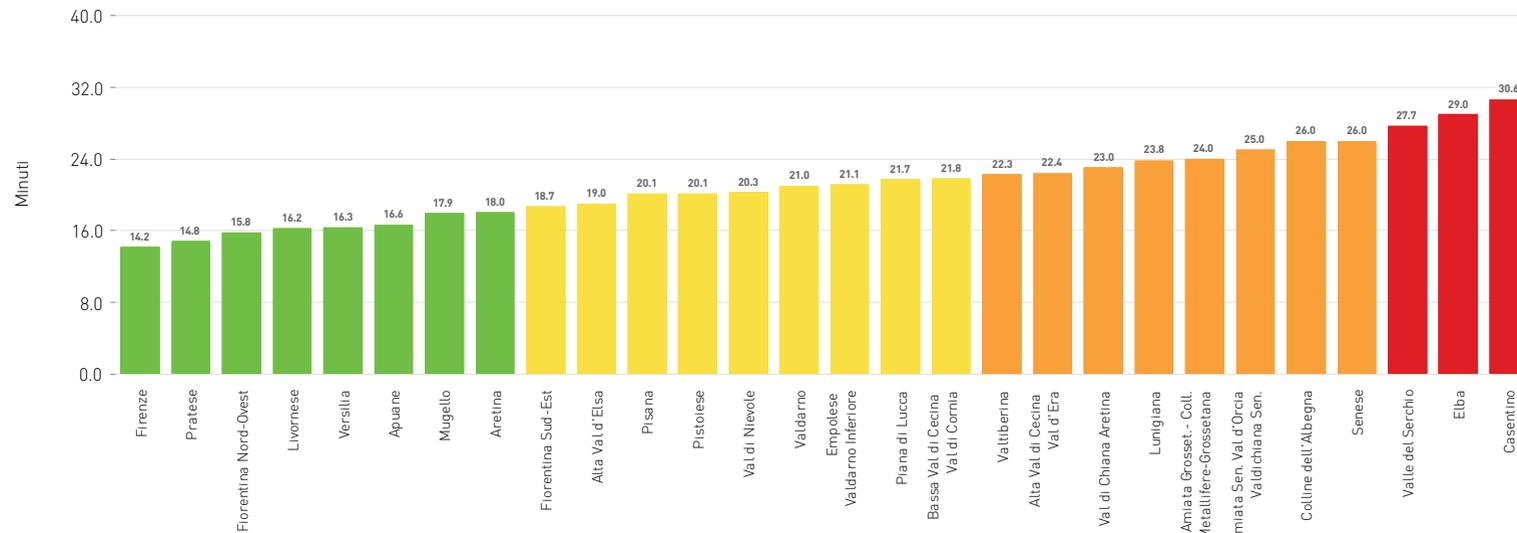
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



---

# QUALITÀ E SICUREZZA

a cura di Giuseppe D'Orio, Amerigo Ferrari, Claudio Mazzi, Anna Maria Murante, Luca Pirrotta, Chiara Seghieri, Lorenzo Taddeucci, Andrea Vandelli



## B15 Capacità attività di ricerca

L'indicatore B15 monitora l'attività di ricerca delle AOU Pisana, AOU Careggi, AOU Senese, AOU Meyer, Fondazione Monasterio e ISPRO in termini di pubblicazioni (Articles e Review articles, Letters, Proceedings Papers, Editorials), indicizzate sulla banca dati Scopus, pubblicate nel triennio 2019 - 2021. Le fasce di valutazione degli indicatori relativi alla valutazione della ricerca sono state assegnate in benchmarking con le AOU/enti specialistici delle Regioni del Network che hanno adottato questo set di indicatori.



	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>B15 Capacità attività di ricerca</b>	●	●	●	●	●	●
B15.A Field Weighted Citation Impact (FWCI)						
B15.1.1A Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti medici	2.26	1.93	2.03	1.71	1.95	6.24
B15.1.1A.S Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti sanitari	1.58	1.49	1.73	0.92	1.04	1.22
B15.B Numero medio pubblicazioni per dirigente						
B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigenti medici	5.23	3.67	4.59	5.10	4.77	11.86
B15.1.3.S Numero medio pubblicazioni per dirigenti sanitari	4.67	5.58	4.21	1.64	3.65	10.85
B15.C Percentuale di dirigenti produttivi						
B15.2.1A Percentuale di dirigenti medici produttivi	87.66	69.19	87.14	80.27	83.58	89.66
B15.2.1A.S Percentuale di dirigenti sanitari produttivi	75.97	83.33	91.10	75.41	94.12	100.00

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

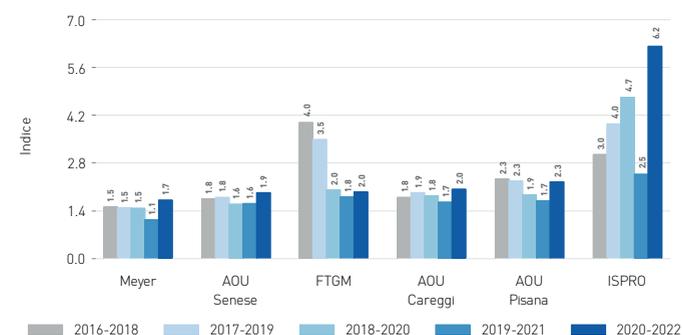
L'indicatore B15.1.1A monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra il FWCI medio dei dirigenti medici, sia ospedalieri che universitari, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. Il FWCI indica la qualità degli 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 2019-2021.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend

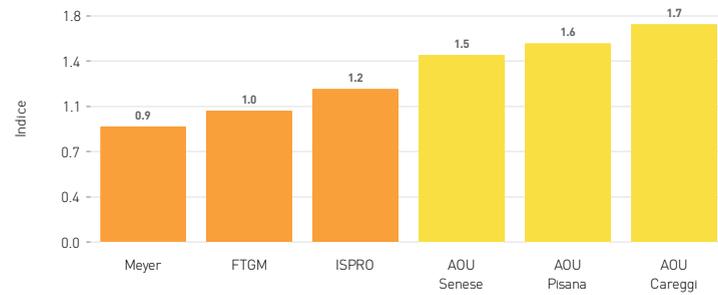


### B15.1.1A.S Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti sanitari

L'indicatore B15.1.1A.S monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) Aggiungere Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) non focus-oriented. L'indicatore mostra il FWCI medio dei dirigenti sanitari, 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 2019-2021.



Aziende - Dati 2023

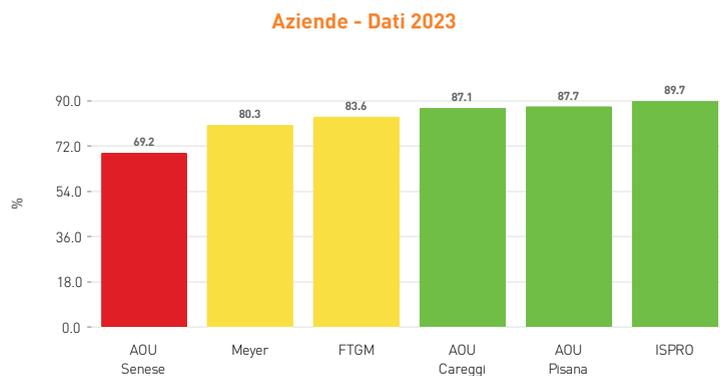


Aziende - Trend



### B15.2.1A Percentuale di dirigenti medici produttivi

L'indicatore B15.2.1A monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) Aggiungere Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) non focus-oriented. L'indicatore mostra la percentuale di dirigenti medici, sia ospedalieri che universitari, produttivi. Con 'produttivo' si intende un dirigente medico che abbia pubblicato almeno un prodotto (paper, review, ecc.) indicizzato su database Scopus nel corso del triennio 2019 - 2021. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>. L'indicatore è riferito ai prodotti pubblicati nel triennio 2019-2021.

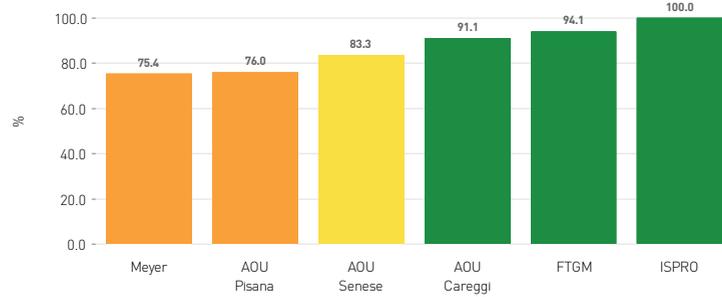


### B15.2.1A.S Percentuale di dirigenti sanitari produttivi

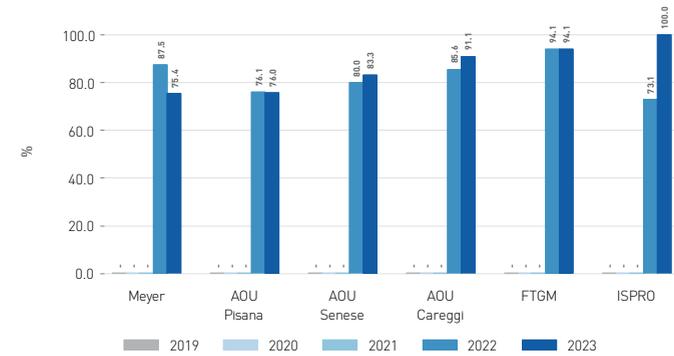
L'indicatore B15.2.1A.S mostra la percentuale di dirigenti sanitari, sia ospedalieri che universitaria, produttivi. Con "produttivi" si intendono quei dirigenti sanitari che abbiano pubblicato almeno un prodotto indicizzato su database Scopus nel corso del triennio 2020 - 2022. Dati estratti da SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## C5 Qualità clinica/Qualità di processo

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



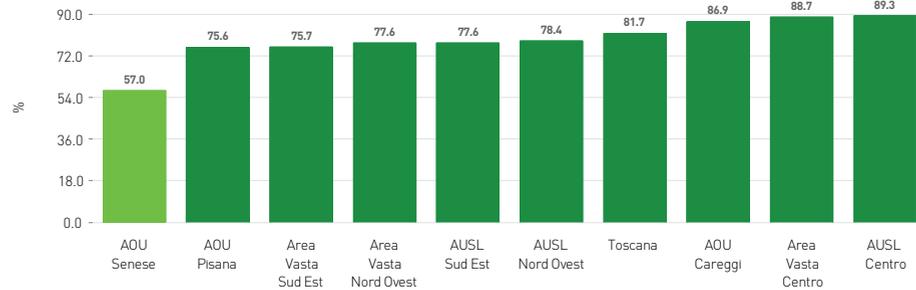
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C5 Qualità clinica/Qualità di processo</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C4.4 Percentuale di colecistomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	81.71	78.38	89.25	77.65	75.56	57.02	86.88		
C5.1 Percentuale di ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione (NSG H12C)	5.48	5.89	5.19	5.37	5.29	5.53	5.67	5.87	
C5.30 Percentuale di fratture operate entro 48 ore	66.70	74.46	57.47	78.85	70.08	50.75	56.30	100.00	
H13C Percentuale di pazienti di età >=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	77.77	84.54	69.56	79.75	80.88	81.87	79.50		
H13C.B Percentuale di pazienti di età <65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	75.71	79.53	64.34	84.62	78.95	87.50	75.00		
C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni	81.72	90.23	71.20	85.35	82.85	93.18	80.91		
C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali	85.43	83.40	86.11	87.12	97.21	100.00	83.57		
C5.7 Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale	63.42				63.97	63.64	64.15		62.40
C5.8 Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) in pazienti con patologie respiratorie	96.76	97.28	97.02	95.12	96.77	86.67	98.37		
C5.10 Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia	77.78	81.77	77.54	74.94	80.29	67.50	76.80		
C5.17 Percentuale di pazienti con più di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati	8.74	6.64	10.55	8.97					
C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti	2.49	2.22	3.26	1.76	2.30	3.39	3.15	0.68	
C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati	9.32	9.27	9.77	8.22	10.10		10.87		
C5.19 Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna	3.89	4.04	15.63	0.74	4.85	3.86	1.16		
C5.20 Trombolisi endovenosa per ictus ischemico	4.93	3.20	4.80	8.29	10.74	0.38	4.40		
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)	44.80	30.91	45.40	38.25	46.24	63.79	63.44		53.52
C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	62.10	73.86	53.23	70.30	49.58	54.62	48.10	92.71	
C16.6 Percentuale di accessi in Osservazione breve inviati a ricovero	34.51	30.95	32.45	41.79	29.40	33.36	65.81	27.14	
C16.7 Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	82.85	80.32	78.00	80.46	89.90	85.92	82.30		
C5.13 Chirurgia ginecologica mini-invasiva									
C5.13.1 Percentuale di isterectomie erogate laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica) per patologie ginecologiche benigne	43.88	33.00	31.84	39.36	69.44	52.00	44.17		
C5.13.2 Percentuale di interventi per prolasso degli organi pelvici erogati laparoscopicamente (LPS tradizionale e/o robotica)	29.22	19.25	7.48	36.13	83.50	66.67	28.07		

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

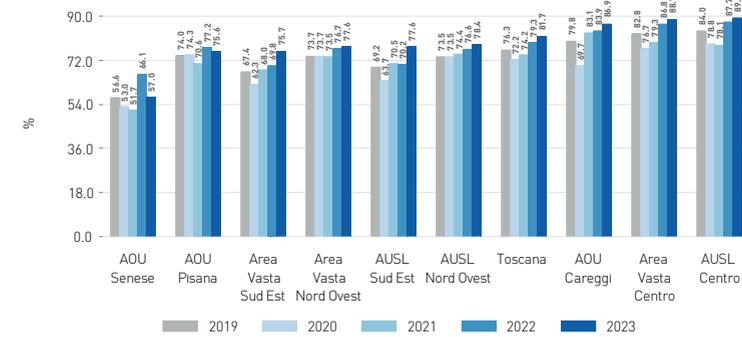
In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica torna a casa in giornata o, al massimo, il giorno seguente. L'obiettivo regionale per questo indicatore è, comunque, fissato all'80% poiché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga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



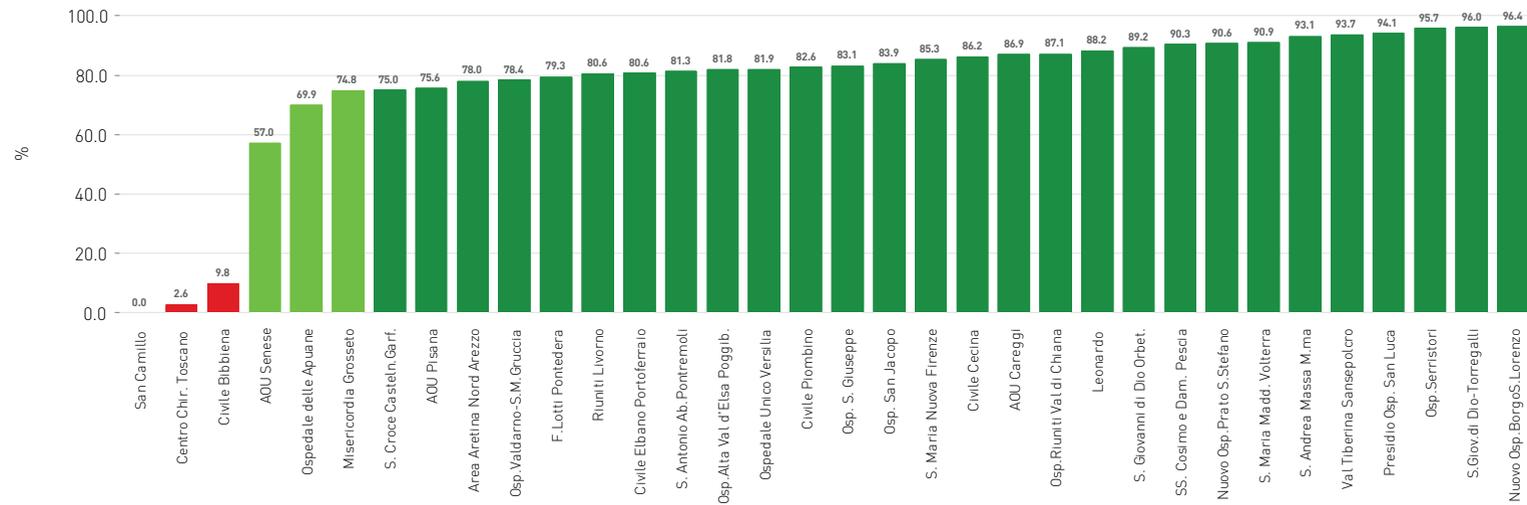
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



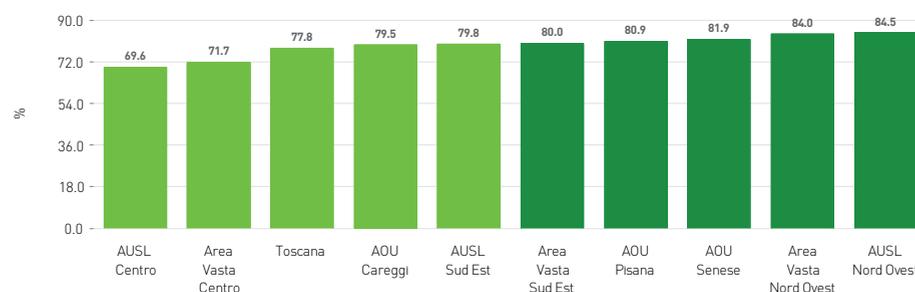
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

## H13C Percentuale di pazienti di età >=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

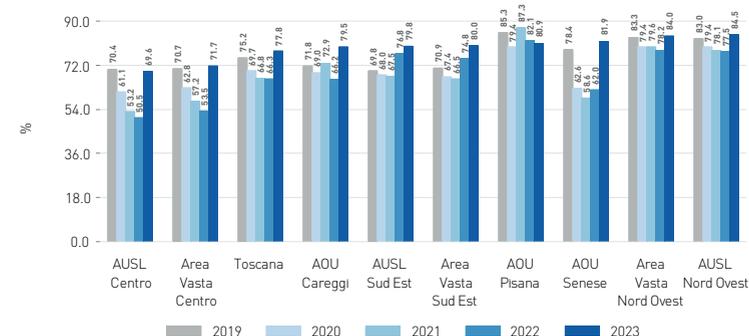
L'indicatore, mutuato dal set di indicatori NSG Core, valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del femore, per i quali le evidenze scientifiche concordano sulla necessità di effettuare l'intervento chirurgico entro le 48 ore.



