

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

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana

Report 2013

Nell'ambito del Sistema di Valutazione della Performance sono stati concessi alla Scuola Superiore Sant'Anna e alla Regione Toscana i seguenti brevetti:

- Brevetto "Sistema di Valutazione della Performance delle Aziende Sanitarie", n. 0001358839, rilasciato in data 10 aprile 2009 dal Ministero dello Sviluppo Economico Ufficio Italiano Brevetti e Marchi.
- Brevetto "Metodo per la Gestione di Indicatori Multidimensionali di Performance di Aziende di Servizi", n. 0001389298, rilasciato in data 14 giugno 2011 dal Ministero dello Sviluppo Economico Ufficio Italiano Brevetti e Marchi.

© copyright 2014



Questo volume, a cura di Sabina Nuti e Linda Marcacci, è stato predisposto grazie al lavoro di tutto il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, coadiuvato dai dirigenti e dal personale della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale e dagli altri soggetti del Sistema Sanitario Toscano, quali l'ARS (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana), l'ISPO (Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica), l'OTT (Organizzazione Toscana Trapianti) e l'ITT (Istituto Toscano Tumori).

In particolare si ringrazia Serenella Acciai, Emanuela Balocchi, Giancarlo Berni, Simona Carli, Mario Cecchi, Cecilia Chiarugi, Loredano Giorni, Valtere Giovannini, Roberto Gusinu, Andrea Leto, Edoardo Majno, Daniela Matarrese, Maria Teresa Mechi, Marco Menchini, Lorenzo Pescini, Piero Salvadori, Carla Rizzuti, Alessandro Rosselli, Riccardo Tartaglia, Barbara Trambusti, Alberto Zanobini, 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.

INDICE

Prefazione <i>Luigi Marroni</i>	11

PARTE I IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

a cura di Sabina Nuti

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana <i>Sabina Nuti</i>	13
La valutazione 2013 della performance delle aziende sanitarie toscane <i>Sabina Nuti</i>	35

PARTE II LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

a cura di Sara Barsanti

Introduzione	71
Stili di vita (Indagine PASSI) - B2 <i>Giuseppe D'Orio</i>	73
Estensione ed adesione agli screening oncologici - B5 <i>Nicola Iacovino</i>	83
Donazioni di sangue e di organi - B6 <i>Barbara Lupi</i>	90
Copertura vaccinale - B7 <i>Nicola Iacovino</i>	94
Gestione dei dati - B8a <i>Maria Sole Bramanti</i>	102
Mobilità - B12a <i>Maria Sole Bramanti</i>	118
Capacità attività di ricerca (AA. OO. UU.) - B15 <i>Sara Barsanti</i>	122
Comunicazione e partecipazione del cittadino - B16 <i>Giulia Capitani</i>	131
Tempi di attesa - B20a <i>Nicola Iacovino</i>	135
Attività fisica adattata (AFA) - B22 <i>Giulia Capitani</i>	149
Accreditamento - B23a <i>Anna Bonini, Elisabetta Flore</i>	153
Carta Sanitaria Elettronica (CSE) - B24 <i>Maria Sole Bramanti</i>	154
Variabilità della chirurgia elettiva - B25 <i>Chiara Seghieri, Valentina Rosellini</i>	160
Sanità di iniziativa - B26 <i>Anna Maria Murante</i>	164
Cure Domiciliari - B28 <i>Sara Barsanti, Chiara Speroni</i>	166

PARTE III LA VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA

a cura di Anna Bonini

Introduzione	171
Capacità di governo della domanda - C1a <i>Valentina Rosellini</i>	172
Efficienza delle attività di ricovero - C2 <i>Maria Sole Bramanti</i>	176
Efficienza pre-operatoria - C3a <i>Maria Sole Bramanti</i>	178
Appropriatezza chirurgica - C4a <i>Maria Sole Bramanti</i>	180
Appropriatezza medica - C14 <i>Maria Sole Bramanti</i>	184
Qualità di processo - C5a <i>Valentina Rosellini</i>	191
Esiti - C5c e C5d <i>Valentina Rosellini, Chiara Seghieri</i>	198
Ricoveri ripetuti - C5e <i>Valentina Rosellini, Silvia Forni</i>	202
Rischio clinico - C6c <i>Elisabetta Flore</i>	205
Materno Infantile assistenza al parto - C7b <i>Manila Bonciani, Barbara Lupi</i>	212
Materno Infantile assistenza territoriale - C7c <i>Manila Bonciani, Barbara Lupi</i>	219
Efficacia del territorio - C8b <i>Chiara Speroni</i>	228
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica - C9a <i>Carla Rizzuti, Federico Vola, Laura d'Amato</i>	231
Efficacia assistenziale delle patologie croniche - C11a <i>Chiara Speroni</i>	254
Tasso di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche - C13 <i>Chiara Speroni</i>	266
Salute mentale - C15a <i>Barbara Lupi, Maria Sole Bramanti</i>	268
Percorso Emergenza-Urgenza - C16a <i>Federica Vasta</i>	271

PARTE IV LA VALUTAZIONE ESTERNA

a cura di Anna Maria Murante

Introduzione	279
Soddisfazione degli utenti del Pronto Soccorso - D8a <i>Cinzia Panero, Emiliano Pardini</i>	281
Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso - D9a <i>Federica Vasta</i>	287
Percentuale di dimissioni ospedaliere volontarie di pazienti in regime di ricovero - D18a <i>Maria Sole Bramanti</i>	288
Soddisfazione delle utenti del percorso materno Infantile - D17 <i>Anna Maria Murante, Federica Covre, Chiara Vinattieri</i>	290

PARTE V LA VALUTAZIONE INTERNA

a cura di Francesca Sanna, Domenico Cerasuolo

Introduzione	295
Percentuale di assenza - E2 <i>Francesca Sanna, Fabio Fagioli</i>	296
Tasso di infortuni - E3 <i>Francesca Sanna, Fabio Fagioli</i>	297

PARTE VI LA VALUTAZIONE DELL'EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA

a cura di Milena Vainieri

Introduzione	299
Equilibrio economico-reddituale - F1 <i>Milena Vainieri, Fabio Fagioli</i>	300
Equilibrio patrimoniale-finanziario - F3 <i>Milena Vainieri, Fabio Fagioli</i>	304
Governo della spesa farmaceutica - F10a <i>Carla Rizzuti, Federico Vola, Laura d'Amato</i>	306
Indice di compensazione extraregionale - F11 <i>Milena Vainieri, Fabio Fagioli</i>	308
Efficienza prescrittiva farmaceutica - F12b <i>Carla Rizzuti, Federico Vola, Laura d'Amato</i>	309
Dispositivi medici - F12c <i>Carla Rizzuti, Federico Vola, Laura d'Amato</i>	323
Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (PISLL) - F15a <i>Anna Cristina Fabrizi, Fabio Fagioli</i>	326
Efficienza ed efficacia nella Sicurezza Alimentare e Nutrizione, e Sanità Pubblica Veterinaria (SPV-IAN) - F16a <i>332 Anna Cristina Fabrizi, Fabio Fagioli</i>	
Costo sanitario pro-capite - F17 <i>Milena Vainieri, Anna Cristina Fabrizi, Fabio Fagioli</i>	338
Costo medio per punto Drg ministeriale dei ricoveri per acuti - F19a <i>Milena Vainieri, Cristiana Bettelli</i>	339
Igiene e Sanità Pubblica - F21 <i>Anna Cristina Fabrizi, Fabio Fagioli</i>	340

Allegati

IL LABORATORIO MANAGEMENT E SANITÀ	345
RIFERIMENTI NORMATIVI	347
BIBLIOGRAFIA	351

Prefazione

Dieci anni fa la Sanità toscana ha adottato un sistema di valutazione delle performance, elaborato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che in questi anni ha fatto scuola anche oltre i confini regionali, segnando la differenza nell'ambito degli strumenti di valutazione e programmazione della sanità.

In Toscana la valutazione ha apportato un contributo fondamentale alla riflessione interna al sistema sanitario, incrementando la capacità di tutti gli attori - dai medici, agli operatori sanitari, agli amministratori fino ai cittadini - di osservare e giudicare con obiettività gli aspetti positivi e quelli negativi del servizio sanitario regionale, le azioni da incrementare e quelle da evitare per offrire un'assistenza sanitaria orientata al miglioramento continuo dei propri standard qualitativi.

Anche quest'anno, il validato sistema dei bersagli fa da cornice all'analisi approfondita di oltre 300 indicatori che hanno consentito uno stringente monitoraggio delle prestazioni delle Aziende Sanitarie, mostrando un ulteriore, netto e globale miglioramento del sistema sanitario toscano rispetto all'anno precedente.

Nella consapevolezza che ogni obiettivo non è mai raggiunto in maniera definitiva, ma che è sempre il punto di partenza per un nuovo traguardo, siamo convinti che i dati presentati nel rapporto 2013, raccontino i risultati di uno sforzo collettivo che premia tutti gli attori impegnati nel servizio sanitario toscano, rappresentando una ulteriore, chiara conferma dei riconoscimenti raccolti in questi mesi dalla nostra sanità a livello nazionale.

Luigi Marroni
*Assessore al Diritto alla Salute
Regione Toscana*



PARTE I

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

A cura di Sabina Nuti

1. Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati

Il presente rapporto illustra i risultati ottenuti dalla sanità toscana per l'anno 2013.

La Regione Toscana considera ormai da anni il sistema di valutazione della performance, presentato nei paragrafi seguenti, uno strumento di governo del sistema sanitario regionale essenziale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa è integrato con le misure di risultato al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Se infatti è importante che le aziende sanitarie del sistema riescano a perseguire l'equilibrio economico finanziario questo non è però certamente sufficiente. Fondamentale è che le risorse della collettività creino "valore", ossia che siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità.

Con questi presupposti il Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna grazie alla collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato in tutte le aziende sanitarie della Toscana fin dal 2005 il Sistema di Valutazione della Performance, per misurare la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita.

Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello aziendale e regionale ed è collegato al sistema incentivante per la direzione aziendale. Le aziende del sistema a loro volta hanno collegato lo strumento al loro sistema di budget interno.

Ogni anno l'intero sistema e i nuovi indicatori introdotti sono sottoposti alla supervisione scientifica di un comitato di esperti a livello internazionale ed in molti suoi ambiti condiviso con un network di Regioni italiane che hanno adottato lo stesso sistema di valutazione. Compongono il network le seguenti Regioni: Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Umbria, Veneto, Toscana, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento. Con i referenti di queste regioni è in atto un proficuo lavoro di revisione continua dello strumento per adattarlo ai cambiamenti in atto nel sistema, renderlo sempre più adeguato a supportare i processi decisionali della Regione e delle Aziende Sanitarie e per permettere un confronto permanente dei risultati.

In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie della Regione Toscana e dal sistema sanitario nel suo insieme sono analizzati secondo sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario (vedi figura n. 1).



Fig. 1 - Le dimensioni della valutazione



14 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Le dimensioni della valutazione sono:

- **La valutazione dei livelli di salute della popolazione (A)**
Pur sapendo che questa tipologia di valori, quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi spesso è determinato dalle scelte gestionali effettuate nel passato, gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari.
- **La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)**
Le aziende sanitarie toscane rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutta la popolazione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.
- **La valutazione socio-sanitaria (C)**
In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, che per le attività del territorio e della prevenzione.
- **La valutazione esterna (D)**
In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, tiene conto della sua esperienza.
- **La valutazione interna (E)**
In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e sui meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.
- **La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria (F)**
In questa dimensione viene considerata la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. Sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili, quali il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna).

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- fascia verde, fascia più centrale al bersaglio, corrispondente ad 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 certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione preoccupante. La performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa, quando la performance è sotto l'unità.

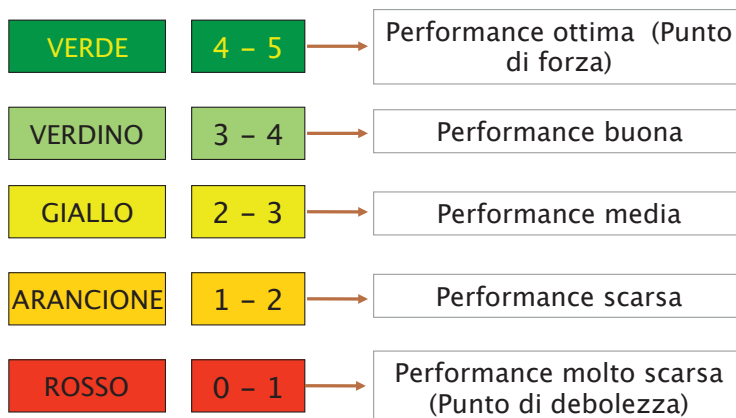


Fig. 2 - Le fasce di valutazione



Per poter procedere al posizionamento delle misure relative agli indicatori individuati per ogni dimensione oggetto del sistema di valutazione nelle cinque fasce sono stati adottati i seguenti criteri di riferimento:

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto (ad esempio: il tasso di cesarei massimo auspicato dall'OMS);
- in caso di assenza di uno standard internazionale di riferimento è stato considerato uno standard regionale definito con delibera regionale o nel piano sanitario regionale;
- in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di risk adjustment (generalmente età e genere) per rendere possibile il confronto tra le aziende.

2. Gli indicatori del sistema

Ogni azienda quindi vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel suo bersaglio, in cui vengono riportati i valori di sintesi di circa 50 indicatori selezionati. Alcuni indicatori rappresentano la sintesi di un "albero" di più indicatori. A titolo di esempio, nella figura seguente la valutazione è data dalla media dei punteggi del sottoindicatore 1 e del sottoindicatore 2 (vedi figura n. 3). Il sottoindicatore 3 è di "osservazione", quindi non è valutato e non concorre alla definizione del punteggio di sintesi.

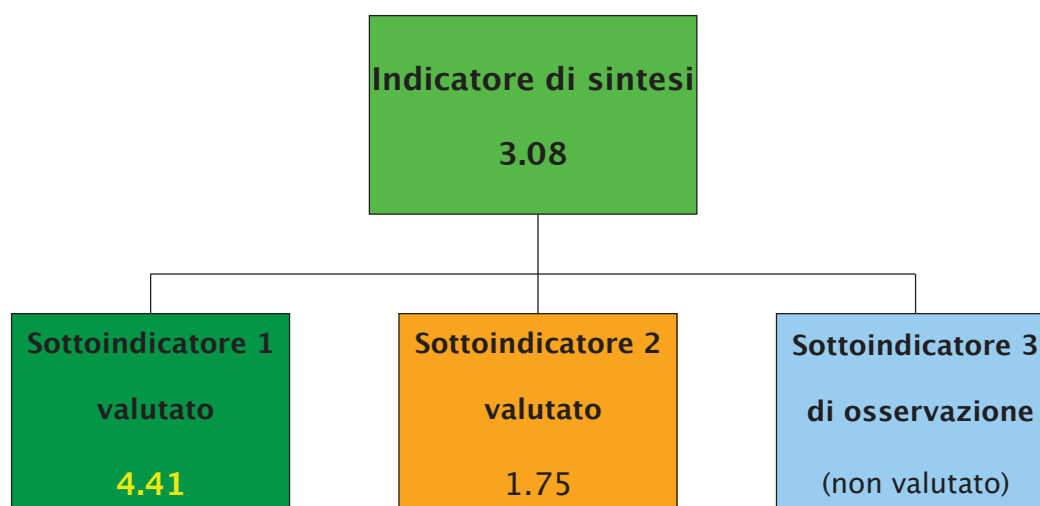


Fig. 3 - Un esempio di indicatore ad albero

Complessivamente gli indicatori monitorati ogni anno sono circa 350. Il loro numero può variare perché ogni anno la Regione, in particolare nella dimensione relativa alla capacità di perseguire gli obiettivi strategici, può modificare gli obiettivi stessi e i relativi risultati da monitorare in base alle priorità strategiche dell'anno. Inoltre i risultati possono avere una differente tempistica di misurazione e valutazione in base alla rilevanza e alla possibilità effettiva di modificare in tempi brevi i risultati ottenuti. I tempi di attesa ad esempio sono misurati mensilmente mentre la soddisfazione dei cittadini è misurata ogni due anni.

Le dimensioni del sistema di valutazione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con rappresentatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità per garantire l'omogeneità delle metodologie adottate, essenziali per ottenere dati confrontabili.



3. La performance della Regione Toscana

In linea con gli obiettivi strategici definiti, il sistema sanitario toscano nell'anno 2013 ha puntato a migliorare **qualità, efficienza e appropriatezza**, mantenendo condizioni di sostenibilità finanziaria. I risultati presentati in questo report confermano che questo risultato è stato raggiunto nel 65% dei casi riuscendo, nella maggior parte dei casi, anche a conseguire una **riduzione della variabilità intraregionale evitabile**, ossia incrementando la capacità di garantire omogeneità sul territorio toscano della qualità e appropriatezza dei servizi erogati.

Considerando che alla base di una buona performance di un sistema sanitario a copertura universale è importante tenere conto della capacità del sistema di allocare le risorse ed erogare i servizi orientando in modo integrato e coordinato i diversi setting assistenziali con una unica strategia di azione, si propone di leggere la performance del sistema sanitario toscano partendo dai risultati dei servizi territoriali. Per garantire maggiori risultati in termini di esito infatti è fondamentale orientare il sistema sanitario ad anticipare la presa in carico dei pazienti con un approccio interattivo e proattivo e intercettare i bisogni fin dall'inizio. In questa prospettiva la prevenzione, i servizi territoriali ed in particolare la medicina di famiglia sono i soggetti che possono fare la differenza.

Analizzando i risultati conseguiti in questo ambito, oltre all'avvio delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), ossia alla costituzione di gruppi di medici di famiglia capaci di lavorare maggiormente in logica di squadra per rispondere meglio ai bisogni dei cittadini, la Regione, per quanto riguarda i servizi relativi alla presa in carico dei pazienti cronici, ha puntato nel 2013 all'estensione del **chronic care model**: il programma della **sanità di iniziativa**, che prevede una azione proattiva dei professionisti sanitari nella prevenzione e cura delle patologie croniche, vede un ulteriore incremento (Figura 4).

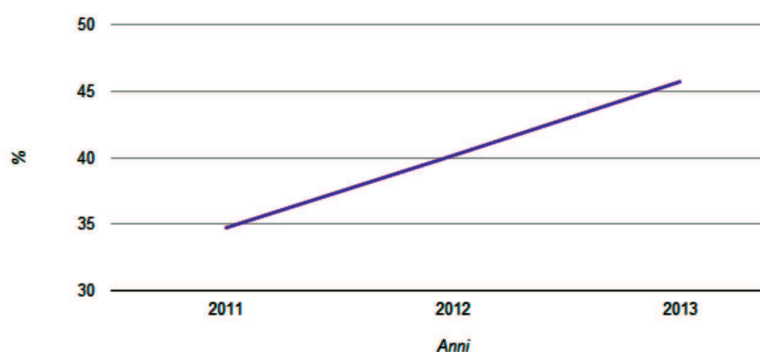


Fig. 4 - Percentuale popolazione maggiore di 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità d'Iniziativa
Indicatore B26.1.
Trend Regione Toscana

Inoltre tra i risultati conseguiti di maggior rilievo, calcolati sulla popolazione complessiva, si sottolinea uno scarso utilizzo del setting assistenziale ospedaliero per i pazienti diabetici: l'ospedalizzazione si riduce del 3% (passa da 18 a 17 per 100.000 abitanti), così come il tasso di amputazioni maggiori, che passa dal 52% nel 2012 al 48% nel 2013 (Figura 5a e 5b).

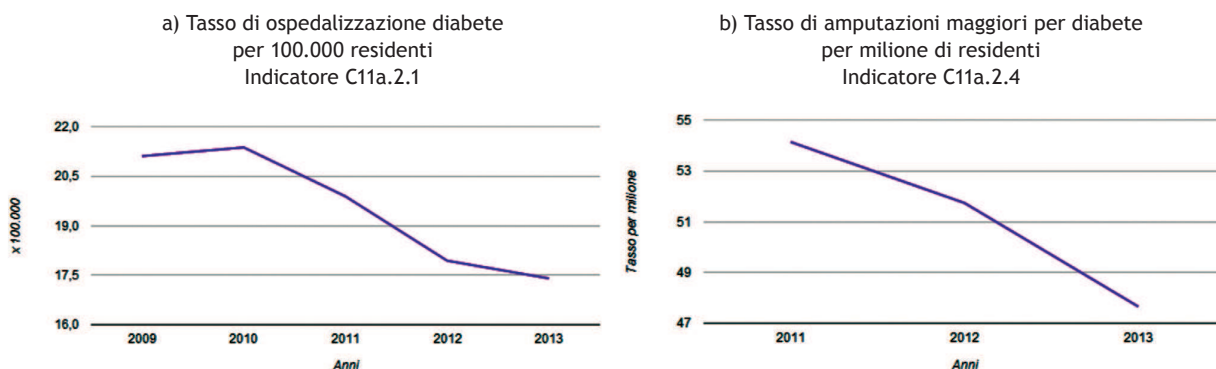


Fig. 5 - Gestione patologie croniche: diabete. Trend Regione Toscana



Anche l'ospedalizzazione per scompenso segna un risultato positivo e cala da 178 a 155 per 100.000 abitanti (Figura 6).

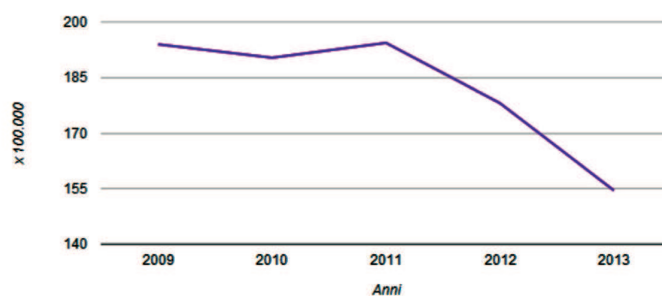


Fig. 6 - Tasso di ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)
Indicatore C11a.1.1.
Trend Regione Toscana

I pazienti cronici toscani quindi utilizzano poco l'ospedale ma potrebbero essere curati con maggiore appropriatezza soprattutto in termini farmacologici. Ad esempio la percentuale di pazienti con scompenso in terapia con beta bloccanti aumenta del 5%, passando da 45% a 47%, mentre quella di pazienti in terapia con ACE inibitori e sartani scende da 56% a 55% (Figura 7a e 7b).

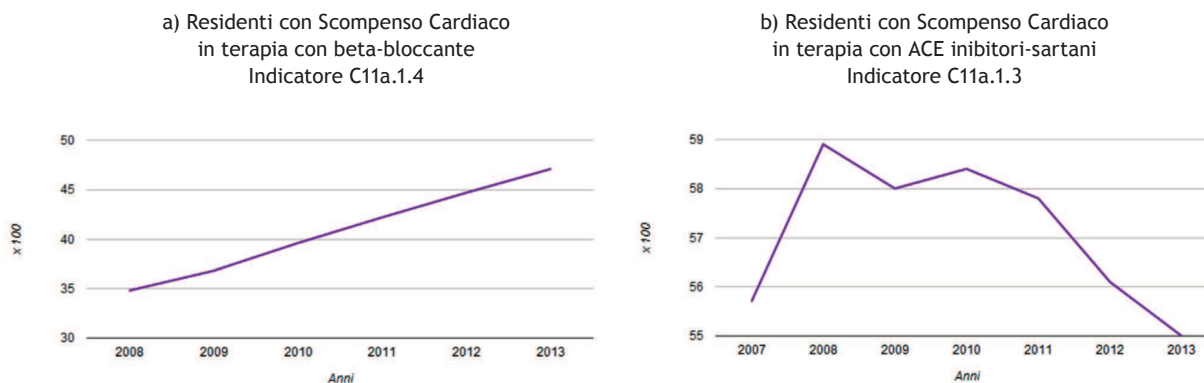


Fig. 7 - Gestione patologie croniche: scompenso cardiaco. Trend Regione Toscana

Diminuisce a livello regionale e in tutte le aziende il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 giorni (da 0,69 a 0,63 per 1000), che è una misura indiretta della integrazione tra ospedale e territorio (Figura 8).

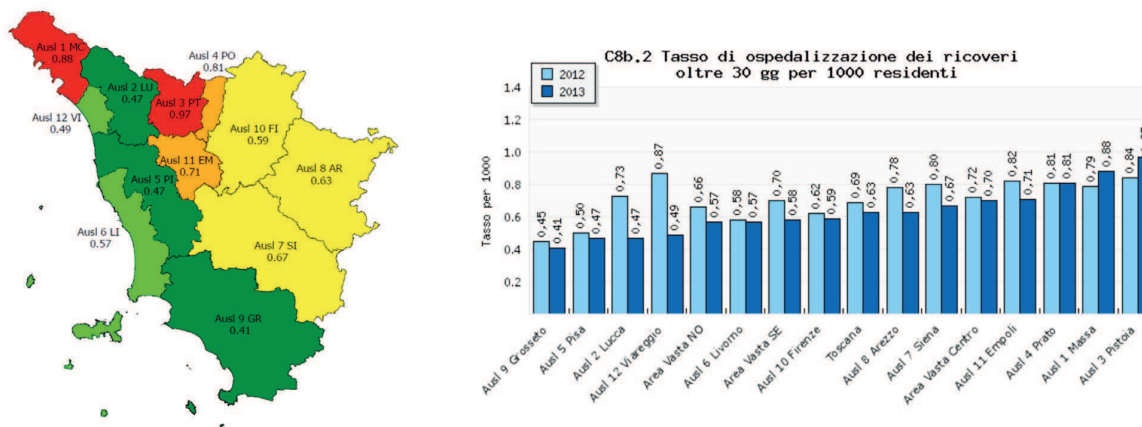


Fig. 8 - Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti: Anno 2013 e trend 2012-2013



18 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Fa parte della sanità d'iniziativa anche il progetto **Attività Fisica Adattata (AFA)**, che prevede l'attivazione di percorsi di attività fisica per persone con oltre 65 anni affette da patologie croniche. I risultati sono positivi: i corsi AFA ad alta disabilità sono passati da 2,46 a 2,59 per 15.000 abitanti (+5%) e quelli a bassa disabilità da 1,53 a 1,70 per 1.000 abitanti (+11%) (Figura 9a e 9b).

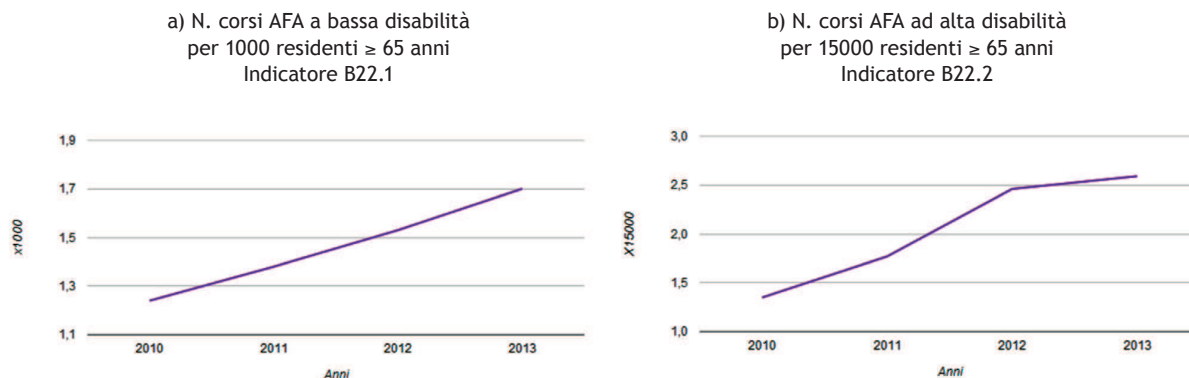


Fig. 9 - N. corsi AFA a bassa ed alta disabilità. Trend Regione Toscana

In aumento anche la percentuale di anziani in cure domiciliari, che cresce dall'8% al 10%, sebbene nei prossimi anni questa percentuale dovrebbe essere ulteriormente incrementata.

Sul versante delle prestazioni diagnostiche, pur mantenendo pressoché costante a livello regionale il tasso di prestazioni, i dati continuano a registrare una **significativa riduzione degli esami diagnostici ad alto rischio di inappropriately**, quali le risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per i pazienti con più di 65 anni, che si riducono dell'8%, passando da 22 a 20 per 1000 abitanti (Figura 10).

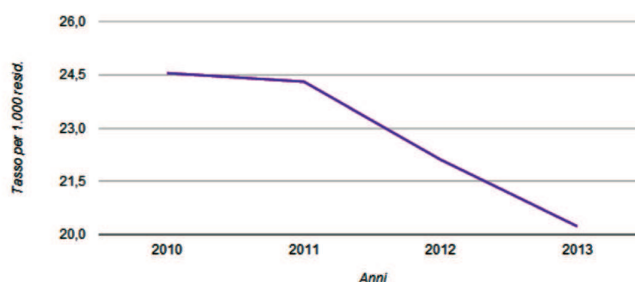


Fig. 10 - Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (over 65 anni).
Indicatore C13.2.2.1.
Trend Regione Toscana

Il sistema tiene anche dal punto di vista della **spesa farmaceutica territoriale**, che risulta pari a 195 euro pro capite, nonostante si registri un incremento nei consumi, in particolare di antiacidi e di antibiotici (Figura 11).

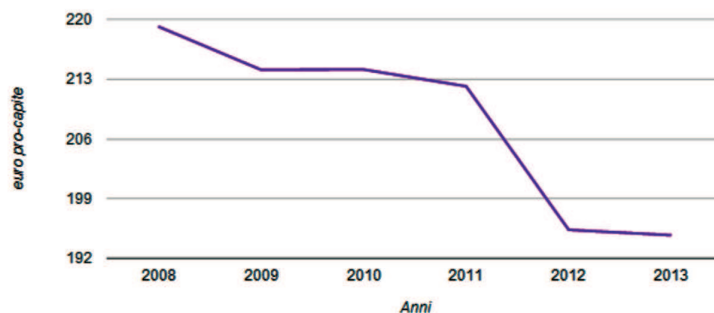


Fig. 11 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
Indicatore F10.
Trend Regione Toscana



Grazie al potenziamento dell'assistenza territoriale, si evolve anche la fisionomia e ruolo dell'ospedale, che da luogo di risposta per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, intende diventare sempre più riferimento ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina inoltre un utilizzo inappropriato di risorse. In virtù di queste considerazioni, rappresenta quindi un risultato positivo la riduzione del tasso di ospedalizzazione, che scende da 139 a 136 per 1000 abitanti (Figura 12).

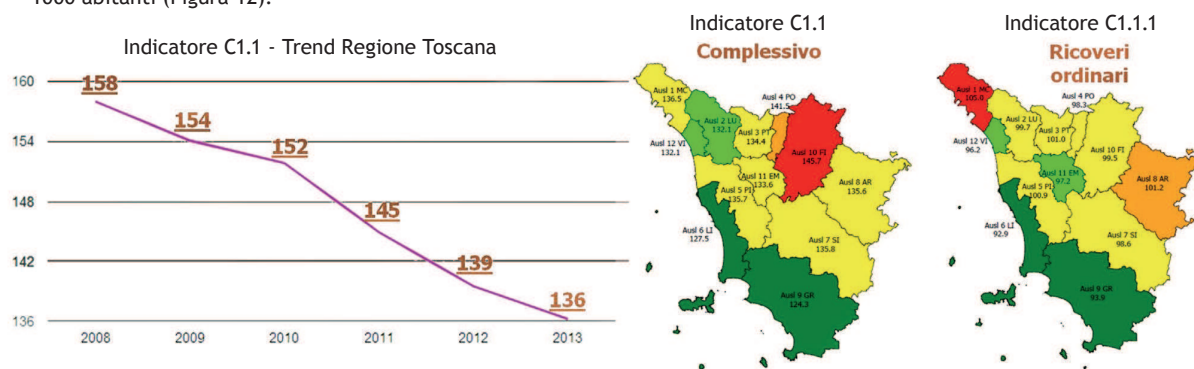


Fig. 12 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1000 residenti

Ampi margini di miglioramento e rilevante variabilità si registrano ancora nel tasso di ospedalizzazione relativo ai pazienti pediatrici, pur segnando una diminuzione del 4% a livello regionale rispetto al 2012 (Figura 13).

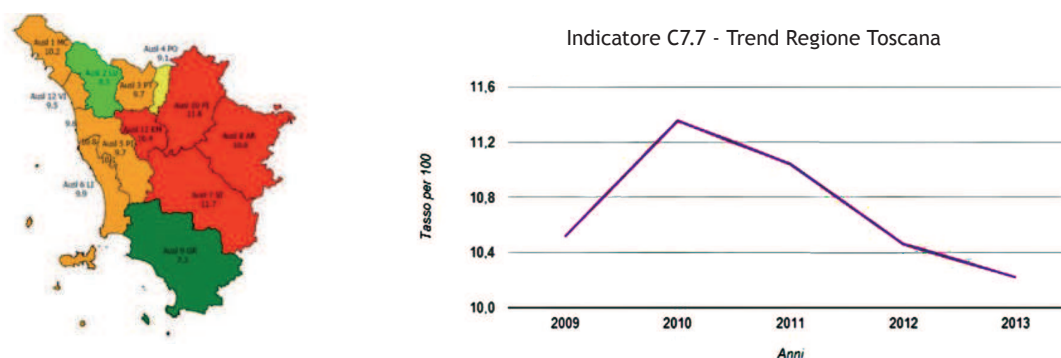


Fig. 13 - Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti

Per quanto riguarda l'efficienza, i dati mostrano nel complesso una ulteriore riduzione dell'indice di performance della degenza media (IPDM) nel 2013, che cala da -0,19 a -0,33. L'IPDM, che confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero con la media regionale per la stessa tipologia di ricovero, permette una valutazione omogenea delle strutture, dal momento che le aziende sono messe a confronto tenendo conto della casistica erogata e quindi rispetto alla tipologia di pazienti trattati. L'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero.

Nella gestione dell'assistenza sanitaria, è fondamentale garantire l'appropriatezza dei ricoveri. Rispetto agli indicatori definiti a livello nazionale capaci di misurare l'appropriatezza medica e chirurgica dei ricoveri toscani si registra un miglioramento o un consolidamento rispetto all'anno passato. Il livello di raggiungimento degli standard relativi al rispetto delle soglie individuate sui tassi di ospedalizzazione per i DRG LEA medici migliora del 5%, passando da 84% a 89%; per i DRG LEA chirurgici il dato regionale, che monitora il rispetto degli standard relativi alla casistica da trattare in regime di Day Surgery, resta sostanzialmente allineato con quello dello scorso anno e si assesta al 78% circa, con andamenti eterogenei tra le aziende. Questo risultato mostra ampi spazi di miglioramento, soprattutto in alcune aziende (Figura 14).

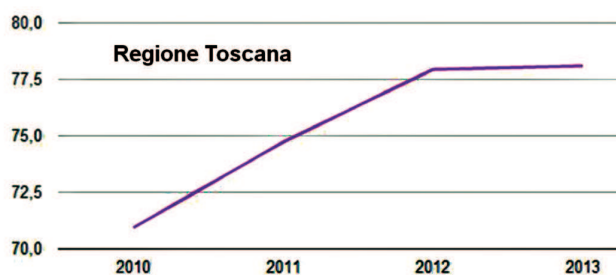


Fig. 14 - DRG LEA medici: percentuale di standard regionali raggiunti. Indicatore C4.9 Trend Regione Toscana



20 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Rimanendo nell'ambito della appropriatezza chirurgica, è molto positivo il risultato sulla riduzione della percentuale di Day Hospital medici con finalità diagnostica, che dovrebbero essere erogati generalmente in regime ambulatoriale e che scende dal 29% nel 2012 al 24% nel 2013.

Si riduce anche l'inappropriatezza sugli interventi di chirurgia elettiva: il tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia ad esempio, che è considerata una prestazione ad alto rischio di inappropriatezza, scende da 247 a 228 interventi per 100.000 residenti, segnando un calo del 7,5% rispetto al 2012.

La maggiore efficienza e appropriatezza ospedaliera non ha determinato una riduzione della qualità dei servizi di ricovero: nel 2007 la media italiana delle **fratture di femore operate entro 2 giorni** era pari al 33% e la Regione Toscana risultava al 37%, nel 2011 la Regione Toscana arriva al 60% a fronte di una media nazionale ferma al 39% e nel 2013 conferma il risultato ottenuto nel 2012, assestandosi al 71% (Figura 15).

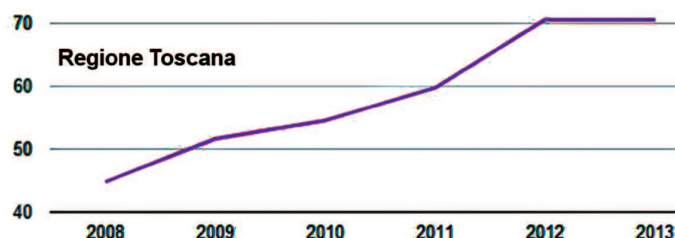


Fig. 15 - Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni. Indicatore C5.2
Trend Regione Toscana

Nell'ambito del **percorso materno infantile** si osserva una riduzione della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV), che quest'anno scende al 18%, con un calo del 7% rispetto al 2012 (Figura 16).

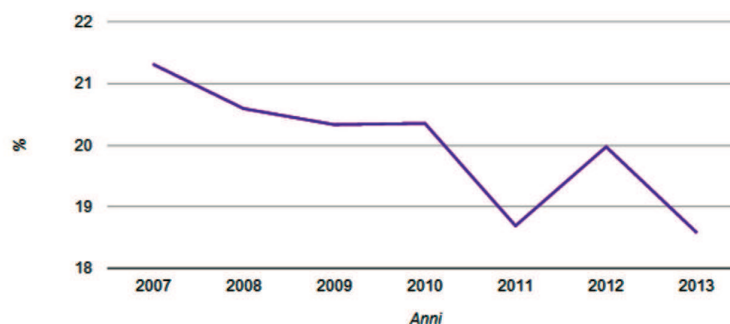


Fig. 16 - Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV). Indicatore C7.1
Trend Regione Toscana

Sul **percorso emergenza urgenza**, pur registrando un lieve aumento degli accessi in Pronto Soccorso rispetto al 2012 (+1,5%), i tempi di attesa risultano allineati al 2012 (Figura 17).

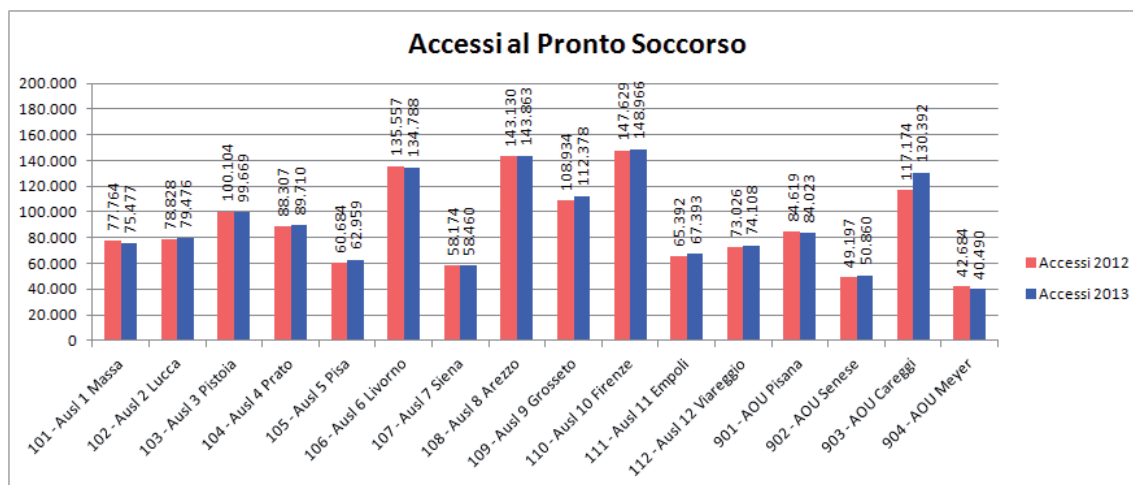


Fig. 17 - Numero di accesso totali al Pronto Soccorso, Anni 2012-2013



Il 72% dei pazienti con codice giallo viene visitato entro 30 minuti e il 78% dei codici verdi entro 1 ora; oltre il 91% dei pazienti che vengono ricoverati da Pronto Soccorso restano in PS meno di 8 ore. Si registra infine una riduzione progressiva degli abbandoni al PS, che calano dell'11% (da 2,8% a 2,5%) a livello regionale rispetto allo scorso anno (Figura 18).

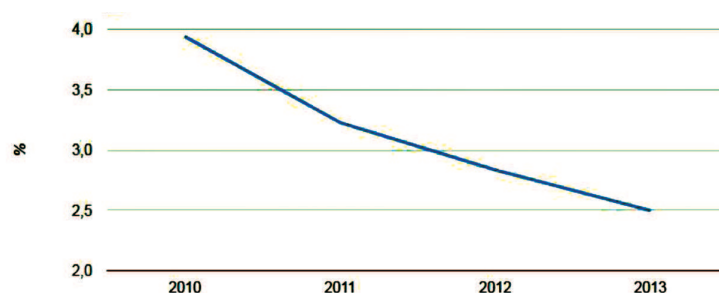


Fig. 18 - Abbandoni dal pronto soccorso. Indicatore D9a
Trend Regione Toscana

Ma quale è il giudizio degli utenti sul Pronto Soccorso? Tra il 30 settembre e il 10 novembre 2013 la Regione Toscana, in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha condotto una indagine volta a rilevare l'esperienza e la soddisfazione del servizio da parte degli utenti dei Pronto Soccorso toscani. Dall'elaborazione dei 5.374 questionari ricevuti, è emerso che il 66,5% dei pazienti restituisce una valutazione sulla qualità complessiva dell'assistenza ricevuta ottima o buona ed il 24,1% sufficiente, per un totale di pazienti soddisfatti pari al 90,6%, mentre gli utenti insoddisfatti ammontano al 9,4%. Questo dato evidenzia un lieve peggioramento rispetto al 2011, quando i pazienti soddisfatti erano il 91,8% (Figura 19).

a) Anno 2011

a) Anno 2013

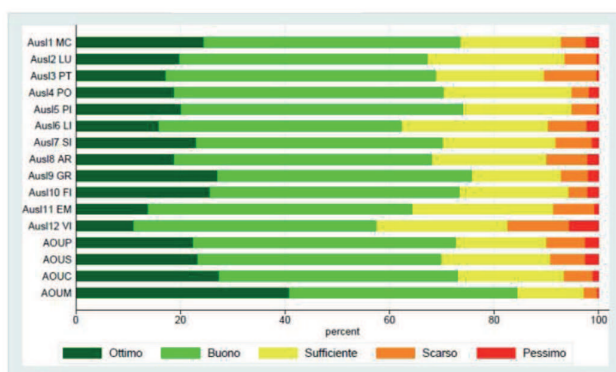


Fig. 19 - Valutazione della qualità complessiva del pronto Soccorso. Indagine utenti

Migliora invece la valutazione sulla presa in carico del dolore dei pazienti: nel 2013 gli utenti che danno una valutazione positiva sono pari al 77,4% (Figura 20).

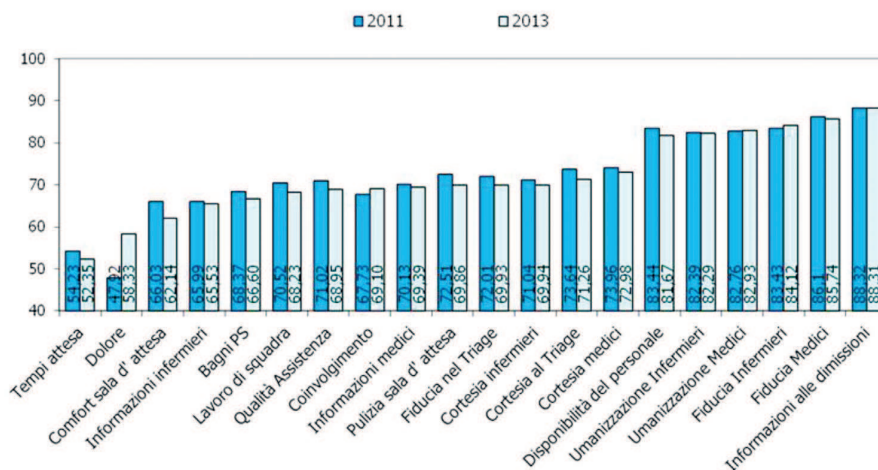


Fig. 20 - Una visione di sintesi sui principali item del questionario agli utenti sul Pronto Soccorso



22 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

In coerenza con gli indirizzi nazionali previsti tra gli adempimenti LEA, da quest'anno viene monitorato anche un nuovo indicatore sul **sistema 118** che misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la chiamata al 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto. A livello regionale il dato è di 15 minuti (75° percentile della distribuzione) a fronte di un obiettivo nazionale di 18 minuti.

Un altro aspetto molto sentito dai cittadini sono le problematiche legate alle **liste di attesa**, che rientrano tra le sette azioni prioritarie per il sistema socio-sanitario nel 2014 (DGR 75/2014). Dai dati emerge che sulle prime visite specialistiche e per gli esami diagnostici prenotati rispettivamente entro 15 e 30 giorni esistono margini di miglioramento (Figura 21). Lunghi tempi d'attesa possono infatti determinare una contrazione della domanda anche in presenza di effettiva necessità e sono un forte incentivo a spostarsi verso prestazioni private a pagamento, riducendo in tal modo l'equità nell'accesso ai servizi sanitari.

Regione Toscana, anno 2013

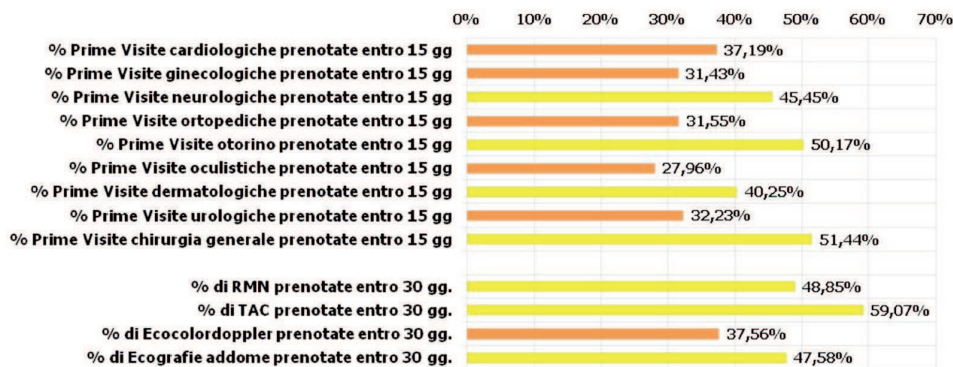


Fig. 21 - Tempi di attesa: % di prime visite specialistiche prenotate entro 15 gg (B20a) e % prestazioni diagnostiche prenotate entro 30 gg (B21a)

Riguardo alla prevenzione, emerge che nell'ambito della efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro (PISL) la copertura del territorio per cantieri edili e aziende agricole supera a livello regionale l'obiettivo previsto rispettivamente dal Piano Nazionale Edilizia e dal Piano Nazionale agricoltura e Selvicoltura (Figura 22a e 22b).

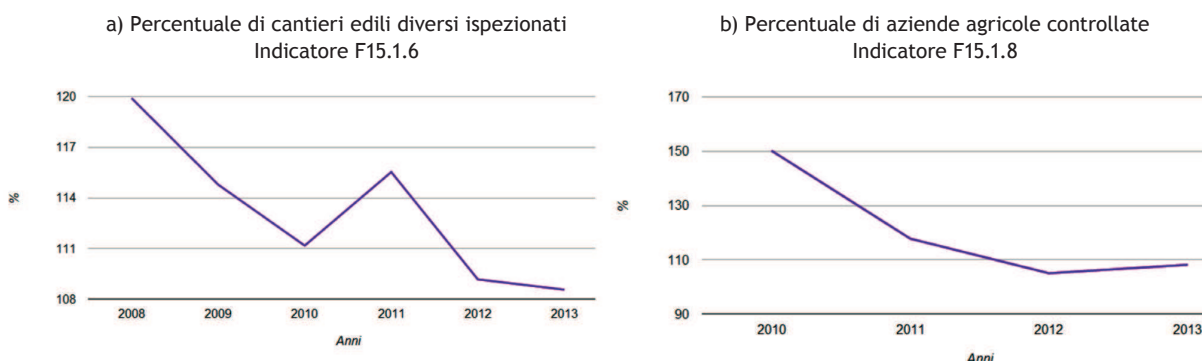


Fig. 22 - Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro (PISL). Trend Regione Toscana

AAncora rispetto all'efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione (SPV-IAN) i risultati relativi alle check list di ovini/caprini e suini superano l'obiettivo di 3% e 1% a livello regionale (Figura 23a e 23b).

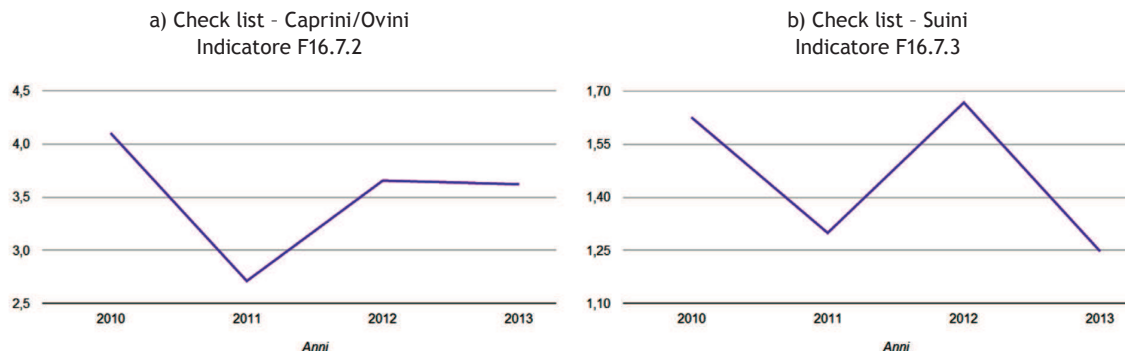


Fig. 23 - Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione (SPV-IAN). Trend Regione Toscana



Sul versante degli screening oncologici i dati di estensione ed adesione confermano buoni risultati e collocano la Toscana al di sopra rispetto al livello nazionale, nonostante gli obiettivi prefissati non siano ancora completamente raggiunti. In particolare, si registra nel 2013 un ottimo livello di estensione degli screening mammografici (97,4%) e cervice uterina (99,9%) alle donne (Figura 24a e 24b).

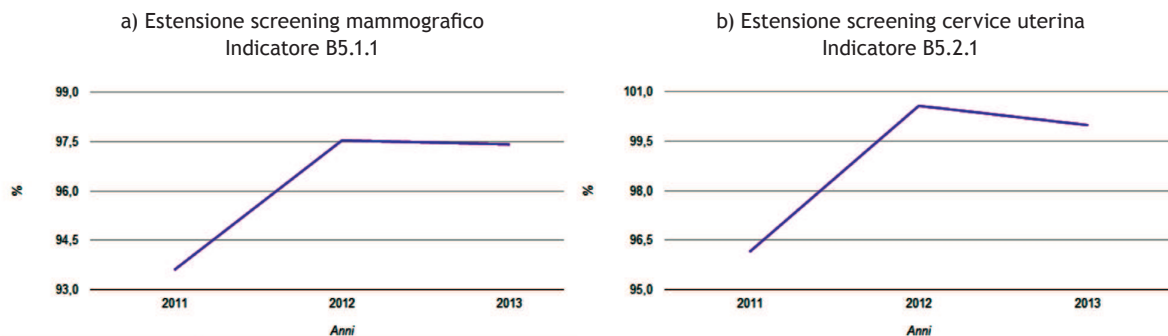


Fig. 24 - Estensione screening mammografico e cervice uterina.
Trend Regione Toscana

L'adesione ad entrambi gli screening, pur mostrando un trend in crescita dal 2008, potrebbe essere più ampia: il grado di l'adesione a livello regionale risulta per la mammella al 73% e per la cervice uterina al 56%, a fronte di obiettivi posti rispettivamente a 80% e 60% (Figura 25a e 25b).

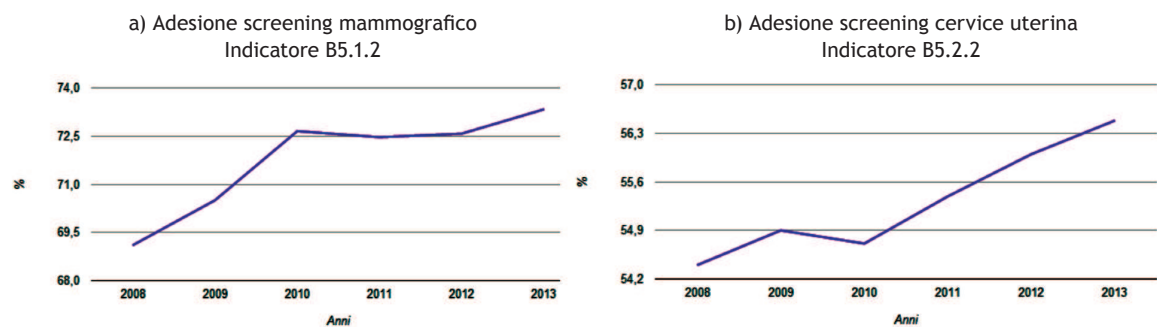


Fig. 25 - Adesione screening mammografico e cervice uterina.
Trend Regione Toscana

L'adesione per lo screening al colon retto invece anche nel 2013 risulta ancora bassa e si attesta al 50,2% a fronte di un obiettivo regionale di almeno il 70% (Figura 26a e 26b).

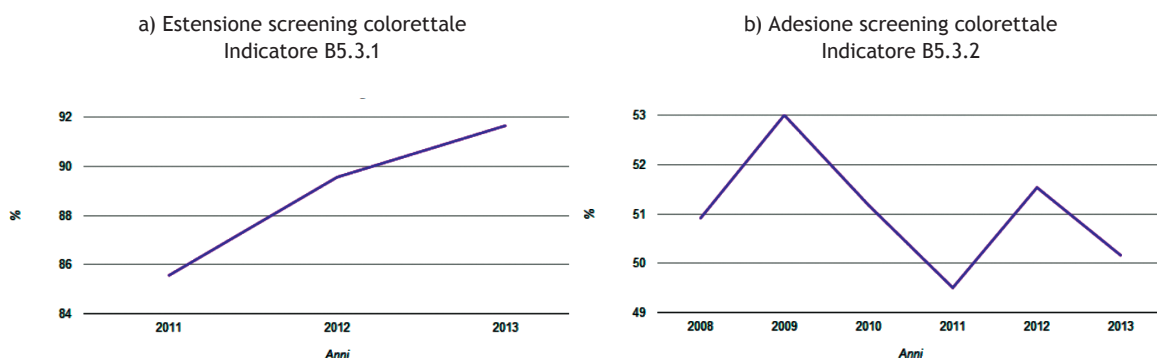


Fig. 26 - Estensione e adesione screening coloretale.
Trend Regione Toscana



24 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Anche sul versante delle vaccinazioni si osserva un lieve calo negli ultimi anni per la copertura del vaccino MPR (Figura 27).

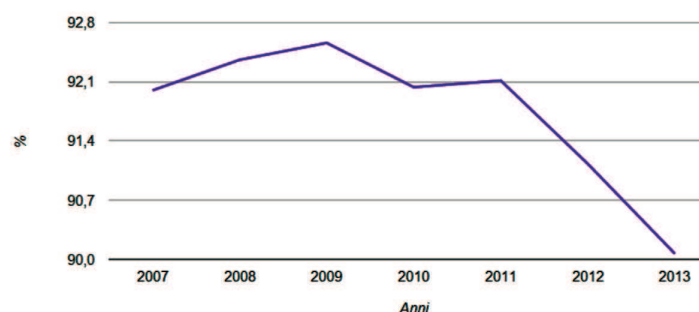


Fig. 27 - Copertura vaccino MPR. Indicatore B7.1
Trend Regione Toscana

Infine, non meno importante è la dimensione organizzativa ed il clima lavorativo presente nelle strutture. Il personale, la sua soddisfazione e motivazione risultano essere fattori determinanti nella performance complessiva del sistema sanitario toscano. Nel corso del 2013 non è stata svolta l'indagine di clima interno, che si realizza ogni due anni e che è prevista per il 2014, ma gli indicatori proxy disponibili relativamente al tasso di infortuni e percentuale di assenza registrano nel 2013 un aumento.

L'importanza che le risorse umane rivestono all'interno delle Aziende Sanitarie sia in termini di valore delle professionalità coinvolte sia in termini economici per la rilevanza del costo del personale nelle Aziende suddette, rende questi risultati particolarmente significativi.

La percentuale di assenza dei dipendenti nel 2013 cresce da 6,53% a 7% a livello regionale (Figura 28).

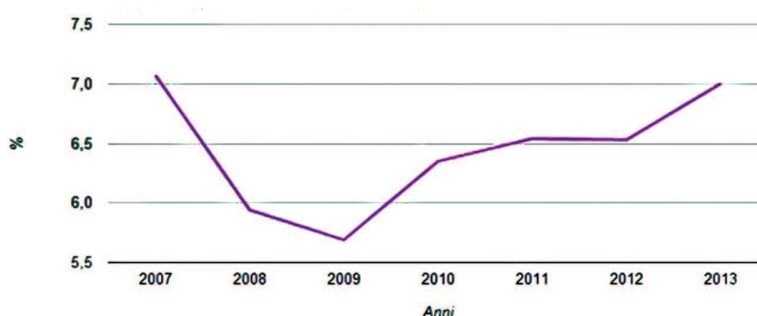


Fig. 28 - La percentuale di assenza. Indicatore E2
Trend Regione Toscana

Nella tabella successiva si presentano i risultati complessivi della Regione Toscana e gli ambiti, segnalati con ✓, in cui è stato possibile anche conseguire una riduzione positiva della variabilità intraregionale.



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2013 Regione Toscana	Valore 2008-2010	Valore 2009-2011	Delta %	Variabilità
STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)					
A1	Mortalità Infantile				
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	2,77	-	-	
A1.2	Mortalità neonatale precoce (primi 6 giorni di vita)	-	-	-	
A1.3	Mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita)	-	-	-	
A2	Mortalità per tumori	160,47	-	-	
A3	Mortalità per malattie circolatorie	156,71	-	-	
A4	Mortalità per suicidi	5,24	-	-	
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)	-	-	-	
Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2013 Regione Toscana	Valore 2009	Valore 2010	Delta %	Variabilità
A7	Speranza di vita				
A7.1	Speranza di vita alla nascita				
A7.1.1	Speranza di vita alla nascita maschi	79,73	-	-	
A7.1.2	Speranza di vita alla nascita femmine	84,62	-	-	
A7.2	Speranza di vita a 75 anni				
A7.2.1	Speranza di vita a 75 anni maschi	11,10	11,23	1,22	✓
A7.2.2	Speranza di vita a 75 anni femmine	13,63	13,77	1,05	✓
Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2013 Regione Toscana	Valore 2012	Valore 2013	Delta %	Variabilità
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)					
B2	Stili di vita (PASSI)				
B2.1	Attività fisica				
B2.1.1	Percentuale di sedentari	24,52	28,00	-14,20	
B2.1.2	Percentuale di persone sedentarie consigliati dal medico di fare attività fisica	32,86	29,56	-10,06	
B2.2	Situazione nutrizionale				
B2.2.1	Percentuale di persone obese	8,57	8,34	2,65	
B2.2.2	% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	54,13	51,50	-4,87	
B2.2.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica	41,87	40,54	-3,18	
B2.3	Consumo di alcol				
B2.3.1	Percentuale di binge e fuori pasto	14,12	13,70	2,96	
B2.3.2	Percentuale di binge e fuori pasto consigliati dal medico di bere meno	6,33	5,65	-10,71	
B2.4	Abitudine al Fumo				
B2.4.1	Percentuale di fumatori	28,83	27,07	6,12	
B2.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare	55,29	57,35	3,72	
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici				
B5.1	Screening Mammografico				
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	97,53	97,41	-0,12	
B5.1.2	Adesione corretta dello screening mammografico	72,57	73,33	1,04	✓
B5.2	Screening cervice uterina				
B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	100,57	99,98	-0,58	
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	56,00	56,48	0,87	✓
B5.3	Screening coloretale				
B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	89,55	91,65	2,34	
B5.3.2	Adesione corretta dello screening coloretale	51,53	50,15	-2,68	
B6	Donazioni				
B6.1	Donazioni di organi				
B6.1.1	% Morti Encefaliche individuate	56,77	50,72	-10,66	
B6.1.2	% Donatori Effettivi	53,03	52,65	-0,72	
B6.1.3	Tasso di decessi con lesioni cerebrali per milione di abitanti	124,01	152,46	22,94	
B6.2	Donazioni di sangue				
B6.2.1	% non conformità del plasma conferito all'industria	0,44	0,38	-13,33	
B6.2.2	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti	105,65	108,00	2,23	✓
B6.2.2.1	Tasso di donazioni di plasma per mille residenti	18,00	18,35	1,94	✓
B7	Copertura vaccinale				
B7.1	Copertura per vaccino MPR	91,13	90,07	-1,16	
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	58,86	60,23	2,32	
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	77,17	75,62	-2,01	
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	16,59	19,58	18,01	✓
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	89,43	90,20	0,85	✓
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	92,06	94,01	2,12	✓
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	-	95,65	-	

Fig. 29 - Gli indicatori del sistema di valutazione anno 2013



26 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2013 Regione Toscana	Valore 2012	Valore 2013	Delta %	Variabilità
B8a	Gestione Dati				
B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	71,01	78,79	10,96	✓
B8.3	Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata	2,50	1,08	56,80	
B8.4	Completezza e qualità dei flussi				
B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino	-	62,25	-	
B8.4.2	Completezza e qualità 118	-	90,00	-	
B8.4.3	Completezza e qualità AD RSA	-	100,00	-	
B8.4.4	Corretta identificazione anagrafica AD RSA	99,50	99,39	-0,12	
B8.4.5	Coerenza prese in carico per tipo percorso UVM e schede di valutazione trasmesse AD RSA	95,56	98,45	3,02	✓
B8.4.6	SDO: qualità informazioni per FSE	9,69	9,00	-7,09	
B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	-	81,70	-	
B8.4.8	Corretta compilazione campi SPA e SDO inerenti a PNLGA 2010 2012	-	-	-	
B8.4.9	Completezza campo titolo di studio nel flusso SDO	88,50	89,92	1,61	
B8.5	Flussi informativi prevenzione				
B8.5.1	Flussi informativi in ritardo	-	3,33	-	
B8.5.2	Qualità dei dati	-	1,56	-	
B8.6	Completezza e qualità flussi carcere				
B8.6.1	Tempestività flussi carcere	-	97,73	-	
B8.6.2	Completezza flussi carcere	-	86,75	-	
B8.6.3	Qualità flussi carcere	-	95,84	-	
B8.8	Completezza e qualità del flusso DES				
B8.8.1	Copertura della spesa rilevata nel Flusso DES sulla spesa rilevata nei modelli CE	-	96,99	-	
B8.8.2	Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto	-	65,01	-	
B11	Complessità (AOU)				
B11.1	Peso medio DRG	1,71	1,72	0,87	
B11.1.1	Peso medio Drg medici	1,06	1,07	0,32	
B11.1.2	Peso medio Drg chirurgici	2,34	2,35	0,24	
B11.1.2.1	% Drg Chirurgici di alta complessità	33,54	34,32	2,31	
B11.1.2.2	Peso medio Drg Chirurgici di alta complessità	4,80	4,73	-1,46	
B12a	Mobilità (AOU)				
B12.1	Fughe				
B12.1.1	Fughe extra Area Vasta				
B12.1.1.1	% fughe extra Area Vasta	-	-	-	
B12.1.1.2	% fughe extra Area Vasta per DRG ad alta complessità	-	-	-	
B12.1.2	Fughe extra Regione				
B12.1.2.1	% fughe extra Regione totali	-	-	-	
B17a.2	% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	-	-	-	
B17.3	% fughe extraregionali alta specialità chirurgica (AOU)	-	-	-	
B12.2	Attrazioni				
B12.2.1	Attrazioni extra Area Vasta per DRG ad alta complessità	11,08	11,46	3,45	
B12.2.2	Attrazione extra Regione				
B12.2.2.1	% attrazione extra Regione	17,21	15,86	-7,81	
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per DRG ad alta complessità	14,13	13,96	-1,23	
B15	Capacità attività di ricerca (AOU)				
B15.1	Impact Factor medio del personale				
B15.1.1	Impact Factor medio articoli per dirigente	2,10	-	-	
B15.1.2	Impact Factor medio articoli per dipendente	0,47	-	-	
B15.2	Impact Factor per articolo				
B15.2.1	Impact Factor totale	-	-	-	
B15.2.2	Impact Factor medio per articolo	3,92	3,82	-2,60	
B15.2.3	Impact Factor mediano per articolo	3,13	3,06	-2,17	
B15.2.4	Percentuale di articoli con Impact Factor maggiore di 5	-	-	-	
B15.3	Impact Factor per specialità				
B15.3.1	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	68,18	-	-	
B15.3.2	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	90,91	-	-	
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino				
B16.1	Sistema carta dei servizi				
B16.1.1	% impegni raggiunti secondo la carta dei servizi	85,00	84,62	-0,44	
B16.1.2	Comitato di partecipazione	64,50	69,12	7,16	✓
B16.2	Front-office	79,79	82,49	3,38	✓
B20a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche				
B20a.1	% richieste di visite specialistiche e diagnostiche con quesito diagnostico	-	0,00	-	
B20a.2	% richieste di prestazioni specialistiche e diagnostiche con codice di priorità	-	95,76	-	
B20a.3	% prestazioni specialistiche e diagnostiche che rispettano i tempi definiti dai codici di priorità	-	83,26	-	
B20	% Prime visite specialistiche prenotate entro 15 gg.	35,93	37,06	3,14	
B20.1	Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche prenotate entro 15 gg.	35,02	37,19	6,20	✓
B20.2	Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche prenotate entro 15 gg.	32,34	31,43	-2,81	
B20.3	Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche prenotate entro 15 giorni	37,82	45,45	20,20	✓
B20.4	Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche prenotate entro 15 giorni	34,51	31,55	-8,56	
B20.5	Percentuale di prime visite specialistiche otorino prenotate entro 15 giorni	53,74	50,17	-6,65	
B20.6	Percentuale di prime visite specialistiche oculistiche prenotate entro 15 giorni	25,65	27,96	9,02	
B20.7	Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche prenotate entro 15 giorni	34,80	40,25	15,65	✓
B20.8	Percentuale di prime visite specialistiche urologiche prenotate entro 15 giorni	30,66	32,23	5,14	
B20.9	Percentuale di prime visite specialistiche chirurgia generale prenotate entro 15 giorni	57,65	51,44	-10,78	
B21a	Percentuale Prestazioni diagnostiche prenotate entro 30 gg.				
B21a.1	Percentuale di RMN prenotate entro 30 gg.	-	47,85	-	
B21a.2	Percentuale di TAC prenotate entro 30 gg.	-	48,85	-	
B21a.3	Percentuale di Ecocolor Doppler prenotate entro 30 gg.	-	59,07	-	
B21a.4	Percentuale di Ecografie addome prenotate entro 30 gg.	-	37,56	-	
B22	Attività fisica adattata (AFA)				
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	1,53	1,70	11,11	✓
B22.2	N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	2,46	2,59	5,29	✓



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2013 Regione Toscana	Valore 2012	Valore 2013	Delta %	Variabilità
B23a	Accreditamento				
B23.6	% media requisiti raggiunti nelle SOF verificate	-	-		
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)				
B24.1	% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	34,00	36,00	-	
B24.2	Referto di laboratorio e radiologia: completezza e qualità dati pubblicati	-	-		
B24.2.1	% referti firmati digitalmente	-	98,82		
B24.2.1.1	% di referti di laboratorio firmati digitalmente	96,84	100,00		
B24.2.1.2	% di referti di radiologia firmati digitalmente	90,68	97,50		
B24.2.2	% corretta identificazione cittadino	-	99,10		
B24.2.2.1	% corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	99,26	99,21		
B24.2.2.2	% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia	98,45	98,93		
B24.2.3	% dei referti inviati rispetto al volume atteso	-	92,28		
B24.2.3.1	% dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso	132,80	86,36		
B24.2.3.2	% dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso	117,30	102,11		
B24.2.4	% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE	-	1,25	-	
B25	Variabilità chirurgia elettiva				
B25.1a	Tasso di Ospedalizzazione per interventi chirurgici in elezione	-	-		
B25.1a.1	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi di Sostituzione Ginocchio	140,34	138,34	1,43	
B25.1a.2	Tasso di Ospedalizzazione std interventi di sostituzione Anca	274,88	283,88	-3,27	
B25.1a.3	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi di Angioplastica Coronarica	70,31	66,92	4,81	
B25.1a.4	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi di isterectomia	120,05	128,38	-6,95	
B25.1a.5	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	246,79	228,26	7,51	
B25.1a.7	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di Stripping Vene	109,49	103,60	5,38	
B25.1a.8	Tasso di Ospedalizzazione std interventi di Colectomia	181,81	186,89	-2,79	
B25.1a.9	Tasso di Ospedalizzazione std interventi di Colectomia	38,21	38,16	0,12	
B25.1a.10	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata	89,96	94,95	-5,54	
B25.1a.11	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi di colectomia laparoscopica	160,93	168,51	-4,71	
B25.1a.12	Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di artroscopia del ginocchio	233,40	216,07	7,43	
B25.1.2	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi chirurgici in elezione	-	-		
B25.1.2.1	Coefficiente di variazione della degenza media Sostituzione Ginocchio	0,32	0,33	2,39	
B25.1.2.2	Coefficiente di variazione della degenza media Sostituzione Anca	0,38	0,35	-7,55	
B25.1.2.3	Coefficiente di variazione della degenza media Angioplastica Coronarica	0,89	0,94	5,60	
B25.1.2.4	Coefficiente di variazione della degenza media Isterectomia	0,88	0,82	-5,95	
B25.1.2.5	Coefficiente di variazione della degenza media Tonsillectomia	0,27	0,67	147,82	
B25.1.2.7	Coefficiente di variazione della degenza media Stripping Vene	5,39	0,40	-92,64	
B25.1.2.8	Coefficiente di variazione della degenza media Colectomia	1,78	1,82	2,69	
B25.1.2.9	Coefficiente di variazione della degenza media Colectomia	0,62	0,60	-3,05	
B25.1.2.10	Coefficiente di variazione della degenza media per prostatect.a transuretrale, per iperplasia benigna prostata	0,72	0,63	-11,69	
B25.1.2.11	Coefficiente di variazione della degenza media per colectomia laparoscopica	1,50	1,37	-8,67	
B25.1.2.12	Coefficiente di variazione della degenza media per interventi di artroscopia al ginocchio	0,61	0,52	14,81	
B26	Sanità di iniziativa				
B26.1	% popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli	40,15	45,72	13,89	
B27	Volumi prestazioni sanitarie				
B27.1	Volumi per interventi di colectomia laparoscopica	-	-	-	
B27.2	Volumi per parti	-	-	-	
B27.3	Volumi per interventi di tumore alla mammella	-	-	-	
B27.4	Volumi per interventi di angioplastica coronarica percutanea	-	-	-	
B27.5	Volumi per interventi di by pass aortocoronario isolato	-	-	-	
B27.6	Volumi per interventi di tumore al retto	-	-	-	
B27.7	Volumi per interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvola	-	-	-	
B27.8	Volumi per interventi di rivascolarizzazione carotidea: stenting o angioplastica	-	-	-	
B27.9	Volumi per interventi di rivascolarizzazione carotidea: endarterectomia	-	-	-	
B27.10	Volumi per interventi di riparazione di aneurisma dell'aorta addominale non rotto	-	-	-	
B27.11	Volumi per interventi di artroscopia del ginocchio	-	-	-	
B28	Cure domiciliari				
B28.1	Attività				
B28.1.1	Percentuali di anziani in CD (ex C8b.13 per ob)	8,32	9,93	19,32	✓
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD sanitarie	-	6,27	-	
B28.1.3	Tempo medio in gg tra la segnalazione e la prima erogazione	-	30,12	-	
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	11,63	11,13	-4,32	
B28.2	Percorso				
B28.2.1	Tasso di accessi per tipologia di operatore sanitario per 1.000 abitanti	-	-		
B28.2.2	Tasso di assistiti con almeno 8 accessi medi al mese per 1.000 residenti	-	3,71	-	
B28.2.3	Tasso di assistiti equivalenti con almeno 8 accessi medi al mese per 1.000 residenti	-	0,97	-	
B28.2.4	Numero medio di operatori di tipologia diversa per assistito	-	1,70	-	
B28.2.5	Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	7,36	8,23	11,84	✓
B28.2.6	Percentuale deceduti ultra75enni con ≥8 accessi/mese nell'ultimo mese di vita	-	-		
B28.2.7	Tasso std di ricovero ultra 75enni per 1.000 residenti	305,63	294,89	-3,51	
B28.2.8	Percentuale deceduti fuori dell'ospedale in anziani ultra 75-enni residenti	-	-		



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2013 Regione Toscana	Valore 2012	Valore 2013	Delta %	Variabilità
VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA (C)					
C1a	Capacità di governo della domanda				
C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	139,49	136,20	2,36	✓
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione std DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti	35,15	34,39	2,17	✓
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti	101,16	98,67	2,47	✓
C1.1.1.2	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti	54,30	53,22	1,98	
C1.1.1.3	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti	44,53	43,16	3,09	
C1.1.1.3.1	Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati DRG Medici per 1.000 residenti	12,72	12,14	4,53	
C1.1.2	Tasso ospedalizzazione std DH acuti per 1.000 residenti	34,38	34,08	0,88	
C1.1.2.1	Tasso ospedalizzazione std DH medico acuti per 1.000 residenti	12,53	12,08	3,60	
C1.1.2.2	Tasso ospedalizzazione std DH chirurgico acuti per 1.000 residenti	17,85	18,01	0,88	
B17.1	Trend volumi attività chirurgica programmata	-0,03	-0,76	2149,91	
B17.1.1	Trend volumi attività chirurgica programmata Ricoveri ordinari	-1,57	-1,67	6,23	
B17.1.2	Trend volumi attività chirurgica programmata Day-Hospital	4,35	1,69	-61,08	
B17.4	Trend peso attività chirurgica in ricovero ordinario programmato	2,51	2,13	-15,22	
C2	Efficienza attività di ricovero				
C2a	Indice di performance degenza media	-0,19	-0,33	0,14	✓
C2a.1	Indice di performance degenza media: ricoveri programmati	-0,13	-0,26	0,13	✓
C2a.2	Tasso di occupazione posti letto per acuti	76,65	78,65	2,60	
C3a	Efficienza preoperatoria				
C3	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	0,69	0,68	1,83	✓
C3.1	Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno	1,03	1,00	2,74	
C3.2	Degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati su residenti toscani	0,63	0,61	2,92	✓
C14	Appropriatezza medica				
C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	84,29	88,57	5,09	✓
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012)	28,96	24,42	15,65	
C14.2.1	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012) - adulti				
C14.2.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012) - pediatrici	56,94	53,15	6,65	
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010-2012)	17,13	16,52	3,53	
C14.3.1	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010-2012) - adulti				
C14.3.2	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010-2012) - pediatrici	28,16	26,60	5,52	
C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	2,72	2,41	11,46	✓
C4a	Appropriatezza chirurgica				
C4a.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)	11,68	10,93	6,39	
C4.1.1	% Drq medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	12,48	11,70	6,24	
C4.1.2	% Drq medici da reparti chirurgici: day-hospital	8,56	7,87	8,08	✓
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	65,14	65,96	1,26	✓
C4.12	Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	77,94	78,10	0,21	
C5a	Qualità di processo				
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	70,57	70,53	-0,06	
C5.3	% prostatectomie transuretrali	65,82	69,07	4,94	✓
C5.7	% di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)	61,53	63,73	3,57	
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive	40,77	41,25	1,19	✓
C5.10	% resezioni programmate al colon in laparoscopia	37,88	40,32	6,46	
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	88,92	89,72	0,90	✓
C5.12	% fratture femore operate sulle fratture diagnosticate	90,37	91,38	1,11	
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h	92,53	91,20	-1,44	
C5e	Ricoveri Ripetuti				
C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	9,08	9,10	-0,30	
C5.1e.1	Percentuale di riammissioni per drg medico non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	13,19	13,26	-0,54	
C5.1e.2	Percentuale di riammissioni per drg chirurgico non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	4,33	4,31	0,48	
C5.2e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa - ricoveri programmati	-	-		
C5.2e.1	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa - ric. progr. drg medico	-	-		
C5.2e.2	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa - ric. progr. drg chirurgico	-	-		
C5d	Esito - AUSL				
C5.15	Indicatori di esito - AUSL	-	0,07	-	
C5c	Esito - AOU				
C5.16	Indicatori di esito - AOU	-	-		
C6c	Rischio clinico				
C6.1	Indice di richieste di risarcimento	6,50	6,34	2,46	✓
C6.1.1	Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere	6,12	5,95	2,78	✓
C6.1.2	Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture territoriali	0,06	0,06	-	
C6.1.4	Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	-	60,86	-	
C6.2	Sviluppo del reporting and learning system				
C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit	-	2,89	-	
C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M	-	5,53	-	
C6.4	Sicurezza del paziente				
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione	2,21	2,82	-27,38	
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drq a bassa mortalità	0,60	0,50	16,23	
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	1,87	1,57	16,00	
C6.5a	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente				
C6.5.1	Ind. adesione pratiche trasversali per la sicurezza del paziente in strutture ospedaliere	-	-		
C6.5.2	Ind. adesione pratiche trasversali per la sicurezza del paziente in strutture territoriali	-	-		
C6.5.3	Ind. adesione pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione infezioni in strut. osp.	-	-		
C6.5.4	Ind. adesione pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori terapia in strut. osp.	-	-		
C6.5.5	Ind. adesione pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	-	-		
C6.5.6	Ind. adesione pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	-	-		
C6.5.7	Ind. adesione pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	-	-		
C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	35,19	41,85	18,93	✓
C6.7	Segnalazione e gestione eventi sentinella				
C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella	87,50	71,19	-18,64	
C7b	Materno-Infantile assistenza al parto				
C7.1a	Attività ospedaliera				
C7.1	% parti cesarei depurati (NTSV)	19,97	18,58	6,97	
C7.1.1	% parti cesarei grezzi	26,38	25,69	2,62	
C7.2	% parti indotti	19,99	20,37	-1,92	
C7.3	% episiotomie depurate (NTSV)	28,28	24,45	13,54	
C7.5	Fughe per parto	16,70	16,99	-1,75	
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	7,21	6,85	4,98	
C7.12	% attacco al seno entro le 2 ore dal parto	-	78,93	-	
C7.12.1	% di allattamento al seno esclusivo durante il ricovero	80,92	78,61	-2,86	
C7.12.2	% donne a cui è stato proposto il contatto pelle a pelle	-	87,32	-	



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2013 Regione Toscana	Valore 2012	Valore 2013	Delta %	Variabilità
C7c	Materno-Infantile assistenza territoriale				
C7.1b	Attività consultoriale				
C7.15	Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile	198,45	206,97	4,30	
C7.13	% donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>=12ª settimana di gestazione)	14,62	13,16	9,96	
C7.14	% donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <=4	16,43	15,58	5,21	
C7.16	Accesso all'area maternità del consultorio di donne PFP	55,52	62,05	11,76	✓
C7.17	% primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	41,49	45,11	8,73	✓
C7.17.1	Equità di accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio	27,35	30,39	-11,14	
C7.18	% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	48,72	57,30	17,60	
C8a.3	Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)	3,15	2,88	8,45	
C7.10	Tasso IVG per 1.000 residenti	6,58	6,05	7,92	
C7.11	% IVG ripetute negli ultimi 3 anni	-	-	-	
C7.19	Tasso di accesso al consultorio giovani	61,21	63,01	2,94	
C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione (14-24 anni)	24,61	25,87	5,12	
C8a.19	Pediatria				
C7.7	Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	10,68	10,22	4,33	
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrica per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	22,94	24,79	-8,07	
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrica per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	116,52	92,24	20,83	
C8a.19.3	Tasso di ospedalizzazione pediatrica per Polmonite Acquisita di Comunità per 100.000 residenti minorenni	67,08	55,49	17,28	
C8b	Efficacia del territorio				
C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	0,70	0,64	9,27	
C8a.2	% ricoveri ripetuti a 31-180 giorni	6,77	6,68	1,42	
C8a.12	Tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di assistenza domiciliare integrata per 100.000 abitanti	-	-	-	
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite	95,16	103,26	-8,52	
C8b.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso	286,41	313,70	9,53	
C9a	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica				
C9.10.1	Polypharmacy	14,14	15,02	-6,18	
C9.6.1	Statine (Ipolipemizzanti)				
C9.6.1.1	Iperprescrizione di statine	-	4,92	-	
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine	43,73	44,90	2,69	
C9.6.1.3	Consumo di statine in associazione	88,45	91,17	-3,08	
C9.6.2	Antipertensivi				
C9.3	Incidenza dei sartani	43,17	44,09	-2,12	
C9.7	Gastrointestinali				
C9.1	Consumo di Inibitori di Pompa Protonica (Antiacidi)	27,60	29,69	-7,54	
C9.8	Antimicrobici				
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici	21,11	22,55	-6,84	
C9.8.1.2	Incidenza degli antibiotici iniettabili	25,87	25,36	1,98	
C9.9	Antidepressivi				
C9.4	Consumo di antidepressivi (SSRI)	47,89	48,98	-2,28	
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	25,74	25,17	2,20	
C9.5	Consumo di altri antidepressivi	11,19	12,20	-9,00	
C9.9.1	Pazienti con iperprescrizioni	-	10,12	-	
C9.14	Cura dell'osteoporosi				
C9.15	% pazienti aderenti alla terapia con Farmaci Nota 79	19,01	31,76	67,01	
C9.16	% pazienti fratturati aderenti alla terapia con Farmaci Nota 79	39,41	35,19	-10,70	
C9.16.1	Incidenza dei bifosfonati	64,48	65,80	2,05	
C9.17	Ospedaliere				
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti	1,30	1,33	-2,05	
C9.13	Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti	65,89	67,48	-2,41	
C9.18	Incidenza del filgrastim nei reparti	76,35	84,55	10,74	✓
C9.20.1	Consumo di Fattore VIII a base di DNA ricombinante	-	66,77	-	
C9.20.2	Consumo di Fattore IX	-	19,19	-	
C9.20.3	Consumo di albumina	-	512,27	-	
C9.20.4	Albumina per giornata degenza	-	495,86	-	
C9.19	Farmaci respiratori				
C9.19.1	Incidenza adrenergici	62,32	62,45	-0,21	
B4.1	Controllo del dolore				
B4.1.1	Consumo di farmaci oppioidi	-	2,26	-	
B4.1.3	Consumo di morfina	2,54	2,43	-4,33	
B4.1.5	Incidenza della morfina	4,88	3,38	-30,64	
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche				
C11a.1	Scompenso				
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	178,10	154,56	13,22	✓
C11a.1.2	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio	56,90	58,80	3,34	
C11a.1.3	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACEinibitore - sartani	56,10	55,00	-1,96	
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	44,70	47,10	5,37	✓
C11a.2	Diabete				
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)	17,94	17,40	2,99	
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	66,80	67,70	1,35	
C11a.2.3	% residenti con Diabete con almeno un esame della Retina	31,70	31,80	0,32	✓
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	51,74	47,66	7,88	✓
C11a.2.4.1	Tasso di rivascularizzazione nei pazienti diabetici per 100.000 residenti	35,28	39,05	10,68	
C11a.2.4.2	% di rivascularizzazione nei pazienti diabetici	3,89	4,25	9,32	
C11a.3	BPCO				
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	44,20	36,25	17,99	✓
C11a.5	Ictus				
C11a.5.1	% residenti con ictus in terapia antitrombotica	63,50	62,60	-1,42	
C11a.6	Iperensione				
C11a.6.1	% residenti con Iperensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico	50,30	50,60	0,60	✓
C11a.7.1	% di pazienti in terapia con beta-bloccanti nei primi 60 giorni dal ricovero per IMA	70,98	71,72	1,04	
C13	Tasso di prestazioni ambulatoriale e diagnostiche				
C13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali	3183,92	3183,02	0,03	
C13.2	Tasso std di prestazioni diagnostica per immagini	747,95	734,34	1,82	
C13.2.1	Tasso di prestazioni TC prescritte, extra Ps, per 1.000 residenti	59,27	64,09	8,14	
C13.2.2	Tasso di prestazioni RM prescritte, extra Ps, per 1.000 residenti	66,50	66,01	-0,75	
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	22,11	20,24	8,48	
C13.2.2.2	% pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	7,77	7,80	-0,44	
C13.2.2.3	Tasso di RM al ginocchio per 1000 residenti (>= 65 anni)	8,87	7,32	17,48	
C13.2.3	Tasso std di prestazioni Ecocolor Doppler per 1.000 residenti	68,70	64,39	-6,28	
C13.2.4	Tasso std di prestazioni Ecografia per 1.000 residenti	183,39	174,97	-4,59	
C13.2.5	Tasso std di prestazioni RX tradizionale per 1.000 residenti	231,22	224,83	-2,77	



30 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2013 Regione Toscana	Valore 2012	Valore 2013	Delta %	Variabilità
C15a	Salute Mentale				
C15a.1	Settore adulti				
C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni	42,88	-	-	
C15.1.1	Tasso di utenti con almeno 18 giornate di attività domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni	-	-	-	
C15.2	Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ricovero ospedaliero	41,02	-	-	
C15.2.1	Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ric. osp. da strut. pubbliche	46,29	-	-	
C15.2.2	Contatto entro 7 gg con il DSM dei pazienti maggiorenni dalla dimissione dal ric. osp. da strut. private accreditate	14,24	-	-	
C15.3	Tasso di pazienti psichiatrici con ricoveri ripetuti entro 30 giorni per 100.000 residenti maggiorenni	17,81	17,21	3,40	
C15.4	Efficienza psicoterapeutica	-	24,11	-	
C15.5	Percentuale di pazienti presi in carico con un Progetto Terapeutico scritto	-	-	-	
C15.6	Integrazione con il S.E.R.T	-	-	-	
C15.7	Tasso di internati in OPG	-	-	-	
C8a.5	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	277,00	275,83	0,42	
C8a.5.1	Tasso di ricovero per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni	62,04	61,02	1,65	
C8a.5.2	Tasso di ricovero per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni	74,29	82,32	-10,80	
C8a.5.3	Tasso di ricovero per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni	28,96	25,49	12,00	
C8a.5.4	Tasso di ricovero per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni	14,58	15,32	-5,10	
C8a.5.5	Tasso di ricovero per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni	19,66	-	-	
C8a.5.7	Tasso di ricovero per demenze per 100.000 residenti maggiorenni	27,61	23,51	14,87	
C8a.5.8	Tasso di ricovero per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni	30,60	31,37	-2,54	
C8a.5.6	Tasso di ricovero per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni	20,51	19,80	3,50	
C15a.2	Settore infanzia-adolescenza	-	-	-	
C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali	-	38,57	-	
C15.11	Percentuale del drop-out nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi	-	-	-	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza				
C16a.1	Pronto Soccorso				
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	72,32	72,08	-0,33	
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	78,73	77,74	-1,26	
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	83,76	82,86	-1,07	
C16.5	% pazienti in osservazione breve	10,89	10,50	-3,58	
C16.5.1	% di osservazioni brevi con durata > 24 ore	-	15,14	-	
C16.6	% pazienti ricoverati dopo osservazione breve	22,00	23,99	-9,05	
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	64,50	66,88	3,69	✓
C16.8	% ricoveri da Pronto Soccorso inviati entro 24 ore in area critica	1,21	1,28	-5,19	
C16.9	% ricoveri da Pronto soccorso	12,92	12,97	-0,36	
C16.10	% reingressi al Pronto Soccorso	-	5,35	-	
C16a.2	Sistema 118				
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	-	14,97	-	
C16.12	Ore mezzi di soccorso impiegati per anno / 100.000 residenti	-	12787,00	-	
C16.13	Ore mezzi di soccorso impiegati per anno / numero di interventi effettuati	-	0,97	-	
C16.14	Numero di missioni con trasporto in Pronto Soccorso / Numero totale di missioni	-	80,96	-	
C16.15	Numero di chiamate annuali per 100.000 residenti	-	12209,80	-	
C16.16	Numero di interventi ad alta priorità / Numero di interventi effettuati	-	14,96	-	
C16.17	Tasso di pazienti con intervento del team sanitario per 100.000 residenti	-	4836,10	-	
C17	Riabilitazione				
C17.1	Specialità 56 - Recupero e riabilitazione funzionale				
C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	2,76	2,44	11,58	
C17.1.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri ordinari per 1.000 residenti in specialità 56	2,38	2,10	11,78	
C17.1.1.2	Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri in day hospital per 1.000 residenti in specialità 56	0,38	0,34	10,31	
C17.1.2	Tasso di occupazione posti letto in disciplina 56	-	82,43	-	
C17.1.3	% ricoveri in specialità 56 non preceduti da ricovero acuto	21,88	20,74	5,22	
C17.1.3.1	% ricoveri in specialità 56 non preceduti da ricovero acuto: Ricoveri Ordinari	10,26	10,01	2,40	
C17.1.3.2	% ricoveri in specialità 56 non preceduti da ricovero acuto: Day Hospital	90,51	94,33	0,19	
VALUTAZIONE ESTERNA (D)					
D8a	Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	71,02	68,95	-2,91	
D9a	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	2,84	2,50	11,86	
D17	Valutazione utenti Materno Infantile	-	68,67	-	
D18a	Dimissioni volontarie di pazienti da ricovero ospedaliero				
D18	Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	0,96	0,86	10,57	✓
D18.1	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	1,78	1,27	28,67	✓
VALUTAZIONE INTERNA (E)					
E2	Percentuale di assenza	6,53	7,00	-7,20	
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	4,45	5,11	-14,79	



Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori BERSAGLIO 2013 Regione Toscana	Valore 2012	Valore 2013	Delta %	Variabilità
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)					
F1	Equilibrio Economico-Reddittuale				
F1.1	Equilibrio Economico Generale	0,03	-	-	
F1.2	Equilibrio Economico Gestione Sanitaria	2,40	-	-	
F1.3	ROI	2,92	-	-	
F3	Equilibrio Patrimoniale - Finanziario				
F3.1	Indice di disponibilità	0,75	-	-	
F3.2	Politiche di investimento				
F3.2.1	Incidenza dei canoni leasing	2,10	-	-	
F3.2.2	Percentuale di obsolescenza tecnica	77,41	-	-	
F3.2.3	Percentuale nuovi investimenti	4,89	-	-	
F3.3	Indice di elasticità finanziaria	-13,48	-	-	
F3.4	Costi di finanziamento				
F3.4.1	Indice di onerosità	-3,51	-	-	
F3.4.2	Dilazione dei debiti	175,39	-	-	
F10a	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi				
F10	Spesa farmaceutica territoriale	195,35	194,72	0,32	✓
F10.2	Spesa farmaceutica ospedaliera	50,09	62,46	-24,70	
F10.2.1	Spesa media per farmaci oncologici	-	1891,60	-	
F10.2.2	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa	-	8597,68	-	
F10.2.3	Spesa media per farmaci antivirali per il trattamento da HIV	-	5831,06	-	
F10.3	Spesa dispositivi (ospedaliera)				
F10.3.1	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (ASL)	-	80,99	-	
F10.3.2	Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (AOU)	-	80,99	-	
F11	Indice di compensazione	1,20	-	-	
F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica				
F12a.14	% molecole presenti nelle liste di trasparenza	68,04	73,12	7,46	
F12a.15.1	Statine (Ipolipemizzanti)				
F12a.2	Percentuale di statine a brevetto scaduto	83,10	86,17	3,69	✓
F12a.15.2	Antipertensivi				
F12a.3	Percentuale di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antipertensivi)	98,90	98,97	0,08	
F12a.6	Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antipertensivi)	92,15	92,46	0,33	
F12a.7	Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antipertensivi)	83,52	82,95	-0,68	
F12.11a	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)	67,69	87,43	29,17	✓
F12.22	Perindopril a brevetto scaduto	1,43	2,45	70,82	
F12a.17	Antimicrobici				
F12a.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)	86,40	91,63	6,05	✓
F12a.18	Sistema nervoso				
F12a.5	Percentuale di antidepressivi (SSRI) a brevetto scaduto	83,67	84,16	0,58	✓
F12a.10	Percentuale di altri antidepressivi a brevetto scaduto (Antidepressivi)	80,49	80,22	-0,32	
F12a.20	Cura dell'osteoporosi				
F12a.21	% di bifosfonati (cura dell'osteoporosi) a brevetto scaduto	61,11	65,67	7,47	✓
F12a.19	Ospedaliera				
F20.3	% Eritropoietina a brevetto scaduto	42,62	59,19	38,90	✓
F20.6	% Eritropoietina Beta	28,62	22,84	20,20	
F20.4	% Somatropina a brevetto scaduto	6,85	7,74	13,05	
F20.5	% Filgrastim a brevetto scaduto	87,82	93,01	5,90	
F12c	Dispositivi medici				
F12c.1	Percentuale di utilizzo di stent coronarici a cessione di farmaco (DES) della ditta aggiudicataria	-	67,58	-	
F12c.2.1	Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (ASL)	-	-	-	
F12c.2.2	Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (AOU)	-	-	-	
F12c.3.1	Spesa per siringhe, quanti e dispositivi per assorbimento per giornata di degenza (ASL)	-	1,89	-	
F12c.3.2	Spesa per siringhe, quanti e dispositivi per assorbimento per giornata di degenza (AOU)	-	-	-	
F12c.4	Consumo di siringhe, quanti e dispositivi per assorbimento per giornata di degenza	-	23,93	-	
F15a	Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (PISLL)				
F15.1s	Efficacia strutturale				
F15.1.1s	Unità locali/personale qualificato	454,98	473,02	3,97	
F15.1.4s	popolazione occupata/personale qualificato	2904,19	2894,55	-0,33	
F15.1	Copertura del territorio				
F15.1.6	Cantieri edili diversi ispezionati	109,17	108,56	-0,56	
F15.1.7	Prodotti finiti 25- 26- 72 / unità locali	1,11	1,18	5,91	
F15.1.8	Aziende agricole controllate	105,00	108,12	2,97	
F15.2	Efficienza				
F15.2.6	Prodotti finiti 25-26-27-72 pesati /operatori qualificati	2881,77	2856,32	-0,88	
F15.3	Risultato				
F15.3.1	Tasso di infortuni standardizzato	28,64	26,63	7,02	✓
F16a	Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e veterinaria				
F16.5	Efficienza produttiva				
F16.5.5	PF49/PF4/PF43 personale	48,90	49,30	0,82	
F16.6.3	Audit regionali (Indicatore Triennale)	-	80,88	-	
F16.7	Check-list BND di Teramo				
F16.7.2	Check-list caprini	3,65	3,62	-0,96	
F16.7.3	Check-list suini	1,67	1,25	-25,22	
F16.8.1	Farmacosorveglianza: Ingrossi	90,91	100,00	10,00	✓
F17	Costo sanitario pro-capite	-	1946,00	-	
F19a	Costo medio per punto Drg Min. dei ricoveri per acuti	-	4639,14	-	
F21	Efficienza ed efficacia nell'Igiene Pubblica e Nutrizione e Medicina dello sport				
F16.2	Nutrizione				
F16.2.1	Valutazione e controllo Piani Nutrizione	93,67	108,16	15,47	✓
F21.4	Efficienza produttiva: (PF1+PF2+PF10)/Personale assegnato	75,06	82,88	10,42	✓
F21.3	Studio Passi : Interviste	86,80	95,50	10,02	✓
F21.6	% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	-	-	-	
F21.7	Proporzione di malattie invasive batteriche tipizzate	-	59,46	-	
F22.3	Vigilanza igienico sanitaria sugli impianti sportivi	-	8,09	-	

Legenda

In corsivo gli indicatori non di valutazione (di osservazione)

In arancione i nuovi indicatori, introdotti nel 2013

Il simbolo ✓ nella colonna della variabilità è presente quando l'indicatore è di valutazione, mostra un trend positivo tra il 2012 e il 2013 e la variabilità diminuisce



4. La rappresentazione dei risultati: dal bersaglio alle mappe di performance

Per rappresentare adeguatamente i risultati riportati da ogni azienda in ciascuna delle dimensioni individuate era necessario individuare una modalità semplice e chiara, capace di evidenziare subito lo stato dell'arte della performance dell'azienda analizzata. Particolarmente frequente nella bibliografia e strumentazione manageriale l'utilizzo della metafora della "tela di ragno", ossia di uno schema a più dimensioni in cui i risultati sono posizionati sulla "tela" e dove maggiore è la vicinanza al centro peggiori sono i risultati.

Il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha optato per una simbologia che fosse ancora più semplice e che avesse una immediata valenza positiva. È stato infatti utilizzato lo schema del "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione, suddiviso in sei settori circolari rappresentativi delle sei dimensioni. L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde (vedi figura n. 5), mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

In seguito si presenta il bersaglio del sistema sanitario toscano 2012 nel confronto con le altre regioni del Network. La performance della Regione Toscana appare assai positiva, con la maggior parte degli indicatori posizionati verso il centro del bersaglio.

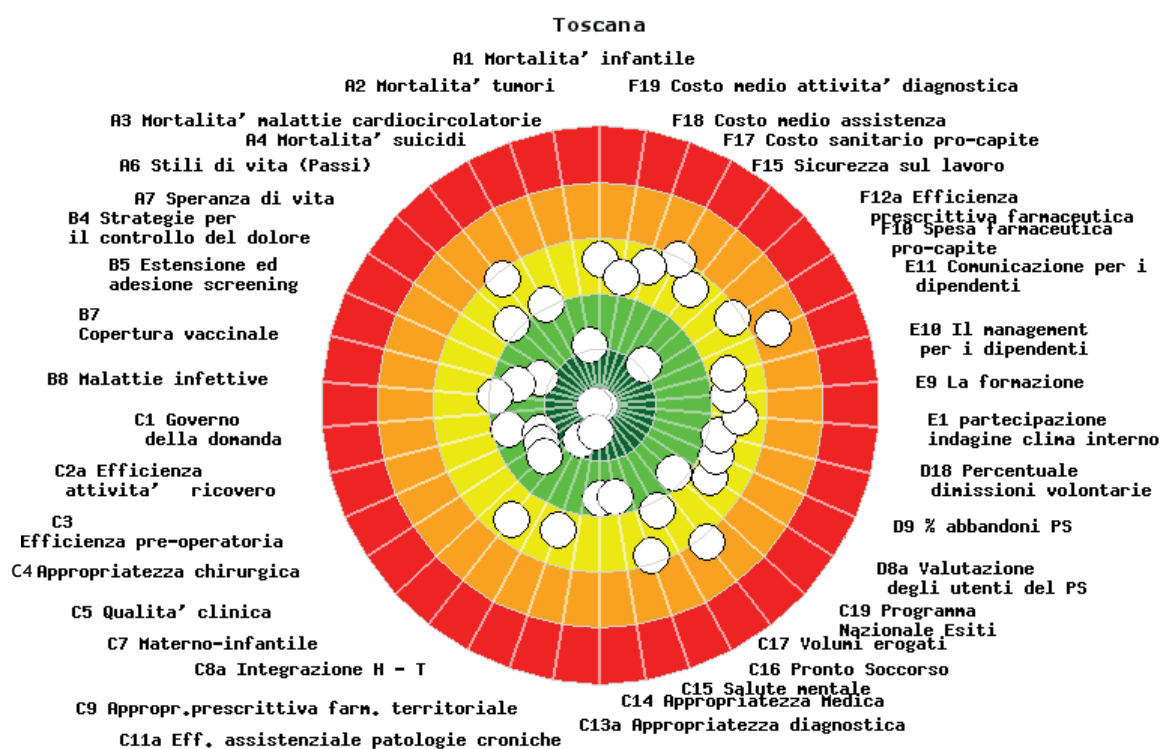


Fig. 30 - Il bersaglio del Sistema Sanitario Toscano anno 2012, confronto nel network regioni.

Se il bersaglio rappresenta una modalità ormai consolidata in Toscana per visualizzare i risultati di maggiore rilevanza conseguiti da ciascun soggetto del sistema relativamente all'anno considerato, quale fotografia dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione, non è però in grado di evidenziare quale sia stato lo sforzo compiuto da ciascuna azienda e dal sistema nel suo complesso per migliorare la performance da un anno all'altro.

Per permettere di evidenziare quanto le aziende sanitarie sono state in grado di migliorare i risultati rispetto all'anno precedente è stata messa a punto una modalità di rappresentazione della performance che indica da un lato la performance dell'indicatore nell'anno in corso e dall'altro la capacità di miglioramento rispetto al 2012 e rispetto alle altre aziende.

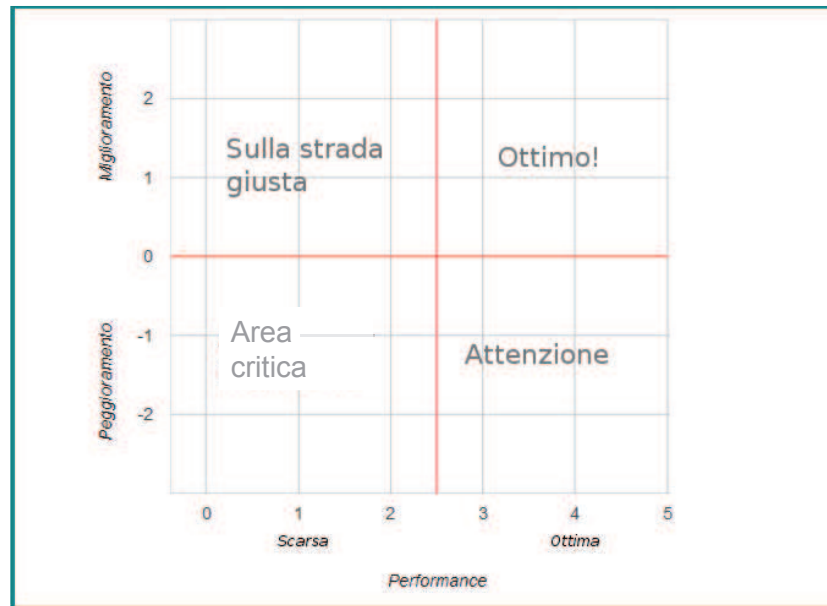


Fig. 31 - La mappa di performance

Nelle mappe di performance la capacità di miglioramento (rappresentato nell'asse verticale, y) viene calcolata, per ogni azienda e per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2013-2012 riproporzionata in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2 (dove -2 indica capacità di miglioramento pessima e +2 ottima). La performance (rappresentata nell'asse orizzontale, x) invece corrisponde al punteggio di valutazione dell'anno 2012 associato a ciascun indicatore selezionato.

Si possono quindi individuare 4 quadranti di riferimento considerando come origine degli assi il punto con valore dell'asse y pari a zero e valore dell'asse x pari al punteggio medio regionale.

Se l'indicatore si colloca nel quadrante in alto a destra il quadro è positivo, sia in termini di posizionamento rispetto alle altre aziende sia in termini di capacità di miglioramento dal 2012 al 2013, ovvero l'azienda nel 2013 per l'indicatore selezionato ha dimostrato un'ottima performance, con un trend in miglioramento rispetto alle altre aziende. Se il dato si trova nel quadrante in alto a sinistra significa che è migliorato dal 2012 al 2013 rispetto alle altre aziende ma non ha ancora conseguito un buon risultato in termini di performance 2013 e si colloca pertanto "sulla buona strada".

Nel caso in cui l'indicatore sia posizionato nel quadrante in basso a destra ottiene una buona valutazione, ossia persegue un buon risultato nel 2013 ma registra un trend peggiore alle altre aziende e si pone quindi in una situazione di "attenzione". Se infine il dato si trova nel quadrante in basso a sinistra risulta nell'area "da migliorare" in quanto la valutazione è inferiore rispetto alla media regionale con trend in peggioramento.

Per ogni azienda in questa sezione del Report si presentano 2 mappe di performance: una dedicata all'area ospedaliera e una all'ambito territoriale. Non è stato possibile inserire tutti gli indicatori monitorati dal sistema di valutazione nelle mappe di performance in quanto dal punto di vista metodologico i dati devono essere disponibili per l'anno in corso ed il precedente e devono essere di valutazione. Non per tutti gli indicatori si può calcolare il trend in quanto in alcuni casi è cambiato il criterio di calcolo da un anno all'altro. La scelta inoltre tiene conto anche della rilevanza dell'indicatore per rendere più semplice la lettura della mappa.



34 - PARTE I - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA

Nelle tabelle successive sono elencati gli indicatori inclusi nelle Mappe di performance ospedaliera e territoriale

MAPPA OSPEDALE Ausl e AOU	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B12.2.2.1	% attrazione extra Regione
B12.2.2.2	% attrazione extra Regione per Drg ad alta complessità
B15.2.2	Impact factor medio per articolo
B15.3.1	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI
B15.3.2	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI
C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione std DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti
C2a	Indice di performance degenza media
C3.1	Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno
C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010)
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C14.4	%ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010)
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery
C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS
C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***
C7.1	% parti cesarei depurata (NTSV)
C7.5	Fughe per parto
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h
F20.4	% Somatropina a brevetto scaduto
F20.5	% Filgrastim a brevetto scaduto
D9a	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero

Fig. 32 - Gli indicatori della Mappa di performance ospedaliera

MAPPA TERRITORIO Ausl	
Codice indicatore	Descrizione Indicatore
B6.1.1	% Morti Encefaliche individuate
B6.1.2	% Donatori Effettivi
B5.1.2	Adesione screening mammografico
B5.2.2	Adesione screening cervice uterina
B5.3.2	Adesione screening coloretale
B7.1	Copertura per vaccino MPR
B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)
B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
B22.2	N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni
C7.10	Tasso IVG per 1.000 residenti
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti
C8b.13	Tasso di prestazioni AD sanitaria per 1.000 residenti oltre 65 anni
C8b.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti
C9.6.1.2	% pazienti aderenti alla terapia con statine
C9.1	Consumo di Inibitori di Pompa Protonica (Antiacidi)
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
B4.1.1	Consumo di farmaci oppioidi
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.1.2	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio
C11a.1.3	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con ACEinibitore - sartani
C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)
C11a.2.2	% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata
C11a.2.3	% residenti con Diabete con almeno un esame della Retina
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.5.1	% residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica - ddd > 50% giorni di oss.
C11a.6.1	% residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni
C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
F10	Spesa farmaceutica territoriale
F12a.14	% molecole presenti nelle liste di trasparenza

Fig. 33 - Gli indicatori della Mappa di performance territoriale

LA VALUTAZIONE 2013 DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE

A cura di Sabina Nuti

Nei paragrafi successivi si illustra sinteticamente la performance conseguita in ogni realtà aziendale del sistema nel 2013.

I risultati di ciascuna azienda sono stati analizzati e discussi in corso d'anno durante gli incontri periodici tra l'Assessorato Regionale e le Direzioni Aziendali relativi alla programmazione e al controllo della gestione aziendale. I ricercatori del Laboratorio MeS inoltre hanno collaborato direttamente con i professionisti sanitari e con il management per approfondire gli ambiti di criticità e soprattutto per valorizzare le best practice. Nell'ambito dei percorsi formativi organizzati dalla Scuola Superiore Sant'Anna infatti, nonché in convegni, workshop e pubblicazioni è stato dato ampio spazio ad illustrare e promuovere meccanismi organizzativi, scelte operative e progetti attuativi che hanno consentito alle aziende di conseguire ottime performance in diversi ambiti o significativi risultati in termini di miglioramento. Si sottolinea in proposito che il Sistema di Valutazione è consultabile sul sito <http://performance.sssup.it/toscana> ed è attivo uno spazio in cui i professionisti, i cittadini e gli operatori sanitari hanno la possibilità di inviare commenti, suggerimenti e proposte per migliorare lo strumento.

Quest'anno inoltre, data la numerosità degli indicatori monitorati dal Sistema, il presente Report contiene soltanto gli indicatori di valutazione, ossia quelli a cui è associato un colore e un punteggio. I cosiddetti dati di "osservazione", cioè quelli che permettono una lettura più accurata ed approfondita di un certo fenomeno ma che non sono valutati, non sono presenti in questa stampa ma sono consultabili direttamente on line così come gli indicatori della dimensione A relativi allo stato di salute della popolazione, che si riferiscono al triennio 2008-2010 e sono determinati solo in parte dai servizi erogati dall'azienda sanitaria. Le tabelle con i dati numerici sono consultabili su web all'indirizzo (<http://performance.sssup.it/toscana>).

Anche quest'anno nel sistema per gli indicatori di ambito ospedaliero calcolati per azienda erogatrice sono stati inseriti i dati a livello di Area Vasta e i dati relativi all'attività erogata complessivamente da tutte le strutture private accreditate presenti sul territorio regionale (circa 30 strutture).

È da ricordare che la valutazione è relativa al 2013, ad eccezione di quegli indicatori i cui dati, al momento della predisposizione del seguente report, non erano ancora disponibili. In particolare gli indicatori C5d e C5c "Esiti", F1 "Equilibrio economico reddituale", F3 "Equilibrio Patrimoniale Finanziario", F11 "Indice di compensazione", F19a "Costo medio per punto DRG ministeriale dei ricoveri per acuti", sono relativi all'anno 2012. L'indicatore F17 "Costo sanitario pro-capite è una stima del dato 2013, pertanto è un valore provvisorio, mentre F15.3.1 "Tasso di infortuni standardizzato" si riferisce al 2011.

I bersagli relativi alle Aziende Sanitarie Territoriali e quelli delle Aziende Ospedaliero-Universitarie sono in parte differenti, perché diversa è la missione che questi soggetti perseguono nel sistema sanitario. In particolare, per le prime sono oggetto di monitoraggio molti indicatori relativi alle azioni intraprese sul territorio, mentre le seconde sono valutate nello specifico sulla capacità di svolgere attività clinico-sanitaria di elevata complessità e sulla capacità di produrre ricerca.



La performance della Ausl 1 Massa e Carrara

La Ausl 1 di Massa Carrara registra una performance positiva e in miglioramento rispetto al 2012. Malgrado l'azienda sia stata chiamata ad affrontare una situazione economica difficile, ha saputo rispondere in modo efficace, riducendo i costi operativi e al tempo stesso migliorando la qualità e l'appropriatezza dei servizi.

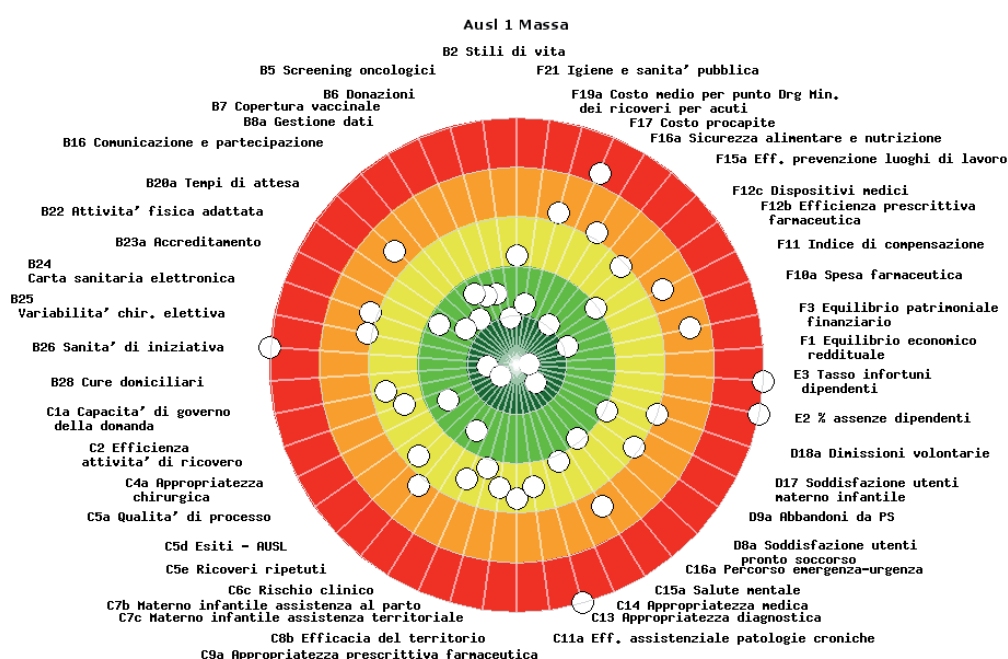
Sulla capacità di perseguimento delle strategie regionali l'Azienda registra ottimi risultati: vanta una ottima performance a livello regionale per l'estensione ed adesione agli screening oncologici (B5) e presenta risultati nel complesso molto positivi per la copertura vaccinale (B7).

Nell'ambito ospedaliero, l'Azienda conferma i significativi progressi sulla capacità di governo della domanda, mostrando di saper orientare i cittadini verso il setting assistenziale più adeguato: il tasso di ospedalizzazione ha registrato, nel triennio 2011-2013, un miglioramento significativo e si attesta su un valore di 136 per 1.000 abitanti, in linea con il dato regionale. In questa stessa direzione vanno gli apprezzabili risultati sull'appropriatezza medica (C14) e su quella chirurgica (C4a): l'Azienda dimostra di aver prestato grande attenzione alla ridefinizione dell'offerta ospedaliera, portando, ad esempio, la percentuale di ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostica da 14% a 8% con un miglioramento del 43% circa. Dati confermati anche dal risultato positivo sulla percentuale di standard raggiunti per DRG LEA medici e chirurgici. Il buon livello dell'assistenza ospedaliera è messo in evidenza anche dagli indicatori di qualità di processo (C5a) e di esito (C5d): per citare alcuni esempi, la percentuale di fratture di femore operate entro due giorni arriva all'85%, supera lo standard regionale e risulta tra le migliori performance a livello regionale, così come il dato relativo alla percentuale di prostatectomia per via transuretrale, che si attesta all'81%, con un aumento del 26% rispetto al 2012. Sul versante della centralità del paziente, la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente durante un ricovero ospedaliero, che può essere considerata come proxy della soddisfazione, presenta dati più elevati della media regionale, pur segnando una riduzione dell'11% rispetto al 2012. E' da segnalare anche una gestione molto positiva degli indicatori che monitorano una adeguata gestione del Rischio clinico (C6c).

Sul Pronto Soccorso l'azienda registra una performance complessivamente positiva, con risultati ottimi sul livello di soddisfazione degli utenti riguardo alla qualità dell'assistenza ricevuta, con una tra le migliori performance a livello regionale. Sul versante del clima organizzativo, l'Azienda registra ancora un'elevata percentuale di assenza dei dipendenti (E2) ed un alto tasso di infortuni dei dipendenti (E3), anche se quest'ultimo dato si inserisce in un contesto provinciale in cui da anni vi è il più alto tasso di infortuni.

Sul versante territoriale emerge un miglioramento, cresce il numero di corsi di attività fisica adattata (AFA), rispetto al 2012, promossi dalla regione Toscana nell'ambito della sanità di iniziativa. (B22); si riducono i tassi di ospedalizzazione evitabile per patologie croniche (C11); da segnalare, tuttavia, che si conferma molto elevato, pur segnando una forte riduzione, il tasso di amputazioni maggiori per diabete (C11a.2.4). I dati suggeriscono anche un maggiore consolidamento del rapporto tra ospedale e territorio: la percentuale di pazienti in cure domiciliari (B28) è tra le più elevate in regione e in crescita, il tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite (C8a.19.2), che era tra i più alti della Toscana, si è ridotto del 50%. Il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti oltre 65 anni (C13.2.2.1) invece, che è considerata una prestazione ad alto rischio di in appropriatezza, presenta un dato molto elevato e con trend in peggioramento.

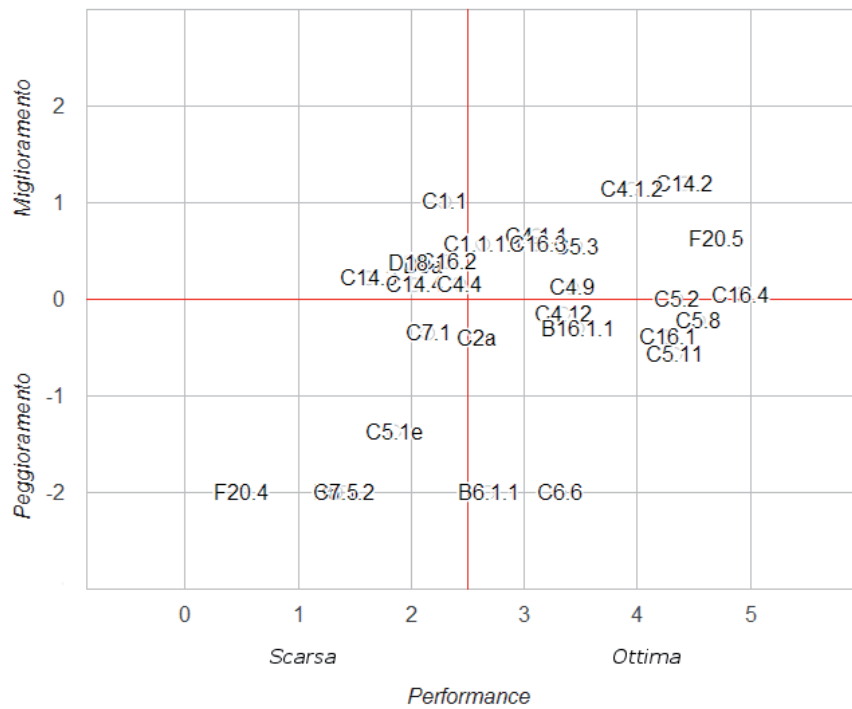
L'area della farmaceutica mostra un trend positivo in molti tra gli indicatori monitorati, anche grazie ad un utilizzo appropriato dei farmaci non coperti da brevetto, pur evidenziando margini di miglioramento sull'appropriatezza prescrittiva. La spesa farmaceutica territoriale, al di sotto della media regionale, è pari a 189 euro pro capite.





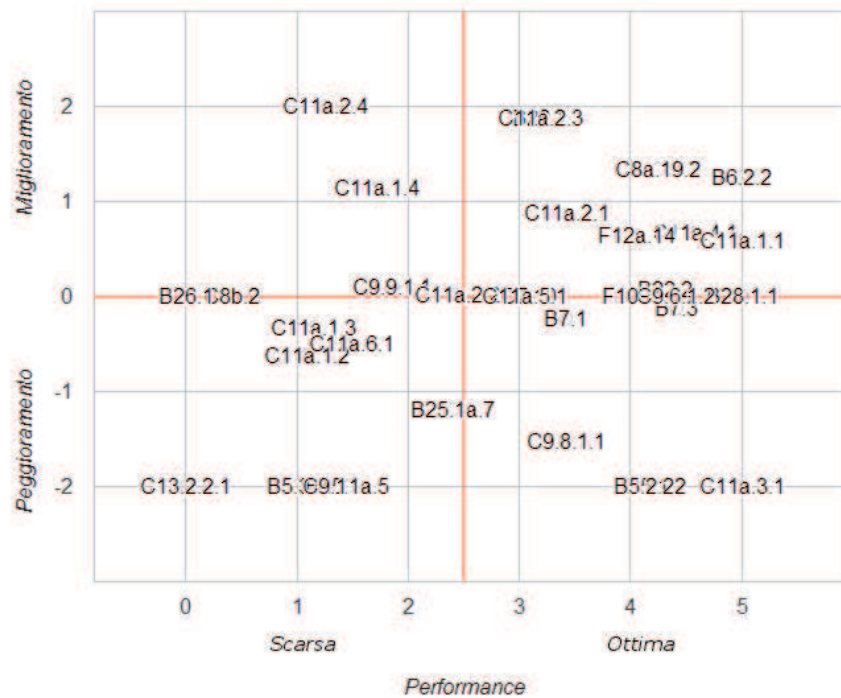
Mapa di performance ospedaliera

Ausl 1 Massa Anno 2013



Mapa di performance territoriale

Ausl 1 Massa Anno 2013





La performance della Ausl 2 Lucca

La Ausl 2 di Lucca registra una performance complessivamente positiva, pur mostrando alcuni punti di debolezza. Riguardo al conseguimento delle strategie regionali, l'estensione degli screening oncologici (mammografico, cervicite uterina, coloretale) - indicatore B5 - è molto ampia e l'adesione da parte della popolazione è in aumento rispetto al 2012. In relazione alla capacità di governo della domanda, il tasso di ospedalizzazione si conferma tra i più bassi della Regione (132 ricoveri per 1.000 abitanti), con una riduzione del 3% rispetto al 2012. Questo risultato è stato raggiunto anche attraverso una adeguata gestione sia delle patologie croniche (indicatore C11a) sia di altri ricoveri di natura medica evitabili (indicatore C4.9), più correttamente gestiti a livello territoriale. L'Azienda mostra risultati molto positivi rispetto all'appropriatezza medica grazie ad un ulteriore miglioramento sui ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostica (C14.2), sui ricoveri ordinari medici brevi (C14.3) e sulla percentuale di standard raggiunti per DRG LEA medici (C4.9). In ambito chirurgico l'Azienda conferma una buona capacità di gestione appropriata della risorsa ospedale: risulta best practice regionale per la percentuale di interventi di colecistectomie laparoscopiche in day surgery (C4.4) e registra un trend positivo, attestandosi intorno alla media regionale, per i Drg Chirurgici LEA, ossia per quei ricoveri su cui sono fissate alcune percentuali minime di interventi da realizzare in day surgery (indicatore C4.12). Lo sforzo verso un adeguato utilizzo dei posti letto è confermato anche dal miglioramento dell'indice di performance della degenza media (C2a). Per quanto riguarda la qualità di processo, è da segnalare come le fratture di femore siano passate in un anno da 67% a 86% (C5.2), con un aumento del 29%. Anche sul fronte degli esiti (indicatore C5d calcolato utilizzando i dati 2012 del Programma Nazionale Esiti dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), l'Azienda registra nel complesso buoni risultati. Un'ottima performance sulla gestione del Rischio Clinico (indicatore C6c) completa un quadro complessivamente buono della gestione dell'assistenza ospedaliera.

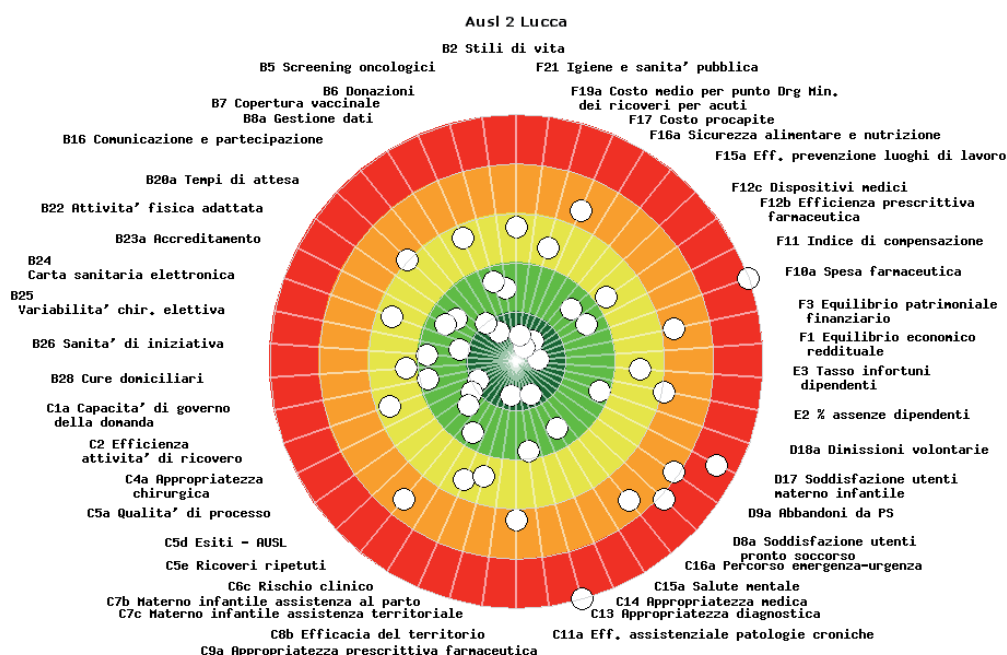
Per quanto riguarda il Pronto Soccorso l'Azienda mostra invece alcune criticità: dai dati emerge che gli abbandoni dal PS da parte degli utenti (indicatore D9a) sono tra i più alti della Regione e in aumento rispetto al 2012. Anche i tempi di attesa degli utenti con i codici colore gialli e verdi risultano elevati (C16). Soltanto il 59% dei gialli viene visitato entro 30 minuti e il 64% dei verdi viene visto entro 1 ora, con trend in peggioramento. Le valutazioni sul Pronto Soccorso da parte degli utenti (D8a), inferiori rispetto al dato regionale, confermano queste criticità.

Il percorso materno-infantile registra una performance media sia sul versante dell'assistenza ospedaliera (C7b) che dell'assistenza territoriale (C7c), settore, quest'ultimo, nel quale l'azienda ha recentemente apportato dei cambiamenti organizzativi, finalizzati a riqualificare l'offerta consultoriale. Il livello di soddisfazione delle donne relativo all'assistenza ricevuta durante il percorso nascita risulta inferiore alla media regionale.

In riferimento all'attività svolta sul territorio, il dato relativo ai corsi AFA attivati (Attività Fisica Adattata, indicatore B22) è molto positivo e tra i più elevati in Regione. Il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti oltre sessantacinque anni (C13.2.2.1), pur rimanendo un elemento di criticità (il più elevato in Regione con 30 risonanze per 1.000 residenti), fa riscontrare una riduzione del 14% rispetto al 2012. Sostanzialmente allineato con il 2012 ed al di sopra della media regionale il dato sulla sanità di iniziativa, con il 52% della popolazione con più di 16 anni seguita da Medici di Medicina Generale aderenti ai moduli (indicatore B26).

La farmaceutica infine rimane un'area di criticità, in cui l'Azienda registra la spesa territoriale pro capite più elevata della Toscana (201 euro pro capite, indicatore F10) e in crescita. Gli indicatori sull'appropriatezza prescrittiva (C9a) segnalano la possibilità di margini di miglioramento, in particolare sull'utilizzo di antidepressivi ed antibiotici.

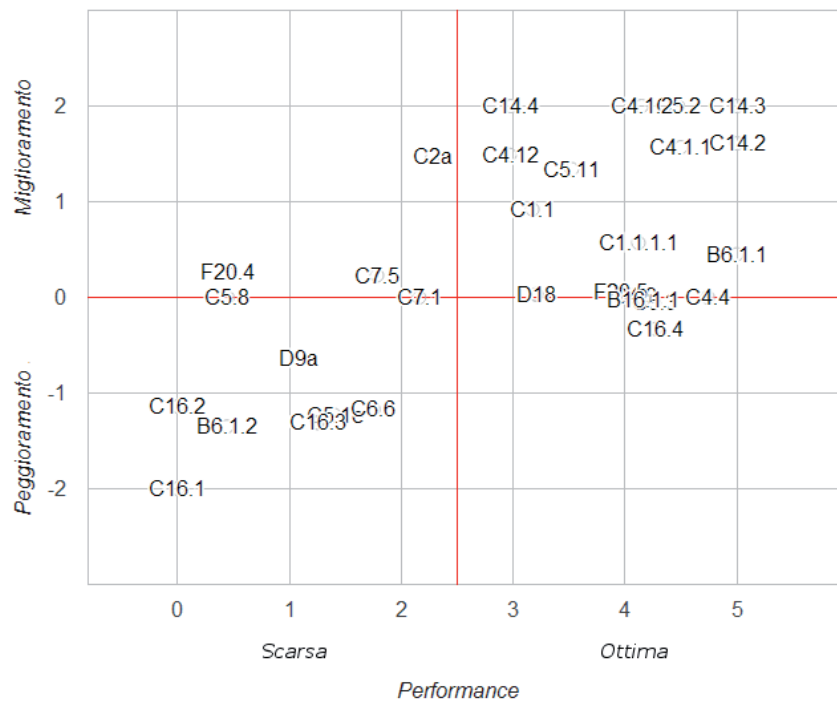
Sul versante della dimensione interna sono da segnalare, tra gli indicatori da migliorare, l'elevata percentuale di assenza dei dipendenti (E2), mentre si rileva una riduzione del tasso di infortuni dei dipendenti (E3), che si allinea alla media regionale.





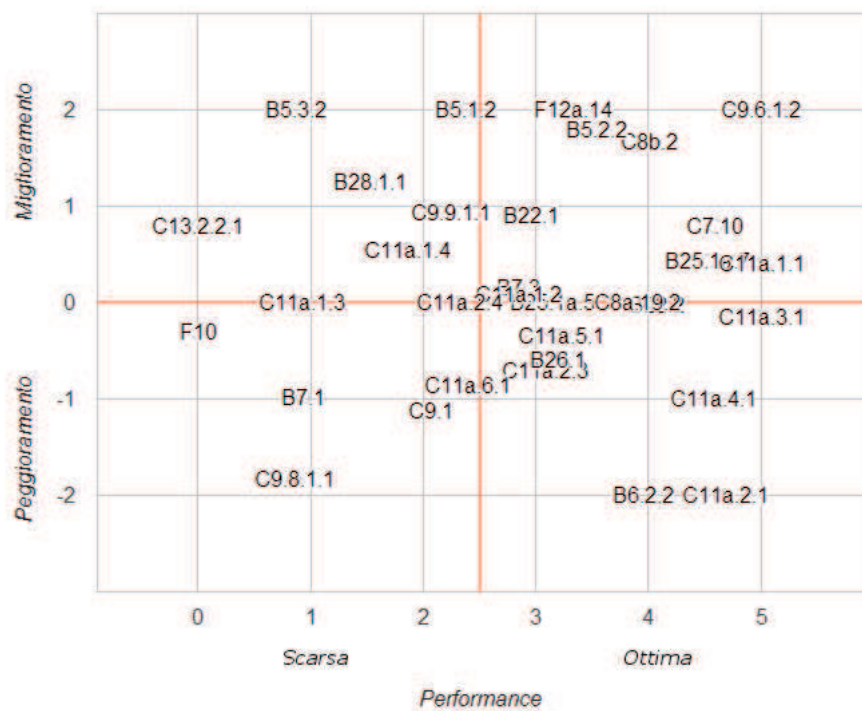
Mappa di performance ospedaliera

Ausl 2 Lucca Anno 2013



Mappa di performance territoriale

Ausl 2 Lucca Anno 2013





La performance della Ausl 3 Pistoia

La Ausl 3 di Pistoia presenta una performance nel complesso positiva, con risultati in miglioramento rispetto all'anno precedente, sebbene permangano alcuni ambiti di debolezza. Si sottolinea inoltre che il 2013 è stato per l'Azienda USL3 l'anno dell'attivazione del nuovo ospedale con un notevole carico organizzativo e con pesanti ricadute sull'attività della rete ospedaliera aziendale.

L'Azienda si conferma comunque capace di muoversi in linea con gli indirizzi strategici regionali, anche se con alcune aree da migliorare. Si registrano margini di miglioramento sull'adesione agli screening oncologici (indicatore B5) con ottimi risultati nell'estensione ed adesione nel mammografico (indicatori B5.1.1 e B5.1.2), mentre lo screening al colon retto ha ancora percentuali estremamente basse in termini di estensione ed adesione. Complessivamente in linea con il dato regionale anche la copertura vaccinale (B7), per quanto si continui a registrare una contrazione nelle vaccinazioni antiinfluenzali. L'Azienda ha dimostrato, un elevato impegno nella diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti verso gli utenti e la loro partecipazione consapevole al proprio percorso di cura, raggiungendo la migliore performance (B16.1- B16.2), su un'area in cui nell'anno 2012 risultava invece in difficoltà.

In ambito ospedaliero, l'Azienda, in linea con le strategie regionali, riduce il tasso di ospedalizzazione che quest'anno si attesta su 134 ricoveri per 1.000 residenti, con una diminuzione di circa il 7% nel triennio 2011-2013. Da migliorare l'uso appropriato dei corretti setting assistenziali, sia per l'area medica (indicatore C14), che per l'area chirurgica (C4a), in particolare per la gestione dei DRG medici di ricoveri ordinari dimessi da reparti chirurgici (indicatore C4.1.1); E' consolidato il corretto utilizzo del DH medico (C14.2) con valore 3.53%.

Buoni i risultati per gli indicatori della qualità di processo (C5a), ad eccezione di quello relativo alla percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni (C5.2) in continua diminuzione dal 2011. Nell'ambito degli esiti, elaborati sulla base del Programma Nazionale Esiti dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (C5d, dati 2012), i risultati sono positivi. Rimane un'area di debolezza il dato relativo alla percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente durante il ricovero con 1,34 dimissioni volontarie ogni 100 ricoveri (D18a), mentre quello sugli abbandoni dal Pronto Soccorso registra un trend in continua diminuzione passando da 5,26 a 2,89 ogni 100 accessi (D9a). Il Pronto Soccorso presenta tuttavia alcune criticità in particolare rispetto alla valutazione data dagli utenti (D8a).

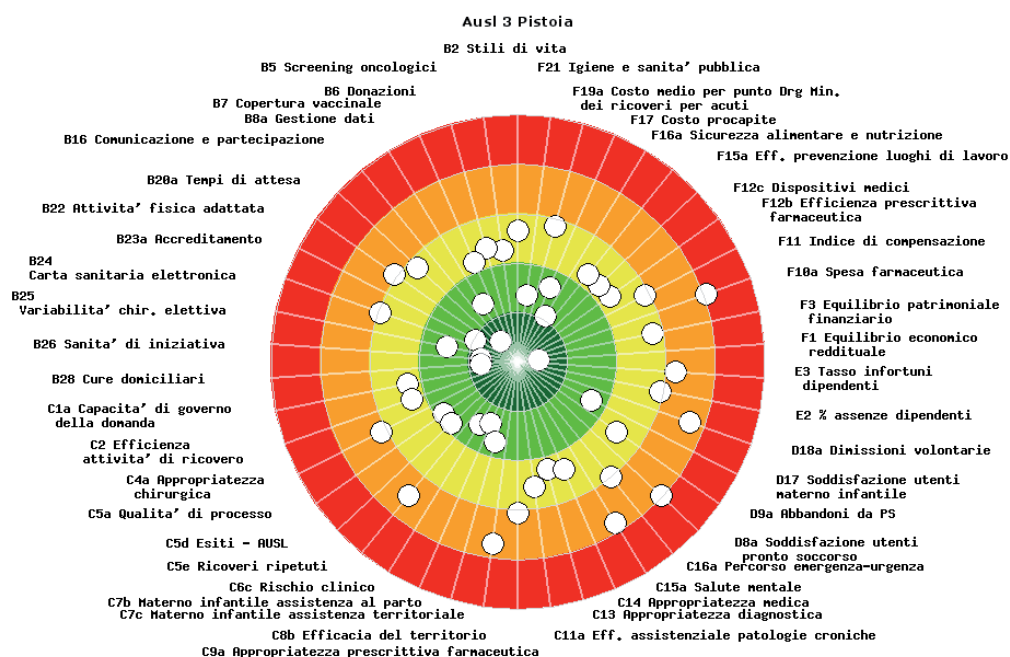
Si confermano i risultati positivi sul fronte della gestione del rischio clinico (C6c), con una significativa riduzione dell'indice di richieste di risarcimento per eventi in strutture ospedaliere (C6.1.1). Per quanto riguarda l'accreditamento si ha un ottimo risultato (90,13%) dei requisiti raggiunti nelle Strutture Organizzative Funzionali verificate (B23.6).

Buoni risultati nell'area materno-infantile, sia rispetto all'assistenza ospedaliera che a quella territoriale (C7b e C7c), con una tra le più basse percentuali di parti cesarei, confermati anche dalla valutazione delle utenti (D17). Sul versante della dimensione interna si osserva un aumento del tasso di infortuni dei dipendenti (E3), più che raddoppiato nel 2013.

Relativamente alla presa in carico territoriale si confermano bassi i tassi di ospedalizzazione per le patologie croniche (C11a), per quanto ci siano aree di miglioramento sulla aderenza dei pazienti con scompenso cardiaco alla terapia con antiipertensivi e dei diabetici alla misurazione dell'emoglobina glicata. L'Azienda ha il più alto tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre i 30 giorni (C8b), ulteriormente incrementato nel 2013. Risulta scarsa la diffusione dei programmi di Attività Fisica Adattata (AFA) (B22), si registra tuttavia un moderato miglioramento rispetto all'anno precedente, dovuto essenzialmente all'introduzione di AFA Speciale per l'Ictus; positivo invece il dato relativo alla percentuale di popolazione oltre i 16 anni assistita da Medici di Medicina Generale aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa (B26).

Buoni risultati si evidenziano anche nelle cure domiciliari (B28), in particolare nella percentuale di anziani con valutazione avviati in percorsi domiciliari e nella percentuale di ultra settantacinquenni dimessi dall'ospedale con almeno un accesso domiciliare da parte di un operatore distrettuale entro 2 giorni con valori superiori alla media regionale.

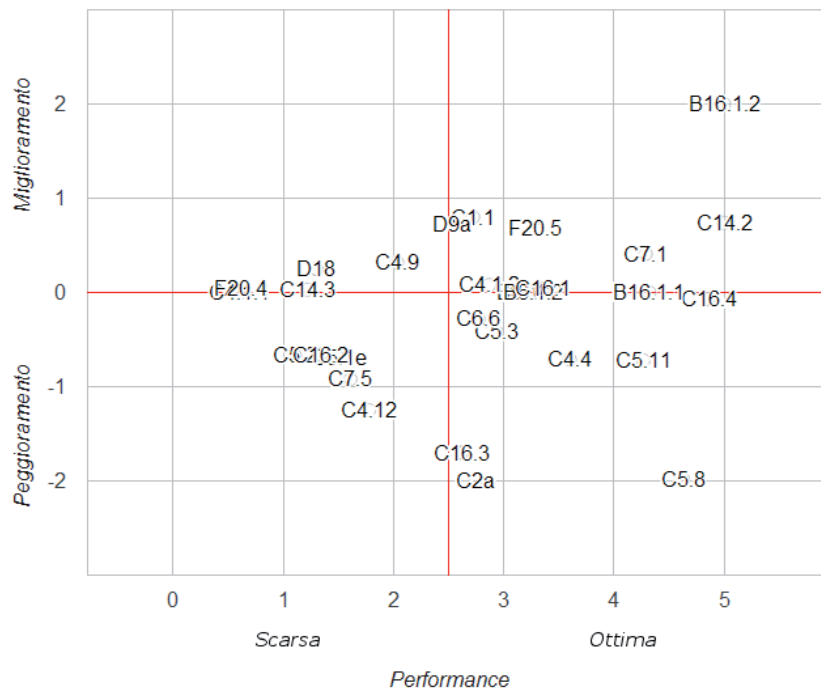
Per quanto riguarda l'area della farmaceutica, la spesa territoriale (F10) resta ancora molto elevata (198,51 euro pro capite), sebbene confermato il calo dal 2011. Anche l'appropriatezza prescrittiva (C9a) presenta margini di miglioramento, soprattutto per quanto riguarda il controllo dell'eccessivo consumo di antibiotici, antiacidi ed antidepressivi.





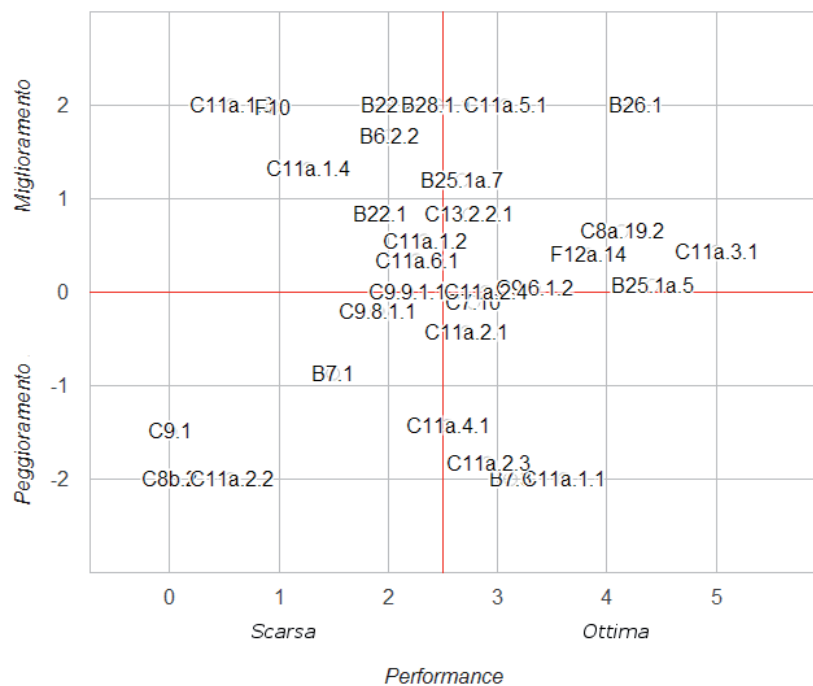
Mappa di performance ospedaliera

Ausl 3 Pistoia Anno 2013



Mappa di performance territoriale

Ausl 3 Pistoia Anno 2013





La performance della Ausl 4 Prato

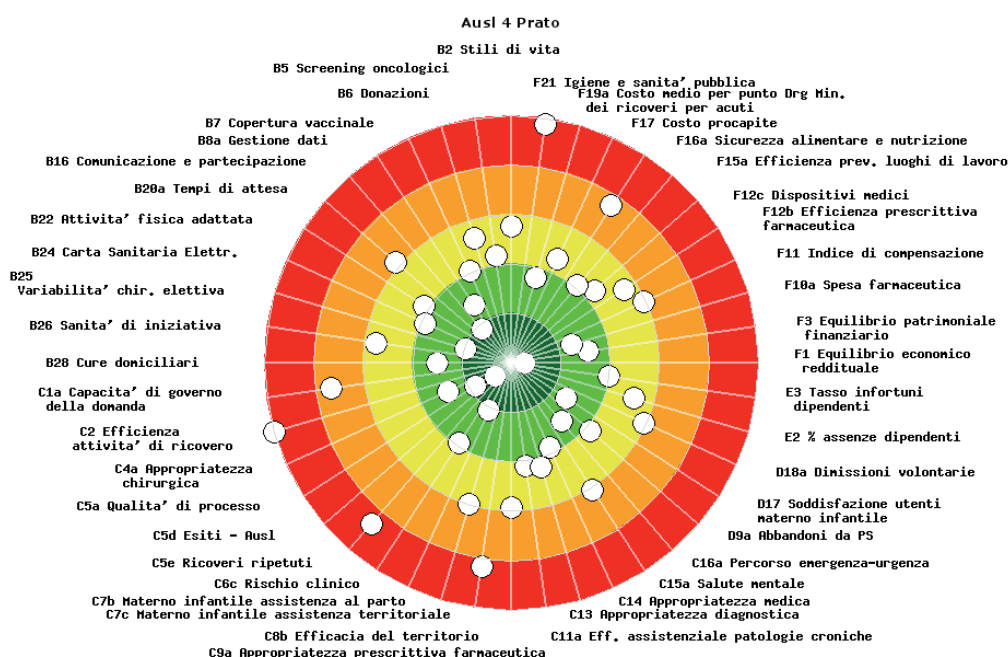
L'Ausl 4 di Prato registra una performance nel complesso positiva, sebbene il bersaglio mostri alcuni punti di debolezza. Si sottolinea, inoltre, che il 2013 è stato per l'Azienda USL4 l'anno dell'attivazione del nuovo ospedale con un notevole carico organizzativo e con pesanti ricadute sull'attività della rete ospedaliera aziendale.

L'Azienda si muove comunque coerentemente rispetto agli indirizzi strategici regionali: l'estensione e l'adesione agli screening mammografico e della cervice uterina (B5.1 e B5.2) è in linea con il dato regionale sebbene si registrino ancora valori bassi per quanto riguarda lo screening coloretale (B5.3).

Per quanto riguarda l'area ospedaliera, l'Azienda ha un tasso di ospedalizzazione (C1.1) tra i più alti della Toscana, con 141,45 ricoveri per 1.000 abitanti. Anche l'indice di performance degenza media continua a risultare uno dei più elevati tra le aziende. Buoni risultati rispetto agli indicatori su appropriatezza medica e chirurgica (rispettivamente C14 e C4a), con margini di miglioramento sulla percentuale di standard raggiunti per DRG LEA medici e sulla percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.9 e C4.4). L'Azienda conferma una performance positiva nell'ambito della qualità di processo e una gestione molto positiva delle pratiche correlate al rischio clinico (indicatore C6c). Sul fronte degli esiti si osservano ottimi risultati relativi all'indicatore di sintesi (indicatore C5d, elaborato sulla base dei dati 2012 del Programma Nazionale Esiti dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali). Tuttavia l'Azienda presenta la percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione più elevata a livello toscano. Sul percorso materno-infantile l'azienda mostra la più bassa percentuale di parti cesarei depurati a livello regionale (C7.7). Nel complesso risulta positivo anche il livello di soddisfazione delle donne coinvolte nel percorso (D17). Sul versante della dimensione interna, la percentuale di assenza dei dipendenti (E2) è in linea con la media regionale, mentre il tasso di infortuni dei dipendenti (E3) è più basso del valore regionale. La percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ordinario (D18) - proxy della soddisfazione da parte dei pazienti - è in linea con la media regionale, così come la percentuale di abbandoni dei pazienti dal Pronto soccorso, che risulta di 2,49 per 100 utenti.

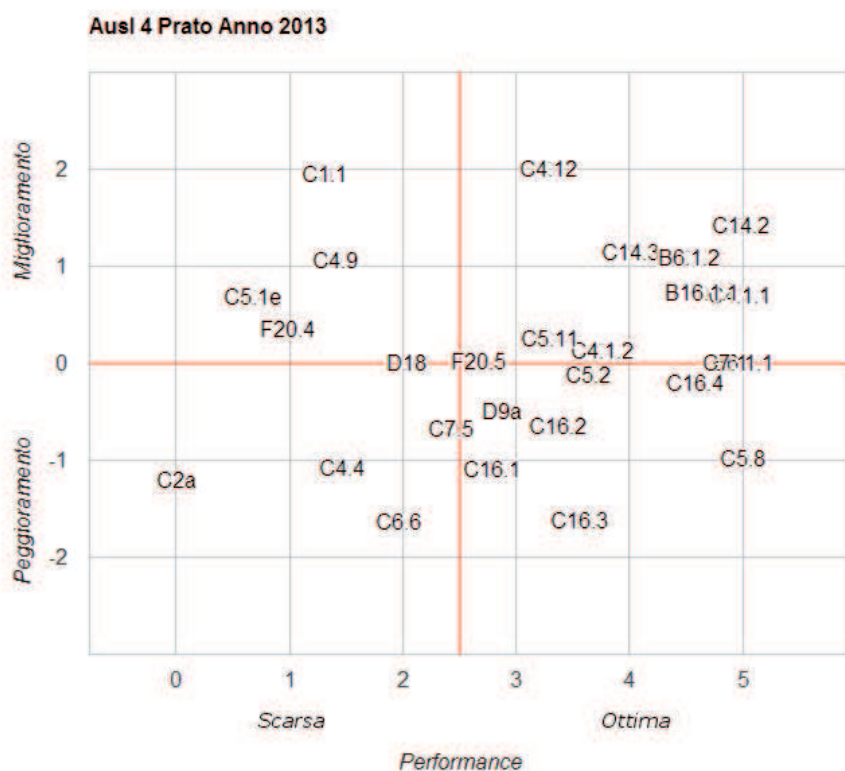
In merito all'assistenza territoriale, l'Azienda dimostra di avere margini di miglioramento sulla presa in carico dei pazienti con patologie croniche (C11a): sebbene i tassi di ospedalizzazione siano sotto controllo, emergono margini per aumentare l'aderenza dei pazienti con scompenso cardiaco alla terapia con beta bloccanti (C11a.1). E' Stabile la percentuale di ricoveri superiori ai 30 giorni ed ancora elevata. L'elevata ospedalizzazione per polmonite - in continuo aumento nell'ultimo triennio (+25,4%) - continua a costituire un'area di attenzione. Risultati in linea con la media regionale rispetto alla diffusione dei programmi di Attività Fisica Adattata (AFA) (B22) e alla copertura della popolazione oltre i 16 anni assistita da Medici di Medicina Generale aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa (B26). Sul versante della diagnostica, i risultati sono in linea con l'andamento regionale: sono diminuite le prescrizioni ad alto rischio di inappropriatezza delle risonanze magnetiche muscolo-scheletriche alle persone con più di 65 anni (nel 2013 19,73 ogni 1.000 residenti, rispetto a 24,37 nel 2011).

Si conferma positivo il governo della spesa farmaceutica territoriale (F10), seppur con un lieve aumento dal 2012, e un dato che si assesta su 190,31 euro pro capite. I dati mostrano che l'Azienda potrebbe ottenere risultati migliori, con uno sforzo condiviso con i medici prescrittori, se tenesse maggiormente sotto controllo gli aspetti legati alla appropriatezza prescrittiva (C9a), con margini di miglioramento soprattutto per gli antipertensivi, gli antiacidi e gli antidepressivi.

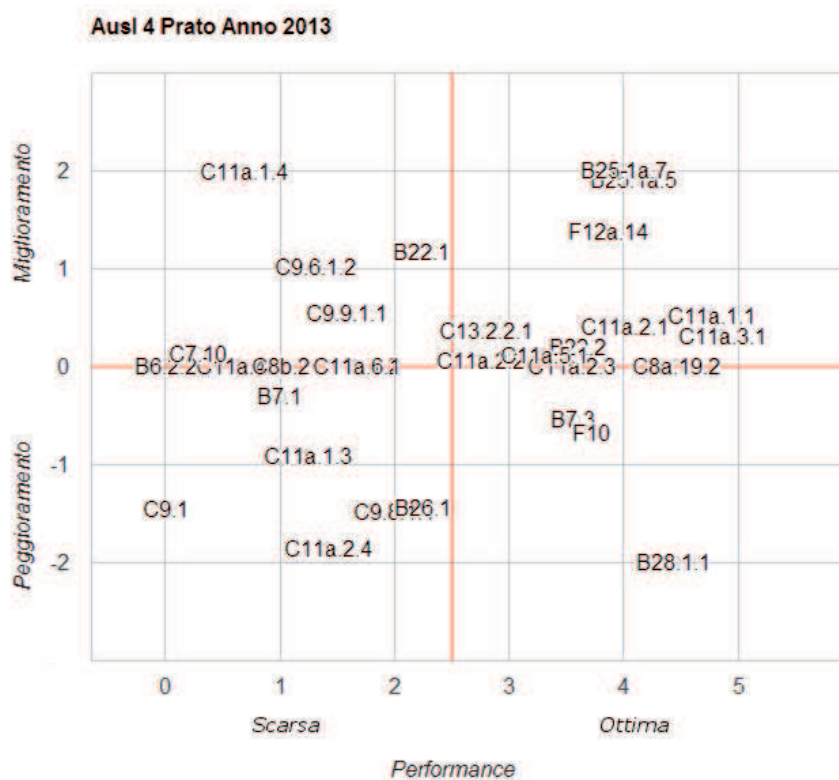




Mappa di performance ospedaliera



Mappa di performance territoriale





La performance della Ausl 5 Pisa

La Ausl 5 Pisa nel 2013 conferma una performance molto buona e dimostra capacità di ulteriore miglioramento in molti tra gli indicatori monitorati.

Riguardo agli screening oncologici (B5), l'Azienda presenta dati nel complesso in linea con la media regionale registrando risultati molto positivi per la cervice uterina e margini di miglioramento sulla mammella e colon retto, che tuttavia in quest'ultimo caso sono bassi in tutte le aziende. Il grado di copertura vaccinale è un punto di debolezza e risulta inferiore rispetto al dato regionale sui singoli vaccini monitorati (B7).