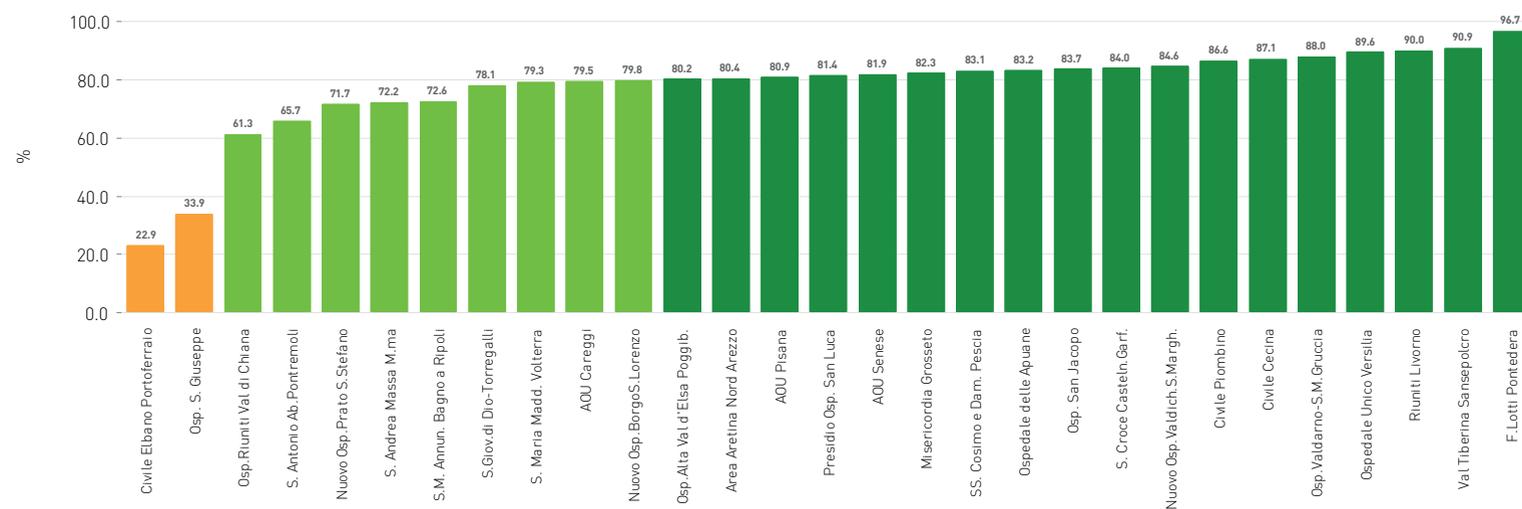
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



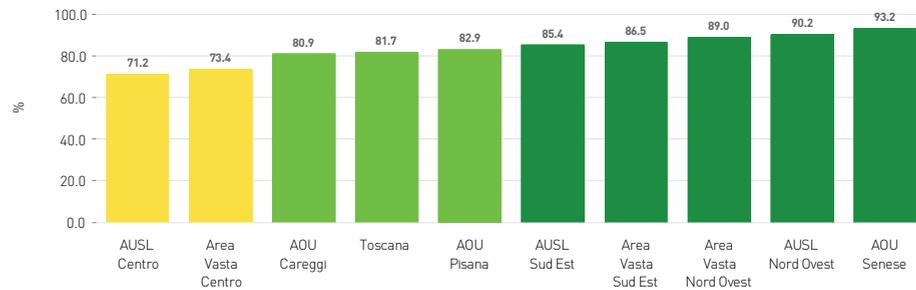
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 15

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

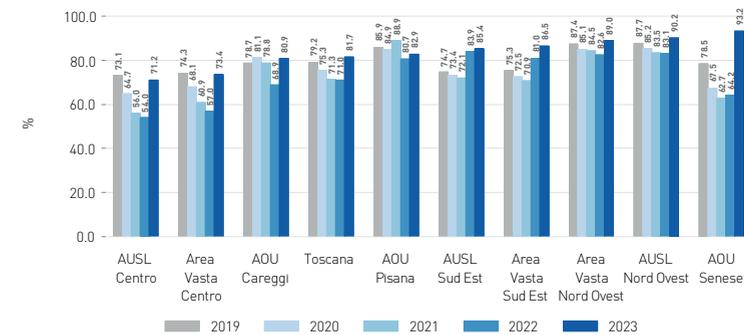
La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili raccomanda che l'intervento chirurgico venga effettuato entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore, a seconda del case mix. Queste Linee Guida mostrano che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità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



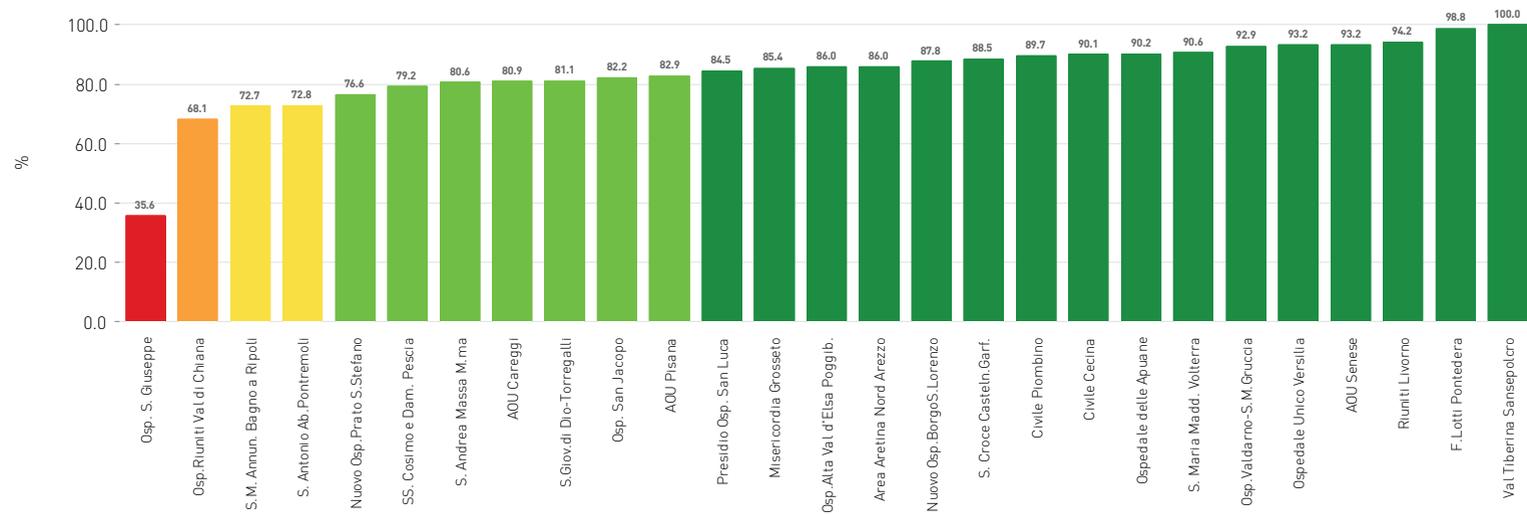
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

### C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali

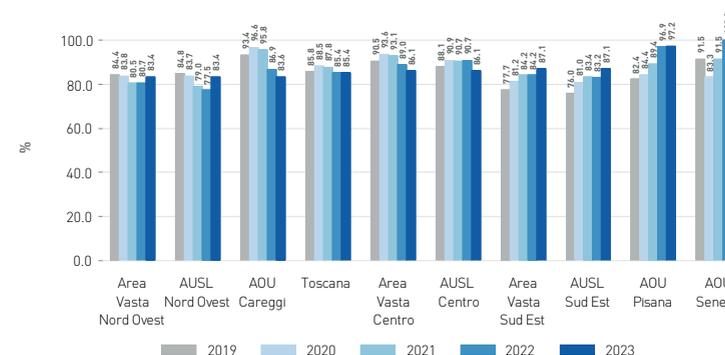
L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce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



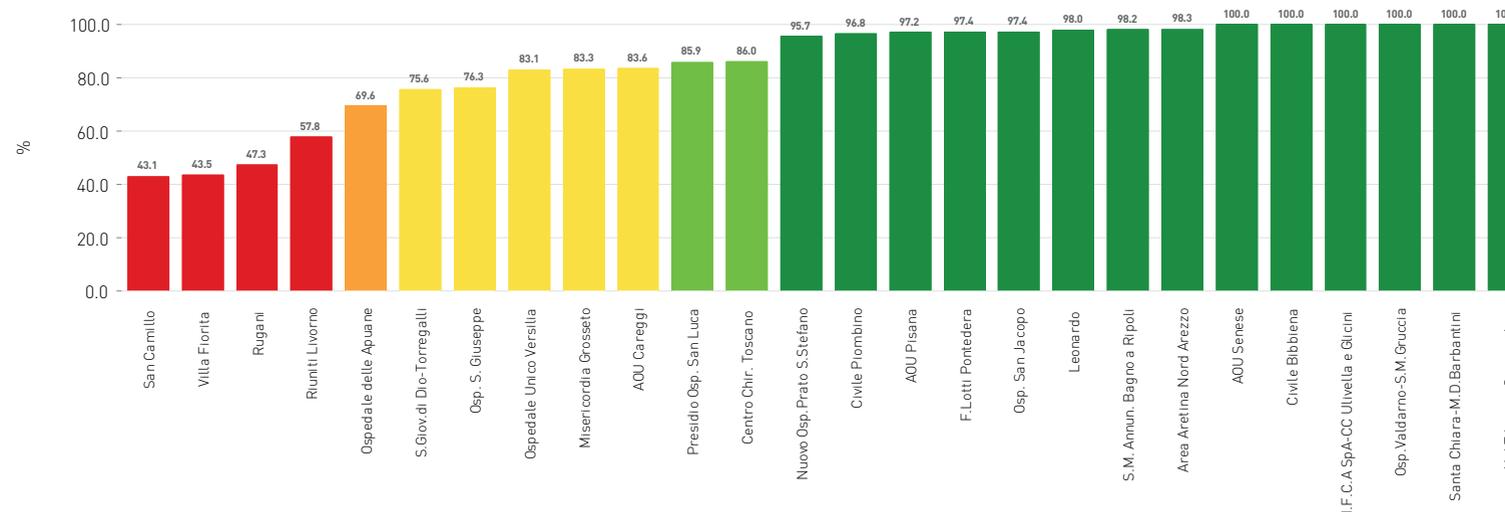
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



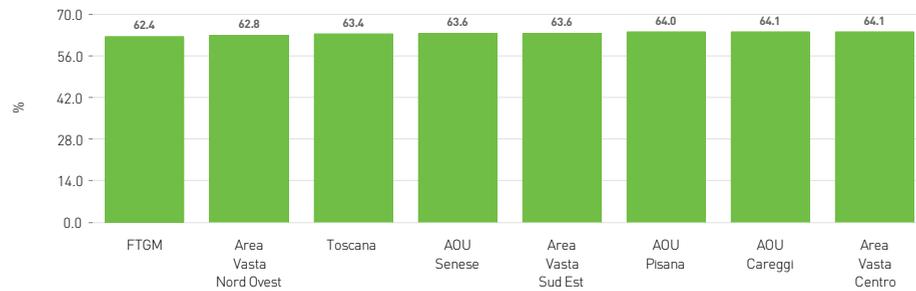
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

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

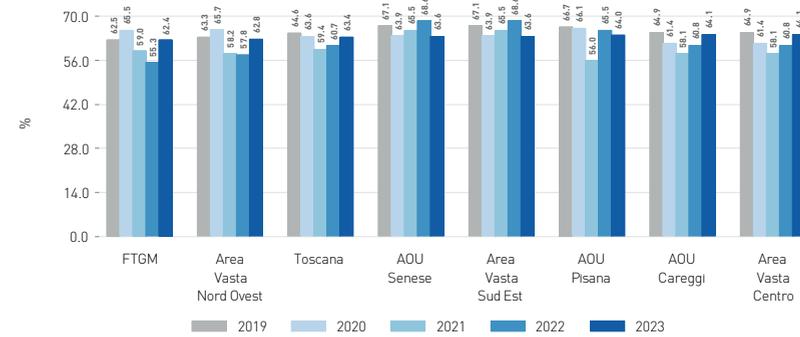
La possibilità di riparare la valvola mitrale garantisce l'integrità dell'apparato sotto-vascolare, con effetti positivi sulla qualità della vita del paziente. Solo alcuni ospedali effettuano questa tipologia di intervento, ed in particolare le Aziende Ospedaliero-Universitarie.



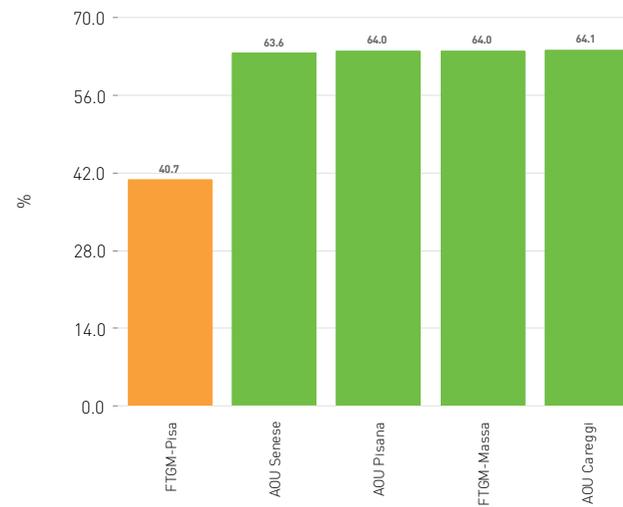
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



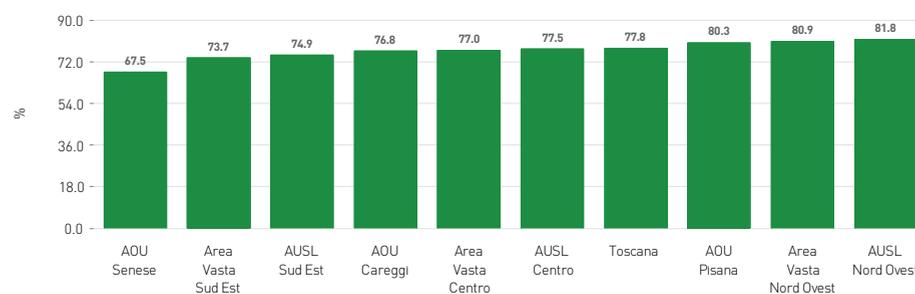
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 10

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

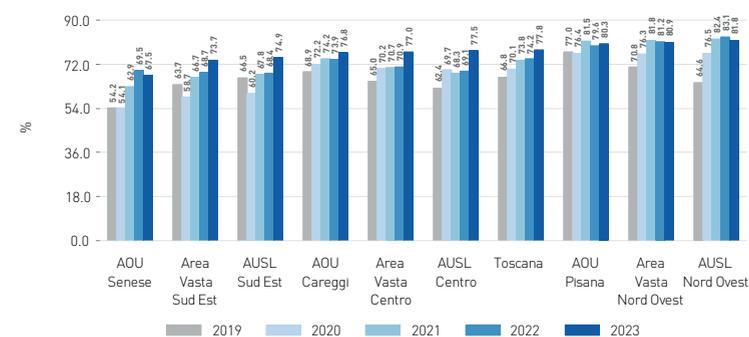
L'indicatore mette in luce l'utilizzo di una tecnica innovativa come la laparoscopia. Il trattamento mininvasivo consente di ottenere vantaggi per il paziente quali minore dolore, migliore ripresa della funzione intestinale ed infine minori tempi di degenza post-operatoria.



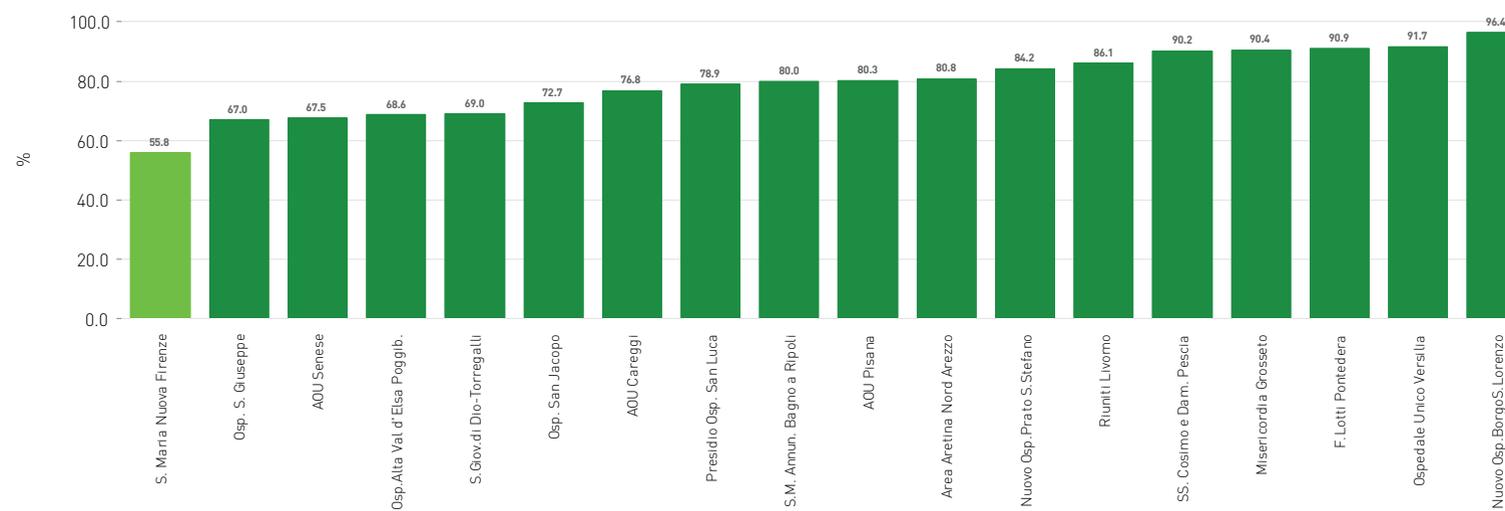
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

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

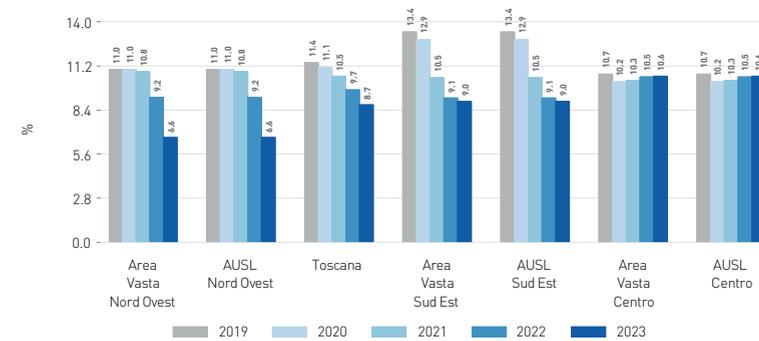
La percentuale di pazienti in dialisi peritoneale rispetto al totale dei pazienti dializzati è un indicatore di qualità; laddove possibile, ovvero quando le condizioni cliniche lo permettono, andrebbe preferita la dialisi peritoneale, in quanto comporta notevoli vantaggi per il paziente: può essere eseguita 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 2023



Aziende - Trend

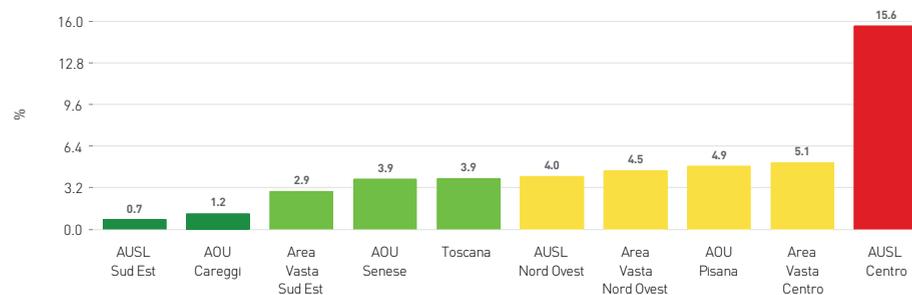


### C5.19 Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi da intervento di chirurgia della colonna

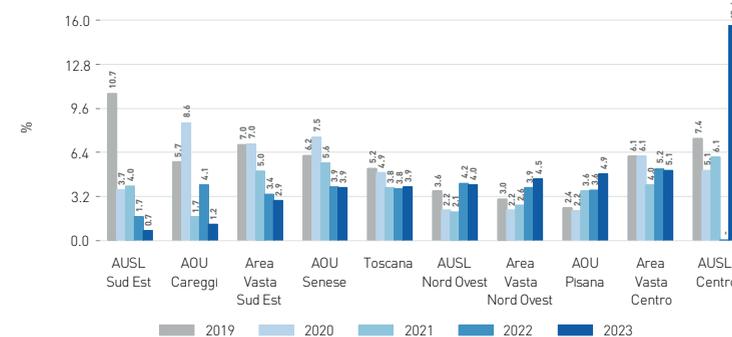
L'indicatore valuta l'esito degli interventi alla colonna vertebrale ernie discali; misura, infatti, la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 6 mesi dall'intervento di chirurgia della colonna vertebrale. Nell'analisi dei ripetuti, si considerano i ricoveri con stessa 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.



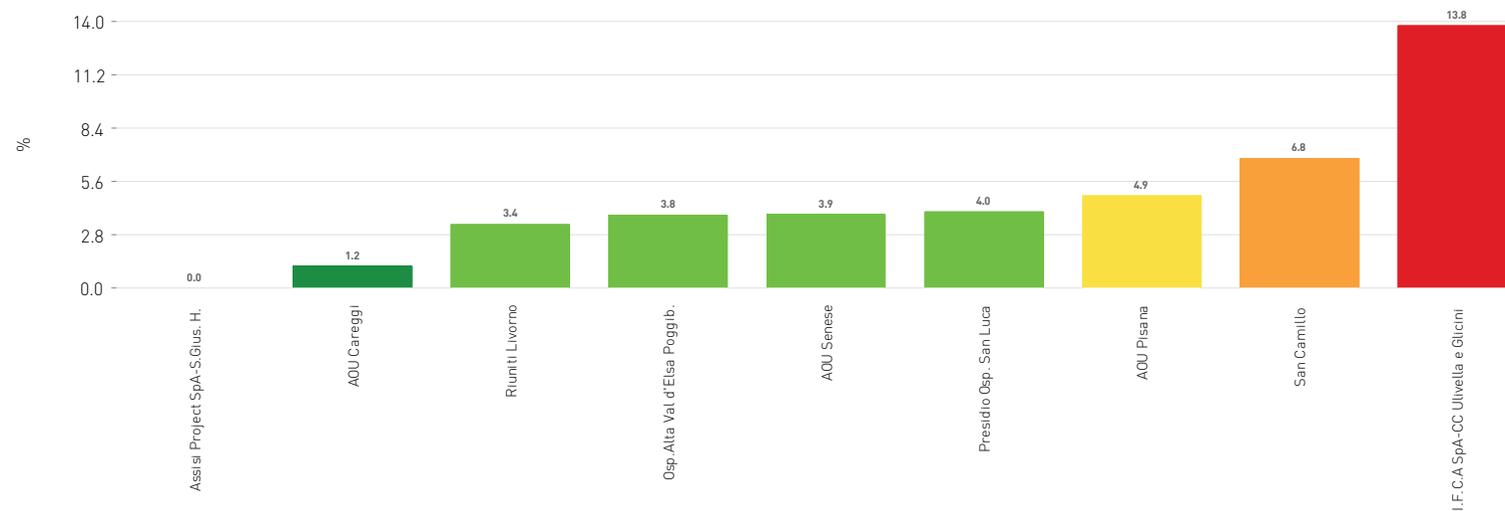
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



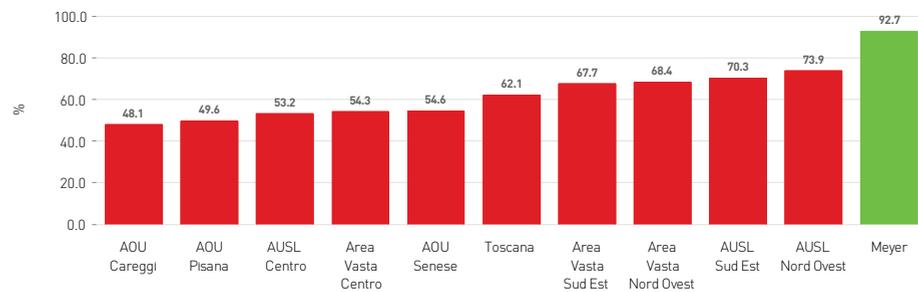
\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 20

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

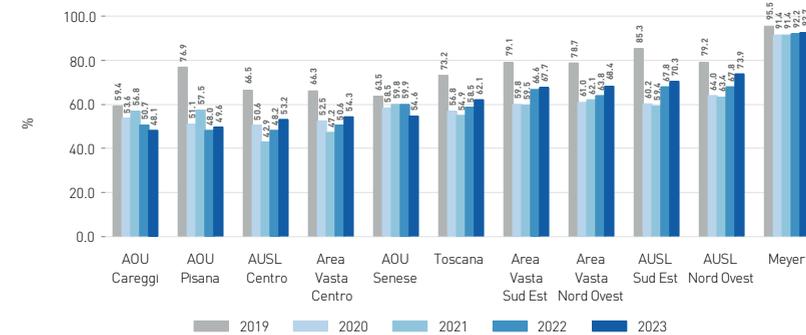
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento dell'assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione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



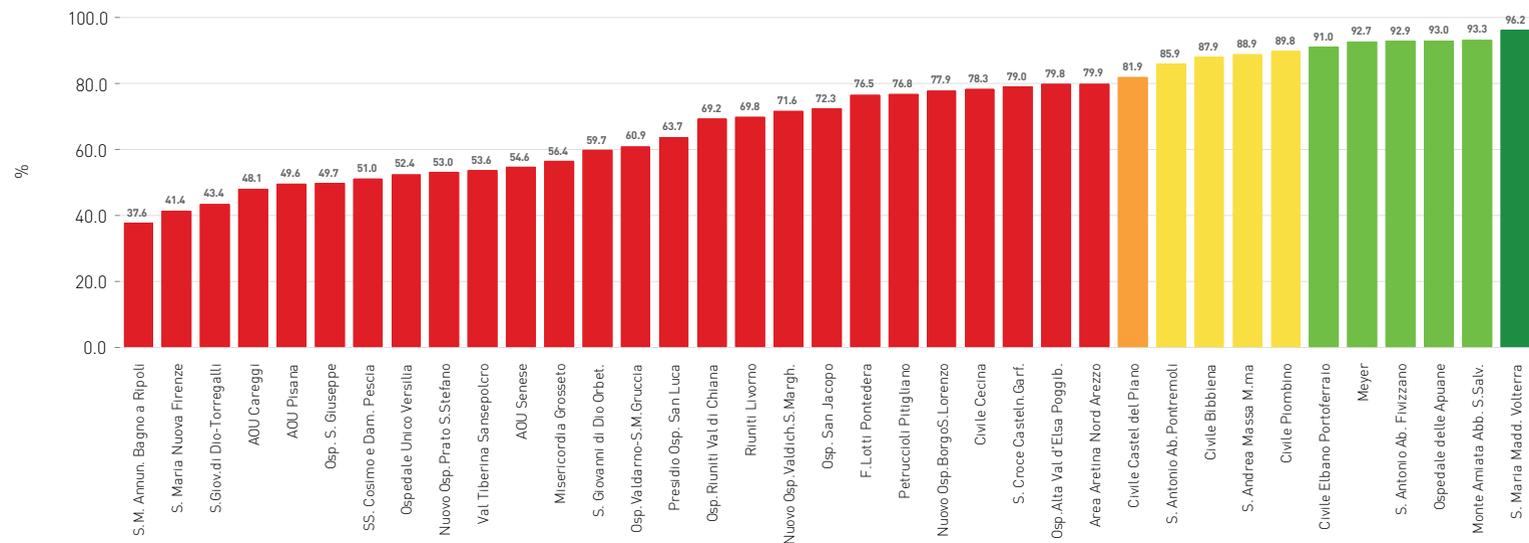
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



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

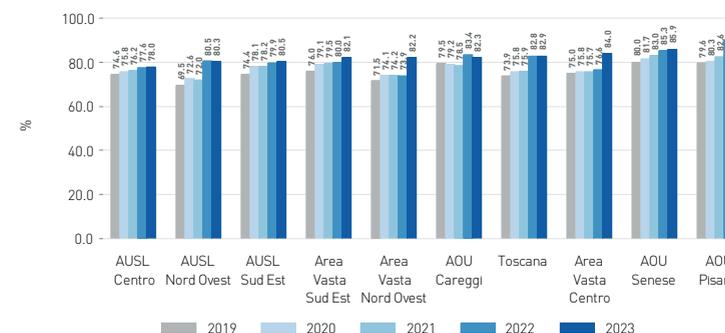
L'indicatore è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di pazienti che, ricoverati a seguito di un accesso al Pronto Soccorso, sono ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico rispetto ai pazienti ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico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



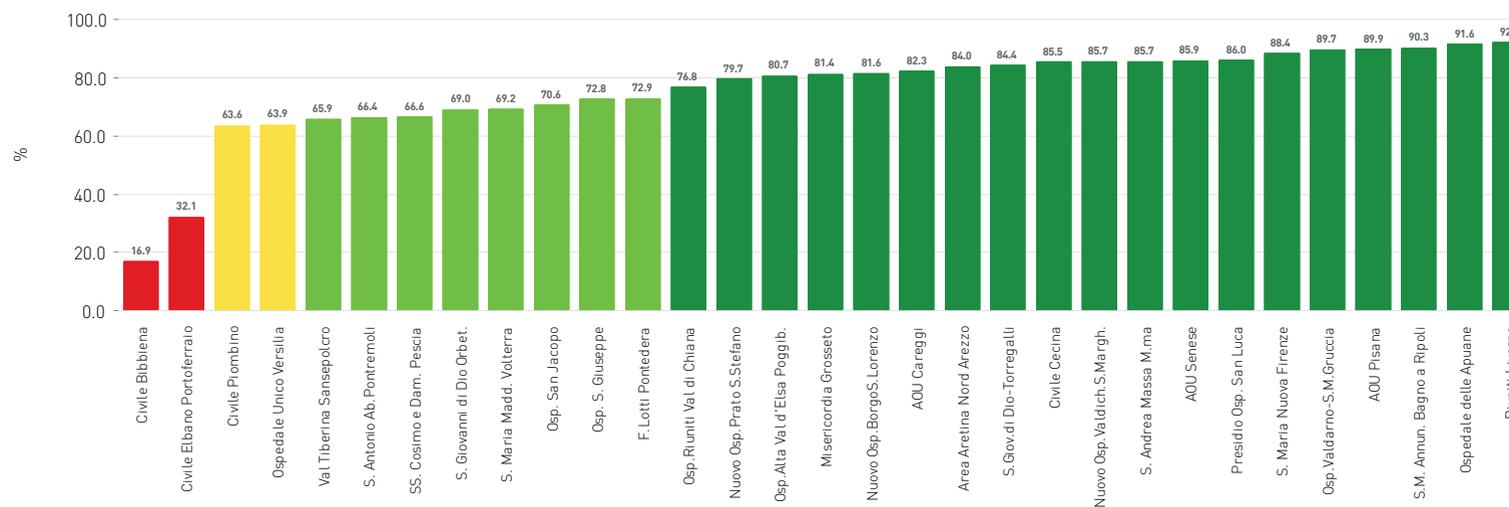
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



\* nei grafici vengono visualizzati solo gli stabilimenti che superano il cut-off applicato al denominatore pari a 30

## C6 Rischio clinico

La gestione del rischio clinico in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti. Gli indicatori relativi alla sicurezza del paziente provengono dai Patient Safety Indicators (PSIs) dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). I PSIs mirano ad evidenziare il verificarsi di complicanze durante il ricovero, mediante l'individuazione dei codici delle diagnosi e delle procedure principali e secondarie presenti nella SDO; essi possono fare riferimento a casi ad elevato rischio di complicanze o ad eventi correlati a problemi di qualità dell'assistenza (Nuti, 2007). La valutazione si basa sugli indicatori relativi ai sistemi di incident reporting che rappresentano i principali strumenti di gestione del rischio clinico in Toscana, permettendo di creare un costante livello di attenzione e vigilanza sugli incidenti e facilitando la comunicazione tra gli operatori sanitari (DGR n. 1387 del 27/12/2004). Gli altri indicatori adottati, che ci permettono di monitorare la sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione, la mortalità intra-ospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità e l'embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica, non vengono valutati poiché, rilevando fenomeni caratterizzati da bassi volumi, il loro risultato è notevolmente influenzato dalla corretta codifica dei codici di diagnosi/procedura e dall'accuratezza con cui viene compilata la SDO.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>C6 Rischio clinico</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C6.1 Sinistrosità										
C6.1.7 Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	3.36	3.71	3.51	3.64	3.16	3.77	3.42	0.42		
C6.1.8 Indice triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	11.01	14.75	9.43	9.69	9.59	12.13	10.49	1.30	1.93	
C6.1.9 Percentuale di sinistri liquidati con procedimento stragiudiziale o mediazione o tramite procedure 696/69bis cpc	68.58	69.03	75.78	48.19	67.50	57.58	83.87	100.00		
C6.1.10 Percentuale di sinistri liquidati in gestione diretta	39.39	44.11	41.20	31.89	27.89	35.83	47.69	32.04		
C6.2 Sviluppo del sistema di incident reporting										
C6.2.1A Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	0.90	1.73	0.35	0.71	0.77	0.53	0.53	3.63	0.29	1.75
C6.2.1B Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	73.60	79.18	75.00	72.19	98.68	48.84	45.31	66.67	80.00	28.57
C6.2.1C Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC completate nel biennio	62.02	69.64	49.83	59.28	86.00	28.76	44.07	75.63	87.50	36.36
C6.2.2A Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere	3.82	7.16	1.21	4.14	4.36	5.09	1.40	6.61	0.47	
C6.2.2B Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture territoriali	4.32	10.13	0.92	3.94						1.50
C6.2.6 Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità (MM) su casi clinici	1.17	1.72	0.38	0.85	1.54	2.33	0.51	5.09	0.35	0.75
C6.4 Sicurezza del paziente										
C6.4.1 Sepsis post-operatoria per chirurgia di elezione	2.61	1.89	1.30	1.11	5.52	6.82	2.90	0.00	0.00	
C6.4.2 Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	1.96	2.00	1.94	3.16	0.66	2.10	1.51	0.00	0.00	
C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	1.72	0.91	1.28	1.26	3.17	2.03	2.84	0.00	0.28	
C6.4.5 Mortalità tra pazienti chirurgici con complicanze severe trattabili	24.18	33.02	22.58	24.89	22.99	25.93	18.70		23.08	
C6.6A Incidenza delle cadute	0.82	1.63	0.14	1.67	0.26	0.55	0.28	0.42	1.54	

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

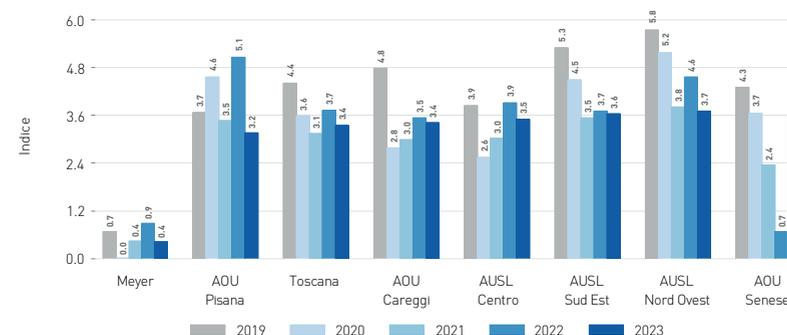
L'indice di richieste di risarcimento in strutture ospedaliere e territoriali è un indicatore che esprime una proxy della sinistrosità delle strutture stesse, per ciascuna Azienda Sanitaria, e che mette in relazione le richieste di danni pervenute nell'anno solare, per lesioni o decessi, con i ricoveri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



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



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

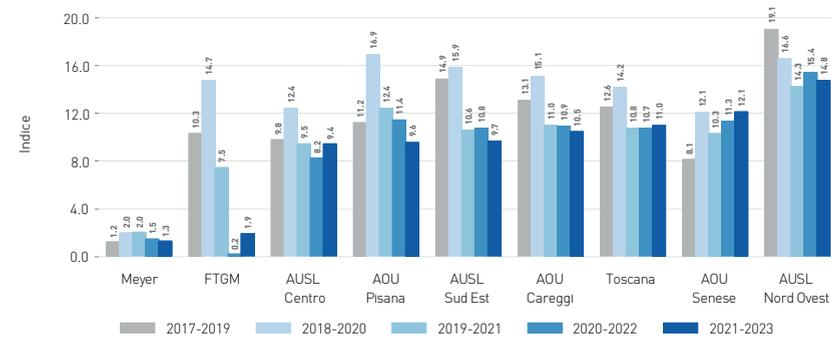
Si tratta di una misura molto robusta per il controllo dei sinistri, in quanto nell'arco di tre anni si ottiene una copertura tra l'80 ed il 90% di tutte le richieste di risarcimento che giungono per eventi occorsi in un anno solare, mentre il primo anno la copertura si attesta intorno al 40%. Questo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



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## D18A Dimissioni volontarie

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



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>D18A Dimissioni volontarie</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0.68	0.86	0.77	0.57	0.57	0.51	0.76	0.13	0.07
D18C Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici	0.16	0.18	0.16	0.19	0.14	0.13	0.18	0.07	0.00
D18M Percentuale di dimissioni volontarie-Ricoveri medici	1.19	1.46	1.29	0.94	1.24	0.95	1.57	0.15	0.22
D18.1 Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	1.92	2.31	2.03	0.48	0.63	0.00			

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

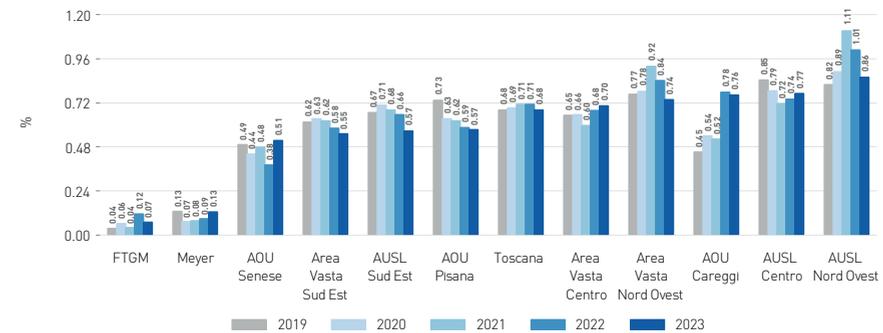
L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario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



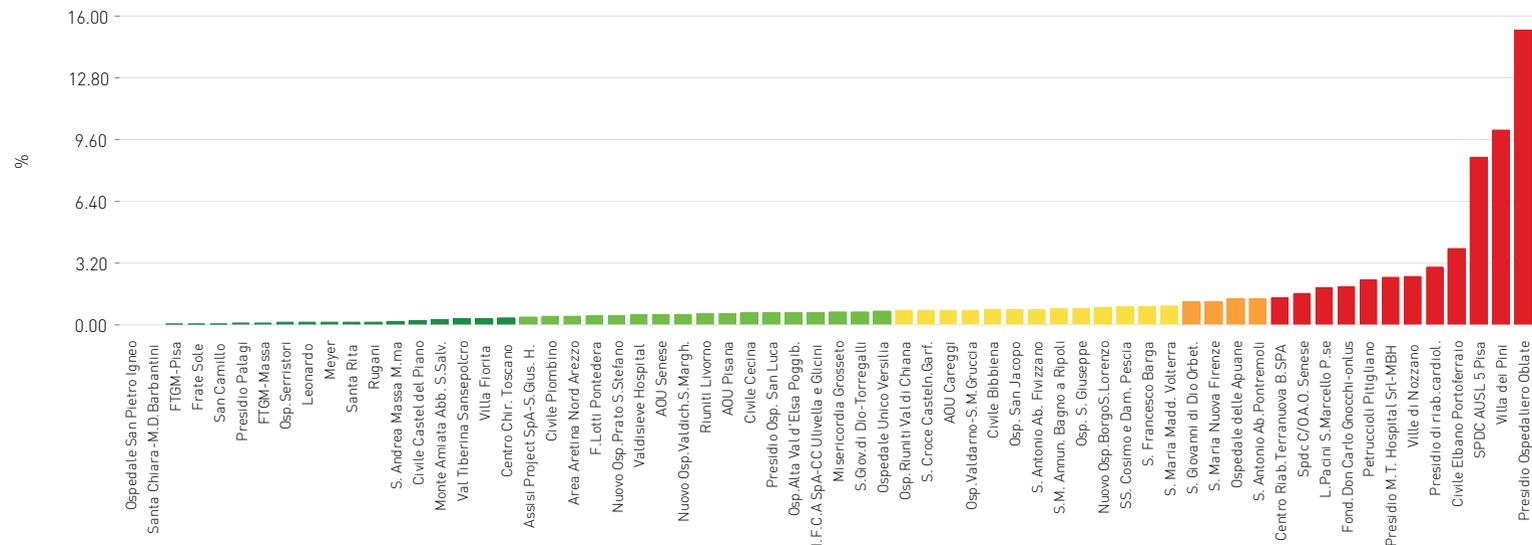
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



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

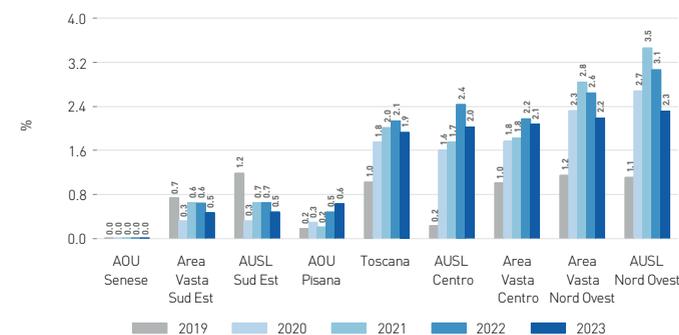
Questo indicatore analizza nello specifico le dimissioni volontarie dei pazienti dai reparti di lungodegenza o di riabilitazione.