Sul versante ospedaliero, l'Azienda è stata capace di utilizzare in modo appropriato i corretti setting assistenziali, come emerge dagli indicatori di appropriatezza in area medica e chirurgica (C4a, C14); la durata della degenza media (C2a), tra le più basse in Toscana, si riduce ulteriormente e il tasso di ospedalizzazione si assesta sul valore del 2012 (135 per 1.000 abitanti), in linea con il dato regionale. Sul fronte degli esiti si osservano risultati positivi relativi all'indicatore di sintesi (indicatore C5d, elaborato sulla base dei dati 2012 del Programma Nazionale Esiti dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali).

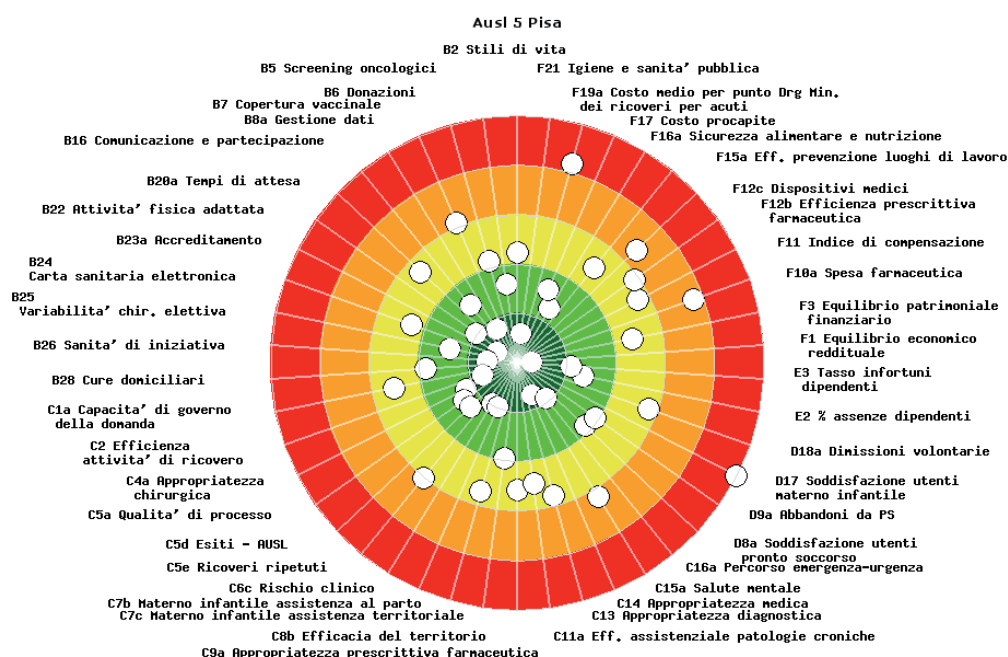
Buona la performance del Pronto Soccorso, come dimostrano i dati di attività (C16). Si segnala ad esempio che circa il 95% dei pazienti con codice giallo viene visitato entro 30 minuti e continua a diminuire la percentuale di pazienti che si allontanano spontaneamente dal Pronto Soccorso senza dare preavviso al personale. Anche sul versante della soddisfazione del paziente l'azienda registra risultati positivi (D8a).

Nell'ambito del percorso materno infantile è da segnalare un forte calo della percentuale di parti cesarei, che scende al 13% e risulta tra i più bassi a livello regionale (C7.7). La valutazione da parte delle donne che hanno partorito relativa alla qualità dell'assistenza ricevuta risulta la più bassa a livello regionale (D17).

È da segnalare anche una gestione molto positiva degli indicatori che monitorano una adeguata gestione del Rischio clinico (C6c).

Sul versante territoriale la presa in carico dei pazienti con patologie croniche (C11a) è allineata al dato regionale; in particolare, pur continuando ad essere un punto di debolezza, si osserva un miglioramento sulla gestione dei pazienti diabetici con un calo della percentuale di amputazioni del piede diabetico, di responsabilità congiunta insieme alla AOU Pisana, che scende da 109 a 77 per milione di abitanti: le due aziende hanno in effetti intrapreso un percorso di analisi sui problemi di natura organizzativa per il miglioramento del processo e si cominciano a vedere i primi risultati. Molto positivo il numero di corsi per l'attività fisica adattata (AFA) attivati nel 2013 (B22).

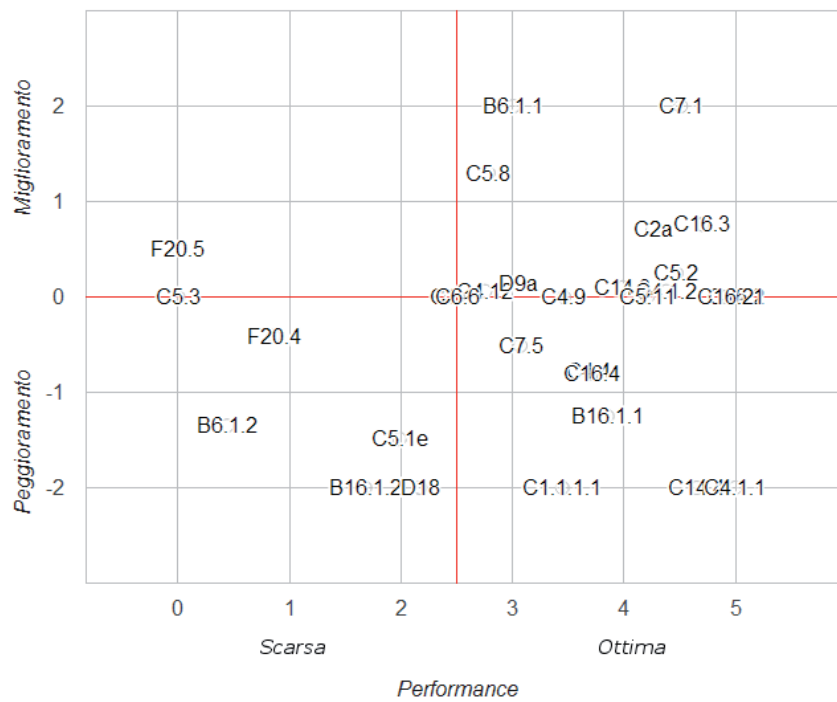
Nell'ambito della farmaceutica, l'Azienda mostra ampi margini di miglioramento, in particolare la spesa farmaceutica territoriale (F10), di 198 euro pro capite, è più alta rispetto al dato regionale; i consumi di antibiotici sono molto elevati e i farmaci non coperti da brevetto sono meno utilizzati rispetto alle altre aziende.





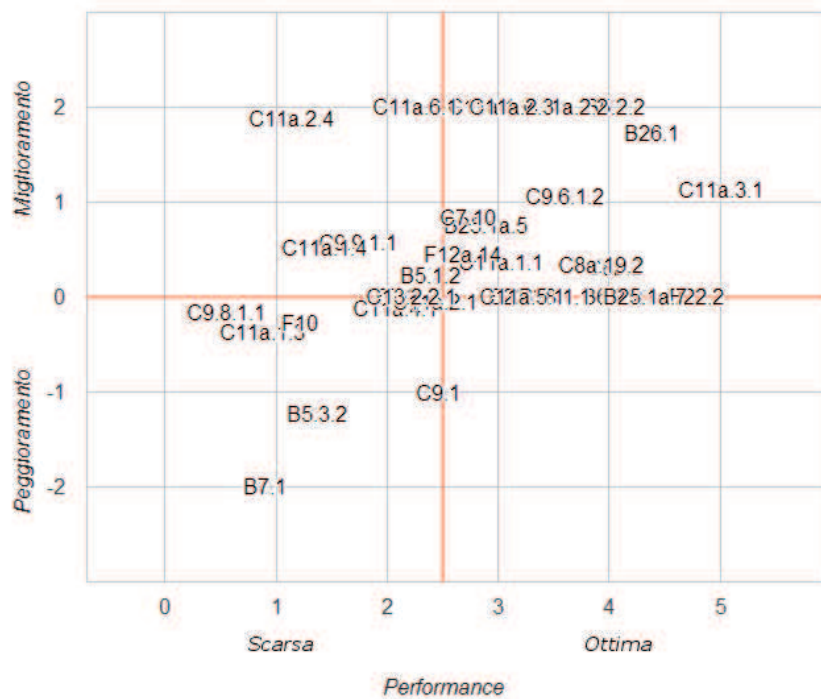
Mappa di performance ospedaliera

Ausl 5 Pisa Anno 2013



Mappa di performance territoriale

Ausl 5 Pisa Anno 2013





La performance della Ausl 6 Livorno

La Ausl 6 Livorno presenta nel 2013 una performance in miglioramento, sebbene nel confronto intraregionale il bersaglio mostri ancora alcuni punti di debolezza.

La performance sull'estensione e adesione agli screening oncologici è in linea con il dato regionale, sebbene siano da segnalare margini di miglioramento sull'adesione allo screening della cervice uterina. Da ampliare la copertura per il vaccino MPR, che registra valori inferiori al 90%.

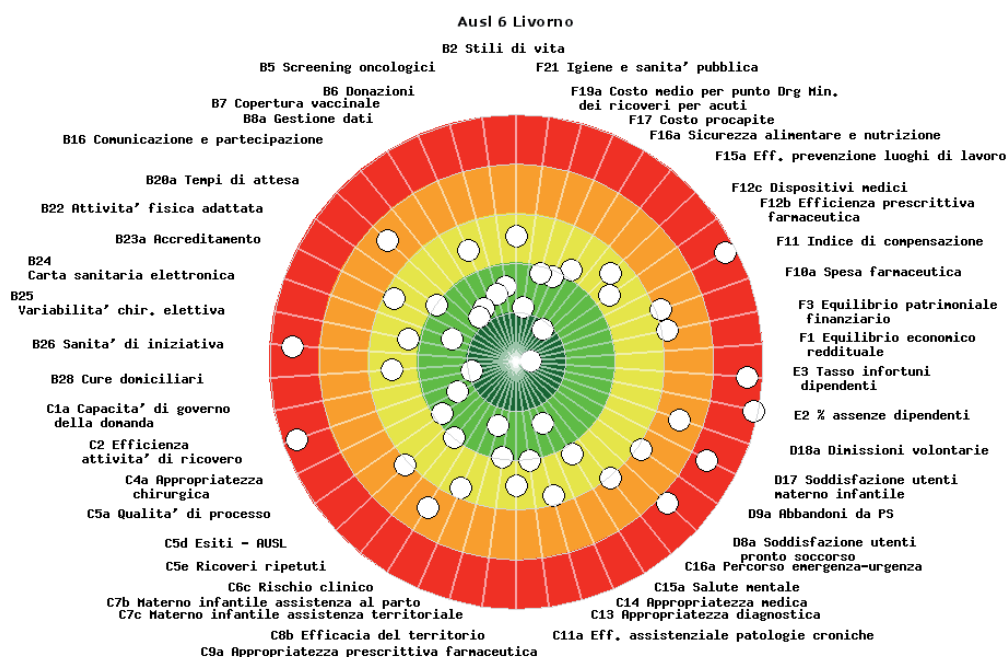
Nell'ambito dell'area ospedaliera, l'Azienda raggiunge nel complesso buoni risultati, dimostrando un utilizzo adeguato dei corretti setting assistenziali, come emerge dagli indicatori di appropriatezza in area medica e chirurgica: il risultato sulla percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day surgery cresce da 64% a 71%. Migliora significativamente anche la percentuale di standard raggiunti per i LEA medici, che passa da 84 a 90%, con un aumento del 7% circa. Si registra un calo sensibile sui ricoveri medici con finalità diagnostica. Positivo anche il bilancio sulla qualità di processo (C5a), con la percentuale di fratture di femore (C5.2) operate entro due giorni che cresce da 52% a 66%. I risultati relativi al Programma Nazionale Esiti di Agenas (PNE, dati 2012) mostrano invece margini di miglioramento, così come l'efficienza dell'attività di ricovero.

Nonostante gli sforzi e le azioni messe in campo dall'Azienda, che hanno segnato anno dopo anno tappe importanti nel percorso di miglioramento intrapreso, i dati continuano a mostrare il bisogno di rafforzare la fiducia e il rapporto con i cittadini. Se consideriamo come proxy della soddisfazione il dato sui pazienti che si dimettono volontariamente durante un ricovero ospedaliero, pur diminuendo molto rispetto agli anni precedenti, risulta tuttavia tra i più elevati a livello regionale, attestandosi a 1,26% (nel 2012 arrivava a 1,70%). Considerazioni analoghe sul grado di soddisfazione dei pazienti del pronto soccorso e del percorso materno infantile, il quale si posiziona ad un livello inferiore rispetto alla media regionale. Riguardo al Pronto soccorso, la percentuale di pazienti con codice giallo e verde visitati rispettivamente entro 30 e 60 minuti, risulta tra le più basse a livello regionale.

Sul fronte della valutazione interna, la percentuale di assenza dei dipendenti (9%, indicatore E2) ed il tasso di infortuni del personale (6%, indicatore E3) continuano ad essere tra le più elevate in Toscana e registrano un trend in crescita rispetto al 2012.

Sul versante territoriale l'Azienda presenta un basso tasso di ospedalizzazione evitabile per le patologie croniche (scompenso, diabete e BPCO). Si confermano positivi i dati relativi al tasso ospedalizzazione per ricoveri superiori ai 30 giorni. La copertura della popolazione oltre i 16 anni assistita da Medici di Medicina Generale che aderiscono ai moduli della sanità di iniziativa invece risulta bassa (32%, indicatore B26).

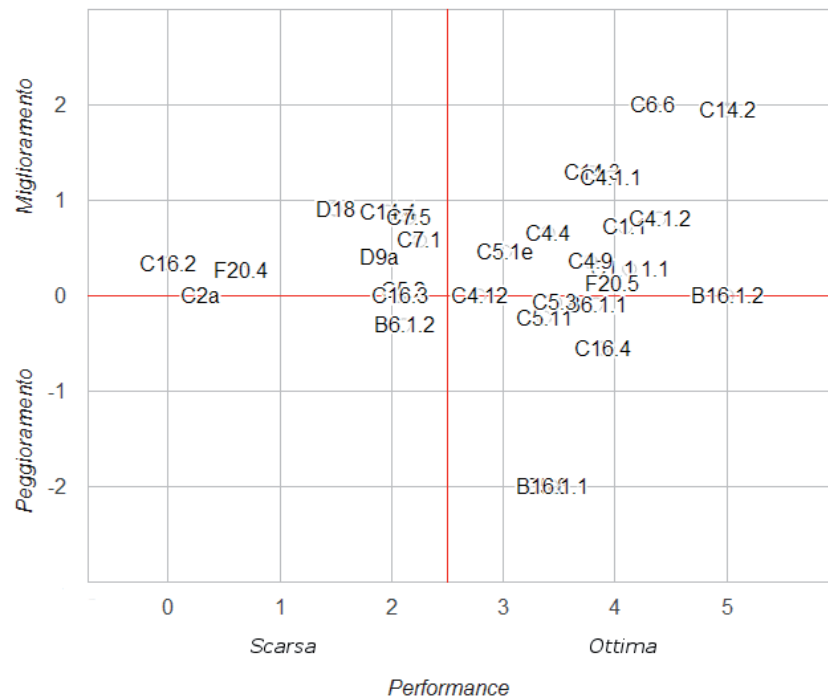
La spesa farmaceutica territoriale (196 euro pro capite, indicatore F10) registra valori in linea con il dato regionale con alcuni margini di miglioramento sia sul fronte dell'efficienza (F12b) sia su quello dell'appropriatezza prescrittiva (C9a).





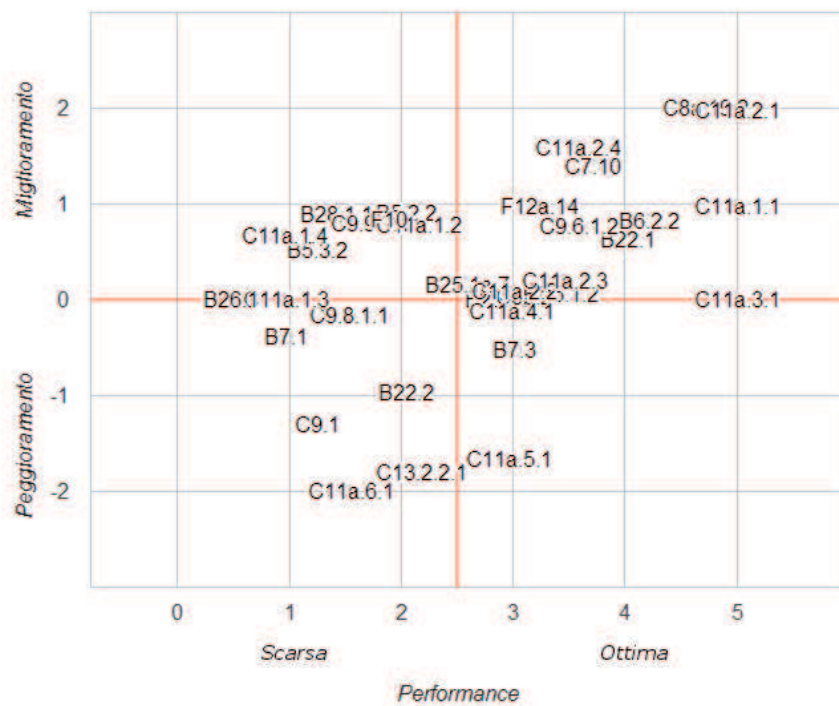
Mappa di performance ospedaliera

Ausl 6 Livorno Anno 2013



Mappa di performance territoriale

Ausl 6 Livorno Anno 2013





La performance della Ausl 7 Siena

L'Ausl 7 di Siena nel complesso registra una buona performance, sebbene il bersaglio evidenzia alcuni margini di miglioramento.

Analizzando i dati relativi al perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda mostra un risultato inferiore a quello regionale sugli screening oncologici, in particolare sull'estensione dello screening mammografico e sull'adesione per mammografico, cervice e colon retto. Rispetto alla copertura vaccinale è da segnalare nel 2013 la bassa copertura per MPR (87,33% a fronte di un obiettivo regionale almeno del 95%) e antiinfluenzale (56,32% a fronte di un obiettivo regionale almeno del 75%). Anche sulle donazioni (B6) l'azienda consegue una performance negativa sugli indicatori monitorati.

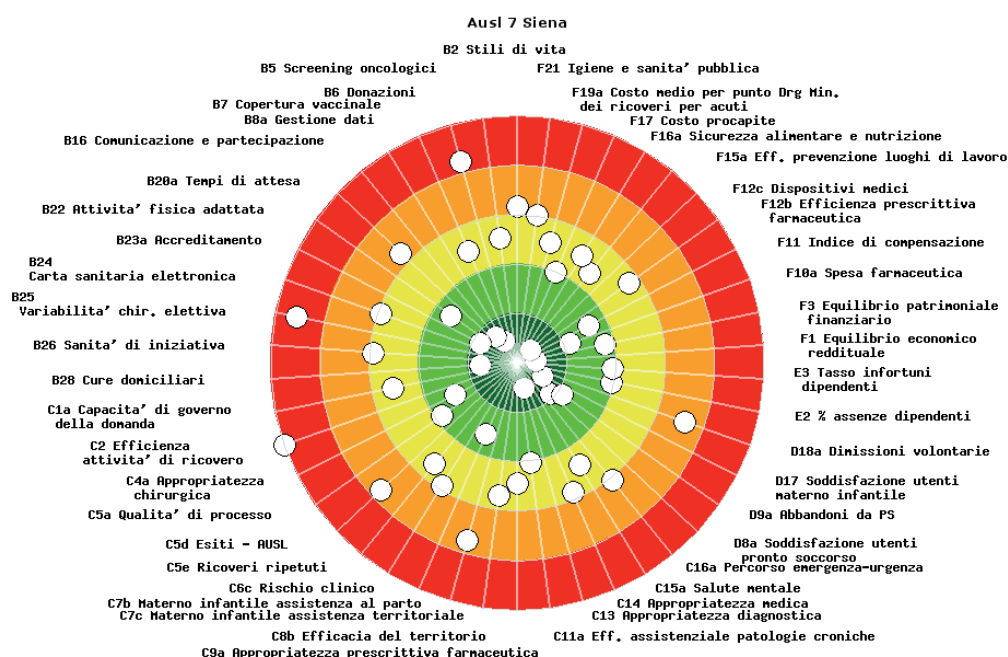
Sul versante dell'attività ospedaliera, l'Azienda mostra una buona capacità di governo della domanda, con un tasso di ospedalizzazione che si attesta intorno a 136 per 1000 abitanti (C1a), ma registra bassi livelli di efficienza per l'attività di ricovero, con l'indice di performance della degenza media (C2a) più elevato a livello regionale.

Nel 2013 si conferma il risultato positivo e con trend in miglioramento sulla percentuale dei DRG chirurgici erogati in day surgery (C4.12), che aumentano del 5,65% rispetto al 2012, mentre risultano ancora buoni margini per migliorare gli indicatori relativi all'appropriatezza medica (C14). In particolare rispetto al 2012, la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per residenti oltre 65 anni, in riduzione rispetto al 2012, si conferma la più elevata a livello regionale (C14.4) pari a 4,4% a fronte di una media regionale del 2,5%. Per quanto riguarda la qualità, la percentuale di fratture di femore operate entro 48 ore (C5.2), pur con trend in miglioramento, resta un punto di debolezza dell'azienda e si assesta su 65,08%. Anche la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente durante il ricovero ospedaliero (pari a 1,6% nel 2013, indicatore D18), che può essere considerata una proxy della soddisfazione dei pazienti, continua ad essere al di sopra della media regionale. Sul fronte degli esiti, misurati sulla base dei dati elaborati nell'ambito del Programma Nazionale Esiti di Agenas (C5d, dati 2012) l'Azienda mostra nel complesso ampi margini di miglioramento.

Sul Pronto Soccorso (C16a) l'azienda consegue buoni risultati per quanto riguarda gli abbandoni dei pazienti da PS (D9a) pari a 1,32 ogni 100 accessi rispetto a 1,6 del 2012. Molto positivo anche il livello di soddisfazione degli utenti del Pronto Soccorso, tra i più elevati a livello regionale.

Anche sul percorso materno infantile il giudizio delle donne assegna all'azienda la migliore performance. Dai dati emerge un quadro positivo relativamente all'assistenza al parto e margini di miglioramento su fronte dell'attività del consultorio. Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, sono positivi i dati sulla presa in carico dei pazienti con patologie croniche (C11a) circa l'ospedalizzazione evitabile per diabete, BPCO e scompenso. Positivo anche il numero dei corsi di attività fisica adattata (AFA) attivati nel 2013: 1,71 corsi a bassa disabilità ogni 1.000 residenti e 2,7 corsi ad alta disabilità ogni 15.000 residenti. Sono da evidenziare gli ottimi risultati raggiunti per il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti oltre 65 anni, considerata una prestazione ad alto rischio di inappropriately (C13.2.2.1): l'ASL 7 di Siena consegue la best practice nel 2013 con 15 prestazioni circa per 1000 residenti. La copertura della popolazione oltre i 16 anni assistita da Medici di Medicina Generale che aderiscono ai moduli della sanità di iniziativa invece risulta inferiore alla media regionale e si ferma al 40,73% (B26).

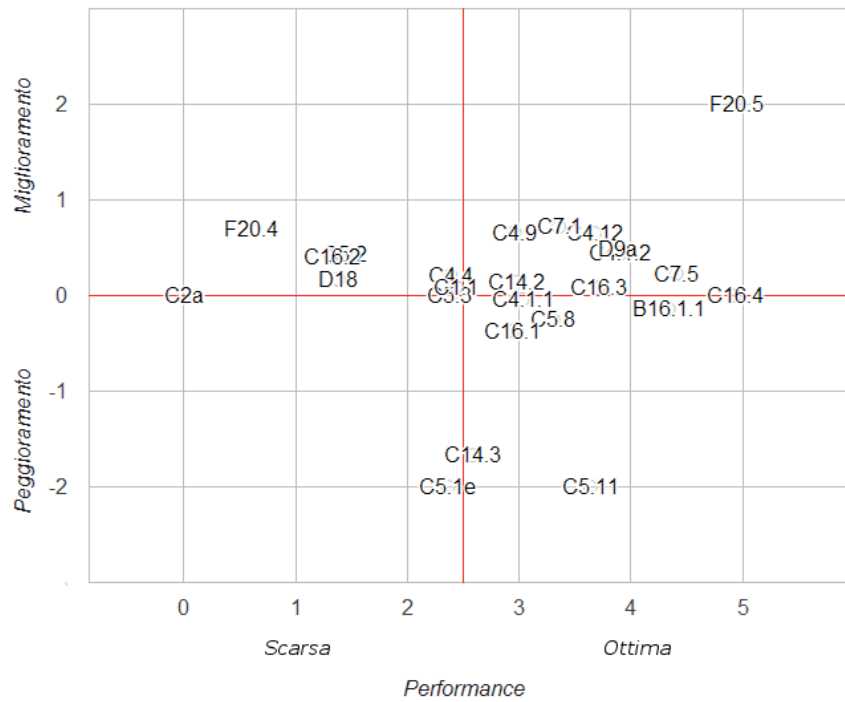
Sul versante della valutazione interna, la percentuale di assenza dei dipendenti (E2) si allinea con la media regionale, raggiungendo un valore pari a 6,58%, in lieve aumento rispetto al 2012. Il tasso di infortuni del personale (E3), invece, registra un calo positivo rispetto al 2012 e presenta un dato inferiore al risultato toscano: 4 infortuni circa ogni 100.000 residenti. Per quanto riguarda la farmaceutica, la spesa territoriale pro capite (F10) presenta un valore positivo di 190 euro pro capite circa a fronte di quello regionale di 195 euro pro capite. Margini di miglioramento si segnalano in particolare sull'efficienza prescrittiva (F12b).





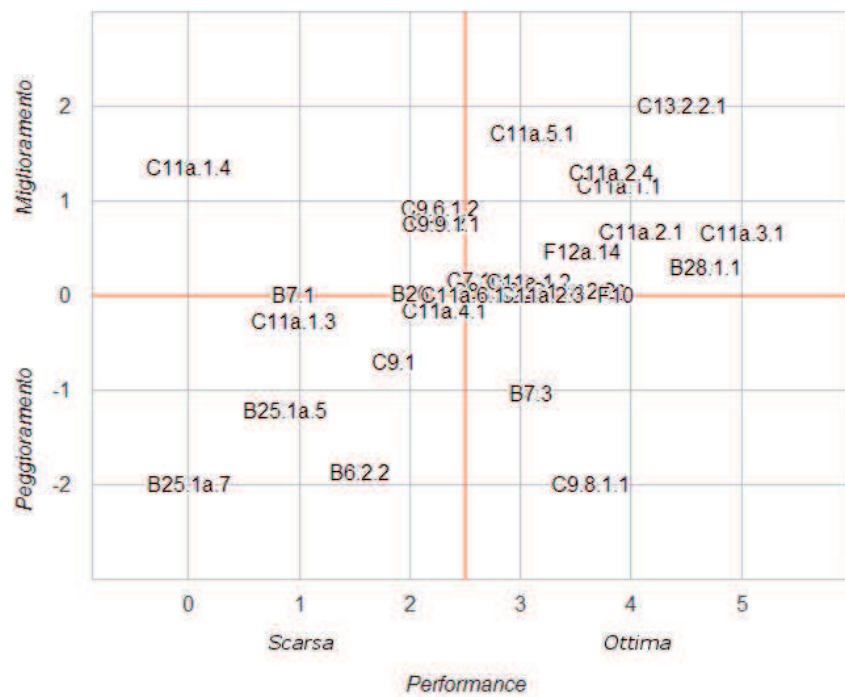
Mappa di performance ospedaliera

Ausl 7 Siena Anno 2013



Mappa di performance territoriale

Ausl 7 Siena Anno 2013





La performance della Ausl 8 Arezzo

La Ausl 8 di Arezzo presenta una performance molto positiva e in miglioramento rispetto al 2012.

Rispetto alla capacità di perseguimento delle strategie regionali, il grado di copertura vaccinale (B7) risulta nel complesso in linea con la media regionale: si segnalano da un lato margini di miglioramento sulla copertura del vaccino MPR (90,76% a fronte di un obiettivo regionale almeno del 95%) e dall'altro risultati molto positivi sulla copertura per vaccino antinfluenzale nella popolazione oltre i 65 anni (68%), che risulta best practice a livello regionale e con trend in miglioramento (B7.2).

Rispetto al 2012, l'Azienda ha conseguito una maggiore appropriatezza chirurgica e questo emerge osservando il trend in aumento della percentuale di standard raggiunti per DRG LEA chirurgici (C4.12), che passa da 67% a 73% e si avvicina al dato regionale. Si conferma positivo e stabile rispetto al 2012 il dato sulla percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4), pari a 74,95%. Sul versante dell'appropriatezza medica l'azienda registra una lieve riduzione della percentuale di standard raggiunti per DRG LEA medici: da 82,86% nel 2012 a 80% nel 2013. Rispetto alla qualità (indicatore C5a), la percentuale di fratture del femore operate entro due giorni (C5.2) ad esempio, conferma il suo trend di crescita rispetto al 2012 e arriva al 69%, in linea con il dato regionale. L'indicatore di sintesi relativo agli esiti (C5d), elaborato sulla base dei dati del Programma Nazionale Esiti di Agenas è nel complesso positivo (dati 2012).

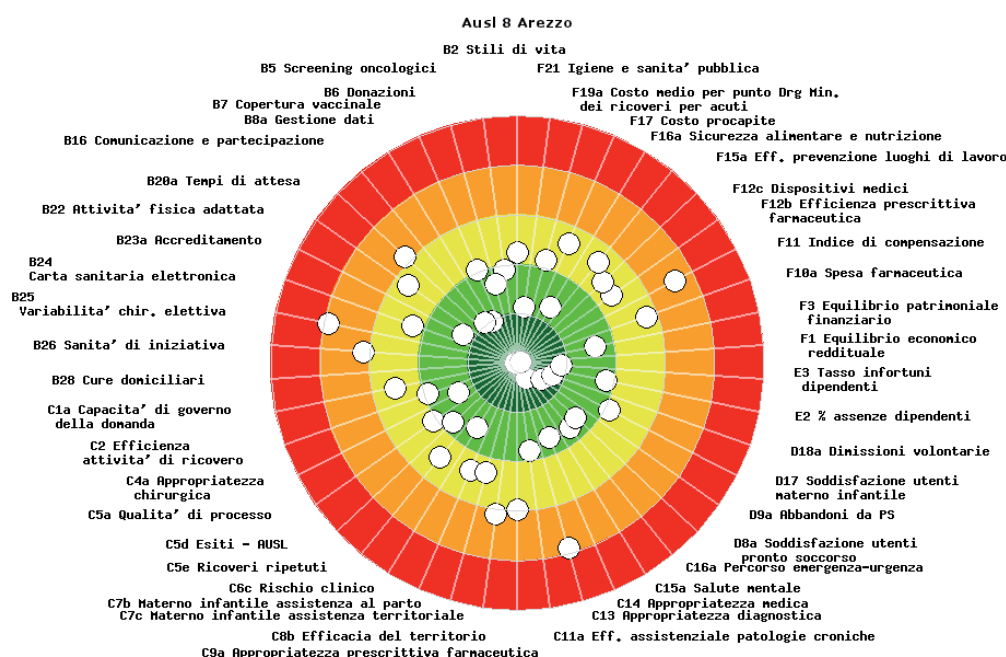
Relativamente al Pronto Soccorso emerge un quadro positivo, sia sul fronte dei tempi di attesa sia su quello della soddisfazione degli utenti. Anche la percentuale di abbandoni dei pazienti dal Pronto Soccorso (pari a 0,72 ogni 100 accessi) è la più contenuta a livello regionale (D9a).

Sul versante del clima interno, l'Azienda registra performance positive con dati al sotto della media regionale sia sulla percentuale di assenza dei dipendenti (6,5%) che sul tasso di infortuni del personale (3,2 infortuni circa ogni 100.000 residenti), quest'ultimo in forte calo rispetto al 2012.

Sul fronte dell'assistenza territoriale i dati sono buoni riguardo alla presa in carico dei pazienti con patologie croniche. In particolare è da segnalare la gestione dei pazienti diabetici e il tasso di amputazioni maggiori per diabete (14,5 per milione di residenti), per cui l'azienda continua ad avere risultati eccellenti e si conferma best practice regionale. Potrebbe essere più ampio il numero di corsi per attività fisica adattata (AFA) attivati, che per l'alta disabilità (B22.2) in particolare è il più basso a livello regionale (1,3 corsi circa ogni 15.000 residenti) e in calo rispetto al 2012. Margini di miglioramento e dato in forte aumento anche sul tasso di ospedalizzazione per Polmonite per 100.000 residenti, che mostra un dato di 113 ricoveri per 100.000 abitanti. La copertura della popolazione oltre i 16 anni assistita da Medici di Medicina Generale che aderiscono ai moduli della sanità di iniziativa invece risulta bassa e si ferma al 39,3% (B26).

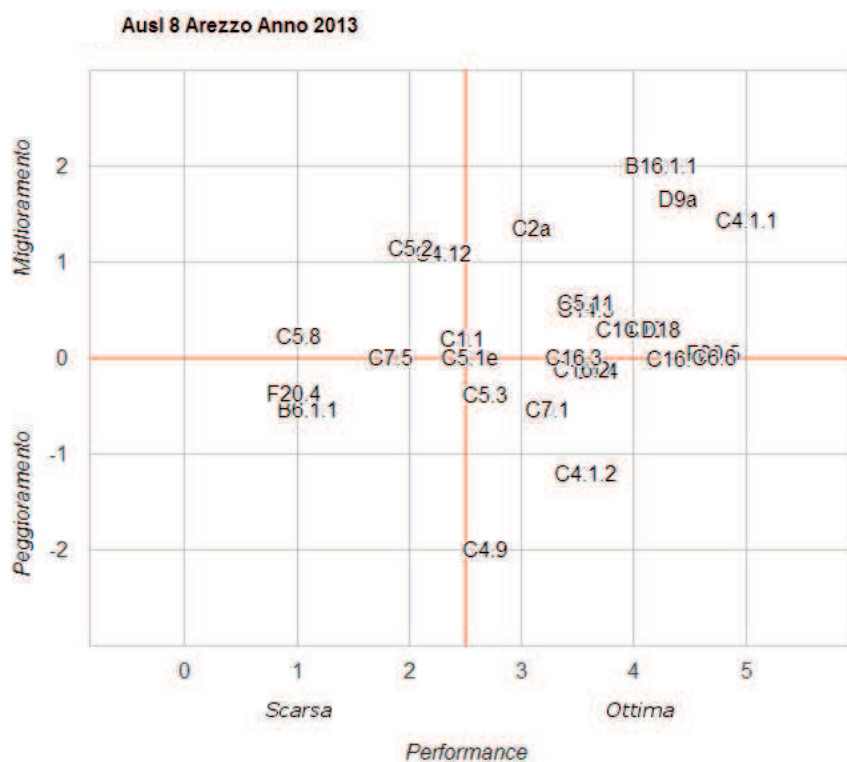
E' da evidenziare inoltre che il tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per pazienti oltre 65 anni (C13.2.2.1) - prestazione ad alto rischio di inappropriatazza - decresce rispetto allo scorso anno, anche se risulta sempre uno dei più elevati in Toscana: da 28,5 prestazioni nel 2012 a 25,04 prestazioni nel 2013 per 1.000 abitanti.

Concludendo con il settore della farmaceutica, l'Azienda mostra ambiti di miglioramento, sia per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva (C9a), che l'efficienza prescrittiva (F12b). La spesa farmaceutica territoriale (F10), in costante diminuzione, passa da 199 a 195 € pro capite, raggiungendo un valore pari a quello della media toscana.

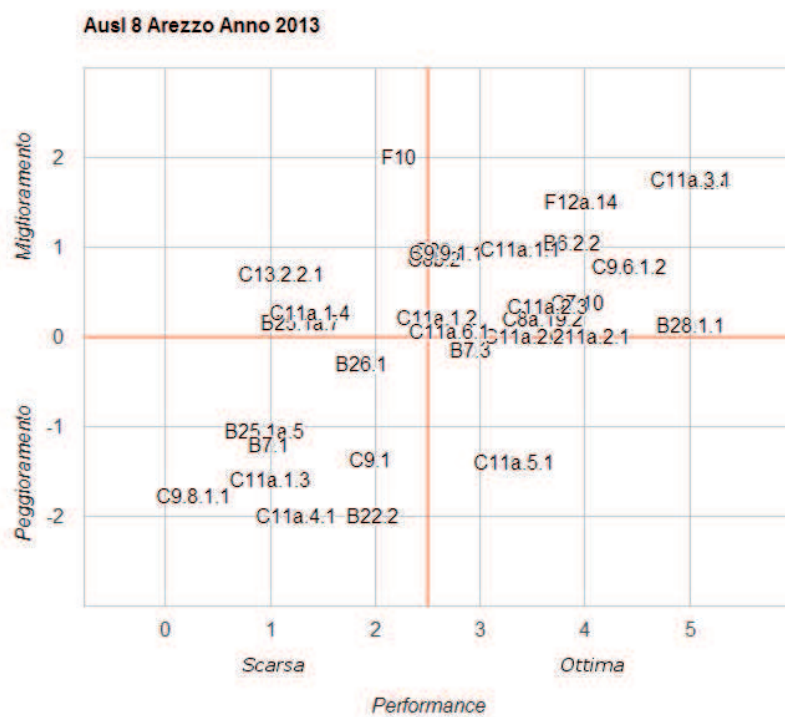




Mappa di performance ospedaliera



Mappa di performance territoriale





La performance della Ausl 9 Grosseto

L'Ausl 9 di Grosseto consegue una performance ottima, come emerge dalla forte concentrazione degli indicatori nelle fasce centrali del bersaglio.

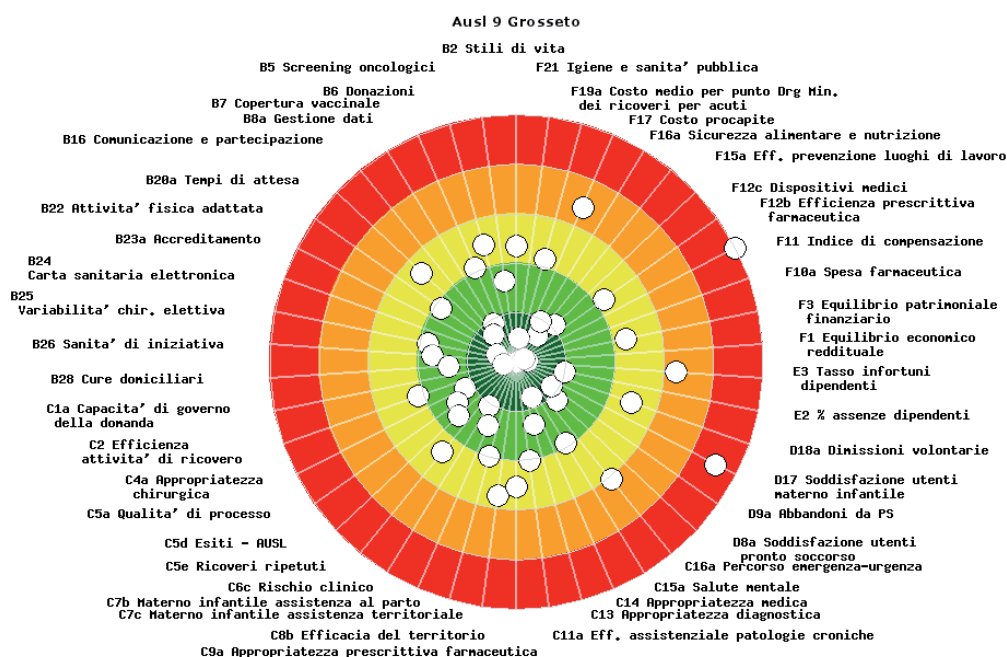
Riguardo al perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda, pur con risultati nel complesso soddisfacenti, presenta margini di miglioramento sulla copertura del vaccino antinfluenzale per gli over 65enni (B7.2), pari nel 2013 a 56,43% a fronte di un obiettivo regionale di copertura di almeno il 75%.

In ambito ospedaliero, l'Azienda mostra un'ottima capacità di governo della domanda (C1a), con il tasso di ospedalizzazione più contenuto della regione (124 ricoveri circa ogni 1.000 abitanti) e si conferma una tra le aziende con le migliori performance sull'utilizzo dei setting assistenziali appropriati per l'attività medica (C14) e chirurgica. Cala ulteriormente il dato relativo all'indice di performance della degenza media (C2a).

Sugli aspetti legati alla qualità, è da evidenziare il trend in aumento sulle fratture di femore operate entro due giorni (C5.2), che si attestano intorno al 72% (aumento di 11,31% rispetto al 2012), a fronte di un obiettivo regionale di 80%. Positivi complessivamente anche i dati sul Pronto Soccorso (C16a), anche sul fronte della soddisfazione dei pazienti. Da mettere in evidenza la percentuale di abbandoni dei pazienti da PS, pari all'1% nel 2013 (D9a), che risulta essere tra le più basse a livello regionale. Relativamente al percorso materno infantile (C7b) si registra un notevole miglioramento rispetto al 2012 sulla percentuale di parti cesarei depurati (C7.1): da 23% del 2012 si arriva nel 2013 a 16,19%. D'altro canto il livello di soddisfazione delle utenti del percorso materno infantile risulta invece sotto la media regionale (D17). Sul versante territoriale il quadro è positivo, con punti di forza e aree da presidiare con maggiore attenzione. L'Azienda si conferma, anche per il 2013, best practice regionale per quanto riguarda il contenimento dei ricoveri con durata maggiore di 30 giorni (C8b.2). Sulla presa in carico di pazienti con patologie croniche, fa segnare ottimi risultati sui tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco, diabete e BCPO, dato che assume maggiore significato tenendo conto del fatto che si riferisce ad una popolazione fra le più anziane della Toscana. Da rilevare un peggioramento rispetto al 2012 conseguito circa il tasso di amputazioni maggiori per diabete (C11a.2.4).

Sul versante della valutazione interna la percentuale di assenza dei dipendenti (E2) è al di sotto della media regionale in riduzione rispetto al 2012 e pari quindi a 5.8% per il 2013.

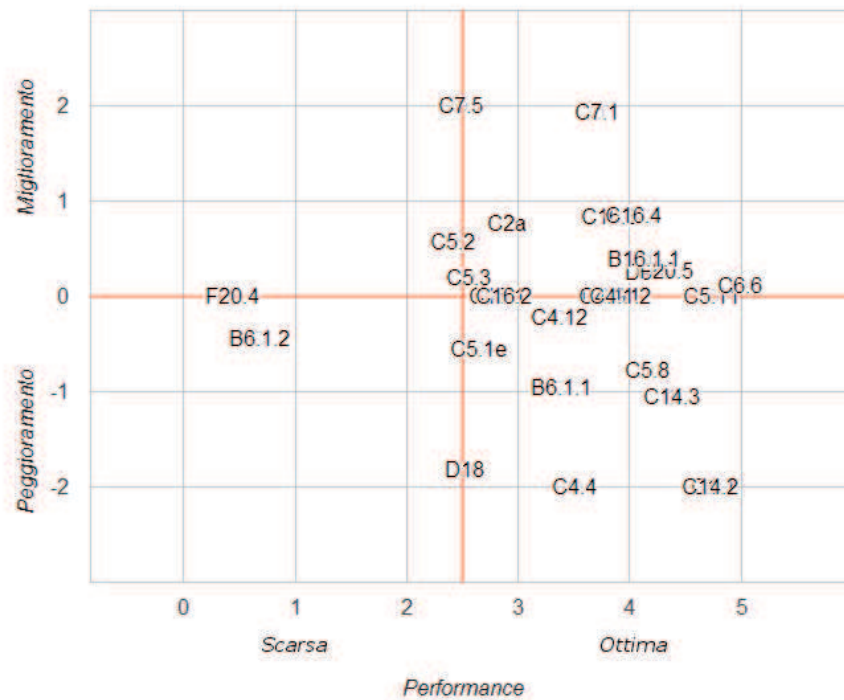
Nell'area della farmaceutica, l'Azienda mostra risultati complessivamente buoni, con spazi di miglioramento sull'appropriatezza prescrittiva. Resta infine da sottolineare come l'Azienda sia riuscita a controllare efficacemente le dinamiche di spesa, mantenendo anche nel 2013 il dato relativo al costo per la farmaceutica territoriale (F10) ad un livello tra i più bassi in Toscana: 187 euro pro capite.





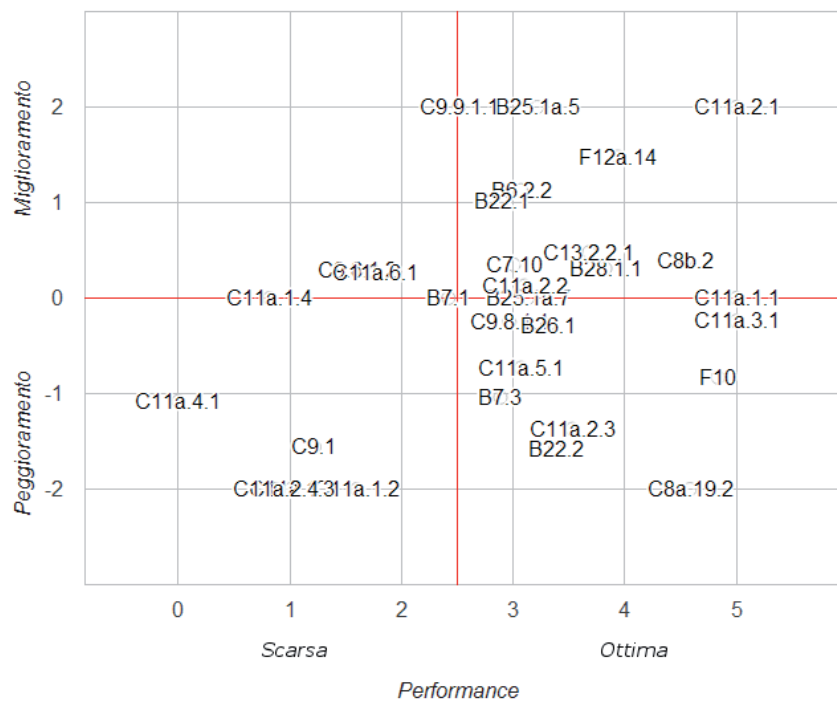
Mappa di performance ospedaliera

Ausl 9 Grosseto Anno 2013



Mappa di performance territoriale

Ausl 9 Grosseto Anno 2013





La performance della ASF 10 Firenze

L'Ausl 10 di Firenze registra nel complesso una performance positiva, in miglioramento rispetto all'anno 2012, pur in presenza di alcuni punti di debolezza.

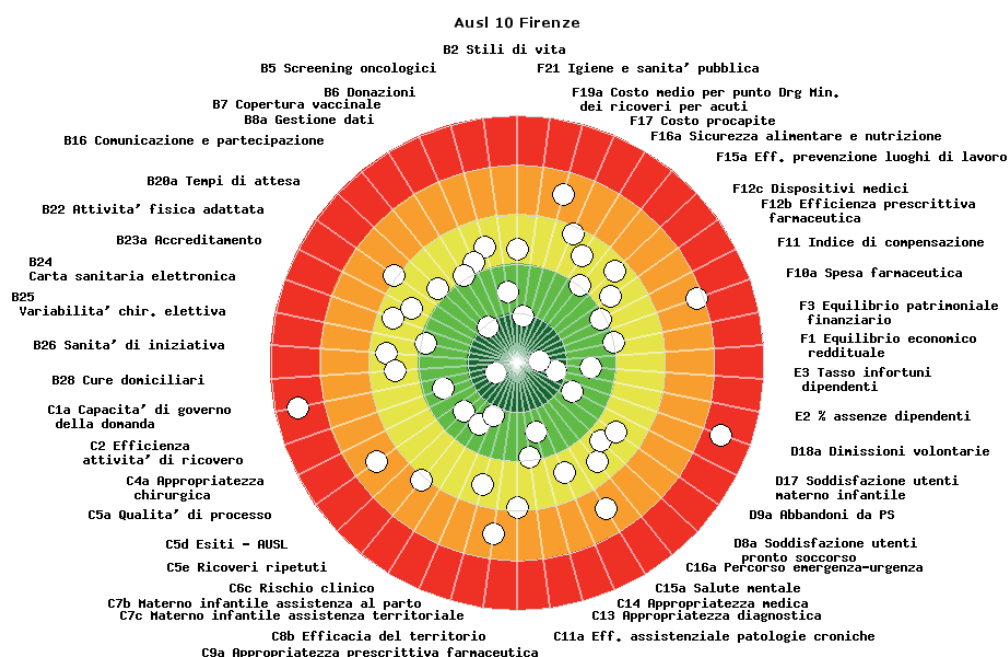
Per quanto riguarda il perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda continua a registrare un buon livello di estensione e adesione degli screening oncologici (B5). Sussistono ambiti di miglioramento rispetto al grado di copertura vaccinale (B7), in particolare per il vaccino MPR. Buoni risultati rispetto alla chirurgia elettiva (B25), con il più basso tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomie a livello regionale.

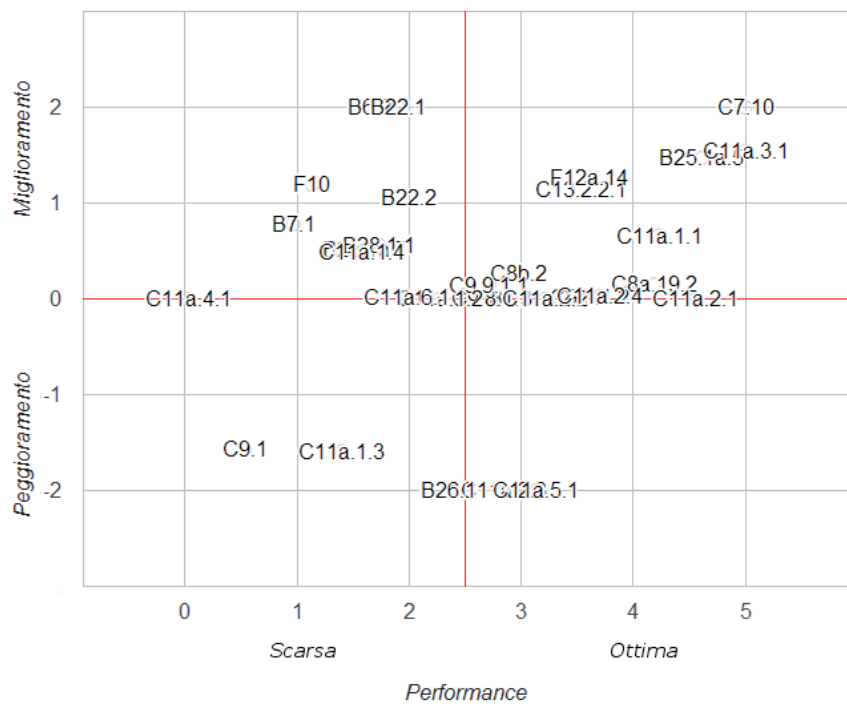
Sul versante ospedaliero, l'Azienda presenta ancora il più alto tasso di ospedalizzazione in Toscana (C1.1), sebbene sia in progressiva riduzione dal 2011. Ad influenzare negativamente questo indicatore potrebbe essere l'elevato ricorso al regime di ricovero per DRG LEA medici, come emerge dalla percentuale di standard raggiunti (C4.9), che continua ad essere la più bassa a livello regionale, sebbene il dato migliori di oltre il 30% rispetto al 2012. La responsabilità di tale risultato è tuttavia condivisa con l'AOU di Careggi, l'AOU Meyer ed il Privato Accreditato. Sulla percentuale degli standard raggiunti per la chirurgia in day Surgery (C4.12) l'Azienda è invece la best practice toscana e dimostra un'ottima capacità nell'utilizzo dei setting assistenziali appropriati. Tra le migliori performance anche la percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4). L'indice di performance (C2a), che esprime l'efficienza dell'attività di ricovero in termini di degenza media, è tra i più bassi in regione, diminuito ulteriormente nel 2013. Relativamente alla qualità, rimane invariato rispetto al 2012 il dato sulle dimissioni volontarie (D18a), con la percentuale più alta a livello regionale dei pazienti che decidono di dimettersi contro il parere del medico. Nel 2013 si osserva un calo rispetto al risultato raggiunto l'anno precedente sulla percentuale di fratture di femore operate entro due giorni (C5.2), con un'adeguata riduzione del 18,4% rispetto a quanto raggiunto nel 2012. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso (C16a), emerge una performance eterogenea tra la gestione tempestiva degli accessi in codice giallo ed i lunghi tempi di attesa dei codici verdi. In linea con il dato regionale gli abbandoni dei pazienti dal Pronto Soccorso (D9a), così come la valutazione da parte degli utenti (D8a).

Per quanto riguarda il percorso materno-infantile, l'Azienda dimostra una buona performance per l'assistenza al parto (C7b), con una percentuale di parti cesarei tra le più contenute a livello regionale, al di sotto del valore obiettivo regionale del 15%, mentre vi sono margini di miglioramento per quanto riguarda l'assistenza territoriale (C7c), in particolare per quanto riguarda gli indicatori sull'accesso all'area maternità da parte delle donne straniere e sul tasso di ospedalizzazione in età pediatrica. La valutazione del percorso nascita da parte delle utenti è complessivamente buona (D17).

In ambito territoriale, i dati suggeriscono una buona presa in carico dei pazienti con patologie croniche, come emerge dai bassi tassi di ospedalizzazione evitabile per scompenso, diabete e BPCO (C11a), pur avendo margini di miglioramento sugli indicatori di processo, in particolare rispetto all'aderenza alle terapie farmacologiche per lo scompenso cardiaco. Tuttavia gli altri indicatori sull'efficacia del territorio (C8b), presentano alcune criticità, in particolare rispetto all'ospedalizzazione per polmonite, con un tasso tra i più alti in Toscana. I programmi di Attività Fisica Adattata (AFA) sono ancora poco diffusi nell'Azienda (B22); la percentuale degli oltre 16enni assistiti da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa (B26), è in linea con la media regionale, mentre risultano bassi i valori percentuali degli anziani in cure domiciliari (B28). Riguardo alla dimensione interna l'Azienda, seppur con un lieve peggioramento rispetto all'anno precedente, presenta una delle più basse percentuali di assenza del personale (E2), e buoni risultati anche rispetto al tasso di infortuni dei dipendenti (E3).

Relativamente all'area farmaceutica, l'Azienda presenta margini di miglioramento rispetto all'appropriatezza prescrittiva (C9a), in particolare per l'utilizzo delle statine non coperte da brevetto, di antiacidi e di antidepressivi. Questo potrebbe senz'altro contribuire ad una diminuzione della spesa territoriale pro capite (F10), che, pur con trend in diminuzione riscontrato in tutte le Aziende, risulta tra le più elevate in regione, attestandosi su 198 euro pro capite circa.







La performance della Ausl 11 Empoli

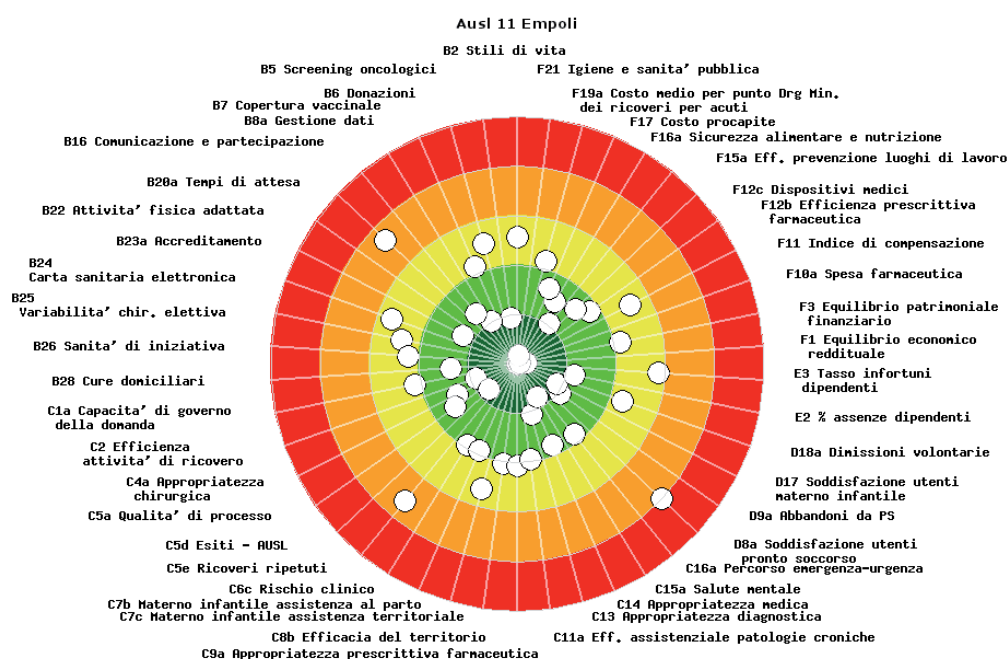
L'Ausl 11 di Empoli si conferma anche nel 2013 come una delle migliori della Regione, in rapporto a tutte le dimensioni prese in considerazione dal Sistema di Valutazione.

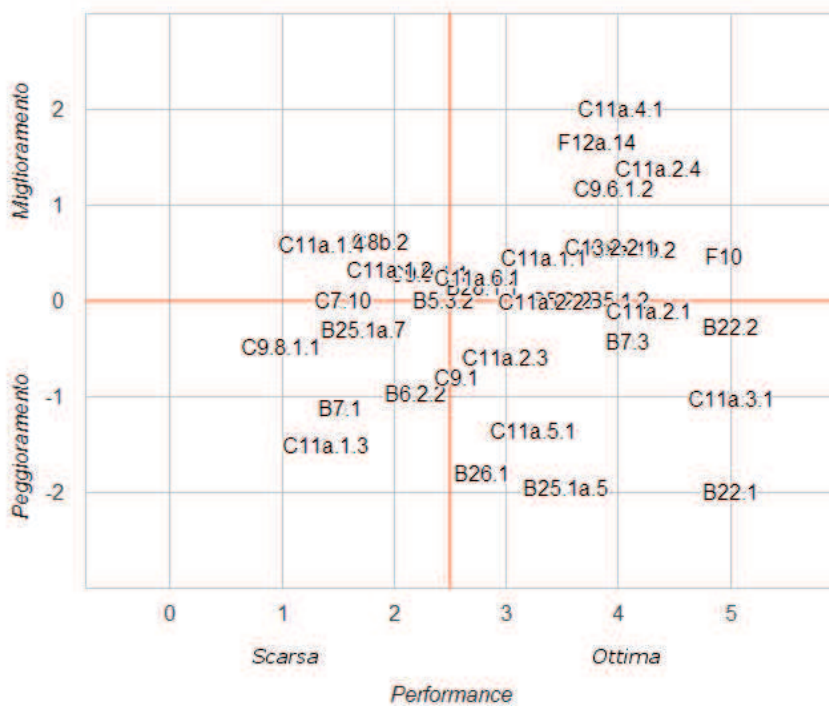
In merito alla capacità di perseguimento delle linee strategiche regionali, i dati confermano un'ottima estensione ed adesione agli screening oncologici (B5). Soltanto l'adesione allo screening del colon-retto presenta margini di miglioramento, seppur i risultati siano superiori alla media toscana. Buona la copertura vaccinale (B7), fatta eccezione per le vaccinazioni antinfluenzali per gli anziani, rispetto alle quali l'Azienda mostra il dato più basso a livello regionale (solo 55 anziani ogni 100 sono stati vaccinati nel 2013, a fronte di un obiettivo regionale di 75).

Il tasso di ospedalizzazione (134 ricoveri per 1.000 abitanti) si attesta intorno al valore medio della Toscana, mentre l'indice di performance della degenza media (C2a) registra uno dei valori migliori nel 2013, con una significativa riduzione rispetto all'anno precedente. Si continua a registrare un miglioramento sui risultati relativi all'appropriatezza medica (C14) e chirurgica (C4a): l'Azienda dimostra di saper complessivamente orientare gli utenti verso il setting assistenziale più adeguato, con margini di ulteriore miglioramento, in particolare in area medica. Rimane ancora elevata la percentuale di ricoveri ripetuti (C5.1e), nonostante il calo registrato che riporta il valore alla situazione del 2011. I risultati di esito sono tra i migliori a livello regionale (indicatore C5d dati 2012, elaborato sulla base del Programma Nazionale Esiti dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali); positivo anche il quadro relativo alla gestione del Rischio Clinico (C6c), sebbene siano ancora poco diffuse le rassegne di mortalità e morbidità. Si osserva una buona performance anche per gli indicatori della qualità di processo (C5a), nonostante l'Azienda riporti la più bassa percentuale a livello regionale di prostatectomia transuretrale, in calo dopo l'incremento registrato nel 2012. Dati positivi sui tempi di attesa al Pronto Soccorso, che però non trovano conferma nella valutazione degli utenti (D8a), meno positiva rispetto alle altre aziende. Buoni risultati anche nel percorso materno-infantile relativo all'assistenza al parto (C7b), sebbene si registri un'elevata percentuale di parti indotti, mentre a livello territoriale la performance è eterogenea (C7c), con alcuni risultati discordanti, come ad esempio una buona partecipazione delle primipare residenti al corso di accompagnamento alla nascita ma con una significativa differenza percentuale nell'accesso per titolo di studio. Anche la soddisfazione delle donne è tra le più alte in regione (D17).

I dati sul clima interno mostrano un quadro complessivamente buono, pur con margini di miglioramento: la percentuale di assenza dei dipendenti (E2) è tra le più basse della Regione, ma con un trend in aumento, quella di infortuni del personale (E3) è in diminuzione, ma ancora migliorabile.

Sul versante territoriale l'Azienda riduce ulteriormente il tasso di ospedalizzazione per polmonite (C11a.4.a) e migliora anche l'efficacia della gestione delle patologie croniche (C11a), con una riduzione di oltre il 10% nel tasso di ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco. Si osservano i migliori risultati della Toscana per l'Attività Fisica Adattata (AFA) (B22), i cui programmi per le persone con alta e bassa disabilità sono ampiamente diffusi nel territorio aziendale, ben al di sopra dell'obiettivo stabilito. In linea con la media regionale la percentuale di popolazione oltre i 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa (B26) e buona performance sulle cure domiciliari (B28), con la best practice per quanto riguarda la percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni. Si registrano buoni risultati nell'ambito della diagnostica, con un tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche su persone oltre 65 anni (C13.2.2.1) tra i più bassi della Regione ed in continua riduzione nell'ultimo triennio. L'Azienda registra la più bassa spesa farmaceutica territoriale (F10) della Toscana (186,68 euro pro capite), grazie anche ad una buona appropriatezza (C9a) ed efficienza prescrittiva (F12b).







La performance della Ausl 12 Viareggio

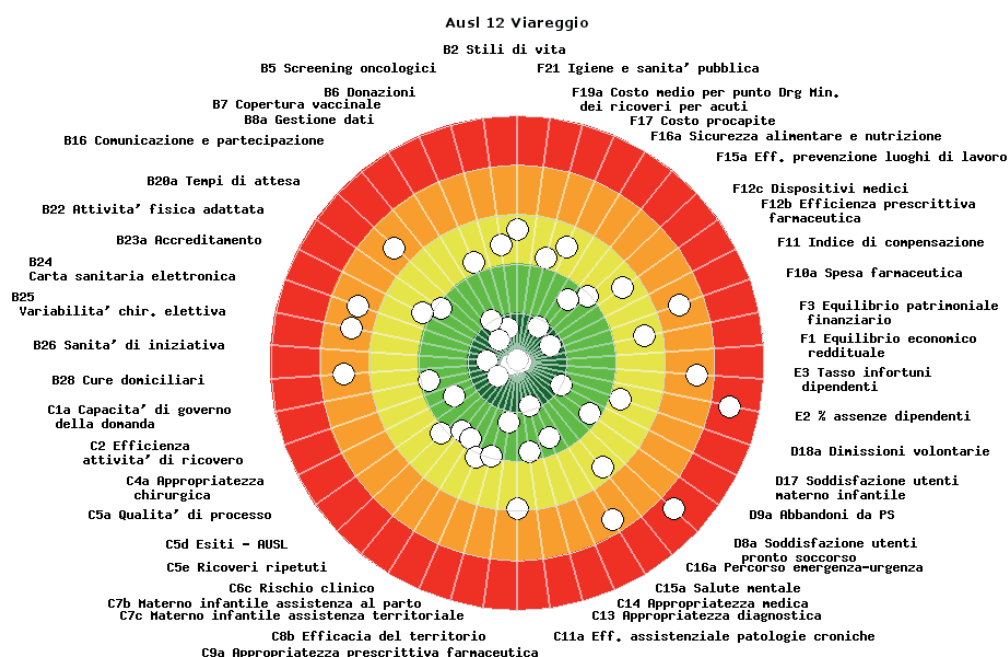
Il bersaglio della Ausl 12 di Viareggio restituisce una performance nel complesso molto buona, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle fasce centrali del bersaglio, nonostante alcuni punti di debolezza.

Per quanto riguarda il perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda mostra margini di miglioramento sul dato relativo all'adesione agli screening oncologici (B5), che nei singoli indicatori monitorati (mammografia, cervice e colon retto) risulta al di sotto della media regionale. Si registra un ottimo risultato nelle donazioni (B6), sia di organi (B6.1), che di sangue (B6.2), in cui si attesta come best practice regionale.

Rispetto all'ambito ospedaliero, la performance aziendale presenta un miglioramento sulla appropriatezza chirurgica (C4a), in particolare sulla percentuale di standard raggiunti per i ricoveri da effettuare in day surgery, che rispetto allo scorso anno aumentano del 8%, attestandosi su 81% circa. Netto miglioramento anche sulla percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4), su cui l'Azienda registra un trend positivo del 31% rispetto al 2012, arrivando al 70%. Positivo nel complesso anche il risultato sull'appropriatezza medica (C14). L'Azienda conferma l'ottima capacità di contenimento della degenza media (C2a) e si attesta anche per il 2013 come best practice regionale. Positivo anche il bilancio sulla qualità: in particolare rispetto alla capacità di operare le fratture del femore entro due giorni (C5.2), per cui l'Azienda consegue una tra le migliori performance a livello regionale. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso la percentuale di abbandoni dei pazienti dal Pronto Soccorso (D9a) si riduce sensibilmente si attesta al 2,11%, al di sotto della media regionale; i tempi di attesa per i cittadini con codici gialli e verdi continuano ad essere elevati. I risultati sul livello di soddisfazione dei pazienti del Pronto Soccorso mettono in luce una situazione più problematica rispetto ad altre realtà, sebbene il trend sia positivo rispetto al dato rilevato nel 2011. Relativamente al percorso materno-infantile, l'Azienda effettua una bassa percentuale di parti cesarei a livello regionale, attestandosi al 16%, sebbene risulti ancora elevata la percentuale di parti indotti, parti operativi e di fughe verso altre Aziende. Molto buono il livello di soddisfazione delle mamme, che assegnano all'azienda uno tra i giudizi più positivi a livello regionale. Per quanto riguarda il clima organizzativo la percentuale di assenza dei dipendenti (E2) e il tasso di infortuni del personale (E3), risultano tra i più elevati a livello regionale.

In ambito territoriale, i dati suggeriscono una buona presa in carico dei pazienti, come emerge dai bassi tassi di ospedalizzazione evitabile per scompenso, diabete e BPCO. Gli indicatori mettono in luce alcune difficoltà relativamente alla percentuale di anziani in assistenza domiciliare, che è la più bassa in Toscana. Da rilevare l'ottimo risultato raggiunto nell'estensione della Sanità d'iniziativa, con una copertura della popolazione del 63,67%, migliore performance a livello regionale.

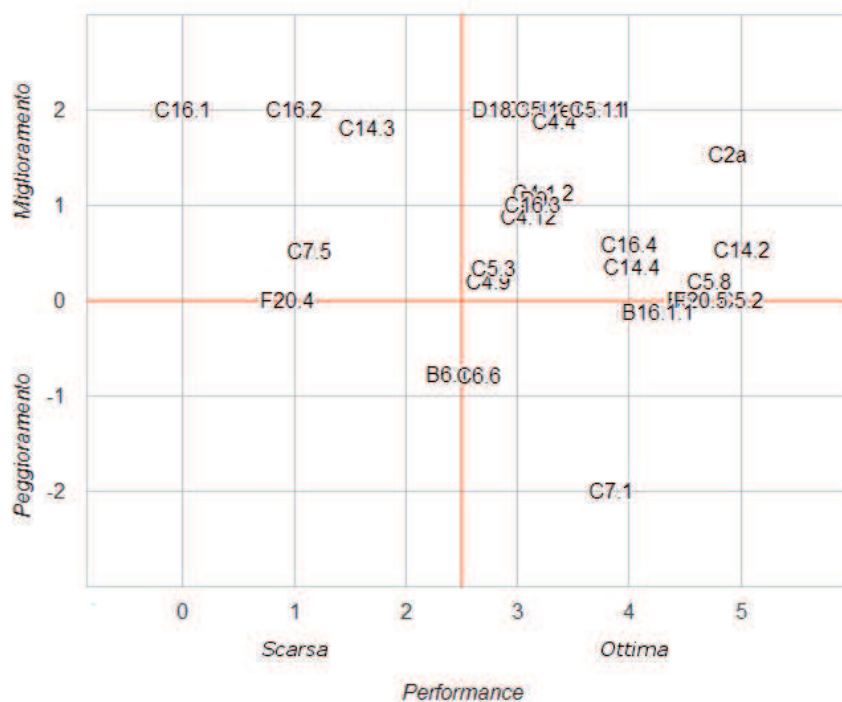
Sul versante della farmaceutica, si registra un aumento della spesa farmaceutica territoriale (da 191 euro pro capite nel 2012 a 197 euro pro capite nel 2013, indicatore F10) e alcuni margini di miglioramento permangono rispetto all'appropriatezza (C9a) e all'efficienza prescrittiva (F12b).





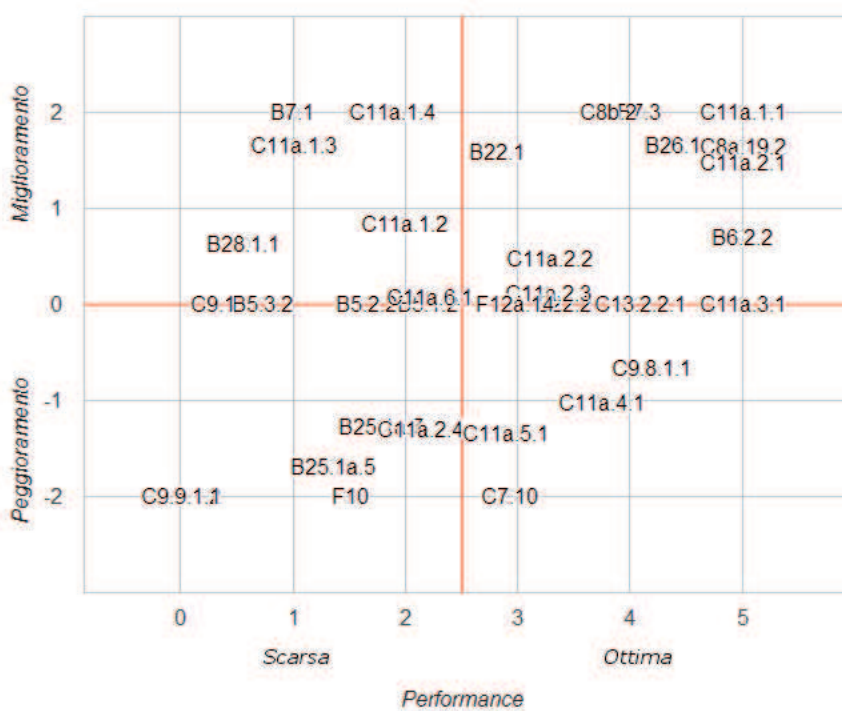
Mappa di performance ospedaliera

Ausl 12 Viareggio Anno 2013



Mappa di performance territoriale

Ausl 12 Viareggio Anno 2013





La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

La performance dell'Azienda presenta numerosi punti di forza, pur mostrando ancora alcune aree di debolezza.

Per quanto riguarda il perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda, ottiene risultati soddisfacenti, per quanto alcuni dati siano in peggioramento: nel 2012 ad esempio, per ogni 100 ricoveri, 23 erano destinati a cittadini residenti in altre regioni (indicatore B12.2.2.1), nel 2013 la percentuale scende al 19%.

Questo è in gran parte dovuto alla conversione in forma ambulatoriale complessa (day service) dei DH diagnostici.

La gestione delle donazioni (B6) si mantiene ottima per quanto riguarda le donazioni di sangue (B6.2) - per le quali è corresponsabile insieme con l'Azienda territoriale - mentre ha significativi margini di miglioramento rispetto alle donazioni di organi (B6.1), in peggioramento rispetto all'anno precedente. Positiva la performance aziendale in merito all'accreditamento istituzionale (B23a).

Sulla valutazione dell'attività di ricerca, l'Azienda presenta una performance buona, evidenziando un miglioramento rispetto al 2012 sull'impact factor medio per articolo, pari a 3,78. In miglioramento anche l'indicatore B15.3.1, riguardante l'impact factor medio delle specialità scientifiche a confronto con quelle riportati dal Journal Citation Report. In sensibile diminuzione, pur mantenendo buone performance, l'impact factor mediano per articolo e l'impact factor mediano delle specialità scientifiche a confronto con quelli riportati dal Journal Citation Report (B15.3.2).

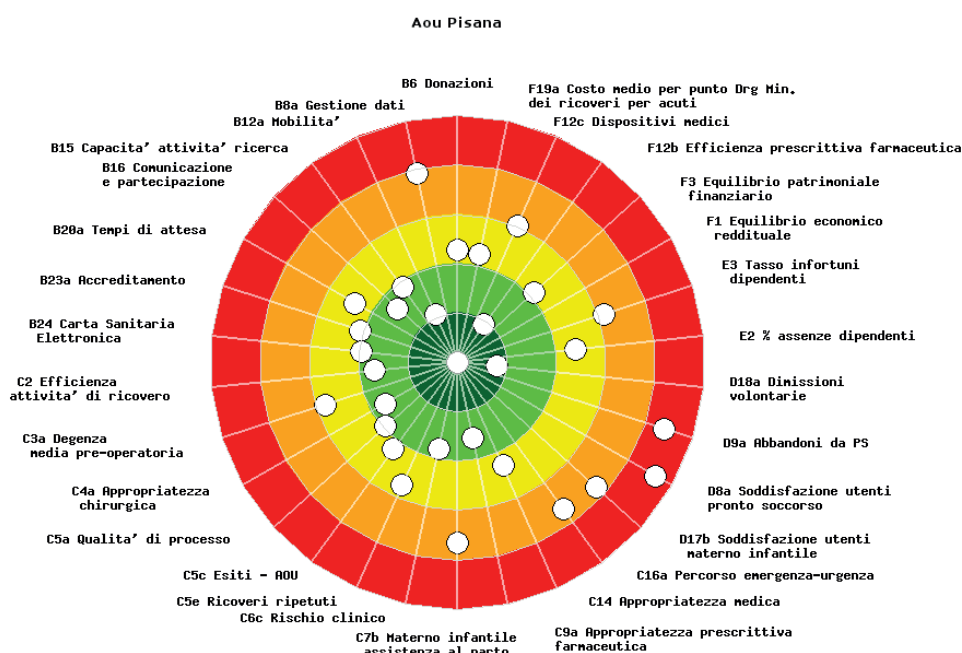
Per quanto riguarda la gestione dei posti-letto, la AOU si è dimostrata capace di contenere i tempi di degenza dei propri assistiti: l'indice di performance della degenza media (C2a) migliora ulteriormente rispetto al 2012, anche grazie al trend di riduzione della degenza pre-operatoria per interventi chirurgici programmati (C3). Sul versante chirurgico, l'Azienda è capace - come nel 2012 - di indirizzare i propri utenti verso il setting assistenziale più appropriato, per quanto permanga una potenziale sotto-utilizzazione della day-surgery per i DRG LEA chirurgici (C4.12). In area medica, è da segnalare una drastica riduzione dei ricoveri in day hospital con finalità diagnostica (C14.2), che passano da 36% a 11%, portando l'Azienda alla media regionale. Buoni i risultati sulla qualità di processo (C5a) - aumenta ancora la percentuale delle fratture di femore operate entro due giorni, tra i migliori valori toscani (dal 78% del 2012 all'83% del 2013) - per quanto il basso numero di interventi di riparazione della valvola mitrale (C5.7) e l'elevata permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso prima di essere ricoverati (C16.4) continuino a segnalare alcune aree problematiche. L'Azienda, pur avendo un risultato nel complesso positivo sulla gestione del rischio clinico, mostra spazi di miglioramento sulla segnalazione delle cadute (C6.6). Si mantiene molto contenuta la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente dal ricovero ospedaliero (D18), indicatore che può essere considerato come proxy della soddisfazione dell'utenza.

Il percorso materno-infantile (C7b) continua a rappresentare un ambito di debolezza per l'Azienda, che registra un'elevata percentuale di parti cesarei (l'indicatore C7.1 considera solo i parti depurati), per quanto in diminuzione rispetto al 2012 (dal 33,6% al 27,5%); l'indagine sull'esperienza delle donne che accedono al percorso nascita conferma un quadro problematico (D17b): la stessa percentuale di donne che dichiarano di aver attaccato al seno il bambino entro 2 ore dal parto è sensibilmente più bassa della media regionale (5,8% a fronte di un valore toscano di 78,9%).

Il Pronto Soccorso continua ad essere un'area di debolezza: sia i tempi di attesa (C16a.1), sia la percentuale di abbandoni dei pazienti (D9a) delineano una situazione problematica, confermata dal giudizio degli utenti (D8a).

Sul versante del clima lavorativo, la percentuale di assenza dei dipendenti (E2) e il tasso di infortuni del personale (E3) restituiscono un quadro in linea con la situazione regionale.

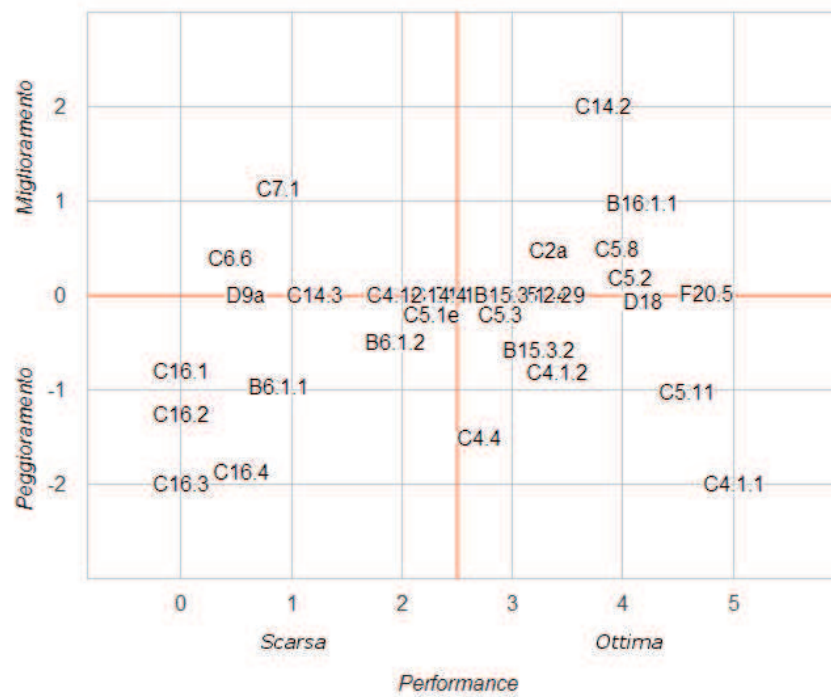
Concludendo con il settore della farmaceutica e dei dispositivi medici, l'Azienda consegue buoni risultati sia sul versante dell'appropriatezza (C9a), sia su quello dell'efficienza prescrittiva (F12b).





Mappa di performance ospedaliera

Aou Pisana Anno 2013





La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

L'Azienda presenta una performance complessivamente in miglioramento rispetto al 2012, pur mostrando ancora alcuni punti di debolezza.

Nel perseguimento delle strategie regionali, mostra risultati molto positivi rispetto alle attrazioni extraregionali, registrando la migliore performance (B12a): per ogni 100 ricoveri, 21 sono destinati a cittadini non residenti in Toscana. Buone le performance rispetto all'accreditamento istituzionale (B23a), in ulteriore miglioramento rispetto al 2012. Il risultato sulla gestione delle donazioni d'organi è soddisfacente (B6.1), in particolare sull'individuazione delle morti encefaliche, mentre peggiora quella delle donazioni di sangue (B6.2), per le quali è corresponsabile insieme con l'Azienda territoriale. Rispetto alla valutazione dell'attività di ricerca, l'Azienda presenta una performance buona, con un risultato molto positivo riguardo all'impact factor medio per articolo. Per quanto riguarda la performance sulle specialità scientifiche a confronto, si registra un risultato buono, anche se si rileva un lieve peggioramento della percentuale di specialità con impact factor medio maggiore di quello riportato dal Journal Citation Report (indicatore B15.3.1) e delle specialità scientifiche con un impact factor mediano maggiore rispetto a quello riportato dal Journal Citation Report (indicatore B15.3.2). Si sottolinea tuttavia come tali indicatori di valutazione dell'andamento dell'impact factor siano soggetti a trend variabili nel tempo.

Aumenta l'efficienza dell'utilizzo del posto-letto: migliora l'indice di performance della degenza media (C2a), per quanto rimanga elevato, anche a causa delle lunghe degenze medie pre-operatorie (C3), in aumento rispetto al 2012. Anche in merito all'appropriatezza chirurgica (C4a) e a quella medica (C14) si registrano specifici punti di debolezza: per quanto in diminuzione, continuano ad essere numerosi sia i day-hospital medici dimessi da reparti chirurgici, sia i ricoveri ordinari medici brevi.

Positivi i risultati degli indicatori del Programma Nazionale Esiti (C5c, dati 2012) e molto contenute le dimissioni volontarie dei pazienti dal ricovero ospedaliero (D18). Riguardo alla qualità di processo (C5a), resta problematica la tempestività nell'intervento per fratture di femore, mentre migliora sensibilmente la percentuale di prostatectomie transuretrali (dal 38,8% del 2012 al 73,9% del 2013).

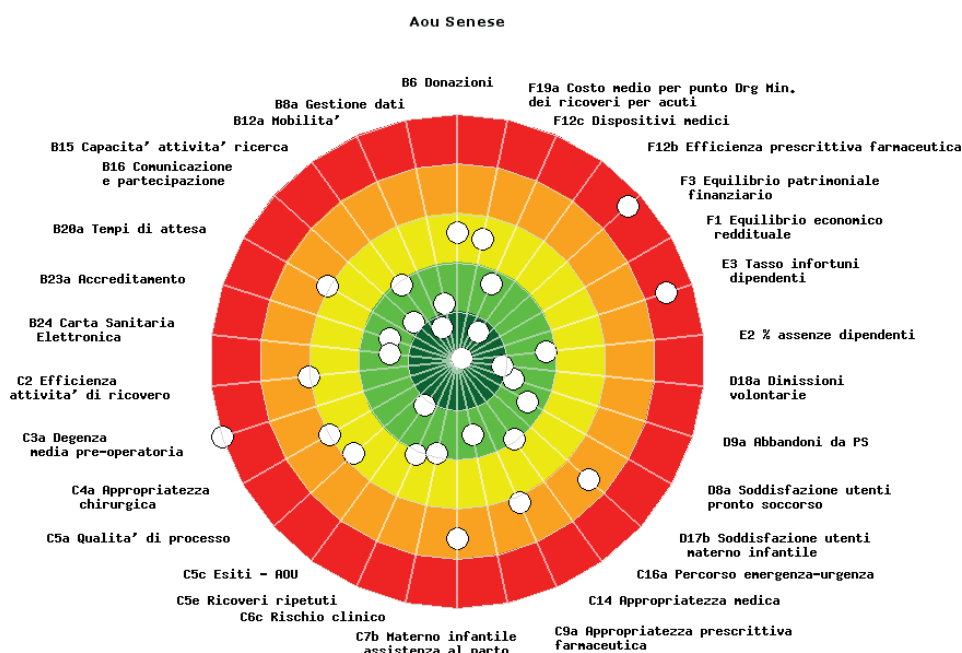
L'Azienda, pur avendo un risultato nel complesso positivo sulla gestione del rischio clinico, mostra spazi di miglioramento sulla segnalazione delle cadute (C6.6).

Il percorso materno-infantile resta un ambito problematico: le percentuali di parti cesarei risultano le più elevate a livello regionale e in aumento rispetto allo scorso anno (C7.1). Il giudizio delle donne che accedono al percorso nascita delinea un quadro che presenta margini di miglioramento (D17b).

Il Pronto Soccorso registra buoni risultati nel complesso, da segnalare la percentuale di abbandoni dei pazienti (D9a), in leggera ulteriore diminuzione rispetto al 2012; positivo anche il livello di soddisfazione da parte dell'utenza (D8a).

La percentuale di assenza dei dipendenti (E2) e il tasso di infortuni del personale (E3) presentano risultati contrastanti: tra le più basse la prima (per quanto in crescita), tra i più elevati il secondo.

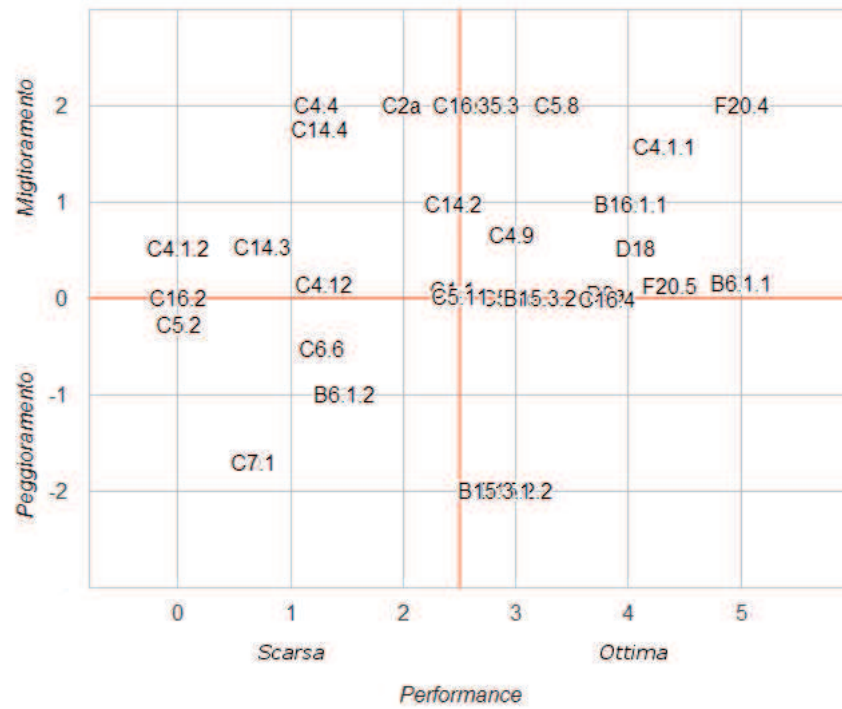
Sul versante della farmaceutica si registrano ottimi risultati sull'efficienza prescrittiva (F12b).





Mapa di performance ospedaliera

Aou Senese Anno 2013





La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi mostra un miglioramento rispetto al 2012, pur presentando ancora alcuni punti di debolezza.

Relativamente alla capacità di attrarre pazienti da altre regioni (B12.2), l'Azienda ha risultati inferiori delle altre AOU toscane. Per quanto in miglioramento rispetto all'anno precedente, la gestione delle donazioni (B6) è un elemento di debolezza, in particolare con riferimento alle donazioni di sangue, per le quali Careggi è corresponsabile insieme con l'Azienda territoriale. Positiva la performance riguardo all'accreditamento istituzionale (B23a).

Sulla capacità di ricerca (B15), l'Azienda presenta un impact factor medio per articolo pari a 4, registrando la performance migliore. Molto buona anche la performance di entrambi gli indicatori B15.3.1 e B15.3.2, riguardanti rispettivamente l'impact factor medio e mediano delle specialità scientifiche a confronto con quelli riportati dal Journal Citation Report: mostrano rispettivamente una percentuale pari a 68% e 86%.

Rispetto all'efficienza della gestione del posto-letto, resta elevato l'indice di performance della degenza media (C2a), anche se in miglioramento rispetto al 2012, mentre la degenza media pre-operatoria (C3) è in linea con il dato regionale. L'Azienda vanta sensibili miglioramenti sia sull'appropriatezza medica (C14), sia su quella chirurgica (C4a): i ricoveri diagnostici in day-hospital medico continuano a ridursi, mentre aumentano i ricoveri medici brevi; diminuiscono ancora i ricoveri medici dimessi da reparti chirurgici, mentre potrebbe essere maggiore il ricorso alla day surgery per i DRG LEA chirurgici (C4.12).

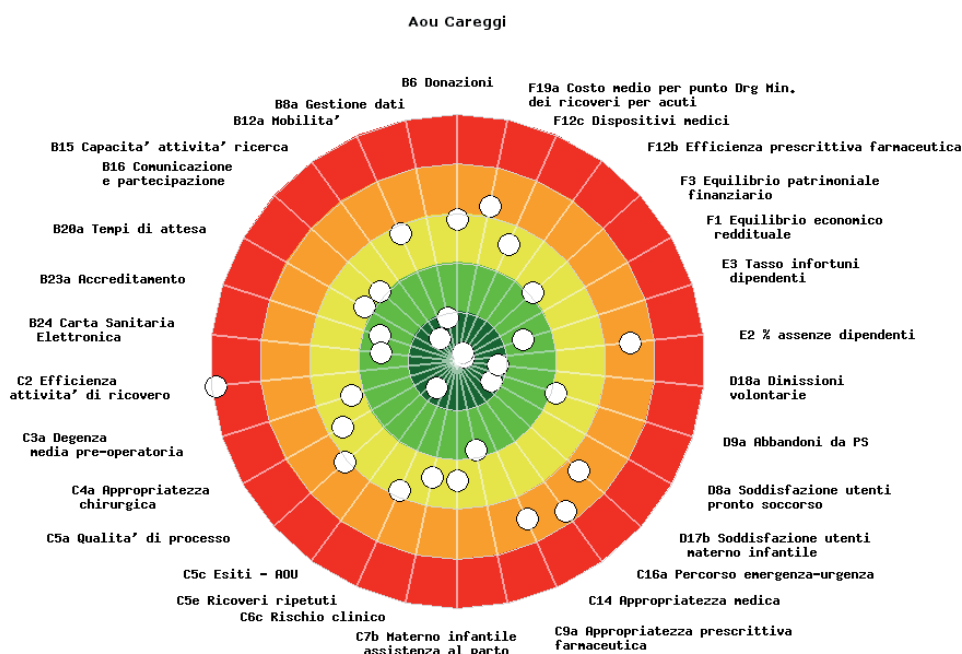
In merito alla qualità di processo (C5a), si inverte il trend di miglioramento relativo alle fratture di femore operate entro due giorni (C5.2): si passa dal 67,7% del 2012 al 50,4% del 2013. Il numero di prostatectomie transuretrali aumenta pur restando inferiore alla media regionale, così come il ricorso alla ventilazione meccanica non invasiva. Migliora ancora la percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore, mettendo in evidenza la tenuta del sistema ospedale nel suo complesso.

I risultati del Programma Nazionale Esiti (sintetizzati dall'indicatore C5c, dati 2012) mettono in luce una buona qualità delle prestazioni offerte da Careggi. Si mantiene molto contenuta la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente dal ricovero (D18a).

L'Azienda, pur avendo un risultato nel complesso in linea con la media regionale sulla gestione del rischio clinico, mostra spazi di miglioramento sulla segnalazione delle cadute (C6.6).

Sul versante del percorso materno-infantile (C7b), si riducono le percentuali di parti cesarei, di parti indotti, di episiotomie, di parti operativi, per quanto i dati siano ancora leggermente superiori alla media delle altre Aziende. L'indagine sull'esperienza delle donne che accedono al percorso nascita restituisce una situazione che mostra margini di miglioramento (D17b).

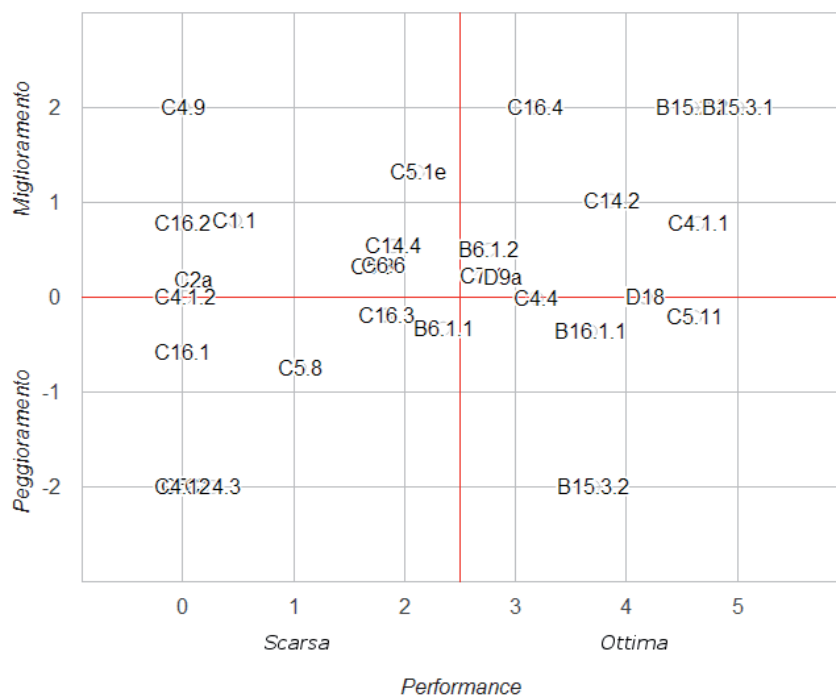
L'Azienda continua a registrare alcune difficoltà nella gestione dei tempi di attesa al Pronto Soccorso (C16); mentre il numero di abbandoni dei pazienti dopo il triage è nella media (D9a). Complessivamente, la valutazione da parte degli utenti del Pronto Soccorso è molto buona (D8a). La percentuale di assenza dei dipendenti (E2) è elevata e continua a crescere, mentre si registrano una situazione e una dinamica opposte per quanto riguarda il tasso di infortuni del personale (E3). Con riferimento alla farmaceutica, l'Azienda mostra - come nel 2012 - risultati eterogenei: da un lato è la migliore Azienda quanto a efficienza prescrittiva (F12b), dall'altro continua a mostrare alcune difficoltà sul versante dell'appropriatezza (C9a), in particolar modo nel consumo di antibiotici (C9.12).





Mappa di performance ospedaliera

Aou Careggi Anno 2013





La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, in quanto ospedale pediatrico di riferimento regionale, si rivolge ad una tipologia di utenti peculiare e per questo motivo la sua valutazione va letta alla luce di tale specificità.

Complessivamente, la performance 2013 è molto buona; il sistema di valutazione mette tuttavia in luce alcune aree che potrebbero essere ulteriormente migliorate.

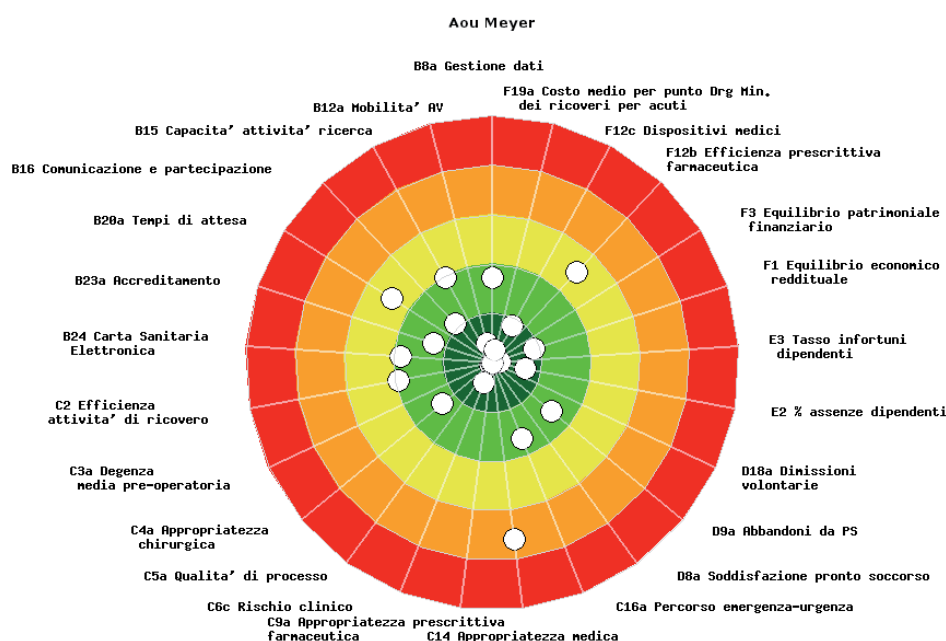
In merito alla capacità di perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda registra ottimi risultati: si conferma un polo di attrazione a livello nazionale, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni ad alta complessità (B12.2.2.2), per le quali resta best practice regionale, con una ripresa rispetto al calo osservato nel 2012. Sulla valutazione dell'attività di ricerca, l'Azienda ha performance positive. In particolare, buono è l'indicatore relativo al confronto dell'impact factor mediano delle specialità su cui ha almeno 10 articoli in confronto all'impact factor mediano delle altre AOI in riferimento alle stesse specialità (B15.4.1); in sensibile diminuzione invece l'indicatore relativo allo scostamento percentuale tra l'impact factor mediano dell'Azienda e quello riportato da ISI (B15.4.2), che comunque mostra una performance media.

L'Azienda conferma un'ottima capacità di uso efficiente delle risorse: è in grado di contenere i tempi di ospedalizzazione (l'indice di performance della degenza media per i ricoveri programmati - C2a.1 - continua ad essere il più basso della Toscana) e di pre-ospedalizzazione (tra i valori più bassi della Regione sugli indicatori relativi alla degenza media pre-operatoria - C3a). Relativamente all'appropriatezza, si osserva una performance positiva sul versante della chirurgia (C4a, sia per basse percentuali di DRG medici dimessi da reparti chirurgici, sia per l'elevata quota di standard raggiunti per i DRG LEA Chirurgici). Dal lato dell'appropriatezza medica persiste il trend positivo di riduzione della percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (C14.2), seppure il valore rimanga al di sopra della media regionale, mentre si registra ancora una elevata percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (C14.3). A questo proposito, il confronto con i dati dei soli ricoveri pediatrici delle altre aziende toscane e con quelli delle altre realtà pediatriche di rilevanza nazionale ridimensiona il significato critico di questo indicatore, in quanto si tratta di comportamento specificamente pediatrico.

L'utenza riconosce l'elevata qualità del servizio: la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero (D18) continua ad essere la più bassa dell'intera Toscana, ulteriormente diminuita rispetto al 2012. Ottimi risultati anche nella gestione del rischio clinico (C6c): in particolare, il Meyer continua ad avere il numero più basso di richieste di risarcimento per eventi in strutture ospedaliere (C6.1.1).

Il Pronto Soccorso rimane un punto di forza dell'Azienda, come emerge dai dati di attività (indicatore C16a). I buoni risultati in quest'area sono confermati anche dal limitato numero di abbandoni dei pazienti dal Pronto Soccorso (D9a) e dalla valutazione degli utenti (D8a), che risulta la più positiva a livello regionale.

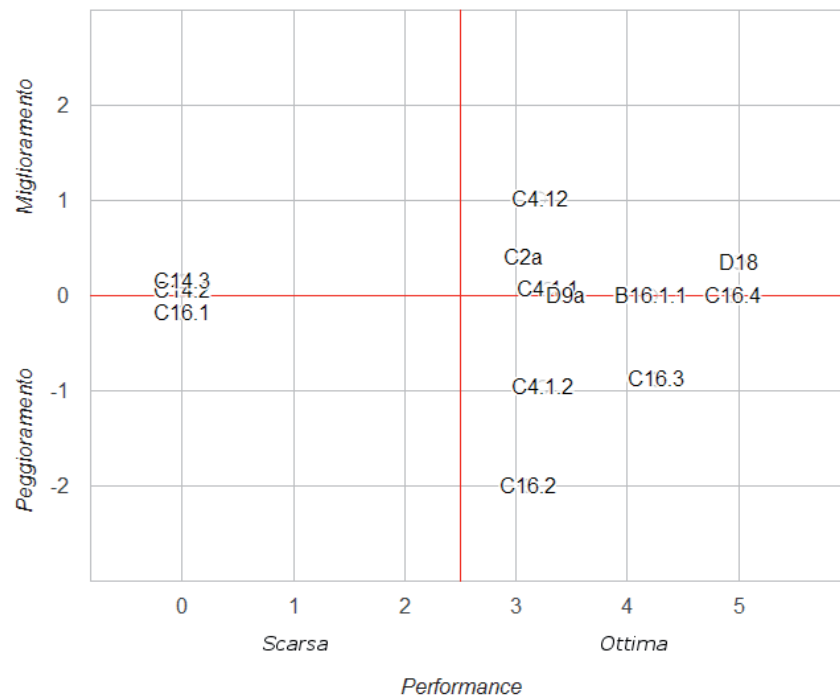
Positivi anche i dati sul versante della dimensione interna, come emerge dalla bassa percentuale di assenza dei lavoratori (E2) e il basso tasso di infortuni del personale (E3).





Mappa di performance ospedaliera

Aou Meyer Anno 2013





La performance della Fondazione Monasterio

La Fondazione Monasterio viene valutata in modo da tenere conto delle sue peculiarità, trattandosi di un ospedale di terzo livello, specializzato nella gestione di patologie cardiologiche e cardio-chirurgiche, sia per pazienti adulti, sia per pazienti pediatrico/neonatali.

La performance 2013 si conferma molto buona, per quanto si registrino specifiche e circoscritte aree di possibile miglioramento.

In merito alla capacità di perseguimento delle linee di indirizzo regionali, la Fondazione Monasterio si conferma un polo di attrazione a livello nazionale (indicatore B12a), in particolare per le procedure ad elevata complessità (nonostante una leggera flessione rispetto al 2012, più del 18% dei DRG ad alta complessità è erogato per pazienti non residenti in Toscana). La Fondazione mostra una buona performance sull'attività di ricerca. Considerando le pubblicazioni in merito alle sole specialità scientifiche di riferimento, verso cui la Fondazione è orientata (ad esempio cardiologia, endocrinologia, medicina nucleare), valutate sia tramite il confronto dell'impact factor mediano aziendale rispetto a quello della stessa specialità per le altre aziende considerate, sia in riferimento allo scostamento dell'impact factor mediano rispetto a quello di specialità riportato dal Journal Citation Report (indicatori B15.4.1 e B15.4.2), la performance risulta buona.

Rispetto all'efficienza della gestione del posto-letto, si riduce ulteriormente la già contenuta degenza media pre-operatoria (C3), che contribuisce a ridurre i tempi di degenza (C2a).

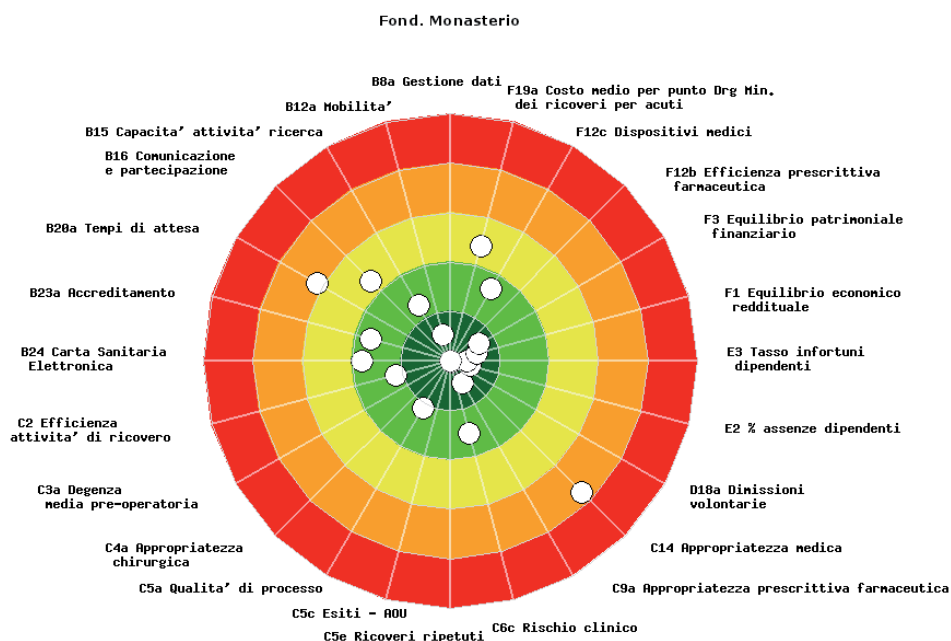
Per quanto riguarda la capacità di prendere in carico il paziente attraverso il corretto *setting* assistenziale, la Fondazione Monasterio continua a vantare la più bassa percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici della Toscana. Sul versante medico, invece, la percentuale di ricoveri medici oltre-soglia per pazienti anziani (C14.4) è tra le più alte della regione (4,2%) e continua ad aumentare; la percentuale di ricoveri ordinari medici brevi si riduce leggermente ma continua ad essere il più elevato valore regionale. L'ulteriore riduzione dei ricoveri diagnostici in *day-hospital* (C14.2) porta ad un risultato di poco superiore a quello delle altre Aziende.

Anche nel 2013 la qualità dell'assistenza si conferma buona; il ricorso alla ventilazione meccanica non invasiva e quello alla riparazione della valvola mitrale, che nel 2012 avevano subito una riduzione, crescono e si attestano su valori migliori della media. L'elevata qualità delle prestazioni offerte dalla Fondazione è rafforzata dai risultati del Programma Nazionale Esiti (sintetizzati dall'indicatore C5c, per il quale è *best practice* regionale).

La gestione del Rischio Clinico (C6c) è buona: si registra in particolare una riduzione del numero di denunce per sinistro, in controtendenza rispetto al trend degli anni precedenti.

La percentuale di dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero (0,34%, indicatore D18) non solo si conferma tra le più basse della Toscana ma registra un ulteriore calo rispetto al 2012.

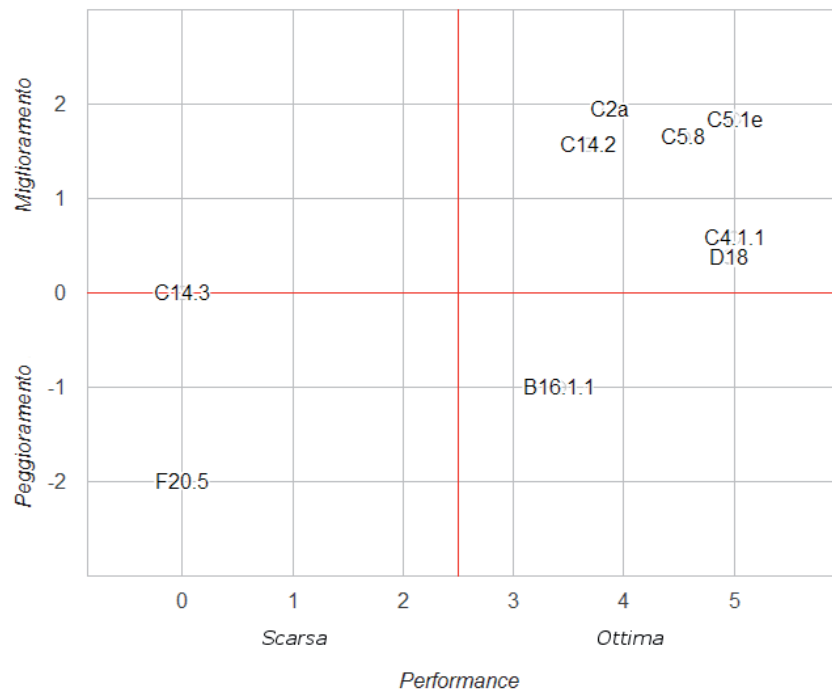
I tassi di assenza (E2) e di infortuni dei dipendenti (E3) sono tra i più bassi a livello regionale.





Mappa di performance ospedaliera

Fond. Monasterio Anno 2013





PARTE II

LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITA' DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

a cura di Sara Barsanti

L'area di valutazione del conseguimento delle strategie regionali (area B) ha lo scopo di valutare le capacità delle aziende sanitarie di perseguire gli orientamenti strategici di indirizzo regionale. Gli indicatori compresi in questa dimensione si modificano annualmente in linea con le priorità indicate dalla Regione. In particolare gli ambiti su cui la Regione Toscana si è concentrata negli ultimi anni in termini di strategie si concentrano, in maniera speculare al sistema sanitario, su tre grandi macro aree: i. strategie di area ospedaliera, ii. strategie di area territoriale e iii. strategie generali di sistema. La tabella a fine paragrafo riporta gli ambiti di valutazione, gli obiettivi regionali e i relativi indicatori per l'anno 2013. Oltre agli obiettivi in continuità con il 2012, gli indicatori nuovi per il 2013 riguardano principalmente i tempi di attesa per alcune prestazioni (indicatore B20a), la variabilità geografica per alcune prestazioni di chirurgia elettiva (indicatore B25), l'utilizzo e sviluppo della Carta Sanitaria Elettronica (indicatore B24) e la qualità e copertura delle cure domiciliari (indicatore B28).

Strategie di sistema

In termini di strategie di sistema sanitario nel suo complesso, la Regione si è concentrata sullo sviluppo dei sistemi informativi, sia aziendali che rivolti all'utente, sulla tempestività con cui la popolazione ha accesso al sistema, con particolare riferimento ai tempi di attesa per alcune visite e prestazioni e sulla qualità strutturale dei servizi offerti, in termini di accreditamento e carta dei servizi offerti dalle strutture. Per ciò che riguarda lo sviluppo dei sistemi informativi due sono gli indicatori valutati per il 2013: i. l'indicatore B8 che misura i processi di scambio di informazioni tra Aziende e Sistema Regionale in termini di tempestività nell'invio, completezza e la qualità delle informazioni e dati e dei flussi inviati; ii. l'indicatore B24 relativo alla Carta Sanitaria Elettronica adottata a partire dal 2009, che monitora l'utilizzo e la promozione di tale strumento, ed indirettamente del Fascicolo Sanitario elettronico, da parte di tutti gli attori del sistema sanitario regionale. Per quanto riguarda il sistema di accreditamento, la Regione Toscana, tramite la legge 51/2009, ha riorganizzato l'intero sistema di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accreditamento di eccellenza, e, con il regolamento attuativo 1011/2010, ha definito le procedure e i requisiti necessari in materia di qualità e sicurezza. L'indicatore B23a monitora la tempestività e la qualità delle attestazioni di accreditamento che ciascuna azienda ha autocertificato per le proprie strutture organizzative funzionali, in particolare modo la percentuale dei requisiti raggiunti, sia trasversali a tutte le strutture che specifici di percorso. Infine la Regione Toscana ha sempre posto enfasi alla tempestività di accesso al sistema e alla prestazioni puntando sulla riduzione dei tempi di attesa. L'indicatore B20a monitora la percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate entro 15 giorni e la percentuale delle prestazioni di diagnostica per immagine prenotate entro 30 giorni, sul totale delle visite e prestazioni considerate.

Strategie di area territoriale

Dal lato dell'offerta dei servizi territoriali, invece, le strategie su cui la regione si concentra riguardano l'implementazione della sanità di iniziativa come modello di gestione della cronicità, le cure domiciliari, la diffusione dell'Attività Fisica Adatta ed i programmi di prevenzione e promozione della salute. La sanità di iniziativa rappresenta una modalità di gestione della cronicità in cui si passa da una medicina d'attesa a una sanità proattiva, adottando il Chronic care model (Ccm) quale modello organizzativo e operativo delle cure primarie. Tale modello si basa su team multi-professionali, costituiti da medici di medicina generale, infermieri e operatori sociosanitari. L'indicatore B26 monitora la copertura della popolazione assistita da medici che partecipano al progetto; mentre l'indicatore B22 misura la diffusione sul territorio del programma di Attività Fisica Adattata. Gli indicatori sono comunque da leggersi insieme ad indicatori di ospedalizzazione della cronicità all'interno della dimensione C di valutazione sociosanitaria. Il nuovo indicatore B28 Cure Domiciliari valuta la copertura delle cure domiciliari nella popolazione anziana e monitora per lo stesso anno alcuni indicatori di qualità e tempestività di tale attività su cui la Regione Toscana sta puntando per migliorare la presa in carico domiciliare di pazienti e assistiti. Particolare enfasi in questa area viene data infine alle strategie relative alla promozione e prevenzione della salute, intesa come il monitoraggio sia di programmi di prevenzione pubblici, quali vaccini (indicatore B7) e screening oncologici (indicatore B5), sia di intervento sugli stili di vita relativi all'indagine PASSI (indicatore B2).

Strategie di area ospedaliera

Le strategie di area ospedaliera si riferiscono principalmente all'offerta in termini di variabilità di alcune prestazioni di chirurgia elettive e di programmazione sanitaria di Area Vasta. In particolare, gli indicatori riguardanti la ristrutturazione dell'offerta ospedaliera (indicatori B25 e B27) hanno lo scopo di evidenziare tra i diversi territori e Aziende sanitarie la variabilità geografica di alcune prestazioni, con particolare riferimento ad alcune procedure specifiche selezionate. Tale variabilità non sempre è indice di capacità di personalizzare i servizi rispetto alle esigenze sociosanitarie specifiche della popolazione, ma può essere il risultato di scelte organizzative e competenze professionali differenziate nei territori. A ciò si lega necessariamente una corretta ed appropriata programmazione sanitaria di Area Vasta: le AUSL e le AOU concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario, attraverso la programmazione interaziendale di Area Vasta. Tale programmazione è in parte monitorata dagli indicatori B11 e B12 in termini di complessità e case mix della casistica e di mobilità legata all'ospedalizzazione. Se da una parte infatti alla popolazione deve essere assicurata la possibilità di trovare risposta alle proprie esigenze di salute all'interno dell'Area Vasta di residenza, dall'altra le stesse Aree Vaste devono rappresentare punti di attrazione extraregionale in termini di qualità e complessità trattata. Per contrasto, le fughe tra le tre Aree Vaste devono essere ridotte. Ancora con riferimento specifico alle sole AOU, il sistema monitora la capacità della ricerca valutando le pubblicazioni internazionali in termini di Impact Factor (indicatore B15). Infine il processo di donazione degli organi e del sangue, a cui la regione da anni dedica particolare attenzione, è monitorato attraverso l'indicatore B6 che valuta Sotto l'aspetto organizzativo le fasi del percorso in termini di identificazione dei potenziali donatori e alla conseguente attivazione delle procedure di accertamento di morte cerebrale per le donazioni di organi e la copertura sulla popolazione dei donatori per le donazioni di sangue.



Fonte dei dati

Data l'eterogeneità delle strategie valutate i dati relativi agli indicatori in questa dimensione provengono da fonti informative diverse. Sono, infatti, utilizzate come fonti dei dati: flussi sanitari regionali, ad esempio gli indicatori B11 e B12, relativi alla complessità e alla mobilità per le AOU; indagini ad hoc, ad esempio l'indicatore B15 sulla capacità di ricerca delle AOU; dati provenienti da istituti/agenzie regionali/nazionali, come ad esempio l'indicatore B5 che monitora l'andamento degli screening oncologici; dati forniti dalle Aziende, quale ad esempio l'indicatore B22 sull'attività Fisica Adattata. Dal 2013 i tassi di ospedalizzazione sono stati standardizzati utilizzando come popolazione standard la popolazione residente in Italia nell'anno 2011 da fonte ISTAT. I tassi di ospedalizzazione relativi all'anno 2012 sono stati quindi ricalcolati con tale popolazione standard così da permettere il confronto in trend.

Per il 2013 gli ambiti di valutazione, gli obiettivi regionali e i relativi indicatori sono riportati nella seguente tabella.

Strategie Regionali	Obiettivi	Indicatori di performance	Livello di analisi
Strategie di sistema	Tempestività di accesso al sistema- Ridurre i tempi di attesa per le visite specialistiche e diagnostiche.	B20 Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate entro 15 gg e esami diagnostici prenotati entro 30 gg	Asl/AOU/Fond. Monasterio
	Sviluppo dei sistemi informativi -Potenziare la tempestività e la qualità dei principali flussi informativi regionali al fine di rendere il sistema	B8a Gestione dei dati	Asl/AOU/Fond. Monasterio
		B24 Carta Sanitaria Elettronica	Asl
	Qualità dei percorsi eAccreditamento- Aumentare la partecipazione degli utenti nella definizione e organizzazione dei percorsi e Incrementare la qualità del processo di accreditamento	B6 Donazioni	Asl
		B23a Accreditamento	Asl/AOU/Fond. Monasterio
		B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino	Asl/AOU/Fond. Monasterio
Strategie di area territoriale	Sanità di iniziativa- Passare da una medicina di attesa ad una presa in carico pro-attiva	B22 Attività Fisica Adattata	Asl
		B26 Sanità di iniziativa	
	Promozione e prevenzione della salute- Incrementare la promozione da parte degli operatori di corretti stili di vita e la prevenzione di tipo uno e due per le categorie a rischio	B2 Stili di vita (Indagine PASSI)	Asl
		B7 Vaccini	
		B5 Estensione e adesione agli screening oncologici	
	Cure Domiciliari - Potenziare la presa in carico degli assistiti a domicilio	B28 Cure Domiciliari	Asl
Strategie di area ospedaliera	Programmazione sanitaria - Aumentare la complessità della casistica, ridurre le fughe e incrementare le attrazioni per ricoveri nelle diverse Aree Vaste	B11 Complessità della casistica -indicatori di osservazione-	AOU
		B12a Mobilità di Area Vasta	AOU/Area Vasta (per le fughe)
	Ristrutturazione dell'offerta ospedaliera- Ridurre la variabilità tra le aziende per alcune procedure a vantaggio di una miglior appropriatezza clinica	B25 Ristrutturazione dell'offerta ospedaliera	Area Vasta (per high low ratio); Asl/AOU/Fond. Monasterio (per coefficienti di variazione)
		B27 Volumi di prestazioni sanitarie	
	Attività di ricerca - Aumentare la qualità della ricerca in termini di pubblicazioni scientifiche	B15 Capacità attività di ricerca	AOU/Fon. Monasterio/ISPO



2.1 Indicatore B2: Stili di vita (PASSI)

La Regione Toscana, da sempre attenta alle politiche di prevenzione e ai corretti stili di vita, aderisce infatti al programma nazionale "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari". Tale programma prevede, attraverso una intensa e mirata attività di comunicazione, azioni per ridurre l'iniziazione al fumo, aumentare il consumo di frutta e verdura, ridurre l'abuso di alcol, il consumo di bevande e alimenti troppo calorici, facilitare lo svolgimento dell'attività fisica. A partire dal 2007 è stata avviata in tutte le AUSL della Toscana la rilevazione in continuo sugli stili di vita della popolazione nell'ambito del sistema di indagine PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). PASSI è il sistema di sorveglianza italiano sui comportamenti correlati con la salute della popolazione adulta, coordinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e dall'Istituto Superiore di Sanità.

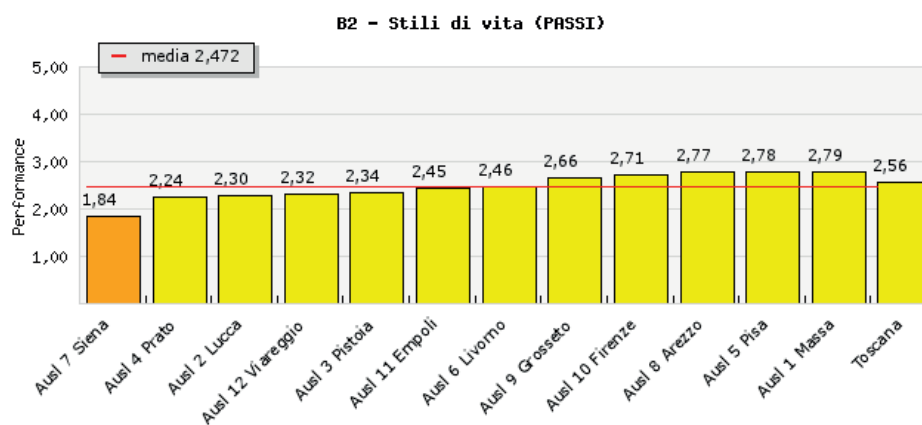
L'attenzione agli stili di vita in termini di valutazione e programmazione delle Aziende Sanitarie rappresenta un elemento innovativo ed imprescindibile al fine di incidere nei comportamenti a rischio della popolazione. In particolare sono valutati in termini di diffusione e di promozione di corretti stili di vita i 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza le principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro Paese, sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B2 - Stili di vita (PASSI)	2,56	2013

Fonte dei dati : *Indagine PASSI 2013 - ISS*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B2 Stili di vita (PASSI)
 - B2.1 Attività fisica [\[solo valutazione\]](#)
 - B2.1.1 Percentuale di sedentari [28,00 %](#)
 - B2.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico di fare attività fisica [29,56 %](#)
 - B2.2 Situazione nutrizionale [\[solo valutazione\]](#)
 - B2.2.1 Percentuale di persone obese [8,34 %](#)
 - B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso [51,50 %](#)
 - B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica [40,54 %](#)
 - B2.3 Consumo di alcol [\[solo valutazione\]](#)
 - B2.3.1 Percentuale di bevitori binge e fuori pasto [13,70 %](#)
 - B2.3.2 Percentuale di bevitori binge e fuori pasto consigliati dal medico di bere meno [5,65 %](#)
 - B2.4 Abitudine al fumo [\[solo valutazione\]](#)
 - B2.4.1 Percentuale di fumatori [27,07 %](#)
 - B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare [57,35 %](#)



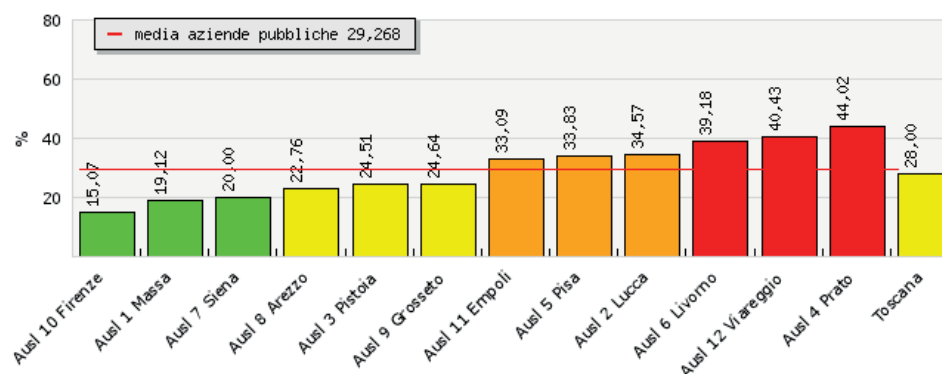
B2	
STILI DI VITA (PASSI)	
DEFINIZIONE	Indicatore sugli stili di vita da Indagine PASSI
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi dei seguenti indicatori: B2.1, B2.2, B2.3, B2.4
LIVELLO	Azienda di residenza



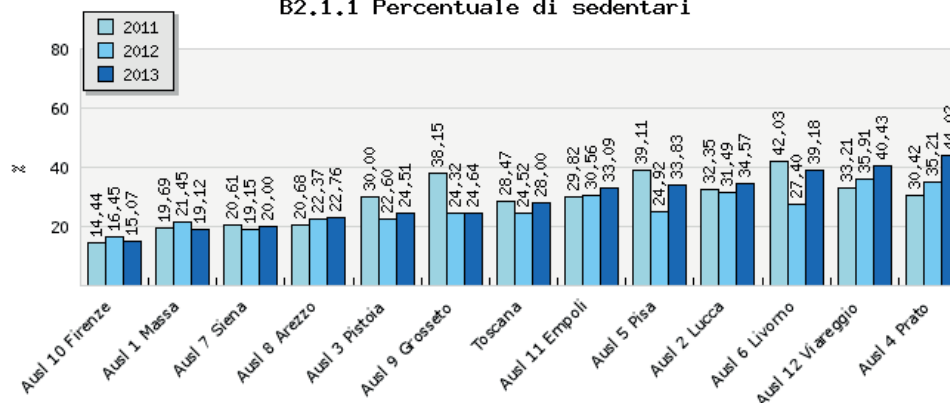
2.2 Indicatore B2.1.1: Percentuale di sedentari

Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i Paesi sviluppati, rappresentando 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 fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

B2.1.1 – Percentuale di sedentari



B2.1.1 Percentuale di sedentari

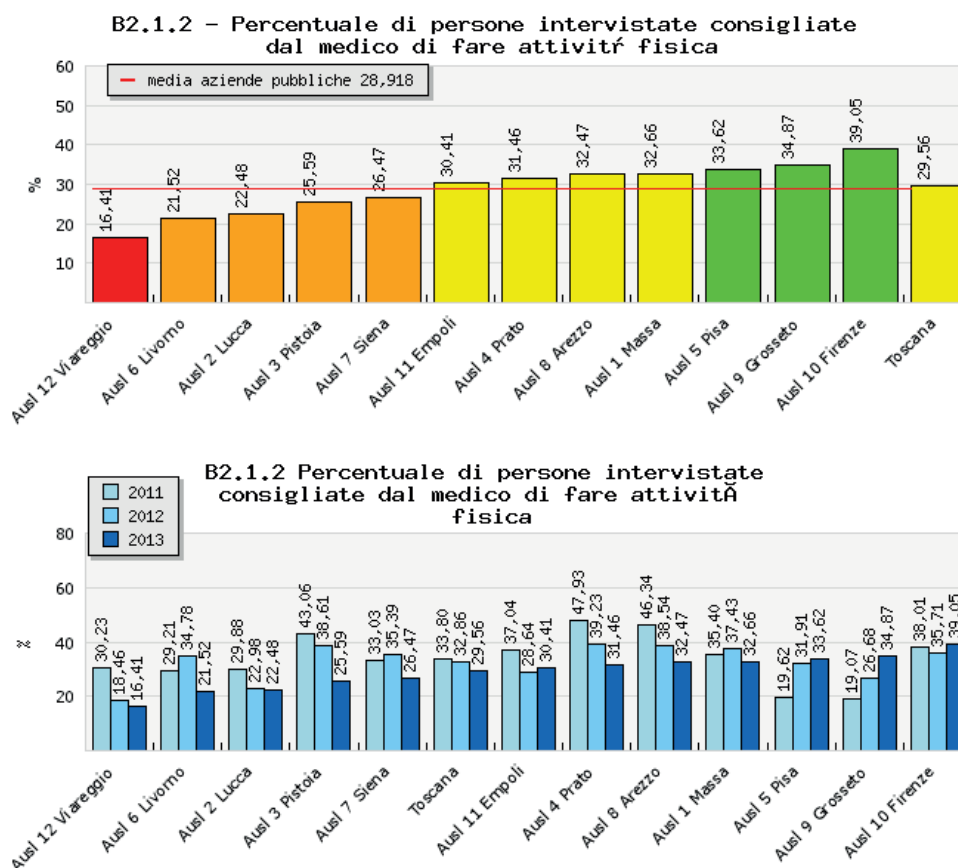


B2.1.1	
PERCENTUALE DI SEDENTARI	
DEFINIZIONE	Percentuale di sedentari
NUMERATORE	N. sedentari x 100
DENOMINATORE	Totale persone intervistate sedentarie e non sedentarie
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Livello di attività fisica "sedentario": chi non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.
RIFERIMENTO	Media Regionale, anno 2013
FONTE	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) - ISS
LIVELLO	Azienda di residenza



2.3 Indicatore B2.1.2: Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico di fare attività fisica

È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere utili ad incrementare l'esercizio fisico regolare sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche.



B2.1.2

PERCENTUALE DI PERSONE INTERVISTATE CONSIGLIATE DAL MEDICO DI FARE ATTIVITÀ FISICA

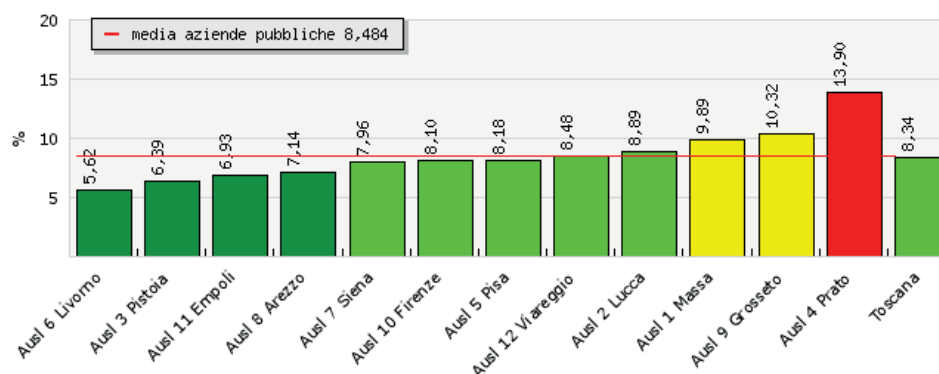
DEFINIZIONE	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico di fare attività fisica, tra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno
NUMERATORE	N. persone intervistate dal medico di fare attività fisica x 100
DENOMINATORE	Totale persone intervistate consigliate e non consigliate dal medico di fare attività fisica
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano le persone che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) - ISS
LIVELLO	Azienda di residenza



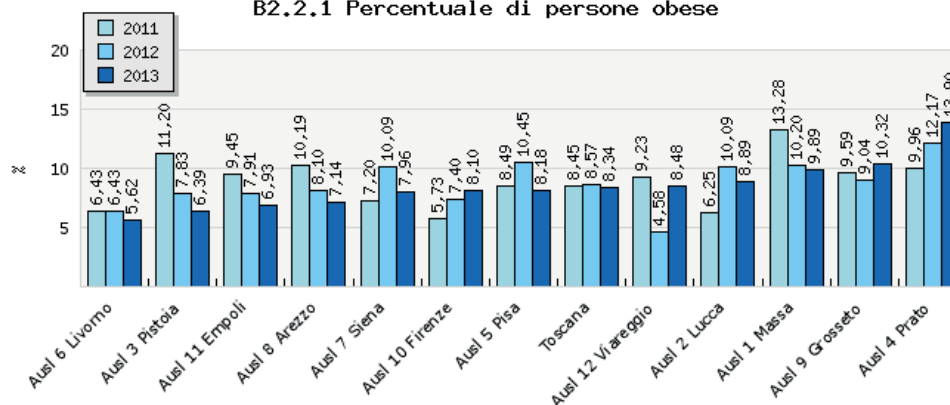
2.4 Indicatore B2.2.1: Percentuale di persone obese

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 (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato. Le categorie di Imc sono quattro: sottopeso (Imc<18,5), normopeso (Imc<18,5-24,9), sovrappeso (Imc 25 -29,9) e obeso (Imc>=30).

B2.2.1 – Percentuale di persone obese



B2.2.1 Percentuale di persone obese

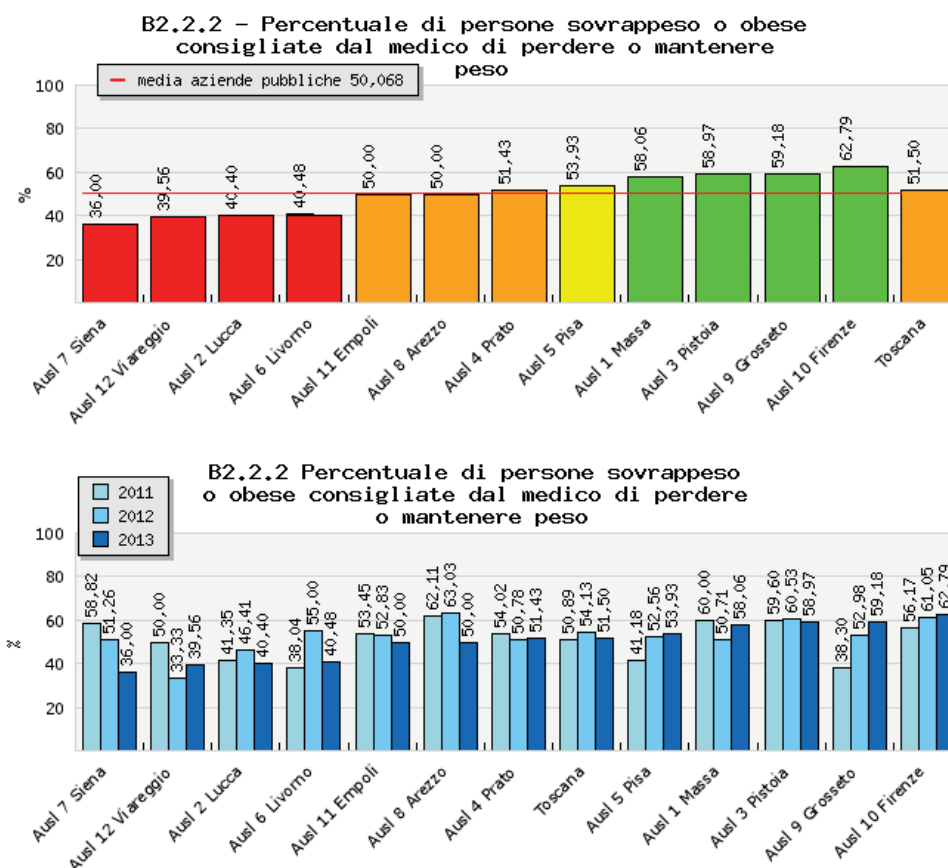


B2.2.1	
PERCENTUALE DI PERSONE OBESE	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone obese
NUMERATORE	N. di persone obese x 100
DENOMINATORE	Tot persone obese, sovrappeso, normopeso, sottopeso
NOTE PER L'ELABORAZIONE	È considerato "obeso" chi ha un Indice di massa corporea (Imc) >= 30. Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<18, 5); normopeso (Imc 18.5-24, 9); sovrappeso (Imc 25-29.9); obeso (Imc>=30)
RIFERIMENTO	Media Regionale, anno 2013
FONTE	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) - ISS
LIVELLO	Azienda di residenza



2.5 Indicatore B2.2.2: Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso

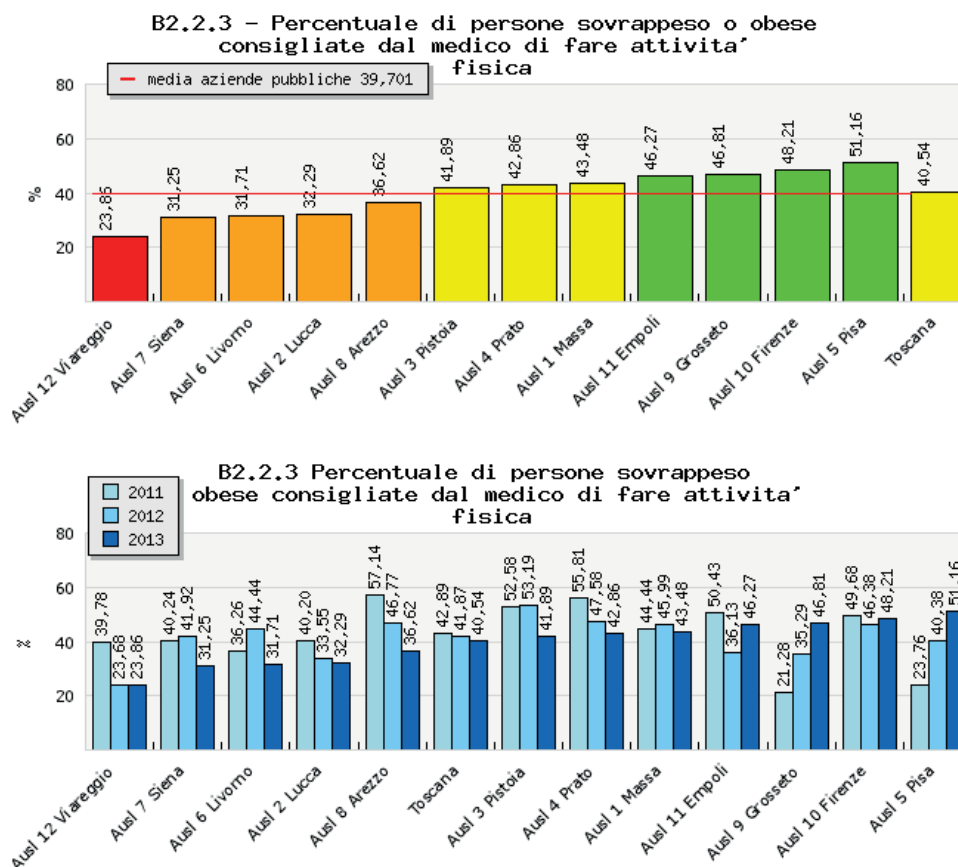
L'eccesso ponderale (persone sovrappeso/obese) è uno dei principali fattori di rischio su cui è possibile intervenire per migliorare lo stato di salute della popolazione. È importante che gli operatori sanitari pongano un'adeguata attenzione su questo aspetto.



B2.2.2	
PERCENTUALE DI PERSONE SOVRAPPESO O OBESIE CONSIGLIATE DAL MEDICO DI PERDERE O MANTENERE PESO	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso, tra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno
NUMERATORE	N. di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso x 100
DENOMINATORE	N. di persone sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico di perdere o mantenere peso
NOTE PER L'ELABORAZIONE	È considerato "obeso" chi ha un Indice di massa corporea (Imc) ≥ 30 . È considerato sovrappeso chi ha un Imc tra 25 e 29,9. Si considerano le persone che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) - ISS
LIVELLO	Azienda di residenza



2.6 Indicatore B2.2.3: Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica



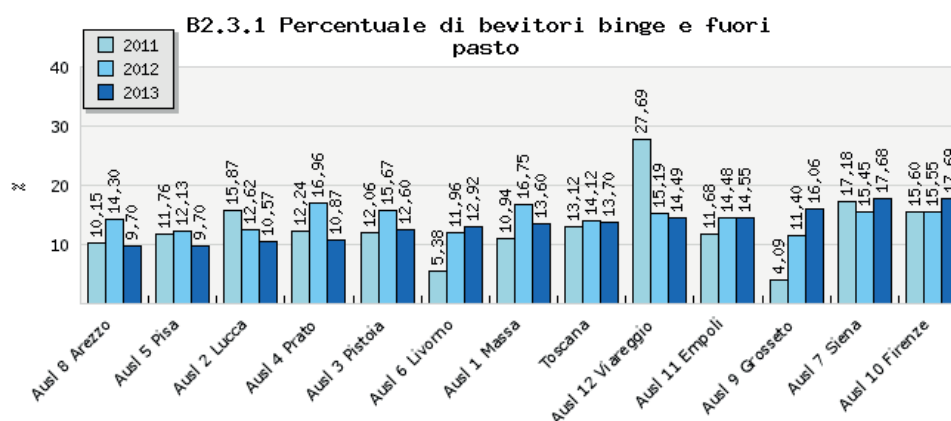
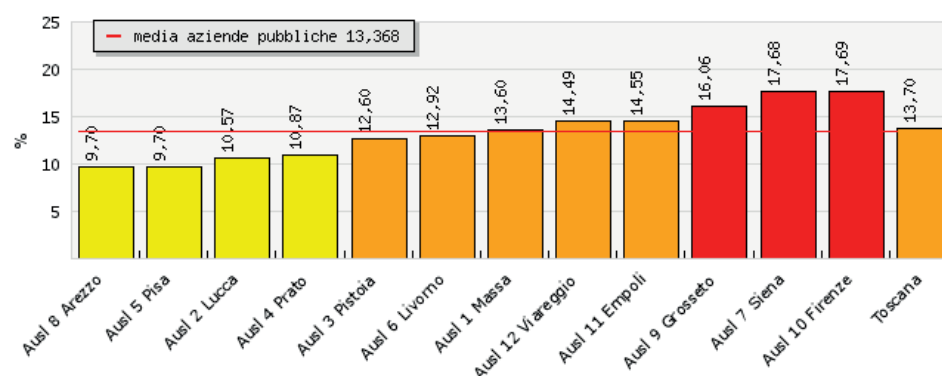
B2.2.3	
PERCENTUALE DI PERSONE SOVRAPPESO O OBESE CONSIGLIATE DAL MEDICO DI FARE ATTIVITA' FISICA	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica, tra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno
NUMERATORE	N. di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso x 100
DENOMINATORE	N. di persone sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico di fare attività fisica
NOTE PER L'ELABORAZIONE	È considerato "obeso" chi ha un Indice di massa corporea (Imc) >= 30. È considerato sovrappeso chi ha un Imc tra 25 e 29, 9. Si considerano le persone che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
LIVELLO	Azienda di residenza



2.7 Indicatore B2.3.1: Percentuale di bevitori binge e fuori pasto

Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma sono soprattutto rilevanti le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol nella popolazione intervistata considerando le persone che bevono fuori dai pasti e coloro che indulgono in grandi bevute (bevitori binge). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il bevitore binge è colui che consuma almeno una volta al mese 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione.

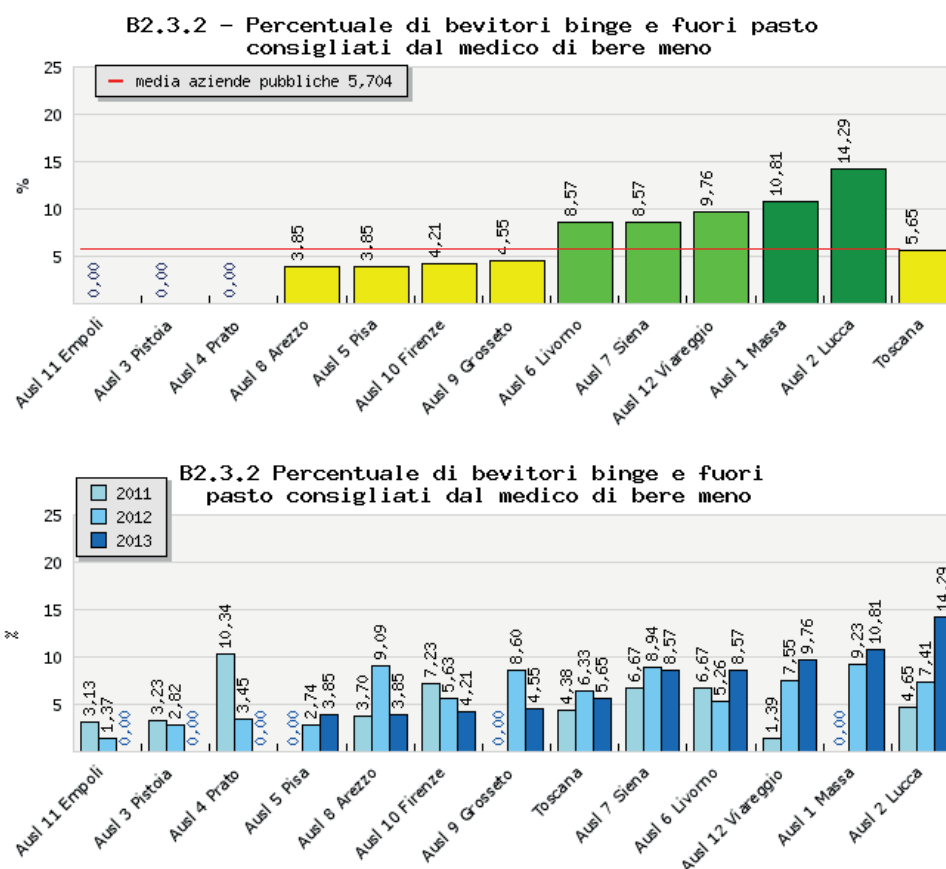
B2.3.1 - Percentuale di bevitori binge e fuori pasto



B2.3.1	
PERCENTUALE DI BEVITORI BINGE E FUORI PASTO	
DEFINIZIONE	Percentuale di bevitori binge e/o fuori pasto
NUMERATORE	N. Bevitori binge e/o fuori pasto x 100
DENOMINATORE	Totale bevitori e non bevitori
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i bevitori fuori pasto o i bevitori binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS). Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal.(Def. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN)
RIFERIMENTO	Media Regionale, anno 2013
FONTE	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) - ISS
LIVELLO	Azienda di residenza

**2.8 Indicatore B2.3.2: Percentuale di bevitori binge e fuori pasto consigliati dal medico di bere meno**

I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol, diffondendo la percezione del rischio legata al consumo eccessivo di bevande alcoliche.



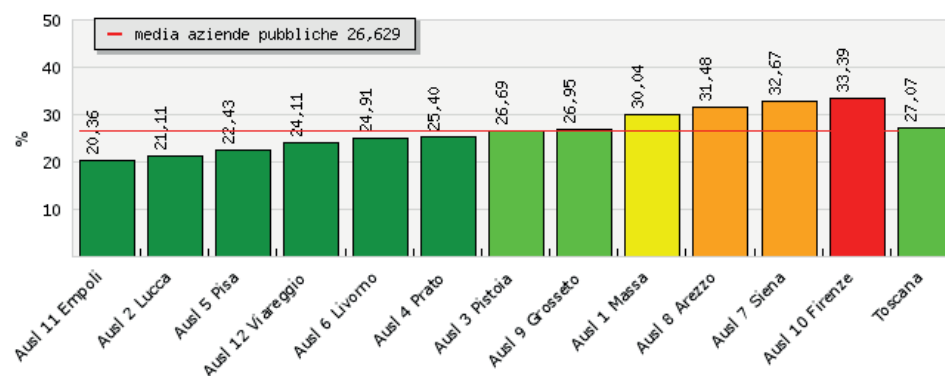
B2.3.2	
PERCENTUALE DI BEVITORI BINGE E FUORI PASTO CONSIGLIATI DAL MEDICO DI BERE MENO	
DEFINIZIONE	Percentuale di bevitori binge e/o fuori pasto consigliati dal medico di bere meno, tra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno
NUMERATORE	N. di bevitori binge e/o fuori pasto consigliati dal medico di bere meno x 100
DENOMINATORE	N. di bevitori binge e/o fuori pasto
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i bevitori fuori pasto o i bevitori binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS). Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal.(Def. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN)
RIFERIMENTO	Media Regionale, anno 2013
FONTE	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) - ISS
LIVELLO	Azienda di residenza



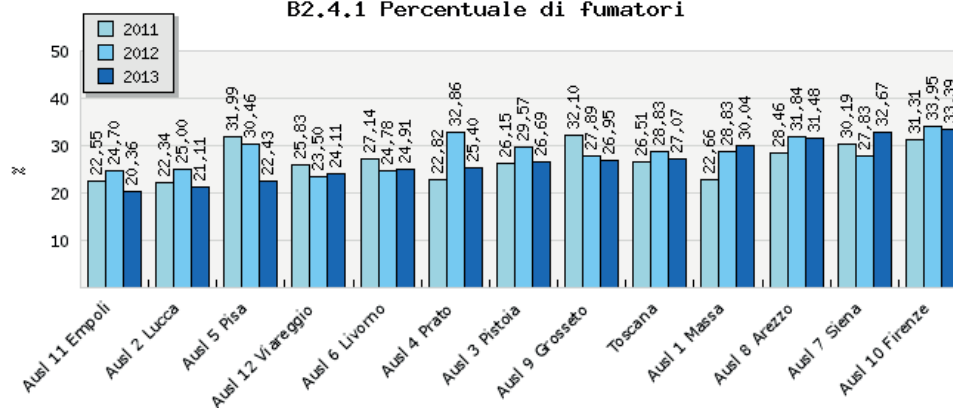
2.9 Indicatore B2.4.1: Percentuale di fumatori

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 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.

B2.4.1 – Percentuale di fumatori



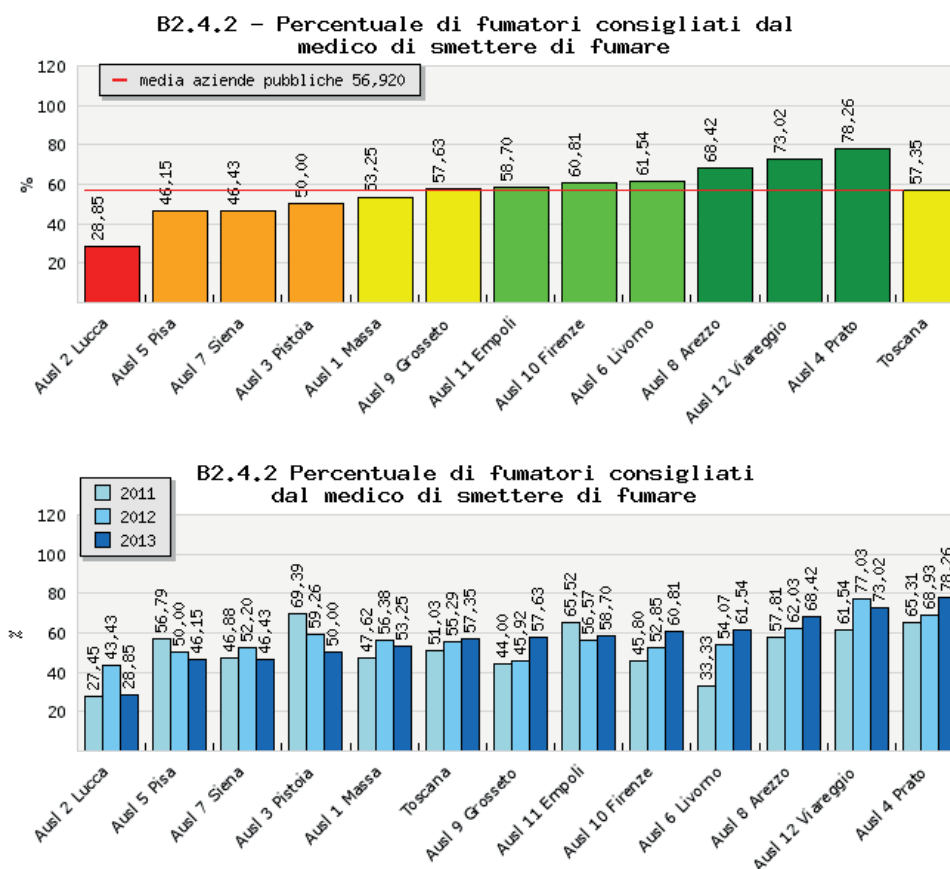
B2.4.1 Percentuale di fumatori



B2.4.1	
PERCENTUALE DI FUMATORI	
DEFINIZIONE	Percentuale di fumatori
NUMERATORE	N. fumatori x 100
DENOMINATORE	Tot fumatori e non fumatori
NOTE PER L'ELABORAZIONE	“Fumatore”: 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
RIFERIMENTO	Media Regionale, anno 2013
FONTE	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) - ISS
LIVELLO	Azienda di residenza

**2.10 Indicatore B2.4.2: Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare**

Evidenze scientifiche mostrano che l'interruzione dell'abitudine al fumo porta al dimezzamento del rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore.



B2.4.2	
PERCENTUALE DI FUMATORI CONSIGLIATI DAL MEDICO DI SMETTERE DI FUMARE	
DEFINIZIONE	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare, tra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno
NUMERATORE	N. Fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare x 100
DENOMINATORE	Tot fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare
NOTE PER L'ELABORAZIONE	"Fumatore": 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. Si considerano le persone che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi.
RIFERIMENTO	Media Regionale, anno 2013
FONTE	Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) - ISS
LIVELLO	Azienda di residenza



2.11 Indicatore B5: Estensione ed adesione agli screening oncologici

La Regione Toscana ha scelto da anni di privilegiare il tema della prevenzione primaria e secondaria in oncologia, diffondendo questo impegno a tutto il sistema regionale. Le AUSL toscane continuano a dimostrare un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico: i dati di estensione ed adesione confermano buoni risultati e collocano la Toscana tra le prime regioni a livello nazionale, nonostante gli obiettivi prefissati non siano ancora completamente raggiunti.

Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori difficilmente controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Per quanto riguarda l'estensione di tutti e tre gli screening, deve considerarsi come critico (fascia colore rosso) un valore inferiore all'80% (il dato va letto su due anni nel primo caso e su tre anni nel secondo caso).

Per gli obiettivi di adesione, invece, si prevedono soglie ottimali dell'80% per lo screening mammografico, del 70% per quello coloretale e del 60% per lo screening della cervice uterina.