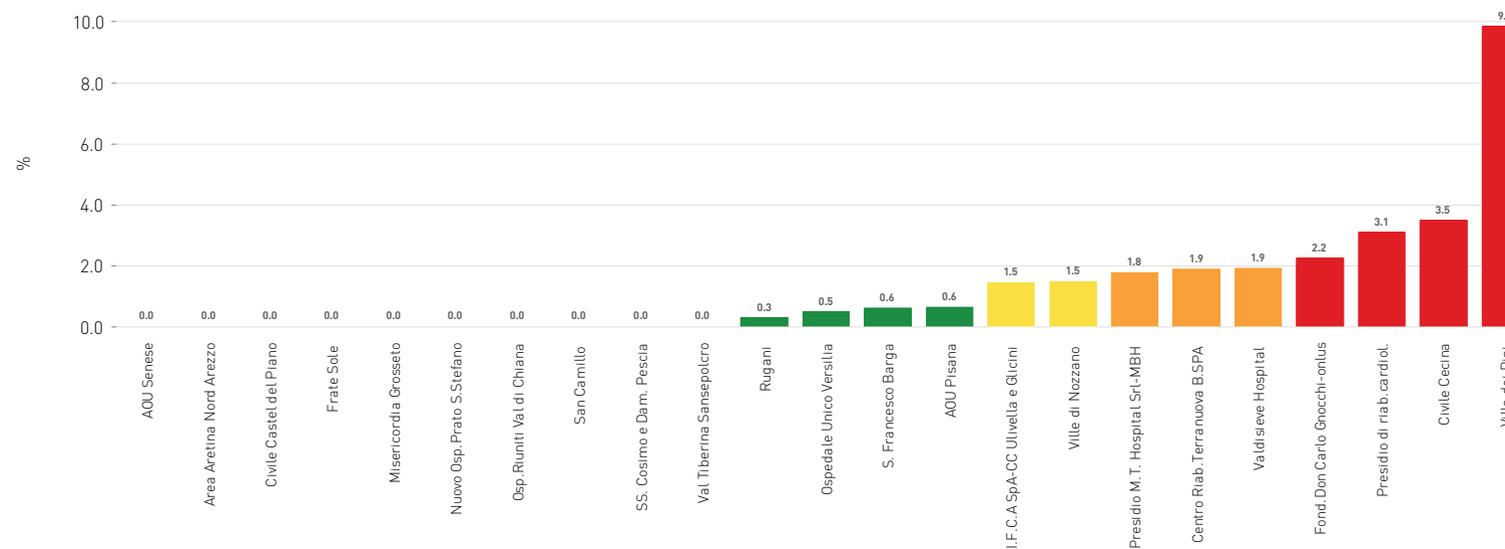
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023



---

---

# RESPONSIVENESS & ESPERIENZA UTENTI

a cura di Elisa Conti, Giuseppe D'Orio, Sabina De Rosis, Sofia Longhi,  
Claudio Mazzi, Anna Maria Murante, Elisa Peruzzo



## 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.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B16.1 Carta dei Servizi										
B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti	86.50	85.01	83.10	82.32	88.20	86.17	96.48	87.70	85.71	83.81
B16.1.2 Comitato di partecipazione	88.89	100.00	100.00	75.00	100.00	75.00	100.00	100.00	75.00	75.00
B16.2 Front office telefonico	86.22	84.00	88.00	90.00	95.00	87.00	94.00	80.00	82.00	76.00

### B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti

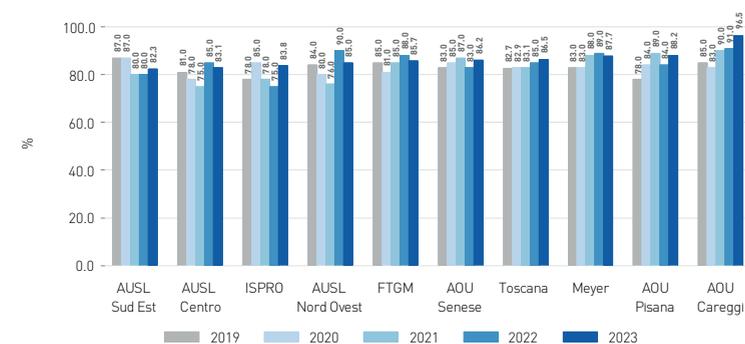
L'indicatore misura se e in che misura le aziende sanitarie hanno raggiunto i 25 impegni per la Carta dei Servizi sanitari definiti a livello regionale dalla DGR n. 335/2014.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## B16.1.2 Comitato di partecipazione

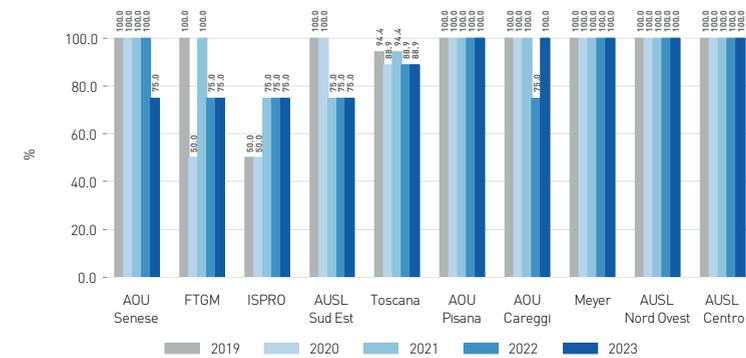
L'indicatore misura se è presente e con quali modalità opera un Comitato di partecipazione aziendale. La valutazione viene assegnata tenendo conto dei seguenti parametri: a) Presenza di un comitato aziendale; b) Il Comitato effettua riunioni almeno trimestrali; c) il comitato collabora alla realizzazione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



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## B16.2 Front office telefonico

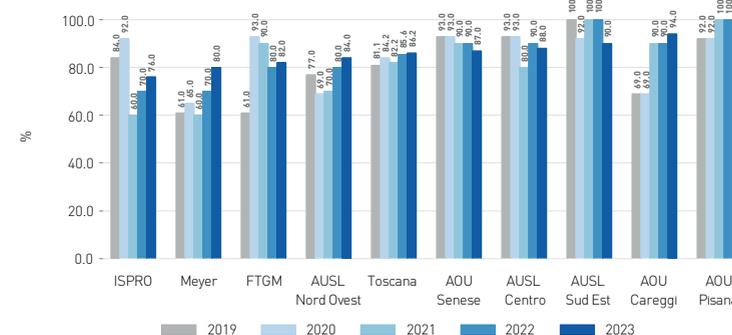
L'indicatore misura quanto le aziende sanitarie hanno implementato il sistema della carta dei servizi, con particolare riguardo al servizio di front office telefonico. La valutazione viene assegnata tenendo conto dei seguenti parametri: a) Orario di apertura settimanale del front office telefonico; b) Presenza di un numero unico; c) Presenza di un numero verde; d) Presenza di 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 2023



Aziende - Trend



## C10G Monitoraggio dei Tempi di Attesa - Chirurgia classe di priorità A

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) e non oncologica (bypass aortocoronarico, angioplastica Coronarica (PTCA), endoarteriectomia carotidea, intervento protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, coronarografia, biopsia percutanea del fegato, emorroidectomia, riparazione ernia inguinale). 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	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>C10G Monitoraggio dei Tempi di Attesa - Chirurgia classe di priorità A</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C10D Tempi di Attesa chirurgia oncologica (PNGLA)									
C10.4.7 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella	94.20	97.03	90.94	87.47	100.00	87.47	95.81		
C10.4.8 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	71.10	78.13	84.34	84.07	71.11	81.69	50.74		
C10.4.9 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon	96.45	98.01	99.21	95.28	93.31	88.89	96.92		
C10.4.10 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto	92.95	100.00	96.75	95.70	89.44	72.22	85.00		
C10.4.11 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	86.01	100.00			84.04	68.22	92.02		
C10.4.12 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	90.48	96.77	86.36	95.83	91.46	93.33	82.09		
C10.4.13 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma	89.76	82.47	81.10	94.95	95.00	99.29			
C10.4.14 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide	92.58	93.33	92.79	73.68	93.49	85.71	100.00		
C10E Tempi di Attesa chirurgia non oncologica (PNGLA)									
C10.4.15 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per bypass aortocoronarico	87.22				93.79	89.23	56.63		97.08
C10.4.16 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per angioplastica Coronarica (PTCA)	90.77	94.92	98.55	97.89	93.62	73.47	88.46		79.90
C10.4.17 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per endoarteriectomia carotidea	81.94	89.60	97.40	93.33	57.58	50.00	75.00		
C10.4.18 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per intervento protesi d'anca	76.51	78.16	76.83	87.83	79.69	27.55	65.04		
C10.4.19 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per colecistectomia laparoscopica	83.27	94.06	95.65	95.11	69.70	47.93	69.90		
C10.4.20 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per coronarografia	85.82	94.18	99.06	97.69	83.28	77.63	80.73		72.03
C10.4.21 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per biopsia percutanea del fegato	98.68	98.63	100.00	100.00	99.11	100.00	97.53	90.91	
C10.4.22 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per emorroidectomia	62.67	80.00	94.74	95.00	22.35	72.73	72.73		
C10.4.23 Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per riparazione ernia inguinale	76.70	92.62	94.92	92.25	50.79	44.00	57.29	60.61	

## B20P Monitoraggio dei Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali



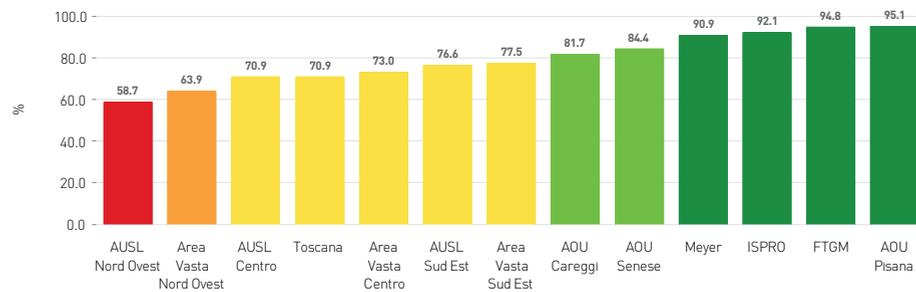
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio	ISPRO
<b>B20P Monitoraggio dei Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B20G Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)										
B20G.1 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)	70.93	58.69	70.89	76.58	95.06	84.37	81.72	90.91	94.76	92.14
B20G.2 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)	81.90	79.17	84.15	77.40	94.11	85.24	88.64	97.52	97.57	100.00
C13.4 Tempi di attesa (NSG)										
D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	72.50	78.77	50.98	91.02	96.50	74.91	49.26	92.19	89.75	87.50
D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	64.16	56.21	67.92	64.08	88.03	83.85	47.85	72.64	95.90	37.93

## 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 (prime visite prenotate) di primo contatto erogate, con codice priorità U, B, D e Non indicato. Per l'AOU Senese, l'AOU Pisana, l'AOU Careggi e la Fondazione Monasterio 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.



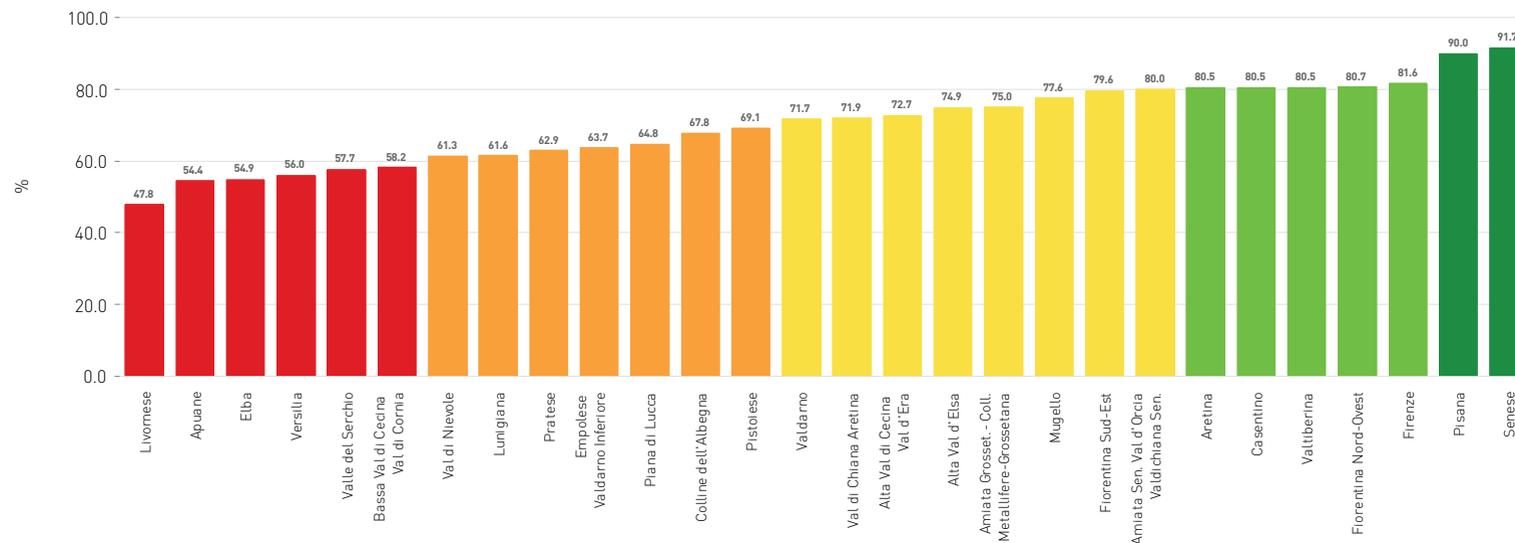
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



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

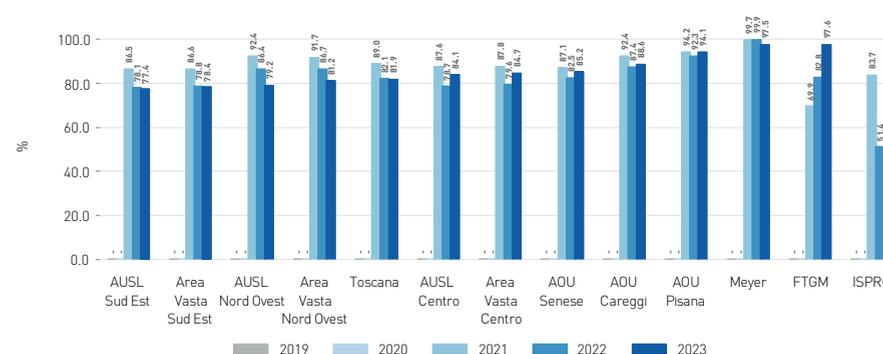
L'indicatore viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Si considerano le prenotazioni (prime visite prenotate) di primo contatto e di contatto successivo al primo erogate, con codice priorità U, B,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



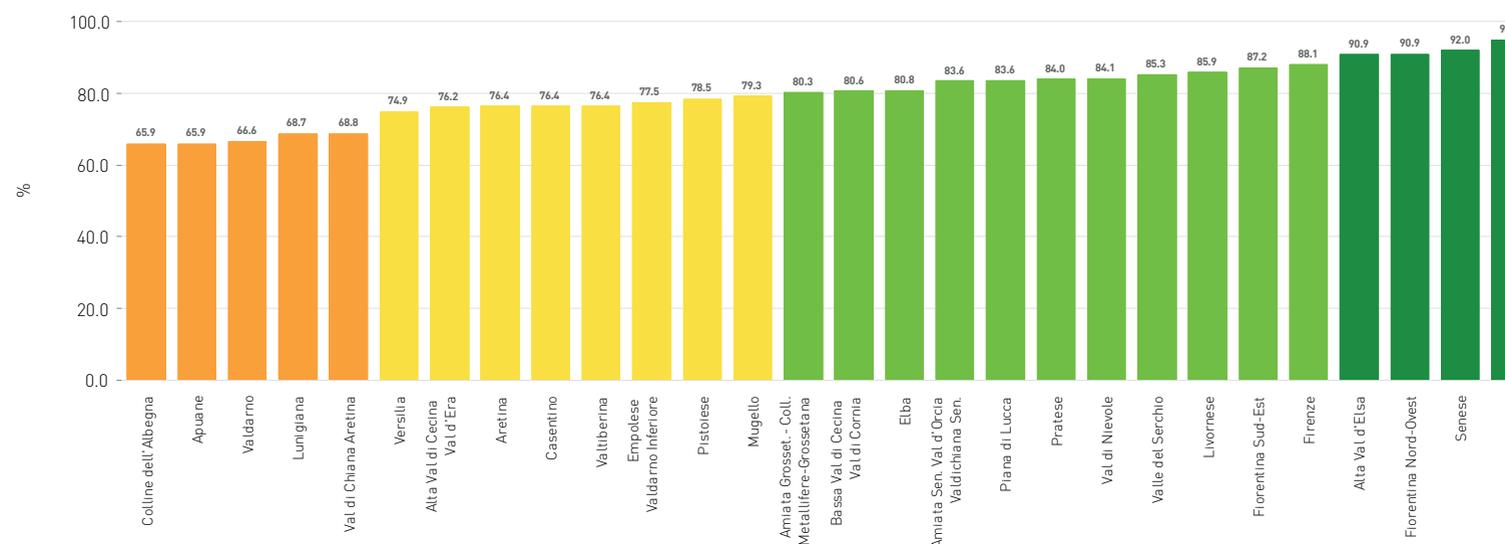
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

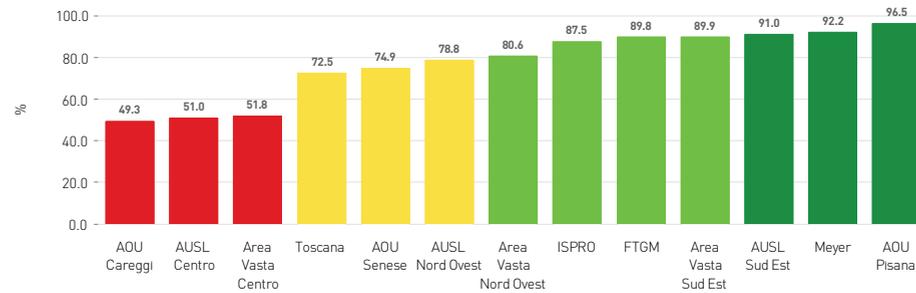


## D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)

Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica - Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve). L'indicatore intende misurare la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità B (< 10 giorni). La soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend

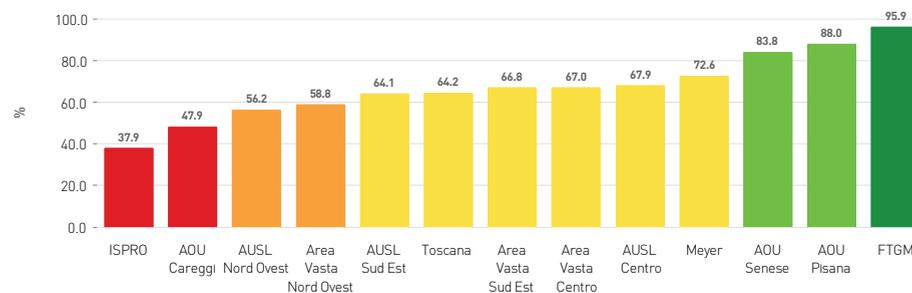


## D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)

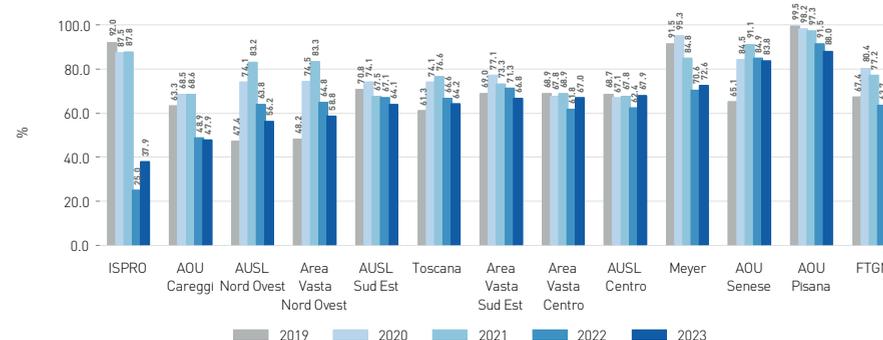
Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica - Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità D (Differibile). L'indicatore intende misurare la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità D (≤ 30gg per le visite, ≤ 60gg per gli esami diagnostici). La soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## 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 "Monitoraggio dei Tempi di Attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)" viene calcolato in base alle specifiche del monitoraggio dei tempi di attesa del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 DGRT 604/2019. Sulla scheda indicatore presente sul portale è possibile scaricare il dettaglio per singola prestazione a livello di erogatore.



### B21G Indice di cattura (Catchment index)

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

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

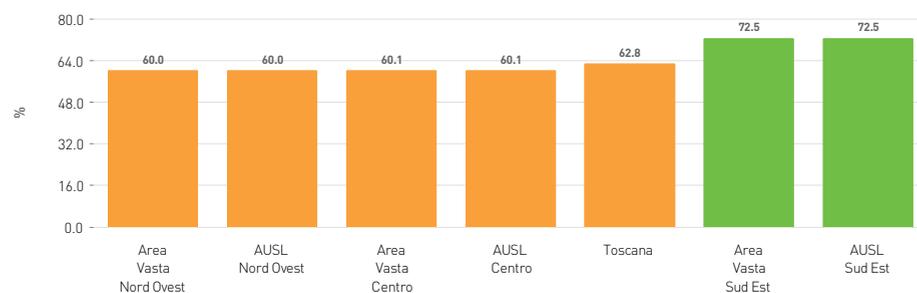
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
62.78	60.01	60.10	72.45
60.82	59.36	59.39	66.08

## 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 "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.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend

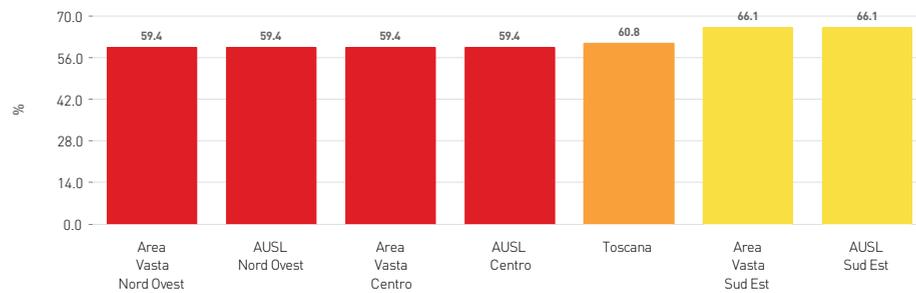


## B21G.2 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)

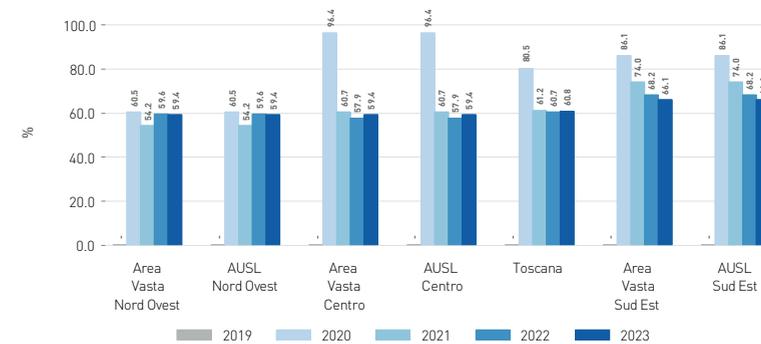
L'Indice di cattura (Catchment Index) è il rapporto tra i volumi di prestazioni prenotate (calcolate mediante i flussi delle prescrizioni dematerializzate ed elettroniche) e i volumi di prestazioni prescritte nello stesso periodo (su 15 giorni), in un determinato ambito territoriale (Ambito territoriale 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.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## D19 Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario

L'importanza di comprendere come i pazienti sperimentino l'assistenza sanitaria ha portato allo sviluppo di misure di esperienza riportate dai pazienti (Patient-Reported Experience Measures - PREMs) in grado di misurare la percezione che i pazienti hanno dei servizi sanitari erogati. Studi precedenti (Coulter et al. 2009) hanno messo in luce le dimensioni fondamentali dell'esperienza dei pazienti con i ricoveri ospedalieri: compassione ed empatia da parte del personale ospedaliero, incluso il trattare i pazienti con rispetto e dignità (D19.1); supporto emotivo, alleviando la paura e l'ansia (D.19.2); informazione e comunicazione (D19.3), incluso il coinvolgimento di familiari e amici (D19.3.3) e le informazioni fornite in fase di dimissione (D19.4); gestione del dolore (D19.8); coordinamento del personale (D19.9.3); comfort della struttura (D19.5). Anche le definizioni di sistema sanitario centrato sul paziente vedono tra le attività fondamentali quelle elencate sopra (Scholl et al, 2014). A questo proposito, oltre all'esperienza riportata dai pazienti, le attuali indagini PREMs misurano anche la soddisfazione dei pazienti (indicatori D19.9 e D19.10) in termini di valutazione complessiva e disponibilità a raccomandare il reparto a parenti e amici. Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009); Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J (2014).