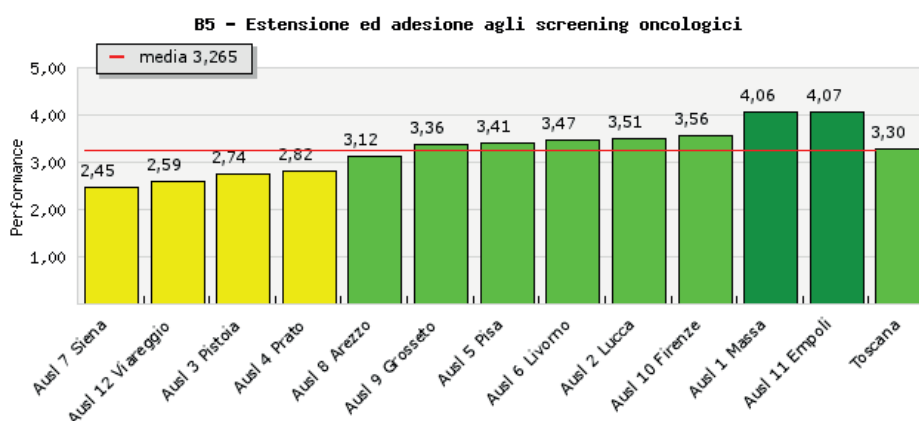
I dati elaborati sono stati raccolti dall'ISPO (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica), la struttura di riferimento per la pianificazione, la programmazione e il controllo degli interventi di prevenzione oncologica sul territorio regionale.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B5 - Estensione ed adesione agli screening oncologici	3,30	2013

Fonte dei dati : ISPO

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- B5 Estensione ed adesione agli screening oncologici
 - B5.1 Screening mammografico [\[solo valutazione\]](#)
 - B5.1.1 Estensione screening mammografico 97,41 %
 - B5.1.2 Adesione screening mammografico 73,33 %
 - B5.2 Screening cervice uterina [\[solo valutazione\]](#)
 - B5.2.1 Estensione screening cervice uterina 99,98 %
 - B5.2.2 Adesione screening cervice uterina 56,48 %
 - B5.3 Screening coloretale [\[solo valutazione\]](#)
 - B5.3.1 Estensione screening coloretale 91,65 %
 - B5.3.2 Adesione screening coloretale 50,15 %



B5	
ESTENSIONE ED ADESIONE AGLI SCREENING ONCOLOGICI	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: B5.1, B5.2, B5.3.

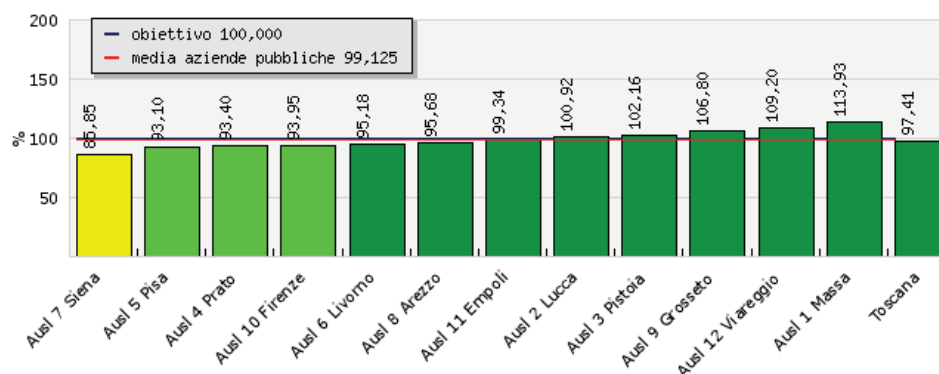


2.12 Indicatore B5.1.1: Estensione screening mammografico

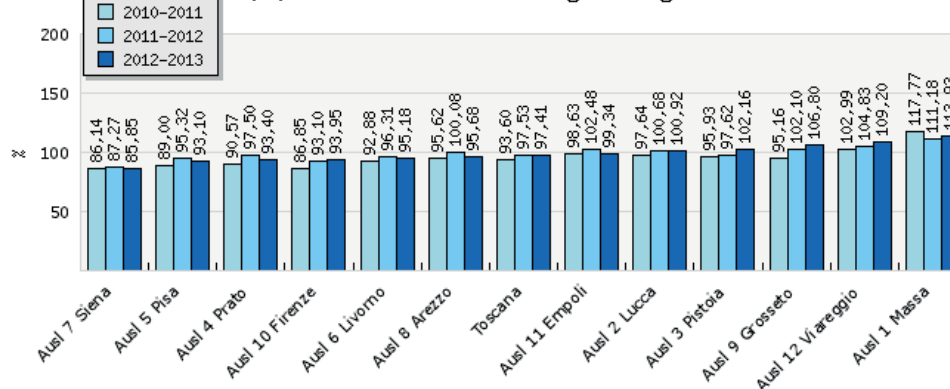
Gli screening mammografici sono rivolti a donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio. L'obiettivo regionale è del 100%.

Dal 2011 le estensioni degli screening sono calcolate con il nuovo criterio di correzione ONS (Osservatorio Nazionale Screening), che prevede la sottrazione a numeratore del numero di inviti inesitati e la sottrazione a denominatore del numero di persone escluse prima dell'invito.

B5.1.1 - Estensione screening mammografico



B5.1.1 Estensione screening mammografico

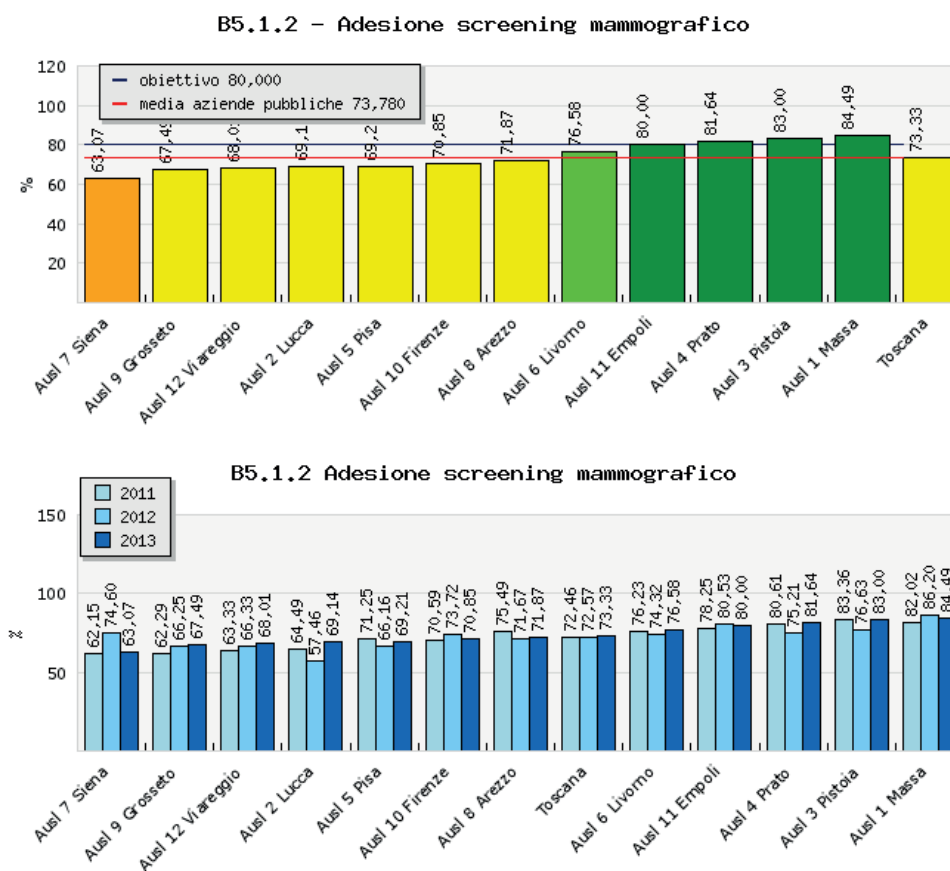


B5.1.1	
ESTENSIONE SCREENING MAMMOGRAFICO	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni)
NUMERATORE	N. donne invitate allo screening in due anni
DENOMINATORE	Popolazione di riferimento (50-69 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'estensione è corretta secondo i nuovi criteri ONS: si sottrae al numeratore il numero di inviti inesitati e si sottrae al denominatore il numero di donne escluse prima dell'invito.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: 100%
FONTE	ISPO
LIVELLO	Azienda di residenza



2.13 Indicatore B5.1.2: Adesione screening mammografico

Gli screening mammografici sono rivolti a donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate. L'obiettivo regionale è dell'80%.



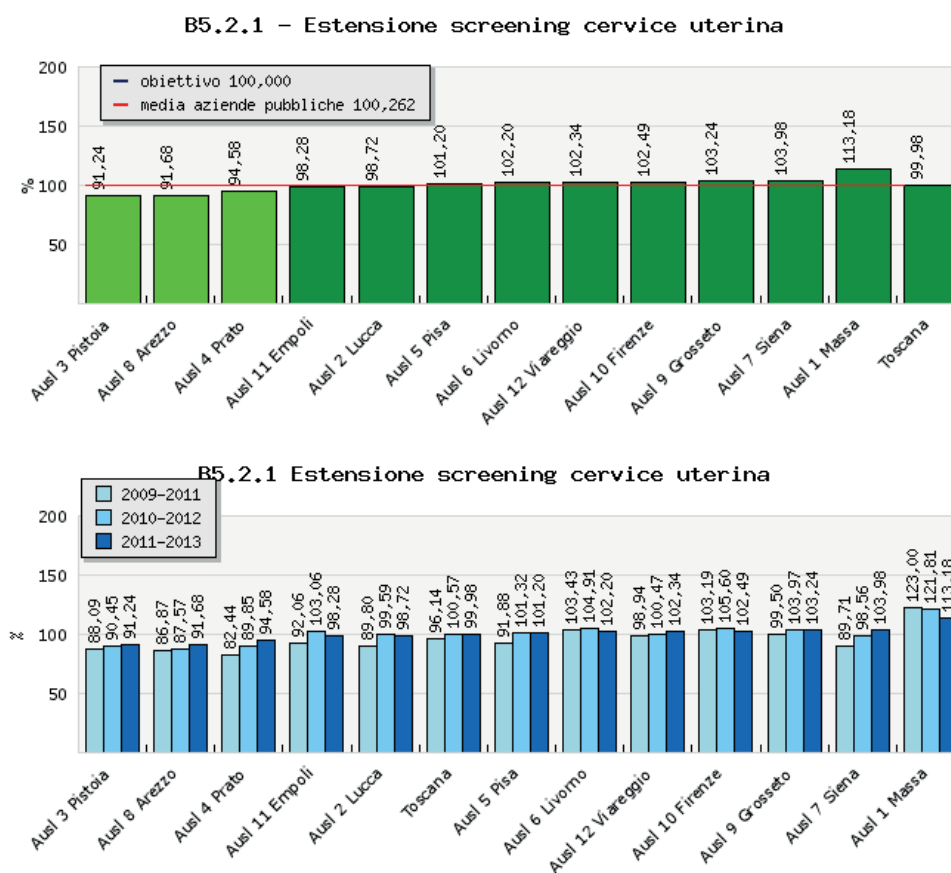
B5.1.2	
ADESIONE SCREENING MAMMOGRAFICO	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate
NUMERATORE	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico
DENOMINATORE	N. donne invitate allo screening mammografico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'adesione corretta si sottraggono al denominatore il numero delle donne escluse dopo l'invito e il numero degli inviti inesitati
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >80%
FONTE	ISPO
LIVELLO	Azienda di residenza



2.14 Indicatore B5.2.1: Estensione screening service uterina

Lo screening della service uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel triennio di rilevazione; l'obiettivo regionale è del 100%.

Dal 2011 le estensioni degli screening sono calcolate con il nuovo criterio di correzione ONS (Osservatorio Nazionale Screening), che prevede la sottrazione a numeratore del numero di inviti inesitati e la sottrazione a denominatore del numero di persone escluse prima dell'invito.



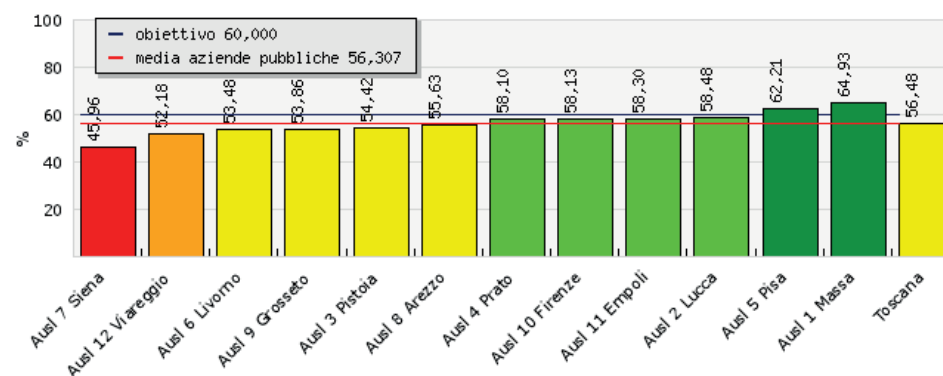
B5.2.1	
ESTENSIONE SCREENING SERVICE UTERINA	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne invitate allo screening service uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64)
NUMERATORE	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi.
DENOMINATORE	Popolazione di riferimento (25-64 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'estensione è corretta secondo i nuovi criteri ONS: si sottrae al numeratore il numero di inviti inesitati e si sottrae al denominatore il numero di donne escluse prima dell'invito.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: 100%
FONTE	ISPO
LIVELLO	Azienda di residenza



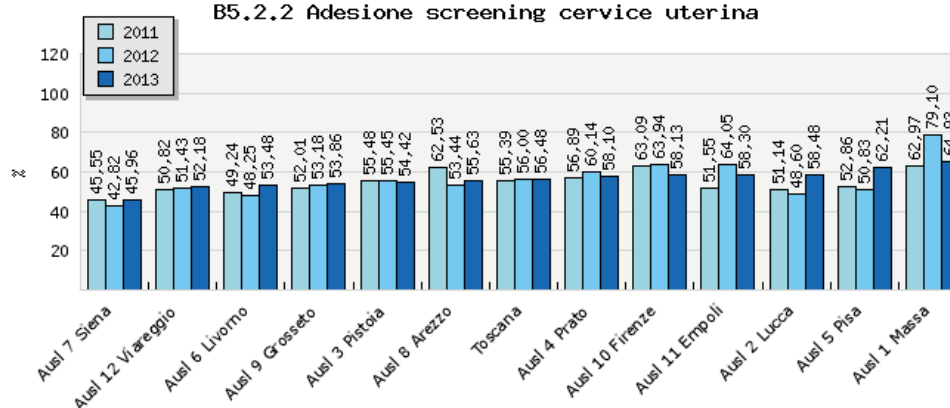
2.15 Indicatore B5.2.2: Adesione screening cervice uterina

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate; l'obiettivo regionale è del 60%.

B5.2.2 - Adesione screening cervice uterina



B5.2.2 Adesione screening cervice uterina



B5.2.2

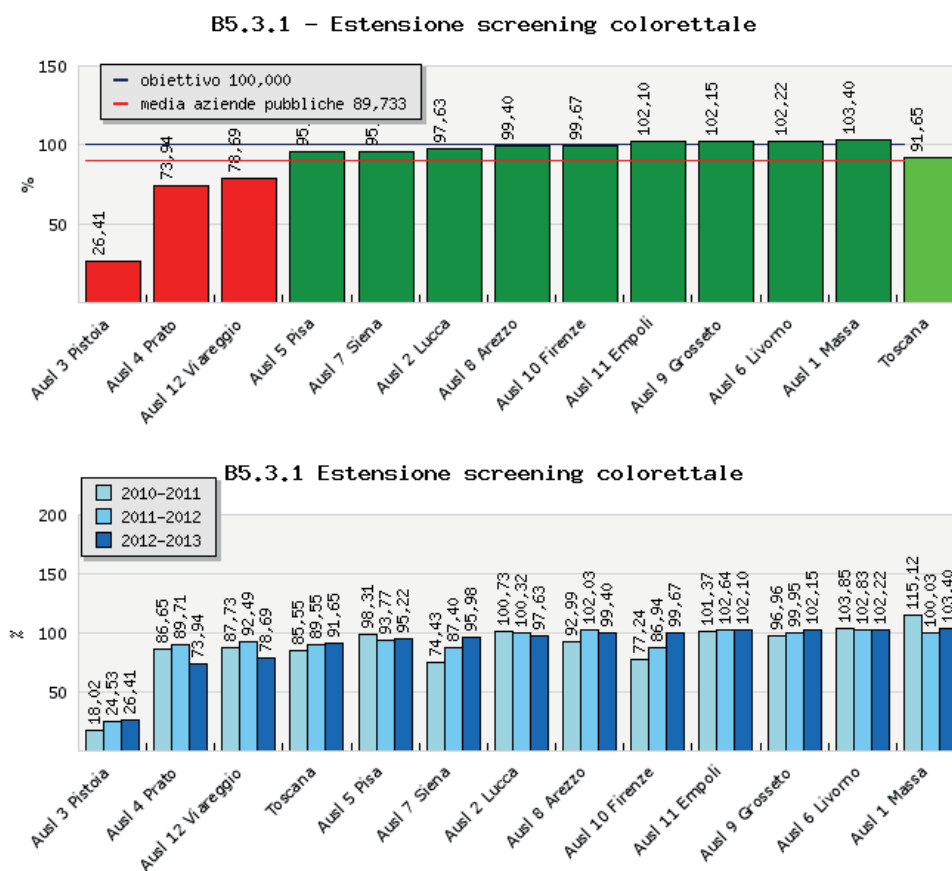
ADESIONE SCREENING CERVICE UTERINA

DEFINIZIONE	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate
NUMERATORE	N. donne che hanno partecipato allo screening
DENOMINATORE	N. donne invitate allo screening della cervice uterina
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'adesione corretta si sottraggono al denominatore il numero delle donne escluse dopo l'invito e il numero degli inviti inesitati
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >60%
FONTE	ISPO
LIVELLO	Azienda di residenza



2.16 Indicatore B5.3.1: Estensione screening coloretale

Lo screening coloretale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'obiettivo regionale è del 100%.



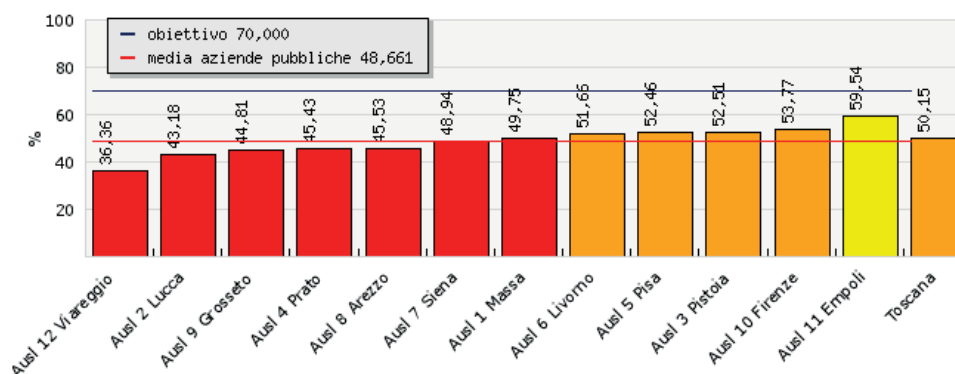
B5.3.1	
ESTENSIONE SCREENING COLORETTALE	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70)
NUMERATORE	N. inviti allo screening coloretale in due anni
DENOMINATORE	Popolazione di riferimento (50-70 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'estensione è corretta secondo i nuovi criteri ONS: si sottrae al numeratore il numero di inviti inesitati e si sottrae al denominatore il numero di persone escluse prima dell'invito.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: 100%
FONTE	ISPO
LIVELLO	Azienda di residenza



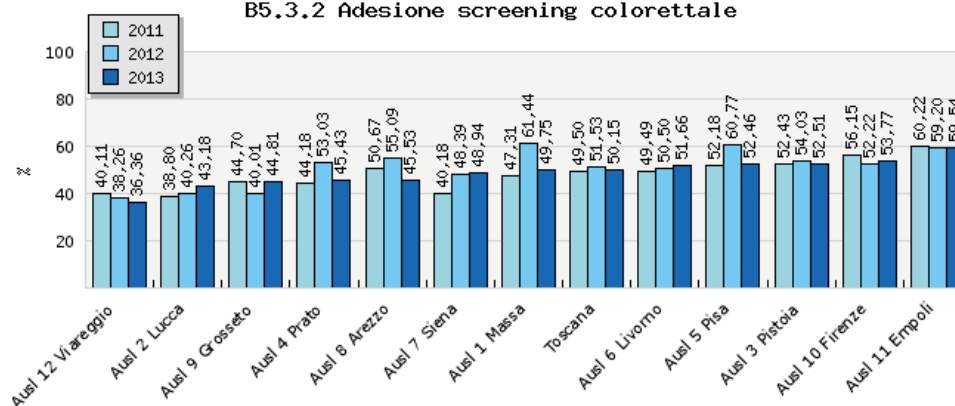
2.17 Indicatore B5.3.2: Adesione screening coloretale

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

B5.3.2 - Adesione screening coloretale



B5.3.2 Adesione screening coloretale



B5.3.2	
ADESIONE SCREENING COLORETTALE	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate
NUMERATORE	N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale
DENOMINATORE	N. inviti allo screening coloretale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'adesione corretta si sottraggono al denominatore il numero delle persone escluse dopo l'invito e il numero degli inviti inesitati
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >70%
FONTE	ISPO
LIVELLO	Azienda di residenza



2.18 Indicatore B6: Donazioni

La Regione Toscana, anche attraverso il Sistema Trasfusionale Toscano, da anni si è impegnata verso la promozione di una 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 quindi quello di monitorare in termini di efficienza e organizzazione i processi di donazione degli organi e la diffusione tra la popolazione delle donazioni di sangue.

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. Sotto l'aspetto organizzativo è fondamentale rivedere e monitorare le fasi del percorso per superare il problema legato 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 della donazione sui quali intervenire al fine di migliorare i risultati.

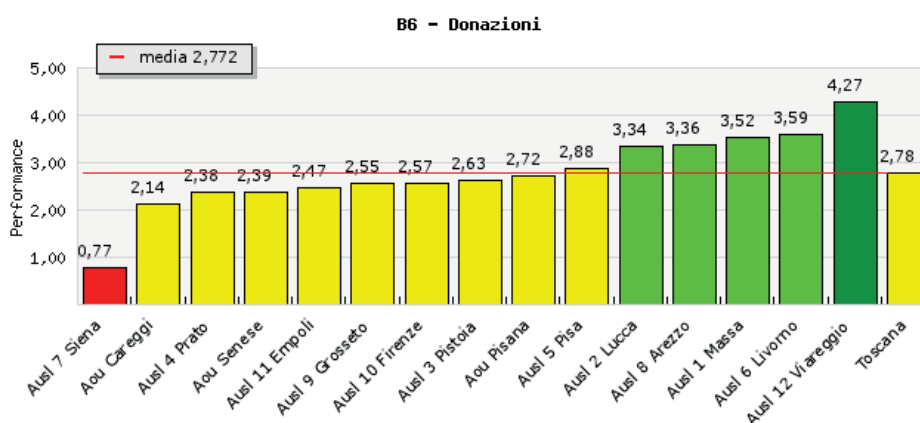
Il bisogno di sangue e dei suoi componenti è in costante aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento degli interventi chirurgici e dei trapianti. La disponibilità di sangue, plasma e piastrine, utilizzati a fini terapeutici, dipende ampiamente dalla popolazione che è disposta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

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B6 - Donazioni	2,78	2013

Fonte dei dati : *Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT, Quality Assurance Kedrion, Regione Toscana - Sistema statistico regionale*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B6 Donazioni
 - B6.1 Donazioni di organi [\[solo valutazione\]](#)
 - B6.1.1 Percentuale morti encefaliche individuate [50,72 %](#)
 - B6.1.2 Percentuale donatori effettivi [52,65 %](#)
 - B6.1.3 Tasso di decessi con lesioni cerebrali per milione di residenti [152,46 Tasso per milione](#)
 - B6.2 Donazioni di sangue [\[solo valutazione\]](#)
 - B6.2.1 Indice di non conformità del plasma conferito all'industria [0,38 x 1.000](#)
 - B6.2.2 Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per mille residenti [108,00 Tasso per 1.000](#)
 - B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per mille residenti [18,35 Tasso per 1.000](#)

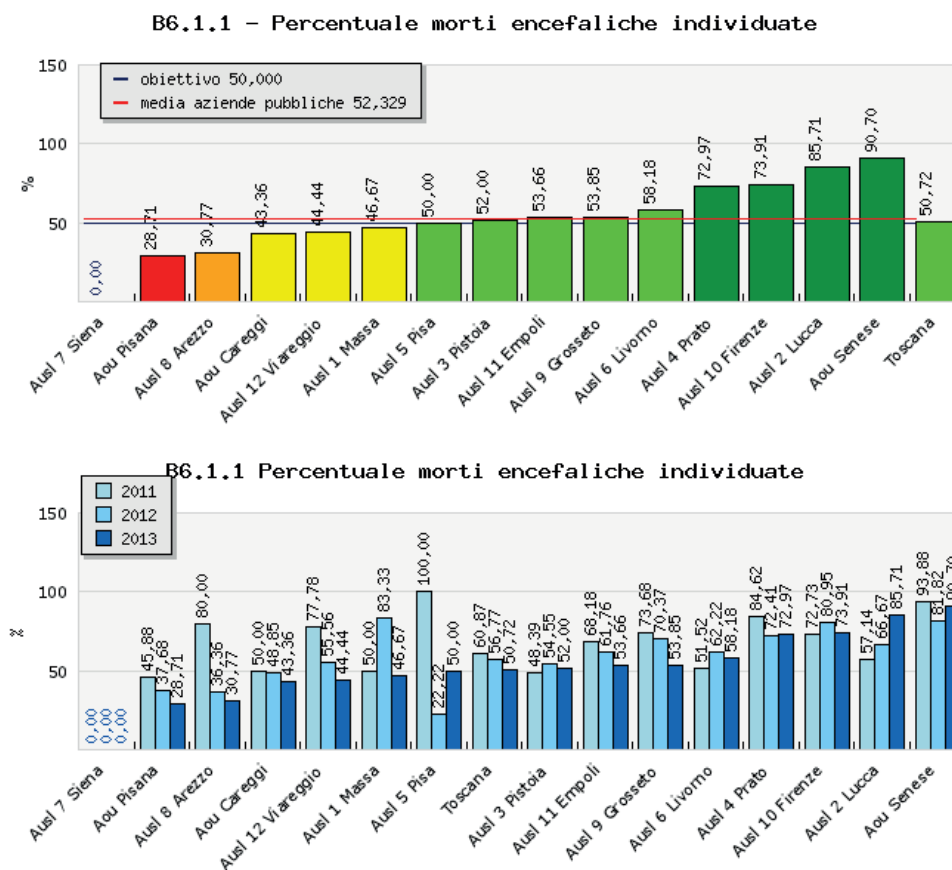


B6	
DONAZIONI	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi dei seguenti indicatori: B6.1 e B6.2



2.19 Indicatore B6.1.1: Percentuale morti encefaliche individuate

La capacità di individuazione dei potenziali donatori di organi, ovvero la percentuale di morti encefaliche individuate, è un indicatore ad elevata specificità, in quanto considera solo i decessi in Terapia Intensiva (UTI) che possono esitare in morti encefaliche e misura, pertanto, il potenziale di generazione di donatori di organi.



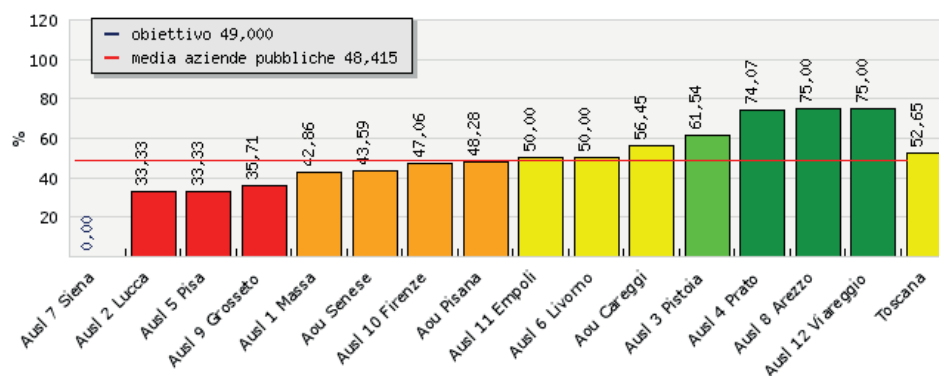
B6.1.1	
PERCENTUALE MORTI ENCEFALICHE INDIVIDUATE	
DEFINIZIONE	Percentuale di Morti Encefaliche individuate
NUMERATORE	Numero di Morti Encefaliche x 100
DENOMINATORE	Numero decessi con lesioni cerebrali nelle UTI dotate di ventilatore meccanico
RIFERIMENTO	Obiettivo Regionale: >50%
FONTE	Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT
LIVELLO	Azienda di erogazione



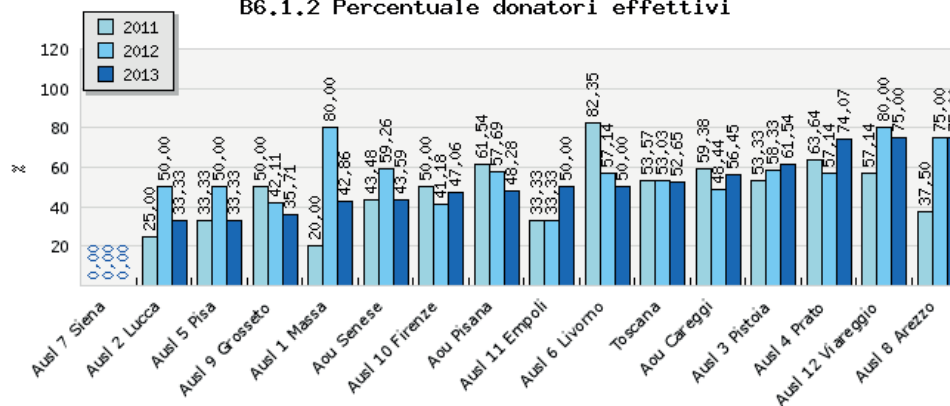
2.20 Indicatore B6.1.2: Percentuale donatori effettivi

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

B6.1.2 – Percentuale donatori effettivi



B6.1.2 Percentuale donatori effettivi

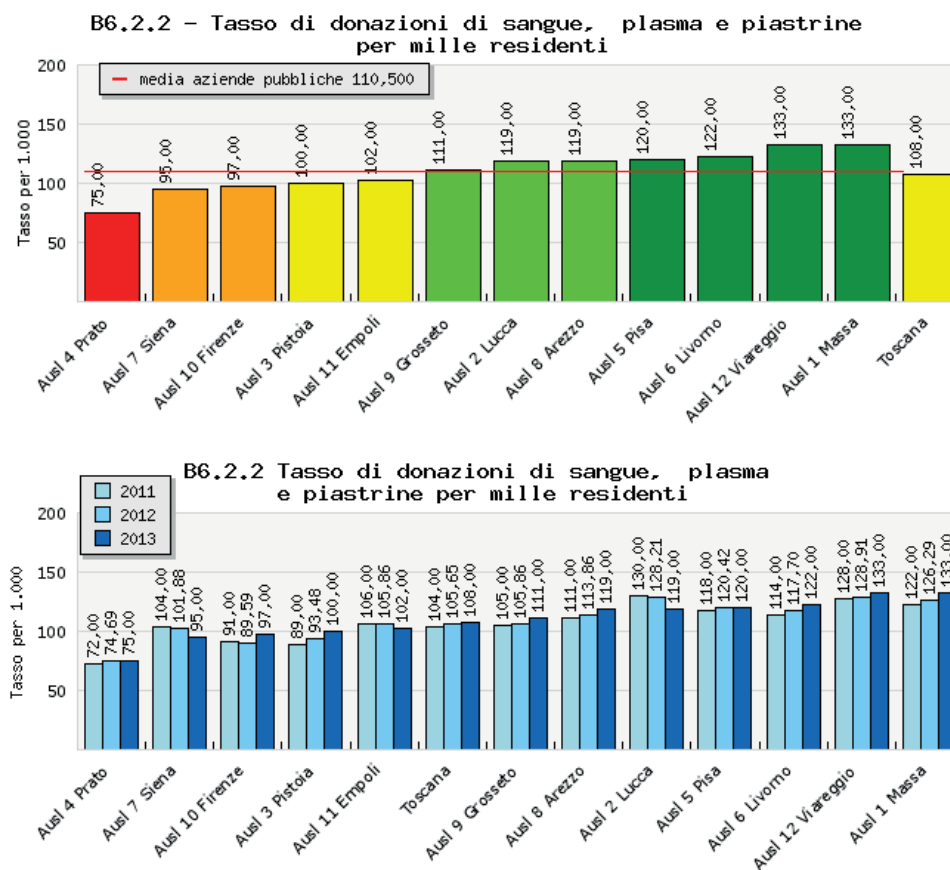


B6.1.2	
PERCENTUALE DONATORI EFFETTIVI	
DEFINIZIONE	Percentuale di Donatori Effettivi di organi
NUMERATORE	Numero di Donatori Effettivi x 100
DENOMINATORE	Numero di Morti Encefaliche
RIFERIMENTO	Obiettivo Regionale: >49%
FONTE	Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT
LIVELLO	Azienda di erogazione



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

Il tasso di donazioni di sangue misura la propensione della popolazione residente nell'azienda sanitaria alla donazione di sangue, plasma e piastrine.



B6.2.2	
TASSO DI DONAZIONI DI SANGUE, PLASMA E PIASTRINE PER MILLE RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero totale delle donazioni di sangue, plasma e piastrine x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti nella fascia di età compresa tra 18 e 65 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i residenti nella ASL con età compresa fra 18 e 65 anni
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2010
FONTE	Regione Toscana - Sistema statistico regionale
LIVELLO	Azienda di residenza



2.22 Indicatore 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*).

Il nuovo indicatore sulla copertura vaccinale è costruito sulla base di sette sottoindicatori, tutti di valutazione.

Due sottoindicatori hanno per oggetto la vaccinazione antinfluenzale e monitorano la copertura rispetto ad essa della popolazione anziana (B7.2) e degli operatori sanitari che lavorano nelle aziende sanitarie pubbliche (B7.4).

Gli altri cinque sottoindicatori monitorano la copertura di una serie di vaccinazioni da svolgersi in età pediatrica, non obbligatorie ma raccomandate e previste dal calendario vaccinale nazionale. Si tratta del vaccino per morbillo, parotite e rosolia (B7.1), di quello antimeningococcico (B7.5), di quello antipneumococcico (B7.6) e della vaccinazione esavalente (B7.7), somministrati entro il 24° mese di vita del bambino, e di quello contro il Papilloma virus (HPV) (B7.3), rivolto alle bambine dodicenni.

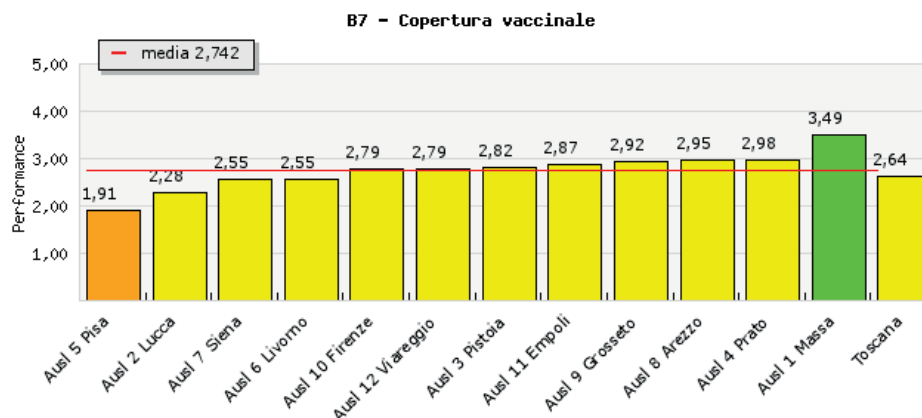
I dati elaborati provengono dal Settore di Igiene e Sanità Pubblica della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B7 - Copertura vaccinale	2,64	2013

Fonte dei dati : Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria - Regione Toscana

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- B7 Copertura vaccinale
 - B7.1 Copertura vaccino MPR [90,07 %](#)
 - B7.2 Copertura vaccino antinfluenzale >= 65 anni [60,23 %](#)
 - B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV) [75,62 %](#)
 - B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari [19,58 %](#)
 - B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico [90,20 %](#)
 - B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico [94,01 %](#)
 - B7.7 Copertura per vaccino esavalente [95,65 %](#)



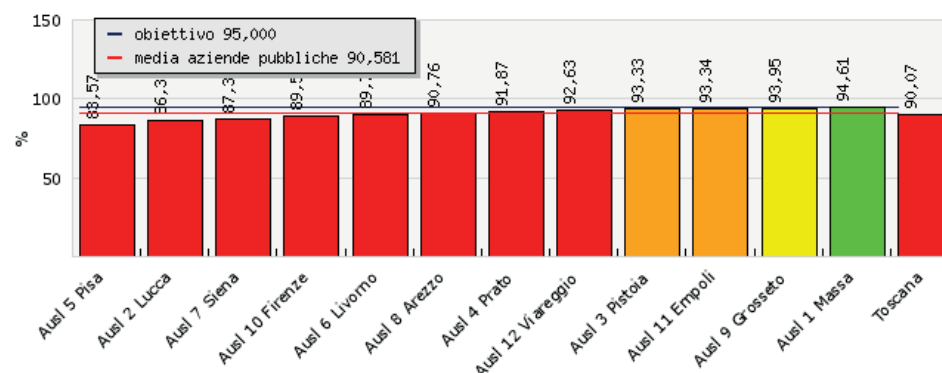
B7	
COPERTURA VACCINALE	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi dei seguenti indicatori: B7.1, B7.2, B7.3, B7.4, B7.5, B7.6, B7.7.



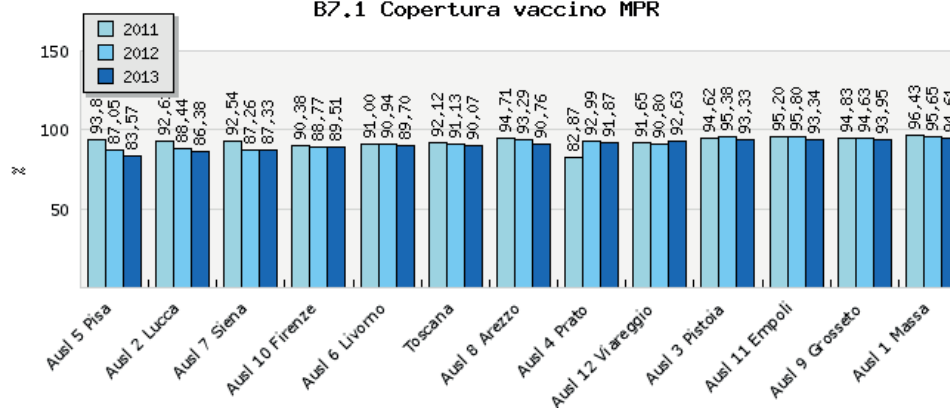
2.23 Indicatore B7.1: Copertura vaccino MPR

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 e il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello regionale è del 95% della popolazione target.

B7.1 – Copertura vaccino MPR



B7.1 Copertura vaccino MPR

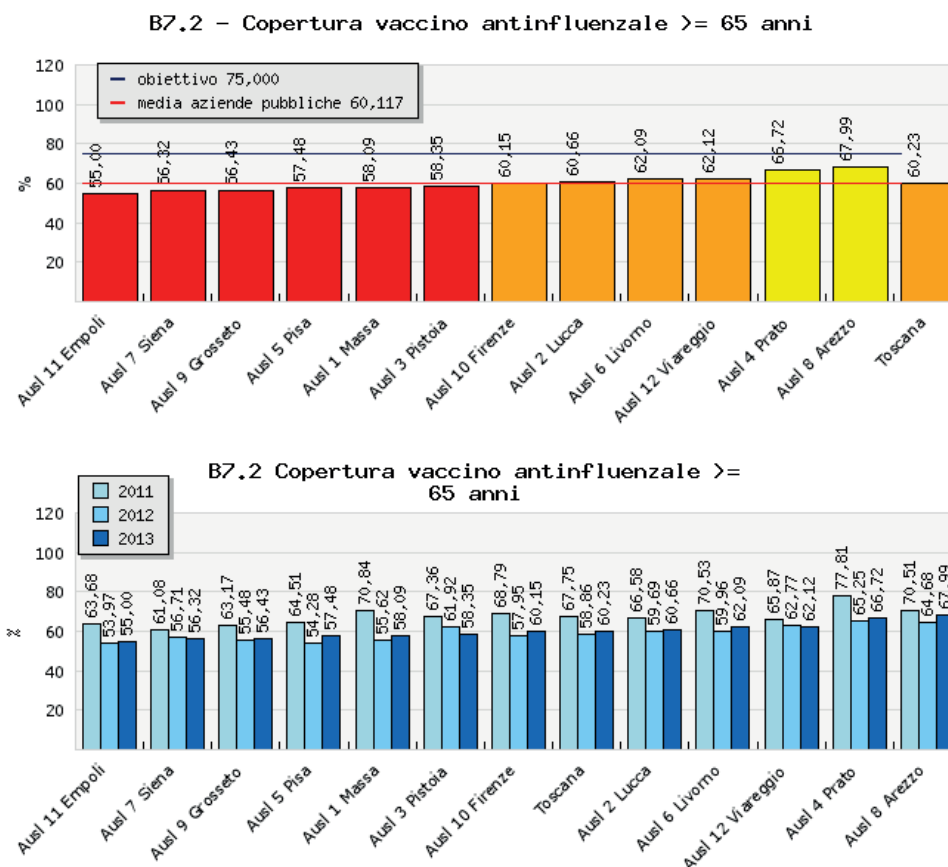


B7.1	
COPERTURA VACCINO MPR	
DEFINIZIONE	Copertura per vaccino MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza
NUMERATORE	Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)
DENOMINATORE	N. bambini vaccinabili che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >95%
FONTE	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



2.24 Indicatore B7.2: Copertura vaccino antinfluenzale >= 65 anni

Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della AUSL ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio, come ad esempio gli 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. L'obiettivo regionale è fissato al 75% di copertura per la popolazione target.



B7.2

COPERTURA VACCINO ANTINFLUENZALE >= 65 ANNI

DEFINIZIONE	Copertura per vaccino antinfluenzale nella popolazione bersaglio
NUMERATORE	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni
DENOMINATORE	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >75%
FONTE	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza

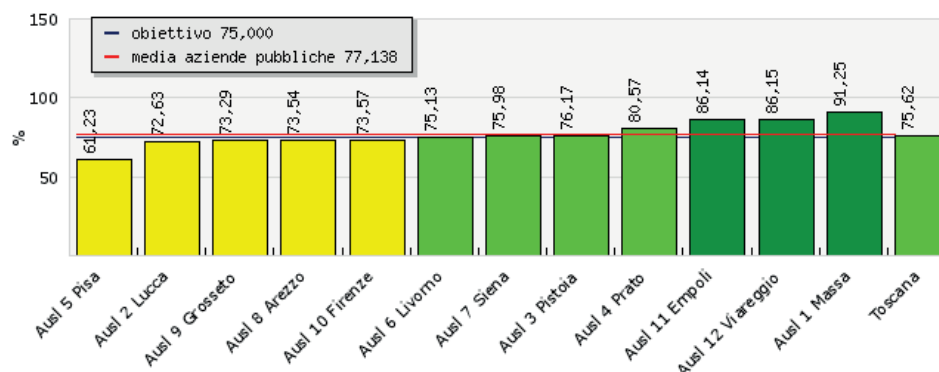


2.25 Indicatore B7.3: Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)

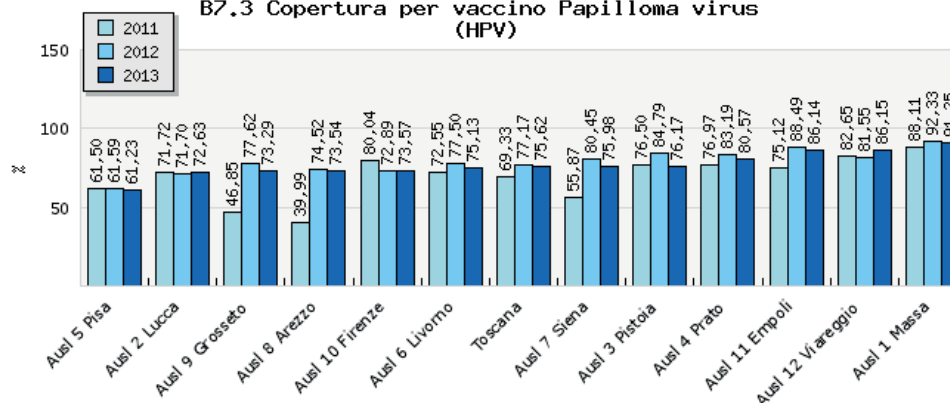
La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'AUSL di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni intramuscolari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

L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.

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



B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)



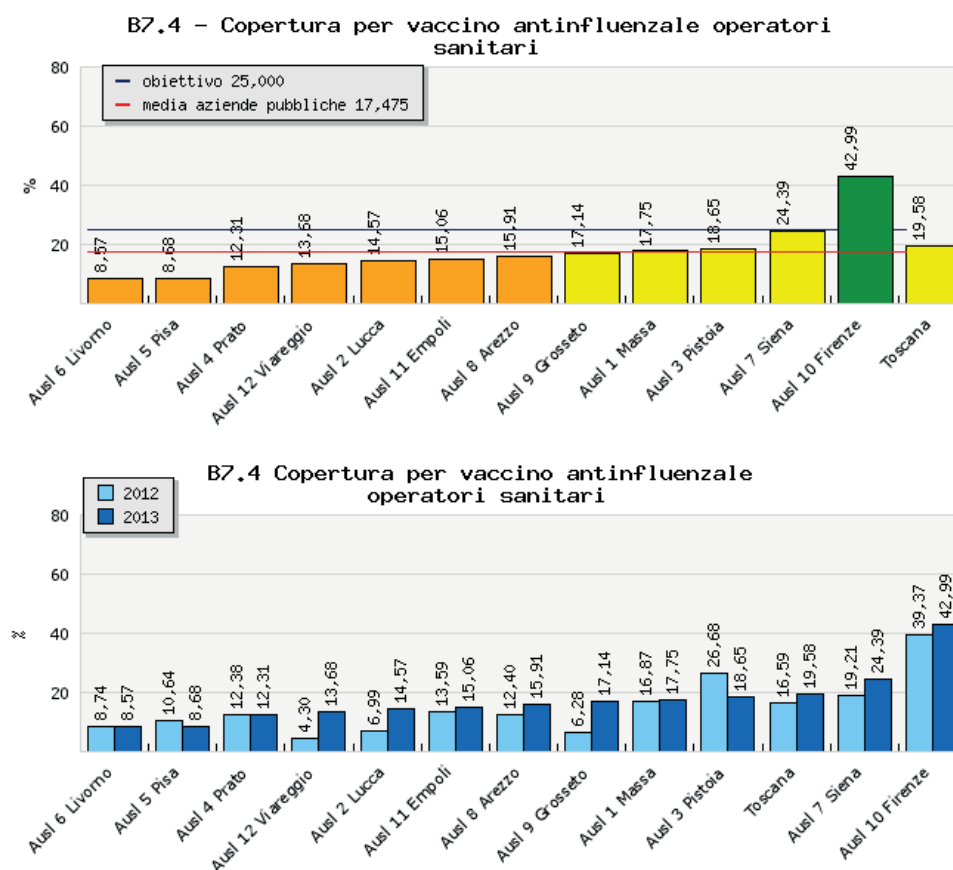
B7.3	
COPERTURA PER VACCINO PAPILOMA VIRUS (HPV)	
DEFINIZIONE	Copertura per vaccinazioni HPV nella popolazione bersaglio
NUMERATORE	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione per le bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (es. della coorte 2001 nel 2013) residenti nel territorio di competenza
DENOMINATORE	Numero bambine vaccinabili nell'anno di rilevazione, che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (es. della coorte 2001 nel 2013) residenti nel territorio di competenza
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Delibera Giunta Regione Toscana n° 1176 del 28/12/2010 - 2.4.1 - Programma regionale di vaccinazione anti-papilloma virus umano (HPV) - Delibera Giunta Regione Toscana n° 448 del 31/03/2010 Delibera Giunta Regione Toscana n° 856 del 27/10/2008
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >75%
FONTE	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



2.26 Indicatore B7.4: Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari

Il personale sanitario rappresenta un target strategico dalla 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.

Come si legge dei dati, tuttavia, nonostante le campagne di prevenzione promosse in tutte le aziende sanitarie, la proporzione di personale sanitario che si vaccina risulta essere generalmente ancora piuttosto bassa.



B7.4	
COPERTURA PER VACCINO ANTINFLUENZALE OPERATORI SANITARI	
DEFINIZIONE	Grado di Copertura vaccino antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori ruoli sanitari e tecnici)
NUMERATORE	N. Operatori ruolo sanitario e tecnico vaccinati
DENOMINATORE	N. Totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Per Operatori sanitari vaccinati si intendono quelli registrati come tali nel prospetto riassuntivo inviato al ministero a fine stagione
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >25%
FONTE	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana
LIVELLO	Aziende sanitarie e ospedaliere di appartenenza degli operatori

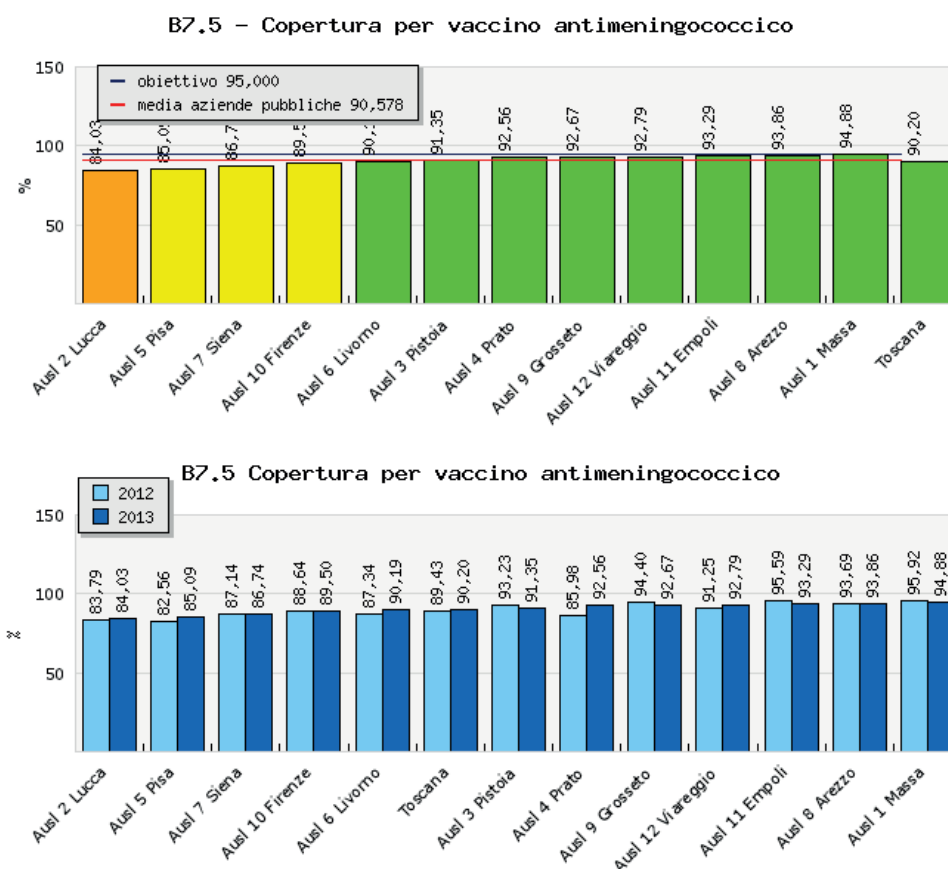


2.27 Indicatore B7.5: Copertura per vaccino antimeningococcico

Il meningococco (o *Neisseria Meningitidis*) 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. E' 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 l'arma 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 è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.



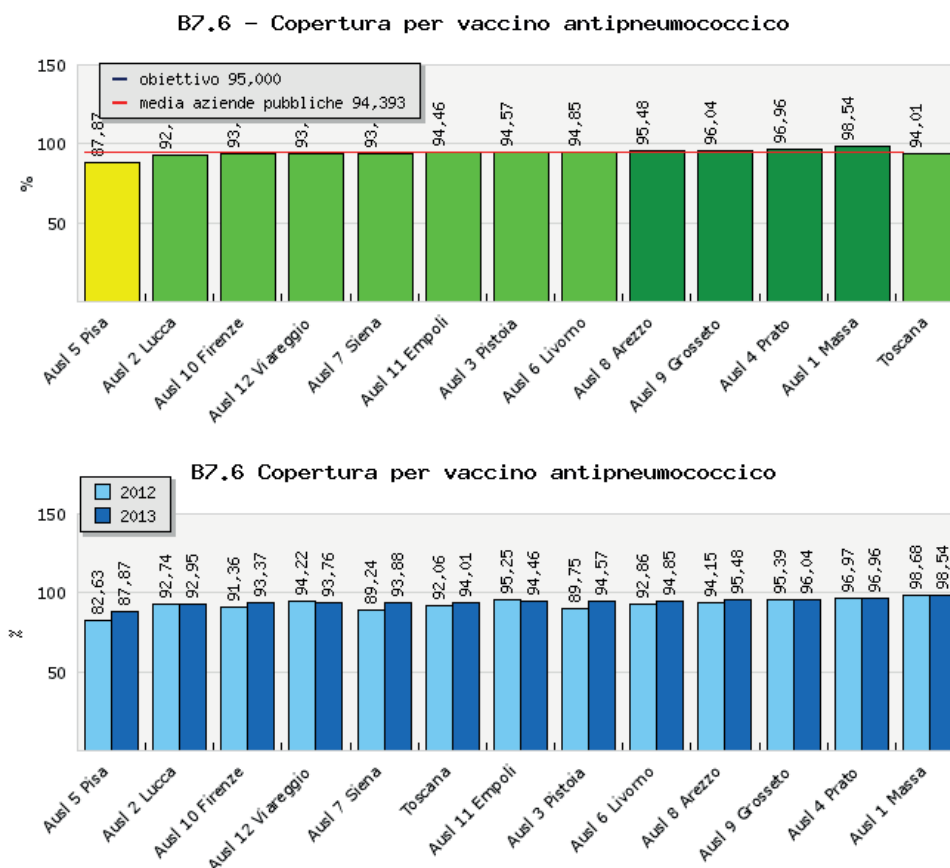
B7.5	
COPERTURA PER VACCINO ANTIMENINGOCOCCICO	
DEFINIZIONE	Grado di copertura vaccino antimeningococcico a 24 mesi
NUMERATORE	Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica
DENOMINATORE	N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >95%
FONTE	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



2.28 Indicatore 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.

La disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace rappresenta il più importante strumento di prevenzione contro le più gravi patologie da pneumococco nel bambino. Anche questa vaccinazione è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.



B7.6

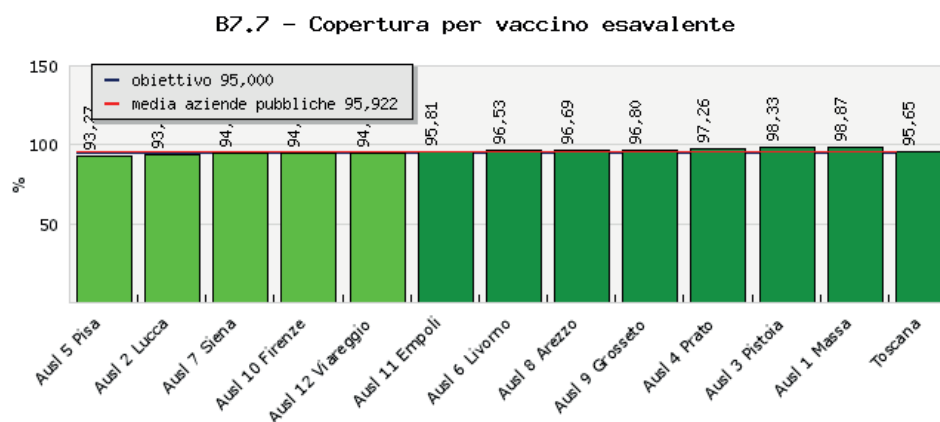
COPERTURA PER VACCINO ANTIPNEUMOCOCCICO

DEFINIZIONE	Grado di copertura vaccino antipneumococcico a 24 mesi
NUMERATORE	N. cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica (*)
DENOMINATORE	N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre
NOTE PER L'ELABORAZIONE	(*) Il vaccino cui si fa riferimento è il 13 valente
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >95%
FONTE	Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria, Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



2.29 Indicatore B7.7: Copertura per vaccino esavalente

La vaccinazione esavalente contiene sei antigeni contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomelite, l'epatite virale B e le infezioni da *Haemophilus Influenzae* di tipo B (HIB, una forma influenzale).



B7.7

COPERTURA PER VACCINO ESAVALENTE

DEFINIZIONE	Grado di Copertura vaccino esavalente al 24° mese
NUMERATORE	Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre 2013 per infezioni da <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b (Hib) (*)
DENOMINATORE	Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre
NOTE PER L'ELABORAZIONE	(*) Il vaccino cui si fa riferimento è l'esavalente, che comprende: poliomelite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib. La copertura del vaccino esavalente è misurata sulla base di quella relativa al vaccino contro l'Hib, quello che risulta avere il dato di copertura più basso.
RIFERIMENTO	>95%



2.30 Indicatore B8a: Gestione dati

Il patrimonio informativo di un sistema sanitario regionale è assai complesso e costituisce una base dati fondamentale per il corretto funzionamento e una programma di qualità ed appropriatezza dell'intera assistenza erogata. L'indicatore intende, quindi, misurare tale patrimonio di dati e i processi di scambio di informazioni su tre aspetti: la tempestività nell'invio dei dati da parte delle Aziende alla Regione, la loro completezza e la qualità, in termini di coerenza delle informazioni, di compilazione dei flussi stessi.

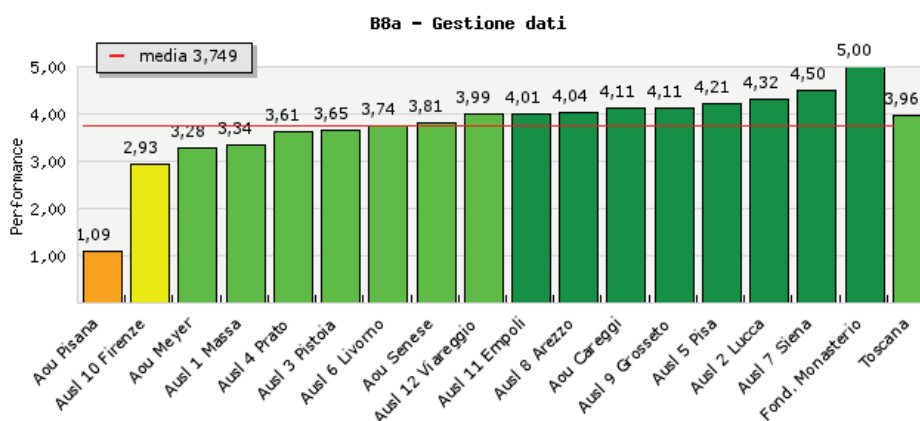
In particolare sono presi considerazione i flussi relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) (anche in relazione alle variabili utili alla compilazione del Fascicolo Sanitario Elettronico), al Pronto Soccorso (RFC 106), al 118 (RFC 114), all'Assistenza Domiciliare e residenziale (RFC115 e RFC 118), al governo della medicina convenzionata, alla prevenzione, ai dispositivi erogati e al carcere.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B8a - Gestione dati	3,96	2013

Fonte dei dati : *Sistema Informativo Regionale*
Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B8a Gestione dati

- B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo [78,79](#)
- B8.3 Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata [1,08](#)
- B8.4 Completezza e qualità dei flussi [\[solo valutazione\]](#)
 - B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino [62,25](#)
 - B8.4.2 Completezza e qualità 118 [90,00 %](#)
 - B8.4.3 Completezza e qualità AD RSA [100,00](#)
 - B8.4.4 Corretta identificazione anagrafica AD RSA [99,39](#)
 - B8.4.5 Coerenza prese in carico per tipo percorso UVM e schede di valutazione trasmesse AD RSA [98,45 %](#)
 - B8.4.6 SDO: qualità informazioni per FSE [9,00](#)
 - B8.4.7 Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106) [81,70 %](#)
 - B8.4.8 Corretta compilazione campi SPA e SDO inerenti a PNLGA 2010 2012
 - B8.4.9 Corretta compilazione del campo titolo di studio nel flusso SDO [89,92 %](#)
- B8.5 Flussi informativi prevenzione
 - B8.5.1 Flussi informativi del settore prevenzione in ritardo rispetto alla scadenza prevista [3,33 %](#)
 - B8.5.2 Flussi informativi del settore prevenzione con dati non conformi [1,56 %](#)
- B8.6 Completezza qualità flussi carcere [\[solo valutazione\]](#)
 - B8.6.1 Tempestività flussi carcere [97,73](#)
 - B8.6.2 Completezza flussi carcere [86,75](#)
 - B8.6.3 Qualità flussi carcere [95,84](#)
- B8.8 Completezza e qualità del Flusso DES [\[solo valutazione\]](#)
 - B8.8.1 Copertura della spesa rilevata nel Flusso DES sulla spesa rilevata nei modelli CE [96,99](#)
 - B8.8.2 Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto [65,01](#)



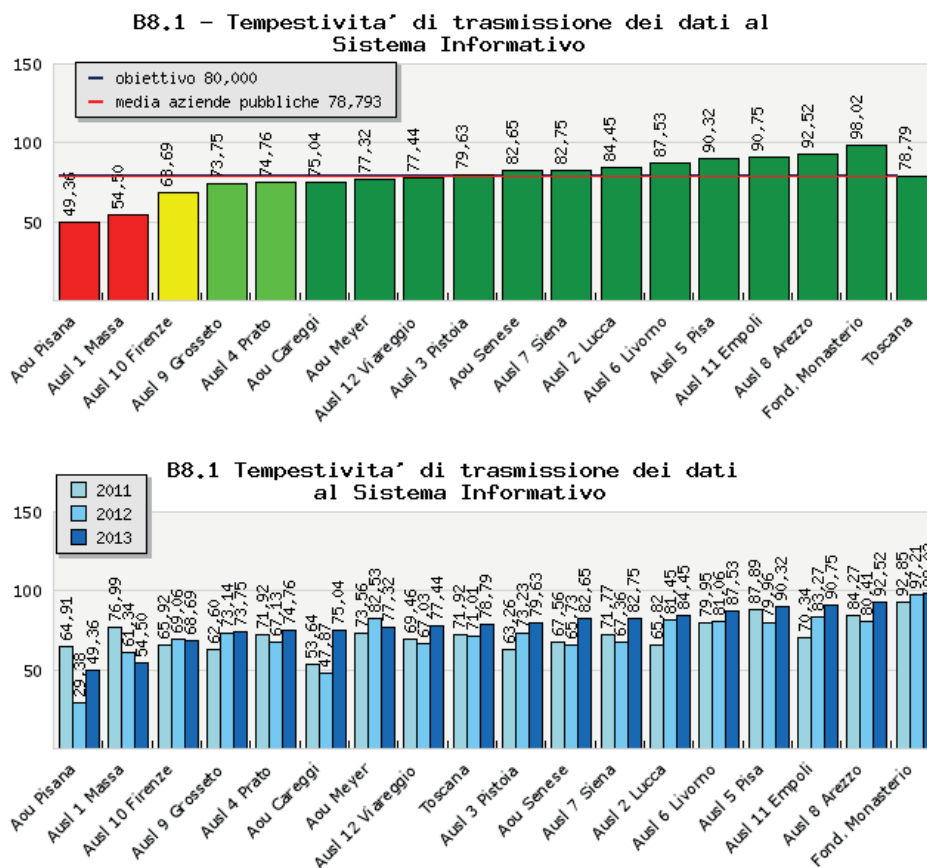


B8a	
GESTIONE DATI	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Per le aziende territoriali (esclusa la AUSL 12) e la regione l'indicatore assume un valore pari alla media pesata dei sottoindicatori valutati: • B8.1 - Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo (peso 0.17); • B8.3 - Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata (peso 0.14); • B8.4 - Completezza e qualità dei flussi (peso 0.27) • B8.5.1 - Prevenzione: Flussi informativi in ritardo (peso 0.10) • B8.5.2 - Prevenzione: Qualità dei dati (peso 0.10) • B8.6 - Completezza e qualità flussi carcere (peso 0.10) • B8.8 - Completezza e qualità del Flusso DES (0.12). Per l'AUSL 12 l'indicatore assume un valore pari alla media pesata dei sottoindicatori valutati: • B8.1 - Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo (peso 0.17); • B8.3 - Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata (peso 0.17); • B8.4 - Completezza e qualità dei flussi (peso 0.34) • B8.5.1 - Prevenzione: Flussi informativi in ritardo (peso 0.10) • B8.5.2 - Prevenzione: Qualità dei dati (peso 0.10) • B8.8 - Completezza e qualità del Flusso DES (0.12). Per le Aziende Ospedaliere Universitarie, l'indicatore assume un valore pari alla media dei sottoindicatori valutati: • B8.1 - Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo (peso 0.425); • B8.4 - Completezza e qualità dei flussi (peso 0.425) • B8.8 - Completezza e qualità del Flusso DES (0.15).



2.31 Indicatore B8.1: Tempestività' di trasmissione dei dati al Sistema Informativo

La valutazione dei flussi informativi riguardante i tempi di latenza si è adeguata, a partire dal giugno 2008, alle disposizioni della Delibera Regionale n. 440 dell'8 giugno 2008, modificando, quindi, il calcolo dell'indice di latenza precedentemente adottato dal sistema di valutazione. L'indicatore B8.1 è costruito a partire dalla percentuale di osservanza delle scadenze di trasmissione dei dati secondo quanto previsto dalla Delibera. Per i flussi SDO, SPA e FES viene rilevata la data di prima trasmissione; per i flussi CAP, IVG, AS, FED viene rilevata la data dell'ultimo invio. L'obiettivo previsto per ciascuna Azienda Sanitaria è pari ad almeno l'80%. La fonte dei dati è il Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana.



B8.1

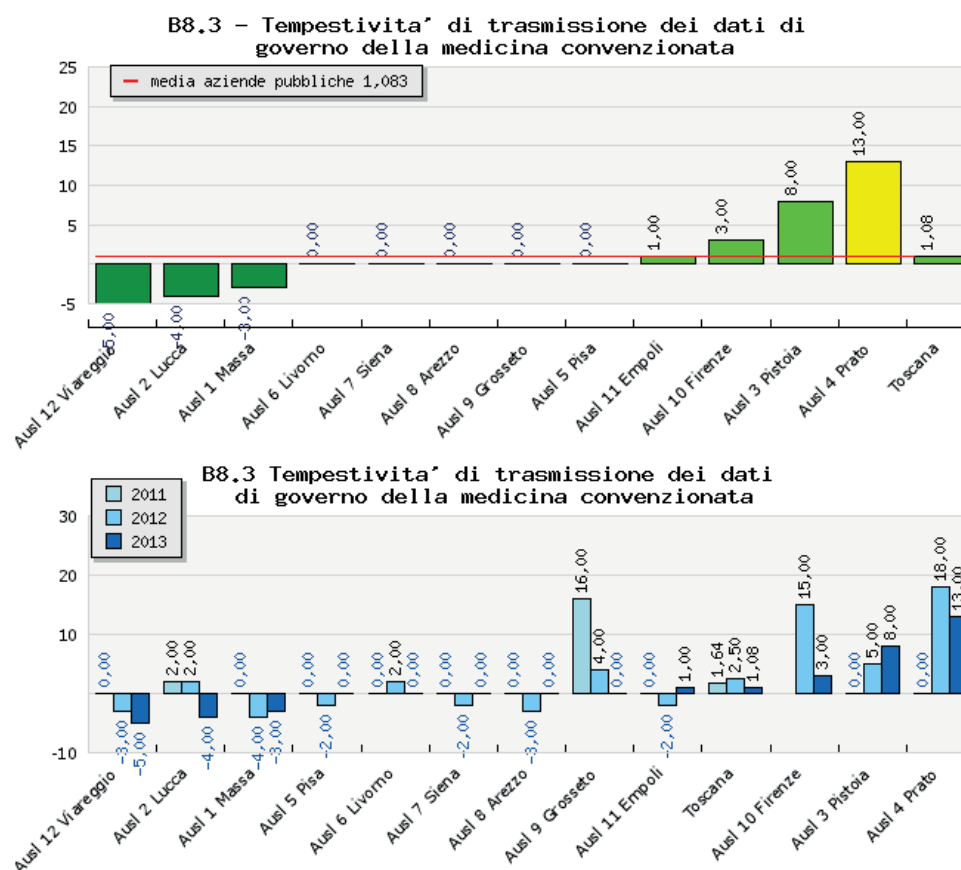
TEMPESTIVITA' DI TRASMISSIONE DEI DATI AL SISTEMA INFORMATIVO

DEFINIZIONE	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale
NUMERATORE	$\sum (FLUi \times Wi)$ FLUi indica la proporzione dei record
DENOMINATORE	$\sum Wi$
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I flussi regionali che concorreranno al calcolo dell'indice di latenza sono: SDO - Scheda nosologica, SPA - Prestazioni ambulatoriali, FED - Farmaci erogati direttamente, FES - Farmaci erogati dalle strutture sanitarie, IVG - Interruzioni Volontarie di Gravidanza AS - Dimesse dagli Istituti di Cura per Aborto Spontaneo, CAP - Certificati di Assistenza al Parto. Si considerano: - per SDO, FES e SPA: la % entro i termini rispetto al primo invio - per FED, CAP, AS, IVG: la % entro i termini rispetto all'ultimo invio.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >80%
Fonte	Sistema Informativo Regionale
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.32 Indicatore B8.3: Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata

Il Decreto dirigenziale 5 dicembre 2008, n. 5877 approva i flussi dati costituenti credito informativo del Settore Medicina Predittiva - Preventiva, e le loro modalità di trasmissione; stabilisce, tra le altre cose, la data entro la quale i dati devono pervenire alla Regione da parte delle Aziende (31 marzo dell'anno successivo a quello di rilevazione). Questo indicatore misura il ritardo nell'invio di tali dati rispetto alla data prevista dal Decreto.

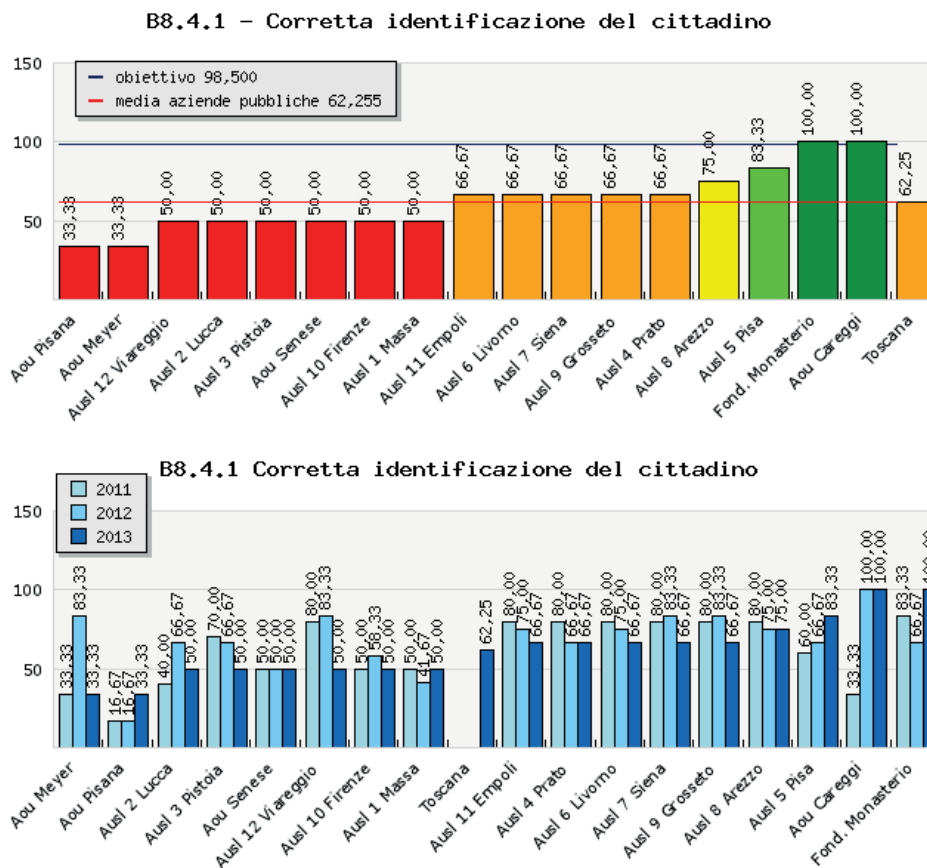


B8.3	
TEMPESTIVITA' DI TRASMISSIONE DEI DATI DI GOVERNO DELLA MEDICINA CONVENZIONATA	
DEFINIZIONE	Tempestività di trasmissione dei dati di governo della medicina convenzionata
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il valore dell'indicatore è dato dal numero di giorni di differenza tra la data di invio dei dati e la data stabilita dal Decreto Dirigenziale 5 dicembre 2008, 5877, ovvero il 31 marzo dell'anno successivo a quello della rilevazione
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2010
FONTE	Sistema Informativo Regionale
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.33 Indicatore B8.4.1: Corretta identificazione del cittadino

L'indicatore rileva, sul totale dei flussi interessati (SDO, FED, SEA, SPA, SPF, RFC 86), la percentuale dei flussi che hanno raggiunto l'obiettivo di corretta identificazione degli utenti. In particolare si confrontano i dati relativi agli utenti inseriti nei diversi flussi con i dati degli utenti certificati Sogei.



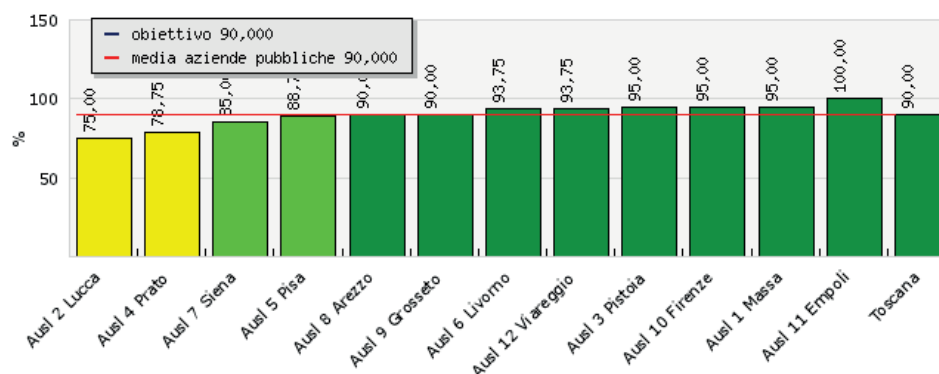
B8.4.1	
CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL CITTADINO	
DEFINIZIONE	% degli identificativi degli utenti certificata sogei
NUMERATORE	Somma dei punteggi ottenuti nei singoli flussi (cfr note per l'elaborazione)
DENOMINATORE	Numero complessivo dei flussi interessati
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I flussi interessati sono: SDO, FED, SEA, SPA, SPF e RFC 86. Si precisa che dal flusso: - SDO sono esclusi gli ID anonimi, regint<>999 o lunasc<>999000; - FED e SPA sono esclusi gli ID anonimi regpag< >999; - SEA sono esclusi gli ID anonimi; - SPF nessuna selezione; - anagrafe RFC 86. Per ciascun flusso viene assegnato un punto se la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo è >=98%, vengono assegnati 0, 5 punti se la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo è tra 97% e 98%, altrimenti sono assegnati 0 punti. Il rapporto tra numeratore e denominatore esprime la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo.
RIFERIMENTO	Obiettivo: 98.5%
FONTE	Sistema Informativo Regionale, Flussi SDO, FED, SEA, SPA, SPF, RFC 86
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.34 Indicatore B8.4.2: Completezza e qualità 118

L'indicatore B8.4.2 Completezza e qualità del flusso RFC 134 sull'attività del 118 monitora sia la completezza degli eventi del 118 trasmessi tramite RFC sia la correttezza delle informazioni obbligatorie verso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Per quanto riguarda la completezza si fa riferimento al rapporto tra il numero di chiamate e di missioni trasmesse tramite RFC e i volumi di attività del 118 mentre per quanto riguarda la qualità sono state scelte alcune variabili significative da monitorare, tra quelle che rientrano nel debito informativo obbligatorio verso NSIS.

B8.4.2 – Completezza e qualità 118

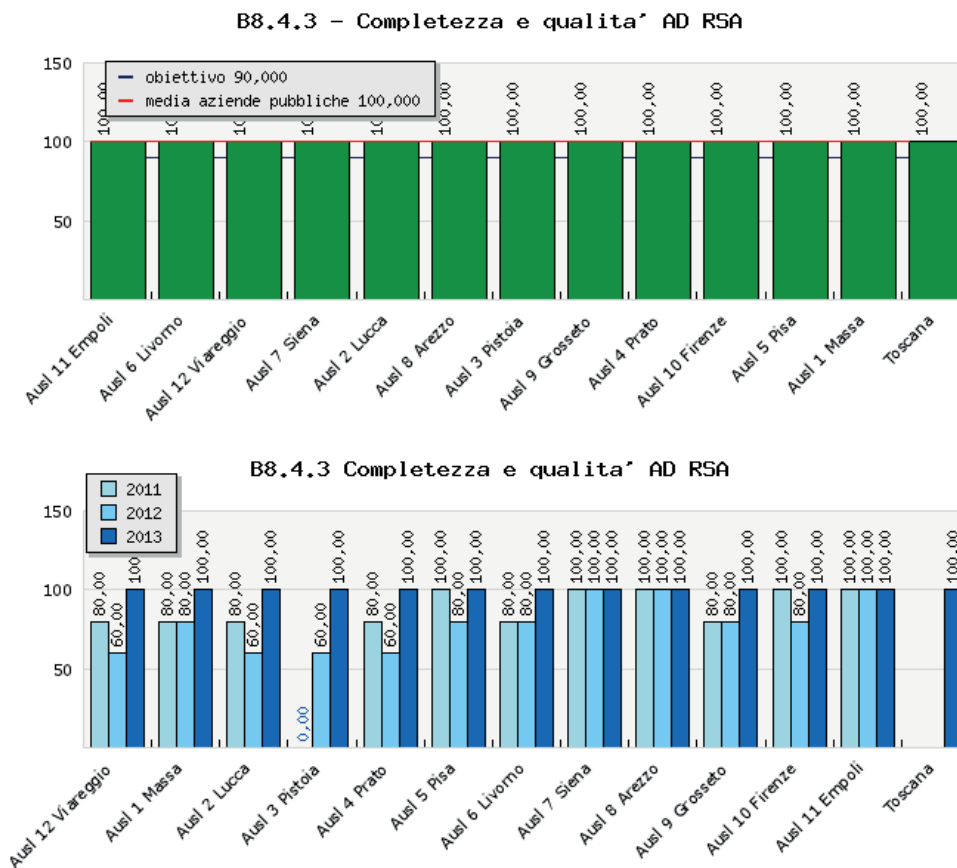


B8.4.2	
COMPLETEZZA E QUALITÀ 118	
DEFINIZIONE	Percentuale di accessi errati e corretti sul totale accessi per azienda di erogazione, calcolati rispetto ad alcune variabili di interesse
NUMERATORE	Numero record inviati
DENOMINATORE	Volumi attività 118
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore di sintesi è dato dalla somma delle percentuali di completezza e qualità ottenute come descritto di seguito. Il punteggio totale dell'obiettivo viene suddiviso metà per la completezza e metà per la qualità degli eventi 118. L'obiettivo della completezza 118 viene suddiviso metà per la completezza delle chiamate e metà per la completezza delle missioni. La % di completezza delle chiamate è calcolata come rapporto tra il numero di chiamate trasmesse tramite RFC e il volume di attività del 118. La % di completezza delle missioni è calcolata come il rapporto tra il numero di missioni trasmesse tramite RFC e il volume di attività del 118. La qualità degli eventi 118 rileva la % di correttezza delle informazioni obbligatorie NSIS. Per il calcolo sono state scelte le seguenti dieci variabili significative che sono debito informativo obbligatorio verso NSIS: - correttezza "tipo richiedente"; - correttezza "tipo intervento"; - correttezza "data partenza missione"; - correttezza "comune destinazione"; - correttezza "dinamica riscontrata"; - correttezza "esito missione"; - correttezza "prestazione principale"; - correttezza "patologia riscontrata"; - correttezza "istituto destinazione"; - correttezza "identificazione assistito".
RIFERIMENTO	Obiettivo: completezza 95%, qualità 90%
FONTE	Sistema Informativo Regionale, flusso RFC 134
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.35 Indicatore B8.4.3: Completezza e qualità AD RSA

In Regione Toscana, il flusso AD-RSA (RFC 115 e 118) rileva i dati relativi alle cure domiciliari, alla non autosufficienza e alle prestazioni residenziali e semiresidenziali. L'indicatore monitora la completezza e la qualità del flusso rispetto a 5 variabili principali: segnalazioni, prese in carico, valutazioni, erogazioni, ammissioni.

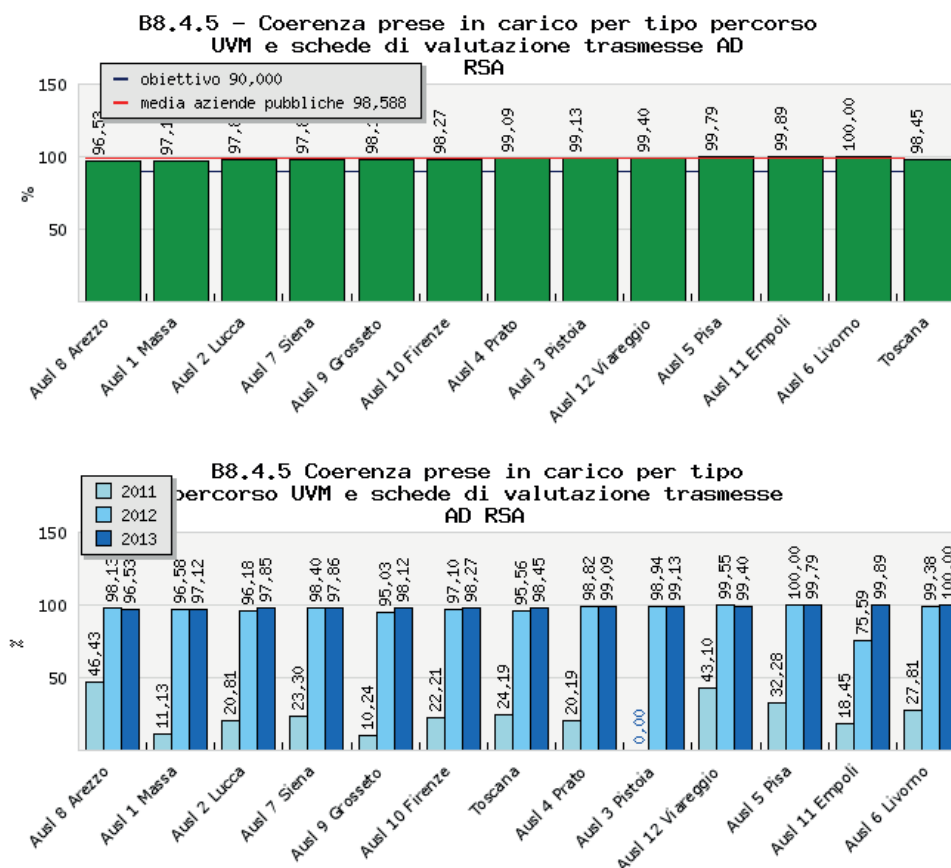


B8.4.3	
COMPLETEZZA E QUALITA' AD RSA	
DEFINIZIONE	Completezza e qualità AD RSA
NUMERATORE	Somma dei punteggi ottenuti per le singole variabili prese in considerazione
DENOMINATORE	Numero complessivo di variabili prese in considerazione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Segnalazioni: si seleziona (dalla tabella prestazioni) il numero di prestazioni distinte con data segnalazione non nulla. Prese in carico: si seleziona (dalla tabella prestazioni) il numero di prestazioni distinte con data presa in carico non nulla. Valutazioni: si seleziona (dalla tabella valutazioni) il numero di valutazioni distinte con data valutazione non nulla. Ammissioni: si seleziona (dalla tabella ammissioni) il numero di ammissioni distinte con data ammissione non nulla. Erogazioni: si seleziona (dalla tabella erogazioni) il numero di erogazioni distinte con data accesso non nulla. Si calcola la percentuale di completezza del flusso per ogni variabile, considerando al numeratore il numero di occorrenze per l'anno in corso e al denominatore la media regionale delle occorrenze per l'anno precedente. Per ogni variabile la cui percentuale di completezza sia superiore al 90% si attribuisce un punteggio = 1, altrimenti = 0
RIFERIMENTO	Obiettivo: 90%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso AD RSA
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.36 Indicatore B8.4.5: Coerenza prese in carico per tipo percorso UVM e schede di valutazione trasmesse AD RSA

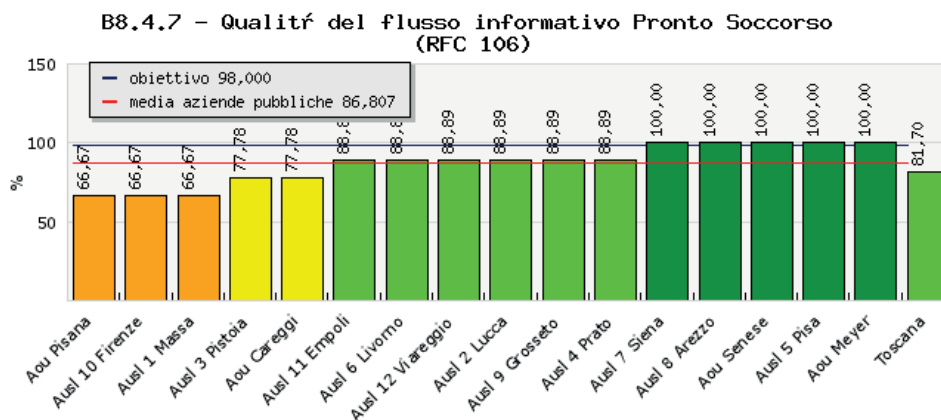
Nel flusso AD-RSA (RFC 115 e 118), la presa in carico dell'utente prevede che venga effettuata una valutazione del caso volta a rilevare i suoi bisogni assistenziali, sulla base delle segnalazioni ricevute. L'indicatore si focalizza sulle valutazioni effettuate dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), che devono risultare registrate nel flusso in coerenza con le relative prese in carico.



B8.4.5	
COERENZA PRESE IN CARICO PER TIPO PERCORSO UVM E SCHEDE DI VALUTAZIONE TRASMESSE AD RSA	
DEFINIZIONE	Coerenza prese in carico per tipo percorso UVM e schede di valutazione trasmesse AD RSA
NUMERATORE	Numero di prime valutazioni trasmesse * 100
DENOMINATORE	Numero di prese in carico UVM
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Per prese in carico UVM si intendono le prese in carico in cui la variabile tipo_percorso è uguale a UVM (unità di valutazione multidimensionale).
RIFERIMENTO	Obiettivo: 90%
FONTE	Sistema Informativo Regionale, Flusso AD RSA
LIVELLO	Azienda di erogazione

**2.37 Indicatore B8.4.7: Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)**

L'indicatore B8.4.7 Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso rileva, per alcune variabili di interesse, la percentuale degli accessi riportati correttamente nel flusso RFC sul totale degli accessi, per azienda di erogazione.

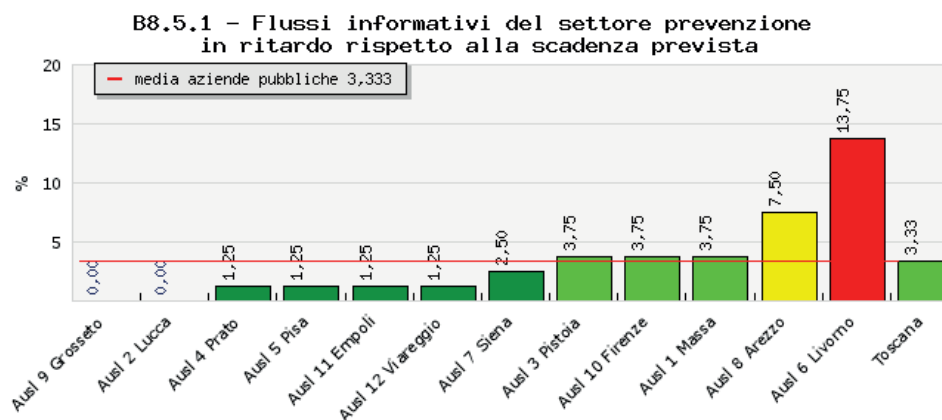
**B8.4.7****QUALITÀ DEL FLUSSO INFORMATIVO PRONTO SOCCORSO (RFC 106)**

DEFINIZIONE	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso
NUMERATORE	Numero variabili con obiettivo raggiunto
DENOMINATORE	Numero variabili in esame
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le variabili del RFC 106 prese in esame per calcolare la percentuale di raggiungimento sono: - Colore triage; - Patologia; - Diagnosi (esclusione diagnosi dimissione associata ad accesso con esito=6 Il paziente abbandona il PS prima di visita medica); - Verbale del pronto soccorso; - Esito di dimissione; - Reparto di ricovero (selezione di esito=2 ricovero in reparto di degenza); - Modalità di arrivo; - Responsabile invio; - Identificativo utente.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale $\geq 98\%$
FONTE	Sistema Informativo Regionale, Flusso RFC 106
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.38 Indicatore B8.5.1: Flussi informativi del settore prevenzione in ritardo rispetto alla scadenza prevista

Il primo indicatore dei flussi (B8.5.1) misura la puntualità con cui le aziende inviano i flussi informativi alla Regione Toscana.

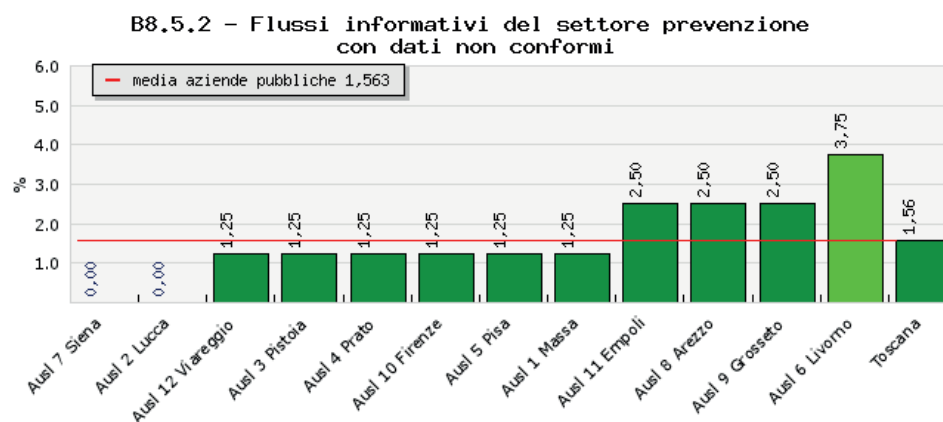


B8.5.1	
FLUSSI INFORMATIVI DEL SETTORE PREVENZIONE IN RITARDO RISPETTO ALLA SCADENZA PREVISTA	
DEFINIZIONE	Flussi informativi del settore prevenzione in ritardo rispetto alla scadenza prevista
NUMERATORE	N. di invii di flussi in ritardo rispetto la scadenza definita
DENOMINATORE	N. di invii di flussi attesi
NOTA METODOLOGICA	I flussi attesi per il settore PISLL sono i seguenti: - schede coordinamento interregionale Pisl; - PF essenziali di ambito Pisl; - report cantieri; - flusso da Piano Regionale Agricoltura; - schede di monitoraggio attività Sezioni Permanenti ex art. 2 DPCM 21/12/2007 "Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro" (in osservazione). Per la Sicurezza alimentare e Veterinaria i flussi attesi presi in considerazione sono tutti quelli indicati nel Decreto Dirigenziale n. 6097/2012 relativi alla sicurezza alimentare e alla nutrizione. Per la Igiene e Sanità pubblica i flussi attesi presi in considerazione sono tutti quelli che sono riportati per la "macroarea di lavoro Igiene Pubblica" escluso i flussi nr. 60 e nr. 61 nell' Allegato A del Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 6097/2012.
FONTE	Flussi informativi trasmessi da parte delle Articolazioni Organizzative che si occupano di Igiene degli Alimenti e Sanità Pubblica Veterinaria appartenenti ai Dip. Prev. Delle Aziende sanitarie della Toscana; Flussi di cui al decreto Dirigenziale della R



2.39 Indicatore B8.5.2: Flussi informativi del settore prevenzione con dati non conformi

Il secondo indicatore dei flussi (B8.5.2) indica il livello di conformità dei dati contenuti nei flussi informativi inviati dalle aziende alla Regione Toscana.

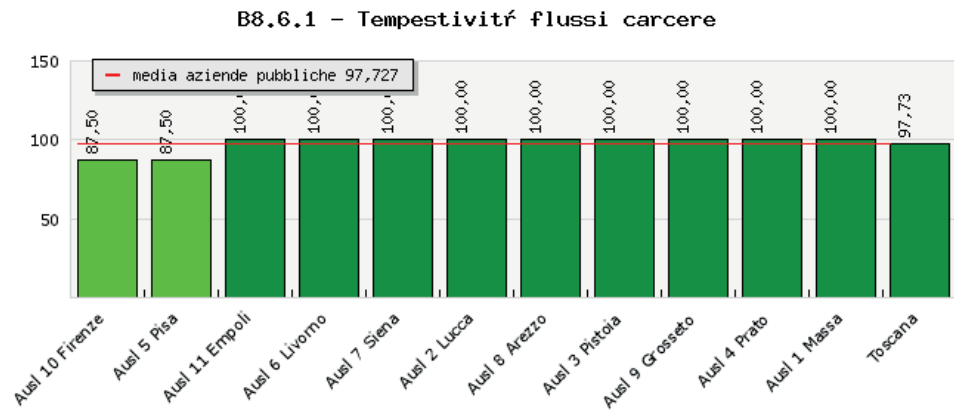


B8.5.2	
FLUSSI INFORMATIVI DEL SETTORE PREVENZIONE CON DATI NON CONFORMI	
DEFINIZIONE	Flussi informativi del settore prevenzione con dati non conformi
NUMERATORE	N. di invii di flussi con dati non conformi
DENOMINATORE	N. di invii di Flussi attesi
NOTA METODOLOGICA	I flussi attesi per il settore PISLL sono i seguenti - schede coordinamento interregionale Pisl; - PF essenziali di ambito Pisl; - report cantieri; - flusso da Piano Regionale Agricoltura; - schede di monitoraggio attività Sezioni Permanenti ex art. 2 DPCM 21/12/2007 “Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro” (in osservazione). Per la Sicurezza alimentare e Veterinaria i flussi attesi presi in considerazione sono tutti quelli indicati nel Decreto Dirigenziale n. 6097/2012 relativi alla sicurezza alimentare e alla nutrizione. Per la Igiene e Sanità pubblica i flussi attesi presi in considerazione sono tutti quelli che sono riportati per la “macroarea di lavoro Igiene Pubblica” escluso i flussi nr. 60 e nr. 61 nell’ Allegato A del Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 6097/2012.
FONTE	Flussi informativi trasmessi da parte delle Articolazioni Organizzative che si occupano di Igiene degli Alimenti e Sanità Pubblica Veterinaria appartenenti ai Dip. Prev. delle Aziende sanitarie della Toscana; Flussi informativi da Regione Toscana - Setto



2.40 Indicatore B8.6.1: Tempestività flussi carcere

L'indicatore ha l'obiettivo di valutare la tempestività dell'invio dei dati richiesti, considerata come un indicatore della capacità dei servizi operanti all'interno degli istituti penitenziari di interagire con il sistema e di collaborare con gli altri attori che si occupano di sanità penitenziaria.

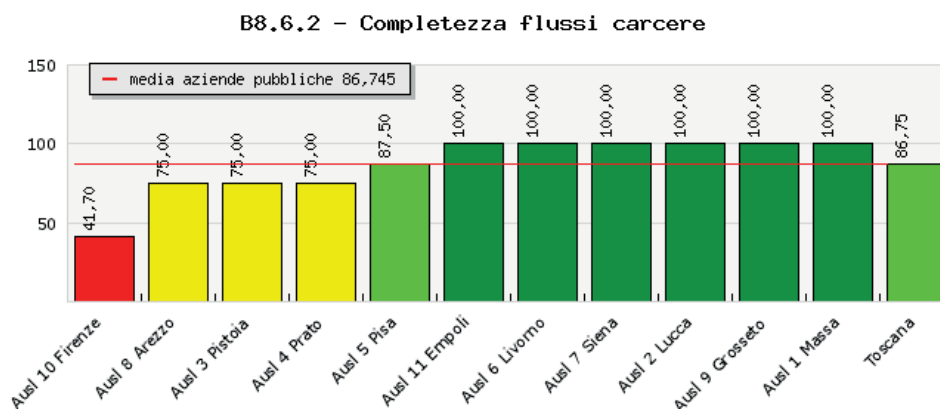


B8.6.1	
TEMPESTIVITÀ FLUSSI CARCERE	
DEFINIZIONE	Tempestività dati Salute in Carcere
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore misura la tempestività con cui le Aziende Sanitarie hanno trasmesso i dati relativi alla presa in carico dei detenuti nelle carceri toscane. Pesa il 10% dell'indicatore B8.6.
NOTA METODOLOGICA	Alle Aziende Sanitarie è stato attribuito un punteggio relativo al rispetto delle scadenze concordate per l'invio dei dati, secondo il seguente schema: • dati inviati entro il 31/3: 20 punti; • dati inviati entro il 10/4: 15 punti; • dati inviati entro il 21/4: 10 punti; • dati inviati entro il 30/4: 5 punti; • dati inviati oltre il 30/4: 0 punti. I punteggi poi sono stati riparametrati a 100.
FONTE	Aziende Sanitarie
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.41 Indicatore B8.6.2: Completezza flussi carcere

L'indicatore ha lo scopo di valutare il livello di completezza dei dati forniti rispetto alle richieste. La completezza dei dati forniti è un indicatore importante, soprattutto se si considera che le prestazioni sanitarie erogate all'interno degli istituti penitenziari non rientrano, al momento, nei flussi informatizzati regionali.

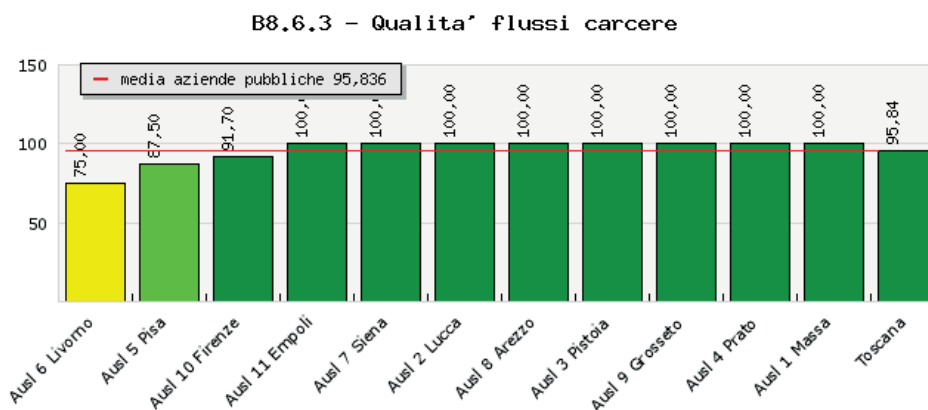


B8.6.2	
COMPLETEZZA FLUSSI CARCERE	
DEFINIZIONE	Completezza dati Salute in Carcere
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore vuole misurare il livello di completezza con cui le Aziende Sanitarie hanno fornito i dati richiesti relativamente alla presa in carico dei detenuti nelle carceri toscane. Pesa il 45% dell'indicatore B8.6.
NOTA METODOLOGICA	Alle Aziende Sanitarie è stato attribuito un punteggio in base alla percentuale di dati forniti rispetto a quelli richiesti, secondo il seguente schema: - il 100% dei dati richiesti è stato fornito: 20 punti; - dal 99,9 al 90% dei dati richiesti è stato fornito: 15 punti; - dall'89,9 all'80% dei dati richiesti è stato fornito: 10 punti; - dal 79,9 al 70% dei dati richiesti è stato fornito: 5 punti; - sotto il 70% dei dati richiesti è stato fornito: 0 punti. I punteggi sono poi stati riparametrati a 100.
FONTE	Aziende Sanitarie
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.42 Indicatore B8.6.3: Qualità flussi carcere

L'indicatore relativo alla qualità dei dati forniti mira a valutare la capacità del sistema sanitario operante in carcere di rendere disponibili dati rispondenti a criteri di completezza e pertinenza, pur nelle difficoltà legate alla mancanza di flussi informatizzati.

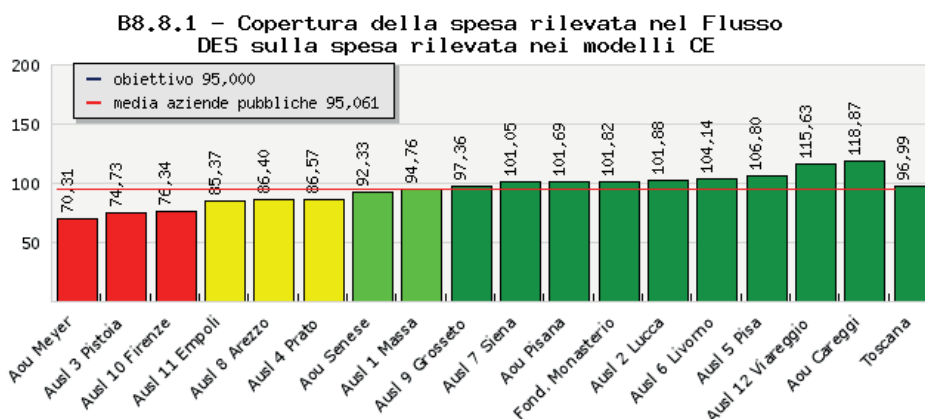


B8.6.3	
QUALITÀ FLUSSI CARCERE	
DEFINIZIONE	Qualità dati Salute in Carcere
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore vuole dare una misura della qualità dei dati forniti dalle Aziende Sanitarie relativamente alla presa in carico dei detenuti nelle carceri toscane. Pesa il 45% dell'indicatore B8.6.
NOTA METODOLOGICA	Alle Aziende Sanitarie è stato attribuito un punteggio relativamente alla qualità dei dati inviati, misurata sulla base del numero di dati di cui è stato necessario richiedere correzioni o integrazioni, come indicato dal seguente schema: • Fino al 5% dei dati forniti necessita di correzioni/integrazioni: 20 punti; • Tra il 5, 1 e il 10% dei dati forniti necessita di correzioni/integrazioni :15 punti; • Tra il 10, 1 e il 15% dei dati forniti necessita di correzioni/integrazioni : 10 punti; • Tra il 15, 1 e il 20% dei dati forniti necessita di correzioni/integrazioni: 5 punti; • Oltre il 20% dei dati forniti necessita di correzioni/integrazioni: 0 punti. I punteggi sono poi stati riparametrati a 100.
FONTE	Aziende Sanitarie
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.43 Indicatore B8.8.1: Copertura della spesa rilevata nel Flusso DES sulla spesa rilevata nei modelli CE

Il flusso DES, istituito con la Delibera Regionale 524 del 22 giugno 2009 ("Integrazione manuale Flussi Doc"), rileva tutti i dispositivi sanitari, diversi dai farmaci, scaricati dalle farmacie ospedaliere. L'indicatore rileva la completezza della compilazione del flusso DES, monitorando lo scostamento tra la spesa registrata nel flusso DES e quella iscritta nei modelli CE (aggregazioni di voci tratte dalla contabilità generale).

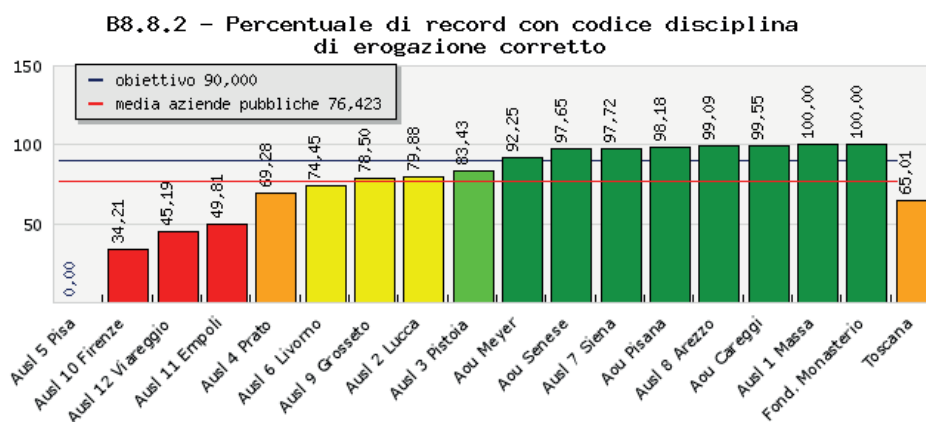


B8.8.1	
COPERTURA DELLA SPESA RILEVATA NEL FLUSSO DES SULLA SPESA RILEVATA NEI MODELLI CE	
DEFINIZIONE	Copertura della spesa rilevata nel flusso DES sulla spesa rilevata nei modelli CE
NUMERATORE	Spesa rilevata nel flusso DES
DENOMINATORE	Spesa rilevata nei modelli CE
NOTE PER L'ELABORAZIONE	La spesa rilevata nel flusso DES deve avere una copertura almeno del 95% rispetto alla spesa rilevata nei modelli CE per le voci relative ad acquisti dispositivi
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >95%
FONTE	Flusso DES, flusso CE
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.44 Indicatore B8.8.2: Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto

L'indicatore rileva l'accuratezza della compilazione del flusso DES, monitorando la corretta registrazione delle informazioni relative alla disciplina erogante i presidi.



B8.8.2	
PERCENTUALE DI RECORD CON CODICE DISCIPLINA DI EROGAZIONE CORRETTO	
DEFINIZIONE	Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto
NUMERATORE	Numero di record con codice Disciplina corretto
DENOMINATORE	Totale record inviati nel flusso DES
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il numero di record con campi disciplina e progressivo divisione corretti deve rappresentare a livello regionale ed in ogni singola Azienda almeno il 90% del totale dei record rilevati dal flusso DES
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >90%
FONTE	Flusso DES
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.45 Indicatore B12a: Mobilità sanitaria

L'analisi della mobilità sanitaria, nelle sue diverse forme, ricopre un ruolo centrale nella programmazione dei sistemi regionali e nello sviluppo di politiche condivise a livello interregionale. La popolazione deve trovare, nel suo territorio, risposte adeguate alle sue esigenze di salute; pertanto, la mobilità è da considerarsi un fenomeno di notevole interesse ai fini della valutazione dei servizi erogati e, più in generale, delle dinamiche che regolano la complessa dialettica tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e di promozione della qualità delle cure.

La valutazione della mobilità prende in considerazione le fughe e le attrazioni, in termini di ricoveri, sia fuori Area Vasta che fuori Regione.

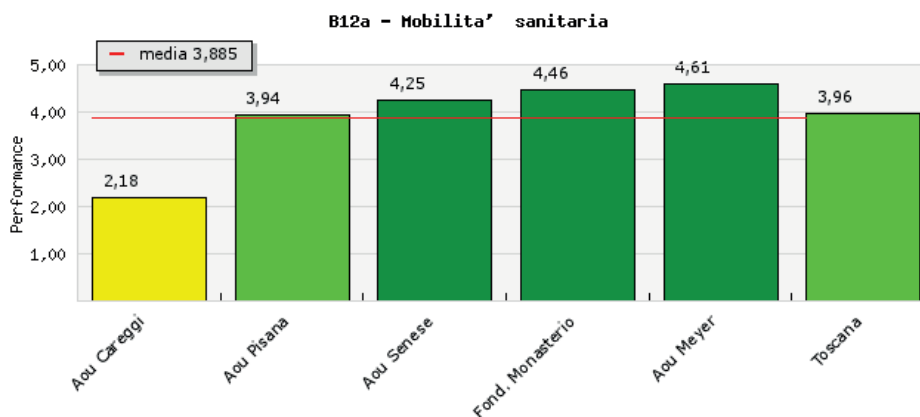
Il dato relativo alle fughe è presentato, per comodità di consultazione, per le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento, ma è da attribuirsi all'intera Area Vasta.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B12a - Mobilità sanitaria	3,96	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B12a Mobilità sanitaria
 - B12.1 Fughe
 - B12.1.1 Fughe extra area vasta
 - B12.1.1.1 Percentuale di fughe extra Area Vasta
 - B12.1.1.2 Percentuale di fughe extra Area vasta per DRG ad alta complessità
 - B12.1.2 Fughe extra regione
 - B12.1.2.1 Percentuale di fughe extra regionali totali
 - B17a.2 Percentuale di fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)
 - B17.3 Fughe extra regione per alta specialità chirurgica
 - B12.2 Attrazioni [\[solo valutazione\]](#)
 - B12.2.1 Attrazioni extra Area Vasta per DRG ad alta complessità [11,46](#)
 - B12.2.2 Attrazioni extra regione [\[solo valutazione\]](#)
 - B12.2.2.1 Percentuale di attrazioni extra regione [15,86 %](#)
 - B12.2.2.2 Percentuale di attrazioni extra regione per DRG ad alta complessità [13,96 %](#)

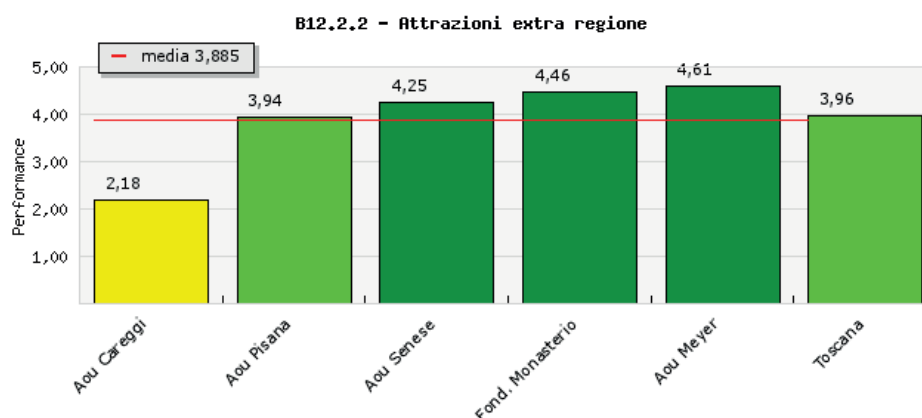


B12a	
MOBILITÀ SANITARIA	
DEFINIZIONE	Mobilità
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore B12.2 - Attrazioni, che coincide con la valutazione del sottoindicatore B12.2.2 - Attrazioni extra regione, a sua volta calcolato come media dei punteggi dei sottoindicatori B12.2.2.1 - % attrazioni extra regione e B12.2.2.2 - % attrazioni extra regione per DRG ad alta complessità.
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Area Vasta

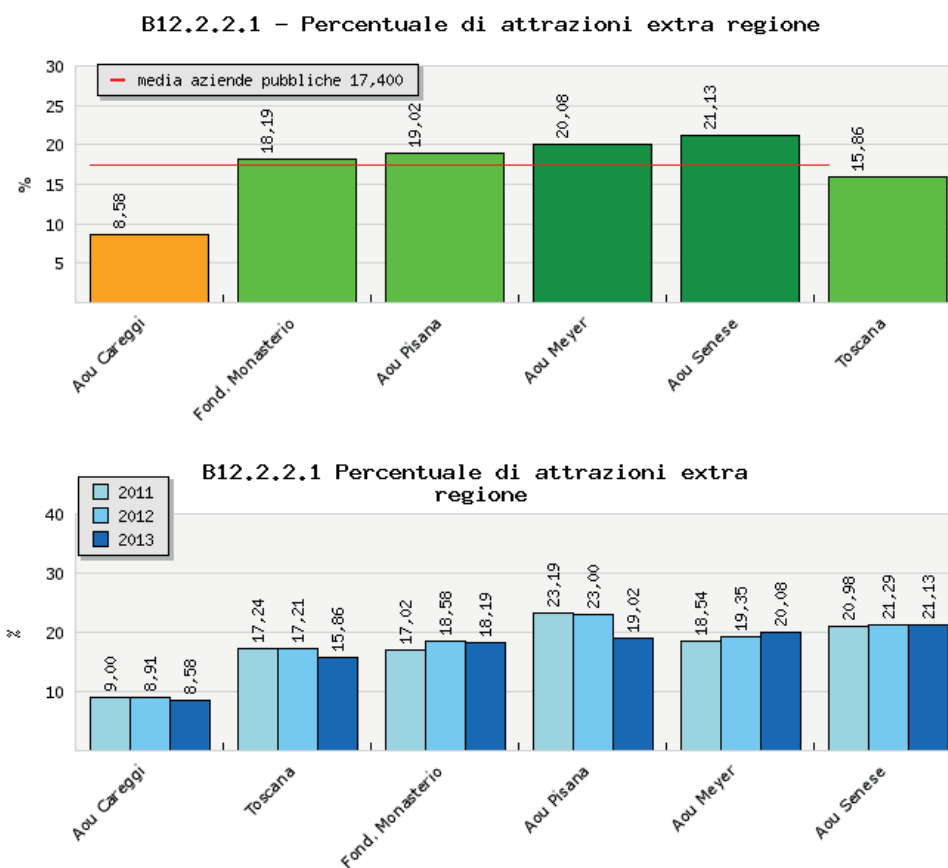


2.46 Indicatore B12.2.2: Attrazioni extra regione

La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Le attrazioni extraregionali, inoltre, hanno un impatto positivo a livello economico. I seguenti indicatori mettono in evidenza sia le percentuali di ricoveri delle Aziende Ospedaliero - Universitarie di pazienti provenienti da altre regioni, sia quanta parte di tali attrazioni avviene per patologie complesse, ovvero con peso DRG maggiore di 2,5.



B12.2.2	
ATTRAZIONI EXTRA REGIONE	
DEFINIZIONE	Attrazioni extra regione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: - B12.2.2.1 - % attrazioni extra Regione - B12.2.2.2 - % attrazioni extra Regione per DRG ad alta complessità
LIVELLO	Azienda Ospedaliero-Universitaria

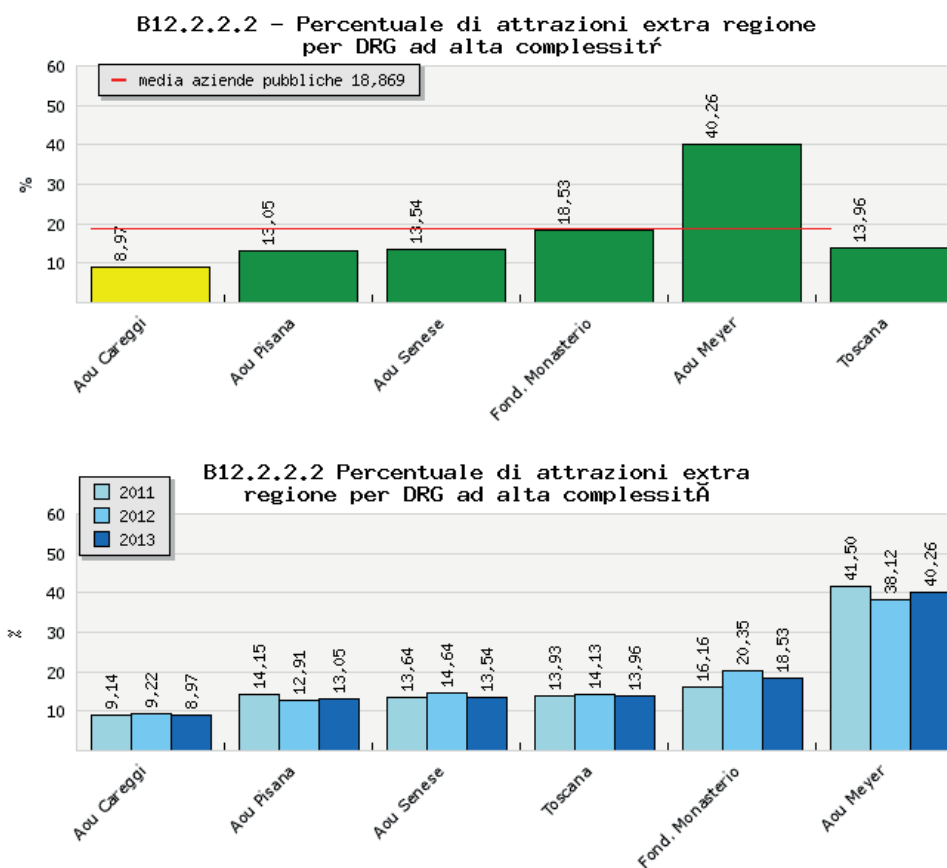
**2.47 Indicatore B12.2.2.1: Percentuale di attrazioni extra regione**

B12.2.2.1 Percentuale di attrazioni extra regione								
Azienda	Valutazione 2013	Valore 2012	Valore 2013	Delta %	Num 2012	Num 2013	Den 2012	Den 2013
Toscana	3,17	17,21	15,86	-7,81	36.595	33.052	212.658	208.342
Aou Pisana	3,8	23	19,02	-17,27	15.722	12.273	68.369	64.510
Aou Senese	4,23	21,29	21,13	-0,78	7.341	7.141	34.475	33.798
Aou Careggi	1,72	8,91	8,58	-3,8	6.563	6.237	73.627	72.732
Aou Meyer	4,02	19,35	20,08	3,75	6.137	6.541	31.709	32.575
F.Monasterio	3,64	18,58	18,19	-2,08	832	860	4.478	4.727

B12.2.2.1	
PERCENTUALE DI ATTRAZIONI EXTRA REGIONE	
DEFINIZIONE	Percentuale di attrazioni extraregionali
NUMERATORE	N. dimissioni di residenti non toscani, erogate in Toscana x 100
DENOMINATORE	N. dimissioni erogate in Toscana
RIFERIMENTO	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, anno 2005
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda Ospedaliero-Universitaria



2.48 Indicatore B12.2.2.2: Percentuale di attrazioni extra regione per DRG ad alta complessità



B12.2.2.2 Percentuale di attrazioni extra regione per DRG ad alta complessità								
Azienda	Valutazione 2013	Valore 2012	Valore 2013	Delta %	Num 2012	Num 2013	Den 2012	Den 2013
Toscana	4,48	14,13	13,96	-1,23	3.962	4.059	28.038	29.081
Aou Pisana	4,02	12,91	13,05	1,08	1.109	1.170	8.590	8.966
Aou Senese	4,27	14,64	13,54	-7,55	771	751	5.265	5.547
Aou Careggi	2,48	9,22	8,97	-2,71	927	906	10.058	10.104
Aou Meyer	5	38,12	40,26	5,61	677	750	1.776	1.863
F.Monasterio	5	20,35	18,53	-8,93	478	482	2.349	2.601

B12.2.2.2	
PERCENTUALE DI ATTRAZIONI EXTRA REGIONE PER DRG AD ALTA COMPLESSITÀ	
DEFINIZIONE	Percentuale di attrazioni extraregionali di alta complessità
NUMERATORE	N. dimissioni di residenti non toscani, erogate in Toscana con Drg ad alta complessità x 100
DENOMINATORE	N. dimissioni con DRG ad alta complessità
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si definiscono "ad alta complessità" i DRG con peso maggiore o uguale a 2, 5
RIFERIMENTO	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, anno 2009
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda Ospedaliero-Universitaria



2.49 Indicatore B15: Capacità attività di ricerca

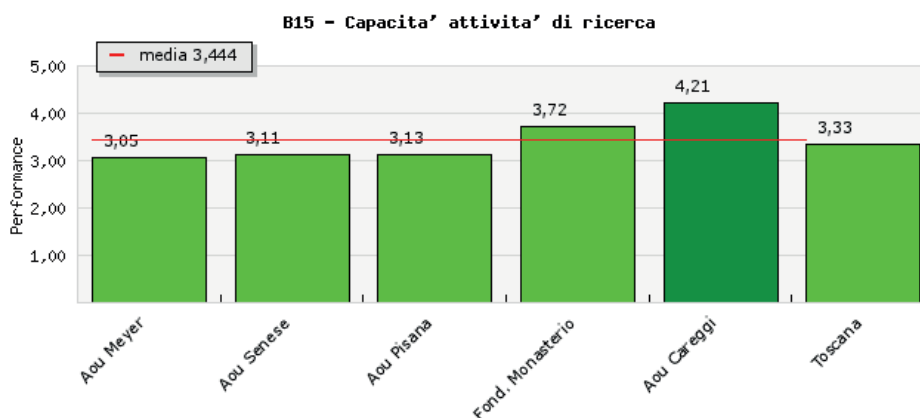
L'indicatore B15 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, della Fondazione Monasterio e dell'ISPO con particolare riguardo alla produzione scientifica in termini di articoli pubblicati in riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR-Science edition 2011) nel corso dell'anno 2012. Per ottenere la lista di tali articoli è stato incrociato il database del personale, considerando i dirigenti medici e non medici, con il database di articoli presenti in ISI Web of Science. Al fine di validare tale lista di articoli e di diminuire la probabilità di conteggiare possibili omonimie, sono stati selezionati gli articoli in cui la denominazione dell'istituzione fosse il nome di una delle 4 AOU, Fondazione Monasterio o ISPO. Si considerano soltanto gli articoli, escludendo quindi tutte quelle pubblicazioni che ISI Web of Science classifica come Proceedings Paper, Letter, Review e Meeting Abstract. Per monitorare quindi la produzione scientifica è stato utilizzato come indicatore il fattore di impatto (n.d.r. Impact Factor, IF): l'IF di una rivista misura la frequenza con cui la rivista è stata citata mediamente in due anni. L'IF viene calcolato dividendo il numero corrente di citazioni di articoli pubblicati nei precedenti due anni per il numero di articoli pubblicati nei precedenti due anni. Dato che l'anno di pubblicazione degli articoli è così recente da non permettere una diffusione significativa in letteratura, è stato associato l'IF della rivista di pubblicazione all'articolo stesso. Vista l'eterogeneità delle Aziende considerate ed in particolare la presenza di Aziende focused oriented quali la Fondazione Monasterio, l'ISPO e l'AOU Meyer, sono stati individuati indicatori comuni a tutte le istituzioni sanitarie considerate (B15.3.1 e B15.3.2); indicatori pertinenti solo alle tre AOU Senese, Careggi e Pisana (B15.2.3) ed indicatori specifici per la Fondazione Monasterio, l'ISPO e l'AOU Meyer (B15.4.1 e B15.4.2), al fine di valutare con maggior dettaglio le specialità scientifiche a cui sono votate. La lista di articoli estratti da ISI è stata inviata alle Aziende per una verifica della completezza e correttezza dei dati.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B15 - Capacità attività di ricerca	3,33	2013

Fonte dei dati : *Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B15 Capacità attività di ricerca
 - B15.1 Impact Factor medio del personale
 - B15.1.1 Impact Factor medio articoli per dirigente
 - B15.1.2 Impact Factor medio articoli per dipendente
 - B15.2 Impact Factor per articolo
 - B15.2.1 Impact Factor totale
 - B15.2.2 Impact Factor medio per articolo **3,82**
 - B15.2.3 Impact Factor mediano per articolo **3,06**
 - B15.2.4 Percentuale di articoli con Impact Factor maggiore di 5
 - B15.3 Impact Factor per specialità
 - B15.3.1 Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI
 - B15.3.2 Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI
 - B15.4 Valutazione IF specialità
 - B15.4.1 Valutazione IF mediano per specialità
 - B15.4.2 Valutazione scostamento percentuale IF mediano per specialità

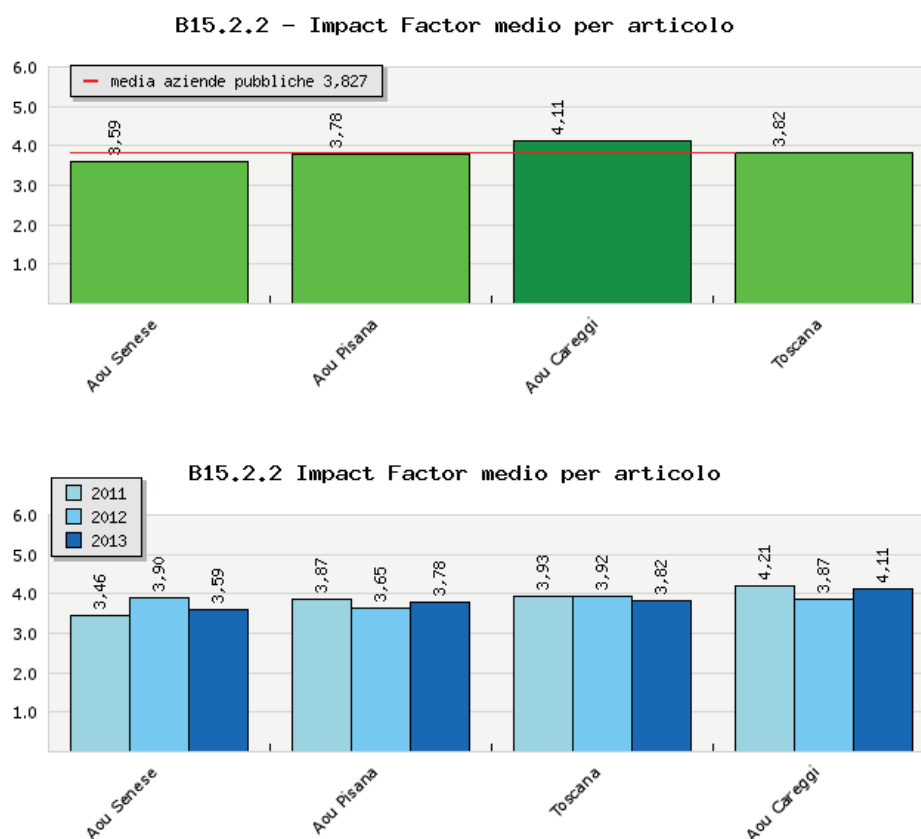


B15	
CAPACITÀ ATTIVITÀ DI RICERCA	
DEFINIZIONE	Capacità Attività di Ricerca
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Per le AOU Pisana, Senese, Careggi l'indicatore B15 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: B15.2.2, B15.2.3, B15.3.1 e B15.3.2. Per l'AOU Meyer, Fondazione Monasterio e ISPO l'indicatore B15 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: B15.4.1 e B15.4.2. Si analizzano i soli articoli pubblicati su riviste censite dal Journal Citation Report (JCR-Science Edition 2012). Sono escluse le pubblicazioni che non sono considerate da ISI come "article".
RIFERIMENTO	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, anno 2012
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
LIVELLO	Aziende Ospedaliero-Universitarie



2.50 Indicatore B15.2.2: Impact Factor medio per articolo

Tale indicatore monitora l'IF medio per articolo per ogni Azienda. Tali indicatore viene valutato soltanto per l'AOU Pisana, l'AOU Careggi e l'AOU Senese in quanto si considerano aziende omogenee in termini di mission ed assistenza. La lettura dell'indicatore, ai fini di una più corretta comprensione del dato, va comunque accompagnata al numero di pubblicazioni per ciascuna azienda riportato in tabella.

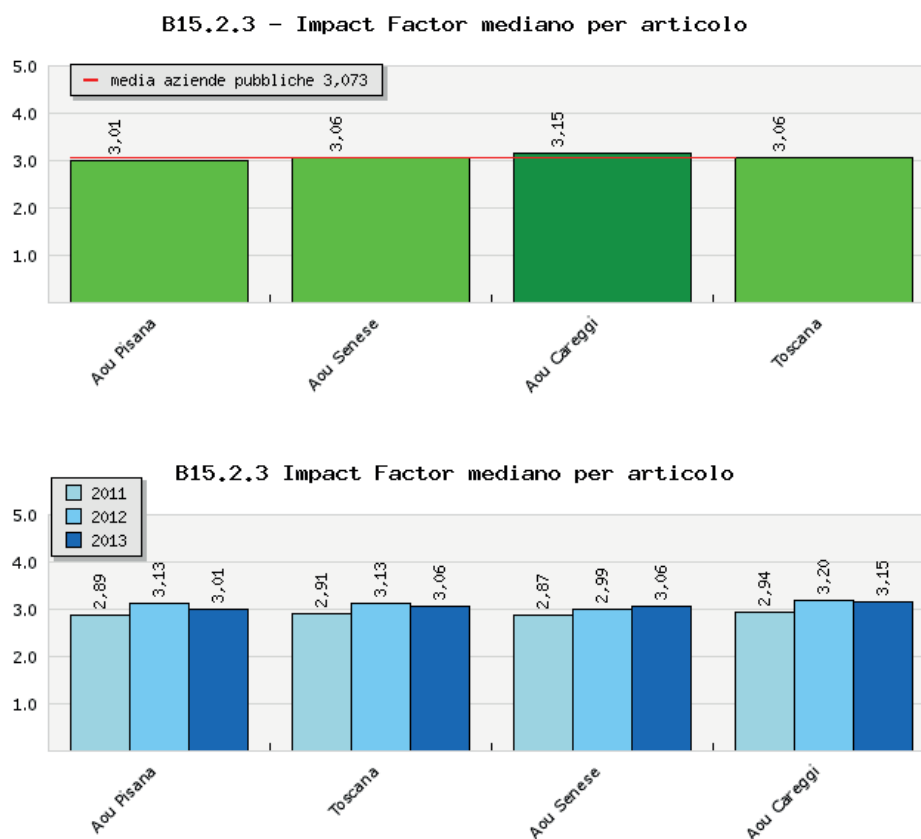


B15.2.2	
IMPACT FACTOR MEDIO PER ARTICOLO	
DEFINIZIONE	Impact Factor Medio per articolo
NUMERATORE	Somma IF per articolo
DENOMINATORE	N. articoli
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si analizzano i soli articoli pubblicati su riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR- Science Edition 2012). Il criterio della ricerca per gli articoli è il cognome e l'iniziale del nome del dirigente dell'azienda. Sono escluse le pubblicazioni che non sono considerate da ISI come "article".
RIFERIMENTO	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, anno 2011
FONTE	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
LIVELLO	Aziende Ospedaliero-Universitarie



2.51 Indicatore B15.2.3: Impact Factor mediano per articolo

Tale indicatore monitora l'IF mediano per articolo per ogni Azienda. La lettura dell'indicatore, ai fini di una più corretta comprensione del dato, va comunque accompagnata al numero di pubblicazioni per ciascuna azienda riportato in tabella.

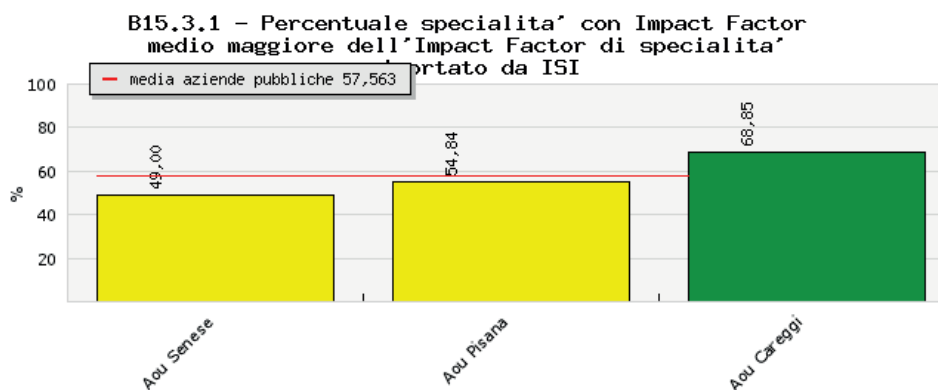


B15.2.3	
IMPACT FACTOR MEDIANO PER ARTICOLO	
DEFINIZIONE	Impact Factor Mediano per articolo
NUMERATORE	Mediana della distribuzione degli IF di ogni articolo
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si analizzano i soli articoli pubblicati su riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR-Science Edition 2012). Il criterio della ricerca per gli articoli è il cognome e l'iniziale del nome del dirigente dell'azienda. Sono escluse le pubblicazioni che non sono considerate da ISI come "article".
RIFERIMENTO	2013
FONTE	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



2.52 Indicatore B15.3.1: Percentuale specialita' con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialita' riportato da ISI

Ogni rivista appartiene, secondo il JCR, ad una o più specialità scientifica, su cui lo stesso JCR calcola IF medio e mediano. Tali indicatori possono essere considerati come standard per una buona qualità dell'articolo. Per ognuna delle specialità scientifiche riportate dal JCR (ad esempio chirurgia, anestesia, medicina generale ed interna, pediatria, neurologia clinica...) è stato calcolato l'IF medio per ogni Azienda e confrontato con l'IF aggregato di categoria riportato da ISI. L'indicatore quindi mostra la percentuale di specialità il cui IF medio aziendale è superiore all'IF aggregato riportato da ISI.

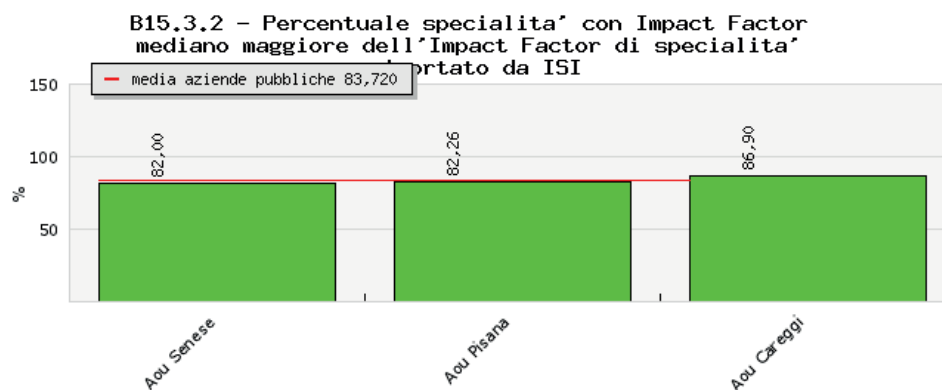


B15.3.1	
PERCENTUALE SPECIALITA' CON IMPACT FACTOR MEDIO MAGGIORE DELL'IMPACT FACTOR DI SPECIALITA' RIPORTATO DA ISI	
DEFINIZIONE	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI
NUMERATORE	N di specialità con IF medio di azienda maggiore dell'IF aggregato riportato da ISI
DENOMINATORE	N di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si analizzano i soli articoli pubblicati su riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR-Science Edition 2012). Il criterio della ricerca per gli articoli è il cognome e l'iniziale del nome del dirigente d'azienda. Sono escluse pubblicazioni che non sono considerate da ISI come "article". Ogni rivista censita da ISI può appartenere ad una o più specialità.
RIFERIMENTO	55%
FONTE	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
LIVELLO	Azienda Ospedaliero-Universitaria



2.53 Indicatore B15.3.2: Percentuale specialita' con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialita' riportato da ISI

Ogni rivista appartiene, secondo il JCR, ad una o più specialità scientifica, su cui lo stesso JCR calcola IF medio e mediano. Tali indicatori possono essere considerati come standard per una buona qualità dell'articolo. Per ognuna delle specialità scientifiche riportate dal JCR (ad esempio chirurgia, anestesia, medicina generale ed interna, pediatria, neurologia clinica...) è stato calcolato l'IF mediano per ogni Azienda e confrontato con l'IF mediano di categoria riportato da ISI. L'indicatore quindi mostra la percentuale di specialità il cui IF mediano aziendale è superiore all'IF mediano riportato da ISI.



B15.3.2	
PERCENTUALE SPECIALITA' CON IMPACT FACTOR MEDIANO MAGGIORE DELL'IMPACT FACTOR DI SPECIALITA' RIPORTATO DA ISI	
DEFINIZIONE	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI
NUMERATORE	N di specialità con IF mediano di azienda maggiore dell'IF mediano riportato da ISI
DENOMINATORE	N di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si analizzano i soli articoli pubblicati su riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR-Science Edition 2012). Il criterio della ricerca per gli articoli è il cognome e l'iniziale del nome del dirigente d'azienda. Sono escluse pubblicazioni che non sono considerate da ISI come "article". Ogni rivista censita da ISI può appartenere ad una o più specialità.
RIFERIMENTO	90%
FONTE	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
LIVELLO	Azienda Ospedaliero-Universitaria



AOU CAREGGI anno 2013								
Specialità ISI	N. articoli	IF Totale	IF min	IF max	IF medio	IF mediano	IF mediano ISI	IF medio ISI
ALLERGY	6	39,26	2,25	12,05	6,54	5,34	2,25	4,11
ANATOMY & MORPHOLOGY	1	1,83	1,83	1,83	1,83	1,83	1,47	1,68
ANESTHESIOLOGY	9	25,45	1,45	5,64	2,83	2,82	1,96	2,68
BEHAVIORAL SCIENCES	3	12,39	3,07	6,16	4,13	3,16	2,63	3,12
BIOCHEMICAL RESEARCH METHODS	7	31,10	2,48	7,25	4,44	3,64	2,40	3,54
BIOCHEMISTRY & MOLECULAR BIOLOGY	22	97,31	1,66	14,90	4,42	3,42	2,82	4,27
BIOLOGY	2	11,41	5,70	5,70	5,70	5,70	1,45	2,65
BIOPHYSICS	3	8,85	2,59	3,54	2,95	2,72	2,61	3,39
BIOTECHNOLOGY & APPLIED MICROBIOLOGY	5	4,19	1,86	2,33	2,09	2,09	2,07	3,28
CARDIAC & CARDIOVASCULAR SYSTEMS	69	332,66	0,61	15,20	4,97	3,98	2,13	3,85
CELL & TISSUE ENGINEERING	1	4,67	4,67	4,67	4,67	4,67	3,87	5,32
CELL BIOLOGY	11	55,77	2,86	7,36	5,07	4,96	3,20	5,73
CHEMISTRY, MEDICINAL	9	31,35	2,23	5,61	3,48	2,90	2,34	2,66
CLINICAL NEUROLOGY	48	195,16	1,17	14,48	4,07	3,12	2,00	3,05
CRITICAL CARE MEDICINE	7	23,96	2,17	5,26	3,42	2,82	2,35	3,84
DENTISTRY, ORAL SURGERY & MEDICINE	16	21,03	0,69	3,43	1,31	1,17	1,24	1,74
DERMATOLOGY	10	21,70	0,68	3,76	2,17	2,52	1,50	2,13
DEVELOPMENTAL BIOLOGY	2	6,67	3,12	3,56	3,34	3,34	2,81	4,33
EMERGENCY MEDICINE	5	11,51	1,65	4,29	2,30	1,70	1,02	1,78
ENDOCRINOLOGY & METABOLISM	39	168,59	1,58	7,74	4,32	4,04	2,66	3,97
GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY	23	105,87	1,54	12,82	4,60	3,16	2,23	3,88
GENETICS & HEREDITY	14	129,31	0,38	35,21	9,24	6,29	2,57	4,48
GERIATRICS & GERONTOLOGY	14	42,57	0,24	6,17	3,04	3,23	2,63	3,00
HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES	6	8,41	0,64	2,65	1,40	1,11	1,64	2,15
HEMATOLOGY	56	271,16	0,97	10,16	4,84	4,14	2,55	4,56
IMMUNOLOGY	25	127,06	2,03	19,80	5,78	4,01	2,89	4,32
INFECTIOUS DISEASES	16	69,10	1,55	9,37	4,32	4,07	2,60	3,65
INTEGRATIVE & COMPLEMENTARY MEDICINE	1	2,97	2,97	2,97	2,97	2,97	1,18	1,98
MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY	4	9,76	1,83	2,85	2,44	2,54	1,49	2,20

AOU CAREGGI anno 2013								
Specialità ISI	N. articoli	IF Totale	IF min	IF max	IF medio	IF mediano	IF mediano ISI	IF medio ISI
MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	23	217,30	0,68	51,66	9,45	2,35	1,08	3,93
MEDICINE, LEGAL	2	3,93	1,24	2,69	1,97	1,97	1,16	1,80
MEDICINE, RESEARCH & EXPERIMENTAL	23	76,12	1,22	12,81	3,31	2,52	2,26	3,31
MICROBIOLOGY	15	67,10	2,11	9,37	4,47	4,57	2,40	3,66
NEUROIMAGING	3	9,50	3,17	3,17	3,17	3,17	1,64	4,45
NEUROSCIENCES	33	158,44	1,41	14,90	4,80	4,49	2,87	3,98
NUTRITION & DIETETICS	6	11,63	0,12	3,92	1,94	1,89	2,13	2,95
OBSTETRICS & GYNECOLOGY	18	39,28	0,55	4,67	2,18	1,74	1,80	2,33
ONCOLOGY	66	286,40	0,24	18,04	4,34	3,36	2,61	4,46
OPHTHALMOLOGY	10	18,86	0,91	3,63	1,89	1,54	1,50	2,20
ORTHOPEDICS	6	11,44	0,61	2,32	1,91	2,09	1,36	2,00
OTORHINOLARYNGOLOGY	8	12,16	0,79	2,83	1,52	1,43	1,17	1,46
PATHOLOGY	17	63,08	0,83	9,73	3,71	2,84	1,95	2,72
PEDIATRICS	13	25,00	0,64	4,04	1,92	1,97	1,38	1,89
PERIPHERAL VASCULAR DISEASE	32	143,17	0,99	15,20	4,47	3,42	2,40	4,22
PHARMACOLOGY & PHARMACY	29	98,98	0,33	8,68	3,41	3,31	2,19	2,96
PHYSIOLOGY	1	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05	2,16	3,04
PRIMARY HEALTH CARE	1	2,19	2,19	2,19	2,19	2,19	1,61	1,55
PSYCHIATRY	15	71,73	0,53	14,90	4,78	4,60	2,01	3,39
PSYCHOLOGY	2	3,86	1,86	2,00	1,93	1,93	1,97	2,70
PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH	7	16,91	0,92	6,98	2,42	0,92	1,56	2,29
RADIOLOGY, NUCLEAR MEDICINE & MEDICAL IMAGING	15	49,94	0,86	6,34	3,33	3,17	1,59	2,82
REHABILITATION	6	11,76	1,51	2,65	1,96	1,90	1,37	1,69
REPRODUCTIVE BIOLOGY	7	25,17	2,34	4,67	3,60	3,56	2,39	3,04
RESPIRATORY SYSTEM	17	55,56	1,45	6,36	3,27	3,39	2,56	3,54
RHEUMATOLOGY	25	117,80	2,04	9,11	4,71	4,21	2,22	3,83
SPORT SCIENCES	3	4,63	0,61	2,01	1,54	2,01	1,36	2,12
SURGERY	41	103,94	0,69	4,92	2,54	2,61	1,44	2,06
TOXICOLOGY	3	8,22	2,11	3,14	2,74	2,97	2,23	2,72
TRANSPLANTATION	7	24,31	1,63	3,94	3,47	3,94	2,27	2,82
UROLOGY & NEPHROLOGY	32	109,36	0,74	10,48	3,42	3,51	1,69	2,96
VIROLOGY	3	6,08	0,96	3,08	2,03	2,03	2,61	3,90



128 - PARTE II - LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

AOU SENESE anno 2013								
Specialità ISI	N. articoli	IF Totale	IF min	IF max	IF medio	IF mediano	IF mediano ISI	IF medio ISI
ANATOMY & MORPHOLOGY	1	1,10	1,10	1,10	109,50	10,95	1,47	1,68
ANDROLOGY	2	3,60	1,75	1,85	179,75	17,98	1,99	2,40
ANESTHESIOLOGY	1	2,82	2,82	2,82	281,80	28,18	1,96	2,68
BEHAVIORAL SCIENCES	3	12,28	2,79	6,16	409,23	33,27	2,63	3,12
BIOCHEMICAL RESEARCH METHODS	11	41,61	1,62	7,96	378,31	25,82	2,40	3,54
BIOCHEMISTRY & MOLECULAR BIOLOGY	36	181,99	1,78	31,96	505,52	34,86	2,82	4,27
BIOLOGY	6	20,82	0,91	5,70	346,93	33,51	1,45	2,65
BIOPHYSICS	4	13,11	2,41	3,73	327,75	34,86	2,61	3,39
BIOTECHNOLOGY & APPLIED MICROBIOLOGY	8	15,91	0,46	5,32	227,21	21,40	2,07	3,28
CARDIAC & CARDIOVASCULAR SYSTEMS	29	96,16	0,67	15,20	331,60	26,48	2,13	3,85
CELL BIOLOGY	42	207,03	1,10	31,96	504,94	41,48	3,20	5,73
CHEMISTRY, MEDICINAL	18	68,61	2,34	5,61	381,18	33,11	2,34	2,66
CLINICAL NEUROLOGY	34	125,13	0,51	8,25	368,04	32,20	2,00	3,05
CRITICAL CARE MEDICINE	1	2,82	2,82	2,82	281,80	28,18	2,35	3,84
DENTISTRY, ORAL SURGERY & MEDICINE	16	22,86	0,34	3,69	142,88	10,57	1,24	1,74
DERMATOLOGY	7	16,07	0,68	4,91	229,54	20,24	1,50	2,13
DEVELOPMENTAL BIOLOGY	1	3,12	3,12	3,12	311,70	31,17	2,81	4,33
EMERGENCY MEDICINE	1	1,70	1,70	1,70	170,40	17,04	1,02	1,78
ENDOCRINOLOGY & METABOLISM	22	82,11	1,30	7,90	373,21	33,40	2,66	3,97
GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY	5	13,92	1,91	3,99	278,46	25,47	2,23	3,88
GENETICS & HEREDITY	12	42,95	0,38	7,69	357,88	24,37	2,57	4,48
GERIATRICS & GERONTOLOGY	5	22,81	2,65	6,17	456,28	43,14	2,63	3,00
HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES	1	1,51	1,51	1,51	150,80	15,08	1,64	2,15
HEMATOLOGY	9	45,56	2,04	9,06	506,23	45,68	2,55	4,56
IMMUNOLOGY	24	86,79	1,97	5,85	377,36	36,37	2,89	4,32
INFECTIOUS DISEASES	23	86,86	2,26	5,85	377,64	30,73	2,60	3,65
MEDICAL INFORMATICS	1	1,51	1,51	1,51	150,80	15,08	1,60	2,01
MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY	3	7,63	1,36	3,49	254,23	27,81	1,49	2,20

AOU SENESE anno 2013								
Specialità ISI	N. articoli	IF Totale	IF min	IF max	IF medio	IF mediano	IF mediano ISI	IF medio ISI
MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	4	13,82	1,82	6,46	345,43	27,70	1,08	3,93
MEDICINE, LEGAL	1	2,31	2,31	2,31	230,70	23,07	1,16	1,80
MEDICINE, RESEARCH & EXPERIMENTAL	13	44,21	1,98	4,32	340,06	34,92	2,26	3,31
MICROBIOLOGY	23	93,13	0,46	5,85	404,90	45,65	2,40	3,66
NEUROIMAGING	1	6,88	6,88	6,88	687,80	68,78	1,64	4,45
NEUROSCIENCES	30	96,51	1,41	6,91	321,71	28,76	2,87	3,98
NUTRITION & DIETETICS	3	7,15	2,25	2,65	238,27	22,50	2,13	2,95
OBSTETRICS & GYNECOLOGY	24	53,89	0,55	8,85	224,55	15,63	1,80	2,33
ONCOLOGY	36	214,62	1,40	25,12	596,16	47,67	2,61	4,46
OPHTHALMOLOGY	3	7,60	2,35	2,73	253,23	25,27	1,50	2,20
ORTHOPEDICS	4	7,40	0,08	4,26	185,10	15,32	1,36	2,00
OTORHINOLARYNGOLOGY	4	6,25	1,35	1,98	156,13	14,58	1,17	1,46
PARASITOLOGY	1	1,36	1,36	1,36	136,30	13,63	2,15	3,35
PATHOLOGY	1	2,78	2,78	2,78	278,10	27,81	1,95	2,72
PEDIATRICS	10	15,88	0,64	4,04	158,80	13,47	1,38	1,89
PERIPHERAL VASCULAR DISEASE	16	47,58	0,99	15,20	297,39	17,47	2,40	4,22
PHARMACOLOGY & PHARMACY	31	108,23	1,09	5,34	349,11	33,11	2,19	2,96
PHYSIOLOGY	11	44,68	2,55	4,38	406,22	42,18	2,16	3,04
PSYCHIATRY	7	18,42	1,48	4,92	263,07	24,56	2,01	3,39
PSYCHOLOGY	1	2,00	2,00	2,00	200,00	20,00	1,97	2,70
PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH	11	21,91	0,38	3,39	199,19	22,50	1,56	2,29
RADIOLOGY, NUCLEAR MEDICINE & MEDICAL IMAGING	8	23,22	1,33	6,88	290,21	26,48	1,59	2,82
REHABILITATION	2	3,48	1,42	2,06	173,85	17,39	1,37	1,69
REPRODUCTIVE BIOLOGY	6	22,11	1,85	8,85	368,55	25,91	2,39	3,04
RESPIRATORY SYSTEM	7	26,18	1,63	5,11	374,01	41,48	2,56	3,54
RHEUMATOLOGY	15	58,89	2,21	9,11	392,61	32,58	2,22	3,83
SPORT SCIENCES	1	2,01	2,01	2,01	201,00	20,10	1,36	2,12
SURGERY	22	38,29	0,08	4,92	174,06	15,10	1,44	2,06
TOXICOLOGY	4	11,53	2,34	3,98	288,18	26,08	2,23	2,72
TRANSPLANTATION	2	6,75	1,63	5,11	337,30	33,73	2,27	2,82
TROPICAL MEDICINE	1	1,36	1,36	1,36	136,30	13,63	0,94	2,11
UROLOGY & NEPHROLOGY	3	9,10	2,02	5,07	303,27	20,15	1,69	2,96
VIROLOGY	4	11,01	0,96	5,08	275,28	24,87	2,61	3,90



AOU PISANA anno 2013								
Specialità ISI	N. articoli	IF Totale	IF min	IF max	IF medio	IF mediano	IF mediano ISI	IF medio ISI
ALLERGY	2	4,50	2,25	2,25	22,48	22,48	2,25	4,11
ANATOMY & MORPHOLOGY	1	1,13	1,13	1,13	11,30	11,30	1,47	1,68
ANESTHESIOLOGY	3	11,33	1,45	5,64	37,76	42,37	1,96	2,68
AUDIOLOGY & SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY	1	3,26	3,26	3,26	32,62	32,62	1,59	1,81
BEHAVIORAL SCIENCES	4	8,16	1,69	2,79	20,41	13,44	2,63	3,12
BIOCHEMICAL RESEARCH METHODS	9	28,97	1,71	5,06	32,19	25,71	2,40	3,54
BIOCHEMISTRY & MOLECULAR BIOLOGY	19	76,12	2,07	14,90	40,07	32,79	2,82	4,27
BIOPHYSICS	4	11,41	1,91	3,55	28,52	23,74	2,61	3,39
BIOTECHNOLOGY & APPLIED MICROBIOLOGY	7	17,24	1,71	4,75	24,63	22,07	2,07	3,28
CARDIAC & CARDIOVASCULAR SYSTEMS	37	142,29	0,82	15,20	39,53	27,65	2,13	3,85
CELL & TISSUE ENGINEERING	2	8,54	3,87	4,67	42,72	42,72	3,87	5,32
CELL BIOLOGY	11	42,12	0,69	6,64	38,29	40,39	3,20	5,73
CHEMISTRY, MEDICINAL	7	26,52	1,89	5,61	37,88	40,70	2,34	2,66
CLINICAL NEUROLOGY	62	197,15	0,86	9,92	31,80	32,85	2,00	3,05
CRITICAL CARE MEDICINE	4	21,09	4,72	5,85	52,72	52,58	2,35	3,84
DENTISTRY, ORAL SURGERY & MEDICINE	2	5,43	1,61	3,82	27,16	27,16	1,24	1,74
DERMATOLOGY	9	20,29	0,68	4,91	22,55	13,06	1,50	2,13
DEVELOPMENTAL BIOLOGY	1	4,54	4,54	4,54	45,42	45,42	2,81	4,33
EMERGENCY MEDICINE	2	3,56	1,70	1,86	17,82	17,82	1,02	1,78
ENDOCRINOLOGY & METABOLISM	83	354,90	0,82	7,90	42,76	40,39	2,66	3,97
GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY	13	49,34	1,31	9,86	37,95	22,38	2,23	3,88
GENETICS & HEREDITY	11	77,28	2,20	35,21	70,26	35,00	2,57	4,48
GERIATRICS & GERONTOLOGY	8	27,21	2,84	6,17	34,01	23,44	2,63	3,00
HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES	1	1,41	1,41	1,41	14,05	14,05	1,64	2,15
HEMATOLOGY	14	60,68	0,89	10,16	43,35	37,41	2,55	4,56
IMMUNOLOGY	14	58,18	1,52	13,21	41,56	27,84	2,89	4,32
INFECTIOUS DISEASES	7	32,86	2,77	9,37	46,94	44,15	2,60	3,65
MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY	2	5,86	2,85	3,01	29,30	23,30	1,49	2,20
MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	11	114,30	0,62	29,98	103,91	33,65	1,08	3,93
MEDICINE, LEGAL	3	7,41	1,24	3,86	24,71	23,07	1,16	1,80

AOU MEYER anno 2013								
Specialità ISI	N. articoli	IF Totale	IF min	IF max	IF medio	IF mediano	IF mediano ISI	IF medio ISI
ALLERGY	2	24,09	12,05	12,05	120,47	120,47	2,25	4,11
ANATOMY & MORPHOLOGY	1	1,34	1,34	1,34	13,43	13,43	1,47	1,68
BIOCHEMISTRY & MOLECULAR BIOLOGY	11	47,23	1,50	7,25	42,93	39,14	2,82	4,27
BIOPHYSICS	4	14,39	2,28	4,91	35,98	35,99	2,61	3,39
CELL BIOLOGY	4	22,16	4,91	6,64	55,40	53,07	3,20	5,73
DEVELOPMENTAL BIOLOGY	1	3,56	3,56	3,56	35,55	35,55	2,81	4,33
EMERGENCY MEDICINE	1	1,65	1,65	1,65	16,45	16,45	1,02	1,78
ENDOCRINOLOGY & METABOLISM	5	17,81	0,82	7,19	35,62	24,95	2,66	3,97
GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY	2	4,43	2,20	2,24	22,17	22,17	2,23	3,88
GENETICS & HEREDITY	7	96,44	2,30	35,21	137,77	47,68	2,57	4,48
HEMATOLOGY	3	17,84	2,85	9,06	59,47	59,35	2,55	4,56
IMMUNOLOGY	10	44,18	2,77	12,05	63,11	37,71	2,89	4,32
INFECTIOUS DISEASES	8	34,39	2,26	6,41	42,99	40,74	2,60	3,65
MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY	1	2,23	2,23	2,23	22,31	22,31	1,49	2,20
MICROBIOLOGY	5	20,04	2,26	4,58	40,07	45,65	2,40	3,66
NUTRITION & DIETETICS	2	3,01	0,82	2,20	15,07	15,07	2,13	2,95
OBSTETRICS & GYNECOLOGY	2	3,54	1,52	2,02	17,69	17,69	1,80	2,33
ONCOLOGY	7	29,60	0,24	7,59	42,29	33,33	2,61	4,46
OPHTHALMOLOGY	1	3,03	3,03	3,03	30,26	30,26	1,50	2,20
PATHOLOGY	3	14,34	2,23	7,59	47,79	45,22	1,95	2,72
PEDIATRICS	17	37,74	1,20	4,04	22,20	19,74	1,38	1,89
PHARMACOLOGY & PHARMACY	8	22,15	1,50	4,57	27,69	25,47	2,19	2,96
PHYSIOLOGY	1	2,05	2,05	2,05	20,51	20,51	2,16	3,04
RADIOLOGY, NUCLEAR MEDICINE & MEDICAL IMAGING	2	6,33	3,17	3,17	31,67	31,67	1,59	2,82
REHABILITATION	1	1,42	1,42	1,42	14,17	14,17	1,37	1,69
REPRODUCTIVE BIOLOGY	1	3,56	3,56	3,56	35,55	35,55	2,39	3,04
RESPIRATORY SYSTEM	2	8,41	2,05	6,36	42,03	42,03	2,56	3,54
RHEUMATOLOGY	3	7,38	1,47	3,26	24,61	26,55	2,22	3,83
SURGERY	1	2,24	2,24	2,24	22,38	22,38	1,44	2,06
TOXICOLOGY	2	5,61	2,11	3,50	28,04	28,04	2,23	2,72
UROLOGY & NEPHROLOGY	2	9,73	0,74	8,99	48,65	48,65	1,69	2,96
VIROLOGY	1	6,41	6,41	6,41	64,07	64,07	2,61	3,90



130 - PARTE II - LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

FONDAZIONE MONASTERIO anno 2013								
Specialità ISI	N. articoli	IF Totale	IF min	IF max	IF medio	IF mediano	IF mediano ISI	IF medio ISI
BIOCHEMISTRY & MOLECULAR BIOLOGY	1	2,52	2,52	2,52	25,22	25,22	2,82	4,27
CARDIAC & CARDIOVASCULAR SYSTEMS	48	177,95	1,11	14,10	3,95	3,21	2,13	3,85
CRITICAL CARE MEDICINE	1	2,35	2,35	2,35	23,54	23,54	2,35	3,84
EMERGENCY MEDICINE	1	1,70	1,70	1,70	17,04	17,04	1,02	1,78
HEMATOLOGY	4	20,47	1,23	10,16	51,17	45,40	2,55	4,56
IMMUNOLOGY	1	9,37	9,37	9,37	93,74	93,74	2,89	4,32
INFECTIOUS DISEASES	1	9,37	9,37	9,37	93,74	93,74	2,60	3,65
MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY	5	14,73	2,85	3,01	2,95	3,01	1,49	2,20
MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	4	37,01	2,35	29,98	92,53	23,45	1,08	3,93
MEDICINE, RESEARCH & EXPERIMENTAL	2	6,43	3,22	3,22	32,17	32,17	2,26	3,31
MICROBIOLOGY	2	13,94	4,57	9,37	69,70	69,70	2,40	3,66
NEUROSCIENCES	3	7,17	1,43	3,75	23,90	19,84	2,87	3,98
ONCOLOGY	1	10,16	10,16	10,16	101,64	101,64	2,61	4,46
PEDIATRICS	2	3,55	1,20	2,35	17,76	17,76	1,38	1,89
PERIPHERAL VASCULAR DISEASE	1	1,98	1,98	1,98	19,84	19,84	2,40	4,22
PHARMACOLOGY & PHARMACY	8	27,17	1,56	4,57	3,40	3,31	2,19	2,96
PHYSIOLOGY	1	1,56	1,56	1,56	15,56	15,56	2,16	3,04
PSYCHIATRY	1	3,14	3,14	3,14	31,41	31,41	2,01	3,39
RADIOLOGY, NUCLEAR MEDICINE & MEDICAL IMAGING	12	49,94	1,86	6,16	4,16	4,44	1,59	2,82
RESPIRATORY SYSTEM	13	40,45	2,67	3,53	3,11	3,45	2,56	3,54
RHEUMATOLOGY	1	7,48	7,48	7,48	74,77	74,77	2,22	3,83
SUBSTANCE ABUSE	2	5,16	2,02	3,14	25,81	25,81	1,99	2,66
SURGERY	14	40,68	1,49	3,53	2,91	3,06	1,44	2,06
VETERINARY SCIENCES	1	1,00	1,00	1,00	10,00	10,00	0,88	1,27

FONDAZIONE MONASTERIO anno 2013								
Specialità ISI	N. articoli	IF Totale	IF min	IF max	IF medio	IF mediano	IF mediano ISI	IF medio ISI
BIOCHEMISTRY & MOLECULAR BIOLOGY	1	2,52	2,52	2,52	25,22	25,22	2,82	4,27
CARDIAC & CARDIOVASCULAR SYSTEMS	48	177,95	1,11	14,10	3,95	3,21	2,13	3,85
CRITICAL CARE MEDICINE	1	2,35	2,35	2,35	23,54	23,54	2,35	3,84
EMERGENCY MEDICINE	1	1,70	1,70	1,70	17,04	17,04	1,02	1,78
HEMATOLOGY	4	20,47	1,23	10,16	51,17	45,40	2,55	4,56
IMMUNOLOGY	1	9,37	9,37	9,37	93,74	93,74	2,89	4,32
INFECTIOUS DISEASES	1	9,37	9,37	9,37	93,74	93,74	2,60	3,65
MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY	5	14,73	2,85	3,01	2,95	3,01	1,49	2,20
MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	4	37,01	2,35	29,98	92,53	23,45	1,08	3,93
MEDICINE, RESEARCH & EXPERIMENTAL	2	6,43	3,22	3,22	32,17	32,17	2,26	3,31
MICROBIOLOGY	2	13,94	4,57	9,37	69,70	69,70	2,40	3,66
NEUROSCIENCES	3	7,17	1,43	3,75	23,90	19,84	2,87	3,98
ONCOLOGY	1	10,16	10,16	10,16	101,64	101,64	2,61	4,46
PEDIATRICS	2	3,55	1,20	2,35	17,76	17,76	1,38	1,89
PERIPHERAL VASCULAR DISEASE	1	1,98	1,98	1,98	19,84	19,84	2,40	4,22
PHARMACOLOGY & PHARMACY	8	27,17	1,56	4,57	3,40	3,31	2,19	2,96
PHYSIOLOGY	1	1,56	1,56	1,56	15,56	15,56	2,16	3,04
PSYCHIATRY	1	3,14	3,14	3,14	31,41	31,41	2,01	3,39
RADIOLOGY, NUCLEAR MEDICINE & MEDICAL IMAGING	12	49,94	1,86	6,16	4,16	4,44	1,59	2,82
RESPIRATORY SYSTEM	13	40,45	2,67	3,53	3,11	3,45	2,56	3,54
RHEUMATOLOGY	1	7,48	7,48	7,48	74,77	74,77	2,22	3,83
SUBSTANCE ABUSE	2	5,16	2,02	3,14	25,81	25,81	1,99	2,66
SURGERY	14	40,68	1,49	3,53	2,91	3,06	1,44	2,06
VETERINARY SCIENCES	1	1,00	1,00	1,00	10,00	10,00	0,88	1,27



2.54 Indicatore B16: Comunicazione e partecipazione del cittadino

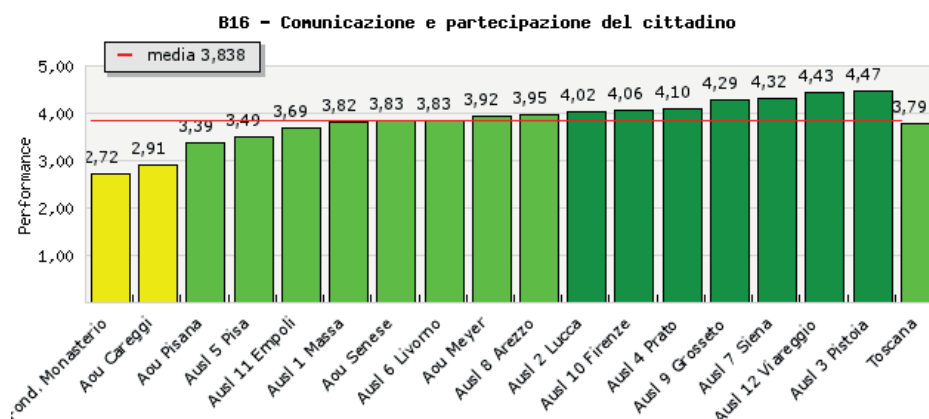
Una chiara diffusione delle informazioni sui servizi sanitari offerti verso gli utenti e la loro partecipazione consapevole al proprio percorso di cura e all'organizzazione costituiscono presupposti fondamentali per garantire un accesso equo e appropriato al sistema sanitario stesso. L'indicatore B16 confronta da una parte ciò che le aziende sanitarie dichiarano di mettere in atto in termini di informazione sui propri servizi e coinvolgimento dei pazienti e, dall'altra, quanto la popolazione si dichiara soddisfatta rispetto alla comunicazione e alla semplificazione dell'accesso ai servizi. Per il 2013 l'indicatore rileva soltanto i dati relativi alla Carta dei Servizi e al Front-Office aziendale; non sono quindi valutati i dati relativi alla soddisfazione ed esperienza della popolazione.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B16 - Comunicazione e partecipazione del cittadino	3,79	2013

Fonte dei dati : *Sistema Informativo Regionale-Flusso Carta dei Servizi*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino
 - B16.1 Carta dei Servizi [\[solo valutazione\]](#)
 - B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti [84,62 %](#)
 - B16.1.2 Comitato di partecipazione [69,12 %](#)
 - B16.2 Front office [82,49](#)



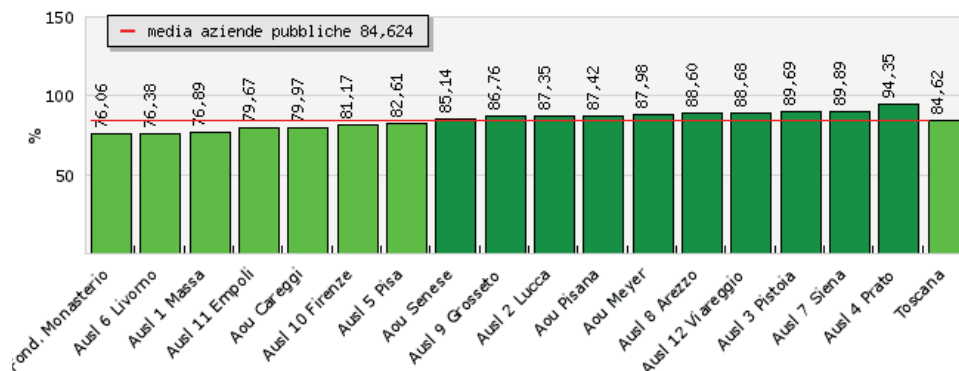
B16	
COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO	
DEFINIZIONE	Comunicazione e partecipazione del cittadino
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Comunicazione e coinvolgimento dei pazienti rispetto alle proprie cure e all'organizzazione stessa del sistema sanitario rappresentano presupposti fondamentali per garantire equità e appropriatezza nell'accesso alle prestazioni sanitarie. L'indicatore B16 misura sia quanto le Aziende mettono in pratica per garantire l'informazione sui propri servizi e il coinvolgimento dei propri pazienti.
NOTA METODOLOGICA	L'indicatore B16 assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai suoi sottoindicatori, il B16.1 (pesato 80%) e il B16.2 (pesato 20%).



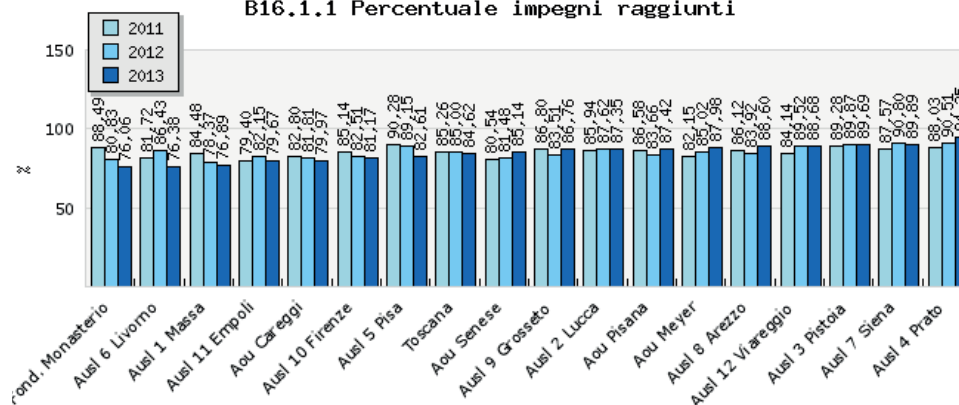
2.55 Indicatore B16.1.1: Percentuale impegni raggiunti

Tale indicatore considera il sistema Carta dei Servizi, il cui scopo è quello di far conoscere agli utenti le attività offerte e i livelli di qualità garantiti dalle aziende sanitarie, con particolare riguardo all'umanizzazione, al diritto all'informazione e alla tutela dei diritti. Vengono considerati nello specifico il repertorio dei 32 impegni fissati a livello regionale con la DGR 697/2003, misurando quanti di essi vengono raggiunti dalle Aziende. L'indicatore valuta quanti impegni, dei 32 fissati a livello regionale, le aziende hanno dichiarato di aver raggiunto.

B16.1.1 - Percentuale impegni raggiunti



B16.1.1 Percentuale impegni raggiunti



B16.1.1

PERCENTUALE IMPEGNI RAGGIUNTI

DEFINIZIONE	L'indicatore intende misurare in che misura le aziende sanitarie abbiano raggiunto gli obiettivi definiti a livello regionale.
NUMERATORE	Numero di impegni raggiunti
DENOMINATORE	32 impegni definiti a livello regionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore pesa l'80% del B16.1
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale secondo impegni presi nella Carta dei Servizi
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso Carta dei Servizi
LIVELLO	Azienda di erogazione

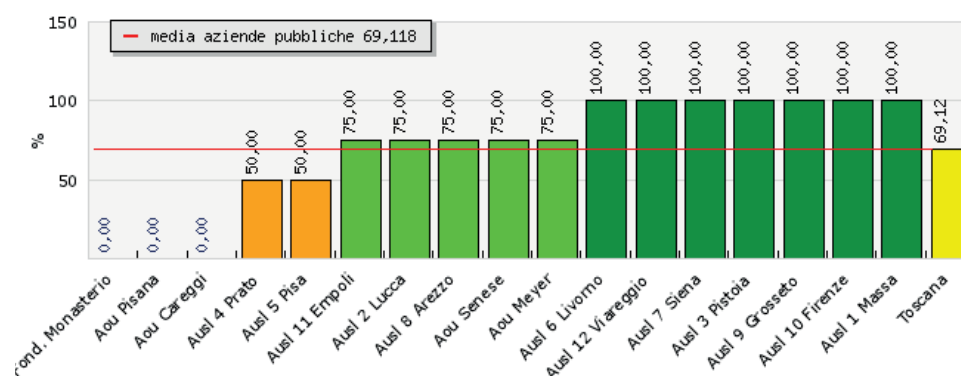


2.56 Indicatore B16.1.2: Comitato di partecipazione

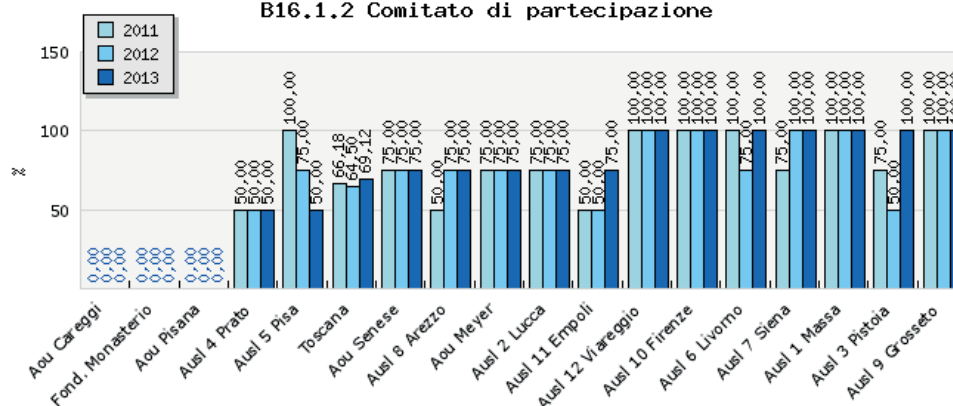
Data la particolare importanza della presenza o meno del comitato di partecipazione, si è deciso di inserire un indicatore indipendente su tale punto, al quale viene assegnata una valutazione scalare a seconda di quanto le aziende hanno dichiarato (B16.1.2). La valutazione di tale indicatore considera i seguenti punti:

- se è presente un Comitato aziendale oppure se l'azienda si avvale del/i Comitato/i delle SDS;
- se il Comitato aziendale lavora in raccordo con il/i Comitato/i delle SDS;
- se il Comitato (aziendale o della SDS) effettua riunioni almeno trimestrali o collabora alla realizzazione della carta dei servizi;
- se il Comitato effettua ispezioni sulla base di direttive aziendali e/o regionali.

B16.1.2 - Comitato di partecipazione



B16.1.2 Comitato di partecipazione



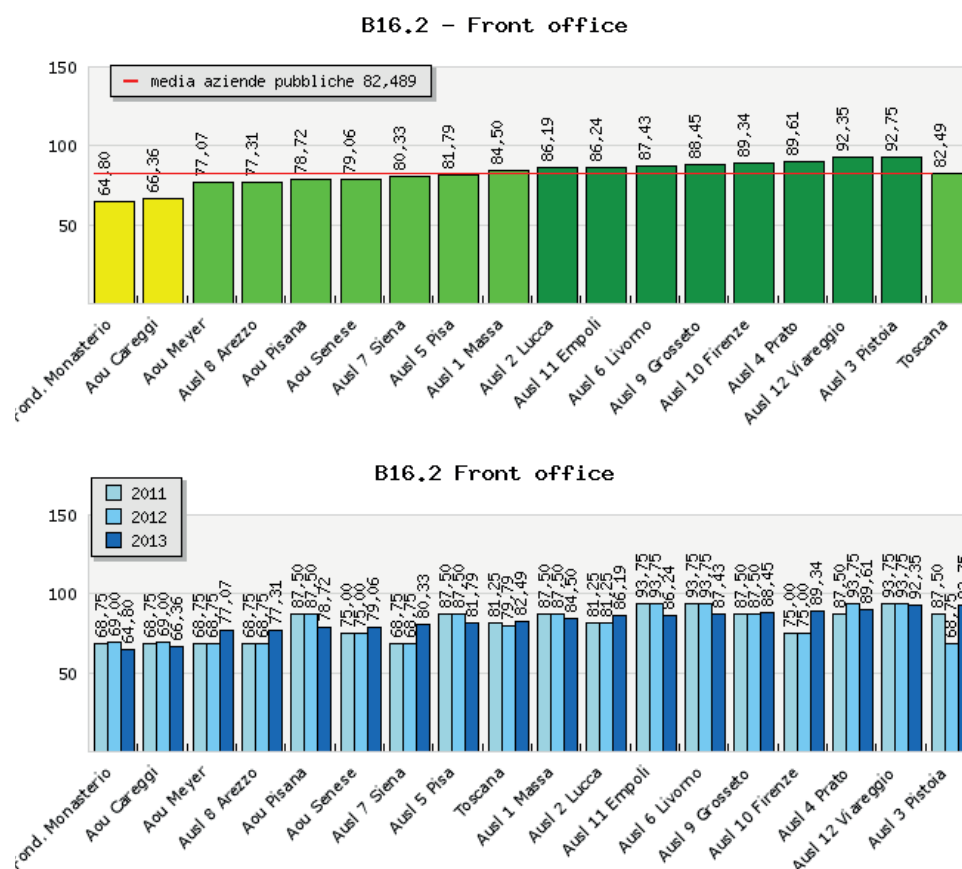
B16.1.2	
COMITATO DI PARTECIPAZIONE	
DEFINIZIONE	L'indicatore intende misurare se sia presente e con che modalità operi un Comitato di partecipazione aziendale.
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore pesa 20% del B16.1. Sono previste una serie di voci, a ognuna delle quali è attribuito un punteggio: è presente un comitato aziendale: 5 punti se NO, l'azienda si avvale del/i Comitato/i delle SDS: 5 punti se SI, il Comitato aziendale lavora in raccordo con il/i Comitato/i delle SDS: 5 punti il Comitato (aziendale o della SDS) effettua riunioni almeno trimestrali o collabora alla realizzazione della carta dei servizi: 5 punti il Comitato effettua ispezioni sulla base di direttive aziendali e/o regionali: 5 punti Le aziende possono quindi ottenere un punteggio da 0 a 20, che nel calcolo dell'indicatore è riportato a 100 per consentire il trend con gli anni precedenti.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale secondo impegni presi nella Carta dei Servizi
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso Carta dei Servizi
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.57 Indicatore B16.2: Front office

L'indicatore B16.2 si riferisce ai servizi di front-office valutando, in ottica di confronto, i servizi offerti agli utenti.

La valutazione del front-office fa riferimento alle fasce giornaliere di apertura del front-office telefonico, alla presenza di un numero verde, all'attivazione di un servizio di segreteria telefonica dedicato agli utenti e alla possibilità di essere richiamati da un operatore.



B16.2	
FRONT OFFICE	
DEFINIZIONE	L'indicatore intende misurare quanto effettivamente le aziende sanitarie abbiano implementato il sistema carta dei servizi, con particolare riguardo al front-office telefonico.
NOTE PER L'ELABORAZIONE	La valutazione viene assegnata sulla base dei seguenti parametri: Numero verde: presenza di numero verde=100, assenza di numero verde=0; Segreteria telefonica: presenza segreteria=100, assenza segreteria=0; Operatore che richiama l'utente in seguito a messaggio lasciato in segreteria: presente=100, assente=0; Orario di apertura del front-office telefonico: solo mattina=25, mattina e qualche pomeriggio= 50, mattina e pomeriggio=75, anche sabato e domenica=100. Per ogni Azienda Viene poi calcolata la media secca dei punteggi raggiunti in relazione ai 4 parametri.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale secondo impegni presi nella Carta dei Servizi
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso Carta dei Servizi
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.58 Indicatore B20a: Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche

L'indicatore monitora la percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate entro 15 giorni e la percentuale delle prestazioni di diagnostica per immagine prenotate entro 30 giorni, sul totale delle visite e prestazioni considerate.

Le visite specialistiche considerate sono le seguenti: cardiologiche, ginecologiche, neurologiche, ortopediche, otorinolaringoiatriche, oculistiche, dermatologiche, urologiche e chirurgia generale. Le prestazioni di diagnostica per immagine monitorate sono invece: risonanze magnetiche (RMN), tomografie computerizzate (TAC), ecocolordoppler ed ecografie all'addome.

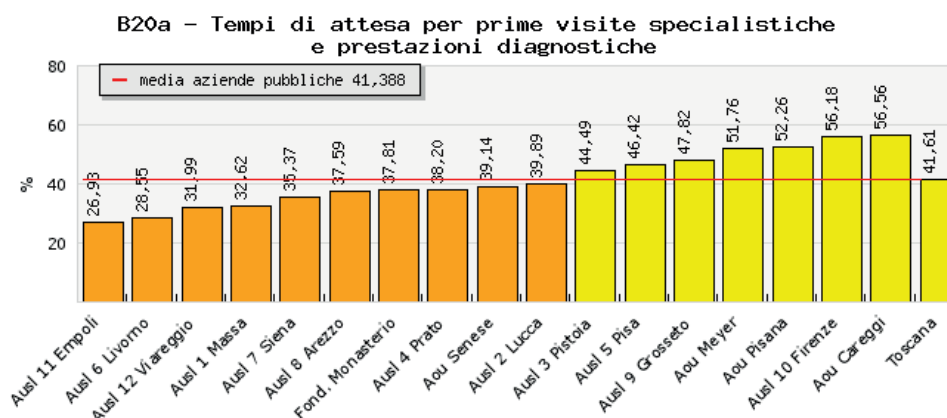
Tre sottoindicatori permangono di osservazione e monitorano la percentuale delle richieste di prestazioni specialistiche di primo accesso e diagnostiche correttamente compilate con l'indicazione del quesito diagnostico e della classe di priorità.

Indicatore	Valore Toscana	Performance Toscana	Anno
B20a - Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	41,61 %	 2,08	2013

Fonte dei dati : *Sistema informativo regionale*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

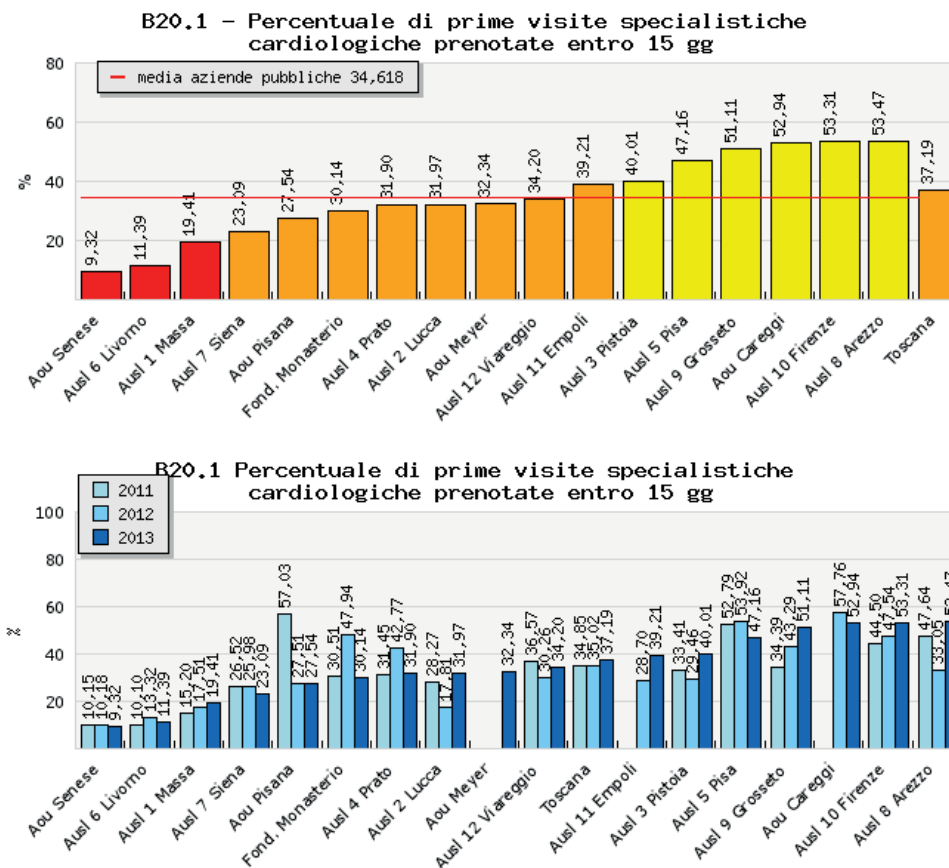
- B20a Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche
 - B20 Percentuale di prime visite specialistiche prenotate entro 15 gg [37,06 %](#) 
 - B20.1 Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche prenotate entro 15 gg [37,19 %](#) 
 - B20.2 Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche prenotate entro 15 gg [31,43 %](#) 
 - B20.3 Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche prenotate entro 15 gg [45,45 %](#) 
 - B20.4 Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche prenotate entro 15 gg [31,55 %](#) 
 - B20.5 Percentuale di prime visite specialistiche otorino prenotate entro 15 gg [50,17 %](#) 
 - B20.6 Percentuale di prime visite specialistiche oculistiche prenotate entro 15 gg [27,96 %](#) 
 - B20.7 Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche prenotate entro 15 gg [40,25 %](#) 
 - B20.8 Percentuale di prime visite specialistiche urologiche prenotate entro 15 gg [32,23 %](#) 
 - B20.9 Percentuale di prime visite chirurgia generale prenotate entro 15 gg [51,44 %](#) 
 - B21a Percentuale prestazioni diagnostiche prenotate entro 30 gg. [47,85 %](#) 
 - B21a.1 Percentuale di RMN prenotate entro 30 gg. [48,85 %](#) 
 - B21a.2 Percentuale di TAC prenotate entro 30 gg. [59,07 %](#) 
 - B21a.3 Percentuale di Ecocolordoppler prenotate entro 30 gg. [37,56 %](#) 
 - B21a.4 Percentuale di Ecografie addome prenotate entro 30 gg. [47,58 %](#) 
 - B20a.1 Percentuale richieste prestazioni specialistiche di primo accesso e diagnostiche con quesito diagnostico [0,00 %](#)
 - B20a.2 Percentuale richieste prestazioni specialistiche di primo accesso e diagnostiche con classe di priorità [95,76 %](#)
 - B20a.3 Percentuale prestazioni specialistiche di primo accesso e diagnostiche che rispettano i tempi definiti dalle classi di p [83,26 %](#)



B20a	
TEMPI DI ATTESA PER PRIME VISITE SPECIALISTICHE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	
DEFINIZIONE	Percentuale di prime visite specialistiche prenotate entro 15 gg. e prestazioni diagnostiche prenotate entro 30 gg.
NUMERATORE	N. prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate entro 15 gg. + N. prestazioni diagnostiche prenotate entro 30 gg.
DENOMINATORE	N. delle prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate + N. prestazioni diagnostiche prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Cardiologia (89.7.8), Ginecologia (89.26.37), Neurologia (89.13.32), Ortopedia (89.7.36), Otorinolaringoiatria (89.7.38), Oculistica (95.02.34), Dermatologia (89.7.52), Urologia (89.7.43), Chirurgia generale (89.7.9). Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti prestazioni diagnostiche: TAC senza contrasto (87.03.9, 87.03.4, 88.38.6, 87.03.5, 88.38.1, 87.03.7, 87.03.2, 88.90.3, 88.38.3, 88.01.5, 87.04.1, 88.01.3, 87.03, 88.38.5, 88.38.8), TAC con contrasto (87.41.1, 87.03.3, 88.01.6, 87.03.6, 87.03.1, 88.38.2, 87.03.8, 88.01.2, 88.01.4, 88.38.4, 88.38.7), RMN senza contrasto (88.90.2, 88.95.1, 88.94.1, 88.92.8, 88.97.1, 88.93, 88.95.4, 88.91.1, 88.91.3, 88.91.6, 88.92.3, 88.92, 88.90.4, 88.92.5, 88.92.6), RMN con contrasto (88.91.4, 88.97.3, 88.97.2, 88.92.4, 88.95.5, 88.91.2, 88.92.1, 88.92.7, 88.94.2, 88.92.9, 88.95.2, 88.93.1, 88.91.7), Ecografia internistica addome (88.74.1, 88.75.1, 88.76.1), Ecocolordoppler (88.71.2, 88.71.3, 88.73.4, 88.73.5, 88.77.1, 88.77.2, 88.77.3).
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione

**2.59 Indicatore B20.1: Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche prenotate entro 15 gg**

L'indicatore monitora la percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche prenotate entro 15 giorni sul totale delle prime visite cardiologiche prenotate.

**B20.1****PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE CARDIOLOGICHE PRENOTATE ENTRO 15 GG**

DEFINIZIONE Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali cardiologiche prenotate entro 15 giorni.

NUMERATORE Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali cardiologiche prenotate entro 15 gg

DENOMINATORE Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali cardiologiche prenotate

NOTE PER L'ELABORAZIONE Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Cardiologia (89.7.8)

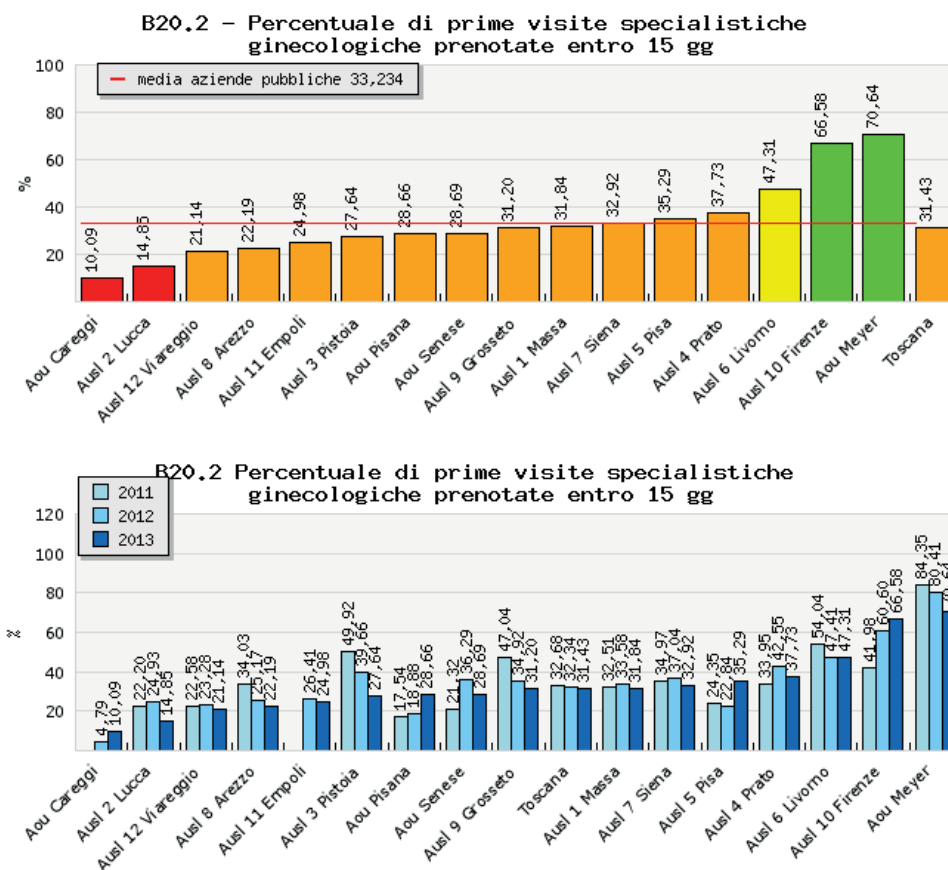
FONTE Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT

LIVELLO Azienda di erogazione



2.60 Indicatore B20.2: Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche prenotate entro 15 gg

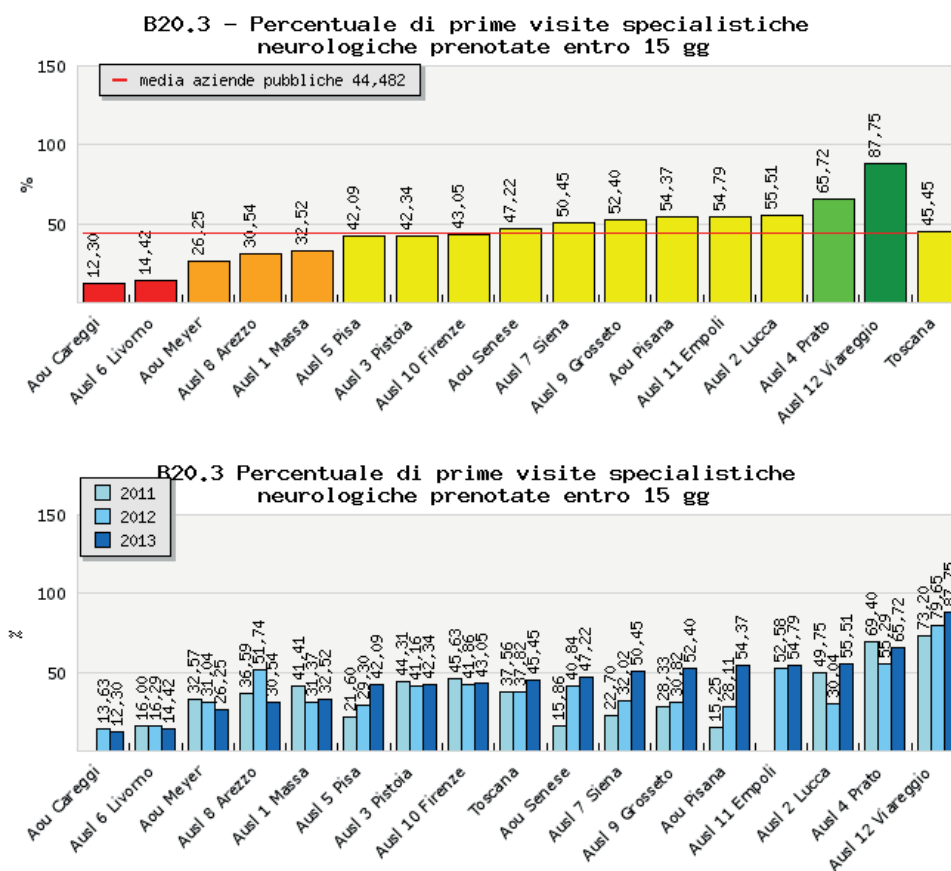
L'indicatore monitora la percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche prenotate entro 15 giorni sul totale delle prime visite ginecologiche prenotate.



B20.2	
PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE GINECOLOGICHE PRENOTATE ENTRO 15 GG	
DEFINIZIONE	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali ginecologiche prenotate entro 15 giorni.
NUMERATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali ginecologiche prenotate entro 15 gg
DENOMINATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali ginecologiche prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Ginecologia (89.26.37)
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione

**2.61 Indicatore B20.3: Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche prenotate entro 15 gg**

L'indicatore monitora la percentuale di prime visite specialistiche neurologiche prenotate entro 15 giorni sul totale delle prime visite neurologiche prenotate.

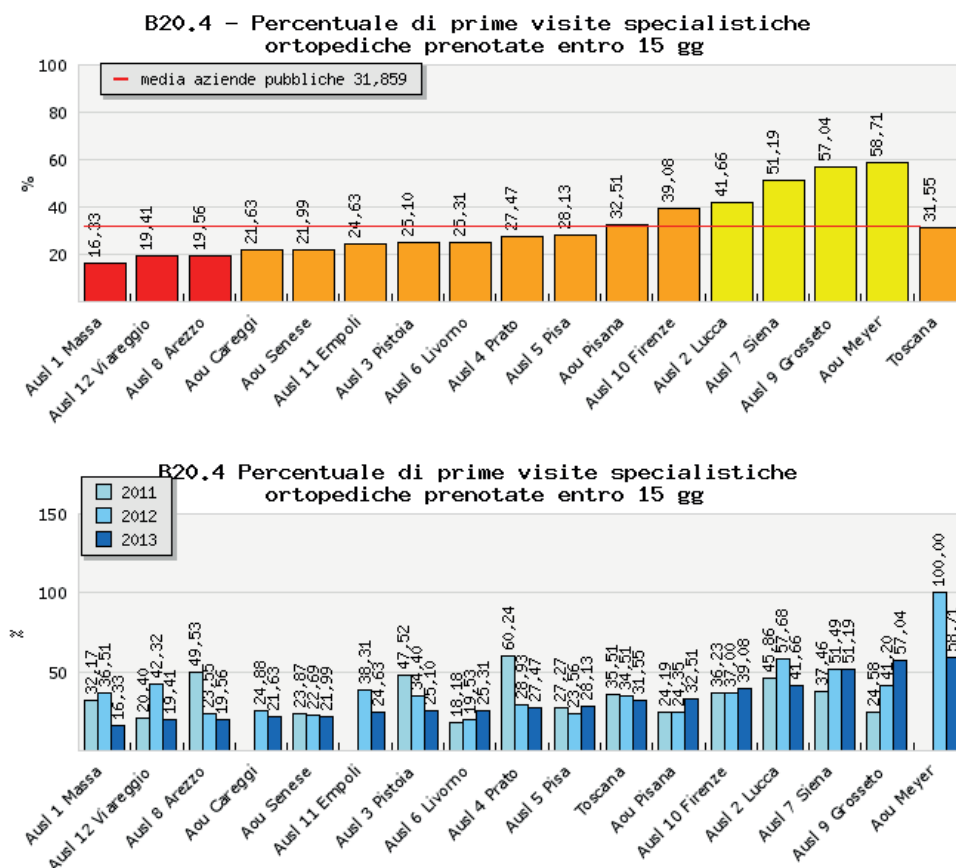
**B20.3****PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE NEUROLOGICHE PRENOTATE ENTRO 15 GG**

DEFINIZIONE	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali neurologiche prenotate entro 15 giorni.
NUMERATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali neurologiche prenotate entro 15 gg
DENOMINATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali neurologiche prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Neurologia (89.13.32)
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.62 Indicatore B20.4: Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche prenotate entro 15 gg

L'indicatore monitora la percentuale di prime visite specialistiche ortopediche prenotate entro 15 giorni sul totale delle prime visite ortopediche prenotate.



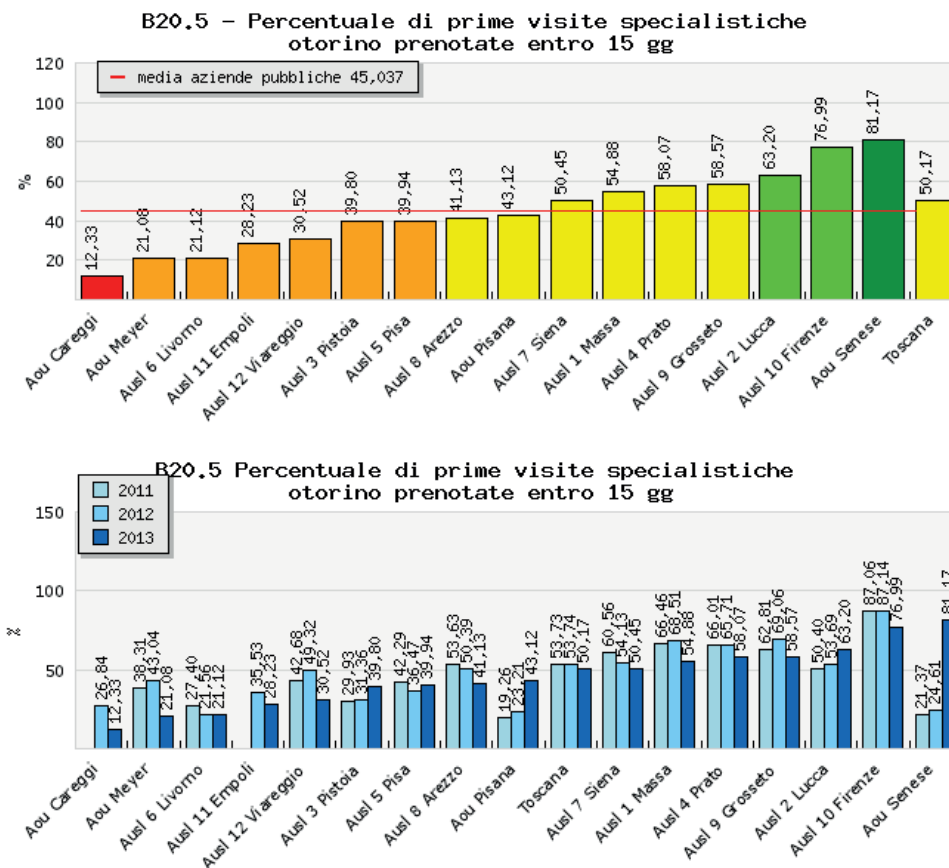
B20.4

PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE ORTOPEDICHE PRENOTATE ENTRO 15 GG

DEFINIZIONE	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali ortopediche prenotate entro 15 giorni.
NUMERATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali ortopediche prenotate entro 15 gg
DENOMINATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali ortopediche prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Ortopedia (89.7.36)
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione

**2.63 Indicatore B20.5: Percentuale di prime visite specialistiche otorino prenotate entro 15 gg**

L'indicatore monitora la percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche prenotate entro 15 giorni sul totale delle prime visite otorinolaringoiatriche prenotate.

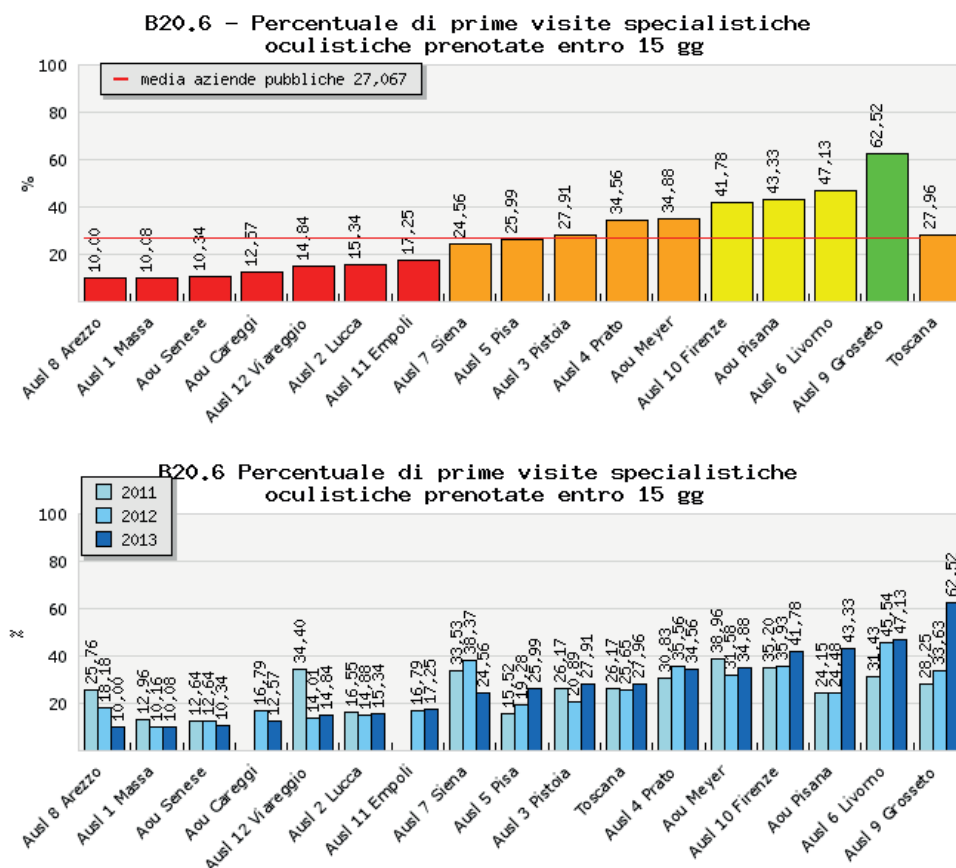


B20.5	
PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE OTORINO PRENOTATE ENTRO 15 GG	
DEFINIZIONE	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali otorinolaringoiatriche prenotate entro 15 giorni.
NUMERATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali otorinolaringoiatriche prenotate entro 15 gg
DENOMINATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali otorinolaringoiatriche prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Otorinolaringoiatria (89.7.38)
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.64 Indicatore B20.6: Percentuale di prime visite specialistiche oculistiche prenotate entro 15 gg

L'indicatore monitora la percentuale di prime visite specialistiche oculistiche prenotate entro 15 giorni sul totale delle prime visite oculistiche prenotate.

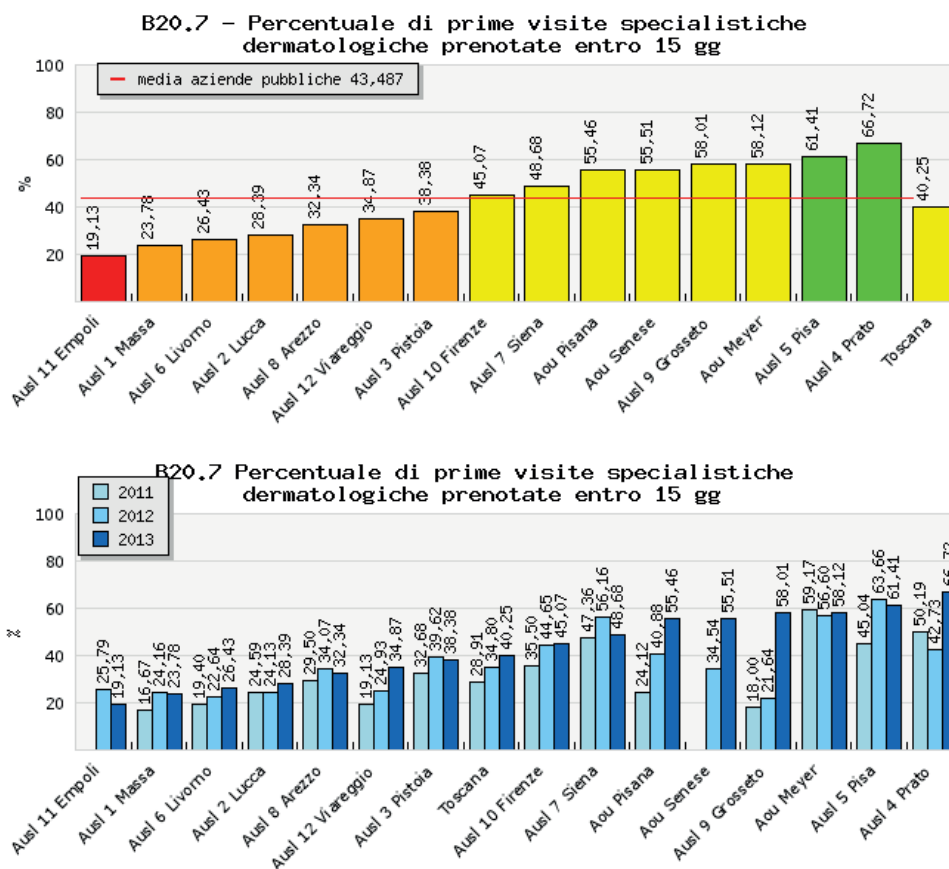


B20.6	
PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE OCULISTICHE PRENOTATE ENTRO 15 GG	
DEFINIZIONE	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali oculistiche prenotate entro 15 giorni.
NUMERATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali oculistiche prenotate entro 15 gg
DENOMINATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali oculistiche prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Oculistica (95.02.34)
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.65 Indicatore B20.7: Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche prenotate entro 15 gg

L'indicatore monitora la percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche prenotate entro 15 giorni sul totale delle prime visite dermatologiche prenotate.

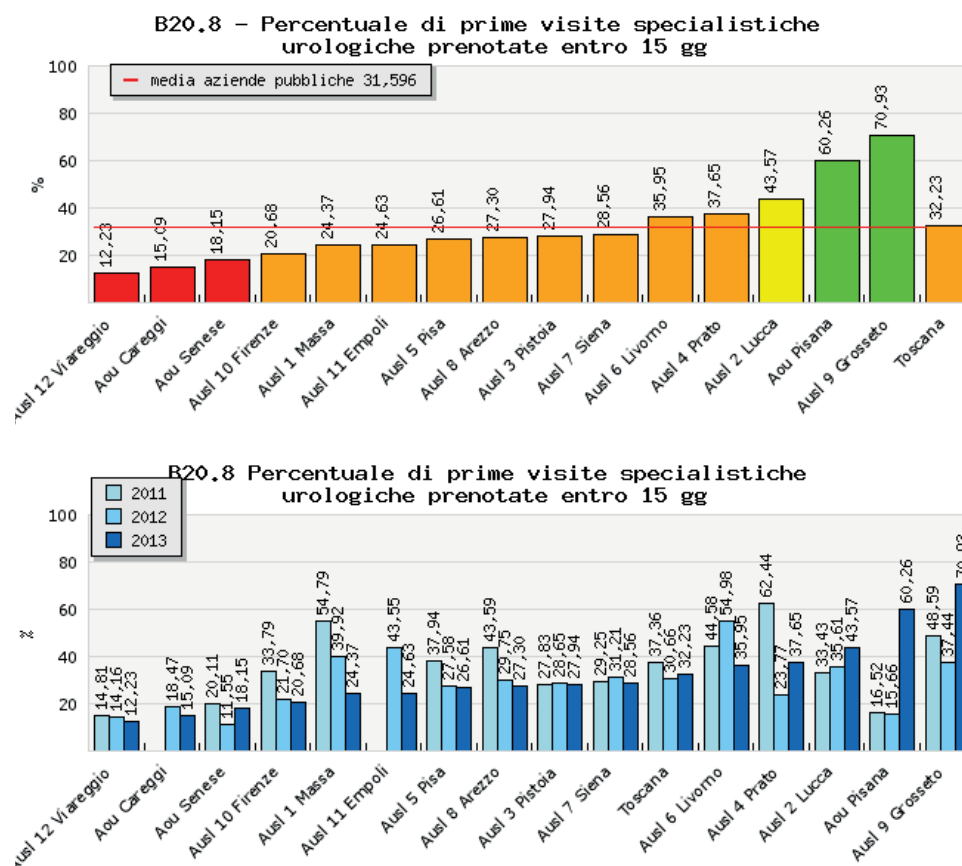


B20.7	
PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE DERMATOLOGICHE PRENOTATE ENTRO 15 GG	
DEFINIZIONE	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali dermatologiche prenotate entro 15 giorni.
NUMERATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali dermatologiche prenotate entro 15 gg
DENOMINATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali dermatologiche prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Dermatologia (89.7.52)
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.66 Indicatore B20.8: Percentuale di prime visite specialistiche urologiche prenotate entro 15 gg

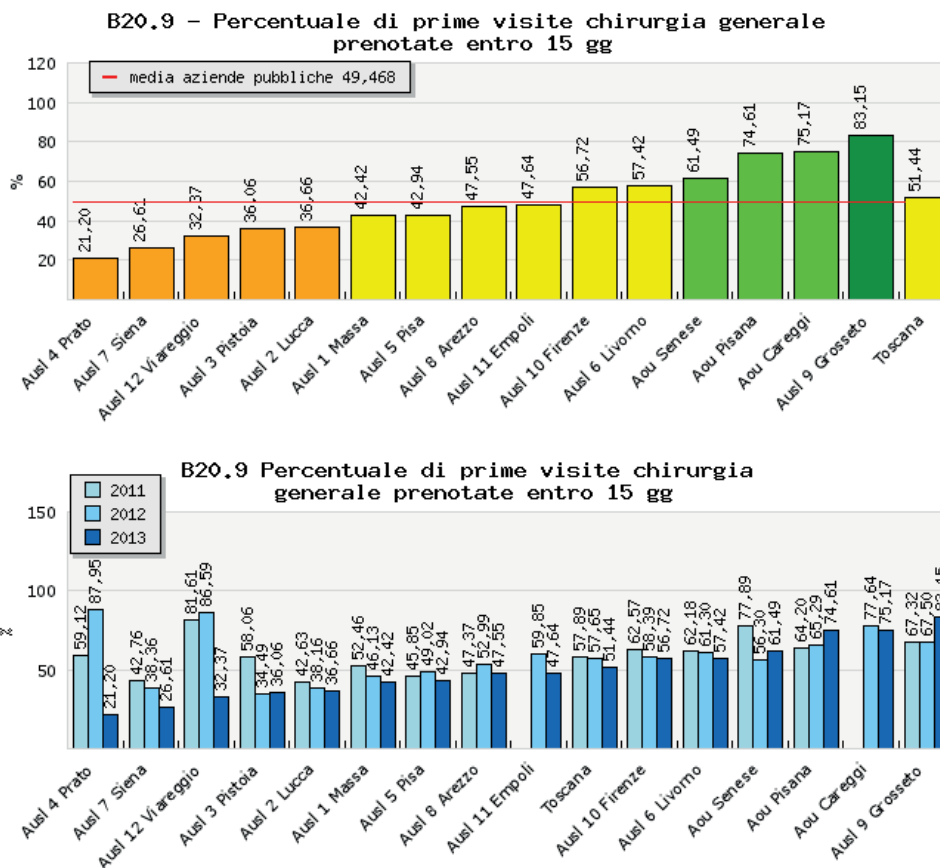
L'indicatore monitora la percentuale di prime visite specialistiche urologiche prenotate entro 15 giorni sul totale delle prime visite urologiche prenotate.



B20.8	
PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE UROLOGICHE PRENOTATE ENTRO 15 GG	
DEFINIZIONE	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali urologiche prenotate entro 15 giorni.
NUMERATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali urologiche prenotate entro 15 gg
DENOMINATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali urologiche prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Urologia (89.7.43)
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione

**2.67 Indicatore B20.9: Percentuale di prime visite chirurgia generale prenotate entro 15 gg**

L'indicatore monitora la percentuale di prime visite di chirurgia generale prenotate entro 15 giorni sul totale delle prime visite di chirurgia generale prenotate.

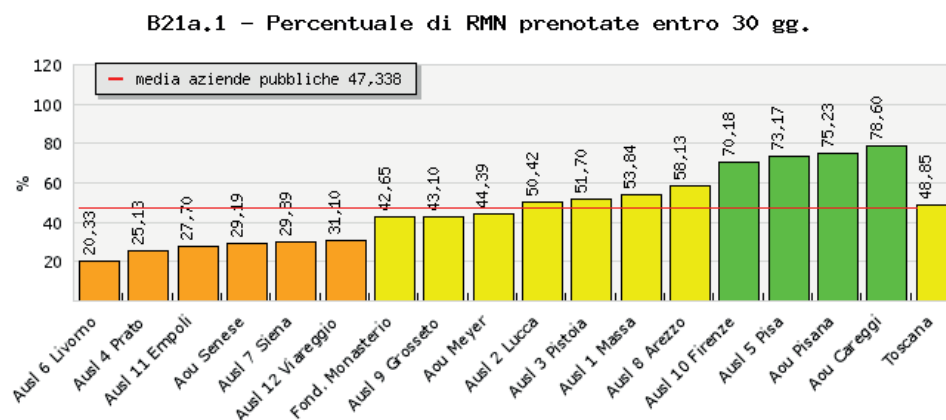


B20.9	
PERCENTUALE DI PRIME VISITE CHIRURGIA GENERALE PRENOTATE ENTRO 15 GG	
DEFINIZIONE	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali di chirurgia generale prenotate entro 15 giorni.
NUMERATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali di chirurgia generale prenotate entro 15 gg
DENOMINATORE	Numero di prime visite specialistiche ambulatoriali di chirurgia generale prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti visite ambulatoriali: Chirurgia generale (89.7.9)
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.68 Indicatore B21a.1: Percentuale di RMN prenotate entro 30 gg.

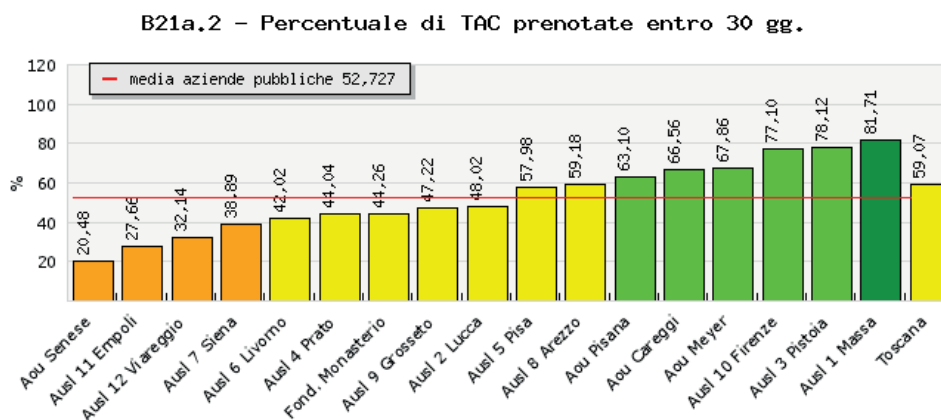
L'indicatore monitora la percentuale di RMN prenotate entro 30 giorni, sul totale delle RMN prenotate.



B21a.1	
PERCENTUALE DI RMN PRENOTATE ENTRO 30 GG.	
DEFINIZIONE	Percentuale di RMN prenotate entro 30 gg.
NUMERATORE	N. di RMN prenotate entro 30 gg.
DENOMINATORE	N. di RMN prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti prestazioni diagnostiche: RMN senza contrasto (88.90.2, 88.95.1, 88.94.1, 88.92.8, 88.97.1, 88.93, 88.95.4, 88.91.1, 88.91.3, 88.91.6, 88.92.3, 88.92, 88.90.4, 88.92.5, 88.92.6), RMN con contrasto (88.91.4, 88.97.3, 88.97.2, 88.92.4, 88.95.5, 88.91.2, 88.92.1, 88.92.7, 88.94.2, 88.92.9, 88.95.2, 88.93.1, 88.91.7).
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione

**2.69 Indicatore B21a.2: Percentuale di TAC prenotate entro 30 gg.**

L'indicatore monitora la percentuale di TAC prenotate entro 30 giorni, sul totale delle TAC prenotate.

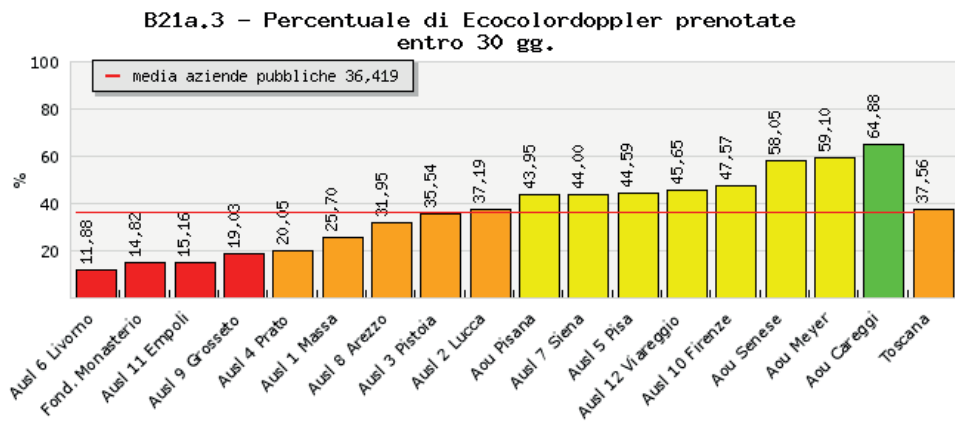


B21a.2	
PERCENTUALE DI TAC PRENOTATE ENTRO 30 GG.	
DEFINIZIONE	Percentuale di TAC prenotate entro 30 gg.
NUMERATORE	N. TAC prenotate entro 30 gg.
DENOMINATORE	N. TAC prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti prestazioni diagnostiche: TAC senza contrasto (87.03.9, 87.03.4, 88.38.6, 87.03.5, 88.38.1, 87.03.7, 87.03.2, 88.90.3, 88.38.3, 88.01.5, 87.04.1, 88.01.1, 87.41, 88.01.3, 87.03, 88.38.5, 88.38.8), TAC con contrasto (87.41.1, 87.03.3, 88.01.6, 87.03.6, 87.03.1, 88.38.2, 87.03.8, 88.01.2, 88.01.4, 88.38.4, 88.38.7).
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.70 Indicatore B21a.3: Percentuale di Ecocolordoppler prenotate entro 30 gg.

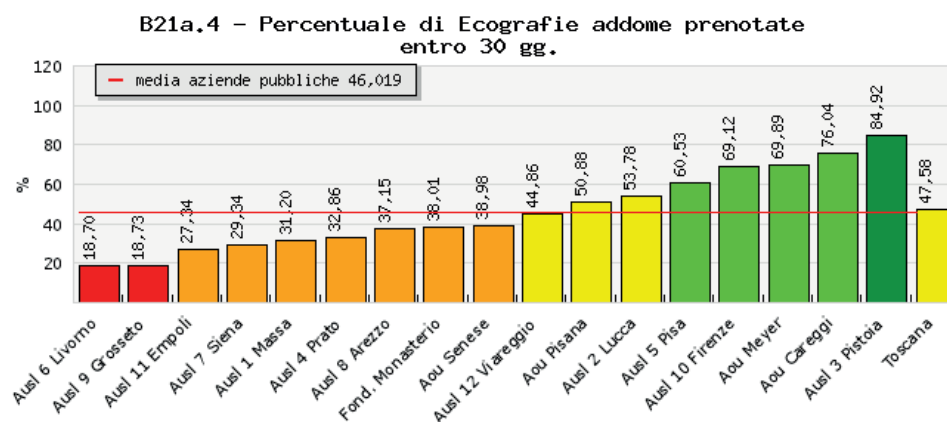
L'indicatore monitora la percentuale di ecocolordoppler prenotate entro 30 giorni, sul totale delle ecocolordoppler prenotate.



B21a.3	
PERCENTUALE DI ECOCOLORDOPPLER PRENOTATE ENTRO 30 GG.	
DEFINIZIONE	Percentuale di Ecocolordoppler vascolari prenotate entro 30 gg.
NUMERATORE	N. Ecocolordoppler prenotati entro 30 gg.
DENOMINATORE	N. Ecocolordoppler prenotati
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti prestazioni diagnostiche: Ecocolordoppler (88.71.2, 88.71.3, 88.73.4, 88.73.5, 88.77.1, 88.77.2, 88.77.3).
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT

**2.71 Indicatore B21a.4: Percentuale di Ecografie addome prenotate entro 30 gg.**

L'indicatore monitora la percentuale di ecografie all'addome prenotate entro 30 giorni, sul totale delle ecografie all'addome prenotate.



B21a.4	
PERCENTUALE DI ECOGRAFIE ADDOME PRENOTATE ENTRO 30 GG.	
DEFINIZIONE	Percentuale di ecografie all'addome prenotate entro 30 gg.
NUMERATORE	N. Ecografie all'addome prenotate entro 30 gg.
DENOMINATORE	N. Ecografie all'addome prenotate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nel calcolo dell'indicatore si considerano le seguenti prestazioni diagnostiche: Ecografia internistica addome (88.74.1, 88.75.1, 88.76.1).
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso TAT
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.72 Indicatore B22: Attività Fisica Adattata (AFA)

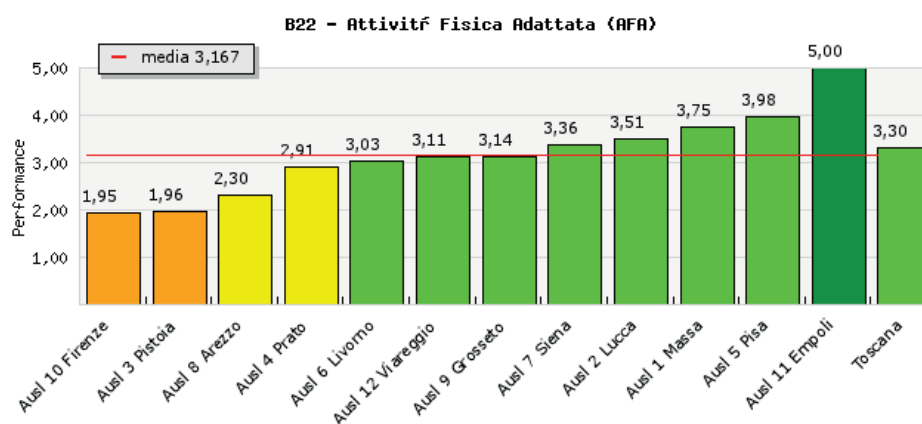
L'indicatore B22 misura la diffusione dei programmi di Attività Fisica Adattata (AFA), promossi dalla Regione Toscana tramite la Delibera n° 459 del 3 giugno 2009 nell'ambito della sanità di iniziativa e come strategia per il controllo delle malattie croniche. L'indicatore è costituito da due sottoindicatori, che misurano rispettivamente la diffusione dei programmi a bassa ed alta disabilità.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B22 - Attività Fisica Adattata (AFA)	3,30	2013

Fonte dei dati : Regione Toscana

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

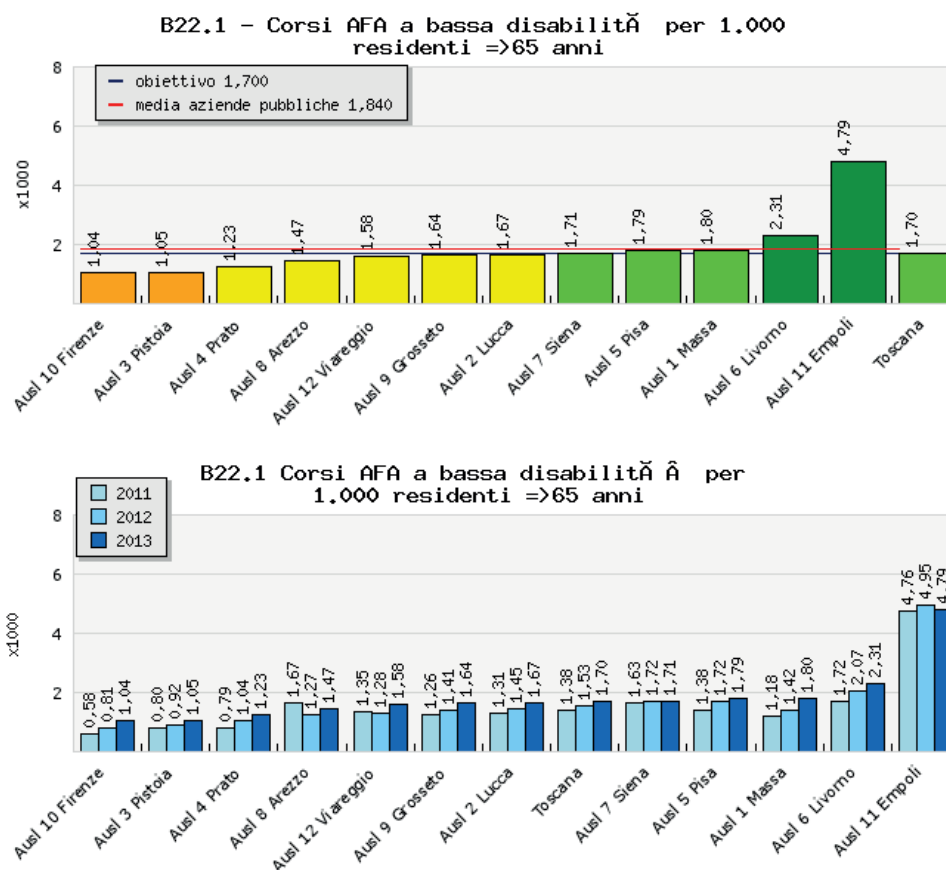
- B22 Attività Fisica Adattata (AFA)
 - B22.1 Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti =>65 anni $1,70 \times 1000$
 - B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti =>65 anni $2,59 \times 15000$



B22	
ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AFA)	
DEFINIZIONE	L'indicatore B22 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: B22.1, B22.2.
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore intende misurare la diffusione del programma Attività Fisica Adattata, previsto tra le azioni regionali di sanità di iniziativa per il contrasto alle malattie croniche a partire dalla DGR 459/2009.

**2.73 Indicatore B22.1: Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti =>65 anni**

L'indicatore B22.1 misura la diffusione sul territorio regionale dei programmi di attività fisica per persone con "bassa disabilità", diretti alle sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di fratture da fragilità ossea ed osteoporosi (Delibera Regionale n° 459/2009). Si calcola verificando il numero di corsi attivi alla data di rilevazione ogni 1000 persone residenti di età uguale o superiore a 65 anni (dati ISTAT 2012).

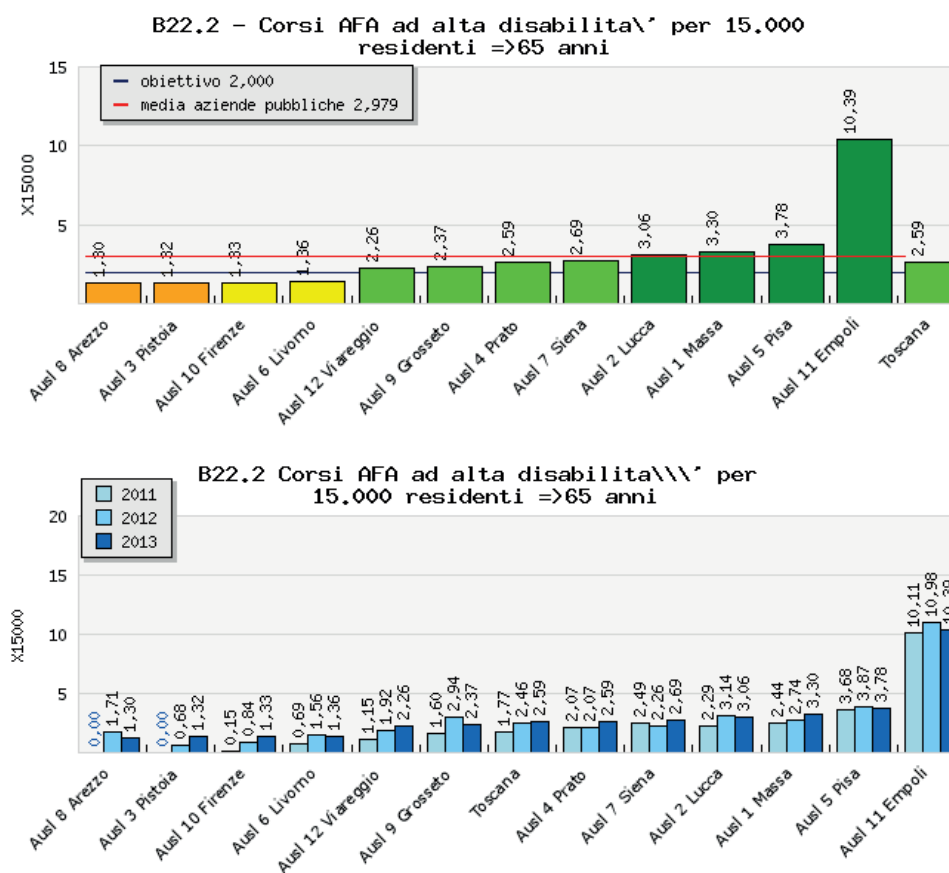


B22.1	
CORSI AFA A BASSA DISABILITÀ PER 1.000 RESIDENTI =>65 ANNI	
DEFINIZIONE	Grado di diffusione del programma AFA a bassa disabilità misurato attraverso il numero dei corsi attivi alla data di rilevazione.
NUMERATORE	N° corsi AFA a bassa disabilità attivi alla data di rilevazione
DENOMINATORE	Popolazione residente nell'Azienda al 31.12.2012 >= 65 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore misura la diffusione sul territorio regionale dei programmi di attività fisica "a bassa disabilità", diretti cioè alle sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di fratture da fragilità ossea ed osteoporosi (DGR 459/2009).
RIFERIMENTO	Obiettivo stabilito a livello regionale: almeno 1,7 corsi X 1000 residenti di età =>65 anni
FONTE	Aziende attraverso il flusso istituito verso l'Assessorato.
LIVELLO	Azienda di residenza



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

L'indicatore B22.2 misura la diffusione sul territorio regionale dei programmi di attività fisica per persone con "alta disabilità", diretti alle sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata (Delibera Regionale n° 459/2009). Si calcola verificando il numero dei corsi attivi alla data di rilevazione ogni 15000 persone residenti di età uguale o superiore a 65 anni (dati ISTAT 2012).



B22.2	
CORSI AFA AD ALTA DISABILITÀ PER 15.000 RESIDENTI =>65 ANNI	
DEFINIZIONE	Grado di diffusione del programma AFA ad alta disabilità misurato attraverso il numero dei corsi attivi alla data di rilevazione.
NUMERATORE	N° corsi AFA ad alta disabilità attivi alla data di rilevazione
DENOMINATORE	Popolazione residente nell'Azienda al 31.12.2012 >= 65 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore B22.2 misura la diffusione sul territorio regionale dei programmi di attività fisica per persone con "alta disabilità", diretti alle sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata (DGR 459/2009).
RIFERIMENTO	Obiettivo stabilito a livello regionale: almeno 2 corsi x 15000 residenti =>65 anni
FONTE	Aziende attraverso il flusso istituito verso l'Assessorato.
LIVELLO	Azienda di residenza



2.75 Indicatore B23a: Accredimento

Con la L.R. 51/2009 e successivi Regolamenti 61/R 2010 e 10/R 2012, la Regione Toscana ha modificato l'impianto del sistema di accreditamento, suddividendolo in tre blocchi: accreditamento di esercizio (requisiti strutturali), accreditamento istituzionale (requisiti di qualità e sicurezza, definiti per percorso) e accreditamento di eccellenza.

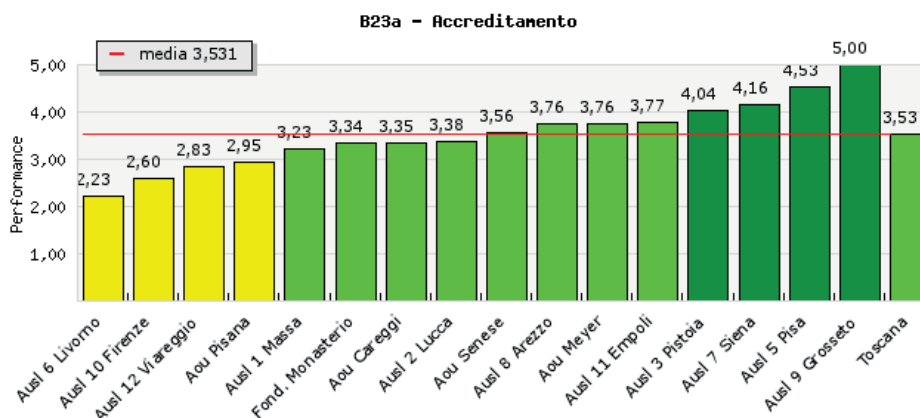
Il sistema prevede una autocertificazione da parte dell'Azienda per ogni singola Struttura Organizzativa Funzionale (SOF); l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato alle Strutture Sanitarie che raggiungono gli standard base di almeno il 70% dei requisiti, fatti salvi alcuni requisiti definiti come essenziali. La Regione effettua visite di verifica a campione, avvalendosi del gruppo tecnico regionale di valutazione, sul reale possesso dei requisiti dichiarati e sui livelli di qualità e sicurezza al momento della visita.

L'Azienda USL 4 Prato non è rappresentata in quanto non è stata sorteggiata per le verifiche nel corso dell'anno 2013.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B23a - Accredimento	 3,53	2013

Fonte dei dati : *Verbalì delle visite di verifica ufficiali - Sistema di accreditamento istituzionale Regione Toscana*
Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B23a Accredimento
 - B23.6 Percentuale media requisiti raggiunti nelle Strutture Organizzative Funzionali verificate



B23a	
ACCREDITAMENTO	
DEFINIZIONE	Accreditamento
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore B23a assume la valutazione del sottoindicatore B23.6 % media requisiti raggiunti nelle Strutture Organizzative Funzionali verificate.

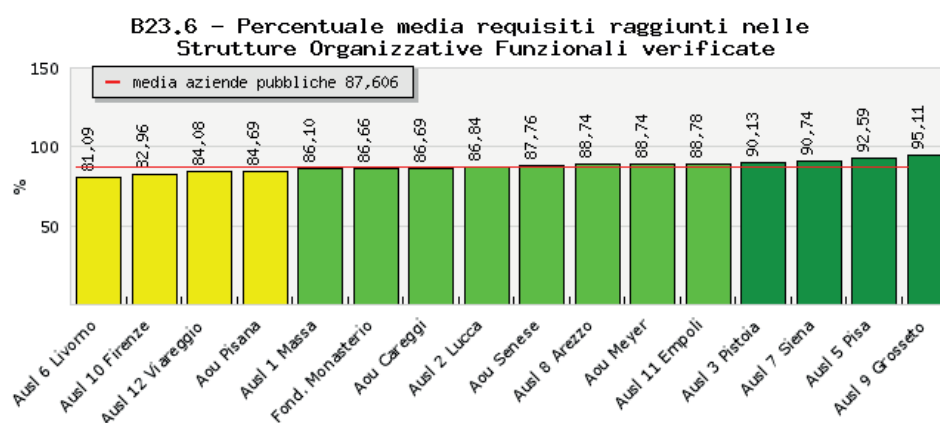


2.76 Indicatore B23.6: Percentuale media requisiti raggiunti nelle Strutture Organizzative Funzionali verificate

Con la L.R. 51/2009 e successivi Regolamenti 61/R 2010 e 10/R 2012, la Regione Toscana ha modificato l'impianto del sistema di accreditamento, suddividendolo in tre blocchi: accreditamento di esercizio (requisiti strutturali), accreditamento istituzionale (requisiti di qualità e sicurezza, definiti per percorso) e accreditamento di eccellenza.

Il sistema prevede una autocertificazione da parte dell'Azienda per ogni singola Struttura Organizzativa Funzionale (SOF); l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato alle Strutture Sanitarie che raggiungono gli standard base di almeno il 70% dei requisiti, fatti salvi alcuni requisiti definiti come essenziali. La Regione effettua visite di verifica a campione, avvalendosi del gruppo tecnico regionale di valutazione, sul reale possesso dei requisiti dichiarati e sui livelli di qualità e sicurezza al momento della visita.

L'Azienda USL 4 Prato non è rappresentata in quanto non è stata sorteggiata per le verifiche nel corso dell'anno 2013.



B23.6	
PERCENTUALE MEDIA REQUISITI RAGGIUNTI NELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE FUNZIONALI VERIFICATE	
DEFINIZIONE	% media requisiti raggiunti nelle Strutture Organizzative Funzionali verificate
NUMERATORE	Somma delle percentuali di requisiti raggiunti nelle Strutture Organizzative Funzionali verificate
DENOMINATORE	N. Strutture Organizzative Funzionali verificate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera la percentuale rilevata durante la prima visita di verifica, non i dati risultanti da eventuali visite integrative.
FONTE	Verbalì delle visite di verifica ufficiali - Sistema di accreditamento istituzionale Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



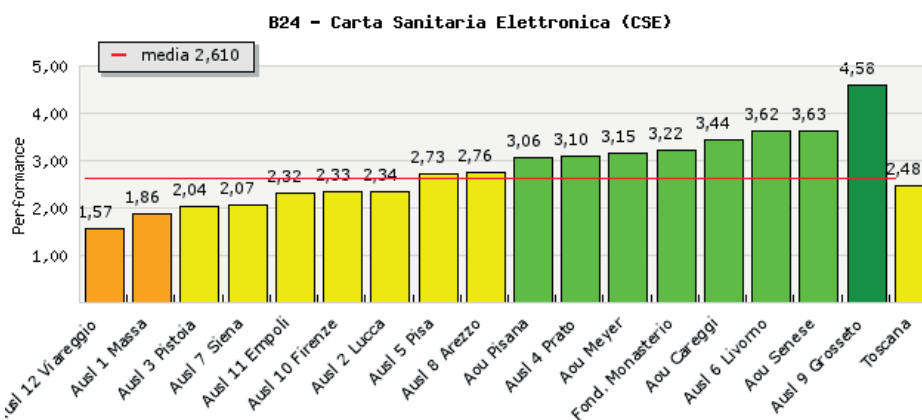
2.77 Indicatore B24: Carta Sanitaria Elettronica (CSE)

Nell'ambito del progetto di semplificazione delle procedure sanitarie, la Regione ha adottato, dal 2009, la Carta Sanitaria Elettronica (CSE), che è anche Carta Nazionale dei Servizi (cfr. all'articolo 11, comma 15 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122): la CSE è lo strumento attraverso il quale ogni cittadino può accedere, in qualsiasi momento e da qualsiasi postazione, ai propri dati sanitari, contenuti nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una cartella sanitaria virtuale che raccoglie e rende disponibili tutte le informazioni ed i documenti clinici. La CSE, ed il relativo FSE, possono essere attivati in uno dei 250 sportelli di attivazione presenti sul territorio regionale. Gli indicatori B24 nascono con l'ottica di monitorare l'utilizzo e la promozione di questi strumenti da parte di tutti gli attori del sistema sanitario regionale.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B24 - Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	2,48	2013

Fonte dei dati : *Sistema Informativo Regionale*
Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B24 Carta Sanitaria Elettronica (CSE)
 - B24.1 Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati [36,00 %](#) ■)
 - B24.2 Referto di laboratorio e radiologia: completezza e qualità dati pubblicati
 - B24.2.1 Percentuale di referti firmati digitalmente [98,82 %](#) ■
 - B24.2.1.1 Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente [100,00 %](#)
 - B24.2.1.2 Percentuale referti di radiologia firmati digitalmente [97,50 %](#)
 - B24.2.2 Percentuale corretta identificazione cittadino [99,10 %](#) ■
 - B24.2.2.1 Percentuale corretta identificazione cittadino- referti di laboratorio [99,21 %](#)
 - B24.2.2.2 Percentuale corretta identificazione cittadino- referti di radiologia [98,93 %](#)
 - B24.2.3 Percentuale di referti inviati rispetto al volume atteso [92,28 %](#) ■
 - B24.2.3.1 Percentuale dei referti di laboratorio inviati rispetto al volume atteso [86,36 %](#)
 - B24.2.3.2 Percentuale dei referti di radiologia inviati rispetto al volume atteso [102,11 %](#)
 - B24.2.4 Percentuale referti di laboratorio ritirati attraverso FSE [1,25 %](#) ■

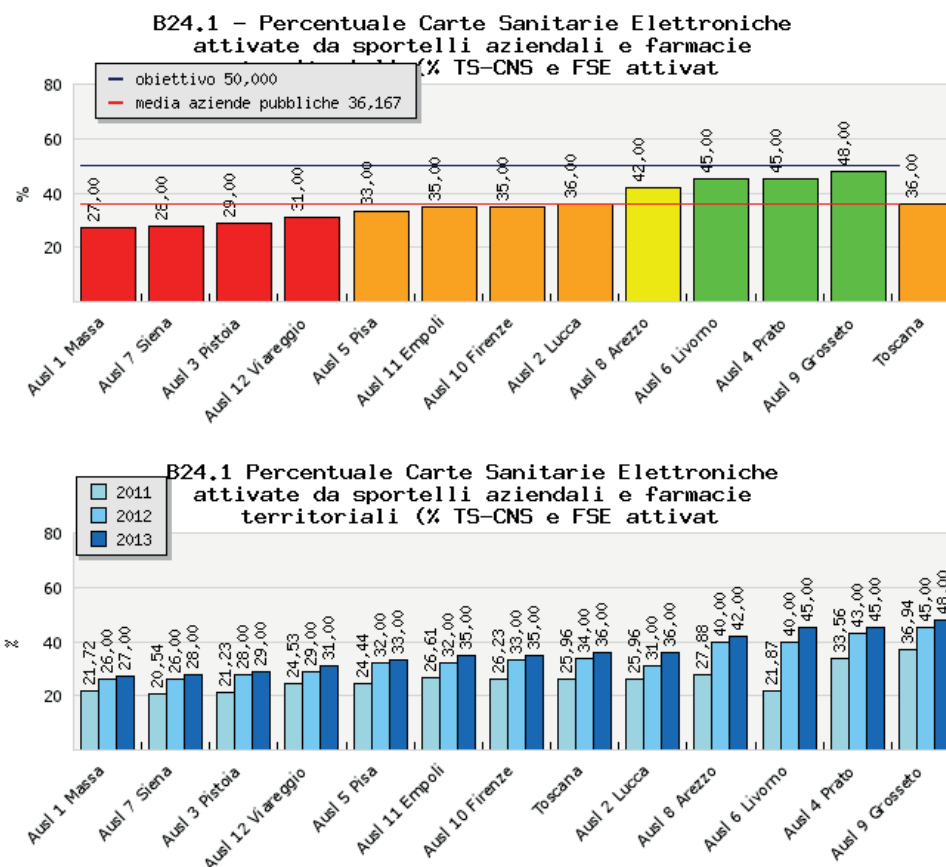


B24	
CARTA SANITARIA ELETTRONICA (CSE)	
DEFINIZIONE	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Per le AUSL, il punteggio è dato dalla media pesata dei seguenti indicatori (tra parentesi il peso): • B24.1-% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati) (45%) • B24.2.1-% referti firmati digitalmente (15%) • B24.2.2-% corretta identificazione cittadino (15%) • B24.2.3-% dei referti inviati rispetto al volume atteso (10%) • B24.2.4-% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE (15%) Per le AOU, il punteggio è dato dalla media pesata dei seguenti indicatori (tra parentesi il peso): • B24.2.1-% referti firmati digitalmente (27%) • B24.2.2-% corretta identificazione cittadino (27%) • B24.2.3-% dei referti inviati rispetto al volume atteso (18%) • B24.2.4-% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE (27%) Nei casi in cui un sottoindicatore sia indicato dalla Regione come "Non Disponibile", i pesi vengono ritirati.



2.78 Indicatore B24.1: Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)

L'indicatore vuole monitorare il numero di carte sanitarie elettroniche attivate nel corso dell'anno dagli sportelli aziendali e dalle farmacie territoriali, sul totale della popolazione residente.



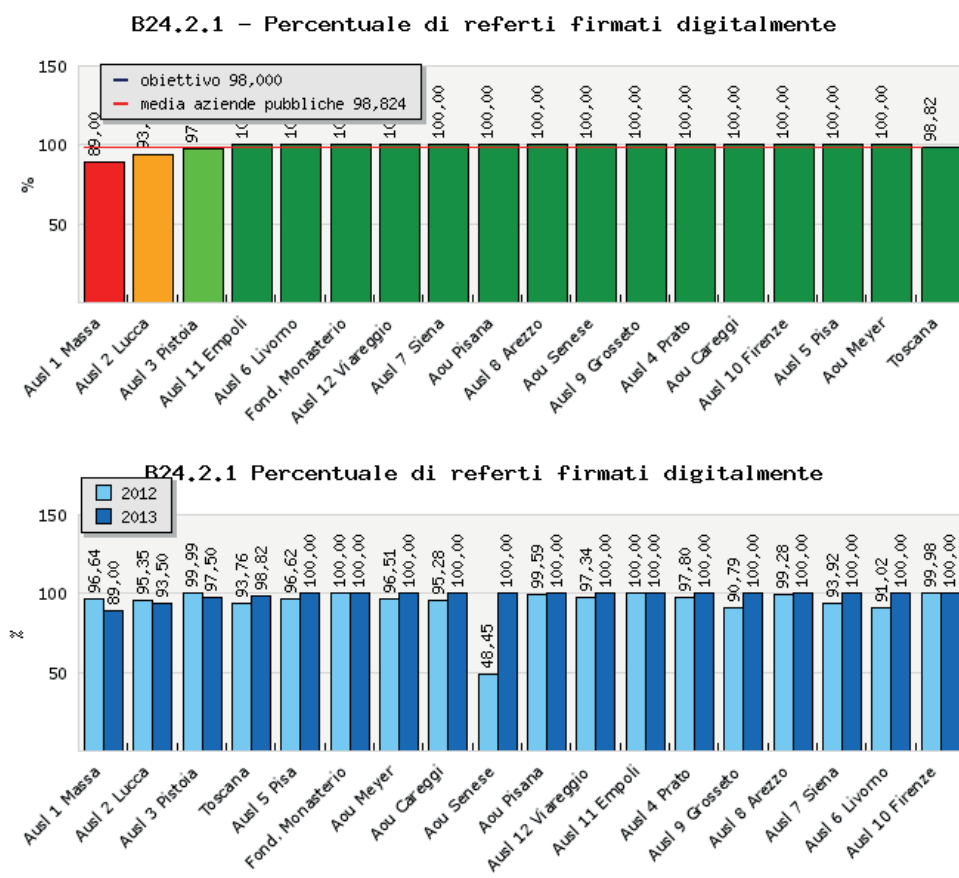
B24.1

PERCENTUALE CARTE SANITARIE ELETTRONICHE ATTIVATE DA SPORTELLI AZIENDALI E FARMACIE TERRITORIALI (% TS-CNS E FSE ATTIVATI)

DEFINIZIONE	% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)
NUMERATORE	numero Carte sanitarie attivate x 100
DENOMINATORE	popolazione residente
RIFERIMENTO	obiettivo regionale > 50%
FONTE	sistema informativo regionale - CMS
LIVELLO	Azienda di residenza

**2.79 Indicatore B24.2.1: Percentuale di referti firmati digitalmente**

L'indicatore vuole monitorare il numero di referti di laboratorio e di radiologia firmati digitalmente, rispetto al numero di referti inviati.

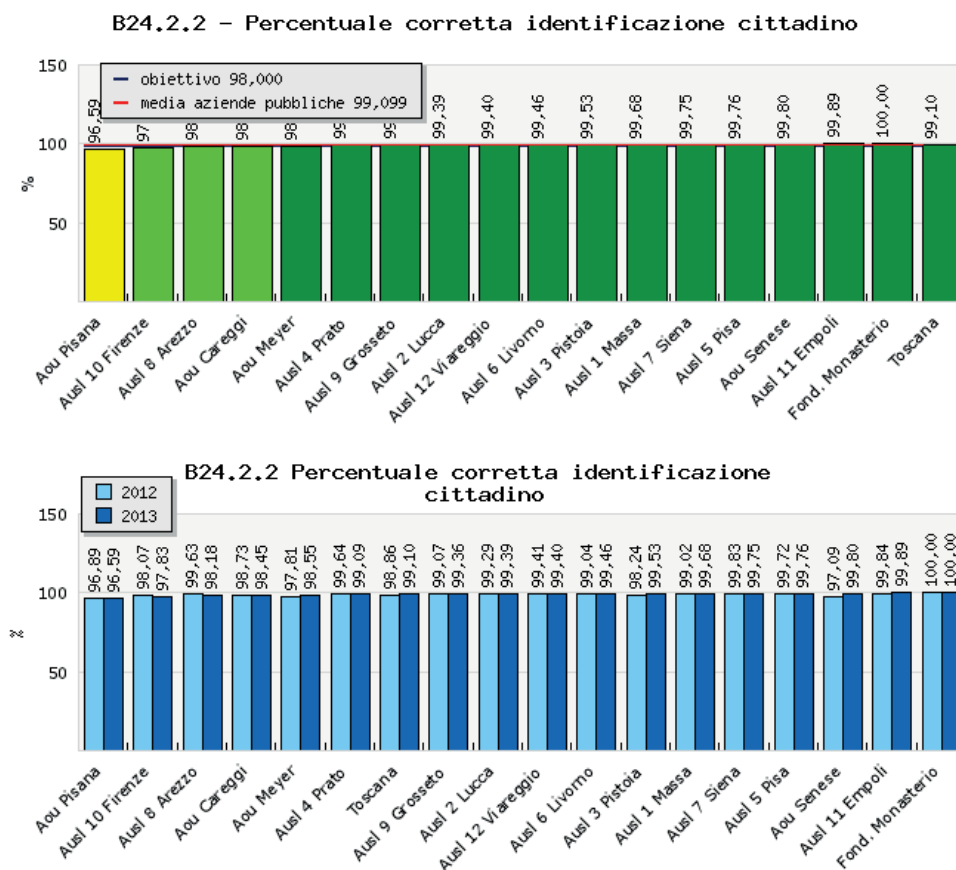
**B24.2.1****PERCENTUALE DI REFERTI FIRMATI DIGITALMENTE**

DEFINIZIONE	% referti firmati digitalmente
NUMERATORE	numero referti firmati x100
DENOMINATORE	numero referti inviati
RIFERIMENTO	obiettivo regionale 98%
FONTE	sistema informativo regionale - RFC 101 RFC 136
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.80 Indicatore B24.2.2: Percentuale corretta identificazione cittadino

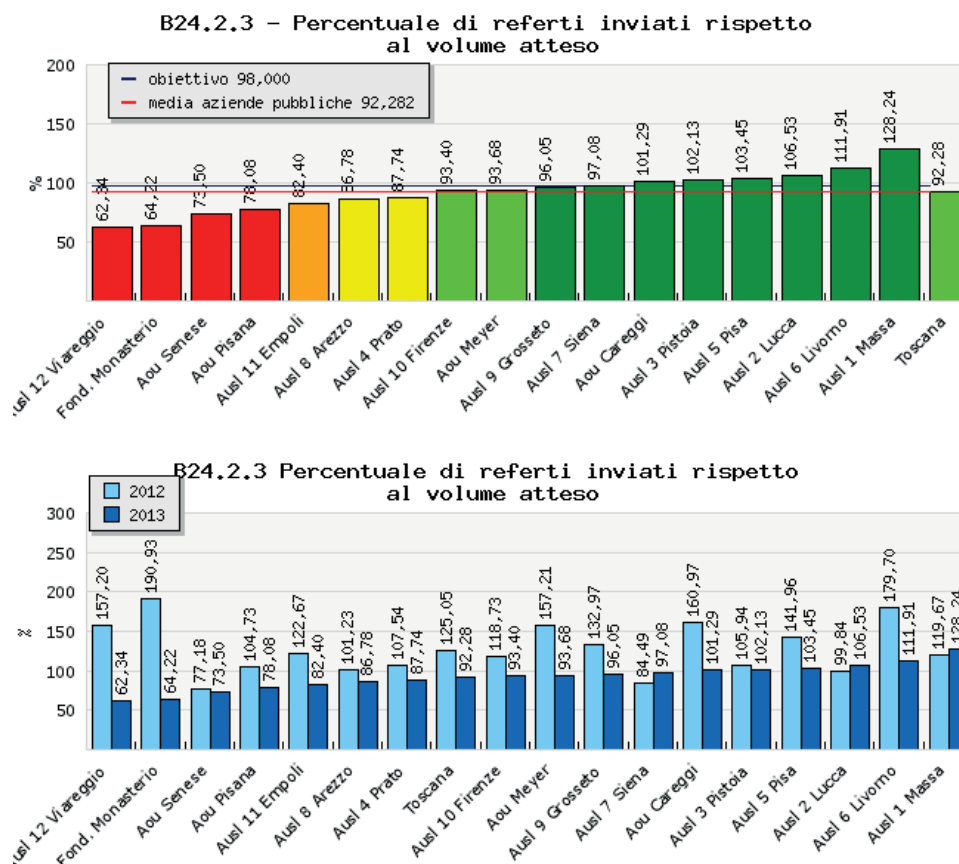
L'indicatore vuole monitorare il numero di codici identificativi univoci corrispondenti a codici fiscali certificati SOGEI (sistemaTS) rispetto al numero di ID univoci inviati, al fine di valutare la corretta identificazione dei cittadini.



B24.2.2	
PERCENTUALE CORRETTA IDENTIFICAZIONE CITTADINO	
DEFINIZIONE	% corretta identificazione cittadino
NUMERATORE	Numero ID-univoci corrispondenti a CF certificati SOGEI (sistemaTS) x 100
DENOMINATORE	numero ID-univoci inviati
RIFERIMENTO	obiettivo regionale 98,5%
FONTE	sistema informativo regionale
LIVELLO	Azienda di erogazione

**2.81 Indicatore B24.2.3: Percentuale di referti inviati rispetto al volume atteso**

L'indicatore vuole monitorare il numero di referti inviati rispetto al volume atteso, dedotto dal flusso SPA dell'anno precedente.

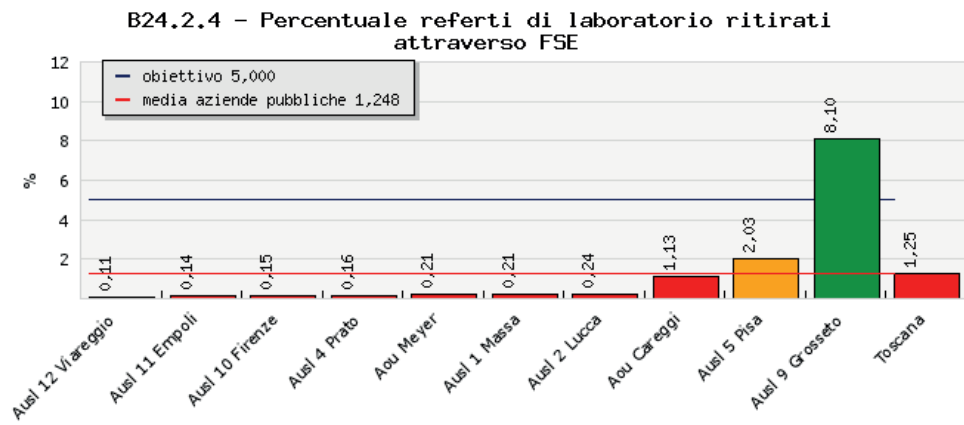


B24.2.3	
PERCENTUALE DI REFERTI INVIATI RISPETTO AL VOLUME ATTESO	
DEFINIZIONE	% dei referti inviati rispetto al volume atteso dedotto dal flusso SPA anno precedente
NUMERATORE	Numero dei referti inviati x100
DENOMINATORE	Volume atteso
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale 90%
FONTE	sistema informativo regionale - flusso SPA RFC 101 RFC 136 o dato aziendale validato da Sistema Informativo regionale
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.82 Indicatore B24.2.4: Percentuale referti di laboratorio ritirati attraverso FSE

L'indicatore vuole monitorare il numero di referti di laboratorio ritirati attraverso attraverdsò il Fascicolo Sanitario Elettronico, sul totale dei referti di laboratorio.



B24.2.4	
PERCENTUALE REFERTI DI LABORATORIO RITIRATI ATTRAVERSO FSE	
DEFINIZIONE	% referti di laboratorio ritirati attraverso FSE
NUMERATORE	Numero referti di laboratorio ritirati attraverso FSE x 100
DENOMINATORE	Numero totale referti di laboratorio
RIFERIMENTO	obiettivo regionale 5%
FONTE	Azienda Sanitaria
LIVELLO	Azienda di erogazione



2.83 Indicatore B25: Variabilità chirurgia elettiva

L'indicatore B25 - Variabilità della chirurgia elettiva- analizza la variabilità dei tassi di ospedalizzazione (B25.1a) e della degenza (B25.1.2 solo di osservazione) dei seguenti interventi chirurgici in elezione: sostituzione del ginocchio, sostituzione dell'anca, angioplastica coronarica, isterectomia, tonsillectomia, stripping di vene, colecistectomia, colectomia, prostatectomia transuretrale, colecistectomia laparoscopica, artroscopia al ginocchio. Molteplici studi a livello internazionale (a partire dall'analisi dei tassi relativi ad alcune procedure chirurgiche in elezione) hanno dimostrato che la variabilità geografica di tali prestazioni non è del tutto giustificata da una differenza reale nel bisogno espresso, ma esprime in molti casi un problema di appropriatezza legato ai diversi comportamenti sia professionali che organizzativi. A questo occorre aggiungere che in sanità è spesso l'offerta a creare ed incentivare la domanda; diventano quindi cruciali i processi di selezione ed allocazione delle risorse critiche (come i professionisti medici), che possono indurre sia fenomeni di produzione inappropriata così come di carenze specifiche e quindi dinamiche di pendolarismo.

Per quanto riguarda la variabilità della degenza, per ciascun indicatore si considera come misura il coefficiente di variazione. È calcolato come rapporto tra la deviazione standard delle degenze e la degenza media. Un valore basso indica che il gruppo di pazienti in questione è da considerarsi omogeneo al suo interno, cioè che vi sono inclusi casi con durata di degenza non molto diffusi l'uno dall'altro. Viceversa, i valori più elevati evidenziano una disomogeneità notevole. Quindi un basso valore indica con elevata probabilità che all'interno di un'unità organizzativa ospedaliera vi sia condivisione di protocolli e linee guida relativi al processo diagnostico terapeutico; al contrario, un alto valore può significare che l'unità ospedaliera non adotta procedure standardizzate e risente quindi fortemente della variabilità di comportamento dei diversi professionisti. In definitiva, il coefficiente di variazione può essere uno strumento per misurare la reale applicazione di protocolli o procedure rispetto a dei profili diagnostico-terapeutici.

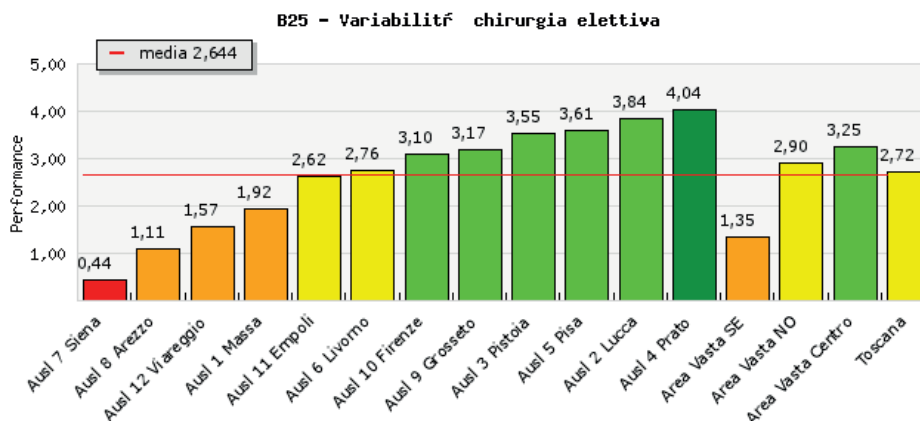
Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B25 - Variabilità chirurgia elettiva	2,72	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B25 Variabilità chirurgia elettiva

- B25.1a Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici in elezione [\[solo valutazione\]](#)
 - B25.1a.1 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di sostituzione del ginocchio per 100.000 residenti [138,34](#)
 - B25.1a.2 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di sostituzione di anca per 100.000 residenti maggiori 65 anni [283,88](#)
 - B25.1a.3 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di angioplastica coronarica percutanea per 100.000 residenti [66,92](#)
 - B25.1a.4 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di isterectomia per 100.000 residenti [128,38](#)
 - B25.1a.5 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti [228,26 x 100.000](#)
 - B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di stripping vene per 100.000 residenti [103,60 x 100.000](#)
 - B25.1a.8 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di colecistectomia per 100.000 residenti [186,89](#)
 - B25.1a.9 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di colectomia per 100.000 residenti [38,16](#)
 - B25.1a.10 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna [94,95](#)
 - B25.1a.11 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di colecistectomia laparoscopica per 100.000 residenti [168,51](#)
 - B25.1a.12 Tasso di ospedalizzazione std per interventi di artroscopia del ginocchio per 100.000 residenti [216,07](#)
- B25.1.2 Coefficiente di variazione della degenza media per interventi chirurgici in elezione
 - B25.1.2.1 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di sostituzione del ginocchio [0,33](#)
 - B25.1.2.2 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di sostituzione di anca [0,35](#)
 - B25.1.2.3 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di angioplastica coronarica [0,94](#)
 - B25.1.2.4 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di isterectomia [0,82](#)
 - B25.1.2.5 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di Tonsillectomia [0,67](#)
 - B25.1.2.7 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di Stripping di vene [0,40](#)
 - B25.1.2.8 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di colecistectomia [1,82](#)
 - B25.1.2.9 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di colectomia [0,60](#)
 - B25.1.2.10 Coeff di variazione della degenza per prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata [0,63](#)
 - B25.1.2.11 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di colecistectomia laparoscopica [1,37](#)
 - B25.1.2.12 Coefficiente di variazione della degenza per interventi di artroscopia al ginocchio [0,52](#)



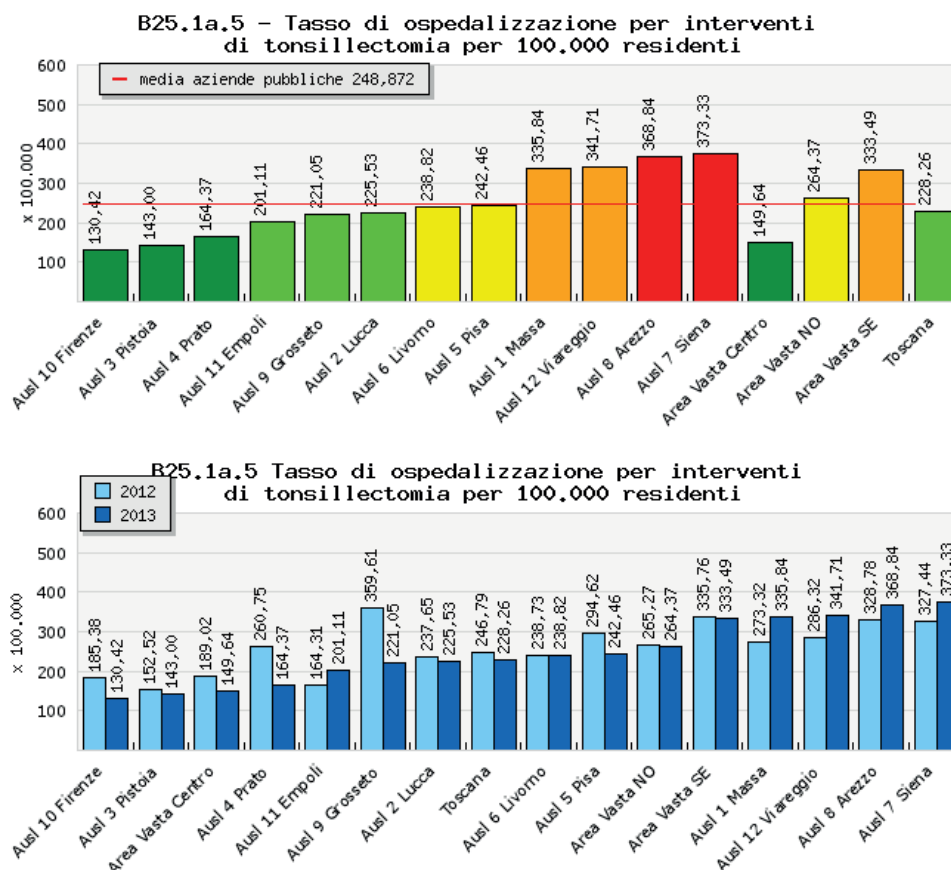


B25	
VARIABILITÀ CHIRURGIA ELETTIVA	
DEFINIZIONE	Variabilità chirurgia elettiva
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: • B25.1a.5 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per interventi chirurgici di tonsillectomia, • B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per interventi chirurgici di stripping vene
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



2.84 Indicatore B25.1a.5: Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti

La variabilità negli interventi di tonsillectomia non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, in quanto legata alle differenze aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e rinnovamento tecnologico, nonché ai diversi comportamenti clinico-professionali.

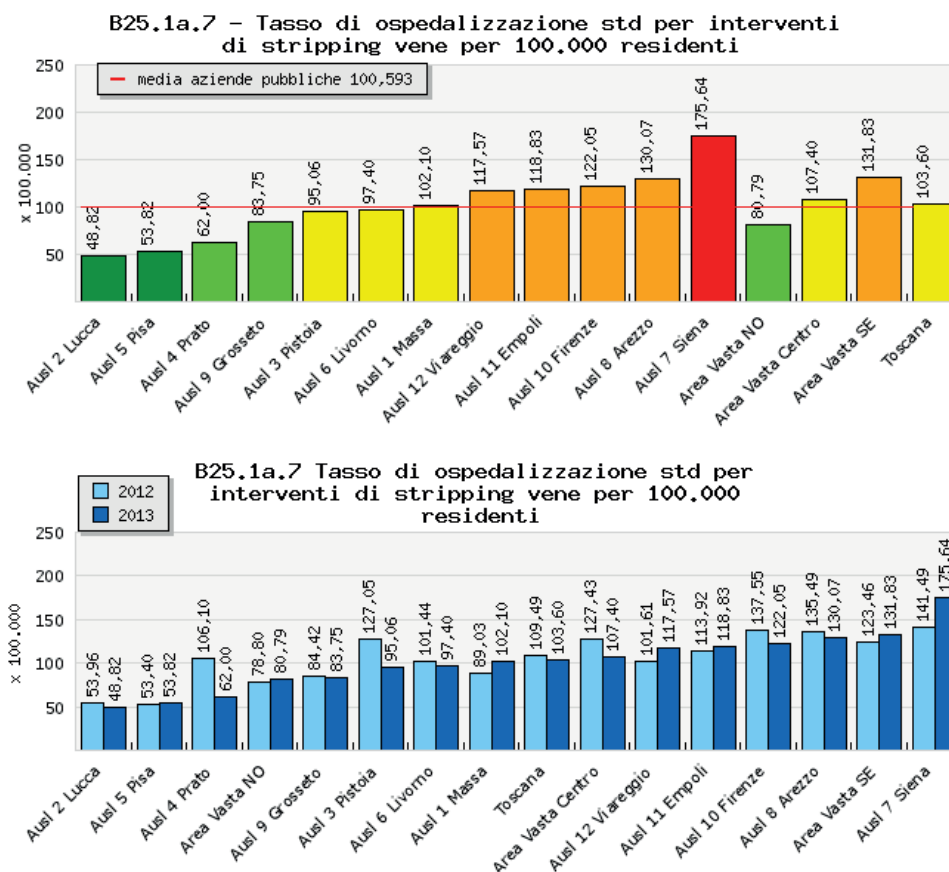


B25.1a.5	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI DI TONSILLECTOMIA PER 100.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di tonsillectomia standardizzato per età e sesso
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di tonsillectomia relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti con età minore o uguale a 17 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri dei residenti Toscani, ovunque erogati, extra regione inclusi: - età <= 17 anni, - erogati da strutture pubbliche e private accreditate, - con codici ICD9-CM di intervento principale o secondario di tonsillectomia senza e con adenoidectomia: 28.2 e 28.3 Sono esclusi i ricoveri: - con MDC 14 o 15, - trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero, - pazienti con i seguenti codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondaria: di tumore della testa e del collo: 140 - 149, 160, 161, 170.0, 170.1, 171.0, 172.0, 172.1, 172.2, 172.3, 172.4, 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 190, 191, 192.0, 192.1, 193, 194.1, 194.3, 194.4, 195.0, 196.0, 200.01, 200.11, 200.21, 200.81, 201.01, 201.11, 201.21, 201.41, 201.51, 201.61, 201.91, 202.01, 202.11, 202.21, 202.31, 202.41, 202.51, 202.61, 202.81, 202.91, 210, 212.1, 215.0, 216.0, 216.1, 216.2, 216.3, 216.4, 224, 226, 227.1, 227.3, 227.4, 230.0, 231.0, 232.0, 232.1, 232.2, 232.3, 232.4, 235.0, 235.1; di traumatismo o avvelenamento: da 800* a 999*. La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14, 15-17. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti (PNE) edizione 2013.
RIFERIMENTO	Media regionale, Anno 2013
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



2.85 Indicatore B25.1a.7: Tasso di ospedalizzazione std per interventi di stripping vene 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, in quanto legata alle differenze aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e rinnovamento tecnologico, nonché ai diversi comportamenti clinico-professionali.



B25.1a.7	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STD PER INTERVENTI DI STRIPPING VENE PER 100.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di stripping vene, standardizzato per età e sesso per 100.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di stripping vene relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri dei residenti Toscani, ovunque erogati, extra regione inclusi: - con età ≥ 18 anni, - con codici ICD9-CM di procedure principale o secondari di legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore: 38.59, - erogati da strutture pubbliche e private accreditate. Sono esclusi i ricoveri: - con mdc 15, - trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero. La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85+. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti (PNE) edizione 2013.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



2.86 Indicatore B26: Sanita' di Iniziativa

L'indicatore B26 si pone l'obiettivo di monitorare i risultati della Sanità d'Iniziativa, il programma della Regione Toscana che introduce all'interno del servizio di medicina generale il Chronic Care Model (Wagner, 1998) per la gestione dei pazienti cronici. A partire dal 2010 (anno pilota) i medici di medicina generale con il supporto degli operatori infermieristici hanno arruolato pazienti diabetici, scompensati, con BPCO e ictus/TIA e attivato un percorso di follow up strutturato e finalizzato a rendere il paziente attivo e informato, andando inoltre ad incrementare i livelli di proattività del team che li ha in carico.

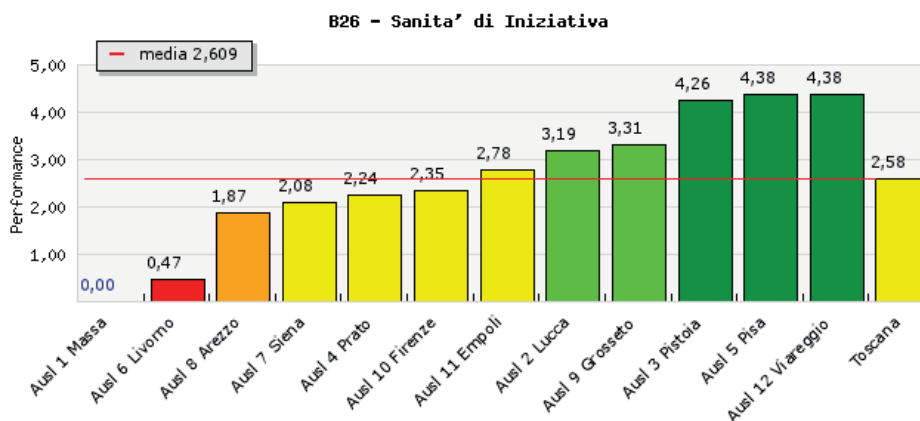
I risultati della AUSL1 si riferiscono al primo anno di SdI, con l'attivazione di tre moduli nel dicembre 2012 e il completamento della fase di Start up a dicembre 2013.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B26 - Sanita' di Iniziativa	2,58	2013

Fonte dei dati : Regione Toscana - Dati Aziendali

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- B26 Sanita' di Iniziativa
 - B26.1 Percentuale popolazione >16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanita' di Iniziativa [45,72 %](#)



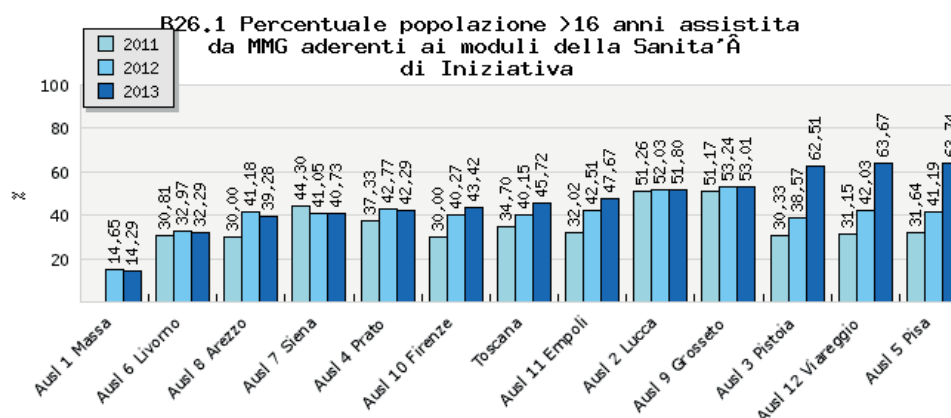
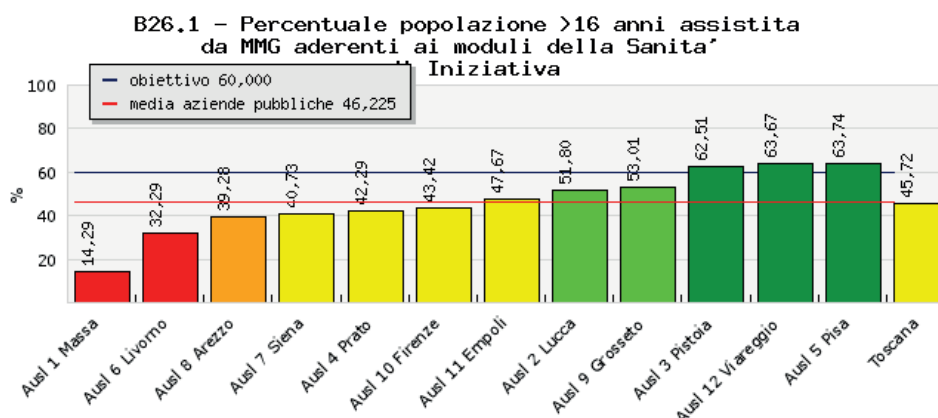
B26	
SANITA' DI INIZIATIVA	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore B26 comprende al momento i soli dati del sottoindicatore B26.1 (% di popolazione residente di età uguale o superiore a 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa).
FONTE	Aziende (referenti Aziendali) attraverso il flusso istituito verso l'Assessorato.
LIVELLO	Azienda di residenza



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

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

I risultati della AUSL1 si riferiscono al primo anno di SdI, con l'attivazione di tre moduli nel dicembre 2012 e il completamento della fase di Start up a dicembre 2013.



B26.1	
PERCENTUALE POPOLAZIONE >16 ANNI ASSISTITA DA MMG ADERENTI AI MODULI DELLA SANITA' DI INIZIATIVA	
DEFINIZIONE	Percentuale di popolazione residente di età uguale o maggiore di 16 anni assistita da Medici di Medicina Generale che hanno aderito alla Sanità di Iniziativa
NUMERATORE	Numero di assistiti da MMG aderenti alla Sanità di Iniziativa
DENOMINATORE	Popolazione residente nell'Azienda al 31.12.2013 di età => 16 anni
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: almeno il 60% della popolazione => 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli
FONTE	Regione Toscana - Dati Aziendali



2.88 Indicatore B28: Cure domiciliari

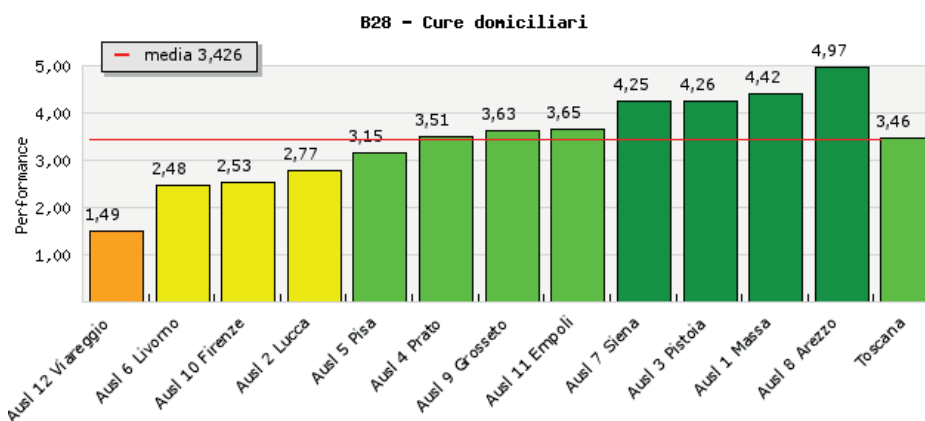
L'Assistenza Domiciliare (AD) prevede la realizzazione di interventi e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate presso il domicilio delle persone. Nell'ambito dell'AD, le Cure Domiciliari (CD) rappresentano la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria e consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi rivolti a persone non autosufficienti o in condizioni di particolare fragilità.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
B28 - Cure domiciliari	3,46	2013

Fonte dei dati : *Flusso AD RSA*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- B28 Cure domiciliari
 - B28.1 Attività
 - B28.1.1 Percentuali di anziani in Cure Domiciliari [9,93 %](#)
 - B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione [6,27 %](#)
 - B28.1.3 Tempo medio in gg tra la segnalazione e la prima erogazione [30,12 Giorni](#)
 - B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi [11,13 %](#)
 - B28.2 Percorso
 - B28.2.1 Accessi per tipologia di operatore sanitario
 - B28.2.2 Tasso di assistiti con almeno 8 accessi medi al mese per 1.000 residenti [3,71 Tasso per 1.000](#)
 - B28.2.3 Tasso di assistiti equivalenti con almeno 8 accessi medi al mese per 1.000 residenti [0,97 Tasso per 1.000](#)
 - B28.2.4 Numero medio di operatori di tipologia diversa per assistito [1,70 Persone](#)
 - B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg. [8,23 %](#)
 - B28.2.6 Percentuale deceduti ultra75enni con almeno 8 accessi/mese nell'ultimo mese di vita
 - B28.2.7 Tasso std di ricovero ultra 75enni per 1.000 residenti [294,89 Tasso per 1.000](#)
 - B28.2.8 Percentuale deceduti fuori dell'ospedale in anziani ultra 75-enni residenti

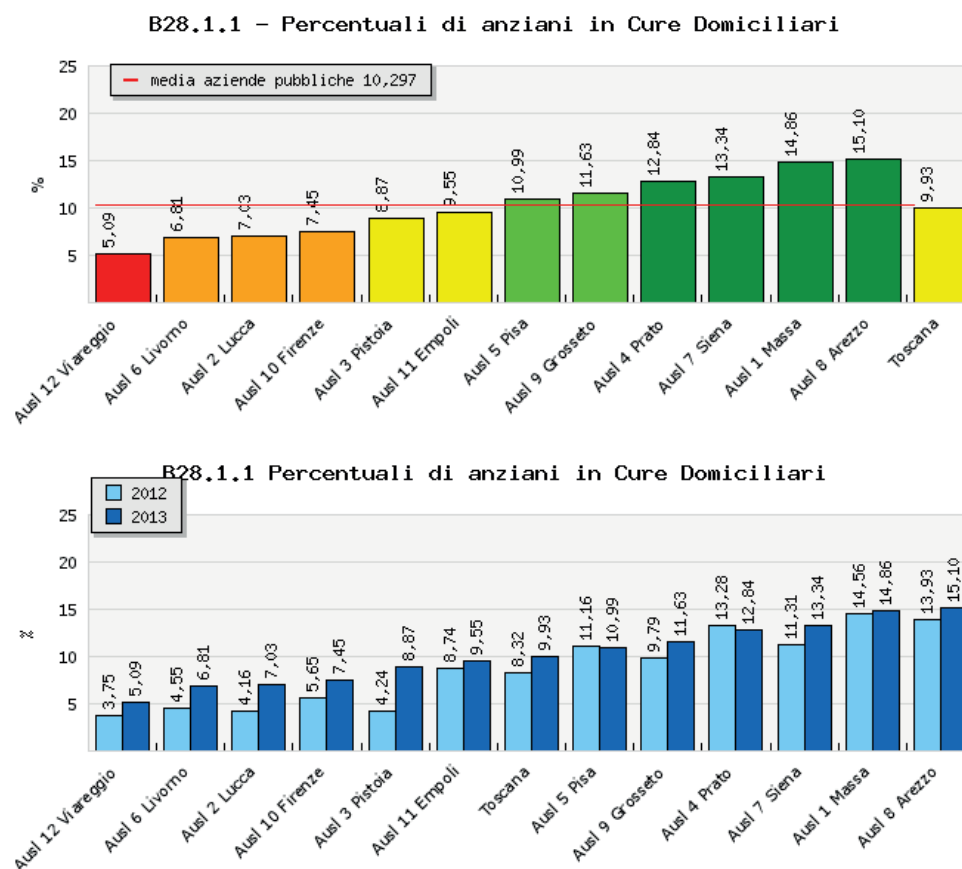


B28	
CURE DOMICILIARI	
DEFINIZIONE	Cure Domiciliari
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore B28 Cure Domiciliari assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi dei seguenti indicatori: -B28.1.1 Percentuali di anziani in Cure Domiciliari - peso 20% -B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione - peso 50% -B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg. - peso 30%
FONTE	Flusso AD RSA



2.89 Indicatore B28.1.1: Percentuali di anziani in Cure Domiciliari

L'indicatore relativo alla percentuale di anziani in Cure Domiciliari (CD) rileva la copertura della popolazione anziana di qualsiasi tipo di cure domiciliari. A livello regionale è previsto un livello di copertura pari al 10%.

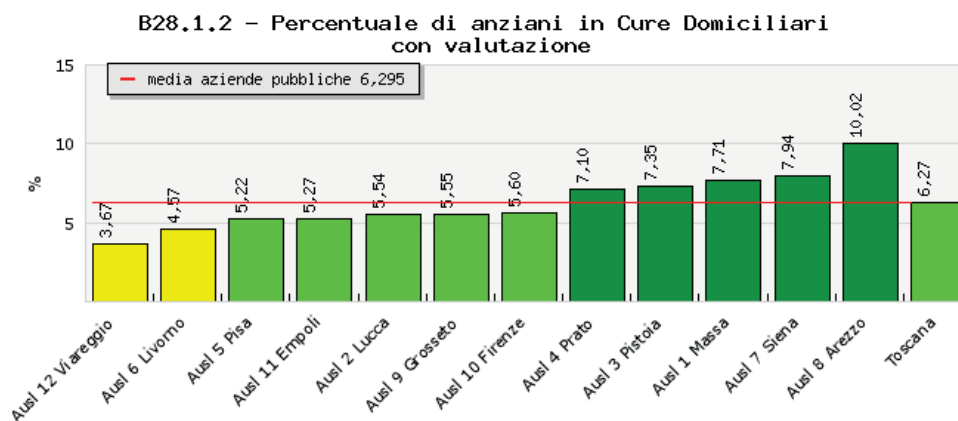


B28.1.1	
PERCENTUALI DI ANZIANI IN CURE DOMICILIARI	
DEFINIZIONE	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari
NUMERATORE	Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare
DENOMINATORE	Popolazione residente >= 65 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Al numeratore si considerano le persone con età maggiore o uguale a 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare di qualsiasi tipologia. Tabella per individuare gli accessi Cure Domiciliari: erogazione. Al denominatore si considerano i residenti in Regione Toscana di età maggiore o uguale a 65 anni.
RIFERIMENTO	>=10%
FONTE	Flusso AD-RSA
LIVELLO	Azienda di residenza



2.90 Indicatore B28.1.2: Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM). Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali monoprofessionali occasionali. A livello regionale è previsto un livello di copertura pari al 5%.

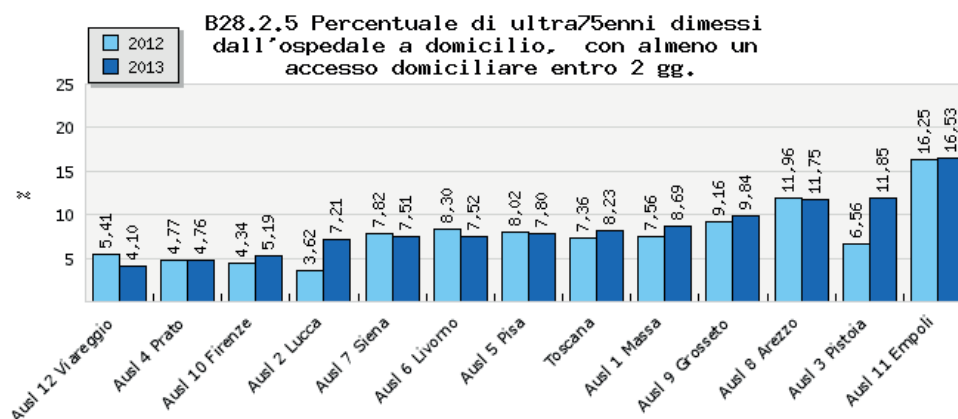
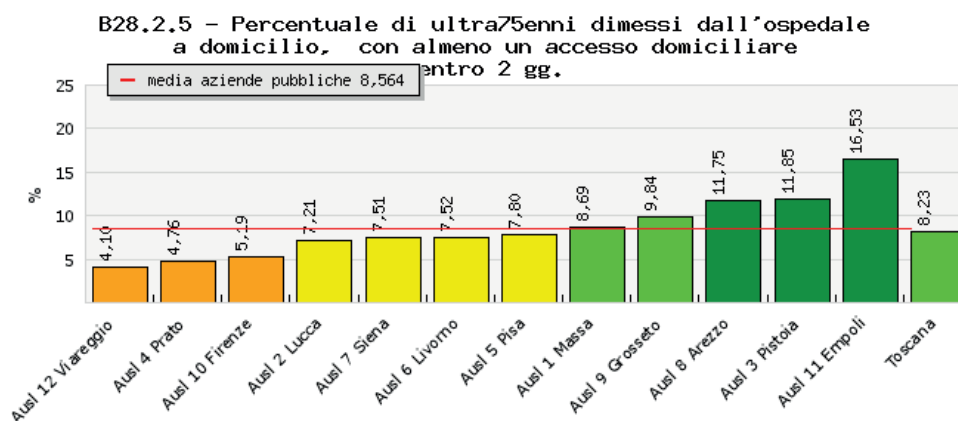


B28.1.2	
PERCENTUALE DI ANZIANI IN CURE DOMICILIARI CON VALUTAZIONE	
DEFINIZIONE	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione
NUMERATORE	Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione
DENOMINATORE	Popolazione residente >= 65 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Al numeratore si considerano le persone con età maggiore o uguale a 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, il cui caso sia stato valutato dall'UVM o per il quale sia presente una scheda di valutazione. Al denominatore si considerano gli abitanti della Regione Toscana di età maggiore o uguale a 65 anni. Si escludono le Cure Domiciliari prestazionali occasionali
RIFERIMENTO	>=5%
FONTE	Flusso AD-RSA
LIVELLO	Azienda di residenza



2.91 Indicatore B28.2.5: Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.

La Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg. è un indicatore di continuità di cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla popolazione complessa. A livello regionale è stata individuata come standard di riferimento la soglia dell'8%.



B28.2.5	
PERCENTUALE DI ULTRA75ENNI DIMESSI DALL'OSPEDALE A DOMICILIO, CON ALMENO UN ACCESSO DOMICILIARE ENTRO 2 GG.	
DEFINIZIONE	% ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni
NUMERATORE	Persone con accessi CD entro 2 gg dalla dimissione >=75 anni
DENOMINATORE	Pazienti ricoverati con dimissione a domicilio
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Residenti toscani, ricoveri erogati in Toscana e CD ricevute in Toscana Modalità dimissione ordinaria, ospedalizzazione a domicilio, ADI (modim=2, 4, 7) Esclusione id anonimi Ricoveri ordinari Esclusione dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate CD: tutte le erogazioni di assistenza domiciliare
FONTE	Flusso AD-RSA, flusso SDO
LIVELLO	Azienda residenza





PARTE III

LA VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA

a cura di Anna Bonini

Fornire servizi sanitari di alta qualità, adeguati in termini di volumi e di tipologie di prestazioni, nel rispetto di un appropriato consumo di risorse, rappresenta un obiettivo fondamentale per le aziende sanitarie. Tale obiettivo è infatti la componente core dell'Azienda sanitaria, in quanto raggruppa i fattori determinanti sia della sostenibilità economica che della capacità di rispondere alla sua missione primaria - ossia migliorare lo stato di salute degli utenti. Nella dimensione sanitaria, infatti, si vogliono misurare e valutare le aziende sanitarie in termini di governo della domanda, efficienza, qualità clinica ed appropriatezza sia clinica che organizzativa, relativamente alle attività ospedaliere ma anche a quelle territoriali.

L'indicatore "Governo della domanda - C1" intende valutare la capacità delle aziende di orientare l'accesso dei cittadini al sistema sanitario regionale e di determinare i livelli di utilizzo delle strutture ospedaliere e territoriali. È necessario guidare la domanda di assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e dunque al tasso di ospedalizzazione, in modo che la risposta sia adeguata al bisogno sanitario, e venga erogata nelle sue forme più appropriate.

Se con efficienza si indica generalmente la capacità dell'Azienda di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati, in ambito sanitario l'efficienza intende misurare le risorse utilizzate per la cura del paziente. Tale tematica è esplicitata in due indicatori, "Efficienza delle attività di ricovero - C2a" ed "Efficienza pre-operatoria - C3", che mirano a valutare, rispettivamente, la degenza media complessiva per acuti e le giornate di degenza media precedenti un intervento chirurgico programmato.

Il perseguimento dell'appropriatezza in tutti i livelli di assistenza rappresenta un punto chiave nell'erogazione dei servizi, secondo il quale le strutture sanitarie sono tenute a promuovere nella popolazione e negli operatori sanitari la cultura dell'appropriatezza e dell'adeguatezza di quanto erogato, al fine di dare accesso tempestivamente a prestazioni di buona qualità a chi ne ha bisogno, di evitare i danni per la salute, legati ad un consumismo sanitario incontrollato, e di conseguire la sostenibilità economica del sistema sanitario. Tale aspetto è valutato negli indicatori di "Appropriatezza chirurgica - C4" e "Appropriatezza medica - C14" e, riguardo alla parte farmaceutica, nell'"Appropriatezza prescrittiva farmaceutica - C9a".

Riguardo all'efficacia delle strutture sanitarie, si considera la "Qualità di processo - C5a", che analizza l'adozione di protocolli clinici e tecniche strumentali, i "Ricoveri ripetuti - C5e" e gli indicatori del Programma Nazionale Esiti di Agenas (C5c per le AOU e C5d per le AUSL). Si affianca, inoltre, ad essi la "Valutazione del rischio clinico - C6", relativa alle politiche di gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente.

Le attività ed i servizi forniti dall'assistenza territoriale sono valutati tramite diversi indicatori: "Integrazione ospedale-territorio - C8b", che raggruppa una serie di sottoindicatori relativi alle strutture territoriali; "Efficacia assistenziale delle patologie croniche - C11a", che riguarda in modo specifico la gestione dei pazienti cronici da parte dei medici di medicina generale, in primo luogo, e degli altri soggetti deputati alle cure primarie; "Salute mentale - C15" e "Tasso di prestazioni specialistiche e diagnostiche - C13".

Le novità principali introdotte quest'anno riguardano i percorsi assistenziali: il Materno-infantile si suddivide in due macroindicatori, uno riguardante l'assistenza al parto (C7b) e l'altro focalizzato sull'assistenza territoriale, consultori e pediatria (C7c); il "Percorso emergenza urgenza - C16a" si arricchisce di indicatori inerenti il sistema 118; inoltre, viene monitorato un nuovo percorso: la "Riabilitazione - C17", che analizza alcuni aspetti del codice 56.

Le fonti dei dati sono i flussi regionali delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), delle Prestazioni Ambulatoriali (SPA), dei Certificati di Assistenza al Parto (CAP) per il percorso materno-infantile, il flusso RFC per il Pronto Soccorso, la banca dati MaCro dell'Agenzia Regionale di Sanità per gli indicatori di processo delle patologie croniche, il Centro Gestione Rischio Clinico per i dati sul rischio clinico e sicurezza del paziente, il flusso SPR delle Prestazioni di Riabilitazione. Per la parte farmaceutica i dati provengono dai flussi regionali delle Prestazioni Farmaceutiche (SPF), dei Farmaci erogati nelle strutture (FES), dei Farmaci erogati direttamente (FED) e dai dati Sfera; tali indicatori sono elaborati dal Settore Politiche del Farmaco, Appropriatezza e Innovazione della Regione Toscana.

I dati sono relativi all'anno 2013; negli indicatori in cui è considerata la ricoveri mobilità passiva, questa è stata stimata tramite il dato dell'anno 2012. In questa dimensione, in particolar modo, la notevole variabilità riscontrata su diversi indicatori tra le aziende toscane permette di rilevare le differenze organizzative e professionali, utili per evidenziare le best practices.

Inoltre, dal 2013 per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata come standard la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT. Per tale motivo sono stati ricalcolati anche i tassi 2012 utilizzando tale popolazione standard, così da permetterne il trend.



3.1 Indicatore C1a: Capacita' di governo della domanda

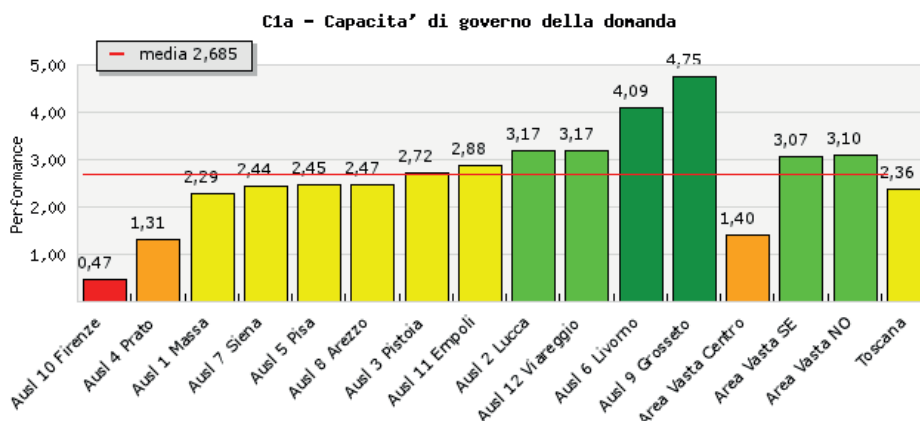
La domanda di assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico deve essere guidata dal sistema sanitario, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e, quindi, al tasso di ospedalizzazione, in modo che la risposta sia adeguata al bisogno sanitario e venga erogata nelle forme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

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C1a - Capacita' di governo della domanda	2,36	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- C1a Capacita' di governo della domanda
 - C1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti [136,20 Tasso per 1.000](#)
 - C1.1.1.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti [34,39 Tasso per 1000](#)
 - C1.1.1.2 Tasso di ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti [98,67 Tasso per 1.000](#)
 - C1.1.1.2.1 Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti urgenti per 1.000 residenti [53,22 Tasso per 1.000](#)
 - C1.1.1.2.2 Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati per 1.000 residenti [43,16 Tasso per 1.000](#)
 - C1.1.1.2.2.1 Tasso ospedalizzazione std ricoveri ordinari acuti programmati DRG Medici per 1.000 residenti [12,14](#)
 - C1.1.2 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH acuti per 1.000 residenti [34,08 Tasso per 1.000](#)
 - C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti [12,08 Tasso per 1.000](#)
 - C1.1.2.2 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH chirurgico acuti per 1.000 residenti [18,01 Tasso per 1.000](#)
 - B17.1 Trend volumi attività chirurgica programmata [-0,76 %](#)
 - B17.1.1 Trend volumi attività chirurgica programmata ricoveri ordinari [-1,67 %](#)
 - B17.1.2 Trend volumi attività chirurgica programmata day hospital [1,69 %](#)
 - B17.4 Trend peso attività chirurgica in ricovero ordinario programmato [2,13 %](#)



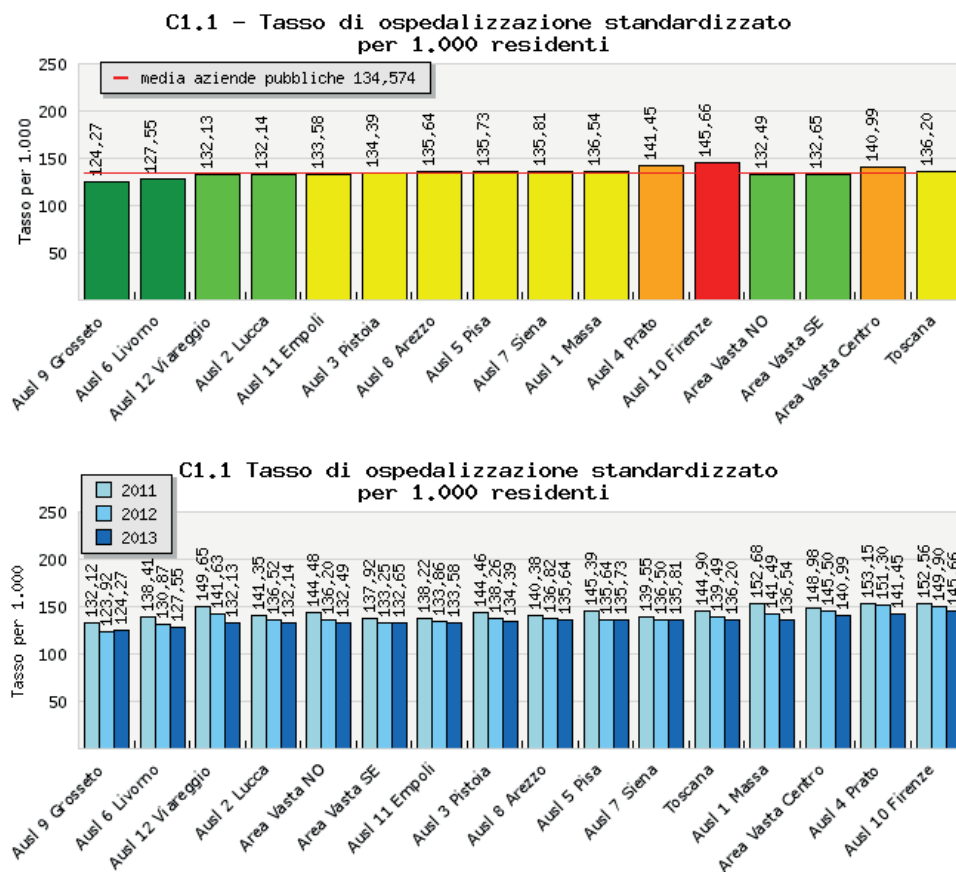
C1a	
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA	
DEFINIZIONE	Capacità di governo della domanda
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore C1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti.
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.2 Indicatore C1.1: Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti

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

Come previsto dalla delibera della Giunta della Regione Toscana 1235 del 2012, relativa a azioni di riordino e razionalizzazione dei servizi del Sistema Sanitario Regionale, l'obiettivo regionale è posto pari a 120 ricoveri per 1.000 abitanti.

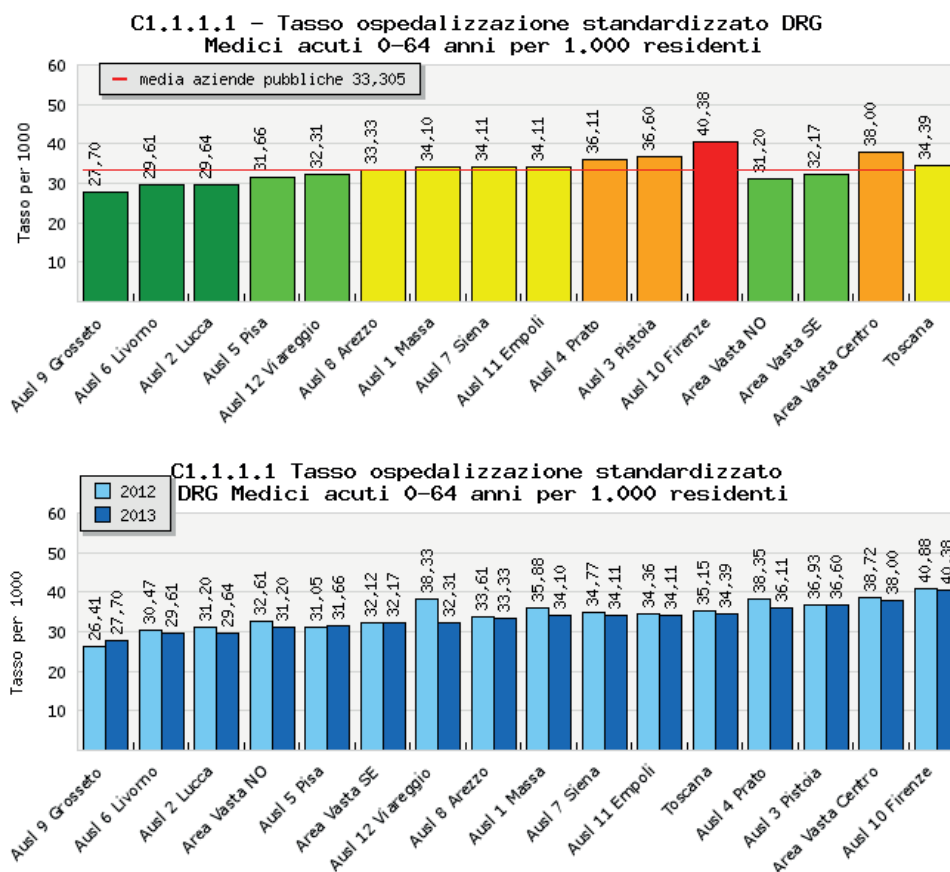


C1.1	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER 1.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani. Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14, ..., 80-84, 85 +.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: 120 ricoveri per 1.000 residenti
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.3 Indicatore C1.1.1.1: Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti

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 poichè, oltre tale età, è più frequente il verificarsi di patologie croniche e la conseguente crescita del bisogno di cura, per cui risulta più probabile che il ricovero sia necessario.