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>D19 Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
D19.1 Rispetto per la persona									
D19.1.1 Rispetto e dignità per la persona - personale medico	94.94	94.15	94.98	94.27	95.71	95.91	95.61		97.75
D19.1.2 Rispetto e dignità per la persona - personale infermieristico	94.06	93.05	94.76	94.37	93.64	95.72	94.10		97.25
D19.1.3 Rispetto e dignità per la persona - OSS	92.32	91.42	92.60	92.61	92.81	93.57	91.79		96.33
D19.1.5 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Medici	89.56	89.32	89.14	89.52	90.48	90.59	89.20		90.49
D19.1.6 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - Infermieri	89.00	88.12	88.92	89.79	88.94	91.12	88.95		91.16
D19.1.7 Parlare davanti al paziente come se non fosse presente - OSS	90.27	89.63	89.66	91.23	91.06	91.96	89.58		91.93
D19.2 Supporto alla persona									
D19.2.1 Gestione paure ed ansie - personale medico	82.77	81.11	83.15	82.20	84.75	85.25	82.67		86.66
D19.2.2 Gestione paure ed ansie - personale infermieristico	83.82	82.42	85.29	84.93	83.44	86.07	82.23		87.95
D19.3 Comunicazione e relazione									
D19.3.1 Risposte chiare - personale medico	91.83	90.76	91.69	91.25	93.15	93.34	92.36		94.57
D19.3.2 Risposte chiare - personale infermieristico	91.39	90.33	91.83	91.79	91.38	93.27	91.29		94.50
D19.3.3 Colloqui con i familiari	87.22	87.42	87.33	87.64	87.48	89.27	84.84		91.60
D19.3.4 Coinvolgimento del paziente	84.54	82.97	84.24	84.38	85.90	87.26	85.02	91.06	88.29
D19.3.5 Accoglienza in ospedale	95.37	94.66	95.96	95.47	95.01	96.56	95.29	95.77	98.22
D19.4 Informazioni in dimissione - Educazione e Self Management									
D19.4.1 Informazioni in dimissione su stile di vita e self-management	83.91	83.03	83.41	83.14	85.01	87.00	84.61		86.91
D19.4.2 Informazioni in dimissione su trattamenti farmacologici	89.95	89.18	89.14	89.13	90.90	92.30	91.14		93.70
D19.5 Comfort ospedaliero									
D19.5.1 Silenziosità del reparto	63.37	61.81	61.62	65.83	64.94	68.29	61.26		72.52
D19.5.2 Pulizia del reparto	76.11	76.29	73.40	79.04	75.90	76.43	75.05		81.78
D19.8 Gestione del dolore nel ricovero ospedaliero	91.29	90.11	91.78	91.22	91.10	93.54	91.94	92.81	93.34
D19.9 Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta	89.63	87.97	89.69	89.63	90.38	92.33	90.09	90.56	94.82
D19.9.3 Lavoro di squadra	87.23	85.69	87.23	87.41	88.41	88.76	87.08	88.94	93.56
D19.10 Willingness to recommend	92.96	90.75	92.76	92.46	94.75	95.89	94.18		98.65

## D20B Estensione, adesione e risposta 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 adesione degli utenti. 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 dimesso arruolato all'indagine. L'adesione a PREMs misura, invece, la percentuale di pazienti dimessi che hanno lasciato i loro contatti per partecipare all'indagine, sul totale dei pazienti dimessi da un certo presidio.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>D20B Estensione, adesione e risposta PREMs</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
D20B.1.1 Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario	98.78	100.00	100.00	100.00	100.00	95.00	100.00	80.00	100.00
D20B.2.1 Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	65.20	82.23	53.67	85.70	62.17	27.29	61.58	37.60	73.13
D20B.3.1 Risposta all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	29.96	26.23	30.01	24.15	37.23	38.39	34.93	43.20	37.13
D20B.3.2 Risposta effettiva all'indagine PREMs sul ricovero ordinario	18.23	21.16	14.42	18.68	21.82	9.50	20.29	16.16	24.12

---

# SFIDE POST-COVID

a cura di Chiara Barchielli, Paola Cantarelli, Giuseppe D'Orio, Amerigo Ferrari, Maria Francesca Furmenti, Claudio Mazzi, Luca Pirrotta, Luca Scopis, Lorenzo Taddeucci, Davide Trinchese, Alessandro Vinci



## 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

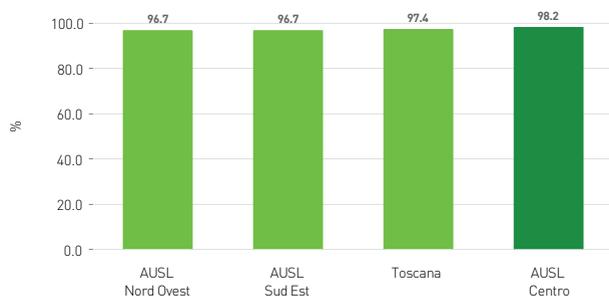
Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
●	●	●	●
97.36	96.71	98.15	96.74
58.10	52.50	63.30	57.00
73.80	75.20	71.60	76.20
45.20	43.19	55.42	32.27
91.19	92.09	90.35	91.57
93.43	93.90	92.80	94.10
98.03	97.29	98.74	97.68
96.44	95.78	97.27	95.75

## B7.1 Copertura per vaccino MPR

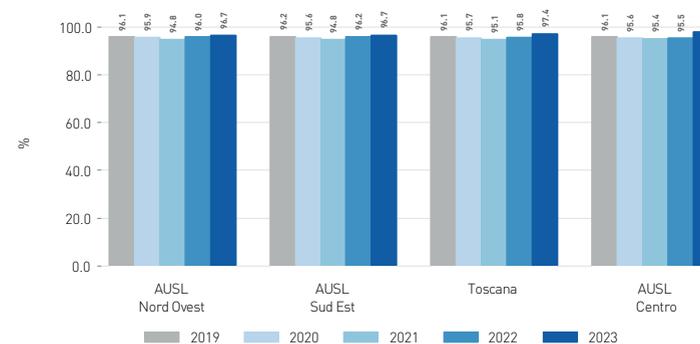
Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo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



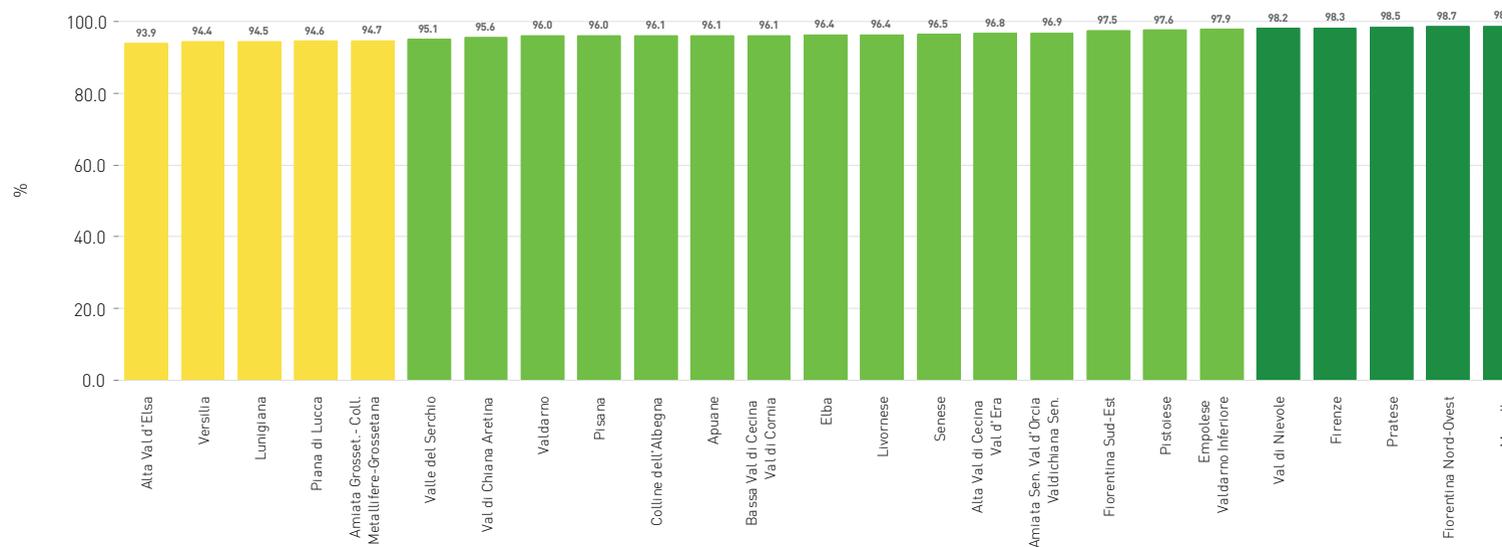
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

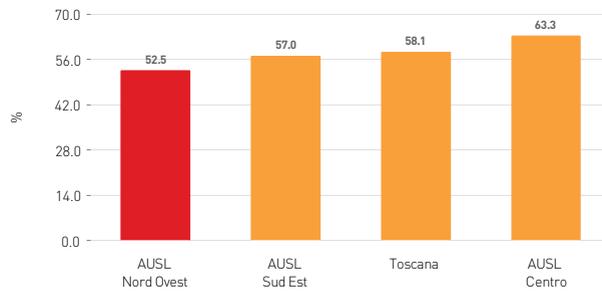


## B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)

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.



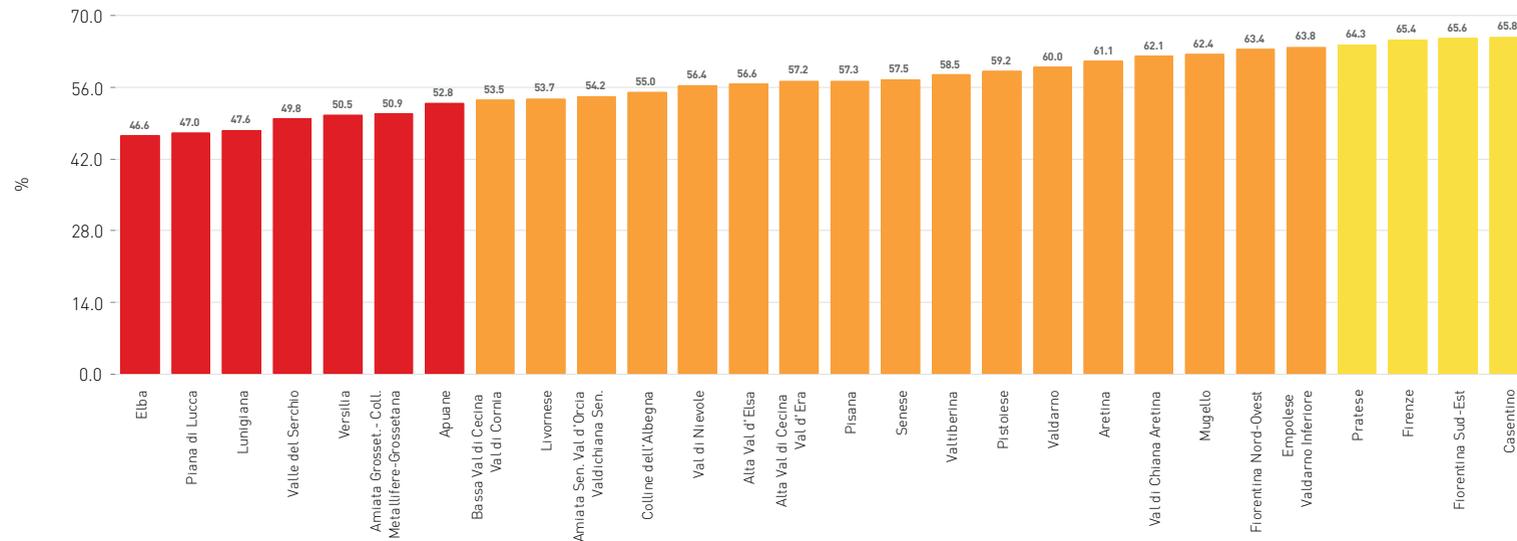
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

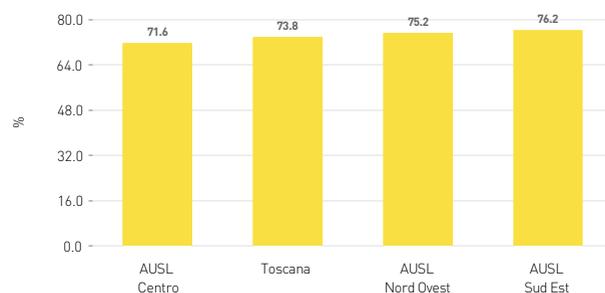


## B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

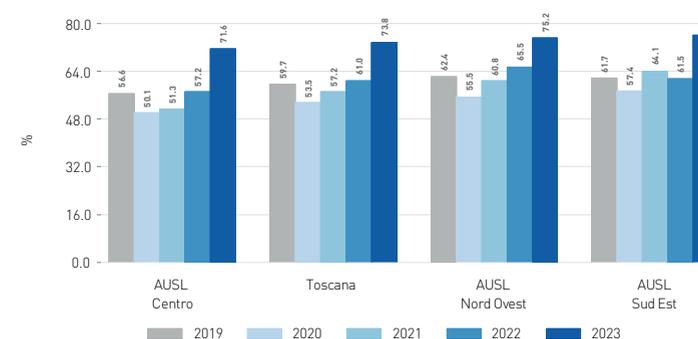
La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lungo termine, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza. Il ciclo vaccinale consiste in 2 dosi (0 e 6 mesi) per le ragazze e per i ragazzi nel dodicesimo anno di vita e fino a 14 anni inclusi; ciclo vaccinale a 3 dosi ai tempi 0, 2, 6 mesi a partire dai 15 anni. NB: programma di recupero (catch up), per le donne almeno fino a 26 anni, anche utilizzando l'occasione opportuna della chiamata al primoscreening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, e per gli uomini almeno fino a 18 anni inclusi, con mantenimento della gratuità per tutte le dosi del ciclo vaccinale, qualora non siano stati precedentemente vaccinati o non abbiano completato il ciclo vaccinale (PNPV 2022-2025). 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.



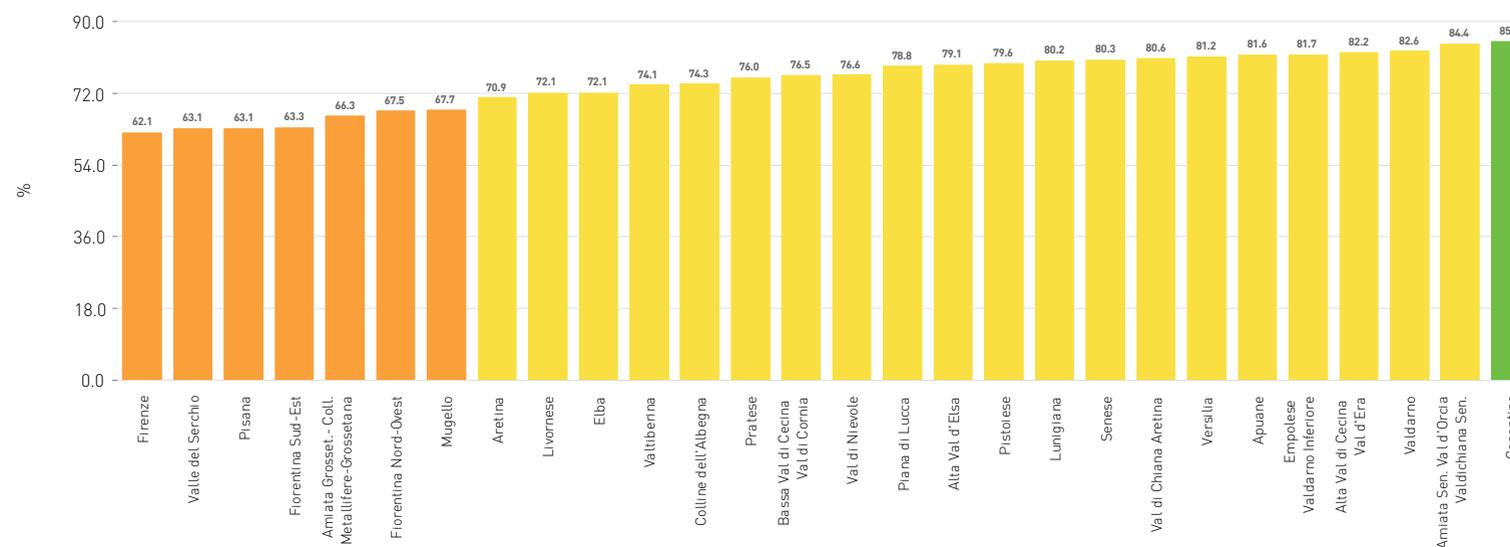
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

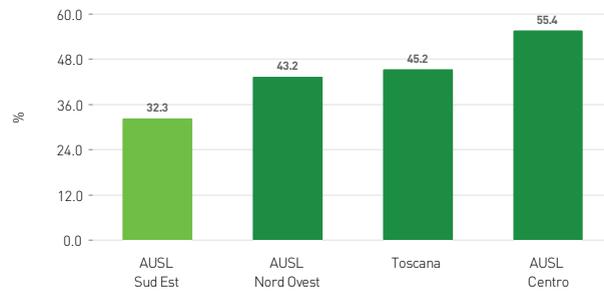


## B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

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 2023



Aziende - Trend

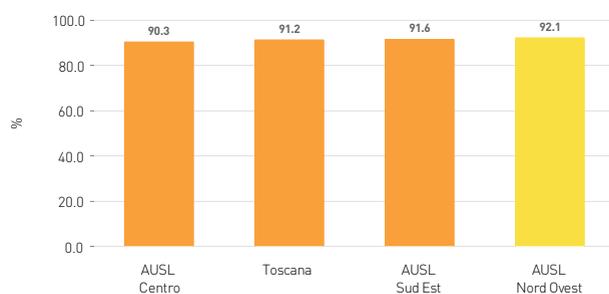


## B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico

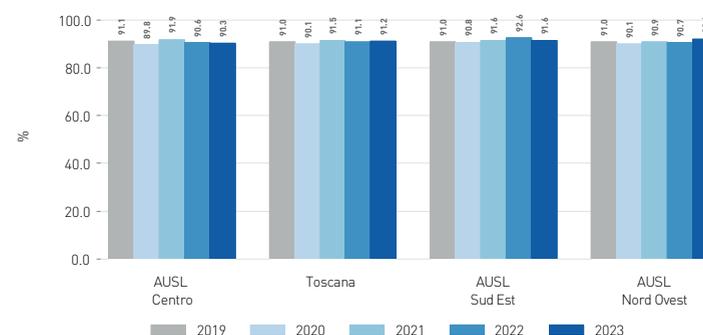
Il meningococco (“Neisseria Menigitidis”) è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. È spesso presente in gola senza dare alcun disturbo, ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi, come 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.