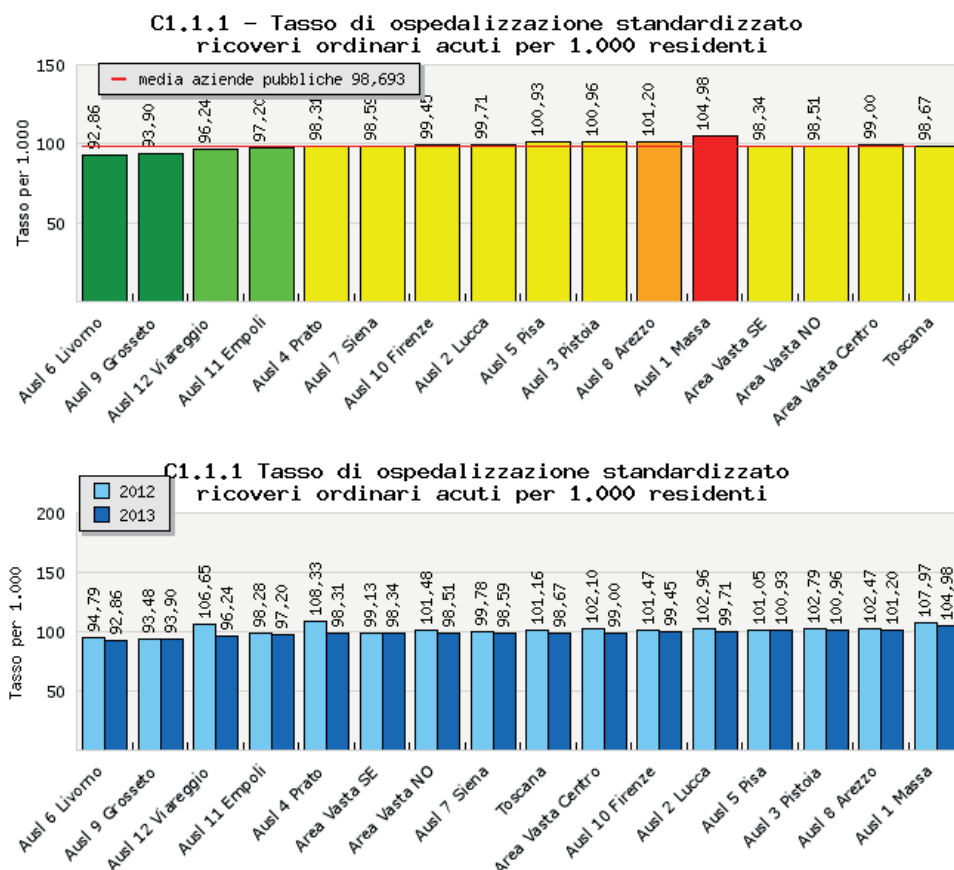


C1.1.1.1	
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO DRG MEDICI ACUTI 0-64 ANNI PER 1.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per azienda di residenza, standardizzato per età e per sesso DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri DRG medici relativi ai residenti 0-64 anni x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti 0-64 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano: • i ricoveri ordinari e DH ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi ai residenti • drg medici • età compresa tra 0 e 64 anni. Sono esclusi i ricoveri: • Erogati da strutture private non accreditate • Relativi a neonato normale (DRG 391) • Relativi al parto (MDC 14 e 15) • Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) • Relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409, 410, 492) La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14, ..., 54-59, 60-64.
RIFERIMENTO	Media regionale, Anno 2013
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



3.4 Indicatore 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 risultano 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.



C1.1.1	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO RICOVERI ORDINARI ACUTI PER 1.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri ordinari relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14, ..., 80-84, 85 +.
RIFERIMENTO	Media regionale, Anno 2013
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.5 Indicatore C2: Efficienza attività di ricovero

L'indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero con la media regionale del 2011 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.

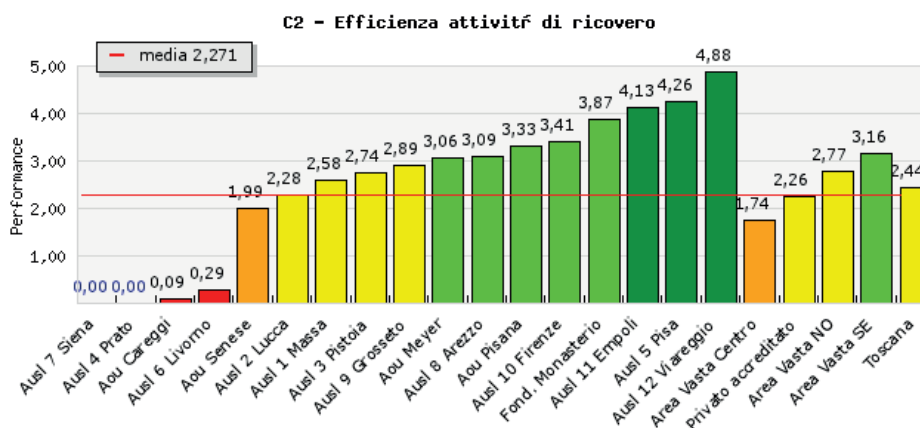
Il dato viene presentato sia per tutti i ricoveri (C2a), sia per i soli ricoveri programmati (C2a.1).

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C2 - Efficienza attività di ricovero	2,44	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- C2 Efficienza attività di ricovero
 - C2a Indice di performance degenza media [-0,33 giornate di degenza](#)
 - C2a.1 Indice di performance degenza media: ricoveri programmati [-0,26 giornate di degenza](#)
 - C2a.2 Tasso di occupazione Posti letto per Acuti [78,65](#)



C2

EFFICIENZA ATTIVITÀ AGRAVE DI RICOVERO

NOTE PER L'ELABORAZIONE

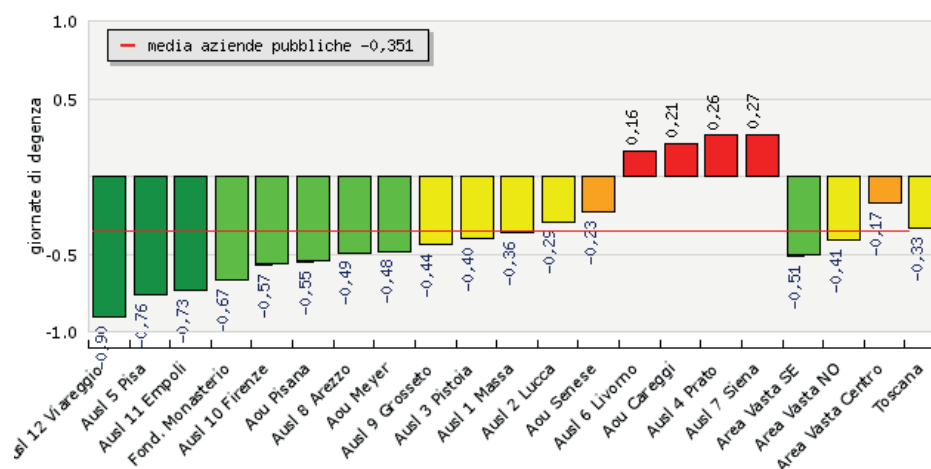
Il valore di questo indicatore è così calcolato:

- per le strutture pubbliche, la regione e le Aree Vaste coincide con quella del sottoindicatore C2a (indice di performance degenza media);
- per le strutture private accreditate coincide con la valutazione dell'indicatore C2a.1 (indice di performance degenza media: ricoveri programmati).

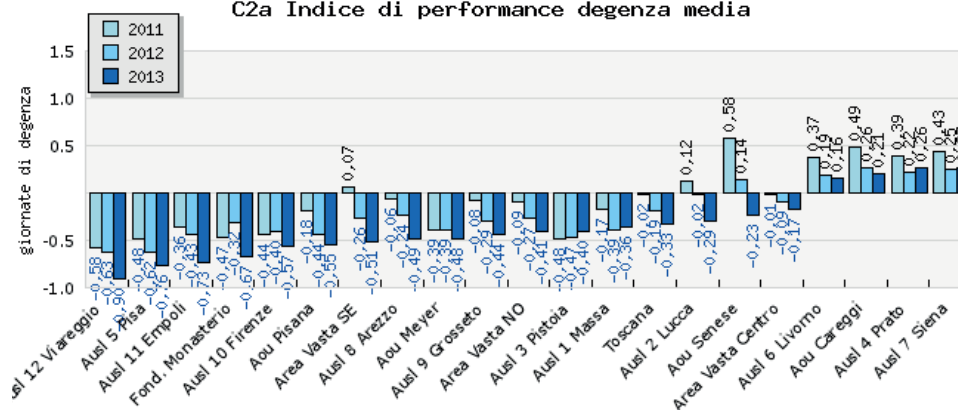


3.6 Indicatore C2a: Indice di performance degenza media

C2a - Indice di performance degenza media



C2a Indice di performance degenza media



C2a	
INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA	
DEFINIZIONE	Indice di performance degenza media
NUMERATORE	Σ giornate di degenza osservate - Σ giornate di degenza attese
DENOMINATORE	N. Dimissioni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi: - dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), - dalla struttura riabilitativa Auxilium vitae di Volterra, dai reparti 2601 dell'Ospedale Santa Verdiana e 2604 dell'Ospedale San Giuseppe di Empoli, - con DRG 391 - Neonato normale. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG. Per le giornate di degenza attese si fa riferimento alla degenza media regionale del 2011 (per ricoveri ordinari in strutture pubbliche, escluse le dimissioni dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99).
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2011
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.7 Indicatore C3a: Degenza media preoperatoria

Questo indicatore, largamente utilizzato a livello internazionale per valutare l'efficienza operativa, misura la durata media della permanenza in ospedale prima di un intervento.

Un paziente per cui è stato programmato un intervento chirurgico, dovrebbe essere ricoverato non più di un giorno prima dell'operazione; gli esami medici necessari per affrontare l'intervento dovrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale, prima del ricovero. L'analisi è ristretta ai soli ricoveri chirurgici, in modo da escludere i pazienti afferenti a reparti medici, ma che durante la degenza hanno effettuato procedure chirurgiche correlate a trattamento o diagnosi della loro patologia: in questi casi, infatti, la procedura chirurgica non risulta essere il motivo principale del ricovero e, quindi, può anche essere effettuata nei giorni seguenti l'ammissione.

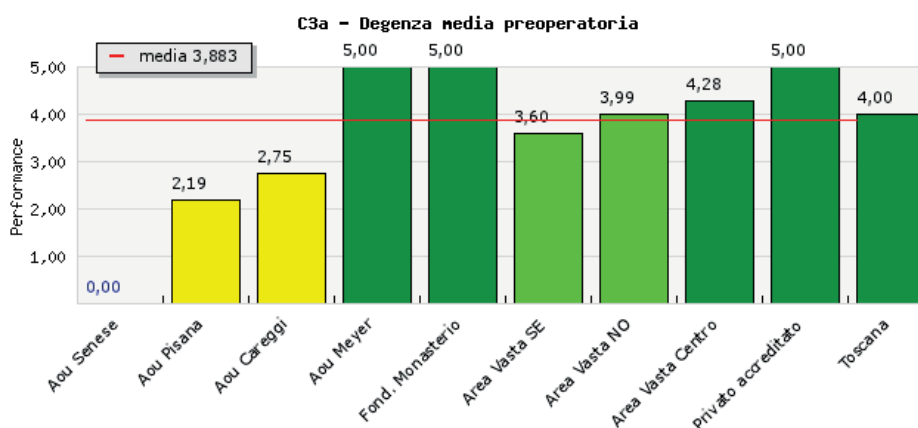
Il dato viene calcolato anche considerando i soli ricoveri con degenza superiore ad un giorno (sottoindicatore C3.1) e i soli residenti toscani (sottoindicatore C3.2).

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C3a - Degenza media preoperatoria	 4,00	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

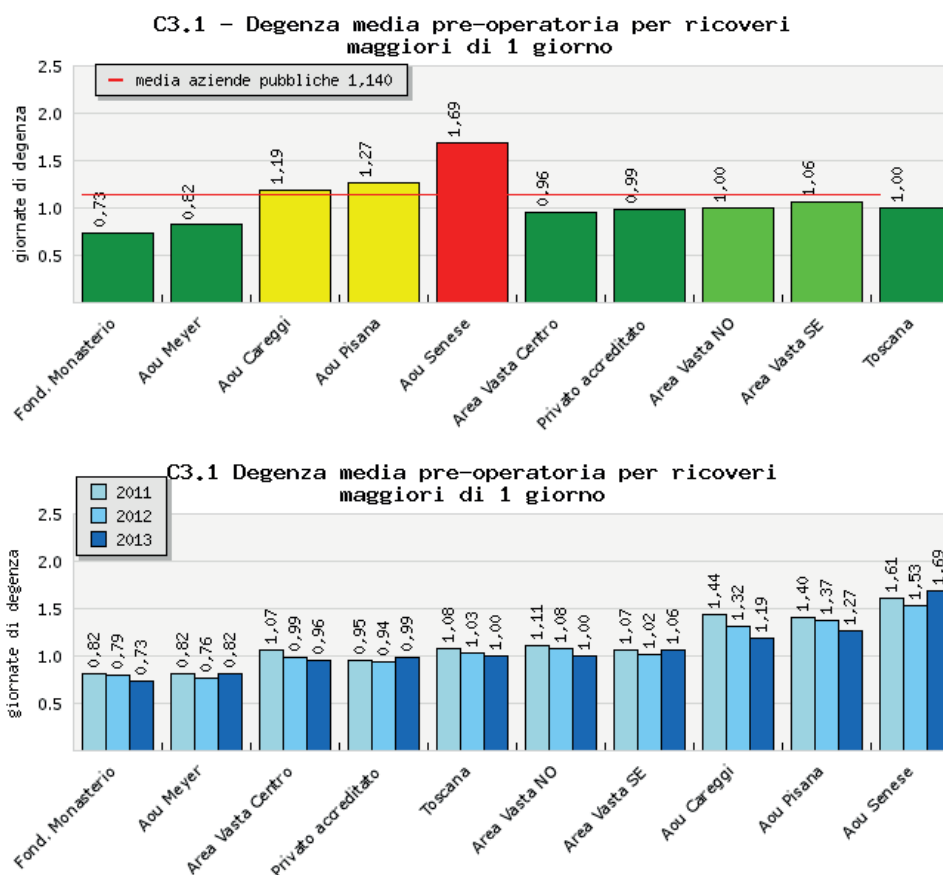
- C3a Degenza media preoperatoria
 - C3 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati [0,68 giornate di degenza](#)
 - C3.1 Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno [1,00 giornate di degenza](#)
 - C3.2 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati su residenti toscani [0,61 giornate di degenza](#)



C3a	
DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il valore di questo indicatore è così calcolato: • per le strutture pubbliche, la regione e le Aree Vaste, coincide con la valutazione del sottoindicatore C3.1 (Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati per ricoveri maggiori di 1 giorno); • per le strutture private accreditate coincide con la valutazione del sottoindicatore C3.2 (Degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati su residenti toscani).



3.8 Indicatore C3.1: Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno



C3.1	
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA PER RICOVERI MAGGIORI DI 1 GIORNO	
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
NUMERATORE	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione maggiori di un giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico. Per AOU Meyer si considerano esclusivamente i ricoveri dei pazienti residenti nell'Area Vasta di riferimento. Per la Fondazione G. Monasterio si considerano i ricoveri degli adulti e dei soli pazienti pediatrici residenti nell'area vasta di riferimento. Si considerano i ricoveri con: - procedure chirurgiche con codifiche ICD-9 CM: da 00 a 86 e 87.53, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57, 92.27, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39, 96.70, 96.71, 96.72, 98.51 - reparto di ammissione chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica); inoltre i dimessi con DRG chirurgico dai reparti di pediatria e ostetricia e ginecologia Sono esclusi: - i trapianti: DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. e intervento principale 52.8*, che individua il trapianto del pancreas - i dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento - i pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno - i dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2012
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.9 Indicatore C4a: Appropriatazza chirurgica

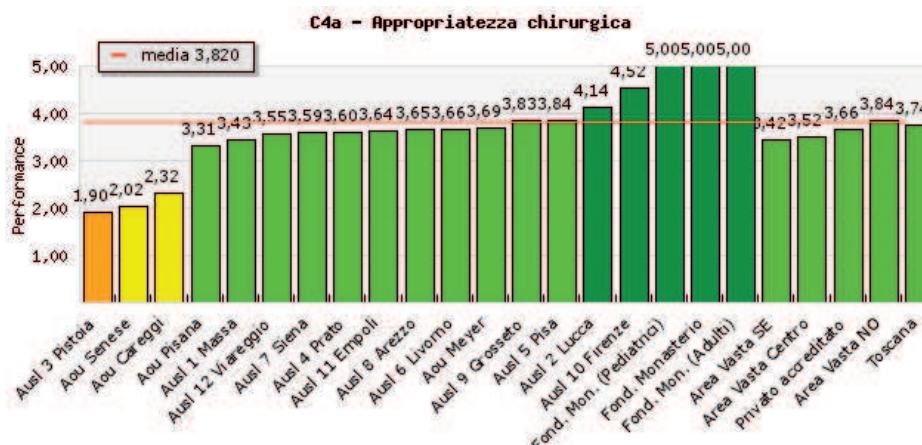
Si ha appropriatezza chirurgica quando le prestazioni erogate sono adeguate a risolvere le necessità del paziente, fornite nei modi e nei tempi giusti, con le tecniche migliori e maggiormente condivise e con un rapporto positivo fra benefici, rischi e costi. In questa ottica, l'albero dell'appropriatezza chirurgica vuole mettere in evidenza come vengono utilizzate le risorse a disposizione dei reparti di chirurgia delle nostre strutture, sia in regime di ricovero ordinario che di *day surgery*. Gli indicatori dell'albero assumono pesi diversi, esplicitati nella scheda indicatore.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C4a - Appropriatazza chirurgica	3,74	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- C4a Appropriatazza chirurgica
 - C4a.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la salute 2010-2012) [10.93 %](#)
 - C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [11.70 %](#)
 - C4.1.2 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day-hospital [7.87 %](#)
 - C4.4 % colecistomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno [65.96 %](#)
 - C4.12 DRG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % Day-Surgery (Patto per la salute 2010-2012) [78.10 %](#)



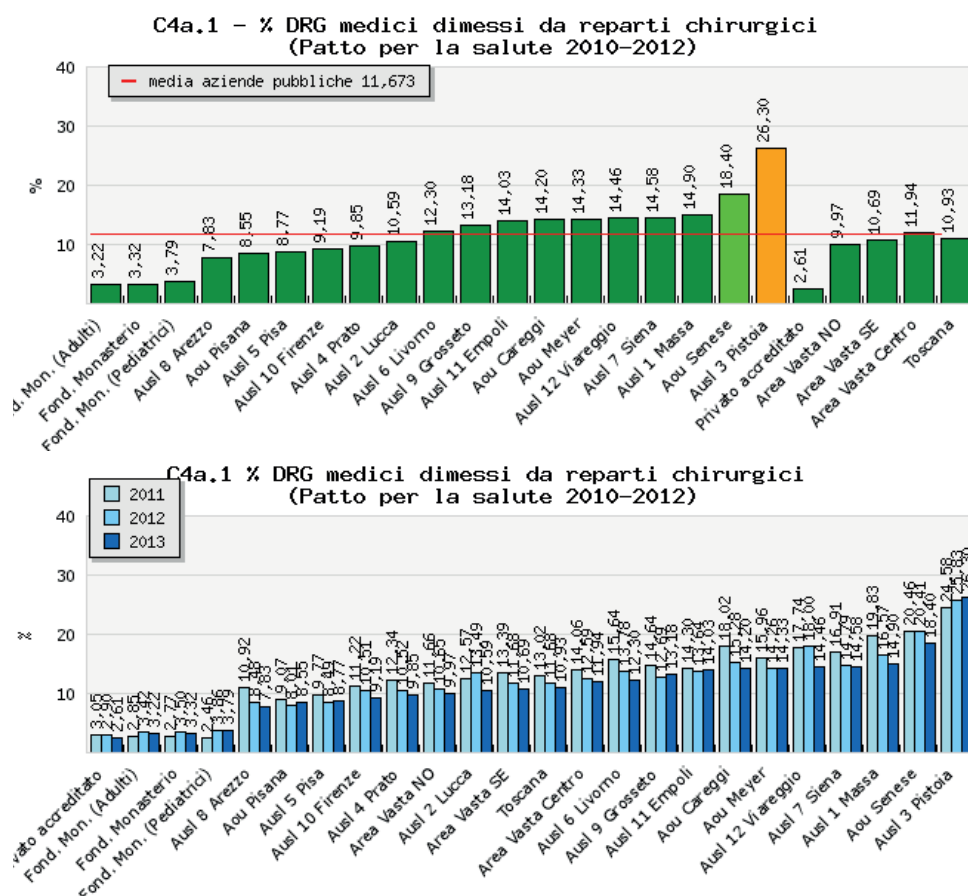
C4a	
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: • C4a.1 - % DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010-2012) • C4.4 - % colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery • C4.12 - Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010-2012) I pesi sono i seguenti: • C4a.1: 40% • C4.4: 20% • C4.12: 40%



3.10 Indicatore C4a.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la salute 2010-2012)

L'indicatore mette in luce gli aspetti relativi all'inappropriatezza organizzativa risultante dalla dimissione di un paziente da un reparto chirurgico senza che lo stesso sia stato sottoposto ad alcun intervento. Poiché il costo letto di un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è auspicabile ricercare soluzioni organizzative che contengano il più possibile tali casi, per limitare un improprio assorbimento di risorse.

L'indicatore prevede due sottoindicatori, C4.1.1 e C4.1.2, rispettivamente relativi ai ricoveri ordinari ed ai ricoveri in *day hospital*; questa scelta è legata all'evidenza che, all'interno di ogni azienda, il dato ha andamenti molto diversi nei due regimi di ricovero, senza alcuna evidente correlazione.

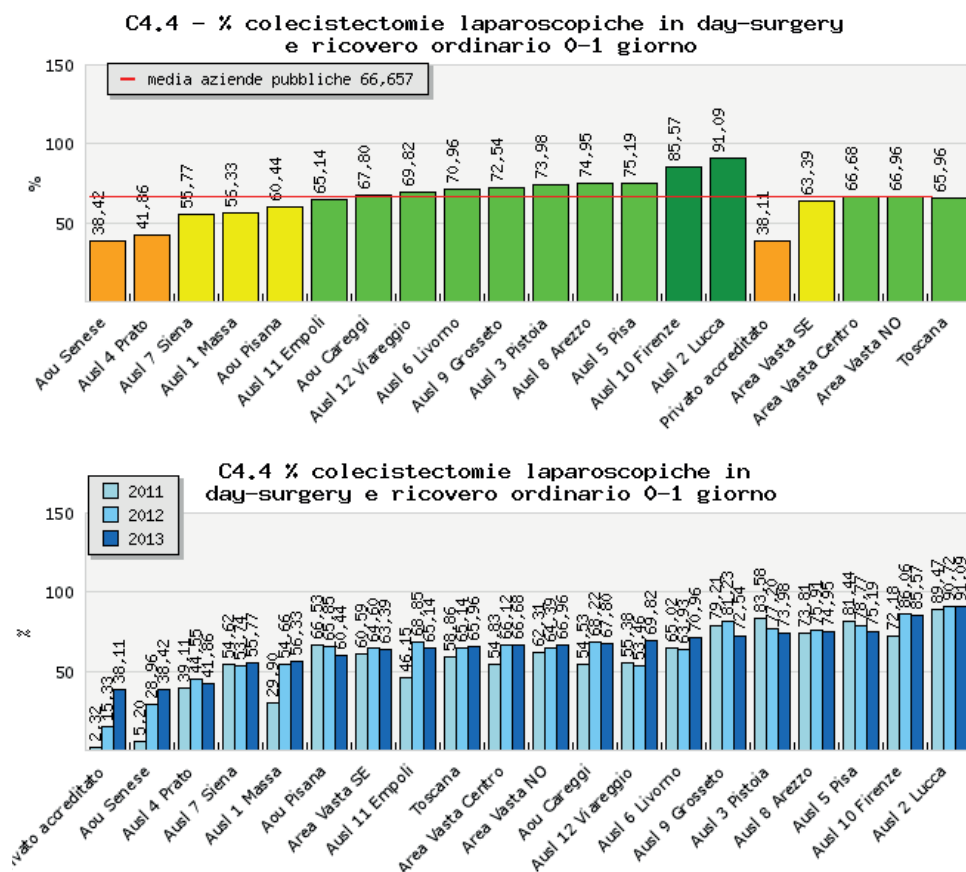


C4a.1	
% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica. Sono esclusi: • i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) • i dimessi con diagnosi principale o secondaria di intervento non eseguito (V641, V642, V643) • i dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile), 124, 125 • le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 • i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico
RIFERIMENTO	standard regionale
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.11 Indicatore C4.4: % 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.

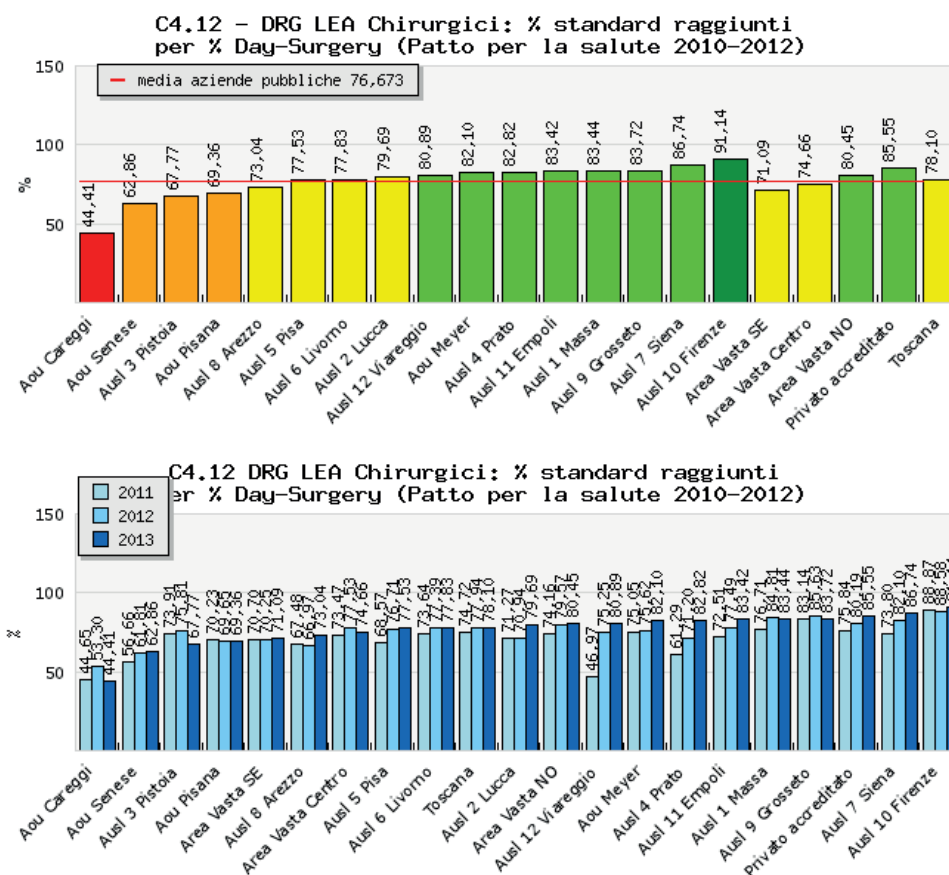


C4.4	
% COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY-SURGERY E RICOVERO ORDINARIO 0-1 GIORNO	
DEFINIZIONE	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno
NUMERATORE	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100
DENOMINATORE	N. colecistectomie laparoscopiche
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codifiche DRG Grouper XXIV: DRG 493-494
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: > 80%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.12 Indicatore C4.12: DRG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % Day-Surgery (Patto per la salute 2010-2012)

Con il Patto per la salute 2010-2012, il Ministero della Salute ha aggiornato l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario (Allegato B). Con Delibera GRT 1163/2011 la Regione Toscana ha, poi, definito per ciascuno di questi DRG nuovi standard di erogazione in day surgery.



C4.12	
DRG LEA CHIRURGICI: % STANDARD RAGGIUNTI PER % DAY-SURGERY (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale media di raggiungimento degli standard dei Drg LEA Chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza
NUMERATORE	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard dei DRG Chirurgici LEA
DENOMINATORE	N. DRG Chirurgici LEA erogati
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Nota per il calcolo del numeratore: la percentuale di raggiungimento è calcolata aggiustando lo standard dell'1% (% DS / (standard-(standard/100*1)))*100. I DRG considerati sono quelli elencati come ad alto rischio di inappropriatezza nella Delibera GRT 1163/2011, nonché nel Patto per la Salute 2010. Gli standard sono quelli della stessa Delibera GRT. DRG (std) 8 (75%), 36 (30%), 38 (70%), 40 (70%), 41 (70%), 42 (70%), 55 (60%), 60 (80%), 61 (80%), 119 (95%), 158 (50%), 160 (48%), 162 (90%), 163 (70%), 168 (75%), 169 (85%), 227 (80%), 228 (85%), 229 (90%), 232 (95%), 262 (95%), 266 (90%), 267 (95%), 268 (80%), 270 (90%), 315 (80%), 339 (95%), 340 (70%), 343 (95%), 345 (60%), 359 (50%), 360 (80%), 362 (90%), 364 (95%), 381 (95%), 503 (85%), 538 (75%). Per ogni azienda si considerano i DRG che presentano almeno 30 casi l'anno. Si considerano i ricoveri programmati erogati ai residenti toscani. Sono esclusi i ricoveri: • relativi a neonati normali (DRG 391) • i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99). • per DRG 60 non associati alla procedura 28.6 • per DRG 503 associato alla procedura 81.4x • per DRG 232 associati alla procedura 83.63. Per ciascun DRG si calcola la percentuale di dimessi erogati in regime di Day-Hospital, poi si divide tale percentuale rispetto allo standard (se il valore è superiore allo standard si considera una percentuale pari al 100%), ottenendo la percentuale di raggiungimento dello standard. Infine si fa la media delle percentuali di raggiungimento per ogni DRG.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: 100%
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.13 Indicatore C14: Appropriatelyzza medica

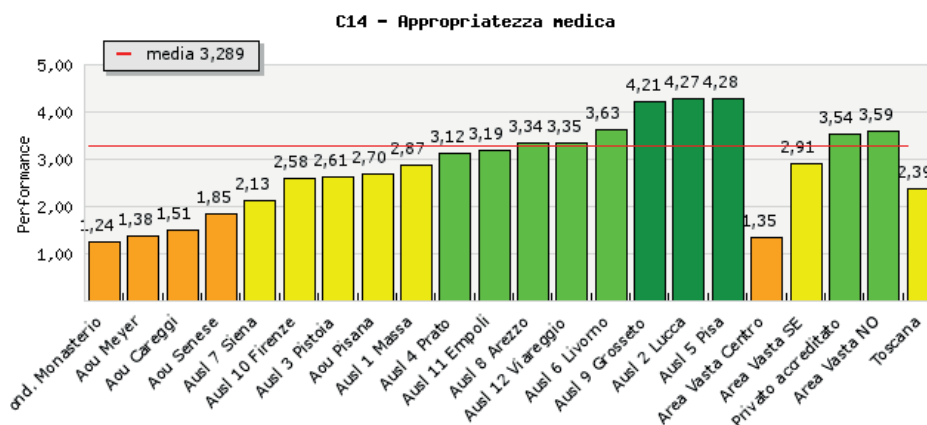
L'appropriatelyzza medica si verifica quando le prestazioni vengono erogate al momento giusto, secondo standard clinicamente riconosciuti e condivisi, in modo da aumentare la probabilità di ottenere i risultati desiderati. Tramite il set di indicatori che costituisce questo albero (tassi di ospedalizzazione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

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C14 - Appropriatelyzza medica	2,39	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- C14 Appropriatelyzza medica
 - C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 - 2012) [88,57 %](#)
 - C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (patto per la salute 2010-2012) [24,42 %](#)
 - C14.2.2 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici [53,15 %](#)
 - C14.3 % ricoveri ordinari medici brevi (patto per la salute 2010-2012) [16,52 %](#)
 - C14.3.2 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici [26,60 %](#)
 - C14.4 % di ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni (Patto per la salute 2010-2012) [2,41 %](#)

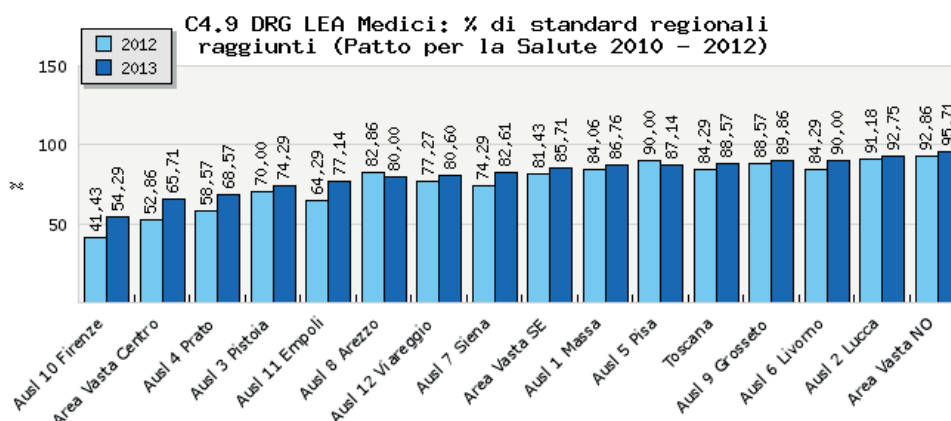
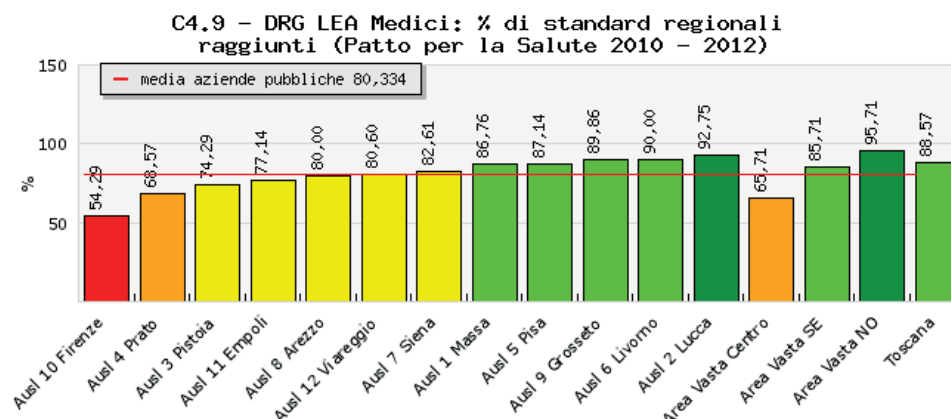


C14	
APPROPRIATEZZA MEDICA	
DEFINIZIONE	Appropriatelyzza medica
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: • C4.9 - DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti • C14.2 - % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica • C14.3 - % ricoveri ordinari medici brevi • C14.4 - % ricoveri medici oltresoglia >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)



3.14 Indicatore C4.9: DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 - 2012)

Con Delibera GRT 1163/2011 la Regione ha stabilito gli standard per i Tassi di ospedalizzazione dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza (come da Patto per la salute 2010-2012). Questo indicatore vuole monitorare quanto le aziende siano in grado di rispettare tali standard. Dal 2013, per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata, come standard, la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT. Pertanto, anche i tassi 2012 sono stati ricalcolati utilizzando tale popolazione standard, così da rendere possibile il trend.

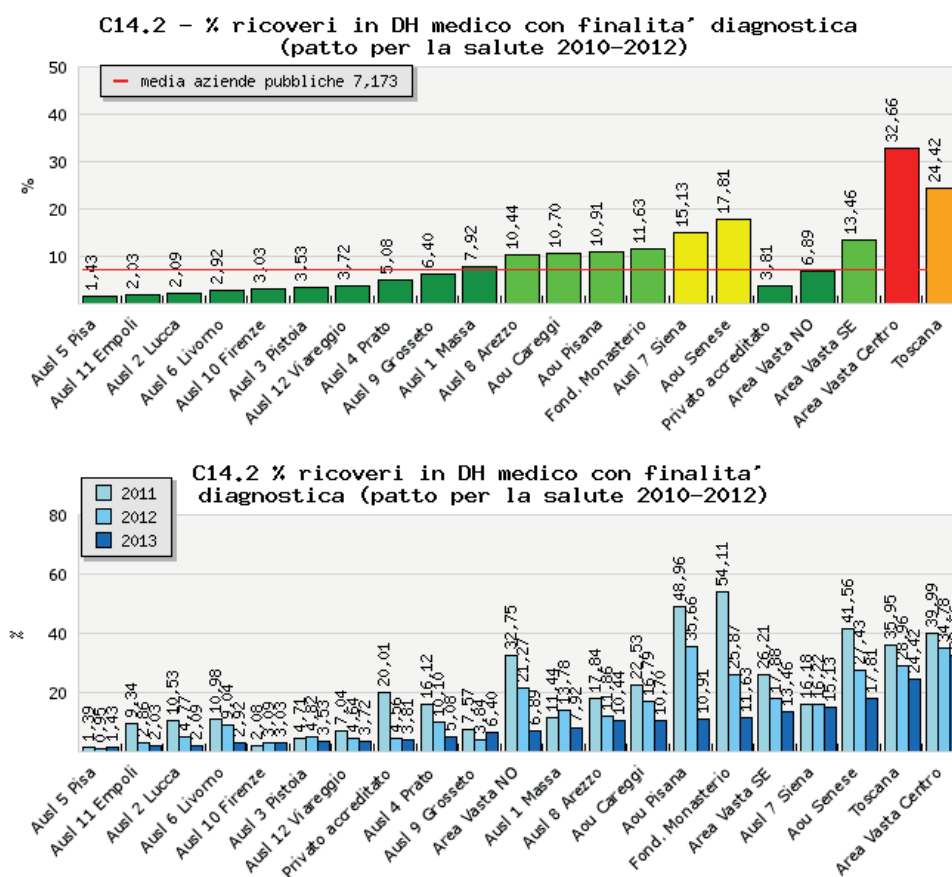


C4.9	
DRG LEA MEDICI: % DI STANDARD REGIONALI RAGGIUNTI (PATTO PER LA SALUTE 2010 - 2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di standard raggiunti per TO std dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza per 10.000 residenti
NUMERATORE	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard
DENOMINATORE	N. DRG Medici LEA erogati
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. I DRG considerati sono quelli elencati come ad alto rischio di inappropriatezza nella Delibera GRT 1163/2011, nonché nel Patto per la Salute 2010 - 2012, ovvero: 13, 19, 47, 65, 70, 73, 74, 88, 90, 91, 131, 133, 134, 139, 142, 183, 184, 187, 189, 206, 208, 241, 243, 245, 248, 249, 251, 252, 254, 256, 276, 281, 282, 283, 284, 294, 295, 299, 301, 317, 321, 322, 323, 324, 326, 327, 329, 332, 333, 349, 350, 352, 369, 384, 395, 396, 399, 404, 410, 411, 412, 426, 427, 429, 465, 466, 467, 490, 563, 564. il DRG 409 - radioterapia viene escluso dall'analisi in quanto appropriatamente erogato in regime di ricovero. Gli standard sono quelli della stessa Delibera GRT. Sono esclusi i ricoveri: • dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) • i dimessi dai reparti 2601 dell'ospedale Santa Verdiana e 2604 dell'ospedale San Giuseppe di Empoli. Per ciascun DRG si calcola il tasso di ospedalizzazione standardizzato; se esso risulta minore o uguale allo standard, il relativo punteggio è uguale a 1, altrimenti è pari a 0. Infine si fa la media dei punteggi. La popolazione standard di riferimento è la popolazione ISTAT risultante da censimento 2011 (fasce 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, ..., 80-84, maggiori di 85). La popolazione residente toscana è quella al 1° gennaio 2013.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2012
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.15 Indicatore C14.2: % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica (patto per la salute 2010-2012)

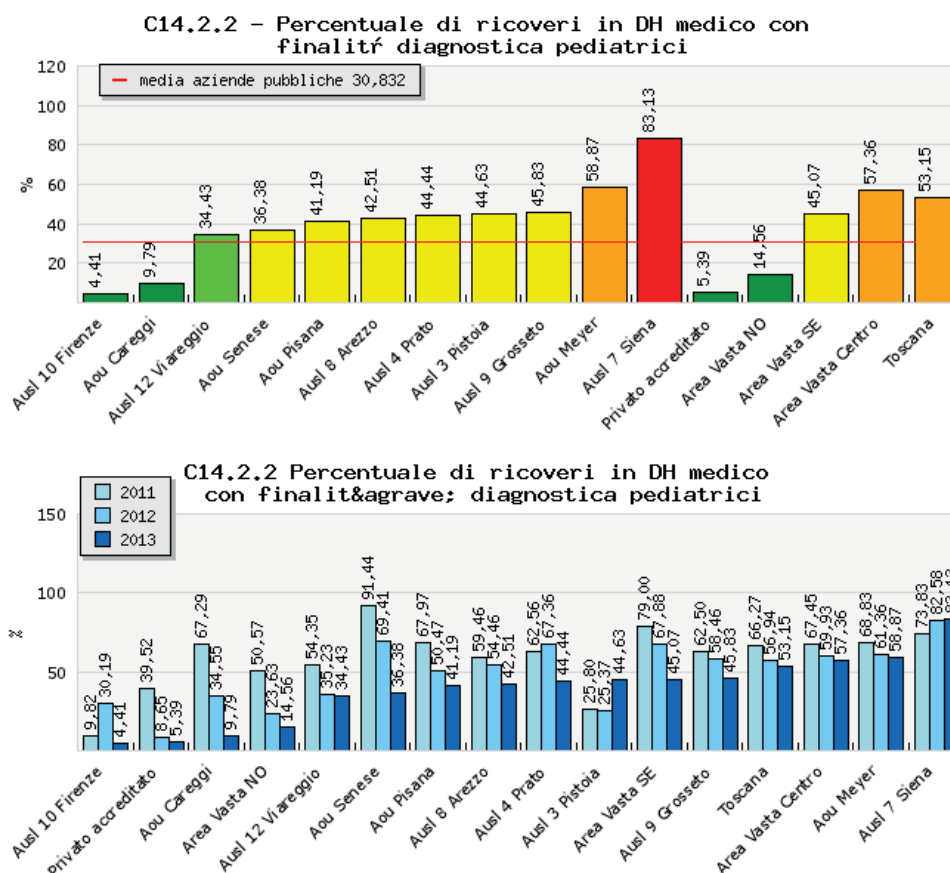
Poiché i letti in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno, gli accertamenti diagnostici dovrebbero essere fatti in regime ambulatoriale, in modo da evitare il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura, dunque, la percentuale di *day hospital* medici effettuati ai soli fini diagnostici, compresa la modalità "controllo periodico" (cfr Patto per la salute 2010-2012). Nel dato dell'Area Vasta Centro, è compresa anche la performance dell'AOU Meyer, per la quale, però, l'indicatore realmente valutato è il C14.2.2, che si riferisce ai soli ricoveri pediatrici.



C14.2	
% RICOVERI IN DH MEDICO CON FINALITA' DIAGNOSTICA (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
NUMERATORE	N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri in DH medico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "finalità del Day Hospital" si considerano le modalità "diagnostico" (codice 3) e "di controllo periodico" (codice 4). Si escludono: - i dimessi dai reparti 2601 dell'ospedale di continuità Santa Verdiana (codice 09064201) e 2604 dell'ospedale di continuità San Giuseppe (codice 09064202) di Empoli - i codici 190.5, V10.84, V16.8, V42.1, 996.83, V42.6, 996.84 da qualsiasi diagnosi - la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro".
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2009
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



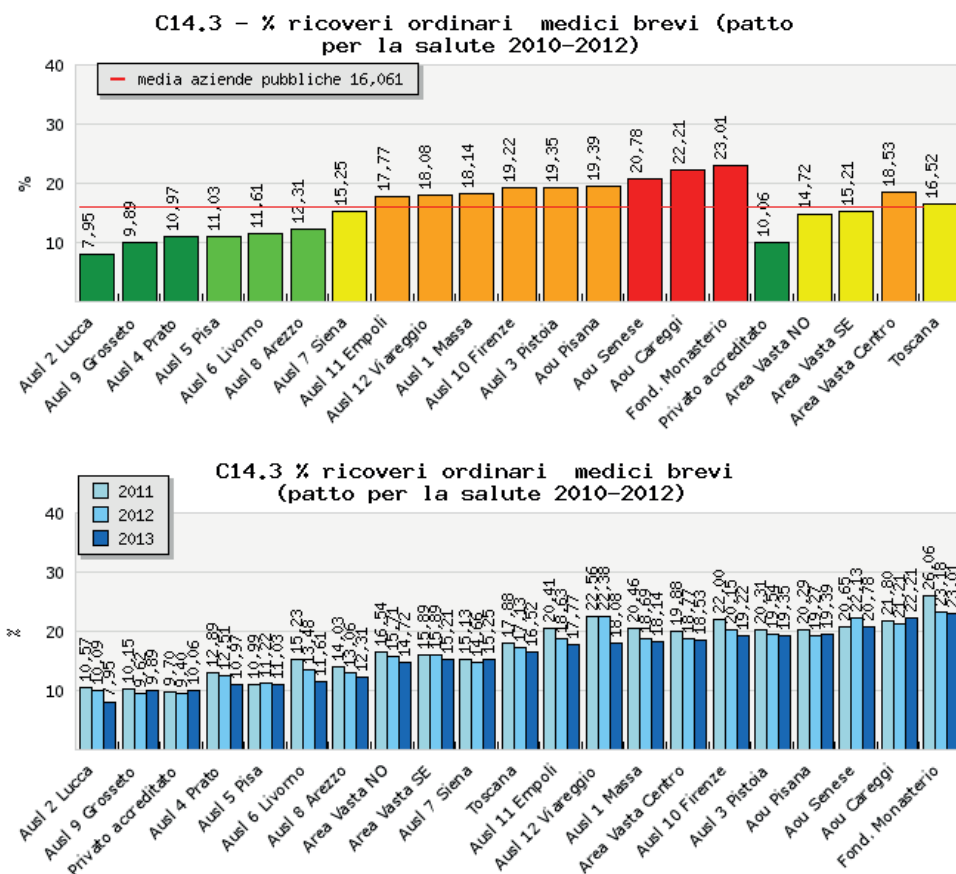
3.16 Indicatore C14.2.2: Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici



C14.2.2	
PERCENTUALE DI RICOVERI IN DH MEDICO CON FINALITÀ DIAGNOSTICA PEDIATRICI	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici
NUMERATORE	N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri in DH medico pediatrici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si considerano i soli ricoveri pediatrici (età < 14). Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "finalità del Day Hospital" si considerano le modalità "diagnostico" (codice 3) e "di controllo periodico" (codice 4). Si escludono: - i dimessi dai reparti 2601 dell'ospedale di continuità Santa Verdiana (codice 09064201) e 2604 dell'ospedale di continuità San Giuseppe (codice 09064202) di Empoli - i codici 190.5, V10.84, V16.8, V42.1, 996.83, V42.6, 996.84 da qualsiasi diagnosi - la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro"
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2010
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura

**3.17 Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (patto per la salute 2010-2012)**

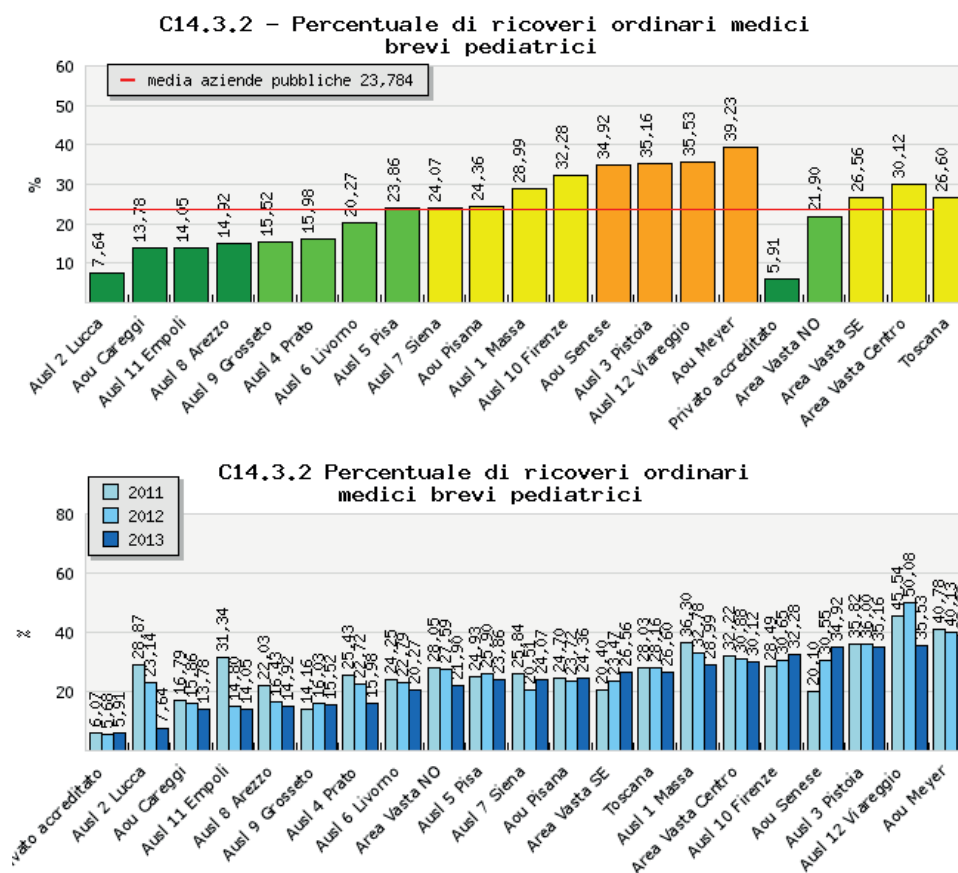
Un ricovero medico breve (0-1-2 giorni) è assai spesso un ricovero evitabile, realizzato nei contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino. Il numero di tali ricoveri deve essere ridotto attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi (cfr Patto per la salute 2010-2012).



C14.3	
% RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
NUMERATORE	N. di ricoveri ordinari medici brevi x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri ordinari medici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni. Si escludono: • DRG 391, 373, 124, 125 • le modalità di dimissione 1 (deceduto), 5 (dimissione volontaria) e 6 (trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti) • i dimessi con arteriografia di arterie cerebrali in qualunque intervento (codice 8841) • i dimessi con radioterapia in qualunque intervento (9227, 9228, 9229), se associata a diagnosi di tumore (diagnosi principale e secondarie comprese tra 140 e 239 o uguale a V58.0) • i dimessi dai reparti 2601 dell'ospedale di continuità Santa Verdiana (codice 09064201) e 2604 dell'ospedale di continuità San Giuseppe (codice 09064202)
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2011
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



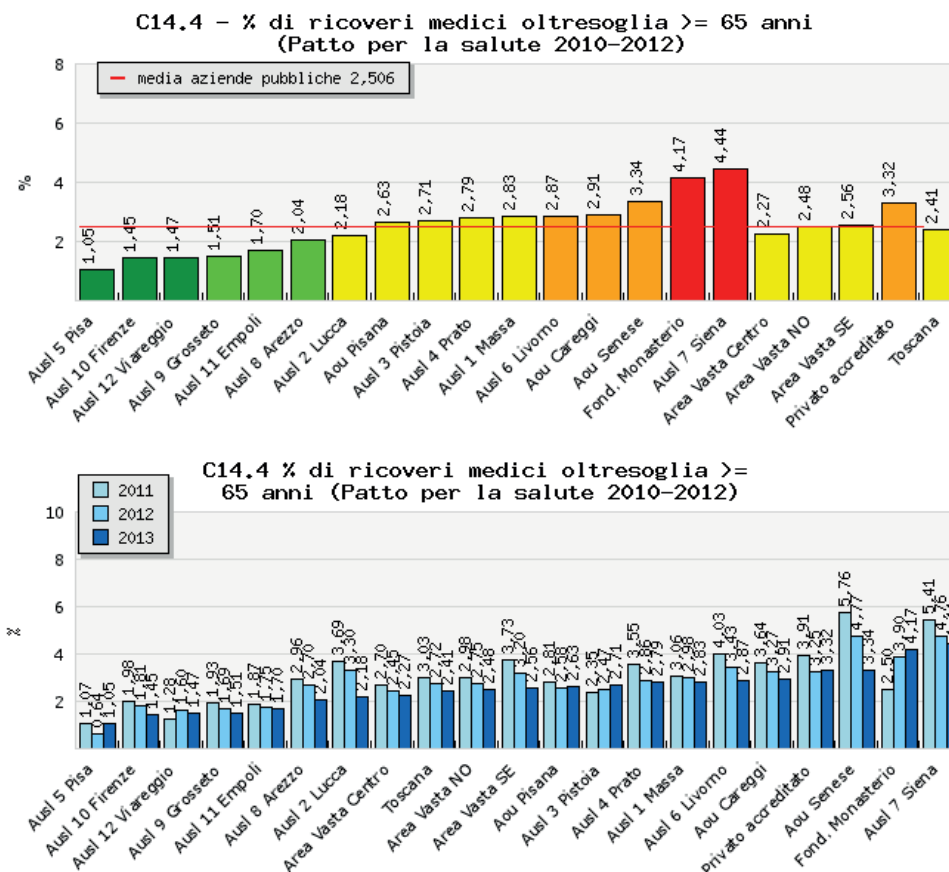
3.18 Indicatore C14.3.2: Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici



C14.3.2	
PERCENTUALE DI RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI PEDIATRICI	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici
NUMERATORE	N. di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri ordinari medici pediatrici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si selezionano i ricoveri ordinari pediatrici (età < 14 anni) con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni. Si escludono: • DRG 391, 373, 124, 125 • le modalità di dimissione 1 (deceduto), 5 (dimissione volontaria) e 6 (trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti) • i dimessi con arteriografia di arterie cerebrali in qualunque intervento (codice 8841) • i dimessi con radioterapia in qualunque intervento (9227, 9228, 9229), se associata a diagnosi di tumore (diagnosi principale e secondarie comprese tra 140 e 239 o uguale a V58.0) • i dimessi dai reparti 2601 dell'ospedale Santa Verdiana (codice 09064201) e 2604 dell'ospedale di continuità San Giuseppe (codosp 09064202) di Empoli.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2010
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura

**3.19 Indicatore C14.4: % di ricoveri medici oltresoglia $\geq$ 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.



C14.4	
% DI RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA $\geq$ 65 ANNI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni
NUMERATORE	N. di ricoveri medici oltre soglia x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri medici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Come riferimento delle soglie per DRG si considerano le soglie ministeriali. Per i DRG 557, 558, 559, 577, privi di soglia ministeriale, si usano i valori soglia stabiliti dal Testo Unico sulla Compensazione interregionale della mobilità sanitaria del 27 gennaio 2010. Si considerano i pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari. Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) ed i dimessi dai reparti 2601 dell'ospedale di continuità Santa Verdiana (codice 09064201) e 2604 dell'ospedale di continuità San Giuseppe (codice 09064202) di Empoli.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2010
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.20 Indicatore C5a: Qualità di processo

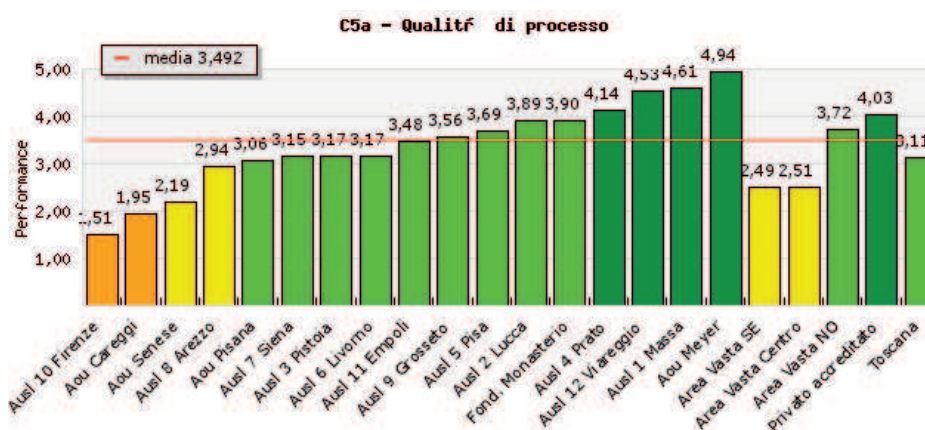
Ogni sistema sanitario persegue l'obiettivo di fornire prestazioni di elevata qualità nell'assistenza ai pazienti. Gli indicatori di Qualità di Processo fanno riferimento non solo alla tempestività delle prestazioni, ma anche alla componente professionale per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, validate in base alle evidenze scientifiche e alla condivisione con i professionisti.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C5a - Qualità di processo	3,11	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

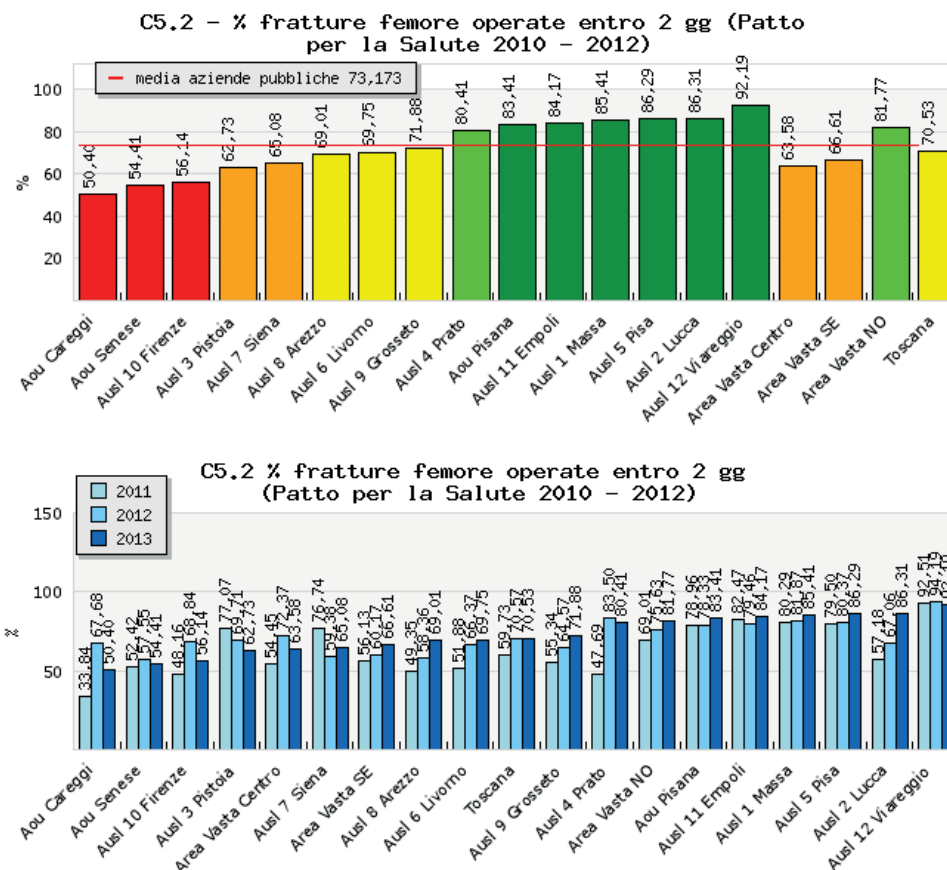
- C5a Qualità di processo
 - C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010 - 2012) [70.53 %](#)
 - C5.3 Percentuale prostatectomia transuretrale [69.07 %](#)
 - C5.7 % di riparazione della valvola mitrale [63.73 %](#)
 - C5.8 % di ventilazione meccanica non invasiva [41.25 %](#)
 - C5.10 % di resezioni programmate al colon in laparoscopia [40.32 %](#)
 - C5.11 % appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni [89.72 %](#)
 - C5.12 % di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate [91.38 %](#)
 - C16.4 % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore [91.20 %](#)



C5a	
QUALITÀ DI PROCESSO	
DEFINIZIONE	Qualità di processo
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata del punteggio dei seguenti indicatori: - per le AUSL: l'indicatore C5.2 percentuale di fratture al femore pesa il 41%, l'indicatore C5.3 percentuale di prostatectomie pesa il 12%, l'indicatore C5.8 percentuale ventilazioni meccaniche non invasive pesa il 12%, l'indicatore C5.11 percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia pesa il 12% e l'indicatore C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8 ore pesa il 23%; - per le AOU: l'indicatore C5.2 percentuale di fratture al femore pesa il 40%, l'indicatore C5.3 percentuale di prostatectomie pesa il 10%, l'indicatore C5.7 percentuale interventi di riparazione valvola mitrale pesa il 10%, l'indicatore C5.8 percentuale ventilazioni meccaniche non invasive pesa il 10%, l'indicatore C5.11 percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia pesa il 10% e l'indicatore C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8 ore pesa il 20%; - per la Fondazione Monasterio: l'indicatore C5.7 percentuale interventi di riparazione valvola mitrale e l'indicatore C5.8 percentuale ventilazioni meccaniche non invasive pesano entrambi il 50% - per i privati accreditati: l'indicatore C5.2 percentuale di fratture al femore pesa il 50%, l'indicatore C5.3 percentuale di prostatectomie pesa il 12.5%, l'indicatore C5.7 percentuale interventi di riparazione valvola mitrale pesa il 12.5%, l'indicatore C5.8 percentuale ventilazioni meccaniche non invasive pesa il 12.5%, l'indicatore C5.11 percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia pesa il 12.5%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

**3.21 Indicatore C5.2: % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010 - 2012)**

In caso di frattura del femore è importante essere operati tempestivamente per garantire un recupero rapido e completo. La Regione Toscana stabilisce, nel PSR 2005-2007, che la prestazione in esame sia da eseguire entro due giorni dall'ingresso in ospedale per la frattura del femore. L'obiettivo regionale è posto all'80%, considerando che in alcuni casi specifici il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione.

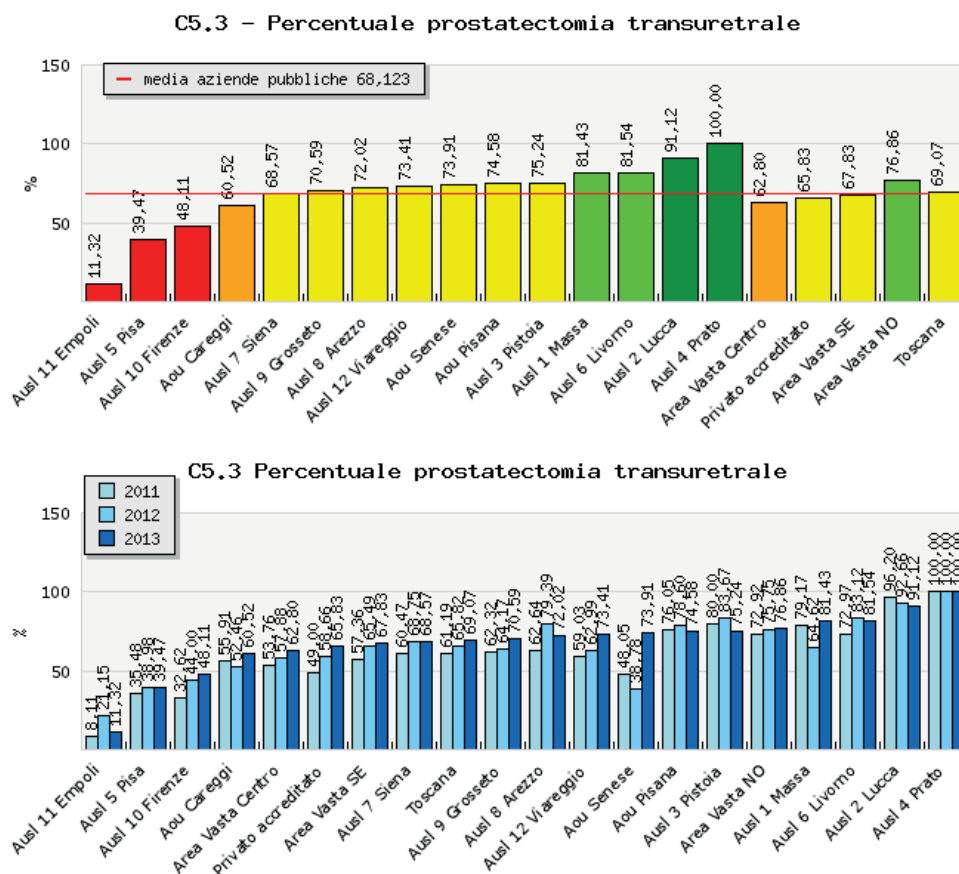


C5.2	
% FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GG (PATTO PER LA SALUTE 2010 - 2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
NUMERATORE	Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100
DENOMINATORE	Numero interventi per frattura del femore
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si considerano: • i ricoveri ordinari, • Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx AND • codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna 81.51 Sostituzione totale dell'anca 81.52 Sostituzione parziale dell'anca 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >= 80%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.22 Indicatore C5.3: Percentuale prostatectomia transuretrale

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.

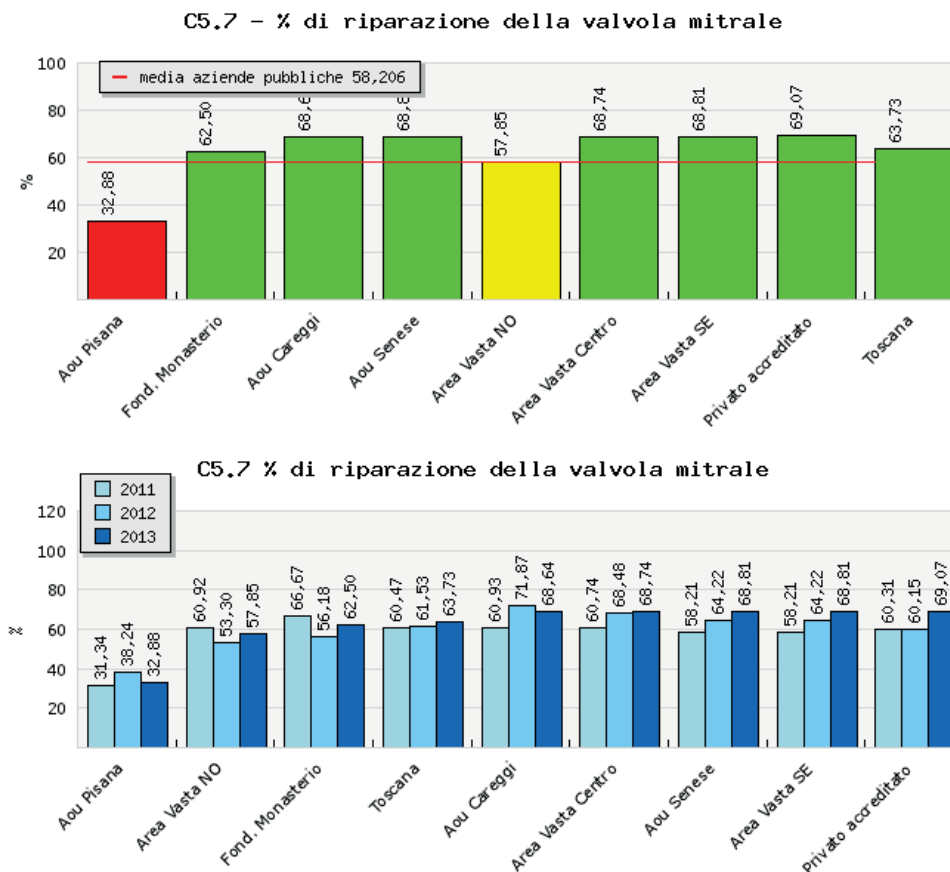


C5.3	
PERCENTUALE PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE	
DEFINIZIONE	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
NUMERATORE	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100
DENOMINATORE	Numero interventi di prostatectomia
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si considerano i ricoveri con i seguenti codici ICD9-CM: - Numeratore: intervento principale 60.21, 60.29 - Denominatore: intervento principale 60.21, 60.29, 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69 Si escludono i casi di tumore maligno della prostata in diagnosi principale (185).
RIFERIMENTO	Media regionale, Anno 2013
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.23 Indicatore C5.7: % 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.



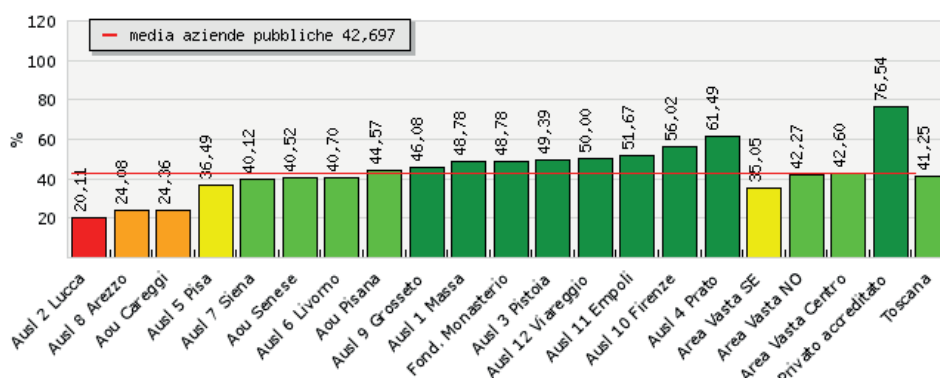
C5.7	
% DI RIPARAZIONE DELLA VALVOLA MITRALE	
DEFINIZIONE	Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)
NUMERATORE	Numero dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale x 100
DENOMINATORE	Numero dimessi con intervento alla valvola mitrale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Codifiche considerate - codici ICD9-CM di intervento principale o secondario : Numeratore: 35.02 (Valvulotomia a cuore chiuso, valvola mitrale), 35.12 (Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione) Denominatore: 35.02 (Valvulotomia a cuore chiuso, valvola mitrale), 35.12 (Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione), 35.23 (Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi), 35.24 (Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi).
RIFERIMENTO	Media Aziende Ospedaliero Universitarie, Anno 2008
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



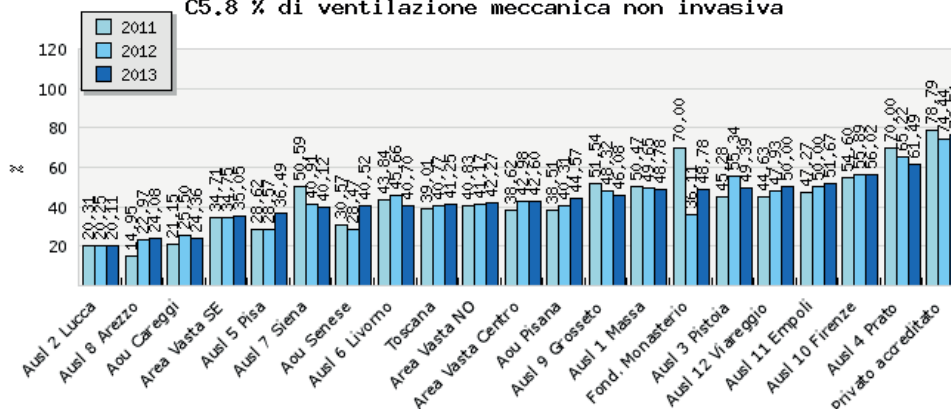
3.24 Indicatore C5.8: % di ventilazione meccanica non invasiva

Negli ultimi anni la ventilazione meccanica non invasiva è divenuta un supporto sempre più utilizzato per il trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica. Il ricorso alla ventilazione meccanica a lungo termine applicata non invasivamente può ragionevolmente indurre un miglioramento della funzionalità respiratoria e della qualità di vita, come pure una diminuzione degli episodi di acuzie che richiedono il ricorso a cure ospedaliere. Il calcolo dell'indicatore viene circoscritto a determinate condizioni cliniche (malattie polmonari croniche ostruttive, insufficienza polmonare successiva a trauma o intervento chirurgico e insufficienza respiratoria acuta) in presenza delle quali è maggiormente auspicabile l'utilizzo della ventilazione non invasiva. Ciò permette anche di confrontarne meglio il ricorso tra le strutture in quanto la casistica trattata è resa più omogenea.

C5.8 - % di ventilazione meccanica non invasiva



C5.8 % di ventilazione meccanica non invasiva

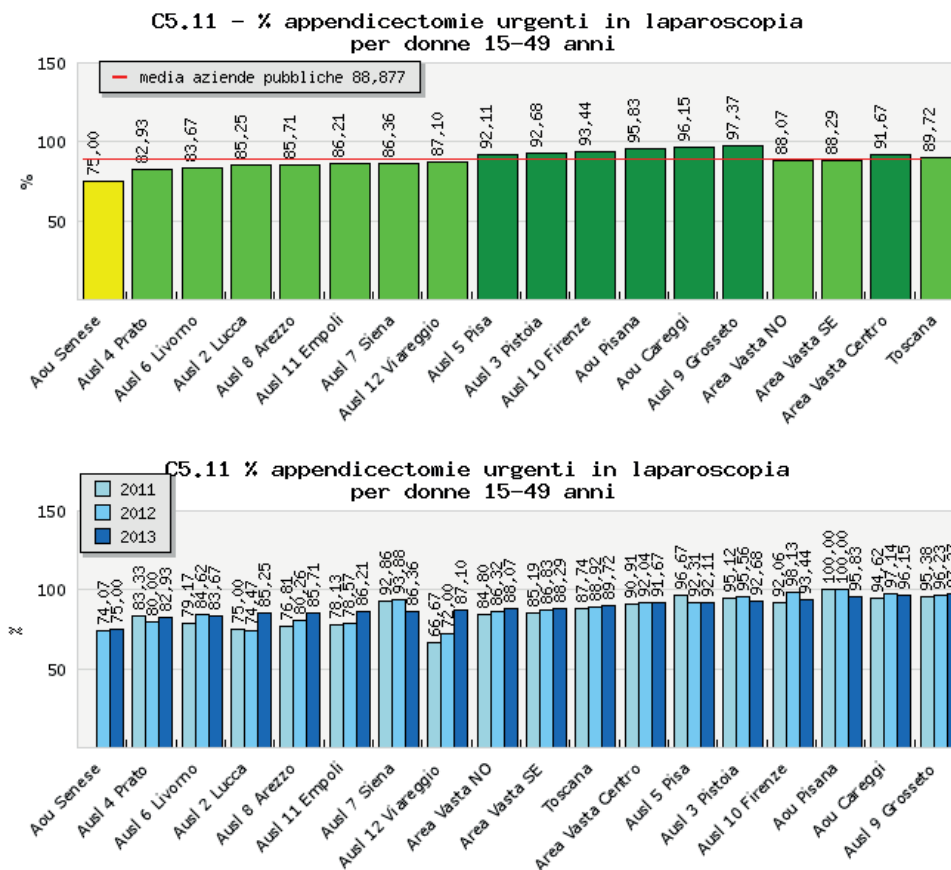


C5.8	
% DI VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA	
DEFINIZIONE	Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive
NUMERATORE	Numero di ricoveri per ventilazione meccanica non invasiva (NIV) x 100
DENOMINATORE	Numero di ricoveri per ventilazione meccanica
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si escludono i dimessi con diagnosi principale o secondaria di ipersonnia con apnea del sonno (780.53). Si selezionano i ricoveri con seguenti codici di diagnosi principale o secondarie: - da 490.xx a 496.xx malattie polmonari croniche ostruttive e manifestazioni associate; 518.5x insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico; 518.81, 518.82 insufficienza respiratoria acuta e di intervento principale o secondari: 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP); 93.91 Respirazione a pressione positiva intermittente; 96.7x Altra ventilazione meccanica continua; 96.04 Inserzione di tubo endotracheale; 31.1 Tracheostomia temporanea. Al numeratore si considerano gli interventi principale o secondari: 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP); 93.91 Respirazione a pressione positiva intermittente.
RIFERIMENTO	Media Regionale, Anno 2010
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.25 Indicatore C5.11: % appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni

Nelle pazienti di sesso femminile con sospetto di appendicite acuta, la laparoscopia offre un notevole vantaggio in termini di affidabilità diagnostica rispetto al tradizionale iter diagnostico. L'intervento di appendicectomia laparoscopica è inoltre sicuro quanto quello eseguito in chirurgia aperta.

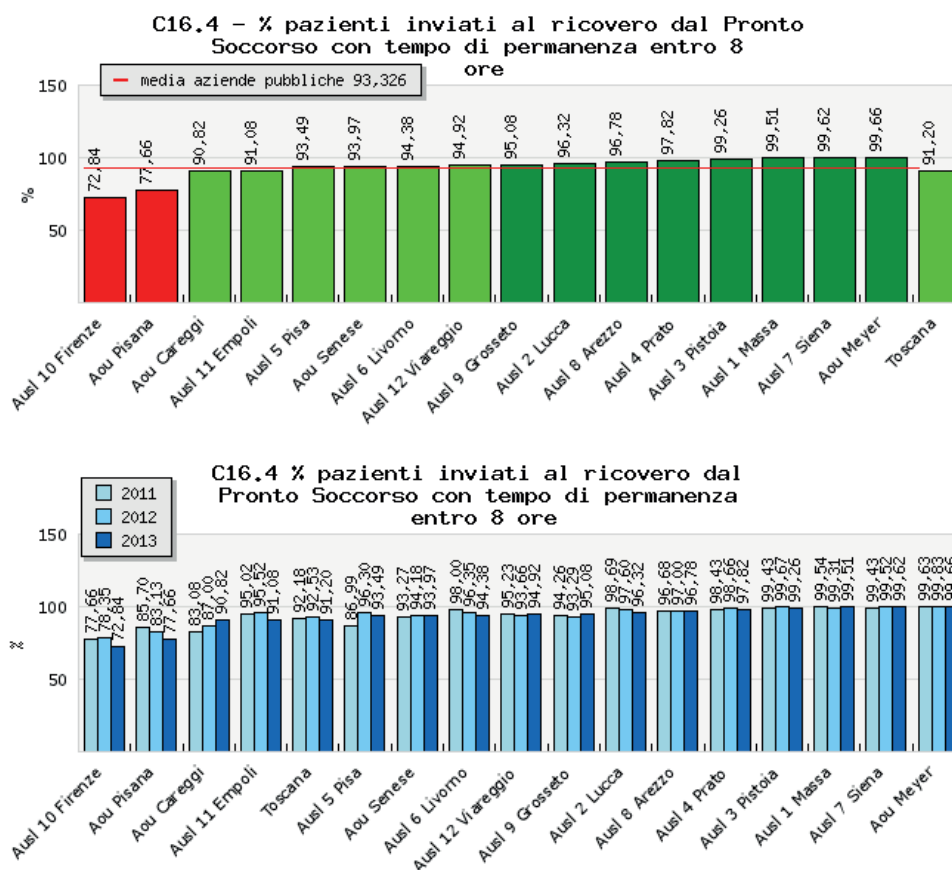


C5.11	
% APPENDICECTOMIE URGENTI IN LAPAROSCOPIA PER DONNE 15-49 ANNI	
DEFINIZIONE	Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
NUMERATORE	Numero di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni x 100
DENOMINATORE	Numero di appendicectomie urgenti per donne 15-49 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si considerano i ricoveri: • urgenti, • con codici ICD9-CM di intervento sia principale che secondario: Numeratore: 47.01 (Appendicectomia laparoscopica) Denominatore: 47.01 (Appendicectomia laparoscopica), 47.09 (Altra appendicectomia)
RIFERIMENTO	Media regionale, Anno 2010
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	20 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.26 Indicatore C16.4: % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore

L'indicatore è inserito nell'ambito della "Qualità di Processo" perché rappresenta un indicatore del sistema ospedale nel suo complesso e monitora la tempestività nel trovare una sistemazione ai pazienti per i quali viene ravvisata da parte del medico la necessità del ricovero, una volta entrati in Pronto Soccorso ed effettuata la visita. L'indicatore misura la percentuale dei pazienti che hanno un tempo di permanenza inferiore alle 8 ore dal momento in cui è stato assegnato il codice colore al triage al momento in cui il paziente viene dimesso dal Pronto Soccorso con esito di ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.



C16.4	
% PAZIENTI INVIATI AL RICOVERO DAL PRONTO SOCCORSO CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
NUMERATORE	N. pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
DENOMINATORE	N. totale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro ed oltre le 8 ore
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra il momento della dimissione e il momento dell'accettazione al triage. Si considerano solo le dimissioni con esito a ricovero o trasferimento ad altro istituto.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >95%
FONTE	RFC 106
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.27 Indicatore C5c: Esiti - AOU

Il Ministero della salute ha affidato ad AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali) la realizzazione del Programma Nazionale Esiti (PNE) che ha l'obiettivo di introdurre la valutazione sistematica degli esiti come valutazione comparativa della qualità delle prestazioni sanitarie tra le diverse strutture pubbliche e private accreditate con il SSN ed aree territoriali di residenza.

Il quadro dei risultati dell'assistenza considera alcune variabili rilevate attraverso il Sistema informativo ospedaliero (SIO), che raccoglie le informazioni di tutti i ricoveri ospedalieri (in acuzie e post-acuzie) registrati in Italia, attraverso le schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'accertamento dello stato in vita entro 30 giorni viene effettuato sulla base del SIO (sia nel ricovero indice sia in eventuali ricoveri successivi del paziente) e sulla base dell'anagrafe tributaria.

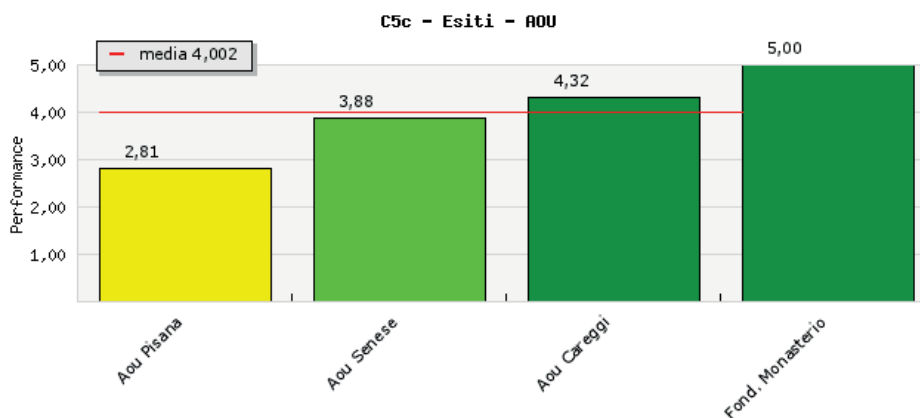
Le variabili rilevate sono: mortalità e riammissioni a breve termine dopo interventi e procedure chirurgiche.

Il valore degli indicatori si riferisce al rischio 'aggiustato', che tiene quindi conto delle possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni dovute a caratteristiche come l'età, genere, gravità della patologia in studio, ecc.

Partendo da una selezione di indicatori del PNE per l'anno 2012, l'indicatore di sintesi degli esiti proposto nel sistema di valutazione della performance per le AOU è ottenuto come somma pesata della percentuale di indicatori significativamente peggiori e della percentuale di indicatori significativamente migliori rispetto alla media nazionale, utilizzando come pesi rispettivamente -1 e 1.

I dati del programma PNE sono accessibili nel sito dedicato Programma Valutazione Esiti (PNE).

- C5c Esiti - AOU
 - C5.16 Indicatore di Esito - AOU



C5c	
ESITI - AOU	
DEFINIZIONE	Esiti - AOU
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore C5.16 Indicatori di esito AOU - Programma Nazionale Esiti (PNE - Agenas)

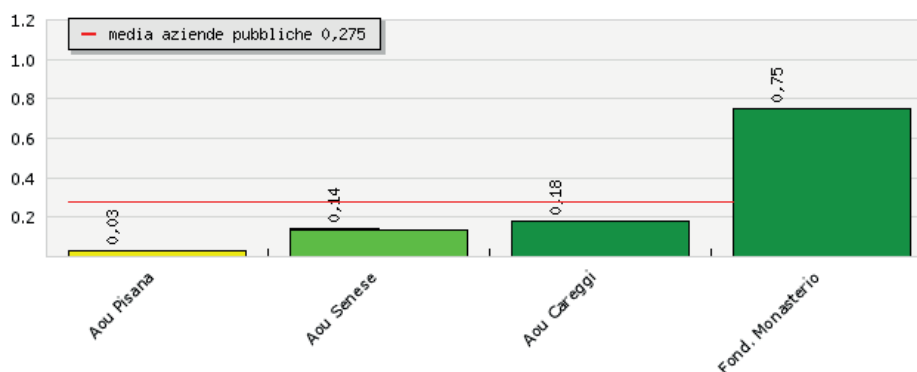


3.28 Indicatore C5.16: Indicatore di Esito - AOU

L'indice sintetico di esito è un indicatore che prende in considerazione una selezione di indicatori del Programma Nazionale Esiti 2012 edizione 2013 - calcolati per ciascun Azienda Ospedaliero-Universitaria - ed è ottenuto come somma pesata della percentuale di indicatori significativamente peggiori e della percentuale di indicatori significativamente migliori rispetto alla media nazionale, utilizzando come pesi rispettivamente -1 e 1.

I dati del PNE sono accessibili nel sito dedicato Programma Nazionale Esiti (PNE).

C5.16 - Indicatore di Esito - AOU



C5.16	
INDICATORE DI ESITO - AOU	
DEFINIZIONE	Indicatori di Esito AOU
NUMERATORE	Somma pesata di una selezione degli indicatori di Esito selezionati
DENOMINATORE	Somma del numero di indicatori di Esito selezionati
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Gli indicatori del Programma Nazionale Esiti 2012 edizione 2013 considerati sono: Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero; Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero; PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dall'intervento; IMA: Mortalità a 1 anno; IMA: MACCE a 1 anno; IMA: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni; IMA: proporzione di PTCA eseguite nel ricovero indice o in un ricovero successivo entro 7 giorni; Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni; Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni; Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero; Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni; Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni; Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero; Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni; BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero; BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni; Colectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni; Colectomia in regime day surgery: complicanze a 30 giorni; Colectomia laparoscopica regime ordinario: altro intervento a 30 giorni; Colectomia in regime day surgery: altro intervento a 30 giorni; Parti: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (naturali); Parti: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (cesarei); Parti: riammissioni ospedaliere durante il puerperio (naturali); Parti: riammissioni ospedaliere durante il puerperio (cesarei); Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero; Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi; Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni dall'intervento; Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni; Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni; Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni; Intervento chirurgico per TM colon: % interventi in laparoscopia; Intervento chirurgico per TM retto: % interventi in laparoscopia; Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni; Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico; Frattura della Tibia/Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico. Per ogni Azienda il numeratore è dato dalla somma pesata degli indicatori che risultano essere significativamente peggiori, significativamente migliori della media nazionale o non significativamente diversi dalla media nazionale, utilizzando come pesi rispettivamente -1 e 1 e 0.
FONTE	Programma Nazionale Valutazione Esiti
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.29 Indicatore C5d: Esiti - AUSL

Il Ministero della salute ha affidato ad AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali) la realizzazione del Programma Nazionale Esiti (PNE) che ha l'obiettivo di introdurre la valutazione sistematica degli esiti come valutazione comparativa della qualità delle prestazioni sanitarie tra le diverse strutture pubbliche e private accreditate con il SSN ed aree territoriali di residenza.

Il quadro dei risultati dell'assistenza considera alcune variabili rilevate attraverso il Sistema informativo ospedaliero (SIO) che raccoglie le informazioni di tutti i ricoveri ospedalieri (in acuzie e post-acuzie) registrati in Italia, attraverso le schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'accertamento dello stato in vita entro 30 giorni viene effettuato sulla base del SIO (sia nel ricovero indice sia in eventuali ricoveri successivi del paziente) e sulla base dell'anagrafe tributaria.

Le variabili rilevate sono: mortalità e riammissioni a breve termine dopo interventi e procedure chirurgiche.

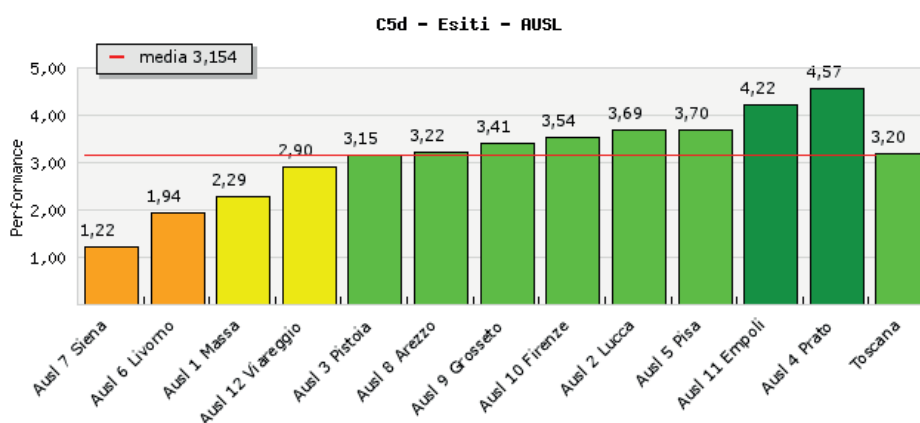
Il valore degli indicatori si riferisce al rischio 'aggiustato', che tiene quindi conto delle possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni dovute a caratteristiche come l'età, genere, gravità della patologia in studio, ecc.

Partendo da una selezione di indicatori del PNE per l'anno 2012, l'indicatore di sintesi degli esiti proposto nel sistema di valutazione della performance è ottenuto come somma pesata della percentuale di indicatori significativamente peggiori e della percentuale di indicatori significativamente migliori rispetto alla media nazionale, utilizzando come pesi rispettivamente -1 e 1. I singoli indicatori presenti nel PNE sono calcolati a livello di stabilimento.

I dati del programma PNE sono accessibili nel sito dedicato Programma Valutazione Esiti (PNE).

- C5d Esiti - AUSL

- C5.15 Indicatore di Esito - AUSL [0,07](#)



C5d	
ESITI - AUSL	
DEFINIZIONE	ESITO - AUSL
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore C5.15 Indicatori di esito AUSL - Programma Nazionale Esiti (PNE - Agenas)

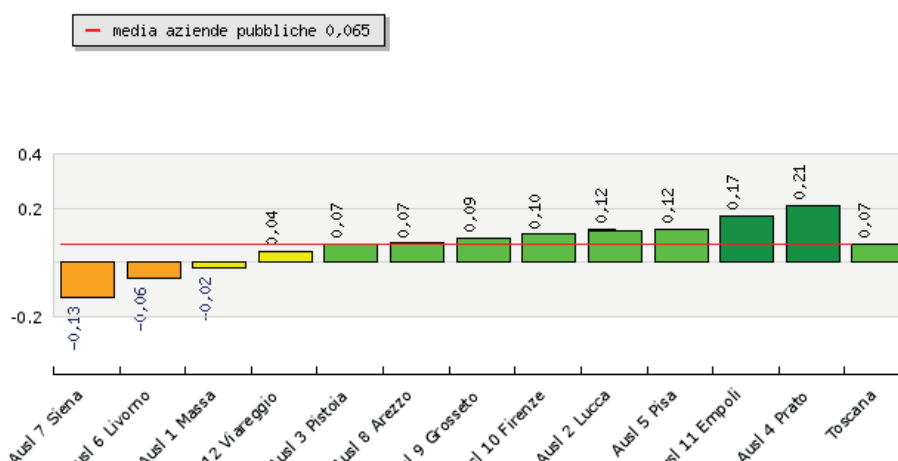


3.30 Indicatore C5.15: Indicatore di Esito - AUSL

L'indice sintetico di esito è un indicatore che prende in considerazione una selezione di indicatori del Programma Nazionale Esiti 2012 edizione 2013 - calcolati per ciascun stabilimento di ciascuna Azienda Sanitaria - ed è ottenuto come somma pesata della percentuale di indicatori significativamente peggiori e della percentuale di indicatori significativamente migliori rispetto alla media nazionale, utilizzando come pesi rispettivamente -1 e 1.

I dati del PNE sono accessibili nel sito dedicato Programma Nazionale Esiti (PNE).

C5.15 - Indicatore di Esito - AUSL



C5.15	
INDICATORE DI ESITO - AUSL	
DEFINIZIONE	Indicatore di Esito - AUSL
NUMERATORE	Somma pesata di una selezione di Esito selezionati
DENOMINATORE	Somma del numero di indicatori di Esito selezionati
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Gli indicatori del Programma Nazionale Esiti 2012 edizione 2013 considerati sono: Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero; Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero; PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dall'intervento; IMA: Mortalità a 1 anno; IMA: MACCE a 1 anno; IMA: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni; IMA: proporzione di PTCA eseguite nel ricovero indice o in un ricovero successivo entro 7 giorni; Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni; Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni; Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero; Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni; Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni; Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero; Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni; BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero; BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni; Colectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni; Colectomia in regime day surgery: complicanze a 30 giorni; Colectomia laparoscopica regime ordinario: altro intervento a 30 giorni; Colectomia in regime day surgery: altro intervento a 30 giorni; Parti: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (naturali); Parti: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (cesarei); Parti: riammissioni ospedaliere durante il puerperio (naturali); Parti: riammissioni ospedaliere durante il puerperio (cesarei); Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero; Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi; Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni dall'intervento; Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni; Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni; Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni; Intervento chirurgico per TM colon: % interventi in laparoscopia; Intervento chirurgico per TM retto: % interventi in laparoscopia; Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni; Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico; Frattura della Tibia/Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico. Per ogni Azienda il numeratore è dato dalla somma pesata degli indicatori che risultano essere significativamente peggiori, significativamente migliori della media nazionale o non significativamente diversi dalla media nazionale, utilizzando come pesi rispettivamente -1 e 1 e 0. I singoli indicatori presenti nel PNE sono calcolati a livello di stabilimento.
FONTE	Programma Nazionale Valutazione Esiti
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.31 Indicatore C5e: Ricoveri ripetuti

I ricoveri ripetuti sono un importante indicatore della qualità e sicurezza delle prestazioni di ospedali in quanto rappresentano un danno per i pazienti e un costo per il sistema sanitario. Non tutte le riammissioni sono prevenibili, ma diversi studi sul tema hanno messo in luce come interventi mirati a migliorare il processo di dimissione dall'ospedale e presa in carico nel territorio possano ridurre questo indicatore.

Nello specifico si intendono ricoveri ripetuti i ricoveri non pianificati successivi al primo, avvenuti entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa. Come indicato dal CMS-USA, si intendono ricoveri pianificati: quelli in riabilitazione o psichiatria; per trattamento medico del tumore; per l'esecuzione di alcune procedure in assenza di condizione acuta (ad esempio interventi di angioplastica non associato a diagnosi di IMA). Tali ricoveri sono esclusi dal calcolo delle riammissioni. Tutti gli altri ricoveri, indipendentemente dalla causa, vengono inclusi nel calcolo.

I dati sono elaborati da ARS Toscana e sono aggiustati per comorbidità, sesso ed età: criteri di aggiustamento risk adjustment, standardizzazione indiretta, confondenti sesso, età e indice di charlson nell'anno precedente. La valutazione delle strutture pubbliche è data dal punteggio dell'indicatore C5.1e - percentuale riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla data di dimissione per qualsiasi causa; quella delle strutture private accreditate è data, invece, dal punteggio dell'indicatore C5.2e relativo alle riammissioni non pianificate per ricoveri programmati entro 30 giorni dalla data di dimissione per qualsiasi causa.

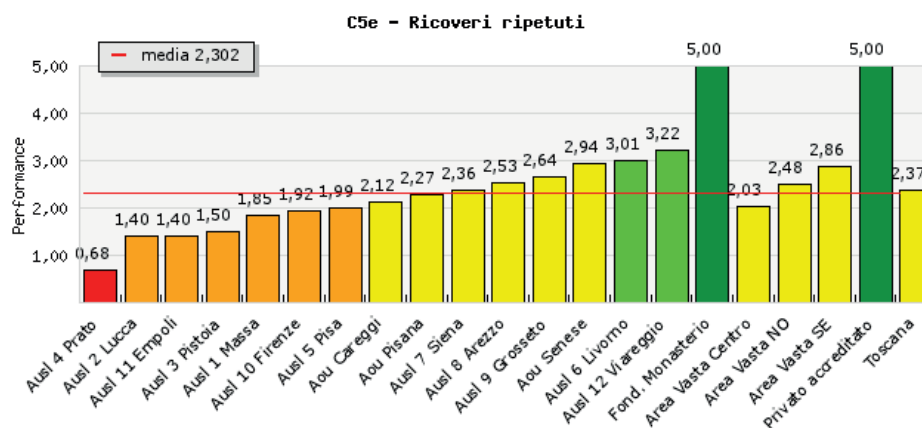
Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C5e - Ricoveri ripetuti	2,37	2013

Fonte dei dati : Flusso SDO - Elaborazione ARS

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- C5e Ricoveri ripetuti

- C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa 9,10 %
 - C5.1e.1 Percentuale di riammissioni con drg medico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa 13,26 %
 - C5.1e.2 Percentuale di riammissioni con drg chirurgico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa 4,31 %
- 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

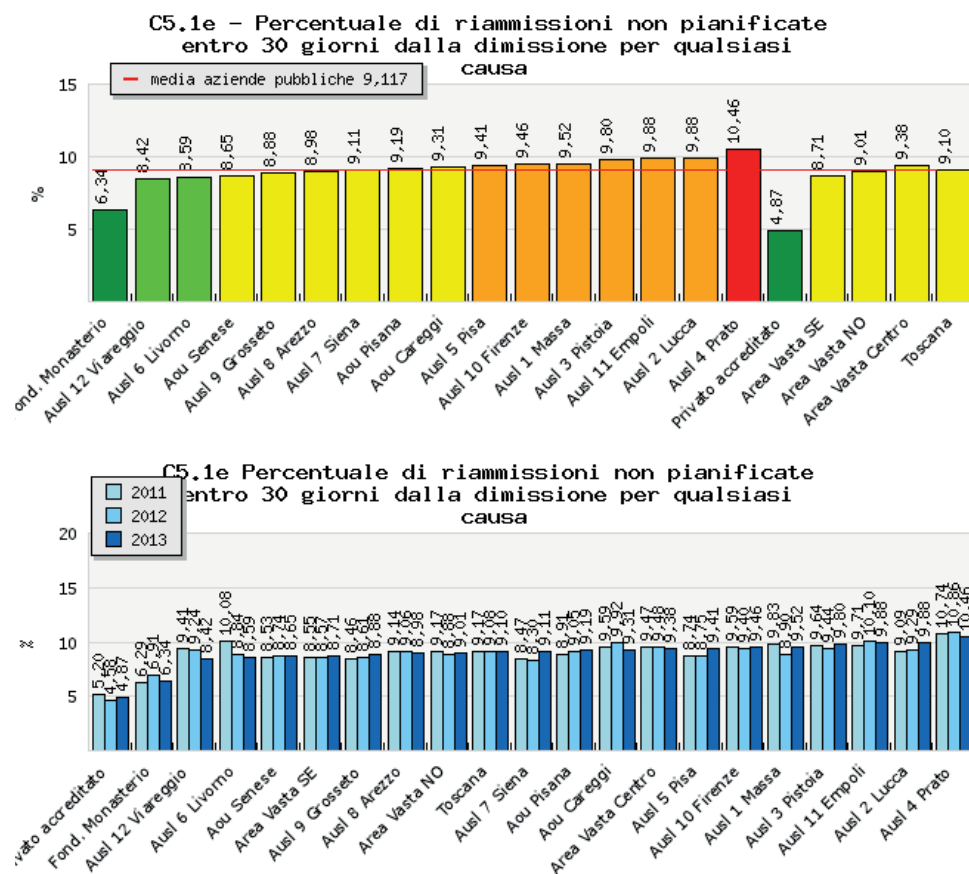


C5e	
RICOVERI RIPETUTI	
DEFINIZIONE	Ricoveri ripetuti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari a: - punteggio dell'indicatore C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa, per le strutture pubbliche, Aree Vaste, Regione Toscana; - punteggio dell'indicatore C5.2e Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa per ricoveri programmati, per le strutture private accreditate.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO, Elaborazione a cura di ARS
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.32 Indicatore C5.1e: Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa

Un processo assistenziale integrato e in grado di fornire ai pazienti in dimissione dagli ospedali informazioni chiare e precise può ridurre il rischio di essere riammessi in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione. L'indicatore misura quante volte un paziente viene nuovamente ricoverato in un ospedale del Sistema Sanitario Toscano entro 30 giorni da quello di dimissione dal primo ricovero, per qualsiasi causa. Si intendono ricoveri pianificati: quelli in riabilitazione o psichiatria; per trattamento medico del tumore; per l'esecuzione di alcune procedure in assenza di condizione acuta (ad esempio interventi di angioplastica non associato a diagnosi di IMA). Tali ricoveri sono esclusi dal calcolo delle riammissioni. Tutti gli altri ricoveri, indipendentemente dalla causa, vengono inclusi nel calcolo. I dati sono elaborati da ARS Toscana e sono aggiustati per comorbidità, sesso ed età. Il ricovero ripetuto è attribuito alla prima azienda che ha dimesso il paziente.





C5.1e	
PERCENTUALE DI RIAMMISSIONI NON PIANIFICATE ENTRO 30 GIORNI DALLA DIMISSIONE PER QUALSIASI CAUSA	
DEFINIZIONE	Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa
NUMERATORE	N. riammissioni non pianificate entro 30 giorni da una dimissione indice (evento origine nel periodo 1 Gennaio - 30 Novembre, evento successivo nel periodo 1 Gennaio - 31 Dicembre) x 100
DENOMINATORE	N. ricoveri indice dal 1 Gennaio al 30 Novembre
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a pazienti residenti in regione, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 30 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero. Sono esclusi dal calcolo del ricovero indice (ricovero generato di ripetuto): • i pazienti deceduti, • i ricoveri con modalità di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione, • i pazienti con età inferiore a 18 anni. Al numeratore si considerano ricoveri erogati da qualsiasi struttura (pubblica, privata accreditata o non accreditata) e si escludono i pazienti ammessi per procedure pianificate. Come indicato da MEDICARE USA, si considerano pianificati, quindi esclusi dall'indicatore, i ricoveri in cui vengono eseguite alcune procedure (tabella 1). Si considerano non pianificati, quindi inclusi, i ricoveri in cui tali procedure sono associate a condizioni acute o indicatori aggravamenti (tabella 2). Sono esclusi (sia dal numeratore che dal denominatore): • Pazienti di età inferiore a 18 anni, • Pazienti ammessi con radioterapia o chemioterapia (DRG 109, 410, 492), • Pazienti ammessi in psichiatria (codice specialità 40), • Pazienti ammessi o dimessi da unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative (codici specialità 28, 56, 60, 75, 99). Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (nei due anni precedenti): risk adjustment, std indiretta, confondenti: sesso, età, indice di charlson anno precedente.
RIFERIMENTO	Media regionale, Anno 2013
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO, Elaborazione a cura di ARS
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.33 Indicatore C6c: Rischio Clinico

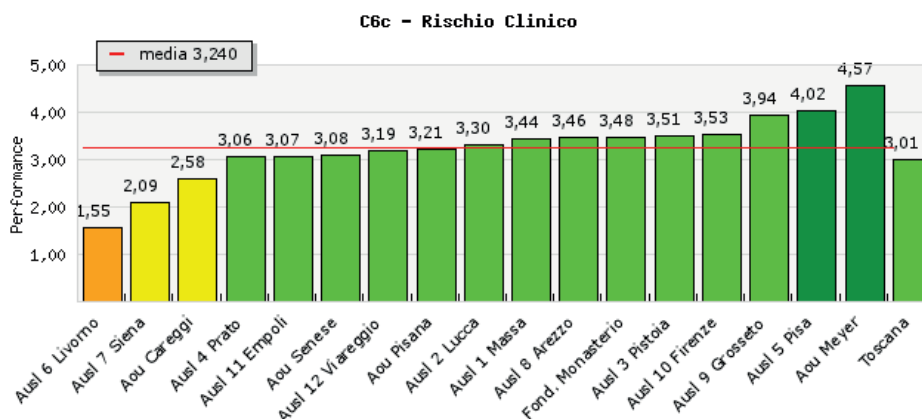
Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C6c - Rischio Clinico	3,01	2013

Fonte dei dati : *Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- C6c Rischio Clinico

- C6.1 Indice di richieste di risarcimento 6,34 x 10.000
 - C6.1.1 Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere 5,95 x 10.000
 - C6.1.2 Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture territoriali 0,06 x 10.000
 - C6.1.4 Efficienza del comitato di gestione sinistri 60,86 %
- C6.2 Sviluppo del sistema di incident reporting [solo valutazione]
 - C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit 2,89 N. Audit
 - C6.2.2 Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità 5,53 N. M&M
- C6.4 Sicurezza del paziente
 - C6.4.1 Sepsis post-operatoria per chirurgia di elezione 2,82 x 1.000
 - C6.4.2 Mortalità\ intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità\ 0,50 x 1.000
 - C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica 1,57 x 1.000
- C6.5a Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente
 - C6.5.1 Indice di adesione alle pratiche trasversali per la sicurezza del paziente in strutture ospedaliere
 - C6.5.2 Indice di adesione alle pratiche trasversali per la sicurezza del paziente in strutture territoriali
 - C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni
 - C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia
 - C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale
 - C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in H
 - C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in H
- C6.6 Capacità di controllo delle cadute 41,85
- C6.7 Segnalazione e gestione eventi sentinella
 - C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella: monitoraggio tempi invio scheda A e scheda B 71,19 %

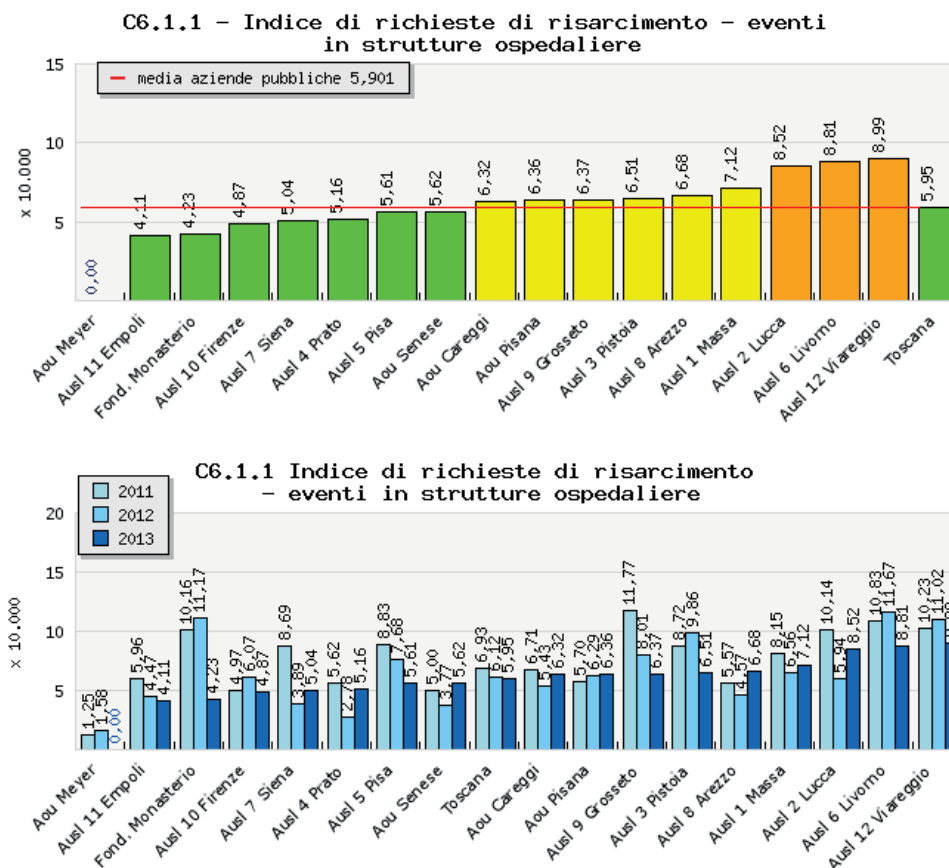


C6c	
RISCHIO CLINICO	
DEFINIZIONE	Rischio Clinico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore C6c assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: • C6.1.1 Indice di richieste di risarcimento pesa il 20.00% • C6.1.4 Efficienza del comitato di gestione sinistri pesa il 13.33% • C6.2 Sviluppo del sistema di incident reporting pesa il 33.33% (dato dalla media delle valutazioni di C6.2.1 e C6.2.2) • C6.6 Capacità di controllo delle cadute pesa il 13.33% • C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella pesa il 20.00%. Per le Aziende in cui non è stato possibile calcolare l'indicatore C6.6, l'indicatore C6c assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: • C6.1.1 Indice di richieste di risarcimento pesa il 23.08% • C6.1.4 Efficienza del comitato di gestione sinistri pesa il 15.38% • C6.2 Sviluppo del sistema di incident reporting pesa il 38.46% (dato dalla media delle valutazioni di C6.2.1 e C6.2.2) • C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella pesa il 23.08%.
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.34 Indicatore C6.1.1: Indice di richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere

L'indice di richieste di risarcimento in strutture ospedaliere è un indicatore che esprime una proxy della sinistrosità delle strutture e, per ciascuna Azienda Sanitaria, 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 aziendali. 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 contribuisce, quindi, al controllo del rischio economico associato agli eventi avversi.



C6.1.1

INDICE DI RICHIESTE DI RISARCIMENTO - EVENTI IN STRUTTURE OSPEDALIERE

DEFINIZIONE	N. di denunce di sinistro per eventi avvenuti in strutture ospedaliere per 10.000 ricoveri erogati in strutture pubbliche
NUMERATORE	N. di denunce di sinistri per lesioni o decessi per eventi avvenuti in strutture ospedaliere x 10.000
DENOMINATORE	N. Ricoveri effettuati nello stesso anno
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i sinistri RCT/RCO che riguardano eventi con presunta responsabilità dell'azienda o del personale aziendale. Si considerano solo i sinistri relativi ad eventi accaduti e denunciati nell'anno in esame.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Sistema informatizzato Regionale per la Gestione dei Sinistri (SGRS) - Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



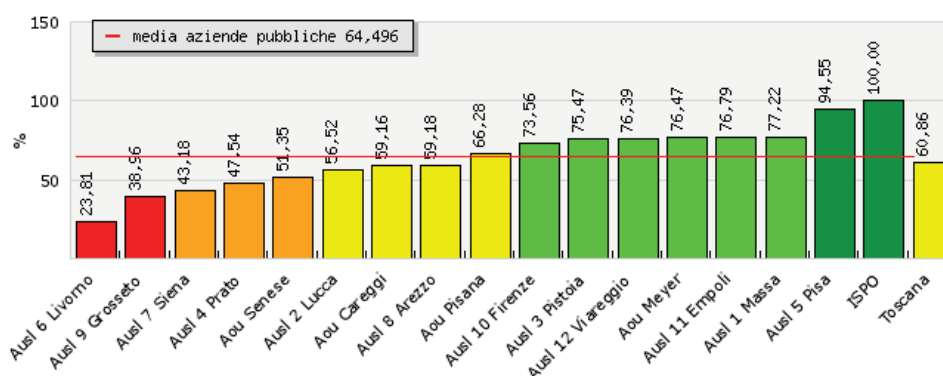
3.35 Indicatore C6.1.4: Efficienza del comitato di gestione sinistri

A seguito delle Delibere della Giunta Regionale Toscana n.1203 del 21.12.2009, n.1234 del 27.12.2011 e n.62 del 03.02.2014, in tutte le Aziende Sanitarie della Regione si è passati dalla copertura assicurativa dei danni causati dalle attività di cura e assistenza praticate nelle strutture pubbliche, a una gestione diretta delle richieste di risarcimento. La presa in carico, la gestione e la definizione di tali richieste di danno vengono effettuate dai Comitati Gestione Sinistri (CGS), gruppi multiprofessionali e multidisciplinari costituiti presso ciascuna Azienda.

L'attività svolta dai CGS viene monitorata attraverso l'indicatore C6.1.4 che ne valuta l'efficienza, elaborato con l'obiettivo di valutare la capacità dei CGS di giungere in tempi celeri alla definizione dei sinistri in termini di nesso di causalità ed entità del risarcimento.

Qualora siano dimostrate delle responsabilità della struttura sanitaria nell'avere causato un danno, ridurre i tempi di risarcimenti rappresenta un aspetto importante del nuovo sistema di gestione diretta dei sinistri in quanto tende a ridurre il contenzioso civile e quindi la conflittualità tra cittadini e istituzioni, salvaguardando il rapporto di fiducia.

C6.1.4 - Efficienza del comitato di gestione sinistri



C6.1.4	
EFFICIENZA DEL COMITATO DI GESTIONE SINISTRI	
DEFINIZIONE	Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri
NUMERATORE	N. richieste di risarcimento in gestione diretta liquidate + respinte + chiuse senza seguito + con III valutazione x 100
DENOMINATORE	N. richieste di risarcimento in gestione diretta
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono incluse le richieste di risarcimento per lesioni personali e/o decesso valutate dal Comitato di Gestione Sinistri secondo la seguente tempistica: I dati inseriti al numeratore si riferiscono alle richieste di risarcimento in gestione diretta liquidate + respinte + chiuse senza seguito + con III valutazione, per richieste pervenute dal 01.07.2012 al 30.06.2013, risultanti nel SRGS alla estrazione dei dati avvenuta in data 26.03.2014. I dati inseriti al denominatore si riferiscono alle richieste di risarcimento in gestione diretta pervenute nel periodo dal 01.07.2012 al 30.06.2013.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Sistema informatizzato Regionale per la Gestione dei Sinistri (SGRS) - Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione

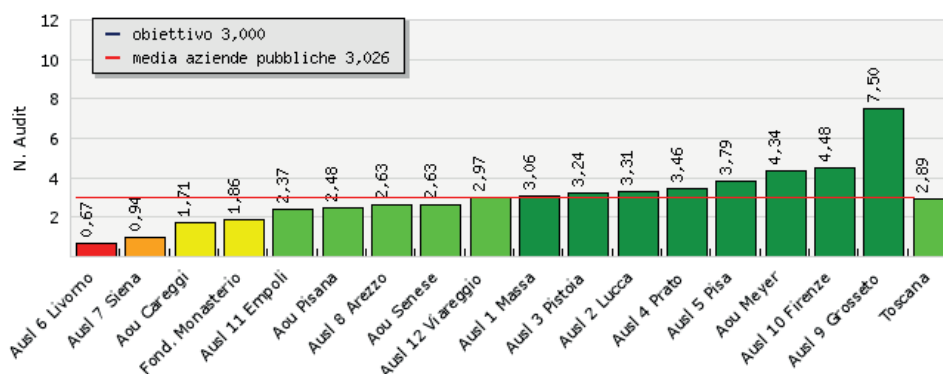


3.36 Indicatore C6.2.1: Indice di diffusione degli Audit

L'analisi e la valutazione degli eventi avversi o delle disfunzioni organizzative segnalate dagli operatori sanitari avviene mediante gli strumenti dell'Audit clinico e delle Rassegne di Mortalità e Morbilità. Essi 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).

L'Audit clinico è un'attività di verifica professionale basata sulla documentazione clinica, volta a valutare, in modo volontario, gli eventi significativi, allo scopo di identificare criticità organizzative ed ipotesi di miglioramento (DM 5 Marzo 2003). L'obiettivo posto a livello regionale è di realizzare tre Audit clinici all'anno in ogni struttura semplice dipartimentale o complessa delle Aziende sanitarie.

C6.2.1 - Indice di diffusione degli Audit

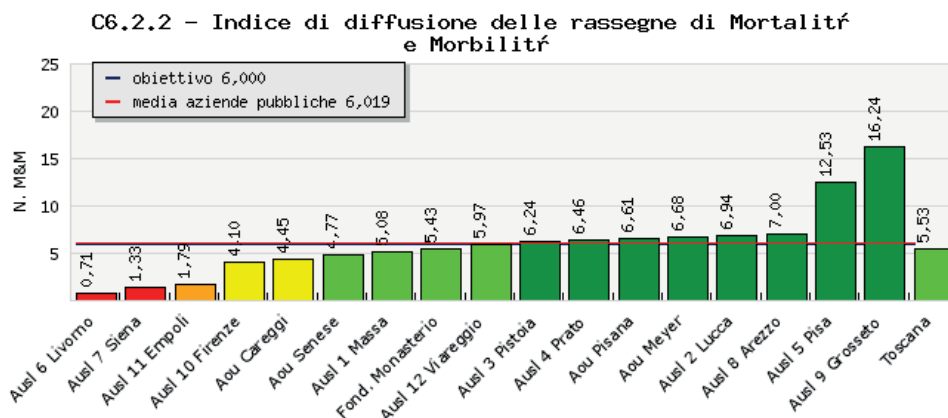


C6.2.1	
INDICE DI DIFFUSIONE DEGLI AUDIT	
DEFINIZIONE	N. medio di audit clinici realizzati per struttura semplice dipartimentale o complessa
NUMERATORE	N. di audit clinico GRC realizzati in azienda
DENOMINATORE	N. strutture che erogano assistenza ai pazienti ed hanno autonomia organizzativa
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono escluse le strutture private. E' un indicatore del livello di adesione delle strutture semplici dipartimentali o complesse all'analisi dei rischi attraverso l'organizzazione di audit. Sono inclusi gli audit con Alert Report completi che possono essere attribuiti fino a un massimo di due strutture semplici dipartimentali o complesse. Sono esclusi gli audit con Alert Report che non riguardano eventi significativi o processi critici.
RIFERIMENTO	Si fa riferimento al Decreto N. 6604 del 22 novembre 2005. Obiettivo Regionale: 3 per struttura semplice dipartimentale o complessa sanitaria
FONTE	Software Reporting and Learning System e applicativo accreditamento
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.37 Indicatore C6.2.2: Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità

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



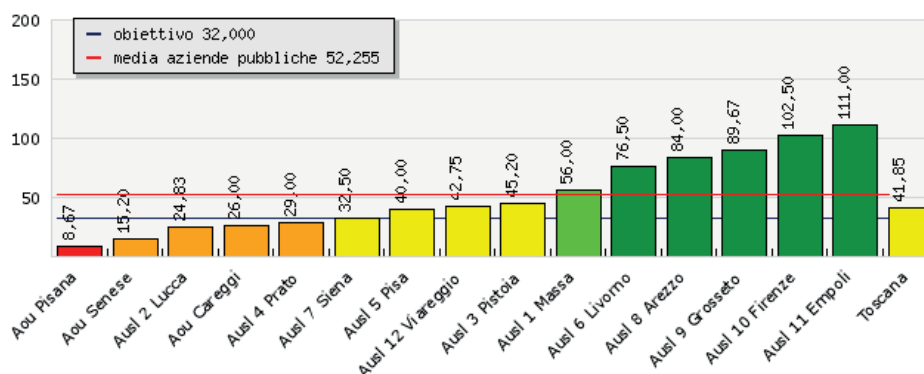
C6.2.2	
INDICE DI DIFFUSIONE DELLE RASSEGNE DI MORTALITÀ E MORBILITÀ	
DEFINIZIONE	N. medio di Mortality & Morbidity Review realizzate per struttura semplice dipartimentale o complessa
NUMERATORE	N. di M&M realizzate in azienda
DENOMINATORE	N. strutture ospedaliere che erogano assistenza ai pazienti ed hanno autonomia organizzativa
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono escluse le strutture private. E' un indicatore del livello di adesione delle strutture semplici dipartimentali o complesse all'analisi dei rischi attraverso l'organizzazione delle rassegne di Mortalità e Morbilità. Sono incluse i report M&M completi che sono attribuiti con punteggio 1 alla struttura semplice dipartimentale o complessa che organizza la M&M ed, eventualmente, ad una seconda struttura semplice dipartimentale o complessa partecipante con punteggio 0, 5.
RIFERIMENTO	Si fa riferimento al Decreto N. 6604 del 22 novembre 2005. Obiettivo Regionale: 6 per struttura semplice dipartimentale o complessa
FONTE	Software Reporting and Learning System e applicativo accreditamento
LIVELLO	Azienda di erogazione



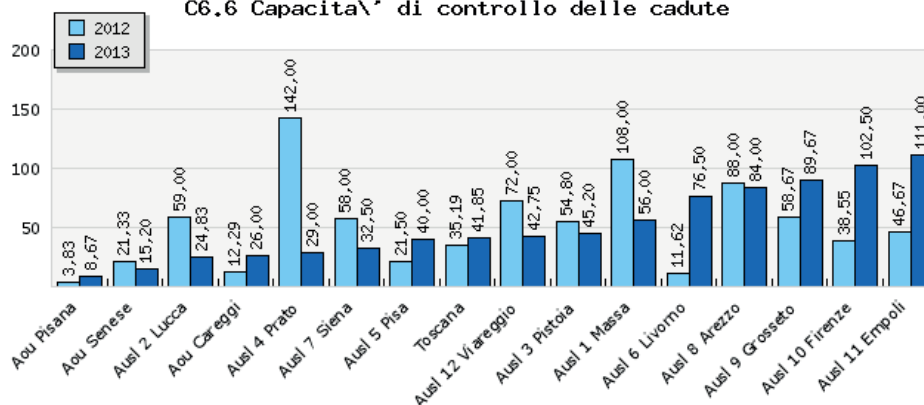
3.38 Indicatore C6.6: Capacità di controllo delle cadute

L'indicatore "Capacità di controllo delle cadute" esprime il rapporto tra le cadute segnalate mediante il sistema di *Incident Reporting* e le cadute che esitano in un sinistro. L'indicatore, secondo l'obiettivo stabilito per l'anno 2013, prevede il raggiungimento di una valutazione positiva nel caso in cui sia riportato un valore maggiore o uguale a 32. Tale valore significa infatti che i casi segnalati mediante il sistema di *Incident Reporting* aziendale sono stati maggiori dei casi denunciati, dando luogo ad una adeguata gestione del fenomeno. La soglia è stata stabilita dal Centro Regionale GRC.

C6.6 - Capacità di controllo delle cadute



C6.6 Capacità di controllo delle cadute

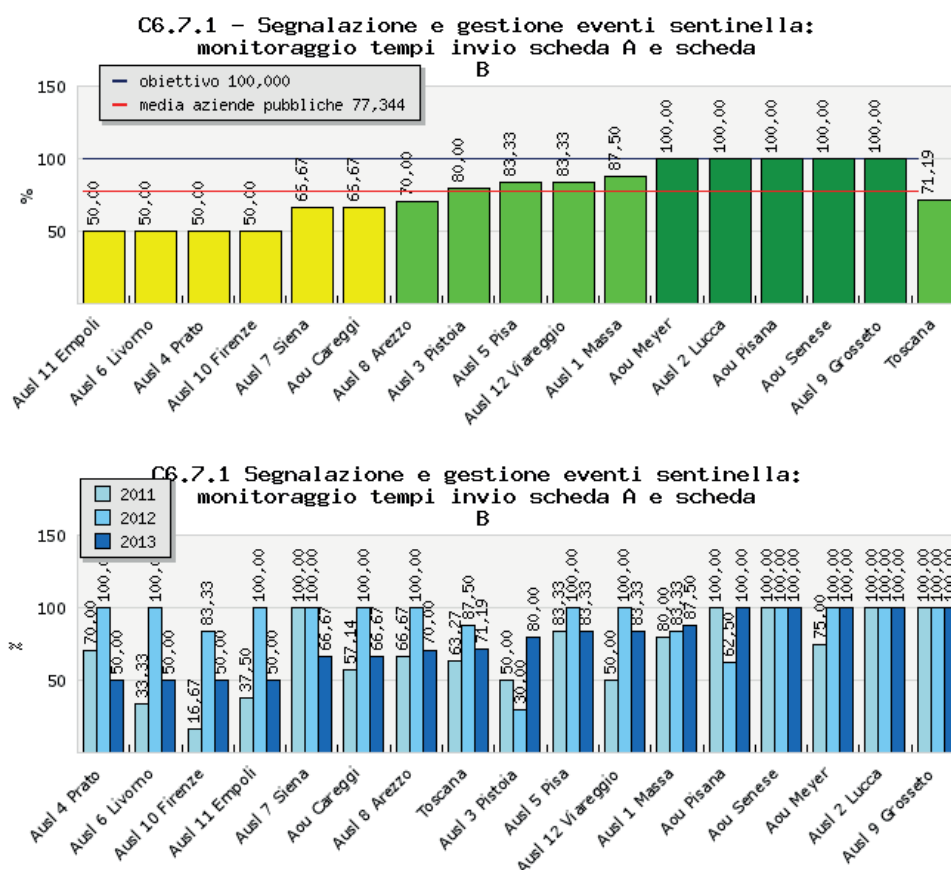


C6.6	
CAPACITA' DI CONTROLLO DELLE CADUTE	
DEFINIZIONE	Rapporto tra le cadute segnalate con il sistema Incident Reporting e le cadute che esitano in un sinistro.
NUMERATORE	N. cadute segnalate con il sistema di Incident Reporting
DENOMINATORE	N. cadute oggetto di richiesta di risarcimento
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Misura la capacità dell'azienda di controllare le cadute senza esito o con conseguenze lievi anticipando gli eventi con esito grave che possono dare luogo a richiesta di risarcimento. Al numeratore si considerano le cadute segnalate dal sistema di Incident Reporting con e senza danno. Al denominatore si considerano i sinistri per cadute con e senza il verificarsi di lesioni personali. Sono incluse tutte le cadute dei pazienti che accadono negli ambienti gestiti dall'azienda sanitaria. Sono escluse le cadute dei visitatori e degli operatori sanitari.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >32
FONTE	Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana Relazioni annuali - Incident Reporting e Sistema regionale di gestione dei sinistri
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.39 Indicatore C6.7.1: Segnalazione e gestione eventi sentinella: monitoraggio tempi invio scheda A e scheda B

Fra i sistemi di reporting degli eventi avversi, uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti è rappresentato dal monitoraggio degli eventi sentinella. Tale monitoraggio costituisce un'importante azione di sanità pubblica, con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che possono parimenti determinare una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta affinché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive. L'indicatore messo a punto dal Centro GRC della Regione Toscana e dal Laboratorio MeS è, quindi, volto a porre ulteriore attenzione sulla prontezza del sistema nel rilevare gli eventi avversi costituenti eventi sentinella, e nell'attuare, in tempi rapidi, le azioni di gestione e prevenzione degli stessi.



C6.7.1	
SEGNALAZIONE E GESTIONE EVENTI SENTINELLA: MONITORAGGIO TEMPI INVIO SCHEDA A E SCHEDA B	
DEFINIZIONE	Percentuale di Eventi Sentinella segnalati al GRC entro 5 giorni dal verificarsi dell'evento (tramite scheda A) ed analizzati entro 45 giorni dal verificarsi dell'evento (tramite scheda B)
NUMERATORE	N. Eventi Sentinella segnalati al GRC entro 5 giorni dal verificarsi dell'evento (tramite scheda A) ed analizzati entro 45 giorni dal verificarsi dell'evento (tramite scheda B) x 100
DENOMINATORE	N. Eventi Sentinella segnalati nell'anno di riferimento e con scheda di follow-up nei tempi dovuti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono inclusi gli eventi sentinella raccolti mediante il sistema di gestione dei sinistri. In questo caso, i termini di 5 e 45 giorni decorrono dalla data di ricezione della richiesta di risarcimento. Sono esclusi gli eventi sentinella che, al termine dell'analisi, vengono giudicati come near miss o complicanze.
RIFERIMENTO	100%
Fonte	SIMES e Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.40 Indicatore C7b: Materno-Infantile assistenza al parto

A partire da quest'anno l'indicatore del percorso materno infantile è stato suddiviso in due indicatori: in questo (C7b) specifico per l'assistenza nella fase del parto e nell'indicatore C7c relativo all'assistenza territoriale pre e post-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. Agli indicatori relativi alla fase parto, già presenti sul sistema di valutazione, sono stati aggiunti gli indicatori per l'allattamento al seno esclusivo durante il ricovero e per la proposta del contatto pelle a pelle con il bambino alla nascita.

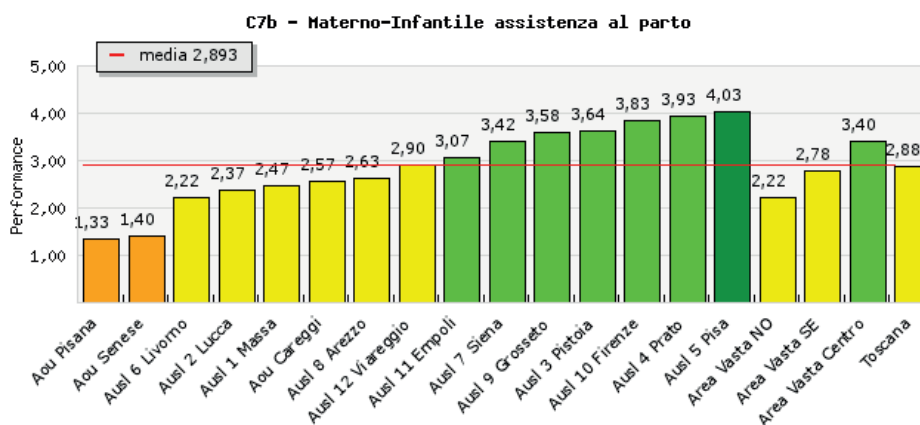
Dei 9 indicatori presenti, sei sono di valutazione, mentre quattro vengono forniti come indicatori di contesto per una più completa lettura del percorso. Agli indicatori di valutazione sono stati assegnati pesi differenti in base alla loro rilevanza, sia sanitaria che strategica, a livello regionale (vedi tabella sottostante). 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.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C7b - Materno-Infantile assistenza al parto	2,88	2013

Fonte dei dati : *Flussi CAP e SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- C7b Materno-Infantile assistenza al parto
 - C7.1a Attività ospedaliera
 - C7.1 % di parti cesarei depurati (NTSV) 18,58 %
 - C7.1.1 % di parti cesarei grezzi 25,69 %
 - C7.2 % di parti indotti 20,37 %
 - C7.3 % di episiotomie depurate (NTSV) 24,45 %
 - C7.5 Fughe per parto 16,99 %
 - C7.6 % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) 6,85 %
 - C7.12 % di attacco al seno entro le 2 ore dal parto 78,93 %
 - C7.12.1 % allattamento al seno esclusivo durante il ricovero 78,61 %
 - C7.12.2 % donne a cui e' stato proposto il contatto pelle a pelle 87,32 %



C7b

MATERNO-INFANTILE ASSISTENZA AL PARTO

NOTE PER L'ELABORAZIONE

Se calcolato a livello aziendale, l'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata, come riportato in tabella, dei punteggi dei seguenti indicatori:

- C7.1 - % di parti cesarei depurato (NTSV);
- C7.2 - % di parti indotti;
- C7.3 - % di episiotomia depurato (NTSV);
- C7.5 - Fughe per parto;
- C7.6 - % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa);
- C7.12 - % di attacco al seno entro le 2 ore dal parto.

	% cesarei NTSV	% parti indotti	% episiotomia NTSV	% fughe per parto	% di parti operativi	% di attacco al seno entro le 2 ore dal parto
AUSL	60%	9%	6%	8%	9%	8%
AOU	65%	10%	6%		10%	9%

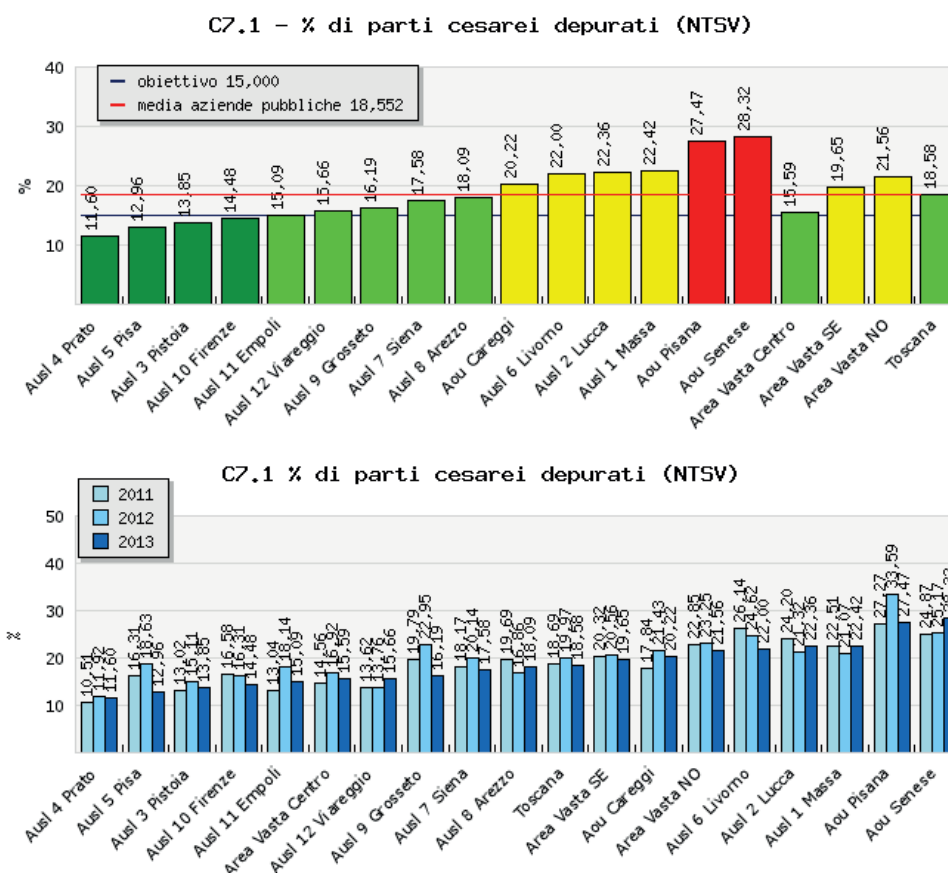
Se calcolato a livello di stabilimento, l'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata, come riportato fra parentesi, dei punteggi dei seguenti indicatori:

- (65%) C7.1 - % di parti cesarei depurato (NTSV);
- (10%) C7.2 - % di parti indotti;
- (6%) C7.3 - % di episiotomia depurato (NTSV);
- (10%) C7.6 - % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa);
- (9%) C7.12 - % di attacco al seno entro le 2 ore dal parto.



3.41 Indicatore C7.1: % 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 a un *case-mix* costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche, ma che tuttavia riesce a comprendere un'ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei [Evaluation of Cesarean Delivery 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. Obiettivo per la Regione Toscana è la diminuzione della quota attuale di parti cesarei, che risulta essere minore dei valori medi nazionali ma superiore a quanto indicato dall'OMS; pertanto per questo indicatore, il quale, proprio in quanto depurato dai fattori di rischio, risulta sempre inferiore alla percentuale grezza, è stato adottato il valore di riferimento del 15%.

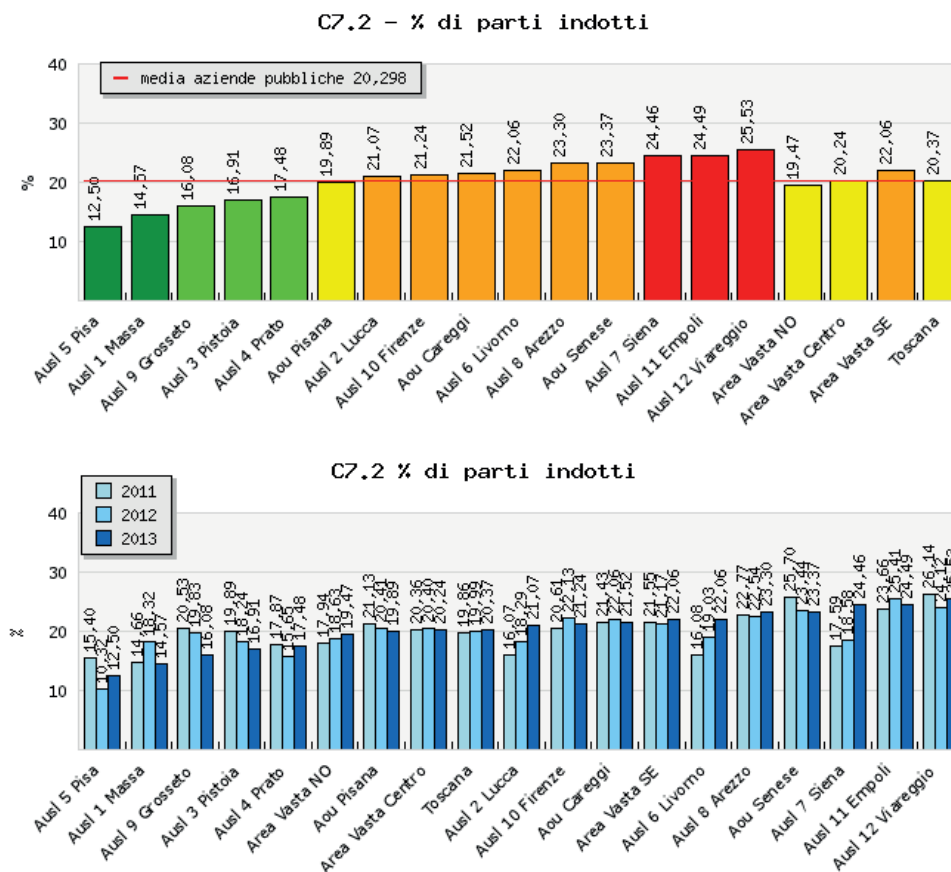


C7.1	
% DI PARTI CESAREI DEPURATI (NTSV)	
DEFINIZIONE	Percentuale parti cesarei depurata (NTSV)
NUMERATORE	Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100
DENOMINATORE	Numero di parti depurati (NTSV)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): • donne primipare; • parto non gemellare; • parto a termine tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse; • bambino in posizione vertice. Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: ≤ 15%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.42 Indicatore C7.2: % di parti indotti

Negli ultimi decenni, il ricorso all'induzione farmacologica del parto è andato aumentando, in modo particolare nei Paesi occidentali. Tale pratica, comunemente utilizzata per accelerare il travaglio, dovrebbe essere riservata solo a quelle situazioni in cui vi sono specifiche indicazioni mediche, secondo le raccomandazioni dell'OMS (1985), in nessuna regione geografica è giustificata una percentuale di travagli indotti più alta del 10%.



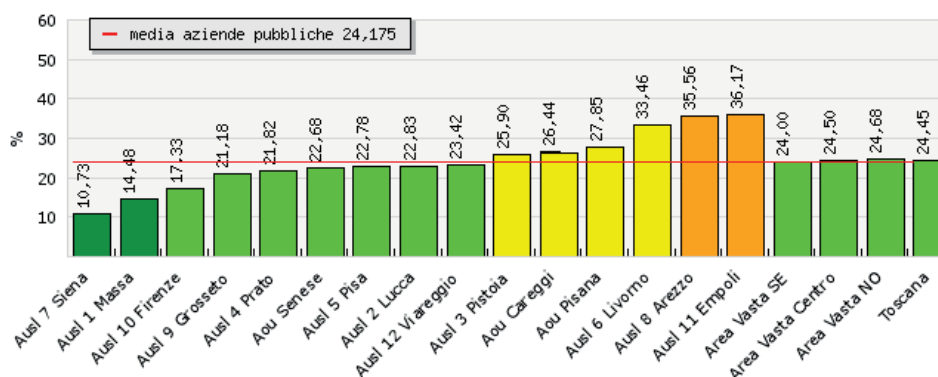
C7.2	
% DI PARTI INDOTTI	
DEFINIZIONE	Percentuale di parti con induzione farmacologica
NUMERATORE	Numero di parti vaginali con induzione farmacologica x 100
DENOMINATORE	Numero di parti vaginali
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate. Num: modalità iniziale del travaglio: indotta. Den: modalità iniziale del travaglio: spontanea + indotta. Si escludono dal conteggio i parti dove la modalità del travaglio corrisponde a "non avvenuto", in cui il parto viene riconvertito in cesareo.
RIFERIMENTO	Media interregionale - Network Regioni, anno 2011
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



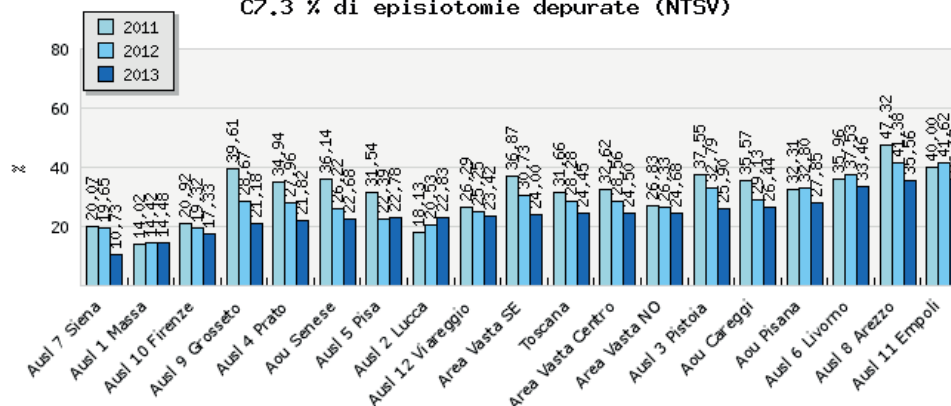
3.43 Indicatore C7.3: % di episiotomie depurate (NTSV)

L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuta una pratica di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici controllati 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].

C7.3 - % di episiotomie depurate (NTSV)



C7.3 % di episiotomie depurate (NTSV)



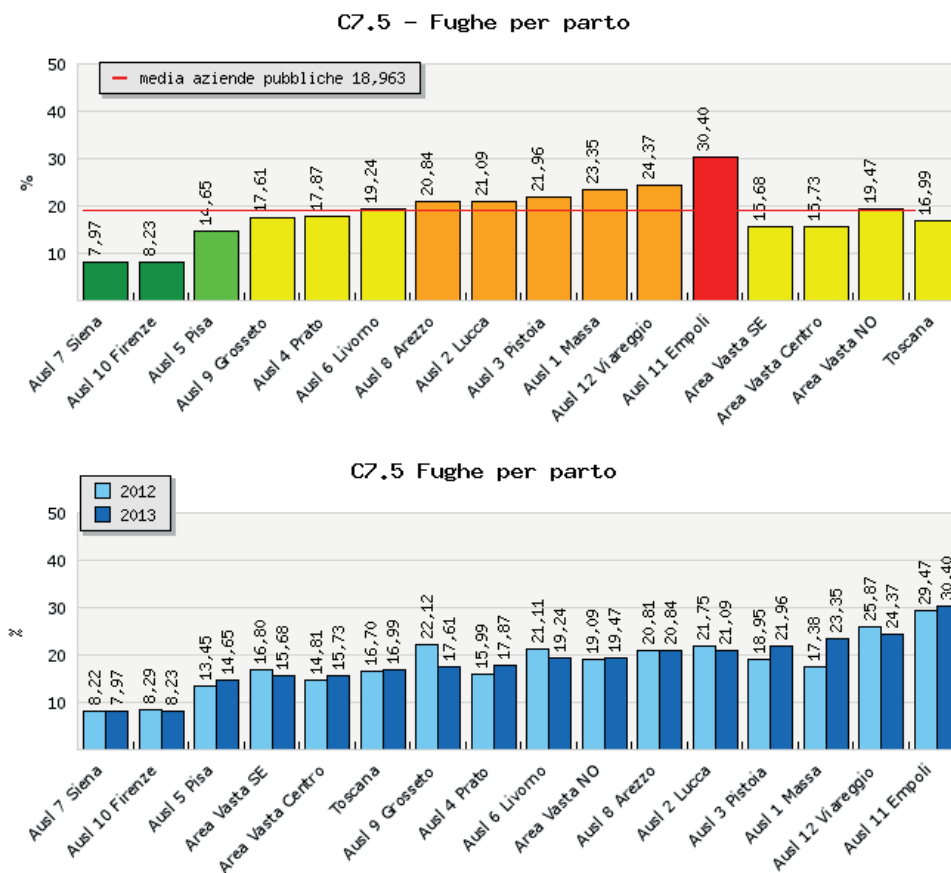
C7.3	
% DI EPISIOTOMIE DEPURATE (NTSV)	
DEFINIZIONE	Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)
NUMERATORE	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100
DENOMINATORE	Numero di parti vaginali depurati (NTSV)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate. NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): - donne primipare; - parto a termine tra la 38^a e la 43^a settimana di amenorrea incluse; - parto non gemellare; - bambino in posizione vertice. Si escludono dal conteggio i parti dove non è registrata l'informazione relativa all'episiotomia; per questo alcuni dati non sono disponibili o incompleti. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni. Parto vaginale: campo CAP mod_part =1, 4, 5, 6 (spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento).
RIFERIMENTO	Media interregionale - Network Regioni, anno 2011
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.44 Indicatore C7.5: Fughe per parto

Obiettivo regionale è dare ad ogni donna in attesa una risposta adeguata ai propri bisogni ed esigenze nel punto nascita più vicino alla sua residenza. Se una donna sceglie di partorire in un punto nascita lontano da casa, implicitamente esprime un giudizio negativo sulle strutture del suo territorio.

Non essendo ancora disponibili le informazioni dei parti effettuati fuori regione per l'anno 2013, nel presente Report si riporta una stima dell'indicatore, sommando ai dati del 2013 i valori relativi ai parti extraregione dell'anno 2012.

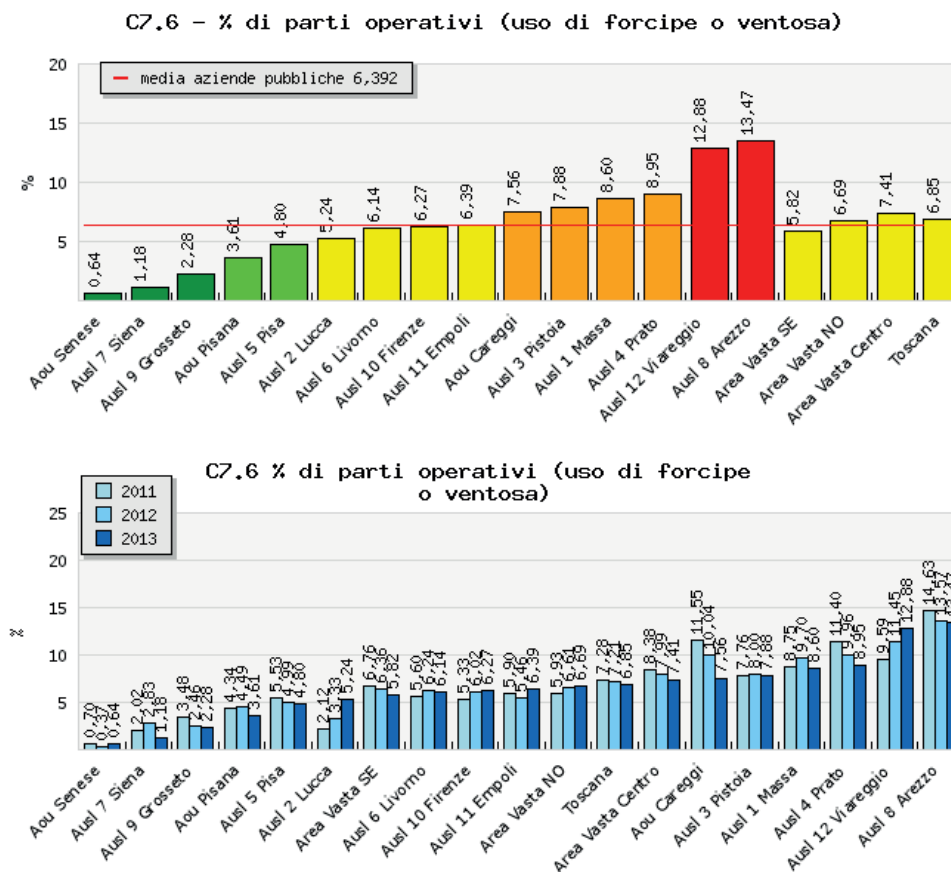


C7.5	
FUGHE PER PARTO	
DEFINIZIONE	Percentuale di fughe per parto
NUMERATORE	Numero parti di donne residenti erogati fuori Ausl e AOU di riferimento e fuori regione x 100
DENOMINATORE	Numero parti di donne residenti nella Asl ovunque erogati
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate con i seguenti criteri di inclusione: - parto non gemellare (genere="1"); - parto a termine > 37° settimana di amenorrea (settemen > "37"); - bambino in posizione vertice (pres_neo="1"). Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita (riprass not =" 1"). Le fughe sono relative ai parti delle residenti avvenuti fuori Ausl e fuori Regione. Codifiche per l'evento parto DRG: 370-371-372-373-374-375
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: ≤ 10%
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flussi SDO e CAP
LIVELLO	Azienda di residenza



3.45 Indicatore C7.6: % 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, letto insieme alla percentuale di parti con taglio cesareo, permette di individuare eventuali correlazioni fra livelli più bassi di parti con taglio cesareo e un maggior ricorso al parto operativo.



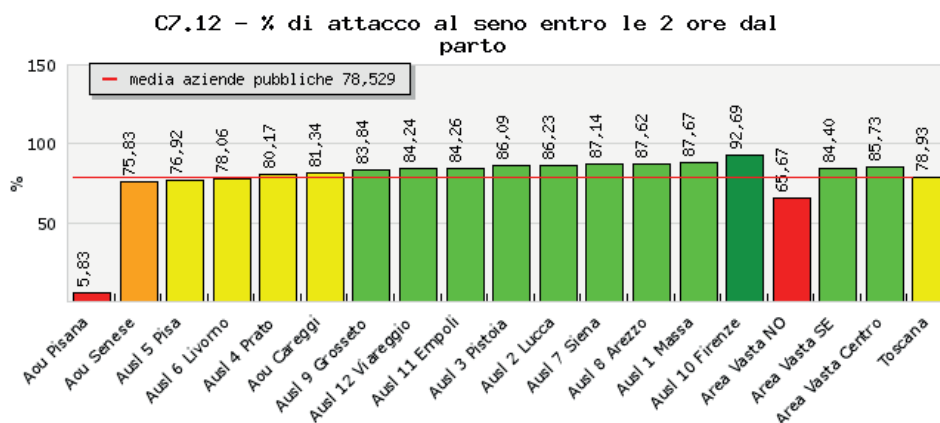
C7.6	
% DI PARTI OPERATIVI (USO DI FORCIPE O VENTOSA)	
DEFINIZIONE	Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
NUMERATORE	Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe x 100
DENOMINATORE	Numero parti vaginali
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate. Si considerano esclusivamente i parti vaginali (parto spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento).
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.46 Indicatore C7.12: % di attacco al seno entro le 2 ore dal parto

L'allattamento al seno costituisce il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati ed esercita un'influenza biologica ed emotiva unica sulla salute sia delle madri che dei bambini. Le proprietà antisettiche del latte materno favoriscono la prevenzione delle malattie nell'età neonatale; inoltre esiste un importante collegamento tra l'allattamento al seno e l'intervallo tra una gravidanza e l'altra. Per questi motivi il personale che opera nelle strutture di assistenza sanitaria dovrebbe adoperarsi per tutelare, promuovere e sostenere l'allattamento al seno e per fornire alle gestanti e alle neomadri una consulenza obiettiva e costante al riguardo (Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF, 1989).

L'indicatore proviene dall'indagine di soddisfazione delle utenti del percorso materno infantile: "Il percorso nascita in Toscana. L'esperienza delle donne" - Anno 2012 - 2013.



C7.12	
% DI ATTACCO AL SENO ENTRO LE 2 ORE DAL PARTO	
DEFINIZIONE	Percentuale di attacco al seno entro le 2 ore dal parto
NUMERATORE	Numero di donne che dichiarano di aver attaccato al seno il bimbo entro le 2 ore dal parto x 100
DENOMINATORE	Numero di donne intervistate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano le donne con parto a termine (dalla 38 ^a settimana di amenorrea).
QUESITI	Il quesito a cui le donne intervistate hanno risposto è: "Dopo quanto tempo dal parto è avvenuto l'attacco al seno?"
NOTA METODOLOGICA	Dalla lista delle donne che hanno partorito presso i 25 punti nascita della Regione Toscana nei sei mesi di reclutamento (lista campionaria) è stato estratto un campione casuale rappresentativo della popolazione delle partorienti di ciascun punto nascita, popolazione identificata attraverso gli eventi nascita registrati dal flusso CAP per l'anno 2011 (popolazione di riferimento). Non sono state incluse nella popolazione di riferimento e nella lista campionaria le donne per le quali risultava dal CAP che il bambino fosse deceduto al momento del parto o durante il ricovero o non fosse affatto nato, oltreché le donne il cui bambino fosse stato ricoverato in una terapia intensiva neonatale. La numerosità campionaria per punto nascita è stata definita in modo da restituire risultati con una significatività del 5% e una precisione delle stime di errore del 6%, nel caso di unico punto nascita aziendale, o dell'8% in tutti gli altri casi. Tale numerosità è stata riproporzionata alla popolazione di riferimento ed incrementata per far fronte alla mancata adesione di una parte delle donne estratte nel campione. L'incremento è stato definito stimando un tasso di risposta atteso del 25%, definito sulla base dei tassi di risposta registrati nelle ultime due edizioni della survey (telefonica e web). La popolazione di riferimento è costituita dalle donne che hanno partorito presso uno dei 25 punti nascita della Toscana nel periodo Ottobre 2012 - Marzo 2013. Le donne hanno potuto partecipare all'indagine compilando un questionario cartaceo, oppure su internet (rilevazione Computer Assisted Web Interviewing - CAWI) o hanno chiesto di essere intervistate telefonicamente (rilevazione Computer Assisted Telephone Interviewing - CATI).
RIFERIMENTO	Media regionale, indagine 2012 - 2013
FONTE	Indagine di soddisfazione delle utenti del percorso materno infantile: "Il percorso nascita in Toscana. L'esperienza delle donne" - Anno 2012 - 2013 - Laboratorio MeS.
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.47 Indicatore 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.

A partire da quest'anno l'indicatore finora utilizzato nel sistema di valutazione per l'assistenza in ambito materno-infantile è stato suddiviso in due indicatori. Si distingue, quindi, una misura specifica per l'assistenza ospedaliera, relativa alla fase del parto (indicatore C7b), da questo indicatore riguardante l'assistenza territoriale (C7c), in particolare per la fase del pre- e post-parto, offerta dal consultorio e dalla pediatria territoriale.

Questo indicatore è composto dagli indicatori relativi all'assistenza territoriale, già presenti negli anni passati, ai quali si sono aggiunti due nuovi indicatori: uno relativo all'equità nell'accesso al Corso di Accompagnamento alla Nascita per titolo di studio, reso subito di valutazione per la rilevanza nel monitorare l'esistenza di disuguaglianze nel percorso nascita, e uno relativo all'ospedalizzazione pediatrica per polmonite, che consente di misurare l'implementazione delle indicazioni regionali circa i percorsi di deospedalizzazione (DRG n.467/2013).

Da quest'anno sono stati resi indicatori di valutazione anche l'accesso al consultorio nel post-partum ed il tasso di ricovero in età pediatrica, pertanto otto indicatori sono di valutazione, mentre gli altri vengono forniti come indicatori di contesto per una più completa lettura del percorso.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C7c - Materno-Infantile assistenza territoriale	2,57	2013

Fonte dei dati :

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

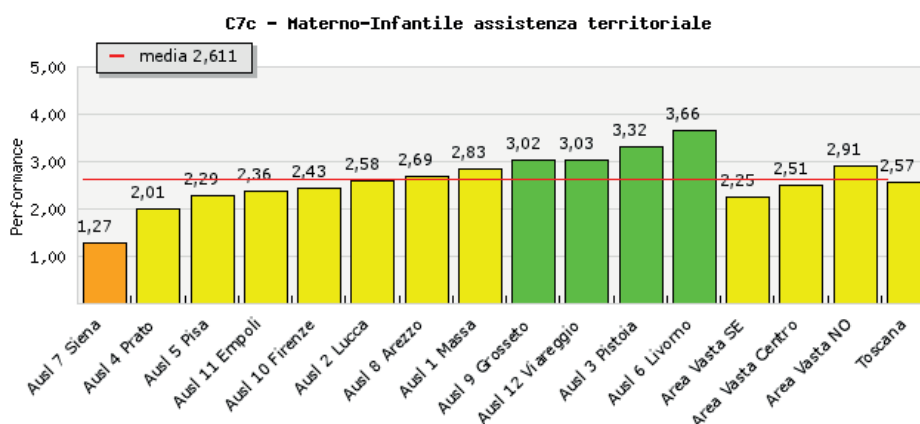
- C7c Materno-Infantile assistenza territoriale

- C7.1b Attività consultoriale

- C7.15 Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile 206.97×1.000
 - C7.13 % donne straniere che effettuano la prima visita tardiva **13,16 %**
 - C7.14 % donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4 **15,58 %**
 - C7.16 Accesso area maternità del consultorio di donne straniere **62,05 %**
 - C7.17 % primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita **45,11 %**
 - C7.17.1 Equità di accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio **30,39 %**
 - C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum **57,30 %**
 - C8a.3 Tasso di concepimento per minorenni **2,88 Tasso**
 - C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti **6,05 Tasso per 1.000**
 - C7.11 % IVG ripetute
 - C7.19 Tasso di accesso al consultorio giovani **63,01 x 1.000**
 - C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione **25,87 x 1.000**

- C8a.19 Pediatria

- C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) **10,22 Tasso per 100**
 - C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni) **24,79 Tasso per 100.000**
 - C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni **92,24 Tasso per 100.000**
 - C8a.19.3 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per polmonite per 100.000 residenti minorenni **55,49 Tasso per 100.000**



C7c

MATERNO-INFANTILE ASSISTENZA TERRITORIALE

NOTE PER L'ELABORAZIONE

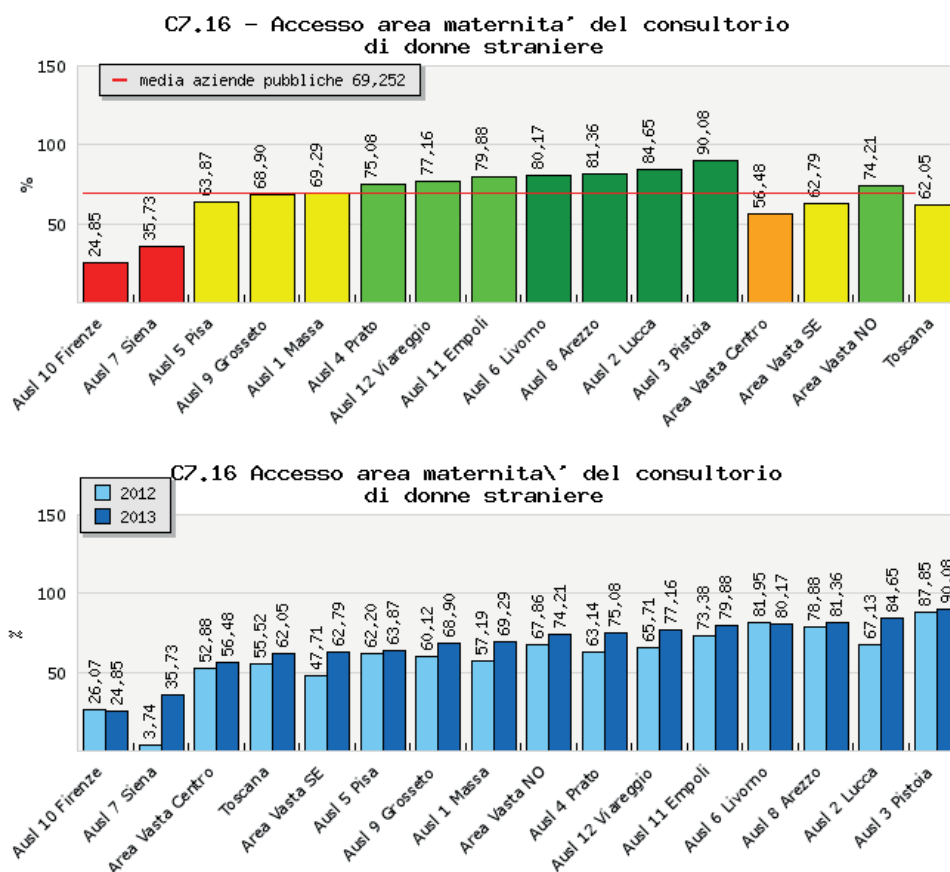
L'indicatore, calcolato a livello aziendale, assume una valutazione pari alla media pesata, dei punteggi dei seguenti indicatori:

- (13%) C7.16 Accesso all'area maternità del consultorio di donne straniere
- (13%) C7.17 % primipare residenti con almeno tre presenze al corso di preparazione alla nascita
- (15%) C7.17.1 Equità d'accesso al CAN primipare residenti per titolo di studio
- (13%) C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum
- (11%) C7.10 - Tasso di IVG 1.000 residenti;
- (13%) C7.19.1 - Tassi di accesso al consultorio giovani area contraccezione;
- (12%) C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni);
- (10%) C8a.19.2 - Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (<=17 anni).



3.48 Indicatore C7.16: Accesso area maternità' del consultorio di donne straniere

Per poter assicurare alle donne straniere, in particolare di quelle irregolari, un adeguato livello di assistenza in gravidanza, è di fondamentale importanza favorire l'accesso ai consultori familiari. Queste strutture hanno infatti 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.



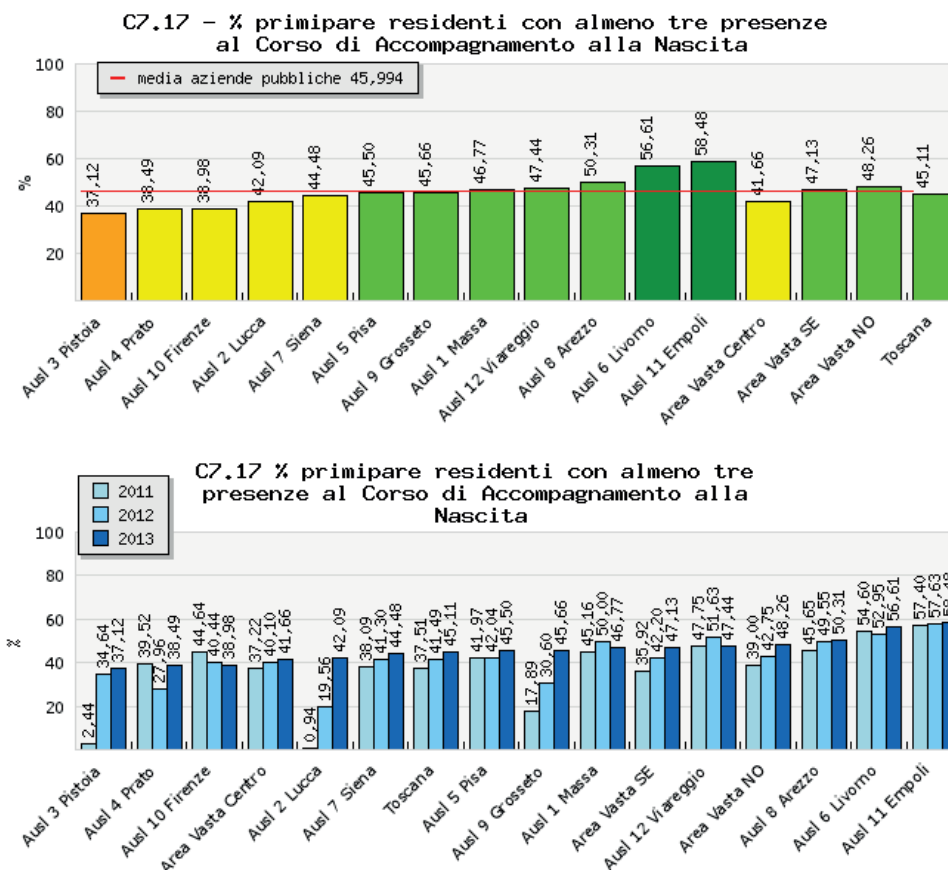
C7.16	
ACCESSO AREA MATERNITA' DEL CONSULTORIO DI DONNE STRANIERE	
DEFINIZIONE	Accesso all'area maternità' del consultorio di donne straniere
NUMERATORE	N. di donne straniere partorienti che hanno avuto almeno 4 accessi all'area maternità nei consultori aziendali (PFPM 14-49 anni)
DENOMINATORE	N. di donne straniere partorienti (PFPM 14-49 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si effettua linkage tra flusso CAP dell'anno di riferimento e flusso SPC dello stesso anno e del precedente. Si considera: - le donne straniere con cittadinanza in Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) di età compresa fra i 14 e i 49 anni. Per le donne residenti in Toscana, la residenza viene attribuita in base all'informazione contenuta nel flusso CAP, per le donne residenti in altra regione italiana, la residenza viene attribuita in base all'azienda di erogazione delle prestazioni consultoriali (o del punto nascita se assente l'informazione precedente). Per le donne Straniere Temporaneamente Presenti (STP) l'azienda di erogazione delle prestazioni consultoriali viene considerata come azienda di residenza (se assente l'informazione precedente, l'azienda del punto nascita viene considerata l'azienda di residenza). - Le donne straniere residenti in altra regione italiana e le STP che hanno partorito in un'Azienda Ospedaliero-Universitaria e non sono passate dai servizi consultoriali si considerano residenti nella Asl del territorio della AOU. - l'area "02" maternità, esclusa la sub-area "05" post-aborto spontaneo.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2012
FONTE	Sistema Informativo Regionale SPC e CAP
LIVELLO	Azienda di residenza



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

La nascita di un bambino è un momento da affrontare con serenità e consapevolezza. La partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita offre ai futuri genitori le informazioni utili per rafforzare le naturali competenze della donna e mettere la coppia nella condizione migliore per accogliere il figlio e far fronte alle necessità del dopo parto.

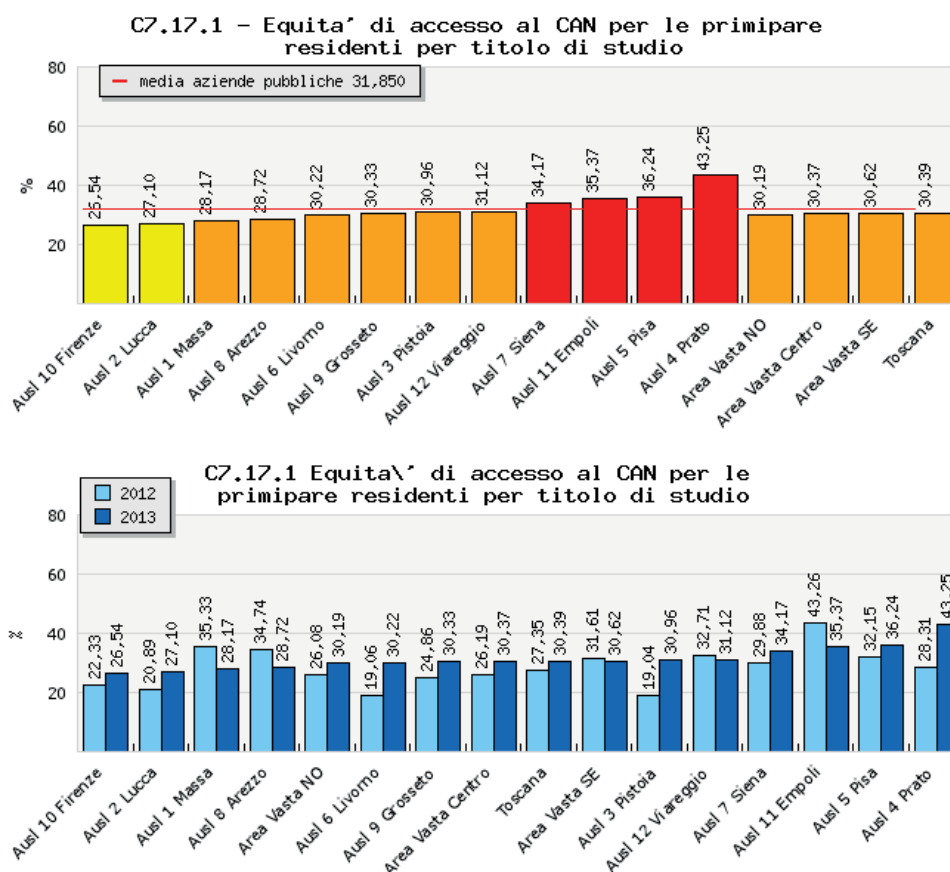
Questi aspetti sono maggiormente rilevanti per le donne che affrontano per la prima volta l'esperienza della maternità. Per questo motivo da quest'anno l'indicatore è stato modificato e si focalizza sulla percentuale di donne primipare che hanno partecipato ad almeno 3 incontri del corso di preparazione alla nascita.



C7.17	
% PRIMIPARE RESIDENTI CON ALMENO TRE PRESENZE AL CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA	
DEFINIZIONE	Percentuale di primipare residenti (14-49 anni) con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN)
NUMERATORE	N. primipare residenti (14-49 anni) con almeno tre presenze al corso di accompagnamento alla nascita
DENOMINATORE	N. parti primipare residenti (14-49 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano: - le donne primipare residenti in Toscana di età compresa fra i 14 e i 49 anni - l'area "02" maternità e sub-area "02" gestazione - il codice di prestazione: 93.37 corso di preparazione alla nascita, training prenatale.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2012
FONTE	Sistema Informativo Regionale SPC e CAP
LIVELLO	Azienda di residenza

**3.50 Indicatore C7.17.1: Equita' di accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio**

La partecipazione al Corso di Accompagnamento alla Nascita rappresenta un'opportunità di salute importante, soprattutto per le primipare, per il rafforzamento delle proprie conoscenze e competenze utili a vivere con serenità e consapevolezza l'intero percorso nascita e la nuova dimensione della genitorialità. I servizi rischiano però di non raggiungere le donne che avrebbero maggior bisogno di beneficiare di tale opportunità, cioè le donne con un minor livello di scolarizzazione, mentre dovrebbero intervenire proattivamente per garantire equità di accesso.

**C7.17.1****EQUITA' DI ACCESSO AL CAN PER LE PRIMIPARE RESIDENTI PER TITOLO DI STUDIO****DEFINIZIONE**

Equità di accesso al CAN primipare residenti per titolo di studio

NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore è calcolato come differenze tra la percentuale di donne primipare residenti con titolo di studio alto ed almeno 3 presenze al CAN e la percentuale di donne primipare residenti con titolo di studio basso ed almeno 3 presenze al CAN:

% donne primipare residenti con titolo di studio alto con almeno 3 presenze al CAN -

% donne primipare residenti con titolo di studio basso con almeno 3 presenze al CAN

NB: Nella tabella sono stati riportate le percentuali di donne primipare residenti con titolo di studio alto con almeno 3 presenze al CAN nella colonna "Num" e le percentuali di donne primipare residenti con titolo di studio basso con almeno 3 presenze al CAN nella colonna "Den".

FONTE

Sistema Informativo Regionale - Flusso SPC e CAP

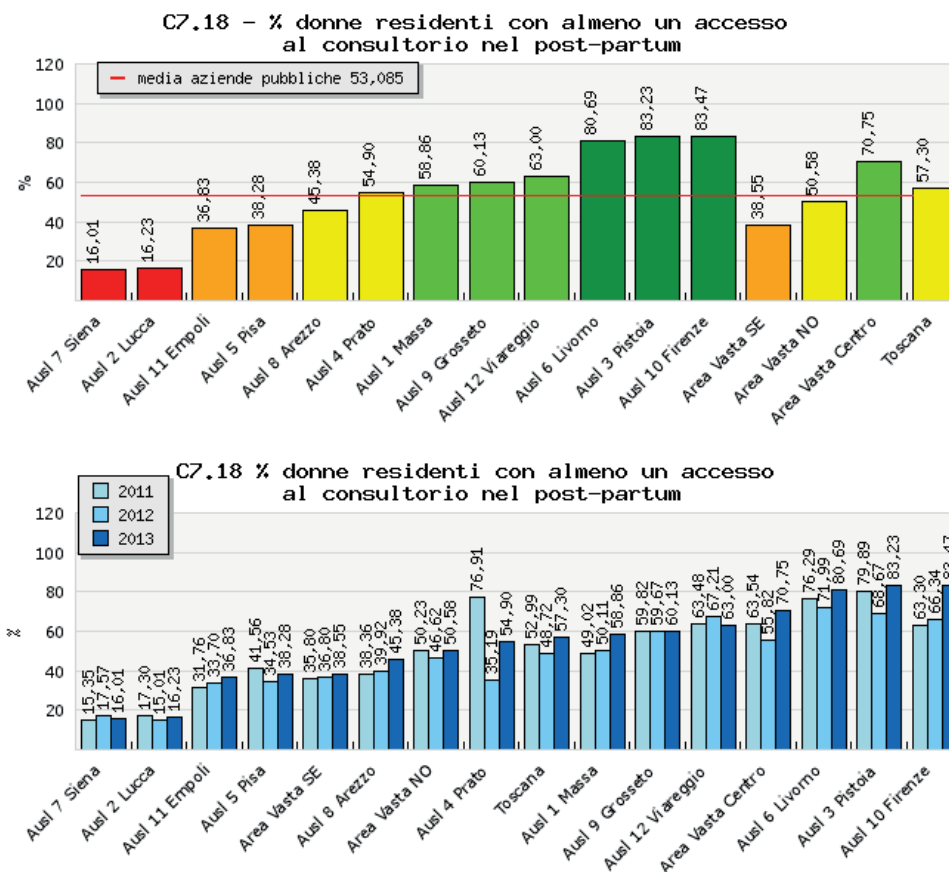
LIVELLO

Azienda di residenza



3.51 Indicatore C7.18: % 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 per garantire supporto nella cura dei nuovi arrivati, nell'allattamento al seno e nel processo di consolidamento della genitorialità.



C7.18	
% DONNE RESIDENTI CON ALMENO UN ACCESSO AL CONSULTORIO NEL POST-PARTUM	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne residenti (14-49 anni) con almeno un accesso al consultorio nel post-partum
NUMERATORE	N. donne residenti (14-49 anni) con almeno un accesso al consultorio nel post-partum
DENOMINATORE	N. donne residenti partorienti (14-49 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano: - le donne residenti in Toscana di età compresa fra i 14 e i 49 anni - l'area "02" maternità e sub-aree: "03" puerperio, "04" allattamento al seno, "06" sostegno alla genitorialità.
FONTE	Sistema Informativo Regionale SPC e CAP
LIVELLO	Azienda di residenza



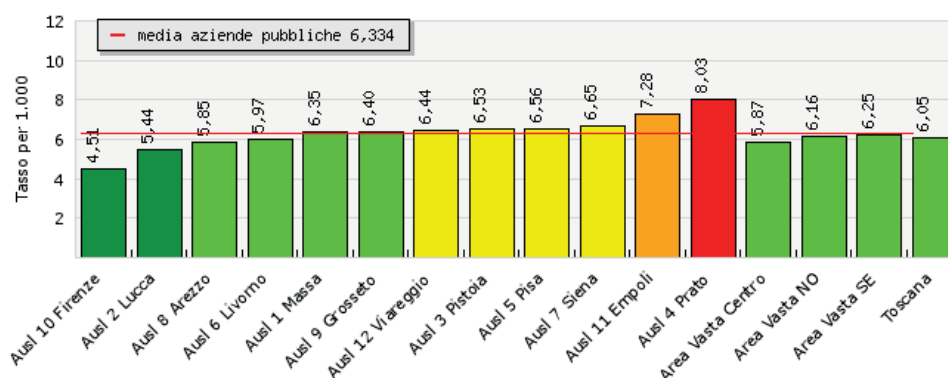
3.52 Indicatore C7.10: Tasso di IVG 1.000 residenti

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 a 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.

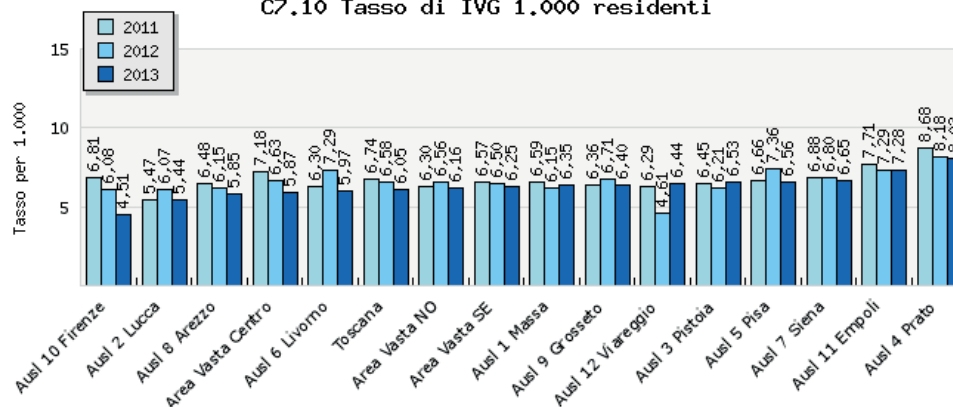
Il tasso di abortività volontaria è l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG.

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 cosciente e responsabile.

C7.10 - Tasso di IVG 1.000 residenti



C7.10 Tasso di IVG 1.000 residenti



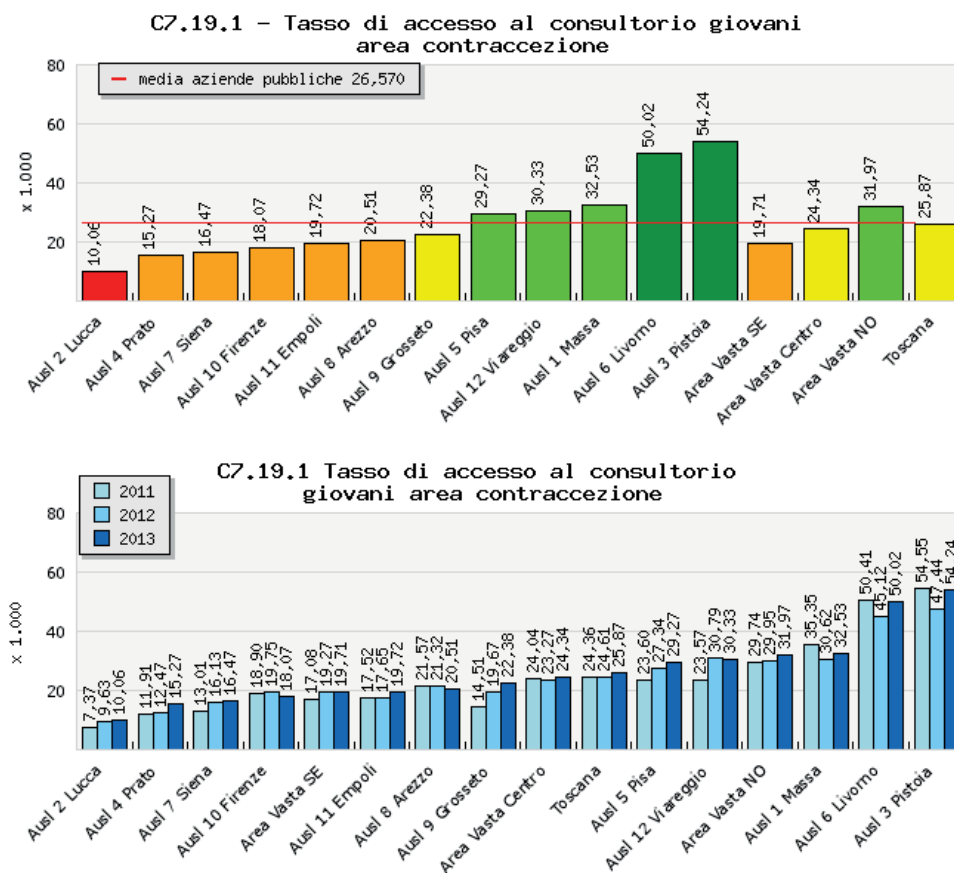
C7.10	
TASSO DI IVG 1.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso IVG per 1.000 residenti (donne 12-49 anni)
NUMERATORE	Numero IVG (donne 12-49 anni) x 100
DENOMINATORE	Popolazione residente (donne 12-49 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano: • i ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate; • le donne residenti di età compresa fra i 12 e i 49 anni; • diagnosi principale 635.** (Aborto indotto legalmente) e codice intervento principale 69.01 e 69.51 oppure diagnosi principale: 635.xx e diagnosi secondarie, V617 (altra gravidanza indesiderata) oppure V5883 (trattamento per monitoraggio di farmaci terapeutici) in presenza del codice 99.24 (Iniezione di altri ormoni - prima ed eventuale seconda somministrazione per os) in una qualunque procedura.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2011
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.53 Indicatore C7.19.1: Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione

I consultori rappresentano un fondamentale presidio sul territorio per la prevenzione e riduzione delle IVG e per la promozione di una procreazione cosciente e responsabile.

In particolare per i giovani, che hanno spesso una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione, l'informazione e la formazione sui temi della contraccezione riduce il ricorso all'IVG grazie all'aumento del livello di consapevolezza rispetto all'utilizzo dei sistemi contraccettivi e consentendo alle donne e alle coppie di prendere coscienza della necessità di tutelare la propria salute e di scegliere in sicurezza quando e come avere una gravidanza.



C7.19.1

TASSO DI ACCESSO AL CONSULTORIO GIOVANI AREA CONTRACCEZIONE

DEFINIZIONE	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione (14-24 anni)
NUMERATORE	N. di giovani residenti con almeno un accesso al consultorio area contraccezione (14-24 anni)
DENOMINATORE	N. di giovani residenti (14-24 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i residenti in Toscana di età compresa fra i 14 e i 24 anni. Si considera l'area contraccezione = "01".
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2012
FONTE	Sistema Informativo Regionale SPC
LIVELLO	Azienda di residenza



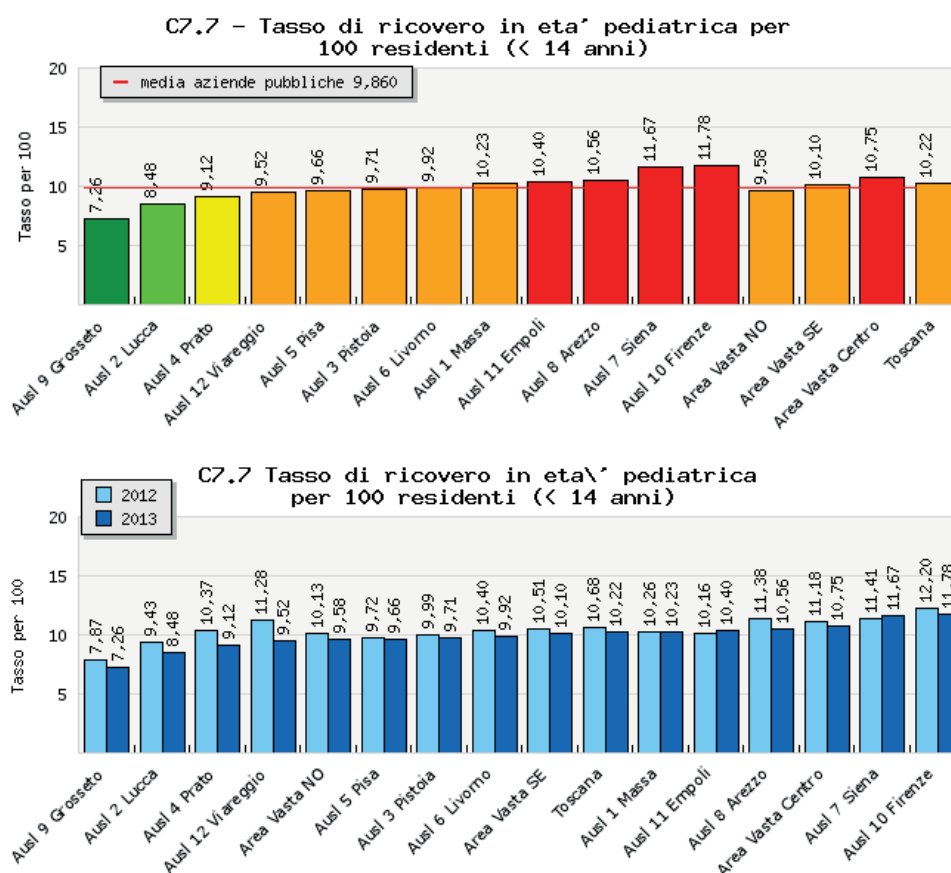
3.54 Indicatore C7.7: Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

Il tasso di ospedalizzazione rappresenta un buon indicatore di utilizzazione delle strutture ospedaliere e della domanda espressa dal territorio. Il suo valore assume particolare interesse in età pediatrica, per le peculiari caratteristiche dell'età evolutiva e la conseguente necessaria specificità dei percorsi organizzativo-assistenziali. Un ruolo determinante, nel contenimento della quota di inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, spetta alla promozione dell'assistenza territoriale attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti et al., 2005].

In Italia si assiste ancora oggi ad un eccesso di ricoveri impropri in età pediatrica, con valori quasi doppi di quelli raggiunti da altri paesi europei come Inghilterra e Francia, i quali, per di più, non dispongono del filtro costituito dalla Pediatria di Famiglia.

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 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.



C7.7

TASSO DI RICOVERO IN ETÀ PEDIATRICA PER 100 RESIDENTI (< 14 ANNI)

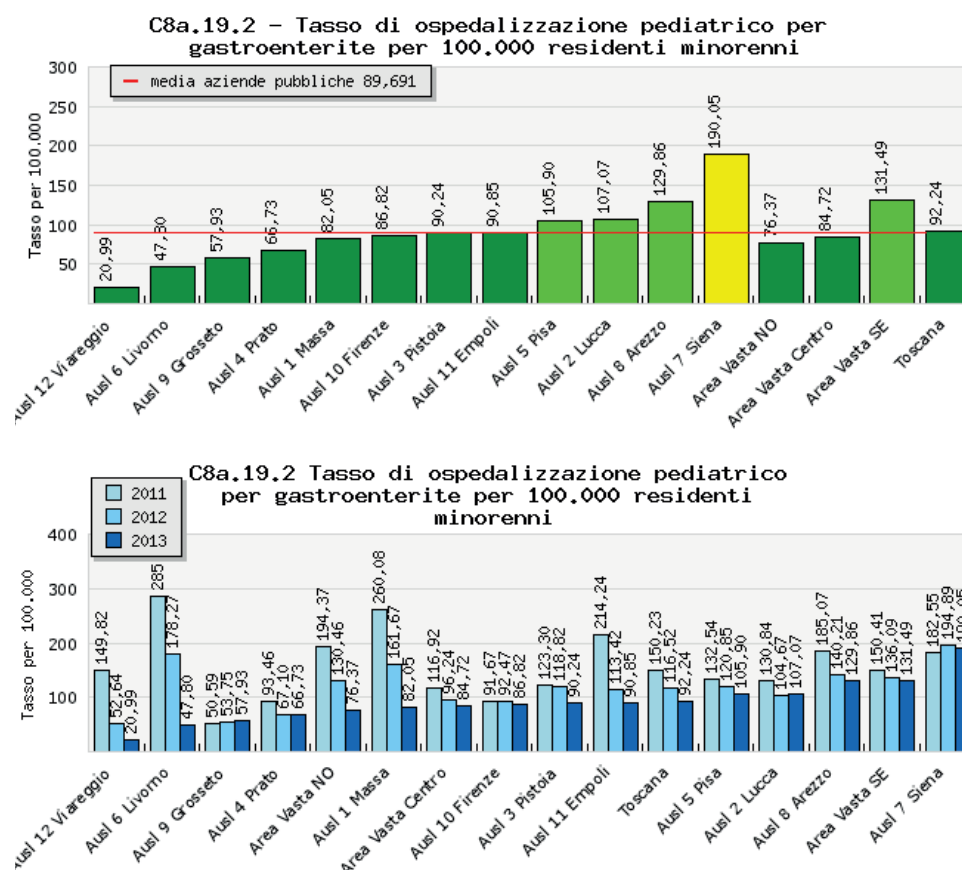
DEFINIZIONE	Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
NUMERATORE	Numero di ricoveri di residenti in età pediatrica (< 14 anni) x 100
DENOMINATORE	Popolazione residente (< 14 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital. Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate; - Relativi ai neonati normali (DRG 391).
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.55 Indicatore C8a.19.2: Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni

In Italia, dove la mortalità è bassa e l'intensità generalmente non grave, la gastroenterite rappresenta la causa più frequente di accesso al pronto soccorso e/o di ricovero ospedaliero con costi importanti per le famiglie e per il sistema sanitario.

La gestione si basa sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze, prima tra tutte la disidratazione. Nella maggior parte dei casi può essere fatto a livello territoriale attraverso una più diffusa aderenza dei pediatri ai percorsi diagnostico/terapeutici ed una più consapevole autonomia pratica dei genitori (DGR n.467 del 17/06/2013).



C8a.19.2	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICO PER GASTROENTERITE PER 100.000 RESIDENTI MINORENNI	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite
NUMERATORE	Numero ricoveri per gastroenterite relativi ai minorenni residenti nella Ausl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione minorenni residente
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, dei minorenni residenti in Toscana. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale per gastroenterite: 008.6*, 008.8, 009.*, 558.9 o codifiche ICD9-CM in diagnosi secondaria per gastroenterite and diagnosi principale per disidratazione: 276.5*. Sono esclusi i dimessi: - trasferiti da altri istituti età inferiore ai 3 mesi (o neonati dove l'età in mesi non è riportata); - con diagnosi di anomalie gastrointestinali (categorie: 538, 555, 556, 579 e codici 558.1, 558.2, 558.3); - con diagnosi di gastroenteriti batteriche (categorie: 004, 005, 007 e codici 003.0, 006.0, 006.1, 006.2, 008.0*, 008.1, 008.2, 008.3, 008.4*, 008.5, 112.85); - ricoverati in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2009
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.56 Indicatore C8b: Efficacia del territorio

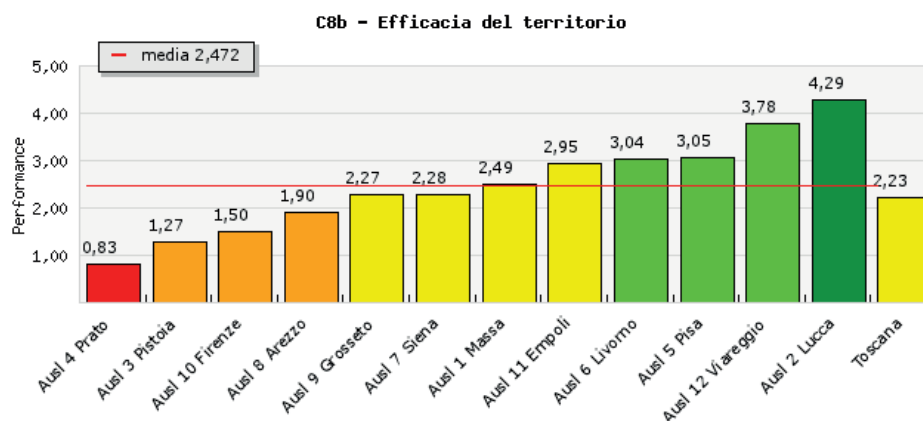
Il set di indicatori sull'"Efficacia del territorio" intende rilevare l'efficacia delle attività e dei servizi forniti dall'assistenza territoriale. L'indicatore raggruppa sotto-indicatori relativi alla capacità delle strutture territoriali di prendere in carico l'utente guardando nello specifico la percentuale di ricoveri maggiori di 30 giorni, le ospedalizzazioni evitabili, come quella per polmonite e l'accesso al Pronto Soccorso.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C8b - Efficacia del territorio	2,23	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- C8b Efficacia del territorio
 - C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti [0,64 Tasso per 1000](#)
 - C8a.2 % ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni [6,68 %](#)
 - C8a.12 Tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di ADI per 100.000 abitanti [157,68 x 100.000](#)
 - C11a.4.1 Tasso ospedalizzazione Polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni) [103,26 x 100.000](#)
 - C8b.1 Tasso di accesso dei residenti al PS [313,70 x 1000](#)



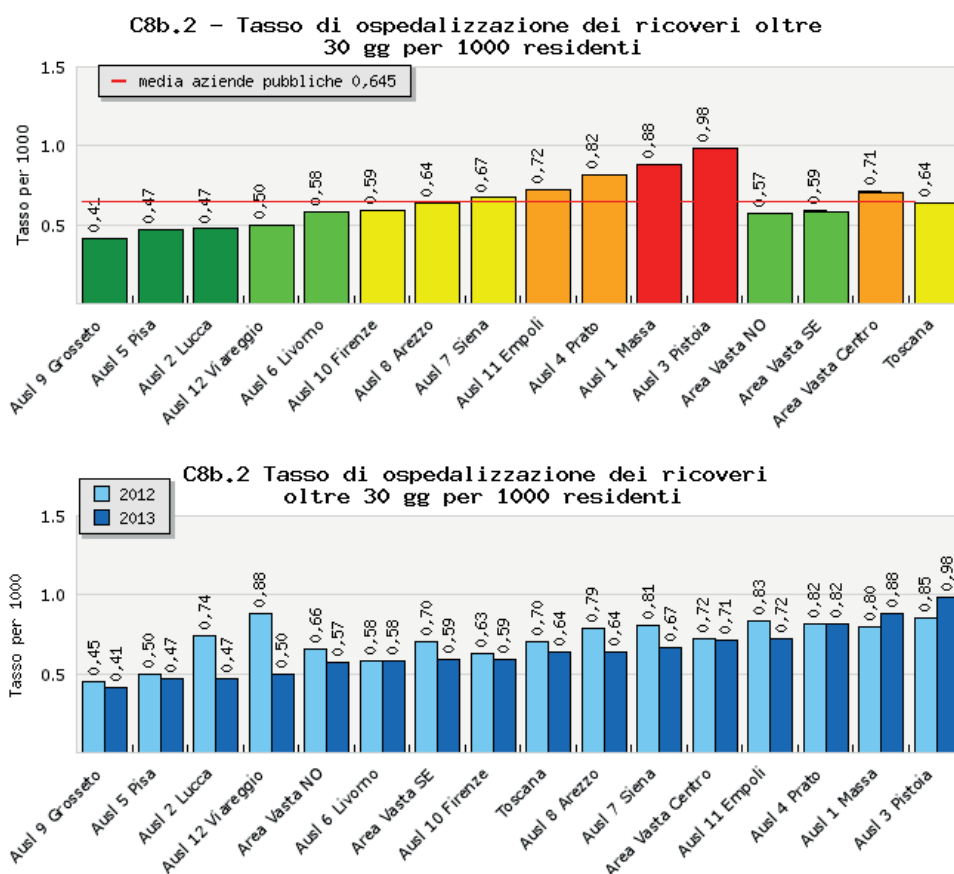
C8b	
EFFICACIA DEL TERRITORIO	
DEFINIZIONE	Efficacia del territorio
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore C8b assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: • C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti • C11a.4.1 Tasso di ospedalizzazione per polmonite
FONTE	Flusso SDO



3.57 Indicatore 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.

Dal 2013 per il calcolo del tasso di ospedalizzazione standardizzato è stata utilizzata, come standard, la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT. Per tale è stato ricalcolati anche i tassi 2012 utilizzando tale popolazione standard, così da permetterne il trend.

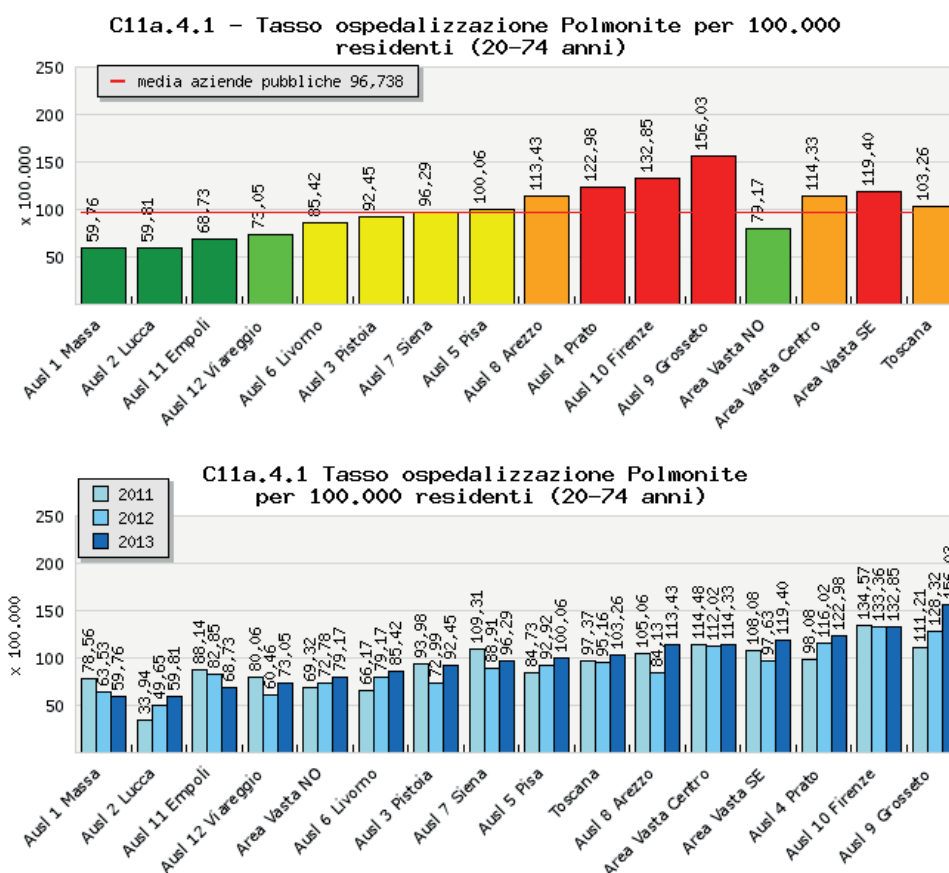


C8b.2	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DEI RICOVERI OLTRE 30 GG PER 1000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre i 30 giorni per 1000 residenti
NUMERATORE	N. dimessi con degenza superiore a 30 giorni per Ausl di residenza x 1000
DENOMINATORE	Popolazione per Ausl di residenza >=1 anno
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri dei residenti toscani intra ed extra regione. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi: - i ricoveri erogati da strutture private non accreditate; - i pazienti ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di: Malattie Infettive 24, Unità spinale 28, Pneumologia 68, Psichiatria 40, Grandi ustionati 47, Terapia intensiva 49, Recupero e riabilitazione funzionale 56, Lungodegenti 60, Terapia intensiva neonatale 73, neuroriabilitazione 75, 99 cure palliative; - i bambini di età inferiore ad 1 anno; - i dimessi psichiatrici (DRG 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 521, 522, 523) La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 1-4, 5-9, 10-14, ..., 80-84, 85 +.
RIFERIMENTO	Media Network Regioni 2012
Fonte	Flusso SDO
LIVELLO	Azienda residenza

**3.58 Indicatore C11a.4.1: Tasso ospedalizzazione Polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)**

La polmonite è una malattia acuta relativamente frequente che, nonostante i progressi compiuti in campo diagnostico e terapeutico, è gravata da una mortalità non trascurabile e da costi elevati per diagnosi, per terapia, per mortalità prematura e per giornate perse di lavoro. Rappresenta però una patologia prevenibile e trattabile efficacemente nella maggior parte dei casi con terapia antibiotica a livello di assistenza primaria. Il buon funzionamento del territorio è di cruciale importanza per evitare il ricovero di pazienti nella fase acuta della malattia. Protagonisti della prevenzione sono i Medici di Medicina Generale, il cui importante ruolo emerge anche dall'Accordo Integrativo Regionale 2012 che prevede di concordare a livello aziendale dei Percorsi Diagnostico Terapeutici che mettano a disposizione servizi di diagnostica per le patologie acute, come la polmonite, che possono essere trattate a livello territoriale (AIR 2012).

Il basso numero di ricoveri ospedalieri per i residenti di un determinato territorio può essere, pertanto, una variabile *proxy* della misura dell'appropriatezza dell'assistenza primaria nel trattamento della patologia acuta.



C11a.4.1	
TASSO OSPEDALIZZAZIONE POLMONITE PER 100.000 RESIDENTI (20-74 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per polmonite 20-74 anni relativi ai residenti nella Ausl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 20-74 anni residente nella Ausl
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in Toscana. Selezione sui Drg: 79-80-89-90. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99); - i ricoveri in strutture private non accreditate; - i ricoveri con diagnosi principale di: Tubercolosi primaria, polmonare e dell' apparato respiratorio (Codici 010.xx, 011.xx, 012.xx); - i ricoveri con diagnosi principale o secondarie di: Malattia dei legionari (482.84), Condizioni morbose respiratorie da inalazione di fumi e vapori chimici (506.0, 506.1, 506.2, 506.3), Polmonite da solidi e liquidi (507.0, 507.1, 507.8).
RIFERIMENTO	Media regionale 2008
FONTE	Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.59 Indicatore C9a: Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

Secondo il Codice Deontologico, l'appropriatelyzza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. L'autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario.

I dati sui consumi dei farmaci sono elaborati su flussi regionali nati prevalentemente per fini amministrativi; tuttavia gli stessi consentono di analizzare l'appropriatelyzza prescrittiva, perché, pur mancando nella prescrizione l'indicazione della patologia per cui il farmaco è prescritto, è altrettanto vero che un farmaco, contrariamente a quanto accade per la prescrizione di una prestazione specialistica che serve a diagnosticare una patologia, viene prescritto - o almeno dovrebbe esserlo - per una patologia già diagnosticata.

La Regione Toscana ha affinato negli anni un sistema di indicatori che vanno a monitorare farmaci di largo consumo, che impattano in modo significativo sulla spesa, e per i quali è più facile un utilizzo inappropriato. Oltre ad individuare indicatori e monitorarli nel tempo, la Regione ha adottato linee di indirizzo, redatte dalla Commissione Terapeutica Regionale in collaborazione con gli specialisti del settore, sull'utilizzo appropriato di alcune categorie di farmaci. Ad oggi sono state pubblicate linee di indirizzo sulla terapia farmacologia dell'ipertensione, sulla terapia farmacologia dell'ipercolesterolemia, sulla terapia farmacologia con Inibitori di Pompa Protonica e sulla terapia farmacologia negli anziani (i criteri di Beers).

L'indicatore C9a costituisce un primo *step* per monitorare il corretto impiego dei farmaci. L'indicatore, costruito secondo gli indirizzi contenuti nelle delibere regionali 463/2006, 148/2007 e 201/2013, monitora nello specifico alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Negli anni successivi, la selezione delle categorie farmacologiche oggetto di valutazione e la determinazione degli obiettivi specifici è stata aggiornata secondo gli indirizzi e gli orientamenti regionali. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende permette di individuare alcuni fenomeni di inappropriatelyzza.

I dati provengono dal Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione della Regione Toscana.

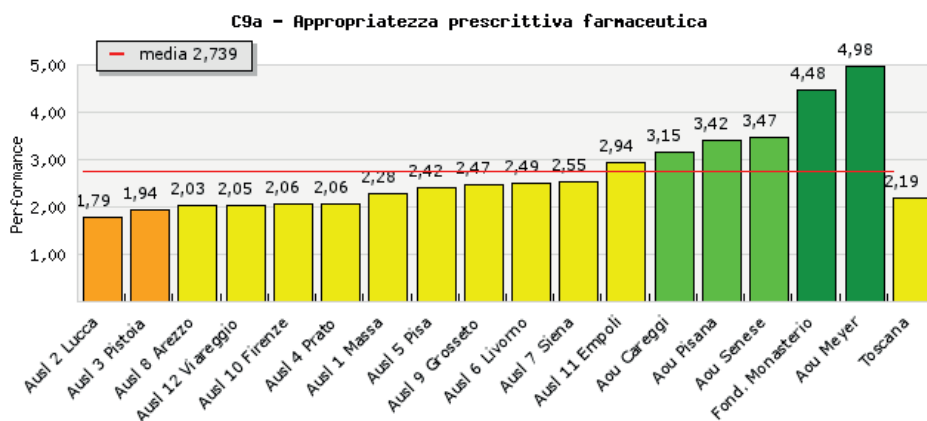


Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C9a - Appropriata prescrizione farmaceutica	2,19	2013

Fonte dei dati : Dati SFERA, flusso FED, flusso FES, flusso SDO, flusso SPF - Settore Politiche del Farmaco, Appropriata e Innovazione, Regione Toscana

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- C9a Appropriata prescrizione farmaceutica
 - C9.10.1 Polypharmacy [15,02 %](#)
 - C9.6.1 Statine
 - C9.6.1.1 Iperprescrizione di statine [4,92 %](#)
 - C9.6.1.2 pazienti aderenti alla terapia con statine [44,90 %](#)
 - C9.6.1.3 Consumo di statine in associazione [91,17 u.p.](#)
 - C9.6.2 Antipertensivi
 - C9.3 Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina: % sartani [44,09 %](#)
 - C9.7 Gastrointestinali
 - C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) [29,69 u. p. pro-capite](#)
 - C9.8 Antimicrobici
 - C9.8.1.1 Consumo di antibiotici [22,55 DDD per 1000 ab/die](#)
 - C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili [25,36 %](#)
 - C9.9 Sistema nervoso
 - C9.4 Consumo di SSRI (Antidepressivi) [48,98 DDD per 1000 ab/die](#)
 - C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi [25,17 %](#)
 - C9.5 Consumo di altri antidepressivi [12,20 DDD per 1000 ab/die](#)
 - C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi [10,12 %](#)
 - C9.14 Cura dell'osteoporosi
 - C9.15 % pazienti aderenti alla terapia con farmaci Nota 79 [31,76 %](#)
 - C9.16 % pazienti fratturati aderenti alla terapia con Farmaci Nota 79 [35,19 %](#)
 - C9.16.1 Incidenza dei bifosfonati [65,80 %](#)
 - C9.17 Ospedaliere
 - C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti [1,33 u.p.](#)
 - C9.13 Antibiotici: incidenza iniettabili nei reparti [67,48 %](#)
 - C9.18 Incidenza del filgrastim nei reparti [84,55 %](#)
 - C9.20.1 Consumo di Fattore VIII a base di DNA ricombinante [66,77 %](#)
 - C9.20.2 Consumo di Fattore IX [19,19 %](#)
 - C9.20.3 Consumo di albumina [512,27 Mg](#)
 - C9.20.4 Albumina per giornata degenza [495,86 Mg](#)
 - C9.19 Farmaci respiratori
 - C9.19.1 Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie [62,45 %](#)
 - B4.1 Consumo di farmaci per il controllo del dolore
 - B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (distribuzione convenzionata e diretta) [2,26 DDD per 1000 ab /die](#)
 - B4.1.3 Consumo territoriale di morfina (distribuzione convenzionata e diretta) [2,43 mg pro capite](#)
 - B4.1.5 Incidenza della morfina [3,38 %](#)



C9a

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

NOTE PER L'ELABORAZIONE

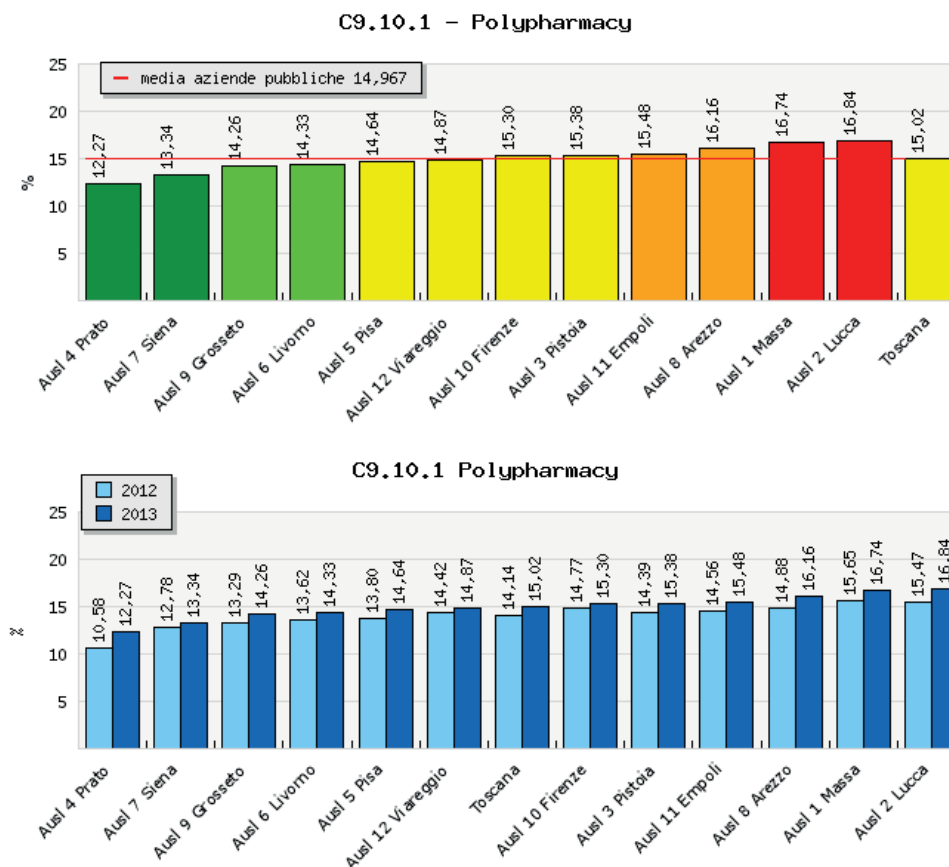
L'indicatore C9a assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: C9.10.1, C9.6.1.1, C9.6.1.2, C9.6.1.3, C9.3, C9.1, C9.8.1.1, C9.8.1.2, C9.4, C9.9.1.1, C9.5, C9.9.1, C9.15, C9.16, C9.16.1, C9.12, C9.18, C9.19.1, B4.1.1, B4.1.3, B4.1.5

In riferimento alle Aziende Ospedaliere Universitarie e Fondazione Monasterio, l'indicatore C9a assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: C9.12 e C9.18.



3.60 Indicatore C9.10.1: Polypharmacy

Con l'espressione "*polypharmacy*" (o "politerapia") si intende l'assunzione, da parte di un medesimo paziente, di più farmaci contemporaneamente. Il fenomeno coinvolge prevalentemente gli anziani e presenta potenziali rischi di inappropriatezza: può infatti tradursi non solo in costi eccessivi ma anche in interazioni farmaceutiche dannose. Nel 2013 l'indicatore diventa di valutazione e va a misurare il consumo dei pazienti anziani, con più di 75 anni, che assumono più di 5 classi farmaceutiche contemporaneamente.

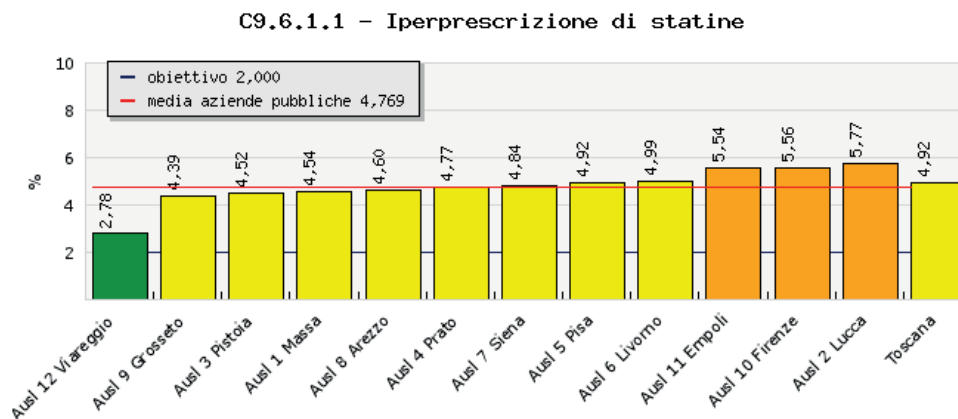


C9.10.1	
POLYPHARMACY	
DEFINIZIONE	Numero di pazienti con più di 75 anni che assumono più di 5 classi farmaceutiche contemporaneamente
NUMERATORE	Numero di pazienti con più di 75 anni che assumono contemporaneamente farmaci appartenenti a più di 5 classi ATC4
DENOMINATORE	Numero di pazienti con più di 75 anni che abbiano assunto almeno un farmaco
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera l'erogazione effettuata nel mese di aprile.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Dati Flusso SPF - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



3.61 Indicatore C9.6.1.1: Iperprescrizione di statine

Un'attività prescrittiva appropriata presuppone la regolare verifica delle esigenze dell'assistito, al fine di evitare sia la mancata presa in carico di bisogni clinici, sia la dispensazione di farmaci in eccesso. L'indicatore monitora i pazienti cui sia stato prescritto un volume tale di farmaci da suggerire possibili sprechi, scorte o ridondanze.

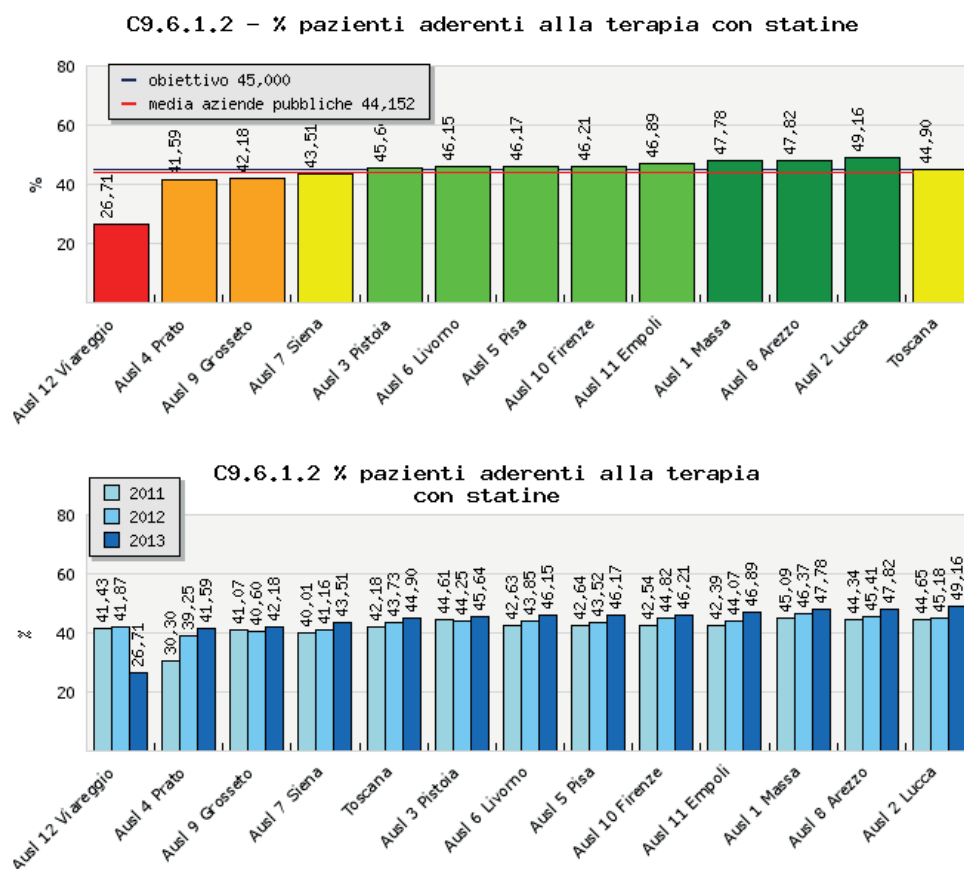


C9.6.1.1	
IPERPRESCRIZIONE DI STATINE	
DEFINIZIONE	Numero di pazienti con iperprescrizioni di statine
NUMERATORE	Numero pazienti trattati con farmaci a base di inibitori della HMG CoA reduttasi associati e non associati, con prescrizioni superiori a 420 unità posologiche all'anno
DENOMINATORE	Numero pazienti trattati con farmaci a base di inibitori della HMG CoA reduttasi associati e non associati
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <2%
FONTE	Dati Flusso SPF, dati Flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriately e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



3.62 Indicatore C9.6.1.2: % pazienti aderenti alla terapia con statine

Il dato misura la percentuale di pazienti aderenti alla terapia con statine, ossia di assistiti che hanno acquistato almeno 290 unità posologiche di statine all'anno.



C9.6.1.2

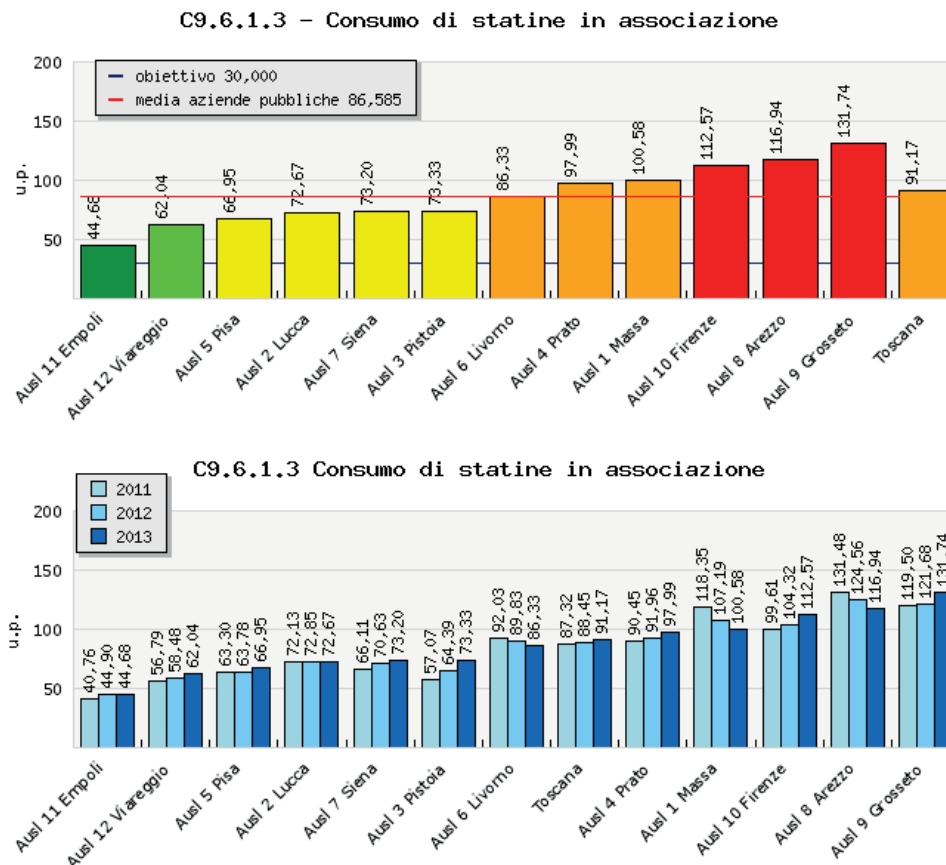
% PAZIENTI ADERENTI ALLA TERAPIA CON STATINE

DEFINIZIONE	Percentuale di utenti che assumono almeno 290 u.p. di statine (ipolipemizzanti) all'anno
NUMERATORE	N. utenti che assumono almeno 290 unità posologiche di statine all'anno x 100
DENOMINATORE	N. utenti che consumano statine
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. I dati sono per azienda di residenza
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >45%
FONTE	Dati Flusso SPF - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



3.63 Indicatore C9.6.1.3: Consumo di statine in associazione

L'indicatore è stato introdotto perché negli ultimi anni si è registrato un notevole incremento del consumo di statine in associazione, pur non essendo questo supportato da evidenze di letteratura. Il costo delle associazioni, inoltre, è molto superiore al costo delle statine non associate. L'obiettivo regionale prevede un consumo non superiore a 30 unità posologiche per 100 abitanti (popolazione pesata).



C9.6.1.3

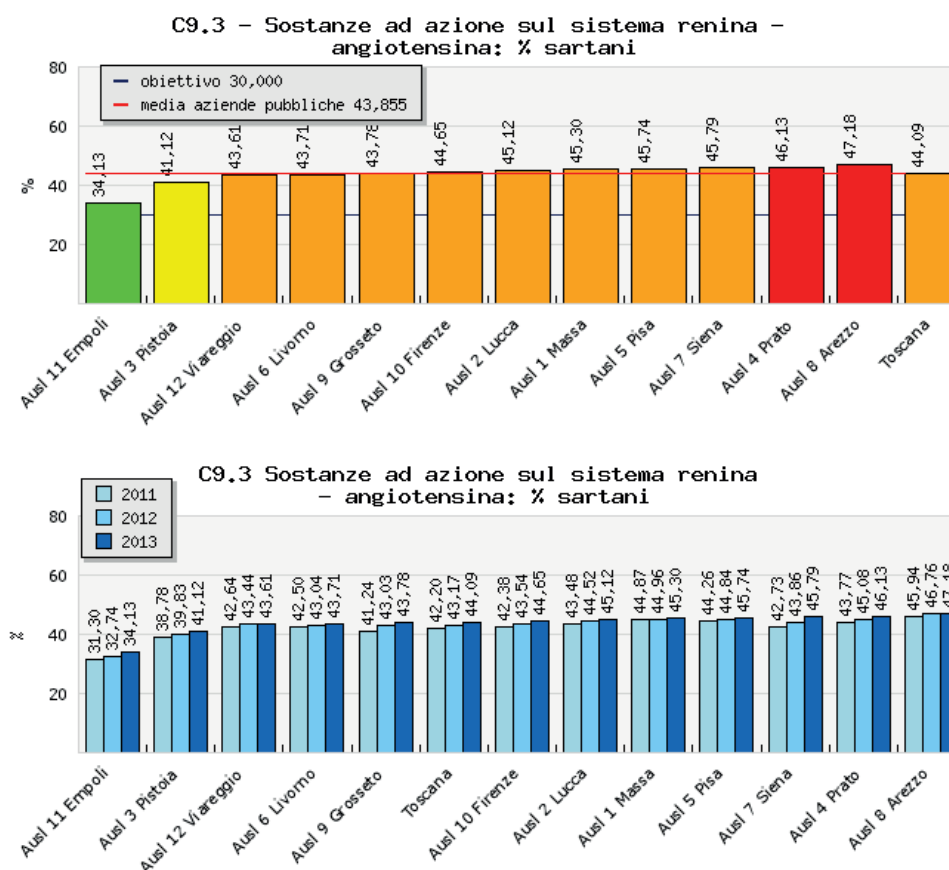
CONSUMO DI STATINE IN ASSOCIAZIONE

DEFINIZIONE	Consumo per 100 abitanti di statine in associazione, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto di classe A
NUMERATORE	N. unità posologiche di statine associate erogate x 100
DENOMINATORE	Popolazione al 1° Gen. 2011, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le statine in associazione appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10B. I dati sono per azienda erogatrice per la parte relativa alla farmaceutica convenzionata e per azienda di residenza per quella relativa alla distribuzione diretta
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <30 UP per 100 abitanti
FONTE	Dati SFERA, dati Flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione/ Azienda di residenza



3.64 Indicatore C9.3: Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina: % sartani

Attualmente l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si decide di bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore, in quanto non esiste una condizione clinica per la quale i sartani siano da preferirsi agli ACE-inibitori (fonte: *Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione*, a cura della Commissione Terapeutica Regionale, con il consenso delle principali società scientifiche, Settembre 2010). L'obiettivo dell'indicatore è quello di limitare la prescrizione dei sartani ai casi in cui è realmente necessaria.

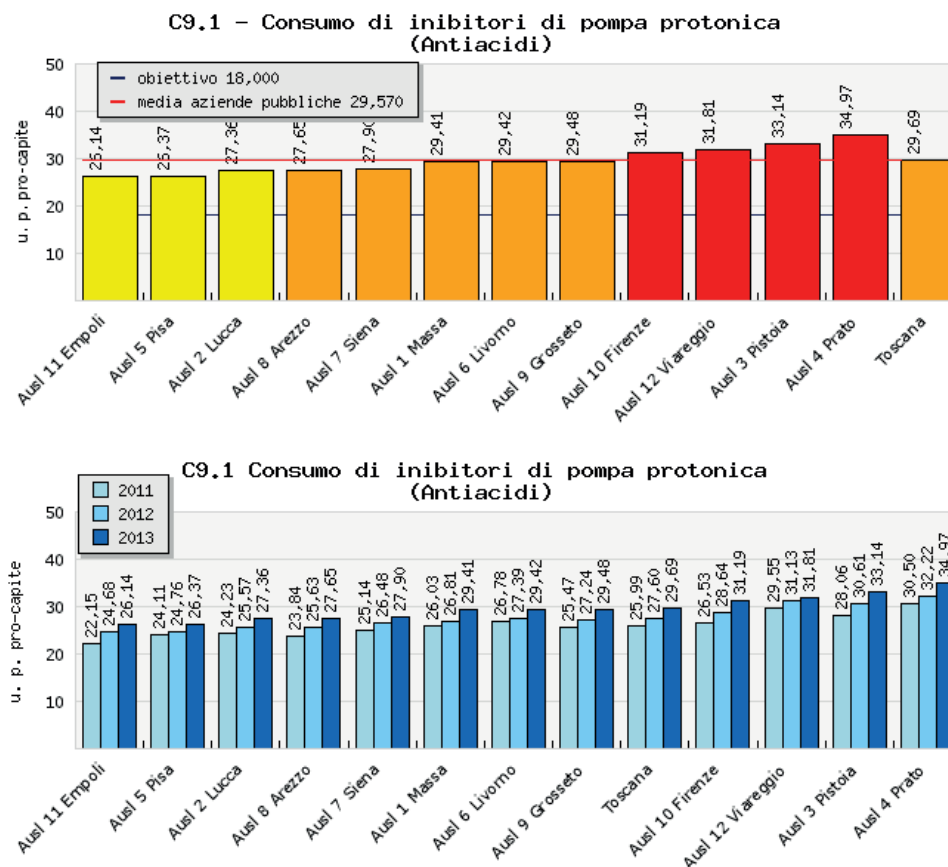


C9.3	
SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA - ANGIOTENSINA: % SARTANI	
DEFINIZIONE	Consumo dei sartani rispetto alle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Antiipertensivi), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di sartani erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico delle "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (sartani), appartengono alla classe ATC C09C e C09D. Le "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" appartengono al gruppo terapeutico C09. I dati sono per azienda erogatrice.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <30%
Fonte	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.65 Indicatore C9.1: Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacid)

Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) rappresentano una delle classi terapeutiche più prescritte in Toscana. Fra i motivi che ne hanno determinato l'aumento dei consumi negli anni è da ricordare, tra gli altri, l'estensione delle indicazioni secondo le modifiche delle Note Aifa n.1 e n.48. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriatezza e fenomeni di iperprescrizione.



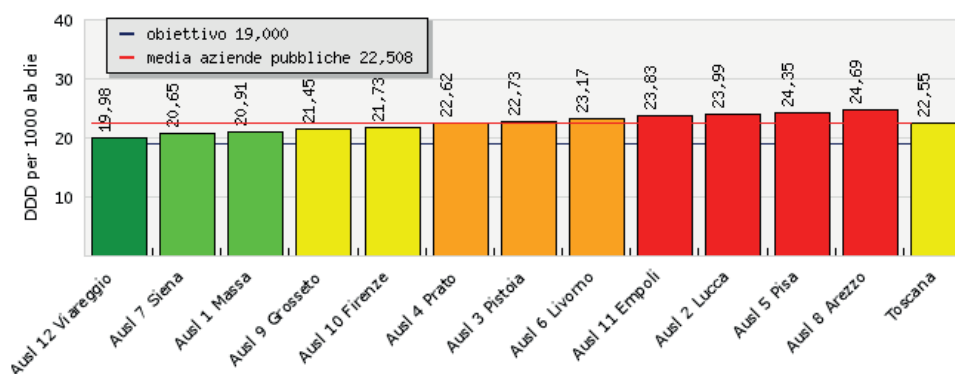
C9.1	
CONSUMO DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (ANTIACIDI)	
DEFINIZIONE	Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto di classe A
NUMERATORE	N. unità posologiche di IPP erogate
DENOMINATORE	Popolazione al 1° Gen. 2013, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC. I dati sono per azienda erogatrice per la parte relativa alla farmaceutica convenzionata e per azienda di residenza per quella relativa alla distribuzione diretta
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <18 UP pro-capite
FONTE	Dati SFERA, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione/Azienda di residenza



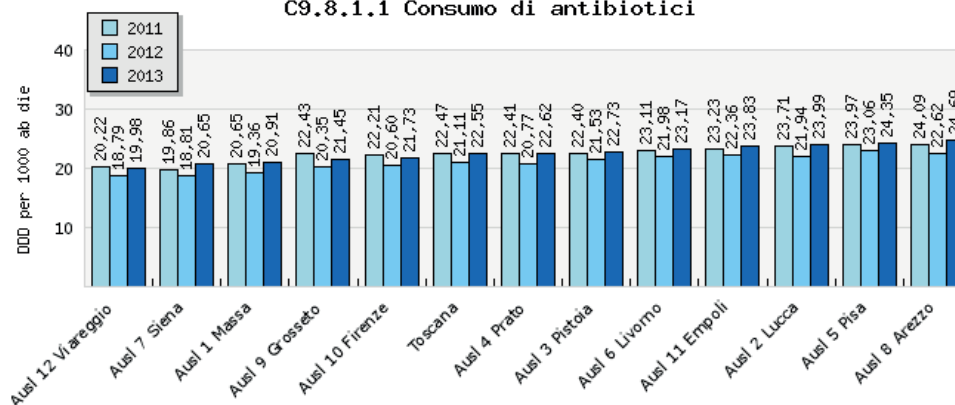
3.66 Indicatore C9.8.1.1: Consumo di antibiotici

A livello nazionale, gli antimicrobici per uso sistemico rappresentano la terza categoria terapeutica a maggiore spesa pubblica, pari a 1,8 miliardi di euro (30,3 euro pro-capite). Il consumo in regime di assistenza convenzionata si attesta intorno a 23,5 DDD per 1000 ab. *die* e presenta una forte variabilità a livello regionale, con dati che oscillano tra 13,5 DDD per 1000 ab. *die* della P.A. di Bolzano e 33,9 DDD per 1000 ab. *die* della Campania. Si registra quindi un incremento dei consumi rispetto al 2012 (dati Rapporto Osmed Gennaio-Settembre 2013). L'eccessivo utilizzo è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

C9.8.1.1 – Consumo di antibiotici



C9.8.1.1 Consumo di antibiotici



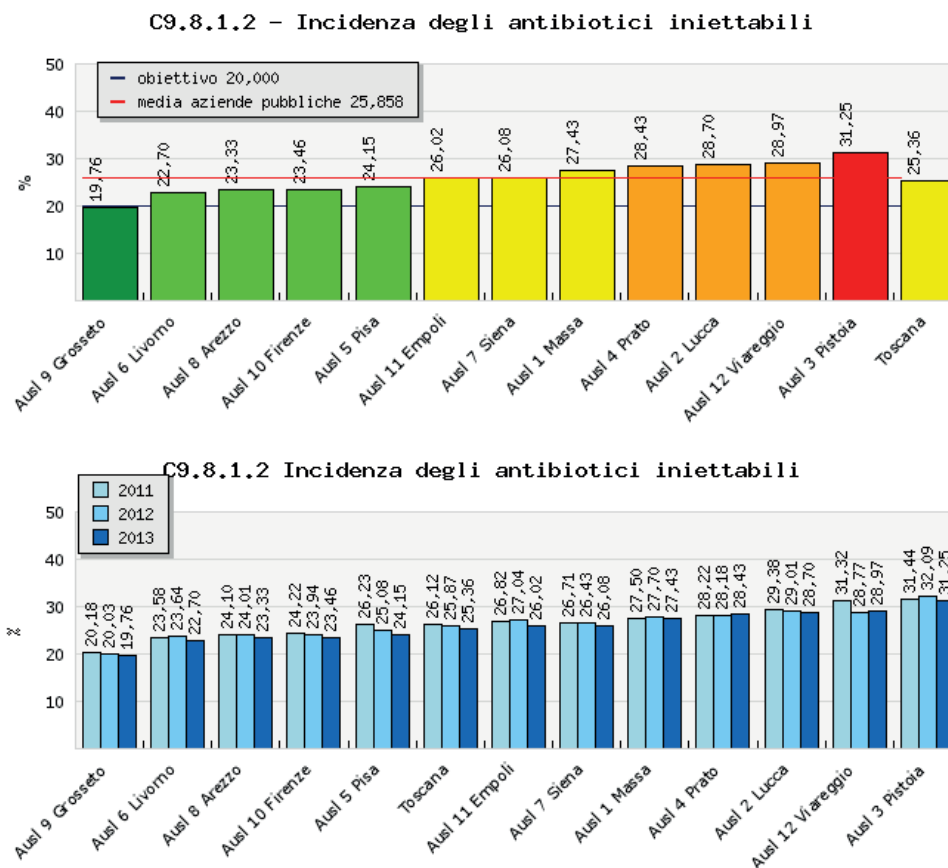
C9.8.1.1	
CONSUMO DI ANTIBIOTICI	
DEFINIZIONE	Consumo di antibiotici, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	DDD di antibiotici erogate x 1000
DENOMINATORE	Popolazione al 1° Gen. 2013, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010 x 365
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda erogatrice.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: < 19 DDD per 1000 abitanti die
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.67 Indicatore C9.8.1.2: Incidenza degli antibiotici iniettabili

Gli antibiotici iniettabili dovrebbero essere utilizzati in pazienti con casi clinici particolarmente gravi o di fronte all'impossibilità del paziente di assumere antibiotici orali. Queste situazioni sono poco frequenti a livello territoriale.

Il rapporto OSMED 2012 evidenzia come nel corso del 2012 l'uso di cefalosporine iniettive e/o fluorochinoloni nei pazienti affetti da bronchite acuta in assenza di BPCO - un trattamento potenzialmente inappropriato, vista l'eziologia prevalentemente virale di tali forme infettive - sia risultato pari al 29,7%, in sensibile diminuzione rispetto al 2011. Dall'analisi geografica emerge però un gradiente di esposizione Nord-Sud, passando dal 20,7% per le Regioni del Nord, al 30,7% per quelle del Centro, fino al 43,1% per le Regioni del Sud e Isole.

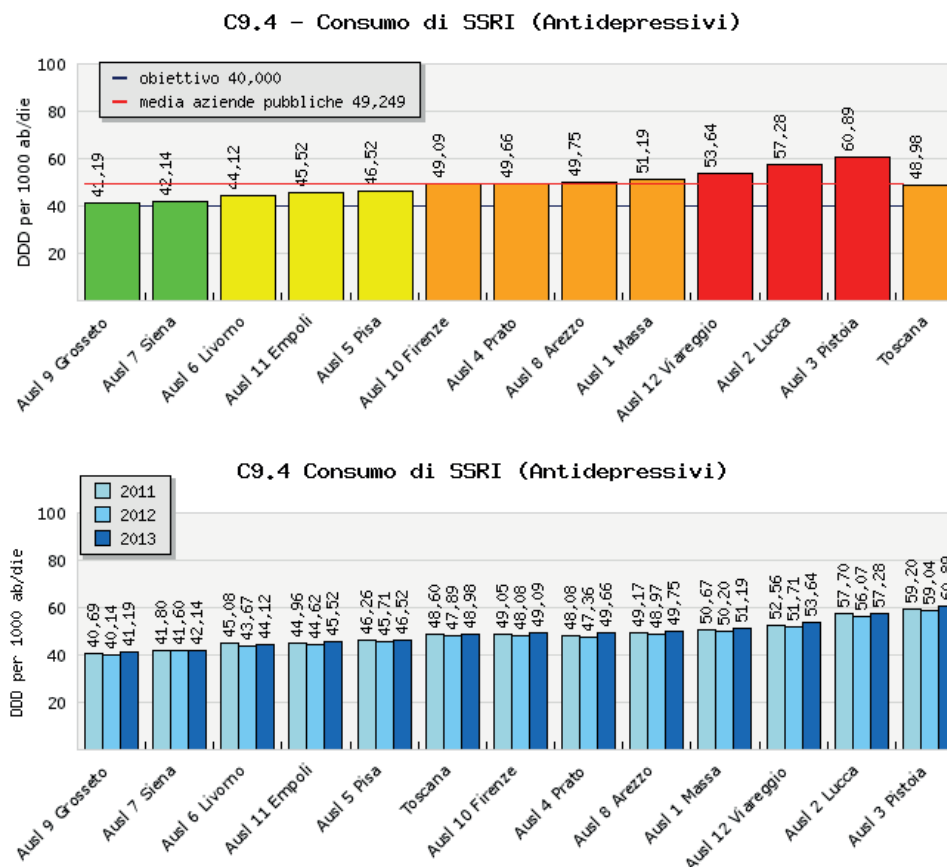


C9.8.1.2	
INCIDENZA DEGLI ANTIBIOTICI INIETTABILI	
DEFINIZIONE	Consumo di antibiotici iniettabili, rispetto agli antibiotici complessivamente erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. confezioni antibiotici iniettabili erogate x 100
DENOMINATORE	N. confezioni antibiotici complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. I dati sono per azienda erogatrice.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <20%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriattezza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.68 Indicatore C9.4: Consumo di SSRI (Antidepressivi)

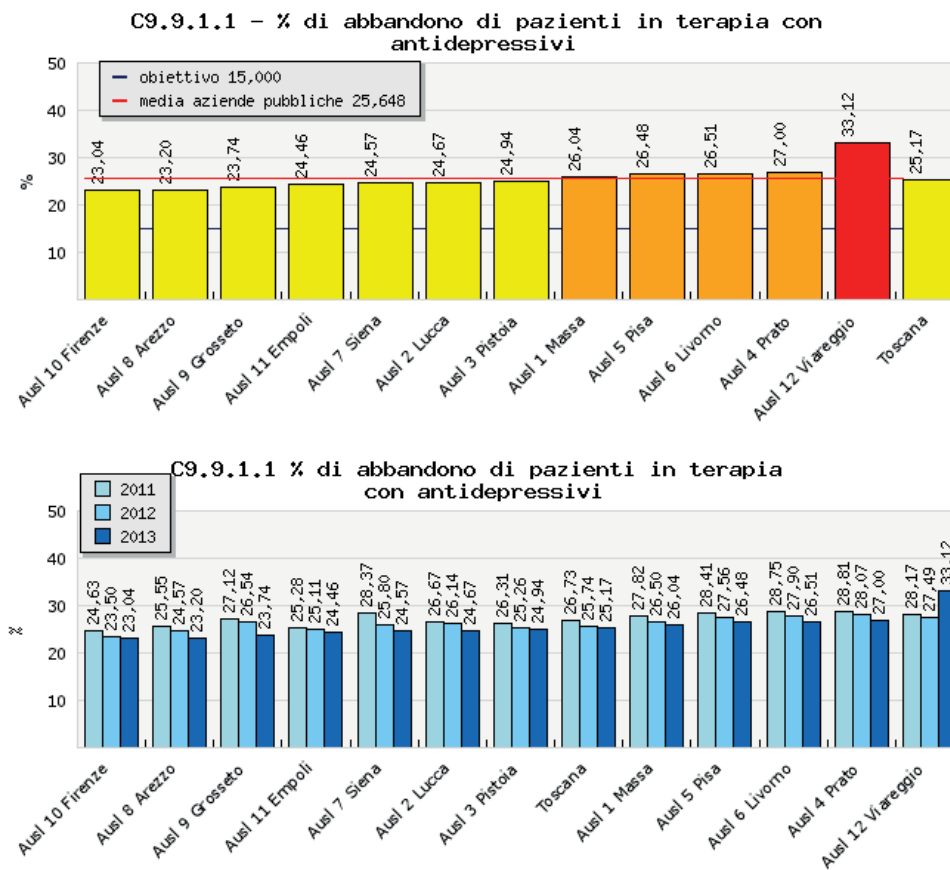
L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di SSRI, perché la Regione Toscana ha il maggior consumo di antidepressivi a livello nazionale. L'utilizzo eccessivo di questi farmaci può essere inappropriato. L'obiettivo regionale per quanto riguarda l'impiego di questi farmaci, erogati tramite le farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta e per conto, individua il limite di 30 DDD (Dose Definita Giornaliera) per 1000 ab. *die*.



C9.4	
CONSUMO DI SSRI (ANTIDEPRESSIVI)	
DEFINIZIONE	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto di classe A
NUMERATORE	DDD di farmaci antidepressivi erogate sia in regime convenzionale sia tramite distribuzione diretta x 1000
DENOMINATORE	Popolazione al 1° Gen. 2013, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010 x 365
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda erogatrice per la parte relativa alla farmaceutica convenzionata e per azienda di residenza per quella relativa alla distribuzione diretta
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <30 DDD per 1000 ab./die
FONTE	Dati SFERA, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione/Azienda di residenza

**3.69 Indicatore C9.9.1.1: % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi**

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

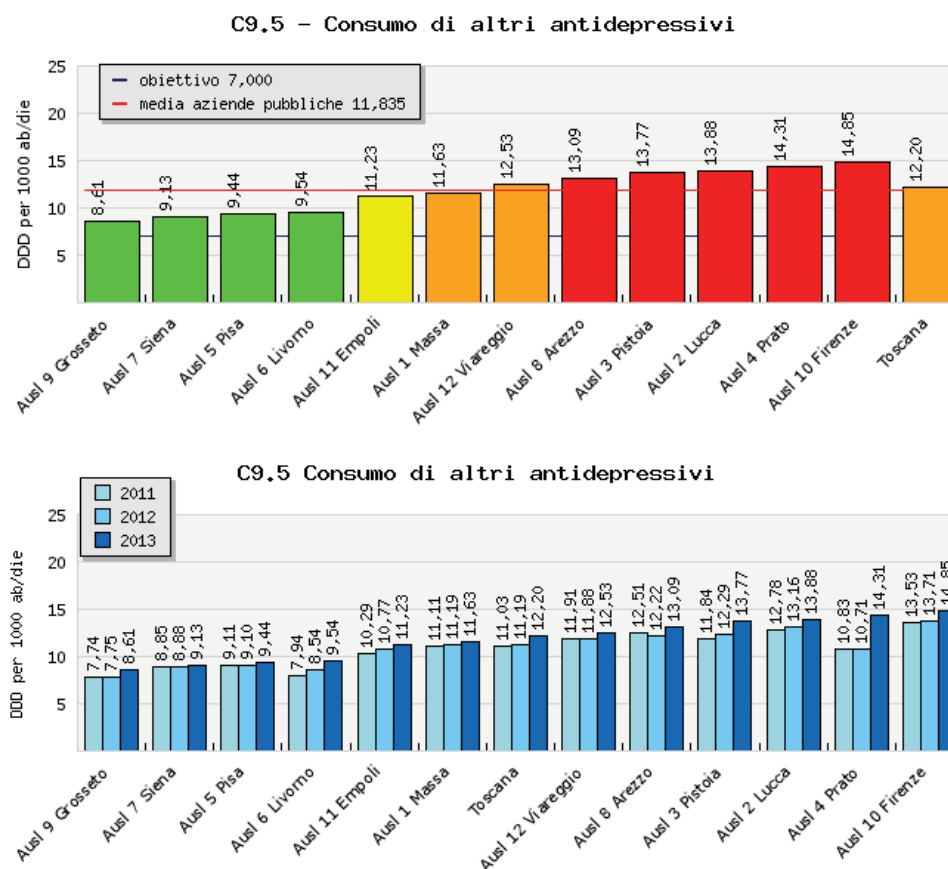


C9.9.1.1	
% DI ABBANDONO DI PAZIENTI IN TERAPIA CON ANTIDEPRESSIVI	
DEFINIZIONE	Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di antidepressivi all'anno
NUMERATORE	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100
DENOMINATORE	N. utenti che consumano antidepressivi
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore fa riferimento ai farmaci dei gruppi N06AA (inibitori non selettivi della serotonina), N06AB (Inibitori selettivi della serotonina) e del gruppo N06AX (Altri antidepressivi). I dati sono per azienda di residenza.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <15%
FONTE	Dati Flusso SPF - Settore Politiche del Farmaco, Appropriattezza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



3.70 Indicatore C9.5: Consumo di altri antidepressivi

Per questa categoria di antidepressivi, erogati tramite le farmacie territoriali in regime convenzionale mediante distribuzione diretta e per conto, l'obiettivo regionale di consumo è fissato nel limite di 7 DDD (Dose Definita Giornaliera) per 1000 ab. *die*.

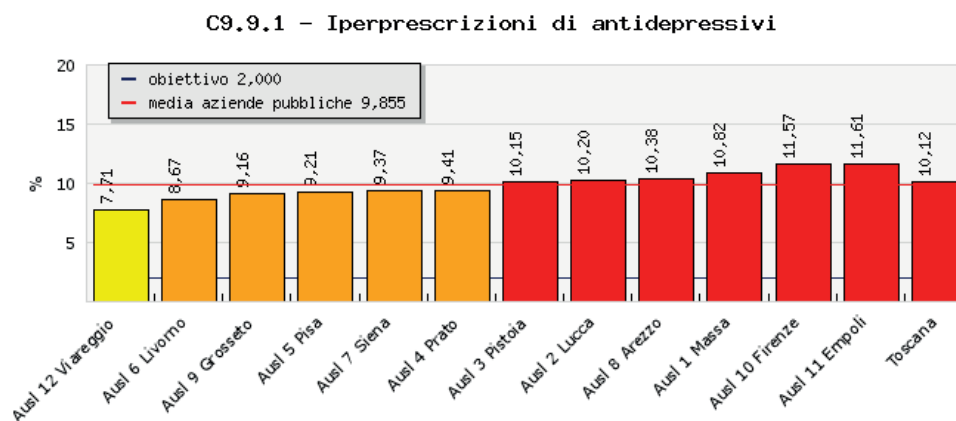


C9.5	
CONSUMO DI ALTRI ANTIDEPRESSIVI	
DEFINIZIONE	Consumo di altri farmaci antidepressivi, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto di classe A
NUMERATORE	DDD di altri farmaci antidepressivi erogate sia in regime convenzionale, sia tramite distribuzione diretta x 1000
DENOMINATORE	Popolazione al 1° Gen. 2013, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010 x 365
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Gli altri farmaci antidepressivi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AX. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda erogatrice per la parte relativa alla farmaceutica convenzionata e per azienda di residenza per quella relativa alla distribuzione diretta
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <7 DDD per 1000 ab die
FONTE	Dati SFERA, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriately e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione/Azienda di residenza



3.71 Indicatore C9.9.1: Iperprescrizioni di antidepressivi

Un'attività prescrittiva appropriata presuppone la regolare verifica delle esigenze dell'assistito, al fine di evitare sia la mancata presa in carico di bisogni clinici, sia la dispensazione di farmaci in eccesso. L'indicatore monitora i pazienti cui sia stato prescritto un volume tale di farmaci da suggerire possibili sprechi, scorte o ridondanze.

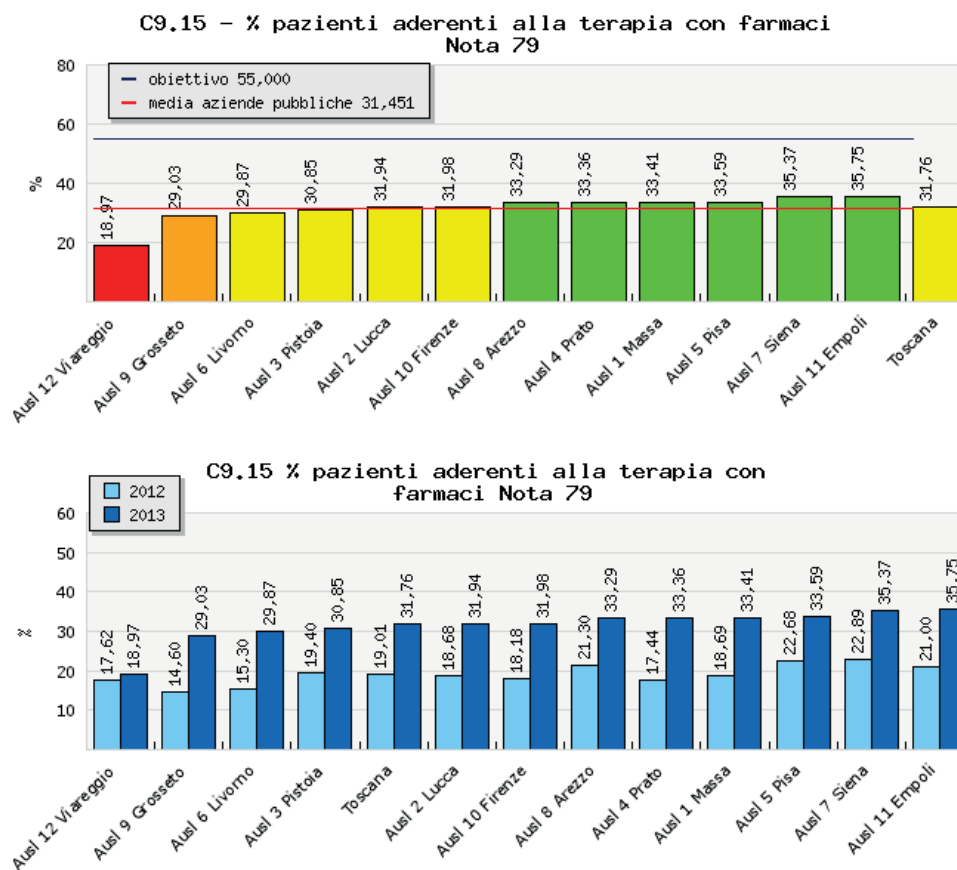


C9.9.1	
IPERPRESCRIZIONI DI ANTIDEPRESSIVI	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti con iperprescrizioni di farmaci antidepressivi
NUMERATORE	Numero di pazienti trattati con farmaci Antidepressivi, con prescrizioni superiori a 450 Dosi Definite Giornaliere (DDD) all'anno
DENOMINATORE	Numero di pazienti trattati con farmaci Antidepressivi
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <2%
FONTE	Dati Flusso SPF, dati Flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatezza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



3.72 Indicatore C9.15: % pazienti aderenti alla terapia con farmaci Nota 79

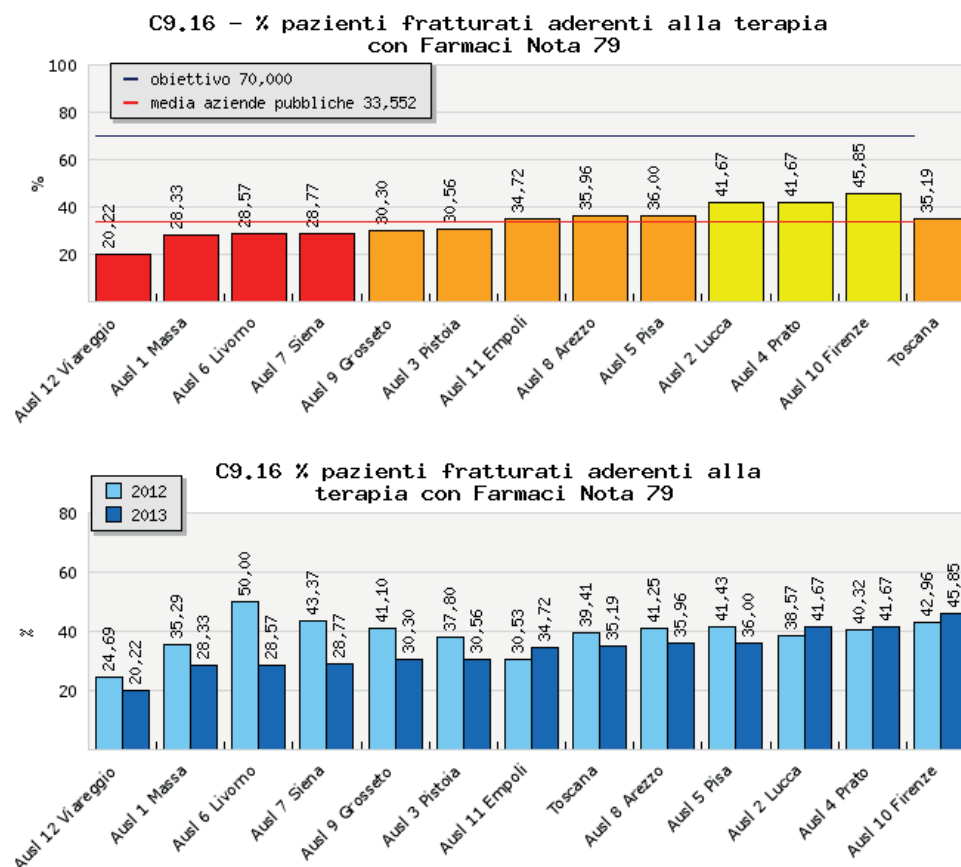
Le Note limitative definite dall'Agenzia Italiana del Farmaco sono uno strumento normativo volto a restringere gli ambiti di rimborsabilità di alcuni medicinali. La prescrizione dei farmaci per la cura dell'osteoporosi contenuti nella Nota 79 a carico del SSN è limitata ad alcune specifiche condizioni di rischio.



C9.15	
% PAZIENTI ADERENTI ALLA TERAPIA CON FARMACI NOTA 79	
DEFINIZIONE	Percentuale di utenti che assumono almeno 290 DDD di farmaci con nota 79 all'anno, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto di classe A
NUMERATORE	N. utenti che assumono almeno 290 DDD di farmaci con nota 79 all'anno x 100
DENOMINATORE	N. utenti che consumano farmaci con nota 79
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Per il ricovero sono stati selezionati gli utenti dimessi nell'anno 2012, per i farmaci è stato considerato tutto il consumo del 2012 e 2013
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >55%
FONTE	Dati flusso SPF, flusso FED, flusso SDO - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza

**3.73 Indicatore C9.16: % pazienti fratturati aderenti alla terapia con Farmaci Nota 79**

Le Note limitative definite dall'Agenzia Italiana del Farmaco sono uno strumento normativo volto a restringere gli ambiti di rimborsabilità di alcuni medicinali. La prescrizione dei farmaci per la cura dell'osteoporosi contenuti nella Nota 79 a carico del SSN è limitata ad alcune specifiche condizioni di rischio.



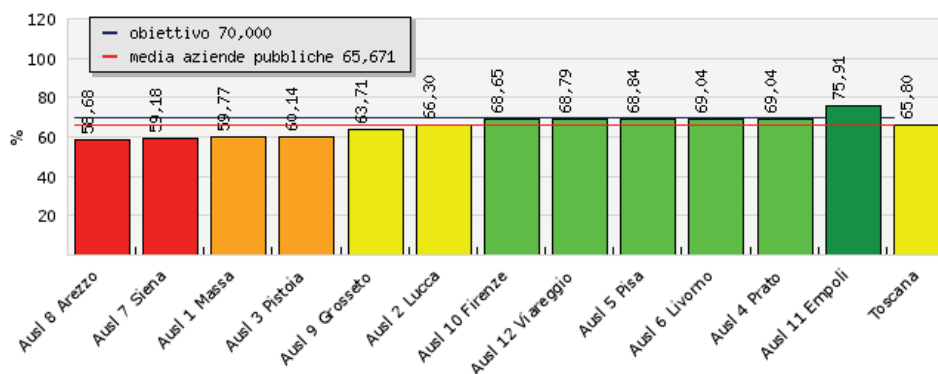
C9.16	
% PAZIENTI FRATTURATI ADERENTI ALLA TERAPIA CON FARMACI NOTA 79	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti con 65 anni e oltre, che hanno avuto un ricovero per frattura di femore, che assumono almeno 290 DDD di farmaci con nota 79 all'anno, erogate in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in DPC
NUMERATORE	N. utenti con 65 anni e oltre, che hanno avuto un ricovero per frattura di femore, che assumono almeno 290 DDD di farmaci con nota 79 all'anno x 100
DENOMINATORE	N. utenti con 65 anni e oltre, che hanno avuto un ricovero per frattura di femore, che consumano farmaci con nota 79
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >70%
FONTE	Dati flusso SPF, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana



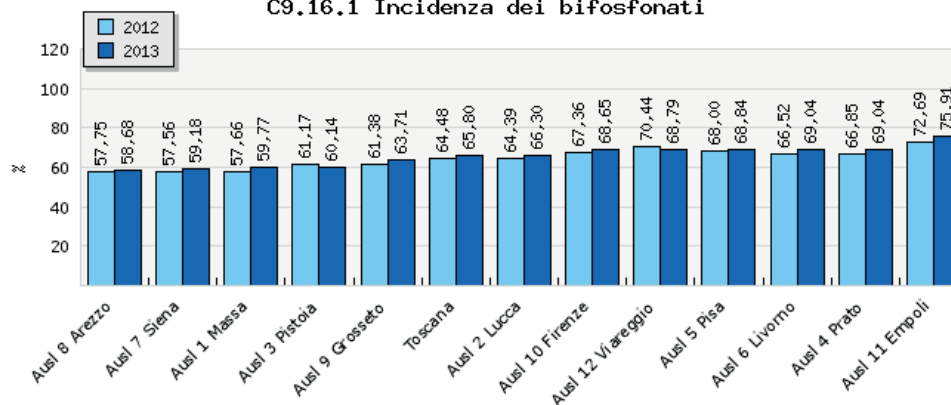
3.74 Indicatore C9.16.1: Incidenza dei bifosfonati

I bifosfonati sono una classe di farmaci utilizzati per il trattamento dell'osteoporosi.

C9.16.1 - Incidenza dei bifosfonati



C9.16.1 Incidenza dei bifosfonati



C9.16.1

INCIDENZA DEI BIFOSFONATI

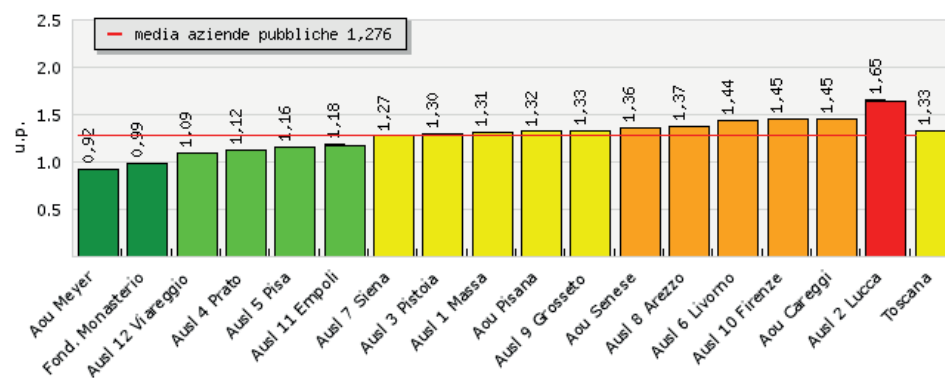
DEFINIZIONE	Incidenza dei bifosfonati all'interno della classe dei farmaci che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione
NUMERATORE	Numero di dosi erogate di bifosfonati (ATC M05BA) X 100
DENOMINATORE	Numero di dosi di farmaci che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione (ATC M05B)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera l'erogazione in regime convenzionale
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >70%
Fonte	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



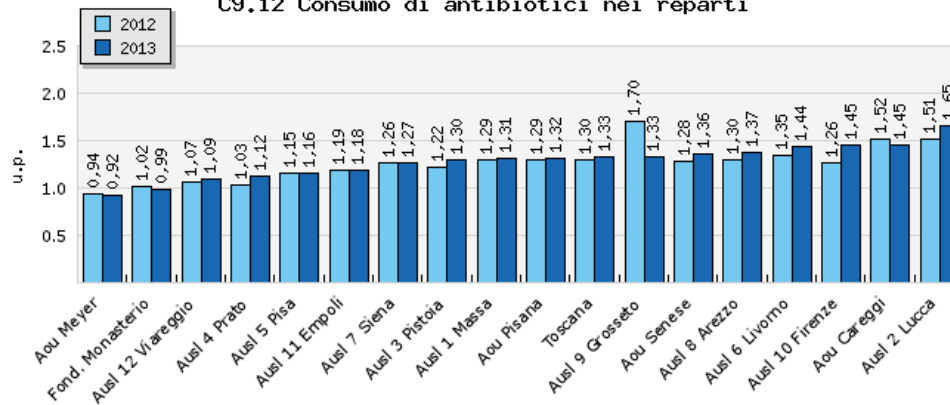
3.75 Indicatore C9.12: Consumo di antibiotici nei reparti

L'eccessivo utilizzo degli antibiotici è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. L'analisi dei farmaci antimicrobici per uso sistemico acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche mostra una contrazione sia della spesa (-1% rispetto al 2012), sia dei consumi (-2,7%) (Rapporto OSMED 2013, relativo ai consumi gennaio-settembre 2013).

C9.12 - Consumo di antibiotici nei reparti



C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti



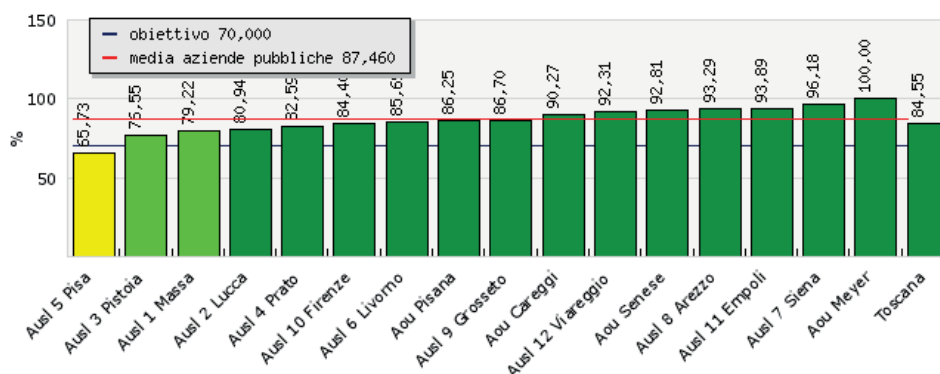
C9.12	
CONSUMO DI ANTIBIOTICI NEI REPARTI	
DEFINIZIONE	Consumo di antibiotici erogati nei reparti
NUMERATORE	N. unità posologiche di antibiotici erogati nei reparti
DENOMINATORE	N. di giornate di degenza
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. E' esclusa la distribuzione diretta. I dati sono per azienda erogatrice. A livello di stabilimento, sono considerate solo le somministrazioni in regime di ricovero. Sono inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2012
FONTE	Dati flusso FES, flusso SDO - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



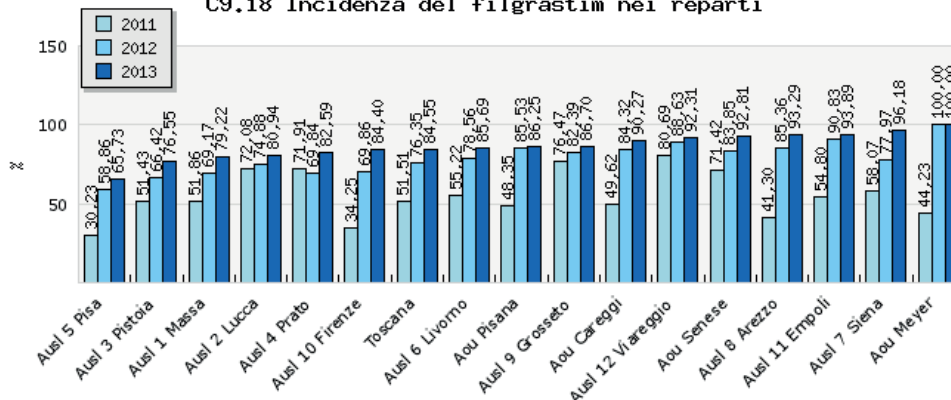
3.76 Indicatore C9.18: Incidenza del filgrastim nei reparti

Il Filgrastim viene usato per trattare la neutropenia, ovvero la diminuzione del numero di cellule immunitarie; stimola infatti la produzione di globuli bianchi (neutrofili), mimando l'attività di sostanze normalmente presenti negli organismi sani. La Regione Toscana pone come obiettivo che la prescrizione di Filgrastim (misurata in unità posologiche) corrisponda almeno al 70% della prescrizione di molecole appartenenti alla categoria "fattori di stimolazione delle colonie".

C9.18 - Incidenza del filgrastim nei reparti



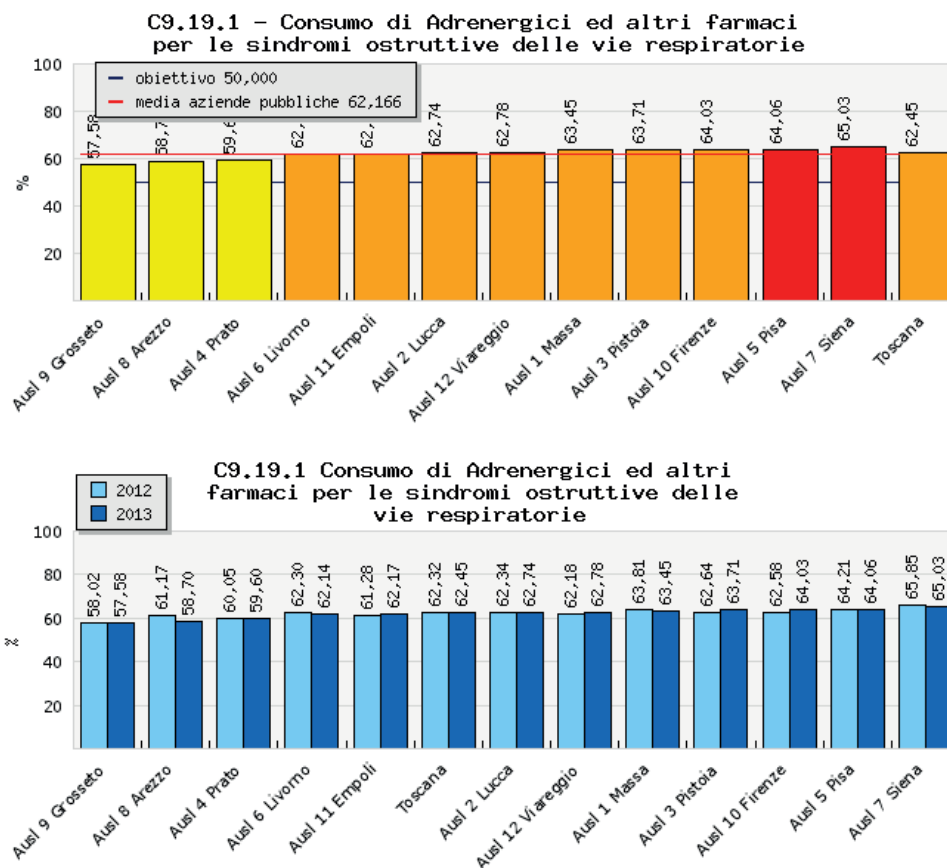
C9.18 Incidenza del filgrastim nei reparti



C9.18	
INCIDENZA DEL FILGRASTIM NEI REPARTI	
DEFINIZIONE	Consumo di Filgrastim rispetto alle molecole appartenenti alla categoria "fattori di stimolazione delle colonie"
NUMERATORE	N. unità posologiche di filgrastim erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di fattori di stimolazione delle colonie erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il filgrastim appartiene alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) L03AA02. I fattori di stimolazione delle colonie appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) L03AA. Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario, di Day Hospital e distribuzione diretta. I dati sono per azienda erogatrice. A livello di stabilimento, sono considerate le somministrazioni in regime di ricovero (motivo di scarico 01 e 02 da FES) e in regime ambulatoriale (motivo di scarico 03 da FES). L'attività ambulatoriale rilevata nel flusso FES con codice STS11, è stata ribaltata sullo stabilimento in base alla tabella che associa ad ogni codice STS11 l'indicazione relativa alla ubicazione del presidio ambulatoriale (interno o esterno all'ospedale), e nel caso in cui si tratti di presidio interno all'ospedale il codice dello stabilimento ospedaliero di riferimento.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >70%
FONTE	Dati flusso FES - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	100 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



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

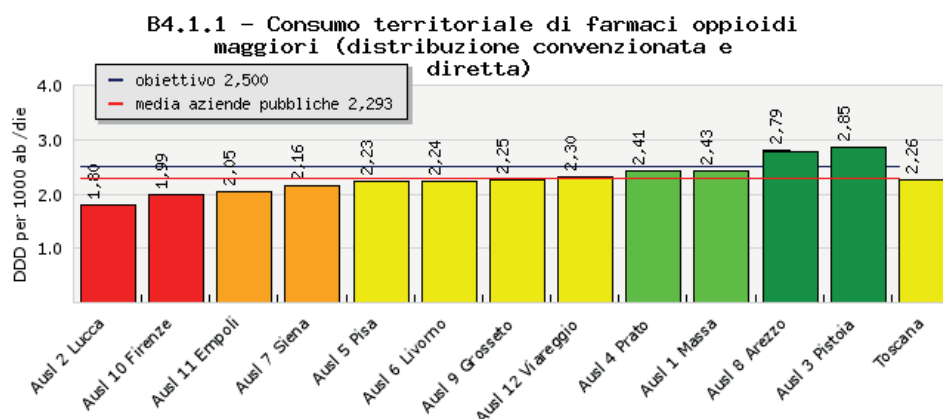
**C9.19.1****CONSUMO DI ADRENERGICI ED ALTRI FARMACI PER LE SINDROMI OSTRUTTIVE DELLE VIE RESPIRATORIE**

DEFINIZIONE	Incidenza del consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie, sul totale di farmaci adrenergici per aerosol
NUMERATORE	Dosi di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie (ATC=R03AK)
DENOMINATORE	Dosi di farmaci Adrenergici per aerosol (ATC=R03A)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera il consumo in regime convenzionale.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <50%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatezza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.78 Indicatore B4.1.1: Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (distribuzione convenzionata e diretta)

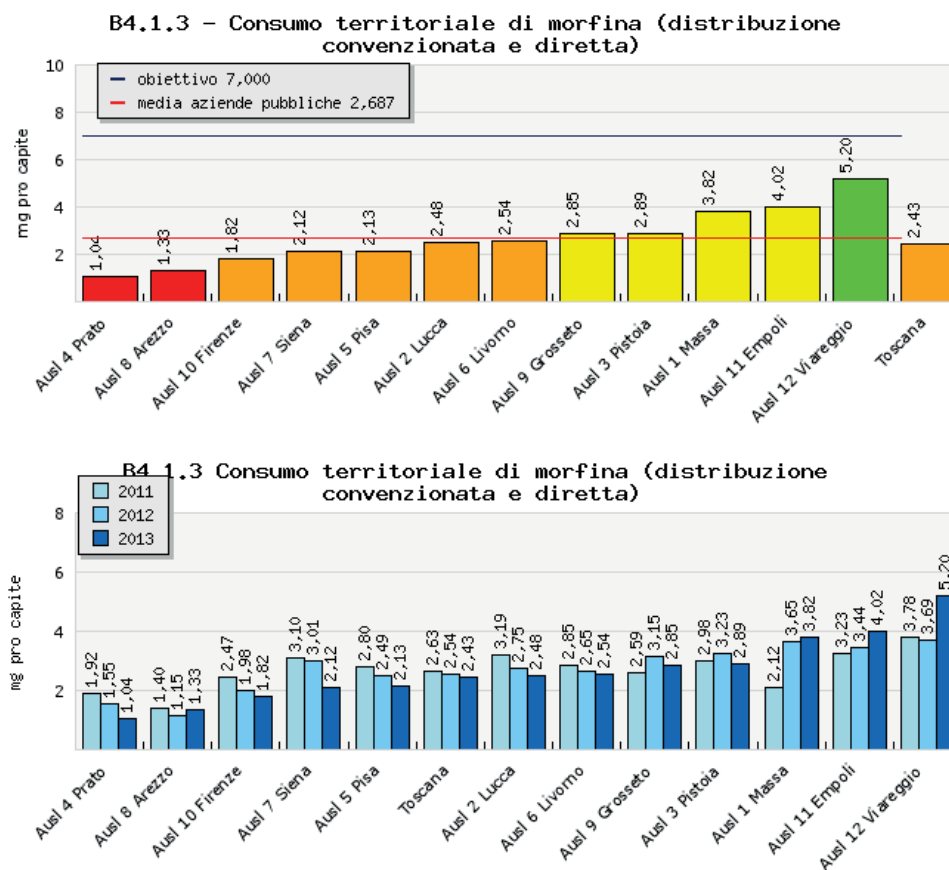
Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione diretta e per conto.



B4.1.1	
CONSUMO TERRITORIALE DI FARMACI OPIOIDI MAGGIORI (DISTRIBUZIONE CONVENZIONATA E DIRETTA)	
DEFINIZIONE	Consumo giornaliero di farmaci oppioidi maggiori, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto di classe A, per 1.000 residenti
NUMERATORE	DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno x 1000
DENOMINATORE	Popolazione al 1° Gen. 2013, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010 x 365
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina (ATC N02AA01), Morfina ed antispastici (ATC N02AG01), Buprenorfina (ATC N02AE01), Fentanile (ATC N02AB03), Ossicodone (ATC N02AA05), Oxycodone-associazioni (ATC N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). Dal 2013 è incluso nel calcolo anche il Tapentadolo (ATC N02AX06). Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda erogatrice per la parte relativa alla farmaceutica convenzionata e per azienda di residenza per quella relativa alla distribuzione diretta
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >2,5 DDD per 1000 abitanti die
FONTE	Dati SFERA, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatezza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione/ Azienda di residenza

**3.79 Indicatore B4.1.3: Consumo territoriale di morfina (distribuzione convenzionata e diretta)**

L'OMS indica il consumo di morfina pro-capite come un indicatore segnaletico della qualità della terapia del dolore e l'Italia si colloca ancora molto lontana rispetto agli standard europei. L'indicatore misura il consumo di morfina erogata dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, mediante distribuzione diretta e per conto.

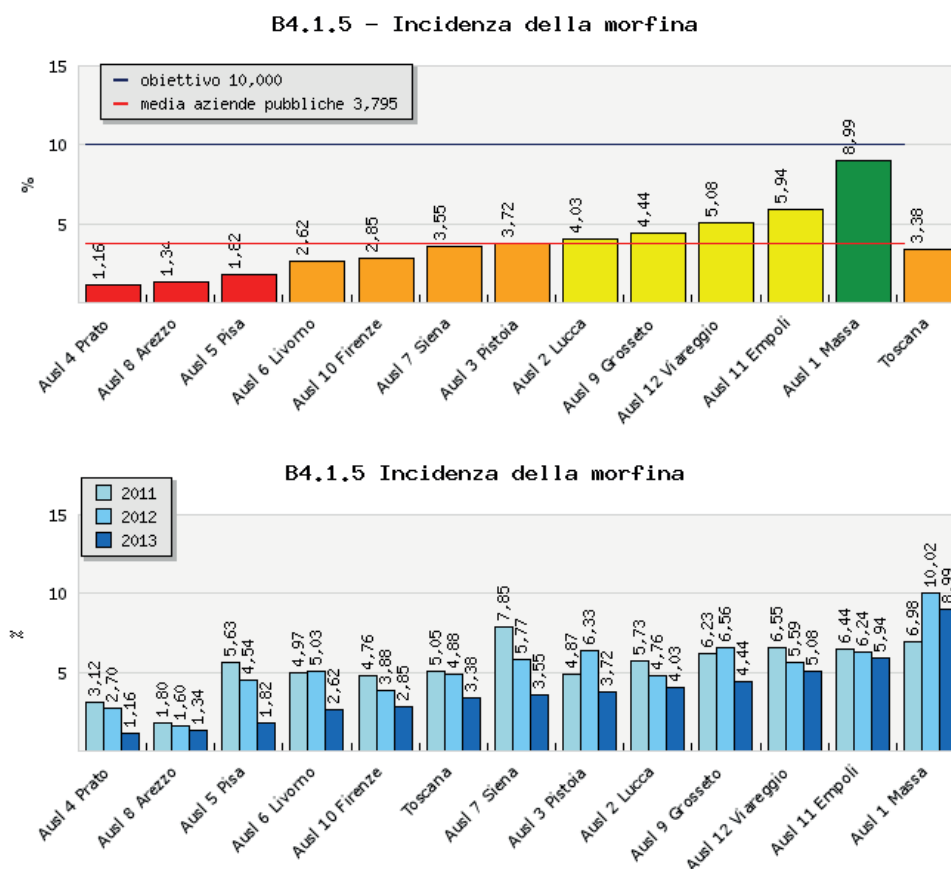


B4.1.3	
CONSUMO TERRITORIALE DI MORFINA (DISTRIBUZIONE CONVENZIONATA E DIRETTA)	
DEFINIZIONE	Consumo di morfina, erogata dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto di classe A
NUMERATORE	Milligrammi di morfina erogati
DENOMINATORE	Popolazione al 1° Gen. 2013, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010 x 365
NOTE PER L'ELABORAZIONE	La morfina appartiene alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N02AA01. I dati sono per azienda erogatrice per la parte relativa alla farmaceutica convenzionata e per azienda di residenza per quella relativa alla distribuzione diretta.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >7 mg pro-capite
FONTE	Dati SFERA, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione/Azienda di residenza



3.80 Indicatore B4.1.5: Incidenza della morfina

La Regione Toscana pone come obiettivo che la prescrizione della morfina incida almeno per il 10% rispetto ai consumi di oppioidi maggiori (misurato in DDD per 1000 abitanti).



B4.1.5	
INCIDENZA DELLA MORFINA	
DEFINIZIONE	Consumo di morfina rispetto alle molecole per la terapia del dolore severo, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto
NUMERATORE	DDD per 1000 abitanti di morfina e di morfina + antispastici erogate in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto
DENOMINATORE	DDD per 1000 abitanti di oppioidi maggiori erogate in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina ATC N02AA01, Morfina ed antispastici ATC N02AG01, Buprenorfina ATC N02AE01, Fentanile ATC N02AB03, Ossicodone ATC N02AA05, Oxycodone-associazioni ATC N02AA55 e Idromorfone ATC N02AA03. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda erogatrice per la parte relativa alla farmaceutica convenzionata e per azienda di residenza per quella relativa alla distribuzione diretta
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >10%
FONTE	Dati SFERA, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione/Azienda di residenza



3.81 Indicatore C11a: Efficacia assistenziale delle patologie croniche

I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità o i livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la capacità dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano, pertanto, strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute.

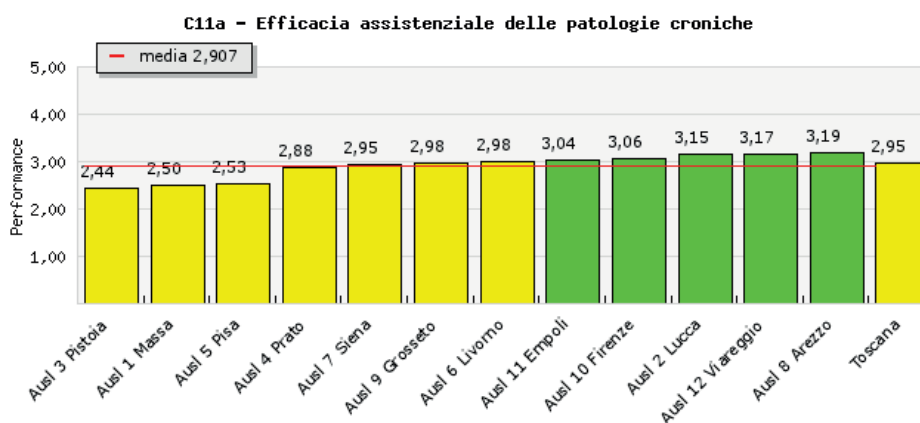
Gli indicatori che seguono si propongono di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale. Le misurazioni di efficacia indiretta delle cure primarie, attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza, sono integrate con rilevazioni sulla capacità di presa in carico e compensazione della malattia sul territorio stesso.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C11a - Efficacia assistenziale delle patologie croniche	2,95	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO, MaCro ARS Toscana*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche
 - C11a.1 Scompenso Cardiaco
 - C11a.1.1 Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni) $154,56 \times 100.000$
 - C11a.1.2 Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio $58,80 \times 100$
 - C11a.1.3 Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACEinibitore-sartani $55,00 \times 100$
 - C11a.1.4 Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante $47,10 \times 100$
 - C11a.2 Diabete
 - C11a.2.1 Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni) $17,40 \times 100.000$
 - C11a.2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata $67,70 \times 100$
 - C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina $31,80 \times 100$
 - C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti $47,66$ Tasso per milione
 - C11a.2.4.1 Tasso di rivascularizzazione nei pazienti diabetici per 100.000 residenti $39,05 \times 100.000$
 - C11a.2.4.2 Percentuale di rivascularizzazione nei pazienti diabetici $4,25 \%$
 - C11a.3 BPCO
 - C11a.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) $36,25 \times 100.000$
 - C11a.5 Ictus
 - C11a.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica $62,60 \times 100$
 - C11a.6 Ipertensione
 - C11a.6.1 Residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico $50,60 \times 100$
 - C11a.7.1 % di utilizzo di beta-bloccanti a 60 giorni dal ricovero per IMA $71,72 \%$

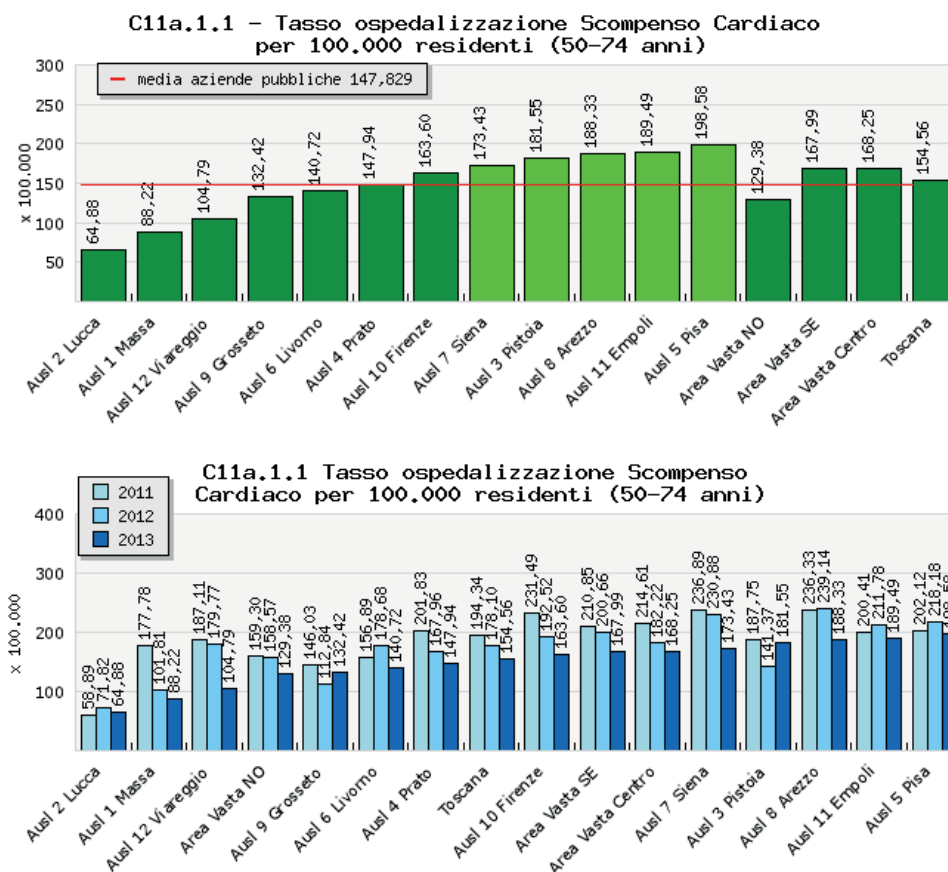


C11a	
EFFICACIA ASSISTENZIALE DELLE PATOLOGIE CRONICHE	
DEFINIZIONE	Indicatore di efficacia assistenziale delle cure primarie
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore C11a assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: - C11a1.1 Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni); - C11a1.2 Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio; - C11a1.3 Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACEinibitore-sartani; - C11a1.4 Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante; - C11a2.1 Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni); - C11a2.2 Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata; - C11a2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina; - C11a2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti; - C11a3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni); - C11a5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica; - C11a6.1 Residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico.
FONTE	Flusso SDO, MaCro ARS Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



3.82 Indicatore C11a.1.1: Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando in relazione all'aumento dei soggetti anziani e al miglioramento dei risultati di sopravvivenza per le malattie cardiovascolari. Il numero di ricoveri potenzialmente prevenibili potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza territoriale nel gestire il paziente con scompenso cardiaco e nel tutelare dall'insorgenza di complicazioni. Il ricovero e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74 anni, sono spesso il segno che la presa in carico manca e che il servizio offerto non è adeguato. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni si possono verificare per i casi più gravi e complessi e che quindi una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali potrebbe essere ottenuta integrando le informazioni derivate dall'indicatore con indicazioni relative alle complessità dei casi trattati.

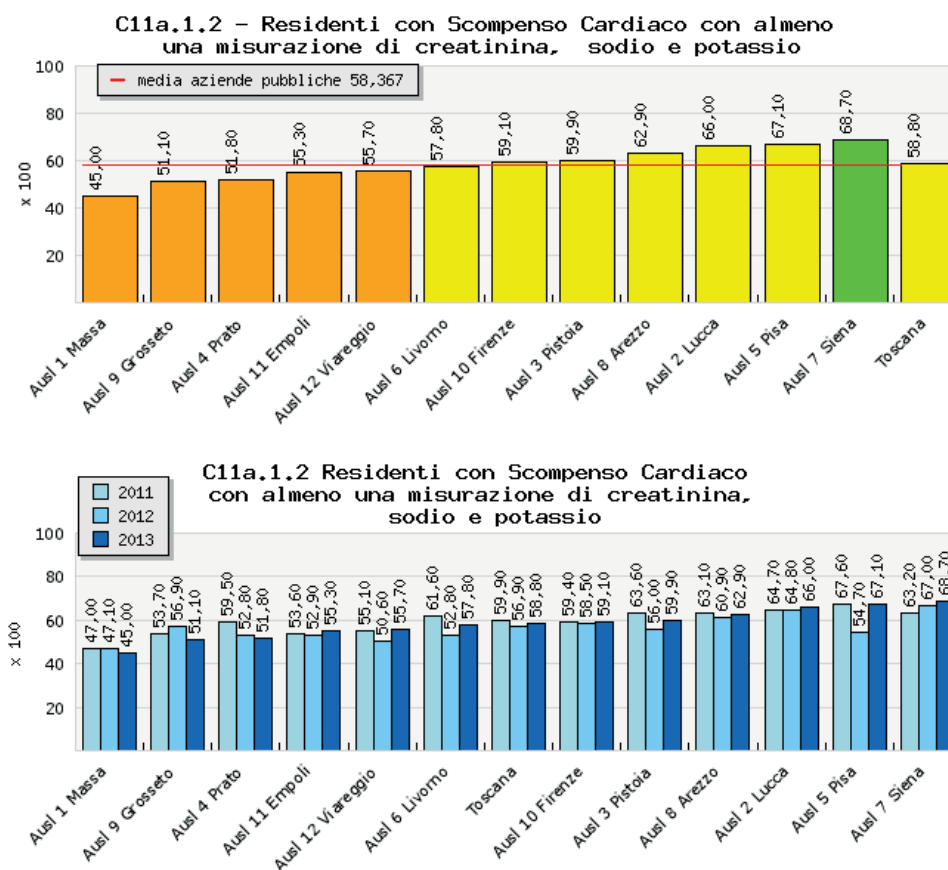


C11a.1.1	
TASSO OSPEDALIZZAZIONE SCOMPENSO CARDIACO PER 100.000 RESIDENTI (50-74 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in Toscana. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93. Esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36.**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99); - i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale 2008
FONTE	Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.83 Indicatore C11a.1.2: Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio

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



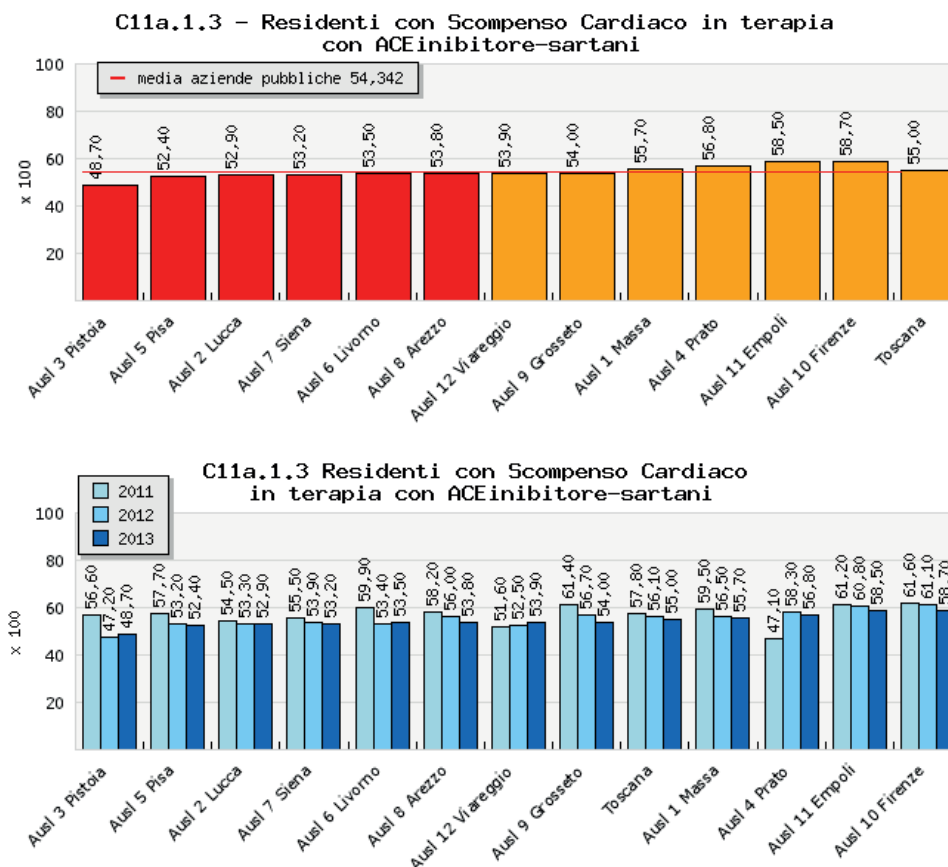
C11a.1.2	
RESIDENTI CON SCOMPENSO CARDIACO CON ALMENO UNA MISURAZIONE DI CREATININA, SODIO E POTASSIO	
DEFINIZIONE	Percentuali di residenti con Scompenso Cardiaco che hanno effettuato almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio
NUMERATORE	Pazienti scompensati con almeno una misurazione annuale di creatinina, sodio e potassio x 100
DENOMINATORE	Prevalenti per scompenso cardiaco
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore: Algoritmo definizione scompenso cardiaco Codici da flusso SDO in qualsiasi diagnosi: 428*, 3981, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493. Codici da flusso SEA: esenzione con codice 428. Numeratore Soggetti che nell'anno hanno registrato almeno un monitoraggio di ciascuno dei seguenti valori: creatinina (codice prestazione 90.16.4 o 90.16.3), sodio (codice prestazione 90.40.4), potassio (codice prestazione 90.37.4)
FONTE	MaCro ARS Toscana. Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza



3.84 Indicatore C11a.1.3: Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACEinibitore-sartani

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

Fonte dei dati: MaCro ARS Toscana.

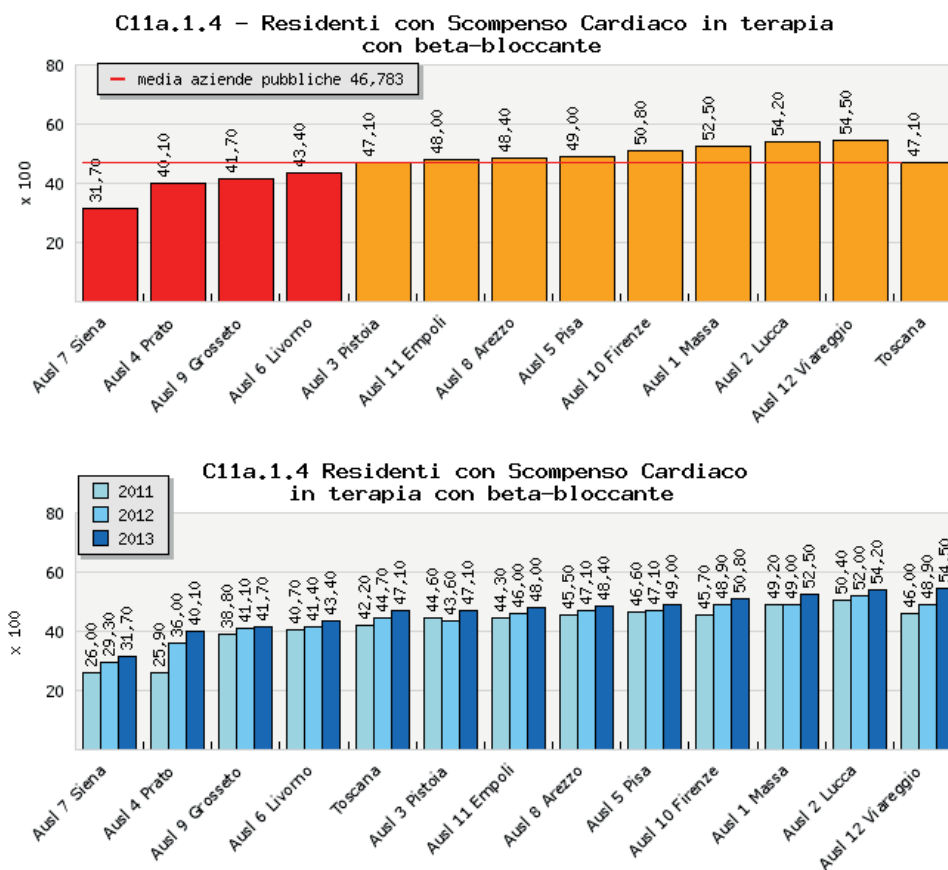


C11a.1.3	
RESIDENTI CON SCOMPENSO CARDIACO IN TERAPIA CON ACEINIBITORE-SARTANI	
DEFINIZIONE	Percentuali di residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACEinibitore o sartani
NUMERATORE	Pazienti scompensati in terapia con ACEinibitore o sartani x 100
DENOMINATORE	Prevalenti per scompenso cardiaco
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore: Algoritmo definizione scompenso cardiaco Codici da flusso SDO in qualsiasi diagnosi: 428*, 3981, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493. Codici da flusso SEA: esenzione con codice 428. Numeratore Soggetti con almeno due erogazioni nell'anno di ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II (codice ATC: C09*) distanti più di 180 giorni. Flussi FED o SPF.
FONTE	MaCro ARS Toscana. Flussi FED, SPF
LIVELLO	Azienda di residenza



3.85 Indicatore C11a.1.4: Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante

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



C11a.1.4

RESIDENTI CON SCOMPENSO CARDIACO IN TERAPIA CON BETA-BLOCCANTE

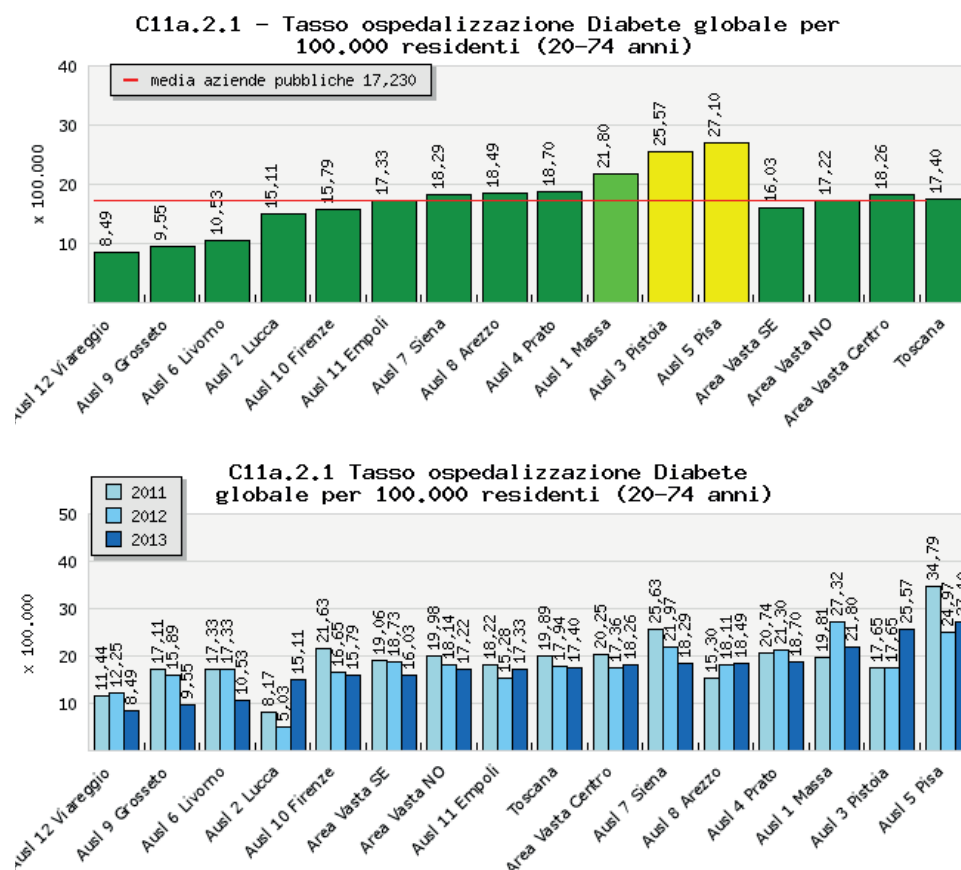
DEFINIZIONE	Percentuale di residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante
NUMERATORE	Pazienti scompensati in terapia con beta-bloccante x 100
DENOMINATORE	Prevalenti per scompenso cardiaco
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore: identificazione residenti con scompenso cardiaco Codici da flusso SDO in qualsiasi diagnosi: 428*, 3981, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493. Codici da flusso SEA: esenzione con codice 428. Numeratore: Soggetti con almeno due erogazioni nell'anno di beta-bloccanti (codice ATC: C07*) distanti più di 180 giorni. Flussi FED o SPF.
FONTE	MaCro ARS Toscana. Flussi FED, SPF
LIVELLO	Azienda di residenza



3.86 Indicatore C11a.2.1: Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)

Il diabete è una patologia cronica che 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 che integri attività di prevenzione, diagnosi e cura e che tenga sotto controllo i fattori di rischio che possono portare ad un peggioramento dello stato di salute del paziente, è auspicabile per prevenire fasi acute della malattia che richiederebbero il supporto di cure ospedaliere (Rapporto Osservasalute 2012).

Per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile *proxy*, il tasso di ricovero per diabete.



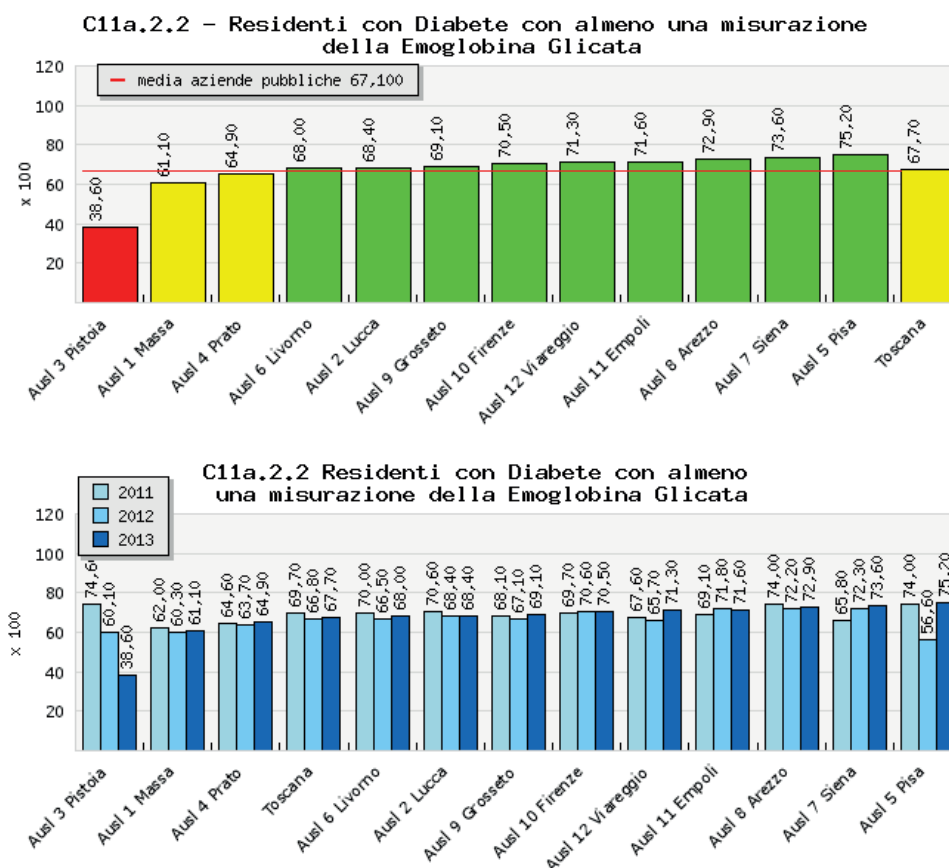
C11a.2.1	
TASSO OSPEDALIZZAZIONE DIABETE GLOBALE PER 100.000 RESIDENTI (20-74 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 20-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per diabete 20-74 anni relativi ai residenti nella Ausl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 20-74 anni residente nella Ausl
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in Toscana Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx (Diabete mellito). Sono esclusi: - i DRG 113 e 114; - i codici di procedura 36* e 39.5*; - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99); - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale); - i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale 2008
FONTE	Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.87 Indicatore C11a.2.2: Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata

L'esame dell'emoglobina glicata è espressione della glicemia media nel lungo periodo; si tratta quindi di un esame molto utile per monitorare il controllo glicemico del paziente diabetico.

I dati sono elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) utilizzando la banca dati MaCro ARS Toscana.



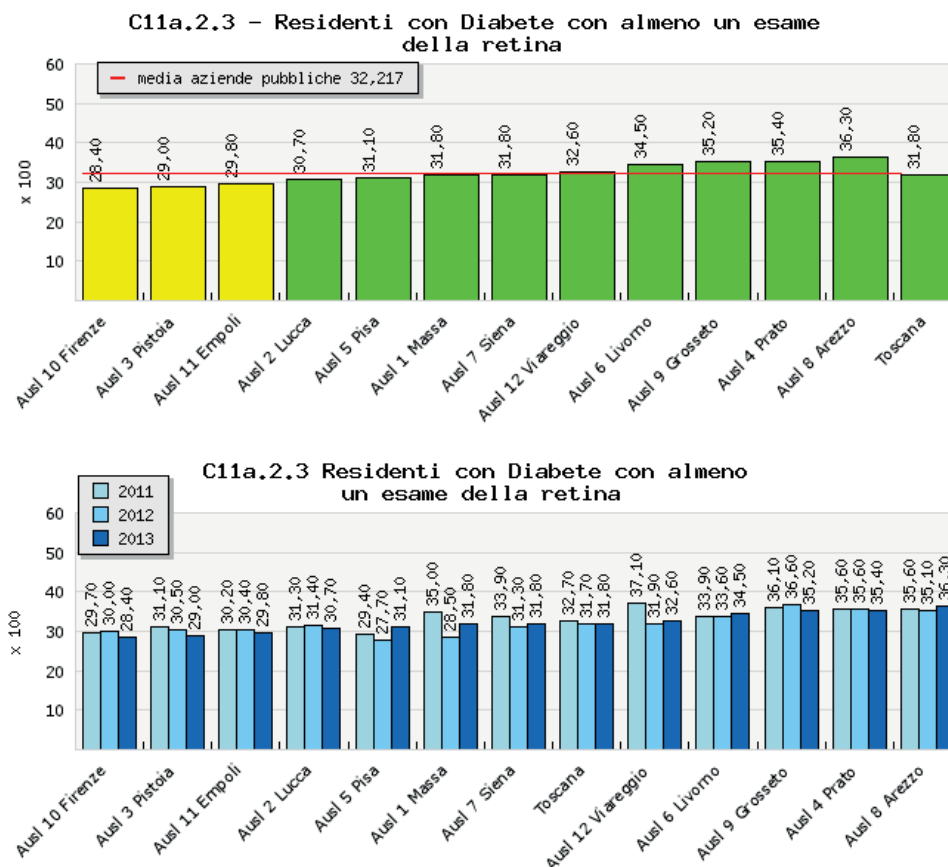
C11a.2.2	
RESIDENTI CON DIABETE CON ALMENO UNA MISURAZIONE DELLA EMOGLOBINA GLICATA	
DEFINIZIONE	Percentuale di residenti con Diabete Mellito che hanno effettuato almeno una misurazione annuale di Emoglobina Glicata
NUMERATORE	Pazienti diabetici con almeno una misurazione annuale di emoglobina glicata nell'anno x 100
DENOMINATORE	Prevalenti per diabete mellito
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore Algoritmo di definizione del diabete Flusso SDO: Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di un codice ICD9CM 250* Flussi SPF o FED: Presenza di almeno due prescrizioni in date distinte in uno stesso anno con un codice ATC A10* Flusso SEA: Presenza di un' esenzione con codice 250 Numeratore Soggetti con almeno un monitoraggio dell' emoglobina glicata registrato nell' anno (codice prestazione 90.28.1). Flusso SPA
FONTE	MaCro ARS Toscana; Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza



3.88 Indicatore C11a.2.3: Residenti con Diabete con almeno un esame della retina

L'indicatore "Residenti con Diabete con almeno un esame della retina" è un indicatore di follow-up a livello ambulatoriale dei pazienti affetti da diabete mellito. L'esame è utile a diagnosticare precocemente l'insorgenza della retinopatia diabetica che può manifestarsi come complicanza della patologia cronica.