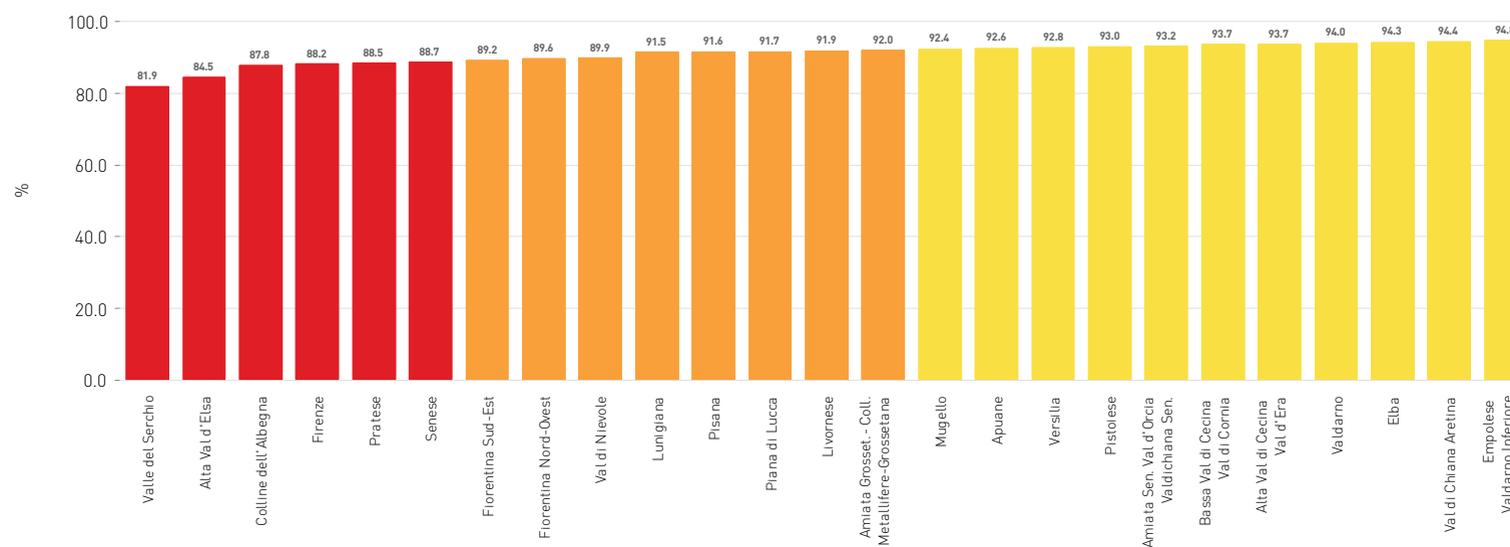
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

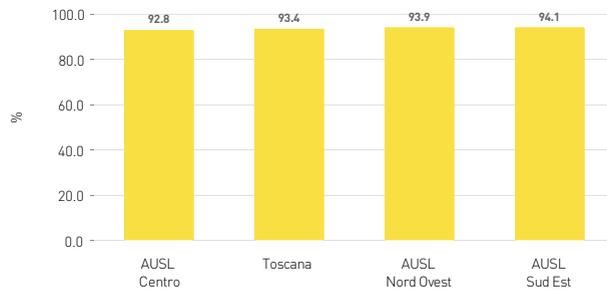


## B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico

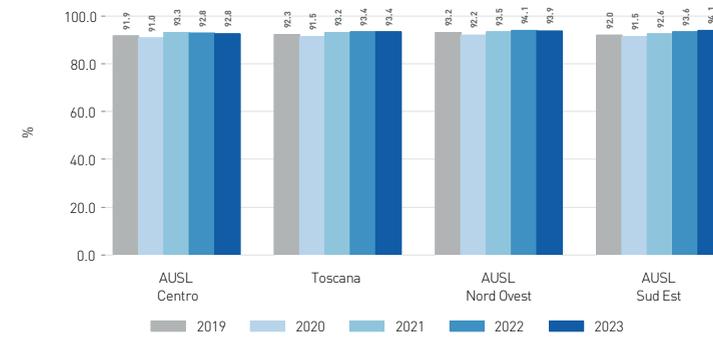
Lo pneumococco ("Streptococcus pneumoniae") appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel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



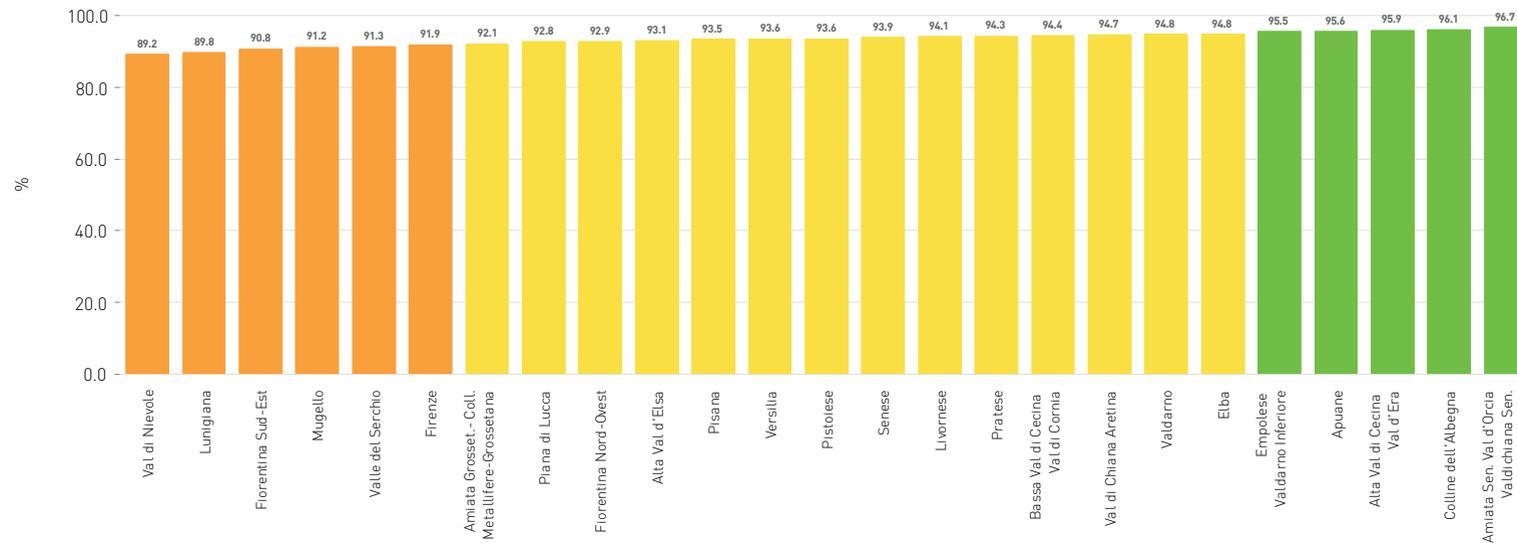
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

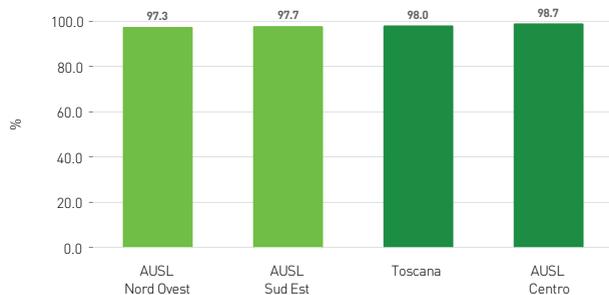


## B7.7 Copertura per vaccino esavalente

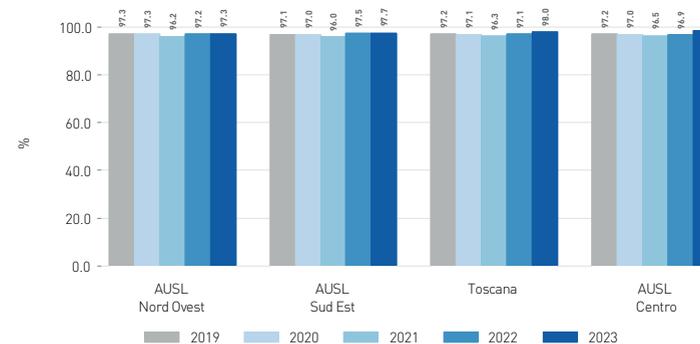
Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B (HIB, una forma influenzale).



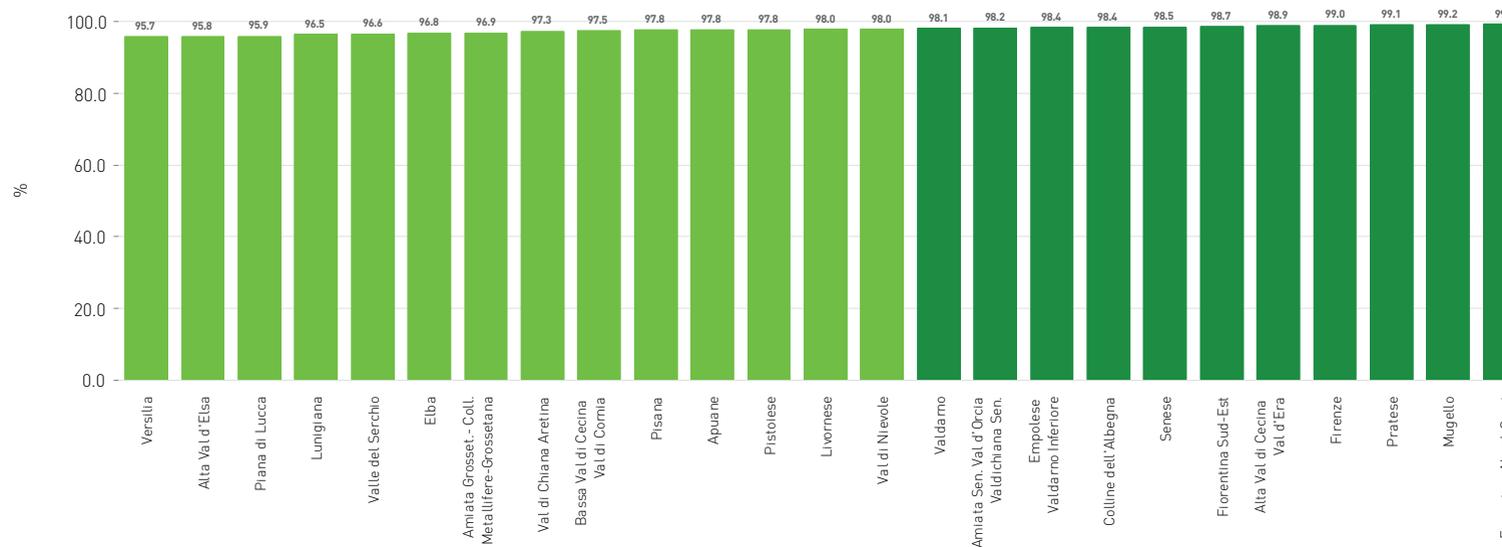
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

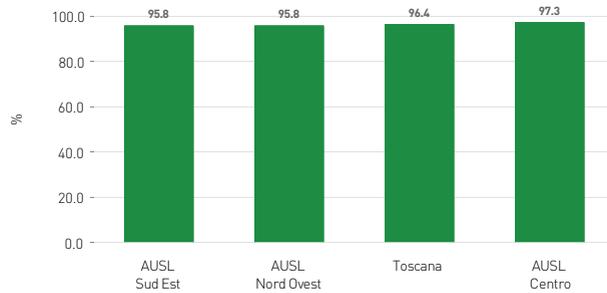


## B7.8 Copertura vaccinale varicella

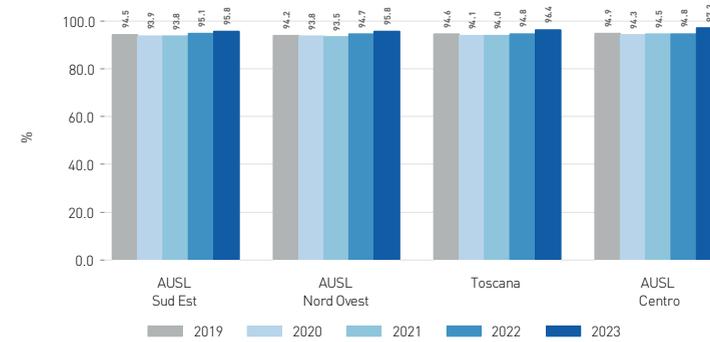
Il vaccino anti-varicella entro i due anni di età è obbligatorio, come da indicazioni del PNV 2017-2019 e dal Decreto Vaccini del 2017, per i nati a partire dal 2017. Il calcolo della copertura vaccinale è dato dal rapporto tra il numero di bambini vaccinati con la prima dose di vaccino entro i due anni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



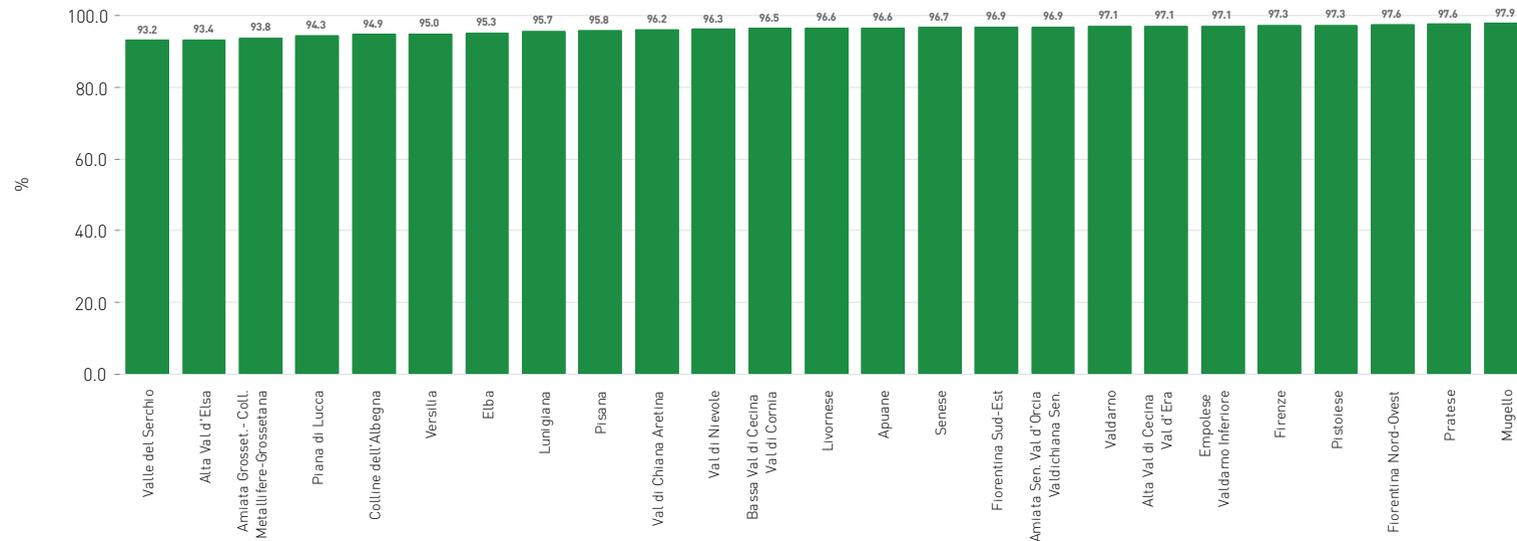
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## E1 Indagine di Clima organizzativo - Percentuale di risposta

La partecipazione all'indagine di clima organizzativo può essere considerata una proxy della volontà dei dipendenti di prendere parte alla vita aziendale. Bassi livelli di partecipazione possono essere il segnale di uno scarso interesse da parte dei dipendenti a contribuire al miglioramento della gestione aziendale. L'indagine di clima organizzativo SSR Toscana, svoltasi fra il 12 gennaio e il 10 marzo 2023, ha coinvolto complessivamente 27.772 professionisti, facendo riscontrare una crescita del tasso di partecipazione di circa il 5% rispetto all'edizione del 2019.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## 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 2022.



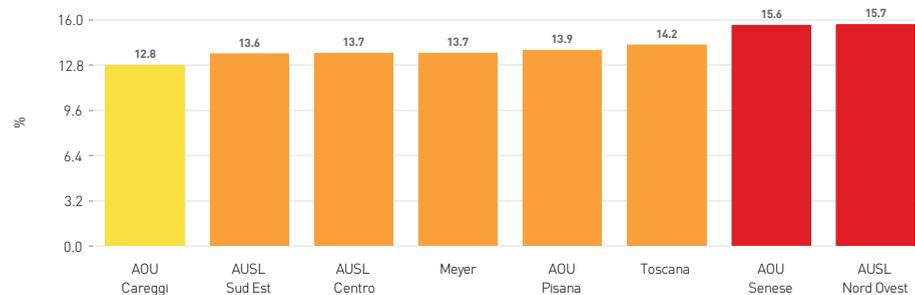
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer
<b>E2 Percentuale di assenza</b>	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>E2A Indice assenza donne vs. uomini</i>	1.59	1.71	1.55	1.61	1.68	1.49	1.31	1.87
<i>E2B Indice soffitto di cristallo</i>	1.93	2.07	2.06	1.84	1.62	1.74	2.14	1.64

## E2A Percentuale di assenza

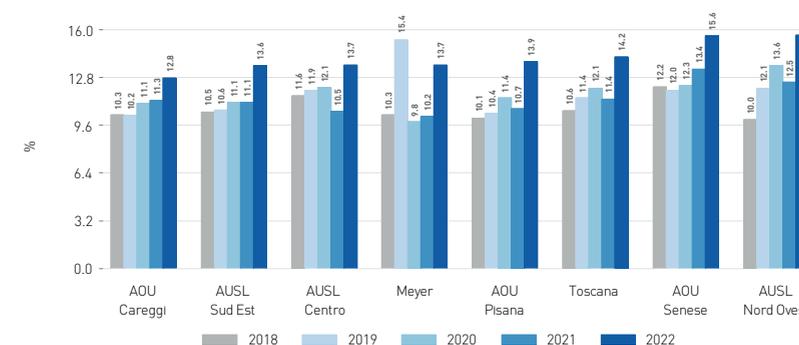
L'indicatore monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro ed è considerato una proxy del clima interno aziendale. Il valore dell'indicatore è il risultato del rapporto fra le giornate di assenza per malattie retribuite, per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001, per L.104/1992, per 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 del conto annuale. Il periodo di rilevazione dei dati presentati si riferisce all'anno 2022.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend

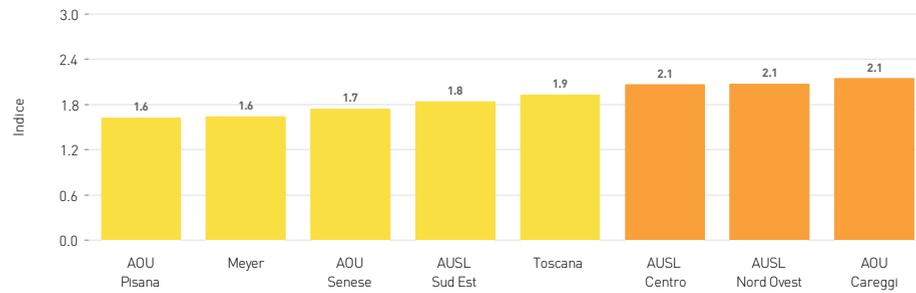


## E2B Indice soffitto di cristallo

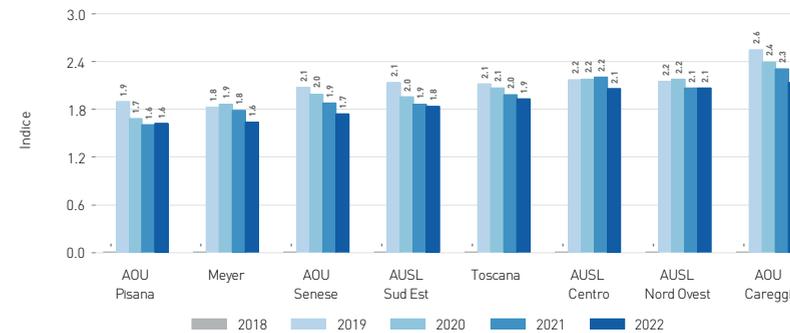
A seguito delle molteplici disposizioni introdotte al fine di valorizzare la diversità di genere, sia in ambito territoriale (D.lgs 150/2009 - L15/2009) che in ambito comunitario (Horizon guidance on Gender equality plan), ed incrementare la presenza di donne in posizioni di leadership, l'indice del soffitto di cristallo monitora lo stato di avanzamento al fine del raggiungimento della parità di genere nel settore sanitario ove ancora si evince una certa disparità tra uomini e donne. Nello specifico, sebbene via via si stia osservando una netta prevalenza di donne nella composizione del personale sanitario (70%-30%), si osserva un ribaltamento significativo nella composizione delle posizioni di vertice (30%-70%).



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## B24A Sanità digitale

L'obiettivo dell'indicatore è rilevare e valutare i cambiamenti nell'adozione della sanità digitale da parte dei cittadini e dei professionisti del settore sanitario. La crescita e l'espansione della sanità digitale sono evidenziate dal sempre maggior utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico e delle prescrizioni digitalizzate. Inoltre, l'indicatore mira a riflettere l'impatto dell'introduzione della telemedicina e il suo ruolo nello sviluppo dei servizi sanitari digitali.



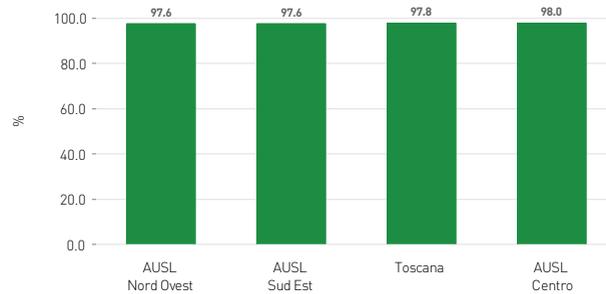
	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>B24A Sanità digitale</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B24B ePrescription									
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	97.75	97.56	98.01	97.61					
B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	97.21	96.86	97.90	96.53					
B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	69.23	56.55	75.23	69.23	85.37	68.02	81.73	70.67	73.33
B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	75.05	64.21	78.97	75.64	88.25	76.10	86.45	84.67	76.67
B24B.5 Diffusione libretto di gravidanza digitale	53.89	56.60	33.33	93.58					
B24C Fascicolo Sanitario Elettronico									
B24C.2C.1 Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni									
B24C.2C.3.1 Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE									
C13.R3.A Telemedicina									
C13.R3.1 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Reumatologica)	2.41	0.59	3.81	1.67					
C13.R3.2 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	2.31	5.93	0.47	2.31					
C13.R3.3 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	2.68	3.72	2.73	1.13					
C13.R3.4 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)	2.41	1.92	2.66	2.69					
C13.R3.5 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Infettivologica)	5.07	3.68	4.39	7.65					
C13.R3.6 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Immunologica)	8.60	8.80	7.17	19.33					
C13.R3.7 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Geriatrica)	24.60	3.55	29.09	20.89					
C13.R3.8 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Gastroenterologica)	4.77	6.79	3.96	4.89					
C13.R3.9 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Endocrinologica)	3.20	1.86	5.15	1.49					
C13.R3.10 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	5.42	8.98	4.57	3.27					
C13.R3.11 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	14.38	6.29	20.32	19.75					
C13.R3.12 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Nutrizionale)	8.10	8.35	9.42	5.44					
C13.R3.13 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)	1.81	1.37	0.41	4.42					
C13.R3.14 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Allergologica)	3.47	2.12	4.36	2.81					
C13.R3.15 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Algologica)	6.95	5.16	9.23	3.99					
C13.R3.16 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Pneumologica)	3.10	2.36	4.44	0.95					

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

La “dematerializzazione della ricetta medica” rappresenta un processo di digitalizzazione che comporta il graduale abbandono della tradizionale ricetta cartacea a vantaggio di una forma “informatica” o “elettronica”. Questo tipo di ricetta consiste in un documento digitale che consente la condivisione istantanea delle informazioni tra i vari attori coinvolti nella gestione del ciclo di vita della prescrizione. Il quadro normativo di riferimento per questo processo è il Decreto del 2 novembre 2011, che istituisce la ricetta dematerializzata. Tale normativa segna un passo avanti rispetto alla ricetta elettronica precedentemente introdotta con il DPCM del 26 marzo 2008. La ricetta dematerializzata rappresenta quindi un’evoluzione del concetto di ricetta elettronica, offrendo una maggiore efficienza e una migliore gestione delle informazioni nel contesto sanitario. L’importanza della ricetta dematerializzata risiede in diversi aspetti: riduce gli errori di prescrizione, migliorando la sicurezza dei pazienti. Inoltre, aumenta l’efficienza del sistema sanitario eliminando la gestione di documenti cartacei. La prescrizione elettronica consente anche di monitorare i dati sulle prescrizioni in tempo reale, facilitando la ricerca e l’adeguamento delle politiche sanitarie. Infine, promuove la digitalizzazione del settore sanitario, migliorando la qualità dell’assistenza fornita ai pazienti.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend

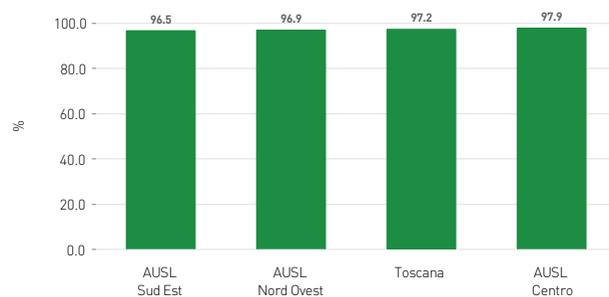


## B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

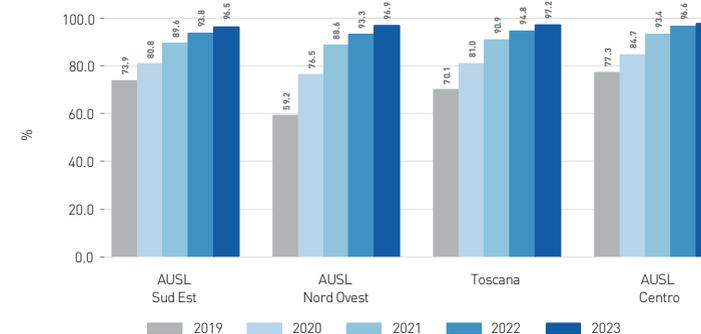
La "dematerializzazione della ricetta medica" rappresenta un processo di digitalizzazione che comporta il graduale abbandono della tradizionale ricetta cartacea a vantaggio di una forma "informatica" o "elettronica". Questo tipo di ricetta consiste in un documento digitale che consente la condivisione istantanea delle informazioni tra i vari attori coinvolti nella gestione del ciclo di vita della prescrizione. Il quadro normativo di riferimento per questo processo è il Decreto del 2 novembre 2011, che istituisce la ricetta dematerializzata. Tale normativa segna un passo avanti rispetto alla ricetta elettronica precedentemente introdotta con il DPCM del 26 marzo 2008. La ricetta dematerializzata rappresenta quindi un'evoluzione del concetto di ricetta elettronica, offrendo una maggiore efficienza e una migliore gestione delle informazioni nel contesto sanitario. L'importanza della ricetta dematerializzata risiede in diversi aspetti: riduce gli errori di prescrizione, migliorando la sicurezza dei pazienti. Inoltre, aumenta l'efficienza del sistema sanitario eliminando la gestione di documenti cartacei. La prescrizione elettronica consente anche di monitorare i dati sulle prescrizioni in tempo reale, facilitando la ricerca e l'adeguamento delle politiche sanitarie. Infine, promuove la digitalizzazione del settore sanitario, migliorando la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.



### Aziende - Dati 2023



### Aziende - Trend



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

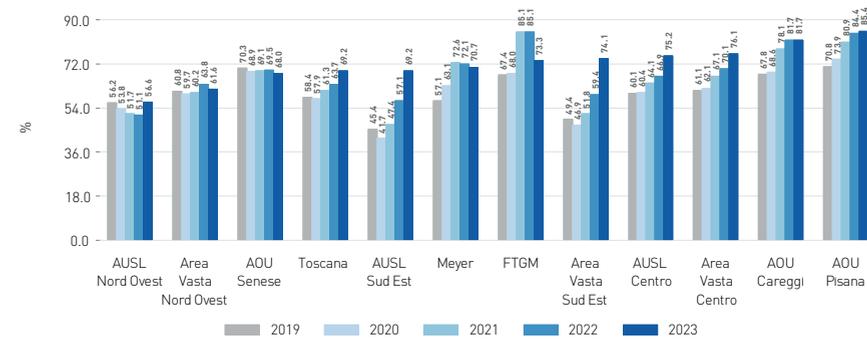
L'indicatore è calcolato confrontando il "Numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione farmaceutica elettronica o dematerializzata" con il "Numero di specialisti a cui è stato assegnato almeno un ricettario cartaceo negli ultimi due anni. Bisogna sottolineare che Il dato regionale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



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend

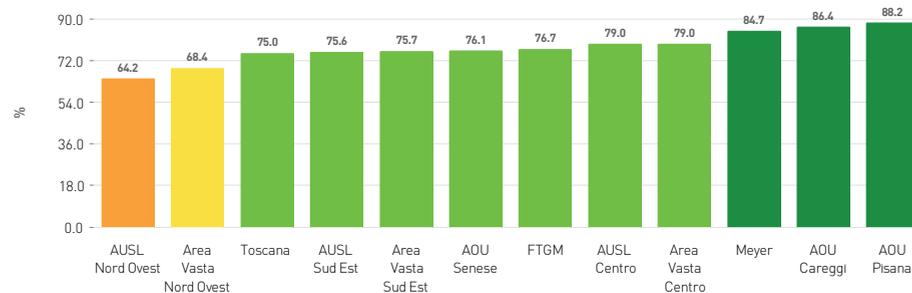


### B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata

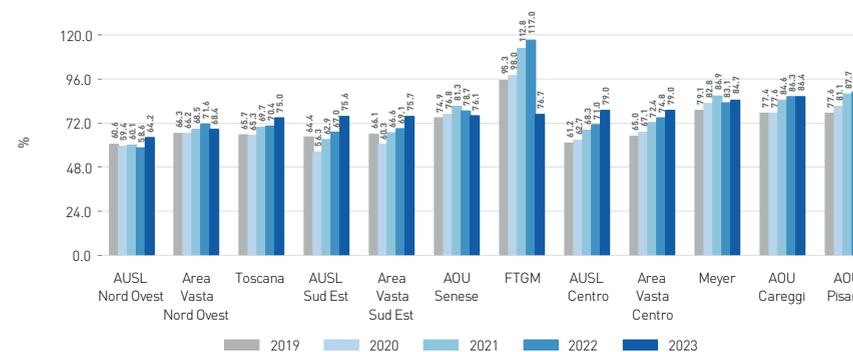
L'indicatore restituisce la misura percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata e si calcola utilizzando il numero di medici con ricettario cartaceo che hanno una prescrizione specialistica elettronica o dematerializzata confrontato al numero 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 2023



Aziende - Trend

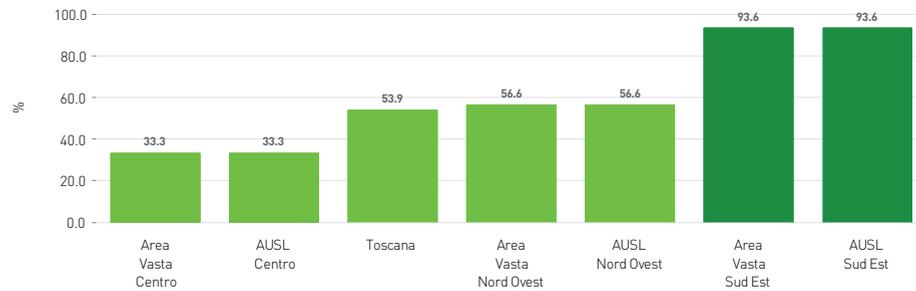


## B24B.5 Diffusione libretto di gravidanza digitale

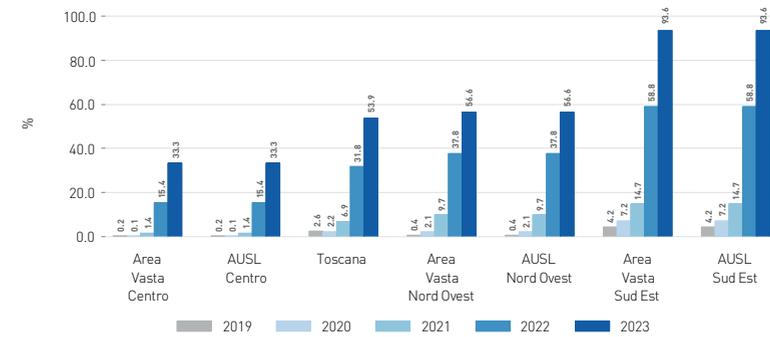
L'indicatore monitora la diffusione dei libretti di gravidanza digitale in Toscana e verifica il raggiungimento degli obiettivi annuali fissati da Regione Toscana in termini di percentuale di libretti digitali sul totale dei libretti consegnati.



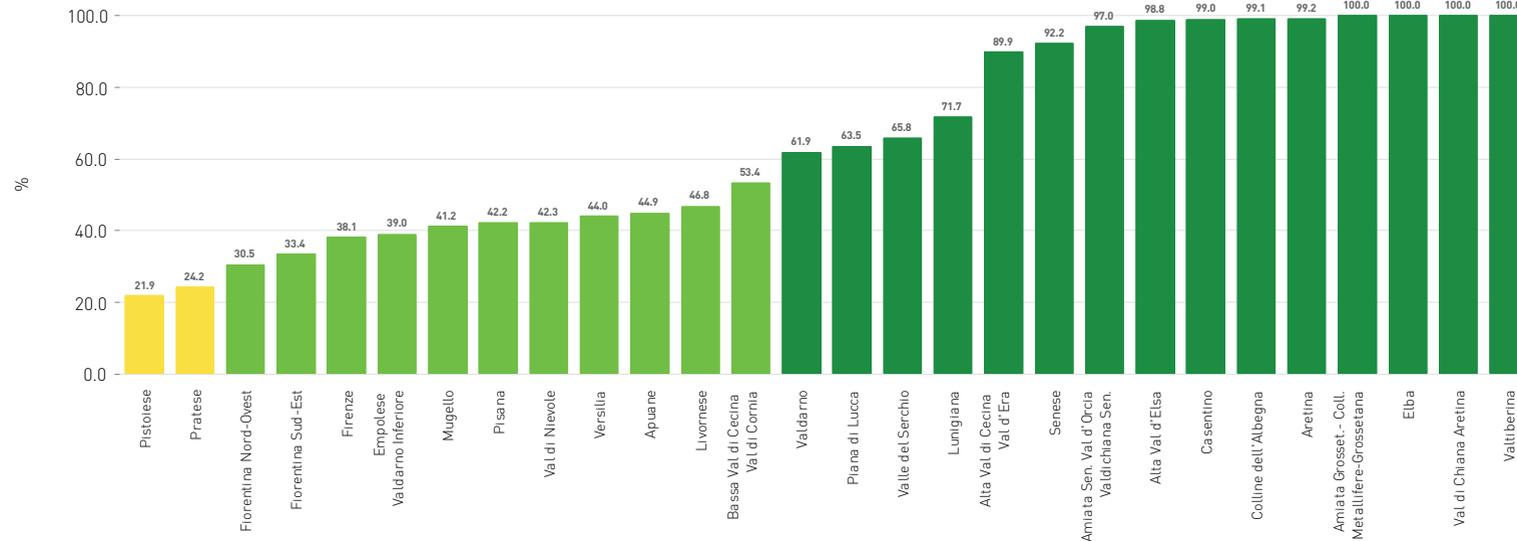
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Stabilimenti - Dati 2023

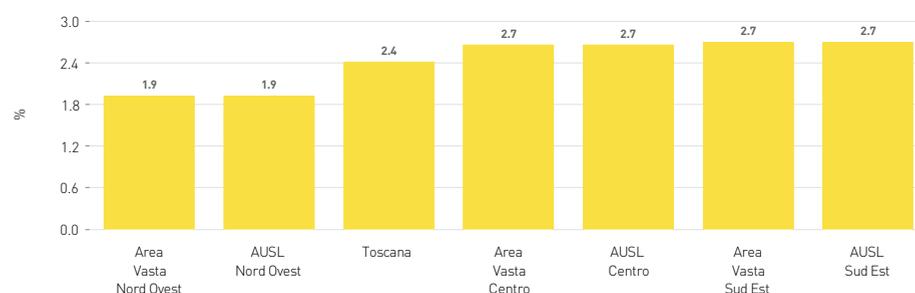


### C13.R3.4 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)

L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Neurologica). Le televisite rappresentano un'innovazione significativa per i pazienti e il sistema sanitario. Questo approccio permette alle persone di ricevere cure mediche e consulenze a distanza, migliorando l'accessibilità e l'efficienza delle cure. Le televisite consentono ai pazienti di consultare i medici da casa propria, riducendo i tempi di attesa e i costi associati agli spostamenti. Inoltre, le televisite possono svolgere un ruolo fondamentale nelle aree remote o nelle comunità con limitata disponibilità di servizi sanitari.



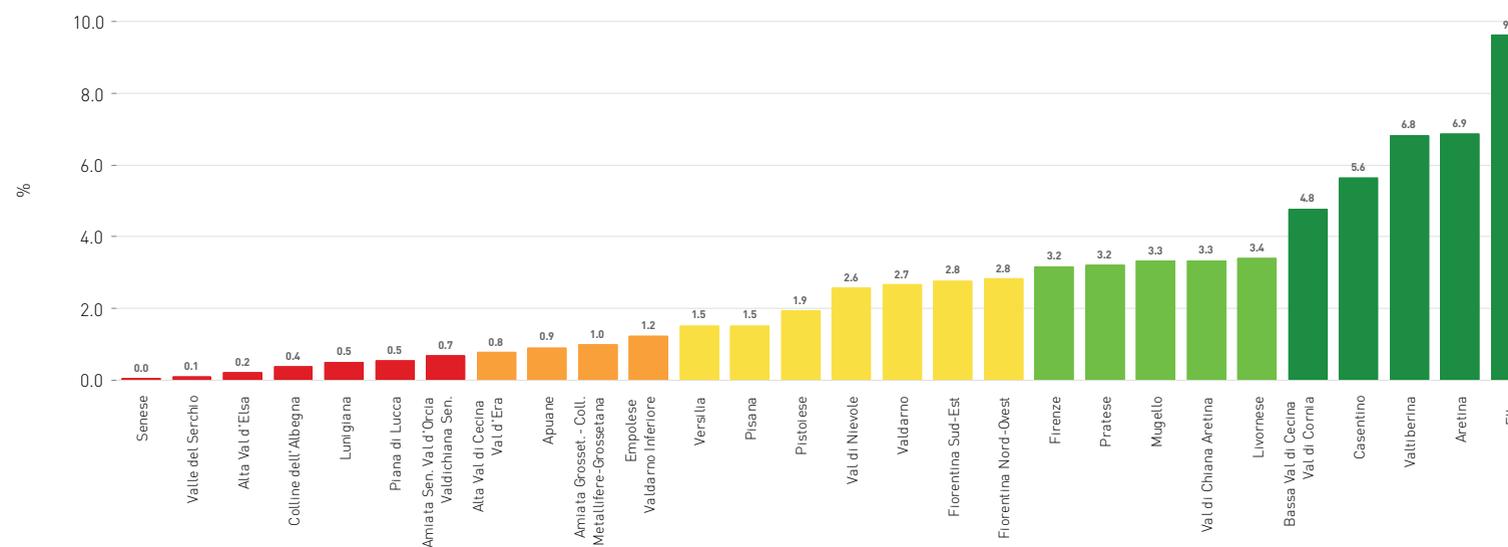
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023

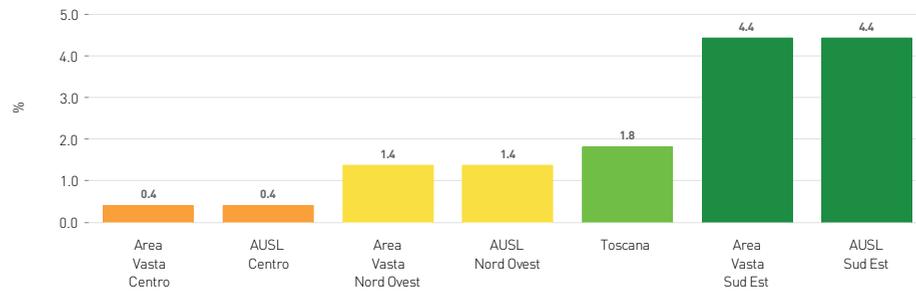


### C13.R3.13 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)

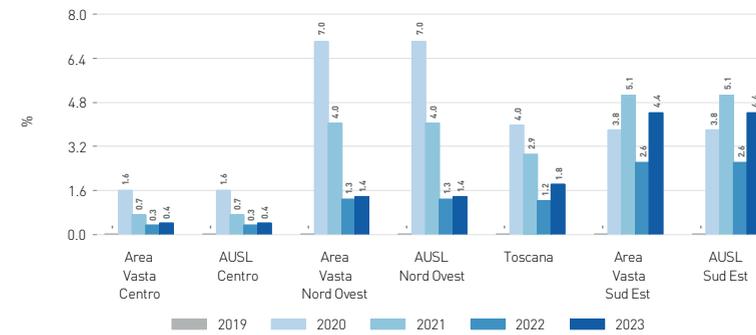
L'indicatore monitora la proporzione delle televisite di controllo sul totale delle visite di controllo (Cardiologica). Le televisite rappresentano un'innovazione significativa per i pazienti e il sistema sanitario. Questo approccio permette alle persone di ricevere cure mediche e consulenze a distanza, migliorando l'accessibilità e l'efficienza delle cure. Le televisite consentono ai pazienti di consultare i medici da casa propria, riducendo i tempi di attesa e i costi associati agli spostamenti. Inoltre, le televisite possono svolgere un ruolo fondamentale nelle aree remote o nelle comunità con limitata disponibilità di servizi sanitari.