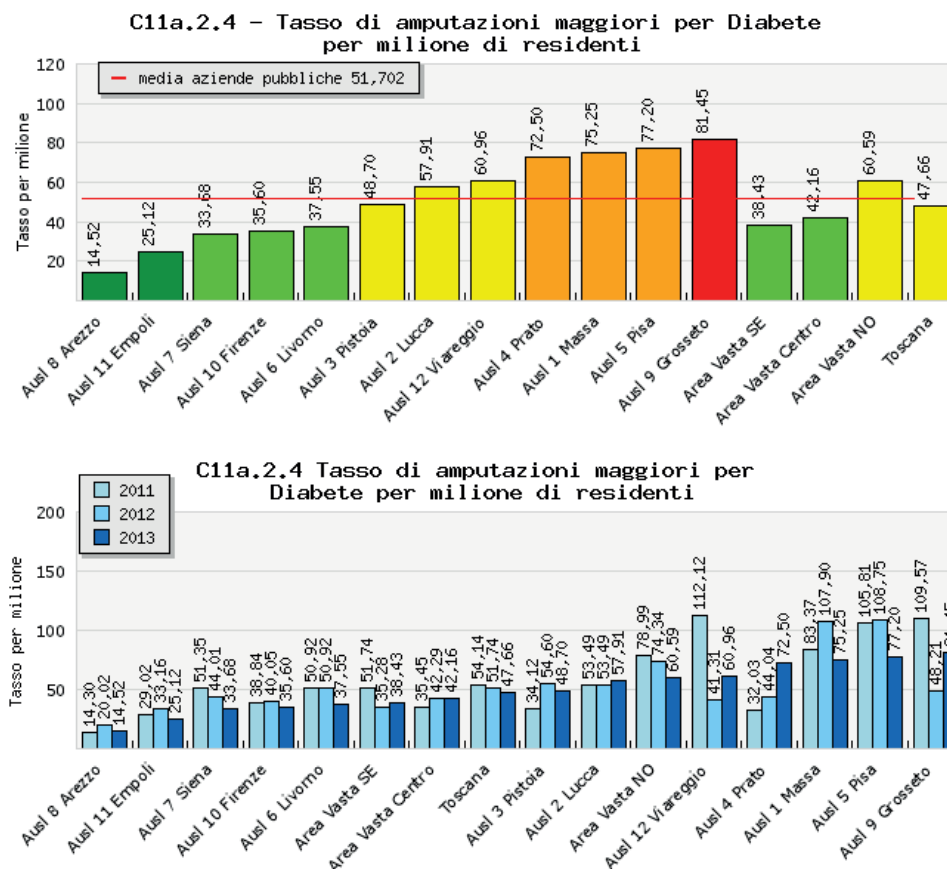
Fonte dei dati: MaCro ARS Toscana.



C11a.2.3	
RESIDENTI CON DIABETE CON ALMENO UN ESAME DELLA RETINA	
DEFINIZIONE	Percentuale di residenti con Diabete Mellito che hanno effettuato almeno un esame annuale della Retina
NUMERATORE	Pazienti diabetici con almeno un esame della retina nell'anno x 100
DENOMINATORE	Prevalenti per diabete mellito
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore Algoritmo di definizione del diabete Flusso SDO: Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di un codice ICD9CM 250* Flussi SPF o FED: Presenza di almeno due prescrizioni in date distinte in uno stesso anno con un codice ATC A10* Flusso SEA: Presenza di un' esenzione con codice 250. Numeratore Soggetti con almeno un esame della retina o visita oculistica registrati nell' anno (codice prestazione 95.09.1, 95.2, 95.02, 95.01 oppure codice prestazione 89.01, 89.03, 89.07, 89.7 e codice specialità 034). Attenzione perché fino al 2008 era solo esame della retina (codice prestazione 95.09.1)
FONTE	MaCro ARS Toscana, Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza

**3.89 Indicatore C11a.2.4: Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti**

Tra le complicanze croniche del diabete un ruolo sempre più rilevante è assunto dal "piede diabetico". La riduzione del tasso di amputazioni nei pazienti diabetici è possibile quando il percorso assistenziale è ben tracciato e permette la tempestività delle cure tra cui la rivascolarizzazione tramite *bypass* ed angioplastica periferica. Nel complesso, la chiave per il trattamento efficace di questi pazienti è l'approccio multidisciplinare: la rivascolarizzazione ed una corretta cura del piede possono migliorare la prognosi del paziente e ridurre la necessità di ulteriori interventi.

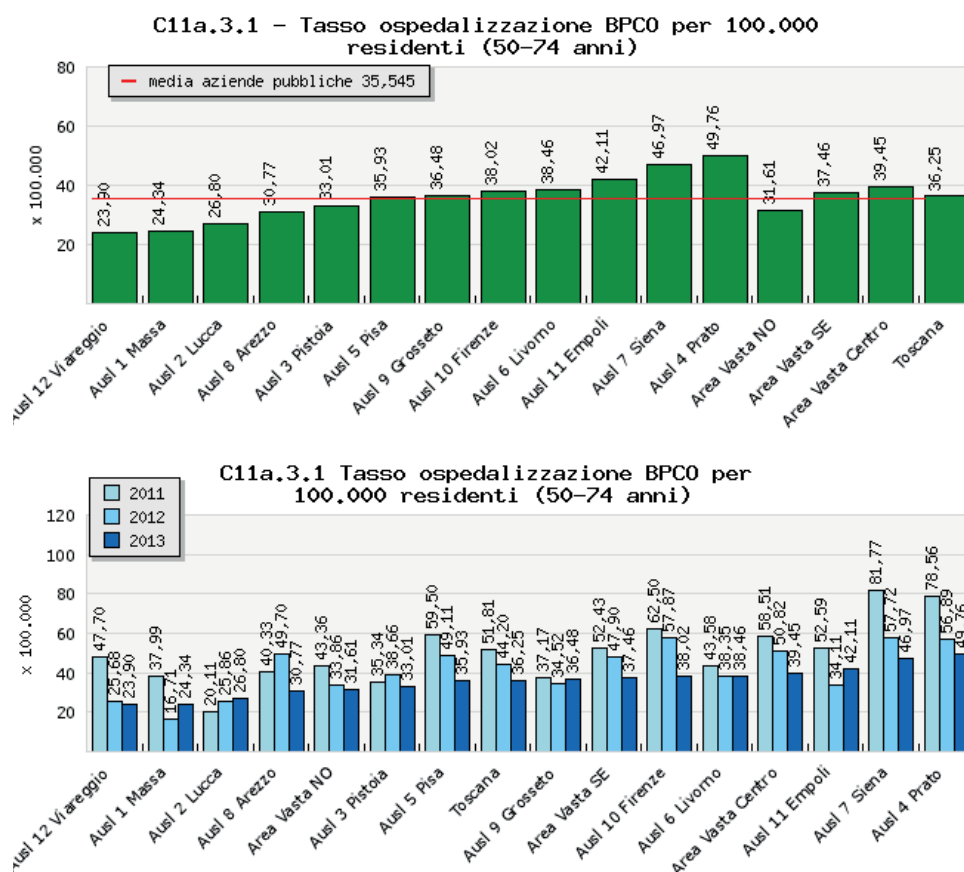


C11a.2.4	
TASSO DI AMPUTAZIONI MAGGIORI PER DIABETE PER MILIONE DI RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
NUMERATORE	N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti x 1.000.000
DENOMINATORE	Popolazione residente
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in Toscana in presenza di: - Codici di procedura principale o secondaria: 8410, 8412, 8413, 8414, 8415, 8416, 8417, 8418, 8419. - Codifica ICD9-CM in diagnosi principale o secondaria: 250.xx Diabete mellito. Esclusioni: - Diagnosi di amputazione traumatica: 895.xx, 896.xx, 897.xx; - DRG: 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390; - i ricoveri in strutture private non accreditate.
FONTE	Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.90 Indicatore C11a.3.1: Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Non avendo a disposizione farmaci risolutivi per le broncopneumopatie cronico-ostruttive, così come per molte malattie cronico-degenerative, risultano di fondamentale importanza l'approccio preventivo e l'individuazione dei fattori di rischio. Altrettanto importante è l'aspetto educativo, che deve essere considerato parte integrante dell'intervento terapeutico: è infatti possibile ridurre complicanze e riacutizzazioni mediante interventi di prevenzione e percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner *et al.*, 2005).



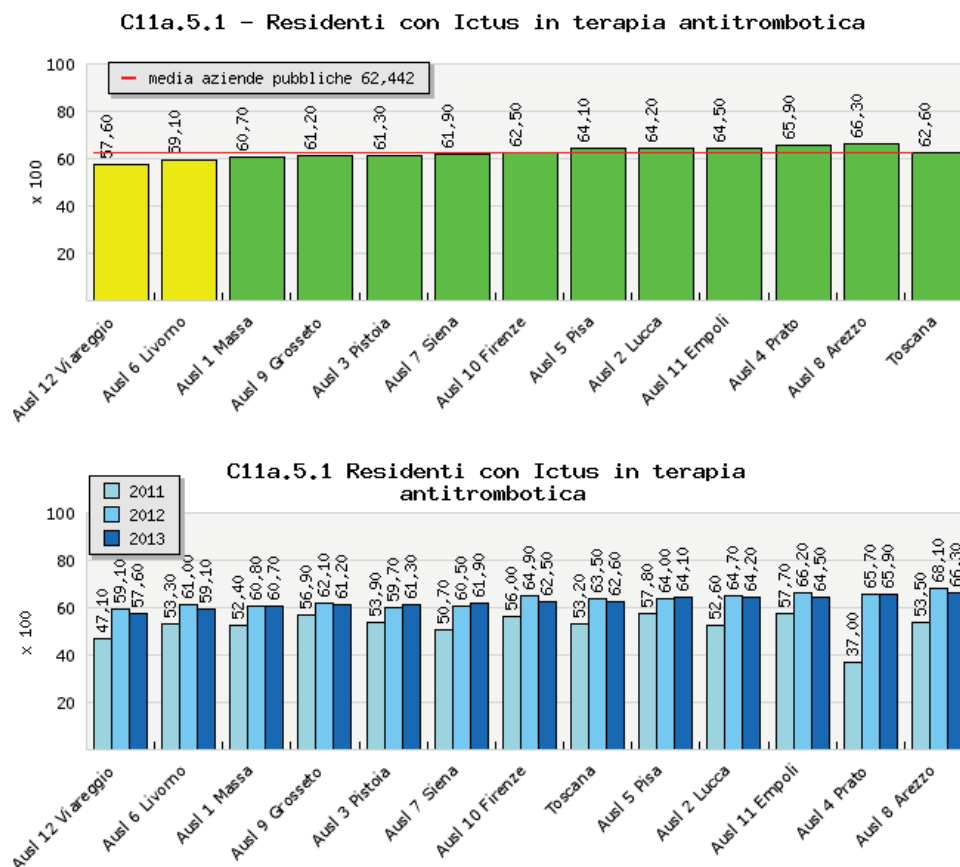
C11a.3.1	
TASSO OSPEDALIZZAZIONE BPCO PER 100.000 RESIDENTI (50-74 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in Toscana. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490 Bronchite, non specificata se acuta o cronica, 491* Bronchite cronica, 492* Enfisema, 496* Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) e dalla struttura riabilitativa Auxilium vitae di Volterra; - i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale 2008
FONTE	Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



3.91 Indicatore C11a.5.1: Residenti con Ictus in terapia antitrombotica

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

Fonte dei dati: MaCro ARS Toscana.

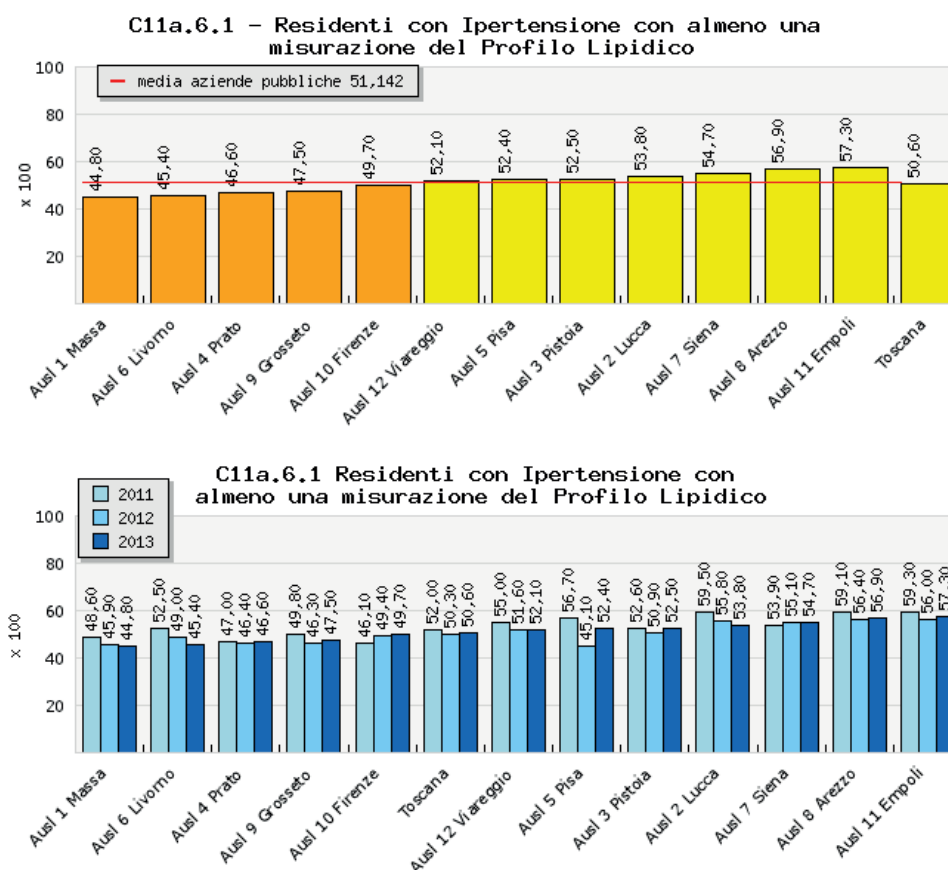


C11a.5.1	
RESIDENTI CON ICTUS IN TERAPIA ANTITROMBOTICA	
DEFINIZIONE	Percentuale di residenti con pregresso Ictus in terapia antitrombotica
NUMERATORE	Residenti con pregresso Ictus in terapia antitrombotica x 100
DENOMINATORE	Prevalenti per pregresso ictus
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore Algoritmo di definizione del pregresso ictusFlusso SDO: Presenza nella diagnosi primaria di un ricovero di uno dei seguenti codici: 430, 431, 432, 434, 436; il ricovero non deve avere né come reparto di ammissione né come reparto di dimissione un reparto di riabilitazione (specialità 56) o lungodegenza (specialità 60) Numeratore Soggetti con almeno due erogazioni nell'anno di farmaci antitrombotici (codice ATC: B01A*) distanti più di 180 giorni
FONTE	MaCro ARS Toscana; Flussi FED, SPF.
LIVELLO	Azienda di residenza



3.92 Indicatore C11a.6.1: Residenti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico

La misurazione del profilo lipidico nei pazienti con ipertensione arteriosa è un indicatore di follow-up a livello ambulatoriale. L'esame è utile a monitorare l'evoluzione nel tempo della patologia e a tenere sotto controllo i fattori di rischio. I dati provengono da MaCro ARS Toscana.



C11a.6.1	
RESIDENTI CON IPERTENSIONE CON ALMENO UNA MISURAZIONE DEL PROFILO LIPIDICO	
DEFINIZIONE	Percentuale di residenti con Ipertensione con almeno una misurazione annuale del Profilo Lipidico
NUMERATORE	Pazienti ipertesi con almeno una misurazione annuale del Profilo Lipidico nell'anno x100
DENOMINATORE	Prevalenti per ipertensione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni. Denominatore Algoritmo di definizione dell'ipertensione Flusso SEA: Presenza di un'enzimazione con uno dei codici 000, 401, 402, 403, 404, 405 Numeratore Soggetti che nell' anno hanno registrato almeno un monitoraggio di ciascuno dei seguenti valori: colesterolo totale (codice prestazione 90.14.3), colesterolo HDL (codice prestazione 90.14.1), trigliceridi (codice prestazione 90.43.2). Flusso SPA
FONTE	MaCro ARS Toscana; Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza



3.93 Indicatore C13: Appropriatelyzza Diagnostica

L'albero dell'indicatore "Appropriatelyzza diagnostica" è composto dai tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di prestazioni di diagnostica per immagine. Particolare attenzione è dedicata alla realizzazione di Risonanze Magnetiche muscoloscheletriche nei pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni poiché, in tale fascia di età, l'utilizzo di RM muscoloscheletriche è ad alto rischio di inappropriatezza.

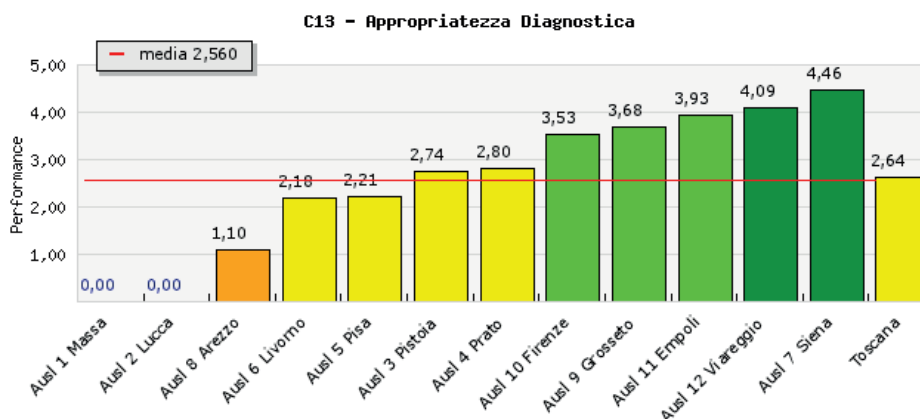
Dal 2013 per il calcolo dei tassi di prestazioni standardizzati è stata utilizzata, come standard, la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT. Per tale motivo sono stati ricalcolati anche i tassi 2012 utilizzando tale popolazione standard, così da permetterne il trend.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C13 - Appropriatelyzza Diagnostica	2,64	2013

Fonte dei dati : *Flusso SPA*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- C13 Appropriatelyzza Diagnostica
 - C13.1 Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1000 residenti [3183,02 Tasso per 1000 residenti](#)
 - C13.2 Tasso std di prestazioni di diagnostica per immagini [734,34](#)
 - C13.2.1 Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti [64,09 x 1.000](#)
 - C13.2.2 Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti [66,01 x 1.000](#)
 - C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni) [20,24 Tasso per 1.000 resid.](#)
 - C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi [7,80 %](#)
 - C13.2.2.3 Tasso grezzo di RM al ginocchio per 1.000 residenti (>=65 anni) [7,32 Tasso x 1000](#)
 - C13.2.3 Tasso std di prestazioni Ecocolor Doppler per 1000 residenti [64,39 Tasso per 1000 resid.](#)
 - C13.2.4 Tasso std di prestazioni Ecografia [174,97 Tasso per 1000 resid.](#)
 - C13.2.5 Tasso std di prestazioni Rx Tradizionale [224,83 Tasso per 1000 resid.](#)

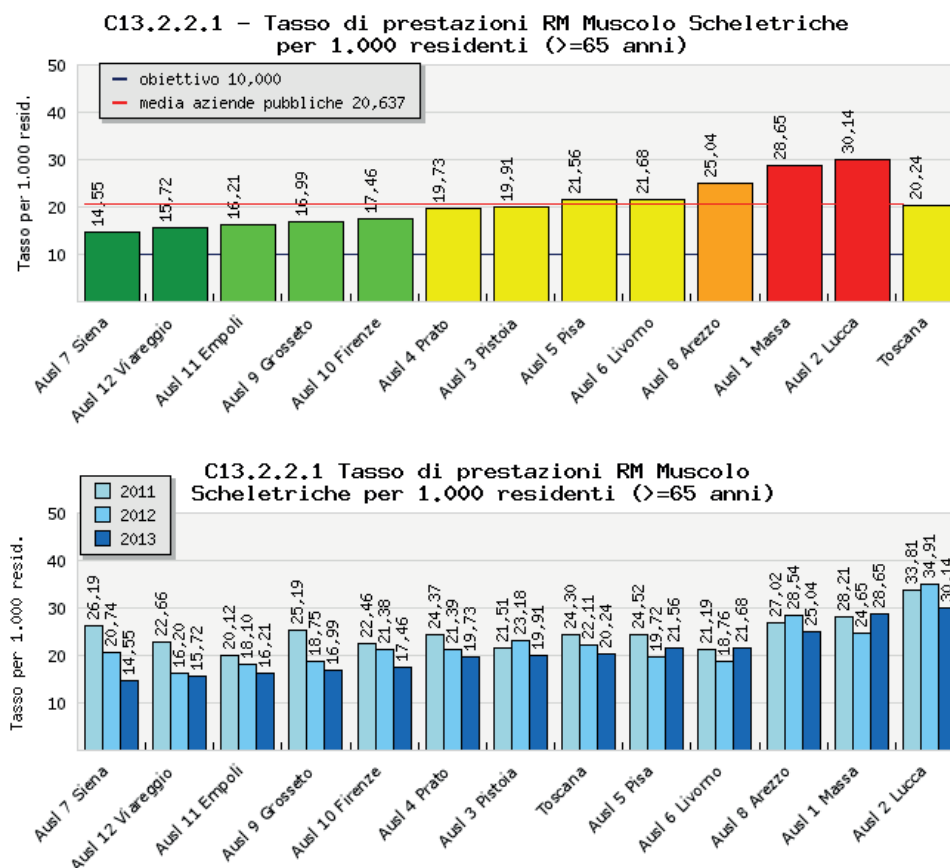


C13	
APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA	
DEFINIZIONE	Appropriatelyzza Diagnostica
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore C13 assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni).
FONTE	Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza



3.94 Indicatore C13.2.2.1: Tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni)

Il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni, sulla popolazione residente maggiore o uguale a 65 anni, costituisce un dettaglio del C13.2.2 "Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti". Appare infatti importante misurare questa tipologia di prestazioni in modo specifico in quanto queste indagini diagnostiche sono da considerarsi ad elevato rischio di inappropriatezza.



C13.2.2.1	
TASSO DI PRESTAZIONI RM MUSCOLO SCHELETRICHE PER 1.000 RESIDENTI (>=65 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso grezzo di prestazioni di RM Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni)
NUMERATORE	N. prestazioni RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti >=65 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Residenti Toscani, erogazione intra ed extra regione Prestazioni per esterni con codici 88.94.1 (prestazioni RM muscoloscheletriche) e 88.94.2 (prestazioni RM muscoloscheletriche con e senza contrasto). Erogazione da presidi pubblici e privati accreditati Esclusione accesso da Pronto Soccorso
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale <=10
FONTE	Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza



3.95 Indicatore C15a: Salute mentale

I disturbi relativi alle malattie mentali e alle dipendenze rivestono un'importanza notevole e crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi per l'elevata frequenza e 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 e anche al consumo di sostanze, renderanno tale patologia sempre più frequente. A tal fine l'OMS ha posto la diagnosi precoce e l'adeguato trattamento della stessa come obiettivo prioritario. Numerose iniziative, in ambito nazionale e regionale, hanno formulato obiettivi e standard per garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale (Rapporto OsservaSalute, 2012).

L'albero per la salute mentale da quest'anno è stato integrato con nuovi indicatori - identificati mediante un lungo processo di condivisione - in linea con quanto i professionisti e gli stakeholders ritengono importante per monitorare e valutare l'assistenza nei Dipartimenti di Salute Mentale ed in accordo con gli orientamenti regionali. I nuovi indicatori misurano ambiti differenti delle attività di assistenza territoriale, in termini di appropriatezza ed efficacia del percorso assistenziale. Una sezione specifica è dedicata al settore dell'infanzia e adolescenza, con due primi indicatori che valutano l'adozione di trattamenti multi-professionali per i minori ed il drop-out nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C15a - Salute mentale	 2,55	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO e RFC 160 SALM*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

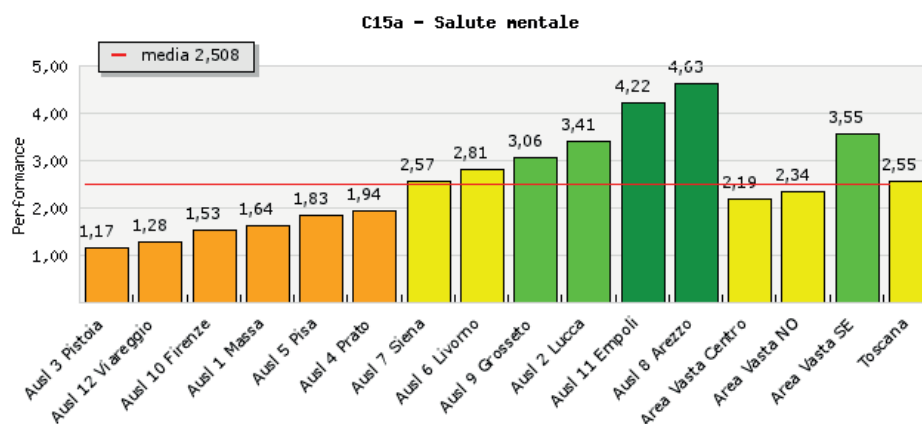
- C15a Salute mentale

- C15a.1 Adulti

- C15.1 Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attivita' domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni
 - C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero
 - C15.2.1 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti >18 residenti dalla dimissione del ric. osp. da strutt. pubbliche
 - C15.2.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti >18 residenti dalla dimissione del ric. osp. da strutt. private accreditate
 - C15.3 Tasso di pazienti psichiatrici con ricoveri ripetuti entro 30 giorni [17,21 Tasso per 100.000](#) 
 - C15.4 Appropriatazza psicoterapeutica [24,11 %](#) 
 - C15.5 Percentuale di utenti presi in carico con un Progetto Terapeutico scritto
 - C15.6 Integrazione con il SERT
 - C15.7 Tasso di internati in OPG
 - C8a.5 Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni [275,83 Tasso per 100.000](#)
 - C8a.5.1 Tasso di ricovero per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni [61,02 Tasso per 100.000](#)
 - C8a.5.2 Tasso di ricovero per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni [82,32 Tasso per 100.000](#)
 - C8a.5.3 Tasso di ricovero per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni [25,49 Tasso per 100.000](#)
 - C8a.5.4 Tasso di ricovero per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni [15,32 Tasso per 100.000](#)
 - C8a.5.5 Tasso di ricovero per disturbi di personalita' per 100.000 residenti maggiorenni [17,01 Tasso per 100.000](#)
 - C8a.5.7 Tasso di ricovero per demenze per 100.000 residenti maggiorenni [23,51 Tasso per 100.000](#)
 - C8a.5.8 Tasso di ricovero per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni [31,37 Tasso per 100.000](#)
 - C8a.5.6 Tasso di ricovero per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni [19,80 Tasso per 100.000](#)

- C15a.2 Infanzia e Adolescenza

- C15.10 % di trattamenti multi-professionali [38,57 %](#)
 - C15.11 % del drop-out nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi



C15a

SALUTE MENTALE

NOTE PER L'ELABORAZIONE

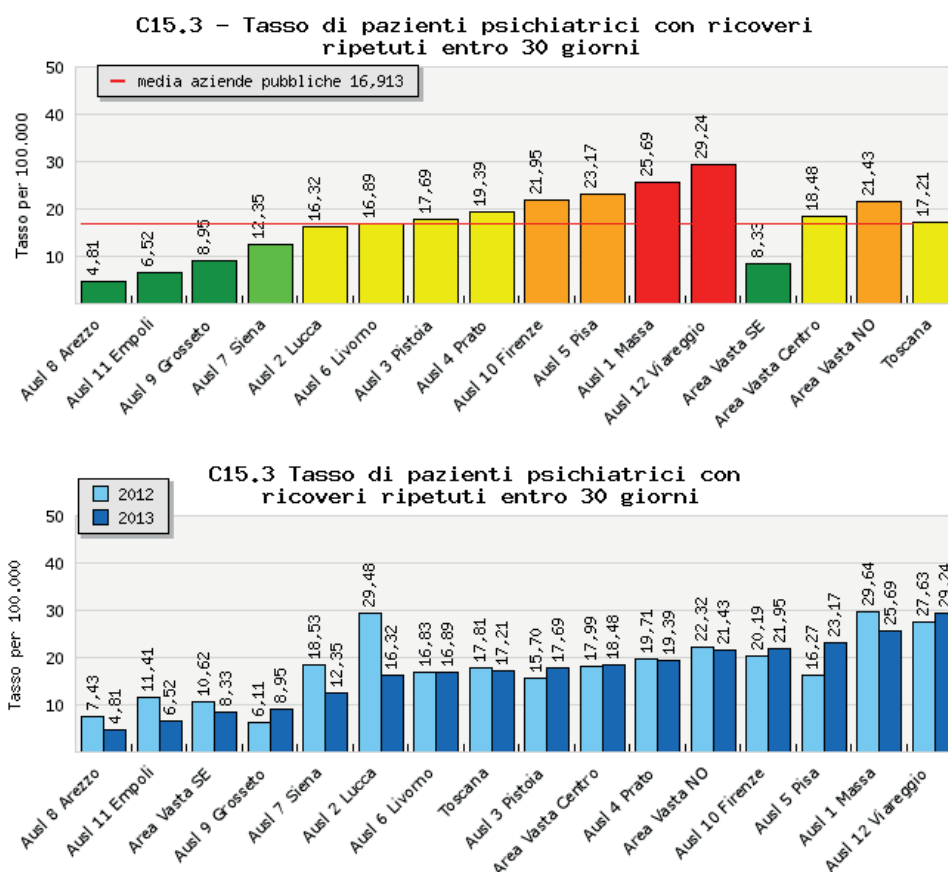
L'indicatore C15a assume una valutazione pari alla media del punteggio degli indicatori C15.3 - Tasso di pazienti psichiatrici con ricoveri ripetuti entro 30 giorni per 100.00 residenti maggiorenni e C15.4 - Appropriatazza psicoterapeutica.



3.96 Indicatore C15.3: Tasso di pazienti psichiatrici con ricoveri ripetuti entro 30 giorni

I pazienti con patologie mentali che rientrano in ospedale nel corso del mese successivo alla dimissione sono indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenziano problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei centri di salute mentale (OECD 2011). A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione *ad personam* delle opportunità riabilitative e terapeutiche.

A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23/04/08 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.



C15.3	
TASSO DI PAZIENTI PSICHIATRICI CON RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GIORNI	
DEFINIZIONE	Tasso di pazienti psichiatrici con ricoveri ripetuti entro 30 giorni per 100.000 residenti maggiorenni
NUMERATORE	N. pazienti psichiatrici maggiorenni con ricoveri ripetuti entro 30 giorni
DENOMINATORE	Popolazione residente maggiorenne
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani maggiorenni, con codice fiscale corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523. I ricoveri con modalità di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione (modalità di dimissione 5, 6, 8, 9) non generano ricoveri ripetuti. Si considerano i ricoveri erogati da qualsiasi struttura (pubblica, privata o non accreditata). Sono esclusi i ricoveri con codice fiscale anonimo. Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione entro 30 giorni. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

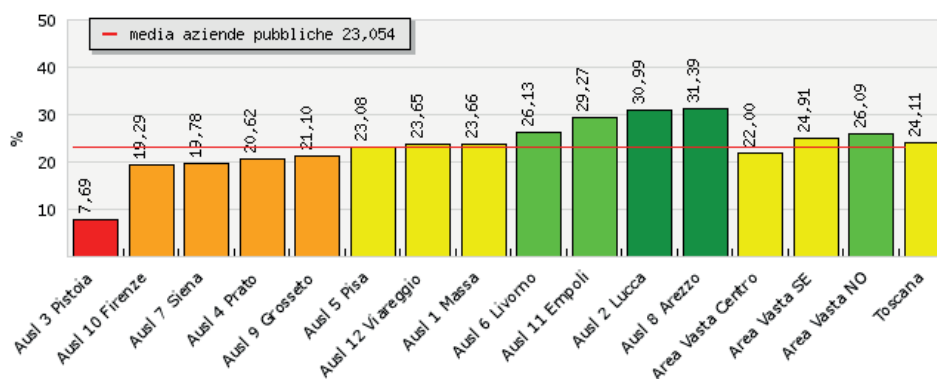


3.97 Indicatore C15.4: Appropriatazza psicoterapeutica

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

La letteratura internazionale ha mostrato che, indipendentemente dalla diagnosi, dall'approccio psicoterapico e dalla popolazione in esame, si registra un miglioramento clinicamente significativo per il 50% dei pazienti che ha effettuato tra le 11 e le 21 sessioni psicoterapiche. Affinché il 75% dei pazienti raggiunga un miglioramento significativo sono necessarie circa 26 sessioni. In base a tali considerazioni, per questo indicatore è stata individuata un'area di appropriatezza compresa tra le 10 e le 30 sessioni.

C15.4 - Appropriatazza psicoterapeutica



C15.4	
APPROPRIATEZZA PSICOTERAPEUTICA	
DEFINIZIONE	Appropriatezza psicoterapeutica
NUMERATORE	N. di pazienti in psicoterapia che hanno ricevuto tra 10 e 30 prestazioni
DENOMINATORE	N. di pazienti in psicoterapia
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Sistema Informativo Regionale - RFC 160
LIVELLO	Azienda di residenza



3.98 Indicatore C16a: Percorso Emergenza - Urgenza

Con l'attivazione dell'applicativo RFC 106 relativo alla gestione degli eventi di Pronto Soccorso e dell'applicativo RFC 134 sulla gestione del sistema 118, che prevedono entrambi la trasmissione dei dati a livello regionale, è possibile rilevare in tempo reale informazioni sulle attività del Percorso Emergenza Urgenza in Regione Toscana.

L'indicatore C16a da quest'anno è stato suddiviso in due sottogruppi di indicatori: il C16a.1 che valuta le attività del Pronto Soccorso e il C16a.2 che misura alcuni aspetti del sistema 118 di emergenza - urgenza.

L'indicatore C16a.1 valuta i tempi di attesa e di permanenza per alcuni codici colore e contiene sottoindicatori specifici relativi all'utilizzo dell'Osservazione Breve, di cui fa parte il nuovo indicatore, introdotto quest'anno, C16.5.1 "Percentuale di osservazioni brevi con durata maggiore alle 24 ore" come indicatore di osservazione.

Da quest'anno è stato introdotto il nuovo indicatore C16.10 "Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore".

Gli altri indicatori - C16.5, C16.6, C16.8 e C16.9 - rimangono anche quest'anno di osservazione, non sono quindi oggetto di valutazione.

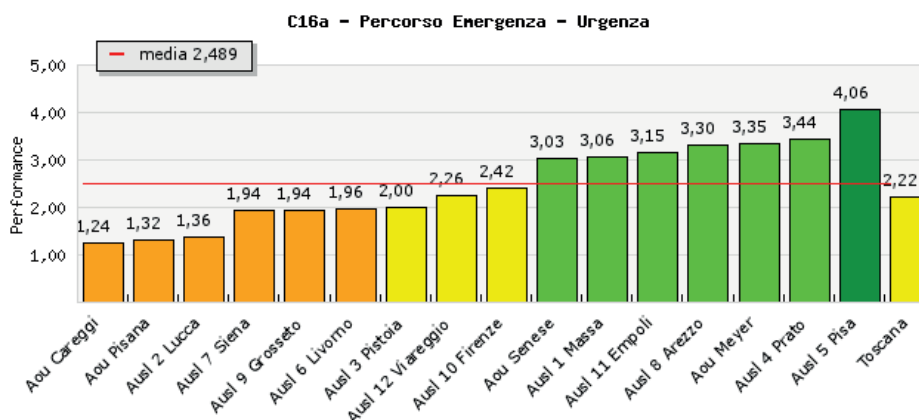
L'indicatore C16a.2 contiene un set di sottoindicatori che permettono di valutare la performance del sistema 118 per ogni Centrale Operativa, che ad oggi sono 12 in Regione Toscana e in base agli indirizzi contenuti nella DGR 1117/2013 dovranno diventare 6 entro il 31/10/2014 per ridursi successivamente a 3 entro il 31/12/2016. Gli indicatori sono tutti di osservazione ad esclusione del C16.11 "Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso" che è oggetto di valutazione da quest'anno e concorre alla valutazione complessiva del C16a insieme agli indicatori C16.1, C16.2, C16.3, C16.7 e C16.10.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
C16a - Percorso Emergenza - Urgenza	2,22	2013

Fonte dei dati : RFC 106

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- C16a Percorso Emergenza - Urgenza
- C16a.1 Pronto Soccorso
 - C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti 72,08 %
 - C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora 77,74 %
 - C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore 82,86 %
 - C16.5 % pazienti in osservazione breve 10,50 %
 - C16.5.1 % di osservazioni brevi con durata > 24 ore 15,14 %
 - C16.6 % pazienti ricoverati dopo osservazione breve 23,99 %
 - C16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione 66,88 %
 - C16.8 % ricoveri da PS inviati entro 24 ore in area critica 1,28 %
 - C16.9 % ricoveri da Pronto Soccorso 12,97 %
 - C16.10 % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore 5,35 %
- C16a.2 Sistema 118
 - C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso 14,97 minuti
 - C16.12 Ore mezzi di soccorso impiegati per anno / 100.000 residenti 12787,00
 - C16.13 Ore mezzi di soccorso impiegati per anno / numero di interventi effettuati 0,97
 - C16.14 Numero di missioni con trasporto in Pronto Soccorso / Numero totale di missioni 80,96
 - C16.15 Numero di chiamate annuali per 100.000 residenti 12209,80
 - C16.16 Numero di interventi ad alta priorità / Numero di interventi effettuati 14,96
 - C16.17 Tasso di pazienti con intervento del team sanitario per 100.000 residenti 4836,10



C16a

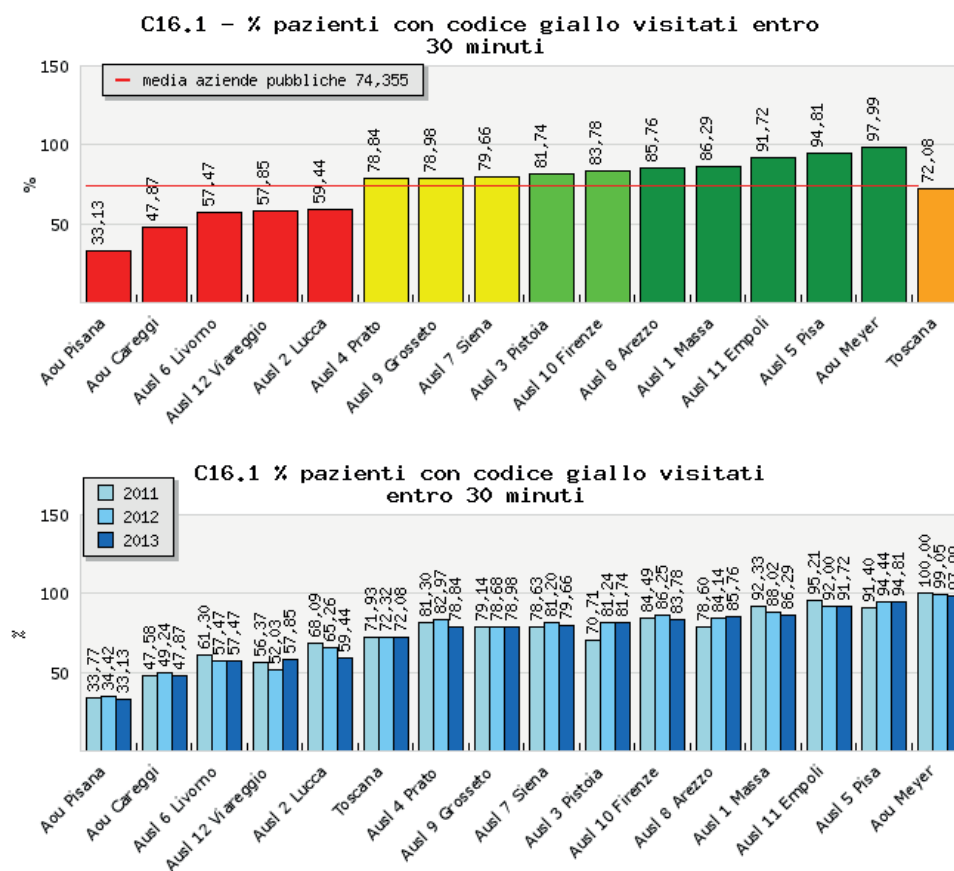
PERCORSO EMERGENZA - URGENZA

NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore C16a assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: C16.1, C16.2, C16.3, C16.7, C16.10, C16.11.

**3.99 Indicatore C16.1: % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti**

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti a cui è stato attribuito il codice giallo e che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (*triage*).

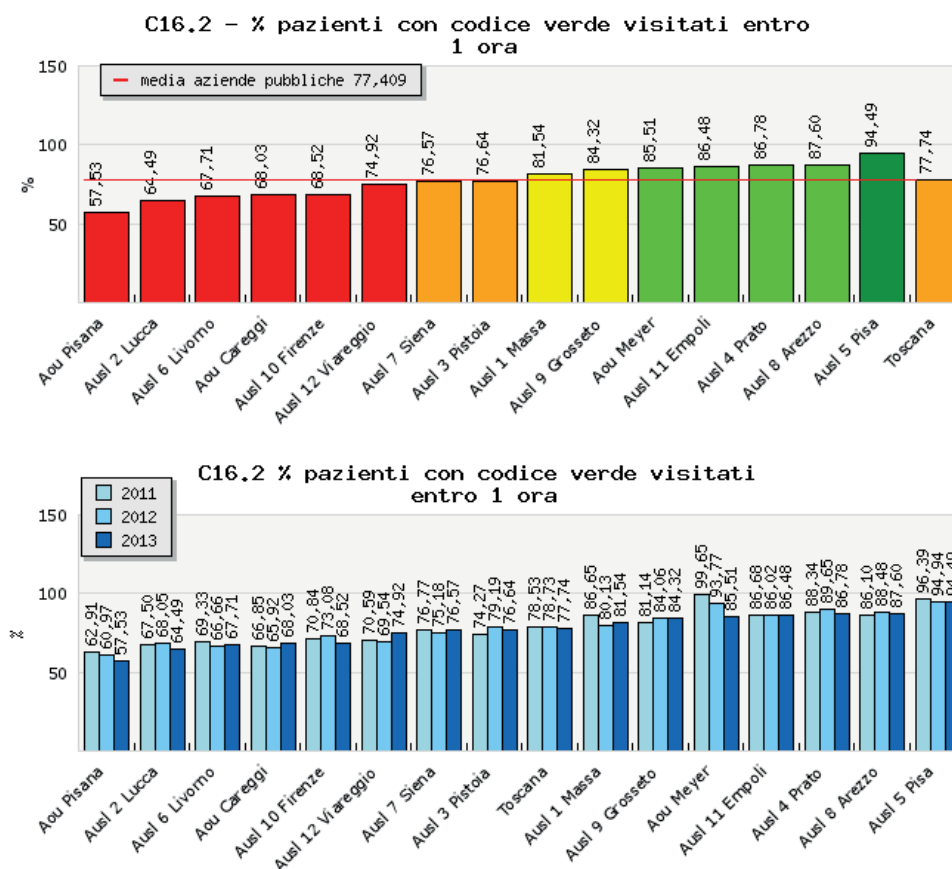


C16.1	
% PAZIENTI CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice giallo e visitati entro 30 minuti rispetto al totale dei pazienti con codice giallo
NUMERATORE	N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100
DENOMINATORE	N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro e oltre 30 minuti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita. Nel 2013, l'AOU Senese non è valutabile perché dalla verifica dei dati sul flusso RFC 106 è stata riscontrata una rilevazione non corretta dei tempi di attesa.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >90%
FONTE	RFC 106
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.100 Indicatore C16.2: % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora

Secondo gli indirizzi regionali contenuti nella DGR 140/2008, l'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (*triage*).

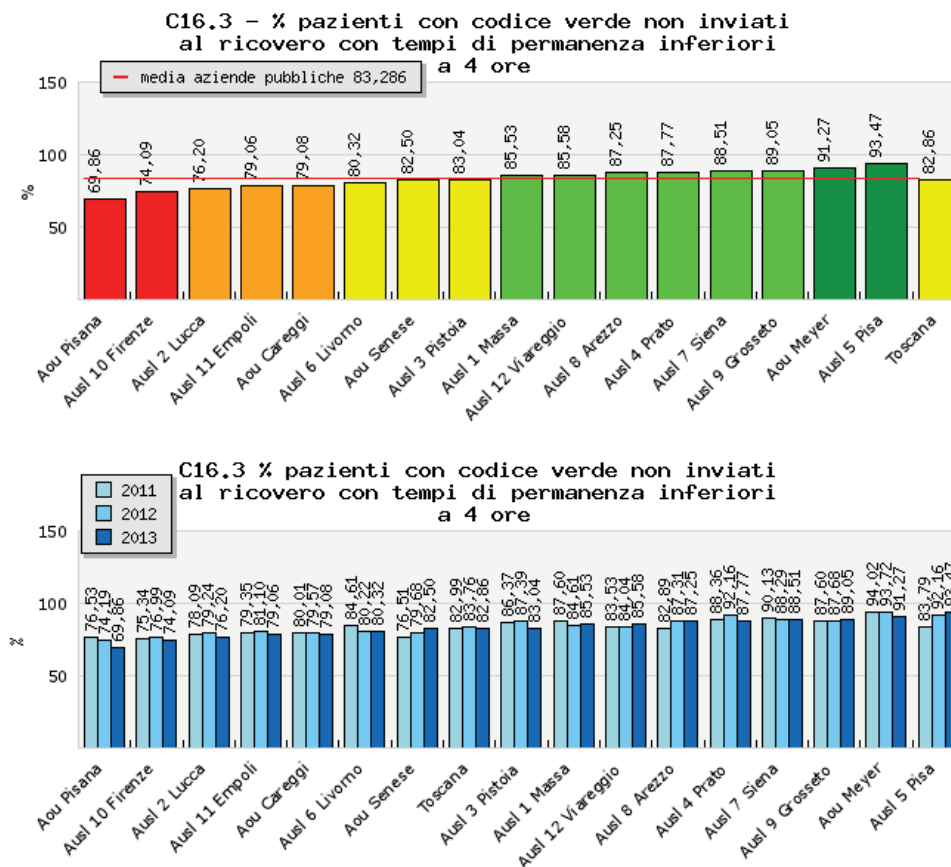


C16.2	
% PAZIENTI CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde
NUMERATORE	N. pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora x 100
DENOMINATORE	N. pazienti in PS con codice verde visitati entro e oltre 1 ora
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita. Nel 2013, l'AOU Senese non è valutabile perché dalla verifica dei dati sul flusso RFC 106 è stata riscontrata una rilevazione non corretta dei tempi di attesa.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >90%
FONTE	RFC 106
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.101 Indicatore C16.3: % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

Secondo gli indirizzi regionali contenuti nella DGR 140/2008, l'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde, non indirizzati al ricovero oppure all'osservazione breve, con tempi di permanenza inferiori alle 4 ore.



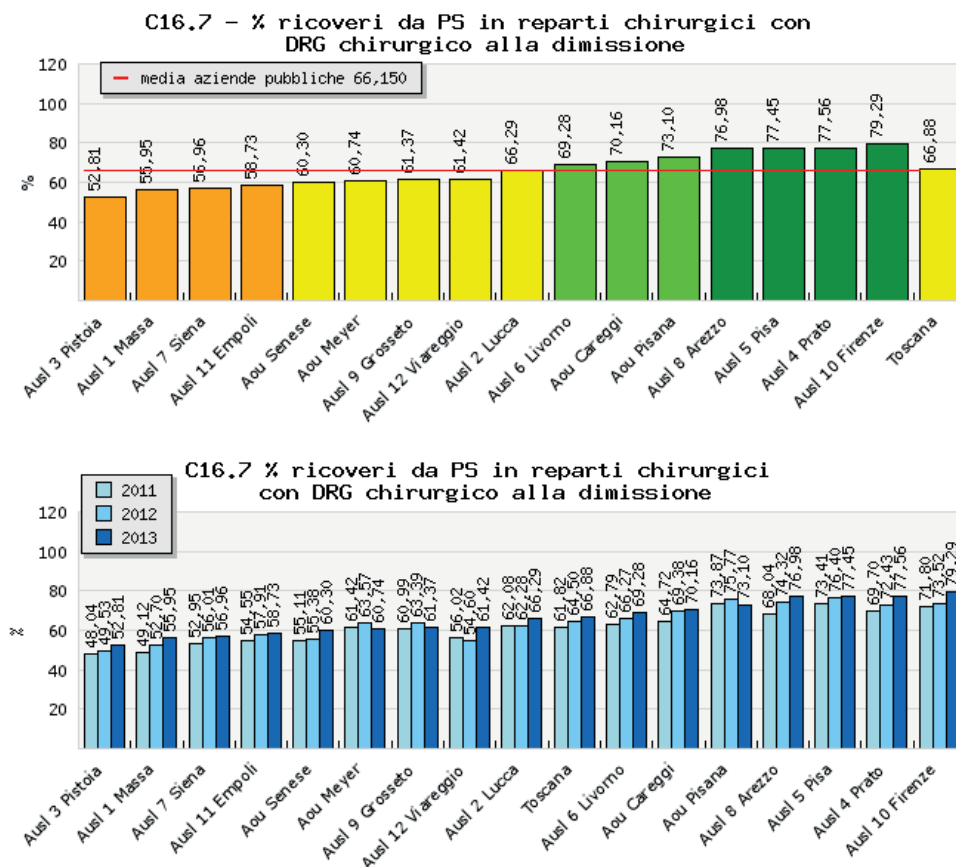
C16.3	
% PAZIENTI CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO CON TEMPI DI PERMANENZA INFERIORI A 4 ORE	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore
NUMERATORE	N. pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100
DENOMINATORE	N. totale pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro e oltre 4 ore
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita. Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra il momento della dimissione e il momento dell'accettazione al triage. Sono escluse le dimissioni con esito a ricovero e gli abbandoni.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >90%
FONTE	RFC 106
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.102 Indicatore C16.7: % 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 vengono ricoverati dal Pronto Soccorso, 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 gli aspetti relativi all'appropriatezza della scelta del setting assistenziale da parte dei medici di PS e, secondariamente, all'efficienza organizzativa dell'ospedale nel suo complesso.

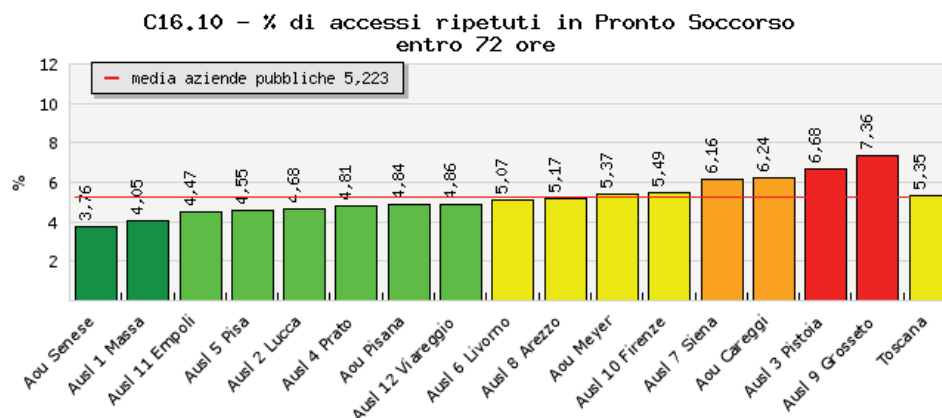


C16.7	
% RICOVERI DA PS IN REPARTI CHIRURGICI CON DRG CHIRURGICO ALLA DIMISSIONE	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione rispetto ai ricoveri in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione
NUMERATORE	N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
DENOMINATORE	N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari erogati dalle strutture pubbliche e i reparti di ammissione chirurgici: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica. Non sono stati inclusi i seguenti reparti di ammissione: 37 ostetricia e ginecologia e 39 pediatria. Sono esclusi i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico. I ricoveri da PS sono individuati con la variabile "ricops" (=1) del Flusso SDO, fatta eccezione per le Aziende 9 Grosseto e 10 Firenze per le quali i ricoveri da PS sono individuati selezionando i ricoveri urgenti ("tiporico"=2).
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: > 75%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	30 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



3.103 Indicatore C16.10: % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore

L'indicatore, inserito per la prima volta quest'anno, monitora la percentuale di pazienti che rientrano in un qualsiasi Pronto Soccorso presente sul territorio regionale, entro 72 ore rispetto all'accesso precedente, sul totale degli accessi al PS effettuati dai residenti toscani. Un ulteriore sviluppo di questo indicatore prevederà di focalizzare l'analisi degli accessi ripetuti in funzione delle diagnosi dei pazienti che vengono registrate di volta in volta.

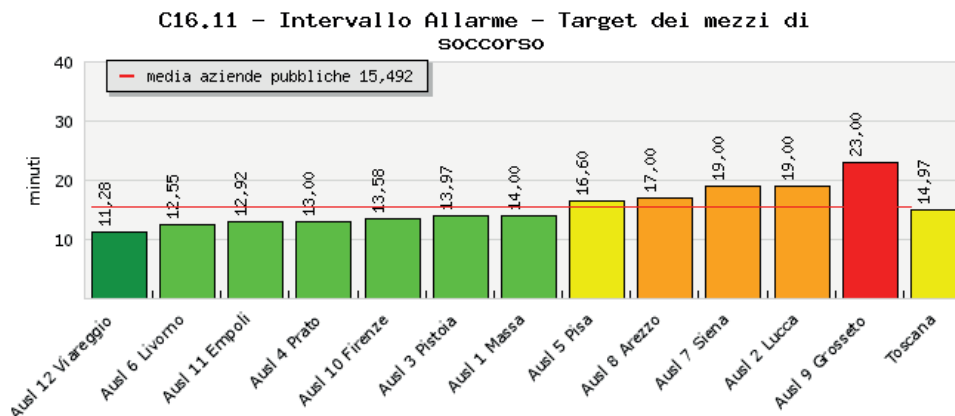


C16.10	
% DI ACCESSI RIPETUTI IN PRONTO SOCCORSO ENTRO 72 ORE	
DEFINIZIONE	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore
NUMERATORE	N. accessi ripetuti entro 72 ore in qualunque PS Toscano per qualsiasi causa
DENOMINATORE	N. accessi effettuati da pazienti residenti in Toscana, con un esito compatibile con la possibilità di effettuare un accesso ripetuto
NOTA METODOLOGICA	Per esito compatibile con l'accesso ripetuto si intende esito alla dimissione diverso da ricoverato, trasferito ad altro istituto, deceduto (in PS e giunto cadavere) e rifiuta il ricovero. Sono esclusi dal computo del denominatore gli accessi: - con identificativo universale regionale associato nullo o errato; - con data inizio o fine prestazione mancante; - data fine prestazione successiva al 28 dicembre; - relativi a pazienti che effettuano più di 5 accessi ripetuti nell'anno in studio. Si escludono dal computo degli accessi ripetuti quelli effettuati entro 10 minuti nello stesso PS.
FONTE	RFC 106
LIVELLO	Azienda di erogazione



3.104 Indicatore C16.11: Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso

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



C16.11	
INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO	
DEFINIZIONE	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso
NOTA METODOLOGICA	L' indicatore considera il 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con Codice Criticità presunta valorizzato con Rosso o Giallo. Sono escluse anche le missioni di elisoccorso (tipo mezzo = "6").
FONTE	RFC 134
LIVELLO	Azienda di erogazione



PARTE IV LA VALUTAZIONE ESTERNA

a cura di Anna Maria Murante

Nelle organizzazioni che operano sul mercato in contesti competitivi il cliente riesce, con il suo diritto di scelta, ad occupare una posizione di preminenza e di potere tale da indurre le organizzazioni stesse ad impostare tutta la loro azione in termini di risposta ai suoi bisogni. I risultati economico-finanziari di breve periodo, in primo luogo il profitto, risultano già indicatori precisi della capacità aziendale di essere efficace, ossia in grado di rispondere alle esigenze della domanda.

Nella realtà delle istituzioni che erogano servizi di pubblica utilità, che in molti casi operano in situazione di monopolio, le possibilità di scelta del cliente/utente sono estremamente limitate. Nel caso poi dei servizi sanitari l'utente si trova in situazione di asimmetria informativa, ossia è in possesso di informazioni, conoscenze e competenze assai minori rispetto al soggetto erogatore e quindi, spesso, non è in condizioni di dare un giudizio consapevole sulla qualità del servizio ricevuto. Un paziente non medico può giudicare la qualità della diagnosi ricevuta e del trattamento terapeutico a cui è stato sottoposto? Solo a distanza di tempo potrà esprimere un giudizio corretto sul servizio ricevuto, considerando lo stato della sua salute. Nel breve sarà portato ad esprimere un giudizio basato sulle sue percezioni, su ciò che è in grado di presidiare, tendendo a dare una valutazione complessiva in linea con le sue aspettative.

Il giudizio dell'utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere quindi articolato nel dettaglio, per cogliere tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, deve raccogliere la sua esperienza. In particolare quest'ultima è un'informazione preziosa per le aziende. Sulla base di queste evidenze le organizzazioni sanitarie possono avere spunti importanti per riorientare la loro attività in modo che il cittadino sia sempre più protagonista e partecipe del proprio processo di cura.

Con l'obiettivo quindi di raccogliere le percezioni e le esperienze degli utenti e cittadini, con la convinzione che per una sanità dei cittadini sia essenziale introdurre strumenti capaci di mettere il punto di vista dell'utente al centro dei processi di management sanitario, fin dal 2004 il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna - Regione Toscana ha realizzato molteplici indagini tra i cittadini-utenti toscani. Queste sono state condotte in tutte le aziende sanitarie toscane, territoriali e ospedaliere-universitarie, secondo una metodologia comune, tanto nella fase del reclutamento che del campionamento e della rilevazione, al fine di assicurare la confrontabilità dei risultati tra le varie aziende. Il confronto dei risultati ottenuti per ciascuna organizzazione sanitaria è utile per comprendere meglio la singola performance e identificare i margini di miglioramento. Avere infatti l'80% di cittadini soddisfatti è un risultato lusinghiero ma diventa un punto di partenza per attivare processi di miglioramento interno se rappresenta il risultato più basso registrato tra tutte le aziende del sistema regionale.

	Pronto Soccorso	Medicina di base	Riceveri ospedalieri	Servizi distrettuali	Materno infantile	Assistenza domiciliare
Toscana	2005 2006 2007 2008 2009 2011 2013	2004/2005 2007 2009 2012	2006 2008 2011 2013/2014	2008 2010 2012	2004/2005 2007 2010 2012/2013	2008

Indagini condotte a supporto del Sistema di Valutazione a partire dal 2004.

Ad eccezione dell'indagine sul percorso oncologico (qualitativa), realizzata nel 2004 e 2005 con la tecnica del *focus group*, fino al 2009 le indagini quantitative sono state condotte esclusivamente nella forma di interviste telefoniche secondo la metodologia C.A.T.I. (*Computer Assisted Telephone Interview*). La metodologia C.A.T.I. consente, attraverso un apposito *software*, di gestire automaticamente i contatti telefonici inseriti nelle liste campionarie, supportando e guidando il rilevatore nella compilazione del questionario che avviene contestualmente alla visualizzazione delle domande. Le risposte registrate dai singoli operatori attraverso *personal computer* collegati in rete ad un *server* sono raccolte in tempo reale in un *database* relazionale. Dal 2010 sono state adottate anche altre tecniche di rilevazione, postale e C.A.W.I. (*Computer Assisted Web Interview*). Tutte le indagini condotte a supporto del Sistema di valutazione della *performance* delle aziende sanitarie toscane sono state progettate e gestite dal gruppo di ricerca che all'interno del Laboratorio Management e Sanità si occupa della rilevazione dell'esperienza degli utenti dei servizi sanitari.

Per l'anno 2013 nella dimensione Valutazione esterna sono presentati gli indicatori: Soddisfazione degli utenti del pronto soccorso (D8a), Percentuale di abbandoni da PS (D9a), Dimissioni ospedaliere volontarie (D18a), Valutazione utenti Materno Infantile (D17).

Ciascun indicatore ha una struttura ad albero, la cui testa descrive la *performance* della singola azienda relativamente al servizio indagato con un punteggio che va da 0 a 5. Il punteggio è calcolato sulla base delle risposte date dagli utenti al quesito di valutazione complessiva del servizio (ad esempio "Come valuta complessivamente l'assistenza ricevuta?"). I rami dell'albero monitorano invece alcuni specifici aspetti del servizio, anch'essi valutati utilizzando una scala da 0 a 5. Tali valutazioni non concorrono alla determinazione del punteggio della testa, piuttosto offrono al *management* aziendale un'informazione aggiuntiva.

A partire dal 2011 la modalità di assegnazione delle valutazioni degli indicatori di esperienza cambia e, prendendo ispirazione dal metodo adottato in Ontario (*Canadian Institute for Health Information, Hospital Report. Acute Care*, 2008), tiene conto della performance di ciascuna azienda rispetto alla media regionale. Ciascun indicatore e sottoindicatore ha specifiche fasce di valutazione, i cui valori e la cui ampiezza dipendono dalla distribuzione che si registra tra le aziende per ciascun item valutato e dal confronto di ciascun valore rispetto alla media regionale. Secondo il nuovo metodo, le valutazioni, seppur alte, potranno



determinare il posizionamento delle aziende anche in fasce critiche, mostrando dunque margini di miglioramento, possibili se si considerano le migliori performance registrate dalle altre aziende che si sono posizionate nelle fasce verde scuro e verde chiaro. Il processo di valutazione è preceduto da una procedura di *risk adjustment* che corregge i risultati per le variabili che influenzano significativamente l'esperienza degli utenti dei servizi sanitari: ad esempio, età, genere, stato di salute percepito al momento dell'intervista, precedenti esperienze di accesso o altre variabili significativamente influenti nella valutazione dello specifico servizio. L'utilizzo di modelli di regressione multilivello permette di correggere il dato anche per la variabilità nella distribuzione riconducibile alla struttura organizzativa (ad es. azienda sanitaria, pronto soccorso o punto nascita).

Il Pronto Soccorso (settima edizione)

L'indagine "Il servizio di Pronto Soccorso: l'esperienza dei pazienti toscani" si propone come finalità la rilevazione delle valutazioni e dell'esperienza dei pazienti toscani relativamente all'assistenza ricevuta: è stata pertanto rivolta ad un campione di utenti che hanno avuto accesso presso una delle strutture della Regione Toscana, nel periodo compreso tra il 30 settembre ed il 10 novembre 2013 (periodo di reclutamento).

Per definire la numerosità del campione si è utilizzata come popolazione di riferimento la numerosità degli utenti che si sono recati nei Pronto Soccorso toscani nel 2012. Il campione è stato estratto in maniera casuale dall'elenco dei pazienti che hanno avuto accesso ai singoli Pronto Soccorso durante il periodo di reclutamento, stratificando per codice colore. Sono stati esclusi dalla lista campionaria i pazienti minorenni (con l'eccezione dell'AOU Meyer), i deceduti durante l'accesso e coloro che sono stati in Pronto Soccorso specialistici o trattati con il percorso "Fast track".

Il campione è stato costruito in maniera da essere rappresentativo a livello di singolo Pronto Soccorso (significatività del 95% e precisione del 9% per i Pronto soccorso con meno di 25.000 accessi annui, del 7% per quelli con accessi compresi tra 25.000 e 50.000 e 5% per i Pronto soccorso maggiori) e stratificato in base alla distribuzione del codice colore (aggregando, rispettivamente, il Bianco e l'Azzurro e il Giallo ed il Rosso) tra gli utenti del servizio nel periodo di reclutamento.

Ai pazienti estratti è stato inviato a casa un questionario cartaceo, da compilare e restituire, tramite busta preaffrancata allegata, al Laboratorio Management e Sanità. In alternativa il questionario poteva essere compilato via CAWI (ossia su piattaforma online, appositamente predisposta dal MeS) o via CATI (richiedendo un'intervista telefonica contattando il gruppo di ricerca del MeS attraverso un numero di telefono dedicato).

Le interviste concluse sono state 5.919. Per poter riportare l'esperienza dei rispondenti all'universo degli pazienti che hanno avuto accesso in Pronto Soccorso nel periodo di reclutamento, per ogni strato del campione (Pronto Soccorso e codice colore) è stato costruito un peso campionario, che indica il numero di unità rappresentate, calcolato a partire dal peso diretto (reciproco della probabilità di inclusione nelle unità del campione), che a sua volta è stato moltiplicato per un fattore di correzione per mancata risposta (inverso del tasso di risposta). L'attribuzione del peso campionario ad ogni unità rispondente fa sì che queste ultime rappresentino anche le unità non incluse nel campione stesso.

Il Pronto materno infantile (quarta edizione)

L'indagine "Il Percorso Nascita in Toscana: l'esperienza delle donne" ha avuto come obiettivo la rilevazione dell'esperienza e della soddisfazione delle donne che hanno avuto accesso ai servizi disponibili nel percorso nascita in Toscana.

La popolazione di riferimento dell'indagine è composta dalle donne che hanno partorito presso uno dei 25 punti nascita della Regione Toscana nel periodo ottobre 2012-marzo 2013 (periodo di reclutamento), con l'esclusione delle donne per le quali risultava dal Certificato di assistenza al parto (CAP) che il bambino fosse deceduto al momento del parto, o durante il ricovero, o non fosse affatto nato, oppure ricoverato in una terapia intensiva neonatale.

Il campione è costruito per essere rappresentativo della popolazione delle partorienti dei singoli punti nascita con una significatività del 95% e una precisione delle stime di errore del 6%, nel caso di un unico punto nascita aziendale, o dell'8% in tutti gli altri casi.

Il questionario utilizzato, che ha mantenuto buona parte dei quesiti somministrati nella precedente edizione del 2010 ed è stato revisionato ed integrato in alcune sue parti, è strutturato secondo le tre fasi del percorso nascita, pre parto, parto e post partum, con la sessione sulla valutazione complessiva del percorso che chiude la misurazione e la valutazione dell'esperienza da parte delle donne all'interno del percorso materno infantile. Un'ultimissima sessione, raccoglie le preferenze delle donne rispetto all'introduzione dell'Information Communication Technology. I questionari sono stati formulati non solo in italiano, ma anche in inglese, francese, rumeno, cinese e arabo per favorire l'adesione all'indagine anche da parte delle donne straniere presenti sul territorio toscano.

Le domande sono formulate prevalentemente secondo lo stile *reporting*, al fine di rilevare se e con quale frequenza, durante il percorso nascita, si siano determinati alcuni eventi o aspetti puntuali, e secondo lo stile *rating* al fine di raccogliere le valutazioni delle donne.

Le donne campionate hanno ricevuto a casa un questionario accompagnato da una busta preaffrancata da utilizzare per la restituzione. Le donne hanno potuto scegliere di compilare il questionario cartaceo, oppure la versione web (Computer Assisted Web Interview) o di richiedere un'intervista telefonica (Computer Assisted Telephone Interview).

L'adesione alla survey è stata molto buona, infatti a fronte di 12.355 donne invitate a rispondere, ben 4.598 (37,23%) hanno partecipato: l'83,3% ha scelto di compilare il questionario cartaceo, 16,3% di rispondere via web e lo 0,4% tramite intervista telefonica.

Affinché le risposte raccolte potessero essere riportate all'universo di riferimento, per ciascun strato del campione (punto nascita) è stato costruito un peso campionario che tiene conto sia del livello di risposta raggiunto che delle unità della popolazione di riferimento rappresentate (Nuti e Murante, 2013).



4.1 Indicatore D8a: Soddisfazione utenti Pronto Soccorso

Negli ultimi anni l'afflusso di pazienti in Pronto Soccorso, in Toscana ma più in generale nei Paesi occidentali, è aumentato notevolmente. L'incremento ha spesso riguardato accessi a bassa priorità (codici bianchi ed azzurri), connessi a problemi di lieve entità per i quali sarebbe più appropriato rispondere con altri setting assistenziali, ma anche persone con patologie croniche, spesso multiple, che trovano difficoltà a ricevere risposta altrove.

Afflussi importanti e così variegati per differenza di esigenze rendono sempre più complessa la gestione delle attività in Pronto Soccorso e la loro integrazione con il sistema sanitario complessivo: si possono pertanto generare situazioni di sovraffollamento delle strutture, derivanti sia dall'attesa per l'erogazione del servizio, ma anche da quella per il proseguimento delle cure presso altre strutture. Questa situazione può creare gravi disagi, sia ai professionisti, che si trovano a fronteggiare situazioni quotidiane di forte stress, sia ai pazienti, che desiderano risposte pronte ed efficaci rispetto ai loro bisogni.

La Regione Toscana ha perciò dedicato attenzione ed importanti investimenti su questo servizio, finanziando interventi strutturali ed organizzativi, finalizzati a migliorare l'accoglienza, i locali e, più in generale, la qualità del servizio erogato. Con questi presupposti la Regione Toscana ed il Laboratorio Management e Sanità svolgono sistematicamente dal 2005 indagini volte a rilevare l'esperienza vissuta dai pazienti durante l'erogazione di questo servizio, ma anche la loro soddisfazione.

I risultati ottenuti dall'indagine condotta sui pazienti del servizio di Pronto Soccorso alimentano l'indicatore D8a, "Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso". Questo indicatore riporta il livello di soddisfazione espresso dagli utenti del Pronto Soccorso, calcolato sulla base della distribuzione delle risposte alla domanda "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta in Pronto Soccorso?".

L'indicatore D8a si articola in più sottoindicatori, che monitorano una molteplicità di aspetti caratterizzanti il servizio: rapporto con il personale medico ed infermieristico, grado di coinvolgimento del paziente nel percorso di cura, presa in carico del dolore del paziente ed umanizzazione della relazione con il personale, tempi di attesa, accoglienza e comfort delle strutture.

Nel presente Report sono riportati alcuni indicatori a titolo di esempio; i dati completi sono a disposizione sulla piattaforma all'indirizzo web: performance.sssup.it/toscana.

Il Pronto Soccorso di Prato, pur sottoposto ad indagine sulla soddisfazione dei pazienti come tutte le altre strutture toscane, in questa edizione non è oggetto di valutazione, in quanto il periodo di campionamento è coinciso con il suo trasferimento dall'ospedale Misericordia e Dolce al Nuovo Ospedale Santo Stefano, rendendo quindi non omogenee le condizioni del confronto.

Indicatore	Valore Toscana	Performance Toscana	Anno
D8a - Soddisfazione utenti Pronto Soccorso	68,95	 2,54	2013

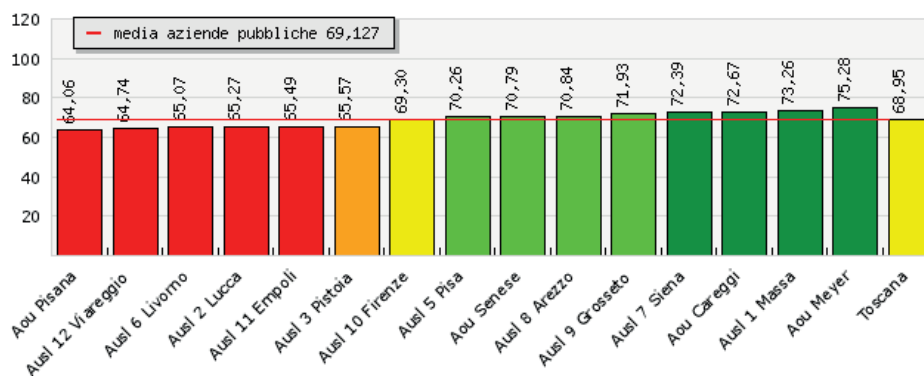
Fonte dei dati : Indagine postale agli utenti del servizio di Pronto Soccorso

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

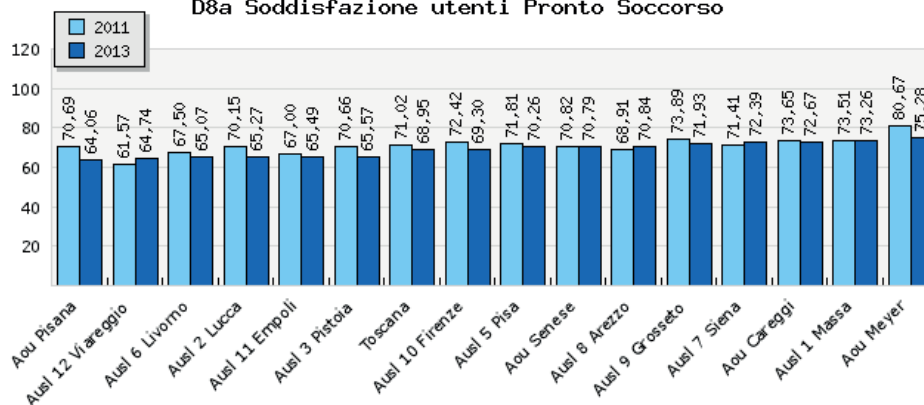
- D8a Soddisfazione utenti Pronto Soccorso
 - D8a.1 Personale medico
 - D8a.1.1 Professionalità
 - D8a.1.2 Chiarezza delle informazioni [69,39](#) 
 - D8a.1.3 Cortesia [72,98](#) 
 - D8a.1.4 Lavoro di squadra [68,23](#) 
 - D8a.1.5 Fiducia [85,74](#) 
 - D8a.2 Personale infermieristico
 - D8a.2.1 Professionalità
 - D8a.2.2 Chiarezza delle informazioni [65,53](#) 
 - D8a.2.3 Cortesia [69,94](#) 
 - D8a.2.4 Fiducia [84,12](#) 
 - D8a.3 Coinvolgimento e umanizzazione
 - D8a.3.6 Gestione del dolore [58,33](#) 
 - D8a.3.1 Umanizzazione [82,93](#) 
 - D8a.3.2 Umanizzazione infermieri [82,29](#) 
 - D8a.3.3 Coinvolgimento [69,10](#) 
 - D8a.3.4 Disponibilità del personale [81,67](#) 
 - D8a.3.5 Informazioni alle dimissioni [88,31](#) 
 - D8a.4 Accesso/Accoglienza
 - D8a.4.1 Tempi di attesa [52,35](#) 
 - D8a.4.2 Cortesia al triage [71,26](#) 
 - D8a.4.3 Fiducia nel triage [69,93](#) 
 - D8a.5 Comfort
 - D8a.5.1 Comfort sala di attesa [62,14](#) 
 - D8a.5.2 Pulizia sala di attesa [69,86](#) 
 - D8a.5.3 Pulizia bagni [66,60](#) 



D8a - Soddisfazione utenti Pronto Soccorso



D8a Soddisfazione utenti Pronto Soccorso





D8a	
SODDISFAZIONE UTENTI PRONTO SOCCORSO	
DEFINIZIONE	Valutazione ed esperienza degli utenti che accedono al servizio di Pronto Soccorso sulla qualità dell'assistenza ricevuta
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step: • Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai pazienti in una scala continua da 0 a 100; • Applicazione della procedura di risk adjustment (ad eccezione del Meyer) correggendo per le variabili età, genere, stato di salute percepito al momento dell'intervista, numero di precedenti accessi al Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi e azienda di erogazione; • Calcolo del valore medio aggiustato per azienda; • Definizione delle fasce di valutazione sulla base della distribuzione tra aziende e del posizionamento sopra e sotto la media.
QUESITI	Le valutazioni sono assegnate sulla base delle risposte ottenute alla domanda: 1. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso? Per avere maggiori informazioni sulla percezione dei cittadini, nell'indicatore sono riportate anche le valutazioni che riguardano specifici aspetti del servizio e che sono calcolate sulla base delle risposte date alle seguenti domande: Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla chiarezza delle informazioni fornite dai medici? 1. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale medico? 2. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla capacità di lavorare in squadra dimostrata dal personale medico ed infermieristico? 3. Ha avuto fiducia nel personale medico che l'ha assistito? 4. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri? 5. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale infermieristico? 6. Ha avuto fiducia nel personale infermieristico che l'ha assistito? 7. Durante il contatto con il personale medico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona? 8. Durante il contatto con il personale infermieristico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona? 9. Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano? 10. In caso di bisogno ha trovato personale disponibile ad aiutarla? 11. Prima dell'uscita dal Pronto Soccorso le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, etc.)? 12. In sintesi qual è la sua valutazione sul modo con cui il personale del Pronto Soccorso ha controllato/gestito il dolore (p.es.: chiedendo periodicamente quali fossero le sue condizioni, o somministrando analgesici, o applicandole del ghiaccio...)? 13. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato/a dal medico? 14. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale al triage (accettazione)? 15. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla capacità del personale al triage (accettazione) di comprendere la gravità del Suo problema di salute? 16. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sul comfort della sala di attesa del Pronto Soccorso? 17. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla pulizia della sala di attesa del Pronto Soccorso? 18. Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla pulizia dei bagni del Pronto Soccorso?
NOTA METODOLOGICA	La popolazione di riferimento è costituita dal totale degli utenti (risultanti dal flusso regionale RFC 106) che si sono recati in uno dei Pronto Soccorso della Regione Toscana nel 2012. La lista campionaria è costituita dall'elenco dei pazienti che hanno avuto accesso presso i Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie toscane nel periodo di reclutamento (dal 30 settembre al 10 novembre 2013), con esclusione dei pazienti minorenni (tranne che per l'AOU Meyer per cui sono stati intervistati i genitori o i tutori legali del bambino), dei deceduti e di coloro che sono stati in Pronto Soccorso specialistici o inseriti in "fast track". Il campione è stato estratto in modo casuale ed è stato definito in maniera da essere rappresentativo a livello di singolo Pronto Soccorso (significatività del 95% e precisione del 9% per i Pronto Soccorso con accessi annui inferiori a 25.000, del 7% nel caso di accessi compresi tra 25.000 e 50.000 e del 5% per i Pronto Soccorso afferenti ad aziende con un unico Pronto Soccorso o con più di 50.000 accessi). Il campione complessivo regionale richiesto è pari a 6.264 pazienti, mentre le interviste concluse a cui si fa riferimento in questo report ammontano a 5.919.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Indagine postale-CAWI-CATI
LIVELLO	Azienda di erogazione



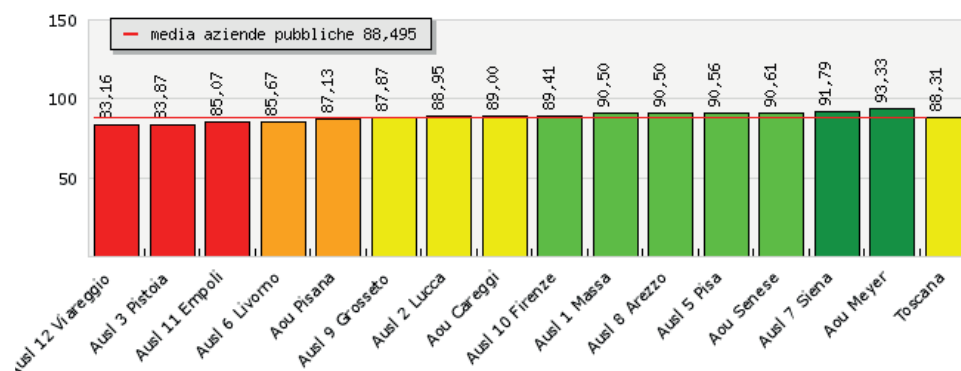
4.2 Indicatore D8a.3.5: Informazioni alle dimissioni

L'indicatore D8a.3.5 (informazioni alle dimissioni) monitora se il paziente, prima dell'uscita dal Pronto soccorso, ha ricevuto informazioni adeguate, ad esempio rispetto ai farmaci da utilizzare o alle visite di controllo. Si tratta di nozioni fondamentali per proseguire in maniera adeguata il percorso di cura (Leino-Kilpi et al., 1993), la cui scarsità può invece comportare un outcome negativo e, conseguentemente, la necessità di accedere nuovamente alle strutture sanitarie (Mamon et al., 1992).

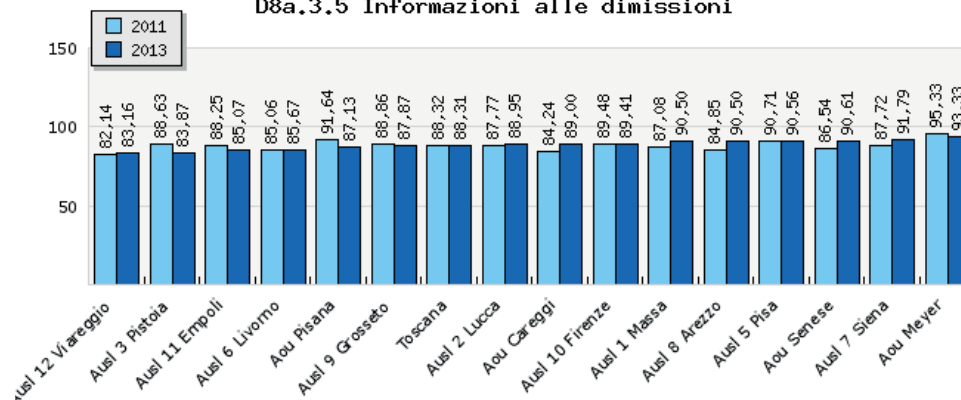
È costruito sulla base della distribuzione delle risposte alla domanda "Prima dell'uscita dal Pronto Soccorso le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione...)?"

Il Pronto Soccorso di Prato, pur sottoposto ad indagine sulla soddisfazione dei pazienti come tutte le altre strutture toscane, in questa edizione non è oggetto di valutazione, in quanto il periodo di campionamento è coinciso con il suo trasferimento dall'ospedale Misericordia e Dolce al Nuovo Ospedale Santo Stefano, rendendo quindi non omogenee le condizioni del confronto.

D8a.3.5 - Informazioni alle dimissioni



D8a.3.5 Informazioni alle dimissioni





4.3 Indicatore D8a.3.6: Gestione del dolore

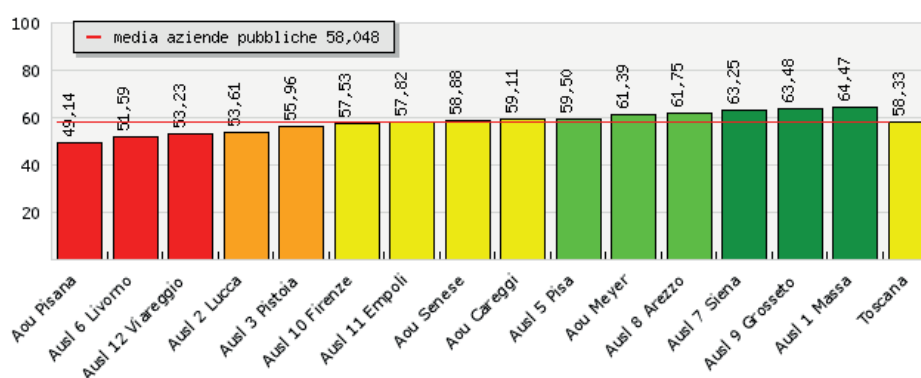
L'indicatore D8a3.6 si basa sulle risposte alla domanda: "In sintesi, qual è la sua valutazione sul modo con cui il personale ha gestito/controllato il dolore?".

Questa domanda si prefigge come obiettivo la rilevazione della percezione dei pazienti circa l'efficacia della presa in carico del loro stato di sofferenza da parte del personale: è un aspetto che, negli anni, si è rivelato una delle maggiori criticità per il servizio di Pronto Soccorso. Gli utenti hanno spesso evidenziato che non si fa abbastanza per alleviare la loro sofferenza.

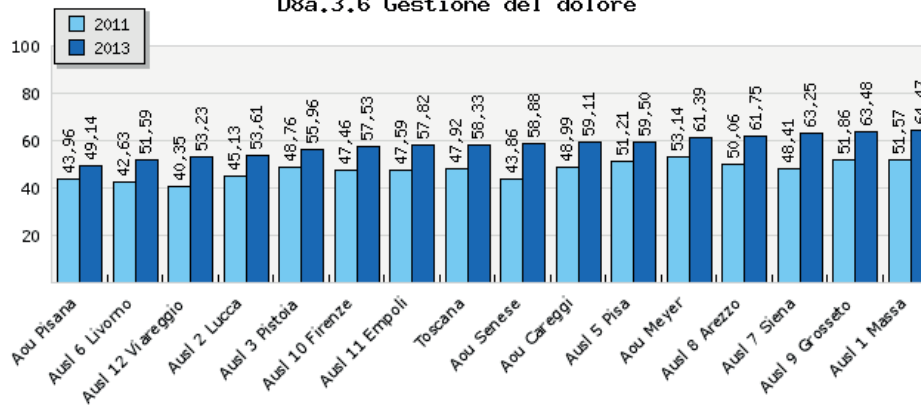
Per questo motivo la Regione Toscana è intervenuta più volte al fine di migliorare questo aspetto. In particolare la DGR 140/2008 prevede che ogni Pronto Soccorso debba dotarsi di un protocollo per il trattamento del dolore subito dopo il triage, anche a gestione infermieristica. È peraltro da sottolineare che, per l'efficace presa in carico da parte del personale di Pronto Soccorso, è anche importante che il paziente sia messo in condizioni di esprimere la sua sofferenza, ed intervenire quindi sulla comunicazione tra professionisti e pazienti su un tema, quale quello della gestione del dolore, in cui la componente culturale ha una grande rilevanza.

Il Pronto Soccorso di Prato, pur sottoposto ad indagine sulla soddisfazione dei pazienti come tutte le altre strutture toscane, in questa edizione non è oggetto di valutazione, in quanto il periodo di campionamento è coinciso con il suo trasferimento dall'ospedale Misericordia e Dolce al Nuovo Ospedale Santo Stefano, rendendo quindi non omogenee le condizioni del confronto.

D8a.3.6 - Gestione del dolore



D8a.3.6 Gestione del dolore





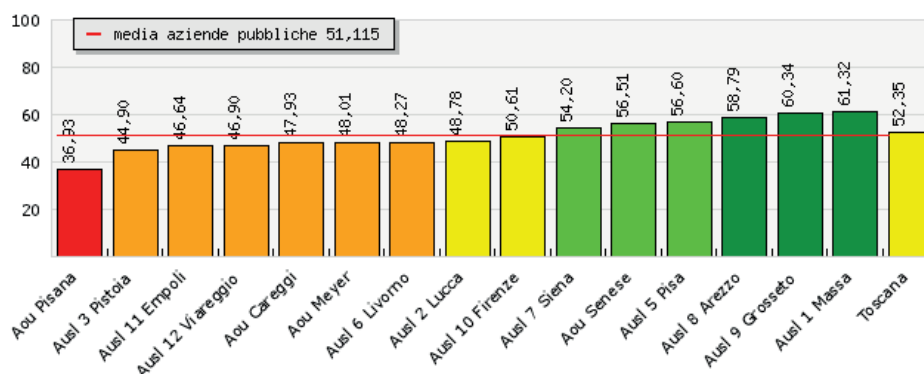
4.4 Indicatore D8a.4.1: Tempi di attesa

Il prolungarsi del tempo atteso dal momento dell'accettazione (*triage*) alla visita medica è diventato negli anni una delle maggiori criticità per il servizio di Pronto Soccorso: l'afflusso, in costante crescita, di numerosi pazienti ha infatti determinato nel tempo la possibilità che i tempi di attesa, soprattutto per coloro cui è assegnato un codice con bassa priorità, diventino molto lunghi. Numerosi studi hanno approfondito gli effetti dei lunghi tempi di attesa sui pazienti, evidenziandone sia l'impatto sulla soddisfazione degli utenti (Sitzia e Wood, 1997) sia l'effetto in termini di risultati di outcome (Guttmann et al., 2011). Per questo motivo, tra gli obiettivi perseguiti nella DGR 140/2008 i tempi di attesa per i codici verdi non dovrebbero essere superiori ad un'ora (mezz'ora per i codici gialli).

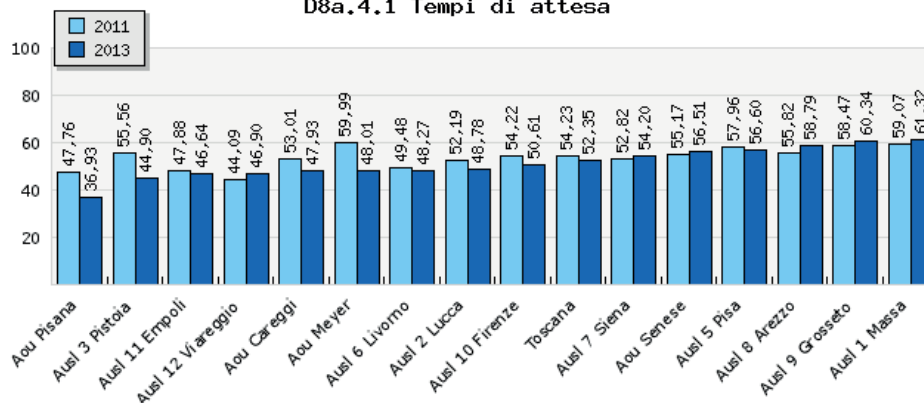
L'indicatore D8a.4.1, tempi di attesa, rileva il livello di soddisfazione dei pazienti del servizio di Pronto Soccorso espresso attraverso la domanda: "Da 1 a 5 qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato/a dal medico?"

Il Pronto Soccorso di Prato, pur sottoposto ad indagine sulla soddisfazione dei pazienti come tutte le altre strutture toscane, in questa edizione non è oggetto di valutazione, in quanto il periodo di campionamento è coinciso con il suo trasferimento dall'ospedale Misericordia e Dolce al Nuovo Ospedale Santo Stefano, rendendo quindi non omogenee le condizioni del confronto.

D8a.4.1 - Tempi di attesa



D8a.4.1 Tempi di attesa





4.5 Indicatore D9a: Abbandoni dal Pronto Soccorso

L'indicatore, calcolato già dal 2010 con i dati provenienti dal flusso RFC 106 (trasmissione contestuale all'evento), monitora il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (*triage*), senza darne preavviso al personale.

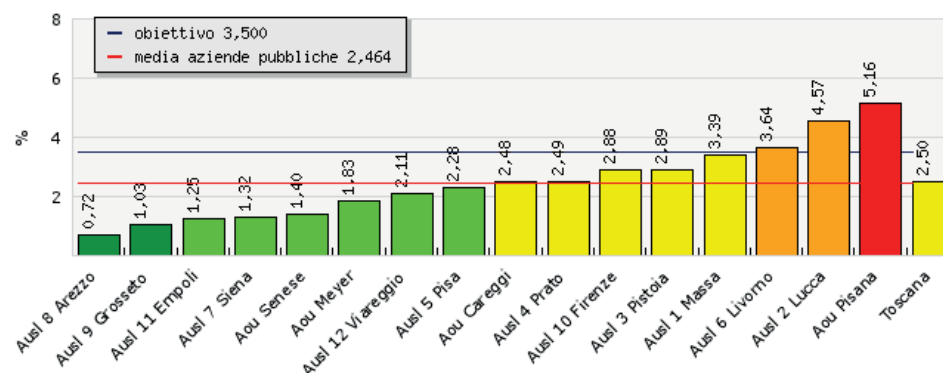
Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visti dal medico, sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica senza aver terminato il percorso assistenziale. Per alcune aziende il dato comprende anche gli allontanamenti volontari con firma.

Indicatore	Valore Toscana	Performance Toscana	Anno
D9a - Abbandoni dal Pronto Soccorso	2,50 %	 2,87	2013

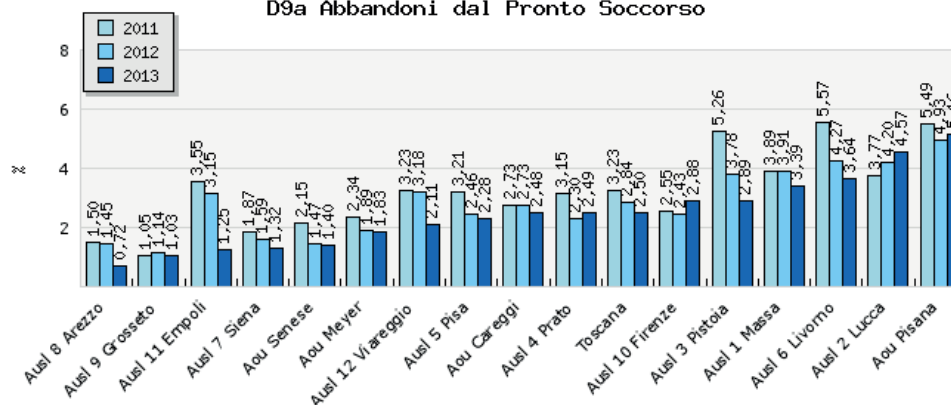
Fonte dei dati : RFC 106

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

D9a – Abbandoni dal Pronto Soccorso



D9a Abbandoni dal Pronto Soccorso



D9a	
ABBANDONI DAL PRONTO SOCCORSO	
DEFINIZIONE	Percentuale di accessi che si concludono con un allontanamento spontaneo del paziente dal Pronto Soccorso dopo il triage senza informare il personale
NUMERATORE	N. abbandoni x 100
DENOMINATORE	N. accessi al PS
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano "abbandoni" i pazienti che lasciano il Pronto Soccorso spontaneamente dopo aver effettuato il triage, sia prima della visita medica sia dopo la visita
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: < 3,5%
FONTE	RFC 106
LIVELLO	Azienda di erogazione



4.6 Indicatore D18a: Dimissioni volontarie di pazienti 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., 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.

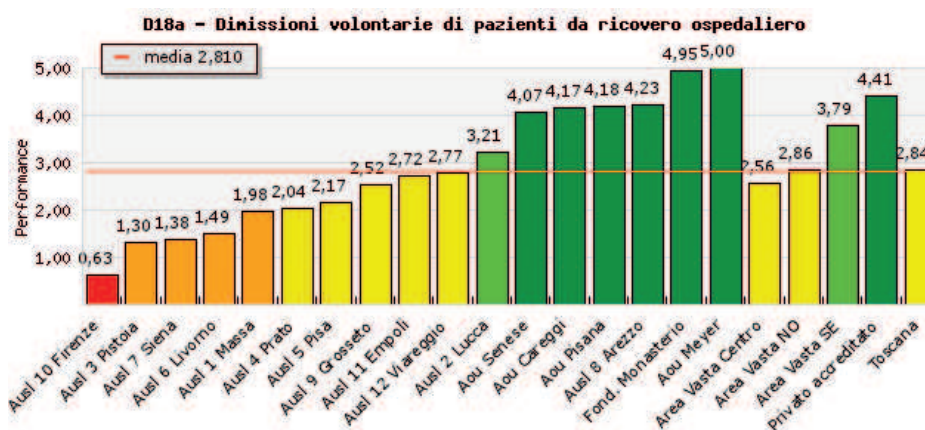
Sulla base anche di quest'ultima evidenza, dal 2009 è stato introdotto nel sistema di valutazione l'indicatore D18 che monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. È stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini nella misura in cui il fenomeno possa considerarsi una *proxy* della soddisfazione del paziente.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
D18a - Dimissioni volontarie di pazienti da ricovero ospedaliero	2,84	2013

Fonte dei dati : *Flusso SDO*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

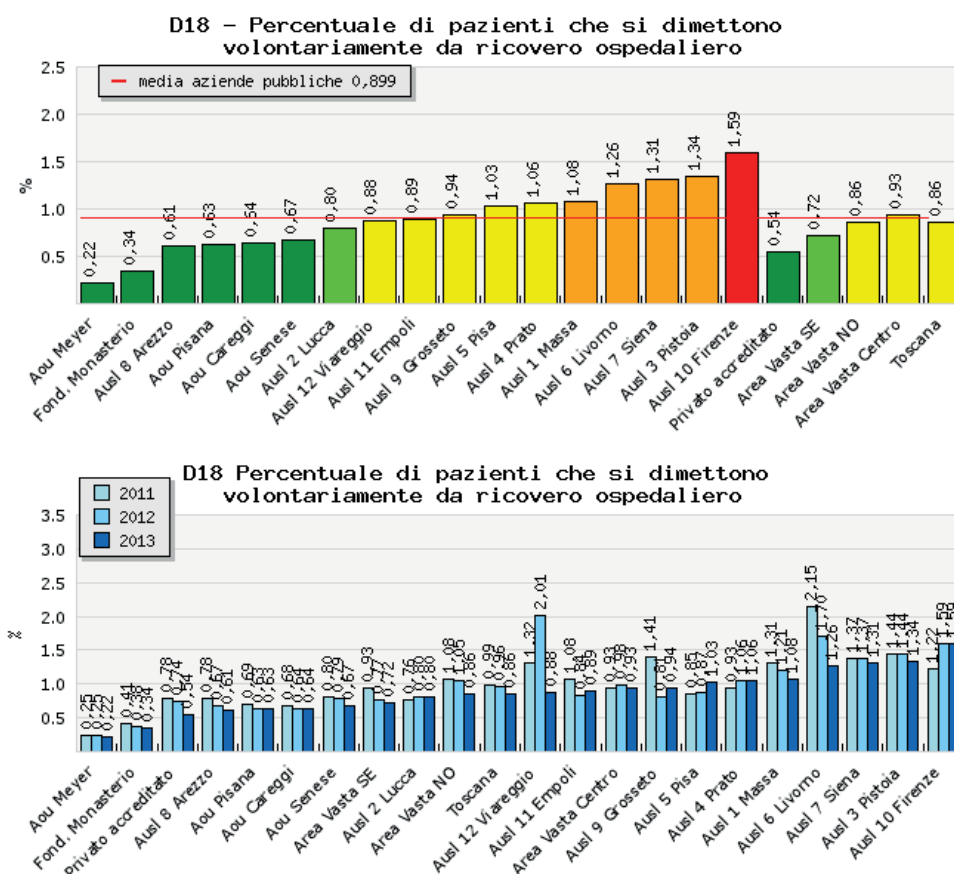
- D18a Dimissioni volontarie di pazienti da ricovero ospedaliero
 - D18 Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero [0,86 %](#)
 - D18.1 Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione [1,27 %](#)



D18a	
DIMISSIONI VOLONTARIE DI PAZIENTI DA RICOVERO OSPEDALIERO	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Questo indicatore assume la valutazione del sottoindicatore D18-Percentuale di dimissioni ospedaliere volontarie.



4.7 Indicatore D18: Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero



D18	
PERCENTUALE DI PAZIENTI CHE SI DIMETTONO VOLONTARIAMENTE DA RICOVERO OSPEDALIERO	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri che si concludono con una dimissioni volontaria del paziente
NUMERATORE	Numero di dimissioni volontarie x 100
DENOMINATORE	Numero di ricoveri
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il dato viene calcolato separatamente per le strutture pubbliche e per quelle private accreditate. Sono escluse dal calcolo le strutture private non accreditate. Si considera volontaria una dimissione avvenuta con modalità di dimissione (modim) =5. Si esclude l'interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486) tramite i Codici ICD9-CM 635.xx (Aborto indotto legalmente) in diagnosi principale e V61.7 (altra gravidanza indesiderata) e/o V58.83 (trattamento per monitoraggio di farmaci terapeutici) in una delle diagnosi secondarie e 99.24 (Iniezione di altri ormoni (prima ed eventuale seconda somministrazione per os)) in qualunque procedura.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2012
FONTE	Sistema informativo regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



4.8 Indicatore D17: Valutazione utenti Materno Infantile

La Regione Toscana ha sempre avuto una grande attenzione per il percorso nascita, prevedendo attraverso la pianificazione e programmazione regionale politiche d'intervento e azioni mirate ad assicurare un'adeguata risposta ai bisogni delle donne e dei nascituri, in termini di qualità e appropriatezza.

L'indicatore D17 e i suoi sotto indicatori, che hanno come fonte l'indagine sull'esperienza delle donne, completano le valutazioni sul percorso che si ottengono con gli indicatori C7b e C7c, aggiungendo elementi ulteriori che riguardano la presa in carico, il coordinamento, e l'assistenza erogata in tutte e tre le fasi del percorso: pre-parto, parto e post-partum.

Le valutazioni del D17 esprimono il livello di soddisfazione complessivo delle utenti rispetto all'intero percorso materno infantile e sono calcolate sulla base della distribuzione delle risposte ottenute alla domanda: "Quanto si ritiene soddisfatta dell'assistenza sanitaria ricevuta?". I sottoindicatori, invece, traducono in valutazione le performance dei servizi rispetto ad aspetti specifici misurati attraverso l'esperienza delle donne.

I valori e le valutazioni sono elaborati per Azienda sanitaria di residenza quando l'esperienza rilevata fa riferimento ai servizi offerti sul territorio (fasi pre parto e del post partum) e per Azienda di erogazione e Punto nascita quando invece l'esperienza è relativa al ricovero ospedaliero durante il quale è avvenuto il parto.

Come descritto nella scheda di calcolo, le risposte raccolte sono state trattate in modo da essere rappresentative della popolazione di riferimento e successivamente sottoposte a procedura di risk adjustment per consentire la confrontabilità le performance.

Nel presente Report sono riportati alcuni indicatori a titolo di esempio; i dati completi sono a disposizione sulla piattaforma all'indirizzo web: performance.sssup.it/toscana.

Indicatore	Valore Toscana	Performance Toscana	Anno
D17 - Valutazione utenti Materno Infantile	68,67	 2,52	2012-2013

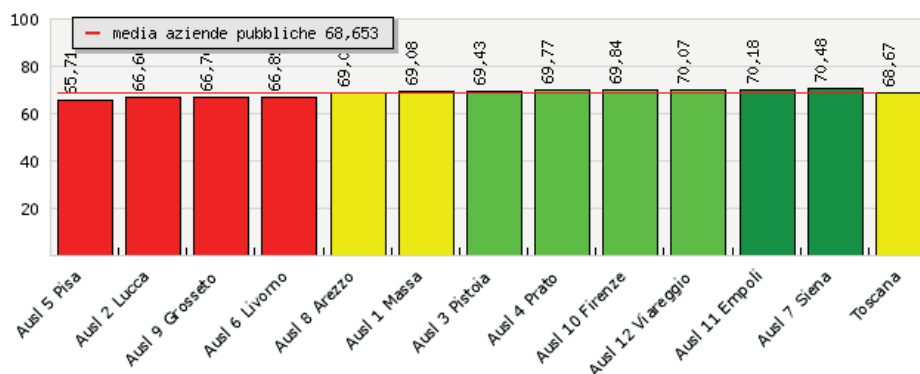
Fonte dei dati : *Indagine Postale - Laboratorio Mes*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- D17 Valutazione utenti Materno Infantile
 - B13 Continuità assistenziale percorso materno infantile
 - B13.1 Coordinamento nel percorso complessivo [57,70](#) 
 - B13.2 Continuità durante il travaglio [68,78 valore](#)
 - D17.2.4 Informazioni concordanti sull'allattamento [64,68 valore](#) 
 - D17.1 Pre-parto
 - D17.1.1 Corso pre-parto [72,92](#) 
 - D17.1.2 Presentazione del percorso [61,82 valore](#) 
 - D17.1.3 Tempi d'attesa [89,41 valore](#) 
 - D17.1.4 Accessibilità [90,52 valore](#) 
 - D17.1.5 Willingness to recommend [89,54 valore](#) 
 - D17.2 Parto
 - D17.2.1 Fiducia nei medici [76,37](#) 
 - D17.2.2 Fiducia negli infermieri [73,46](#) 
 - D17.2.3 Fiducia nelle ostetriche [80,78](#) 
 - D17.2.5 Pulizia ambienti [78,89](#) 
 - D17.2.6 Gestione del dolore durante il travaglio [60,90 valore](#) 
 - D17.2.7 Gestione del dolore durante il parto [68,46 valore](#)
 - D17.2.8 Gestione del dolore dopo il parto [65,34 valore](#) 
 - D17.2.9 Lavoro di squadra [74,99 valore](#) 
 - D17.2.10 Willingness to recommend il punto nascita [89,57 valore](#) 
 - D17.3 Post - parto
 - D17.3.1 Supporto richiesto all'ostetrica del consultorio/distretto [70,93 valore](#)
 - D17.3.2 Supporto richiesto al pediatra di famiglia [71,14 valore](#)
 - D17.3.3 Supporto richiesto al medico di famiglia [67,07 valore](#)
 - D17.3.4 Supporto richiesto al medico ospedaliero [63,14 valore](#)
 - D17.3.5 Willingness to recommend [87,07 valore](#)



D17 - Valutazione utenti Materno Infantile

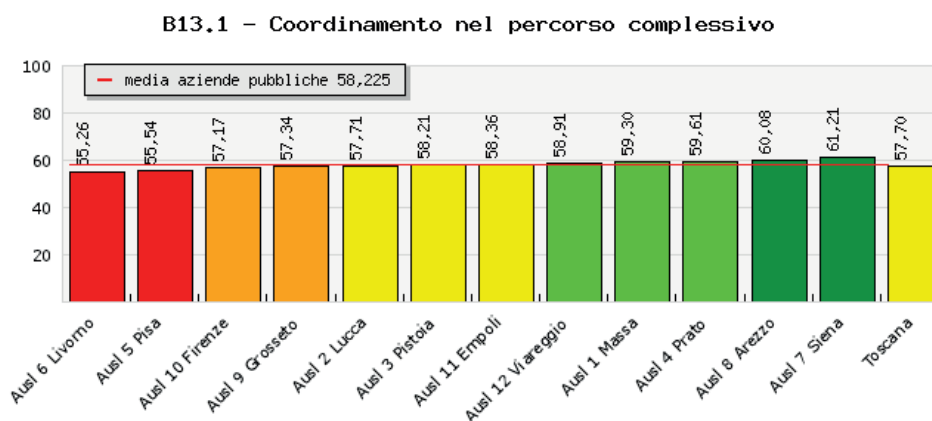


D17	
VALUTAZIONE UTENTI MATERNO INFANTILE	
DEFINIZIONE	Valutazione ed esperienza delle donne che accedono al percorso nascita
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step: - Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai pazienti in una scala continua da 0 a 100; - Applicazione della procedura di risk adjustment correggendo per le variabili età, titolo di studio, parto pretermine, primipara, decorso della gravidanza, nazionalità, parto cesareo; - Calcolo del valore medio aggiustato per azienda; - Definizione delle fasce di valutazione sulla base della distribuzione tra aziende e del posizionamento sopra e sotto la media.
QUESITI	L'indicatore fa riferimento alle risposte ottenute alla domanda: Quanto si ritiene soddisfatta dell'assistenza sanitaria ricevuta? I sottoindicatori, che offrono un dettaglio ulteriore sull'esperienza delle donne, sono calcolati sulla base delle risposte alle seguenti domande: - Ritiene che ci sia stato coordinamento tra gli operatori sanitari? - Se durante il travaglio c'è stato cambio turno tra le ostetriche, pensa che ci sia stata comunicazione e continuità tra le ostetriche che si sono avvicendate? - Durante il ricovero ha ricevuto dal personale del punto nascita informazioni concordanti sull'allattamento del suo bambino? - Da 1 a 5, come valuta complessivamente il corso di preparazione alla nascita? - Quando le è stato consegnato il libretto, le è stato presentato il percorso nascita con tutte le sue fasi e i servizi offerti dalla sua Ausl? - Ha fatto gli esami previsti nel 'libretto-ricettario' in ritardo a causa dei tempi di attesa? - Durante la gravidanza ha avuto difficoltà ad accedere ai servizi sanitari? - Consiglierebbe a parenti ed amici il consultorio, la struttura o la persona che l'ha seguita prima del parto? - Durante il ricovero ha avuto fiducia nel personale medico che l'ha assistita? - Durante il ricovero ha avuto fiducia nel personale infermieristico che l'ha assistita? - Durante il ricovero ha avuto fiducia nelle ostetriche che l'hanno assistita? - Come valuta complessivamente la pulizia degli ambienti? - Pensa che sia stato fatto il possibile per controllare il suo dolore durante il travaglio? - Pensa che sia stato fatto il possibile per controllare il suo dolore durante il parto? - Pensa che sia stato fatto il possibile per controllare il suo dolore dopo il parto? - Come valuta complessivamente il modo di lavorare insieme del personale ospedaliero? - Consiglierebbe a parenti ed amici il punto nascita dove lei ha partorito? - Se una volta tornata a casa ha richiesto supporto all'ostetrica del consultorio/distretto, in che misura questo l'ha aiutata a risolvere il suo problema? - Se una volta tornata a casa ha richiesto supporto al pediatra di famiglia, in che misura questo l'ha aiutata a risolvere il suo problema? - Se una volta tornata a casa ha richiesto supporto al medico di famiglia, in che misura questo l'ha aiutata a risolvere il suo problema? - Se una volta tornata a casa ha richiesto supporto al medico ospedaliero, in che misura questo l'ha aiutata a risolvere il suo problema? - Consiglierebbe a parenti ed amici il consultorio, la struttura o la persona che l'ha seguita dopo il parto?
NOTA METODOLOGICA	Dalla lista delle donne che hanno partorito presso i 25 punti nascita della Regione Toscana nei sei mesi di reclutamento (lista campionaria) è stato estratto un campione casuale rappresentativo della popolazione delle partorienti di ciascun punto nascita, popolazione identificata attraverso gli eventi nascita registrati dal CAP (Certificato di Assistenza al Parto) per l'anno 2011 (popolazione di riferimento). Non sono state incluse nella popolazione di riferimento e nella lista campionaria le donne per le quali risultava dal CAP che il bambino fosse deceduto al momento del parto o durante il ricovero o non fosse affatto nato, oltreché le donne il cui bambino fosse stato ricoverato in una terapia intensiva neonatale. La numerosità campionaria per punto nascita è stata definita in modo da restituire risultati con una significatività del 5% e una precisione delle stime di errore del 6%, nel caso di unico punto nascita aziendale, o dell'8% in tutti gli altri casi. Tale numerosità è stata riproporzionata alla popolazione di riferimento ed incrementata per far fronte alla mancata adesione di una parte delle donne estratte nel campione. L'incremento è stato definito stimando un tasso di risposta atteso del 25%, definito sulla base dei tassi di risposta registrati nelle ultime due edizioni della survey (telefonica e web).
RIFERIMENTO	Media regionale, indagine 2012-2013
Fonte	Indagine postale CAWI, CATI
LIVELLO	Azienda di residenza e Azienda di erogazione



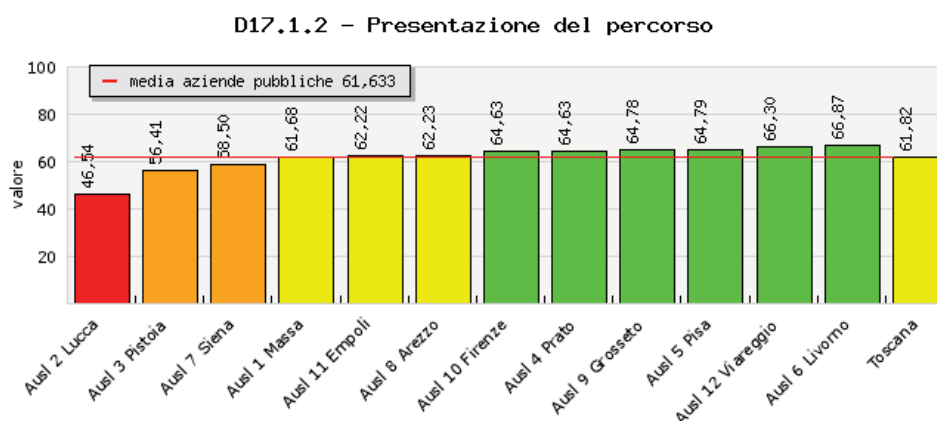
4.9 Indicatore B13.1: Coordinamento nel percorso complessivo

Il coordinamento tra i professionisti che erogano assistenza è, secondo l'Institute of medicine (2001), una delle sei dimensioni della patient-centered care (Goodrich and Cornwell, 2008), e va considerato un fattore essenziale per garantire la continuità nelle cure in un percorso, come quello materno infantile, in cui l'assistenza è erogata da una pluralità di professionisti (ostetriche, ginecologi, neonatologi, pediatri, etc.) e all'interno di servizi e strutture differenti (consultori, ospedali, ambulatori distrettuali, etc.). Malgrado ciò, in un percorso come quello materno infantile, lineare ma articolato nel tempo, non è sempre scontato che il coordinamento tra gli operatori esista, così come emerge dall'esperienza delle donne che, partecipando alla survey della Regione Toscana, hanno risposto alla domanda "Ritiene che ci sia stato coordinamento tra gli operatori sanitari durante le varie fasi del suo percorso?".



4.10 Indicatore D17.1.2: Presentazione del percorso

Con la consegna del "libretto-ricettario" il personale del percorso nascita, in particolare il personale ostetrico del consultorio, ha la possibilità di instaurare il primissimo contatto con le donne in gravidanza e di prenderle in carico, approfittando di questo momento per la presentazione del percorso, in tutte le sue fasi, e dei servizi disponibili sul territorio e in ospedale. Questo tipo di informazione è molto utile ad aumentare la consapevolezza della donna in merito all'offerta assistenziale e, di conseguenza, a ridurre l'asimmetria informativa a suo carico. Un'adeguata informazione sul percorso aiuta la donna ad accedere in modo appropriato e nei tempi giusti ai servizi. Questo momento di informazione è dunque indispensabile per attivare il processo di empowerment delle utenti ed assicurare un sicuro ed efficace svolgimento del percorso materno infantile.

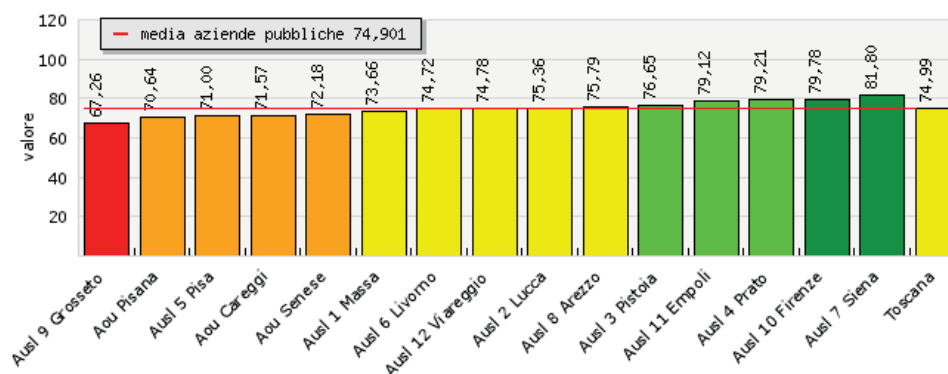




4.11 Indicatore D17.2.9: Lavoro di squadra

Sono ormai numerosi gli studi condotti in Toscana, e non solo, dai quali emerge che il lavoro di squadra è una componente importante dell'assistenza che incide consistentemente sulla valutazione che gli utenti danno dei servizi sanitari a cui accedono (Seghieri et al, 2008; Murante e Nuti, 2011; Meterko et al, 2004). Tuttavia il team funziona quando gli operatori che ne fanno parte condividono le strategie e gli obiettivi. Un efficace lavoro di squadra costituisce un fattore essenziale per la qualità e la sicurezza dell'assistenza offerta (Leonard et al, 2004), in tutti gli ambiti assistenziali in cui è richiesta sinergia tra gli operatori, come durante il parto.

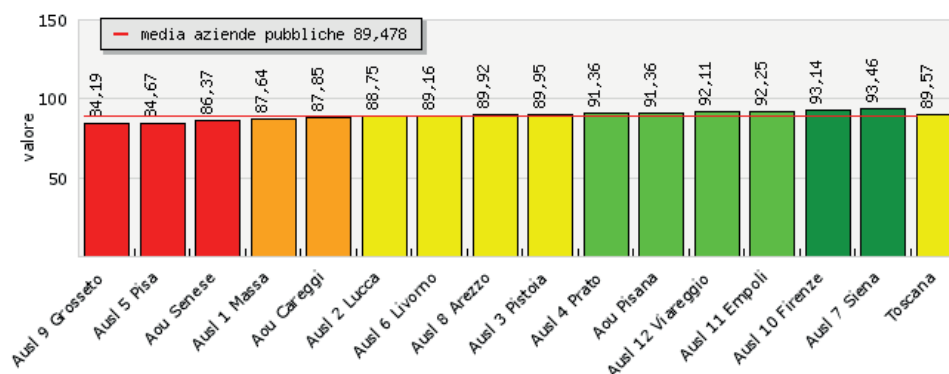
D17.2.9 – Lavoro di squadra



4.12 Indicatore D17.2.10: Willingness to recommend il punto nascita

Il passaparola è uno strumento tipicamente studiato nel marketing come forma di feedback dei consumatori/utenti. Negli ultimi anni la willingness to recommend è diventata la misura più diffusa della qualità dei servizi sanitari britannici grazie al Friends and Family Test (Coulter et al, 2014), pur non offrendo da sola sufficienti elementi per comprendere l'esperienza dell'utente e le aspettative eventualmente non soddisfatte. Certamente negli studi di patient experience e patient satisfaction i risultati che descrivono la propensione degli utenti a voler raccomandare il servizio sanitario utilizzato offrono un'informazione più robusta rispetto alla qualità complessivamente percepita o alle valutazioni globali. I risultati delle precedenti indagini di patient experience condotte in Toscana mostrano infatti che non necessariamente tutti gli utenti che esprimono una valutazione positiva della qualità complessiva di un servizio sanitario utilizzato sono poi propensi a consigliare il servizio a parenti o amici che possono averne bisogno. Questo risultato è stato osservato anche per le utenti del percorso materno infantile (Nuti e Murante, 2013).

D17.2.10 – Willingness to recommend il punto nascita





PARTE V

LA VALUTAZIONE INTERNA

a cura di Francesca Sanna, Domenico Cerasuolo

La dimensione "Valutazione Interna" riguarda la soddisfazione del personale che opera nelle strutture del sistema sanitario regionale ed è presente nel sistema di valutazione delle performance al fine di contribuire a fornire un quadro più completo sui risultati e sulle performance aziendali, in particolare leggendo tali dati in relazione con le altre dimensioni del sistema. Le risorse umane rivestono all'interno delle Aziende Sanitarie un'importanza strategica sia in termini di valore delle professionalità coinvolte sia in termini economici per la rilevanza del costo del personale nelle Aziende suddette.

Le aziende sanitarie sono aziende di servizi alla persona dove vi è una stretta relazione tra il sentire dei dipendenti nell'ambiente di lavoro e la qualità dei servizi erogati: maggiore è infatti la soddisfazione, la motivazione e la fiducia degli operatori rispetto al proprio lavoro e alla propria azienda maggiore sarà la qualità del servizio erogato all'utente.

All'interno del sistema di valutazione delle performance, lo status del dipendente nella propria realtà lavorativa è indagato attraverso l'utilizzo di due strumenti:

1. l'analisi di un set di indicatori oggettivi, considerati proxy del clima interno, quali la percentuale di assenza e il tasso di infortuni sul lavoro;
2. la somministrazione di un questionario di clima interno a tutti i dipendenti delle Aziende Sanitarie toscane.

Nell'anno 2013 l'indagine di clima interno non è stata effettuata; si tratta, infatti, di un'indagine biennale proprio perché le aziende abbiano il tempo di adottare le strategie necessarie per far fronte alle esigenze sorte nell'indagine di clima interno.

La **Percentuale di Assenza (E2)** è l'indicatore che monitora il fenomeno dell'assenza del dipendente dal posto di lavoro.

L'indicatore è un importante segnale di allarme per l'organizzazione in quanto indice di un non buono clima organizzativo e di possibili cause di malfunzionamento della stessa.

Le cause sono molteplici. L'indicatore di per sé non è in grado di individuare le cause sottostanti al fenomeno, ma permette di raccogliere indirettamente informazioni utili sul clima interno e sulla produttività degli operatori: prende infatti in considerazione diversi aspetti e situazioni che determinano l'assenza dal posto di lavoro. Gli elementi rilevati riguardano le assenze per permessi (da quelle sindacali fino a quelle per il diritto allo studio), per malattia e per infortunio, fornendo in questo modo uno spaccato della presenza/assenza dei dipendenti.

Questo indicatore ha dunque un impatto sull'efficienza e sulla produttività dell'Azienda e quindi del sistema nel suo complesso.

Il **Tasso Infortuni (E3)** monitora la frequenza degli infortuni dei dipendenti, rileva aspetti legati a carenze organizzative o strutturali, evidenzia elementi che riguardano lo scarso rispetto di procedure e protocolli per la sicurezza sui luoghi di lavoro. In generale questo indicatore permette di rilevare le carenze organizzative a cui sarebbe necessario fare fronte per rendere il posto di lavoro più sicuro e quindi più vivibile.

Il monitoraggio di questo indicatore da parte del top management permette di identificare i fattori di rischio che concorrono al verificarsi degli eventi infortunistici, rafforzando la prevenzione primaria ed accrescendo il livello di attenzione dei singoli operatori nello svolgimento quotidiano del loro lavoro. Questo al fine di sviluppare una consapevolezza maggiore sui rischi e le procedure di sicurezza.

L'indicatore, oltre ad aspetti puramente gestionali e ai costi conseguenti al verificarsi di questi eventi, si carica, inoltre, di una valenza etico-morale per l'attenzione delle istituzioni sul fenomeno.

I dati relativi all'assenza e agli infortuni sono estratti direttamente dalle Aziende ed inviati al Laboratorio MeS per l'elaborazione.



5.1 Indicatore E2: Percentuale assenze dipendenti

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 risulta dal rapporto fra le ore di assenza per malattia, per infortunio e per permessi retribuiti (al numeratore) e le ore lavorabili da contratto (al denominatore), al netto delle ferie effettuate/fruite, del distacco sindacale per impegno ridotto, dei permessi sindacali e politici, del diritto allo studio, dello sciopero, dell'astensione facoltativa per malattia del figlio e dell'aspettativa senza assegni.

I dati utilizzati per la costruzione dell'indicatore sono stati forniti direttamente dalle aziende sanitarie toscane. Il periodo di rilevazione dei dati presentati si riferisce a tutto l'anno 2013.

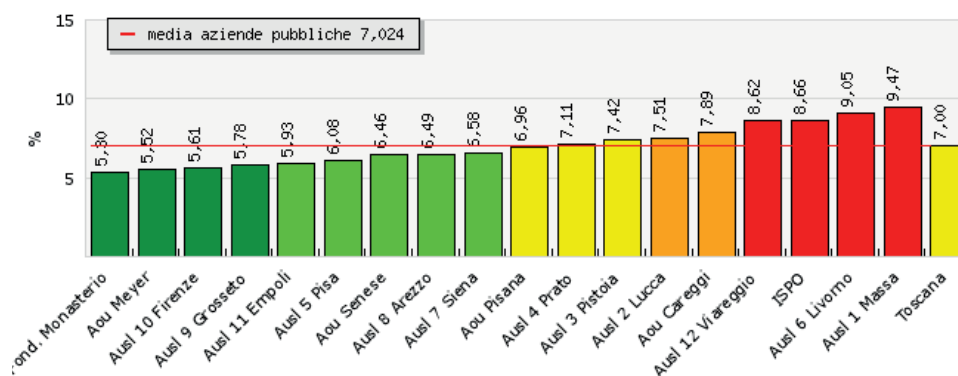
Indicatore	Valore Toscana	Performance Toscana	Anno
E2 - Percentuale assenze dipendenti	7,00 %	 2,54	2013

Fonte dei dati : *Dati Aziendali*

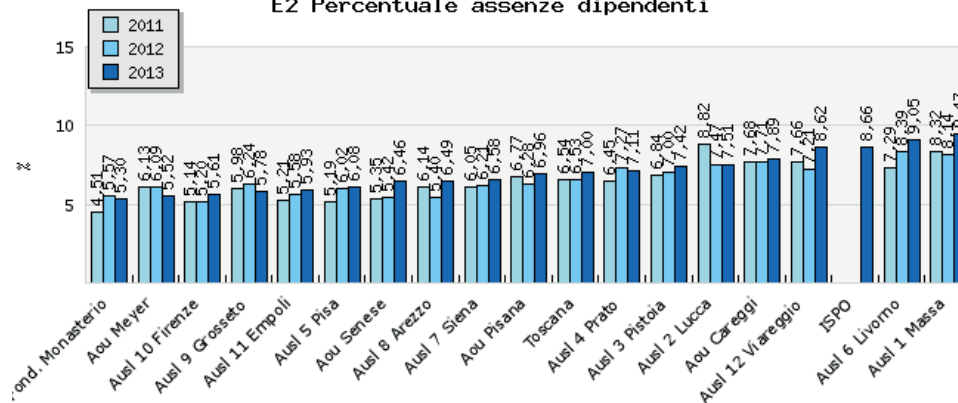
Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- E2 Percentuale assenze dipendenti

E2 - Percentuale assenze dipendenti



E2 Percentuale assenze dipendenti



E2	
PERCENTUALE ASSENZE DIPENDENTI	
DEFINIZIONE	Percentuale di assenza dei dipendenti
NUMERATORE	N. ore di assenza
DENOMINATORE	N. ore lavorabili da contratto (al netto)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il numero di ore di assenza risulta dalla somma di: - n. ore Assenza per Malattia (100%, 90%, 50% e 0%) - n. ore Assenza per Infortuni - n. ore Permessi Retribuiti Il numero di ore lavorabili da contratto si intende al netto di: - n. ore per Ferie effettuate/fruite - n. ore Distacco Sindacale - n. ore Permessi Sindacali - n. ore Diritto allo studio (150 ore) - n. ore Sciopero - n. ore Astensione facoltativa per malattia del figlio - n. ore Aspettative senza assegni
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Dato Aziendale - Ufficio del Personale
LIVELLO	Azienda di erogazione



5.2 Indicatore E3: Tasso infortuni

Il tasso di infortuni mostra il rapporto fra il numero di infortuni relativo al periodo preso in esame ed il numero di ore lavorabili da contratto (per 100.000 ore lavorabili). Il dato risultante si riferisce quindi alla frequenza degli infortuni ogni 100.000 ore lavorabili da contratto.

L'indicatore considera gli infortuni con 0 giorni di prognosi (tutti quegli infortuni che non comportano assenza dal posto di lavoro), gli infortuni con prognosi da 1 a 3 giorni ed infine gli infortuni con più di 3 giorni di prognosi, per i quali il lavoratore infortunato ha diritto alla corresponsione di una indennità di infortunio a carico dell'INAIL.

I dati richiesti provengono dai registri infortuni delle Aziende e riguardano gli eventi infortunistici occorsi all'interno della strutture aziendali e nel tragitto casa-lavoro (infortuni *in itinere*).

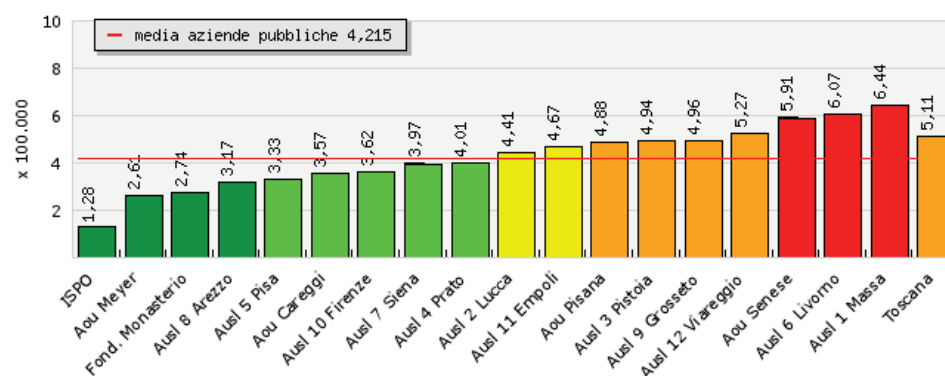
Indicatore	Valore Toscana	Performance Toscana	Anno
E3 - Tasso infortuni	5,11 x 100.000	 1,57	2013

Fonte dei dati : *Dati Aziendali*

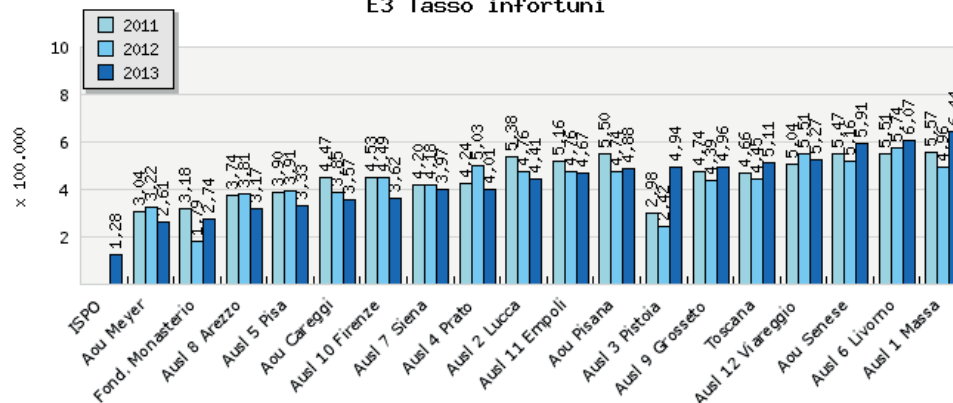
Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- E3 Tasso infortuni

E3 – Tasso infortuni



E3 Tasso infortuni



E3	
TASSO INFORTUNI	
DEFINIZIONE	Tasso di Infortuni dei dipendenti dell'azienda
NUMERATORE	Numero di infortuni
DENOMINATORE	Numero di ore lavorabili da contratto
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Dato Aziendale - SSP / Ufficio del Personale
LIVELLO	Azienda di erogazione



PARTE VI

LA VALUTAZIONE DELL'EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA

a cura di Milena Vainieri

La dimensione economico-finanziaria e di efficienza operativa ha lo scopo di valutare come sono utilizzate le risorse, sia a livello complessivo, attraverso l'analisi di bilancio sia a livello specifico, come ad esempio l'uso delle risorse per il consumo di farmaci.

Come per le altre dimensioni, anche qui sono riportati solo gli indicatori di valutazione mentre gli indicatori di osservazione possono essere consultati alla pagina web del sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane: <http://performance.sssup.it/toscana>

Gli indicatori del sistema di valutazione che rilevano l'utilizzo delle risorse aziendali attraverso l'analisi dei prospetti del Conto Economico, dello Stato Patrimoniale e della Nota Integrativa sono: F1-equilibrio economico, F3-equilibrio patrimoniale e finanziario ed F11-indice di compensazione extraregionale. Un altro indicatore derivante dal flusso CE che rileva l'utilizzo complessivo delle risorse è il costo sanitario pro-capite - F17 introdotto nell'anno 2008 e valido per le sole aziende territoriali.

I dati relativi alla dimensione economico-finanziaria (F1,F3, F11) si basano sui dati dei bilanci definitivi dell'anno 2012 mentre l'indicatore F17 è calcolato su dati provvisori dei flussi CE 2013.

A livello specifico, il Sistema di Valutazione monitora alcuni indicatori relativi all'assistenza farmaceutica, all'assistenza sanitaria collettiva e all'assistenza ospedaliera.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, gli indicatori presenti sul sistema sono: F10a- Governo della spesa farmaceutica, che rileva la spesa farmaceutica pro capite ed F12b -Efficienza prescrittiva farmaceutica, che monitora alcune tra le categorie di farmaci ad elevato consumo e ad alto costo, erogati sia attraverso la farmaceutica convenzionata, sia in ambito ospedaliero. Sulla piattaforma online sono stati aggiunti alcuni sottoindicatori di osservazione per la spesa farmaceutica procapite. Si tratta di indicatori che dettagliano alcuni consumi relativi ai farmaci oncologici, inibitori TNF alfa ed antivirali. In questo volume come nuovo indicatore si trovano i consumi per i dispositivi medici e la variabilità all'interno delle stesse categorie nazionali di dispositivi: F12c.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria collettiva, gli indicatori monitorati si riferiscono alla sicurezza sul lavoro, alla sicurezza alimentare e nutrizione e all'Igiene e Sanità Pubblica. Tutti i sottoindicatori che riguardano la tempestività dei flussi e corretta compilazione sono stati spostati nell'indicatore B8. Gli indicatori F15-Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro, F16- Efficienza ed efficacia nei servizi di sicurezza alimentare e nutrizione e l'indicatore introdotto l'anno scorso F21- Igiene e Sanità Pubblica, analizzano indicatori di attività ed efficienza.

Infine è stato introdotto l'indicatore sul costo dell'assistenza ospedaliera (F19a) in termini di costo medio per punto Drg relativo all'anno 2012, coerentemente con quanto viene monitorato nel sistema di valutazione del network regioni. L'indicatore del costo per erogazione dei ricoveri era già presente negli anni precedenti ma con differenti modalità di calcolo (si usavano i pesi e tariffe regionali), per questo anno invece il riferimento è il Decreto Ministeriale contenente i pesi nazionali.

Per questo anno non sono presenti gli indicatori relativi alla valutazione dei servizi interni e del sistema di budget. Questi indicatori, derivanti dall'indagine di clima interno, sono presenti ad anni alterni.



6.1 Indicatore F1: Equilibrio economico reddituale

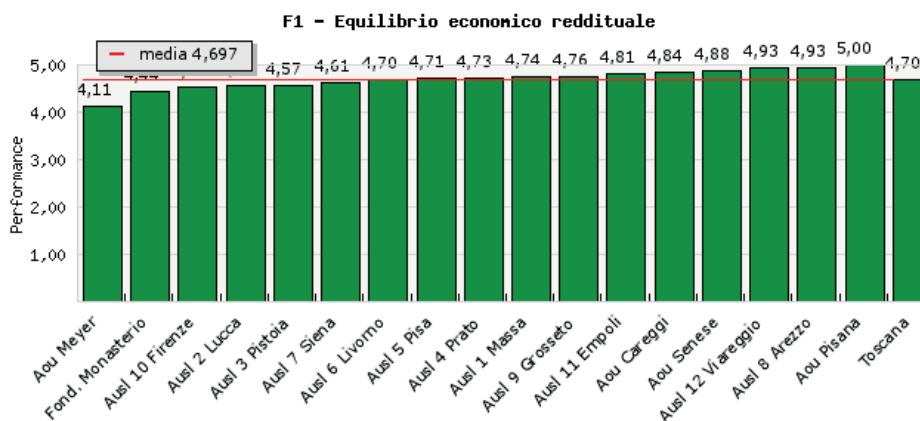
L'indicatore F1 analizza l'equilibrio economico ed esprime la capacità dell'azienda di raggiungere condizioni di funzionalità e sviluppo durature nel tempo. L'indicatore si compone di tre indici: il primo esprime la situazione economica complessiva dell'azienda; il secondo analizza la situazione economica della gestione caratteristica che corrisponde all'attività principale svolta dall'azienda, ossia l'attività sanitaria. Infine il terzo misura l'efficienza dell'utilizzo del capitale investito. I dati dei tre indicatori si riferiscono all'anno 2012 in quanto ad oggi non sono disponibili i dati definitivi dei flussi ministeriali SP e CE (relativi rispettivamente allo Stato Patrimoniale e al Conto Economico). Tutti i dati sono espressi in migliaia di euro.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
F1 - Equilibrio economico reddituale	 4,70	2012

Fonte dei dati : *Flusso CE, Flusso SP, Nota Integrativa*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- F1 Equilibrio economico reddituale
 - F1.1 Equilibrio economico generale 0,03 % 
 - F1.2 Equilibrio economico sanitario 2,40 % 
 - F1.3 ROI 2,92 % 



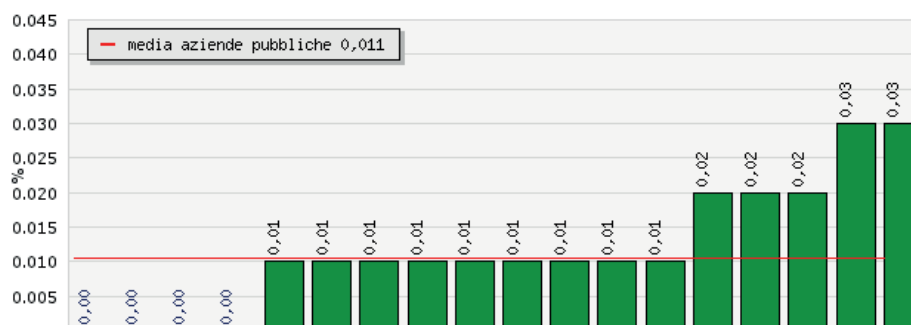
F1	
EQUILIBRIO ECONOMICO REDDITUALE	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore F1 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F1.1, F1.2, F1.3. Sono stati inseriti provvisoriamente i dati riferiti all'anno 2012.



6.2 Indicatore F1.1: Equilibrio economico generale

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

F1.1 - Equilibrio economico generale



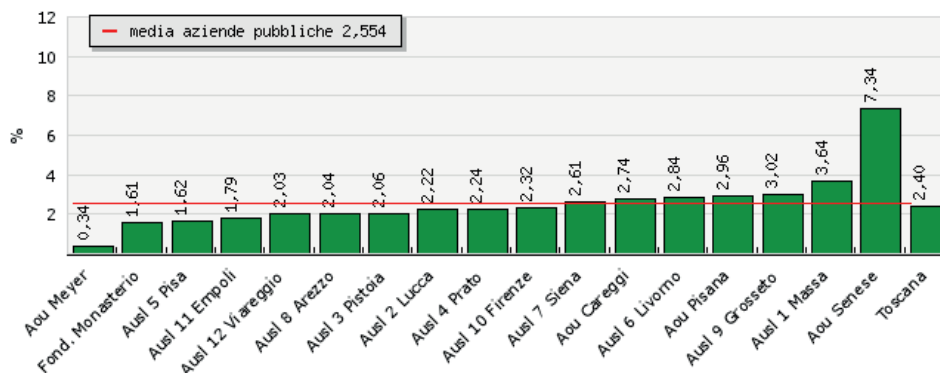
F1.1	
EQUILIBRIO ECONOMICO GENERALE	
DEFINIZIONE	Indica il risultato d'esercizio complessivo dell'azienda in relazione al valore della produzione, espresso in termini di valore percentuale
NUMERATORE	Risultato d'esercizio x 100
DENOMINATORE	Valore della produzione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Per il risultato d'esercizio è stato considerato il codice ZZ9999 del Flusso CE; per il valore della produzione è stato invece considerato il codice AZ9999 del Flusso CE. Sono stati inseriti provvisoriamente i dati riferiti all'anno 2012.
RIFERIMENTO	Pareggio di bilancio: 0
FONTE	Flusso CE
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.3 Indicatore 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 - quali le plusvalenze o le sopravvenienze passive -, sia i risultati positivi o negativi derivanti dalle altre gestioni. E' costruito come il rapporto fra il margine sanitario netto (l'equivalente del margine operativo netto) - calcolato come differenza fra valore e costi della produzione - e il valore della produzione. Tale indice, molto utilizzato a livello internazionale, è noto con il nome di "ROS", *Return On Sales*. I dati sono espressi in migliaia di euro.

F1.2 – Equilibrio economico sanitario



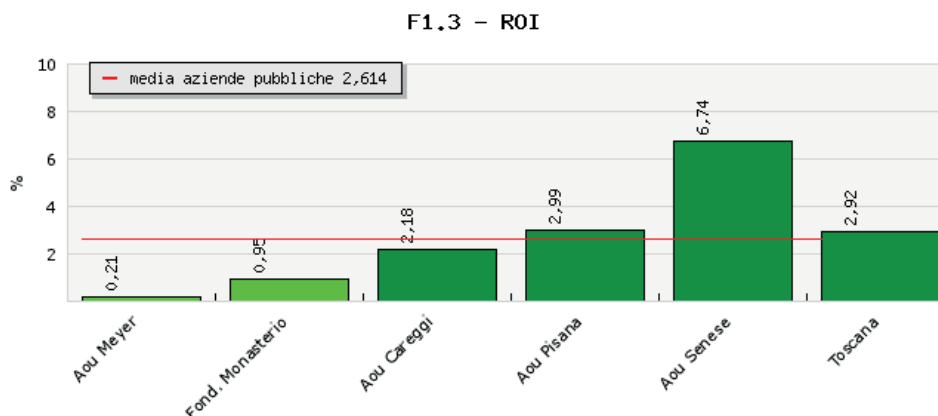
F1.2	
EQUILIBRIO ECONOMICO SANITARIO	
DEFINIZIONE	Indica il risultato della gestione caratteristica dell'azienda sanitaria in relazione al valore della produzione, espresso in termini di valore percentuale
NUMERATORE	Margine Sanitario Netto x 100
DENOMINATORE	Valore della produzione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il margine sanitario netto è calcolato come segue: Valore della produzione (codice AZ9999 del Flusso CE) - Costi della produzione (codice BZ9999 del Flusso CE). Sono stati inseriti provvisoriamente i dati riferiti all'anno 2012.
RIFERIMENTO	Valore positivo: >0
FONTE	Flusso CE
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.4 Indicatore F1.3: ROI

Questo indicatore è calcolato come rapporto fra margine sanitario netto (differenza fra valore e costi della produzione) e capitale investito; è previsto per le sole Aziende ospedaliero-universitarie, in quanto sono le uniche che applicano un sistema di tariffazione delle prestazioni (DRG) che correla, seppur in parte, i ricavi al volume dell'attività svolta, diversamente da quanto accade nelle aziende sanitarie locali.

Questo indice esprime l'efficienza con la quale è utilizzato il capitale investito, ovvero la redditività del capitale investito (il cosiddetto *return on investment*); nel caso del settore sanitario indica, quindi, il rapporto tra la necessità di garantire continui investimenti e la possibilità di offrire ai cittadini livelli di eccellenza delle prestazioni con adeguate strutture di ricerca. I dati sono espressi in migliaia di euro.



F1.3	
ROI	
DEFINIZIONE	Indica il risultato della gestione caratteristica dell'azienda sanitaria in relazione al capitale investito, espresso in termini di valore percentuale
NUMERATORE	Margine Sanitario Netto x 100
DENOMINATORE	Totale Attivo
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il margine sanitario netto è calcolato come segue: Valore della produzione (codice A9999 del Flusso CE) - Costi della produzione (codice B9999 del Flusso CE). Sono stati inseriti provvisoriamente i dati riferiti all'anno 2012.
RIFERIMENTO	Valore positivo: >0
FONTE	Flusso CE - Flusso SP
LIVELLO	Azienda di erogazione



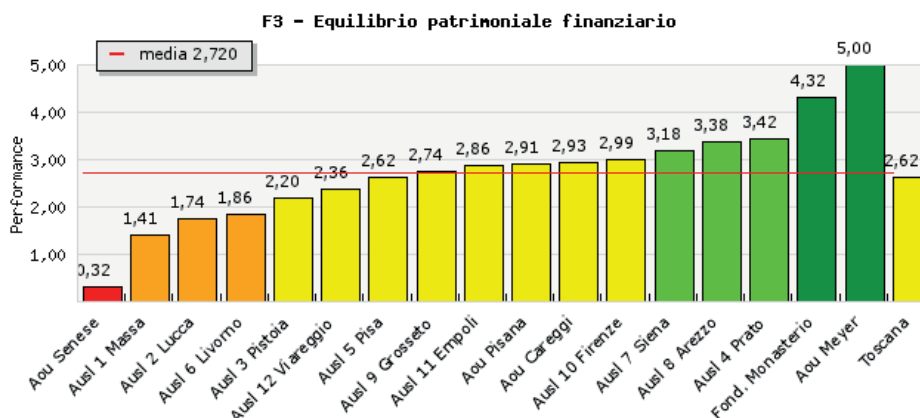
6.5 Indicatore F3: Equilibrio patrimoniale finanziario

L'indicatore di equilibrio patrimoniale-finanziario mira a monitorare gli indicatori di solvibilità e solidità tradizionalmente utilizzati nelle analisi di bilancio: l'indice di disponibilità o *current ratio*, la composizione dei debiti finanziari, la dilazione dei tempi di pagamento e l'indice di elasticità finanziaria. A questi, dall'analisi delle note integrative, sono stati aggiunti indicatori relativi alle politiche di investimento; in particolare: il tasso di obsolescenza tecnica, il ricorso al *leasing* e il rinnovo degli investimenti relativi ad attrezzature sanitarie e immobilizzazioni tecniche. I dati si riferiscono all'anno 2012, perchè ad oggi non sono ancora disponibili i dati aggiornati dei flussi ministeriali SP (relativi allo stato patrimoniale). Tutti i dati sono espressi in migliaia di euro.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	2,62	2012

Fonte dei dati : *Stato Patrimoniale e Nota Integrativa 2012*
Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- F3 Equilibrio patrimoniale finanziario
 - F3.1 Indice di disponibilità 0,75
 - F3.2 Politiche di investimento
 - F3.2.1 Incidenza canoni leasing
 - F3.2.2 % di obsolescenza tecnica
 - F3.2.3 Indice rinnovo investimenti
 - F3.3 Indice di elasticità finanziaria
 - F3.4 Costi di finanziamento
 - F3.4.1 Indice di onerosità
 - F3.4.2 Dilazione dei debiti



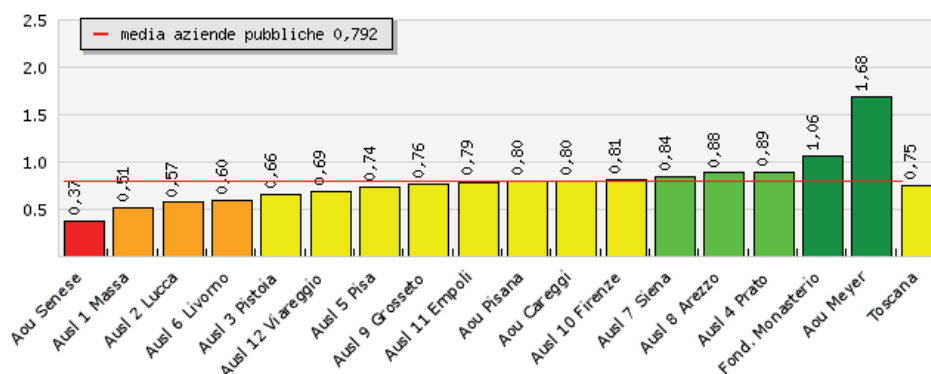
F3	
EQUILIBRIO PATRIMONIALE FINANZIARIO	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore F3 assume una valutazione pari al punteggio del seguente indicatore: F3.1 Sono stati inseriti provvisoriamente i dati riferiti all'anno 2012.
NOTA METODOLOGICA	Sono stati inseriti provvisoriamente i dati 2012



6.6 Indicatore 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 disponibilità correnti, ossia cassa, crediti a breve rapidamente realizzabili e rimanenze di magazzino. Un valore ottimale dell'indice è compreso tra 1 e 2. Un altro indicatore spesso utilizzato è l'indice di liquidità o *acid ratio*, che considera al numeratore come attività correnti solo quelle di immediato smobilizzo, come i crediti a breve e le disponibilità liquide.

F3.1 – Indice di disponibilità



F3.1	
INDICE DI DISPONIBILITÀ	
DEFINIZIONE	Indica il rapporto tra attività e passività a breve termine
NUMERATORE	Attivo Circolante
DENOMINATORE	Passivo Corrente
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'attivo circolante è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP (codice AB9999+ AC9999); il passivo corrente è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP (codice PD0100, PD0200, PD300, PD400, PD500, PD600, PD700, PD800, PD900, PD1000, PE0100, PE0200). Sono state inserite solo le voci entro i 12 mesi, come indicato nel bilancio aziendale. Sono stati inseriti provvisoriamente i dati riferiti all'anno 2012.
RIFERIMENTO	Valore superiore all'unità: >1
FONTE	Flusso SP e Bilancio aziendale
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.7 Indicatore F10a: Governo della spesa farmaceutica e dispositivi

L'indicatore è finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi regionali di razionalizzazione e contenimento sia della spesa farmaceutica, sia della spesa inerente i dispositivi medico-chirurgici.

Per quanto concerne l'ambito farmaceutico, l'indicatore F10 rileva la spesa pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto. La spesa farmaceutica ospedaliera viene invece monitorata attraverso l'indicatore F10.2, che quest'anno non è oggetto di valutazione. Per quanto concerne i dispositivi medico-chirurgici, l'indicatore F10.3 monitora la spesa in regime di ricovero.

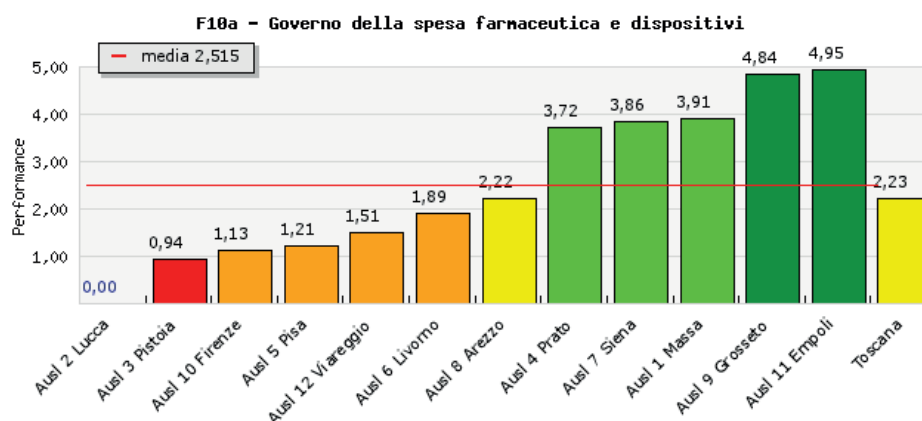
I dati provengono dal Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione della Regione Toscana.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
F10a - Governo della spesa farmaceutica e dispositivi	2,23	2013

Fonte dei dati : *Dati flusso SPF, flusso FED, flusso FES, flusso SDO - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- F10a Governo della spesa farmaceutica e dispositivi
 - F10 Spesa farmaceutica territoriale [194,72 Euro](#)
 - F10.2 Spesa farmaceutica ospedaliera [62,46](#)
 - F10.2.1 Spesa media per farmaci oncologici [1891,60 Euro](#)
 - F10.2.2 Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa [8597,68 Euro](#)
 - F10.2.3 Spesa media per farmaci antivirali per il trattamento da HIV [5831,06 Euro](#)
 - F10.3 Spesa dispositivi (ospedaliera)
 - F10.3.1 Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (ASL) [80,99 Euro](#)
 - F10.3.2 Spesa per dispositivi utilizzati in regime di ricovero per giornata di degenza (AOU) [80,99 Euro](#)



F10a

GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI

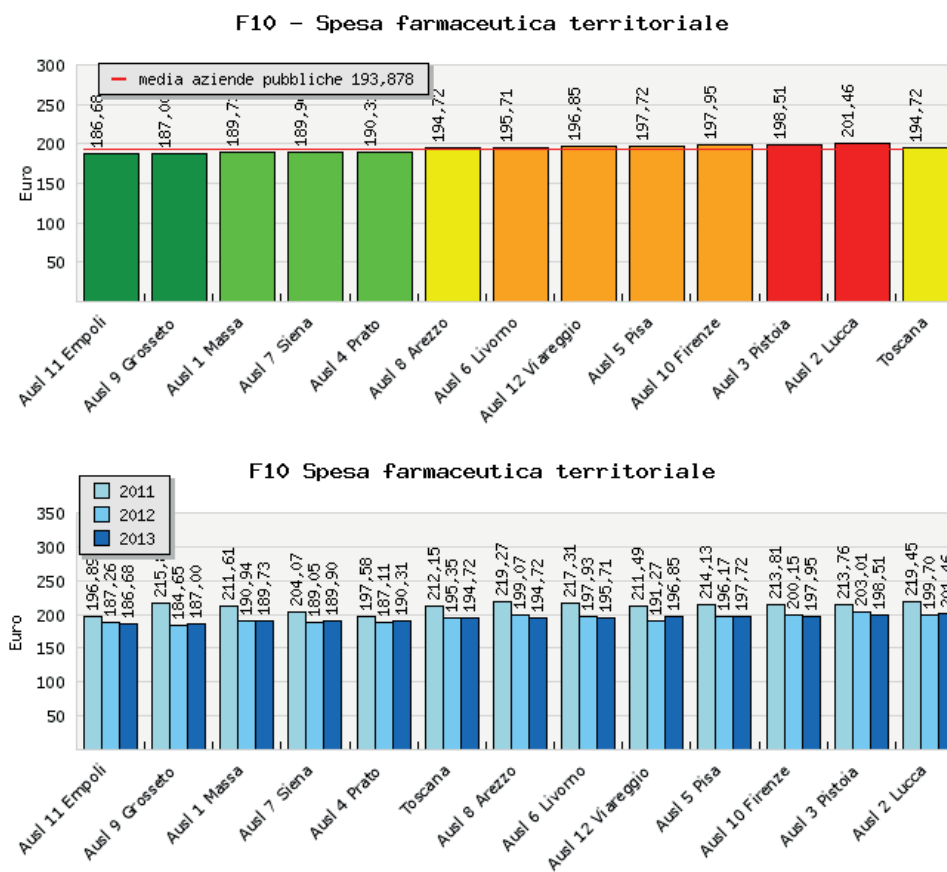
NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore F10a assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore F10.