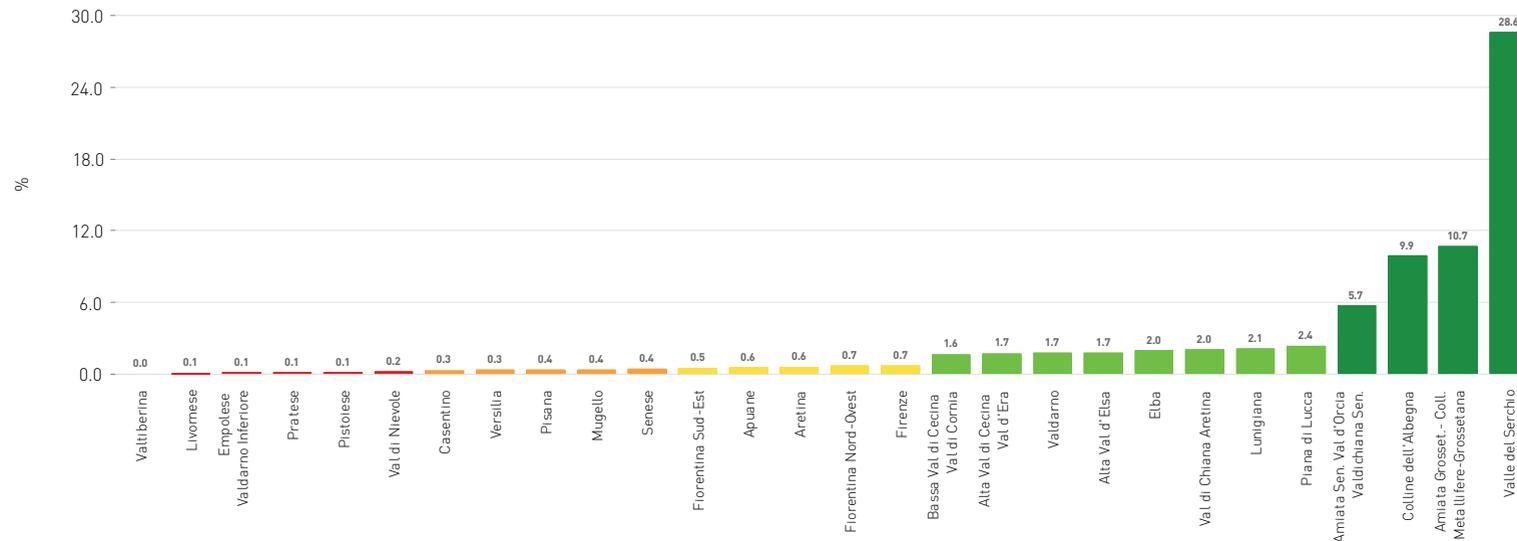
Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



Zone Distretto - Dati 2023



## C23 Infermieristica di Famiglia e Comunità

L'Infermiere di Famiglia come definito dalla WHO è il Professionista che aiuta gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del loro tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri consigliano riguardo gli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio, così come assistono le famiglie con problemi riguardanti la salute. Attraverso la diagnosi precoce, essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati in uno stadio precoce. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e degli altri servizi sociali, possono identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia ed indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est
<b>C23 Infermieristica di Famiglia e Comunità</b>	●	●	●	●
C23.1 Presa in carico				
C23.1.1 Presa in carico del paziente nel ruolo di IFeC	86.11	87.47	87.55	83.31
C23.1.2 Condivisione del percorso con mmg nella presa in carico	66.81	71.78	60.63	68.03
C23.1.3 Condivisione delle modifiche con mmg nella presa in carico	64.57	70.45	58.36	64.89
C23.1.4 Decisioni sul percorso del paziente con mmg nella presa in carico	59.32	64.02	54.79	59.14
C23.1.5 Verifica regolare dei piani assistenziali nella presa in carico	75.63	79.17	76.17	71.55
C23.1.6 Verifiche e monitoraggi con mmg nella presa in carico	54.46	60.86	49.25	53.26
C23.1.7 Verifiche e monitoraggio con il team nella presa in carico	63.79	68.26	61.83	61.30
C23.1.8 Personalizzazione delle cure nel ruolo di IFeC	84.09	84.66	86.60	81.01
C23.2 Valutazione collaborazione con altri Infermieri				
C23.2.1 Valutazione collaborazione con Inf. Esperto di Accessi Vascolari	59.41	35.70	70.27	72.25
C23.2.2 Valutazione collaborazione con Inf. esperto di Cure Palliative	64.95	72.06	66.07	56.71
C23.2.3 Valutazione collaborazione con Inf. esperto di Stomie	57.89	48.41	74.41	50.84
C23.2.4 Valutazione collaborazione con Inf. esperto di Wound Care	72.12	62.33	81.04	73.00
C23.3 Valutazione collaborazione con altri Professionisti				
C23.3.1 Continuità delle cure nel ruolo di IFeC	85.08	86.33	87.37	81.55
C23.3.2 Valutazione collaborazione con Mmg	50.41	55.89	43.63	51.71
C23.3.3 Valutazione collaborazione con Assistente Sociale	57.76	59.95	60.33	52.99
C23.3.4 Valutazione collaborazione con Cardiologo	16.42	19.67	12.81	16.78
C23.3.5 Valutazione collaborazione con Geriatra	23.19	21.23	26.07	22.25
C23.3.6 Valutazione collaborazione con Oncologo	35.83	38.34	32.22	36.93
C23.3.7 Valutazione collaborazione con Pneumologo	28.81	21.15	12.82	52.47
C23.3.8 Valutazione collaborazione con Palliativista	85.44	80.07	93.82	82.41
C23.3.9 Valutazione collaborazione con Fisioterapista	28.10	25.82	32.19	26.27
C23.3.10 Valutazione collaborazione con Logopedista	16.72	14.76	14.53	20.85
C23.3.11 Valutazione collaborazione con Nutrizionista	38.32	30.15	36.75	48.07
C23.4 Accrescimento del bagaglio personale nel ruolo di IFeC	78.90	78.49	82.12	76.10
C23.6 Popolazione di riferimento	3235.97	3511.67	3481.84	2714.39

---

---

# EFFICIENZA

a cura di Alessia Caputo, Benedetta Dal Canto,  
Giaele Moretti, Davide Trinchese



## 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. 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. L'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in altre classi di farmaci.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	
<i>F12A.14A Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto</i>	54.83	53.47	58.94	49.41					
F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	87.51	86.82	87.87	87.91					
F12A.19 Ospedaliere									
F20.7.1 Spesa per UP Imatinib*	1.00	0.99	1.08	0.90					
F20.8.1 Spesa per UP Etanercept*	51.75	51.88	52.74	50.33					
F20.9.1 Spesa per UP Infliximab*	73.21	66.31	82.63	78.96					
F20.10.1 Spesa per MG Rituximab	0.45	0.41	0.41	0.39	0.46	0.46	0.51	0.48	
F20.11.1 Spesa per mg Trastuzumab	0.45	0.45	0.43	0.44	0.46	0.41	0.43		
F20.12.1 Spesa per UP Adalimumab*	41.42	41.06	43.58	39.40					
F20.13.1 Spesa per UP Follitropina*	119.00	112.33	138.93	98.82					
F20.14.1 Spesa per UP Enoxaparina*	1.83	1.85	1.80	1.80					
F20.15.1 Spesa per UP Somatropina*	135.73	145.60	135.20	117.12					
F20.16.1 Spesa per UP Epoietina*	8.96	9.26	8.68	8.97					
F20.17.2 Spesa per UP Fattori di crescita delle colonie*	6.68	6.47	6.71	6.92					
F20.18.1 Spesa per UP Insulina Glargine*	8.01	7.80	7.98	8.41					
F20.19.1 Spesa per UP Insulina lispro*	7.38	7.29	7.37	7.53					
F20.20.1 Spesa per UP Teriparatide*	223.36	214.26	235.14	219.47					
F12A.25 Distribuzione Diretta e Per Conto									
F12A.25.1 Percentuale di Dimessi da ricovero con erogazione in Distribuzione Diretta	55.79	83.37	39.14	55.75	19.51	60.91	60.82	52.78	88.19
F12A.25.2 Percentuale di Dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in Distribuzione Diretta	23.14	31.18	19.68	19.91	18.05	25.50	23.22	23.43	6.14
F12A.25.3 Incidenza spesa medicinali dell'elenco DPC erogati tramite distribuzione convenzionata	0.86	0.78	0.89	0.95					

\*per questi indicatori il dato mostrato in corrispondenza delle Aziende Territoriali si riferisce al dato di Area Vasta

## F12C Dispositivi medici

I Dispositivi Medici (DM) rappresentano una delle tecnologie sanitarie essenziali per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Negli ultimi anni, hanno apportato un contributo fondamentale alla pratica clinica, migliorando i livelli di salute e la qualità della vita grazie a una maggiore prevenzione, diagnosi e cura di un numero crescente di patologie. L'innovazione nello sviluppo di nuovi DM rappresenta uno dei principali driver dell'incremento della spesa sanitaria.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>F12C Dispositivi medici</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>F10.3.5 Spesa per dispositivi medici sul fabbisogno sanitario nazionale</i>									
<i>F10.3.6 Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza</i>	129.39	76.31	84.90	88.27	177.41	169.44	272.48	63.19	843.18
<i>F12C.A Dispositivi medici ad alto consumo, basso costo</i>									
<i>F12C.3.1A Consumo di siringhe per giornata di degenza</i>	6.06	4.72	5.22	4.88	7.53	7.15	9.10	7.73	12.28
<i>F12C.3.2B Spesa per siringhe per giornata di degenza</i>	0.73	0.36	0.64	0.58	0.74	0.71	1.60	1.08	2.29
<i>F12C.4.1B Spesa per guanti per giornata di degenza</i>	2.62	1.86	2.97	2.09	2.80	2.94	3.70	1.64	4.61
<i>F12C.3 Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento per giornata di degenza</i>	5.90	5.00	6.55	5.80	6.25	6.22	7.08	3.87	10.28
<i>F10.3.1 Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG</i>	24.21	21.94	28.30	20.13	20.46	24.06	30.30	17.21	20.70
<i>F10.3.3 Spesa per guanti non chirurgici, usati in regime di ricovero</i>	1.91	1.42	2.36	1.53	1.68	2.47	2.32	0.87	3.40
<i>F10.3.7 Spesa ospedaliera per medicazioni generali e specialistiche per giornata di degenza</i>	4.55	2.72	3.35	3.00	8.70	5.08	8.77	3.39	8.25
<i>F10.3.7.1A Spesa ospedaliera per medicazioni generali per giornata di degenza</i>	1.45	1.07	1.11	1.18	2.72	1.53	2.19	0.99	1.76
<i>F10.3.7.1B Spesa ospedaliera per medicazioni specialistiche per giornata di degenza</i>	2.65	1.39	1.81	1.55	5.25	3.32	5.60	1.82	5.89
<i>F12C.B Dispositivi medici a basso consumo, alto costo</i>									
<i>F12C.B.1 Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Protesi d'anca</i>	19.28	18.62	15.89	16.03	24.16	24.03	25.96		
<i>F12C.B.2 Costo del dispositivo per punto DRG: Protesi d'anca</i>	777.41	749.15	640.11	643.82	985.72	968.78	1050.34		
<i>F12C.B.4 Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Pacemaker</i>	48.31	47.65	64.59	45.64	50.60	31.67	43.23		
<i>F12C.B.5 Costo del dispositivo per punto DRG: Pacemaker</i>	945.44	858.51	1038.91	944.06	929.34	788.26	1022.01		
<i>F12C.B.6 Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Valvole transcateretere</i>	97.35				78.64	87.71	106.52		115.14
<i>F12C.B.7 Costo del dispositivo per punto DRG: Valvole transcateretere</i>	4234.71				3426.99	3808.45	4637.87		4998.89
<i>F12C.B.8 Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Stent Coronarici</i>	9.79	12.80	9.44	9.48	9.31	8.42	9.72		
<i>F12C.B.9 Costo del dispositivo per punto DRG: Stent Coronarici</i>	399.00	522.48	378.89	381.89	392.07	345.20	394.64		
<i>F12C.B.12 Incidenza del costo del dispositivo sulla tariffa: Altri Stent</i>	11.89	27.29	9.08	16.94	4.25	11.89	9.53		
<i>F12C.B.13 Costo del dispositivo per punto DRG: Altri Stent</i>	452.46	932.84	374.69	668.59	149.32	492.59	405.74		

## F1 Equilibrio economico reddituale

L'indicatore F1 analizza l'equilibrio economico ed esprime la capacità dell'azienda di raggiungere condizioni di funzionalità e sviluppo durature nel tempo. L'indicatore si compone di tre indici: il primo esprime la situazione economica complessiva dell'azienda; il secondo analizza la situazione economica della gestione caratteristica che corrisponde all'attività principale svolta dall'azienda, ossia l'attività sanitaria; il terzo misura l'efficienza dell'utilizzo del capitale investito. I dati di questi indicatori fanno riferimento ai bilanci 2022 (Conto Economico e Stato Patrimoniale).



### F1 Equilibrio economico reddituale

F1.1 Equilibrio economico generale

F1.2 Equilibrio economico sanitario

F1.3 ROI

	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	-0.80	-2.09	-0.32	-3.27	-2.22	-2.12	-1.89	-2.68	0.00
	2.89	0.42	1.66	-0.22	2.41	3.08	2.14	1.22	2.79
	3.65	0.63	2.39	-0.34	1.62	1.91	1.66	0.99	2.16

## F1.1 Equilibrio economico generale

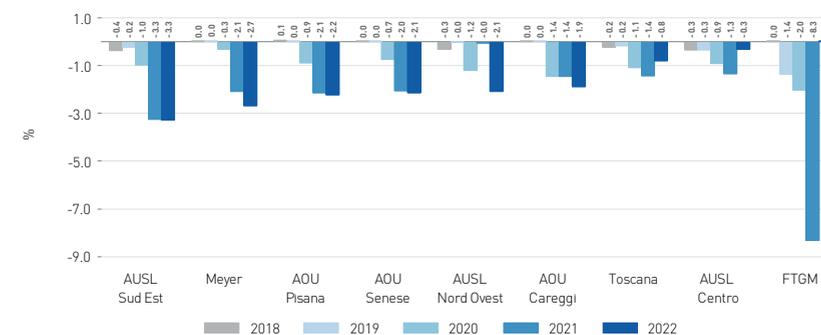
L'equilibrio economico generale è calcolato come rapporto tra il risultato d'esercizio ed il valore della produzione così come riportato dal flusso Conto Economico (CE). L'indicatore esprime la capacità del management di realizzare l'attività aziendale sostenendo costi in equilibrio con il complesso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



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## F1.2 Equilibrio economico sanitario

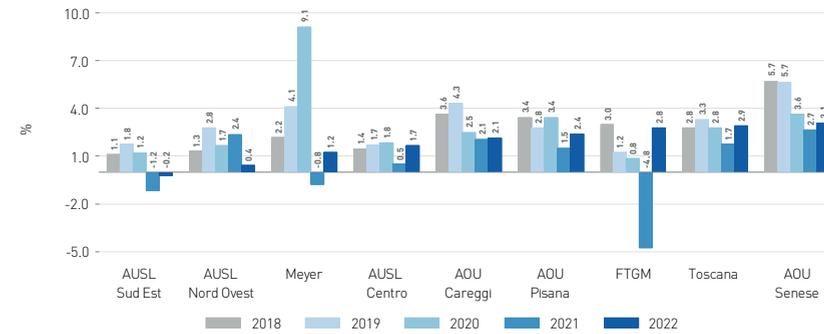
L'indicatore F1.2 indica la capacità dell'azienda di raggiungere l'equilibrio economico relativo all'attività tipica, escludendo quindi sia i fattori straordinari (plu-svalenze o le sopravvenienze passive), sia i risultati positivi o negativi derivanti dalle altre gestioni. E' costruito come il rapporto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



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## F3 Equilibrio patrimoniale finanziario

L'indicatore di equilibrio patrimoniale-finanziario mira a monitorare gli indicatori di solvibilità e solidità tradizionalmente utilizzati nelle analisi di bilancio. A questi sono stati aggiunti indicatori relativi alle politiche di investimento. L'unico indicatore di valutazione è l'indice di disponibilità che misura la capacità dell'azienda di essere solvibile, ossia la capacità di far fronte agli impegni di pagamento di breve periodo (passivo corrente) con impieghi di breve periodo (attivo corrente) e per il quale il valore di riferimento è superiore all'unità. I dati si riferiscono all'esercizio 2022.



	Regione Toscana	AUSL Nord Ovest	AUSL Centro	AUSL Sud Est	AOU Pisana	AOU Senese	AOU Careggi	Meyer	Fond. G. Monasterio
<b>F3 Equilibrio patrimoniale finanziario</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●
F3.1 Indice di disponibilità	1.36	1.06	1.20	1.24	1.27	1.88	1.18	1.44	1.71
F3.2 Politiche di investimento									
F3.2.1 Incidenza canoni leasing e noleggio	28.35	26.00	35.68	23.08	32.34	13.10	24.60	31.49	24.69
F3.2.2 Percentuale di obsolescenza tecnica		86.82	90.40	87.77	93.11	80.83	88.55	80.97	83.62
F3.2.3 Indice rinnovo investimenti	3.04	2.32	2.08	2.71	3.34	5.39	2.87	5.74	28.26
F3.4 Costi di finanziamento									
F3.4.1 Indice di onerosità	3.38	2.37	1.56	1.62	3.00	4.49	2.72	3.57	1.37
F3.4.2 Dilazione dei debiti	112.84	95.04	102.28	119.90	168.57	150.90	153.51	163.18	
F3.4.3 Tempestività dei pagamenti	-27.06	-4.38	-17.89	4.41	12.99	-15.38	23.57	-1.68	-0.58

### F3.1 Indice di disponibilità

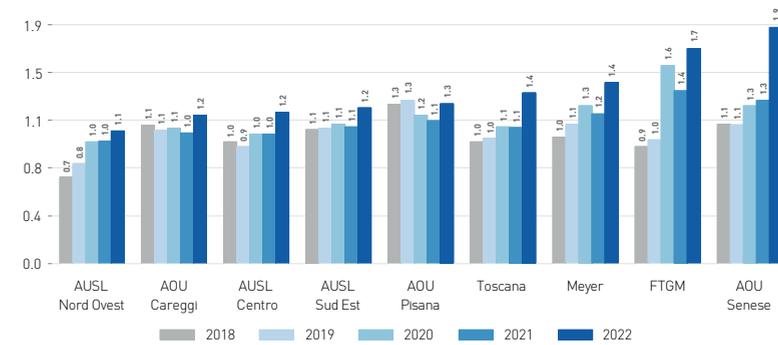
L'indice di disponibilità valuta la solvibilità dell'azienda, intesa come capacità di far fronte ai propri impegni a breve attraverso le attività correnti, ossia cassa, crediti a breve termine e rimanenze di magazzino.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend



## F19A Costo medio per punto Drg

L'indicatore intende misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto inter-regionale, i punti DRG utilizzati fanno riferimento ai pesi indicati nel decreto ministeriale del 2008 (D.M. 18.12.2008). Per quanto riguarda la stima dei costi relativi ai ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti e dei trapianti al netto dei costi per i servizi ricevuti da altre aziende per l'assistenza ospedaliera e per i trapianti (che per le aziende territoriali riguarda prevalentemente i costi per la mobilità passiva). La fonte dei dati è il flusso LA ed i dati sono relativi all'anno 2022.



### F19A.3 Costo medio per punto Drg

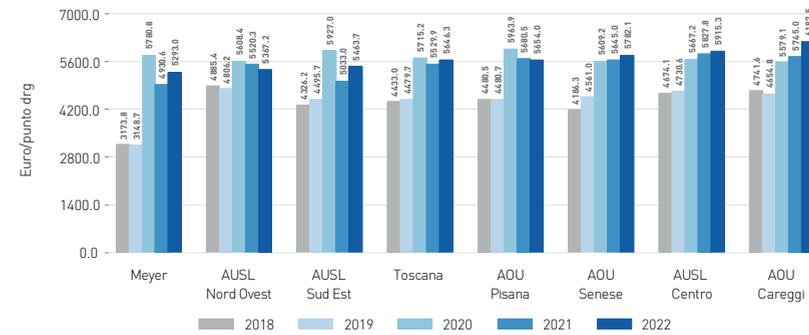
L'indicatore intende misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto inter-regionale, i punti DRG utilizzati fanno riferimento ai pesi indicati nel decreto ministeriale del 2008 (D.M. 18.12.2008). Per quanto riguarda la stima dei costi relativi ai ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti e dei trapianti al netto dei costi per i servizi ricevuti da altre aziende per l'assistenza ospedaliera e per i trapianti (che per le aziende territoriali riguarda prevalentemente i costi per la mobilità passiva). La fonte dei dati è il flusso LA ed i dati sono relativi all'anno 2022.



Aziende - Dati 2023



Aziende - Trend







# IL TEAM DEL LABORATORIO MANAGEMENT E SANITÀ



---

## 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 2023 hanno fatto parte del network sono Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento, Lombardia 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](http://www.performance.santannapisa.it)

### Responsabili scientifici del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana:

Milena Vainieri e Sabina Nuti

### Coordinamento del Sistema di Valutazione della Performance:

Alessia Caputo, Alessandro Vinci e Giuseppe D'Orio

### Coordinamento statistico ed elaborazione dati

Giuseppe D'Orio

### 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:

Chiara Barchielli, Nicola Bellè, Alessandro Bonanni, Paola Cantarelli, Alessia Caputo, Domenico Cerasuolo, Elisa Conti, Federica Covre, Benedetta Dal Canto, Chiara De Lena, Sabina De Rosis, Piermario Di Grazia, Giuseppe D'Orio, Cristina Facchi, Amerigo Ferrari, Maria Francesca Furmenti, Manuela Furlan, Andrea Garuglieri, Fabio Gentile, Sofia Longhi, Claudio Mazzi, Giaele Moretti, Anna Maria Murante, Francesco Noferi, Francesca Pennucci, Elisa Peruzzo, Luca Pirrotta, Silvia Podetti, Filippo Quattrone, Chiara Seghieri, Marzia Cettina Severino, Veronica Spataro, Lorenzo Taddeucci, Davide Trinchese, Milena Vainieri, Andrea Vandelli, Davide Vicari e Alessandro Vinci.

### Coordinamento, progettazione editoriale, editing del report:

Alessandro Bonanni, Piermario Di Grazia, Francesco Noferi e Alessandro Vinci.









---