6.8 Indicatore F10: Spesa farmaceutica territoriale

L'indicatore rileva la spesa farmaceutica territoriale pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto.



F10	
SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE	
DEFINIZIONE	Spesa farmaceutica pro-capite per farmaci erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
NUMERATORE	Spesa netta per la farmaceutica convenzionata + spesa per distribuzione diretta e per conto
DENOMINATORE	Popolazione al 1° Gen. 2013, pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010
NOTE PER L'ELABORAZIONE	La spesa per la farmaceutica convenzionata è al netto del pay back. E' esclusa la spesa per la farmaceutica integrativa. L'indicatore è calcolato per azienda di residenza e si riferisce alla spesa relativa ai residenti toscani. E' inclusa la mobilità intraregionale. E' esclusa la mobilità extraregionale. Per la distribuzione diretta si fa riferimento ai farmaci di classe A e di classe C. Il costo relativo alla distribuzione diretta è per azienda di residenza. Non sono considerati i fattori di coagulazione (ATC5 B02BD), l'albmina (ATC5 B05AA01), e l'immunoglobulina per uso endovenoso (ATC5 J06BA02), farmaci che curano patologie non uniformi sul territorio e che generano spese ingenti per paziente trattato. Sono compresi i farmaci ex Osp2 riclassificati in fascia A secondo determina AIFA del 2 novembre 2010.
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Dati Flusso SPF, flusso FED - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di residenza



6.9 Indicatore F11: Indice di compensazione

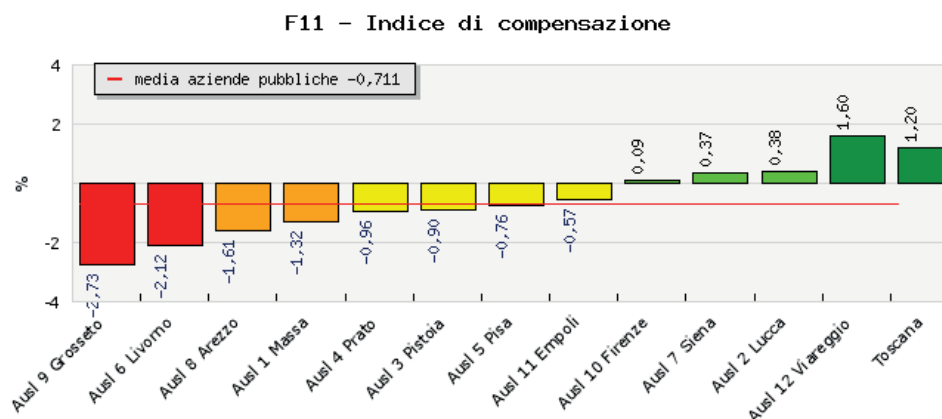
L'indice di compensazione è un indicatore sintetico costituito dal saldo delle compensazioni extraregionali. L'indicatore viene calcolato soltanto per le aziende territoriali (AUSL), in quanto sono le uniche soggette a compensazione passiva: il sistema di finanziamento del SSN e del SSR prevede infatti che le aziende territoriali debbano garantire l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari a tutti gli assistiti del proprio territorio e che sia l'AUSL di residenza a sostenere i costi dei servizi usufruiti dai propri assistiti sia nelle proprie strutture, che in strutture di altre aziende pubbliche o private convenzionate. Questo indicatore esprime quindi la capacità dell'azienda di mantenere un equilibrio fra costi e ricavi derivanti dalle compensazioni extraregionali gestendo le fughe (mobilità passiva) dei propri residenti verso altre regioni e le attrazioni (mobilità attiva) di utenti fuori regione. Sono prese in considerazione esclusivamente le compensazioni extraregionali per evitare, nel caso fossero state comprese anche le compensazioni intra-regione, l'innescarsi di meccanismi di competizione all'interno del territorio regionale. L'indicatore è calcolato come la differenza fra la compensazione attiva extraregionale effettuata da soggetti pubblici e la compensazione passiva extraregionale in percentuale sui costi della produzione. Nei costi e ricavi derivanti dalla mobilità extraregionale sono presi in considerazione i servizi ospedalieri, ambulatoriali e di riabilitazione forniti dalle aziende sanitarie. La compensazione comprende anche la fatturazione attiva e passiva che intercorre direttamente fra le aziende sanitarie. Il dato della Regione Toscana è riferito al consolidato regionale e contiene quindi anche il valore delle attrazioni delle AAOUU, non compreso nei dati delle singole AUSL. L'indicatore si riferisce ai dati dell'anno 2012 (dato che non sono ancora disponibili i dati definitivi per il 2013).

Indicatore	Valore Toscana	Performance Toscana	Anno
F11 - Indice di compensazione	1,20 %	 4,08	2012

Fonte dei dati : *flusso CE 2012*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- F11 Indice di compensazione



F11	
INDICE DI COMPENSAZIONE	
DEFINIZIONE	Indica l'andamento del saldo delle compensazioni in relazione al costo della produzione
NUMERATORE	(Mobilità attiva extraregionale - Mobilità passiva extraregionale) x 100
DENOMINATORE	Costi della produzione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Mobilità attiva extrareg (codice AA0450) Mobilità passiva extrareg. (codice BA0480, BA0520, BA560, BA0730, BA0930, BA0990, BA01060, BA1060, BA1380) Costi della produzione (codice BZ9999)
FONTE	Flusso CE
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.10 Indicatore F12b: Efficienza prescrittiva farmaceutica

L'indicatore monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. La selezione delle categorie farmacologiche oggetto di valutazione e la determinazione degli obiettivi specifici sono state aggiornate negli anni, secondo gli indirizzi e gli orientamenti regionali. In particolare, l'indicatore verifica la prescrizione di molecole non coperte da brevetto, perché spesso i farmaci più nuovi e ancora coperti da brevetto non portano effettivi benefici terapeutici, a fronte di un prezzo più elevato. Il ricorso ai farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in prodotti realmente innovativi.

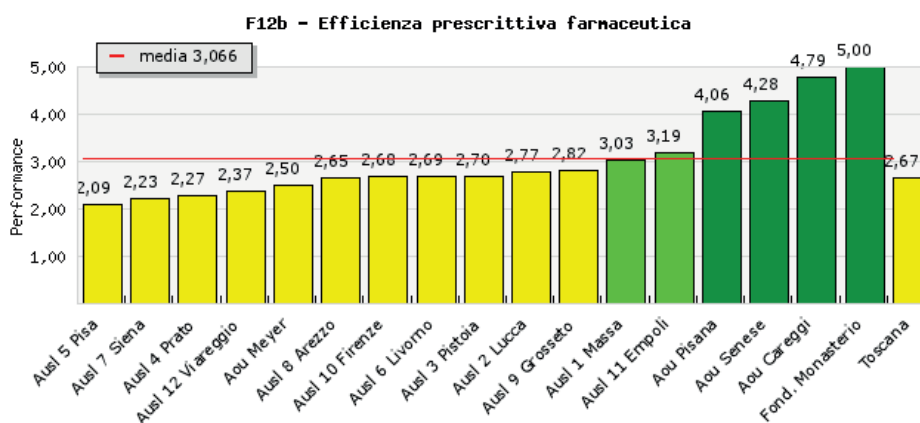
I dati provengono dal Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione della Regione Toscana.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
F12b - Efficienza prescrittiva farmaceutica	2,67	2013

Fonte dei dati : Dati SFERA, Dati flusso SPF, Dati Flusso FES - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica
 - F12a.14 % molecole a brevetto scaduto [73,12 %](#)
 - F12a.15.1 Statine
 - F12a.2 % Statine a brevetto scaduto [86,17 %](#)
 - F12a.15.2 Antiipertensivi
 - F12a.3 % ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi) [98,97 %](#)
 - F12a.6 % di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi) [92,46 %](#)
 - F12a.7 % ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi) [82,95 %](#)
 - F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non) [87,43 %](#)
 - F12.22 Incidenza Perindopril a brevetto scaduto [2,45 %](#)
 - F12a.17 Antimicrobici
 - F12a.9 % di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici) [91,63 %](#)
 - F12a.18 Sistema nervoso
 - F12a.5 % di SSRI a brevetto scaduto (Antidepressivi) [84,16 %](#)
 - F12a.10 % altri antidepressivi a brevetto scaduto [80,22 %](#)
 - F12a.19 Ospedaliera
 - F20.3 % Eritropoietina a brevetto scaduto [59,19 %](#)
 - F20.4 % Somatropina a brevetto scaduto [7,74 %](#)
 - F20.5 % Filgrastim a brevetto scaduto [93,01 %](#)
 - F20.6 % Eritropoietina Beta [22,84 %](#)
 - F12a.20 Cura dell'osteoporosi
 - F12a.21 % di bifosfonati (cura dell'osteoporosi) a brevetto scaduto [65,67 %](#)

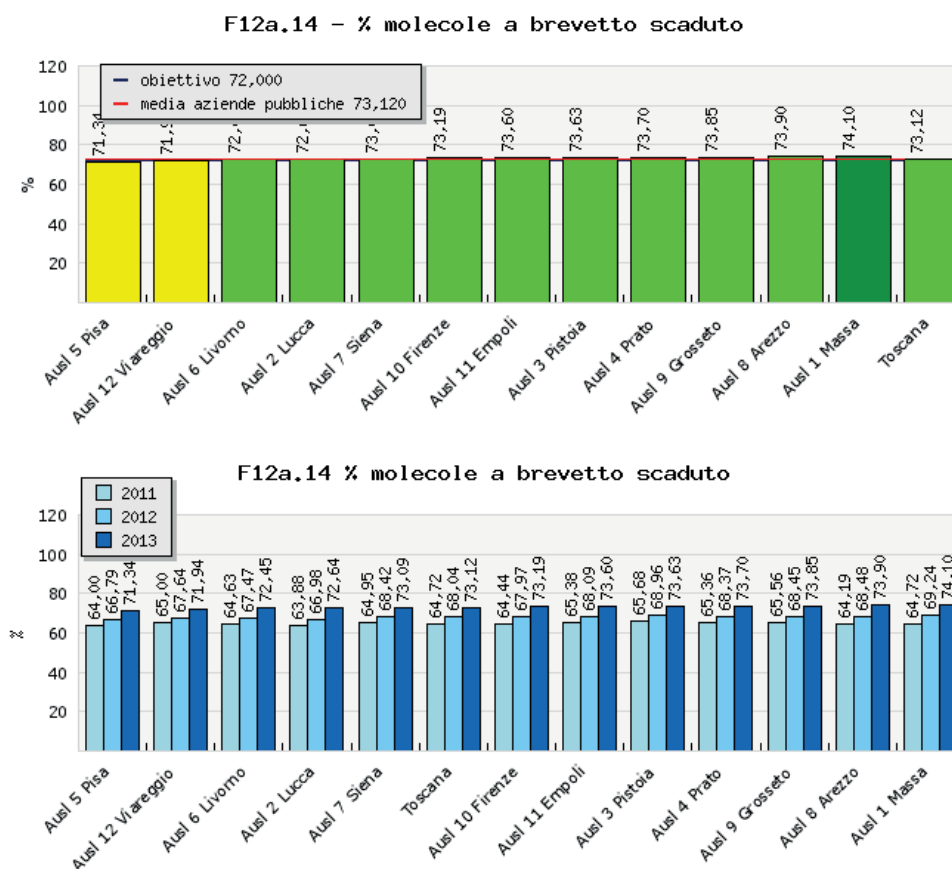


F12b	
EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore F12b assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F12a.14, F12a.2, F12a.6, F12a.7, F12a.9, F12.11a, F12a.5, F12a.10, F12a.21, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6
FONTE	Dati SFERA, dati flusso SPF, dati flusso FES - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana.



6.11 Indicatore F12a.14: % molecole a brevetto scaduto

L'indicatore offre un quadro di sintesi, monitorando la prescrizione di molecole non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza in rapporto ai farmaci complessivamente erogati.

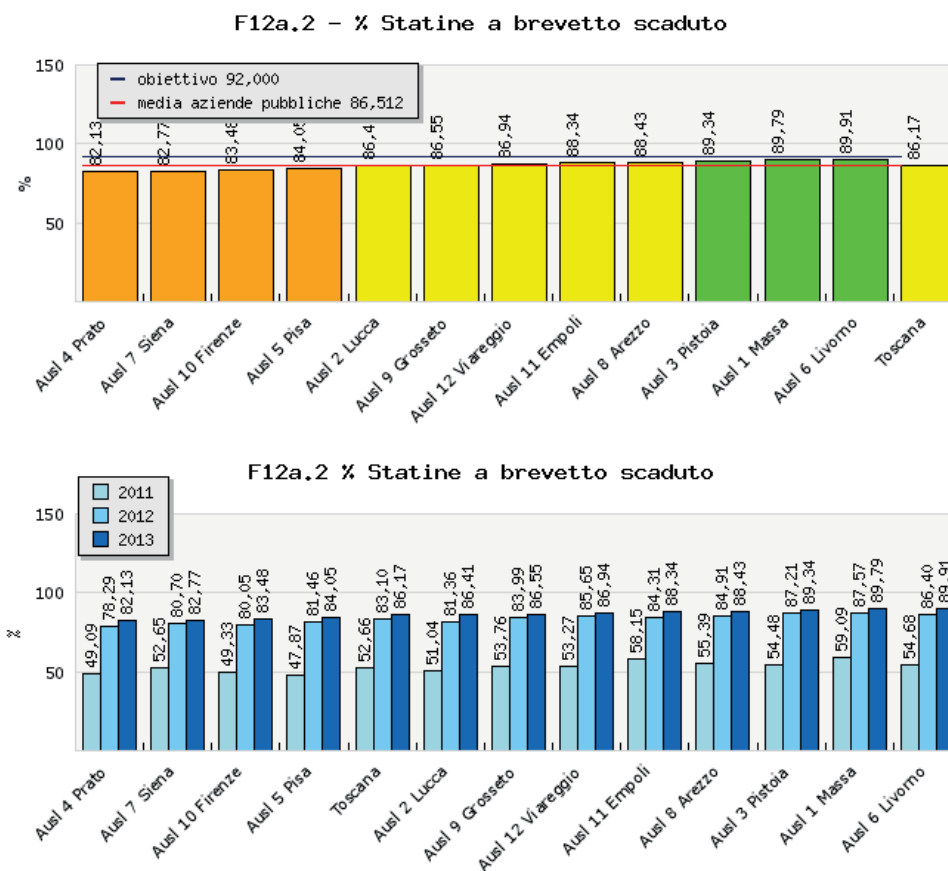


F12a.14	
% MOLECOLE A BREVETTO SCADUTO	
DEFINIZIONE	Percentuale di molecole non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. Confezioni di molecole non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogate x 100
DENOMINATORE	N. Confezioni complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I dati sono per azienda erogatrice. Si fa riferimento alle molecole inserite nelle Liste di Trasparenza della Regione Toscana, che non necessariamente coincidono con le molecole che hanno perso copertura brevettuale. Nelle liste di trasparenza sono presenti alcune molecole che sono ancora protette da brevetto ma per le quali le specialità hanno prezzi differenti (es: Spirapril) e risultano assenti quelle molecole che pur avendo perso la copertura brevettuale non hanno un prezzo di riferimento, perché inesistente il generico o altra specialità con prezzo differente (es: Lovastatina).
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >72%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.12 Indicatore F12a.2: % Statine a brevetto scaduto

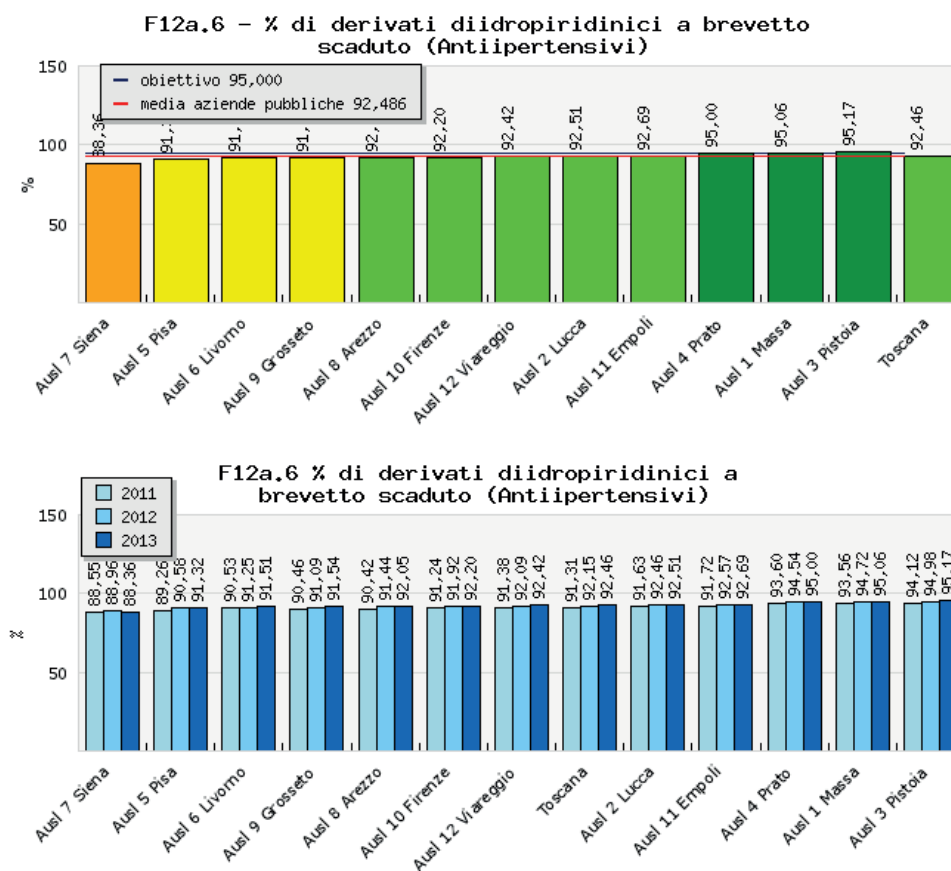
Le statine sono farmaci utilizzati per ridurre l'ipercolesterolemia, che è un accertato fattore di rischio cardiovascolare.



F12a.2	
% STATINE A BREVETTO SCADUTO	
DEFINIZIONE	Percentuale di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogate X 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di statine complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. I dati sono per azienda erogatrice.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >92%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione

**6.13 Indicatore F12a.6: % di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi)**

I derivati diidropiridinici appartengono al gruppo terapeutico dei calcio antagonisti; vengono utilizzati per il trattamento dell'ipertensione.

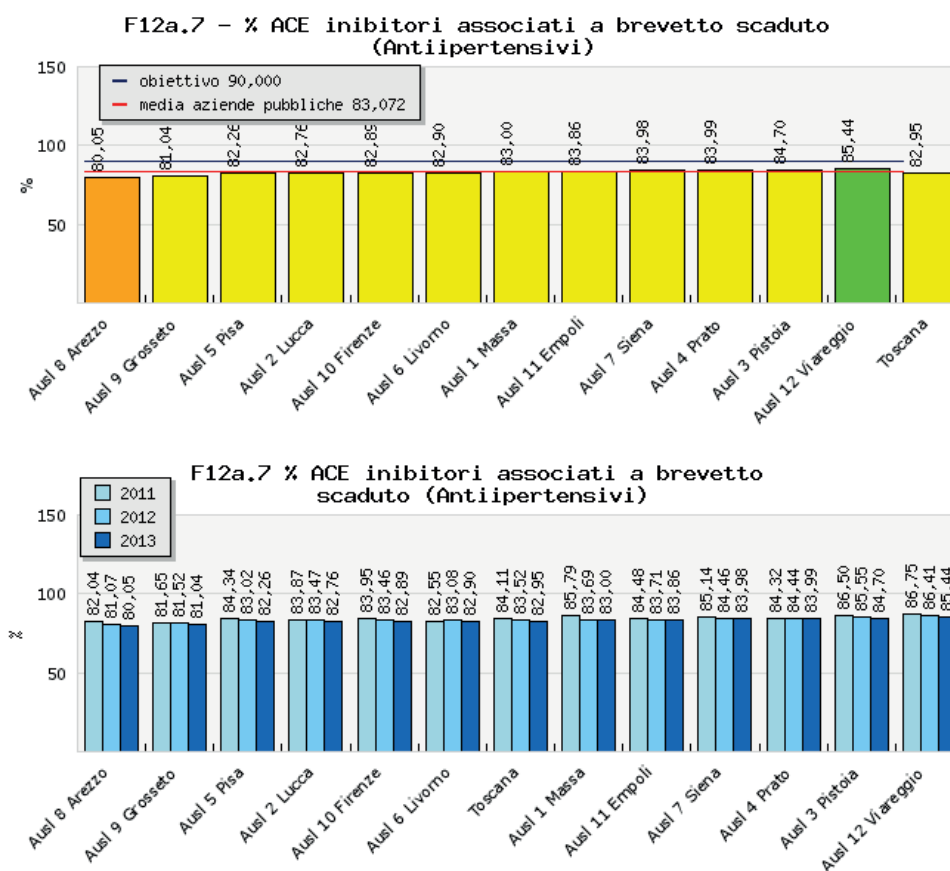


F12a.6	
% DI DERIVATI DIIDROPIRIDINICI A BREVETTO SCADUTO (ANTIIPERTENSIVI)	
DEFINIZIONE	Percentuale di derivati diidropiridinici (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche derivati diidropiridinici non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di derivati diidropiridinici complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I derivati diidropiridinici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C08CA. I dati sono per azienda erogatrice.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: > 95%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.14 Indicatore F12a.7: % ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)

Gli ACE-inibitori sono farmaci utilizzati nel trattamento dell'ipertensione.



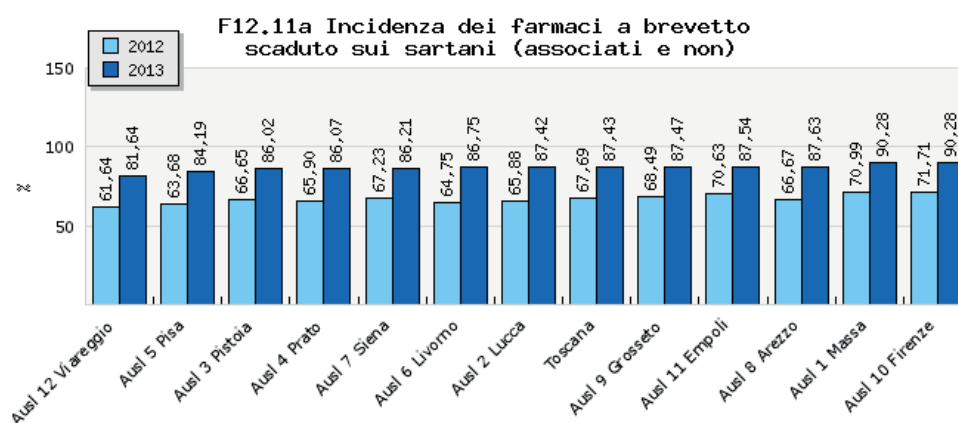
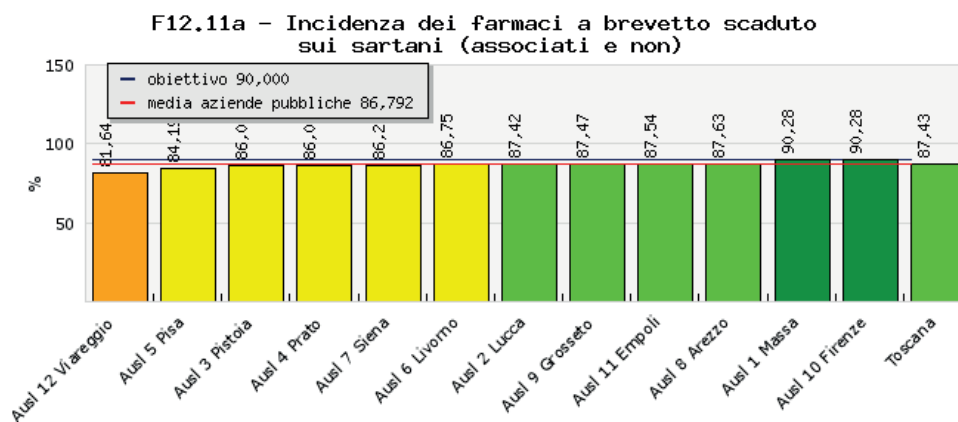
F12a.7

% ACE INIBITORI ASSOCIATI A BREVETTO SCADUTO (ANTIIPERTENSIVI)

DEFINIZIONE	Percentuale di ACE inibitori associati (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori associati complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Gli ACE inibitori associati appartengono alla classe ATC4 (classificazione anatomico-terapeutica) C09BA. I dati sono per azienda erogatrice.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >90%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatezza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione

**6.15 Indicatore F12.11a: Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)**

I sartani sono farmaci che modulano il sistema renina-angiotensina: vengono impiegati principalmente in caso di ipertensione.

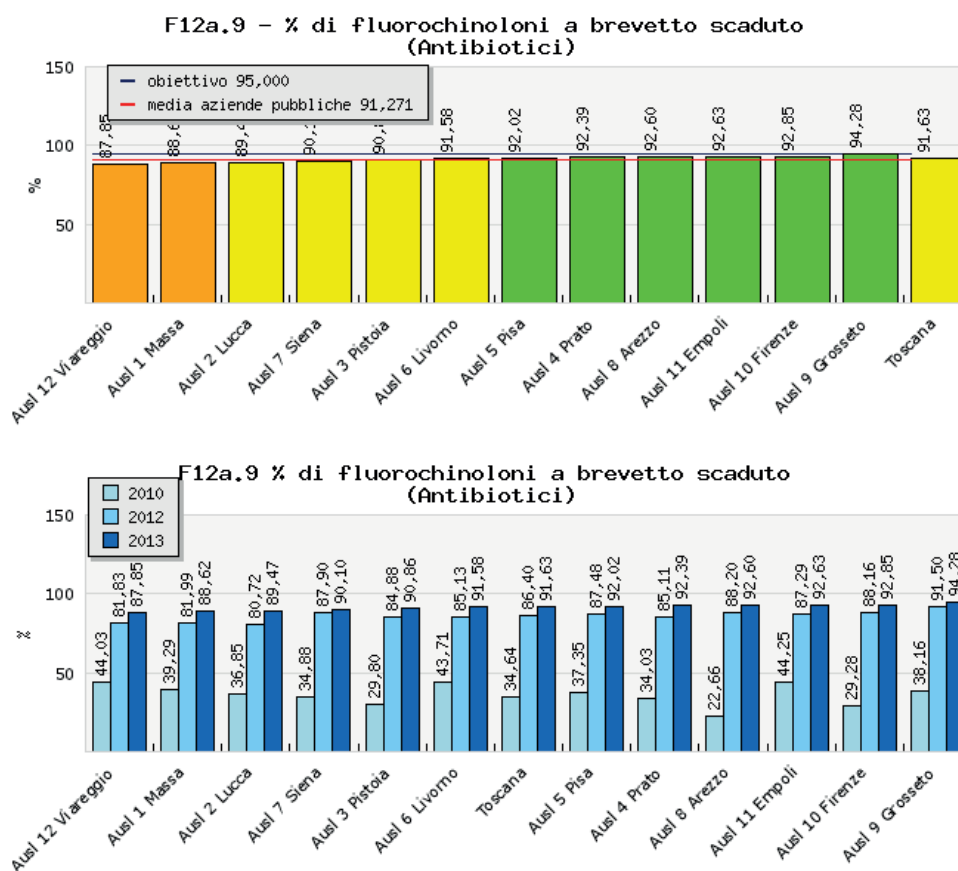


F12.11a	
INCIDENZA DEI FARMACI A BREVETTO SCADUTO SUI SARTANI (ASSOCIATI E NON)	
DEFINIZIONE	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sugli antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani, associati e non)
NUMERATORE	N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II a brevetto scaduto x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani, associati e non) complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I sartani appartengono alle classi ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) C09D (sartani associati) e C09C (sartani non associati). I farmaci a brevetto scaduto includono il Losartan (C09CA01), il Candesartan (C09CA06), il Valsartan (C09DA03), l'Irbesartan (C09CA04), il Telmisartan (C09CA07). Si considera l'erogazione in regime convenzionale.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >90%
FONTE	Dati flusso SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.16 Indicatore F12a.9: % di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)

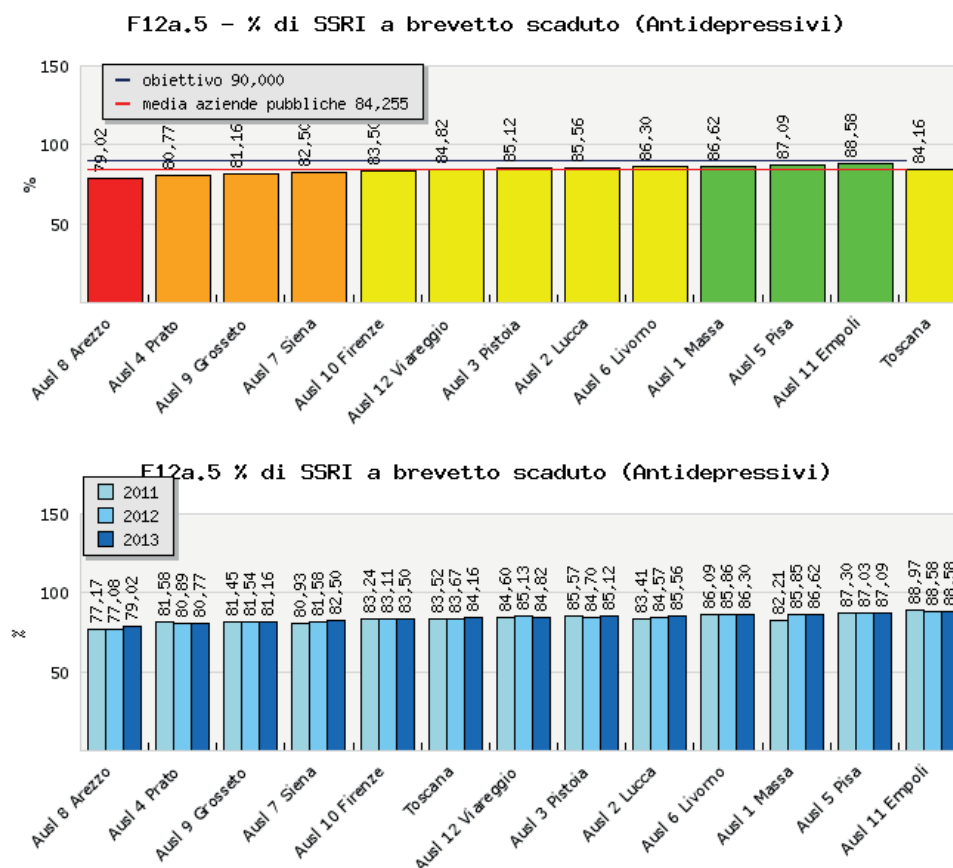
I fluorochinoloni sono antibiotici ad ampio spettro di azione.



F12a.9	
% DI FLUOROCHINOLONI A BREVETTO SCADUTO (ANTIBIOTICI)	
DEFINIZIONE	Percentuale di fluorochinoloni non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	DDD per 1000 ab. die di fluorochinoloni non coperti da brevetto erogate X 100
DENOMINATORE	DDD per 1000 ab. die di fluorochinoloni complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I fluorochinoloni appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J011MA. I dati sono per azienda erogatrice.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >95%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatazza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



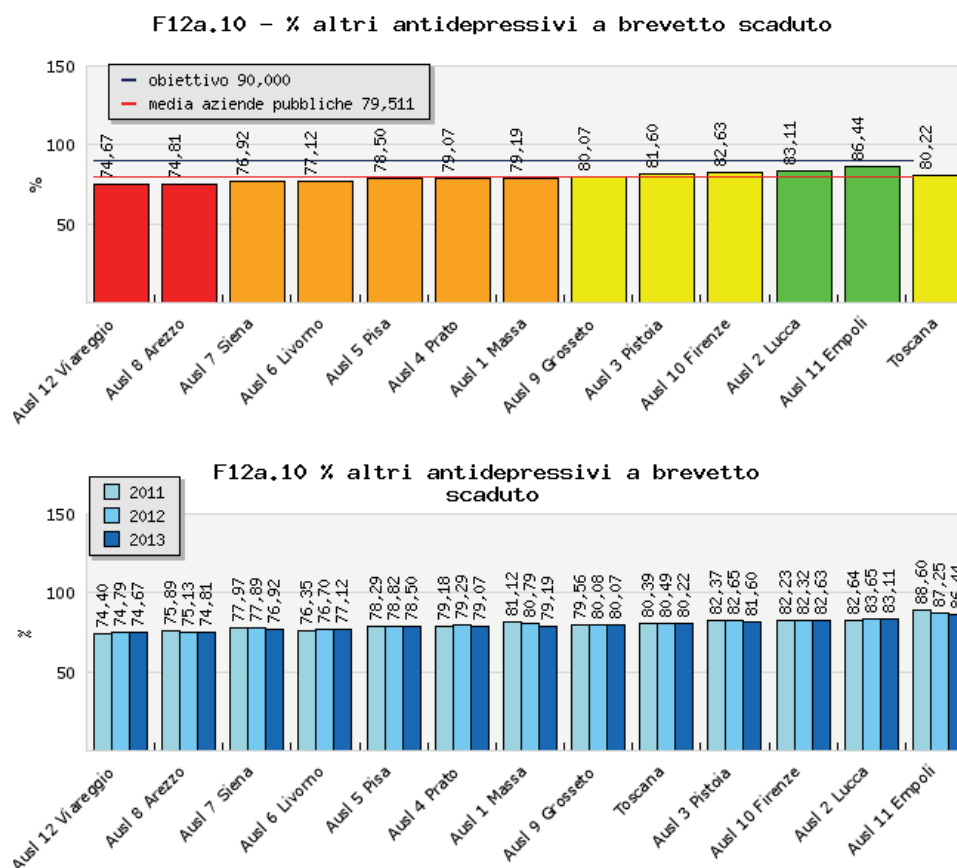
6.17 Indicatore F12a.5: % di SSRI a brevetto scaduto (Antidepressivi)



F12a.5	
% DI SSRI A BREVETTO SCADUTO (ANTIDEPRESSIVI)	
DEFINIZIONE	Percentuale di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (antidepressivi, SSRI) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di SSRI non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di SSRI complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB. I dati sono per azienda erogatrice.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >90%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatezza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.18 Indicatore F12a.10: % altri antidepressivi a brevetto scaduto



F12a.10

% ALTRI ANTIDEPRESSIVI A BREVETTO SCADUTO

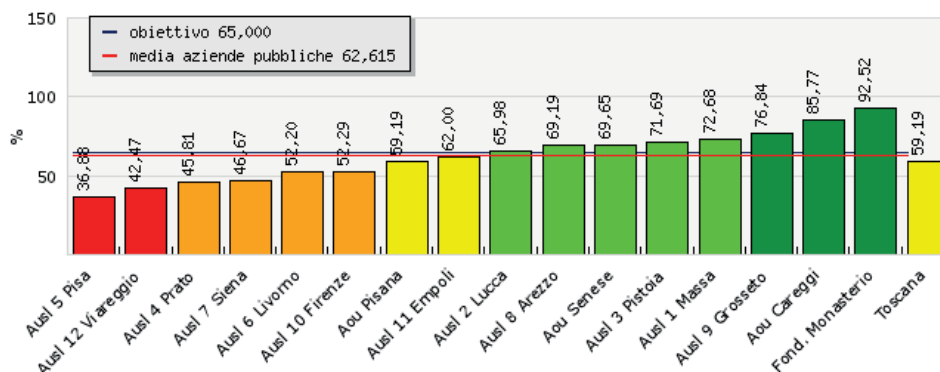
DEFINIZIONE	Percentuale di altri antidepressivi non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di altri antidepressivi non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di altri antidepressivi complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Gli altri antidepressivi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AX. I dati sono per azienda erogatrice.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >90%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatezza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



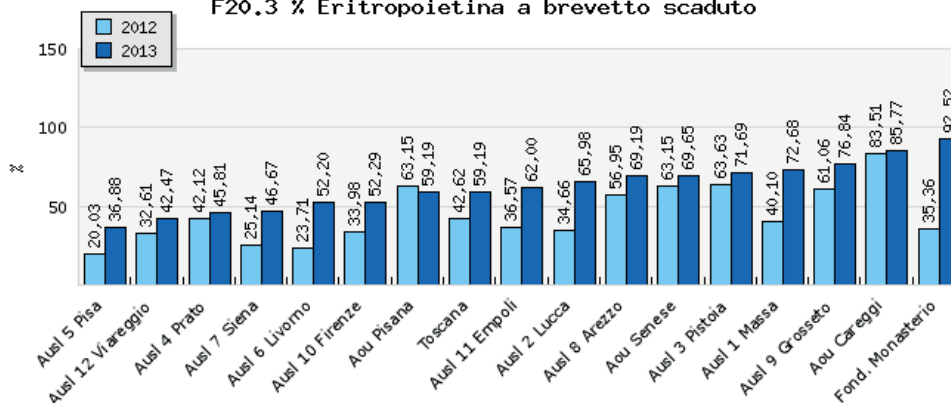
6.19 Indicatore F20.3: % Eritropoietina a brevetto scaduto

L'eritropoietina è un ormone che ha come funzione principale la regolazione dell'eritropoiesi (produzione dei globuli rossi da parte del midollo osseo).

F20.3 – % Eritropoietina a brevetto scaduto



F20.3 % Eritropoietina a brevetto scaduto



F20.3

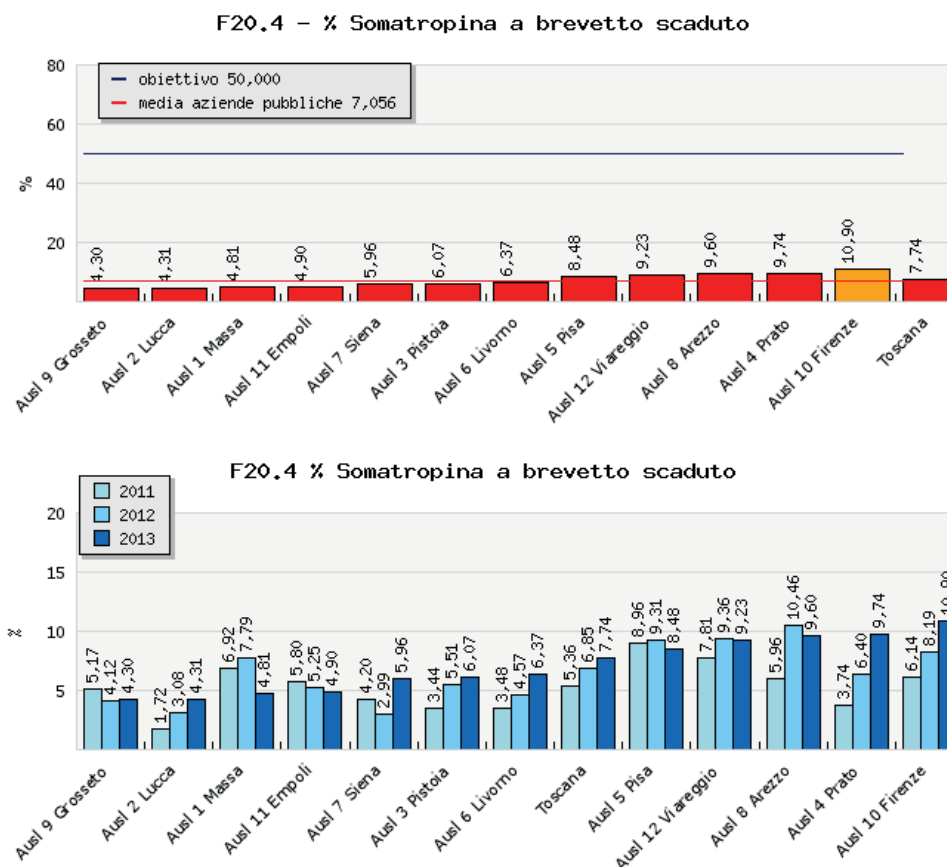
% ERITROPOIETINA A BREVETTO SCADUTO

DEFINIZIONE	Percentuale di eritropoietina biosimile erogata nei reparti
NUMERATORE	N. unità posologiche di eritropoietina biosimile erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di eritropoietina complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'eritropoietina appartiene alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) B03XA01. Ai fini del calcolo si considerano le sostanze a base di eritropoietina alfa, eritropoietina teta ed eritropoietina zeta. I dati sono per azienda erogatrice. Il dato include la distribuzione diretta. A livello di stabilimento, sono considerate le somministrazioni in regime di ricovero (motivo di scarico 01 e 02 da FES) e in regime ambulatoriale (motivo di scarico 03 da FES). L'attività ambulatoriale rilevata nel flusso FES con codice STS11 è stata ribaltata sullo stabilimento in base alla tabella che associa ad ogni codice STS11 l'indicazione relativa alla ubicazione del presidio ambulatoriale (interno o esterno all'ospedale), e nel caso in cui si tratti di presidio interno all'ospedale il codice dello stabilimento ospedaliero di riferimento.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >65%
FONTE	Dati Flusso FES - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	100 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



6.20 Indicatore F20.4: % Somatropina a brevetto scaduto

La somatotropina (o ormone somatotropo, ormone della crescita, STH, SH oppure GH) è un ormone la cui funzione principale è stimolare lo sviluppo dell'organismo umano, promuovendo l'accrescimento e la divisione mitotica delle cellule di quasi tutti i tessuti corporei.



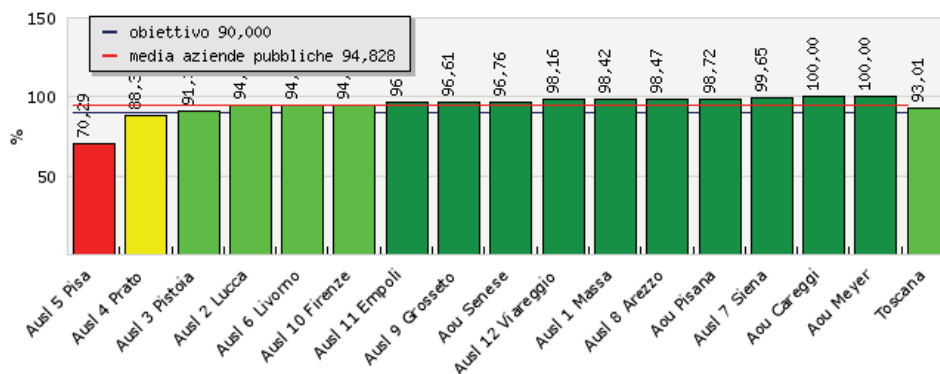
F20.4	
% SOMATROPINA A BREVETTO SCADUTO	
DEFINIZIONE	Percentuale di somatropina biosimile erogata nei reparti
NUMERATORE	N. unità posologiche di somatropina biosimile erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di somatropina complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	La somatropina appartiene alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) H01AC01. I dati sono per azienda erogatrice. Il dato include la distribuzione diretta. A partire dal 2012, le AOU non sono più oggetto di monitoraggio, perché i loro ridotti consumi non sono confrontabili con quelli delle Aziende territoriali.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >50%
FONTE	Dati Flusso FES - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	300 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



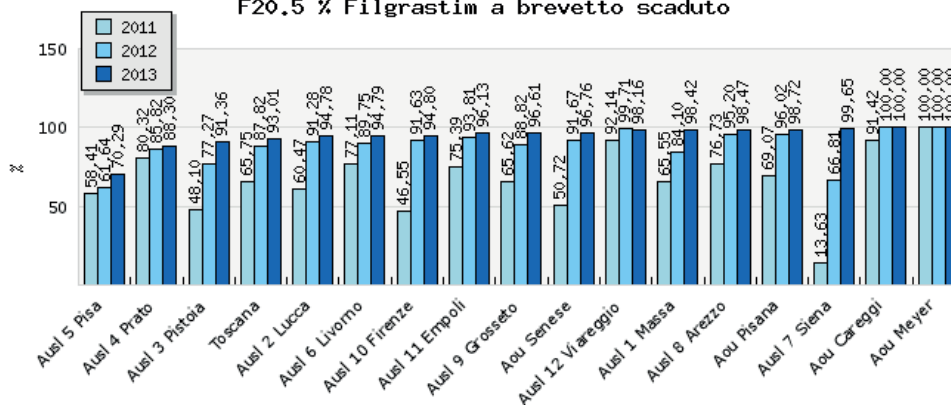
6.21 Indicatore F20.5: % Filgrastim a brevetto scaduto

Il Filgrastim viene usato per trattare la neutropenia, ovvero la diminuzione del numero di cellule immunitarie; stimola infatti la produzione di globuli bianchi (neutrofili), mimando l'attività di sostanze normalmente presenti negli organismi sani.

F20.5 - % Filgrastim a brevetto scaduto



F20.5 % Filgrastim a brevetto scaduto



F20.5

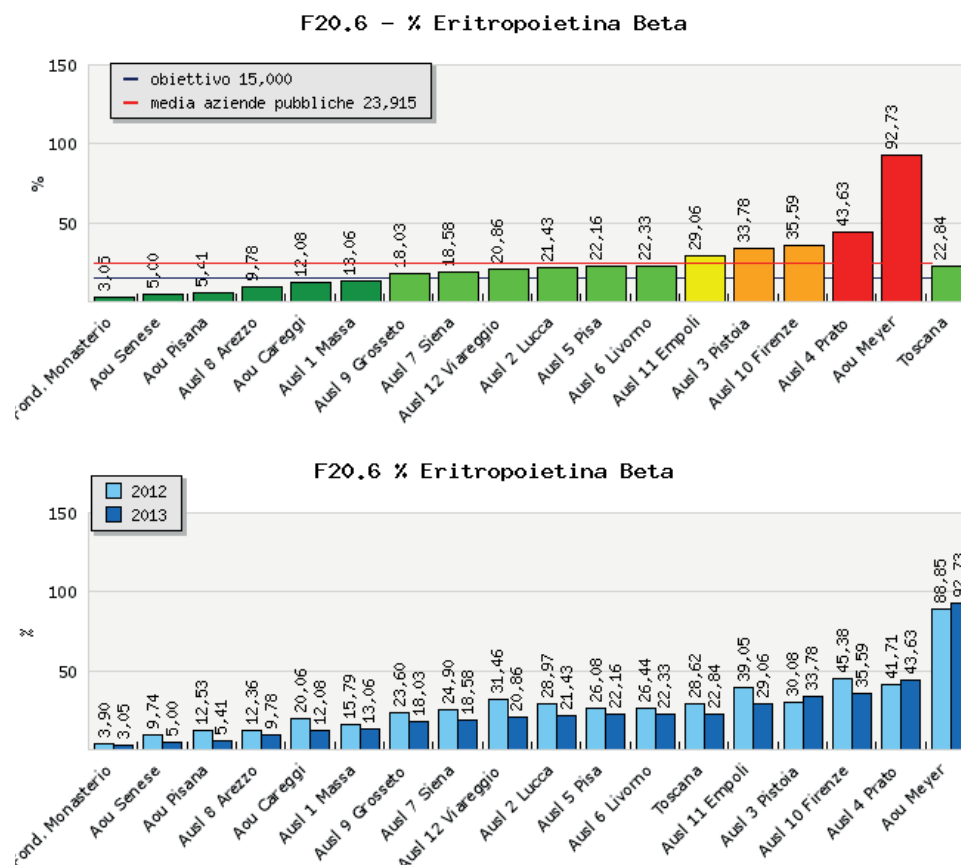
% FILGRASTIM A BREVETTO SCADUTO

DEFINIZIONE	Percentuale di filgrastim biosimile erogata nei reparti
NUMERATORE	N. unità posologiche di filgrastim biosimile erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di filgrastim complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il filgrastim appartiene alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) L03AA02. I dati sono per azienda erogatrice. Il dato include la distribuzione diretta. A livello di stabilimento, sono considerate le somministrazioni in regime di ricovero (motivo di scarico 01 e 02 da FES) e in regime ambulatoriale (motivo di scarico 03 da FES). L'attività ambulatoriale rilevata nel flusso FES con codice STS11 è stata ribaltata sullo stabilimento in base alla tabella che associa ad ogni codice STS11 l'indicazione relativa alla ubicazione del presidio ambulatoriale (interno o esterno all'ospedale), e nel caso in cui si tratti di presidio interno all'ospedale il codice dello stabilimento ospedaliero di riferimento.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >90%
FONTE	Dati Flusso FES - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione
CUTOFF	100 - Soglia minima applicata al denominatore, al di sotto della quale i volumi erogati risultano talmente bassi da rendere difficile il confronto con le altre strutture. Per questo il dato compare in tabella ma non nei grafici. Se l'indicatore è di valutazione e il denominatore è minore del cutoff non viene attribuito il punteggio alla struttura



6.22 Indicatore F20.6: % Eritropoietina Beta

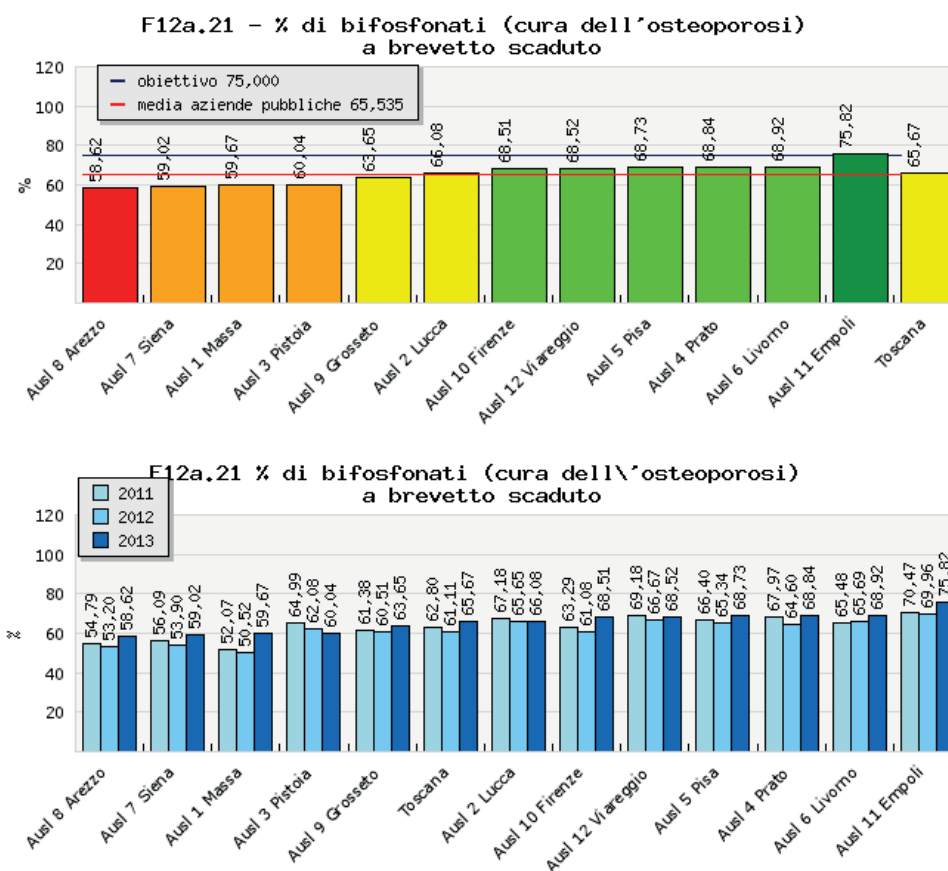
L'Eritropoietina Beta è una forma di eritropoietina prodotta con un metodo noto come "tecnica del DNA ricombinante". Stimola l'eritropoiesi (la formazione dei globuli rossi) e per questo viene usata per trattare anemie, spesso associate con deficienze renali croniche e trattamenti chemioterapici.



F20.6	
% ERITROPOIETINA BETA	
DEFINIZIONE	Percentuale di eritropoietina beta erogata
NUMERATORE	N. di unità posologiche di farmaci a base di eritropoietina beta erogate X 100
DENOMINATORE	N. di unità posologiche di farmaci appartenenti al gruppo ATC B03XA01
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I dati sono per azienda erogatrice. Sono incluse la distribuzione diretta, la distribuzione per conto e l'erogazione all'interno dei presidi sanitari. A livello di stabilimento, sono considerate le somministrazioni in regime di ricovero (motivo di scarico 01 e 02 da FES) e in regime ambulatoriale (motivo di scarico 03 da FES). L'attività ambulatoriale rilevata nel flusso FES con codice STS11 è stata ribaltata sullo stabilimento in base alla tabella che associa ad ogni codice STS11 l'indicazione relativa alla ubicazione del presidio ambulatoriale (interno o esterno all'ospedale), e nel caso in cui si tratti di presidio interno all'ospedale il codice dello stabilimento ospedaliero di riferimento.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: <15%
FONTE	Dati Flusso FES - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatelyzza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione

**6.23 Indicatore F12a.21: % di bifosfonati (cura dell'osteoporosi) a brevetto scaduto**

I bifosfonati sono una classe di farmaci utilizzati per il trattamento dell'osteoporosi.

**F12a.21****% DI BIFOSFONATI (CURA DELL'OSTEOPOROSI) A BREVETTO SCADUTO**

DEFINIZIONE	Percentuale di bifosfonati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di bifosfonati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di farmaci bifosfonati complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I bifosfonati appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) M05BA.
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: >75%
FONTE	Dati SFERA - Settore Politiche del Farmaco, Appropriatezza e Innovazione, Regione Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.24 Indicatore F12c: Dispositivi medici

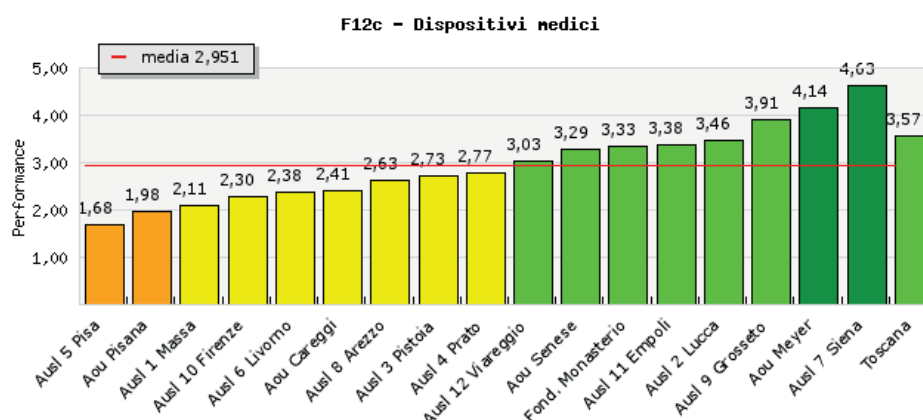
Le politiche di razionalizzazione nell'adozione, acquisto ed utilizzo dei dispositivi medico-chirurgici rappresentano senza dubbio una sfida per la *governance* del sistema sanitario. Mettere in atto strategie per conseguire l'equilibrio tra garanzia dell'autonomia dei professionisti clinici e pieno sfruttamento delle economie di scala (reso possibile dall'omogeneizzazione e dalla centralizzazione delle procedure di acquisto) è una delle chiavi attraverso cui offrire agli utenti un servizio sanitario efficace, efficiente e sostenibile.

L'indicatore F12c, introdotto quest'anno nel Sistema di Valutazione, monitora la variabilità dei comportamenti aziendali con riferimento ai dispositivi medico-chirurgici, prestando attenzione, in particolare, all'allineamento rispetto alle procedure pubbliche di acquisto, ai consumi di dispositivi e alla spesa a questi associata.

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
F12c - Dispositivi medici	3,57	2013

Fonte dei dati : *Dati Flusso DES- Settore Politiche del Farmaco, Appropriately e Innovazione, Regione Toscana*
Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- F12c Dispositivi medici
 - F12c.1 La percentuale di utilizzo di stent coronarici a cessione di farmaco (DES) della ditta aggiudicataria [67,58 %](#)
 - F12c.2.1 Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (ASL)
 - F12c.2.2 Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (AOU)
 - F12c.3.1 Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento per giornata di degenza (ASL) [1,89 Euro](#)
 - F12c.3.2 Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento per giornata di degenza (AOU)
 - F12c.4 Consumo di siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento per giornata di degenza [23,93](#)

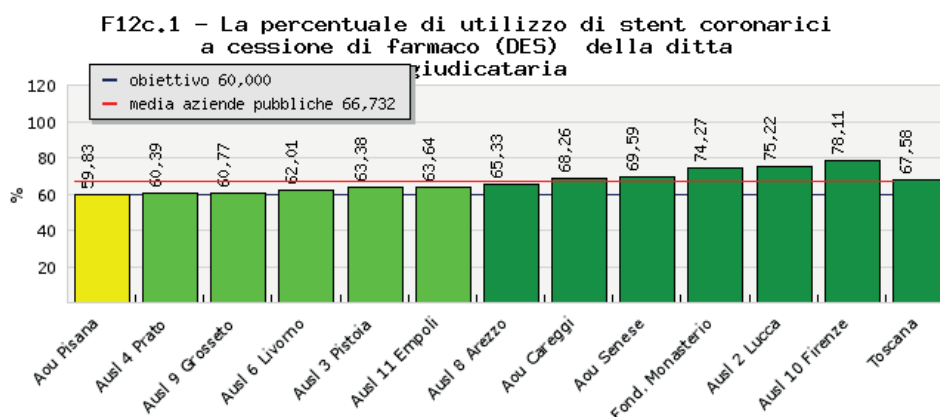


F12c	
DISPOSITIVI MEDICI	
DEFINIZIONE	Dispositivi medici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	In riferimento alle ASL, l'indicatore F12c assume valore pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F12c.1, F12c.2.1 e F12c.4. In riferimento alle AOU, l'indicatore F12c assume valore pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F12c.1, F12c.2.2 e F12c.4.
FONTE	Flusso DES



6.25 Indicatore F12c.1: La percentuale di utilizzo di stent coronarici a cessione di farmaco (DES) della ditta aggiudicataria

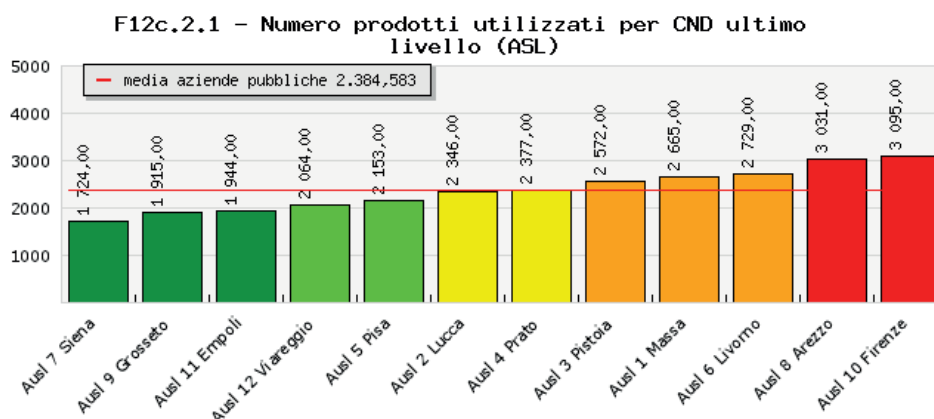
Nel pieno rispetto dell'autonomia del personale clinico, la tendenziale adozione di *stent* coronarici dell'impresa risultata vincitrice delle procedure pubbliche di acquisto - procedure basate su criteri di costo/efficacia - garantisce al contempo la sicurezza del prodotto e la massimizzazione del rapporto tra benefici e costi.



F12c.1	
LA PERCENTUALE DI UTILIZZO DI STENT CORONARICI A CESSIONE DI FARMACO (DES) DELLA DITTA AGGIUDICATARIA	
DEFINIZIONE	La percentuale di utilizzo di stent coronarici a cessione di farmaco (DES) della ditta aggiudicataria
NUMERATORE	Consumo Stent coronarici DES Aggiudicati
DENOMINATORE	Totale Stent coronarici DES
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: > 60%
FONTE	Flusso DES
LIVELLO	Azienda di erogazione

6.26 Indicatore F12c.2.1: Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (ASL)

Nel pieno rispetto dell'autonomia del personale clinico, la progressiva omogeneizzazione nella scelta dei dispositivi potrà contribuire ad una standardizzazione delle procedure e ad un pieno sfruttamento delle economie di scala. Il numero di prodotti utilizzati da ciascuna azienda per singola classe nazionale dei dispositivi medici (CND) monitora la variabilità dei processi di adozione, acquisto e utilizzo dei dispositivi all'interno delle aziende stesse.

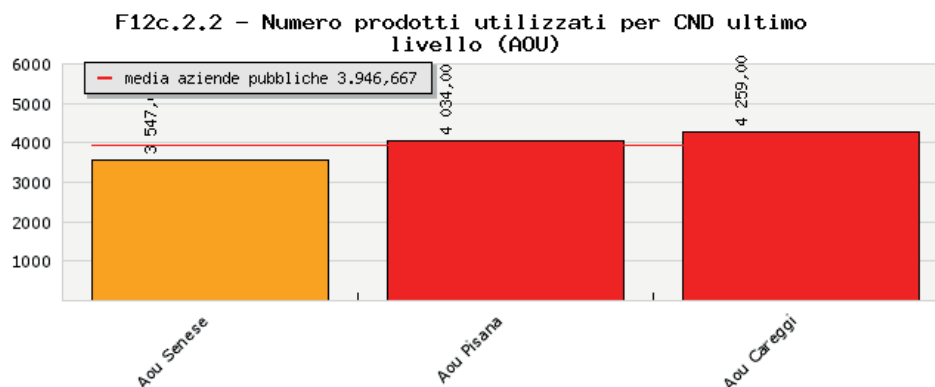


F12c.2.1	
NUMERO PRODOTTI UTILIZZATI PER CND ULTIMO LIVELLO (ASL)	
DEFINIZIONE	Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (esclusa CND "W") per ASL
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Flusso DES
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.27 Indicatore F12c.2.2: Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (AOU)

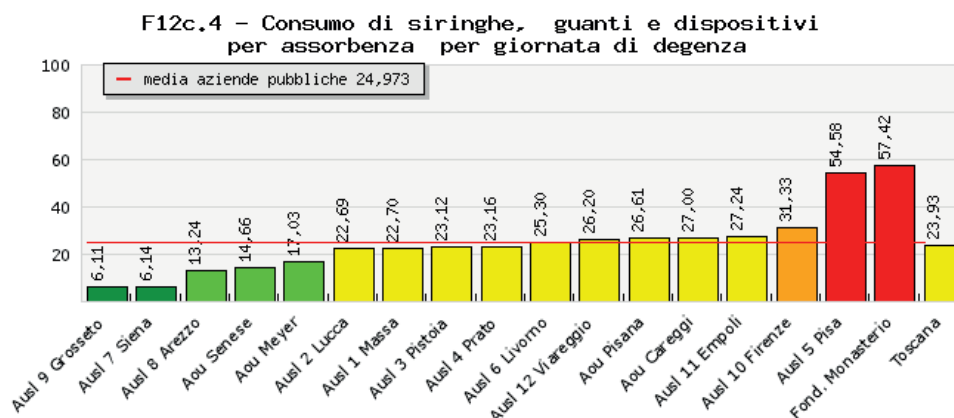
Nel pieno rispetto dell'autonomia del personale clinico, la progressiva omogeneizzazione nella scelta dei dispositivi potrà contribuire ad una standardizzazione delle procedure e ad un pieno sfruttamento delle economie di scala. Il numero di prodotti utilizzati da ciascuna azienda per singola classe nazionale dei dispositivi medici (CND) monitora la variabilità dei processi di adozione, acquisto e utilizzo dei dispositivi all'interno delle aziende stesse.



F12c.2.2	
NUMERO PRODOTTI UTILIZZATI PER CND ULTIMO LIVELLO (AOU)	
DEFINIZIONE	Numero prodotti utilizzati per CND ultimo livello (esclusa CND "W") per AOU
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Flusso DES
LIVELLO	Azienda di erogazione

6.28 Indicatore F12c.4: Consumo di siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza

Il monitoraggio del consumo di siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza per giornata di degenza permette di individuare differenze molto significative tra le aziende, non sempre giustificate da bisogni assistenziali diversi.



F12c.4	
CONSUMO DI SIRINGHE, GUANTI E DISPOSITIVI PER ASSORBENZA PER GIORNATA DI DEGENZA	
DEFINIZIONE	Quantita' unitarie di siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza consumate per giornata di degenza. Sono considerati i consumi in regime di ricovero.
NUMERATORE	Consumi unitari di siringhe, guanti e dispositivi di assorbenza
DENOMINATORE	Numero di giornate di degenza
RIFERIMENTO	Media regionale, anno 2013
FONTE	Flusso DES
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.29 Indicatore F15a: Efficienza ed efficacia dei servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)

L'indicatore, a sua volta strutturato in 7 indicatori, analizza fenomeni di rilevante importanza per il monitoraggio dell'attività del settore Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL): la Copertura del territorio, l'Efficienza produttiva, il Risultato. In particolare, come lo scorso anno, sono presenti alcuni indicatori che utilizzano il Sistema dei Prodotti Finiti come fonte ufficiale di rilevazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, entrato in vigore in via sperimentale nel 2008.

L'indicatore di risultato più rappresentativo è costituito dal tasso di infortuni, tuttavia ad oggi non è ancora disponibile un dato aggiornato: l'ultimo a disposizione risale infatti al 2011. Come succede per gli altri indicatori sullo stato di salute (*outcome*), il tasso di infortuni è solo in parte influenzato dall'attività dei dipartimenti di prevenzione, perché molteplici sono i fattori che lo influenzano. Ad ogni modo, l'effettuazione di controlli, ispezioni e sopralluoghi, nonché la realizzazione di un adeguato numero di ore di formazione in maniera capillare sul territorio, possono costituire presupposti imprescindibili per l'ottenimento di una maggiore sicurezza nei luoghi di lavoro ed elementi su cui fare forza per prevenire gli infortuni sul lavoro.

Infine, a supporto della lettura dei dati relativi all'attività del dipartimento, sono presenti sul sistema *on line* due indicatori di "Efficacia Strutturale" (F15.1.1s e F15.1.4s), che hanno lo scopo di evidenziare la capacità produttiva in termini di numero medio di personale PISLL, sia rispetto al numero di unità locali, sia rispetto alla popolazione occupata. Tali indicatori, insieme a quelli di efficienza, permettono, da una parte, l'analisi delle determinanti che hanno portato a una certa *performance* in termini di copertura del territorio e, dall'altra, l'individuazione delle opportunità di miglioramento.

Nota: Per il calcolo del punteggio globale sono stati utilizzati i seguenti pesi per ciascun indicatore:

PESO INDICATORE	F15.1 Copertura del Territorio	F15.2 Efficienza produttiva	F15.3 Risultato
AUSL	60%	35%	5%

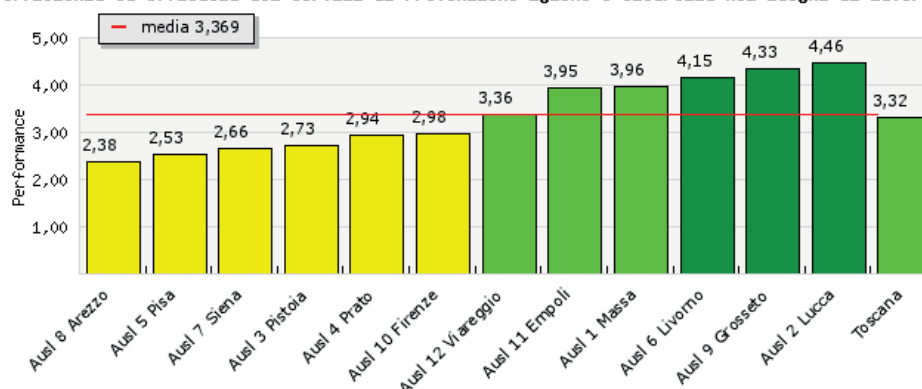
Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
F15a - Efficienza ed efficacia dei servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)	 3,32	2013

Fonte dei dati : Schede Ministeriali A e B - Cerimp - INAIL - ISTAT 2001 - Regione Toscana, Settore Prevenzione

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- F15a Efficienza ed efficacia dei servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)
 - F15.1.1s Efficacia strutturale riferita al numero di unità locali rispetto al personale qualificato [473.02](#)
 - F15.1.4s Efficacia strutturale riferita al numero di lavoratori occupati rispetto al personale qualificato [2894.55](#)
 - F15.1 Copertura del Territorio [\[solo valutazione\]](#)
 - F15.1.6 % di cantieri edili diversi ispezionati [108.56 %](#)
 - F15.1.7 Prodotti finiti 25-26-72 / unità locali [1.18](#)
 - F15.1.8 % di aziende agricole controllate [108.12 %](#)
 - F15.2.6 Prodotti finiti 25-26-27-72 pesati / operatori qualificati [2856.32](#)
 - F15.3.1 Tasso di infortuni standardizzato [26.63 x 1.000 abitanti](#)

Efficienza ed efficacia dei servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro



F15a

EFFICIENZA ED EFFICACIA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO (PISLL)

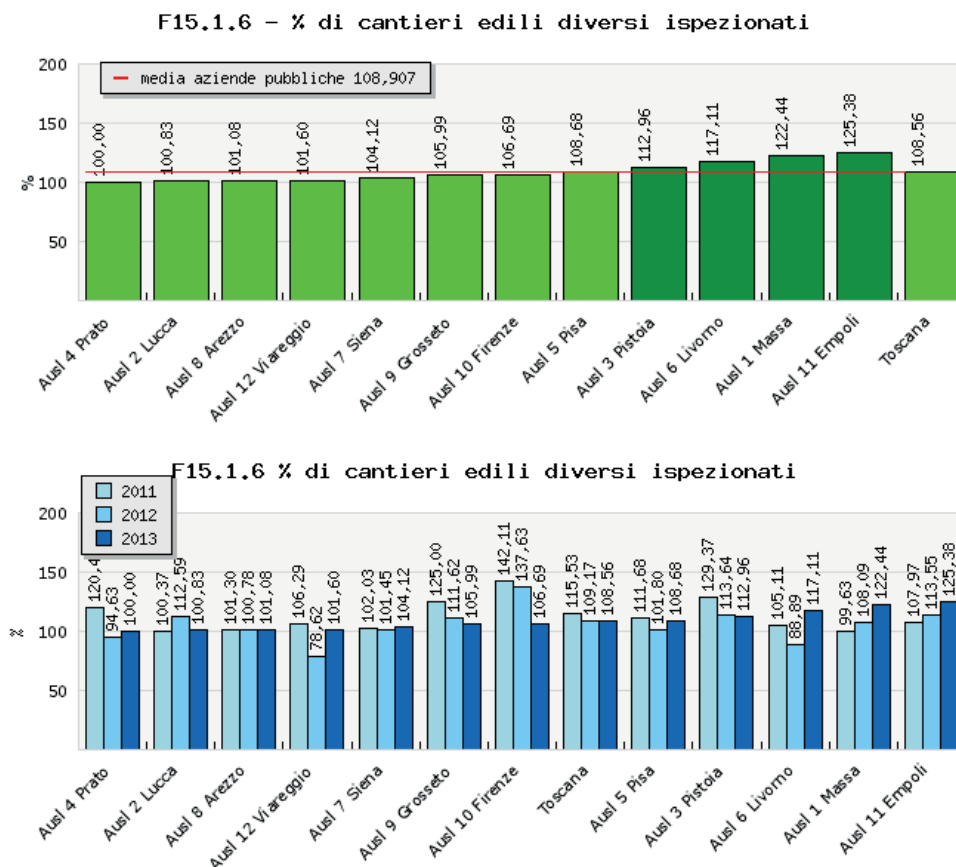
NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore F15a assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F15.1, F15.2.6, F15.3.1.



6.30 Indicatore F15.1.6: % di cantieri edili diversi ispezionati

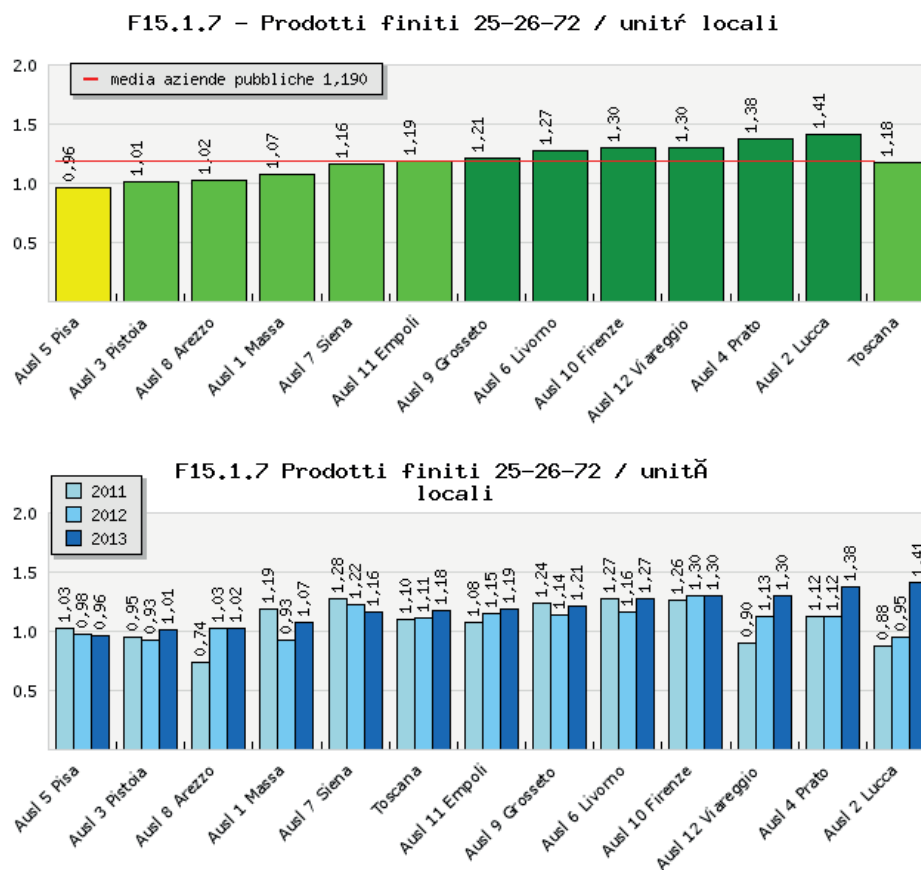
Questo indicatore di copertura del territorio evidenzia, rispetto al totale delle unità locali ispezionate, il numero di cantieri rispetto ai quali l'obiettivo regionale risulta raggiunto. In linea con quanto previsto dal Piano Nazionale Edilizia, l'obiettivo è quello di garantire una copertura uniforme sul territorio e ispezionare complessivamente un numero di cantieri almeno pari al 15% delle notifiche preliminari del precedente anno.



F15.1.6	
% DI CANTIERI EDILI DIVERSI ISPEZIONATI	
DEFINIZIONE	Percentuale di cantieri edili diversi ispezionati rispetto all'obiettivo regionale
NUMERATORE	N. di cantieri ispezionati x 100
DENOMINATORE	N. di cantieri da ispezionare indicati dal Piano Regionale Edilizia
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Rispetto dell'obiettivo di garantire una copertura, con i controlli, uniforme sul territorio regionale e ispezionare complessivamente un numero di cantieri almeno pari al 15% delle notifiche preliminari del precedente anno, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale Edilizia.
FONTE	Regione Toscana - Settore Prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro.
LIVELLO	Azienda di erogazione

**6.31 Indicatore F15.1.7: Prodotti finiti 25-26-72 / unità locali**

E' un indicatore di copertura del territorio che considera l'attività dei prodotti finiti 25, 26 e 72 rispetto al numero di unità locali in carico. Questo indicatore è stato individuato come evoluzione dell'F15.1.1 relativo alle unità locali ispezionate rispetto a quelle totali.

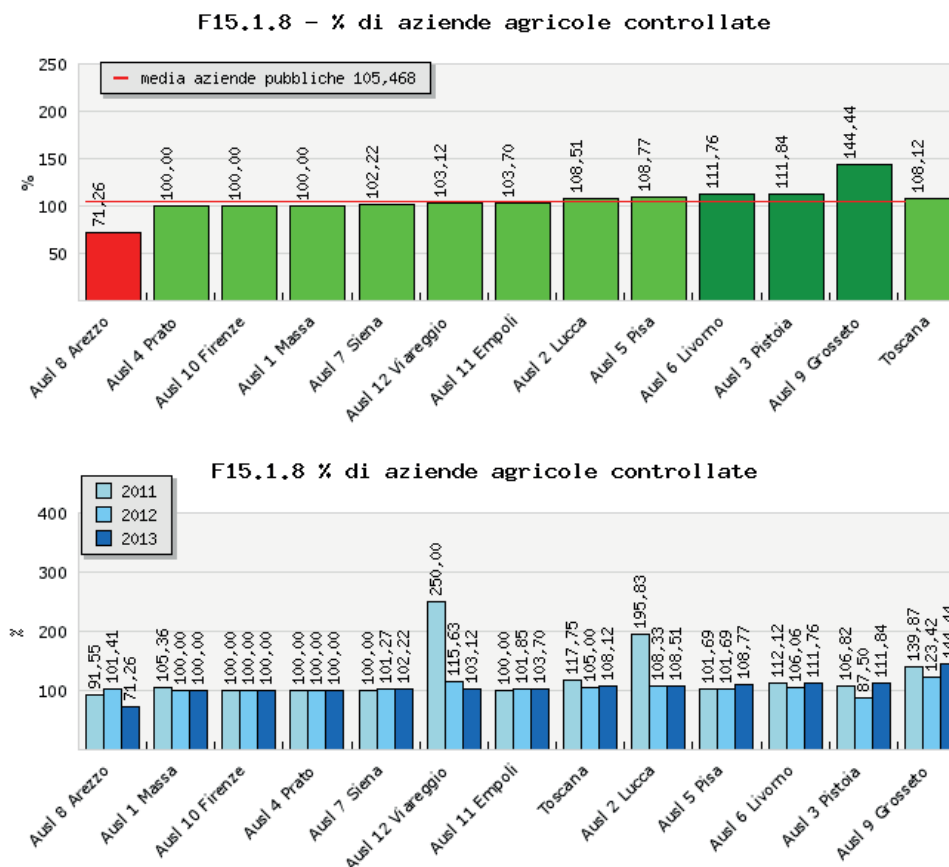


F15.1.7	
PRODOTTI FINITI 25-26-72 / UNITÀ LOCALI	
DEFINIZIONE	Copertura del territorio riferita all'attività dei prodotti finiti 25-26-72
NUMERATORE	Somma dei Prodotti finiti 25-26-72
DENOMINATORE	Unità locali da ispezionare indicate dalla DGR 330/2008 per l'anno 2009 corretto in base alla variazione percentuale di operatori qualificati intervenuta (quindi ridotto del 10%)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'obiettivo è di garantire, con l'attività di vigilanza nelle unità locali, il mantenimento di un livello di copertura comunque elevato nel territorio regionale, in linea con quanto previsto nel DPCM 17/12/2007 (esecuzione dell'accordo del 1 agosto 2007 recante il "Patto per la salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro"). PF 25 "Controllo in unità locale" PF 26 "Controllo in cantiere edile" PF 72 "Controllo in cava"
FONTE	Regione Toscana - Settore Prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro.
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.32 Indicatore F15.1.8: % di aziende agricole controllate

La copertura del territorio viene valutata anche tramite la rilevazione delle aziende agricole. La fonte dati deriva dal Piano regionale agricoltura (formalizzato dalla DGR 783/2010 e dal DD 5395) che a sua volta discende dal Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura (PNPAS). Quest'ultimo impone per la Regione Toscana, per l'anno 2013, un numero di aziende agricole da controllare pari a 800. Il flusso di aziende agricole controllate viene raccolto dal 2007 ed è quindi un flusso consolidato.

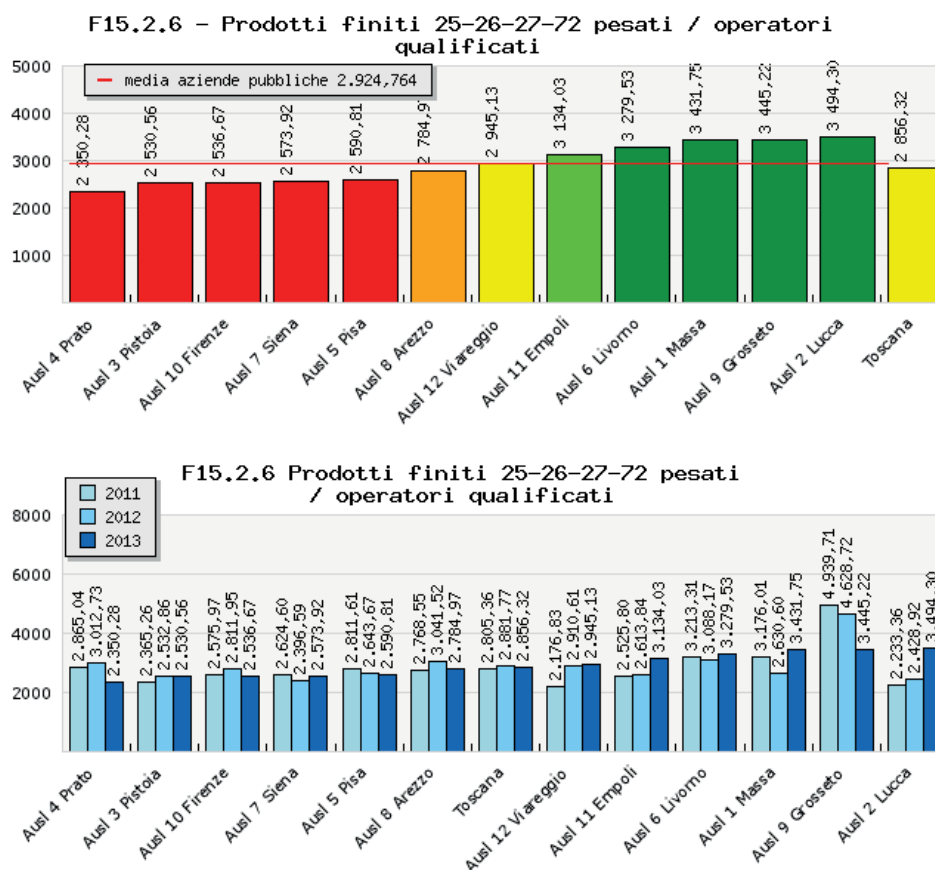


F15.1.8	
% DI AZIENDE AGRICOLE CONTROLLATE	
DEFINIZIONE	Percentuale di aziende agricole controllate rispetto all'obiettivo regionale
NUMERATORE	N. di aziende agricole controllate x 100
DENOMINATORE	N. di aziende agricole da controllare
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Rispetto dell'obiettivo di 800 aziende agricole da ispezionare imposto dal Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura.
FONTE	Regione Toscana - Settore Prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro.
LIVELLO	Azienda di erogazione

**6.33 Indicatore F15.2.6: Prodotti finiti 25-26-27-72 pesati / operatori qualificati**

Il seguente indicatore misura l'efficienza del personale qualificato, considerando i prodotti finiti 25 (Controllo U. L. per rischi lavorativi), 26 (Controllo in cantiere edile per rischi lavorativi), 27 (Procedura sanzionatoria penale in ambito PISLL), 72 (Controllo cava per rischi lavorativi). Ad ogni prodotto finito è stato attribuito un peso che deriva dalla somma dei pesi attribuiti alle singole attività che lo compongono.

La valorizzazione di ogni attività (e quindi il suo peso) tiene conto del numero, della tipologia e delle figure professionali coinvolte, del tempo medio impiegato per svolgere l'attività, del tempo impiegato nello spostamento (se presente).



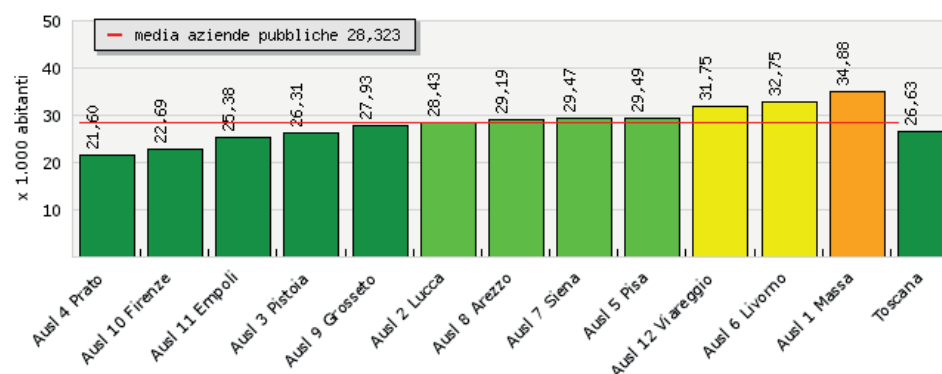
F15.2.6	
PRODOTTI FINITI 25-26-27-72 PESATI / OPERATORI QUALIFICATI	
DEFINIZIONE	Efficienza riferita ai Prodotti Finiti 25-26-27-72 pesati
NUMERATORE	Sommatoria dei prodotti finiti 25-26-27-72, moltiplicati per i loro corrispettivi pesi totali
DENOMINATORE	Numero di operatori qualificati
RIFERIMENTO	Media interaziendale, anno 2013
FONTE	Regione Toscana - Settore Prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro.
LIVELLO	Azienda di erogazione



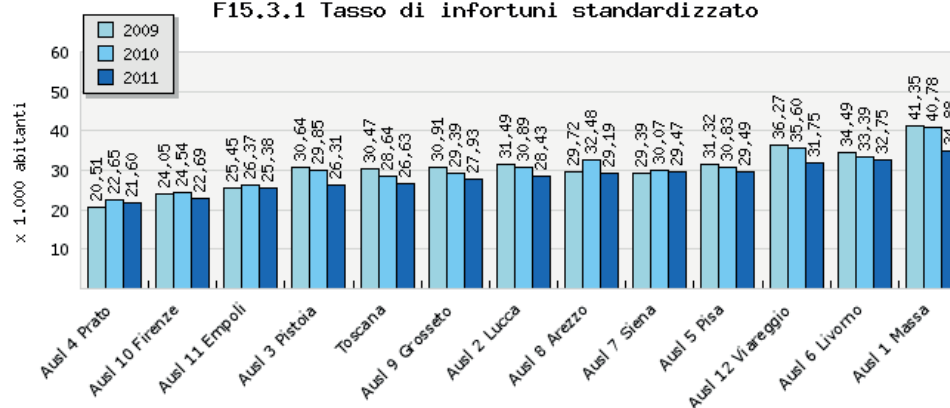
6.34 Indicatore F15.3.1: Tasso di infortuni standardizzato

L'indicatore evidenzia eventuali carenze organizzative e strutturali che inficiano la sicurezza nei luoghi di lavoro.

F15.3.1 – Tasso di infortuni standardizzato



F15.3.1 Tasso di infortuni standardizzato



F15.3.1

TASSO DI INFORTUNI STANDARDIZZATO

DEFINIZIONE	Tasso di infortuni standardizzato per 1.000 dipendenti
NUMERATORE	Sommatoria del Tasso della popolazione in studio per gli addetti Inail nella popolazione di riferimento (Italia, 2000) x 1.000
DENOMINATORE	Sommatoria degli addetti Inail nella popolazione di riferimento (Italia, 2000)
RIFERIMENTO	Media interaziendale: anno 2008, tasso infortunistico standardizzato nazionale
FONTE	CeRIMP
LIVELLO	Azienda di erogazione

**6.35 Indicatore F16a: Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione (SPV-IAN)**

L'obiettivo di questo indicatore è la valutazione complessiva del settore della sicurezza alimentare e veterinaria.

Nota: per il calcolo del punteggio globale sono stati utilizzati i seguenti pesi per ciascun indicatore

PESO INDICATORE	F16.6.3 Audit regionali	F16.7 Check list	F16.8.1 Ingrossi
AUSL	35%	40%	25%

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
F16a - Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione (SPV-IAN)	3,18	2013

Fonte dei dati : OEVR -Report PF e Flusso dati ANNEX II - Flusso BDN - Regione Toscana -Aziende Sanitarie

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- F16a Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione (SPV-IAN)

- F16.5 Efficienza produttiva

- F16.5.5 Prodotti finiti 4-43-49 sul personale [49,30](#)

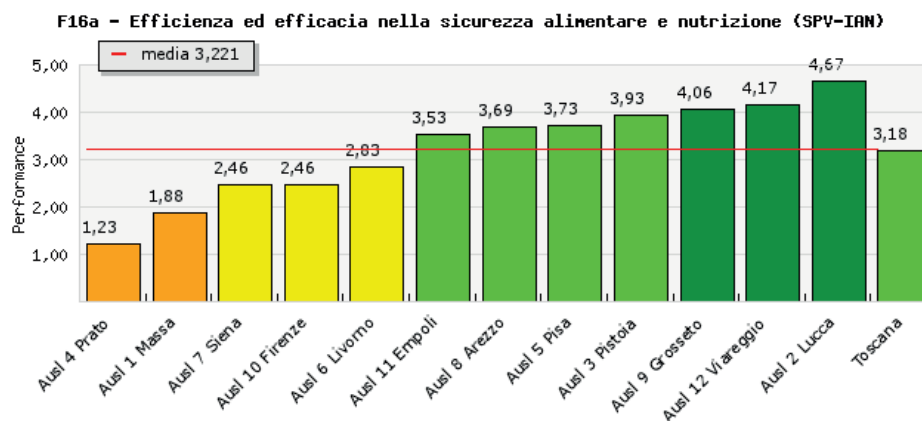
F16.6.3 Valutazione audit regionali [80,88 %](#)

F16.7 Check list in Banca Dati Nazionale (BDN) [\[solo valutazione\]](#)

- F16.7.2 Check list - Caprini/Ovini [3,62](#)

- F16.7.3 Check list - Suini [1,25](#)

F16.8.1 Ingrossi [100,00 %](#)

**F16a****EFFICIENZA ED EFFICACIA NELLA SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE (SPV-IAN)****NOTE PER L'ELABORAZIONE**

L'indicatore F16a assume una valutazione pari alla media ponderata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F16.8.1 (con peso 25%), F16.7 (con peso 40%), F16.6.3 (con peso 35%).

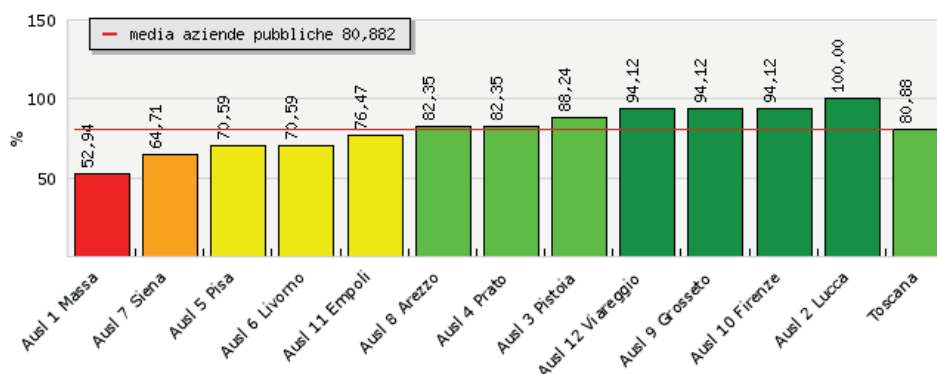
Per le aziende di Massa Carrara e Livorno, per cui non è calcolabile l'indicatore F16.8.1, sono stati modificati i pesi come segue: 45% per l'indicatore F16.6.3, e 55% per l'indicatore F16.7.



6.36 Indicatore F16.6.3: Valutazione audit regionali

Vista l'importanza degli *audit* regionali e l'applicazione del "pacchetto igiene", in particolare del regolamento CE n. 882/2004, dal 2011 è stato introdotto questo nuovo indicatore che consente di verificare se i controlli ufficiali, condotti dalle autorità competenti in materia di mangimi ed alimenti e di salute e benessere degli animali, sono svolti in modo efficace e idoneo al conseguimento degli obiettivi stabiliti dalla normativa e in conformità ai piani di controllo nazionali e regionali.

F16.6.3 - Valutazione audit regionali

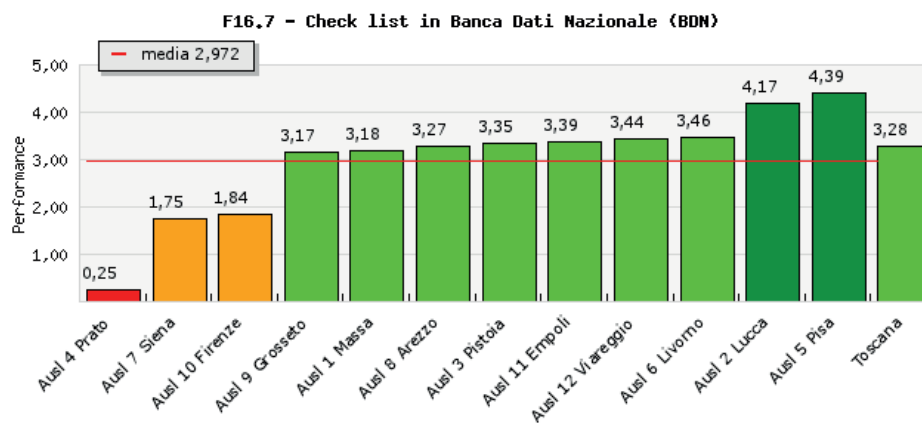


F16.6.3	
VALUTAZIONE AUDIT REGIONALI	
DEFINIZIONE	Audit regionali
NUMERATORE	N. requisiti conformi x 100
DENOMINATORE	N. requisiti valutati
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Indicatore triennale.
RIFERIMENTO	Indicatore triennale riferito al periodo 2011-2013
FONTE	Documento approvato dalla conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 27.01.2010. Rapporti ufficiali audit regionali
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.37 Indicatore F16.7: Check list in Banca Dati Nazionale (BDN)

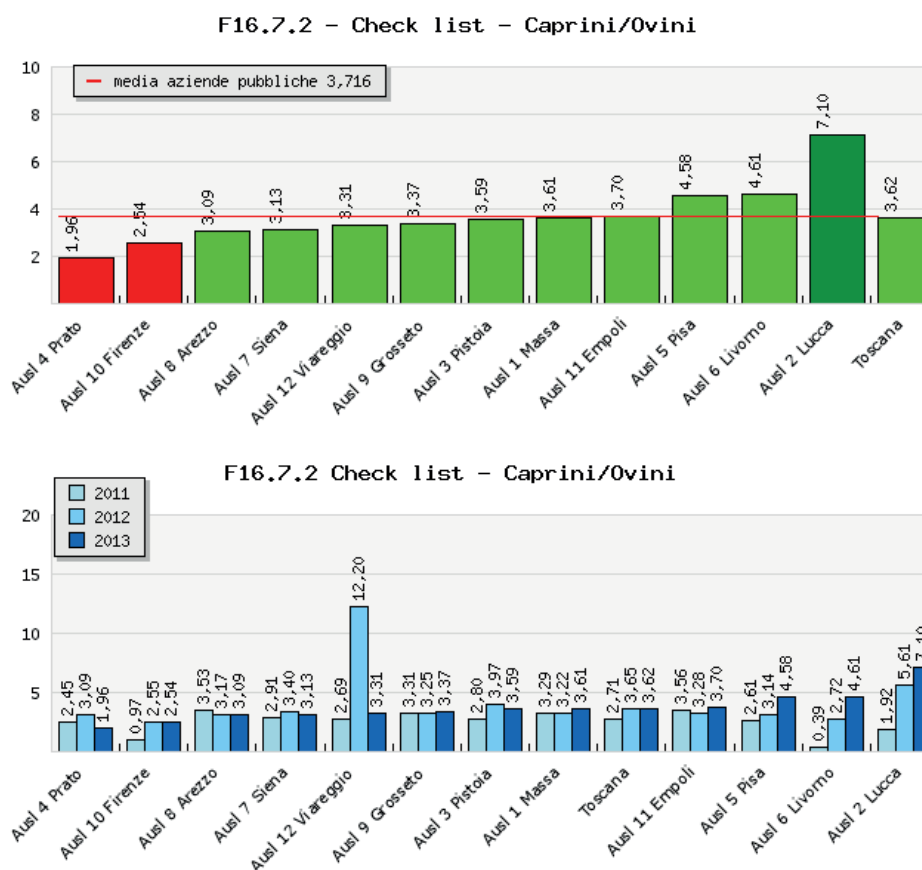
Questo indicatore, introdotto nel 2009, ha lo scopo di tenere sotto controllo i dati identificati e registrati in Banca Dati Nazionale (BDN) di Teramo con quelli riscontrati durante i controlli. I sotto-indicatori del F16.7 forniscono il dettaglio della composizione del macro-indicatore considerando le *check list* per specie animali ovicaprina e suina.

**F16.7****CHECK LIST IN BANCA DATI NAZIONALE (BDN)****NOTE PER L'ELABORAZIONE**

L'indicatore F16.7 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F16.7.2, F16.7.3.



6.38 Indicatore F16.7.2: Check list - Caprini/Ovini



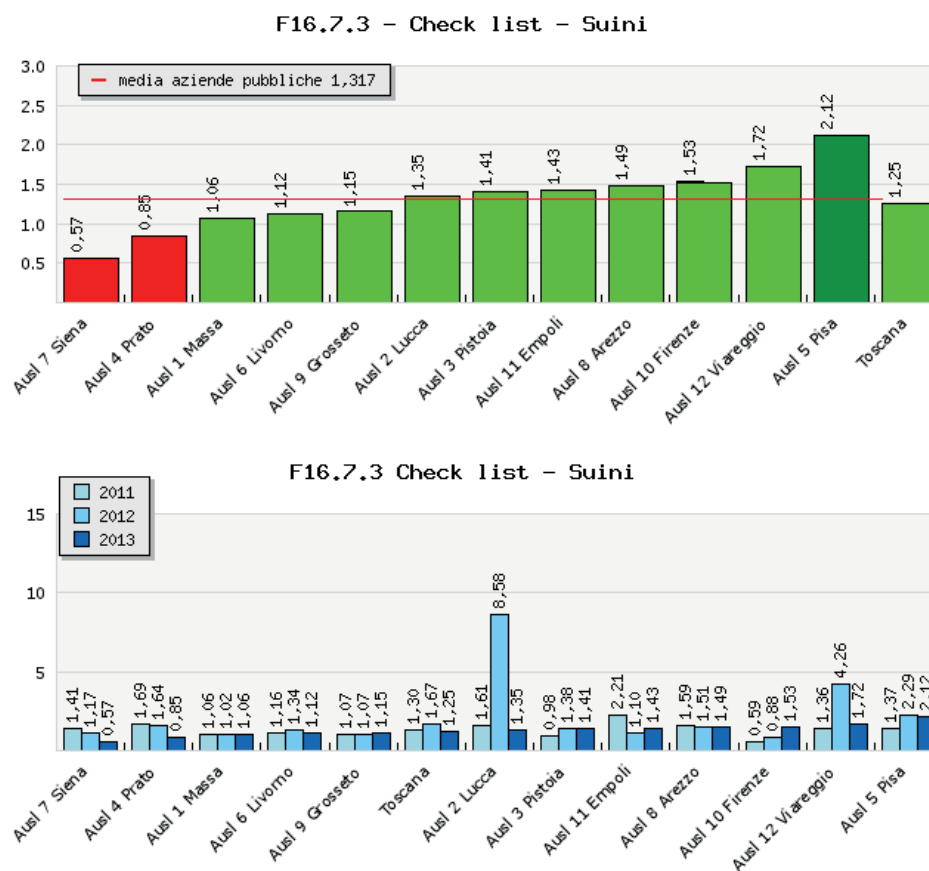
F16.7.2

CHECK LIST - CAPRINI/OVINI

DEFINIZIONE	Percentuale di check-list inserite e compilate in Banca Dati Nazionale (BDN) di Teramo
NUMERATORE	N. check-list compilate ed inserite in BDN per periodo di rilevazione afferenti allevamenti Ovini/Caprini x 100
DENOMINATORE	N. allevamenti ovicaprini aperti al 31 dicembre dell'anno precedente all'anno di rilevazione in BDN
RIFERIMENTO	Almeno il 3 % del numero totale degli allevamenti ovicaprini aperti in BDN al 31 dicembre dell' anno precedente dell'anno di rilevazione
FONTE	Flusso dati BDN
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.39 Indicatore F16.7.3: Check list - Suini

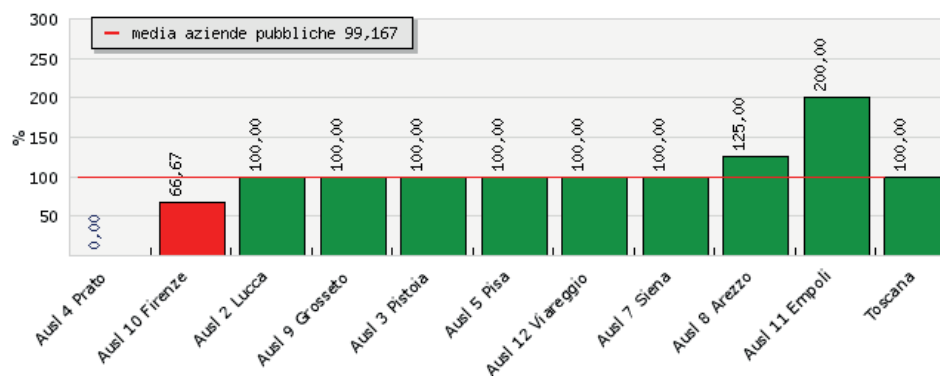


F16.7.3	
CHECK LIST - SUINI	
DEFINIZIONE	Percentuale di check-list inserite e compilate in Banca Dati Nazionale (BDN) di Teramo
NUMERATORE	N. check-list compilate ed inserite in BDN per periodo di rilevazione afferenti allevamenti suini x 100
DENOMINATORE	N. allevamenti suini aperti al 31 dicembre dell'anno precedente all'anno di rilevazione in BDN
RIFERIMENTO	Almeno 1% del numero totale degli allevamenti suini aperti al 31 dicembre dell'anno precedente all'anno di rilevazione in BDN, raddoppiabile al 2% in caso di non conformità rif. nota Min. 12882 del 29/10/2007
FONTE	Flusso dati BDN
LIVELLO	Azienda di erogazione

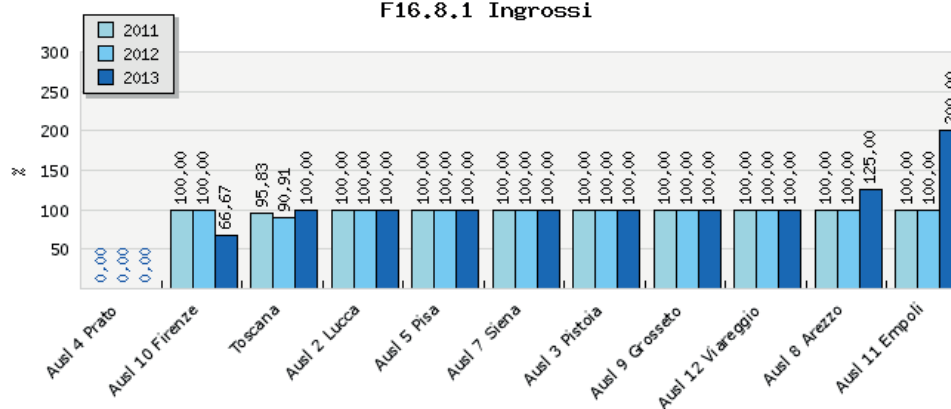


6.40 Indicatore F16.8.1: Ingrossi

F16.8.1 - Ingrossi



F16.8.1 Ingrossi



F16.8.1	
INGROSSI	
DEFINIZIONE	Percentuale di ingrossi controllati
NUMERATORE	Ingrossi controllati x 100
DENOMINATORE	Ingrossi i controllabili
RIFERIMENTO	Copertura almeno del 100 % degli ingrossi controllabili
FONTE	Flusso informativo n° 17b del D.D. della Regione Toscana 6097/2012, trasmesso da parte delle Articolazioni Organizzative che si occupano di Sanità Pubblica Veterinaria e del Servizio Farmaceutico Territoriale
LIVELLO	Azienda di erogazione



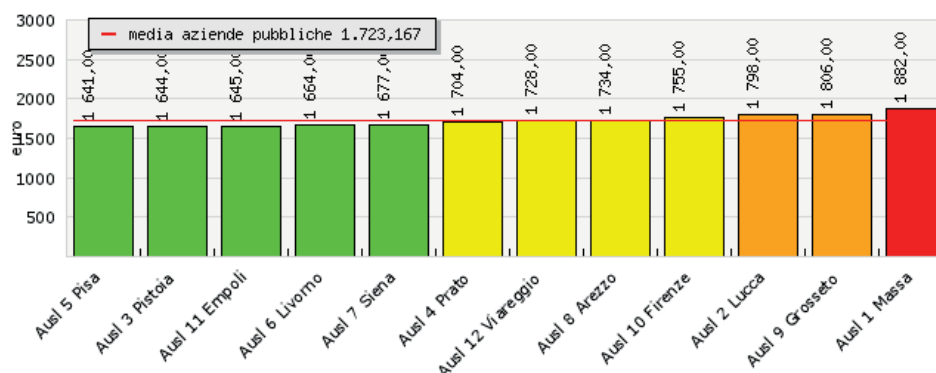
6.41 Indicatore F17: Costo sanitario pro-capite

L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo totale sostenuto dall'AUSL per i propri residenti e la popolazione residente nei comuni della AUSL stessa. La popolazione è riferita al 1/1/2013 ed è stata pesata considerando l'indice di accesso complessivo così come specificato nel PSR 2008-2010 e comprende quindi i pesi relativi all'assistenza in relazione alle fasce d'età, all'altimetria e all'accentramento (dato fornito dal settore finanza della Regione Toscana). Si è fatto riferimento al PSR 2008-2010 in quanto ancora vigente nell'anno 2013.

I costi totali sostenuti dall'AUSL per i propri residenti sono stimati dai dati del flusso CE (estrazione del 14 maggio 2014). In particolare, i costi per i residenti sono stimati come i costi totali del flusso CE (costi di produzione e costi per gestione finanziaria, straordinaria e fiscale) al netto del valore economico della mobilità attiva in quanto rappresentativi dei costi sostenuti dall'azienda per erogare i servizi ai non-residenti. L'indicatore non prende in considerazione i costi complessivi sostenuti dalle aziende ospedaliere ma soltanto il valore delle prestazioni da queste erogate ai propri residenti. Il consolidamento dei costi fra aziende territoriali ed ospedaliere privilegia il punto di vista di chi ritiene che l'acquisto di prestazioni per i propri residenti costi meno dell'erogazione di tali servizi; un indicatore basato esclusivamente sui dati delle aziende territoriali (come l'attuale F17) privilegia invece il punto di vista di chi ritiene che il consolidamento porti al ribaltamento non solo dei costi connessi all'erogazione ma anche delle inefficienze delle aziende ospedaliere. Se da un lato un indicatore consolidato è più vicino ai costi pro capite sostenuti dal sistema sanitario regionale, dall'altro è difficile responsabilizzare le aziende su valori congiunti. Il dato regionale non è la media delle aziende sanitarie territoriali ma include i costi complessivamente sostenuti a livello regionale (e quindi comprensivo dei costi delle aziende ospedaliero-universitarie e dagli altri enti del SSR) per ogni toscano.

- F17 Costo sanitario pro-capite

F17 - Costo sanitario pro-capite



F17	
COSTO SANITARIO PRO-CAPITE	
DEFINIZIONE	Costo sanitario pro-capite
NUMERATORE	Costo totale AUSL per la popolazione residente - valore delle compensazioni attive e altre rettifiche
DENOMINATORE	Popolazione pesata (pesi PSR 08-10)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il numeratore comprende le seguenti voci: Costo totale B) Totale costi della produzione (codice BZ9999), al netto della voce B.2.A.13) Compartecipazione al personale per attività libero-prof. (intramoenia) (codice BA1200) C.3) Interessi passivi (codice CA0110) C.4) Altri oneri (codice CA0150) E.2) Oneri straordinari (codice EA0260) Y) Totale imposte e tasse (codice YZ9999) Mobilità attiva A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici (codice AA0330) A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati (codice AA0660) A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva) (codice AA0610) Altre rettifiche A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione (codice AA0770) A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione (AA0800) A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici (AA0840) Il denominatore considera l'indice di accesso complessivo così come specificato nel PSR 2008-2010: pesi relativi all'assistenza (0.9) pesi relativi all'altimetria(0.07) e all'accentramento(0.03). Si è fatto riferimento al PSR 2008-2010 in quanto ancora vigente nell'anno 2013. Il numeratore è stato calcolato in base ai dati provvisori provenienti dal flusso CE estratto il 12 maggio 2014.
FONTE	Costi: Flusso CE sanitario, Popolazione ISTAT 1.1.2013
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.42 Indicatore F19a: Costo medio per punto Drg Ministeriale dei ricoveri per acuti

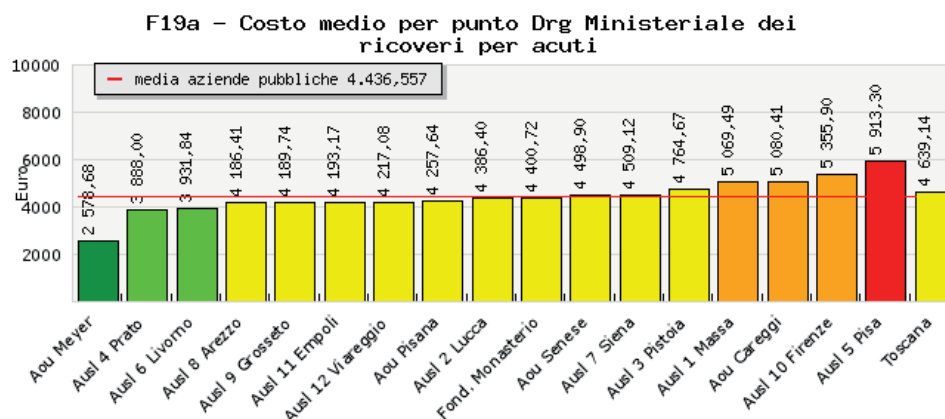
L'indicatore intende misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto anche con aziende di altre regioni (si veda S. Nuti, A. Bonini (2013), Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto - Report 2012), i punti drg utilizzati sono quelli ministeriali (D.M. 18.12.2008). Per quanto riguarda la stima dei costi di produzione delle aziende (siano esse territoriali o ospedaliere) per i ricoveri per acuti sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti al netto dei costi sostenuti per la mobilità passiva (ossia i costi sostenuti dalle aziende territoriali per prestazioni erogate ai propri residenti presso altre aziende). Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2012.

Indicatore	Valore Toscana	Performance Toscana	Anno
F19a - Costo medio per punto Drg Ministeriale dei ricoveri per acuti	4639,14 Euro	 2,32	2012

Fonte dei dati : Flusso LA - Flusso SDO

Elaborazioni: Laboratorio Management e Sanità

- F19a Costo medio per punto Drg Ministeriale dei ricoveri per acuti



F19a	
COSTO MEDIO PER PUNTO DRG MINISTERIALE DEI RICOVERI PER ACUTI	
DEFINIZIONE	Costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS
NUMERATORE	Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS - costi delle prestazioni sanitarie (mobilità passiva)
DENOMINATORE	N. ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Per il costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria: Flusso LA (codice 30200 colonna TS013). Per i costi della mobilità passiva dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria: Flusso LA (codice 30200 colonna TS003) Per i ricoveri: ricoveri erogati in strutture pubbliche con regime di degenza ordinaria Nel calcolo del denominatore si esclude la libera professione.
FONTE	Flusso LA - Flusso SDO



6.43 Indicatore F21: Igiene e sanita' pubblica

L'indicatore è volto a monitorare l'attività del settore Igiene, Sanità Pubblica e Nutrizione. I sottoindicatori di cui si compone sono relativi alla valutazione e controllo dei piani nutrizionali (F16.2.1), alle interviste PASSI (F21.3), all'efficienza produttiva (F21.4)

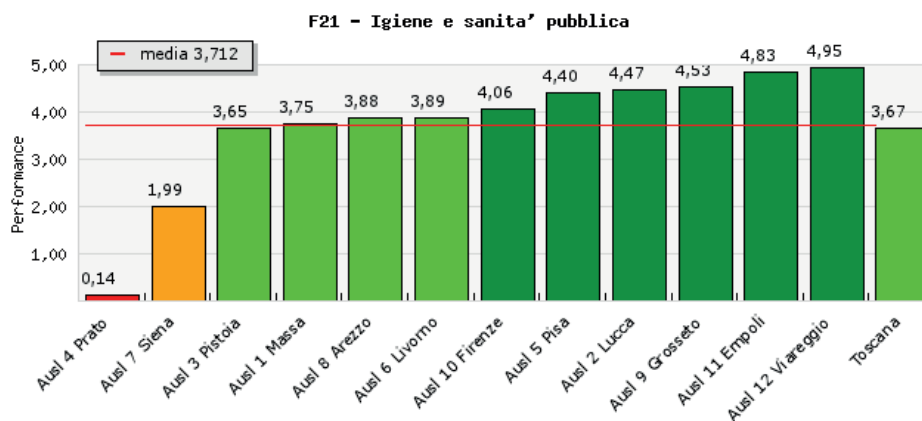
Da quest'anno sono stati introdotti altri tre indicatori: due di questi riguardano l'ambito delle malattie infettive (F21.6 e F21.7), l'altro invece la vigilanza igienico sanitaria sugli impianti sportivi (F22.3).

Indicatore	Performance Toscana	Anno indicatore
F21 - Igiene e sanita' pubblica	3,67	2013

Fonte dei dati : *Flussi ISP*

Elaborazioni: *Laboratorio Management e Sanità*

- F21 Igiene e sanita' pubblica
 - F16.2.1 Valutazione e controllo Piani Nutrizione [108.16 %](#)
 - F21.3 Studio Passi : Interviste [95.50 %](#)
 - F21.4 Efficienza produttiva: (PF1+2+10)/personale [82.88](#)
 - F21.6 % esami colturali per la diagnosi di TB polmonare
 - F21.7 Proporzioni di malattie invasive batteriche tipizzate [59.46 %](#)
 - F22.3 Copertura del territorio riferita alla vigilanza igienico sanitaria sugli impianti sportivi pubblici e privati [8.09 %](#)



F21

IGIENE E SANITA' PUBBLICA

NOTE PER L'ELABORAZIONE

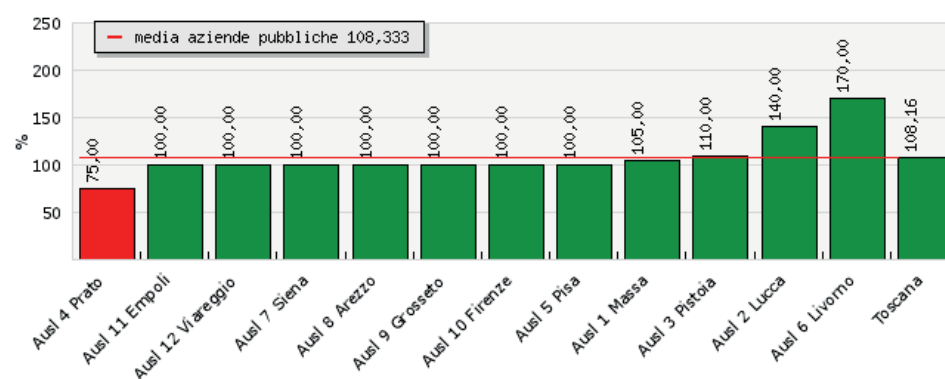
L'indicatore F21 assume una valutazione pari alla media ponderata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F16.2.1 (con peso 30%), F21.3 (con peso 40%), F21.4 (con peso 30%).



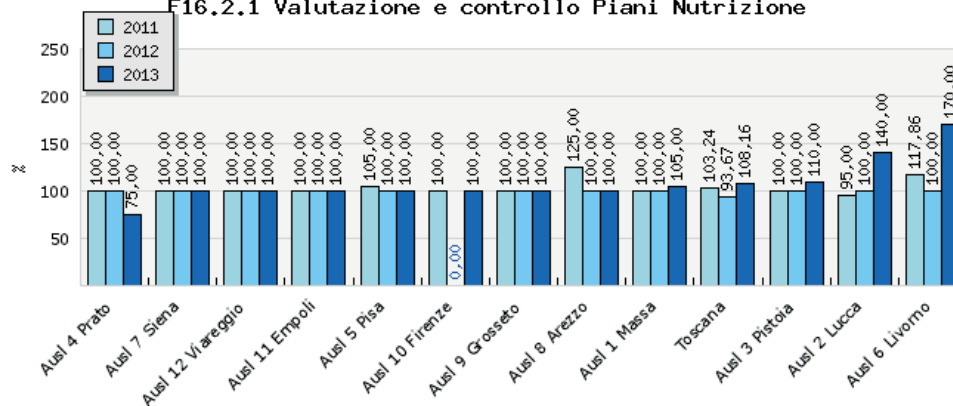
6.44 Indicatore F16.2.1: Valutazione e controllo Piani Nutrizione

Una delle principali sfide per il sistema sanitario regionale è costituita dalla valorizzazione delle attività di prevenzione nutrizionale volte a favorire corretti stili di vita. Nella Prevenzione Primaria, le attività in ambito nutrizionale rappresentano un settore strategico sia per quanto attiene la prevenzione rivolta all'individuo e alla collettività, sia in relazione all'individuazione e al controllo dei "determinanti di salute" relativi all'ambiente di vita, fattori tutti d'importanza predominante per la definizione dei profili e dei piani di salute. L'indicatore presente nel sistema di valutazione (F16.2.1) è volto a misurare la percentuale di piani nutrizionali controllati rispetto a quelli programmati per le strutture di ristorazione collettiva.

F16.2.1 – Valutazione e controllo Piani Nutrizione



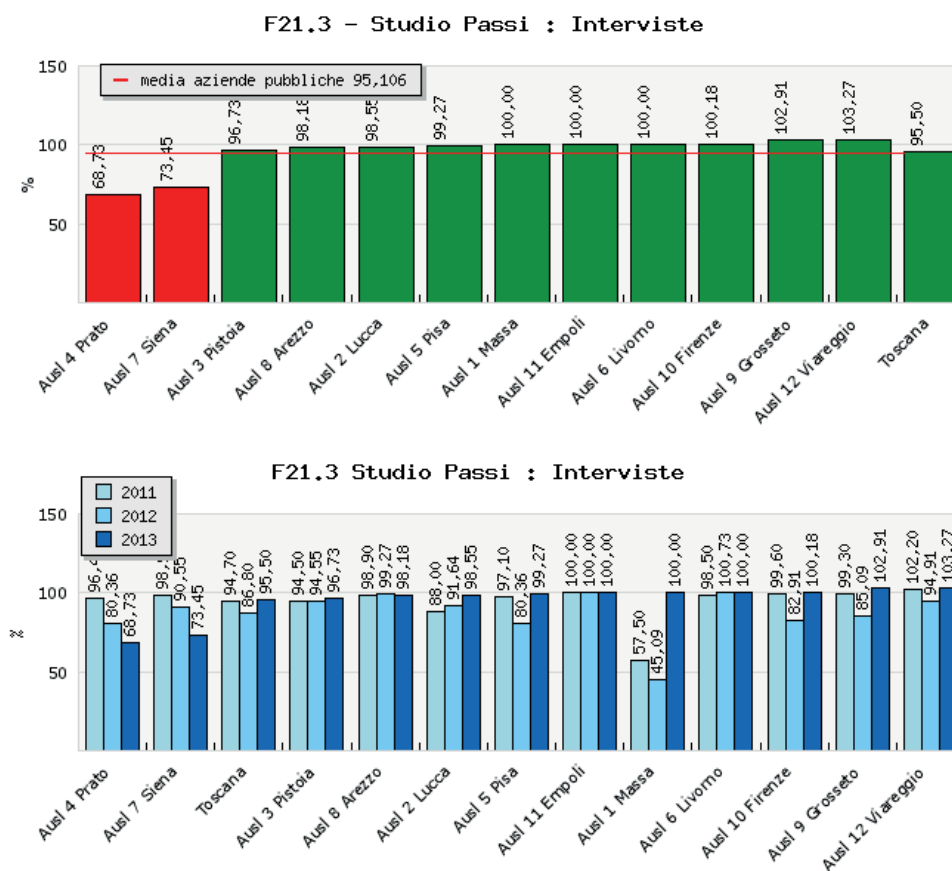
F16.2.1 Valutazione e controllo Piani Nutrizione



F16.2.1	
VALUTAZIONE E CONTROLLO PIANI NUTRIZIONE	
DEFINIZIONE	Percentuale di piani nutrizionali valutati e controllati
NUMERATORE	Numero di piani nutrizionali valutati/controllati annualmente relativamente a strutture di ristorazione collettiva x 100
DENOMINATORE	Numero di piani nutrizionali di cui si è programmato la valutazione/controllo annualmente relativamente a strutture di ristorazione collettiva
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Per anno di riferimento si intende il periodo temporale dal 01 Gennaio al 31 Dicembre dell'anno 2013. Per anno 2010 si intende il periodo temporale dal 01 Marzo al 31 Dicembre (Rif. nota regionale del 19/02/2010 prot. nr.AOO-GRT/47260/Q.100.30)
RIFERIMENTO	Obiettivo regionale: 100%
FONTE	Flusso informativo 64 DD RT6097/12 trasmesso da parte delle Articolazioni Organizzative che si occupano di Igiene degli Alimenti e Nutrizione appartenenti ai Dip. Prev. delle Aziende sanitarie della Toscana
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.45 Indicatore F21.3: Studio Passi : Interviste

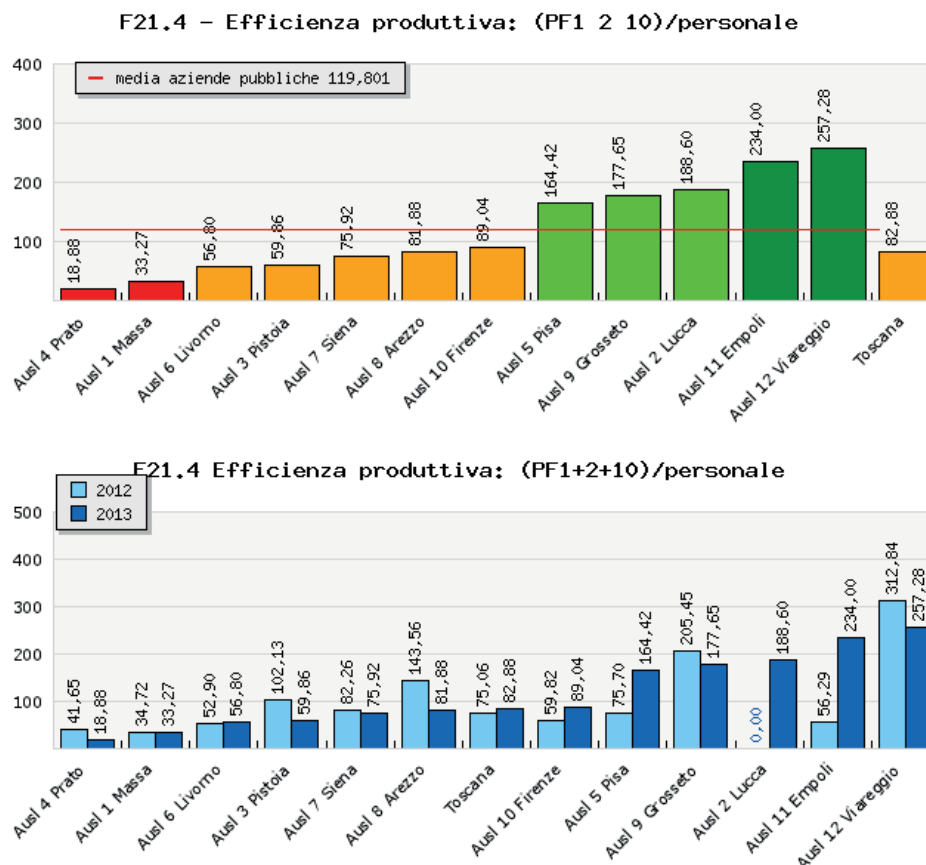


F21.3	
STUDIO PASSI : INTERVISTE	
DEFINIZIONE	Percentuale di interviste effettuate nello studio PASSI
NUMERATORE	Numero interviste telefoniche effettuate al 28 febbraio 2014 * 100
DENOMINATORE	Numero interviste telefoniche da effettuare
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Studio PASSI - Principali aspetti metodologici del sistema di sorveglianza pubblicati nel booklet di presentazione sito www.epicentro.it/passi - numero minimo intervistati 25 al mese per 11 mesi - totale 275 intervistati all'anno ad esclusione della ASL10 Firenze che ha come obiettivo l'esecuzione di 50 interviste al mese per 11 mesi, per un totale di 550 interviste ; Rilevazione interviste dal 01 gennaio 2013 al 28 febbraio 2014; Trasmissione dati alla Regione Toscana entro il 30-03-2014.
FONTE	Flusso informativo n. 51a indicato nel Dirigenziale della Regione Toscana n.6097 del 19 dicembre 2012. Trasmissione da parte delle Articolazioni Organizzative che si occupano di Igiene e sanità Pubblica appartenenti al Dip.Prev. delle Aziende sanitarie
LIVELLO	Azienda di erogazione



6.46 Indicatore F21.4: Efficienza produttiva: (PF1+2+10)/personale

Questo nuovo indicatore di efficienza è relativo ai prodotti finiti 1 (Pareri e valutazioni su richiesta), 2 (Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica esclusa la sicurezza alimentare-escluso certificazioni di idoneità ed antigenicità), 10 (Interventi per segnalazioni). Tale indicatore consente di misurare il numero di attività svolte dalle Aziende in relazione al personale appartenente al settore di riferimento.



F21.4	
EFFICIENZA PRODUTTIVA: (PF1+2+10)/PERSONALE	
DEFINIZIONE	Valuta l'efficienza dei Prodotti finiti 1, 2 e 10 sul personale assegnato
NUMERATORE	Prodotti finiti n° 1+2+10 rendicontati annualmente dalle Articolazioni Organizzative che si occupano di Igiene e Sanità Pubblica appartenenti ai Dip. Prev. delle Aziende sanitarie della Toscana al settore regionale Igiene Pubblica
DENOMINATORE	N° personale assegnato alle Articolazioni Organizzative che si occupano di Igiene e Sanità Pubblica appartenenti ai Dip.Prev. Delle Aziende sanitarie della Toscana
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Prodotto Finito nr. 1: Pareri e valutazioni su richiesta Prodotto Finito nr. 2: Controllo di Unità Locali per motivi di sanità pubblica esclusa la sicurezza alimentare (escluso certificazioni di idoneità ed antigenicità); Prodotto Finito nr. 10: Interventi per segnalazioni Per Report "Bersaglio" riferito ad anno 2013 saranno conteggiati i Prodotti Finiti chiusi nel periodo temporale 01.01.2013 - 31.12.2013.
RIFERIMENTO	Media interaziendale: anno 2013
FONTE	Delibera GR n 670 del 01/09/2008. Decreto n.4196 del 16/09/2008. Elenco Prodotti Finiti versione 3.0. Flusso informativo n. 47 indicato nel D.D.6097/2012.
LIVELLO	Azienda di erogazione



IL LABORATORIO MANAGEMENT E SANITÀ

Il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito nel 2004 dalla **Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**, grazie alla collaborazione con la **Regione Toscana**, oggi opera nell'ambito dell'Istituto di Management e 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 ed internazionali, nell'innovazione organizzativa e gestionale a beneficio della tutela della salute, ed 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 statistiche 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 del 2008 inoltre, per indirizzare i processi di programmazione e valutazione dei risultati, alcune Regioni hanno aderito al sistema e ne costituiscono il network. Le Regioni che ad oggi fanno parte del network sono Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Toscana, Umbria, Veneto, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento.

Il responsabile scientifico del sistema di valutazione è la prof.ssa **Sabina Nuti**, il coordinatore per la Regione Toscana la dott.ssa **Linda Marcacci**, il responsabile del sistema informativo il dott. **Domenico Cerasuolo**.

Il team di ricerca del Laboratorio MeS è composto da:

Area Qualità e Appropriatezza

Anna Bonini, Linda Marcacci, Giulia Capitani, Antonella Rosa, Pietro Amat, Manila Bonciani, Maria Sole Bramanti, Laura d'Amato, Barbara Lupi, Valentina Rosellini, Chiara Speroni

Area Policy e Sistemi

Milena Vainieri, Sara Barsanti, Cristiana Bettelli, Barbara Bini, Sabina De Rosi, Anna Cristina Fabrizi, Fabio Fagioli, Gabriel Gabrielli di Quercita, Nicola Iacovino, Luca Pirisi, Armando Todaro, Federico Vola, Silvia Zett

Knowledge management e gestione dei processi

Francesco Niccolai, Anna Maria Murante, Manuela Furlan, Cinzia Panero, Francesca Sanna, Francesca Brocchini, Federica Covre, Elisabetta Flore, Tommaso Grillo Ruggieri, Linda Palatella, Emiliano Pardini, Giorgio Presicce, Federica Vasta

Sistemi informativi

Domenico Cerasuolo, Gaetano Esposito, Alessandro Giari

Supervisione statistica

Chiara Seghieri, Giuseppe D'Orio, Chiara Vinattieri

Coordinamento amministrativo

Maria Miettinen, Elena Andrenacci, Serena Carlini, Elena Di Stefano

Un grande ringraziamento a Laura d'Amato per il suo prezioso aiuto nella stesura del presente Report.

I dati contenuti nel presente report sono generati direttamente dal sistema web progettato e realizzato in tutte le sue parti da Domenico Cerasuolo



www.meslab.sssup.it

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Accordo Stato-Regioni, 11 luglio 2002
- D.lgs n. 833 del 23 dicembre 1978 *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”* in Gazzetta Ufficiale n.360 del 28 dicembre 1978
- D.M. del 24 aprile 2000, *“Progetto obiettivo materno infantile allegato al piano sanitario nazionale 1998 - 2000”* in Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000
- Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40. *Disciplina del servizio sanitario regionale*, Regione Toscana, in Gazzetta Ufficiale 26-11-2008 n. 40
- Legge regionale 10 novembre 2008, n. 60 *Modifiche alla legge 24 febbraio 2005, n. 40. Disciplina del servizio sanitario regionale*, Regione Toscana, in Gazzetta Ufficiale 19-11-2008 n. 39
- Decreto Regione Toscana n. 7425 del 18 dicembre 2001 *“Approvazione schema di contratto tra Regione Toscana e Scuola Superiore di Studi universitari e di perfezionamento Sant'Anna di Pisa per la redazione di un progetto finalizzato alla realizzazione di un processo di monitoraggio delle Aziende sanitarie e del sistema sanitario regionale”*
- Decreto Regione Toscana n. 3065 del 21 maggio 2003 *“Approvazione dello schema di contratto fra la Regione Toscana e la Scuola Superiore di Studi universitari e di perfezionamento Sant'Anna di Pisa per la progettazione di un sistema di monitoraggio del servizio sanitario regionale”*
- DGRT n. 144 del 25 settembre 2002 *“Riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative delle Aziende Sanitarie; costituzione dei Consorzi di area vasta”*
- DGRT n. 859 del 5 agosto 2002 *“Indicazioni sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero in attuazione del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e del D.P.C.M. 29 novembre 2001 (allegato 2c). Individuazione di standard per la remunerazione delle attività di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza”*
- DGRT n. 887 dell'8 agosto 2003 *“Approvazione del progetto: specialistica e diagnostica ambulatoriale: un progetto per una qualità sostenibile”*
- DGRT n. 555 del 7 giugno 2004 *“La tutela del diritto della donna all'assistenza ostetrica nel “percorso nascita”: indirizzi alle Aziende Sanitarie”*
- DGRT n. 713 del 20 luglio 2004 *“Formazione manageriale per le funzioni direzionali del S.S.N. - Collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa”*
- DGRT n. 784 del 2 agosto 2004 *“Azioni per la riqualificazione e lo sviluppo della “rete materno infantile” regionale in attuazione del P.S.R. 2002/2004. Indirizzi alle Aziende sanitarie”*
- DGRT n. 1021 del 17 ottobre 2005 *“Costituzione degli Enti di supporto tecnico amministrativo di Area Vasta (ESTAV): primo trasferimento di funzioni ai sensi dell'art. 141 della L.R. 24.2.2005 n.40”*
- DGRT n. 143 del 27 febbraio 2006 *“Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie specialistiche”*
- DGRT n. 252 del 10 aprile 2006 *“Indicazioni sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero in attuazione del PSR 2005-2007 e del DPCM 29/11/2001. Individuazione di standard per la verifica delle attività di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza”*
- Decreto Legislativo n° 158 del 16 marzo 2006: *Attuazione della direttiva 2003/74/CE, concernente il divieto di utilizzazione di talune sostanze ad azione ormonica, tireostatica e delle sostanze beta-agoniste nelle produzioni animali*
- DGRT n. 440 del 19 giugno 2006 *“Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche. Integrazione e proroga termini di applicazione per: Azienda USL 8 di Arezzo, Azienda USL 11 di Empoli, Azienda USL 10 di Firenze e Azienda Ospedaliero - Universitaria Meyer”*
- DGRT n. 463 del 26 giugno 2006 *“Assistenza farmaceutica territoriale. Indirizzi alle Aziende Sanitarie”*
- DGRT n. 617 del 4 settembre 2006 *“Indirizzi per il trasferimento agli Estav della funzione di cui all'art. 101, comma 1, lett. b. della L.R. 40/2005 “Gestione dei magazzini e della logistica” e di altre funzioni connesse”*
- DGRT n. 867 del 20 novembre 2006 *“Indirizzi alle aziende sanitarie in materia di erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche strumentali”*

- DGRT n. 148 del 26 febbraio 2007 *“Assistenza farmaceutica 2007: determinazioni e revoca delibera G.R.463/2006”*
- DGRT n. 317 del 7 maggio 2007 *“Art. 141 della L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del Servizio sanitario regionale”: trasferimento agli ESTAV delle funzioni di cui all’art. 101, comma 1, lett. C), D), F) e G)”*
- DGRT 365 del 21 maggio 2007, PSR 2005-2007 *“Progetto speciale nascere in Toscana: attivazione in tutte le Aziende Sanitarie dello screening uditivo neonatale”*
- Delibera n. 138/2008 del 25-02-2008 *Individuazione ed assegnazione obiettivi ai direttori generali delle aziende sanitarie e degli ESTAV ai fini della valutazione dell’attività svolta nell’anno 2008 e della successiva determinazione del compenso aggiuntivo, Regione Toscana*
- DGRT n. 623 del 4 agosto 2008, *“Compenso aggiuntivo per l’attività svolta dai Direttori generali delle Aziende sanitarie e degli Estav nel 2008”*
- Delibera GR n. 670 del 01/09/2008 - *Indirizzi ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL della Toscana circa l’utilizzo, a decorrere dall’anno 2008, dello strumento “Sistema dei Prodotti Finiti” per la rilevazione dei dati relativi alle attività di competenza*
- Decreto n. 4196 del 16/09/2008 - *Approvazione del “Protocollo per la definizione dei contenuti e della modalità di trasmissione dati del Sistema Prodotti Finiti” e del “Protocollo di Comunicazione”*
- Decreto n. 5395 del 03-11-2010 *Piano mirato regionale “Azioni per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori del comparto agricolo forestale 2010/12” - attuativo delle misure previste nel Piano nazionale di prevenzione in agricoltura e selvicoltura*
- Delibera n. 330 del 28-04-2008 *Interventi integrati di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro*
- Delibera n. 802/2007 del 12-11-2008 *Individuazione ed assegnazione obiettivi ai direttori generali delle aziende sanitarie ai fini della valutazione dell’attività svolta nell’anno 2007 e della successiva determinazione del compenso aggiuntivo, Regione Toscana*
- Delibera n. 702/2008 del 03-08-2009 *Compenso aggiuntivo per l’attività svolta dai direttori generali delle aziende sanitarie e degli ESTAV nel 2009 - Modifica parziale obiettivi assegnati con deliberazione G.R. n.25/2009 e determinazione valori di riferimento, modalità e criteri finalizzati alla verifica*
- Legge Regionale n. 51, 5 Agosto 2009 - *Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento - e successivi Regolamenti 61/R 2010 e 10/R 2012*
- Delibera n. 1269 del 28.12.2009 - *Linee di indirizzo per il controllo ufficiale delle imprese alimentari soggette a registrazione ai sensi del regolamento emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale n. 40/R del 1 agosto 2006, in base alla categorizzazione del rischio*
- Delibera GRT n° 92 del 13/02/2012 *“Piano Regionale Residui (PRR) 2012. Disposizioni per la ricerca dei residui negli animali e in alcuni prodotti di origine animale in attuazione al piano nazionale residui 2012” e Delibera GRT n°98 del 13/02/2012 “Piano Nazionale di controllo ufficiale sull’alimentazione animale 2012-2014. Approvazione del Piano regionale alimentazione animale (PRAA)”*
- Decreto dirigenziale n 5205/2011 *“flussi dati relativi all’igiene e sanità pubblica, sicurezza alimentare, sanità pubblica veterinaria, sport e salute e medicina legale, per la verifica, l’indirizzo ed il controllo delle attività delle Aziende Usl”*
- Delibera n. 450/2010 del 31-03-2010 *Compenso aggiuntivo per l’attività svolta dai direttori generali delle aziende sanitarie e degli ESTAV nel 2010 - Modifica parziale obiettivi assegnati con deliberazione n.84/2010 e determinazione valori di riferimento, modalità e criteri finalizzati alla verifica conclusiva - Regione Toscana*
- DGRT 444/2011 *Recepimento accordo stato regioni del 16 dicembre 2010 in materia di sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*
- DGRT 754/2012 *Azioni di indirizzo alle aziende e agli enti del SSR, attuative del D.L. 95/2012 e azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale*
- DGRT 1235/2012 DGR 754/2012, allegato B *“Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale”. Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo*
- DGRT 1231/2012 *Accordo Regionale ai sensi degli artt. 4, 14 e 13 bis dell’ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE 27.09.09*
- DGRT 47/2013 DGR 1235/2012 *Approvazione criteri di riparto e modalità di erogazione delle risorse per l’avvio delle azioni di riordino del SSR*
- DGRT 334 2013 DGR 47/2013, allegato A. *Approvazione progetti delle aziende USL della Toscana relativi all’implementazione del modello assistenziale Casa della salute e assegnazione quota di*

finanziamento aggiuntiva

- DGRT 431/2013 e DGRT 47/2013 *Approvazione progetti delle aziende USL della Toscana relativi allo sviluppo delle cure intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva*
- DGRT n. 201 del 25 marzo 2013, *Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie Toscane per farmaci e dispositivi medici per l'anno 2013*
- DRGT 441/2013 *Integrazione del sistema di attestazione volontaria delle buone pratiche per la sicurezza del paziente con il sistema di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e modifica della D.G.R. n. 267 del 16/04/2007*
- DGRT 675 2013 *Valutazione dell'attività svolta nell'anno 2013 da aziende sanitarie, ESTAV, Fondazione Monasterio e ISPO: modifica parziale obiettivi assegnati con deliberazione n.87/2013 con integrazione e specificazione degli indicatori e dei valori di riferimento stabiliti dalla stessa deliberazione.*
- DRGT 1117/2013 *Sistema di emergenza urgenza territoriale - Riorganizzazione delle Centrali Operative 118*
- DGRT 1164/2013 *Individuazione ed assegnazione obiettivi alle aziende sanitarie, agli ESTAV, alla Fondazione Monasterio e all'ISPO ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno 2014*
- Piano Sanitario Regione Toscana 1999-2001
- Piano Sanitario Regione Toscana 2001-2002
- Piano Sanitario Regione Toscana 2002-2004
- Piano Sanitario Regione Toscana 2005-2007
- Piano Sanitario Regione Toscana 2008-2010
- Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010, Regione Toscana
- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 (approvato dalla Giunta della Regione Toscana il 19 dicembre 2011, attualmente in attesa di approvazione da parte del Consiglio regionale)
- DGR 74/2014 *Emendamenti alla P.D.C.R. n. 38 del 19 dicembre 2011 "Piano sanitario e sociale integrato regionale"*
- DGR 75/2014 *Azioni prioritarie per il sistema socio-sanitario regionale per l'anno 2014*

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Nazionale del Farmaco (2006), *Quinto Rapporto Nazionale sulle Sperimentazioni Cliniche*, disponibile su <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2009), *L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto OSMED 2010* disponibile su <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2007), *Progetto mattone "Tempi di attesa". Principi generali e prime proposte operative*, disponibile su http://www.assr.it/mattone_listeAttesa.htm
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), *The role of professional control in management complex organizations Accounting*, "Organizations and Society", vol. 20 (1), pp. 1-17
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), *Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals Accounting*, "Organizations and Society", vol. 16 (2), pp. 105-120
- Aidemark L.G. (2001), *The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization*, "Financial Accountability & Management", vol. 17 (1), pp. 23-40
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna
- American College of Obstetricians and Gynecologists Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, Washington DC, ACOG.
- Baibergerova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), *Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen*, Healthcare Policy/Politiques de Santé
- Barretta A. (2009), *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, Il Mulino, Bologna
- Bellini N., Ferrucci L. (a cura di) (2002), *Ricerca universitaria e processi di innovazione*, Franco Angeli, Milano
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C. (2007), *Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2004*, pubblicazione Ministero della Salute.
- Bozzi G., Matesanz R., Saviozzi A., Pacini A. (2003), *Il programma di garanzia di Qualità della Donazione di Organi*, Semper Editrice
- Brusoni M., Cappellaro G., Marsilio M. (2008), *Processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi d'impatto*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA
- Cape J. (2002), *Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation*, "British Journal of general Practice", vol. 52, pp. 1004-1006
- Carlsen B., Aakvik A. (2006), *Patient involvement in clinical decision making: the effect of GP attitude on patient satisfaction*, "Health Expectations", Vol. 9, Issue 2, pp. 148-157
- Centro per lo Studio e Prevenzione Oncologia (2006), *Rapporto sugli screening della Regione Toscana (settimo rapporto annuale)*, disponibile su <http://www.cspo.it/>
- Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), *The NHS Performance Assessment Framework. A "balanced scorecard approach?"*, "Journal of Management in Medicine", vol. 16, p. 345
- Ciappei C. (2003), *La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere nel governo imprenditoriale*, "Il governo imprenditoriale", vol. 2.1, Firenze University Press
- Ciappei C., Dispense di "Strategie e valore d'impresa", A.A. 2001/2002
- Ciappei C., Dispense di "L'identità e la politica nel governo imprenditoriale", A.A. 2001/2002
- Cinquini L., Miolo Vitali P., Nuti S. (2003), *La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie toscane*, Franco Angeli, Milano
- Cinquini L., Nuti S., Boccaccio A., Vainieri M. (2005), *Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della regione Toscana*, "Mecosan" n. 54, pp. 43-63
- Cinquini L., Vainieri M., Felloni E., Campanale C., Maracchi L. (2008), *La valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa* in Nuti S. (a cura di) *La valutazione della performance in sanità*, Il Mulino, Bologna
- Comerford S., Abernethy M.A. (1999), *Budgeting and the management of role conflict in hospitals*, "Behavioral Research in Accounting", n. 11, pp. 93-110
- Cosmacini G. (2013), *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*, Raffaello Cortina Editore
- Costa G., Faggiano F. (1994), *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli, Milano
- CSPO (2007), http://www.cspo.it/REGISTRI/REGISTRO_RTT/rtrt/tumoriintoscana/index_tumoriintoscana.html
- Cumbey D.A., Alexander J.W. (1998), *The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing*, "Journal of Nursing Administration", vol. 28 (5), pp. 39-46
- D'Anna R. (2007), *La gestione programmata delle risorse umane. Valutazioni, analisi, politiche di intervento*, Giappichelli, Torino

- Dartmouth atlas of health care, <http://www.dartmouthatlas.org/>
- Derek D., Geoffrey H., Mac Donald N. (1999), *What is "Palliative Medicine"?*, in *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, second edition, Oxford, vol. 1, pp. 3-9
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupatelli T., Morabito A. (2009), *Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study*, "Diabetes Care", May; 32(5): 822-7
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO*, Roma (www.sanita.it)
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J. (2005), Trends in Hospitalizations for Pneumonia Among Persons Aged 65 Years or Older in the United States 1988-2002, "JAMA", n. 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J. (1993), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Delbanco TL: Jossey Bass, San Francisco, California
- Goodrich J., Cornwell J. (2008), Seeing the person in the patient. The Point of Care review paper The King's Fund
- Golgwag R., et al (2002), Predictors of patient dissatisfaction with emergency care, "Isr. Med. Assoc. J.", vol. 4, pp. 603-606
- Guttman A., Schull M.J., Vermeulen M.J., Stukel T.A. (2011), Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada, BMJ, 342: d2983. Published online 2011 June 1. doi: 10.1136/bmj.d2983
- OECD (2009), *Health at a glance 2009*, OECD Indicators, OECD 2009
- OECD (2011), *Health at a glance 2011*, OECD Indicators, OECD 2011
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication, Canada Health Act Division*, Canada Health Act - Annual report
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press.
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), *Using the balanced scorecard as a strategic management system*, "Harvard Business Review", vol. 74, pp. 75-85
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) *Linking the balanced scorecard to strategy*, "California Management Review", vol. 4, pp. 53-79
- Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmorthy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*. Alexandria, Virginia, American Diabetes Association
- Leino-Kilpi H., Iire L., Suominen T., Vuorenneimo J., Valimaki M. (1993), *Client and information: a literature review*, Journal of Clinical Nursing, 6, 2: 331-340.
- Leonard M., Graham S., Bonacum D. (2004), The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care* 13.suppl 1: i85-i90.
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano
- Maciocco G. (2006), *A caro prezzo. Le disuguaglianze in salute. Secondo rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute globale in Terzo Rapporto sull'Osservatorio Nazionale sulla Salute Globale*, Edizioni ETS, Pisa
- Mamon J., Steinwachs D.M., Fahey M., Bone L. R., Oktay J., Klein L. (1992), *Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home*, Health services research, 27, 2:155-175.
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), *Migliorare la soddisfazione in Pronto soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana*, "Mecosan", 74
- Mariotti G. (2006), *Priorità cliniche in sanità. Come governare i tempi di attesa con il coinvolgimento dei professionisti. Con il focus group su tempi e liste di attesa di Carlo Liva*, Franco Angeli, Milano
- Martinelli M. (2001), *La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, Milano
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Buckingham-Philadelphia, Open University Press
- McMullan J.T., Vesper F.H. (2004), *Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment*, "Southern Medical Journal", vol. 97 (8), pp. 729-733
- Meterko M., Mohr D.C., Young G.J. (2004). "Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals." *Medical care* 42.5: 492-498.
- Ministero della Salute, Progetto SIVEAS, disponibile su <http://salute.gov>
- Murante A.M., Nuti S. (2011), *A Marketing Approach For Creating Patient Oriented Pathways In Hospital Services*, in the proceedings of 10th International Conference Marketing Trends, 2011, Paris, ed. Jean-Claude Andreani and Umberto Collesei, Paris: Marketing Trends Association.
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A. and Nuti S. (2013), *How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach*, "Int. J. Health Plann. Mgmt.", doi: 10.1002/hpm.2201

- Mc Nair C.J., Leifried K.H.J. (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Nutbeam D. (1998), *Health promotion glossary*, in *Health promotion international*, Oxford University Press, vol. 13 (4), pp. 349-364
- Nuti S. (2005), *Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane*, in S. Baraldi (a cura di), *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano 2005
- Nuti S., Macchia A. (2005), *The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities* in Tartaglia R., Albolino S., Bellandi T., Bagnara S. (a cura di), *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, Taylor & Francis, London
- Nuti S., Barsanti S. (2006), *Equità ed accesso nel percorso materno infantile*, "Salute e Territorio", n. 158
- Nuti S. (a cura di) (2007), *La valutazione della sanità toscana: report 2006*, Edizioni ETS, Pisa
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*, Edizioni ETS, Pisa
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), *Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system*, "Journal of Healthcare Management", vol. 53, n. 3
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M. (2012), *Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience*, "Journal of Management and Governance", DOI 10.1007/s10997-012-9218-5
- Nuti S., Murante A.M. (a cura di) (2013), *Il Percorso Nascita in Toscana: l'esperienza delle donne Report 2012-2013*.
- OECD (2006), *Health Data 2006*
- OHA (1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Toronto, Ontario: Ontario Hospital Association
- OHA (2006), *The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management*, Queen's Printer for Ontario
- OMS (2000), *The World Health Report 2000*
- Persiani N. (1999), *L'introduzione della contabilità economica e il nuovo sistema di bilancio dell'azienda sanitaria*, CEDAM, Padova
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), *Creating a Balanced Scorecard for Hospital System*, "Health Care Finance", vol. 27 (3), pp. 1-20
- PNE (2011), http://151.1.149.72/pne11_new/
- Rapporto Osservasalute (2004), *Indicatori di Qualità AHRQ*
- Rapporto Osservasalute (2005), *Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane*
- Rapporto Osservasalute (2009), *Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane*
- Rossi E. (2006), *Il sistema pubblico di fronte alla sfida dei tempi di attesa*, "Monitor", n. 17
- Scognamiglio A., Matterelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzi I., Viegi G. (2003), *L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Seghieri C., Sandoval G.A., Brown A.D., Nuti S. (2009), *Where to focus efforts to improve overall ratings of care and willingness to return: The case of Tuscan emergency departments*. *Academic Emergency Medicine* 16.2: 136-144.
- Sitzia J., Wood, N. (1997), *Patient satisfaction: a review of issues and concepts*, *Soc. Sci. Med.*, 45, 12, p.1829-43
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), *Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries*, "PLOS ONE" 6(11)
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. (2002), *Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement*, "Health Care Management Review", vol. 27 (1), pp. 76-95
- Sutter Women's & Children's Services (2001), *First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources*, California, Sutter Health
- Tagiuri R. (1968), *The concept of organizational climate in Organizational climate: explorations of a concept*, Cambridge, Harvard University
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. (2005), *La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile"*, 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005
- Toscani F. (1991), *Is Palliation Medicine? Ethical and epistemological problems*, "J. Palliative Care", n. 7, pp. 33-9

- Turco L. (2006), *Liste di attesa: una questione di responsabilità*, "Monitor", n. 17
- Vainieri M. (2006), *Cosa influenza la soddisfazione dei cittadini toscani nei servizi territoriali di base?*, "Salute e Territorio", n. 156
- Vainieri M., Calabrese C., Campanale C., Panero C., Nuti S. (2009), *Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav*, "Mecosan", n. 69
- Viswanathan M., Hartmann K., Palmieri R., Lux L., Swinson T., Lohr K.N., Gartlehner G., Thorp J. Jr. (2005), *The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review*, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- Williams S.J., Calnan M. (1991), *Key Determinants of Consumer Satisfaction With General Practice*, "Family Practice", vol. 8 (3), pp. 237-242
- World Health Organization (1991), *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (1985), *Appropriate technology for birth*, "Lancet", vol. 2, pp. 436-437
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. (2005), *Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma*, "Medico e Bambino pagine elettroniche", 8(9) http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509_10.html
- 2007 Journal Citation Report <http://scientific.thomson.com/products/jcr/>

Finito di stampare nel mese di luglio 2014
in Pisa dalle
EDIZIONI ETS
Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

